附件

新增医疗服务价格项目申报书

申报项目：

申报单位：

申报日期：

新增医疗服务价格项目申报书

医疗保障局：

经医疗伦理审查通过，并经 卫生健康委备案/准许，我院已具备实施××××× 等×× 项医疗服务的条件。鉴于本省（区、市）尚未上述服务对应的医疗服务价格项目，根据国家医疗保障局《新增医疗服务管理暂行办法》和（本省份新增医疗服务价格项目政策），特申请新增医疗服务价格项目/已开展项目新增加收项/已开展项目新增分解项，具体情况如下：

|  |  |
| --- | --- |
| 序号 | 申报项目名称 |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| …… |  |
| 备注 | 附：每个申报项目详细情况。 |

××××× 医院（盖章）

202×年×月×日

**申报项目:（项目名称）**

一、申报目的

1.未开展项目申请新增医疗服务价格项目

未列入医保局全国医疗服务价格项目规范 …□

已列入医保局全国医疗服务价格项目规范… □

2.已开展项目申请新增加收项………… ……□

已开展项目指：（项目编码） （项目名称）

3.已开展项目申请新增分解项…………… ………□

已开展项目指：（项目编码） （项目名称）

（注：□处请勾选，下同）

二、项目负责人

1.医疗院领导： （签名） 联系方式： （手机）

2.科室负责人： （签名） 联系方式： （手机）

3.项目操作人： （签名） 联系方式： （手机）

（注：以上技术负责人依次由项目申报医院分管医疗的院领导、项目申报科室负责人以及项目的主要操作人填写，如为同一人的，可重复填写）

三、项目要素

1.项目名称：

2.项目类别： □ 综合医疗服务类 □ 病理学诊断类 □ 实验室诊断 □ 影像学诊断 □ 临床诊断 □ 临床手术治疗 □ 临床非手术治疗 □ 临床物理治疗□ 康复医疗 □ 辅助操作 □ 中医医疗服务

3.项目编码：

4.项目内涵：

5.除外内容：

6.计价单位：

7.加收项：

8.申报价格：

9.其他省市价格：

10.基本人力投入：

（注：基本人力投入包括直接参与项目实施的医务人员数量、职级、操作时间等。项目申报方按项目直接成本信息报送表要求，据实填写。）

11.计价说明： （非必填）

四、申报项目使用耗材和设备的情况

1.基本物耗

（注：基本物耗原则上仅限于低值易耗品或其他不应分割的易耗品，常见基本物耗如碘酒、酒精、消毒液、棉花、纱布、普通辅料、帽子、口罩、鞋套、袜套、手套、手术衣、绷带、床垫、各种护垫、各种衬垫、手术巾、治疗巾、针头、针管、压舌板、止血带、滑石粉等。项目申报方按项目直接成本信息报送表要求，据实填写。）

2.可收费耗材

（注：可收费耗材主要是基本物耗之外，该项目消耗的一次性医用耗材（含试剂）和可复用耗材。项目申报方按项目直接成本信息报送表要求，据实填写。）

3.主要设备

（注：该项目需要使用的主要设备。项目申报方按项目直接成本信息报送表，据实填写。）

五、合规性信息

1.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。)

2.列入卫生健康部门已发布技术规范

3.列入正式发表的临床指南或专家共识

4.列入中央或本省的行政事业性收费目录清单

5.列入中央或本省的公共卫生服务项目

6.属于法定的经营服务性收费项目

六、创新情况声明

（项目名称） 适用于（如疾病名称） 等的诊断□/治疗□/护理□/康复□（可多选），通常用于（学科名称）等学科。

1.新颖性声明

项目申报方（医院名称） 已检索并确认所申请新增项目（新增加收项/新增分解项）属于以下情况：

□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.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）

3.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）

4.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）

5.伦理性声明

项目申请方（医院名称）委托（医院名称）医疗伦理委员会审查通过（附受托方出具的伦理审查结论）。

6.安全性声明

该项目已在××××等 个省（区、市）立项收费。该项目于××××年起，在我院××××科室开展临床试用，试用期间未向患者收取服务费用。截止目前，共试用××××例次，××××名患者。试用过程中，未发生医疗事故（如导致医疗事故，请列出具体例数 ，并附医疗事故鉴定结论），未导致并发症（如导致并发症，请列出具体症状 ）。

7.经济性声明

综合考虑项目成本价值、临床需求等因素（新增项目参考成本报送表附后），本院拟将该项目价格定为 元/计价单位，上限浮动不超过 元/计价单位。按此计算：

患者每疗程费用从平均 元改变为 元；

与已开展项目（或已开展项目的加收项）相比，每例次价格从 元改变为 元；

与已开展项目（或已开展项目的加收项）相比，治疗周期从平均 天改变为 天；或诊断准确率从平均 %改变为 %；或其他关键医疗指标从 改变为 。

（注：附本院临床试用情况综述和具体案例、卫生经济学评价报告或与已开展项目的临床效价比较报告等作为安全性、有效性和经济性声明的佐证）。

七、价格构成信息

1.价格基本构成

附新增价格项目成本测算表。

2.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。此处接医疗机构特别说明的摘要填写。)

3.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，附设备耗材医疗机构采购发票副本、生产企业出厂发票副本，同时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。

八、其他

项目申报方认为有必要说明的其他事项：

。

附：1. 项目成本测算表

2.受托方出具的 项目伦理审查结论

3. 项目本院临床试用情况报告

4. 项目临床对比情况报告

注：同时申报多个项目的，须分别提交项目的详细资料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目成本测算表 | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构名称(公章)： 联系人: 联系方式: 金额单位(元) | | | | | | | | | | | | |
| 医疗服务项目概况 | | | | | | | | | | | | |
| 项目名称 |  | | 加收项 |  | 分解项 |  | 计价单位 |  | 医院报价 |  | 本院上一年度医疗收入(万元) |  |
| 项目内涵 |  | | | | | | | | 计价说明 |  | 本院上一年度医疗业务成本(万元) |  |
|  | 预计年度开展例数(试行期间) |  |
| 直接成本信息 | | | | | | | | | | | | |
| 一、基本物耗 | | | | | | 二、基本人力成本 | | | | | | |
| 基本物耗名称 | | 计量单位 | 单价 | 用量 | 每次费用 | 人员职别 | | 操作人数 | 平均操作时间(分钟) | | 平均全年薪酬标准 | 每小时人力成本 |
|  | |  |  |  |  | 1、医生 | | | | | | |
|  | |  |  |  |  | 主任医师 | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | 副主任医师 | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | 主治及以下级别医师 | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | 2、护士 | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | 3、医技人员 | |  |  | |  |  |
| 基本物耗费用小计① | | | | |  | 基本人力成本小计② | | | | | |  |
| 二、项目使用的独立计费耗材（一次性） | | | | | | 五、项目所需设备 | | | | | | |
| 耗材名称 | | 计量单位 | 单价 | 用量 | 每次费用 | 项目所需设备 | | 原 值 | 额定使用期限(小时) | | 项目占用时间(小时) | 每次应摊费用 |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
| 三、项目使用的独立计费耗材(可复用) | | | | | |  | |  |  | |  |  |
| 耗材名称 | | 计量单位 | 单价 | 平均可用例数 | 每次费用 |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |
|  | |  |  |  |  | 直接固定资产折旧小计③ | | | | | |  |
|  | |  |  |  |  | 直接成本合计（小计①②③之和） | | | | | |  |
| 说明:1每小时人力成本小计按各类人员每小时人力成本和平均操作时间计算，每小时人力成本=该类人员全年获酬标准/(12个月\*22天\*8小时) 。  2.固定资产折旧的每次应摊费用按项目实际占用时间占折旧(摊销)期的比例计算。  3.项目所需物耗和设备较多的，可以按上述格式续表填写完整。 | | | | | | | | | | | | |