

**攀枝花市医疗保障局
攀枝花市财政局
关于印发《攀枝花市基本医疗保险门诊
慢特病实施细则》的通知**

攀医保规〔2025〕7号

各县（区）医保局、财政局，市医保事务中心、市医保信息中心，有关定点医疗机构：

现将《攀枝花市基本医疗保险门诊慢特病实施细则》印发给你们，请认真遵照执行。

攀枝花市医疗保障局

攀枝花市财政局

2025年11月5日

攀枝花市基本医疗保险门诊慢特病 实施细则

第一章 总则

第一条 为进一步规范攀枝花市基本医疗保险（以下简称基本医保）门诊慢特病管理，切实减轻参保人员门诊医疗费用负担，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）规定，结合实际，制定本实施细则。

第二条 我市职工基本医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民基本医疗保险（以下简称居民医保）参保人员的门诊慢特病保障适用本细则。

第三条 市级医保行政部门负责门诊慢特病政策的制定、组织实施和指导监督。各县（区）医保行政部门负责开展监督管理工作。医保经办机构负责门诊慢特病的经办管理服务，包括门诊慢特病资格认定管理、服务协议签订、医疗费用审核结算、统计分析等，并协助医保行政部门对定点医疗机构、参保人员等使用医保基金的违法违规行为开展监督检查。

第二章 待遇保障

第四条 职工医保与居民医保均按四川省规定的病种

范围及认定标准执行,并使用全省统一的病种编码及名称(见附件)。

第五条 按照门诊慢特病病种特点及诊疗规范不同,病种分特病和慢病两类管理,按职工医保与居民医保分别分类确定待遇保障水平,待遇保障水平结合基金运行实际情况动态调整。

第六条 参加我市基本医保的参保人员,同时患有四川省规定病种范围内特病和慢病的,可在符合条件的定点医疗机构办理门诊慢特病资格认定。

第七条 办理了门诊慢特病资格的参保人员在定点医疗机构发生治疗该病种的政策范围内门诊费用按以下规定报销。

(一)患有特病病种的参保人员,取得资格后,次日生效,费用报销不设起付线,按住院有关规定报销。

(二)患有慢病病种的参保人员,取得资格后,次月1日生效,费用报销不设起付线,职工医保参保人员报销比例为**60%**,统筹基金年度支付限额“统账结合”参保人员为**2400**元,“单建统筹”参保人员为**1080**元;居民医保参保人员报销比例为**70%**,统筹基金年度支付限额为**800**元。年度支付限额为参保人员所有慢病病种的累计报销限额,不随申请病种数量增加。

新申报者通过认定后当年发生的门诊慢病费用,最高支

付限额为年度支付限额除以 **12** 乘以当年可享受待遇月数。

参保人员同时取得特病和慢病资格的，其医疗待遇分别计算。

第八条 门诊慢特病医疗费用由医保统筹基金按规定支付，统一纳入统筹基金年度支付限额计算。

第九条 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和四川省基本医保药品目录、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。

第三章 经办管理

第十条 门诊慢特病资格认定工作下沉至符合条件的二级及以上定点医疗机构。对门诊慢特病认定和诊疗工作实行协议管理，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。医保经办机构应当采取随机与定期相结合的方式，检查认定机构认定工作的合规性、真实性和完整性。

第十一条 参保人员申请门诊慢特病资格认定的，向认定机构提供二级及以上定点医疗机构出具的检查报告、病史资料（门诊病历或住院病历）及病情诊断证明书（或出院证明）等资料，符合认定条件的纳入门诊慢特病保障范围。

第十二条 门诊慢特病资格定点认定机构及认定医师应按照《四川省基本医疗保险门诊慢特病病种及认定依据》开展工作，并建立内部监督管理制度，定期进行抽查，抽查情况应当及时记录，存档备查。

第十三条 对于已纳入保障的病种，统一按全省病种确定的名称执行。原已认定的门诊慢特病，若属于现行全省病种库的，继续享受待遇；若不在全省病种库内的，自本政策实施之日起终止待遇，但符合新认定标准的可重新申请，经审核通过后按新病种享受相应待遇。

第十四条 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，有效期届满需继续治疗的，应按规定重新申请认定，符合条件的继续享受待遇保障，不符合条件的按规定退出。

第十五条 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认定，认定结果互认。

第十六条 在全省统一的门诊慢特病经办规程未出台前，医保经办机构暂按我市现行经办规程执行，认定机构结合工作实际建立健全门诊慢特病初审、复审两级认定和档案管理制度。

第十七条 参保人员在市外定点医疗机构就诊的，按照基本医保异地就医管理有关规定执行。

第十八条 深化医保支付方式改革，健全与门诊慢特病

相适应的付费机制，探索门诊慢特病支付方式改革，持续推进家庭医生医保签约服务。

第十九条 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，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。应妥善保存病历、处方、购药记录等资料，做到诊疗、处方、结算、配送可追溯。纳入医保单行支付药品，不纳入门诊慢特病费用保障范围，按单行支付有关规定执行。

第二十条 门诊慢特病认定机构和治疗机构名单由市级医保经办机构统一向社会公布。

第四章 监督管理

第二十一条 各级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。严厉打击利用享受医保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，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《定点医疗机构医疗保障服务协议》等法律法规进行处理，并按管理权限及时移送纪检监察部门或公安机关。

第五章 附则

第二十二条 市级医保行政部门商有关部门根据国家、省有关政策规定及基金运行等情况，对待遇保障适时进行调整。

第二十三条 本细则由市级医保行政部门负责解释。

第二十四条 本细则自 **2026** 年 **1** 月 **1** 日施行，有效期 **5** 年。此前规定与本细则不一致的，以本细则为准。国家、省有新规定的，从其新规定。

附件：四川省基本医疗保险门诊慢特病病种及认定依据