

# 团 体 标 准

T/IAI XXXX—XXXX

## 保险公司经办长期护理保险经办服务操作 规范 第4部分：待遇结算支付

Operation specifications for handling long-term care insurance service of insurance  
company—Part 4: Settlement payment of treatment

(征求意见稿)

XXXX - XX - XX 发布

XXXX - XX - XX 实施

中国保险行业协会 发布

# 目 次

前言 .....	II
引言 .....	III
1 范围 .....	1
2 规范性引用文件 .....	1
3 术语和定义 .....	1
4 概述 .....	1
4.1 工作范围 .....	1
4.2 资源配置 .....	1
4.3 支付对象 .....	2
5 操作流程和内容 .....	2
5.1 操作流程 .....	2
5.2 操作内容 .....	3
6 操作要求 .....	3
6.1 结算受理 .....	3
6.2 费用明细对账 .....	3
6.3 费用审核 .....	4
6.4 费用理算 .....	4
6.5 费用复核 .....	4
6.6 费用支付 .....	4
7 档案管理 .....	4

## 前 言

T/IAC XXXX《保险公司经办长期护理保险服务操作规范》计划分为以下几部分：

- 第1部分：待遇申请受理；
- 第2部分：评估协助管理；
- 第3部分：服务稽核巡查；
- 第4部分：待遇结算支付。

本文件为T/IAC XXXX的第4部分。

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由中国保险行业协会提出并归口。

本文件起草单位：泰康养老保险股份有限公司等。

本文件主要起草人：

## 引 言

本文件中，长期护理保险是指以互助共济方式筹集资金、为长期失能人员的基本生活照料和与之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。

《人力资源社会保障部办公厅关于开展长期护理保险制度试点的指导意见》（人社厅发〔2016〕80号）指出：长期护理保险制度以长期处于失能状态的参保人群为保障对象，重点解决重度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等所需费用。2020年，国家医保局和财政部在《关于扩大长期护理保险制度试点的指导意见》（医保发〔2020〕37号）又进一步明确引入社会力量（具有资质的商业保险机构）参与长期护理保险经办服务，充实经办力量，健全经办规程和服务标准，优化服务流程。

为规范保险公司开展长期护理保险工作，根据《中国银保监会办公厅关于规范保险公司参与长期护理保险制度试点服务的通知》（银保监办发〔2021〕65号）的相关要求，特制定本经办服务操作规范。各长护项目经办地长护政策或经办管理部门对保险公司经办服务工作有相关要求的，以政策或要求为准。

保险公司经办长期护理保险服务操作主要包括待遇申请受理、评估协助管理、服务稽核巡查、待遇结算支付四个环节，以及相关信息系统的设计与开发，其中：

- a) 待遇申请受理：保险公司接收待遇申请资料后，对待遇申请资料的真实性、完整性、有效性进行审核后，出具受理结果；
- b) 评估协助管理：保险公司对失能评估工作进行任务分配，组织管理失能评估过程，确认失能评估结果，公示后送达失能评估结论；
- c) 服务稽核巡查：保险公司在长期护理保险经办管理部门授权下对护理服务的真实性、合理性和有效性，以及待遇享受人员的生存状况和失能状态变化等情况进行核查，避免出现欺诈骗保等行为；
- d) 待遇结算支付：保险公司在长期护理保险经办管理部门授权下对护理费用的真实性、合理性、有效性进行核实后，依据长期护理保险待遇结算规则进行待遇审核、理算、复核无误后进行支付；
- e) 信息系统建设：。长期护理保险经办业务信息系统建设，应在充分贴近业务经办实际操作规程的基础上，灵活适配各地长期护理保险政策的地域特殊性，并依托云计算、区块链、大数据及人工智能等信息技术手段实现经办业务信息化、移动化、智能化。

# 保险公司经办长期护理保险经服务操作规范

## 第4部分：待遇结算支付

### 1 范围

本文件规定了保险公司经办长期护理保险服务操作过程中待遇结算支付的概述、操作流程与内容和操作要求。

本文件适用于保险公司经办长期护理保险服务操作过程中待遇结算支付工作的开展、管理和监督，及相关信息系统的设计和开发。

### 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

T/IAC 23—2018 保险公司柜面服务形式和管理评价准则

### 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

#### 3.1

**长期护理保险参保人** the insured of long-term care insurance

参保人

按照相关政策规定参加了长期护理保险的个人。

#### 3.2

**待遇申请人** treatment applicant

申请人

按照相关政策规定申请享受长期护理保险待遇的参保人。

#### 3.3

**待遇申请代理人** treatment application agent

代理人

受申请人或其直系亲属或法定监护人委托，代为办理长期护理保险待遇申请的人

#### 3.4

**待遇享受人** beneficiary

按照相关政策规定享受长期护理保险待遇的人员。

### 4 概述

#### 4.1 工作范围

待遇结算支付的工作范围包括但不限于：

- a) 接收护理服务费用结算申请；
- b) 结算费用明细的对账；
- c) 审核费用的真实性、合理性，核减不合理费用，确保费用支付对象、金额等准确无误；
- d) 费用明细单和结算支付单据上报及存档。

#### 4.2 资源配置

#### 4.2.1 结算办理场所

待遇结算办理的场所包括但不限于：

- e) 合署办公网点：在业务开展地区保险公司与长期护理保险经办部门合作建立的联合办公网点；
- f) 保险公司网点：在业务开展地区依法设立的保险公司分支机构，或同一保险集团内部通过资源整合，提供代理服务的保险公司分支机构；
- g) 经长期护理保险经办部门及监管部门同意的其他形式。

#### 4.2.2 工作职责

保险公司应安排专职经办人员开展结算受理、费用审核和费用复核工作，工作职责包括但不限于：

- a) 结算受理人员工作职责包括但不限于：
  - 1) 结算政策和流程相关问题的解答；
  - 2) 费用结算申请资料的核查：待遇享受人信息、待遇享受资格，护理服务记录，费用结算申请单；
  - 3) 费用明细对账
  - 4) 费用结算申请资料整理和流转；
- b) 费用审核人员工作职责包括但不限于：
  - 1) 审核护理服务费用结算信息，并进行费用明细对账；
  - 2) 核实该费用结算周期中待遇享受人的状态，并进行相应不合理费用核减；
  - 3) 审核无误后，提交至复核环节。

示例：核实待遇享受人是否存在长期护理保险费缴费中断、护理服务终止、失能状态变化、死亡等情况。
- c) 费用复核人员工作职责包括但不限于：
  - 1) 复核费用审核岗所提交的护理服务费用结算信息；对复核通过的结算费用提交支付；
  - 2) 对已支付完成的费用结算单进行存档，实行档案管理；
  - 3) 向业务开展地区的长期护理保险经办部门提交费用结算明细表和汇总表、支付单据。

#### 4.2.3 设备

待遇结算支付工作的设备配置要求包括但不限于：

- a) 宜建立长期护理保险结算信息系统；
- b) 柜面服务应设立办公桌椅、电脑、打印机、扫描仪、录音电话等设备；
- c) 柜面服务环境应符合 T/IAC 23—2018 的要求。

#### 4.3 支付对象

待遇支付对象包括：

- a) 定点护理服务机构；
- b) 护理服务人员，包括但不限于：
  - 1) 个体护理服务人员；
  - 2) 提供护理服务的参保人亲属、邻居；
- c) 待遇享受人。

### 5 操作流程和内容

#### 5.1 操作流程

待遇结算支付操作流程见图1。

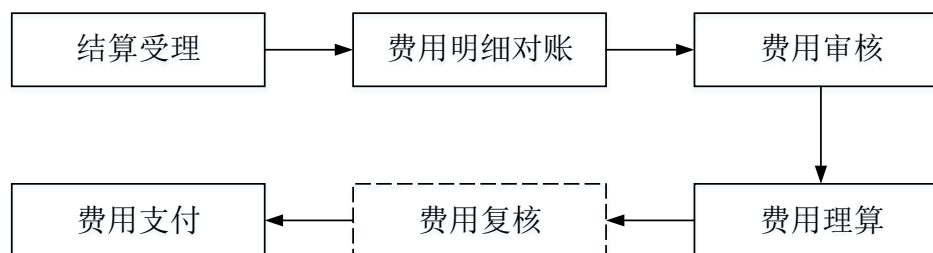


图1 待遇结算支付操作流程

## 5.2 操作内容

待遇结算支付的工作内容包括但不限于：

- 结算受理：受理支付对象发起费用结算申请；
- 费用明细对账：对已产生护理服务费用的明细进行核对；
- 费用审核：对护理服务费用进行审核，对虚假的、不合理的护理服务费用进行核减；
- 费用理算：根据审核后的护理服务费用明细，理算护理服务费用；
- 费用复核：对理算的护理服务费用进行复核确认；
- 费用支付：向支付对象进行护理服务费用支付，并上报支付结果。

## 6 操作要求

### 6.1 结算受理

#### 6.1.1 结算周期

结算支付应按照政策规定的结算周期进行，发生下列情形之一时，应立即进行结算：

- 待遇享受人停止接受定点护理服务机构服务或护理服务人员服务；
- 待遇享受人因中断或终止参保，停止享受长期护理保险待遇；
- 待遇享受人死亡；
- 待遇享受人失能状态改变至不再符合享受长期护理保险待遇条件；
- 其他原因退出而不享受长期护理保险待遇。

#### 6.1.2 申请方式

保险公司宜提供的结算支付申请方式包括：

- 非现场申请：通过结算支付信息系统申请，定点护理服务机构或护理服务人员在系统内提交结算周期内的费用明细单、护理服务记录或其他结算单据；

注：保险公司宜依据业务开展地区的政策要求对系统提交的单据进行原件核对。

- 现场申请：定点护理服务机构或服务人员到合署办公网点或保险公司网点提交费用明细单、护理服务记录单或其他结算单据。

### 6.2 费用明细对账

#### 6.2.1 基本要求

应对费用申请单据与护理服务费用相关内容是否一致进行核对，具体包括账单核对和差异处理。

#### 6.2.2 账单核对

结算受理岗应根据定点护理服务机构或护理服务人员提交的费用明细单、护理服务记录单或其他结算单据，与信息系统中信息进行核对，确保定点护理服务机构上传数据与保险公司结算数据的一致性。具体核对内容依据业务开展地区长期护理保险政策确定。

示例：核对内容可包括定点护理服务机构名称、待遇享受人名单、护理服务项目范围、护理服务日期、护理服务项

目价格、护理服务项目数量和频次、护理服务项目内容等。

### 6.2.3 差异处理

针对账单核对过程中发现的定点护理服务机构名称、待遇享受人名单、护理服务项目范围、护理服务日期、护理服务项目价格、护理服务项目数量和频次、护理服务项目内容等方面存在的差异，应在规定时间内完成处理。处理完毕后进入费用审核环节。

### 6.3 费用审核

费用审核应结合稽核巡查反馈情况对费用结算申请材料进行审核。审核内容包括：

- a) 待遇资格：查询本结算期间内待遇享受人的参保状态是否持续保持正常，是否同时享受了基本医疗保险、工伤、生育保险等其他社会保险待遇；
- b) 个人信息：根据提交的费用结算申请资料和反馈的稽核巡查信息，核实待遇享受人身份的真实性，避免出现身份不一致的行为；
- c) 护理服务记录：审核定点护理服务机构、护理服务人员提交的护理服务记录、护理服务计划、护理服务执行记录、护理费用清单等有关资料中关于待遇享受人的姓名、性别、年龄、护理服务项目范围、护理服务日期、护理服务项目价格、护理服务项目数量和频次、护理服务项目内容等是否与护理服务记录相一致，整份护理服务记录是否连贯、完整及有无篡改；
- d) 费用明细：审核护理服务费用明细及发生的真实性、合理性：
  - 1) 护理服务项目及费用是否符合业务开展长期护理保险相关政策要求；
  - 2) 护理服务频次是否与护理服务记录一致；
  - 3) 护理服务项目的合理性。

费用审核发现的不合理费用，应对不合理费用进行核减并记录核减原因后，流转至费用理算环节。

### 6.4 费用理算

应依据费用明细单据和业务开展地区的长期护理保险政策规定的理算规则对需支付的长期护理保险待遇金额进行理算。

注：具体支付标准和理算规则应依据业务开展地区长期护理保险政策确定。

### 6.5 费用复核

费用复核岗对费用理算岗提交的结算信息进行复核：

- a) 发现存在问题，退回费用审核岗和费用理算岗重新审核和理算；
- b) 无异议则推送至支付环节。

### 6.6 费用支付

依据业务开展地区长期护理保险政策规定的时效向定点护理服务机构、护理服务人员或待遇享受人进行费用支付，费用支付后，应按照业务开展地区长期护理保险相关政策规定的要求和时效将结算支付报告和相关单据上报业务开展地区长期护理保险经办部门。

## 7 档案管理

根据业务开展地区长期护理保险政策要求，在费用支付完成后，应对待遇支付结算档案进行归档。归档资料包括但不限于：

- a) 费用明细单；
- b) 支付单据。