附件

云浮市长期护理保险试行办法

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为贯彻落实党的二十大关于健全多层次社会保障体系的决策部署，积极应对人口老龄化，保障重度失能人员基本护理需求，根据《中华人民共和国社会保险法》《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）等文件精神，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（以下简称长护险），是以互助共济方式筹集资金，重点解决长期重度失能人员基本护理保障需求，为长期重度失能人员的基本生活照料和医疗护理提供服务保障的社会保险制度。

我市长护险从职工基本医疗保险参保人员起步，综合考虑经济发展水平、资金筹集能力和保障需求等因素，逐步将长护险参保范围扩大到城乡居民基本医疗保险参保人员。

第三条 本办法适用于本市行政区域内长护险的参保筹资、待遇享受、管理及经办服务等相关事项。

第四条 长护险制度应遵循以下原则：

（一）坚持以人为本，重点解决重度失能人员长期护理保障问题。

（二）坚持独立运行，建立独立险种，独立设计，统筹推进。

（三）坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，科学合理确定筹资和保障水平。

（四）坚持责任共担，建立多渠道筹资机制，体现权责对等要求，实现基金稳定筹集、独立运行、收支平衡、动态调整。

（五）坚持统筹协调，政策一体贯通，做好与社会保障相关制度及商业保险功能衔接，协同推进健康产业和养老服务体系发展。

第五条 市医疗保障部门主管本市长护险工作，负责组织实施本办法。具体指导长护险经办工作，监督长护险政策实施情况。

医疗保障经办机构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。

市民政部门负责统筹配置养老服务机构、养老服务组织和护理员队伍，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服务行为，做好相关补贴的数据的信息共享和互联互通。

市财政部门负责协同医保部门开展基金监管，确保筹资与支付政策衔接。

市人力资源和社会保障部门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补贴，负责为领取失业保险金人员参保缴费，配合医保部门做好工伤保险护理待遇和退休人员养老金数据的信息共享和互联互通。

市卫生健康部门负责规划和统筹配置医疗服务资源，对长护险医疗护理类服务进行技术指导，对专业医疗护理服务机构进行规范管理。

市税务部门负责做好长护险参保登记和保险费征收工作。

市残联部门负责完善残疾人托养康复服务体系，配合医保部门做好残疾人相关数据的信息共享和互联互通。

各县（市、区）人民政府负责统筹指导本辖区长护险制度的组织实施、经费投入、人员配置等方面提供保障和支持。

第二章 参保缴费

第六条 参加本市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）的人员，同步参加长护险。

第七条 建立健全单位、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，逐步实现基金稳定筹集、独立运行。

（一）在职职工（含失业人员、灵活就业人员）参加长护险通过单位缴费和个人缴费筹资，缴费费率为当期职工医保缴费基数的0.4%，由用人单位和个人按比例分担。其中：用人单位缴费为0.3%；个人缴费为0.1%，从职工医保个人缴费金额中划转，划转部分不再划入其职工医保个人账户。

（二）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，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%作为长护险缴费基数，缴费费率为0.1%，从职工医保统筹基金中按月划转，划出部分不再划入医保个人账户。

（三）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，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%作为长护险缴费基数，缴费费率为0.4%。

1. 对于已破产、关闭、转制且享受基本医保财政补贴政策的企业退休人员，可选择通过个人缴费的方式参加长护险，以本市上上年度全口径城镇单位就业人员月平均工资的60%作为长护险缴费基数，缴费费率为0.4%。未履行缴费义务的，不得享受长护险相关待遇。

第三章 失能评估

第八条 参保人员申请享受长护险待遇的，应首先进行失能等级评估。

第九条 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上的参保人员，可向医疗保障经办机构或定点长护服务机构提出长护险失能等级评估申请。经评估符合国家规定的重度失能人员等级标准的，可享受长护险待遇。重度失能等级评估结论有效期一般不超过2年。

第十条 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）》《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》的规定执行。国家、省有新规定的，从其规定。

第十一条 申请成为定点评估机构的，应当符合《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法(试行)》规定的条件。经审核合格后与统筹地区医疗保障经办机构签订长护险服务协议，实行协议管理。

第十二条 鼓励支持发展独立的评估机构。试行期间暂不具备实施条件时，由医疗保障经办机构确定医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等签订协议实施评估。

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。医保经办机构应组织评估专家对参保人进行复评，复核评定结论为最终评估结论。

第十五条 市医疗保障行政部门联合卫生健康部门等共同组建长护险失能等级评估人员专家库，评估专家主要负责开展执行评估工作、复评处理、提出护理计划以及参与评估相关政策文件的研讨。

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）申报材料不全或提供虚假材料的；

（四）患有急需治疗的各种危重疾病，病情不稳定的；

（五）申请评估时处于中断缴费或医保待遇等待期的；

（六）距上次评定结论作出未满6个月的；

（七）异地居住的参保人员；

（八）失智或患有重度精神类疾病的；

（九）其他长护险不予受理评估申请的情形。

第十七条 建立失能等级评估费用分担机制。评估费用统一设置为每人次200元，先由参保人员预缴并按以下比例分担：

（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，评估费用由长护险基金与参保人员各承担一半。

（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，评估费用由长护险基金与参保人员各承担一半。

（四）评估有效期届满前重新评估的，评估费用参照上述要求执行。

（五）评估过程因评估机构或其评估人员个人原因造成中断，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。

（六）因申请人提交虚假资料及信息、不配合评估等导致评估终止的，当次评估费用由参保人员全额承担。

第四章 待遇保障

第十八条 经申请并通过评估认定的失能参保人员，自评估结论作出次月起，可按照本办法规定选择护理服务方式并享受长护险待遇。

第十九条 失能参保人员在本市行政区域内所发生的基本照护服务费由长护险基金按规定支付。

第二十条 基本照护服务分为基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理，具体护理服务项目、支付标准、服务规范由市医疗保障部门另行制定。

第二十一条 失能参保人员可根据服务需求，自主选择下列一种服务方式：

（一）居家护理：居家享受长护险待遇的长期失能人员，由定点长护服务机构根据失能参保人员失能及护理需求情况制定护理计划，并按照护理计划提供生活照料服务、医疗护理服务；

（二）机构护理：入住定点长护服务机构享受长护险待遇的长期失能人员，由定点长护服务机构根据失能参保人员失能及护理需求情况制定护理计划，并按照护理计划提供全日制生活照料服务、医疗护理服务。

第二十二条 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。失能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标准内，长护险基金根据可享受的服务时长进行支付。按70元/小时纳入长护险基金支付范围，基金支付比例为75%。具体服务时长规定如下：

每人每月不超过26小时，要求每周服务不少于3次，且每次服务时长不少于1小时。

（二）机构护理。失能参保人员选择机构护理服务的，由定点长护服务机构提供护理服务。在符合长护险服务项目标准范围内的费用，长护险基金的支付标准如下：

基金支付比例为70%，基金最高支付限额为每人每月1400元。

第二十三条 在提供居家护理服务的基础上，逐步探索将支持性辅助器具租赁服务费用纳入长护险待遇支付范围，进一步提高失能人员照护服务保障水平。

第二十四条 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）应当由基本医疗保险、工伤保险基金等其他社会保险基金中支付的；

（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）超出长护险规定的支付范围及标准的；

（六）其他法律、法规规定不予支付的。

第二十五条 失能参保人员在本市定点长护服务机构发生的属于长护险基金支付范围的费用，由定点长护服务机构记账处理，长护险基金将按照规定进行支付，属个人支付的部分由定点长护服务机构向参保人收取。

第二十六条 符合享受长护险待遇条件的参保人需要变更服务方式的，由定点长护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新的服务方式结算。

第二十七条 失能参保人员选择机构护理实际服务天数不足一个月的，月度最高支付限额按实际服务天数折算。选择居家护理的，按照实际服务时长支付。实际服务费用低于支付限额的，按实际费用标准支付。超出长护险支付范围和支付限额的护理费用，由参保人自行承担。

第二十八条 失能参保人员在享受基本医疗保险住院待遇期间，不享受长护险待遇。失能参保人员治疗出院后，若其长护险评定结论仍在有效期内，可继续享受长护险待遇；若有效期届满，需按规定重新申请评定。

第二十九条 参保人有下列情形之一的，停止享受长护险待遇：

（一）长护险待遇享受人员死亡的；

（二）基本医疗保险待遇等待期内，长护险待遇同步停止；

（三）在享受长护险待遇期间，经重新评估，认定不符合重度失能条件的，自重新作出评估结论次日起停止享受长护险待遇。

第三十条 若护理人员受客观条件限制无法提供上门护理服务，经参保人或其监护人申请，可由家属承担照护工作。家属需参加由医疗保障部门或其委托机构组织的专业技能培训，完成规定课程学习并通过考核，取得相应资格证书后，方可提供照护服务。定点长护服务机构应依据劳动关系相关规定，与取得资格证书的家属签订劳动合同，明确双方权利义务。申请亲情照护服务的需按规定及时向医保经办机构备案。

第五章 基金管理

第三十一条 长护险基金参照国家和本市社会保障基金管理的有关规定执行，实行市级统筹，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，单独建账，独立核算，专款专用。长护险基金收支管理实行“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则。长护险基金当年出现缺口不足支付时，不足部分先从长护险基金累计结余中支出。累计结余不足时，按照现行社会保险基金制度关于解决基金缺口的有关规定执行。

第三十二条 长护险基金来源为：

（一）长护险保险费的缴费收入及其利息；

（二）长护险实施当年，从职工医保统筹基金历年结余中按5%比例一次性划转至长护险基金；

（三）财政补贴；

（四）社会捐助及其他合法收入。

第三十三条 长护险基金支付范围：

（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。

第三十四条 明确申请渠道与对应服务保障体系。参保人员通过长护险渠道申请失能评估并通过审核的，仅可享受长护险相关待遇。

第三十五条 对参保人员同时符合长护险、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，不再享受长护险待遇。

第六章 服务管理

第三十六条 市级医疗保障行政部门应当根据参保人员长期护理服务需求、长护险基金收支、长期护理服务资源等情况，统筹规划区域内定点长护服务机构的资源配置。

第三十七条 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。具体长护服务机构管理办法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 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安全、合理、优质的长护险护理服务，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。

第三十九条 医疗保障经办机构按协议约定及时向长护定点服务机构拨付长护险服务费用，每月预留服务费用的5%作为质量保证金，根据年度考核评定结果进行年终清算。

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，完善长护险业务系统，并逐步与人社、卫健、民政等行业管理部门相关信息系统建立互联互通、信息共享等工作。

第四十一条 定点评估机构、长护服务机构应加强信息化建设，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模块联通，并按规定及时全面准确向长护险信息系统传送审核和结算所需的全量数据信息。

第四十二条 市医疗保障经办机构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护险经办服务。医疗保障经办机构应综合考虑服务人口、待遇水平、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定第三方机构的费用，并按规定从长护险基金中按比例支付，在委托合同中约定。合同期限原则上不低于3年。

第四十三条 长护险经办队伍统一配置与动态调整，明确岗位职责，强化人员培训，长护险参保范围扩大到城乡居民基本医疗保险参保人员后，逐步实现职工、居民长护险业务协同办理，根据业务增量合理扩充服务队伍，保障服务质效，推动制度平稳实施。

第七章 监督管理

第四十四条 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。

第四十五条 医疗保障经办机构发现参保人员违规的，可以采取暂停联网结算、暂停或取消待遇享受等措施，并将有关参保人员违规信息推送至长护险定点评估机构和长护服务机构。涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门，涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第四十六条 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、协议履行情况以及长护服务机构的协议履约情况、长护险基金使用情况等进行监督。发现存在违规行为的，由医疗保障经办部门追回违规费用，按服务协议及时处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门，涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任。

第八章 附则

第四十七条 建立我市长护险联席会议制度，由市医疗保障部门牵头，成员由发改、民政、财政、人力资源社会保障、卫健、税务和残联等部门组成，定期对我市长护险制度试点运行中存在的问题进行协调研究。

第四十八条 本办法相关的配套政策，由市医疗保障行政部门会同有关部门另行制定。

第四十九条 本办法执行过程中，因经济社会发展水平、基金收支结余情况、照护服务成本变化等因素，需对长护险筹资标准、保障范围、待遇标准、支付范围等进行调整的，由市医疗保障行政部门制定调整方案，报市政府批准后执行。

第五十条 长护险经办管理服务规程另行制定。

第五十一条 本办法自2026年 月 日起施行，有效期至2029年 月 日。本办法实施后，国家、省另有规定的，从其规定。