项目属性:服务类项目。

一、项目概况

根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》中关于“推进医疗保障经办机构法人治理，积极引入社会力量参与经办服务，探索建立共建共治共享的医保治理格局。规范和加强与商业保险机构、社会组织的合作，完善激励约束机制”的精神，根据《政府采购法》的规定和审计部门的要求，通过公开招标的采购方式确定居民补充医疗保险的承保商业保险机构。

项目所属行业：其他未列明行业

二、采购标的汇总表

（一） 采购标的

1、服务类标的

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标的名称 | 计量单位 | 数量 | 服务要求简述 | 备注 |
| 1 | 居民补充医疗保险 | 年 | 3 | 对参保人员因病住院治疗的医疗费用，给予报销的保障制度 |  |

（二）本项目核心产品为：扬中市居民补充医疗保险服务。

三、项目内容

（一）支付范围和标准

1、住院医疗待遇。

参保人在一、二、三级医疗机构住院治疗，起付标准分别为1000元、1000元、1200元，报销比例分别为85%、80%、75%。参保人因病发生合规费用后，先按居民基本医疗保险政策结算，再按居民大病保险、医疗救助政策结算，最后再按居民补充医疗保险政策结算，但补偿率总计不超过可结算医疗费用的100%。(不含居民基本医疗保险住院起付线和外出就医个人自付费用）

2、合同期内，如遇政策调整，支付范围和标准按新政策执行。

3、下列情形之一所发生的医疗费用，不予补偿：

（1）《社会保险法》第三十条规定不纳入基本医疗保险基金支付范围的费用：

（2）超越基本医疗保险规定标准的费用；

（3）因故意犯罪、违法违规造成自身伤害发生的费用；

（4）因美容、整形等非基本医疗需要发生的费用；

（5）其他不应由基本医疗保险基金支付的费用，如自购药品、家属陪护费、救护车费、空调费、燃料费、伙食费等自费费用。

四、保障对象

本市参加居民补充医疗保险的人员，预计2025年居民补充医疗保险参保人数为19398人。2026-2027年以实际参保人数为准。

五、承包期限

2025年1月1日至2027年12月31日，每个自然年度为一个保险年度，每年年初分别签订补充协议。

六、保费及拨付

1、承保保费（含管理费）。2025年度居民补充医疗保险承保保费每人每年928元，后两年的保费根据相应上年社平工资、上年承保经营状况以及医疗费用增长等因素，双方按照“收支平衡、保本微利”原则协商确定，年增长幅度在考虑政策性因素调整之外，自然增长率不得超过10%。

2、理赔结算。居民补充医疗保险参保人员所发生的符合报销范围的医疗费用，由招标人先行垫付理赔，承保人于每月25日前返还招标方上月实际垫付的理赔金。

七、共保原则

**如合格的投标人≥4家时，排名前四的投标人为中标人；按下列对应的共保比例共同承担各自承保份额的保险责任与义务：**

**第一名为首席承保人，承保份额为85%；**

**第二名为共同承保人，承保份额为5%；**

**第三名为共同承保人，承保份额为5%；**

**第四名为共同承保人，承保份额为5%。**

**如合格的投标人为3家时，此三家投标人为中标人。按下列对应的共保比例共同承担各自承保份额的保险责任与义务：**

**第一名为首席承保人，承保份额为85%；**

**第二名为共同承保人，承保份额为7.5%；**

**第三名为共同承保人，承保份额为7.5%；**

**各共同承保人根据各自共保的比例享有相应的权利、承担相应的义务，按承保份额收取保险费，并按承保份额支付保险赔款。授权首席保险人为共同保险人的代表，负责处理与被保险人之间有关保险项目的日常事项，包括参保人数、保费标准、理赔及管理费的使用等。**

八、盈亏控制

1、承保人应准确测算本项目成本及利润，强化管理，合理控制成本，按照实际中标价的总额，**提取一定比例的综合管理费（含人工成本)，不得高于中标保费的4%，同时不得低于合署办公实际运行成本。**

合署办公人员每月应发工资不得低于当年度省定最低缴费基数，并且设有工龄、职称、奖评等激励工资机制。承保人不得将保险准备金列入综合管理费支出项目。

2、根据收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈利率，并对超额结余及政策性亏损予以动态调整。

（1）实际保费=中标（承保）保费收入-综合管理费收入（含人工成本，共同承保人的费率按首席承保人标准执行)

（2）承保人年度内应付医疗费用小于实际保费，即视为盈利。对承保人盈利进行封顶控制，年收益不得超过实际保费的6%。当年盈利的部分，采取分段累进的方式，分别返还承保方和医保基金：盈利率在实际保费的5%（含）以内的部分，返还承保方 70%，返还医保基金 30%；盈利率在 5%－10%（含）之间的部分，返还承保方和医保基金各 50%；盈利率超过 10%以上的部分，全部返还医保基金。

（3）承保人年度内应付医疗费用大于实际保费，即视为亏损。当年亏损的部分，采取分段累进的方式，分别由承保方和医保基金承担：亏损率在 5%（含）以内的部分，由承保方承担70%，医保基金承担30%；亏损率在 5%－10%（含）之间的部分，由承保方和医保基金各承担 50%；亏损率在 10%以上的部分，全部由医保基金承担。

3、以每个保险年度内费用发生日期计算盈亏。

4、每个参保年度内发生的医疗费用，最迟结算时间为次年6月底。

5、合同期内，如遇政策调整，支付范围和标准按新政策执行，由此产生的额外支出由双方另行协商解决办法。

九、承办职责

1、对医疗费用进行审核，并对病案进行评审，核减不符合规定的费用；

2、对符合规定的费用给予报销并及时足额支付给参保人；

3、对医疗费用进行统计分析，提出控费等方面的建议；

4、及时整理资料并归档；

5、管理和经办人员配备表中具有医药专业背景或医疗机构临床工作经历的人员在成交后不得更换，其他工作人员如更换需经采购人同意方可更换。

6、配合医保部门开展医保政策宣传、培训等工作，并承担相关费用。

十、其他要求

2021-2024年居民补充医疗保险数据

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年度 | 参保人数（人） | 实际人均费用支出（元/人） | 备注 |
| 2021 | 21083 | 924 |  |
| 2022 | 21000 | 785 |  |
| 2023 | 19900 | 817 |  |
| 2024年（截止10月底） | 19596 | 728（预计全年数据为910） |  |

**注：人均费用支出不含综合管理费。**

十一、基本服务要求

1、所供的项目服务必须遵守国家颁布标准和有关规定。

2、中标人须按招标人要求将本项目所有工作内容在规定的时间内实施完毕。

3、投标人需根据评分办法提供相应的技术方案（如：实施方案、项目运行成本测算方案、风险管理方案、培训及宣传方案、医疗费用的管控措施、合署办公团队（ 办公团队中具有医药专业背景的优先考虑）、业务部门设置及管理方案、具有成熟的医疗费用智能审核系统、投标人实施此项目整体综合能力、经营性评价、公共服务方案），其中投标人综合偿付能力≥220%、核心偿付能力≥150%、风险评级、往期案例分析、合作经验、参与国家、省级飞行检查、市级调片检查、医疗专家库（专家库成员经验丰富等优先考虑）、服务承诺充分、综合实力强等的优先考虑。

4、中标人在履行合同过程中，一切事故的责任由中标人自行承担。