

成都市长期护理保险定点服务机构管理办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范定点服务机构管理，提高长期护理保险基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《成都市人民政府关于开展新一轮长期护理保险改革的实施意见》（成府发〔2022〕10号）、《成都市医疗保障局成都市民政局成都市财政局成都市人力资源和社会保障局成都市卫生健康委员会国家税务总局成都市税务局关于印发〈成都市长期护理保险实施细则〉的通知》（成医保发〔2022〕10号）等规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内长期护理保险定点服务机构的管理，适用本办法。

第三条 本办法所称参保人员，是指经失能评估符合我市长期护理保险享受待遇条件的参保人员。

第四条 本办法所称定点服务机构，是指依法成立具备医疗、养老、护理、培训等资质，经医保经办机构遴选确定，与医保经办机构签订长期护理保险服务协议，为参保人员提供长期护理保险服务的机构。

第五条 定点服务机构分为入住类定点护理机构、居家上门类定点护理机构和定点培训机构。

第六条 市医保行政部门负责制定定点服务机构管理办法等政策，监督指导市医保经办机构、区（市）县医保行政部门开展定点服务机构管理工作。

第七条 市医保经办机构负责制定定点服务机构管理规程，负责全市定点服务机构资源配置、遴选指导、监督检查等经办工作，负责拟订全市统一的服务协议文本。

第八条 区（市）县医保行政部门负责辖区内定点服务机构的资源配置，监督指导区（市）县医保经办机构开展定点服务机构管理工作。

第九条 区（市）县医保经办机构具体承担辖区内定点服务机构的准入遴选、协议管理、费用结算、监督考核等工作。

第二章 准入管理

第十条 定点服务机构的管理，坚持市级统筹、属地管理原则。医保经办机构应综合服务需求、人口密度等因素，确定我市定点服务机构资源配置。

第十一条 本市行政区域内具备相应资质的各类机构，均可向医保经办机构自愿申请成为定点服务机构，实行协议管理，为参保人员提供长期护理保险相关服务。

第十二条 申请成为入住类定点护理机构，应具备以下条件：

（一）在本市依法注册登记并正式运营满 3 个月；

（二）具备行业主管部门确认的服务资质。其中，医疗机构应为成都市基本医疗保险定点医疗机构；养老机构应具有民政部

门颁发的《民办非企业法人登记证书》《养老机构设立许可证》或备案证明，或具有市场监管部门颁发的《营业执照》；

（三）具备长期护理服务基础硬件设备和服务能力；

（四）设立长期护理专区，提供长期护理床位数不少于 10 张；护床比不低于 1:4；具备执业资质的护士以及行政部门（或授权第三方机构）颁发职业技能证书的护理员；

（五）有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备（或与符合资质的消毒供应中心签订有合作协议）；

（六）具有符合协议管理要求的护理服务管理、质量评价、人员管理、财务管理、信息管理、档案管理等制度；

（七）信息化支撑能力能够满足长期护理保险信息化要求；

（八）具备长期护理保险档案管理条件。

第十三条 申请成为居家上门类定点护理机构，应具备以下条件：

（一）在本市依法注册登记并正式运营满 3 个月；

（二）具备行业主管部门确认的服务资质。其中，医疗机构应为成都市基本医疗保险定点医疗机构；养老机构应具有民政部门颁发的《民办非企业法人登记证书》、《养老机构设立许可证》或备案证明；护理机构应具有市场监管部门颁发的《营业执照》，其业务范围应包含养老或居家养老服务、居家上门护理服务等；

（三）具备长期护理服务基础硬件设备和服务能力；

（四）具备执业资质的护士以及行政部门（或授权第三方机

构)颁发职业技能证书的护理员;

(五) 有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备(或与符合资质的消毒供应中心签订有合作协议);

(六) 具备开展上门规范化培训的师资及能力;

(七) 具有符合协议管理要求的护理服务管理、质量评价、人员管理、财务管理、信息管理、档案管理等制度;

(八) 信息化支撑能力能够满足长期护理保险信息化要求;

(九) 具备长期护理保险档案管理条件。

第十四条 申请成为定点培训机构,应具备以下条件:

(一) 在本市依法注册登记并正式运营满 3 个月;

(二) 具备行业主管部门确认的服务资质。其中,医疗机构应为成都市基本医疗保险定点医疗机构;养老机构应具有民政部门发的《民办非企业法人登记证书》、《养老机构设立许可证》或备案证明;培训机构应具有市场监管部门颁发的《营业执照》,具备培训办学资质;

(三) 具备培训所需的必要设施设备等基本条件;

(四) 具备经医保部门考核合格的培训师资人员;

(五) 具备培训管理、安全管理、师资人员管理、风险防范、教育教学等规章制度;

(六) 信息化支撑能力能够满足长期护理保险信息化要求;

(七) 具备长期护理保险档案管理条件。

第十五条 各类机构有下列情形之一的,不予受理定点服务

申请：

（一）发生严重违规行为，受到医保、卫健、民政、人社、市场监管等部门的处罚（处理）未满3年，或已满3年但未完全履行处罚（处理）责任的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点服务，自发现之日起未满3年的；

（三）因严重违反医保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）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。

第十六条 区（市）县医保经办机构按照属地原则，受理服务机构的定点申请，在市医保经办机构的指导下，按定点服务机构遴选规程，组织开展遴选工作。

第十七条 区（市）县医保经办机构负责组织包括民政、卫健等部门人员在内的遴选小组，进行实地评估，出具审核意见，并公示遴选结果。公示结果报市医保经办机构审核确认后，由区（市）县医保经办机构与定点服务机构签订协议，实行协议管理。

第十八条 区（市）县医保经办机构与定点服务机构协商谈判，约定双方权利、义务等，自愿签订服务协议。协议期限一般为1年。协议签订后，区（市）县医保经办机构应报市医保经办机构备案，并向社会公布定点服务机构基本信息。

第十九条 纳入协议管理的定点服务机构，应悬挂统一样式的《成都市长期护理保险定点服务机构》标牌，标牌样式由市医保经办机构统一确定。

第三章 运行管理

第二十条 定点服务机构应设立管理部门、配备专兼职管理人员，建立各项内部管理制度。

第二十一条 定点服务机构应参加由医保行政部门、医保经办机构组织的宣传、培训，应组织本机构开展长期护理保险政策、业务培训。

第二十二条 定点服务机构应依法公示其服务价格并执行，不得超标准收费、不得串换服务项目，不得无故增加参保人员经济负担。定点服务机构应确保长期护理保险基金支付的费用符合规定的支付范围。

第二十三条 定点服务机构应主动配合医保行政部门、医保经办机构开展监督检查、稽核调查、考核等工作，并按规定提供相关材料和信息。

第二十四条 定点服务机构应保障长期护理保险有关信息系统安全，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私及个人信息。

第二十五条 定点服务机构合并，或者名称、等级、法定代表人、银行账户、地址等信息发生变化的，应于变更后 10 个工作日内持变更后的《医疗机构执业许可证》、《养老机构设立许可证》或备案证明等相关行政部门的批文或证明材料，到所在区(市)

县医保经办机构办理变更手续。

第四章 协议管理

第二十六条 定点服务机构存在违规、违约情形的，可按协议约定相应采取以下处理方式：

- （一）约谈定点服务机构法定代表人、主要负责人或实际控制人，限期完成整改；
- （二）暂停支付长期护理保险服务费用；
- （三）不予支付长期护理保险服务费用；
- （四）追回已支付的长期护理保险服务费用；
- （五）按协议约定支付违约金；
- （六）中止协议；
- （七）解除协议。

第二十七条 协议中止，是指医保经办机构与定点服务机构暂停履行协议约定，中止期间发生的服务费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议自行终止。协议中止期限，由医保经办机构根据协议履行情况、违规违约情况确定。

第二十八条 定点服务机构有下列情形之一的，医保经办机构应中止协议：

- （一）根据日常检查、专项检查、第三方监管检查和日常考核，发现对长期护理保险基金安全或参保人员权益可能造成重大风险的；

- （二）因定点服务机构自身原因导致不再满足准入条件的；
- （三）根据协议约定应当中止协议的；
- （四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第二十九条 协议解除，是指医保经办机构与定点服务机构之间的协议解除，协议关系不再存续。协议解除后产生的服务费用，长期护理保险基金不予结算。

第三十条 定点服务机构存在下列情形之一的，医保经办机构应解除协议：

- （一）《医疗机构执业许可证》《民办非企业法人登记证书》《养老机构设立许可证》或《营业执照》等注销、被吊销、年检不合格、过期失效等；
- （二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；
- （三）伪造财务票据、凭证等骗取长期护理保险基金的，虚记服务费用，传输虚假数据造成基金损失的；
- （四）拒绝、阻挠监督检查的；
- （五）因经营环境改变无法继续提供服务的；
- （六）协议期限内累计 2 次中止协议，或中止协议期间整改不到位的；
- （七）其他有关部门发现定点服务机构存在重大违法违规行为且可能造成长期护理保险基金重大损失的；
- （八）医保经办机构或其委托的第三方监管机构查实有欺诈骗保行为的；

（九）其他违法违规套取基金、篡改结算数据、出现重大安全事故等行为；

（十）因违反长期护理保险规定被医保、审计、监督等部门通报，造成恶劣影响；

（十一）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行协议约定，或有违法失信行为的；

（十二）定点服务机构主动提出解除协议的；

（十三）定点服务机构因自身原因导致不再满足准入条件被中止协议，经限期整改后仍不满足准入条件的；

（十四）根据协议约定应当解除协议的；

（十五）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第三十一条 定点服务机构提出解除协议的，应提前 1 个月向区（市）县医保经办机构提出解除协议申请，区（市）县医保经办机构按规定办理手续。

第三十二条 区（市）县医保经办机构应做好定点服务机构的准入、退出管理工作，督促中止、解除服务协议的定点服务机构承担协议约定的责任。

第三十三条 区（市）县医保经办机构中止、解除协议的，应及时向市医保经办机构报备，并向社会公布。

第五章 监督考核

第三十四条 医保部门应按照有关政策规定和协议约定，通过日常巡查、专项检查、飞行检查、联合检查等方式，加强对定

点服务机构的监督考核。

第三十五条 市医保经办机构根据政策规定和协议约定，建立监督考核指标及结果应用体系。

第三十六条 市医保经办机构负责指导区（市）县医保经办机构开展监督考核工作，各区（市）县医保经办机构具体负责辖区内定点服务机构的监督考核工作。

第三十七条 区（市）县医保经办机构按照属地管理原则形成监督考核结果和处理意见，及时报各区（市）县医保行政部门和市医保经办机构备案。

第三十八条 医保行政部门发现定点服务机构存在违约情形的，应及时责令医保经办机构按照政策规定和协议约定处理。医保行政部门依法查处骗取长期护理保险基金等违法违规行为时，认为医保经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求医保经办机构补充材料。

第三十九条 定点服务机构违反医疗、养老、医保、长期护理保险等政策规定，有关部门介入调查处理期间，应及时报区（市）县医保经办机构备案。

第四十条 定点服务机构违反长期护理保险政策规定或协议约定，骗取长期护理保险基金，涉及行政违法的，移交行政主管部门处罚；构成犯罪的，移送司法机关依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第四十一条 开展长期护理保险异地待遇保障试点地区的各

类机构，可参照本办法规定，申请成为我市长期护理保险定点服务机构，实行协议管理。

第四十二条 长期护理保险服务协议内容应与法律、法规、规章和长期护理保险政策一致，市医保经办机构根据长期护理保险政策变化调整协议内容时，应征求相关定点服务机构意见。

第四十三条 定点服务机构与医保经办机构就协议签订、履行、变更和解除，以及监督考核情况发生争议的，可自行协商解决，或请求区（市）县和市医保行政部门协调处理，也可依法提起行政复议或行政诉讼。市医保部门应建立沟通协调和申诉机制，促进市场公平竞争，维护参保人员合法权益。

第四十四条 本办法由市医保行政部门负责解释。

第四十五条 本办法自 2022 年 7 月 1 日起执行，有效期至 2026 年 12 月 31 日。此前有关规定与本办法不一致的，以本办法为准。

信息公开属性：主动公开

成都市医疗保障局办公室

2022 年 6 月 1 日印发
