

贵州省卫生和计划生育委员会

黔卫计函[2018]23号

关于印发《2018年度贵州省新型农村 合作医疗补偿指导方案》的通知

各市、自治州卫生计生委,仁怀市、威宁县卫生计生局,贵安新区住房公积金和社会保障服务中心,各省级新农合定点医疗机构:

为贯彻落实《省人民政府办公厅关于印发贵州省整合城乡居民基本医疗保险制度实施方案的通知》(黔府办发[2016]52号)精神,根据2017年全省新农合运行实际情况和2018年基金总量分析,本着兼顾群众受益和基金安全,体现政策连续性和适应性相结合的原则,统筹考虑各地情况的差异性和全省方案的相对统一性,在贵州省2013-2017年度新农合统筹补偿指导方案的基础上,制定了《2018年度贵州省新型农村合作医疗补偿指导方案》,现印发给你们。请结合实际,按要求科学制定本地2018年度新农合补偿方案。

联系人:蒋瑶

联系电话:0851-86828706



(此件公开发布)

2018年度贵州省新型农村合作医疗 补偿指导方案

一、总体目标和原则

(一)总体目标

2018年,新型农村合作医疗(以下简称“新农合”)统筹基金最高支付限额不低于20万元(不含大病保险基金),门诊、住院费用实际补偿比继续稳定在65%左右,其中儿童先天性心脏病等25种重大疾病实际补偿比应达到我省限定费用的80%左右。住院率控制在10%左右。优化完善新农合大病保险筹资、补偿政策,在新农合基本医保基础上,提高不低于10个百分点的补偿。

(二)补偿方案制定原则

1. 按照分级管理、分级负责和同级医疗机构实行相同起付线、补偿比的原则。省级统一制定省级新农合定点医疗机构、重大疾病按病种付费和跨省异地就医联网结报补偿政策,各地要严格执行。市(州)级统一补偿方案,规范运行,全面推进新农合基金市(州)级统筹工作。

2. 按照收支平衡、以收定支、量入为出、略有结余的原则,强化基金预算精细化管理,科学测算、统筹制定新农合各项保障政策,进一步优化基金支出结构,确保基金安全。

3. 按照基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的原则。各地要结合实际,制定着力引导参合群众首诊在基层的差异化新农合补偿政策。同时,补偿政策要向实施医联体的地区倾斜,强化制度保障,使参合患者就近享受优质医疗服务。

4. 按照发挥多重保障叠加效应,让群众得实惠的原则。强化新农合基本医保、大病保险补偿、商业补充保险等多重政策的衔接和统筹,发挥叠加效应,形成保障合力。

二、保障模式和基金分配

(一)保障模式

完善“新农合基本医保+新农合大病保险”保障模式。新农合基本医保执行“门诊统筹+住院统筹+重大疾病(按病种)”模式;门诊统筹包括:普通门诊、特殊病种大额门诊、家庭医生签约服务;住院统筹包括:普通住院、住院分娩;重大疾病(按病种)包括:儿童先天性心脏病等25种重大疾病医疗救治补偿,新农合大病保险对新农合基本医保后符合条件的剩余医疗救治费用按各地政策规定给予补偿。

(二)基金分配

新农合当年筹集基金与历年结余基金全部纳入统筹基金。新农合统筹基金预算总额原则上按以下五个部分进行分配:

1. 风险基金。风险基金按照省财政厅、省卫生厅《关于建立新型农村合作医疗风险基金有关问题的通知》(黔财社[2005]43号)进行提取、管理和使用。

2. 门诊统筹基金。门诊统筹基金原则上占基金总额的30%左右,用于普通门诊统筹、特殊病种大额门诊统筹和家庭医生签约服务费用补偿。全省各统筹地区不再设置门诊家庭帐户,原家庭帐户的结余资金继续使用,逐步清零。其中对普通门诊统筹中一般诊疗费支付应严格按照《省物价局 省卫生厅 省人社厅关于基层医疗卫生机构一般诊疗费项目和标准及有关问题的通知》(黔价医药[2011]158号)和《贵州省卫生厅办公室关于将基层医疗卫生机构一般诊疗费纳入新农合基金支付的通知》(黔卫办发[2011]220号)的文件要求,用于实行门诊统筹和药品零差率销售的乡、村两级一般门诊补偿。实行一般诊疗费门诊总额预付包干使用的,可按每参合人员不低于15元标准计提,要严格按照《省合医办关于对新农合一般诊疗费实行门诊总额预付包干使用的通知》(黔合医办发[2012]16号)进行绩效考核。

3. 重大疾病(按病种)统筹基金。重大疾病(按病种)统筹基金,原则上不低于统筹基金总额的10%,用于纳入新农合重大疾病病种范围的疾病救治费用补偿。

4. 大病保险基金。贯彻落实李克强总理在今年《政府工作报告》中:“居民基本医保人均财政补助标准再增加40元,一半用于大病保险”有关要求,按照国务院办公厅《关于全面实施城乡居民大病保险的意见》(国办发[2015]57号)、《贵州省新型农村合作医疗大病保险实施方案(试行)》(黔卫计发[2015]35号),2018年大病保险人均筹资标准原则上在不低于年度人均筹资总额的5%的

基础上再增加20元,各市(州)要在科学分析近年当地大病(按金额)发生概率及大病保险基金运行情况的基础上精算确定。大病保险基金严格实行市级统筹,由具有资质的商业保险公司具体经办。

5. 住院统筹基金。新农合统筹基金扣除风险基金、门诊统筹基金、重大疾病(按病种)统筹基金和大病保险投保资金后剩余的部分为住院统筹基金,用于普通住院和住院分娩医药费用补偿。

三、新农合基本医保

(一)门诊统筹补偿政策

1. 普通门诊补偿。普通门诊统筹报销封顶线不低于400元,补偿不设起付线。普通门诊补偿着重引导参合患者在乡(社区)村(站)两级医疗卫生机构就诊。鼓励各地根据基金承受能力,制定大额普通门诊补偿政策,对确需到县级及以上医疗机构普通门诊就医,医药费用年度累计达到一定数额又不属于特殊病种范畴内的,给予一定比例的补偿。

2. 特殊病种大额门诊补偿。特殊病种(包括慢性病和特殊病种)大额门诊费用是指针对该病必须(或专用)的药品、检查和治疗项目的费用,其补偿不设起付线,报销封顶线不低于2万元,政策补偿比例不低于60%。

建立完善参合人员特殊病种大额门诊待遇审查制度,具体规程可参照《省卫生计生委办公室关于规范实施贵州省健康扶贫新农合慢性病门诊补偿服务管理的通知》(黔卫计办函[2017]200

号)执行。对选择家庭医生签约服务的特殊病种参合患者,按照《贵州省关于推进家庭医生签约服务的实施意见》(黔医改办发[2016]17号)要求,在约定的“1+1+1”组合服务医疗机构内就医补偿给予政策倾斜。

慢性病病种:包括风湿(类风湿)性关节炎、关节病(髌、膝)、精神病、脑血管病、慢性阻塞性肺气肿、肺心病、糖尿病、活动性结核病、风湿性心脏病、老年性痴呆、心肌病、慢性支气管炎、哮喘、肾病综合征、慢性肾炎、强直性脊柱炎、癫痫、肝硬化、慢性活动性肝炎、尘肺、高血压(Ⅱ、Ⅲ期)、心脏病并发心功能不全、冠心病、系统性红斑狼疮、乳腺癌、宫颈癌、肺癌(新农合按病种重大疾病规定治疗周期内除外)、神经系统肿瘤、淋巴瘤、肝癌、脑血管病后遗症(有严重功能障碍)、白血病(慢性粒细胞白血病规范药物治疗除外)、再生障碍性贫血、慢性血细胞减少、甲状腺功能减退、帕金森氏病、重症肌无力等,各统筹地区可根据实际情况,适当增补扩大病症范围。

对以下疾病执行全省统一规定的新农合重大疾病补偿政策:终末期肾病门诊透析治疗,协议期内的乳腺癌、宫颈癌、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌门诊规范放化疗,耐多药性肺结核门诊治疗,重性精神病门诊治疗,慢性粒细胞白血病、血友病A、血友病B、甲亢、I型糖尿病、心肌梗塞门诊治疗;肺结核门诊治疗按《贵州省卫生厅办公室关于印发〈贵州省新农合肺结核实施按病种付费试点工作实施方案(试行)〉的通知》(黔卫办发[2012]130

号)执行。

(二)住院统筹补偿政策

1. 省内普通住院补偿。

(1)全省统一省级新农合定点医疗机构补偿政策。

2018年度省级新农合定点医疗机构起付线、分段补偿比例，具体见表1。

表1:2018年度省级新农合定点医疗机构普通住院补偿政策

	医疗机构级别	起付线(元)	纳入补偿范围的住院医疗费用(元)	补偿比例(%)
经转诊	I类	1000	5000以下	55
			5000以上(含5000)	65
	II类	1200	5000以下	55
			5000以上(含5000)	65
非转诊	I类	1500		30
	II类	2000		30

注:省级I类指省级二级(含二级)以下医院,省级II类指省级三级医院(2018年度协议期内省级新农合定点医疗机构名单详见附件1。

(2)市、县域内补偿政策。

各统筹地区根据2017年度市、县域内住院率、实际补偿比、病人住院流向和资金支出等情况,科学适度调整市、县、乡级定点医疗机构起付线、补偿比例等补偿政策。

2017年度参合人员住院率超过10%的统筹地区,应适度提高

区域内定点医疗机构住院补偿起付线。严格实行各级定点医疗机构住院目录外费用自付率控制政策,原则上县级定点医疗机构控制在10%以内。

2. 省外普通住院补偿。

(1) 新农合跨省异地就医联网结报补偿政策。

对我省经转诊到省外联网结报定点医疗机构就医的参合患者(包括省新农合重大疾病25种),实行统一的新农合跨省异地就医联网结报政策,参合患者出院时只需结清个人自付部分。新农合跨省异地就医联网结报补偿政策,具体见表2。

表2:2018年度新农合跨省异地就医联网结报定点医院

	医疗机构级别	起付线(元)	政策范围内住院医疗费用补偿比例(元)	封顶线(元)
经转诊	三级	1500	60%	20万元
	二级	1000	65%	
	一级	500	70%	
非转诊	三级	2000	30%	
	二级	1500		
	一级	1000		

新农合跨省异地就医联网结报补偿金额计入患者参合地年度补偿封顶线,对于各统筹地区年度新农合补偿封顶线高于20万元的,剩余政策范围内医药费用由患者先行垫付后,再回统筹地区按规定报销,不再扣除起付线,具体待遇政策及报补流程由各市(州)自行制定。

(2)新农合跨省异地就医非联网结报补偿政策。

对参合患者经转诊至省外非联网结报医疗机构住院的补偿政策,由各地根据基金情况自行确定,原则上省外的定点医疗机构起付线应高于省内省级定点医疗机构,也可参照省定跨省异地就医联网结报补偿政策执行,具体待遇政策及报补流程由各市州自行制定。

3. 跨年度住院补偿。

跨年度住院的参合人员医疗总费用以12月31日24点为时间节点进行年度切割。对入、出院年度连续参合的,医疗总费用分段分年度分政策分别计算补偿费用。对跨年度住院的参合人员出院年度新参加新农合的,只计算新参合年度发生的住院医疗费,按照出院时所在年度补偿政策计算;对跨年度住院的参合人员出院年度未参合的,只计算上年度住院医疗费用,按照上年度补偿政策计算。

4、严格转诊备案管理

(1)建立转诊差异化补偿政策。各地应结合实际,进一步规范新农合转诊制度,严格实行转诊与非转诊差异化补偿政策。

(2)严格执行省级定点医疗机构转诊制度。在省级定点医疗机构救治的病案需由各统筹县新农合管理经办机构在新农合信息系统内完成转诊登记,病案结算时方可按照“经转诊”的报销比例予以计算补偿。因危急症疾病确需在县级以上住院等特殊情
况,一律实行入院五个工作日内电话报备、统筹县新农合管理经

办机构系统登记补录,医院申报垫付资金时应提供急诊证明材料。

(3)做好跨省异地就医转诊(备案)服务。各地要按照《贵州省新型农村合作医疗跨省异地就医备案制度和联网结报转诊流程规范(试行)》(黔合医办发[2017]18号)要求,对有跨省异地就医需求的参合患者做好转诊(备案)服务。

(4)同一参合患者在年度内患同种疾病多次住院可不办理转诊手续。

(三)新农合重大疾病(按病种)保障政策

继续实施新农合儿童两病(先心病、急性白血病)、妇女两癌(乳腺癌、宫颈癌)、终末期肾病、重性精神病、耐多药肺结核、艾滋病机会性感染、肺癌、食道癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、慢性粒细胞白血病、急性心肌梗塞、脑梗死、血友病 A、血友病 B、I 型糖尿病、甲亢、唇腭裂、地中海贫血、老年性白内障、儿童先天性尿道下裂、儿童苯丙酮尿症等 25 种重大疾病保障工作,实施按病种付费。对患以上新农合重大疾病的患者在省内有关定点救治医疗机构就诊的,可不作转诊,直接到相关重大疾病定点医疗机构申请救治。

(四)其它补偿规定

1. 院外检查费用补偿。患者在县域内医疗机构住院,住院期间因缺乏检查设备需要到其它公立医疗机构检查的,所发生的检查费用纳入当次住院费用,一并按政策规定报销。

2. 院前检查费用补偿。参合患者入院前七天内的,与本次住院疾病相关的门诊检查费用计入当次住院费用一并计算和补偿,报销时需提供门诊检查发票及检查项目清单。参合患者因同一疾病在上级医院检查后七日内到下级医院住院的,上级医院相关门诊检查费也可计入当次住院费用一并计算和补偿。

3. 建立对老年人的补偿优惠政策。各地可根据资金情况制定对老年人住院补偿的优惠政策,如提高报销比例等。

4. 残疾人假肢、助听器补偿。继续将参合群众假肢和助听器的配置费用纳入新农合补偿范围,最高补助额每具大腿假肢为1700元,每具小腿假肢为800元,7周岁以下听力障碍儿童配备助听器每只为3500元。

5. 对14周岁以下儿童及患精神疾病的参合人员自残自伤住院,其政策范围内医药费用可参照同类别医院普通住院补偿政策执行。

6. 意外伤害住院费用具体认定和补偿办法由各统筹地区自行制定,不实行即时结报。医疗机构要积极协助新农合统筹地区或第三方(如保险公司)调查,提供患者是否有第三方责任人的相关证据。

四、调整完善新农合大病保险政策

各市州要根据上年度新农合基本医保及大病保险运行情况,科学调整完善大病保险的起付线、分段补偿比例,并严格执行省卫生计生委统一规定的大病保险补偿范围,确保大病患者实际报

销比例在新农合基本医保的基础上提高不低于10个百分点,切实减轻发生高额医疗费用参合患者的负担。

五、落实农村贫困人口医疗保障倾斜政策

(一)进一步完善四重医疗保障政策

各地要紧密结合健康扶贫工作实际,统筹整合各项资金,合理制定建档立卡农村贫困人口医疗保障政策,发挥保障合力,助推精准扶贫精准脱贫。要根据基金实际支付能力,科学测算新农合基本医保和大病保险保障政策,提高农村贫困人口受益水平。

1. 落实住院统筹保障倾斜政策。在新农合基本医保政策的基础上,对经转诊的不设住院起付线,报销比例提高5个百分点以上;落实新农合大病保险倾斜政策,起付线降低到3000元以下,各档赔付比例提高10个百分点以上;配合落实医疗救助制度,经基本医保、大病保险报销后剩余部分,对建档立卡农村贫困人口中计生“两户”家庭成员由计生利益导向资金给予50%的救助,对属于民政医疗救助的保障对象,在民政年救助封顶线内按不低于50%的比例由民政医疗救助资金给予救助;配合落实医疗扶助制度,通过参合地县级财政统筹资金进行专项扶助,经新农合基本医保、大病保险、医疗救助、医疗扶助“四重医疗保障”报销后,建档立卡农村贫困人口住院医疗费用实际补偿比达90%以上。

2. 落实农村贫困人口大病专项救治保障。严格按照省卫生计生委等四部门《关于印发〈贵州省农村贫困人口大病专项救治工作实施方案〉的通知》(黔卫计发〔2017〕5号)要求,对罹患儿童

白血病等13种大病的,救治费用实施按病种付费,在限定费用内由基本医保、大病保险、医疗救助按规定比例予以全额报销。

3. 落实农村贫困人口慢性病医疗救助保障。严格按照省人民政府办公厅《关于印发贵州省提高建档立卡农村贫困人口慢性病医疗救助水平促进精准扶贫实施方案的通知》(黔府办发〔2017〕29号)要求,对罹患风湿性关节炎等36种慢性病的加大医疗保障力度,落实基本医保目录外药品费用扶助,确保在县及县以下、市级、省级公立定点医疗机构患者年度自付费用分别不超过1000元、3000元、5000元。

4. 优化门诊统筹补偿政策。鼓励各地积极试行将建档立卡农村贫困人口门诊统筹补偿封顶线纳入参合地住院封顶线合并执行,门诊报销比例与同级定点医疗机构住院报销比例一致,切实提高农村贫困人口医疗保障水平,降低住院率,防止门诊转住院、小病大治等情况的发生。

(二)强化服务提升管理水平

1. 市、县两级卫生计生部门要严格执行“三定两加强”的原则,即定救治医疗机构、定诊疗方案、定付费标准,加强规范救治、加强监督管理,做到精准到病,精确施策,确保资金支付合理、保障到位,切实提高建档立卡农村贫困人口健康服务管理的精准性。

2. 全面实行县域内先诊疗后付费。实施县域内农村贫困人口先诊疗后付费,患者无需交纳住院押金,直接住院治疗。鼓励

具备条件的统筹地对辖区参合患者实行先诊疗后付费。

3. 全面建立“一站式”即时结报服务机制。对在县域内就诊的农村贫困参合患者,各地要基于信息化平台在定点医疗机构建立“四重医疗保障”即新农合基本医疗保险、大病保险、民政医疗救助、医疗扶助“一站式”即时结报服务机制;对在县域外就诊的,各地要在县域内指定的办事服务区设立四重医疗保障“一站式”服务结算窗口,便民利民。

六、充分发挥医保在深化医药卫生体制改革工作中的作用

(一)进一步强化新农合支付方式改革

贯彻落实省人民政府办公厅《关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》(黔府办发[2017]82号),各统筹地区要全面推开新农合支付方式改革,继续巩固实施按病种付费改革和县级公立医院总额预付改革,逐步扩大按病种付费的病种数量和试点范围,总结推广六盘水市DRGs付费方式改革经验,开展医共体改革县区域总额预付改革等。通过在全省范围内普遍实施适应不同疾病、不同服务特点的多元复合式医保支付方式,到2018年底,支付方式改革要覆盖所有定点医疗机构,按项目付费占比要明显下降。充分发挥医保基金的杠杆作用,控制医疗费用的不合理增长,推进医保、医疗、医药“三医”联动改革。

(二)强力支持家庭医生签约服务

各地要按照《贵州省推进家庭医生签约服务的实施意见》(黔医改办发[2016]17号)等相关文件精神,积极支持家庭医生签约

服务。鼓励探索对与家庭医生(包括乡村医生、全科医生或家庭医生团队)签约的服务对象,因病情需要向上级医院(尤其是在与基层医疗机构建立医共体的上级医院)转诊时优先享受绿色通道和优质医疗服务,在新农合报销政策上可给予适当倾斜。

(三)积极支持医共体建设

各统筹地区要从深化医药卫生体制改革的角度出发,发挥医保基金对医疗服务供需双方的引导作用,对医共体试点县实行按人头区域总额预付的支付方式改革。年度资金预算总额要根据新农合现行运行数据,门诊和住院人次、次均费用、实际补偿比例、资金支出结构、基金实际支付数额以及本年度资金筹集等情况,适当考虑门诊住院人次、医疗费用的合理上涨以及开展家庭医生签约服务等因素,科学测算、合理确定。主要用于承担辖区居民当年门诊和住院、按规定支出的家庭医生签约服务、县外住院以及大病保险等规定的费用报销。各试点地区要探索建立“总额管理、结余留用、合理超支分担”的激励机制,对经年度质量考核后合理留用的结余资金,医共体内县乡村三级定点医疗机构可按一定比例合理分配、自主支配。

支持医共体试点地区改革工作推进,将《新农合药物目录(2013年版)》III级、II级、I级和村级目录对医共体内县乡村三级定点医疗机构全部扩展使用,纳入新农合报销范围。探索实施医共体成员单位统一采购药品耗材、统一县域医共体内部用药范围,统一建立检验、影像、病理等中心,统一质控标准,检查检验结

果共享互认等,实现资源共享,避免资金浪费。

七、有关要求

(一)强化政策落实

凡是本方案已作明确规定的内容,各地必须严格执行。本方案仅作原则规定的项目,各地应结合当地实际和基金承受能力,做出合理、详细的规定。鼓励各地探索创新,在充分考虑全局性、实际性、必要性、重要性、公平性、可操作性和可持续性的基础上,创新特色,创造经验。各市州在本方案基础上,根据本地实际和以往年度统筹基金结余情况制定具体的实施方案,并报经省新型农村合作医疗领导小组办公室审核后正式发文,正式文件要于4月底前报省卫生计生委备案。

(二)强化信息化建设

各级新农合经办机构和定点医疗机构要强化新农合信息系统建设,严格执行省定数据字典,规范运维管理,完善信息系统业务流程,加快实现全省新农合信息系统数据标化、适时上传和互通应用;全面推行智能审核监控系统,强化费用稽查审核,逐步完善审核规则,建立健全事前、事中、事后的全面监控流程体系。

(三)强化监督管理

各级新农合经办机构要落实基金监管责任,严格执行《关于严厉打击骗取新农合基金违法犯罪行为的通告》、《贵州省新型农村合作医疗定点医疗机构和人员黑名单管理办法》、《贵州省城乡居民基本医疗保险定点医疗机构管理办法》、《贵州省新农合监督

检查工作办法》的要求,对提供新农合服务医疗机构及其医务人员要严管严控,对存在套取骗取新农合基金等行为的,要严查严处,绝不姑息。省卫生计生委将根据工作实际,随时进行定点抽查或重点督查。

(四)强化政策宣传

各统筹地区要进一步加强新农合政策的宣传,促进政策落实到位。要将补偿政策、转诊转院、异地居住备案、慢性病资格申报等重点内容和服务规程及时宣贯到村到户,切实提高政策知晓率和应用度,引导参合群众依规获取保障待遇,积极争取社会的广泛支持。要切实加大宣传力度,多形式多渠道的把宣传和公示做实做细,尤其是要强化边远村寨,减少政策盲区。

附件:2018年度贵州省省级新农合定点医疗机构协议名单

附件

2018年度贵州省省级新农合定点医疗机构协议名单

序号	医院名称	医院级别	新农合补偿类别
1	贵州省人民医院	三级甲等	省级Ⅱ类
2	贵州医科大学附属医院	三级甲等	省级Ⅱ类
3	遵义医学院附属医院	三级甲等	省级Ⅱ类
4	贵阳中医学院第一附属医院	中医三级甲等	省级Ⅱ类
5	贵阳中医学院第二附属医院	中西医结合三级甲等	省级Ⅱ类
6	贵州医科大学第二附属医院	三级甲等	省级Ⅱ类
7	贵州医科大学第三附属医院	三级甲等	省级Ⅱ类
8	贵州省肿瘤医院	三级甲等	省级Ⅱ类
9	解放军四十四医院	三级甲等	省级Ⅱ类
10	贵州航天医院	三级乙等	省级Ⅱ类
11	贵州医科大学附属白云医院	三级合格	省级Ⅱ类
12	遵义医学院附属口腔医院	三级甲等专科	省级Ⅱ类
13	贵州省骨科医院	三级甲等专科	省级Ⅱ类
14	贵州省第二人民医院	三级专科	省级Ⅱ类
15	贵州省利美康外科医院	三级专科	省级Ⅱ类
16	贵州省第三人民医院	三级职业病防治院	省级Ⅱ类
17	武警贵州总队医院	二级甲等	省级Ⅰ类
18	贵航贵阳医院	三级合格	省级Ⅱ类
19	贵阳爱尔眼科医院	三级专科	省级Ⅱ类
20	贵州医科大学附属乌当医院	三级合格	省级Ⅱ类
21	贵州省建筑医院	二级乙等	省级Ⅰ类
22	贵州华夏骨科医院	参照二级专科	省级Ⅰ类
23	贵州百灵糖尿病医院	二级专科	省级Ⅰ类
24	贵阳白志祥骨科医院	三级专科	省级Ⅱ类
25	贵州医科大学附属口腔医院	三级专科	省级Ⅱ类
26	遵义市第一人民医院	三级甲等	省级Ⅱ类
27	贵州福万康康复医院	二级专科	省级Ⅰ类

(共印60份)