

附件 1

汕尾市长期护理保险暂行办法

（第三次征求意见稿）

第一章 总 则

第一条 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，切实保障本市失能人员基本照护需求，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）和省的有关文件要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 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或资金保障的社会保险制度。

第三条 长护险制度坚持以人为本，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，着眼于建立独立险种，独立设计、独立推进。坚持保障基本，低水平起步，以收定支，合理确定保障范围和待遇标准。坚持责任共担，合理划分筹资责任和保障责任。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。坚持统筹协调，做好与相关社会保障制度及商业保险的功能衔接。

第四条 医保部门牵头做好长期护理保险制度建设工作，负

责长期护理保险的政策制定、组织实施和监督管理，指导做好长期护理保险经办工作；联合人社部门做好长期照护师培训培养和职业技能等级认定工作，加强长期照护师职业技能等级认定工作监督管理指导。

财政部门负责及时足额安排相关财政补助资金，配合医保部门做好基金测算等。

税务部门负责做好保费征收等工作。

民政部门负责加强养老服务行业监管，做好相关数据信息共享，与财政部门、医保部门、残联共同做好长护险政策与相关津贴补贴制度的衔接，探索失能等级评估结果跨部门互认机制等。

卫健部门负责开展长期护理服务的医疗机构的行业管理和医疗服务技术指导，为失能等级评估工作提供支持，鼓励基层医疗卫生机构提供长期护理服务。

人社部门支持配合做好长期照护师培训评价和长期护理保险与工伤保险衔接、退休人员保费代扣代缴等工作。

农业农村部门负责做好防止返贫致贫对象认定和帮扶工作。

残联负责做好相关残疾人数据共享，协同做好残疾人参保相关工作。

第二章 参保缴费

第五条 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。

第六条 长护险保险费与基本医疗保险同步征收，分为月度缴费和年度缴费，其中职工参保人按月度缴费，居民参保人按年度缴费。

第七条 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.单位职工。长护险费费率为 0.3%，单位职工费率由用人单位和个人按同比例（即用人单位 0.15%，个人 0.15%）缴纳，**缴费基数与职工医保的缴费基数保持一致**，用人单位缴费基数为职工工资总额，个人缴费基数为本人工资收入，用人单位和个人共同缴费。

2.退休人员。**职工达到法定退休年龄时**，缴费费率为 0.15%，**原则上**缴费基数为本人的基本养老金，由个人缴费，原用人单位不缴费。经个人同意，费款可由医保部门从其职工基本医疗保险个人账户代扣代缴，**有条件的**也可由发放基本养老金的社会保险经办机构代扣代缴。**未领取职工基本养老金或无法通过数据共享等途径获取职工基本养老金数据的人员**，建制当年以本统筹区上年度退休人员平均基本养老金、制度实施次年起以本统筹区上年度退休人员缴费基数平均值核定其长期护理保险缴费基数。

3.灵活就业人员。灵活就业人员缴费费率为 0.3%，以个人申

报工资收入为缴费基数(原则上不低于本市上年度全口径城镇单位就业人员月平均**工资**的 60%)，由个人按规定缴费；灵活就业人员也可选择按未就业城乡居民参保政策参保缴费。

(二) 居民缴费

1.未就业城乡居民。以本市上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数，费率从 0.15%左右起步，用 5 年左右时间逐步过渡到 0.3%左右，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，并按国家规定的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.困难人群。政府对符合条件的困难人员其个人缴费部分给予资助。资助范围及资助标准参照市医疗救助办法资助政策执行。

3.18 周岁以下人员。18 周岁（含）以下未就业人员跟随父母或其他法定抚养人等参保，不单独筹资，享受未就业城乡居民待遇标准。孤儿、事实无人抚养儿童无法跟从参保，直接纳入长护险保障，视同参保。

第八条 职工基本医疗保险个人账户**按规定可以**用于本人及近亲属（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）参加长护险的个人缴费。

第九条 探索建立缴费时长和待遇水平相挂钩的连续参保激励机制，对连续参保的未就业城乡居民按规定适当提高支付比例。除新生儿等特殊群体外，对未在长期护理保险制度启动时初次参保，以及中断缴费后再次参保的情形，制定待遇享受等待期、阶

段性调低待遇水平等约束性措施，具体措施和标准根据实际情况由市医疗保障局另行确定。待遇享受固定等待期原则上按照 6 个月设置，并随着断保年限的增加相应延长等待期。探索建立参保诚信机制。

第三章 失能评估

第十条 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 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 失能评估标准按照国家统一的标准执行。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 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 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 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 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 按规定参保缴费且失能状态长期持续（一般为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 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。按国家统一部署，逐步将长期护理相关智能化服务和支持性辅助器具等纳入支付范围。护理服务项目、支付标准、服务规范具体按照国家、省有关规定另行制定。

第二十条 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 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 长护险合规护理费用不设起付标准，实行月定额支付，实际费用低于月定额的，以实际费用纳入支付范围，由基金和个人按比例分担。护理分为居家、社区、机构三类模式，按照以下标准执行：

1.居家护理、社区护理：职工参保人基金报销 80%、居民参保人基金报销 60%；每月服务次数不少于 20 次，基金月度最高支付限额 1430 元/人。月度内未完成服务次数的，基金不予支付。

2.机构护理：职工参保人基金报销 70%、居民参保人基金报销 50%；月度最高支付限额 1430 元/人。

第二十三条 按照国家统一部署，做好长护险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接。领取工伤保险生活护理费的参保人员，不重复享受长护险相关服务待遇。

第二十四条 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 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 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的；
- （四）其他长护基金不予支付的情形。

第二十七条 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）应当由医疗保险基金支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）非协议管理定点机构发生的；
- （四）机构床位费、膳食费等非护理服务费用；

- (五) 在境外发生的护理费用;
- (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 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。不得将基金交由经办长期护理保险的第三方机构代管代拨。按照社会保险基金管理等相关规定,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 建立健全长护险基金监督体系,把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 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 建立风险调剂金制度,按照年度长护险基金收入总额 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。

第三十二条 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。

第三十三条 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

第三十四条 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。

第三十五条 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。

第三十六条 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。

第三十七条 长护险失能等级评估机构应当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。

第三十八条 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。

第三十九条 长护服务机构应当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。

第四十条 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

第四十一条 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。

第四十二条 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。

第四十三条 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

第四十四条 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。

第四十五条 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。

第四十六条 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实施细则》等法律、法规、规章的规定处理。

第九章 附 则

第四十七条 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。

第四十八条 本办法由市医疗保障部门负责解释。

第四十九条 本办法自 2026 年xx月xx日起施行，有效期 3 年。国家、省另有规定的，从其规定。