

盐城市长期护理保险政策问答

一、什么是长期护理保险？

长期护理保险是指为长期失能人员基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供保障的制度。

二、我市长期护理保险的参保范围和对象有哪些？

全市职工基本医疗保险和市区（市本级、盐都区、亭湖区、大丰区、市开发区、盐南高新区）城乡居民基本医疗保险参保人员为长期护理保险参保对象。随着制度的建立完善，逐步扩展到全市居民医保参保人员。

三、长期护理保险的缴费标准是多少？

长期护理保险基金年度筹集标准为 100 元，其中，个人缴费 30 元，政府财政补助 40 元，基本医疗保险统筹基金划拨 30 元。

1 至 6 级残疾军人、建国前老工人、学生及其他未成年人个人缴费部分暂免征缴。

四、如何缴纳长期护理保险参保费用？

职工医保参保人员个人缴费部分，每年由经办机构从职工医保个人账户中一次性划转至财政专户，居民医保参保人员个人缴费部分，在缴纳居民医保费时一并缴纳。医疗救助对象个人缴费部分由救助对象所属地区财政全额补助，同步划转至财政专户。

五、享受长期护理保险待遇的条件是什么？

参保人员因年老、疾病、伤残等原因导致长期失能，且

失能状态持续6个月以上，需要长期照护，申请并经失能等级评估认定符合盐城市长期护理保险重度失能等级标准的，可以享受长期护理保险待遇。

六、如何申请享受长期护理保险待遇？

参保人员可通过参保地长期护理保险服务中心柜面或“我的盐城”APP提出申请，申请时需提交以下材料：

（一）《盐城市长期护理保险失能等级评估申请表》《盐城市长期护理保险失能等级自评表》；

（二）参保人员和其监护人、委托代理人有效身份证（或户口本）原件和复印件，参保人员社会保障卡复印件；

（三）真实有效的病情诊断证明、医学检查检验报告、出入院记录等完整病历材料和可证明参保人员失能6个月以上相关材料的原件和复印件；

（四）如非参保人员本人办理，还需要提供其监护人、委托代理人与参保人员的关系证明以及《盐城市长期护理保险申请人委托书》。

七、哪些情况不予受理长期护理保险待遇申请？

有下列情形之一的，长期护理保险待遇申请不予受理：

（一）未参加我市长期护理保险的；

（二）不符合待遇享受条件的；

（三）发生护理服务费用不属于长期护理保险基金支付范围的；

（四）申请材料不全或提供虚假材料的；

（五）不同意参加失能等级评估的或者自上一次失能等

级评估结论作出之日起不满3个月的(参保人员失能状态明显恶化的除外)；

(六) 参保人员居住在境外的；

(七) 应当由第三人负担的或属于工伤等社会保险责任范围的；

(八) 其他长期护理保险不予受理评估申请的情形。

八、失能等级评估费用是什么标准？

参保人员接受机构上门评估的，评估费标准为280元/次；参保人员到机构进行评估的，评估费标准为180元/次。建立失能等级评估费用责任共担机制。参保人员的初次评估费用由长期护理保险基金承担80%，参保人员承担20%（医疗救助对象和个人缴费免缴人员评估费用由长期护理保险基金承担）。

九、长期护理保险待遇标准有哪些？

失能等级评估为重度失能等级的参保人员（以下简称“失能人员”）在市内接受护理服务期间，发生的属于长期护理保险护理服务项目范围和标准的护理费用，由长期护理保险基金按以下标准定额支付：

(一) 入住定点长护服务机构的医疗机构照护床位接受护理服务的，由长期护理保险基金按80元/天的标准与定点长护服务机构结算；

(二) 入住定点护理服务机构的养老机构照护床位接受护理服务的，由长期护理保险基金按60元/天的标准与定点

长护服务机构结算；

（三）居家接受定点长护服务机构提供上门护理服务的，每月可享受不超过15次服务，每次服务时长不少于1.5小时，由长期护理保险基金按80元/次的标准与定点长护服务机构结算，因故导致上门护理服务低于规定次数的，按实际服务次数结算；

（四）居家接受定点长护服务机构上门提供护理服务和亲情护理服务相结合的，每月可享受不超过4次服务，每次护理服务时长不少于1.5小时，由长期护理保险基金按80元/次的标准与定点长护服务机构结算，因故导致上门护理服务低于规定次数的，按实际服务次数结算。同时，长期护理保险基金按10元/天的标准支付亲情护理服务补助，为失能人员提供亲情护理服务的人员应接受相关护理培训。

在市外（不含境外）居住的失能人员，由长期护理保险基金暂按20元/天的标准支付护理服务补助。

十、失能人员如何享受长期护理保险待遇？

失能人员或其监护人、委托代理人凭失能等级评估结论书原件和社会保障卡至定点护理服务机构办理入住登记或居家护理服务手续。失能人员接受定点护理服务机构护理服务的，自服务当日起开始享受长期护理保险待遇。

十一、哪些情况应停止享受长期护理保险待遇？

（一）失能人员死亡的；

（二）失能人员因病情好转或康复等原因不再符合我市

长期护理保险重度失能等级标准的；

（三）失能人员因病情变化等原因，失能人员需要在基本医疗保险定点医疗机构进行住院治疗，享受基本医疗保险住院报销待遇的；

（四）失能人员已享受其他社会保险基金支付或政府补助护理费用的；

（五）应当由第三人负担照护费用的。

十二、如何变更长期护理保险护理服务方式？

失能人员根据自身护理服务需要，自愿选择长期护理保险护理服务方式与定点护理服务机构，原则上一个年度内变更不超过两次。变更时，需向长期护理保险服务中心申请，长期护理保险服务中心自收到变更申请之日起3个工作日内完成审批及变更工作。失能人员应结清变更前的护理服务费用，并自变更手续次月起享受变更后的长期护理保险待遇。

十三、失能人员护理服务费用如何结算？

失能人员在长期护理服务期间，发生的符合长期护理保险护理服务项目范围和标准的护理服务费用，从长期护理保险基金中支付；超出护理服务项目范围和标准的长护费用，长期护理保险基金不予支付，由失能人员个人承担并与定点护理服务机构直接结算。