附件4

**贵州省省本级基本医疗保险新增定点**

**医疗机构实地考核表**

医疗机构名称：（加盖公章）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **考核项目** | **考核内容** | **考核情况** | **备注** |
| 1 | 资料证照 | 实际经营范围、经营地址是否与医疗机构执业许可证、营业执照相一致  实际床位数是否与医疗机构执业许可证床位数一致核验其他申请的相关资料 |  |  |
| 2 | 制度管理 | 是否建立相应的医保管理制度  是否建立药品、耗材“进、销、存”管理制度  是否建立医保信息化管理制度 |  |  |
| 3 | 从业人员 | 医护技人员执业范围是否符合医疗机构许可证批准的诊疗范围  医护技人员执业注册地是否在该医疗机构  是否真实在职在岗等 |  |  |
| 4 | 医保管理 | 是否配备医保管理部门  是否配备医保管理人员  是否配备医保信息系统维护人员等 |  |  |
| 5 | 病历管理 | 是否有门诊处方、日志或治疗单  门诊日志的疾病诊断与治疗、检查、用药是否相符  实际诊疗项目是否属于基本医疗保险支付范围  是否执行医保部门制定的基本医疗服务医药价格 |  |  |
| 6 | 设施设备 | 是否配备省本级医保联网结算要求的设施设备  是否配备与开展诊疗项目相适应的医疗服务基础设施和仪器设备 |  |  |
| 7 | 信息系统 | 是否配备符合省本级医保联网结算要求的信息化管理系统  是否配备信息化管理系统的专管人员 |  |  |
| 8 | 其他 |  |  |  |

考核组长：

考核人员： 医院分管院长签字：

考核日期： 日期：