“两病”门诊用药保障

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了重庆市城镇职工医保或城乡居民医保的“两病”患者，经诊断机构鉴定符合“两病标准”的可获得门诊用药资格。

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，取得执业医师资格的医生作为诊断医师。江津区内镇（街）卫生院（社区卫生服务中心）及在其级别以上的医保定点医疗机构均可诊断。

（二）诊断确定

职工医保和居民医保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，由就诊医疗机构在医保信息系统为其办理“两病”门诊用药保障待遇后获得门诊用药资格。

其他：

1.居民医保

已经获得我市原城乡居民“两病”门诊用药保障资格或居民医保高血压、糖尿病特病资格的患者自动成为我市“两病”用药保障对象；已经在卫生健康部门实行规范化管理的城乡居民“两病”参保人自动成为我市“两病”用药保障对象。

2.职工医保

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；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。

3.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。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。对确有必要办理“两病”就医凭证的，也可由诊断机构为其办理“两病”就医凭证。

三、“两病”门诊用药保障

“两病”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。付费方式原则上一年只能变更一次，变更后次年生效。

（一）按项目付费

“两病”患者在全市所有医保定点医疗机构或能稳定供应集中带量采购药品且已联通医保“两病”管理平台的定点零售药店按规定进行报销。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 报销险种 | 药品类别 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 | 报销限额 |
| 起付线 | 报销比例 | 起付线 | 报销比例 | 起付线 | 报销比例 |
| 居民医保 | 一类管理对象 | 集采药品 | 0 | 100% | 0 | 100% | — | — | 一类对象：500元/人·年；二类对象：1000元/人·年；同时患两种慢性病的：1500元/人·年；每增加一个慢性病报销限额增加200元。 |
| 非集采药品 | 0 | 60% | 0 | 60% | — | — |
| 二类管理对象 | 集采药品 | 0 | 100% | 0 | 100% | 0 | 40% |
| 非集采药品 | 0 | 80% | 0 | 60% | 0 | 40% |
| 职工医保（高血压、糖尿病） | 集采药品 | 0 | 100% | 0 | 100% | 880元 | 80% | 单位和个人二档：1400元/人·年，同时患两种报销限额2800元/人·年；个人一档：1000元/人·年，同时患两种的报销限额2000元/人·年。 |
| 非集采药品 | 0 | 80% | 0 | 80% | 880元 | 80% |

（二）按人头付费

“两病”参保患者自愿选择居住地或工作地一个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。

患者诊治“两病”时除一般诊疗费外，个人不承担费用，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。

咨询电话：023-47566105