

# 淮安市医保中心文件

淮医保中心发〔2023〕5号

---

## 关于开展长期护理保险定点护理机构 首批遴选工作的通知

各县（区）医保经办机构、各养老（医疗）护理机构、居家上门服务机构：

为促进我市长期护理保险（以下简称“长护险”）事业发展，根据《市政府关于印发淮安市长期护理保险实施方案的通知》（淮政规〔2023〕2号）、《关于印发〈淮安市长期护理保险定点服务机构协议管理办法（试行）〉的通知》（淮医保发〔2023〕35号）等文件精神，结合实际情况，现就淮安市护理服务机构（以下简称“护理机构”）定点遴选工作相关情况通知如下：

护理机构遴选工作实行属地管理，市区范围内依法成立，具备从事护理服务的各类医院、护理院、社区卫生服务中心、镇卫生院、各类养老服务机构、残疾人托养康复机构以及能够提供居家护理服务的服务机构，按行政审批登记所在区域向市、县区医保经办机构（以下简称“经办机构”）提出申请。

## 一、申请条件

### （一）基本条件

1.本市范围内依法成立的具备从事长期护理服务资质的医疗机构、养老服务机构、残疾人托养康复机构以及能够提供居家护理服务的其他服务机构。

2.取得有效的《营业执照》或《民办非企业单位登记证书》或《事业单位法人证书》等护理服务资质证明材料。

3.财务管理制度健全，会计账簿及财务报表、服务设施设置等应符合国家相关规定。具有其他符合长护险要求的相关制度，包括但不限于人员管理制度、技能培训制度、费用结算制度等。

4.申请定点的地址、护理服务等内容与所持证照一致。

5.人员配备符合行业规范，从业人员具备护理服务专业知识和能力；服务人员依法签订劳动（劳务）合同，且劳动（劳务）合同在有效期内，依法参加社会保险，及时足额缴纳社会保险费。

6.明确长护险管理部门、长护险工作负责人，配备专（兼）职管理人员，建立健全与长护险服务相适应的内部管理制度，落实长护险政

策宣传、护理服务质量管理工作。

7.机构成立时间不少于3个月；提出申请前6个月内（开业不足6个月的从开业至申请之月）未受到相关管理部门行政处罚。

## （二）其他条件

### 1.医疗机构

（1）二级及以下医保定点康复、护理等医疗机构。

（2）机构内部设置独立的长护险服务区域和相应的设备、设施和器材等，护理区床位不少于10张。

（3）专职护理服务从业人员与护理床位之比不低于1:5。

### 2.养老服务机构、残疾人托养康复机构

（1）具备一定的医疗护理服务条件。养老服务机构、残疾人托养康复机构应当就近与至少1家定点医院、社区卫生服务中心或护理院签订医疗服务合作协议。

（2）为入住机构的参保失能人员独立设置护理区域及护理床位。

### 3.能够提供居家上门护理服务的其他服务机构

（1）有固定的经营活动场所，面积不低于150平方米，设有办公室、财务室、会议室、培训室、档案室等，有连接护理服务监管信息系统的设备和固定电话服务专线。

（2）专职护理服务从业人员不低于10名。

（3）营业执照经营范围或业务范围须有居家养老、护理服务内容。

（4）护理人员需持经人社部门备案的职业技能等级认定机构颁发



的护理员技能等级证书。

(5) 有专人负责护理服务人员的培训工作。

居家上门服务机构所属服务网点，需有固定的经营活动场所，面积不低于 100 平方米；专职护理服务从业人员不低于 5 名，需持经人社部门备案的职业技能等级认定机构颁发的护理员技能等级证书。

## 二、申请时间

首批定点护理机构遴选申请时间为 2023 年 10 月 11 日至 2023 年 10 月 24 日，逾期不再受理。

## 三、申请材料

(一) 长护险定点护理机构申请表。

(二) 下列材料的正本或副本原件及复印件：

1. 医疗机构提供《营业执照》、《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》及《医疗机构执业许可证》。

2. 养老服务机构、残疾人托养康复机构提供《营业执照》或《养老机构设立许可证》、《民办非企业单位登记证书》。

3. 提供居家护理服务的其他服务机构提供相关行政部门颁发的护理服务资质证明材料。

4. 申请长护险定点护理机构提供护理服务区域设置示意图、护理区床位张数证明。

5. 人社部门备案的职业技能等级认定机构颁发的护理员技能等级证书，医疗卫生专业技术人员职称及注册证明。

(三) 内部管理制度目录、会计账簿、财务报表、服务设施设备清单及护理服务项目收费价格清单。

以上申请材料按照《淮安市长期护理保险定点护理机构申请表》(附件1)的要求格式填报,使用A4规格纸张打印,加盖申请机构公章、目录清单、标注页码,将《淮安市长期护理保险定点护理机构申请表》作为封面,按顺序排列,装订成册,书脊标注护理机构名称及申请日期。

#### 四、受理地点

| 序号 | 受理部门    | 地址                             | 联系电话          |
|----|---------|--------------------------------|---------------|
| 1  | 淮安市医保中心 | 清江浦区翔宇中道150号政务服务中心北217室        | 0517-83999700 |
| 2  | 淮阴区医保中心 | 淮阴区长江东路6号区政务服务中心一楼医保中心(综合办公室一) | 0517-80865583 |
| 3  | 淮安区医保中心 | 淮安区承恩大道30号医保中心5楼508室统筹管理科      | 0517-85950712 |
| 4  | 洪泽区医保中心 | 淮安市洪泽区微山湖路政务中心医疗保障局三楼302室      | 0517-80921368 |
| 5  | 涟水县医保中心 | 涟水县泰山路9号涟水县行政审批局一楼C区24号窗口      | 0517-82396612 |
| 6  | 盱眙县医保中心 | 盱眙县企业服务大厦审批中心一楼20号窗口           | 0517-89720797 |
| 7  | 金湖县医保中心 | 金湖县园林南路288号市民中心一楼东二厅11号窗口      | 0517-86902063 |

#### 五、申请流程

具备第一条规定条件及要求的护理机构,在规定的时间内向所辖

区经办机构提出定点申请：

### （一）材料受理

护理机构需向辖区内经办机构递交《淮安市长期护理保险定点护理机构申请表》以及填表说明中所列的其他相关材料。

经审核符合要求的，在收到申请材料之日起5个工作日内送达《受理通知书》；对提交材料不符合要求的，在3个工作日内发《补正材料通知书》给申请人，一次性告知补正内容，申请人逾期不补正的视为放弃申请；对属于“不予受理”范围的，出具《不予受理通知书》。

### （二）材料审核

经办机构通过资料审查、信息查询等形式，对护理机构的申报材料和信息进行审核，对护理机构及其法定代表人、主要负责人或实际控制人的信用状况等进行评估。

### （三）评估评审

对已受理的护理机构，经办机构应及时完成实地评估和资质评审。评估评审结合护理机构的财务状况、人员配备、服务能力等开展竞争性遴选，经办机构根据评估评审结果确定长护险定点护理机构名单。

### （四）社会公示

经办机构按照《淮安市长期护理保险定点护理机构验收评估表》（附件4）进行评估，将评估通过的定点护理机构名单，在政府网站进行公示，接受公众监督，公示期为5个工作日，公示有异议且查实不符合长护险定点条件的，不予纳入长护险定点协议管理范围。



## **（五）协议签约**

经办机构对通过公示的申请机构进行协商谈判，签订服务协议，服务协议应明确双方的权利、义务和责任。服务协议有效期原则上为 1 年。长护险定点服务机构需配备符合长护险信息管理、服务要求的软硬件设施设备，并保证网络安全畅通。

## **六、不予受理情形**

护理机构有下列情形之一的，定点申请不予受理：

（一）不符合定点评估条件及要求的。

（二）未按规定内容申报相关材料、申报材料不齐全或者不符合规定的。

（三）提供虚假申报材料等不正当手段申请定点，自发现违规行为之日起未满 1 年的。

（四）法定代表人、主要负责人和实际控制人被列入失信被执行人名单的。

（五）因违反长护险规定被医保部门或其他行政部门做出行政处罚或责令整改，处于处罚期或整改期内的。

（六）因违反长护险服务协议有关约定被解除服务协议关系且未满 2 年的。

（七）其他违反国家法律法规和行政部门规章制度的。

## **七、其他事项**

（一）首批上门定点护理服务机构原则上市区（含清江浦区、经

开区)范围内不超过20家、服务网点不超过5家,其他各县区上门护理服务机构不超过5家、服务网点不超过5家。如数量超出,按综合评分由高到低选择机构入围。

(二)市区范围内由市医保中心统一组织遴选验收,清江浦区、经开区协助。在市本级、清江浦区、经开区范围内开展业务的,固定办公场所可只设置一处,面积不低于150平方米,人员及面积按照公司+网点配置要求增加。举例:服务市本级和清江浦区两个区域的,场所面积不低于200平方米,护理员配置不低于15名;服务市本级、清江浦区、经开区三个区域的,场所面积不低于250平方米,护理员配置不低于20名。

(三)申请纳入定点协议管理的护理机构,自申请之日起至定点确认期间,单位名称、单位地址、法定代表人、主要负责人或实际控制人不得作出变更,否则视作无效申请,不予确认。

(四)护理机构应严格按照本通知要求,如实填报相关执(营)业信息与申报资料,对提供材料的真实性和完整性做出承诺,不得弄虚作假。如机构有虚构、篡改材料等不诚信行为的,视作自动放弃本次护理机构定点申请。

(五)护理机构定点遴选工作接受监督,监督电话:

0517-83998009(市本级)

0517-82990060(涟水县)

0517-89735337(盱眙县)



0517-86936806（金湖县）

0517-85888676（淮安区）

0517-89736389（淮阴区）

0517-83732925（经开区）

0517-83832286（清江浦区）

0517-87229906（洪泽区）

- 附件：1. 淮安市长期护理保险定点护理机构申请表
2. 护理服务从业人员名册
3. 护理服务项目收费标准（范围）备案表
4. 淮安市长期护理保险定点护理机构验收评估表

淮安市医疗保险基金管理中心

2023年10月10日

---

淮安市社会医疗保险基金管理中心办公室 2023年10月10日印发

---

附件 1

## 淮安市长期护理保险 定点护理机构申请表

申请单位（盖章）\_\_\_\_\_

申 请 时 间 \_\_\_\_\_

## 填表说明

一、该表填写要求字迹工整清楚，内容真实。

二、申请单位提交本申请表时，需一并提交：

1. 营业执照或事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书，医疗机构提供《医疗机构执业许可证》副本；养老机构提供《养老机构设立许可证》副本或备案证；其他服务机构应提供相关行政部门颁发的养老或护理服务的资质证明，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》的副本，营利性机构提供《营业执照》的副本。

2. 申请单位《法人和其他组织信用信息概况》。（登录信用中国网（<https://www.creditchina.gov.cn/>），查询信用信息，下载信用信息报告）。

3. 法定代表人、主要负责人或实际控制人有效身份证复印件。

4. 护理服务从业人员名册（附件2），有效身份证复印件、社会保险参保证明，执业（助理）医师、执业护士、康复治疗师、健康照护师、养老护理员等职业资格证书复印件。

5. 业务用房产权证明或租赁合同复印件；服务能力介绍资料。

6. 《护理服务项目收费标准（范围）备案表》（附件3）。

7. 与长护险政策对应的内部管理制度、财务制度、信息管理制度和护理质量考核制度等。

8. 服务经验的相关证明材料；已提供服务的服务项目清单。

9. 《淮安市长期护理保险定点护理机构验收评估表》（附件4）中涉及的其它有关材料。

备注：上述材料均需加盖申请单位公章。



## 淮安市长期护理保险定点护理机构申报材料目录

| 序号 | 材料明细                                                      | 页码范围 |
|----|-----------------------------------------------------------|------|
| 1  | 淮安市长期护理保险定点护理机构申请表                                        |      |
| 2  | 《医疗机构执业许可证》、《养老机构设立许可证》正、副本复印件，复印件加盖申请单位公章，提供副本原件核查       |      |
| 3  | 《事业单位法人证书》或《民办非企业登记证书》或《营业执照》正、副本复印件，复印件加盖申请单位公章，提供副本原件核查 |      |
| 4  | 护理机构和法定代表人、主要负责人或实际控制人的信用状况                               |      |
| 5  | 法定代表人、主要负责人或实际控制人有效身份证复印件                                 |      |
| 6  | 护理机构用房产权证明或租赁合同（提供原件核查）相关资料复印件；护理服务企业场所平面布局图、企业所处地理位置图    |      |
| 7  | 内部管理制度目录，包含不限于人员管理制度、技能培训制度、财务制度、信息管理制度、护理质量考核制度          |      |
| 8  | 与就近医疗机构签订的合作服务协议（养老机构或残疾人托养康复机构填报）                        |      |
| 9  | 会计账簿及财务报表样式                                               |      |
| 10 | 服务设施设备清单                                                  |      |
| 11 | 服务项目（范围）及收费标准                                             |      |
| 12 | 工作人员花名册、申请协议管理前 3 个月工资支付凭证复印件，提供原件核查                      |      |
| 13 | 医技人员、专职护理员的执业证书、资格证书、职称证书的复印件，提供原件核查                      |      |
| 14 | 参加社会保险的证明材料（女 50 周岁，男 60 周岁以上的提供本地社保缴纳相关证明材料）             |      |
| 15 | 提供 6 个月内（开业不足 6 个月的从开业至申请之月）未受到相关管理部门行政处罚承诺书，并盖公章（样式自拟）   |      |
| 16 | 经办机构所需的其他材料                                               |      |

注：序号 2、3 所需材料根据机构类型及实际情况对应提供。

## 淮安市长期护理保险定点护理机构申请表

|                     |                                                                                                                       |      |                |      |           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------|------|-----------|
| 单位名称                |                                                                                                                       |      |                |      |           |
| 单位地址                |                                                                                                                       |      |                |      |           |
| 注册地址                |                                                                                                                       |      |                |      |           |
| 经营范围                |                                                                                                                       |      |                |      |           |
| 是否淮安市基本<br>医保定点医疗机构 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                 |      |                |      |           |
| 法定代表人               |                                                                                                                       | 身份证号 |                | 联系电话 |           |
| 主要负责人<br>或实际控制人     |                                                                                                                       | 身份证号 |                | 联系电话 |           |
| 经营性质                | <input type="checkbox"/> 营利 <input type="checkbox"/> 非营利                                                              |      |                |      |           |
| 机构类型                | <input type="checkbox"/> 医疗机构 <input type="checkbox"/> 养老服务机构、残疾人托养康复机构<br><input type="checkbox"/> 能够提供居家上门服务的其他服务机构 |      |                |      |           |
| 机构提供服务类型            | <input type="checkbox"/> 入住机构长护 <input type="checkbox"/> 机构提供上门长护                                                     |      |                |      |           |
| 统一社会<br>信用代码        | 号码:                                                                                                                   |      | 执业（设立）<br>许可证号 | 号码:  |           |
|                     | 有效期:                                                                                                                  |      |                | 有效期: |           |
| 申请证照                | 证照类型                                                                                                                  |      | 证照号码           |      | 审批部门及到期时间 |
|                     | 营业执照 <input type="checkbox"/>                                                                                         |      |                |      |           |
|                     | 民办非企业登记证书 <input type="checkbox"/>                                                                                    |      |                |      |           |
|                     | 养老机构设立许可证（备案） <input type="checkbox"/>                                                                                |      |                |      |           |
|                     | 医疗机构执业许可证 <input type="checkbox"/>                                                                                    |      |                |      |           |
|                     | 其他 <input type="checkbox"/>                                                                                           |      |                |      |           |
| 服务场所<br>情况          | 服务场所性质                                                                                                                |      | 服务场所面积         |      |           |
|                     | 自有 <input type="checkbox"/> 租赁 <input type="checkbox"/>                                                               |      | 建筑面积           |      |           |
|                     | 租期<br>(至×年×月)                                                                                                         |      | 护理区域面积         |      |           |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                   |  |          |  |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| 护理服务<br>网点情况                | 是否在淮安市各县区设立网点 <input type="checkbox"/><br>若有，已开展服务的服务网点个数：____个，分别是：_____县（区）                                                                                                                                                                     |  |          |  |
| 办公设施<br>设备数量                | PC 机____台、固定电话____部、打印机____台、扫描仪____台                                                                                                                                                                                                             |  |          |  |
| 医疗机构                        | 护理区床位数：                                                                                                                                                                                                                                           |  |          |  |
|                             | 护理人员数：                                                                                                                                                                                                                                            |  |          |  |
| 养老服务机<br>构、残疾人托<br>养康复机构    | 护理区床位数：                                                                                                                                                                                                                                           |  |          |  |
|                             | 护理人员数：                                                                                                                                                                                                                                            |  |          |  |
| 能够提供居家上门<br>护理服务的其他服<br>务机构 | 护理服务从业人数：                                                                                                                                                                                                                                         |  |          |  |
|                             | 服务内容：                                                                                                                                                                                                                                             |  |          |  |
| 业务管理<br>部门                  | 负责人                                                                                                                                                                                                                                               |  | 联系电话（手机） |  |
|                             | 业务联系人                                                                                                                                                                                                                                             |  | 联系电话（手机） |  |
| 申请单位<br>意见                  | <p>本单位自查符合淮安市长期护理保险定点护理机构遴选条件，自愿承担淮安市长期护理保险护理服务业务，申请成为淮安市长期护理保险定点护理机构，提供的材料真实、完整、有效。如承诺的内容和材料与事实不符，愿意接受经办机构解除服务协议、追回相关护理服务费用等处理，并承担由此造成的一切后果。</p> <p style="text-align: right;">法人代表签字（申请单位盖章）：</p> <p style="text-align: right;">年    月    日</p> |  |          |  |



企业场所平面示意图

|            |  |       |     |
|------------|--|-------|-----|
|            |  |       |     |
|            |  |       |     |
|            |  | 建筑面积： | 平方米 |
| 申请单位名称（盖章） |  | 制作日期  |     |

注：本图上北下南，请真实示意执业场所平面布局图（注明各场所的分布区域），准确填报实际业务用房面积并规范标注（单位：米）。

企业地点地理位置示意图

|                           |  |          |  |
|---------------------------|--|----------|--|
| <div>北</div> <div>↑</div> |  |          |  |
| 申请单位名称<br>(盖章)            |  | 制作<br>日期 |  |

注：本图上北下南，请真实示意申请单位的地理位置（单位：米）。

附件 2

护理服务从业人员名册

| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职务<br>(岗位) | 资格证书<br>名称 | 资格证照级别 | 资格证照<br>有效期 | 资格证照注<br>册号 | 劳动合同<br>(劳务协议)期限 | 人员<br>类别 | 参保状态 |
|----|----|----|-------|------------|------------|--------|-------------|-------------|------------------|----------|------|
| 1  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 2  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 3  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 4  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 5  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 6  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |
| 7  |    |    |       |            |            |        |             |             |                  |          |      |

(不够填写, 可另行附页)

单位名称 (盖章):

申报时间: 年 月 日

填写说明:

1. 职务 (岗位): 医生、护士、医疗护理员、养老护理员、管理人员、其他 (请列明具体岗位)。
2. 资格证照有执业 (助理) 医师、执业医师、康复治疗师、健康照护师、养老护理员、其他 (填写具体资格证照名称)。
3. 资格证照级别为初级、中级、高级。若资格证照无级别规定, 可不填。
4. 参保状态: 退休人员填写退休, 在职人员填写已参保缴费; 聘用已退休人员必须为在本地缴纳社会保险, 提供相关材料。

## 附件 3

护理服务项目收费标准（范围）备案表

| 编号 | 服务分类      | 服务内容     | 服务时长 | 频次 | 价格（元 / 次） | 备注 |
|----|-----------|----------|------|----|-----------|----|
| 1  | 基本生活照料    | 头面部清洁及梳理 |      |    |           |    |
| 2  |           | 口腔护理     |      |    |           |    |
| 3  |           | 洗发       |      |    |           |    |
| 4  |           | 手 / 足清洁  |      |    |           |    |
| 5  |           | 指 / 趾甲护理 |      |    |           |    |
| 6  |           | 助浴       |      |    |           |    |
| 7  |           | 协助更衣     |      |    |           |    |
| 8  |           | 协助进食 / 水 |      |    |           |    |
| 9  |           | 会阴清洁     |      |    |           |    |
| 10 |           | 便秘管理     |      |    |           |    |
| 11 |           | 理发       |      |    |           |    |
| 12 |           | 失禁护理     |      |    |           |    |
| 13 |           | 整理床单位    |      |    |           |    |
| 14 |           | 压疮预防     |      |    |           |    |
| 15 |           | 失禁护理     |      |    |           |    |
| 16 | 非医疗机构长护服务 | 安全护理     |      |    |           |    |
| 17 |           | 协助移动     |      |    |           |    |
| 18 |           | 便袋照护     |      |    |           |    |
| 19 |           | 协助排痰     |      |    |           |    |
| 20 |           | 鼻饲       |      |    |           |    |
| 21 |           | 关节活动     |      |    |           |    |
| 22 | 医疗机构长护服务  | 给药       |      |    |           |    |
| 23 |           | 留置胃管     |      |    |           |    |
| 24 |           | 压疮护理     |      |    |           |    |
| 25 |           | 灌肠       |      |    |           |    |
| 26 |           | 导尿       |      |    |           |    |
| 27 |           | 造口护理     |      |    |           |    |
| 28 |           | 步行训练     |      |    |           |    |
| 29 |           | 平衡训练     |      |    |           |    |
| 30 | 其他        | 床位费      |      |    |           |    |
| 31 |           | 生活费      |      |    |           |    |
| 32 |           | 伙食费      |      |    |           |    |
| 33 |           | .....    |      |    |           |    |

申请单位（盖章）：

填表时间：

年 月 日

注：机构根据实际情况填写，服务项目价格仅填报重度失能人员的服务项目及收费标准，有其他收费项目可补充在“其他”一栏。



## 护理机构服务设施设置清单

[illegible]

申请单位（盖章）：

填表时间: 年 月 日

## 附件 4

## 淮安市长期护理保险定点护理机构验收评估表

机构名称:

| 序号 | 长期护理保险定点护理机构基本条件<br>(一票否决制)                                                                                                                                   | 是否全部满足条件                                              |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1  | 医疗机构:取得淮安市基本医保定点资格;护理床位不少于 10 张;专职护理服务从业人员与护理床位之比不低于 1: 5。                                                                                                    | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 2  | 养老服务机构、残疾人托养康复机构:应当就近与至少 1 家定点医院、社区服务中心或护理院签订医疗服务合作协议;独立设置护理区域及护理床位。                                                                                          | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |
| 3  | (1)居家上门机构:机构成立时间不少于 3 个月;固定的经营活动场所,面积不少于 150 平方米,设有办公室、财务室、会议室、培训室、档案室等;专职护理服务从业人员不低于 10 名。<br>(2)居家上门服务机构所属服务网点,需有固定的经营活动场所,面积不低于 100 平方米,专职护理服务从业人员不低于 5 名。 | 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> |

  

| 序号 | 评估内容             | 评分标准                                                                                                                         | 得分 |
|----|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1  | 组织管理<br>(3 分)    | 设立长护险管理部门,明确长护险管理负责人的,得 3 分。                                                                                                 |    |
| 2  | 护理服务管理<br>(15 分) | 制定护理服务项目操作规范,内容科学合理,符合失能人员的护理需求的,得 10 分。                                                                                     |    |
|    |                  | 编制服务计划,根据服务对象的服务需求和失能状态确定服务项目,制定服务计划,计划应包含但不限于服务内容、服务方式、服务时间、服务人员配置、风险防范措施、特殊情况处理、注意事项等。制定服务计划合理的,得 5 分。                     |    |
| 3  | 内部管理制度<br>(15 分) | 建立完善岗位职责、护理防护及不良事件登记报告处理制度、档案管理制度(包括但不限于文书档案、财务档案、护理对象档案管理制度)、财务制度、培训及考核制度、客户投诉处理制度、质控制度、例会制度等;制度完善的,得 6-10 分;相对完善的,得 1-5 分。 |    |
|    |                  | 制定完善的监督考核及满意度评价机制的,得 5 分。                                                                                                    |    |
| 4  | 财务管理<br>(10 分)   | 财务管理制度健全规范,设置会计岗位,配备具备会计上岗资质的专(兼)职会计人员的,得 10 分(提供人员相关资质等证明材料)。                                                               |    |

|   |               |                                                                                  |  |
|---|---------------|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 5 | 培训管理<br>(10分) | 制定并实施培训计划, 定期开展护理服务专业培训, 有一次得1分, 最高得5分(提供相关培训记录台账等证明资料)。                         |  |
|   |               | 工作人员熟悉掌握淮安市长护险政策, 现场抽查, 回答流畅、理解正确无误的, 得5分。                                       |  |
| 6 | 人员配置<br>(20分) | 机构应与员工签订劳动合同, 并为员工办理社会保险, 有一名得2分, 最高得20分。                                        |  |
| 7 | 社会公示<br>(7分)  | 机构内醒目位置公布服务内容和收费标准的, 得3分;<br>政策宣传栏公布长护险相关政策的, 得2分;<br>公布投诉电话和设置意见箱(簿)的, 得2分。     |  |
| 8 | 硬件条件<br>(15分) | 具有开展长护险工作相适应的设施、设备、器材以及通讯工具等, 配备齐全, 完全满足护理需要的, 得8分; 没有或者设施设备损坏严重等不能满足工作需要的, 不得分。 |  |
|   |               | 办公室、财务室、会议室、培训室、档案室等区域格局合理的, 得1-2分; 不合理的, 不得分。                                   |  |
|   |               | 场所门面整洁、交通便利、场所内环境清洁卫生的, 得1-2分。                                                   |  |
|   |               | 提供服务时统一着装, 佩戴工牌, 语言文明、清晰的, 得3分; 未统一着装, 佩戴工牌的, 不得分。                               |  |
| 9 | 风险管理<br>(5分)  | 落实风险防范措施, 对服务人员进行服务风险教育, 服务人员能掌握登门服务的安全操作规范的, 得5分。                               |  |

注: 现场验收人员按照评估内容、评分标准进行审核, 现场验收人员不得少于2人。