

# 甘肃省医疗保障局文件

甘医保发〔2026〕26号

## 甘肃省医疗保障局关于 印发《甘肃省长期护理保险经办规程 （试行）》的通知

各市州、甘肃矿区医疗保障局,长庆油田社保中心,甘肃省医疗保障服务中心:

现将《甘肃省长期护理保险经办规程（试行）》印发你们,请结合工作实际,认真抓好贯彻落实。

甘肃省医疗保障局  
2026年4月28日

（公开属性：主动公开）

# 甘肃省长期护理保险经办规程 ( 试 行 )

## 第一章 总 则

**第一条** 为规范长期护理保险(以下简称:长护险)经办服务管理工作,提高经办服务管理效能,保障甘肃省长护险工作有序推进,根据中共中央办公厅 国务院办公厅《关于加快建立长期护理保险制度的意见》《长期护理保险失能等级评估管理办法(试行)》(医保发〔2023〕29号)、《国家医保局办公室关于印发<长期护理保险经办规程(试行)>的通知》(医保办发〔2024〕22号)等文件要求,结合经办业务需求,制定本规程。

**第二条** 长护险制度是为失能人员的基本生活照料和与之密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。

**第三条** 本规程适用于全省实施长护险的统筹区医疗保障经办机构及参与长护险经办服务的第三方机构(以下简称:第三方机构)、长护险定点失能等级评估机构(以下简称:定点评估机构)、长护险定点护理服务机构(以下简称:定点长护服务机构)。

**第四条** 坚持依法规范,确保长护险经办有序开展;坚持政府主导,构建以政府经办为基础、社会力量为补充的经办体系;

坚持以人为本，提供便民高效的经办服务；坚持统筹推进，各方联动，提升管理效能。

**第五条** 省级医疗保障经办机构依据国家医疗保障局有关要求，结合实际制定经办规程，指导实施长护险制度的统筹区做好长护险经办服务管理工作。

统筹区医疗保障经办机构负责具体落实，主要包括：定点评估机构和定点长护服务机构协议管理、核查考核、费用审核结算以及对第三方机构的费用结算、考核管理等。

**第六条** 统筹区医疗保障经办机构应规范服务管理行为，加强内部管理、健全内控制度，明确岗位职责，构建全流程风险防控机制。

## 第二章 委托经办

**第七条** 统筹区医疗保障部门按照规定通过公开招标等方式，选择具备相应资质和能力的第三方机构参与长护险经办服务。由统筹区医疗保障经办机构与第三方机构签订合同，明确服务内容、责任、权利和义务、费用支付、考核、变更和终止条件及违约责任等。合同内容应遵循相关法律法规和政策文件规定，如有调整应按相关规定执行。

**第八条** 统筹区医疗保障部门在具体确定第三方机构时，应

充分考虑服务费报价、经营状况、风险评级、项目经验、团队建设、系统支撑能力以及经办服务方案等情况。

**第九条** 在统筹区医疗保障经办机构指导和监督下,第三方机构协助开展以下事务性、程序性工作:

- (一) 政策宣传与咨询、投诉举报线索受理;
- (二) 配合开展申请受理及材料审核工作;
- (三) 参与失能评估和护理需求评估工作。派长护专员监督现场评估实施,并结合护理服务建议,与定点长护服务机构和参保人或其监护人,委托代理人沟通协调,形成护理服务计划;
- (四) 协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作;
- (五) 协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查、评估结论及参保人失能状态抽查、服务质量检查等工作;
- (六) 协助开展异议复评、重新评估等工作;
- (七) 协助做好信息系统运用和档案管理工作;
- (八) 协助做好相关业务培训及合同约定的其他工作。

**第十条** 统筹区医疗保障经办机构应综合考虑服务人口、机构运行成本、工作绩效等因素合理确定、核定第三方机构经办服务费用,并按规定从长护险基金中列支。

**第十一条** 第三方机构应建立与长护险经办服务相适应的

组织管理体系，根据需要合理配置人员，科学设置服务岗位，统一规范服务场所设施配置及服务流程。建立健全内部管控机制，明晰岗位权限，强化人员管理、考核与培训。第三方机构需合理配置正式在岗人员为长护专员，长护专员需熟练掌握失能等级评估及护理服务专业知识，主要职责包括熟悉参保人基本情况，全程参与参保人失能等级评估、服务计划制定及动态调整等全流程工作。长护专员须报统筹区医疗保障经办机构备案管理。

**第十二条** 第三方机构应建立完善长护险信息安全管理制  
度，压实信息安全管理责任，切实保障信息安全。

**第十三条** 统筹区医疗保障经办机构对第三方机构合同履行、服务质量等情况开展考核评价，考核结果与经办服务费支付、合同续签、参与资格及准入资格等直接挂钩，健全激励约束机制，强化第三方机构绩效管理。

### 第三章 失能评估

**第十四条** 参保人享受长护险待遇，需通过长护险失能等级评估，参保人或其监护人、委托代理人自愿向第三方机构提出评估申请，提交相关材料，主要包括：参保人有效身份证件复印件或参保凭证，《甘肃省长期护理保险失能等级评估申请表》，参保人住院病历复印件等。有下列情形的，不予受理失能等级评估

申请：

（一）未参加长护险的；

（二）不符合待遇享受条件的（如：已参加长护险但失能状态持续不足6个月以上的、距上一次评估结论出具不足6个月的等）；

（三）不属于长护险基金支付范围的（如：工伤、第三方全责事故等发生的护理服务费用、由医疗保险支付的费用；护理服务项目不在长护险服务目录内的、费用发生在非定点长护服务机构的；床位费、膳食费等非护理服务费用）；

（五）申报材料不全且未按要求补齐，或提供虚假材料、隐瞒真实情况的；

（六）其他长护险不予受理评估申请的情形。

**第十五条** 统筹区医疗保障经办机构应建立方便群众办事的多元化线上、线下申请受理渠道，参保人可自行选择办理方式。参保人或其监护人、委托代理人向统筹区内第三方机构提交申请，第三方机构收到申请材料后，应及时进行初审，反馈受理审核结果。对于申请材料存在疑义的，可通过调查走访的方式进一步核实，自受理之日起5个工作日内告知审核结果。审核通过后，应组织定点评估机构对参保人开展失能评估。

**第十六条** 定点评估机构按照以下流程开展失能评估工作：

（一）现场评估。

定点评估机构安排不少于 2 名评估人员上门,其中至少 1 名为评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准和评估操作指南,采集信息,开展评估。须有至少 1 名评估对象的监护人或委托代理人在场。同时,可在邻里、社区等一定范围内走访调查评估对象的基本生活自理情况,做好调查笔录和视频录像,并认真核对参保人住院病历、诊疗证明等相关资料,作为提出评估结论的佐证资料。

评估人员应严格执行评估操作规范要求,独立、客观、公正地开展评估工作。与评估对象有亲属或利害关系的,应当回避。

## (二) 提出结论。

现场评估人员能够直接提出评估结论的,由现场评估人员提出评估结论。现场评估人员不能直接提出评估结论的,由评估机构组织评估专家团队,结合现场采集信息、佐证资料综合研判后提出评估结论。

评估结论应经过至少 2 名评估专家的评估确认。重度失能等级评估结论有效期一般不超过 2 年。

## (三) 公示与送达。

评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的,第三方机构应当在一定范围内公示评估结论,接受社会监督。

不符合待遇享受条件的,或符合待遇享受条件经公示无异议的,定点评估机构出具评估结论书。第三方机构向参保人或其监

护人、委托代理人送达评估结论书。原则上评估结论书应在申请受理之日起 30 个工作日内送达。

#### （四）护理服务建议。

评估专家依据现场采集信息，提出护理服务建议。

#### （五）争议处理。

参保人或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在收到评估结论书 10 个工作日内，向统筹区医疗保障经办机构提出复评申请，并说明理由。第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向统筹区医疗保障经办机构实名反映情况，提供相应佐证材料。反映情况基本属实的，统筹区医疗保障经办机构将在 3 个工作日内，委托与原评估机构不同的定点评估机构（或随机从专家库抽取专家）进行复评，复评不少于 2 名评估专家，复评过程全程留痕并形成书面报告，复评结论为最终评估结论。

#### （六）重新评估。

参保人失能状态发生变化、与评估结论不匹配，评估结论出具满 6 个月的，可向第三方机构申请重新评估。第三方机构通过抽查监督等途径，发现参保人当前失能状态发生变化、可能影响待遇享受的，第三方机构应当组织重新评估。

评估有效期届满前，第三方机构应组织对需继续享受长护险待遇的参保人进行重新评估。

## 第四章 评估机构协议管理

**第十七条** 长护险失能等级评估机构实行定点管理,严格按照《甘肃省长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法(试行)》(甘医保发〔2025〕72号)规定执行。统筹区医疗保障经办机构负责确定本统筹区内定点评估机构,与符合条件的机构签订评估服务协议,并依据协议约定履行日常管理、考核评价等职责。暂不具备实施条件的,可依托医疗机构、劳动能力鉴定机构、商业保险机构等实施评估。随制度健全完善,逐步向独立的评估机构实施评估形式过渡。

**第十八条** 申请成为定点评估机构,应具备《甘肃省长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法(试行)》规定的业务范围、场地及人员配备、信息系统、管理制度等基本条件。

**第十九条** 定点评估机构确定流程如下:

(一)初步审核。

评估机构可自愿向第三方机构提出定点申请。第三方机构受理申请后,应及时组织初审。对申请材料内容不全的,应当一次性告知需补齐的全部材料;对不符合申请条件的,应当及时告知并说明理由。

(二)综合审核。

初审通过后,第三方机构配合统筹区医疗保障经办机构采取

书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织对申请机构进行综合审核。自受理申请材料之日起，审核时间不超过 3 个月，评估机构补充材料时间不计入审核期限。审核小组成员由长护管理、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。

审核结果分为合格和不合格。统筹区医疗保障经办机构应将审核结果向同级医疗保障行政部门备案。审核合格的，应将其纳入拟签订协议的评估机构名单，并向社会公示，公示时间不少于 5 个工作日。审核不合格的，应告知其理由，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再次申请组织审核，审核仍不合格的，1 年内不得再次申请。

### （三）协商谈判。

统筹区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的评估机构协商谈判，达成一致的，由统筹区医疗保障经办机构与评估机构签订评估服务协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为 1 年；续签协议的，可根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过 3 年；如定点评估机构有违约情形，根据协议按规定进行动态管理，情节严重的可中止或解除服务协议。

### （四）社会公布。

统筹区医疗保障经办机构应向社会公布签订评估服务协议

的定点评估机构名单，并要求定点评估机构应在显著位置悬挂“长期护理保险定点评估机构”标牌。

**第二十条** 定点评估机构应建立健全内部质量控制制度，形成部门之间、岗位之间和业务之间相互制衡、相互监督的内控机制，确保评估工作全程规范、可追溯。定点评估机构应建立人员管理制度，加强日常管理，规范评估工作行为。定点评估机构应建立评估档案管理制度，按要求做好失能等级评估申请材料、评估过程相关记录、评估结论书、内部管理控制相关记录等资料的留存归档。

**第二十一条** 定点评估机构应配合统筹区医疗保障经办机构 and 第三方机构开展日常检查、评估结论抽查、考核评价等工作，按要求及时、准确提供相关材料和数据。自觉接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

## 第五章 护理服务

**第二十二条** 长护服务机构提供的服务类型主要包括居家护理、社区护理和机构护理。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人所居住的家庭住所内为参保人提供长期护理服务。

（二）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人提供就近就便、非全日的长期护理服务。

提供居家护理或者社区护理服务的定点长护服务机构,应当配备专业护理服务团队,长期照护师等护理服务人员不少于4人;具备医疗资质的,医护人员不少于2人。

(三)机构护理,是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人提供全日的长期护理服务。

提供机构护理服务的定点长护服务机构应当配备长期照护师等护理服务人员及设施设备,其中具备医疗资质的,医师和护士(师)各不少于2人。长期护理服务能力在100(含)人以上的,应当成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。

**第二十三条** 失能评估通过后由第三方机构与参保人或其监护人、委托代理人商定护理服务方式,在参保人自主选择定点长护服务机构基础上,由第三方机构予以派单。

**第二十四条** 长护专员结合评估专家提出的护理服务建议,与定点长护服务机构和参保人或其监护人、委托代理人沟通协调后,制定护理服务计划,明确服务的类型、频次、时长、配比等,经参保人或其监护人、委托代理人签字确认后组织实施。

定点长护服务机构应按照护理服务计划,为参保人提供相应的长期护理服务。定点长护服务机构应当合理服务、按照长护险待遇支付相关规定,合理收费,严格执行长护险服务项目等目录,优先使用目录内项目服务。定点长护服务机构提供长护险保障范围外的服务事项应事先征得参保人或其监护人、委托代理人书面

同意。

**第二十五条** 参保人在享受护理服务前，应由本人或其监护人、委托代理人主动表明参保身份，出示有效身份证件或参保凭证，遵守护理服务享受的有关流程和规范。长护服务人员提供护理服务时，也应当主动出示有效工作证件，接受参保人及相关方监督。

## 第六章 长护服务机构协议管理

**第二十六条** 长护服务机构实行定点管理，严格按照《甘肃省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》（甘医保发〔2025〕71号）规定执行。统筹区医疗保障经办机构负责确定定点长护服务机构，签订长护协议，并依协议进行管理。

**第二十七条** 符合《甘肃省长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》申请条件的养老机构、医疗机构或者其他服务机构，可自愿向第三方机构提出申请成为定点长护服务机构。鼓励符合条件的基层医疗卫生机构、养老服务机构纳入定点机构范围，为参保人提供专业化、便捷化长期护理服务。

**第二十八条** 定点长护服务机构确定流程如下：

（一）受理申请。

长护服务机构提出定点申请，第三方机构受理申请后，应及

时组织开展初步审查。对申请材料内容不全的，应当一次性告知申请人需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当告知并说明理由。

## （二）综合审核。

初审通过后，第三方机构配合统筹区医疗保障经办机构通过书面查验、现场核查、集体评议等形式，组织开展综合审核。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，审核小组成员人数不少于5人且为单数。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。

审核结果分为合格和不合格。统筹区医疗保障经办机构应当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，应当告知其理由，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年内不得再次申请。

## （三）协商谈判。

统筹区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的长护服务机构协商谈判，达成一致的，由统筹区医疗保障经办机构与长护服务机构签订长护协议并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期一般为1年；续签协议的，可根据协议履行

情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限，最长不超过3年。如定点长护服务机构有违约情形，根据协议按规定进行动态管理，情节严重的可中止或解除长护协议。

#### （四）信息公布。

统筹区医疗保障经办机构应当向社会公布签订长护协议的定点服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息，供参保人或其监护人、委托代理人选择。并要求定点服务机构应在显著位置悬挂“长期护理保险定点服务机构”标牌。

**第二十九条** 定点长护服务机构应当建立与长护险要求相适应的内部管理制度，并配备专（兼）职管理人员负责长护险相关工作。定点长护服务机构应当建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系，实行实名制管理，强化护理服务人员技能培训，规范护理服务行为，提高服务质量。专业护理服务人员须持有长期照护师资格证，做到持证上岗。

**第三十条** 定点长护服务机构应当配合统筹区医疗保障经办机构和第三方机构开展长护险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

## 第七章 基金管理

**第三十一条** 长护险与基本医疗保险同步参保、同步缴费，

具体参保缴费标准及方式按照相关政策规定执行。

**第三十二条** 长护险基金纳入社会保险基金财政专户、实行单独建账、单独核算，专款专用，不得挤占、挪用、截留，确保基金安全。

**第三十三条** 统筹区医疗保障经办机构，按规定合理编制长护险基金预、决算草案，经同级医疗保障行政部门审核后，报同级财政部门审核汇总，按规定程序报批。

**第三十四条** 定点长护评估机构、定点长护服务机构应当通过医保信息平台，按时上传上月结算数据，第三方机构及时进行初审，统筹区医疗保障经办机构按时做好复核等工作，确保月结算资金按时限拨付。

（一）结算申报。

每月前5个工作日内（节假日顺延），定点评估机构应按要求提交上月评估费用清单（或规范票据），并对其真实性负责。定点长护服务机构应按要求报送护理服务清单（或规范票据）、服务项目费用结算明细、护理人员信息及服务佐证材料等信息，并对其真实性负责。

（二）费用初审。

第三方机构根据定点评估机构、定点长护服务机构报送的评估费用、长护服务费用进行初审，确认无误后，并提出结算建议。对申报费用经审查核实不合理的，及时反馈，并要求定点评估机

构、定点长护服务机构在 3 个工作日内做出说明，逾期未做出说明的，视为不合理费用，当期结算时不予支付。

### （三）费用复核。

统筹区医疗保障经办机构应于 5 个工作日内，对初审通过的结算费用进行复核，复核无异议的，根据月结算资金的 95%计算出拨付金额，剩余 5%留作质量保证金，生成《甘肃省定点评估机构评估费用结算申报表》《甘肃省定点长护服务机构护理费用结算申报表》，并通过业务基础子系统推送业财一体系统进行拨付。

### （四）费用拨付。

统筹区医疗保障经办机构应于 10 个工作日内，对定点评估机构、定点长护服务机构的结算资金向财政部门提出用款计划申请，财政部门对用款计划审核无误后，将相关资金拨付至统筹区医疗保障经办机构账户。统筹区医疗保障经办机构及时将结算资金拨付至长护险定点机构的银行账户。

**第三十五条** 第三方机构配合统筹区医疗保障经办机构与长护险定点服务机构、评估机构、开户银行、国库按要求进行对账，原则上每季度一次，并将对账表报同级财政部门审核，并报送省级医疗保障经办机构备案，确保账账相符、账款相符。

**第三十六条** 第三方机构配合统筹区医疗保障经办机构，每年至少一次对定点评估机构、定点长护服务机构进行综合考核，

考核内容包括服务质量、费用合规性、协议履行情况等，考核结果与质量保证金返还直接挂钩。

**第三十七条** 统筹区医疗保障经办机构应建立基金管理运行分析制度，指导第三方机构按季度对基金收支及使用情况进行统计分析，并抄送同级财政部门。

**第三十八条** 统筹区医疗保障经办机构应当建立健全内部控制制度，明确对定点评估机构和定点长护服务机构的确定、费用审核、结算拨付等关键岗位的职责权限，建立岗位分离、相互监督、相互制约的工作机制。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。

**第三十九条** 统筹区医疗保障经办机构应当落实长护险支付政策，强化基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场核查等方式，及时审核相关费用。对符合规定的长护险费用按期拨付；对不符合规定的长护险费用不予支付，已支付的应及时追回。

## 第八章 审核核查

**第四十条** 第三方机构要加强对定点评估机构、定点长护服务机构、参保人等管理。对定点评估机构、定点长护服务机构等协议履约情况开展日常巡查、随机抽查、智能监控、绩效考核等；对参保人享受长护险待遇情况等实施核查，持续提升智能化核查

水平。

**第四十一条** 统筹区医疗保障经办机构通过建立协议违约金机制等，加强对定点机构协议履行、服务质量、基金使用合规性的全流程考核，健全动态准入与退出机制。考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩。考核情况报同级医疗保障行政部门备案。

**第四十二条** 定点评估机构、定点长护服务机构违反长护险相关规定和服务协议约定的，由统筹区医疗保障经办机构追回违规费用，按服务协议及时处理；涉及行政处罚的，移交医疗保障行政部门处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关追究刑事责任；涉及其他部门职责的，移交相关部门。

**第四十三条** 因各种原因发生服务协议关系中止或解除等情形的，应当按照服务协议及时处理。统筹区医疗保障经办机构作出中止或解除协议等处理时，应向同级医疗保障行政部门报备。

**第四十四条** 涉及暂停或不予拨付费用、中止协议的机构，限制从业的相关人员不再申请我省长护相关工作，以及暂停、取消待遇的参保人，应期满后向统筹区医疗保障经办机构重新提出申请，经审核通过后予以恢复长护险基金使用资格。

**第四十五条** 统筹区医疗保障经办机构应当加强对长护险基金的运行监测，建立健全异常数据筛查机制，及时发现、核查

和处置基金运行中的风险隐患，确保基金安全平稳运行。

## 第九章 信息化和档案管理

**第四十六条** 长护险信息化建设要依托全国统一的医保信息平台，按照信息化、标准化相关工作要求，统一进行规划设计和建设，并探索与人社、卫健、民政、残联等行业管理部门相关信息系统互联互通、信息共享等工作。

**第四十七条** 定点评估机构、定点长护服务机构应加强信息化建设，按照全国统一的接口规范实现与医保信息平台长护险功能模块联通，向长护险信息系统及时、全面、准确的传送审核和结算所需的全量数据信息。动态更新数据，确保真实有效。

**第四十八条** 定点评估机构、定点长护服务机构应强化全国统一的医保信息平台长护险功能模块应用，做好机构、人员等编码信息动态维护和贯标应用。

**第四十九条** 省级医疗保障部门应按照已有功能应用尽用、定制开发最小必须、差异需求国家审核的原则开展落地应用。长护险功能模块包含资金筹集、失能评估、护理服务提供、待遇支付、经办管理、审核检查、数据统计等功能。

**第五十条** 统筹区医疗保障经办机构应建立系统用户管理制度，明确不同岗位的权限内容，专岗专权；对于系统权限设置

专人管理，负责用户账号管理、用户角色权限分配和维护，从用户权限申请、审批、配置、变更、注销等方面进行全过程管理。

**第五十一条** 定点评估机构、定点长护服务机构应建立长护险信息安全管理制，明确信息安全管理责任，控制信息使用范围，确保信息安全。应建立数据安全和信息保密制，加强数据安全培训管理，做好数据隔离、脱敏、加密工作，严格把控数据传输、使用、储存等环节的安全性，不得将长护险相关数据、信息用于商业用途，防止参保人敏感信息外泄和滥用，切实保障参保人信息安全。

**第五十二条** 持续推进全国统一的医保信息平台长护险功能模块适老化改造等优化完善工作，提供大字体、大图标、简约菜单、语音视频辅助、风险预警提示等服务，方便参保人使用。

**第五十三条** 医疗保障部门建立完善的档案管理制度，包括但不限于档案的归集、存放、整理、查阅、维护等。档案资料应真实、准确、完整，不得伪造、变造、隐匿、涂改等。统筹区医疗保障经办机构按照档案管理要求妥善保存档案资料，留档备查。

**第五十四条** 统筹区医疗保障经办机构应结合工作实际，探索建立长护险电子档案管理制度，规范业务电子文件归档管理，提升经办管理效能。

**第五十五条** 统筹区医疗保障经办机构按照“一人一档”原

则，做好初审评估、护理服务、费用结算等全流程服务情况的记录和相关资料的保管，按照业务档案管理要求归档保存。

**第五十六条** 严格按照规定程序向内外提供需查（借）阅的档案，及时办理查（借）阅登记手续。所有接触档案的人员对载有客户信息的原始资料、复印资料、电子文档及其他形式的资料均要注意保密，无关人员不得接触档案，禁止任何形式的资料外泄。

## 第十章 附 则

**第五十七条** 未委托第三方机构的统筹区，其长护险经办业务由本统筹区医疗保障经办机构自行办理。

**第五十八条** 本规程由甘肃省医疗保障服务中心（甘肃省医疗保障局基金监测中心）负责解释，有效期2年，自印发之日起施行。试行期间如国家有相关政策调整，从其规定。

---

抄送：省财政厅。

---

甘肃省医疗保障局办公室

2026年4月28日印发

---