

山西省医疗保障局
山西省教育厅
山西省公安厅
山西省民政厅
山西省财政厅
文件
山西省人力资源和社会保障厅
山西省卫生健康委员会
国家税务总局山西省税务局

晋医保发〔2025〕3号

关于印发《关于健全基本医疗保险参保
长效机制的实施意见》的通知

各市医保局、教育局、公安局、民政局、财政局、人社局、卫健委,国家税务总局各市税务局:

为贯彻落实《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),积极应对人口老龄化、就

业形式多样化,适应人口流动和参保需求变化,持续巩固拓展全民参保成果,我们制定了《关于健全基本医疗保险参保长效机制的实施意见》,现印发给你们,请认真贯彻落实。



山西省医疗保障局



山西省教育厅



山西省公安厅



山西省民政厅



山西省财政厅



山西省人力资源和社会保障厅



山西省卫生健康委员会

(不予公开)



国家税务总局山西省税务局

2025年1月20日

关于健全基本医疗保险参保 长效机制的实施意见

为深入贯彻落实党的二十大和二十届二中、三中全会精神，更好地适应人口老龄化、就业形态多样化和人口流动常态化等形势要求，持续巩固拓展全民参保成果，夯实基本医疗保险制度基础，推动全省医疗保障事业高质量发展，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)，结合我省实际，制定本实施意见。

一、健全完善政策措施

(一)完善筹资和待遇政策。完善财政补助与个人缴费相结合的居民医保筹资机制。对特困人员(含孤儿和事实无人抚养儿童)、低保对象、符合条件的防止返贫监测对象等困难群众参保个人缴费部分，按有关规定给予分类资助。放开在常住地、就业地参保户籍限制。支持职工医保个人账户用于支付参保人员近亲属(配偶、父母、子女、兄弟姐妹、祖父母、外祖父母、孙子女、外孙子女)参加居民医保个人缴费部分和已参保近亲属在定点医药机构就医购药发生费用的个人负担部分。

(二)建立连续参保缴费激励约束机制。自2025年起，对连续参加居民医保缴费满4年的居民，之后每连续参保缴费1年，提高大病保险最高支付限额3000元。对当年基金零报销的居民

医保参保人员,次年提高大病保险最高支付限额 3000 元。连续参保激励和零报销激励累计提高总额度不超过 8 万元。居民发生大病报销并使用奖励额度后,前期积累的零报销激励额度清零。断保之后再次参保缴费的,连续参保缴费年数重新计算。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。

自 2025 年起,除新生儿等特殊群体外,对未在居民医保集中参保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,参保人员可通过补缴费用修复变动待遇等待期,每多补缴 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。补缴金额按照当年参保地的个人缴费标准,断保期间发生的医疗费用不纳入医保统筹基金支付。自 2025 年起,对断保人员再参保的,降低大病保险最高支付限额,每断保 1 年,降低大病保险最高支付限额 3000 元,累计降低总额度不超过 8 万元。

(三)完善学生参保缴费和待遇享受政策。自 2025 年起,新入学大学生、技工院校学生首次在学籍地参保缴费的,医保待遇享受期可从缴费之日起至次年 12 月 31 日。积极将符合条件的校医院纳入基本医疗保险定点医疗机构范围,推动校园医保工作站

建设,为参保人就医和费用结算提供方便快捷的优质服务。

(四)做好特殊群体参保工作。连续2年(含2年)以上参加基本医保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。坚守底线,确保低收入困难群众应保尽保。落实新生儿落地参保政策,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。

二、提升参保工作质效

(五)优化精准扩面措施。大力实施“部门联动—信息比对—数据下发—精准摸排—动员参保—汇总反馈”六步工作法,对参保扩面工作实现闭环管理。省医保部门定期将未参保人员信息通过医保信息平台相关模块推送至各市医保部门。各市医保部门及时签领任务,组织工作人员精准摸排及宣传动员,定期上报参保情况及摸排结果。

(六)准确摸清参保底数。各级医保部门要通过数据共享全面摸清底数,完善数据动态交叉比对、交换机制,及时掌握本地区户籍人口、常住人口、参保人员、未参保人员等信息,健全参保“一

人一档”数据库。积极采取入户调查、电话联系、上门服务等方式,核实未参保人员基本情况,建立包含姓名、证件号码、联系方式、所在村(社区)等基础身份信息及未参保原因的详细台账,并进行动态更新。对于人户分离的应参保人员,户籍地与常住地要通力协助,补充完善台账信息。人口流入地要创新方式方法,落实摸排责任,将已在外地参保的人员准确标记。持续做好重复参保治理工作,清理存量重复参保,规范新增参保登记,提升参保质量。

(七)扎实开展参保动员。坚持集中宣传和长期宣传相结合,每年9月开展基本医保全民参保集中宣传活动,依托经办服务大厅、医保工作站(点)、定点医药机构等建立长期宣传服务点,积极主动发声,确保讲出实效。充分发挥传统媒体和新媒体作用,深入基层群众宣传参保的惠民政策、经办流程、缴费标准、便民措施、典型案例,让群众充分感受政府投入情况以及基本医保在抵御疾病风险、减轻医疗费用负担方面的积极作用,普及医疗保险互助共济、责任共担、共建共享的理念,营造良好参保氛围。积极依托医保部门及社会力量,发挥医保工作者、“医保明白人”、志愿宣传员和形象大使等人员作用,培养一支懂政策、有热情、肯奉献的宣传动员队伍。

三、优化服务保障体系

(八)切实提高医保服务能力。深入推进“高效办成一件事”,深化医保服务流程再造,提升医保服务的便捷性和可及性。推动落实出生医学证明申领、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,简化手续,优化流程,引导监护人为新生儿在出生当年参保。医保、税务部门为参保群众提供线上线下多样化、便捷化的参保缴费服务,拓展个人缴费及纳入医保结算的医药费用查询渠道。健全完善个人信息授权查询和使用机制,助力参保人在购买商业健康保险等方面获得便捷服务。

(九)切实提高群众就医体验感。加强定点医药机构协议管理,提升医保服务可及性,及时将自愿申请且符合条件的村卫生室、社区卫生服务站等基层医疗卫生机构纳入医保协议管理范围,推动实时联网结算。推进集采药品进基层活动,鼓励零售药店、村卫生室配备更多集采药品,为群众提供更加便捷的购药服务。扎实做好定点零售药店纳入门诊统筹管理,逐步开展定点药店药品价格监测管理。大力开展医保码(医保电子凭证)、社会保障卡(含电子社保卡)、移动支付等智能化医保服务应用。

(十)切实提高医保基金使用效益。全面推行多元复合支付方式改革,引导医疗机构主动控制医疗费用不合理增长。加强定点医药机构监管,加大对欺诈骗保等违法违规使用医保基金行为的整治力度。持续提升基金监管标准化、规范化、制度化、智能化水平,加快构建权责明晰、严密有力、安全规范、法治高效的医保基金使用常态化监管体系,坚决守住医保基金安全底线,全力守护人民群众“看病钱”“救命钱”。

四、加强部门协同联动

(十一)压实部门责任。省医保局牵头负责全省基本医疗保

险参保长效机制的建设工作,协调各相关部门(单位)按职责抓好工作推进,确保取得实效。各级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。税务部门做好征收工作和缴费服务,及时回传缴费信息,加强与医保部门数据比对,协助做好参保动员工作,农村、学校、家庭等集体可采用批量缴费方式。教育部门积极配合医保部门,加强工作协同与数据共享,不断提高学生基本医保参保水平,不得以任何形式强制或变相强制学生购买商业保险产品。公安部门配合医保部门做好参保人员信息和人口信息数据定期比对。财政部门按职责对基本医疗保险基金的收支、管理情况实施监督,审核并汇总编制基本医疗保险基金预决算草案,及时落实各级财政补助资金。人力资源社会保障部门支持医保与其他社会保险业务协同联动,协助做好领取失业保险金人员缴纳职工基本医疗保险费工作。卫生健康部门合理编制区域卫生规划,优化医疗资源配置,加强医疗机构依法执业行为监管。医保部门与教育、卫生健康等部门联合开展儿童参加基本医疗保险专项行动,切实提高中小学生医保参保水平。医保部门加强与卫生健康部门联动,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。医保部门与民政、卫生健康等部门联动,动员引导社会力量依法依规参与医疗救助活动。医保部门会同有关部门推动基本医保与商业保险协同发展,加强多层次医疗保障衔接。

(十二)畅通信息共享。健全开放、安全、顺畅的信息共享机

制,全面提升数据摸排工作质效。各相关部门在符合国家数据安全管理和个人信息保护有关规定的前提下,依托省政务数据共享管理平台,及时共享公民出生、死亡和户口登记、迁移、注销、出国定居、失踪、医疗救助对象、在校学生、新生儿、计划疫苗接种儿童、当年接收安置的退役军人、基本养老保险等相关信息,确保工作顺利开展。

五、完善组织保障体系

(十三)加强组织领导。各级医保部门要高度重视,采取有效措施,加强指导督促,扎实做好参保扩面工作。充分发挥乡镇(街道)、村(社区)、网格等基层力量作用,探索利用各部门建设的基层平台、自助设备等基层公共服务资源,做好集中缴费、帮办代办、数据摸排、宣传动员、未参保人员台账维护等相关工作。各有关部门要按照职责分工,强化系统联动,及时研究和协调解决跨部门数据共享和扩面工作中遇到的问题,推动参保扩面工作提质增效。

(十四)开展综合评价。建立健全参保工作综合评价体系,将参保扩面工作作为医疗保障领域经办评价的重要因素,推动参保扩面工作规范化、常态化开展。省医保局在科学测算和充分听取各市意见基础上,统筹考虑各市常住人口规模、户籍人口规模、参保人数、参保扩面潜力等因素,合理下达参保人数目标,确保压实责任。在落实目标责任中要防止简单化、“一刀切”和“层层加码”,避免增加基层负担。各级医保部门及时掌握参保扩面工作进展情

况,确保按期完成全年参保扩面目标任务。

(十五)强化资金保障。各市财政、医保部门要按规定落实经费保障政策。省财政厅、省医保局将各市参保工作情况和成效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。

本通知自印发之日起实施,有效期5年。此前有关规定与本通知不一致的,以本通知为准。