

福州市长期护理保险失能等级评估机构 定点管理办法

第一章 总则

第一条 为加强福州市长期护理保险失能等级评估机构定点管理，切实保障参保人合法权益，根据国家医保局印发的《长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法(试行)》(医保发〔2024〕13号)、福州市人民政府印发的《福州市深入推进长期护理保险制度试点的实施方案》(榕政规〔2023〕15号)有关规定，制定本办法。

第二条 本办法适用于福州市长期护理保险失能等级评估机构定点管理工作。

第三条 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 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(以下简称“医保经办机构”)、委托承办机构、定点评估机构等的有关行为进行监督。医保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，并指导监督委托承办机构做好评估机构的定点管理服务辅助工作。

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) 在福州市依法登记注册的二级及以上公立医疗机构(可适当放宽到较大规模的乡镇卫生院、社区卫生服务中心)、三级以上民营医疗机构、在福州依法注册并具备法医临床司法鉴定资质的机构、劳动能力鉴定资质的机构等在福州依法注册并具备法医临床司法鉴定资质的机构、劳动能力鉴定资质的机构等,鼓励更多具备评估能力和资质的第三方机构加入长期护理保险失能等级评估定点。开展失能等级评估工作的机构,正式运营应不少于3个月;

(二) 医疗机构应具备与评估工作相适应的专业化人员队伍,评估人员总数不少于10人,其中评估专家不少于4人;具有司法鉴定资质、劳动能力鉴定资质的机构应具备与评估工作相适应的专业化人员队伍,专业鉴定人员不少于6人,其中取得中级以上职称的鉴定人员不少于2人,高级职称的鉴定人员不少于1名;

(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) 具备使用长期护理保险信息平台相关功能的条件;

(五) 具有符合服务协议要求的服务管理、质量控制管理、财务管理、信息统计、人员管理、档案管理等制度;

(六) 非福州市长期护理保险定点护理服务机构;

(七) 符合法律法规和医疗保障行政部门规定的其他条件。

第六条 评估机构可自愿向医保经办机构提出定点申请。医保经办机构受理申请后,应及时组织委托承办机构对

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，医保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。

审核通过的，医保经办机构应将其纳入拟签订服务协议评估机构名单，并向社会公示和向医疗保障行政部门备案。审核未通过的，应告知其理由。

第八条 医保经办机构与通过审核、公示的评估机构协商谈判，自愿签订评估服务协议，并向医疗保障行政部门备案。

第九条 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）因违规违法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 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管理相关制度形成部门之间、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、评估结论书、内部管理控制相关记录等档案的留存归档。评估服务协议期届满或协议终止前应及时将完整档案移交医保经办机构。

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责任制度，明确信息安全管理责任，确保信息安全。未经医保经办机构书面同意，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 定点评估机构应按照医保部门要求使用长期护理保险信息平台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保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个工作日内向医保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第五条规定的，应当解除定点协议。

第四章 监督管理

第二十条 医保经办机构在评估机构定点服务协议中应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 医保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。医保经办机构作出中止和解除协议等处理时，要向医疗保障行政部门报备。

第二十二条 医保经办机构应结合日常监管、年度考核、第三方评价，建立评估机构与评估人员的准入、退出动态调整机制。医保经办机构应组织对定点评估机构开展年度考核评价，年度考核结果与服务质量保证金、协议续签挂钩，年度考核结果向社会公开。

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，对定点评估机构评估行为和协议履行情况等监督，对医保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，应当及时责令医保经办机构按照评估服务协议处理。评估员和评估专家有下列行为之一的，退出评估员和评估专家库，不再从事长期护理保险失能等级评估工作，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：

- （一）提供虚假评估信息或评估意见的；
- （二）利用职务之便非法收受当事人财物的；
- （三）无正当理由不履行职责的；
- （四）违法法律法规的其他情形。

第二十四条 医疗保障行政部门和医保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，发现问题并进行处理。

第二十五条 医疗保障行政部门应建立信用管理制度，将定点评估机构和评估人员纳入信用管理体系，对定点评估机构和评估人员实施信用评价，并在协议中予以约定。

第五章 附则

第二十六条 国家、省对长期护理保险政策做出调整的，由医疗保障部门按照最新文件精神执行。

第二十七条 本办法由福州市医疗保障局负责解释，自印发之日起执行，有效期 5 年。

附件 1：福州市长期护理保险定点评估机构申报材料表

附件 2：福州市长期护理保险定点评估机构申请表

附件 3：福州市长期护理保险定点评估人员申请表

附件 1

福州市长期护理保险评估机构申报材料表

序号	材料明细	页码范围
1	《福州市长期护理保险评估机构申请表》	
2	《医疗机构执业许可证》原件	
3	业务用房产权证明或租赁合同原件	
4	非法人本人申请的，须提供《法人授权委托书》（加盖公章）	
5	《福州市长期护理保险评估人员申请表》、评估人员名单	
6	评估人员的身份证明、执业证书、资格证书、职称证书（或职称相关证明）原件等相关证明	

注意：注明原件的需上交原件，经审核复印后退回。

附件 2

福州市长期护理保险评估机构申请表

机构全称					
经营地址	福州市_____区/县_____				
信用代码		登记号			
执业许可证有效期	年 月 日 至 年 月 日				
法人姓名		证件类型 /证件号		法人联系 电话	
主要负责人		证件类型 /证件号		负责人 联系电话	
机构类型	<input type="checkbox"/> 各级医院（含乡镇卫生院、社区卫生服务中心） <input type="checkbox"/> 三级以上民营医疗机构 <input type="checkbox"/> 具有司法鉴定资质的机构 <input type="checkbox"/> 其他				
机构性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 社会办 其他	级别类型	<input type="checkbox"/> 三级 <input type="checkbox"/> 二级 <input type="checkbox"/> 一级 <input type="checkbox"/> 未定级		
行政区划	<input type="checkbox"/> 鼓楼 <input type="checkbox"/> 台江 <input type="checkbox"/> 仓山 <input type="checkbox"/> 晋安 <input type="checkbox"/> 马尾 <input type="checkbox"/> 长乐 <input type="checkbox"/> 闽侯 <input type="checkbox"/> 连江 <input type="checkbox"/> 罗源 <input type="checkbox"/> 闽清 <input type="checkbox"/> 永泰 <input type="checkbox"/> 福清				
意向服务范围	<input type="checkbox"/> 鼓楼 <input type="checkbox"/> 台江 <input type="checkbox"/> 仓山 <input type="checkbox"/> 晋安 <input type="checkbox"/> 马尾 <input type="checkbox"/> 长乐 <input type="checkbox"/> 闽侯 <input type="checkbox"/> 连江 <input type="checkbox"/> 罗源 <input type="checkbox"/> 闽清 <input type="checkbox"/> 永泰 <input type="checkbox"/> 福清				
评估员数		评估专家数			
本单位承诺： 1. 本机构负责人和评估人员无相关违法违规等不良记录； 2. 本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。 法人（负责人）代表签字：_____ 单位（盖章）：_____ 年 月 日					

附件 3

福州市长期护理保险评估人员申请表

姓名		性别		人员类型	<input type="checkbox"/> 评估员 <input type="checkbox"/> 评估专家	
证件类型		证件号码		手机号		
居住地址	福州市-----区/县-----镇/街道-----					
专业技术职称		资格级别				
学科领域		专业方向				
执业证书编号		资格证书编号				
职称（证书） 颁发地		执业医疗机构名称				
人员状态	<input type="checkbox"/> 在职 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/> 离职 <input type="checkbox"/> 返聘					
归属评估机构		现工作单位				
现单位地址	福州市-----区/县-----镇/街道-----					
意向服务范围	<input type="checkbox"/> 鼓楼 <input type="checkbox"/> 台江 <input type="checkbox"/> 仓山 <input type="checkbox"/> 晋安 <input type="checkbox"/> 马尾 <input type="checkbox"/> 长乐 <input type="checkbox"/> 闽侯 <input type="checkbox"/> 连江 <input type="checkbox"/> 罗源 <input type="checkbox"/> 闽清 <input type="checkbox"/> 永泰 <input type="checkbox"/> 福清					
执业类别	<input type="checkbox"/> 临床 <input type="checkbox"/> 公共卫生 <input type="checkbox"/> 中医					
执业范围	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 儿科 <input type="checkbox"/> 老年医学 <input type="checkbox"/> 神经病学 <input type="checkbox"/> 临床检验诊断 <input type="checkbox"/> 护理学 <input type="checkbox"/> 妇产科学 <input type="checkbox"/> 理疗学 <input type="checkbox"/> 麻醉学 <input type="checkbox"/> 康复医疗和理疗学 <input type="checkbox"/> 运动医学 <input type="checkbox"/> 急诊与重症医学 <input type="checkbox"/> 其他					
执业级别	<input type="checkbox"/> 执业医师 <input type="checkbox"/> 执业助理医师 <input type="checkbox"/> 执业护士					
执业状态	<input type="checkbox"/> 暂停 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 终止		违规行为	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 违规 <input type="checkbox"/> 不合理行为		
就职开始时间	年 月 日	就职结束日期	<input type="checkbox"/> 年 月 日 <input type="checkbox"/> 至今			
<p>本人承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。</p> <p style="text-align: center;">签字：_____ 年 月 日</p>						