# **黄石市医疗保障局关于完善城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障的政策措施**

为贯彻落实《关于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》（鄂医保发〔2019〕69号）要求，市医疗保障局会同市财政局、市卫健委、市市场监管局联合印发了《关于转发<省医疗保障局 省财政厅 省卫生健康委 省药品监督管理局关于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>的通知》（黄医保发〔2019〕23号），上述文件针对部分城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者的门诊用药需求，提出了更有针对性的政策措施。

**一是明确保障对象。**参加我市城乡居民基本医疗保险的参保人员，经二级及以上定点医疗机构规范诊断，确诊为高血压、糖尿病并需要在门诊药物治疗的“两病”患者。这里针对的是参加城乡居民医保人员，是一个对特定人群、特定的支付项目的保障政策。这里不包括职工医保人群，因为职工医保人群采取的是统帐结合模式，门诊用药基本可以通过个人账户解决，是有制度安排的。

**二是明确保障水平**。以二级及以下定点基层医疗机构为依托，对“两病”参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用由城乡居民基本医保统筹基金按政策规定的比例支付。

（一）纳入我市基本医疗保险门诊特殊慢性病政策保障范围的“两病”患者按现有政策享受待遇，确保其待遇水平不降低。

（二）对未纳入我市基本医疗保险门诊特殊慢性病政策保障范围的“两病”患者，其降血压、降血糖的门诊用药费用纳入保障范围，政策范围内门诊用药费用按55%比例报销，其中对高血压患者最高支付限额为150元/年，糖尿病患者最高支付限额为200元/年，同时患高血压和糖尿病的患者，其最高支付限额为250元/年。减轻了未纳入我市基本医疗门诊特殊慢性病政策保障范围内“两病”患者的医疗费用负担。

**三是明确用药范围。**为国家基本医保用药目录内的降血压、降血糖药品。明确了“四个优先”，优先选用目录内甲类药品、国家基本药品、通过一致性评价的品种、集中采购中选品种，这“四个优先”体现了临床的必要性，保证了药品的质量以及合理的价格。

**四是明确支付方法。**“两病”患者在使用《省医疗保障局关于试行城乡居民高血压糖尿病门诊用药医保支付标准的通知》（鄂医保发〔2019〕72号）规定的降血压和降血糖药物时，实行医保限价支付，即按同一通用名相同目录剂型的每个规格确定的支付标准，作为我市对“两病”门诊用药的医保限价支付标准，“两病”药品价格在限价以内的，属于甲类药品的按55%报销；属于乙类药品的，个人先自付10%，剩余部分按55%报销。“两病”药品价格在限价标准以上部分由个人自付。

**五是做好政策衔接。**“两病”患者在门诊使用降血压和降血糖药物时，其符合规定的个人自付部分费用按相关政策规定纳入城乡居民大病保险、医疗救助和贫困人口基本医疗保障范围。做好各项保障政策的衔接，使“两病”患者充分享受我市医疗保障政策。

同时做好“两病”门诊用药保障与现行门诊特殊慢性病、普通门诊统筹的政策衔接，对降血压和降血糖以外的其他药品费用，以及符合门诊特殊慢性病保障范围的“两病”患者，继续按现行政策执行，确保待遇水平不降低。要做好门诊保障与住院保障的衔接，对能够在门诊治疗的“两病”患者，原则上不得收治住院，严格控制“两病”住院率，坚决防止“小病大养”、“小病大治”的情况。对因病情确需住院就医的“两病”患者，住院期间的“两病”医疗费用按统筹地区住院政策执行、不能同时发生“两病”门诊医疗费用。要避免重复报销、重复享受待遇。

**六是规范经办服务。**未纳入我市居民医保门诊特殊慢性病保障范围的“两病”患者，就近在我市一级及以上的定点医疗机构申报门诊保障待遇，并提供本人身份证或社会保障卡、二级及以上定点医疗机构出具的相关病历资料，经我市一级及以上定点医疗机构初审，报县（市、区）医保经办机构复核，复核通过后即可享受相关待遇。复核通过的“两病”患者的医保服务管理严格按《关于印发<黄石市城乡居民基本医疗保险门诊特殊慢性病管理试行办法>的通知》（黄人社规〔2018〕1号）规定执行。规范了经办服务流程，确保“两病”患者更方便快捷的享受待遇。