附件1

河南省医疗机构新增（修订）医疗服务价格

项目申报资料

医疗机构（盖章）：

项目名称：

新增（修订）医疗服务价格项目申报材料清单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 顺序 | 材料名称 | 材料要求 | 标准格式 | 是否提供（若提供打√） |
| 1 | 新增（修订）医疗服务价格项目申报表 | 盖章扫描 | 附页1 |  |
| 2 | 新增（修订）医疗服务价格项目信息资料 | 盖章扫描 | 附页2 |  |
| 3 | 新增（修订）医疗服务价格项目成本测算表 | 盖章扫描 | 附页3 |  |
| 4 | 新增（修订）医疗服务价格项目医保支付政策申报表 | 盖章扫描 | 附页4 |  |
| 5 | 新增（修订）医疗服务价格项目申报承诺书 | 盖章扫描 | 附页5 |  |
| 6 | 新增（修订）医疗服务价格项目经济性评估报告 | 盖章扫描 | 附页6 |  |
| 7 | 卫生健康部门评定意见 | 盖章扫描 |  |  |
| 8 | 医疗机构价格管理部门审核论证同意材料及伦理审查结论 | 专家签字扫描 |  |  |
| 9 | 项目相关设备、耗材、试剂等注册证、采购发票（报关单）、说明书 | 盖章扫描 |  |  |
| 10 | 重大创新、专项证明材料 | 盖章扫描 |  |  |
| 11 | 临床指南、专家共识等临床应用材料 | 盖章扫描 |  |  |
| 12 | 外省同项目定价文件 | 盖章扫描 |  |  |
| 13 | 其他材料 | 扫描件 |  |  |

说明：以上申报材料请按要求盖章扫描至一个PDF文档内，并提供Word或Excel版文档。

附页1

河南省新增（修订）医疗服务价格项目

申

报

表

申报单位：

申报日期： 年 月 日

河南省医疗保障局 制

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编码（六位类别码） |  |
| 计价单位 |  | 申报价格 |  |
| 项目内涵 | （内涵示例：通过手术切除或分离方式治疗盆腔组织器官粘连。所定价格涵盖切除或分离粘连组织，以及切开、止血、放置引流、关闭等手术步骤的人力资源和基本物质资源消耗。） |
| 除外内容 |  |
| 说 明 |  |
| 适用范围及临床意义： |
| 申报依据和理由：（技术先进性、与现行同类项目比较的优缺点等） |
| 申报单位意见（公章）： 年 月 日 | 市（县）医保部门意见（公章）： 年 月 日 |

附页2

（新增（修订）医疗服务价格项目名称）信息资料

|  |
| --- |
| 申报医院： （加盖公章） □三级医院 □二级医院 □一级医院□国家医学中心 □国家区域医疗中心（注：请根据实际情况在“□”内画“√”或者画“×”，不得空置。该价格项目存在多家申报医院的，合并汇总填报。下同。）申报科室： □国家重点临床专科 □省级重点临床专科 □其他申报联系人： （申报医院联系人，姓名，联系方式） 其他需要说明的事项： （选填。医疗机构或医疗保障部门认为有必要说明的，与新增地该价格项目相关的其他背景信息）     |

|  |
| --- |
| 1.合规性信息□列入卫生健康部门限制类技术目录（注：列入目录的请注明文件名称等具体出处。下同。）□列入卫生健康部门已发布技术规范 □列入正式发表的临床指南或专家共识 （注：列入指南或共识的，请提供证明材料）□列入中央或本省的行政事业性收费目录清单 □列入中央或本省的公共卫生服务项目 □属于法定的经营服务性收费项目  2.创新性信息□新设立价格项目（原国家价格项目规范未收录）□新开展价格项目（原国家价格项目规范已收录） （规范已收录的请注明版本和项目编号） □尚无其他省份设立该价格项目□已有其他省份设立该价格项目 （其他省份已设立该项目的，请注明省份、文号和价格；根据报告地实际掌握的情况填写。下同。） **2.1项目操作过程** （国家或省级卫生健康主管部门已发布技术规范的，按技术规范表述；未发布技术规范，已发表临床指南或专家共识的，按其表述；以上均不符合的，由申报项目的医疗机构按照临床实践拟定表述） **2.2项目功能产出** （项目的主要作用、预期效果、适用范围等，表述要求同“项目操作过程”一栏） **2.3同类项目比较**□尚无功能产出类似的价格项目，填补临床空白□已存在功能产出类似的价格项目，属于技术改良创新 同类项目①： （项目名称） ， （应用历史，简述时间长短，普及程度等） ，（平均价格）， （现有项目和拟新增项目替代关系、临床实践优先关系的专家共识） ， （拟新增价格项目有文献数据支持的临床优势） ，（拟新增价格项目量化的经济性优势） 。 同类项目②： （项目名称） ， （应用历史，简述时间长短，普及程度等） ，（平均价格）， （现有项目和拟新增项目替代关系、临床实践优先关系的专家共识） ， （拟新增价格项目有文献数据支持的临床优势） ，（拟新增价格项目量化的经济性优势） 。3.价格构成信息 **3.1项目预期价格：**□非手术项目，预期价格5000元以上的；□导航、定位等手术/检查/治疗辅助操作项目，预期价格达到或超过手术/检查/治疗价格的；□现有价格项目的加收事项，加收幅度超过100%或加价金额3000元以上的；□价格预期高于相同功能相同诊疗目的的现行项目价格，价差幅度1倍以上或价差金额3000元以上的；存在以上情形之一的，由申报项目的医疗机构对预期价格的合理性必要性、主要适用范围和预计服务频次（年服务量）等作出特别说明： （申报项目的医疗机构以独立报告的形式正式出具特别说明，作为项目“信息资料”的附件一并提供【格式见附页6】。此处按医疗机构特别说明的摘要填写。）  **3.2设备耗材费用**□设备维护和折旧成本达到每项2000元及以上，且占申报项目预期价格的比重达到40%及以上的；□项目内一次性耗材、专机专用耗材单产品采购价格达到每件3000元及以上，且平均费用占申报项目预期价格的比重达到40%及以上的； □项目外一次性耗材、专机专用耗材单产品价格达到每件3000元及以上，且平均费用占申报项目预期费用的比重达到40%及以上的。 |
|  存在以上情形之一的，由设备或耗材生产企业对产品采购价格的合理性必要性作出特别说明： （生产企业以独立报告的形式出具正式的书面说明，作为项目“信息资料”的附件一并提供。此处按生产企业特别说明的摘要填写。）  |

附页3

河南省新增（修订）医疗服务价格项目成本测算表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（公章）： |  |  |  |  |  | 单位：元 |
| 项目名称 | 　 | 计价单位 |  | 申报价格 | 　 |
| 技术难度分值 | 　 | 风险程度分值 |  | 基本人力消耗及耗时 | 　 |
| 医疗服务成本 | 成本核算内容 |
| 一 | 内涵一次性耗材（含体外诊断试剂等） | 型号 | 产地 | 计量单位 | 单价 | 每项次用量 | 每项次摊销金额 |
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸ | ⑹=⑷×⑸ |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小计 | 　 |
| 二 | 低值易耗品(非一次性用品) | 型号 |  产地  | 计量单位 | 单价 | 使用寿命（次） | 每项次用量 | 每项次摊销金额 |
|
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸ | ⑹ | ⑺=⑷÷⑸×⑹ |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小计 | 　 |
| 三 | 人员经费 | 正高（人） | 副高（人） | 中级及以下（人） | 操作人数合计 | 平均每小时工资 | 操作时间（小时） | 每项次摊销金额 |
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸ | ⑹ | ⑺=⑷×⑸×⑹ |
| 医生 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 医技 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 护理 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小计 | 　 |
| 四 | 专用设备折旧费 | 型号 | 产地 | 购入时间 | 仪器原值 | 折旧年限（折算为小时） | 每项次占用时间（小时） | 每项次摊销金额 |
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸ | ⑹ | ⑺=⑷÷⑸×⑹ |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 单间手术间折旧 | 原值 | 折旧年限（折算为小时） | 平均每小时成本 | 每项次占用时间（小时） | 每项次摊销金额 |
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸=⑶×⑷ |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小计 | 　 |
| 五 | 其他费用 | 科室总金额 | 科室在职人员总数 | 全年有效工作时间（小时） | 平均每小时每人分摊金额 | 操作人数 | 操作时间（小时） | 每项次摊销金额 |
| 栏次 | ⑴ | ⑵ | ⑶ | ⑷ | ⑸ | ⑹ | ⑺=⑷×⑸×⑹ |
| 水、电、气、暖 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 物业费 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 小计 | 　 |
| 六 | 专用设备维修费 | 按专用设备折旧费每项次摊销金额总和×20%计算 | 　 |
| 七 | 间接费用 | 按第一至五项费用总和×10%计算 | 　 |
| 八 | 成本合计 | 第一项至第七项费用总和 | 　 |

附页4

新增（修订）医疗服务价格项目医保支付政策申 报 表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编码 |  |
| 新增 | 修订 |
| 相关项目外省(市)医保支付政策（医保支付类别、首自付比例） | 原医保支付类别 |  | 申请修订医保支付类别 |  |
|  | 原省直职工首自付比例 |  | 申请修订省直职工首自付比例 |  |
| 相关项目主要耗材外省(市)医保支付政策（医保支付类别、首自付比例、支付限额） | 原备注 |  | 申请修订备注 |  |
|  | 申报理由及依据： |  |
| 外省(市)医保支付政策（医保支付类别、首自付比例） |  |
| 申报单位意见（公章）： |  |
| 市级医保部门意见（公章）： |  |
| 填表说明： |
| 填表人： | 联系电话： |

附页5

新增（修订）医疗服务价格项目申报承诺书

 省（市）医疗保障局：

我院共申报拟新增价格项目 项、修订价格项目 项，均已通过经济性、有效性、安全性及医学伦理等方面评估，我院承诺，上述申报项目如通过评审，我院将在政策落地执行3个月内按规定及时开展。

附件： 医院拟新增（修订）价格项目

书记（院长）签字：

 年 月 日

（加盖医疗机构公章）

附页6

 （加盖公章） 医院

（新增（修订）医疗服务价格项目名称）经济性评估报告

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | 项目编码 |  |
| 计价单位 |  | 项目价格 |  |
| 申报科室 |  | 负责人 |  |
| **一、创新性、经济性论述****二、合理性、必要性论述****三、主要适用范围****四、预计服务频次（年服务量）和新增（修订）项目除外耗材平均使用数量**（1.预估服务量，可参考同类别功能性、目的性相对一致的项目，预估新增项目年度服务量；2.开展过程中可能遇到的问题及风险；3.涉及高值医用耗材平均使用情况） |

（其他资料按顺序粘贴）