

金华市医疗保障局  
金华市民政局  
金华市财政局  
金华市卫生健康委员会  
金华市残疾人联合会  
金华市税务局

文件

金医保发〔2024〕63号

关于印发金华市长期护理保险  
实施细则的通知

各县（市、区）医保局、民政局、财政局、卫生健康局、残疾人联合会、税务局：

根据《金华市人民政府办公室关于印发金华市长期护理保险实施办法的通知》（金政办发〔2024〕36号）文件，我们制订

了《金华市长期护理保险实施细则》，现印发给你们，请按照执行。

金华市医疗保障局

金华市民政局

金华市财政局

金华市卫生健康委员会

金华市残疾人联合会

金华市税务局

2024年11月30日

---

金华市医疗保障局

2024年11月30日印发

# 金华市长期护理保险实施细则

根据《金华市人民政府办公室关于印发金华市长期护理保险实施办法的通知》（金政办发〔2024〕36号）的有关规定，制定本实施细则。

## 一、参保缴费

（一）参保对象为金华市职工基本医疗保险（基本医疗保险一档）（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（基本医疗保险二档、三档）（以下简称居民医保）参保人员，参加我市基本医疗保险（以下简称基本医保）时，同步参加长期护理保险（以下简称长护险）。

（二）长护险基金按自然年度筹集，筹资标准为每人每年90元，以用人单位、个人及财政共同分担为主，市与区的财政补助暂按居民医保补助财政事权执行。

1.职工医保参保人员的长护险保费，在职职工由个人和用人单位各承担45元，其中用人单位承担部分通过医保费率平移转换方式从其缴纳的职工医保费中划转；退休人员由个人和职工医保统筹基金各承担45元。个人承担的45元，于每年1月1日前从参保状态正常人员的职工医保个人账户中代扣代缴；用人单位承担的45元及职工医保统筹基金为退休人员承担的45元，每年3月底前按照上年度末职工医保参保人数从职工医保统筹基金中划转。次年4月底前按当年度职工医保实际参保人数进行清算。参加职工医保的灵活就业人员，参照职工执行。

2.居民医保参保人员的长护险保费由参保人员个人承担30

元，参保地财政按规定补助 60 元。个人承担的 30 元与基本医保同步征缴（享受医保退休待遇二档参保人员需单独缴费）；财政补助的 60 元，每年 3 月底前按照上年度末居民医保参保人数由财政部门划入长护险基金财政专户，长护险当年增减人数的财政补助按照当年居民医保变动人数同步清算。资助参保对象补助资金拨付流程参考基本医保执行。

（三）参保人员按规定补缴应保未保期间职工医保费的，其应缴未缴的长护险保费同步补缴。

（四）基本医保参保人员因转移、中止或死亡等原因不再参加本市基本医保，以及年度中新增资助参保对象等情形，已缴纳的长护险保费退费规则参照基本医保执行。

## 二、评估管理

（一）长护险失能等级评估（以下简称失能等级评估）是指按照失能等级评估标准对参保人员日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度的分级评估。经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续 6 个月以上或因年老失能的参保人员，可以申请失能等级评估。

（二）市医保、民政、财政、卫生健康、残联等部门成立长护险失能等级评估委员会，负责指导全市失能等级评估工作；医疗保障部门负责组建辖区内长护险失能等级评估专家库，并经办失能等级评估工作的受理、审核、组织评估、管理考核等具体业务。

（三）失能等级评估分为初次评估、争议复评、重新评估。失能等级评估结论分为四级，分别为基本正常、轻度失能、中度

失能、重度失能。重度失能包括重度失能I级、重度失能II级、重度失能III级。

(四) 参保人员申请失能等级评估, 由本人或监护人、委托代理人通过浙里办 APP、医保经办机构窗口、乡镇卫生院(社区卫生服务中心)、长护险定点护理服务机构(以下简称长护服务机构)等途径提出申请。医保经办机构受理申请后, 安排评估人员上门开展现场评估。经评估为重度失能且经公示无异议后, 医保经办机构出具失能等级评估结论。

(五) 参保人员在本市行政区域内失能等级评估互认、结果互通。

### 三、待遇保障

(一) 正常享受本市基本医保待遇, 且按规定参加本市长护险并足额缴费的参保人员, 经失能等级评估认定为重度失能的, 可在本市行政区域内享受相应的长护险待遇。

(二) 符合条件的参保人员, 自失能等级评估结论作出次月起按规定享受长护险待遇。长护险参保人员待遇享受时间与基本医保待遇享受时间保持一致。

(三) 符合条件的参保人员可按需选择居家护理或机构护理服务方式。由长护服务机构根据失能人员及家属实际需求, 确定服务频次、时长、项目等具体内容并签订服务协议。

居家护理是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务。机构护理是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务, 应在相对独立区域设立长期护理服务专区。

1.选择居家护理的，由长护服务机构为失能保障对象按规定上门提供生活照料和医疗护理服务，长护险基金按可享受的服务时长进行支付，每人每月不超过25个小时，支付标准为60元/小时，其中基金支付80%。长护服务机构每周上门服务应不少于2次，每次服务不少于1小时。

在偏远山区的失能保障对象，长护服务机构无法提供上门护理服务的，经属地医保部门认定后，可由经护理实践培训后的失能保障对象亲属、邻里等提供护理服务，支付标准为25元/日，其中基金支付80%。

2.选择机构护理的，由长护服务机构为入住本机构的失能保障对象提供全日的护理服务。支付标准不超过80元/床日，其中基金支付70%。

（四）机构护理中，选择入住定点医疗机构的，应至少符合以下一种情形：

1.因病情需要长期保留胃管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置换管等各种管道，需要定期处理的；

2.心功能Ⅲ级及以上的慢性心功能衰竭，或心功能Ⅱ级但合并有肺部或其他慢性感染等并发症，需要长期氧疗的；

3.需要长期依靠呼吸机等医疗设备维持生命体征的；

4.植物状态或患有终末期恶性肿瘤呈恶病质状态等慢性疾病，短期住院治疗不能好转的；

5.患各种严重不可逆性疾病，全身瘫痪、偏瘫、截瘫，至少一侧下肢肌力为0~3级或非肢体瘫的中重度运动障碍，需要长期支持治疗的。

医疗机构长期护理服务专区发生的医疗费用实行按 PDPM 付费管理，纳入医保统筹基金支付。参保人员在医疗机构非长期护理服务专区住院治疗不享受长护险待遇。

（五）参保人员可根据自身护理需要变更护理服务方式，自办理变更手续当日起享受变更后的待遇。

已享受长护险待遇的失能人员，因病情需要到其他医疗机构住院治疗，定点长护服务机构应从转往之日起为参保人员办理长护险待遇暂停结算手续。待参保人员出院恢复居家或入住机构后，定点长护服务机构应及时为参保人员办理待遇恢复手续，自办理待遇恢复手续当日起恢复享受长护险待遇。

（六）家庭病床建床人员符合长护险待遇享受条件的，可按规定享受长护险基本生活照料服务。

（七）参保人员同时符合长护险、养老护理补贴等申领条件的，原则上根据本人意愿享受其中一项补贴政策；已享受其他护理补贴的应主动暂停后再享受长护险待遇。享受特困人员和完全失能低保老年人入住养老机构照护护理政策的对象，不再享受长护险待遇。

#### **四、费用结算**

（一）参保人员凭本人社会保障卡或医保码接受我市长护服务机构护理服务，发生的护理服务费中，应由个人承担的，由参保人员与长护服务机构直接结算。

（二）长护服务机构应按要求于次月 5 日前报送护理服务清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员等信息，并对其真实性负责。医保经办机构按月与长护服务机构结算护理

服务费，于次月初生成上月长护险服务费月结算汇总表。预留月支付额的5%，作为护理服务质量保证金，于次年5月底前经长护险定点服务机构年度考核后清算。

（三）医保经办机构按月与偏远山区亲情护理服务照护人结算护理服务费，于次月初生成上月长护险服务费月结算汇总表。

（四）医保经办机构按月与失能等级评估专家结算评估费。每月15日前完成上月评估费初审，生成长护险评估费月结算汇总报表。

（五）医保经办机构对拟结算的长护险服务费月结算汇总表、长护险评估费月结算汇总表进行审核。对申报费用经审查核实违规的，不予支付。

（六）医保经办机构在审核长护险服务费月结算汇总表、长护险评估费月结算汇总表后，于10个工作日内完成拨付。

## 五、基金管理

（一）长护险基金预决算。各县(市)医保经办机构于每年11月上报下一年度长护险基金收支计划，经同级医保、财政部门审核后报市级医保经办机构。市级医保经办机构审核汇总后编制全市长护险基金收支预算，报金华市医保局、市财政局审核。年终，市级医保经办机构编制长护险基金收支决算，报金华市医保局、市财政局审核。

（二）账户管理。市社会保障基金财政专户中增设金华市长护险基金财政账户，用于单独管理及核算市级统筹后全市长护险基金。各级医保经办机构按规定设立长护险基金支出户。

(三) 基金收入。税务部门征缴职工医保费和居民医保费时按规定征缴职工医保长护险保费和居民医保长护险保费，通过社保基金预算科目“职工基本医疗保险费收入”和“城乡居民基本医疗保险费收入”办理入库，预算级次为地市级。

(四) 基金支付。市和县(市)医保经办机构负责辖区内长护险基金款项拨付以及本地参保人员各项待遇拨付工作，并按业务发生年度区分支出，规范财务核算。

(五) 运行情况公开。市医保、财政部门在长护险年度承办情况评议结束后，将长护险基金收支运行情况向各县(市)做好公布公开。

## 六、服务管理

### (一) 经办管理

各级医保经办机构为长护险经办机构，负责长护险的日常管理工作，包括参保缴费、基金筹集、失能等级评估、定点准入、协议管理、费用审核、支付结算、政策宣传和监督考核等。市级医保经办机构指导各县(市)医保经办机构开展长护险经办工作，同时负责引入社会力量(以下称委托承办机构)参与长护险经办服务的公开招标，并委托其参与日常经办，经办费用从长护险基金中列支，具体招标方案由市级医保部门另行制定。

委托承办机构在医保经办机构的指导和监督下，参与长护险经办工作，包括协助失能等级评估、定点服务机构协议管理、费用结算、核查管理、政策宣传、业务培训、咨询回复、信访答复、投诉处理、基金运行监测以及其他适合委托经办的业务。委托承办机构参与经办的具体事项，可根据长护险工作开展情况调整。

## （二）机构管理

### 1. 定点长护服务机构确定

符合《浙江省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》规定条件的机构可申请成为长护服务机构。

各级医保经办机构按照《浙江省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》规定对申请定点的机构进行受理申请、现场查勘、评审公示等，确定定点长护服务机构。

### 2. 签订长护服务协议

市级医保经办机构根据国家医疗保障部门制定的长护协议范本制定本地区长护服务协议范本。各级医保经办机构与定点长护服务机构签订长护服务协议，开展协议管理、费用审核结算、年度考核等相关工作。

### 3. 开展护理服务

定点长护服务机构与护理对象或其家属协商一致并签订服务协议后，按照《浙江省长期护理保险护理服务供给规范》提供护理服务。定点长护服务机构应主动公开服务场所、规模、人员，以及服务内容、收费价格、服务标准等基础信息，供护理对象根据其自身条件和需要进行选择。护理对象或其家属对护理服务质量进行监督和评价。

## （三）信息管理

医保经办机构依托全省统一的医疗保障信息平台开展待遇管理、失能等级评估管理、评估费用结算、护理费用结算等长护业务。

定点长护服务机构应统一接入全省医疗保障信息平台，保障

与医保部门信息系统的连接和数据交互，并应具备抽取和分析护理服务数据的能力。

定点长护服务机构应建立长护险信息安全管理制，明确信息安全管理责任，控制信息使用范围，确保信息安全。应建立数据安全和信息保密制度，做好数据隔离、脱敏、加密工作，严格把控数据传输、使用、储存等环节的安全性，不得将长护险相关数据、信息用于商业用途，防止参保人员敏感信息外泄和滥用，切实保障参保人员信息安全。

## 七、监督管理

（一）医保经办机构要加强对定点长护服务机构、参保人员等管理。结合质量管理、投诉举报、日常检查等情况，综合利用信息技术手段，组织对定点长护服务机构、评估人员开展日常巡查、随机抽查、智能监控、绩效考核等履约管理；对参保人员享受长护待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。

（二）医保经办机构发现参保人员违规的，可以采取暂停联网结算、暂停或取消待遇享受等措施，并将有关参保人员违规信息推送至辖区内定点长护服务机构，视情节告知所在街道、村（居）委。涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

（三）医保经办机构通过建立护理服务质量保证金等管理机制，加强对定点机构协议履行、服务质量等情况的考核，并建立动态管理机制。考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。考核情况报同级医疗保障行政部门。

（四）定点长护服务机构违反长护险相关规定和服务协议约

定的，由医保经办机构追回违规费用，按服务协议及时处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关；涉及其他部门职责的，移交相关部门。

造成长护险基金重大损失或其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人 5 年内禁止从事定点评估机构和定点长护服务机构管理活动；对有关人员予以暂停 3 个月至 12 个月长护险基金支付资格，情节严重的，限制 1 年至 3 年从事长护险失能等级评估和护理服务工作。

（五）因各种原因发生服务协议关系中止或解除等情形的，医保经办机构应当按照服务协议及时处理，作出中止或解除协议等处理时，应向同级医疗保障行政部门报备，并向社会公布中止、解除协议的定点服务机构名单，督促长护服务机构做好参保人员服务转接工作。

（六）涉及暂停长护险相关资格，暂停或者不予拨付费用、被限制从业的机构或有关人员，以及暂停、取消待遇的参保人员，应期满后向医保经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长护险基金支付资格或待遇享受资格。

## 八、附则

本细则自 2025 年 1 月 1 日起施行。国家和省另有规定的，从其规定。