附件

关于做好2021年城乡居民基本

医疗保障工作的通知

（征求意见稿）

为进一步巩固完善统一的城乡居民基本医疗保险制度（以下简称“居民医保”）和大病保险制度，健全筹资运行和待遇保障机制，根据《国家医保局财政部国家税务总局关于做好2021年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2021〕32号），现就做好本市2021年居民医保有关工作通知如下：

一、调整居民医保筹资标准

（一）调整个人缴费标准。参加2021年度居民医保的人员，个人缴费档次和标准按照《市医保局 市财政局 市人社局 市税务局关于做好2020年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（津医保局发〔2020〕69号）执行。参加2022年度居民医保的人员，个人缴费分为高档、低档，其中，个人缴费标准高档为950元/人，低档为320元/人，学生儿童按照低档个人缴费标准执行，并享受高档报销待遇。

（二）调整财政补助标准。参加2021年度居民医保的人员，财政补助标准在调整前四档补助标准基础上新增30元。对持天津市居住证等有效证件参加居民医保的人员，按本市居民相同标准给予补助。参加2022年度居民医保的人员，财政补助档次分为高档、低档，补助标准暂定为高档1100元/人，低档580元/人，具体根据国家要求调整后执行，学生儿童按照调整后低档财政补助标准执行。

（三）调整资助参保政策。本市医疗救助对象、享受定期抚恤补助的优抚对象（指享受医疗补助人员）、离休干部无固定收入的配偶、享受国家助学贷款的高校学生、重度残疾人中的学生儿童，参加2022年度居民医保个人缴费，按照低档个人缴费标准全额补贴参保，并享受高档报销待遇。不符合上述人员身份的重度残疾人参加2022年度居民医保个人缴费，按照低档个人缴费标准全额补贴参保，并享受低档报销待遇。按照国家政策要求，逐步实现医疗救助分类资助参保。

二、综合提升待遇保障水平

（一）提升门诊待遇保障水平。自2022年起，参保人员在一、二级和本人选定的一家三级定点医疗机构门（急）诊就医，年度起付标准统一为600元，最高支付限额统一为4000元，高档缴费参保人员支付比例分别为55%、55%、50%，低档缴费参保人员分别为50%、50%、45%。

（二）完善门诊特殊病报销待遇。高档缴费参保人员在一、二、三级定点医疗机构因门诊特殊病就医，支付比例分别为65%、60%、55%，低档缴费参保人员分别为55%、50%、45%。持续深化高血压、糖尿病门诊用药保障机制，确保“两病”患者用药保障和健康管理全覆盖。

参保人员在定点零售药店因门（急）诊、门诊特殊病购药，起付标准、报销比例和最高支付限额，按照外配处方的定点医疗机构相关规定执行。

（三）巩固住院待遇保障水平。自2022年起，高档缴费参保人员在本市一、二、三级定点医疗机构住院就医，支付比例分别为85%、80%、75%，低档缴费参保人员分别为75%、70%、65%。参保人员急诊抢救留观并转住院治疗（含转住院治疗前死亡的情形）前的急诊抢救医疗费用，按照住院报销政策执行。

（四）继续实施大病保险倾斜报销政策。继续实施降低本市医疗救助对象大病保险起付标准政策，大病保险起付标准降至普通参保居民的50%，支付比例在普通参保居民的基础上提高5%，取消封顶线。享受定期抚恤补助的优抚对象（指享受医疗补助人员）和重度残疾人参照医疗救助享受大病倾斜报销政策。

三、巩固拓展脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略

对标对表国家巩固医保脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略要求，制定本市具体实施方案，将工作重心从攻坚转入常态化工作。夯实医疗救助托底保障功能，组织实施《天津市医疗救助办法》。持续做好医疗救助对象等困难群体参加居民医保，优化调整资助参保政策。加强基本医保、大病保险和医疗救助三重保障制度衔接，发挥综合保障功能。实施门诊、住院和重特大疾病医疗救助，梯次减轻困难群体负担。加大门诊慢性病、特殊疾病救助保障，对规范转诊在本市就医的救助对象经三重制度保障后政策范围内个人负担仍然较重的，探索给予倾斜政策。

四、加强医保支付管理

（一）加强定点医药机构管理。贯彻落实好《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，进一步完善、优化医药机构医保定点工作，及时将符合条件的医药机构纳入医保定点范围。加强协议履行绩效考核工作，完善定点医药机构动态调整和退出机制。

（二）推进医保支付方式改革。启动实施区域点数法总额预算管理，实现对DRG、DIP、人头、床日和项目等各种付费方式的全覆盖。统筹推进按疾病诊断相关分组付费和按病种分值付费国家试点，全面推广糖尿病门特按人头付费。

（三）加强医保目录管理。严格落实《基本医疗保险用药管理暂行办法》、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2020年)》，贯彻落实《关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》(医保发〔2021〕28号)，健全谈判药品落地监测机制，完成第二批40%增补品种的消化工作。完善基本医保医用耗材和医疗服务项目管理。

五、加强药品和医用耗材集中带量采购和价格管理

做好国家和我市组织药品和医用耗材集中带量采购落地实施工作，推进医药集中招标采购制度化常态化。落实好集中带量采购直接结算、结余留用等配套政策，做好采购协议期满后的续约工作。依托国家、京津冀和我市组织医用耗材联合采购平台，落实好冠脉支架集中带量采购任务，将更多高值医用耗材纳入采购范围。落实医药价格和招采信用评价制度，推动信用评价制度落地见效，完善医疗服务价格动态调整机制。

六、加强医保基金监督管理

切实抓好《医疗保障基金使用监督管理条例》贯彻落实，做好宣传解读和培训工作。加大基金监督检查力度，开展打击欺诈骗保专项整治行动，重点打击医疗保障领域“假病人”“假病情”“假票据”等欺诈骗保行为。推动大数据应用，优化完善医保智能监管子系统。加强综合监管，强化医保行政监管与经办管理工作衔接。加强医保与卫生健康、公安、市场监管等部门合作，健全综合监管机制。实施欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励办法，加大公开曝光力度，营造维护基金安全的良好氛围。

加强基金收支运行分析，开展基金使用绩效评价，完善收支预算管理，健全风险预警、评估、化解机制及预案。探索综合人口老龄化、慢性病等疾病谱变化、医疗支出水平增长等因素，开展基金支出预测分析。

七、加强医保公共管理服务

持续做好居民医保参保扩面工作，严格落实持居住证参加居民医保政策。继续做好新冠肺炎医疗结算和跨省医疗费用清算工作，认真做好新冠肺炎疫苗费用测算和医保资金保障。

完善新就业形态从业人员等灵活就业人员参保缴费方式。加强部门数据比对和动态维护，防止“漏保”“断保”，避免重复参保，优化参保缴费服务，压实乡镇街道参保征缴责任。坚持线上与线下结合，推进参保人员办理参保登记、申报缴费、查询信息等“一次不用跑”。

建立异地就医协同管理系统，开通异地就医备案小程序。配合进行异地就医结算系统联调测试和数据验证工作。加快推进京津冀异地门诊直接结算工作进程，进一步完善中心端系统功能，加快医院端系统改造，扩大直接结算医院范围。

八、做好组织落实

居民医保工作是重要民生工作，切实加强组织领导，压实工作责任，推动各项政策措施落地见效。进一步加大政策宣传力度，普及医疗保险互助共济、责任共担、共建共享的理念，增强群众参保缴费意识，合理引导社会预期。各级医疗保障、财政和税务等部门要加强统筹协调，建立健全部门信息沟通和工作协同机制，制定工作预案，遇到重大情况要及时按要求报告。

本通知自印发之日起施行，有效期5年。