

# 宣城市医疗保障局文件

宣医保秘〔2020〕61号

## 关于调整城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障有关政策的通知

各县市区医疗保障局，市医保中心：

为进一步完善城乡居民高血压糖尿病（以下简称“两病”）门诊用药保障政策，加强与城乡居民基本医疗保险政策的衔接，根据《宣城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障实施方案》（宣医保秘〔2019〕56号）文件精神，结合我市实际，现将“两病”门诊用药保障有关政策做如下调整：

一、“两病”患者在一个结算年度内，高血压病种统筹基金支付限额为450元/人，糖尿病病种统筹基金支付限额为550元/人，“两病”支付限额含普通门诊统筹年度支付限额。定点基层医疗机构的“两病”一般诊疗费纳入普通门诊统筹报销。

二、经宣城市一级及以上定点医疗机构中具有“两病”诊断资质的医疗保障协议医师诊断为“两病”的患者，由该定点医疗机构负责将“两病”患者信息维护进“宣城市城乡

居民两病人员库”后，直接享受“两病”报销政策。

三、“两病”政策范围用药目录执行《安徽省基本医疗保险慢性病门诊用药目录》规定的纳入高血压、糖尿病病种报销范围的药品。

四、各地医保部门要加大对一级及以上定点医疗机构医疗保障协议医师的监管，对出具“两病”虚假检验报告或疾病诊断证明的，依据情节的轻重，参照《宣城市基本医疗保险定点医疗机构医疗服务协议》，扣除相应医疗保障协议医师积分；情节严重的，取消医疗保障协议医师资格；涉嫌犯罪的，依法移送司法机关追究刑事责任。

五、本通知自 2021 年 1 月 1 日起施行。

2020 年 12 月 28 日