

响水县长期护理保险扩面工作实施方案

（征求意见稿）

为贯彻落实党中央、国务院关于建立长期护理保险制度的决策部署，积极应对人口老龄化，切实解决我县失能人员基本护理保障问题，依据《国家医保局财政部关于印发〈长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）〉的通知》（医保发〔2023〕29号）、《盐城市人民政府关于建立长护保险制度的意见（试行）》（盐政发〔2021〕20号）、《盐城市医疗保障局等七部门关于印发〈盐城市长期护理保险实施细则〉的通知》（盐医保发〔2024〕50号）文件精神，借鉴盐城市区试点工作经验，结合我县实际，制定本工作方案。

一、总体目标

按照“全覆盖、保基本、多层次、可持续”的原则，自2027年1月1日起，我县长期护理保险（以下简称“长护险”）将城乡居民纳入保障范围，实现职工医保、城乡居民医保参保人员制度全覆盖。对经评估达到重度失能标准的参保人员提供基本生活照料以及密切相关的医疗护理服务，切实减轻失能家庭经济负担与长护压力，不断提升失能人员生活质量。

二、保障对象与参保筹资

（一）保障对象

本县行政区域内参加职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的全部参保人员，同步参加长护险，落实应保尽保，实现基本医保参保人员全覆盖。

（二）筹资机制

建立适配我县经济社会发展水平、多方承受能力的可持续筹资机制，筹资通过个人缴费、政府财政补助、基本医疗保险统筹基金划入三个渠道，按照 3:4:3 比例筹集，筹资标准暂定为 100 元/人·年。鼓励企业、单位、慈善组织及社会个人予以捐助支持。

1.个人缴费：职工医保参保人员，每年由经办机构从职工医保个人账户一次性划转至财政专户；居民医保参保人员在缴纳城乡居民医保时同步缴纳。医疗救助对象个人缴费部分由县财政全额补助并划转至财政专户；学生及其他未成年人个人缴费暂免征收。

2.财政补助：县财政按季度，以上年末参保人数测算划转补助资金至财政专户；次年 1 月份按照年末实际参保缴费人数完成清算。

3.统筹基金划入：每年 1 月份，经办机构以上年末参保人数，从基本医保统筹基金划转资金进入财政专户，次年 1 月按实际参保缴费人数清算；若上年末基本医保统筹基金累计结余不足，对应划入资金由财政全额补足。

三、实施阶段及重点任务

（一）前期筹备阶段（完成时限：2026 年 9 月底前）

1.财政补助资金测算。县医保局做好长护险配套基金测算，同步报送财政部门，由财政纳入年度预算。截至 2026 年 8 月 31 日，职工参保 10.05 万人，城乡居民参保 38.45 万人，预计 2027 年长护险财政补助资金约 2100 万元。

2.承办机构衔接。县医保局通过政府采购确定具备资质的商业保险机构作为长护险承办机构。参照周边地区经验，按照业务经办延续性原则，拟以单一来源采购方式，确认原承办机构继续

承担 2027 年度城乡居民长护险承办工作。（2028 年由市医保局负责统一招标采购）

3.服务机构和长护人员摸排。联合卫健、民政部门，对县域内镇区卫生院、养老机构、居家长护服务机构及其从业人员开展摸底，形成符合准入条件的机构清单，做好定点服务机构遴选准备。

（二）启动实施阶段（完成时限：2026 年 10 月底前）

1.动员部署。召开全县长护险全覆盖工作动员部署会，就部门协同、基层落实、经办优化、风险防控作出安排，推动各项任务落地。

2.扩面提标。坚持应保尽保、全员纳入原则，将职工、城乡居民基本医保参保人员统一纳入长护险保障范围，全面完成参保扩面任务。

3.遴选扩容。面向社会公开发布长护险定点机构（含评估机构、长护服务机构）遴选公告，动员符合条件的机构积极参与。

4.宣传引导。构建“新媒体+镇村阵地+医药机构+养老机构”多维宣传矩阵，全方位、多角度解读政策要点、办理流程、待遇标准。建立舆情监测与快速响应机制，畅通咨询答复渠道，及时回应群众关切。

四、失能等级评估

（一）评估组织

构建龙头医院（县人民医院）主导、民办机构补充的评估机构布局。县人民医院组建由神经内科、康复科、老年病科、骨科等副高及以上职称人员组成专业评估团队。

（二）评估标准

统一执行国家医保局《长期护理失能等级评估标准（试行）》，围绕日常生活活动能力、认知能力、感知觉与沟通能力开展失能

等级分级评估。

（三）评估流程

1.申请受理：参保人或代理人可以线上提交申请，上传社保卡、病史资料；也可携带材料到长护保险服务中心线下申请。承办或经办机构2个工作日内完成初审。

2.现场评估：评估机构收到任务后，安排不少于2名评估人员（至少1名专家），15个工作日内完成上门或定点现场评估，使用统一量表开展测评打分。

3.结果公示与告知：评估结论在县政府网站进行公示，公示期不少于5个工作日，公示无异议后出具《失能等级评估结论书》，5个工作日内送达申请人。

4.争议复评：申请人对评估结论不服，可在10个工作日之内申请复评。承办机构收到复评申请后的10个工作日内组织复评，复评结论为最终结论；初评参与人员实行回避制度。

（四）评估费用

执行市统一标准，评估对象接受机构上门现场评估280元/次；评估对象到机构进行评估180元/次。落实费用分担机制，初次评估长护险基金承担80%，个人承担20%；医疗救助对象、免缴个人缴费人员评估费用全部由基金承担。复评结果和初评一致的，评估费由申请人承担；其余情况由基金承担。初评、复评、专家复审、稽核评估相关费用从第三方承办机构管理服务费列支。

（五）待遇享受条件

经评估认定为重度失能，且失能状态持续6个月以上的参保人员，自评估结论生效起按政策享受长护险待遇。对已享受待遇人员，待遇满12个月按不低于50%比例开展复核，每位失能参保人员2年内至少复核一次。

五、服务供给与定点管理

（一）定点机构范围

依法成立的符合长护险护理服务相关条件的以下机构，可向县医保经办机构申请成为定点长护服务机构：

1.医疗机构：已取得卫健部门颁发的医疗机构执业许可证或诊所备案凭证的机构（县内医疗机构实行分批次申报准入，第一批优先纳入各镇区卫生院）。

2.养老机构：符合条件的各类养老服务机构、残疾人托养康复机构。

3.其他服务机构：提供居家上门服务的服务机构等。

（二）定点管理原则

1.协议管理原则：经办机构与定点机构签订服务协议，明确双方权责，实行动态准入和退出机制。

2.优先属地原则：卫健部门参照东台做法，牵头成立长护险服务机构调度中心，紧扣“需求统一归集、资源统一调度、质量统一监管”目标，遵循“属地管理、就近长护”原则，引导失能人员优先选择居住地所在基层卫生院的护理床位或居家护理服务，推动优质护理资源下沉，让群众就近就便享受长期护理。

3.自主选择原则：在优先推荐属地机构的同时，充分尊重失能人员及其家庭的意愿，允许其自主选择县内其他定点长护服务机构。

六、待遇保障与结算管理

1.机构护理：入住定点医疗机构长护床位 80 元/天；入住定点养老机构长护床位 60 元/天，由基金直接与定点机构结算。

2.居家护理：上门服务每月不超过 15 次，每次不少于 1.5 小时，80 元/次；“上门+亲情”模式每月上门不超过 4 次（80 元/次），

同步发放 10 元/天亲情护理补助（护理人需接受培训）。

3.县外居住：参保人员在县外居住的，暂按 20 元/天发放亲情护理补助。

结算流程：参保人员在定点机构实行联网结算，个人自付部分由参保人与机构直接结算。每月 15 日前承办机构完成上月费用核算对账；每月 25 日前经办机构复核后向县财政局申请资金；每月 30 日前完成资金拨付定点机构，亲情护理补助直接拨付至参保人员关联银行账户。

七、第三方承办服务与经费

由商业保险机构承担长护险事务性承办工作，2027 年承办服务费按照长护险筹资总额 4.5% 执行，从长护险基金列支。按季度拨付，每季度首月由经办机构提请拨付；预留 5% 作为年度绩效考核金，依据年终考核结果结算。主要承担评估受理、费用初审、现场稽核、政策宣传、满意度回访、评估相关保障等工作。

八、部门任务职责分工

（一）县医保局统筹全县长护险制度实施；组织推进参保扩面；负责定点长护机构协议管理；统筹失能评估管理；履行基金监管主体责任；负责承办机构协议签订、考核管理；组织业务培训；牵头政策宣传，协调解决实施重难点问题。县医保经办中心具体承担参保登记、待遇审核、费用结算、日常经办业务。

（二）县财政局将长护险财政补助足额纳入年度预算，保障补助资金及时拨付；开展基金预决算审核，实施财政监督。

（三）县税务局做好长护险个人缴费的征收管理工作，会同医保、财政等部门做好参保登记与费款征缴衔接，确保应收尽收。

（四）县卫健委加快基层医疗机构长护险服务专区建设，配齐配强专职服务人员，组织集中申报遴选；制定长护险服务机构

运营管理制度（含人员培训与调度、财务管理等）；借鉴东台市试点经验，成立长护险服务调度中心，统筹县域医疗护理资源。

（五）县民政局加强养老机构行业监管，配合医保部门将符合条件的养老机构纳入居家上门服务机构范围，统筹养老服务资源；做好长护险与高龄（失能）老人、重度残疾人等护理补贴政策的衔接工作

（六）县人社局做好长护险与工伤保险待遇政策衔接；会同卫健部门统筹推进长护人才培育，常态化开展技能培训，组织长期照护师技能等级认定和职称评审，提升长护队伍专业水平。

（七）县残联协助医保做好残疾人员享受长护险待遇持证类别等级的审核工作；协助民政部门做好重度残疾人护理补贴和长护险待遇政策衔接。

（八）县退役军人事务局做好长护险与伤残军人护理补贴等政策的衔接工作。

（九）各镇区做好长护险扩面征缴工作，开展辖区内政策宣传和参保动员，协助摸排辖区失能人员情况，做好困难群体政策告知。

九、工作要求

（一）强化组织领导，健全联动机制

建立定期会商联席会议制度，提请县政府分管领导牵头，医保局主要负责人及财政、税务、卫健、人社、民政、残联、退役军人事务等分管负责人参加，定期调度工作进度，及时化解实施过程堵点难点，重大事项及时向县政府报告。

（二）强化基金监管，防范运行风险

长护险基金纳入社会保障财政专户，实行专户管理、专款专用。强化参保缴费、失能评估、服务供给、待遇结算全链条监督，

健全举报投诉、内控稽核制度，严厉打击虚构服务、套取骗取基金等违法行为。建立与参保对象满意度挂钩的考核结算机制，压实第三方承办机构、定点长护机构主体责任。对享受待遇的失能对象按规定开展定期复核。

（三）规范服务供给，保障群众权益

严格执行失能评估、长护服务项目标准，畅通线上线下申请渠道，精简办事流程。落实低保、特困、享受生活补贴的重度残疾人等困难群体参保缴费兜底保障，实现困难失能人员应保尽保、应享尽享。

（四）做好宣传引导，营造良好氛围

统一政策解读口径，通过政务公开、新媒体、宣传栏、入户宣讲等多种途径，宣传参保范围、筹资方式、申请条件、待遇标准，及时回应社会关切，稳妥处置舆情，营造全社会支持长护险实施的良好环境。

（五）严格时间节点，强化督查推进

各部门、各镇区对照本方案任务，倒排工期、压实责任。工作专班开展定期督导调度，对推进滞后、落实不力单位予以督促提醒，确保 2027 年 1 月 1 日如期实现长护险制度全县全覆盖。

本方案自印发之日起施行，国家、省、市政策如有调整，从其新规定。

响水县医疗保障局

2026 年 10 月 16 日