

贵州省省本级医保定点医药机构医疗保障基金监管 信息披露工作联络员名单

附件 1

贵州省省本级医保定点医疗机构总体情况表

填报时间：

机构名称	机构性质	编制床位数（个）	诊疗科目	当前医保定点协议管理状态	是否开通省内异地就医即时结算	是否开通省外异地就医即时结算
贵黔国际医院	营利性	1500	预防保健科(健康体检)/内科；呼吸内科专业；消化内科专业；神经内科专业；心血管内科专业；血液内科专业；肾病学专业（血液透析 60 台）；内分泌专业；免疫学专业；变态反应专业；老年病专业/外科；普通外科专业；神经外科专业；骨科专业；泌尿外科专业；胸外科专	正常	是	是

			业；心脏大血管外科专业；整形外科专业/妇产科；妇科专业；产科专业；计划生育专业；优生学专业；生殖健康与不孕症专业/妇女保健科/儿科；新生儿专业/儿童保健科/眼科/耳鼻咽喉科；耳科专业；鼻科专业；咽喉科专业/口腔科/皮肤科；皮肤病专业；性传播疾病专业/医疗美容科；美容外科；美容皮肤科；美容中医科/肿瘤科/急诊医学科/康复医学科/麻醉科/疼痛科/重症医学科/医学检验科；临床体液、血液专业；临床微生物学专业；临床化学检验专业；临床免疫、血清学专业/病理科/医学影像科；X线诊断专业；CT诊断专业；磁共振成像诊断专业；核医学专业；超声诊断专业；心电诊断专业；脑电及脑血流图诊断专业；神经肌肉电图专业；介入放射学专业；放射治疗专业/中医科		
--	--	--	--	--	--

填报人：

联系电话：

填表说明：1.该表为医保定点医疗机构填写。

2.机构性质分营利性 & 非营利性两类；

诊疗科目需填写具体科目；

当前医保定点协议管理状态分正常、暂停、解除三类。

注：披露时指标解释，审核关系，联系人，联系电话均不用披露。

附件 2

贵州省省本级医保定点医疗机构职工医保服务情况表

填报时间：

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
71319	61830	9489	2980.41	1755.33	1225.08	23940.73	7724.44	711.28	15505.01	16950.65	6990.08	10968	9.38	21827.79

填报人：

联系电话：

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），（7）=（11）+（12），（15）=（7）/（13）

注：披露时指标解释，审核关系，联系人，联系电话均不用披露。

附件 3

贵州省省本级医保定点医疗机构城乡居民医保服务情况表

填报时间：

城乡居民医疗保险														
门诊						住院								
就诊人次 (人次)	普通门 (急) 诊	门诊 慢特病	费用 (万元)	普通门 (急) 诊	门诊 慢特病	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)
							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
1295	108	1187	401.07	2.09	398.98	21251.04	6614.34	713.17	13923.53	12571.86	8679.18	10268	9.57	20696.35

填报人：

联系电话：

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）

注：披露时指标解释，审核关系，联系人，联系电话均不用披露。

附件 4

贵州省省本级医保定点零售药店医保服务情况表

填报时间：

药店名称	是否连锁	公司隶属	购药人次 (人次)	总金额 (万元)	当前医保定点协议 管理状态	是否开通 门诊统筹	是否开通省内 异地就医即时结算

填报人：

联系电话：

填表说明：

1.该表为医保定点零售药店填写。

2.公司隶属指该药店隶属哪家公司，仅需连锁药店填写。

购药人次指报告期内参加职工基本医疗保险职工在定点药店购药的人次数。

总金额指报告期内参加职工基本医疗保险人员在定点药店发生的医疗费用的合计，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。

当前医保定点协议管理状态分正常、暂停、解除三类。

注：披露时指标解释，审核关系，联系人，联系电话均不用披露。

附件 5

贵州省省本级医保定点医药机构医疗保障基金监管 信息披露链接采集表

填报单位：（签章）

年 月 日

序号	信息披露主体名称	医保区划	医保区划名称	上级医保区划	上级医保区划名称	医保区划级别	信息披露域名地址
1	开阳县医疗保障局（示例）	520121	开阳县	520100	贵阳市	0：国家级 1：省级 2：市级 3：区县级	https://xxxx.ccc.gov.cn
2	贵黔国际医院	520112	乌当区	520100	贵阳市	省级	http://www.gigh.cn/index.php?m=content&c=index&a=lists&catid=407
.....							

提供链接的规范：

1. 需要提供包含域名的访问链接，且域名必须通过通管局ICP备案；
2. 提供的访问链接页面需要进行移动手机端展示适配。