

上海市黄浦区医疗保障局  
上海市黄浦区发展和改革委员会  
上海市黄浦区财政局  
上海市黄浦区卫生健康委员会  
上海市黄浦区民政局

黄医保规〔2023〕1号

## 关于印发《黄浦区长期护理保险试点工作 操作细则》的通知

各有关单位：

经区政府常务会议审议通过，现将《黄浦区长期护理保险试点工作操作细则》印发给你们，请认真贯彻执行。



黄浦区医疗保障局



黄浦区发展和改革委员会



黄浦区财政局



黄浦区卫生健康委员会



黄浦区民政局

2023年9月7日

# 黄浦区长期护理保险试点工作操作细则

为保证本区长期护理保险（以下简称“长护险”）制度的实施，根据《上海市长期护理保险试点办法》（沪府办规〔2021〕15号，以下简称《试点办法》）、《上海市老年照护统一需求评估及服务管理办法》（沪府办规〔2022〕17号，以下简称《管理办法》），制定本细则。

## 一、申请受理

（一）首次申请评估的申请人，可由本人或监护人、代理人（以下统称“申请人”）通过社区事务受理服务中心就近办理，填写《老年照护统一需求评估申请表》，并同时提交以下材料：1、身份证；2、社保卡（医保卡）；3、其他相关材料，并选择意向服务机构；重度残疾等有特殊困难的老人，可由申请人通过政务服务平台在线申请评估。评估结论有效期满，再次提出申请的，可通过政务服务平台在线申请。

（二）社区事务受理服务中心进行基本信息的录入，长护险系统按要求对登记的申请人员进行初次人员资质核验，对非长护险对象进行必要告知。经审核，对符合申请条件的予以受理，申请受理后打印《老年照护统一需求评估受理确认表》，由申请人确认受理信息；不符合申请条件的，由社区事务受理服务中心将结果告知申请人。

## 二、需求评估

区医保中心通过长护险系统，将需要评估的人员信息下发到街道对应的定点评估机构中，由评估机构进行需求评估。

### **（一）初次评估**

定点评估机构应当在收到需评估人员的相关信息后 15 个工作日内完成评估工作，包括现场评估调查、录入评估调查记录、集体评审、出具评估结论等。上门进行现场评估调查的评估小组不得少于 2 人，其中 B 类评估员不少于 1 名。上门评估时，原则上应有评估对象的代理人或监护人在场。

1、定点评估机构应当在收到申请信息后，根据《上海市老年照护统一需求评估调查表》（以下简称“调查表”），完成现场评估调查，得出评估结论。

2、定点评估机构将《调查表》的内容录入系统，系统对提交的数据按标准自动进行评分，评分结果返回评估机构以供参考。

3、定点评估机构应组织 3 人及以上小组对评估计分软件初步确定的评估等级进行集体评审，并将申请人评估结果在申请人所在居委或社区事务受理服务中心等处进行公示，接受社会监督，公示期为 7 天。公示结束后，出具《长期护理保险护理需求评估报告》和《长期护理保险护理需求评估结果告知书》，并将告知书反馈至原申请受理的社区事务受理服务中心。公示期间，如接到相关反馈，定点评估机构应进行核查处理。

4、社区事务受理服务中心应在收到告知书后的 5 个工作日内告知申请人评估结果，由申请人确认。

## **（二）复核和终核评估（即评估异议处理）**

申请人对评估结果有异议的，可在收到评估结果之日起 10 个工作日内，向其原申请评估渠道提出复核申请。开展复核的评估机构应在 15 个工作日内完成复核，并将复核结果反馈至社区事务受理服务中心，由社区事务受理服务中心代为告知申请人。

申请人对复核结果仍有异议的，可在收到复核评估结果 7 个工作日内，通过原申请渠道提出终核申请，由市卫生健康委、市民政局确定的市级评估机构进行终核评估。终核结果为最终结果。

## **（三）期末评估**

评估结果有效期一般不超过 2 年。评估结果有效期届满前 60 天内，申请人应重新申请评估，期末评估流程参照初次评估流程。申请人在原评估结果有效期内申请期末评估的，评估期间继续享受原长护险待遇。因个人原因超过评估结果有效期重新申请的，视作期末评估。

## **（四）状态评估**

申请人因 3 个月内发生急诊留观或住院等情况而导致身体状况和生活自理能力发生明显变化的，可在评估结果有效期内申请状态评估。状态评估不得重复申请，评估流程参照初次评估，评估期间继续享受原长护险待遇。确有特殊情况需申请状态评估的，由区医保部门会同区民政、卫生健康等部门或申请人所在街道进行确认。

按照《上海市老年照护统一需求评估结果修正工作指引》（沪

医保待遇发〔2022〕35号)的有关规定,区医保、卫生健康、民政部门按照各自职责,主动发现并排摸确认的评估对象,可组织安排进行状态评估,重新确定失能等级。评估对象应配合接受状态评估,并按状态评估等级享受长护险待遇。

### **三、护理服务**

对于申请居家上门照护的服务对象,区医疗保险事务中心(以下简称“区医保中心”)将其信息通过长期护理保险信息系统(以下简称“信息系统”),通知提供居家上门照护的相关定点护理服务机构。定点护理服务机构应在确认评估报告有效后的5个工作日内制定服务计划,安排护理服务。

对于申请养老机构照护的服务对象,区医保中心将其信息通过信息系统通知提供养老机构照护的定点护理服务机构。对于入住养老机构的服务对象,定点护理服务机构应在确认评估报告有效后的1个工作日内为其制定服务计划,安排护理服务;对于尚未入住养老机构的服务对象,定点护理服务机构应按规定的先后顺序,接受服务对象入住。

#### **(一) 制定护理计划**

**居家上门照护:** 定点护理服务机构应根据评估等级,按照长护险护理服务的有关规定,由执业护士、中级及以上养老护理员或具备2年以上工作经验的养老护理员(医疗照护)初步制定服务计划,并指定护理服务人员当面向服务对象或家属征询意见。首次征询意见的护理服务人员必须是服务计划制定者本人。定点护理服务机构应建立护理质控小组,进行集体讨论,并结合征询

意见确定服务计划，形成《长期护理保险服务计划表》，并将相关信息录入信息系统。

**养老机构照护：**对于入住养老机构的服务对象，定点护理服务机构应在确认评估报告有效后的 1 个工作日内为其制定服务计划，并录入系统。

## **（二）安排护理服务**

定点护理服务机构在确定服务计划后，安排有资质的护理服务人员按护理计划实施护理服务，并由服务对象、家属或监护人签字认可。原则上对同一服务对象，护理服务人员应相对固定。

## **（三）服务确认和护理访护**

服务对象在接受护理服务后，护理服务人员应如实填写护理记录，并由服务对象确认服务内容、服务时间等相关信息。定点护理服务机构按月（自然月，下同）汇总形成《长期护理保险服务确认报告》，并于次月 1 日至 5 日（遇国定节假日顺延）向区医保中心提交。

定点护理服务机构应定期安排工作经验丰富的护理人员询问服务对象，依据护理人员服务态度、服务质量等客观记录访护评价，形成《长期护理保险护理访护评价报告》，并录入信息系统。

## **（四）护理服务计划变更**

服务对象的评估等级发生变化，由护理服务机构制定新的服务计划并录入系统。服务对象因病情或身体机能发生轻微变化、未经状态评估，或经状态评估后护理需求等级未发生变化，须调



整原服务计划的，护理服务人员应及时向定点护理服务机构提出，由护理质量控制小组审核确认后，方可对原服务计划进行变更并录入系统，安排护理人员提供护理服务。

### **（五）护理服务机构变更**

护理服务对象因本人需要（限居住地变更）或与提供护理服务的定点护理服务机构协商后，可申请变更定点护理服务机构；在提出变更申请前，需完成与原定点护理服务机构的费用结算，并由原定点护理服务机构在信息系统中完成相应操作。

定点护理服务机构在接收由其他定点护理服务机构转入的服务对象时，应确认该服务对象的评估有效期及原服务计划，做好与原护理服务计划的衔接。

### **（六）护理服务暂停**

护理对象因患病住院、外出等原因，需暂停护理服务，应及时告知定点护理服务机构，由定点护理服务机构协助填写，并通过信息系统上报《暂停（或终止）长期护理保险服务的说明》。

若护理对象出现上述原因需暂停服务但未主动说明，护理服务人员应在发现后及时通知服务对象书面报告定点护理服务机构，由定点护理机构进行上述操作。

如在评估有效期内暂停原因消除的，护理服务对象可向原定点护理服务机构申请恢复护理服务。由定点护理服务机构通过信息系统向区医保中心提出申请，并经同意后继续为服务对象提供护理服务。

服务对象因住院暂停居家上门照护或养老机构照护护理服

务，出院后仍需护理服务但评估有效期已满的，应重新申请评估。

暂停护理服务期间，评估有效期不予顺延。

#### **（七）护理服务终止**

服务对象因到外省市、国外定居或因病去世等原因终止服务，或其评估有效期届满后未按要求提出期末评估的，其长护险服务支付待遇终止。定点护理服务机构应通过信息系统上报《暂停（或终止）长期护理保险护理服务的说明》。

#### **四、结算**

根据《上海市长期护理保险结算办法（试行）》（沪医保待遇发〔2022〕4号）的要求进行申报结算。

本细则自 2023 年 10 月 10 日起施行，有效期至 2028 年 10 月 9 日。