

长期护理保险经办规程（试行）

第一章 总 则

第一条 为规范长期护理保险经办工作，提高经办服务管理效能，根据《国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）、《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（医保发〔2023〕29号）、《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》（医保发〔2024〕13号）、《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》（医保办发〔2024〕21号）等文件要求，结合经办业务需求，制定本规程。

第二条 实施长期护理保险制度的地区适用本规程。

第三条 坚持依法规范，确保长期护理保险经办有序开展；坚持政府主导，构建以政府经办为基础、社会力量为补充的经办体系；坚持以人为本，提供便民高效的经办服务；坚持统筹推进，各方联动，提升管理效能。

第四条 国家医疗保障经办机构负责全国长期护理保险经办工作的统筹管理，组织制定经办规程，指导地方做好长期护理保险经办服务管理工作。

省级医疗保障经办机构在本规程基础上，可根据实际情况制

— 3 —

定本地区规程或实施细则，指导实施长期护理保险制度的地区做好长期护理保险经办服务管理工作。

各统筹地区医疗保障经办机构负责具体落实，主要包括：定点评估机构和定点长护服务机构协议管理、核查考核、费用审核结算、信息系统建设以及对商保公司等第三方机构的考核管理等。

第五条 统筹地区医疗保障经办机构应规范服务管理行为，加强内部管理，健全内控制度，明确岗位职责，建立风险防控机制。

第二章 失能评估

第六条 评估对象或其监护人、委托代理人自愿向统筹地区医疗保障经办机构提出评估申请，提交相关材料，主要包括：申请人有效身份证件或参保凭证，《长期护理保险失能等级评估申请表》，住院病历或诊断书等。

有下列情形之一的，不予受理失能等级评估申请：

1. 未参加长期护理保险的；
2. 不符合待遇享受条件的；
3. 发生护理服务费用不属于长期护理保险基金支付范围的；
4. 申报材料不全或提供虚假材料的；
5. 其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

第七条 统筹地区医疗保障经办机构应建立方便群众办事的多元化线上、线下申请受理渠道，能够通过线上获取的，可不要求参保人线下提供。统筹地区医疗保障经办机构收到评估申请后，应及时对申请材料进行审核，反馈受理审核结果。对于申请材料存在疑义的，可通过调查走访的方式进一步核实，自受理之日起5个工作日内告知审核结果。审核通过后，应组织定点评估机构对参保人开展失能评估。

第八条 定点评估机构按照以下流程开展失能评估工作：

（一）现场评估。

定点评估机构原则上应派至少2名评估人员上门，其中至少1名为评估专家。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。须有至少1名评估对象的监护人或委托代理人在场。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资料。

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。

（二）提出结论。

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。

— 5 —

评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认。统筹地区医疗保障经办机构按照医疗保障行政部门确定的评估结论有效期开展工作。重度失能等级评估结论有效期一般不超过2年。

（三）公示与送达。

评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，定点评估机构和统筹地区医疗保障经办机构应当在一定范围内公示评估结论，接受社会监督。

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。统筹地区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。

原则上评估结论书应在申请受理之日起30个工作日内送达。

（四）护理服务建议。

评估专家依据现场采集信息，提出护理服务建议。

（五）争议处理。

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，可在规定期限内，向统筹地区医疗保障经办机构提出复评申请。第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向统筹地区医疗保障经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，统筹地区医疗保障经办机构组织复评。

复评原则上不少于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须回避。复评结论为最终评估结论。

（六）重新评估。

— 6 —

参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满6个月的，可向统筹地区医疗保障经办机构申请重新评估。统筹地区医疗保障经办机构通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，统筹地区医疗保障经办机构应当组织重新评估。

评估有效期届满前，统筹地区医疗保障经办机构应组织对需继续享受长期护理保险待遇的参保人进行重新评估。

重新评估流程同第八条。

第三章 评估机构协议管理

第九条 长期护理保险失能等级评估机构按照《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》规定，实行定点管理。统筹地区医疗保障经办机构负责确定定点评估机构，签订评估服务协议，并依服务协议进行管理。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，逐步向独立的评估机构实施评估形式过渡。

第十条 申请成为定点评估机构，应具备《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》规定的业务范围、场地及人员配备、信息系统、管理制度等基本条件。

第十一条 定点评估机构确定流程如下：

— 7 —

（一）初步审核。

评估机构可自愿向统筹地区医疗保障经办机构提出定点申请。统筹地区医疗保障经办机构受理申请后，应及时组织初审。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当及时告知并说明理由。

（二）综合审核。

初审通过后，统筹地区医疗保障经办机构采取书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织对申请机构进行综合审核。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，评估机构补充材料时间不计入审核期限。审核小组成员由长护管理、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成。

审核结果分为合格和不合格。统筹地区医疗保障经办机构应将审核结果向同级医疗保障行政部门备案。审核合格的，应将其纳入拟签订协议的评估机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。审核不合格的，应告知其理由，提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（三）协商谈判。

统筹地区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的评估机构协商谈判，达成一致的，由统筹地区医疗保障经办机构与评估机构签订评估服务协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续约的，可根据协议履行情况、

绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过3年。

（四）社会公布。

统筹地区医疗保障经办机构应向社会公布签订评估服务协议
的定点评估机构名单。

第十二条 定点评估机构应建立健全内部质量控制制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制。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。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资料的留存归档。

第十三条 定点评估机构应配合统筹地区医疗保障经办机构的日常检查、评估结论抽查、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。

第四章 护理服务

第十四条 长期护理保险护理服务机构（以下简称“长护服务机构”）提供的服务类型主要包括居家护理、社区护理和机构护理。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务。

（二）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人

— 9 —

员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

提供居家护理或者社区护理服务的定点长护服务机构应当配备专业护理服务团队，长期照护师等护理服务人员不少于4人；具备医疗资质的，医护人员不少于2人。

（三）机构护理，是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

提供机构护理服务的定点长护服务机构应当配备长期照护师等护理服务人员及设施设备，其中具备医疗资质的，医师和护士（师）各不少于2人。长期护理服务能力在100（含）人以上的，应当成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。

第十五条 失能评估通过后由统筹地区医疗保障经办机构与参保人员或其监护人、委托代理人商定护理服务方式，在参保人员自主选择定点长护服务机构基础上，由统筹地区医疗保障经办机构予以派单。

第十六条 长护专员结合护理服务建议，与定点长护服务机构和参保人员或其监护人、委托代理人沟通协调后，形成护理服务计划，明确服务的类型、频次、时长、配比等，经参保人员或其监护人、委托代理人确认后实施。

定点长护服务机构应按照护理服务计划，为参保人员提供相应的长期护理服务。定点长护服务机构应合理服务、合理收费，严格执行长期护理保险服务项目等目录，优先使用目录内项目服务。定点长护服务机构提供长期护理保险保障范围外的服务事项

应事先征得参保人员或其监护人、委托代理人书面同意。

第十七条 参保人员在享受护理服务前应由本人或其监护人、委托代理人主动表明参保身份，出示有效身份证件或参保凭证，遵守护理服务享受的有关流程和规范。

第五章 长护服务机构协议管理

第十八条 长护服务机构按照《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》规定，实行定点管理。统筹地区医疗保障经办机构负责确定定点长护服务机构，签订长护协议，并依协议进行管理。

第十九条 符合《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》申请条件的养老机构、医疗机构或者其他服务机构，可自愿向统筹地区医疗保障经办机构申请成为定点长护服务机构。

第二十条 定点长护服务机构确定流程如下：

（一）受理申请。

长护服务机构提出定点申请，统筹地区医疗保障经办机构应及时受理并组织对申请材料进行形式审查。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

（二）综合审核。

形式审查通过后，统筹地区医疗保障经办机构应当通过书面

— 11 —

查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。审核小组成员由长护管理、养老服务、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成，审核小组成员人数不少于5人且为单数。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。

审核结果分为合格和不合格。统筹地区医疗保障经办机构应当将审核结果报同级医疗保障行政部门备案。对审核合格的，将其纳入拟签订协议的长护服务机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。对审核不合格的，应当告知其理由，并提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（三）协商谈判。

统筹地区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的长护服务机构协商谈判，达成一致的，由统筹地区医疗保障经办机构与长护服务机构签订长护协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续约的，可根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过3年。

（四）信息公布。

统筹地区医疗保障经办机构应当向社会公布签订长护协议的定点长护服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息，供参保人员或其监护人、委托代理人选择。

第二十一条 定点长护服务机构应当建立与长期护理保险要

协议情况开展绩效考核，重点考核基础管理、评估质量、评估时限、费用结算、信息系统等。考核指标、考核标准实行动态管理，根据情况适时调整。具体考核指标、考核标准内容及考核等级设置，由甲方结合实际另行规定。

第二十二条 日常检查、考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。

第二十三条 甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，应首先通过协商解决。协商不能达成一致的，可提请同级医保行政部门协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或直接提起行政诉讼。

第二十四条 甲方应通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式定期对乙方进行社会监督，畅通投诉举报渠道，及时发现问题并进行处理。

第六章 违约责任

第二十五条 甲方发现乙方存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

（一）约谈定点评估机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付评估费用；

（三）追回已支付的评估费用；