附件2

**青海省在职职工住院医疗互助保障计划**

**第一期活动实施细则**

（2016年5月27日青海省在职职工住院医疗互助保障

管理委员会第一次会议审议通过）

根据《青海省在职职工住院医疗互助保障计划管理暂行办法》，制定本实施细则。

**第一章 互保对象和期限**

**第一条** 凡青海省行政辖区内国家机关、各类企事业单位、社会团体、民办非企业单位中已参加城镇职工基本医疗保险的在职职工，按规定交纳职工住院医疗互助保障金（以下简称“互保金”），均可由单位工会统一组织参加青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动（以下简称“第一期活动”）。未单独建立工会的单位，由区域性、行业性工会组织所属单位职工统一参加（参加活动的职工简称“参互职工”）。

**第二条** 单位工会组织职工参加第一期活动时，应当提供以下资料：

（一）《青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动参互申请表》（附件1）电子文档及纸质文档一份；

（二）职工参加城镇职工基本医疗保险的单位和个人缴费证明复印件一份（单位可统一出具缴费证明）。

**第三条** 职工在互保期内发生工作调动时，调出与调入单位工会应当在三十日内分别通知代办点、办事处，由代办点、办事处为职工转移、续接互保关系。

**第四条** 第一期活动保障期限为一年，从2016年7月1日开始，到2017年6月30日结束。

**第二章 互保经费和监管**

**第五条** 互保经费来源包括：

（一）职工交纳的互保金；

（二）省总工会安排的风险准备金；

（三）社会各界捐赠、赞助；

（四）利息及其他收入。

**第六条** 参加第一期活动的职工每人交纳100元互保金。

互保金一经交纳，不论是否享受互保补助待遇，一律不予退还。

**第七条** 互保金由单位工会（或区域性、行业性工会）接受职工申请时一次性收取（每人限交一份）。

符合参加第一期活动条件的已建档困难职工互保金可以用困难职工帮扶资金支付。

**第八条** 单位工会（或区域性、行业性工会）收取的互保金，应当于2016年6月10日前上交县（市、区）总工会设立的青海省在职职工住院医疗互助保障中心代办点（以下简称“代办点”）或省级各产业工会、省总各直属工会设立的青海省在职职工住院医疗互助保障中心办事处（以下简称“办事处”）；各县（市、区）代办点收到的互保金，应当于6月15日前上交市（州）总工会办事处；各办事处收到的互保金，应当于6月20日前上交青海省在职职工住院医疗互助保障中心（以下简称“中心”）。各代办点向办事处、各办事处向中心上交互助金时，同时报送《青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动参互申请表》（附件1）、《青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动参互单位台账》（附件2）、《青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动参互汇总表》（附件3）电子文档和纸质文档一份。

**第九条** 第一期活动互保金收支情况应当于2017年11月15日前经青海省在职职工住院医疗互助保障经费监督审查委员会审计后在《青海日报》等媒体和省总工会网站公示，接受职工和社会监督。

**第三章 互保待遇和支付**

**第十条** 互保补助标准按照职工住院发生的，在享受基本医疗保险、大病医疗保险、企业补充医疗保险和医疗救助等待遇后的自付部分（不含自费医疗费用），采用分段计算、累加支付的办法给予补助。具体为：

（一）300元以上至10,000元（含10,000元）的部分，补助40％；

（二）10,001元至100,000元（含100,000元）的部分，补助70％；

（三）100,001元至200,000元（含200,000元）的部分，补助100％；

（四）超过200,000元的部分，不再补助。

结算公式为:互保金补助金＝(总医疗费用－统筹基金等已报销金额－政策外的自付部分－医院起付线－300元)×分段比例。

**第十一条** 参互职工因病在青海省人民医院、青海大学附属医院、青海省心脑血管病专科医院、青海省中医院、青海省红十字医院、青海省妇女儿童医院、青海省交通医院、青海省康复医院、西宁市第一人民医院、西宁市第二人民医院住院治疗的，出院办理基本医疗保险和大病医疗保险报销费用后，及时到省总工会委托服务机构——中国人寿青海省分公司设置在本医院的窗口结报职工住院医疗互助保障补助金（以下简称“互保补助金”）。

参互职工在各市（州）、县（市、区）医保定点医院住院治疗以及到省外医院住院治疗的，出院后应当在九十日内持有关凭证（附件4）到当地中国人寿公司柜面或西宁大病管理服务中心（城西区新宁路20号）结报互保补助金。

玉树州各县（市）和海西州天峻县、冷湖行政区参互职工在当地医院住院治疗的，出院后应当在三十日内向所在单位工会提交有关凭证（附件4），单位工会向所在县（市）总工会、行政区工会办事处转交，中国人寿青海分公司安排工作人员每月一次到各县（市）总工会、行政区工会办事处集中审核结报互保补助金。

互保补助金应当在参互职工提交有关资料后的十个工作日内办理终结。

**第十二条** 参互职工入院、出院时间不在互保期内的，互保补助按互保期内实际住院天数计算，互保期外发生的费用不予补助。

**第十三条** 互保期内发生多次住院时，只扣减一次补助起点，多次住院费用累加计算进行补助，但已结报的补助不重复补助。

**第十四条** 第一期活动互保补助办理截止日期为2017年10月31日。

**第四章 互保除外和责任**

**第十五条** 发生以下情形的，不承担互保补助：

（一）互保期外发生的住院医疗费用；

（二）医保政策范围之外的医疗费用及单病种定额包干标准外的费用；

（三）基本医疗保险不予支付的费用，如工伤医疗费等；

（四）医保部门因故不予支付的医疗费用；

（五）不在住院收费收据所列项目中的医疗费用；

（六）利用各种欺诈、作弊行为骗取互保补助的。

**第十六条** 如有第十五条第六款所指行为，即时取消其申请互保补助的权利，追回已发放的互保补助金，并追究有关责任人的责任。

**第十七条** 职工中途退出基本医疗保险的，从退出之日起终止享受互保补助权利，所交纳的互保金不予退还。

**第五章 附 则**

**第十八条** 本办法由青海省在职职工住院医疗互助保障中心负责解释。

**第十九条** 本办法自2016年7月1日起施行。

附件1

**青海省在职职工住院医疗互助保障计划**

**第一期活动参互申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位工会  （盖章） | |  | | | | | | | | | | 代办点（办事处）意见（签章） |
| 经办人 | |  | | | 联系电话 | |  | 互助金总额（万元） | |  | | 经办人：  年 月 日 |
| 职工人数  （人） | |  | | | 参互人数（人） | |  | 参互比例（%） | |  | |
|  | | | **参互人员名册** | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓 名 | | | 性别 | | 身份证号 | | | 社保卡号（医保卡号） | | 手机号码 | | |
| 1 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 2 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 3 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 4 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 5 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 6 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 7 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 8 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 9 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 10 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 11 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 12 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 13 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 14 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |
| 15 |  | | |  | |  | | |  | |  | | |

附件2

**青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动**

**参互单位台账**

代办点： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **参互单位名称** | **职工人数**  **（人）** | **参互人数（人）** | **参互比例（%）** | **互保金总额**  **（万元）** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |

附件3

**青海省在职职工住院医疗互助保障计划第一期活动**

**参互汇总表**

办事处： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **代办点名称** | **参互单位数（个）** | **参互人数（人）** | **参互比例（%）** | **互助金总额（万元）** |
|
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |

附件4

**青海省在职职工住院医疗互助保障补助金**

**结报凭证**

（一）身份证复印件；

（二）社保卡（医保卡）复印件；

（三）银行卡复印件；

（四）医院出院结算单原件或复印件。