附件8

毕节市医保定点医疗机构职工医保服务情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报时间：2023年6月15日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 职工医疗保险 |
| 门诊 | 住院 |
| 就诊人次（人次） |  |  | 费用支出合计（万元） |  |  | 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） |
| 普通门（急）诊 | 门诊慢特病 | 普通门（急）诊 | 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） | 个人自付（万元） |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 18433 | 16749 | 1684 | 393.69 | 303.49 | 90.2 | 856.52 | 246.47 | 62.43 | 568.38 | 639.85 | 237.62 | 1312 | 8 | 0.65 |
| 填报人：陈忱 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 联系电话：15608572526 |

附件9

毕节市医保定点医疗机构城乡居民医保服务情况表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填报时间： | 2023年6月15日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 城乡居民医疗保险 |
| 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 | 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） | 个人自付（万元） |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| 10743 | 6976 | 3767 | 235.3 | 157.59 | 77.71 | 4834.79 | 1398.61 | 472.6 | 3032.1 | 3587.37 | 1317.67 | 7203 | 8 | 0.67 |
| 填报人： | 陈忱 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 联系电话：15608572526 |