天津市人民政府办公厅印发关于健全本市

基本医疗保险参保长效机制若干措施的通知

各区人民政府，市政府各委、办、局：

经市人民政府同意，现将《关于健全本市基本医疗保险参保长效机制的若干措施》印发给你们，请照此执行。

天津市人民政府办公厅

2024年12月20日

关于健全本市基本医疗保险

参保长效机制的若干措施

为持续巩固拓展本市基本医疗保险（以下简称基本医保）全民参保成果，维护群众依法参保权益，在高质量发展中增进民生福祉，根据《国务院办公厅关于健全基本医疗保险参保长效机制的指导意见》（国办发〔2024〕38号），结合本市实际，制定如下措施。

一、建立参保激励约束机制

（一）完善参保和筹资政策。在津灵活就业人员、农民工、新就业形态人员等参加本市基本医保不受户籍限制。外地来津的城乡未就业人员持天津市居住证等有效证件可以参加本市城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保），并享受与本市户籍参保人员同等财政补助。各级各类学校（含幼儿园，下同）的在校学生原则上参加本市居民医保，并以所在学校为单位统一办理参保登记手续。持续抓好大学生参保扩面工作。根据经济社会发展和居民医保基金运行情况，合理调整本市财政补助和个人缴费标准。对本市医疗救助对象、其他重度残疾人等困难人员（以下简称困难人员）参加本市居民医保的，继续实施分类资助。领取失业保险金人员参加本市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）、职工生育保险应当缴纳的相关费用，由失业保险基金列支。职工医保个人账户可以用于支付参保人员近亲属参加居民医保的个人缴费及已参加基本医保的近亲属在定点医药机构发生的个人自付的医药费用和生育费用，同步将历史应注未注个人账户纳入统一支付范围管理。灵活就业人员可自愿选择参加本市居民医保或职工医保，支持其参加职工医保时同步参加职工生育保险。

（二）实施连续参保激励。对自2025年起连续参加本市居民医保满4年的参保人员，提高门（急）诊报销待遇，门（急）诊最高支付限额（以下称封顶线）提高1000元；断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算，并取消激励额度。稳妥做好政策衔接，符合本市原有参保缴费激励政策的人员，可以继续享受门（急）诊报销待遇激励；未正常参保缴费的，按照本措施有关规定执行。对自2025年起连续参加居民医保满4年之后连续参保人员，提高城乡居民大病保险（以下简称大病保险）报销待遇，连续参加居民医保满4年之后每连续参保1年，大病保险封顶线提高1000元；断保之后再次参保的，连续参保年数重新计算，前期积累的连续参保激励额度继续保留。

（三）实施基金零报销激励。对当年基金零报销的本市居民医保参保人员，次年大病保险封顶线提高1000元，发生大病保险报销并使用零报销激励额度后，前期积累的零报销激励额度清零。基金零报销激励和连续参保激励，累计提高总额不超过大病保险原封顶线的20%。

（四）实施中断参保约束。对自2025年起本市居民医保断保人员再参保缴费的，降低大病保险报销待遇，每断保1年，降低大病保险封顶线1000元，累计降低总额不超过大病保险原封顶线的20%。除新生儿、本市新认定的困难人员等特殊群体外，对未在居民医保集中缴费期内参保或未连续参保的人员，设置参保后固定待遇等待期3个月；其中，未连续参保的，每多断保1年，在固定待遇等待期基础上增加变动待遇等待期1个月，参保人员可通过缴费修复变动待遇等待期，修复缴费标准按照提出修复申请时所在年度的个人缴费标准执行，每多缴纳1年可减少1个月变动待遇等待期，连续断缴4年及以上的，修复后固定待遇等待期和变动待遇等待期之和不少于6个月。参保人员已连续2年及以上参加基本医保，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系，且中断缴费时间不超过3个月的，按规定补缴后视作连续参保，不设待遇等待期；中断时间超过3个月的，视作断保人员。

二、健全参保精准扩面机制

（五）建立全民参保数据库。开展全民参保数据库建设，实现“一人一档”管理，精准记录本市常住人口、户籍人口、参保人员、未参保人员等信息，实现数据动态更新。采取“数据联动—信息比对—数据下发—精准摸排—动员参保—汇总反馈”工作方法，实现参保扩面闭环管理。持续做好重复参保治理，优化新增参保登记，提升参保质量。发挥基层网格化管理优势，对于人户分离的应参保未参保人员，户籍地与常住地要加强配合，共同落实参保扩面责任。

（六）持续深入做好宣传动员。健全集中宣传和常态化宣传工作机制，每年9月开展基本医保全民参保集中宣传活动，并常态化解读政策法规、办事流程，宣传获益案例，有效激发群众参保的积极性和主动性。充分发挥传统媒体和新媒体作用，依托社会力量，利用电视、广播、报纸、公众号等渠道，加大医保宣传力度，讲好医保故事，回应社会关切，营造良好参保氛围。

三、优化参保服务供给机制

（七）提升参保经办服务能力。做好“退休一件事”、“企业变更、注销、迁移一件事”等涉及参保登记及缴费事项的集成化办理。全面落实出生医学证明、户口登记、医保参保、社会保障卡申领等“出生一件事”集成化办理，实现新生儿“出生即参保”。进一步丰富参保缴费方式和医药费用查询渠道，持续做好居民医保集中征缴期（每年9月至12月）人员参保缴费等服务工作。将参保登记、信息查询等相关医保服务事项向具备条件的商业银行、商业保险机构、定点医药机构延伸，实现医保业务就近办理。

（八）增强医药服务可及性。加强定点医药机构管理，严格做好协议签订和日常协议管理。将自愿申请且符合条件的村卫生室纳入医保协议管理范围，推动实时结算，有效满足参保人员基层就医需求，更好推进分级诊疗。不断扩大药品集采范围，推动基层医疗机构加强集采药品配备，方便群众就近就医购药。大力推动医保码（医保电子凭证）、社会保障卡（含电子社保卡）、刷脸支付、移动支付等数字化医保服务应用。深入推进综合整治，对欺诈骗保等违法违规行为加大打击力度。

四、强化参保工作协同机制

（九）强化部门工作职责。医保部门统筹做好参保动员、预算编制、基金收支、转移接续、宣传解读等工作，加强医保基金管理和监督。人社部门协同促进企业职工、灵活就业人员依法同步参加各类社会保险，协助做好领取失业保险金人员缴纳职工医保、职工生育保险和大额医疗救助费工作。税务部门积极拓展线上线下缴费渠道，切实做好征收工作和缴费服务，加强与医保部门数据比对和缴费对账，协助做好参保动员，参与做好基金收入预算编制工作。财政部门按职责对基本医保基金的收支、管理情况实施监督，审核并汇总编制基本医保基金预决算草案，按规定安排各级财政补助资金并及时拨付到位。教育部门积极配合医保部门做好参保动员、登记缴费等工作，协同做好各级各类学校及学生学籍信息数据共享，鼓励和引导学校在新生入学时组织批量集中参保登记，进一步提高学生在学籍地参保水平，不得以任何形式强制或变相强制学生购买商业保险产品。卫生健康部门合理编制区域卫生规划，促进优质医疗资源扩容下沉和区域均衡布局，加强医疗机构和医疗服务行业监管，规范医疗机构及其医务人员医疗服务行为，促进合理诊疗。其他相关部门在各自职责范围内负责基本医保参保有关工作。

（十）加强工作协调联动。医保部门加强与公安部门协调联动，及时共享户口登记和变更等信息，切实做好参保人员信息与人口信息数据比对；加强与卫生健康部门协调联动，综合采取支付方式改革、药品耗材集中带量采购、打击欺诈骗保等方式，推动医疗费用增长合理有度且与经济社会发展水平、医保筹资水平和群众承受能力相适应；加强与民政、卫生健康部门协调联动，动员引导社会力量依法规范参与医疗救助活动，形成多部门综合救助格局；会同有关部门推动基本医保与商业健康保险协同发展，加强多层次医疗保障体系建设。

五、完善参保信息共享机制

医保部门要加大与相关部门数据共享，为及时掌握参保人员变动信息、扩大参保覆盖面和治理重复参保提供数据支撑。在符合《中华人民共和国网络安全法》、《中华人民共和国数据安全法》、《中华人民共和国个人信息保护法》和《关键信息基础设施安全保护条例》等前提下，各相关部门与医保部门要通过本市信息资源共享平台系统对接或提取重点数据定期交互等方式，及时交互共享公民出生、死亡和户口登记、迁移、注销等信息，以及医疗救助对象、在校学生、就业人员、企业设立变更注销、基本养老保险等的有关信息。严格按照规定做好数据传输、存储、使用各环节的安全防护管理，加强参保人员个人隐私信息保护。

六、强化参保工作保障机制

各有关部门要按照职责分工，强化系统联动、同向发力，共同推动参保扩面工作。市医保、财政部门将各区参保工作等绩效情况，作为分配中央财政医疗服务与保障能力提升补助资金（医疗保障服务能力建设部分）的调节系数。各有关部门要加强参保工作的调度分析，及时研判工作情况，改进工作措施，工作中遇到重大事项及时请示报告。

本措施自2025年1月1日起施行，有效期5年。