天津市医疗保障局

文件

天津市民政局

天津市卫生健康委员会

津医保规字〔2021〕2号

市医保局 市民政局 市卫生健康委关于印发《天津市长期护理保险失能评定管理

办法（试行）》的通知

各区医保局、民政局、卫生健康委，各有关单位：

现将《天津市长期护理保险失能评定管理办法（试行）》印发给你们。请遵照执行。

市医保局 市民政局 市卫生健康委

2021年1月22日

（此件主动公开）

天津市长期护理保险失能评定

管理办法（试行）

1. 总 则

**第一条** 为规范本市长期护理保险评定管理，根据《天津市人民政府办公厅关于印发天津市长期护理保险制度试点实施方案的通知》（津政办规〔2020〕24号）和《市医保局等七部门关于印发<天津市长期护理保险制度试点实施方案>实施细则（试行）的通知》（津医保规字〔2021〕1号）等有关要求，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于本市长期护理保险参保人员的失能状态和等级的评定工作（以下简称失能评定）。

**第三条** 失能评定工作遵循科学、规范、公平、公正的原则，坚持评定标准和护理需求相适应，评定机构和人员管理相并重，合理设置评定流程，强化评定管理和监督。

**第四条** 市医疗保障行政部门负责本市失能评定工作的统筹管理。区医疗保障行政部门负责辖区内异议复评的组织实施工作。

民政、卫生健康行政部门在各自职责范围内负责失能评定机构的行业管理工作。

市医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）负责提供失能评定的经办服务，可将部分经办业务委托商业保险机构（以下简称委托经办机构）办理。

市医疗保障行政执法机构受市医疗保障行政部门委托，具体实施失能评定机构监督检查等行政执法工作。

**第五条** 探索与民政等部门逐步形成全市统一的失能评定标准、评定机构和收费标准。失能评定结论作为参保人员享受长期护理保险待遇等政策的依据。

1. 评定机构及人员

**第六条** 业务范围涉及养老服务评估的企事业单位、社会组织，以及能够提供老年护理服务的其他医疗机构，符合以下条件的，可自愿申请成为失能评定机构：

（一）遵守国家和本市长期护理保险管理和基金使用方面规定，近一年内未因违反长期护理保险有关规定受到行政处罚；

（二）在本市依法注册登记，并正式运营满3个月；

（三）未同时作为长期护理保险定点护理机构；

（四）具备专业化评定队伍；

（五）配备符合长期护理保险服务管理要求的软、硬件设备，能够按要求接入本市长期护理保险信息系统；

（六）按规定应当具备的其他条件。

**第七条** 符合以下条件的人员纳入失能评定人员管理：

（一）与失能评定机构签订劳动（劳务）合同；

（二）具有临床、护理、康复等相关专业中级及以上专业技术职称；

（三）具有较强的沟通能力，能胜任现场评定工作；

（四）通过医疗保障部门组织的规范化业务培训；

（五）其他失能评定相关要求。

**第八条** 医保经办机构组织委托经办机构通过申请、材料审核、现场核查、社会公示等程序，在30个工作日内，确定失能评定机构，并签订三方服务协议。失能评定机构数量应与失能评定需求相匹配。

**第九条** 失能评定机构将符合条件的失能评定人员信息录入长期护理保险信息系统，实行实名制管理。未纳入信息系统管理的人员不得从事长期护理保险失能评定工作。

**第十条** 失能评定机构按照全市统一标准，加挂“天津市长期护理保险失能评定第XX中心”牌子，评定人员以及其他工作人员应统一着装并佩戴工牌、工号。

**第十一条** 失能评定机构及评定人员应当客观、公正的进行评定工作。与参保人员有亲属或利害关系的，或与参保人员申请时定点护理机构有利害关系的，应当回避。

1. 评定流程

**第十二条** 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上的长期护理保险参保人员，自参加长期护理保险次月起可提出失能评定申请。

**（一）申请**

参保人员或委托人通过本市定点护理机构提出申请。定点护理机构对参保人员失能状态进行初步筛查，将建议进行失能评定的人员向委托经办机构申请，并提交以下材料：

1.天津市长期护理保险失能评定申请表、初步筛查表（附件1、2）；

2.参保人员在医疗机构、康复机构规范诊疗的病历、诊断证明和相关检查报告等材料；

3.本人医保电子凭证或社保卡、委托人有效身份证件；

4.与失能评定工作相关的其他材料。

定点护理机构不得降低初步筛查标准，申请评定人员通过率（达到重度失能标准人数/申请评定人员数×100%）将作为考核指标，纳入协议管理。

**（二）审核**

委托经办机构接到申请后，应在5个工作日内对申请材料完整性，参保人员参保状态、诊疗情况进行审核。定点护理机构提交材料不齐全的，应当一次性告知需要补正材料。符合申请条件的，向失能评定机构派单；不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

**（三）信息采集**

失能评定机构接到系统派单后，15个工作日内完成失能评定的走访调查和信息采集。每次信息采集应至少配备1名失能评定人员、1名辅助工作人员。采集评定信息时，要求至少1名参保人员的近亲属、监护人或委托人在场。

失能评定人员做好参保人员失能检查和问询记录，辅助工作人员全过程影像记录。失能评定机构应将采集相关信息于当日上传长期护理保险信息系统，并按要求归档管理。

1. **结论生成**

结合参保人员现场采集信息等情况，由长期护理保险信息系统依据本市长期护理保险失能评定标准生成失能评定结论，加盖失能评定机构公章。失能评定结论分为正常、1、2、3、4、5、6七个等级，其中，5级、6级视为达到重度失能标准。

**（五）社会公示**

对达到重度失能标准的，委托经办机构向社会公示5个工作日无异议后，纳入享受长期护理保险待遇人员范围。

**（六）结论送达**

公示期结束后，委托经办机构将失能评定结论上传长期护理保险信息系统。定点护理机构应在5个工作日内，登录长期护理保险信息系统下载失能评定结论，并及时告知参保人员评定结果。下载失能评定结论视同为结论送达。

**第十三条** 参保人员或委托人对初次评定结论不认同的，可在结论送达之日起15个工作日内，通过定点护理机构向委托经办机构提出异议复评申请。委托经办机构应在接到申请之日起5个工作日内转辖区医疗保障行政部门。

区医疗保障行政部门会同区卫生健康、民政行政部门指定辖区内二级（含）以上基本医疗保障定点医疗机构作为辖区内异议复评机构，并在30个工作日内完成异议复评，具体流程参照初次评定执行。

1. 各部门、机构在协议管理、监督检查过程中，发现参保人员失能状态发生变化的，或参保人员被实名举报的，统一由委托经办机构转失能评定机构进行状态复评，具体流程参照初次评定执行。初次评定机构及其人员应回避。

**第十五条** 未达到重度失能标准，因病情变化需再次申请评定的，可在生效评定结论作出之日起6个月后重新申请。

**第十六条** 有以下情形之一的，不符合失能评定申请条件：

（一）申请当月未缴纳长期护理保险费的；

（二）经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续未满6个月的；

（三）距上次生效评定结论作出之日起，未满6个月的。

**第十七条** 复评结论为最终结论。评定结论有效期不超过2年，有效期满前，参保人员需重新申请失能评定。

**第十八条** 参保人员应当按照要求配合失能评定机构及其评定人员开展失能评定工作。无正当理由拒不配合失能评定的，当次评定终止，作为未达到重度失能标准处理。

第四章 评定管理和服务

**第十九条** 长期护理保险失能评定标准按照本市长期护理保险失能评定标准规范执行，国家医保局颁布全国统一的失能评定标准后，按照国家评定标准调整完善。

**第二十条** 失能评定费按照实际评定人数和200元/人次标准确定。试点阶段暂时从长期护理保险基金中列支，具体由委托经办机构与失能评定机构、异议复评机构按月结算。

**第二十一条** 委托经办机构按月将与失能评定机构结算的失能评定费按90%进行划拨，其余10%作为服务质量保证金，于年终清算考核后结算。

第五章 监督管理

**第二十二条** 委托经办机构应当建立运行分析、日常巡查、投诉举报、满意度调查等制度，按不低于10%比例对承办区内享受长期护理保险待遇人员失能情况进行抽查。

**第二十三条** 医保经办机构应制定失能评定机构及其人员协议考核管理办法。协议期满前，委托经办机构开展对失能评定机构履行服务协议情况的考核，重点将评定时效性、抽查阳性率、举报投诉处理情况、服务标准化等纳入考核内容。考核结果与服务质量保证金和协议续签等挂钩。考核结果向社会公示，并报医保经办机构。

**第二十四条** 任何组织和个人有权对失能评定中的违反协议约定、违规违法行为等进行举报投诉。

**第二十五条** 医保经办机构、委托经办机构、失能评定机构及其工作人员，参保人员等存在违法违规行为，属于长期护理保险服务协议规定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和规章行政处罚规定范畴的，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

**第二十六条** 为稳妥有序推进试点工作，试点初期，按照分批错峰原则开展失能评定，错峰失能评定的参保人员统一自2021年6月1日起按规定发生的相关护理费用纳入长期护理保险基金支付。分批错峰失能评定申请工作，由区医疗保障行政部门会同辖区医保经办机构组织实施，具体工作方案另行制定。

**第二十七条** 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

**第二十八条** 本办法自印发之日起施行，有效期2年。

附件1

附件2

（此页无正文）

天津市医疗保障局办公室 2021年1月25日印发