

重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2025〕10号

重庆市医疗保障局 关于印发《重庆市基本医疗保险门诊 特殊疾病管理办法》的通知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社会事务中心、万盛经开区人力社保局：

为保障我市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人的门诊特殊疾病医疗费用待遇，加强和规范门诊特殊疾病管理，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国务院办公厅关于建立健全职工

基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）等文件规定，制定《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》，现印发你们，请认真遵照执行。



（此件公开发布）

重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法

第一章 总则

第一条 为保障我市城镇职工基本医疗保险（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”）参保人门诊特殊疾病医疗费用待遇，加强和规范门诊特殊疾病管理，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）等文件规定，制定本办法。

第二条 本办法所称门诊特殊疾病，是指需要长期在门诊治疗、纳入我市基本医疗保险基金支付范围的疾病病种。门诊特殊疾病病种实行动态管理，在确保医保基金收支平衡、风险总体可控的前提下，将部分治疗周期长、对健康损害大、费用负担重的疾病发生的门诊费用纳入保障范围，不断健全门诊共济保障机制，逐步由病种保障向费用保障过渡。

第三条 门诊特殊疾病实行分类管理，按照定病种、定诊疗项目、定药品类别的原则，建立《重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病保障指南》（另行公布，以下简称“《保障指南》”），包

含病种的诊断标准、医保报销范围等内容，并依据各病种临床指南及诊疗规范适时调整发布。我市职工医保和居民医保参保人（以下简称“参保人”），患门诊特殊疾病病种范围内的疾病，可自愿申请办理门诊特殊疾病，经诊断符合《保障指南》诊断标准的按规定享受相关待遇。

第四条 市医疗保障行政部门负责制定和调整门诊特殊疾病政策，并指导监督实施。

市医保经办机构负责制定我市基本医疗保险门诊特殊疾病经办规程，并指导区县医保经办机构开展经办工作。

区县医疗保障行政部门负责本区县门诊特殊疾病政策实施和监督管理工作。

区县医保经办机构按照协议管理原则，负责医保定点医药机构门诊特殊疾病的费用审核、费用结算等工作。

第二章 病种管理

第五条 我市职工医保和居民医保采用统一的门诊特殊疾病病种、诊断标准、医保报销范围。

第六条 我市门诊特殊疾病分为一类病种和二类病种（见附件）。

随单位参保和以个人身份参加职工医保二档人员可申请办理一类病种和二类病种；以个人身份参加职工医保一档人员限申请办理慢性肾衰竭血液净化治疗、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿瘤、血友病四种门诊特殊疾病病种。

居民医保参保人员可申请办理一类病种和二类病种。

第三章 诊断管理

第七条 各级医保经办机构根据医疗机构执业范围、医疗服务能力、门诊特殊疾病诊断所需设施设备及信息系统建设是否符合规定等条件，确定医疗机构相应门诊特殊疾病诊断资格并进行公示。医保经办机构应加强门诊特殊疾病诊断医疗机构管理，将门诊特殊疾病诊断服务纳入定点协议管理。

第八条 按照自愿申请、全市通办原则，参保人可向医保经办机构或医保经办机构指定的医疗机构提出办理申请。

申请人携带身份证明及病史资料到门诊特殊疾病诊断医疗机构进行诊断，委托他人办理的，被委托人需携带申请人和被委托人身份证明。诊断医疗机构按照门诊特殊疾病诊断标准为申请人进行诊断并出具诊断结论，将符合申请病种诊断标准的参保人病种信息录入医保信息系统，即时开通门诊特殊疾病待遇资格，

并按规定将有关诊断资料存档。对不能满足诊断标准的申请人，由诊断医疗机构予以书面告知并退还相关资料。诊断医疗机构提供的门诊特殊疾病诊断服务可按门诊诊查收费。

申请人经治疗后病情稳定但仍需长期治疗的，现场检查达不到诊断标准时，需按诊断医师要求提供既往检验检查资料及用药治疗的相关资料。

第九条 参保人对诊断结论有异议的，应在收到诊断结论之日起60日内，向与诊断医疗机构签订协议的医保经办机构提出复核申请。受理复核申请的医保经办机构应组织其他门诊特殊疾病诊断医疗机构进行复核，复核结论为最终诊断结论。

第十条 医保经办机构应不定期核查诊断医疗机构的诊断资料，诊断资料不合格的，取消该参保人门诊特殊疾病待遇资格；造成基金损失的，向诊断医疗机构追回。如出现弄虚作假、降低诊断标准等行为，按照有关规定严肃处理，并取消其门诊特殊疾病诊断服务资格。

第十一条 因死亡等原因终止参保及经治疗后达到门诊特殊疾病退出标准（保障指南中另行明确）的人员，同步终止其门诊特殊疾病待遇资格。对自愿终止门诊特殊疾病待遇资格的参保人，由申请人或被委托人携带身份证明向医保经办机构提出终止待遇资格申请。医保经办机构自受理终止申请之日起，终止其待

遇资格。终止后，参保人可重新申请诊断。

第十二条 参保人获得相应门诊特殊疾病待遇资格后，在职工医保、居民医保参保险种变化时，门诊特殊疾病待遇资格无需重新办理，按其享受待遇险种执行。

第四章 待遇保障

第十三条 符合我市基本医疗保险规定的药品、医用耗材和医疗服务项目支付范围且属于《保障指南》范围的医疗费用纳入门诊特殊疾病待遇保障范围，获得门诊特殊疾病待遇资格后，一个自然年度内参保人发生的符合门诊特殊疾病支付范围的费用累计计算，超过就诊医疗机构门诊特殊疾病起付标准的费用按比例报销，起付标准按以下方式计算：

职工医保参保人员一类、二类门诊特殊疾病起付标准与住院起付标准一致，年度内按就诊医疗机构最高等级分别计付一次住院及门诊特殊疾病起付标准。

居民医保参保人员一类门诊特殊疾病起付标准与住院起付标准一致，年度内按就诊医疗机构最高等级分别计付一次住院及门诊特殊疾病起付标准。二类门诊特殊疾病在各级医疗机构均不计门诊起付标准，住院按住院规定计付起付标准。

第十四条 随单位参保和以个人身份参加职工医保二档人员，慢性肾衰竭血液净化治疗、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿瘤年度累计统筹基金支付在3.7万元及以下的，在各级医疗机构统筹报销比例为90%，年度累计统筹基金支付在3.7万元以上至4.7万元之间的统筹报销比例为100%；其余一类、二类门诊特殊疾病在各级医疗机构统筹报销比例为80%。

以个人身份参加职工医保一档人员，慢性肾衰竭血液净化治疗、器官移植术后抗排异治疗、恶性肿瘤、血友病与随单位参保人报销比例相同。

年度累计基金支出在4.7万元以上的，由大额基金按100%比例报销。

居民医保参保人员一类、二类门诊特殊疾病均按就医医疗机构住院报销比例结算。

第十五条 随单位参保和以个人身份参加职工医保一、二档人员门诊特殊疾病医保基金年度支付金额与住院合并计算。

居民医保参保人员一类门诊特殊疾病医保基金年度支付金额与住院合并计算；取得一类门诊特殊疾病资格的儿童在普通居民基础上增加年度统筹基金支付限额，儿童一档增加2万元/年，二档增加3万元/年；取得一类门诊特殊疾病资格的大学生年度统筹基金支付限额一档10万元/年，二档12万元/年。二类门诊

特殊疾病实行限额报销方式，普通居民年度支付限额为 1000 元/年；大学生年度支付限额为 2400 元/年；同时患两种或两种以上二类门诊特殊疾病的，每增加一个病种，年度支付限额增加 200 元。

第十六条 以下门诊特殊疾病病种在政策范围内实行年度限额结算，一个自然年度内，超过年度限额的部分，医保基金不予支付。

一类病种（含职工医保和居民医保）：阿尔茨海默病（6000 元/年）、普拉德-威利综合征（24000 元/年）、原发性生长激素缺乏症（24000 元/年）。

二类病种（限职工医保）：强直性脊柱炎（6000 元/年）、原发性肾病综合征（9000 元/年）、肝豆状核变性（9000 元/年）、重度骨质疏松（3600 元/年）、系统性硬化症（6000 元/年）、原发性干燥综合征（6000 元/年）、重症肌无力（6000 元/年）、良性前列腺增生症（1000 元/年）、原发性青光眼（1800 元/年）、焦虑症（4800 元/年）、强迫症（6000 元/年）。

一个自然年度内，参保人门诊特殊疾病医保基金支付费用与医保基金支付的其他费用合并计算，合并后的支付金额不得超过医疗保险规定的基金最高支付限额。

第十七条 门诊特殊疾病单病种结算不受药品目录限制、不

计算起付标准；门诊单病种限额标准内的实际报销额计入其职工医保或居民医保年度基金支付限额。职工医保限额标准内报销的医疗费用分别由统筹基金和大额基金支付。居民医保限额标准内报销的医疗费用由居民医保基金支付；限额标准内未报销费用计为自付费用，按规定享受居民大病医保待遇。

高苯丙氨酸血症（苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症）限额结算标准为1.4万元/年，报销比例为70%。

慢性乙型肝炎病毒感染职工医保实行单病种限额结算，限额结算标准为6000元/年，报销比例为80%；居民医保按二类门诊特殊疾病待遇标准保障。

耐药结核病患者发生的临床路径范围内住院和门诊治疗医药费用，患者自付10%，医保基金按照90%的比例予以报销，单病种年报销限额5万元/人；超过单病种限额部分费用按一类门诊特殊疾病（职工医保80%）和住院政策予以报销。

恶性肿瘤中的非小细胞肺癌、慢性髓性白血病、胃肠间质瘤经本人或被委托人向医保经办机构申请，其在门诊治疗发生的医疗费用可实行门诊单病种结算或常规项目结算；选定一种结算方式且发生门诊特殊疾病费用后一个自然年度内不得变更。其中：

非小细胞肺癌职工医保和居民医保单病种限额结算标准为4万元/年，报销比例按就医医疗机构住院报销比例结算；

慢性髓性白血病、胃肠间质瘤职工医保和居民医保单病种限额结算标准为6万元/年，报销比例按就医医疗机构住院报销比例结算。

第十八条 门诊特殊疾病就诊时发生的按定额报销的门诊诊察费、一般诊疗费不计入门诊特殊疾病支付限额；发生的按比例报销的门诊诊查费纳入门诊特殊疾病报销范围。

第十九条 下列情形产生的医疗费用，不按门诊特殊疾病待遇政策支付：

- （一）未获得门诊特殊疾病病种资格产生的医疗费用；
- （二）超出《保障指南》支付范围的医疗费用；
- （三）其他不属于基本医疗保险支付范围的医疗费用。

第五章 就医管理

第二十条 各级医保经办机构根据定点医疗机构执业范围、医疗服务能力、门诊特殊疾病诊疗所需设施设备及信息系统建设是否符合规定等条件，确定其门诊特殊疾病治疗资格。门诊特殊疾病治疗机构在其执业范围内可为参保人提供医疗服务。医保信息系统全面详实记录参保人门诊特殊疾病就诊定点医疗机构、诊查治疗和用药明细等信息，定点医疗机构可查询参保人就诊记

录。参保人因门诊特殊疾病到定点医疗机构就诊后，可在就医的定点医疗机构取药，也可按规定到基本医保门诊特殊疾病定点零售药店购药。参保人因门诊特殊疾病开具国家谈判药品，可按规定到国家谈判药品定点零售药店购药，药店购药按开具处方的定点医疗机构等级结算。

第二十一条 定点医疗机构应严格按照相关疾病诊疗指南规范用药，具备条件的医师可按规定对符合条件的门诊特殊疾病患者开具长期处方，长期处方的处方量一般在4周以内；根据慢性病特点，病情稳定的患者可适当延长，最长不超过12周。

第二十二条 医师应坚持中医辨证施治原则，根据患者病情、体质等因素，合理选用中成药及中药饮片，避免不必要的重复用药或不合理用药，原则上同一类的中成药只能开具1种；确因病情需要，应遵循药理作用相同或相似的同类药品不叠加使用原则，由医师详细记录并说明理由。定点医疗机构应开展处方点评，对不合理用药及时采取干预措施，保障患者用药安全、有效、经济。医师应当严格按照药事管理和医疗技术规范等有关规定，规范诊疗和用药行为，切实做到合理检查、合理用药、合理治疗。

第二十三条 门诊特殊疾病待遇资格在医保信息系统中予

以详细记录，参保人在定点医疗机构就医时，应当提供本人医保电子凭证或社会保障卡等身份证明。

第二十四条 鼓励具备条件的定点医疗机构探索开展门诊患者互联网诊疗服务，提升服务效率。

第二十五条 取得我市门诊特殊疾病资格，在跨省异地进行门诊特殊疾病治疗的参保人，需进行门诊特殊疾病异地就医备案，并在备案地选择1—2家定点医疗机构作为治疗机构，其发生的门诊特殊疾病医疗费用，按本办法享受门诊特殊疾病基本医疗保险待遇。

第六章 费用结算管理

第二十六条 门诊特殊疾病医疗费用中由医保基金负担的部分，由医保经办机构与医疗机构按规定即时结算。门诊特殊疾病医保基金支付费用纳入定点医疗机构总额控制范围。

第二十七条 已纳入异地联网结算的门诊特殊疾病病种，按照异地联网结算相关规定进行联网结算。未纳入异地联网结算的病种，由个人全额垫付，持以下材料到医保经办机构或其指定的医保服务站、社区卫生中心（镇卫生院）等机构按本办法待遇保障规定进行手工报销：

- (一) 医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；
- (二) 医药机构收费票据；
- (三) 门诊费用清单；
- (四) 病历资料（含处方底方或急诊诊断证明）；
- (五) 银行账户信息。

第七章 门（急）诊危重病

第二十八条 参保人因患危重疾病在门（急）诊实施抢救（医疗费用中包含各类大、中、小抢救项目并有相应抢救记录）所发生的费用，经抢救后未入院者参照住院报销；经抢救后入院者，其门（急）诊抢救费用与本次住院费用合并计算；门（急）诊危重疾病的抢救费用从实施抢救时开始计算，时间最长不超过3日。

第二十九条 门（急）诊危重病的确认应以临床实施抢救治疗为原则，门（急）诊值班医师应做好病历记录，经抢救后入院者，相关材料应留存在住院病历中；经抢救后未入院者，医疗机构应将相关材料单独留存备查。

第三十条 大学生意外伤害门诊。大学生发生无第三方责任的骨折、关节脱位、呼吸道异物意外伤害情形，其门诊医疗费用医保基金按80%报销，封顶线为每人每年1000元。

第八章 附则

第三十一条 各区县在市级统筹前,已办理完门诊特殊疾病资格认定手续,但不属于本办法规定的门诊特殊疾病病种的人员,按照锁人头、锁病种、锁标准的原则,继续按原门诊特殊疾病待遇政策执行。

第三十二条 本办法从2025年6月1日起施行,以往规定与本办法不一致的,以本办法为准。

第三十三条 本办法由重庆市医疗保障局负责解释。

附件:重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病病种(2025版)

附件

重庆市基本医疗保险门诊特殊疾病病种 (2025版)

一类病种

1. 慢性肾衰竭血液净化治疗；
2. 器官（包括组织、细胞）移植术后抗排异治疗；
3. 恶性肿瘤；
4. 血友病；
5. 再生障碍性贫血；
6. 地中海贫血（中、重型）；
7. 扩张型心肌病；
8. 克山病；
9. 阿尔茨海默病；
10. 艾滋病机会性感染；
11. 耐药结核病；
12. 高苯丙氨酸血症（苯丙酮尿症、四氢生物蝶呤缺乏症）；
13. 普拉德-威利综合征；
14. 原发性生长激素缺乏症。

二类病种

1. 强直性脊柱炎；
2. 原发性肾病综合征；
3. 肝豆状核变性；
4. 重度骨质疏松；
5. 高血压；
6. 糖尿病；
7. 甲亢；
8. 冠心病；
9. 风湿性心瓣膜病；
10. 肝硬化；
11. 脑卒中后遗症（脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血后遗症、血管性痴呆）；
12. 帕金森病；
13. 肌萎缩侧索硬化症；
14. 支气管哮喘；
15. 慢性阻塞性肺疾病；
16. 慢性肺源性心脏病；
17. 结核病；
18. 慢性乙型肝炎病毒感染；
19. 丙型肝炎；
20. 真性红细胞增多症；

21. 原发性血小板增多症；
22. 原发性骨髓纤维化症；
23. 系统性红斑狼疮；
24. 系统性硬化症；
25. 原发性干燥综合征；
26. 重症肌无力；
27. 慢性肾脏病；
28. 类风湿性关节炎、幼年特发性关节炎；
29. 良性前列腺增生症；
30. 原发性青光眼；
31. 精神分裂症；
32. 心境障碍；
33. 偏执性精神障碍；
34. 分裂情感性障碍；
35. 癫痫所致精神障碍；
36. 精神发育迟滞伴发精神障碍；
37. 焦虑症；
38. 强迫症；
39. 抑郁症。