附件4《办事指南》

**办事指南**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事项名称 | | | 医疗机构设置审批 | 事项编码 | | 基本编码 | | | 110000143000 | | | |
| 实施编码 | | | 530124000000015127362000 | | | |
| 事项类型 | | | 行政审批 | 服务对象 | | □自然人 □法人 | | | | | | |
| √自然人或法人 | | | | | | |
| 办理机构 | | | 县卫计局 | 服务层级 | | □市级 √县（区）级 | | | | | | |
| □镇（街）级 □村（社）级 | | | | | | |
| 受理条件 | | | 符合《富民县医疗机构设置规划》，申请材料齐全就可受理。 | | | | | | | | | |
| 设定依据 | | | 1、《医疗机构管理条例》 条款：第九条  2、《云南省医疗机构管理条例》 条款：第九条  3、《医疗机构管理条例实施细则》 条款：第十一条 | | | | | | | | | |
| 审批条件 | | | 1、符合《富民县医疗机构设置规划》  2、"设置申请人条件通过审查，无以下情形之一：1.不能独立承担民事责任的单位；2.正在服刑或者不具有完全民事行为能力的个人；3.医疗机构在职、因病退职或者停薪留职的医务人员；4.发生二级以上医疗事故未满五年的医务人员；5.因违反有关法律、法规和规章，已被吊销执业证书的医务人员；6.被吊销《医疗机构执业许可证》的医疗机构法定代表或者主要负责人。"  3、选址报告、资信证明、可行性研究报告通过审查。  4、拟设医疗机构符合《医疗机构基本标准》。 | | | | | | | | | |
| 审批数量 | | | 有数量限制，依据《富民县医疗机构设置规划》进行设置，按照受理顺序择优许可 | | | | | | | | | |
| 申请材料 | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 材料名称 | | | | | | 材料说明（要求） | | | 收件类型 | 收件份数 | 备注 |
| 1 | 《设置可行性研究报告》 | | | | | |  | | | 原件 | 1 |  |
| 2 | 设置医疗机构申请书 | | | | | |  | | | 原件 | 1 |  |
| 3 | 选址报告 | | | | | |  | | | 复印件 | 1 |  |
| 4 | 两个以上法人或其他组织共同申请设置医疗机构以及两人以上合伙申请设置医疗机构的，应提交经公证机关公证的各方共同签署的协议书 | | | | | | 验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| 5 | 设置申请人银行出具的资信证明 | | | | | |  | | | 原件、复印件 | 各1份 |  |
| 6 | 选址报告和建筑设计平面图、科室设置平面图 | | | | | |  | | | 原件、复印件 | 各1份 |  |
| 7 | 房屋（或医疗用地）的产权证明或使用权证明。属租赁房屋（或医疗用地）的，还须提交房屋（或医疗用地）租赁意向书。 | | | | | | 验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| 8 | 申请人为个人的，提供身份证 | | | | | | 附签名字样，按手印，验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| 9 | 申请人为企业的，提供法人营业执照（副本）、组织机构代码证（副本），法定代表人身份证（附法定代表人的签名字样，按手印）[ 必需  原件1份  ] | | | | | | 附签名字样，按手印，验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| 10 | 申请人为国家机关或事业单位的，提供法定代表人或单位负责人证明性材料 | | | | | | 必需  原件 | | | 原件 | 1 |  |
| 11 | 授权他人代理的，提供授权委托书（原件）及代理人身份证明 | | | | | | 验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| 12 | 拟设置医疗机构的法定代表人或主要负责人身份证明材料 | | | | | | 验原件 | | | 复印件 | 1 |  |
| … |  | | | | | |  | | |  |  |  |
| 办理流程 | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | 1 | 受理 | 申请材料初审 | | 2 | 承办 | 资料审核、组织专家组现场勘验和社会公示 | | 3 | 审核 | 申请资料及现场评审资料审核 | | 4 | 批准 | 签批医疗机构设置审核意见表 | | 5 | 办结 | 发放设置医疗机构批准书 | | | | | | | | | | | |
| 收费标准和收费依据 | | 无收费 | | | | | | | | | | |
| 审批时限 | | 30天 | | | 申请接收 | | | 富民县政务局卫计窗口 | | | | |
| 结果物名称 | | 设置医疗机构批准书 | | | 结果物有效期 | | | 100张床位以上的医疗机构为2年；  不满100张床位的医疗机构为1年；  不设床位的医疗机构为6个月。 | | | | |
| 咨询查询 | | 68818221 | | | 投诉渠道 | | | 68818221 | | | | |
| 材料空表 | | 《设置医疗机构申请书》 另附 | | | | | | | | | | |
| 材料样张 | | 《设置医疗机构申请书》样张 另附 | | | | | | | | | | |
| 结果样本 | | 《设置医疗机构批准书》 另附 | | | | | | | | | | |
| 特别说明 | |  | | | | | | | | | | |