

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 为加强长期护理保险失能等级评估管理，保障参保人合法权益，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）制定本办法。

第二条 本办法适用于长期护理保险失能等级评估工作。

第三条 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期护理保险基金支付待遇的必要依据。

第四条 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 国家医疗保障行政部门商财政部拟定失能等级评估有关管理办法。国家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，指导地方做好失能等级评估相关经办管理服务等工作。

省级医疗保障部门负责指导统筹地区医疗保障部门，在本办法基础上，根据实际情况制定实施细则。统筹地区医疗保障经办机构负责具体管理工作的组织实施。

第二章 定点评估机构

第六条 长期护理保险失能等级评估机构实行定点管理。定点评估机构是指纳入统筹地区长期护理保险失能等级评估机构定点管理，依照有关规定对长期护理保险参保人开展失能等级评估的机构。

第七条 统筹地区医疗保障经办机构与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 定点评估机构应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 定点评估机构不得同时承担依评估结论而开展的长期护理服务工作，不得同时承担长期护理保险经办工作。

第十条 鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件的地方，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。

第三章 评估人员

第十一条 评估人员是指符合一定资质条件，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，作出评估结论；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 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；

评估专家除需具备上述第（二）项、第（三）项条件外，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及2年以上相关工作经历。

第十三条 统筹地区医疗保障部门应建立评估人员库，完善档案制度，规范人员管理。定期组织考核，明确准入退

出机制。

第十四条 统筹地区医疗保障部门应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，促进人员队伍专业化。

第十五条 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 国家医疗保障行政部门制定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。探索建立评估结果跨部门互认机制。

第十七条 统筹地区医疗保障部门统一执行《长期护理失能等级评估标准（试行）》和《长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）》。国家有新规定的，从其规定。

第五章 评估流程

第十八条 长期护理保险失能等级评估流程主要包括评估申请、受理审核、现场评估、提出结论、公示与送达等环节。

第十九条 评估申请。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。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申请受理渠道。

第二十条 受理审核。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。

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的情形。

第二十一条 现场评估。审核通过后，统筹地区医疗保障经办机构应组织定点评估机构开展评估工作。原则上应有至少2名评估人员上门，其中至少有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，作为作出评估结论的佐证资料。

第二十二条 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。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。

第二十四条 评估对象或其监护人、委托代理人应当积极配合开展现场信息采集工作。有下列情形之一的，评估终止：

- 1.拒不进行失能等级评估信息采集的；
- 2.无正当理由不配合失能等级评估的；
- 3.其他原因导致失能等级评估终止的。

第二十五条 统筹地区医疗保障行政部门可根据失能等级确定评估结论有效期，重度失能等级评估结论有效期一般不超过2年。

第二十六条 统筹地区医疗保障经办机构应按照便民高效的原则，优化评估经办服务流程，明确办理时限要求，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。

第六章 其他评估情形

第二十七条 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。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。

第二十八条 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。反映情况属实的，统筹地区医疗保障经办机构组织复评。

第二十九条 评估结论出具满6个月，参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配的，可向统筹地区医疗保障经办机构申请重新评估。统筹地区医疗保障行政部门、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。

第三十条 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。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

第三十一条 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。

第三十二条 定点评估机构及其工作人员、参保人发生违法违规行造成基金损失的，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。

第三十三条 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

第三十四条 地方应加快全国统一的长期护理保险信息系统实施应用，推动评估全过程信息化。

第三十五条 鼓励支持建立评估行业协会，加强行业自律，规范评估行为，促进行业规范和自我约束，引导评估行业健康有序发展。

第三十六条 本办法由国家医疗保障局负责解释，自印发之日起施行。