

## 关于印发《宣城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障实施方案》的通知

宣医保秘〔2019〕56号

各县、市、区医保局、财政局、卫生健康委、市场监管局：

经市政府同意，现将《宣城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障实施方案》印发给你们，请认真贯彻执行。

宣城市医保局

2019年10月24日

（此件公开发布）

# 宣城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障 实施方案

为贯彻落实省医保局 省财政厅 省卫健委 省药监局《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施方案》（皖医保发〔2019〕33号），减轻城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者门诊医疗费用负担，制定本实施方案。

## 一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中全会精神，认真落实国家医保局 财政部 国家卫健委 国家药监局认真落实省医保局、省财政厅、省卫健委、省药监局《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施方案》的要求，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，结合我省实际，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，增强基本医保门诊保障能力，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、基本原则

（一）保障基本，提高效率。坚持以收定支、收支平衡、略

有结余的原则，积极开展城乡居民“两病”门诊用药保障试点工作，并着力保障参保人员基本医疗需求，促进医疗卫生资源合理利用，提高医保基金使用效率，保障基金安全。

（二）多方联动，形成合力。医保、卫生健康、市场监管、财政等部门要协同配合，完善“两病”门诊用药专项保障机制，协调处理好基层医疗卫生机构药品配备和供应、患者健康管理、诊疗行为规范、药品招标采购等工作。

（三）因地制宜，稳妥推进。从本市实际出发，充分考虑医保基金统筹层次、支付能力、医保管理服务能力、医疗服务特点等因素，完善配套政策。在已有的普通门诊、常见慢性病门诊政策待遇和经办管理规程基础上，确保新制定的“两病”门诊用药专项保障机制与现有待遇的顺利衔接，确保参保人待遇水平不降低。

### **三、保障内容**

（一）保障对象。城乡居民基本医疗保险参保人员未达到门诊常见慢性病鉴定标准，经具备能力的定点医疗机构诊断，明确患有“两病”确需采取药物治疗的患者。

（二）用药范围。“两病”患者门诊控制血压或控制血糖的用药范围为：最新版国家和省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）保障待遇。“两病”门诊报销不设起付线，“两病”患者在本市范围内二级及以下定点基层医疗机构发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由统筹基金支付，支付比例达到 55 %。一个结算年度，高血压病种统筹基金支付限额为 450 元/人，糖尿病病种统筹基金支付限额为 550 元/人，“两病”支付限额含普通门诊支付限额。

#### 四、管理服务

（一）完善支付标准。对“两病”用药按通用名合理确定医保支付标准并动态调整。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。

（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。完善“两病”门诊用药长处方制度，保障患者用药需求。

（三）避免重复报销。对已纳入常见慢性病门诊保障范围的“两病”患者，继续按现有门诊常见慢性病政策执行，避免重复报销、重复享受待遇。

（四）享受普通门诊报销。“两病”患者在定点医疗机构发生的普通门诊费用，按照《宣城市统一城乡居民基本医疗保险和大病保险保障待遇实施方案（试行）》（宣政办〔2019〕7号）等有关文件继续享受普通门诊待遇。

（五）规范管理服务。

1.“两病”患者在本市范围内，凭有效证件在二级及以下定点基层医疗机构发生符合基本医疗保险政策规定的药品费用，需由个人支付的，由参保人员与定点医疗机构即时结算，其余费用由医保经办机构按月与定点医疗机构结算。有效证件的办理流程可参照城乡居民基本医疗保险门诊常见慢性病办理流程。

2.定点医疗机构医保医师应合理检查、合理用药、合理治疗，医保医师一次可为“两病”患者开具12周以内相关药品，特殊情况需要超量用药，须经定点医疗机构医保科审核同意并做好备案，要避免重复开药。

3.“两病”患者确因病情需要转往外地医疗机构就医的，必须办理转院（转诊）备案手续，持有效证件、处方和发票到参保地医保经办机构办理审核报销。

4.长期在外务工、异地居住的“两病”患者，在居住地选定的一级以上定点医疗机构就医购药，先由个人垫付医疗费用，再回参保地医保经办机构按照有关规定办理审核报销。



5.各地医保经办机构应及时完善“两病”门诊用药结算信息系统,满足患者即时结算。完善医保定点服务协议和医保医师协议,将“两病”门诊用药保障服务纳入协议管理。通过网上实时监控、实地调查档案等方式,对“两病”患者用药情况进行核查。

### 五、有关要求

(一)加强组织领导。开展“两病”门诊用药专项保障工作是国务院确定的重大民生工程,各县(市、区)要高度重视,加强组织领导,建立部门分工协作、密切配合的工作机制,确保试点工作圆满完成,让改革成果更多转化为人民群众的获得感。

(二)加强协同配合。医疗保障部门要积极会同相关部门做好“两病”患者门诊用药保障工作,发挥主动作为,牵头抓总的主体作用,跟踪工作进展;卫生健康部门要做好“两病”患者的健康管理,加强医疗服务行为监管,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;市场监督管理部门负责做好“两病”用药一致性评价和生产、流通、配送等环节的监督管理;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。

(三)加强基金监管。要健全监督举报、智能监控、信用管理等机制,严厉打击欺诈骗保行为。各部门要各尽其责,密切配合,通力协作,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。

（四）加强宣传引导。各地要督促指导定点医疗机构开展内部及对外宣传，要做好对医务人员的政策解读、合理用药等相关培训，统一解释口径，提高群众对政策的知晓度，合理引导预期，平稳有序推进试点工作。对工作中遇到的新情况和新问题，要及时向市医保局反馈。

（五）本实施方案自印发之日起施行。