

山西省医疗保障局  
山西省财政厅  
国家税务总局山西省税务局  
国家金融监督管理总局山西监管局

文件

晋医保发〔2024〕19号

关于进一步完善城乡居民基本医疗保险  
和大病保险有关政策的通知

各市医疗保障局、财政局、税务局,各金融监管分局:

为贯彻落实《山西省人民政府办公厅关于印发山西省推进城乡居民医疗保险省级统筹方案的通知》(晋政办发〔2023〕77号),实现全省城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)和大病保险政策标准统一,现就有关事项通知如下。

一、统一全省居民医保参保缴费

我省行政区域内,未参加职工医疗保险或者未按照规定享有国



家其他形式医疗保障的人员依法参加居民医保。居民医保实行个人缴费与财政补助相结合的筹资方式,个人缴费和财政补助标准由省医保局会同省财政厅按照国家要求统一确定。居民医保实行按年集中参保缴费,原则上每年12月25日前完成次年居民医保个人缴费,因特殊情况由省医保局会同省财政厅、省税务局统一适当延长集中征缴期。

特困人员、低保对象、防返贫监测对象等救助对象参加居民医保的个人缴费部分按规定享受分类资助。新生儿凭户籍或出生医学证明,在户籍所在地或父母常住地医保经办机构按规定办理参保登记手续,出生当年不缴费;出生次年按规定缴费,出生后90天内参保缴费的不受集中缴费期限限制,缴纳个人缴费部分后,享受财政补助政策。自出生之日起所发生的符合规定的医疗费用均可纳入医保报销范围。放开新就业形态从业人员等灵活就业人员参加居民医保户籍限制。全面落实持居住证参保政策,对于持居住证参加当地居民医保的,各级财政要按当地居民相同标准给予补助。

连续2年(含2年)以上参加基本医保的的职工医保中断缴费人员,当年退出现役的军人及随迁的由部队保障的随军未就业配偶,以及刑满释放等退出其他制度保障的人员,在退出其他制度保障3个月内,如在居民医保集中参保缴费期结束后按规定补办居民医保参保手续的,自参保缴费之日起享受待遇。

居民医保参保人员在省内转移并参加职工医保后,以居民医保实际缴费年限进行测算,按每5年居民医保折算为1年职工医保缴费年限,与职工医保缴费年限累计计算。



## 二、统一居民医保住院待遇标准

统一居民医保住院医疗费用起付标准、支付比例,具体标准见下表;居民医保统筹基金年度最高支付限额7万元;参保人员年度内第二次及以后住院起付标准降低50%。

### 居民医保省内住院支付标准

医疗机构	三类收费价格 (二级乙等及其 以下)	二类收费价格 (三级乙等及二级甲等)		一类收费价格 (三级甲等)
		县级	省、市级	
起付标准	100元	400元	500元	1000元
支付比例	85%	75%	70%	60%

居民医保参保人员在省内住院就医按照上表标准执行,备案跨省异地长期居住参保居民执行省内支付标准。跨省异地转诊、异地急诊抢救的参保居民在省内相同级别医疗机构支付标准的基础上下调5个百分点;非急诊且未转诊的其他临时外出就医备案人员和未备案自行跨省外出就医人员住院支付比例在省内相同级别医疗机构支付标准的基础上下调15个百分点。

居民医保参保人员使用乙类药品个人先行自付比例为5%,基本医保支付部分费用的诊疗项目(乙类)个人先行自付比例为10%,使用目录内国产医用耗材的个人先行自付比例为10%,使用目录内进口医用耗材的个人先行自付比例为20%。

参保孕产妇住院分娩医疗费用,以及在孕期因妊娠合并症、习



习惯性流产、先兆流产、先兆早产、妊娠晚期出血、宫外孕发生的住院医疗费用,按规定纳入居民医保基金支付范围。

### 三、统一居民门诊保障待遇

参保居民在统筹区内二类、三类收费价格及以下收费类别门诊统筹定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,不设起付标准,居民医保基金支付比例分别为 55%、60%;在统筹区内一类收费价格定点医疗机构发生的符合规定的门诊医疗费用,起付标准为 80 元/次,居民医保基金支付比例为 45%。乙类项目按住院政策规定执行先行自付。省医保局会同省财政厅根据居民医保筹资标准和基金运行情况适时调整年度支付限额。参加居民医保孕产妇发生的产前检查医疗费用,按规定纳入居民普通门诊统筹基金支付范围。

参保居民在二级及以下定点医疗机构门诊发生的符合规定的降血压、降血糖药品费用,不设起付标准,居民医保基金支付比例为 60%,乙类药品个人先行自付比例为 5%;按照不同病种分型设定年度支付限额,高血压患者为 260 元,I 型糖尿病患者为 480 元,其他类型糖尿病患者为 360 元。对同时患有高血压和糖尿病的患者年度支付限额分别计算。

已纳入门诊慢特病保障范围的 46 种疾病全省统一准入(退出)标准和支付范围。省级确定待遇指导标准,各市医保和财政部门要结合本地现行政策和基金支撑能力,逐步过渡到待遇指导标准,2027 年年底前实现全省居民医保门诊慢特病待遇标准统一。



参保居民在定点医疗机构门诊或定点药店按规定使用“双通道”药品时,不执行乙类药品个人先行自付政策,原首批6个特药(曲妥珠单抗、氟维司群、伊马替尼、达沙替尼、尼洛替尼、舒尼替尼),居民医保基金支付比例为70%;其它“双通道”管理药品,居民医保基金支付比例为60%。

参保居民在二级及以上中医医院和其它二级以上医院以中医为主要服务项目的科室,开展中医适宜技术门诊治疗发生的医疗费用,居民医保基金支付比例为60%。具备条件的地区,可适当放宽至具有中医特色和服务能力的乡镇卫生院。

参保居民门诊统筹和“两病”门诊用药专项保障年度支付限额单独计算,不纳入居民医保基金年度最高支付限额。门诊慢特病、“双通道”药品、中医适宜技术门诊治疗医保基金支付额度纳入居民医保基金年度最高支付限额计算。

#### 四、统一居民大病保险政策

从居民医保基金中划出一定比例或额度作为大病保险资金,各市医保、财政部门根据大病保险基金运行情况、基金支撑能力等因素,合理确定大病保险筹资标准,确保大病保险资金收支平衡。参保居民一个自然年度内居民医保累计支付超过年度最高支付限额的,或住院和门诊慢特病发生的合规医疗费用个人自付超过1万元以上的,住院和门诊慢特病发生的合规医疗费用超出部分由大病保险资金按75%的比例支付。住院和门诊慢特病医疗费由居民大病保险资金按规定支付后,合规的个人自付超过5万元



以上部分,再按 50%的比例给予支付,年度最高支付限额为 40 万元。大病保险保障范围与居民医保相衔接,除纳入单独补偿范围的特殊病种外,均统一执行国家和省现行有效的基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目目录;乙类药品、医用耗材和医疗服务项目等个人自付部分,以及跨省就医下调比例部分,不纳入大病保险支付范围。

居民医保政策调整涉及广大参保群众的切身利益,各相关单位要精心组织实施,扎实有序推进。医保部门要做好政策衔接、待遇落实、管理服务,加强居民医保基金监管、预算管理和运行分析;财政部门要根据用款申请审核拨付待遇,依职责对医保基金使用管理情况实施监督;税务部门负责组织开展居民医保费征收工作。各市医保部门要加强政策宣传和舆论引导,合理引导群众预期。要认真分析和妥善处理政策调整过程中的矛盾和问题,重大问题及时向省医保局报告。省级依据经济社会发展水平及国家政策变化适时调整待遇政策。

此前有关规定与本通知不一致的,以本通知为准。本通知自 2025 年 1 月 1 日起执行,有效期五年。







国家税务总局山西省税务局

(此件主动公开)



国家金融监督管理总局山西监管局

2024年12月12日

2024年12月12日

山西省国家金融监督管理局





(代金收主料出)