

附件 3

2023 年贵州省医保定点医疗机构职工医保服务情况表

填报时间：2024 年 8 月 7 日

职工医疗保险														
门诊						住院								
就诊人次 (人次)	普通门 (急) 诊	门诊 慢特病	费用支 出合计 (万元)	普通门 (急) 诊	门诊慢 特病	费用支出 合计(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)
							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
23285	17093	6192	445.55	230.8	214.76	579.6	127.75	22.61	429.24	450.05	129.55	1987	7.625	0.29

填报人：樊健

联系电话：18275640861

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**指报告期内参加职工基本医疗保险职工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。

普通门（急）诊就诊人次指报告期内参加职工基本医疗保险职工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职工基本医疗保险职工在定点医疗机构门诊慢特病就诊的人次数。同一天在同一家定点医疗机构同一科别就诊的视为一次。

门诊费用支出合计指报告期内参加职工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）诊费用支出合计及门诊慢特病费用支出合计。

普通门（急）诊费用支出合计指报告期内参加职工基本医疗保险人员在定点医疗机构普通门（急）诊就诊发生的医疗费用的合计。包括基本医疗保险个人账户、社会统筹基、公务员医疗补助资金、大额医疗费用补助资金支付和个人支付的医疗费用。也包括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产生的费用。

门诊慢特病费用支出合计指报告期内参加职工基本医疗保险职工在定点医疗机构门诊慢特病就诊发生的医疗费用的合计。包括基本医疗保险个人账户、统筹基金、公务员医疗补助资金、大额医疗费用补助资金支付和个人支付（个人自费）等的医疗费用。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。

住院费用支出合计指报告期内参加职工基本医疗保险的职工在定点医疗机构住院期间所发生的全部医疗费用的合计。包括基本医疗保险个人账户、统筹基金、公务员医疗补助资金、大额医疗费用补助资金支付和个人支付（个人自费）的医疗费用。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职工基本医疗保险的人员在定点医疗机构住院期间发生的全部药品费用，包括西药、中成药、中草药费等。

医用耗材费指报告期内参加职工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职工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职工基本医疗保险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职工基本医疗保险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职工医保人员在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职工医保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职工基本医疗保险的职工在定点医疗机构住院期间所发生的全部医疗费用的合计除以出院人次。包括基本医疗保险个人账户、统筹基金、公务员医疗补助资金、大额医疗费用补助资金支付和个人支付（个人自费）的医疗费用。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），（15）=（7）/（13）