

温州市医疗保障局 温州市财政局文件 国家税务总局温州市税务局

温医保联发〔2023〕7号

温州市医疗保障局温州市财政局 国家税务总局温州市税务局关于印发《温州市 深化推进长期护理保险制度试点的实施方案 (2023-2025年)》的通知

各县(市、区)医疗保障局(分局)、财政局，龙港市社会事业局，国家税务总局温州市各县(市、区)税务局：

为进一步深化长期护理保险制度试点，根据《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》(医保发〔2020〕

37号)、《浙江省医疗保障局浙江省财政局关于深化长期护理保险制度试点的指导意见》(浙医保联发〔2022〕6号)等文件要求,结合我市实际,制定《温州市深化推进长期护理保险制度试点的实施方案(2023-2025年)》。现印发给你们,请认真贯彻执行。



国家税务总局温州市税务局
2023年4月10日

温州市深化推进长期护理保险制度试点 的实施方案(2023-2025年)

为满足群众日益增长的护理需求，保障失能人员基本生活权益，提升失能人员生活质量。根据《国家医保局财政部关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）和《浙江省医疗保障局浙江省财政厅关于深化长期护理保险制度试点的指导意见》（浙医保联发〔2022〕6号）要求，进一步深化长期护理保险制度试点，用心用情用力办好省市民生实事，完善长期护理保险标准体系，结合我市实际，制定本实施方案。

一、总体要求

（一）指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和十九届历次全会精神，坚持以人民健康为中心，进一步扩大长期护理保险保障人群，健全更加公平更可持续的社会保障体系，助力高质量发展共同富裕示范区建设，不断增强人民群众在共建共享发展中的获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。坚持以人为本，重点解决重度失能人员长期护理保障问题。坚持以收定支，合理确定保障范围和标准。坚持统筹协调，做好新老政策的顺利衔接和经办管理。坚持机制创新，确保稳定运营可持续。坚持权责共担，合理划分筹资责任和保障责任。

（三）工作目标。 在全市范围内全面推行长期护理保险，

实现职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险人群保障全覆盖。紧紧围绕政策框架标准化、护理服务规范化、基金运行可持续，为老年友好型社会、共富型医保体系建设发挥重要作用。2023年将市区城乡居民基本医疗保险参保人员纳入长期护理保险保障范围。2025年将各县（市）城乡居民基本医疗保险参保人员纳入长期护理保险覆盖范围。

二、待遇保障

（一）参保对象。全市职工基本医疗保险参保人群，稳步延伸到城乡居民基本医疗保险参保人群。

（二）保障范围。经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上或因年老失能，经申请通过评估符合长期护理保险重度失能标准的，纳入我市长期护理保险保障范围。重点解决重度失能人员基本护理保障需求，优先保障符合条件的失能老年人、重度残疾人。

（三）资金筹集。长期护理保险基金按自然年度筹集。根据国家政策规定和基金运行情况，综合考虑城乡居民可支配收入，动态调整长期护理保险人均筹资水平，待条件成熟后逐步过渡到职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险长期护理保险筹资标准统一。

2023年职工基本医疗保险参保人员长期护理保险费暂定100元，在职人员由个人和用人单位同比例分担，退休人员由个人和医保统筹基金同比例分担。单位缴费部分从其缴纳的职工基

本医疗保险费中划转，不增加单位负担。个人缴费部分从个人账户代扣代缴。参加职工基本医疗保险的灵活就业人员，参照职工执行。

2023 年城乡居民基本医疗保险参保人员长期护理保险费暂定 90 元，由个人和财政按照统筹区城乡居民基本医疗保险比例分担，与城乡居民基本医疗保险合并缴纳。

医疗救助对象参加长期护理保险的个人缴费部分参照城乡居民基本医疗保险资助参保政策按规定予以补助。

（四）待遇支付。长期护理保险基金主要用于支付在我市辖区内符合规定的机构和人员提供基本护理服务所发生的费用。经评估享受长期护理保险待遇的参保人员，发生的符合长期护理保险规定的医疗服务费用、生活照料等费用，纳入长期护理保险基金支付范围，从失能等级评估通过次月起开始享受待遇。探索建立异地居住人员长期护理保险服务模式。做好长期护理保险与经济困难的高龄、失能老年人补贴以及重度残疾人护理补贴等政策的衔接，按就高原则发放。

（五）支付标准。长期护理保险待遇的护理服务形式，包括居家亲情护理、居家上门护理和机构护理，重度失能等级评定分一级、二级、三级。根据失能等级、服务提供方式等不同实行差别化待遇保障政策。选择居家上门护理和机构护理，重度三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按 2980 元/月、2384 元/月、1788 元/月计算；选择居家亲情护理，重度三级、二级、一级的

每月最高限额分别暂按 1490 元/月、1192 元/月、894 元/月计算，其中生活护理费用最高限额不高于 50%。参保人员尚未择定护理服务形式的，可先按居家亲情护理服务标准支付。符合规定的护理服务费用，基金支付比例为 80%，个人负担 20%。

三、评估管理

（一）完善标准。按照国家医保局办公室、民政部办公厅印发的《关于印发〈长期护理失能等级评估标准(试行)〉的通知》（医保发〔2021〕37 号）和浙江省市场监督管理局发布的《长期护理保障失能等级评估规范》要求，调整完善失能等级评估标准。

（二）评估团队。组建评估员库，随机抽取评估小组成员，建立动态管理机制。失能等级评估小组原则上由 2 名评估员库成员、1 名医保经办部门工作人员、1 名社会工作人员和 1 名村（社区）工作人员组成。组建专家委员库，抽取 3-5 名专家委员对初评异议的案例进行复评，通过审核既往病史、就医记录、评估影像等方式进行，必要时上门重新评估。

（三）评估流程。依照公开、公正、透明的原则，对提出评估需求申请的参保人员进行疾病状况、自理能力等失能程度综合评估。全市统一按初期每月评估，中后期季度受理申请。参保人及家属对首次评估结果有异议的，需在公示期内或接到评估结论通知的 10 个工作日内申请复评。评估费用标准根据民政、财政部门有关规定收取，评估费用由长期护理保险基金列支。

在日常监督检查中发现参保人疑似不符合重度失能标准的，可要求参保人及其家属配合进行重新评估。不配合监督评估或重评结论为非重度失能的，自出具评估结论之日起停止长期护理保险待遇。

四、管理服务

（一）基金管理。长期护理保险基金实行市级统筹，单独建账、独立核算、专款专用。建立长期护理保险风险金，长期护理保险风险金从当期基金滚存结余暂按 25%提取，长期护理保险基金、长期护理保险风险金参照社会保险基金管理制度执行。当期收支出现缺口时，由各地历年结余基金予以弥补；历年结余基金不足以弥补的，由长期护理保险风险金支付，风险金仍不足以弥补的，缺口由各地财政承担，并结合基金收支运行实际适时调整缴费标准或待遇支付政策。

（二）机构管理。将长期护理保险服务机构（医养结合机构、养老服务机构、居家护理机构）纳入医保定点机构统一管理，签订长期护理保险定点服务协议，规范长期护理保险定点服务机构服务行为，保障参保人员的护理需求。已定点的长期护理保险服务机构按新标准进行整改，择期重新考核。

（三）经办管理。通过公开招投标，引入社会力量参与长期护理保险经办服务，充实经办力量。以购买服务的方式支付社会力量的经办服务费，可综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素，根据具体合同约定从长期护理保险基金中按比例或

按定额支付。

（四）结算管理。对于定点服务机构提供的符合支付范围、达到服务标准的护理服务，按月结算；享受待遇天数未满一个月的，按实际享受天数进行结算。在支付同时可预留一定比例的服务质量保证金，用于年终考核结算，具体比例在服务协议中明确。应严格审核定点服务机构的护理费用，不符合规定的，基金不予支付。

（五）监督管理。建立定期回访和复评机制，完善举报投诉、信息披露、内部控制、欺诈防范等风险管理制度，创新基金监管手段，建立健全基金监管长效机制。对长期护理保险服务机构建立信用评价体系，加强对长期护理保险服务机构的日常稽查，适时开展长期护理保险基金监管飞行检查，确保基金安全。

五、组织实施

（一）加强组织保障。各地必须提高政治站位，做好组织实施，推进长期护理保险扩面提质工作有序开展。市医保中心及各县（市、区）医保经办部门应成立长期护理保险科，指派专人负责长期护理保险相关工作。做好政策解读，及时回应社会关切，合理引导预期。充分调动各方面支持配合工作的积极性和主动性，凝聚社会共识，为扩面提质顺利推进构建良好社会氛围。

（二）细化政策体系。结合国家和省指导意见，构建“1+5+N”政策体系，配套出台定点机构协议管理、失能等级评估标准、失能等级评估流程、经办规程、评估库管理等一系列政策措施。做

好新老制度转换衔接，对原待遇享受人员，统一组织复评，根据复评结果及时调整或取消长期护理保险待遇。对原临时定点护理机构，按新定点评估标准评估合格后，统一签订定点服务协议。

（三）强化监督检查。加强基金筹集、评定复审、费用支付等环节全过程监督管理，防范保险基金欺诈、骗保行为的发生，确保基金安全。对存在违法违规行为造成长期护理保险基金损失的机构和个人，依照相关规定进行处理；构成犯罪的，依法追究刑事责任。进一步梳理和优化系统流程，基于智慧医保系统和“浙里长护在线”场景框架，为系统上线做好温州特色政策和需求准备。

（四）量化工作进度。要把握好工作重点和推进节奏，掌握好工作的“时度效”。2023年第二季度完成长期护理保险新一轮招投标，并同步启动“浙里长护在线”功能调整改造；第三季度发布通告，做好城乡居民基本医疗保险参保人员新增险种上线。第四季度正式开放申请受理渠道，组织人员上门评估，确保新一轮参保的城乡居民基本医疗保险参保人员于2024年1月1日起切实享受待遇。

- 附件：1. 温州市长期护理保险失能等级评估团队管理办法
2. 温州市长期护理保险定点机构协议管理实施细则
（试行）
3. 温州市长期护理保险经办规程（试行）

附件1

温州市长期护理保险失能等级评估团队 管理办法

第一条为规范本市长期护理保险(以下简称长护险)失能等级评定管理,建立长护险失能评估员库和评定专家库,加强失能评定队伍建设,制订本办法。

第二条本办法所称评估员是指为失能人员提供现场失能等级评估的专业人员,评估员原则上由医疗机构相关临床科室执业的医护人员组成。

第三条本办法所称评定专家是指对有异议的评定结论进行复评的专业人员,评定专家库原则上由县级或三级综合性医疗机构副高及以上专业医护人员组成。

第四条评估员主要承担长护险失能等级现场评估工作;评定专家主要承担复评工作。

第五条评估员及专家在长护险评定工作中享有以下权利:

(一)查阅被评定人的病历资料,询问其等相关信息,进行必要的体格检查、辅助检查;

(二)根据长护险评定标准,独立提出评定意见;

(三)履行职责不受干扰、威胁、利诱;

(四)对不配合或提供虚假医疗资料、隐瞒病伤史的被评定人停止失能等级评定工作;

- (五) 获得长护险失能等级评定劳务报酬；
- (六) 个人信息以及鉴定意见被保护；
- (七) 对长护险失能等级评定工作提出意见和建议；
- (八) 法律法规规定的其他权利。

第六条 评估员和评定专家在长护险评定工作中履行以下义务：

(一) 遵守工作规则，恪守职业道德，依法依规、公正廉洁地开展长护险评定工作；

(二) 客观评定被评定人的失能状况，作出评定意见并签名；

(三) 保护参保人隐私，妥善保管评定材料，不丢失、损坏，不私自拍照、复制，不另作他用；

(四) 对存在利害关系的长护险评定工作，主动申请回避；

(五) 不以长护险失能等级评定专家身份参加未经评定委员会允许的任何商业活动。

第七条 评估员和评定专家有下列行为之一的，评定委视情节暂停其评定资格或者解除聘任；情节严重的，依照相关法律法规处理：

(一) 在履行职责过程中有严重失误的；

(二) 提供虚假评定意见的；

(三) 利用职务之便非法收受财物的；

(四) 无正当理由不履行职责的；

(五) 存在违反法律法规等其他行为的。

附件2

温州市长期护理保险定点机构协议管理 实施细则（试行）

为进一步深化我市长期护理保险试点工作，加强长期护理服务资源的优化配置，维护参保人基本医疗保障权益，根据《浙江省医疗保障局浙江省财政厅印发〈关于深化长期护理保险制度试点的指导意见〉的通知》（浙医保联发〔2022〕6号）文件精神，参照浙江省市场监督管理局发布《长期护理保险护理服务供给规范》（DB33/T2430-2022.3.1）、浙江省医疗保障标准化技术委员会《关于发布〈长期护理保险业务经办管理规范〉和〈长期护理保险护理服务管理规范〉的通知》等有关规定，结合我市实际，制定本实施细则。

一、总体目标

规范和完善我市基本医疗保障定点护理机构协议管理工作，遵循公平公正、合理布局、择优纳入等原则，构建优质的医疗保障长期护理保险体系。

二、责任分工

医疗保障行政部门负责长期护理机构定点管理政策制定，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构（以下简称“经办机构”）、定点

护理机构进行监督。经办机构负责确定定点护理机构，并与定点护理机构签订长期护理保险定点服务协议（以下简称“服务协议”），提供经办服务，开展护理服务协议管理、考核等。

按照“统一管理、分级负责”的原则，市医疗保障行政部门负责全市护理机构定点确定的监督指导工作，各县（市、区）医疗保障行政部门协助做好辖区范围内护理机构定点确定的监督指导工作。市级经办机构负责对各县（市、区）经办机构进行业务指导；各县（市、区）经办机构按相关职责，根据“属地管理”的原则，由护理机构相关证照发放地做好各自辖区定点护理机构确定的相关工作。原有存量机构管理作相应调整。

三、布局规划

定点护理机构协议管理应坚持总量控制、合理布局的原则。各县（市、区）医疗保障行政部门应根据公众健康需求、医保基金收支、参保人群数量、业务经办能力等实际情况，合理制定本年度新增定点护理机构规划。年度规划应包含上年度定点护理机构管理情况、辖区内定点护理机构分布情况及本年度新增定点护理机构计划等内容，应着重对本辖区内偏远乡镇、街道的定点护理机构分布情况进行摸底，根据人口分布特点和长期护理服务需求均衡配置护理定点机构。

列入政府工作报告或政府投资项目（重大建设项目）的招商引资项目，县（市、区）提交的招商引资材料经属地政府或市投促局确认后，符合条件的可不受年度规划数量限制。

四、申请条件

（一）申请范围

本细则所指护理机构是指全日入住类护理机构、居家上门类护理机构。医疗机构、养老机构、残疾人托养服务机构，申请时需选择全日入住类护理或居家上门类护理的服务形式以确定定点护理服务机构类型。其他符合长期护理服务条件的企业或社会组织仅可选择居家上门类护理服务。申请签订长期护理服务协议机构应同时具备以下条件：

1. 基础条件：

- （1）依法成立，具有独立法人资质；
- （2）有固定的营业场所，且业务用房的使用期限不少于 3 年；
- （3）具备相关经营许可，并在取得相关经营许可后，在现营业场所正式营业 3 个月以上；
- （4）能开展护理服务，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；
- （5）配备符合本市长护险联网结算要求的计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员；财务管理、信息系统建设应符合长期护理保险结算管理需求，配备相应的专业技术人员；
- （6）护理服务管理：定点护理机构应根据长期失能人员需求，制定护理计划，提供必要的、适宜适度的护理服务项目；
- （7）符合《温州市长期护理保险全日入住类定点护理机构评估表》或《温州市长期护理保险居家上门类定点护理机构评估

表》（以下简称《评估表》详见附件 3，4）中各项基础指标的要求，同时自评达到 120 分；

（8）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。

2. 可开展长期护理服务的医疗机构（医院、护理院等）、养老机构（残疾人托养机构）等全日入住类服务机构需同时具备以下条件：

（1）应按现行护理院病区标准在相对独立、标志明显的区域设立长期护理服务专区并配备服务设备设施。总床位数不足 60 张的，可在相对独立区域设置长期护理病房，并设立明显标志；

（2）应配备与长期护理服务相适应的医护人员，或与医疗卫生机构开展与长期护理保险护理服务相适应的协议合作。长期护理服务专区应按与重度失能人员配比不低于 1 :3、与护理床位配比不低于 1： 3.5 的要求配备专业护理职业资质的人员或其他符合长期护理要求的人员；

（3）服务场所、设备设施、人员配置、机构设置、承办能力应与其申请提供的服务相匹配。

3. 申请居家上门类医疗机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、护理站等）及其他企业或社会组织需同时具备以下条件：

（1）需配备长期护理上门服务的固定管理用房和服务技能培训场所。

(2) 长期护理服务人员数量、承办能力应与其申请提供的服务相匹配，配备的护理服务人员应不少于 10 人。

(3) 提供上门护理服务的其他企业或社会组织，应自主聘用或与医疗卫生机构开展协议合作，建立相应的医护力量，医生或护士至少 1 名；其中医生专业类别应为全科、内科、中医科或康复科，能提供医疗指导服务。

(二) 申请材料

护理服务机构向经办机构提出长期护理服务定点申请，至少提供以下材料：

1. 申请定点资料。《温州市医疗保障定点护理机构申请书》及《评估表》（见附件）。

2. 服务资质证明资料。养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本复印件或《设置养老机构备案回执》；医疗机构提供《医疗机构执业许可证》正、副本复印件，《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》的正、副本复印件，或《营业执照》的正、副本复印件；与医院、社区卫生服务中心、护理院或诊所签订的医疗服务合作协议复印件。

3. 服务人员资料。法定代表人身份证复印件，根据护理服务机构类型，提交医务人员、护理人员花名册，医务人员执业证书及资格证书复印件、人社部门认定的职业技能证书复印件护理人员培训合格证明复印件、培训证书复印件；职工劳动合同或聘用协议、健康证及在本单位参加基本医疗及社会保险的相关材料。

4. 服务场所、设施设备资料。服务机构经营用房产权证明或

租赁合同（产权证明或租赁合同有效期不低于 3 年）、营业平面布局图（注明面积、功能区分）等相关资料复印件；提供全日入住类护理的医疗机构、养老机构、残疾人托养服务机构提供主管部门同意设立养老病区、护理病区或长期护理服务专区的相关文件；提供护理服务区域设置示意图、护理服务区域床位张数证明；居家上门类护理服务机构提供服务设施设备清单。

5. 服务管理资料。与长期护理保险政策对应的内部管理制度和财务管理制度。

6. 信用资料。承诺服务机构法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信被执行人名单。

7. 护理服务机构需提供近一年度财务报表（不足一年的，提供自开业以来的报表）。

五、集中受理

（一）经办机构原则上每季度应开展 1 次集中受理审查，对申请材料进行初审，材料齐全的予以受理，材料不齐或不符合条件的，应自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知申请机构。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，须 3 个月后方可再次申请。

（二）护理服务机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

1. 护理服务机构未执行相关行政部门制定的护理项目价格政策的；

2. 未依法履行行政处罚责任的；

3. 以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满 3

年的；

4. 因违法违规被解除服务协议未满 3 年或已满 3 年但未完全履行行政处罚法律责任的；

5. 因严重违反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；

6. 法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点护理服务机构被解除服务协议, 未满 5 年的；

7. 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；因医疗护理服务行为受到有关行政部门处罚未满 1 年的；

8. 近 2 年内非法行医、非法医疗广告、机构外包等不规范经营行为的；

9. 同一法人主体(投资主体)的相关定点护理机构及其工作人员, 1 年内有因违规被暂停、解除或终止服务协议和正在接受经办机构调查处理拒不配合等情况的；

10. 法律法规规定的其他不予受理的情形。

六、现场核查

经办机构可通过资料审核、现场核查、函询相关主管部门意见等方式, 对护理机构所申报材料和信息进行审核, 对提供虚假材料的护理机构, 一经核实, 申请不通过。

经办机构按照评估的要求和定点原则, 依据申报资料及《评估表》对护理机构进行现场核查打分。现场核查人员至少 2 人以上到场, 并实行回避制度, 确保公平性和公正性。

七、专家评估

市级经办机构根据实际情况建立、管理评估专家库。由市级经办机构结合原定点医药机构评估专家库，专家库成员增加民政、残联部门代表及定点医疗机构副高以上职称护士代表。参照定点医药机构评估专家库统一管理。

现场核查分合格（120分及以上）和不合格（120分以下），合格的提交评估小组综合评估，不合格的，辖区经办机构应告知其理由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次申报，第二次申报现场核查仍未合格的，1年内不得再次申请。

评估小组按照核查结果、经办机构汇报情况等综合评估，评估结果分通过与不通过。评估通过的，纳入拟新增定点护理机构名单；评估不通过的，由辖区经办机构进行通知。

评估小组评估时间自受理申请材料之日起不超过20个工作日，护理机构补充材料时间不计入评估期限。

经办机构根据拟新增的定点护理机构名单向社会公示。公示期满无异议的，列入拟签订服务协议的名单。

八、协议签订

拟签订服务协议的护理机构负责人、长期护理专职管理人员等应在签约前接受辖区医保经办机构组织开展的培训，并须通过培训考核测试。培训内容主要包括长期护理保险政策法规、服务协议管理规定、业务流程、违规案例分析等。护理机构应配备适应长期护理服务结算、监管等要求的信息系统和硬件设备，按医保部门和经办机构要求安装监管系统，并按要求完成长期护理信

息系统、监管平台软硬件配置和改造，长期护理信息网络接入等各项工作，并通过信息部门和经办机构验收。

培训考核及信息验收工作应在评估通过后的 3 个月内完成，护理机构因自身原因未在规定时间内按要求完成签约前准备工作的，该机构本次纳入护理定点的申请无效，经办机构不得与该护理机构签订服务协议。

经办机构应当指导并协助护理机构完成签约前的准备工作，并及时与护理机构签订服务协议，纳入定点护理服务协议管理。护理机构因自身原因在符合服务协议签订条件后的 10 个工作日内未签订服务协议的，视作自动放弃。服务协议应明确各方权利、义务和责任，并严格执行协议约定。协议期限一般为 2 年，首次签订为 1 年。

续签应由定点护理机构于服务协议期满前 3 个月向辖区经办机构提出申请或由辖区经办机构统一组织。辖区经办机构与定点护理机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，在市级经办机构的监督下，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签双方医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

经办机构与护理机构在定点确定、协议签订过程中发生的争议，可以采取自行协商解决或要求同级医保行政部门协调解决。仍无法解决的，可提起行政复议或行政诉讼。

九、动态管理

（一）定点护理机构违反服务协议的，经办机构可要求限期

整改或暂停协议，违规情节严重的报医疗保障行政部门同意后解除服务协议。

（二）定点护理机构经相关职能部门批准变更单位名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、机构性质、机构规模、等级和类别等重大信息的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向辖区经办机构提出变更申请，由辖区经办机构根据相关规定核查后向市级经办机构报备，其他一般信息变更应及时书面告知。

新增定点护理机构签订服务协议后三年内变更地址的，原协议终止，须重新申请定点（政府公共事业建设、拆迁除外）。三年后，定点护理机构在原辖区内地址变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向辖区经办机构提出变更申请，经办机构应参照《评估表》各项要求重新考核，给符合要求的机构办理变更手续；未按规定备案的，经办机构终止其服务协议。定点护理机构因违规被调查、处理期间不得申请变更信息。

定点护理机构跨辖区地址变更的，原服务协议终止，护理机构应按本细则向新管辖地经办机构重新申请长期护理服务定点。

（三）医保经办机构与定点护理机构可依据国家、省、市相关规定及定点服务协议暂停履行服务协议约定，暂停期间发生的护理服务项目费用不予结算。定点护理机构可提出中止服务协议申请，经经办机构同意，可以中止服务协议但中止时间原则上不得超过180日，定点护理机构在服务协议中止超过180日仍未提出继续履行服务协议申请的，原则上服务协议自动终止。

定点护理机构及其工作人员发生违反国家、省、市相关规定被医保管理部门立案调查且拒不配合、被移交司法部门，医保经办机构应及时暂停与定点护理机构之间的服务协议，直至结案，再按结案结果进一步处理。

医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点护理机构确定工作进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

（四）定点护理机构被暂停或解除定点护理服务协议的，应及时妥善处理原协议的长护险参保人，并做好解释工作。

十、其他

本实施细则（试行）由市医疗保障局负责解释，《温州市长期护理保险协议定点护理服务机构管理办理（试行）》（温医保发〔2019〕7号）同时废止。

原存量定点护理机构需由辖区经办机构在6个月内根据《评估表》进行现场核查，未达到120分的予以解除医保服务协议。

- 附件：1. 温州市新增定点护理机构协议申报流程
2. 温州市长期护理保险定点护理机构协议申请表
3. 温州市长期护理保险全日入住类定点护理机构评估表
4. 温州市长期护理保险居家上门类定点护理机构评估表

附件1

温州市新增定点护理机构协议申报流程

按照定期发布的申报公告，申请定点的护理机构根据自身服务能力，自愿向管辖的经办机构提出申请签订服务协议。申报流程如下：

一、受理申请

各辖区医保经办机构原则上每年3月、6月、9月、12月前5个工作日集中受理护理机构定点申请，并对申请材料进行初审，材料齐全的予以受理，材料不齐或不符合条件的，应自收到材料之日起5个工作日内一次性告知护理机构。护理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，须3个月后方可再次申请。

二、现场审核

集中受理期结束后，经办机构应组织核查人员，进行材料和现场审核，按照《评估表》对护理机构逐项打分，同时做好原件存档，复印件核对盖章，必要时影像资料、电子资料留底。原则上10个工作日内完成核查并提交评估小组综合评估。

如申请单位现场打分表未达到120分或基础指标项有不合格项，应退出申报流程，各辖区医保经办机构需告知申请单位结果，打分表及材料由各辖区医保经办机构自行留底存档。

三、组织评估

市医保中心组织开展全市定点护理机构专家评估会议，并在评估会议结束后 3 个工作日内将评审结果反馈至各辖区医保经办机构。

评估结果通过的，列入拟新增定点护理机构名单；评估结果不通过的，辖区经办机构应告知其理由。

四、公示

经办机构根据评估结果拟定拟新增定点护理机构名单，并向社会公示。公示时间为 5 个工作日。公示期满无异议的，列入拟签订护理服务协议名单。公示期间有异议的，该护理机构所在经办机构应及时启动调查程序，核实情况。经调查举报情况属实的，应责令其整改；存在使用弄虚作假等不正当手段申请定点的，自发现之日起 3 年不得申请定点。经调查被举报单位符合定点申报要求的，应继续签约流程。

五、培训考核

经办机构应于公示结束后 3 个工作日内通知相关护理机构参加培训考核。护理机构应在接到培训通知后的 2 个工作日内将培训对象名单报医保经办机构，无特殊情况不得更换人员。经办机构应在收到名单后 5 个工作日内告知护理机构具体时间安排，并在培训结束后 5 个工作日内由经办机构组织考核，考核结束后 3 个工作日内公布考核合格名单。

六、信息验收

护理机构须按要求完成长期护理信息系统、监管平台软硬件配置和改造，长期护理信息网络接入等各项工作，并通过信息部

门验收。

信息部门凭公示无异议证明测试验收各申请单位信息系统，验收通过的出具信息系统验收通过单。

七、签约开通

护理机构凭信息部门出具的信息系统验收通过单与所辖医保经办机构协商签约，并开通长期护理结算。因护理机构自身原因 10 个工作日内未按时签订协议的，视为自动放弃本轮定点护理机构协议管理。

八、备案

经办机构应向社会公布新增定点护理机构名单，并报同级医疗保障行政部门备案。

附件 2

温州市长期护理保险定点护理机构协议管理申请

申请时间： 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 养老机构、残疾人托养机构 <input type="checkbox"/> 其他企事业或社会组织					
提供服务方式	<input type="checkbox"/> 入住机构护理 <input type="checkbox"/> 居家上门护理					
医疗机构执业许可证号						
养老机构设立许可证号						
<input type="checkbox"/> 事业单位法人证书号 <input type="checkbox"/> 民办非企业单位登记证书号 <input type="checkbox"/> 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					
	医疗护理员					
	合计					
养老护理员	总人数	高级	中级	初级	专职管理员	
床位数	总床位数			长护专区床位数		
<p>本机构自愿承担长期护理保险护理服务，申请成为长期护理保险护理服务定点机构，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。</p>						
法人代表签字（盖章）：			单位（盖章）：			
			年 月 日			

附件3

温州市长期护理保险全日入住类定点护理机构评估表

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
基础指标	1	经营时间	正式运营是否已达3个月，“否”即为不合格。		
	2	服务场所	业务用房有效使用期限是否已不少于3年(自提出定点申请之日算起)。“否”即为不合格		
	3	经营资质	医疗机构是否依法取得《医疗机构执业许可证》并符合国家和本市卫健主管部门规定的医疗机构设置及执业标准的。养老机构是否依法取得《养老机构设立许可证》或在民政部门备案的，社区居家养老服务机构是否已取得《民办非企业单位登记证书》或已在工商管理部门登记的，并符合国家和本市民政部门规定的设置、服务标准。“否”即为不合格。		
	4	人员资质	医疗机构医护人员需持有卫健主管部门颁发医师及护士执业证书，医疗机构护理人员及养老机构护理人员需持有人社部颁发技能人员职业资格证书(国家或浙江省人社政务服务平台可查询)，“否”即为不合格。		
	5	长期护理保险服务专区	长期护理服务专区是否独立设置，并有明显标志。是否提供至少20张长期护理床位。“否”即为不合格。		
	6	制度建设	是否有符合长护险协议管理要求的护理服务管理制度、人员管理、财务制度、信息管理、档案管理制度，“否”即为不合格。		
	7	信息系统	是否已确定系统开发商，并已签订合作协议。“否”即为不合格。		
	8	医疗设备	是否具备必要的消毒、灭菌设备(或与符合资质的消毒供应中心签订有合作协议)。“否”即为不合格。		
	9	信用制度	机构是否未依法缴纳各项税费的，机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。		
	10	长期护理保险管理	是否配备至少1名长期护理专职管理人员；服务能力在100人以上的定点护理机构是否设有独立的长期护理保险管理部门，“否”即为不合格。		
	11	其他不予受理的情形	机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
评估指标	1	管理制度 (14)	遵守国家有关医疗、养老服务管理和价格管理的法律、法规、标准和规范。严格执行长期护理保险的有关规定，建立财务管理制度、照护人员管理制度、信息系统管理制度、实名制管理制度、政策宣传与培训制度、应急制度、档案管理等制度得 14 分，制度不健全或执行不到位的缺一项扣 2 分，此项评分指标对应分值扣完为止。		
	2	档案管理 (15 分)	符合档案管理要求，有专人管理、固定存放区域、一人一档的，得 3 分，缺一项扣 1 分，未达到要求的不得分。失能人员档案标识清楚、资料齐全的等相关资料的，得 5 分，缺一项扣 1 分，此分扣完为止。实行电子化档案管理的，得 2 分。严格执行档案管理制度，档案资料完备，能根据工作要求及时调阅，达到要求的得 5 分，未达到要求的不得分。		
	3	财务制度 (10 分)	未提供近一年（不足一年的自开办之日算起）财务报表此项不得分。未以单位名称开设基本账户扣 2 分，所有资金收支未通过本单位的基本账户扣 2 分。根据会计制度的规定建立相应的会计账目和电算化管理的明细账目，未建立扣 4 分，制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一例扣 1 分。未配备财务人员扣 2 分，配备兼职财务人员扣 1 分。扣完为止。		
	4	结算管理 (10 分)	制定了规范的长期护理保险护理和结算流程，有相关纸质文件存档并上墙的，得 5 分。承诺通过信息系统改造与医保端进行定期结算，得 5 分。		
	5	人员参保情况 (5 分)	按规定为所有从业人员在本单位按时（自合同之日起）、足额缴纳社会保险，得 5 分，发现一例未依法参保的，扣 5 分。		
	6	信息系统管理 (10 分)	建立包括网络安全管理、终端安全管理、数据安全、个人隐私保护、医保系统灾难应急流程制度，未建立制度扣 5 分，制度不健全或执行不到位的，每一个制度扣 1 分。配备长护险信息系统联网设施设备，并与其他网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离，未按要求配备，扣 2 分。严格按照医保局最新政策业务需求和技术规范完成配套改造工作，未按要求改造的，扣 2 分。未配备专业维护人员扣 1 分。扣完为止。		
	7	服务价格管理 (5 分)	公开护理服务项目收费价格标准，得 3 分。护理服务项目价格在相关部门定价范围内，得 2 分。		
	8	长护险政策宣传 (5 分)	设立长期护理保险咨询服务台和意见箱的得 1 分。公开投诉、举报、监督方式的，得 1 分。设立宣传栏、电子屏等宣传长护险政策、办理流程的，得 3 分。未设立或设立未宣传的扣 3 分，宣传内容不规范的，扣 2 分。		

	9	设置监控设备 (10分)	在公共场所安装监控设备, 确保正常使用, 角度正确, 能清晰辨认出参保人员面部特征, 并能提供营业期间不少于三个月不间断的监控影像资料。未安装监控扣 10 分。安装后使用不正常或不能提供相关影像资料, 扣 5 分。		
	10	长期护理保险服务专区 (48分)	长期护理专区内部配置给氧装置或氧气枕、电动吸引器或吸痰装置、气垫床或防治压疮功能的床垫、护理治疗车等必要的护理服务基础设施的得 2 分, 缺一项扣 0.5 分。心脏除颤仪或心电监护仪、简易呼吸器等急救设备的得 1 分, 缺一项扣 0.5 分。		
			配备与长期护理服务相适应的医护人员以及护理服务人员, 护理服务专区应按与重度失能人员配比不低于 1: 3, 得 7 分, 护理服务人员与护理床位配比不低于 1:3.5, 得 8 分。		
			长期护理保险专区环境安全、干净、通风良好、安静的, 得 1 分。室内床位平均可使用面积不低于 5 m ² , 得 1 分。每间室内不超过 4 张床, 得 1 分。每床间距不少于 1 米, 得 1 分。多人间有隐私保护设施的, 得 1 分。方便使用手杖、助行器或轮椅等的, 得 1 分。每个卧室设置适老化卫生间, 卫生间门的开启净宽≥ 0.80m, 得 1 分。如厕区的必要位置设有扶手, 扶手形式、位置合理, 能够正常使用, 洗浴空间地面铺装平整、防滑, 无积水, 得 3 分。卫生间设有紧急呼叫装置或为老年人配备可穿戴紧急呼叫装置, 得 3 分。		
			在原来制定标准长期护理床位的基础上, 每增加 10 张长期护理床得 0.2 分, 最高不超过 2 分。		
			长期护理床, 每张床均有标识, 具备辅助起坐功能, 每张得 0.3 分, 最高得 3 分。具备辅助翻身的功能或床旁放置翻身辅助用具的, 每张得 0.2 分, 最高得 2 分。具备移动功能, 每张得 0.2 分, 最高得 2 分。每有一张床具备防止坠床功能, 得 0.4 分, 最高得 4 分。每有一张床安装紧急呼叫装置, 得 0.4 分, 最高得 4 分。		
11	服务场所设施配备 (18分)	1. 室外活动场所不小于 30 平方米, 得 2 分。室外活动场所面积每增加 30%, 加 1 分, 最多加 4 分。2. 设置合理的餐厅、浴室、康复室、活动场所等功能区域各得 1 分, 整体环境整洁, 得 1 分。3. 满足无障碍设计要求。出入大门口设置无障碍坡道, 出入经由的过厅、走道、房间及其他需要达到的区域不设门坎, 地面平整不宜有高差, 楼梯与坡道两侧设有符合标准的栏杆与扶手, 各得 1 分, 最高得 4 分 (二层及以上建筑无电梯此项不得分)。4. 标示标牌清晰, 得 1 分; 5. 工作人员着装规范, 得 2 分。			
评估指标合计得分: 150					
评估指标合计得分:					
备注: 基础指标有一项不合格, 评估结果即为不合格; 评估指标合计得分 120 分以下, 评估结果即为不合格。					
申请单位法人 (签章):			现场核查人员签名:		

温州市长期护理保险居家上门类定点护理机构评估表

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
基础指标	1	经营时间	正式运营是否已达3个月，“否”即为不合格		
	2	服务场所	业务用房有效使用期限自提出定点申请之日是否已达到3年。“否”即为不合格。		
	3	经营资质	医疗机构是否依法取得《医疗机构执业许可证》并符合国家卫生健康主管部门规定的医疗设置及执业标准的；其他企业社会机构是否已自主聘用医护人员或与医疗机构开展协议合作具备医护力量能提供医疗指导服务。“否”即为不合格。		
	4	人员资质	医疗机构医护人员需持有卫健主管部门颁发医师及护士执业证书，医疗机构护理人员需持有人社部颁发技能人员职业资格证书。“否”即为不合格。		
	5	医保管理	1. 是否配备至少1名长期护理专职管理人员；2. 是否配备执业医师或护士至少1名，护理服务人员达到10人。“否”即为不合格。		
	6	制度建设	是否符合长护险协议管理要求的护理服务管理制度、人员管理、财务制度、信息管理、档案管理制度。“否”即为不合格，		
	7	信息系统	是否已确定系统开发商，并已签订合作协议。“否”即为不合格。		
	8	医疗设备	是否具备消毒、灭菌设备(或与符合资质的消毒供应中心签订有合作协议)。“否”即为不合格。		
	9	信用制度	机构是否未依法缴纳各项税费的，机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。		
	10	其他不予受理的情形	机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。		

指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	自评情况	评估情况
评估指标	1	管理制度 (14)	遵守国家有关医疗、养老服务管理和价格管理的法律、法规、标准和规范；严格执行长期护理保险的有关规定，建立财务管理制度、照护人员管理制度、信息系统管理制度、实名制管理制度、政策宣传与培训制度、应急制度、档案管理等制度得 14 分，制度不健全或执行不到位的缺一项扣 2 分，此项评分指标对应分值扣完为止。		
	2	档案管理 (25 分)	符合档案管理要求，有专人管理、固定存放区域、一人一档的，得 6 分，缺一项扣 2 分，未达到要求的不得分。失能人员档案标识清楚、资料齐全的等相关资料的，得 10 分，缺一项扣 2 分，此分扣完为止。实行电子化档案管理的，得 4 分。严格执行档案管理制度，档案资料完备，能根据工作要求及时调阅，达到要求的得 5 分，未达到要求的不得分。		
	3	财务制度 (20 分)	未提供近一年（不足一年的自开办之日算起）财务报表此项不得分。未以单位名称开设基本账户扣 2 分，所有资金收支未通过本单位的基本账户扣 2 分。根据会计制度的规定建立相应的会计账目和电算化管理的明细账目，未建立扣 10 分，制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，发现一例扣 1 分。未配备财务人员扣 6 分，配备兼职财务人员扣 3 分。扣完为止。		
	4	结算管理 (10 分)	制定了规范的长期护理保险护理和结算流程，有相关纸质文件存档并上墙的，得 5 分。承诺通过信息系统改造与医保端进行定期结算，得 5 分。		
	5	人员参保情况 (5 分)	按规定为所有从业人员在本单位按时（自合同之日起）、足额缴纳社会保险，得 5 分。发现一例未依法参保的，扣 5 分。		
	6	信息系统管理 (10 分)	建立包括网络安全管理、终端安全管理、数据安全、个人隐私保护、医保系统灾难应急流程制度。未建立制度扣 5 分，制度不健全或执行不到位的，每一个制度扣 1 分。配备长护险信息系统联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离，未按要求配备，扣 2 分。严格按照医保局最新政策业务需求和技术规范完成配套改造工作，未按要求改造的，扣 2 分。未配备专业维护人员扣 1 分。扣完为止。		
	7	服务价格管理 (5 分)	公开护理服务项目收费价格标准，得 3 分。护理服务项目价格在相关部门定价范围内，得 2 分。		

8	长护险政策宣传（5分）	设立长期护理保险咨询服务台和意见箱的得1分。公开投诉、举报、监督方式的，得1分。设立宣传栏、电子屏等宣传长护险政策、办理流程的，得3分。未设立或设立未宣传的扣3分，宣传内容不规范的，扣2分。		
9	设置监控设备（15分）	有智能监控设备的，且每次上门跟踪服务地点定位、服务时间长监控、服务结果确认评价可追溯的，得5分，缺一项不得分。在实际工作中已经执行（3个月以上）、能提供监控记录及执行情况报告的，得10分。		
10	医护人员资质（26分）	1. 配备1名具有主治医师或以上职称的执业医师（专业类别应为全科、内科、中医科或康复科）注册满三个月及以上，得5分。2. 配备1名主管护师或以上职称的执业护士注册满三个月以上，得5分。3. 配备由人社部颁发技能人员职业资格证书（国家人社政务服务平台可查询）的护理员达到10人，得5分。在此基础上，每增加1人，加0.5分，最高加5分。4. 具备职业资格证书的护理人员中，具备护士执业证书的在20%以上，得4分，10%以上，得2分。		
11	服务场所设施配备（15分）	1. 房屋建筑面积不少于30平方米得5分，在此基础上，每增加10平方米加1分，最高加5分。2. 业务用房设置咨询服务区、业务办公区、档案管理区、培训服务区、物资存放区，得5分。		
评估指标合计分值：150分				
评估指标合计得分：				
备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格；评估指标合计得分120分以下，评估结果即为不合格。				
申请单位法人（签章）：			现场核查人员签名：	

附件3

温州市长期护理保险经办规程(试行)

第一章总则

为满足群众日益增长的护理需求，保障失能人员基本生活权益，提升失能人员生活质量，进一步深化温州市长期护理保险制度试点经办工作，结合温州长期护理保险实际经办情况制定本规程。

第二章业务受理

一、申请

失能等级评估申请由参保人本人或其法定监护人、近亲属等代理人向参保地经办机构提出，并提交以下资料：

(一) 参保人的医保电子凭证(或有效身份证、市民卡原件)；由代理人办理的，一并提供代理人的有效身份证；

(二) 因疾病、伤残导致失能的，需提供6个月前失能相关的有效病历、医疗诊断书、医学检查检验报告等完整病史材料的原件或复印件；因年老失能的，原则上需提供失能相关检查、治疗等材料的原件或复印件；

(三) 《温州市长期护理保险失能等级自评表》(附件1)、

《温州市长期护理保险失能等级评估申请表》（附件2），申请表中需对护理方式选定，其中选择机构护理的需填写意向护理机构；

（四）政策规定的其他材料。

二、受理审核

参保地经办机构核实参保人的参保状态，审核申请材料的完整性和有效性等，并作出受理决定及申请材料归档保管。

（一）同时具备以下条件的，给予受理，线下受理的需出具《温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书》（附件3）：

1. 参加温州市长期护理保险且在待遇正常享受期内；
2. 经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上或因年老失能的；
3. 距上次评估结论作出或上次评估终止满6个月的；
4. 申请材料完整、有效。

（二）申请材料不完整或错误的，一次性告知需要补正的材料，填写《温州市长期护理保险失能等级评估材料补正告知书》（附件4），补正所有材料后作正式受理。

（三）存在以下任一情形的，不予受理并告知相关规定：

1. 未参加温州市长期护理保险或未在待遇正常享受期内；
2. 距上次评估结论作出或上次评估终止不满6个月的；
3. 因疾病、伤残等原因导致失能，经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续未满6个月的；
4. 居住地不在温州市行政区域内的；

5. 申请材料不符或提供虚假材料的；
6. 不符合自评标准或自评未通过的；
7. 因工伤导致失能的；
8. 因第三方原因导致失能，应由第三方承担护理、康复等费用的；
9. 其他相关规定不予受理情形的。

第三章 失能评估

温州市长期护理保险失能等级评估工作一般按季度受理、集中评估，一般在评估工作开始后 30 个工作日内完成。业务开展初期或遇业务量较大的月份，可视情增加评估频次。失能评估工作由居住地经办机构负责。

一、初评

（一）组织评估

1. 分组确认：居住地经办机构根据参保人住址等情况将受理的评估办件进行分组确认。

（1）提前确定评估的时间和地点。

（2）确认评估当日至少一名参保人的法定监护人、近亲属或其他相关人员在场。

2. 评估库成员抽取：市级经办机构根据居住地经办机构申报的分组情况，原则上每组抽取 2 名评估库成员，其中至少一名具有中级或以上职称。

3. 采集评估信息：由居住地经办机构组织评估小组上门采集。

（二）结果生成及公示

1. 评估结果生成

参保地经办机构对评估采集信息进行复核，生成评估结果。

2. 评估结果处理

（1）评估结果生成后，由参保地经办机构以电话方式或系统推送告知参保人或代理人；

（2）评估结果达到重度失能等级的，自评估结果出具在市医疗保障部门网站进行公示，或在居住地村（社）区小区或楼幢前公示栏进行公示，公示期 7 天；

（3）评估结果公示通过的，生成评估结论。

（三）档案管理

初评流程结束后，居住地经办机构应对评估过程中形成的相关资料等进行整理并归档保管。

二、复评

（一）复评情形

有以下情形之一的，参保地经办机构可按规定启动复评，复评结论为最终评估结论：

1. 公示期内有实名举报（一般采取书面形式）对公示结果有异议的；

2. 参保人或代理人对评估结果有异议，在得知评估结论 10 个工作日内向参保地经办机构申请复评的。

（二）受理审核

参保地经办机构审核初评留存申请材料，作出受理决定。

（三）组织评估

市级经办机构视情抽取 3-5 名专家委员共同开展评估，参保地经办机构负责提交复评对象既往病史、就医记录等资料，居住地经办机构负责提供评估过程中的相关资料，由专家委员负责审核并出具复评结论；专家委员可根据评估需要，必要时上门重新评估，流程参照初评。复评结论为最终评估结论，不再公示。

三、核查验证

经办机构通过在线视频或上门等方式，做好重度失能人员生存状态和失能状态核查验证等日常工作（机构护理的按机构属地管理，亲情护理的按居住地管理），如发现失能情况发生明显改变或不符合评估结论的，应反馈参保地启动核查评估，流程参照初评。

第四章 待遇享受

经评估符合长护险待遇享受的重度失能人员（以下称“保障对象”）选择机构护理的，由护理机构协助办理长护险待遇享受相关事宜。

一、护理方式选择

（一）机构护理（含上门护理服务机构、养老机构和医疗机构）

1. 制定护理服务计划，签订护理协议。定点护理机构接收保障对象入住的和提供上门护理服务的，在规定时间内根据护理服务包制定规则，与保障对象或代理人协商确定护理服务计划，并签订《温州市长期护理保险护理服务协议》（附件5）。

2. 上传护理服务计划。定点护理机构在提供护理服务之前，将护理服务计划及时上传长护险经办系统，按计划提供护理服务。

3. 确定享受待遇时间。温州市长期护理保险失能等级评估结论公示结束的次月起，具体以保障对象实际护理服务实施日期为待遇享受开始日期。

（二）居家亲情护理

1. 签订护理协议。参保地经办机构与保障对象签订《温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议》（附件6）。

2. 确定享受待遇时间。长期护理保险失能等级评估结论公示结束的次月起。

二、护理方式的变更

（一）护理机构变更

变更护理机构的，保障对象或代理人与原机构协商一致办理退出。

（二）机构护理变更为亲情护理

机构护理变更为亲情护理的，保障对象或代理人与原机构协商一致办理退出后，向参保地经办机构申请亲情护理方式，签订《温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议》。

（三）亲情护理变更为机构护理

从亲情护理变更为机构护理的，保障对象或代理人应向参保地经办机构申请终止亲情护理。

（四）护理机构暂停或解除协议

护理机构暂停或解除定点协议的，护理机构应配合所属经办机构做好保障对象的分流工作。

（五）其他

变更当月，保障对象按照原护理方式享受待遇，变更次月生效，按照新护理方式享受待遇。

第五章 结算管理

一、结算范围

保障对象在实际入住医疗机构、养老机构期间或由居家护理服务机构上门及居家亲情护理人员提供服务期间所发生的符合长护险护理服务范围的费用纳入结算范围。

参保人员在享受长护保险待遇期间中断基本医疗保险待遇的，其长护保险待遇同步中断；基本医疗保险待遇恢复后，长护保险待遇同步恢复。

二、结算规则

（一）支付标准

1. 长护险待遇以护理服务方式支付，对符合长护险规定、达到服务标准的护理服务，在支付范围内按月支付，每月护理

费用限额不予转存使用；

2. 居家上门护理和入住机构护理的，重度失能三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按 2980 元/月、2384 元/月、1788 元/月计算；居家亲情护理的，重度失能三级、二级、一级的每月最高限额分别暂按 1490 元/月、1192 元/月、894 元/月计算，其中生活护理费用最高限不高于 50%。符合规定的护理服务费用，基金支付比例为 80%，个人负担 20%。

（二）其他情况

1. 居家上门护理，原则上重度三级、二级和一级的服务次数应分别不低于 22 次、18 次和 14 次，服务次数不符合规定要求的，按最高支付限额的均次费用予以扣减；

2. 居家亲情护理，因住院等原因享受待遇天数未满一个月的，按实际享受天数对最高支付限额进行折算；

3. 保障对象死亡的，自死亡次日起停止长护险待遇。

三、结算流程

（一）护理费用日常记录

选择入住机构或机构上门护理的，定点护理机构根据护理服务计划护理保障对象，建立保障对象《护理服务执行记录表》（附件 8），做好护理费用的日常记录，并及时上传护理项目执行及费用情况。

（二）跨部门制度衔接

为保障长护险与重度残疾人护理补贴、养老补贴等制度相互衔接，按就高原则发放。

（三）对账和申报月结算

护理机构在规定时间内完成对账并申报月结算。亲情护理由参保地经办机构直接支付。

（四）审核结算

机构所属经办机构及时对费用进行审核，原则上月底前完成上月费用拨付，必要时进行清算。

第六章 定点管理

为进一步规范和完善我市护理机构协议定点管理工作，具体按照《温州市长期护理保险定点机构协议管理实施细则》（试行）执行。

第七章 护理服务资质管理

一、护理资质

护理机构中提供护理服务的人员应是受聘于协议护理机构的执业医师、注册护士或参加人社部门组织或人社部门委托培训机构开展的老年照料、医院护理等职业培训，并取得相关护理服务证书的人员。

原已取得护理资格证书但国家、省级人社部门官网无法查询到的，给予 1 年过渡期。

二、护理服务管理

过渡期结束后，护理人员未取得上述规定的护理资格证书

的，其所提供护理服务产生的费用，长护险基金不予结算。

第八章 监管核查

一、核查方式

（一）日常核查

定点护理机构做好保障对象的护理和记录工作，包括服务时间、内容等，以及规范护理人员的手机 APP 签到、签退。经办机构合理安排核查时间，以多种形式开展核查工作，争取全年全覆盖。

（二）不定期抽查

以突击检查等形式开展不定期抽查，检查要点主要为抽查日常管理日志、自查报告、日常服务质量、日常费用管理情况等。

（三）行政监管

医疗保障行政部门根据长期护理保险基金监管等需要，对长期护理保险进行行政监管，并纳入飞行检查范围。

（四）公众监督

接受公众对定点护理机构违法违规行为的投诉举报（一般以书面形式），举报情况经查属实的，可按照相关规定给予奖励。

二、核查对象

（一）保障对象

1. 核查保障对象是否为参保人本人；
2. 失能状态是否发生明显改变或不符合评估结论的；
3. 核查是否存在隐瞒身体状况，进而骗取长护待遇的行为；
4. 核查是否存在保障对象离世，家属不履行告知义务，继续享受待遇的行为；
5. 其他违反长护险相关政策规定的行为。

（二）护理服务人员

对护理服务人员的核查，主要是核查护理服务人员（含居家上门的护理服务人员和入住机构的护理服务人员）是否存在损害保障对象权益或导致基金流失等行为。

核查护理服务人员是否有护理资格证明，在日常护理工作中是否符合护理标准，有无少做漏做的行为，是否存在侵犯保障对象权益，引导保障对象要求进行多余不必要护理等违反长护险相关政策规定的行为。

（三）定点护理机构

对定点护理机构的核查，主要核查规章制度是否落实到位，是否存在损害保障对象权益或导致基金流失等违反长护险相关政策规定的行为。

1. 检查是否存在未按照规定核验长护险评估结论或发现冒用、伪造、失效的长护险评估结论，仍为其提供服务，进行长护险费用结算的行为；

2. 检查是否存在为参保人员制定不合理的服务计划，诱导参保人员选择或者为参保人提供不必要的服务、虚构服务，进行长护险费用结算的行为；

3. 检查是否存在将长护险支付范围以外的服务费用纳入长护险费用结算的行为；

4. 检查是否存在通过向参保人员重复收取、分解收取、超标准收取或者自定标准收取的费用，进行长护险费用结算的行为；

5. 检查是否存在以伪造或者变造的护理记录、病史记录、处方、帐目、医药费用单据、上传数据等，进行长护险费用结算的行为；

6. 检查是否存在未按照长护险规定的支付标准进行长护险费用结算的行为。

三、违规违约处理

对行政监管中发现的违法违规问题，医保行政部门应按照相关法律法规等予以处理；对核查中发现的违约行为等，医保经办机构应按相关协议条款予以处理。

第九章 其他

本经办规程（试行）由温州市医疗保障局负责解释，如遇政策规定有调整的，按新的政策规定执行。探索建立异地居住人员长期护理保险服务模式。为保障智慧医保系统和“浙里长护在线”场景框架中成功应用等，市级经办机构可适当优化调整本规程。

- 附件：1.温州市长期护理保险失能等级自评表
- 2.温州市长期护理保险失能等级评估申请表
 - 3.温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书
 - 4.温州市长期护理保险失能等级评估材料补正告知书
 - 5.温州市长期护理保险护理服务协议
 - 6.温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议
 7. ××协议护理机构××××年××月护理服务计划执行记录表
 8. ××协议护理机构 20××年××月长期护理保险费用明细表

附件1

温州市长期护理保险失能等级自评表

温馨提示：根据政策规定，参保人经初次评估后，如再次提出评估申请的，应距上次评定结论作出或上次评估终止满6个月。

人员姓名		性别		年龄		自评日期	
项目	独立(2)		部分独立(1) (需要帮助)		依赖(0)		选项
进食	独立 无须帮助		部分独立 自己能吃，但需辅助		不能独立完成 部分或全部靠喂食或鼻饲		
穿衣	独立，无须帮助 能独立拿取衣服，穿上并扣好		部分独立 能独立拿取衣服及蠢上，需带助系鞋		不能独立完成 完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣或自己穿上部分		
大小便控制	独立 自己能够完全控制		部分独立 偶尔失控		不能自控 失控，需帮助处理大小便(如导尿、灌肠等)		
用厕	独立，无须帮助 能独立用厕、便后拭净及整理衣裤(可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆)		不能独立完成 需要帮助用厕、做便后处理(清洁、整理衣裤)及处理尿壶、便盆		不能独立完成 不能用厕		
洗澡	独立，无须帮助 自己能进出浴室(淋浴、盆浴)，独立洗澡		部分独立 需帮助洗一部分(背部或腿)		不能独立完成 不能洗澡、或大部分需帮助洗		
床椅转移	独立，无须帮助 自己能下床，坐上及离开椅、凳(可用手杖或助步器)		不能独立完成 需帮助上、下床椅		不能独立完成 卧床不起		
综合	自评失能等级为：——级						
说明	进食、大小便控制、洗澡为a类，穿衣、用厕、床椅转移为b类。						
	A级：a类b类所有项目均独立； B级：a类1项或b类1-2项依赖； C级：a类b类各1项或b类3项依赖； D级：a类2项或a类1项b类2项依赖； E级：a类3项依赖或a类2项b类1-2项依赖或a类1项b类3项依赖； F级：a类3项b类1-2项依赖或a类2项b类3项依赖； G级：a类b类所有项目均依赖。						
此表由评估对象或其监护人、代理人自行评估，当等级达到E级、F级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。							
申请人签名：			申请人与参保人员的关系：				

声明：此表由申请人自主填写或在工作人员指导下完成，申请人应对评分客观真实性负责，自评得分仅供是否正式提出评估申请作参考。最终结果以正式评估结论为准。

附件2

温州市长期护理保险失能等级评估申请表

参保人信息					
姓名		性别		年龄	
身份证号码		社保卡号			
现居住地址	浙江省温州市		区	街道	
住宅电话		移动电话			
失能原因	<input type="checkbox"/> 意外 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 年老			失能时间	
申请人信息					
姓名		联系电话			
身份证号码					
与参保人关系	<input type="checkbox"/> 本人口配偶口子女口父母口其他亲属口其他_____				
现住地址					
申请评估类型	<input type="checkbox"/> 初评 <input type="checkbox"/> 状态变更 <input type="checkbox"/> 争议复评 <input type="checkbox"/> 监督复评				
申请理由					
意向护理方式选择	<input type="radio"/> 定点机构护理，意向护理机构(具体视意向机构接收能力等因素确定)： <input type="radio"/> 居家亲情护理				
申请人承诺	<p>1. 申请人非参保人本人的，申请人承诺失能等级评估申请是代表参保人自愿提出的，且提供的相关信息及一切证明材料真实、准确。</p> <p>2. 若出现任何虚假、隐瞒或日后发现与事实不符等行为，属于诈骗医保基金，承诺配合医保部门依法追回前期支付的所有长护待遇，并按相关法律、法规、协议规定承担相应责任。</p> <p>3. 本人已经知悉，变更/复评结论可能与初评结果不一致，变更/复评的失能等级有可能维持初评的失能等级，也有可能低于或高于初评的失能等级，以最终结论为准。</p> <p>4. 本人承诺未重复享受基本医保、工伤保险、重度残疾人护理补贴、养老补贴等，失能非第三方责任、工伤等原因造成。</p> <p>5. 本人已阅读《温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书》，承诺积极配合做好相关评估工作。</p> <p style="text-align: center;">承诺人(签字按手印)：</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				

备注：此表一式二份，分别由经办机构、参保人/代理人留存。

附件3

温州市长期护理保险失能等级评估事宜告知书

尊敬的参保人/代理人：

您的长护险申请资料已齐全，在组织进行现场信息采集工作前，请配合做好以下事宜：

1. 准备参保人的身份证(必备)、市民卡(社保卡)等身份证明资料以备现场查验；
2. 参保人失能相关资料(医院诊断书、病历、出院小结等)以备现场查验；
3. 评估现场除参保人本人外，还需一名参保人的监护人、直系亲属或其他相关人员在场；
4. 现场评估信息采集时，我们将进行录音、录像，请予以配合支持。
5. 若参保人属于不予受理情形，申请人刻意隐瞒，将失去长护险待遇享受资格并追溯相应法律后果和经济责任；
6. 评估过程中，参保人陪同人员需如实回答问题，不得弄虚作假，否则将失去长护险待遇享受资格并追溯相应法律后果和经济责任；
7. 如重复享受重度残疾人护理补贴、养老补贴等，将追回重复享受部分，并追溯相应法律后果和经济责任。

签字：

年 月 日

附件4

温州市长期护理保险失能等级评估材料补正 告知书

尊敬的参保人/代理人：

经审核，您提交的长期护理保险失能等级评估申请材料不齐全(或不符合规定)，暂时不能办理长护险失能等级评估，请补正：

- 参保人的有效身份证件；
- 代理人的有效身份证件；
- 有效的病历的原件或复印件；
- 有效的医疗诊断书的原件或复印件；
- 有效的医学检查检验报告的原件或复印件；
- 其他材料_____

特此告知。

咨询电话：

经办机构盖章：

本人或代理人签字：

年 月 日

备注：此告知书一式两份(分别由经办机构和参保人/代理人留存)。

附件5

温州市长期护理保险居家亲情护理服务协议

甲方： (经办机构)

乙方： (重度失能人员)

乙方银行名称：

乙方银行账户：

为规范长期护理保险居家亲情护理服务行为，保障乙方的护理需求，甲乙双方在自愿、协商的基础上，就长期护理保险居家亲情护理服务有关事宜签订如下协议。

第一条 (甲方权利和义务)

(一)甲方应及时向乙方宣传温州市长期护理保险政策规定，并接受乙方的咨询。

(二)甲方有权对乙方进行监督检查，并作出相应处理。

(三)甲方应在规定时间内支付乙方护理费用。

第二条 (乙方权利和义务)

(一)乙方应配合甲方监督检查和回访。

(二)乙方因康复、死亡等原因丧失长期护理保险待遇享受资格的，乙方家属及代理人须及时办理停止待遇享受手续。。

第三条 (甲方责任免除)

乙方在享受亲情护理过程中发生任何意外造成乙方人身伤害的，甲方不承担责任及经济赔偿。

第四条（服务变更）

乙方失能状态有变更的，需及时向参保地经办机构提出状态变更评估申请。

第五条（费用支付）

甲方应每月与乙方结算上月护理费用，甲方通过银行转账方式划入协议约定的乙方银行账户。

第六条（违约情形）

（一）甲方未按协议规定进行护理费用结算的，乙方可要求甲方纠正。

（二）协议有效期内，乙方因康复、死亡等原因丧失长期护理保险待遇享受资格，而乙方家属以及代理人未及时告知甲方的，甲方可拒付、追回费用、解除协议。

第七条（协议终止）

有下列情形之一的，协议终止。

- （一）乙方办理变更护理方式或待遇终止的；
- （二）因不可抗力致使协议不能履行的；

第八条（争议处理）

本协议在执行过程中发生争议的，甲乙双方应通过协商解决，协商不成的，双方可向有管辖权的人民法院提起诉讼。

第九条（协议补充）

（一）本协议未尽事宜，经甲乙双方同意，可签订补充协议，补充协议与本协议具有同等法律效力。

（二）协议执行期间，温州市长期护理保险政策及规定有

调整的，按调整后的政策、规定执行，甲乙双方可通过协商按照新规定签订补充协议。

（三）补充协议与本协议不一致的，以补充协议为准。

（四）按照乙方实际情况和相关医疗材料，经过审核，乙方是否（是，否）需要医疗护理服务。如是，乙方相关材料复印留存。

第十条（协议留存）

本协议一式两份，经甲乙双方签字或盖章后生效。甲乙双方各执一份，具有同等效力。

甲方（盖章）：

年 月 日

乙方或代理人（签字盖手印）：

年 月 日

附件6

温州市长期护理保险护理服务协议

甲方： (护理机构)

乙方： (失能人员)

根据温州市长期护理保险相关政策规定，乙方已被评定为温州市长期护理保险待遇享受人员，为进一步明确协议双方的权责关系，在自愿、平等、协商的基础上，就长期护理保险(以下简称“长护险”)服务有关事宜签订如下协议。

第一条根据长护险评估结论，乙方长护险失能等级为重度【 】级，按本市长护险政策规定享受相应等级的护理服务待遇。

第二条甲方按照《温州市长期护理保险护理服务项目目录》，结合乙方的实际护理需求，为乙方制定护理服务计划，并按计划执行护理服务。甲方应定期向乙方及其家属告知护理计划。护理服务计划发生变更的，重新制定，次月生效。

第三条长护险待遇从失能等级评估结论生效后次月起开始享受。长护险护理服务费用从甲方为乙方提供长护险护理服务之日起开始计算。

第四条甲方有下列情形的，乙方及其家属有权向医保经办机构进行检举、举报：

1. 甲方未为乙方制定护理服务计划的；

2. 甲方未按计划规定的项目和频次执行护理服务的；
3. 护理服务执行记录未经乙方或其家属签字确认，或虚构、伪造变造护理服务记录的；
4. 甲方工作人员存在恶意对待乙方的行为的；
5. 其他违反长护险护理服务有关规定的行为的。

第五条 乙方对长护险相关政策规定有疑惑的，甲方应及时向乙方进行解答，以确保乙方能够正常、及时、据实、足额地享受到长护险待遇。乙方办理护理方式变更的，应告知甲方，变更生效后本服务协议自动终止。

第六条 医保经办机构实施长护险监督检查，甲乙双方应积极配合并服从。

第七条 甲方发现乙方失能状况发生变化的，应及时向经办机构报告，乙方经重新评估或评定后，确定为新的失能等级的，甲方应按照乙方的实际需要，双方协商一致重新制定护理服务计划并上传，从次月起按变更后的护理服务计划执行护理服务。

第八条 乙方在入住期间，甲方或乙方提出变更长护险护理服务项目、服务方式的，具体变更程序按前条规定执行。

第九条 乙方因突发情况转送医疗机构救治或因其他原因暂时不住甲方床位的，甲方按规定暂停为乙方提供长护险护理服务；乙方重新入住甲方床位的，甲方应为其恢复长护险护理服务。乙方长护险待遇的暂停、恢复、终止手续由甲方负责办理。

第十条 本协议执行期间，温州市长期护理保险政策及规定有调整的，甲乙双方可通过协商按照新政策及规定签订补充协议，或自动按调整后的政策、规定执行。

第十一条 本协议一式两份，甲乙双方各执一份，本协议自长护险待遇享受之日起生效。

附件：温州市长期护理保险护理服务计划

负责人或授权代表（签字）：

甲方单位（盖章）：

年 月 日

乙方或代理人（签字盖手印）：

年 月 日

附件 6-1

温州市长期护理保险入住机构长期/临时护理计划

1. 服务对象基本信息

姓名		性别		身份证号	
现住地址				失能等级	
联系人		联系方式		服务机构	
基本情况	(机构护士以上专护人员填写)				

2. 服务内容

项目编号	项目名称	项目价格	服务标准和要求	服务频次
(1) 医疗护理项目				
(2) 生活护理项目				
服务项目合计金额(元/月)			实际护理总费用(元/月)	
家属签字			日期	

- 注： 1. 定点护理机构应根据评估护理意见表和失能人需求，制定长期护理计划；
 2. 服务项目合计金额为根据护理计划得出的合规费用，总费用为实际收取患者的护理费用(纳入长期护理保险支付范围的费用)；
 3. 定点护理机构需逐项明确“项目价格”、“服务频次”；
 4. 失能人身体状况发生重大变化时(基本情况内注明)，可制定临时护理计划。

附件 6-2

温州市长期护理保险居家上门长期/临时护理计划

1. 服务对象基本信息

姓名		性别		身份证号	
现住地址				失能等级	
联系人		联系方式		服务机构	
基本情况	(机构护士以上专护人员填写)				

2. 服务内容

(1) 医疗护理项目(每次服务不少于 120 分钟)				
项目编号	项目名称	项目价格	服务标准和要求	服务频次
(2) 生活护理项目(每次服务不少于 60 分钟)				
项目编号	项目名称	服务时间	服务标准和要求	服务频次
服务项目合计金额(元/月)				
家属签字			日期	

- 注： 1. 定点护理机构应根据失能评估服务需求评估意见和失能人需求，制定长期护理计划；
 2. 定点护理机构需在计划中逐项明确医疗护理项目“项目价格”、“服务频次”；生活护理项目的“服务时间”、“服务频次”；
 3. 每次居家服务前，需了解护理对象近况，测量体温、血压、脉搏等，与病人(家属)进行相关交流，交待本次护理的内容，并对本次护理内容确认实施或视情是否需要进行调整；
 4. 失能人员身体状况发生重大变化时(基本情况内注明)，可制定临时护理计划。

附件 7

××协议护理机构××××年××月护理服务计划执行记录表

失能人员姓名：

失能人员身份证号：

参保类型： 0 职工 0 城乡

记录人：

编号	项 目 名称	护理服务执行日期																													
		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

协议护理机构负责人签字：

失能人员/代理人签字：

盖章：

日期：

日期：

附件8

××协议护理机构20××年××月长期护理保险费用明细表

结算周期： 月日至月日

个人编号	姓名	身份证号	参保类型	护理类别	结算起始日期	结算中止日期	总费用	纳入统筹费用	统筹支付金额	个人负担		不合理费用扣减
										个人自费	个人自付	
合计	人											

护理机构负责人签字：

经办机构审核人签字：

经办机构复核人签字：

盖章：

盖章：

温州市医疗保障局办公室

2023 年 5 月 12 日印发
