附件2

《关于完善高血压、糖尿病门诊用药保障机制的通知》（征求意见稿）起草说明

 一、政策依据及必要性

2019年，政府工作报告中提到“做好常见慢性病防治，把高血压、糖尿病等门诊用药纳入医保报销”。2019年9月，国家医保局、财政部、国家卫生健康委、国家药监局四部委联合出台《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，以下简称《指导意见》），对参加城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者，以二级及以下定点基层医疗机构为依托，使用降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付，政策范围内支付比例达到50%以上。

我市执行国家、省确定的基本医疗保险药品目录，目录中的降血压、降血糖的药物已纳入我市医疗保险保障范围。按照我市医保政策的规定，基本医疗保险一档门诊药品费用（含“两病”）从个人账户中支付，个人账户余额不足支付的，由个人自付，自付金额超过社平工资5%以上的部分，由大病统筹基金支付70%（70周岁以上80%）；基本医疗保险二、三档实行社区门诊统筹，甲类、乙类药分别由社区门诊统筹基金支付80%、60%，基金年度最高支付限额为1000元。整体上我市医疗保障待遇较全面，但仍有提升和完善的空间。因此，此次按照国家《指导意见》的要求，我局会同市财政局、市卫生健康委、市市场监管局起草了《关于完善高血压、糖尿病门诊用药保障机制的通知（征求意见稿）》（以下简称《通知》），进一步完善我市“两病”门诊用药保障专项待遇，同时建立与家庭医生相关联的慢性病管理机制，在进一步减轻“两病”参保人门诊用药经济负担的同时，依托家庭医生实现对“两病”患者有效的健康服务管理。

二、主要内容

**（一）关于保障对象**

按《指导意见》规定，此次“两病”用药保障机制明确保障对象为参加居民医保并采取药物治疗的“两病”患者，不包含职工医保人群。但考虑我市是职工、居民一体化的医保制度体系，未建立单独的居民医保，因此《通知》将“两病”门诊用药专项待遇覆盖至我市所有基本医保参保人。

**（二）关于“两病”药品费用支付**

“两病”门诊用药专项待遇是在原基本医保待遇基础上新增的待遇，因此，《指导意见》对“两病”用药提出了选用药品“四个优先”（优先选用目录甲类药品、国家基本药物、通过一致性评价的品种、集中招标采购中选药品）及“医保支付标准”的要求，以确保药品合理价格，解决参保人用药负担，保障基金平衡。

因此，《通知》对“两病”降血糖、降血压的药品实行差异化支付，参照基本医疗保险二、三档门诊统筹支付比例，规定以医保支付标准为基数，按甲类药品、乙类药支付比例分别为80%，为60%；低于支付标准以实际价格计算，高于支付标准的以支付标准为基数计算；国家集中招标采购药品的支付基数按相关规定来确定。同时，对于统筹基金支付后的费用，有个账余额的，按规定可从个人账户中支付。更大程度上减轻“两病”患者的经济负担。

医保支付标准及“两病”药品目录按广东省统一规定执行。

**（三）关于家庭医生关联机制**

《通知》规定，我市确诊“两病”的参保人签约家庭医生团队，接受慢性病管理服务时，由其签约的家庭医生开具的医保目录内的“两病”药品，享受“两病”门诊用药专项待遇。此项规定主是要考虑到：

**一是**国家《指导意见》明确“两病”用药以二级及以下定点基层医疗机构为依托实现待遇给付，同时在配套改革措施中提出“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”。

二**是**我市家庭医生制度建立较久，目前全市已有628家社康开展家庭医生团队服务，全科家庭医生数量达3243人，包含“两病”在内的重点人群签约率已达70%以上，家庭医生服务管理已较完善，服务条件基本具备。

**三是**将“两病”门诊用药专项待遇依托家庭医生管理，可强化全科医生的责任，同时运用家庭医生针对性的服务，实现对参保人“两病”就医、用药行为的指导和管理，从而实现有效减少“两病”并发症的出现，发挥健康管理促健康的效果。

1. **关于部门职责**

根据《指导意见》，《通知》细化了医保、卫健、财政、市场监管等部门在落实“两病”门诊专项待遇工作中的具体职责分工，同时也对基层医疗机构提出了相关的要求。