

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

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。

江西省医疗保障局

2023年9月26日

（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，经定点医院门诊医生评估后，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