HNPR-2018-02022

★1年

特急

湖南省发展和改革委员会

文件

湖南省卫生和计划生育委员会

湖南省人力资源和社会保障厅

湘发改价费〔2018〕434号

湖南省发展和改革委员会

湖南省卫生和计划生育委员会

湖南省人力资源和社会保障厅

关于进一步改革我省公立医院新增医疗服务

价格项目管理有关问题的通知

各市州发展和改革委员会、卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障局，部省属公立医疗机构：

根据国家发展改革委、国家卫生计生委、人力资源社会保障部、财政部《关于印发推进医疗服务价格改革意见的通知》（发改价格〔2016〕1431号）、国家发改委《关于加快新增医疗服务价格项目受理审核工作有关问题的通知》（发改价格〔2015〕3095号），以及省政府办公厅《关于印发<湖南省促进基因检测技术应用若干政策（试行）>的通知》（湘政办发〔2015〕69号）精神，为鼓励医疗技术研发创新，简化工作程序、提高工作效率，促进医疗新技术及时进入临床使用，现就我省公立医院新增医疗服务价格项目受理审核工作有关问题通知如下：

一、受理范围

新增医疗服务项目是指符合医疗卫生法律法规，尚未列入我省现行公立医疗机构医疗服务价格项目，已获准推广应用的新技术、新方法，经临床验证、评估、审核，有诊断诊疗价值且疗效明显，医疗机构要求开展并需单独制定价格的医疗服务项目。

二、审核原则

审核受理新增医疗服务价格项目，应按照鼓励创新和使用适宜技术相结合的原则，有利于基本医疗服务开展，体现医疗技术的先进性和经济合理性。

有些列情形之一的，不列入新增医疗服务项目：

1、未经卫生计生部门或食药监部门批准（鉴定）和临床验证，仍处于科研试验阶段的项目；

2、新购器械设备，如其诊疗内容、诊疗目的与我省现行已有项目相同，只是在功能和方法上有所改变，或仅是材料、试剂有差异的；

3、对已有项目进行分解的项目，或在已有项目中属于内含一次性耗材的；

4、其他违反法律法规和有关政策规定的项目。

三、申报材料

医疗机构申报新增医疗服务价格项目时，应提供正式书面报告，并提供以下签章材料：

1、诊疗技术规范，内容包括：申报项目的规范中文名称（含项目简称和英文缩写）、项目类别、工作原理、适用范围及临床意义、可能产生的副作用及操作规范和质量标准；

2、医疗器械注册证、生产经营许可证，经销企业经营许可证等；

3、经权威部门签署的临床成果鉴定和临床疗效证明或国家级正式刊物公开发表的临床应用资料；

4、外省市已公布价格的应提供文件复印件及其他需要说明的事项（全国首创除外）。

医疗机构应确保上述材料的真实性、合法性。

四、申报及审定程序

（一）新增医疗服务价格项目由拟开展该项服务的各级公立医疗机构申报。部省属公立医疗机构新增医疗服务价格项目向省卫生计生委、省发改委、省人力资源社会保障厅申报；各市州、县公立医疗机构新增医疗服务价格项目由市州、县卫生计生委、发改委、人力资源社会保障局组织专家初审后，报省卫生计生委，并抄送省发改委、省人力资源社会保障厅。

（二）省卫生计生委会同省发改委、省人力资源社会保障厅在每年6月底、12月底审核新增医疗服务价格项目。省卫生计生委负责对新增医疗服务价格项目涉及的申报材料进行审核，并组织有关专家或委托相关卫生专业学会对其合法性、安全性、有效性及价格水平的合理性进行审核论证，对项目是否设置、价格水平安排等提出书面意见。依照审定结果，省卫生计生委会同省发改委、省人力资源社会保障厅发文确定新增医疗服务项目名称、项目编码、项目内涵、除外内容、计价单位和说明等。

五、制定价格

公立医疗机构根据全省统一规范的项目，参考外省市价格，并与我省现行相关医疗服务价格保持合理比价，制定新增医疗服务项目试行价格，试行期为两年。同时，填写《湖南省新增医疗服务价格项目申报表》（见附件），按管价权限报发改委、卫生计生委、人力资源社会保障厅（局）备查后方能执行。医疗机构要按明码标价规定在医院门户网站和当地价格主管部门网站上公示。试行期满前三个月，申报项目的公立医疗机构按管价权限申报医疗服务项目正式价格，附上购买仪器设备、辅助耗材、试剂等原始票据复印件（包括财务发票或购买合同、报关单及入出库单等），确保票据复印件的真实性、合法性。

省发改委会同省卫生计生委、省人力资源社会保障厅以新增医疗服务项目成本为基础，充分考虑医保和患者的承受能力，收集各地及部省属医院试行情况，参考外省价格水平，发文确定全省最高指导价。

六、相关要求

各地发改委、卫生计生委、人力资源社会保障局要密切配合，兼顾医疗技术发展和患者的承受能力，以高度的责任心，做好此项工作。对于医疗机构报送的新增医疗服务价格项目要及时受理，简化工作程序，加快申报审核。医疗机构应严格执行本通知规定，既保证临床新技术的有效应用，又要有利于控制医疗费用。

本通知自发文之日起执行。此前有关医疗服务项目价格管理规定，凡与本通知规定相抵触的，一律以本通知规定为准。

附件：新增医疗服务价格项目申报表

省发改委省卫计委省人社厅

2018年5月14日

|  |
| --- |
| 抄报：国家发改委。 |
| 湖南省发展和改革委员会办公室 2018年5月14日印发 |

附件：

新增医疗服务价格项目

申报表

申报项目名称：

申报单位：（盖章）

负责人：（签字）

填表人：（签字）

申报时间：年月日

联系电话：

湖南省发展和改革委员会

制

湖南省卫生和计划生育委员会

湖南省人力资源和社会保障厅

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 | | |  | | | | | 项目类别 | | | |  | | | | |
| 计价单位 | | |  | | | | | 项目编码 | | | |  | | | | |
| 成本计算的主要内容 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |
| 四 | 人工费用 | | | 操作时间  1 | | 操作人数2 | | 每小时工资  3 | | | | | 每人次摊销金额  1×2×3 | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
|  | | |  | |  | |  | | | | |  | | | |
| 五 | 设备折旧费 | | | 型号 | 年折旧率 | 单位 | | 单价  1 | | | 使用时间2 | | 人均占用时间  3 | | | 每人次  摊销金额  1÷2×3 |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
|  | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 小计 | | |  |  |  | |  | | |  | |  | | |  |
| 六 | 房屋折旧费  (甲) | | | | 房屋造价  (1) | | | 年折旧率(2) | | | 年折旧额  (3) | | 面积分摊比率  (4) | | | 年开展  项目量  (5) |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
|  |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
| 小计 |  | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  |
| 七 | 管理费 | | |  | | | | | | | | |  | | | |
| 八 | 成本合计 | | |  | | | | 申报价格 | | | | |  | | | |
| 项目内涵： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 除外内容： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外省市价格： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需要说明的情况： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医疗机构负责人意见（签字）  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 市州发改委意见（公章）  年月日 | | | | | | | | 县发改委意见（公章）  年月日 | | | | | | | | |
| 市州卫生计生委意见（公章）  年月日 | | | | | | | | 县卫生计生委意见（公章）  年月日 | | | | | | | | |
| 市州人力资源社会保障局意见（公章）  年月日 | | | | | | | | 县人力资源社会保障局意见（公章）  年月日 | | | | | | | | |
| 专家评审意见： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 参评专家名单： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 单位 | | | | | 职称 | | 联系电话 | | | | | 签名 | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | |  | | | | |  | | |
| 省发改委意见：  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省卫生计生委意见：  年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 省人力资源社会保障厅意见：  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。

