

# 江 门 市 民 政 局

# 江 门 市 卫 生 健 康 局

---

## 江门市医养结合补充保险“邑康保”项目 定点服务机构遴选公告

为贯彻落实《江门市人民政府办公室关于印发江门市推进康养服务发展若干措施的通知》（江府办〔2020〕11号）精神，做好江门市医养结合补充保险“邑康保”项目（以下简称“邑康保”项目）实施工作，科学、合理确定“邑康保”项目定点服务机构（以下简称“定点服务机构”），现发布遴选公告如下：

### 一、定点服务机构申报

#### （一）申报范围

在江门市行政区域范围内，依法成立的具有法人资质，能够独立开展集中照护服务、医疗服务或医养结合服务的养老服务机构、医疗机构。

#### （二）申报条件

根据江门市医养结合补充保险项目招标文件精神，“邑康保”项目定点服务机构包含养老服务机构、医疗机构、医养结合机构三类。申请定点服务机构需要按照相应类别满足以下条件：

## 1. 养老服务机构

(1) 依法办理登记取得《养老机构设立许可证》且许可证在有效期内，或已在民政部门办理登记备案。

(2) 有健全的服务、财务、业务、信息、档案及人力资源等管理制度，且回溯3年内无违法违规行为受到相关管理部门处理。

(3) 机构有与工作相适应的固定服务场所和相应的设施设备，从获认定为定点服务机构之日起，服务场所使用权或租赁合同剩余有效期限在2年以上。

(4) 床位设置规模为50张以上（含50张）。

(5) 计算机硬件设备、通信链路资源等条件满足“邑康保”项目费用结算和服务管理要求。

(6) 机构配备的半护理和全护理的配备比例不低于1:5，全自理配比不低于1:10。

## 2. 医疗服务机构

全市二级及以上已纳入基本医疗保险定点的医疗机构原则上无需申报，直接纳入“邑康保”项目定点服务机构。如医疗机构因自身或其他原因无法作为“邑康保”项目定点服务机构的，需在接到遴选通知后的3个工作日内按通知要求填报回执。

## 3. 医养结合机构

(1) 应当是具备医疗机构执业许可或在卫生健康行政部门（含中医药主管部门）进行备案并在民政部门进行养老机构登记

备案，或经卫生健康部门、民政部门共同审核认定的机构。

(2) 有健全的服务、财务、业务、信息、档案及人力资源等管理制度，且回溯 3 年内无违法违规行为受到相关管理部门处理。

(3) 计算机硬件设备、通信链路资源等条件满足医养结合补充保险项目费用结算和服务管理要求。

## 二、申报受理时间与受理联系方式

### (一) 申报时间

申报受理时间为 2021 年 12 月 10 日至 2021 年 12 月 16 日(工作日)。2021 年 12 月 16 日下午 5:00 停止接收申报材料。2021 年 12 月 17 日下午 5:00 停止更正或补充材料。

### (二) 申报受理联系方式

项目委托第三方承办机构组织定点服务机构申报工作，有意向申报的机构可咨询第三方承办机构，提出申报申请。

第三方承办机构名称：江门市耆安养老评估中心；

地址：江门市蓬江区龙湾路 4 号办公楼 509 室；

申报联系人：梁浩姗；咨询电话：13632071599；

电子邮箱：[Qianyanglao@163.com](mailto:Qianyanglao@163.com)。

如有其他问题或情况咨询反映，可联系江门市民政局养老服务 and 儿童福利科，联系电话：3503134。

## 三、申报流程

### (一) 申报操作程序

1.申报机构向第三方承办机构递交《江门市医养结合补充保险项目定点服务机构申请表》(附件 1-1)及申报资料清单(附件 1-2)中所列的其他相关书面材料,同时递交《江门市医养结合补充保险项目定点服务机构诚信承诺书》(附件 2)。如提交的书面材料不符合要求的,第三方承办机构应在 1 个工作日内通知其及时补正。逾期仍无法提供完整资料的不予受理。符合条件的服务机构,第三方承办机构根据初审情况出具受理回执(附件 3)。

2.第三方承办机构应在申报受理期结束后的 2 个工作日内组织现场核查。

3.第三方承办机构根据定点服务机构遴选情况,组建现场核查专家组,分批次分组别集中组织现场核查。按《江门市医养结合补充保险项目定点服务机构现场核查表》(附件 4)要求核查各相关资料。完成现场核查后,核查人员在《江门市医养结合补充保险项目定点服务机构现场核查表》签字确认。完成现场核查当天,核查人员在《定点服务机构现场核查结果汇总表》(附件 5)签字确认。

4.第三方承办机构在现场核查全部结束后的 3 个工作日内按审议结果确定拟纳入定点服务机构名单,并报市民政局、市卫生健康局审核。

5.市民政局、市卫生健康局将核定的定点服务机构名单在江门市民政局、江门市卫生健康局门户网站进行公示,公示期为 5 个自然日。

6.公示期满无异议后，第三方承办机构在2个工作日内出具定点机构评估结论通知书（一式三份），并将定点机构评估结论通知书送到对应行政主管部门和服务机构。

## （二）复核处理

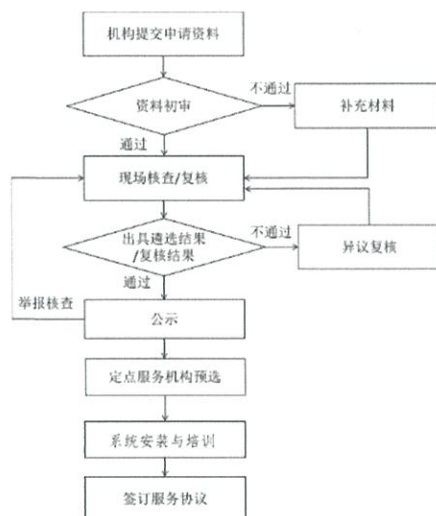
1.在公示期内，如申报机构对评估结果有异议的，可提出书面复核申请。

2.收到复核申请后，市民政局、市卫生健康局负责组织实施复核工作。在收到复核申请的2个工作日内组织对申报机构的申报资料、现场核查情况进行集体评估复核，必要时可再次组织现场复核，并将复核结果2日内书面答复申报机构。原则上复核人员与首次现场核查人员不得为相同人员。复核结果为最终结果。

## （三）签订服务协议

由市民政局与定点服务机构签订服务协议，发放定点服务机构标牌。江门市民政局汇总定点服务机构名单并向社会公布。

## （四）申报流程



#### **四、申报材料要求**

- 1.严格按照定点服务机构申报表及资料清单提交资料；
- 2.申报机构应提交真实、完整、齐全的申报资料。凡采取虚构、篡改等不正当手段报送申报资料的，一经查实，将取消其申报资格，并自当次申报之日起3年内不得再次申报。

#### **五、监督管理**

第三方承办机构对定点服务机构履行服务协议情况进行日常管理，通过现场巡查、定期抽查、专项检查等方式，完成对定点服务机构的协议管理和日常服务质量监管工作，形成书面材料并定期报送至市民政局。建立年终考评和退出机制，考核通过的机构予以协议续签；对于年度考核不合格的机构，责令限期整改；整改后仍不合格的，予以解除服务协议处理。对于涉及违法违规情形予以相应处理；涉及其他部门职责的，由相关部门责令改正，对责任人依法给予处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

#### **六、其他说明**

(一)江门市民政局根据工作需要，可全程对定点服务机构、第三方承办机构工作进行监督检查。

(二)定点服务机构的名称、地址及法定代表人等基本信息在提交申请至签订协议期间，因申请单位原因发生变更的，定点服务机构应在变更手续完成后的5个工作日内以书面形式向第三方承办机构报备。

(三)服务机构定点协议有效期原则上与江门市医养结合补

充保险项目有效期保持一致。因年度考核不合格整改无效、违法违规、犯罪等情形导致的解除服务协议的情形除外。

附件：

1. 江门市医养结合补充保险项目定点服务机构申请表
2. 江门市医养结合补充保险项目定点服务机构诚信承诺书
3. 受理/不予受理回执单
4. 江门市医养结合补充保险项目定点服务机构现场核查
5. 定点服务机构现场核查结果汇总表
6. 江门市医养结合补充保险定点服务机构申请结果告知书
7. 江门市医养结合补充保险定点服务机构申请复核结果告知书
8. 江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务协议范本



公开方式：主动公开

附件 1-1

江门市医养结合补充保险项目定点服务机构申请表

机构名称				所在区域	
地址					
机构类型	<input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 医养结合机构	统一社会信用代码			
所有制性质		单位性质		申请服务类别	
经营类别		法定代表人		联系方式	
业务主管部门		项目联系人		联系方式	
医疗机构执业许可证登记号		养老机构备案编号		证照有效期至	年 月 日
床位数量		内设医疗机构情况		内设医疗机构名称	
预估闲置床位数量		协议医疗机构情况		协议医疗机构名称	
法定代表人（签名）： _____ 单位盖章（公章）  _____ 年 月 日					

备注：法定代表人签名并加盖单位公章



## 附件 1-2

# 申报资料清单

第三方承办机构将组织对申报受理通过的服务机构进行资料初审，请准备以下资料与申请表一并提交：

一、养老服务机构提供《养老机构设立许可证》或《设置养老机构备案回执》复印件并加盖单位公章。

二、医养结合机构提供《医疗机构执业许可证》复印件并加盖单位公章。

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》复印件并加盖单位公章。

四、营利性机构提供《营业执照》复印件并加盖单位公章。

五、服务场所产权或租赁合同等相关资料。

六、对应类别定点服务机构符合申报条件的相关证明材料。

附件 2

**江门市医养结合补充保险项目  
定点服务机构诚信承诺书**

本单位自查符合江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务机构申请条件，自愿承担江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务有关业务，申请成为定点服务机构，并承诺提供的所有材料真实、完整、有效。如承诺的内容和材料与事实不符，愿认同解除服务协议、追缴相关服务费用等处理，并承担违约责任以及由此造成的一切后果。

特此承诺。

申请机构名称（盖章）：

申请机构法定代表人签字（盖章）：

年 月 日

附件 3-1

## 受理回执单

(一式两份)

受理回执号	2021xxyy001
机构名称	
机构地址	
受理事项	江门市医养结合补充保险定点服务机构申请
查询方式	电话:
投诉监督	电话:
备注	

经办人签名:

联系方式:

日期:

说明:你单位的申请已受理,我单位将于近期对你单位进行现场核查,请做好相关准备工作。

(盖章)

日期: 年 月 日

附件 3-2

## 不予受理回执单

(一式两份)

受理回执号	2021xxyy001
机构名称	
机构地址	
受理事项	江门市医养结合补充保险定点服务机构申请
不予受理原因	
查询方式	电话:
投诉监督	电话:
备注	

经办人签名:

联系方式:

日期:

(盖章)

日期: 年 月 日

## 附件 4-1

编号\_\_\_\_\_

## 江门市医养结合补充保险项目定点服务机构现场核查表（养老机构）

机构名称				所属区	
机构负责人		联系人		联系电话	
机构地址				邮政编码	
单位性质		<input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 企业 <input type="checkbox"/> 民办非企业		所有制形式	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 非公立
申请服务类别		<input type="checkbox"/> 养老机构 <input type="checkbox"/> 医养结合机构		申请服务项目	<input type="checkbox"/> 生活照料 <input type="checkbox"/> 医疗服务
项目	序号	核查细目及要求	核查方式	核查记录	得分
合法证照情况 (11分)	1	有《养老机构设立许可证》正、副本且在有效期内，或有《设置养老机构备案回执》（3分）	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	2	*《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》正、副本（适用于非营利性机构）/有营业执照正、副本且在有效期内（适用于营利性机构）（3分）	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	3	有《食品卫生许可证》且在有效期内（3分） 注：如自设厨房（食堂）的机构，需建成‘互联网+明厨亮灶’并接入‘邑餐食安’阳光餐饮平台，否则此项扣减0.5分。	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	4	机构有与工作相适应的固定服务场所和相应的设施设备，从获认定为定点服务机构之日起，具有服务场所使用权或租赁合同剩余有效期限是否在2年以上（2分）	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
设施设备情况 (25分)	5	养老机构床位数在50张以上（含50张）（5分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	6	每床单元设有单人床、床头柜、椅、衣柜、褥子、被子、床单、被罩、枕芯、枕套、床头牌，缺任一项按0.2分递减，至此项分数上限为止（2分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	7	介助、介护老人的床头应安装呼叫铃（2分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	8	洗手间及浴室应配备坐便器、扶手、淋浴器、通风设备、地面防滑设备，缺任一项按0.5分递减，至此项分数上限为止（3分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

		分)			
	9	有配置适合老人使用的健身、康复器械和设备的康复室或健身场所，如未配置，此项不得分（3分）	现场查看	是□ 否□	
	10	有老人活动室或阅览室，如未配置，此项不得分（2分）	现场查看	是□ 否□	
	11	有提供洗衣服务的设施设备和场地，如未配置，此项不得分（2分）	现场查看	是□ 否□	
	12	有开展健康评估的场所，如未配置，此项不得分（2分）	现场查看	是□ 否□	
	13	道路系统保证救护车能停靠在建筑主要出入口处（2分）	现场查看	是□ 否□	
	14	公共区域有明显标志和安全标志，如未有相关标志，此项不得分（2分）	现场查看	是□ 否□	
规章制度执行情况（20分）	15	有服务管理体系，包括服务流程、服务质量监控制度、服务投诉处理机制、服务对象保障机制、服务风险应急预案、疫情防控预案和安全生产防范保障预案等； ①体系建设健全且完整，有对应的执行记录（5分）； ②体系建设健全且完整，但未有对应的执行记录（3分）； ③体系建设不健全，且未有对应的执行记录（1分）	查阅文件	是□ 否□	
	16	有财务管理制度，包括费用报销流程、经费审批流程和财务管理制度等； ①有完善的财务管理制度，且财务档案资料保管完整和规范（5分）； ②有完善的财务管理制度，但财务档案资料保管存在缺漏（3分）； ③有建立财务管理制度，但财务资料缺失和不规范（1分）	查阅文件	是□ 否□	
	17	有培训制度 ①有完善的培训制度和培训计划，且有对应的执行记录（5分）； ②有完善的培训制度和培训计划，但未有对应的执行记录（3分）； ③有建立培训制度，但未制定相应的培训计划或执行记录（1分）	查阅文件	是□ 否□	
	18	有信息系统管理制度，包括信息系统运维管理流程，故障应急预案和培训计划，明确系统负责人以及管理权限等； ①建设完整的信息系统管理制度体系，并配备相关设施设备，且有对应的执行记录（5分）； ②建设完整的信息系统管理制度体系，但	查阅文件	是□ 否□	

		未有对应的执行记录（3分）； ③信息系统管理制度体系尚未完善，且未有对应的执行记录（1分）			
服务管理情况 (40分)	19	是否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） ①建立服务人员登记管理制度，且有完整的服务人员档案资料（5分）； ②有服务人员登记管理制度，但服务人员档案资料存在缺漏（3分）	查阅文件	是□ 否□	
	20	半护理和全护理的配备比例不低于1:5，全自理配比不低于1:10，配比人员未达要求，此项不得分（5分）	查阅文件	是□ 否□	
	21	与服务对象签订入住协议或合同， ①签订率达100%（2分）； ②签订率90%以上未达100%得按签订率比例计分（1分）； ③签订率低于90%，此项不得分	查阅文件	是□ 否□	
	22	在醒目位置公示各类服务项目收费标准，且标识完整，清晰明了（5分）	现场查看	是□ 否□	
	23	建立服务对象信息档案，建档率低于80%，此项不得分（2分）	查阅文件	是□ 否□	
	24	为服务对象建立入院评估制度，实施分级分类服务（2分）	查阅文件	是□ 否□	
	25	建立服务对象健康档案，组织定期体检，建档率低于80%，此项不得分（2分）	查阅文件	是□ 否□	
	26	*内设医疗机构相关资料或与医疗机构签订的医疗合作协议，未有相关资料或协议，此项不参与评分（5分）	查阅文件	是□ 否□	
	27	养老护理服务人员持有人社部门、民政部门颁发养老护理员职业资格证书，人社部门颁发养老护理员职业技能等级证书，或培训合格记录（包括养老机构内部培训或培训机构培训取得）； 护理员：_____名 ①养老护理服务人员持证率或培训率96%~100%（5分）； ②养老护理服务人员持证率或培训率90%~95%（3分）； ③养老护理服务人员持证率或培训率90%以下（1分）	查阅文件	是□ 否□	
	28	从事医疗、康复、社会工作等服务的专业技术人员，持有相应专业技术等级证书上岗，如服务人员未有持证上岗，此项不参与评分（5分）	查阅文件	是□ 否□	
29	依法与工作人员签订劳动合同或劳务协	查阅文件	是□ 否□		

		议 ①签订率 96%~100% (5分) ; ②签订率 90%~95% (3分) ; ③签订率 90%以下 (1分)			
	30	定期组织工作人员进行业务培训 (2分)	查阅记录	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
信息设备 (4分)	31	计算机硬件设备、通信链路满足费用结算、服务管理要求 (2分)	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	32	配备相关技术人员开展信息系统维护工作 (2分)	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
核查成绩		核查分数满分为 100 分，核查成绩达 75 分 (含 75 分) 或以上评定为定点服务机构。			
重大扣分项					
是否纳入定点服务机构		是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>			
核查小组确认					
现场核查小组成员签名:					
年					
月 日					

备注：在核查项目的“”打“√”，标注“\*”为非必核查项目，无需核查该项目时，则在“”中画“—”线。



## 附件 4-2

编号\_\_\_\_\_

江门市医养结合补充保险项目定点服务机构现场核查表（医养结合机构）

机构名称				所属区	
机构负责人		联系人		联系电话	
机构地址				邮政编码	
单位性质		<input type="checkbox"/> 事业单位 <input type="checkbox"/> 营利性医疗机构		所有制形式	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 非公立
申请服务类别		<input type="checkbox"/> 医养结合机构		申请服务项目	<input type="checkbox"/> 生活照料 <input type="checkbox"/> 医疗服务
项目	序号	核查细目及要求	核查方式	核查记录	签名
合法证照情况 (15分)	1	《医疗机构执业许可》正、副本且在有效期内（5分）。	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	2	*《事业单位法人证书》或《营业执照》正、副本且在有效期内（5分）。	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	3	有《食品卫生许可证》且在有效期内（5分） 注：如自设厨房（食堂）的机构，需建成‘互联网+明厨亮灶’并接入‘邑餐食安’阳光餐饮平台，否则此项扣减1分。	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
设施设备情况 (25分)	4	机构床位规模能够满足定点服务需求（5分）。	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	5	每床单元设有单人床、椅、衣柜、褥子、被子、床单、被罩、枕芯、枕套、床头牌，缺任一项按 0.5 分递减，至此项分数上限为止（5分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	6	介助、介护老人的床头应安装呼叫铃（5分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	7	具备基本的老年活动室、活动器材、洗手间及浴室无障碍设备等；包括但不限于康复场所、活动室或阅览室、洗衣设备和场所、健康评估场所；缺任一项按 1 分递减，至此项分数上限为止（15分）	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
制度建设及执行情况 (15分)	8	有服务管理体系，包括服务流程、服务质量监控制度、和服务风险应急预案、疫情防控预案和安全生产防范保障预案等； ①体系建设健全且完整，有对应的执行记录（5分）； ②体系建设健全且完整，但未有对应的执	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

分)		行记录(3分); ③体系建设不健全,且未有对应的执行记录(1分)			
	9	有财务管理制度,包括费用报销流程、经费审批流程和财务管理制度等; ①有完善的财务管理制度,且财务档案资料保管完整和规范(5分); ②有完善的财务管理制度,但财务档案资料保管存在缺漏(3分); ③有建立财务管理制度,但财务资料缺失和不规范(1分)			
	10	有培训制度 ①有完善的培训制度和培训计划,且有对应的执行记录(5分); ②有完善的培训制度和培训计划,但未有对应的执行记录(3分); ③有建立培训制度,但未制定相应的培训计划或执行记录(1分)			
服务管理情况 (35分)	11	在醒目位置公示各类服务项目收费标准,且标识完整,清晰明了(5分)	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	12	建立服务对象信息和健康管理档案,组织定期体检 ①服务对象建档率和完整率95%~100%,且有对应的定期体检记录(15分); ②服务对象建档率和完整率90%~94%,且有对应的定期体检记录(10分); ③服务对象建档率和完整率在80%~89%,且有对应的定期体检记录(5分); 如服务对象建档率低80%,此项不得分	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	13	为服务对象建立入院评估制度,实施分级分类服务 ①有完善的入院评估制度体系,评估流程和标准,且有对应的服务计划及执行记录(15分); ②有完善的入院评估制度体系,评估流程和标准,但未有对应的服务计划或执行记录存在缺漏(10分); ③有入院评估制度体系,评估流程和标准,但未有对应的服务计划及执行记录(5分)	查阅文件	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
信息系统管理情况 (10分)	14	计算机硬件设备、通信链路能满足费用结算、服务管理要求(5分)	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	
	15	制定完善的信息系统管理制度体系,配备相关技术人员开展信息系统维护工作, ①建设完整的信息系统管理制度体系,且有对应的执行记录(5分); ②建设完整的信息系统管理制度体系,但未有对应的执行记录(3分);	现场查看	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	

		③信息系统管理制度体系尚未完善，且未有对应的执行记录（1分）			
核查成绩	核查分数满分为100分，核查成绩达75分（含75分）或以上评定为定点服务机构。				
是否纳入定点服务机构	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
<b>核查小组确认</b>					
现场核查小组成员：					
          年   月    日					

备注：在核查项目的“”打“√”，标注“\*”为非必核查项目，无需核查该项目时，则在“”中画“—”线。

附件 5

定点服务机构现场核查结果汇总表

序号	所在区	单位名称	机构类别	申请服务类别	申请服务项目	经营类别	地址	现场核查情况	备注	初步意见
										<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
										<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合
										<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 不符合

现场核查组人员签名：

日期： 年 月 日

附件 6

江门市医养结合补充保险定点服务机构  
申请结果告知书

告知书编号	2021XXYY001
机构名称	
办理事项	江门市医养结合补充保险定点服务机构遴选申请
遴选结果	符合/不符合定点服务机构条件
遴选结果不符合原因	经评估，由于_____，不予通过。
查询方式	电话：
备注	1. 本告知书一式三份，一份交申请单位，一份交民政部门，一份存档备查； 2. 申请单位如有疑问，可通过电话进行查询，若咨询后仍对本告知书有异议，可向江门市医养结合补充保险第三方承办机构提出书面复核申请。

经办人签名：

联系方式：

日期：

经办单位(盖章)：

日期：

附件 7

江门市医养结合补充保险定点服务机构申请  
复核结果告知书

告知书编号	(原告告知书编号)
机构名称	
办理事项	江门市医养结合补充保险定点服务机构复核申请
复核结果	经复核, <u>维持/驳回</u> 原告告知书(编号 )。 (或手工录入)
依 据	(手工录入)
查询方式	电话:
备注	1. 本告知书一式三份, 一份交申请单位, 一份交民政部门, 一份存档备查; 2. 申请单位如有疑问, 可通第三方承办机构进行咨询; 3. 本复核结果为最终结果。

经办人签名:

联系方式:

日期:

经办单位(盖章):

日期:

## 附件 8

### 江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务协议范本

甲方：江门市民政局

法定代表人/主要负责人：

地址：

联系方式：

乙方：

法定代表人/主要负责人：

地址：

联系方式：

为贯彻落实《江门市人民政府办公室关于印发江门市推进康养服务发展若干措施的通知》（江府办〔2020〕11号）精神，做好江门市医养结合补充保险“邑康保”项目实施工作，根据《江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务机构遴选工作方案》，经甲乙双方平等协商，就服务事宜签订如下协议：

#### 第一章 总则

**第一条** 甲乙双方应认真贯彻国家、省、市有关法律法规，积极履行本协议约定，保证江门市医养结合补充保险“邑康保”项目待遇享受人员按规定享受补贴待遇。

**第二条** 乙方提供服务的对象为已参加江门市医养结合补充保险，且经指定第三方承办机构鉴定评估为重度失能的参保人员，具体包括政府资

助参保的特殊困难对象和社会自费参保两类对象。

其中特殊困难对象指江门市户籍 60 周岁及以上的易返贫致贫人口、最低生活保障对象、低收入家庭成员、特困供养人员。

**第三条** 乙方为参保人员提供的服务类型包括：照护服务医疗服务  
照护服务和医疗服务

**第四条** 甲方应采取多种方式开展江门市医养结合补充保险“邑康保”项目政策宣传工作，乙方应积极主动开展本项目的宣传推广工作，并及时回应、转介相关客户咨询。

**第五条** 甲方委托第三方承办机构及时向乙方通报项目法规政策和管理制度、操作流程及信息系统设置的变化情况，组织乙方开展与项目有关的业务培训，接受乙方咨询。

**第六条** 乙方应在本单位显著位置固定悬挂统一制作的定点服务机构标牌，并妥善保管、维护，不得复制、伪造、仿造、转让或损毁；遗失或意外损毁标牌的，乙方应及时向第三方承办机构报备并说明情况，按甲方要求重新配置。

**第七条** 协议履行期间，乙方发生名称、地址、法定代表人、床位数、主要负责人等重大变化情况的，应在相关部门变更登记后 30 天内，持书面变更申请、已变更的资料原件及复印件等材料向第三方承办机构申办变更手续。

## 第二章 服务管理

**第八条** 乙方应建立“邑康保”项目服务人员及服务对象登记管理制度，根据人员、设备等情况以及承办能力，合理安排和开展服务工作，确



保服务质量。

**第九条** 乙方对“邑康保”项目待遇享受人员的收费价格不得高于同等级别的自费人员。乙方应向待遇享受人员或其监护人（代理人）提供补贴服务范围内的费用查询服务和费用清单打印服务，并承担解释责任。

**第十条** 乙方应按要求设置用于开展重度失能服务对象鉴定评估的场所，配合第三方承办机构做好评估流程中的各项相关工作。

**第十一条** 乙方应严格遵循民政部门、卫生健康行政部门的有关规定，为重度失能服务对象提供合理的照护服务、医疗服务。

**第十二条** 乙方应为享受待遇服务对象制定科学合理的服务计划并定期进行综合评估和质量效果评价。乙方应做好服务记录，记录应真实、准确、及时、完整、清晰。

**第十三条** 重度失能服务对象在申请补贴待遇时，乙方应对其身份进行核验，发现证件无效、人证不符的，不得进行补贴项目待遇申请操作。甲乙双方及第三方承办机构对互相提供的有关待遇享受人员的资料均负有保密责任，并妥善保管有关资料。

**第十四条** 甲方每年委托第三方承办机构根据本协议的约定对乙方执行协议情况进行考核，考核结果与协议续签挂钩。甲方委托第三方承办机构建立待遇享受人员满意度评价机制，对乙方提供的本协议规定的服务内容质量、服务态度等进行综合评价，满意度评价结果纳入考核范围。

### **第三章 信息系统管理**

**第十五条** 项目组可以提供项目信息系统给乙方使用，并负责指导、协调乙方进行项目信息系统接入工作。乙方应按照相关要求，配置部署相

应的计算机软、硬件设施设备，并完成通信链路的联通、系统环境配置、系统测试和系统验收等工作。

**第十六条** 乙方应指定部门及专人负责项目信息管理系统，明确工作职责，合理设置管理权限，规范运维管理，并将专职管理人员名单报第三方承办机构备案。

信息系统责任部门以“谁主管，谁负责，谁运维，谁负责”为原则，对项目信息系统负有信息安全管理责任，包括但不限于信息系统设施设备和网络的日常运行维护、信息系统数据的备份和保密管理、信息系统数据查阅和对内（外）发送的权限管理以及违规外联的监控等内容。

**第十七条** 如遇到信息系统故障问题，乙方应按照应急处理操作指引，准确区分故障原因，并及时通知第三方承办机构，确保数据记录的完整、准确。

#### **第四章 服务质量检查**

**第十八条** 甲方有权进行或委托第三方承办机构对乙方为待遇享受人员所提供的协议规定的服务情况进行不定期现场巡查、定期抽查、专项检查等，乙方须配合提供真实、准确、完整的资料数据。乙方有以下情形的，甲方根据有关管理规定予以责令整改，相关情况纳入考核范围：

- （一）对待遇享受人员提供的服务质量未达标。
- （二）擅自提高收费标准、分解收费项目多收费等违反有关规定收费。
- （三）未按本协议管理要求履行相应职责；或多次发生待遇享受人员有效投诉事项。
- （四）乙方发生名称、地址、法人代表、床位数、主要负责人等重大

事项变化后未按要求向甲方申请变更。

(五)对“邑康保”项目政策及业务经办管理进行误导性、欺骗性广告宣传。

(六)采取串换或虚报服务项目等违规手段申报项目补贴费用。

(七)未按要求对本单位计算机软、硬件设施设备进行配置、部署,未能完成通信链路的联通、系统环境配置、系统测试和系统验收工作;或未能做好本单位内部相关人员信息系统操作技能培训,出现信息系统操作不当而影响重度失能人员享受待遇、费用结算及申报等情形。

(八)将信息系统提供给其他机构(包括未取得定点服务机构资格的分支机构)使用,或发生信息外泄事故。

**第十九条** 乙方因发生第十八条所列违规情形的,应进行整改,整改后仍不合格的,应暂停服务协议1至3个月。乙方被暂停服务协议的,应在暂停期满10个工作日内向第三方承办机构提交恢复协议申请及整改报告。第三方承办机构在收到上述材料后进行核查,经核查整改合格的,准予继续履行服务协议。

## **第五章 照护补贴费用结算**

**第二十条** 符合条件的待遇享受人接受乙方提供的本协议规定的服务项目的,纳入江门市医养结合补充保险“邑康保”项目基金支付,每人每月支付400元(当月入住机构不满30天的,按实际住院天数结算支付,结算标准为13.33元/天)。结算时待遇享受人可根据个人需要选择采取与乙方直接减免方式或由承保保险公司直接划拨至待遇享受人个人账户方式进行结算。

**第二十一条** 乙方应于每月 8 日前将上月记账的项目费用通过信息系统汇总并向甲方及“邑康保”项目承保保险公司联合体申报，纸质报表同步报送至甲方及“邑康保”项目承保保险公司联合体处。乙方应如实填报有关结算报表，不得虚报、多报。乙方收款账户信息如下：

银行户名：

银行账号：

开户银行：

开户证件类型：

开户证件号码：

**第二十二条** “邑康保”项目承保保险公司联合体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，并将符合规定的补贴项目报销费用通过专户拨付给乙方。

**第二十三条** 待遇享受人员有以下情形的，乙方应及时报告甲方并办理项目待遇终止手续：

（一）待遇享受人员评估结果有效期届满但未按规定申请评估或经评估不符合待遇享受标准的；

（二）待遇享受人员死亡的。

享受项目服务的人员发生请假出院等服务暂停情况时，乙方应及时办理项目待遇暂停手续，享受项目服务的人员回到定点服务机构后可继续享受待遇。

## 第六章 协议解除

**第二十四条** 乙方有下列违规情形的，甲方根据有关管理规定予以解

除本协议处理。

(一) 暂停服务协议期满未按规定提交恢复协议申请及整改报告，或者虽提交上述材料，经核查仍整改不合格的。

(二) 通过欺诈、伪造证明材料等违规手段骗取项目基金的。

(三) 《养老机构设立许可证》《医疗机构执业许可》《营业执照》《事业单位法人证书》《民办非企业单位登记证书》等有关证照被主管部门注销、吊销者。

(四) 因乙方自身原因终止或暂停服务的。

(五) 其他违反有关规定的行为对项目基金、待遇享受人员利益造成严重损害或社会不良影响的。

(六) 拒不配合甲方或甲方委托第三方承办机构对其“邑康保”项目待遇享受人员服务情况进行监督检查的。

**第二十五条** 协议期内，甲乙双方均应严格遵守国家有关法律法规，自觉抵制行业不正之风和腐败行为。甲乙双方因工作关系发生行贿受贿行为，一经核实，甲方应对双方责任工作人员按有关规定处理，对乙方暂停服务协议 1 至 3 个月，情节严重的，解除服务协议。

**第二十六条** 乙方因违规被解除服务协议的，在之后的 3 个自然年度内不得申请成为定点服务机构。

## 第七章 协议续签

**第二十七条** 本协议一年一签，一经签订，双方应严格遵守，认真履行，非因法定事由或双方协商同意，不得随意修改或变更。本协议执行期间，法律、法规、政策有调整的，按新的法律、法规、政策执行。

**第二十八条** 本协议期限届满前 30 天内，甲乙双方可以续签协议；因单方面原因需要提前解除协议的，须至少提前 30 天通知对方。如甲乙双方终止、解除协议，在终止、解除协议后的 10 个工作日内，乙方应将江门市医养结合补充保险“邑康保”项目定点服务机构标牌交回甲方处理。

## **第八章 违约责任与争议解决**

**第二十九条** 甲乙双方中任何一方未履行本协议条款，导致协议不能履行或不能完全履行，对方有权变更、解除协议，违约方要承担违约责任。

**第三十条** 乙方提供的服务不符合本协议规定的，承保保险公司有权拒绝结算，并且乙方须支付违约金；经甲方要求整改后仍不合格的，甲方有权解除协议并要求乙方承担全部损失。

**第三十一条** 乙方如出现挪用待遇享受人照护保障补贴等违法行为的，甲方有权解除协议，追回损失和追究相关法律责任。

**第三十二条** 乙方应贯彻执行信息系统安全管理制度，并承担保密责任，任何情况下未经甲方同意不得擅自泄露项目的服务数据和信息系统数据；因乙方原因造成数据泄露或致使信息系统违规外联等，甲方视情况中断协议并追究法律责任。

**第三十三条** 本协议未尽事项或在协议履行过程中发生争议的，甲乙双方可通过协商解决。双方协商未果的，可依法向甲方所在地人民法院提起诉讼。

本协议未尽事项，应依相应法律、法规办理，法律、法规无明文规定的，按照交易习惯处理或由甲乙双方签订补充协议约定。

**第三十四条** 协议双方中任何一方欲变更、解除本协议，必须采取书

面形式，口头无效；解除协议需提前半个月向对方提出。

### 第九章 附则

**第三十五条** 如国家、省、市政策调整，从其规定。

**第三十六条** 本协议有效期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日起至\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日止。本协议项下的保密条款不因本协议终止、解除而失效。

**第三十七条** 本协议一式三份，甲乙双方各执一份，“邑康保”项目承保保险公司联合体一份，具有同等效力。本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：

（签章）

法人代表：

（签名）

年 月 日

乙方：

（签章）

法人代表：

（签名）

年 月 日