

湖南省医疗保障局办公室文件

湘医保办发〔2026〕1号

湖南省医疗保障局办公室 关于印发《湖南省长期护理保险经办规程 (试行)》的通知

各市州医疗保障局，省医疗生育保险服务中心：

现将《湖南省长期护理保险经办规程（试行）》印发给你们，
请遵照执行。



（此件主动公开）

湖南省长期护理保险经办规程

(试行)

第一章 总则

第一条 为规范长期护理保险经办工作，提高经办服务管理效能，根据《国家医疗保障局办公室关于印发〈长期护理保险经办规程（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕22号）等文件要求，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程适用于全省各统筹地区长期护理保险经办服务管理工作。各统筹区医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）依据本规程，扎实推进长期护理保险制度落实。结合我省工作实际，长期护理保险省内异地联网结算经办规程另行制定。

第三条 按照国家、省有关政策要求，全省统一规范长期护理保险失能评估、护理服务、定点评估机构和定点长护服务机构协议管理、基金管理、审核核查、信息和档案管理、社会力量参与长期护理保险经办管理等工作。

第四条 湖南省医疗生育保险服务中心（以下简称省医保中心）负责全省长期护理保险经办工作的统筹管理，组织制定长期护理保险经办规程，指导各统筹区做好长期护理保险经办服务管理工作。各统筹区经办机构负责本统筹区具体经办管理工作的组织实施。

第二章 参保登记缴费

第五条 长期护理保险与基本医疗保险同步参保、同步缴费。经办机构承担长期护理保险参保登记工作。

第六条 长期护理保险资金筹集方式包括单位缴费、个人缴费、财政补助等方式。根据参保身份不同，缴费方式如下：

单位职工参加长期护理保险与职工基本医疗保险费同步缴纳，由职工所在单位统一按月向税务部门申报缴费。

退休人员长期护理保险费和大病保险费同步缴纳。经个人同意，可由经办机构从退休人员职工基本医疗保险个人账户代扣代缴应缴的长期护理保险费；无个人账户的退休人员，经个人同意，可由发放基本养老金的社会保险经办机构代扣代缴。探索完善多元化缴费方式。

未就业城乡居民（农民和未就业城镇居民，下同）参加城乡居民基本医疗保险的同时同步参加长期护理保险。职工个人账户可用于近亲属（包括配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女）参加长期护理保险的个人缴费。

灵活就业人员按单位职工参加长期护理保险的，通过税务部门提供的个人缴费渠道按月自行申报缴费，或选择在本年度内一次性缴纳全年费款。灵活就业人员也可选择按未就业城乡居民参保政策和途径缴费。

第三章 失能等级评估

第七条 长期护理保险失能等级评估流程包括评估申请、受

理审核、现场评估、提出结论、公示与送达等环节。

（一）评估申请。评估对象或其监护人、委托代理人自愿向参保地医保经办机构提出评估申请，提交相关材料。主要包括：申请人有效身份证件或参保凭证；《长期护理失能等级评估申请表》；住院病历或诊断书等（加盖医院印章）；由他人代办的，提供代办人有效身份证件。

（二）受理审核。经办机构收到评估申请后，应及时对申请材料进行审核，属于受理范围且材料齐全的当场受理，材料不全的一次性告知需补齐的材料并重新提交。不予受理的应告知理由。对于申请材料存在疑义的，可通过调查走访的方式进一步核实，自受理之日起5个工作日内告知审核结果。审核通过后，经办机构应组织定点评估机构对参保人开展评估工作。

有下列情形之一的，不予受理失能等级评估申请：未参加长期护理保险的；应当由第三人负担的；应当从工伤保险基金支付的；发生护理服务费用不属于长期护理保险基金支付范围的；申报材料不全或提供虚假材料的；其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

经办机构应提供线上（“湘医保”App等政务服务平台）、线下（医保经办窗口）等多元化申请渠道。

（三）现场评估。定点评估机构对评估对象日常生活活动、认知、感知觉与沟通等方面的能力进行分级评估。定点评估机构应派至少2名评估人员上门，其中至少1名为评估专家。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。评估人员可在邻里、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。同时，可调取申请人医保结算数据并参考医院病历资料和检查资料，作为提出评估结论的佐证资料。

评估人员应严格执行评估操作规范要求，独立、客观、公正地开展评估工作，与评估对象有亲属或利害关系的，应当回避。

（四）提出结论。现场评估人员能够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，由定点评估机构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。

（五）公示与送达。评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，经办机构和定点评估机构应当在一定范围内公示评估结论，接受社会监督。公示期为 5 个工作日。

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，定点评估机构出具评估结论书。经办机构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。

评估专家依据现场采集信息，提出护理服务建议。

经失能等级评定后，符合享受长期护理保险待遇的参保人员，自评估结论确认起当月可享受长期护理保险待遇。

第八条 争议处理。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，在收到评估结论之日起 5 个工作日内，向经办机构提出复评申请。第三人对公示评估结论有异议的，可

在公示期内向经办机构实名反映情况，反映情况基本属实的，由经办机构组织复评。原则上复评有不少于 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。

第九条 重新评估。参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满 6 个月的，可向经办机构申请重新评估，评估流程同第七条。经办机构通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，经办机构应当组织重新评估。评估有效期届满前 2 个月（重度失能等级评估结论有效期一般不超过 2 年），经办机构应组织对需继续享受长期护理保险待遇的参保人进行重新评估，评估流程包括现场评估、得出结论、公示与送达。

重新评估期间按原待遇标准享受待遇。经评定为新的失能等级，从评估结论下达的次月起按照新的失能等级对应标准调整或终止其长期护理保险待遇。

第十条 建立健全失能等级评估服务费由长期护理保险基金和个人合理分担机制。原则上，参保人首次申请失能等级评估通过和争议复评通过的，以及按制度要求参加定期复评的评估服务费，由长期护理保险基金支付；其他情形的费用，由个人承担或按协议约定分担。

第四章 评估机构协议管理

第十一条 长期护理保险失能等级评估机构实行定点管理。经办机构负责确定本统筹区内定点评估机构，签订评估服务协议。

议，依评估服务协议进行管理。暂不具备条件的，可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等实施评估，并逐步向独立的评估机构实施评估形式过渡。

根据统筹区失能等级评估需求及评估机构的资源规划，合理确定定点评估机构数量。建立健全定点评估机构准入和退出机制。

第十二条 评估机构定点资格确定流程包括定点申请、初步审核、综合审核、协商谈判、社会公布等环节。

（一）定点申请。评估机构可自愿向统筹区经办机构提出定点申请，并提交相关申请材料。

申请成为定点评估机构，应当同时具备以下基本条件：已依法登记注册，能够开展失能等级评估工作，正式运营至少 3 个月；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 6 人，至少应有 2 名评估专家和 2 名评估人员；具有固定的办公场所，且服务场所使用权或场地租赁合同剩余有效期限 1 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；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；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；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。申请材料可以通过政府部门内部核查和部门间信息共享及书面告知承诺等方式获取或者代替的，不再要求评估机构提供。

（二）初步审核。经办机构受理申请后，应及时组织初审。

对申请材料内容不全的，应一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应及时告知并说明理由。

评估机构有下列情形的，不予受理定点申请：采取伪造、篡改申请材料等不正当手段申请定点评估机构，自发现之日起未满3年的；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；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；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；法律法规规定的其他不予受理的情形。

（三）综合审核。初审通过后，经办机构采取书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织对申请机构进行综合审核。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，评估机构补充材料时间不计入审核期限。审核小组成员由长期护理管理、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成。

审核结果分为合格和不合格。经办机构应将审核结果向同级医疗保障行政部门备案。审核合格的，应将其纳入拟签订协议的评估机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。审核不合格的，应告知其理由，提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（四）协商谈判。经办机构与审核合格且通过公示的评估机构协商谈判，谈判内容需包含服务范围、质量标准、信息对接、争议处理等条款。达成一致的，由经办机构与评估机构签订评估

服务协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期限一般为 1 年；续约的，可根据协议履行情况等，适当延长协议期限，最长不超过 3 年。

省医保中心负责制定《湖南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）》。

（五）社会公布。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。

省内统筹区之间评估机构定点资格互认。

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。定点评估机构应使用全省统一的医保信息平台和信息业务编码，做好定点评估机构和评估人员编码信息动态维护工作，应建立人员管理制度，加强日常管理，规范评估工作行为，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资料的留存归档。

第十四条 定点评估机构应配合经办机构的日常检查、评估结论抽查、履约评估等工作，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。

第五章 长期护理服务实施

第十五条 长期护理保险护理服务机构（以下简称“长护服务机构”）提供的服务类型主要包括居家护理、社区护理和机构护理。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人员所居住的家

庭住所内为参保人员提供长期护理服务。

（二）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便、非全日的长期护理服务。

（三）机构护理，是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

第十六条 失能评估通过后由经办机构与参保人员或其监护人、委托代理人商定护理服务类型，在参保人员自主选择定点长护服务机构基础上，由经办机构予以派单，并同步向长护服务机构推送失能评估结论及护理服务建议。

第十七条 长期护理专员结合护理服务建议，与定点长护服务机构和参保人员或其监护人、委托代理人沟通协调后，形成护理服务计划，明确服务的类型、频次、时长、配比等，经参保人员或其监护人、委托代理人确认后实施。

定点长护服务机构应当核验参保人的有效身份凭证，按照护理服务计划、行业规范等为参保人员提供服务，并如实记录服务内容，按照“一人一档”的原则为参保人建立护理服务文书电子档案，并上传服务日志至服务平台。

定点长护服务机构应合理服务、合理收费，严格执行长期护理保险服务项目等目录，优先使用目录内项目服务。定点长护服务机构提供长期护理保险服务项目范围外的服务事项应事先征得参保人员或其监护人、委托代理人同意并签字。

第十八条 参保人在享受护理服务前应由本人或其监护人、委托代理人主动表明参保身份，出示有效身份证件或医保码，遵

守护理服务享受的有关流程和规范。每次服务后确认服务项目及时长。服务类型变更（如居家转机构）需向经办机构提出申请，经办机构重新派单，从派单后的当月起按照变更后的服务类型享受待遇。发现长护服务机构违规的，可通过平台或电话进行举报。

第六章 长护服务机构协议管理

第十九条 经办机构负责本统筹区内长护服务机构定点确定工作，签订长期护理保险服务协议，并依协议进行管理。符合条件的养老机构、医疗机构及其他服务机构，可自愿向统筹区经办机构申请成为定点长护服务机构。

根据统筹区综合服务需求及长护服务机构的资源规划，合理确定长护服务定点机构数量。建立健全定点长护服务机构准入流程和退出机制。

第二十条 申请定点的长护服务机构应具备《湖南省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》所明确的条件。

第二十一条 长护服务机构定点资格确定流程包括受理申请、综合审核、协商谈判、信息公开等环节。

（一）定点申请。长护服务机构可自愿向经办机构提出定点申请，并提交相关申请材料。

（二）受理申请。经办机构受理申请后，应及时组织对申请材料进行形式审查。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，应当告知并说明理由。

长护服务机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：受到

相关行政部门行政处罚（处理），但未完全履行处罚（处理）责任；以弄虚作假等不正当手段申请定点管理，自发现之日起未满3年；因违法违规或者严重违反协议约定而被解除协议未满3年，或者已满3年但未完全履行违约责任；法定代表人、主要负责人、实际控制人或者股东设立长期护理保险失能等级评估机构；法定代表人、主要负责人或者实际控制人被列入严重失信名单；法定代表人、主要负责人或者实际控制人因严重违法违规造成长期护理保险基金重大损失或者严重不良社会影响，被禁止从事定点长护服务机构管理活动不满5年；法律法规和规章规定的其他不予受理的情形。

（三）综合审核。形式审查通过后，经办机构应当通过书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。审核小组成员由长期护理管理、养老服务、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成，审核小组成员人数不少于5人且为单数。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。

审核结果分为合格和不合格。经办机构应当将审核结果报同级医疗保障行政部门备案。对审核合格的，将其纳入拟签订协议的长护服务机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。对审核不合格的，应当告知其理由，并提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次申请。

（四）协商谈判。经办机构与审核合格且通过公示的长护服

务机构协商谈判，达成一致的，由经办机构与长护服务机构签订长期护理协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续约的，可根据协议履行情况等，适当延长协议期限，最长不超过3年。

省医保中心负责制定《湖南省长期护理保险定点护理服务机构服务协议范本（试行）》。

（五）信息公布。经办机构应向社会公布签订长期护理协议的定点长护服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息，供参保人员或其监护人、委托代理人选择。

省内统筹区之间长护服务机构定点资格互认。

第二十二条 定点长护服务机构应当建立与长期护理保险要求相适应的内部管理制度，并按要求配备专（兼）职管理人员。定点长护服务机构应当建立护理服务人员动态管理机制和工作质量评价体系，实行实名制管理，强化护理服务人员技能培训，规范护理服务行为，提高服务质量。

定点长护服务机构应按规定悬挂统一的定点标识。

居家护理长护服务机构护理人员上门服务应统一着装，并在明显位置标注长期护理保险标识，应统一佩戴工作证，证上需包含所属机构、姓名及照片等信息，以便身份识别。

第二十三条 定点长护服务机构应当配合经办机构开展长期护理险费用审核、服务质量检查、履约评估等工作，及时向医疗保障部门提供长期护理险基金使用监督管理及协议管理的所需信息。

定点长护服务机构自愿中止、解除协议或者不再续签协议的，应当提前3个月向经办机构提出申请。

第七章 基金管理

第二十四条 经办机构经办的长期护理保险基金应严格执行社会保险基金财务管理制度，基金纳入社会保障基金财政专户（以下简称财政专户），实行“收支两条线”管理，单独建账、单独管理、专款专用，不得违规投资运营，不得用于平衡一般公共预算。

第二十五条 长期护理保险基金会计科目设置及会计处理执行《社会保险基金会计制度》及补充规定。

第二十六条 加强预算绩效管理，健全基金预算管理制度。做好基金会计核算和统计分析，建立基金运行监控和风险防范机制，做好中长期精算分析。

第八章 评估、护理服务费用结算

第二十七条 参保人员发生的符合长期护理保险规定的评估费用，属于长期护理保险基金支付范围的，由经办机构与定点评估机构按服务协议约定审核后支付。

参保人在享受护理服务时只需支付由个人负担的费用，应由长期护理保险基金支付的，由经办机构与定点长护服务机构按服务协议约定审核后支付。

第二十八条 长期护理保险费用结算包括评估费用和护理服

务费用结算，分别由定点评估机构和定点长护服务机构定期向统筹区经办机构申报，经办机构应及时完成费用审核，并按照服务协议约定进行结算。费用结算流程包括结算申报、费用初审、费用复核、费用拨付等环节。

（一）结算申报。定点评估机构应通过医保信息平台在规定时间内按月及时报送评估费用清单（或规范票据），并对其真实性负责。定点长护服务机构应通过医保信息平台按月及时报送护理服务费用清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员等信息，并对其真实性负责。

（二）费用初审。初审人员对评估费用、长期护理服务费用进行初审，并提出结算建议。对申报费用经审查核实违规的，不予支付。

（三）费用复核。经办机构复核人员负责对拟结算的评估费用、长期护理服务费用进行复核。对申报费用经复核核实违规的，不予支付。

（四）费用拨付。经办机构按协议约定及时足额向定点机构拨付评估费用、长期护理服务费用。

第二十九条 经办机构应建立基金管理运行分析制度，定期对基金收支及使用情况进行统计分析。

第三十条 经办机构应当建立健全内部控制制度，明确费用审核与结算拨付岗位不相容职责分离原则，明确对定点评估机构和定点长护服务机构的确定、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立并完善风险防控机制。

第三十一条 经办机构应当落实长期护理保险支付政策，强化基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核相关费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用。

第九章 审核核查管理

第三十二条 经办机构应结合质量管理、投诉举报、日常检查等情况，综合利用信息技术手段，组织对定点评估机构及评估人员、定点长护服务机构进行履约管理。

第三十三条 经办机构要加强对定点评估机构、定点长护服务机构、参保人员等管理，对定点评估机构、定点长护服务机构等协议履约情况开展日常巡查、随机抽查、智能监控、年度绩效评估等；对参保人员享受医保待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查水平。经办机构应加强对长期护理保险基金的运行监测，开展异常数据筛查。创新基金管理手段，完善举报投诉、信息披露渠道，防范基金风险，接受各方监督，确保基金安全。

第三十四条 经办机构发现参保人员违规的，如提供虚假材料、冒名顶替等，可以采取暂停联网结算、暂停或取消待遇享受等措施，并将有关参保人员违规信息推送至统筹地区长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构，视情节告知所在街道、村（居）委。涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关。

第三十五条 经办机构通过建立违约金机制等，加强对定点机构协议履行、服务质量等情况的评估，并建立动态管理机制。

评估结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。评估情况报同级医疗保障行政部门。

第三十六条 定点评估机构、定点长护服务机构违规处理。定点评估机构、定点长护服务机构违反长期护理保险相关规定和服务协议约定的，由经办机构追回违规费用，并按服务协议规定实行违约金处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任；涉及其他部门职责的，移交相关部门。

造成长期护理保险基金重大损失或其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事长期护理保险定点评估机构和定点长护服务机构管理活动。对有关人员予以暂停3个月至12个月长期护理保险基金支付资格，情节严重的，限制1年至3年从事长期护理保险失能等级评估和护理服务工作。

第三十七条 因各种原因发生服务协议关系中止或解除等情形的，应当按照服务协议及时处理。经办机构作出中止或解除协议等处理时，应向同级医疗保障行政部门报备。

第三十八条 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，应期满后向经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用资格。

第十章 信息化和档案管理

第三十九条 各统筹区必须使用全国统一的医保信息平台提

供的功能模块，实现资金筹集、失能评估、护理服务提供、待遇支付、经办管理、审核检查、数据统计等全过程的信息化管理。

第四十条 经办机构应建立系统用户管理制度，明确不同岗位的权限内容，专岗专权。对于系统权限设置专人管理，负责用户账号管理、用户角色权限分配和维护，从用户权限申请、审批、配置、变更、注销等方面进行全过程管理。

第四十一条 定点评估机构、定点长护服务机构应按照全国统一的接口规范实现与医保信息平台长期护理保险子系统联通，并按规定及时全面准确向长期护理保险信息系统传送审核和结算所需的全量数据信息。动态更新数据，确保真实有效。

第四十二条 定点评估机构、定点长护服务机构应按照全国统一的医保信息平台长期护理保险子系统设置，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用。

第四十三条 定点评估机构、定点长护服务机构应建立长期护理保险信息安全管理制度，明确信息安全管理责任，控制信息使用范围，确保信息安全。应建立数据安全和信息保密制度，加强数据安全培训管理，做好数据隔离、脱敏、加密工作，严格把控数据传输、使用、储存等环节的安全性，不得将长期护理保险相关数据、信息用于商业用途，防止参保人员敏感信息外泄和滥用，切实保障参保人员信息安全。

第四十四条 医疗保障部门建立完善的档案管理制度。经办机构按照档案管理要求妥善做好档案的归集、存放、整理、查阅、维护等，档案资料应真实、准确、完整，不得伪造、变造、隐匿、

涂改等。

第四十五条 经办机构推进建立长期护理保险电子档案管理制度，规范长期护理保险业务电子文件归档，提升管理效率。建立长期护理保险“一人一档”数据库。结合医保信息平台参保人基础信息和参保信息，补充失能评估、护理计划、参保人状态等信息，形成长期护理保险“一人一档”数据库，提升精细化管理水平。

第四十六条 经办机构严格按照规定程序向内外提供需查（借）阅的档案，及时办理查（借）阅登记手续。所有接触档案的人员对载有客户信息的原始资料、复印资料、电子文档及其他形式的资料均要注意保密，无关人员不得接触档案，禁止任何形式的资料外泄。

第十一章 社会参与

第四十七条 经办机构可按照规定通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量参与长期护理保险经办服务。由经办机构与第三方机构签订委托服务合同，明确服务内容、责任、履约评估等。

第四十八条 经办机构在具体确定第三方机构时，应充分考虑服务费报价、经营状况、风险评级、项目经验、团队建设、系统支撑能力以及经办服务方案等情况。

第四十九条 经办机构同步建立履约评估、风险防范机制，提高经办管理服务能力和效率，对第三方机构合同履行、服务质量等情况开展履约评估，评估结果与经办服务费支付、合同续签、

参与资格等挂钩，强化激励约束和绩效管理。

第五十条 经办机构应综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定第三方机构的服务费，并按规定从长期护理保险基金中支付。

第五十一条 在经办机构指导下，第三方机构协助开展以下业务：

（一）政策宣传与咨询、投诉举报线索受理；

（二）配合开展申请受理及材料审核工作；

（三）参与失能评估和护理需求评估工作。派长期护理专员监督现场评估实施，并结合护理服务建议，与定点长护服务机构和参保人员或其监护人、委托代理人沟通协调，形成护理服务计划；

（四）协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作；

（五）协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查、评估结论及参保人员失能状态抽查、服务质量检查等工作；

（六）协助开展异议复评、重新评估等工作；

（七）协助做好信息系统运用和档案管理工作；

（八）协助做好相关业务培训及合同约定的其他工作。

第五十二条 第三方机构应设置与长期护理保险经办服务相适应的组织架构，根据需要合理配置人员、科学设置服务岗位、统一规范服务场所设施和服务规程。应建立内部控制管理制度，

明确工作人员岗位权限，加强人员管理、考核和培训。应建立长期护理保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。

第五十三条 第三方机构应设置长期护理专员岗位。长期护理专员应熟知失能等级评估及护理服务专业知识、熟悉参保人员基本情况，全程参与参保人员失能等级评估、护理服务计划制定及调整等。

第十二章 附则

第五十四条 本规程自发布之日起施行，有效期 2 年，由湖南省医疗保障局负责解释。执行过程中，如遇国家政策调整，以国家政策为准。

