BSZN-

《医疗机构执业许可证》校验 办事指南

官渡区卫生健康局

2019年12月17日发布

《医疗机构执业许可证》校验办事指南

**一**、受理范围

官渡区卫生健康行政部门核发《医疗机构执业许可证》的医疗机构.

二、办理依据

《医疗机构管理条例》（1994年2月26日国务院令第149号）第二十二条：“床位不满100张的医疗机构，其《医疗机构执业许可证》每年校验1次；床位在100张以上的医疗机构，其《医疗机构执业许可证》每3年校验1次。校验由原登记机关办理。” 《医疗机构管理条例实施细则》第三十五条：“床位在一百张以上的综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院以及专科医院、疗养院、康复医院、妇幼保健院、急救中心、临床检验中心和专科疾病防治机构的校验期为三年；其他医疗机构的校验期为一年。医疗机构应当于校验期满前三个月向登记机关申请办理校验手续。”

三、实施机关

官渡区卫生健康局负责该行政事项的受理、审查并做出行政许可决定。

1. **许可条件**
2. **予以批准的条件：**

已取得我区《医疗机构执业许可证》的机构校验

1. **不予批准的情形：**

医疗机构有下列情形之一的，登记机关可以根据情况，给予一至六个月的暂缓校验期:

1.不符合《医疗机构基本标准》;

2.限期改正期间;

3.省、自治区、直辖市卫生健康行政部门规定的其他情形。

五、许可数量

无限制

六、受理形式和地点

窗口办理：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口，咨询电话67159358、67159308

交通方式：可乘坐169路、174路、232路、252路、253路、A12路、D12路公交车到达。

办理网址：否

七、申请材料

《医疗机构执业许可证》校验申请材料

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 材料名称 | 材料形式 | 纸质/电子文件 | 份数 | 备注 |
| 1 | 《医疗机构校验申请书》 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 2 | 《医疗机构执业许可证》正、副本原件、复印件 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 3 | 校验期内的医疗废物处置合同（若跨年的需要提供两年的医疗废物处置合同） | □原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 4 | 校验期内接受卫健部门检查、指导结果及整改情况 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 5 | 校验期内发生的医疗民事赔偿（补偿）情况（包括医疗事故）、卫生技术人员违法违规执业及其处理情况 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 6 | 特殊医疗技术项目开展情况 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 7 | 与开展业务相适应的卫生技术人员资质（身份证复印件、资格证、执业证、职称证） | □原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件，复印件盖公章 |
| 8 | 校验期内工作总结（包括医护人员情况、电子化注册情况、执业情况等） | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 9 | 户外门头广告彩色照片 | 原件  □复印件 | 纸质 | 1份 |  |
| 10 | 其他情形相关材料 | 原件  复印件 | 纸质 | 1份 | 原件（核验）收复印件 |

八、办理时限

法定办理时限: 30工作日(专家评审时间、现场评审时间不计算在内)

承诺办理时限：3工作日(专家评审时间、现场评审时间不计算在内)

九、许可收费及依据

本许可事项不收费。

十、办理流程

**（一）申请**

1、提交方式：现场提交。

窗口地址：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口。

1. 提交时间（现场）：周一至周五（法定节假日除外）上午9:00-12:00

13：00-17：00。

**（二）受理**

对申请人提交的书面申请材料进行完整性审查，符合申请材料法定要求的，予以受理；提交资料不全的，发放补正材料通知书。

**（三）审核**

申请材料齐全的，由官渡区卫生健康局组织有关专家进行审核和的执业登记现场审查，合格的进入审批程序。

**（四）许可决定及送达方式**

现场审查合格的，发放已校验的《医疗机构执业许可证》。

送达方式：申请人到窗口领取已校验的《医疗机构执业许可证》。

1. 许可服务

**(一)咨询**

1、窗口咨询：官渡区政府政务服务中心窗口

地 址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦4号楼政务服务中心窗口

2、电话咨询：咨询电话67159358、67159308，当场回复。

**（二）办理进程查询**

可通过窗口电话：67159358、67159308查询进程。

**（三）监督投诉**

窗口投诉：窗口投诉：官渡区人民政府政务服务中心一楼投诉受理窗口；

电话投诉：0871—67154367，

信函投诉：官渡区卫生健康局办公室 通讯地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼二楼 邮政编码650200 电话67173050

网站投诉：云南省政务服务网上大厅（<http://www.zwfw.yn.gov.cn>）

**（四）行政复议或行政诉讼**

1.行政诉讼部门

如不服本（行政许可）决定，可在接到本决定书之日起60日内向昆明市卫生健康委员会或官渡区人民政府申请行政复议，或6个月内向官渡区人民法院起诉。

2.行政复议部门：

（1）官渡区司法局( 地址：昆明市官渡区云秀路2898号国投大厦1号楼6层，联系电话：（0871）67152522；

（2）昆明市卫生健康委 (地址：昆明市呈贡新区行政中心8号楼4层，联系电话：0871-63170064。

（3）诉讼机关：官渡区人民法院

地址：官渡区雨龙路1619号，联系电话0871-67275888

附件

医疗机构校验办事流程示意图

|  |
| --- |
| 提出申请  审核申请材料    符合不予  受理情形  申请材料审核结果  需要补  正材料  发放《补正材料通知书》  不予受理  材料 符合要求  现场审查  材料补正后符合要求  现场审查结果  不合格  通知申请人整改    合格  整改合格  整改结果  发放已校验的《医疗机构执业许可证》或《中医诊所备案证》  到期不整改或整改不合格    整改后仍不合格  不予受理  图1 医疗机构校验办事流程示意图 |

**医 疗 机 构 校 验 申 请 书**

**申请单位 （章）**

**法定代表人 （章）**

**（主要负责人）**

**登记号□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□**

**（医疗机构代码）**

**申 请 日 期 年 月 日**

**中华人民共和国卫生和计划生育委员会制**

附表14-1

**填 表 说 明**

1、此表为医疗机构向登记机关申请医疗机构校验时专用。

2、附表14-2医疗机构代码 按照卫统发（1991）第6号文件《卫生单位名称代码及数据库管理办法（暂行）》和补充规定的有关规定填写。

3、附表14-2隶属关系 附表14-2隶属关系 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

4、附表14-2所有制形式 在后面的括号中填写应选项目的号码，只能填一个。

5、附表14-2服务对象 填写要求同4。

6、附表14-2法定代表人 医疗机构为法人单位的，填写其法定代表人姓名；不属于法人单位的，填写主要负责人姓名。

7、附表14-3在每项空格中填写相应项目的人数。

8、附表14-3管理人员 指医疗机构的领导人和职能科室的各级管理人员，财会人员除外。

9、附表14-3康复治疗人员 指从事运动治疗、作业治疗、言语治疗、物理因子治疗和传统康复治疗的人员。

10、附表14-4普通设备 按医疗机构基本标准中的医疗设备标准逐项填写。

11、附表14-5出院者平均住院日计算公式：

出院者占用总床日数

出院人数

12、附表14-5平均每一门诊诊疗人次医疗费（元）计算公式：

上一年全年门诊医疗费用总数（元）

上一年全年门诊诊疗人次总数

门诊医疗费用包括：挂号费、药费、检查治疗费等门诊收入。

13、附表14-5平均每一出院者住院医疗费（元）计算公式：

上一年全年出院者住院医疗费用总数（元）

上一年全年出院总人数

住院医疗费用包括：住院费、药费、手术费、检查治疗费等住院收入。

14、附表14-5出院者平均每天住院医疗费（元）计算公式：

平均每一出院者住院医疗费（元）

出院者平均住院日

附表14-2**医疗机构简况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 | | | | 开业日期 年 月 | | | | |
| 登记号（医疗机构代码） □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | |
| 所有制形式 （1）国营（2）集体经济经营（3）私营（4）中外合资合作（5）其他 | | | | | | | | |
| 隶属关系（1）中央属（2）省、自治区、直辖市属（3）直辖市区、省辖市、地区（盟）属（4）省辖市区、地辖市属（5）县（旗）属（6）街道办事处属（7）乡（镇）属（8）村属（9）其他 | | | | | | | | |
| 主管单位名称 | | | | | | | | |
| 服务对象 （1）社会（2）内部（3）境外人员（4）社会+境外人员 | | | | | | | | |
| 医疗机构地址 | | | | | | | | |
| 邮政编码 □□□□□□ | | | 电话 | | | | | 传真 |
| 法定代表人 | 姓名 性别 男 □ 女□ | | | | 主要负责人 | 姓名 男□ 女□ | | |
| 出生年月 专业 | | | | 出生年月 专业 | | |
| 职务 职称 | | | | 职务 职称 | | |
| 最高学历 | | | | 最高学历 | | |
| 占地  面积 m2 | | 建筑  面积 m2 | | | | | 建筑面积中  业务用房面积 m2 | |
| 资金总计 万元 | | 固定资金 万元 | | | | | 流动资金 万元 | |
| 服务方式 门诊□ 急诊 □ 住院□ 家庭病床□ 巡诊□ 其他□ | | | | | | | | |
| 床位数 | | | | 牙科诊椅数 | | | | |
| 备注 | | | | | | | | |

附表14-3**人 员 情 况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总数 | | | 其中卫生技术人员数 | | | 行政后勤人员数 | | |
| 医生 | 主任医师 | 副主任医师 | | 主治医师 | 住院医师 | | 医士 |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 药剂人员 | 主任药剂师 | 副主任药剂师 | | 主管药剂师 | 药剂师 | | 药剂士 |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 检验人员 | 主任检验师 | 副主任检验师 | | 主管检验师 | 检验师 | | 检验士 |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 护理人员 | 主任护师 | 副主任护师 | | 主管护师 | 护师 | | 护士 |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 放射技术人员 | 主任技师 | 副主任技师 | | 主管技师 | 技师 | | 技士 |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 工程技术人员 | 高级工程师 | 工程师 | | 助理工程师 | 技术员 | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 研究人员 | 研究员 | 副研究员 | | 助理研究员 | 实习研究员 | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 教学人员 | 教授 | 副教授 | | 讲师 | 助教 | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 财会人员 | 高级会计师 | 会计师 | | 助理会计师 | 会计员 | |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |
| 管理人员 | |  | | 营养师 |  | | | |
| 营养士 | |  | | 助产士 |  | | | |
| 康复治疗人员 | |  | | | | | | |
| 工人 | |  | | 其他人员 |  | | | |
| 乡村医生 | |  | | 村卫生员 |  | | | |

附表14-4**仪 器 设 备 情 况**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 名称 | 数量 | 名称 | 数量 |
| 大  型  仪  器  设  备 | （1）伽玛刀 |  | （10）У—照相机 |  |
| （2）核磁共振成像仪（MRI） |  | （11）体外循环机 |  |
| （3）全身CT |  | （12）腹腔镜（手术用） |  |
| （4）头部CT |  | （13）碎石机 |  |
| （5）钴—60治疗机 |  | （14）彩色多普勒成像仪 |  |
| （6）加速器 |  | （15）自动生化分析仪（10万元以上） |  |
| （7）500mA X光机 |  | （16）血液透析机 |  |
| （8）800mA X光机 |  | （17）环氧乙烷消毒设备 |  |
| （9）1000mA 以上X光机 |  |  |  |
| 普  通  设  备 |  |  |  |  |

注：普通设备栏如不够，请自行另附页

附表14-5 **上一年度业务工作概况**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 服  务  量 | 门诊诊疗人次 | | 急诊诊疗人次 | | | | 入院病人人次 | | 床位周转次数 | | 出院者平均住院日 | 床位使用率（%） | 家庭病床（张） | 出诊人次 |
|  | |  | | | |  | |  | |  |  |  |  |
| 收入来源  （万元） | | 国家拨款 | | | | | | | 业务收入 | | 集资 | 捐款 | 贷款 | 其它 |
| 经常性拨款 | | | | 专款 | | |  | |  |  |  |  |
| 业务收入分类（万元） | | 药品费 | | | 检查费 | | | 手术费 | | 住院床位费 | | 挂号费 | 诊查费 | 其他 |
|  | | |  | | |  | |  | |  |  |  |
| 支出  （万元） | | 人员开支 | | | | | | 药品购置 | | 设备购置 | | 消耗品购置 | 维修 | 其他 |
| 基本工资 | | 奖金补贴 | | | |
| 平均每一门诊诊疗人次医疗费（元） | | | | | | | |  | | | | | | |
| 平均每一出院者住院医疗费（元） | | | | | | | |  | | | | | | |
| 出院者平均每天住院医疗费（元） | | | | | | | |  | | | | | | |
| 计算机应用 | | □门诊病人管理 □住院病人管理 □病案首页管理 □医疗统计  □病房医嘱管理 □药品管理 □营养膳食管理 □科研项目管理  □后勤管理 □财务管理 □人事管理 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| **保 证 书**  本人向官渡区卫生健康局所提供的申报材料真实、合法。如有不实之处，本机构愿意承担相应的法律责任，并负担由此所造成的一切后果。  保证方：法定代表人（签名） 单位（公章） | | | | | | | | | | | | | | |

附表：A 校验(现场审查、核实)医疗机构审批意见

|  |  |
| --- | --- |
| 校验(审  查、核实、  机构所属街道卫生监督人员）受理人员  意 见 |  |
| 处(室)  意 见 | 签字： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附表：B 检验核准医疗机构登记事项

|  |
| --- |
| 执业许可证登记号：**□□□□□□□□□□□□□□□□** |
| 名称： |
| 地址： 邮编：**□□□□□□** |
| 联系电话： |
| 主要负责人： |
| 所有制形式： |
| 医疗机构分类： 营利性**□** 非营利性**□** 其它**□** |
| 服务对象： |
| 注册资金(资本)： |
| 诊疗科目： |
| 床位数： 牙椅数： |
| 备注： |