

汕尾市长期护理保险失能等级评估 管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条【政策依据】为规范我市长期护理保险（以下简称长护险）管理，保障参保人员合法权益，根据《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）、《汕尾市人民政府办公室关于印发〈汕尾市长长期护理保险暂行办法〉的通知》（汕府办〔2025〕号）等文件精神，结合实际，制定本办法。

第二条【适用范围】本办法适用于汕尾市长护险失能等级评估管理工作。

第三条【概念解释】本办法所称失能等级评估，是指依据《长期护理失能等级评估标准（试行）》，对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力丧失程度的分级评估。依本办法作出的评估结论是长护险基金支付待遇的必要依据。

第四条【管理原则】失能等级评估管理应遵循公平公开、科

学规范、权责明晰、高效便民的原则，不断提升评估管理专业化水平，促进评估行业发展，为参保人提供客观公正的评估服务。

第五条【职责分工】市医疗保障行政部门负责拟定本市的失能等级评估办法，指导监督医疗保障经办机构、定点评估机构作好失能等级评估工作。市级医疗保障经办机构依据本办法制定经办规程，明确评估操作程序，拟定评估服务协议范本，指导县级医疗保障经办机构做好失能等级评估相关经办管理服务工作的。

第二章 评估机构管理

第六条【评估机构】长护险失能等级评估机构（以下简称评估机构）实行定点管理。定点评估机构是指纳入本市长护保险失能等级评估定点管理，依照相关规定对长护险参保人员（以下简称参保人员）开展失能等级评估的机构。

第七条【协议管理】市医保经办机构根据评估机构定点规划配置要求，统一遴选全市定点评估机构，县级医疗保障经办机构按照属地管理原则，与辖区内定点评估机构签订评估服务协议，明确双方的责任、权利和义务。

第八条【履约责任】定点评估机构应当严格履行评估服务协议，加强内部建设，优化服务，提升人员素质能力，强化质量控制，确保评估质量和评估结论准确性。

第九条【管理约定】定点评估机构原则上不得同时承担依评估结论而开展的长护险服务工作，不得同时承担长护保险经办工作。

第十条【过渡条件】鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件的，可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等实施评估。随制度健全完善及结合我市实际情况，逐步向独立的评估机构实施评估方式过渡。

第三章 评估人员管理

第十一条【评估人员】评估人员是指符合一定条件，经专门培训合格，具体实施失能等级评估的专业人员。

评估人员包括评估员和评估专家。评估员负责采集评估信息，协助开展现场评估。评估专家负责开展现场评估，提出评估结论；承担复评工作；依据护理服务需求提出护理服务计划建议。

第十二条【基本条件】评估员应具备以下基本条件：

（一）具备医学、护理、康复、心理、长期照护、养老服务与管理等相关专业背景，从事相关专业工作2年（含）以上；

（二）参加规范化培训并考核合格，掌握长期护理失能等级评估标准，熟悉评估操作要求；

（三）具有良好的职业道德和操守，在工作中能够做到遵纪守法、廉洁自律、客观公正，相关行业领域无不良信用信息记录。

评估专家除须具备上述第（二）项、第（三）项条件外，还应具有临床医学、护理、康复、精神心理等领域中级及以上职称和2年（含）以上相关工作经验。

第十三条【人员管理】市医疗保障部门应建立评估人员库，

并联合卫健、民政部门成立我市评估专家库，完善档案制度，规范人员管理，纳入长护险信息系统实行动态管理。定期组织考核，明确准入退出机制。

第十四条【培训机制】市医疗保障部门会同有关部门建立健全评估人员规范化培训机制，自行组织或探索委托第三方机构等组织做好评估人员培训，提升人员队伍专业化水平。

第十五条【回避原则】评估人员应严格执行评估操作规范要求，独立、客观、公正地开展评估工作，与评估对象有亲属或利害关系的，应当回避。

第四章 评估标准

第十六条【评估标准】汕尾市长护险失能等级标准评估按照国家医保局印发的《长期护理失能等级评估标准（试行）》《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》执行。

第十七条【执行依据】执行国家医保局、财政部门制定的全国统一的失能等级评估标准，明确评估量表、评估指标、等级划分等，并适时调整。市医疗保障部门探索建立评估结果跨部门互认机制，并根据国家、省的调整对我市相关规定进行调整和修订。

第五章 评估流程

第十八条【评估流程】失能等级评估流程主要包括评估申请、

受理审核、现场评估、得出结论、公示与送达等环节。

第十九条【评估申请】评估申请。评估对象或其监护人、委托代理人自愿向参保所属地或本辖区居住地医疗保障经办机构提出评估申请，提交相关材料。市级医疗保障经办机构应牵头建立方便群众办事的多元化申请受理渠道。

第二十条【受理审核】受理审核。医疗保障经办机构收到评估申请后，应当及时对申请人提交的材料进行审核，申请资料完整的应当受理；申请资料不完整的，应当一次性告知申请人补齐需要的材料。有下列情形之一的，不予受理失能等级评估申请：

- 1.未按规定参加和缴纳基本医疗保险和长护险保费的；
- 2.不符合待遇享受条件的；
- 3.发生护理服务费用不属于长护险基金支付范围的；
- 4.申报材料不全或提供虚假材料的；

5.因交通事故、刑事案件、工伤事故、医疗事故等依法应当由第三人负担的；

- 6.其他长护险不予受理评估申请的情形。

第二十一条【现场评估】现场评估。医疗保障经办机构审核受理通过后将申请资料分派属地定点评估机构，由定点评估机构组织相关人员开展上门评估，原则上应有至少 2 名评估人员上门，其中至少有 1 名评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南，采集信息，开展评估。现场评估时，须至少有 1 名评估对象的监护人或委托代理人在场。各镇（街道）、村（社区）和有关机构应配合做好相关工作。

同时，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材料。

第二十二条【提出结论】提出结论。现场评估人员可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【公示与送达】公示与送达。评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，定点评估机构应当在一定范围内进行公示，接受社会监督，公示期为 5 个工作日。对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，定点评估机构均应在 2 个工作日内出具评估结论书，并将评估结论书报送属地医保经办机构，由医疗保障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【评估终止】评估对象或其监护人、委托代理人应当积极配合开展现场评估工作。有下列情形之一的，评估终止：

- （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。

第二十五条【评估费用】评估费用按照“谁发起、谁负责”的原则，统一为每人次 200 元，并根据评估工作实际运行情况，按照合理评估成本适当调整。由参保人员发起的，先由其预交，

并按以下规定执行：

（一）初评符合条件的，评估费用由长护险基金全额承担；初评不符合条件的，评估费用由参保人员承担。

（二）初评不符合条件申请复评的，复评结论符合享受长护险待遇的，评估费用由初评评估机构全额承担；复评仍不符合条件的，评估费用由参保人员全额承担。

（三）初次评估结论出具满 6 个月后重新评估符合条件的，评估费用由长护险基金全额承担；重新评估不符合条件的，评估费用由参保人员全额承担。

（四）经办机构或定点服务机构在日常服务、巡查中发现参保人员失能等级不匹配需重新评估的，评估费用由长护险基金全额承担。

（五）评估有效期届满前重新评估的，评估费用由长护险基金全额承担。

（六）评估过程中因评估机构原因造成中断，导致本次评估工作无法完成的，评估费用由评估机构全额承担；因申请人提交虚假资料及信息导致评估终止的，评估费用由参保人员全额承担。

第二十六条【办理时限】市级医疗保障经办机构应按照便民高效的原则，结合国家、省及我市相关规定，制定评估经办规程，优化评估工作流程，明确办理时限要求，原则上自受理之日起 30 个工作日内完成评估并送达评估结论书。

第二十七条【有效期限】失能等级评估结论有效期为 2 年。

第六章 其他评估情形

第二十八条【复评申请】评估对象或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在自收到评估结论书的 5 个工作日内向参保所在地或本辖区内居住地医疗保障经办机构提出复评申请，按规定提交复评审核资料，经审核同意后，提请市级医疗保障经办机构进行复评。市级医疗保障经办机构于 5 个工作日内，在评估专家库中抽取不少于 2 名评估专家进行复评，参加初次评估的评估专家须回避。复评结论为最终评估结论。

第二十九条【评估公示】第三人对公示评估结果有异议的，可在公示期内向定点评估机构实名反映情况，原则上公示期不中止。在公示期届满前，定点评估机构应对反映情况进行调查核实，调查情况属实的，不予通过并出具结论书，报送属地医疗保障经办机构送达评估对象或其监护人、委托代理人。

第三十条【重新评估】6 个月内申请人身体状况如发生变化，失能状态加重，评估对象或其监护人、委托代理人可以在 6 个月后重新提出申请，提供有效临床诊断等证明材料并向经办机构申请重新评估。医疗保障经办机构通过抽查监督等途径，发现参保人员当前失能状态发生变化或可能影响待遇享受的，应当组织重新评估，并根据重新评估结论调整或终止其相应待遇享受。重新评估流程等相关要求与初次评估相同。

第三十一条【届满复评】评估有效期届满前，医疗保障经办机构应组织对需继续享受相关政策待遇的人员进行重新评估。经

评估符合待遇享受条件的，有效期届满后重新计算。

第七章 监督管理

第三十二条【监督职责】医疗保障行政部门对定点管理、协议履行、评估实施等进行监督，完善智能审核和监控规则，强化智能监管。医疗保障经办机构加强对定点评估机构评估服务协议履行情况的日常核查，定期对定点评估机构作出的评估结论进行抽查。

第三十三条【处罚规定】定点评估机构及其工作人员、参保人发生违法违规行为造成基金损失的，属于法律、法规和规章规定范畴的，依法给予行政处罚。构成犯罪的，由医疗保障行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。定点评估机构违反评估服务协议的，由医疗保障经办机构按协议约定处理。

第三十四条【考核评价】医疗保障经办机构对协议履行、工作质量等情况定期开展考核评价，考核结果与评估服务协议续签、服务费用支付等挂钩。

第八章 附则

第三十五条【信息化建设】加快全市统一的长期护理保险信息系统实施应用，推动失能等级评估全过程智能化、信息化，推动失能等级评估工作规范化、标准化。

第三十六条【行业管理】推动加强行业自律，规范评估行为，促进行业规范和自我约束，引导失能等级评估行业健康有序发展。

第三十七条【实施时间】本办法由汕尾市医疗保障局负责解释，自印发之日起施行，有效期 3 年。