附件

关于完善中山市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的实施意见

(征求意见稿)

火炬开发区管委会，翠亨新区管委会，各镇政府、区办事处，市各有关单位：

根据省医保局等部门《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》（粤医保发〔2019〕26号）和《关于印发城乡居民高血压糖尿病门诊用药范围和医保支付标准的通知》（粤医保发〔2019〕28号）的通知要求，为做好慢性病的防治工作，保障和规范高血压、糖尿病（以下简称“两病”）等慢性病门诊用药。结合我市实际制定如下实施意见。

1. 指导思想和工作目标

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，全面贯彻落实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，以我市门诊基本医疗保险“两病”患者门诊用药保障为切入点，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，设定“两病”门诊慢性病种，提高“两病”参保人员的待遇，三级定点医疗机构与二级及以下基层定点医疗机构组建专病联盟，联盟内用药一致，参保人享受待遇一样，一般诊疗费按社区定点医疗机构标准。

二、运作模式

由市医保局和市卫健局牵头，我市四家三级定点医疗机构（市人民医院、市中医院、市博爱医院、市小榄人民医院）作为专病联盟牵头单位，各自组建“两病”专病联盟，以下简称“联盟”，镇区定点医疗机构或镇区社区卫生服务中心、定点零售药店参与，设“两病”门诊就诊点和取药点。

联盟牵头单位与镇区卫计部门按双向选择原则确定联盟合作对象，镇区“两病”就医点性质属于社区卫生服务机构，除原有社区卫生服务中心个别站点外，可在属地镇区医院、市属医院开设社区卫生服务站点，落实完成镇区“两病”就医点及定点零售药店布置；制定联盟合作方案、规章制度；组建专病业务指导小组，对成员单位进行指导和管理；派驻专家下沉到基层坐诊，并将上述内容报市医保及卫健部门备案。市卫健局负责牵头搭建“两病”数据平台，实现联盟内数据的互联互通，通过医保数据交换平台接口改造，完成“两病”认定、待遇结算等功能。

“两病”所需医保资金由原专项用于家庭医生式服务的门诊医保保费和门诊基本医疗保险当期结余支付，涉及到公共卫生部分费用由市政府协调解决。“两病”信息系统改造分别由市医保局负责医保信息系统的改造，由市卫健局负责“两病”数据平台的搭建，市财政局将“两病”信息系统改造相关费用纳入预算。

2020年3-6月按社会医疗保险统筹基金实际支付的“两病”医保费用与联盟牵头单位独立核算支付。2020社保年度（2020年7月1日）起，根据“两病”参保患者就医和用药分布，试行按人头、按病种包干付费，由《中山市社会保险定点医疗机构医疗服务协议》另行约定。

三、“两病”门诊慢性病种待遇享受人群

参加我市门诊基本医疗保险、经联盟内定点医疗机构确诊为高血压或糖尿病需要药物治疗并纳入联盟管理的参保人（以下简称“两病”参保人），主要是病情稳定，适宜开具长处方的“两病”人群。

四、“两病”认定标准

（一）高血压认定标准

1.联盟内定点医疗机构确诊符合《中国高血压防治指南》的高血压诊断标准：非同日3次测量血压高于140/90mmHg；

2.症状性高血压除外，如妊娠高血压综合征等。

（二）糖尿病认定标准

联盟内定点医疗机构确诊符合《广东省基本医疗保险诊疗常规》的糖尿病诊断标准：

1.糖尿病典型症状：多尿、烦渴多饮、多食、体重下降等症状，加任意时间血浆葡萄糖≥11.1mmol/L（200 mg/dl），或空腹血糖≥7.0 mmol/L（140 mg/dl），或OGTT 2h血糖≥11.1mmol/L；

2.若无典型糖尿病症状，重复检查结果仍异常者。

五、“两病”门诊慢性病种门诊统筹待遇

我市“两病”参保人在选定的联盟内的“两病”门诊就诊点就诊的，一般诊疗费按现行社区卫生服务机构标准统一定为10元/次，90%纳入支付范围，报销80%；每次就诊发生属报销范围内的“两病”药物费用报销80%，个人自付20%。高血压、糖尿病的门诊慢性病种年度累计支付限额各为1800元/人，同时认定两个病种的年度累计支付限额不累加。对于临床症状较轻、药品控制稳定的“两病”参保人，一次处方药品的用药时间可延长至4-12周，为了规范长处方管理，原则上参保人须在药物使用余量一周内方可开具下一次长处方。

为了避免重复享受医疗保险待遇，纳入“两病”联盟管理的门诊基本医疗保险参保人进行非“两病”药物治疗仍按原就诊渠道就诊，原门诊基本医疗保险待遇保持不变，但纳入“两病”联盟管理期间，参保人不得在原门诊基本医疗保险就诊点开具“两病”药物及享受相应待遇。

补充医疗保险参保人已认定高血压、糖尿病特殊病种的，继续按现行政策执行。

六、认定管理

由“两病”参保人主动提出申请，联盟内定点医疗机构根据门诊慢性病种准入标准及是否需要相关药物治疗予以审核确认，纳入联盟管理，并负责告知该类“两病”参保人就诊相关注意事项，签字确认。属于既往已确诊的参保人员，联盟内定点医疗机构可根据既往化验单、检查报告、诊断证明等及用药记录予以审核确认，自确认后享受待遇。

“两病”参保人一般按户籍地或工作、学习地或长期居住地的原则自主选择联盟就诊点，联盟内所有“两病”就诊点均可就医。联盟一经选定，纳入联盟管理后，在一个社保（医保）年度内不予变更及退出，在社保（医保）年度结束前一个月内可向联盟内定点医疗机构申请变更或退出，变更或退出生效时间从下一社保年度起。在一社保（医保）年度内无“两病”药物使用记录的，从下一社保（医保）年度起停止给付“两病”待遇。

新参加门诊基本医疗保险的“两病”参保人，参保次月1日起，经联盟内定点医疗机构确诊认定后可享受相应的待遇。

七、“两病”门诊慢性病种药物范围和使用

根据《广东省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2019年版）》（粤医保发〔2019〕29号)、《广东省医疗保障局关于印发城乡居民高血压糖尿病门诊用药范围和医保支付标准的通知》（粤医保发〔2019〕28号）和《广东省医疗保障局关于印发国家集中采购药品医保支付标准的通知》（粤医保发〔2019〕31号）规定，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。由联盟牵头单位负责，对联盟内各成员单位的“两病”用药目录进行统一，确保患者在三级医院和基层医疗机构用药一致。

联盟内成员单位的“两病”用药，由联盟牵头单位与成员单位根据统一目录协商采购和配送的方式。

联盟可联合市内符合要求的定点零售药店，设置联盟的“两病”取药点，规范医院“两病”处方的流转，患者可凭联盟内的处方及收费票据就近取药。

联盟牵头单位提供联盟内高血压、糖尿病常用药品目录清单分别报市卫健局和市医保局审核，如“两病”药物有变动需于每个季度前5个工作日内分别报市卫健局和市医保局备案。

八、“两病”门诊就诊点

联盟牵头单位和联盟内的镇区定点医疗机构可各设置1个“两病”参保人就诊点；一般联盟内的镇区社区卫生服务中心或1-2个社区卫生服务站可成为“两病”门诊就诊点；联盟内的定点零售药店，可成为“两病”门诊就近取药点。

九、结算方式

“两病”参保人在选定联盟内定点医疗机构使用“两病”药物及一般诊疗费等符合报销范围内的医保费用，属社会医疗保险统筹基金支付的费用，由社保（医保）经办机构按社会医疗保险统筹基金实际支付的费用与联盟牵头单位独立核算支付，所需费用由原专项用于家庭医生式服务的门诊医保保费和门诊基本医疗保险当期结余按我市社会医疗保险结算办法相关规定支付。

参保人在选定的联盟内的任何一家定点医疗机构均可实现刷卡结算，享受“两病”门诊慢性病种待遇。联盟牵头单位与联盟成员单位的分配由联盟内部协商解决。卫健部门对联盟牵头单位“两病”人群的认定、登记、管理、控制等公共卫生管理支出给予支持。

《中山市社会保险定点医疗机构医疗服务协议》增加门诊慢性病种服务内容及联盟内部基层就诊率等考核指标。

十、其它问题

为了方便群众就医，门诊基本医疗保险就医选点由原来选定镇（区）内存在管辖关系的一家镇（区）级定点医疗机构及一家村（社区）定点医疗机构，变更为按照《中山市社会保险定点医疗机构医疗服务协议》规定，以社区定点医疗机构管理机构为选点单位，其管辖范围内的所有社区定点医疗机构均为就诊选点，参保人就诊享受同等待遇。

本通知自2020年3月1日起正式实施，有效期5年。