

石家庄市长期护理保险实施细则

(征求意见稿)

第一章 总 则

第一条 为健全多层次社会保障体系，加快建立长期护理保险（以下简称长护险）制度，积极应对人口老龄化，为失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务提供保障，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》（厅字〔2025〕19号）和河北省医疗保障局等10部门《关于建立长期护理保险制度的实施方案》（冀医保发〔2026〕1号）等相关规定，结合本市实际，制定本实施细则。

第二条 本细则适用于本市长护险的参保缴费、失能等级评估、待遇支付、服务供给、经办管理、基金管理、监督检查和法律责任等工作。

第三条 长护险为独立险种，职工和居民共用一个资金池，资金统筹使用，实行市级统筹，统一筹资标准、统一基金管理、统一待遇水平、统一信息系统、统一失能等级评估标准、统一经办流程。

第四条 我市长护险按照国家和省的要求，分步推进。2026

年12月起，全市启动长护险制度，先行覆盖用人单位职工、退休人员（含灵活就业退休人员）、灵活就业人员等人群。未就业城乡居民长护险制度遵循国家和省的统一部署，在栾城区、鹿泉区、正定县和新乐市四个试点的基础上，适时扩面至全市，实现未就业城乡居民全覆盖。

第五条 市级医保行政部门牵头负责长护险政策及相应配套措施的制定并监督实施；各县（市、区）医保行政部门负责本行政区域内长护险工作的组织实施和管理，监督指导经办机构和定点长护险护理服务机构（以下简称定点长护服务机构）落实政策、履行协议，保障政策落地和服务规范。

财政部门负责及时足额安排相关财政补助资金、配合医保部门做好基金测算等。

税务部门参照基本医疗保险费征收相关职责分工负责长护险费申报受理、费款征收等工作。

民政部门负责做好特困人员、低保对象、孤儿、事实无人抚养儿童认定和帮扶工作；对提供长期护理服务的养老服务机构和相关人员进行行业管理，做好养老服务、民政救助制度等与长护险相关的政策衔接工作。

卫生健康部门负责鼓励基层医疗卫生机构和医养结合机构提供长期护理服务、探索发挥家庭医生在失能等级评估中的作用等。

人力资源和社会保障部门负责配合做好长期照护师培养培训、长护险与工伤保险衔接、提供退休人员基本养老金数据、退休人员保费代扣代缴等工作。

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。

残疾人联合会负责协同做好残疾人参保相关工作，做好残疾人相关待遇政策衔接和数据共享工作。

审计机关依法对长护险基金收支和管理情况进行监督。

金融监管部门负责商业保险机构参与长护险经办服务的监管。

红十字会可依法参与探索社会捐助筹资机制。

第六条 按照政府采购的相关规定，通过公开招标等方式规范引入社会力量（以下简称“第三方机构”）参与长护险经办管理服务，第三方机构参与经办管理服务的相关费用，按照国家和省有关规定，依协议约定从基金中列支。

第二章 参保缴费

第七条 参加我市基本医疗保险的用人单位（包括企业、事业单位、机关、社会组织）以及单位职工、退休人员、灵活就业人员和未就业城乡居民等按照属地管理原则，同步参加长护险。

第八条 长护险与基本医疗保险合并征收，实行同步参保登记，统一征缴管理，长护险参保登记政策与我市基本医疗保险参

保登记政策保持一致,自 2026 年 12 月 1 日起征收。

第九条 建立以单位和个人缴费为基础,财政补助、社会捐助、其他资助方式为补充的多渠道筹资机制,长护险基金来源主要包括:

- (一) 保险费收入;
- (二) 基金利息收入;
- (三) 财政补助资金;
- (四) 社会捐助资金;
- (五) 跨统筹地区流动而划入的转移收入;
- (六) 依法纳入的其他收入。

第十条 长护险建制当年职工基本医疗保险统筹基金累计结余可支付月数不少于 12 个月且在不出现当期赤字的基础上,按国家、省规定合理调整职工基本医疗保险单位费率(不超过长期护理保险单位费率),调整部分用作长期护理保险单位费率。长护险建制初期,职工长护险缴费费率及标准如下:

(一) 单位在职职工长护险缴费费率为 0.3%,由用人单位和个人共同缴纳,按同比例分担,各为 0.15%;单位缴费部分由用人单位按月缴纳,个人缴费部分由医保经办机构按月从个人账户中代扣代缴;缴费基数参照职工基本医疗保险有关规定执行。

(二) 灵活就业人员长护险缴费费率为 0.3%,由个人缴纳,缴费基数参照职工基本医疗保险有关规定执行;基本医疗保险缴

费费率（不含生育保险缴费费率）为调整 0.15%后的费率。

（三）已办理职工基本医疗保险在职转退休人员长护险缴费费率为 0.15%，由个人缴纳，医保经办机构按月从个人账户中代扣代缴；缴费基数为上年度本人基本养老金（当年退休人员为领取退休待遇当月的个人基本养老金）。

第十一条 未就业城乡居民长护险缴费费率及标准如下：

（一）在全市居民长护险制度启动当年按 0.15%的费率执行，利用 5 年时间逐步过渡到 0.3%。长护险费由个人缴费和政府补助构成，二者比例为 1:1 左右，政府补助部分由中央财政、省级财政、市县区各级财政共同承担。缴费基数为本市上年度城乡居民人均可支配收入。

（二）18 周岁以下未就业人员随其参加长护险的父母或其他法定抚养人参保，不单独筹资，但本人应参加城乡居民基本医疗保险。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，具体如下：

若父母或其他法定抚养人等均在我市参保，如已建立居民长护险其待遇按该统筹区居民标准执行，未建立居民长护险可临时纳入待遇保障范围，基金支付比例不超过 30%；该统筹区建立居民长期护理保险后，其待遇按居民标准执行。若父母或其他法定抚养人等分别在我市和省内其他统筹区参保，且均已建立居民长

护险，其待遇原则上按两地居民长护险待遇标准就高享受。若父母或其他法定抚养人等分别在我市和省内其他统筹区参保，仅一方所在统筹区建立居民长护险，则待遇按已建立统筹区的居民长护险待遇标准执行。若父母或其他法定抚养人等所在的长期护理保险统筹区因无居民无法建立居民长期护理保险，18周岁以下未就业人员在本人基本医保参保地参加长期护理保险。若基本医保参保地尚未建立居民长期护理保险，可临时纳入待遇保障范围，基金支付比例不超过30%；建立居民长期护理保险后，待遇按居民标准执行。

若父母或法定抚养人等双方均符合参保条件，仅一方参保，18周岁以下未就业人员参加长期护理保险待遇原则上减半；若双方均未参加长期护理保险，18周岁以下未就业人员不能享受长期护理保险待遇。

18周岁以下已合法就业人员，按规定参加职工长护险并享受职工待遇。

针对孤儿、事实无人抚养儿童等无法跟从参保的，由我市民政部门等认定后可视同在我市参加长护险，并享受我市居民长护险待遇。

以上政策适用于在省内参加长护险的人员。

第十二条 政府对符合条件的困难人群个人缴费部分予以分类资助，全额资助特困人员，定额资助低保对象、符合条件的防

止返贫致贫对象。定额资助标准按相关规定执行。

第十三条 职工基本医疗保险个人账户可以用于支付本人及其近亲属（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部分。

第十四条 根据国家、省统一部署，做好长护险关系转移接续相关工作，确保参保人员待遇有效衔接。

第三章 失能等级评估

第十五条 参保人因年老、疾病、伤残等原因导致失能，失能状态长期持续 6 个月以上的，可向参保地医保经办机构提出失能等级评估申请。

第十六条 根据《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）、《国家医疗保障局关于印发〈长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）〉的通知》（医保发〔2024〕13 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈长期护理保险经办规程（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕22 号）和《河北省医疗保障局关于印发〈河北省长期护理保险失能等级评估机构定点管理实施细则

则（试行）》的通知》（冀医保规〔2025〕3号）等相关要求，失能等级评估工作按照国家和省有关规定执行。

第十七条 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，受理到结论送达时限原则上不超过 30 个工作日。

第十八条 参保人或其监护人、委托代理人自愿向参保地医保经办机构提出评估申请。

（一）应提交以下材料：

1. 申请人和其监护人、委托代理人有效身份证（或户口本）原件和复印件；
2. 长护险失能等级评估申请表；
3. 长期护理失能等级自评表；
4. 病历资料的复印件及相关资料；
5. 规定的其他资料。

（二）有下列情形之一的，不予受理失能等级评估申请：

1. 未参加长护险的；
2. 申报材料不全或提供虚假材料的；
3. 发生护理服务费用不属于长护险基金支付范围的；
4. 不符合待遇享受条件的；
5. 拒不配合失能等级评估现场评估，导致评估终止未满 6 个月的，或距上次评估结论作出未满 6 个月的；

6. 其他不符合失能等级评估情形的。

第十九条 参保地医保经办机构收到评估申请后，应及时对申请材料进行审核，自受理之日起 5 个工作日内告知审核结果。提交材料不完整的，应当一次性告知参保人或其监护人、委托代理人需要补正的资料；不符合申请条件的，应告知具体原因；提交材料审核合格的，按规定开展评估相关工作。

第二十条 审核通过后，定点评估机构按规定对申请人开展现场评估。评估工作须由不少于 2 名评估人员，至少有 1 名评估专家，依据国家统一的失能等级评估标准及评估操作指南采集信息并实施评估。评估时，须有该评估对象的至少 1 名监护人或委托代理人在场。

定点评估机构可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况，做好调查笔录和视频录像，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。

第二十一条 评估对象或其监护人、委托代理人应当积极配合现场评估工作。有下列情形之一的，评估程序终止，按未达到失能等级标准处理，已享受长护险待遇人员终止待遇享受：

- (一) 拒不接受失能等级评估信息采集的；
- (二) 无正当理由不配合失能等级评估的；
- (三) 其他原因导致失能等级评估终止的。

第二十二条 现场评估人员能够直接提出评估结论的，由现

场评估人员提出评估结论。现场评估人员不能直接提出评估结论的，由定点评估机构组织评估专家依据现场采集信息，提出评估结论。评估结论应经过至少 2 名评估专家的评估确认。

第二十三条 评估结论作出后，由参保地医保经办机构在一定范围内公示，公示期为 5 个工作日。不符合待遇享受条件的，或符合待遇享受条件经公示无异议的，定点评估机构出具评估结论书。参保地医保经办机构向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。

第二十四条 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，可在收到评估结论书之日起 10 个工作日内向参保地医保经办机构提出复评申请，并提交复评补充材料。

第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向参保地医保经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，应组织复评。

复评原则上由不少于 2 名评估专家参加，参加初次评估的定点评估机构和评估人员必须回避。复评结论为最终评估结论。

第二十五条 重度失能等级评估结论有效期为 2 年。评估有效期届满前，市医保经办机构应组织对需继续享受长护险待遇的参保人进行重新评估。

第二十六条 失能等级评估服务费标准为每人每次 200 元，根据评估工作开展需要，市医保部门会同市财政部门可适时调

整。综合考虑不同情形的评估和评估结果等因素，建立初次评估、争议复评、期末评估等评估费用由基金和个人合理分担机制。

（一）初次评估。是指定点评估机构按规定对首次申请评估的参保人进行的评估。符合长护险待遇享受条件的由长护险基金承担，不符合长护险待遇享受条件的由申请人承担。

（二）状态变更评估。是指在上次评估结论出具满 6 个月后，参保人员失能状态发生变化申请状态变更的评估。状态变更评估结论与原评估结论不一致并符合待遇享受政策规定的，本次评估费由长护险基金承担；状态变更评估结论与原评估结论一致，或与原评估结论不一致但不符合待遇享受政策规定的，本次评估费由申请人承担。

（三）期末评估。重度失能等级评估结论有效期届满前，对原待遇享受参保人进行的评估。期末评估费由长护险基金承担。

（四）争议复评。申请人对评估结论有异议的，在收到评估结论书之日起 10 个工作日内申请重新评估。争议复评结论与原评估结论不一致并符合待遇享受政策规定的，本次评估费由长护险基金承担；争议复评结论与原评估结论一致，或与原评估结论不一致但不符合待遇享受政策规定的，本次评估费由申请人承担。第三人对公示评估结论有异议的，本次评估费由长护险基金承担。

（五）抽查复评。医保部门通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化，可能影响待遇享受情况而重新进行的评估。抽查复评费由长护险基金承担。

除期末评估和抽查复评外，失能等级评估费由申请人先行支付，由定点评估机构收取。评估费按规定由长护险基金承担部分，由定点评估机构返还至申请人。

第二十七条 按照省级统一部署和相关要求，落实评估结果在全省、全国范围内互认共享相关工作。探索发挥家庭医生、长期照护师在失能等级评估和服务计划制定中的作用。

第四章 待遇支付

第二十八条 经失能等级评估认定为重度失能的正常缴费的参保人员，自评估结论下达次月起按规定享受长护险待遇。

第二十九条 长护服务机构实行协议定点管理，主要提供居家护理、社区护理和机构护理服务，经失能等级评估认定为重度失能的参保人员，可根据自身实际选择护理服务模式。参保人员在定点长护服务机构发生的护理服务费用纳入长护险基金支付范围，在非定点长护服务机构发生的护理服务费用长护险基金不予支付。

第三十条 长期护理服务费用支付范围依据《国家长期护理保险服务项目目录（试行）》（医保发〔2025〕24号）（以下简

称《服务项目目录》)确定,符合《服务项目目录》的相关护理服务费用,由长护险基金按规定支付。超出支付范围的护理服务费用由参保人员个人或其他渠道支付。

第三十一条 参保职工年度最高支付限额不超过全市上年度城乡居民人均可支配收入的 50%,具体支付标准为:

(一)机构护理 选择医养结合服务机构护理的参保职工,长护险基金每床日限额支付标准为 60 元,选择养老服务机构护理的参保职工,长护险基金每床日限额支付标准为 50 元。

(二)居家护理 选择居家护理的参保职工,长护险基金支付标准为 40 元/小时,定点服务机构提供的居家护理,参保职工服务标准 14 次/月,服务时长不低于 120 分钟/次。

(三)探索开展以社区为依托,为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务,待社区护理发展完善后,待遇标准另行制定。

(四)探索将符合规定的康复辅助器具租赁、智能化护理设备等纳入长护险支付范围,具体项目、标准和支付方式,待国家和省明确后另行制定。

依照国家和省相关规定,结合长护险基金运行情况和上年度城乡居民人均可支配收入,市医疗保障部门适时会同市财政部门调整参保人待遇支付标准。

第三十二条 未就业城乡居民的具体待遇享受标准，在全市启动未就业城乡居民长护险制度时市医疗保障部门商财政部门报请市政府后另行制定。

第三十三条 参保人员在定点长护服务机构发生的护理费用，个人应负担的部分，由个人与定点机构结算；长护险基金应支付的部分，由医保部门统一与定点机构进行结算。未在定点机构直接结算的，可到参保地医保部门申请审核报销。

第三十四条 本实施细则施行前，栾城区、鹿泉区、正定县和新乐市四个试点县（市、区）产生的历年长护险基金结余，足额并入现有长期护理保险制度结余统筹使用，不得挪作其他用途。

本实施细则施行前，四个试点县（市、区）享受个体服务人员提供居家护理服务参保职工，2028年（含）以前按原待遇标准发放，与本细则第三十四条（二）项规定的居家护理待遇标准的差额部分由定点长护服务机构提供相应服务额度时长的上门护理服务，自2029年起按照本细则第三十四条规定待遇标准享受居家护理服务。

本实施细则施行后，鼓励四个试点县（市、区）原个体服务人员经规范培训合格后与定点长护服务机构签订劳动（劳务）合同或协议，纳入定点机构护理服务人员管理范围，实行实名制管理与统一培训考核。

第三十五条 重度失能人员有下列情形之一的，按以下规定执行：

（一）变更护理服务方式或定点长护服务机构的，自变更审核通过后的次日起按新选定的方式或机构享受待遇；

（二）因病情需要住院治疗的，住院期间暂停长护险待遇，自出院次日起恢复；

（三）经失能等级评估不符合待遇享受条件的，自作出评估结论的次日起停止享受待遇；

（四）参保人死亡的，自死亡次日起停止享受待遇。

第三十六条 下列费用不纳入长护险基金支付范围：

（一）非定点长护服务机构发生的费用；

（二）机构床位费、膳食费等非护理服务费用；

（三）应当从基本医疗保险、生育保险、工伤保险基金中支付的费用；

（四）应当由第三人负担的费用；

（五）应当由公共卫生负担的费用；

（六）在境外发生的费用；

（七）国家、省和本市规定的其他不予支付的费用。

第三十七条 建立长护险参保激励约束机制。

（一）在全市职工长护险制度启动时未按规定参保缴费的，设置长护险待遇等待期，相关规定参照职工基本医疗保险待遇等

待期政策执行。

（二）未就业城乡居民，除新生儿、困难群体资助对象等特殊情形外，在全市未就业城乡居民长护险制度启动时未按规定参保缴费以及参保后中断缴费超过规定期限 3 个月后再次参保的，设置固定待遇等待期 6 个月，每多断保 1 年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期 1 个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，每多缴纳 1 年可减少 1 个月变动待遇等待期，待遇等待期内发生的费用基金不予支付。

第三十八条 按照“就高不补，就低补差”的原则，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，国家和省出台衔接政策后按照国家和省的规定执行；领取工伤保险生活护理费的参保人员，不重复享受长护险相关服务待遇。

第五章 服务供给

第三十九条 本市长护险失能等级评估机构实行定点管理，为参保人提供失能等级评估服务。市医疗保障行政部门应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，做好定点资源规划，确定我市定点评估机构数量。同时，对失能等级评估机构申请受理、审核确定、协议订立、协议履行、协议解除等环节进行监督。

第四十条 符合条件的失能等级评估机构可自愿向医保经办机构提出定点申请，医保经办机构按照国家和省、市有关政策规定审核纳入，进行协议管理。

第四十一条 定点评估机构应建立人员管理制度，加强日常管理，规范评估工作行为。按规定组织评估人员参加业务培训，确保评估人员熟悉长护险相关政策，掌握评估技能。

第四十二条 定点评估机构应建立评估档案管理制度，按要求做好失能等级评估申请材料、评估过程相关记录、评估结论书、内部管理控制相关记录等档案的留存归档。评估服务协议期满或终止后，应按规定及时将档案完整移交至参保地医保经办机构。

第四十三条 定点评估机构应配合医保经办机构的日常检查、评估结论抽审、考核评价等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第四十四条 定点评估机构不得同时承担依评估结论而开展的长期护理服务工作，不得同时承担长护险经办工作，定点评估机构与定点长护服务机构的法定代表人、主要负责人、实际控制人或股东不得交叉设立。定点评估机构与定点长护服务机构不得存在同一实际控制人控制下的关联关系。

第四十五条 本市长护险护理服务机构实行协议定点管理，提供居家护理、社区护理和机构护理服务。定点长护服务机构应当符合国家、省及本市规定的资质要求。各级医疗保障行政部门

应当根据参保人长期护理服务需求、长护险基金收支、长期护理服务资源等情况，合理规划定点资源布局，各级医保经办机构按规定纳入本辖区内护理服务机构，签订服务协议，并依据服务协议进行管理。

定点长护服务机构设立分支机构或多个站点的，新增机构（站点）应当按定点长护服务机构相应条件和程序申请定点管理。

第四十六条 定点长护服务机构不得同时承担失能等级评估工作和长护险经办工作。

第四十七条 定点评估机构和定点长护服务机构应于每月初向医保经办机构申报结算上月长护险评估费用和护理服务费用，由医保经办机构审核后按有关规定予以支付。

第四十八条 定点长护服务机构应对护理服务人员实行实名制管理，强化技能培训，规范服务行为，提高服务质量，建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系。

第六章 经办管理

第四十九条 市医保经办机构负责全市长护险经办的业务指导与统筹管理工作。

第五十条 各级经办机构应严格执行《国家医疗保障局办公室关于印发长期护理保险经办规程（试行）的通知》（医保办发

〔2024〕22号），按照各自职责，做好长护险参保登记、失能等级评估、定点机构协议管理、待遇审核结算、评估人员管理、政策宣传培训、举报投诉受理及基金稽核等经办管理服务工作。

第五十一条 第三方机构参与经办服务的，应当符合冀医保规〔2026〕2号规定的承办条件，由市医保经办机构按照规定程序公开招标或遴选确定，第三方机构配合医保经办机构开展长护险经办管理服务工作，具体协助负责：

（一）配合开展失能等级评估申请的受理及材料的初步审核；

（二）协助做好业务培训、信息系统运用和档案资料整理归档等工作；

（三）在医保经办机构指导下，参与失能评估和护理需求评估工作，派长护专员监督现场评估实施，协助制定和调整护理服务计划。

（四）协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作；

（五）协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查、评估结论及参保人员失能状态抽查、服务质量检查等工作；

（六）协助开展异议复评、重新评估等工作；

（七）协助开展政策宣传、业务咨询、投诉举报线索受理等

工作；

(八)合同约定的医保部门交办的其他辅助性、事务性工作。

第五十二条 医保经办机构应加强对长护险定点评估机构、定点长护服务机构和参与经办的第三方机构的协议管理，完善考核评价和激励约束机制，提高管理服务质效。考核结果与评估服务协议续签、服务费用支付等挂钩。

第七章 信息系统管理

第五十三条 长护险信息化建设要依托全国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。

第五十四条 定点评估机构、长护服务机构、第三方经办机构应当建立健全与医保部门相匹配的信息系统，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报送。

定点评估机构、长护服务机构、第三方经办机构应加强信息化建设，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模块联通，并按规定及时、全面、准确向长护险信息系统传送审核和结算所需的全量数据信息，动态更新数据，确保真实有效。

第五十五条 探索与民政、人社、卫健、残联、农业农村等

相关部门信息系统互联互通、信息共享等工作，实现跨部门信息共享与业务协同。

第五十六条 探索建立长护险“一人一档”数据库，结合医保信息平台参保人员基础信息和参保信息，补充失能评估、护理计划、参保人员状态等信息，提升精细化管理水平。

第八章 基金管理

第五十七条 长护险基金严格执行社会保险基金财务制度和会计制度，实行专户核算、单独建账、单独管理、专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第五十八条 市级财政部门设立长护险基金财政专户，用于归集长护险基金收入，向经办机构拨付长护险基金支出等。

市级经办机构设立长护险基金支出户，用于接收财政专户拨入资金、监督检查追回的长护险基金，本级长护险基金支出，向县（市、区）级经办机构支出户拨付资金，暂存账户利息等，账户余额年末上缴至市级财政专户。

县（市、区）级医保经办机构设立长护险基金支出户，用于接收市级经办机构拨入的资金、监督检查追回的长护险基金，本级长护险基金支出，暂存账户利息等，账户余额年末上缴至市级长护险基金支出户。

第五十九条 坚持以收定支、收支平衡。将长护险基金收支

纳入社会保险基金预算编制范围。科学编制年度收支预算，健全预算管理制度。

第六十条 加强基金预算绩效管理，建立基金运行监控和风险防范机制，做好中长期精算分析。在长护险基金出现支付困难时，市医保部门会同市财政部门及时向市政府报告，按照规定调整筹资或待遇政策。

第九章 监督管理和法律责任

第六十一条 建立健全基金监管体系，强化对定点长护服务机构、失能等级评估机构、第三方机构的经办服务行为的全过程闭环监管，完善对欺诈骗保、违规违约机构及人员的惩戒机制。

第六十二条 加强财会监督和审计监督，严肃财经纪律，确保基金安全。加强对长护险基金的运行监测，开展异常数据筛查。完善长护险监管长效机制，逐步将长护险基金使用纳入飞行检查、日常监管、社会监督、智能监管等常态化监管范围。对参保人员享受待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。

第六十三条 参保人员、服务机构、服务人员以及经办机构工作人员等违反长护险管理规定的，依照《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号）《医疗保障基金使用监督管理条例实施细则》（国家医疗保障局令 第 7 号）《河北省人民政府关于印发河北省医疗保障基

金监管办法的通知》（冀政字〔2019〕28号）等处理。

第十章 附则

第六十四条 根据全市经济社会发展水平、长护险基金运行情况等，市医保部门会同市财政部门可适时调整长护险筹资和待遇标准。

第六十五条 本细则由市医疗保障局负责解释，如国家、省部门出台新的长护险政策，与本实施细则不一致的，按照国家、省有关规定执行。

第六十六条 本细则自 X 年 X 月 X 日起施行。原政策规定与本细则不一致的，按本细则规定执行。