黑龙江省长期护理保险定点失能等级评估机构服务协议范本（试行）

（征求意见稿）

甲方（医疗保障经办机构）：

医疗保障经办机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：乙方（定点失能等级评估机构）：

定点机构代码：

法定代表人：

地址：

邮政编码：

联系电话：

为加强和规范长期护理保险失能等级评估机构（以下简称“评估机构”）定点管理，根据《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）》《长期护理保险经办规程（试行）》等有关政策，双方在自愿、平等、协商的基础上，就长期护理保险（以下简称“长护险”）失能等级评估有关事宜签订如下协议：

1. 总则

第一条 甲乙双方应当认真贯彻执行省、市有关长护险政策法规及本统筹区医疗保障、卫生健康、民政、市场监管等部门的文件规定，规范本地长护险评估机构定点管理，确保评估结论符合规定。

第二条 本协议适用于实施长护险制度统筹区评估机构的定点管理。

第三条 乙方为长护险参保人员提供失能等级评估服务，适用本协议。

第四条 甲乙双方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，为参保人提供公平公正的评估服务。

第五条 甲乙双方应当正确行使职权，双方有权监督对方执行相关政策法规和履行职责的情况，向对方提出合理化建议，举报或投诉对方工作人员的违法违规行为。

第六条 甲方可将定点评估机构申请资料受理审核、协助评估、协助审核核查、费用初审等工作委托具有资格的第三方机构承担，乙方对第三方机构受托开展的工作应当予以配合。

第二章 双方权利义务

第七条 甲方享有以下权利：

（一）有权掌握乙方的运行管理情况，通过远程获取或查询端口开放的形式，从乙方获得长护险失能评估、费用审核、绩效考核等相关的全量数据信息；

（二）有权对评估结果组织复评，乙方应予以配合；

（三）有权调查、处理乙方违约行为，发现乙方存在违反协议约定情形的，根据协议约定采取相应处理；

（四）法律法规和规章规定的其他权利。

第八条 甲方应履行以下义务：

（一）向社会公布签订、中止及解除协议的定点评估机构信息，包括名称、地址等；

（二）及时向乙方通报长护险法规政策和管理制度、操作规程的变化情况，并接受乙方咨询；

（三）会同有关部门建立健全评估人员规范化培训机制，督促乙方做好失能评估人员的培训和日常管理工作，提升人员队伍专业化水平；

（四）完善费用支付流程，按规定及时审核结算并向乙方支付应当由长护险基金支付的费用；

（五）向乙方提供医保信息平台长护险功能模块数据集、接口标准和编码标准；

（六）对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明；

（七）遵守个人信息保护和数据安全有关制度，保护参保人员个人信息及乙方商业秘密；

（八）法律法规和规章规定的其他义务。

第九条 乙方享有以下权利：

（一）按协议约定及时足额获得应由甲方支付的评估费用；

（二）有权对争议费用和核查处理情况与甲方沟通、申辩。要求甲方对不予支付的费用和作出的违约处理结果进行解释说明。对处理结果仍有异议的，可提请同级医疗保障行政部门协调处理；

（三）对甲方履约情况进行监督，举报或投诉甲方及工作人员的违法违纪违规行为；

（四）甲方违反协议的，有权要求甲方纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（五）有权及时获知长护险政策、费用结算流程等调整情况；

（六）有权要求甲方提供医保信息平台长护险功能模块数据集、接口标准和编码标准；

（七）法律法规和规章规定的其他权利。

第十条 乙方应履行以下义务：

（一）遵守长护险有关政策规定，按照协议要求，加强内部建设，确保评估质量和评估结论准确性；

（二）按照《长期护理保险失能等级评估管理办法（试行）》等有关规定，组建失能评估人员队伍；

（三）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；

（四）建立人员管理制度，加强日常管理，按规定组织评估人员参加业务培训，定期开展内部培训，确保评估人员熟悉长护险相关政策，掌握评估技能；

（五）建立服务管理和上门评估风险告知制度，规范评估行为，充分告知评估中存在的风险事项；

（六）建立评估档案管理制度，按“一人一档”的要求做好失能等级评估申请材料、评估过程相关记录、评估结论书、内部管理控制相关记录等资料的留存归档。协议期限届满前，根据甲方规定及时将完整纸质档案或电子档案移交甲方；

（七）建立长护险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，确保信息安全。未经甲方书面同意，不得向任何机构或个人提供工作中涉及的参保人员等信息（法律有规定的除外），且不能利用参保人员信息从事其他类商业行为；

（八）按照全国统一的接口和编码规范实现与全国统一的医保信息平台长护险功能模块联通，并按规定及时全面准确上传审核和结算所需的有关数据。强化长护险功能模块应用，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用工作；

（九）配合甲方的日常检查、评估结论抽审、考核评价等工作，接受统筹区医保行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料；

（十）协议期间，乙方重要信息（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）发生变更时，应当自有关部门批准之日起30个工作日内，向甲方提出变更申请。其他一般信息变更应及时告知。信息变更后，应及时办理协议变更手续；

（十一）不得同时承担依评估结论而开展的长期护理服务工作，不得同时承担长护险经办工作；

（十二）法律法规和规章规定的其他义务。

第三章 失能评估管理

第十一条 甲方接受参保人员失能评估申请后予以审核，审核通过后向乙方派单，乙方不可选择性接单，应及时开展失能评估工作。

第十二条 乙方开展失能评估时，应至少派2名评估人员上门评估，其中至少有1名评估专家。

现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南，采集信息，开展评估。须有至少1名评估对象的监护人或委托代理人在场。可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况，做好调查笔录和视频录像，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。

第十三条 现场评估人员可直接提出评估结论的，由现场评估人员提出评估结论。现场评估人员不能直接提出评估结论的，由乙方组织评估专家依据现场采集信息，提出评估结论。评估结论应经过至少2名评估专家的评估确认。

第十四条 评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，甲方和乙方应当在一定范围内公示评估结论，接受社会监督。

不符合待遇享受条件的，或符合待遇享受条件经公示无异议的，乙方出具评估结论书。甲方向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。原则上评估结论书应在申请受理之日起30个工作日内送达。

第十五条 乙方依据现场采集信息，提出护理服务建议。

第十六条 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、第三人对公示评估结论有异议的，经甲方核实反映情况属实的，甲方可组织复评。复评原则上有不少于2名评估专家参加，参加初次评估的定点评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终评估结论。

第四章 费用结算

第十七条 乙方应当严格执行政策规定的费用结算标准，按要求及时向甲方报送评估服务费用清单（或规范票据），并对其真实性负责。

第十八条 甲方应当建立费用审核机制，根据实际评估人数和评估费用明细，对乙方评估费用结算等申报资料进行审核。对经审查核实违规的，不予支付。

第十九条 根据法律法规和规定或者协议有关约定，对应当追回向乙方已拨付费用的，甲方有权进行追回，乙方应当严格落实退回时限和方式。未按要求的时限或方式退回的，甲方有权中止与乙方的协议，并通过法律途径进行追回。

第五章 考核管理

第二十条 甲方加强对乙方评估协议履行情况的日常核查，由甲方或甲方委托的第三方机构，定期或不定期对乙方作出的评估结论以及履行协议情况进行核查。乙方应当对甲方或甲方委托的第三方机构在日常检查工作中查阅参保人员有关资料、询问当事人、现场核查等予以配合。乙方应当确保提供的资料和传输的评估费用数据真实、准确、完整。

第二十一条 甲方或甲方委托的第三方机构对乙方履行评估协议情况开展绩效考核，重点考核基础管理、评估质量、评估时限、费用结算、信息系统等。考核指标、考核标准实行动态管理，根据情况适时调整。具体考核指标、考核标准内容及考核等级设置，由甲方结合实际另行规定。

第二十二条 日常检查、考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。

第二十三条 甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，应首先通过协商解决。协商不能达成一致的，可提请同级医保行政部门协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或直接提起行政诉讼。

第二十四条 甲方应通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式定期对乙方进行社会监督，畅通投诉举报渠道，及时发现问题并进行处理。

第六章 违约责任

第二十五条 甲方发现乙方存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

（一）约谈定点评估机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（二）暂停或不予拨付评估费用；

（三）追回已支付的评估费用；

（四）要求定点机构按照协议约定支付违约金；

（五）中止相关责任方（人员）提供涉及长护险基金使用的相关服务；

（六）中止或解除协议。

第二十六条 甲方有下列情形的，乙方可要求纠正，或提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改：

（一）未及时告知乙方长护险政策和管理制度、操作流程变化情况的；

（二）未按本协议规定进行费用结算的；

（三）未提供长护险功能模块接口和编码标准的；

（四）未对作出的违约处理结果向乙方进行解释说明的；

（五）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息或乙方商业秘密泄露的；

（六）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

（七）其他违反法律法规和规章或者协议约定的行为。

第二十七条 乙方有下列违约情形之一，但未造成长护险基金损失的，甲方可对乙方作出约谈整改、通报等处理：

（一）未按照本协议约定落实相关管理要求的；

（二）未按甲方要求及时、准确、完整提供资料的；

（三）被参保人员合理投诉且确认投诉成立的，或未及时处理参保人员投诉和社会监督反映问题的；

（四）未按规定建立长护险失能等级评估内部相关管理制度或管理制度不健全、管理混乱的；

（五）未按照规定的评估流程、标准、时限开展失能等级评估工作，但对评估结论未造成实质影响的；

（六）违反本协议约定或长护险相关政策的其他情形，未造成基金损失的。

第二十八条 乙方有下列违约情形之一的，或有前述违约情形造成社会影响较大的，暂停拨付评估费用，督促其限期整改，整改到位的，暂停拨付期间乙方发生符合规定的评估费用由甲方予以结算：

（一）未按照甲方提供的接口和编码标准进行程序开发和改造的；

（二）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息泄露的；

（三）未按照规定的评估流程、标准、时限开展失能等级评估工作，且对评估结论造成实质影响；

（四）未及时、准确、完整提供甲方要求的结算资料，上传的服务信息和费用申报信息与实际发生费用不一致的；

（五）其他对基金拨付造成影响，乙方应予以整改的情形。

第二十九条 乙方有下列违约情形之一的，或有前述违约情形且造成长护险基金较大损失，或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的评估费用，情形较重的，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%：

（一）未核验被评估参保人员身份信息，造成被他人冒名顶替的；

（二）提供的结算数据与实际不一致的；

（三）未按照规定保管评估档案、财务账目、会计凭证等资料，造成无法核实费用发生及结算真实情况的；

（四）重复、分解、超标准收取评估费用或者自定标准收费；

（五）将不属于长护险支付范围的评估费用纳入结算；

（六）为非定点评估机构提供评估费用结算；

（七）其他造成长护险基金损失的行为。

第三十条 乙方发生下列违约情形之一的，或有前述违约情形且造成长护险基金较大损失，或社会影响较大的，甲方不予支付或追回已支付的评估费用，给予乙方中止协议处理。情形较重的，可要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%：

（一）重大信息变更且未在规定时限内提出变更申请的；

（二）在评估结论有效期内，且参保人身体状况未发生明显改变的情况下，评估结论与医疗保障经办机构抽查时重新评估结论不一致的；

（三）未按规定评估流程、标准、时限开展失能等级评估工作，导致不符合待遇享受条件的参保人通过评估，造成长护险基金损失的；

（四）失能等级评估相关材料及影像档案不全、丢失或损毁的；

（五）评估过程中，现场评估人员与复核人员没有落实回避原则的；

（六）因乙方原因，出现2次及以上拒绝提供失能等级评估服务的，且拒不整改的；

（七）以长护险名义从事其它商业广告和促销活动，利用虚假宣传、返现回扣、赠送礼品等方式，诱导被评估人员或其监护人、委托代理人消费的；

（八）故意捏造、上传虚假评估信息，或与其他人员或机构串通进行虚假评估的；

（九）未完全履行协议被要求限期整改，未能在限期内完成整改且经两次以上约谈仍不能完成整改；

（十）自愿提出中止协议并经协商一致的；

（十一）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第三十一条 乙方发生下列违约情形之一的，或有前述违约情形且性质恶劣的，或造成长护险基金重大损失的，或社会影响严重的，甲方不予支付或追回已支付的评估费用，给予乙方解除协议处理,并有权要求乙方支付违约金，违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%：

（一）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（二）拒绝、阻挠、不配合甲方开展的审核检查，情节恶劣的；

（三）12个月内累计2次中止协议，或者中止协议期间整改不到位的；

（四）出借长护险相关资质或资格的；

（五）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行协议，或有违法失信行为的；

（六）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（七）经查实有欺诈骗保行为；

（八）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（九）自愿提出解除协议并经协商一致；

（十）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第三十二条 造成长护险基金重大损失或其他严重不良社会影响的，乙方法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事长护险定点评估机构管理活动。对乙方有关人员予以暂停3个月至12个月长护险基金支付资格，情节严重的，限制1年至3年从事长护险失能等级评估。

第三十三条 协议履行期间，国家法律法规及相关政策有调整的，应按新的规定执行。若新规定与本协议不一致时，甲乙双方应当采用书面签订补充协议形式，按照新规定对本协议进行修改或补充，补充协议作为本协议的组成部分，与本协议具有同等法律效力。

第三十四条 因乙方原因提出中止协议、解除协议或者不再续签的，应当提前3个月向甲方提出申请。中止时间原则上不超过6个月。中止期间发生的评估费用不予结算。中止期结束时，评估协议未到期的继续履行，评估协议到期的自动终止。

第三十五条 有下列情形之一的，本协议解除：

（一）双方协商一致的；

（二）超过本协议有效期，甲乙双方就续签协议未达成一致的，或乙方未按甲方要求续签协议的，协议到期后自动终止；

（三）因不可抗力致使协议不能履行的；

（四）法律法规和规章规定的其他情形。

第三十六条 涉及暂停或不予拨付费用、中止协议的机构，限制从业的相关人员，以及暂停、取消待遇的参保人员，应期满后向统筹区医疗保障经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长护险基金使用资格。

第七章 退出程序

第三十七条 因各种原因发生评估协议解除等情形的，甲方应指导乙方在规定时限内完成相关服务收尾工作。

（一）退出发起

乙方因机构性质变化导致法律责任主体发生变化或自身原因要求主动退出长护险定点失能等级评估机构的，应提前3个月申请退出。乙方在确保评估工作妥善衔接的基础上，向甲方提交相关材料说明原因申请退出。

（二）退出清算

甲方组织对申请退出机构的评估任务、结算费用、档案资料等方面进行退出审核，开展退出考核。

（三）关闭权限

退出考核通过的，关闭长护险系统结算等使用权限；退出考核不通过的，告知其原因并停止对该机构的评估任务分配，限1个月完成整改并重新申请退出考核，通过后关闭权限。

（四）信息公布

甲方及时向社会公布退出机构信息。

第八章 附则

第三十八条 本协议有效期，自 年 月 日至 年

月 日。

第三十九条 协议续签由定点评估机构提前3个月向统筹区医疗保障经办机构提出申请。统筹区医疗保障经办机构和定点评估机构就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和考核等情况决定是否续签。协商一致的可续签协议，未达成一致的，协议到期后自动终止。

第四十条 统筹区医疗保障经办机构可在本协议范本基础上，结合工作实际，制定本统筹区协议范本。

第四十一条 本协议未尽事宜，经甲乙双方同意，可签订补充协议，补充协议与本协议具有同等法律效力。

第四十二条 本协议一式三份，经甲乙双方代表签字并盖章后生效。甲乙双方各执一份，统筹区医疗保障行政部门备案一份，具有同等效力。