丽水市“浙里惠民保”长期护理责任

定点护理服务机构管理办法

第一章 总 则

第一条 为进一步推进我市长期护理责任工作，规范长期护理责任定点护理服务机构管理，保障失能人员的基本护理需求，根据《丽水市人民政府办公室关于印发在丽水市“浙里惠民保”中增设长期护理责任试点工作方案的通知》（丽政办发〔2022〕69号）文件规定，制定本办法。

第二条 本办法所称的长期护理责任定点护理服务机构（简称定点护理机构），是指依法成立具有法人资质的，能开展长期护理服务的，经综合评估后与医疗保障经办机构（简称经办机构）和承保长期护理责任的商业保险机构（简称承办机构）签订《丽水市长期护理责任定点护理机构服务协议书》，为长期失能人员提供基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理服务的养老机构、医疗机构、残疾人托养机构、其他符合长期护理服务条件的企业或社会组织等。

第三条 医疗保障行政部门负责定点护理机构管理的政策制定、统筹规划、组织实施以及监督管理等工作。

经办机构和承办机构共同做好养老机构、医疗机构、残疾人托养机构、其他符合长期护理服务条件的企业或社会组织的长期护理定点服务协议管理工作，并承担相应的经办管理职责。其中,经办机构主要负责指导、监督承办机构开展工作。承办机构负责做好定点护理机构的申请受理、查勘、签约、待遇审核、结算、支付、考核、指导、巡查监管等日常管理服务工作。

第四条 定点护理机构确定和管理应坚持以下原则：

（一）布局合理，择优纳入。以失能人员的护理需求为中心，建立涵盖城乡，满足机构、社区、居家护理需求的定点护理服务机构网，鼓励机构向社区和居家服务延伸；

（二）公平竞争，多方参与。鼓励各类服务机构公平竞争，支持社会力量参与长期护理责任服务，促进服务资源的优化配置，提高资源使用效率；

**（三）协议管理，强化监督。**通过定点护理服务协议约定服务要求、违约责任。强化日常监管，建立动态调整机制，按照严进宽出的原则，对业务管理不规范的护理机构，可暂停履行协议，对严重违规行为作解除协议。

第二章 定点条件

第五条 定点护理机构应具备的条件：

（一）遵守国家、省、市有关法律法规和政策规定，建立完善的内部管理制度，能确保护理服务质量。规范经营，近一年内（不足一年的自开业以来）无违法违规行为受到有关行政部门处罚。

（二）设置合理的长期护理服务区域，基本设施配备齐全。定点护理机构开设护理服务床位的，床位数原则上不低于20张。

（三）建立规范的管理制度（财务管理、信息管理和业务管理制度等），开设符合财务制度规定的结算帐户，具备相应条件的信息管理系统。

（四）配备专业护理服务人员原则上应不少于10人，并应通过老年照料、医院护理等职业培训。设置院内护理床位的应按不低于1:3.5的比例配置护理服务人员。工作人员应依法参加社会保险，执业注册的医学专业技术人员原则上应于申请日期前在本单位连续参加社会保险一个月及以上，异地参保或退休人员需提供相关依据。

第六条 申请成为定点护理机构，应提供以下书面材料：

（一）《丽水市长期护理责任定点护理服务机构申请表》 （见附件）一式3份；

（二）医疗机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本复印件；养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本原件和复印件或备案证明；

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

（四）业务用房产权证明或租赁合同原件和复印件，营业用房平面图（注明面积、功能区分）；

（五）医疗机构提供主管部门同意设立长期护理区域或病区（病房）的相关文件以及护理床位张数资料；养老机构提供床位张数资料；

（六）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）提供工作人员名册以及医护人员的资格证书、执业证书、职称证书、劳动合同复印件等；

（八）内部各项管理制度清单、主要护理服务项目清单、护理收费标准清单、护理服务设备清单、计算机及网络设备清单。

第三章 定点流程

第七条 经办机构和承办机构遵循公开、公平、公正原则，按照下列流程共同做好定点护理机构的长期护理定点服务协议管理工作：

（一）受理申请。符合条件的护理机构，可向承办机构提出申请，填写《丽水市长期护理责任定点护理机构申请书》。承办机构接收到申请材料后,材料不齐或者不符合要求的，一次性书面或电话告知申请人需补正的材料。申请单位应在5个工作日内补正材料，逾期不补齐的视为撤回申请。

（二）复核查勘。承办机构自收到申请单位提交的全部书面材料后，应在5个工作日内将申请材料提交到所在辖区经办机构复核，经办机构在15个工作日内会同承办机构组织开展实地查勘证件、人员、设备、制度、计算机等方面，是否与提交的申请材料一致，是否符合定点条件。

（三）组织评审。经办机构与承办机构定期组织专家开展评估审定工作。自受理材料齐全后到出具评估审定结果，时间不超过3个月。对经评审拟纳入协议管理护理机构名单进行公示，公示期为3天。公示期满无异议的，确定为拟签约单位。

（四）签约。经公示通过后，经办机构、承办机构与申请单位共同签订长期护理定点服务协议并报市医疗保障行政部门备案后授牌。因申请单位原因在公示期结束后三个月内未能签订《服务协议书》的需重新发起定点护理机构申请流程。申请单位在签约前应做如下准备工作：

1.参加承办机构组织的长期护理知识培训，相关工作人员应熟悉相关政策并通过承办机构组织的测试；

2.建立规范的长期护理责任内部管理制度和财务制度，建立内部业务核算制度；

3.配备适应长期护理责任结算、监管、服务等要求的信息系统,完成与长期护理责任信息系统联调测试，并通过验收。

（五）公布。承办机构应定期向社会公布定点护理机构名单。

第八条 申请机构有下列情形之一的，承办机构将不予以受理定点护理机构协议管理申请：

（一）解除定点服务协议未满3年或解除定点服务协议后未及时足额退回违规发生的相关费用的；

（二）经年度考核被认定为不合格后，不予续签协议未满一年的；

（三）采取伪造、篡改申请资料等不正当手段申请定点，被查实的；

（四）正在接受相关部门立案调查或处理期间；

（五）聘请本条（一）、（二）、（三）、（四）项情形负有直接责任的人员担任法定代表人或单位负责人的；

（六）不符合长期护理责任政策规定的其他情形的。

第四章 管理和服务要求

第九条 经办机构和承办机构要加强定点护理机构的协议管理和服务行为管理，提高管理效率。

第十条经办机构和承办机构与定点护理机构签定三方服务协议，协议有效期一般为1年，明确三方的责任、权利和义务。协议到期后，经办机构和承办机构及时与符合规定的定点护理机构续签协议。

第十一条定点护理机构应规范护理服务行为，加强对长期护理责任政策的学习和宣传，按规定配备必要的护理服务人员，为护理服务从业人员购买相应责任保险，为失能人员提供规范、合理、便捷的护理服务。

第十二条 定点护理机构必须严格执行长期护理责任政策规定，不得将基金不予支付的费用纳入基金结算，也不得提高护理服务项目标准，加重失能人员负担。

第十三条 经办机构和承办机构对定点护理机构的护理服务进行检查和监督，可委托第三方机构进行专项检查。定点护理机构及相关人员应积极配合，如实提供业务记录、财务凭证等相关材料。

第十四条 定点护理机构的单位名称、营业性质、经营地址、法定代表人、开放床位等发生变更的，应在批准变更的15个工作日内，携带有关资料向承办机构申请办理备案手续，经评估符合协议管理定点单位基本条件的继续履行协议管理，已不符合定点单位基本条件的则退出协议管理。逾期未办理申请备案手续的，承办机构可中止协议管理。

第十五条 承办机构负责制定年度考核办法，对定点护理机构实行年度业务考核。

第五章 违约处理

第十六条 定点护理机构发生的违规费用，承办机构不予支付，违规行为造成长期护理基金损失的，应予以追回，并可根据情节轻重给予中止定点服务协议，处1-5倍违约金等处理。情节严重构成犯罪的，移交司法机关依法追究责任人的刑事责任。具体处理条款以《丽水市“浙里惠民保”长期护理基金使用监督管理办法》为准。

 第六章 附 则

第十七条 本办法由市医疗保障局负责解释。

第十八条 本办法自2023年 月 日起施行。上级有新的规定，按新规定执行。

附件：

长期护理险定点护理服务机构申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 机构名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 机构类型 | □医疗机构 □养老机构 □残疾人托养机构 □  |
| 提供服务方式 | □入住机构护理 □居家上门护理 |
| 以下根据机构类型及实际情况对应填写 |
| 医疗/养老机构执业许可证号 |  |
| □事业单位法人证书号 □民办非企业单位登记证书号 □营业执照号 |
| 机构证书号 |  |
| 卫生技术人员构成 | 人员类别 | 总人数 | 高级职称 | 中级职称 | 初级职称 | 其他 |
| 注册医生 |  |  |  |  |  |
| 注册护士 |  |  |  |  |  |
| 药师 |  |  |  |  |  |
| 其他医技人员 |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |
| 养老护理员 | 总人数 | 高级 | 中级 | 初级 | 其他护理员 |  |
|  |  |  |  |
| 床位数 | 总床位数 | 护理区床位数 |
|  |  |
|  **自愿承担长期护理责任护理服务，申请成为长期护理责任护理服务试点机构，本单位承诺：本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供材料虚假、不真实的，承担由此引起的一切责任和后果。** 法人代表签字（盖章）： 单位（盖章）： 年 月 日 |