# 附件1

# 济宁市长期护理保险机构护理评估量化标准

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 评估内容 | 评估标准 |  | | 评估内容及分值 | 评分标准 | 得分 | 评估说明 |
| 持有《医疗机构执业许可证》；养老机构还要持有《养老机构设立许可证》；营利性医疗机构须持有《营业执照》。 | 1 、 以行政审批服务局颁发的有效证件为准。  2、缺少证照或证照无效者，一票否决。 | 考核项目 | 人员及规章管理 | 有内部管理制度、财物管理制度、人员岗位责任制度及医疗护理技术操作规程。（5分） | 规章制度不健全的，每缺1项扣5分。 |  | 实地查看。 |
| ➀医护型床位数≥20张少于60张的，至少有2名第一执业地点在本机机构的执业医师，其中1名为中级或以上职称；至少有1名中级或以上职称执业护士。➁医护型床位数≥60张的，执业医师与床位数比例≥ 1:20,其中至少2名第一执业地点在本机构且为中级或以上职称；养老护理员与床位数比例≥1：4.（20分） | ➀或➁项目中包含的每小项未达到标准的，每个扣5分。 |  | 现场核对。根据医护型床位数量分别执行➀或➁的标准。 |
| 医、药、护、技工作人员经过专业培训合格。（10分） | 未按规定培训合格者，每1人扣5分。 |  | 以现场查验的培训合格证为准。 |
| 所有工作人员参加社会保险。（10分） | 少参加1人，扣5分；少参加一项，一人扣2分。 |  | 实有工作人员以申请机构提供的有效资料为准；工作人员参加社会保险情况以人力资源社会保障局信息中心数据为准。 |
| 营业时间不少于3个月。 | 1. 以《医疗机构执业许可证》批准日期为准。 2. 新迁址的与原营业时间累积计算。 3. 营业时间少于3个月者，一票否决。 | 有完善的药品和医疗器材进销存信息系统并实现实时录入。（5分） | 系统不完善、数据不完善、核对不一致的，每项扣2.5分。 |  | 实地查看不少千3个月的相关数据。 |
| 日清单、费用结算明细单制度。（5分） | 每缺一项扣5分，不向全部患者提供的扣2.5分。 |  | 现场查看每日给患者提供的日清单、结算明细单。 |
| 药品经营品种（含中药饮片）。（5分） | 每满50种药品，得1分。 |  | 以实地核实的药品种类为准。 |
| 药品和器材购进有合法票据，并按规定建立购进记录台账，做到票、账、货相符，无假药、劣药或假劣器材。（5分） | 药品和器材购进无合法票据的，一种扣5分；票、账、货不符的，每种扣2.5分；出现一种假药、劣药和假劣器材的，扣5分。 |  | 现场查看药品与器材购进票据、记录台账， 并分别抽查5种药品和器材进行票、账、货核对；假药、劣药和假劣器材以现场抽查为准。 |
| 卫生技术人员从事医、药、护、技术等工作符合国家、省、市有关规定。 | 1、以卫生计生部门有关规定和有效证件为准。  2、有违法违规从业者，一票否决。 |  | 有独立的护士站、治疗（配药）室和处置室、药房等，并符合卫生部门 要求。（5分） | 护士站、治疗（配药）室和处置室、药房等未独立设置的，每项扣2.5分。不符合卫生计生部门要求的每项扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 配备呼叫装置、给氧装置、电动吸引器或吸痰装置、气垫床或具有防压疮功能的床垫、常规消毒设备（如紫外线灯、空气消毒机等）、简易自动心脏除颤仪/器、简易呼吸器、心电图机、气管插管设备等设施，并符合卫生部门要求的。（10分） | 每缺一项扣5分。有设施但不符合卫生计生部门要求的，每项扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 有内部计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员。（10分） | 无计算机管理系统扣10分；无相应管理和操作人员扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 有全科、内科、中医、康复医学等专业的执业医师定期巡视查房。（5分） (5分） | 无医师巡查登记的，扣5分；登记不全的扣2.5分。 |  | 实地查看。 |
| 有独立的医护型护理区域； 病室每床净使用面积分别不少5 于5㎡；病室设备配置符合护理需求和卫生计生部门规定。( 10分） | 不符合要求的，一项扣5分。 |  | 以实地测量为准。 |
| 得分 |  | | | | | | | |

备注：每项得分、扣分不超过该项分值。

**附件2**

# 济宁市长期护理保险居家护理评估量化标准

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 评估内容 | 评估标准 |  | | 评估内容及分值 | 评分标准 | 得分 | 评估说明 |
| 否决项目 | 持有《医疗机构执业许可证》；养老机构还要持有《养老机构设立许可证》；营利性医疗机构还须待有《营业执照》。 | 1、以行政审批服务局颁发的有效证件为准。  2、缺少证照或证照无效者，一票否决。 | 考核项目 | 人员及规章管理 | 医疗机构具有各项规章制度和技术操作规程且符合有关规定，有具体的人员岗位职责制度。 (10分） | 规章制度不健全的，每缺1种扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 执业医师和执业护士至少各1名；并按规定经培训合格；第一执业地点在本机构， 执业范围符合护理保险规定；护理员经培训合格。(20分） | 业务人员数量不符合要求，缺1人扣20分； 未按规定培训合格者，每人扣10分；第一执业地点非本机构的，1人扣20分；执业范围不符合护理保险规定的，1人扣20分。 |  | 实地查看。查看培训合格证、执业证等。 |
| 营 业 时 间 不 少 于 3个月。 | 1、以《医疗机构执业许可证》批准日期为准。  2、新迁址的与原营业时间累积计算。  3、营业时间少于3个月者， 一票否决。 | 所有工作人员参加社会保险。( 10分） | 少参加1人，扣10分；少参加一项，一 人 扣 5分。 |  | 实有工作人员以养老机构提供的有效资料为准；工作人员参加社会保险情况以人力资源社会保障局信息中心数据为准。 |
| 卫生技术人员从事医、护、技术等工作符合国家、省、 市有关规定。 | 1、以卫生计生部门有关规定和有效证件为准。  2、有违法违规从业者， 一票否决。 | 药械及信息管理 | 药品经营品种（含中药饮片）。（5分） | 每满20种药品得1分。 |  | 以实地核实的药品品种为准。 |
| 有完善的药品、医疗器材进销存信息系统并实现实时录入。 (10分） | 系统不完善、数据不完整、核对不一致的，每项扣5分。 |  | 实地查看不少于3个月的相关数据。 |
| 药品或器材购进有合法票据，并建立购进记录台账，做到票、账、货相符。不得销售假药、劣药或假劣器材。(10分） | 药品或器材购进无合法票据的，每种扣10分；票、账、货不符的，每种扣5分；出现一种假药、劣药和假劣器材的，扣10分。 |  | 现场查看药品与器材购进禀据台账；分别抽查5种药品和器材并进行票、账、货核对；假药、劣药和假劣器材以现场抽查为准。 |
| 有内部计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员。( 10分） | 无计算机管理系统扣10分；无相应管理和操作人员扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 具备卫生计生部门批准的＂家庭病床”或“巡诊“护理方式。 | 以卫生计生部门有关规定和有效证件为准；不符合条件的，一票否决。 | 配备吸痰装置、常规消毒设备（如紫外线灯、空气消毒机等）、血糖测定仪、心电图机、导尿和给氧等设备，并符合卫生计生部门要求。( 10分） | 每缺1项扣5分；质星标准不符合要求的，每个扣2.5分。 |  | 实地查看。 |
| 建立巡诊及护理登记记录。( 10分） | 无登记的，扣10分，登记不全的扣5分。 |  | 实地查看。 |
| 日清单、费用结算明细单制度。( 5分） | 每缺1项扣5分，不向全部患者提供的扣2. 5分。 |  | 现场查看每日给患者提供的日清单、结算明细  单。 |
| 得分 |  | | | | | | | |

备注：每项得分、扣分不超过该项分值。

附件3

济宁市长期护理保险定点机构申请表

申请单位（章）

申 请 时 间

汶上县医疗保障局

填 表 说 明

一、本表正反面打印，要求按表中内容真实填报，同时报电子版。

二、“申请护理服务类型”请在相应位置打“√”。

三、最后两栏由社会保险经办机构负责填写。

四、申请单位提交本申请表时，要附以下材料：

（一）《济宁市长期护理保险定点长护机构申请表》一式两份（见附件1）

（二）护理机构提供《医疗机构执业许可证》副本及正、副本复印件；医养结合养老机构提供《养老机构设立许可证》和《医疗机构执业许可证》副本及正、副本复印件。

（三）法定代表人身份证复印件。

（四）单位职工花名册；执业医师、执业护士、专业护理员等相关人员资格证书、执业证书、职称证书原件及复印件（原件审后退回）。

在全市“证照信息共享服务系统”可以查询的信息，申请机构不再提供相关证件。

医保定点医疗机构申请定点长护机构，只填报《济宁市长期护理保险定点护理服务机构申请表》一式两份。

**济宁市长期护理保险定点长护机构申请表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | 法人姓名 | |  | 经营面积 | |  |
| 经营地址 |  | | | | | 医护型床位数 | |  | |
| 机构类别 |  | | | 运营时间 | |  | | | |
| 医、护人员数量及职称情况 | |  | | | | | | | |
| 护理员数量 |  | | 申请护理服务类型 | | 居家护理□ 机构护理□ 医疗专护□ | | | | |
| 科室配置、医疗仪器设备配置及数量、机构内部计算机信息管理实现的程度： | | | | | | | | | |
| 经自查本单位符合济宁市长护保险定点长护机构申请条件，自愿承担济宁市长护保险相关业务，申请成为长护保险定点长护机构。承诺本单位提供的所有材料真实、完整、有效，未存在不得申请长护保险定点长护机构的情况。如提供材料与实际不符，自愿接受医疗保险经办机构解除服务协议，并承担由此造成的一切后果。  特此承诺。    机构法人签字： 申请机构（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

联系人（签字）： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家组现场察看情况 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 | |  |  |
| 社会保险经办机构评估意见 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | （印 章） | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 评估人： |  |  |  | 负责人： |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |