

附件 1

汕尾市长期护理保险实施办法

(第四次征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为建立本市长期护理保险制度，保障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》等国家和省关于建立长期护理保险制度的政策文件要求，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称长期护理保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者资金保障的社会保险制度。

第三条 本办法适用于本市行政区域内长期护理保险参保筹资、待遇支付、失能等级评估、基金管理及经办服务等事项。

第四条 长期护理保险实行市级统筹，制度政策统一、基金统收统支、管理服务一体。按照覆盖全民、统筹城乡、公平统一、安全规范、可持续的要求推进实施。

第五条 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

第六条 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、灵活就业人员和未就业城乡居民等按照属地管理原则参加长期护理保险。

第七条 长期护理保险费和基本医疗保险费同步征收，分为

月度缴费和年度缴费。按单位职工参保政策参保的，按月缴费；按未就业城乡居民参保政策参保的，按年度缴费。

第八条 建立与经济发展水平相适应、与各方负担能力相匹配、可持续的多元筹资机制。

（一）单位职工。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，缴费基数与职工基本医疗保险缴费基数一致，用人单位和个人共同缴费。单位职工费率为 0.3%，由用人单位和个人按同比例分担，用人单位缴费费率为 0.15%，个人缴费费率为 0.15%。

（二）退休人员。退休人员由个人缴费，原用人单位不缴费；缴费基数原则上为本人基本养老金；缴费费率为 0.15%。经个人同意，可由市医疗保障经办机构从职工基本医疗保险个人账户代扣代缴；待条件成熟时，可由市人力资源社会保障部门按月从其个人基本养老金账户中代扣代缴。

（三）灵活就业人员。鼓励灵活就业人员按单位职工费率标准参保，由个人按规定缴纳。缴费基数为本人当期职工基本医疗保险缴费基数，缴费费率为 0.3%。本人如实向税务部门申报并按时足额缴纳（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%）。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。

（四）未就业城乡居民。未就业城乡居民参保人以本市上年度城乡居民人均可支配收入为缴费基数。长期护理保险实施当

年费率为 0.15%，用 5 年左右逐步过渡到 0.3%。未就业城乡居民长期护理保险费由个人缴费和政府补助按 1：1 同比例分担。政府补助由中央财政和地方财政共同承担，按国家和省具体补助办法执行。过渡期间各医保年度长期护理保险费率如需调整，由市医疗保障行政部门联合市财政部门另行公布。

（五）18 周岁以下人员。18 周岁以下未就业人员跟随父母或者其他法定抚养人等参加本市长期护理保险，不单独筹资，符合待遇享受条件的按未就业城乡居民待遇标准享受待遇。参加本市基本医疗保险的孤儿、事实无人抚养儿童中无法跟从参保的，可视同参保。

第九条 政府对符合规定的困难人员以未就业城乡居民身份参加本市长期护理保险个人缴费部分给予资助，资助对象范围、资助比例、资金来源等与资助参加本市基本医疗保险一致。

第十条 职工基本医疗保险个人账户可以用于本人及近亲属参加长期护理保险的个人缴费。

第三章 基金管理

第十一条 基金纳入社会保障基金财政专户，单独建账、单独管理、专款专用。将长期护理保险纳入社会保险基金预算编制范围，科学编制收支预算，加强预算绩效管理，健全基金预算管理制度。严格执行基金财务制度，加强基金财务管理，规范基

金收支，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。

做好基金会计核算和统计分析。坚持以收定支、收支平衡，建立基金运行监控和风险防范机制，做好中长期精算分析。在长期护理保险基金出现支付困难时，应当按照规定及时调整筹资或待遇政策。建立健全基金监管体系，完善对欺诈骗保人员、机构惩戒机制，强化基金监管，加强财会监督和审计监督，严肃财经纪律，确保基金安全。

第十二条 长期护理保险基金来源：

- (一) 长期护理保险费；
- (二) 政府补助；
- (三) 利息收入；
- (四) 社会捐助等其他收入；
- (五) 依法纳入长期护理保险基金的其他收入。

第十三条 长期护理保险基金可以支付以下费用：

- (一) 长期护理保险待遇；
- (二) 失能等级评估服务费；
- (三) 第三方机构经办服务费；
- (四) 国家和省规定的其他费用。

第十四条 下列费用不纳入基金支付范围：

- (一) 应当由基本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) 国家和省规定不予支付的费用。

第四章 待遇保障

第十五条 按规定参保缴费且失能状态长期持续(6个月以上),经申请通过评估认定为重度失能的参保人员,自评估认定次月起,在评估结论有效期内按规定享受长期护理保险待遇。原则上不直接向失能人员发放现金。

长期护理保险制度起步阶段保障重度失能人员。按照国家 and 省统一部署逐步扩大保障对象范围。

第十六条 按照国家和省相关规定建立本市长期护理保险参保长效机制。除新生儿等特殊群体外,未在本市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,设置参保后固定待遇等待期6个月。

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,具体办法按照国家和省有关规定另行制定。

第十七条 长期护理保险失能等级评估管理工作、评估机构及出具的评估结论按照国家和省失能评估相关规定执行。不予

受理长期护理保险失能等级评估申请的情形按照国家和省、市相关规定执行。

第十八条 建立健全评估服务费由长期护理保险基金和个人合理分担机制。起步阶段评估费用统一为每人次 200 元，并按以下规定执行：

参保人首次评估通过的评估服务费，以及按规定参加定期复评的评估服务费，由基金支付。参保人首次评估不通过的评估服务费，由基金与参保人按 1：1 分担。

参保人申请复评的，复评结论与首次评估结论一致的，复评费用由参保人支付；复评结论与首次评估结论不一致的，复评费用由首次评估的评估机构支付。

市医保经办机构可依职责组织开展核查评估，核查评估费用由基金支付。

第十九条 执行国家统一的长期护理保险服务项目目录，服务项目包括生活照护类项目及医疗护理类项目，符合长期护理保险服务项目目录的长期护理服务费用按规定纳入支付范围，超出长期护理保险服务项目目录范围的护理服务费用，基金不予支付。

第二十条 长期护理服务类型包括定点长期护理保险护理服务机构（以下简称长护服务机构）提供的居家护理、社区护理、机构护理三种方式。

第二十一条 待遇享受不设起付线，基金年度最高支付限

额不超过本市上年度城乡居民人均可支配收入的 50%。参保人符合规定的长期护理服务费用，由基金按照下列规定支付：

（一）居家护理、社区护理。以职工身份参保的（包括单位职工、退休人员、按职工参保政策参保的灵活就业人员，下同），基金支付比例为 80%；以居民身份参保的，基金支付比例为 60%。基金月度最高支付限额 1430 元/人。

（二）机构护理。以职工身份参保的，基金支付比例为 70%；以居民身份参保的，基金支付比例为 50%。基金月度最高支付限额 1430 元/人。

第二十二条 失能等级评估服务费、长期护理服务费具体的支付标准由市医疗保障行政部门依据本地经济发展水平、基金支撑能力、参保人基本保障需求、社会平均工资、长护服务供给情况等经科学测算后合理确定，并动态调整。

第二十三条 享受长期护理保险待遇的参保人出现下列情形之一的，应及时停止享受长期护理保险待遇：

- （一）享受长期护理保险待遇的参保人死亡；
- （二）自理能力好转，经重新评估不符合待遇享受条件；
- （三）长期护理保险评估结果有效期届满但未按规定申请评估；
- （四）与定点长护服务机构终止服务协议且未重新签订新的服务协议的；
- （五）长期护理保险断缴及待遇等待期内；

(六) 国家和省规定的其他情形。

第二十四条 参保人在享受长期护理保险护理服务期间，可按规定同步享受普通门诊、门诊特定病种相关待遇；住院期间，暂停长期护理保险结算，不享受长期护理保险待遇。参保人治疗出院后，长期护理保险评估结论仍在有效期内的，自出院之日起可继续按规定享受长期护理保险待遇。

第二十五条 参保人选择的服务方式或定点长护服务机构需要变更的，从变更后的次月起按照变更后的服务方式或定点长护服务机构享受长期护理保险待遇。

第二十六条 按照国家统一部署，做好长期护理保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，不重复享受长期护理保险相关服务待遇。

第五章 服务管理

第二十七条 市医疗保障行政部门建立符合长期护理保险服务特点的支付机制和协商谈判机制，针对不同服务类型，完善支付方式，明确按人次、按床日、按服务时长（服务包）等不同支付方式的适用范围。建立健全长期护理保险服务质量评价机制和费用控制激励约束机制。加强基金结算管理。

第二十八条 市医疗保障行政部门应当根据参保人长期护

理服务需求、长期护理保险基金收支、长期护理服务资源等情况，统筹规划本市行政区域内定点长护服务机构的资源配置。

第二十九条 长期护理保险护理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，可自愿向市医疗保障经办机构申请成为定点长护服务机构，长护服务机构的定点管理由市医疗保障经办机构按照国家 and 省有关规定执行。

第三十条 定点长护服务机构全面实行收费公示和费用清单制度。医疗护理服务价格参照本市定点医疗机构医疗服务价格政策执行，生活照护服务可以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，同一项目收费不得高于非参保人收费价格。定点长护服务机构应当配合医疗保障部门做好长期护理服务价格、用量等监测工作。

第三十一条 市医疗保障经办机构按协议约定及时向定点长护服务机构拨付长期护理保险服务费用，每月结算时预留服务费用的一定比例作为质量保证金，次年根据年度考核评定结果进行年终清算。

第三十二条 长期护理保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，并逐步实现与行业管理部门相关信息系统实现互联互通、信息共享。

第三十三条 加强经办能力建设，建立健全经办服务体系。

坚持政府主导，构建以政府经办为基础、社会力量为补充的经办管理机制。市医疗保障部门可按照规定通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量参与长期护理保险经办服务。市医疗保障经办机构应综合考虑服务人口、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，并按规定从当年长期护理保险基金收入中计提 5%以内予以支付，具体应在委托合同中约定。

第六章 监督管理和法律责任

第三十四条 市医疗保障经办机构要加强对定点评估机构、定点长护服务机构、参保人等管理，对定点评估机构、定点长护服务机构等协议履约情况开展日常巡查、随机抽查、智能监控、绩效考核等；对参保人享受医保待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。

第三十五条 市医疗保障行政部门通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点评估机构评估行为、协议履行情况以及定点长护服务机构的协议履约情况、长期护理保险基金使用情况进行监督。

第三十六条 本市长期护理保险基金的使用监督管理按国家、省和市医疗保障基金有关规定执行。市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构、定点评估机构、定点长护服务机构及其

相关工作人员、参保人等违反有关法律、法规和政策规定的，依据国家、省、市的有关法律、法规、规章和规定予以处理。

第七章 附 则

第三十七条 按规定参加本市城乡居民医保的港澳台居民和外籍人员的长期护理保险政策、异地长期护理待遇、长期护理相关智能化服务和支持性辅助器具待遇根据国家和省规定另行制定。

第三十八条 本办法相关的配套政策，由市医疗保障行政部门根据国家和省规定另行制定。

国家和省关于长期护理保险另有规定的，从其规定。

第三十九条 本办法自 2027 年 1 月 1 日起施行，有效期 3 年。职工自 2027 年 1 月 1 日起征缴长期护理保险费，自缴费次月起实施保障；未就业城乡居民在 2027 年开展 2028 年城乡居民基本医疗保险集中参保缴费时，同步征缴 2028 年度的长期护理保险费，自 2028 年 1 月起实施保障。