

洛阳市人民政府办公室文件

洛政办〔2021〕22号

洛阳市人民政府办公室 关于印发洛阳市职工大额补充医疗保险 实施办法的通知

各县区人民政府，市人民政府有关部门，各有关单位：

《洛阳市职工大额补充医疗保险实施办法》已经市委、市政府同意，现印发给你们，请认真贯彻落实。

洛阳市人民政府办公室

2021年6月15日

洛阳市职工大额补充医疗保险实施办法

第一章 总 则

第一条 为有效减轻职工大额医疗费用负担，建立健全多层次医疗保障体系，根据《河南省人民政府办公厅关于全面做实基本医疗保险和生育保险市级统筹的意见》（豫政办〔2020〕31号）《洛阳市城镇职工基本医疗保险暂行规定》（洛阳市人民政府令第46号），结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称的职工大额补充医疗保险（以下简称“补充医保”），是指在职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）的基础上，对参保患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的一项制度性安排，是基本医疗保险制度的拓展和延伸。

第三条 基本原则

（一）坚持以人为本，统筹安排。把维护人民群众健康权益放在首位，充分发挥职工医保与补充医保的协同互补作用，加强制度之间的衔接，形成合力，有效减轻参保职工经济负担。

（二）坚持政府主导，专业运作。政府负责基本政策制定、组织协调、筹资管理，并加强监管指导。利用商业保险机构的专业优势，提高补充医保的运行效率、服务水平和质量。

（三）坚持收支平衡，稳步发展。补充医保保障水平要与我

市社会经济发展、医疗消费水平及基金承受能力相适应。强化社会互助共济的意识和作用，强化基金收支平衡的原则，保障基金安全，实现可持续发展。

第二章 资金筹集

第四条 补充医保基金收入。包括参保人员保险费收入、利息收入和社会捐助资金收入等，实行独立核算、专款专用，任何单位和个人不得挤占挪用。

第五条 统筹层次。补充医保与职工医保统筹层次保持一致，实行市级统筹。

第六条 缴费标准。建立缴费标准动态调整机制，缴费标准原则上按全省全口径城镇单位就业人员月平均工资的 4%左右确定。2021 年实行差异化筹资，根据缴费标准享受对应的年度支付限额，缴费标准分别为 190 元和 240 元。

2022 年以后，由市医疗保障部门会同市财政部门、税务部门根据我市经济社会发展水平、医疗费用支出情况、职工医保补偿水平，以及补充医保基金承受能力和保障水平等综合因素，适时调整补充医保的缴费标准。

第七条 缴费办法。补充医保保费由单位或个人负担，也可以由单位和个人双方共同负担，具体负担比例由单位自行确定。补充医保保费原则上由用人单位集中代收代缴，灵活就业人员和

破产注销企业的退休（退职）人员等可自行缴纳。

第八条 缴费时限。补充医保保费每年缴纳一次，缴费时间原则上为每年4月1日至6月30日，自7月1日起享受补充医保待遇。由医疗保险费征收部门与职工医保基金同步征收。2021年度补充医保征收期延长至9月。

第三章 保障待遇

第九条 保障时间。全市参加职工医保人员都应参加补充医保，补充医保保障年度与职工医保年度一致，为每年7月1日至次年6月30日。

第十条 保障范围。补充医保的支付范围与我市职工医保统筹基金支付范围一致，合规医疗费用为政策范围内住院（含规定的门诊重特大疾病、门诊特定药品、特殊疾病门诊，下同）医疗费用，不包含起付线以下费用、乙类药品、诊疗项目（含一次性医用材料）个人首先自付部分。

第十一条 待遇标准。参照我市职工医保住院、特殊疾病门诊和重特大疾病保障病种、支付限额和待遇标准。参保人员在定点医疗机构发生超出我市职工医保统筹基金最高支付限额以上的合规医疗费用，补充医保基金按比例予以报销，不设起付线，具体为：

（一）住院待遇。三级及以上医疗机构支付比例为85%，二

级医疗机构支付比例为 90%，一级医疗机构（含社区卫生服务中心）支付比例为 95%，退休（退职）人员支付比例提高 2%。

（二）特殊疾病门诊医疗待遇。在职职工支付比例为 80%，退休（退职）人员支付比例为 85%。

（三）重特大疾病医疗待遇。住院医疗费用支付比例为县级医疗机构 85%，市级医疗机构 75%和省级医疗机构 70%；门诊医疗费用支付比例为 85%，终末期肾病门诊腹膜透析支付比例为 90%，退休（退职）人员支付比例提高 2%。

（四）参保人员转诊转院和异地就医支付比例政策与职工医保一致。

（五）职工医保按病种付费等相关配套政策规定适用于职工补充医保。

第十二条 支付限额。补充医保缴费标准为 190 元的年度最高支付限额为 42 万元，补充医保缴费标准为 240 元的年度最高支付限额为 47 万元。

第四章 就医结算管理

第十三条 就医管理。参保人员就医、转诊、异地安置等政策参照我市职工医保政策执行。

第十四条 直接结算。参保人员合规医疗费用累计达到我市职工医保统筹基金最高支付限额时，在定点医疗机构服务窗口实

行直接结算，参保人员在出院时只承担个人自付部分费用，补充医保基金应支付费用由经办机构与医疗机构结算。

第十五条 非直接结算。无法实现直接结算的，参保人员住院医疗费用（含经医保经办机构批准的异地就医医疗费用）先由本人垫付，医疗终结时持相关资料到商业保险机构的服务窗口办理报销手续。

第五章 经办服务管理

第十六条 补充医保基金实行专账管理，专款专用。市、县区两级医保经办机构设立补充医保基金支出户，用于拨付医疗待遇资金。

第十七条 市医疗保障局负责制定配套措施，并组织实施，协调有关部门做好补充医保管理服务工作；各县区医疗保障部门做好属地补充医保业务协调和落实工作。

第十八条 市医疗保障中心负责补充医保基金拨付计划的制定，落实补充医保相关政策和待遇，对委托经办机构履约情况进行监督，对补充医保基金风险预警和监督以及违约行为进行调查处理。

第十九条 通过公开招标程序选定商业保险机构经办全市补充医保业务，每3年为一个周期。合作期满前6个月开始下一轮公开招标工作。市级医保经办机构负责与商业保险机构签订补

充医保经办合同。商业保险机构委托经办费按合同约定执行，最高不超过年度补充医保筹资总额的 3%。基金当年结余部分转次年使用，超支部分由次年提高补充医保征缴费用予以弥补。

商业保险机构应设立服务窗口或服务网点，为参保人员提供“一站式”服务，同时按协议约定做好费用审核、病历协查、智能监控等工作。

第六章 附 则

第二十条 职工医保的政策规定及相关配套文件，如定点医疗机构、定点零售药店、用药范围、诊疗项目、医疗服务设施范围和支付标准等，均适用于补充医保。

第二十一条 市医疗保障局联合市财政局可根据我市医疗水平及补充医保基金运行情况，对支付比例及最高支付限额等政策待遇予以适时适度调整。

第二十二条 本办法自 2021 年 7 月 1 日起施行，以前补充医保政策与本办法不一致的，按本办法执行。如遇上级政策调整，我市将按要求适时调整完善补充医保政策。

主办：市医保局

督办：市政府办公室五科

洛阳市人民政府办公室

2021年6月15日印发

