

榆林市城乡居民大病保险经办服务项目

甲方：榆林市医疗保障局

地址：陕西省榆林市榆阳区建业大道

法定代表人：张静

乙方：中国太平洋人寿保险股份有限公司陕西分公司

地址：陕西省西安市新城区尚德路 85 号

法定代表人：宁广锋

根据国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57 号）、陕西省人民政府办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的实施意见》（陕政办发〔2015〕99 号）、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办法的通知》（银保监发〔2021〕12 号）、陕西省医疗保障局、财政厅、银保监局联合下发的《关于进一步完善城乡居民大病保险有关工作的通知》（陕医保发〔2024〕24 号）、榆林市医疗保障局关于印发《榆林市城乡居民大病保险实施方案》的通知（榆医保发〔2019〕68 号）、榆林市医疗保障局、财政局关于印发《榆林市城乡居民大病保障实施方案》的通知（榆医保发〔2019〕67 号）等文件规定，甲乙双方本着平等自愿、诚实信用、权责清晰的原则，就乙方承办榆林市 2025 年度城乡居民大病保险经

办服务项目相关事宜，签订本合同，以兹共同遵守。

一、委托人、经办人与参保人

第一条 甲方作为委托人，负责本项目的监督管理、政策制定及协调工作；乙方作为经办人，负责按照本合同约定经办城乡居民大病保险（含大病保障，下同）业务；榆林市城乡居民基本医疗保险的参保人员为参保人（受益人）。

第二条 甲方在省医保信息平台允许的条件下，应向乙方提供准确、完整的参保人员明细，包括参保人姓名、性别、出生日期、公民身份证号码、联系方式等。乙方对甲方提供的参保人员信息负有严格的保密责任，不得泄露、篡改、出售或非法向他人提供。因乙方原因导致参保人信息泄露的，乙方应承担由此造成的全部损失及法律责任，且甲方有权解除合同。

二、合同期限

第三条 本合同自双方签订之日起生效，有效期一年。

大病保险费用核算时间为 2025 年 1 月 1 日至 12 月 31 日。参保人在 2025 年度就诊但在 2026 年度结算的费用，以及 2025 年度入院但 2026 年出院结算的跨年度住院费用，不在本合同约定范围内。2025 年 3 月 31 日前结算的 2024 年度大病保险费用，按之前年度合同相关约定执行，不纳入本合同核算范围。

乙方应全面履行合同期间内的各项责任和义务，未经甲

方书面同意，不得单方退出。若乙方单方退出，应向甲方支付总费用 20%的违约金，并赔偿由此给甲方和参保人造成的损失。

三、基金支付与管理

第四条 2025 年度城乡居民大病保险基金按照每人每年 128 元标准筹集，参保人数约 294 万人（具体以当年度与财政部门最终核定参保人数为准）。

第五条 每月 10 日前，乙方向甲方提供上月大病保险基金完整、准确的结算数据（含大病保障基金及倾斜基金支付的资金），并附详细的结算依据和说明。甲方在收到结算数据后 5 个工作日内完成审核，审核通过后按程序向乙方足额拨付大病保险基金，乙方在收到大病保险基金 3 个工作日内完成对相关医疗机构或参保人的拨付。

若因乙方提供的结算数据错误、不完整等原因导致甲方审核延误或拨付错误的，乙方应承担相应责任；若因乙方违约造成甲方损失的，甲方可要求乙方赔偿。因系统配置调整等原因造成经办结算拨付流程调整的，经甲乙双方沟通确认后，可按照新的流程执行。

第六条 乙方应按甲方及相关监管部门要求，设立独立的大病保险资金收支专户，实行单独核算，专账管理，确保资金安全。该专户不得用于本合同约定以外的其他资金收支业务，乙方应定期向甲方报送专户资金收支明细。

第七条 甲乙双方在大病保险核算年度期满后 3 个月

内，共同完成年度清算工作。根据清算金额及审计情况确定年度大病保险基金实际支付金额；服务期间内，当年度大病保险结算费用全部纳入对乙方的年度清算、审计和考核范围，计算盈亏。

如当年大病保险基金结余的，应将结余金额（含大病专户利息）返还甲方。出现亏损的，政策性亏损由甲方承担；因乙方经营管理不善、违规操作或费用控制不力形成的亏损，全部由乙方承担。

甲方应于大病保险核算年度期满后组织人员对乙方经办情况进行考核，根据考核结果向乙方拨付经办费用。考核办法另行制定。

乙方因运营管理不善，导致错付、多付、漏付大病基金等情况产生的损失，全部由乙方承担，甲方有权从应付乙方的经办费用中直接抵扣。

第八条 乙方承办城乡居民大病保险经办费用为4580000.00 元（人民币肆佰伍拾捌万元整）。

合同签订后甲方向乙方支付 40% 的经办费用；正式经办满 3 个月后，甲方再向乙方支付 40%的经办费用；剩余的 20%在本年度经办服务结束，依照相关规定进行考核清算合格后根据考核结果拨付。

四、待遇标准

第九条 城乡居民大病保险（含大病保障）待遇标准：

1. 参保人在定点医药机构发生的住院费用、门诊慢特病

费用、特殊药品费用等，按基本医疗保险政策规定报销后，其年度政策范围内个人自付医疗费用累计达到1万元的，扣除1万元的起付标准，剩余费用按下列比例分段报销，支付限额为30万元。具体报销比例如下：

（1）个人自付部分在1-5万元（含）的，按60%比例予以报销（其中20%部分由大病保障资金支付）；

（2）个人自付部分在5-10万元（含）的，按65%比例予以报销（其中20%部分由大病保障资金支付）；

（3）个人自付部分在10万元以上的，按70%比例予以报销（其中20%部分由大病保障资金支付）。

2. 特困、低保对象和返贫致贫人口大病保险起付标准降低50%，即5000元，报销比例在城乡居民大病保险基础上提高5%，取消封顶限额。上述“一降低”“一提高”“一取消”政策由倾斜资金支付，具体报销比例如下：

（1）个人自付部分0.5-1万元（含）的，按65%比例予以报销，由倾斜资金支付；

（2）个人自付部分1-5万元（含）的，按65%比例予以报销，其中大病保险基金支付60%、倾斜资金支付5%；

（3）个人自付部分5-10万元（含）的，按70%比例予以报销，其中大病保险基金支付65%、倾斜资金支付5%；

（4）个人自付部分10万元以上的，按75%比例予以报销，其中大病保险基金支付70%、倾斜资金支付5%；

（5）大病保险报销超过30万以上的部分，由倾斜资金

支付。

3. 享受倾斜政策外的所有参保居民，大病保险报销后政策范围内年度个人自付费用超过 3 万元（不含 3 万元）以上的部分以及基本医保、大病保险报销达到支付限额以上的政策范围内住院医疗费用达到 3 万元（不含 3 万元）以上的部分，按 50%比例报销，由大病保障资金支付。

4. 享受倾斜政策外的所有参保居民，鉴定为我市城乡居民医保门诊特殊慢性病保障范围内的疾病，其政策范围内诊疗费用在按相关规定报销后，个人自付费用在 2 万元（不含）以上的部分按 50% 比例报销，由大病保障资金支付。

5. 享受倾斜政策外的所有参保居民，确诊为不在我市城乡居民医保门诊特殊慢性病保障范围内的罕见病，其政策范围内诊疗费用达到 2 万元（不含）以上的部分，按 50%比例报销，由大病保障资金支付。

6. 本合同第九条第 1 项和第 2 项全部结算资金纳入本合同约定的大病保险年度筹资标准中计算盈亏，第 3、4、5 项结算资金不予计算在大病保险年度筹资标准中，由乙方代支，甲方应按相关规定及时向乙方拨付代支资金。

7. 待遇标准如遇国家、省、市政策调整，按照调整后标准执行，乙方应及时按照新政策执行相关经办服务，甲方应给予必要的指导和配合。

第十条 乙方支付的大病保险相关医疗费用，应严格按照中省市基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材

目录及相关规定执行，不得擅自扩大或缩小支付范围。

五、经办事项

第十一条 乙方应提供符合甲方要求的大病保险信息系统，该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，且具备与基本医疗保险系统实现无缝联网对接的能力。

乙方应建立严格的保密制度和安全管理体系统，严格用户权限管理，采用加密技术等安全措施，防止权限滥用，切实保护参保人信息安全。乙方应安排专业技术人员负责信息系统的维护和升级，确保系统稳定运行，如因系统故障导致经办服务中断的，乙方应在3小时内修复，并向甲方书面报告原因及处理情况。乙方应按甲方需要积极提供医疗费用智能审核服务，通过信息技术手段，为甲方医疗费用监控、审核提供必要的技术支持。

第十二条 乙方应配备不少于48人的大病保险经办工作人员，其中具有医学、财务、信息等相关专业背景人员应占总人数的80%以上，医学类专业人员占比不少于总人数的30%。人员配备应相对稳定。

乙方应在榆林市区建立大病保险经办服务中心，应建立健全内控制度，明确大病保险工作管理流程和责任追究制度，应制定全市统一的人员架构设置，明确岗位职责、岗位工作标准及服务流程等，具体事项应报市级医保经办机构备案后执行。

乙方工作人员须经培训、考核合格后上岗。乙方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；乙方应定期开展业务能力考核评价，每年度应不少于 1 次，考核评价不符合要求的服务人员，应及时予以调整。甲方有权对培训、考核情况进行检查。

第十三条 乙方应按甲方需求派驻专职工作人员，提供月结资料收集汇总、参保患者零星结算、医保政策宣传与咨询、投诉意见受理等经办服务。派驻人员的工作时间、服务规范应符合甲方要求。

第十四条 甲方允许并支持乙方依托医保信息系统及定点医药机构进行必要的信息交换和信息共享，相关信息的使用应仅限于本合同约定的经办服务业务。

参保人在定点医药机构就医购药所产生的大病保险支付费用由定点医药机构与基本医保一并结算；非即时结算的，在基本医疗保险结算时效内，参保人或其代理人到参保地医保经办机构申请大病保险时，乙方应在经办机构为参保人提供“一站式服务、一窗口办理、一单制结算”的经办服务，参保人就医所产生的大病保险支付费用由医保经办机构与基本医保一并结算。乙方应确保经办服务高效、便捷。

第十五条 乙方应定期按规定分别与定点医药机构、门诊慢特病第三方经办机构、市县医保经办机构等核对大病保

险结算资金，核对无误后及时报送结算文件，按规定申请大病保险资金并及时拨付。

乙方在审核结算资料时，如需核查参保人医疗费用的原始资料，甲方有义务协调参保人和定点医药机构积极配合提供相关资料，乙方应妥善保管核查过程中获取的资料，不得用于其他用途。

第十六条 乙方应建立健全医疗费用监测和风险管控机制，按照诊疗规范和临床路径，协助甲方规范医疗行为、合理控制医疗费用。在结算时发现医疗机构有违反基本医疗保险有关政策规定及发生不合理医疗费用等情况的，应及时向甲方报告，并协助甲方进行调查处理。

乙方应按照国家、省飞检规则，两库规则以及甲方要求等依据医保智能审核规则开展不合理费用数据筛查，并将核查结果（包括问题清单、处理建议等）书面报送甲方。

第十七条 乙方应按照甲方要求建立异地就医核查机制，发挥网点优势，通过现场稽查、电话核查、委托核查等形式按照甲方要求开展异地就医核查工作。对核查中发现的违规行为，应及时向甲方报告，并协助甲方采取相应措施。

第十八条 乙方应受甲方委托，按要求对市内的定点医药机构开展专项现场核查，年度内应做到市管医疗机构全覆盖、二级医疗机构不少于8家，零售药店不少于8家。核查内容包括但不限于医疗服务行为的合规性、费用报销的真实性等，核查结果及时书面报送甲方，严防不合理支出和违规

支出。

第十九条 乙方应做好与城乡居民基本医疗保险、大病保障和医疗救助的衔接工作，应逐笔、准确划分大病保险、大病保障（含二次保障）、大病保险倾斜基金支付金额，确保各项基金支付准确无误。

第二十条 甲乙双方建立沟通协调机制，及时解决城乡居民大病经办运行中的问题。乙方应每季度向甲方报送大病保险运行情况分析报告，内容包括但不限于基金收支情况、参保人受益情况、医疗费用控制情况、存在的问题及改进建议等。

第二十一条 乙方应有固定、符合办公条件的办公场所，并配备必要的办公设备。应加强内部管控制度，确保经办服务规范有序。应设立专门的业务咨询及投诉电话，并向社会公布，咨询电话应保证工作时间内畅通。乙方应完善投诉处理、反馈流程，对于事实清楚、争议情况简单的举报或投诉，应自受理之日起7个工作日内处理完毕，对于情况复杂的举报或投诉，应当自受理之日起30日内处理完毕。采用电话答复方式的应当录音，书面及电子邮件答复的需打印纸质予以存档。

乙方应妥善处理参保人费用报销、政策咨询、意见投诉等事宜，建立处理台账。应配置不少于4辆工作用车，并保证车辆能够正常使用，满足经办服务工作需要。应积极开展医保政策宣传服务，宣传材料需经甲方审核同意。

乙方应依据有关档案管理法律法规做好大病保险档案管理。报销档案采取纸质与电子档案相结合，实行“一案一档”方式保存，应建立赔案号和参保人信息等索引方式以便于查阅。

六、管理服务

第二十二条 甲乙双方采用合署办公的形式开展城乡居民大病保险的管理与服务工作。乙方在甲方指定的服务大厅（每个县市区至少有一个）设立服务窗口或服务点。乙方合署办公人员应遵守甲方的工作纪律和管理规定，接受甲方的统一协调和管理。

第二十三条 甲方授予乙方合署办公人员必要的系统操作权限，便于乙方实时监控、及时掌握医疗机构和参保人不合理医疗行为，并采取针对性的管理和干预措施。

乙方应提供医疗保障政策咨询、投诉举报、电话访查等服务，提高经办效率，简化服务流程，严防信息外泄和滥用。因乙方合署办公人员违规操作导致信息泄露或造成其他损失的，乙方应承担全部责任。

第二十四条 乙方应以视频、海报、宣传册、展架、软文等形式，通过服务场所、互联网、省市主流媒体、定点医药机构及各种宣传活动配合医保部门或自主开展宣传工作，积极宣传榆林市基本医保、大病医保政策和服务。应在每个服务接待窗口设置医保政策宣传栏；每年度深入各县市区开展宣传应不少于1次；制作宣传短视频不少于3分钟，年度

投放渠道不少于 4 家。宣传内容应真实、准确，不得含有虚假或误导性信息，宣传材料应经甲方同意后予以发布。

第二十五条 乙方应建立大病保险服务回访及满意度调查制度，通过电话、短信、现场走访等多种形式对参保人进行回访并记录回访情况，包括但不限于确认被保险人身份、确认被保险人是否收到大病保险赔付资金及金额、询问被保险人对大病保险服务的满意程度及意见建议。

乙方应面向医保经办机构、医药机构等开展大病保险服务满意度调查。乙方开展回访、满意度调查的数量应符合甲方相关要求，并将回访和满意度调查结果定期报送甲方。

第二十六条 乙方应不断提升大病保险管理服务的能力和水平，建立专项服务机构和咨询、服务团队，设立客户服务专线，专线应保证在工作时间内畅通。

针对大病保险服务网点及服务队伍建立内部学习培训和考核制度体系，定期开展业务培训和服务质量考评，提升大病保险网点服务能力和服务人员的综合素质。甲方有权对乙方的服务质量进行抽查和评估。

第二十七条 未经甲方允许，乙方不得将参保人信息、费用结算信息等用于双方合作业务之外的任何目的，不得向任何第三方泄露。乙方应与相关所有人员签订保密协议，要求其负有同等保密义务。若因乙方违约造成信息泄露的，乙方应承担由此造成的全部损失及法律责任。保密义务不因本协议终止而失效。

七、退出、监管机制

第二十八条 乙方接受甲方和其上级相关部门的监督检查。甲方应建立以保障水平和参保人满意度为核心的考核办法（另行制定），考核结果与经办费用拨付、续签合同等挂钩。

第二十九条 甲乙双方不得利用职务便利谋取私利、收受贿赂、套取医保基金等，因一方严重违反本合同约定，或发生其他严重损害参保人权益的情况，另一方有权提前终止或解除合同，并依法追究违约方的责任。如一方违约的，违约方因维权产生的合理费用（包括但不限于律师费、诉讼费、保全费、误工费、交通费等相关费用）由违约方承担。

八、反商业贿赂、反洗钱条款

第三十条 甲乙双方均应遵守《中华人民共和国反不正当竞争法》等法律法规关于反商业贿赂的规定，不得以任何形式向对方单位或个人行贿或收受回扣、贿赂。

若一方违反本条款，另一方有权解除合同，违约方应承担由此造成的全部损失，并可能面临相关部门的行政处罚。

第三十一条 甲乙双方根据《中华人民共和国反洗钱法》和《金融机构客户身份识别和客户身份资料及交易记录保存管理办法》等法律和监管规定的要求，相互提供必要的协助，采取有效的客户身份识别措施，共同推进反洗钱方面的合作。甲方按照反洗钱法律义务，要求医疗机构识别客户身份，并在乙方收集患者信息时及时提供相关资料。甲方在乙方履行

反洗钱义务过程中给予必要的协助。乙方应根据《保险机构洗钱和恐怖融资风险评估及客户分类管理指引》（保监〔2014〕110号）履行反洗钱义务，建立健全反洗钱内部控制制度，对大额交易和可疑交易及时报告。

九、争议处理和其他事项

第三十二条 甲、乙双方应严格履行本协议，如发生违约责任和其他争议，由甲乙双方协商解决；协商不成的，可向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼解决。

第三十三条 甲乙双方在合同执行期间，可根据中省相关政策、本地经济社会发展水平、城乡居民收入水平、医疗费用增长、大病保险运行情况、运营成本、医保政策调整等，对待遇标准、筹资标准等合同内容进行必要的调整和修订，调整和修订应签订书面补充协议。

第三十四条 合同执行期满后一个月内，乙方应向甲方报送年度运行分析报告，内容包括但不限于年度经办服务总结、基金收支决算、参保人受益情况分析、存在的问题及改进建议等，并配合甲方做好年度审计和清算工作。

第三十五条 本合同未尽事宜，由双方另行协商签订补充协议。补充协议与本合同具有同等法律效力。

第三十六条 本合同经双方授权代表签字，并加盖公章后生效。

第三十七条 本合同一式捌份，甲乙双方各执肆份，具有同等的法律效力。

甲方（盖章）：榆林市医疗保障局

授权代表（签字）：

日期：2025年7月31日

乙方（盖章）：中国太平洋人寿保险股份有限公司陕西分公司

授权代表（签字）：

日期：2025年7月31日