湖北省医疗机构申请定点协议管理申请材料

一、申请材料

1.定点医疗机构申请表

2.医疗机构执业许可证正、副本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

3.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本

至少包括医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度。

4.与医保有关的信息系统改造完成测试验收材料

5.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告

至少含四个部分内容：（1）医疗机构基本情况；（2）近3个月运营状况：医疗服务总量、总费用及人次情况（含医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙的服务量、费用及人次情况），门急诊及住院病人平均费用情况；（3）预测分析纳入定点后医保基金使用情况；（4）医保基金安全风险防范预案及措施。

二、参考样表

医疗机构申请定点协议管理申请表参考样表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | |  | | | | | |
| 统一社会信用代码 | | | |  | | | | | |
| 注册地址 | | | |  | | | | | |
| 注册面积 | | | |  | | 建筑面积 |  | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | |  | | 联系方式 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | |
| 主要负责人 | | 姓名 | |  | | 联系方式 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | |
| 实际控制人 | | 姓名 | |  | | 联系方式 |  | | |
| 身份证号 | |  | | | | | |
| 医疗机构成立时间 | | | |  | | 医疗机构等级 |  | | |
| 医疗机构性质 | | | |  | | 医疗机构类别 |  | | |
| 医疗机构执业许可证发证机关 | | | | |  | | | | |
| 医疗机构执业许可证登记号 | | | | |  | | | | |
| 医疗机构执业许可证发证日期 | | | |  | | 许可证有效期开始日期 | | |  |
| 许可证有效期截止日期 | | |  |
| 执业地址行政区划 | | | |  | | 执业地址 |  | | |
| 服务对象 | | | |  | | 诊疗科目 |  | | |
| 编制床位数 | | | |  | | 实际开放床位数 |  | | |
| 收费等级 | | | |  | | 医疗用房性质 |  | | |
| 银行账号 | | | |  | | 银行开户行 |  | | |
| 是否配有专（兼）职医保管理人员 | | | | | | |  | | |
| 是否设有内部医保管理部门 | | | | | | |  | | |
| 是否具有医保管理、财务、统计信息管  理、医疗质量安全核心制度 | | | | | | |  | | |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 | | | | | | |  | | |
| 是否设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库 | | | | | | |  | | |
| 是否建立进销存信息系统 | | | | | | |  | | |
| 是否建立门诊信息系统 | | | | | | |  | | |
| 是否建立住院信息系统 | | | | | | |  | | |
| 卫生技术  人员构成 |  | | 高级职称 | | | 中级职称 | | 初级职称 | |
| 医生 | |  | | |  | |  | |
| 护士 | |  | | |  | |  | |
| 药师 | |  | | |  | |  | |
| 医技 | |  | | |  | |  | |
| 合计 | |  | | |  | |  | |
| 已设主要管理制  度、台账名称 | | |  | | | | | | |
| 联系人姓名 | | |  | | | 联系人固话 |  | | |
| 联系人手机号 |  | | |
| 申请日期 | | | 年 月 日 | | | | | | |
| 单位承诺 | | | 本单位承诺：所有上传填报的资料全部真实、完整、合法、有效， 如因违反上述承诺造成的任何后果或不良影响，本单位一律自行承担责任。  法定代表人签字： 单位公章：  年 月 日 | | | | | | |

***风险提示：申请定点的医疗机构改造信息系统可能存在前期经费投入，当评估不合格时会产生经济损失。***