

云南省医疗保障局 云南省财政厅 云南省卫生健康委 云南省药监局关于印发《云南省贯彻落实国家医疗保障局 财政部 国家卫生健康委 国家药监局完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制指导意见实施方案》的通知

云医保〔2019〕123号

各州（市）医疗保障局、财政局、卫生健康委、药监局：

为贯彻落实《国家医疗保障局 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）要求，完善全省城乡居民基本医疗保险高血压、糖尿病门诊用药保障，现将《云南省贯彻落实国家医疗保障局 财政部 国家卫生健康委 国家药监局完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制指导意见实施方案》印发给你们，请认真遵照执行。

云南省医疗保障局
云南省卫生健康委

云南省财政厅
云南省药监局
2019年10月17日

云南省贯彻落实国家医疗保障局 财政部 国家卫生健康委 国家药监局完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制指导意见实施方案

为贯彻落实好《国家医疗保障局 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，以下简称《指导意见》）要求，完善我省城乡居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）高血压糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障，结合我省实际，特制定本实施方案。

一、总体要求

（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，按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，坚持“既尽力而为、又量力而行”原则，从城乡居民的高血压、糖尿病入手，综合运用医保准入、价格、招采、支付等杠杆作用，探索完善慢性病门诊用药保障机制，增强城乡居民医保门诊保障能力，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）目标任务。自2019年11月1日起，通过依托二级及以下基层医疗机构，统筹“两病”用药支付、用药成本、用药规范、用药供应各环节，继续落实《云南省人力资源和社会保障厅 云南省卫生和计划生育委员会关于统一城乡居民基本医疗保险待遇有关问题的通知》（云人社发〔2016〕310号）“两病”门诊慢特病待遇，同步完善我省“两病”门诊用药保障机制，将未纳入门诊慢特病的“两病”患者降血压、降血糖用药纳入门诊统筹保障范围，政策范围内支付比例达到50%以上，实现城乡居民“两病”门诊用药成本总体可控、诊疗规范合理、基金安全可承受、群众减负得实惠。

二、主要内容

（一）保障对象。将参加居民医保，经规范诊断确诊为高血压、糖尿病，需要服用降血压、降血糖药品的“两病”患者纳入保障范围。

（二）用药范围。省级医疗保障部门根据目前城乡居民医保基金承受能力，按照《指导意见》要求的“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”原则，在最新版国家医保用药目录中选取并公布药品保障范围，全省统一执行。

（三）保障水平。以二级及以下定点基层医疗机构为依托，将“两病”参保患者医疗机构门诊发生的政策范围内降血压、降血糖药品费用纳入居民医保保障范围，政策范围内支付比例达到50%以上。具体为：

1. 各统筹区继续执行现有门诊慢特病政策，确保待遇水平不降低。

2. 对未纳入门诊慢特病保障范围，但需服用降血压、降血糖药物的“两病”参保患者，降血压、降血糖的药物纳入普通门诊支付范围，政策范围内支付比例50%。年度最高支付限额与普通门诊合并累计计算，不得低于400元。

（四）做好政策衔接。各统筹区要做好门诊慢特病与门诊用药保障政策衔接，对已经纳入门诊慢特病保障范围的“两病”患者，继续执行现有政策，确保待遇水平不降低。要做好门诊保障与住院保障的衔接，对能够在门诊治疗的“两病”，原则上不得收治住院，严格控制“两病”住院率，坚决防止“小病大养”“小病大治”“挤住院”的情况。城镇职工基本医疗保险“两病”继续执行现有政策。

三、主要措施

（一）简化确认程序。各统筹区医保经办机构要按照“放管服”要求，简化“两病”确认程序，由原医保经办机构确认调整为定点医疗机构确认。经定点医疗机构具备资质的医师，按诊疗规范确诊为“两病”的参保患者，由确诊定点医疗机构根据诊断书办理备案。

各地卫生健康部门要督促定点医疗机构，对“两病”确诊、确认、备案、用药实行专人管理，严格诊疗规范，对症施治，避免过量或重复开药，防止不合理用药。高血压病根据《国家基层高血压防治管理指南（2017）》等技术规范进行确诊，糖尿病根据《国家基层糖尿病防治管理指南（2018）》等技术规范进行确诊，如国家修订“两病”管理指南以最新版为准，并根据《处方管理办法》开具用药处方。

（二）完善支付标准。从成本控制、合理用药和提高医保基金绩效角度，按通用名合理确定城乡居民“两病”用药医保支付标准并动态调整。对国家组织带量采购范围内的、我省集中采购中标的城乡居民“两病”用药，根据中标价格确定同通用名药品的医保支付标准。具备条件的地区，可根据“两病”参保患者就医和用药分布，开展按人头、按病种付费，并与按人头打包付费

等相关改革措施衔接。完善支付标准的具体方案另行制定。

（三）做好“两病”用药招采工作。以控制用药成本为核心，落实国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围工作，积极推进药品集中带量采购工作，以量换价、招采合一，切实降低“两病”药品费用，有效控制用药成本。对于临床用量较大、采购金额较高的“两病”用药，在省药品集中采购平台挂网价格的基础上，鼓励各地积极探索以联盟采购、医联体采购等形式开展带量谈判采购。做好“两病”用药招采工作的具体方案另行制定。

（四）保障药品供应和使用。各有关部门要确保药品质量和供应。医疗机构应根据病情，首先使用城乡居民“两病”采购中标药品，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。有条件的地区，可探索第三方配送机制。落实完善“两病”门诊用药长处方制度，保障患者用药需求。“两病”用药不受基层用药限制。“两病”用药生产、配送企业必须保障基层医疗机构“两病”用药供应、配送及时，并向医保部门提供所供药品追溯信息，供应、配送情况纳入考核，与参与我省集中采购挂钩。

（五）规范经办服务。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。坚持预防为主、防治结合，落

实基层医疗机构和全科医师责任,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。突出医保经办在落实“两病”用药保障的关键作用,及时做好医保信息系统功能模块开发、测试和部署,按时兑现待遇,并建立健全“两病”用药保障运行统计分析制度,分别于次季度第一个月10日前,逐级向医疗保障行政部门上报运行情况。方便“两病”患者异地就医,实行省内“两病”异地门诊药品费用直接结算。

(六)加强基金监管。各级各部门要建立和健全监督举报、智能监控、信用管理等机制,要严格执行“两病”诊断标准,对放宽诊断标准、不按规范诊断的医师,一经核实,一律计入医师信用记录,年度考核不予评优。要加大“两病”住院情况监管力度,以“两病”为重点打击虚假住院、重复住院、挂床住院、不符合住院标准收治住院等行为,切实挤出“两病”不合理住院费用水份,把有限资金用于门诊用药保障。对利用“两病”套骗医保基金的参保人、医务人员和医疗机构,一经查实,依法依规严肃查处,涉及犯罪的坚决移交司法部门。

(七)加强“两病”用药监管。探索构建以药品追溯信息为基础的“两病”用药监管体系,利用信息技术手段有效支撑我省“两病”用药监管工作,实现药品可追溯,用药可跟踪,服务可

监管，质量可评价。

四、组织实施

（一）压实责任，确保待遇落实。各地要高度重视“两病”门诊用药保障工作，加强统筹协调，按照本实施方案认真组织实施，确保在2019年11月1日起兑现待遇。

（二）细化分工，加强协同配合。医疗保障行政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，加强对各地的指导，密切跟踪工作进展。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。卫生健康部门要制定“两病”住院指征条件或专家共识，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，严格控制不合理用药、滥用辅助药、低标准住院治疗等情况，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”用药一致性评价审评和生产、流通、配送等环节的监督管理。

（三）积极宣传，合理引导预期。各地要坚持正确的舆论导向，准确解读相关政策，积极宣传“两病”门诊用药保障的重要意义，合理引导预期，防止过度承诺和过度宣传，同时做好其他慢性病患者工作，防止出现攀比，为“两病”门诊用药保障工作

平稳推进，营造良好的社会氛围。

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。

附件：国家医疗保障局 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