长期护理保险失能等级评估机构 定点管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为加强长期护理保险失能等级评估机构定点管理，保障参保人合法权益，根据《国家医保局 财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》（××号）有关规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于长期护理保险失能等级评估机构定点管理工作。

第三条 长期护理保险失能等级评估机构定点管理应坚持以人民为中心，遵循公平公正、规范透明、权责明晰、动态平衡的原则，不断提升定点管理效能，促进评估行业有序发展，为参保人提供客观公正的评估服务。

第四条 国家医疗保障行政部门负责制定评估机构定点管理有关规定。国家医疗保障经办机构依据本办法拟定评估服务协议范本，指导地方做好评估机构定点管理服务工作。

省级医疗保障部门在本办法基础上，根据实际情况制定实施细则。统筹地区医疗保障行政部门在申请受理、审核确

定、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构、定点评估机构等的有关行为进行监督。统筹地区医疗保障经办机构负责确定定点评估机构，签订评估服务协议，依服务协议进行管理。

第二章 定点评估机构确定

第五条 定点评估机构应具备专业性、稳定性、权威性。申请成为定点评估机构，应当同时具备以下基本条件：

- （一）依法登记注册，能够开展失能等级评估工作，正式运营至少 3 个月；
- （二）具备与评估工作相适应的专业化人员队伍；
- （三）具有固定的办公场所，配备符合评估服务协议要求的软、硬件设备和相应管理维护人员；
- （四）具备使用全国统一的医保信息平台长期护理保险相关功能的条件；
- （五）具有符合服务协议要求的服务管理、财务管理、信息统计、人员管理、档案管理等制度；
- （六）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第六条 评估机构可自愿向统筹地区医疗保障经办机构提出定点申请。统筹地区医疗保障经办机构受理申请后，应及时组织对申请材料进行初步审核。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料。不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

第七条 初步审核通过后，统筹地区医疗保障经办机构应根据本办法第五条规定，采取书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织对申请机构进行综合审核。

统筹地区医疗保障经办机构应将审核结果报同级医疗保障行政部门备案。审核通过的，应将其纳入拟签订服务协议评估机构名单，并向社会公示。审核未通过的，应告知其理由。

第八条 统筹地区医疗保障经办机构与符合条件的评估机构通过平等协商谈判，自愿签订评估服务协议，并向同级医疗保障行政部门备案。逐步过渡至按照政府采购制度规定确定定点评估机构的方式。

第九条 统筹地区医疗保障经办机构应向社会公布签订评估服务协议的定点评估机构名单。

第十条 评估机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）采取伪造、篡改申请材料等不正当手段申请长期护理保险定点评估机构，自发现之日起未满3年的；

（二）因违法违规解除评估服务协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（三）因严重违反评估服务协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（四）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（五）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十一条 统筹地区医疗保障行政部门应综合考虑失能人员总体规模、评估行业发展实际、管理服务能力等，合理确定当地定点评估机构数量。

第三章 定点评估机构运行管理

第十二条 定点评估机构应当遵守长期护理保险有关政策规定，按照评估服务协议要求，加强内部建设，确保评估质量和评估结论准确性。

第十三条 定点评估机构应建立健全内部质量控制制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制。

第十四条 定点评估机构应建立人员管理制度，加强日常管理，规范评估工作行为。按规定组织评估人员参加业务培训，定期组织内部培训，确保评估人员熟悉长期护理保险相关政策、掌握评估技能。

第十五条 定点评估机构应建立评估档案管理制度，按要求做好失能等级评估申请材料、评估过程相关记录、失能等级评估结论书、内部管理控制相关记录等档案的留存归档。协议期限届满或协议终止前应及时将完整档案移交统筹地区医疗保障经办机构。

第十六条 定点评估机构应建立长期护理保险信息安全管理制，明确信息安全管理责任，确保信息安全。未经医疗保障经办机构书面同意，不得向任何机构或个人提供档案信息（法律有规定的除外）。

第十七条 定点评估机构应逐步推进使用全国统一医保信息平台长期护理保险失能等级评估相关功能模块和长期护理保险信息业务编码，做好定点评估机构和评估人员编码信息动态维护工作。

第十八条 定点评估机构应配合医疗保障经办机构开展日常检查、评估结论抽审、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第十九条 定点评估机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、经营范围、机构性质等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区医疗保障经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。信息变更后，定点评估机构不符合本办法规定的，应当解除定点协议。

第四章 监督管理

第二十条 统筹地区医疗保障行政部门指导医疗保障经办机构在服务协议中明确定点评估机构退出规则，并明确协议中止、解除协议等措施的适用情形、具体处理程序要求等。

第二十一条 统筹地区医疗保障经办机构结合质量管理、投诉举报、日常考核等情况，综合利用信息技术等手段，组织对定点评估机构和评估人员进行履约管理。发现违约行为，应当按照服务协议及时处理。医疗保障经办机构作出中止和解除协议等处理时，要报告同级医疗保障行政部门。

第二十二条 统筹地区医疗保障经办机构应组织对定点

评估机构开展绩效考核，考核结果与评估费用支付、协议续签等挂钩。绩效考核办法由地市级及以上医疗保障行政部门制定。

第二十三条 医疗保障行政部门通过实地检查、抽查、智能监控等方式，对定点评估机构协议履行情况进行监督，对医疗保障经办机构工作进行指导和监督。发现定点评估机构存在违约情形的，应当及时责令医疗保障经办机构按照协议处理。属于法律、法规和规章规定范畴的，依法给予行政处罚。涉嫌违法犯罪的，依法移送司法机关处理。

第二十四条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点评估机构进行社会监督，畅通投诉举报渠道，及时发现问题并进行处理。

第五章 附则

第二十五条 依托医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等实施评估的地方，对有关机构的管理，参照本办法执行。

第二十六条 本办法由国家医疗保障局负责解释，自印发之日起施行。