

德宏州城镇医疗保险中心关于开展37个单病种结算工作的通知

请附37个单病种清单
发到相关科室。
15/10/13

各县（市）医疗保险中心、州直医保定点医疗机构：

为贯彻落实《德宏州人力资源和社会保障局关于急性阑尾炎等37个病种按单病种结算的通知》（德人社发〔2013〕80号）文件精神，现就开展37个单病种结算工作有关问题通知如下：

一、从2013年10月1日起登记入院的城镇参保人员，凡病情符合37个单病种的，应按照《德宏州人力资源和社会保障局关于急性阑尾炎等37个病种按单病种结算的通知》（德人社发〔2013〕80）文件规定，实行单病种结算。

二、为保证单病种结算的顺利开展，在37个病种结算实施前办理了入院登记的人员，应按照普通住院办理出院手续，确因病情严重暂时不能办理出院手续的，整个住院期间的医疗费仍按照普通住院办理。

患精神病、尿毒症的人员应在2013年9月30日前办理出院手续并按照普通住院结算住院期间的医疗费；从2013年10月1日起重新办理入院手续，并按照单病种结算标准结算住院医疗费。

三、患精神病、尿毒症的人员从2013年9月1日起，

按照《关于做好德宏州城乡居民尿毒症与重性精神病医疗费用报销和医疗救助工作的通知》(德卫发〔2013〕169号)文件报销比例90%执行。

四、做好单病种结算工作是深化医药卫生体制改革的重要内容，也是关系到参保人员切身利益的大事，各县、市医疗保险中心、各医疗保险定点医疗机构要高度重视，密切配合，认真做好单病种结算工作，确保参保人员的医疗待遇享受，工作中有什么问题请及时向州医保中心反映。



德宏州医疗保险阑尾炎等单病种付费标准

序号	疾病	治疗方法	费用标准 (单位: 元)			备注
			三级医院	二级医院	一级医院	
1	急性阑尾炎 ✓	阑尾切除术	4100	3500	2900	
2	大肠息肉 ✓	内镜下息肉摘除术	5000	4200	3500	
3	腹股沟疝 ✓	疝修补术	5000	4500	3500	不含补片; 双侧增加 15% 费用
4	痔疮 ✓	痔疮切除术	4000	3600	2800	包含各种痔疮
5	甲状腺良性瘤 ✓	甲状腺(部分、次、全)切除术	6500	5500	4550	双侧增加 10% 费用
6	结肠癌 △	结肠癌根治术	17200	14620	12900	不含吻合器/含术后第一次放化疗
7	腰椎间盘突出症 ✓	椎间盘摘除术	8200	6970	6150	不含内固定材料
8	肾结石 ✓	经皮肾镜碎石取石术	9000	7650	6750	
9	输尿管结石 ✓	经膀胱输尿管镜碎石取石术	6640	5640	4980	
10	胆囊炎、胆囊结石 ✓	胆囊摘除(腹腔镜、开腹)	6700	5700	5020	
11	胆总管结石 ✓	胆总管内镜下取石术 胆总管切开取石+T管引流	9190 11628	7663 9880	6890 8720	
12	良性前列腺增生 ✓	经尿道前列腺电切术	8700	7300	6530	
13	子宫平滑肌瘤 ✓	经腹行子宫次/全切术	7190	6100	5300	
14	子宫平滑肌瘤 ✓	子宫肌瘤剔除术	7190	6100	5300	常规或使用粉碎装置
15	卵巢良性肿瘤 △	卵巢肿瘤剥除术或附件切除术	6000	5100	4200	
16	输卵管妊娠 △	腹腔镜或开腹下输卵管切除术	5400	4590	3780	
17	子宫腺肌病 ✓	子宫全切+双侧附件切除	7190	6100	5300	
18	老年性白内障 ✓	超声乳化+晶体植入(双) 超声乳化+晶体植入(单)	5500 3500	4670 2970	4130 2630	不含晶体
19	翼状胬肉 ✓	胬肉切除+角膜移置(双) 胬肉切除+角膜移置(单)	3700 3100	3140 2630	2780 2330	

德宏州医疗保险阑尾炎等单病种付费标准

序号	疾病	治疗方法	费用标准(单位:元)			备注				
			三级医院	二级医院	一级医院					
20	带状疱疹 ✓	不伴并发症	3830	3447	2680					
21	冠状动脉粥样硬化性心脏病 ✓	冠状动脉内支架置入术	19000	17100		不含支架、球囊				
22	急性ST段抬高心肌梗死 ✓	冠状动脉内支架置入术	16727	15000		不含支架、球囊				
23	不稳定性心绞痛 ✓	冠状动脉内支架置入术	13732	12350		不含支架、球囊				
24	病态窦房结综合症 ✓	永久性心脏起搏器置入术	8033	7230		不含起搏器				
25	重度膝关节骨关节炎	全膝关节置换术	12653	11380	9490	不含人工膝关节				
26	股骨头坏死 ✓	全/半髋关节置换术	10850	9220	8140	不含人工髋关节、股骨头				
27	宫颈癌 △	根治性全子宫切除 十腹膜后淋巴结切除术	14000	12600	10500	含术后第一次放化疗				
28	股骨颈骨折 △	股骨头置换术	11340	10200	8505	不含人工股骨头				
29	胸椎/腰椎退变性病変 △	经皮穿刺椎体成形术	9800	8800	7350	不含椎体成形材料				
30	腰椎退变性病変 ✓	椎弓根内固定术	16000	14400	12000	不含脊柱内固定器/人工骨				
31	直肠息肉 ✓	息肉摘除术(或内镜下)	6403	5760	4800					
32	支原体肺炎 ✓		4060	3650	3040					
33	支气管扩张 ✓		7300	6570	5470					
34	支气管哮喘(非危重) ✓	非危	5600	5040	4200					
35	细菌性肺炎(非重症) △		6830	6140	5120					
36	慢性肾功能衰竭 ✓	门诊血液透析	520	442		每月最多不超过13次,不含药品费				
37	精神病 △	Ⅲ级医院日住院费标准 130元/天			Ⅱ级医院日住院费标准 120元/天			Ⅰ级医院日住院费标准 100元/天		
		90天以内 100%	91-180天 80%	181天以上 70%	90天以内 100%	91-180天 80%	181天以上 70%	90天以内 100%	91-180天 80%	181天以上 70%

附件 2

德宏州医疗保险病种结算告知书

医保患者:

根据您的病情,您此次住院治疗确诊的_____病种符合德宏州医疗保险 37 个病种结算规定,我院将按照该病种规定的临床治疗路径对您进行治疗,并按照该病种规定的患者个人结算定额标准与您结算个人支付金额。我院承诺除患者个人结算定额标准之外,不再向您收取其他任何费用。

(患者)签名:

(主治医生)签名:

年 月 日