

索引号:	11220000MB19566296/2019-07396	分类:	待遇保障;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2019年11月27日
标题:	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		
发文字号:	吉医保联〔2019〕27号	发布日期:	2019年12月03日

# 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

吉医保联〔2019〕27号

各市（州）、长白山保护开发区、梅河口市、公主岭市医疗保障局、财政局、卫生健康委员会（局）、药品监督管理局：

为进一步减轻我省城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，根据《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 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）及《关于进一步推进城乡居民基本医疗保险保障待遇统一的指导意见》（吉医保联〔2019〕21号，以下简称21号文件）精神，现就做好我省城乡居民“两病”门诊用药保障有关工作通知如下：

## 一、基本要求

全面贯彻党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，落实落细国务院第64次常务会议关于“两病”门诊用药保障机制工作部署和省政府的相关工作要求，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，进一步健全完善门诊医疗保障政策制度，坚持“既尽力而为、又量力而行”的原则，不断增强基本医保保障能力，有效减轻患者门诊用药费用负担。

## 二、基本政策

（一）保障对象。参加城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）、符合医疗保险门诊保障政策条件并采取药物治疗的“两病”患者，纳入“两病”门诊保障范围。

### （二）保障水平

1. 起付标准。由各统筹地区结合当地基金承受能力自行确定。

2. 报销额度。根据 21 号文件关于普通门诊统筹制度相关政策要求，将“两病”纳入到普通门诊统筹保障范围内，用于“两病”门诊用药政策范围内年度最高报销额度为 700 元。经医保经办机构登记备案，将符合条件的糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）纳入门诊慢病保障范围，政策范围内年度最高报销限额为 2400 元，并可同时享受普通门诊统筹保障待遇。

3. 报销比例。对“两病”参保患者门诊发生的“两病”门诊政策范围内药品费用由统筹基金支付，“两病”普通门诊统筹报销比例为 50%，糖尿病（饮食控制无效，合并四肢动脉病变、肾病或视网膜病变）门诊慢病报销比例为 60%。

### （三）保障范围

1. 明确用药原则。对“两病”患者门诊降血压或降血糖的药物，要按照我省现行基本医疗保险药品目录所列品种，优先选用目录内甲类药品，优先选用基本药物，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。省医疗保障局结合我省医保基金承受能力、患者用药情况以及基层药物配备等情况，适时调整“两病”门诊用药范围。

2. 明确就诊机构。原则上在一级及以下定点基层医疗卫生机构开展“两病”门诊保障机制工作，各统筹地区可结合当地实际放宽至部分符合分级诊疗机制的二级基层定点医疗机构，具体范围由各统筹地区医疗保障部门通过协商签订协议方式确定。

3. 明确确诊方式。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，可在机构内根据患者健康评价结果做出诊断，对诊断有困难者，应及时转至二级及以上定点医疗机构确诊，具体按《关于做好高血压、糖尿病分级诊疗试点工作的通知》（国卫办医函〔2015〕1026 号）执行。定点医疗机构应将参保患者和相关诊断信息，及时向统筹区医疗保险经办机构信息管理系统上传，符合“两病”门诊用药保障条件的，按政策规定享受“两病”门诊用药专项待遇。

（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。对降血压和降血糖等的其他药品费用等，或已纳入门诊慢性病或特殊疾病保障范围的“两病”患者的待遇，继续按现行政策执行，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。关于两病门诊专项保障机制的上述政策，自 2019 年 11 月起施行。发文之日起至 2019 年 12 月 31 日期间，可不设起付标准。职工医保“两病”门诊用药原则上按现有政策执行。

### 三、配套措施

（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。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。各相关部门要保障药品质量和供应，医疗机构要使用省级药品集中采购价格适宜的中选药品，优先使用国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围吉林省中选药品中“两病”用药，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和使用。完善“两病”门诊用药长期处方制度，保障患者用药需求，但要避免重复开药，防止不合理用药。

（三）规范管理服务。各统筹地区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。根据“两病”防治管理需要，合理确定“两病”诊断和门诊用药保障的定点医疗机构，优先选择基层医疗卫生服务机构作为“两病”门诊用药保障的定点医疗机构。要做好普通门诊统筹与家庭医生签约服务的政策衔接，城乡居民可自愿选择家庭医生，并在签约家庭医生所在定点基层医疗卫生机构享受普通门诊统筹待遇，以及家庭医生签约服务。签约居民年度内，可根据疾病诊疗情况，最多变更一次定点基层医疗机构。要严格执行“两病”诊断治疗标准，防止政策适用范围过宽等问题发生。

#### 四、工作要求

（一）提高认识，加快政策推进。各统筹地区要高度重视两病门诊用药保障工作，要在政策梳理、数据测算、部门协商的基础上，抓紧落实完善两病门诊用药专项保障工作，及时将政策调整到位。各统筹地区要在12月份出台本地文件，确保年内政策启动实施，参保群众能如期享受待遇。文件实施后至2020年6月30日作为政策实施过渡期，根据政策运行情况下步适时动态调整。

（二）统筹规划，加强协调配合。医疗保障行政部门要积极会同相关部门做好两病门诊用药保障工作。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。卫生健康部门要做好两病患者健康管理，加强医疗服务行为监管，落实国家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。药品监督管理等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。

（三）加强监管，用好管好基金。建立健全医保基金监管工作机制，加大对虚假住院、挂床住院等违规违法行为的查处力度，严厉打击欺诈骗保行为，引导住院率回归合理水平。严格按照《吉林省医疗保障局 吉林省财政厅关于印发〈吉林省欺诈骗取医疗保障基金行为举报奖励实施细则（试行）〉的通知》（吉医保联发〔2019〕7号）规定，落实好举报奖励举措，鼓励社会各界参与打击欺诈骗取医保基金工作。进一步完善医保智能监控系统，促进智能监控提质增效。积极探索建立健全严重违规定点医药机构、医保医师和参保人员“黑名单”制度，推动将医疗保障领域欺诈骗保行为纳入信用管理体系，发挥失信惩戒威慑力。各部门各尽其责，密切合作，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”门诊用药机制建设。

（四）加强宣传，营造良好氛围。通过社交媒体、政府网站、医疗机构、经办机构等合适渠道，准确宣传两病门诊用药专项保障机制，提高群众对政策的知晓度，合理引导预期，避免“吊高胃口”和其他人群攀比，让社会公众充分了解政策精神，营造良好氛围。

吉林省医疗保障局

吉林省财政厅

吉林省卫生健康委员会

吉林省药品监督管理局

2019年11月27日

（此件主动公开）

[吉林省城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作政策解读](#)