关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药

保障机制的通知

市各区（县）医保局、财政局、卫健委、市场监管局:

为贯彻落实自治区医疗保障局、自治区财政厅、自治区卫生健康委、自治区药监局联合印发的《自治区完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施方案》(新医保〔2019〕110号) 和《关于做好自治区城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障工作的通知》(新医保函〔2019〕212号) 文件精神，为进一步减轻城乡居民高血压、糖尿病(以下简称“两病”)患者医疗费用负担，结合我市实际，现就完善“两病”患者门诊用药保障有关事项通知如下:

一、保障对象

符合下列全部条件的患者，享受本通知确定的“两病”门诊保障待遇：

（一）我市城乡居民基本医疗保险的参保人员。

（二）经具备能力的医疗机构诊断，明确患有“两病”确需采取药物治疗。

（三）未达到城乡居民医保门诊特殊慢性病鉴定标准。

达到城乡居民医保慢性病鉴定标准的患者，按相关政策享受门诊特殊慢性病保障待遇，不重复享受本通知规定的门诊待遇。

二、用药范围

“两病”患者门诊降血压或降血糖的药物，要按最新版国家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、保障水平

（一）起付线。“两病”门诊报销不设起付线。

（二）报销比例。“两病”参保患者在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付，政策范围内支付比例为70%。

（三）支付限额。统筹年度内高血压支付限额为：300元，糖尿病支付限额为：400元，同时合并高血压和糖尿病的，支付限额合并计算。

四、支付标准

本通知所指支付标准，仅适用于城乡居民“两病”门诊用药，参保人员在门诊使用“两病”用药后，医保基金以《乌鲁木齐市城乡居民高血压糖尿病门诊用药医保支付标准》（见附件）作为结算基准，按政策按比例报销，其他规格按照现行药品差比价规则进行规格差比调整。我市将依据自治区医疗保障局公布的支付标准，适时调整医保支付标准。

支付标准是医保基金支付“两病”门诊药品费用的基准。价格高于支付标准的，医保基金根据支付标准按规定比例支付，其余部分由患者负担。价格不高于支付标准的，医保基金和患者根据实际价格按规定比例支付。

五、医疗服务管理

（一）确诊机构及标准。乡镇卫生院、社区卫生服务中心或二级公立医院负责“两病”确诊，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。卫健部门已经建立健康档案的“两病”患者直接纳入保障范围。确诊为“两病”的患者由医疗机构进行备案管理。

 （二）处方管理。“两病”患者在选择的定点医疗机构门诊就医时，医师可视病情适当延长门诊处方用量，药品用量不超过药品说明书规定的最大剂量，医疗机构应当保障患者用药需求，但要避免重复开药。

（三）保障药品供应。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。

六、工作要求

（一）确保政策待遇落实。各单位要高度重视“两病”门诊用药保障工作，认真做好与现有城乡居民医保“两病”门诊特殊慢性病和普通门诊待遇的衔接，避免重复报销、重复享受待遇，推动合理诊疗和科学施治。鼓励签约家庭医生服务并建立“两病”管理档案。

（二）加强部门协同配合。医疗保障部门会同相关部门做好“两病”患者门诊用药保障工作，密切跟踪工作进展，确保群众享受待遇。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。卫健部门要做好"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”用药流通、配送等环节的监督管理。

（三）强化医保基金监管。开展医保智能监控，推动监管转向事前事中事后并重。健全监督举报、智能监控、现场检查、信

用管理等机制，持续打击欺诈骗保行为，加强对“两病”认定、重复报销、重复享受待遇等违规行为的监督检查，减少医保基金“跑冒滴漏”,构建稽核检查的长效机制。进一步发挥医保、卫健、公安、市场监管等部门联合监管、联合调查、联合办案的机制，加大对定点医疗机构监管力度，持续打造不敢骗、不能骗的高压态势，切实保障医保基金安全。

本通知自发文之日起实施。