

临汾市医疗保障局
临汾市财政局
临汾市卫生健康委员会
临汾市市场监督管理局

文件

临医保发〔2019〕41号

关于做好城乡居民高血压糖尿病
门诊用药保障工作的通知

各县(市、区)医疗保障局、财政局、卫生健康和体育局、市场监督管理局,市医疗保险服务中心:

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)文件要求,现就我市

完善“两病”患者门诊用药保障有关事项通知如下：

一、保障对象

参加临汾市城乡居民基本医疗保险并采取药物治疗的“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、保障水平

参保城乡居民在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,按病种分别申报,起付标准和年度最高支付限额分别计算。

参保城乡居民“两病”患者待遇享受的起始时间为患者信息导入医保信息系统后的首次购药月份,首次纳入后当年可享受的年度最高限额计算办法为:首次纳入后当年可享受的年度最高限额=首次购药月份到当年年底的月份数X(年度最高支付限额/12)。

三、政策衔接

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。避免重复报销、重复享受待遇。

四、准入管理

已纳入卫健部门基本公共卫生服务项目中高血压、2型糖尿

病慢性病患者健康管理的群体,与家庭医生签约符合“两病”标准,并采取药物治疗的,经家庭医生团队确认后,可直接纳入我市城乡居民“两病”门诊用药保障范围。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,在纳入卫健部门基本公共卫生服务项目管理后可纳入我市城乡居民“两病”门诊用药保障范围。对不在卫健部门基本公共卫生服务项目管理范围的“两病”患者,与家庭医生签约并采取药物治疗的,经家庭医生团队确认,可持二级及以上医疗机构医师出具的疾病诊断建议书,到所属地医疗保险经办机构办理准入。

2019年11月25日前,纳入卫健部门基本公共卫生服务项目管理的“两病”患者相关信息数据,由卫健部门迁移至各县级医保部门。以后,每半年卫健部门将“两病”人员动态调整数据交县级医保部门进行更新。

五、就医管理

(一)服务机构。“两病”的医疗服务主要依托乡镇卫生院、村卫生室和社区卫生服务机构。

(二)用药范围和支付标准。“两病”患者门诊使用的降血压或降血糖药物,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,优先选用集中采购中选药品。具体用药范围和支付标准执行全省统一规定。

(三)接诊要求。“两病”患者就诊时,接诊医师应认真核对病

人的社保卡、身份证,做到人证相符,并在门诊病历上如实记载检查、用药情况。

(四)用药原则。定点医疗机构医师要根据患者病情合理用药和合理治疗,并严格按照政策规定为患者开具药品,不得滥用药剂和开具无关的辅助药品、保健品等。定点医疗机构违规出具虚假病历、虚假检查检验资料的一经发现取消定点医疗机构资格。

六、工作要求

(一)确保待遇落实。各级医保、财政、卫健、市场监管等部门要高度重视,密切配合,通力协作,狠抓落实。本通知于2019年12月1日起开始实施。市医疗保险经办机构要抓紧进行信息系统改造,优化经办流程,实现定点基层医疗机构“两病”门诊用药直接结算,确保群众年内享受待遇。各县(市、区)医疗保障局要做好“两病”门诊用药保障及支付标准政策落实情况统计表(附件2)并按月报送市医疗保障局。

(二)加强协同配合。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。卫生健康部门向医保部门提供公共卫生服务项目管理的“两病”患者相关数据,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

管部门负责做好“两病”用药流通环节的监督管理。

(三)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。探索推行“两病”门诊用药长期处方制度,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。

(四)规范管理服务。严格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。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。

(五)加强基金监管。要进一步加强高血压、糖尿病纳入门诊保障后的监督管理,医保部门要发挥牵头作用,协调卫健部门做好“两病”患者门诊用药的抽查、复核等工作,通过完善制度机制,将“两病”的用药人员、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。

附件:1. 高血压、糖尿病准入标准

2. “两病”门诊用药保障及支付标准政策落实情况统计表



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 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 (或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$,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 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl);

2. 空腹(禁食至少 8 小时)血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dl);

3. 葡萄糖负荷后 2 小时血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (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

____县(市、区)截至____年____月____底“两病”门诊用药保障及支付标准政策落实情况

报送时间: 20____年____月____日

		高血压					糖尿病					备注
就诊 人数 (人)	就诊 人次 (次)	降血压 药品 费用 (元)	降血压药品 政策范围内 费用 (元)	降血压药品 基金支出 (元)	是否执行 支付标准	就诊 人数 (人)	就诊 人次 (次)	降血糖药 品费用 (元)	降血糖药品 政策范围内 费用(元)	降血糖药品 基金支出 (元)	是否执行 支付标准	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

填表说明:

1. 本表调查各统筹区政策落实情况。每月 8 日之前分别报送至上月底的“两病”门诊用药保障机制政策落实情况。
2. 甲栏 6 和 12: 若该统筹区执行本次出台的“两病”门诊用药支付标准, 则填写“是”, 否则填写“否”。
3. 甲栏 13: 在政策落实方面, 若有其他需说明的其他情况, 请在此栏填写。

