附件

天津市基本医疗保险意外伤害

医疗费用报销管理办法

（公开征求意见稿）

第一章 总则

**第一条** 为切实做好本市基本医疗保险参保人员意外伤害医疗费用报销工作，维护参保人员合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《天津市基本医疗保险条例》等法律、法规和有关规定，结合本市实际，制定本办法。

**第二条** 本办法所称意外伤害是指突发的、外来的、非本人意愿的、非疾病的使参保人员身体受到伤害的客观事件。

**第三条** 本市基本医疗保险参保人员发生的意外伤害医疗费用报销范围及经办服务等相关工作适用本办法。

**第四条** 坚持统一规范原则，意外伤害医疗保障纳入基本医疗保障统筹管理；坚持便民利民原则，优化意外伤害医疗费用报销经办服务方式；坚持责任分担原则，意外伤害医疗费用依据责任情况进行给付。

**第五条** 市医疗保障行政部门负责全市意外伤害医疗费用报销管理工作，制定有关管理规范。区医疗保障行政部门负责辖区内意外伤害医疗费用报销管理工作。市医保基金管理中心、市医保结算中心分别负责意外伤害垫付医疗费用、联网结算费用的具体经办管理和服务工作。市医疗保障行政执法机构受市医疗保障行政部门委托具体实施相关监督检查等行政执法工作。

第二章 报销范围和标准

**第六条** 参保人员因意外伤害发生医疗费用按照基本医疗保险参保缴费及待遇享受管理有关规定执行。

**第七条**  参保人发生下列情形之一的意外伤害医疗费用，不纳入医保基金支付范围：

（一）应当由第三人负担的；

（二）应当从工伤保险基金支付的；

（三）应当由公共卫生负担的；

（四）在境外发生的。

**第八条** 依法应当由第三人负担的意外伤害医疗费用，第三人不支付或无法确定第三人的，依据《中华人民共和国社会保险法》和《社会保险基金先行支付暂行办法》有关条款执行。经公安、交管等有关部门认定参保人员承担部分责任的意外伤害医疗费用，医保基金按参保人员承担责任情况审核支付。

**第九条** 参保人员在本办法实施之前发生的意外伤害医疗费用，由意外伤害医疗费用发生年度的承保商业保险机构按保险责任给付；参保人员在本办法实施之前因意外伤害至残或身故申请保险金给付的，由意外伤害发生时的承保商业保险机构予以给付。

**第十条** 参保人员发生符合本办法规定的意外伤害医疗费用，按照本市基本医保、大病保险等补充医疗保险、医疗救助等政策梯次报销。

**第十一条** 意外伤害的定点医疗机构管理、药品目录、诊疗项目目录、医疗服务设施目录等管理，按照本市基本医疗保险有关规定执行。

第三章 经办管理和服务

**第十二条** 参保人员意外伤害后凭医保电子凭证或社会保障卡等就医结算；无法提供医保电子凭证或社会保障卡等的，按照全额垫付方式执行。

**第十三条** 参保人员意外伤害后首次住院或门（急）诊就医时，发生意外伤害医疗费用，按照以下流程办理：

（一）登记。本人或代理人依据事故发生时间、地点、原因等，如实填写《天津市基本医疗保障意外伤害调查表》（附件1）。定点医疗机构应对参保人填写内容进行核实确认，对不涉及第三方或工伤责任的意外伤害，由参保人员填写承诺书后（附件2），予以办理联网直接结算；对于涉及第三方责任的意外伤害，实行全额垫付，并将垫付医疗费用明细及《调查表》信息上传至医保信息系统。

（二）审核。对定点医疗机构上传的涉及第三方责任的意外伤害费用，市医保基金管理中心应采取查阅门（急）诊或住院病历、法院判决书、公安或交管等有关部门责任认定书、实地查勘、约谈等形式，对意外伤害情形调查后，符合条件的按规定予以报销。

**第十四条** 市医保结算中心对定点医疗机构已经实行联网直接结算的意外伤害医疗费用，纳入审核流程，对于违规费用不予支付，并按照一定比例对意外伤害情况进行抽查，发现问题应采取调阅等有效方式调查，并依据调查结果对参保人、定点医疗机构予以相应处理。

**第十五条** 对于首次就医已经报销的意外伤害费用的参保人员，后续治疗、旧伤复发就医发生的医疗费用，实行联网结算。

**第十六条** 参保人员因意外伤害需在外地治疗的，对不涉及第三方或工伤责任的意外伤害，由参保人员按规定作出个人承诺后，可纳入跨省异地就医直接结算范围；对涉及第三方责任的意外伤害，全额垫付后，由市医保中心参照本办法十三条第二款规定审核后按参保人承担责任情况报销。

第四章 监督管理

**第十七条** 医保经办机构具体负责意外伤害医疗费用报销经办服务工作，要建立相关业务经办规程，配备必要工作人员。结合相关业务需求，做好系统开发改造和衔接工作。

**第十八条** 医保经办机构根据工作需要，有权查阅和复印病历、急救记录、120信息等，各有关部门和相关单位、个人应积极协助配合。

**第十九条**  各定点医疗机构应结合意外伤害经办工作需要，开设意外伤害就诊经办窗口，建立相关制度，进一步规范和优化服务，配备必要人员和设备，配合医保经办机构做好系统开发和改造等工作，实现意外伤害信息实时上传和医疗费用联网结算。

**第二十条** 在意外伤害就医、审核和调查过程中，参保人员不得隐瞒真实情况。对弄虚作假骗取医保基金的，除追回被骗取的医保基金外，视情节轻重按有关规定给予相应处罚。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

**第二十一条** 医保经办机构、定点医疗机构及其工作人员存在违法违规行为，属于医疗保障相关协议约定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和规章行政处罚规定范畴的，依法给予行政处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第五章 附则

**第二十二条**  本办法由市医疗保障行政部门负责解释。

**第二十三条** 本办法自202\*年\*月\*日起实施，202\*年\*月\*日废止，有效期5年。

附件的附件1

天津市基本医疗保险参保人员意外伤害调查表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名： | 性别： | 年龄： | 身份证号： |
| 联系电话： | | 受伤时间： | |
| 职业： 1.学龄前□ 2.学生□ 3.司机□ 4.企事业单位员工□ 5.公务员□ 6.退休人员□ 7.农民工□ 8.自由职业□ 9.其他□ | | | |
| **意外伤害发生原因：**1.机动车交通事故□ 2.非机动车交通事故□ 3.动物咬伤□ 4.中毒□ 5.暴力/斗殴□ 6.机械切割伤□ 7.跌倒□ 8.坠落□ 9.烧伤□ 10.利器切割伤□ 11.砸伤□ 12.烫伤□ 13.窒息□ 14.溺水□ 15.穿刺伤□ 16. 性侵犯□ 17.触电□ 18.其他□ | | | |
| **伤害部位：**1.全身广泛受伤□ 2.头面部□ 3.颈部□ 4.胸部□ 5.肘和前臂□ 6.腕和手□ 7.肩和上臂□ 8.腹部、下背、腰椎和骨盆□ 9.髋和大腿□ 10. 膝和小腿□ 11. 踝和足□ 12.累及身体多个部位的损伤□ 13. 神经系统□ 14. 不清楚□ 15. 其他□ | | | |
| **是否故意：**1.非故意□ 2.自残或自害□ 3.被害或加害□ 4.不清楚□ | | | |
| **伤情严重程度：**轻度□ 中度□ 重度□ | | | |
| **发生地点：**1.家中□ 2.学校和公共场所□ 3.公路/街道□ 4.工业和建筑场所□ 5.公共居住场所□ 6.体育和运动场所□ 7.服务场所□ 8.不清楚□ 9.其他□ | | | |
| **定点医疗机构医保部门审核意见：**1.经核实，不存在第三方责任，可联网结算。□ 2.经核实，存在第三方责任，不予联网结算。□ 3.无法完成核实，不予直接结算。□  签字：  （医保部门盖章）  年 月 日 | | | |

注：昏迷者及无民事行为的人可由法定代理人确认，并注明关系。本表一式叁份，有参保人员、定点医疗机构和医保经办机构各执一份。

附件的附件2

外伤无第三方责任承诺书

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 承诺人 |  | 联系电话 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 申请事项 | **外伤无第三方责任** | | |
| **承诺内容：**本人同意授权 **市医保经办机构**通过信息共享方式查询本人与办理医保业务相关的信息，承诺所提供材料均为真实合法，符合办理业务条件，如伪造材料或以任何方式骗取医疗保险待遇的，本人愿意承担一切后果； 同意 **市医保经办机构**将本人虚假行为上报和纳入信用管理体系，并就本次办理业务的其他承诺内容陈述如下：  **本人于 年 月 日 时在 （地点）发生 （外伤经过）。现承诺本次意外受伤与第三人（方）责任或工伤责任无关，如与第三人（方）责任或工伤责任有关，则已享受医保待遇全额退回医保，并承担相应的法律责任。**  （温馨提示：1.反欺诈法律提示：以虚构劳动关系、伪造证明材料或者其他手段骗取基本医疗保险待遇和生育保险待遇的，属于刑法第二百六十六条规定的诈骗公私财物的行为，将依法追究刑事责任。2.此表可现场填写，个人承诺由承诺人本人手写签名。）    承诺人（签名）：  日期： 年 月 日 | | | |

起草说明

现就《天津市基本医疗保险意外伤害医疗费用报销管理办法》（以下简称《办法》）有关情况说明如下：

一、起草背景和过程

2021年1月，国家医保局 财政部出台《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号），2021年6月，国家医保局印发《贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023年）的通知》（医保办发〔2021〕32号），明确要求各地在基本制度框架之外不得新设制度，并要求2023年底前，地方自行设立的三重保障制度框架外的地方性保障制度安排全部清零。为全面贯彻落实国家要求，我市出台《关于建立医疗保障待遇清单制度的通知》和《关于建立医疗保障待遇清单制度三年行动实施方案（2021-2023）》，确立了我市医疗保障待遇清单，明确清理规范我市意外险制度。为做好政策衔接工作，保障参保人员合法权益，将意外伤害费用按规定纳入基本制度保障，我们根据《中华人民共和国社会保险法》等法律、法规，结合本市实际，研究起草了《办法》，已征求有关部门意见，形成公开征求意见稿。

二、《办法》主要内容

《办法》分5章共23条内容，具体如下：

（一）总则。主要明确《办法》依据、适用范围和相关部门职责，明确意外伤害概念；《办法》坚持统一规范、便民利民、责任分担三项原则。

（二）报销范围和标准。一是依据《中华人民共和国社会保险法》规定，参保人员发生应由第三人负担、工伤保险基金支付、由公共卫生负担、在境外发生四种情形的意外伤害医疗费用，不纳入医保基金支付范围；二是经公安、交管等有关部门认定参保人员承担部分责任的意外伤害医疗费用，医保基金按参保人员承担责任情况审核支付；三是参保人员发生符合本办法规定的意外伤害医疗费用，按照本市基本医保、大病保险等补充医疗保险、医疗救助等政策梯次报销。

（三）经办管理和服务。**一是定点医疗机构**应指导参保人员依据事故发生时间、地点、原因等，填写《天津市基本医疗保障意外伤害调查表》，并对填写内容进行核实确认，属于支付范围的意外伤害医疗费用，由参保人员填写承诺书后，予以办理联网结算；对不属于支付范围的意外伤害医疗费用，实行全额垫付，并将垫付医疗费用明细及《调查表》信息上传至医保信息系统。**二是市医保中心**对定点医疗机构上传的不属于支付范围的意外伤害费用，采取查阅病历、法院判决书、公安或交管等有关部门责任认定书、实地查勘、约谈等形式，对意外伤害情形调查后，符合条件的按规定予以报销。**三是市医保结算中心**对定点医疗机构实行联网结算的意外伤害医疗费用，纳入审核流程，对于违规费用不予支付，并按照一定比例对意外伤害情况进行抽查，发现问题应采取调阅等有效方式调查，并依据调查结果对参保人、定点医疗机构予以相应处理。**四是参保人员**因意外伤害需在外地治疗的，属于意外伤害费用支付范围的，按规定作出个人承诺后，可纳入跨省异地就医直接结算范围；对不属于意外伤害费用支付范围的，全额垫付后按规定审核报销。

（四）监督管理。**一是**要求医保经办机构建立相关业务经办规程，配备必要工作人员，做好系统开发改造和衔接工作；**二是**要求定点医疗机构应结合经办工作需要，开设意外伤害就诊经办窗口，建立相关制度，规范和优化服务，实现意外伤害信息实时上传和医疗费用联网结算。**三是**规定在经办工作中，对参保人员弄虚作假骗取医保基金的，除追回被骗取的医保基金外，视情节轻重按有关规定给予相应处罚。构成犯罪的，依法追究刑事责任。对医保经办机构、定点医疗机构及其工作人员存在违法违规行为，属于医疗保障相关协议约定内容的，按照协议约定进行处理；属于法律、法规和行政处罚规定范畴的，依法处理。

三、需要说明事项

（一）关于执行时间。本通知自2023年1月1日起执行，有效期5年。

（二）关于发文形式。公开征求意见后按程序报市人民政府同意后印发施行。