潍坊市职工长期护理保险实施细则（试行）

第一条 为积极应对人口老龄化,健全多层次医疗保障体系，根据潍坊市医疗保障局等5部门《关于印发〈深化职工长期护理保险试点工作实施方案〉的通知》（潍医保发〔2024〕13号）等相关规定，制定本实施细则。

第二条 参加我市职工基本医疗保险的参保人员，应同步参加职工长期护理保险（以下简称职工长护保险），并按规定缴纳职工长护保险费，享受职工长护保险待遇。

（一）统筹基金划转标准：在职、退休职工分别按每人每月3元、7元的标准，从职工医保统筹基金中按月划转。

（二）个人缴费标准：在职职工按每人每月4元的标准缴纳。其中，有职工医保个人账户的，从职工医保个人账户扣减；无职工医保个人账户的，有单位的由单位代扣代缴，无单位的由个人自行缴费。退休人员个人不缴费。

（三）财政补助标准：财政部门划拨的专项补助资金用于职工长护保险资金。

第三条 职工长护保险执行我市职工基本医疗保险医疗年度、待遇享受等待期的相关政策。职工基本医疗保险待遇享受等待期和中断缴费期间均不享受职工长护保险待遇。参保职工及灵活就业人员中断缴费后重新缴费的，中断期间享受职工长护保险

待遇的，重新缴费时应单独补缴享受职工长护保险待遇中断月份的职工长护保险费，不补缴的，应按规定退回享受的职工长护保险待遇。

第四条 居民基本医疗保险参保人员转为参加职工基本医疗保险并按规定缴纳相关费用的，可享受相应的职工长护保险待遇。

第五条 职工长护保险设居家护理、机构护理、医疗专护三种护理形式，根据参保人员失能等级和护理需求提供相应的护理服务，鼓励居家护理。

（一）居家护理指定点护理服务机构指派专业护理人员，为符合居家护理准入条件的参保人员提供护理服务。

（二）机构护理指定点护理服务机构设立护理床位或失能专区，为入住本机构的参保人员提供护理服务。

（三）医疗专护指定点护理服务机构开设医疗专护区，为入住本机构的参保人员提供护理服务。

第六条 参保人员因年老、疾病、伤残等原因，导致人体的某些功能部分或全部丧失，正常的活动能力受到限制或缺少，经医疗机构或康复机构规范诊疗、失能状态持续6个月以上，按照《长期护理保险综合失能等级划分表》（见附件1）评定符合达到2-5级失能等级的，可申请我市职工长护保险待遇。

第七条 参保人员符合下列条件之一的，可享受居家护理或机构护理待遇：

（一）患有以下慢性疾病：脑卒中后遗症（至少一侧下肢肌

力为0-Ⅲ级）、帕金森病（重度）、重症类风湿性关节炎晚期（多个关节严重变形）或其他严重慢性骨关节病影响持物和行走、植物人、终末期恶性肿瘤（呈恶病质状态）；

（二）需长期保留胃管、尿管、气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置管等各种管道；

（三）高龄患者骨折长期不愈合，合并其他慢性重病；

（四）患其他严重慢性病、外伤等导致全身瘫痪、截瘫。

第八条 参保人员符合下列条件之一的，可享受医疗专护待遇：

（一）因病情需长期保留气管套管、胆道外引流管、造瘘管、深静脉置管等管道（不包括鼻饲管及导尿管），需定期对创面进行处理的；

（二）需长期依靠呼吸机维持生命体征的；

（三）因神经系统疾病、骨关节疾病、外伤等导致昏迷、全身瘫痪、偏瘫、截瘫，双下肢肌力或单侧上下肢肌力均为0-Ⅱ级，需要医疗护理的；

（四）髋部骨折未手术、下肢骨不连（腓骨除外）、慢性骨髓炎，需要医疗护理的。

第九条 职工长护保险待遇包含基本生活照料服务、医疗服务及辅助器具租赁服务等待遇。医疗服务范围按我市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录相关规定执行。参保人员在定点护理服务机构发生的符合规定的费用，由职工长

护保险资金按规定比例予以支付。

（一）参保人员接受居家护理，发生的属于生活照料支付范围（见附件2）内的费用，由职工长护保险资金按照75%比例支付；发生的医疗费用由职工长护保险资金按照96%比例支付；其余费用由个人承担。居家护理每周上门服务不少于2次。

（二）参保人员接受机构护理，发生的属于生活照料支付范围（见附件3）内的费用，由职工长护保险资金按照70%比例支付；发生的医疗费用由职工长护保险资金按照96%比例支付；其余费用由个人承担。

（三）参保人员接受医疗专护，发生的属于生活照料支付范围（见附件3）内的费用，由职工长护保险资金按照65%比例支付；在一、二、三级医疗机构发生的医疗费用，职工长护保险资金分别按照94%、92%、90%比例支付；其余费用由个人承担。

（四）对我市医疗救助对象参保人员发生的符合规定的生活照料费用，职工长护保险资金支付比例提高5个百分点。

（五）居家护理的参保人员，有辅助器具配置需求的，到辅助器具租赁服务机构提出适配申请，由辅助器具租赁服务机构完成适配，在该机构发生的符合居家护理辅助器具目录（见附件4）内的费用，职工长护保险资金按照50%比例支付，每类器具每天最高支付5元；其余费用由个人承担。

第十条 定点护理服务机构垫付的应由职工长护保险资金支付的费用，实行床日包干的支付方式，由医疗保障经办机构按月

与定点护理服务机构进行结算。

（一）对提供居家护理、机构护理服务的，按照参保人员失能等级确定差异化支付标准。其中，为失能等级为2级的参保人员提供居家护理和机构护理服务的，支付标准分别为每人每天40元和50元;为失能等级为3-5级的参保人员提供居家护理和机构护理服务的，支付标准分别为每人每天50元和60元。

（二）对提供医疗专护服务的，一、二、三级医疗机构支付标准分别为每人每天120元、170元、200元。其中，为气管切开参保人员提供服务的，一、二、三级医疗机构支付标准分别为每人每天200元、250元、280元。

（三）对为我市医疗救助对象提供服务的，支付标准每人每天增加4元。

第十一条 参保人员病情好转，身体状况发生改善，不符合准入条件或不再需要护理的，定点护理服务机构应及时办理撤床和结算手续。参保人员死亡的，定点护理服务机构应及时办理撤床手续，未及时办理撤床手续发生的费用，职工长护保险资金不予支付。享受职工长护保险待遇的人员转为住院治疗的，应办理撤床手续。参保人员撤床时，应与定点护理服务机构、辅助器具租赁服务机构结清由个人承担的费用。

第十二条 参保人员患“恶性肿瘤的门诊治疗”“慢性肾功能衰竭的透析”“组织或器官移植（抗排异治疗）”门诊慢特病的，在享受职工长护保险待遇期间，可以同时享受职工门诊慢特病相

关待遇。

参保人员享受职工长护保险待遇期间不重复享受其他门诊慢特病、普通门诊统筹、住院（含日间手术、中医日间病房）等医疗保障待遇。

第十三条 失能等级评估流程主要包括评估申请、受理审核、现场评估、提出结论、公示与送达等环节。

（一）评估申请。评估对象或其监护人、委托代理人自愿向当地医疗保障经办机构提出评估申请，提交身份证或社保卡复印件、《长期护理保险失能等级自评表》（见附件5）、《长期护理保险失能等级评估申请表》（见附件6）、住院病历复印件或有效诊断证明。

（二）受理审核。医疗保障经办机构收到评估申请后，应及时对申请材料进行审核，反馈受理审核结果。

有下列情形的，不予受理失能等级评估申请：

1.未参加职工长护保险的；

2.不符合待遇享受条件的；

3.发生护理服务费用不属于职工长护保险资金支付范围的；

4.申报材料不全或提供虚假材料的；

5.其他职工长护保险不予受理评估申请的情形。

（三）现场评估。审核通过后，医疗保障经办机构应于5个工作日内组织开展评估工作。原则上应有至少2名评估人员上门，其中至少有1名评估专家。现场评估人员依据失能等级评估标准（见

附件7）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，并参考医院住院病历或诊断书等相关资料，作为提出评估结论的佐证资料。

（四）提出结论。现场评估人员可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依据现场采集信息，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。

（五）公示与送达。评估结论达到待遇享受条件对应失能等级的，医疗保障经办机构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，出具评估结论书（见附件8）。

医疗保障经办机构向评估对象或其监护人、委托代理人送达评估结论书。医疗保障经办机构应按照便民高效的原则，优化评估经办服务流程，明确办理时限要求，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。

（六）终止情形。评估对象或其监护人、委托代理人应当积极配合开展现场评估工作。有下列情形之一的，评估终止：

1.拒不接受失能等级评估信息采集的；

2.无正当理由不配合失能等级评估的；

3.其他原因导致失能等级评估终止的。

（七）评估结论有效期。中、重度失能等级评估结论有效期不超过2年。

第十四条 其他评估情形。

（一）评估对象或其监护人、委托代理人对失能等级评估结论有异议的，可在规定期限内，向当地医疗保障经办机构提出复评申请。复评原则上有不少于2名评估专家参加，参加初次评估的评估机构和评估人员须回避。复评结论为最终评估结论。

（二）第三人对公示评估结论有异议的，可在公示期内向医疗保障经办机构实名反映情况。反映情况基本属实的，医疗保障经办机构组织复评。

（三）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，可向医疗保障经办机构申请重新评估。医疗保障行政部门、经办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，医疗保障经办机构应当组织重新评估。

（四）评估有效期届满前，医疗保障经办机构应组织对需继续享受长期护理保险待遇的参保人进行重新评估。经评估符合待遇享受条件的，有效期届满后重新计算。

第十五条 持有《中华人民共和国残疾人证》肢体残疾一级的本市职工长护保险参保人员，可由参保人员或其监护人、委托代理人将《中华人民共和国残疾人证》原件和复印件、身份证或

社保卡复印件、《长期护理保险失能等级评估申请表》材料报送至选定的定点护理服务机构。材料齐全的，定点护理服务机构2个工作日内将材料报送至当地医疗保障经办机构；材料不齐全的，一次性告知家属需补正的材料。医疗保障经办机构审核后，即时通过职工长护保险信息系统为参保人员办理登记，并及时告知定点护理服务机构和参保人员，由定点护理服务机构在2个工作日内为参保人员办理建床手续。

第十六条 参加了职工长护保险且已办理异地长期居住人员就医备案的失能人员向参保地医疗保障经办机构提出失能等级评估申请，参保地医疗保障经办机构可通过现场或线上视频等方式进行评估。

经评估达到职工长护保险待遇享受条件的人员，纳入职工长护保险待遇保障范围。失能人员在居住地发生的职工长护保险费用，由个人先行垫付，后续提供居住地定点护理机构出具的有效费用凭证、费用明细等，由参保地医疗保障经办机构按规定报销；异地居住失能人员按参保地政策享受职工长护保险待遇，超出参保地待遇结算标准的费用由参保人个人承担，低于待遇结算标准的据实结算。

第十七条 定点护理服务机构应向参保人员或其监护人、委托代理人详细告知建床手续、服务内容、巡诊安排、收费、有关医疗风险及双方责任等事项。

参保人员或其监护人、委托代理人与选定的定点护理服务机

构签订服务协议，定点护理服务机构予以建床，及时办理联网手续，并明确护理责任医师、护士、护理员等护理人员为参保人员提供相应的护理服务。护理人员应对参保人员进行综合评估，详细掌握参保人员的身体健康状况，填写《护理服务对象综合评估表》（见附件9）。

第十八条 定点护理服务机构应根据《护理服务对象综合评估表》和参保人员护理需求，制定个性化护理服务计划。

定点护理服务机构按照护理服务计划为参保人员提供相关服务，按规定使用音视频记录、服务轨迹定位和生物识别等管理手段。护理人员提供服务时，认真填写《护理服务记录》（见附件10），服务结束后由参保人员或其监护人、委托代理人进行满意度评价。

第十九条 定点护理服务机构应加强对参保人员管理，参照住院管理模式建立病历并保存相关记录，如实上传参保人员在床治疗期间所有费用明细。护理期间及结束后，应建立并保存详细完整的护理服务计划、护理服务记录、检查检验报告、病历等材料。

第二十条 享受职工长护保险待遇的人员变更护理方式及定点护理服务机构的，应填写《职工长期护理保险待遇变更申请表》（见附件11），经当地医疗保障经办机构审核符合相应待遇享受条件的，予以变更。职工长护保险评估有效期内中断护理服务再次进行长期护理服务的，可直接到原定点护理服务机构办理建床手

续。

第二十一条 具备我市基本医疗保险定点资格的医疗机构、护理院；在我市依法设立、具有内设基本医疗保险定点医疗机构或与我市定点医疗机构签订合作服务协议、具备护理服务条件的养老服务机构；有资质的护理站及其他具备专业护理服务能力的护理服务机构，可申请我市职工长护保险定点护理服务机构。

第二十二条 在我市依法独立登记的，符合国家医疗保障局《关于印发〈长期护理保险失能等级评估机构定点管理办法（试行）〉的通知》（医保发〔2024〕13号）规定的评估机构，可申请我市职工长护保险定点评估机构。

第二十三条 在我市依法成立的，能提供辅助器具适配服务的辅助器具租赁服务机构，可申请职工长护保险辅助器具租赁服务机构。

第二十四条 定点护理服务机构、辅助器具租赁服务机构管理办法，由市医疗保障部门根据国家、省有关规定另行制定。

第二十五条 符合第二十一条、第二十二条、第二十三条规定的机构，经当地医疗保障经办机构评估合格后，由市医疗保障经办机构公布名单。医疗保障经办机构与定点护理服务机构、定点评估机构、辅助器具租赁服务机构（以下统称“职工长护保险定点服务机构”）签订服务协议，协议有效期为1年。

第二十六条 职工长护保险定点服务机构要确保本机构信息系统技术接口与职工长护保险信息系统管理平台有效对接，按规

定及时全面准确向职工长护保险信息系统管理平台传送有关信息数据。加强信息系统安全保障，遵守数据安全和数据保密制度，保护参保人员隐私。

第二十七条 市医疗保障经办机构可通过公开招标等方式，委托专业商业保险机构参与职工长护保险经办服务。可将费用审核、结算支付、稽核调查、信息系统建设与维护、护理行为智能监控等经办业务委托给合作经办的商业保险机构（以下简称“合作经办商保机构”）具体承办。合作经办商保机构受托经办业务时，参保人员、职工长护保险定点服务机构应配合做好相关工作。

第二十八条 市医疗保障经办机构负责组织职工长护保险定点服务机构和合作经办商保机构建设全市统一的职工长护保险信息系统管理平台，开发智能APP软件，实现待遇申请、身份识别、等级评估、机构变更、护理服务、行为监管、审核核查、资金结算、满意度评价等全流程、一体化，线上、线下相融合的服务。

建立全流程护理行为智能监管机制，发挥互联网+护理功效，为居家失能人员提供健康状态预警、提醒等服务。

第二十九条 医疗保障经办机构应加强对职工长护保险定点服务机构和合作经办商保机构的绩效评价、考核管理和信用评价，定期对履行协议情况进行考核评价，考核结果与续签协议挂钩。

第三十条 医疗保障经办机构应加大职工长护保险监督力度，探索研发专业性智能监控系统，对职工长护保险定点服务机构、合作经办商保机构和参保人员、护理人员的行为进行全程监

控，防止违规操作和人为干预，确保职工长护保险资金安全，保障参保人员合法权益。

第三十一条 医疗保障经办机构、职工长护保险定点服务机构、合作经办商保机构及其工作人员，以及参保人员等违反职工长护保险管理规定的，参照医疗保障基金监督管理相关规定处理。

第三十二条 长护保险资金筹集标准、保障范围、保障水平等实行动态调整机制，由市医疗保障部门会同相关部门，根据基金运行和经济社会发展情况及各方面承受能力适时调整。

第三十三条 本办法自2024年5月1日起施行，有效期3年。国家和省另有规定的，从其规定。

附件：1.长期护理保险综合失能等级划分表

2.居家护理生活照料服务包

3.机构护理、医疗专护生活照料服务包

4.居家护理辅助器具目录

5.长期护理保险失能等级自评表

6.长期护理保险失能等级评估申请表

7.长期护理保险失能等级评估表

8.长期护理保险失能等级评估结论书

9.护理服务对象综合评估表

10.护理服务记录

11.职工长期护理保险待遇变更申请表

附件 1

长期护理保险综合失能等级划分表

<table>
<tr><td colspan="5">长期护理保险失能等级评估指标得分及对应等级</td></tr>
<tr><td>一级指标</td><td>能力完好</td><td>轻度受损</td><td>中度受损</td><td>重度受损</td></tr>
<tr><td>日常生活活动能力</td><td>100 分</td><td>65-95 分</td><td>45-60 分</td><td>0-40 分</td></tr>
<tr><td>认知能力</td><td>16 分</td><td>4-15 分</td><td>2-3 分</td><td>0-1 分</td></tr>
<tr><td>感知觉与沟通能力</td><td>12 分</td><td>4-11 分</td><td>2-3 分</td><td>0-1 分</td></tr>
<tr><td rowspan="2">认知能力/
感知觉与沟通能力
评估失能等级
日常生活活动
能力评估失能等级</td><td colspan="4">认知能力、感知觉与沟通能力
（以失能等级严重的判断）</td></tr>
<tr><td>能力完好</td><td>轻度受损</td><td>中度受损</td><td>重度受损</td></tr>
<tr><td>能力完好</td><td>0 级</td><td>0 级</td><td>1 级</td><td>1 级</td></tr>
<tr><td>轻度受损</td><td>1 级</td><td>1 级</td><td>1 级</td><td>2 级</td></tr>
<tr><td>中度受损</td><td>2 级</td><td>2 级</td><td>2 级</td><td>3 级</td></tr>
<tr><td>重度受损</td><td>3 级</td><td>3 级</td><td>4 级</td><td>5 级</td></tr>
<tr><td>长期护理失能等级对应</td><td colspan="4">0 级：基本正常　　1 级：轻度失能
2 级：中度失能　　3 级：重度失能Ⅰ级
4 级：重度失能Ⅱ级　　5 级：重度失能Ⅲ级</td></tr>
</table>

附件 2

居家护理生活照料服务包

序号	项目名称	项目说明	服务次数	服务时间	最高支付标准（元/次）	备注
1	洁面/剃须/洗发	保持面部干净、美观（男性剃须），去除耳朵耳垢，保持干净卧位清洗，使用洗护用品，吹干头发，梳理整齐，去除头发异味	1 周 1 次	10-30 分钟	17/15/14	限 3-5 级
2	修剪手指甲	修剪手指甲去除指甲污垢，保持干净（不含灰指甲）	2 周 1 次	10-30 分钟	3	限 3-5 级
3	修剪脚指甲	修剪脚指甲去除指甲污垢，保持干净（不含灰指甲）	1 月 1 次	10-30 分钟	6	限 3-5 级
4	床上擦浴	床上擦浴	2 周 1 次	15-30 分钟	17/15/14	限 3-5 级
5	理发	修剪整洁，吹干头发，保持美观、舒适	2 月 1 次	10-20 分钟	10	
6	便秘护理/人工取便术	使用开塞露、直肠栓剂肛门给药，刺激肠蠕动，解除便秘；实施人工取便术，取出嵌顿在直肠内的粪便	按需确定	20-40 分钟	20	
7	管道护理	对造瘘口、各种管道进行护理（不含耗材费用）	每周 1 次	10-20 分钟	20	

8	推拿	根据自身状况进行推拿	每周 1 次	15-30 分钟	30	限 3-5 级
9	压疮护理	对压疮进行护理（小、中、大、特大，9、15、25、60，不含敷料，按压疮个数收费）	按需确定	20-40 分钟	小、中、大、特大，分别按 9 元、15 元、25 元、60 元支付，不含敷料，按压疮个数收费。	
10	生命体征监测	根据自身状况进行体征监测（体温、脉搏、血压、呼吸）	每周 1 次	5-10 分钟	20	
11	血糖检验	使用便携式血糖仪测量血糖	每周 1 次	5-10 分钟	9	
12	上门助浴	由专业工作人员携带助浴器具上门进行全身洗浴	2 周 1 次	30-60 分钟	180	限 3-5 级
说明：居家护理生活照料服务包选择项目合计，按失能等级进行选择。2 级、3 级、4 级、5 级分别每人每月不超过 400 元、600 元、800 元、1000 元。						

附件 3

机构护理、医疗专护生活照料服务包

序号	项目名称	最高支付标准（元/次）	服务次数	备注
1	洁面/剃须/洗发。保持面部干净、美观（男性剃须），去除耳朵耳垢，保持干净卧位清洗，使用洗护用品，吹干头发，梳理整齐，去除头发异味	17/15/14	1 周 1 次	限 3-5 级
2	理发	10	2 月 1 次	
3	修剪手指甲，去除指甲污垢，保持干净（不含灰指甲）	3	2 周 1 次	
4	修剪脚指甲，去除指甲污垢，保持干净（不含灰指甲）	6	1 月 1 次	
5	床上擦浴	17/15/14	1 周 2 次	限 3-5 级
6	生活自理/康复能力训练	30	1 周 1 次	
7	全身助浴	40	1 周 1 次	限 3-5 级

附件 4

居家护理辅助器具目录

产品类型	资金支付标准	资金支付限额
护理床	50%	5 元/天
轮椅车	50%	5 元/天
防压疮（褥疮）垫	50%	5 元/天

附件 5

长期护理保险失能等级自评表

项目	独立 (2)	部分独立(1) (需要帮助)	依赖 (0)	选项
进食	独立 无须帮助	部分独立 自己能吃，但需辅助	不能独立完成 部分或全部靠喂食或鼻饲	
穿衣	独立，无须帮助 能独立拿取衣服，穿上并扣好	部分独立 能独立拿取衣服及穿上，需帮助系鞋带	不能独立完成 完全不能穿，要靠他人拿衣穿衣 或自己穿上部分	
大小便控制	独立 自己能够完全控制	部分独立偶尔失控	不能自控 失控，需帮助处理大小便（如导尿、灌肠等）	
用厕	独立，无须帮助 能独立用厕、便后拭净及整理衣裤（可用手杖、助步器或轮椅，能处理尿壶、便盆）	不能独立完成 需要帮助用厕、做便后处理（清洁、整理衣裤）及处理尿壶、便盆	不能独立完成不能用厕	
洗澡	独立，无须帮助 自己能进出浴室（淋浴、盆浴），独立洗澡	部分独立 需帮助洗一部分(背部或腿)	不能独立完成 不能洗澡、或大部分需帮助洗	
床椅转移	独立，无须帮助 自己能下床，坐上及离开椅、凳（可用手杖或助步器）	不能独立完成 需帮助上、下床椅	不能独立完成卧床不起	
综合	自评失能等级为:　　级			
说明	进食、大小便控制、洗澡为 a类，穿衣、用厕、床椅转移为b类。			
	A 级：a类b类所有项目均独立 ；　B级：a类1项或b类1-2项依赖; C 级：a类b类各1项或b类3项依赖；D级：a类2项或a类1项b类2项依赖; E 级：a类3项依赖或a类2项b类1-2项依赖或a类1项b类3项依赖; F 级：a类3项b类1-2项依赖或a类2项b类3项依赖; G 级：a类b类所有项目均依赖。			
	此表由参保人员或其家属、代理人自行评估，当等 级达到 E级、F级、G级时方可申请长期护理失能等级评估。			

附件 6

长期护理保险失能等级评估申请表

<table>
<tr><td rowspan="10">评估对象基本信息</td><td>姓 名</td><td></td><td>身份证号码</td><td></td></tr>
<tr><td>性 别</td><td></td><td>民 族</td><td></td></tr>
<tr><td>参保地</td><td></td><td>申请事项</td><td>□失能评估</td></tr>
<tr><td>失能时间（月）</td><td></td><td>是否经过康复治疗</td><td>是，治疗月数_____月
否</td></tr>
<tr><td>是否首次申请</td><td>□是 □否</td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>申请服务方式</td><td colspan="3">□居家护理 □机构护理 □医疗专护</td></tr>
<tr><td>定点服务机构</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>文化程度</td><td colspan="3">□文盲 □小学 □中学（含中专） □大学（含大专）以上</td></tr>
<tr><td>居住情况</td><td colspan="3">□独居 □与配偶/伴侣居住 □与子女居住 □与父母居住
□与兄弟姐妹居住 □与其他亲戚居住
□与非亲属关系的人居住 □养老机构 □医院</td></tr>
<tr><td>居住地址</td><td colspan="3">_____省_____市_____区/县_____街道/乡(村)_____</td></tr>
<tr><td>护理者</td><td colspan="3">当需要帮助时（包括患病时），谁能来照料:
□配偶 □子女 □亲友 □保姆 □护工
□医疗人员 □没有任何人 □其他</td></tr>
<tr><td rowspan="3">申请人相关信息</td><td>姓名</td><td></td><td>与参保人员关系</td><td>□配偶 □子女 □其他亲属
□雇佣护理者 □参保人员 □其他</td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td></td><td>身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>联系地址</td><td colspan="3">_____省_____市_____区/县_____街道/乡(村)_____</td></tr>
<tr><td colspan="2">承诺事项</td><td colspan="3">以上情况和所提供材料均真实有效，且同意将评估结果在一定范围内公示。如有不实，参保人员愿意承担相应法律责任。
参保人员(签字): 年 月 日</td></tr>
</table>

附件 7

长期护理保险失能等级评估表

表 1　日常生活活动能力评估表

序号	指标	分值	评估标准	得分
1	进食	0	较大或完全依赖，或有留置营养管	
		5	需部分帮助（夹菜、盛饭）	
		10	自理(在合理时间内能独立使用餐具进食各种食物，可使用辅助工具独立完成进食，但不包括做饭)	
2	穿衣	0	依赖他人	
		5	需要部分帮助(能自己穿脱衣服或假肢或矫形器，但需他人帮助整理衣物、系扣/鞋带、拉拉链等)	
		10	自理(自己系开纽扣，关开拉链和穿鞋、袜、假肢或矫形器等)	
3	面部与口腔清洁	0	需要帮助	
		5	独立洗脸、梳头、刷牙、剃须(不包括准备洗脸水、梳子、牙刷等准备工作)	
4	大便控制	0	失禁(平均每周≥1 次或完全不能控制大便排泄，需要完全依赖他人)	
		5	偶有失禁(每周<1 次)，或需要他人提示或便秘需要人工帮助取便	
		10	能控制	
5	小便控制	0	失禁(平均每天≥1 次或经常尿失禁，完全需要他人帮忙完成排尿行为；或留置导尿管，但无法自行管理导尿管)	
		5	偶有失禁(每 24h<1 次，但每周≥1 次)，或需要他人提示)	
		10	能控制（或留置导尿管，可自行管理导尿管)	

6	用厕	0	需要极大地帮助或完全依赖他人	
		5	需部分帮助（需他人帮忙整理衣裤、坐上/蹲上便器等）	
		10	自理（能够使用厕纸、穿脱裤子等)	
7	平地行走	0	卧床不起、不能步行、移动需要完全帮助	
		5	在较大程度上依赖他人搀扶（≥2 人）或依赖他人帮助使用轮椅等辅助工具才能移动	
		10	需少量帮助(需 1 人搀扶或需他人在旁提示或在他人帮助下使用辅助工具)	
		15	独立步行（自行使用辅助工具，在家及附近等日常生活活动范围内独立步行)	
8	床椅转移	0	完全依赖他人，不能坐	
		5	需大量帮助（至少 2 人，身体帮助)，能坐	
		10	需少量帮助（1 人搀扶或使用拐杖等辅助工具或扶着墙、周围设施，转移时需他人在旁监护、提示)	
		15	自理	
9	上下楼	0	不能，或需极大帮助或完全依赖他人	
		5	需要部分帮助（需扶着楼梯、他人搀扶、使用拐杖或需他人在旁提示）	
		10	独立上下楼（可借助电梯等，如果使用支具，需可独自完成穿、脱动作）	
10	洗澡	0	洗澡过程中需他人帮助	
		5	准备好洗澡水后，可自己独立完成	
上述评估指标总分为 100 分，本次评估得分为_____分				
评估人员(签章)： 1. 2. 3.				

表 2　认知能力评估表

序号	指标	分值	评估标准	得分
1	时间定向	0	无时间观念	
		1	时间观念很差，年、月、日不清楚，可知上午、下午或白天、夜间	
		2	时间观念较差，年、月、日不清楚，可知上半年或下半年或季节	
		3	时间观念有些下降，年、月、日（或星期几）不能全部分清（相差两天或以上)	
		4	时间观念（年、月）清楚，日期（或星期几）可相差一天	
2	人物定向	0	不认识任何人(包括自己)	
		1	只认识自己或极少数日常同住的亲人或护理者等	
		2	能认识一半日常同住的亲人或护理者等，能称呼或知道关系等	
		3	能认识大部分共同生活居住的人，能称呼或知道关系	
		4	认识长期共同一起生活的人，能称呼并知道关系	
3	空间定向	0	不能单独外出，无空间观念	
		1	不能单独外出，少量知道自己居住或生活所在地的地址	
		2	不能单独外出，但知道较多有关自己日常生活的地址	
		3	不能单独外出，但能准确知道自己日常生活所在地的地址	
		4	能在日常生活范围内单独外出，如在日常居住小区内独自外出购物等	
4	记忆力	0	完全不能回忆即时信息，并且完全不能对既往事物进行正确的回忆	
		1	对既往事物能有少部分正确的回忆，没有近期记忆	
		2	能回忆大部分既往事物，记住 1 个词语	
		3	能回忆大部分既往事物，记住 2 个词语	
		4	能够完整回忆既往事物，记住 3 个词语	
上述评估指标总分为 16 分，本次评估得分为_____分				
评估人员(签章)：　1.　　2.　　3.				

表 3　感知觉与沟通能力评估

序号	指标	分值	评估标准	得分
1	视力	0	完全失明	
		1	只能看到光、颜色和形状（大致轮廓），眼睛可随物体移动	
		2	视力有限，看不清报纸大标题，但能辨认较大的物体	
		3	能看清楚大字体，但看不清书报上的标准字体，辨别小物体有一定困难	
		4	与日常生活能力相关的视力（如阅读书报、看电视等）基本正常	
2	听力	0	完全失聪	
		1	讲话者大声说话或说话很慢，才能部分听见	
		2	正常交流有些困难，需在安静的环境大声说话才能听到	
		3	在轻声说话或说话距离超过 2 米时听不清	
		4	与日常生活习惯相关的听力基本正常（如能听到门铃、电视、电话等声音）	
3	沟通能力	0	完全不能理解他人的言语，也无法表达	
		1	不能完全理解他人的话，只能以简单的单词或手势表达大概意愿	
		2	勉强可与他人交流，谈吐内容不清楚，需频繁重复或简化口头表达	
		3	能够表达自己的需要或理解他人的话，但需要增加时间或给予帮助	
		4	无困难，能与他人正常沟通和交流	
上述评估指标总分为 12 分，本次评估得分为_____分				
评估人员(签章)：　1.　　2.　　3.				

附件 8

长期护理保险失能等级评估结论书

第　　号

参保人员:
身份证号码:
家庭住址:
联系电话:

根据《长期护理保险综合失能等级划分表》标准，经评定，对其失能等级作出如下评定结论:

长期护理失能等级为_____级

参保人员或家属（签字）:　　评估机构

年　月　日

注：本结论书一式 3 份，参保人员、医疗保障经办机构、评估机构各 1 份。

附件 9

护理服务对象综合评估表

单位名称　　科别　　病历号　　个人编号　　身份证号码

一、基本情况评估

姓名	性别	年龄	文化程度
民族	籍贯	婚姻	医保医师
职业	联系人	联系电话	医保护师（士）
医疗诊断		日常生活能力评定评分	家庭住址
审批通过		收集资料时间	

既往史：□无　□有（高血压、冠心病、糖尿病、脑卒中、肺结核、精神病、肿瘤、其它　　）

过敏史：□无　□有（药物　　；食物　　；其它　　）

家族史：□无　□有（高血压、冠心病、糖尿病、精神病、 肿瘤、癫痫、传染病、遗传病、 其它　　）

二、生活状况评估

1.饮食：□普食　□软食　□半流质　□流汁　□禁食　□管饲　□其它

2.睡眠：□正常　□异常（入睡困难、多梦、早醒、失眠、药物辅助、其它）

3.排泄

（1）排便：□正常　□便秘　□腹泻　□失禁　□造瘘（自理：能　不能）□其它

（2）排尿：□正常　□尿失禁　□尿潴留　□排尿困难　□留置尿管　□其它

4.体位：□主动体位 □被动体位 □被迫体位（半坐卧位、端坐位、俯卧位、其它）

5.嗜好：□吸烟　□饮酒　□喜咸　□喜甜 □喜辛辣　□喜油腻　□其它

（1）吸烟:□无　□偶尔　□经常（　年，　支/日，已戒烟　年）　□其它

（2）饮酒：□无　□偶尔　□经常（　年，　两/日）　□其它

6. 其它

三、生命体征评估

1. 体温：　　℃（口温、腋温、直肠温度、其它）

2. 脉搏（心率）：　　次/分（律齐、早搏、绌脉、其它）

3. 呼吸：□规则（　　次/分）　□不规则（喘息样、抽泣样、叹息样、其它）

4. 血压：　　mmHg

四、心理社会评估

1.情绪：□镇静　□易激动　□焦虑　□恐惧 □悲哀 □无反应　□其它

2.思维过程：□正常　□注意力分散　□远/近期记忆力下降　□思维混乱 □其它

3.与亲友关系：□和睦　□冷淡　□紧张　□其它

4.就业状态：□固定职业　□丧失劳动能力　□失业　□待业　□退休　□其它

5.居住：□独居　□与配偶同住　□与子女同住　□与亲戚同住 □其它

6.医疗费来源：□医保　□自费　□其它

五、跌倒风险评估

1. 肢体活动：□正常　□活动障碍（左/右偏瘫、截瘫、全瘫、其它）

2. 使用辅助用具：□无　□拐杖　□轮椅　□助行器　□义肢　□其它

3. 疼痛：□无　□有（部位：　　，程度：轻微痛、较痛、剧痛）

4. 视力：□正常　□戴眼镜　□视力模糊　□青光眼　□视觉障碍　□失明　□其它

5. 听力：□正常　□耳鸣　□听力下降（左/右）　□耳聋（左/右）　□助听器　□其它

6. 跌倒史：□无　□有（偶尔、经常）

7. 其它：□药物/乙醇戒断　□骨折史　□严重骨质疏松　□缺氧症　□其它

六、体格检查

1.皮肤黏膜

（1）皮肤颜色：□正常　□潮红　□苍白　□发绀　□黄染　□其它

（2）皮肤温度：□正常　□干燥　□潮湿　□多汗　□其它

（3)皮肤完整性:□完整 □皮疹　□出血点　□压疮(Ⅰ0、Ⅱ0、Ⅲ0,部位　　，大小　　cm）　□其它

（4）口腔黏膜：□正常　□充血　□白斑　□溃疡　□糜烂　□其它

2.腹部检查：□平软　□肌紧张　□压痛/反跳痛　□可触及包块（部位及性质　　）　□腹胀　□腹水（腹围　　cm）

3.神经系统

（1）意识：□清楚　□嗜睡 □模糊　□昏睡 □谵妄　□昏迷（浅昏迷、 深昏迷）

（2）沟通：□正常　□表达困难　□语言障碍　□失语　□其它

（3）定向力：□准确　□障碍（自我、时间、地点、人物）

4.呼吸系统

（1）呼吸方式：□自主呼吸　□辅助呼吸　□机械通气

（2）症状：□咳嗽　□咳痰（黏痰、黄痰、脓痰、铁锈色痰、红色痰）□其它

5. 循环系统：□心悸　□胸闷　□胸痛（针刺样、压榨样、烧灼样、其它） □水肿

（凹陷性、　非凹陷性）□晕厥（偶尔、经常）　□紫绀（部位　　）　□其它

6. 消化系统: □恶心　□呕吐（　　次/天　　总量　　ml）　□嗳气　□反酸　□烧灼感　　□其它

7. 外阴、生殖系统

（1）女性: □外阴（正常　瘙痒　白斑　其它）□生殖系统（月经紊乱　痛经　　月经量　过　　多/过少　白带异常　已绝经　其它）

（2）男性: □外阴（正常　瘙痒　白斑　其它）□生殖系统（前列腺增生　前列腺炎　前列腺钙化　前列腺囊肿　其它）

七、置管与治疗

□鼻胃管　□留置尿管 □气管插管　□造瘘管　□膀胱冲洗/滴药　□肛管排气　□其它

八、疾病诊断

护理依赖等级　　护理依赖

九、补充说明

评估时间:

医保医师签字:

医保护师（士）签字:

病人或家属签字:

注: 本表可按照有关规定进行优化调整

附件 10

护理服务记录

参保人员:　　身份证号码:　　性别:　　诊断:

日期时间	护理问题	预期目标	护理措施	服务时间服务频次	护理人员签名	护理计划评价				
						日期时间	计划完成情况	护理人员签名	参保人员或家属是否满意	参保人员或家属签名

说明: 定点护理服务机构应为参保人员全护理周期详细记录参保人员生命体征指标（体温、脉搏、血压、呼吸等）、护理项目实施、慢性病情况、用药情况、排便排尿情况、置管处理与治疗情况、压疮预防情况等，全面了解参保人员享受护理服务情况和身体状况。

附件 11

职工长期护理保险待遇变更申请表

参保人员		身份证号码	
原护理服务机构		原护理方式	
现护理服务机构		现护理方式	
代办人		与参保人员关系	
家庭地址		联系电话	
申请变更原因: 代办人: 年　月　日			
经办机构意见: 经办人: 年　月　日			

潍坊市长期护理保险定点护理服务机构管理办法（试行）

第一条 为规范我市长期护理保险定点护理服务机构（以下简称“定点护理服务机构”）服务行为，提高服务水平，满足参保人员多元化护理服务需求，促进长期护理保险（以下简称“长护保险”）制度健康可持续发展，根据国家、省有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 我市行政区域内定点护理服务机构的管理，适用本办法。

第三条 本办法所称定点护理服务机构，是指在我市依法成立，能开展长期护理服务，经医疗保障经办机构评估合格、公布定点、签订服务协议的机构。

第四条 具备我市基本医疗保险定点资格的医疗机构、护理院；正式运营三个月及以上，具有内设基本医疗保险定点医疗机构或与我市定点医疗机构签订合作服务协议、具备护理服务条件的养老服务机构；正式运营三个月及以上，有资质的护理站及其他具备专业护理服务能力的护理服务机构，可申请我市职工长护保险定点护理服务机构。

第五条 定点护理服务机构管理坚持以人民健康为中心，遵循公平公正、公开透明；市场竞争、诚实守信；专业评估、择优

确定；权责清晰、统一管理；动态监督、优胜劣汰原则，加强长护保险精细化管理，培育发展和有序规范护理服务市场，为参保人员提供适宜的护理服务。

第六条 医疗保障行政部门负责制定护理服务机构定点管理政策，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、定点护理服务机构进行监督。医疗保障经办机构负责确定定点护理服务机构，并与定点护理服务机构签订服务协议，提供经办服务，开展协议管理、考核等。定点护理服务机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定为参保人员提供护理服务。

第七条 护理服务机构根据功能定位，申请承担参保人员居家护理、机构护理、医疗专护业务。

（一）定点医疗机构、护理院可申请承担居家护理、机构护理、医疗专护业务；

（二）养老服务机构可申请承担机构护理业务；

（三）护理站及其他具备专业护理服务能力的护理服务机构可申请承担居家护理业务。

第八条 定点医疗机构申请成为定点护理服务机构，应具备以下条件：

（一）一级（含社区卫生服务中心，下同）及以上定点医疗机构；

（二）承担医疗专护业务的，需设立护理病区。一级医疗机

构床位数不少于10张；二级及以上医疗机构不少于20张；床位数超过60张的，副主任医师或以上职称执业医师与床位数配备比例不低于1:60；执业医师（初级职称及以上）配备比例不低于1：20；执业护士配备比例不低于1：10；

（三）信息管理系统满足长护保险信息化要求；

（四）有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备；

（五）具备护理记录档案保存条件。

第九条 护理院申请成为定点护理服务机构，应具备以下条件：

（一）在我市依法登记并取得《医疗机构执业许可证》；

（二）承担医疗专护业务的，需设立护理病区。医护型床位不少于10张；床位数超过60张的，副主任医师或以上职称执业医师与床位数配备比例不低于1:60；执业医师（初级职称及以上）配备比例不低于1：20；执业护士配备比例不低于1：10；

（三）信息管理系统满足长护保险信息化要求；

（四）有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备；

（五）具备护理记录档案保存条件。

第十条 养老服务机构申请成为定点护理服务机构，应具备以下条件：

（一）在我市依法登记并在民政部门注册备案；

（二）具有内设基本医疗保险定点医疗机构或与我市定点医疗机构签订合作服务协议，具备医疗服务条件；

（三）设立护理专区，医护型床位数不少于20张。内设医疗机构至少配备2名执业地点在本机构的执业医师，其中1名具有主治医师或以上职称，且本机构为其唯一执业地点。医护型床位数80张以上的，执业医师与床位数配备比例不低于1：40。医师执业范围应为全科、内科、中医科或康复科；至少配备1名主管护师或以上职称的执业护士，护理人员与床位数配备比例不低于1:3,其中护士与养老护理员比为1:2;

（四）养老服务机构与本市定点医疗机构签订合作服务协议的，应按照（三）设定的条件在养老服务机构内设置服务站点，配备相应医护人员;

（五）信息管理系统满足长护保险信息化要求;

（六）有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备;

（七）具备护理记录档案保存条件。

第十一条 护理站及其他具备专业护理服务能力的护理服务机构申请成为定点护理服务机构，应具备以下条件:

（一）在我市依法登记并取得《医疗机构执业许可证》的护理站，以及在我市依法登记取得《营业执照》、《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》从事养老或居家养老、日间照料等服务，与我市定点医疗机构签订合作服务协议，具备医疗服务条件的其他护理服务机构;

（二）经规范化培训的专职护理员10人(含)以上，至少有1名执业护士;

（三）信息管理系统满足长护保险信息化要求;

（四）有必要的医疗护理用具及消毒、灭菌设备;

（五）具备护理记录档案保存条件。

第十二条 护理服务机构向当地医疗保障经办机构提出定点申请，提供以下材料:

（一）《潍坊市长期护理保险定点护理服务机构申请表》（见附件1）;

（二）医疗机构、护理院提供医保定点资质证明（定点服务协议等）; 养老服务机构提供《营业执照》《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件及《设置养老机构备案回执》复印件，内设医疗机构的医保定点资质证明; 护理站提供《医疗机构执业许可证》; 其他具备专业护理服务能力的护理服务机构提供《营业执照》《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件。

与定点医疗机构合作的，提供合作定点医疗机构医保定点资质证明及合作协议。

（三）与长期护理保险政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

（四）与长期护理保险有关的护理服务机构信息系统相关材料;

（五）纳入定点后使用长期护理资金的预测性分析报告。

第十三条 医疗保障经办机构按照下列程序确定定点护理服

务机构:

（一）申请。申请定点的护理服务机构，向当地医疗保障经办机构提出申请。

（二）受理。医疗保障经办机构收到申请后,核对申报材料。材料齐全的，即时受理；材料不齐全或有问题的，一次性告知护理服务机构补正。

（三）评估。医疗保障经办机构组织实施定点评估工作。评估工作至少由3名工作人员组成，评估内容（见附件2）包括申请材料核对、信息结算系统核查和现场查验。自受理申请材料之日起，评估期限不超过20个工作日。

评估结果分为合格和不合格。评估结果由评估人员和护理服务机构法定代表人或主要负责人签字确认。护理服务机构法定代表人或主要负责人拒不签字的，视为评估结果无效，自动放弃定点申请。

评估合格的，医疗保障经办机构进行社会公示，公示期为5个工作日。评估不合格的，医疗保障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个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

（四）签约。对于评估合格并公示无异议的的护理服务机构，医疗保障经办机构与其协商谈判，达成一致的，双方自愿签订服务协议。市医疗保障经办机构向社会公布定点护理服务机构定点资格及相关信息，包括名称、地址等。

第十四条 医疗保障经办机构与定点护理服务机构签订服务协议，明确双方权利、责任、义务，并加强对护理服务过程的监督，促进定点护理服务机构规范服务行为，保证服务质量。同步建立服务质量考核评价和动态管理机制。

第十五条 服务协议有效期为1年。自通知签订服务协议之日起超过3个月未签订的，1年内不予签订服务协议；签订服务协议超过3个月未开展业务的，中止服务协议。协议有效期满前3个月内，定点护理服务机构向当地医疗保障经办机构提出续签申请。医疗保障经办机构对定点护理服务机构履行服务协议情况进行考核。考核合格的定点护理服务机构，由医疗保障经办机构与其续签服务协议；考核不合格的，不予续签。协议期内有新增约定事项的，通过签订补充协议予以明确。

第十六条 定点护理服务机构的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址、诊疗科目、规模、性质、级别、床位数等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内，向医疗保障经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第十七条 定点护理服务机构信息变更后，不符合规定条件或不能正常开展业务的，当地医疗保障经办机构给予服务协议中止、限期整改、终止或解除服务协议等处理。服务过程中，定点护理服务机构床位数、护理人员配备和服务能力达不到规定条件的，医疗保障经办机构给予限期整改，整改期间暂停接收新业务

申请，整改期满仍不符合规定的，终止或解除服务协议。

第十八条 定点护理服务机构应严格执行医疗保障有关规定，认真履行服务协议，医疗保障经办机构应依规依约做好费用审核、稽核检查。医疗保障行政部门要依法依规做好监督管理，规范定点护理服务机构行为。

第十九条 定点护理服务机构应按医疗保障经办管理的要求做好与长护保险信息系统对接。按照《中华人民共和国数据安全法》相关要求，做好信息安全管理，确保参保人员信息安全不泄露。建立健全护理服务、财务会计、药品、器具、耗材等管理制度。加强业务培训，提高护理服务水平，为参保人员提供优质、安全的护理服务。

第二十条 本办法自2024年5月1日起施行，有效期3年。国家和省另有规定的，从其规定。

附件：1.潍坊市长期护理保险定点护理服务机构申请表

2.潍坊市长期护理保险定点护理服务机构评估表

附件 1

潍坊市长期护理保险定点护理服务机构
申 请 表

申请单位：_____

申请日期：_____

潍坊市医疗保险事业中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或签字笔填写或打印，要求字迹工整清楚，内容客观真实。

二、医疗机构、护理院提供医保定点资质证明（定点服务协议等）；养老服务机构提供《营业执照》、《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件及《设置养老机构备案回执》复印件，内设医疗机构的医保定点资质证明；护理站提供《医疗机构执业许可证》；其他具备专业护理服务能力的护理服务机构提供《营业执照》、《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件；与定点医疗机构合作的，提供合作定点医疗机构医保定点资质证明及合作协议。与长期护理保险政策对应的内部管理制度和财务制度文本；与长期护理保险有关的护理服务机构信息系统相关材料；纳入定点后使用长期护理资金的预测性分析报告；有等级的医疗机构需提供等级证明材料复印件。材料复印件均需加盖单位公章，用 A4 纸打印或复印，按顺序装订。

三、此表一式两份，经办机构和护理服务机构各留存一份。

机构名称（盖章）					
机构地址					
医疗机构执业 许可证登记号					
统一社会信用代码					
机构类别	□定点医疗机构　□护理院　□养老服务机构 □护理站　□专业护理服务机构				
医院级别	□社区　□一级　□二级　□三级				
所有制形式	□全民 □集体 □私人 □中外合资合作 □其他				
经营性质	□营利性　□非营利性				
法定代表人		联系电话			
主要负责人		联系电话			
联系人		联系电话			
床位数	共____张，其中医疗专护____张，机构护理____张， 医护型床位____张。				

人员构成	人员类别	总人数	高级职称	中级职称	初级职称
	医师				
	护士				
	护理员				
	长期照护师				
	医技人员				

<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td>其他人员</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>合　　计</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">申请服务项目</td><td colspan="4">□居家护理　　□机构护理　　□医疗专护</td></tr>
<tr><td>申请机构承诺</td><td colspan="5">本单位申请成为长期护理保险定点护理服务机构，并对以下事项作出承诺:
1. 所提供的资料真实、合法;
2. 签订服务协议前按要求完善医疗保障信息系统。
3.如承诺内容和材料与事实不符，愿接受经办机构解除服务协议、追缴相关长护保险费用等处理，并承担由此造成的一切后果。

（单位印章）

（法定代表人签章）:
申请时间:　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>医保经办机构意见</td><td colspan="5">经审核，资料齐全、有效，同意申报。

（印章）
经办人员:　　年　　月　　日</td></tr>
</table>

附表一

机构人员花名册

序号	姓名	科室	职务/职称	身份证号码	备注

附表二

大型仪器设备清单

序号	设备名称	购入价格（万元）	数量	收费标准（元/人次）

注：1.此表一式二份，经办机构和机构各留存一份。

2.本表所称大型仪器设备是指购入价格1万元以上的设备。

3.收费标准是指经行政部门批准的每人次收费标准价格。

附件2

潍坊市长期护理保险定点护理服务机构评估表

医疗专护、机构护理

护理服务机构名称:(加盖公章)　　评估日期:　年　月　日

序号	基本条件（一票否决制）	是否全部满足条件	
1	**医疗机构、护理院:** 取得有效的医疗机构执业许可证；具备我市医疗保险协议管理资格；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　　否□	
2	**养老机构:** 通过民政部门备案；具备医疗资质或与本市定点医疗机构签订合作服务协议；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　　否□	
序号	**评估项目（总分 100）**	**评分标准**	**得分**
1	依法与员工签订劳动合同，缴纳社会保险。（10 分）	未依法签订劳动合同、缴纳社会保险的，每人扣 1 分，扣完为止。	
2	应建立健全各类服务管理制度，包括但不限于服务质量管理制度、人员管理制度、药品与耗材管理制度、财务管理制度、安全管理制度、档案管理制度、信息管理制度、知情同意制度等。（16 分）	每少一项扣除 2 分。	
3	应配备相对固定的信息管理人员，保障网络畅通，具备能够满足医保结算、服务监管等要求的信息化设备。（6 分）	未配备相对固定信息管理人员的，扣 3 分；信息化设备不满足要求的，扣 3 分。	
4	护理专区独立设置。一级医疗机构床位数不少于 10 张；二级及以上医疗机构不少于 20 张；护理院不少于 10 张，养老机构护理床位数不少于 10 张，床位平均可使用面积不低于 5 ㎡。（16 分）	护理专区非独立楼层或未与其他区域隔离的，扣 8 分；床位数少于规定数量的，扣 8 分。	
5	满足无障碍设计要求。（6 分）	出入经由的过厅、走道、房间及其他需要到达的区域不得设门坎，地面不宜有高差，楼梯与坡道两侧必须设有符合标准的栏杆与扶手，未达到要求的每项扣 2 分。三层及以上建筑无电梯扣 6 分。	

6	配有完好有效可响应的紧急呼叫装置或为老年人配备可穿戴紧急呼叫设备；配备护理床、护理车等必要的护理服务设施。（10 分）	无紧急呼叫装置扣 10 分；无护理服务设施酌情扣分。	
7	每个居室设置适老化卫生间，卫生间门的开启净宽≥0.80m，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。设有紧急呼叫装置或为老年人配备可穿戴紧急呼叫装置（10 分）	无独立卫生间扣 10 分；无紧急呼叫装置的扣 10 分；卫生间适老化建设不到位的，每项扣 2 分，地面不平或有积水的扣 4 分。	
8	服务场所通风良好，干净整洁，空气清新无异味。（6 分）	通风条件整体良好，无憋闷感，局部空间有轻微异味，扣 1-6 分。 通风条件不佳，有憋闷感，存在较大异味，不得分。	
9	有专业的医疗护理和生活照料人员，人数配置分别达到本办法第八、九、十条规定的人员配备要求。（10 分）	达不到规定要求的不得分。	
10	熟悉我市基本医保和长护险政策。（5 分）	通过现场随机抽取工作人员提问，了解其对基本医保和长护险政策熟悉情况。熟悉或基本熟悉的得 5 分；不熟悉的，相应扣分。	
11	为失能人员建立档案、签订服务协议，定期评估，护理记录及时准确完整；设立档案室，具备储存 5 年档案的能力。（5 分）	失能人员档案、评估、记录材料不齐全的、不规范的，每项扣 2 分；无档案室扣 2 分，档案室管理不规范，储存能力不足的扣 2 分。	
合计			

经办机构名称：

评估小组人员签名：

经办机构负责人签名：

备注：评估得分≥85分的，评估为“合格”

潍坊市长期护理保险定点护理服务机构评估表

居家护理

护理服务机构名称:（加盖公章）　　评估日期:　年　月　日

序号	基本条件（一票否决制）	是否满足条件	
1	**医疗机构、护理院**：取得有效的医疗机构执业许可证；具备我市医疗保险协议管理资格；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　否□	
2	**养老机构：**通过民政部门备案；具备医疗资质或与本市定点医疗机构签订合作服务协议；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　否□	
3	**护理站**：在本市依法登记；取得《医疗机构执业许可证》或与本市定点医疗机构签订合作服务协议，具备医疗服务条件；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　否□	
4	**护理服务机构：**在本市依法登记；与本市定点医疗机构签订合作服务协议，具备医疗服务条件；正式运营 3 个月以上；自申请时一年内无行政管理部门处理或行政处罚记录。	是□　否□	
序号	**评估项目（总分 100）**	**评分标准**	**得分**
1	依法与员工签订劳动合同，缴纳社会保险。（8 分）	未依法签订劳动合同、缴纳社会保险的，每人扣 1 分，扣完为止。	
2	具有与开展业务相适应的固定服务场所和符合行业设置标准的设施设备。（10 分）	从申请之日起，服务场所使用权有效期限不低于 2 年。自有产权或使用权有效期 2 年以上的得 10 分，2 年以下不得分。	
3	应建立健全各类服务管理制度，包括但不限于服务质量管理制度、人员管理制度、药品与耗材管理制度、财务管理制度、安全管理制度、档案管理制度、信息管理制度、知情同意制度等。（16 分）	每缺少一项扣除 2 分。	

4	营业场所卫生环境及药品、器具的存放、保管情况。（8 分）	营业场所布置合理、整洁卫生；功能区独立使用；药品、器具的存放、保管符合理化性能要求；营业、办公和仓储区域应分开或隔离的；每一项不合规扣 2 分。	
5	应配备相对固定的信息管理人员，保障网络畅通，具备能够满足医保结算、服务监管等要求的信息化设备。 （10 分）	未配备相对固定信息管理人员的，扣 5 分；信息化设备不满足要求的，扣 5 分。	
6	建立常态化照护人员培训工作机制，制定相应培训及定期培训计划。（8 分）	无相应培训制度的，扣 4 分；无定期培训计划的，扣 4 分。	
7	有专业的医疗护理和生活照料人员，人数配置分别达到本办法第八、九、十、十一条规定的人员配备要求。（10 分）	达不到规定要求的不得分。	
8	熟悉我市基本医保和长护险政策。（8 分）	通过现场随机抽取工作人员提问，了解其对基本医保和长护险政策熟悉情况。熟悉或基本熟悉的得 8 分；不熟悉的，相应扣分。	
9	应制定突发事件应急预案，突发事件类型包括但不限于服务对象自伤、跌倒、噎食、误吸、走失、烫伤等，服务人员应熟练掌握应急预案。（12 分）	未制定应急预案的不得分；突发事件类型不全面的、服务人员掌握不熟练的相应扣分。	
10	为失能人员建立档案、签订服务协议，定期评估，护理记录及时准确完整；设立档案室，具备储存 5 年档案的能力。（10 分）	失能人员档案、评估、记录材料不齐全的、不规范的，每项扣 2 分；无档案室扣 2 分，档案室管理不规范，储存能力不足的扣 2 分。	
合计			

经办机构名称：

评估小组人员签名：

经办机构负责人签名：

备注：评估得分≥85分的，评估为“合格”

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构管理办法（试行）

第一条 为规范我市长期护理保险辅助器具租赁服务机构护理服务行为，提高服务水平，满足居家护理参保人员（以下简称“参保人员”）多元化护理服务需求，促进长期护理保险（以下简称“长护保险”）制度健康可持续发展，结合我市实际，制定本办法。

第二条 我市行政区域内辅助器具租赁服务机构的管理，适用本办法。

第三条 本办法所称辅助器具租赁服务机构，是指在我市依法成立，能提供辅助器具适配服务的辅助器具服务机构，可申请我市职工长护保险辅助器具租赁服务机构。

第四条 本办法所称辅助器具是指失能人员使用的，用于活动和参与，或为保护、支撑、训练、测量或替代身体功能（结构），或为防止损伤、活动或参与限制的器具。

第五条 辅助器具租赁服务机构管理坚持以人民健康为中心，遵循公平公正、公开透明；市场竞争、诚实守信；专业评估、择优确定；权责清晰、统一管理；动态监督、优胜劣汰原则，加强长护保险精细化管理，培育发展和有序规范辅助器具服务市场，为参保人员提供适宜的服务。

第六条 医疗保障行政部门负责制定辅助器具租赁服务机构管理政策，在资格申请、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、辅助器具租赁服务机构进行监督。医疗保障经办机构负责确定辅助器具租赁服务机构，并与辅助器具租赁服务机构签订服务协议，提供经办服务，开展协议管理、考核等。辅助器具租赁服务机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定为参保人员提供服务。

第七条 辅助器具租赁服务机构应具备以下条件:

（一）在我市依法独立登记的社会服务机构或企事业单位，在我市有仓储、消杀、办公等场所，经营范围为辅助器具适配服务的机构;

（二）具备完善的人事管理、财务管理、租赁管理制度，经营状况良好;

（三)根据参保人员需求为参保人员提供辅助器具配送安装、使用指导、维护保养、回收消毒等服务;

（四）信息管理系统满足长护保险信息化要求。

第八条 有下列情形之一的，不予受理申请:

（一）不符合本办法规定条件的;

（二）未依法履行行政处罚责任的;

（三）以弄虚作假等不正当手段申请的，自发现之日起未满3年的;

（四）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;

（五）法律法规规章等规定的其他不予受理的情形。

第九条 辅助器具租赁服务机构向当地医疗保障经办机构提出申请，提供以下材料:

（一）《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构申请表》（附件1);

（二）《营业执照》《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件（加盖公章);

（三）内部管理制度;

（四）租赁目录收费价格清单;

（五）硬件设备台账。

第十条 当地医疗保障经办机构按照下列程序确定辅助器具租赁服务机构:

（一）申请。有意愿承担辅助器具租赁服务的机构，可向医疗保障经办机构提出申请;

（二）受理。医疗保障经办机构收到申请后,核对申报材料。材料齐全的，即时受理；材料不齐全或有问题的，一次性告知辅助器具租赁服务机构补正。

（三）评估。医疗保障经办机构组织实施评估工作。评估工作至少由3名工作人员组成，评估内容（见附件2）包括申请材料核实、信息结算系统核查和现场查验。自受理申请材料之日起，评估期限不超过20个工作日。

评估结果分为合格和不合格。评估结果由评估人员和辅助器具租赁服务机构法定代表人或主要负责人签字确认。辅助器具租赁服务机构法定代表人或主要负责人拒不签字的，视为评估结果无效，自动放弃申请。

评估合格的，医疗保障经办机构进行社会公示，公示期为5个工作日。评估不合格的，医疗保障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个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

（四）签约。对于评估合格并公示无异议的的辅助器具租赁服务机构，医疗保障经办机构与其协商谈判，达成一致的，双方自愿签订服务协议。市医疗保障经办机构向社会公布辅助器具租赁服务机构信息，包括名称、地址等。

辅助器具租赁服务项目实行目录管理。根据资金运行情况和参保人员实际需求，我市长期护理保险辅助器具租赁服务共分护理床、轮椅车、防压疮（褥疮）垫等三类产品。后期根据运行情况适时调整。

第十一条 当地医疗保障经办机构与辅助器具租赁服务机构签订服务协议，明确双方权利、责任、义务，加强对服务过程的监督，促进辅助器具租赁服务机构规范服务行为，保证服务质量。同步建立服务质量考核评价和动态管理机制。

第十二条 服务协议有效期为1年。自通知签订服务协议之日起超过三个月未签订的，一年内不予签订服务协议；签订服务

协议超过三个月未开展业务的，取消服务协议。协议有效期满前3个月内，辅助器具租赁服务机构向当地医疗保障经办机构提出续签申请。医疗保障经办机构对辅助器具租赁服务机构履行服务协议情况进行考核。考核合格的辅助器具租赁服务机构，由医疗保障经办机构与其续签服务协议；考核不合格的，不予续签。协议期内有新增约定事项的，通过签订补充协议予以明确。

第十三条 辅助器具租赁服务机构应按医疗保障经办管理的要求做好与长护保险信息系统对接，自觉接受医保部门的监督管理。

第十四条 辅助器具租赁服务机构的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址、规模、性质等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内，向当地医疗保障经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第十五条 辅助器具租赁服务机构信息变更后，不符合规定条件或不能正常开展业务的，当地医疗保障经办机构给予服务协议中止、限期整改、终止或解除服务协议等处理。服务过程中，经营范围和服务能力达不到规定条件的，医疗保障经办机构给予限期整改，整改期间暂停接收新业务申请，整改期满仍不符合规定的，终止或解除服务协议。

第十六条 参保人员按照下列程序申请辅助器具租赁服务。

（一）租赁申请。参保人员根据自身需求，选择适宜产品，由本人或其监护人、委托代理人向辅助器具租赁服务机构提出辅

助器具租赁申请，提交《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁申请表》（以下简称“申请表”，附件3）。

（二）审核受理。辅助器具租赁服务机构收到参保人员的申请表后，应在2个工作日内对申请表进行审核受理。审核不通过的，一次性告知原因，指导参保人员对申请表进行补充、修正；审核通过的，及时受理。

（三）适配评估。辅助器具租赁服务机构应在5个工作日内组织2名工作人员开展上门适配评估，其中至少1名人员具有辅助器具适配专业资质，评估过程需拍照留档。适配人员按照《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表》（以下简称“需求评估表”，附件4）提出适配建议，明确适配辅助器具的品种类型；对不符合租赁条件的参保人员，应当场向参保人员或其监护人、委托代理人说明不予配置的理由。需求评估表由双方签字确认。辅助器具租赁服务机构应在2个工作日内将需求评估表送达至当地医疗保障经办机构。

（四）复审核定。医疗保障经办机构在辅助器具租赁服务机构提交需求评估表后的5个工作日内，对需求评估表以及辅助器具租赁服务机构上门适配评估情况进行复核，并出具《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁意见书》（以下简称“租赁意见书”，附件5）。辅助器具租赁服务机构在5个工作日内将租赁意见书送达参保人员或其监护人、委托代理人。

（五）租赁服务。参保人员或其监护人、委托代理人依据租

赁意见书与辅助器具租赁服务机构签订租赁协议，协议签订完成后，辅助器具租赁服务机构提供辅助器具配送安装、使用指导等服务。自出具租赁意见书之日起，在15个工作日内完成。

（六）退租管理。参保人员因住院或入住养老机构、去世、失能状态改变等原因不再需要辅助器具租赁服务或不符合长护保险支付条件等情形时，本人或其监护人、委托代理人应及时向当地医疗保障经办机构提出退租申请，提交《潍坊市长期护理保险辅助器具退租申请表》(附件6)，医疗保障经办机构应即时受理退租申请。辅助器具租赁服务机构在退租受理后的5个工作日内上门回收辅助器具。参保人员或其监护人、委托代理人应做好协助配合。

第十七条 辅助器具租赁费用实行按日结算。经评估符合辅助器具租赁条件的参保人员自辅助器具入户当日（以系统时间为准）起享受辅助器具待遇支付，自受理退租申请次日起停止待遇支付。应由长护保险资金支付的辅助器具租赁服务费用，由当地医疗保障经办机构按月与辅助器具租赁服务机构结算；应由参保人员个人支付的辅助器具租赁服务费用，由辅助器具租赁服务机构定期与参保人员结算。参保人员因住院或入住养老机构、去世等不具备辅助器具租赁待遇享受资格的，其辅助器具租赁费用长护保险资金不予支付。

第十八条 辅助器具租赁服务机构应按照长期护理保险信息管理的相关要求配置信息系统、配备相关工作人员。辅助器具租

赁服务机构应按照《中华人民共和国数据安全法》相关要求，做好信息安全管理，确保参保人员信息安全不泄露。

第十九条 辅助器具租赁服务机构应建立健全辅助器具使用风险防控管理机制。

（一）辅助器具租赁服务机构应建立健全风险管理内控制度，与参保人员或其监护人、委托代理人签订服务协议，明确双方权责义务和风险防控等内容。

（二）辅助器具租赁服务机构应事先做好充分评估并制定防范措施，建立定期自查、回访制度，发放使用手册，指导参保人员及其监护人、委托代理人正确使用。

（三）辅助器具租赁服务机构应开通咨询服务热线，对参保人员及其监护人、委托代理人报修或咨询电话及时响应，并及时上门查看维修。

（四）辅助器具租赁服务机构应加强员工安全教育培训，提高风险意识和应急处置能力。

第二十条 辅助器具租赁服务机构应严格执行医疗保障有关规定，认真履行服务协议。医疗保障行政部门要加强对长期护理辅助器具租赁服务机构监督管理，规范辅助器具租赁服务机构行为。

第二十一条 本办法自2024年5月1日起施行，有效期3年。国家和省另有规定的，从其规定。

附件：1.潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构申请表

2.潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构评估表

3.潍坊市长期护理保险辅助器具租赁申请表

4.潍坊市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表

5.潍坊市长期护理保险辅助器具租赁意见书

6.潍坊市长期护理保险辅助器具退租申请表

附件 1

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构申请表

申请单位：_____

申请日期：_____

潍坊市医疗保险事业中心统一印制

填 写 说 明

一、本表用钢笔或签字笔填写或打印，要求字迹工整清楚，内容客观真实。

二、《营业执照》或《民办非企业单位（法人）登记证书》或《事业单位法人证书》副本复印件（加盖公章）；人事管理、财务管理、租赁管理等制度；配送安装、使用指导、维护保养、回收消毒等服务清单；租赁目录收费价格清单；硬件设备台账。材料复印件均需加盖单位公章，用A4纸打印或复印，按顺序装订。

三、此表一式两份，医疗保障经办机构和辅助器具租赁服务机构各留存一份。

机构名称（盖章）			
统一社会信用代码			
机构地址			
仓储地址			
所有制形式	□全民 □集体 □私人 □中外合资合作 □其他		
经营性质	□营利性 □非营利性		
法定代表人		联系电话	
主要负责人		联系电话	
联系人		联系电话	
工作人员配备情况	共____人		
申请机构承诺	本单位申请成为长期护理保险辅助器具租赁服务机构，并对以下事项作出承诺: 1. 所提供的资料真实、合法; 2. 签订服务协议前按要求完善医疗保障信息系统。 3.如承诺内容和材料与事实不符，愿接受经办机构解除服务协议、追缴相关长护保险费用等处理，并承担由此造成的一切后果。 （单位印章） （法定代表人签章）: 申请时间: 年 月 日		
医保经办 机构意见	经审核，资料齐全、有效，同意申报。 （印章） 经办人员: 年 月 日		

附件 2

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构评估表

辅助器具租赁服务机构名称:（加盖公章）　　评估日期:　年　月　日

项目（满分 100 分）		评分说明	评分依据	得分情况	扣分说明
机构概况（20 分）	人员配备（12 分）	1.该长护辅助器具租赁项目全市范围内配备工作人员 16 人及以上的，得 5 分；12-15 人的，得 3 分；8-11 的，得 2 分；少于 8 人的，不得分；（5 分）	查看员工花名册； 申请机构与工作人员签订的在有效期内的劳动合同及社保缴纳证明； 康复治疗等专业人员相关证明材料等。		
		2.工作人员中康复治疗、护理学、临床医学专业的不少于 2 人，得 1 分（1 分）			
		3.辅助器具适配人员不少于 5 人，每少 1 名扣 1 分，扣完为止；（5 分）			
		4.至少配备 1 名信息化专业的人员，负责长护险信息系统和网络安全工作，得 1 分，否则不得分。（1 分）			
	租赁经验（4 分）	5.申请机构或其集团内企业在国家长护险试点城市具备长护险辅助器具租赁服务经验，服务能力、流程制度、服务经验较为成熟专业的，得 4 分。（4 分）	服务协议等证明材料。		
	服务规划（4 分）	6.申请机构正式运营三个月以上，得 2 分。（2 分）	营业执照等，截止至材料提交日。		
		7.申请机构对我市长护险辅助器具租赁服务制定详细的服务计划和规划的，得 2 分。（2 分）	服务计划和规划等资料。		

服务能力（50 分）	**仓储、洗消能力（20 分）**	8.按照《康复辅助器具租赁第 2 部分：消洗消毒规范》（MZ/T175.2—2021）的要求，建立相关制度和流程标准，制度内容合理详实。在我市范围内自建洗消场所的，得 5 分；洗消场所非自建的，不得分。（5 分）	洗消场所应符合《康复辅助器具租赁第 2 部分：清洗消毒规范》（MZ/T 175.2—2021）相关要求；查阅场地房产证复印件、租赁协议、现场图片或施工图纸、营业执照或行政部门受理通知书及设备采购协议、相关制度和流程标准、相关合作协议等。		
		9.洗消场所配置专业清洗消毒设备，实际使用面积达到 300 平方米（含）以上的，得 5 分；否则不得分。（5 分）			
		10.我市范围内配置的仓储场所，功能划分合理，辅助器具包装后入库储存。实际使用面积达到 600 平方米（含）以上，得 5 分；否则不得分。（5 分）	房产证复印件、租赁协议、现场图片或施工图纸、采购意向书、相关承诺书等。（仓储场所面积与洗消场所不重复计算）。		
		11.承诺在服务协议签订后 20 个工作日内仓库内每种（护理床、轮椅车、防压疮（褥疮）垫）辅助器具备货超过 50 件（含）的，得 2 分，超过 100 件（含）的，得 5 分；备货少于 50 件的，不得分。（5 分）			
	适配安装使用指导能力（8 分）	12.应建立标准的适配服务流程、适配服务质量监督及评价方案，以及辅助器具安装人员、使用指导人员的技能考核制度，建立上门服务风险管理机制，防范各类意外风险。履行服务风险告知义务。方案内容合理，完整全面、服务流程清晰的，得 5 分；方案内容较为合理，不够完整全面、服务流程不够清晰的，得 3 分；方案内容不合理、服务流程不清晰的，不得分。（5 分）	工作方案、考核制度、风险管理制度等。		
		13.服务车辆配备。自有运输车辆的，得 3 分；租赁车辆并签订 1 年以上租赁合同的，得 2 分；否则不得分。（3 分）	车辆产权证复印件、租赁合同、车辆照片等材料。		

	服务展示能力（12 分）	14.在我市设立服务网点的，得 3 分，每增加 1 家服务网点加 1 分，最高得 5 分。（5 分）	场地租赁协议、现场图片、装修方案等相关证明材料。		
		15.申请机构设置标准辅助器具展示服务场所，得 5 分，否则不得分。（5 分）	展示服务场所净使用面积在 60 平米以上；配备专人提供咨询讲解等服务；设有标识牌的长期护理保险辅助器具租赁咨询服务台和意见箱；在显著位置张贴长期护理保险标识、辅助器具租赁服务政策、流程及客服热线等。		
		16.设立售后服务专线的，得 2 分。（2 分）			
	信息化支撑能力（10 分）	17.辅助器具应一品一码，实现对辅助器具采购、租赁、消杀、仓储一体化管理，可追溯，得 5 分。（5 分）	工作方案、系统演示等。		
		18.应实现业务全流程监管，包括辅助器具设备、服务过程、租赁真实性等，并提供信息化解决方案，可与我市长期护理保险系统实现对接，得 5 分；否则不得分。（5 分）	工作方案、系统演示等。		

辅助器具管理情况（20 分）	**辅助器具租赁服务管理方案（10 分）**	19.服务流程包括规范的辅助器具适配、上门安装、使用指导、回访、维修保养、回收消毒服务流程。费用结算包含符合长期护理保险辅助器具结算流程（含个人结算和长护险基金结算），包含设立专款账户，用于参保人员个人支付部分资金管理。服务方案完整全面，内容合理的，得 5 分；服务方案较完整全面，内容较为合理的，得 2 分；服务方案不全面，内容不合理的，不得分。（5 分）	对照《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构管理办法》和《行业标准-康复辅助器具器具租赁服务规范》（MZ/T 175.1—2021）等文件要求，制定服务方案。服务方案应包括调研潍坊市市场后形成的辅助器具租赁服务方案，内容包括但不限于进度安排、团队组成、服务流程、物流配送网络、费用结算五个部分，做到管理规范化、服务标准化方案。内容完整全面、清晰详实，能满足租赁服务需要等。		
		20.建立财务、人员、服务、质量、档案、信息、风险等各项管理制度。各项管理制度齐全完备，内容合理，得 5 分；各项管理制度较为完备，内容较为合理的，得 3 分；各项管理制度设置不全，内容不合理的，不得分。（5 分）	财务、人员、服务、质量、档案、信息、风险等相关管理制度。		
	辅助器具产品展示情况（10 分）	21.经营辅助器具产品的类别、型号、规格、产地、租赁价格、销售价格等相关情况，在醒目位置固定张贴。项目标注清晰完整，并在醒目位置固定张贴的，得 10 分；项目部分标注清晰，并在醒目位置固定张贴的，得 5 分；未标注、未在醒目位置固定张贴的，不得分。（10 分）	提供经营辅助器具产品的类别、型号、规格、产地、租赁价格、销售价格等相关情况。		
政策熟悉情况（10 分）	**了解医保政策情况（10 分）**	22.熟悉我市基本医保和长护险政策。了解其对我市基本医保和长护险政策熟悉情况。熟悉或基本熟悉的得 10 分；不熟悉的，相应扣分，扣完为止。（10 分）	通过现场随机抽取工作人员提问。		

经办机构名称：　　评估小组人员签名：　　经办机构负责人签名：

备注：评估得分≥85 分的，评估为“合格”。

附件 3

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁申请表

（由参保人或其监护人、委托代理人填写）

<table>
<tr><td>参保人姓名</td><td></td><td>参保人身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>参保地</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>家庭现住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>监护人身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>与参保人关系</td><td></td><td>监护人联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>失能等级</td><td>□重度　□中度</td><td>居家护理
服务机构</td><td></td></tr>
<tr><td>资金支付政策</td><td colspan="3">1.经失能等级评估符合我市长护保险待遇享受条件、选择居家护理服务、有护理服务辅助器具配置需求、经适配评估确认需要配置辅助器具的失能人员享受辅助器具租赁待遇；
2.辅助器具租赁服务费用职工长护保险资金按照 50%比例支付，每类器具每天最高支付 5 元；其余费用由个人承担。
3.个人负担的部分直接支付给辅助器具租赁服务机构；
4.参保人员入住定点护理机构或住院期间，暂停享受辅助器具租赁服务待遇；
5.在同一租赁期内，每类产品中只允许选择一个。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">辅助器具租赁服务选择</td><td colspan="3">1.□ 护理床　　2.□ 轮椅车　　3.□ 防压疮（褥疮）垫</td></tr>
<tr><td colspan="3">租赁期：租赁期原则上不少于 90 天；
租金个人支付计算：【租金＝租赁天数×日租金额×个人支付比例】</td></tr>
<tr><td colspan="4">温馨提示：根据政策规定，参保人员申请享受长期护理保险辅助器具租赁服务，须接受适配人员入户对参保人进行辅助器具适配评估，包括自理能力评估、查看病历资料、家居环境、询问病情、检查身体等工作。适配评估需全程拍照存档，参保人及其监护人应给予积极配合。不予配合导致无法完成辅助器具适配评估和确认工作的，终止受理申请。
监护人办理申请辅助器具租赁服务相关事宜（包括辅助器具租赁服务申请、辅助器具品类选择、服务协议签订、支付费用等），视同参保人全权委托监护人办理上述事项，认可申请过程中所签署的相关资料，并承担相应的法律责任。</td></tr>
<tr><td colspan="4">□已阅并同意上述内容。
参保人或监护人签名：
申请日期：</td></tr>
</table>

附件 4

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁需求评估表

<table>
<tr><td>参保人姓名</td><td></td><td>参保人身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>参保地</td><td></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td>家庭现住址</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>监护人姓名</td><td></td><td>监护人身份证号</td><td></td></tr>
<tr><td>监护人联系电话</td><td></td><td>与参保人关系</td><td></td></tr>
<tr><td>失能等级</td><td>□重度
□中度</td><td>疾病情况</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">评估参照标准</td></tr>
<tr><td>辅助器具申请信息</td><td>评估项目</td><td>程度描述</td><td>适配建议</td></tr>
<tr><td rowspan="9">1.护理床
2.轮椅车
3.防压疮（褥疮）垫</td><td>长期卧床</td><td>□长期卧床，有静脉栓塞症状
□长期卧床，局部皮肤长期受压，有褥疮
□长期卧床，有肠胃功能紊乱，便秘症状</td><td rowspan="9">□护理床
□轮椅车
□防压疮（褥疮）垫

□不予配置
不予配置理由：

（注：轮椅最多选择一种产品）</td></tr>
<tr><td>翻身</td><td>□不需要外力协助，可自行翻身
□自行翻身困难，需借助外力进行翻身
□需长期仰卧，不能翻身</td></tr>
<tr><td>坐起</td><td>□不需要外力协助，可自行坐起
□自行坐起困难，需借助外力坐起
□需一直卧床，不能坐起</td></tr>
<tr><td>站起</td><td>□不需要外力协助，可自行站起
□需借助辅助器具，例如借助扶手站起
□只能坐，不能站起</td></tr>
<tr><td>移动</td><td>□不需要外力协助，可以自行走动
□需旁人搀扶并且保护进行走动
□不能自行走动</td></tr>
<tr><td>排泄</td><td>□能控制
□不能控制</td></tr>
<tr><td>疼痛</td><td>□腰疼□颈椎疼□坐骨神经疼□关节疼痛</td></tr>
<tr><td>炎症</td><td>□有炎症□无炎症</td></tr>
<tr><td colspan="4">参保人或监护人签名：　　评估人员签名（盖章）：

年　　月　　日</td></tr>
</table>

附件 5

潍坊市长期护理保险辅助器具租赁意见书

参保人姓名:　　身份证号码:
参保地:　　现居住地址:

根据《潍坊市长期护理保险辅助器具租赁服务机构管理办法（试行）》,经评估,您的辅助器具适配意见为:

□给予配置,配置如下辅助器具:

护理床	□是　　□否
轮椅车	□是　　□否
防压疮（褥疮）垫	□是　　□否

□不予配置,理由:

医疗保障经办机构:

年　　月　　日

注:本意见一式三份,被评估人、经办机构、辅助器具租赁服务机构各执一份。

附件 6

潍坊市长期护理保险辅助器具退租申请表

（由参保人或其监护人、委托代理人填写）

参保人姓名		参保人身份证号	
参保地		联系电话	
家庭现住址			
监护人姓名		监护人身份证号	
与参保人关系		监护人联系电话	
退租辅助器具服务选择	□护理床 □轮椅 □防压疮（褥疮）垫		
退租原因	□参保人住院或入住养老机构 □参保人失能状态改变 □参保人去世 □其他（需详细填写）:		
□本人已阅并同意上述内容。 参保人或监护人签名：　　申请日期：			