**2021年定点医疗机构申报须知**

新定点申报需提供以下材料（一式三份）：

（一）申请书：主要包括医疗机构简介、前6个月业务收支情况和医疗服务能力说明等；

（二）《宿州市基本医疗保险协议医疗机构申请表》；

（三）提供以下证照复印件并加盖公章：

1.《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》，正本和副本复印件；

2.营利性医疗机构的《营业执照》，非营利性医疗机构的《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》，正本和副本复印件；

（四）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料，本机构使用的医院信息系统软硬件版本材料，和与供应商签订的协议复印件；

（五）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本，及医保业务岗位人员设置；

（六）科室设置一览表（附件1）；

（七）大型医疗设备清单（附件2），服务项目收费标准及定价依据（附件3），药品耗材品种价格清单（附件4）；

（八）卫生技术人员名册（附件5），附劳动合同、资格证书、执业证书复印件；

（九）医疗机构经营场所使用证明或房产证或3年以上的房屋租赁合同，房屋建筑平面图，地理位置定位图；

（十）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（十一）医疗机构医保服务承诺书。

注：所有新申请和复核单位所提供的材料必须真实，相关证件原件需留存在单位内随时备查。如发现材料造假，新申请单位将取消申请资格且3年内不能再次申请；卫生技术人员名册电子档同时报送。

咨询电话：3066905

宿州市医保中心医疗科

附件1：科室设置一览表

医疗机构科室设置一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | | 设立科室数 | |  |
| 科室名称 | 科室负责人 | | 医生人数 | 护士人数 | 床位数 | | 诊疗科目范围 | |
| 姓名 | 职称 |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
| 合 计 | | |  |  |  | | －－－－－－ | |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件2：大型医疗设备清单

医疗机构大型医疗设备清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | 设备科负责人 | |  |
| 设备通用名 | 型号规格 | 生产企业 | 数量 | 医疗设备分类 | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
| 合 计 | | |  | －－－－－－ | |

注：本表填写10万元以上的医疗设备。

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件3：服务项目收费标准及定价依据

医疗机构服务项目收费标准及定价依据

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | |
| 服务项目名称 | | 计价单位 | 单价 | 定价依据 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |

注：“定价依据”填写文号。

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件4：药品、高值耗材品种价格清单

医疗机构药品、高值耗材品种价格清单

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | | |
| 通用名称 | | 规格/型号 | 单位 | 单价 | 生产企业 |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

附件5：卫生技术人员名册（附电子档）

医疗机构卫生技术人员名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 | |  | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 身份证号码 | 科室 | 执业类别 | 职称 | 执业范围 | 备注 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |

注：医保专/兼职、科室负责人、护士长等职务在备注中填写。

填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **宿州市医保定点医疗机构申报审评材料目录** | | |
| **序号** | **文 件 名 称** | **是否齐全** |
| **1** | **申请书** |  |
| **2** | **《宿州市基本医疗保险协议医疗机构申请表》** |  |
| **3** | **《医疗机构执业许可证》或者《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** |  |
| **4** | **《营业执照》或《事业单位法人证书》或《民办非企业单位登记证书》复印件** |  |
| **5** | **卫生技术人员花名册、在执业地任职以来的工资单、执业凭证记录和与所在单位劳务协议，及其资格证书、执业证书原件和复印件** |  |
| **6** | **医院全体工作人员近6个月参加社会保险证明** |  |
| **7** | **医疗机构营业场所使用证明（提供房产证或3年以上的房屋租赁合同）** |  |
| **8** | **医保内部管理制度和财务制度文本** |  |
| **9** | **信息系统建设情况材料，与开发商签订的服务协议** |  |
| **10** | **科室设置一览表** |  |
| **11** | **大型医疗设备清单** |  |
| **12** | **收费标准及有关证书复印件** |  |
| **13** | **药品经营品种价格清单** |  |
| **14** | **纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告** |  |
| **15** | **市场监督管理部门和法院失信人未违规证明** |  |
| **16** | **医疗机构医保服务承诺书** |  |
| **17** | **宿州市医保定点医药机构验收评估情况表** |  |
| **18** | **宿州市医保定点医药机构抽查复核情况表** |  |
| **19** | **其他需要提供的材料** |  |
| **注:相应材料齐全符合要求的，在“是否齐全”项下打“√”，材料缺失的，在该项下写明缺少材料名称。** | | |