

重庆市医疗保障局重庆市财政局 重庆市卫生健康委员会重庆市药监局 关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊 用药保障机制的通知

渝医保发〔2019〕71号

各区县（自治县）医疗保障局、财政局、卫生健康委、市场监管局，两江新区社会保障局、财政局、社发局、市场监管局，万盛经开区人力社保局、财政局、卫生计生局、市场监管局：

为进一步减轻城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家药监局印发了《关于完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》医保发〔2019〕54号，为落实国家要求，现就完善我市城乡居民“两病”门诊用药保障机制的相关事宜通知如下，请各区县遵照执行。

一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中全会精神，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，以城乡居民基本医疗保险

“两病”患者门诊用药保障为切入点，坚持“既尽力而为、又量力而行”原则，探索完善门诊慢性病用药保障机制，增强基本医保门诊保障能力，减轻患者门诊用药费用负担，不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、保障内容

（一）保障对象。凡参加我市城乡居民合作医疗保险（以下简称“居民医保”）并正常缴费、需要在门诊采取药物治疗且未获得特殊疾病资格的“两病”患者，经二级及以上医疗机构确诊后可享受规定的待遇。

（二）用药范围。对“两病”患者门诊控制血压或控制血糖的药物，按最新版国家基本医疗保险药品目录所列品种，优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中采购中选药品。

（三）保障水平。以二级及以下定点基层医疗机构为依托，“两病”患者在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的符合用药范围的控制血压、控制血糖药品费用由统筹基金支付，门诊医药费不设报销起付线，实行按比例、限额的办法。二级及以下医疗机构报销比例为60%，年报销限额为500元/年、病种、人。

（四）经办服务管理。“两病”患者门诊用药保障实行定标准、定机构、定保障范围管理，申报程序、诊断管理等按现行的门诊特殊疾病经办规程执行。对符合“两病”标准的，由区县医

保经办机构及时将参保人相关信息录入医保信息系统，不办理“两病”就医凭证，参保人员凭社会保障卡就医。

1. “两病”标准。

将不符合重庆居民医保特殊疾病慢性病标准但仍需采取药物治疗的“两病”患者纳入保障范围，享受“两病”门诊用药专项待遇。经“两病”诊断医疗机构确诊需用药物治疗的一级高血压低危组及继发性高血压患者为重庆市“两病”参保人员高血压保障范围；需要药物治疗的糖尿病与重庆市居民医保门诊特殊疾病的糖尿病标准一致，按门诊特殊疾病政策执行。

2. 定点机构。原则上“两病”参保人员按就近原则分别选择1所二级医院和1所一级医院作为本人“两病”门诊用药定点医疗机构，参保人员选定的定点医疗机构原则上一年内不变更，如确需变更，应到区县医保经办机构办理变更定点医疗机构手续。参保人员在非“两病”定点医疗机构门诊购药不享受“两病”门诊用药报销政策。

3. 报销范围。“两病”参保人员在定点医疗机构门诊的报销的范围为最新版国家基本医疗保险药品目录内直接用于降血糖、降血压的治疗性药品。参保人员使用“两病”病种以外的药品的，不享受“两病”门诊用药报销政策。

4. 费用结算。“两病”患者在定点医疗机构就诊时仅需支付按规定应由个人负担的部分，统筹基金支付部分由医保经办机

构与定点医疗机构按月结算；长期异地居住的“两病”参保人员，经异地就医备案后，在医疗机构发生的“两病”门诊费用按异地就医政策执行，不能即时结算的，由参保人员先行垫付，再到参保地医保经办机构报销。

（五）与特殊疾病、门诊统筹政策衔接。已按照重庆市门诊特殊疾病政策办理了门诊特殊疾病的高血压、糖尿病患者，继续享受门诊特殊疾病保障待遇，与“两病”门诊用药保障待遇不重复享受。“两病”患者因病情加重符合门诊特殊疾病标准的，按门诊特殊疾病政策规定进行鉴定后享受相关待遇。“两病”门诊用药人员与门诊统筹待遇不同时享受。

三、配套改革措施

（一）完善支付标准，合理确定支付政策。对“两病”用药按通用名合理确定医保支付标准并动态调整。积极推进药品集中带量采购工作，以量换价、招采合一，对列入带量采购范围内的药品，根据集中采购中标价格确定同通用名药品的支付标准。根据“两病”参保患者就医和用药分布，逐步探索按人头、按病种付费。

（二）保障药品供应和使用。各有关部门要确保药品质量和供应，医疗机构要优先使用集中采购中选药品，不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量要求、药事委员会审定等为由影响中选药品的供应保障与合理使用。逐步可探索第三方配送

机制。完善“两病”门诊用药长处方制度，保障患者用药需求；要避免重复开药，防止滥用。

（三）规范管理服务。完善医保定点服务协议，将“两病”门诊用药保障服务纳入协议管理。坚持预防为主、防治结合，落实基层医疗机构和全科医师责任，加强“两病”患者健康教育和健康管理，提高群众防治疾病健康意识。探索“两病”异地门诊药品费用直接结算。

四、组织实施

（一）压实责任，确保待遇落实。各区县要高度重视“两病”门诊用药保障工作，加强统筹协调，指导督促本地区医保定点医疗机构于2019年11月起开始实施，确保参保群众年内享受待遇。

（二）细化分工，加强协同配合。医疗保障行政部门要积极会同相关部门做好“两病”患者门诊用药保障工作，加强对各区县的指导，密切督查工作进展和规范。财政部门要积极参与“两病”用药保障有关工作，按规定加强基金监管和保障所需工作经费。卫生健康部门要做好“两病”患者的健康管理，加强医疗服务行为监管，进一步健全完善“两病”用药指南和规范，规范诊疗行为，确保集中带量采购药品合理使用。药品监督管理等部门负责做好“两病”用药一致性评价和生产、流通、配送等环节的监督管理。

（三）加强监管，用好管好基金。要健全监督举报、智能监

控、信用管理等机制，严厉打击欺诈骗保行为，加强对虚假住院、挂床住院等违规行为的监管，引导住院率回归合理水平。各部门要各尽其责，密切配合，通力协作，及时研究解决新情况新问题，总结推广经验做法，不断完善“两病”门诊用药保障机制建设。

重庆市医疗保障局

重庆市财政局

重庆市卫生健康委员会

重庆市药监局

2019年10月30日