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：