河南省人力资源和社会保障厅
河南省深化医药卫生体制改革领导小组办公室
河南省民政厅
河南省财政厅文件
河南省卫生和计划生育委员会
河南省扶贫开发办公室
中国保险监督管理委员会河南监管局

豫人社〔2017〕10号

关于印发河南省困难群众大病补充医疗保险实施细则（试行）的通知

各省辖市、省直管县（市）人力资源社会保障局、医改办、民政局、财政局、卫生计生委、扶贫办，有关商业保险机构：

经省政府同意，现将《河南省困难群众大病补充医疗保险实

施细则（试行）》印发你们，请遵照执行。

河南省人力资源和社会保障厅　河南省深化医药卫生体制改革领导小组办公室　河南省民政厅

河南省财政厅　河南省卫生和计划生育委员会

河南省扶贫开发办公室　中国保险监督管理委员会河南监管局

2017年2月13日

（此件主动公开）

（联系单位：医疗保险处）

河南省困难群众大病补充医疗保险实施细则（试行）

第一章　总　则

第一条　为进一步完善全民医保体系，解决困难群众因贫看不起病、因病加剧贫困问题，实施精准扶贫，根据《河南省人民政府办公厅关于开展困难群众大病补充医疗保险实施意见（试行）》（豫政办〔2016〕196号）规定，制定本实施细则。

第二条　河南省困难群众大病补充医疗保险（以下简称大病补充保险）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，统一经办规程。

2017年焦作市继续试点，2018年纳入省级统筹。

第三条　省人力资源社会保障厅会同省医改办、省财政厅、省民政厅、省扶贫办和河南保监局制订完善相关政策和管理制度；省级社会医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负责全省大病补充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医改、财政部门做好当地大病补充保险的监督检查工作。

选定的商业保险机构按城乡居民基本医疗保险（以下简称为城乡居民基本医保）统筹地区承办当地大病补充保险业务。

第二章　保障对象

第四条　大病补充保险保障对象为参加我省城乡居民基本医保，且符合下列条件之一的居民：

（一）建档立卡农村贫困人口；

（二）特困人员救助供养对象；

（三）城乡最低生活保障对象。

建档立卡农村贫困人口退出后是否列入大病补充保险保障对象，按照《中共河南省委办公厅河南省人民政府办公厅关于印发〈河南省扶贫对象精准识别及管理办法〉等5个办法的通知》（豫办〔2016〕28号）有关规定执行。

各地要畅通政府补贴渠道，确保上述人员参加当地城乡居民基本医保。

第五条　每年1月底前，各级扶贫部门向当地医保经办机构提交当年建档立卡农村贫困人口人员名单及相关信息，各级民政部门向当地医保经办机构提交当年特困人员救助供养对象和城乡最低生活保障对象人员名单及相关信息；各级医保经办机构汇总后筛选出重复人员名单（对重复人员认定其中一种做为困难群众标识）并逐级上报。省级医保经办机构根据保障对象人员名单及相关信息，建立全省大病补充保险人员信息数据库。

2017年保障对象名单汇总上报时间延长至3月底。

第六条　省级医保经办机构组织市县医保经办机构每年2月

底前（2017年度延长至3月底前）根据全省大病补充保险人员信息库数据，按照实际登记参保人数，核定当年保障人数，并将结果下发至各级医保经办机构，由其告知同级财政部门。

第三章　资金筹集和管理

第七条　大病补充保险资金纳入省级社会保险基金财政专户管理，实行专项核算，专款专用。

大病补充保险年度人均筹集标准为60元，由各级财政承担。省、省辖市、县（市）财政按30%、30%、40%的比例分级承担；对省直管县（市）和财政直管县（市）省财政承担60%，县（市）财政承担40%。以后根据经济发展和财政收入水平、医疗费用增长和大病补充保险资金收支等指标变化情况适时调整。

第八条　各级财政部门根据省级医保经办机构核定的当年大病补充保险保障人数和财政负担标准归集财政补助资金，县（市、区）财政部门负责将本地财政补助资金上缴至省辖市财政部门，省辖市、省直管县（市）和财政直管县（市）财政部门将财政补助资金于当年3月底前归集至省财政专户，市县财政部门逾期未缴纳的，省财政将通过省与市县财政结算，连同罚息扣回资金。

第九条　大病补充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根据上季度发生的大病补充保险资金支

出情况向省级医保经办机构提出拨付申请，省级医保经办机构核准后报送省财政厅，省财政厅审核后于每季度第一个月末将上季度大病补充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。

第十条 省级财政部门从大病补充保险资金中提取一定金额作为风险调节金，用于亏损风险调节。风险调节金规模保持在当年筹集大病补充保险资金总额的5%。

第十一条 建立省级大病补充保险服务质量年度考核保证金制度。年度考核保证金按照当年大病补充保险资金总额的3%预留，根据考核结果返还商业保险机构。

第十二条 商业保险机构要建立周转金制度。周转金金额应满足及时、足额支付大病补充保险医疗费用需要。

第十三条 合理控制保险机构盈利率。试行期间，商业保险机构年度盈利率暂按当年大病补充保险资金的5%（含运营成本）控制。以后综合考虑城乡居民大病保险盈利率和大病补充保险筹资标准以及运行情况适时调整。

第十四条 每年7月底前，省级商业保险机构提交上年度审计报告，省级医保经办机构依据审计报告对上年度大病补充保险资金进行清算，并按规定与商业保险机构结清上年度大病补充保险费用。清算时盈利的，由商业保险机构扣除规定盈利率后，结余部分转入省财政专户；清算时亏损的，商业保险机构在规定盈

利率范围内承担亏损，其余部分首先通过风险调节金解决，不足部分报请省政府批准后给予补贴或对筹资标准进行调整。由于商业保险机构自身原因造成多赔或者超赔，相应的支出由商业保险机构承担。

第四章　保障范围和水平

第十五条　大病补充保险与大病保险的合规自付医疗费用范围一致，运行年度一致。

第十六条　大病补充保险的起付线为3000元，起付线以上分段按比例报销：3000—5000元（含5000元）报销30%；5000—10000元（含10000元）报销40%；10000—15000元（含15000元）报销50%，15000—50000元（含50000元）报销80%，50000元以上报销90%，不设封顶线。

今后，省人力资源社会保障厅、省财政厅根据筹资标准、保障对象、保障水平、医疗费用的变化等，对大病补充保险报销政策实行动态调整。

第十七条　困难群众住院费用经基本医保报销后一个参保年度内个人累计负担的合规自付医疗费用，在大病保险起付线以内（含）的部分，直接进入大病补充保险分段按比例报销；超过大病保险起付线的部分，首先由大病保险报销，剩余部分由大病补充保险按政策报销。

第五章　经办管理

第十八条　大病补充保险通过政府购买服务的方式，由商业保险机构承办。2017年为大病补充保险制度试行期。试行期间由中国人民健康保险股份有限公司河南分公司承办全省大病补充保险业务。从2018年开始，全省大病补充保险与城乡居民大病保险统一通过政府招标选定商业保险机构承办。

第十九条　省级人力资源社会保障部门制定全省统一的大病补充保险合同文本，与商业保险机构签订承办大病补充保险合同，明确双方的责任、权利和义务，合同期限与城乡居民大病保险保持一致。

第二十条　省级人力资源社会保障部门和河南保监局共同制定大病补充保险业务经办规程，明确各级医保经办机构和商业保险机构的大病补充保险业务办理流程、办理时限和相关要求。

第二十一条　全省统一在城乡居民基本医保联网结算应用软件中增加大病补充保险结算功能。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，登录城乡居民基本医保信息系统进行大病补充保险资金结算及医疗费用监管，保证城乡居民基本医保、大病保险、大病补充保险同步直接结算。

第二十二条　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补充保险服务窗口（下同），实现基本医保、大病保险和大病补充保险

“一个窗口”结算。

第六章　就医管理

第二十三条　大病补充保险医疗服务实行定点管理。当地城乡居民基本医保定点医疗机构即为当地大病补充保险定点医疗机构。

第二十四条　各地大病补充保险就医管理执行当地城乡居民基本医保的相关规定。将困难群众作为重点人群全部列为家庭医生签约服务对象。困难群众因常见病、多发病需住院治疗的，须首先到基层医疗机构（乡镇卫生院和社区卫生服务机构）就诊，对超出基层医疗机构功能定位和服务能力的疾病，由基层医疗机构为患者提供转诊服务，原则上上转病人需逐级转诊。

第二十五条　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。

第七章　费用结算

第二十六条　困难群众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补充保险起付线的，在定点医疗机构实行即时结算。按规定应由大病补充保险资金支付的医疗费用由定点医疗机构垫付。

第二十七条　定点医疗机构垫付的应由大病补充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。定点医疗机构按规定及时将困难群众上

月大病补充保险资金垫付费用汇总后报送当地商业保险机构。商业保险机构对申报材料进行确认，按规定及时向定点医疗机构拨付其垫付的大病补充保险费用。

第二十八条 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的监督。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。情节严重的，按有关法律、法规处理。

第二十九条 困难群众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补充保险起付线的，可携带相关材料到当地大病补充保险服务窗口办理报销事宜。

第三十条 困难群众住院跨保险年度的，随城乡居民基本医保一起在年末结清当年医疗费用。

第八章 监督管理

第三十一条 商业保险机构要与医保经办机构密切配合，加强对医疗机构的监管，规范医疗行为，控制医疗费用。充分利用商业保险机构的专业优势，开展以“医疗巡查、医疗干预、医疗审核”为主的风险管理。同时，通过建立智能审核信息系统，实现住院就诊的全过程、高标准管理。

第三十二条 各级医保经办机构要充分发挥协议管理在定点医疗机构监管中的作用，严格控制超出医保报销范围的医疗费用所占比例。基层医疗机构、二级医院、三级医院超出医保报销范围的医疗费用，分别不得超过医疗总费用的2.5%、10%、20%，超出部分由定点医疗机构承担，并不得计入医疗总费用。对诊断明确、治疗路径明晰的病种，要实行按病种分组付费管理。

第三十三条 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，切实维护困难群众权益。

第三十四条 商业保险机构要自觉接受财政、审计及上级主管部门对大病补充保险资金支付、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部门和财政部门报送上年度大病补充保险收支管理情况报告。

第三十五条 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补充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，根据考核结果制定保证金返还方案。

第三十六条 商业保险机构对大病补充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；按月将大病补充保险资金收入情况、困难群众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。

第九章　附　则

第三十七条　本细则由省人力资源社会保障厅会同省财政厅负责解释。

第三十八条　本细则自2017年1月1日起实施。

河南省人力资源和社会保障厅办公室　　2017年2月14日印发