

山西省医疗保障局
山西省财政厅文件
山西省卫生健康委员会

晋医保发〔2026〕10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

各市医保局、财政局、卫生健康委：

为进一步加强我省城乡居民高血压、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，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) “两病”认定“一站式”受理。医保经办机构或指定医疗机构在门诊慢特病审核认定工作中，实行“一站式”受理，将不符合门诊慢特病准入条件的“两病”患者及时纳入“两病”门诊用药保障范围。医保经办机构要简化认定程序，可将“两病”认定工作下沉到符合要求的基层定点医疗机构。经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，参保居民即可享受“两病”门诊用药专项保障。

三、加强结算管理

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,要首先询问其是否有“两病”待遇,如没有要及时指导其办理。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。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、规范化管理率和合理用药率纳入基层医疗机构绩效考核指标体系。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。

四、加强医疗服务

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,切实提升参保群众就医购药便捷度。鼓励各级定点医疗机构开设便民门诊服务,为病情稳定、用药固定的“两病”患者提供长期处方服务,让患者就医购药少排队、少跑腿;基层医疗机构要适应参保人员用药需求,优化药品配备结构,配齐配足常用药品,方便群众就近就医购药。

五、加强政策宣传

各市县要加强“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、加强调度通报

各市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 10 日前向省医保局报送上月待遇享受情况和基金支出情况。省局每季度通报各市“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市工作的重要指标。

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)