HNPR-2025-36009

湘医保发〔2025〕28号

湖南省医疗保障局

关于印发《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）》的通知

各市州医疗保障局：

现将《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）》印发给你们，请认真抓好贯彻落实。

湖南省医疗保障局

2025年5月27日

（此件主动公开）

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）

第一章 总则

**第一条**　为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，保障享受长期护理保险待遇的参保人员合法权益，根据《国家医疗保障局办公室关于印发〈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，以下简称《办法》）等有关规定并结合我省实际，制定本实施细则。

**第二条**　定点长护服务机构管理原则是：合理控制服务成本和提高服务质量，为长期护理保险参保人员提供适宜的基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理；涵盖机构、社区、居家养老服务，鼓励各类医疗机构、养老服务机构公平参与竞争，引导社会力量参与长期护理服务，促进我省养老事业健康发展。

**第三条**　省级医疗保障行政部门负责制定长护服务机构定点管理实施细则，监督和指导本行政区域内长护服务机构定点管理有关规定的执行和落实。统筹地区医疗保障行政部门负责执行长护服务机构定点管理政策，根据参保人员长期护理服务需求、参保人口数量、长期护理保险基金收支、长期护理服务资源等情况，统筹规划辖区内定点长护服务机构的配置，并对经办机构、定点长护服务机构执行长期护理保险政策法规、履行长护协议情况进行监督和指导。

省级经办机构根据国家经办机构制定的长护协议范本，指导各地加强和完善长护协议管理。统筹地区各级经办机构负责确定定点长护服务机构，与定点机构签订长护协议，开展协议管理、费用审核结算、绩效评估等相关工作。

经办机构可以委托第三方承办长护服务机构定点管理相关业务，签订服务协议，明确双方责任、权利和义务。

第二章 定点长护服务机构确定

**第四条**　长护服务机构定点应遵循保障基本、合理布局、择优选择、动态平衡的原则。经办机构在定点审核过程中要坚持公平公正，主动公开接受各方监督。

**第五条** 具有提供长期护理服务能力并符合下列条件之一的，可申请长护服务机构定点。

（一）取得《养老机构设立许可证》且尚在有效期内或者已在主管部门备案并且依法登记的养老机构；

（二）取得《医疗机构执业许可证》或者诊所备案凭证并且依法登记的医疗机构；

（三）在主管部门备案且依法登记的残疾人托养机构；

（四）依法登记成立，主营业务为从事养老服务、照护服务或者护理服务的机构（含社区服务机构或者综合服务机构）；

（五）符合条件的其他企业或者社会组织。

**第六条**　申请定点的长护服务机构应同时具备以下基本条件：

（一）具备法人资格，规范经营，近一年内未因医疗服务、养老服务等行为受到相关行政部门处罚；

（二）在现营业场所正式营业3个月以上，业务用房的使用期限不少于3年，为60人以上提供护理服务且服务开展时间不低于3个月；

（三）配备不少于1名长护专（兼）职管理人员，熟悉长期护理保险政策规定及要求；

（四）配备一定数量的专职长期护理服务人员，其中，定点长护服务机构首年长期照护师比例不得低于5%，5年内提升至不低于50%，逐步实现长期照护师全覆盖；

（五）具有与长期护理保险政策规定相适应的管理制度；

（六）具备与医保信息平台功能模块进行对接等条件；

（七）与长期护理服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定。

申请提供医疗护理服务的长护服务机构应当符合卫生健康部门的有关规定。

**第七条**　长护服务机构申请不同长期护理服务类型的，还应具备以下条件：

（一）医疗机构

配备专业护理服务团队，医护人员与床位数配比不低于1:10，医师和护士配备各不少于3人。专职护理人员与床位数配比不低于1:4，其中在本机构参加社会保险的劳动年龄段护理服务人员不少于3人；

设置独立的长期护理服务专区，床位数不少于60张，长期护理服务专区内部设备设施按现行护理院病区标准设置。

（二）养老机构

配备与长期护理服务相适应的医护人员和护理服务人员，医师和护士配备各不少于4人，专职护理人员与床位数配比不低于1:5；

配备与长期护理服务相适应的设备设施等，提供长期护理床位数不少于80张，床位设立标准不低于行业主管部门对行业床位设置的最低标准。

（三）上门护理机构。配备与长期护理服务相适应的医护人员或护理服务人员，专职护理员不少于20人，具备医疗资质的医护人员不少于5人。

**第八条**　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）应按要求申请定点管理。护理服务人员和待遇享受对象在同一机构分支和站点间更换地点的，应在相应系统进行信息变更，并向属地经办机构备案。

**第九条**　长护服务机构有《办法》第十三条规定情形之一的，不予受理定点申请。

**第十条**　符合条件且自愿承担长期护理保险护理服务的长护服务机构，可向经办机构提出申请，并提交以下申请材料：

（一）长期护理保险定点护理服务机构申请表；

（二）医疗机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本复印件或者诊所备案凭证原件及复印件；养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本复印件或者设置养老机构备案回执原件及复印件，如与定点医疗机构合作开展长期护理保险护理服务的，应同时提供与医疗机构签订的合作协议；

（三）事业单位提供《事业单位法人证书》的正、副本复印件；民办非营利性机构提供《民办非企业单位登记证书》的正、副本复印件；营利性机构提供《营业执照》的正、副本复印件；

（四）业务用房产权证明或者租赁合同复印件；

（五）申请医疗和养老机构护理的，应提供设立长期护理专区的相关材料及护理床位张数相关资料；

（六）申请上门护理的，应提供近一年度财务报表、主营业务开展情况表（不足一年的，提供自开业以来的报表）；

（七）提供工作人员名册（注明社会保险缴纳情况）以及医护人员、护理服务人员的执业证书、资格证书、职称证书、劳动合同等相关材料复印件；

（八）提供符合长护协议管理要求的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度；

（九）提供与长期护理服务相关的收费项目和收费价格清单；

（十）医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

**第十一条**　经办机构应及时受理并组织对申请材料进行形式审查。对申请材料不全的，应一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应告知并说明理由。申请机构应自收到材料补正通知之日起5个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃申请。

**第十二条**　对通过形式审查的长护服务机构，经办机构可采取书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。

**第十三条**　经办机构应根据实际情况建立审核小组。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，人数不少于5人且为单数。

**第十四条**　审核结果分为合格和不合格。经办机构应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年内不得再次提出定点管理申请。

因区域规划原因未能通过审核，不作不合格处理，可按规定更换区域申请或根据本区域规划情况延迟提出申请。

**第十五条** 自受理申请材料之日起，经办机构审核时间不超过3个月，申请机构补充材料的时间不计入审核期限。

**第十六条**　长护服务机构在申请签订协议前应做好以下工作：

（一）参加长期护理保险相关政策培训。长护服务机构负责人、长护业务负责人、业务骨干等从业人员须接受经办机构组织开展的政策培训，培训内容主要包括长期护理保险政策法规、协议管理规定、结算业务流程、违规案例分析、业务管理系统操作培训等。

（二）配备适应长期护理保险结算、监管、服务等要求的信息系统和硬件设备，按要求完成信息系统、监管平台软硬件配置和改造、费用结算网络接入等各项工作。

**第十七条** 审核合格且通过公示的长护服务机构与经办机构协商谈判，达成一致的，可在公示结束后的3个月内向经办机构申请签订协议，纳入定点管理。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、绩效评估结果等，适当延长协议期限，协议期最长不超过3年。

第三章 定点长护服务机构运行管理

**第十八条**　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。

**第十九条**　定点长护服务机构应校验参保人员的有效身份凭证、参保状态和失能等级评估情况，与参保人员或者其监护人、委托代理人签订服务合同，按照参保人员身体状况和护理需求制定护理服务计划，并按照护理服务计划、行业规范和长期护理保险政策规定等为参保人员提供服务，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。档案中包含但不限于以下材料：有效身份证明、失能等级评估结果、风险知情书、日常生活活动能力评估表、有效的诊断书和病历以及出入院记录、护理服务协议、护理服务计划等。

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、迁至异地居住、退出等情况，应暂停该参保人员的长期护理服务，将相关情况向经办机构报备后做好费用结算。

**第二十条** 定点长护服务机构不得擅立收费项目、分解收费、超标准收费和重复收费，不得串换服务项目，不得将长期护理保险基金不予支付的费用纳入结算范围。不得通过违规减免自付费用、返还已付费用、虚假宣传等方式诱导参保人员选择其服务。

定点长护服务机构应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。提供长期护理保险保障范围外的服务事项，应事先征得参保人员或者其监护人、委托代理人书面同意。

**第二十一条**　提供医疗机构护理服务和养老机构护理服务的，应提供全日集中护理服务；提供机构上门护理服务的，应按规定定期上门提供护理服务，每次实际上门服务时间达到相关要求。

**第二十二条**　在定点长护服务机构发生的应由长期护理保险基金支付的护理费用，由定点长护机构与经办机构按规定结算；应由参保人员个人支付的护理费用，由定点长护服务机构直接与参保人员按规定结算。

出现下列情形时，定点长护服务机构应及时与参保人员或者其监护人、委托代理人结算护理费用：

（一）参保人员因住院、异地、退出、死亡等原因停止接受定点长护服务机构的长期护理服务的；

（二）参保人员因中断或者终止参保，被停止享受长期护理保险待遇的；

（三）参保人员在该定点长护服务机构接受每天24小时连续护理服务满1个月的，或者定期上门服务满1个月的。

**第二十三条**　参保人员因病情需要转至非长期护理服务专区（病房）或其他医疗机构治疗的，定点长护服务机构应中止其长期护理保险费用结算；待病情稳定并转入长期护理服务专区（病房），经申请完成备案后，恢复长期护理保险待遇。

**第二十四条**　定点长护服务机构应配合经办机构开展长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效评估等工作，及时向医疗保障行政部门提供长期护理保险基金使用监督管理、协议管理等的所需信息。

**第二十五条**　定点长护服务机构应做好与长期护理保险有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关法律法规和制度，保护参保人员隐私。

第四章 经办服务管理

**第二十六条**　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、绩效评估和财务记账等所需材料的权利。

经办机构可将定点长护服务机构管理部分业务交第三方承办，经办机构与第三方就服务范围、服务内容、服务质量、系统建设、数据质量、管理制度、费用结算、违约责任、协议期限等内容签订协议，明确双方的权利和义务。协议有效期一般为1年。

**第二十七条**　经办机构应规范服务管理行为，对定点长护服务机构进行长期护理保险政策、管理制度、支付制度、操作流程等宣传培训，提供长期护理保险政策和业务的咨询、查询服务，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。

**第二十八条**　经办机构应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。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。

**第二十九条**　经办机构应强化基金支出管理，对定点长护服务机构执行长期护理保险政策、履行长期护理保险协议、护理服务人员管理、护理行为真实规范等内容进行核查，及时拨付符合规定的长期护理保险费用，费用原则上应在定点长护服务机构申报后30个工作日内完成拨付。

**第三十条** 经办机构应当对定点长护服务机构开展绩效评估，建立动态管理机制。

**第三十一条** 经办机构应遵守数据信息安全有关法律法规制度，保护参保人员个人信息，确保长期护理保险数据安全。

**第三十二条** 经办机构可采取电话回访、智能审核、实时监控等方式开展长期护理保险服务费用审核核查工作，也可委托有资质的第三方开展审计和检查工作。定点长护服务机构及相关人员应予以配合，并应当根据需要提供各类相关材料。定点长护服务机构涉嫌违反长期护理保险政策法规、长期护理保险协议规定的，在立案调查及处理期间，经办机构可暂停拨付长期护理保险费用。

**第三十三条** 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《办法》第三十五条规定的处理方式。

第五章 定点长护服务机构动态管理

**第三十四条** 定点长护服务机构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个工作日内向辖区经办机构提出变更申请。经审核仍符合定点长护服务机构确定条件的，长护协议继续履行；经审核不再符合定点长护服务机构确定条件的，解除长护协议。未按规定备案的，经办机构可中止长护协议。其他一般信息变更应当在30个工作日内书面告知。

**第三十五条** 协议续签应由定点医药机构于医保协议期满前3个月向医保经办机构提出申请或由医保经办机构统一组织。医保经办机构与定点医药机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和医保绩效评估情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

**第三十六条** 长护协议中止是指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。长护协议中止期间，长护服务机构应做好解释告知工作并为服务对象做好护理服务衔接。

**第三十七条** 长护服务机构有《办法》第四十条规定情形之一的，经办机构应解除协议。

**第三十八条** 定点长护服务机构违反长护协议造成长期护理保险基金损失的，经办机构应按规定追回基金损失并作出相应处理；需行政处罚的，应提交医疗保障行政部门处理；涉及其他行政部门职责的，移交相关部门；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关。

第六章 监督管理

**第三十九条** 医疗保障行政部门对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。

**第四十条** 医疗保障行政部门、经办机构应拓宽监督途径，通过第三方评价、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

**第四十一条** 本实施细则自2025年11月3日起施行，有效期2年。