520000-2023-31-004

贵州省医疗保障局文件

黔医保发〔2023〕20号

省医保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

各市（自治州）医疗保障局，省局所属单位:

为进一步提高城乡居民高血压糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗保障水平，完善城乡居民“两病”门诊用药保障机制，现将有关事项通知如下。

一、提高待遇水平

（一）扩大保障范围。参加我省城乡居民基本医疗保险（以下简称“城乡居民医保”）且符合“两病”门诊用药专项待遇保障条件的人员，在门诊用药纳入保障的基础上，将与“两病”有

关的门诊检查、检验等费用，纳入保障范围。基层医疗卫生机构开展城乡居民医保“两病”诊疗服务的，可收取一般诊疗费，支付标准按各统筹地区一般诊疗费规定执行。

（二）提高支付标准。政策范围内基金支付比例调整为：一级及以下医疗机构为90%，二级医疗机构为80%，三级医疗机构为70%。

二、优化就医管理

取消“两病”用药专项保障备案定点医疗机构限制。参保人员取得“两病”用药专项待遇资格后，在省内已开通城乡居民“两病”异地联网直接结算的定点医疗机构，产生的与办理病种有关的医疗费用直接结算。未开通异地联网直接结算的，由参保人员先行垫付，再到参保地医保经办机构按规定报销。跨省异地就医未直接结算的，到参保地医保经办机构按规定报销。

三、提升经办服务

（一）规范待遇享受凭证。各统筹地区要制定统一的“两病”专项用药保障待遇享受资格凭证（含书面、电子凭证）并发放给符合“两病”专项用药保障待遇的患者，提高患者知晓率。对已获得“两病”专项用药保障待遇资格的人员实行全省互认，跨统筹地区转移医保关系或新参保时，不需另行认定资格，凭原有“两病”专项用药保障待遇享受资格凭证继续享受待遇。

（二）继续实施“长处方”政策。根据《国家卫生健康委办公厅、国家医保局办公室关于印发长期处方管理规范（试行）的通

知》（国卫办医发〔2021〕17号）精神，支持定点医疗机构将处方用药量放宽至12周，保障“两病”患者长期用药需求。

四、工作要求

（一）强化统筹调度。各市（州）医保局要加大督促指导力度，确保政策落到实处。在宣传工作上再发力，拓宽宣传渠道，优化宣传方式，在经办大厅、医疗机构、社区（村居）内强化宣传，提高群众政策知晓率。

（二）开展数据治理。对卫生健康部门规范化管理的“两病”人员数据加强治理，做好“两病”人员数据的统一上报工作。确保规范化管理“两病”人员待遇应享尽享。同时清理多重享受待遇人员，避免重复报销、重复享受待遇。

（三）强化分析监管。强化数据运行监管，做好数据监测，全面准确掌握基金收支运行、待遇享受人数、待遇支付等情况，加强基金监管，维护基金安全。

本通知自2023年10月1日起实施，实施过程中重要事项及时向省医保局报告。

贵州省医疗保障局

2023年8月7日

（此件公开发布）