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。

1. 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的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进行综合评估，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的名单。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 | □医疗机构 □养老机构、残疾人托养机构 □其他企事业或社会组织 | | | | | | | | |
| 提供服务方式 | □入住机构护理 □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 | |  | | | | | | | |
| □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 |  |  | |  | |  | |  |
| 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 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| **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。**  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、数据安全管理、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（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㎡，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、数据安全管理、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： | | | | | |