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等。

（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，其余部分由个人负担。

（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%。最低生活保障家庭成员、特困供养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医疗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救（补）助等后的最高支付限额，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、再生障碍性贫血门诊特定疾病和日间手术等，可参照住院待遇管理和支付。对符合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。

1. **倾斜支付政策。**

3.1大病保险。对最低生活保障人员、特困供养人员、低收入家庭成员等符合条件的医疗救助对象，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：医疗救助对象基本医疗保险、补充医疗保险和住院医疗救助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。为确保及时纳入基本医疗保障，补贴参保的具体办法由市医保局会同市财政局、市民政局、市残联等相关部门另行制定。

**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、医保结算周期作限定。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。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参照低收入家庭成员享受门诊、住院医疗救助和倾斜支付政策，所需资金从其他重度残疾人医疗补助金中列支；部分享受定期抚恤补助的优抚对象（指医疗补助人员）参照享受倾斜支付政策，所需资金从优抚补助资金中列支。

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相关政策。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，调整为参保人员个人自费问题。

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；

国家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。