

附件 1

江门市长期护理保险试行办法

(二次征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 【制定依据】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》《广东省加快建立长期护理保险制度的实施方案》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 【概念定义】本办法所称长期护理保险（以下简称长护险）是指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 【适用范围】本办法适用于本市行政区域内长护险的参保缴费、待遇支付、失能等级评估、基金管理、经办管理、信息化建设等方面管理事项。

第四条 【基本原则】长护险为独立险种，坚持以人为本、逐步推进、独立运行、制度统一、公平适度、保障基本、稳健持续、责任共担、机制创新、统筹协调的原则。

第五条 【筹资原则】长护险建立互助共济、责任共担的多渠道

筹资机制，通过单位缴费、个人缴费、财政补助、社会捐助等方式筹资。

第六条 【政策调整】长护险政策根据国家、省、市要求，以及本市社会经济发展水平和基金运行情况，建立动态调整机制。

第七条 【部门职责】医疗保障行政部门牵头做好本市长护险制度建设相关工作，负责长护险的政策制定、组织实施和监督管理，指导做好长护险经办工作。

医疗保障经办机构作为长护险经办工作的实施主体，按照属地管理原则，全市各级医疗保障经办机构负责做好长护险参保登记、评估审核、待遇审核、费用结算、协议管理以及对商保公司等第三方机构的考核管理等日常经办管理工作。

民政部门负责统筹配置养老服务组织和养老护理员队伍，加快护理型养老床位建设，规范养老服务组织及其护理人员的行业管理和行为。支持和鼓励相关专业人员参与失能等级评估工作。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。

财政部门负责及时足额安排相关财政补助资金，对基金使用管理实施监督，配合医疗保障部门制定或调整长护险筹资和待遇标准等工作。

人力资源社会保障部门负责共同做好长期照护师培养培训，指导护理服务从业人员队伍建设，按规定落实职业培训及补贴，配合

医疗保障部门做好享受工伤保险生活护理费参保人员数据和退休人员养老金数据的信息共享和互联互通。

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。

卫生健康部门负责加强对医疗机构的管理，规范医疗机构护理服务行为，配合开展失能等级评估工作，鼓励基层医疗卫生机构提供长期护理服务。

政务和数据部门按职责保障相关数据共享工作，指导开展长护险政务服务管理工作。

投资促进部门负责引进医养、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、功能健全的医疗、康养全产业链体系。

税务部门负责做好长护险保费征收工作。

金融监管部门负责指导保险公司设计开发与长护险相衔接补充的商业护理保险产品，指导监督保险公司承接长护险经办业务。

残联部门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。完善残疾人托养康复服务与长护险的衔接，配合探索建立失能等级评估结果跨部门互认机制。

各县（市、区）人民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。负责辖区长护险事业经费保障，支持经办机构和服务网点建设。督导辖区镇（街）、村（居）委会配合做好长护险相关工作。

第八条 【经办管理】引入社会力量参与长护险经办服务（以下简称“受委托经办机构”），充实经办力量，同步建立健全绩效评价、考核激励、风险防范机制，提高管理服务效能。

第二章 参保筹资

第九条 【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。

第十条 【缴费方式】长护险保费与本市基本医疗保险费同步征收，分为月度缴费和年度缴费，其中职工参保人员按月度缴费，居民参保人员按年度缴费。

第十一条 【筹资标准】建立与经济发展水平相适应、与各方负担能力相匹配、与可持续要求相协调的多元筹资机制。合理调整职工医保用人单位缴费费率，调整部分用作长护险用人单位缴费费率，维持用人单位缴费负担总体稳定，并按国家、省和市规定实行动态调整。具体缴费标准如下：

（一）职工缴费

1.在职人员。用人单位在职职工（含因工致残被鉴定为一级至四级伤残且保留劳动关系的工伤职工，下同）、灵活就业人员的缴费基数与其参加职工医保缴费基数保持一致。缴费费率为0.3%，其中单位缴费费率为0.15%，个人缴费费率为0.15%，灵活就业人员的单位缴费费率由个人承担。实现税务征收前，单位缴费部分从职工医保单位缴费金额中划转。个人缴费部分从职工医保个人缴费金额中划转，个人缴费金额划出部分不再计入职工医保个人账户（以下简称医保个人账户）。

2.退休延缴人员。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（以下简称退休延缴人员），以本人当期职工医保缴费基数为长护险缴费基数，缴费费率为0.15%。实现税务征收前，退休延缴人员的长护险保费从其缴纳的职工医保费中按月划转。

按照省统一工作部署，实现税务征收后，根据长护险独立险种筹资原则，上述人员的长护险保费由税务部门统一征收。

3.医保退休人员。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（简称医保退休人员），以本人的基本养老金为缴费基数。不享受基本养老保险退休待遇的医保退休人员，按我市上年度平均基本养老金为缴费基数。领取异地养老金的医保退休人员，以本人基本养老金为缴费基数，本人基本养老金低于我市上年度平均基本养老金的，以我市上年度平均基本养老金为缴费基数。医保

退休人员缴费费率为 0.15%，其长护险保费从职工医保统筹基金中按月划转，划出部分不再计入医保个人账户。

4.失业人员。在本市领取失业保险金期间的失业人员（简称失业人员）缴费基数与其参加职工医保缴费基数保持一致。缴费费率为 0.3%，长护险保费从其缴纳的职工医保费（含单位和个人缴费部分）中按月划转，其中个人缴费划出部分不再计入医保个人账户。

5.本市原按单建统筹参加职工医保（含参加本市原住院基本医疗保险）、困难企业退休人员（由财政补助和基金负责缴费参保）等享受医保待遇但不划拨个人账户的参保人，实现税务征收后，可通过个人缴费方式自愿选择以职工身份参加长护险并享受相应待遇。

参保人员按规定补缴所属期为长期护理保险制度实施之后的职工基本医疗保险保费的，其长护险保费须同步补缴。

（二）居民缴费

居民参加长护险的集中缴费期和中途参保条件与城乡居民基本医疗保险（简称居民医保）保持一致，与居民医保共同缴纳，并按以下规定筹集长护险保费：

1.未就业城乡居民。长护险缴费基数为本市上年度城乡居民人均可支配收入，费率从 0.15%起步，用 5 年左右时间逐步过渡到 0.3%，未就业城乡居民长期护理保险费由个人缴费和财政补助构成，二者比例为 1:1。政府补助由中央财政和地方财政共同承担，按国家具体补助办法执行。具体筹资标准另行制定，在每年居民医保费集中征

缴时一并发布。

2.18 周岁以下人员。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，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。孤儿、事实无人抚养儿童中无法跟从参保的，可视同参保。参加本市居民医保的 18 岁以下未成年人直接纳入长护险保障，个人无需缴费。

3. 困难人员。符合我市规定的收入型医疗救助对象，全额资助其参加本市长护险。其他资助对象范围及资助标准、资金来源按照国家、省、市有关规定执行。

长护险保费退费和不予退费的具体情形参照基本医疗保险相关规定执行。

第十二条 【个账代缴】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）参加长期护理保险的个人缴费。

第三章 基金管理

第十三条 【管理原则】长护险基金实行市级统筹，统一管理、统一核算，不区分职工和城乡居民长护险基金，统一建账，资金统筹使用。按照以收定支、收支平衡、略有结余的原则，长护险基金收入全部纳入市级财政专户统一管理，单独建账，单独管理，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，加强预算绩效管理，由统筹地区统一组织并实施基金收支预决算，建立健全基金运行监测和风险防范机制，确保基金安全。

第十四条 【补偿机制】长护险基金当年收不抵支，应当采取从长护险基金累计结余中支出、调整筹资标准和待遇政策等办法解决。

第十五条 【基金来源】长护险基金来源为：

- （一）长护险保费；
- （二）财政补助；
- （三）职工医保统筹基金划转；
- （四）利息、社会捐助等其他合法收入。

第十六条 【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）受委托经办机构经办服务费用支出；
- （四）法律、法规规定的其他费用。

第十七条 【管理原则】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。

第四章 失能评估

第十八条 【评估条件】 参保人因年老、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，可向医疗保障经办机构提出长护险失能等级评估申请。

第十九条 【评估概念】 失能等级评估是指按照长期护理失能等级评估标准，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。长护险起步阶段保障重度失能人员，评估结论为重度失能Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ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。

第二十条 【评估标准】 失能评估按照《国家医保局办公室 民政部办公厅关于印发<长期护理失能等级评估标准（试行）>的通知》（医保办发〔2021〕37号）、《国家医疗保障局办公室关于印发<长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）>的通知》（医保办发〔2022〕1号）及《国家医保局 财政部关于印发<长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）>的通知》（医保发〔2023〕29号）等规定执行。

第二十一条 【评估流程】 参保人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。

第二十二条 【复评申请】 参保人或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在规定时间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按规定组织评估专家进行复评，

参加初次评估的定点评估机构和评估人员须回避，复评结论为最终评估结论。

第二十三条 【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，自上一次评估结论出具满6个月后，可向医疗保障经办机构申请重新评估；医疗保障经办机构或定点服务机构在日常服务、巡查中发现参保人失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，医疗保障经办机构按规定组织重新评估。经评估失能等级发生变化或不符合长护险支付条件的，经办机构应及时调整或终止其长护险待遇。

第二十四条 【评估人员】失能等级评估由符合条件的专业评估人员实施。评估人员包括评估员和评估专家，评估员负责采集评估信息，协助开展现场评估。评估专家主要负责开展现场评估，提出评估结论、承担复评工作、争议处理、提出护理服务计划建议等。评估人员应严格执行评估操作规范要求，独立、客观、公正地开展评估工作。与评估对象有亲属或利害关系的，应当回避。

医疗保障部门可会同民政、卫生健康部门建立长护险失能等级评估人员库，并按定点服务协议管理要求完善档案管理、规范人员管理、健全评估人员培训机制、定期组织考核、明确准入退出机制，提升人员队伍专业化水平。

第二十五条 【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) 未参加长护险的；
- (二) 申请评估时处于医保中断缴费或医保待遇等待期的；
- (三) 不符合待遇享受条件的；
- (四) 发生护理服务费不属于长护险基金支付范围的；
- (五) 申报材料不全或提供虚假材料的；
- (六) 其他长护险不予受理评估申请的情形。

第二十六条 【评估费用】失能等级评估由医保经办机构组织或委托第三方评估机构按有关规定进行。评估费用纳入长护险基金支付范围，支付标准为每人每次 200 元，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，评估费用由参保人全额承担。

(二) 对初评有异议申请复评的，复评结论与原评估结论一致的，评估费用由参保人全额承担；复评结论与原评估结论不一致的，评估费用由初评的原定点评估机构全额承担。

(三) 上一次评估结论出具满 6 个月后申请重新评估符合条件的，重新评估结论与上一次评估结论一致，评估费用由参保人全额承担；重新评估结论与上一次评估结论不一致，评估费用由长护险基金全额承担。重新评估不符合条件的，评估费用由参保人全额承担。

(四) 通过抽查监督等途径发现需要重新评估，评估费用由长护险基金全额承担。

（五）评估有效期届满前，继续享受长期护理保险待遇的参保人申请进行重新评估的，评估费用按上述第（一）、（二）点执行。

（六）评估过程中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；因申请人提交虚假资料及信息等个人原因导致评估终止的，当次评估费用由参保人员全额承担。

第五章 待遇保障

第二十七条 【享受条件】享受长护险待遇的参保人员应符合以下条件：

（一）因年老、疾病、伤残等原因导致失能，失能状态长期持续（6个月以上），经申请通过评估认定的失能人员；

（二）失能等级评估结论在2年有效期内；

（三）与定点长护服务机构签订护理服务协议并接受相应护理服务；

（四）按规定参加我市长护险并在正常待遇享受期期间。

第二十八条 【待遇享受时间】符合享受长护险待遇的参保人员，自评估结论作出次月1日起，按照本办法规定选择护理服务方式并享受长护险待遇。参保人员经重新评估为新的失能等级的，从作出评估结论次月1日起，按照新的失能等级享受相应的长护险待遇。

第二十九条 【支付范围】长护险支付范围执行国家《长护服务项目目录》规定的服务范围，服务项目包括生活照护类项目和医疗护理类项目，其中生活照护类项目包括为长期护理保险待遇享受对象提供的日常生活照料及帮助维持其基本生活能力的服务；医疗护理类项目包括为长期护理保险待遇享受对象提供的与基本生活照料密切相关的基础医疗护理服务。符合《长护服务项目目录》的服务费用，按照规定由长护险基金支付。按照国家统一部署研究，探索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。目录的调整和发布根据国家有关规定执行。

第三十条 【服务价格】医疗护理服务价格参照本市最低级别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。

第三十一条 【服务方式】符合享受长护险待遇的参保人员可根据服务需求，自主选择下列其中一种服务方式：

（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：是指定点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。

第三十二条 【待遇标准及支付标准】属于长护险基金支付范围的护理服务费用不设起付标准，实行限额支付，根据参保类型、失能等级、服务提供方式等实行差别化待遇保障政策。超出长护险基金支付范围和支付限额的护理服务费用，由参保人员自行承担，实际服务费用低于支付限额的，按实际费用标准支付。具体待遇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。每周服务不少于3次，且每次服务时长不少于1小时，按时长设置支付限额，每小时支付标准不超过60元。符合规定的费用，由长护险基金按以下规定支付：

1.职工参保人员：每人每月基金支付累计不超过26小时，基金支付比例为70%，重度失能Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级人员基金最高支付限额分别为每人每月1350元、1450元、1550元。

2.居民参保人员：每人每月基金支付累计不超过22小时，基金支付比例为55%，重度失能Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级人员基金最高支付限额分别为每人每月1100元、1200元、1300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。按日设置支付限额，每日支付标准不超过60元。符合规定的费用，由长护险基金按以下规定支付：

1.职工参保人员：基金支付比例为70%，重度失能Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级

人员基金最高支付限额分别为每人每月 1350 元、1450 元、1550 元。

2.居民参保人员：基金支付比例为 55%，重度失能 I、II、III 级人员基金最高支付限额分别为每人每月 1100 元、1200 元、1300 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。按床日设置支付限额，每日支付标准不超过 60 元。符合规定的费用，由长护险基金按以下规定支付：

1.职工参保人员：基金支付比例为 65%，重度失能 I、II、III 级人员基金最高支付限额分别为每人每月 1350 元、1550 元、1750 元。

2.居民参保人员：基金支付比例为 50%，重度失能 I、II、III 级人员基金最高支付限额分别为每人每月 1100 元、1300 元、1500 元。

第三十三条 【待遇衔接】按照国家和省的统一部署，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员，不重复享受长期护理保险相关服务待遇。

第三十四条 【重复享受规定】失能人员在享受长护险待遇期间，不能同时享受基本医疗保险住院待遇，保留其普通门诊、门诊特定病种、医保家庭病床待遇。参保人员享受医保家庭病床待遇期间，不重复享受《长护服务项目目录》中医疗护理类项目服务。因伤病情需住院治疗或留院观察的，定点长护服务机构应从参保人住院次日起暂停其长护险待遇。参保人治疗出院后，如其长护险评定结论

仍在有效期内，自出院之日起可继续享受长护险待遇；如其有效期届满，需按规定重新申请评定。

第三十五条 【变更服务方式】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。参保人员享受待遇期间申请变更服务方式的，由参保人员或其监护人、委托代理人向定点长护服务机构提交申请，符合规定的，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，并自办理变更备案后的次月起按照新的服务方式享受长护险待遇。

第三十六条 【待遇等待期】参保人员长护险的待遇起止时间、待遇追溯、关系转换后的待遇享受相关规定分别与职工医保和居民医保保持一致，并建立长护险参保长效机制。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，设置待遇享受固定等待期 6 个月。待遇享受等待期间发生的照护费用不纳入长护险基金支付范围。国家、省对待遇等待期及参保激励约束机制有新规定的，从其规定执行。

中断缴费时间不超过 3 个月（含）的，补缴费后，不算断保人员，长护险待遇予以追溯；中断缴费时间超过 3 个月的，算作断保人员，长护险待遇不予追溯。

第三十七条 【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) 应当由基本医疗保险基金支付的；
- (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) 在境外发生的护理费用；
- (七) 超出长护险规定的支付范围及标准的费用；
- (八) 其他法律、法规规定不予支付的。

第三十八条 【待遇终止情形】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) 基本医疗保险断缴及待遇等待期内的；
- (三) 生活自理能力好转，经重新评估不符合条件的；
- (四) 长护险评估结果有效期届满但未按规定申请评估的；
- (五) 与定点长护服务机构终止服务协议的。

第三十九条 【异地保障】异地居住失能人员待遇保障根据国家、省有关规定另行确定。

第六章 服务管理

第四十条 【委托服务】市医疗保障经办机构按规定通过公开招

标等方式确定受委托经办机构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受委托经办机构的服务费。服务费应控制在当年度长护险保费总额的5%以内，按规定从长护险基金中支付，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。

第四十一条 【资源配置】 定点评估机构和定点长护服务机构实行总量控制。市医疗保障行政部门根据失能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，统筹规划和动态调整区域内定点评估机构和定点长护服务机构的资源配置。

在总量控制的前提下，市医疗保障经办机构分阶段确定各县（市、区）定点评估机构和定点长护服务机构的具体配置数量、申请时间等，并统一向社会公布。

第四十二条 【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。鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件时，由医疗保障部门确定医疗机构、受委托经办机构等实施评估。

第四十三条 【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。

第四十四条 【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，可以自愿向属地医疗保障经办机构申请成为长护服务机构。

第四十五条 【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。

第四十六条 【信息化建设】长护险信息化建设要依托全省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。探索与人社、卫健、民政等行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享等工作，实现跨部门信息共享与业务协同。

第四十七条 【人才管理】加大护理服务专业人才培养力度，落实相关行业标准，规范职业技能等级认定程序，鼓励长护服务机构优先聘用并合理安排使用取得长期照护师职业技能等级证书的人

员。加强长护险经办服务队伍建设，充实经办力量，提高服务质量，不断适应多层次长护险体系发展需要。

第四十八条 【多层次建设】强化长护险与普惠型商业健康保险关联互补机制，引导普惠型商业健康保险介入长期护理服务市场，鼓励商保机构开发保障功能相衔接的商业长期护理保险产品，形成有益补充，满足群众多样化护理需求。做好城市定制型商业医疗保险与长护险的失能评估互认衔接。

第七章 结算管理

第四十九条 【支付方式】长护险费用中属于长护险基金支付部分，由医保经办机构与定点长护服务机构按实结算。探索建立符合长护险服务特点的支付机制，针对不同服务模式实行按床日、按服务时长（服务包）、按项目等相结合的多元支付方式。

第五十条 【参保人结算】长护险待遇享受人员发生的长护险费用由定点长护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，由定点长护服务机构按月向医保经办机构申报结算；属个人负担部分，由参保人员与定点长护服务机构结算。

第五十一条 【机构结算】定点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据实与定点长护服

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，次年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据实与医疗保障经办机构、参保人结算评估费。

第五十二条 【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，并按规定时限内完成拨付。

第八章 监督管理

第五十三条 【监管机制】建立健全长护险基金监督体系，纳入医疗保障基金监督体系，明确监督内容，强化协议管理，压实基金使用主体责任。

第五十四条 【监管要求】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，强化事前、事中、事后监管，确保长护险基金平稳运行和安全有效。

第五十五条 【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、评估机构、长

护服务机构，按照有关法律、法规、规章的规定处理。

第九章 附 则

第五十六条 【联席会议制度】建立长护险联席会议制度，由市医保局牵头联合市民政局、市财政局、市人力资源社会保障局、市农业农村局、市卫生健康局、市政务和数据局、市投资促进局、国家税务总局江门市税务局、江门金融监管分局、市残联等为成员单位，统筹协调本市长护险相关政策，定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。

第五十七条 【配套政策】本办法相关的长护险经办服务、定点管理等配套政策及落实措施，由市医疗保障部门会同相关部门，根据国家、省规定另行制定。

第五十八条 【调整机制】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、护理服务成本变化及长期护理基本需求等因素，需对长护险筹资标准、保障范围、评估费用标准、待遇标准等进行调整的，由市医疗保障行政部门会同市财政部门提出调整意见，报市政府批准后执行。

第五十九条 【实施时间】本办法自 2026 年 X 月 1 日起施行，有效期 3 年。职工参保人员自 2026 年 X 月 1 日纳入长护险；居民参保人员纳入长护险时间由市医疗保障行政部门会同相关部门，根据

国家、省规定并结合本市实际另行拟定，报市政府批准后执行。本办法实施后，国家、省另有规定的，从其规定。