

# 湖口县医疗保险事务中心文件

湖医保中心字〔2025〕2号

## 关于进一步优化门诊特殊慢性病 待遇办理程序的通知

各乡（镇）便民服务中心，县内公立医疗机构：

为贯彻落实《江西省医疗保障局关于印发全省医疗保障经办政务服务事项清单(3.0版)的通知》(赣医保发〔2023〕13号)和《九江市医疗保障局关于进一步优化门诊特殊慢性病待遇办理程序的通知》(九医保发〔2021〕32号)文件精神，简化经办流程，提高经办效率，为参保人提供更加便捷的经办服务，现就我县门诊特殊慢性病待遇的办理程序进一步优化如下，请按要求执行。

### 一、九江市内确诊患者

1、一类病种：由治疗确诊的市级三级公立定点医疗机构、所在县区二级以上公立定点医疗机构填写申请材料，直接审核认定，即时开通享受待遇。认定后材料按属地管理原则和经办要求及时传送至医疗机构所在地的医保经办机构备案。

2、二类病种：由治疗确诊的市级三级公立定点医疗机构、所在县区二级以上公立定点医疗机构填写和受理申请材料，于

每月20日前将受理的申请材料按属地管理原则和经办要求及时传送至医疗机构所在地的医保经办机构，由医保经办机构组织医疗专家审核认定，从次月起开通享受待遇。

## **二、九江市外确诊患者**

1、一类病种：九江市外二级、三级定点医疗机构就医确诊的患者，携带申请材料回参保地的医保经办机构直接申请审核认定；或向在九江复诊复查的市级三级公立定点医疗机构、所在县区的二级以上公立定点医疗机构直接申请审核认定，即时开通享受待遇，认定后材料按属地管理原则和经办要求及时传送至医疗机构所在地的医保经办机构备案。

2、二类病种：在九江市外二级、三级定点医疗机构就医确诊的患者，携带申请材料回参保地的医保经办机构申请，或向在九江复诊复查的市级三级公立定点医疗机构、所在县区的二级以上公立定点医疗机构申请。医疗机构受理的申请材料于每月20日前按属地管理原则和经办要求及时传送至医疗机构所在地的医保经办机构，由医保经办机构组织医疗专家审核认定，从次月起开通享受待遇。

## **三、慢特病线上申请**

参保人关注九江市医疗保障局公众号，在微服务选择“慢病待遇认定申请”，通过本人申请和代人申请两种方式，按照申请指南填写并提交材料，确认无误后点击提交。提交成功后可选择“慢特病审批进度查询”，点击查看申请明细。如被驳回，可在查看详情旁边点击“再次提交”，重新编辑、上传资料后科提交，流程与申请的一致。

## **四、有关要求**

1、承担我县门诊慢性病待遇认定工作的定点医疗机构，严格按照《九江市医疗保障局关于调增基本医疗保险门诊慢性病病种的通知》(九医保字〔2023〕38号)文件(附件1)要求开展认定工作。

2、加强门诊特殊慢性病认定和就医管理，定期组织医疗专家或者委托第三方开展对门诊特殊慢性病认定工作核查，进一步优化医保信息系统，对享受人员和就医情况在各定点医疗机构实现信息共享。对以欺诈伪造、弄虚作假等不正当手段取得门诊特殊慢性病待遇资格的，以及在就医过程套取、骗取医保基金的，依法依规严肃处理。

- 附件：1.九江市医疗保障局关于调增基本医疗保险门诊慢性病病种的通知
- 2.江西省医疗保险基金管理中心关于印发《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障经办管理服务规程(试行)》的通知
- 3.江西省医疗保障局关于印发《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》的通知



(此件主动公开)

# 九江市医疗保障局文件

九医保字〔2023〕38号

---

## 九江市医疗保障局关于调增基本医疗保险 门诊慢特病病种的通知

各县（市、区）医疗保障局、局属单位，各定点医药机构：

根据《江西省医疗保障局关于印发<江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法>的通知》（赣医保字〔2023〕29号）和《江西省医疗保障局关于印发<江西省门诊慢性病、特殊病病种目录>和<江西省门诊慢性病、特殊病认定标准>的通知》（赣医保字〔2023〕40号）文件规定，经研究，决定调增我市基本医疗保险门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）病种，现就有关事项通知如下：

## 一、调增病种目录

根据全省 35 个基本病种应全部纳入，拓展病种延续原有及依据本地医保基金承受能力适度选择的统一要求，结合我市实际，并参照省本级（及南昌市）对我市门诊慢特病病种进行调增。

1、新增 11 个病种。从 2024 年 1 月 1 日起，九江市门诊慢特病在现有病种基础上，新增 11 个病种，其中：基本病种 6 个（Ⅰ类 1 个、Ⅱ类 5 个）、拓展病种 5 个（均为Ⅱ类）。具体病种的编码、名称、类型及年度最高支付限额详见附件 1。

2、现有病种及待遇保持不变。按照市医疗保障局 市卫健委印发的《关于进一步加强高血压、糖尿病等慢性病患者门诊医疗保障的通知》（九医保字〔2019〕43 号）文件规定，九江市门诊慢性病现有的 33 个病种，其中：基本病种 29 个（Ⅰ类 8 个、Ⅱ类 21 个）、拓展病种 4 个（均为Ⅱ类）。

从 2024 年 1 月 1 日起，现有病种的编码、名称和享受人员全部映射至《江西省门诊慢性病、特殊病病种目录》中的相应病种，病种及年度最高支付限额等待遇保持不变，确保现有门诊慢特病患者待遇不受影响。具体映射关系详见附件 2。

## 二、规范基金支付

1、Ⅰ类病种不设年度最高支付限额；Ⅱ类病种实行单病种年度最高支付限额，按年度结算，不结转下年度使用。Ⅱ类病种

最多可申请认定 3 个，1 个主病种的年度最高支付限额不变，其他次病种的年度最高支付限额减半。

2、参保患者在定点医药机构治疗门诊慢特病的医保政策范围内医疗费用，基本医疗保险和大病保险按规定支付。

(1) 在定点医疗机构就诊的，基本医疗保险不设起付线，并按该医疗机构的住院报销比例支付；对已纳入定点零售药店保障的病种（糖尿病伴有并发症、高血压伴有并发症），按照《九江市医疗保障局关于将糖尿病高血压用药纳入定点零售药店保障的通知》（九医保发〔2021〕13 号）规定执行，参保患者在定点零售药店发生的药品费，基本医疗保险按三级医疗机构的住院报销比例支付。

基本医疗保险所支付费用计入基本医疗保险年度最高支付限额之内。

(2) 基本医疗保险支付后，剩余部分的医保政策范围内医疗费用按规定进入大病保险支付，所支付费用计入大病保险年度最高支付限额之内。

(3) 基本医疗保险和大病保险的合计支付不超过门诊慢特病年度最高支付限额。

3、在基本医疗保险和大病保险支付后，对符合医疗救助条件的参保人员的门诊慢特病医疗费用按规定享受相应的医疗救助待遇。

### 三、统一认定标准

严格执行《江西省门诊慢性病、特殊病认定标准》，统一全市认定标准，具体认定标准详见附件 3。

### 四、加强经办服务

1、做好政策衔接。从 2024 年 1 月 1 日起，全面实施江西省门诊慢特病病种目录，九江市现有病种的名称、编码不再使用。

市医疗保险事务中心负责组织各地医保经办机构、定点医药机构做好我市新增病种、现有病种与江西省病种目录的映射工作，及时更新信息系统、完善经办流程，确保待遇无缝衔接，不得因病种名称、编码调整影响参保人员待遇享受。

2、优化认定程序。参保人员按规定向医保经办机构或者受医保经办机构委托的定点医疗机构、第三方机构提交门诊慢特病认定申请。医保经办机构应充分运用信息化手段，优化认定程序。探索将参保人员在定点医疗机构联网结算的就诊记录等作为门诊慢特病认定材料，逐步减少书面证明材料。

3、门诊慢特病资格互认。从 2024 年 1 月 1 日起，享受门诊慢特病待遇的参保人员，在省内医保关系正常转移接续时，转入地和转出地有相同病种的，该病种的门诊慢特病资格继续保留，不再重新认定；转入地和转出地没有相同病种的，不再保留该病种的门诊慢特病资格。

4、加强宣传引导。全市各地医保部门要加强宣传引导，做好政策解读工作，及时回应群众关切，合理引导社会预期,营造良好的改革氛围,保障门诊慢特病政策顺利实施。

附件：1.九江市新增病种表

2.九江市现有病种与江西省病种目录映射关系表

3.门诊慢特病认定标准



(此件主动公开)

## 附件 1

九江市新增病种表

序号	新病种编码	新病种名称	新病种类型		单病种限额		复审期限
					职工医保	居民医保	
1	M00117	耐多药肺结核	I类	基本病种	不设年度最高支付限额		2年
2	M02000	精神病	II类	基本病种	4000	4000	/
3	M07200	强直性脊柱炎	II类	基本病种	3500	3500	/
4	M10800	重度骨质疏松症	II类	基本病种	5000	5000	/
5	M02400	阿尔茨海默病	II类	基本病种	6000	5000	/
6	M03600	青光眼	II类	基本病种	5000	5000	/
7	M09000	骨关节炎	II类	拓展病种	5000	5000	5年
8	M07300	慢性骨髓炎	II类	拓展病种	3500	3500	2年
9	M00300	艾滋病	II类	拓展病种	6000	5000	/
10	M01907	原发性慢性肾上腺皮质功能减退症	II类	拓展病种	3500	3500	/
11	M01910	皮质醇增多症	II类	拓展病种	3500	3500	/

## 附件 2

九江市现有病种与江西省病种目录映射关系表

序号	现有病种编码	现有病种名称	类型	省目录病种编码	省目录病种名称	类型		复审期限
1	M00500	恶性肿瘤	I类	M00500	恶性肿瘤门诊治疗(含白血病)	I类	基本病种	/
2	M07101	系统性红斑狼疮	I类	M07101	系统性红斑狼疮	I类	基本病种	/
3	M01103	地中海贫血(含输血)	I类	M01103	地中海贫血(含输血)	I类	基本病种	/
4	M01102	再生障碍性贫血	I类	M01102	再生障碍性贫血	I类	基本病种	5年
5	M01200	血友病	I类	M01200	血友病	I类	基本病种	/
6	M02301	帕金森氏综合症	I类	M02301	帕金森氏综合症	I类	基本病种	/
7	M07801	慢性肾功能衰竭(尿毒症期)	I类	M07805	慢性肾功能衰竭(尿毒症期)	I类	基本病种	/
8	M08300	器官移植后抗排斥治疗	I类	M08300	器官移植抗排斥治疗	I类	基本病种	/
		未细分移植器官		M08301	肾移植抗排斥治疗	I类		
				M08302	骨髓移植抗排斥治疗	I类		
				M08303	心移植抗排斥治疗	I类		
				M08304	肝移植抗排斥治疗	I类		
				M08305	肺移植抗排斥治疗	I类		
				M08306	肝肾移植抗排斥治疗	I类		
9	M02000	精神病	II类	M02100	重性精神病	II类	基本病种	/
	M02200	精神病	II类	M02100	重性精神病	II类	基本病种	
	M02101	精神病	II类	M02100	重性精神病	II类	基本病种	
10	M01902	儿童生长激素缺乏症	II类	M01902	儿童生长激素缺乏症(限居民)	II类	基本病种	不复审、18岁终结
11	M03904	高血压病	II类	M03904	高血压伴有并发症	II类	基本病种	/
12	M08402	冠心病(冠脉支架置入术后)	II类	M04600	冠心病	II类	基本病种	/
	M04600	冠心病(冠脉狭窄达50%以上)	II类	M04600	冠心病	II类	基本病种	
13	M04301	慢性心功能衰竭	II类	M04301	慢性心力衰竭	II类	基本病种	/
14	M04200	心肌病(原发性)	II类	M04200	心肌病	II类	基本病种	/
15	M01603	糖尿病(合并并发症)	II类	M01603	糖尿病伴有并发症	II类	基本病种	/

序号	现有病种编码	现有病种名称	类型	省目录病种编码	省目录病种名称	类型		复审期限
16	M05100	慢性支气管炎	II类	M05100	慢性支气管炎	II类	基本病种	5年
17	M05300	慢性阻塞性肺病	II类	M05300	慢性阻塞性肺疾病	II类	基本病种	5年
18	M05400	慢性支气管炎哮喘	II类	M05400	支气管哮喘	II类	基本病种	3年
19	M02500	癫痫	II类	M02500	癫痫	II类	基本病种	/
20	M04803	脑卒中后遗症	II类	M04800	脑卒中	II类	基本病种	/
21	M03200	重症肌无力	II类	M03200	重症肌无力	II类	基本病种	/
22	M00205	慢性肝炎（慢性活动性肝炎）	II类	M00210	慢性肝炎	II类	基本病种	5年
23	M06200	肝硬化	II类	M06200	肝硬化	II类	基本病种	/
24	M07800	慢性肾病	II类	M07807	慢性肾脏病	II类	基本病种	/
25	M00100	结核病	II类	M00100	结核	II类	基本病种	2年
	M00105	结核病	II类	M00100	结核	II类	基本病种	
26	M04401	慢性房颤	II类	M04401	心房颤动	II类	基本病种	/
27	M02207	儿童孤独症	II类	M02207	儿童孤独症（限居民）	II类	基本病种	不复审、18岁终结
28	M06000	克罗恩氏病	II类	M06000	克罗恩病	II类	基本病种	/
29	M06900	类风湿性关节炎	II类	M06900	类风湿性关节炎	II类	基本病种	/
30	M02601	儿童脑瘫	II类	M02601	儿童脑瘫（限居民）	II类	拓展病种	不复审、18岁终结
31	M06800	系统性硬皮病	II类	M06800	系统性硬皮病	II类	拓展病种	/
32	M01400	变应性亚败血症	II类	M01400	变应性亚败血症（成人 still 病）	II类	拓展病种	/
33	M00402	血吸虫病	II类	M00402	血吸虫病	II类	拓展病种	5年

备注：九江市现有病种对应至江西省病种目录相应病种后，原年度最高支付限额保持不变，即I类病种不设年度最高支付限额，II类病种除儿童孤独症和儿童脑瘫各为8000元/人·年外，其余各病种的年度最高支付限额为：职工医保6000元/人·年、居民医保5000元/人·年。

## 附件 3

# 门诊慢特病认定标准

### 1.恶性肿瘤门诊治疗（含白血病）

（1）二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

（2）近二年内的放疗、化疗、手术治疗等抗肿瘤治疗记录 1 次或对症姑息治疗记录 1 次；

（3）病理报告、细胞学阳性检查或二级及以上医疗机构诊断恶性肿瘤的影像学报告单（CT 或 MRI）；

（4）其他与病种相关材料（CT、核磁共振、同位素、内窥镜）。

认定标准：（1）+（2）+（3）（4）中任意一项。

### 2.系统性红斑狼疮

（1）二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

（2）系统受损相关检查报告单；

（3）抗核型贫血（白细胞减少、血小板减少）的血象报告单；

（4）尿蛋白或管型尿阳性报告单；

(5) 抗核抗体阳性报告单;

(6) 近二年内的相关免疫学阳性检查报告单。

认定标准: (1) + (2) + (3) (4) (5) (6) 中任意两项。

### 3.地中海贫血 (含输血)

(1) 二级以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 二级以上医疗机构出具的具有小细胞低色素贫血的血常规报告;

(3) 二级以上医疗机构出具的地中海贫血基因检测阳性检查报告;

(4) 其他与疾病相关的近期肝功能 (含黄疸指数)、肝脾 B 超、骨髓细胞学等检查报告。

认定标准: (1) + (2) (3) (4) 中任意一项。

### 4.再生障碍性贫血

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 骨髓细胞学检查或骨髓活检报告单;

(3) 一次及以上二、三系血细胞减少。

认定标准: (1) + (2) (3) 中任意一项。

## 5.血友病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 凝血因子测定异常;

(3) 凝血报告提示凝血时间延长、凝血酶源消耗不良;

(4) 实验室全套: PT、APTT、TT 报告单;

(5) 脏器或关节出血(畸变)的相关材料。

认定标准: (1) + (2) + (3) + (4)(5) 中任意一项。

## 6.帕金森氏综合症

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 有服用多巴胺类药物史;

(3) 病史一年以上, 有 3 次门诊或 1 次住院病历记录。

认定标准: (1) + (2) + (3)。

## 7.慢性肾功能衰竭(尿毒症期)

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 提供 2 次以上的肾功能检查报告单(肾小球滤过率  $\leq 15\text{ml/分}$  或血肌酐  $\geq 707\mu\text{mol/L}$ );

(3) 门诊（住院）的腹透或血透治疗记录单；

(4) 与病种相关的其他检查资料。

认定标准：(1) + (2) (3) (4) 中任意一项。

#### 8.器官移植抗排异治疗、肾移植抗排异治疗、骨髓移植抗排异治疗、心移植抗排异治疗、肝移植抗排异治疗、肺移植抗排异治疗、肝肾移植抗排异治疗

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 近二年内的 2 次连续服用抗排斥药物治疗记录；

(3) 其他与病种相关的检查化验材料。

认定标准：(1) + (2) (3) 中任意一项。

#### 9.耐多药肺结核

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 有 2 种或以上抗结核药耐药试验阳性；

(3) 经耐药结核病定点救治医院病原学证实利福平耐药的出院患者，需门诊长期抗痨治疗，并既往有结核病住院病史且诊断明确的。

认定标准：(1) + (2) (3) 中任意一项,与结核病不同时享受。

## 10.重性精神病

(1) 二级及以上精神病专科医院或三级甲等综合医院出具并由精神科 2 名副主任医师（含）以上的专科医师签署的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 有重性精神病诊断、检查、治疗材料，病程 2 年以上；

(3) 符合精神疾病的诊断标准中重性精神病界定条件，包括以下类别疾病：

①重症精神病（包括精神分裂症、心境障碍、器质性精神障碍）。按照临床诊疗规范确诊为精神分裂症、心境障碍、器质性精神障碍的（伴有精神症状，需要使用精神类药物治疗的，包括癫痫相关精神行为障碍）。心境障碍具体应为伴有精神病性症状的重度抑郁发作、有精神病性症状的躁狂症、双相情感障碍存在精神病性症状。

②精神发育迟滞（伴有精神症状的）。按照临床诊疗规范确诊为精神发育迟滞（智力障碍），需要用精神类药物控制的精神行为异常。

③持久性妄想性障碍，即偏执性精神障碍。

④分裂情感性障碍。

认定标准：(1) + (2) + (3)，与精神病不同时享受。

## 11.儿童生长激素缺乏症

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

- (2) 初次诊断病历记录;
- (3) 治疗前 X 线腕骨片报告单符合骨龄落后 1 年以上;
- (4) 近二年内分泌测试阳性结果;
- (5) 符合生长激素缺乏诊断的其他检查材料 (如: 身高  $\leq -2SD$  或低于正常儿童生长曲线第 3 百分位或 IGF-1 值低下)。

认定标准: (1) + (2) + (3) + (4) + (5)。

## 12. 高血压伴有并发症

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”中明确为高血压 2 级及以上;

(2) 有治疗高血压的门诊记录 3 次或住院病历记录 1 次;

(3) 近二年内显示心脏左室肥厚或心脏扩大或心功能不全的相关检查 (多普勒、CT、磁共振、ECT 等);

(4) 近二年内显示脑出血或脑梗塞的相关检查 (CT、磁共振等);

(5) 近二年内显示肾功能不全的相关检查 (肾功能、微量尿蛋白、血糖等);

(6) 近二年内显示眼底病变的相关检查 (眼底造影或照相);

(7) 近二年内显示动脉硬化、增厚或狭窄的相关检查 (多普勒、造影等)。

认定标准: (1) + (2) + (3) (4) (5) (6) (7) 中任意一项。

### 13.冠心病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 冠状动脉造影显示有冠脉狭窄;

(3) 心电图 ST、T 明显缺血性改变或负荷运动试验阳性;

(4) 有心肌梗死住院病历记录。

认定标准: (1) + (2) 或者 (1) + (3) + (4)。

### 14.慢性心力衰竭

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”(不能以疾病诊断证明书代替);

(2) 以下检查结果提示心脏病变: 心电图或动态心电图或心电图负荷运动试验或胸部 X 线或冠脉造影或心脏超声检查等;

(3) 近二年内心脏彩超提示心脏舒缩异常;

认定标准: (1) + (2) + (3)。不与冠心病重复办理。风湿性心脏病、肺源性心脏病合并至本病种统一办理。

### 15.心肌病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 心脏超声检查提示心肌肥厚或心脏扩大;

- (3) 心电图检测显示心律失常;
- (4) 出现充血性心力衰竭症状;
- (5) 肌酶谱检查显示心肌受损;
- (6) 其他影像和实验室检查能提示心肌病的;
- (7) 近二年内 3 次门诊或 1 次住院记录。

认定标准: (1) + (7) + (2)(3)(4)(5)(6) 中任意两项。

#### 16.糖尿病伴有并发症

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 近一年内 3 次使用降糖药或胰岛素的门诊记录或 1 次住院病历记录;

(3) 提供肾功能报告单或眼底造影或肌电图或神经检查阳性报告单。

认定标准: (1) + (2) + (3)。

#### 17.慢性支气管炎

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 近二年内的影像阳性报告单;

(3) 痰检阳性报告单;

(4) 两年以上病程，3 次门诊或 1 次住院记录。

认定标准：(1) + (4) + (2)(3) 中任意一项。

#### 18.慢性阻塞性肺疾病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 近二年内的肺功能阳性报告单；

(3) 近二年内的胸片阳性报告单；

(4) 近二年内的 CT 阳性报告单。

认定标准：(1) + (2)(3)(4) 中任意一项。

#### 19.支气管哮喘

(1) 二级及以上医疗机构出具的近 3 年“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 半年以上 3 次门诊或 1 次住院记录；

(3) 支气管舒张试验阳性或支气管激发试验或运动试验阳性或昼夜 PEF 变异率 $\geq 20\%$ 。

认定标准：(1) + (2) + (3)。

#### 20.癫痫

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”（不能以疾病诊断证明书代替）；

(2) 半年以上 3 次门诊或 1 次住院治疗记录;

(3) 脑电图检查阳性报告单。

认定标准: (1) + (2) (3) 中任意一项。

## 21.脑卒中

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”(不能以疾病诊断证明书代替);

(2) 至少一次脑 CT 或 MRI 检查报告单(明确显示有出血或梗塞);

(3) 住院治疗出院后 3 个月以上仍有未恢复的明显后遗症,包括运动障碍、语言障碍、智力障碍、视力障碍等病史资料。

认定标准: (1) + (2) + (3)。

## 22.重症肌无力

(1) 三级医疗机构出具的“出院小结”(不能以疾病诊断证明书代替);

(2) 肌电图异常报告或重频电刺激异常;

(3) 病理诊断提示肌纤维改变、神经肌肉接头处改变、胸腺病变;

(4) 血清自身抗体阳性报告单;

(5) 其他辅助实验阳性报告单：肌疲劳实验、腾喜龙试验和新斯的明试验等。

认定标准：(1) + (2) (3) (4) (5) 中任意一项。

### 23.慢性肝炎

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 近二年内 3 次门诊或 1 次住院治疗病历记录；

(3) 病毒性肝炎阳性检查报告 2 次并有一次核酸检查阳性。

认定标准：(1) + (2) + (3)。

### 24.肝硬化

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 肝硬化影像学检查阳性报告。

认定标准：(1) + (2)。

### 25.慢性肾脏病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

- (2) 2 次以上的尿检异常（血尿、蛋白尿、管型尿）；
  - (3) 有水肿及高血压病史；
  - (4) 肾功能受损或肾功能衰竭(CKD G2-G4 分期)的检查报告单；
  - (5) 肾活检病理检查阳性报告单；
  - (6) 半年以上的累计 3 次门诊或 1 次住院病历记录。
- 认定标准：(1) + (6) + (2)(3)(4)(5) 的任意一项。

## 26.结核

- (1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；
  - (2) 结核菌病原性检测阳性报告；
  - (3) 近一年内服用抗结核药物记录。
- 认定标准：(1) + (2) + (3)。

## 27.精神病

- (1) 二级及以上精神病专科医院或三级甲等综合医院精神科主治医师（含）以上医师签署出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；
- (2) 连续一年以上 3 次门诊或 1 次住院治疗精神病病历；

(3) 排除其他器质性、症状性、中毒性等所致的应急性精神症状。

认定标准: (1) + (2) + (3)。

## 28.心房颤动

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 至少两次心电图提示房颤或 24 小时动态心电图提示房颤;

(3) 近二年来 3 次门诊或 1 次住院病历。

认定标准: (1) + (2) + (3)。

## 29.儿童孤独症

(1) 三级甲等医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”。

认定标准: (1)。

## 30.克罗恩病

(1) 三级甲等医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 肠镜检查或 CT、X 线报告提示克罗恩病;

(3) 病理结果 (内镜活检或手术标本) 提示克罗恩病。

认定标准: (1) + (2) (3) 中任意一项。

### 31.强直性脊柱炎

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 双侧骶髂关节炎Ⅱ-Ⅳ级, 或单侧骶髂关节炎Ⅲ-Ⅳ级( 炎性脊柱痛或非对称性以下肢关节为主的滑膜炎 ), 骶髂关节影像学检查阳性报告单;

(3) 血液检查血小板升高、贫血、血沉增快或 C 反应蛋白升高;

(4) HLA-B27 基因检测阳性;

(5) 影像检查病变部位阳性报告单;

认定标准: (1) + (2) + (3) (4) (5) 中任意两项。

### 32.重度骨质疏松症

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) DXA 测定的中轴骨骨密度 ( 腰椎或髋部 ) 或桡骨远端 1/3 骨密度的 T-值 $\leq$ -2.5 且伴有脆性骨折;

(3) 无脆性骨折, 但 DXA 测定的腰椎、股骨颈、全髋或桡骨远端 1/3 骨密度的 T-值 $\leq$ -3.0;

(4) QCT 腰椎骨密度 $\leq$ 80mg/cm<sup>3</sup>。

认定标准: (1) + (2) (3) (4) 中任意一项。

### 33.阿尔茨海默病

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 脑部 CT 或 MRI 检查, 显示脑室增大及脑沟变宽等异常, 或者为全面的脑萎缩;

(3) 一年以上老年痴呆病史;

(4) 六个月以上 3 次门诊或 1 次住院病历记录;

(5) 通过神经系统检查及脑电图、CT 检查排除脑动脉硬化及其他原因引起的痴呆。

认定标准: (1) + (2) (3) (4) (5) 任意两项。

### 34.类风湿性关节炎

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”;

(2) 影像学检查提示皮下结节或关节骨质破坏、滑膜增生等关节异常改变;

(3) 实验室检查类风湿因子阳性 (滴度 $>1:20$ );

(4) 其他辅助实验室检查阳性: 抗核周因子, (ADF), 抗环瓜氨酸多肽抗体 (CCP), 抗角蛋白抗体 (AKA);

认定标准: (1) + (2) + (3) (4) 中任意一项。

### 35.青光眼

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 青光眼相关检查（视野、视神经 OCT、眼底照相的 C/D 比值）。

认定标准：(1) + (2)。

### 36.骨关节炎

(1) 二级及以上医疗机构出具“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 提供二级及以上医疗机构住院病历或半年以上的 3 次门诊病历，有明确诊断，相应治疗；

(3) 影像学表现：髌骨、股骨髁、胫骨平台关节缘呈唇样骨质增生，胫骨髁间隆突变尖，非对称性关节间隙变窄，软骨下骨硬化和囊性变，软骨下骨质致密为必须条件。

认定标准：(1) + (2) + (3)。

### 37.儿童脑瘫

(1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

(2) 年龄≤14 岁，需长期门诊康复治疗的。

认定标准：(1) + (2)。

### 38.系统性硬皮病

- (1) 三甲医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；
- (2) X光检查：肺纤维化、食道运动功能障碍等内脏改变；
- (3) 肺动脉高压或肾脏病变；
- (4) 免疫学检测：抗 Scl-70 (+)，抗着丝点抗体 (+) 或抗核抗体 (+)。

认定标准：(1) + (2) (3) (4) 任意一项。

### 39.慢性骨髓炎

- (1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；
- (2) 提供急性骨髓炎或开放性骨折病史记录；
- (3) X线及其他影像学检测阳性报告；
- (4) 病变部位病历及实验室检查阳性报告。

认定标准：(1) + (2) + (3) + (4)。

### 40.艾滋病

- (1) 二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；
- (2) HIV 检测阳性报告单。

认定标准：(1) + (2)。

#### 41.变应性亚败血症（成人 still 病）

（1）三级甲等医疗机构风湿科出具的“出院小结”和“疾病诊断证明书”（两者必不可少）。

认定标准：（1）。

#### 42.原发性慢性肾上腺皮质功能减退症

（1）二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

（2）血、尿皮质醇水平测定低于正常值的检查报告；

（3）其他辅助检查报告：血浆促肾上腺皮质激素升高及其相关肽 N-POMC 的测定异常、促肾上腺皮质激素兴奋试验异常、腹平片及肾上腺 CT 扫描示肾上腺区异常、血中抗肾上腺抗体阳性等；

（4）近二年内因艾迪生病的 3 次门诊或 1 次住院治疗记录。

认定标准：（1）+（2）+（3）（4）中任意一项。

#### 43.皮质醇增多症

（1）二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”；

（2）实验室检测库欣综合征阳性报告（血清皮质醇测定、24hUFC、DST 等）；

(3)近二年内因库欣综合征的3次门诊或1次住院治疗记录。

认定标准：(1) + (2) + (3)。

#### 44.血吸虫病

(1)二级及以上医疗机构出具的“出院小结”或“疾病诊断证明书”。

认定标准：(1)。



# 江西省医疗保险基金管理中心

赣医保中心发〔2023〕3号

## 江西省医疗保险基金管理中心关于印发 《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障 经办管理服务规程（试行）》的通知

各设区市医疗保障经办机构：

根据《江西省医疗保障局关于印发〈江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法〉的通知》（赣医保字〔2023〕29号）精神，现将《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障经办管理服务规程（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

江西省医疗保险基金管理中心

2023年12月29日



# 江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障 经办管理服务规程（试行）

## 第一章 总 则

**第一条** 为进一步深化“放管服”改革，规范全省门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）医疗保障经办管理服务，切实保障参保人员医保待遇水平，根据《江西省医疗保障局关于印发〈江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法〉的通知》（赣医保字〔2023〕29号）和《江西省医疗保障局关于印发〈江西省门诊慢性病、特殊病病种目录〉和〈江西省门诊慢性病、特殊病认定标准〉的通知》（赣医保字〔2023〕40号）精神，制定本规程。

**第二条** 本规程适用于江西省职工医疗保险和城乡居民医疗保险门诊慢特病经办管理服务。

**第三条** 省医疗保障经办部门负责建立健全门诊慢特病经办管理服务制度，牵头建立门诊慢特病认定专家库。各级医疗保障经办机构按照本规程做好本统筹地区门诊慢特病经办管理工作。有条件的统筹区可以委托第三方机构，协助做好门诊慢特病认定、基金审核监管等相关经办工作，探索与基金控费成效相挂钩的服务绩效付费机制。

## 第二章 资格认定服务

**第四条** 参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定办理流程。

**（一）申请。**参保人员按照参保地规定采取线上或线下方式向医保经办机构或者受医保经办机构委托的定点医疗机构（以下简称受委托定点医疗机构）提交《江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表》（附件1）和申请认定材料，认定材料应符合《江西省门诊慢性病、特殊病认定标准》和《江西省医疗保障经办政务服务事项清单（3.0版）》要求。

**（二）受理。**医保经办机构或受委托定点医疗机构收到申请后，核对材料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知所需补正材料。窗口受理的，窗口人员当场告知受理结果；线上受理的，通过线上渠道反馈受理状态及受理意见。

**（三）认定。**申请受理后，医保经办机构或受委托定点医疗机构通过线上、线下即时评审或集中评审等方式，由病种相关领域门诊慢特病认定专家在规定时间内完成病种待遇资格认定。专家完成认定后，医疗保障经办机构或受委托定点医疗机构医保管理部门在《江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表》中盖章确认认定结果。不符合门诊慢特病病种认定标准的，由受理机构一次性告知原因。受委托定点医疗机构按规定上传认定结果至医保经办机构。

**（四）备案。**经专家审核，符合门诊慢特病病种认定标准的，由医保经办机构于2个工作日内在省医疗保障信息平台按规定办理门诊慢特病病种待遇享受资格备案（器官移植抗排异治疗病种需严格对照相应器官移植病种编码备案）。门诊慢特病病种复

审期限为“不复审”的，备案终止时间设置为自然年度12月31日，年底前各统筹区通过系统需求批量自动延续待遇；设置复审期限或有年龄限制的，备案终止时间设置为规定时限或年龄段前。参保人员可通过线上或线下渠道查询门诊慢特病病种待遇认定办理情况。门诊慢特病病种待遇认定工作（受理至备案）应在20个工作日内办结。

**（五）归档。**医保经办机构和受委托定点医疗机构每月底将门诊慢特病纸质或电子认定材料归档。来源可靠、程序规范、要素合规的门诊慢特病认定电子材料，可以以电子形式归档、移交，不再以纸质形式归档和移交。探索建立全省统一的电子档案管理应用系统，各级医保经办机构和受委托定点医疗机构信息化基础设施建设应满足电子档案长期安全管理的需要，保障电子档案规范接收、长久保存和共享利用。电子档案与传统载体档案具有同等效力。

**第五条** 参保人员因病情发展、身体变化等原因需新增病种的，按以上流程办理。

**第六条** 鼓励各级医保经办机构充分运用信息化手段，进一步减少书面证明材料，探索将参保人员在定点医疗机构联网结算的就诊记录作为门诊慢特病认定材料，优化业务流程，压缩办理时限。

**第七条** 各统筹地区可将门诊慢特病病种待遇认定下沉至符合要求的二级及以上公立定点医疗机构，由公立定点医疗机构

“一站式”受理审核并上传认定结果。受委托定点医疗机构应建立完善的门诊慢特病认定内部工作机制和管理制度。

**第八条** 2024年1月1日之后新认定的门诊慢特病，参保人员在江西省内跨统筹区或跨制度间转移的，认定结果各统筹区应当互认。全省范围内参加江西省职工医疗保险和城乡居民医疗保险的参保人员，医保关系在省内跨统筹区、跨制度转移接续的，转入和转出地或原参保制度与现参保制度均有同病种的，其门诊慢特病身份同步转移，关系转入地医保经办机构不再进行重新认定，根据转出地医保经办机构开具的《江西省门诊慢特病待遇享受认定情况表》（附件2，加盖医保经办机构业务章）予以确认。转入地无同种病种的，门诊慢特病待遇关系不做转移处理，待遇享受自然结束。门诊慢特病待遇认定申请表及认定材料均由转出地留存备查。

**第九条** 按照统一管理、分级负责、科学择优原则，门诊慢特病认定专家由专家自愿报名、所属定点医疗机构推荐、县区级及以上医保经办机构审核、市级医保经办机构备案汇总（附件3、附件4）。其中江西省本级与南昌市门诊慢特病认定专家同城互认。为参保人员提供门诊慢特病病种待遇享受资格认定服务的临床专家，原则上由二级及以上定点医疗机构的临床专科副主任医师及以上职称医师担任，熟练掌握门诊慢特病认定相关政策和认定标准，独立开展门诊慢特病病种待遇享受资格认定工作。一名临床专家可担任多个病种认定专家。

**第十条** 认定专家进行门诊慢特病病种待遇享受资格认定时实行回避制度。有下列情形之一的，认定专家应主动申请回避：

- （一）认定专家与参保人员存在利害关系的；
- （二）其他可能影响公正鉴定的情形。

### **第三章 待遇享受**

**第十一条** 经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过后可享受门诊慢特病保障待遇。2024年1月1日之后新认定的门诊慢特病，待遇享受资格截止日期不超过该病种规定的待遇享受期。

**第十二条** 门诊慢特病自然年度内最高支付限额仅限于当年使用，不得结转累加到次年。

**第十三条** 享受门诊慢特病待遇参保人可根据病情需要在省内自行选择符合条件的门诊慢特病定点医药机构就医购药。办理跨省异地备案的门诊慢特病参保人，可在备案地的符合条件的门诊慢特病跨省定点医药机构就医购药。参保人员在参保统筹区外的门诊慢特病直接结算或零星报销费用，其待遇计算按照《江西省医疗保障局 江西省财政厅关于进一步做好基本医疗保险异地就医直接结算工作的通知（试行）》（赣医保发〔2022〕22号）有关规定执行。

**第十四条** 参保人员应在待遇享受期限截止前3个月内申请复审，复审期间仍按原病种继续享受相应待遇。未在规定时间内

内提出复审申请的，待遇享受期限截止后不再继续享受相应待遇。复审结果确定后，按照复审结果执行。

**第十五条** 参保人员出现国家规定的停止享受医疗保障待遇的情形，用人单位、待遇享受人员或者其亲属应当自相关情形发生之日起20个工作日内告知医疗保障经办机构。医疗保障经办机构核实后应及时办理参保暂停/终止业务，同步停止其门诊慢特病待遇。

**第十六条** 申请或者享受门诊慢特病的参保人员，违反《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》第二十七条的，取消门诊慢特病待遇享受资格，并追回违规享受的待遇，并纳入参保人诚信体系管理。

#### **第四章 就医购药服务管理**

**第十七条** 各级医疗保障经办机构要及时为符合条件的定点医药机构开通门诊慢特病直接结算服务并对外公布；根据参保人员就医购药需要，不断优化定点医药机构服务布局。

**第十八条** 定点医药机构愿意承担门诊慢特病就医购药服务，符合门诊慢特病定点医药机构准入条件的，按规定纳入承办门诊慢特病服务定点医药机构范围，为参保人员提供门诊慢特病就医购药服务。

**第十九条** 各级医疗保障经办机构应在省医疗保障信息平台为门诊慢特病定点医药机构开通门诊慢特病结算权限。

**第二十条** 参保人员须凭医保电子凭证或有效身份证件在定点医药机构就医购药。

**第二十一条** 门诊慢特病定点医药机构应当执行实名就医购药管理规定，核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡，确定参保人员享受门诊慢特病待遇类型，并开具诊疗单和处方；应如实记录门诊慢特病就医购药情况，实时上传就诊、结算等信息。

委托他人在门诊慢特病定点医药机构购药的，门诊慢特病定点医药机构应核验参保人员和代办人的有效身份证件，核验处方使用人与参保人员身份是否一致。登记代办人身份证件信息和有效联系方式，由代办人在结算单底联上签字确认。

**第二十二条** 门诊慢特病定点医药机构应坚持因病施治的原则，根据参保人员的门诊慢特病病种，合理检查、合理治疗、合理用药，为参保人员妥善保存处方、诊疗单据等资料。

**第二十三条** 门诊慢特病定点医药机构要建立健全相关内部管理制度，制定便捷的门诊慢特病就医购药和结算流程，服务好参保人员。有条件的可设立门诊慢特病专用通道。

**第二十四条** 有条件的统筹区可将“互联网+”医疗服务纳入门诊慢特病待遇保障范围。互联网医疗机构所依托的实体医疗机构必须为统筹地区定点医疗机构且签订医保服务协议。

**第二十五条** 门诊慢特病定点医药机构应充分配备我省基本医疗保险目录内药品，根据临床需要优先使用基本医保目录内疗效确切、价格适宜的药品。按照公平、合理、诚实信用和质价

相符的原则确定药品销售价格,并保持一定时期内价格水平相对稳定。严格按照医师开具的门诊慢特病处方向参保人员提供药品服务,真实完整记录参保人员医疗费用、医保基金支付和个人账户支出情况。对接医保电子处方中心,留存处方等材料归档备查。有条件的可以提供配送服务,配送费用不纳入医保支付范围。

## 第五章 结算管理

**第二十六条** 参保人员在门诊慢特病定点医药机构进行门诊慢特病就医购药的,由门诊慢特病定点医药机构与参保人员进行直接结算,并为参保人员提供结算单和发票。参保人员只需按规定支付应由本人现金支付的医疗费用,其他费用由医疗保障经办机构与门诊慢特病定点医药机构按医保服务协议约定进行结算。

**第二十七条** 参保人员同时发生门诊慢特病费用、普通门诊费用、双通道药品费用和自费费用时,定点医药机构应当按类别结算。

**第二十八条** 门诊慢特病费用异地就医直接结算时,执行就医地的支付范围及有关规定(基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围),执行参保地的医疗保障基金起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关规定。按照国家医保局统一部署,逐步扩大门诊慢特病跨省异地就医直接结算病种范围。

**第二十九条** 参保人员因故未在门诊慢特病定点医药机构直接结算成功的门诊慢特病合规医疗费用，门诊慢特病定点医药机构核实相关情况后，应协助为参保人员办理费用补录和结算；符合政策规定的，参保人员也可根据《江西省医疗保障经办政务服务事项清单（3.0版）》要求，持办理材料到参保地医疗保障经办机构进行手工（零星）报销，医疗保障经办机构办理时限不超过30个工作日。

## 第六章 监督考核

**第三十条** 各级医疗保障经办机构负责本地区门诊慢特病政策落实、基金使用管理和所属门诊慢特病定点医药机构基金结算工作。

**第三十一条** 各级医疗保障经办机构应在定点医药机构、医保医师协议中明确门诊慢特病管理相关内容，明确双方的权利义务、违约责任。加强对门诊慢特病病种认定、医疗服务等行为的考核管理，考核结果与医保服务质量保证金预留档次及返还比例、协议续签或终止挂钩。

**第三十二条** 各统筹区医保部门应强化门诊慢特病费用审核，加强现场检查，引入智能监控，完善细化规则，定期开展监督检查，严厉打击套取、骗取医保基金行为。对认定专家未按政策规定程序履行鉴定职责、未在规定时间内出具门诊慢特病认定意见的，由医疗保障经办机构责令认定专家及所属定点医疗机构

进行整改；对认定专家未按照门诊慢特病认定标准出具鉴定意见、在认定中弄虚作假的，取消认定专家资格，并将此情形纳入所属定点医疗机构医保服务协议年度考核范畴；造成医疗保障基金损失的，予以追回。对监督检查过程中发现的问题和违规行为，按相关法律法规和医保服务协议管理相关规定处理。

## 第七章 附 则

**第三十三条** 本规程自 2024 年 1 月 1 日起正式施行。

**第三十四条** 各统筹区医疗保障经办机构可根据本规程制定本统筹区门诊慢特病经办管理服务实施细则。



附件 2

## 江西省门诊慢特病待遇享受认定情况表

转出地医疗保障经办机构名称(盖章):

出具日期: 年 月 日

参保人员基本信息			
参保人员	姓名	证件类型及号码	
	联系电话	工作单位	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 无
参保信息			
基本医疗保险类型	<input type="checkbox"/> 职工医保 <input type="checkbox"/> 城乡居民医保	参保地(具体到县区)	
门诊慢特病信息			
<b>门诊慢特病病种及开 始时间、截止时间</b>	病种名称 (请规范填写)	待遇享受资格开始时间	待遇享受资格截止日期
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 长期有效
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 长期有效
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 长期有效
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 长期有效

注: 1. 此表需加盖医保经办机构业务章或单位章方可生效;

2. “门诊慢特病信息”中一行仅限填入一种门诊慢特病信息, 可根据实际情况增减行数。

附件 3

## 江西省门诊慢特病认定专家申请表

定点医疗机构（盖章）：

年 月 日

姓名		性别		职称	
身份证件号码				工作单位	
联系电话				专家领域 (填写认定病种名称)	
个人履历 (200字以内)					
申请人承诺	<p>本人保证所填写内容属实，真实合法有效，如有弄虚作假行为，本人愿承担由此产生的后果及应承担的法律责任。</p> <p style="text-align: right;">申请人签名：                      年 月 日</p>				
<b>以下审批意见根据各地政策选填</b>					
审批意见	医院定点所属县级及以上医保经办机构意见			市级医保经办机构意见	
	(盖章)			(盖章)	
	年 月 日			年 月 日	

附件 4

市门诊慢特病认定专家汇总表

医保经办机构（盖章）：

填报日期： 年 月 日

序号	证件号码	姓名	工作单位	职称	专家领域 (填写认定病种名称)	联系电话	上报医保经办机构名称
1							
2							
3							
4							
5							
6							
.....							



附件3

# 江西省医疗保障局

赣医保字〔2023〕29号

## 江西省医疗保障局关于印发《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》的通知

各设区市、县（市、区）医疗保障局：

《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》经省医疗保障局局长办公会议审议通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件主动公开）

# 江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为推动建立更加公平适度的待遇保障机制，规范门诊慢性病、特殊病（以下简称门诊慢特病）管理，减轻参保人员门诊医疗费用负担，提高医保基金使用效率，结合我省实际，制定本办法。

**第二条** 本办法适用于江西省职工医疗保险（以下简称职工医保）和城乡居民医疗保险（以下简称居民医保）门诊慢特病管理。

**第三条** 坚持以人民为中心，立足“保障基本”的功能定位，适应医疗保险基金运行实际，结合临床医药技术发展现状，建立健全门诊慢特病病种管理、认定管理、支付范围、待遇享受、经办服务、监督管理等制度体系，实现科学、规范、精细化管理。

**第四条** 省医疗保障行政部门负责建立健全门诊慢特病管理制度，加强全省门诊慢特病管理和常态化监管。

各统筹区医疗保障行政部门负责本统筹区域内的门诊慢特病管理工作，细化制定本地区门诊慢特病管理政策并组织实施。

**第五条** 省医疗保障经办机构负责指导全省门诊慢特病经办服务与管理工作，并做好省本级参保职工医保门诊慢特病经办管

理。

各市、县（区）医疗保障经办机构负责本统筹地区参保职工和居民门诊慢特病经办工作。

**第六条** 省医疗保障行政部门逐步建立全省门诊慢特病管理专家咨询委员会，为全省门诊慢特病病种调整、鉴定标准等提供咨询建议。

## 第二章 病种管理

**第七条** 省医疗保障行政部门根据各统筹地区医保部门申请、参保人员门诊保障需求、医保基金收支和中长期支撑能力等因素，另行研究制定《江西省基本医疗保险门诊慢特病病种目录》（以下简称《病种目录》），并实行动态调整。

**第八条** 纳入《病种目录》的疾病应综合考虑下列条件：

（一）临床诊断明确，诊疗方案明确，且国家基本医疗保险药品目录有相应的治疗药品；

（二）本省发病率高，需要长期门诊治疗；

（三）病情较重但已过急性期，可在门诊维持治疗；

（四）其他需要考虑的情形。

**第九条** 《病种目录》分为基本病种和拓展病种。

省医疗保障行政部门负责确定全省统一的基本病种。

各统筹区医疗保障行政部门根据实际情况在《病种目录》范

围内,确定本统筹区的拓展病种;按照基本病种与拓展病种之和,确定本统筹区的职工医保与居民医保病种目录。各统筹区在《病种目录》之外的病种可予以保留,原认定人员可继续享受待遇,但不再新增认定人员。

### 第三章 认定管理

**第十条** 省医疗保障行政部门制定全省统一的《江西省基本医疗保险门诊慢特病病种认定标准》(以下简称《认定标准》),并适时对《认定标准》进行调整完善。对于门诊检查可明确诊断的疾病,不得将住院作为认定门诊慢特病的必要条件。

**第十一条** 参保人员按规定向医保经办机构或者受医保经办机构委托的定点医疗机构提交门诊慢特病认定申请。

**第十二条** 依托全省的医保信息系统,探索建立全省统一的门诊慢特病认定平台,受理参保人员门诊慢特病的申请、认定等。

各级医保经办机构应当充分运用信息化手段,探索将参保人员在定点医疗机构联网结算的就诊记录等作为门诊慢特病认定材料,逐步减少书面证明材料。

### 第四章 支付范围

**第十三条** 门诊慢特病的基金支付范围按照我省基本医疗保险药品、医用耗材和医疗服务项目目录执行。

**第十四条** 以下药品不得纳入门诊慢特病基金支付范围：

- （一）与门诊慢特病病种门诊诊断治疗不相符的药品；
- （二）超出药品法定适应症及医保限定支付范围的药品；
- （三）明确不得在门诊使用的药品；
- （四）无处方或处方未按规定程序经过药师或执业药师审查的药品；
- （五）其他不适宜门诊使用的药品等。

**第十五条** 非定点医药机构发生的门诊慢特病费用，医保基金不予支付。

## **第五章 待遇享受**

**第十六条** 经认定符合条件的参保人员，自申请认定通过后可享受门诊慢特病保障待遇。

**第十七条** 门诊慢特病分为 I 类和 II 类，并根据疾病特点设定待遇享受期限。具体待遇享受期在《病种目录》中明确。

**第十八条** I 类门诊慢特病参保人员在门诊发生的政策范围内医疗费用不设起付线，报销比例和年度基金最高支付限额按就诊医疗机构住院待遇执行。

II 类门诊慢特病参保人员在门诊发生的政策范围内医疗费用不设起付线，报销比例按照就诊医疗机构住院报销比例执行，年度基金最高支付限额由各统筹地区医疗保障行政部门确定。

门诊慢特病参保人员跨省异地就医的报销比例，分别按照跨省异地长期居住、跨省临时外出就医有关住院报销政策执行。

**第十九条** 参保人员办理了多个Ⅱ类门诊慢特病的，年度基金最高支付限额由各统筹区医疗保障行政部门确定。

**第二十条** 对确有需要的门诊慢特病参保人员，经定点医疗机构诊治医生评估后，一次处方药量可在遵循医嘱的条件下延长至12周，医保可实行按长期处方结算。

## 第六章 经办服务

**第二十一条** 省医疗保障经办机构制定全省统一的门诊慢特病经办规程，逐步建立门诊慢特病认定专家库。

**第二十二条** 有条件的统筹区可以委托第三方机构，协助做好门诊慢特病认定、基金审核监管等相关经办工作，探索与基金控费成效相挂钩的服务绩效付费机制。

**第二十三条** 门诊慢特病参保人员可自行选择符合条件的定点医疗机构就医购药，或者凭处方在符合条件的门诊慢特病定点零售药店购药。

门诊慢特病定点医疗机构和零售药店的准入、管理、处方流转等规定由省医疗保障行政部门另行制定。

## 第七章 监督管理

**第二十四条** 各级医疗保障行政部门应当做好门诊慢特病医疗费用支出的常态化监管，探索推进医保药品追溯管理体系建设。

**第二十五条** 各级医疗保障经办机构应当将门诊慢特病管理纳入定点医药机构、医保医师协议管理范畴，加强对门诊慢特病病种认定、医疗服务等行为的日常管理和监督稽核检查。

**第二十六条** 定点医药机构要健全完善门诊慢特病内部管理制度。医保医师要严格认定、合理诊疗、科学施治，严禁超剂量、超项目、超范围处方等违规行为。

**第二十七条** 申请或者享受门诊慢特病的参保人员，应当如实提供相应的认定材料，有以下行为之一的，取消门诊慢特病待遇享受资格，并追回违规享受的待遇：

（一）提供伪造的诊断证明、病历、检查、化验报告等申请门诊慢特病所需的认定材料；

（二）转卖药品和医用耗材的；

（三）采用欺诈骗保等行为骗取医保基金的；

（四）其他应取消门诊慢特病资格的情形。

## 第八章 附 则

**第二十八条** 本办法自 2024 年 1 月 1 日起正式施行。

---

江西省医疗保障局办公室

2023年9月26日印发

---

责任处室单位：待遇保障处

校稿人：汪 雯