

河南省城乡居民大病保险实施细则（试行）

第一章 总 则

第一条 根据《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民大病保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕217号）规定，制定本实施细则。

第二条 河南省城乡居民大病保险（以下简称大病保险）实行省级统筹，分级负责。全省统一政策，统一筹集使用资金，统一信息系统，统一经办规程。选定的商业保险机构（以下简称为商业保险机构）按城乡居民基本医疗保险（以下简称为居民医保）统筹地区承办当地大病保险业务。

第三条 省人力资源社会保障厅会同省财政厅、河南保监局制订并完善相关政策和管理制度；省人力资源社会保障厅会同河南保监局负责全省大病保险工作的年度考核；省级社会医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责全省大病保险工作的业务管理和日常考核；各级人力资源社会保障部门会同财政部门做好当地大病保险的监督检查工作。

第二章 资金管理

第四条 省财政厅设立大病保险资金财政专户，实行专项核

算，专款专用。

第五条 大病保险资金由省财政厅从中央和省级财政安排的居民医保补助资金中直接划拨。每年1月20日前，省财政厅根据上年度全省参加居民医保人数，按照每人20元标准，将大病保险资金直接预拨至省财政大病保险资金专户。每年9月底前，省财政厅根据各省辖市、省直管县（市）当年实际参保人数和筹资标准进行核算后划拨。

第六条 建立省级大病保险政策性亏损风险调节金制度和年度考核保证金制度。风险调节金由省财政厅从大病保险资金中提取，规模保持在当年大病保险资金总额的5%。年度考核保证金按照当年大病保险资金总额的3%预留，根据考核结果予以返还。

第七条 大病保险资金按季度申请、拨付。省级商业保险机构每季度第一个月初将上季度大病保险资金支出情况和本季度预拨资金申请报送省级医保经办机构；省级医保经办机构核准后报送省财政厅；省财政厅于每季度第一个月内将大病保险资金拨付至商业保险机构指定账户。省级医保经办机构根据财政部门审核的资金拨款凭证做相应账务处理，以便备查与核对。

第八条 省级商业保险机构在收到大病保险资金后，根据实际需要对其所属商业保险机构建立周转金制度。周转金金额原则上不低于上年度月均支出水平。商业保险机构应及时、足额支付大病保险医疗费用。

第九条 每年7月底前，省级医保经办机构对上年度大病保险资金进行清算，并按规定与商业保险机构结清上年度大病保险费用。清算时，商业保险机构盈利的，扣除规定盈利率（盈利率按合同约定执行，最高不超过上年度筹集总额的3%）后，结余部分转入省财政专户。对因居民医保政策调整导致当年大病保险资金亏损的，商业保险机构在盈利率范围内承担亏损，其余部分通过风险调节金和提高下年度筹资水平等方式解决。非政策性亏损由商业保险机构承担。

第三章 资金支付范围

第十条 大病保险资金的支付范围为参保城乡居民一个保险年度内住院（含规定的门诊慢性病、重特大疾病限价（额）结算的医疗费用，下同）累计发生的超过大病保险起付线以上的合规自付医疗费用。合规自付医疗费用包含：

- （一）乙类药品和乙类诊疗项目的个人首付部分；
- （二）居民医保规定的起付标准及以下部分；
- （三）居民医保规定的起付标准以上基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额以下按比例应由个人负担部分；
- （四）基本医疗保险统筹基金最高支付限额以上扣除自费费用后的医疗费用。

第十一条 以下费用不纳入大病保险资金支付范围：

- （一）自费费用

1. 《河南省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》以外的药品费用；

2. 《河南省基本医疗保险和生育保险诊疗项目暨医疗服务设施目录（试行）》中的丙类医疗服务项目发生的费用以及因使用该项目所产生的医药费用。

（二）其它费用

1. 按病种定额（限价）结算超出定额（限价）标准应由医疗机构或个人承担的费用；

2. 省人力资源社会保障厅规定的其它不予支付的费用。

第十二条 根据国家部署，省人力资源社会保障厅将适时调整全省大病保险合规费用范围。

第四章 经办管理

第十三条 省级人力资源社会保障部门引入竞争机制，通过政府招标方式选定商业保险机构承办全省大病保险业务，合作期限不低于3年，合作期满前6个月开始下一轮招投标工作。省级医保经办机构与选定的商业保险机构签订承办大病保险合同，明确双方责任、权利和义务，保险合同一年一签。

第十四条 选定的商业保险机构以省辖市、省直管县（市）为单位承办大病保险业务。省级人力资源社会保障部门要制定服务区域的划分规则，按照自愿、协商原则，合理确定服务区域。各省辖市、省直管县（市）医保经办机构与同级商业保险机构可

在《河南省城乡居民大病保险承办服务合同》基础上，签订补充服务合同。

第十五条 省级医保经办机构与河南保监局共同制定大病保险业务经办规程，明确各级医保经办机构和商业保险机构的大病保险业务办理流程，并协同做好对定点医疗机构的监管工作。

第十六条 商业保险机构要与统筹地区医保经办机构建立联合办公机制，并在当地医保经办机构服务大厅设立大病保险服务窗口（下同），配备具有医学类专业背景工作人员（原则上每20万参保人员配备1名），为参保人员提供方便快捷“一站式”服务。

第十七条 全省统一在居民医保联网结算应用软件中增加大病保险结算功能。商业保险机构、医保经办机构和定点医疗机构匹配相应用户权限，登录居民医保信息系统进行大病保险资金结算及医疗费用监管，保证大病保险医疗费用与基本医疗保险同步即时结算。

第五章 就医管理

第十八条 大病保险医疗服务实行定点管理。当地居民医保定点医疗机构即为当地大病保险定点医疗机构。

第十九条 各地大病保险就医管理执行当地居民医保的相关规定。

第二十条 省级商业保险机构应根据有关规定，制定方便就

医、管理高效、监督有力的相关制度。

第六章 费用结算

第二十一条 参保人员在定点医疗机构住院累计发生的合规自付医疗费用超过大病保险起付线的，在定点医疗机构实行即时结算。按规定应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清；应由大病保险资金支付的医疗费用，先由定点医疗机构垫付，再由商业保险机构与定点医疗机构结算。

第二十二条 定点医疗机构发生的由大病保险资金支付的医疗费用，由商业保险机构按月支付给定点医疗机构，一个自然月即为一个结算月。定点医疗机构每月 10 日前将城乡居民上月大病保险资金支付费用汇总情况报当地商业保险机构。商业保险机构对申报材料进行确认，并在确认申报材料的 15 个工作日内向定点医疗机构拨付其垫付的大病保险费用。

第二十三条 商业保险机构应实行先结算后审核的办法。可采取联网实时监控、现场巡查、抽取病历审核等形式加强对定点医疗机构医疗服务行为监督。对发现不符合政策规定纳入支付范围以及冒名顶替、弄虚作假等行为的，商业保险机构应以书面形式告知定点医疗机构并商当地医保经办机构，三方确认后，不合规费用在下月结算资金时扣除，并按有关法律、法规处理。

第二十四条 经批准在暂不具备即时结算条件医疗机构就医且医疗费用达到大病保险支付标准的参保人员，由参保人员携带

相关材料到大病保险服务窗口办理报销手续。商业保险机构应将其信息录入大病保险信息系统，在 20 个工作日内审核报销完毕，并将相关报销款项支付给参保人员。

第二十五条 参保居民住院跨保险年度的，随居民医保一起进行出院或在院结算。

第七章 监督管理

第二十六条 各级人力资源社会保障部门要通过日常考核、建立投诉受理渠道等多种方式进行监督检查，督促商业保险机构按合同要求提高服务质量和水平，切实维护参保人员权益。

第二十七条 省人力资源社会保障厅会同省财政厅、河南保监局制定大病保险承办服务考核办法。每年 6 月底前，省人力资源社会保障厅会同有关部门成立省级年度考核小组，对商业保险机构服务质量进行年度考核。各省辖市、省直管县（市）人力资源社会保障部门每年 5 月底前向省级考核小组上报当地上年度考核情况。6 月底省人力资源社会保障厅会同河南保监局根据考核结果制定保证金返还方案，7 月底前报省财政厅核拨保证金。

第二十八条 商业保险机构要自觉接受财政、审计、监察及上级主管部门对大病保险资金支付、管理等情况的监督检查。省级商业保险机构每年 6 月底前向省级人力资源社会保障和财政部门报送上年度大病保险收支管理情况报告。

第二十九条 商业保险机构对大病保险资金要实行单独核

算，专账管理，确保资金安全，保证偿付能力；按月将大病保险资金收入情况、参保人员医疗费用支付情况经当地医保经办机构确认后报送至省级医保经办机构。

第八章 附 则

第三十条 各省辖市、省直管县（市）应严格执行居民医保政策。对因居民医保政策执行不到位造成大病保险资金收不抵支的地区，次年的分档筹资标准适当上调；对严格执行相关政策、规范管理到位、大病保险资金有一定结余的地区，次年的分档筹资标准适当下调。

第三十一条 本细则由河南省人力资源和社会保障厅和河南省财政厅负责解释。

第三十二条 本细则自2017年1月1日起实施。《关于印发河南省城镇居民大病保险实施细则（试行）的通知》（豫人社〔2015〕4号）同时废止。

