

盐城市医疗保障局
盐城市民政局
盐城市财政局
盐城市卫生健康委员会
盐城市退役军人事务局
盐城市残疾人联合会

文件

盐医保发〔2022〕14号

盐城市医疗保障局等六部门关于印发
《盐城市照护保险实施细则》的通知

各县（市）医疗保障局、市医疗保障局大丰分局、市医疗保险基金管理中心，各县（市、区）民政局、财政局、卫生健康委员会、退役军人事务局、残疾人联合会，盐城经济技术开发区社会事业局、财政局，盐南高新区社会事务管理局、财政局、退役军人事务局。

务局：

现将《盐城市照护保险实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。



2022年2月28日

(此件公开发布)

盐城市照护保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为不断健全多层次医疗保障体系，积极应对人口老龄化，满足失能人员基本护理保障需求，根据市政府《关于建立照护保险制度的意见（试行）》（盐政发〔2021〕20号）精神，制定本实施细则。

第二条 照护保险是指为长期失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供保障的制度。

第三条 照护保险实行统一参保范围、统一筹资标准、统一待遇水平、统一信息系统、统一经办规程、统一基金管理。

第四条 市医疗保障局是照护保险的行政主管部门，负责制定照护保险政策并组织实施；市医疗保险基金管理中心负责通过政府招标确定具有资质的商业保险机构作为照护保险的具体承办机构（以下简称“承办机构”），医疗保险经办机构（以下简称“经办机构”）负责照护保险参保登记、基金筹集等经办服务和监督管理工作，并对承办机构和照护保险定点照护服务机构（以下简称“定点照护机构”）实行协议管理和监督管理；承办机构负责照护保险的评估机构协议管理、待遇支付、费用结算、稽核调查及政策宣传与咨询等经办业务；市医疗保障信息中心负责照护保险信息系统的开发建设和升级维护。

市民政局负责对养老服务机构开展照护服务的行业管理，统筹配置养老服务资源，做好照护保险与高龄（失能）老人护理补贴等政策的衔接工作，并与人力资源和社会保障局共同做好养老护理员技能培训工作。

市财政局负责将照护保险财政补助部分纳入同级财政预算，并加强对基金的监督管理。

市卫生健康委员会负责对医疗机构开展照护服务的行业管理，加强对照护服务中各类护理服务的技术指导，支持二级及以下医疗机构开设护理病区，加强照护人员、社区家庭医生队伍的培训、培育。

市退役军人事务局负责做好照护保险与伤残军人护理补贴等政策的衔接工作。

市残疾人联合会负责做好照护保险与重度残疾人护理补贴等政策的衔接工作，协助做好残疾人员享受照护保险待遇相关审核工作。

第二章 参保缴费

第五条 市区职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和市区城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员为照护保险参保对象。随着制度的建立完善，逐步扩展到全市参保人员。

第六条 职工医保参保单位和参保人员在办理参保手续时，

同步进行照护保险的参保登记。经办机构在办理居民医保参保手续时，同步进行照护保险的参保登记。

第七条 按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，建立照护保险基金，设立市照护保险基金财政专户（以下简称“市财政专户”）。

建立与经济社会发展水平和各方承受能力相适应的稳定可持续筹资机制。通过个人缴费、政府财政补助、基本医疗保险统筹基金划入等途径按3:4:3的比例年度筹集，筹资标准暂定为100元/人·年，鼓励企业、单位、慈善机构等社会团体和个人给予支持或捐助。

（一）个人缴费部分：职工医保参保人员，每年1月份由经办机构从职工医保个人账户中一次性划转至市财政专户。居民医保参保人员，在缴纳居民医保费时一并缴纳，其中医疗救助对象个人缴费部分由救助对象所属地区财政全额补助，同步划转至市财政专户。1至6级残疾军人、建国前老工人、学生及其他未成年人个人缴费部分暂免征缴。

（二）财政补助部分：每年1月份由市、区财政部门分别按本地区上年末参保人数一次性划转至市财政专户；次年1月份由市、区财政部门按年末实际参保人数清算。

（三）基本医疗保险统筹基金划入部分：每年1月份由经办机构按上年末参保人数，从统筹基金中划转至市财政专户，次年1月份按年末实际参保人数清算。

上年末基本医疗保险统筹基金累计结余不足的地区，相应基金划入部分由当地财政全额补助。

第八条 照护保险待遇享受期为每年1月1日至12月31日。已参加照护保险的人员，在待遇享受期前因故停止参加我市基本医疗保险的，本人或其直系亲属可持相关材料至经办机构，对预缴的照护保险个人缴费部分办理退费手续；在待遇享受期间因故停止的，已缴纳的照护保险个人缴费部分不予退回，可继续享受当年度的照护保险待遇。

第九条 年度内中途参保（或续保）人员，自缴费到账次月起按规定享受照护保险待遇。

第三章 失能评估

第十条 失能评估是指对失能的参保人员丧失生活自理能力程度进行技术性等级评估。因年老、疾病、伤残等原因导致长期失能且失能状态持续6个月以上的参保人员，可申请失能评估。经失能评估认定符合重度失能等级标准的参保人员，方可享受照护保险待遇。失能评估办法另行制定。

第十一条 依法独立登记的企事业单位或民办非企业单位，符合评估机构相关条件的，可按规定向经办机构申请作为照护保险定点评估机构（以下简称“评估机构”）。经办机构根据区域服务范围，老年人口分布等情况择优选定评估机构，并统一纳入照护保险信息系统（以下简称“信息系统”）管理。建立评估人员

库，评估机构应将符合条件的评估人员信息录入信息系统，实行动态管理，未纳入信息系统管理的人员不得从事失能评估工作。

第十二条 参保人员申请失能评估的，可由本人或其代理人向经办机构提出申请。代理人包括直系亲属、法定监护人、社区工作人员等。申请人应当填写申请表并提供参保人员社会保障卡或医保电子凭证（以下统称为“社保卡”）以及完整的病史资料等相关材料，由代理人申请的，还需提供代理人身份证明。申请人或代理人应当对申请事项及材料的真实性以及失能评估的意愿作出承诺，并签字确认。

第十三条 参保人员通过线上提出申请的，经办机构应当在收到申请之后2个工作日内，对申请材料进行初审，申请材料不齐全或不符合要求的，线上告知申请人需要补正的全部材料；参保人员通过经办机构服务柜台提出申请的，柜台工作人员应立即进行初审，对材料齐全的，出具受理通知书。

第十四条 有下列情形之一的，经办机构不予受理参保人员的申请，并按规定告知不予受理的理由：

- （一）未参加市区照护保险的；
- （二）失能未满6个月的；
- （三）不同意参加失能评估的或者自上一次失能评估结论作出之日起不满3个月的（参保人员失能状态明显恶化的除外）；
- （四）参保人员居住在境外的；
- （五）应当由第三人负担的或属于工伤等社会保险责任范

围的；

(六) 提供虚假材料的；

(七) 其他不予受理的情形。

第十五条 申请材料齐全并符合要求的，承办机构应自接收申请材料之日起，在 10 个工作日内对申请人提供的材料进行审核，并组织评估机构开展现场评估。评估机构应安排 2 名以上(含 2 名)评估人员按照失能评估标准和流程，对参保人员失能情况进行现场量化评估。评估工作坚持公平公正的原则，通过查阅资料、现场问询、量表打分以及走访调查等途径进行，做好评估情况记录、相关视频影像和问询记录的保管工作，并送达承办机构保存。评估机构需对评估结果的真实性负法律责任，承办机构应建立健全与考核奖惩挂钩的评估质量考评机制。

第十六条 评估机构现场评估后，应将评估结果报送承办机构，承办机构确认后由经办机构在一定范围内进行公示，接受社会监督，公示期不少于 5 个工作日。公示期结束且无异议的，由评估机构出具失能评估结论并在 5 个工作日内告知申请人或其代理人。

第十七条 有下列情形之一的，按规定进行复评估：

(一) 申请人或其代理人对失能评估结论有异议，自收到评估结论之日起 10 个工作日内向承办机构提出复评估申请，并提供相关复评估材料的；

(二) 在公示期内对公示内容有异议的，异议人应在公示期

内向承办机构反映具体情况,经承办机构核实认为应该进行复评估的;

(三)有关部门在监督检查中发现的可能不符合重度失能标准的。

第十八条 承办机构负责失能评估的复评估及争议、纠纷处理。对申请复评估的,承办机构应当在收到申请之后 10 个工作日组织复评估并做出结论,复评估结论为最终结论。承办机构组织复评估时应重新选取评估机构和评估人员。

第十九条 建立失能评估费用责任共担机制。申请人的初次评估费用由照护保险基金承担 80%,申请人承担 20%(个人缴费免缴人员评估费用由照护保险基金承担)。申请人(异议人)申请的复评估结果与初评结果一致的,评估费用由申请人(异议人)承担;其它情形由照护保险基金承担。照护保险基金承担的评估费用从承办机构的管理服务费中支出。

申请人居家进行评估的,评估费标准为 280 元/次;申请人到机构进行评估的,评估费标准为 180 元/次。

第二十条 承办机构应按照档案管理有关规定,将参保人员的失能评估申请和评估资料整理归档,包括失能评估申请表、初次评估结论及佐证资料、复评估结论及佐证资料等。

第四章 协议管理

第二十一条 定点照护机构管理参照医疗保险定点医疗机

构协议管理办法有关规定，建立健全定点照护机构准入、退出动态管理机制。

第二十二条 市区范围内依法成立的符合照护保险照护相关条件的医院、护理院、街道卫生服务中心、镇卫生院、各类养老服务机构、残疾人托养康复机构以及能够提供居家照护服务的服务机构可按规定向经办机构申请作为定点照护机构。定点照护机构实行协议管理，并统一纳入信息系统管理，具体协议管理办法另行制定。定点照护机构不可同时作为评估机构。

第二十三条 定点照护机构应严格按照评估机构评估结果为参保人员办理入住等相关手续，认真核对参保人员身份，对享受照护保险待遇的失能人员，应按规定提供照护服务。

第二十四条 定点照护机构服务协议原则上每两年签订一次，签订协议时定点照护机构应向经办机构报备收费价格，定点照护机构不得发生重复收费等乱收费现象。

第五章 待遇支付

第二十五条 失能评估为重度失能等级的参保人员(以下简称“失能人员”),自相关手续办结后次日起可享受照护保险待遇。失能人员可选择入住定点照护机构或者居家接受照护服务的方式，享受相应的照护保险待遇。

第二十六条 失能人员在市内接受照护服务期间，发生的属于照护保险照护服务项目范围和标准的费用(照护服务项目另行

制定)，由照护保险基金按以下标准定额支付：

（一）入住定点照护机构的医疗床位接受照护服务的，由照护保险基金按 80 元/天的标准与定点照护机构结算；

（二）入住定点照护机构的照护床位接受照护服务的，由照护保险基金按 60 元/天的标准与定点照护机构结算；

（三）居家接受定点照护机构入户提供照护服务的，由照护保险基金按 40 元/天的标准与定点照护机构结算；

（四）居家接受亲情照护服务的，由照护保险基金暂按 20 元/天的标准支付照护服务补助。

第二十七条 在市区外（不含境外）居住的失能人员，由照护保险基金暂按 20 元/天的标准支付照护服务补助。

第二十八条 失能人员接受照护服务的，自服务当日起开始享受照护待遇；退出照护服务的，自退出次日起停止享受照护待遇。失能人员死亡的，自死亡次日起停止其待遇。

第二十九条 失能人员根据自身照护需要，自愿选择服务方式与定点照护机构，原则上一个年度内变更不超过两次。变更时，需向承办机构申请，承办机构自收到变更申请之日起 3 个工作日内完成审批工作。失能人员应结清变更前的照护服务费用，并自办理变更手续次日起享受变更后的照护待遇。

第三十条 失能人员因病情好转或其他原因不符合照护保险待遇享受条件的，机构、本人或代理人应及时办理照护保险待遇终止手续。

第三十一条 享受照护保险待遇的失能人员，因病情变化等原因，需要在基本医疗保险定点医疗机构进行住院治疗，享受基本医疗保险住院报销待遇的，停止享受照护保险待遇。

第三十二条 失能人员已享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用的，不可与照护保险待遇重复享受。

第六章 费用结算

第三十三条 失能人员凭本人社保卡接受定点照护机构照护服务，照护服务终结后，照护服务费用通过社保卡联网结算。

第三十四条 失能人员在照护期间，发生的符合照护保险照护服务项目范围和标准的照护费用，由承办机构与定点照护机构结算，从照护保险基金中支付；超出照护服务项目范围和标准的照护费用，照护保险基金不予支付，由失能人员个人承担并与定点照护机构直接结算。

第三十五条 经办机构应建立与服务对象满意度、评估质量、照护服务质量挂钩的考核结算机制。可通过约定预留款等方式，年终根据考核结果进行费用清算。

第三十六条 每月初 10 个工作日内，承办机构按上月实际评估的失能评估人数、评估费标准，按照协议约定与评估机构结算评估费用；按上月照护保险待遇享受人数、待遇标准和实际享受待遇时间，按照协议约定与定点照护机构结算照护费用。每季末，承办机构将照护服务补助发放至失能人员银行卡（社保卡）

账户。

第三十七条 每季度初 10 个工作日内，承办机构将上季度实际结付的照护保险费支付情况报送经办机构。经办机构对结算金额、结算进度、结付时限等进行审核，10 个工作日内从市财政专户拨付。照护保险启动初期，经办机构可根据失能人员规模支付一个季度的预付金。

第三十八条 综合考虑服务人口、机构运营成本、工作绩效等因素，合理确定承办机构的承办服务费。承办服务费从照护保险基金中支付。经办机构应加强对承办机构的协议管理和监督检查，建立与承办质量相挂钩的考核结算机制。

第三十九条 每季度初，经办机构按约定承办服务费的 95% 按季预拨给承办机构。次年初，根据承办机构协议履行情况、服务对象满意情况及年度考核结果，进行年度结算。

第七章 监督管理

第四十条 照护保险基金管理参照现行基本医疗保险基金管理制度，纳入财政专户，实行收支两条线管理，单独建账，单独核算，专款专用，接受财政、审计部门监督，畅通社会监督渠道，鼓励和支持社会各方参与监督。

第四十一条 承办机构应建立费用审核、内部控制、日常巡查、运行分析等管理制度，通过信息系统、抽查询访、满意度调查等途径，对评估结果、定点照护机构服务质量及待遇享受等情

况进行跟踪管理,按月编报照护保险运行分析报告报送至经办机构。

第四十二条 经办机构应定期对失能人员失能情况开展复核。对享受照护保险待遇期满 12 个月的失能人员,经办机构按照不低于 30%的比例进行抽查复核,每位失能人员在 3 年内至少复核一次。

经复核不符合照护保险待遇享受条件的失能人员,自复核结论作出次日起停止照护保险待遇,复核费用与评估费用执行同一标准,由照护保险基金承担。

对复核结论有异议的,被复核人员自复核结论作出后 10 个工作日内可向经办机构提出复评估申请,复评估结论一致的,评估费用由申请人承担,其他情形由照护保险基金承担。复评估结论为最终结论。照护保险基金承担的复核(复评估)费用从经办机构的管理服务费中支出。

第四十三条 经办机构应建立举报投诉、信息披露、基金监管、欺诈防范等监管机制,确保照护保险基金平稳运行和安全有效。加强对照护保险参保人员、经办机构、评估机构、定点照护机构政策制度执行情况及业务经办情况的督查,及时发现和纠改照护保险实施过程中存在的问题。

第四十四条 经办机构应加强协议管理,实施严格的退出机制,对经办机构违反服务协议的,应根据协议约定进行处理。参保人员、经办机构、评估机构、定点照护机构及其工作人员等存

在违规行为造成基金损失的，可参照医疗保障基金使用监督管理有关规定处理。构成犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

第四十五条 建立健全照护保险诚信档案，根据信用评价等级分级分类监督管理，对失信行为按照国家有关规定实施惩戒。

第八章 附 则

第四十六条 市医疗保障局会同相关部门根据我市经济发展水平、基金运行情况、照护需求、照护服务成本等因素，适时扩大参保范围和保障对象，调整筹资水平和待遇标准等政策并向社会公布。

第四十七条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第四十八条 本细则自 2022 年 7 月 1 日起施行。

