

上海市人民政府办公厅文件

沪府办规〔2021〕15号

上海市人民政府办公厅关于印发 《上海市长期护理保险试点办法》的通知

各区人民政府,市政府各委、办、局:

经市政府同意,现将《上海市长期护理保险试点办法》印发给你们,请认真按照执行。

2021年12月20日

(此件公开发布)

上海市长期护理保险试点办法

第一条（目的和依据）

为健全本市社会保障制度体系,探索建立长期护理保险制度,保障失能人员基本护理需求,积极应对人口老龄化,根据人力资源社会保障部办公厅《关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》(人社厅发〔2016〕80号),国家医保局、财政部《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》(医保发〔2020〕37号)和《上海市养老服务条例》的有关规定,制定本办法。

第二条（定义）

本办法所称的长期护理保险制度,是指以社会互助共济方式筹集资金,对经评估达到一定护理需求等级的长期失能人员,为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。

第三条（适用对象）

符合下列条件之一的人员,应当参加长期护理保险:

(一)参加本市职工基本医疗保险(以下简称“职工医保”)的人员(以下称“第一类人员”);

(二)参加本市城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)的60周岁及以上的人员(以下称“第二类人员”)。

第四条（部门责任）

市医保局是本市长期护理保险的主管部门,负责长期护理保险的政策制定和统一管理,以及长期护理保险基金的监督管理工作。市医保局会同市发展改革委、市民政局、市卫生健康委、市财政局协同推进老年照护统一需求评估工作。各区医保局负责本辖区内长期护理保险的管理工作。

市发展改革委负责长期护理保险试点工作的政策协调。

市民政局负责养老服务机构开展长期护理服务的行业管理,统筹配置养老服务资源;与市卫生健康委共同制定长期护理保险服务规范。

市卫生健康委负责医疗机构开展长期护理服务的行业管理;会同市民政局负责评估机构的行业管理,实施评估人员的培训和评估质控管理。市卫生健康委、市民政局会同市医保局等相关部门制定老年照护统一需求评估标准。

市人力资源社会保障局负责养老护理员职业技能培训评价的政策支持,统筹推进培训评价工作。

市财政局按照规定,负责长期护理保险相关资金保障和基金监督管理等工作。

上海银保监局负责引导和规范商业长期护理保险产品、第三方责任险产品等供给,鼓励市场主体有序参与长期护理保险试点经办管理。

各区政府在组织实施、经费投入、人员配置等方面,对长期护理保险工作给予积极支持。

市社会保险事业管理中心、市医疗保险事业管理中心(以下简称“市医保中心”)负责长期护理保险的资金筹集工作。

市医保中心和各区医疗保险事务中心(以下简称“区医保中心”)是本市长期护理保险经办机构。市医保中心负责长期护理保险的费用结算和拨付、相关信息系统建立和维护等管理工作。区医保中心负责本辖区内长期护理保险的具体经办业务。

市医保局监督检查所受市医保局委托,具体实施长期护理保险监督检查等行政执法工作。

第五条 (登记缴费)

第一类人员和第二类人员分别按照本市现行的职工医保和居民医保有关登记征缴的规定,办理长期护理保险登记缴费手续。

第六条 (资金筹集)

长期护理保险筹资水平,按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则合理确定,并根据本市经济社会发展和基金实际运行情况,及时进行调整。

对第一类人员,按照用人单位缴纳职工医保缴费基数0.5%的比例,从职工医保统筹基金中按季调剂资金,作为长期护理保险筹资。

对第二类人员,根据60周岁以上居民医保的参保人员人数,并按照略低于第一类人员的人均筹资水平,从居民医保统筹基金中按季调剂资金,作为长期护理保险筹资。具体筹资标准,由市医保局、市财政局等部门制订,报市政府批准后执行。

第七条 （基金管理）

长期护理保险基金的管理,参照国家和本市社会保险基金管理的规定执行。长期护理保险基金纳入社会保障基金财政专户,实行统一管理、专款专用,经办机构按照第一类人员和第二类人员分账核算。分账部分支付不足时,需要财政部门予以补贴的,报市政府批准后执行。长期护理保险基金按照规定,接受财政、审计部门的监督。

第八条 （评估认定）

老年照护统一需求评估及服务管理工作,按照本市有关规定执行。

符合条件的评估机构可以提出申请,与市医保中心签订服务协议,成为长期护理保险定点评估机构(以下简称“定点评估机构”)。

第一类人员中60周岁及以上且已按照规定办理申领基本养老金手续的人员和第二类人员,应当按照本市老年照护统一需求评估的有关规定,提出需求评估申请,由定点评估机构对其自理能力、疾病状况等进行综合评估后,确定不同的老年照护统一需求评估等级(以下简称“评估等级”)。

长期护理保险参保人员申请长期护理保险待遇发生的符合规定的评估费用,由长期护理保险基金支付80%。复核评估费用和终核评估费用的支付办法,由市医保局另行制定。

第九条 （定点护理服务机构）

依法成立的能开展长期护理服务的养老机构、社区养老服务机构以及医疗机构(如护理站等),可以提出申请,经评估后,与市医保中心签订服务协议,成为长期护理保险定点护理服务机构(以下简称“定点护理服务机构”)。

定点护理服务机构应当依法与护理服务人员签订劳动合同或协议。

第十条 (护理服务人员)

提供长期护理保险服务的人员,应当是执业护士,或参加养老护理员职业技能培训、考核合格并取得相应国家职业资格证书或职业技能等级证书的人员。

原养老护理、养老护理(医疗照护)技能评价证明,以及健康照护专项职业能力证书持证人员可继续参与试点。定点护理服务机构应当组织养老护理员参加职业技能培训,不断提高服务水平。

第十一条 (服务形式)

(一)居家上门照护。是指养老服务机构,以及护理站、门诊部、社区卫生服务中心等基层医疗卫生机构和护理院,为居家的参保人员,通过上门照护形式,提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务。

(二)社区日间照护。是指养老服务机构为社区日间照护场所内的参保人员,在规定时间内,提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务。

(三)养老机构照护。是指养老机构为入住其机构内的参保人

员,提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务。

第十二条 (服务内容)

长期护理保险的居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护的服务内容及规范,由市民政局、市医保局、市卫生健康委另行制定。

第十三条 (待遇享受条件)

试点阶段,暂定为60周岁及以上、经评估失能程度达到评估等级二至六级且在评估有效期内的参保人员,可以享受长期护理保险待遇。第一类人员还需按照规定,已办理申领基本养老金手续。

第一类人员和第二类人员的长期护理保险年度,分别按照职工医保年度或居民医保年度。

第十四条 (居家上门照护待遇)

(一)评估等级为二至六级的参保人员,可以享受居家上门照护。试点阶段,每周上门服务的时间和频次为:评估等级为二级或三级的,每周上门服务3次;评估等级为四级的,每周上门服务5次;评估等级为五级或六级的,每周上门服务7次;每次上门服务时间为1小时。

(二)为体现鼓励居家养老的原则,对评估等级为五级或六级接受居家照护服务的参保人员,连续接受居家照护服务1个月以上6个月(含)以下的,由其自主选择,在规定的每周7小时服务时间的基础上,每月增加1小时的服务时间或获得40元现金补助;

连续接受居家照护服务 6 个月以上的,由其自主选择,在规定的每周 7 小时服务时间的基础上,每月增加 2 小时的服务时间或获得 80 元现金补助。

(三)市医保中心按照规定,与定点护理服务机构通过服务协议,约定居家上门照护服务的协议价格和长期护理保险支付标准。

(四)对参保人员在评估有效期内发生的居家上门照护的服务费用,长期护理保险基金的支付水平为 90%。

第十五条 (社区日间照护待遇)

(一)评估等级为二至四级的参保人员,可以享受社区日间照护。每周接受的服务频次为:评估等级为二级或三级的参保人员,每周服务 3 天;评估等级为四级的参保人员,每周服务 5 天。

(二)市医保中心按照规定,与定点护理服务机构通过服务协议,约定社区日间照护服务的长期护理保险支付标准。

(三)对参保人员在评估有效期内发生的符合规定的社区日间照护的服务费用,长期护理保险基金的支付水平为 85%。

第十六条 (养老机构照护待遇)

(一)评估等级为二至六级的参保人员,可以享受养老机构照护。保基本类养老机构的准入条件,按照相关规定执行。

(二)市医保中心按照规定,与定点护理服务机构通过服务协议,约定养老机构照护服务的长期护理保险支付标准。

(三)对参保人员在评估有效期内发生的符合规定的养老机构照护的服务费用,长期护理保险基金的支付水平为 85%。

第十七条 （待遇调整）

市医保局可以根据长期护理服务供给能力、基金收支情况等因素，会同有关部门适时调整居家上门照护、社区日间照护、养老机构照护的待遇，报市政府批准后公布执行。

第十八条 （不予支付范围）

下列护理服务费用，不纳入长期护理保险基金支付范围：

- （一）应当从工伤保险基金中支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）在境外发生的。

第十九条 （费用记账和支付）

参保人员在本市定点护理服务机构发生的费用，属于长期护理保险基金支付范围的，由定点护理服务机构记账，长期护理保险基金按照规定支付；其余部分由个人自付。

定点护理服务机构为参保人员提供服务，所发生的不符合长期护理保险规定的费用，由参保人员自行承担。

第二十条 （长期护理保险服务管理）

（一）参保人员在申请、接受评估、接受护理服务、结算时，应当出示其社会保障卡，作为享受长期护理保险服务的凭证。受理机构、定点评估机构和定点护理服务机构应当对参保人员出示的社会保障卡进行核验。任何单位、个人不得冒用、伪造、变造、出借社会保障卡。

(二) 定点护理服务机构应当按照服务协议, 落实相关管理要求。在向参保人员提供居家上门照护、社区日间照护和养老机构照护前, 应当根据评估报告, 按照规定的支付时间, 结合护理服务对象的实际, 制定服务计划, 再安排护理服务人员按照服务计划提供相应的护理服务。

(三) 市医保中心应当按照服务协议, 加强对定点护理服务机构的日常管理。市医保局监督检查所开展长期护理保险日常监督检查和专项监督检查工作, 对定点评估机构和定点护理服务机构进行监管。

第二十一条 (信息管理)

建立长期护理保险信息系统, 实现与定点评估机构和定点护理服务机构的连接互通, 实现长期护理保险评估、经办、服务、结算的信息化。建立基于移动网络和智能终端为基础的社区居家照护子系统, 实现上门服务过程中的服务内容派送、服务时间监控、服务结果评价和风险预警呼叫等, 并实现与行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享。

定点护理服务机构应当据实将服务对象的服务内容、服务时间、服务费用, 上传长期护理保险信息系统。

第二十二条 (风险防控)

鼓励定点护理服务机构购买第三方责任保险。商业保险机构遵循市场规律, 依法提供相关保险, 用于定点护理服务机构及其护理服务人员在提供服务时因发生意外或事故应当承担的赔偿。

定点护理服务机构应当加强内部管理,提高护理服务人员的风险意识和应急能力。

第二十三条 (长三角延伸结算)

积极探索本市老年人入住长三角区域养老机构长期护理保险费用延伸结算试点,为失能老年人选择异地养老提供支持。

第二十四条 (责任处理)

(一)定点评估机构、定点护理服务机构应当遵守主管部门有关评估、护理、费用结算等规定。对在提供长期护理保险需求评估、护理服务,进行费用结算过程中,存在违法违规行为的,市医保局应当责令改正,并按照《上海市基本医疗保险监督管理办法》追究法律责任。

(二)参保人员或其他人员在接受需求评估、享受长期护理保险服务过程中,存在骗取长期护理保险待遇及其他违法违规行为的,市医保局应当责令退回相关费用,并按照《上海市基本医疗保险监督管理办法》追究法律责任。

(三)经办机构及其工作人员有下列行为之一的,由市医保局责令改正;给长期护理保险基金、单位或者个人造成损失的,责令依法承担赔偿责任;对直接负责的主管人员和其他直接责任人员,依法给予处分:

- 1.未履行长期护理保险法定职责的;
- 2.未将长期护理保险基金存入财政专户的;
- 3.克扣或拒不按时支付长期护理保险待遇的;

4.丢失或篡改缴费记录、享受长期护理保险待遇记录等长期护理保险数据、个人权益记录的；

5.有违反法律、法规的其他行为的。

第二十五条（其他）

长期护理保险试点期间，由财政专户的职工医保、居民医保专账按照本办法规定，分别调剂资金至长期护理保险专账，在市医保中心的医疗保障专项资金账户下，开设子账户进行核算，用于支付试点期间符合长期护理保险规定的费用。

长期护理保险和养老服务补贴的衔接政策，按照本市现行规定执行，并由市民政局、市财政局会同相关部门负责制定和完善。

商业保险机构可以运用老年照护统一需求评估结果，提供长期护理商业保险产品服务。鼓励长期护理保险参保人员购买商业补充长期护理保险。积极发挥具有资质的商业保险机构等各类社会力量的作用，探索商业保险机构参与长期护理保险经办服务，并从长期护理保险基金中按比例或按定额支付经办服务费，提高经办管理服务能力。

本办法自2022年1月1日起施行，有效期至2023年12月31日。

抄送：市委各部门，市人大常委会办公厅，市政协办公厅，市纪委监委，市高院，市检察院。

上海市人民政府办公厅

2021年12月21日印发
