医疗机构名称：（加盖公章）

申报基本医疗保险个人账户支付医疗机构评估标准表

评估日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目及分值 | | 评估标准 | | 评估方法 | 评估记录 | 自评得分 | 复核得分 |
| 1 | 基本条件 （30 分） | 证件资料  （5 分） | 《医疗机构执业许可证》等证件齐全的，得 5 分,不齐全的暂不纳入。 | | 查看所报资料，现场核实 |  |  |  |
| 经营场所面积  (10 分） | 原则上达到 200 ㎡以上的，得 10 分；不足 200 ㎡的酌情扣 2-5 分，低于 120 ㎡的暂不纳入。单位内设医疗机构可适当放宽。 | |  |  |  |
| 科室设置  （5 分） | 原则上 3 个及以上科室的，得 5 分；不符合的酌情扣 2-5 分。中医、口腔 诊所可适当放宽。 | |  |  |  |
| 规划布局  （5 分） | 与最近同类定点医疗机构距离超 1000 米的，得 5 分。不符合的扣 5 分。 | |  |  |  |
| 医疗仪器设备  （5 分） | 符合卫计部门规定的仪器配置标准的，得 5 分，不符合的扣 5 分。 | |  |  |  |
| 2 | 信息管理系统  （10 分） | 对医疗服务实行全流程信息管理的得 10 分；非全流程但能满足医保联网刷卡需求的得 5 分； 不能满足医保联网刷卡需求的，暂不考虑纳入。 | | | 现场查看 |  |  |  |
| 3 | 人员配备 （20 分） | 配备 3 名及以上医师的，得 10 分；不符合要求扣 10 分；配备 3 名及以上护士的，得 10 分， 不符合要求的扣 5 分（中医诊所适当放宽）。 | | | 查看所报资料，现场核 实。 |  |  |  |
| 4 | 经营状况 （20 分） | 经营时间 12 个月（含）以上且主营业务在基本医疗保险支付范围内的，得 20 分；6-12 个月 的得 10 分，3-6 个月的本项得 5 分。如有对外分包营业场所的行为或主营业务不属于基本医 疗保险支付范围的暂不纳入。 | | | 查看《医疗机构执业许可 证》确定营业时间和营业 范围 |  |  |  |
| 5 | 内部管理 （20 分） | 内部规章制度健全，遵守医疗服务管理相关法律、法规及规定，得 5 分；为全部医护人员及 相关管理人员缴纳社会保险的，得 15 分；参保率每降低 5%，扣 1 分，扣完为止。 | | | 查看所报资料，现场核 实。 |  |  |  |
| 诚信承诺及签字： | | | | 复核人员签字： | | 合计 |  |  |

备注：1.“评估记录 ”栏目如实简略记录需要扣分的情况；

2. 自评得分≥80 分的，签字承诺真实；经复核得分≥80 分的，评估为“合格 ”。