

梅州市医疗保障局
梅州市民政局
梅州市财政局
梅州市卫生健康局

文件

梅市医保规〔2025〕2号

关于印发《梅州市长期护理保险试行办法》 的通知

各县（市、区）人民政府，市直各有关单位：

经市人民政府同意，现将《梅州市长期护理保险试行办法》
印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)



2025年6月5日

梅州市长期护理保险试行办法

第一章 总则

第一条 为健全本市社会保障体系,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》及有关文件精神,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),是指为长期重度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、管理及经办服务等活动。

第四条 长护险制度坚持以人为本、独立运行、制度统一、保障基本、责任共担、统筹协调的原则。

第五条 市医疗保障行政部门主管本市长护险工作,负责组织实施本办法,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、信息系统以及对商业保险机构等第三方机构的考核管理等。

市财政部门负责做好基金收支的监督管理工作。

市税务部门负责做好长护险参保登记和保险费征收工作。

市人力资源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，配合医疗保障行政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医疗机构内开展长期护理服务的行业管理，并给予提供长期护理服务的医疗机构医疗服务技术指导。

市民政局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行为，做好相关补贴的数据的信息共享和互联互通。

市残联负责配合民政部门完善重度残疾人护理补贴制度，配合医疗保障行政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，在经费投入、人员配置等方面提供保障和支持。

第六条 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当综合考虑服务人口、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，并在委托合同中约定。暂不具备公开招标条件的，市医疗保障经办机构可委托符合条件的第三方机构参与长护险经办业务。

第二章 参保缴费

第七条 本市职工基本医疗保险参保人员(以下简称职工参保人员)和城乡居民基本医疗保险参保人员(以下简称居民参保人员),同步参加长护险,由医疗保障经办机构为其建立长护险参保关系。

第八条 长护险通过单位和个人缴费、财政补助等途径筹资,逐步实现基金稳定筹集、独立运行。

(一) 职工参保人员

1.用人单位在职职工、灵活就业人员和领取失业保险金期间的失业人员等,以当期职工医保的缴费基数作为长护险缴费基数,缴费费率为0.5%,从其缴纳的职工医保费中划转。其中,用人单位缴费费率为0.4%,从职工医保单位缴费金额中划转;个人缴费费率为0.1%,从职工医保个人缴费金额中划转,划出部分不再计入医保个人账户。

2.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,以本人基本养老金为缴费基数(无基本养老金的,以上年

度全市平均基本养老金为缴费基数), 缴费费率为 0.1%, 从职工医保统筹基金中划转, 划出部分不再计入医保个人账户。符合《关于进一步解决困难企业退休人员医疗保险问题的补充通知》(梅市人社〔2010〕50 号) 规定单建统筹的退休人员, 从职工医保统筹基金历年结余中划转。

3.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, 以当期职工医保缴费基数作为长护险缴费基数, 缴费费率为 0.4%, 从其缴纳的职工医保费中划转。

(二) 居民参保人员

自 2026 年 1 月 1 日起, 居民参保人员纳入长护险覆盖范围。长护险所需资金将从居民医保的年度新增财政补助和个人缴费中统一划转。具体筹资标准由市医疗保障行政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确定。

第三章 失能评估

第九条 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。

第十条 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。

第十一条 失能评估按照《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）》及《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》的规定执行。

第十二条 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。符合条件的，由医疗保障经办机构与定点评估机构签订评估服务协议。

鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件时，由医疗保障经办机构与符合条件的医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等签订评估服务协议。

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，可在规定时间内向属地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，复评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共同组建长护险失能等级评估人员库，评估专家主要负责开展执行评估工

作、承担复评工作、提出护理服务计划建议等。

第十六条 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）申请评估时处于医保中断缴费或医保待遇等待期的；
- （六）距上次评估结论作出未满 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。

初次评估结论出具满 6 个月后申请重新评估的，评估费用按
上述规定执行。

（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，复评的评估费用由参保人员全额承担。

（三）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。

（四）评估过程因评估机构或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。

（五）因申请人提交虚假资料及信息导致评估终止的，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，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护理服务费由长护险基金按规定支付。

第二十条 基本护理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行政部门另行制定。

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，由长期护理保险护理服务机构（以下简称长护服务机构）根据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：入住长护服务机构享受长护险待遇的长期失能人员，由长护服务机构根据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，由长护服务机构提供上门护理服务。符合长护险服务项目的，按 70 元/小时纳入长护险基金支付范围，其中基金支付比例为 75%。具体服务时长规定如下：

1.职工参保人员：每人每月不超过 25 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。

2.居民参保人员：每人每月不超过 20 小时，要求每周服务不少于 2 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，由长

护服务机构提供护理服务。符合长护险服务项目的，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%。基金最高支付限额为每人每月 2000 元。

2.居民参保人员：基金支付比例为 70%。基金最高支付限额为每人每月 1500 元。

第二十三条 条件成熟时，逐步将支持性辅助器具租赁服务费纳入居家护理服务范围。

第二十四条 下列费用不纳入长护险基金支付范围：

- （一）应当由医疗保险、工伤保险基金支付的；
- （二）应当由第三人负担的；
- （三）应当由公共卫生负担的；
- （四）不在长护服务机构发生的费用；
- （五）不属于基本护理服务费用；
- （六）法律、法规规定的其他不予支付的费用。

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

第二十六条 失能参保人员需要变更服务方式的，向医疗保障

经办机构办理变更，并自办理变更手续次月起按新的服务方式结算。

第二十七条 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。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服务费用，由失能参保人员自行承担。

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 失能参保人员有下列情形之一的，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享受条件的，自重新作出评估结论次日起停止享受长护险待遇。

第五章 基金管理

第三十条 长护险基金管理参照现行社会保险基金有关制度执行。基金实行市级统筹，单独建账，单独核算，专款专用。长护险基金收支管理遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的总体原则。当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。

第三十一条 长护险基金来源包括：

- （一）长护险保险费及其利息；
- （二）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）财政补助；
- （四）社会捐助等其他合法收入。

第三十二条 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。

第三十三条 失能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 服务及监督管理

第三十四条 市级医疗保障行政部门应当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，统筹规划区域内定点长护服务机构的资源配置。

第三十五条 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。

第三十六条 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失能参保人员提供安全、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从业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。

第三十七条 医疗保障经办机构按协议约定及时向长护服务机构拨付长护险服务费用，根据年度考核评定结果进行年终清算。

第三十八条 各级医疗保障行政部门应当建立举报投诉、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安全运行。

第七章 附则

第三十九条 建立市级长护险联席会议制度，由市医保局牵头，成员由市民政局、市财政局、市人力资源社会保障局、市卫生健康局、国家税务总局梅州市税务局和市残联等组成，定期对我市长护险制度运行中存在的问题进行协调研究。

第四十条 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。

第四十一条 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、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。

第四十二条 本办法自 2025 年 7 月 1 日起施行，有效期 3 年。国家和省另有规定的，从其规定。

公开方式：主动公开

抄送：省医保局，市委办公室，市人大常委会办公室，市政府办公室，市政协办公室，市纪委监委驻市卫生健康局纪检监察组。

梅州市医疗保障局办公室

2025 年 6 月 5 日印发
