

吕梁市医疗保障局文件

吕梁市财政局文件

吕梁市卫生健康委员会文件

吕医保发〔2021〕28号

关于印发《深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动方案》的通知

各县（市、区）医疗保障局、财政局、卫生健康和体育局：

为贯彻落实省医保局、财政厅、卫生健康委《深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动计划》要求，进一步完善我市城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障机制政策措施、优化管理服务、提升保障质量、扩大政策受益面，促进“两病”门诊保障政策落实落细，市医保局、财政局、卫生健康委联合制定了《深化城乡居民高血压、糖尿病

门诊用药保障和健康管理专项行动方案》，现印发给你们，请认真贯彻执行。



2021年2月28日

（此件主动公开）

根据《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）、《山西省人民政府办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的实施意见》（晋政办发〔2022〕1号）精神，结合我市实际，经市政府同意，现就健全重特大疾病医疗保险和救助制度有关事项通知如下：

一、健全重特大疾病医疗保险和救助制度的总体要求

（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历次全会精神，坚持稳中求进工作总基调，完整、准确、全面贯彻新发展理念，加快构建新发展格局，坚持以人民为中心的发展思想，坚持共同富裕目标，健全重特大疾病医疗保险和救助制度，切实维护困难群众基本生活保障权益，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

（二）基本原则。坚持应保尽保原则，确保困难群众应保尽保；坚持统筹协调原则，加强部门协作，形成工作合力；坚持精准识别原则，精准认定救助对象；坚持综合施策原则，发挥多层次医疗保障体系综合减负作用；坚持兜底保障原则，对基本医保政策范围外的高额自付费用给予倾斜性救助。

二、健全重特大疾病医疗保险和救助制度的主要内容

（一）强化三重制度综合保障

1. 加强三重制度综合保障。对所有参保居民实施基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重制度保障，发挥综合保障效能。对符合规定的困难群众参加城乡居民基本医疗保险所需个人缴费部分，通过直接补贴或给予定额资助方式给予帮助，全额资助特困人员、半额资助低保对象、依申请给予定额资助的一般困难群众参加城乡居民基本医疗保险。对符合规定的困难群众参加职工基本医疗保险所需个人缴费部分，通过直接补贴或给予定额资助方式给予帮助，全额资助特困人员、半额资助低保对象、依申请给予定额资助的一般困难群众参加职工基本医疗保险。

2. 完善基本医疗保险待遇保障机制。对基本医疗保险参保居民实行普惠化待遇保障，对困难群众实施分类保障。对特困人员、低保对象、返贫致贫人口、重度残疾人等困难群众，实施倾斜性保障政策，适当提高医疗救助比例，降低起付线，取消封顶线，确保困难群众基本医疗需求得到保障。

3. 完善大病保险保障机制。对困难群众参加城乡居民基本医疗保险的，实施倾斜性保费资助政策，适当降低起付线，取消封顶线，确保困难群众大病医疗费用得到保障。

4. 完善医疗救助制度。对困难群众参加职工基本医疗保险的，实施倾斜性保费资助政策，适当降低起付线，取消封顶线，确保困难群众大病医疗费用得到保障。

5. 建立因病致贫预警机制。建立因病致贫预警机制，对困难群众因病导致家庭经济状况变化的，及时启动相应救助程序，做到早发现、早干预、早救助。

6. 建立防范化解因病返贫致贫长效机制。健全因病致贫返贫监测预警机制，对纳入监测范围的困难群众，实施分类分层帮扶，做到早发现、早干预、早救助，防止因病致贫返贫。

（二）健全重特大疾病医疗保险和救助制度的保障措施

1. 强化责任落实。健全重特大疾病医疗保险和救助制度是政府的基本职责，各有关部门要高度重视，加强领导，精心组织，密切配合，确保各项政策措施落地见效。市医保局要会同市财政局、市民政局等部门，研究制定具体办法，细化政策措施，确保政策落实到位。各县（市、区）政府要结合本地实际，制定具体实施方案，确保政策落实到位。

2. 强化资金保障。各县（市、区）政府要将困难群众重特大疾病医疗保险和救助所需资金纳入年度预算，确保资金及时足额到位。市医保局要会同市财政局、市民政局等部门，研究制定具体办法，细化政策措施，确保政策落实到位。

3. 强化宣传引导。各县（市、区）政府要通过多种途径，广泛宣传重特大疾病医疗保险和救助政策，增强困难群众的获得感、幸福感、安全感。市医保局要会同市财政局、市民政局等部门，研究制定具体办法，细化政策措施，确保政策落实到位。

4. 强化监督检查。各县（市、区）政府要建立健全监督检查机制，加强对重特大疾病医疗保险和救助政策落实情况的监督检查，确保政策落实到位。市医保局要会同市财政局、市民政局等部门，研究制定具体办法，细化政策措施，确保政策落实到位。

5. 强化考核评价。各县（市、区）政府要将重特大疾病医疗保险和救助政策落实情况纳入年度考核评价范围，对工作成效显著的单位和个人给予表彰奖励。市医保局要会同市财政局、市民政局等部门，研究制定具体办法，细化政策措施，确保政策落实到位。

深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动方案

根据省医保局、财政厅、卫生健康委《深化城乡居民高血压、糖尿病门诊用药保障和健康管理专项行动计划》要求，为进一步完善我市城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障机制，推进政策有效落实，特制定本行动方案。

一、总体要求

坚决贯彻落实党中央、国务院关于“两病”门诊用药保障的决策部署和习近平总书记有关“推进疾病治疗向健康管理转变”重要指示精神，坚持问题导向、结果导向，通过完善政策措施、优化管理服务，提升保障质量，扩大政策受益面，力争2021年年底前，实现基层卫生部门规范化管理的“两病”用药患者全部享受待遇。

二、主要任务及措施

（一）完善政策措施，简化认定程序

1. 降低基金起付标准。“两病”门诊用药保障机制起付标准由60元/年降低为30元/年，进一步减轻“两病”患者用药负担。

2. 规范化管理“两病”人员整体纳入。基层医疗卫生机构对未纳入规范化管理的“两病”患者进行排查，将符合条件的纳入规范化管理。县级卫生健康部门认真梳理本地区规范化管理“两病”人员数据，及时将规范化管理“两病”患者信息提供县级医

保经办机构，县级医保经办机构对人员信息进行筛查比对，未享受门诊慢性病待遇但已采取药物治疗的“两病”参保居民，直接纳入“两病”门诊用药保障范围。

3.“两病”认定“一站式”受理。对未纳入门诊慢性病保障范围的“两病”患者，经指定的二级以上（含二级）定点医疗机构按诊疗规范确诊认定并报县级医保经办机构备案后，即可享受“两病”门诊用药保障。医保经办机构或指定医疗机构在门诊慢性病审核认定工作中，实行“一站式”受理，将不符合门诊慢性病准入条件的“两病”患者及时纳入“两病”门诊用药保障范围。

（二）提高服务能力，提升健康水平

1. 实现“两病”费用直接结算。市医保中心要加快信息系统建设，通过与医疗机构信息系统对接或部署“村医通”等多种手段，确保乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室等定点基层医疗卫生机构“两病”门诊用药直接结算，确保“两病”患者在家门口即可享受待遇。对病情稳定的“两病”患者可开具4-12周长期药品处方。

2. 推进“两病”“医防融合”。家庭医生要为签约“两病”患者提供综合性的医防服务，将健康档案管理、慢病随访、健康教育等公共卫生服务与临床治疗服务整合开展，针对不同人群、不同服务需求提供精准健康服务，着力提升“两病”患者的知晓率、规范化管理率和合理用药率，稳步提高“两病”患者的健康水平。

3. 完善绩效考核机制。卫生健康部门要将城乡居民“两病”门诊用药服务保障患者数量、服务质量，“两病”患者的知晓率、规范化管理率纳入基本公共卫生服务项目绩效考核指标体系。强化“两病”患者健康绩效考核结果的应用，推动基层医疗卫生机构服务能力和质量持续提升。

4. 增强基层医疗卫生机构药品配备和使用。落实医疗集团在建立统一的药品采购、供应和配备使用管理机制上的主体责任，实现基层医疗机构药品供应和药学服务与县级医院同质化。县级医疗集团负责按照药械供应保障机制县乡村三级“五统一”的要求，按照乡镇卫生院（社区卫生服务中心）申报用药计划，统一采购配送药品，确保基层医疗卫生机构根据《国家基层高血压防治管理指南（2017）》和《国家基层糖尿病防治管理指南（2018）》，结合临床需要配得齐、开得出“两病”门诊用药保障范围内的药品。要将医疗集团为基层医疗卫生机构采购配送药品情况作为对医疗集团的考核指标，与医保总额预算指标和绩效考核挂钩。

5. 提高农村地区服务可及性。医疗集团要加强对乡镇卫生院诊疗服务的指导，充分发挥家庭医生签约团队的作用，促进基层医疗卫生机构服务能力提升。乡镇卫生院在向辖区内居民提供“两病”健康管理和服务的同时，要按照乡村卫生服务一体化管理要求，加强对村卫生室的管理和指导，要积极支持村卫生室参与“两病”的诊治和用药备药、开方、取药和配送服务，满足群众就近拿药的需求，将政策落地到家门口。

（三）优化管理服务，提升基金效率

1. 有效落实药品集中招标采购政策。医疗集团要及时统计基层医疗卫生机构“两病”常用药品需求等信息，加大“两病”门诊保障用药采购力度。积极落实国家、省级集中招标采购政策，引导基层医疗卫生机构优先使用国家基本药物、集中招标采购药品，保障“两病”门诊药品开得出、用得上。

2. 加强“两病”门诊用药监管。医保部门要强化医保智能审核监控信息系统在“两病”门诊用药保障机制方面的应用。借助大数据手段，加强事前、事中、事后审核，严禁重复配药、超量配药等违规行为，杜绝超范围、串换用药等不规范诊疗行为。加强对医保服务医师管理，定期抽查医保医师对“两病”认定和诊疗服务工作，对发现的违规行为按照医保服务协议和《山西省基本医疗保险医保医师管理实施方案（试行）》要求及时处理。坚决打击将未患病人员纳入、贩卖“两病”医保药品等欺诈骗保行为，切实保障医保基金安全。

3. 加强信息统计分析。按期调度“两病”门诊用药保障进展情况，对享受“两病”用药专项保障、门诊慢性病待遇政策的“两病”人群，分类做好待遇享受人数、报销费用、报销比例等的统计，定期分析统计结果，及时掌握群众待遇享受情况，督促指导政策落实落细。

三、组织领导

（一）压实责任，协同推进。市级医保、财政、卫生健康部

门建立工作协同机制，共同推进“两病”门诊用药保障工作。各县市区相关部门也要建立工作机制，密切协同配合，共同研究解决具体工作中存在的难点堵点问题。医保部门要牵头梳理经办服务流程，优化简化办理程序，加强基金监管，提高基金保障绩效；财政部门要按规定保障所需工作经费；卫生健康部门要督促和指导基层医疗卫生机构做好“两病”患者的基层医疗服务和健康管理，合理使用药品，做好“两病”防治的健康绩效分析评价。

（二）加强调度，确保实效。各县市区医保部门要加强工作信息调度，指定专人负责数据调度和信息上报工作，于每月 2 日前向市医保局报送当月待遇享受情况和基金支出情况；12 月 18 日前向市医保局和市卫生健康委报送年度工作总结和下一年工作计划。市医保局会同市卫生健康委定期调度工作进展，适时开展专项督导检查，并进行通报。

本行动方案自 2021 年 3 月 1 日起执行。实施过程中遇到重大问题要及时向市医保部门报告，对可复制、可推广的好做法和先进典型，要及时报送市医保局、市财政局和市卫生健康委。

附件：“两病”门诊用药保障情况调度表

附件

山西省（自治区、直辖市）

“两病”门诊用药保障情况表

(年 月 日)

报送时间：(年 月 日)

市别	类别	高血压				糖尿病				备注
		规范化管理人数 (人)	待遇享受人数 (人)	待遇享受人次 (次)	降血压药品费用 (元)	降血压药品政策范围内费用 (元)	规范化管理人数 (人)	待遇享受人数 (人)	待遇享受人次 (次)	降血糖药品费用 (元)
普通门诊统筹中“两病”用药患者										
“两病”专项保障机制用药患者										
门诊慢性病、特殊疾病中“两病”用药患者										

注：1、统计口径均为本市“两病”政策落地之日起至目前统计时间。

2、我省普通门诊统筹自 2021 年 1 月 1 日启动，因普通门诊统筹不支付“两病”用药，第一栏普通门诊统筹中“两病”用药患者所有数据截止 2020 年 12 月底。

吕梁市医疗保障局办公室

2021年3月4日印发