

阳城县医疗保障局

C

关于对县人大十七届七次会议第 141 号 建议的答复

李福建代表：

您提出的关于农村合作医疗缴费有关事宜的建议收悉。
现答复如下：

2016 年底，按照《山西省城乡居民基本医疗保险整合制度实施意见》，新型农村合作医疗和城镇居民医疗整合为城乡居民医疗保险。此建议的农村合作医疗缴费就是城乡居民医疗保险个人缴费。我县城乡居民个人缴费执行我省城乡居民缴费政策，县医保局无自主决策权，我局可以向上级部门转述您的建议。

一、我县城乡居民医保筹资标准完全按照山西省医保局安排部署执行。为医疗保障水平与经济社会发展水平相适应，城乡居民医保的财政补助和个人缴费都是逐年提高，个人缴费每年递增 30 元，为减轻农民负担，（1）2024 年预缴 2025 年医保个人缴费增长 20 元。2025 年预缴 2026 年医保未增长仍为 400 元，配套省、市、县财政补助基金仍逐年增长。（2）监测对象（脱贫不稳定人口、边缘易致贫人口、突发严

重困难人口)个人缴费为120元。返贫致贫人口个人缴费40元。低保对象个人缴费80元。特困供养人员、在乡重点优抚对象、重度残疾人个人缴费0元。不足部分由医疗救助基金进行资助缴纳。

二、为提升参保居民待遇享受便捷,减轻其医疗费用负担。一是自2021年1月1日起执行的《山西省城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹管理办法》,不再向参保居民个人账户分配基金,全面开通门诊统筹。(1)年度最高支付限额200元,每日每次最高支付限额50元;(2)门诊统筹定点为村(社区)卫生室、乡(镇)卫生院(三类);(3)不设起付标准,甲类药品和诊疗项目报销60%,乙类药品和诊疗项目报销50%;(4)原居民个人账户余额不清零,个人账户余额可用于冲抵参保居民门诊或住院医疗费用个人负担部分。二是自2024年1月1日起执行的《山西省医疗保障局山西省财政厅山西省卫生健康委员会关于进一步完善城乡居民基本医疗保险普通门诊统筹政策的通知》文件,(1)居民门诊统筹支付限额提高至300元,不再执行50元/次/天的单次限额;(2)门诊统筹定点增加统筹区内一类(市级医院)、二类医院(县级医院)。(3)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,统筹基金支付比例分别为55%、60%。三是全面实施高血压、糖尿病门诊用药专项保障机制,参保居民在二级及以下定点基

层医疗机构门诊发生的符合规定的降血压、降血糖药品费用，由医保统筹基金按照 50%-60%的比例报销，年度最高支付限额分别为 260 元、360 元、480 元。四是全省统一实施 46 种门诊慢特病病种和准入退出标准，进一步扩大了居民门诊慢性病的保障范围，有效促进了待遇公平。五是居民常用的板蓝根冲剂、感冒清热颗粒、六味地黄丸等常用中成药都纳入门诊统筹报销。以上门诊统筹待遇优于原来的个人账户政策：个人账户每年门诊使用 60 元（不含用于家庭医生签约服务的 20 元），可以节余下一年度使用。

三、关于建立参保长效激励机制。下一步，我们将积极配合省医保局建立城乡居民医保筹资动态调整机制，根据城乡居民人均可支配收入、医疗费用增长等因素，合理确定城乡居民医保个人缴费标准。同时，研究鼓励连续缴费的激励机制，对于连续缴费一定年限的，适当提高报销比例或年度支付限额。切实减轻城乡居民征缴和就医费用。

分管副县长：

单位负责人：

承办人员：

联系电话：

13934327658

