

中国银保监会关于印发保险公司城乡居民大病保险业务管理暂行办法的通知

银保监发〔2021〕12号

各银保监局,各保险公司,中国保险行业协会:

为进一步规范城乡居民大病保险市场秩序,保护参保群众的合法权益,促进城乡居民大病保险业务健康开展,银保监会制定了《保险公司城乡居民大病保险业务管理暂行办法》,现予印发,请遵照执行。

2021年5月17日

保险公司城乡居民大病保险 业务管理暂行办法

第一章 总则

第一条 为加强城乡居民大病保险(以下简称大病保险)业务管理,规范保险公司经营行为,维护参保群众合法权益,根据《中华人民共和国保险法》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》等,制定本办法。

第二条 本办法所称大病保险,是基本医疗保障制度的拓展和延伸,是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。

第二章 经营条件

第三条 保险公司总公司开展大病保险业务,应当符合下列条件:

- (一)注册资本不低于人民币20亿元或近3年内净资产均不低于人民币50亿元,专业健康保险公司除外;
- (二)上一年度末和最近季度末的综合偿付能力不低于150%;
- (三)上一年度及提交申请前连续两个季度风险综合评级类别均不低于B类;
- (四)在中国境内连续经营健康保险专项业务5年以上,具有成熟的健康保险经营管理经验;
- (五)依法合规经营,近3年内未受到重大行政处罚;
- (六)除专业健康保险公司外,建立健康保险事业部,对大病保险业务实行单独核算;
- (七)具备较强的健康保险精算技术,对大病保险进行科学合理定价;
- (八)具备完善的、覆盖区域较广的服务网络;
- (九)配备具有医学等专业背景的人员队伍,具有较强的核保、核赔能力和风险管理能力;
- (十)具备功能完整、相对独立的健康保险信息管理系统,与大病保险行业平台实现对接,并按规定向银保监会及其派出机构报送大病保险相关数据;
- (十一)银保监会规定的其他条件。

第四条 保险公司省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)、地市级机构开展大病保险业务,应符合下列条件:

- (一)上级公司符合开展大病保险业务条件;
- (二)总公司批准同意开展大病保险业务;
- (三)依法合规经营,近3年内未受到重大行政处罚;
- (四)配备熟悉当地基本医保政策,且具有医学等专业背景的服务队伍,可以提供驻点、巡查等大病保险专项服务;
- (五)当地银保监会派出机构规定的其他条件。

第五条 银保监会根据本办法,公布符合条件的保险公司总公司名单。

银保监局、银保监分局根据本办法和银保监会公布的保险公司总公司名单,公布符合条件的保险公司省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)、地市级机构名单。

第六条 列入名单的保险公司可以按照本办法开展大病保险业务,并作为大病保险的再保险接受人或转分保接受人。

第三章 投标管理

第七条 保险公司原则上应以总公司或总公司授权的地市级及以上分支机构作为投标人参加大病保险投标,且应具有在大病保险统筹地区提供便捷高效服务的能力。

保险公司组成投标联合体,以一个投标人的身份投标的,联合体各方均应在大病保险名单之内。

第八条 对于未区分标段的同一大病保险招标项目或一个大病保险标段,同一保险集团公司参与投标的子公司仅限一家。

第九条 保险公司编制的投标文件应对招标文件提出的要求和条件作出实质性响应。

投标文件应根据招标人提供的医疗、基本医保历史数据及服务要求,科学评估承保风险和管理服务成本,确定投标文件内容。

第十条 保险公司参与投标的大病保险项目,应有明确、合理的风险调节机制,并能够参与医疗费用审核。

第十一条 保险公司在参与投标时,须使用已向银保监会报备的大病保险专属条款,不得在投标文件、中标后签订的合作协议或者合同中出现与专属条款不符的内容。

第十二条 保险公司总公司对分支机构参加大病保险投标行为负有管理责任,保险公司分支机构的投标文件须报经总公司审核同意,并取得总公司的授权书。

总公司产品定价部门须对投标文件出具经过审慎测算的精算意见书,内容至少应当包含测算依据、数据分析、测算结果、报价意见等。总公司法律部门须对投标文件出具经过严格审核的法律意见书。精算意见书、法律意见书应分别经总精算师、法律责任人签字确认。

第十三条 保险公司中标后,应与投保人签订大病保险合作协议及合同。大病保险合作协议的期限应当与统筹地区医疗保障部门招标文件一致,原则上不低于3年,大病保险合同内容可根据实际每年组织一次商谈后确定。

第十四条 保险公司应当按照投标各环节依次向银保监会派出机构报告相关情况,报告应及时、准确、真实、完整。

(一)应在投标7个工作日之前报告招标项目情况,内容应当包括招标项目名称、招标人、招标文件、投标时间、投标机构基本情况等。

(二)应在开标后3个工作日内报送投标文件副本和总公司出具的精算意见书、法律意见书及授权书。

(三)应在收到中标通知书后3个工作日内报告中标结果。

(四)应在大病保险合作协议及合同签署后3个工作日内报送协议及合同副本。

(五)以联合体形式投标的,由主投标人负责报告。

对于流标、废标后重新进行招标遴选以及通过竞争性谈判等方式的项目,视同新的招标行为,保险公司应按照本办法相关规定进行报告。

第四章 业务服务规范

第十五条 保险公司承办大病保险业务,应当按照长期健康保险的经营标准,完善组织架构,健全规章制度,加强人员配备,提升专业经营和服务水平。

保险公司不得将大病保险服务整体外包给其他单位。

第十六条 保险公司应本着便民、高效原则,通过以下服务场所做好大病保险服务工作:

(一)依法设立的保险公司分支机构;

(二)保险公司与政府相关部门合作的联合办公场所;

(三)经地方政府或相关部门同意的其他形式。

在统筹地区内,大病保险服务场所设置原则上应与基本医疗保障服务网点相匹配,在每个县(市、区)行政区划内至少有1个服务场所,具体要求应以合作协议为准。

大病保险服务场所应配备具有明确标示的柜台和服务人员,应具备理赔申请、信息查询、政策咨询、投诉受理、政策宣传等服务能力。

除依法设立的保险公司分支机构以外,其他大病保险服务场所不得经营大病保险以外的保险业务。

第十七条 保险公司应根据协议要求和实际需要,配置大病保险服务队伍,每个大病保险项目应配备具有医学相关专业背景的专职工作人员。

保险公司应建立大病保险服务队伍的学习培训和考核制度,保证服务人员每年接受大病保险、基本医保、医疗救助等政策理论和业务技能培训,累计不少于40小时,并记入培训档案。

第十八条 保险公司应建立以被保险人满意度为核心的大病保险服务评价体系,不断提高服务人员综合素质和业务能力。

第十九条 保险公司大病保险信息系统应具备信息采集与变更、支付结算、信息查询、统计分析等功能,并实现与财务系统数据的自动流转,确保业务数据与财务数据一致。

第二十条 保险公司应与政府有关部门加强沟通取得支持,推进大病保险信息系统与基本医保信息系统、医疗机构信息系统及医疗救助信息系统之间进行必要的信息共享,实现被保险人信息和医疗行为、诊疗信息、医疗费用信息的互联互通。

保险公司应加强信息系统的管理和维护,严格保密制度和用户权限管理,切实保护被保险人信息安全。

第二十一条 保险公司原则上应向被保险人提供“一站式”结算服务。

(一)即时结算。为被保险人提供医疗机构端的大病保险即时结算,即被保险人结算时无需支付应由大病保险赔付部分的医疗费用。

(二)网点结算。客观上无法实现即时结算的,应参照基本医保管理模式,在联合办公点实现基本医保与大病保险同步结算或为被保险人提供网点异地结算服务。

第二十二条 对于无法实现“一站式”结算的赔案,保险公司应提供其他便捷的理赔申请途径并以适当方式一次性告知需要提供的理赔资料,并在理赔资料齐全后及时做出核定;情形复杂的,应当在30日内做出核定。

除需要医疗保障部门复核确认的情况外,保险公司做出核定结论之日起10日内完成支付,将理赔款划转至被保险人本人或其监护人银行账户。被保险人身故的,按照有关法律法规执行。医疗费用由医疗机构垫付的情况除外。

第二十三条 保险公司应建立符合大病保险业务特点的理赔回访制度。对于“一站式”结算的案件,保险公司可在政府相关部门的指导下按需回访。对于非“一站式”结算的案件,保险公司应按案件的一定比例,通过适当方式进行回访。回访应包括以下内容:

(一)确认被保险人身份(姓名、社会保障号或身份证件号码);

(二)确认被保险人是否收到大病保险赔付资金及金额;

(三)询问被保险人对大病保险服务满意程度及意见建议。

第二十四条 保险公司可通过服务场所、互联网、定点医疗机构等渠道协同政府相关部门做好大病保险政策宣传工作,向社会公众公布大病保险的保障责任、服务内容、服务承诺、理赔流程及联系方式、咨询投诉方式,切实维护好被保险人的合法权益,接受社会监督。

第二十五条 保险公司应在验证被保险人身份信息后,为其提供大病保险合同信息、调查信息、赔付状态及赔付金额等查询服务。经政府相关部门授权,保险公司也可提供本人的基本医保报销信息、医院结算状态的查询服务。

第二十六条 保险公司开展大病保险业务,可配合政府相关部门探索为被保险人提供健康档案、风险评估、健康管理等服务,努力提高被保险人的健康水平。

第二十七条 保险公司应在政府相关部门的支持下,通过智能审核系统、医疗巡查、驻院监督、病案评估及优化支付方式等措施,对纳入支付范围的医疗行为的真实性和合规性进行审核,剔除虚假就医、违规医疗等费用;并可就医疗行为的相关情况向有关部门或医疗机构提出建议。

保险公司应探索建立医疗行为及费用管控的内部激励机制,提高大病保险医疗核查效果。

第二十八条 保险公司应规范做好大病保险理赔档案管理,可采用电子档案方式将招投标文件、项目协议及合同、承保及理赔纸质材料等文字资料扫描入档。

理赔档案应实行“一案一档”方式保存,并建立赔案号、被保险人身份信息索引方式以便于查询。

第五章 财务管理

第二十九条 保险公司应遵循“权责发生制”原则,按保险企业会计制度,完整、真实、准确地记录、报告大病保险业务经营情况。

保险公司应当对大病保险业务进行单独核算,单独识别和汇总相关的保费收入、赔付支出、费用支出等损益项目,反映每个大病保险项目的经营结果。

第三十条 保险公司应按照“收支两条线”的管理要求,原则上应在总公司或省级分公司开设独立的大病保险业务收入账户和赔付支出账户,当地政府另有要求的除外。应严格按照账户用途和类型划拨和使用资金,不得用于大病保险业务之外的其它用途。

业务收入账户用于大病保险业务相关的收款事项,包括保费收入、共保业务收款、亏损补贴等,以及本账户的银行结算费、函证费、账户管理费支出。

赔付支出账户用于除大病保险经营管理费用以外的付款事项,包括赔付支出、共保业务付款等,以及本账户的银行结算费、函证费、账户管理费支出。

第三十一条 保险公司应按照收付费管理相关要求,对大病保险业务实行非现金给付,确保大病保险资金安全。

第三十二条 保险公司应当对大病保险合同进行风险测试,判断是否承担重大保险风险,在会计处理上确定属于保险合同还是受托管理合同。

(一)属于保险合同的大病保险项目,应按照合同约定对风险调节机制进行会计处理,如需返还保费,应当冲减当期保费收入;如可收取追加保费,应当确认为当期保费收入。应在年末对应收取或应返还的风险调节基金进行计提,并及时确认应收应付款项。应当在保费收入科目下设立“大病保险超额结余返还”“大病保险亏损补贴”等明细科目核算大病保险风险调节支出与收入。

(二)属于受托管理合同的大病保险项目,应将受托管理资金计入代理业务负债,从受托管理资金支付相关给付应当冲减代理业务负债。

保险公司与投保人协商设立的风险调节机制,应将实际收到的投保人划转的大病风险调节基金,或实际向投保人划转的大病风险调节基金,计入本期代理业务负债。

第三十三条 大病保险经营管理费用按照费用属性分为专属费用和共同费用。

(一)专属费用是指专门为大病保险业务发生的,能够直接归属为大病保险业务的费用,主要包括:大病保险专职工作人员的相关费用、大病保险专用资产折旧、租赁费等;专门为大病保险业务发生的会议、差旅、培训等日常经营费用;大病保险业务专用信息系统建设及维护费用;大病保险账户发生的财务费用等。

(二)共同费用是指与大病保险业务直接相关,但不能全部归属于大病保险业务的费用。共同费用的类型主要包括:兼职大病保险工作人员的薪酬及福利;资产占用费含大病保险办公职场租赁及相关费用、车辆及电子设备耗材等相关费用;大病保险相关的信息系统建设维护费用等。

保险公司总公司及省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)高管人员薪酬福利等不得纳入专属费用和共同费用。

第三十四条 大病保险业务不得产生业务手续费、佣金、中标服务费、礼品费、业务招待费、与大病保险业务不直接相关的宣传费等,政府采购或指定代理机构所规定费用除外。保险公司不得给予或者承诺给予合同约定以外的保险费回扣或者其他利益。

第三十五条 保险公司应建立大病保险业务内部监督检查机制,每个会计年度对大病保险业务至少进行一次财务检查。

第六章 清算管理

第三十六条 保险公司应加强与投保人协商,及时开展大病保险项目清算工作。

第三十七条 原则上每个大病保险项目每年清算一次,以基本医保结算日期确定清算范围,并做好与基本医保结算的衔接。在清算时点前基本医保已结算的案件,都应纳入清算范围,基本医保未结算的案件计入下一年。

第三十八条 保险公司可与投保人协商,按照大病保险合作期、协议期的累计保费收入、赔款支出、费用支出整体进行清算。

第三十九条 保险公司总公司、省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)和地市级机构应在每个大病保险项目清算结束后3个月内,分别向银保监会及其派出机构报告项目的清算情况。

第七章 风险调节

第四十条 大病保险合作协议及合同应按照收支平衡、保本微利原则,合理设计风险调节机制,并明确风险调节的启动条件与实现方式。

第四十一条 保险公司应当与政府相关部门协商认定大病保险政策性亏损的定义、范围和具体分摊比例,并在大病保险合作协议中予以载明。大病保险政策性亏损一般包括:

(一)在执行合作协议过程中,由于基本医疗保险政策、大病保险政策(含倾斜政策)、基本医疗保险药品目录、基本医疗保险诊疗项目目录、基本医疗保险医疗服务设施范围、大病保险合规药品诊疗目录及服务设施范围等相关政策调整,导致大病保险赔付支出和运营成本增加而形成的亏损。

(二)在执行合作协议过程中,发生地震、洪水等自然灾害或重大公共卫生事件,造成大病保险赔付支出增加而形成的亏损。

(三)经与政府相关部门协商认定为政策性亏损的其他情况。

第四十二条 在大病保险业务每一保险期间结束后,保险公司应根据实际经营结果、医保政策调整和医疗费用变化情况,依据合作协议与政府相关部门协商调整下一保险期间的保险责任、保险费率等,并对保险期间的超额结余和政策性亏损等情况进行风险调节。

第四十三条 根据清算结果,经双方确认存在超额结余的,应根据合同约定按照规范的财务处理方式将需要返还的超额结余资金返还基本医保基金账户。

确认存在政策性亏损的,由政府相关部门按照合同约定分摊比例给予保险公司政策性补贴,或执行约定的其他处理方式。

第四十四条 保险公司与政府相关部门共同建立风险调节基金的,大病保险合作期满后,若风险调节基金结余为正,结余部分应按照协议约定的比例返还基本医保基金账户;若结余为负,应按照协议约定方式处理。

第八章 市场退出管理

第四十五条 银保监会负责保险公司总公司退出大病保险业务的监督和管理。

银保监局、银保监分局分别负责保险公司省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)、地市级及以下机构退出大病保险业务的监督和管理。

第四十六条 保险公司有下列情形之一的,银保监会将其从大病保险名单中移除:

(一)一年内有3家次及以上省级机构(含计划单列市机构、总公司直管的机构)被移除出大病保险名单;

(二)在大病保险投标过程中弄虚作假,相互串通投标报价,恶意压价竞争,妨碍其他投标人的公平竞争,损害招标人或者其他投标人的合法权益,以向招标人、评标委员会成员行贿或者其他不正当竞争手段谋取中标等;

(三)除标书购买费、政府采购或指定代理机构招标费用除外,以任何形式向任何单位或个人支付手续费或佣金、中标服务费、咨询费、公证费等给予或者承诺给予保险合同约定以外的回扣或者其他利益,或者指使、同意其分支机构的上述行为;

(四)发生服务能力严重不足、理赔服务质量低下或其他严重影响大病保险业务正常经营的重大情况;

(五)承办大病保险过程中,出现挪用、截留、侵占大病保险资金违法违规案件,严重损害被保险人合法利益的;

(六)未经监管部门同意,单方中途退出大病保险项目;

(七)其它严重影响大病保险业务稳定运行的行为。

第四十七条 已中标大病保险项目但还未签订保险协议的保险公司,由于其上级机构出现第四十六条所列情形的,保险公司不得与招标方签订保险协议。

正在经营大病保险项目的省级及以下保险机构出现第四十六条第(二)至第(七)情形的,或者因该项目受到行政处罚的,银保监会派出机构可责令其在当前保险年度结束后退出该项目,并将其从大病保险名单中移除。

第四十八条 保险公司退出大病保险项目的,银保监会及其派出机构协助政府相关部门选择其他列入大病保险名单的保险公司予以代管。退出的保险公司应当遵循保护被保险人合法权益、平稳过渡的原则,配合新承办的保险公司做好材料、信息移交,保费结算,服务对接等工作,形成记录或报告,并经相关各方签署确认。

第四十九条 大病保险合同双方协商解除保险合同不适用本办法。但保险公司应做好退出衔接工作,切实保护被保险人合法权益。

第五十条 保险公司与政府有关部门签订大病保险合同时,应将本办法规定的退出情形作为解除协议的适用条款,约定退出的具体流程,并在退出时遵照执行。

第五十一条 银保监会及其派出机构应当以书面通知形式作出要求保险公司退出大病保险项目的决定,同时函告与该保险公司签订大病保险协议的政府有关部门,并在官方网站上及时公布大病保险名单变动的情况。

第九章 监督管理

第五十二条 银保监会及其派出机构应强化对大病保险业务的全流程监管,加强保险公司从业资格审查以及偿付能力、服务质量和市场行为监管。结合实际通过多种方式,依法查处违法违规行为,维护正常的市场秩序,严格防范风险,保护被保险人合法权益,推动行业不断改进服务质量和水平。

第五十三条 保险公司在宣传大病保险时不得误导公众,不得减少或夸大保险责任,不得强制搭售其他商业保险产品。

第五十四条 保险公司应注重数据积累,提升费率测算和准备金评估的科学性。对于赔付率过高或过低的项目应及时向相关部门进行提示。

第五十五条 保险公司应按照银保监会及其派出机构的要求,完整、准确、及时上报大病保险业务相关数据、经营情况和档案文件。

第五十六条 保险公司应积极配合政府相关部门对大病保险业务的监督,并按政府相关部门要求向社会公布大病保险实际运行情况,接受社会监督。

第五十七条 保险公司应建立内部问责机制,对下述情况严肃问责,并追究相关机构和人员的责任:

(一)对于违反审慎原则,精算报价出现明显偏差,导致大病保险项目发生重大亏损的;

(二)准备金提取出现重大偏差的;

(三)严重损害被保险人合法权益的;

(四)大病保险承办过程中发生刑事案件的;

(五)其它违法违规的情况。

保险公司应将问责和处理情况及时报告银保监会及其派出机构。银保监会及其派出机构可视情况,对保险公司采取移除出大病保险名单、责令退出大病保险项目以及依法追究保险公司和相关负责人的责任等措施。

第五十八条 保险公司因违反本办法规定被移除出大病保险名单的,3年内不再将其列入名单。

第五十九条 支持保险行业协会建立以投保人和被保险人满意度为核心的大病保险服务测评体系,测评体系应具备定性、定量两方面标准,涵盖基础管理、理赔质量和效率、信息查询等内容。

第十章 附则

第六十条 本办法所称保险公司不包含专业再保险公司及其分支机构。

第六十一条 本办法由银保监会负责解释。

第六十二条 本办法自发布之日起施行。《中国保监会关于印发<保险公司城乡居民大病保险业务管理暂行办法>的通知》(保监发〔2013〕19号)和《中国保监会关于印发<保险公司城乡居民大病保险投标管理暂行办法>等制度的通知》(保监发〔2016〕86号)同时废止。

附:

1.中国银保监会发布《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》

<http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=985140&itemId=917&generaltype=0>

2.中国银保监会相关负责人就《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》答记者问

<http://www.cbirc.gov.cn/cn/view/pages/ItemDetail.html?docId=985151&itemId=917&generaltype=0>

手机扫一扫打开此页

