

信阳市医疗保障局 信阳市财政局文件 国家税务总局信阳市税务局

信医保办〔2021〕35号

关于印发《信阳市城镇职工大额医疗保险 实施办法》的通知

各县（区）医疗保障局、财政局、税务局：

经市政府同意，现将《信阳市城镇职工大额医疗保险实施办法》印发给你们，请认真贯彻落实。



信阳市城镇职工大额医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善我市城镇职工医疗保障体系，提高重特大疾病保障水平，根据《信阳市城镇职工基本医疗保险暂行办法》（信政〔2000〕20号）和《信阳市人民政府办公室关于印发信阳市全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹实施方案的通知》（信政办〔2021〕9号），参照《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），结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称城镇职工大额医疗保险（以下简称大额医疗保险），是指在城镇职工基本医疗保险的基础上，对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排，是基本医疗保险制度的拓展和延伸。

第三条 凡参加信阳市城镇职工基本医疗保险的单位及个人必须参加大额医疗保险。参保覆盖范围不含省直管县。

第四条 实施大额医疗保险应遵循以下原则：

- （一）以人为本，保障大病；
- （二）统筹协调，政策联动；
- （三）政府主导，市场运作；
- （四）收支平衡，持续实施。

第五条 大额医疗保险与基本医疗保险统筹层次一致，实

行市级统筹。全市统一筹集、管理和使用大额医疗保险资金。中标的商业保险机构承办具体业务。

第二章 费用筹集

第六条 信阳市医疗保障局统一领导和组织全市大额医疗保险工作，各级医疗保险经办机构、税务部门按照分级管理原则负责大额医疗保险资金的筹集、使用和管理。

第七条 大额医疗保险筹资标准根据我市城镇职工基本医疗保险最高支付限额、大额医疗保险支付比例和限额等因素综合考量确定。2022年度，我市大额医疗保险筹资标准为每人190元。

2022年以后，市医疗保障局会同市财政局、税务局根据我市经济社会发展水平、大额医疗保险资金承受保障能力和保障水平等因素，可适时对筹资标准进行调整。

第八条 大额医疗保险参保费用由参保单位和个人分别负担50%，也可由单位或个人全额负担。个人缴费部分原则上由用人单位集中代扣代缴。社会化管理的退休（退职）人员和灵活就业人员参保费用由个人负担，自行缴纳。社会化管理的退休（退职）人员参保费用可由医保经办机构从个人账户代为扣缴。

第九条 大额医疗保险年度与职工基本医疗保险一致，为自然年度，即每年1月1日至12月31日。

第十条 大额医疗保险费由社会保险费征收部门按年度与基本医疗保险费一并征收，每年缴纳一次，集中征缴，征缴期限原则上为每年10月至12月，当年缴费，次年享受待遇。

第十一条 我市当年新增参保人员，可以补缴大额医疗保险费，自参保缴费次月起享受大额医疗保险待遇。

第三章 保障范围和水平

第十二条 参保人员保险年度内发生超出信阳市城镇职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额的医疗费用，由商业保险公司按应纳入大额医疗保险赔付范围费用的80%比例支付。2022年度起，大额医疗保险最高支付限额调整为40万元。

2022年度，城镇职工基本医疗保险支付限额6万元。

第十三条 大额医疗保险支付范围参照城镇职工基本医疗保险政策范围内费用范围执行。

第四章 医疗服务管理

第十四条 大额医疗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额医疗保险定点医疗机构。

第十五条 大额医疗保险就医管理按基本医疗保险有关规定执行。

第十六条 参保人员当年医疗费用进入大额医疗保险支付范围后，在符合条件的定点医药机构实行“一站式”即时结算。按规定应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医药机构结清；应由大额医疗保险资金支付的医疗费用，由商业保险机构按规定与定点医药机构结算。不具备即时结算条件的，由参保人员

本人或亲属到参保地商业保险机构指定的服务网点办理大额医疗保险报销手续，所发生的医疗费用由商业保险公司负责核查。

第十七条 参加大额医疗保险的人员，当年发生的大额医疗费用原则上在次年3月31日前办理申报手续，逾期不再享受当年的大额医疗保险待遇。

第五章 承办管理

第十八条 市医疗保障部门通过公开招标程序选定承办全市大额医疗保险的商业保险机构。

第十九条 市医疗保障部门选定商业保险机构承办大额医疗业务，合作期限以不低于3年为一个周期。合作期满前6个月开始下一轮招投标工作。

第二十条 商业保险机构年度盈利率（含运营成本）控制在当年筹集大额医疗保险资金总额的3%以内。

第二十一条 市级医保经办机构负责与选定的商业保险机构签订保险合同，明确双方责任、权利和义务。保险合同一年一签。

第二十二条 商业保险机构应在各级医保经办机构设立服务窗口或服务网点，为参保人员提供“一站式”服务，同时做好费用审核、病例协查、智能监控等工作。发现欺诈骗保问题线索应及时向同级医疗保障部门反馈。

第二十三条 建立和完善大额医疗保险支付结算管理信息系统，实现与基本医疗保险信息系统有效对接，保证大额医疗保险和基本医疗保险医疗费用在定点医药机构同步即时结算。

第六章 资金管理

第二十四条 大额医疗保险资金实行专账核算，专款专用。

第二十五条 市级财政部门设立财政专户。商业保险机构设立大额医疗保险资金账户。建立年度考核保证金制度，年度考核保证金按照当年大额保险资金总额的 3%预留在市财政专户，根据考核结果予以返还。

第二十六条 每年 3 月底前，市级医保经办机构对大额医疗保险资金进行清算，当年资金有结余的，扣除合同约定盈利率后，结余部分转入财政专户作为风险调节金。非政策性亏损由商业保险机构全额承担。对因职工医保政策调整导致当年大额保险资金亏损的，商业保险公司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。办法实施前大额医疗保险历史遗留问题由当地自行解决。

第二十七条 大额医疗保险资金按季度申请、拨付。市级商业保险机构每季度第一个月初将上季度大额医疗保险资金支出情况和本季度预拨资金申请报送市级医保经办机构；市级医保经办机构核准后报送市医保局、市财政局；市财政局每季度第一个月将大额保险资金拨付到商业保险机构指定账户。市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。

第二十八条 商业保险机构按月向定点医药机构支付大额医疗保险费用。定点医药机构每月 10 日前将大额医疗保险资金

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药机构拨付其垫付的大额医疗保险费用。商业保险机构应及时、足额支付大额保险医疗费用。

第二十九 商业保险机构应实行先结算后审核的办法。可以采取联网实时监控、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药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。

第七章 附 则

第三十条 每年 6 月底前，市医疗保障局会同有关部门成立市级考核小组，由市级医保经办机构具体组织，对商业保险机构服务质量进行年度考核。各县（区）医疗保障局每年 5 月底前向市级考核小组上报当地上年度考核情况。6 月底市医疗保障局根据考核结果制定保证金返还方案，7 月底前报市财政局核拨保证金。

第三十一条 保险人、投保人、被保险人之间发生有关大额医疗保险争议时，由争议方协商解决；协商不成的，可提请医疗保障行政部门进行调解，调解不成的，按有关法律法规处理。

第三十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十三条 本办法自 2022 年 1 月 1 日起施行。以前大额医疗保险政策与本办法不一致的，按本办法执行。

信阳市医疗保障局办公室

2021年9月30日印发
