

附件

汕尾市长期护理保险暂行办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条【政策依据】为积极应对人口老龄化，不断完善与经济社会发展相协调的社会保障体系，促进养老和健康服务产业发展，切实保障本市失能人员基本护理需求，根据《中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快建立长期护理保险制度的意见》（厅字〔2025〕19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）和省有关要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条【基本概念】本办法所称的长期护理保险（以下简称长护险），是指以互助共济方式筹集资金、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服务保障的社会保险制度。

第三条【适用范围】本办法适用于本市行政区域内的长护险的参保范围、资金筹集、待遇享受、基金管理及服务供给等管理事项。

第四条【基本原则】长护险制度坚持以人为本，覆盖全民，保障基本，先行解决重度失能人员长期护理保障问题，结合实际逐步扩大保障范围；坚持独立运行，着力于建立独立险种，独立

设计、独立推进，与医疗保险制度相互衔接、相互独立；坚持统筹协调，同步统筹推动医疗健康、养老服务产业发展，做好与相关社会保障制度及商业保险的功能衔接；坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，合理划分筹资责任和保障责任，合理确定保障范围和待遇标准，确保可持续性；坚持市级统筹，政策制度、经办管理、基金管理、信息管理全市统一；坚持机制创新，探索可持续发展的运行机制，提升保障效能和管理水平。

第五条【职责分工】市医保局负责牵头拟定长期护理保险政策、实施方案及相关配套细则，明确参保范围、筹资标准、待遇保障、服务管理等内容，确保政策符合本地实际与发展需求。统筹协调各部门工作，建立定期沟通机制，解决工作推进中的问题。

市发展改革局负责将养老服务产业发展纳入国民经济和社会发展规划，支持养老服务项目建设，协同推进康养产业发展。

市教育局负责长期护理保险人才教育培养，引导各类高校和职业院校加强校企、校院合作，增设长期护理相关专业或课程。

市民政局负责加强养老服务机构、养老服务组织和护理人员队伍建设，加快护理型床位建设，规范养老机构、养老服务组织及其护理人员的行业管理和行为，做好相关补贴的数据共享。

市财政局根据《预算法》**《中华人民共和国社会保险法》**等法律法规相关制度安排财政补助，纳入本级财政年度预算；市财政局负责审核并汇总长期护理险年度基金预算、决算草案，按职责对基金的收支、管理和运营情况实施监督。

市人力资源社会保障局负责指导护理服务从业人员队伍建设，按规定落实职业培训工作，配合医保部门做好工伤保险护理

待遇的数据共享。

市卫生健康局负责统筹规划与协调全市卫生健康资源配置，支持和鼓励相关专业人员参与失能等级评估工作，支持护理院（中心、站）等医疗机构建设和发展，指导医疗机构按照行业标准规范提供医疗护理服务。

市税务局负责会同市医保局做好长期护理保险费的征收工作。

汕尾金融监管分局负责推动保险行业落实商业护理保险相关政策要求，指导辖区保险公司设计开发与长期护理保险相衔接的商业护理保险产品，提升产品惠民属性，扩大投保群众受益面。

市政务服务和数据管理局按职责保障相关数据共享工作。

市投促局负责指导相关行业部门引进医养、康养投资企业和机构，重点开展优质企业和投资机构的招商引资工作。通过整合护理服务、医疗技术、保险科技等相关产业资源，推动产业协同创新发展，全力构建结构完善、功能健全的医养、康养全产业链体系。

市残联负责完善残疾人托养康复服务与长期护理保险的衔接，做好相关残疾人数据共享。

各县（市、区）政府应当履行属地责任，统筹区域医疗卫生与养老服务资源，支持有条件的医疗机构增设养老床位，开展医养结合服务，推动医养结合深度融合，鼓励企业开发适老化产品与服务，促进银发经济创新升级，落实长期护理保险制度的相关工作。乡镇（街道）、村（社区）配合做好长期护理保险制度相关工作。

第二章 参保缴费

第六条【参保范围】用人单位（包括企业、事业单位、机关、社会组织）以及单位职工、退休人员、灵活就业人员（以下简称职工）和未就业城乡居民（以下简称居民）等按照属地管理原则参加长护险。

第七条【缴费方式】长护险筹资与职工和居民基本医疗保险同步征收，分为年度缴费和月度缴费，其中职工医保参保人按月度缴费，居民医保参保人按年度缴费。

第八条【缴费标准】构建单位、个人、政府、社会等多元筹资渠道，与经济发展水平相适应、与各方负担能力相匹配、与长远可持续要求相协调。建立长护险缴费比例动态机制，并按照以下缴费标准执行：

（一）职工缴费

1.用人单位在职职工、灵活就业人员和领取失业保险金期间的失业人员的缴费基数与其参加职工医保基数保持一致；缴费费率为 0.3%，在职职工由单位和个人按同比例（即用人单位 0.15%，个人 0.15%）缴纳。

2.达到法定退休年龄但未缴满职工医保规定缴费年限的退休人员，以当期职工医保缴费基数作为长护险缴费基数，缴费费率为 0.15%。

3.达到法定退休年龄且已缴满职工医保规定缴费年限的退休人员，按每人每月 10 元在本人职工医保个人账户中扣缴。

（二）居民缴费

1.居民以本市上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数，具体筹资标准和实施时间由市医疗保障部门会同市财政部门根据经济社会发展水平和基金安全运行等因素另行制定，并参照本市居民医保分担比例计算个人缴费标准，在每年居民医保费集中征缴时一并发布。

2.参加居民医保的 18 周岁（含）以下人员直接纳入长护险保障，个人无需缴费。

3.收入型医疗救助对象以居民身份参加长期护理保险的，对个人缴费部分给予资助。资助参保资金从医疗救助资金中直接划拨至长护险基金账户。

第九条【个账代缴】职工医保参保人员的个人账户可缴纳本人或代缴其近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）的长护险保费。

第三章 失能评估

第十条【评估条件】参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致失能，丧失生活自理能力持续 6 个月（含）以上，可向参保所在地医疗保障经办机构申请失能等级评估。

第十一条【概念内容】失能等级评估是指评估机构按照长期护理失能等级评估标准，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进行等级评估。评估结论为重度失能三级、二级、一级的参保人员可按规定享受长护险待遇，评

估结论有效期为 2 年。

第十二条【评估标准】失能评定标准按照国家医疗保障局《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》《长期护理失能等级评估标准（试行）》及《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》等规定执行。长护险失能等级评估办法具体由市医疗保障部门按国家、省有关规定另行制定。

第十三条【评估流程】失能等级评估流程主要包括评估申请、受理审核、现场评估、提出结论、公示与送达等环节。

第十四条【复评申请】参保人员对失能等级评估结论有异议的，可在收到评估结论之日起 5 个工作日内，向医疗保障经办机构提出复评申请。医疗保障经办机构应组织评估专家对参保人员进行复评，复核评定结论为最终评估结论。

第十五条【重新评估】参保人员生活自理能力发生变化、失能状态与评估结论不匹配的，自评估结论出具满 6 个月后，可向定点评估机构申请重新评估；经办机构或定点服务机构在日常服务、巡查中发现参保人生活自理能力变化与评估结论不匹配的，由经办机构按规定重新评估。

第十六条【不予受理情形】申请人有下列情形之一的，不予受理失能等级评估申请：

- （一）未参加本市长护险的；
- （二）不符合待遇享受条件的；
- （三）发生护理服务费不属于长护险基金支付范围的；
- （四）申报材料不全或提供虚假材料的；
- （五）其他长护险不予受理评估申请的情形。

第十七条【评估费用】评估费用按照“谁发起、谁负责”的原则，统一为每人次 200 元，由参保人员发起的，先由其预交，并按以下规定执行：

（一）初评符合条件的，评估费用由长护险基金全额承担；初评不符合条件的，评估费用由参保人员承担。

（二）初评不符合条件申请复评的，复评结论符合享受长护险待遇的，评估费用由初评评估机构全额承担；复评仍不符合条件的，评估费用由参保人员全额承担。

（三）初次评估结论出具满 6 个月后重新评估符合条件的，评估费用由长护险基金全额承担；重新评估不符合条件的，评估费用由参保人员全额承担。

（四）经办机构或定点服务机构在日常服务、巡查中发现参保人员失能等级不匹配需重新评估的，评估费用由长护险基金全额承担。

（五）评估有效期届满前重新评估的，评估费用由长护险基金全额承担。

（六）评估过程中因评估机构原因造成中断，导致本次评估工作无法完成的，评估费用由评估机构全额承担；因申请人提交虚假资料及信息导致评估终止的，评估费用由参保人员全额承担。

第四章 待遇保障

第十八条【享受条件】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，经申请评定为重度失能的参保人员，自

评估结论作出次月起按规定享受长护险待遇。

第十九条【支付范围】长护险基本服务包括基本生活照料服务和与之密切相关的医疗护理服务等项目。探索将支持性器具租赁服务费用纳入基金支付范围。护理服务项目、支付标准、服务规范具体由市医疗保障部门另行制定。

第二十条【服务价格】医疗护理服务价格按照本市定点医疗机构医疗服务（项目名称、项目内涵、计价单位、收费标准等）价格政策执行。生活照护服务由定点长护服务机构按照公平合理、诚实守信、质价相符的原则确定收费价格。

第二十一条【服务方式】符合享受长护险待遇的参保人员，其保障方式分为居家护理、社区护理和机构护理。参保人员可根据自身需求，自主选择其中一种服务方式：

（一）居家护理：是指定点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。

（二）社区护理：是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

（三）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。

第二十二条【待遇标准】属于长护险基金支付范围内的护理费用不设起付标准，具体待遇支付标准按以下规定执行：

（一）居家护理。参保人员选择居家护理服务的，由定点长护服务机构为失能保障对象提供上门护理服务。在符合规定的长护险服务项目目录范围内，按不同参保类型、不同失能等级享受不同待遇标准执行，其中职工参保人员支付比例为 80%，居民参

保人员支付比例为 60%。具体如下：

1.重度失能三级：（1）由定点护理机构每日派护理人员上门提供生活照料服务，每月服务时间为 40 小时。纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1500 元，居民参保人每人每月 1100 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 600 元、居民参保人员每人每月 300 元。

2.重度失能二级：（1）由定点护理机构派专职护理人员上门提供生活照料服务，其中每月上门次数不低于 20 次，每月服务时间为 30 小时。纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1100 元，居民参保人每人每月 800 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 300 元、居民参保人员每人每月 150 元。

3.重度失能一级：（1）由定点护理机构派专职护理人员上门提供生活照料服务，其中每月上门次数不低于 15 次，每月服务时间为 25 小时。纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 900 元，居民参保人每人每月 700 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 200 元、居民参保人员每人每月 100 元。

（二）社区护理。参保人员选择社区护理服务的，由定点长护机构为日托失能保障对象提供非全日制护理服务。在符合规定的长护险服务项目目录范围内，按不同参保类型、不同失能等级

享受不同待遇标准执行，其中职工参保人员支付比例为 75%，居民参保人员支付比例为 55%。具体如下：

1.重度失能三级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1650 元，居民参保人每人每月 1250 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 600 元、居民参保人员每人每月 300 元。

2.重度失能二级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1350 元，居民参保人每人每月 950 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 300 元、居民参保人员每人每月 150 元。

3.重度失能一级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1050 元，居民参保人每人每月 850 元。（2）医疗护理费用按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 200 元、居民参保人员每人每月 100 元。

（三）机构护理。参保人员选择机构护理服务的，由定点长护服务机构为入住的失能保障对象提供护理服务。在符合规定的长护险服务项目目录范围内，按不同参保类型、不同失能等级享受不同待遇标准执行，其中职工参保人员支付比例为 70%，居民参保人员支付比例为 50%。具体如下：

1.重度失能三级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1800 元，居民参保人每人每

月 1400 元。（2）护理机构发生的医疗护理费用，按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 600 元、居民参保人员每人每月 300 元。

2.重度失能二级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1400 元，居民参保人每人每月 1100 元。（2）护理机构发生的医疗护理费用，按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 300 元、居民参保人员每人每月 150 元。

3.重度失能一级：（1）生活照料费用纳入支付范围的费用限额标准为职工参保人员每人每月 1200 元，居民参保人每人每月 1000 元。（2）护理机构发生的医疗护理费用，按照本市基本医疗服务价格进行项目结算，基金最高支付限额为职工参保人员每人每月 200 元、居民参保人员每人每月 100 元。

第二十三条【政策衔接】领取工伤保险生活护理费的参保人员，不重复享受长护险护理服务待遇。对参保人员同时符合长期护理保险、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。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等对象，不再享受长期护理保险待遇。

第二十四条【重复享受规定】失能人员在享受长护险待遇期间，可保留普通门诊和门特病种待遇。因伤病情需住院治疗的，住院期间暂停长护险待遇。参保人治疗出院后，如其长护险评定结论仍在有效期内，可继续享受长护险待遇；如有效期届满，需按规定重新申请评定。

第二十五条【变更服务】参保人员可按照病情和失能程度发

生变化，其护理服务方式可在居家护理、社区护理、机构护理等方式中相互转换，长护险待遇不重复享受。参保人员申请护理服务方式变更的，由参保人员（或监护人）向定点护理服务机构提交申请，符合规定的，由定点护理服务机构为其向经办机构办理服务方式变更备案，并自办理变更备案手续次月起按变更后的护理方式享受长护险待遇。

第二十六条【终止结算情形】参保人员出现下列情形之一的，定点服务机构应及时办理待遇终止手续：

- （一）长护险待遇享受人员死亡的；
- （二）生活自理能力好转，经重新评估不符合条件的；
- （三）与定点护理机构终止服务协议。

第二十七条【不予支付范围】下列情形发生的长期护理服务费用，不纳入基金支付范围：

- （一）应当由医疗保险、工伤保险基金支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）非协议管理定点机构发生的；
- （五）机构床位费、膳食费等非护理服务费用；
- （六）其他法律、法规规定不予支付的。

第五章 基金管理

第二十八条【管理原则】长护险基金实行市级统筹，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，长护险基金纳入社会保

障基金财政专户，单独建账，独立核算，专款专用。按照社会保险基金管理有关规定，严格执行相关财务和会计制度，加强基金管理，建立健全基金的风险防范机制，确保基金安全。

第二十九条【监督机制】建立健全长护险基金监督体系，长护险基金使用情况纳入医疗保障基金监督体系，明确监管内容，强化协议管理，压实基金使用主体责任，规范安全有效使用基金。对承保机构、护理服务机构、评估机构及其从业人员、参保人员开展监督检查，强化事前防控、事中审核和事后监管，提升监管实效。

第三十条【基金来源】长护险基金来源为：

- （一）长护险保费及其利息；
- （二）财政补贴；
- （三）社会捐助等其他收入。

第三十一条【启动基金】长护险实施当年，从职工医保、居民医保统筹基金历年累计结余中各按 5%比例一次性划转至长护险基金账户，作为建立长护险制度启动资金，按照长护险基金累计结余资金管理。

第三十二条【风险调剂金】建立风险调剂金制度，按照年度长护险基金收入总额的 5%提取风险调剂金，主要用于应对因不可预测因素导致长护险基金支出快速增长、当年收不抵支等情况。

第三十三条【补偿机制】长护险基金当年收不抵支，应由长护险基金承担部分，先用当年提取风险调剂金予以补偿。当年提取风险调剂金不足补偿时，缺口部分报请市政府批准后，从长护险基金累计结余中支出，累计结余不足补偿时，再由财政部门予

以补贴。

第三十四条【使用范围】长护险基金使用范围：

- （一）长护险待遇支付费用；
- （二）失能等级评估费用；
- （三）第三方机构经办服务费；
- （四）法律、法规规定的其他费用。

第六章 服务管理

第三十五条【经办职责】市医保中心负责定点评估机构和定点长护服务机构协议管理、核查考核、费用审核结算、信息系统以及对商保公司等第三方机构的考核管理等，指导各级医保经办机构开展长护险经办工作。

第三十六条【经办管理】通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量参与长护险经办服务，并综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定第三方机构的服务费，按规定从长护险基金中按比例支付，具体在委托合同中约定。同步建立绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率。健全经办规程和服务标准，优化服务流程，加强对委托经办机构的协议管理和监督检查。

第三十七条【评估机构管理】长护险失能等级评估机构实行定点管理，申请成为定点评估机构的，应当符合国家医疗保障局《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》规定的准入条件，经审核合格后与医疗保障经办机构签订评估服务协

议，实行协议管理。长护险评估机构管理办法具体由市医疗保障部门按照国家、省有关规定另行制定。

第三十八条【评估机构职责】长护险失能等级评估机构应遵守医疗保障法律法规、规章及有关政策，按照本办法规定和协议约定向参保人提供客观公正的评估服务，并主动接受监督检查。

第三十九条【服务机构管理】长护服务机构实行定点管理，符合条件的养老机构、医疗机构或者其他服务机构，可以自愿向统筹地区医疗保障经办机构申请成为长护服务机构。长护服务机构管理办法具体由市医疗保障部门按照国家、省有关规定另行制定。

第四十条【服务机构职责】长护服务机构应遵守医疗保障法律法规、规章及有关政策，按照本办法规定和协议约定向参保人提供适宜、专业的长护险护理服务，并主动接受监督检查。长护服务机构应当对长护险照护服务人员定期开展业务知识、操作技能、服务规范以及安全上岗等培训和指导。

第四十一条【信息化建设】长护险信息化建设要依托全国统一的医保信息平台，按照信息化、标准化相关工作要求，统一进行规划设计和建设，定点评估机构、长护服务机构应加强信息化建设，编码信息动态维护工作，按照全国统一的接口规范实现与医保信息平台长护险功能互联互通，并按规定做好相关长护险信息传送。

第七章 结算管理

第四十二条【结算方式】长护险待遇享受人员发生的长护险

费用由定点服务机构通过信息系统记账结算，其中属于长护险基金支付部分，由定点护理服务机构按月向医保经办机构申报结算；属个人负担部分，由参保人员与定点护理服务机构结算。

第四十三条【费用结算】长护服务机构应按要求报送护理服务清单（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。医疗保障经办机构按月与长护服务机构结算护理费，每月预留服务费用的 5%作为质量保证金，于次年 5 月底前根据年度考核评定结果进行年终清算。

失能等级评估机构参照以上申报流程按月按实与医疗保障经办机构结算评估费。

第四十四条【审核拨付】医疗保障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，并于 10 个工作日内完成拨付。

第八章 监督管理

第四十五条【监管原则】长护险基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用，截留、挪用、挤占、私分长护险基金的，依照有关规定予以处理。

第四十六条【监管机制】各级医疗保障部门应建立举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等监督管理机制，加强对医疗保障经办机构、委托经办机构、长护服务机构，以及护理人员、参保人员、评估人员的监督检查，确保长护险基金平稳运行和安全有效。

第四十七条【违规处罚】对造成长护险基金损失或以欺诈、伪造证明材料等手段骗取长护险金的个人，以及在长期护理工作中有违法违规行为的有关行政部门、医疗保障经办机构及长护机构，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律、法规、规章的规定处理。

第九章 附 则

第四十八条【联席会议制度】建立长护险联席会议制度，由市医保局牵头相关部门及时研究解决政策实施过程中出现的新情况新问题，并对本办法内容进行调整或补充完善。

第四十九条【调整机制】市医疗保障部门根据经济社会发展水平和失能人员服务需求以及长护险基金运行情况，会同市财政部门适时调整支付政策。长护险筹资调整意见，报市政府批准后执行。

第五十条【实施时间】本办法自 2026 年 月 日起施行，有效期 3 年。国家、省另有规定的，从其规定。