

分类：A

浮梁县医疗保障局

签发：王福良

浮医保字〔2023〕13号

关于县政协八届三次会议第25号

提案的答复

张志良委员：

您提出的关于进一步提高医保报销比例，减轻居民就医负担的提案收悉，现答复如下：

一、根据景医保字〔2020〕28号文件精神，进一步明确城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹有关规定的通知，自2020年1月1日起，不再划拨参保居民个人（家庭）账户，参保居民历年结余的个人（家庭）账户可用于支付家庭成员

门诊医药费个人负担部分，参保人员（家庭）账户结余资金归零后，自然取消其家庭账户，我县城乡居民可在全市定点医疗机构刷卡使用个人（家庭）账户。在一个医疗年度内，我县城乡居民在所属乡镇卫生院和村级定点医疗机构发生的政策范围内医疗费用，按65%比例报销，普通门诊统筹报销不设起付线，每人每天限报销一次，按年度累计计算门诊统筹基金最高支付限额为每人每年300元。

二、门诊“两病”是指患有高血压、糖尿病（简称“两病”）的城乡居民，尚未达到办理门诊慢性病条件的，但是需要采取药物控制的在门诊发生的降血压、降血糖药品费用可由门诊统筹基金报销。“两病”用药保障不设起付线，高血压门诊用药年度最高支付限额为400元、糖尿病门诊用药年度最高支付限额为500元，“两病”合并门诊用药年度支付限额为900元；二级定点医疗机构政策范围内支付比例为50%、一级及以下定点医疗机构政策范围内支付比例为65%。

三、按照省、市医保局统一部署安排，2023年4月1日开始全面实现，省内无异地就医直接结算，符合条件的省内异地就医参保人员，无需办理异地就医备案手续，可按规定在省内所有统筹区的定点医疗机构和定点零售药店就医直接结算，执行参保地同等的待遇政策，不提高起付线、不另设先行自付比例，不降低报销比例。

四、城乡居民跨省异地就医报销比例，由原来的转诊转

院政策范围内 50%、未转诊转院政策范围内 40%，提高待遇调整后，转诊转院政策范围内个人先行自付 10%、未转诊转院政策范围内个人先行自付 20%，再按医院等级比例报销，一级医院 90%、二级医院 80%、三级医院 60%。

五、根据景医保字〔2022〕69 号文件精神，城乡居民享受生育医疗费用报销由原来的定额报销提高到与基本医保一致，不设置额外附加条件；报销待遇按基本医保、大病保险规定执行，取消病种报销限额，符合医疗救助享受条件的，按规定享受医疗救助待遇，切实减轻参保居民生育医疗费用负担，促进人口长期均衡发展。

下一步，我局将不断提高医疗保障工作的主动服务意识和勤政廉政意识，创新工作思维，坚持以人为本、稳步推进各项工作。始终坚持以高质量跨越式发展为目标，以最优、最快、最便捷的服务方式打通医保服务“最后一公里”，敬请一如既往关心、支持、指导我县医疗保障工作，促进我县医疗保障事业再上新台阶！

感谢您对医保工作的关心与支持，敬请在今后工作中多提宝贵意见！

附：委员提案办理情况征询意见表

(此页无正文)

浮梁县医疗保障局

2023年8月3日



抄送：县政协提案工作委员会、县政府办公室

联系人及电话：史海林 0798-2627989 邮政编码：333400

附件8

县政协八届三次会议委员提案 办理情况征询意见表

委员姓名	张克良	通讯地址	民福路2号	
提案内容	关于进一步提高医保报销比例减轻居民就医负担。			
承办单位		电话		
对办理情况的意见:	对办理态度及成效都很满意。			
满意	✓	基本满意		不满意

注：此表请委员填好后，及时反馈给承办单位。

委员签名：张克良
2023年8月4日

