

重庆市铜梁区医疗保障局

铜医保发〔2021〕17号

重庆市铜梁区医疗保障局 关于转发《重庆市医疗保障局关于做好城镇职工 高血压糖尿病门诊用药保障的通知》的通知

区内各定点医疗机构：

现将重庆市医疗保障局《关于做好城镇职工高血压糖尿病门诊用药保障的通知》（渝医保发〔2021〕32号）转发给你们，请遵照执行。

重庆市铜梁区医疗保障局
2021年6月30日



重庆市铜梁区医疗保障局

2021 年 6 月 30 日印发

重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2021〕32号

重庆市医疗保障局关于 做好城镇职工高血压糖尿病门诊用药保障的 通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人力社保局：

为加快推进城镇职工高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者门诊用药保障全覆盖，进一步减轻“两病”患者医疗费用负担，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）相关规定，结合城乡居民“两

病”门诊用药保障工作经验，现就做好城镇职工“两病”门诊用药保障有关要求通知如下：

一、适用人群

符合中国高血压、糖尿病防治指南标准，需长期门诊用药的参加城镇职工基本医疗保险（以下简称职工医保）的“两病”患者。

二、诊断管理

（一）诊断机构

诊断机构扩大到我市一、二、三级医保定点医疗机构（我市城乡居民医保“两病”诊断机构一并参照执行），取得执业医师资格的医生作为诊断医师。

（二）诊断确定

1. 参保人在医疗机构申报或在就医过程中符合“两病”诊断标准的，可申请“两病”门诊用药保障待遇；符合我市门诊特殊疾病准入标准的，也可按规定申请门诊特殊疾病待遇。由就诊医疗机构在医保信息系统为其办理“两病”门诊用药保障待遇及建立“两病”患者初始电子档案（新的信息系统建设完成前需建立纸质档案），并将相关信息推送到医保“两病”管理平台。

“两病”患者原则上不单独办理“两病”就医凭证，直接凭社会保障卡或电子医保凭证就医。对确需办理“两病”就医凭证的，也可由诊断机构为其办理“两病”就医凭证。

2. 已经享受我市职工医保高血压、糖尿病门诊特殊疾病待遇的患者可自愿申请成为我市“两病”门诊用药保障对象。

3. 未享受门诊特殊疾病待遇但已经在卫生健康部门实行规范化管理的职工医保“两病”参保人可在对其进行规范化管理的医疗机构申请成为我市“两病”门诊用药保障对象。

4. 我市城乡居民基本医疗保险“两病”门诊用药保障与我市职工医保“两病”门诊用药保障实行互认，转换参保险种时无需重复检查。

三、用药保障

我市“两病”门诊用药保障待遇与门诊特殊疾病待遇不重复享受。“两病”门诊用药保障对象符合我市门诊特殊疾病准入标准的，也可按规定申请享受门诊特殊疾病待遇，同时停止享受“两病”门诊用药保障待遇。

“两病”患者门诊治疗范围为药品目录中降血压、降血脂、降血糖药物及我市门诊特殊疾病规定的“两病”检验检查项目；优先选用集中带量采购药品，今后国家和我市集中带量采购药品变化的按变化后的执行。

“两病”患者门诊治疗范围中的降血压、降血脂、降血糖药物包括：利尿剂（XC03）、 α 受体阻滞剂和 β 受体阻滞剂（XC07）、钙通道阻滞剂（XC08）、血管紧张素转换酶抑制剂及其复方制剂（XC09A、XC09B）、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂及其复方制剂

(XC09C、XC09D)、调节血脂药(XC10)、糖尿病用药(XA10)及降血压、降血脂、降血糖的中药。

“两病”患者门诊用药通过按项目付费和按人头付费两种方式予以保障。

(一)按项目付费。“两病”患者在我市所有医保定点医疗机构(含社区卫生服务站)或定点零售药店发生的符合保障范围规定的药品和检验检查费用,扣除起付线按规定的报销比例、限额报销后,剩余费用由本人承担。医保经办机构根据医疗机构或定点零售药店实际发生的医保范围内的报销费用按月拨付。按项目付费的具体支付标准:

1. 报销比例:(1)在二级及以下医疗机构:集中带量采购药品报销比例为100%;非集中带量采购药品、检查检验项目费用报销比例为80%。(2)在三级医疗机构就医的,报销比例为80%。

2. 起付线:在二级及以下医疗机构不设起付线,三级医疗机构起付线为880元(三级中医院为440元)。

3. 报销限额:(1)随用人单位参加职工医保人员及以个人身份参加职工医保二档人员:患有高血压或患有糖尿病的年报销限额为1400元/人·年,同时患有高血压和糖尿病的报销限额为2800元/人·年;(2)以个人身份参加职工医保一档人员:患有高血压或患有糖尿病的年报销限额为1000元/人·年,同时患有高血压和糖尿病的报销限额为2000元/人·年。

（二）按人头付费。居住地或工作地相对固定的“两病”参保患者，可选择按人头付费的保障方式。“两病”参保患者自愿选择居住地或工作地一个乡镇卫生院或一个社区卫生服务中心作为本人“两病”门诊定点治疗机构（见附件）。定点治疗机构负责患者的门诊治疗服务（包括复诊、检查、供药），并按规定满足患者门诊治疗服务需求。费用由医保经办机构与定点治疗机构分别按高血压 30 元/人·月、糖尿病 70 元/人·月的人头标准按月结算、年终考核清算（城镇职工、城乡居民“两病”按人头付费考核清算办法由开展此项工作的区县根据实际情况具体制定，当年中途选择的按实际月份计算）。

四、复诊续方

“两病”患者的治疗机构为我市所有医保定点医疗机构（含社区卫生服务站）。

探索“互联网+”与医保支付结合的模式，通过建立电子处方流转平台实现实时结算，“两病”患者可凭医保定点互联网医院开具的电子处方，到能稳定供应集中带量采购药品且已联通电子处方流转平台的定点药店购药，按规定报销相关费用。

单张处方给药剂量不超过 12 周的实际用量。

享受“两病”门诊用药保障待遇的参保人员，连续 6 个月以上未进行门诊治疗的，暂停享受“两病”门诊用药保障待遇。因客观原因造成暂停的，可在就诊医疗机构登记恢复待遇。

五、异地就医

办理了跨省异地就医备案的市外“两病”患者，在市外异地直接联网结算的医保定点医疗机构就医的，按异地就医规定执行；在市外异地非直接联网结算的医保定点医疗机构就医，由参保人员先行垫付相关费用，再到参保地医保经办机构按本办法的规定报销。

六、工作要求

（一）提高认识，加大宣传培训力度。各区县要充分认识做好“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，积极开展“两病”危害性和门诊用药政策宣传，及时开展对定点机构的人员的培训，尽快实现“两病”患者全覆盖，实现早发现、早治疗。

（二）加强监管，维护基金安全。各区县要做好监督管理工作，通过欺诈骗保举报奖励制度、社会监督机制、定期与不定期的检查等措施，落实监督管理的责任。

（三）加大带量采购力度，做好供应保障。各区县要在前期集中带量采购工作的基础上，进一步加大“两病”药品带量采购和使用执行力度。要指导和协调相关定点医疗机构和药店优先采购、使用国家和我市组织集中带量采购中选药品，确保采购“两病”药品配得齐、开得出、用得上。

本通知从 2021 年 7 月 1 日起执行。

附件：重庆市职工医保“两病”门诊用药保障登记表



（此件公开发布）

附件

重庆市职工医保“两病”门诊用药保障登记表

姓名		性别		年龄	
身份证号					
参保人联系电话					
付费方式	按人头付费 ☐ 按项目付费 ☐				
定点治疗机构 (按人头付费需填写)					
病种	高血压 ☐ I 型糖尿病 ☐ II 型糖尿病 ☐				
本人 意见	签字: 年 月 日				
登记 机构 意见	签章: 年 月 日				

备注：本表格由登记机构存档备查。