市医保局关于公开征求《天津市大病保险办法》及实施细则意见的公告

为进一步完善本市城乡统一的大病保险制度，健全多层次医疗保障制度体系，根据《天津市关于深化医疗保障制度改革的措施》等文件，我们研究起草了《天津市大病保险办法》及实施细则（征求意见稿）。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2023年7月14日18:00前，通过以下方式查阅并提出修改意见。

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“天津市大病保险办法及实施细则征求意见”字样。

感谢社会公众对医疗保障工作的关注和支持。

附件：《天津市大病保险办法》及《天津市大病保险办法》实施细则（公开征求意见稿）

 2023年6月9日

（此件主动公开）

天津市大病保险办法

（公开征求意见稿）

第一章 总则

第一条 为进一步完善本市城乡统一的大病保险制度，健全多层次医疗保障制度体系，减轻本市基本医疗保险参保人员（以下简称“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《天津市关于深化医疗保障制度改革的措施》等有关文件精神，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称大病保险是对参保人员发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障的制度性安排。

本市大病保险包括城乡居民大病保险和职工大病保险。

第三条 本办法适用于本市大病保险的筹资运行、待遇保障、经办服务、监督管理等工作。

第四条 本市大病保险坚持全市统筹、政策联动。加强基本医疗保险、大病保险、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大病保险管理工作。

财政、银保监管部门依职责做好大病保险相关工作。

医疗保障经办机构按职责提供大病保险经办服务。

市医疗保障行政部门委托市医疗保障行政执法机构，具体实施大病保险监督检查等行政执法工作。

第二章 筹资和待遇

第六条 参保人员无需额外缴纳大病保险费用，按规定享受基本医疗保险待遇期间，纳入本市大病保险保障范围。

第七条 本市城乡居民大病保险按照每人每年一定额度标准进行筹资，具体按照城乡居民基本医疗保险年度参保人数和筹资标准从城乡居民基本医疗保险基金中划出。

第八条 本市职工大病保险不单独筹资，实施职工大病保险所需资金从职工基本医疗保险基金中列支。

第九条 参保人员发生的住院、门诊特定疾病、门（急）诊高额医疗费用，按本市医保相关政策报销后，年度累计个人负担的政策范围内医疗费用超过大病保险起付标准以上部分，纳入大病保险保障范围。

第十条 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。大病保险支付比例按照医疗费用高低分段制定。

第十一条 本市实施大病保险倾斜支付政策。对于符合规定的医疗救助对象，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基础上提高5个百分点，并不设封顶线。

第十二条 市医疗保障行政部门会同市财政等相关部门根据经济社会发展和大病保险制度运行情况提出大病保险筹资标准和待遇标准的具体方案和调整方案等相关政策，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大病保险经办和服务工作。医保经办机构通过招标方式确定商业保险机构承办城乡居民大病保险业务，招标主要包括具体支付比例、盈亏率、配备的承办和管理力量等内容。遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制商业保险机构盈亏率。

第十四条 大病保险定点医药机构协议管理、药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施目录等医保支付管理有关政策，按照本市基本医疗保险有关规定执行。

第十五条 参保人员发生的医疗费用，按照基本医疗保险、大病保险与其他补充医疗保险、医疗救助等顺序结算医疗费用，并通过信息化方式实现“一站式”结算。

第十六条 本市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，按规定享受大病保险待遇。

 第十七条 参保人员在定点医药机构联网结算的应由城乡居民大病保险资金支付的医疗费用，按规定纳入区域点数法总额预算管理下的多元复合型医保支付方式改革范围。

第十八条 **医疗保障经办机构根据资金拨付计划及时将城乡居民大病保险资金划拨至承办商业保险机构。**医疗保障经办机构应当建立健全大病保险业务、财务、安全和风险管理制度，并及时足额支付参保人员大病保险相关待遇。

第四章 监督管理

第十九条 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。对定点医药机构违规申报的医疗费用经审核属实的，医疗保障经办机构不予支付。

第二十条 医疗保障经办机构要加强大病保险运行监测、分析和预警，并及时进行风险评估，确定预警线和运行风险点，实现大病保险制度稳健运行。

第二十一条 各级医疗保障部门要采取多种形式加强大病保险宣传和政策解读，要将大病保险筹资标准、待遇水平等情况向社会公开，接受社会监督。

第二十二条 市财政部门指导医疗保障经办机构按照《社会保险基金会计制度》有关规定进行会计核算。银保监部门加强对商业保险机构从业资格审查以及偿付能力、服务质量和市场行为的监管。

第二十三条 鼓励单位和个人对大病保险领域的违法违规行为进行举报，经查证属实的，医疗保障部门按照有关规定给予奖励，并对举报人相关信息予以保密。

 第二十四条 医疗保障经办机构、参保人员、定点医药机构等存在违法违规行为，属于医疗保障服务协议规定内容的，按照协议规定进行处理；属于法律、法规和规章明确的行政处罚规定范畴的，并依法予以行政处罚，构成犯罪的，依法追究其刑事责任。

第五章 附则

第二十五条 本办法由市医疗保障局负责解释。

 第二十六条 本办法自2023年9月1日起施行，有效期5年。

《天津市大病保险办法》实施细则

（公开征求意见稿）

为贯彻落实《天津市大病保险办法》（津政办发〔2023〕\*号）（以下简称《办法》），进一步完善本市城乡统一的大病保险制度，健全多层次医疗保障制度体系，现就《办法》实施细则制定如下：

第一条 本市城乡居民大病保险按照每人每年75元的标准进行筹资，以后根据工作需要适时调整并向社会发布。

第二条 参保人员按规定参保缴费并享受基本医疗保险待遇期间，纳入大病保险保障范围。中断缴纳基本医疗保险费期间，大病保险待遇判断条件与基本医疗保险保持一致。

第三条 规范大病保险支付范围，参保人员发生的政策范围内个人负担费用包括政策范围内个人承担的起付标准、个人增负、个人自付、超最高支付限额等部分。

第四条 自2024年起，大病保险起付标准根据我市统计部门上一年度发布的全市居民人均可支配收入确定,具体由市医保中心确定并向社会公布。本市大病保险封顶线为30万元，报销比例分段设置，其中，起付标准至10万元（含）报销比例65%，10万至20万元（含）报销比例70%；20万至30万元（含）报销比例75%。

第五条 本市符合规定医疗救助对象享受大病倾斜支付待遇。符合规定的医疗救助对象包括本市特困人员、最低生活保障家庭成员、最低生活保障边缘家庭成员（包括低收入家庭成员）以及符合本市规定的其他特殊困难人员。

第六条 市医保中心与中标的商业保险机构签署城乡居民大病保险协议，明确双方权利和义务。协议期限原则上为3年。因违反协议约定，或发生其他严重损害参保人员权益的情况，可按照约定提前终止或解除合同，并依法追究责任。

第七条 中标的商业保险机构按照要求配备的承办和管理力量与市医保中心融合办公，进一步加强专业能力建设，提高管理服务效率，为参保人员提供更加高效便捷的服务。

第八条 中标的商业保险机构承办城乡居民大病保险的保费收入，按照规定免征增值税和保险业务监管费。

第九条 中标的商业保险机构盈亏率，具体按照当年城乡居民大病保险筹资总额的5%执行。盈利率在5%（含）以内的部分由商业保险机构留用，5%以上的部分全部返还城乡居民基本医疗保险基金；亏损率低于5%（含）的部分全部由商业保险机构承担，高于5%以上且因医保政策调整等原因产生政策性亏损的，由城乡居民基本医疗保险基金和商业保险机构分摊，具体分摊比例在协议中载明，属于非政策性因素产生亏损，全部由承办商保机构承担。

第十条 市医保中心应按协议约定将城乡居民大病保险资金划拨给承办商保机构，并做好年度清算工作。承办商保机构应当对城乡居民大病保险资金实行单独记账、独立核算。

第十一条 城乡居民基本医疗保险参保人员发生的垫付医疗费用，经审核应由大病保险支付部分，由城乡居民大病保险服务中心确认后，依据医保经办机构提供的社会化发放信息，实行社会化发放。

第十二条 本市职工医保人员因病住院（含门诊特定疾病）、门急诊治疗发生的高额医疗费用，实施“一站式”联网结算，个人只需承担应由本人负担的费用，应由大病保险支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构结算。

 第十三条 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，准确分割基本医保、职工大额救助、大病保险和医疗救助等相关费用。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。

第十四条 市、区医疗保障行政部门要加强实施大病保险工作的指导，及时研究解决工作中的新情况新问题，不断完善大病保险制度。要通过日常抽查等方式进行监督检查，及时查处违法违约行为。要加强大病保险的政策宣传解读，提高群众对政策的知晓度。

第十五条 市医保中心要建立健全相关制度和机制，加强对承办商保机构的绩效评价和风险防范，强化对承办商保机构招标承诺事项兑现情况的跟踪落实，及时向市医保局报告城乡居民大病保险运行、资金清算、招标等工作情况。承办商保机构要发挥专业优势，切实加强内部控制和费用审核，提升经办服务效能。

第十六条 本细则自2023年9月1日起施行，有效期五年。之前规定与本细则规定不符的，按照本通知规定执行。

起草说明

现就《天津市大病保险办法》（以下简称《办法》）及实施细则有关情况说明如下：

1. 起草背景和过程

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。2014年4月，根据国家发改委等六部委联合印发《关于开展城乡居民大病保险工作的指导意见》（发改社会[2012]2605号），我市出台《天津市城乡居民大病保险办法》，在全市建立城乡居民大病保险制度。2018年1月，为落实国家要求，我市再次出台城乡居民大病保险办法，进一步完善了城乡居民大病保险制度，是目前我市居民大病保险运行的主要依据，文件有效期已到期。2019年，为减轻职工医保参保人员高额医疗费用负担，我市出台《完善我市医疗保障制度方案》，建立职工大病保险制度。

鉴于城乡居民大病保险文件有效期已到期，同时为进一步完善和整合城乡居民和职工大病保险制度，我们在系统梳理国家和本市出台的一系列大病保险政策文件的基础上，依据《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《天津市关于深化医疗保障制度改革的措施》等有关政策文件，结合职工、居民大病保险运行实际情况，研究起草了《办法》及实施细则，组织召开了局系统征求意见会，同时书面征求了各区医保局及有关单位意见，对反馈意见逐条研究并采纳，形成公开征求意见稿。

1. 《办法》（公开征求意见稿）主要内容

《办法》分总则、筹资和待遇等5章26条。

第一章总则。提出大病保险的定义、适用范围、原则，明确各部门工作职责。

第二章筹资和待遇。**一是**明确大病保险的筹资方式、标准、资金来源。即参保人员无需额外缴纳大病保险费用。居民大病保险按照每人每年一定金额标准，根据居民医保年度参保人数从居民医保基金中划出。职工大病保险不单独筹资，实施职工大病保险所需资金从职工基本医疗保险基金中列支。**二是**明确大病保险保障范围及起付标准。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。**三是**明确医疗救助对象实施大病保险倾斜支付政策。

第三章经办服务。提出大病保险经办服务方式，并由医保经办机构通过招标方式确定商业保险机构承办城乡居民大病保险业务。承办保险机构遵循收支平衡、保本微利的原则，合理控制承办保险机构盈亏率。明确大病保险定点医药机构协议管理、“三目”管理有关政策，按照本市基本医疗保险有关规定执行。明确参保人员发生的医疗费用结算办法，进一步明确应由居民大病保险资金支付的医疗费用，按规定纳入区域点数法总额预算管理下的多元复合型医保支付方式改革范围。

 第四章、监督管理。强调医疗保障经办机构要加强定点医药机构服务协议履行情况的管理，加强大病保险运行监测、分析和预警等。各级医疗保障部门要采取多种形式加强大病保险宣传和政策解读。进一步明确市财政和银保监部门规章职责。强调医疗保障经办机构、参保人员、定点医药机构等存在违法违规行为的处理方式。

第五章附则。明确《办法》自2023年9月1日起施行，有效期5年。

1. 《办法》实施细则（公开征求意见稿）主要内容

《办法》实施细则分16条。

第一至第二条。进一步明确居民大病保险筹资标准为每人每年75元；强调参保人员按规定参保缴费并享受基本医疗保险待遇期间，纳入大病保险保障范围。

第三至第四条。明确大病保险支付范围，参保人员发生的政策范围内个人负担费用范围。明确2024年起，大病保险起付线和封顶线和报销比例。明确符合规定医疗救助对象享受大病倾斜支付待遇。

第五至第九条。明确市医保中心与中标的商业保险机构签署城乡居民大病保险协议要求，并强调协议期限原则上为3年。明确违反协议约定，或发生其他严重损害参保人员权益情况的处理方式。提出中标商业保险机构按照要求承办居民大病保险经办服务。明确中标的商业保险机构具体盈亏率。

第十条。明确医保中心要按协议约定将居民大病保险资金划拨给承办商保机构，并做好年度清算工作。承办商保机构应当对城乡居民大病保险资金实行单独记账、独立核算。

第十一至十三条。明确居民医保参保人员发生的垫付医疗费用，经审核应由大病保险支付部分的发放办法。职工医保参保人员发生的高额医疗费用，应由大病保险支付的部分，由医保经办机构与定点医药机构结算。对定点医药机构上传参保人员发生的医疗费用提出要求。

第十四至第十五条。强调市、区医疗保障行政部门和市医保中心对施大病保险工作提出要求。

第十六条。明确实施细则自2023年9月1日起施行，有效期五年。