

海南省医疗保障局
海南省财政厅
海南省人力资源和社会保障厅
海南省卫生健康委员会
海南省民政厅
国家税务总局海南省税务局
海南省医疗保险服务中心
海南省残疾人联合会

文件

琼医保规〔2025〕4号

海南省医疗保障局等八部门关于印发《海南省长期护理保险管理办法（试行）》的通知

各市、县、自治县医疗保障局、财政局、人力资源和社会保障局、卫生健康委员会、民政局、税务局、医疗保险服务中心、残疾人联合会：

为加快建立我省长期护理保险制度，根据《海南省人民政府办公厅关于印发〈海南省建立长期护理保险制度实施方案〉的通知》（琼府办〔2025〕47号）等文件的有关要求，制定《海南省长期护理保险管理办法（试行）》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



海南省医疗保障局



海南省财政厅



海南省人力资源和社会保障厅



海南省卫生健康委员会



海南省人民政府



国家税务总局海南省税务局



海南省医疗保险服务中心



海南省残疾人联合会

2025年12月12日

(此件主动公开)

海南省长期护理保险管理办法（试行）

根据《海南省人民政府办公厅关于印发〈海南省建立长期护理保险制度实施方案〉的通知》（琼府办〔2025〕47号），结合本省实际，制定本办法。

第一章 总 则

第一条 本办法所称长期护理保险（简称“长护险”）是指因年老、疾病、伤残等导致长期失能的参保人，享有基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务的社会保险制度。

第二条 长护险实行省级统筹，统一建立制度，统一基金池子，资金统筹使用；全省实现保障人群、筹资政策、待遇标准、监督管理、信息系统、经办服务的“六统一”。

第三条 根据国家要求、本省社会经济发展水平和基金运行情况等，建立长护险筹资和待遇动态调整机制。

第四条 省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，会同各部门制定、调整、完善长护险相关政策；财政、卫健、民政、人社、税务、残联等部门按照各自职责协同开展相关工作，定期研究解决长护险运行中的具体问题。各级人民政府应支持长护险建设。

各市县医保行政部门负责本区域内统筹规划定点护理服务机构配置，监督指导经办机构 and 定点评估机构及定点护理服务机构落实政策、履行协议，保障政策落地和服务规范。

第五条 省医保经办机构负责统筹全省长护险经办管理服

务工作，加强经办管理服务能力建设。在确保基金安全运行和有效管理的前提下，依法依规通过公开招标等竞争性方式引入社会力量（以下简称“第三方机构”）参与经办管理服务，第三方机构经办管理服务费用合计最高不超过当年度内长护险基金保费收入的4%，由省医保经办机构于次年3月底前开展审计，报省医保行政部门审核通过后予以据实结算，具体结算方式由省医保经办机构另行制定。省医保行政部门将根据基金运行情况适时调整经办管理模式。

各市县医保经办机构负责本区域内长护险经办业务的组织实施、协议管理等工作。

第二章 参保和缴费

第六条 本省行政区域内的下列人员参加长护险。

（一）参加本省城镇从业人员基本医疗保险的人员；

（二）参加本省居民基本医疗保险且年满18周岁（截至缴费所属期上年度12月31日止）及以上的人员；

（三）参加我省基本医疗保险的18周岁以下非就业居民跟随父母或其他法定抚养人参保，长护险不另外缴费；参加我省基本医疗保险的孤儿、事实无人抚养儿童、双军人子女等无法跟随参保的，可视同参保。

第七条 长护险筹资水平，按照“以收定支、收支平衡”的原则合理确定。

第八条 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。单位职工由用人单

位和个人共同缴费，灵活就业人员和退休人员由个人按规定缴费；居民在个人缴费基数上，政府按规定给予补助。

第九条 职工长护险与职工基本医疗保险同步征缴，其具体缴费费率及标准为：

（一）有用人单位的缴费费率为 0.3%，费率由单位和个人同比例分担，其中，单位基本医疗保险费率降低 0.15%，降低的费率平移用作长护险单位缴费费率；长护险缴费基数与基本医疗保险保持一致，用人单位自行向税务部门申报，按月足额缴纳长护险保费。个人缴费基数与基本医疗保险保持一致，由用人单位按月代扣代缴并由税务部门统一征收。

（二）参加职工基本医疗保险的灵活就业人员缴费费率为 0.3%，其中，基本医疗保险费率降低 0.15%；长护险缴费基数按上年度全口径城镇单位就业人员平均工资的 60%确定，按月或按季度（季内）缴纳长护险保费。

（三）退休人员缴费费率为 0.15%，缴费基数为本人上年度月平均基本养老金，经本人同意，费款由医保经办机构优先按月从其个人医保账户代扣代缴；个人医保账户不能扣款或余额不足的，由社保经办机构按月从其个人基本养老金账户中代扣代缴，具体代扣代缴方式由省医保（社保）经办机构商省医保局、省人力资源社会保障厅、省税务局等部门确定。单边医疗退休人员缴费基数为全省上年度月平均基本养老金。代扣费款统一由基金支出户转入省级财政专户，后续根据国家文件视情调整。移交政府安置的军队退休干部人员由医保经办机构按月从个人账户中代扣

代缴，缴费基数为全省上年度月平均基本养老金。因参保年限不足的退休人员根据自身需要暂停参加职工基本医疗保险，选择参加居民基本医疗保险险种的，按居民长护险标准筹集征缴。

第十条 居民长护险按年度筹集，与居民基本医疗保险一并征缴，其具体缴费费率及标准为：

（一）建制初期（1—2年）居民缴费费率为0.15%，缴费基数为我省上年度城乡居民人均可支配收入，财政和个人按1:1左右分担，财政补助由中央财政和地方财政共同承担，地方承担部分由省与市县按7:3比例分担。缴费费率5年内逐步过渡到国家统一的0.3%左右。参加居民基本医疗保险的灵活就业人员按居民长护险政策参保缴费。

（二）财政对符合条件的困难人群个人缴费部分予以分类资助，具体资助标准参照《海南省人民政府办公厅关于印发〈海南省医疗救助办法〉的通知》（琼府办〔2021〕58号）标准执行。

第十一条 财政补助部分由各级财政预算安排，市县应于每年12月底前按程序按进度将本级财政补助资金拨入省级财政专户。

第十二条 参保人长护险补缴及退费情形参照基本医疗保险有关规定执行。职工与居民参保关系相互转换的，其缴费规则同基本医疗保险。

第三章 基金管理

第十三条 建立长护险基金全省统筹统收统支机制，在全省

范围内实行统一基金收支管理，统一基金预决算管理，统一待遇政策，统一基金收缴、核算、拨付等经办服务，统一责任分担机制，统一集中信息系统。

第十四条 长护险基金坚持单独建账、单独管理、专款专用；长护险在财政部未单独设置政府收支分类科目前，暂使用“其他社会保险基金”收支相关科目。

第十五条 建立健全内部控制制度和基金管理运行分析制度，加强基金财务管理，规范基金收支，定期对基金收支及使用情况进行分析；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出困难时，按照规定及时调整筹资和待遇政策。

第十六条 长护险纳入社会保障基金预决算编制范围，加强预算绩效管理。

第十七条 长护险基金来源由下列各项构成：

- （一）保费收入；
- （二）各级财政补助资金；
- （三）利息收入；
- （四）其他收入。

第十八条 省级财政部门将长护险基金纳入财政专户管理，主要用于接收相应的基金收入，并根据预算和用款计划及时向支出户拨付基金等。

第十九条 省医保经办机构负责开设长护险基金支出户，用于接收财政专户拨入基金，暂存基金支出款项及该账户利息收入等；按规定支付基金支出款项，向财政专户缴入该账户利息收入

等。

第二十条 长护险建立省与市县基金缺口责任分担机制，具体办法由省医保行政部门会同财政部门另行规定。

第二十一条 长护险基金按规定支付第三方经办管理服务费和符合规定的定点评估机构、定点护理服务机构及其人员提供评估和护理服务所发生的费用，不直接向失能人员发放现金。

第四章 评估认定

第二十二条 因年老、疾病、伤残等，经医疗机构或康复机构规范诊疗，重度失能状态持续6个月（含）以上的参保人员，由本人或其委托代理人提出申请。

第二十三条 失能评估按照评估申请、受理审核、现场评估、结论公示、异议复评、结论送达等程序进行，具体失能等级评估管理实施细则另行制定。

第二十四条 参保人员有下列情形之一的，不符合评估申请条件：

- （一）未参加我省长护险的；
- （二）不符合本办法第二十二条情形的；
- （三）在待遇等待期内的；
- （四）申请材料不全或提供虚假材料的；
- （五）其他长护险不予受理申请的情形。

第二十五条 全省统一执行《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》(医保发〔2021〕37号)和《国家医疗保障局办公室关于印发《长期护理保险失能等级评估操作指南(试行)》的通知》(医保办发〔2022〕1号)要求,统一失能等级评估标准,明确评估量表、评估指标、等级划分等,并随国家要求适时调整。按照国家要求探索评估结果全国范围互认、有关部门按需使用。

第二十六条 参保人员在上一次评估结论作出满6个月(含)后,因失能状态变化,可再次提出失能等级评估申请。经评估失能等级发生变化或不符合保障范围的,应及时调整或中止长护险待遇。

第二十七条 医保经办机构、第三方机构建立长护险待遇评定核查机制,对享受待遇人员的失能程度和生存状况定期或根据需要进行核查。经核查失能等级发生变化或不符合保障范围的,应当及时调整或中止其长护险待遇。

第二十八条 参保人员或其委托代理人有故意隐瞒、欺骗等不良行为的,一经查实,将取消参保人长护险待遇;同时,由参保所在地医保经办机构追回已支付待遇,涉及欺诈骗保的,依法依规追究相关人员责任。

第二十九条 鼓励支持发展专业独立的社会化评估机构,实行定点管理。探索发挥家庭医生、养老服务师在失能等级评估和服务计划制定中的作用,建立健全评估人员规范化培训机制。

第三十条 建立健全评估服务费由基金和个人合理分担机制,明确具体分担情形,避免随意过度使用评估申请权。原则上参保人首次评估符合待遇享受条件的评估服务费,以及按制度要

求参加定期复评的评估服务费，由基金支付。

第五章 待遇保障

第三十一条 待遇享受条件。参保人员同时符合以下条件的，可按月享受长护险待遇：

- （一）居住在本省行政区域内；
- （二）经失能等级评估认定为重度失能的；
- （三）与长护险定点护理服务机构签订护理服务协议，接受其提供的护理服务。

第三十二条 待遇享受范围。符合重度失能标准的参保人员，由长护险定点护理服务机构为其提供基本生活照料和与之密切相关的医疗护理服务，所需费用由长护险基金按规定进行支付。

第三十三条 待遇享受标准。待遇享受不设起付线。建立居家护理、社区护理、机构护理等护理服务模式，根据失能等级、服务提供方式等实行差别化待遇保障政策，鼓励使用居家和社区护理服务，支付比例给予适当倾斜。在完善量能筹资机制、均衡职工和居民缴费责任的基础上，逐步适度均衡待遇水平。基金年度个人最高支付限额不超过全省上年度城乡居民人均可支配收入的50%。

（一）符合待遇享受条件的参保人员，可根据自身实际选择护理服务模式。如需变更服务方式应提前一个月提出申请，当月不进行变更。明确按床日、按服务时长（服务包）等不同支付方式的适用范围。

（二）居家护理，可享受规定频次、时长的护理服务。

1. 职工。重度失能Ⅲ级、Ⅱ级、Ⅰ级每周服务频次分别为 2—3 次、每次服务时长 1—2 小时，每月累计服务时长分别不超过 22 小时、21 小时、20 小时，其中医疗护理分别不超过 9 小时、8 小时、7 小时。长护险基金支付 70%、个人支付 30%，每月基金支付最高限额分别为 1449 元、1379 元、1309 元。

2. 居民。重度失能Ⅲ级、Ⅱ级、Ⅰ级每周服务频次分别为 2—3 次、每次服务时长 1—2 小时，每月累计服务时长分别不超过 21 小时、20 小时、19 小时，其中医疗护理分别不超过 7 小时、6 小时、5 小时。长护险基金支付 50%、个人支付 50%，每月基金支付最高限额分别为 1190 元、1130 元、1070 元。

（三）社区护理，按床日定额标准支付。重度失能Ⅲ级、Ⅱ级、Ⅰ级分别为 60 元/床日、55 元/床日、50 元/床日，其中，职工长护险基金支付 65%、个人支付 35%，每月最高支付限额分别为 1209 元、1109 元、1008 元；居民长护险基金支付 48%，个人支付 52%，每月最高支付限额分别为 893 元、819 元、744 元。

（四）机构护理，按床日定额标准支付。重度失能Ⅲ级、Ⅱ级、Ⅰ级分别为 70 元/床日、65 元/床日、60 元/床日，其中，职工长护险基金支付 60%、个人支付 40%，每月最高支付限额分别为 1302 元、1209 元、1116 元；居民长护险基金支付 45%、个人支付 55%，每月最高支付限额分别为 977 元、907 元、837 元。

（五）与定点护理服务机构发生的超出支付限额范围的费用由参保人或其家庭负担；等于或低于支付限额范围的，按照实际发生的护理服务费用结算支付。

（六）待遇享受标准由省医保行政部门会同省财政部门根据

本省经济发展水平和基金运行情况报省政府同意后实行动态调整。

第三十四条 待遇享受核准。

（一）按规定参保缴费的人员，可及时享受长护险待遇。制度启动当年，职工自 2026 年 1 月起按月（灵活就业人员可按季）参保缴费，居民在 2025 年集中征缴期参保缴费，缴费后，即可提出失能等级评估申请，经评估符合条件的从 2026 年 4 月 1 日起开始享受待遇。

（二）职工未按月（灵活就业人员可按季）连续参保缴费及未在制度启动时参保缴费的，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 1 个月等待期；其中，职工中断缴费 3 个月（含）以内的，补缴后即可正常享受待遇。居民除新生儿、本省户籍的高校毕业生和退役士兵回到本省及刑满释放人员等特殊群体外，对未在集中征缴期参保以及未连续参保缴费的人员，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 1 个月等待期。建立缴费时长和待遇水平相挂钩的连续参保激励机制，自 2026 年起，居民长护险连续参保 10 年（不含）以上的，每多参保 1 年，长护险基金支付比例提高 1 个百分点，最高提高 5 个百分点，此后，中断缴费的，前期累计所提高的百分点归零。

（三）若父母或其他法定抚养人等双方均符合参加长护险条件，仅一方参保，18 周岁以下未就业人员享受居民长护险待遇标准减半；若双方均未参保，18 周岁以下未就业人员不能享受居民

长护险待遇。符合条件的孤儿、事实无人抚养儿童、双军人子女等可正常享受居民长护险待遇。

（四）严格执行国家层面统一的长护险服务项目目录，具体服务项目和标准另行制定，超出服务项目目录和标准的项目，基金不予支付。

（五）符合待遇享受条件的参保人员，自评估结论下达次月起享受护理服务待遇。

（六）参保人员享受待遇期间需要变更护理服务模式的，由参保人或其代理人向参保所在地医保经办机构提出申请，参保所在地医保经办机构应于3个工作日内予以审批，自变更后的次月起按照新的服务模式享受待遇。每名参保人每年变更不得超过2次。

（七）已享受长护险待遇的失能人员，经重新评估不符合待遇享受条件的，自重新评估结论作出次日起停止享受长护险待遇；失能参保人员死亡的，待遇享受即行终止。因病情需要到医疗机构住院治疗，定点护理服务机构应从参保人住院次日起暂停长护服务待遇，从出院之日起恢复待遇。

第三十五条 参保关系转移接续。

（一）因参保关系变化职工转居民的，职工中断缴费6个月（含）以内的，参加居民长护险只需缴纳个人缴费部分，参保缴费后当年度不设待遇等待期，以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，执行后即可按居民身份申请失能等级评估，经评估符合条件的按居民待遇标准享受待遇，并视为连续参保。职工中断缴费6个月（不含）以上的，参加居民长护险除需缴纳个人缴费

部分外，在下半年参保缴费的还需缴纳财政补助部分，参保缴费后以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，以前年度没有待遇等待期的当年度设置6个月待遇等待期。

（二）因参保关系变化居民转职工的，参保缴费后以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，执行后即可按职工身份申请失能等级评估，经评估符合条件的享受职工待遇，当年度视为连续参保。

（三）新生儿、本省户籍的高校毕业生和退役士兵回到本省、监狱新收押服刑人员及刑满释放人员等特殊群体90天（含）内参保的，不设待遇等待期，参加居民长护险只需缴纳个人缴费部分；90天以上（不含）参保的，参加居民长护险除需缴纳个人缴费部分外，在下半年参保缴费的还需缴纳财政补助部分，参保缴费后以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，以前年度没有待遇等待期的当年度设置6个月待遇等待期。

（四）因无法足额享受职工医保待遇自愿选择参加居民基本医疗保险的退休人员自暂停职工基本医疗保险待遇之日起、无能力缴费的国有困难企业职工自认定之日起，90天内（含）参保的，不设待遇等待期，参加居民长护险只需缴纳个人缴费部分，参保缴费后以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，执行后即可按居民身份申请失能等级评估，经评估符合条件的按居民待遇标准享受待遇。超过90天（不含）参保的，参加长护险除需缴纳个人缴费部分外，在下半年参保缴费的还需缴纳财政补助部分，参保缴费后以前年度若有积存的待遇等待期要继续执行，以前年度没有待遇等待期的当年度设置6个月待遇等待期。

(五) 参加职工长护险当月费用本月或次月到账的, 均视为正常缴费。

第三十六条 有效衔接经济困难的高龄、失能老年人补贴、重度残疾人护理补贴以及工伤保险等政策, 具体衔接政策由省医疗保障行政部门会同有关部门另行制定。对机构床位费、膳食费等非护理服务费用、应由医疗保险基金支付的医疗费用以及应由第三方负担的费用, 长护险基金不予支付。

第三十七条 长护险跨省异地结算政策根据国家规定另行制定。鼓励省外长期居住本省的“候鸟”“旅居”等人群(除退休职工外), 在不违反重复参保规定的原则下同步参加我省居民基本医疗保险和长护险。

第六章 经办和服务管理

第三十八条 省医保经办机构负责统筹全省长护险经办管理服务, 具体负责:

(一) 组织实施全省长护险经办工作, 建立标准化的经办服务流程;

(二) 做好长护险宣传工作;

(三) 组织开展第三方机构的招投标工作, 落实监督管理;

(四) 组织开展全省失能评估机构的定点准入工作; 开展定点失能评估机构的协议管理和考核;

(五) 指导各市县医保经办机构的定点护理服务机构遴选工作; 指导各市县医保经办机构开展定点护理服务机构的协议管理

和考核工作；

（六）负责省本级参保人在定点机构产生的评估费用、护理服务费用的最终审核工作；

（七）受理举报投诉；

（八）其他经办管理工作。

第三十九条 各市县医保经办机构负责本行政区域内长护险经办管理服务工作，具体负责：

（一）组织开展本行政区域内护理服务机构的定点准入工作；

（二）按照服务协议约定履行对第三方机构、定点失能评估机构和定点护理服务机构的协议管理和考核工作；

（三）负责本行政区域内长护险宣传工作；

（四）负责本行政区域参保人在定点机构产生的评估费用、护理服务费用的最终审核工作；

（五）负责开展本行政区域长护险的参保登记和相关业务的窗口受理；

（六）受理举报投诉；

（七）其他经办管理工作。

第四十条 第三方机构配合开展本服务区域内各类经办管理服务工作。具体协助负责：

（一）协助开展失能等级评估申请的受理及材料的初步审核；

（二）制定长护险委托经办内部管理办法和标准化的经办服务流程；

(三) 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;

(四) 派员参与或监督失能评估过程, 协助制定和调整护理服务计划;

(五) 协助对定点机构的评估费用、护理服务费用进行初步审核;

(六) 协助开展对定点评估机构和定点护理服务机构的日常巡查、服务质量抽查、参保人员失能状态核查等;

(七) 协助开展异议复评、重新评估等相关事务性工作;

(八) 定期开展长护险实施、基金运行等情况分析和评估;

(九) 协助开展政策宣传、业务咨询、投诉举报线索受理等工作;

(十) 合同约定的医保部门交办的其他辅助性、事务性工作。

第四十一条 参保人员发生的符合规定的评估费、护理服务费, 由医保经办机构与定点评估机构、定点护理服务机构按月结算。应由个人承担的评估费、护理服务费, 由参保人或其家庭支付给定点评估机构、定点护理服务机构; 定点护理服务机构应合理提供护理服务, 不得变相提高护理费用, 已包含在长护险费用范围内并由长护险基金支付的费用, 不得另行向参保人收取。

第四十二条 医保经办机构每年应对第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构组织考核, 考核结果作为基金划拨结算的主要依据。构建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。

第四十三条 医保经办机构严格按照经办规程规定, 及时与

第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构进行费用的审核、结算与拨付，并制定相关费用审核、结算、拨付的全程化、规范化、标准化经办服务流程。

第四十四条 医保经办机构采取日常走访、专项检查和受理举报投诉等形式，对第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构以及评估人员、护理人员进行监督管理。第三方机构应积极配合医保经办机构开展各类监督管理工作。

第四十五条 定点评估机构、定点护理服务机构须自觉接受并积极配合医保部门、第三方机构的监督，按照要求及时提供相关材料，严格落实长护险相关政策规定，切实保障参保人合法权益。

第四十六条 定点评估机构由省医保经办机构签订定点服务协议，明确权利义务，约定服务范围、服务标准和结算方式等。

第四十七条 定点护理服务机构遵循属地化管理，由各市县医保经办机构与行政区域内定点护理服务机构签订定点服务协议，明确权利义务，约定服务范围、服务标准和结算方式等。

第四十八条 长期护理服务机构实行定点管理，资源合理配置，统一规范管理。鼓励符合条件的基层医疗卫生机构设立独立的护理病区及护理床位，提供长期护理服务。鼓励养老服务机构提供长期护理服务，发挥养老护理员在长期护理服务中的作用。根据定点管理需要，逐步按照政府采购的规定确定定点长护服务机构。

第四十九条 医保经办机构建立健全定点评估机构、定点护理服务机构的申请、考核、退出和诚信服务等级评价等机制和激

励约束机制，加强服务协议管理，强化考核结果应用，提升管理服务质效。对第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构的服务质量、管理水平、费用控制、参保人员满意度等情况进行日常监督检查和专项监督检查。

第五十条 定点评估机构和定点护理服务机构应当建立健全与医保部门相匹配的信息系统，具备接入全国统一的医保信息平台长期护理保险相关功能模块，统一纳入信息系统管理。

第五十一条 鼓励定点护理服务机构通过内设的医疗机构或与医疗机构、护理站等机构合作等方式，为失能人员提供专业医疗护理服务。

第五十二条 定点评估机构和定点护理服务机构在中止服务协议期间或终止服务协议之后，向失能参保人员提供服务发生的费用，长护险基金不予支付。

第五十三条 定点评估机构和定点护理服务机构应定期组织开展所属人员规范化培训，专业评估和护理人员须持证上岗。建立档案管理制度，实行实名制管理。

第五十四条 根据国家统一部署，做好跨省长护险关系转移接续相关工作，加快建立健全异地参保、异地享受待遇等政策规定。

第七章 信息系统管理

第五十五条 强化应用全国统一的医保信息平台长护险功能模块，实现待遇申请、等级评估、护理服务、经办管理、日常监管、数据统计等一体化管理。

第五十六条 加强与卫健、民政、人社、税务、残联等部门信息系统对接，按照国家法律法规有关规定和部门规章制度开展信息共享，提高各部门行政效率。

第五十七条 推进长护险待遇享受“一人一档”建设，提升信息化支撑力度。建立健全专业技术标准组织和专家智库。

第八章 基金监督

第五十八条 各级医疗保障行政部门依据相关法律、法规对长护险基金使用进行监督。将医疗保障经办机构、第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构以及评估人员、护理人员、参保人员等纳入医保信用体系管理。

第五十九条 各级医疗保障部门建立健全基金监管体系，强化评估及护理服务行为监管，完善对欺诈骗保人员、机构的惩戒机制；建立健全举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等监管长效机制，逐步落实飞行检查、日常监管、智能监管、社会监督等常态化监管，加大基金监管执法力度；做好协议管理与行政监管衔接，建立健全重要线索、重大案件联查联办和追责问责机制，坚决守住基金安全底线。

第九章 法律责任

第六十条 各级医疗保障部门、第三方机构、定点评估机构、定点护理服务机构以及评估人员、护理人员和参保人员违法违规的，依据国家、本省的相关法律、法规、规章和规定予以处理。

第十章 附 则

第六十一条 本办法由省医疗保障局负责解释。

第六十二条 本办法自 2026 年 1 月 1 日起施行。

