

索引号:	11220000MB19566296/2025-00779	分类:	医保经办管理;通知
发文机关:	吉林省医疗保障局	成文日期:	2025 年 04 月 29 日
标题:	关于加强门诊慢性病和特殊疾病医保管理服务工作的通知		
发文字号:	吉医保办〔2025〕20 号	发布日期:	2025 年 04 月 29 日

关于加强门诊慢性病和特殊疾病医保管理服务工作的通知

吉医保办〔2025〕20 号

各市（州）医疗保障局、长白山管委会医疗保障局、梅河口市医疗保障局：

根据国家医疗保障局办公室《关于加强门诊慢性病和特殊疾病医保管理服务工作的通知》（医保办发〔2024〕31 号）相关规定，为进一步规范门诊慢特病待遇管理、提升医保基金使用效能，更好保障参保人权益，现将有关工作通知如下。

一、加强门诊慢特病病种管理

省级医疗保障部门根据全省疾病谱、参保人员医疗保障需求、医保基金支撑能力等因素，在国家规定范围内制定门诊慢特病病种目录、复审期限、准入标准等政策。各统筹区可按规定，从全省基本医疗保险门诊慢性病病种范围中，适当选择增加当地基本医疗保险门诊慢病病种，报省局备案并负责组织实施工作，原则上不得新增全省病种范围外的病种。

二、强化全流程服务管理

（一）加强门诊慢特病定点管理

根据医疗机构提供服务内容不同，将门诊慢特病定点医疗机构分为门诊慢特病认定医疗机构和门诊慢特病治疗医疗机构，实行分类管理。

1. 加强认定机构管理。符合条件的定点医疗机构受医保经办机构委托作为门诊慢特病病种保障待遇认定机构（以下简称认定机构）开展认定工作。各统筹区应明确认定机构职责，对办理时限、办理程序、办理要求、结果反馈、档案管理等内容进行规范。认定机构开展门诊慢特病的诊疗科目（包含西医、中医和民族医学）应在执业许可范围内，并配备能够承担认定工作的设备、场所及相应资质的医师和医技人员。认定机构可根据工作实际细化流程，优化服务。认定机构应建立认定复核制度，需认定机构院内医保管理部门审核。认定机构应执行国家卫生健康委等部门印发的《医疗机构检查检验结果互认管理办法》相关规定，对参保人员提供的符合互认规则的检查检验结果予以互认。门

门诊慢病认定机构一般应在一级及以上医疗机构、专科医疗机构（不限定等级，下同）和社区卫生服务中心（乡镇卫生院）中选定。门诊特病认定机构一般应在二级及以上医疗机构、专科医疗机构中选定。

2. 加强治疗机构管理。符合条件的定点医疗机构可以作为门诊慢特病病种保障待遇治疗机构（以下简称治疗机构）提供门诊慢特病病种保障待遇治疗服务。各统筹区应明确治疗机构职责，对可治疗病种、持续跟踪管理、患者档案管理等内容进行规范。治疗机构应优先使用甲类药品和国家集中带量采购药品，若暂时缺药但患者确需使用，应按照《关于加强定点医药机构医保药品外配处方管理的通知》（吉医保办〔2024〕35号）（以下简称“35号文”）相关要求，为患者提供外配处方服务。治疗机构应建立门诊慢特病档案管理制度，为提供门诊慢特病服务的参保人员建立门诊慢特病档案。门诊慢病治疗机构一般应在二级及以下医疗机构、专科医疗机构中选定，确有特殊需要的，经统筹区经办机构核定后，可扩展至三级医疗机构。门诊特病治疗机构一般应在二级及以上医疗机构、专科医疗机构中选定。

符合条件的定点零售药店提供的用药保障服务可纳入门诊保障范围。定点零售药店应按照35号文的相关要求为参保人员配售药品，在医保电子处方流转平台获取本统筹区定点医疗机构具备医保支付资格的医师开具的电子处方。

（二）加强认定医师管理

认定医师实行备案管理，负责为参保人员提供门诊慢特病病种保障待遇认定服务。认定医师应同时满足以下基本条件：一是在认定机构注册的执业医师（不含助理执业医师），二是经国家医保信息业务编码标准数据库动态维护平台审核通过的具备医保支付资格的医师，三是具备副高级以上职称（乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗机构可放宽到中级以上职称，部分病种可由初级以上职称医师认定），四是在与认定病种诊疗相一致的科室工作，具备与认定病种相符的执业范围。各统筹区可以细化认定医师条件、范围，严格审核资质，做好备案、履职承诺、业务培训等工作。认定机构每科室配备一般不超过2名认定医师。

（三）加强慢特病参保人员管理

慢特病认定一般实行依申请办理，符合条件的参保人员可自愿向参保地申请进行病种保障待遇认定。原则上按照“申请—受理—审核—办结”流程开展门诊慢特病病种保障待遇认定。认定材料名称、办理时限按照《吉林省医疗保障经办政务服务事项清单》要求完成。医保经办机构负责认定工作的，应完善门诊慢特病初审、复核、复审、审批四级认定和档案管理制度；应对申请材料的完整性和必要性进行审核，材料不齐全的，应一次性告知补齐；应组织专家按照认定标准对申请材料进行审核，并全程记录可追溯；应提供认定结果查询渠道或主动告知，办结后相关资料及时归档；积极拓展线上等多渠道为群众提供多样化服务，方便异地安置、年老或行动不便、居住偏远等特殊人群远程办理待遇认定。门诊慢特病认定统一以医保部门制定的门诊慢特病准入标准为依

据，随临床诊疗规范的更新动态调整。对各统筹区均已纳入门诊慢特病保障的病种，省内异地就医人员可在就医地进行认定，认定结果省内各统筹区互认。

（四）加强动态管理

1. 建立认定机构、治疗机构动态管理机制。各统筹区按照布局均衡、总量控制、自愿申请、从严把关的原则确定认定和治疗机构，确保每个区域都能有足够的机构提供服务，形成供应保障合力。一家医疗机构可以既提供认定服务、又提供治疗服务。各统筹区应及时向社会公布慢特病认定机构、治疗机构名单（含医疗机构可认定或治疗的慢特病病种名单）。健全退出机制，适度竞争、动态调整，对不再具备条件的认定机构和人员要及时清理。

2. 建立认定医师动态管理机制。各统筹区要建立本统筹区门诊慢特病认定医师库，对过期或无效的信息进行整理，在系统内留痕，登记过期日期、无效日期等，保持数据库的整洁和准确性，为医疗服务的持续改进和优化提供有力支持。定点医疗机构根据医师服务情况及时申请更新，医保部门提供变更端口。

3. 建立待遇认定动态管理机制。参保人应在复审期限截止前向医保经办机构或委托的认定机构申请复审，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，复审期限截止后不再继续享受相应待遇。再次使用相应的慢病治疗时，可重新进行申请，申请流程与初次一致，审核结果确定后，按照审核结果执行。参保人员的参保关系在省内正常转移接续时，本通知生效之后取得的门诊慢特病待遇享受资格实行互认，已取得享受资格的参保人员不需再次进行申请、鉴定、审核即可直接按转入地规定继续享受门诊慢特病待遇。

三、规范门诊慢特病费用的基金使用管理

（一）推进门诊慢特病支付方式改革

认定医师提供认定服务时，可按规定收取门诊诊察（查）费。各统筹区可探索丰富激励措施，将定点机构的慢特病认定病种数量及服务参保人员数量纳入支付方式付费综合调整因素，激励认定机构提供更加优质的医保服务。推进将门诊慢特病医疗费用纳入医保支付方式改革范围，推进将按人头付费与慢性病管理相结合，对符合条件病种的门诊医疗费用，推行按病种付费。建立医疗服务绩效考核评价机制，将定点机构的认定及提供诊疗服务情况纳入定点医药机构考核标准，完善考核指标，强化考核结果应用，将考核结果与保证金返还挂钩，更好保障参保人员权益和医保基金安全。

（二）健全监督检查机制

各统筹区要加强门诊慢特病病种待遇认定和基金使用的监督管理。定期按一定比例对认定结果和治疗情况进行抽查。鼓励采取交叉互查等方式对认定情况进行核查，对存在的问题及时处理并督促整改。根据医疗保障基金风险评

估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定核查检查重点，组织开展专项核查检查。畅通违法违规线索举报渠道。鼓励定点医疗机构深入开展自查自纠，充实医保基金使用自我管理主体责任。

对认定机构出具虚假认定结论或配合、默许参保人虚假认定的，要及时取消相关参保人门诊慢特病病种保障待遇资格，同时对认定机构按照医保服务协议或有关规定进行处理；对认定机构、治疗机构核实存在违法、违规、违约行为的，要按照医保服务协议或有关规定进行处理。将认定机构和治疗机构医师及相关人员纳入定点医药机构相关人员医保支付资格管理，对于认定医师或治疗医师违法违规行为造成医保基金损失的，要进行责任认定并记分，按当年累计记分情况，及时采取暂停或终止医保支付资格等处理措施。

（三）聚焦重点环节，加强全流程监管

针对慢性病病种，加强身份核验，重点核查冒名认定或就医、超量开药等行为。针对特殊疾病病种，严格待遇准入，重点核查违规认定、虚假就医、超限定范围开药等行为。对专业性强、操作复杂的诊疗行为，通过组织开展处方点评、专家论证等方式，重点核查诊疗行为合规性和合理性。

（四）利用信息化手段，实时动态智能监控

依托全国统一的医保信息平台智能监管子系统，动态监测门诊慢特病医保基金使用情况，持续完善智能审核和监控知识库、规则库，利用规则精准识别违规行为。

四、工作要求

（一）加强组织领导

各统筹区要深刻认识门诊慢特病管理的重要意义，切实加强组织领导，明确各方权利义务，加强管理，优化服务。做好门诊慢特病管理与门诊统筹、支付方式改革等工作的衔接，确保工作平稳规范开展。

（二）做好政策宣传培训

各统筹区要利用医疗机构点多面广的优势，强化门诊慢特病政策宣传，提升政策知晓率，营造良好社会氛围。多种渠道、多种方式做好政策解读工作，及时回应参保群众关切，营造良好的改革氛围，推动门诊慢特病政策顺利实施。

（三）不断优化服务

各统筹区要结合下沉服务、延伸服务要求，充分利用医疗机构力量，依托定点医疗机构为参保人员提供及时高效的认定服务。全面深化医保信息平台应用，优化线上认定办理方式，提升办事效率。充分利用刷脸认证的方式，提高

认定申请人身份核验、就诊服务审核核实质效。充分运用大数据资源，积极开展违规行为筛查、动态监测和辅助决策分析，提升监管能力。

（四）强化督导落实

各统筹区要抓好任务落实，并做好政策执行情况的分析评估和预判，及时处理执行过程中出现的各类问题，加强请示汇报。

本通知自发布之日起开始执行，执行期间若国家相关政策调整，按国家有关规定执行。

吉林省医疗保障局办公室

2025 年 4 月 29 日

（此件主动公开）