黑龙江省长期护理保险经办规程（试行）

(征求意见稿）

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《国家医疗保障局办公室关于印发<长期护理保险经办规程（试行）>的通知》（医保办发〔2024〕22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，黑龙江省医疗保障局陆续出台《关于转发<国家医疗保障局关于印发《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）的通知>的通知》（黑医保发〔2025〕12号）、《黑龙江省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》（黑医保规〔2025〕7号），现结合经办业务需求，制定本规程。

第二条 实施长期护理保险制度的统筹区适用本规程。

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 省医疗保障经办机构负责全省长期护理保险经办工作的统筹管理，组织制定经办规程，指导统筹区做好长期护理保险经办服务管理工作。

各统筹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；

2.参保未满6个月，且治疗未满6个月的；

3.不符合待遇享受条件的；

4.发生护理服务费用不属于长期护理保险基金支付范围的；

5.申报材料不全或提供虚假材料的；

6.其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

第七条 统筹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）线上评估。

长期居住在异地的参保人，需在现居住地办理完成长期异地居住备案，可在参保统筹区申请线上评估。

（三）提出结论。

评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认。统筹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。

（四）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。

（五）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。

（六）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15个工作日内，向统筹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，统筹区医疗保障经办机构组织复评。

复评原则上有不少于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。

（七）重新评估。

1.参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，可向统筹区医疗保障经办机构申请重新评估。

2.统筹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，统筹区医疗保障经办机构应当组织重新评估。

3.评估有效期届满前，统筹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：

（一）初步审核。

评估机构可自愿向统筹区医疗保障经办机构提出定点申请。统筹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，统筹区医疗保障经办机构应当通过书面查验、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，补充材料时间在10个工作日内完成，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求相适应的内部管理制度，并配备专（兼）职管理人员。定点长护服务机构应当建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系，实行实名制管理，强化护理服务人员技能培训，规范护理服务行为，提高服务质量。

定点长护服务机构应按规定悬挂统一的定点标识。

第二十二条 定点长护服务机构应当配合统筹区医疗保障经办机构开展长护险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作，及时向医疗保障部门提供长护险基金使用监督管理及协议管理的所需信息。

第六章 基金管理

第二十三条 统筹区医疗保障经办机构提供长期护理保险服务，负责长期护理保险参保、个人权益记录、待遇给付等工作。

第二十四条 长期护理保险与基本医疗保险同步参保、同步缴费。

第二十五条 统筹区医疗保障机构做好长期护理保险参保人的权益记录工作，按规定做好待遇给付，实行“一人一档”管理。

第二十六条 长期护理保险基金应在社会保险基金财政专户下设立子账户，做到单独建账，独立核算。

第二十七条 统筹区医疗保障经办机构按规定编制下一年度长期护理保险基金预算草案，做好长期护理保险基金预算管理相关工作。

第二十八条 统筹区医疗保障经办机构做好结算申报、费用初审、费用复核、费用拨付等工作，具体流程如下：

（一）结算申报。

定点评估机构应按要求及时报送评估费用清单（或规范票据），并对其真实性负责。定点长护服务机构应按要求及时报送护理服务清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员等信息，并对其真实性负责。

（二）费用初审。

初审人员对评估费用、长护服务费用进行初审，并提出结算建议。对申报费用经审查核实违规的，不予支付。

（三）费用复核。

复核人员负责对拟结算的评估费用、长护服务费用进行复核。

（四）费用拨付。

统筹区医疗保障经办机构按协议约定及时足额向定点机构拨付长期护理保险费用。

第二十九条 统筹区医疗保障经办机构应建立基金管理运行分析制度，定期对基金收支及使用情况进行统计分析。

第三十条 统筹区医疗保障经办机构应当建立健全内部控制制度，明确对定点评估机构和定点长护服务机构的确定、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立完善风险防控机制。创新基金管理手段，完善举报投诉、信息披露渠道，防范基金风险，接受各方监督，确保基金安全。

第三十一条 统筹区医疗保障经办机构应当落实长期护理保险支付政策，强化基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核相关费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用。

第七章 审核核查

第三十二条 统筹区医疗保障经办机构结合质量管理、投诉举报、日常检查等情况，综合利用信息技术手段，组织对定点评估机构及评估人员、定点长护服务机构进行履约管理。

第三十三条 统筹区医疗保障经办机构要加强对定点评估机构、定点长护服务机构、参保人员等管理，对定点评估机构、定点长护服务机构等协议履约情况开展日常巡查、随机抽查、智能监控、绩效考核等；对参保人员享受医保待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。

第三十四条 统筹区医疗保障经办机构发现参保人员违规的，可以采取暂停联网结算、暂停或取消待遇享受等措施，并将有关参保人员违规信息推送至统筹区长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构，视情节告知所在街道、村（居）委。涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第三十五条 统筹区医疗保障经办机构通过建立违约金机制等，加强对定点机构协议履行、服务质量等情况的考核，并建立动态管理机制。考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。考核情况报同级医疗保障行政部门。

第三十六条 定点评估机构、定点长护服务机构违反长期护理保险相关规定和服务协议约定的，由统筹区医疗保障经办机构追回违规费用，按服务协议及时处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任；涉及其他部门职责的，移交相关部门。

造成长期护理保险基金重大损失或其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构管理活动。对有关人员予以暂停3个月至12个月长期护理保险基金支付资格，情节严重的，限制1年至3年从事长期护理保险失能等级评估和护理服务工作。

第三十七条 因各种原因发生服务协议关系中止或解除等情形的，应当按照服务协议及时处理。统筹区医疗保障经办机构作出中止或解除协议等处理时，应向同级医疗保障行政部门报备。

第三十八条 涉及暂停或不予拨付费用、中止协议的机构，限制从业的相关人员，以及暂停、取消待遇的参保人员，应期满后向统筹区医疗保障经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用资格。

第三十九条 统筹区医疗保障经办机构应加强对长期护理保险基金的运行监测，开展异常数据筛查。

第八章 信息化和档案管理

第四十条 长期护理保险信息化建设要依托全国统一的医保信息平台，按照信息化、标准化相关工作要求，统一进行规划设计和建设，并探索与人社、卫健、民政等行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享等工作。

第四十一条 定点评估机构、定点长护服务机构应加强信息化建设，按照全国及全省统一的接口规范实现与医保信息平台长期护理保险功能模块联通，并按规定及时全面准确向长期护理保险信息系统传送审核和结算所需的全量数据信息。动态更新数据，确保真实有效。

第四十二条 定点评估机构、定点长护服务机构应强化全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块应用，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用。

第四十三条 省医疗保障局依托全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块基础版建设的基础上，按照已有功能应用尽用、定制开发最小必须、差异需求国家审核的原则指导各统筹区落地应用。长期护理保险功能模块包含资金筹集、失能评估、护理服务提供、待遇支付、经办管理、审核检查、数据统计等功能。

第四十四条 未完成长期护理保险功能模块建设的地区，各统筹区必须使用全国统一医保信息平台提供的功能模块，不得以任何形式和理由重复建设。已完成功能模块建设的地区，由省级医疗保障部门设置过渡期并制定过渡方案，做好平台衔接。

第四十五条 统筹区医疗保障经办机构应建立系统用户管理制度，明确不同岗位的权限内容，专岗专权；对于系统权限设置专人管理，负责用户账号管理、用户角色权限分配和维护，从用户权限申请、审批、配置、变更、注销等方面进行全过程管理。

第四十六条 定点评估机构、定点长护服务机构应建立长期护理保险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，控制信息使用范围，确保信息安全。应建立数据安全和信息保密制度，加强数据安全培训管理，做好数据隔离、脱敏、加密工作，严格把控数据传输、使用、储存等环节的安全性，不得将长期护理保险相关数据、信息用于商业用途，防止参保人员敏感信息外泄和滥用，切实保障参保人员信息安全。

第四十七条 持续推进全省统一的医保信息平台长期护理保险功能模块适老化改造等优化完善工作，提供大字体、大图标、简约菜单、语音视频辅助、风险预警提示等服务，方便参保群众使用。

第四十八条 医疗保障部门建立完善的档案管理制度，包括但不限于档案的归集、存放、整理、查阅、维护等。档案资料应真实、准确、完整，不得伪造、变造、隐匿、涂改等。统筹区医疗保障经办机构按照档案管理要求妥善保存档案资料，留档备查。

第四十九条 统筹区医疗保障经办机构根据实际情况探索建立长期护理保险电子档案管理制度，规范长期护理保险业务电子文件归档，提升管理效率。

第五十条 省医疗保障部门建立全省统一的长期护理平台信息系统，结合医保信息平台，根据实际情况探索建立长期护理保险“一人一档”数据库。结合医保信息平台参保人基础信息和参保信息，补充失能评估、护理计划、参保人状态等信息，形成长期护理保险“一人一档”数据库，提升精细化管理水平。

第五十一条 严格按规定程序向内外提供需查(借)阅的档案，及时办理查(借)阅登记手续。所有接触档案的人员对载有客户信息的原始资料、复印资料、电子文档及其他形式的资料均要注意保密，无关人员不得接触档案，禁止任何形式的资料外泄。

第九章 社会参与

第五十二条 统筹区医疗保障经办机构可按照规定通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量参与长期护理保险经办服务。由统筹区医疗保障经办机构与第三方机构签订合同，明确服务内容、责任、考核等。

第五十三条 统筹区医疗保障经办机构在具体确定第三方机构时，应充分考虑服务费报价、经营状况、风险评级、项目经验、团队建设、系统支撑能力以及经办服务方案等情况。

第五十四条 在统筹区医疗保障经办机构指导下，第三方机构协助开展以下业务：

（一）政策宣传与咨询、投诉举报线索受理；

（二）配合开展申请受理及材料审核工作；

（三）参与失能评估和护理需求评估工作。派长护专员监督现场评估实施，并结合护理服务建议，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，形成护理服务计划；

（四）协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作；

（五）协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查、评估结论及参保人员失能状态抽查、服务质量检查等工作；

（六）协助开展异议复评、重新评估等工作；

（七）协助做好信息系统运用和档案管理工作；

（八）协助做好相关业务培训及合同约定的其他工作。

第五十五条 统筹区医疗保障经办机构应综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定第三方机构的服务费，并按规定从长期护理保险基金中支付。

第五十六条 第三方机构应设置与长期护理保险经办服务相适应的组织架构，根据需要合理配置人员、科学设置服务岗位、统一规范服务场所设施和服务规程。应建立内部控制管理制度，明确工作人员岗位权限，加强人员管理、考核和培训。应建立长期护理保险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，确保信息安全。

第五十七条 统筹区医疗保障经办机构对第三方机构合同履行、服务质量等情况开展考核评价，考核结果与经办服务费支付、合同续签、参与资格等挂钩，强化第三方机构激励约束和绩效管理。

第十章 附则

第五十八条 长护专员是指熟知失能等级评估及护理服务专业知识的第三方机构工作人员，主要职责包括熟悉参保人员基本情况，全程参与参保人员失能等级评估、护理服务计划制定及调整等。

第五十九条 本规程自2025年 月 日起施行。