

云南省医疗保障局办公室文件

云医保办〔2022〕4号

云南省医疗保障局办公室关于 印发云南省医疗保障基金结算清单 填写规范说明的通知

各州（市）医疗保障局，省医保中心：

为进一步提高医保结算清单数据质量，加快医保结算清单全面落地应用，根据《国家医疗保障局办公室关于修订〈医疗保障基金结算清单〉〈医疗保障基金结算清单填写规范〉的通知》（医保办发〔2021〕34号，电子版在“云南省医疗保障局官网”下载，<http://ylbz.yn.gov.cn/>）、《国家医疗保障局关于印发 DRG/DIP 支付

方式改革三年行动计划的通知》(医保发〔2021〕48号)等文件要求,结合我省实际,制订了《云南省医疗保障基金结算清单填写规范说明》,现印发给你们,请结合《医疗保障基金结算清单》《医疗保障基金结算清单填写规范》一并认真贯彻落实。

执行过程中省医保局将加强对各统筹地区的业务指导;各级医保经办机构要做好对医疗机构的培训和检查督查工作,确保医保结算清单的落地使用,切实做好基础信息质量控制,提高数据管理能力。如遇重大问题,请及时向省医保局医药服务处、规财法规处和省基金监评中心反馈。

联系人及电话:医药服务处曲琨,0871—63886043;

规财法规处童高艳,0871—63886069;

省基金监评中心朱辉,0871—63886021。

- 附件:1. 云南省医疗保障基金结算清单填写规范说明
2. 医疗保障基金结算清单(样式)

云南省医疗保障局办公室

2022年2月14日

附件 1

云南省医疗保障基金结算清单 填写规范说明

云南省医疗保障局

2022 年 2 月

目 录

第一章 总论.....	1
第二章 填写规范基本要求.....	3
第一节 医疗保障基金结算清单填报管理要求.....	3
第二节 填报技术要求.....	4
第三章 基本信息数据指标说明.....	6
第四章 门诊慢特病诊疗数据说明.....	19
第一节 基本说明.....	19
第二节 门诊慢特病病种编码说明.....	20
第五章 日间手术诊疗数据指标说明.....	21
第一节 基本说明.....	21
第二节 日间手术诊疗编码说明.....	22
第六章 医疗收费信息数据指标说明.....	23
第一节 医疗收费信息部分说明.....	23
第二节 各指标项目说明.....	23
第三节 医保支付方式.....	26
第七章 主要诊断选择要求说明.....	27
第八章 其他诊断填报要求说明.....	33
第一节 其他诊断定义.....	33
第二节 其他诊断填写要求.....	33
第九章 手术和操作填报要求说明.....	35

第一节 主要手术及操作的选择原则及填报顺序.....	35
第二节 手术和操作填报范围.....	38
第三节 手术和操作填报的其他要求.....	40
第十章 医疗收费项目归集口径说明.....	41

第一章 总 论

医疗保障基金结算清单是指医保定点医疗机构在开展住院、门诊慢特病等医疗服务后，向医保部门申请费用结算时提交的数据清单。清单内容由医疗机构填报，上传医保部门进行实时结算。医疗保障基金结算清单是国家医保局在对各地医疗保险结算工作多年来的经验基础上，制定的一项重要行业标准，是国家医保局 15 项业务编码标准的载体，在支付制度的改革工作的落实中起到不可或缺的作用。落实医疗保障基金结算清单的填报标准和规范定点医疗机构的结算清单信息采集，是建立科学、有效和管用的医保支付机制、实现标准化的医保基金结算工作管理、落实支付方式改革的必备前提和重要基础。医保结算清单的填报内容要求客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映患者诊疗（包括患者疾病的严重程度、医疗资源的投入）、医疗收费（费用的分类、申请费用结算）等信息。统一填报标准、规范数据采集、上报流程是 CHS-DRG 付费工作的基础，也是医疗机构必须做好的一项基础工作。

为确保 DRG 付费试点医院及其它支付方式改革工作规范、有序开展，切实落实国家医保结算清单、医疗保障疾病诊断分类与代码及医疗保障手术操作分类与代码等 15 项业务编码标准，扎实做好基础数据质量管理工作，云南省医疗保障局在总结前期医保结算清单使用和病案首页填写质量的基础上，完成

了《云南省医保结算清单填写规范说明》(下称《规范说明》)。
《规范说明》的编制主要依据《国家医疗保障局办公室关于修订<医疗保障基金结算清单><医疗保障基金结算清单填写规范>的通知》(医保办发〔2021〕34号)、《国家医疗保障局办公室关于贯彻执行15项医疗保障信息业务编码标准的通知》(医保办发〔2020〕51号)等文件,按照进一步加强医疗保障基金结算清单数据质量管理,结合国家医保版《医疗保障疾病诊断分类与代码》2.0版本、《医疗保障手术操作分类与代码》2.0版本和世界卫生组织2019年对国际疾病分类ICD-10有关要求,参照国际疾病分类(ICD-10、ICD9-CM-3)使用规则和分类轴心等标准。《规范说明》确定了定点医疗机构及其医保医师、编码人员、信息技术人员医保结算清单填报的职责范围及要求,明确了医疗保险结算清单采集的主要诊断选择原则、其他诊断填报规则、手术及操作填报的标准。

第二章 填写规范基本要求

第一节 医疗保障基金结算清单填报管理要求

一、定点医疗机构应设置科学有效的医疗保障基金结算清单信息的采集、审核、上报流程，确保结算清单填报客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映患者诊疗、医疗收费等信息。定点医疗机构应明确医疗（临床医师）、病案（编码员）、财务（结算）、质控（病历及编码）、医政医保（培训、监管）、信息（接口应用）等相关部门职责，统一协调管理，确保医保结算清单上报数据质量。

二、主管医师应严格遵守诊断标准及诊疗规范，遵照本规范要求及时、完整、准确填写住院患者诊断与手术及操作等诊疗信息，并承担执业法律责任。

三、病案编码人员应按照本规范要求，根据原始病案信息对出院患者的疾病与手术及操作准确编目，对医保结算清单编码质量承担质量监督职责。通过阅读原始病案核实临床医师书写的病案内涵与结算清单的填报一致性，对于医保医师做出的明确诊断，编码员不得随意更改，必须更改的要与临床医师沟通达成共识确定，对临床医师书写格式与疾病分类规则不同的，编码人员可按分类规则予以编目。

四、信息技术人员应按照医保数据传输接口标准做好系统程序对接工作，并按照国家医保局更新和升级做好系统维护工

作，确保上传数据的准确性、及时性和完整性。

五、由于医疗保障基金结算清单填报不实发生的临床诊断或编码与实际病情和治疗不符的（如高靠诊断、虚假诊断、高编码、多编码及手术操作编码填报不规范等），医保部门有权按照医保服务协议及相关规定予以处理。

第二节 填报技术要求

一、医保结算清单是各级各类医保定点医疗机构开展住院、门诊慢特病、日间手术等医疗服务后，向医保部门申请费用结算时提交的数据清单。

二、医保结算清单数据指标共有 193 项，其中基本信息部分 31 项、门诊慢特病诊疗信息部分 6 项、住院诊疗信息部分 58 项、医疗收费信息部分 98 项。

三、医保结算清单填写应当客观、真实、及时、规范，项目填写完整，准确反映患者诊疗、医疗收费等信息。

四、医保结算清单中常用的标量、称量等数据项应当使用国家医保、卫生行业等相关标准。其中，诊疗信息数据指标填报主要来自于住院病案首页数据，医疗收费信息数据指标填报口径应与财政部、国家卫生健康委员会、国家医疗保障局统一的“医疗住院收费票据”信息一致。

五、西医疾病诊断代码统一使用《医疗保障疾病诊断分类与代码》，手术和操作代码统一使用《医疗保障手术操作分类与代

码》，中医疾病诊断代码统一使用《医疗保障中医诊断分类与代码》，门诊慢特病病种代码统一使用《医疗保障门诊慢特病病种代码》，日间手术病种代码统一使用《医保日间手术病种分类与代码》。填写疾病诊断、手术及操作项目时必须同时填写字典库中的名称及代码。凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写相对应项的序号。

六、所有项目均为必填数据指标，有则必填，无则空项。

七、凡栏目中有“……”的，医疗机构可向云南省医保部门反映，由云南省医保部门根据实际情况增添数据指标，并在增添数据指标前向国家医疗保障局报备。

八、医疗收费信息数据指标中有关医疗收费项目归集口径参照国家医疗保障局办公室关于修订《医疗保障基金结算清单》《医疗保障基金结算清单填写规范》的通知（医保办发〔2021〕34号）有关规定。

九、清单存储及保管要求。医保部门及医疗机构应妥善保管结算清单。为保证清单的客观真实及法律效力，依据《中华人民共和国电子签名法》《关于规范电子会计凭证报销入账归档的通知》（财会〔2020〕6号）及《财政部关于修改〈财政票据管理办法〉的决定》（财政部令第104号）等文件相关规定，清单经可靠的电子签名并归档后可以电子结算清单的形式存储保管，也可以打印后加盖经办人签章，以纸质结算清单的形式存储保管。

第三章 基本信息数据指标说明

一、基本信息数据指标

基本信息部分：31项数据指标，主要用于定点医疗机构和患者的身份识别。

（一）清单流水号：医保部门接到某定点医疗机构结算清单时自动生成的流水号码。流水号码的设置为每家定点医疗机构单独生成顺序码。清单流水号为9位，由医保结算清单年度编码和顺序号两部分组成。

第一部分：医保结算清单年度编码（2位）。用于区分医保结算清单赋码年度，使用数字表示。如“21”表示2021年度。

第二部分：顺序号编码（7位）。用于反映某年度某定点医疗机构上传医保结算清单的流水码，使用数字表示。如“0000001”表示该年度每家定点医疗机构向医保部门上传的第一份医保结算清单。

（二）定点医疗机构名称：患者就诊所在的定点医疗机构名称，按照《医疗机构执业许可证》登记的机构名称填写。

（三）定点医疗机构代码：为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上，获取的本机构代码。

（四）医保结算等级：定点医疗机构医保管理信息数据子集中的“定点医疗机构收费等级”，分为一级、二级和三级。

（五）医保编号：参保人在医保系统中的唯一身份代码。

(六)病案号：定点医疗机构为每一位患者病案设置的唯一编码。原则上，同一患者在同一医疗机构多次住院应使用同一病案号。

(七)申报时间：定点医疗机构上报医保结算清单的时间。

(八)姓名：患者本人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

(九)性别：患者生理性别，按照《个人基本信息分类与代码第1部分：人的性别代码》(GB/T 2261.1-2003)标准，分为：(0)未知的性别、(1)男、(2)女、(9)未说明性别。

(十)出生日期：患者出生当日的公元纪年日期的完整描述。

(十一)年龄(岁)：患者年龄1周岁的实足年龄，为患者出生后按照日历计算的历法年龄，以实足年龄的相应整数填写。

(十二)(年龄不足1周岁)年龄(天)：患者实足年龄不足1周岁的，按照实足天龄的相应整数填写。

(十三)国籍：患者所属国籍，按照《世界各国和地区名称代码表》(GB/T 2659-2000)标准填写。

(十四)民族：患者所属民族，按照《中国各民族名称的罗马字母拼写法和代码》(GB/T 3304-1991)标准填写。

(十五)患者证件类别：患者身份证件所属类别，按照《卫生信息数据元值域代码-第3部分人口学及社会经济学特征：CV 02.01.101 身份证件类别代码》(WS 364.3-2011)标准填写。

(十六)患者证件号码：患者身份证件上的唯一法定标识符。

(十七) 职业：患者当前从事的职业类别，按照《个人基本信息分类与代码》(GB/T2261.4-2003) 标准填写。

(十八) 现住址：患者近期的常住地址。

(十九) 工作单位及地址：患者在就诊前的工作单位名称和地址。

(二十) 单位电话：患者当前所在工作单位的电话号码，包括国际、国内区号和分机号。

(二十一) 工作单位邮编：患者当前所在工作单位地址的邮政编码。

(二十二) 联系人姓名：联系人在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

(二十三) 联系人与患者关系：联系人与患者之间的关系，参照《家庭关系代码》国家标准 (GB/T4761-2008) 二位数字代码填写。

(二十四) 联系人地址：联系人当前常住地址或工作单位地址。

(二十五) 联系人电话：联系人的电话号码，包括国际、国内区号和分机号。

(二十六) 医保类型：根据国家医保政策规定，医保类型：
(1) 职工基本医疗保险，(2) 城乡居民基本医疗保险，(3) 其他医疗保障 (根据国家或地方相关保障政策列明，如《国务院关

于建立城镇职工基本医疗保险制度的决定(国发〔1998〕44号)》规定的离休人员、老红军、二等乙级以上革命伤残军人)。

(二十七)特殊人员类型:为医疗救助资助的参保人员(1)特困人员、(2)低保对象、(3)返贫致贫人口、(4)其他困难群众(各地根据本地保障政策规定的其他困难群众类型自行添加)。

(二十八)参保地:患者参加基本医疗保险并缴纳参保费的统筹地区。

(二十九)新生儿入院类型:指与新生儿入院相关的影响因素,根据新生儿出生时的情况分为:(1)正常新生儿、(2)早产儿、(3)有疾病新生儿、(4)非无菌分娩、(9)其它。如果有两种或两种以上情况,该项目可以多选。

(三十)新生儿出生体重(g):是指新生儿出生后第1小时内称得的重量,要求精确到10克,产妇和新生儿期住院的患儿病历都应填写。若多胞胎,以半角逗号隔开,依次填写。

(三十一)新生儿入院体重(g):是指患儿入院时称得的重量,要求精确到10克,新生儿期住院的患儿应填写。上述新生儿指从出生到28天的婴儿,出生日为第0天。

二、门诊慢特病诊疗信息数据指标

门诊慢特病诊疗信息部分:6项数据指标,主要反映门诊慢特病患者的实际诊疗信息。

(一)诊断科别:患者就诊时所在的具体科室名称,按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)标准填写。

(二) 就诊日期：患者在门(急)诊就诊时的公元纪年日期和时间的完整描述。

(三) 病种名称：为地方医保部门通过国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台维护地方门诊慢特病病种获得的统一病种名称。

(四) 病种代码：为地方医保部门通过国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护地方门诊慢特病病种获得的统一病种代码。

(五) 手术及操作名称：门诊慢特病患者就诊期间被实施的与此次就诊门诊慢特病相关的手术或操作名称。

(六) 手术及操作代码：为“医疗保障手术操作分类与代码”。

三、住院诊疗信息数据指标

住院诊疗信息部分：58项数据指标，主要反映患者入院、诊断、治疗、出院等全诊疗过程的信息。

(一) 住院医疗类型：患者收治入院治疗的医疗服务类型，分为：1.住院，2.日间手术。

(二) 入院途径：患者收治入院治疗的来源，经由本院急诊、门诊诊疗后入院，或经由其他医疗机构诊治后转诊入院，或其他途径入院。

(三) 治疗类别：对患者采用的主要医学治疗方法类别，分为：1.西医，2.中医(2.1 中医，2.2 民族医)，3.中西医。

(四) 入院时间：患者办理入院手续后实际入住病房的公元纪年日期和时间的完整描述。

(五) 入院科别：患者入院时，入住的科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)标准填写。

(六) 转科科别：患者住院期间转科的转入科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)标准填写。如果超过一次以上的转科，用“→”转接表示。

(七) 出院时间：患者实际办理出院手续时(死亡患者是指其死亡时间)的公元纪年日期和时间的完整描述。

(八) 出院科别：患者出院时的科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)标准填写。

(九) 实际住院天数：患者实际的住院天数，入院日与出院日只计算1天。

(十) 门(急)诊诊断：根据患者在住院前，由门(急)诊接诊医师在住院证上填写的门(急)诊西医或中医诊断，进而填写在病案首页中的门(急)诊西医或中医诊断。

(十一) 出院诊断：患者出院时，临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转归以及门(急)诊诊断、手术情况等综合分析得出的西医或中医最终诊断。

1. 主要诊断：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病(或健康状况)，详见第七章。

2.其他诊断：患者住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的疾病，详见第八章。

3.主病：患者在住院期间确诊的主要中医病名。

4.主症：患者所患主病的主要中医证候。

(十二)入院病情：对患者入院时病情评估情况。将“出院诊断”与入院病情进行比较，按照“出院诊断”在患者入院时是否已具有病情，分为：1.有，2.临床未确定，3.情况不明，4.无。

1.有：对应本出院诊断在入院时就已明确。例如，患者因“乳腺癌”入院治疗，入院前已经钼靶、针吸细胞学检查明确诊断为“乳腺癌”，术后经病理亦诊断为乳腺癌。

2.临床未确定：对应本出院诊断在入院时临床未确定，或入院时该诊断为可疑诊断。例如：患者因“乳腺恶性肿瘤不除外”、“乳腺癌”或“乳腺肿物”入院治疗，因缺少病理结果，肿物性质未确定，出院时有病理诊断明确为乳腺癌或乳腺纤维瘤。

3.情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明，例如：乙型病毒性肝炎的窗口期、社区获得性肺炎的潜伏期，因患者入院时处于窗口期或潜伏期，故入院时未能考虑此诊断或主观上未能明确此诊断。患者合并的慢性疾病，经入院后检查新发现的应选择“3”（情况不明），例如：高血压、高脂血症、胆囊结石等，不能选择“4”（无）。

4.无：在住院期间新发生的，入院时明确无对应本出院诊断的诊断条目。例如：患者出现围手术期心肌梗死，住院期间发生

的医院感染等。只有在住院期间新发生的情况，才能选择此项；住院期间新发现的慢性合并疾病，应选择“3”（情况不明）。

（十三）诊断代码计数：包括主要诊断和其他诊断的代码总数。

（十四）手术及操作：患者住院期间被实施的手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作），详见第九章。

1.主要手术及操作：患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出主要诊断的病症所施行的手术或操作。

2.其他手术及操作：患者在本次住院被实施的其他手术或操作。

（十五）麻醉方式：为患者进行手术、操作时使用的麻醉方法，按照《麻醉方法代码表》（CV 06.00.103）标准填写。

（十六）术者医师姓名：为患者实施手术的主要执行人员在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

（十七）术者医师代码：为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护获取的医保医师代码。

（十八）麻醉医师姓名：对患者实施麻醉的医师在公安户籍管理部门正式登记注册的姓氏和名称。

（十九）麻醉医师代码：为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护获取的医保医师代码。

（二十）手术及操作起止时间：手术开始时间指手术医师正式开始手术（即：“刀碰皮”）的时间；手术结束时间指手术医师

完成全部手术操作的时间。

(二十一)麻醉起止时间:麻醉开始时间指麻醉医师正式实施麻醉(全麻指开始麻醉诱导、局麻指开始注射药物)的时间;麻醉结束时间指手术结束离开手术室的时间。

(二十二)手术及操作代码计数:包括主要手术和操作及其他手术和操作的代码总数。

(二十三)呼吸机使用时间:住院期间患者使用有创呼吸机时间的总和。间断使用有创呼吸机的患者按照时间总和填写。

(二十四)颅脑损伤患者昏迷时间:外伤所致的颅脑损伤患者昏迷的时间,按照入院前、入院后分别计算,间断昏迷患者,按照昏迷时间的总和填写。

(二十五)重症监护病房类型:患者住院期间入住的重症监护病房的名称类别,可分为:1.心脏重症监护病房(CCU),2.新生儿重症监护病房(NICU),3.急诊重症监护病房(ECU),4.外科重症监护病房(SICU),5.儿科重症监护病房(PICU),6.呼吸重症监护病房(RICU),7.ICU(综合),9.其他。

(二十六)进重症监护室时间:患者进入重症监护病房的具体日期和时间。

(二十七)出重症监护室时间:患者退出重症监护病房的具体日期和时间。

(二十八)合计(_时_分):患者住在重症监护病房的时长总和。

(二十九)输血品种:给予患者输入体内的各成分血的名称,参照《输血品种代码表》(CV 04.50.021)填写。

(三十)输血量:给予患者输入体内的各成分血的数量。

(三十一)输血计量单位:给予患者输入体内的各成分血的计量单位,参照《输血品种代码表》(CV 04.50.021)填写。

CV04. 50. 021 输血品种代码表

值	值含义	计量单位
1	红细胞	U
11	浓缩红细胞	U
12	滤白红细胞	U
13	红细胞悬液	U
14	洗涤红细胞	U
15	冰冻红细胞	U
16	冰冻解冻去甘油红细胞	U
17	Rh 阴性悬浮红细胞	U
2	全血	Ml
21	滤白全血	Ml
22	重组全血	Ml
23	Rh 阴性全血	Ml
3	血小板	U/治疗量
31	手工分离浓缩血小板	U
32	机采血小板	治疗量
33	滤白机采血小板	治疗量
34	冷冻机采血小板	治疗量
4	血浆	Ml
41	新鲜液体血浆	Ml
42	新鲜冰冻血浆	Ml
43	普通冰冻血浆	Ml
44	滤白病毒灭活冰冻血浆	Ml
45	滤白新鲜冰冻血浆	Ml
46	滤白普通冰冻血浆	Ml
5	冷沉淀	U
51	滤白冷沉淀	U

值	值含义	计量单位
6	机采浓缩白细胞悬液	治疗量
9	其他	M1

(三十二) 护理天数：患者住院期间接受护理的天数，分为：特级护理天数、一级护理天数、二级护理天数、三级护理天数。

1. 特级护理天数：患者住院期间接受特级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为特级护理：

- (1) 维持生命，实施抢救性治疗的重症监护患者；
- (2) 病情危重，随时可能发生病情变化需要进行监护、抢救的患者；
- (3) 各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤的患者。

2. 一级护理天数：患者住院期间接受一级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为一级护理：

- (1) 病情趋向稳定的重症患者；
- (2) 病情不稳定或随时可能发生变化的患者；
- (3) 手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者；
- (4) 自理能力重度依赖的患者。

3. 二级护理天数：患者住院期间接受二级护理的天数。符合以下情况之一，可确定为二级护理：

- (1) 病情趋于稳定或未明确诊断前，仍需观察，且自理能力轻度依赖的患者；
- (2) 病情稳定，仍需卧床，且自理能力轻度依赖的患者；
- (3) 病情稳定或处于康复期，且自理能力中度依赖的患者。

4.三级护理天数：患者住院期间接受三级护理的天数。病情稳定或处于康复期，且自理能力轻度依赖或无需依赖的患者，可确定为三级护理。

（三十三）离院方式：患者本次住院离开医院的方式，主要包括：

1.医嘱离院（代码1）：患者本次治疗结束后，按照医嘱要求出院，回到住地进一步康复等情况。

2.医嘱转院（代码2）：指医疗机构根据诊疗需要，将患者转往相应医疗机构进一步诊治，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的医疗机构明确，需要填写转入医疗机构的名称。

3.医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院（代码为3）：指医疗机构根据患者诊疗情况，将患者转往相应社区卫生服务机构进一步诊疗、康复，用于统计“双向转诊”开展情况。如果接收患者的社区卫生服务机构明确，需要填写社区卫生服务机构/乡镇卫生院名称。

4.非医嘱离院（代码4）：患者未按照医嘱要求而自动离院，如：患者疾病需要住院治疗，但患者出于个人原因要求出院，此种出院并非由医务人员根据患者病情决定，属于非医嘱离院。

5.死亡（代码5）：患者在住院期间死亡。

6.其他（代码9）：除上述5种出院去向之外的其他情况。

(三十四) 是否有 31 天内再住院计划：患者本次住院出院后 31 天内是否有诊疗需要的再住院安排。若有再住院计划，则需填写目的。

(三十五) 主诊医师姓名：对于某一参保患者直接负责并且实施具体医疗行为的最高级别医师。

(三十六) 主诊医师代码：为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护获取的医保医师代码。

(三十七) 责任护士姓名：在已开展责任制护理的科室，负责本患者整体护理的责任护士。

(三十八) 责任护士代码：为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护获取的医保护士代码。

第四章 门诊慢特病诊疗数据说明

第一节 基本说明

一、各级各类医保定点医疗机构开展门诊慢特病诊疗服务后，向医保部门申请费用结算需提交医保结算清单。

二、门诊慢特病基本信息数据指标，见第三章基本信息数据指标说明。

三、门诊慢特病诊疗信息分6项。主要反映门诊慢特病患者的实际诊疗信息。指标定义如下：

（一）诊断科别：患者就诊时所在的具体科室名称，按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》（CT 08.00.002）标准填写。

（二）就诊日期：患者在门诊就诊时的公元纪年日期和时间的完整描述。

（三）病种名称：为地方医保部门通过国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台维护地方《门诊慢特病病种》获得的统一病种名称。

（四）病种代码：为地方医保部门通过国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台上维护地方《门诊慢特病病种》获得的统一病种代码。

（五）手术及操作名称：门诊慢特病患者就诊期间被实施的与此次就诊门诊慢特病相关的手术或操作名称。

(六) 手术及操作代码：为医保业务编码标准中《医疗保障手术操作分类与代码》。具体要求同第九章手术和操作填报要求说明。

(七) 门诊慢特病患者无需填报“住院诊疗信息”，住院患者无需填报“门诊慢特病诊疗信息”。

(八) 门慢特医疗收费信息数据指标。见第六章医疗收费信息数据指标，按照基本要求中“有则必填，无则空项”的要求。

(九) 一份医保结算清单只能填报一个门慢特病种。

第二节 门诊慢特病病种编码说明

一、编码结构

医保门诊慢特病病种编码分三部分，通过大写英文字母和阿拉伯数字按特定顺序排列表示。

第一部分：医保门诊慢特病标识码

第二部分：门诊慢特病类别码

第三部分：病种顺序码

二、示例：



第五章 日间手术诊疗数据指标说明

第一节 基本说明

一、各级各类医保定点医疗机构开展日间手术医疗服务后，向医保部门申请费用结算时需提交医保结算清单。

二、基本信息数据指标：同第三章基本信息指标说明。

三、日间手术诊疗数据指标说明：

（一）住院医疗类型：患者收治入院治疗的医疗服务类型，分为：1.住院，2.日间手术。如是2.日间手术，则需填报日间手术病种代码。日间手术病种代码统一使用医保部门通过国家医保局“医保业务编码标准动态维护”平台维护获得的统一的《医保日间手术病种分类与代码》填写疾病诊断、手术及操作项目，应当同时填写名称及代码。

（二）日间手术病种名称和编码填写规范：

1.日间手术病种名称和代码：为《医保日间手术病种分类与代码》，分别填写于出院西医诊断的主要诊断栏，日间手术病种代码填写于相应的疾病代码栏。

2.日间手术操作代码：为《医疗保障手术操作分类与代码》。分别填写于主要手术及操作代码栏，具体要求同第九章手术和操作填报要求说明

四、日间手术其他信息，与住院诊疗信息要求一致，有则必填，无则空项。

五、日间手术收费信息数据指标。见第六章医疗收费

信息数据指标。

六、一份医保结算清单只能填报一个日间手术代码病种。

第二节 日间手术诊疗编码说明

一、编码结构

分三部分，通过大写英文字母和阿拉伯数字按特定顺序排列表示。

第一部分：医保日间手术标识码，

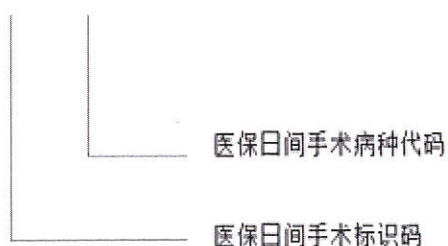
第二部分：医保日间手术病种代码（4位疾病诊断亚目+2位流水码），

第三部分：手术操作编码

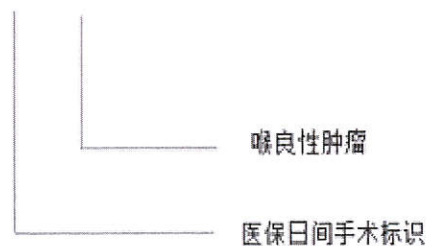
二、示例

病种代码：RD14101；病种名称：喉良性肿瘤；手术代码：29.3901；手术名称：咽部病损切除术。

R XXXX XX



R D141 01



第六章 医疗收费信息数据指标说明

第一节 医疗收费信息部分说明

医疗收费信息部分共 98 项数据指标,主要反映定点医疗机构与患者结账时的实际医疗费用。为了方便医疗机构相关工作,医疗收费信息与“医疗住院收费票据”和“医疗门诊收费票据”信息一致。

第二节 各指标项目说明

一、项目名称及定义

(一) 业务流水号: 医疗卫生机构收费系统自动生成的流水号码。

(二) 票据代码: 为定点医疗机构按照财政部门票据管理相关规定出具的医疗收费电子票据上的票据代码。

(三) 票据号码: 为定点医疗机构按照财政部门票据管理相关规定出具的医疗收费电子票据上的票据流水号。

(四) 结算期间: 定点医疗机构与患者当次结算费用的起止时间(除特殊情况,一般情况下结算的起止时间与入出院时间一致)。

(五) 金额合计: 定点医疗机构与患者当次结算费用的总和。甲类、乙类、自费、其他按相关政策填写。

金额合计含床位费、诊察费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费、西药费、中药饮片费、

中成药费、一般诊疗费、挂号费、其他费和按日间手术、单病种的收费。填报口径按照《医疗服务项目分类与代码》映射归集填写（详见《医保办发〔2021〕34号》）。

（六）“XX（按病种收费名称+代码）”：指按病种（如：单病种、日间手术）向患者收费。原则上按病种付费的患者，无需填写“床位费、诊察费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、卫生材料费、西药费、中药饮片费、中成药费、一般诊疗费、挂号费、其他费”14项收费项目。

（七）医保统筹基金支付：患者本次就医所发生按规定由基本医疗保险统筹基金支付的医疗费用。

（八）补充医疗保险支付：保障患者基本医疗保险之外个人负担的符合社会保险相关规定的医疗费用。

1.职工大额补助（含部分省份的职工大病保险）：对参保职工发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

2.居民大病保险：对居民医保参保患者发生的符合规定的高额医疗费用给予进一步保障。

3.公务员医疗补助：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由公务员医疗补助基金支付的金额。

（九）医疗救助支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由医疗救助基金支付的金额。

（十）个人负担：参加职工医保和城乡居民医保的参保人员在门诊、住院就医和药店购药时，按照有关规定由个人负担的费用，可分为个人自付和个人自费。

1.个人自付：患者本次就医所发生的医疗费用中由个人负担的属于基本医疗保险目录范围内自付部分的金额（个人自付=起付线+先行自付+按比例自付+封顶线以上，含目录内超限价部分、待遇过渡期内二次报销统筹基金补偿部分），以及开展按病种、病组、床日等打包付费方式且由患者定额付费的费用。

2.个人自费：患者本次就医所发生的医疗费用中按照有关规定不属于基本医疗保险目录范围而全部由个人支付的费用。

（十一）其他支付（仅含一单制结算的基金或资金）：患者本次就医所发生的医疗费用中除基本医疗保障支付外由企业补充、商业保险等基金或资金支付的费用。

（十二）个人支付：患者本次就医所发生的医疗费用中实际由个人支付的费用，分为个人账户支付和个人现金支付。

1.个人账户支付：用于支付参保人员在定点医疗机构发生的政策范围内自付费用。

2.个人现金支付：个人通过现金、银行卡、微信、支付宝等渠道支付的金额。

二、上述部分指标项目勾稽关系

（一）金额合计=医保统筹基金支付+补充医疗保险支付+医疗救助支付+个人负担；

（二）个人负担（包括个人自付和个人自费）=其他支

付+个人支付

(三) 个人支付=个人账户支付+个人现金支付

第三节 医保支付方式

医保经办机构与定点医疗机构根据不同医疗服务的性质和特征，将医疗服务划分为不同的付费单元并确定付费标准的措施，分为：

- 一、按项目付费；
- 二、按单病种付费；
- 三、按病种分值付费
- 四、按疾病诊断相关分组（DRG）付费
- 五、按床日付费
- 六、按人头付费
-

此处的“.....”，由各统筹地区根据本地实际情况增添数据指标。原则上，增添数据指标前应向国家医疗保障局报备，如“七、按定额”。

第七章 主要诊断选择要求说明

一、主要诊断选择一般性要求：

(一) 原则 1。主要诊断定义：经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医主要原因的疾病（或健康状况）。

(二) 原则 2。主要诊断一般应该是：

1. 消耗医疗资源最多；
2. 对患者健康危害最大；
3. 影响住院时间最长。

(三) 除下列规则中特殊约定的要求外，原则上“入院病情”为“4”的诊断不应作为主要诊断。

二、主要诊断选择细则

(一) 一般情况下，有手术治疗的患者的主要诊断要与主要手术治疗的疾病相一致。

(二) 急诊手术术后出现的并发症，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

(三) 择期手术后出现的并发症，应作为其他诊断填写，而不应作为主要诊断。

(四) 择期手术前出现的并发症，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

(五) 当住院是为了治疗手术和其它治疗的并发症时，该并发症作为主要诊断。当该并发症被编在 T80-T88 系列时，由于编码在描述并发症方面缺少必要的特性，需要另

编码对该并发症进行说明。

(六) 当诊断不清时, 主要诊断可以是疾病、损伤、中毒、体征、症状、异常发现, 或者其它影响健康状态的因素。

(七) 当症状、体征和不确定情况有相关的明确诊断时, 该诊断应作为主要诊断。而 ICD-10 第十八章中的症状、体征和不确定情况则不能作为主要诊断。

(八) 当有明确的临床症状和相关的疑似诊断时, 优先选择明确的临床症状做主要诊断。疑似的诊断作为其他诊断。

(九) 如果以某个疑似的诊断住院, 出院时诊断仍为“疑似”的不确定诊断, 选择该疑似诊断作为主要诊断, 编码时应按照确定的诊断进行编码(肿瘤疑似诊断除外)。

(十) 极少情况下, 会有 2 个或 2 个以上疑似诊断的情况, 如: “...不除外、或...”(或类似名称), 如果诊断都可能存在, 且无法确定哪个是更主要的情况下, 选其中任一疑似诊断作为主要诊断, 将其它疑似诊断作为其他诊断。

(十一) 如果确定有 2 个或 2 个以上诊断同样符合主要诊断标准, 在编码指南无法提供参考的情况下, 应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

(十二) 由于各种原因导致原诊疗计划未执行时:

1. 未做其它诊疗情况下出院的, 仍选择拟诊疗的疾病为主要诊断, 并将影响患者原计划未执行的原因写入其他

诊断。

2.当针对某种导致原诊疗计划未执行的疾病（或情况）做了相应的诊疗时，选择该疾病（或情况）作为主要诊断，拟诊疗的疾病为作为其他诊断。

（十三）从急诊留观室留观后入院的，当患者因为某个疾病（或情况）被急诊留观，且随后因为同一疾病（或情况）在同一家医院住院，选择导致急诊留观的疾病（或情况）为主要诊断。

（十四）当患者在门诊手术室接受手术，并且继而入住同一家医院变为住院病人时，要遵从下列原则选择主要诊断：

1.如果因并发症入院，选择该并发症为主要诊断。

2.如果住院的原因是与门诊手术无关的另外原因，选择这个另外原因为主要诊断。

（十五）多部位烧伤，以烧伤程度最严重部位的诊断为主要诊断。同等烧伤程度的情况下，选择烧伤面积最大部位的诊断为主要诊断。

（十六）多部位损伤，选择明确的最严重损伤和/或主要治疗的疾病诊断为主要诊断。

（十七）中毒的患者，选择中毒诊断为主要诊断，临床表现为其他诊断。如果有药物滥用或药物依赖的诊断，应写入其他诊断。

（十八）产科的主要诊断是指产科的主要并发症或合

并疾病。没有任何并发症或合并疾病分娩的情况下，选择 O80 或 O84 为主要诊断。

（十九）当患者住院的目的是为了进行康复，选择患者需要康复治疗的问题作为主要诊断；如果患者入院进行康复治疗的原发疾病已经不存在了，选择相应的后续治疗作为主要诊断。

（二十）肿瘤：

1.当住院治疗是针对恶性肿瘤时，恶性肿瘤才有可能成为主要诊断。

2.当对恶性肿瘤进行外科手术切除（包括原发部位或继发部位），即使做了术前和/或术后放疗或化疗时，选择恶性肿瘤为主要诊断。

3.即使患者做了放疗或化疗，但是住院的目的是为了明确肿瘤诊断（如恶性程度、肿瘤范围），或是为了确诊肿瘤进行某些操作（如：穿刺活检等），主要诊断仍选择原发（或继发）部位的恶性肿瘤。

4.如果患者本次专门为恶性肿瘤进行化疗、放疗、免疫治疗而住院时，选择恶性肿瘤化疗（编码 Z51.1）、放疗（编码 Z51.0）或免疫治疗（编码 Z51.8）为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断。如果患者在一次住院中接受了不止一项的上述治疗，则可以使用超过一个的编码，应视具体情况根据原则 2 正确选择主要诊断。

5.当治疗是针对继发部位的恶性肿瘤时，以继发部位

的恶性肿瘤为主要诊断。如果原发肿瘤依然存在，原发肿瘤作为其他诊断。如果原发恶性肿瘤在先前已被切除或根除，恶性肿瘤个人史作为其他诊断，用来指明恶性肿瘤的原发部位。

6.当只是针对恶性肿瘤和/或为治疗恶性肿瘤所造成的并发症进行治疗时，选择该并发症作为主要诊断，恶性肿瘤作为其他诊断首选。如果同时有多个恶性肿瘤，按照肿瘤恶性程度的高低顺序书写。

(1)恶性肿瘤引起的贫血，如果患者为治疗恶性肿瘤相关的贫血而入院，且仅对贫血进行了治疗，应选肿瘤疾病引起的贫血作为主要诊断(D63.0*肿瘤引起的贫血)，恶性肿瘤作为其他诊断。

(2)化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血，当患者为了治疗因化疗、放疗和免疫治疗引起的贫血而住院时，且仅对贫血进行了治疗，选择贫血作为主要诊断，相关的肿瘤诊断作为其他诊断。

(3)当患者为了接受化疗、放疗和免疫治疗而入院，治疗中产生了并发症，如：难以控制的恶心、呕吐或脱水，仍选择化疗、放疗和免疫治疗为主要诊断，并发症作为其他诊断。

(4)当患者因为恶性肿瘤引起的并发症住院治疗时(如脱水)，且仅对该并发症(如脱水)进行了治疗(静脉补液)，选择该并发症(如脱水)作为主要诊断，相关的肿

瘤诊断作为其他诊断。

7.未特指部位的广泛转移恶性肿瘤

未特指部位的广泛转移恶性肿瘤使用编码 C80，该诊断只有在患者有了转移病灶且不知道原发和继发部位时使用。当有已知继发部位肿瘤的诊断时，应分别逐一诊断。

8.妊娠期间的恶性肿瘤

当妊娠者患有恶性肿瘤，选择妊娠、分娩及产褥期并发恶性肿瘤（099.8）作为主要诊断，ICD-10 第二章中的适当编码作为其他诊断，用来明确肿瘤的类型。

9.肿瘤患者住院死亡时，应根据上述要求，视本次住院的具体情况正确选择主要诊断。

第八章 其他诊断填报要求说明

第一节 其他诊断定义

其他诊断定义：住院时并存的、后来发生的、或是影响所接受的治疗和/或住院时间的情况。包括并发症和合并症。

并发症：指与主要诊断存在因果关系，主要诊断直接引起的病症。

合并症：指与主要诊断和并发症非直接相关的另外一种疾病。但对本次医疗过程有一定影响。（不包括对当前住院没有影响的早期住院的诊断）

第二节 其他诊断填写要求

一、其他诊断仅包括那些影响患者本次住院医疗过程的附加病症，这些附加病症包括：需要进行临床评估；或治疗；或诊断性操作；或延长住院时间；或增加护理和/或监测。

二、患者既往发生的病症及治疗情况，对本次住院主要诊断和并发症的诊断、治疗及预后有影响的，应视为合并症填写在其他诊断。

三、如果既往史或家族史对本次治疗有影响时，ICD-10中 Z80-Z87 对应的病史应填写在其他诊断。

四、除非有明确临床意义，异常所见（实验室、X-RAY、

病理或其他诊断结果) 无需编码上报; 如果针对该临床异常所见又做其它检查评估或常规处理, 该异常所见应作为其他诊断编码上报。

五、如果出院时某其他诊断仍为“疑似”的不确定诊断, 应按照确定的诊断编码(肿瘤疑似诊断除外)。

六、按照要求将本次住院的全部诊断(包括疾病、症状、体征等) 填全。

第九章 手术和操作填报要求说明

第一节 主要手术及操作的选择原则及填报顺序

一、定义

（一）手术及操作的定义

患者住院期间被实施的手术及非手术操作（包括诊断及治疗性操作，如介入操作）。

手术及操作不仅包括传统意义上的外科手术，还包括非手术室进行的各种诊断性或治疗性操作、实验室检查等。

（二）主要手术及操作的定义

患者本次住院期间，针对临床医师为患者作出主要诊断的病症所施行的手术或操作。一般是风险最大、难度最高、花费最多的手术和操作。

（三）其他手术及操作的定义

患者在本次住院期间被实施的其他手术或操作。

其他手术及操作是除主要手术及操作以外的被实施的手术或操作。

二、主要手术及操作的选择原则

患者本次住院期间因病情需要，临床医师为患者实施多次相同或不同的手术及操作，根据主要手术及操作的定义，应选择与主要诊断相对应的手术及操作，也就是说本次住院期间，临床医师为患者所做的最核心的那台手术、治疗性操作或诊断性操作，这个主要手术及操作可能是一

台手术，也可能是一次操作。如无法选择，则根据手术及操作的“风险程度、操作难度、费用成本、执行时间”依次判断，选择风险程度最大或操作难度最难或花费最多或执行时间最早的手术及操作。

例 1：患者因胆囊结石入院行胆囊切除术，术后手术切口感染，多次清创。

主要诊断：胆囊结石

主要手术及操作：胆囊切除术

其他手术及操作：腹壁清创术

胆囊切除术与主要诊断胆囊结石相符合。虽然多次进行腹壁清创术，因为属于其他手术及操作，且无需多次填报。

例 2：患者乳腺癌术后，为进一步化疗入院，化疗前植入输液港，化疗一次后出院。

主要诊断：恶性肿瘤术后化疗

主要手术及操作：静脉注射化疗药物

其他手术及操作：静脉输液港植入术

静脉输液港植入术虽然是台手术，但本次入院的目的是化疗，因此，主要手术及操作应为静脉注射化疗药物。

例 3：患者急性心肌梗死入院，行 PCI 治疗，放入一枚支架，同时使用有创呼吸机 18 小时。

主要诊断：急性心肌梗死

主要手术及操作：药物洗脱冠状动脉支架置入

经皮冠状动脉球囊扩张成形术

单根血管操作

置入一根血管支架

单根导管的冠状动脉造影术

其他手术及操作：气管内插管。

其他手术及操作：有创呼吸机治疗[小于 96 小时]。

例 4：患者双眼白内障入院手术，入院后第 1 天行左眼白内障手术，术后第 3 天行右眼白内障手术。

主要诊断：老年性白内障

主要手术及操作：白内障摘除伴人工晶体一期置入术
白内障超声乳化抽吸术

其他手术及操作：白内障摘除伴人工晶体一期置入术
白内障超声乳化抽吸术

因两次手术的风险程度、操作难度、费用成本均相同，则选择手术日期最早的那台手术。如果是同日同台完成了双侧的白内障手术，参照本例要求填写。

三、手术及操作的填报顺序

（一）填写手术和操作时，优先填写主要手术或操作。如果本次住院进行的手术及操作并非是针对主要诊断进行的，主要手术及操作应为空，将该手术及操作填写在其他手术及操作栏目内。

（二）填写一般手术和操作时，如果既有手术又有操作，按手术优先原则。

(三) 仅有操作时, 首先填写与主要诊断相对应的主要的治疗性操作(特别是有创的治疗性操作), 后依时间顺序逐行填写其他操作。

第二节 手术和操作填报范围

手术和操作名称和代码的填写应符合《医疗保障手术操作分类与代码》标准, 且为在用的名称和代码。

一、必须填报的手术及操作

(一) 在麻醉下实施的手术或操作。如: 全麻下胃镜检查(无痛胃镜)。

(二) 非麻醉下实施的有创的操作。如: 终止妊娠刮宫术。

(三) ICD-9-CM3 编码规则中注明需要另编码且已执行的操作。

(四) 对于日间医疗的患者, 针对主要诊断所进行的手术及操作。

二、不应填报的手术及操作

(一) ICD-9-CM3 编码规则明确规定无需编码的手术及操作。如: 作为手术入路的胸骨切开术。

(二) 手术的常规步骤。如: 开胸手术留置的引流管, 不得再编码胸腔闭式引流术; 为全麻施行的气管插管, 即使术后未拔管, 气管插管也不得编码。

三、可选择性填报的手术及操作

可选择性填报的手术及操作指这些手术及操作无需填报，如果填报正确，则不作为督导检查的错误，但如果填报错误，则应计为错误。

(一) 无需填报和编码的原则：

在一次住院期间，大多数患者都需执行的常规操作，最主要的是因为对于这些操作的医疗资源消耗可以通过诊断或其它相关操作反映出来，也就是说对于某个特定的诊断或操作它是诊疗规范标准中的必然之选。如：对于 Colles 氏骨折必然会使用 X 线和石膏固定；脓毒血症诊断必然会静脉输抗生素。

(二) 无需填报和编码的操作包括：

1. 石膏的固定、置换、去除。
2. 经留置导管的膀胱灌注、膀胱造口冲洗。
3. 插管：

(1) 除心导管、外科插管、新生儿插管以外的动脉或静脉插管，如：PICC、CVC、S-W 插管。

(2) 除耻骨上造瘘的插管的泌尿系统插管。

4. Doppler 检查。

5. 一般其它药物治疗，无需编码（①对于日间病例该药物是主要治疗，②化疗、新生儿特殊的药物干预，除外）。

6. ECG, Holter 检查。

7. 伴心脏手术时，经皮或经静脉置入的临时电极（术中使用时心脏起搏器），包括对其进行调整，重新定位，

去除电极等操作。

8.肌电图、尿道括约肌肌电图、眼肌电图。

9.影像：一般 X 线平片检查、核磁、CT、B 超检查（经食道 超声心动 TOE 除外）。

10.监测：包括心脏、血管压力监测 <24 小时（如：24 小时血压监测、中心静脉压监测、肺动脉压监测、肺动脉嵌入压监测）。

11.鼻-胃管插管的减压和鼻饲（新生儿除外）。

12.应激试验，如：钽应激试验伴经食管心室起搏、钽应激试验不伴经食管心室起搏。

13.骨牵引、皮牵引。

第三节 手术和操作填报的其他要求

同一次手术，手术入路相同，术式编码相同时，只需填报一次；手术入路不同，术式编码相同时，可分别填报。

第十章 医疗收费项目归集口径说明

“西药费、中药饮片费、中成药费、卫生材料费”4项医疗收费项目已与《医保药品分类与代码》、《医保医用耗材分类与代码》标准相关联，可以实现按直接实际发生数收费。因此，对此4项医疗收费项目不做映射归集。

将国家版7848项医疗服务项目与“床位费、诊察费、检查费、化验费、治疗费、手术费、护理费、一般诊疗费、挂号费、其他费”10项医疗收费项目做映射归集，具体的归集口径结果详见《医保办发〔2021〕34号》说明四：医疗收费项目归集口径。

附件2

云南省____（州、市）医疗保障基金结算清单 （样式）

定点医疗机构名称_____ 定点医疗机构代码_____ 清单流水号_____ 医保结算等级_____
 医保编号_____ 病案号_____ 申报时间____年____月____日

一、基本信息					
姓名_____ 性别 <input type="checkbox"/> 1.男 <input type="checkbox"/> 2.女 出生日期____年__月__日 年龄____岁 国籍_____					
（年龄不足 1 周岁）年龄____天 民族_____ 患者证件类别_____ 患者证件号码_____					
职业_____ 现住址____省（区、市）____市____县_____					
工作单位及地址_____ 单位电话_____ 邮编_____					
联系人姓名_____ 关系_____ 地址____省（区、市）____市____县_____ 电话_____					
医保类型_____ 特殊人员类型_____ 参保地_____					
新生儿入院类型_____ 新生儿出生体重____克 新生儿入院体重____克					
二、门诊慢特病诊疗信息					
诊断科别_____				就诊日期_____	
病种名称	病种代码	手术及操作名称	手术及操作代码		
三、住院诊疗信息					
住院医疗类型 <input type="checkbox"/> 1.住院 <input type="checkbox"/> 2.日间手术					
入院途径 <input type="checkbox"/> 1.急诊 <input type="checkbox"/> 2.门诊 <input type="checkbox"/> 3.其他医疗机构转入 9.其他					
治疗类别 <input type="checkbox"/> 1.西医 <input type="checkbox"/> 2.中医（ <input type="checkbox"/> 2.1 中医 <input type="checkbox"/> 2.2 民族医） <input type="checkbox"/> 3.中西医					
入院时间____年__月__日__时			入院科别_____		转科科别_____
出院时间____年__月__日__时			出院科别_____		实际住院____天
门（急）诊诊断（西医诊断）_____			疾病代码_____		
门（急）诊诊断（中医诊断）_____			疾病代码_____		
出院西医诊断	疾病代码	入院病情	出院中医诊断	疾病代码	入院病情
主要诊断:			主病:		
其他诊断:			主证:		

是否有出院 31 天内再住院计划 <input type="checkbox"/> 1.无 <input type="checkbox"/> 2.有, 目的_____					
主诊医师姓名_____			主诊医师代码_____		
责任护士姓名_____			责任护士代码_____		
四、医疗收费信息					
业务流水号: _____		结算期间: _____年____月____日— _____年____月____日			
票据代码: _____					
票据号码: _____					
项目名称	金额	甲类	乙类	自费	其他
床位费					
诊察费					
检查费					
化验费					
治疗费					
手术费					
护理费					
卫生材料费					
西药费					
中药饮片费					
中成药费					
一般诊疗费					
挂号费					
其他费					
XX (按病种收费名称+代码)					
金额合计					
医保统筹基金支付					
补充医疗保险支付	职工大额补助		个人负担	个人自付	
	居民大病保险				
	公务员医疗补助			个人自费	
医疗救助支付					
其他支付	企业补充		个人支付	个人账户支付	
	商业保险			个人现金支付	
				
医保支付方式 <input type="checkbox"/> 1.按项目 <input type="checkbox"/> 2.单病种 <input type="checkbox"/> 3.按病种分值 <input type="checkbox"/> 4.疾病诊断相关分组 (DRG) <input type="checkbox"/> 5.按床日 <input type="checkbox"/> 6.按人头.....					

定点医疗机构填报部门_____

定点医疗机构填报人_____

医保经办机构_____ 代码_____

医保机构经办人_____ 代码_____

云南省医疗保障局办公室

2022年2月16日印发

