

潮州市医疗保障局

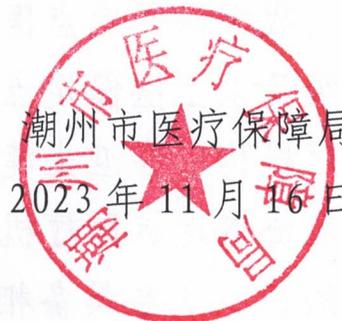
以此件为准

潮医保通〔2023〕38号

关于印发《潮州市基本医疗保险门诊特定病种诊断资格和治疗资格的认定流程》的通知

各县（区）医疗保障局、市医疗保障事业管理中心，全市各医保定点医疗机构：

根据《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办流程（试行）》（粤医保规〔2021〕3号）文件精神，结合我市实际，现将《潮州市基本医疗保险门诊特定病种诊断资格和治疗资格的认定流程》印发给你们，请认真遵照执行。各单位在贯彻执行中遇到问题，可径向市医疗保障事业管理中心反映。



公开方式：主动公开

抄送：各县（区）医疗保障事业管理中心。

潮州市基本医疗保险门诊特定病种诊断 资格和治疗资格的认定流程

第一条 为做好我市基本医疗保险门诊特定病种经办管理服务
工作，根据《广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办
流程（试行）》（粤医保规〔2021〕3号），结合我市实际，制定
本流程。

第二条 医保定点医疗机构纳入基本医疗保险门诊特定病
种（以下简称：门特）诊断资格和治疗资格的经办管理服务适用
本流程。门特资格认定程序一般包括：申请、组织审核（包
括现场核查、资料审核等）、专家论证（必要时）、签订协议、
社会公示。

第三条 市医疗保障经办机构根据门特病种诊断及治疗定
点医疗机构的认定条件，负责做好门特病种经办管理服务工
作。门特病种诊断资格和治疗资格的补充医保协议原则上由市
医疗保障经办机构负责签订。

第四条 纳入我市特定病种门诊诊断和治疗资格的条件：
一是已纳入我市医保定点医疗机构，申请诊断资格的原则上应
为公立二级及以上医保定点医疗机构；二是申请门特相应资格
的定点医疗机构应在卫生健康部门许可的执业范围内；三是申
请门特相应资格定点医疗机构应具备相应医师，其中申请门特
诊断资格的至少2名具备相关专业执业资质的接诊医师（含2
名，至少一名相关专业副高职称且第一执业在职职工）、治疗资
格至少2名相关专业医师（含2名第一执业在职职工）。

第五条 符合条件的定点医疗机构可向当地医疗保障经办机构申请门特服务资格，可单独申请诊断资格或治疗资格，定点医疗机构取得门特具体病种诊断资格原则上同时具备该病种的治疗资格。

第六条 定点医疗机构申请门特资格，应提交以下材料：

（一）《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书》和《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》（见附件 1、2）。

（二）《医疗机构执业许可证》或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件。

（三）门特资格的具体病种的医护人员职业资格证、身份证复印件。

（四）其他可以反映门特资格的具体病种的相关材料。

第七条 定点医疗机构提出门特病种服务资格申请，经办机构应当即时受理，并出具受理回执（见附件 3）。申请材料内容不全的，经办机构应当自收到材料之日起 5 个工作日内一次性告知定点医疗机构补全（见附件 4）。定点医疗机构应当按照规定时限补全。

第八条 医保经办机构应自受理申请材料之日起 30 个工作日内完成申请材料的审核。自受理申请材料之日起，评估时间不超过 60 个工作日，定点医疗机构补充材料时间不计入评估期限。医疗保障经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。经审核符合条件的，由市医疗保障经办机构统一与定点医疗机构签订补充协议，并向市医疗保障行政部门备案；不符

合条件的，书面告知原因（见附件5）。市医疗保障经办机构应在与定点医疗机构签订补充协议后3个工作日内将名单向社会公布。

第九条 定点医疗机构门特病种服务资格实施动态管理。定点医疗机构诊疗科目范围及诊疗技术资质等发生变更，不再符合相应门特病种服务资格准入条件的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向当地医疗保障经办机构报备。医疗保障经办机构应及时终止相应门特病种费用结算，并上报上级医疗保障经办机构备案。市医疗保障经办机构对具备门特病种诊断和治疗资格及终止门特病种服务资格的定点医疗机构定期向社会公布。

定点医疗机构新增诊疗科目和诊疗技术资质的，适用本流程第四、五、六、七、八条规定。

第十条 本流程实施前已具备门特病种服务资格定点医疗机构按服务协议实施动态管理，本流程自印发之日起实施。

- 附件：
1. 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书
 2. 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表
 3. 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请受理回执
 4. 一次性补全材料告知书
 5. 基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请审核不合格告知书

附件 1:

基本医疗保险门诊特定病种服务资格 申请书

经办机构名称: _____

我单位定点医疗机构名称: _____

定点医疗机构代码: _____

地址: _____

现按照政策规定及相关要求, 提交《基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表》(见附件 2) 及相关资料, 申请开展相应门诊特定病种服务资格, 并承担一切相应的法律责任。

(申请单位盖章)

年 月 日

(联系人: _____, 联系电话: _____)

附件 2:

基本医疗保险门诊特定病种服务资格 申请表

申请单位（盖章）:

序号	病种名称	申请资格	
		（待遇认定）	治疗
1	慢性阻塞性肺疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	高血压病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	冠心病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	慢性心功能不全	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	肝硬化（失代偿期）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	慢性乙型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	丙型肝炎(HCV RNA 阳性)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	慢性肾功能不全（非透析治疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	肾脏移植术后抗排异治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	造血干细胞移植后抗排异治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	糖尿病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	类风湿关节炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	恶性肿瘤（非放化疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	再生障碍性贫血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	血友病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	帕金森病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	癫痫	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	脑血管疾病后遗症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	艾滋病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21	活动性肺结核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	耐多药肺结核	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	系统性红斑狼疮	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	心脏移植术后抗排异治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	肝脏移植术后抗排异治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	肺脏移植术后抗排异治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	肺动脉高压	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	支气管哮喘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	骨髓纤维化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	骨髓增生异常综合症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	C型尼曼匹克病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	肢端肥大症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	多发性硬化	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

34	强直性脊柱炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	银屑病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	克罗恩病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	溃疡性结肠炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	湿性年龄相关性黄斑变性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	糖尿病黄斑水肿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	脉络膜新生血管	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	精神分裂症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	分裂情感性障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	持久的妄想性障碍（偏执性精神病）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	双相（情感）障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	癫痫所致精神障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47	精神发育迟滞伴发精神障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	慢性肾功能不全（血透治疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	慢性肾功能不全（腹透治疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	恶性肿瘤（放疗）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	新冠肺炎出院患者门诊康复治疗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	强迫症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	血管炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”，中画“√”。

附件 3:

基本医疗保险门诊特定病种服务资格 申请受理回执

受理号码	
定点医疗机构名称	
定点医疗机构代码	
机构地址（协议约定地址）	
受理事项	基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请
查询方式	（经办机构三目确定的查询方式）
投诉监督	（经办机构确定的联系方式）
备注	

申请机构（盖章）:

申请人名称:

联系方式:

日期:

说明：你单位的申请已受理，经审核提供的申请资料，初步评估你单位符合我市基本医疗保险门诊特定病种服务资格条件，现定于 年 月 日到你单位进行现场考察和核验。

经办机构（盖章）

日期:

附件 5:

基本医疗保险门诊特定病种服务资格 申请审核不合格告知书

告知书编号		
定点医疗机构名称		
定点医疗机构代码		
办理事项	申请基本医疗保险门诊特定病种服务资格	
病种名称	审核结果	不符合我市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件
例：1. 慢性肾功能不全（血透治疗）	审核不合格的原因	经审核，不符合_____的有关规定，不予通过
查询方式	（经办机构联系方式）	
备注		

申请人签名:

联系方式:

日期:

经办机构（盖章）:

日期:

备注：本告知书一式两份，一份交申请单位，一份存档备查。