

临沂市兰山区人力资源和社会保障局文件

兰人社发〔2018〕9号

关于印发《兰山区职工长期护理保险协议服务机构管理办法（试行）》的通知

现将《兰山区职工长期护理保险协议服务机构管理办法（试行）》予以印发，请各有关单位遵照执行。

兰山区人力资源和社会保障局

2018年1月1日



兰山区职工长期护理保险协议服务机构 管理办法（试行）

第一条 为加强我区职工长期护理保险协议服务机构（以下简称“协议机构”）管理，建立健全科学合理、运行高效的长期护理保障体系，切实维护参保失能人员长期护理权益，根据临沂市人民政府办公室《关于试行职工长期护理保险制度的意见》（临政办字〔2017〕23号）和兰山区人民政府办公室《关于印发职工长期护理保险制度试点工作方案的通知》（临兰政办发〔2017〕61号）等有关规定，制定本办法。

第二条 本办法所称协议机构，是指经区社保经办机构评估确定，并签订职工长期护理保险（以下简称“长护险”）服务协议，为参加长护险的失能人员提供长期护理服务的医院、护理院、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等医疗机构，各类养老服务机构等。

第三条 长护险由区社保经办机构牵头组织实施，负责制定各项规章制度，受理服务机构协议申请，进行机构评定，签订服务协议，明确双方责任、权利和义务，对签约机构进行协议管理、监督、考核，有效期1年。

第四条 协议机构应设立长护险管理办公室，明确专人负责，有与承担业务相适应的办公场所和明显标识，按管理要求建立健全各项规章制度，并上墙公示。配备专（兼）职管理人员和专职长护险待遇申请受理、初评人员，做好材料

收集、整理、报送等长护险管理工作。公布联系电话，负责长护险政策的宣传、解释工作。

第五条 经办机构定期或不定期对长护险服务情况进行检查，建立考核管理、信用等级评价、信息披露等制度，加强费用审核，对于协议机构违反规定和服务协议所发生的费用，经查实后，在与协议机构月结算时予以扣除。

第六条 协议机构应在服务对象或其家属携带相关相关材料提出长护险待遇申请后，3个工作日内按规定安排执业医师对申请人的病情和自理情况进行现场初审，并按照《日常生活能力评定量表》评定标准进行评估，初评符合条件的，3个工作日内通过信息系统进行网上申报。社保经办机构收到网上申请后，安排专业评估人员现场评估，7个工作日内提出评估意见。评估通过的，反馈至服务机构，评估通过日期即为核准建床的起始日期，有效期为1年。

第七条 存在以下情况的，不得进行长护险网上申报：不符合申请条件的，以及病情不稳定急需诊治的；执业医师、护士、养老护理员同期管理的在床服务对象已达到限制人数的。对不符合长护险办理条件的，协议机构应对参保人及家属做好解释工作；确需治疗的，告知参保人通过基本医疗保险住院、门诊规定病种、门诊统筹、个人账户等方式解决医疗护理需求。

第八条 协议机构或参保人员对经办机构评估意见有异议的，可在经办机构出具评估意见之日起10个工作日内书面提出申请，由经办机构予以解释或复核，逾期不再受理。

第九条 协议机构应在醒目处张挂长护险服务收费项目表，并将收费项目表报社保经办机构。在长期护理过程中严格操作规程，做到合理检查、合理治疗、合理控制费用。

第十条 协议机构为服务对象设立长护险建床、撤床登记簿和在床人员一览表并保存相关长期护理记录、病历。撤床后，应将服务对象的《申请表》、《日常生活能力评定量表》与在床期间的长期护理记录、病历、养老护理员工作记录等材料一并保存建立个人档案，并按要求录入上传经办信息系统。

第十一条 协议机构在专业评估人员评估通过之日起为服务对象建床并办理长护险信息系统联网登记，与服务对象签定长护服务协议，依据《兰山区职工长期护理保险服务项目》内容，除做好必选项目外，根据服务对象实际需求明确其他基础护理项目和照护项目，提供长护服务。因特殊情况须延期建床的，经审批后，方可办理联网登记；在有效期内，服务对象因中途结算或其他原因撤床后，仍需在原协议机构继续治疗的，可直接办理建床和联网登记手续。

因服务对象个人原因未及时办理建床联网登记的，登记之前所发生的费用由本人负担；因协议机构原因未按时办理的，其费用由协议机构承担。

第十二条 专护协议机构要建立专护与机构护理、居家护理和社区巡护之间的双向互转制度，对不符合专护条件但符合机构护理、居家护理和社区巡护条件的服务对象，及时办理互转手续；对本机构不提供机构护理、居家护理和社区

巡护服务或不符合条件的服务对象，及时为其办理撤床结算手续。

第十三条 协议医院对专护服务对象的建床与登记，按照住院管理有关规定执行。机构护理、居家护理和社区巡护服务对象须由执业医师、护士和养老护理员共同管理。协议机构工作人员根据服务对象实际需求提供居家护理服务，不限制天数；社区巡护服务每月不得少于 8 天。居家护理和社区巡护每天应填写《兰山区职工长期护理保险巡诊表》，由巡诊人员和服务对象(或家属)分别签字确认，长护险信息系统建立后，通过手机 APP 等方式，逐步实现线下管理和线上监控同步进行。

第十四条 每位执业医师、护士、养老护理员同期管理居家护理、社区巡诊服务对象分别不得超过 20 人、8 人、4 人。

第十五条 协议机构应详细记录服务对象诊疗信息，合理照护，每 3 个月进行一次自理能力评估；对需要转院治疗的，协助做好转诊服务。制定护理计划，根据服务对象自身情况和护理计划实施护理，记录《护理日志》，每 3 个月进行一次护理效果评价，填写《护理评价表》，根据护理效果或病情变化及时调整完善护理方案。康复治疗师(士)根据病人病情提供身心康复治疗 and 训练。养老护理员协助医护人员观察和护理病人，在护士指导下，可进行药物喂服、物理降温、压疮预防与护理等基础护理，以及标本送检、药品耗材发放等工作；高级护理员和护理技师还可参与健康教育、营养指导、康复训练、心理疏导等工作。

第十六条 专护、机构护理医疗文书管理参照住院管理有关规定执行。居家护理、社区巡护材料包含门诊病历、检查化验报告单、护理计划表、护理日志、护理评价表等相关资料。服务对象的医疗文书应与《申请表》、《日常生活能力评定量表》、《药品、医用耗材发放记录》、长期护理服务协议书等一起保管，以备经办机构查验。协议机构对所有服务对象相关材料要集中管理，对撤床结算服务对象相关材料要按卫计部门有关规定及时整理归档并长期保存。

第十七条 协议机构应严格遵守诊疗护理安全规范，依法依规搞好长期护理工作。开展居家护理、社区巡护的协议机构应遵守如下要求：

（一）原则上不开展静脉输液；确需在家中进行的静脉输液或其他特殊治疗的服务对象，须告知服务对象(或法定监护人)有关医疗风险，与服务对象(或法定监护人)签订知情同意后，方可进行相应治疗。

（二）生活不能自理或不具备完全民事行为能力的服务对象，在协议机构工作人员开展服务时应有法定监护人陪同在场。

（三）发现建床服务对象病情加重，应告知服务对象(或法定监护人)及时转到医院。如拒绝转院，做好相应记录并要求服务对象(或法定监护人)签字。

（四）发现服务对象患有传染病或者疑似传染病，及时协助转诊确诊，及时报告做好疫情登记，并指导法定监护人做好消毒隔离工作。医疗器械应按规范处理后带回协议机

构，按照医院感染规范要求及消毒隔离制度进行处理，防止交叉感染。

(五) 居家护理、社区巡护服务过程中产生的医疗废弃物应由工作人员按要求统一回收，并带回协议机构，按《医疗废物管理条例》等有关规定进行处置，不得将医疗废弃物留置居民家中。

第十八条 服务对象出现以下情况时，协议机构应及时办理撤床和结算手续，申报长护险待遇终止，协议机构应当按规定及时与服务对象联网结算，并打印《长期护理保险费用结算单》(以下简称《护理保险结算单》)，费用结算单须由服务对象或家属签字确认。

(一) 经长期护理后病情稳定或好转，自理情况改善，达不到长护险办理条件，不再需要长期护理的；

(二) 专护服务对象病情加重需转普通住院治疗的，或病情好转、自理情况改善、已不符合专护办理条件，但可以享受其他长护险待遇的，应及时办理专护撤床、结算和转出。

(三) 服务对象需变更协议机构的，应由原协议机构申报长护险资格终止，到新的机构重新申办。

第十九条 办理撤床手续的服务对象，在核准的有效期内需再次进行长期护理的，可直接到原协议机构办理建床手续；有效期满的，应按上述流程重新提出申请和审核。

第二十条 服务对象在享受长护险待遇期间因急诊在住院协议医疗机构发生的医疗费，急诊转入住院治疗的，按照基本医疗保险住院有关规定结算；未转入住院治疗，留观时间不足 24 小时的急诊医疗费，不超过 500 元部分经协议

机构审核同意纳入长护险结算，超出500元部分或留观时间超出24小时的急诊医疗费，由服务对象医疗保险个人账户支付或自费支付。

第二十一条 长护险费用实行“按床日付费，定额包干，超支不补”的结算管理办法。具体包干标准按服务协议中所选待遇类型支付。

第二十二条 协议机构应按规定及时上传服务对象在本机构发生的所有费用明细，每3个月为一个结算周期；需中断或结束长护险服务的，可随时办理结算及撤床手续。协议机构应按照服务对象在本机构实际发生费用与其结算个人自负部分，不得减免应由服务对象自负的费用。结算时，协议机构应出具正规发票，打印《护理保险结算单》和费用明细清单，结算单须由服务对象或家属签字确认。每月10日前，将上月与服务对象结算的长护险费用结算单及汇总单报送至经办机构。

第二十三条 长护险结算实行协议保证金制度，经办机构应在每月月底前拨付上月经审核合理的长护险费用的95%给协议机构，其余5%留作质量保证金，根据年度考核办法无息兑付质量保证金。

第二十四条 本办法自发布之日起实施，有效期至2018年12月31日。