

增刊备案号：441712201902



广州市人民政府公报

GAZETTE OF THE PEOPLE'S GOVERNMENT OF GUANGZHOU MUNICIPALITY

增 刊

2019年

广州市人民政府公报

2019 年增刊

2019 年 11 月 30 日

目 录

- 广州市医疗保障局关于印发广州市社会医疗保险门诊特定病种药品目录、
诊疗项目目录（2019 年版）的通知（穗医保规字〔2019〕5 号） (1)
- 广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市卫生健康委员会关于印发广州市
社会医疗保险统筹基金支付眼白内障摘除及人工晶体植入术指定手术单
病种医疗费用范围及标准的通知（穗医保规字〔2019〕6 号） (3)
- 广州市医疗保障局关于印发广州市社会医疗保险定点医疗机构分级管理办法
的通知（穗医保规字〔2019〕7 号） (6)
- 广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市民政局 广州市卫生健康委员会关于
印发广州市长期护理保险试行办法的通知（穗医保规字〔2019〕8 号） (12)
- 广州市医疗保障局 广州市民政局 广州市卫生健康委员会关于印发广州市长期
护理保险协议定点服务机构管理办法的通知（穗医保规字〔2019〕9 号）
..... (30)
- 广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市卫生健康委员会关于印发广州市
社会医疗保险医疗费用结算办法的通知（穗医保规字〔2019〕10 号） (39)

GZ0320190098

广州市医疗保障局文件

穗医保规字〔2019〕5号

广州市医疗保障局关于印发广州市社会 医疗保险门诊特定病种药品目录、诊疗 项目目录（2019年版）的通知

各有关单位，社会医疗保险定点医疗机构：

根据《广州市社会医疗保险办法》（广州市人民政府令第123号）以及《广州市人力资源和社会保障局关于印发〈广州市社会医疗保险医院制剂目录以及普通门诊、门诊特定病种药品目录、诊疗项目目录管理办法〉的通知》（穗人社规字〔2018〕10号）的规定，经本市社会医疗保险医药专家评审，确定了《广州市社会医疗保险门诊特定病种药品目录、诊疗项目目录（2019年版）》，现公布于广州市行政规范性文件统一发布平台（<http://www.gz.gov.cn/gfxwj>），自2019年7月1日开始实施，有效期5年，期间将根据省、市社会医疗保险药品目录的有关规定及省药品代码库的调整进行同步调整。本目录内药品的限定支付范围，按国家和省有关基本医疗保险用药范围的规定执行。

请各单位接此通知后，认真做好实施《广州市社会医疗保险门诊特定病种药品目录、诊疗项目目录（2019年版）》的相关工作。《广州市人力资源和社会保障局关于公布广州市社会医疗保险门诊特定项目药品目录、诊疗项目目录的通知》（穗人

（本文与正式文件同等效力）

社发〔2014〕56号)、《广州市人力资源和社会保障局关于公布广州市社会医疗保险门诊指定慢性病药品目录的通知》(穗人社发〔2015〕76号)、《广州市人力资源和社会保障局关于利拉鲁肽等药品纳入普通门诊、部分门诊特定项目和门诊指定慢性病药品目录的通知》(穗人社规字〔2018〕7号)同时废止。

- 附件：1. 广州市社会医疗保险门诊特定病种药品目录（2019年版）（略，详见市政府门户网站“广州市行政规范性文件统一发布平台”，下同）
2. 广州市社会医疗保险门诊特定病种诊疗项目目录（2019年版）

广州市医疗保障局

2019年6月17日

公开方式：主动公开

GZ0320190103

广州市医疗保障局 广州市财政局 文件 广州市卫生健康委员会

穗医保规字〔2019〕6号

广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市卫生健康 委员会关于印发广州市社会医疗保险统筹基金 支付眼白内障摘除及人工晶体植入术指定 手术单病种医疗费用范围及标准的通知

各有关单位，社会保险定点医疗机构：

为进一步完善我市社会医疗保险政策，减轻社会医疗保险参保人员的医疗费用负担，根据《广州市社会医疗保险条例》《广州市社会医疗保险办法》有关规定，现就社会医疗保险统筹基金支付眼白内障摘除及人工晶体植入术指定单病种医疗费用范围及标准的有关事项通知如下：

一、社会医疗保险参保人员（以下简称参保人员）因患眼白内障，在具备条件的本市社会保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）行眼白内障摘除及人工晶

（本文与正式文件同等效力）

体植入术（以下统称白内障手术）所发生的门诊或住院医疗费用，纳入社会医疗保险统筹基金（以下简称统筹基金）支付指定手术单病种范围。

二、参保人员进行白内障手术发生的人工晶体材料费用纳入统筹基金支付范围的最高限额标准为 1800 元/个。参保人员实际发生的人工晶体材料费用低于最高限额标准的，按实际费用纳入统筹基金支付范围。

三、参保人员进行白内障手术发生的医疗费用，不设统筹基金起付标准，由统筹基金按各险种参保人员住院医疗费用的相应比例支付。属于药品目录、诊疗项目目录中的乙类药品和诊疗项目，参保病人按比例先自付的费用标准调整为零。

四、参保人员自主选择并经本人或其家属签名确认的超过人工晶体材料限额标准费用、超过医疗保险服务设施范围及标准的费用（以下统称超标准费用），由参保人员全额承担；未经参保人员或其家属签名确认的超标准费用，由定点医疗机构全额承担。

五、属于统筹基金支付范围的白内障手术医疗费用纳入统筹基金年度最高支付限额费用范围及重大疾病医疗补助、城乡居民大病医疗保险待遇范围；参保人员个人自付的医疗费用（不含超标准费用）按规定纳入职工补充医疗保险、城乡居民大病医疗保险待遇范围。

六、参保人员在本市定点医疗机构进行白内障手术发生的医疗费用，属于参保人员支付的部分，由定点医疗机构与参保人员直接结算；属于统筹基金支付的部分，由定点医疗机构先予记账，每月汇总后向社会医疗保险经办机构申报结算。

属于人工晶体材料以外的医疗费用（以下简称其他医疗费用），由社会医疗保险经办机构与定点医疗机构按月度人次平均费用限额方式结算。具体结算标准由市医疗保障局另行确定。

定点医疗机构申报的其他医疗费用等于或低于限额结算标准的，按限额标准结算；超过限额结算标准的，统筹基金不予支付。

定点医疗机构按其他结算方式申报的白内障手术医疗费用，统筹基金不予支付。

七、参保人员在异地定点医疗机构进行白内障手术发生的基本医疗费用，符合零星医疗费用报销管理规定的，人工晶体材料费用按限额标准给予核报，低于限额标准的按实际发生费用核报；人工晶体材料费用以外的其他基本医疗费用按有关规定支付相应的社会医疗保险待遇。

符合异地就医直接结算的，按国家和省的相关规定执行。

八、本通知自 2019 年 7 月 1 日起开始实施，有效期 5 年。《关于印发〈广州市社会医疗保险眼白内障摘除及人工晶体植入术医疗费用结算办法〉的通知》（穗人社发〔2014〕28 号）同时废止。

广州市医疗保障局
广州市财政局
广州市卫生健康委员会
2019 年 6 月 28 日

公开方式：主动公开

（本文与正式文件同等效力）

GZ0320190108

广州市医疗保障局文件

穗医保规字〔2019〕7号

广州市医疗保障局关于印发广州市社会医疗保险定点医疗机构分级管理的通知

各定点医疗机构，各有关单位：

现将《广州市社会医疗保险定点医疗机构分级管理办法》印发给你们，请遵照执行。执行过程中若发现问题，请及时向有关部门反映。

广州市医疗保障局

2019年7月8日

广州市社会医疗保险定点医疗机构分级管理办法

第一条 为进一步健全基本医疗保险对医疗服务的评价体系，完善对社会保险协议定点医疗机构（简称定点医疗机构）的激励引导机制，提升医疗服务质量，控

制医疗费用不合理增长，维护参保人医疗保险权益，根据《广州市社会医疗保险条例》、《关于印发〈广东省基本医疗保险定点医疗机构分级管理实施办法（试行）〉的通知》（粤人社函〔2011〕4282号）等规定及相关政策，结合本市实际，制订本办法。

第二条 定点医疗机构分级管理是指根据本办法规定，对定点医疗机构遵守基本医疗保险政策法规、执行医疗服务协议等情况进行综合评价，将定点医疗机构评定为四个等级（AAA级、AA级、A级、无级别），并实施相应的管理措施。定点医疗机构分级管理的等级评定与医疗机构等级和属性均不相关。

第三条 与本市医疗保险经办机构签订医疗服务协议并开展门诊及住院医疗服务满一年的定点医疗机构纳入分级管理范围。

第四条 市医疗保障行政部门负责组织实施本办法，根据本市社会医疗保险政策的实施情况，制定具体实施方案、组织开展分级评价考核、确定分级管理等级评定结果，对本办法执行情况进行指导和监督检查。

市医疗保险经办机构负责具体事务的日常管理工作，协助开展分级管理等级评定。

第五条 分级管理工作按如下原则组织实施：

- （一）坚持公平、公正、公开的原则；
- （二）坚持日常审核、监督和年度考核相结合原则；
- （三）坚持定性与定量相结合；
- （四）坚持动态管理的原则。

第六条 定点医疗机构分级管理的等级评定包括协议期评估、年度综合考核和不定期专项工作评估。

协议期评估是指医疗保障行政部门在医疗服务协议期届满时组织对定点医疗机构进行的综合评估。年度综合考核是指医保经办部门每个自然年度对定点医疗机构履行服务协议情况进行的考核。不定期专项工作评估是指医疗保障行政部门在医疗保险服务协议期内根据国家、省、市关于医保、医改重点工作任务适时组织对定点医疗机构进行的专项工作检查和抽查。

第七条 等级评定具体内容包括就医管理、医疗服务质量管理、医疗费用结算管理、目录管理、信息系统管理、医疗保险基础管理、社会监督、医改实施情况及

（本文与正式文件同等效力）

其他需要纳入等级评定的内容。

第八条 按照定性与定量相结合、年终检查与日常监督相结合、专项检查和抽查相结合、信息系统监控与现场检查相结合的原则制定定点医疗机构分级管理等级评定标准。

年度综合考核按照《广州市社会保险定点医疗机构协议管理办法》规定实施。

协议期评估、不定期专项工作评估涉及的具体等级评定考核项目与评分标准参照广东省基本医疗保险定点医疗机构分级管理办法设置，由市医疗保障行政部门根据国家、省、市的医改、医保重点任务动态调整，另行制定并公开发布。

第九条 分级管理等级评定总分为 1000 分。其中协议期评估分数占比 50%、年度综合考核分数占比 30%、不定期专项工作评估占比 20%。

第十条 定点医疗机构分级标准如下：

(一) 同时符合以下条件的定点医疗机构评为 AAA 级：连续履行医疗服务协议满三年以上；评审得分达到 950 分以上；按得分从高到低顺序选取，排名不超过全部参评定点医疗机构总数的 15%。

(二) 同时符合以下条件的定点医疗机构评为 AA 级：评审得分为 800-950 分；按得分从高到低顺序选取，排名不超过全部参评定点医疗机构总数的 60%。

(三) 不符合本条第（一）（二）项条件，但评审得分为 600-800 分的定点医疗机构评为 A 级。

(四) 评审得分不足 600 分的定点医疗机构评为无级别。

(五) 定点医疗机构未按要求申请的，直接定为无级别。

第十一条 等级评定工作在医疗服务协议期最后一个自然年度末开展，等级评定结果应用于下一个医疗服务协议期。定点医疗机构等级评定工作按如下程序办理：

(一) 年度综合考核：市医疗保险经办机构于每个自然年度末根据广州市社会保险定点医疗机构协议管理办法对定点医疗机构进行年度综合考核。

(二) 开展专项工作评估：市医疗保障行政部门根据医改、医保重点工作任务要求制定相应工作方案，适时组织开展专项工作评估。

(三) 开展协议期评估：市医疗保障行政部门于协议期最后一个自然年度制定相应工作方案，组织开展协议期评估。

(四) 发布通知：市医疗保障行政部门于协议期最后一个自然年度发布定点医疗

机构分级管理等级评定工作通知。

(五) 申请登记：定点医疗机构填写《广州市社会保险定点医疗机构分级管理评级申请表》(附表)，申请参加等级评定。

(六) 初审评议：市医疗保险经办机构在等级评定当年度，计算汇总各定点医疗机构协议期内评定考核分数，按评定标准提出等级评定初审意见，报市医疗保障行政部门审议明确初审评议结果。

(七) 社会公示：市医疗保险经办机构统一将初审评议结果向社会进行公示，公示时间不少于7日。公示期间，定点医疗机构对初审结果有异议的，可向市医疗保障行政部门申请复核。

(八) 结果审定：经公示后的初审评议结果由市医疗保障行政部门审定。拟定为AAA级定点医疗机构的，报省医疗保障行政部门复核后确定。

(九) 结果公布：市医疗保障行政部门将分级管理评审结果向社会公布。

(十) 标牌发放：市医疗保障行政部门向AAA级定点医疗机构颁发标牌。

(十一) 结果报送：市医疗保障行政部门将评审结果报送省医疗保障行政部门。

第十二条 定点医疗机构分级管理等级评定结果应用：

(一) 已评定等级的，医疗保险经办机构按其相应等级对应的比例给予预拨周转金。无级别的，不予预拨周转金。

(二) 分级评定为AAA级和AA级的，年度清算对其纳入住院医疗费用调节金支付的费用，医疗保险经办机构分别按10%、5%增加支付比例。分级评定为A级或无级别的，不予加成。

(三) 分级评定为AAA级和AA级的，医疗保险经办机构可按规定设置病种分值付费分级管理等级评定权重系数。分级评定为A级或无级别的，医疗机构病种分值付费分级管理等级评定权重系数为0。

(四) 分级评定为AAA级和AA级的，在同等条件下优先开展医疗费结算新项目试点，在同等条件下优先将其作为异地就医合作的定点医疗机构。A级和无级别定点医疗机构不予开展医疗费结算新项目试点。市医疗保险经办机构重点监控无级别定点医疗机构医疗服务管理情况。

第十三条 对定点医疗机构评定等级按如下规定实施动态管理：

(一) 定点医疗机构在医保协议年度内因违反医保政策法规或医保服务协议等受

(本文与正式文件同等效力)

到通报处理的，降低一个评定等级；受到暂停医疗服务协议处理的，直接降低至无级别。

（二）因违规被降低至无级别的，下一个评定周期仍按无级别进行管理。

（三）如有严重违规行为，或受到相关部门处理以及在考核评价时有弄虚作假等行为的，可以降低评定级别或取消评定资格。

第十四条 定点医疗机构应配合医疗保险分级管理工作，不得藏匿、转移、伪造分级管理评定考核所需相关资料。不配合或干扰分级管理工作的，相应扣减评定考核分数。

第十五条 本管理办法自印发之日起施行，有效期五年。

附表：广州市社会医疗保险定点医疗机构分级管理评级申请表

公开方式：主动公开

附表

广州市社会医疗保险定点医疗机构分级 管理评级申请表

申报单位机构编号

申报时间： 年 月 日

医疗机构名称		自评得分	
医疗机构级别 (卫生部门评级)		申请分级 管理等级	
地 址		手机/固话	
		联 系 人	
公示后评定的等级		生效时间	
定点医疗机构自评意见： <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>		广州市医疗保险服务中心意见： <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>	
广州市医疗保障局意见： <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>		广东省医疗保障局意见： <div style="text-align: right;"> 盖 章 年 月 日 </div>	

备注：自评得分仅作参考。

(本文与正式文件同等效力)

GZ0320190112

广州市医疗保障局
广州市财政局
广州市民政局
广州市卫生健康委员会
文件

穗医保规字〔2019〕8号

广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市民政局
广州市卫生健康委员会关于印发广州市
长期护理保险试行办法的通知

各区财政局、民政局、卫生健康局，各有关单位：

现将修订后的《广州市长期护理保险试行办法》印发给你们，请遵照执行。执行过程中若发现问题，请及时向市医疗保障局反映。

广州市医疗保障局
广州市财政局
广州市民政局
广州市卫生健康委员会
2019年7月26日

广州市长期护理保险试行办法

第一条 为健全本市社会保障制度体系，保障失能人员基本护理需求，根据《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号）和《广州市人民政府办公厅关于开展长期护理保险制度试点工作的意见》（穗府办函〔2017〕67号），结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法适用于本市行政区域内的长期护理保险参保筹资、管理及经办服务等活动。

第三条 市医疗保障行政部门主管本市长期护理保险工作，负责组织实施本办法。

市医疗保险经办机构负责本市长期护理保险的经办服务工作，负责本办法涉及的长期护理需求的鉴定评估（以下简称长护评估）工作。

市财政部门，市（区）民政、卫生健康部门按照各自职能开展相关工作。

第四条 本市职工社会医疗保险参保人员同时参加长期护理保险。

第五条 长期护理保险基金从职工社会医疗保险统筹基金划拨，纳入社保基金预算管理。

长期护理保险收支需求列入职工社会医疗保险基金收支预算，并由职工社会医疗保险基金专户划入长期护理保险基金专户。

第六条 参加职工社会医疗保险并正常享受职工社会医疗保险待遇的参保人员（以下简称参保人员），由市医疗保险经办机构为其建立长期护理保险参保关系。

参保人员应使用广州市社会保障卡或广州市医疗保险卡作为享受长期护理保险待遇及办理相关业务的凭证（以下统称参保凭证）。

第七条 参保人员因年老、疾病、伤残等原因，生活完全不能自理已达或预期将达六个月以上，病情基本稳定且符合以下条件的，可申请评估，经长护评估后按以下规定享受长期护理保险待遇：

（一）参保人员按日常生活活动能力评定量表（附件1）评分，符合以下情形之一的，可享受基本生活照料待遇：

1. 参保人员日常生活活动能力评定不高于40分（含40分）；
2. 经本市二级以上（含二级）社会医疗保险定点医疗机构中的精神专科医院或

（本文与正式文件同等效力）

综合性医院神经内科诊断为痴呆症（中、重度），且参保人员日常生活活动能力评定不高于 60 分（含 60 分）。

（二）参保人员达到第（一）项标准，且符合以下情形之一的，可享受医疗护理待遇：

1. 长期保留气管套管、胃管、胆道等外引流管、造瘘管、尿管、深静脉置管等管道，需定期处理的；

2. 疾病、外伤等导致的瘫痪（至少一侧下肢肌力为 0-3 级）或非肢体瘫的中重度运动障碍，需长期医疗护理的；

3. 植物状态或患有终末期恶性肿瘤（呈恶病质状态）等慢性疾病，需长期医疗护理的；

4. 经长护评估认定的其他符合享受医疗护理待遇的情况。

第八条 长护评估按以下程序办理：

（一）提出申请。参保人员在长期护理保险协议定点服务机构（以下简称长护定点机构）办理登记入住或建床（含居家建床）手续后，可由参保人员或其亲属、代理人出示参保人员的参保凭证，向长护定点机构提出申请，并提交《广州市长期护理需求评估申请表》、失能或失智相关的疾病诊断证明等病历材料。

（二）机构初评。长护定点机构核对申请表信息、参保信息及申请项目，安排医疗或护理人员组成评估小组对申请人日常生活活动能力进行初步评估。经初评基本符合享受待遇条件的，将相关信息录入信息系统，每月定期向市医疗保险经办机构申报。经初评不符合条件的，长护定点机构应告知申请人或其亲属、代理人。

（三）现场评估。市医疗保险经办机构应及时组织评估专家对机构初评基本符合条件的申请人进行现场评估，由评估专家按照本办法第七条的有关标准提出鉴定评估意见。组织评估的工作人员应核查申请人的参保凭证，核实申请人的身份。

（四）结果公示。市医疗保险经办机构将长护评估结果在市医疗保障行政部门网站及申请人所在的长护定点机构内公示，公示期 7 日。在公示期内，申请人或长护定点机构等对评估结果有异议的，可向市医疗保险经办机构提出书面复核申请。

（五）结果告知。经公示无异议的，由市医疗保险经办机构自长护定点机构网上申报之日起 30 个工作日内将长护评估结果通知长护定点机构及申请人。

（六）复查评估。申请人自收到长护评估结果之日起 15 日内有异议的，可以通

过原申请渠道申请复查评估。复查评估的程序及期限等按照前款有关规定执行。

第九条 长护评估结果符合享受待遇条件的，自评估结果出具次日起生效，有效期为一年。参保人员应在有效期届满前 60 日内按照原申请途径重新提出长护评估申请，经长护评估符合第七条的规定的，有效期重新计算。

第十条 参保人员有下列情形之一的，不予受理或不予长护评估：

(一) 患有急需治疗的各种危重疾病，病情不稳定的；

(二) 患有重度精神类疾病的；

(三) 距上次不通过长护评估结果作出之日起不足半年，且参保人员病情及日常生活活动能力无明显变化的。

第十一条 经长护评估后享受长期护理保险基本生活照料待遇的参保人员，在长护评估结果有效期内需增加医疗护理待遇的，按照本办法第八条第（一）（二）（三）项规定执行。

经长护评估后享受长期护理保险医疗护理待遇的参保人员，在长护评估结果有效期内需调整医疗护理项目的，由长护定点机构调整。

第十二条 正常享受职工社会医疗保险待遇且已在长护定点机构办理登记入住或建床手续的参保人员，经长护评估通过的，在长护评估结果有效期内在本市行政区域可享受相应的长期护理保险待遇。

在长护评估结果有效期内，享受长期护理保险待遇的起止时间与享受职工社会医疗保险待遇的起止时间保持一致。

职工社会医疗保险暂停参保或终止参保的，不享受长期护理保险待遇。

职工社会医疗保险新参保、暂停参保后重新参保以及欠缴后按规定补缴社会医疗保险费的，自享受社会医疗保险待遇起，同时开始享受长期护理保险待遇。

第十三条 市医疗保险经办机构定期对享受长期护理保险待遇的参保人员（以下简称长护享受人员）身份信息、日常生活活动能力等进行监督检查，必要时组织现场核查或委托第三方机构进行现场核查。经现场核查发现与长护评估结果不一致的，市医疗保险经办机构应重新组织长护评估。

第十四条 长护享受人员接受长护定点机构提供的护理服务，发生的床位费、鉴定评估费以及服务项目范围内的基本生活照料费、医疗护理费等符合规定的费用纳入长期护理保险基金支付范围。

（本文与正式文件同等效力）

长期护理保险基金不支付下列费用：

- (一) 应当从社会医疗保险、工伤保险、生育保险等其他社会保险支付的费用；
- (二) 应当由第三人依法负担的费用；
- (三) 参保人员住院、急诊留观期间或在非长护定点机构发生的费用；
- (四) 超出长期护理保险支付范围的费用；
- (五) 法律法规规定的其他不予支付的费用。

第十五条 属于长期护理保险基金支付范围和支付标准以内的基本生活照料费用及经核定的医疗护理费用，不设起付线，由长期护理保险基金按以下规定支付：

(一) 入住长护定点机构享受长期护理保险的（以下简称机构护理），按 75% 的比例支付；居家建床接受长护定点机构服务的（以下简称居家护理），按 90% 的比例支付。

(二) 对基本生活照料费用按相应的支付比例支付，纳入支付范围的费用限额标准为：机构护理不高于每人每天 120 元（包括床位费，不高于每人每天 35 元），居家护理不高于每人每天 115 元。

(三) 对经核定的医疗护理费用按项目及相应支付比例支付，基金最高支付限额为每人每月 1000 元。

第十六条 长期护理保险服务项目分为基本生活照料服务和医疗护理服务两大类，具体项目按《广州市长期护理保险基本生活照料服务项目》（附件 2）、《广州市长期护理保险医疗护理服务项目》（附件 3）执行。

长护定点机构为长护享受人员提供《广州市长期护理保险医疗护理服务项目》所列的医疗护理服务，由市医疗保险经办机构按照本市基本医疗服务价格与长护定点机构结算。

第十七条 长护享受人员出现下列情形之一的，长护定点机构应及时办理长期护理保险待遇终止手续：

- (一) 参保人员死亡的；
- (二) 自理能力好转，经重新评估不符合本办法第七条标准的；
- (三) 长护评估结果有效期届满但未按规定申请评估的；
- (四) 与长护定点机构服务协议终止的。

长护享受人员入住医院并开始享受其他社会保险待遇时，长护定点机构应及时

办理长期护理保险待遇暂停手续，出院后可继续享受长期护理保险待遇。

第十八条 长护享受人员在长护定点机构发生的长期护理保险费用由长护定点机构登录信息系统记账，按月结算。长期护理保险费用中属长期护理保险基金支付的部分，由市医疗保险经办机构与长护定点机构按服务项目结算；属个人负担的部分，由参保人员自行支付。

第十九条 每月 1-8 日为长期护理保险结算报表受理期，长护定点机构应于受理期内将上月参保人员记账的长期护理保险费用通过信息系统汇总并向市医疗保险经办机构申报，纸质报表同步报送至市医疗保险经办机构。长护定点机构应如实填报有关结算报表，不得虚报、多报护理费用，不得将护理计划中未实施的费用提前申报结算。

第二十条 市医疗保险经办机构应于结算报表受理期结束后 15 个工作日内完成审核结算工作并将符合规定的长期护理保险费用拨付给长护定点机构。

第二十一条 长护定点机构应为长护享受人员制定护理计划并根据护理计划实施护理，每 3 个月进行一次护理效果和自理能力评估，护理效果或病情及日常生活活动能力发生变化的，应及时调整方案并再次进行机构初评，初评不通过，应及时知会市医疗保险经办机构。

长护定点机构应按市医疗保险经办机构要求做好长护享受人员护理情况记录并保留 3 年备查。

第二十二条 长护定点机构应向市医疗保险经办机构申请登记 1 个银行结算账户。

长护定点机构应规范财务管理，加强与市医疗保险经办机构的账务核对，及时核销因提供长期护理保险服务产生的往来账款。

第二十三条 市医疗保险经办机构可按政府购买服务方式委托商业保险公司等第三方机构参与长护评估、待遇经办工作及相关事务。

受委托的第三方机构应按采购合同协助市医疗保险经办机构完成规定工作。

第二十四条 受委托的第三方机构应严格按照社会保险法律法规的规定，加强长期护理保险信息管理和信息安全保护，控制相关信息的使用范围，防止信息外泄和滥用。第三方机构泄露长期护理保险信息，或未经允许用于其他用途的，应承担相应的法律责任。

第二十五条 长护定点机构、受委托的第三方机构、参保人员以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取长期护理保险基金支出的，由市医疗保险经办机构责令退回骗取的费用；按照服务协议或合同追究长护定点机构、第三方机构的责任，暂停或者解除服务协议；涉及其他部门职责的，由有权机关责令改正，对负有责任的领导人员和直接责任人员依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二十六条 长期护理保险基金纳入社会保障基金专户单独管理，单独核算，专款专用，严格监管。长期护理保险基金的管理，参照国家和本市社会保险基金管理的有关规定执行。长期护理保险合规费用在职工社会医疗保险的其他支出科目中据实核算。长期护理保险鉴定评估费的使用范围由市医疗保障行政部门、市财政部门另行制定。

第二十七条 本办法自 2019 年 8 月 1 日起施行，有效期至 2020 年 12 月 31 日。《广州市人力资源和社会保障局 广州市财政局 广州市民政局 广州市卫生和计划生育委员会关于印发〈广州市长期护理保险试行办法〉的通知》（穗人社规字〔2017〕6 号）同时废止。

- 附件：1. 日常生活活动能力评定量表
2. 广州市长期护理保险基本生活照料服务项目
3. 广州市长期护理保险医疗护理服务项目

公开方式：主动公开

附件 1

日常生活活动能力评定量表

长护定点机构（公章）：

参保人姓名		身份证号码		人员身份	在职 <input type="checkbox"/> 退休 <input type="checkbox"/>
疾病诊断病情描述					
项 目	分 值	分值描述	评分结果		
1. 进食	0 分	依赖他人			
	5 分	需要帮助			
	10 分	独立完成			
2. 床-椅双向转移	0 分	依赖他人			
	5 分	需要大量帮助			
	10 分	需要少量帮助			
	15 分	独立完成			
3. 个人卫生	0 分	需要帮助			
	5 分	独立完成			
4. 用厕	0 分	依赖他人			
	5 分	需要帮助			
	10 分	独立完成			
5. 洗澡	0 分	需要帮助			
	5 分	独立完成			
6. 平地行走（不能行走时的轮椅使用）	使用轮椅	0 分	需要帮助		
		5 分	独立完成		
	平地行走	10 分	需要帮助		
		15 分	独立完成		
7. 上下楼梯	0 分	依赖他人			
	5 分	需要帮助			
	10 分	独立完成			
8. 穿脱衣物	0 分	依赖他人			
	5 分	需要帮助			
	10 分	独立完成			
9. 控制大便	0 分	完全失控			
	5 分	偶尔失控			
	10 分	完全控制			
10. 控制小便	0 分	完全失控			
	5 分	偶尔失控或部分控制			
	10 分	完全控制			
总 分					
专家 1：	专家 2：	专家 3：	年	月	日

（本文与正式文件同等效力）

附件 2

广州市长期护理保险基本生活照料服务项目

项 目	项目内涵	基本要求	备 注
(一) 环境与安全	1. 房间、卫生间清洁及安全	1. 保证居住环境安静、整洁、安全、舒适； 2. 定期通风,保持室内空气新鲜,无异味； 3. 防滑及过道无障碍物； 4. 定期清洁房间地板、桌面及家具。	清洗:1次/日随时清洗 用物
	2. 毛巾、洗脸盆、便器清洁	洗刷用具及生活用品洁净,摆放适宜。	
	3. 房间设施安全,按需增设扶手、床栏	1. 预防跌倒/坠床或其他意外事件发生； 2. 躁动/不合作者建议安装床栏。	
	4. 室外活动	确保安全的前提下,定期安排室外晒太阳,鼓励主动/被动运动。	
(二) 生活护理	1. 床单位整洁	1. 每日整理床单位,每月更换被罩、床单、枕巾； 2. 保持床单位清洁、干燥、平整、舒适； 3. 失能者安全、舒适。	护理计划定期实施
	2. 协助移动	1. 安全移动,不发生跌倒、皮肤破损； 2. 根据情况建议购置适当的手杖、拐杖、步行器、轮椅等助行工具。	
	3. 穿衣/更衣	1. 帮助起床穿衣、睡前脱衣； 2. 按需增减衣物,保持服饰整齐(洁)。	护理计划定期实施
	4. 面部清洁、梳头和口腔清洁	1. 协助漱口、刷牙、棉棒或棉球擦拭及假牙清洁保养； 2. 面部清洁无污垢,头发整齐； 3. 口腔清洁无异味。	2次/日(早、晚);需要 时实施餐后漱口
	5. 床上温水擦浴/淋浴协助	1. 床上擦浴、轮椅淋浴、按需局部应用润肤露； 2. 防受凉,防烫伤； 3. 保护失能者隐私,尊重心理需要； 4. 固定各种管道,保持通畅； 5. 失能者安全、舒适； 6. 按需使用润肤露。	夏天:不少于1次/日 冬天:不少于1次/2日

项 目	项目内涵	基本要求	备 注	
(二)生活护理	6. 床上洗头	1. 清洗、吹干头发; 2. 头部清洁,无异味、舒适。 保持仪表端庄,舒适。	1次/周,护理计划定期实施增加	
	7. 剃胡须和理发	1. 会阴清洁,无异味; 2. 肛周清洁; 3. 注意保护隐私。	1次/日 大小便污染及时清洁	
	8. 会阴部及肛周清洁	1. 修剪指(趾)甲; 2. 清洁/抹洗手、足皮肤; 3. 手、足部舒适。	1次/2周	
	9. 手、足部清洁	1. 睡前洗漱; 2. 提供安静、适宜的睡眠环境; 3. 保持良好的睡眠姿势与保暖。		
	10. 睡眠护理	1. 操作者要经过专业人员的培训和考核,合格后方可执行; 2. 鼻饲前抬高老人床头 30-45°或坐位; 3. 按需经胃管注入营养物,并做好管饲饮食护理; 4. 进食后保持坐姿或半卧位半小时; 5. 无误吸发生。	遵医嘱	
	(三)对非进食失能人员协助进食/水	1. 管饲(经鼻、经口、胃造瘘注食)	1. 如有吞咽评估结果,根据其报告选择合适食物种类; 2. 送饭到床前,选取合适体位、器具,协助或帮助失能人员进食,饮水;餐后清洗餐具; 3. 喂食中观察吞咽情况,无噎食和误吸发生; 4. 进食后检查口腔是否有残留食物; 5. 饭后协助洗脸、洗手,漱口; 6. 无呛咳或误吸。	按时
		2. 喂饭(经口进食者)	1. 了解用药史,按医嘱正确服药; 2. 按时服用餐前或餐后药; 3. 服药后要确认已服下; 4. 管饲者须将药物碾碎溶解后注入; 5. 观察药物不良反应; 6. 药杯定期清洗。	遵医嘱
	(四)口服药	协助安全用药		

项 目	项目内涵	基本要求	备 注
(五) 卧位护理	1. 协助更换体位、拍背	适时更换体位,保持肢体功能位。	护理计划定期实施
	2. 预防肺部感染	有效翻身拍背、深呼吸及咳嗽,需要时辅助器械排痰。	
	3. 协助肢体功能活动	1. 指导主动或被动运动; 2. 使用适当用具防止足下垂。	
	4. 压疮预防及护理	1. 观察皮肤情况,定时翻身; 2. 放置软枕于骨隆突及身体空隙处; 3. 保持皮肤清洁; 4. 正确固定管道,避免受压。	1 次/2 小时改变体位
(六) 排泄护理	1. 失禁护理	1. 及时更换纸尿裤或尿套,保持会阴部和肛周皮肤干燥完整; 2. 排便后用温水清洗肛周皮肤; 3. 失能者舒适、房间无异味。	护理计划定期实施
	2. 床上使用便器	1. 排泄物无污染床单位; 2. 骶尾部皮肤无破损。	护理计划定期实施
	3. 留置尿管护理	1. 保证尿管固定、通畅; 2. 每日进行尿道口及会阴部清洁; 3. 妥善固定尿袋,定时放尿。	会阴部每日清洗不少于 1 次
	4. 尿潴留护理	专业人员指导掌握并进行留置尿管或清洁间歇性导尿术,缓解尿潴留,减轻痛苦。	护理计划定期实施
	5. 尿排泄障碍者护理	指导膀胱/盆底肌功能训练,改善膀胱/盆底肌功能。	每日 3 次
	6. 肠胀气、便秘护理	1. 饮食指导; 2. 腹部按摩、热敷,帮助排除肠腔积气,减轻腹胀; 3. 必要时开塞露通便。	护理计划定期实施
	7. 粪便嵌塞护理	人工取便,解除痛苦。	护理计划定期实施
	8. 造瘘口护理	1. 保持造瘘口周围皮肤清洁; 2. 妥善固定,不渗漏; 3. 观察造瘘口有无异常情况; 4. 按需更换并清洁便袋。	1 次/3-5 日,如有渗漏应随时更换

项 目	项目内涵	基本要求	备 注
(七)心理慰藉	关注心理需求	<ol style="list-style-type: none"> 1. 避免虐待失能人; 2. 不可打骂失能人、强迫进食、怠慢失能人等; 3. 重视失能人的自尊和情感需求; 4. 观察失能人的情绪,预防自杀、自残。 	护理计划定期实施
	1. 脱抑制行为护理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 无因脱抑制行为导致的意外事件发生; 2. 维护失智人员的尊严,对其表现的情绪/情感给予安抚。 	护理计划定期实施
(八)失智护理	2. 游荡/走失行为护理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 环境安全,设置相应的围护保障结构,有一定活动空间,设置门禁; 2. 缓解失智人员的不良情绪,无意外发生; 3. 留存失智人员的近照或录像,在失智人员身上佩戴身份信息标识,包括个人姓名、监护人姓名及联系方式,或佩戴有 GPS 卫星定位功能的手机或手表,以便走失时寻找。 	护理计划定期实施
	3. 攻击行为护理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 环境安全、舒适,无刺激因素,无可用于攻击的物品; 2. 了解失智人员有无攻击发生的征兆,努力营造有助舒缓压力的照护环境。 	护理计划定期实施
	4. 精神行为问题护理	<ol style="list-style-type: none"> 1. 了解失智人员出现精神行为问题的具体表现; 2. 发生视幻觉,应加强夜间室内照明。 	护理计划定期实施
	5. 语言功能维护	<ol style="list-style-type: none"> 1. 了解失智人员语言能力; 2. 沟通、交流的环境应尽量安静,不可过于嘈杂。 	护理计划定期实施
	6. 定向力功能维护	<ol style="list-style-type: none"> 1. 人物定向能力维护:引导失智人员辨认亲人及照护者,指导其念出名字; 2. 地点定向能力维护:用颜色或图示标识帮助失智人员辨认房间和床位; 3. 时间定向能力维护:提供符合昼夜更迭规律的居住环境,引导失智人员辨识昼夜。 	护理计划定期实施
	7. 运动功能维护	<ol style="list-style-type: none"> 1. 掌握失智人员的运动功能状况,选择适宜的运动方式; 2. 运动场所安全。 	护理计划定期实施

(本文与正式文件同等效力)

附件 3

广州市长期护理保险医疗护理服务项目

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
1	口腔护理		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况; 2. 告知患者操作过程; 3. 用湿棉球或湿棉签擦拭患者口唇; 4. 按擦拭顺序擦拭口腔各部位,一支棉签或一个棉球擦拭一个部位; 5. 检查口腔是否擦拭干净以及有无口腔炎症、溃疡; 6. 擦拭时动作要轻柔,防止损伤口腔黏膜及牙龈。 		次
2	吸痰护理	含叩背,吸痰,不含雾化吸入	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作; 2. 吸痰使用一次性吸痰管; 3. 调节负压(成人 40-53.3kPa,小儿 33-40kPa),插入深度适宜(经口插管深度 14-16cm,经鼻腔 22-25cm,气管套管 10-20cm,气管导管 10-25cm),动作轻柔,吸痰干净,每次不超过 15 秒; 4. 有效促进痰液排出,保持呼吸通畅。 	一次性吸痰管, 一次性吸引瓶内胆	次
3	糖尿病足护理	指导患者足部皮肤保养、足部运动、预防足外伤、剪趾甲等措施,正确处理鸡眼、脚癣级局部溃疡,不含换药	<ol style="list-style-type: none"> 1. 每日对足部进行检查,保持足部卫生。 2. 正确修剪趾甲;沿趾甲缘修剪趾甲,不宜剪得太短,以免损伤趾甲沟皮肤。慎用热水袋保暖,以避免烫伤。 3. 保持脚趾间的皮肤清洁和干燥。 	长期抗菌材料	次

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
4	鼻饲管置管		<ol style="list-style-type: none"> 1. 插管过程中要注意动作轻柔,胃管应充分润滑,避免损伤食道黏膜; 2. 为防止食管反流置入深度延长 8-10 厘米; 3. 置管成功后妥善固定、防止打折,避免脱出。 	药物和一次性胃肠管	次
5	灌肠	包括不保留灌肠、保留灌肠	<ol style="list-style-type: none"> 1. 掌握灌肠液的温度、浓度、流速、压力和液量; 2. 灌肠过程中注意观察病人的反应,若出现面色苍白、出冷汗、剧烈腹痛、脉速、心慌气急,应立即停止灌肠; 3. 妊娠、急腹症、消化道出血和各严重疾病晚期病人严禁灌肠。 		次
6	导尿	包括一次性导尿和留置导尿	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作; 2. 动作轻柔,以免尿道损伤; 3. 为尿管留置病人导尿时,第一次放尿不能超过 1000ml; 4. 观察病人反应,观察尿液颜色、性质。 	导尿包、尿管、尿套及尿袋	次
7	膀胱冲洗		<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作; 2. 冲洗液温度 35℃-37℃,膀胱内出血时应使用 4℃ 左右的冷冲洗液; 3. 冲洗速度根据流出液颜色调节; 4. 冲洗过程观察引流是否通畅、引流液颜色、性质;询问有无膀胱憋胀感、痉挛痛或尿道痛等; 5. 观察患者情况。 	一次性膀胱冲洗材料	次
8	会阴冲洗	包括会阴抹洗	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 按擦拭顺序分别冲洗会阴各部位; 3. 进行会阴抹洗时,每抹洗一处需要变换毛巾部位,如用棉球抹洗,每抹洗一处更换一个棉球; 4. 操作中注意保护患者隐私及保暖,减少不必要的暴露。 	一次性扩阴器、一次性冲洗器	次

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
9	肛管排气		<ol style="list-style-type: none"> 1. 协助患者取左侧卧位; 2. 将肛管插入深度深度为 15-18cm 保留时间 <20min; 3. 观察患者腹胀减轻情况。 		次
10	特大换药	创面 50(不含)cm ² 以上或长度 25(不含)cm 以上	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作,评估患者伤口情况; 2. 选择合适的敷料,先换清洁伤口,后换感染伤口; 3. 敷料潮湿时,必须立即予更换。 		次
11	大换药	创面 30(不含)-50(含)cm ² 或长度 15(不含)-25(含)cm	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作,评估患者伤口情况; 2. 选择合适的敷料,先换清洁伤口,后换感染伤口; 3. 敷料潮湿时,必须立即予更换。 		次
12	中换药	创面 15(不含)-30(含)cm ² 或长度 10(不含)-15(含)cm	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作,评估患者伤口情况; 2. 选择合适的敷料,先换清洁伤口,后换感染伤口; 3. 敷料潮湿时,必须立即予更换。 		次
13	小换药	创面 15(含)cm ² 以下或长度 10(含)cm 以下	<ol style="list-style-type: none"> 1. 执行无菌操作,评估患者伤口情况; 2. 选择合适的敷料,先换清洁伤口,后换感染伤口; 3. 敷料潮湿时,必须立即予更换。 		次
14	酒精擦浴		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 擦浴过程中,需密切观察病人的反应,若出现寒战、面色苍白、脉搏或呼吸异常,应立即停止; 3. 擦浴 30 分钟后复测体温; 4. 胸前区、腹部、后颈、足心禁忌擦拭; 5. 血液病患者禁忌使用酒精擦浴,对酒精过敏及皮肤有破损、糜烂不宜酒精擦浴。 		次

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
15	冰袋降温	包括冰帽降温	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 在使用冰帽时要随时注意头皮情况,定时进行头皮按摩,促进血液循环,防止头皮压疮发生; 3. 置于颈部外侧的冰袋不易过重,以免影响呼吸和颈静脉回流; 4. 若有苍白、青紫、灰白、颤抖、疼痛或有麻木感须立即停止使用; 5. 禁忌:枕后、耳廓、阴囊处、心前区、腹部、足底放置冰袋。 		次
16	低流量给氧		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 使用单/双鼻导管吸氧,调节氧流量 1-2L/min; 3. 指导家属勿随意调节氧流量,注意防火、防震、防热、防油; 4. 按时更换湿化瓶; 5. 观察氧疗效果。 	湿化瓶、吸氧管、面罩等材料	小时
17	中流量给氧		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 使用单/双鼻导管吸氧,调节氧流量 2-4L/min; 3. 指导家属勿随意调节氧流量,注意防火、防震、防热、防油; 4. 按时更换湿化瓶; 5. 观察氧疗效果。 	湿化瓶、吸氧管、面罩等材料	小时
18	高流量给氧		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,告知患者操作过程; 2. 使用单/双鼻导管吸氧,调节氧流量 4-6L/min; 3. 指导家属勿随意调节氧流量,注意防火、防震、防热、防油; 4. 按时更换湿化瓶; 5. 观察氧疗效果。 	湿化瓶、吸氧管、面罩等材料	小时

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
19	家庭巡诊	包含了解服务对象健康状况、指导疾病治疗和康复、进行健康咨询	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者及环境情况; 2. 测量生命体征; 3. 进行康复咨询及康复治疗。 		次
20	关节松动训练	包括关节被动活动、持续被动运动训练(CPM)、小关节(指关节)、大关节	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者全身及关节情况; 2. 帮助患者进行关节被动活动及训练; 3. 对关节肿胀、骨折、恶性肿瘤及严重骨质疏松等禁止训练。 		次
21	运动疗法	包括全身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、器械训练、步态平衡功能训练、呼吸训练	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练技术; 2. 运动强度、时间与频度合适。 		45 分钟/次
22	减重支持系统训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 对患者和家属说明训练的目的、要求及内容。 		40 分钟/次
23	电动起立床训练		逐渐调高起立角度,注意监测血压、脉搏、呼吸及观察面色,防止体位性低血压。		45 分钟/次
24	平衡功能训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 训练时,治疗师要在患者旁边注意监护,以免发生跌倒; 3. 对严重心率失常、心力衰竭、严重感染、严重痉挛等禁止训练。 		次

序号	项目名称	项目内涵	基本要求	除外内容	计价单位
25	手功能训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 对患者和家属说明训练的目的、要求及内容; 3. 根据患者的功能水平指导其在日常生活活动中进行注意训练或采用代偿方法。 	支具	次
26	作业疗法	含日常生活动作训练	<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 意识不清、严重认识障碍不能合作者、危重症、心肺功能严重不全等禁止开展。 	自助具	45 分钟/次
27	吞咽功能障碍训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 进食训练初期进食宜用胶冻状食物,不宜饮水或流食,以免呛咳。 		次
28	认知知觉功能障碍训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 对患者和家属说明训练的目的、要求及内容; 3. 根据患者的功能水平指导其在日常生活活动中进行注意训练或采用代偿方法。 		次
29	偏瘫肢体综合训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 维持关节活动度,防止关节挛缩。 		40 分钟/次
30	截瘫肢体综合训练		<ol style="list-style-type: none"> 1. 评估患者情况,选择合适的训练方法; 2. 对患者和家属说明训练的目的、要求及内容; 3. 根据患者的功能水平指导其在日常生活活动中进行注意训练或采用代偿方法。 		40 分钟/次

备注:以上项目按照本市基本医疗服务价格执行。

GZ0320190115

广州市医疗保障局 广州市民政局文件 广州市卫生健康委员会

穗医保规字〔2019〕9号

广州市医疗保障局 广州市民政局 广州市卫生健康 委员会关于印发广州市长期护理保险协议 定点服务机构管理办法的通知

各区民政局、卫生健康局，各有关单位：

现将《广州市长期护理保险协议定点服务机构管理办法》印发给你们，请遵照执行。执行过程中若发现问题，请及时向市医疗保障局反映。

广州市医疗保障局
广州市民政局
广州市卫生健康委员会
2019年7月31日

广州市长期护理保险协议定点服务机构管理办法

第一条 为加强和规范本市长期护理保险协议定点服务机构（以下简称长护定点机构）的管理，根据《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号）、《广州市人民政府办公厅关于开展长期护理保险制度试点工作的意见》（穗府办函〔2017〕67号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称的长护定点机构，是指在本市行政区域内依法批准设立、登记，经市医疗保险经办机构确定符合条件并与医疗保险经办机构签订了服务协议，为长期护理保险参保人员（以下简称参保人员）提供长期护理服务的医疗机构、养老服务机构（含养老机构和社区居家养老服务机构）、家庭服务机构（上述各类机构统称服务机构）。

第三条 本办法适用于本市长护定点机构的申请、条件评估、服务协议签订及监督管理等活动。

第四条 市医疗保障行政部门负责制定长护定点机构管理办法并组织实施，对本办法执行情况进行指导和监督检查。

市医疗保险经办机构负责经办管理工作。市医疗保险经办机构根据本办法开展服务机构协议定点相关工作；负责与长护定点机构签订服务协议；负责对长护定点机构执行长期护理保险政策及履行服务协议情况进行检查、业务指导和考核，按照协议约定予以处理。受委托的第三方机构协助市医保经办机构开展相关工作。

市（区）民政、卫生健康等部门按职能开展对长护定点机构的管理工作。

第五条 确定长护定点机构的原则：

- （一）合理布局，满足参保人员的长期护理需求。
- （二）兼顾公立与民营，保障居家护理和机构护理，鼓励医养结合机构、连锁机构发展。
- （三）坚持公平、公正、公开，建立公平竞争机制，合理控制长期护理服务成本

（本文与正式文件同等效力）

和费用，提高长期护理服务质量。

第六条 以下类型服务机构，可根据自身服务能力自愿向市医疗保险经办机构提出长护定点机构申请，提供长期护理保险机构护理、居家护理等类别的服务以及基本生活照料、医疗护理等服务项目：本市社会医疗保险定点医疗机构；依法办理登记并取得《养老机构设立许可证》或在民政部门备案的养老机构；取得《医疗机构执业许可证》的护理机构；在民政部门或市场监督管理部门登记，业务范围包括护理服务、养护服务、养老服务、照护服务的社区居家养老服务机构、家庭服务机构。

纳入长护定点机构应当具备以下条件：

（一）符合国家、省和市规定的机构设置标准、执业标准、服务标准；遵守国家、省和市有关社会保险、医疗服务、养老服务、物价管理及市场监督管理的法律、法规、标准和规范，有健全和完善的服务管理制度、财务制度、培训制度和信息系统管理制度。

（二）建立服务人员登记管理制度，配备专兼职管理人员和工作人员（含各类专业技术人员）并符合行业规范，服务人员数量、承办能力与其申请提供的服务相匹配，每名长期护理服务人员同期护理的参保人员数量不超过5人。截至市医疗保险经办机构对申请纳入定点的服务机构进行集体评估前，服务机构应具有为失能人员提供对应申请服务类别的护理从业经验3个月以上（含3个月，且应提供不少于15例具体服务案例资料）。

（三）提供长护险护理服务的人员，应符合以下条件之一：1. 具有护士从业资格；2. 已取得养老护理员证书；3. 按照民政、医疗保障等行政部门认定的养老护理或长期护理等培训教材，学满学时并培训合格。

（四）提供居家护理服务的机构，应配备专业化居家护理服务管理队伍，其中专职或兼职医护人员不少于3人、专职护理员不少于2人。建立以全职护理为主、兼职护理为辅的运营模式，健全护理服务人员管理员负责制度，管理员由专（兼）职护士或高级及以上养老护理员担任。

（五）计算机硬件设备、通信链路资源等条件能满足费用结算、服务管理要求，

并配备相关技术人员开展信息系统维护工作。

(六) 具有 2 年以上服务场所使用权、租赁合同剩余有效期限或者广州市社区居家养老服务机构运营服务合同期限 (从递交申请资料之日起计算)。

(七) 服务机构与护理服务人员依法签订劳动合同或劳务协议。服务机构依法为其职工参加社会保险。

(八) 提供医疗护理服务的机构, 应具有医疗服务资质或与医疗机构签订医疗合作协议, 配备有注册在本机构或合作医疗机构的执业医师或执业护士, 并同时提供基本生活照料服务。医疗机构提供机构护理服务的, 应具有住院床位编制并按规定设置长护险服务专区。

(九) 机构自申请之日起回溯两年内在医疗保障、卫生健康、民政、市场监督管理部门无违法违规记录、未被公安部门列入立案侦查, 也无其他违反政策法规行为受到有关部门处理, 或因损害公共利益行为被媒体报道造成负面影响。

第七条 申请长护定点机构应当如实提供以下资料:

(一) 按申报要求填写广州市长期护理保险协议定点服务机构申请书及近两年内无违法违规行为承诺书。

(二) 养老机构提供《养老机构设立许可证》正、副本或《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。

(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》正、副本; 营利性机构提供《营业执照》正、副本。

(四) 服务场所产权、租赁合同或者广州市社区居家养老服务机构运营服务合同原件。

(五) 法定代表人或企业负责人公民身份证。

(六) 申请提供医疗护理服务的养老服务机构、家庭服务机构, 应提供内设医疗机构的《医疗机构执业许可证》或与医疗机构签订的医疗合作协议。

前款材料可通过政府信息共享平台实时更新查询的, 不需服务机构另行提供。

服务机构应当对其申请资料的真实性负责。凡采取虚构、篡改等不正当手段报送申请资料的, 取消当事服务机构及其法定代表人和主要负责人开办的其他服务机

(本文与正式文件同等效力)

构当次申报资格，并自当次申报之日起一年内不得再次申报。

第八条 市医疗保险经办机构根据长期护理服务需求每年定期开展新增长护定点机构条件评估工作。符合申报条件的服务机构按自愿申请原则，根据通知要求向市医疗保险经办机构申报，并按规定提供有关资料。

市医疗保险经办机构确定长护定点机构按以下程序办理：

(一) 发布通知：市医疗保险经办机构在市医疗保障部门网站发布开展新增长护定点机构条件评估工作的通知。

(二) 资料受理及核查：市医疗保险经办机构自接收服务机构申报材料之日起 5 个工作日内对服务机构的申报材料进行初审，并一次性告知需更正或补充的材料。服务机构应当在初审之日起 5 个工作日内提交需更正或补充的材料，逾期不提交的，视为放弃当次申请。市医疗保险经办机构作出的受理核查决定应书面告知申报的服务机构。

(三) 现场核查：市医疗保险经办机构作出受理核查决定之日起 15 个工作日内，组织对已受理申报的服务机构进行现场核查。

(四) 集体评估：在完成本批次现场核查后 10 个工作日内，参与核查的部门及相关人员对服务机构的申报资料和现场核查情况进行集体评估。经集体评估不符合条件的，由市医疗保险经办机构通知服务机构并说明理由。

(五) 名单公示：在广州市医疗保障部门网站公示符合条件的服务机构名单，公示期为 7 天。市医疗保险经办机构在公示期限截止后 5 个工作日内，收集、整理公示意见，必要时再次组织集体评估成员单位研究处理。公示期内未收到举报或者举报经核查与事实不符的，确定为预选长护定点机构。

(六) 政策及业务培训：市医疗保险经办机构对预选长护定点机构开展相关政策、业务培训及考试。

(七) 安装系统及目录维护：预选长护定点机构根据市医疗保险经办机构的要求，完成通信链路的联通及系统建设与实施相关工作。

(八) 签订服务协议：预选长护定点机构经培训考试合格、完成目录对应并在长期护理保险信息系统测试验收通过后，由市医疗保险经办机构与之签订服务协议、

发放长护定点机构标牌，并向社会公布。签订服务协议的长护定点机构名单报送市医疗保障行政部门。

预选长护定点机构培训考试不合格，或者因服务机构原因，在培训考试合格后 80 日内不能完成目录对应及通过长期护理保险信息系统联调测试的，不予签订服务协议。

第九条 对集体评估结果有异议的单位或者个人，可向市医疗保险经办机构提出复核申请。对集体评估结果或者对市医疗保险经办机构复核意见有异议的单位或者个人，也可向市医疗保障行政部门提出复核申请。

第十条 长护定点机构服务协议及补充协议文本，由市医疗保险经办机构根据长期护理保险规定及长护定点机构服务范围拟定，文本内容应当包括服务管理、费用结算、信息系统管理、监督管理及违约责任、争议处理、服务协议的变更及解除的程序、双方认为需要约定的其他内容，报市医疗保障行政部门审定后确定。

第十一条 市医疗保险经办机构根据长期护理保险政策规定及服务协议对参保人员、长护定点机构进行监督管理和日常巡查，根据本办法对长护定点机构进行年度综合考核，年度综合考核结果与长期护理保险费用结算挂钩。

(一) 巡查内容如下：

1. 参保人员身份信息、日常生活活动能力；
2. 长护定点机构基础管理情况；
3. 为参保人提供长期护理保险服务情况及长护对象长期护理服务月度计划执行情况；
4. 信息系统建设及管理情况；
5. 市医疗保障部门根据国家、省、市相关工作要求的其他内容（根据国家、省、市相关文件执行）。

(二) 年度考核内容如下：

1. 基础管理情况：包括机构长护服务规章制度制定及落实、长护服务相关资料文书管理、参保人身份核对、参保人失能情况初评准确率、护理人员技能培训、政策宣传及投诉处理、发生违规被处理情况等。

(本文与正式文件同等效力)

2. 为参保人员提供长期护理保险服务情况：包括年度服务总量、护理计划制定及执行情况、日常护理服务工作质量、参保人满意度评价等。

3. 信息系统建设及管理情况：包括按要求进行信息采集和录入上传、保证信息系统运行顺畅等。

4. 长期护理保险费用控制情况：包括长护服务价格及收费管理、合规开展费用申报及结算等。

5. 国家、省、市当年度关于长期护理保险服务的重点工作要求（根据相关文件执行）。

第十二条 市医疗保险经办机构按以下程序对长护定点机构进行年度综合考核：

（一）发布通知：市医疗保险经办机构于当年第四季度发布有关开展长护定点机构年度综合考核的通知，明确年度考核内容、具体考核项目和评分标准，并组织开展年度综合考核。

（二）组织自评：长护定点机构对照年度综合考核通知进行自评。

（三）承办初评：受委托的第三方机构对承办管理片区内的长护定点机构进行初评并提交市医疗保险经办机构。

（四）现场考核：市医疗保险经办机构组织对长护定点机构进行现场考核评分。

（五）综合评审：在现场考核的基础上，市医疗保险经办机构结合服务协议有效期内长护定点机构履行服务协议情况进行综合评审评分，并将评审结果报市医疗保障行政部门。

（六）结果反馈：市医疗保险经办机构将年度综合考核结果向各长护定点机构反馈。

第十三条 年度综合考核成绩分为优秀、良好、合格、不合格四个等次。年度综合考核成绩 90 分以上（含 90 分）的为优秀；年度综合考核成绩在 80 分（含 80 分）至 90 分（不含 90 分）之间的为良好；年度综合考核成绩在 60 分（含 60 分）至 80 分（不含 80 分）之间的为合格；年度综合考核成绩低于 60 分（不含 60 分）的为不合格。年度综合考核等次结果由市医疗保险经办机构向社会公布。

年度综合考核结果同时应用于服务协议续签、费用结算等经办管理工作中，具

体内容由市医疗保险经办机构与长护定点机构通过服务协议进行约定。

第十四条 长护定点机构应当按照行业主管部门的管理和长期护理保险相关规定为参保人员提供长期护理服务，为居住在本市行政区域内符合条件的参保人提供相应的长期护理服务，不得有违反社会保险规定、长期护理保险有关规定及相关法律法规的其他情形。长护定点机构有发生违反协议或违规情形的，由市医疗保险经办机构根据协议约定予以处理直至解除服务协议，违规行为涉及的长期护理费用长期护理保险基金不予支付，已支付的违规费用由市医疗保险经办机构予以全额追回。

第十五条 长护定点机构名称、法定代表人或者主要负责人、所有制性质、经营类别（营利/非营利）、服务区域、参保人基本生活照料收费标准及核定床位数等发生变化，应当在市场监督管理、民政或卫生健康行政部门办理变更手续后 30 日内，持书面变更申请、已变更资料原件，到医疗保险经办机构申请办理变更手续。如涉及所有权转让的，应当同时提交转让方和受让方之间签订的长期护理保险业务相关的权利义务承接协议。

长护定点机构出现迁移、分立、合并、停业或者被撤销、关闭等情况，应当提前 10 个工作日书面通知市医疗保险经办机构。

开展机构护理的长护定点机构出现服务地址迁移或开展居家护理的长护定点机构出现办公地址迁移的，从地址迁移之日起 3 个月内，取得变更后的有效证照，并正常营业，经现场核查确认符合本办法第六条规定的，给予办理地址变更手续。逾期不办理的，由市医疗保险经办机构责令整改并视情节给予通报处理，整改合格后准予办理地址变更手续。

第十六条 服务协议有效期限一般为 2 年。服务协议执行期间有新增约定事项，通过补充服务协议予以明确。服务协议有效期限届满前 30 天内，由医疗保险经办机构与长护定点机构双方协商续签服务协议。

第十七条 长护定点机构标牌由市医疗保险经办机构统一制作、管理、颁发。长护定点机构应当妥善悬挂、保管、维护，不得复制、伪造、仿造、转让或者损毁，遗失或者意外损毁应当在 5 个工作日内向医疗保险经办机构申报。

市医疗保险经办机构与长护定点机构终止或者解除服务协议后的 10 个工作日

（本文与正式文件同等效力）

内，长护定点机构应当将服务协议及标牌交回市医疗保险经办机构处理，并配合做好长期护理费用结算、解释告知等后续工作，保障参保人员合法权益。

第十八条 市医疗保障行政部门根据国家、省、市的长期护理保险相关政策规定，对医疗保险经办机构和长护定点机构执行长期护理保险政策情况、履行服务协议情况、各项监督管理制度的落实情况等进行监督检查。对于违法违规情形，应当提出整改意见。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门处理。

第十九条 本办法自 2019 年 8 月 1 日开始施行，有效期至 2021 年 7 月 31 日。

公开方式：主动公开

GZ0320190114

广州市医疗保障局 广州市财政局 文件 广州市卫生健康委员会

穗医保规字〔2019〕10号

广州市医疗保障局 广州市财政局 广州市卫生健康委员会关于印发广州市社会医疗保险 医疗费用结算办法的通知

各定点医疗机构，各有关单位：

现将修订后的《广州市社会医疗保险医疗费用结算办法》印发给你们，请遵照执行。执行过程中若发现问题，请及时向市医疗保障局反映。

广州市医疗保障局
广州市财政局
广州市卫生健康委员会
2019年7月29日

(本文与正式文件同等效力)

广州市社会医疗保险医疗费用结算办法

第一条 为加强本市社会医疗保险医疗费用的结算管理，提高社会医疗保险基金使用效率，根据《中华人民共和国社会保险法》、《广州市社会医疗保险条例》、《广州市社会医疗保险办法》、《国务院办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的指导意见》（国办发〔2017〕55号）、《广东省人民政府办公厅关于印发广东省进一步深化基本医疗保险支付方式改革实施方案的通知》（粤府办〔2017〕65号）等有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市社会医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）与社会医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）、社会医疗保险定点零售药店（以下简称定点药店）或社会医疗保险参保人员（以下简称参保人）之间的医疗费用结算，适用本办法。

第三条 市医疗保障行政部门负责组织实施本办法；负责拟订定点医疗机构、定点药店社会医疗保险医疗费用的结算方式和结算标准；负责拟订社会医疗保险统筹基金支出总额、按病种分值付费调节金总额。

市财政、卫生健康等单位在各自职责范围内协同实施本办法。

市医保经办机构负责本市社会医疗保险医疗费用的结算经办管理；负责组织签订服务协议；负责统筹组织医疗费用结算清算工作；负责核定定点医疗机构、定点药店开展的服务项目；负责协助拟订医疗费用结算方式和结算标准；负责编制医疗费用支出预算；负责医疗费用的受理、审核、结算工作；负责办理参保人零星医疗费用的核报。

第四条 医保经办机构在基金预算支出总额内，按以下方式与定点医疗机构结算参保人在定点医疗机构就医发生的医疗费用：

（一）本市指定单病种医疗费用按“人次平均费用限额”方式结算。

（二）本市区域内社会医疗保险医疗联合体（以下简称医保医联体）签订卫生健康基本医疗服务一体化协议的参保人当年度发生的医疗费用按“总额付费”方式结算。

（三）本市指定单病种、医保医联体以外的其他住院医疗费用按“病种分值付

费”方式结算。对长期住院的指定病种按床日分值付费。

(四) 门诊特定病种基本医疗费用按“医疗服务项目”“人次(数)平均费用定(限)额”“床日平均费用限额”等方式结算。

(五) 普通门(急)诊统筹基金支付费用按“年人均限额”“年人均定额”“医疗服务项目”等方式结算;城乡居民社会医疗保险门诊产前检查、门诊接种狂犬病疫苗按“医疗服务项目”方式结算。

(六) 家庭医生签约基本服务包年签约费用按“签约参保人数人头限额”方式结算。

(七) 异地就医直接结算的医疗费用按国家、省规定的方式结算。

(八) 本市按有关规定确定的其他结算方式。

第五条 医保经办机构根据定点医疗机构医保分级管理等级评定结果预付医保结算周转金。

医保经办机构以定点医疗机构上年度1-10月的统筹基金月平均申报费用为基数,按AAA级100%、AA级80%、A级60%的比例一次性预付医保结算周转金(按四舍五入取整至千元)。

开展门诊及住院医疗服务的定点医疗机构,因未纳入等级评定范围而评定为未定级,且年度综合考核得分90分以上(含90分)的,按照60%的比例一次性预付医保结算周转金。

医保结算周转金采用“年初预拨,年末对账”的方式进行管理。

第六条 定点医疗机构每年度最末一个月申报的基本医疗费用,经审核准予支付的部分作为当年度社会医疗保险服务质量保证金,待年度综合考核后与年度清算费用一并支付。

第七条 按病种分值付费是指在住院医疗费用总额预算内,根据各病种均次费用与基准病种均次费用的比例关系确定相应的病种分值,按照医疗机构相关指标确定各定点医疗机构权重系数,年终医保经办机构根据各定点医疗机构的总分值和权重系数,按本办法规定进行住院费用结算的付费方式。

第八条 按病种分值付费实行总额预算管理。

全市年度住院统筹基金支出总额=全市上年度住院统筹基金实际支出总额×(1+

(本文与正式文件同等效力)

全市年度住院统筹基金支出增长率) + 全市年度按病种分值付费调节金支出总额。

全市年度住院统筹基金支出增长率 = (全市上年度参保人员住院就医人数增长率+1) × (本市上年度医疗保健消费价格同比增长率+1) - 1。

按前款规定计算的全市年度住院统筹基金支出增长率高于省下达我市医疗费用增长率控制目标或省、市规定公立医院医疗费用增长幅度的, 按其规定确定基金支出增长率。

第九条 设立年度按病种分值付费调节金, 用于按病种分值付费医疗费用的年度清算。

全市年度按病种分值付费调节金支出总额 = 上一年度全市按病种分值付费调节金支出总额 × (本市上年度医疗保健消费价格同比增长率+1)。

第十条 年度内因相关重大政策调整、影响范围较大的突发事件、自然灾害或其他不可抗力等特殊情形需要调整统筹基金支出总额或全市年度按病种分值付费调节金支出总额的, 由市医疗保障行政部门根据实际情况调整。

第十一条 定点医疗机构申报结算的按病种分值付费医疗费用, 月度结算时以申报的统筹基金记账金额为基数, 按照 95% 的比例预拨付, 暂未拨付的费用纳入年度清算处理。

第十二条 本市按病种分值付费的病种及分值、定点医疗机构权重系数、结算及考核清算等实施细则由市医疗保障行政部门组织制定。

第十三条 参保人住院前 10 天 (不含住院当天) 内在同一定点医疗机构发生的与当次住院手术相关联的术前门诊必需检查检验费用纳入住院医疗费用结算。

参保人进行术前检查检验后未按前款规定住院手术的, 术前检查检验费用按本市普通门诊有关规定办理结算。

第十四条 定点医疗机构未正常记账结算的经由医保经办机构按规定予以零星医疗费报销的住院医疗费用, 计入该定点医疗机构当年度住院医疗费用清算费用范围。

年度内仅发生零星医疗费报销的定点医疗机构, 按本办法原属定点医疗机构记账的医疗费用, 医保经办机构已支付给参保人, 不再与定点医疗机构结算。

第十五条 单病种人次平均费用限额结算标准按以下规定核定:

(一) 以本市同级别定点医疗机构前 24 个月收治患单病种的参保人实际结算的医疗费用为依据,核定定点医疗机构的单病种平均费用限额结算标准;

(二) 新增定点医疗机构的平均费用限额结算标准,比照同级别的定点医疗机构的标准核定。

第十六条 定点医疗机构申报结算的单病种医疗费用,月度结算时按单病种平均费用限额标准预拨付相应的统筹费用。等于或低于限额结算标准的,按限额标准结算;超限额部分统筹基金不予支付。

第十七条 门诊特定病种人次(数)平均费用定(限)额结算标准按以下规定核定:

(一) 以本市同级别定点医疗机构前 24 个月收治患相应病种的参保人实际结算的基本医疗费用为依据,核定相应病种的人次(数)平均基本医疗费用定(限)额结算标准。

(二) 新增定点医疗机构的人次(数)平均费用定(限)额结算标准,比照同级别的定点医疗机构的标准核定。

第十八条 门诊特定病种基本医疗费用结算办法:

(一) 家庭病床基本医疗费用,按“人次平均费用限额”“床日平均限额”“医疗服务项目”等方式结算并支付统筹费用。

按“限额”方式结算的,月度结算时月度人次或床日平均费用低于限额结算标准的,按实际发生的统筹费用支付;高于限额结算标准的,超过部分暂不支付。经审核符合规定的基本医疗费用按照以下规定进行年度清算:年度人次或床日平均费用低于限额结算标准的,按实际发生的基本医疗费用清算并支付相应的统筹费用;超出限额结算标准的基本医疗费用,不予支付。

(二) 急诊留院观察基本医疗费用按“医疗服务项目”方式结算并支付统筹费用。急诊留院观察后直接转入本院住院治疗的,其医疗费用并入住院费用结算。

(三) 尿毒症门诊透析治疗基本医疗费用,月度人数平均费用低于平均费用定额结算标准的,月度结算时按实际发生的统筹费用支付;高于平均费用定额结算标准的,超过部分暂不支付。经审核符合规定的基本医疗费用按照以下规定进行年度清算:

(本文与正式文件同等效力)

1. 年度尿毒症门诊透析治疗平均费用低于平均费用定额结算标准 85% 的，按实际发生的基本医疗费用清算并支付相应的统筹费用。

2. 年度尿毒症门诊透析治疗平均费用介于平均费用定额结算标准 85%（含 85%）至 100%（含 100%）之间的，先支付实际发生的相应统筹费用；年度尿毒症门诊透析治疗平均费用高于平均费用定额结算标准的，先支付定额结算标准范围内的相应统筹费用。

介于实际发生年度尿毒症门诊透析治疗平均费用与平均费用定额结算标准水平之间差额的基本医疗费用，或介于平均费用定额结算标准 100%—115%（含 115%）范围内的实际发生基本医疗费用，按以下办法清算：

（1）年度综合考核得分 90 分（含 90 分）以上的，按 70% 的标准支付相应的统筹费用。

（2）年度综合考核得分 85 分（含 85 分）—90 分的，按 50% 的标准支付相应的统筹费用。

（3）不符合以上条件及年度内因违反医疗保险有关规定受到医保经办机构责令限期整改、暂停服务协议或解除服务协议的，不予支付相应的统筹费用。

3. 对于超过平均费用定额结算标准 115% 以上基本医疗费用的相应统筹费用不予支付。

（四）其他门诊特定病种基本医疗费用按“医疗服务项目”方式结算。

（五）门诊特定病种基本医疗费用月度结算时，按本条规定的结算支付标准预拨付给定点医疗机构。

第十九条 参保人发生的经审核符合医疗保险规定的普通门（急）诊统筹记账医疗费用，医保经办机构与定点医疗机构按“年人均限额”“年人均定额”“医疗服务项目”方式结算。

（一）按“年人均限额”结算方式。

1. 年人均限额标准以本市同类定点医疗机构前 24 个月普通门诊实际结算统筹支付费用水平为依据，核定各定点医疗机构的普通门诊年人均限额结算标准。

2. 月度结算时按“医疗服务项目”方式结算支付，累计结算支付金额不超过各定点医疗机构年度选点人数与年人均限额标准的乘积。年度清算时，年度选点人数

人均记账费用低于年度人均限额结算标准的，按实际发生记账费用支付；高于限额结算标准的，按限额结算标准支付。

年度选点人数以 1 个年度内在该定点医疗机构办理普通门诊统筹就医选点手续的参保人数计算。年度内未在选定定点医疗机构发生普通门（急）诊费用且已办理改点的参保人数，不计入年度选点人数。

（二）大中专院校可自主选择本校医疗机构或其他医疗机构为大中专学生提供普通门（急）诊医疗服务。医保经办机构按“年人均定额”方式以及定额结算标准向大中专院校支付普通门（急）诊医疗费用。超定额部分统筹基金不予支付。

（三）养老机构内设的对内服务医疗机构、指定专科定点医疗机构的普通门（急）诊医疗费用按“医疗服务项目”方式结算。

（四）普通门（急）诊基本医疗费用月度结算时，按本条规定的结算支付标准预拨付给定点医疗机构。

第二十条 参保人在卫生健康行政部门确定可开展家庭医生签约服务且属于本市定点医疗机构的基层医疗卫生机构，按规定发生的家庭医生签约基本服务包年签约费用的统筹基金支付部分，由医保经办机构与定点医疗机构按签约参保人数人头限额方式结算。

签约有效期内，如参保人险种转换，按照签约时险种标准结算。续签参保人视同新增签约参保人结算。

第二十一条 家庭医生签约基本服务包年签约费用的年度清算按照以下规定执行。

（一）定点医疗机构当年度家庭医生签约服务年度考核得分 80 分（含 80 分）以上，按核定签约人数与人头限额结算标准的乘积，支付相应的统筹基金费用；

（二）定点医疗机构当年度家庭医生签约服务年度考核得分 80 分（不含 80 分）以下，按核定签约人数、人头限额结算标准以及考核系数的乘积，支付相应的统筹基金费用。考核系数为实际考核得分除以 80。

第二十二条 定点医疗机构应在与参保人签订家庭医生签约服务协议书的同时，在医疗保险信息系统做好签约登记备案工作。定点医疗机构应如实上传参保人签约时选择的医保基金支付医疗服务项目、实际发生项目明细、签约有效期等信息。

（本文与正式文件同等效力）

定点医疗机构将上月新增签约参保人数汇总，经区卫生健康行政部门审核后，按《服务协议书》的约定向医保经办机构报送结算表及其他有关材料。

第二十三条 市医保经办机构建立与家庭医生签约服务医保付费方式相适应的年度考核机制，将卫生健康行政部门牵头评价的家庭医生签约服务绩效考核结果纳入家庭医生签约服务年度考核指标体系，报市医疗保障行政部门审定后执行。

第二十四条 参保人连续住院或设家庭病床的，按每 90 天 1 个人次计算；结核病参保人连续住院的，按每 180 天 1 个住院人次计算。

第二十五条 对已办理分年度累计的跨年度连续住院、门诊特定项目医疗费用，医保经办机构按 1 个人次与定点医疗机构结算。

第二十六条 定点医疗机构应将参保人就医相关医疗费用、住院病案资料如实上传医疗保险结算系统并纳入结算管理范围。

参保人在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于个人医疗账户或现金支付的部分，由参保人与定点医疗机构直接结账付清；属于医疗保险统筹基金支付的部分，由定点医疗机构记账，每月汇总后向医疗保险经办机构申报结算。

定点医疗机构应按《服务协议书》的约定，将上月参保人就医发生的应由医疗保险统筹基金支付的费用、个人自付费用和个人自费费用等进行汇总，报送结算表及其他规定的资料，向医保经办机构申报月度结算。

第二十七条 医保经办机构收到定点医疗机构提交的医疗费用月度结算申报资料后 15 个工作日内，按照本办法规定的月度结算支付标准预拨付给各定点医疗机构，并在 30 个工作日内完成预拨付医疗费用的审核。医保经办机构根据有关社会医疗保险规定及与定点医疗机构签订的《服务协议书》有关规定，对相关的医疗费用分别作出准予支付、暂缓支付或者不予支付的审核决定。

（一）定点医疗机构在收到准予支付或不予支付审核决定书面通知后，如有异议，可于接到书面通知后 15 个工作日内向医保经办机构提出书面申诉及说明。医保经办机构应组织重审，并作出重审决定。

（二）认定暂缓支付的医疗费用，由医保经办机构书面通知定点医疗机构并说明原因，原则上从签发之日起暂缓支付的最长期限为 60 天，因出现影响基金安全等特殊情况下可由市医保经办机构适当延长。在暂缓支付期间，定点医疗机构可于接到书

面通知后 15 个工作日内向医保经办机构提出书面说明，医保经办机构应组织重点审核。定点医疗机构未在规定时间内提出书面说明的或医保经办机构重点审核后认定不予支付的医疗费用，医保经办机构再书面通知定点医疗机构。

(三) 对定点医疗机构每月申报结算的医疗费用，由医保经办机构对其病例及医疗费用审核和监控。对违反医疗保险规定的费用不予支付；对监控的疑点数据及时进行检查、指导，并按照《服务协议书》的约定予以相应处理。

医保经办机构对定点药店发生的属于统筹基金支付范围的医疗费用的审核、结算，根据上述规定办理。

第二十八条 医疗费用清算周期为 1 个年度。

(一) 定点医疗机构根据医保经办机构印发的年度清算通知完成医疗费用清算相应工作。

(二) 医保经办机构在完成上清算年度最后 1 个月份医疗费用审核结算后的 50 个工作日内完成年度考核与清算。

(三) 年度清算核准支付的医疗费用，医保经办机构在作出支付决定后 10 个工作日内，向定点医疗机构拨付。

第二十九条 定点医疗机构纳入按病种分值付费范围住院医疗费用的年度总体自费率分别控制在一级医院 5%、二级医院 10%、三级医院 15%、肿瘤专科医院及精神病专科医院 20% 以内。

第三十条 医保经办机构对定点医疗机构申报结算的医疗费用，应严格按照规定审核、支付，确保医疗保险基金合理使用，提高医疗保险基金的使用效率。

第三十一条 市医疗保障行政部门或市医保经办机构不定期组织医药专家随机抽查参保人的病历及其医疗费用，如发现违反医疗保险规定的费用，在定点医疗机构同期申报结算的全部统筹费用中，按违规费用占抽查病历总医疗费用的比例计算扣减金额并进行扣除。

第三十二条 生育保险医疗费用的受理、审核、结算、支付和管理参照本办法执行。

第三十三条 本办法所称的年度综合考核得分、家庭医生签约服务年度考核得分按照考核总分值 100 分计算；实际考核总分值为其他分数的，按比例进行换算。

(本文与正式文件同等效力)

本办法中所称的年度为自然年度，即每年1月1日至12月31日。

第三十四条 本办法自2019年8月1日起实施，有效期5年。《广州市人力资源和社会保障局 广州市财政局 广州市卫生局关于印发〈广州市社会医疗保险医疗费用结算办法〉的通知》（穗人社发〔2014〕30号）同时废止。

公开方式：主动公开

《广州市人民政府公报》简介

《广州市人民政府公报》是由广州市政府办公厅主办并公开发行的政府出版物。《广州市人民政府公报》主要刊载广州市政府规章和行政规范性文件，是政府信息公开的重要载体。根据《中华人民共和国立法法》等有关规定，在《广州市人民政府公报》上刊登的政府规章和行政规范性文件文本为标准文本，与正式文件具有同等效力。

《广州市人民政府公报》创刊于1949年12月，曾用刊名《广州市政》《广州政报》。自创办以来，《广州市人民政府公报》发挥了传达政令、宣传政策、指导工作、服务社会的作用。

《广州市人民政府公报》发行方式为免费赠阅，赠阅范围包括广州市直机关，各区政府，街道办事处、镇政府，居委会、村委会，广东省内各大专院校，广州市内中小学校，重要交通枢纽，各级图书馆等。《广州市人民政府公报》在广州市政府门户网站“广州市人民政府”（<http://www.gz.gov.cn>）设置专栏刊登，供公众查阅。

主 管：广州市人民政府

国内刊号：CN44-1712/D

主 办：广州市人民政府办公厅

赠阅范围：国内

编辑出版：广州政报编辑部

邮政编码：510032

地 址：广州市府前路1号市政府5号楼211、213室

网 址：<http://www.gz.gov.cn>

电 话：83123236 83123238 83123438 (FAX)

印 刷：广州市人民政府机关印刷厂
