

# 广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

---

## 广西壮族自治区医疗保障事业管理中心关于 做好中区直驻邕单位参加南宁市长期 护理保险有关工作的通知

中区直驻邕各参保单位、参保人员：

根据《自治区医保局 自治区财政厅关于中区直驻邕单位参加南宁市长期护理保险制度试点的通知》（桂医保发〔2021〕40号）文件精神，为进一步做好中区直驻邕单位参加南宁市长期护理保险（以下简称“长护险”）有关工作，现就有关事项通知如下：

### 一、实施时间

2022年1月1日至2023年2月28日（今后国家、自治区有新规定的，从其规定）。

### 二、参保范围

参加中区直驻邕单位职工基本医疗保险的用人单位和参保人员（包括在职职工、符合享受职工基本医疗保险退休待遇的人员、灵活就业人员和在领取失业保险待遇期间的失业人员）。已享受工伤保险基金支付生活护理费的工伤人员不参加长护险。

### 三、参保登记

（一）参加职工基本医疗保险的单位和个人，增设“长期护理保险”险种，由医保系统自动生成，单位和个人无需办理参保

---

登记手续。

(二)长护险征缴业务包括人员增减变动、信息变更、补缴、退休办理等与基本医疗保险同步经办,单位和个人无需单独申报。

#### 四、缴费基数

长护险缴费基数与基本医疗保险缴费基数一致。

#### 五、缴费比例和缴费方式

##### (一)单位参保职工

单位缴费部分按职工基本医疗保险单位缴费基数和 0.15%的费率,每月从职工基本医疗保险统筹基金中划拨。个人缴费部分,在职人员以职工基本医疗保险个人缴费基数、退休人员以个人账户划入基数分别为长期护理保险个人缴费基数,按每月 0.15%的费率从个人账户中划拨。

##### (二)灵活就业人员

1.灵活就业人员(含退休人员)以统账结合方式参保的,按职工基本医疗保险个人缴费基数 0.3%费率,以 5:5 的比例分别从职工基本医疗保险统筹基金和个人账户划拨,即每月从职工医疗保险统筹基金和个人账户划拨金额均为缴费基数的 0.15%。

2.灵活就业人员(含退休人员)以单建统筹基金和住院医疗保险方式参保的,由个人按缴费基数的 0.3%的费率缴费,可选择按季、半年、年的第一个月缴费;灵活就业在职人员在缴纳基本医疗保险费同时缴纳长护险费。

(三)领取失业保险待遇期间的失业人员缴费比例和缴费方式与统账结合方式参保的灵活就业人员一致。

（四）个人账户余额不足的，个人缴费部分由参保人员按上述规定缴纳。

## 六、待遇享受

（一）待遇享受条件。参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致生活不能自理，经过积极治疗仍不能康复，处于失能状态持续 6 个月以上，在按时足额缴纳职工基本医疗保险和长护险费的前提下，经申请通过评估认定为重度失能人员的，可按规定享受长护险待遇。

（二）待遇享受标准。长护险待遇每月定额标准按 2019 年度全区城镇非私营单位和城镇私营单位加权计算的全口径人员每月平均工资（4926 元）的 50%确定，由长护险基金和重度失能人员按照规定比例分担支付，长护险基金支付不设起付线，护理待遇标准在长护险试点运行期间不作调整。

1. 重度失能人员选择机构上门护理服务的，由长护险基金按照每月护理待遇标准的 75%支付，余下 25%由个人支付。

2. 重度失能人员选择在长护险定点护理服务机构接受护理服务的，由长护险基金按照每月护理待遇标准的 70%支付，余下 30%由个人支付。

3. 重度失能人员在自治区内南宁市外异地居住，经长护险承办机构组织失能评定符合待遇享受标准，选择在居住地接受长护险定点护理服务机构上门护理或入住长护险定点护理服务机构护理的，由长护险基金按照每月护理待遇标准的 60%支付，余下 40%由个人支付。

（三）待遇计算方式。经失能评定符合长护险待遇支付条件的重度失能人员，从评定结论下达的次月起享受长护险待遇。重度失能人员因病住院治疗，从入院的次日起停止享受长护险待遇，出院的次日按照规定恢复其享受相应的长护险待遇。

（四）不予支付情形。重度失能人员发生应当从基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金中支付的费用，依法应当由第三人负担的护理费用，在境外发生的护理费用，以及法律法规规定不予支付的费用，长护险基金均不予支付。

## 七、护理服务方式

享受长护险待遇的重度失能人员，可在自治区本级长护险定点护理服务机构选择护理服务方式，发生符合护理服务项目有关的护理费用，由长护险基金按照规定的护理待遇标准支付。

（一）机构上门护理。重度失能人员或其委托代理人与长护险定点护理服务机构签订上门护理服务协议，由长护险定点护理服务机构按照协议约定的基础护理和医疗护理服务项目和内容，提供规范的居家上门护理服务。

长护险试点期间，重度失能人员或其委托代理人选择指定其亲属上门护理的，护理人员须经长护险定点护理服务机构组织规范化培训合格后，与长护险定点护理服务机构签订管理协议，并按照协议约定提供规范的长护险上门护理服务。

（二）入住机构护理。重度失能人员入住长护险定点护理服务机构专门设置的长护险护理服务病区，由长护险定点护理服务机构根据护理服务资质提供规范的基础护理和医疗护理服务。

（三）异地居住护理。重度失能人员在自治区内南宁市外异地居住，经申请通过评估认定为重度失能人员的，可在居住地接受长护险定点护理服务机构上门护理或入住长护险定点护理服务机构护理。

## 八、申报办法

### （一）申报材料

1. 申请人身份证或户口本，验原件；

2. 由代理人办理的：

（1）代理人的有效身份证或户口本，验原件；

（2）《中区直驻邕单位长期护理保险业务代办委托书》原件；

3. 《中区直驻邕单位长期护理保险失能评估申请表》原件；

4. 《申请人承诺书》原件；

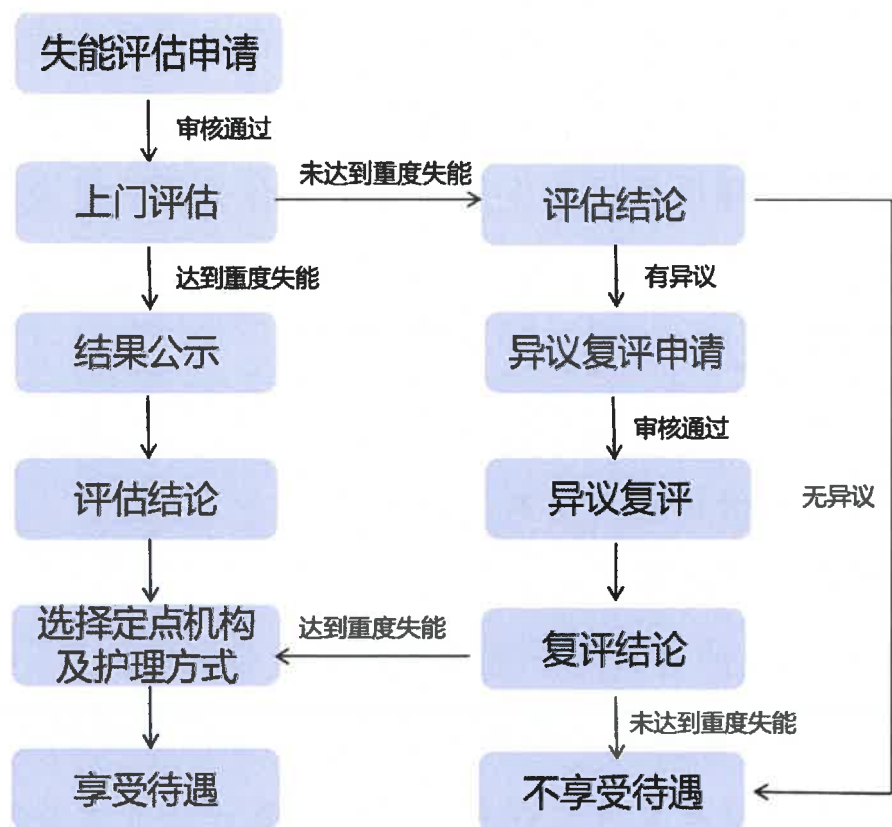
5. 《Katz 日常生活功能指数评价量表》原件；

6. 《申请人基本情况调查表》原件；

7. 因疾病、伤残导致失能的申请人，需提供有效的病历、医疗诊断书、与失能状态相关的医学检查检验报告等完整病历材料，原件或复印件。

相关表格请在“广西医保”微信公众号平台、广西壮族自治区医疗保障局官方网站（<http://ybj.gxzf.gov.cn/>）或广西医疗保障网上服务大厅（<https://ybwt.ybj.gxzf.gov.cn/web/hallEnter/#/Index>）下载，也可在自治区医保中心服务大厅领取。

### （二）申报流程



### (三) 申报地址

1. 南宁市受理点：南宁市星湖路 26 号 1 号楼自治区政务服务中心医保分中心服务大厅。
2. 柳州市受理地址待确定后另行公布。

## 九、其他事项

请各单位加强宣传，提高长期护理保险政策的知晓率。对本单位的职工进行摸底调查，特别是对本单位符合条件的退休人员，要协助其进行申报，尽早落实长护险待遇。

政策咨询电话：

政务服务便民热线，（0771）12345；

平安养老保险公司，0771-5501132；

泰康养老保险公司，0771-2215316；

太平养老保险公司，0771-2898460；

自治区医保中心，0771-5881060。

- 附件：1. 中区直驻邕单位长期护理保险失能评估申请表  
2. 申请人承诺书  
3. Katz 日常生活功能指数评价量表  
4. 申请人基本情况调查表

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

2021年12月31日



## 附件 1

# 中区直驻邕单位长期护理保险失能评估申请表

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                            |    |      |    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|----|--|
| 申请人姓名                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            | 性别 |      | 年龄 |  |
| 身份证号码                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |    |      |    |  |
| 申请人地址                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |    | 联系电话 |    |  |
| 代理人姓名                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                            |    | 联系电话 |    |  |
| 代理人与申请人关系                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属<br><input type="checkbox"/> 雇佣照顾者 <input type="checkbox"/> 其他（具体为：_____） |    |      |    |  |
| 失能评估结论书送达方式                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> 现场领取<br><input type="checkbox"/> EMS 邮寄，邮寄地址：<br>_____（省）_____（市）_____（区/县）_____街道<br>_____（详细地址）<br>收件人姓名：_____ 联系方式：_____                                       |    |      |    |  |
| 申办类别                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 机构上门护理 <input type="checkbox"/> 入住机构护理 <input type="checkbox"/> 异地居住护理                                                                                            |    |      |    |  |
| 失能状态持续时间                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 6 个月以上 <input type="checkbox"/> 6 个月以下                                                                                                                            |    |      |    |  |
| 病    种                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                            |    |      |    |  |
| 主要病情诊断及治疗情况：                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                            |    |      |    |  |
| <p>温馨提示：根据中区直驻邕单位长期护理保险有关规定，自治区医保中心会组织评估人员对申请人失能情况进行现场评估，相关工作人员将会上门查看患者病历资料、询问病情、查体、录音、录像等，申请人及家属应给予积极配合，对不予配合的，将不予核准或终止护理保险待遇。</p> <p>申请人：本人已认真阅读上述内容。理解并愿意配合做好上述工作。</p> <p style="text-align: right;">申请人或代理人签字：_____</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |                                                                                                                                                                                            |    |      |    |  |

## 附件 2

### 申请人承诺书

我已经全面了解中区直驻邕单位长期护理保险制度，作为参保人员，自愿申请长期护理保险待遇，并作如下承诺：

1. 客观反映我的日常生活能力状况，绝不弄虚作假；
2. 保证所填报信息真实无误；
3. 对我提供的所有资料的真实性负责，包括但不限于身份信息、病情证明等；
4. 自愿接受按照《日常生活活动能力评估量表》作出的失能评估结论；
5. 积极配合相关单位人员的调查、监督和管理。

以上承诺若有违反，自愿放弃享受长期护理保险待遇，且 1 年之内自愿放弃申请；若同时违法，自愿接受法律处罚。

申请人或代理人（签字）：

时 间：

### 附件 3

## Katz 日常生活功能指数评价量表

申请人姓名：

申请人身份证号码：

填写时间：          年          月          日

| 内容    | 活动能力                                         |                                    |                             | 活动能力类型（填写：独立、部分独立或依赖） |
|-------|----------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|       | 独立                                           | 部分独立（需要帮助）                         | 依赖                          |                       |
| 进食    | 独立，无须帮助                                      | 独立自己能吃，但需辅助                        | 不能独立完成部分或全部靠喂食或鼻饲           |                       |
| 穿衣    | 独立，无须帮助能独立拿取衣服，穿上并扣好                         | 独立能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带                | 不能独立完成完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分 |                       |
| 大小便控制 | 独立自己能够完全控制                                   | 独立偶尔失控                             | 不能自控失控，需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等）    |                       |
| 用厕    | 独立，无须帮助能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆） | 不能独立完成需要助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆 | 不能独立完成不能用厕                  |                       |
| 洗澡    | 独立，无须帮助自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡                   | 独立只需帮助洗一部分（背部或腿）                   | 不能独立完成不能洗澡、或大部分需帮助洗         |                       |
| 床椅转移  | 独立，无须帮助自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器）              | 不能独立完成需帮助上、下床椅                     | 不能独立完成卧床不起                  |                       |
| 评估结果  |                                              |                                    |                             |                       |
| 填表人签名 |                                              |                                    |                             |                       |

## 附件 4

## 申请人基本情况调查表

|       |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                         |  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 民族    | <input type="checkbox"/> 汉族 <input type="checkbox"/> 少数民族（具体为：_____）                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                         |  |
| 籍贯    |                                                                                                                                                                                                                                                   | 户籍所在地                                                                                                                                                                                   |  |
| 宗教信仰  | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（具体为：_____）                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                         |  |
| 婚姻状况  | <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 丧偶 <input type="checkbox"/> 离婚 <input type="checkbox"/> 未说明                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |  |
| 子女情况  | _____子_____女                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |  |
| 曾从事职业 |                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                         |  |
| 文化程度  | <input type="checkbox"/> 文盲 <input type="checkbox"/> 小学 <input type="checkbox"/> 初中 <input type="checkbox"/> 高中/技校/中专 <input type="checkbox"/> 大专<br><input type="checkbox"/> 大学本科及以上                                                             |                                                                                                                                                                                         |  |
| 照顾者身份 | <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲戚 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 保姆<br><input type="checkbox"/> 无照顾人 <input type="checkbox"/> 其他（具体为：_____） |                                                                                                                                                                                         |  |
| 经济状况  | 人员类别                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 低保户 <input type="checkbox"/> 特困户 <input type="checkbox"/> 重度残疾人<br><input type="checkbox"/> 其他（具体为：_____）                                                      |  |
|       | 经济来源                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 子女补贴 <input type="checkbox"/> 亲友资助<br><input type="checkbox"/> 其他补贴（具体为：_____）                                                    |  |
|       | 个人收入情况                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> 1000 元/月以下 <input type="checkbox"/> 1000-2000 元/月<br><input type="checkbox"/> 2000-4000 元/月 <input type="checkbox"/> 4000 元/月以上                                |  |
| 生活环境  | 居住状况                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶住 <input type="checkbox"/> 与子女住<br><input type="checkbox"/> 与父母住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属住 <input type="checkbox"/> 与非亲属住 |  |
|       | 住房性质                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 产权房 <input type="checkbox"/> 租赁房 <input type="checkbox"/> 廉住房 <input type="checkbox"/> 私房                                                                      |  |
|       | 居住楼层                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 有电梯 <input type="checkbox"/> 无电梯                                                                                                                               |  |
|       |                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 一楼 <input type="checkbox"/> 二楼 <input type="checkbox"/> 三楼及以上                                                                                                  |  |
|       | 洗浴设施                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 独用 <input type="checkbox"/> 合用 <input type="checkbox"/> 无                                                                                                      |  |

|             |                                                                    |                                                                                 |                                                                                                                                      |
|-------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康状况        | 就医方式                                                               | <input type="checkbox"/> 家庭病床 <input type="checkbox"/> 外出就诊<br>(习惯就诊的医院: _____) |                                                                                                                                      |
|             | 家族病史                                                               | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体为: _____)              |                                                                                                                                      |
|             | 手术史                                                                | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体为: _____)              |                                                                                                                                      |
|             | 精神疾病                                                               | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体为: _____)              |                                                                                                                                      |
|             | 营养状况 (近 3 月)                                                       | 食欲                                                                              | <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> 厌食 <input type="checkbox"/> 食欲正常                                              |
|             |                                                                    | BMI 值                                                                           |                                                                                                                                      |
|             |                                                                    | 体重变化                                                                            | <input type="checkbox"/> 不清楚 <input type="checkbox"/> 减轻大于 3 公斤<br><input type="checkbox"/> 减轻 1-3 公斤 <input type="checkbox"/> 无明显改变 |
|             | 是否经过康复治疗                                                           | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (治疗月数: _____)             |                                                                                                                                      |
|             | 近 30 天内意外事件                                                        | 跌倒                                                                              | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次<br><input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上  |
|             |                                                                    | 烫伤                                                                              | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次<br><input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上  |
|             |                                                                    | 噎食                                                                              | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次<br><input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上  |
|             |                                                                    | 自杀                                                                              | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次<br><input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上  |
| 其他          |                                                                    |                                                                                 |                                                                                                                                      |
| 近 30 天内用药情况 | (药名、服药方法、用药剂量、疗程)                                                  |                                                                                 |                                                                                                                                      |
| 过敏史         | <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 (具体为: _____) |                                                                                 |                                                                                                                                      |
| 备注          |                                                                    |                                                                                 |                                                                                                                                      |



**公开方式：主动公开**

---

广西壮族自治区医疗保障事业管理中心

2021 年 12 月 31 日印发

---