

漳州市医疗保障基金中心

关于贯彻落实 2025 年门诊特殊病种政策的通知

各县（区）医保部门、各定点医疗机构：

为进一步贯彻落实《漳州市医疗保障局 漳州市卫生健康委员会 漳州市财政局关于进一步完善我市基本医疗保险门诊特殊病种政策的通知》（漳医保规〔2025〕1号），确保新政策平稳落地，保障参保患者权益，现将相关事项要求如下：

一、开展政策培训工作

各县（区）医保部门要指导、督促辖区内定点医疗机构于 5 月 15 日前开展漳医保规〔2025〕1 号文件的培训工作，重点做好以下六方面的政策培训：

一是关于放开就诊定点医疗机构数量限制。取消原政策限制参保患者选择 2-3 家门特病种定点医院就医报销的规定，参保患者可自行选择符合条件的定点医疗机构就医报销，就医流动性进一步加强。同时 5 月 1 日起，我市医保部门在闽政通 APP、福建医疗保障小程序同步上线门特资格审批“线上办”“智能办”，申请流程将更加便捷（具体操作流程及步骤另行通知）。

二是关于调整职工医保门诊特殊病种签约服务范围。基层医疗机构职工医保门诊特殊病种签约服务范围进一步扩大，职工医保参保患者在基层医疗机构就医将受益。

三是关于明确医疗机构门诊特殊病种定点申请资格。新政策

设置了医疗机构申请门特定点的准入门槛，应为妇幼保健院或设有住院床位的医疗机构，通过规范门特定点准入条件，提高定点医疗机构服务质量。经医保经办机构评估符合门诊特殊病种定点资质的医疗机构开展相应病种诊疗的医疗费用按规定纳入医保支付。

四是关于规范医疗机构门诊特殊病种确认要求。新政策依据省级相关文件，对每个门特病种的鉴定医院等级和医师职称、专业等条件进行了明确，各定点医疗机构要重新梳理院内医师诊断鉴定权限，并告知全体医师。

五是关于调整起付标准计算方式。新政策执行后，将根据参保患者实际就诊医院等级计算起付标准，参保患者能够按需选择何种等级的医院就医，更加科学合理。

六是优化城乡居民医保支付比例。新政策执行差异化补偿，市内一级医院补偿比例由 75% 提高为 80%，市内二级医院 75% 保持不变，市内三级医院和市外医院补偿比例由 75% 下调为 70%，目的是进一步促进分级诊疗，引导参保患者到基层医疗机构就医，各区（县）医保部门、各定点医疗机构要做好解释引导工作。

二、做好 HIS 系统改造

为进一步加强门特病种精细化管理，配合新政策执行要求，各县（区）医保部门要指导、督促辖区内二级及以上定点医疗机构做好院内表单系统改造工作，HIS 系统集成新版《门诊慢特病种待遇认定申请表》（见附件），根据文件要求同步梳理院内医

保医师信息（医保医师姓名、医保医师代码、专业技术职务、执业范围等），在 HIS 系统中给予符合条件的医保医师账号相关病种诊断鉴定权限，从系统层面杜绝不规范诊断鉴定门特病种问题，该项工作需于 5 月 31 日前完成。未完成改造前，各定点医疗机构医师要完整填写鉴定医院等级、鉴定科室、医保医师编码、医师职称、医师签名等信息，确保字迹工整清晰。

各定点医疗机构要及时更新维护国家医保编码平台的医保医师等各类信息，避免因医师信息更新不及时影响门特病种的诊断鉴定，给患者造成不便。

三、明确违规违约责任

各县（区）医保部门要指导、督促辖区内定点医疗机构，组织全体医务人员认真学习《医保基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《福建省医疗保障局 福建省卫生健康委员会 福建省药品监督管理局关于印发〈福建省定点医药机构相关人员医保支付资格管理实施细则〉的通知》（闽医保规〔2025〕1 号）和《2025 年定点医疗机构服务协议》等医保法律法规和相关文件内容，避免因政策调整后执行不到位，出现违法违规问题，医保部门将按相关规定进行处置。

5 月 1 日起，门特病种诊断鉴定的医疗机构和医师信息将全部录入医保系统，如医疗机构医师未按照医保部门要求开具门诊特殊病种诊断、提供虚假门诊特殊病种认定资料，或未按医保协议约定的门诊特殊病种开展诊疗等导致医保基金损失的，医保部

门将根据 2025 年相关协议条款按规定进行协议管理。同时，相关责任人员将纳入医保支付资格计分管理及应用。

附件：门诊慢特病病种待遇认定申请表（样表）



编号: (由医院自行设置, 方便查询即可)

认定机构名称（盖章）：

年 月 日

— 5 —