附件

关于建立医疗保障待遇清单制度

的实施意见

（公开征求意见稿）

为推动建立更加公平、更可持续的基本医疗保障制度，根据《国家医保局 财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号），结合我市实际，现就建立医疗保障待遇清单制度制定以下实施意见。

 一、总体要求

1. 指导思想。以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中、五中全会以及市委十一届九次、十次全会精神，坚持以人民为中心，通过确定基本保障内涵、厘清待遇支付边界、明确政策调整权限、规范决策制定流程，逐步建立健全我市医疗保障待遇清单管理制度，全面建成权责清晰、保障适度、可持续的多层次医疗保障体系，推动建立中国特色医疗保障制度。

（二）基本原则。**坚持基本保障、公平享有**，遵循客观规律，尽力而为、量力而行，实事求是确定基本医疗保障范围和标准。**坚持稳健持续、责任均衡**，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，巩固保障待遇，实现医疗保障制度可持续发展。**坚持责任分担、多元保障**，合理确定政府、社会、个人责任，完善风险分担机制，鼓励发展多层次医疗保障体系。**坚持依法依规、科学决策**，统筹全市基本医疗保障制度和政策安排，严格落实决策层级和权限，推进医疗保障制度管理规范化、标准化、法治化。

1. 规范管理

 （一）依法设立基本制度。依据国家法律法规、国务院部门规章，党中央、国务院以及市委、市政府决策部署，市医疗保障行政部门会同有关部门拟订基本制度的地方性法规、政府规章，制定相关政策并组织实施。

（二）严格决策权限。市医疗保障行政部门会同有关部门按照国家统一规定，拟定、调整和发布我市医疗保障基本政策。各区负责在本行政区域做好基本政策相关管理工作，不得自行设立超出基本制度框架范围的其他医疗保障制度。

三、待遇清单

医疗保障待遇清单包含基本制度、基本政策，以及医保基金支付的项目和标准、不予支付的范围（附件）。根据党中央、国务院和市委、市政府决策部署调整，适时发布。

1. 基本制度。依据《社会保险法》《社会救助暂行办法》等国家法律法规、部门规章、《天津市基本医疗保险条例》等地方性法规以及党中央、国务院决策部署要求设立的，保障群众基本医疗需求的制度安排，包括基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助制度。
2. 基本政策。确保基本制度规范运行的遵循和依据。主要包括基本参保政策、筹资政策、待遇支付政策等。基本参保政策主要包括参保范围、医疗救助资助人员范围政策等。基本筹资政策主要包括筹资渠道、缴费基数、筹资基本标准等。基本待遇支付政策分为住院、门诊、门诊慢特病支付政策等，主要包括政策范围内医疗费用的起付标准、支付比例和最高支付限额等基准待遇标准。

 在基本医疗保障制度基础上，根据国家要求统一制定特殊人群保障政策，不得根据职业、年龄、身份等自行新出台特殊待遇政策。

1. 基金支付范围。包括以准入法和排除法确定的药品目录、医用耗材目录和医疗服务项目支付范围。我市严格执行国家基本医疗保险药品目录，除国家有明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。按照国家规定的医用耗材、医疗服务项目医保准入、管理相关政策，做好我市组织实施工作。

（四）基金不予支付范围。国家法律法规、部门规章、地方性法规，党中央、国务院和市委、市政府规定基本医疗保险、补充医疗保险等基本制度不予支付的，或已有其他保障制度、经费渠道安排解决的医疗服务和项目。

四、组织实施

（一）提高认识，加强领导。建立待遇清单制度是推进基本医疗保障制度实现决策权限清晰合规、制度体系统一规范、保障标准合理均衡的重大改革举措，涉及面广，群体多，社会各界广泛关注。各级医保、财政等有关部门要深入贯彻落实党中央、国务院和市委、市政府决策部署，充分认识此项工作的重要意义，加强组织领导，健全工作机制，夯实主体责任，精准组织实施，确保改革平稳有序推进。

（二）明确责任，分工协同。各级医保、财政等有关部门要切实增强改革定力，进一步明确责任分工，密切协同配合。要加强统筹谋划和沟通协调，增强改革的系统性、整体性、协同性。要按照杜绝增量、规范存量的要求，以往出台的市、区两级与清单不相符的政策举措，由政策出台部门具体牵头，在2023年底前完成清理规范。同步做好政策衔接过渡，维护社会和谐稳定。

（三）加强宣传，合理引导。各级医保、财政等有关部门要坚持正面的舆论导向，采用喜闻乐见的形式，大力宣传建立医疗保障待遇清单的重要意义，及时准确解读政策措施，加强宣传引导，及时回应社会关切，合理引导社会预期，努力营造改革的良好氛围。

本意见自\*起执行。凡与本意见规定不符的，按照本意见执行。

附件：天津市医疗保障待遇清单（2020年版）

附件的附件

天津市医疗保障待遇清单（2020年版）

一、基本制度

（一）基本医疗保险制度。覆盖城乡全体就业和非就业人口，公平普惠保障人民群众基本医疗需求。

 **1. 职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）**：为职工提供基本医疗保障的制度安排。

 **2. 城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）**：为未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民提供基本医疗保障的制度安排。

（二）补充医疗保险制度。保障参保群众基本医疗保险之外个人负担的符合社会保险相关规定的医疗费用。

 **1. 城乡居民大病保险：**对居民医保参保人员住院（含门诊特定疾病，下同）医疗费用，经居民医保报销后政策范围内个人负担部分，按规定进一步保障的制度安排。

 **2. 城镇职工大额医疗费用救（补）助：**对职工医保参保人员住院医疗费用，超过职工医保最高支付限额以上医疗费用，按规定进一步保障的制度安排

 **3. 职工大病保险：**对职工医保参保人员住院医疗费用，经职工医保、城镇职工大额医疗费用救（补）助等报销后政策范围内个人负担部分，按规定进一步保障的制度安排。

 **4. 其他补充医疗保险：**公务员医疗补助参照清单管理。本市企业补充医疗保险、事业单位医疗补助等由单位自行筹资建立的补充医疗保险等暂不纳入清单管理。

（三）医疗救助制度。帮助困难群众获得基本医疗保险服务并减轻其医疗费用负担。

 **1. 资助参保：**对医疗救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定给予资助。

 **2. 医疗费用救助：**对符合救助条件的参保人员，经基本医保、补充医疗保险支付后，个人负担部分给予救助。包括门诊医疗救助、住院医疗救助、重特大疾病医疗救助、因病支出型医疗救助。

 （四）清理规范相关措施。对本市基本医疗保险意外伤害附加保险制度、城乡居民生育保险制度等进行清理规范，并做好政策衔接，相关费用按规定纳入基本制度报销范围。

二、基本政策

（一）基本参保政策。

 **1. 基本医疗保险参保范围。**

 1.1 职工医保：国家机关、企业、事业单位、社会团体、民办非企业单位、有雇工的个体工商户等用人单位及其职工，应当参加职工医保。无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医保的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员（以下统称灵活就业人员），可以参加职工医保。

 1.2 居民医保：覆盖除职工医保应参保人员或按规定享受其他保障的人员以外的全体城乡居民。

 **2. 医疗救助资助参保范围。**

 2.1 全额补贴范围：特困供养人员。

 2.2 定额补贴范围：最低生活保障家庭成员、低收入家庭成员等困难群众，定额资助标准为规定补助档次的普通参保人员个人缴费的90%左右，其余由个人负担。

 （二）基本筹资政策。

 **1. 筹资渠道。**

 1.1 职工医保：职工由用人单位和职工按照统账结合或大病统筹模式规定缴费。灵活就业人员由个人按照大病统筹规定缴费。

 1.2 居民医保：个人缴费和政府补助相结合。

 1.3 医疗救助：通过各级财政补助、彩票公益金、社会捐助等多渠道。

 **2. 缴费基数。**

 职工医保用人单位缴费基数为职工工资总额；职工个人缴费基数为本人工资收入。灵活就业人员缴费基数按照我市上年度社会平均工资的60%确定。

 **3. 筹资基本标准。**

 3.1 职工医保筹资标准。统账结合模式：单位缴费率为职工工资总额的10%左右，职工个人缴费率为本人工资收入的2%。大病统筹模式：单位缴费率为职工工资总额的8%左右，职工个人不缴费；灵活就业人员缴费率为本人缴费基数的8%。

 3.2 居民医保筹资标准。按照不低于国家标准的要求，报请市人民政府同意后确定我市执行标准。

（三）基本待遇支付政策。

 **1. 住院待遇支付政策。**

 1.1 起付标准：职工医保的起付标准不高于上一年度公布的我市职工年平均工资的10%，不同级别医疗机构和不同住院次数拉开差距。大病保险起付标准原则上不高于上年度我市居民人均可支配收入的50%，医疗救助对象大病保险起付线为普通参保人员的50%。低保对象、特困人员全面取消医疗救助起付标准，低收入家庭成员按照上年度我市居民人均可支配收入的10%左右确定。

 1.2 支付比例：对于起付标准以上、最高支付限额以下的政策范围内的费用，职工医保支付比例80%左右、居民医保支付比例70%左右，职工医保和居民医保保持合理差距，不同级别医疗机构适当拉开差距。大病保险支付比例不低于60%。医疗救助对最低生活保障人员、特困供养人员等重点救助对象按不低于70%比例给予救助，低收入家庭成员等符合规定的其他救助对象救助比例适度低于重点救助对象。

 1.3 基金最高支付限额：职工医保叠加职工大病保险、城镇职工大额医疗费用补助后的最高支付限额，居民医保叠加城乡居民大病保险后的最高支付限额，原则上分别达到我市职工年平均工资、居民人均可支配收入的6倍左右。合理确定医疗救助年度最高支付限额。

 **2. 门诊待遇支付政策。**

 2.1 普通门诊。职工医保门（急）诊起付标准，按照上一年度公布的我市职工年平均工资的1%左右确定，并适当降低退休人员起付标准。对于起付标准以上、最高支付限额以下政策范围内费用，居民医保门诊统筹制度综合支付比例不低于50%。急诊抢救留观并转住院治疗前（含转住院治疗前死亡的情形）的相关医疗费用，按照住院报销政策执行。

 2.2 门诊慢特病。继续将高血压、糖尿病等门诊费用纳入医保报销。对肾透析、肾移植术后抗排异治疗、癌症放化疗阵痛治疗、糖尿病、肺心病、红斑狼疮、脑出血脑梗死蛛网膜下腔出血后遗偏瘫、精神病、肝移植术后抗排异治疗、血友病、癫痫、慢性血小板减少性紫癜、再生障碍性贫血等门诊特定疾病，可参照住院待遇管理和支付。对符合救助条件的医疗救助对象给予门诊救助。门诊年度救助限额根据我市医疗救助对象需求和救助资金筹集情况研究确定。

 糖尿病、肾透析（腹膜透析）、丙型肝炎等已纳入按人头付费的参保人员，按照按人头付费有关规定执行。儿童孤独症谱系障碍和脑性瘫痪、肺结核、严重精神障碍等病种按照本市现行规定报销后，可继续按规定享受大病保险、医疗救助等报销待遇。

 **3. 倾斜支付政策。**

 3.1大病保险。对最低生活保障人员、特困供养家庭成员、低收入家庭成员等符合规定的医疗救助对象，大病保险起付标准在普通参保人员基础上降低50%，支付比例提高5%，并取消最高支付限额。

 3.2医疗救助：医疗救助对象经三重制度保障后个人负担仍然较重的，给予重特大疾病医疗救助，具体救助标准按照本市有关规定执行。

 （四）清理规范措施。

 **1.基本参保政策。**清理规范医疗救助资助参保人员范围。享受定期抚恤补助的优抚对象（指医疗补助人员）、离休干部无固定收入的配偶，参照实行全额补贴参保，未纳入特困供养人员、最低生活保障家庭成员、低收入家庭成员的重度残疾人员，享受助学贷款学生儿童等参照实行定额补贴参保，所需资金按现行规定执行。

**2. 基本筹资政策。**清理规范农籍职工等部分职工医保特殊筹资政策，推动全市职工医保筹资政策统一规范，逐步实现筹资和待遇基本均衡。

**3. 基本待遇支付政策。**调整完善本市住院、门诊和门诊慢特病支付政策。医保部门不对参保人员处方金额和住院天数作限定。定点医疗机构应当按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，不得分解住院、挂床住院。部分享受定期抚恤补助的优抚对象（指医疗补助人员），未纳入特困供养人员、最低生活保障家庭成员、低收入家庭成员范围的重度残疾人，可以参照享受倾斜支付政策，所需资金分别从优抚补助资金、重度残疾人医疗补助金列支。

 三、基金支付的范围

 （一）具体范围。基本医疗保险按照规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围支付，明确现行医用耗材支付标准相关政策的具体内涵。补充医疗保险、医疗救助参照政策范围内费用范围执行。

 （二）清理规范措施。清理规范我市突破或变相突破国家药品目录的药品范围。清理规范定点医药机构自行将国家和我市规定支付范围内药品医用耗材、医疗服务项目，调整为参保人员自费项目的问题。

 四、其他不予支付范围

1. 应当从工伤保险基金中支付的；
2. 应当由第三人负担的；
3. 应当由公共卫生负担的；
4. 在境外就医的；
5. 体育健身、养生保健消费、健康体检；
6. 国家和我市规定的基本医疗保险基金不予支付的其他费用。遇对经济社会发展有重大影响的，经法定程序后，依据国家要求，可做临时调整。

起草说明

 一、起草背景和过程

今年6月，国家医保局、财政部印发《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号），明确基本制度内涵、厘清待遇支付边界、确定政策调整权限、规范决策制定流程，逐步建立健全医疗保障待遇清单制度。同时，要求地方以往出台的与当前不相符的政策措施，由政策出台部门具体牵头，原则上3年内完成清理规范，同国家政策衔接，确保基本医疗保障制度更加公平更可持续。

为抓好国家文件贯彻落实工作，结合我市实际，我们牵头起草了《意见》，已征求有关部门意见，修改完善。

 二、主要内容

《意见》共包括三部分内容和附件。具体如下：

第一方面，总体要求。明确指导思想，并要求坚持基本保障、公平享有，稳健持续、责任均衡，责任分担、多元保障，依法依规、科学决策原则推进改革。

第二方面，规范管理。一方面，依法设立制度，依规国家法律法规等拟定基本制度；另一方面，严格决策权限，市级医保部门统一拟定全市基本政策，各区不得自行设立超出基本制度框架的其他保障制度。

第三方面，待遇清单。包括四项内容。

**一是基本制度。**包括基本医疗保险、补充医疗保险和医疗救助制度。其中，基本医疗保险制度包括职工医保、居民医保，补充医疗保险制度包括城乡居民大病保险、城镇职工大额医疗费用补助、职工大病保险和其他补充医疗保险，医疗救助制度包括资助参保和医疗费用救助。同步明确相关制度内涵。

**二是基本政策。**主要包括基本参保政策、筹资政策、待遇支付政策等。其中，基本参保政策包括参保范围、资助人员范围政策等。基本筹资政策包括筹资渠道、缴费基数、筹资基本标准等。基本待遇支付政策分为住院、门诊、门诊慢特病支付政策，主要包括起付标准、支付比例和最高支付限额等。同时，明确我市根据国家要求统一制定特殊人群保障政策，不得根据职业、年龄、身份等自行新出台特殊待遇政策。

**三是基金支付范围。**包括药品医药耗材目录和医疗服务项目支付范围。同时明确，我市严格按照国家基本医疗保险药品目录执行，除国家明确规定外，不得自行制定目录或用变通的方法增加目录内药品。

 **四是基金不予支付范围。**包括有上位法规定的基本制度不予支付的，或已有其他保障制度、经费渠道安排解决的医疗服务和项目。

第四方面，组织实施。要求各相关部门加强组织领导、精心推动实施，并注重宣传引导。

需要说明的是，附件《天津市医疗保障待遇清单（2020年版）》是对主文相关内容的细化，并同步明确了以往我市已经出台的与当前待遇清单制度不符的需要逐步清理规范的政策措施范围。