

天津市医疗保障局文件 天津市卫生健康委员会

津医保局发〔2022〕34号

市医保局 市卫生健康委关于进一步减轻参保 人员住院医疗负担有关工作的通知

各区医疗保障局、卫生健康委员会，各定点医药机构，有关单位：

为提高参保人员医疗保障水平，切实保障参保人员权益，进一步减轻参保人员住院医疗负担，不断增强人民群众获得感、幸福感和安全感，现就有关工作通知如下：

一、降低医用耗材个人增付比例

参保人员一次住院或门诊发生的医用耗材费用，5000元以下部分，取消个人增付比例；5000元至10000元部分，个人增付比例降为5%；10000元至20000元部分，个人增付比例降为10%；20000元至40000元部分，个人增付比例降为15%；4万

元以上部分由个人自付，并按规定纳入我市补充医疗保险（城镇职工大额医疗费用救助除外）和医疗救助支付范围。

二、规范医疗机构医疗费用申报行为

定点医药机构贯彻落实国家和我市关于深化推进医保信息化标准化工作要求，深化国家医保信息业务编码应用，实现带码入库、带码使用、带码结算，不断提高政策把握的精准度，规范医保政策范围内医药项目和自费项目的费用申报行为。

三、规范医疗机构医疗服务行为

各级卫生健康、医疗保障部门按照《市卫生健康委等7部门关于印发天津市进一步规范医疗行为促进合理医疗检查工作方案的通知》（津卫医政〔2021〕517号）要求，加强对医疗机构的监督检查，督促医疗机构落实医疗管理主体责任，监督指导医务人员遵循有关临床诊疗指南、技术操作规范和行业标准等，制定合适的诊疗方案和临床路径，控制医药费用不合理增长。

四、规范住院期间门诊外购行为

医疗机构在参保人员住院期间，原则上不得要求或推荐参保人员，通过门诊或外购等方式发生其他医疗费用。对于确因诊疗需要发生的门诊或外购费用，由提供住院服务的医疗机构与本次住院费用一并申报结算，医保按住院待遇报销支付。

五、完善住院费用审核结算管理

医保经办机构将关系群众就医负担的政策范围内和政策范围外住院医疗费用，应纳尽纳审核范围，加强对医疗机构的医保

政策培训，依据“三目”等相关政策规定，结合有关临床诊疗指南、技术操作规范和行业标准等，对审核过程中发现的不规范医疗费用进行拒付，并将拒付明细及原因等有关情况及时反馈医疗机构，对多发常见的拒付环节和原因加强培训引导，提供有针对性的提前干预和化解措施培训等。医疗机构加强对医保政策的学习，提高规范使用医保基金意识，对有异议的拒付，可以提出陈述申辩，由医保经办机构通过组织现场核实、专家论证等程序确定，促进医疗机构规范医疗行为和费用申报行为。医疗机构不得以任何形式，将医保拒付的不规范医疗费用，转嫁由参保人员个人负担。

六、严格住院自费率考核管理

医保经办机构加强对医疗机构住院自费率运行情况的监测，建立数据共享、约谈警示、信息通报机制，制定各级各类医疗机构住院自费率考核指标，将考核结果与结余留用资金、质量保证金的拨付挂钩，敦促医疗机构规范医疗行为和费用申报行为。

七、动态调整药品诊疗项目目录

贯彻落实国家医保药品目录，保障参保人员及时用到国家谈判药品和新增国家目录内药品，及时将符合规定的院内制剂纳入医保支付范围；根据医疗事业发展需要和各方承受能力，推进医疗服务价格改革（含中医医疗服务，下同），同步调整医保诊疗项目和服务设施目录，及时将符合条件的新技术、新项目纳入医保支付范围。

八、常态化制度化开展集中采购

推动本市医疗机构积极参加国家组织药品、医用耗材集中带量采购工作，加大本市药品、医用耗材集中带量采购的频次、数量和范围，落实集采医保资金结余留用政策，推进薪酬制度改革，合理提高医务人员收入，激励医疗机构合理优先使用中选产品。

本通知自 2022 年 6 月 1 日起实施。



(此件主动公开)

