

上海市长期护理保险政策 **108** 问

二〇一七年十二月

目 录

(服务对象部分)

一、基本情况.....	1
1. 什么是长期护理保险制度?	1
2. 哪些人可以申请享受长期护理保险待遇?	1
3. 长期护理保险的筹资水平及缴费标准是什么?	1
4. 申请长期护理保险待遇为什么需要经过评估?	2
5. 什么是老年照护统一需求评估?	2
6. 评估结果有几个等级?	2
7. 长期护理保险的服务形式有哪些?	2
8. 社区居家照护和养老机构照护具体有哪些服务内容?	3
9. 社区居家照护和养老机构照护的待遇是怎样的?	3
10. 住院医疗护理的待遇是怎样的?	4
二、申请受理.....	4
11. 到哪里申请长期护理保险待遇? 需要携带哪些材料?	4
12. 申请需要哪些手续? 有什么注意事项?	5
13. 受理窗口能否当场告知我是否符合申请条件?	5
14. 可以请人代办吗? 代办人需要携带哪些材料?	5
三、需求评估.....	5
15. 我已办理申请手续? 何时为我开展评估?	5
16. 评估具体是如何进行的?	6
17. 由谁上门评估? 我该如何配合评估?	6
18. 评估时, 家属需要在场吗?	6
19. 评估过程涉及我的个人隐私, 是保密的吗?	6
20. 如何才能知道评估结果? 如没有收到结果, 该怎么办?	6
21. 对评估结果有异议, 该怎么办?	6
22. 在接到评估结果告知书后的多少时间内, 可以申请复核评估? 申请复核评估期间, 可以开始服务吗?	7

23. 复核评估的流程具体是怎样的？	7
24. 对复核评估结果仍有异议，该怎么办？	7
25. 评估结果是否终身有效？如果不是，为什么要设有效期？有效期是多久？	7
26. 评估有效期快满了，该怎么办？	7
27. 如果评估有效期满未申请重新评估，会怎么样？	8
28. 我在评估有效期满前提出重新评估，评估期间，正在享受的长期护理保险待遇会停止吗？	8
29. 我感觉我的生活自理能力变好（差）了，能要求重新评估吗？	8
30. 评估的收费标准是多少？	8
31. 评估费用需要个人承担吗？	8
32. 非长期护理保险参保人员申请评估的，评估费用由谁承担？	8
33. 我是本市的离休干部，我的评估费用需要个人承担吗？	9
34. 评估费用怎么支付？	9
35. 对评估结果有异议、申请了复核（或终核）评估，需要承担费用吗？	9
36. 享受住院医疗护理的服务对象如何申请评估？	9
四、护理服务	10
37. 如何选择我所需要的服务并选择相应的服务机构？	10
38. 收到评估结果后，如何享受服务？	10
39. 服务机构没有联系我，我该怎么办？	10
40. 服务机构已联系我、要上门为我制定服务计划，这是怎么回事？	10
41. 服务计划具体有哪些内容？	11
42. 服务计划是否需要征询我的意见？	11
43. 服务机构没有制定服务计划就为我提供服务，可以吗？	11
44. 服务机构没有按计划提供服务，我该怎么办？	11
45. 我选择的养老机构暂时无法接受我入住，是否能重新选择？	12
46. 社区居家服务的每周上门服务时间和频次是怎样的？	12
47. 我最近身体状况变好（差）了、重新评估了等级，服务计划要调整吗？	12
48. 我搬家了，原来的社区居家服务机构需要变更吗？要办什么手续？	12
49. 接受社区居家服务的服务对象想入住养老机构（或从养老机构出院回家的服务对象想接受社区居家服务），该如何办理？	13
50. 遇到生病住院或暂时离开本市，接受的服务该怎么办？	13

51. 我已回家（或已重新入住养老机构），如何申请恢复服务？	13
52. 暂停服务期间，评估有效期是否顺延？	14
53. 服务对象到外省市、国外定居或因病去世的，如何终止服务？	14
五、服务费用结算	14
54. 社区居家服务的收费标准是如何规定的？	14
55. 社区居家服务费用的个人承担比例是多少？	14
56. 养老机构服务的支付标准是如何规定的？	14
57. 养老机构服务费用的个人承担比例是多少？	15
58. 住院医疗护理的支付标准是什么？	15
59. 我在社区居家和养老机构发生的服务费用该如何结算？	15
60. 享受社区居家和养老机构服务的对象，没有与服务机构进行实时结算，是否可凭发票进行零星报销？	15
61. 住院医疗护理费用该如何结算？	15
62. 长期护理保险个人自负部分可以用医保账户资金支付吗？	16
63. 我是本市离休干部，我的服务费用需要个人承担吗？	16
64. 长期护理保险居家服务现金补贴是怎么回事？	16
六、其他	17
65. 原享受高龄老人医疗护理计划人员，如何享受长期护理保险待遇？	17
66. 已接受过老年照护统一需求评估、且评估等级在二至六级，申请长期护理保险待遇时需要重新评估吗？	17
67. 拥有本市户籍的外省市退休对象能否享受长期护理保险待遇？	17
68. 符合长期护理保险待遇享受条件的人员、居住在外省市，可以申请享受长期护理保险待遇吗？	17
69. 服务对象或其他人员在接受评估、护理服务过程中，存在违法违规行为，应当如何处理？	17
70. 长期护理保险政策咨询电话是多少？	18
 (经办管理部分)	
七、受理审核	19
71. 如何受理长期护理保险申请信息？	19
72. 如何对长期护理保险申请进行审核？	19

73. 对不符合长期护理保险申请条件的人员该如何处理?	19
八、评估管理	19
74. 申请长期护理保险定点评估机构需要哪些条件?	19
75. 申请长期护理保险定点评估机构需要哪些材料?	20
76. 什么是评估人员?	20
77. 长期护理保险对评估机构的评估人员有哪些要求?	20
78. 评估人员开展评估需要遵循哪些行为规范?	21
79. 老年照护统一需求评估的评估工具和评估标准是?	21
80. 本市老年照护统一需求评估工作的主管部门是哪个部门?	21
81. 哪些部门负责对评估机构进行行业管理?	21
九、服务管理	22
82. 申请成为长期护理保险定点服务机构需具备哪些条件?	22
83. 定点服务机构提供的长期护理保险服务形式有哪些?	22
84. 定点服务机构应当遵循哪些服务管理要求?	23
85. 长期护理保险对定点服务机构的服务人员有哪些要求?	23
86. 护理人员按什么标准开展护理服务?	23
87. 定点服务机构暂时无法接收选择本服务机构的服务对象, 应如何处理?	24
88. 社区居家护理机构发现服务对象的居住地址不在本辖区内, 如何处理?	24
89. 定点服务机构如何办理服务对象的转入转出?	24
90. 定点服务机构如何防范风险?	24
十、费用结算	25
91. 定点评估机构开展评估的收费标准是怎样的?	25
92. 定点服务机构提供社区居家照护和养老机构照护服务的收费标准是怎样的?	25
93. 定点评估机构结算长护险评估费用有哪些注意事项?	25
94. 定点评估机构申报结算长护险评估费用的时间和要求有哪些?	26
95. 离休干部等特殊人群的长护险评估费用和护理费用如何申报?	26
96. 定点评估机构已申报的评估费用何时拨付?	26
97. 社区居家照护机构和养老机构如何申报长护险结算费用?	27
98. 社区居家照护机构和养老机构申报结算长护险费用的时间和要求有哪些?	27
99. 社区居家照护机构和养老机构已申报结算的长护险费用何时拨付?	28

100. 住院医疗护理费用如何结算?	28
101. 哪些护理费用不纳入长期护理保险基金支付范围?	28
十一、 监督管理	29
102. 长护险试点工作中负责监督管理的部门有哪些?	29
103. 经办机构及工作人员的哪些行为属于违规行为?	29
104. 对定点评估机构、定点服务机构的监管要求有哪些?	29
105. 哪些行为违反了护理计划制定的要求?	30
106. 哪些行为违反了护理服务规范?	30
107. 哪些行为属于护理结算违规?	30
108. 定点评估机构、定点服务机构存在违法违规行为,造成长期护理保险基金损失的,该如何处理?	31

服务对象部分

一、基本情况

1. 什么是长期护理保险制度？

答：是指以社会互助共济方式筹集资金，对经评估达到一定护理需求等级的长期失能人员，为其基本生活照料和与基本生活密切相关的医疗护理提供服务或资金保障的社会保险制度。

2. 哪些人可以申请享受长期护理保险待遇？

答：符合以下条件的人员，可以申请享受长期护理保险待遇：

- (1) 年满 60 周岁及以上；
- (2) 参加本市职工医保或居民医保；
- (3) 参加本市职工医保的人员，还需已按照规定、办理申领基本养老金手续；
- (4) 经老年照护统一需求评估，失能程度达到评估等级二至六级且在评估有效期内的参保人员。

3. 长期护理保险的筹资水平及缴费标准是什么？

答：长期护理保险筹资水平根据本市经济社会发展和基金实际运作情况按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则合理确定。

长期护理保险的参保人员分别按照现行的本市职工医保和居民医保有关登记征缴的规定，暂不实行个人缴费。

4. 申请长期护理保险待遇为什么需要经过评估？

答：由于长期护理保险的对象是长期失能人员，因此需要对其失能程度、疾病状况、照护情况等进行评估，才能确定其评估等级，实现照护服务与老年人照护需求合理匹配。

5. 什么是老年照护统一需求评估？

答：老年照护统一需求评估是指对具有照护需求且符合规定条件的老年人，按照全市统一的评估标准，依申请对其失能程度、疾病状况、照护情况等进行评估，确定照护等级。照护等级作为申请人享受长期护理保险待遇、养老服务补贴等政策的前提和依据。

6. 评估结果有几个等级？

答：评估等级分为：照护 1 级、照护 2 级、照护 3 级、照护 4 级、照护 5 级、照护 6 级，以及其他情况（未达到照护 1 级和建议至二级以上医院就诊的）。

其中，照护 1 级以及其他情况（未达到照护 1 级和建议至二级以上医院就诊的），不享受长期护理保险待遇；照护 2 至 6 级的，可以享受相应的长期护理保险待遇。

7. 长期护理保险的服务形式有哪些？

答：长期护理保险有三种护理服务形式，分别是：

（1）社区居家照护，指护理站、社区养老服务机构等为居家的参保人员，提供上门照护或社区日间集中照护及相关医疗护理服务；

（2）养老机构照护，指养老机构为其中住养的参保人员，

提供基本生活照料及相关医疗护理服务；

(3) 住院医疗护理，指护理院、社区卫生服务中心和部分二级及以上医疗机构，为入住在其机构内护理性床位的参保人员，提供医疗护理服务。

8. 社区居家照护和养老机构照护具体有哪些服务内容？

答：对于社区居家照护和养老机构照护，本市规定了 42 项具体服务项目，分为基本生活照料和常用临床护理两类。基本生活照料主要包括与护理对象身体护理密切相关的项目（如头面部清洁梳理、协助进食/水等）；常用临床护理主要包括根据医嘱由执业护士完成的项目（如鼻饲、药物喂服等）。

9. 社区居家照护和养老机构照护的待遇是怎样的？

答：社区居家照护、养老机构照护的长期护理保险待遇分别为：

(1) 社区居家照护待遇：评估等级为二至六级的参保人员，可以享受社区居家照护。试点阶段，每周上门服务的时间和频次为：评估等级为二级或三级的，每周上门服务 3 次；评估等级为四级的，每周上门服务 5 次；评估等级为五级或六级的，每周上门服务 7 次；每次上门服务时间为 1 小时。

社区居家照护的收费标准为：执业护士提供照护服务的价格为 80 元/小时；医疗照护员为 65 元/小时；养老护理员、健康照护员等其他人员为 40 元/小时。对参保人员在评估有效期内发生的社区居家照护的服务费用，长期护理保险基金的支付水平为 90%。

(2) 养老机构照护待遇：评估等级为二至六级的参保人员，可以享受养老机构照护。养老机构照护服务的长期护理保险支付标准为：评估等级二或三级的 20 元/天；评估等级四级的 25 元/天；评估等级五或六级的 30 元/天。养老机构实际服务费用低于上述标准的，应以实际费用为准。对参保人员在评估有效期内发生的符合规定的养老机构照护的服务费用，长期护理保险基金的支付水平为 85%。

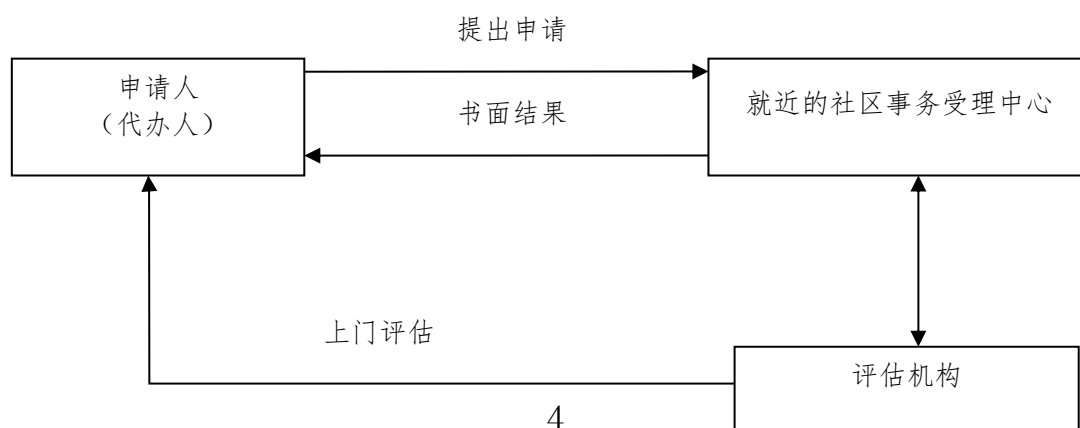
10. 住院医疗护理的待遇是怎样的？

答：参保人员在住院医疗护理期间发生的符合规定的费用，其待遇按照其本人所参加的本市职工医保或居民医保的相关规定执行。

二、申请受理

11. 到哪里申请长期护理保险待遇？需要携带哪些材料？

答：长期护理保险的待遇申请实行全市通办，您可以就近通过街镇社区事务受理服务中心或分中心办理申请手续。申请时，您需要携带并提交以下材料：1、身份证；2、社保卡（医保卡）；3、其他相关材料。



12. 申请需要哪些手续？有什么注意事项？

答：办理申请时，需要您填写书面申请书，并特别注意以下事项：

- (1) 确保您的姓名、身份证号码、地址和联系方式等填写无误；
- (2) 选择评估机构上门评估的时间；
- (3) 选择您所需要的照护类型和相应的服务机构。

13. 受理窗口能否当场告知我是否符合申请条件？

答：对符合申请条件的，社区事务受理中心将当场受理并打印受理确认表请您签字；对不符合申请条件的，社区事务受理中心受理窗口也会将结果当场告知您。

14. 可以请人代办吗？代办人需要携带哪些材料？

答：您可以请监护人或代理人代为办理申请手续，代办人除了提供您本人的身份证、社保卡（医保卡）和其他相关材料外，还应提供代办人本人的身份证。此外，您也可委托村（居）老龄干部，凭您的身份证复印件及《老年照护统一需求评估申请表》代为办理。

三、需求评估

15. 我已办理申请手续？何时为我开展评估？

答：根据您在申请时初步选择的评估时间，评估机构会提前与您预约评估时间，并为您安排上门评估。

16. 评估具体是如何进行的？

答：办理申请手续后，评估机构会根据您预留的联系方式与您联系，安排由2名（及以上）评估人员组成的评估小组上门为您进行现场评估调查，并如实记录调查信息。

17. 由谁上门评估？我该如何配合评估？

答：上门进行现场评估调查的评估小组均由经过培训合格的评估员组成。评估时，请您如实回答评估员提出的问题，并配合评估员完成评估。

18. 评估时，家属需要在场吗？

答：上门评估时原则上应有评估对象的代理人或监护人在场，并配合评估员顺利完成评估。

19. 评估过程涉及我的个人隐私，是保密的吗？

答：评估过程涉及的信息均为个人隐私，受法律保护。评估机构和个人不得泄露或者违法查询、使用您的信息。

20. 如何才能知道评估结果？如没有收到结果，该怎么办？

答：现场评估调查后，评估机构还需完成录入评估调查记录、集体评审、出具评估报告等评估工作，并由社区事务受理中心告知评估结果。

如超过规定时间仍没有收到结果，您可以联系评估机构或向原申请的社区事务受理中心查询。

21. 对评估结果有异议，该怎么办？

答：如您对评估结果有异议的，可以至原申请的社区事务受

理中心提出复核评估申请。

22. 在接到评估结果告知书后的多少时间内，可以申请复核评估？申请复核评估期间，可以开始服务吗？

答：您可以在接到评估结果告知书的30个工作日内，申请复核评估。申请复核评估期间，您暂时不能享受服务。

23. 复核评估的流程具体是怎样的？

答：开展复核的评估机构将上门开展现场评估调查，录入长护险信息系统，出具评估报告和告知书等。并按照初次评估告知的规定，由社区事务受理中心将复核评估结果告知您。

24. 对复核评估结果仍有异议，该怎么办？

答：如您对复核评估结果仍有异议，可通过原受理渠道提出终核申请，由市卫计委、市民政局确定的市级评估机构进行终核评估。终核结果为最终结果。

25. 评估结果是否终身有效？如果不是，为什么要设有效期？有效期是多久？

答：评估结果不是终身有效的。由于老年人的失能状况会随着身体、疾病的状况发生改变，因此根据规定，评估结论的有效期不超过2年。

26. 评估有效期快满了，该怎么办？

答：如您的评估有效期将满，按规定应在期满前的60日内向社区事务受理中心提出重新评估的书面申请，具体可参照初次评估申请的方式办理。

27. 如果评估有效期满未申请重新评估，会怎么样？

答：如您在评估有效期满前未申请重新评估，有效期满后，您的长期护理保险待遇将随即终止。

28. 我在评估有效期满前提出重新评估，评估期间，正在享受的长期护理保险待遇会停止吗？

答：如您在评估有效期满前提出重新评估，评估期间，您可以继续享受原长期护理保险待遇。

29. 我感觉我的生活自理能力变好（差）了，能要求重新评估吗？

答：享受长期护理保险服务的服务对象，因身体状况和生活自理能力发生明显变化等，可以申请重新评估。重新评估的流程参照初次评估的流程。

30. 评估的收费标准是多少？

答：统一需求评估的收费标准为每次 200 元。

31. 评估费用需要个人承担吗？

答：需要，对申请长期护理保险待遇所发生的初次评估和重新评估的评估费用，由长期护理保险基金支付 80%，其余部分由个人自负。

32. 非长期护理保险参保人员申请评估的，评估费用由谁承担？

答：非参保人员的评估费用按规定由个人承担。

33. 我是本市的离休干部，我的评估费用需要个人承担吗？

答：本市老红军、离休干部、一至六级革命伤残军人，不实行个人自负费用，其发生的符合规定的初次评估及重新评估的费用，由长期护理保险基金全额支付。

34. 评估费用怎么支付？

答：服务对象发生的符合长期护理保险规定的评估费用，属于基金支付范围的，由评估机构予以记账，其余部分由个人自负。个人自负的评估费用，由评估机构向个人收取。

评估机构对服务对象完成评估并收取个人自负的评估费用后，应向服务对象提供发票，同时由服务对象在评估费用登记表中签字确认。

35. 对评估结果有异议、申请了复核（或终核）评估，需要承担费用吗？

答：复核评估或终核评估结果与原评估结果一致的，评估费用由申请人承担；不一致的，复核评估费用由初次评估机构承担，终核评估费用由复核评估机构承担。

36. 享受住院医疗护理的服务对象如何申请评估？

答：在试点阶段，服务对象如享受住院医疗护理的，暂不需要申请评估。

四、护理服务

37. 如何选择我所需要的服务并选择相应的服务机构？

答：申请长期护理保险待遇时，您可以在书面申请表上选择所需要的服务类型，并填写您所需要的服务机构名称。有关信息将会告知您选择的服务机构。

38. 收到评估结果后，如何享受服务？

答：对于申请社区居家照护的服务对象，服务机构会在确认评估报告有效后与您联系，制定服务计划，并安排居家护理服务。

对于申请养老机构照护的服务对象。如您已入住养老机构的，养老机构会在确认评估报告有效后告诉您，并为您制定服务计划，安排护理服务；如您尚未入住养老机构的，养老机构会按规定的先后顺序，安排您入住，并为您制定服务计划，安排护理服务。

39. 服务机构没有联系我，我该怎么办？

答：您可根据评估结果告知书上的温馨提示（温馨提示内容为您办理申请时所选择服务机构的名称和联系电话），与服务机构取得联系，或向原申请的社区事务受理中心查询。

40. 服务机构已联系我、要上门为我制定服务计划，这是怎么回事？

答：服务机构在为您提供社区居家照护或养老机构照护前，会根据您的实际情况，制定服务计划，再安排护理人员提供相应的护理服务。

41. 服务计划具体有哪些内容？

答：服务计划具体包含了以下内容：

（1）从长期护理保险 42 个服务项目中选择服务对象所需要、适合开展的服务。

（2）根据服务项目内容并结合服务对象意愿，选择实施服务的服务人员类型，包括：执业护士、养老护理员（医疗照护）、养老护理员等其他人员。

（3）对于社区居家服务，还需按规定确定每周上门的服务频次，预约具体上门的日期。

42. 服务计划是否需要征询我的意见？

答：是的，制定护理服务计划需当面向服务对象或家属征询意见。

43. 服务机构没有制定服务计划就为我提供服务，可以吗？

答：根据规定，护理服务必须按服务计划进行，如未制定服务计划的，您可要求服务机构为您制定服务计划或向长期护理保险管理部门反映。

44. 服务机构没有按计划提供服务，我该怎么办？

答：您可直接向服务机构提出，要求服务机构按计划提供服务。如服务机构仍不按计划提供服务的，您可向长期护理保险管理部门反映。

45. 我选择的养老机构暂时无法接受我入住，是否能重新选择？

答：在申请长期护理保险待遇时，您可以选择所需要的护理类型（社区居家照护或养老机构照护），同时选定相对应的一家服务机构。经评估，如您符合长期护理保险规定，服务机构会与您联系，开展服务。

如您选择的养老机构暂时无法入住，有关部门会安排轮候，您也可自行联系能够入住的其他养老机构，接受服务。

46. 社区居家服务的每周上门服务时间和频次是怎样的？

答：试点阶段，社区居家服务每周上门服务的时间和频次为：评估等级为二级或三级的，每周上门服务3次；评估等级为四级的，每周上门服务5次；评估等级为五级或六级的，每周上门服务7次；每次上门服务时间为1小时。

47. 我最近身体状况变好（差）了、重新评估了等级，服务计划要调整吗？

答：如您的身体状况发生变化、并重新评估了等级，服务机构会参照相关流程重新制定新的服务计划，安排相应的护理人员提供服务。

48. 我搬家了，原来的社区居家服务机构需要变更吗？要办什么手续？

答：如您居住地发生变更，请及时联系为您提供服务的社区居家服务机构，并按如下方式办理：

(1) 居住地仍在原社区居家服务机构服务覆盖范围的, 可由原服务机构继续提供服务。

(2) 居住地已超出原社区居家服务机构服务覆盖范围、需要更换服务机构的。您可与服务机构协商后, 申请变更服务机构。在您提出变更申请前, 应与原服务机构先结清相关服务费用。

49. 接受社区居家服务的服务对象想入住养老机构 (或从养老机构出院回家的服务对象想接受社区居家服务), 该如何办理?

答: 您在评估有效期内可以根据实际情况更换护理类型和服务机构。如您需要更换的, 应与原服务机构先结清相关服务费用; 费用结清后, 原服务机构会打印《长期护理保险服务转出确认表》; 您可凭《长期护理保险服务转出确认表》至新选定的服务机构进行转入申请, 新的服务机构接收后, 会打印《长期护理保险服务转入确认表》交给您。

50. 遇到生病住院或暂时离开本市, 接受的服务该怎么办?

答: 您因患病住院或外出等原因, 需暂停护理服务的, 应及时告知服务机构, 由服务机构协助填写, 并通过信息系统上报《暂停 (或终止) 长期护理保险服务的说明》、暂停护理服务。

51. 我已回家 (或已重新入住养老机构), 如何申请恢复服务?

答: 评估有效期内暂停原因消除的, 您可向原服务机构申请恢复服务。恢复服务后, 服务机构会继续为您提供护理服务。

如您申请恢复服务时，原评估有效期已满的，应重新申请评估。

52. 暂停服务期间，评估有效期是否顺延？

答：暂停护理服务期间，评估有效期不予顺延。

53. 服务对象到外省市、国外定居或因病去世的，如何终止服务？

答：服务对象如到外省市、国外定居或因病去世的，家属应及时联系服务机构、结清已发生的护理费用，终止服务对象的长期护理保险待遇。

五、服务费用结算

54. 社区居家服务的收费标准是如何规定的？

答：社区居家服务按照不同的服务人员类型，分为三种收费标准：执业护士提供照护服务的价格为 80 元/小时；医疗照护员为 65 元/小时；养老护理员、健康照护员等其他人员为 40 元/小时。

55. 社区居家服务费用的个人承担比例是多少？

答：服务对象在评估有效期内发生的社区居家照护的服务费用，由长期护理保险基金支付 90%，个人自负 10%。

56. 养老机构服务的支付标准是如何规定的？

答：长期护理保险根据服务对象不同的评估等级，确定养老机构的服务费用的支付标准，其中，评估等级二或三级的 20 元/天；评估等级四级的 25 元/天；评估等级五或六级的 30 元/天。

养老机构实际服务费用低于上述标准的，应以实际费用为准。

57. 养老机构服务费用的个人承担比例是多少？

答：服务对象在养老机构发生的长期护理保险费用，按实际在养老机构入住的天数计算，由长期护理保险基金支付 85%，个人自负 15%。

58. 住院医疗护理的支付标准是什么？

答：服务对象在住院医疗护理期间发生的费用，分别参照其职工医保或居民医保的标准享受。

59. 我在社区居家和养老机构发生的服务费用该如何结算？

答：服务对象发生的符合长期护理保险规定的社区居家照护和养老机构照护的服务费用，属于长期护理保险基金支付范围的，由服务机构予以记账，其余部分由个人自负。个人自负的服务费用，由服务机构向个人收取。服务机构会在规定的时间内，与您结算发生的服务费用。

60. 享受社区居家和养老机构服务的对象，没有与服务机构进行实时结算，是否可凭发票进行零星报销？

答：您应当按规定与服务机构进行实时结算，属于长期护理保险基金支付的费用，由服务机构予以记账，不能申请零星报销。

61. 住院医疗护理费用该如何结算？

答：住院医疗护理费用按照服务对象所参加的本市职工基本

医疗保险或城乡居民基本医疗保险的有关规定执行。

62. 长期护理保险个人自负部分可以用医保账户资金支付吗？

答：对于您在住院时所发生的符合长期护理保险规定的住院医疗护理费用，按基本医疗保险有关规定进行结算，个人医疗账户历年结余资金，可以用于支付其自负部分费用。

对于在社区居家和养老机构发生的符合长期护理保险规定的服务费用，暂不能用医保账户资金支付。

63. 我是本市离休干部，我的服务费用需要个人承担吗？

答：本市老红军、离休干部、一至六级革命伤残军人，不实行个人自负费用，其发生的符合长期护理保险规定的服务费用，由长期护理保险基金全额支付。

64. 长期护理保险居家服务现金补贴是怎么回事？

答：为体现鼓励居家养老的原则，对于评估等级为五级或六级接受居家照护服务的参保人员，连续接受居家照护服务1个月以上6个月（含）以下的，由其自主选择，在规定的每周7小时服务时间的基础上，每月增加1小时的服务时间，或者获得40元现金补助；连续接受居家照护服务6个月以上的，由其自主选择，在规定的每周7小时服务时间的基础上，每月增加2小时的服务时间，或者获得80元现金补助。

六、其他

65. 原享受高龄老人医疗护理计划人员，如何享受长期护理保险待遇？

答：对长期护理保险试点前已参加本市高龄老人医疗护理计划试点的人员，其高龄试点时的评估有效期自动延续为长护险的评估有效期，并可在有效期内享受长期护理保险相关待遇。

66. 已接受过老年照护统一需求评估、且评估等级在二至六级，申请长期护理保险待遇时需要重新评估吗？

答：长期护理保险试点后，已接受过老年照护统一需求评估且在评估有效期内（不超过2年）、评估等级在二至六级的，可按规定申请长期护理保险待遇，申请时无需重新评估。

67. 拥有本市户籍的外省市退休对象能否享受长期护理保险待遇？

答：按照试点办法规定，拥有本市户籍的外省市退休对象（包括参加本市社区医疗互助帮困计划的人员）暂不能享受长期护理保险待遇。

68. 符合长期护理保险待遇享受条件的人员、居住在外省市，可以申请享受长期护理保险待遇吗？

答：试点期间，符合长期护理保险待遇享受条件，但是居住在外省市的人员暂不能申请、享受长期护理保险待遇。

69. 服务对象或其他人员在接受评估、护理服务过程中，存在违法违规行，应当如何处理？

答：服务对象或其他人员在接受评估、护理服务过程中，存

在骗取长期护理保险待遇及其他违法违规行为，造成长期护理保险基金损失的，市人力资源社会保障局（市医保办）将向其追回相关费用；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

70. 长期护理保险政策咨询电话是多少？

答：您可拨打市人社咨询服务热线 962222、医保咨询服务热线 962218 咨询有关长期护理保险的相关政策。

经办管理部分

七、受理审核

71、如何受理长期护理保险申请信息？

答：社区事务受理中心通过长护险信息系统为申请人进行申请登记。对于符合享受待遇要求的，由系统出具受理凭证，申请人（或代办人）进行申请信息确认。

72、如何对长期护理保险申请进行审核？

答：社区事务受理中心应当核验申请人所携带的材料，并通过身份证号对申请人进行判定是否符合申请享受长期护理保险待遇资格。

73、对不符合长期护理保险申请条件的人员该如何处理？

答：社区事务受理中心对不符合长期护理保险要求的人员，应当场告知其不符合的原因，并再次询问是否还进行评估登记，如申请人要求继续进行评估登记的，应当场进行受理，并由申请人（或代办人）进行申请信息的确认。

八、评估管理

74. 申请长期护理保险定点评估机构需要哪些条件？

答：定点评估机构需具备以下条件：

- （1）依法独立登记的社会服务机构或企事业单位；
- （2）应具有稳定的评估人员、办公场所，良好的财务资金状况；

(3) 具备完善人事管理、财务管理、档案管理、评估业务管理、质量控制管理等制度；

(4) 配备符合本市长护险信息联网和管理要求的计算机管理系统，并有相应的管理和操作人员；

75. 申请长期护理保险定点评估机构需要哪些材料？

答：申请时需向所在区医保中心提交的相关材料包括：

(1) 《长期护理保险定点评估机构申请表》（原件）；

(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》副本及正、副本复印件；

(3) 符合行业主管部门评估要求证明材料；

(4) 相关部门出具的机构负责人和评估人员均没有相关违法违规不良记录的证明（如无，可书面承诺无违法违规记录）；

(5) 承诺书；

(6) 其他需要递交的材料。

76. 什么是评估人员？

答：评估人员是指具备相关专业技术背景，经全市统一培训合格后，由评估机构聘用，具体实施统一需求评估的专兼职人员。评估人员按照专业技术背景，分为 A、B 两类。A 类评估员指具有养老服务、医疗护理或社会工作等实际工作经验，且具有中专及以上学历人员。B 类评估员指取得执业医师或执业助理医师资格人员。

77. 长期护理保险对评估机构的评估人员有哪些要求？

答：评估机构评估人员总数不少于 10 人，其中专职评估人

数不少于 5 人。同时，评估机构至少应有 5 名取得 B 类评估员资质、具有 5 年以上医疗专业工作背景的评估员。评估机构负责人和评估人员无相关违法违规等不良记录。评估机构业务负责人除具有评估员资质外，还应有医疗、护理、康复等专业中级以上职称及相关工作经验。

78. 评估人员开展评估需要遵循哪些行为规范？

答：评估机构应严格按照全市统一的评估标准和操作规范组织实施评估工作。上门评估人员不得少于 2 人，其中 1 人必须为 B 类评估员。上门评估时原则上应有评估对象的代理人或监护人在场。评估行为应客观公正，独立开展，任何组织和个人不得干预。评估行为不属于医疗行为，不出具诊断治疗方案。评估机构对评估结论负责。

79. 老年照护统一需求评估的评估工具和评估标准是？

答：评估人员使用《上海市老年照护统一需求评估调查表》进行现场评估，经过相关程序后得出评估结论。

80. 本市老年照护统一需求评估工作的主管部门是哪个部门？

答：市人力资源社会保障局（市医保办）是统一需求评估工作的主管部门，负责制定完善评估办理流程，对定点评估机构实施协议管理，参与统一需求评估标准和操作规范的制定完善。

81. 哪些部门负责对评估机构进行行业管理？

答：市卫生计生委会同市民政局对评估机构进行行业管理，制定完善统一需求评估标准和操作规范，对评估质量进行监管。

九、服务管理

82. 申请成为长期护理保险定点服务机构需具备哪些条件？

答：具有独立法人资质的医疗机构或养老服务机构（含养老机构和社区养老服务机构）可申请成为长期护理保险的服务机构。申请时需向所在区医保中心提交的相关材料，按照机构类型不同具体为：

（1）医疗机构：①《医疗机构执业许可证》副本及正、副本复印件；②《长期护理保险定点服务机构申请表》原件；③非营利性机构提供《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》副本及正、副本复印件，营利性机构提供《营业执照》副本及正、副本复印件；④承诺书；⑤其他需要递交的材料。

（2）养老机构：《养老机构设立许可证》副本及正、副本复印件；其余材料参照医疗机构②---⑤。

（3）长者照护之家：《社会福利机构设置批准证书》副本及正、副本复印件；其余材料参照医疗机构②---⑤。

（4）社区养老服务机构：材料参照医疗机构②---⑤。但证照上的业务范围必须包括养老服务内容。

83. 定点服务机构提供的长期护理保险服务形式有哪些？

答：有三种服务形式，分别是：

（1）社区居家照护，指护理站、社区养老服务机构等为居家的参保人员，提供上门照护或社区日间集中照护及相关医疗护理服务；

(2) 养老机构照护，指养老机构为其中住养的参保人员，提供基本生活照料及相关医疗护理服务；

(3) 住院医疗护理，指护理院、社区卫生服务中心和部分二级及以上医疗机构，为入住在其机构内护理性床位的参保人员，提供医疗护理服务。

84. 定点服务机构应当遵循哪些服务管理要求？

答：定点服务机构应当按照服务协议，落实相关管理要求。在向服务对象提供社区居家照护和养老机构照护前，应根据评估报告，按照规定的支付时间，结合护理服务对象的实际，制定服务计划，再安排护理服务人员按照服务计划提供相应的护理服务。

85. 长期护理保险对定点服务机构的服务人员有哪些要求？

答：提供长期护理保险服务的人员，应当是执业护士，或参加养老护理员（医疗照护）、养老护理员、健康照护等职业培训并考核合格的人员，以及其他符合条件的人员。定点服务机构应当依法与护理服务人员签订劳动合同或协议。

86. 护理人员按什么标准开展护理服务？

答：定点服务机构应按《长期护理保险服务标准与规范》开展护理服务。护理服务人员应当执行与自己资质相符的服务项目，医疗护理项目一般须在医生下达医嘱后，由具备相应资质的护理服务人员执行。

87. 定点服务机构暂时无法接收选择本服务机构的服务对象，应如何处理？

答：定点服务机构在接收到服务对象选择本护理机构的信息后，应在3个工作日内主动与服务对象联系，并告知是否可进行服务的接收确认。如暂时无法接收服务对象开展护理服务的，应告知服务对象在本区内重新选择定点服务机构的渠道，并告知服务对象可以在全市范围内重新选择定点服务机构。

88. 社区居家护理机构发现服务对象的居住地址不在本辖区内，如何处理？

答：社区居家护理机构通过系统查询出服务对象的居住地址不在本辖区内的，应及时通知服务对象到就近的街镇社区事务受理中心进行居住地址的变更

89. 定点服务机构如何办理服务对象的转入转出？

答：根据服务对象的申请，原定点服务机构确认服务对象在评估有效期内的，先将服务对象已发生的护理费用进行结算，结清后通过系统将服务对象做转出操作，同时需打印《长期护理保险服务转出确认表》交于服务对象；新转入机构在收到服务对象转入申请后，确认可以进行护理服务的，凭原定点服务机构的《长期护理保险服务转出确认表》查询系统是否完成了原定点服务机构的转出操作，如已完成，则通过系统为服务对象做转入操作，同时打印《长期护理保险服务转入确认表》。

90. 定点服务机构如何防范风险？

答：定点服务机构应当购买第三方责任保险。商业保险公司

遵循市场规律，依法提供相关保险，用于定点服务机构及其护理人员提供服务时因发生意外和事故应当承担的赔偿。

定点服务机构应当加强内部管理，提高护理人员的服务意识和应急能力。

十、费用结算

91. 定点评估机构开展评估的收费标准是怎样的？

答：统一需求评估的收费标准为每次 200 元。

92. 定点服务机构提供社区居家照护和养老机构照护服务的收费标准是怎样的？

答：社区居家照护的收费标准为：执业护士提供照护服务的价格为 80 元/小时；医疗照护员为 65 元/小时；养老护理员、健康照护员等其他人员为 40 元/小时。服务对象在社区居家照护的服务费用，由长期护理保险基金支付 90%。

养老机构照护服务的收费标准为：评估等级二或三级的 20 元/天；评估等级四级的 25 元/天；评估等级五或六级的 30 元/天。养老机构实际服务费用低于上述标准的，应以实际费用为准。服务对象在养老机构发生的长期护理保险费用，按实际在养老机构入住的天数计算，由长期护理保险基金支付 85%。

93. 定点评估机构结算长护险评估费用有哪些注意事项？

答：定点评估机构在对参保人员完成统一需求评估并收取个人自负的评估费用后，应向参保人员提供门急诊医疗费收据或增值税发票，同时参保人员在《长期护理保险统一需求评估费用登

记表》(参照附件)中签字确认。《长期护理保险统一需求评估费用登记表》应在定点评估机构留存备查。

94. 定点评估机构申报结算长护险评估费用的时间和要求有哪些?

答: 定点评估机构在每月的1日至10日内, 向所在地的区医保中心申请结算。定点评估机构根据参保人员的《上海市老年照护统一需求评估调查表》、《长期护理保险护理需求评估报告》、《长期护理保险统一需求评估登记表》等资料, 填写费用结算表和结算申报表。计算机数据库数据、报表数据和结算申报表数据三者必须一致。定点评估机构需进行总金额对账, 对账一致后方可按月申报。

95. 离休干部等特殊人群的长护险评估费用和护理费用如何申报?

答: 本市老红军、离休干部、一至六级革命伤残军人, 不实行长护险统一需求评估费用和护理费用的个人自负费用, 其发生的符合长护险规定的评估费用和护理费用, 全部由定点评估机构和定点服务机构分别记账后向所在地的区医保中心申请结算, 由长护险基金全额支付。上述特殊人群的评估费用和护理费用结算所填报的费用结算表和结算申报表需单列。

96. 定点评估机构已申报的评估费用何时拨付?

答: 区医保中心在收到定点评估机构提交的申报材料后的10个工作日内, 按照《试点办法》及有关规定进行审核并提出初审意见。区医保中心在初审结束后, 对结算费用进行汇总, 填

写定点评估机构结算区汇总表，并将提出初审意见的结算申报表报送市医保中心。市医保中心在收到区医保中心初审意见之日起10个工作日内，根据《试点办法》及有关规定进行审核，提出准予支付、暂缓支付或者不予支付的审核意见，并将审核情况汇总后报市医保办审定。对准予支付的，市医保中心应在7个工作日内予以拨付；对暂缓支付的，应当在90日内予以支付或者不予支付，并告知有关定点评估机构；对不予支付的，不予支付的费用由有关定点评估机构自行承担。

97. 社区居家照护机构和养老机构如何申报长护险结算费用？

答：服务对象发生的符合长护险规定的社区居家照护和养老机构照护的服务费用，属于长护险基金支付范围的，由定点服务机构予以记账。按月汇总服务费用，向所在地的区医保中心申请结算。

98. 社区居家照护机构和养老机构申报结算长护险费用的时间和要求有哪些？

答：定点服务机构在每月的1日至10日内，向所在地的区医保中心申请结算。定点服务机构根据服务对象长护险凭证、长护险服务项目、服务计划、服务确认报告等资料，填写费用结算表和结算申报表。计算机数据库数据、报表数据和结算申报表数据三者必须一致。定点服务机构需进行总金额对账，对账一致后方可按月申报。

99. 社区居家照护机构和养老机构已申报结算的长护险费用何时拨付？

答：区医保中心在收到定点服务机构提交的申报材料后的10个工作日内，按照《试点办法》及有关规定进行审核并提出初审意见。区医保中心在初审结束后，对结算费用进行汇总，填写定点服务机构结算区汇总表，并将提出初审意见的结算申报表报送市医保中心。市医保中心在收到区医保中心初审意见之日起10个工作日内，根据《试点办法》及有关规定进行审核，提出准予支付、暂缓支付或者不予支付的审核意见，并将审核情况汇总后报市医保办审定。对准予支付的，市医保中心应在7个工作日内予以拨付；对暂缓支付的，应当在90日内予以支付或者不予支付，并告知有关定点服务机构；对不予支付的，不予支付的费用由有关定点服务机构自行承担。

100. 住院医疗护理费用如何结算？

答：服务对象发生的符合长护险规定的住院费用按照其所参加的本市职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险的支付待遇，由定点服务机构予以记账，按照现行本市基本医疗保险的相关规定申报结算，市医保中心根据原出资渠道分别进行清算。

101. 哪些护理费用不纳入长期护理保险基金支付范围？

答：下列护理服务费用，不纳入长期护理保险基金支付范围：

- (1) 应当从工伤保险基金中支付的；
- (2) 应当由第三人负担的；
- (3) 应当由公共卫生负担的；

(4) 在境外发生的。

十一、监督管理

102. 长护险试点工作中负责监督管理的部门有哪些？

答：市人力资源社会保障局（市医保办）负责本市长期护理保险的政策制定和统一管理，以及长期护理保险基金的监督管理工作。市卫生计生委会同市民政局负责评估机构的行业管理，实施评估人员的培训和评估质控管理。

市医疗保险监督检查所受市人力资源社会保障局委托，具体实施长期护理保险监督检查等行政执法工作。

103. 经办机构及工作人员的哪些行为属于违规行为？

- (1) 未履行长期护理保险法定职责的；
- (2) 未将长期护理保险基金存入财政专户的；
- (3) 克扣或者拒不按时支付长期护理保险待遇的；
- (4) 丢失或者篡改缴费记录、享受长期护理保险待遇记录等长期护理保险数据、个人权益记录的；
- (5) 有违反法律、法规的其他行为的。

经办机构及其工作人员有上述行为之一的，由市人力资源社会保障局（市医保办）责令改正；给长期护理保险基金、用人单位或者个人造成损失的，责令依法承担赔偿责任；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

104. 对定点评估机构、定点服务机构的监管要求有哪些？

答：对定点评估机构的监管要求具体为：评估资质合法性、

评估程序规范性及评估结果合理性等。

对定点服务机构的监管要求具体为：服务资质管理、内部制度管理、护理计划制定、护理执行规范及护理结算合理等。

105. 哪些行为违反了护理计划制定的要求？

答：以下行为违反了护理计划制定的要求：

（1）计划人员资质不符合要求，服务计划必须由执业护士或中级以上养老护理员制定；

（2）计划程序不规范，计划是否及时变更取消、计划制定人是否按规程制定并签字等将作为计划程序是否规范的考量指标；

（3）计划内容不合理，服务计划是否与评估等级、需求相匹配等反映了计划内容是否合理。

106. 哪些行为违反了护理服务规范？

答：以下行为违反了护理服务规范：

（1）服务确认项目与计划不符；

（2）服务频次与计划不符；

（3）服务确认单不按日填报；

（4）服务流程不规范。

107. 哪些行为属于护理结算违规？

答：套用服务人员 ID 进行结算、超护理标准结算、超支付范围结算、重复结算、护理费倒挂、请假未暂停结算、提前结算、预付款返还不到位、服务确认与结算不符等行为均属于护理结算违规。

108. 定点评估机构、定点服务机构存在违法违规行为，造成长期护理保险基金损失的，该如何处理？

定点评估机构、定点服务机构在提供长期护理保险需求评估、护理服务过程中，存在违法违规行为，造成长期护理保险基金损失的，市人力资源社会保障局（市医保办）应当责令其整改，追回相关费用；情节严重的，应当暂停其开展长期护理保险相关业务，直至终止相关服务协议；构成犯罪的，依法追究其刑事责任。