

汕头市长期护理保险实施办法

(征求意见稿)

第一章 总则

第一条 为建立健全本市长期护理保险制度体系，保障重度失能人员基本护理需求，根据国家和省有关文件精神，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”），是指通过建立稳定的筹资机制、为长期重度失能参保人员享有基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供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的长护险参保筹资、待遇享受、管理及经办服务等相关管理事项。

第四条 市医疗保障行政部门负责长护险政策及管理工作，组织实施本办法，审核长护险基金年度预决算草案，监督长护险政策实施情况。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。

市医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）负责本市长护险的经办服务和协议管理工作，编制长护险年度预决算草案。

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工作。

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。

卫生健康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。

人力资源社会保障部门负责支持配合做好长期照护师技能培训、职业技能等级认定工作，做好长护险与工伤保险衔接、退休人员保费代扣代缴或养老金数据的信息共享和互联互通等工作。

政务和数据部门负责统筹安排数据资源（政务云资源），保障相关数据共享工作。

农业农村部门负责做好防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。

各区（县）人民政府在辖区内长护险制度的组织实施和经费投入等方面提供保障和支持。

第二章 参保缴费

第五条 本市行政区域内的下列人员参加长护险。

（一）参加本市职工基本医疗保险的用人单位及单位职工、退休人员和灵活就业人员（以下简称“职工参保人员”）。

（二）参加本市城乡居民基本医疗保险的未就业城乡居民（以下简称“居民参保人员”）。

第六条 职工参保人员的长护险保险费按月筹集，与职工基本医疗保险费同步缴纳，缴费基数及费率标准如下：

（一）缴费基数。在职职工的长护险缴费基数与其职工基本医疗保险缴费基数一致。退休人员的长护险缴费基数为上年度本人月基本养老金，无上年度基本养老金的以全市上年度月平均基本养老金为基数。

（二）月缴费费率按以下标准执行：

1.在职职工为 0.3%，其中用人单位和职工个人各为 0.15%。制度实施时，基本医疗保险费单位缴费费率降低 0.15 个百分点，降低的费率平移用作长护险单位缴费费率。个人缴费部分由个人在缴纳职工基本医疗保险费时同步缴纳，参加统账结合职工基本医疗保险人员在划入其个人账户资金中划转，划转部分不再划入个人账户。

2.退休人员为 0.15%，由退休人员个人缴纳。经个人同意，享受统账结合职工基本医疗保险退休待遇人员，费款可由医保经办机构从划入其职工基本医疗保险个人账户资金中代扣代缴。退休无个人账户划入人员（含单建统筹职工基本医疗保险退休人员），由其本人按月缴费。条件成熟时可探索由发放基本养老金的社会保险经办机构代扣代缴。

第七条 居民参保人员长护险保险费按年度筹集，与城乡居民基本医疗保险费共同缴纳，缴费基数及费率标准如下：

（一）缴费基数：本市上年度城乡居民人均可支配收入。

（二）缴费费率：从 0.15%起步，每年增加 0.03 个百分点，逐步过渡到 0.3%。

居民参保人长护险保险费由个人缴费和政府补助构成，二者比例为 1:1 左右。具体筹资标准及个人缴费标准，在每年居民医保费集中征缴时一并发布。

政府对符合条件的困难人员个人缴费部分予以资助，资助对象范围及标准与基本医疗保险一致，所需资金由市城乡医疗救助基金承担。

18 周岁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、事实无人抚养儿童中无法跟从参保的，可视同参保。

第八条 灵活就业人员按单位职工费率标准参保的，缴费基数与职工基本医疗保险缴费基数一致，缴费比例与单位职工一致，由个人按规定缴费。灵活就业人员也可选择按居民参保政策参保缴费。

第九条 职工基本医疗保险个人账户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。

第十条 参保人长护险补缴及退费情形参照基本医疗保险有关规定执行。职工与居民参保关系相互转换的，其缴费规则同基本医疗保险。

第三章 基金管理

第十一条 长护险基金实行市级统筹，不区分职工和城乡居民，在全市范围内统一制度安排，基金统一建账，资金统筹使用。长护险基金收支管理遵循“以收定支、收支平衡、略有结余、动态调整”的总体原则。长护险基金当年出现收入不足支付时，不足部分先从长护险基金累计结余中支出。在长护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。

第十二条 长护险基金纳入市社会保障基金财政专户管理，单独建账，单独管理，专款专用，严格执行相关财务制度和会计制度。

第十三条 长护险基金收入包括长护险保险费的缴费收入、划转收入、财政补助收入、利息收入和其他收入。

第十四条 长护险基金支出包括待遇支出、评估费用支出、第三方经办管理费支出和其他支出。

第四章 待遇支付

第十五条 长护险基金按规定支付下列费用：

（一）长护险定点护理服务机构（以下简称“定点护理机构”）按《国家长期护理保险服务项目目录（试行）》范围和标准提供服务发生的费用；

- (二) 符合规定的长护险评估费用；
- (三) 社会力量经办服务费用；
- (四) 其他支出。

第十六条 下列情形发生的长期护理费，不纳入长护险基金支付范围：

- (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) 超出长护险规定的支付范围及标准的；
- (四) 非长护险定点服务机构提供服务的；
- (五) 机构床位费、膳食费等非护理服务费用；
- (六) 参保人员住院期间发生的；
- (七) 在境外发生的护理费用；
- (八) 法律法规规定的其他不予支付的费用。

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。

第十七条 参保人员申请享受长护险待遇，应按规定进行失能等级评估。失能等级评估按照国家公布的统一标准和规范执行。

第十八条 与基本医疗保险同步缴纳长护险保险费的参保人员，长护险的待遇起止时间、待遇等待期与基本医疗保险规定保持一致。其他按月缴纳长护险保险费的退休人员，自缴费到账的次月 1 日起按规定享受待遇，自中断缴费的次月 1 日起停止享受待遇。

第十九条 建立失能等级评估费用分担机制。参保人员的失能评估费用按每人每次 150 元的标准纳入长护险基金支付范围，由参保人先预付，并按以下的比例分担：

（一）经评估认定失能等级为重度失能 I、重度失能 II、重度失能 III 级的，纳入支付范围的评估费用由长护险基金全额负担。

（二）评估认定失能等级为其他情形的，评估费用由申请人全额负担。

（三）因评估机构或评估人员原因造成评估工作无法完成的或评估结果不准确的，评估费用由评估机构全额承担。

（四）因申请人或其监护人、委托代理人不配合评估信息采集等原因导致评估终止的，评估费用由申请人全额承担。

参保人员申请复评的，复评结论与初评结果一致的，复评费用由申请人支付，复评结论与初评结果不一致的，评估费用根据评估结果按上述规定支付。

医保经办机构依职责组织开展核查评估和有效期届满评估的，评估费用由长护险基金按规定支付。

第二十条 按规定参保缴费且失能状态长期持续（一般为 6 个月以上），经申请通过评估认定失能等级为重度失能 I、重度失能 II、重度失能 III 级的人员，自评估结论作出次月起，与本市长护险定点护理机构签订护理服务协议，接受其提供护理服务的费用可按规定享受相应的长护险待遇。评估结论的有效期为 2 年。

评估结论有效期届满前，医保经办机构应组织对需继续享受长护险待遇的参保人进行重新评估。经重新评估不符合待遇享受条件的，自重新评估结论作出次日起停止享受长护险待遇。

第二十一条 长护险待遇的护理服务形式包括居家护理、社区护理和机构护理。定点护理机构要依照《国家长期护理保险服务项目目录（试行）》，结合长护险待遇享受对象的实际需求，合理制定长期护理计划，精准提供适宜服务。

（一）居家护理是指定点护理机构在参保人所居住的家庭住所内为参保人提供长期护理服务。

（二）社区护理是指定点护理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）机构护理是指定点护理机构为入住其机构内的参保人员，提供全日的长期护理服务。

第二十二条 定点护理机构提供符合《国家长期护理保险服务项目目录（试行）》的服务费用，不设起付标准，长护险基金按规定支付，个人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%。

（一）选择居家护理的，按月设置支付服务单元次数和纳入支付范围的费用限额。每天为一个服务单元次，每服务单元服务时长不低于 1.5 小时，纳入支付范围的费用为 100 元/次。职工参保人支付比例为 75%，居民参保人支付比例为 55%。其中，重度失能 I 级和重度失能 II 级的，可纳入支付的服务单元为每月不超过 15 次，重度失能 III 级的可支付的

服务单元为每月不超过 20 次。

（二）选择社区护理的，职工参保人支付比例为 75%，居民参保人支付比例为 55%。按日设置纳入支付范围费用，重度失能 I 级和重度失能 II 级的，纳入基金支付范围费用为 50 元/日，重度失能 III 级的，纳入基金支付范围费用为 60 元/日。

（三）选择机构护理的，职工参保人支付比例为 70%，居民参保人支付比例为 50%。按日设置纳入支付范围费用，其中重度失能 I 级和重度失能 II 级的，纳入基金支付范围费用为 60 元/床日，重度失能 III 级的，纳入基金支付范围费用为 80 元/床日。

参保人在定点护理机构发生的服务费用低于支付限额的，按实际费用结算支付。超出长护险支付范围、支付限额和服务频次的护理服务费用，由参保人员自行承担。

第二十三条 符合待遇享受条件的参保人员，可根据自身实际选择护理服务模式。参保人员如需变更服务方式的，向医保经办机构办理变更手续，自办妥变更手续次月起按新的服务方式享受待遇。

第二十四条 长护险待遇享受人员出现下列情形之一的，定点护理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；
- （二）自理能力好转，经重新评估不符合条件；
- （三）与定点护理机构终止服务协议。

长护险待遇享受人员住院并开始享受住院医保待遇时，定点护理机构应及时办理长护险待遇暂停手续，出院后可按规定继续享受长护险待遇。

第五章 服务管理

第二十五条 长护险坚持政府主导，构建以政府经办为基础、社会力量为补充的经办管理机制，由医保经办机构进行经办管理服务。经办规程另行制定。

第二十六条 长护险服务机构实行定点管理。定点服务机构分为定点评估机构和定点护理机构，分别提供失能等级评估服务和长护险护理服务。

市医疗保障部门根据长护险参保人员评估及护理服务需求、长护险基金收支、护理服务资源等情况，规划统筹区域内定点服务机构的配置。符合条件的服务机构（含基层卫生机构）可自愿向医保经办机构提出定点申请。医保经办机构根据管理服务需要，逐步将符合条件的服务机构纳入定点协议管理范围。

第二十七条 定点评估机构依据国家医疗保障局《长期护理失能等级评估标准（试行）》和《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》等规定，依申请对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度进行分级评估，评估结论是本市长护险基金支付待遇的依据。本办法实施时尚未有定点评估机构的，由市医保经办机构与符

合条件的医疗机构、具备资质的第三方机构签订评估服务协议实施评估。

第二十八条 定点护理机构应按照国家医疗保障局《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》等文件要求，配备相应的人员和设施设备，严格执行长护险服务项目目录。与失能人员签订护理服务协议，根据失能人员护理需求制定护理计划，并按规定提供服务。

第二十九条 享受长护险待遇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，其中属长护险基金支付的部分，由定点服务机构按月向医保经办机构申报结算；属个人负担的部分，由参保人员与定点服务机构结算。

第三十条 医保经办机构可通过招标采购等方式委托社会力量等第三方机构协助长护险经办相关事务工作。

受委托的第三方机构应按协议内容协助医保经办机构完成工作。

受委托的第三方机构应严格按照社会保险法律法规的规定，加强长护险信息管理和信息安全保护，控制相关信息的使用范围，防止信息外泄和滥用。第三方机构泄露长护险信息，或未经允许将信息用于其他用途的，应承担相应的法律责任。

委托经办服务费用依协议从长护险基金中支付。

第三十一条 长护险基金使用的监督管理按照国家和省、市有关规定执行。加强基金的管理和监督，规范基金收支，不得将基金交由经办长护险的第三方机构代管代拨。加

强监管能力建设，强化对长护险服务行为、评估行为等的监管。建立健全长护险监管长效机制，将长护险基金使用纳入日常监管、智能监管、社会监管等常态化监管范围。

第六章 附则

第三十二条 本市长护险参保缴费标准、待遇标准等需要调整时，由市医疗保障行政部门根据国家和省的部署、长护险基金支付能力等情况，拟订调整方案报市政府批准后执行。

纳入长护险基金支付范围的评估费需要调整的，由市医疗保障部门商市财政部门确定并公布。

国家和省对重度失能人员评估标准、长护险服务项目目录、定点服务机构管理等另有规定的，从其规定。

第三十三条 本办法自2026年 月1日起施行，有效期至2031年 月 日。我市长护险分步实施，2026年 月1日起覆盖职工基本医疗保险参保人，2027年起覆盖全体基本医疗保险参保人。

