

附件 1. 服务范围、服务要求及服务标准

序号	标的的名称	数量及单位	所属行业	▲技术要求
1	2026-2028 年贺州市市直城镇职工住院补充医疗保险采购	27603 人/年	其他未列明行业	<p>一、投保对象、保险金额和保险费</p> <p>2026-2028 年贺州市市直城镇职工住院补充医疗保险采购，约 27603 人/年，最高限价 620 元/人/年，筹资标准根据中标价格确定，且三年每人每年的筹资标准原则上统一不变。</p> <p>保险服务期限：三年，2026 年 1 月 1 日 0 时至 2028 年 12 月 31 日 24 时止，自 2026 年 1 月 1 日起符合本保险参保条件的城镇职工基本医疗保险参保人员，在缴费期内均可参加住院补充险。住院补充险参保人员职工基本医疗保险关系在贺州市发生变化，其在保险期间内发生的门诊慢性病或住院医疗费用，仍按项目约定享受补充医疗保险待遇。如存在政策重大变动情况下，住院补充医疗保险费将同步进行相应调整。中标人须承诺在中标后 15 个工作日内在贺州市成立保险公司支点或服务网点。须在投标文件中提供承诺函并加盖投标人公章。</p> <p>（一）参加贺州市市直职工基本医疗保险人员并愿意参加投保住院补充医疗保险的均列为投保对象。对投保对象的投保，中标人不能设立排他条款或以任何理由拒绝。</p> <p>（二）住院补充险支付范围执行基本医疗保险支付范围。被保险人个人自付部分分三部分由中标人根据对应比例给予支付，并设置最高支付额度；在广西区内就医按 80% 给予支付；在广西区外异地就医报销比例按照《广西壮族自治区医疗保障局关于印发广西基本医疗保险就医管理暂行办法的通知》（桂医保规〔2022〕4 号）和《广西壮族自治区医疗保障局关于优化基本医疗保险异地就医管理服务的通知》（桂医保发〔2023〕22 号）相关规定，在 80% 基础上相应降低。</p> <p>分段最高支付额度如下：</p> <p>1. 对于住院起付线以下个人自付部分，最高支付金额 600 元。</p>

2. 对于住院起付线至最高支付限额段的个人自付部分，最高支付金额 10000 元。

3. 对于最高支付限额以上的个人自付部分，最高支付金额 10000 元。

保险理赔计算公式：

分段	医疗费用	计算公式	年度最高支付限额
第一段	起付线以下个人自付部分	第一段给付金额=本次起付线×对应比例	600 元
第二段	起付线至最高支付限额段的个人自付部分	第二段给付金额=（本次总费用-自费金额-统筹实际支付-本次起付线）×对应比例	10000 元
第三段	最高支付限额以上的个人自付部分	第三段给付金额=（本次总费用-自费金额-大病实际支付-统筹实际支付-本次起付线）×对应比例	10000 元

保险理赔计算公式涉及的项目金额均以《广西基本医疗保险费用结算单》（以下简称“结算单”）载明项目为准：“自费金额”是指结算单中的“自费金额和超限价自付金额”，“统筹实际支付”是指结算单中的“统筹基金支付、职工/居民大病保险和医疗救助支付”。

（三）以上支付标准如遇职工医保政策调整，住院补充险责任范围对应指标将同步执行相关政策。

二、保险费及保险费的拨付

住院补充险资金实行收支两条线管理，专账核算，专款专用。中标人承保期间保费产生的利息收入按照银行存款活期利率计算，并计入保费收入。住院补充险 2026 年度保险费为按实际中标金额确认，由采购人负责征集，第一季度的保费于收到收到发票后 10 个工作日内完成支付，其余三个季度保费原则上在上季度最后一个月之内收到发票后 10 个工作日内完成支付，如合同签订时已过拨付日期，则顺延拨付，新增参保人员的保费首次拨付按 $22.5\%*y$ (y 为第几季度数) 拨付给中标人，保费中的 10% 作为年度考核保证金每年按照年度考核结果进行拨付。采购人对中标人每年开展不少于两次的日常考核，考核结果列入年度考核指标。考核细则由采购人另行制定。在每次保费划缴后，中标人须与采购人核对参保人员的姓名、性别、年龄、身份证号码及其他相关信息。

三、协议签订、协议有效期及保险期限

发出中标通知书后 14 日内，双方签订《贺州市市直城镇职工住院补充医疗保险采购合同》，保险期限为三年，即 2026 年 1 月 1 日 0 时起至 2028 年 12 月 31 日 24 时止，与贺州市基本医疗保险的结算年度相一致，如中标人在领取中标通知书发出之日起 14 日内未与采购人签订合同或拒绝签订合同，采购人可以按照评审报告推荐的中标候选人名单排序，确定下一候选人为中标供应商，也可以重新开展政府采购活动。投标保证金不予退还，按照评审报告推荐的中标候选人名单排序，确定下一候选人为中标供应商。

四、索赔处理

被保险人在定点医疗机构发生的住院补充险责任范围内的医疗费用，应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医疗机构结算；应由住院补充险支付的费用，由定点医疗机构垫付后，再由中标人按规定与定点医疗机构结算。

对定点医疗机构垫付的住院补充险费用，中标人应建立申

报台账，台账内容包括记录申报时间、申报人等相关信息，实行先支付后审核的办法，按月支付给定点医疗机构，应在 20 个工作日内对定点医疗机构申报材料进行审核并向定点医疗机构拨付其垫付的住院补充险费用，不得无故拖延或擅自调整拨付费用。若发现不符合住院补充险支付范围的医疗费用，中标人应以书面形式告知定点医疗机构和采购人，经三方确认后，不合规费用在月结算资金时扣除，并按有关法律法规处理。

未能在定点医疗机构直接结算住院补充险费用的，被保险人可携带相关费用材料直接向中标人提出理赔申请。理赔有效期根据《中华人民共和国保险法》有关规定执行。参保人如被保险人在进行线下理赔的，由被保险人将相关报销材料（即广西基本医疗保险费用结算单、身份证和银行卡）提交给中标人。中标人在收齐理赔材料后 5 个工作日内核定理赔金额并支付，不得单方面延迟理赔时间或无故拒绝履行理赔义务。

五、给付范围

住院补充险支付范围执行基本医疗保险支付范围。

六、财务管理

住院补充险实行单独建账、单险种管理，中标人必须严格执行有关财务管理规定，加强核算与财务管理。

住院补充险将本着“自负盈亏”的原则运作，中标人的商业利润即使出现亏损，也应按本项目合同执行。

七、争议处理

采购人、中标人、被保险人三方或其中两方发生的有关住院补充医疗保险争议可通过法律途径解决。合同未尽事宜，双方应友好协商解决。协商不成的，任何一方均可向采购人所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。由此产生的诉讼费、律师代理费、保企费、诉讼财产保全责任保险、评估费、鉴定费、交通费等，由违约方承担。

八、人员配置

			<p>中标人为项目成立专门的项目小组，需配备项目负责人、专职医疗审核人员、服务专线人员至少各 1 人，负责住院补充险业务至采购人指定场所办公的派驻人员不少于 5 人，为项目实施提供响应及时、处理迅速的医疗保险保障。</p> <p>九、其他要求</p> <p>（一）中标人应在合同签订后 20 个工作日内，完成服务窗口布设、网络搭建、人员配备及业务培训等工作，并将派驻人员名单（加盖公章）向采购人报备，如有人员调整需在调整后 10 个工作日内向采购人完成报备。</p> <p>（二）中标人需做好住院补充险资金支付情况监测分析，按时向采购人报送住院补充险收支情况和待遇支付明细季报及年度运行分析报告，针对住院补充险工作中存在的风险和问题，中标人应以书面形式提出意见和建议。季报分别在每年 4 月 10 日、7 月 10 日、10 月 10 日、次年 1 月 20 日前报送；年报在次年 1 月 31 日前报送。</p>
▲一、商务要求			
合同履行期限和地点	<p>1. 合同履行期限：保险期限三年，即 2026 年 1 月 1 日 0 时起至 2028 年 12 月 31 日 24 时止。</p> <p>2. 履行地点：广西贺州市采购人指定地点。</p>		
合同签订时间	自中标通知书发出之日起 <u>14</u> 日内		
售后服务要求	处理问题响应时间：接到采购人处理问题通知后 2 小时内到达采购人指定现场。		
报价要求	<p>1. 报价要求：本项目采用投标单价进行报价，最高限价为 620 元/人/年，超出单价最高限价的投标报价视为投标无效。</p> <p>2. 投标报价应当包含满足本次投标全部采购需求所应提供的服务，须以人民币报价，包括投标服务、保险费用、附加培训、售后服务、技术服务、利润、税费等所有费用。</p> <p>3. 合同签订后 2 个月内在贺州市市本级定点医疗机构实现住院补充险费用的“一站式”结算，涉及本项目所需费用及后续系统运维费用均由中标人支付。2 个月内中标人未按要求实现“一站式”结算的视为违约，每逾期一个月，采购人可扣除</p>		

	年度考核保证金的 20%，保证金扣完为止。如 2027 年 1 月 31 日、2028 年 1 月 31 日前仍未实现“一站式”结算的同样视为违约，分别扣除当年度考核保证金的 50%。
验收标准	验收要求如有国家相关标准、行业标准、地方标准或者其他标准、规范的，应执行相应的标准、规范。如具体采购需求与标准、规范不一致的，高于标准、规范的按具体采购需求执行，低于标准、规范的按标准、规范执行。未尽事宜参照《关于印发广西壮族自治区政府采购项目履约验收管理办法的通知》[桂财采（2015）22 号]以及《财政部关于进一步加强政府采购需求和履约验收管理的指导意见》[财库（2016）205 号]规定执行。
二、与实现项目目标相关的其他要求	
<p>1. 投标人可根据采购需求及评分办法结合自身情况编制：</p> <p>1) 管理、服务制度建设及管理服务方案（包括但不限于对项目制定管理、服务制度；住院补充医疗保险业务、财务、风险管理、服务评价等管理制度等）；</p> <p>2) 提供驻点(医疗保险经办机构)服务（包括但不限于适用于项目投入的办公设备、人员、驻点服务）；</p> <p>3) 提供专项服务（包括但不限于设立专人专线电话、赔付支付承诺等）；</p> <p>4) 建立保障参保人员补充险待遇应享尽享的方案（包括但不限于适用于保障参保人员应享尽享的方案、方案框架、业务流程等）</p> <p>5) 设立健康保险管理部门、配备具有医学专业背景管理健康保险队伍、偿付能力。</p>	