

福州市长期护理保险失能等级评估 管理办法

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、财政部印发的《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》(医保发〔2023〕29号)、福州市人民政府印发的《福州市深入推进长期护理保险制度试点的实施方案》(榕政规〔2023〕15号)有关规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于福州市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，是指依据国家医保局、民政部印发《长期护理失能等级评估标准(试行)》(医保办发〔2021〕37号)，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。

第二章 定点评估机构

第五条 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福州市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。

第六条 医保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。

第七条 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。

第八条 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。

第九条 鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件的情况下，可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构等实施评估。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

第十条 评估人员是指定点评估机构中符合一定条件，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。

第十一条 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。

第十二条 医保经办机构应建立评估人员库，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。

第十三条 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。

第十四条 评估人员培训考核由医保经办机构组织开展，经专门培训合格的评估人员信息录入长期护理保险信息系统。未经医保经办机构核准的人员，不得从事长期护理保险失能评估工作。

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 失能等级评估统一执行国家医保局、财政部

印发《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）》。

第五章 评估流程

第十七条 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。

第十八条 评估申请。参保人员因年老、疾病、伤残等导致失能，基本生活不能自理，失能状态持续6个月以上的（病情不稳定或处于住院治疗状态除外），可通过以下方式申请失能评估：

（一）线下申请。可在全市医保经办服务窗口或委托承办机构服务网点进行申请；

（二）线上申请。通过福州长期护理保险微信小程序（福州市医疗保障局微信公众号、福州市医疗保障局网站等）申请。

第十九条 申请失能评估的失能人员或其监护人、委托代理人（以下简称“申请人”）需如实填写《福州市长期护理保险失能评估申请表》，并提交下列材料：

（一）申请人有效身份证（或户口簿）原件和复印件、申请人医保卡原件和复印件、申请人近期正面免冠照片、委托人有效身份证件；

（二）有效的病情诊断证明、按照医疗机构病历管理规定复印或复制的医学检查检测报告、入出院记录等完整病历材料的原件和复印件；

(三) 监护人或委托代理人的有效身份证明;

(四) 其他相关材料。

第二十条 受理审核。收到申请人申请后，医保经办机构应在3个工作日内对申请人提供的材料进行初审，反馈初审结果。

有下列情形之一的，不符合失能评估申请条件，失能评估申请不予受理：

(一) 丧失生活自理能力持续不足6个月的；

(二) 申报材料不全或提供虚假材料的；

(三) 发生应由第三方依法承担护理及康复费用或按照其他政策已享受护理补贴的；

(四) 距上次评估结论作出未满6个月的；

(五) 失能人员申请现场评估地址或失能后居住地址在我市行政区域外的；

(六) 其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

第二十一条 申请人提供材料不能明确已丧失自理能力持续6个月或第三方赔付情况的，委托承办机构应进行前置调查。

第二十二条 评估人员库原则上按就近区域进行分片管理，根据失能人员评估地址对应中心片区（鼓楼、台江、仓山、晋安）和其余县（市）区共九个片区，原则上评估人员应按片区管理随机产出，如本片区内评估人员不足时，可从相邻片区评估人员库中随机产生。评估派单要建立登记制度。

第二十三条 现场评估。初审通过后，医保经办机构应

组织定点评估机构开展评估工作，具体由委托承办机构实施。原则上每次应有至少 2 名评估人员上门，其中至少有 1 名评估专家。通过长期护理保险信息系统中对应的评估人员库随机派单（系统 5 次派单未成功则指定评估机构并做好登记），派单成功后委托承办机构应在 5 个工作日内组织评估人员上门评估（对应片区库内评估人员不足时，可从相邻片区评估人员库中产生）。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。现场评估时须有至少 1 名评估对象的监护人或委托代理人在场。现场采集失能评估信息，需经申请人和评估员、委托承办机构三方签字确认。委托承办机构应做好现场评估信息采集录入全过程的视频影像和文字情况记录，并负责相关材料的归档管理。

同时，要在邻里、社区等一定范围内安排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。

第二十四条 提出结论。委托承办机构和评估机构将现场采集信息生成评估数据审核确认后，由评估机构作出失能评估结论，评估结论应在现场采集信息后 3 个工作日内做出。评估结论达到重度或中度失能等级的，作为享受福州市长期护理保险待遇的依据。

第二十五条 公示与送达。委托承办机构应在 3 个工作日内，将评估结论（达到重度或中度失能等级的）在申请人常住地所在社区（村）委员会等范围内公示，接受社会监督。

公示期为 5 个工作日。

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（评估结论有效期 2 年）。委托承办机构应在公示期满结束后 3 个工作日内向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。

第二十六条 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。

第六章 其他评估情形

第二十七条 评估对象或其监护人、委托人对失能等级评估结论有异议的，可在收到评估结论书后 5 个工作日内，向委托承办机构提出复评申请。复评原则上要有不少于 2 名评估专家参加，评估专家从长期护理保险信息系统评估人员库中随机抽选。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 第三人对公示的评估结论有异议的，可在公示期内向医保经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，由医保经办机构组织复评。

第二十九条 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，可向医保经办机构申请重新评估。医保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，应当组织重新评估。

第三十条 评估有效期届满前一个月内，委托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(评估费用由长期护理保险基金承担)。经重新评估符合待遇享受条件的，其待遇予以延续。

第七章 评估费用

第三十一条 申请人首次申请失能评估所发生的评估费用，按 400 元/人/次，由申请人缴纳。经评估后，达到长期护理保险待遇享受资格的，评估费用由长期护理保险基金承担，委托经办机构在评估结论公示期满后 5 个工作日内返还申请人评估费用；未达到长期护理保险待遇享受资格的，不返还评估费用。

第三十二条 申请复核评估所发生的评估费用，按 400 元/人/次，由申请人缴纳。复评结果与初评结果一致的，不再返还评估费用；复评结果与初评结果不一致的，复评费用由长期护理保险基金承担，委托经办机构在复评结论送达后 5 个工作日内返还申请人评估费用。

第三十三条 评估费用结算由所属片区的委托经办机构负责初审，并形成结算报表。医保经办机构对待结算的评估费用进行复核、汇总，按月预结算失能评估费的 90%，余下 10% 作为评估机构服务质量保证金，于年终考核后清算拨付。

第八章 监督管理

第三十四条 医疗保障行政部门对评估机构定点管理、协议履行、评估实施等进行监督。医保经办机构要完善对定点评估机构评估服务行为的智能审核和监控规则，强化智能监管；加强对定点评估机构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。

第三十五条 定点评估机构及其评估人员违反评估服务协议的，由医保经办机构按协议约定处理。定点评估机构及其评估人员、参保人发生违法违规行为造成长期护理保险基金损失的，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。

第三十六条 医保经办机构应出台对定点评估机构及评估人员的绩效考核办法和评价指标并指导委托承办机构对协议履行、工作质量等情况开展考核评价，重点将评估时效性、抽查合格率、举报投诉处理情况、服务标准化等纳入考核内容，考核结果与评估服务协议续签、服务质量保证金扣缴比例等挂钩。

第三十七条 委托承办机构应建立运行分析、日常巡查、举报投诉、满意度调查等制度，每年对承办区内享受长期护理保险待遇的失能人员进行调查回访全覆盖，对参保人员失能状态变化的，应及时按规定程序重新确认失能等级。

第三十八条 定点评估机构纳入医保信用管理体系，按照分级分类原则进行监督。

第九章 附则

第三十九条 本实施办法由福州市医疗保障局负责解释。自印发之日起执行，有效期5年。原《福州市长期护理保险失能评估管理办法（试行）》（榕医保文〔2021〕13号）文件废止。

- 附件：
1. 福州市长期护理保险失能评定申请表
 2. 福州市长期护理保险失能评估申请人承诺书
 3. 福州市长期护理保险失能评估结论书
 4. 福州市长期护理保险失能评估材料收讫补正告知书
 5. 福州市长期护理保险失能复评结论书
 6. 福州市长期护理保险失能评估公示书
 7. 福州市长期护理保险失能评估结论送达回执

附件 1

福州市长期护理保险失能评定申请表 (样表)

申报序号:

参保人信息							
姓名		身份证号				性别	
出生日期		民族		籍贯		社保卡号	
联系方式		婚姻状况		是否首次申请	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工作状态	<input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 退休
户籍地址	_____省_____市_____区/县_____镇/街道_____						
居住地址(若居住在机构请填写机构地址)	福州市_____区/县_____镇/街道_____						
曾从事职业		意向护理方式	<input type="checkbox"/> 居家护理 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构				
意向定点护理机构(选填)							
监护人(代理人)信息 (本人申报无需填写)							
本人委托_____作为监护人(代理人),代表本人办理长期护理保险失能评定相关手续。							
姓名		身份证号				联系电话	
性别		居住住址					

与参保人 关系	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 其他亲属 <input type="checkbox"/> 雇佣照顾者 <input type="checkbox"/> 其他 ()		
备注信息			
失能相关信息			
导致失能的原因	<input type="checkbox"/> 心脏疾病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 肾脏疾病 <input type="checkbox"/> 脑部疾病 <input type="checkbox"/> 帕金森氏病 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病 <input type="checkbox"/> 烧伤 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 车祸等意外 <input type="checkbox"/> 其他		
失能时间		是否经过康复治疗	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
目前生活情况			
申请对象	<input type="checkbox"/> 普通职工 <input type="checkbox"/> 医疗救助对象 <input type="checkbox"/> 其他-----		
经济条件	<input type="checkbox"/> 2000 元/月以下 <input type="checkbox"/> 2000-3000 元/月 <input type="checkbox"/> 3000 元/月以上		
居住状况	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 与配偶/伴侣居住 <input type="checkbox"/> 与子女居住 <input type="checkbox"/> 与父母居住 <input type="checkbox"/> 与兄弟姐妹居住 <input type="checkbox"/> 与其他亲属居住 <input type="checkbox"/> 与非亲属关系的人居住 <input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医院		
日常照料人	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 亲戚 <input type="checkbox"/> 邻居 <input type="checkbox"/> 保姆 <input type="checkbox"/> 钟点工 <input type="checkbox"/> 其他---		
就医及健康状况			
医疗支付方式	城镇职工基本医疗保险		

就医方式	<input type="checkbox"/> 家庭病床 <input type="checkbox"/> 社区医院 <input type="checkbox"/> 其他医院		
外伤、手术	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有	家族病史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不详
慢性疾病	<input type="checkbox"/> 冠心病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 高脂血症 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 慢性肾功能不全 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺病 <input type="checkbox"/> 中风后遗症 <input type="checkbox"/> 帕金森氏病 <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 骨质疏松症 <input type="checkbox"/> 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> 前列腺肥大 <input type="checkbox"/> 大小便失禁 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 其他		
痴呆	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病轻度 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病中度 <input type="checkbox"/> 阿尔茨海默病重度	精神疾病	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 精神障碍
近 30 天内 意外事件	车祸	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	工伤	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	意外伤	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	跌倒	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	压疮	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	噎食	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	自杀	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
	其他	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 发生过 1 次 <input type="checkbox"/> 发生过 2 次 <input type="checkbox"/> 发生过 3 次及以上	
佐证资料			
温馨提示：佐证资料包括有效诊断证明书、参保人身份证复印件、代办人身份证复印件、参保人社保卡及其他相关作证资料。			

附件 2

福州市长期护理保险失能评估申请人承诺书

我已经全面了解福州市长期护理保险制度，作为参保人员，自愿申请长期照护保险待遇，并作如下承诺：

1. 客观反映我的日常生活能力状况，绝不弄虚作假；
2. 保证所填报信息真实无误；
3. 对我提供的所有资料的真实性负责，包括但不限于身份信息、病情证明等；
4. 自愿接受按照《长期护理失能等级评估标准（试行）》作出的失能评定结论；
5. 积极配合相关单位人员的调查、监督和管理。

以上承诺若有违反，自愿放弃享受长期照护保险待遇，且 1 年之内自愿放弃申请；若同时违法，自愿接受法律处罚。

申请人：

代理人：

时间：

附件 3

福州市长期护理保险失能评估结论书

XXX 评【 】号

被评定人：_____

身份证号：_____

居住地址：_____

根据《福州市长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》、
《长期护理失能等级评估标准（试行）》，你目前的失能评
估结论为：_____。

对本评定结论不服的，可以自收到本评定结论书之日起
5个工作日内向居住地所在区（市）县受委托的经办机构提
出复评申请。

XXX 委托承办机构

XXX 评估公司

年 月 日

附件 4

编号：

福州市长期护理保险失能评估材料收讫补正告知书（存根）

_____：

你提出的长期照护保险失能等级评定申请已于 年 月 日收到，经审核，

一、材料完整，予以收讫；

二、材料不完整，尚欠缺：

1.

2.

特此告知，请于年 月 日前补正。咨询电话：

XXX 委托经办机构

年 月 日

编号：

福州市长期护理保险失能评估材料收讫补正告知书

_____：

你提出的长期照护保险失能等级评定申请已于 年 月 日收到，经审核，

一、材料完整，予以收讫；

二、材料不完整，尚欠缺：

1.

2.

特此告知，请于年 月 日前补正。咨询电话：

XXX 委托经办机构

年 月 日

附件 5

福州市长期护理保险失能复评结论书

XXX 【 】 号

被评定人：_____

身份证号：_____

居住地址：_____

根据《福州市长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》、《长期护理失能等级评估标准（试行）》，你目前的失能复评结论为：_____。

本评定结论为最终结论。

XXXX 委托承办机构

年 月 日

附件 6

福州市长期护理保险失能评估公示书

根据《福州市长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（榕医保〔202X〕X号）规定，经评估，_____等位同志符合重度或中度失能标准，现予以公示（详见附表）。公示时间自 年 月 日至 年 月 日。如有异议，请于公示期内向福州市长期护理保险委托承办机构服务网点（_____）反映。反映时，请署真实姓名、联系地址、联系电话等，并提供必要的调查线索。

公示举报电话：

委托承办机构（盖章）

年 月 日

序号	姓名	性别	身份证号	居住地址
1				
2				
3				

附件 7

福州市长期护理保险失能评估结论送达 回执

XXX 委托经办机构：

我已收到申请人： 的失能等级评定结论书
(XXX〔202X〕 号)，得知本次失能等级评定结论为
(级别)。

送达人：

签收人：

送达日期：

签收日期：