

太原市医疗保障局 太原市财政局文件 国家税务总局太原市税务局

并医保发〔2022〕27号

关于做好2022年城乡居民基本 医疗保障工作的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、税务局，市医疗保险管理服务中心，各有关单位：

为进一步深化医疗保障制度改革，促进医疗保障高质量发展取得新成效，按照《关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（晋医保发〔2022〕11号）要求，现就做好2022年我市城乡居民医疗保障工作相关事宜通知如下：

一、继续提高筹资标准

（一）提高财政补助标准。2022年，全市城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）人均财政补助标准提高30元，

达到 610 元。具体补助标准为：阳曲县、娄烦县各级财政补助标准为：中央财政补助 488 元，省级财政补助 61 元，市、县两级财政各补助 30.5 元；其它县（市、区）各级财政补助标准为：中央财政补助 366 元（部属大学生 610 元），省级财政补助 122 元（省属大学生 244 元），市、县两级财政各补助 61 元（市属大学生市级财政补助 122 元）。各县（市、区）财政部门按本通知要求足额安排财政补助资金。

城乡居民大病保险（以下简称“大病保险”）按我市居民医保当年筹资总额 8% 筹集，同时确保现有 2018 年、2019 年、2020 年增加用于大病保险的规定资金筹资水平不降低，促进大病保险保障能力可持续。

（二）同步增加个人缴费标准。2022 年预收 2023 年度个人缴费标准同步提高 30 元，达到每人每年 350 元。

（三）困难群众财政资助标准。根据《关于太原市城镇居民基本医疗保险试行的意见》（并政发〔2007〕43 号）和《关于巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果有效衔接乡村振兴战略的实施方案》等文件规定，给予困难群众资助参保，个人缴费部分由医疗救助或财政补助予以全额或定额资助。对困难群众资助参保省市县另有规定的，按照省市县规定执行。

1. 医疗救助对象的资助

2023 年具体资助标准：民政等部门认定的特困人员（城市

“三无人员”、农村五保户、孤儿、事实无人抚养儿童，下同）个人缴费部分由医疗救助基金全额资助，即每人每年资助 350 元；城乡低保对象（含大学生，下同）、在乡不享受公费医疗待遇的重点优抚对象、见义勇为者、享受 40%救济对象等困难群众按个人缴费部分 80%的比例由医疗救助基金给予定额资助，即每人每年资助 280 元。

2. 乡村振兴监测对象的资助

2023 年具体资助标准：稳定脱贫人口不再享受资助参保政策；易返贫致贫人口（包括脱贫不稳定人口和边缘易致贫人口，不含已纳入城乡低保对象、特困人员范围人员，下同），个人缴费标准按每人每年 280 元的标准由医疗救助基金给予定额资助；返贫致贫人口按个人缴费部分 90%的比例由医疗救助基金给予定额资助，即每人每年资助 315 元。

3. 财政补助对象的资助

（1）按照并政发〔2007〕43 号规定，财政资助对象个人缴费部分由市和各县（市、区）财政按 5:5 比例分担。2023 年具体资助标准：由残联认定的重度残疾人，个人缴费部分由市、县（市、区）财政每人每年分别资助 175 元。

（2）重度残疾的大学生资助对象个人缴费部分由市财政每人每年资助 350 元。

4. 特殊补助对象的资助

(1)对低收入家庭 60 岁以上的老年人和未成年人等困难群众按个人缴费标准的 50%的比例由医疗救助基金给予定额资助，即每人每年 175 元。

(2)对计划生育特殊困难家庭成员的参保资助，按照各县（市、区）原政策和流程执行，个人缴费部分由县（市、区）财政全额负担。

(3)各县（市、区）人民政府已列入县（市、区）财政资助对象的，各县（市、区）医保、财政等部门要继续做好相关人员的财政资助工作。

二、巩固提升待遇水平

(一)发挥三重制度保障效能。要坚持“以收定支、收支平衡、略有结余”原则，尽力而为、量力而行，统筹发挥基本医保、大病保险和医疗救助三重制度综合保障效能，科学合理确定基本医保保障水平。全市各级医保经办机构要按照晋医保办发〔2022〕16 号要求，规范定点医疗机构医疗服务行为，强化合理用药、合理检查、合理治疗管理，优先选择医保目录内药品和医保可支付诊疗项目，优先选择集中带量采购中选产品，将县域内定点医疗机构目录外医疗费用控制在 15%以内，确保居民医保县域内住院政策范围内医疗费用报销比例稳定保持在 75%左右。

(二)完善门诊费用保障措施。提高居民医保普通门诊统筹年度支付限额，2022 年提高至 230 元，2023 年提高至 250 元，

每日每次最高支付限额 50 元，不设起付标准；将普通门诊统筹定点医疗机构范围扩大至县域内的二级及以下医疗机构，县域内二级及一级医疗机构开展普通门诊统筹甲类项目报销 55%，乙类项目报销 45%；乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）、门诊部和诊所等基层医疗卫生机构开展普通门诊统筹报销比例按原政策执行，即甲类项目报销 60%，乙类项目报销 50%，家庭医生签约的报销比例相应均提高 20 个百分点；取消居民医保普通门诊统筹首诊定点医疗机构设置，从 2022 年 10 月 1 日起参保人员可在参保所属县（市、区）域内开展普通门诊统筹的定点医疗机构享受门诊统筹待遇。从 2022 年 10 月 1 日起将门诊慢特病病种“糖尿病（合并严重并发症）”居民医保定额支付标准调整至 300 元/月，职工医保定额支付标准调整至 500 元/月；“尿毒症透析”门诊慢性特病病种基金支付范围（含职工医保和居民医保）按照《关于进一步做好省直管单位职工基本医疗保险门诊慢特病管理服务工作的通知》（晋医保发〔2022〕7 号）规定的支付范围执行，取消该病种原诊疗项目和医用耗材支付限制。

（三）持续做好示范城市活动。作为国家“两病”门诊用药保障专项行动示范城市，要持续做好“两病”门诊用药保障服务，取消起付线，已纳入“两病”门诊用药保障范围的药品，也可由居民医保门诊统筹基金支付；市医保经办机构应按照《关于进一步做好城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的通知》（晋医

保办发〔2022〕17号）要求，将县域医疗集团为基层医疗卫生机构采购配备药品情况作为对医疗集团的考核指标，纳入打包付费协议管理，考核结果与医保总额预算指标及绩效分配挂钩。完善“两病”服务信息共享工作。各县（市、区）医保部门应与卫生健康部门建立协同配合机制，及时提醒卫健部门按月将“两病”患者调整数据信息提供给医保部门，医保部门应及时比对数据，及时将“两病”患者中参加职工医保、未参保、死亡、卫健部门提供数据有误等人员的信息反馈给卫健部门，卫健部门及时反馈各县（市、区）医疗机构进行核实，信息完善后下次报送数据信息时再一并提交医保部门。

（四）落实大学生待遇保障政策。大学生原则上应在学籍地参加居民医保，按照参保登记和缴费同时进行的方式，由所在学校配合税务和医保部门做好参保缴费等相关工作。各县（市、区）医保部门要落实主体责任，继续做好大学生参保缴费工作，重点动员新生参保、老生稳定连续参保，实现应保尽保，避免重复参保。参保大学生因病情需要，确需跨省异地就医的，要积极引导其及时办理跨省异地就医自助备案，实现直接结算，有效避免医疗费用资金垫付压力。县（市、区）医保经办机构要积极推进大学生门诊统筹直接结算，市医保经办机构统筹做好校医院（校医室）服务协议签订、信息网络建设等配套工作；在校医院（校医室）不具备条件开展门诊统筹业务时，可就近选定一所二级及以

下医疗机构开展大学生门诊统筹业务。开展大学生门诊统筹的定点医疗机构在切换省医保信息平台之前（限 2022 年 7 月 1 日之前）发生的大学生门诊统筹费用，各县（市、区）医保经办机构可按原支付方式进行结算。

（五）优化新生儿落地参保政策。取得我市户籍新生儿出生当年，凭新生儿户籍或其父母户籍证明材料，在户籍所在地按规定办理参保登记手续，当年不缴费，自出生之日起享受当年的居民医保待遇。在省医疗保障信息平台实现凭新生儿出生证明编号或其父母户籍证明材料办理参保登记手续之前，新生儿出生当年如未办理参保登记，次年办理参保或按次年筹资标准全额（含个人缴费及财政补助部分）补缴后，自出生之日起享受居民医保待遇。

（六）将精神障碍患者纳入保障范围。按照《关于印发全市肇事肇祸等严重精神障碍患者摸排管控工作实施方案的通知》

（并平安办〔2021〕20 号）精神，各县（市、区）医保部门应依据卫生健康部门提供的名单，逐人进行梳理，按国家有关规定将精神障碍患者纳入居民医保或职工医保保障范围，属医疗救助对象的由医疗救助基金按规定给予资助参保；参保的精神障碍患者，收治住院发生的医疗费用由基本医保、大病保险按规定支付，医疗救助对象按规定由医疗救助基金给予资助。

（七）规范医保待遇享受等待期。进一步规范基本医疗保险

待遇享受等待期设置，在职工医保中断缴费 3 个月内参加居民医保的，以及新生儿、农村低收入人口、严重精神障碍患者、脱贫人口等特殊群体，不设待遇享受等待期。进一步做好基本医疗保险关系省内互认工作，在我市参加居民医保不足两年的，实行省内各统筹区居民医保或职工医保参保年限互认，按规定享受门诊慢性病、特殊药品以及生育医疗待遇。

三、兜牢民生保障底线

要巩固拓展医疗保障脱贫攻坚成果，夯实医疗救助托底保障功能，坚决守住守牢不发生因病规模性返贫的底线。继续做好医疗救助对困难群众参加居民医保个人缴费分类资助工作，全额资助特困人员，定额资助低保对象、返贫致贫人口、易返贫致贫人口。统筹提高医疗救助资金使用效率，用足用好资助参保、直接救助政策，确保应资尽资、应救尽救。完善乡村振兴部门监测对象医疗救助政策，本年度政策范围内个人自付住院医疗费用超过上年度全省居民人均可支配收入 10% 的部分（2022 年标准为 2743 元），按 70% 的比例给予医疗救助，年度最高救助限额 6 万元，从 2022 年 1 月 1 日起享受待遇。巩固市域内基本医保、大病保险、医疗救助“一站式”结算服务，将低保对象、特困人员、返贫致贫人口、乡村振兴部门监测对象直接纳入“一站式”结算。

健全防范化解因病返贫致贫长效机制，完善参保动态监测、高额费用负担患者预警、部门间信息共享、风险协同处置等工作

机制，确保风险早发现、早预防、早帮扶。细化完善救助服务事项清单，出台医疗救助经办管理服务规程。完善依申请救助机制，对经相关部门认定核准身份的困难群众按规定实施分类救助，及时落实医疗救助政策。对规范转诊且在省域内就医的救助对象，经三重制度综合保障后政策范围内个人负担仍然较重的，给予倾斜救助，做好与临时救助、慈善救助等的衔接，确保农村低收入人口等困难群体省内住院合规综合报销比例平均达到 80%，合力防范因病返贫致贫风险。

各县（市、区）医保部门应按照《关于印发太原市巩固拓展脱贫攻坚成果同乡村振兴有效衔接二个专项行动方案的通知》（并农工组发〔2022〕12 号）要求，协同同级乡村振兴部门持续抓好脱贫人口基本医保参保排查，将脱贫人口、监测对象和符合慢性病保障条件农村群众全部纳入医疗保障帮扶政策覆盖范围，抓住参保集中缴费期，积极动员，确保稳定脱贫户、“三类户”人员应缴尽缴、应保尽保。

四、促进制度规范统一

坚决贯彻落实医疗保障待遇清单制度，规范决策权限，促进制度规范统一，增强医保制度发展的平衡性、协调性。严格按照《贯彻落实医疗保障待遇清单制度三年行动方案（2021-2023 年）》要求，2022 年底前，对市县两级制定的三重保障制度以外的政策措施完成清理，各项补充医疗保险制度名称、制度设置

全部统一至清单要求。坚持稳扎稳打、先立后破，统筹做好资金并转和待遇衔接，促进功能融合。逐步统一规范各项政策，积极稳妥推动省级统筹。严格落实重大决策、重大问题、重大事项请示报告制度，新情况、新问题和重大政策调整按要求及时向省局请示报告后实施。

五、做好医保支付管理

及时落地执行国家调整后的药品目录，进一步完善谈判药品“双通道”管理，加强谈判药品供应保障和落地监测。持续推进医保支付方式改革，贯彻落实我省《DRG/DIP支付方式改革三年行动计划》，加快推进DRG/DIP支付方式改革，在全市二级甲等以上综合医院全部启动DRG/DIP付费方式改革。推进中医类医疗机构医保支付方式改革，市医保经办机构按照《关于加快推进2022年度DRG/DIP付费方式改革工作的通知》（晋医保办函〔2022〕30号）要求，在市域范围内具备条件的中医医疗机构实施按病种分值（DIP）付费，太原医保与省直医保共同推进，力争2023年1月1日启动实际付费。不断完善医疗机构和零售药店医疗保障定点管理，推广“互联网+”医疗服务，在门诊慢特病服务中的应用，畅通复诊、取药、配送环节。不断完善县域医疗集团打包付费管理，市医保经办机构应根据《关于完善县级医疗集团打包付费促进分级诊疗的实施意见》（晋医保发〔2020〕24号）要求，严格按照“总额预算、按月预付、年终清算”原

则，按文件规定期限签订协议、预拨款项，及时完成年度考核、年终清算工作，工作中遇到困难应及时通知市医保局向市医改办反馈意见。

六、加强药品耗材集中带量采购和价格管理

要全方位、多层次推进药品、医用耗材集采工作，积极落实执行国家、省及省际联盟药品耗材集中带量采购中选结果，继续组织开展山西中部四市市际联盟低值医用耗材集中带量采购工作。做好集采结果落地实施和采购协议期满接续工作，落实好医保基金预付、支付标准协同、结余留用等配套政策。推进落实药品耗材集中带量采购中选产品采购使用监测管理工作，强化绩效评价，促进医疗机构更好地落实带量采购工作任务。稳妥有序落实医疗服务价格改革试点工作，做好 2022 年医疗服务项目价格评估及落实价格动态调整工作。持续推进医药价格和招采信用评价制度实施。

七、强化基金监管和运行分析

贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》和《山西省医疗保障基金使用监督管理办法》，完善医保基金监管制度体系和执法体系，推进监管执法规范化建设。推动建立激励问责机制，将打击欺诈骗保工作纳入相关工作考核。完善医保部门主导、多部门参与的监管联动机制，健全信息共享、协同执法、联防联控、行刑衔接和行纪衔接等工作制度；加速智能监控系统应用，建立

医保信用管理制度，深化社会监督，全面加强基金监管。

扎实开展日常稽核、自查自纠、抽查复查全覆盖，重点整治定点医疗机构违规收费、高套病种、串换项目、虚构服务项目、超医保支付范围结算等违法违规行为；加大对门诊慢性病、门诊统筹监管力度，将“门诊慢特病”保障情况纳入飞行检查项整治行动的广度和深度，保持打击欺诈骗保高压态势。

各级医保部门要将基金预算绩效管理纳入年度考核，按要求做好基金预算绩效管理工作，完善收支预算管理。加强对高血压、糖尿病等门诊慢性病、特殊疾病费用的动态监测分析；结合 DRG 支付方式改革、异地就医直接结算和实行“双通道”用药管理等给基金使用管理带来的新情况、新问题和新挑战，加强基金收支预测分析。健全风险预警、评估、化解机制及预案，切实防范和化解基金运行风险。

八、健全医保公共管理服务

（一）加强医保支付费用结算。大病保险承办机构应积极主动对接市医保局和市医保经办机构信息管理部门，提出大病保险信息系统改造完善的需求，协同信息管理部门共同督促云时代和定点医疗机构做好信息系统改造，系统改造完成后尽快结清大病保险基金拖欠定点医疗机构费用；市医保经办机构应督促各县（市、区）医保经办机构按照《关于做好 2021 年度居民医保门诊统筹及“两病”门诊用药考核工作的通知》（并医保函〔2022〕

16号)要求,完成居民门诊统筹、“两病”门诊用药考核,以及签约服务费的支付工作;市医保经办机构继续做好新冠肺炎患者医疗费用、新冠疫苗及接种费用结算和清算工作。

(二)推进经办服务标准化。各级医保经办机构要着力增强基层医疗保障公共服务能力,加强医疗保障经办力量,全面落实经办政务服务事项清单和操作规程,推动医疗保障政务服务标准化规范化,提高医保便民服务水平。全面落实基本医保参保管理经办规程,加强源头控制和重复参保治理,推进“参保一件事”一次办。全面落实基本医保关系转移接续暂行办法,继续深入做好转移接续“跨省通办”。

(三)抓好太忻经济一体化发展医保便民服务事项落实。贯彻落实省委、省政府关于太忻经济一体化发展战略部署,市医保经办机构应根据《关于印发太忻经济一体化发展医保便民服务事项工作实施方案的通知》(晋太忻办发〔2022〕14号),以及省医保局的工作安排,对医保定点医药机构服务协议进行补充完善,优化服务流程和管理程序,强化责任落实,明确定点医药机构服务第一责任人,确保太忻经济区医保一体化服务落地见效;继续推进省直和太原市医保定点医药机构资质互认,加强政策宣传,鼓励有需求的太原市定点医药机构纳入省直医保定点范围,实现行政区域内省直和太原市定点医药机构无差别。

(四)落实医保服务事项下放基层服务权限。市医保经办机

构应按照《关于落实关于进一步加强基层政务服务规范便民化建设的实施方案的通知》（并审改办函〔2021〕5号）要求，做好相应业务信息系统专网接入、用户配置，流程权限变更等工作；县（市、区）医保部门同步做好业务办理和系统使用培训，确保《乡镇（街办）第一批政务服务事项指导清单》中乡镇（街办）负责受理事项、《村（社区）政务服务事项指导清单》中村（社区）初审或帮办代办事项真正落地，让基层便民服务机构接得住、办得好。

（五）做好参保登记缴费工作。城乡居民医保参保登记缴费工作由各县（市、区）人民政府负责组织，各乡（镇）人民政府、街道办事处按县（市、区）税务、财政、医保等部门工作安排做好缴费宣传及组织实施等相关工作。市医保经办机构协调税务承办部门组织并指导各县（市、区）医保经办机构、税务承办部门在规定时间内按规定程序，在2022年9月1日至2022年12月20日期间内开展我市2023年度居民医保参保登记工作。特殊情况需要延长缴费时间，市税务部门与医保部门要在充分沟通协商基础上延长集中缴费时间。坚持智能化线上缴费渠道与传统线下缴费方式创新并行，持续提升缴费便利化水平。进一步加强部门间协作配合，充分发挥费源属地管理效能，全力做好组织参保缴费工作。加强对基层征收工作的指导，严格落实保险费款上解、入库、退（抵）费等相关制度，督促代办单位和人员及时将代收

的现金存入主管税务机关在银行设置的代报解账户，保障代收资金管理安全。进一步加强对缴费人员基础信息的管理，通过数据校验、信息对比、实地核查等方式，排查清理信息错误、数据缺失、重复参保等异常信息。市医保经办机构协同税务承办部门优化社会保险费征收系统，防止同一参保人在同一时间段内重复缴纳医保费。县级医保经办机构重点加强特困人员、低保对象、防返贫监测对象、脱贫人口、重度残疾人等人群参保信息的核对工作，确保参保缴费一个都不能少。

（六）完善异地就医自助备案服务。按照《关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）精神，进一步规范我市基本医疗保险自助开通异地就医备案直接结算服务。

1. 规范跨省临时外出就医人员有效期限。跨省临时外出就医人员备案有效期原则上为6个月，有效期内可在就医地多次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

2. 允许补办异地就医备案享受跨省异地就医直接结算服务。参保人员跨省出院结算前补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。

3. 规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医。参保人员跨省异地就医时，应在就医地的跨省联网定点医药机构主动出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证，联网定点医药机构应

指引未办理备案人员及时办理备案手续，为符合就医地规定门（急）诊、住院患者提供方便快捷的跨省异地就医直接结算服务。

4. 探索建立非急未转人员跨省异地就医自动备案服务。市医保经办机构应学习大连市医保部门“临时异地就医”自动备案的作法，改造我市异地就医自助备案系统，实现太原市参保人员临时外出就医时，未按规定办理转外就医手续，且不是急诊转住院（或死亡）就医的，缴费状态正常，在入院时刷医保电子凭证或身份证、社保卡，验卡成功后，出院时医保可按非急未转人员跨省异地就医直接结算，无须自行办理备案手续。

九、推进标准化和信息化建设

要持续推进全国统一的医保信息平台深化应用，充分发挥平台效能。全面深化业务编码标准维护应用，建立标准应用的考核评估机制。建立完善的信息系统运维管理和安全管理体系，探索建立信息共享机制。发挥全国一体化政务服务平台、商业银行、政务应用等渠道作用，在跨省异地就医备案、医保电子凭证激活应用等领域探索合作机制。

十、做好组织实施

（一）强化组织领导。各级医疗保障、财政和税务部门要加强统筹协调，建立健全部门信息沟通和工作协同机制，积极协同配合，强化信息共享、机制衔接，形成工作合力，细化分解任务，层层压实责任，确保各项工作任务落实落细。要强化服务意识，

优化服务方式，更好为人民群众提供公平可及、便捷高效、温暖舒心的医疗保障服务。做好基金运行评估和风险监测，制定工作预案，遇到重大情况要及时按要求报告。

（二）加大宣传力度。各级医保部门要针对不同地域和不同人群，因地制宜，充分利用线上线下多种载体，广泛宣传医保帮扶政策。一是充分发挥电视、微信、短视频等媒体资源宣传速度快、覆盖人群广的优势，宣传医疗保障帮扶政策；二是通过向重点人群发放医保帮扶明白卡等形式，使重点帮扶人员了解熟悉医保帮扶政策；三是可在医保经办机构、两定机构醒目位置张贴、发放宣传资料；四是各县（市、区）医保部门要会同卫健、乡村振兴等部门，加强对医务人员、乡村干部、帮扶干部等医保帮扶政策的培训。



（此件主动公开）

