

辽宁省医疗保障局文件

辽医保规〔2025〕6号

关于印发《辽宁省长期护理保险失能等级评估机构定点管理实施细则（试行）》的通知

各市医疗保障局：

现将《辽宁省长期护理保险失能等级评估机构定点管理实施细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻落实。



辽宁省长期护理保险失能等级评估机构 定点管理实施细则 (试行)

第一章 总 则

第一条 为加强我省长期护理保险(以下简称长护险)失能等级评估机构定点管理,保障参保人合法权益,根据《中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快建立长期护理保险制度的意见》《国家医疗保障局关于印发〈长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法(试行)〉的通知》(医保发〔2024〕13号)和《国家医保局 财政部关于印发〈长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)〉的通知》(医保发〔2023〕29号)等文件规定,结合我省实际,制定本实施细则。

第二条 本实施细则适用于我省长护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实行定点管理。定点长护险失能等级评估机构(以下简称定点长护评估机构)是指纳入统筹区长期护理保险失能等级评估机构定点管理,依照有关规定对长护险参保人员开展失能等级评估的机构。

第四条 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，促进我省长护险失能等级评估行业有序发展，为参保人提供客观公正的评估服务。

第五条 省级医疗保障行政部门负责制定长护评估机构定点管理实施细则，监督和指导下行政区域内长护评估机构定点管理有关规定的执行和落实。

统筹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、协议解除等环节对统筹区医疗保障经办机构、定点长护评估机构等有关行为进行监督；统筹区医疗保障经办机构负责确定定点长护评估机构，签订评估服务协议，明确双方的责任、权利和义务，依协议进行管理。

第二章 定点长护评估机构确定

第六条 长护评估机构应具备专业性、稳定性、权威性。申请成为定点长护评估机构应同时具备以下基本条件：

（一）已经依法登记注册，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，原则上应包含至少 3 名评估专家和 3 名评估员；

（三）具有超过 100 平方米的固定办公场所，业务使用期限 2 年以上，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护险相关功能的条件；

（五）具有符合评估服务协议要求的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度；

（六）符合法律法规规定的其他条件。

第七条 符合条件的评估机构可自愿向统筹区医疗保障经办机构提出定点申请。

申请材料应包括但不限于：

（一）法定代表人、主要负责人以及实际控制人身份证明。

（二）书面承诺书：包括但不限于 1.无本细则第八条所列不予受理情形；2.评估人员无统筹区定点护理机构兼职；3.自愿接受医保智能监控与现场核查；4.对虚假材料承担违约责任等内容。

（三）机构依法登记注册证明（营业执照或事业单位法人证书等）。

（四）固定办公场所产权证明或租赁协议（业务用房使用有效期限 2 年以上）。

（五）评估人员名单及资质证明（含评估专家职称证书、评估员培训合格证明）。

（六）内部管理制度目录（含服务管理、财务管理、信息安

全等制度)。

(七) 当地医疗保障部门要求提供的其他材料。

第八条 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定点长护评估机构，自发现之日起未满 3 年的；

(二) 因伪造评估结论、骗取基金等触犯法律的行为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) 原评估机构因法定代表人、主要负责人或实际控制人违法违规导致解除协议，未满 5 年又成立新机构的；

(五) 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；

(六) 同时承担长期护理服务工作，或同时承担长期护理保险经办工作；

(七) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第九条 统筹区医疗保障经办机构受理申请后，应及时组织初步审核。对申请材料内容不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当及时告知并说明理由。

第十条 统筹区医疗保障经办机构负责组建综合审核小组，

人员由从事长期护理管理、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等领域专业人员组成。初步审核通过后，统筹区医疗保障经办机构根据本实施细则规定，依托综合审核小组，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。审核结果报同级医疗保障行政部门备案。

审核通过的，应将评估机构纳入拟签订评估服务协议机构名单，并向社会公示。审核未通过的，应告知其理由。

第十一条 统筹区医疗保障经办机构与通过审核、公示的评估机构，采取协商谈判形式自愿签订评估服务协议，并向同级医疗保障行政部门备案。统筹区医疗保障经办机构与定点长护评估机构签订的服务协议有效期，首次为 1 年；续约的，可根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过 3 年。

协议续签由定点长护评估机构提前 3 个月向当地医疗保障经办机构提出申请。定点长护评估机构自愿中止协议、解除协议或不再续签的，应提前 3 个月向当地医疗保障经办机构提出申请。

第十二条 统筹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长护评估机构名单。名单信息应包括机构名称、法定代表人、联系方式、地址、机构性质、服务类型等内容。

第十三条 统筹区医疗保障行政部门应综合人口密度、失能

人员总体规模、评估行业发展实际、管理服务能力等因素，合理确定本地定点长护评估机构数量。

第十四条 鼓励支持发展独立的评估机构。暂不具备实施条件的，可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构等实施评估。随制度健全完善，逐步向独立的评估机构实施评估形式过渡。

第三章 评估人员、评估标准及评估类型

第十五条 评估人员是指符合一定条件，经专门培训合格，具体实施失能等级评估的专业人员。

评估人员包括评估员和评估专家。评估员负责采集评估信息，协助开展现场评估。评估专家负责开展现场评估，提出评估结论；承担复评工作；依据护理服务需求提出护理服务计划建议。

第十六条 评估员应具备以下基本条件：

（一）具备医学、护理、康复、心理、长期照护、养老服务与管理等相关专业背景，从事相关专业工作2年（含）以上；

（二）参加规范化培训并考核合格，掌握长期护理失能等级评估标准，熟悉评估操作要求；

（三）具有良好的职业道德和操守，在工作中能够做到遵纪守法、廉洁自律、客观公正，相关行业领域无不良信用信息记录；

（四）不在统筹区第三方机构或长护险定点护理服务机构任

职（含兼职、挂职、多点执业）。

第十七条 评估专家除须具备评估员第（二）项、第（三）项、第（四）项条件外，还应具有临床医学、护理、康复、精神心理等医疗领域中级及以上职称和2年（含）以上相关工作经历。

第十八条 定点长护评估机构应按照《国家医保局办公室民政部办公厅关于印发〈长期护理失能等级评估标准（试行）〉的通知》（医保办发〔2021〕37号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈长期护理保险失能等级评估操作指南（试行）〉的通知》（医保办发〔2022〕1号）规定开展失能等级评估工作。

第十九条 评估类型包括初次评估、定期复评、状态变更评估、争议复评和稽核复评。

（一）初次评估。评估对象或其监护人、委托代理人（以下简称申请人）首次提交申请审核通过后，定点长护评估机构对评估对象进行现场信息采集和失能状况进行初次评估；

（二）定期复评。在评估结论有效期届满前60天，应及时组织定点长护评估机构对失能人员进行定期评估；

（三）状态变更评估。参保人失能状态发生变化、与上一次评估结论不匹配，评估结论出具满6个月的，可申请状态变更评估；

（四）争议复评。申请人对失能等级评估结论有异议的，自收到评估结论书起10个工作日内，向市级医疗保障经办机构提出复评申请；

(五) 稽核复评。通过举报投诉办理、第三方机构抽查的疑点、上门核实、邻里走访、第三人对公示评估结论有异议的、长护险定点护理服务机构核实及部门信息比对等途径,发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的,市级医疗保障经办机构组织开展稽核复评。

第二十条 复评原则上由不少于2名评估专家参加,参加初次评估的定点长护评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终结论。

第四章 定点长护评估机构运行管理

第二十一条 统筹区医疗保障经办机构应综合考虑评估机构服务质量、区域覆盖范围等因素,鼓励根据考核结果分配评估任务计划,优先向综合考评好、服务质效优的机构倾斜。

第二十二条 现场评估可邀请长护险相关管理部门、行业协会和商业保险公司等第三方机构及相关专业人士共同参与。

第二十三条 统筹区医疗保障经办机构应建立评估人员库,制定入库、考核、退出的具体管理办法,实施动态管理。

第二十四条 统筹区医疗保障经办机构应会同有关部门建立健全评估人员规范化培训机制,自行组织或探索委托第三方机构等组织做好评估人员培训,提升人员队伍专业化水平。

第二十五条 定点长护评估机构应当遵守长护险有关政策

规定，按照评估服务协议要求，加强内部建设，优化服务，提升人员素质能力，强化质量控制，确保评估质量和评估结论准确性。

第二十六条 定点长护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。

第二十七条 定点长护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护险相关政策、掌握评估技能。

第二十八条 评估人员有下列行为之一的，不得从事失能等级评估工作，取消专家库资格。

- （一）未按规定程序进行评估，且拒不改正的；
- （二）未按规定执行利益冲突回避制度的；
- （三）提供虚假信息、评估分值或评估意见的；
- （四）一个年度内被有效投诉2次及以上，且影响恶劣的；
- （五）非法收受评估对象及利益相关人财物的；
- （六）一年内本人参与出具的评估结论与复评结论不一致超过3次的；
- （七）泄露评估对象个人信息的；
- （八）无正当理由拒绝参加评估工作的；
- （九）隐瞒在长期护理服务机构兼职并获取利益的；

(十)违反法律法规及相关规定的其他行为的。

第二十九条 定点长护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。评估服务协议期限届满或协议终止前应及时将完整档案移交统筹区医疗保障经办机构。

第三十条 定点长护评估机构应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。未经医疗保障经办机构书面同意，不得向任何机构或个人提供参保人员隐私信息（除法律有关规定的情形外）。

定点长护评估机构应建立数据加密、访问权限控制、日志审计等安全措施，确保信息和数据安全。

第三十一条 定点长护评估机构应使用全国统一的医疗保障信息平台长护险失能等级评估相关功能模块和长护险信息业务编码，做好定点长护评估机构和评估人员编码信息动态维护工作。

第三十二条 定点长护评估机构的名称、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，定点长护评估机构不符合本实施细

则规定的，应当解除评估服务协议。

第三十三条 统筹区医疗保障经办机构应建立定点长护评估机构动态准入退出机制。按照国家和省级制定的长护险定点失能等级评估机构服务协议等规定执行。

第五章 监督管理

第三十四条 统筹区医疗保障行政部门负责对定点管理、协议履行、评估实施等进行监督，强化智能监管。统筹区医疗保障经办机构加强对定点长护评估机构服务协议履行情况的日常核查，完善智能审核和监控规则，定期对定点长护评估机构作出的评估结论进行抽查。定点长护评估机构应主动配合统筹区医疗保障经办机构的日常检查、评估结论抽审、考核评价等工作，接受统筹区医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第三十五条 统筹区医疗保障经办机构结合质量管理、投诉举报、日常检查等情况，综合利用信息技术等手段，组织对定点长护评估机构和评估人员进行履约管理。发现违约行为的，应当按照评估服务协议及时处理。医疗保障经办机构作出中止或解除评估服务协议等处理时，要向同级医疗保障行政部门报备。

第三十六条 统筹区医疗保障经办机构对评估机构协议履行、评估工作质量等情况开展绩效考核评价，重点将评估时效性、

结论变动率、举报投诉处理情况、服务标准化等纳入考核范围，考核结果与评估服务协议续签、服务费用支付等挂钩。统筹区医疗保障经办机构通过协议约定的方式，可预留一定比例的资金作为长护评估质量保证金，金额在定点长护评估机构每月应拨费用的3%~5%之间，并根据该机构年度协议履行情况、考核结果等，进行年度清算。考核评价办法由统筹区医疗保障行政部门制定。

第三十七条 各级医疗保障行政部门通过实地检查、抽查、智能监控等方式，对定点长护评估机构评估行为和协议履行情况等监督，对同级医疗保障经办机构工作进行指导和监督。定点长护评估机构违反评估服务协议的，按照评估服务协议约定处理。定点长护评估机构及其工作人员、参保人发生违法违规行为造成基金损失的，属于法律、法规和规章规定范畴的，依法给予行政处罚。涉嫌构成犯罪的，由医疗保障行政部门移送司法机关依法追究刑事责任。

第三十八条 统筹区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长护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。

第六章 附 则

第三十九条 省级医疗保障经办机构根据本实施细则，参考

国家长护协议范本，按照统一规范的要求制定辽宁省长护评估服务协议范本，指导各地加强和完善协议管理。

第四十条 本实施细则由辽宁省医疗保障局负责解释，自印发之日起施行。在执行过程中，如遇国家政策调整，以国家政策为准。

抄送：辽宁省医疗保障事务服务中心。

辽宁省医疗保障局办公室

2025 年 12 月 2 日印发
