市医保局关于公开征求《天津市城乡居民

大病保险办法》修改意见的公告

为进一步完善城乡居民大病保险制度，健全多层次医疗保障制度体系，我们起草了《天津市城乡居民大病保险办法》。为广泛听取社会意见，提高决策科学性、合理性，现将征求意见稿全文及起草说明向社会公布，社会公众可在2025年7月2日18:00前，通过以下方式查阅提出意见。

1. 官网查阅

天津市医疗保障局（ylbz.tj.gov.cn）-互动平台-征求意见栏目进行查阅。

1. 反馈意见

通过电子邮件反馈意见请发至：sybjdybzc@tj.gov.cn，或通过信函方式反馈意见，请邮寄至：天津市南开区咸阳路81号市医保局待遇保障处，并在信封上注明“天津市城乡居民大病保险办法征求意见”字样。

感谢社会公众对医疗保障工作的关注和支持。

附件：《天津市城乡居民大病保险办法》及说明

2025年6月23日

（此件主动公开）

天津市城乡居民大病保险办法

（公开征求稿）

第一章 总 则

第一条 为了进一步完善本市城乡居民大病保险制度（以下简称“居民大病保险”），健全多层次医疗保障制度体系，减轻参保人员大病医疗费用负担，根据《国务院办公厅关于全面实施城乡居民大病保险的意见》（国办发〔2015〕57号）和国家层面关于规范居民大病保险管理、确保稳健运行有关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称居民大病保险是指对城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员发生的符合规定的高额医疗费用予以进一步保障的制度安排。

第三条 本办法适用于居民大病保险的筹资和待遇、经办服务、资金运行、监督管理等工作。

第四条 居民大病保险制度遵循保障水平与经济社会发展水平相适应，加强与居民医保、医疗救助、商业健康保险等制度有序衔接，发挥协调互补作用，形成保障合力。

第五条 市和区医疗保障行政部门负责本行政区域内的居民大病保险管理工作。

财政部门负责对居民大病保险的收支、管理等情况实施监督。

卫生健康部门加强对定点医疗机构及医务人员医疗服务行为的监督和管理。

医疗保障经办机构负责提供居民大病保险经办服务。

第二章 筹资和待遇

第六条 居民大病保险筹资标准为75元/人/年，并根据居民医保参保人数确定年度筹资金额后在居民医保基金中核算。随着居民医保基金规模的扩大，年度筹资金额逐步过渡到居民医保基金的6%左右。具体数额由医疗保障经办机构根据本条规定逐年确定后发布。

第七条 自2026年1月1日起参保人员在享受居民医保待遇期间，在定点医药机构发生的经居民医保报销后的住院、门诊慢特病和国家谈判药用药保障机制政策范围内个人负担医疗费用，纳入居民大病保险保障范围。

第八条 做好居民大病保险与居民医保合规费用目录的衔接，本市政策范围内药品、诊疗项目和耗材等先行自付费用以及超医保支付标准自付费用，居民大病保险支付政策与居民医保保持一致，引导合理使用医药服务。

第九条 居民大病保险起付标准原则上根据本市上一年度发布的全市居民人均可支配收入的50%确定；最高支付限额为上一年度发布的全市居民人均可支配收入的6倍；报销比例为起付标准至上一年度发布的全市居民人均可支配收入2倍（含）65%、2倍至4倍（含）70%、4倍至最高支付限额75%。具体数额由医疗保障经办机构根据本条规定确定后逐年发布。

继续实施居民大病保险倾斜支付政策，对于本市特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员等符合规定的医疗救助对象，居民大病保险起付标准降至普通参保人员的50%，报销比例在普通参保人员各段报销比例基础上提高5个百分点，并取消最高支付限额。残疾退役军人、享受国家定期抚恤补助的优抚对象（指医疗补助人员）和其他重度残疾人等参照居民大病保险倾斜支付政策执行，所需资金按原渠道解决。

第十条 对符合连续参保和基金零报销条件人员，按规定提高次年大病保险最高支付限额。对涉及欺诈骗保的参保人员，除按照相关规定进行处罚外，根据骗取金额提高其次年居民大病保险起付标准，每次查处金额低于1000元的，提高起付标准1000元，查处金额高于1000元的，按照查处金额提高起付标准，每次起付标准提高金额累加，直至发生居民大病保险报销后清零。

第十一条 参保人员异地就医发生的医疗费用，符合本市异地就医有关规定的，按规定享受居民大病保险待遇。

第十二条 居民大病保险筹资标准和待遇标准，按照国家有关要求，并根据本市经济社会发展水平、基金运行情况等确定并适时做相应调整，具体由市医疗保障行政部门会同市财政等相关部门提出具体方案，报市人民政府批准后执行。

第三章 经办服务

第十三条 医疗保障经办机构负责提供居民大病保险经办服务。医疗保障经办机构应当健全经办规程、优化服务流程、加强费用审核、做好基金管理，提高经办服务效能，按照要求定期向国家医保局报告居民大病保险运行情况。

第十四条 居民大病保险定点医药机构的协议管理、药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录、耗材目录等管理，按照本市基本医疗保险有关规定执行。

第十五条 参保人员发生的符合居民大病保险报销有关规定的医疗费用，实行“一站式”联网结算，为参保人员提供方便快捷的结算服务。

第十六条 定点医药机构应当及时完整上传参保人员发生的全部医疗费用。居民大病保险医疗费用由医保经办机构连同基本医疗保险及其他相关医疗费用一并审核支付。

第十七条 医疗保障经办机构应当建立健全居民大病保险业务、财务、安全和风险管理制度，优化经办服务流程，提升经办服务效能。

第十八条 除癌症、精神障碍、肾透析、放化疗等确需频繁住院或门诊诊疗情况外，对于医疗救助对象1年内住院3次及以上的，各区级医保部门要对其予以重点关注，对于1年内住院5次及以上的，市级医保部门要予以关切，确保困难群众得到真实和高质量的医疗服务。其他困难群体关心关爱按照本市有关规定执行。

第四章 资金运行

第十九条 居民大病保险资金实行分账核算、专项管理、专款专用，并由财政部门纳入社会保险基金财政专户管理。

第二十条 坚持收支平衡原则，加强居民大病保险收支计划管理。医疗保障经办机构根据居民医保参保人数、居民大病保险筹资标准、居民大病保险资金支出等情况，合理编制收支计划，坚决杜绝赤字运行。

第二十一条 规范居民大病保险资金财务管理，居民大病保险资金支出纳入居民医保基金统一申报。

第二十二条 参保人员发生的居民大病保险相关医疗费用按照本市区域点数法医疗保障总额预算管理有关规定执行。

第二十三条 医疗保障经办机构要结合居民大病保险支出情况，按照基本医疗保险预付金有关规定，合理确定基本医保预付金的基础规模，减轻定点医疗机构运行压力。

第五章 监督管理

第二十四条 医疗保障经办机构应当加强定点医药机构服务协议履行情况的管理。定点医药机构申报的违规医疗费用，医疗保障经办机构不予支付。

第二十五条 医疗保障经办机构要加强居民大病保险运行分析，及时对居民大病保险资金使用情况进行风险预警，实现居民大病保险制度稳健运行。

第二十六条 本市建立高额医疗费用负担患者监测预警机制，合理确定监测预警对象范围，开展常态化预警监测，并实行综合救助帮扶。如发现违法违规的，应按规定程序对有关机构及个人予以行政处罚或移交有关部门协议处理。

第二十七条 市和区医疗保障行政部门依职责开展本行政区域内的居民大病保险监督检查等行政执法工作。市医疗保障行政部门可以委托市医疗保障行政执法机构，具体实施居民大病保险监督检查等行政执法工作。

第二十八条 本市医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

第二十九条 市和区医疗保障行政部门、医疗保障经办机构要采取多种形式加强居民大病保险宣传和政策解读，及时将居民大病保险筹资标准、待遇水平等情况向社会公开。

第三十条 鼓励支持单位和个人对居民大病保险领域的违法违规行为进行举报，经查证属实的按照有关规定给予奖励。举报人的相关信息将予以保密。

第三十一条 医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员、参保人员等存在违法违规行为，属于医疗保障服务协议约定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和规章明确的行政处罚规定范畴的，依法依规给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第六章 附 则

第三十二条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

第三十三条 本办法自2025年\*月\*日起施行，有效期5年。

起草说明

一、政策背景和起草过程

城乡居民大病保险（以下简称“居民大病保险”）是我市多层次医疗保障制度体系的重要组成部分，是对大病患者发生的高额医疗费用给予进一步保障的重要制度安排。自2014年7月我市建立居民大病保险以来，在减轻群众就医负担上发挥了重要作用。随着医保改革不断深入，居民大病保险也面临基金收不抵支、筹资和待遇机制不够完善、承办模式与管理不相适应等新情况和新问题。党的二十届三中全会明确提出要完善大病保险和医疗救助制度。今年3月，国家层面下发关于规范大病保险管理有关文件，对现行居民大病保险筹资运行、待遇保障、经办模式等作出重大调整。

为抓好国家文件的贯彻落实，并同步完善我市居民大病保险，推动制度长期稳定运行，更加稳定发挥居民大病保险减负功能，更好满足大病患者医疗保障需求，我们牵头起草了《办法》。

二、《办法》主要内容

《办法》坚持保障基本、机制创新、有序衔接，筑牢多层次医疗保障体系。《办法》共六章三十三条，与现行政策相比，主要调整内容如下：

一是调整筹资运行机制。国家文件规定大病保险筹资标准原则上达到居民医保基金的6%左右。现阶段筹资水平超过6%的可暂时维持不变。为此，明确我市居民大病保险筹资标准为75元/人/年（现阶段标准），并随着居民医保基金规模的扩大，将筹资总额逐步过渡到居民医保基金的6%，建立起筹资标准动态调整机制，进一步强化资金支撑能力。

二是调整支付项目范围。按照国家要求，将医保目录内药品、诊疗服务项目和耗材等先行自付费用以及超支付标准自付费用不纳入大病保险报销范围。这样安排，实现大病保险与基本医疗保险合规医疗费用的统一，有利于引导患者合理使用高值医药服务。

三是调整待遇保障标准。按照国家要求，将普通门诊个人负担费用不再纳入居民大病保险报销，门慢特病费用经报请国家医保局同意后继续保留。同时，将居民大病保险最高支付限额由固定30万元调整为上一年度发布的全市居民可支配收入的6倍（约32万元），报销比例调整为根据全市居民可支配收入的倍数分段报销，各段具体报销比例保持不变。

四是完善区域总额预算管理。明确对居民大病保险资金，按照区域点数法总额预算管理有关规定执行，推动大病保险资金收支平衡，并引导医药机构主动加强成本控制，促进医药卫生资源合理使用。

五是建立激励约束机制。在现行连续参保和零报销人员大病保险待遇激励措施的基础上，对涉嫌欺诈骗保的参保人员，根据骗取金额提高大病保险起付线，对1年内住院3次以上的予以重点关注。

六是调整经办管理模式。目前，我市居民大病保险业务委托商业保险机构承办。随着“一站式”联网直接结算深入，商业保险机构经办功能和作用发挥有限。国家医保局明确支持有条件的地区可以由医保经办机构自行经办大病保险。为此，调整为医保经办机构自行经办，提高居民大病保险经办管理服务效能。