

晋城市医疗保障局
晋城市财政局
晋城市卫生健康委员会
晋城市市场监督管理局

文件

晋市医保发〔2019〕52号

晋城市医疗保障局

晋城市财政局

晋城市卫生健康委员会

晋城市市场监督管理局

关于印发《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施办法》的通知

各县（市、区）医保局、财政局、卫生健康和体育局、市场监管

局：

为进一步减轻城乡居民高血压、糖尿病患者医疗费用负担，根据省医保局、省财政厅、省卫生健康委员会、省药品监督管理局《关于印发〈关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施方案〉的通知》（晋医保发〔2019〕58号）要求，市医保局、市财政局、市卫生健康委、市市场监管局联合制定了《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施办法》，现印发你们，请认真贯彻落实。



关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药 保障机制的实施办法

为进一步减轻城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，根据省医保局、省财政厅、省卫生健康委、省药监局《关于印发〈关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施方案〉的通知》（晋医保发〔2019〕58号）要求，制定本实施办法。

一、目标任务

按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，以城乡居民基本医疗保险“两病”患者门诊用药保障为切入点，坚持“既尽力而为、又量力而行”原则，探索完善门诊慢性病用药保障机制，确保“两病”参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用政策范围内支付比例达到50%以上，切实减轻患者门诊用药费用负担，不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

二、明确保障内容

（一）保障对象。参加晋城市城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）并采取药物治疗的“两病”患者（具体准入标准见附件1），已享受“两病”门诊用药保障的门诊慢性病患者除外。

（二）用药范围。对“两病”患者门诊降血压或降血糖的药

物，要按最新版国家基本医疗保险药品目录所列品种，优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。

（三）保障水平。参保城乡居民在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生符合规定的降血压、降血糖药品费用，统筹基金起付标准为 60 元/年；超过起付标准的部分，使用甲类药品的支付比例为 60%，使用乙类药品的支付比例为 50%；按照不同病种分型设定年度最高支付限额，高血压患者为 260 元，I 型糖尿病患者为 480 元，其他类型糖尿病患者为 360 元。对同时患有高血压和糖尿病的患者，起付标准和年度最高支付限额分别计算。

“两病”费用的年度最高支付限额纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，对发生的超出基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额之外的费用，由大病保险支付，保障水平不变。

（四）政策衔接。要做好与现有门诊保障政策的衔接，确保群众待遇水平不降低，对降血压和降血糖以外的其他药品费用仍按门诊统筹政策执行，已纳入门诊慢性病保障范围的“两病”患者，继续按现行政策执行。要避免重复报销、重复享受待遇。要做好与住院保障的衔接，进一步规范入院标准，推动合理诊疗和科学施治。

（五）申办程序。与家庭医生签约直接纳入的“两病”患者，由卫健部门将“两病”患者信息于 2019 年 11 月 25 日前一次性提供各医疗保险经办机构，经医疗保险经办机构在医保系统中认

定后生效，生效后，“两病”患者在所选定点医疗机构（二级公立医院或乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和社区卫生服务站）购药，开始享受“两病”医保待遇。2019年12月以后与家庭医生签约的“两病”患者申办程序参照新纳入的“两病”患者执行。

新纳入的“两病”患者持二级及以上医疗机构医师出具的疾病诊断建议书、社保卡每月向指定的医疗机构医保科（各县区自定申报医院）填写《晋城市城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病“两病”认定表》（附件2）进行初审；申报医院将初审合格的“两病”患者信息、治疗方案录入医保系统，报各医疗保险经办机构审核。经医疗保险经办机构在医保系统中审核通过后生效，“两病”患者次月起在所选定点医疗机构（二级公立医院或乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和社区卫生服务站）购药，开始享受“两病”医保待遇。

（六）费用结算。“两病”患者持社保卡在定点二级公立医院或乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心和社区卫生服务站执行直接结算，只需支付个人自负部分，其余部分由定点医疗机构与医保经办机构结算。

三、做好配套改革

（一）完善支付标准，合理确定支付政策。对“两病”用药按通用名合理确定医保支付标准并动态调整，支付标准由省医保局根据国家规定制定，全市统一执行。积极推进药品集中带量采

购工作，以量换价、招采合一，对列入带量采购范围内的药品，根据集中采购中标价格确定同通用名药品的支付标准。根据“两病”参保患者就医和用药分布，开展按人头、按病种付费。

（二）保障药品供应和使用。各有关部门要确保药品质量和供应，医疗机构要优先使用集中采购中选药品，不得以费用控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量要求、药事委员会审定等为由影响中选药品的供应保障与合理使用。有条件的地方可探索第三方配送机制。推行“两病”门诊用药长处方制度，对已签约家庭医生团队，首次诊断并连续接受药物治疗半年以上，病情稳定并需长期服药的患者，可向签约家庭医生申请使用长期处方服务。家庭医生可为纳入“两病”长期处方服务范围的患者一次性开具4-12周长期药品处方，保障患者用药需求。要避免重复开药，防止滥用。

（三）规范管理服务。“两病”的医疗服务要按照“方便居民，就近就医”的原则，主要依托乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务中心及下属社区卫生服务站，要因病施治、合理诊疗、合理用药，坚持预防为主、防治结合，落实基层医疗机构和家庭医生责任，建立规范的慢性病管理基础信息台账，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。各级医保经办机构要完善医保定点服务协议，将“两病”门诊用药保障服务纳入协议管理，确保“两病”门诊用药保障到位。要优化经办流程，加快信息系统改造，实现基层医疗机构“两病”门诊用

药直接结算。

“两病”患者已建立基本公共卫生服务健康档案，并与家庭医生签约并采取药物治疗的，经家庭医生团队确认可直接纳入；新纳入的“两病”患者需提供二级及以上医疗机构医师出具的疾病诊断建议书。要发挥家庭医生签约团队中县级医疗机构医务人员作用，为签约居民提供优质方便的服务，将符合条件的“两病”患者及时纳入保障范围，不符合用药标准的不再享受相应待遇。

四、加强组织领导

（一）压实责任，确保待遇落实。各级医保、财政、卫健、药监等部门要高度重视，密切配合，通力协作，狠抓落实。各县（市、区）应于2019年11月起开始实施，确保群众年内享受待遇。各县（市、区）医保局要做好“两病”门诊用药保障情况统计分析工作并定期报送市医保局。

（二）细化分工，加强协同配合。各县（市、区）医保部门要牵头做好“两病”患者门诊用药保障工作，做好基金测算、系统改造、统计分析等工作。财政部门要积极参与“两病”用药保障有关工作，按规定保障所需工作经费。卫生健康部门要指导基层医疗机构做好“两病”患者的健康管理，进一步健全完善“两病”用药指南和规范，规范诊疗行为，确保集中带量采购药品合理使用，加强医疗服务行为监管。市场监督管理部门负责做好流通环节零售企业的监督管理。

（三）加强监管，用好管好基金。要进一步加强高血压、糖

尿病纳入门诊保障后的监督管理，通过完善制度机制，将“两病”的用药范围、支付标准和医疗服务行为等列入监管重点，着力防范并严厉查处各种违法违规行为，有效规范“两病”保障秩序，切实维护医保基金安全。要及时研究解决新情况新问题，总结推广经验做法，不断完善“两病”门诊用药保障机制建设。

附件：1. 高血压、糖尿病准入标准

2. 晋城市城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病“两病”
认定表

附件 1

高血压、糖尿病准入标准

一、高血压准入标准

非同日 3 次静息状态下测量诊室血压，收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，需采取药物治疗的。

二、糖尿病准入标准

1. 有糖尿病症状（多尿、多饮及不能解释的体重下降），并且随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L (200mg/dl)；

2. 空腹（禁食至少 8 小时）血糖 ≥ 7.0 mmol/L (126mg/dl)；

3. 葡萄糖负荷后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L (200mg/dl)。

具备以上三条中任意一条并糖化血红蛋白 $\geq 7.0\%$ 。

I 型糖尿病准入标准：确诊为 I 型糖尿病。

附件 2:

晋城市城乡居民基本医疗保险高血压糖尿病“两病”认定表

本人 申请	姓名		性别		年龄		联系电话	
	申请病种				身份证号			
	参保所在社区、村、乡镇							
申报 医院 意见	医师（签字）： 年 月 日							
	医保科：（章） 年 月 日							
	首次用药情况				变更用药情况			
	药品		用法		药品		用法	

(此页无正文)

