附件2

2023年度第三批

南昌市医疗保障

定点医疗机构申请表

申请单位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

申请时间\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**填写说明**

一、该表填写内容可打印也可用蓝色或黑色水笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、符合申报条件并愿意承担医保服务的医疗机构，可在正式运营满三个月后向所在辖区医保经办机构提出申请（三级医疗机构向市级医保经办机构提出申请），填写《南昌市医疗保障定点医疗机构申请表》，并提供以下书面材料，材料可提供纸质复印件或照片、扫描件：

1.《南昌市医疗保障定点医疗机构评估表》；

2.医疗机构执业许可证或诊所备案凭证（中医诊所备案证）或军队医疗机构为民服务许可证照正副本、统一社会信用代码证；

3.卫生健康部门确认的医疗机构等级证明（无等级不需提供）、执业医师（包括执业助理医师、乡村医师）执业证书等相关材料；

4.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

5.完善的医疗质量安全核心制度；

6.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

7.相适应的临床科室清单和已开展的药品、医疗服务项目、耗材及价格清单，购置的大型医用设备清单；

8.年度（运营不足一年的提供申报前所有月份）医疗服务开展情况和服务人员名单；

9.规范的药品、医用材料进货管理制度文件；

10.纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

11.医疗机构用房产权证或房屋租赁备案证及租赁合同；

12.从事医疗服务人员花名册；

13法定代表人或主要负责人、经办人身份证复印件、医保负责人任命文件；

14.按相关规定要求提供的其他材料；

15.申请材料真实性声明函。

**备注：药品清单、医疗服务项目清单、大型医用设备清单、从事医疗服务人员花名册、提供材料真实性声明函等申请[材料请严格按附件中模板格式提供](mailto:材料模板请从hzybddjg@163.com)。**

**所有材料均需加盖单位公章（复印件或照片、扫描件须清晰可见），且全部使用A4纸制作，按材料顺序编制目录、标注页码装订成册（一式1份），另将所有纸质材料按页码顺序扫描成PDF文件保存至U盘，用制式档案袋统一封装后加盖申请单位公章。各项申请材料中涉及的时间截点为2023年12月29日。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | |  | | | | 医疗机构  其他名称 | |  | |
| 所有制形式 | | |  | | | | 法定代表人姓名 | |  | |
| 法定代表人  身份证号码 | | |  | | | | 法定代表人  联系电话 | |  | |
| 主要负责人姓名 | | |  | | | | 主要负责人  身份证号码 | |  | |
| 主要负责人  联系电话 | | |  | | | | 实际控制人姓名 | |  | |
| 实际控制人  身份证号码 | | |  | | | | 实际控制人  联系电话 | |  | |
| 医院等级 | | |  | | | | 邮政编码 | |  | |
| 是否分支机构 | | |  | | | | 上级医疗  机构名称 | |  | |
| 经营性质 | | |  | | | | 开业时间 | |  | |
| 单位用房性质  （自有/租赁） | | |  | | | | 单位用房租赁合同  剩余有效期限 | |  | |
| 建筑面积 | | |  | | | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | |
| 单位经办人 | | |  | | | | 联系电话 | |  | |
| 医疗机构执业  许可证号  （诊所备案凭证备案编号） | | |  | | | | 执业许可时间  （备案日期） | |  | |
| 变更记录  （近三年） | |  | |
| 统一社会  信用代码 | | |  | | | | | | | |
| 执业范围 | | |  | | | | | | | |
| 人员构成 | | 人数 | | | 高级职称 | 中级职称 | | 初级职称 | | 其他 |
| 医师 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 其中：主要  执业点医师 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 护 士 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 医技人员 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 药学人员 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 其他人员 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 合 计 | |  | | |  |  | |  | |  |
| 稳定工作  关系人数 | | | |  | | 参加社会保险人数 | | |  | |
| 核定床位数 | | | |  | | 实际开放床位数 | | |  | |
| 配备药品种数 | | | |  | | 其中医保  药品种数 | | |  | |
| 已开展医疗服务  项目数 | | | |  | | 其中医保范围内  医疗服务项目数 | | |  | |
| 50万元以上大型  医用仪器设备数量 | | | |  | | 50万元以上大型  医用仪器设备名称 | | |  | |
| 医疗机构及其法定代表人、主要负责人  或实际控制人有无严重失信行为 | | | | | |  | | | | |
| 申请  单位  意见 | 自愿承担南昌市医疗保障服务，申请成为医疗保障定点医疗机构，并承诺所填写的信息、证明材料真实有效。如与事实不符，将承担提供虚假材料所造成的一切后果。  法定代表人签字：  单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

南昌市医疗保障定点医疗机构评估表

医疗机构名称（填写盖章）： 地址：

| 指标类型 | 序号 | 评估项目 | 评 估 标 准 | 自评情况 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **基础指标** | 1 | 经营时间 | 正式运营是否已达3个月（区域医疗中心可适当压缩时间），“否”即为不合格。 |  |
| 2 | 执业医师 | 机构是否有开展医疗服务必备的卫生技术人员及规定人数；至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师，“否”即为不合格。 |  |
| 3 | 医保管理 | 是否由主要负责人负责医保工作，且配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构是否设内部医保管理部门，并安排专职工作人员，“否”即为不合格。 |  |
| 4 | 服务场所及设施 | 是否有开展医疗服务必备的固定场所，以及相应的服务设施和仪器设备，“否”即为不合格。 |  |
| 5 | 制度建设 | 是否具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等，有规范的医疗服务流程，合理公开的收费标准，“否”即为不合格。 |  |
| 6 | 信息系统 | 是否已确定系统开发商，并已签订合作协议，“否”即为不合格。 |  |
| 7 | 基础数据库 | 是否已设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，并按规定使用国家统一的医保编码，有完整的财务账目，“否”即为不合格。 |  |
| 8 | “进、销、存” | 是否有药品、医用耗材“进、销、存”计算机管理系统，并建有“进、销、存”台账，“否”即为不合格。 |  |
| 9 | 执业范围 | 是否以医疗美容、养生保健、辅助生殖、生活照护等非基本医疗服务为主要执业范围，“是”即为不合格。 |  |
| 10 | 医药价格政策 | 基本医疗服务是否执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，“否”即为不合格。 |  |
| 11 | 信用制度 | 机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人是否有被列入失信人名单的，“是”即为不合格。 |  |
| 12 | 其他不予受理的情形 | 机构是否有国家、省医保部门规定的其他不予受理情形，“是”即为不合格。 |  |

备注：基础指标有一项不合格，评估结果即为不合格。本表用于申请医保定点医疗机构自评。