

梅州市长期护理保险经办服务事项清单

主项	子项序号	子项		办理材料	办理层级	办理时限	业务流程	责任部门
一、参保缴费	1	职工参保人员筹资		——	市	每月底前，按月划转	市医疗保障经办机构应在每月底前，完成上月职工参保人员的长护险资金划转工作。	市医疗保障经办机构
	2	居民参保人员筹资		——	市	每年4月底前	市医疗保障经办机构于每年4月底前，根据市医疗保障行政部门和市财政部门核准的筹资标准，从城乡居民基本医疗保险基金中统一划转。	市医疗保障经办机构
二、失能等级评估	3	初次评估	评估申请	1. 申请人有效身份证件或参保凭证； 2. 《梅州市长期护理保险失能等级评估申请表》； 3. 住院病历或诊断证明； 4. 由他人代办的，还须提供代办人有效身份证件等相关材料。	县（区）	每月15日前，即时办理； 每月15日后，预受理，次月统一正式受理。	申请人或其监护人、委托代理人可向居住地医疗保障经办机构提出长护险失能等级评估申请，并提交相关材料。受理通过的，出具《梅州市长期护理保险失能等级评估申请受理通知书》；受理不通过的，出具《梅州市长期护理保险失能等级评估申请不予受理通知书》。	委托的第三方机构、县级医疗保障经办机构
	4		受理审核	——	县（区）	3个工作日	由委托的第三方机构指派专人负责受理审核。	委托的第三方机构
	5		评估费收取	——	县（区）	即时办结	由委托的第三方机构派出的评估员在现场评估前开展线上代收工作。	委托的第三方机构
	6		走访调查	梅州市长期护理保险失能等级评估走访调查报告	县（区）	现场评估当天	未提供住院病历等证明失能情况持续6个月以上的人员或评估人员在开展现场评估后发现有点疑点的，由评估员在现场评估的同时进行走访调查。	委托的第三方机构
	7		现场评估	——	县（区）	10个工作日	由委托的第三方机构负责组织评估，应派至少2名评估人员上门，其中1名为评估专家，医疗保障经办机构负责对评估流程的合规性进行监督和开展定期抽查工作。	委托的第三方机构、县级医疗保障经办机构
	8		提出结论	——	县（区）	现场评估当天	由长护服务中心负责对评估结论进行复核。	委托的第三方机构
	9		评估结论公示	《梅州市长期护理保险失能等级评估结论公示情况表》	县（区）	公示期5个工作日	评估结论达到重度失能等级的，委托的第三方机构应在现场评估结束后5个工作日内，将评估结论提交至所属医疗保障经办机构。医疗保障经办机构应在收到评估结论的2个工作日内，通过公众号、官方网站等渠道公示评估结论，接受社会监督，公示期为5个工作日。	委托的第三方机构、县级医疗保障经办机构

主项	子项序号	子项		办理材料	办理层级	办理时限	业务流程	责任部门
二、失能等级评估	10	初次评估	出具结论书	《梅州市长期护理保险失能等级评估结论书》	县（区）	2个工作日	公示期结束后，委托的第三方机构应在2个工作日内，将符合重度失能等级的人员名单报送至所属医疗保障经办机构，由医疗保障经办机构出具评估结论书。	委托的第三方机构、 县级医疗保障经办机构
	11		结论书送达	《梅州市长期护理保险失能等级评估结论书》	县（区）	3个工作日	委托的第三方机构应在评估结论书出具后3个工作日内，可通过线上或线下方式向评估对象或其监护人送达评估结论书。	委托的第三方机构
	12	争议复评	复评申请	《梅州市长期护理保险失能等级复评申请表》	市、县（区）	5个工作日内	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，应在评估结论送达之日起5个工作日内，向居住地医疗保障经办机构提交书面复评申请。	县级医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
	13		复评资料移交	——	市、县（区）	2个工作日	居住地医疗保障经办机构应在受理复评申请后2个工作日内向市医疗保障经办机构提交复评申请及相关材料。	市医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
	14		现场复评、结论审议、复评结论	《梅州市长期护理保险失能等级复评结论书》	市	15个工作日	由委托的第三方机构协助市医疗保障经办机构组织复评，复评原则上不少于2名评估专家参加，参加初次评估人员须回避。复评结论书由市医疗保障经办机构出具，复评结论为最终评估结论，不再进行公示。	市医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
	15		结论书送达	《梅州市长期护理保险失能等级复评结论书》	县（区）	3个工作日	委托的第三方机构应在评估结论书出具后3个工作日内，可通过线上或线下方式向评估对象或其监护人送达评估结论书。	市医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
	16	重新评估		——	县（区）	30个工作日	重新评估流程同初次评估流程保持一致。	同初次评估流程保持一致
三、护理服务需求申请和管理	17	选定定点长护服务机构		——	县（区）	即时办结	经评估为重度失能人员的，自评估结论作出次月起，可根据本人的护理服务需求向居住地医疗保障经办机构申请选定居住地的定点长护服务机构，一般一年一定。	委托的第三方机构

主项	子项序号	子项	办理材料	办理层级	办理时限	业务流程	责任部门
三、护理服务需求申请和管理	18	变更定点长护服务机构	《梅州市长期护理保险护理方式变更申请表》	县（区）	即时办结	参保人员确因居住地迁移等情形需要变更选点的，可向居住地医疗保障经办机构申请办理变更手续，并按规定填写《梅州市长期护理保险护理方式变更申请表》。	委托的第三方机构
	19	暂停或恢复长护险待遇	《梅州市长期护理保险暂停/恢复待遇申请表》	县（区）	即时办结	失能参保人员因病住院治疗的，应在办理住院手续后2个工作日内，向定点长护服务机构申请暂停长期护理保险服务；出院后申请恢复长期护理保险服务的，需提前向定点长护服务机构提出申请。	定点长护服务机构
	20	签订护理服务协议	——	县（区）	2个工作日	定点长护服务机构须在协议签订后2个工作日内，将协议信息上传至长期护理保险信息管理系统备案。	定点长护服务机构
	21	变更服务方式	《梅州市长期护理保险护理方式变更申请表》	县（区）	即时办结	失能参保人员需要变更服务方式的，须向居住地医疗保障经办机构办理服务方式变更并填写《梅州市长期护理保险护理方式变更申请表》，自办理变更手续次月1日起，按新的服务方式结算。	委托的第三方机构
四、长护服务机构申请定点协议管理	22	协议管理	办理材料、办理时限、办理环节按照《梅州市医疗保障局关于做好长期护理保险护理服务机构定点管理工作的通知》（梅市医保函〔2025〕57号）执行				县级医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
五、费用结算	23	定点长护服务机构费用结算数据上传	护理服务费用结算清单	市	每月10日前	定点长护服务机构须在每月10日前，通过长护险信息管理系统完整上传上月服务费用结算数据。委托的第三方机构根据待遇标准，协助完成结算数据审核及核算。	定点长护服务机构 委托的第三方机构
	24	定点长护服务机构费用结算资金拨付	资金支付汇总表、明细表	市	每月25日前	委托的第三方机构于每月25日前将结算资金拨付至市医疗保障经办机构指定账户，并同步提交加盖公章的资金支付汇总表、明细表，作为市医疗保障经办机构资金拨付依据。市医疗保障经办机构收到委托的第三方机构拨付资金后，应在规定时间内拨付至各定点长护服务机构。	委托的第三方机构、 县级医疗保障经办机构
	25	护理服务结算费用年度清算	——	市	——	委托的第三方机构应预留当年度12月份的长护险结算费用作为质量保证金，待年度考核评定结果确定后，再与定点长护服务机构进行年度清算。	委托的第三方机构、 县级医疗保障经办机构

主项	子项序号	子项	办理材料	办理层级	办理时限	业务流程	责任部门
五、费用结算	26	评估费用结算	——	市	——	评估费用由委托的第三方机构与市医疗保障经办机构按照协议约定进行结算。	市医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合
六、基金监管	27	定点长护服务机构核查	——	市、县（区）	——	各级医疗保障经办机构对定点长护服务机构、委托的第三方机构核查实现100%全覆盖，对经评估为重度失能等级的参保人员年度抽查比例不低于10%。通过信息技术、抽查随访、满意度调查等手段，加大对定点长护服务机构及其人员跟踪管理，加强协议履行情况管理。	医疗保障经办机构牵头，委托的第三方机构配合