

九江市医疗保障局 九江市卫生健康委员会

九医保字〔2019〕43号

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

各县（市、区）医疗保障局、卫生健康委员会，各有关定点医疗机构：

为进一步加强我市高血压、糖尿病等慢性病患者门诊医疗保障，根据江西省医疗保障局、江西省财政厅等四部门《关于完善我省城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制工作的实施意见》（赣医保发〔2019〕16号）、江西省医疗保障局《江西省完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制医疗保险经办工作实施方案》（赣医保字〔2019〕29号）文件精神，现就高血压、糖尿病等慢性病患者门诊医疗保障的有关工作通知如下，请各地

遵照执行。

一、门诊统筹（个人帐户）保障

（一）患常见病、多发病，特别是高血压、糖尿病等轻度慢性病（达不到门诊特殊慢性病认定标准或所患病种在门诊特殊慢性病之外的）由门诊统筹或个人帐户保障。

1、城乡居民基本医疗保险

（1）参保人员在定点医疗机构的门诊医疗费用按城乡居民门诊统筹有关规定报销，乡镇（街道）、村（社区）定点医疗机构门诊报销 65%，县级定点中医院门诊中医药治疗报销 40%。

（2）对采取药物治疗的轻度高血压和轻度糖尿病的患者，从 2019 年 12 月 15 日起，门诊就医在上述定点就医及报销的基础上，进一步扩展至县级定点医疗机构（县级人民医院、县级中医院、县级妇幼保健院等），门诊发生的降血压、降血糖的药品费用由门诊统筹基金按 50%比例报销，并实行门诊年度报销封顶，封顶额度暂定为轻度高血压 400 元、轻度糖尿病 500 元，实行一段时间再根据实际报销情况作适度调整。

县级定点医疗机构（县级人民医院、县级中医院、县级妇幼保健院等）发生的门诊用药费用，按照《九江市城乡居民基本医疗保险门诊统筹经办操作细则（试行）》（九医保字〔2019〕30 号）规定，如同县级中医院门诊中医药治疗费用纳入“乡镇（街道）包干整体”内统一按规定结算。

2、参加城镇职工基本医疗保险的，在定点医疗机构的门诊

医疗费用由个人帐户按规定支付。

3、对符合医疗救助条件的贫困参保人员，门诊发生的政策范围内医疗费用在基本医疗保险报销后的剩余部分按规定予以医疗救助。

（二）对常住在辖区内的慢性病患者（特别是贫困人口），实行家庭医生重点签约服务。对已签约的一般人群开展询问病情，体格检查，评估心率、血糖和血压等基础性健康指标，提供健康指导。对已签约的慢性病患者（高血压、糖尿病、慢性肺病等）等重点人群开展健康体检，建立健康档案，实施医疗随访、慢性病管理、康复指导以及门诊特殊慢性病申请等服务。

二、门诊特殊慢性病保障

城镇职工和城乡居民患门诊特殊慢性病的，经医疗专家审核认定后，在定点医疗机构门诊医疗费用按门诊特殊慢性病规定报销。

（一）门诊特殊慢性病种（33种）

1、一类病种（8种）：（1）恶性肿瘤、（2）系统性红斑狼疮、（3）再生障碍性贫血、（4）帕金森氏综合症、（5）慢性肾功能衰竭（尿毒症期）、（6）器官移植后抗排斥治疗、（7）地中海贫血（含输血）、（8）血友病。

2、二类病种（25种）：（9）精神病、（10）变应性亚败血症、（11）高血压病（二级以上合并器官病变）、（12）糖尿病（合并并发症）、（13）结核病、（14）冠状动脉粥样硬化性心脏病（冠

脉狭窄达 50%以上或冠脉支架植入术后)、(15)慢性心功能衰竭(心脏合并心功能不全二级以上)、(16)慢性房颤(长期持续性房颤、永久性房颤)、(17)心肌病(原发性)、(18)慢性肝炎(慢性活动性肝炎)、(19)慢性支气管炎、(20)慢性阻塞性肺病、(21)慢性支气管哮喘、(22)肝硬化、(23)慢性肾病(3期 CKD、4期 CDK)、(24)脑卒中后遗症、(25)癫痫、(26)重症肌无力、(27)血吸虫病(慢性血吸虫病或晚期血吸虫病)、(28)儿童生长激素缺乏症、(29)系统性硬皮病、(30)类风湿关节炎、(31)克罗恩氏病、(32)儿童孤独症、(33)儿童脑瘫。

(二) 门诊医疗待遇

门诊特殊慢性病在定点医疗机构的门诊医疗费用,按相应级别医疗机构的住院医疗报销比例报销,所报销费用纳入医疗保险一个年度的最高支付限额之内。

1、一类病种不设单病种的年度最高报销限额。

2、二类病种一个年度内的单病种最高报销限额:儿童脑瘫和儿童孤独症为 8000 元,其中病种城乡居民医疗保险为 5000 元、城镇职工医疗保险为 6000 元。一个年度内的单病种最高报销限额按季结算(不结转使用),异地安置人员按年度结算(不结转使用)。

二类病种最多可申请认定 3 个病种,一个主病种按一个年度内单病种最高报销限额报销,其它次病种一个年度内按定额报销(城镇职工医疗保险为 3000 元、城乡居民医疗保险为 2500

元)。

3、对健康扶贫对象和符合医疗救助条件的贫困人员的门诊医疗费用在基本医疗保险、大病保险报销后按规定享受相应的健康扶贫政策和医疗救助政策待遇。

(三) 办理程序

1、申请：填写《九江市医疗保险门诊特殊慢性病申请表》(附件1)，携带单病种医疗指标材料(附件2)进行申请。

(1) 一类病种：常驻本地的参保人员由所在地(市本级、县区)最高等级公立定点医院直接审核认定，认定后及时将申请材料报传至所在地医保经办机构备案；常驻外地的参保人员携带材料到参保地的医保经办机构申请认定。

(2) 二类病种携带材料到参保地的医保经办机构申请认定。二类病种中的精神病按前条一类病种方式申请认定。

申请多个病种的按单个病种提供上述相关材料(单病种材料重复的提供复印件)并按单病种分别装订。家庭医生签约服务团队(乡镇、街道和村、社区基层医疗机构)和驻村帮扶干部应帮助指导已签约的慢性病患者(特别是贫困人口)申请办理门诊特殊慢性病，并跟踪慢性病管理和提供康复指导服务。

2、认定：审核认定工作每月组织一次。各地医保经办机构应于每月25日(遇有节假日顺延)组织医疗专家开展审核认定工作。对符合标准的门诊特殊慢性病患者要及时登记备案，一类病种即时开通享受待遇，二类病种从次月起开通享受待遇；

对审核认定未通过的要通知申请人领回材料并告知原因。

（四）就医管理

1、参保人应携带社会保障卡在定点医疗机构刷卡门诊，直接结算医疗费用。

2、异地安置人员在异地定点医疗机构门诊不能实现刷卡直接结算的，可携带医疗收据票据、底联处方、检查检验报告单、门诊医疗记录等材料（医院管理部门盖章确认），到参保地医保经办机构按门诊特殊慢性病待遇报销。

3、器官移植术后抗排斥治疗的慢性病患者实行定点门诊，按年度选择一家定点医疗机构作为本人的就诊医疗机构。下一年度如需变更定点医疗机构的，应在每年 12 月底前填写《九江市基本医疗保险门诊特殊慢性病定点医疗机构变更表》（附件 3），到参保地医保经办机构办理变更手续。

三、工作要求

1、全市各地医疗保障行政部门要积极会同有关部门做好高血压、糖尿病等慢性病患者的门诊医疗保障工作，加强对辖区内经办工作的监督管理；各地医保经办机构要完善经办流程、改造医保系统等工作，确保政策按要求落实到位。要完善医保定点服务协议，将高血压、糖尿病等慢性病门诊医疗保障服务纳入医保定点服务协议加强管理。

2、各地卫生健康部门要加强高血压、糖尿病等慢性病患者的医疗服务和健康服务的监督管理，进一步规范各定点医疗机

构的诊疗行为和服务行为，确保有效合理治疗；各定点医疗机构对高血压、糖尿病等慢性病患者的药物治疗，要按照最新版国家基本医疗保险药品目录所列品种，以“四个优先”原则进行筛选，即：优先选用目录甲类药品，优先选用国家基本药物，优先选用通过一致性评价的品种，优先选用集中招标采购中选药品。

3、医患双方应严格执行医疗保险政策的目录范围，对超出目录范围的门诊医疗费用不予报销。对伪造证明材料或者以其他手段欺诈骗保的按照有关法律法规严肃处理，涉嫌犯罪的依法移交司法机关追究刑事责任。

四、本通知从2019年12月1日起执行。

- 附件：1、九江市医疗保险门诊特殊慢性病申请表
2、申请门诊特殊慢性病单病种医疗指标材料
3、九江市医疗保险门诊特殊慢性病定点医疗机构变更表
4、《关于完善我省城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机构工作的实施意见》（赣医保发〔2019〕16号）
5、《江西省完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制医疗保险经办工作实施方案》（赣医保字〔2019〕29号）

九江市医疗保障局

九江市卫生健康委员会

2019年12月3日

附件 1

九江市医疗保险门诊特殊慢性病申请表

姓名		性别		出生年月		人员类别		照片
医疗编号				身份证号码				
单位				联系电话				
诊断				诊断医院				
申报病种：								
诊断依据：								
主要治疗方案：								
经治医师： 科主任： 年 月 日								
定点医疗机构意见	经办人： 医保办（章） 年 月 日							
专家组鉴定意见	年 月 日							
医保经办机构审核意见	经办机构（章） 年 月 日							

注：本表与相关单病种医疗指标材料一并送医院医保办或医保经办机构。

申请门诊特殊慢性病单病种医疗指标材料

一、诊断证明书

二级以上定点医疗机构的主任（或副主任）医师开具的当年度有效诊断证明书（原件并加盖定点医疗机构医务部门专用章），

二、单病种治疗和检查检验材料

（一）一类病种（8种）

1、恶性肿瘤：（1）病理报告、细胞学阳性检查或二级以上医院诊断恶性肿瘤的影像学报告（CT 或 MRI 或 PETCT 或同位素或内窥镜等）；（2）近三年内的放疗、化疗、手术治疗、内分泌治疗、免疫治疗、靶向治疗等抗肿瘤治疗记录；（3）有因本病在二级以上定点医院的住院病史（提供病案首页、入院记录、出院小结等）或专科医生诊断本病的病情证明；（4）骨髓检查报告（白血病须有此项目）。

审核标准：（1）、（2）、（3）项。复审时间：五年复审，复审材料：五年后仍未治愈的，需提供近五年内治疗资料或经专科医生认定的资料，经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

2、系统性红斑狼疮：（1）有一次因本病在二级以上医院的住院病史（提供病案首页、入院记录、出院小结等）或二级以上医院专科医生诊断本病的病情证明；（2）除皮肤以外的一个

以上脏器受损的相关检查报告（血象报告、一次以上尿蛋白或管型尿阳性报告）；（3）近三年内相关免疫学检查报告单（免疫学异常：抗核抗体阳性或抗双链 DNA 抗体（抗 dsDNA）阳性或抗史密斯抗体（抗 SM 抗体）阳性）；（4）连续的诊疗记录。

审核标准：（1）、（2）、（3）项。

3、再生障碍性贫血：（1）骨髓细胞学或骨髓活检、细胞形态学检查报告单；（2）一次血常规检查报告单；（3）二级以上定点医院专科医生诊断本病的病情证明；（4）三年连续治疗的诊疗记录。

审核标准：（1）、（2）、（3）项。

4、帕金森氏综合症：（1）有服用抗帕金森病药物史；（2）病史两年以上，有二级以上定点医院专科医生诊断本病的报告及相应病历记录；（3）有一次二级以上医院该病的住院记录。

审核标准：（1）加（2）、（3）的任意一项

5、慢性肾功能衰竭（尿毒症期）：（1）近年来至少两次以上的肾功能检查报告单；（2）4 次血液透析记录单，以及长期血液透析血管通路建立手术记录单（含动静脉内瘘术、半永久静脉置换术、人造血管植入术、自体血管移植术等）；（3）接受腹膜透析者，提供腹膜透析导管植入术记录单；（4）出院记录；（5）与病种相关的其他检查化验资料。

审核标准：（1）、（2）或（3）、（4）项。

6、器官移植后抗排斥治疗：（1）器官移植手术记录单；（2）

出院记录; (3) 其他与病种相关的检查化验材料。

审核标准: (1)、(2)、(3) 项。

7、地中海贫血: (1) 血常规 (病情评估, 小细胞低色素贫血, 也可呈小细胞低色素但不贫血); (2) 血红蛋白电泳 (确诊依据); (3) 地中海贫血基因检测 (确诊依据)。

审核标准: (1)、(2)、(3) 项。

8、血友病: (1) 凝血因子测定异常 (VIII因子浓度、IX因子浓度、X因子浓度); (2) 凝血象报告提示凝血时间延长、凝血酶源消耗不良; (3) 二级以上定点医院专科医生诊断本病的病情证明; (4) 脏器或关节出血 (畸变) 的相关材料。

审核标准: (1)、(2)、(3) 项。

(二) 二类病种 (25 种):

9、精神病: (1) 一次以上精神病出院小结; (2) 连续一年以上门诊治疗精神病病历; (3) 排除其他器质性、症状性、中毒性及情感性精神障碍。

审核标准: 二级以上定点公立精神专科医院出具的疾病证明、(1) 或 (2) 的任意一项。

10、变应性亚败血症: (1) 二级以上定点医院住院病史或二级以上医院专科医生的诊段病情证明; (2) 需排除感染性疾病、恶性肿瘤、其他结缔组织病、其他疾病 (血清病、结节病、原发性内芽肿性肝炎、克罗恩病、药物过敏); (3) 发热 $\geq 39^{\circ}\text{C}$; (4) 类风湿因子 $< 1: 80$; (5) 抗核抗体 $< 1: 100$; (6) 关节痛

或关节炎；(7) 血白细胞 $\geq 15 \times 10^9/L$ ；中性粒细胞增高；(8) 皮疹、咽痛；(9) 胸膜炎或心包炎；(10) 肝大或淋巴结肿大或脾大。

审核标准：(1)(2)(3)(4)(5) 中任 1 项和 (6)(7)(8)(9) 中的任意二项。

11、高血压病（二级以上合并并发症）：(1) 二级以上定点医院住院病史记录资料（入院记录、出院小结及辅助检查报告等，病历中须有血压测量记录：收缩压 $>160\text{mmHg}$ 、舒张压 $>100\text{mmHg}$ ）；(2) 连续治疗高血压的病历记录、二级以上医院专科医生出具的疾病诊断报告；(3) 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) 显示脑出血或脑梗塞的相关检查（CT、磁共振等）；(5) 显示肾损害的相关检查（肾功能、微量尿蛋白等）；(6) 显示眼底病变的相关检查（眼底造影或照相）；(7) 显示动脉狭窄 50% 以上的相关检查（多普勒、造影等）。

审核标准：(1) 或 (2) 加 (3)、(4)、(5)、(6)、(7) 中任意一项。

12、糖尿病（合并并发症）：(1) 二级以上定点医院住院病史、或二级以上定点医院专科医生的诊断报告；(2) 相关并发症之一的阳性材料（肾功能报告单、眼底造影、肌电图、神经检查阳性报告单、冠脉造影、彩超、心功能检查、CT 检查等）；(3) 近三年内连续使用降糖药或胰岛素的记录；(4) 近三年来

其他与病种相关材料。

审核标准：（1）、（2）、（3）项。

13、结核病：

1）肺结核。（1）结核菌病原性检测阳性报告或结核抗体阳性；（2）近一年内服用抗结核药物记录；（3）近一年内的胸片或 CT 检查及报告单。

审核标准：（1）、（2）项。

2）肺外结核。近一年内门诊病历及相关检查报告单或住院（出院小结及相关检查报告单）。

审核标准：

各种浆膜腔结核：主要结合临床表现，浆液性渗出液化验等综合分析做出诊断。

结核性脑膜炎：根据亚急性或慢性非化脓性脑膜炎等特点综合分析判断。

肠结核者：胃肠 X 线及纤维结肠镜检查有助于诊断。

骨关节及泌尿系统结核：主要依据临床表现和影像学检查。

淋巴结、肝、脾等结核病：依赖于活体组织病理检查确诊。

复审时间：两年复审。复审材料：两年后仍未治愈的，提供近 15 天内的病历资料（相关专家认定的资料）和相关检查报告（胸片或 CT 检查及报告单），经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

14、冠状动脉粥样硬化性心脏病：（1）二级以上定点医院

因本病住院资料（入院记录、出院小结及辅助检查报告等）或二级以上医院专科医生的病情证明；（2）冠状动脉影像学检查阳性报告（血管造影、CTA、心脏超声、同位素显像等）；（3）两次以上心电图 ST、T 明显缺血性改变，或负荷运动试验阳性；（4）心肌梗死病历记录，心肌坏死标志物检查（TnI、TnT、CK、CKMB）。

审核标准：（1）加（2）或（3）、（4）任意一项。

15、慢性心功能衰竭（心脏病合并心功能不全Ⅱ级以上）：

（1）二级以上定点医院因心功能不全住院资料（入院记录、出院小结及辅助检查报告，如：心电图、动态心电图、心电图负荷运动试验、胸部 X 线、冠脉造影、心脏超声检查等）；（2）心脏彩超提示心脏收缩功能阳性报告。

审核标准：（1）、（2）项。

16、慢性房颤：（1）排除甲亢、药物、酒精中毒等因素引起的房颤；（2）至少两次心电图提示房颤；（3）24 小时动态心电图提示房颤；（4）有因本病在二级以上定点医院住院病史。

审核标准：（1）、（2）、（3）、（4）项。

17、心肌病（原发性）：（1）有因本病在二级以上医院的住院病史；（2）近三年连续诊疗资料、二级以上医院专科医生的病情证明；（3）排除风湿性心脏病、高血压性心脏病、肺源性心脏病、冠心病和相关心包、心脏疾病；（4）心脏超声检查提示心肌肥厚或心脏扩大；（5）其他影像和实验室检查能提示心

肌病的（磁共振、彩超、核素显像等）

审核标准：（1）或（2）、（3）、（4）、（5）项。

18、慢性病毒性肝炎（慢性活动性肝炎）：（1）有近三年来二级以上专科医院住院记录或专科医生的病情证明；（2）近一年来病原学、血清学、影像资料或病理资料。

审核标准：（1）、（2）项。复审时间：一年复审，复审材料：慢性丙型病毒性肝炎一年后仍未治愈的，需提供近半年内的病历资料和相关检查报告，经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

19、慢性支气管炎，20、慢性阻塞性肺疾病，21、慢性支气管哮喘：（1）二级以上医院住院病史或二级以上医院专科医生诊断报告；（2）近三年内的肺功能通气功能报告、支气管舒张试验、呼出气一氧化氮检测报告单；（3）近三年内的胸片、CT 排外其他肺部疾病报告单。

审核标准：（1）、（2）、（3）项。复审时间：三年复审，复审材料：慢性支气管哮喘三年后仍需长期用药维持治疗的，提供近一年内的病历资料（相关专家认定的资料）和相关检查报告，经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

22、肝硬化：（1）有因本病在二级以上医院住院病史（提供病案首页、入院记录、出院小结及病情证明）；（2）有肝硬化的临床表现：①有病毒性肝炎、自身免疫性肝病、代谢性肝病和长期饮酒等病史；②有肝功能减退（纳差、乏力、腹胀、出

血倾向、皮肤色素沉着、肝掌、蜘蛛痣和面部毛细血管扩张)和门静脉高压症(脾肿大、脾功能亢进、食道及胃底静脉曲张)的临床表现;③肝功能明显异常:血清总胆红素和结合胆红素升高,白蛋白下降,白蛋白/球蛋白(A/G)比例异常,凝血功能异常;④影像学检查有肝硬化表现:如:脾静脉和门静脉直径增宽,左右肝叶失调,肝外形不规则,脾大等;⑤肝脏活组织检查见假小叶形成。(3)有肝硬化并发症:消化道出血、肝性脑病、自发性细菌性腹膜炎、肝肾综合征等。

审核标准:(1)、(2)(①②③④或①⑤)、(3)项。

23、慢性肾病(3期CKD、4期CKD):(1)肾功能检查化验单,通过计算 $GFR < 60ml/min$; (2)尿液常规化验单、血常规化验单,泌尿系统彩超等辅助检查; (3)二级以上医院住院资料(入院记录、出院小结及辅助检查报告等)。

审核标准:(1)、(2)、(3)项。

24、脑卒中后遗症:(1)有因本病在二级以上医院的住院病史(提供病案首页、入院记录、出院小结及病情证明等); (2)脑部CT或脑部MRI检查报告(明确显示本病种); (3)肢体肌力障碍,偏瘫肌力 ≤ 4 级; (4)近半年内连续药物治疗和康复资料的病历记录; (5)其他与病种相关材料。

审核标准:(1)、(2)、(3)、(4)项。

25、癫痫:(1)有二级以上医院因癫痫发作的住院药物治疗病史; (2)动态脑电图检查或尖慢复合波等异常报告。

审核标准: (1)、(2) 项。复审时间: 五年复审, 复审材料: 五年后仍未治愈的, 需提供近一年内病历资料和相关专家认定的资料, 经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

26、重症肌无力: (1) 有二级以上医院因肌无力住院诊疗病史; (2) 肌电图异常报告; (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; (5) 其他辅助实验阳性报告: 肌疲劳实验、腾喜龙试验和新斯的明试验等。

审核标准: (1)、(2)、(3)(4)(5) 中任意一项。

27、血吸虫病 (慢性血吸虫病、晚期血吸虫病):

1) 慢性血吸虫病: (1) 有疫水接触史; (2) 可有腹痛、腹泻或脓血便、多数有以左叶为主的肝肿大, 少数伴脾肿大; (3) 粪检查出虫卵或毛蚴。无治疗史者直肠活检发现虫卵沉积; 有治疗史者发现活卵或近期变性虫卵; (4) 无治疗史或治疗时间在 3 年以上病人, 环卵沉淀试验环沉率 $\geq 3\%$ 及 (或) 间接血凝试验滴度 $\geq 1: 10$, 酶标记反应阳性。

审核标准: 具备 (3) 项为确诊病例; 同时具备 (1)(2)(4) 项可作临床诊断。

2) 晚期血吸虫病: (1) 反复接触疫水或有明确的血吸虫病史; (2) 有门脉高压症状、体征或有侏儒或结肠肉芽肿表现; (3) 粪检查到虫卵或毛蚴, 直肠活检病理提示虫卵沉积; (4) 血清学诊断阳性, 参见慢性血吸虫病诊断标准。

审核标准：具备(1)(2)(3)项为确诊病例；同时具备(1)(2)(4)项可作临床诊断。

28、儿童生长激素缺乏症：(1)身高低于同年龄，同性别正常人2个标准差或第3百分位(根据Stadiometer测定)；(2)生长速度小于4cm每年；(3)骨龄落后于同年龄，同性别正常均值2年以上(根据Greulich-pyle图谱评价)；(4)(4)GH激发试验的血GH峰值低于10ug/l,伴或不伴血IGF-1及IGFBP-3降低(低于同龄人，同性别正常人2个标准差)；(5)排除引起生长迟滞的其他疾病。

审核标准：(1)、(2)、(3)、(4)、(5)项，复审时间：三年复审，复审材料：三年后仍未治愈的，需提供近一年内病历资料和相关专家认定的资料，经复核后方可继续享受特殊慢性病待遇。

29、系统性硬化病：(1)肢端皮肤变硬、变紧，可累及整个肢体、面部、全身及躯干，手指硬皮病、手指尖有凹陷性瘢痕和指垫消失、双肺基底纤维化；(2)与本病相关的自身免疫性抗体检测阳性报告；(3)有二级以上医院住院记录资料。

审核标准：(1)、(2)、(3)项。

30、类风湿性关节炎：(1)最少一次因对称性的手、脚的小关节疼痛的二级以上定点医院入院诊疗记录，病程至少6周；(2)实验室检查类风湿因子阳性(滴度>1:20)或ccp抗体阳性或其他类风湿特异性抗体阳性；(3)有影像学相关依据(超

声、x 线、CT、磁共振等); (4) 近三年来连续治疗记录。

审核标准: (1)、(2)、(3) 项。

31、克罗恩病:

项目	临床	X 线	内镜	活检	切除标本
(1) 非连续性或节段性病变		+	+		
(2) 铺路石样表现或纵行溃疡		+	+		
(3) 全壁性炎性病变	腹块	+	+		+
		狭窄	狭窄		
(4) 非干酪性肉芽肿				+	+
(5) 芽裂沟、瘘管	+	+			+
(6) 肛门部病变	+			+	+
(7) 近三年来连续治疗记录					

审核标准: (1)、(2)、(3) 加 (4) (5) (6) 中任一项。

32、儿童自闭症: (1) 当前或历史地在多种场景中存在社会交往和社交互动的持续缺陷, 表现如下: 社会情感互反性存在缺陷; 用于社交互动的非言语沟通行为存在缺陷; 发展、维持和理解人际关系存在缺陷; (2) 当前或历史地表现出局限的、重复的行为、兴趣或活动模式, 表现为以下至少两项: 运动动作、物品使用或说话方式表现的刻板或重复。坚持单调无变化, 僵硬的坚持常规习惯, 或方式、言语及非言语行为仪式化; 极为局限的、迷恋的兴趣, 并且兴趣强度和兴趣点反常。对感官输入反应过度或反应不足或对环境的某些感觉方面有异常的兴趣; (3) 症状必须在发展时期早期出现; (4) 症状在社交、职业的或该功能起作用的其他重要领域中临床上导致显著的功能受损; (5) 这些障碍无法用智力缺陷 (智力发育障碍) 或全面

性发育迟缓更好地解释。智力缺陷和孤独症谱系障碍常并发。

33、儿童脑瘫：（1）中枢性运动障碍持续存在：婴幼儿脑发育早期（不成熟期）发生：抬头、翻身、坐、爬站和走等大运动功能和精细运动功能障碍，或是显著发育落后；（2）运动和姿势发育异常；包括动态和静态以及俯卧位、仰卧位、坐位和立位时的姿势异常应根据不同年龄段的姿势发育而判断；（3）反射发育异常；原始反射延缓消失和立直反射（如保护性伸展反射）及平衡反应的延迟出现或不出现，可有病理反射阳性；（4）肌张力及肌力异常：可通过检查腱反射、静止性肌张力、姿势性肌张力和运动性肌张力来判断。主要通过检查肌肉硬度、手掌屈角、双下肢股角、胭窝角、肢体运动幅度、关节伸展度、足背屈角、围巾征和跟耳试验等确定。

三、材料要求

医疗指标材料（诊断证明、门诊病历、底联处方、住院病历、出院小结、检查检验报告单等）须提供原件，确实无法提供原件的可提供经原出具医疗机构确认与原件完全相符的复印件（复印件上加盖医疗机构管理部门印章）。

附件 3

九江市医疗保险门诊特殊慢性病
定点医疗机构变更表

☐ 城镇职工

☐ 城乡居民

姓名		性别		身份证号	
单位				联系电话	
慢性病种					
原定点医院				现申请定点医院	
身份证复印件					
申请人签字：					
医保经办部门意见：					
经办人：					
年 月 日					

江西省医疗保障局
江西省财政厅
江西省卫生健康委员会
江西省药品监督管理局

文件

赣医保发〔2019〕16号

关于完善我省城乡居民高血压糖尿病门诊用药
保障机制工作的实施意见

各设区市医保局、财政局、卫生健康委、药监局：

为进一步减轻我省城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。根据国家医保局等四部门印发的《关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》（医保发〔2019〕54号）精

— 1 —

神,结合我省工作实际,制定本实施意见。

一、总体要求

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导,深入贯彻落实习近平总书记视察江西时的重要讲话精神,按照党中央、国务院和省委、省政府决策部署和“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求,坚持“既尽力而为、又量力而行”的基本原则,以城乡居民基本医疗保险“两病”患者门诊用药保障为切入点,在全面建立城乡居民基本医疗保险门诊统筹的基础上,进一步探索完善我省门诊慢性病用药保障机制。

二、主要任务

(一)准确识别“两病”门诊用药保障对象。参加城乡居民基本医疗保险(以下简称“居民医保”)并采取药物治疗的“两病”患者列入门诊用药保障对象。

(二)认真筛选“两病”门诊用药报销品种。对列入报销范围的“两病”患者门诊降血压或降血糖的药物,要按照最新版国家基本医疗保险药品目录所列品种,以“四个优先”的原则进行筛选,即:优先选用目录甲类药品,优先选用国家基本药物,优先选用通过一致性评价的品种,优先选用集中采购中选药品。

(三)合理选择“两病”门诊用药医疗机构。“两病”门诊用药医疗机构的选择要和分级诊疗制度相结合,以二级及以下定点基层医疗机构为依托,按照基层首诊、双向转诊的要求,建立以社区卫生服务站、村卫生室为基础,社区卫生服务中心,乡镇卫生院为核

心,二级医疗机构为补充的“两病”门诊用药一体化医疗服务管理体系。

(四)科学设定药品报销政策。进一步完善城乡居民医疗保险门诊统筹,对患有“两病”、但尚未确定为门诊慢性特殊慢性病、需要采取药物控制的参保患者门诊发生的降血压、降血糖药品费用由门诊统筹基金支付,不设起付线,政策范围内支付比例要达到50%以上。具体报销比例和封顶线的设定由各统筹地区根据“两病”门诊用药人数、用药数量和金额等实际情况制定并报省医疗保障局备案。

对已经纳入门诊特殊慢性病保障范围的“两病”患者,其用药报销待遇继续按照现行政策执行,避免重复报销,重复享受待遇。

(五)积极做好门诊统筹总额预算调整工作。“两病”门诊用药纳入门诊统筹基金支付后,各统筹地区要在门诊统筹基金筹集标准规定的范围内,适当增加筹资,并对本统筹地区的门诊统筹预算总额进行调整,合理确定包干经费。

(六)动态调整药品支付标准和报销政策。根据“两病”患者门诊用药支付金额对基金的影响,对“两病”用药医保支付标准和药品报销政策进行动态调整,保证基金合理运行。

(七)不断提高对“两病”患者门诊用药服务水平。进一步完善“两病”门诊用药长期处方制度,保障患者用药需求,提升服务效率,但要避免重复开药。将“两病”门诊用药保障服务纳入协议管理。坚持预防为主、防治结合,落实基层医疗机构和全科医师责

任,加强“两病”患者健康教育和健康管理,提高群众防治疾病健康意识。

(八)保证药品供应质量和合理使用。各有关部门要确保药品质量和供应,医疗机构要优先使用集中采购中选药品,不得以任何理由影响中选药品的供应保障与合理使用。

(九)严厉打击欺诈骗保行为。“两病”门诊用药纳入门诊统筹基金支付后,要做好与住院保障的衔接,进一步规范入院标准,推动合理诊疗。对虚假住院、挂床住院等违规行为进行严厉打击,引导住院率回归合理水平。

三、工作要求

(一)明确实施时间节点。各地应高度重视,精心组织,认真做好前期测算和系统调试工作,确保2019年11月起正式实施,群众年内正式享受待遇。

(二)加强部门协调配合。各统筹地区医疗保障行政部门要积极会同有关部门做好“两病”患者门诊用药保障工作,加强对所属县(市、区)的指导,密切跟踪工作进展。财政部门要积极参与“两病”用药保障有关工作,按规定保障所需工作经费。卫生健康部门要做好“两病”患者的健康管理,加强医疗服务行为监管,进一步健全完善“两病”用药指南和规范,规范诊疗行为,确保集中带量采购药品合理使用。药品监督管理等部门负责生产、流通、配送等环节的药品质量监督管理。

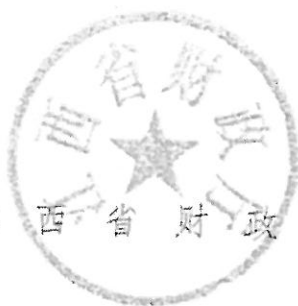
(三)及时做好信息报送。各统筹地区医疗保障局要加大工作

力度,加快工作进展,并按时向省医疗保障局报送有关信息。一是联络员信息。在收到文件后2日内报送联络员信息表(附件1);二是文件出台情况。在11月5日前报送“两病”门诊用药保障和支付标准政策文件出台情况(附件2);三是政策落实情况。享受“两病”门诊用药保障待遇的人数、人次、待遇水平等(附件3)分别于11月10日、12月10日、2020年1月10日前报送。四是工作总结。请于2020年1月10日前报送。

- 附件: 1. _____(市)联络员信息表
2. _____(市)政策文件出台情况
3. _____市截止2019年_____月底“两病”门诊用药保障及支付标准政策落实情况



江西省医疗保障局



江西省财政厅



江西省卫生健康委员会



江西省药品监督管理局

2019年10月28日

(此件主动公开)

附件 1

(市)联络员信息表

序号	姓名	单位	部门	职务	固定电话	手机	微信号
1							
2							

填表说明:1. 若有 2 名以上联络员,请分别填写与不同行。

2. 请于文件下发后 2 日内报送。

(市)政策文件出台情况

报送时间： 年 月 日

序号	统筹地区			“两病”门诊用药保障机制								“两病”门诊用药支付标准				备注
	省	市	县	拟发文情况		实际发文情况		文件生效时间 (年月日)	主要政策			实际发文情况		文件生效 时间		
				发文时间 (年月日)	发文部门 (年月日)	发文时间 (年月日)	发文部门 (年月日)		起付线	报销 比例	封顶线	发文 时间	发文 部门			
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
统筹地区 1																
统筹地区 2																
统筹地区 3																
...																

填表说明：1. 本表调查各统筹地区“两病”门诊用药保障机制以及相关支付标准的政策文件出台情况。
2. 甲栏 9—11：指城乡居民高血压糖尿病患者门诊发生的降血压降血糖药品费用的待遇支付政策。若不同医疗机构等级不同费用段的政策参数不同，请以文字填写。
3. 甲栏 15：在文件出台方面，若有其他需说明的其他情况，请在此栏填写。

市截止 2019 年 月底“两病”门诊用药保障 及支付标准政策落实情况

序号	统筹地区			高血压				糖尿病						备注		
	省	市	县	就诊 人数 (人)	就诊 人次 (次)	降血压 药品费用 (元)	降血压药品 政策范围内 费用(元)	降血压 药品基金 支出(元)	是否 执行 标准	就诊 人数 (人)	就诊 人次 (人)	降血糖 药品费用 (元)	降血糖药品 政策范围内 费用(元)		降血糖 药品基金 支出(元)	是否 执行 支付 标准
甲栏	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
合计																
统筹 地区 1																
统筹 地区 2																
统筹 地区 3																
...																

填表说明: 1. 本表照查各统筹地区政策执行。

填表说明: 1. 本表调查各统筹区政策落实情况, 11 月 13 日、12 月 13 日、2020 年 1 月 13 日之前分别报送截止上月底“两病”门诊用药保障机制政策落实情况。

2. 甲栏 9 和 15, 若该统筹区执行本次出台的“两病”门诊用药支付标准, 则填写“是”, 否则填写“否”。

3. 甲栏 16: 在政策落实方面, 若有其他需说明的其他情况, 请在此栏填写。

江西省医疗保障局办公室

2019年10月28日印发

江西省医疗保障局

赣医保字〔2019〕29 号

江西省完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制医疗保险经办工作实施方案

各设区市医疗保障局：

为贯彻落实《国家医保局 财政部 国家卫生健康委 国家药监局关于完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制的指导意见》（医保发〔2019〕54 号）和江西省医疗保障局等四部门《关于完善我省城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制工作的实施意见》精神，进一步减轻城乡居民高血压、糖尿病（以下简称“两病”）患者医疗费用负担，结合我省实际，现就完善“两病”患者门诊用药保障的具体经办工作制定本实施方案：

一、总体原则

按照“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，在现有城乡居民医保门诊特殊病种和普通门诊待遇的基础上，坚持“尽力而为、量力而行”原则，进一步完善“两病”门诊用药保障机制，提高基本医保门诊保障能力，确保2019年11月起开始实施，确保参保群众如期享受待遇。

二、工作内容

各级经办机构要认真梳理优化现有的“两病”门诊待遇、普通门诊待遇政策和经办管理规程，确保新制定的“两病”门诊用药保障机制与现有待遇顺利衔接。

（一）完善系统配套升级。要加强与软件开发商的沟通协调，提出精准业务需求，做好信息系统功能更新和衔接，维护并测试好“两病”门诊待遇的相关系统参数，实现系统端的无缝对接。同时，积极推进“互联网+医保”，将“两病”服务事项推送到互联网和移动终端，尽快实现“网上办”、“掌上办”。

（二）完善经办管理工作。完善医保定点服务协议，各级经办机构要将“两病”门诊用药保障服务纳入协议管理；优化门诊特殊病种登记流程，有条件的统筹区可试点由定点医疗机构相关科室或接诊医生承接办理门诊特殊病种受理申报和网络登记，方便特殊病种备案享受待遇；城乡居民医保患者符合省内异地就医规定的，“两病”门诊特殊病种费用实行即时刷卡结算。

（三）规范待遇支付政策。

1. 各地要进一步完善城乡居民门诊统筹制度，采取药物治疗的“两病”参保患者，应严格执行政策规定，其在二级及以下定点基层医疗机构门诊发生的降血压、降血糖药品费用由统筹基金支付，不设起付线，政策范围内支付比例要达到 50%以上，具体报销比例和封顶线的设定由各统筹区根据实际情况合理确定。

2. 对已纳入门诊特殊慢性病保障范围的“两病”门诊用药报销待遇，继续按现有规定执行。

3. 各统筹区根据上年度“两病”门诊用药情况，在确保基金安全运行的前提下，并报省医疗保障局备案后，可以定期对“两病”门诊用药的支付标准和药品报销政策进行动态调整。

（四）做好基金预算衔接。各经办机构要充分考虑“两病”门诊用药对普通门诊统筹总额预算管理的影响，通过对医疗机构城乡居民“两病”用药情况认真调研分析，精确测算实施“两病”门诊用药保障机制后基金的可承受能力，合理做好年度基金预算的调整工作，确保群众待遇水平不降低。

三、工作要求

（一）确保待遇落实。各级经办机构要高度重视“两病”门诊用药保障工作，加强统筹协调和经办管理，本工作方案从 2019 年 11 月起开始实施，确保群众年内享受待遇。

（二）密切协同配合。“两病”门诊用药保障工作牵涉到经

办机构的待遇保障、信息系统和基金管理等多个业务部门，各部门要分工负责，积极参与，密切协同，共同评估基金运行风险，合理设定保障水平和用药范围。

（三）加大监管力度。要健全监督举报等机制，严厉打击欺诈骗保行为，加强对挂假号、假处方等违规行为的监管，坚决防止“两病”门诊统筹基金成为“唐僧肉”，确保基金安全运行。

（四）定期报送信息。各级经办机构要将测算结果与本统筹区基金收支的情况定期向医疗保障行政部门提出政策建议。同时，完善信息报送机制，定期报送“两病”门诊用药保障及支付标准落实情况。

（五）做好政策宣传。全省“两病”门诊用药保障政策出台后，各级经办机构要充分运用微信公众号、网络、海报等多种有效宣传载体，通过全省医保政策秋冬集中宣传活动，准确宣传“两病”门诊用药保障机制，提高群众对政策的知晓度，让社会公众充分了解政策精神，营造良好氛围。



（此件依申请公开）

江西省医疗保障局办公室

2019年11月6日印发
