



河南省城乡居民大病保险

(2024年度)

承办服务合同

河南省医疗保障服务中心 制

目 录

第一章	总则	(2)
第二章	机构队伍建设	(3)
第三章	信息系统建设	(3)
第四章	资金支付范围及标准	(4)
第五章	费用结算管理	(6)
第六章	资金管理与拨付	(7)
第七章	报表与运行分析	(8)
第八章	医疗服务监管	(9)
第九章	监督考核	(9)
第十章	附则	(11)



2024 年河南省城乡居民大病保险 承办服务合同

甲方：河南省医疗保障服务中心

地址：郑州市金水区祥盛街 27 号

乙方：中国太平洋财产保险股份有限公司河南分公司

地址：河南自贸试验区郑州片区（郑东）农业南路 51 号

为做好河南省城乡居民大病保险（以下简称大病保险）业务经办工作，根据《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）、《关于印发河南省城乡居民大病保险实施细则（试行）的通知》（豫人社医疗〔2016〕20号）、《关于印发河南省城乡居民大病保险业务管理承办规程（试行）的通知》（豫社保〔2017〕27号）、《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》（银保监发〔2021〕12号）、《河南省统筹区内定点医药机构医疗费用结算经办规程（试行）》（豫医保中心〔2022〕19号）等文件规定，甲方向乙方购买大病保险承办服务。经甲乙双方充分协商，本着“平等协作、诚实信用、风险共担、事务共办”的原则，签订本合同。

第一章 总 则

第一条 大病保险实行省级统筹、分级负责，全省统一组织实施、统一资金管理、统一报销政策。各省辖市医疗保障经办机构行使本合同所述甲方权利、履行本合同所述甲方义务。

第二条 甲方为河南省参加基本医疗保险的居民（以下简称参保居民）向乙方购买大病保险服务，承担监督协调的责任。乙方按城乡居民基本医疗保险统筹地区，承办平顶山、许昌等2个省辖市大病保险（具体承保人数以当年中央和省级财政补助资金核准人数为准）。

大病保险保障对象为河南省享受基本医疗保险待遇的城乡居民。

第三条 大病保险实行差异化筹资政策，筹资标准按照当年省医保局和省财政厅对各地分档确定的标准执行。

第四条 甲乙双方应当密切协作，共同做好大病保险经办工作；当城乡居民基本医疗保险和大病保险政策发生重大调整时，甲方应及时告知乙方；乙方应健全完善人员、财务、档案管理，信息安全等制度，并做好医保政策宣传服务工作。

第五条 大病保险年度为自然年度，即每年的1月1日至12月31日。

第六条 大病保险医疗服务实行定点管理，基本医疗保险定点医疗机构即为大病保险定点医疗机构；就医管理按基本医疗保

险有关规定执行。

第二章 机构队伍建设

第七条 甲乙双方按照“充分协商、双方自愿，事务共担、互惠共赢”原则，建立合署办公机制，合署办公地点设在甲方。乙方派驻在甲方的合署办公人员2人，应具有医学、财务、信息技术等相关专业背景，其办公用品配备、病历审核和调研培训等相关费用由乙方承担。

第八条 乙方应在承办的省辖市市本级和所属各县（市、区）医保经办服务大厅（政务服务大厅）设置服务窗口，为参保居民提供大病保险“一站式”同步结算服务。乙方配备的专职从事大病保险经办业务的工作人员中，医药卫生类专业占比不得少于50%。其中，市级不少于3人（具有医学专业背景的不少于1人），县（市、区）原则上按照每20万参保人员配备1人的比例配备。

第三章 信息系统建设

第九条 乙方配合甲方加强自身信息系统建设，与医保信息平台实现互联互通，实现大病保险费用及时结算和资金有效监管。

甲方建立健全医疗保障信息平台中的大病直赔管理子系统（以下称商保数据交换系统），将大病保险结算信息及时、准确推

送给乙方。

乙方大病保险业务系统应与商保数据交换系统对接，保证大病保险费用与基本医疗保险费用同步直接结算，并将资金支付信息通过商保数据交换系统及时准确反馈给甲方。

乙方按承办业务份额分担因商保数据交换系统新增功能开发应用产生的相关费用（含运营维护费用），依据相关法律法规与商保数据交换系统开发商签订合同，明确双方权利和义务。

第十条 按照“谁主管谁负责、谁使用谁负责”原则，乙方应建立健全内控制度，制定切实可行的措施，做好数据安全和保密工作，严防城乡居民医保信息外泄和滥用，对参保居民信息承担保密责任。甲方按规定赋予乙方医保信息平台权限的人员必须是乙方正式在编员工。

乙方不得非法或未经甲方授权截留数据。对于从甲方获得的信息数据进行分类汇总等加工后产生的信息，必须经甲方书面审核同意，方可对外使用。

第四章 资金支付范围及标准

第十一条 参保居民住院医疗费用（含规定的门诊慢特病、门诊特定药品等限价、限额结算的医疗费用，下同）经基本医疗保险报销后的部分，纳入大病保险合规自付医疗费用范围的有：

（一）基本医疗保险规定的起付标准以上、年度最高支付限额以下的按比例应由个人负担部分医疗费用；

(二) 基本医疗保险年度最高支付限额以上扣除自费费用和乙类药品、乙类诊疗项目的个人首付部分后的医疗费用。

第十二条 不纳入大病保险合规自付医疗费用范围的有：

(一) 城乡居民基本医疗保险规定的起付标准及以下的费用、未按规定转诊转院等原因降低报销比例支付部分以及按病种定额(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；

(二) 《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、《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；

(三) 医疗救助基金已经支付的费用及河南省医疗保障局规定的其他不予支付的费用。

第十三条 大病保险起付线为 1.1 万元，个人负担的合规自付医疗费用报销比例分别为：1.1 万元~10 万元(含 10 万元)，按 60%的比例报销；10 万元以上，按 70%的比例报销。年度内报销封顶线为 40 万元。

第十四条 大病保险政策倾斜对象为参加河南省城乡居民基本医疗保险的特困人员、低保对象和返贫致贫人口，其大病保险起付线为 0.55 万元。个人负担的合规自付医疗费用报销比例分别为：0.55 万元~10 万元(含)，按 65%的比例报销；10 万元以上，按 75%的比例报销；年度内报销不设封顶线。

第五章 费用结算管理

第十五条 参保居民在医疗保险定点医疗机构住院发生的合规自付医疗费用超过大病保险起付线的，在定点医疗机构直接结算。按规定应由个人负担的医疗费用，由参保居民与定点医疗机构结算；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，再由乙方与定点医疗机构结算。

第十六条 对定点医疗机构垫付的大病保险资金，乙方实行先支付、后审核的办法，自定点医药机构申报成功之日起15个工作日内全额支付到位，并将支付结果反馈医保信息平台。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，乙方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。

第十七条 经批准在暂不具备直接结算条件的定点医疗机构就医，且合规自付医疗费用超过大病保险起付线的，由患者本人（或委托人）携带相关材料到参保地大病保险服务窗口办理报销手续。乙方分支机构应加强与承办地医保经办机构的沟通，建立报销材料流转确认机制，不得向参保群众重复收取报销材料。乙方自收到报销材料之日起，20个工作日内完成审核，将报销款项直接转到参保居民提供的个人银行卡（折）上，并将支付结果反馈医保信息平台。对符合报销条件而没有及时报销的参保居

民，乙方应积极联系，主动提供报销服务，切实保障参保居民合法权益。

第十八条 因医保信息平台等原因导致乙方不能支付，乙方应第一时间以书面形式反馈甲方，并积极配合甲方处理相关问题。如果因乙方不及时反馈或没有反馈导致超出规定的支付时限，损害定点医药机构和参保居民的合法权益，责任由乙方承担。

第十九条 参保居民异地就医，通过国家或河南省异地就医结算系统直接结算应由大病保险资金支付的费用，按照《河南省医疗保障局 河南省财政厅关于进一步做好河南省基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知》（豫医保办〔2022〕48号）等相关规定执行。

乙方按规定及时上解跨省异地就医大病保险预付资金和清算资金。

第六章 资金管理与拨付

第二十条 乙方要建立健全大病保险财务管理制度，实行收支两条线管理，专账核算、专款专用，确保资金安全。大病保险资金除规定盈利率外，只能用于支付符合规定的医疗费用。

第二十一条 大病保险资金按季度申请和拨付。乙方每季度第一个月初根据上季度支出情况，向甲方提出拨付申请。甲方核准后于每季度第一个月底前拨付到位。乙方在收到财政拨款2个工作日内，将回执提交省医疗保障服务中心补充医疗保险管理科

和基金管理科。

大病保险资金未拨付到位前，参保居民和定点医疗机构垫付的大病保险费用由乙方先行垫付。

第二十二条 每年预留当年筹集大病保险资金总额的5%作为风险调节金，用于弥补政策性亏损；预留当年筹集大病保险资金总额的3%作为年度考核保证金，根据考核结果，按规定返还乙方。

第二十三条 乙方年度盈利率（含运营成本）控制在当年筹集大病保险资金总额的3%以内。

第二十四条 年度考核结束后，甲方对上年度大病保险资金进行清算，并按规定与乙方结清上年度大病保险费用。清算时，乙方盈利的，扣除规定盈利率后，结余部分转入省财政专户。因居民医保政策调整导致当年大病保险资金亏损的，乙方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；非政策性亏损由乙方承担。

清算后如果出现或者经审计，有超出清算应支金额的费用，乙方仍有继续支付的义务，采用先行垫付、按年度单独记账的方式，定期报送甲方，由甲方汇总后向省财政厅申请拨付。

第七章 报表与运行分析

第二十五条 乙方应做好大病保险资金支付情况监测分析，按月向甲方报送资金收支、现场巡查、病历审核、违规费用扣除

等情况，月报表于次月 5 日前报送甲方，遇法定节假日顺延。

第二十六条 乙方应做好半年、年度大病保险运行分析工作，科学分析大病保险资金使用效益，及时反馈大病保险承办过程中发现的风险和问题隐患，提出合理化意见建议。半年运行分析报告和年度运行分析报告分别于 7 月 15 日和次年 1 月 20 日前报送省财政厅社保处和甲方。

第八章 医疗服务监管

第二十七条 乙方建立异地就医病历调查机制，加大参保居民住院信息核查力度，力争杜绝欺诈骗取大病保险资金的行为。

第二十八条 乙方配合各级医疗保障经办机构加强对定点医疗机构的监管，不断规范医疗服务行为，控制不合理医疗费用，并做好城乡居民意外伤害案例核查。

第二十九条 乙方应充分利用自身专业优势，采取联网实时监控、现场巡查、抽取病历审核等形式实现就诊、住院全过程监控，在居民医保联网结算应用软件中对医疗费用信息做到 100% 全覆盖初审，根据承办地规定按比例对初审数据进行复审，并将复审结果报当地医疗保障经办机构。

第九章 监督考核

第三十条 甲乙双方主动接受社会各界监督，乙方应向参保居民提供应答及时、咨询有效、专业化的商保服务热线，建立参

保居民满意度调查机制，及时处理参保居民反映的问题，查处投诉举报案件，切实保障参保居民合法权益。

第三十一条 甲乙双方应主动接受并全力配合省级财政、审计等部门对大病保险资金管理情况的监督检查、审计和巡视巡察等。

第三十二条 甲方可通过回访参保居民，抽查已结算病历等方式，对乙方承办情况进行日常检查考核，督促乙方认真履行合同，不断强化服务意识，提高服务质量。

第三十三条 乙方有下列情形之一的，甲方对乙方主要负责人进行约谈，限期整改。

(一) 未按要求完成服务窗口设置及人员配备的；

(二) 未按规定及时足额支付大病保险资金的；

(三) 非医保系统原因，未按要求将大病保险支付数据信息及时准确反馈到省医疗保障信息平台的；

(四) 未按要求上解跨省异地就医大病保险预付资金和清算资金的；

(五) 未按要求报送大病保险资金收支、现场巡查、病历审核、违规费用扣除等情况报表的；

(六) 多次被参保居民或定点医疗机构举报，并查证属实的。

第三十四条 乙方有下列情形之一的，甲方可终止服务合同，并通报乙方监管部门。涉嫌犯罪的，依法移送司法机关处理。

(一) 发生第三十三条情形，严重侵犯参保居民合法权益，

造成大病保险资金损失或恶劣社会影响的；

(二) 失职、渎职造成大病保险资金损失或严重不良社会影响的；

(三) 擅自扩大或缩小报销范围，擅自提高或降低报销比例的；

(四) 弄虚作假，指使、授意、串通他人骗取大病保险资金的；

(五) 贪污、截留、挤占、挪用、转移大病保险资金的；

(六) 将参保居民基本信息泄露给第三方，或用于医保用途以外的；

(七) 其他违法违规行爲，并造成严重后果的。

第三十五条 乙方分支机构每月向承办地医保经办机构报送大病保险资金收支、现场巡查、病历审核、违规费用扣除等情况月报表。甲方各级医保经办机构对乙方及其分支机构大病保险承办服务、费用支付情况及报表质量、报送时限等进行日常考核。

第三十六条 每年5月份，甲方会同省财政和金融监管部门组成省级考核组，采取商业保险机构自查自纠、省辖市考核、省级考核组抽查考核的方式，对乙方上年度合同履行情况进行考核，考核结果与考核保证金返还挂钩，与以后年度合同续签及下一轮投标承办大病保险业务挂钩。

第十章 附 则

第三十七条 甲乙双方应建立例会制度，每半年视情召开一次，分析总结大病保险运行情况，研究解决存在的矛盾问题，安

排部署下一步工作重点。

第三十八条 乙方和参保居民对支付标准产生异议时，甲方应积极协调处理。

第三十九条 《河南省城乡居民大病保险承办商业保险机构招标项目》（豫财招标采购—2023—1262号）的招标文件及乙方的投标文件是本合同的有效组成部分，具有同等法律效力。

第四十条 如遇大病保险政策调整，按调整后的政策执行，乙方应积极配合。

第四十一条 除不可抗力或对方有严重违约行为外，甲乙双方均不得提前终止合同。

第四十二条 各省辖市医疗保障经办机构可就具体事项与同级商业保险机构签订补充合同。

第四十三条 本合同有效期为2024年1月1日0时至2024年12月31日24时。

第四十四条 未尽事宜，或甲乙双方确认需要更改内容，双方可签订补充合同。

第四十五条 本合同一式四份，甲乙双方各执两份。

甲方（盖章）：
法定代表人（负责人）
（签字）：
2024年1月5日

乙方（盖章）：
法定代表人（负责人）
（签字）：
2024年1月5日