

汕尾市医疗保障局

关于做好汕尾市长期护理服务机构承接能力及意向摸底调研的通知

各县（市、区）医疗保障局，华侨管理区教育与卫生健康局：

为全面掌握我市长期护理服务资源现状，精准摸清辖区各类养老机构、医疗机构或者其他从事养老服务、照护服务或者护理服务的法人机构服务承载能力与定点申报意愿，科学完善我市长期护理保险配套政策、优化定点机构布局、提升失能人员照护保障水平，决定在全市组织开展长期护理服务机构承接能力及意向摸底调研工作。现将有关事项通知如下：

一、调研目的

通过摸底排查，全面掌握各县（市、区）长期护理服务机构数量、资质条件、床位供给、人员配置、设备设施、现有服务能力、运营状况及承接长护险服务意向等关键底数，为我市长期护理保险定点准入、规范管理、政策优化提供精准数据支撑。

二、调研对象

辖区内所有可开展失能照护、康复护理、医养服务的机构，具体包括：养老机构、护理院、康复医疗机构、医养结合机构、

具备长期照护能力的乡镇卫生院、社区卫生服务中心，以及有意向参与我市长护险服务的相关社会服务机构。

三、调研内容

重点摸排各机构长效护理的基本资质、机构经营性质、床位规模、人员队伍、设施设备、服务项目、运营情况、长护险承接意向等情况，全面掌握各县（市、区）长护服务整体承接能力。具体内容可见《汕尾市长期护理服务机构承接能力及意向调研问卷调查表》（附件2）

四、报送时限

请各县（市、区）医保局收集汇总辖区机构问卷，填写长期护理服务机构摸底调研汇总表（附件1）并形成相关调研报告，于2026年9月23日前将加盖公章的纸质报告及附表、机构问卷电子版通过“粤政易”报送市医保中心（联系人：刘翠英，联系电话：0660-3600603）。统一命名为“XX县（市、区）长护机构摸底调研材料”。

五、注意事项

本次调研收集全部信息仅用于长护险政策研究、资源规划，请各县（市、区）医保局严格做好相关信息数据保密，不作其他商业用途。

附件：1.××县（市、区）长期护理服务机构摸底调研汇总表

2.汕尾市长期护理服务机构承接能力及意向调研问
卷调查表



汕尾市医疗保障局

2026年8月26日

附件 2

汕尾市长期护理服务机构承接能力及意向 调研问卷调查表

问卷题目

一、机构基础信息

*1.机构名称（请填写营业执照或民非法人登记证书上的完整法定名称）

*2.统一社会信用代码

*3.机构注册地址

所在县区：_____

所在镇街：_____

详细地址：_____

*4.机构类型（单选）

A. 公办养老机构（福利院、敬老院等） B. 民办养老机构 C. 综合医院/专科医院 D. 社区卫生服务中心/乡镇卫生院 E. 居家养老上门服务机构 F. 社区养老服务机构 G. 康复护理机构 H. 其他（请注明）_____

*5.机构成立年限：

☐ 不足三个月

☐不足1年（满三个月）

☐1—3年

☐3—5年

☐5—10年

☐10年以上

*6.机构现有在岗总人数：_____人

*7.专业护理人员配置情况

（1）执业医师：_____人 （2）执业护士：_____人 （3）
康复治疗师：_____人 （4）一线护理服务人员：_____人 （5）
社工人员_____人 （6）其他_____

*8.机构经营性质（单选）

A.公办事业单位 B.公办民营 C.民办非营利 D.民办营利

*9.床位设置情况（按机构类型填写对应部分）【可多选】

☐养老机构/医疗机构

请填写机构设置床位数、开放床位数，其中老年科/康复科/
全科收治失能老人的床位数、临终关怀/安宁疗护床位数：_____。

☐社区养老服务机构

请填写机构日间照料托养床位数、日间照料中心可同时容纳
人数、社区长者饭堂/助餐点数量：_____。

☐居家上门服务机构。

请填写持证上门服务人员总数、机构可承接的最大服务量
（人·次/月）、可覆盖的镇/街道数量：_____。

*10.服务覆盖区域（请填写机构在市内实际提供服务的所有镇/街道）

市城区：_____

海丰县：_____

陆丰市：_____

陆河县：_____

红海湾：_____

华 侨：_____

其他区域：_____

二、机构资质信息

*11.机构具备的相关资质证照（多选）

A. 营业执照 B. 医疗机构执业许可证 C. 养老机构备案证/许可证 D. 公共场所卫生许可证 E. 残疾人服务资质 F. 康复医疗资质 G. 居家养老服务备案资质 H. 无专项资质 I. 其他（请注明）_____

*12.请上传相关资质证书（图片或 PDF，多个文件请合并上传，不超过 20M）

（选择文件上传）

*13.机构所属类别【最少选择 1 项】

☐养老机构（机构养老）

☐居家养老服务机构

☐社区养老服务机构（含日间照料中心、长者饭堂等）

- ☐三级医疗机构
- ☐二级医疗机构
- ☐一级医疗机构
- ☐护理院
- ☐护理站
- ☐社区卫生服务中心
- ☐家政服务公司（含居家上门服务）
- ☐医疗后勤服务公司
- ☐养老服务公司
- ☐社会工作服务机构（有承接居家或社区养老服务的社工机构）
- ☐其他：_____

***14.属于某集团/连锁品牌【可多选】**

- ☐属于某集团/连锁品牌（集团/品牌名称：_____）
- ☐有关联的医疗机构（如内设医务室、与医院签订合作协议、同一集团旗下有医院等），请详细备注关联医疗机构名称、地址、合作/隶属关系及医疗资质等级_____；
- ☐有关联的养老机构（如与养老机构同属一集团或签订合作协议），请详细备注关联养老机构名称、地址及关系：_____

☐其他关联机构备注；_____

☐同集团/品牌下共有多少家机构参与本次调研（含本机构），一共多少家：_____。

15. 机构是否建立完善的护理服务管理制度（多选）

A.失能人员护理管理制度 B.长护险服务台账管理制度 C.服务质量考核制度 D.安全风险防控制度 E.费用结算管理制度 F.无专项制度 G.其他_____

三、服务供给能力

16. *贵机构目前可提供的长护险相关服务项目（多选）

☐生活照料类

☐医疗护理类

☐康复护理类

☐综合服务类

*17.机构目前在册服务对象总人数：_____（填写数字）

*18.请依据《长期护理失能等级评估标准（试行）》，填写对应等级的人数（合计人数应与前述在册服务对象总人数一致）

基本正常（0级）：_____

轻度失能（1级）：_____

中度失能（2级）：_____

重度失能一级（3级）：_____

重度失能二级（4级）：_____

重度失能三级（5级）：_____

合计：_____

19.在册服务对象的主要支付方式（可多选，请估算占比）

☐个人及家庭自付约____%

- ☐政府购买服务/补贴约____%
- ☐医保支付（含家庭病床）约____%
- ☐长护险支付（广州市或其他地市）约____%
- ☐商业保险约____%
- ☐慈善/基金会资助约____%
- ☐其他：_____

四、业务承接意愿与规划

*20.贵机构对以下长护险服务方式的承接意向【可多选】

☐机构护理——在定点养老机构、护理院等为入住服务对象提供长护险护理服务

☐社区护理——依托社区养老服务设施（日间照料中心等）为周边服务对象提供护理服务

☐居家护理——安排服务人员上门为居家的服务对象提供护理服务

21.预计可承接的长护险服务量

如获定点资格，预计首年可承接服务对象总数约（人）：

_____，其中：

机构护理约（人）：_____

社区护理约（人）：_____

居家护理约（人）：_____

可开始提供服务的时间：_____年_____月

*22.请勾选贵机构目前有能力承接的项目【可多选】

☐生活照料类

☐医疗护理类

☐功能维护与康复类

☐其他专业服务

23.提交日期

_____年_____月_____日。

*24.联系人信息

联系人姓名: _____

职务/职称: _____

联系电话: _____

电子邮箱: _____

机构对外服务咨询电话（如有不同）: _____

