附件8

贵州省医保定点医疗机构医保服务情况表

填报时间：2022年6月21日

职工医疗保险														
门诊						住院								
就诊人次（人次）			费用（万元）			费用（万元）	按支出类别分类			按支出构成分类		出院人次（人次）	次均住院床日（床日）	次均住院费用（万元）
	普通门（急）诊	门诊慢特病		普通门（急）诊（万元）	门诊慢特病		药品费（万元）	医用耗材费（万元）	医疗服务费（万元）	基金支出（万元）	个人支付（万元）			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1831	1831	0	39.4996	39.4996	0	1124.9462	368.4559	301.0194	455.4707	912.1954	212.7507	956	13.47	1.1767
填报人：敖灵												联系电话：0851-85560699		

填表说明：1.该表为医保定点医疗机构填写。包含省内及跨省异地就医直接结算参保人员的就医人次及金额。

2.门诊就诊人次指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构门诊就诊的人次数，包括普通门（急）诊就诊人次及门诊慢特病就诊人次。门诊慢特病在药店购药，享受门诊慢特病待遇，按门诊慢特病统计。

普通门（急）诊就诊人次指报告期内参加城乡居民基本医疗保险人员在定点医疗机构普通门(急)诊就诊的人次数。同一天在同一家定点医疗机构同一科别就诊的视为一次。

门诊慢特病就诊人次指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构门诊慢特病就诊的人次数。门诊慢特病在药店购药，享受门诊慢特病待遇，按门诊慢特病统计。同一天在同一家定点医疗机构同一科别就诊的视为一次。

门诊费用指报告期内参加城乡居民基本医疗保险人员在定点医疗机构门诊发生的费用支出合计，包括普通门（急）诊费用及门诊慢特病费用。

普通门（急）诊费用指报告期内参加城乡居民基本医疗保险人员在定点医疗机构发生的普通门(急)诊医疗费用合计。包括基本医疗保险统筹基金、其他补充保险支付和个人支付等费用。如基本医保与商业保险、慈善救助、其他企业补充医疗保险等实施一单制结算，也包括这些费用。

门诊慢特病费用指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构门诊慢特病就诊发生的医疗费用的合计。包括统筹基金、大病、其他补充和个人支付等费用。如基本医保与商业保险、慈善救助、其他企业补充医疗保险等实施一单制结算，也包括这些费用。

住院费用指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间所发生的医疗费用的合计。包括基本医疗保险统筹基金、大病、其他补充和个人支付等费用。如基本医保与商业保险、慈善救助、其他企业补充医疗保险等实施一单制结算，也包括这些费用。

药品费指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间发生的药品费用，包括西药、中成药、中草药费等。

医用耗材费指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间发生的医用耗材费用的总额。所有耗材需经贯标赋码。

医疗服务费指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间发生的医疗服务费用的总额。

住院基金支出指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间所发生的医疗费用按规定由医保基金支付的总额。包括统筹支付（基本支付及大额支付）及其他支付。

住院个人自付指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间实际发生的住院医疗费用中由个人支付的费用。包括自付及自费。

出院人次指报告期内参加城乡居民医保的参保人员在定点医疗机构住院治疗结算的人次数(包括死亡)，包含日间手术和日间病床人次数。

次均住院床日指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院治疗累计住院床日数除以出院人次。

次均住院费用指报告期内参加城乡居民基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间所发生的医疗费用的合计除以出院人次。包括基本医疗保险统筹基金、大病、其他补充保险和个人支付等费用。如基本医保与商业保险、慈善救助、其他企业补充医疗保险等实施一单制结算，也包括这些费用。

审核关系：（1）=（2）+（3），（4）=（5）+（6），（7）≥（8）+（9）+（10），（7）=（11）+（12），(15)=(7)/(13)