附件

海南省医保定点医院日间手术备案流程

一、根据《海南省日间手术医保支付管理办法（试行）》的要求，由医疗机构填写，并准备相关附件（含医疗机构执业许可证、日间手术管理制度、海南省医保定点医院日间手术开展人员统计表，详见附件）。

二、医疗机构备好以上资料后，正式报送所属卫健委质量管理部门，其中省级医疗机构报送海南省医疗质量控制办公室，市县级医疗机构报送市县卫健委质控管理部门。

三、卫健委质量管理部门指定专人对材料进行初审，材料内容完整的移交省医疗质量控制办公室，并组织专家复审（省医疗质量控制办公室指定专人负责对接，董爵佳，联系电话：0898-65322105，邮箱：737125490@qq.com），省医疗质量控制办公室认为有必要的可现场核查相关信息。

四、省医疗质量控制办公室收到完整备案材料后对照管理办法，于2个工作日内完成审核，并向所属卫生健康委质量管理部门提出备案意见和建议。

五、省医疗质量控制办公室完成日间手术备案表盖章后，抄送省医保局。

各市县质控管理部门定期整理本市县医疗机构开展日间手术清单，报送省医疗质量控制办公室，以便省质控办开展日间手术质量监控。省质控办每季度向省卫生健康委医政处书面汇报工作开展情况。

省医疗质控办联系人：董爵佳，(0898)65322105

省日间手术质控中心联系人：陈丽燕，13138925211

附件：

**海南省医保定点医院日间手术开展人员统计表**

填报单位: 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **手术名称** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **职称** | **开展微创手术是否经过正规培训基地培训并考核合格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1、表格不够另行添加。

1. 手术名称一栏根据国家临床版3.0手术操作编码进行填写。
2. 本表在填报单位处加盖单位公章后有效。