

攀枝花市人民政府办公室
关于印发《攀枝花市长期护理保险实施细则》的通知

攀办规〔2026〕1号

各县（区）人民政府、国家钒钛高新区管委会，市政府各部门、各直属机构，有关单位：

《攀枝花市长期护理保险实施细则》已经市政府同意，现印发给你们，请认真组织实施。

攀枝花市人民政府办公室

2026年5月28日

攀枝花市长期护理保险实施细则

第一章 总 则

第一条 为进一步健全社会保障体系，积极应对人口老龄化，妥善解决失能人员长期护理保障问题，根据《四川省人民政府办公厅关于印发〈四川省建立长期护理保险制度实施方案〉的通知》（川办发〔2026〕6号），结合我市经济社会发展水平和共同富裕试验区建设推进情况，制定本实施细则。

第二条 本实施细则所称长期护理保险（以下简称“长护险”）是指为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。

第三条 长护险实行市级统筹，基金统一建账、资金统筹使用。

第二章 参保筹资

第四条 用人单位以及单位职工、退休人员、灵活就业人员和未就业城乡居民等按照属地管理原则参加长护险。

第五条 长护险与基本医疗保险（以下简称“基本医保”）共同缴费。长护险筹资主要由单位缴费、个人缴费、财政补助构

成。积极引入社会力量参与筹资，探索通过慈善捐助、社会捐赠等方式拓展筹资渠道。

第六条 长护险实行费率制征收，执行省统一确定的基准费率。

（一）就业人员

1. 单位职工。缴费费率为 0.3%，由用人单位和个人按同比例分担，缴费基数与其基本医保缴费基数保持一致。单位缴费应当由用人单位自行向税务部门按月申报缴纳，个人缴费由用人单位按月代扣代缴，税务部门统一征收。按照国家、省有关规定，将职工基本医保单位费率由 7.5% 调整为 7.35%，调整的 0.15% 用作长护险单位缴费费率。

2. 退休人员。缴费费率为 0.15%，缴费基数为本人上年度基本养老金（当年退休的以首次领取的基本养老金月标准为缴费基数），原用人单位不缴费。退休时未达到职工基本医保规定缴费年限，暂停职工基本医保关系并转为参加城乡居民基本医保的，按未就业城乡居民长护险政策参保缴费。

建立了职工基本医保个人账户的退休人员，经个人同意，长护险个人缴费由医保部门按月从其个人账户中代扣代缴。未建立职工基本医保个人账户的退休人员，应当自行向税务部门按月申报缴纳，积极推动实现养老金代扣。

3. 灵活就业人员。缴费费率为 0.3%，缴费基数为上年度全

省社会平均工资的 60%。建立职工基本医保个人账户的灵活就业人员选择按此政策参保缴费的，其职工基本医保缴费费率由 9.5%调整为 9.35%。长护险保费应当由个人自行向税务部门按月申报缴纳。

（二）未就业城乡居民

缴费费率为 0.2%，缴费基数为上年度全省城乡居民人均可支配收入，个人缴费和财政补助同比例分担。扣除中央和省级财政补助后的地方财政承担部分，制度启动当年，从共同富裕资金中统筹安排，以后年度，按照现行市以下财政管理体制，由市与县（区）分级承担。

启动当年按照 2025 年度全省城乡居民人均可支配收入的 0.2%计算，缴费标准为 72 元/人·年，其中个人缴费 36 元，财政补助 36 元。今后按照省医保局、财政厅统一规定调整。

18 周岁以下（截至缴费所属期上年度 12 月 31 日止）未就业人员随父母或其他法定抚养人等参保，不单独筹资。孤儿、事实无人抚养儿童等中无法随同参保的特殊人员，由民政等部门认定后可视同参保。

第七条 政府对符合条件的特困、低保对象、防止返贫致贫对象等困难人群个人缴费部分予以分类资助，资助方式参照资助参加基本医保政策执行。

第八条 职工基本医保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。

第九条 长护险退费情形及流程参照基本医保有关规定执行。

第三章 待遇保障

第十条 按规定参加我市长护险且失能状态长期持续(一般为6个月以上),经申请评估符合条件的重度失能人员,自评估结论出具次月起享受长护险待遇。领取工伤保险生活护理费的参保人员,不重复享受长护险有关服务待遇。

第十一条 参保人员可根据实际情况自主选择通过居家、社区、机构护理方式,享受长护险护理服务待遇。按规定流程变更护理服务方式的,从次月起按变更后的服务方式享受待遇。

(一)居家护理是指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。

第十二条 待遇享受不设起付线。按就业人员政策参保缴费

的，基金支付最高限额为重度一级失能 1300 元/月·人、重度二级失能 1365 元/月·人、重度三级失能 1495 元/月·人；按未就业城乡居民政策参保缴费的，基金支付最高限额为重度一级失能 845 元/月·人、重度二级失能 975 元/月·人、重度三级失能 1040 元/月·人。根据国家、省有关要求，动态调整待遇标准。

第十三条 鼓励参保人员选择居家和社区护理服务。参保人员选择居家或社区护理服务的，按服务时长付费，每次服务时长不得少于 1.5 小时，付费标准为 65 元/小时，长护险基金每周支付的服务频次不超过 4 次。按就业人员参保政策参保缴费的，重度一级失能、重度二级失能、重度三级失能每月长护险基金累计支付的服务时长分别不超过 20、21、23 小时；按未就业城乡居民参保政策参保缴费的，重度一级失能、重度二级失能、重度三级失能每月长护险基金累计支付的服务时长分别不超过 13、15、16 小时。

第十四条 参保人员选择机构护理服务的，按床日付费。按就业人员参保政策参保缴费的，重度一级失能、重度二级失能、重度三级失能分别为 41 元/床日、43 元/床日、48 元/床日；按未就业城乡居民参保政策参保缴费的，重度一级失能、重度二级失能、重度三级失能分别为 27 元/床日、31 元/床日、33 元/床日。

第十五条 执行国家统一的长护险服务项目目录，主要包括生活照护类和医疗护理类两部分。参保人员（或监护人）和定点

长护服务机构根据长护服务需求协商确定具体护理服务计划。

第十六条 参保人员凭医保电子凭证或社保卡享受长护险待遇，应由长护险基金支付的费用由医保经办机构与定点长护服务机构按月结算。

第十七条 待遇享受条件。

（一）除新生儿等特殊群体外，未在我市长护险启动时参保缴费的人员，须连续参保缴费 2 年（含）以上且全额补缴后，方可申请待遇享受。

（二）就业人员未按规定缴费的，从欠费次月起暂停长护险待遇；未就业城乡居民未缴纳下一年度保费的，从下一年度 1 月 1 日起暂停长护险待遇。

（三）用人单位欠费的，欠费期间和待遇享受等待期内发生的费用由用人单位按本实施细则规定的待遇标准支付。因个人原因中断参保缴费 3 个月以上的，设置固定待遇享受等待期 6 个月，每多断保 1 年，在固定待遇享受等待期基础上增加变动等待期 1 个月；参保人员可通过缴费修复变动等待期，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动等待期。补缴标准按照补缴当年的筹资政策执行。补缴后中断期间的待遇不予追溯。

（四）参保人员在长护险待遇享受期间变更参保身份且在 3 个月内参保缴费的，自缴费次月起按新身份享受待遇。

（五）待遇保障对象出现下列情形之一的，应当及时办理长

护险待遇终止手续，同步停止有关护理服务。

1. 待遇保障对象死亡的；
2. 自理能力好转，经再次评估未达到待遇享受条件的；
3. 长护险评估结论有效期届满，经复评不符合待遇享受条件的；
4. 其他原因导致终止享受长护险待遇的。

第十八条 按照国家和省级要求，做好长护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。鼓励商业保险机构开发与政策性长护险制度衔接补充的商业长护险产品。

第四章 失能评估

第十九条 失能等级评估按照国家统一的失能等级评估标准、管理办法、操作指南的规定执行。有效期内的评估结果省内互认，民政、残联、卫生健康等有关部门按需使用。

第二十条 综合考虑失能人员总体规模、评估行业发展实际、管理服务能力等，合理确定定点评估机构。

第二十一条 失能等级评估费应根据评估经营成本、评估市场规模、评估机构定点分布等情况，由市级医疗保障部门会同有关部门核定。

第二十二条 建立失能等级评估费用科学合理分担机制。以下情形的评估费用，由长护险基金承担：参保人员首次申请失能评估且评估通过的；按规定开展定期复评的；参保人员对评估结论有异议申请复评，经复评符合待遇享受条件的；因医疗保障部门工作需要，组织开展稽核抽查、监管复核等复评的。若因评估机构或评估人员自身原因导致评估工作中断或无法完成，评估费用由评估机构承担。其他情形下的评估费用由个人承担。

第二十三条 评估有效期届满前三个月内应组织对需继续享受长护险待遇的参保人员进行重新评估。经评估符合待遇享受条件的，有效期届满后重新计算。若失能等级发生变化或不符合长护险基金支付条件的，应从作出评估结论次月起调整或取消其长护险待遇。

第五章 服务供给

第二十四条 市级医疗保障部门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，统筹规划区域内长护服务机构的资源配置，并实行定点管理。

第二十五条 本市范围内具备护理能力和资质的医疗机构、养老服务机构、护理机构或者业务范围包括养老服务、照护服务、护理服务的其他服务机构，可自愿向辖区医疗保障经办机构申请

成为定点长护服务机构。

第二十六条 在确保基金安全运行和管理的前提下,通过公开招标等竞争性方式有序规范引入的社会力量(以下简称“第三方机构”),可参与经办管理服务,有关费用按协议约定从基金中支付。

第二十七条 建立健全对定点失能等级评估机构、定点长护服务机构及第三方机构的考核评价机制。构建长护险经办、失能等级评估和护理服务文书体系,统一规范全流程文书管理。推进长护险“一人一档”建设。

第六章 基金管理和监督

第二十八条 长护险基金纳入社会保障基金财政专户,单独建账、独立核算、专款专用,任何单位和个人不得挤占挪用。按照社会保险基金预算编制要求,科学编制长护险基金收支预算,严格预算执行,加强绩效管理,健全基金预算管理制度。严格执行基金财务制度,加强基金财务管理,规范基金收支。做好基金会计核算和统计分析。坚持以收定支、收支平衡,建立基金运行监控和风险防范机制。在长护险基金出现支付困难时,应当按规定及时调整筹资或待遇政策。

第二十九条 长护险基金主要用于支付待遇保障、失能等级

评估、第三方机构经办服务等费用，原则上不直接向失能人员发放现金。对机构床位费、膳食费等非护理服务费用以及应由医疗保险基金支付的医疗费用，长护险基金不予支付。

第三十条 各级医疗保障部门依据有关法律、法规对长护险基金使用进行监督。建立健全基金监管体系，创新监管手段和方式，加强对定点机构以及护理人员、评估人员的监管。建立健全社会监督机制，完善长期护理服务行业自律机制和欺诈骗保人员、机构惩戒机制。建立健全跨部门监管机制，加强“行行衔接”“行纪衔接”“行刑衔接”和追责问责，推进重要线索、重大案件联查联办。

第七章 附 则

第三十一条 各县（区）人民政府加强辖区内长护险各项工作的推进、监督与管理，及时足额上解应由县（区）承担的长护险财政补助资金。市级医疗保障部门负责长护险的组织实施，严格按照有关规定，加强对参保服务、失能评估、待遇支付、协议管理等各环节的监督管理，做好对长护险基金运行情况分析，确保长护险基金安全可持续；纪委监委、宣传、发展改革、教育和体育、公安、民政、财政、人力资源社会保障、农业农村、卫生健康、市场监管、税务、残联、红十字会等部门（单位）按照各

自职责，协同开展长护险有关工作。

第三十二条 市级医疗保障部门可根据运行实际情况，会同有关部门按规定对筹资及待遇标准等进行动态调整。

第三十三条 本实施细则自 2026 年 6 月 1 日起施行，有效期 5 年。国家、省有新规定的，从其规定。