中山市基本医疗保险门诊特定病种诊断资格和治疗资格的管理规定

（征求意见稿）

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《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险门诊特定病种管理办法>的通知》(粤医保规〔2020〕4号)和《广东省医疗保障局关于印发<广东省基本医疗保险门诊特定病种业务经办流程(试行)>的通知》(粤医保规〔2021〕3号)等有关文件精神，结合我市实际，制定本规定。

第二条 我市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规定。门特资格确定程序一般包括:申请、组织审核[包括现场核查(必要时)、资料审核等]、专家论证(必要时)、签订协议、社会公示等。

第三条 市医疗保障经办机构根据门特诊断及治疗定点医疗机构的确定条件，负责做好门特经办管理服务工作，并签订门特诊断资格和治疗资格的补充医保协议（已在医保协议中明确双方权利与义务的，可不再另签订补充医保协议）。

第四条 开展我市门特诊断资格的定点医疗机构条件:

（一）已纳入我市医保定点医疗机构，申请门特诊断资格原则上应为有开展住院医疗服务的一级及以上公立医保定点医疗机构（高血压和糖尿病诊断资格条件可放宽至社区卫生服务中心），申请之日起1年内未被医疗保障、卫生健康等行政部门作出过行政处罚;

（二）申请门特诊断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，且含有对应专业的二级诊疗科目（社区卫生服务中心可放宽至含有对应专业的一级诊疗科目）;

（三）申请门特诊断资格定点医疗机构应具备相应医师，至少有1名相对应专业副主任医师（含）以上职称且第一执业注册（非多点执业）在本机构的在职职工（社区卫生服务中心医师条件可放宽至专业主治医师）。

（四）法律、法规及省、市医疗保障和卫生健康政策规定的其他情形。

第五条 开展我市门特治疗资格的定点医疗机构条件:

（一）已纳入我市医保定点医疗机构，申请治疗资格的原则上应为有开展住院医疗服务的医保定点医疗机构[高血压和糖尿病治疗资格条件可放宽至社区卫生服务中心（站）]，申请之日起1年内未被医疗保障、卫生健康等行政部门作出过行政处罚;

（二）申请门特治疗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，且含有对应专业的二级诊疗科目[社区卫生服务中心（站）可放宽至含有对应专业的一级诊疗科目];

（三）申请门特治疗资格定点医疗机构应具备相应医师，至少有1名相对应专业主治医师（含）以上职称且第一执业注册（非多点执业）在本机构的在职职工。

（四）法律、法规及省、市医疗保障和卫生健康政策规定的其他情形。

第六条 符合条件的定点医疗机构可向市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。

第七条 定点医疗机构申请门特服务资格，应提交以下材料：

（一）《中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书》和《中山市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》或军队医疗机构为民服务许可证照复印件（提供原件核对）。

（三）门特资格具体病种的医师执业证书及专业技术人员职业资格证书复印件（提供原件核对）。

第八条 定点医疗机构提出门特服务资格申请，市医疗保障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，市医疗保障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。

第九条 市医疗保障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。市医疗保障经办机构应将评估结果报市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报备；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7个工作日内将名单向社会公布。

第十条 定点医疗机构门特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个工作日内向市医疗保障经办机构报备。市医疗保障经办机构应及时终止相应门特服务资格，并向社会公布。

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、九条规定。

第十一条 本规定实施前已具备门特服务资格定点医疗机构不需要重新确定。

第十二条 定点医疗机构对市医疗保障经办机构作出门特服务资格结论有异议的，在收到结论60日内向市医疗保障经办机构提出复核。

定点医疗机构对市医疗保障经办机构作出门特服务资格复核结论仍有异议的，在收到结论60日内向市医疗保障行政部门提出复核，也可向中山市人民政府行政复议办公室申请行政复议，或者于六个月内向中山市第一人民法院提起行政诉讼。

第十三条 本规定由市医疗保障行政部门负责解释。

第十四条 本规定自2024年3月1日起实施，有效期5年。

附件：1.中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请书

2.中山市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请表

3.中山市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.中山市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

中山市医疗保障局

2024年X月X日

（联系人：付培，联系方式：0760-88103026）

**附件1：**

中山市基本医疗保险门诊特定病种

服务资格申请书

中山市医疗保障事业管理中心：

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《中山市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：**

中山市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 |
| 诊断 | 治疗 |
| 1 | 高血压病 | □ | □ |
| 2 | 糖尿病 | □ | □ |
| 3 | 冠心病 | □ | □ |
| 4 | 慢性心功能不全 | □ | □ |
| 5 | 脑血管疾病后遗症 | □ | □ |
| 6 | 帕金森病 | □ | □ |
| 7 | 癫痫 | □ | □ |
| 8 | 支气管哮喘 | □ | □ |
| 9 | 慢性阻塞性肺疾病 | □ | □ |
| 10 | 肺动脉高压 | □ | □ |
| 11 | 肝硬化（失代偿期） | □ | □ |
| 12 | 慢性乙型肝炎 | □ | □ |
| 13 | 丙型肝炎（HCV RNA阳性） | □ | □ |
| 14 | 艾滋病 | □ | □ |
| 15 | 活动性肺结核 | □ | □ |
| 16 | 耐多药肺结核 | □ | □ |
| 17 | 类风湿关节炎 | □ | □ |
| 18 | 强直性脊柱炎 | □ | □ |
| 19 | 多发性硬化 | □ | □ |
| 20 | 骨髓纤维化 | □ | □ |
| 21 | 系统性红斑狼疮 | □ | □ |
| 22 | 再生障碍性贫血 | □ | □ |
| 23 | 骨髓增生异常综合症 | □ | □ |
| 24 | 血友病 | □ | □ |
| 25 | 地中海贫血（海洋性贫血或珠蛋白生成障碍性贫血） | □ | □ |
| 26 | C型尼曼匹克病 | □ | □ |
| 27 | 肢端肥大症 | □ | □ |
| 28 | 银屑病 | □ | □ |
| 29 | 克罗恩病 | □ | □ |
| 30 | 溃疡性结肠炎 | □ | □ |
| 31 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | □ | □ |
| 32 | 糖尿病黄斑水肿 | □ | □ |
| 33 | 脉络膜新生血管 | □ | □ |
| 34 | 视网膜静脉阻塞所致黄斑水肿 | □ | □ |
| 35 | 精神分裂症 | □ | □ |
| 36 | 精神分裂症（长效针剂） | □ | □ |
| 37 | 分裂情感性障碍 | □ | □ |
| 38 | 持久的妄想性障碍（偏执性精神病） | □ | □ |
| 39 | 双相（情感）障碍 | □ | □ |
| 40 | 癫痫所致精神障碍 | □ | □ |
| 41 | 精神发育迟滞伴发精神障碍 | □ | □ |
| 42 | 心脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 43 | 肝脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 44 | 肺脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 45 | 肾脏移植术后抗排异治疗 | □ | □ |
| 46 | 造血干细胞移植后抗排异治疗 | □ | □ |
| 47 | 慢性肾功能不全（非透析治疗） | □ | □ |
| 48 | 慢性肾功能不全（血透治疗） | □ | □ |
| 49 | 慢性肾功能不全（腹透治疗） | □ | □ |
| 50 | 恶性肿瘤（非放化疗） | □ | □ |
| 51 | 恶性肿瘤（化疗，含生物靶向药物、内分泌治疗、免疫治疗） | □ | □ |
| 52 | 恶性肿瘤（放疗） | □ | □ |
| 53 | 新冠肺炎出院患者门诊康复治疗 | □ | □ |
| 54 | 重症肌无力 | □ | □ |
| 55 | 小儿脑性瘫痪 | □ | □ |
| 56 | 房颤（抗凝治疗） | □ | □ |
| 57 | 甲状旁腺功能减退症 | □ | □ |
| 58 | 肾病综合征 | □ | □ |

备注：请在申请开展的门诊特定病种对应的“申请资格栏□”打“√”。

**附件3：**

中山市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 |  |
| 投诉监督 |  |
| 备注 |  |

申请机构（盖章）： 申请人签名： 联系方式： 日期：

 经办机构（盖章）

 日期：

**附件4：**

一次性补全材料告知书

（定点医疗机构名称）：

 年 月 日，本单位收到你单位提交的基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请材料。经审核，发现提交的材料不齐全/不符合规定。

需要补正材料的内容：

需要补齐的有关材料：

请你单位将上述材料补全后于 年 月 日前提交至本单位。如无正当理由逾期提交的，视为放弃申请。

特此通知。

联系人及联系方式：

经办机构（盖章）

日期：

**附件5：**

 不合格告知书（签收联）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 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 |  |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名： 联系方式： 日期：

 经办单位（盖章）：

日期：



中山市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 市基本医疗保险门诊特定病种服务资格申请条件。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 审核不合格的原因 | 经审核，不符合 的有关规定，不予通过。 |
|  | 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 |  |
| 备注 | 本告知书一式两联，一联交申请单位，一联存档备查。 |

申请人签名： 联系方式： 日期：