附件1

新增医疗服务价格项目

申报表

|  |  |
| --- | --- |
| 申报项目名称： |   |
| 申报医疗机构： |  （盖章） |
| 项目负责人： |  （签字） |
| 填 表 人： |  （签字） |
| 申报时间： | 　　　　　　　　年　　　　　　　　月　　　　　　 　　日 |
| 联系电话： |   |

湖南省医疗保障局 制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目类别 |  |
| 计价单位 |  | 项目编码 |  |
| 成本构成表 |
| 一 | 卫生材料费（含试剂） | 型号 | 产地 | 计量规格 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 二 | 低值易耗品（非一次性用品）费 | 型号 | 产地 | 计量规格 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 三 | 水电气消耗费用 | 数量 | 单位 | 单价1 | 每人次用量2 | 每人次摊销金额1×2 |
| 水 |  | 吨 |  |  |  |
| 电 |  | 度 |  |  |  |
| 气 |  | 立方 |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |
| 四 | 人工费用 | 每项次耗时1 | 操作人数2 | 每小时工资3 | 每人次摊销金额1×2×3 |
| 医生 |  |  |  |  |
| 护士 |  |  |  |  |
| 计师 |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |
| 五 | 设备折旧费 | 型号 | 品牌 | 单价1 | 折旧年限2 | 年服务项次3 | 每人次摊销金额0.95×1÷2÷3 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |
| 六 | 房屋折旧费（甲） | 房屋造价1 | 折旧年限2 | 年折旧额3=0.95×1÷2 | 使用面积4 | 年服务项次5 | 每人次摊销金额3×4÷5 |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 小计 |  |  |  |  |  |  |
| 七 | 管理费 |  |  |
| 八 | 成本合计 |  | 申报价格 |  |
| 服务产出及价格构成： |
| 除外内容（包括但不限于新增项目外收费耗材的名称、单价以及平均使用量）： |
| 外省市价格： |
| 其他需要说明的情况（包括但不限于预期服务量、预期价格）： |
| 医疗机构负责人意见（签字）：  年 月 日　　 |
| 市州医疗保障局意见（公章）：年 月 日　　 |
| 省医疗保障局意见（公章）： 年 月 日　　 |

**填写说明：**1.项目类别是指根据我省现行医疗服务价格项目规范，该项目所应归属的类别；

2.项目编码是指根据根据我省现行医疗服务价格项目规范，该项目所应归属的分类编码；
3.其他需要说明的情况是指该项目在定价时需要特殊说明的相关事宜；

4.“外省市价格”栏应如实填写该项目的外省市价格情况，并将相关省市价格文件一并附上。