

上海市医疗保障局

沪医保规〔2026〕3号

关于印发修订后的《上海市老年照护 统一需求评估办理流程 and 协议管理 实施细则（试行）》的通知

各有关单位：

根据《上海市长期护理保险试点办法》（沪府办规〔2025〕19号）和《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）的有关规定，现将修订后的《上海市老年照护统一需求评估办理流程 and 协议管理实施细则（试行）》印发给你们，请认真按照执行。

上海市医疗保障局

2026年5月12日

上海市老年照护统一需求评估办理流程和 协议管理实施细则

(试行)

一、部门职责

市医疗保障局负责制定完善评估办理流程,对定点评估机构实施协议管理。市医疗保险事业管理中心(以下简称“市医保中心”)负责长期护理保险(以下简称“长护险”)定点评估机构协议化管理经办工作,并履行相应的经办管理职责。

各区医疗保障局负责本辖区内长护险需求评估办理流程和协议管理工作。区医疗保险事务中心(以下简称“区医保中心”)负责做好长护险需求评估经办和定点评估机构协议化管理具体工作。

二、定点评估机构基本条件

定点评估机构需具备以下条件:

- (一)依法独立登记的社会服务机构或企事业单位。
- (二)具有稳定的评估人员、办公场所,良好的财务资金状况。
- (三)具备完善的人事管理、财务管理、档案管理、评估业务管理、质量控制管理等制度。
- (四)配备符合本市长护险信息联网和管理要求的计算机管理系统,并有相应的管理和操作人员。

三、评估人员配置

评估人员经培训合格，由定点评估机构聘用，从事评估工作，按照专业技术背景，分为 A、B 两类。

评估机构评估人员总数不少于 10 人，其中专职评估人员不少于 5 人。同时，评估机构至少应有 5 名取得 B 类评估员资质的评估员。评估机构负责人和评估人员无相关违法违规等不良记录。

四、协议管理

符合行业管理部门评估要求以及本实施细则规定的评估机构，可根据自身服务能力，自愿向所在区医保中心提出申请。

经区医保中心审核后，由市医保中心与符合条件的评估机构签订评估服务协议，成为定点评估机构。市医保中心应向社会公布定点评估机构名单。各区可探索招投标等形式，对申请的评估机构进行择优遴选，提高评估质量。

五、评估工具和评估标准

定点评估机构组织评估人员上门完成评估调查，并如实记录《上海市老年照护统一需求评估调查表》。按照上海市老年照护统一需求评估标准确定的分级规则，通过评估标准制定部门提供的评估计分软件对评估调查记录给予综合计分评级。

六、初次评估流程

初次评估指评估对象首次申请评估，流程如下：

（一）评估申请

评估对象可由其本人（或其监护人、代理人，以下统称“申请人”）通过街镇社区事务受理服务中心或分中心（以下简称“社区事务受理中心”）就近办理，填写书面申请，并提交身份证明。

重度残疾等有特殊困难的评估对象，可通过政务服务平台在线申请评估。评估有效期满，再次提出申请的，各区可通过政务服务平台，提供在线申请渠道，方便申请人多元化办理。

（二）受理和审核

经审核，对符合申请条件的予以受理；不符合申请条件的，社区事务受理中心将结果告知申请人。

（三）评估开展

定点评估机构应当在 15 个工作日内完成评估工作。

1. 定点评估机构应当在收到申请信息后完成现场评估调查、录入评估调查记录、集体评审等评估工作。

2. 现场评估人员不得少于 2 人，其中 B 类评估员不少于 1 名。

3. 录入评估调查记录并使用评估计分软件计分评级后，定点评估机构应组织 3 人及以上评估小组（其中至少 2 名 B 类评估员）进行集体评审。

鼓励各区积极探索，在现场评估中同步采集评估影像资料，作为复查复核及评估管理的依据。

（四）评估公示

根据定点评估机构提供的评估结论，由社区事务受理中心采取适当方式，在申请人所在居（村）委或社区事务受理中心等处进行公示，接受社会监督，公示期为 7 天。公示期间，如接到相关反馈的，定点评估机构应进行核查处理。

公示结束后，出具《长期护理保险护理需求评估报告》（附件 1）和《长期护理保险护理需求评估结论告知书》（附件 2），并将告知书反馈至原申请受理的社区事务受理中心。

（五）结论告知

社区事务受理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论。

七、期末评估

评估结论有效期一般不超过 2 年。评估对象应在评估结论有效期届满前的 60 日内，向社区事务受理中心提出期末评估的书面申请，期末评估流程参照初次评估流程。评估对象在原评估结论有效期内申请期末评估的，评估结论有效期顺延，继续享受原长护险待遇。期末评估结论生效后，原评估结论自动失效。

八、状态评估

评估对象因下列情况导致失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满 6 个月的，可在评估结论有效期内申请状态评估：

（一）半年内发生急诊留观或住院等情况的；

（二）确有特殊情况需申请状态评估，由区医保部门会同区民政、卫生健康等部门共同确认或通过走访评估对象所在地确认的。

状态评估流程参照初次评估，评估期间继续享受原长护险待遇。状态评估结论生效后，原评估结论自动失效。

在评估结论有效期内，符合下列情况的，区医保部门可组织安排定点评估机构对评估对象进行状态评估，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：

（一）在日常管理、监督检查中发现评估结论存在异常的；

(二)经社区卫生服务中心或其他经授权的第三方机构,判断评估对象在评估有效期内失能状态发生变化、可能影响待遇享受的。

九、复核和终核评估

评估对象对评估结论有异议的,在收到评估结论告知书之日起的10个工作日内,可向其原申请评估的社区事务受理中心提出复核申请。申请复核评估的,评估期间按当前有效的评估结论享受待遇。复核评估结果生效后,按复核评估结论享受长护险待遇。

开展复核的评估机构应在15个工作日内完成复核评估,录入长护险信息系统,出具评估报告和告知书,并按照初次评估告知规定执行。复核评估时,参与初评的评估机构或评估人员应予以回避。

评估对象对复核评估结论仍有异议的,可在收到复核评估结论告知书之日起的7个工作日内,通过原受理渠道提出终核申请。终核评估结论为最终结果。

十、评估费用

市医保中心与定点评估机构通过服务协议,约定评估费用的协议价格。协议价格参照本市长期护理保险评估费项目的收费标准约定(收费标准为每次200元)。因申请长护险待遇发生的初次评估、期末评估和状态评估费用,由长护险基金支付80%,其余部分由个人自负。由相关管理部门组织安排状态评估的,个人自负部分评估费用可免于收取。

复核评估或终核评估结论与原评估结论一致的，评估费用由评估对象承担；不一致的，复核评估费用由初次评估机构承担，终核评估费用由复核评估机构承担。

十一、监督管理

定点评估机构应将评估人员信息申报至市医保中心，由市医保中心纳入信息化管理，方可进行长护险费用结算。

医保部门应结合协议履行、投诉举报、日常考核等情况，综合利用信息技术等手段，或联合卫生、民政等部门，对定点评估机构及评估人员进行监督检查。

参保人员在申请、接受长期护理保险评估时提供虚假信息或者材料的，以及定点评估机构确定的评估等级与参保人员真实情况不符的，医保部门根据《上海市医疗保障条例》追究法律责任，发现违法行为涉嫌构成犯罪的，移送公安机关。

十二、其他

本实施细则自 2026 年 5 月 15 日起施行，有效期至 2028 年 5 月 14 日。

- 附件：1.长期护理保险护理需求评估报告（参考样张）
2.长期护理保险护理需求评估结论告知书（参考样张）

附件 2

长期护理保险护理需求评估结论告知书

(参考样张)

_____老人(身份证号: _____), 您申请的_____
(评估类型), 经_____ (评估机构名称) (联系电话: _____)
开展的老年照护统一需求评估, 确认您的评估结论为老年照护统一需求评
估照护____级(如原有评估等级的, 原评估等级自动作废)。评估结论有
效期为: _____年____月____日至_____年____月____日。

根据评估结论, 您可以享受/暂不享受《上海市长期护理保险试点办
法》规定的相应长护险待遇。

如您对评估结论有异议的, 可在接到此评估结论告知书后 10 个工作
日内通过原申请评估的社区事务受理中心提出复核申请。

如您希望在评估结论有效期满后继续享受长护险待遇, 请于评估有效
期满前 60 日内, 通过社区事务受理中心提出长护险需求评估的申请, 否
则, 您的长护险待遇将在有效期满后自动终止。

评估机构:

_____年____月____日

温馨提示

您在申请评估时已选择的护理机构为_____ (护理机构
名称) _____ (联系电话: _____)。

(此页无正文)

(此页无正文)

抄送：上海市医疗保险事业管理中心

上海市医疗保障局办公室

2026年5月12日印发
