

泸州市医疗保障局 文件 泸州市 财 政 局

泸市医保规〔2025〕2号

泸州市医疗保障局 泸州市 财 政 局 关于印发《泸州市基本医疗保险门诊慢特病 待遇保障实施细则》的通知

各区县医保局、财政局：

现将《泸州市基本医疗保险门诊慢特病待遇保障实施细则》
印发你们，请遵照执行。



泸州市基本医疗保险门诊慢特病待遇保障 实施细则

第一章 总则

第一条 为健全完善基本医疗保险门诊共济保障机制，推动我市建立公平享有、规范统一、运行高效的门诊慢性病、门诊特殊疾病（以下简称门诊慢特病）保障水平，切实减轻参保人员医疗费用负担，进一步提高全市基金使用效率，根据《四川省医疗保障局 四川省财政厅关于规范全省基本医疗保险门诊慢特病保障政策的通知》（川医保规〔2024〕11号）和《四川省医疗保障事务中心关于印发四川省基本医疗保险门诊慢特病病种及认定依据的通知》（川医保中心发〔2024〕2号）等文件精神，结合我市实际，制定本实施细则。

第二条 坚持保障基本。根据我市参保人员的疾病谱、医保基金支撑能力等从全省基本医疗保险门诊慢特病病种库中合理确定纳入我市门诊慢特病管理病种，按职工基本医疗保险（以下简称职工医保）与城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）分别分类确定待遇保障水平。

第三条 市医疗保障行政部门负责辖区内门诊慢特病保障实施细则的制定，并指导实施，可根据基本医疗保险基金支撑能力和疾病诊疗需要等因素，对我市门诊慢特病纳入病种及待遇保

障水平等进行调整。各区县医疗保障行政部门负责属地门诊慢特病管理工作。

第四条 市医保经办机构按照国家和省的规定更新门诊慢特病病种认定依据和病种编码，并制定经办管理规程。市、区县医保经办机构按照“分级负责、属地管理”原则分别负责管辖地门诊慢特病保障政策的经办管理服务，包括定点医疗机构管理、服务协议签订、门诊慢特病认定、医疗费用审核结算、医保基金业务相关数据统计分析等，在把好入口关的同时为参保人员在市内、省内和跨省异地就医提供快捷、便利的服务。

第二章 病 种

第五条 纳入基本医疗保险门诊慢特病管理的病种应满足以下条件：临床诊断及诊疗方案明确，且主要治疗药品已纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》；病程较长、对健康损害大、医疗费用较高普通门诊统筹难以保障或病情较重但已过急性期、病情相对稳定、需要在门诊长期治疗的疾病；疾病与接触职业病危害因素之间没有直接因果关系；需要在门诊长期治疗的其他合理情形。

第六条 本实施细则施行后我市原认定的Ⅰ类门诊特殊疾病和Ⅱ类门诊特殊疾病不再重新认定，按规定继续享受待遇。我市已纳入保障的病种和新增的病种按四川省规范统一的门诊慢特病名称和编码执行。职工医保和居民医保门诊慢特病病种范围原

则上保持一致。

第七条 门诊慢特病病种实行分类管理,分为门诊慢性病和门诊特殊疾病(病种分类见附件1和附件2)。

第三章 认定管理

第八条 我市职工医保或居民医保的待遇享受期内的参保人员所患门诊慢特病在本实施细则规定的病种范围内,可申请办理门诊慢特病认定,符合认定依据的,经认定后享受规定的门诊慢特病待遇。

第九条 门诊慢特病认定统一以医学诊断标准为依据,门诊慢特病的病种编码、认定依据、认定材料、复审周期按四川省基本医疗保险门诊慢特病病种及认定依据执行。

第十条 参保人员申请门诊慢特病认定的,向参保地认定机构提供符合规定的二级及以上定点医疗机构检查报告、病历及病情诊断证明书等资料,符合认定条件的纳入门诊慢特病保障范围。对临床可治愈的门诊慢特病病种设置病种保障待遇有效期,有效期满需继续治疗的,应重新申请认定,符合条件的继续享受待遇保障,不符合条件的按规定退出。对省内各地区均已纳入门诊慢特病保障的病种,省内异地就医人员可在就医地进行认定,认定结果省内互认。

第十一条 按照“总量控制、布局合理、动态调整、及时便民”的原则,医保经办机构可将门诊慢特病认定工作下沉到符合

条件的二级及以上定点医疗机构办理（传染病、精神类疾病门诊慢特病认定定点医疗机构必须具有相关专科医疗能力或设有相关专科科室的定点医疗机构），将门诊慢特病认定和诊疗工作纳入协议管理，医保经办机构通过与定点医疗机构签订医保服务协议，明确认定和诊疗的病种范围、认定责任、违约责任等内容条款。门诊慢特病参保患者可在一级及以上定点医疗机构（含未定级乡镇卫生院、社区卫生服务中心、透析中心）就医。承担门诊慢特病认定机构和治疗机构名单由市医保经办机构统一向社会公布。

第十二条 市、区县医保经办机构要结合实际建立健全门诊慢特病初审、复核两级认定和档案管理制度。

第十三条 认定机构应当建立健全门诊慢特病认定的具体流程和办法等管理制度，并根据诊疗服务范围，审查并确定门诊慢特病相应的认定科室和认定医师（具有主治医师及以上职称的医师），明确工作责任，制定工作流程。

第十四条 提供认定和诊疗服务的医疗机构及医师，应按照诊疗规范、认定依据等规定开展工作，妥善保存病历、处方、购药记录等资料，做到诊疗、处方、结算、配送可追溯。

第四章 待遇保障

第十五条 门诊慢特病统筹基金支付范围原则上限定在符合条件的定点医疗机构诊治已认定病种，且符合临床诊疗规范以

及国家、省和我市基本医疗保险药品目录、诊疗服务项目、医用耗材规定范围及标准的医疗费用。不符合门诊慢特病临床诊疗规范的其他医疗费用，不纳入支付范围。

第十六条 定点医疗机构要坚持合理规范诊疗，优先使用甲类药品和诊疗服务项目，优先使用国家集中带量采购药品，门诊慢特病治疗以临床必需的药品和医保服务项目为主，严格控制辅助药品和检查项目的使用，减轻患者医疗费用负担。符合长期处方条件的，按长期处方规定执行。纳入医保单行支付药品及参照单行支付管理的药品，不纳入门诊慢特病费用保障范围，按单行支付药品有关规定执行。

第十七条 门诊慢性病从通过认定的次月起享受待遇。门诊特殊疾病从认定之日开始享受待遇（住院期间认定的门诊特殊疾病，从出院之日起享受门诊特殊疾病待遇）。

第十八条 门诊慢性病按病种和参保类型设置待遇水平，参保人员在定点医疗机构门诊治疗门诊慢性病发生的符合临床诊疗规范和基本医疗保险政策范围内的医疗费用基本医疗保险基金支付比例、基金年度支付限额见附件 1；门诊特殊疾病参照住院管理和支付，参保人员在备案的定点医疗机构门诊治疗门诊特殊疾病发生的符合临床诊疗规范和基本医疗保险政策范围内的医疗费用基本医疗保险基金支付比例、起付线和基金年度支付限额见附件 2。

第十九条 门诊慢性病的医疗费用按规定纳入医疗救助范围予以保障,门诊特殊疾病的医疗费用按照规定纳入补充医疗保险、大病保险、医疗救助等多层次医疗保障范围予以保障。

第二十条 门诊慢特病统筹基金年度支付金额纳入个人当年基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额计算,门诊慢特病统筹基金年度支付限额仅限于当年使用,不结转累加到次年。

第二十一条 初次认定门诊慢性病为单一病种的,其年度支付限额为该病种年度支付限额月平均值乘以可享受月数(当年可享受年度支付限额=该病种年度支付限额÷12×当年可享受待遇月数)。初次认定门诊慢性病为两个及以上病种的,以病种中支付限额最高的为基数计算可享受月数的年度支付限额。连续享受两个及以上门诊慢性病病种的,以病种中支付限额最高的为基数计算。

每增加一个慢性病病种,支付限额增加 200 元,最多增加 800 元。

第二十二条 一个自然年度内,享受门诊慢特病待遇的参保人员,在泸州市内参保险种发生改变的,门诊慢特病待遇连续享受,门诊慢特病支付限额就高计算。

第二十三条 一个自然年度内,在定点医疗机构因治疗门诊特殊疾病多次住院发生的医疗费用,按照住院相关政策报销,起付线按最高级别医疗机构起付标准支付一次。

第五章 政策衔接

第二十四条 门诊慢特病政策与基本医疗保险普通门诊统筹、高血压糖尿病门诊用药保障、单行支付药品及参照单行支付管理的高值药品政策以及原泸州市门诊特殊疾病相关政策有效衔接，确保平稳过渡。

第二十五条 参保人员患高血压、糖尿病按规定纳入高血压糖尿病门诊用药保障；达到高血压、糖尿病门诊慢性病标准的，按规定纳入门诊慢性病管理范围，执行门诊慢性病待遇政策，不得叠加享受待遇。

第二十六条 参保人员同一笔医疗费用不得同时纳入门诊慢特病、普通门诊统筹、高血压糖尿病门诊用药保障重复支付。

第二十七条 原已纳入泸州市门诊特殊疾病管理的病种，与本实施细则规定的门诊慢特病病种名称不一致的不再重新认定，按门诊慢特病病种编码和名称纳入对应管理，并按现行规定继续享受待遇。病种未在泸州市门诊慢特病病种范围内的不再新增认定待遇享受人员，原已享受该病种待遇的参保人员在泸州市处于正常参保缴费状态，则继续享受待遇；若该患者转移到其他省市参保、断保、终止参保等，则不再享受待遇。

第六章 就医管理

第二十八条 治疗机构应按“分级负责、属地管理”原则，由市、区县医保经办机构按照“总量控制、布局合理、及时便民”

确定，通过签订医疗保障服务协议的方式对治疗机构予以管理。门诊慢特病治疗的费用控制、服务质量、费用结算和违规处理等内容，纳入定点医疗机构服务协议管理。

第二十九条 门诊慢特病参保人员可自行选择治疗机构。门诊特殊疾病参保人员经认定机构或市、区县医保经办机构备案后，在备案的定点医疗机构就医发生的医疗费用按照规定予以支付。

第七章 监督管理

第三十条 市、区县医保部门做好门诊慢特病医保基金支出的常态化监管工作，对门诊慢特病实施全流程监管。合理诊疗、合理用药、合理使用医保基金，严厉打击利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品等获得非法利益的行为，对违法违规使用医保基金的单位和人员，医保部门将依法依规严肃处理，涉嫌犯罪的依法移送公安机关。

第八章 支付方式改革

第三十一条 积极探索将门诊慢特病医疗费用纳入支付方式改革范围，开展按人头付费、按病种付费等复合式医保支付方式改革。建立医疗服务绩效考核评价机制，强化对定点医疗机构服务成效考核评价，防止因支付方式改革出现保障不足和服务不到位情况，更好保障参保人员权益和医保基金安全。

第九章 附则

第三十二条 市医保局和市财政局根据全省基本医疗保险门诊慢特病病种库管理情况及我市参保人员疾病谱、医疗技术发展、医保基金支撑能力等因素，对门诊慢特病的病种、待遇标准等适时进行调整。

第三十三条 本实施细则从2026年1月1日起施行，有效期5年。《泸州市医疗保障局 泸州市财政局关于印发〈泸州市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法〉的通知》（泸市医保发〔2023〕12号）同时废止，此前相关政策规定与本实施细则不一致的，以本实施细则为准。若国家和省有新规定，从其规定。

附件：1.泸州市基本医疗保险门诊慢性病

2.泸州市基本医疗保险门诊特殊疾病

附件 1

泸州市基本医疗保险门诊慢性病

序号	病种	职工医保统账 结合参保人员	职工医保单建统 筹参保人员	居民医保参 保人员
1	甲状腺功能减退	政策范围内基本 医疗保险基金支 付比例 75%，每 个病种职工医保 基金年度支付限 额 2400 元。	政策范围内基本 医疗保险基金支 付比例 75%，每 个病种职工医保 基金年度支付限 额 1800 元。	政策范围内 基本医疗保 险基金支付 比例 70%，每 个病种居民 医保基金年 度支付限额 1680 元。
2	甲状腺功能亢进			
3	重度骨质疏松			
4	类风湿关节炎			
5	强直性脊柱炎			
6	糖尿病伴并发症			
7	高血压 2 级及以上（高血压性心脏病）			
8	结核病			
9	慢性阻塞性肺疾病			
10	慢性肺源性心脏病			
11	丙型肝炎			
12	其他病毒性肝炎（不含甲型、丙型肝炎）			
13	强迫症			
14	器质性精神病			
15	孤独症			
16	血管性痴呆			
17	焦虑症			
18	精神活性物质所致精神障碍			
19	儿童注意力缺陷症			
20	创伤后应激障碍			
21	阿尔茨海默病			
22	心脏瓣膜病（风湿性心脏病）			
23	癫痫			
24	痛风			
25	干燥综合征[舍格伦]			
26	前列腺增生			

27	心肌病	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 75%，每个病种职工医保基金年度支付限额 2400 元。	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 75%，每个病种职工医保基金年度支付限额 1800 元。	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 70%，每个病种居民医保基金年度支付限额 1680 元。
28	支气管哮喘			
29	银屑病			
30	青光眼			
31	慢性心力衰竭			
32	自身免疫性肝炎			
33	特发性炎性肌病（皮肤炎和多肌炎）			
34	慢性高原性心脏病			
35	包虫病			
36	慢性骨髓炎			
37	慢性肾小球肾炎	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 75%，每个病种职工医保基金年度支付限额 3600 元。	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 75%，每个病种职工医保基金年度支付限额 2700 元。	政策范围内基本医疗保险基金支付比例 70%，每个病种居民医保基金年度支付限额 2520 元。
38	冠心病			
39	帕金森病			
40	脑血管病后遗症			
41	肝硬化			
42	抑郁症			
43	进行性肌营养不良			
44	先天性心脏病			
45	肾病综合征			

附件 2

泸州市基本医疗保险门诊特殊疾病

序号	病种	职工医保参保人员	居民医保参保人员
1	分裂情感性障碍	<p>一个自然年度内支付一个起付线 600 元，政策范围内医疗费用基本医疗保险基金支付比例为 90%，每个病种职工医保基金年度支付限额为 1.2 万元，职工医保基金支付的门诊特殊疾病费用统一纳入统筹基金年度最高支付限额计算。</p>	<p>一个自然年度内支付一个起付线 600 元，政策范围内医疗费用基本医疗保险基金支付比例为 75%，每个病种居民医保基金年度支付限额为 1 万元，居民医保基金支付的门诊特殊疾病费用统一纳入统筹基金年度最高支付限额计算。</p>
2	精神发育迟滞伴发精神障碍		
3	双相（情感）障碍		
4	癫痫所致精神障碍		
5	偏执性精神病		
6	重症肌无力		
7	运动神经元疾病〔肌萎缩侧索硬化（ALS）〕		
8	慢性肾脏病		
9	白塞病		
10	原发免疫性血小板减少症		
11	特发性肺间质纤维化		
12	克罗恩病		
13	溃疡性结肠炎		
14	肺动脉高压		
15	湿性年龄相关性黄斑变性（脉络膜新生血管）		
16	视神经脊髓炎		
17	多发性硬化		
18	天疱疮		
19	噬血细胞综合征		
20	系统性硬化症（硬皮病）		
21	普拉德-威利综合征		
22	原发性生长激素缺乏症（儿童生长激素缺乏症）		

23	肝豆状核变性	一个自然年度内支付一个起付线 600 元，政策范围内医疗费用基本医疗保险基金支付比例为 90%，职工医保基金支付的门诊特殊疾病费用统一纳入统筹基金年度最高支付限额计算。	一个自然年度内支付一个起付线 600 元，政策范围内医疗费用基本医疗保险基金支付比例为 75%，居民医保基金支付的门诊特殊疾病费用统一纳入统筹基金年度最高支付限额计算。
24	系统性红斑狼疮		
25	恶性肿瘤门诊治疗		
26	血友病		
27	再生障碍性贫血		
28	肾移植抗排异治疗		
29	骨髓移植抗排异治疗		
30	心移植抗排异治疗		
31	肝移植抗排异治疗		
32	肺移植抗排异治疗		
33	肝肾移植抗排异治疗		
34	干细胞移植抗排异治疗		
35	耐药结核病		
36	精神分裂症		
37	慢性肾功能衰竭透析治疗		
38	艾滋病		
39	地中海贫血		
40	脑瘫		

信息公开选项：主动公开

抄送：市医保中心

泸州市医疗保障局办公室

2025 年 7 月 25 日印发
