附件2

医疗服务价格年度报告报表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.1医院基本情况报表** | | | | |
| 医院名称：　 　医院地址及邮编： 填表人： 填表日期： 电话: 审核人： | | | | |
| **1.职工人数(人)** | |  | | |
| **其中：在职职工人数** | |  | | |
| **临聘人员人数** | |  | | |
| **2.固定资产总值(万元)** | |  | | |
| **3.总收入(万元)** | |  | | |
| **4.总支出(万元)** | |  | | |
| **5.门诊总人次(人次)** | |  | | |
| **其中：普通门诊** | |  | | |
| **急诊** | |  | | |
| **6.实际开放总床位数(张)** | |  | | |
| **7.出院病人数(人)** | |  | | |
| **8.住院总床日数(床日)** | |  | | |
| **9.当年医保基金支付数额(万元)** | |  | | |
| **表2-1填报说明：** | |  | | |
| 1、按医院财务报表中的统计数据填报，资产、收入、支出栏目保留两位小数； | | | | |
| 2、固定资产总值可包含没有决算入账但已投入使用的资产； | | | | |
| 3、住院总床日数不能大于实际开放总床位数乘以365。 | | | | |
| 4、当年医保基金支付数额是指本医院当年实际收到的各类医保基金报销总额。 | | | | |
| **2.2医疗收入支出报表** | | | | | |
| 单位：万元 | | | | | |
| **收入** | | | **支出** | | |
| **收入合计（万元）** |  | | **支出合计（万元）** |  | |
| **一、医疗收入** |  | | **一、业务活动费用** |  | |
| （一）门诊收入 |  | | 1、人员经费 |  | |
| 1、挂号收入（门诊） |  | | 2.商品和服务费用 |  | |
| 2、诊察收入（门诊） |  | | 其中：（1）卫生材料费 |  | |
| 3、检查收入（门诊） |  | | ①化验试剂费 |  | |
| 4、化验收入（门诊） |  | | ②除外材料费（收费材料） |  | |
| 5、治疗收入（门诊） |  | | ③内含材料费（不收费材料） |  | |
| 6、手术收入（门诊） |  | | （2）药品费 |  | |
| 7、卫生材料收入（门诊） |  | | 3、固定资产折旧费 |  | |
| 8、药品收入（门诊） |  | | 4、无形资产摊销费 |  | |
| 9、其他门急诊收入（门诊） |  | | 5、计提专用基金 |  | |
| （二）住院收入 |  | | 6、其他业务活动费用 |  | |
| 1、床位收入（住院） |  | | **二、管理费用** |  | |
| 2、诊察收入（住院） |  | | 1、人员经费 |  | |
| 3、检查收入（住院） |  | | 2.商品和服务费用 |  | |
| 4、化验收入（住院） |  | | 3、固定资产折旧费 |  | |
| 5、治疗收入（住院） |  | | 4、无形资产摊销费 |  | |
| 6、手术收入（住院） |  | | 5、计提专用基金 |  | |
| 7、护理收入（住院） |  | | 6、其他单位管理费用 |  | |
| 8、材料收入（住院） |  | | 其中：（1）利息支出 |  | |
| 9、药品收入（住院） |  | | （2）政府性罚款支出 |  | |
| 10、其他收入（住院） |  | | **三、其他支出（不在业务活动费用、管理费用内的支出）** |  | |
| **二、财政补助收入** |  | | 其中：1、利息支出 |  | |
| 1、政府性基金收入 |  | | 2、政府性罚款支出 |  | |
| 2、财政基本拨款收入 |  | |  |  | |
| 3、财政项目拨款收入 |  | |  |  | |
| 4、上级补助收入 |  | |  |  | |
| 5、非同级财政拨款收入 |  | | **四、当年财政补助收入结余** |  | |
| 1. **其他收入（上述收入以外的其他收入之和）** |  | |  |  | |
| **四、科教收入** |  | | **五、当年科教收入结余** |  | |
| **表2-2填报说明：** | | | | | |
| 1、收入、支出按财务报表明细账填表，以万元为单位，并保留两位小数； | | | | | |
| 2、各项收入的子项之和应等于对应总项； | | | | | |
| 3、当年财政补助收入、科教收入有结余的应填在表中对应栏目； | | | | | |
| 4、门诊和住院药品收入之和应等于支出表中的药品费加上政策规定的中草药及中药饮片加成收入； | | | | | |
| 5、门诊和住院材料收入之和应等于支出表中的除外材料费加上政策规定的加成收入； | | | | | |
| 6、支出表中的化验试剂费、除外材料费、内含材料费三项之和应等于卫生材料费。 | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | |
| **2.3固定资产分类报表** | | | | | | | |
|  | | | 单位：元 | | | | |
| **项 目** | | | **金 额** | | | | |
| **1.房屋及建筑物** | | |  | | | | |
| **其中：住院** | | |  | | | | |
| **实验室诊断（检验）** | | |  | | | | |
| **药品** | | |  | | | | |
| **2.专用设备** | | |  | | | | |
| **其中：住院** | | |  | | | | |
| **实验室诊断（检验）** | | |  | | | | |
| **药品** | | |  | | | | |
| **3.一般设备** | | |  | | | | |
| **其中：住院** | | |  | | | | |
| **实验室诊断（检验）** | | |  | | | | |
| **药品** | | |  | | | | |
| **4.交通运输设备** | | |  | | | | |
| **5.其他固定资产** | | |  | | | | |
| **其中：住院** | | |  | | | | |
| **实验室诊断（检验）** | | |  | | | | |
| **药品** | | |  | | | | |
| **表2-3填报说明：** | | |  | | | | |
| 1、只提供填报此表的基础数据，由第三方公司整理数据后填报此表，基础数据是医院固定资产明细账，并填报调查表2.3.1建筑资产明细表的相关数据； | | | | | | | |
| 2、医院固定资产明细账应标示以下五项信息：资产名称、资产原值、资产取得时间、折旧年限或预计使用年限、使用部门； | | | | | | | |
| 3、固定资产明细账的资产总额应和医院当年财务报表中的固定资产总额相等； | | | | | | | |
| 4、表2.3.1建筑资产明细表分楼房填报，当某项目有多处用房时，应填报多行，只有一处用房时只填报一行，同一栋楼房内的多处用房合并填报。 | | | | | | | |
| **2.3.1建筑资产明细表** | | | |
| **项目名称** | **资产原值** | **总建筑面积** | | | **使用面积** | **分摊资产额** |
| **住院楼1** |  |  | | |  |  |
| **住院楼2** |  |  | | |  |  |
| **检验用房1** |  |  | | |  |  |
| **检验用房2** |  |  | | |  |  |
| **药品用房1** |  |  | | |  |  |
| **药品用房2** |  |  | | |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2.4医务人员收入报表** | | | |
|  |  |  | 单位：元 |
| **项 目** | **医师** | **医技人员** | **护理人员** |
| **在职人数(人)** |  |  |  |
| **年平均收入（元/年）** |  |  |  |
| **表2-4填报说明：** |  |  |  |
| 1、医师、医技、护理人数只填报在医疗岗位的从业人数，包含正式工和合同工，有相同从业职称但不在岗的不包含在内； | | | |
| 2、年平均收入包含工资、绩效、奖金和医院代职工缴纳的社保费用（五险一金）等全部费用，由各类年工资总额除以人数得到年平均收入； | | | |
| 3、医师、医技、护理人数和其年平均收入的乘积之和应小于表2-2支出表中的人员经费额。 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.5医疗服务项目服务例数报表** | | | | |
|  |  |  | 单位：元 |
| **2020版项目编码** | **2020版项目名称** | **现行收费价格** | **年服务例数** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **表2-5填报说明：** |  |  |  |
| 1、此表各项数据从医院收费HIS系统中导出，门诊和住院的相同项目请合并； | | | | |
| 2、当医院的医疗项目编码不是省规定的2020版编码时，请医院修改调整为2020版项目编码； | | | | |
| 3、当医院的医疗项目有自行设置的套餐时，请将套餐内的医疗项目分解后填报； | | | | |
| 4、本表所有医疗项目的收入之和应接近表2-2中医疗收入减出药品收入、门诊和住院材料收入、床位收入后的余额； | | | | |
| 5、本表25和26开头的医疗项目的收入之和应小于表2-2中门诊和住院化验收入的和。 | | | | |