

南京市医疗保障局
南京市民政局
南京市财政局
南京市残疾人联合会

文件

宁医发〔2021〕28号

关于印发《南京市失能人员照护保险实施细则
(试行)》的通知

各医保分局，各区财政局、民政局、残疾人联合会，江北新区教育局和社会保障局、财政局、卫生健康和民政局、残疾人联合会，市、区医保中心，各有关单位：

现将《南京市失能人员照护保险实施细则（试行）》印发给你们，请认真遵照执行。

(此页无正文)



2021年4月29日

南京市失能人员照护保险实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 根据市政府《关于建立失能人员照护保险制度的意见（试行）》（宁政发〔2021〕10号）要求，为贯彻落实失能人员照护保险制度，经市政府同意，制定本实施细则。

第二条 失能人员照护保险（以下简称“失能保险”）是指为长期失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供保障的制度。

第三条 失能保险实行市级统筹，实施统一保障对象、统一筹资政策、统一待遇标准、统一基金管理、统一信息系统和统一经办服务标准。

第四条 市医疗保障局是失能保险的行政主管部门，负责制定失能保险政策并组织实施。市、区医保中心具体负责失能保险参保登记、基金筹集等经办事务。市医疗保障局通过政府招标委托有资质的商业保险机构作为失能保险具体经办业务的承办机构（以下简称“承办机构”），具体承办失能保险的失能等级评估、待遇支付、评估机构和照护服务机构协议管理、费用结算、稽核调查及政策宣传与咨询等经办业务。市民政局负责养老服务政策配套，规划、统筹配置养老服务资源，加快养老机构护理型床位建设，强化养老服务人员队伍建设，做好 80

岁以上老年人、政府养老扶助人员认定工作。市财政局负责做好失能保险基金管理工作，落实各项财政补助和资金保障。市残疾人联合会负责做好残疾人证发放管理，协同做好残疾人享受失能保险待遇相关审核工作。

第二章 参保缴费

第五条 我市城镇职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）、城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员为失能保险参保对象。

第六条 建立失能保险基金。基金由个人缴纳、财政补助、基本医疗保险统筹基金划入三部分组成。

实施分年龄缴费机制。60周岁（含）以上参保人员，筹资标准为100元/人·年，其中个人、财政、基本医疗保险统筹基金按4:2:4分担；60周岁以下参保人员，筹资标准为60元/人·年，其中个人、财政、基本医疗保险统筹基金按2:1:3分担。

（一）个人缴费部分。职工医保参保人员由医保个人账户资金缴纳，每年12月份在医保个人账户划账同时一次性划转次年个人缴费额；居民医保参保人员，每年缴纳居民医保费时一并缴纳，其中学生儿童、大学生个人暂时不缴费。居民医保中享受个人缴费部分财政全额补助的人员，其失能保险个人缴费部分由财政部门全额补助，市、区两级财政按比例分担。

（二）财政补助部分。职工医保参保人员财政补助部分，

由市财政承担；居民医保参保人员财政补助部分由市、区两级财政按比例分担。每年初，各区按上年末参保人数预交至市失能保险基金财政专户，年末按实际参保人数由市、区财政部门进行清算。

（三）基本医疗保险统筹基金划拨部分。每年初，按照上年末参保人数，分别从职工医保和居民医保统筹基金中划拨至失能保险基金，年末按实际参保人数清算。

第七条 失能保险待遇享受期为每年1月1日至12月31日。职工医保个人账户未划转或年度内中途参保人员，自划转或缴费到账次月起按规定享受失能保险待遇。已完成年度失能保险参保缴费，年度内在我市基本医疗保险制度内保险关系转移的，不再重复缴纳失能保险费。

第八条 参保人员按规定缴纳失能保险费，在下一年度待遇享受期前停止参加我市基本医疗保险的，可持相关材料至基层医疗保障经办机构办理次年个人缴费退费手续。待遇享受期内，已缴纳的失能保险个人缴费部分不予退回。

第三章 失能评估

第九条 参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致长期失能，失能状态持续3个月以上，可申请失能等级评估。评估为重度失能等级的，可按规定享受失能保险待遇。

第十条 失能等级评估是指按照南京市失能保险失能等级

评估办法，对参保人员生活自理能力等方面进行量化评估。失能等级评估办法另行制定。

第十一条 参保人员申请失能等级评估的，可由本人或其代理人通过线上 APP 或就近向承办机构服务柜台提出申请。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“医保卡”）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、变更的及时性以及失能评估的意愿作出承诺，并签字确认。

第十二条 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，可按规定向承办机构申请作为失能保险定点评估机构（以下简称评估机构）。

第十三条 承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，并统一纳入失能保险信息系统（以下简称“信息系统”）管理。原则上每行政区不少于 3 家评估机构，每 1 万名 60 岁以上老年人口配备 2 名评估人员。

第十四条 承办机构收到参保人员的申请后，应在 5 个工作日内对申请人提供的材料进行初审，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。

第十五条 评估人员对申请人员进行失能评估期间，应对申请人员生活自理情况在居住社区、邻里等一定范围内进行走

访调查，如实记载调查笔录，作为失能评估的佐证资料。

第十六条 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）未参加本市失能保险的；

（二）属于基本医疗、工伤等社会保险责任范围的；

（三）失能未满 3 个月的；

（四）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）；

（五）提供虚假材料的；

（六）参保人员居住在本市行政区域外的；

（七）其他不予受理的情形。

第十七条 评估机构现场评估后，应将评估结果在一定范围内进行公示，接受社会监督，公示期不少于 5 天。公示期结束且无异议的，由经办机构出具失能评估结论并在 5 个工作日内送达申请人或其代理人。评估结论应在受理申请后 20 个工作日内作出。

第十八条 评估机构应将符合条件的评估人员信息录入失能保险信息系统，实行动态管理，未纳入信息化管理的人员不得从事失能等级评估工作。失能保险评估机构需对评估结果的真实性负法律责任。

第十九条 有下列情形之一的，按规定进行复评估：

（一）申请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。

第二十条 待遇申请人的初次评估费用由失能保险基金承担。申请人申请的复评估结果与初评结果一致的，评估费用由申请人承担；其它情形由承办机构承担。

申请人居家进行评估的，评估费标准为 300 元/次；申请人入住机构后进行评估的，评估费标准为 200 元/次。

第二十一条 承办机构负责失能评估的复评估及争议处理。对申请复评估的，承办机构应另行组织评估机构和评估人员进行复评估。

复评估结论为最终结论。

第四章 待遇标准

第二十二条 经评估符合重度失能标准的参保人员（以下简称“失能人员”），在待遇享受期内，自相关手续办结当日起可享受失能保险待遇。本人或其代理人可选择入住照护服务机构或者照护服务机构入户提供居家照护服务的方式，并享受相

应的失能保险待遇。

第二十三条 本市范围内依法成立的符合失能保险照护相关条件的医疗机构、各类养老服务机构及残疾人托养康复机构等，可按规定向承办机构申请作为定点照护服务机构（以下简称“照护服务机构”）。照护服务机构实行协议管理，并统一纳入信息系统管理，具体协议管理办法另行制定。

照护服务机构不可同时作为评估机构。

第二十四条 入住照护服务机构享受失能保险待遇的人员，照护服务机构应针对失能人员照护需求，制定照护服务方案，并与失能人员签订照护服务合约，明确相关服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任等。失能人员签订照护服务合约当日起享受失能保险待遇，退出照护服务机构服务次日起停止享受其待遇。

第二十五条 失能人员选择照护服务机构入户提供居家照护服务的，凭医保卡和评估结论与照护服务机构签订照护服务合约，明确相关服务项目、服务内容、服务频次、服务时间及双方的权利、义务和责任等。自失能人员签订服务合约当日起享受失能保险待遇，合约解除次日起停止享受其待遇。

第二十六条 失能人员可根据自身照护需要变更服务方式，自办理变更手续签订相应服务合约当日起享受变更后的待遇。因病情好转或其他原因应停止享受失能保险待遇的，参保人员或代理人应及时办理失能保险待遇终止手续。

失能人员死亡的，自死亡次日起停止其待遇。

第二十七条 失能人员发生的属于失能保险照护服务项目范围的费用（照护服务项目另行制定），由失能保险基金按以下标准定额支付：

（一）居家接受照护服务机构入户提供照护服务的，在规定的照护服务项目标准范围内，由失能保险基金按 45 元/小时标准与照护服务机构结算。

（二）入住照护服务机构接受照护服务的，在规定的照护服务项目标准范围内，由失能保险基金按 60 元/天标准与照护服务机构结算。

第二十八条 失能人员在基本医疗保险定点医疗康复、护理机构发生的符合基本医疗保险支付范围内的医疗费用，可按规定享受基本医疗保险待遇；因病情需要转至医院治疗，其住院期间停止失能保险待遇享受。

第二十九条 失能人员在居家照护服务项目范围内接受照护服务机构入户提供照护服务，照护服务机构入户服务时间为每月 30 个小时。

第三十条 符合《南京市养老服务条例》规定的八十周岁以上失能人员，照护服务机构入户服务时间为每月 31 个小时；政府养老扶助对象的失能老年人，照护服务机构入户服务时间为每月 54 个小时；低保或低保边缘家庭内的居家重度残疾人员，照护服务机构入户服务时间为每月 40 个小时。同时符合八十岁

以上老年人、政府养老扶助人员、重度残疾人员条件的失能人员，择高选择待遇，不重复享受。超出上述服务时间和服务项目标准的照护费用，由个人或其家庭负担。

享受失能保险待遇人员不再重复享受其他照护政策待遇。

第五章 协议管理

第三十一条 医疗保障部门与承办机构签订失能保险服务协议，明确双方的权利、义务和违约责任，约定服务范围、经办要求、合作方式等内容。

第三十二条 承办机构、评估机构、照护服务机构应按要求配置必要的设备。要配备与失能保险业务相适应的信息管理人员，保障信息系统的连接和数据交换，实现失能保险等级评估、照护服务、承办服务、待遇支付、费用结算和监督管理全过程信息化管理，并确保信息安全。

第三十三条 承办机构应按失能保险政策规定及承办服务协议约定配备相应数量的工作人员，规范评估和照护服务标准，与照护服务机构和评估机构签订服务协议，协议内容应符合相关法律法规，明确双方权利、义务和责任，建立退出机制。服务协议签订情况应向市、区医疗保障部门备案。

第三十四条 照护服务机构在办理参保人员待遇申请手续时，应认真核对参保人员身份。在显著位置公示本机构服务项目、服务内容、服务周期、服务预期效果、收费标准等信息，

接受相关行政主管部门、服务对象和社会公众监督，不得对享受失能保险待遇的人员提高收费标准。

第三十五条 承办机构应加强对评估机构和照护服务机构的协议管理。评估机构和照护服务机构服务场所、服务范围、服务人员情况等服务能力要素发生变化的，承办机构视情况重新进行服务能力评估，对不符合失能保险服务管理要求的，应当暂停或终止服务协议。

第三十六条 承办机构应加强对评估、照护服务从业人员业务培训力度，提高服务质量，确保能为参保人员提供规范标准的照护服务。

第六章 费用结算

第三十七条 符合失能保险规定服务范围和服务时间的费用，由失能保险基金支付，承办机构与照护服务机构结算。超出失能保险规定服务范围和服务时间的费用，由待遇享受人员个人承担，与照护服务机构结算。

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。承办服务费及失能评估费从失能保险基金中支付。

第三十九条 每季度初，医疗保障部门按上季度失能保险基金支出的 95% 预拨给承办机构，按季结算。

医疗保障部门按约定承办服务费的 95% 按季预拨给承办机

构。医疗保障部门根据承办机构服务协议的履行情况、服务对象满意情况及年度考核结果，对承办机构的承办服务费进行年度结算。

第四十条 承办机构与照护服务机构按月结算照护费用。承办机构每月 10 日前按上月失能保险待遇享受人数、待遇标准和实际享受待遇时间，与照护服务机构结算照护服务费用。

承办机构与评估机构按月结算评估费用。承办机构每月 10 日前按上月实际评估的失能评估人数、评估费标准与评估机构结算评估费用。

第四十一条 承办机构应建立与服务对象满意度、评估、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，根据考核结果，与评估机构、照护服务机构进行费用清算。

第七章 监督管理

第四十二条 失能保险基金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。建立失能保险基金监督机制，接受人大、政协、财政、审计监督。畅通社会监督渠道，鼓励和支持社会各方参与监督。

第四十三条 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，对失能保险评估结果、照护服务机构服务及待

遇享受等情况的真实性和有效性进行跟踪管理，按月编报失能保险运行分析报告。

第四十四条 经办机构应定期对失能人员失能情况开展复核。对享受失能保险待遇期满 12 个月的失能人员，经办机构按照不低于 40% 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。

经复核不符合失能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失能保险待遇。对复核结论有异议的，自复核结论作出 10 个工作日内可向经办机构提出复评估申请，复评估符合重度失能标准的，继续按规定享受失能保险待遇。复评估结论为最终结论。

第四十五条 医疗保障部门建立举报投诉、信息披露、基金监管、欺诈防范等监管机制，确保基金平稳运行和安全有效。加强对失能保险参保人员、经办机构、评估机构、照护服务机构政策执行情况等各项制度落实情况督查，及时发现和解决失能保险实施过程中存在的问题。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。

第四十六条 参保人员、经办机构、评估机构、照护服务机构及其工作人员等有违法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。

第四十七条 建立健全失能保险诚信档案，根据信用评价等级分级分类监督管理，按照国家有关规定实施惩戒。

第八章 附 则

第四十八条 市医疗保障局会同市财政局等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，适时调整筹资、待遇等相关政策并向社会公布。

第四十九条 本细则由市医疗保障局负责解释。

第五十条 本细则自 2021 年 7 月 1 日起施行。