

江西省医疗保障局办公室

赣医保办发〔2025〕11号

江西省医疗保障局办公室关于印发《江西省 门诊慢性病、特殊病医疗保障经办管理 服务规程》的通知

各设区市医疗保障局：

根据《江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障管理办法》（赣医保字〔2023〕29号）、《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）、《关于进一步优化门诊慢特病医保管理的通知》（赣医保字〔2025〕55号）等文件精神，为保障参保人员及时享受门诊慢特病待遇，推行门诊慢特病线上办理，进一步简化优化办理流程，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》印发给你们，请认真贯彻执行。

(此页无正文)

江西省医疗保障局办公室

2025年12月31日

(此件依申请公开)

江西省门诊慢性病、特殊病医疗保障 经办管理服务规程

第一章 总 则

第一条 为进一步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）、《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）和《江西省医疗保障局关于进一步优化门诊慢特病医保管理的通知》（赣医保字〔2025〕55号）等文件精神，制定本规程。

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

第三条 省级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服务工作。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，探索建立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的认定办理流程。

（一）通过定点医疗机构申请及认定流程

1. **申请。**参保人员按照参保地规定向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》要求。

2. **受理。**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。

3. **认定。**申请受理后，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，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，将门诊慢特病认定材料及认定结果通过门诊慢特病线上认定平台线上传递至医保经办机构。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。

（二）通过门诊慢特病平台线上申请及认定流程

1. **申请。**参保人员可通过“江西医疗保障”微信公众号和赣服通—医保专区等线上渠道申请门诊慢特病待遇，可在参保统筹区内选择符合条件的定点医疗机构开展待遇认定。申报材料根据《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》规定执行，上传材料大小合计不超过 20MB。

2. 受理。系统自动将申报资料推送至参保地医保经办机构，工作人员应严格核对参保人员身份信息，并按照《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》要求，在接到受理任务后 2 个工作日内完成受理工作。对符合受理条件的，受理完成后进入认定环节；对不符合认定条件的，填写不符合原因；对因申报材料不完整无法认定的，需填写应补充的相关材料清单，参保人员将材料完善后可重新上传申报。

3. 认定。申请受理后，医保经办机构将申报资料推送给参保人所在统筹区受委托的定点医疗机构，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 12 个工作日内完成病种待遇资格认定。专家完成认定后，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，在 4 个工作日内将门诊慢特病认定材料及认定结果通过门诊慢特病线上认定平台线上传递至医保经办机构。不符合门诊慢特病病种认定标准的，由专家或受委托定点医疗机构填写不符合原因，由受理机构在线上一次告知原因。

（三）通过其他方式申请及认定流程

为确保门诊慢特病待遇认定服务平稳过渡，各地可同步保留原

有门诊慢特病申请渠道，避免因申办渠道切换影响参保人权益和服务连续性。

（四）备案

经专家审核，符合门诊慢特病病种认定标准的，由参保地医保经办机构（或系统自动）于2个工作日内在江西省医疗保障信息平台中按规定办理门诊慢特病病种待遇享受资格备案（器官移植抗排斥治疗病种需严格对照相应器官移植病种编码备案）。具体备案方式由各地根据实际情况确定。

（五）归档

医保经办机构对来源可靠、程序规范、要素合规的门诊慢特病认定材料，应在认定平台中统一建立电子档案。电子档案与传统载体档案具有同等效力。对于尚不具备电子档案保管条件，或有相关规定要求需保留纸质档案的，其纸质档案归档范围、保管方式及责任主体由各统筹地区自行确定。各级医保经办机构要根据《社会保险业务档案管理规范》要求，做好门诊慢特病认定材料的存档工作，保管年限不低于10年，参保人有权依法查询本人相关档案信息。

第五条 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。

第六条 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。

第七条 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。

第八条 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、医保结算清单、电子病历、影像云资料等材料作为门诊慢特病认定材料，优化业务流程，压缩办理时限，逐步实现智能审核、主动提醒、静默复审。

第九条 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。

第十条 各级医保经办机构应根据《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）等文件规定，准确录入规范的病种名称及对应编码。

第十一条 根据《江西省门诊慢性病、特殊病认定标准》规定，耐多药肺结核与结核、重性精神病与精神病、冠心病与慢性心力衰竭构成三组互斥病种，同一组内病种待遇不可同时享受。在一个自然年度内，如参保人申请的门诊慢特病病种在同一组内发生变更，

其新病种当年可享受的限额，应扣除原病种在本年度内已享受的额度。当参保人病种发生变化时，应及时办理新病种备案，同步终止原病种待遇，并在备案信息中对相关变更情况进行备注说明，确保记录清晰可溯。

第十二条 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，其门诊慢特病待遇同步转移，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专用章）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。

第十三条 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，原则上省、市两级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，县级由二级及以上定点医疗机构有三年工作经验及以上的主治医生担任，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。

第十四条 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

第十五条 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。

第十六条 门诊慢特病待遇支付以自然年度或季度为待遇享受周期，门诊慢特病自然年度内或季度内最高支付限额仅限于当年或当季度使用，不得结转累加到次年或下一季度。

第十七条 参保人员发生的门诊慢特病费用符合异地就医和异地安置政策的，执行我省异地就医和异地安置相关政策规定。

第十八条 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。复审流

程与申请流程一致，复审结果确定后，按照复审结果执行。

第十九条 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。

第二十条 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

第二十一条 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。

第二十二条 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。

第二十三条 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。

第二十四条 参保人员须凭医保电子凭证或社会保障卡在定点医药机构就医购药。

第二十五条 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。

第二十六条 门诊慢特病定点医药机构应当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。

第二十七条 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。

第二十八条 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。开展“互联网+”医疗服务的医疗机构需依托实体定点医疗机构，并向所在统筹地区医保经办机构申请签订“互联网+”医疗服务医保补充协议。实体医疗机构为非定点医疗机构的，可在申请签订医保定点协议的同时，一并申请“互联网

+” 医疗服务补充协议。

第二十九条 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为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

第三十条 各级医保经办机构按照《关于进一步明确基本医保待遇保障有关政策的通知》（赣医保发〔2024〕8号）有关规定开展门诊慢特病医疗费用直接结算和零星报销工作。

第三十一条 各级医保经办机构按照《医保经办业务数据治理专项工作方案—门诊慢特病信息》要求，指导有资格的门诊慢特病定点医药机构规范上传门诊慢特病病种信息。

第三十二条 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，应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。医保信息系统可实现直接结算而未结算的，参保人员应要求定点医药机构重新予以直接

结算，定点医药机构应予以配合。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。

第三十三条 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，分别开具处方和结算票据。

第三十四条 门诊慢特病费用异地就医直接结算时，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定（基本医疗保险药品、医疗服务价格项目和医用耗材等支付范围），执行参保地规定的起付标准、支付比例、最高支付限额、门诊慢特病病种范围等有关政策。

（一）已申办门诊慢特病的参保人员在省内异地就医购药时，无需备案，在就医地符合条件的门诊慢特病定点医药机构直接结算。

（二）已办理跨省异地就医备案，并申办了恶性肿瘤门诊治疗（含白血病）、慢性肾功能衰竭（尿毒症期）、器官移植术后抗排异、高血压伴有并发症、冠心病、糖尿病伴有并发症、慢性阻塞性肺疾病、慢性肝炎、强直性脊柱炎、类风湿关节炎等 10 种门诊慢特病病种的参保人员可在备案地符合条件的门诊慢特病跨省定点医药机构直接结算。其余门诊慢特病病种按照国家统一部署，逐步推进跨省异地就医直接结算。

第三十五条 因医保系统无法直接结算，符合政策规定的，在

符合条件的门诊慢特病定点医药机构就医购药的，参保人根据《江西省医疗保障经办政务服务事项清单》要求，持办理材料在医疗费用发生1年之内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

第三十六条 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。

第三十七条 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。

第三十八条 各统筹区医保部门应加强医疗保障基金智能审核和监控工作，强化门诊慢特病费用审核，完善细化本地规则，加强现场核查，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按照相关规定要求认定专家及所属定点医疗机构进行整改。

第七章 附 则

第三十九条 本规程自 2026 年 1 月 1 日起正式施行。

第四十条 本规程印发后，自执行之日起，原《江西省门诊慢特病、特殊病医疗保障经办管理服务规程（试行）》同时废止。

第四十一条 各统筹区医疗保障部门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：1. 江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表
2. 江西省门诊慢特病待遇享受认定情况表
3. 江西省门诊慢特病认定专家申请表
4. _____市门诊慢特病认定专家汇总表

附件 1

江西省门诊慢特病病种待遇认定申请表

☐职工医保☐城乡居民医保

姓名		性别		年龄	
身份证件号码				工作单位	
联系电话				申报病种名称	
参保地区				选择定点医院	
申请人承诺	本人保证所提供材料为本人看病就医资料，内容属实，真实合法有效，如有弄虚作假行为，由此产生的一切法律责任均由本人承担。 申请人签名： 年 月 日				
认定意见 (由负责认定的机构签字盖章)	认定人签名 年 月 日				
	认定管理部门（盖章） 年 月 日				
备注					

注：每份表格仅限填报一种门诊慢特病，附申报病种相关认定材料。

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	☐ 有 ☐ 无
参 保 信 息				
基本医疗保险类型		☐ 职工医保 ☐ 城乡居民医保	参保地（具体到县区）	
门 诊 慢 特 病 信 息				
门诊慢特病病种及 开始时间、截止时间		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	☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 长期有效
			年 月 日	☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 长期有效
			年 月 日	☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 长期有效
			年 月 日	☐ 年 ☐ 月 ☐ 日 ☐ 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	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。 申请人签名: 年 月 日				
以下审批意见根据各地政策选填					
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) 年 月 日			(盖章) 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							
.....							

江西省医疗保障局办公室

2025 年 12 月 31 日印发

责任处室单位：省医疗保险基金管理中心

校稿人：王燕妮