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： |