附件1

深圳市长期护理保险办法

（征求意见稿）

**第一章 总 则**

第一条 【目的和依据】为了积极应对人口老龄化，健全与经济社会发展相协调的社会保障体系，满足失能失智人员基本照护需求，根据《深圳经济特区养老服务条例》等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 【定义】本办法所称长期护理保险制度，是对经评估达到规定照护等级的长期失能失智人员，为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务保障的社会保险制度。

第三条 【适用范围】用人单位职工和年满十八周岁且未在校就读的非在职人员，已参加本市基本医疗保险的，应当参加长期护理保险。

第四条 【长期照护保障体系】鼓励发展商业长期护理保险产品，满足多元化照护需求。

构建以长期护理保险为基础，以社会救助、社会福利、商业保险、慈善事业为补充，各类社会保障制度相衔接的多层次照护保障体系。

第五条 【部门责任】市医疗保障行政部门主管本市长期护理保险工作，负责组织实施本办法。市医疗保障经办机构负责长期护理保险基金管理、费用拨付、经办管理等工作。

民政部门负责规划、统筹配置养老服务资源，加快推进护理型床位建设，推动老年照护产业发展；负责长期护理保险中生活照料类服务的技术指导和养老类照护服务机构的规范管理。

市卫生健康部门负责规划和统筹配置医疗服务资源，对长期护理保险中医疗护理类服务进行技术指导，对专业医疗护理服务机构进行规范管理。

市财政部门负责将长期护理保险财政补助资金纳入财政预算，加强对基金筹集、管理和使用的监管。

市人力资源保障部门负责配合做好长期护理保险信息系统代维代建等工作；提高从业人员职业技能。

社会保险经办机构和税务部门（以下简称“社会保险费征收机构”）做好长期护理保险参保登记和保险费征收工作。

市政府有关部门按照各自职责做好长期护理保险工作。

第六条 【动态调整】市政府可根据本市经济社会发展水平、基金收支结余情况、照护服务成本变化等因素，对长期护理保险筹资标准、保障范围、待遇标准、支付范围等做相应调整。

第七条 【委托经办】市医疗保障经办机构通过购买服务的方式委托有资质的商业保险公司作为商保经办机构，具体负责长期护理保险经办事项。

经办服务规程由市医疗保障部门另行制定。

第八条 【服务监管】市医疗保障经办机构委托商保经办机构对长期护理保险定点服务机构（以下简称长护定点机构）的服务质量、管理水平、收费价格、服务对象满意度等进行日常监管和信用等级评价。

第九条 【信息管理】市医疗保障部门会同相关职能部门推动长期护理保险信息化建设，实现全流程网上办理，并通过信息共享方式全面提升长期护理保险服务、经办管理的智能化水平。

**第二章 参保缴费与基金管理**

第十条 【征收渠道】长期护理保险费由社会保险费征收机构与基本医疗保险费一同征收。

第十一条 【缴费标准和扣缴渠道】长期护理保险缴费按照以下规定以本市上年度在岗职工月平均工资的0.1%按月缴费：

（一）职工参保的，用人单位缴交0.05%，个人缴交0.05%，职工个人缴交部分由用人单位代扣代缴。

（二）非在职人员参保的，由个人缴交0.1%，由其基本医疗保险缴费开户银行或者养老金发放银行按月托收。

基本医疗保险一档参保人，其参加长期护理保险的个人缴费部分费用从其基本医疗保险个人账户中按月划转。

第十二条 【特殊人员缴费】经本市民政部门认定的特困人员、低保对象和低收入家庭成员参加长期护理保险的个人缴费部分，财政给予资助，费用优先从福利彩票公益金中列支。

本市户籍持有中华人民共和国残疾人证的残疾居民参加长期护理保险的个人缴费部分，财政给予资助，费用从残疾人就业保障金中列支。

领取失业保险金期间的失业人员，由市社会保险经办机构统一办理参保手续并为其按月缴费，费用从失业保险基金中列支。

第十三条 【基金来源】长期护理保险基金来源为：

（一）长期护理保险费及其利息；

（二）长期护理保险基金合法运营收益；

（三）政府补贴；

（四）社会捐助等其他收入。

第十四条 【基金管理】长期护理保险基金参照国家和本市社会保障基金管理的有关规定执行，实行市级统筹，纳入社会保障基金财政专户，实行收支两条线管理，独立核算，专款专用。

长期护理保险基金收支管理实行以收定支、收支平衡、略有结余的原则。

第十五条 【预防照护保障费】市医疗保障经办机构每年从长期护理保险基金中按不超过3%的比例安排预防照护保障费，用于失能失智延缓预防工作。

预防照护保障费用的安排使用计划由市医疗保障行政部门会同卫生健康、民政等部门制定，按照社会保险基金预算编制相关程序报批后列入下年度长期护理保险基金支出预算，下年度据实列支。

具体管理制度由市医疗保障部门会同市民政、财政、卫生健康等部门另行制定，经市政府批准后实施。

第十六条 【支出范围】长期护理保险基金用于以下支出：

（一）长期护理保险待遇；

（二）照护等级评定费用；

（三）商业保险公司经办服务费用；

（四）预防照护保障费用；

（五）市政府规定的其他费用。

第三章 照护等级评定

第十七条 【失能照护等级评定委员会】市医疗保障部门会同民政、财政、人力资源保障、卫生健康等部门以及残联等群团组织代表成立本市长期护理保险失能照护等级评定委员会（以下简称“评定委员会”）。评定委员会办公室设在市医疗保障经办机构，负责评定委员会日常工作。评定委员会具体负责：

（一）评定工作流程和管理办法的修订；

（二）评估人员与评定专家库的建立；

（三）评估人员的培训、监督和管理；

（四）评估工作的检查、督促和指导；

（五）评定数据库与工作档案的管理；

（六）失能照护等级评定相关的其他工作。

评定委员会工作经费列入市医疗保障经办机构部门预算。

第十八条 【评估人员和评定专家库】评定委员会根据照护等级评定工作实际，建立评估人员和评定专家库，并实行动态管理，定期对评估人员和专家进行调整和补充。

（一）评估专家条件：本市行政区域内的二级及以上定点医疗机构中具有副高级及以上专业技术职务任职资格，在康复科、老年科、神经内科、神经外科、骨科、精神科等临床科室执业8年以上的医、技、护专家。

（二）评估人员条件：本市行政区域内的定点医疗机构中具有中级及以上临床医学、护理、康复专业技术职务任职资格的在岗医护人员。

第十九条 【评估标准】根据照护依赖程度，照护等级划分为0-4级，其中，中度依赖为照护2级，重度依赖分为照护3级、照护4级。

具体评估标准由市医疗保障部门会同民政、卫生健康等部门制定。

第二十条 【评定条件】参保人因年老、疾病、伤残等导致照护依赖，失能失智状态持续六个月以上，病情基本稳定，且连续参加长期护理保险年限满足以下规定的，可以申请长期护理保险照护等级评定：

（一）2023年之前首次申请照护等级评定的，不设连续参保年限条件限制；

（二）2023年首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满1年；

（三）2024年首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满2年；

（四）2025年及以后首次申请照护等级评定的，应当连续参加长期护理保险满3年。

第二十一条 【连续参保时间计算】连续参保时间是指参保人在本市实际缴纳长期护理保险费的连续时间。参保人在自然年度内累计中断参保不超过3个月的，重新缴费后其中断前后的连续参保时间合并计算；超过3个月的，重新计算。

用人单位按本办法规定参加并补缴应当缴纳的长期护理保险费、滞纳金后，补缴前后的参保时间合并计算为连续参保时间。

第二十二条 【评定流程】长期护理保险照护等级评定按以下流程办理：

（一）提出申请。参保人在长护定点机构办理登记手续，由参保人或其监护人提出申请，并提交参保人失能或失智相关的疾病诊断证明等材料。

（二）机构初筛。长护定点机构核对申请信息，安排相关（工作）人员对参保人日常生活活动能力进行测评。

（三）现场评估。商保经办机构组织评估人员进行现场评估。现场评估分为上门评估或集中评估。

（四）集体评审。评定专家进行集体评审，形成评定结论。

（五）结果公示。评定结论在市医疗保障部门门户网站及长护定点机构内公示，公示期7天，接受社会监督。

（六）结果告知。经公示无异议的，由评定委员会办公室于5个工作日内将评定结论通知长护定点机构及参保人。

第二十三条 【复核评定】参保人对评定结论有异议的，可在收到评定结论之日起10个工作日内，就近向商保经办机构提出复核申请。商保经办机构应组织评定专家对参保人进行复评，复核评定结论为最终结论。

第二十四条 【变更评定】享受长期护理保险待遇的参保人失能失智情况发生变化的，长护定点机构应组织测评，经测评需要调整待遇等级的，由商保经办机构组织变更评定。

第二十五条 【期末评定】对于评定得分在照护等级分界线以上10分以内的参保人，评定结论设定有效期，有效期一般为6个月，最长不超过12个月，有效期满需重新评估。参保人应在有效期届满前30日内接受期末评定，经评估符合待遇享受条件的，有效期重新起算。

第二十六条 【动态评估】评定委员会办公室对享受长期护理保险待遇的参保人随机抽取5%～10%的比例，对其照护等级进行动态评估，适时调整照护等级。

第二十七条 【不予受理的情形】参保人有下列情形之一的，不予受理评定申请：

（一）未参加本市长期护理保险的；

（二）连续参加长期护理保险未达到规定年限的；

（三）申请评估时处于中断缴费状态的；

（四）申报材料不全或提供虚假材料的；

（五）距上次评定结论作出未满6个月的。

第四章 保险待遇

第二十八条 【待遇起始时间】照护等级评定为照护2至4级的参保人，从评定结论下达的次日起按照本办法规定选择服务方式并享受长期护理保险待遇。

第二十九条 【待遇范围】参保人在本市行政区域内所发生的基本照护服务费、床位费、护理耗材费、护理设备使用费由长期护理保险基金按规定支付。

第三十条 【服务项目】基本照护服务分为基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务，具体包括清洁照料、睡眠照料、饮食照料、排泄照料、卧位与安全照料、管道照护、康复照护及安宁服务等项目。

基本照护服务项目及规范由市医疗保障部门会同市民政、卫生健康等部门另行制定。

第三十一条 【整合式照护】鼓励长护定点机构建立居家、机构无缝衔接的照护服务保障机制，为参保人提供及时、连续、整合式的照护服务。

第三十二条 【服务方式】参保人可根据服务需求，选择下列一种服务方式：

（一）居家亲情照护。参保人或者其监护人指定亲属或者其他人员，经培训考核合格，纳入长护定点机构管理后为参保人提供居家照护服务。选择居家亲情照护的，同时享受由长护定点机构提供的每周1次的定期上门照护服务，其中照护2级每次1.5小时，照护3级每次2小时，照护4级每次2.5小时。

（二）机构上门照护。由参保人自主选择长护定点机构提供上门照护服务，上门照护服务次数按照照护等级设定，其中照护2级每周4次，每次2小时；照护3级每周4次，照护4级每周5次，每次不少于3小时。

（三）机构照护。参保人入住长护定点机构，由长护定点机构提供24小时连续照护、日间照护或晚间照护服务。

第三十三条 【喘息服务】选择使用居家亲情照护或机构上门照护服务的参保人，向商保经办机构备案后，按以下规定享受长护定点机构提供的短期机构照护托管服务：

（一）照护等级3级或4级的，每个自然年累计不超过21天；

（二）照护等级2级的，每个自然年累计不超过14天。

第三十四条 【生活照料待遇月支付限额】参保人发生的基本生活照料费用，以照护等级对应的定额标准为基数，根据参保人累计参保年限按下列标准设定长期护理保险基金每月支付限额：

1.累计参保时间未满36个月的，每月支付限额为定额标准的70%；

2.累计参保时间满36个月未满60个月的，每月支付限额为定额标准的75%；

3.累计参保时间满60个月以上的，每月支付限额为定额标准的80%。

第三十五条 【定额标准】 定额标准的计算方法为：

1.照护4级的，定额标准为本市2019年度在岗职工月平均工资的50%；

2.照护3级的，定额标准为本市2019年度在岗职工月平均工资的40%；

3.照护2级的，定额标准为本市2019年度在岗职工月平均工资的30%。

第三十六条 【医疗护理待遇】参保人在享受基本生活照料待遇的基础上，可根据需要申请医疗护理服务待遇。医疗护理服务由长护定点机构提供，包含管道照护、康复照护、安宁疗护等。

长期护理保险基金对参保人医疗护理服务费用每月支付限额为1000元。

医疗护理服务执行本市基本医疗服务四档价格。

第三十七条【生活照料费用支付】参保人选择机构照护和居家亲情照护实际服务天数不足一个月的，其发生的基本生活照料费用由长期护理保险基金按实际服务的天数支付；选择机构上门照护的，其发生的基本生活照料费用由长期护理保险基金按照服务时数支付。实际服务收费低于支付限额的，按实际收费标准支付。

参保人选择居家亲情照护服务方式的，月支付限额的80%用于支付居家亲情照护服务费；月支付限额的20%用于支付机构定期上门照护服务的费用。

居家亲情照护中的机构上门服务、以及机构上门照护的服务时间根据第三十四条规定的月支付限额相应递增。

超出长期护理保险支付范围和支付限额的基本生活照料费用，由参保人自付。

 第三十八条【喘息服务支付标准】 第三十三条规定的参保人，在限定天数内的短期托管服务，由长期护理保险基金按照长护定点机构实际收费支付，最高不超过150元/天。

短期托管服务费用不受基本生活照料服务费用每月支付限额限制。

第三十九条 【服务方式变更】符合享受长期护理保险待遇条件的参保人需要变更服务方式的，由长护定点机构为其向商保经办机构办理服务方式变更备案，并自办理变更备案手续次日起按新的服务方式结算。

第四十条 【待遇变更】参保人失能失智程度发生变化，评定为新的照护等级的，从评定结论下达的次日起按照新的照护等级享受相应的长期护理保险待遇。

第四十一条 【停止享受待遇】参保人有下列情形之一的，停止享受长期护理保险待遇。

（一）参保人死亡的，从死亡的次日起停止享受待遇；

（二）自理能力好转，经重新评估未达到照护2级的，新评定结论下达的次日起停止享受待遇。

第四十二条 【待遇暂停与恢复】 参保人有下列情形的，按本办法规定暂停及恢复享受长期护理保险待遇：

（一）失能失智情况发生变化，应当进行照护等级重新评定，参保人拒不进行重新评定的，自应当接受重新评定的次月1日起暂停享受待遇；

参保人重新评定后评定等级达到照护2级及以上的，可以继续享受长期护理保险待遇。

（二）评定结论有效期届满，但未按规定参加期末评定的，自评定结论有效期届满的次日起暂停享受待遇；

参保人参加期末评定且评定等级达到照护2级或以上的，可以继续享受长期护理保险待遇。

（三）参保人入住医院，自入住医院开始享受其他社会保险待遇的次日起暂停享受待遇。

参保人出院后，评定结论有效期届满的需重新申请评定；仍在评定结论有效期内的，可以继续享受长期护理保险待遇。

（四）享受待遇期间停止缴费的，从停止缴费的次月1日起停止享受待遇。

评定结论有效期内参保人重新缴费的，自重新缴费的次月1日起继续享受长期护理保险待遇。

第四十三条 【家庭病床】使用居家亲情照护或机构上门照护的参保人，在家庭病床建床期间发生的医疗护理费用，由基本医疗保险基金按规定支付。

第四十四条 【欠费补缴】用人单位欠缴长期护理保险费，欠缴期间参保人发生的长期护理费用，由用人单位按照本办法规定的待遇标准支付。从用人单位补缴长期护理保险费并成功托收的次月1日起，参保人发生的符合本办法规定的基本照护费用由长期护理保险基金按规定支付。

第四十五条 【不予支付的情形】按规定属于基本医疗保险、工伤保险等其他社会保险支付的费用，以及应有第三方依法承担的照护费用，长期护理保险基金不予支付。

第五章 服务管理

第四十六条 【长护定点机构】在本市行政区域内提供长期照护服务的养老服务机构、残疾人托养机构和护理院（站），经市医疗保障经办机构确定，并与之签订服务协议，纳入长护定点机构管理。

第四十七条 【定点原则】市医疗保障经办机构根据统一规划、合理布局、服务便利、兼顾需要、鼓励竞争、畅通出口的原则，从优选择长护定点机构。

鼓励专业护理、医养结合、连锁机构发展；合理控制服务成本和提高长期照护服务质量。

第四十八条 【长护定点机构应当具备的条件】服务机构申请成为长护定点机构，应当具备以下条件：

（一）依法取得民政、卫生健康、市场监管等部门规定的相关许可和证照，具有法人资质；

（二）各项管理制度健全、业务管理规范，建立与长期护理相适应的内部管理制度，收费标准实行公示制度；

（三）机构设置和照护人员等符合机构所属行业的相关规定，配备满足长期照护需要的软硬件设备；

（四）具备与长期照护服务相适应的专兼职人员。

长护定点机构管理办法由市医疗保障部门会同市民政、卫生健康、财政等部门另行制定。

第四十九条 【协议管理】市医疗保障经办机构与长护定点机构签订协议，并按协议进行管理。

市医疗保障经办机构根据长护定点机构履行协议的情况，每年进行一次信用等级评定并公布评定结果。

第五十条 【合理控制服务成本】长护定点机构应当坚持“以人为本、合理服务、按规定收费”的原则，按照本办法规定和协议约定向参保人提供服务。

为参保人提供基本照护服务清单以外的服务，应事先告知参保人并征得同意。

第五十一条 【照护计划】长护定点机构应当根据照护处方为待遇享受人员制定照护计划并依照照护计划提供服务，每3个月进行一次照护效果和自理能力评估，照护效果或病情及日常生活活动能力发生变化的，应及时调整方案并再次组织机构测评，测评不通过的，应当通知市医疗保障经办机构。

长护定点机构应当按照市医疗保障经办机构要求做好待遇享受人员照护服务记录并保留3年备查。

第五十二条 【照护服务人员】提供长期护理保险照护服务的人员应具备以下条件之一：

1. 执业护士；
2. 经医疗护理员及养老护理员职业培训并考核合格；
3. 经健康照护职业培训并考核合格；
4. 其他符合条件的人员。

长护定点机构应当对长期护理保险照护服务人员定期开展业务知识、操作技能、服务规范以及安全上岗等培训和指导。

第五十三条 【居家亲情照护管理】为参保人提供居家亲情照护服务的照护人员，应接受规范的照护技能培训，经考核合格后，由长护定点机构与其签订购买长期护理保险亲情照护服务协议，并按本办法规定的长期护理保险基金支付标准支付服务费用。

第五十四条 【风险防控】长护定点机构应当为其提供长期护理服务的人员购买意外险和第三方责任保险。

长护定点机构应当加强内部管理，提高服务人员的风险意识和应急能力。

第五十五条 【结算管理】应由长期护理保险基金支付的待遇费用、照护等级评定费用，由市医疗保障经办机构分别与长护定点机构、商保经办机构按月结算。

第五十六条 【质量保证金】市医疗保障经办机构与长护定点机构进行按月结算时，每月预留服务费用的3%作为质量保证金，根据信用等级评定结果按比例进行年终清算。

第六章 监督检查

第五十七条 【财务公示】 市医疗保障经办机构应当建立健全长期护理保险基金财务制度，并将长期护理保险基金收支情况定期向社会公布。

第五十八条 【基金监督委员会监督】长期护理保险基金收支、管理、使用等情况，应纳入本市负责长期护理保险基金监督的基金监督委员会的监督范围。市审计部门依法对长期护理保险基金收支、结转和管理情况进行定期审计，并将审计结果向本市负责长期护理保险基金监督的基金监督委员会通报。

第五十九条 【主管部门监督检查】市医疗保障行政部门应对纳入长期护理保险基金支付范围的基本照护服务行为和相关支出费用实行监督检查，并可聘请机构或者邀请长期护理保险基金社会监督员参与监督。

市医疗保障经办机构应对长期护理保险服务提供情况、待遇享受情况进行核查，按照协议约定对长护定点机构从事长期护理保险服务工作进行核查。

第六十条 【部门监管】市人力资源保障部门对用人单位、参保人建立劳动关系的情况进行监督检查。

长期护理保险费征收机构对用人单位办理长期护理保险登记、申报、缴纳长期护理保险费的情况进行监督检查。

医疗保障行政部门在查处长期护理保险欺诈骗保案件过程中，需要相关职能部门协助查证、提供有关长期护理保险信息数据和证据材料，或者就政策和专业问题进行咨询的，相关职能部门应当协助配合。

第六十一条 【检查方式】医疗保障等部门对用人单位、参保人、长护定点机构进行监督检查时，可以要求被检查对象提供与长期护理保险检查事项有关的资料，可以采取记录、录音、录像、照相和复制等方式收集有关资料。

第六十二条 【不配合检查】长护定点机构未按规定提供长期护理保险有关资料的，市医疗保障经办机构可以拒付相关费用。

　　第六十三条 【专家咨询委员会】市医疗保障经办机构组织成立专家咨询委员会，专家咨询委员会的专家纳入医疗保障专家库管理，开展以下工作：

　　（一）为市医疗保障行政部门依据本办法制订有关政策提供专业意见；

　　（二）为市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构、商保经办机构进行长期护理保险监督检查提供技术指导，对监督检查中发生的疑难问题提供专家意见；

（三）市医疗保障经办机构委托的其他长期护理保险工作。

　　第六十四条 【参保人权益记录】市医疗保障经办机构以个人权益记录方式为参保人提供长期护理保险参保情况、待遇享受情况提供便捷查询途径。

　　参保人与市医疗保障经办机构约定，以登录社会保险个人服务网页、传真、电子邮件、官方微信公众号、手机短信等形式获取个人权益记录的，市医疗保障经办机构不再另行寄送。

第六十五条 【违法检举】任何单位和个人有权检举、控告用人单位、参保人、评定人员、长护定点机构、商保经办机构和市医疗保障经办机构工作人员的违法、违规行为。

举报内容核实后，市医疗保障行政部门参照本市欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励有关规定予以奖励，奖励经费纳入市医疗保障行政部门的部门预算。

　　市医疗保障行政部门对举报的单位和个人信息予以保密。

第六十六条 【人卡相符】社会保障卡是参保人享受长期护理待遇的有效凭证，参保人凭借社会保障卡或医保电子凭证、评定结论享受长期护理保险待遇。

第七章 法律责任

第六十七条 【不办理参保或未按时足额缴纳保费】用人单位不办理长期护理保险登记，由长期护理保险费征收机构责令改正；逾期不改正的，对用人单位处应缴长期护理保险费数额一倍至三倍的罚款，对其直接负责的主管人员和其他直接责任人员处五百元以上三千元以下的罚款。

用人单位未按规定缴纳和代扣代缴长期护理保险费的，由长期护理保险费征收机构责令限期缴纳或者补足。

第六十八条 【不正当手段办理参保登记】 以欺诈、伪造证明材料、冒用他人证件、虚构劳动关系、隐瞒事实真相等不正当手段办理社会保险业务的，医疗保障行政部门、长期护理保险费征收机构、医疗保险经办机构不予办理，将有关情况记入其信用档案；情节严重的，处涉案金额一倍以上三倍以下的罚款，最高不超过20万元。

用人单位依前款不正当手段已经办理长期护理保险参保登记的，其登记参保行为无效，由长期护理保险费征收机构责令改正，并按照违规登记人数每人一千元处以罚款。

用人单位违规登记后缴纳的长期护理保险费本金按原渠道退回，相关人员已享受待遇的，由市医疗保障经办机构负责追回。

第六十九条 【个人骗保】以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取长期护理保险待遇的，由市医疗保障行政部门责令退还，并处骗取金额二至五倍的罚款。涉嫌犯罪的，移送司法机关依法处理。

第七十条 【长护定点机构欺诈骗取基金支出】 长护定点机构以欺诈、伪造证明材料、提供虚假服务、串换服务项目或者其他手段骗取长期护理保险基金支出的，由市医疗保障行政部门责令退回骗取的长期护理保险金，处骗取金额二至五倍的罚款，最高不超过20万元。

长护定点机构有前款违法行为的，根据情节严重程度，暂停或者解除服务协议；直接负责的主管人员和其他直接责任人员有执业资格的，依法吊销其执业资格。

第七十一条 【违反监督管理要求】被监督单位和个人有下列行为之一的，由负责长期护理保险基金监督的有关行政部门予以制止，责令其限期改正，并处二千元以上二万元以下的罚款；

（一）拒绝、阻挠监督人员进行监督检查的；

（二）拒绝或者无正当理由拖延提供与监督事项有关的资料，或者转移、隐匿、损毁被封存资料的；

（三）不按要求报送书面材料或者作出说明，隐瞒事实真相，出具伪证或者隐匿、毁灭证据的；

（五）不按要求整改或者在整改过程中弄虚作假的；

（六）报复、陷害监督人员，阻挠、压制或者打击报复举报人、投诉人的；

（七）其他妨碍长期护理保险基金监督的行为。

第七十二条 【公职人员违规处理】国家工作人员在长期护理保险基金监督工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第七十三条 【刑事责任】违反长期护理保险相关法律法规规章，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七十四条 【信息安全】商保经办机构泄露长期护理保险信息或未经市医疗保障行政部门批准将长期护理保险信息用于其他用途的，应承担相应的法律责任。

第七十五条 【投诉举报】用人单位未按本办法规定缴纳长期护理保险费的，职工在知道或者应当知道之日起两年内可向长期护理保险费征收机构投诉、举报。

用人单位未按本办法规定缴纳长期护理保险费的，由长期护理保险费征收机构责令限期改正并补缴应当缴纳的长期护理保险费。

用人单位未按本办法规定缴纳长期护理保险费超过两年未被发现和投诉举报的，长期护理保险费征收机构不再查处。

第七十六条 【信用惩戒】单位或个人违反本办法规定的不诚信行为纳入本市信用评价体系。

第七十七条 【行政复议、行政诉讼】长期护理保险关系行政相对人对市医疗保障行政部门、市医疗保障经办机构作出的具体行政行为不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第八章 附 则

第七十八条 【过渡期单位缴费处理】在《深圳市社会医疗保险办法》修订实施之前，长期护理保险费的单位缴交部分从地方补充医疗保险基金中按月划转。

第七十九条 【启动经费】长期护理保险的启动经费从基本医疗保险累计结余中划转。

第八十条 【配套办法】市医疗保障行政部门可依据本办法制定长期护理保险配套管理办法。

第八十一条 【施行时间】本办法自年月日起施行。