

# 城乡居民医保高血压、糖尿病门诊用药保障模式研究

刘阳<sup>①</sup>, 郭珉江<sup>①</sup>, 吕兰婷<sup>②</sup>, 彭博<sup>①</sup>, 郭冰<sup>③</sup>

**摘要** 通过梳理全国各省(区、市)出台的城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障政策,了解各地开展城乡居民“两病”门诊保障的模式和特点。目的在于掌握不同地区“两病”保障的辐射对象、认定标准、待遇水平以及提供服务的机构类型;理解“两病”专项保障在“两病”保障体系中发挥的作用;为扩大“两病”保障范围、提升保障效果提供未来政策优化的依据。

**关键词** 城乡居民医保;高血压;糖尿病;药品保障

**中图分类号** R1-9; F840.613 **文献标志码** A **文章编号** 1003-0743(2023)11-0033-04

**Research on the Patterns of Medication Security for Outpatients with Hypertension and Diabetes in Urban and Rural Residents/Liu Yang, Guo Minjiang, Lü Lanting, et al./Chinese Health Economics, 2023,42(11):33-36**

**Abstract** To find out the security patterns and characteristics of medication security for outpatients with hypertension and diabetes in urban and rural residents by analysing the relevant policies at provincial level in China. It is designed to understand the security subject, recognition standards, the level of reimbursement and the institutions providing services in different regions. Therefore we can understand the role of “special security” in the whole security system, so that to provide evidence for policy optimization with the purpose of expand the coverage and improve the effectiveness.

**Keywords** medical insurance for urban and rural residents; hypertension; diabetes; medication security

**First-author's address** Institute of Medical Information, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100020, China

**Corresponding author** Guo Minjiang, E-mail: guo.minjiang@imicams.ac.cn

近些年,慢性非传染性疾病已成为影响我国居民健康的首要危害因素<sup>[1]</sup>。《中国居民营养与慢性病状况报告(2020年)》显示,2019年我国因慢性病导致的死亡占总死亡的88.50%,高血压、糖尿病(以下简称“两病”)是发病率最高的两类慢性病,我国18岁及以上居民高血压患病率为27.50%,糖尿病患病率为11.90%,并且患病率与2015年相比均呈上升趋势<sup>[2]</sup>。《2018年全国第六次卫生服务统计调查报告》显示,高血压、糖尿病是我国15岁及以上患者患病率最高的两类慢性病,患病率分别达18.10%和5.30%<sup>[3]</sup>。2022年发布的《中国心血管健康与疾病报告2021》<sup>[4]</sup>中,估算我国成人高血压和糖尿病患病人数分别为2.45亿人和1.298亿人。虽然基本医保制度是减轻患者疾病经济负担的重要手段,并且我国基本医保参保率持续稳定在95.00%以上<sup>[5]</sup>,但不同的医疗保险制度间存在待遇差异。城乡居民“两病”患者与城镇职工相比,由于其筹资水平较低、没有个人账户、门诊保障水平较低等因素<sup>[6]</sup>,门诊保障不充分的情况更突出。

2019年9月,《国家医保局 财政部 国家卫生健康委

委 国家药监局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)明确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、降血糖药品费用由统筹基金支付,并且政策范围内支付比例要达到50%以上。本研究通过对全国各省(区、市)城乡居民“两病”门诊用药保障政策进行系统梳理,总结不同地区城乡居民“两病”门诊用药保障模式,了解不同地区城乡居民“两病”门诊用药保障的共性和差异,在门诊保障改革背景下提出优化政策的建议。

## 1 保障模式

本研究通过文献和地区调研发现,不同地区由于统筹层次和保障制度设置的不同,在城乡居民“两病”门诊用药保障执行层面形成了不同的保障体系(表1)。大多数省(区、市)根据国家文件设置了“两病”门诊用药专项保障制度,以提高城乡居民的“两病”门诊保障水平,也有8个省(区、市)将“两病”门诊用药保障融入到原有的门诊保障体系中,通过普通门诊统筹及门诊慢性病、特殊病(以下简称门诊慢特病)统筹的方式进行保障。其中,北京、上海仅依托“普通门诊统筹”实现保障,天津、吉林、浙江、福建、广西、宁夏等6省(区、市)依托“普通门诊统筹+门诊慢特病”的模式实现保障。其余地区中,除重庆市依托普通门诊统筹保障和“两病”专项保障外,其余23个省份(含新疆生产建设兵团,以下简称兵团)均形成了“普通门诊统筹+专项保障+门诊慢特病”三重保障体系。

\* 基金项目:国家医疗保障局委托项目“两病”地方待遇享受情况调度。

① 中国医学科学院医学信息研究所 北京 100020

② 中国人民大学公共管理学院 北京 100872

③ 中国人寿保险股份有限公司北京市分公司 北京 100020

作者简介:刘阳(1991—),女,硕士学位,助理研究员;研究方向:卫生政策与医疗保障;E-mail:lwliuyang@163.com。

通信作者:郭珉江,E-mail:guo.minjiang@imicams.ac.cn。

表1 各地区城乡居民“两病”门诊用药保障模式

保障模式	省份
仅普通门诊统筹	北京、上海
普通门诊统筹+门诊慢特病保障	天津、吉林、浙江、福建、广西、宁夏
普通门诊统筹+“两病”专项保障	重庆
普通门诊统筹+“两病”专项保障+门诊慢特病保障	其余22个省(区)与新疆生产建设兵团

注：根据各省(区、市)发布的城乡居民医保“两病”门诊用药保障政策及地区调研整理。

## 2 保障政策

### 2.1 保障对象

各省(区、市)对保障对象的基本要求均为参加了城乡居民医保并需要采取门诊药物治疗的“两病”患者。对于建立了“两病”专项保障制度同时本地已有的门诊慢特病保障中也涉及“两病”的地区,在专项保障政策中会强调保障对象应尚未达到门诊慢特病的鉴定标准,且不同时享受门诊慢特病保障待遇。各地区专项保障制度对保障对象的限定主要在3个方面存在差异:一是诊断标准。如河北、云南、新疆及兵团等明确需按照《国家基层高血压防治管理指南》《国家基层糖尿病防治管理指南》中的标准诊断,山西、湖南也明确了诊断标准,其余地区多仅要求规范诊断即可。二是认定方式。多数地区仅对确诊医疗机构的等级和性质做了规定,如辽宁、黑龙江、湖北、重庆、贵州、西藏、甘肃等规定需经二级及以上定点医疗机构确诊,青海强调需经二级及以上定点综合医疗机构确诊,山东、兵团规定需经一级及以上医疗机构确诊,西藏、甘肃还要求定点医疗机构确诊后需经医保部门审核,部分地区除对医疗机构做了限制外,还对确诊医生做了相关规定,如吉林要求由基层医疗卫生机构的全科医生或具备“两病”诊疗能力的临床医师确诊,四川要求由二级及以上定点医疗机构或乡镇卫生院和社区卫生服务中心相应执业范围执业医师确诊。值得注意的是,为进一步简化“两病”门诊用药待遇享受程序,扩大“两病”门诊用药保障政策受益面,国家医疗保障局、国家卫生健康委印发《关于印发深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理工作专项行动方案》。各省据此出台本地区政策时,对于已被基层卫生健康部门纳入规范化管理的“两病”人群无需进行医保资格申请和审核,直接纳入保障范围,而对于未纳入门诊慢特病保障的“两病”患者,经定点医疗机构规范确诊备案后即可享受相关待遇,即“开方即认定”。三是疾病分型。个别地区对“两病”危险程度有限定,如重庆规定高血压保障对象应为1级高血压低危组及继发性高血压患者,贵州规定高血压保障对象为1级高血压中的高危和很高危,2级、3

级高血压且未发生靶器官损害。

### 2.2 待遇水平

超过一半地区由统筹地区自行制定“两病”门诊用药保障待遇政策,由省级相关部门对待遇标准进行界定。如江苏规定统筹基金最高支付限额原则上不低于800元,且不高于当地居民医保门诊慢性病相同病种的支付限额,若同时患有“两病”的参保患者最高支付限额应适当增加;安徽规定政策范围内报销比例各市可自行设置在50%~60%;山东明确一级及以下定点医疗机构不设起付线;河南明确乡级和村级医疗机构不设起付线;四川规定高血压最高支付限额不低于200元/(人·年),糖尿病最高支付限额不低于300元/(人·年);甘肃和兵团均规定了各统筹区原则上高血压、糖尿病最高支付限额,甘肃省分别为400/(人·年)、800/(人·年),兵团分别为300/(人·年)、400/(人·年)。有10个省(区、市)制定了统一的“两病”门诊用药保障待遇政策。除山西、黑龙江外,各地区普遍不设起付线,湖南则强调了在基层机构以及由签约家庭医生开具的合规处方费用不设起付线。贵州、西藏设置的“两病”最高支付限额标准最高,分别为800元/(人·年)和1200元/(人·年),且同患“两病”最高支付限额叠加计算;内蒙古、海南未对同患“两病”患者设置直接叠加待遇。报销比例方面,黑龙江、海南、贵州、西藏和青海等对不同级别定点医疗机构设置了不同的报销比例,其中青海还将定点药店纳入范围;山西、湖南、贵州、西藏针对甲、乙类药品设置了不同的报销比例(表2)。

### 2.3 服务机构

根据国家相关文件要求,“两病”专项保障应以二级及以下基层医疗机构为依托。因此,各地区在制定本地区专项保障政策时通常也以此为指导原则,但部分地区考虑自身实际情况做了调整,总体以二级及以下基层医疗机构为重点,个别地区将定点药店也纳入保障的机构范围。其中,河北强调依托机构(不含村卫生室、社区卫生服务站及诊所),而山西、甘肃则主要依托乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务机构;河南规定“两病”依托机构应与门诊统筹定点医疗机构保持一致,原则上以乡级医疗机构(社区卫生服务中心)、村级医疗机构(社区卫生服务站)为主;湖南则规定以协议基层医疗机构(符合医保准入条件的乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心及高校医务室等)和二、三级医院高血压、糖尿病专科专病门诊为依托,其中在协议基层医疗卫生机构由签约家庭医生开具的“两病”药品费用享受专项保障,对未经确诊、未进行申报或不需要长期采取药物治疗的“两病”患者,门诊用药按统筹地区普通门诊统筹政策执行;青海依托一级及以下定点机构,而贵州、西藏则

表2 省级统一“两病”门诊用药保障待遇政策汇总

省份	起付线 (元/年)	高血压最高支付 限额[元/(人·年)]	糖尿病最高支付 限额[元/(人·年)]	两病合计最高支付 限额[元/(人·年)]	政策范围内报销比例
河北	无	225	375	分别享受待遇	50%
山西	60	260	I型糖尿病 480, 其 他类型糖尿病 360	起付线和支付 标准分别计算	甲类药品 60%, 乙类药品 50%
内蒙古	无	300	600	600	50%
黑龙江	100	300	500		二级医疗机构报销 50%; 二级 以下医疗机构报销 55%
湖南	在协议基层医疗卫生机构 且由签约家庭医生开具的 合规费用不设起付线	400	800		70%, 国家基本医保药品目录 内甲类、国家基本、集中招标 采购中选药品不设自付比例
海南	无	400	600	700	一级及以下医疗机构报销 60%; 二级医疗机构报销 50%
重庆	无	500	500		二级及以下医疗机构报销 60%
贵州	无	800	1 200	2 000	一级及以下医疗机构 70%; 二 级医疗机构 60%; 三级医疗机 构 50%; 乙类药品个人先行自 付 10%
西藏	无	800	1 200	2 000	一级及以下医疗机构 70%; 二 级医疗机构 65%; 三级医疗机 构 60%; 乙类药品个人先行自 付 10%
青海	无	400	600	1 000	二级及以下医疗机构和定点药 店 70%; 三级医疗机构 50%

注：根据各省（区、市）发布的城乡居民医保“两病”门诊用药保障政策整理形成。

未限定依托机构。

### 3 讨论

#### 3.1 实现应保尽保是专项保障政策实施的首要目的

将更多需要服药的“两病”纳入保障范围是首当其冲需要考虑的问题。对于城乡居民医保患者而言，专项保障制度的建立对于提升“两病”保障人群覆盖面，将符合政策要求的城乡居民参保人员全部纳入保障具有重要意义。以本研究所列高血压、糖尿病现患人数为 2.45 亿人和 1.298 亿人作为“两病”现患基数为例，根据《2021 年全国医疗保障事业发展统计公报》中城乡居民医保占比为 74%，《2018 年全国第六次卫生服务统计调查报告》中按规律服药的“两病”患者比例约为 75%，以此进行测算，城乡居民“两病”需保障用药现患人数约为 2.08 亿人。专项保障制度能弥补原有保障体系中因普通门诊保障额度较低、门诊慢特病保障门槛较高，而导致应服药治疗的“两病”患者未能进入医疗保障范围的问题。有数据表明，通过建立城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障机制，到 2020 年累计 1 亿多“两病”患者受益<sup>[7]</sup>；至 2021 年，医疗保障部门与卫生健康部门开展专项行动进一步强化了“两病”用药保障效果，使得累计保障数字达到 1.2 亿人<sup>[8]</sup>，说明城乡居民“两病”保障在门诊人群覆盖方

面已取得显著成效，但也可以看到仍有部分患者未纳入保障范围，这也是下一步保障工作的重点之一。

#### 3.2 门诊保障水平仍存在地区差异，综合保障水平有待提升

保障水平也是保障政策的重要因素。专项保障政策设立了“两病”门诊用药保障的标准，设立最低保障水平即 50% 的水平线，以弥补原有保障可能不充分的问题。各地区出台的“两病”待遇标准差异性较大，部分地区设置的年度最高支付限额较低，仅为 200 元，还有一些地区“两病”用药目录中药品种类较少，这些都会降低实际报销比例，影响保障效果，也产生了地区间待遇差。已有研究表明慢性病门诊补偿政策对提高“两病”门诊医疗服务利用具有促进作用<sup>[9]</sup>，而门诊服务对住院服务具有替代效应<sup>[10]</sup>，提高门诊服务利用率和待遇水平可减少“两病”患者可避免住院率<sup>[11]</sup>，减轻全周期经济负担以及健康风险。加强门诊“两病”保障，增加“两病”患者门诊用药依从性，应该充分认识保障“门诊”用药水平在“两病”患者管理中的“守门人”作用。

#### 3.3 用药行为与保障可及性密切相关，医疗医药协同需求更为迫切

目前，仅有个别地区将定点零售药店纳入了“两

病”门诊用药保障机制，绝大部分地区仍通过依托医疗机构，尤其是基层医疗机构实现保障，这与我国长期以来零售药店主要只能利用医保个人账户支付的现实情况有关。2023年2月，《国家医疗保障局办公室关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（医保办发〔2023〕4号），明确参保人在定点机构开具的处方中医保目录内费用可由统筹基金支付，定点零售药店门诊统筹的起付标准、支付比例等方面可与本地定点基层医疗机构保持一致。这一政策的出台对“两病”门诊保障将会产生重要影响。随着政策推进，会有更多地区将定点零售药店列为“两病”门诊保障的依托机构，“两病”门诊保障的可及性进一步增加，但也会增加医保监管的难度，患者健康管理的效果也可能被影响。

#### 4 建议

##### 4.1 强化部门和机构合作，提高保障人群范围和水平

医保和卫生健康部门应加强合作和数据共享，通过流行病学调查和机构就诊排查，做好城乡居民医保“两病”患病人群摸底测算，持续简化“两病”人员认定标准，将更多应保障未保障患者尽快纳入保障范围。同时，也要关注已纳入人群的保障效果，一是从医保待遇方面，是否达到政策要求的报销水平，有效减轻城乡居民经济负担；二是从治疗效果方面，高血压、血糖控制率是否达标，避免患者病情加重造成更大的风险。

##### 4.2 追踪监测政策实施数据，开展实施效果评价

实施效果分析评价，一方面能了解各地区“两病”患者门诊用药保障范围和待遇水平，作为政策调整优化的依据，不断完善待遇支付标准，提高保障水平；另一方面也能及时监测到“两病”门诊保障的动态变化，了解新的政策点对其产生的影响，对实现城乡居民“两病”保障全覆盖，切实减轻门诊药品负担具有重要意义。

##### 4.3 增进多重保障政策衔接，加强上下级医疗协同及医药协同

普通门诊、“两病”专项以及门诊慢特病三重保障体系的形成是为了更好地保障不同类型、不同严重程度的“两病”患者，要加强三重保障之间的政策衔接，努力做到不遗漏一个应享受待遇的患者。同时，要发挥好基层医疗机构的基础作用以及高级别医疗机构的治疗优势，上下级医疗机构联动保障，也应将定点药店纳入保障范围，做到医药协同，将“两病”保障网织牢织密。

#### 参 考 文 献

[1] ZHOU M, WANG H, ZENG X, et al. Mortality, morbidity, and risk factors in China and its provinces, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study

2017[J]. Lancet, 2019, 394(10204):1145–1158.

- [2] 国家卫生健康委疾病预防控制局. 中国居民营养与慢性病状况报告(2020) [R]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [3] 国家卫生健康委统计信息中心. 2018年全国第六次卫生服务统计调查报告[R]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [4] 国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告2021[R]. 北京: 科学出版社, 2022.
- [5] 国家医疗保障局. 2021年全国医疗保障事业发展统计公报[EB/OL]. (2022-06-08) [2022-07-12]. [http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art\\_7\\_8276.html](http://www.nhsa.gov.cn/art/2022/6/8/art_7_8276.html).
- [6] 国家卫生健康委统计信息中心. 全国第六次卫生服务统计调查专题报告. 第一辑[R]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2021.
- [7] 胡静林. 坚持规划引领 加强统筹推进 汇聚奋进合力 开启“十四五”医疗保障高质量发展新征程[J]. 人民论坛, 2021(33):6–11.
- [8] 海韵. 开局之年的医保答卷: 高质量发展开新局[J]. 中国医疗保险, 2022(3):26–33.
- [9] 杨晓倩, 秦江梅, 张丽芳, 等. 高血压、糖尿病患者预防和医疗服务利用影响因素分析[J]. 中国公共卫生, 2017,33(2):185–190.
- [10] 简伟研, 方海. 门诊服务对住院服务替代效应的实证分析[J]. 北京大学学报(医学版), 2015,47(3):459–463.
- [11] 陈思远, 周吴平, 简伟研, 等. 我国中部农村居民糖尿病和高血压可避免住院现状研究[J]. 中国卫生质量管理, 2021,28(5):95–97.

【收稿日期: 2023-09-08】 (编辑: 张红丽)