

吕梁市医疗保障局

吕梁市财政局文件

吕梁市卫生健康委员会

吕医保发〔2026〕18号

关于进一步强化城乡居民高血压、糖尿病 门诊用药专项保障的通知

各县（市、区）医保局、财政局、卫生健康委，市医保中心：

为进一步加强我市城乡居民高血压、糖尿病(以下简称“两病”)门诊用药专项保障，切实减轻“两病”参保居民用药负担，现将有关事项通知如下：

一、提高待遇标准

参保居民在二级甲等、二级乙等及以下定点医疗机构门诊发生的符合规定的降血压、降血糖药品费用，不设起付标准，统筹

基金支付比例分别为60%、65%，乙类药品个人先行自付比例为5%。按照不同病种分型设定年度支付限额，高血压患者为330元，I型糖尿病患者为560元，其他类型糖尿病患者为420元。对同时患有高血压和糖尿病的患者年度支付限额分别计算。

二、扩大覆盖范围

（一）规范化管理“两病”人员整体纳入。家庭医生对未纳入“两病”规范化管理的签约居民进行排查，及时将符合条件的参保居民纳入规范化管理。县级卫健部门认真梳理本地区规范化管理“两病”人员数据，每月将新增规范化管理的“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，未享受门诊慢特病待遇但已采取药物治疗的“两病”参保居民，直接纳入“两病”门诊用药专项保障范围。

（二）日常诊疗发现“两病”人员及时纳入。对医疗机构日常诊疗中新发现的高血压、糖尿病患者，由具有诊断能力的基层定点医疗机构（村卫生室、乡镇卫生院、社区卫生服务站、社区卫生服务中心）或二级及以上定点医疗机构按诊疗规范确诊认定后，由县级医疗集团和二级及以上医疗机构每月汇总人员信息，并附诊断证明相关材料报送医保经办机构（市属定点医疗机构报送市级医保经办机构，县属定点医疗机构报送县级医保经办机构），或本人携带诊断证明相关材料直接到医保经办机构备案，医保经办机构对人员信息进行筛查比对，对未享受门诊慢特病待

遇但已采取药物治疗的“两病”参保居民，及时纳入“两病”门诊用药专项保障范围。

（三）慢特病认定发现“两病”人员全部纳入。医保经办机构或指定医疗机构在门诊慢特病认定工作中，实行“一站式”受理，对不符合门诊慢特病准入条件的“两病”患者，经医保经办机构备案后，及时纳入“两病”门诊用药专项保障范围。

三、优化医药供给服务

卫生健康部门要指导定点医疗机构进一步加强门诊医疗服务供给，加大“两病”用药保障力度，切实提升参保群众就医购药便捷度。各级定点医疗机构要开设便民门诊服务，为病情稳定、用药固定的“两病”患者提供长期处方服务，长期处方量一般不超过4周，病情稳定的患者适当延长，最长不超过12周，让患者就医购药少排队、少跑腿。基层定点医疗机构要适应参保人员用药需求，缩短药品采供周期，优化药品配备结构，配齐备足常用品种，方便群众就近就医购药。

四、加强待遇结算管理

医保经办机构要加强对定点医疗机构，尤其是基层医疗机构的指导。对于使用降血压、降血糖药品的参保居民，在定点医疗机构门诊结算时，窗口工作人员要首先询问其是否有“两病”待遇，如没有要及时指导患者办理。享有“两病”专项保障机制待遇的患者在定点医疗机构就医时，如使用降血压、降血糖药

品，定点医疗机构要优先通过“两病”待遇结算方式为其进行结算。对于未按规定为“两病”患者结算待遇，造成待遇应享未享或通过门诊统筹享受待遇的医疗机构，医保经办机构应予以督促整改，引导医疗机构规范为“两病”患者结算费用。卫健部门要将城乡居民“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、规范化管理率和合理用药率纳入基层医疗机构绩效考核指标体系。医保部门要加强“两病”用药稽核监管，严防医疗机构和参保居民内外勾结倒卖回流药行为。

五、引深政策宣传

各县市区要加强“两病”门诊用药专项保障政策宣传，通过医药机构电子显示屏、宣传手册、微信公众号以及下乡送政策上门服务等方式，广泛宣传“两病”政策，加大宣传的广度。同时，通过大数据筛选，针对慢性病等重点参保人群开展针对性宣讲，让群众充分知晓政策、理解政策、掌握政策、运用政策，达到宣传的深度。

六、强化工作调度

各县（市、区）医保部门要加强工作调度，指定专人负责“两病”数据调度和信息上报工作，每月5日前向市局报送上月待遇享受情况和基金支出情况。市局每季度通报各县（市、区）“两病”人员覆盖及待遇保障情况，并将“两病”工作推进情况作为评价各县（市、区）工作的重要指标。

本通知自2026年6月1日起施行。此前规定有与本通知不一致的，以本通知规定为准。



(此件主动公开)



吕梁市医疗保障局办公室

2026年5月25日印发
