

# 关于进一步完善城乡居民高血压糖尿病 门诊用药保障机制的实施意见

(征求意见稿)

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，根据国家医疗保障局等四部门《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）、国家医疗保障局国家卫生健康委《关于印发深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动方案的通知》（医保函〔2020〕219号）精神，结合我省实际，现就完善“两病”患者门诊用药保障机制提出以下实施意见。

## 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，全面贯彻党的十九大和十九届历次全会精神，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“尽力而为、量力而行”原则，完善“两病”患者门诊用药保障机制，减轻“两病”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。参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）并采取药物治疗的“两病”患者。

（二）认定标准。“两病”患者的认定标准以医学诊断标准为

依据。参保人员经定点医疗机构按诊疗规范确诊为“两病”患者并备案后，即可享受“两病”门诊用药保障。基层卫生健康管理部门要指导基层医疗卫生机构加强高血压、糖尿病人群的规范化管理，医疗保障部门要及时将这类人群整体纳入保障范围，不再进行“两病”门诊用药保障资格申请和审核。

（三）用药范围。“两病”患者门诊用药适用药品范围为最新版《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》内直接用于降血压、降血糖的治疗性药物，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、优先选用集中带量采购中选药品。

（四）保障待遇。各市（州）要根据基金运行情况合理设定报销比例和最高支付限额。原则上“两病”门诊用药保障不设起付线，对“两病”患者在定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖的政策范围内药品费用，统筹基金支付比例不低于 50%。高血压年度支付限额不低于 200 元/人，糖尿病年度支付限额不低于 300 元/人，同时患高血压、糖尿病的最高支付限额合并计算。

（五）政策衔接。做好与现有门诊统筹政策、门诊慢特病政策、住院保障政策的衔接。对已纳入门诊慢特病保障范围的“两病”患者，继续执行原有政策。避免重复报销、重复享受待遇。进一步规范入院标准，推动合理诊疗和科学施治。

### 三、配套措施

（一）完善支付标准。对“两病”用药按通用名合理确定医保

支付标准并动态调整，医保基金以支付标准作为结算基准，按规定结算。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。

（二）推行多元支付方式。根据“两病”患者就医和用药分布，鼓励开展按病种付费、按人头付费，有条件的地区可把“两病”门诊治疗用药纳入家庭医生签约服务范围。强化监督考核，对医保基金支付“两病”门诊用药费用原则上实行总额控制。积极探索紧密型县域医疗卫生共同体对“两病”门诊治疗的一体化医保管理政策。

（三）确保药品供应和使用。各有关部门要确保药品供应，医疗机构要优先使用集中带量采购中选药品，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。病情相对稳定的“两病”患者，门诊用药可执行三个月长处方制度，保障患者用药需求，但要避免重复开药，防止滥用。

#### **四、优化管理服务**

各市（州）要按照“申办便捷，结算及时”的原则，进一步完善并优化经办流程，及时开展现有信息系统的适应性改造，做好医保待遇享受人员信息库与规范化管理人员信息库对接共享，实现“两病”诊断、认定、门诊用药结算“一站式”完成。鼓励将门诊慢特病审核认定工作下沉到符合要求的定点医疗机构，实行“一

站式”受理，相关信息与医保经办机构同步，确保参保人员及时按规定享受待遇。加大“两病”药品集中招标采购力度，保障“两病”门诊药品开得出、用得上。强化医保智能审核信息系统应用，借助大数据手段，加强事中、事后审核，切实保障医保基金安全。将“两病”门诊用药保障服务纳入医疗服务协议管理，确保符合规定的门诊用药费用及时报销。加强“两病”门诊用药保障进展情况的统计分析，及时掌握群众待遇享受情况。

## 五、组织实施

（一）提高认识，抓好落实。各市（州）要提高政治站位，充分认识做好“两病”门诊用药保障工作的重要意义，坚决落实党中央、国务院决策部署和习近平总书记有关“推进疾病治疗向健康管理转变”重要指示精神，切实增强工作责任感和紧迫感，加强工作力度，结合本地实际情况并及时优化调整本地实施细则，着力确保“两病”门诊用药保障机制落地落实。

（二）细化分工，加强协同配合。医疗保障部门要牵头深入调研，及时完善医保待遇政策，切实提高“两病”患者保障水平，积极会同相关部门做好“两病”门诊用药保障工作。财政部门要积极参与“两病”门诊用药保障有关工作，按规定保障所需工作经费。卫生健康部门要做好“两病”患者的健康管理，负责畅通集中带量采购“两病”药品入院渠道，加强医疗服务行为监管，进一步健全完善“两病”门诊用药指南和规范，规范诊疗行为，确保集中带量采购药品合理使用，做好“两病”防治的健康绩效分析评价。

药品监督管理等部门负责做好“两病”用药生产、流通、配送等环节的监督管理。

（三）加强监管，用好管好基金。建立健全医保基金安全防控机制，严格贯彻落实《医疗保障基金使用监督管理条例》，及时将“两病”门诊用药保障列入日常检查和打击欺诈骗保专项治理工作内容。完善智能监控规则，关注异常数据，加强跟踪检查。将使用医保基金情况纳入医保信用管理，发挥基金监管的激励和约束作用。加强对虚假住院、挂床住院等行为的监管，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。

本实施意见从2022年 月 日起施行，有效期5年。