附件四：

医 院 制 剂 成 本

测 算 表

填报制剂名称：

填报单位： （盖章）

负 责 人： （签字）

填 表 人： （签字）

填报时间： 年 月 日

联系电话：

**湖南省医疗保障局**

制

填报制剂基础信息

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 制剂名称 |  | 制剂分类 |  |
| 剂型 |  | 制剂有效期 |  |
| 规格 |  | 包装规格 |  |
| 单价  （元） |  | 医疗机构制剂年总收入  （万元） |  |
| 年产量  （万/计量单位） |  | 本制剂年收入  （万元） |  |
| 制剂成分： | | | |
| 制剂适应症： | | | |
| 制剂的用法用量： | | | |

**制剂填报相关附带支撑数据说明：**

1. 院方需提供制剂相关信息，如：制剂批文、生产批件等。
2. 院方需提供制剂处方、制剂工艺流程（图）、生产记录、生产流程、原料辅料包材的发票、法定财务报表等填表相关支撑数据以便于审核。
3. 如若产生租赁，需提供合法的租赁合同及相关文件。

医疗机构制剂成本填报明细表

（单位：元）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 原料和辅料 | | | | | 包装材料 | | | | | 直接成本 | | | | | | 成本核算 | |
| 品名 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 品名 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 类别 | 项目 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 项目 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 工资 | 生产人员 |  |  |  |  | 原辅材料 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 水 |  |  |  |  |  | 包装材料 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 电 |  |  |  |  |  | 直接人工 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 气 |  |  |  |  |  | 水 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 间接成本 | | | | | | 电 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 类别 | 项目 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 气 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 工资 | 管理人员 |  |  |  |  | 间接人工 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 类别 | 项目 | 折旧  年限 | 年服务  次数 | 单价 | 金额 | 房屋折旧/租赁 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 折旧费用 | 房屋折旧/租赁 |  |  |  |  | 设备折旧 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 设备折旧 |  |  |  |  | 检验费 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 检验费 |  |  |  |  |  | 运输费 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 运输费 |  |  |  |  |  | 其他 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 其他成本 | | | | | | 总成本 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 类别 | 项目 | 单位 | 数量 | 单价 | 金额 | 批产量 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 单个核算成本 |  |
| 小计 | | | |  | 小计 | | | |  | 小计 | | | | |  |  |  |