附件1-1

医疗机构申请医保定点所需资料以及申请资料说明

| 序号 | 申请资料名称 | 资料有效性判断要点 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 定点医疗机构申请表 | 有法定代表人、主要负责人及实际控制人签名。请按照附件1-2填写。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 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 | 应当在有效期内，正式运营按取得医疗机构执业许可证之日起计算，申请定点日期距有效期开始日期至少3个月，定点医疗机构申请新增院区的，按其医疗机构执业许可证变更注册地址的发证日期计算正式运营时间。副本含变更记录，按规定办理校验且结果为合格。 | 上传原件 |
| 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等符合基本要求的管理制度。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 4 | 与医保有关的信息系统相关材料 | 请按照附件1-3填写。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 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。可参考附件1-4。 | 上传加盖申请机构公章的原件 |
| 6 | 补充材料 | 根据需要补充。 | 上传加盖申请机构公章的复印件 |

附件1-2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **深圳市定点医疗机构申请表** | | | | | |
| 机构名称 |  | 所在区 | | |  |
| 机构地址 |  | 邮政编码 | | |  |
| 注册面积 |  | 建筑面积 | | |  |
| 机构级别 |  | 机构类别 | | |  |
| 经营类别 | □营利性  □非营利性 | 申报服务范围 | | | □门诊  □门诊及住院 |
| 执业许可证登记号 |  | 统一社会信用代码 | | |  |
| 许可证发证日期 |  | 许可证有效期限 | | |  |
| 法定代表人  （身份证号） |  | 联系电话 | | |  |
| 主要负责人  （身份证号） |  | 联系电话 | | |  |
| 实际控制人  （身份证号） |  | 联系电话 | | |  |
| 业务联系人 |  | 联系电话 | | |  |
| 诊疗科目 |  | 机构开户名称 | | |  |
| 编制床位数 |  | 实际开放床位数 | | |  |
| 机构开户银行 |  | 机构开户账号 | | |  |
| 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 | | |  |
| 是否具有符合医保协议管理要求的信息系统 |  | 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 |  |  | | |  |
| 文书邮寄送达地址 |  | | | | |
| 收件人 |  | | 收件人联系方式 |  | |
| 申请承诺 | 本机构自愿承担基本医疗保险服务，申请成为医疗保险定点机构，并承诺不存在《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》《广东省医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等文件有关规定的不予受理定点申请的情形，且所提交资料全部真实有效，如有虚假成分，愿意承担一切相应的法律责任；如因本机构原因，医疗机构地址等重要信息在提交申请至签订协议期间如发生变更，自愿放弃当次申请。 | | | | |
|  | | | | | |
|  |  | 法定代表人（签名）： | | |  |
|  |  | 主要负责人（签名）： | | |  |
|  |  | 实际控制人（签名）： | | |  |
|  |  | （单位盖章） | | | |
|  |  | 申请日期： 年 月 日 | | | |

附件1-3

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **信息系统相关材料** | | | | | |
| 医疗机构名称 | | |  | | |
| 机构联系人 |  | | 联系电话 |  | |
| 开发商 |  | | | | |
| 医疗保障信息系统接口对接 | | | | | |
| 序号 | 接口号 | | 接口名称 | 是否完成对接 | 备注 |
| 1 | 9001 | | 签到 |  | 门诊 |
| 2 | 1101 | | 人员信息获取 |  |
| 3 | 2101 | | 门诊挂号/登记 |  |
| 4 | 2202 | | 门诊挂号撤销 |  |
| 5 | 2203 | | 门诊就诊信息上传 |  |
| 6 | 2204 | | 门诊费用明细信息上传 |  |
| 7 | 2205 | | 门诊费用明细信息撤销 |  |
| 8 | 2206 | | 门诊预结算 |  |
| 9 | 2207 | | 门诊结算 |  |
| 10 | 2208 | | 门诊结算撤销 |  |
| 11 | 5203 | | 结算信息查询 |  |
| 12 | 5204 | | 费用明细查询 |  |
| 13 | 5302 | | 人员定点信息查询 |  |
| 14 | 90991 | | 社保卡密码校验 |  |
| 15 | 3201 | | 医药机构费用结算对总账 |  |
| 16 | 3202 | | 医药机构费用结算对明细账 |  |
| 17 | 4101A | | 医疗保障基金结算清单信息上传 |  |
| 18 | 9001 | | 签到 |  | 住院 |
| 19 | 1101 | | 人员信息获取 |  |
| 20 | 2401 | | 入院办理 |  |
| 21 | 2404 | | 入院撤销 |  |
| 22 | 2301 | | 住院费用明细上传 |  |
| 23 | 2302 | | 住院费用明细撤销 |  |
| 24 | 2402 | | 出院办理 |  |
| 25 | 2405 | | 出院撤销 |  |
| 26 | 2303 | | 住院预结算 |  |
| 27 | 2304 | | 住院结算 |  |
| 28 | 5203 | | 结算信息查询 |  |
| 29 | 5204 | | 费用明细查询 |  |
| 30 | 5302 | | 人员定点信息查询 |  |
| 31 | 5303 | | 在院信息查询 |  |
| 32 | 90991 | | 社保卡密码校验 |  |
| 33 | 3201 | | 医药机构费用结算对总账 |  |
| 34 | 3202 | | 医药机构费用结算对明细账 |  |
| 35 | 4101A | | 医疗保障基金结算清单信息上传 |  |
| 进销存信息系统 | | | | | |
| 进销存信息系统 | | □ 已建立 □未建立 备注：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 医疗机构  自评结果 | □通过。 □不通过。  签名（盖章）：  年 月 日 | | | | |

附件1-4

纳入定点后使用医疗保障基金的预测性

分析报告

一、医疗机构基本情况

（根据医疗机构自身情况填写）

二、近3个月运营状况

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医疗服务总费用** | | |
| **医疗服务分类** | **费用** | **占比** |
| 基本医疗服务 |  |  |
| 医疗美容 |  |  |
| 辅助生殖 |  |  |
| 生活照护 |  |  |
| 种植牙 |  |  |
| 其他非基本医疗服务 |  |  |
| **总费用** |  | **100%** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医疗服务服务总人次** | | |
| **医疗服务分类** | **服务人次** | **占比** |
| 基本医疗服务 |  |  |
| 医疗美容 |  |  |
| 辅助生殖 |  |  |
| 生活照护 |  |  |
| 种植牙 |  |  |
| 其他非基本医疗服务 |  |  |
| **总人次** |  | **100%** |

门急诊病人平均费用情况：

（根据医疗机构近三个月运营情况统计）

住院病人平均费用情况：

（根据医疗机构近三个月运营情况统计）

（\*注意请按照实际情况如实填写，数据应与后续评估时提交的近三个月医疗服务总量及发生的医疗费用明细保持一致，如弄虚作假，自行承担因此引起的法律责任。）

三、预测分析纳入定点后医保基金使用情况

（根据医疗机构近三个月运营情况预测分析）

四、医保基金安全风险防范预案及措施

（根据医疗机构自身情况制定）

机构名称（盖章）

年 月 日