东莞市医疗保障局文件

东医保〔2026〕28号

东莞市医疗保障局关于印发《东莞市长期护理保险护理服务机构定点资源配置方案》的通知

各医疗保障分局、松山湖社会事务局，市医疗保障事业管理中心，各有关机构：

为加强我市长期护理保险护理服务机构定点管理，规范服务行为，现将《东莞市长期护理保险护理服务机构定点资源配置方案》印发给你们，请认真贯彻落实。

特此通知。

东莞市医疗保障局

2026年9月30日

东莞市长期护理保险护理服务机构定点资源配置方案

为加强我市长期护理保险护理服务机构（以下简称长护服务机构）定点管理，规范服务行为，提高长期护理保险（以下简称长护险）基金使用效能，根据《国家医疗保障局办公室关于印发〈长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕21号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈长期护理保险经办规程（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕22号）等文件精神，结合我市实际，制定本方案。

一、机构定义和服务类型

（一）机构定义

本文所称定点长护服务机构，是指依法成立，经审核合格后与市医疗保障经办机构（以下简称医保经办机构）签订长期护理保险服务协议（以下简称长护协议），为符合享受长护险待遇条件的参保人员，提供长期护理服务（以下简称长护服务）的养老机构、医疗机构或其他服务机构（限业务范围包括养老服务或照护服务或护理服务的法人机构，下同）。

（二）服务类型

我市定点长护服务机构提供的长护服务类型主要分为居家护理、社区护理和机构护理。

二、定点配置要求

长护服务机构定点管理坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，市医疗保障行政部门根据参保人员长护服务需求、长护险基金收支、长护服务资源等情况，统筹规划我市定点长护服务机构的配置并动态调整；市医保经办机构根据实际长护服务需求，将符合准入要求的机构纳入长护服务定点管理，准入审核全过程主动接受社会各界监督。

三、定点长护服务机构申请条件

申请条件分为基础条件和专项条件。申请单个或多个服务类型的，需同时满足基础条件和该类型的专项条件。

（一）基础条件

1.具备法人资格，在本市行政区域内依法完成注册登记，有固定的经营场所，本市主要负责人能作为协议签署主体，在本市具备独立的费用结算能力、能够独立承担长护服务履约责任与全部法律责任。除政府划拨用房外，业务用房使用期限不少于2年；已开展长期护理相关服务，且正式经营满3个月（2026年首批申请定点的长护服务机构，不受正式经营满3个月的条件限制）。

2.护理人员队伍相对稳定，建立结构合理的护理服务团队，包括专业护理服务人员和普通护理服务人员，专业护理服务人员指医师、护士（师）、康复治疗师、长期照护师；普通护理服务

人员指医疗护理员、养老护理员。市医疗保障部门可根据上级政策和本市实际情况增减专业和普通护理人员的人员类型。2027年7月1日起，医疗护理服务须由专业护理服务人员按相关规定提供。

3.应配备专（兼）职长护管理人员，熟悉长护险政策及管理要求，取得长期照护师职业技能等级证书，负责管理长护服务计划、统筹护理服务人员调配以及动态跟踪失能人员失能等级变化等工作；长护服务能力在100（含）人以上的，应当成立长护管理内设工作机构并配备专职管理人员。

4.具有与长护险政策规定相适应的服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度。

5.具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长护险功能模块按接口标准进行对接等条件。具备完善的智能监管系统，系统建设须符合医保规范标准，并承诺根据长护险服务管理迭代需求，持续做好系统优化、升级与运维更新。对采集的个人信息与服务数据实行加密存储、分级权限管控，数据管理严格遵循个人信息保护相关法律法规。

6.配备固定的服务技能培训场地及档案存储场所。培训场地应配备多媒体教学设备、护理实操教具、模拟实训床位等硬件设施；档案存储场所应为独立设置的专属区域。

7.严格执行劳动法规，按规定与护理服务人员签订劳动合同

（超过法定退休年龄人员签订书面用工协议），并按规定购买工伤保险。建立健全服务风险防范与赔付机制，确保服务过程中发生服务风险事件能够得到及时有效处置和赔付。

8.承诺接受资源配置规划，严格按照规划要求开展服务；承诺恪守公平竞争准则，杜绝各类恶性竞争、不正当招揽服务对象等行为，共同维护本市长护险服务行业良性发展环境。

9.承诺退出定点协议管理时（含自愿申请退出及医保经办机构中止或解除长护协议等情形），妥善安置正在本机构接受服务的失能人员，确保服务不中断、待遇不受影响，配合医保经办机构做好公示及交接工作。

10.与长护服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定，并能够提供正规的发票。

11.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。

12.申请提供医疗护理服务的长护服务机构应当符合卫生健康部门的有关规定。

（二）各服务类型专项条件

1.居家护理专项条件

（1）原则上应为医疗机构（含有为民服务资质的军队医疗机构）、养老机构及其他服务机构。

（2）居家护理以镇街（含园区，下同）为基本服务区域开

展服务和管理，原则上不得跨镇街开展服务。机构应在注册登记镇街设立总部机构，在申请的其他服务镇街当地设置具备独立营业执照的分支机构（不含子公司），总部机构负责所有分支机构的管理及相关配套，保证上下一致。

（3）机构注册资本或开办资金（事业单位）应不少于500万元，申请服务多个镇街的，每新增一个镇街，需追加不少于50万元，资金累计总额达到1500万元后不再另行追加；总部机构和各分支机构均应配备固定的办公服务用房，选址便民易寻，须设置于非居住类合法固定经营场所，包括：临街商业商铺、社区公共服务配套用房、商务办公用房、工业园区产业及配套用房、社区卫生服务中心（站）配套用房、街道/社区养老服务驿站配套用房等，产权与使用权清晰，具备政策咨询、合同签订、业务办理、投诉举报等便民服务功能，并包含独立的业务档案存储区域。

（4）机构应配备智能监管系统，系统应按照市医疗保障部门统一数据接口规范，实现实时对接、全量服务数据同步上传，具备按监管权限调取服务全量业务数据和根据医保政策调整进行迭代升级的能力。为护理服务人员和服务对象配置符合医保监管要求的智能服务与监管设备，对护理服务人员具备人脸识别+定位+蓝牙信标三重签到核验、服务时段远程音视频随机抽检、服务时段电子围栏管控、服务轨迹全程溯源、异常服务行为实时

预警等功能；对服务对象具备无接触式活动状态和生命体征监测等安全保障功能，基于日常行为数据为失能等级动态复评提供数据支撑功能，线上线下相结合的服务满意度评价功能。

（5）机构应当依法为护理服务人员和服务对象投保责任保险。保险责任范围应当涵盖护理服务人员在执业过程中因过失、疏忽、设施设备缺陷等导致服务对象人身损害，护理服务人员在从事护理相关工作（含服务往返路途）过程中遭受人身损害等，赔付项目应包括但不限于死亡赔偿金、伤残赔偿金、医疗费用、误工费等，每人每次事故赔偿限额不低于广东省上一年度城镇居民人均可支配收入的20倍，年度累计赔偿限额不得低于每人赔偿限额的2倍。

（6）机构应在本市至少有一家内设医疗机构（含机构所在集团对其具有控股权的医疗机构，下同），并通过内设医疗机构或与本市医保定点医院（含护理院）、医保定点社区卫生服务中心（站）签有合作服务协议等方式提供包含医疗护理服务在内的全部长护服务。

（7）总部机构护理服务人员总数不少于15人，其中：取得长期照护师职业技能等级证书的不少于5人，在本机构参加社会保险的劳动年龄段护理服务人员不少于10人，自有或通过协议合作方式能够提供服务的医护人员不少于4人；

分支机构护理服务人员总数不少于4人，其中：取得长期照

护师职业技能等级证书的不少于1人，在本机构参加社会保险的劳动年龄段护理服务人员不少于2人，自有或通过协议合作方式能够提供服务的医护人员不少于2人。

（8）机构应承诺保障服务区域内居家护理需求全覆盖，具备法定节假日参保人服务需求的相关保障机制。允许总部机构和分支机构护理服务人员进行临时合理调配，保障长护服务的及时响应。

（9）机构应承诺居家护理服务人员与服务对象的实际配比不低于1:14。

2.机构护理专项条件

（1）原则上应为医疗机构（含有为民服务资质的军队医疗机构）、养老机构或残疾人托养照护服务机构。

（2）应具备10张及以上床位，并设置长护专区，床位需明确标识床位性质（含医疗床位、养老床位、残疾人托养床位等），同步标识为长护专区床位；服务对象有特殊需求等情况下个别床位可临时设置在专区外，但不可取消长护专区床位标识。

（3）应配备护理服务人员（含专业和普通护理服务人员）不少于4人，并承诺长护专区在本机构的护理服务人员与服务对象的实际配比不低于1:8。

（4）非医疗机构申请机构护理的，应在本市内设医疗机构或与本市医保定点医院（含护理院）、医保定点社区卫生服务中

心（站）签有合作服务协议，自有或通过协议合作方式能够提供服务的医护人员不少于2人。

（5）为护理服务人员和服务对象配置符合医保监管要求的智能服务与监管设备，并按照监管工作规定及时配齐到位，确保符合服务要求及监管标准。

3.社区护理专项条件

（1）原则上应为医疗机构（含有为民服务资质的军队医疗机构）、养老机构、残疾人托养照护服务机构、社区养老服务机构。充分依托养老机构、镇街（园区）综合养老服务中心（站点）、社区养老服务机构、医保定点社区卫生服务中心（站）等开展社区护理。

（2）以社区为依托提供就近就便、日间的长护服务。

（3）应具备5张及以上床位，并设置长护专区，床位需明确标识床位性质（含医疗床位、养老床位、残疾人托养床位等），同步标识为长护专区床位；服务对象有特殊需求等情况下个别床位可临时设置在专区外，但不可取消长护专区床位标识。

（4）非医疗机构申请社区护理的，应在本市内设医疗机构或通过与本市医保定点医院（含护理院）、医保定点社区卫生服务中心（站）签有合作服务协议，自有或通过协议合作方式能够提供服务的医护人员不少于2人。

（5）应配备护理服务人员（含专业和普通护理服务人员）

不少于4人，并承诺护理服务人员与服务对象的实际配比不低于1:8。

（6）为护理服务人员和服务对象配置符合医保监管要求的智能服务与监管设备，并按照监管工作规定及时配齐到位，确保满足服务要求及监管标准。

四、总体实施规划

（一）居家护理规划

居家护理机构（含本集团内其他机构）服务地域范围与机构综合服务水平挂钩，市医保经办机构每年定期对居家护理机构进行评分，评分结果达到要求的，按规定可以适当扩大服务地域范围；未达到的，服务地域范围原则上不超过半数镇街，其中虎门、莞城、厚街、东城、常平、万江六个镇街中选取不得超过2个。

（二）机构护理规划

每个镇街提供机构护理的医保定点医疗机构原则上不超过1家，长护险实施前已在提供服务且符合条件的机构可予以过渡衔接，其中每个镇街过渡衔接的医保定点医院不超过1家。医保定点医疗机构纳入长护定点管理时，依次按以下条件优先选取：医保定点医疗机构评审级别、在本机构参加基本医疗保险的医护人员数量、在本地实际运营时长。

合理控制大型、超大型护理机构的床位规模，新纳入定点的机构，核定长护险总床位数原则上不得超过200张（取得省级及

以上长护相关荣誉或省级五星级养老机构的除外），对长护险实施前床位数已超过200张的机构，原则上不再新增床位（落地前已开工建设或取得省级及以上长护相关荣誉或省级五星级养老机构的除外），引导资源向区域间均衡配置，提升服务体验并保障机构安全运行。2027年7月1日起，镇街内长护床位使用率低于70%的，原则上该镇街不再增设床位。

（三）社区护理规划

依托现有养老机构、镇街（园区）综合养老服务中心（站点）、社区养老服务机构、医保定点社区卫生服务中心（站）等开展社区护理服务。

（四）现有失能照护服务机构过渡衔接机制

现有医疗、养老、照护等服务机构，经医疗、养老、残疾人服务等行业主管部门确认后，纳入定点长护服务机构过渡衔接范围。过渡衔接机构须为2026年6月前依法设立的机构，过渡期自2026年12月1日起至2027年6月30日止。

1.过渡衔接机构应在医保经办机构要求的时限内（具体时间以市医疗保障局官方网站发布为准），经机构行业主管部门确认后，向医保经办机构提交申请，通过申请后由医保经办机构向社会统一进行公示，公示时间不少于5个工作日。未按期提交过渡申请或未取得行业主管部门确认的机构，不纳入过渡衔接机构范围，其产生的长护服务费用，不纳入长护险支付范围。

2.申请过渡衔接的机构应提供本机构申请之日正在提供服务的失能人员情况、床位数量、床位性质等基础信息，供医保经办机构核实和管理。

3.纳入过渡衔接的机构须设置专用的档案存储区域，购置相关责任保险，并承诺按时对接全国统一的医保信息平台，在正式提供长护服务前按标准配置智能监管系统和相关设备，尽快按标准配齐专业护理人员队伍。

4.所有纳入过渡衔接管理的机构，均需签订书面承诺书，承诺内容包括但不限于过渡期内不增加服务地域范围、过渡期届满前达到长护服务机构定点准入标准。过渡衔接机构须在过渡期内达到相应长护服务类型的准入标准，并按要求向医保经办机构提交准入申请，审核通过后，按正式定点长护服务机构管理，可依规调整服务地域范围等；过渡期结束仍未成为正式定点长护服务机构的，依规取消定点长护服务资质。

5.市医保局、市民政局、市卫生健康局、市残疾人联合会等相关单位应做好信息互通，明确过渡衔接机构名单。各部门要严格履职尽责、强化协同配合，扎实做好过渡期日常监管，统筹推进定点长护服务机构标准化改造提升，全面适配定点长护服务机构的服务和管理要求，确保各项工作平稳有序、安全高效。

（五）除外情形

对于我市长护服务机构定点资源配置规划，市委市政府另有

文件规定的，按其执行。

五、定点申请受理时间和频次

长护险实施前，由市医保经办机构统筹安排一次定点申请，具体时间通过市医疗保障局官方网站另行通知；2027 年 7 月 1 日起，原则上每半年受理一次定点申请，市医保经办机构可根据定点长护服务机构管理需求，适时调整受理频次。已成为定点长护服务机构的居家护理机构，其分支机构的定点申请可在其依法注册后随申随办，并适当简化受理流程。

本方案自印发之日起执行，由市医疗保障行政部门负责解释。国家、省后续另有规定的，按国家、省有关规定平稳过渡执行。

抄送：市民政局，市人力资源社会保障局，市卫生健康局，市残联。

东莞市医疗保障局办公室　　2026年9月30日印发