

沈阳市长期护理保险制度实施细则

图示解读

发布单位：沈阳市医疗保障局

2026年1月

目 录

第一章 总则 政策背景与总体要求

第二章 参保缴费 参保缴费与筹资机制

第三章 待遇保障 待遇保障与享受条件

第四章 失能等级评估 失能等级评估管理

第五章 服务供给 长护服务供给体系

第六&七章 经办&基金管理 经办管理与基金监管

第八&九章 考核与监督 &附则 考核监督与附则

第一章：政策背景与总体要求

为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，根据国家、省市相关文件要求，结合沈阳市实际，制定本实施细则，进一步明确长护险制度框架内容。

政策出台的法律依据、核心目的

1

制定依据

依据《沈阳市人民政府办公厅关于印发沈阳市建立长期护理保险制度实施方案（试行）的通知》（沈政办发〔2025〕18号），制定具体执行办法，确保长护险制度有效落地。

2

核心目的

旨在做好本市长期护理保险（以下简称“长护险”）工作，构建与本市经济社会发展水平相适应的长期护理保障体系，为本市失能人员提供基本护理服务保障。

明确长护险制度的覆盖人群、适用领域及推进步骤

1

按照从职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）参保人员起步，逐步覆盖全民的总体原则，先行解决在职职工与退休人员的长期护理需求。

覆盖原则

2

本实施细则适用于本市行政区域内的职工长护险参保筹资、待遇享受、失能等级评估、服务供给、经办管理、基金监督管理等工作。

适用范围

3

未就业城乡居民参保人员相关政策及管理办法，将根据制度推进情况和工作实际，另行研究制定，稳步推进制度全覆盖。

扩展说明

第二章： 参保缴费与筹资机制

明确长护险的参保对象、缴费标准与资金筹集方式，建立
稳定可持续的筹资渠道，确保基金安全运行。

规定长护险的参保群体及同步参保要求

01

在职职工

- 职工医保参保人员，在参加本市职工医保时应同步参加长护险。

02

灵活就业人员

- 以个人身份参加职工医保的灵活就业人员，在参加职工医保的同时，需同步参加长期护理保险。

03

退休人员

- 已退休并享受职工医保待遇的人员，按规定缴纳长护险保费，确保待遇连续性。

不同群体长护险的缴费费率与缴费基数

1

长护险费率为0.3%，由用人单位和在职职工按同比例分担，即双方各承担0.15%。缴费基数为同期职工医保的缴费基数。

在职职工缴费

2

缴费费率为0.3%，缴费基数为同期职工医保的缴费基数。

灵活就业人员缴费

3

缴费费率为0.15%，缴费基数为本人基本养老金。

退休人员缴费

4

税务部门负责长护险保费的征收工作，确保保费及时、足额收缴。

征收责任主体

2026年起筹资结构调整安排及退费政策

01

费率调整安排

- 2026年起，调整职工医保单位费率和灵活就业人员医保缴费费率0.15%用于长护险单位费率，优化基金来源结构。

02

退费政策衔接

- 长护险的退费政策参照基本医保政策的相关规定执行，保障参保人合法权益。

第三章：待遇保障与享受条件

系统梳理长护险的保障对象、享受条件、待遇标准及支付范围，明确基金支付边界，确保待遇精准、公平、可及，切实减轻失能家庭负担。

享受长护险待遇的目标人群及其资格要求

1 保障对象

因年老、疾病、伤残等原因导致失能，或规范诊疗后失能状态持续6个月以上的参保人员。

2 核心标准

经申请并通过失能等级评估，被认定为符合重度失能标准。

3 待遇支付范围

符合长护险政策规定、由定点服务机构提供的长期护理相关费用，由长护险基金按规定支付。

待遇享受与等待期

待遇享受的生效时间以及不同类型人群的等待期规则

1 同步享受群体

民政部门认定的困难群体、农业农村部门认定的防止返贫致贫对象、当年退役的复转军人及重度残疾人等特殊群体，其长护险待遇与基本医保待遇同步享受，不设等待期。

2 设置等待期群体

职工（含灵活就业人员）在制度启动时未参保缴费，或中断缴费后重新参保的，设置6个月的固定待遇等待期。连续参保缴费人员无等待期。

长护险基金支付的月度最高限额及三种服务方式下的报销比例

1 月度支付限额

长护险待遇享受不设起付标准，每人每月待遇最高限额为1200元。

2 限额外费用处理

超出长护险待遇支付限额的费用，由失能人员或其家庭负担。

3 三种服务方式

符合条件的参保人员，可在居家护理、社区护理、机构护理三种服务方式中自主选择。

4 居家与社区护理报销

选择居家护理或社区护理的重度失能人员，报销比例为80%，个人支付比例为20%。

5 机构护理报销

选择机构护理的重度失能人员，报销比例为70%，个人支付比例为30%。

支付范围与除外责任

长护险基金的支付范围，列举不予支付的具体情形

1 基金支付范围

基金主要用于支付符合规定的长期护理服务机构和人员，提供长期护理基本服务所发生的费用，原则上不直接向失能人员发放现金。

2 明确支付项目

全市长护险待遇支付范围需符合国家长护险基本服务项目目录规定的生活照料和医疗护理项目。

3 不予支付费用

机构床位费、膳食费等非护理费用；应由医疗保险支付的医疗费用；应由第三方承担的护理费用；在境外发生的护理费用；以及法律法规和政策规定的其他不予支付费用，长护险基金均不予支付。

在特定情形下长护险待遇的动态调整规则及政策衔接要求

1

服务方式变更

参保人员选择的服务方式发生变更的，自变更后次月起，按照变更后的服务方式享受相应待遇。

2

定点机构变更

参保人员变更定点长护服务机构的，自变更后次月起在新的定点机构享受待遇，原则上每年可变更2次。

3

住院暂停待遇

参保人员因病情需至医疗机构住院治疗的，其住院期间暂停长护险待遇，自出院次日起恢复。

4

身故终止待遇

参保人员身故的，自身故次日起终止长护险待遇。

5

做好政策衔接

协同民政、残联等部门，做好长护险与经济困难高龄补贴、失能老年人补贴及重度残疾人护理补贴等政策的衔接，确保待遇不重复、不遗漏，实现精准保障。

第四章：失能等级评估管理

建立科学、公正、透明的失能等级评估体系，是长护险制度精准施策的基础。本章对评估机构管理、评估类型、费用分担及结果应用等作出全面规定。

失能等级评估工作的机构类型、管理机制及工作原则

1 定点评估机构

长护险失能等级评估机构实行定点管理，确保评估工作的专业性与规范性。

2 机构类型

全市独立的评估机构为承担基本公共卫生服务职能的医疗机构和社会化评估机构。

3 定点确定流程

医疗机构由卫生健康部门确定后向医保部门申请；社会化评估机构由医保经办机构受理申请、审核材料并择优纳入。

4 动态管理机制

逐步健全全市定点评估机构“能进能出”的动态管理机制，对不符合要求的机构及时退出。

5 工作原则

定点评估机构应遵循公开、公正、透明的原则，按照国家、省有关标准开展评估工作。

失能等级评估的具体类型及其定义，满足不同评估需求

1 初次评估

经申请人首次提出申请后，开展的失能等级评估。

2 定期评估

在评估结论有效期届满前60日，对失能人员进行周期性评估，以确认其失能状态是否发生变化。

3 状态变更评估

参保人员失能状态与上一次评估结论不匹配，且评估结论出具满6个月的，可申请状态变更评估。

4 争议复评

申请人对评估结论有异议的，可在规定时间内向医保经办机构提出复评申请。

5 稽核复评

通过举报投诉、抽查等途径，发现参保人员失能状态可能发生变化时，由医保部门组织开展的复核评估。

评估费用与分担

评估费用的基金支付标准及参保人员的费用分担机制

1 基金支付标准

上门评估基金支付200元/每人每次，机构内评估支付150元/每人每次，争议复评、稽核复评支付260元/每人每次。

2 费用分担机制

初次评估、定期评估、状态变更评估通过的，由基金按规定支付；未通过的，由参保人员承担。

3 复评费用规定

参保人员申请争议复评，复评结论与初次评估结论一致的，复评费用由参保人员承担；不一致的，复评费用由初次评估机构承担。复评结论为最终结论。

评估结论的有效期、待遇挂钩规则及动态调整机制

1 结论有效期

评估结论有效期原则上为24个月，与待遇享受期保持一致。

2 定期评估与重算

在有效期届满前60日完成定期评估，经评估仍符合待遇享受条件的，有效期届满后重新计算。

3 等级变化处理

经评估失能等级发生变化的，在上一次结论有效期届满后，按照新的失能等级享受相应待遇。

4 待遇终止情形

经评估失能等级不符合待遇享受条件的，自评估结论次日起停止长护险待遇。

第五章：长护服务供给体系

为确保长护险待遇有效落地，需构建布局合理、服务优质、管理规范定点服务机构网络。本章对服务机构的准入、管理及支付机制进行规范。

长护服务机构的准入原则、配置规划与动态调整机制

01

02

03

04

定点管理原则

长护服务机构实行定点管理，遵循“保障基本、布局合理、择优纳入、动态调整”的原则。

配置规划

医疗保障行政部门制定本市定点长护服务机构配置规划，综合考虑护理需求、行业发展等实际。

申请与确定

符合条件的养老、医疗及其他相关服务机构可自愿申请，医保经办机构按规定受理、审核，分批次择优纳入。

动态管理机制

逐步健全定点服务机构“能进能出”的动态管理机制，对违反协议约定的机构及时清退。

长护服务费的支付方式、激励机制及服务规范要求

1

支付与谈判机制

针对不同服务类型，实行按服务时长、床日、服务项目等多元复合式支付方式，并建立与定点机构的协商谈判机制。

2

激励约束机制

建立健全服务质量评价和费用控制激励约束机制，加强基金结算规范化管理。

3

服务规范要求

定点服务机构应为参保人员建立个性化护理服务计划，并按照行业规范提供服务，做好服务全过程的记录与归档。

强调长期护理服务人才队伍的专业化、规范化建设

1

部门协同职责

市人力资源社会保障部门要协同市医疗保障部门，共同推进长期护理服务人才队伍建设。

2

培训机构遴选

按照“统筹规划、合理布局、严格条件、动态调整”的要求，择优遴选本市培训机构。

3

人才培养目标

为长护服务机构培养专业化、规范化的长期照护技能人才，满足参保人员的多样化护理需求。

第六&七章： 经办管理与基金监管

为确保制度高效运行，必须建立权责清晰、管理科学的经办服务体系，并辅以严密的基金监管机制，保障基金安全、可持续。

明确医疗保障经办机构在长护险工作中的核心职能与任务

1

政策组织实施

负责长护险政策的宣传、解释与具体组织实施工作。

2

信息系统建设

负责建设全市统一的长护险信息系统，实现业务全流程线上办理与数据化管理。

3

参保与筹资管理

负责全市参保单位及参保人员的参保登记、信息变更，以及长护险保费收入的核算与年度清算。

4

协议与机构管理

负责受理评估机构和长护服务机构的定点申请，组织现场评估，确定定点机构并签订服务协议。

5

费用结算与监管

负责开展失能等级评估工作及日常监管，对定点机构的费用进行结算、拨付与协议执行监管。

引入第三方经办

通过购买服务方式引入第三方机构参与经办的具体安排

01

引入方式

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参与长护险经办服务，并与之签订协议。

02

协助经办业务

第三方机构主要协助开展政策宣传、申请受理、评估组织、费用初审、日常检查、稽核复评等具体业务。

03

机构内部管理

第三方机构应设置与经办服务相适应的组织架构，建立内部控制、信息安全等管理制度，加强人员培训与考核。

长护险基金的账户管理、预决算制度及监督机制

1

基金账户管理

长护险基金纳入社会保障基金财政专户，实行“收支两条线”管理，单独核算，专款专用。

2

预决算管理制度

基金实行预决算管理，由医保、税务、财政等部门协同编制，经市政府审核后报上级主管部门。

3

风险防范机制

建立基金运行监控和风险防范机制，做好中长期精算分析，确保基金运行安全、规范、可持续。

对定点机构、第三方机构的考核监督与违规处理措施

1 年度考核机制

医保经办机构每年组织对定点评估机构、定点服务机构和第三方机构进行年度考核，考核结果与质量保证金返还挂钩。

2 违规处理措施

对定点机构违反长护险相关规定和服务协议约定的行为，由医保经办机构追回违规费用、暂停或解除协议；涉及行政处罚的，移交医保行政部门处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

3 申诉与复议

相关机构对医保经办机构的处理决定有争议的，可以向医保行政部门提起申诉，或依法申请行政复议或提起行政诉讼。

强调各相关部门在长护险制度建设中的职责分工与协同配合

1

医保部门牵头

负责牵头长期护理保险制度建设工作，制定基本政策，优化管理服务。

2

税务部门职责

负责做好长护险保费的征收等工作，确保基金及时足额入库。

3

财政部门职责

配合医保部门做好基金测算、预决算审核等工作，保障资金安全。

4

协同部门职责

民政、卫生健康、残联、人力资源社会保障、农业农村等部门，在服务供给、人员培训、对象认定、待遇衔接等方面协同配合，形成工作合力。

第八&九章：考核与监督 &附则

实施细则的解释权、生效日期，以及未来根据国家、省、市相关政策动态调整完善的长效机制，体现政策稳定性和适应性。

本实施细则的生效时间、解释主体及与上位法的关系

1

本实施细则自印发之日起施行，标志着本市长期护理保险制度进入全面实施阶段。

生效日期

2

本实施细则由医疗保障行政部门负责解释，确保政策执行口径的统一性和权威性。

解释权归属

3

在本实施细则实施过程中，如国家、省出台新的规定，应遵照执行。医保部门会商相关部门适时调整完善本实施细则，确保政策与时俱进。

法规遵从原则