

汕尾市长期护理保险护理服务机构定点 管理办法（试行）

（征求意见稿）

第一章 总则

第一条【政策依据】为了加强长期护理保险护理服务机构(以下简称长护服务机构)定点管理,规范服务行为,提高长期护理保险基金使用效能,保障享受长期护理保险待遇的参保人员合法权益,根据《国家医保局办公室关于印发〈长期护理保险护理服务机构定点管理办法(试行)〉的通知》(医保办发〔2024〕21号)、《汕尾市人民政府办公室关于印发〈汕尾市长期护理保险暂行办法〉的通知》(汕府办〔2025〕 号)等有关规定,制定本办法。

第二条【适用范围】本办法适用于本市长护服务机构定点管理工作。

第三条【概念解释】定点长护服务机构是指依法成立,经审核合格后与医疗保障经办机构签订长期护理保险服务协议(以下简称长护协议),为参保人员提供长期护理服务的养老机构、医疗机构或者业务范围包括养老服务、照护服务或者护理服务的其他服务机构。

第四条【管理原则】长护服务机构定点管理坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，引导定点长护服务机构规范长期护理服务行为，为参保人员提供适宜、专业的长期护理服务。

第五条【职责分工】市医疗保障行政部门负责制定本市长护服务机构定点管理有关规定，按照市级统筹要求，统一遴选定点服务机构，对各级医疗保障部门、定点长护服务机构执行定点管理有关规定情况进行监督和指导，同时指导各级医疗保障部门加强和完善长护协议管理。

市级医疗保障经办机构负责拟定长护协议范本，指导做好长护服务机构定点管理服务工作。县级医疗保障经办机构与长护险定点机构签订长护协议，开展协议管理、费用审核结算、绩效考核等相关工作。

第二章 定点长护服务机构确定

第六条【规划配置】市级医疗保障行政部门应当根据参保人员长期护理服务需求、长期护理保险基金收支、长期护理服务资源等情况，统筹规划本市定点长护服务机构的配置，夯实长护服务机构定点管理的工作基础。实施初期，全市定点长护服务机构实行总量控制。以各县(市、区)辖区内基本医疗保险参保人数为基础，原则上按每 10 万名参保人数(参保人数低于 10 万的按配置 1 家)配置 1 家定点长护机构的标准，确定各县(市、区)定点长

护服务机构总量。

第七条【机构类型】符合下列条件的养老机构、医疗机构或者其他服务机构，可自愿向县级医疗保障经办机构申请成为定点长护服务机构：

（一）养老机构：是指依法办理登记，为老年人提供全日集中住宿和照料护理服务，床位数在 10 张以上的机构；

（二）医疗机构：是指已取得卫生健康部门颁发的医疗机构执业许可证或者诊所备案凭证的机构；

（三）其他服务机构：是指依法登记成立的从事养老服务、照护服务或者护理服务的法人机构。

经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构，符合本办法第八条规定条件的，也可以申请成为定点长护服务机构。

第八条【基本条件】申请成为定点长护服务机构应当同时具备以下条件：

（一）在我市依法注册并取得相应执业资质，取得有效的《营业执照》或《民办非企业单位登记证书》或《事业单位法人证书》，申请定点的地址、照护服务等内容与所持证照一致，且近 1 年内（或自登记注册至申请时）无相关管理部门行政处罚记录；

（二）配备长期照护师和养老护理员、医疗护理员或者由省级医疗保障行政部门确定符合条件的相关人员。配备的长期照护师或养老护理员等专业护理人员，应具有养老护理员、健康照护师等相关资格证书，或参加医保、人社、民政、卫健等部门开展的养老护理、健康照护等职业培训并考核合格，且人员类型、数

量与服务能力、服务范围相匹配；

（三）配备专（兼）职长护管理人员，熟悉长期护理保险政策规定及要求，负责机构内长护险服务综合管理；长期护理服务能力在 100（含）人以上的，应当成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。

（四）具有与长期护理保险政策规定相适应的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度；依法与管理人员、长期照护师、养老护理员等法定劳动年龄段内从业人员建立劳动关系。

（五）配备符合我市长护险经办管理系统联网要求的计算机管理系统和安全运行环境，具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件，并配有相应的管理和维护人员；

（六）与长护服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定；

（七）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。

第九条【服务类型】定点长护服务机构提供的长期护理服务类型主要分为居家护理、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。

第十条【分类条件】申请成为定点长护服务机构按服务类型应当同时具备以下条件：

（一）居家护理：应当配备专业护理服务团队，专职护理人员不少于 10 人，其中长期照护师不少于 4 人；具备医疗资质的，医护人员不少于 2 人。

（二）社区护理：应当配备专业护理服务团队，其中长期照护师等护理服务不少于 4 人；具备医疗资质的，医护人员不少于 2 人。

（三）机构护理：提供机构护理服务的定点长护服务机构应当配备长期照护师等护理服务人员及设备设施，医疗机构专职护理人员与照护床位之比不少于 1:4，养老机构专职护理人员与照护床位之比不少于 1:5。

养老机构需开展医疗护理服务的，具备医疗资质自行开展的，医师和护士（师）各不少于 2 人；不具备医疗资质的，应当就近与至少 1 家开展住院服务的定点医疗机构签订医疗服务合作协议；

第十一条【申请材料】符合条件的长护服务机构可自愿向县级医疗保障经办机构提出定点申请。县级医疗保障经办机构受理申请，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；对申请材料内容齐全、符合申请条件的，应及时受理并进行形式检查。具体申请材料如下：

- 1.《汕尾市长期护理保险定点长护服务机构申请表》；
- 2.《营业执照》或《民办非企业单位登记证书》或《事业单位法人证书》；
- 3.医疗机构提供《医疗机构执业许可证》，养老机构提供《设置养老机构备案回执》；
- 4.经营场所产权证明或租赁合同、平面布局图等相关资料；
- 5.医疗机构或养老机构提供照护服务区域设置示意图、照护床位张数证明；
- 6.工作人员名册，护理人员劳动(劳务)关系证明、执业证书、资格证书、职称等证书以及社会保险参保证明；
- 7.机构服务能力介绍资料，内部各项管理制度清单、主要护理服务设备清单、计算机及网络设备清单；
- 8.护理服务项目收费项目、标准及价格清单；
- 9.其他规定的材料。

第十二条【定点审核】县级医疗保障经办机构应在 3 个工作日内完成审查，并将审查结果报送市级医疗保障经办机构，市级医疗保障经办机构应根据本办法第八条、第十条规定，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。审核小组成员由长护管理、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。审核内容包括：

- (一) 是否符合区域内定点长护服务机构配置规划；
- (二) 是否具备医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老

机构登记证书、备案回执等资质文件材料；

（三）是否具有与服务功能相匹配的基础设备设施；

（四）长期照护师、养老护理员、医师、护士（师）等护理人员数量、执业资质等信息是否符合有关规定；

（五）是否具有与长期护理保险政策规定相关的内部管理制度等材料；

（六）是否具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台按接口标准进行对接的条件；

（七）与长护服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定。

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。

第十三条【审核结果】审核结果分为合格和不合格。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 年内不再接受其定点管理申请。

第十四条【协议签订】县级医疗保障经办机构与通过审核、公示的长护服务机构通过协商谈判，自愿签订长护服务协议，并向同级医疗保障行政部门和市级医疗保障部门备案。

首次签订协议的，协议期一般为 1 年；续签协议的，可以根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，协议期

最长不超过 3 年。

第十五条【分支机构】定点长护服务机构设立分支机构或者多个站点的，新增机构（站点）应当按要求申请定点管理。

第十六条【不予受理情形】长护服务机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）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；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点管理，自发现之日起未满足 3 年；

（三）因违法违规或者严重违反协议约定而被解除协议未满足 3 年，或者已满足 3 年但未完全履行违约责任；

（四）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；

（五）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；

（六）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；

（七）法律法规和规章规定的其他不予受理的情形。

第十七条【信息公开】医疗保障经办机构应当向社会公布签订长护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，供参保人员或者其监护人、委托代理人选择。

第三章 定点长护服务机构运行管理

第十八条【权利义务】定点长护服务机构具有为参保人员提供合规长护服务后获得长期护理保险结算费用，提出变更、中止或者解除长护协议，要求医疗保障经办机构全面诚信履行协议，对完善定点管理有关规定提出意见建议等权利。

定点长护服务机构应当与参保人员或者其监护人、委托代理人签订服务合同。

定点长护服务机构发现参保人员失能状态与评估等级不符，或者参保人员死亡、住院、长期到统筹地区外居住等情况，应当及时向医疗保障经办机构报告。

第十九条【服务管理】定点长护服务机构应当核验参保人员的有效身份凭证，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”的原则为参保人员建立护理服务文书电子档案。

第二十条【日常管理】定点长护服务机构应当制定服务流程和服务标准，确保护理服务一致性和规范性。

第二十一条【系统建设】定点长护服务机构应当通过全国统一的医保信息平台长期护理保险功能模块，或者自建护理服务内部管理系统并与全国统一的医保信息平台对接，实现长期护理保险服务等数据信息的管理与传输。

第二十二条【人员管理】定点长护服务机构应当及时维护机

构、人员等编码信息，对护理服务人员实行实名制管理，强化技能培训，规范服务行为，提高服务质量，建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系。

第二十三条【价格管理】定点长护服务机构应当自觉加强行业自律，遵守国家和地方政府有关服务价格管理的法律、法规、标准和规范，全面实行收费公示和费用清单制度。医疗护理服务价格参照当地定点医疗机构医疗服务（项目名称、项目内涵、计价单位、收费标准等）价格政策执行。生活照护服务可以由定点长护服务机构按照公平合理、诚实守信、质价相符的原则确定收费价格，价格具有公允性，同行同业态比价具有经济性优势。

第二十四条【规范收费】定点长护服务机构不得重复、分解收取护理服务费用，或者收费价格高于公示价格，向参保人员提供长期护理保险保障范围外的服务事项应当事先征得参保人员或者其监护人、委托代理人书面同意，不得实行不公平、歧视性高价，同一项目收费价格不得高于非参保人员收费价格。

第二十五条【价格监测】定点长护服务机构应当配合各级医疗保障部门做好长期护理服务价格、用量等监测工作。

第二十六条【统一标识】定点长护服务机构应当按规定悬挂统一的定点标识。

第二十七条【宣传培训】定点长护服务机构应当参加医疗保障部门组织的长期护理保险相关宣传和培训。

第二十八条【基金使用】定点长护服务机构应当定期检查本单位长期护理保险基金使用情况，及时纠正不规范使用基金的行为。

为，不得重复结算、超标准结算，不得为其他长护服务机构或者其服务对象提供结算。

第二十九条【规范管理】定点长护服务机构应当配合医疗保障经办机构开展长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作，及时向医疗保障部门提供长期护理保险基金使用监督管理、协议管理等所需信息。

第三十条【数据报送】定点长护服务机构应当按规定向医疗保障经办机构据实传送长期护理保险相关全量数据信息，并动态更新数据，确保真实准确。

第三十一条【信息安全】定点长护服务机构应当在法律法规规定的目的和范围内收集、使用数据信息，遵守数据信息安全有关法律法规制度，保护参保人员隐私。

第四章 经办服务管理

第三十二条【经办职权】医疗保障经办机构具有及时全面掌握定点长护服务机构运行管理情况，从定点长护服务机构获得长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核和财务记账等所需资料的权利。

第三十三条【服务管理】医疗保障经办机构应当规范服务管理行为，优化定点申请、综合审核和协议管理等经办流程，对定点长护服务机构进行长期护理保险政策、定点管理有关规定等的宣传培训，为定点长护服务机构和参保人员提供优质高效的经办

服务。

第三十四条【内控管理】医疗保障经办机构应当建立健全内部控制制度，明确定点长护服务机构确定、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立完善风险防控机制。

第三十五条【结算管理】参保人员长护服务费用中应当由长期护理保险基金支付的部分，由属地医疗保障经办机构与定点长护服务机构直接结算。

医疗保障经办机构应当落实长期护理保险支付政策，强化长期护理保险基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核长护服务费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用。

第三十六条【考核管理】医疗保障经办机构应当加强定点长护服务机构协议履行情况的考核，考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩，考核情况报同级医疗保障行政部门。

第三十七条【违约处罚】医疗保障经办机构发现定点长护服务机构存在违反协议约定情形的，可相应采取以下处理方式：

- （一）公开通报；
- （二）约谈定点长护服务机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；
- （三）暂停新增长期护理保险服务对象；
- （四）暂停或者不予拨付长期护理保险费用；
- （五）追回已支付的违规长期护理保险费用；
- （六）要求定点长护服务机构按照协议约定支付违约金；
- （七）中止相关责任方（人员）提供涉及长期护理保险基金

使用的服务；

（八）中止或者解除长护协议。

第三十八条【履约监督】医疗保障经办机构违反长护协议的，定点长护服务机构有权要求纠正，或者提请经办机构同级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。

医疗保障行政部门发现医疗保障经办机构存在违反长护协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

第五章 定点长护服务机构动态管理

第三十九条【变更备案】定点长护服务机构名称、等级、法定代表人、主要负责人或者实际控制人、注册地址、机构性质和类别、核定床位数（护理床位）、服务类型、服务内容、收费价格等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准、备案或者发生变更之日起 30 个工作日内向属地医疗保障经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应当及时告知。

定点长护服务机构因违法违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

定点长护服务机构法定代表人除因上级机关任免、丧失民事行为能力原因外发生变更的，应当参照定点流程重新申请定点管理。

第四十条【协议续签】协议续签由定点长护服务机构提前 3 个月向属地医疗保障经办机构提出申请。属地医疗保障经办机构和定点长护服务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情况等决定是否续签。协商一致的可以续签协议，未达成一致的，协议到期后自动终止。

第四十一条【协议中止】长护协议中止是指属地医疗保障经办机构与定点长护服务机构暂停履行长护协议约定，中止期间发生的长期护理保险费用不予结算。中止时间原则上不超过 6 个月。中止期结束时，长护协议未到期的继续履行，长护协议到期的自动终止。

定点长护服务机构有下列情形之一的，属地医疗保障经办机构应当中止协议：

- （一）重大信息发生变更且未在规定时间内提出变更申请；
- （二）未按规定向医疗保障行政部门或者统筹地区医疗保障经办机构提供所需信息或者提供的信息不真实；
- （三）对长期护理保险基金安全或者参保人员权益可能造成重大风险；
- （四）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；
- （五）法律法规和规章规定或者协议约定的应当中止的其他情形。

第四十二条【协议解除】长护协议解除是指属地医疗保障经办机构与定点长护服务机构之间的协议关系不再存续，长护协议

解除后产生的长期护理保险费用，长期护理保险基金不再予以结算。

定点长护服务机构有下列情形之一的，属地医疗保障经办机构应当解除协议：

（一）超出执业许可范围或者地址开展长护服务；

（二）医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执、营业执照等资质文件注销、被吊销、年检不合格、过期失效等，或者营业执照变更后经营范围不符合本办法第六条规定的条件；

（三）因买卖、转让、重组等情形导致经营主体发生重大变化，严重影响协议履行；

（四）法定代表人、主要负责人或者实际控制人不能履行协议，或者有严重违法失信行为；

（五）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点管理资质或资格；

（六）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；

（七）以虚假宣传、利益诱导等手段进行服务促销且情节恶劣；

（八）拒绝、阻挠监督检查或者因违反长期护理保险政策规定造成恶劣影响被医疗保障、审计等部门通报；

（九）以伪造或者变造的护理服务记录、账目、费用单据、上传数据、会计凭证、电子信息等有关资料，进行长期护理保险

费用结算；

（十）诱导、协助、串通他人冒名提供虚假证明材料进行长期护理保险费用结算；

（十一）为其他长护服务机构或者其服务对象提供长期护理保险费用结算，出借长期护理保险相关资质或者资格；

（十二）经查实有欺诈骗保行为；

（十三）自愿提出解除协议并经协商一致；

（十四）法律法规和规章规定或者协议约定的应当解除的其他情形。

第四十三条【退出申请】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个月向属地医疗保障经办机构提出申请。

第四十四条【善后处理】医疗保障经办机构应当将中止、解除协议的定点长护服务机构基本信息及时报同级医疗保障行政部门备案，向社会公布中止、解除协议的定点长护服务机构名单，并督促长护服务机构做好参保人员服务转接工作。

第四十五条【标识撤除】解除协议的定点长护服务机构应当及时撤除定点标识。

第四十六条【争议处理】定点长护服务机构和属地医疗保障经办机构在协议签订、履行阶段发生的争议，可以通过协商解决或者要求其同级医疗保障行政部门协调处理，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第四十七条【处罚规定】定点长护服务机构造成长期护理保

险基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人、主要负责人或者实际控制人 5 年内禁止从事定点长护服务机构管理活动；对其他相关人员暂停 3 个月至 12 个月的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服务；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第四十八条【资格恢复】涉及暂停长期护理保险相关资格、暂停或者不予拨付费用、被限制从业的机构或者人员，影响期满后向经办机构提出恢复申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用或者从业资格。

第六章 监督管理

第四十九条【行政监管职责】医疗保障行政部门对医疗保障经办机构定点申请受理、综合审核、协议签订及履行、长期护理保险费用审核和拨付、内部控制制度建设等进行监督和指导。

医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点长护服务机构协议履行情况、长期护理保险基金使用情况、长护服务行为、购买涉及长期护理保险基金使用的第三方服务等进行监督。

医疗保障行政部门根据需要，可以联合相关部门开展联合执法检查，建立综合监管工作机制，形成监管合力，协调解决监管难点问题。

第五十条【经办监管职责】医疗保障经办机构发现定点长护

服务机构存在违约行为，应当及时按照协议予以处理。

医疗保障经办机构作出中止或者解除协议、对定点长护服务机构相关责任方（人员）暂停长期护理保险基金支付资格或者限制一定期限从事长期护理保险服务等处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点长护服务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长护协议处理，医疗保障经办机构应当及时按照长护协议处理。

第五十一条【社会监督】医疗保障部门应当拓宽监督途径，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、信用管理等方式对定点长护服务机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第七章 附则

第五十二条【协议范本】市级医疗保障经办机构可以根据实际情况，在国家医疗保障经办机构制定的长护协议范本的基础上，制定本地区长护协议范本。

第五十三条【其他规定】根据定点管理需要，逐步按照政府采购的有关规定确定定点长护服务机构。

第五十四条【实施时间】本办法由汕尾市医疗保障局负责解释，自印发之日起施行，有效期 3 年。