

甘肃省医疗保障服务中心

甘医保中心函〔2021〕8号

关于开展省直基本医疗保险 日间手术和日间诊疗付费工作的通知

省直各有关定点医疗机构:

为积极推进医保支付方式改革,有效提高医院住院周转率,提升医保基金使用效率,方便参保人员就医,减少患者住院天数,减轻参保人员医疗负担,按照《关于将日间手术和日间诊疗纳入基本医疗保险统筹基金支付的通知》(甘医保发〔2020〕86号)要求,在我省日间手术病种及术式和日间诊疗项目医保支付推荐目录的基础上,结合省直医保实际,确定48个日间手术和1个日间诊疗病种纳入省直医保基金支付范围,制定支付标准,实行按病种付费,现将有关事项通知如下:

一、医疗机构范围

根据甘肃省卫生健康委员会《关于确定开展日间手术和日间诊疗工作的医疗机构及病种的通知》(甘卫医政函〔2021〕50号)和兰州市卫生健康委员会《关于18家医院日间手术和日间诊疗病种核定结果的通知》(兰卫函〔2021〕3号)要求,省直

医保目前确定 17 家三级医疗机构和 11 家二级医疗机构为开展日间手术和日间诊疗工作的定点医疗机构（附件 1）。

二、医保支付范围

（一）按照“先易后难，整体推进”的原则，结合省直医保基金运行情况，提取历史数据，聘请第三方专家团队梳理临床路径及测算相关费用，并组织临床医学专家和医保审核专家进行多轮论证，与定点医疗机构协商谈判，确定慢性扁桃体炎等 48 个日间手术病种的 77 个临床路径和特发性血小板减少性紫癜（ITP）1 个日间诊疗病种的 4 个临床路径，其发生的医疗费用纳入省直医保基金支付范围（附件 2）。

（二）本通知所述日间手术是指参保患者按照诊疗计划在 1 日（24 小时）内入、出院完成的手术操作（不包括门诊手术），因病情需要延期住院的特殊病例，住院时间不超过 48 小时。

（三）日间手术医疗总费用包含术前、术中、术后的检查、治疗、化验、病理检验、麻醉、手术、床位、护理、药品、医用耗材及术后带药、必要处置（换药、拆线）等各种临床路径允许的全部费用。手术实施前 1 周内的门诊费用（与日间手术治疗直接相关的术前检查和化验等费用）和术后 1 周内必要处置费用（如换药、拆线等）均纳入日间手术结算。超出基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录、医用耗材目录和服务设施范围的医疗费用不计入其中。

（四）根据医保支付实际情况及医疗水平发展情况，适时

调整日间手术和日间诊疗病种的临床路径及支付标准。费用发生不合理增长的个别病种，可从日间手术医保支付范围中剔除。

三、结算方式

（一）纳入省直医保支付的日间手术在结算时，按医保基金支付标准结算。纳入省直医保支付的日间诊疗病种总费用不得超过费用总额标准，高于费用总额标准按基金支付标准结算，低于费用总额标准据实结算，年底不再清算。患者出院结算时，按现行医保住院待遇政策结算，其起付标准按原标准的 50% 结算，与住院起付标准不累计，不递减。三级医疗机构医保基金支付比例为费用总额标准的 82%，二级医疗机构医保基金支付比例为费用总额标准的 78%。对将日间手术和日间诊疗纳入省直医保基金支付的定点医疗机构不调减年度住院总额预算指标。

（二）日间手术和日间诊疗病种结算费用分医保基金支付费用和个人支付费用，个人支付费用包括政策范围内自付费用和政策范围外自费费用。属于医保基金支付的，由医保经办机构与定点医疗机构按照按病种付费的办法按月结算；属于个人支付的，由参保人员直接与定点医疗机构结算。

（三）参保患者经门诊确诊需行日间手术的，不受转诊转院限制，由医疗机构与患者签订手术知情同意后，及时办理日间手术登记手续，并在登记后 1 周内进行日间手术治疗。

（四）已签订知情同意书或办理日间手术登记手续，但因各种原因未行日间手术的，相关费用仍按门诊医保待遇结算。

对预先未确定实施日间手术，后经诊查进行日间手术的，确定实施日间手术前已经发生的费用不纳入日间手术结算。

（五）实行日间手术后，因术后并发症及其他意外情况，难以在入院 48 小时内出院的患者，应转出日间手术病房，转入相应住院病房，其符合规定的日间手术费用与住院费用按照普通住院合并结算，纳入定额结算管理。

四、清算管理

医保经办机构对定点医疗机构开展日间手术超支和结余的医疗费用，按比例分段，结余奖励、超支分担，年终统一清算。根据年度考核及审核情况，对年终考核不合格的定点医疗机构不进行结余奖励和超支分担，对其他定点医疗机构按规定返还。

（一）超支分担：高出基金支付标准 10%以下的部分，医保经办机构与医疗机构各分担超支额的 50%；高出基金支付标准 10%-20%的部分，医保经办机构分担超支额的 30%，医疗机构分担超支额的 70%；高出基金支付标准 20%以上的部分，全部由医疗机构负担。

（二）结余奖励：低于基金支付标准 10%以内的部分，医保经办机构奖励结余额的 70%；低于基金支付标准 10%-20%的部分，医保经办机构奖励结余额的 50%；低于基金支付标准 20%以下部分，医保经办机构不予奖励。

五、工作要求

（一）定点医疗机构要加强自身医疗质量管理与控制，建

立健全日间手术管理制度，严格掌握日间手术适应症及入出院标准。要按规定为患者建立日间手术病案，充分利用信息化手段加强日间手术病历管理。

（二）定点医疗机构要配合医保部门完成医疗机构端信息系统改造、维护工作，明确专人负责，及时、准确上传相关费用信息。要严格按照省、市卫健部门对各自医院审批的日间手术和日间诊疗的病种进行收治与治疗，医疗费用严格按照经办机构费用结算流程和要求，建立与之对应的工作制度，实施一次性结算，不得要求参保患者多次结算费用。

（三）日间手术医保支付已纳入省直医保定点医疗机构协议管理，原则上实行日间手术和日间诊疗的病种医疗总费用不得高于原住院治疗总费用；医疗机构不得将与日间手术无关的门诊费用纳入日间手术申报范围，也不得将日间手术应包含的费用转移到门诊收费；不得以医疗费用超过结算标准等为由，缩短治疗周期、减少诊疗项目、拒绝或降低标准为参保人员提供医疗服务；对于需使用基本医疗保险支付范围外的药品或诊疗项目时，要做好参保人员的告知工作，在征得参保人员同意并签字确认后方可开展，不得擅自增加参保人员个人负担。

（四）定点医疗机构要切实做好日间手术的管理工作，要在提供安全、优质医疗服务的同时，建立健全医疗费用控制机制，合理检查、合理用药、合理治疗，努力降低医疗成本，不断提高医疗服务质量和效率。要加强对相关工作人员和临床医

师的业务培训，加大省直基本医疗保险政策宣传，合理引导参保人员就医，对符合条件的参保患者开展日间手术并按规定予以结算相关费用。

本通知自新医保系统正式上线起执行。

- 附件: 1. 甘肃省省直医保日间手术和日间诊疗定点医疗机构名单
2. 甘肃省省直医保日间手术和日间诊疗病种目录及医保支付标准



(公开属性: 主动公开)

附件 1

甘肃省省直医保日间手术和日间诊疗 定点医疗机构名单

序号	定点医疗机构名称	医院等级
1	甘肃省人民医院	三级
2	甘肃省中医院	三级
3	兰州大学第一医院	三级
4	兰州大学第二医院	三级
5	甘肃中医药大学附属医院	三级
6	甘肃省妇幼保健院	三级
7	甘肃省肿瘤医院	三级
8	甘肃省第二人民医院	三级
9	甘肃省第三人民医院	三级
10	甘肃省康复中心医院	三级
11	甘肃宝石花医院	三级
12	中国人民解放军联勤保障部队第九四〇医院	三级
13	武警甘肃总队医院	三级
14	兰州市第一人民医院	三级
15	兰州市第二人民医院	三级
16	永登县人民医院	三级
17	榆中县第一人民医院	三级
18	兰州市妇幼保健院	二级
19	兰州市西固区人民医院	二级

序号	定点医疗机构名称	医院等级
20	皋兰县中医医院（甘肃中医药大学附属医院北院）	二级
21	兰州中医骨伤科医院	二级
22	兰州普瑞眼视光医院	二级
23	兰州普瑞眼科医院	二级
24	兰州华夏眼科医院	二级
25	兰州爱尔眼科医院	二级
26	兰州手足外科医院	二级
27	兰州手足外科第二医院	二级
28	甘肃和平医院	二级

附件 2

甘肃省省直医保日间手术和日间诊疗病种目录及医保支付标准

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
1	慢性扁桃体炎	J35.000	扁桃体切除术	28.2x00x002	4500	3690	3800	2960
2	腺样体肥大	J35.200	腺样增殖体切除术不伴扁桃体切除术	28.6x00	5700	4670	4800	3740
3	扁桃体肥大伴 有腺样体肥大	J35.300	扁桃体伴腺样体切除术	28.3x01	6400	5240	5400	4210
4	慢性化脓性 中耳炎	H66.301	鼓室成形术, I 型	19.4x01	5600	4590	4700	3660
			内镜下鼓室成形术	19.4x00x005	5900	4830	5000	3900
5	声带息肉	J38.102	声带病损切除术	30.0901	7000	5740	5900	4600
6	先天性耳前瘻管	Q18.102	耳前瘻管切除术	18.2100x006	4700	3850	4000	3120
7	鼻前庭囊肿	J34.100x007	鼻前庭病损切除术	21.3200x003	5000	4100	4200	3270
8	耳廓良性肿瘤 /耳廓肿物	D23.200x002 /H61.100x008	耳廓病损切除术	18.2900x003	5500	4510	4600	3580
9	分泌性中耳炎	H65.900x001	鼓膜切开术伴置管	20.0100	6000	4920	5100	3970
			内镜下鼓膜置管术	20.0100x006	5900	4830	5000	3900

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
10	咽部囊肿 /咽部肿物	J39.215/J39.219	咽部病损切除术	29.3901	6400	5240	5400	4210
11	口腔肿物	K13.702	口腔病损切除术	27.4906	5000	4100	4200	3270
12	卵巢良性肿瘤/卵巢单 纯性囊肿/输卵管积水/ 输卵管系膜囊肿	D27.x00/N83.200x004 /N70.103/N83.800x01 0	腹腔镜卵巢病损切除术	65.2501	5700	4670	4800	3740
13	宫颈上皮内肿瘤	N87.901	子宫颈锥形切除术	67.2x00	6800	5570	5700	4440
14	宫腔占位	R93.800x006	子宫颈锥形电切术/子宫颈环形电切术	67.3202/67.3201	6100	5000	5100	3970
15	子宫内息肉	N84.001	宫腔镜子宫病损切除术	68.2917	5900	4830	5000	3900
16	子宫内异物 (任何部位)	T19.300	宫腔镜子宫内膜病损切除术	68.2915	4200	3440	3500	2730
17	子宫粘连	N73.604	宫腔镜下子宫内异物去除	98.1600x002	4400	3600	3700	2880
18	子宫纵隔	Q51.202	宫腔镜子宫内膜粘连松解术	68.2101	5700	4670	4800	3740
19	卵巢囊肿	M71.200x001	宫腔镜子宫隔膜切除术	68.2206	6000	4920	5100	3970
20	腱鞘囊肿	M67.400	卵巢囊肿切除术	83.3902	5000	4100	4200	3270
			腱鞘囊肿切除术	83.3101	1900	1550	1600	1240
			手部腱鞘囊肿切除术	82.2101	2000	1640	1700	1320

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
21	去除骨折内固定装置	Z47.001	骨置入装置去除	78.6000	4900	4010	4100	3190
22	膝关节病	M17.900	关节镜膝关节病损切除术	80.8602	8300	6800	7000	5460
23	腰椎间盘突出/腰椎间盘突出伴脊髓病/腰椎间盘突出伴神经根病/腰椎间盘突出脱出伴坐骨神经痛	M51.202/M51.003+G99 .2*/M51.100x002+G55 .1*/M51.101+G55.1*	内镜下腰椎髓核切除术	80.5111	6600	5410	5600	4360
			内镜下腰椎间盘切除术	80.5110	14900	12210	12600	9820
			椎间盘镜下后入路腰椎间盘切除术	80.5100x033	14900	12210	12600	9820
24	精索静脉曲张	I86.101	椎间盘镜下前入路腰椎间盘切除术	80.5100x034	14900	12210	12600	9820
			精索静脉高位结扎术	63.1x01	4700	3850	4000	3120
25	肾囊肿	N28.1	肾囊肿硬化剂注射术	55.9601	1900	1550	1600	1240
			肾囊肿去顶术	55.0105	5700	4670	4800	3740
26	睾丸肿物/附睾肿物	N50.901/N50.903	睾丸活组织检查+睾丸病损切除术 /附睾病损切除术	62.1100/62.1200 +62.2x01/63.3x03	5300	4340	4500	3510
27	尿道息肉	N36.201	尿道口病损切除术	58.3906	6100	5000	5100	3970
28	尿道狭窄	N35.900	尿道扩张术	58.6x00	3200	2620	2700	2100
29	尿道肿物	N36.901	尿道病损切除术	58.3901	6500	5330	5500	4290
30	鞘膜积液 /睾丸鞘膜积液	N43.300/N43.301	阴囊和睾丸鞘膜的其他修补术	61.4900	3700	3030	3100	2410
			睾丸鞘膜积液切除术	61.2x00	1100	900	900	700

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
31	取出输尿管支架管	Z46.600x002	输尿管镜输尿管支架取出术	97.6204	4100	3360	3400	2650
			膀胱镜输尿管支架取出术	97.6205	3500	2870	2900	2260
32	输尿管结石	N20.100	经尿道输尿管/肾盂激光碎石取石术	56.0x06	10800	8850	9100	7090
			经尿道输尿管/肾盂气压弹道碎石取石术	56.0x07	7800	6390	6600	5140
			经尿道输尿管/肾盂超声碎石取石术	56.0x08	8600	7050	7300	5690
33	输尿管狭窄	N13.504	经尿道输尿管支架置入术	59.8x03	7000	5740	5900	4600
			膀胱镜下输尿管扩张术	59.8x00x001	8600	7050	7300	5690
34	阴囊肿物	N50.902	阴囊病损切除术	61.3x03	4300	3520	3600	2800
35	单侧或未特指的腹股沟 疝，不伴有梗阻或坏疽	K40.900	单侧腹股沟疝修补术（含腹腔镜）	53.0002/53.0001	6100	5000	5100	3970
			单侧腹股沟疝无张力修补术（含腹腔镜）	53.0501	9000	7380	7600	5920
			单侧腹股沟疝疝囊高位结扎术（含腹腔镜）	53.0204/53.0202 /53.0100x001	5800	4750	4900	3820
36	胆管结石/胆总管结石	K80.500x002 /K80.501	内镜逆行胰胆管造影[ERCP]+十二指肠肠切开 异物取出术+内镜下鼻胆管引流术	51.1000+45.0101 +51.8600x002	14600	11970	12400	9670
			内镜逆行胰胆管造影[ERCP]+十二指肠肠切开 异物取出术+内镜下胆管置管引流术 +内镜下胆管支架置入术	51.1000+45.0101 +51.8700x004 +51.8700x003	24800	20330	21000	16380
			内镜逆行胰胆管造影[ERCP] +十二指肠肠切开异物取出术	51.1000+45.0101	13000	10660	11000	8580

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
37	胆囊结石 /胆囊结石伴胆囊炎	K80.200x003 /K80.100x001	腹腔镜下胆囊切除术	51.2300	6400	5240	5400	4210
38	肛瘻/高位肛瘻/低位肛 瘻/复杂性肛瘻	K60.300/K60.301 /K60.302/K60.303	肛瘻挂线术	49.7301	3600	2950	3000	2340
39	肛周脓肿/肛门脓肿	K61.001/K61.000	直肠周围脓肿切开引流术	48.8101	3300	2700	2800	2180
			肛周脓肿切开引流术	49.0100x004	3200	2620	2700	2100
			乳房病损切除术	85.2100x003	4300	3520	3600	2800
40	乳腺良性肿瘤	D24.x00x001	乳房腺体区段切除术	85.2100x019	4300	3520	3600	2800
			乳房象限切除术	85.2200	4300	3520	3600	2800
			乳房病损微创旋切术	85.2100x004	4600	3770	3900	3040
41	下肢静脉曲张/大隐静 脉曲张	I83.900x004/I83.903	大隐静脉主干激光闭合术	38.5900x003	6100	5000	5100	3970
			大隐静脉高位结扎和剥脱术	38.5901	5300	4340	4500	3510
42	血栓性外痔/出血性外 痔/脱垂性内痔 /混合痔	K64.806/K64.807/ K64.803(国家医保 码)/I84.201	痔切除术/内痔硬化剂注射治疗 /内痔套扎治疗	49.4600/49.4200x 003/49.4500x001	4500	3690	3800	2960
			吻合器痔上黏膜环切术	49.4900x003	5500	4510	4600	3580
			痔上直肠黏膜环形切除吻合术 (PPH 术)	49.4901	5200	4260	4400	3430
43	胃和十二指肠息肉	K31.700	内镜下胃息肉切除术	43.4105	8000	6560	6800	5300

序号	病种名称	病种编码 (对应疾病分类 代码国家医保 2.0版)	主要操作 /治疗方式	主要操作编码 (对应手术操 作代码国家医保 2.0版)	三级医疗机构		二级医疗机构	
					费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)	费用总 额标准 (元)	基金支 付标准 (元)
44	结肠息肉	K63.500	纤维结肠镜下结肠息肉切除术	45.4200x003	5600	4590	4700	3660
45	直肠息肉	K62.100	内镜下直肠病损切除术	48.3508	8600	7050	7300	5690
46	心绞痛	I20.900	单根导管的冠状动脉造影术	88.5500	5700	4670	4800	3740
			食管切除术伴食管移植术	11.3200	1500	1230	1200	930
			翼状胬肉切除术伴自体干细胞移植术	11.3201	1600	1310	1300	1010
47	翼状胬肉	H11.000	翼状胬肉切除术伴自体干细胞移植术	11.3202	1600	1310	1300	1010
			翼状胬肉切除术伴羊膜植片移植术	11.3203	1900	1550	1600	1240
			翼状胬肉切除术伴结膜移植术	11.3901	1400	1140	1200	930
48	老年性白内障	H25.900	白内障超声乳化抽吸术 +白内障摘除伴人工晶体一期置入术	13.4100x001 +13.7100x001	5600	4590	4700	3660
			白内障超声乳化抽吸术	13.4100x001	3100	2540	2600	2020
			激素治疗	用药治疗, 无术式编码	4000	3280	3400	2650
49	特发性血小板减少性紫 癜 (ITP) / 免疫性血小 板减少 / 原发性血小 板减少症	D69.300/D69.400x002 /D69.403	人免疫球蛋白 5	用药治疗, 无术式编码	32700	26810	27700	21600
			人免疫球蛋白 2	用药治疗, 无术式编码	31400	25740	26600	20740
			艾曲波帕	用药治疗, 无术式编码	9300	7620	7900	6160

