

深圳市长期护理保险办法

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 【目的和依据】为了推进健康深圳建设，积极应对人口老龄化，健全与经济社会发展相协调的社会保障体系，满足失能失智人员基本照护需求，根据《深圳经济特区养老服务条例》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 【定义】本办法所称长期护理保险制度，是对经评估达到规定照护等级的长期失能失智人员，为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务保障的社会保险制度。

第三条 【适用范围】用人单位职工和年满十八周岁且未在校就读的非在职人员，已参加本市基本医疗保险的，应当参加长期护理保险。

第四条 【保障体系】构建以长期护理保险为基础，以社会救助、社会福利、慈善事业、商业保险为补充，各类社会保障制度相衔接的多层次照护保障体系。

鼓励和支持商业保险机构开发与长期护理保险相衔接的长期护理商业保险产品，满足失能失智人员多层次照护需

求。

第五条 【部门责任】市医疗保障行政部门主管本市长
期护理保险工作，负责组织实施本办法。市医疗保障经办机
构根据职责承办长期护理保险工作。

民政部门负责老年长期照护服务体系建设，相关从业人
员培训，加快推进护理型床位建设，推动老年照护服务发展；
负责长期护理保险中生活照料类服务的技术指导和养老类
照护服务机构的规范管理。

市卫生健康部门负责规划和统筹配置医疗服务资源，对
长期护理保险中医疗护理类服务进行技术指导，对医疗机构
提供的医疗护理服务进行规范管理。

市残疾人联合会负责规划、统筹配置残疾人康复服务资
源，加快推进残疾人托养机构建设，推动残疾人照护服务发
展；负责残疾人康复托养机构、照护服务机构的规范管理。

市财政部门负责将长期护理保险财政补助资金纳入财
政预算，加强对基金筹集、管理和使用的监管。

市人力资源保障部门负责将养老护理从业人员技能培
训纳入我市职业技能培训补贴政策范围，配合相关部门做好
相关从业人员培训工作。

基本医疗保险费征收机构依职责负责长期护理保险费
征缴工作。

市政府其他有关部门按照各自职责做好长期护理保险

工作。

第六条【动态调整】市政府可根据本市经济社会发展水平、基金收支结余情况、照护服务成本变化等因素，对长期护理保险筹资标准、保障范围、待遇标准、支付范围等做相应调整。

第七条【委托经办】市医疗保障经办机构可委托有资质的商业保险机构参与长期护理保险相关经办工作，包括组织评定、机构管理、费用审核、日常巡查、业务培训、信用等级评定、政策宣传等工作。

第八条【信息化建设】市医疗保障行政部门会同相关职能部门推动长期护理保险信息化建设和信息共享。

第二章参保缴费与基金管理

第九条【征收方式】长期护理保险费与基本医疗保险费一同征收。

第十条【缴费标准和扣缴渠道】长期护理保险缴费按照以下规定以本市上年度在岗职工月平均工资的 0.1%按月缴费：

（一）职工参保的，用人单位缴交 0.05%，个人缴交 0.05%，职工个人缴交部分由用人单位代扣代缴。

（二）非在职人员参保的，由个人缴交 0.1%，由其基本医疗保险缴费开户银行、养老金发放银行或其指定的银行

按月托收。

基本医疗保险一档参保人，其参加长期护理保险的个人缴费部分从其基本医疗保险个人账户中按月划转。

第十一条【困难人员缴费】经本市民政部门认定的特困人员、低保对象和低收入家庭成员参加长期护理保险的个人缴费部分，财政给予全额资助；具体资助参保工作由市医疗保障经办机构负责。。

本市户籍持有中华人民共和国残疾人证的残疾居民参加长期护理保险的个人缴费部分，财政给予全额资助，费用从残疾人就业保障金中列支；具体资助参保工作由市残疾人联合会负责。

第十二条【基金来源】长期护理保险基金来源为：

- （一）长期护理保险费及其利息；
- （二）长期护理保险基金合法运营收益；
- （三）政府补贴；
- （四）社会捐助等其他收入。

第十三条【基金管理】长期护理保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，独立核算，专款专用。

长期护理保险基金收支管理实行以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第十四条【预防照护保障费】预防照护保障费按不超过3%的比例每年从长期护理保险基金中安排，用于失能失智延缓预防工作。

预防照护保障费用的安排使用计划由市医疗保障行政部门会同卫生健康、民政等部门制定，按照社会保险基金预算编制相关程序报批后列入下年度长期护理保险基金支出预算，下年度据实列支。

具体管理制度由市医疗保障行政部门会同市民政、财政、卫生健康等部门另行制定，经市政府批准后实施。

第十五条【支出范围】长期护理保险基金用于以下支出：

- （一）长期护理保险待遇；
- （二）照护等级评定费用；
- （三）商业保险机构经办服务费用；
- （四）预防照护保障费用；
- （五）市政府规定的其他费用。

第三章照护等级评定

第十六条【评定委员会】长期护理保险失能照护等级评定委员会（以下简称评定委员会）由市医疗保障行政部门、民政、财政、人力资源保障、卫生健康等部门以及残疾人联合会等群团组织的代表组成。评定委员会具体负责以下工作：

- (一) 评定工作流程和管理办法的修订;
- (二) 评估人员与评定专家库的建立;
- (三) 评估人员的培训、监督和管理;
- (四) 评估工作的检查、督促和指导;
- (五) 评定数据库与工作档案的管理;
- (六) 照护等级评定相关的其他工作。

评定委员会下设办公室，办公室设在市医疗保障经办机构，负责评定委员会日常工作。

评定委员会工作经费列入市医疗保障经办机构部门预算。

第十七条【评估人员和评定专家库】评定委员会根据照护等级评定工作实际，建立评估人员和评定专家库，并实行动态管理，定期对评估人员和评定专家进行调整和补充。

(一) 评定专家条件：本市行政区域内的二级及以上定点医疗机构中具有副高级及以上专业技术职务任职资格，在临床科室执业 8 年以上的医、技、护专家。

(二) 评估人员条件：本市行政区域内的定点医疗机构、养老服务机构、残疾人托养机构、社会福利机构中具有中级及以上临床医学、护理、康复专业技术职务任职资格的在岗医护人员。

第十八条【评估标准】评估人员和评定专家根据评估标准进行照护等级评定。照护等级按照评估得分划分为 0-4 级。

具体评估标准由市医疗保障行政部门会同民政、卫生健康等部门制定。

第十九条【评定条件】参保人因年老、疾病、伤残等导致照护依赖，失能失智状态持续六个月以上，病情基本稳定，且连续参加长期护理保险年限满足以下规定的，可以申请长期护理保险照护等级评定：

（一）2023 年之前首次申请照护等级评定的，不设连续参保年限条件限制；

（二）2023 年首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满 1 年；

（三）2024 年首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满 2 年；

（四）2025 年及以后首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满 3 年。

第二十条【评定流程】长期护理保险照护等级评定按以下流程办理：

（一）登记。参保人在长期护理保险定点服务机构（以下简称长护定点机构）办理服务登记手续后，由参保人或其监护人、代理人向长护定点机构提交失能或失智相关的疾病诊断证明、病历等材料。

（二）初筛。参保人符合第十九条规定的参保条件的，长护定点机构安排工作人员对其照护依赖程度进行初步筛

查。初筛通过的，长护定点机构将相关信息及材料提交评定委员会。初筛未通过的，长护定点机构应告知参保人或其监护人、代理人。

（三）受理。评定委员会对提交的申请材料进行审核，参保人符合第十九条规定的，评定委员会受理并组织评估。参保人提供的材料不能明确已丧失生活自理能力、丧失生活自理能力持续时间或第三方赔付情况的，评定委员会应进行前置调查。

（四）评估。评定委员会组织评估人员进行现场评估，现场评估信息由评定专家进行集体评审后形成评定结果。现场评估可为上门评估或集中评估。

（五）公示。评定结果在市医疗保障行政部门门户网站及参保人所在的长护定点机构内公示，公示期 7 日。公示期内，接受社会监督。

（六）告知。经公示无异议的，评定委员会应在 5 个工作日内作出评定结论，并通知长护定点机构及参保人或其监护人、代理人。

第二十一条 【复核评定】 评定结果或评定结论有以下情形的，评定委员会应组织评定专家对参保人进行复核评定：

（一）在公示期内，个人或单位对评定结果有异议并向评定委员会实名反映，评定委员会确认属实的；

(二) 参保人对评定结论有异议，在收到评定结论之日起 10 个工作日内向长护定点机构提出复核申请并补充佐证材料的。

复核评定结论为最终结论，不再进行公示。

第二十二条【变更评定】享受长期护理保险待遇的参保人失能失智情况发生变化的，长护定点机构应当组织测评，并向评定委员会提出变更评定申请。

享受长期护理保险待遇的参保人失能失智情况发生变化的，参保人或其监护人、代理人、照护人员应当及时向长护定点机构反映。

参保人在上次评定结论作出后满 6 个月的，可再次提出照护等级评定申请。评定流程与初次申请时相同。

第二十三条【动态评估】评定委员会对享受长期护理保险待遇的参保人每年随机抽取 10%~15% 的比例，定期对其照护等级进行动态评估。

第二十四条【不予受理的情形】参保人有下列情形之一的，评估申请不予受理：

- (一) 未参加本市长期护理保险的；
- (二) 连续参加长期护理保险未达到规定年限的；
- (三) 丧失生活自理能力持续不足 6 个月的；
- (四) 提供虚假材料的；
- (五) 距上次评定结论作出未满 6 个月的。

第四章 保险待遇

第二十五条 【待遇起始时间】照护等级评定为照护 2 级至 4 级的参保人，从评定结论下达的次日起按照本办法规定选择服务方式并享受长期护理保险待遇。

第二十六条 【待遇范围】参保人在本市行政区域内所发生的基本照护服务费，含床位费、护理耗材费、护理设备使用费，由长期护理保险基金按规定支付。

第二十七条 【服务项目】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服务，具体包括清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、管道照护、康复照护、失智照护及精神慰藉等项目。

评定委员会在对参保人进行照护等级评定时，根据参保人失能失智及照护需求情况，形成相应的照护方案。

基本照护服务项目及规范由市医疗保障行政部门会同市民政、卫生健康等部门另行制定。

第二十八条 【服务方式】参保人可选择下列一种服务方式，享受长期护理保险待遇：

（一）居家亲情照护。参保人或者其监护人指定的亲属或者其他人员，经培训考核合格后，为参保人提供居家基本生活照料服务。长护定点机构同时为参保人提供每周 1 次机构上门照护服务，其中照护 2 级每次 2 小时，照护 3 级每次

2.5 小时，照护 4 级每次 3 小时。

(二) 机构上门照护。参保人或者其监护人选择长护定点机构为其提供居家上门照护服务，上门照护服务次数按照照护等级设定，其中照护 2 级每周 4 次，每次 2 小时；照护 3 级每周 4 次，照护 4 级每周 5 次，每次 3 小时。每天不超过 1 次。

(三) 机构照护。参保人入住长护定点机构，由长护定点机构提供 24 小时连续照护、日间照护或晚间照护服务。

第二十九条【短期托管服务】选择居家亲情照护或机构上门照护服务的参保人，向市医疗保障经办机构备案后，按以下规定享受长护定点机构提供的短期机构照护托管服务：

(一) 照护等级 3 级或 4 级的，每个自然年累计不超过 21 天；

(二) 照护等级 2 级的，每个自然年累计不超过 14 天。

第三十条【生活照料待遇月支付限额】长期护理保险基金对参保人发生的基本生活照料费用（含床位费），设定基本生活照料服务费月支付限额，根据参保人累计参保年限，按下列标准执行：

(一) 累计参保时间未满 36 个月的，基本生活照料服务费月支付限额为定额标准的 70%；

(二) 累计参保时间满 36 个月未满 60 个月的，基本生活照料服务费月支付限额为定额标准的 75%；

(三) 累计参保时间满 60 个月以上的，基本生活照料服务费月支付限额为定额标准的 80%。

第三十一条 【定额标准】 照护 2 级、照护 3 级、照护 4 级的定额标准分别为 3300 元、4400 元、5500 元。

第三十二条 【医疗护理待遇】 参保人在享受基本生活照料待遇的基础上，享受医疗护理服务待遇。医疗护理服务包含管道照护、康复照护等护理项目。

长期护理保险基金对参保人医疗护理服务费据实支付，每月支付限额为 1000 元，含护理耗材费、护理设备使用费。

医疗护理服务执行本市基本医疗服务四档价格。

第三十三条 【生活照料费用支付】 参保人选择机构照护和居家亲情照护实际服务天数不足一个月的，其发生的基本生活照料费用由长期护理保险基金按实际服务天数支付；选择机构上门照护的，其发生的基本生活照料费用由长期护理保险基金按照服务时数支付。实际服务收费标准低于支付限额的，按实际收费标准支付。

参保人选择居家亲情照护服务方式的，长期护理保险基金支付居家亲情照护服务费最高不超过月支付限额的 80%，支付机构上门照护服务费不超过月支付限额的 20%。

居家亲情照护中的机构上门服务、以及机构上门照护的服务时间根据第三十条规定的月支付限额相应递增。

第三十四条 【超范围费用处理】 参保人发生的基本生活

照料服务费及医疗护理服务费超出长期护理保险基金支付范围和支付限额的，超出部分由参保人自负。

第三十五条【短期托管服务支付标准】 参保人按照本办法第二十九条规定享受短期托管服务的，由长期护理保险基金按照长护定点机构的机构照护收费标准支付，最高不超过150元/天。

短期托管服务费不纳入基本生活照料服务费月支付额度管理。

第三十六条【服务方式变更】 参保人变更服务方式的，向长护定点机构提出申请，长护定点机构应向市医疗保障经办机构办理变更备案。参保人发生的基本生活照料服务费自完成备案手续次日起，按新的服务方式结算。

第三十七条【变更定点机构】 参保人可变更提供服务的长护定点机构，自完成变更备案手续次日起，参保人发生的基本生活照料服务费由市医疗保障经办机构与变更后的长护定点机构结算。

第三十八条【待遇变更】 参保人照护等级变更的，自评定结论下达的次日起按照新的照护等级享受相应的长期护理保险待遇。

第三十九条【待遇停止】 参保人有下列情形之一的，停止享受长期护理保险待遇：

（一）参保人死亡的，自死亡次日起停止享受待遇；

(二) 经重新评估未达到照护 2 级的，自评定结论下达次日起停止享受待遇；

(三) 按规定应当重新进行照护等级评定，参保人及其监护人在评估期内无正当理由拒绝接受评估的，自评估期截止次日起停止享受待遇。

(四) 参保人在医疗机构住院治疗的，自住院登记次日起停止享受待遇。

(五) 享受待遇期间中断缴费的，从停止缴费的次月 1 日起停止享受待遇。

第四十条【待遇恢复】参保人按下列规定，恢复享受长期护理保险待遇：

(一) 在医疗机构住院治疗的，自出院次日起，恢复享受长期护理保险待遇。

(二) 参保人中断缴费的，自缴费到账的次月 1 日起恢复享受长期护理保险待遇。

参保人停止享受长期护理保险待遇期间发生的基本照护服务费用，长期护理保险基金不予支付。

第四十一条【欠缴期间待遇处理】用人单位欠缴长期护理保险费的，欠缴期间参保人发生的长期护理费用，由用人单位按照本办法规定的待遇标准支付。

第四十二条【家庭病床】符合家庭病床建床条件的参保人，在家庭病床建床期间发生的医疗护理费用，由基本医

疗保险基金按规定支付。家庭病床建床期间，参保人可按规定享受基本生活照料待遇。

第四十三条【不予支付的情形】按规定属于基本医疗保险、生育保险、工伤保险等其他社会保险基金支付的费用，以及应由第三方依法承担的照护费用，长期护理保险基金不予支付。

第五章 服务管理

第四十四条【长护定点机构】在本市行政区域内提供基本照护服务的养老服务机构、残疾人托养机构、社会福利机构，经市医疗保障经办机构确定，并与之签订服务协议，纳入长护定点机构管理。

第四十五条【定点原则】市医疗保障经办机构根据统一规划、合理布局、服务便利、鼓励竞争的原则，从优选择长护定点机构。

鼓励专业护理、医养结合、连锁机构发展；合理控制服务成本和提高长期照护服务质量。

第四十六条【定点资格条件】服务机构申请成为长护定点机构，应当具备以下条件：

（一）依法取得民政、市场监管等部门规定的相关许可、证照或登记、备案管理，具有法人资质；

（二）各项管理制度健全、业务管理规范，建立与长期

照护相适应的内部管理制度，收费标准实行公示；

（三）机构设置和人员配备等符合机构所属行业的相关规定，配备满足长期照护需要的软硬件设备；

（四）具备与长期照护服务相适应的专、兼职人员。

长护定点机构管理办法由市医疗保障行政部门会同市民政局、卫生健康、财政等部门另行制定。

第四十七条 【协议管理】市医疗保障经办机构与长护定点机构签订协议，并按协议进行管理。

市医疗保障经办机构根据长护定点机构履行协议的情况，每年进行一次信用等级评定并公布评定结果。

第四十八条 【生活照料服务收费管理】长护定点机构应当坚持“以人为本、合理服务、按规定收费”的原则，按照本办法规定和协议约定向参保人提供服务。

长护定点机构提供的上门照护服务，属于长期护理保险基金支付服务时长范围的，机构不得另行向参保人收费。

长护定点机构对长期护理保险参保人的服务收费价格不得高于本机构内同等护理级别的自费人员。

为参保人提供基本照护服务以外的服务项目，应事先告知参保人或其监护人并征得同意。

第四十九条 【照护计划】长护定点机构应当根据照护方案为参保人制定照护计划并依照照护计划提供服务，每 3 个月进行一次照护效果评估和照护依赖程度测评。

长护定点机构应当留存参保人照护计划及服务记录。

第五十条【整合照护】鼓励长护定点机构建立居家、机构无缝衔接的照护服务保障机制，为参保人提供及时、连续的整合照护服务。

第五十一条【服务人员要求】提供长期护理保险基本生活照料服务的人员应具备以下条件之一：

（一）经医疗护理员、养老护理员、健康照护、老年照护或失智照护职业技能培训并考核合格；

（二）经长期护理保险基本生活照料服务专项能力培训并考核合格。

提供长期护理保险医疗护理服务的医生、护士应具有执业资格，其他医疗护理服务人员应当具备卫生健康部门规定的相关职业资格。

第五十二条【人员管理】长护定点机构应当对长期护理保险基本生活照料服务人员定期开展职业道德教育和职业技能培训。

长护定点机构应当加强内部管理，提高服务人员的风险意识和应急能力。

第五十三条【结算管理】应由长期护理保险基金支付的基本照护服务费用，由市医疗保障经办机构与长护定点机构按月结算。

居家亲情照护服务人员的服务费，由参保人或其监护人

指定的长护定点机构按规定向照护服务人员支付。

照护等级评定费用，由市医疗保障经办机构委托的商业保险机构向评估人员和评定专家按月支付，市医疗保障经办机构与受委托的商业保险机构按月结算。

第五十四条 【质量保证金】市医疗保障经办机构与长护定点机构进行按月结算，预留服务费用的 3%作为质量保证金，根据信用等级评定结果按比例进行年终清算。

第六章监督检查

第五十五条 【财务公示】市医疗保障经办机构应当建立健全长期护理保险基金财务制度，并将长期护理保险基金收支情况定期向社会公布。

第五十六条 【基金监督委员会】长期护理保险基金收支、管理、使用等情况，纳入本市负责长期护理保险基金监督的基金监督委员会的监督范围。

第五十七条 【主管部门监督职责】市医疗保障行政部门应当对参保人待遇享受情况、纳入长期护理保险基金支付范围的服务行为和费用实行监督检查，并可聘请机构或者邀请社会监督员参与监督。

市医疗保障经办机构按照协议约定对长期护理保险行为进行检查，对长期护理保险待遇享受情况进行核查。

第五十八条 【征收机构监管职责】基本医疗保险费征

收机构依职责对用人单位办理长期护理保险登记、申报及缴费情况进行监督检查。

第五十九条【综合监管协调机制】市医疗保障行政部门会同市民政、财政、人力资源保障、卫生健康、税务、审计、市场监管、公安等部门以及残疾人联合会等群团组织建立健全长期护理保险基金使用的监督协调机制。

市政府各有关部门在监督管理中发现用人单位、参保人、监护人、商业保险机构、长护定点机构及其工作人员存在违法、违规或者违反长期护理保险有关服务协议的，在职责范围内依法处理；涉及长期护理保险基金支出的，应当将相关线索、处理结果等书面通知市医疗保障行政部门。

第六十条【协助调查】市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构在监督检查过程中，需要有关职能部门、单位和个人协助调查的，有关职能部门、单位和个人应当配合。

第六十一条【配合检查】市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构履行监督检查职责时，参保单位、长护定点机构、受委托的商业保险机构、参保人及其监护人应当如实说明情况，提供相关证明和资料，不得拒绝、阻碍和隐瞒。

长护定点机构未按规定提供长期护理保险有关资料的，市医疗保障经办机构可以拒付相关费用；参保人或监护人拒绝配合调查的，市医疗保障经办机构可以停止参保人长期护理保险待遇。

第六十二条 【证据采集方式】市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构在进行监督检查时，可以要求被检查对象提供与长期护理保险检查事项有关的资料，可以采取记录、录音、录像、照相和复制等方式收集有关资料。

第六十三条 【专家咨询委员会】市医疗保障行政部门组织成立专家咨询委员会，专家咨询委员会的专家纳入医疗保障专家库管理，开展以下工作：

（一）为市医疗保障行政部门依据本办法制订有关政策提供专业意见；

（二）为市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构进行长期护理保险监督检查提供技术指导，对监督检查中发生的疑难问题提供专家意见；

（三）市医疗保障经办机构委托的其他长期护理保险工作。

第六十四条 【参保人权益记录】基本医疗保险费征收机构、市医疗保障经办机构依职责以个人权益记录方式为参保人提供长期护理保险参保情况、待遇享受情况提供便捷查询途径。

参保人与市医疗保障经办机构约定，以登录社会保险个人服务网页、电子邮件、官方微信公众号、手机短信等形式获取个人权益记录的，市医疗保障经办机构不再另行寄送。

第六十五条 【违法检举】对违反本办法规定的行为，

任何单位和个人有权向主管部门举报、投诉。相关主管部门对举报单位和举报人的信息予以保密。

第六十六条 【举报奖励】鼓励公民、法人或者其他社会组织对欺诈骗取长期护理保险待遇或者基金支出的行为进行举报，经查证属实的，市医疗保障行政部门参照本市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励有关规定予以奖励，奖励经费纳入市医疗保障行政部门的部门预算。

第六十七条 【人卡相符】参保人在申请评定、接受评估、接受照护服务时，应当出示其身份证或社会保障卡（包括医保电子凭证）。评定委员会、长护定点机构应当对参保人出示的身份证或社会保障卡（包括医保电子凭证）进行核验。任何个人不得冒用、伪造、变造、出借社会保障卡。

第七章 法律责任

第六十八条 【不办理参保或未按时足额缴纳保费】用人单位不办理长期护理保险登记，由市医疗保障行政部门责令改正；逾期不改正的，由市医疗保障行政部门对用人单位处应缴长期护理保险费数额一倍以上三倍以下的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

用人单位未按本办法规定缴纳长期护理保险费的，由基本医疗保险费征收机构责令限期改正并补缴应当缴纳的长

期护理保险费。

第六十九条 【单位未缴费处理】用人单位未按本办法规定缴纳长期护理保险费的，职工应当在知道或者应当知道之日起两年内向基本医疗保险费征收机构投诉、举报，由基本医疗保险费征收机构责令限期改正；逾期仍不缴纳的，依职责由基本医疗保险费征收机构处欠缴数额一倍以上三倍以下的罚款。

第七十条 【不正当手段办理业务的处理】以欺诈、伪造证明材料、冒用他人证件、虚构劳动关系、隐瞒事实真相等不正当手段办理长期护理保险业务的，市医疗保障行政部门、基本医疗保险费征收机构、市医疗保障经办机构不予办理，并将有关情况记入其信用档案。

相关单位和个人依前款不正当手段已经办理长期护理保险登记的，其登记参保行为无效，由基本医疗保险费征收机构或者其行政主管部门依职责责令改正，并按照违规登记人数每人一千元处以罚款。

第七十一条 【骗取待遇】以欺诈、伪造证明材料、冒用他人证件、虚构劳动关系或者其他手段骗取长期护理保险待遇的，由市医疗保障行政部门责令退还已骗取的长期护理保险待遇，并处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七十二条 【机构法律责任】市医疗保障经办机构委

托的商业保险机构、长护定点机构以欺诈、伪造证明材料、提供虚假服务、串换服务项目或者其他手段骗取长期护理保险基金支出的，由市医疗保障行政部门责令退回，并处骗取金额二倍以上五倍以下的罚款；根据情节严重程度，由市医疗保障经办机构暂停或者解除服务协议；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七十三条 【违反监管处理】被监督单位和个人有下列行为之一的，由市医疗保障行政部门予以制止，责令其限期改正，并处二千元以上二万元以下的罚款：

- （一）拒绝、阻挠监督人员进行监督检查的；
- （二）拒绝或者无正当理由拖延提供与监督事项有关的资料，或者转移、隐匿、损毁被封存资料的；
- （三）不按要求报送书面材料或者作出说明，隐瞒事实真相，出具伪证或者隐匿、毁灭证据的；
- （四）不按要求整改或者在整改过程中弄虚作假的；
- （五）报复、陷害监督人员，阻挠、压制或者打击报复举报人、投诉人的；
- （六）其他妨碍长期护理保险基金监督的行为。

第七十四条 【公职人员违规处理】市医疗保障行政部门、基本医疗保险费征收机构、市医疗保障经办机构的工作人员在长期护理保险管理、监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责

任。

第七十五条 【信息安全】市医疗保障经办机构委托的商业保险机构、长护定点机构应依法依规合理使用长期护理保险有关信息，保障参保人信息安全，泄露长期护理保险信息或未经市医疗保障行政部门批准将长期护理保险信息用于其他用途的，应当承担相应的法律责任。

第七十六条 【信用惩戒】单位或个人违反本办法规定的不诚信行为纳入本市信用评价体系。

第七十七条 【行政复议、行政诉讼】长期护理保险关系行政相对人对市医疗保障行政部门、基本医疗保险费征收机构、市医疗保障经办机构作出的具体行政行为不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第八章附则

第七十八条 【罚款限额】法律、法规对罚款有限额规定的，从其规定。

第七十九条 【连续参保时间计算】连续参保时间是指参保人在本市实际缴纳长期护理保险费的连续时间。参保人在自然年度内累计中断参保不超过 3 个月的，重新缴费后其中断前后的连续参保时间合并计算；超过 3 个月的，重新计算。

用人单位按本办法规定参加并补缴应当缴纳的长期护理保险费后，补缴前后的参保时间合并计算为连续参保时

间。

第八十条【过渡期单位缴费处理】在《深圳市社会医疗保险办法》(深圳市人民政府令第 256 号) 修订实施之前, 长期护理保险费的单位缴交部分从地方补充医疗保险基金中按月划转。

第八十一条【启动资金】长期护理保险的启动资金按不超过 2021 年度全市长期护理保险费月缴费金额从本市基本医疗保险统筹基金累计结余中安排, 周转时间不超过六个月。

第八十二条【配套文件】市医疗保障行政部门可依据本办法制定长期护理保险配套文件。

第八十三条【名词解释】本办法所称参保单位是指已参加长期护理保险的用人单位。

本办法所称参保人, 是指已参加长期护理保险的人员。

本办法所称照护等级评定费用, 是指评估委员会的评估人员和评定专家开展照护等级评定工作产生的费用。

本办法所称基本医疗保险费征收机构, 是指按现行的机构职能, 依据各自职责负责基本医疗保险费的参保登记、缴费核定和征缴等征收工作的社会保险经办机构、医疗保障经办机构、税务部门的统称。

第八十四条【施行时间】本办法自 2021 年 10 月 1 日起施行。

