

辽宁省医疗保障局文件

辽医保规〔2025〕3号

关于印发《辽宁省长期护理保险护理服务机构 定点管理实施细则（试行）》的通知

各市医疗保障局：

为加强长期护理保险护理服务机构定点管理，规范服务行为，提高长期护理保险基金使用效能，保障享受长期护理保险待遇的参保人员合法权益，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）要求，省医保局制定了《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》，现印发给

你们，请遵照执行。



(主动公开)

辽宁省长期护理保险护理服务机构 定点管理实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强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，提高长期护理保险基金使用效能，保障享受长期护理保险待遇的参保人员（以下简称“参保人员”）合法权益，根据《中共中央办公厅 国务院办公厅关于加快建立长期护理保险制度的意见》、《长期护理保险护理服务机构定点管理办法（试行）》（医保办发〔2024〕21号）等有关规定，结合辽宁实际，制定本实施细则。

第二条 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，引导定点长护服务机构规范长期护理服务行为，为参保人提供适宜、专业的长期护理服务。

本实施细则所指的定点长护服务机构，是指辽宁省域内依法成立，经审核合格后与统筹区医疗保障经办机构签订长期护理保险服务协议（以下简称“长护协议”），为参保人员提供长期护理服务的养老机构、医疗机构或者业务范围包括养老服务、照护服

务或者护理服务的其他服务机构。

第三条 省级医疗保障行政部门负责制定长护服务机构定点管理实施细则，监督和指导本行政区域内长护服务机构定点管理有关规定的执行和落实。

统筹区医疗保障行政部门负责执行长护服务机构定点管理有关规定，并对统筹区医疗保障经办机构、定点长护服务机构执行情况进行监督和指导。统筹区医疗保障经办机构负责确定定点长护服务机构，与定点机构签订长护协议，开展协议管理、费用审核结算、绩效考核等相关工作。

第四条 本实施细则适用于辽宁省内实施长期护理保险制度地区的长护服务机构定点管理工作。

第二章 定点长护服务机构标准

第五条 统筹区医疗保障行政部门应当根据参保人员长期护理服务需求、长期护理保险基金收支、长期护理服务资源等情况，统筹规划区域内定点长护服务机构的配置，合理设置长护服务机构的区域、类型和数量，实行总量控制和动态调整。长护服务机构定点工作应遵循“保障基本、布局合理、择优纳入、动态调整”原则，确保定点机构数量与实际需求相匹配。定点工作过程中坚持“公平公正公开”，主动接受社会监督。

第六条 自愿申请成为辽宁省定点长护服务机构，需要具备以下基本条件：

（一）养老机构，指取得《养老机构设立许可证》且尚在有效期内或者已在主管部门备案并依法登记的养老机构；

（二）医疗机构，指取得《医疗机构执业许可证》或者诊所备案凭证并且依法登记的医疗机构，其中军队医疗机构应经军队主管部门批准具有为民服务资质；

（三）其他机构，指依法登记成立，主营业务为从事养老服务、照护服务或者护理服务的法人机构（含社区服务机构或者综合服务机构）。

第七条 申请成为定点长护服务机构应当同时具备以下条件：

（一）具备法人资格，在统筹区依法注册登记，具有市场监督管理部门颁发的相关证照（民办非企业性质机构应具有民政部门颁发的相关证照）；有固定的经营场所（业务用房使用有效期限2年以上）和护理服务技能培训场地，已开展相关护理服务，正式经营至少3个月；规范经营，近2年内（不足一年的自开业以来）未发生重大安全事故，未受到失信处罚、行政处罚，属于医保定点医疗机构的，未受到医保行政部门处罚；

（二）护理人员相对稳定，在本机构参加在职职工基本医疗保险的护理服务人员数量不少于3人；配备不少于1名长护专职

管理人员，且应熟悉长期护理保险政策规定及要求；长期护理服务能力在 100 人及以上的，应当成立长护管理内设工作机构，并配备专职管理人员（不少于 3 人）；1 名护理人员不能同时在 1 家以上服务机构从事护理服务；

（三）具有与长期护理保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；

（四）具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件；

（五）与长护服务相关的收费项目和收费价格符合政策规定；

（六）申请提供医疗护理服务的长护服务机构，应具备符合资质要求的护理人员；可自主聘用或者与医疗机构开展协议合作，逐步建立以长期照护师为主的护理服务能力，护士（师）不少于 1 人；可以设置卫生健康部门批准的护理站、社区卫生服务中心（站）、乡镇卫生院等医疗机构，或者与医保定点医疗机构签署相关合作协议，并向医疗保障经办机构备案；具备医疗资质的，医护人员不少于 2 人。

第八条 定点长护服务机构提供的长期护理服务类型主要分为居家护理、社区护理和机构护理 3 种类型。

（一）居家护理，是指长护服务机构在参保人员所居住的家庭住所内为参保人员提供长期护理服务；

（二）社区护理，是指长护服务机构以社区为依托为参保人员提供就近就便的长期护理服务；

（三）机构护理，是指长护服务机构在所开设的机构内为参保人员提供全日的长期护理服务。

第九条 申请提供 3 种类型长期护理服务的长护服务机构，还应当具备以下对应条件：

（一）提供居家护理服务的，应当配备护理服务团队，人员数量不少于 10 人，其中专业护理服务人员不少于 5 人；各类护理人员数量与重度失能人员数量之比不低于 1:6；优先将采用智能护理设备（如远程监测系统）并实现数据互联互通的纳入居家护理服务定点管理。

（二）提供社区护理服务的，各项要求都不得低于提供居家护理服务的准入标准，且床位数不少于 10 张，床均面积不少于 6 平方米，具有必要的护理服务设备设施；各类护理人员数量与申请承接参保人员（重度失能人员）数量之比不低于 1:3，社区护理服务机构可以跨社区提供护理服务。

（三）提供机构护理服务的定点长护服务机构，应配备数量充足的专业护理服务人员及良好的护理服务设备设施，床位数量不少于 20 张，床均面积不少于 6 平方米，在相对独立区域设置长期护理服务专区；护理人员数量与服务专区床位数之比不得低于 1:5，各类护理人员数量与申请承接参保人员（重度失能人员）

数量之比不低于 1:3，专业护理人员占全部护理人员数量的比例不少于 20%；具备医疗资质的，应当配备与长期护理服务相适应的医护人员及设备设施，符合床护比要求且医师和护士（师）各不少于 2 人；优先将民政部门认定的三星及以上的养老机构纳入定点管理。

（四）申请提供机构护理服务的医疗机构应具备住院资质，取得本市医保定点资格，且应在相对独立区域设置长期护理服务专区，符合相关部门规定的养老机构建设标准并在民政部门完成养老机构备案登记；护理服务人员和床位数量应符合相应类型服务机构的准入条件。

（五）配备一定数量的专业护理服务人员（限执业医师或者护士、长期照护师、医疗护理员）和普通护理服务人员（养老护理员），确保人员专业类型、数量与服务能力、服务范围与服务类型的要求相匹配；社区护理和机构护理的服务人员总量与重度失能人员的比例应达到民政部门养老机构建设标准的相关要求；医疗护理服务应由护士（师）、长期照护师或医疗护理员按相关规定提供。

（六）提供多种类型服务的护理服务机构，需要同时符合属地各类型服务机构的准入条件，护理服务人员数量和资质均应符合属地各类型最低人员数量和资质要求，不得用护理服务人员总数达标申请定点准入，新增机构（站点）应当按相应准入要求申

请定点管理。实际服务参保人员（重度失能人员）超过 300 人的居家护理机构，应设置符合要求的社区护理或机构护理服务机构。

（七）各统筹区在启动阶段（试点期间，2 年内）根据本地实际制定具体准入标准，服务区域（半径）应合理，鼓励机构间适度竞争，确保护理服务质量，养老护理员在启动阶段可临时作为专业护理团队成员；启动阶段结束后专业护理服务人员必须符合相应标准，在本机构参加在职职工基本医疗保险的人员占比不低于 30%。

第三章 定点长护服务机构确定

第十条 长护服务机构提出定点申请，统筹区医疗保障经办机构应当及时受理并组织对申请材料（详见附件 1、2）进行形式审查。对申请材料不全的，应当一次性告知需补齐的材料；对不符合申请条件的，应当告知并说明理由。申请机构应当自收到材料补正通知之日起 5 个工作日内补正，逾期不补正的视作放弃申请。

第十一条 形式审查通过后，统筹区医疗保障经办机构通过书面查验、现场核查、集体评议等形式，组建审核小组开展综合审核，成员人数不少于 5 人且为单数。医疗保障经办机构要建立

健全定点审核专家库，由长护管理、养老服务、医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等相关领域的专业人员构成，各市审核小组人员应从审核专家库成员中产生。自受理申请材料之日起，审核时间不超过3个月，长护服务机构补充材料的时间不计入审核期限。审核内容包括：

（一）是否具备医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执等资质文件材料；未发生重大安全事故和失信处罚、未发生医保违规的证明材料；

（二）申请的护理服务类别，是否具有与服务功能相匹配的基础设备设施；

（三）医师、护士（师）、医疗护理员、长期照护师、养老护理员等护理服务人员数量、执业资质、床位数等信息是否符合有关规定；

（四）是否具有与长期护理保险政策规定相关的内部管理制度等材料；

（五）是否具备使用全国医保信息平台、与医保信息平台按接口标准进行对接等条件；

（六）与长护服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定和相关协议要求等；

（七）申请的服务区域（服务半径）是否能够保证服务质量；有区域内定点长护服务机构配置规划的，核实是否符合规划要

求。

（八）统筹区其他要求。

各统筹区可参考《长期护理保险定点护理服务机构评估表》（附件3）开展审核，审核结果分为合格和不合格。统筹区医疗保障经办机构应当将审核结果报同级医疗保障行政部门备案。对审核合格的，将其纳入拟签订协议的长护服务机构名单，并向社会公示，公示时间不少于5个工作日。对审核不合格的，应当告知其理由，并提出整改建议；自结果告知送达之日起，3个月内完成整改的可以申请再次组织审核，审核仍不合格的，1年内不得再次提出定点管理申请。

第十二条 统筹区医疗保障经办机构与审核合格且通过公示的长护服务机构协商谈判，达成一致的，由统筹区医疗保障经办机构与长护服务机构签订长护协议，并向同级医疗保障行政部门备案。首次签订协议的，协议期限原则上为1年；续签协议的，可以根据协议履行情况、绩效考核结果等，适当延长协议期限。续签协议期限原则上不超过经营用房租赁合同有效期，不足1年按1年计，最长不超过3年。

第十三条 定点长护服务机构设立分支机构或者多个站点的，新增机构（站点）应当按要求申请定点管理。

第十四条 长护服务机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）受到相关行政部门行政处罚（处理），但未完全履行处罚（处理）责任；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点管理，自发现之日起未满3年；

（三）本机构或者本统筹区同一法人主体（投资主体）的相关长护服务机构，因违法违规或者严重违反协议约定而被解除协议未满3年，或者已满3年但未完全履行违约责任；

（四）法定代表人、主要负责人、实际控制人或者股东设立长期护理保险失能等级评估机构；

（五）法定代表人、主要负责人或者实际控制人被列入严重失信名单；

（六）法定代表人、主要负责人或者实际控制人因严重违法违规造成长期护理保险基金重大损失或者严重不良社会影响，被禁止从事定点长护服务机构管理活动不满5年；

（七）基本医保定点服务协议处于中止期间，或者近2年内解除过医保定点协议；

（八）法律法规和规章规定的其他不予受理的情形。

第十五条 统筹区医疗保障经办机构应当向社会公布签订长护协议的定点长护服务机构信息，包括名称、地址、联系电话、服务类型等信息。通过医疗保障信息平台实现统筹区之间定点长护服务机构信息共享。

统筹区医疗保障经办机构组织指导定点长护服务机构公示并及时更新定点长护服务机构信息，包括：定点长护服务机构名称、代码、统一社会信用代码，定点协议服务对象（职工医保、居民医保），定点协议服务类型（机构护理、居家护理、社区护理），定点长护服务机构地址等，并确保信息的及时性、准确性、规范性、完整性。

第四章 定点长护服务机构运行管理

第十六条 定点长护服务机构具有为参保人员提供合规长护服务后获得长期护理保险结算费用，提出变更、中止或者解除长护协议，要求统筹区医疗保障经办机构全面诚信履行协议，对做出的违约处理结果进行解释说明、陈述申辩与提请协调处理，对完善定点管理有关规定提出意见建议等权利。

第十七条 定点长护服务机构应当履行以下义务：

（一）应当与参保人员或者其监护人、委托代理人签订服务合同；

（二）应当核验参保人员的有效身份凭证，按照护理服务计划、行业规范等为参保人员提供护理服务，如实记录服务内容，并建立护理服务档案管理制度，按照“一人一档”的要求做好护理服务全过程记录、护理文书、服务档案等资料的留存归档；

（三）应当制定服务流程和服务标准，确保护理服务一致性和规范性，并向社会及参保人员公示，接受社会监督；

（四）定点长护服务机构应当与医保信息平台对接，实现长期护理保险服务等数据信息的管理与传输；

（五）发现参保人员失能状态与评估等级不符，或者参保人员死亡、住院、长期到统筹区外居住等情况，应当及时向医疗保障经办机构报告；

（六）应当及时维护机构、人员等编码信息，对护理服务人员实行实名制管理，强化技能培训和职业道德教育，规范服务行为，提高服务质量，建立护理服务人员动态管理机制和工作质量考核评价体系；

（七）应当自觉加强行业自律，严格执行国家及省市关于长期护理服务的收费和价格政策以及相关协议约定，全面实行收费公示和费用清单制度。医疗护理服务价格可参照或低于当地定点医疗机构医疗服务（项目名称、项目内涵、计价单位、收费标准等）价格。生活照护服务可以由定点长护服务机构按照公平合理、诚实守信、质价相符的原则确定收费价格，价格具有公允性，同行同业态比价具有经济性优势；服务价格应符合协议规定并向医疗保障经办机构备案，不能与同行同业态同类服务的平均价格差异过大；有条件的统筹区，可以会同相关部门出台行业指导价格或支付标准；

(八)应当配合医疗保障部门做好长期护理服务价格、用量等监测工作;

(九)应当按规定悬挂辽宁省统一的定点标识。通过网站和公众服务号等渠道公开发布长护服务信息,通过线下张贴公示、主动告知患者等方式公布长护服务对象和服务类型等;

(十)应当参加医疗保障行政部门或者经办机构组织的长期护理保险业务相关宣传和培训,及时组织开展本单位长期护理保险相关业务培训;

(十一)应当配合统筹区医疗保障经办机构开展长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核等工作,及时向医疗保障行政部门提供长期护理保险基金使用监督管理、协议管理等所需信息;

(十二)应当按规定向统筹区医疗保障经办机构据实传送长期护理保险相关全量数据信息,原则上应每日进行结算账目比对并动态更新数据,确保真实准确;

(十三)应当在法律法规规定的目的和范围内收集、使用数据信息,遵守数据信息安全有关法律法规制度,保护参保人员隐私。

第十八条 定点长护服务机构应当按以下要求,规范护理服务和收费行为:

(一)设立管理部门,配备专(兼)职管理人员,建立健全

内部管理制度，制定统一的服务流程和服务标准，规范护理服务行为；护理服务人员配备应持续符合定点准入要求的相关标准；护理服务项目与基本服务要求应符合国家和省相关规定，执行本统筹区护理服务规范，护理服务人员应每年至少组织开展或参加一次技能提升培训；

（二）承担机构护理服务的，应当在相对独立区域设置有明显标志的长期护理服务专区，并在长期护理服务专区提供 24 小时无间断服务；提供居家护理的，应按规定定期上门提供护理服务，每次实际上门服务时间不少于 60 分钟（其中提供医疗护理服务的，每次不少于 30 分钟），有条件的应达到 90 分钟以上；每周上门次数少的统筹区应提高每次服务时长标准，原则上平均每周上门服务次数不得低于 2 次。参保人员在非定点长护服务机构及非长期护理服务专区发生的相关护理服务费用，以及住院医疗期间发生的护理服务费用，长期护理保险基金不予支付；

（三）应按照长期护理保险待遇标准收取个人应分担的费用，个人分担的护理服务费用非特殊情况按月缴纳。除参保人员或其家属要求外，原则上不能一次性提前收取 1 个月以上的个人应分担的护理保险服务费用。非长期护理保险保障范围内的服务费用收取，由定点长护服务机构与参保人员协商确定；

（四）出现下列情形时，定点长护服务机构应当及时与参保人员或者其监护人、委托代理人结算护理费用：

- 1.参保人员停止接受定点长护服务机构的长期护理服务的；
- 2.参保人员因中断或者终止参保，不再享受长期护理保险待遇的；
- 3.其他长期护理保险基金不予支付的。

（五）不得重复、分解收取护理服务费用，或者收费价格高于公示价格，向参保人员提供长期护理保险保障范围外的服务事项应当事先征得参保人员或者其监护人、委托代理人书面同意，不得实行不公平、歧视性高价，同一项目收费价格不得高于非参保人员收费价格；

（六）应当检查本单位长期护理保险基金使用情况，及时纠正不规范使用基金的行为，按规定进行结算申报，确保结算真实合规，不得为其他长护服务机构或其服务对象提供结算。

第五章 经办服务管理

第十九条 各统筹区医疗保障部门，可按照规定通过公开招标等方式选择第三方机构等社会力量，参与长期护理保险业务的经办服务，由各统筹区医疗保障经办机构与第三方机构签订合同或服务协议，明确服务内容、责任、考核等，并对第三方机构的退出明确管理措施和应对办法。第三方机构按照要求提供专业服

务并收取合理服务费用。各统筹区应按照收支平衡、保本微利原则，辨明政策性亏损与经营性亏损，与社会化经办服务机构合理分担风险。

第二十条 在统筹区医疗保障经办机构指导下，第三方机构协助开展以下业务：

（一）协助开展失能等级评估机构和长护服务机构定点申请受理、材料初审、综合审核、人员资质数量检查、服务质量检查等工作；

（二）协助做好定点评估机构和定点长护服务机构日常检查以及失能评估费用、护理服务费用初审等事务性工作；

（三）参与失能评估工作，可派长护专员监督现场评估实施，对评估结论及参保人员失能状态抽查；协助开展异议复评、重新评估等工作；

（四）协助做好信息系统运用和档案管理工作；

（五）协助做好政策宣传与咨询、相关业务培训、投诉举报线索受理及合同约定的其他工作。

第二十一条 医疗保障经办机构履行以下义务：

（一）统筹区医疗保障经办机构应当规范服务管理行为，根据本地实际需要发布护理服务规范，优化定点申请、综合审核和协议管理等经办流程，对定点长护服务机构进行长期护理保险政策、管理制度、支付政策、操作流程等的宣传培训，提供长期护

理保险政策和业务的咨询、查询服务，为定点长护服务机构和参保人员提供优质高效的经办服务；

（二）统筹区医疗保障经办机构应当建立健全内部控制制度，明确长护服务机构定点管理、费用审核、结算拨付等岗位责任，建立完善风险防控机制；

（三）统筹区医疗保障经办机构应当落实长期护理保险支付政策，建立符合护理服务特点的付费管理办法，针对不同服务模式选用按服务项目、服务时长、服务包或床日、人头等支付方式；

（四）统筹区医疗保障经办机构可预留一定比例的资金作为长护服务质量保证金，金额在定点长护服务机构每月应拨费用的3%~5%之间，并根据该机构年度协议履行情况、考核结果等，进行年度清算；

（五）参保人员长护服务费用中应当由长期护理保险基金支付的部分，由统筹区医疗保障经办机构与定点长护服务机构直接结算，强化长期护理保险基金支出管理，通过智能审核、实时监控等方式及时审核长护服务费用，及时拨付符合规定的长期护理保险费用；

（六）统筹区医疗保障经办机构应加强对定点长护服务机构协议履行情况的考核，具体考核指标、考核标准内容及考核等级设置，由各统筹区医疗保障经办机构结合实际另行规定；可以参照本通知的《长期护理保险定点服务机构考核参考标准》并结合

实际开展绩效考核，择机开展机构、护理服务人员的等级评定，定期或不定期对定点长护服务机构护理服务情况进行日常核查；

（七）日常检查、考核结果按规定与费用拨付、年终清算、协议续签等挂钩，考核结果报同级医疗保障行政部门；

（八）统筹区医疗保障经办机构应当遵守数据信息安全有关法律法规制度，保护参保人员个人信息，确保长期护理保险数据安全。

第二十二条 各统筹区医疗保障经办机构按照协议要求，对定点长护服务机构进行管理，具体包括：

（一）及时全面掌握定点长护服务机构运行管理情况，以及护理服务时长、参保人员床位使用情况等信息；

（二）从定点长护服务机构获得长期护理保险费用审核、服务质量检查、绩效考核和财务记账等所需资料；

（三）对定点长护服务机构开展协议管理、违约处理、绩效考核与结果公开；

（四）定点长护服务机构相关人员资质管理；

（五）可以通过电话回访、智能审核以及委托第三方机构，对护理服务机构进行管理。

第二十三条 鼓励各统筹区医疗保障经办机构和第三方机构通过信息化、智能化等手段开展监督管理，建立智能监控系统开展长护服务行为大数据监管，持续优化监管规则。

第六章 定点长护服务机构协议管理

第二十四条 定点长护服务机构名称、等级、法定代表人、主要负责人或者实际控制人、注册地址、机构性质和类别、核定床位数（护理床位）、服务类型、服务内容、收费价格等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准、备案或者发生变更之日起30个工作日内向统筹区医疗保障经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应当及时告知。定点长护服务机构因违法违规被调查、处理期间不得申请变更信息。定点长护服务机构法定代表人除因上级机关任免、丧失民事行为能力原因外发生变更的，应当参照定点流程重新申请定点管理。

第二十五条 协议续签由定点长护服务机构提前3个月向统筹区医疗保障经办机构提出申请。统筹区医疗保障经办机构和定点长护服务机构就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和考核情况等决定是否续签。协商一致的可以续签协议，未达成一致的，协议到期后自动终止。

第二十六条 各统筹区医疗保障经办机构应不断优化完善服务协议，对定点长护服务机构存在违反协议约定情形的，经双方协商可采取分类处理并在协议中约定。可根据违规性质、违规金额、社会影响等因素进行合理分类，每类行为对应不同的协议

处理办法，维护长期护理保险基金安全。

第二十七条 统筹区医疗保障经办机构发现定点长护服务机构存在违反协议约定情形的，可相应采取以下处理方式中的一种或多种方式进行处理：

（一）公开通报；

（二）约谈定点长护服务机构法定代表人、主要负责人或者实际控制人；

（三）暂停新增长期护理保险服务对象；

（四）暂停或者不予拨付长期护理保险费用；

（五）追回已支付的违规长期护理保险费用；

（六）要求定点长护服务机构按照协议约定支付违约金；

（七）中止相关责任方（人员）提供涉及长期护理保险基金使用的服务；

（八）中止或者解除长护协议。

第二十八条 协议中止是指统筹区医疗保障经办机构与定点长护服务机构暂停履行长护协议约定，中止期间发生的长期护理保险费用不予结算。中止期结束时，长护协议未到期的继续履行，长护协议到期的自动终止。定点长护服务机构可提出中止长护协议申请，经统筹区医疗保障经办机构同意，可以中止协议但中止时间原则上不得超过6个月，定点长护服务机构在协议中止超过6个月仍未提出继续履行协议申请的，原则上协议自动终

止。协议中止期间，定点长护服务机构应做好解释告知工作并为服务对象做好护理服务衔接。中止期满未恢复正常服务的，统筹区医疗保障经办机构应当解除其长护协议。定点长护服务机构中止长护协议后，如需恢复协议，应当在中止期满前至少 15 个工作日内向经办机构提出恢复协议申请。经办机构应当在收到申请后的 15 个工作日内进行验收，验收合格的可恢复长护协议。

第二十九条 定点长护服务机构有下列情形之一的，医疗保障经办机构应当依据服务协议约定中止协议，中止时间原则上不得超过 6 个月：

- （一）重大信息发生变更且未在规定时限内提出变更申请；
- （二）未按规定向医疗保障行政部门或者统筹区医疗保障经办机构提供所需信息或者提供的信息不真实；
- （三）对长期护理保险基金安全或者参保人员权益可能造成重大风险；
- （四）未完全履行协议被要求限期整改，未能在限期内完成整改且经两次以上约谈仍不能完成整改；
- （五）法律法规和规章规定或者协议约定的应当中止的其他情形。

第三十条 协议解除是指统筹区医疗保障经办机构与定点长护服务机构之间的协议关系不再存续，长护协议解除后产生的长期护理保险费用，长期护理保险基金不再予以结算。定点长护

服务机构有下列情形之一的，医疗保障经办机构应当解除协议：

- （一）超出执业许可范围或者地址开展长护服务；
- （二）医疗机构执业许可证、诊所备案凭证、养老机构登记证书、备案回执、营业执照等资质文件注销、被吊销、年检不合格、过期失效等，或者营业执照变更后经营范围不符合本实施细则第六条规定的条件；
- （三）因买卖、转让、重组等情形导致经营主体发生重大变化，严重影响协议履行；
- （四）法定代表人、主要负责人或者实际控制人不能履行协议，或者有严重违法失信行为；
- （五）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点管理资质或资格；
- （六）12个月内累计2次中止协议，或者中止协议期间整改不到位；
- （七）以虚假宣传、利益诱导等手段进行服务促销且情节恶劣；
- （八）拒绝、阻挠监督检查或者因违反长期护理保险政策规定造成恶劣影响被医疗保障、审计等部门通报；
- （九）以伪造或者变造的护理服务记录、账目、费用单据、上传数据、会计凭证、电子信息等有关资料，进行长期护理保险费用结算；

(十) 诱导、协助、串通他人冒名提供虚假证明材料进行长期护理保险费用结算;

(十一) 为其他长护服务机构或者其服务对象提供长期护理保险费用结算, 出借长期护理保险相关资质或者资格;

(十二) 经查实有欺诈骗保行为;

(十三) 恶意破坏长期护理保险相关信息管理系统, 造成系统瘫痪或者数据丢失等严重后果;

(十四) 自愿提出解除协议并经协商一致;

(十五) 法律法规和规章规定或者协议约定的应当解除的其他情形。

第三十一条 定点长护服务机构自愿中止、解除协议或者不再续签协议的, 应当提前 3 个月向统筹区医疗保障经办机构提出申请。

第三十二条 定点长护服务机构和统筹区医疗保障经办机构在协议签订、履行、变更和解除发生争议的, 可以通过协商解决或者要求同级医疗保障行政部门协调处理。统筹区医疗保障经办机构违反长护协议的, 定点长护服务机构有权要求纠正, 或者向统筹区医疗保障经办机构同级医疗保障行政部门提出协调处理或督促整改申请, 也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第三十三条 统筹区医疗保障经办机构应当将中止、解除协

议的定点长护服务机构基本信息及时报同级医疗保障行政部门备案，向社会公布中止、解除协议的定点长护服务机构名单，并督促长护服务机构做好参保人员服务转接工作。

第三十四条 解除协议的定点长护服务机构应当及时撤除定点标识。定点长护服务机构应及时将中止、解除协议等情况告知参保服务对象，保障参保服务对象知情权。因定点长护服务机构未履行本机构长护服务信息、协议管理状态等告知义务，造成参保服务对象损失的，由定点长护服务机构承担。

第三十五条 定点长护服务机构造成长期护理保险基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人、主要负责人或者实际控制人 5 年内禁止从事定点长护服务机构管理活动；对其他相关人员暂停 3 个月至 12 个月的长期护理保险基金支付资格，情节严重的，限制 1 年至 3 年从事长期护理保险服务；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第三十六条 涉及暂停长期护理保险相关资格、暂停或者不予拨付费用、被限制从业的机构或者人员，处理期满后向统筹区医疗保障经办机构提出恢复申请，经审核通过后予以恢复长期护理保险基金使用或者从业资格。

第七章 监督管理

第三十七条 医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、大数据分析等方式对定点长护服务机构协议履行情况、长期护理保险基金使用情况、长护服务行为、购买涉及长期护理保险基金使用的第三方服务等方面进行监督。

第三十八条 医疗保障行政部门对统筹区医疗保障经办机构定点申请受理、综合审核、协议签订及履行、长期护理保险费用审核和拨付、内部控制制度建设等进行监督和指导。

第三十九条 医疗保障行政部门发现统筹区医疗保障经办机构存在违反长护协议的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第四十条 医疗保障行政部门根据需要，可以联合相关部门开展联合执法检查，建立综合监管工作机制，形成监管合力，协调解决监管难点问题。

第四十一条 统筹区医疗保障经办机构发现定点长护服务机构存在违约行为，应当及时按照协议予以处理。统筹区医疗保障经办机构作出中止或者解除协议、对定点长护服务机构相关责任方（人员）暂停长期护理保险基金支付资格或者限制一定期限从事长期护理保险服务等处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

第四十二条 医疗保障行政部门发现定点长护服务机构存在违约情形的，应当及时责令统筹区医疗保障经办机构按照长护协议处理，统筹区医疗保障经办机构应当及时按照长护协议处理。

第四十三条 医疗保障经办机构委托的第三方机构，通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁护理文书、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构护理服务项目等方式，骗取长期护理保险基金支出的，依法依规进行处理。

第四十四条 医疗保障行政部门、统筹区医疗保障经办机构应当拓宽监督途径，创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员、信用管理等方式对定点长护服务机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第八章 附 则

第四十五条 省级医疗保障经办机构根据本实施细则，参考国家长护协议范本，按照统一规范的要求制定辽宁省长护协议范本，指导各地加强和完善长护协议管理。

第四十六条 本实施细则由辽宁省医疗保障行政部门负责解释，自 2025 年 10 月 1 日起施行。

附件： 1.长期护理保险定点服务机构申请参考材料清单
2.长期护理保险定点服务机构参考申请表
3.长期护理保险定点护理服务机构评估表
4.长期护理保险定点服务机构考核参考指标

附件 1

长期护理保险定点服务机构申请参考材料清单

1.长期护理保险定点服务机构申请表。

2.《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》或《营业执照》；机构法定代表人或企业负责人身份证；经营用房房产证、不动产权登记、租赁合同、公建民营协议、房产使用证明等有效资料（现场检查时租赁合同需在有效期内，且距离租赁期限届满达 2 年以上）。

3.提供社区护理及机构护理的养老机构，应提供《养老机构设立许可证》或《设置养老服务机构备案回执》，与医疗机构签订的医疗服务合作协议；其他服务机构提供民政、卫生健康、市场监管等行政部门颁发的从事养老、照护或护理服务的资质证明；医疗机构提供《医疗机构执业许可证》、护理服务区域设置示意图、护理区域床位张数证明，基本医疗保险定点服务协议，未受到医保行政处罚的书面说明；近 2 年内（不足一年的自开业以来）未发生重大安全事故、失信处罚和行政处罚的说明，以及机构的信用报告。

4.机构工作人员花名册、劳动合同、聘用协议（需在有效期内，且满一年）；护理服务人员的养老护理员、医疗护理员、长期照护师职业资格证书，医师、护士资格和执业证书，专（兼）

职财务人员资格证书，食堂工作人员健康证等；人员工资发放表及参加单位职工医保的相关证明材料；申请定点前 3 个月的财务报表，服务人员名单、与服务人员签订的协议或相关服务记录单、支付凭证等；机构配置的联网计算机等服务设施设备清单。

5.与长期护理保险政策规定相关的护理服务管理制度（包括服务质量管理）、医保管理制度等内部管理制度文本；本机构开展的服务项目及价格明细；申请社区护理和机构护理的，需提供消防验收合格证明复印件。

6.其他需要提交的资料。

注：以上需提供的证书等申请材料，原则上要求提供复印件，特殊情况下，可要求查阅原件。证书等包含正、副本的，正、副本均需提供。

附件 2

长期护理保险定点服务机构参考申请表

机构名称			
单位地址			
统一社会信用代码			
申请联系人		联系电话	
服务机构类型	☐ 养老机构 ☐ 医疗机构 ☐ 其它机构		
服务机构分类	☐ 非营利 ☐ 营利	所有制形式	
医疗护理服务配备情况		☐ 自主聘用或内设机构 ☐ 签订服务协议	
申请定点服务类型	☐ 居家护理 ☐ 社区护理 ☐ 机构护理		
机构实有护理（养老）床位数（张）		机构现空置床位数（张）	
机构现有护理服务人员数量（人）		护理服务区域面积（平方米）	
申请提供重度失能护理床位数（张）			
申请提供居家护理重度失能人数（只需居家护理填写）			
申请长护服务区域（县区或社区）			

本单位承诺：

本次提供的所有申请材料均真实有效，如提供的虚假材料，承担由此引起的一切责任和后果。

法定代表人签字：

单位（盖章）：

年 月 日

附件 3

辽宁省长期护理保险定点护理服务机构 (居家护理) 评估表

机构名称 (盖公章):

机构地址:

评估时间:

序号	评估指标	评估标准	自评情况	评估结果
1	服务资质	是否具备行业主管部门认可的服务资质, 有提供定期上门护理服务的能力, 且符合《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则 (试行)》第六条的条件之一。“否”即为不合格。		
2	法人资格	是否具备法人资格。“否”即为不合格。		
3	经营时间	是否在现营业场所正常营业 (以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照、民办非企业单位登记证书、事业单位法人证书为准, 计算到申请当日) 3 个月及以上。“否”即为不合格。		
4	规范经营	是否遵守国家、省、市有关法律法规和政策规定及服务标准和规范; 是否规范经营, 近 2 年内 (不足一年的自开业以来) 未发生重大安全事故, 未受到失信处罚、行政处罚; 属于医保定点医疗机构的, 未受到医保行政部门处罚。其中一项为“否”即为不合格。		
5	基础配置	是否配备熟悉长期护理保险政策规定及要求的专 (兼) 职长期护理保险管理人员, 服务能力在 100 (含) 人以上的是否成立长期护理保险管理内设工作机构; 并配备一定数量的专职管理人员、专职长期护理服务人员。其中一项为“否”即为不合格。		
6	制度建设	是否建立与长期护理保险管理相适应的内部管理制度, 包括服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度。“否”即为不合格。		
7	信息技术	是否具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件, 并配备相应的专业技术人员, 其中一项为“否”即为不合格。		
8	收费标准	与长期护理保险服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定。“否”即为不合格。		

9	经营场所	是否配备固定的经营管理用房和服务技能培训场地，业务用房的使用期限2年及以上。“否”即为不合格。		
10	人员配备	长期护理服务人员数量、承办能力是否与申请提供的服务相匹配，各类护理人员数量与重度失能人员数量之比是否达到准入要求；配备持有效医师、护士、长期照护师、医疗护理员、养老护理员证书的护理服务人员是否不少于5人，在本单位参加职工医疗保险的劳动年龄段护理服务人员是否不少于3人。其中一项为“否”即为不合格。		
11	医疗服务	医疗机构：是否具备相应的医护专业人员，且医护人员不少于2人。“否”即为不合格。 申请提供医疗护理服务的养老机构或其他服务机构：是否通过自主聘用或与医疗机构开展协议合作，具备相应的医护专业人员，能提供医疗护理服务的护士不少于1人。“否”即为不合格。		
12	不予受理的情形	是否存在《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》第十四条所规定的不予受理的情形。如有一项不予受理的情形即为不合格。		

评估结果： 以上为基础指标，有一项不合格，评估结果即为不合格。

序号	评估指标	评估标准	自评情况	评估结果
1	注册资金（5分）	机构注册资本或开办资金在20万（含）以上，每增加10万得1分，最高得5分。		
2	建筑面积（5分）	经营场所建筑面积在100平方米（含）以上，得3分，每增加50平方米加0.5分，最高得5分。		
3	场所期限（5分）	自申请当日起经营场所租赁协议剩余有效期超过2年（含）的得2分；超过3年（含）的得3分；超过4年（含）的得4分；超过5年（含）的得5分；自有经营场所产权，得5分。		
4	区域配置（5分）	设置独立的业务办公区（需配备符合要求的电脑设施设备）、实操培训区，满足一个功能区得2.5分，合计得5分。		
5	护理能力（20分）	护理服务人员（指执业医师或者护士、长期照护师、医疗护理员、养老护理员）人数达到5人得5分；护士或长期照护师每增加1人加1分，最多加5分；养老护理员和医疗护理员人数每增加2人得1分，最多加5分；具有中级（四级）及以上等级证书的护理服务人员，每增加1人加1分，最多加5分；合计得20分。		
6	人员年龄	根据提供的护理服务人员的平均年龄打分，平均		

	(5分)	年龄≤50周岁，加5分；50周岁<平均年龄≤55周岁，加3分；55周岁<平均年龄≤60周岁，加1分。		
7	人员稳定 (10分)	在本单位参加医疗保险的劳动年龄段护理服务人员为执业医师或者护士、长期照护师、养老护理员、医疗护理员的，在3人以上，每增加1人得0.5分，最高得5分。其中连续参保三个月（含）以上的，每有1人，加0.5分；连续参保六个月（含）以上的，每有1人，加1分；加分值不超过5分。（计算到申请当月）		
8	医疗服务 (5分)	自主聘用有医疗护理资格的服务人员2人以上的，每增加1人得1分，最高得5分；未聘用但签订医疗合作协议的并能提供医疗护理服务的，得2分。		
9	床位设置 (9分)	实地查看护理服务床位数达到10张的得6分，每增加5张的加1分，最高得9分。		
10	信息系统 (5分)	建立护理服务信息系统（含APP）得3分，有智能护理设备并实现数据互联互通的，得2分；未建立信息系统但承诺在规定时间内完成内网专网部署的得1分。		
11	档案管理 (3分)	有独立的档案管理区域，能够建立失能人员“一人一档”的，得2分；实行电子化档案管理的，加1分。		
12	服务经验 (3分)	已在国家长期护理保险试点城市开展长期护理保险服务业务的，一个城市（地级市为单位）得1分，最高得3分。		
13	智能监管 (5分)	能够提供护理服务过程中信息化/智能化监控设施或长护险数字化运行平台的，得5分。		
14	运营时间 (10分)	在现营业场所正常开展护理服务满3个月以上，每增加3个月得2分，最高得10分。（以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照最后的日期为准，计算到申请当日）		
15	运营报告 (5分)	运营报告应客观、正确，符合服务机构规模、经营收入等实际情况，得1分；内容包括服务机构的总体经营情况，护理服务收费标准，申请承接重度失能人员数量，得2分；纳入定点后如何开展长期护理保险管理和提升服务质量等内容，得2分。根据报告进行打分，未提供分析报告的不得分。		
评估得分				
以上为差异化指标，根据得分择优确定，各统筹区评估意见表另行制定。				

辽宁省长期护理保险定点护理服务机构 (社区护理) 评估表

机构名称 (盖公章):

机构地址:

评估时间:

序号	评估指标	评估标准	自评情况	评估结果
1	服务资质	是否具备行业主管部门认可的服务资质, 有提供定期上门护理服务的能力, 且符合《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则 (试行)》第六条的条件之一。“否”即为不合格。		
2	法人资格	是否具备法人资格。“否”即为不合格。		
3	经营时间	是否在现营业场所正常营业 (以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照、民办非企业单位登记证书、事业单位法人证书为准, 计算到申请当日) 3 个月及以上。“否”即为不合格。		
4	规范经营	是否遵守国家、省、市有关法律法规和政策规定及服务标准和规范; 是否规范经营, 近 2 年内 (不足一年的自开业以来) 未发生重大安全事故, 未受到失信处罚、行政处罚, 属于医保定点医疗机构的, 未受到医保行政部门处罚; 是否具备必要的消防设施。其中一项为“否”即为不合格。		
5	基础配置	是否配备熟悉长期护理保险政策规定及要求的专 (兼) 职长期护理保险管理人员, 服务能力在 100 (含) 人以上的是否成立长期护理保险管理内设工作机构; 并配备一定数量的专职管理人员、专职长期护理服务人员。其中一项为“否”即为不合格。		
6	制度建设	是否建立与长期护理保险管理相适应的内部管理制度, 包括服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度。“否”即为不合格。		
7	信息技术	是否具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件, 并配备相应的专业技术人员, 其中一项为“否”即为不合格。		
8	收费标准	与长期护理保险服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定。“否”即为不合格。		
9	经营场所	是否配备固定的经营管理用房和服务技能培训场地, 业务用房的使用期限 2 年及以上。“否”即为不		

		合格。		
10	人员配备	长期护理服务人员数量、承办能力是否与申请提供的服务相匹配，各类护理人员数量与申请的重度失能人员数量之比是否达到准入要求；配备持有效医师、护士、长期照护师、医疗护理员、养老护理员证书的护理服务人员是否不少于5人，在本单位参加职工医疗保险的劳动年龄段护理服务人员是否不少于3人。其中一项为“否”即为不合格。		
11	医疗服务	医疗机构：是否具备相应的医护专业人员，且医护人员不少于2人。“否”即为不合格。 申请提供医疗护理服务的养老机构或其他服务机构：是否通过自主聘用或与医疗机构开展协议合作，具备相应的医护专业人员，能提供医疗护理服务的护士不少于1人。“否”即为不合格。		
12	不予受理的情形	是否存在《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》第十四条所规定的不予受理的情形。如有一项不予受理的情形即为不合格。		
评估结果： 以上为基础指标，有一项不合格，评估结果即为不合格。				
序号	评估指标	评估标准	自评情况	评估结果
1	注册资金（5分）	机构注册资本或开办资金在50万（含）以上，每增加10万得1分，最高得5分。		
2	建筑面积（10分）	经营场所建筑面积在200平方米（含）以上，得5分，每增加100平方米加1分，最高得10分。		
3	场所期限（5分）	自申请当日起经营场所租赁协议剩余有效期超过2年（含）的得2分；超过3年（含）的得3分；超过4年（含）的得4分；超过5年（含）的得5分；自有经营场所产权，得5分。		
4	护理能力（15分）	护理服务人员（指执业医师或者护士、长期照护师、医疗护理员、养老护理员）人数达到5人得5分；护士或长期照护师每增加1人加1分，养老护理员和医疗护理员人数每增加2人得1分，最多加5分；具有中级（四级）及以上等级证书的护理服务人员，每增加1人加1分，最多加5分；合计得15分。		
5	人员年龄（5分）	根据提供的护理服务人员的平均年龄打分，平均年龄≤50周岁，加5分；50周岁<平均年龄≤55周岁，加3分；55周岁<平均年龄≤60周岁，加1分。		

6	人员稳定 (5分)	在本单位参加医疗保险的劳动年龄段护理服务人员为执业医师或者护士、长期照护师、养老护理员、医疗护理员的,在3人以上,每增加1人得0.5分,最高得5分。其中连续参保三个月(含)以上的,每有1人,加0.5分;连续参保六个月(含)以上的,每有1人,加1分;加分值不超过5分。(计算到申请当月)		
7	医疗服务 (10分)	具有医疗服务资质的,得10分;签订医疗合作协议的,得5分。		
8	床位设置 (10分)	实地查看护理床位数达到10张的得6分,每增加10张的加1分;床均面积低于准入标准的扣4分。		
9	信息系统 (5分)	建立护理服务信息系统(含APP)得3分,有智能护理设备并实现数据互联互通的,得2分;未建立信息系统但承诺在规定时间内完成内网专网部署的得1分。		
10	护理设施 (10分)	够提供护理服务过程信息化/智能化监控设施或长护险数字化运行平台的,得5分;有康复训练器材或相关设施的,得3分;有医疗急救设备的,得2分。		
11	应急处置 (5分)	制定突发事件应急预案和必要设施(如火灾、地震、突发公共卫生事件、服务对象病情突变等)、定期组织演练,得2分,少一项扣1分;有投诉处理机制的,得3分。处理不及时、满意率偏低或无诉求处理经验的,不得分。		
12	运营时间 (10分)	在现营业场所正常开展护理服务满3个月以上,每增加3个月得2分,最高得10分。(以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照的最后日期为准,计算到申请当日)		
13	运营报告 (5分)	运营报告应客观、正确,符合服务机构规模、经营收入等实际情况,得1分;内容包括服务机构的总体经营情况,护理服务收费标准,申请承接重度失能人员数量,得2分;纳入定点后如何开展长期护理保险管理和提升服务质量等内容,得2分。根据报告进行打分,未提供分析报告的不得分。		
评估得分				
以上为差异化指标,根据得分择优确定,各统筹区评估意见表另行制定。				

辽宁省长期护理保险定点护理服务机构 (机构护理) 评估表

机构名称（盖章）：

地址：

评估时间：

序号	评估指标	评估标准	自评情况	评估结果
1	服务资质	是否具备行业主管部门认可的服务资质，有提供每天 24 小时不间断护理服务的能力，且符合《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》第六条的条件之一。“否”即为不合格。		
2	法人资格	是否具备法人资格。“否”即为不合格。		
3	经营时间	是否在现营业场所正常营业（以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照最后的日期为准，计算到申请当日）3 个月及以上，业务用房的使用期限 2 年及以上。“否”即为不合格。		
4	规范经营	是否遵守国家、省、市有关法律法规和政策规定及服务标准和规范；是否规范经营，近 2 年内（不足一年的自开业以来）未发生重大安全事故，未受到失信处罚、行政处罚；属于医保定点医疗机构的，未受到医保行政部门处罚。是否具备必要的消防设施。其中一项为“否”即为不合格。		
5	基础配置	是否配备熟悉长期护理保险政策规定及要求的专（兼）职管理人员，服务能力在 100（含）人以上的是否成立长期护理保险管理内设工作机构；并配备一定数量的专职长期护理服务人员。其中一项为“否”即为不合格。		

6	制度建设	是否建立与长期护理保险管理相适应的内部管理制度，包括服务管理、财务管理、信息统计、内控管理、人员管理、档案管理等制度。“否”即为不合格。		
7	信息技术	是否具备使用全国统一的医保信息平台、与医保信息平台长期护理保险功能模块按接口标准进行对接等条件。“否”即为不合格。		
8	收费标准	与长期护理保险服务相关的收费项目和收费价格是否符合政策规定。“否”即为不合格。		
9	医疗服务	养老机构：是否有内设医疗机构或与医疗机构开展协议合作。“否”即为不合格。 医养机构：是否具备相应的医护专业人员，医师和护士各不少于2人。“否”即为不合格。		
10	区域设置	养老机构：是否在相对独立区域设置长期护理服务专区，提供长期护理床位数不少于20张。“否”即为不合格。 医养机构：是否在相对独立区域单独设立长期护理服务专区，符合养老机构建设标准并在民政部门完成养老机构备案登记，提供长期护理床位数不少于20张。其中一项为“否”即为不合格。		
11	床位设立	床位设立标准是否符合《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》第九条机构护理对床位的准入要求，“否”即为不合格。		
12	人员配备	在本单位参加在职职工医疗保险的劳动年龄段护理服务人员不少于3人；长期护理服务人员数与服务专区床位数之比不得低于1:5，各类护理人员数量		

		与申请承接重度失能人员数量之比不低于 1:3。其中一项为“否”即为不合格。		
13	不予受理的情形	是否存在《辽宁省长期护理保险护理服务机构定点管理实施细则（试行）》第十四条所规定的不予受理的情形。如有一项不予受理的情形即为不合格。		
评估结果： 以上为基础指标，有一项不合格，评估结果即为不合格。				
1	经营年限 (15 分)	在现营业场所正式运营时间 3 个月以上的得 5 分；1 年（含）以上的得 10 分；2 年（含）以上的得 15 分。（以执业许可证、设立许可证、备案时间、营业执照中的最后日期为准，计算到申请当日）		
2	场所面积 (10 分)	具有与开展业务相适应的固定经营场所，经营场所建筑面积 ≥ 500 平方米得 5 分，在 500 平方米的基础上每增加 100 平方米加 1 分，最高加 5 分。		
3	护理床位 (15 分)	长期护理服务专区床位数 20 张得 2 分；21-50 张得 5 分；51-100 张得 8 分；101-200 张得 10 分；200 张以上的得 15 分。		
4	床护配比 (10 分)	长期护理服务专区内的长期护理服务人员数量与申请服务重度失能人员数量配比达到 1:3 的，得 7 分；超过 1:3 的，得 10 分。		
5	人员年龄 (10 分)	根据提供的护理服务人员的平均年龄打分，平均年龄 ≤ 50 周岁，得 10 分；50 周岁 $<$ 平均年龄 ≤ 55 周岁，得 7 分；55 周岁 $<$ 平均年龄 ≤ 60 周岁，得 5 分；60 周岁以上的不得分。		
6	人员稳定 (10 分)	在本单位参加职工医保的劳动年龄段护理服务人员，连续参保三个月（含）以上的，每有 1 人，加 0.5 分；连续		

		参保六个月(含)以上的,每有1人,加1分;连续参保一年(含)以上的,每有1人,加1.5分。总加分值不超过10分。(计算到申请当月)		
7	护理能力 (15分)	机构的护理服务人员80%以上为执业医师或者护士、长期照护师、养老护理员、医疗护理员的,得10分。自主聘用的护理服务人员为执业医师或者护士、长期照护师的,每有1人,加1分,总加分值不超过5分。		
8	医疗能力 (5分)	机构自身有医疗服务能力的,得5分;没有医疗能力但有医疗急救设备的得2分。		
9	机构评级 (5分)	养老机构为三星级的,得3分,四星级的得4分,五星级的得5分。		
10	运营报告 (5分)	运营报告应客观、正确,符合服务机构规模、经营收入等实际情况,得1分;内容包括服务机构的总体经营情况,护理服务收费标准,申请承接重度失能人员数量,目前经营状态和远景规划,得2分;定点后如何开展长期护理保险管理和提升护理服务质量等内容。得2分。根据报告进行打分,未提供分析报告的不得分。		
评估得分				
以上为差异化指标,根据得分择优确定,各统筹区评估意见表另行制定。				

附件 4

长期护理保险定点服务机构考核参考指标

考核项目	序号	考核指标	分值	考核标准	得分
1.基础管理 (35分)	1	建立机构护理内部管理、护理工作人员管理、财务结算管理、信息系统管理制度。	4	建立一项可靠制度并按相应的管理制度执行的得1分，否则不得分。	
	2	为参保人建立长期护理服务档案。	3	设有档案室得1分；档案管理规范的，得2分。服务档案应包含参保人基本情况表，身份证、社保卡、失能等级评估结论书等相关证件复印件、长期护理保险服务协议、服务计划确认单等，发现一次档案存储不规范扣1分，此项分值扣完为止。	
	3	护理机构的服务场所、服务设施、床位配置、与所开展的长期护理服务项目相匹配的情况。	5	服务场所、服务设施、床位配置与所开展的长期护理服务项目能满足重度失能人员护理需求得5分，否则不得分。	
	4	按规定参加第三方机构组织的政策业务培训情况。	3	未按规定参加培训1次的，扣1分，此项分值扣完为止。	
	5	护理人员业务培训情况。	4	每季度完成对所有护理人员培训(保存影音影像证明)1次，得4分，每少1次季度培训扣1分，此项分值扣完为止。	

	6	护床比/服务人员配备。	5	床位数量不低于最低标准要求，护床比/服务人员配备达到定点机构准入标准和要求；护理服务人员需要缴纳职工医保，且与申请定点的服务机构签订劳动合同；各项低于要求1次，扣1分，此项分值扣完为止。	
	7	重大信息变更备案或一般信息变更告知	2	未在规定时间内向甲方提交重大信息变更备案或一般信息变更告知的，1次扣1分，此项分值扣完为止。	
	8	配合第三方机构做好日常监督检查、专项检查、专项稽核的情况。	4	不配合第三方机构接受日常监督检查、专项检查、专项稽核的，或稽核过程中提供的材料不规范，发现1次扣2分，此项分值扣完为止。	
	9	规范经营	5	以政策规定范围外的实物或现金方式等不正当的方式、手段获客，扰乱市场秩序，发现1次扣1分，此项分值扣完为止。	
2.服务质量 (45分)	10	推诿失能人员护理服务。	6	推诿失能人员护理服务1次，扣2分，此项分值扣完为止。	
	11	失能人员护理服务协议签订情况。	4	未与失能人员签订护理服务协议1次，扣2分，此项分值扣完为止。	
	12	按照《长期护理保险服务项目和标准》制定服务计划并提供护理服务，严格执行护理计划。	6	制定的护理服务计划与失能参保人的失能等级或日常状态明显不符、未按照失能人员选择的服务计划提供护理服务或未按服务项目及标准完成护理计划1次，扣2分，此项分值扣完为止。	
	13	加强护理服务质量管理，准确记录护理服务。	6	未真实、准确记录护理服务记录，并妥善保存备查的，发现1次扣2分，此项分值扣完为止。	

	14	真实、准确、完整报送长期护理保险相关信息。	6	失能人员护理方式、生存状态等情况发生变化，发现1次未在5个工作日内报送的扣2分，此项分值扣完为止。	
	15	失能人员满意度评价情况。	5	未真实、准确完成失能人员满意度评价1次扣1分，此项分值扣完为止。	
	16	实名制管理的护理人员提供护理情况。	6	定点机构指派未纳入系统实名制管理的护理人员为失能人员提供护理服务1次扣2分，此项分值扣完为止。	
	17	护理安全情况。	6	发生一次护理事故并造成严重后果，且乙方承担主要责任的，扣3分，此项分值扣完为止。	
3. 费用 结算 (20分)	18	失能人员与定点机构费用结算情况。	5	定点机构应按规定向失能人员收取费用，未按规定结算费用1次扣1分，此项分值扣完为止。	
	19	向第三方机构报送相关结算资料。	5	定点机构未在规定时间内向第三方机构报送相关结算资料或结算资料不齐全的1次扣1分，此项分值扣完为止。	
	20	失能人员自费项目收费情况。	5	长期护理保险失能人员自费项目收费标准与本机构其他人员不一致的，一项扣1分，此项分值扣完为止。	
	21	结算符合业务类别的费用。	5	将超出长期护理保险业务类别产生的费用纳入长期护理保险基金支付或将未进行的护理服务项目费用录入系统进行长期护理保险基金支付的，一次扣1分，此项分值扣完为止。	
合计			100		

备注：本表一式三份，医疗保障经办机构、第三方机构、护理服务机构各留存一份。

抄送：辽宁省医疗保障事务服务中心。

辽宁省医疗保障局办公室

2025 年 9 月 1 日印发
