秦皇岛市市本级职工大病保险实施细则

第一章  总则

第一条  为进一步完善医疗保障制度，缓解职工高额医疗费用负担，提高参保人员的医疗保障水平，根据国家、省有关政策，结合市本级实际，制定本实施细则。

第二条  职工基本医疗保险参保人员，必须同时参加职工大病保险。

第三条  参保人员年度内发生超过职工基本医疗保险统筹基金支付限额规定的住院（含门诊特殊疾病）合规医疗费用，由职工大病保险基金按照规定比例支付。

第四条  职工大病保险按照“以收定支、收支平衡、保障适度、持续发展”的原则运行。

第五条  职工大病保险制度，采取政府主导、专业承办的实施方式。医保部门负责职工大病保险的组织管理、投保和监督检查；财政部门负责职工大病保险基金财政专户管理，审核、监督财政专户基金使用；审计部门负责职工大病保险基金的审计工作；受委托经办职工大病保险业务的商业保险机构（以下简称受委托的商业保险机构）负责职工大病保险业务的经办。

第六条  本实施细则适用于我市行政区域内受委托的商业保险机构、定点医疗机构和参保职工。

第二章  基金筹集

第七条  职工大病保险费筹集标准，坚持与我市经济和医疗保障事业发展相适应的原则。

第八条  职工大病保险费原则上由用人单位缴纳，灵活就业人员由个人缴纳。

第九条  参保单位或职工每年1月在缴纳职工基本医疗保险费的同时一次性缴清当年职工大病保险费。缴费标准为每人每年150元。

第三章  基金管理

第十条  职工大病保险基金执行国家统一的社会保险基金财务制度和会计制度。基金纳入财政专户，实行“收支两条线”管理，单独列账、独立核算、专款专用。

第十一条  市级财政部门设立职工大病保险基金财政专户，用于归集市本级职工大病保险基金收入。税务部门征收的职工大病保险基金缴入市级国库，市级财政部门按旬将国库收到的基金收入转入市级财政专户。

第十二条  受委托的商业保险机构按季度向市级医保经办机构提出基金拨付申请，市级医保经办机构审核无误后报市级财政部门核准，财政部门将基金从财政专户拨入职工基本医疗保险基金支出户，再从职工基本医疗保险基金支出户拨付给受委托的商业保险机构。受委托的商业保险机构负责拨付资金。

第十三条  职工大病保险基金按自然年度进行清算，当年结余基金结转下年继续使用。基金亏损时由受委托的商业保险机构先行支付，对其合理部分经医保部门认定后，通过调整保障政策予以解决。

第四章  待遇标准

第十四条  职工大病保险待遇享受期为参保当年1月1日至12月31日。调入、新参保等年度内缴费职工待遇享受时间从缴费当月至当年12月31日。

第十五条  职工在基本医疗保险最高支付限额以上、大病保险最高支付限额以内的住院（含门诊特殊疾病）合规医疗费用采取“分段计算”的办法支付。具体比例为：10万元以下为90%，10万元（含）至20万元（含）为92%，20万元以上为95%。省外（不含京津直接定点）异地就医报销比例降低5% 。

第十六条  职工大病保险基金支付范围参照职工基本医疗保险规定执行。

第十七条  职工大病保险基金每人每年最高支付限额为50万元。

第五章  就医结算

第十八条  受委托的商业保险机构应在医保经办机构设置理赔服务窗口，接受参保人员的咨询、报案、单据初审及费用赔付等工作，并严格遵守医保经办机构工作纪律、规章制度。

第十九条  受委托的商业保险机构应与我市定点医疗机构签订服务协议，按月结算参保人在定点医疗机构发生的应由职工大病保险基金支付的医疗费用。

第二十条  受委托的商业保险机构在国家医疗保障信息平台中经办职工大病保险业务。实现与基本医疗保险信息、资源共享，医疗费用联网结算。未联网结算的医疗费用由参保人员个人先垫付后到受理窗口手工结算。

第二十一条  参保人办理职工大病保险基金手工结算，需提供医保电子凭证（社会保障卡）、诊断证明书、医疗费用单据和处方明细等材料。受委托的商业保险机构对材料完整、手续齐全的理赔申请理赔期限为20个工作日，特殊情况理赔期限可延长10个工作日。对于病程长、费用高的参保患者，受委托的商业保险机构应允许参保人在本次医疗未终结前中途结帐，分次理赔。

第六章  承办服务与管理

第二十二条 承办职工大病保险的受委托的商业保险机构，应当具备的基本条件参照国家银保监会《保险公司城乡居民大病保险业务管理办法》执行，通过政府采购程序确定。

第二十三条 医保部门应与受委托的商业保险机构签订保险合同，明确双方责任权利和义务，合作期限原则上不低于3年，合同期内因医疗保障政策调整，可终止或解除合同，受委托的商业保险机构终止或解除合同须提前6个月书面告知。

第二十四条  按照“收支平衡、保本微利”的原则，合理确定受委托的商业保险机构经办费用。

第二十五条  受委托的商业保险机构应设立职工大病保险服务网点，完善服务流程，提供职工大病保险基金的“一站式”即时结算服务。

第二十六条  财政、审计部门按照有关规定，对经办机构、受委托的商业保险机构及医疗机构使用管理职工大病保险基金情况进行监督。保费实施按季度拨付，每年第一季度拨付保费时，留存全年经办费的20%作为保证金，次年对受委托的商业保险机构的经办项目进行年度考核，根据考核结果按相应比例扣减预留保证金后拨付剩余经办费，并决定是否继续与受委托的商业保险机构进行合作。受委托的商业保险机构出现弄虚作假、骗取基金等违规违法行为，医保部门应立即中止与受委托的商业保险机构合作，如造成基金损失按相应法律法规处理。

第二十七条 受委托的商业保险机构要建立健全内控机制，严格执行职工大病保险制度政策，加强对定点医疗机构和参保职工医疗费用审核，不得扩大或缩小报销范围。

第二十八条  受委托的商业保险机构应依据《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》进行财务核算，定期向医保部门报表，完善职工大病保险基金统计分析。加强职工大病保险基金运行监测，强化动态管理，确保职工大病保险基金统计信息的完整性及安全性。

第二十九条  医保部门每年对商业保险公司职工大病保险基金使用的情况进行审计，并出具完整规范的审计报告。

第三十条  建立信息公开、社会多方参与的监管制度。定期向社会公开职工大病保险基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第三十一条 受委托的商业保险机构要与医保、财政等部门密切配合，加强对定点医疗机构、服务行为和医疗费用的稽核。

第三十二条 受委托的商业保险机构与医保部门发生争议，由双方协商解决。协商不成的，可向合同签订地人民法院提起诉讼。

第三十三条  受委托的商业保险机构开展职工大病保险业务存在违规行为的，医保部门、保险监管机构依据《中华人民共和国保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》及有关规定给予处罚，涉嫌犯罪的，移交司法机关依法追究刑事责任。

第七章  附则

第三十四条  市本级职工大病保险基金筹集标准、支付比例、年度最高支付限额等可由医保部门会同财政部门，根据我市实际情况予以调整。

第三十五条  本实施细则由市医疗保障局负责解释。

第三十六条  本实施细则自2022年1月1日起施行。市本级现行职工大额补充医疗保险政策与本细则不一致的，按本细则执行。

第三十七条  各县区职工大病保险待遇标准参照本细则执行。