附件4

贵州省医疗保障定点医疗机构申办实地考察表

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 | 机构证照 | 实际执业范围、执业地址是否与医疗机构执业许可证一致  实际床位数是否与医疗机构执业许可证床位数一致  核查其他申请的相关资料 |  |  |
| 2 | 从业人员 | 核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；  是否真实在职在岗 |  |  |
| 3 | 医保管理 | 是否配备医保管理部门  是否配备医保管理人员  是否建立相应的医保管理制度  实际诊疗项目是否属于基本医疗保险支付范围  是否执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录 |  |  |
| 4 | 财务管理 | 是否建立内部财务管理制度  是否建立药品及一次性医用材料“进、销、存”管理制度  核查药品、耗材进销存是否一致  核查近三个月经营状况统计及会计报表  核查纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告 |  |  |
| 5 | 信息管理 | 是否配备医保直接联网结算要求的信息化设施设备  是否配备规范化的信息化管理系统  是否配备信息化管理系统的专管人员 |  |  |
| 6 | 病历管理 | 是否有门诊处方、日志或治疗单等  门诊（住院）疾病诊断与治疗、检查、用药是否相符  是否有与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备 |  |  |
| 7 | 营业场所 | 是否符合医疗服务功能分区，是否符合医疗机构面积设置标准 |  |  |
| 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：