附件1：

医疗保障基金结算清单填写规范（试行）

医疗保障基金结算清单（简称“医保结算清单”）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。为统一医保结算清单数据采集标准，提高医保结算清单数据质量，促进医保结算管理行为规范，提升医保管理绩效，根据《国家医疗保障局关于印发医疗保障定点医疗机构等信息业务编码规则和方法的通知》（医保发〔2019〕55号）有关要求，制定医保结算清单填写规范。

一、基本要求

（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，向医保部门申请结算时提交的数据清单。

（二）医保结算清单数据指标共有190项，其中基本信息部分32项、门诊慢特病诊疗信息部分6项、住院诊疗信息部分57项、医疗收费信息部分95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和医保、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》，手术和操作代码应当统一使用《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》,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、手术及操作项目时应当同时填写名称及代码。

（六）凡栏目中有“□”的，应当在“□”内填写相对应项的序号。

（七）凡栏目中标注“\*”的代表选填数据指标，其他项目为必填数据指标，有则必填，无则空项处理。

（八）凡栏目中有“……”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。

二、数据采集标准

（一）基本信息数据指标。

基本信息部分：32项数据指标，主要用于定点医疗机构和患者的身份识别。

1.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。清单流水号设计为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“20”表示2020年度。

第二部分：顺序号编码（7位）。用于反映医保结算清单赋码顺序，使用数字表示。如“0000001”表示该年度第一份医保结算清单。

2.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《事业单位法人证书》或《营业执照》登记的机构名称填写。

3.定点医疗机构代码：患者就诊所在的定点医疗机构在《医疗保障定点医疗机构分类与代码》数据库中的唯一标识码。定点医疗机构编码

4.医保结算等级：定点医疗机构医疗服务项目收费等级，分为一级、二级和三级。

5.医保编号：参保人在医保系统中的唯一身份代码。身份证号

6.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。

7.申报时间：定点医疗机构上报医保结算清单的时间。

8.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。

9.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。

10.出生日期：患者出生当日的公元纪年日期的完整描述。

11.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。

12.（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。

13.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。

14.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。

15.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。

16.患者证件号码：患者的身份证件上的唯一法定标识符。

17.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。

18.现住址：患者近期的常住地址。

19.工作单位名称：患者在就诊前的工作单位名称。

20.工作单位地址：患者当前所在的工作单位地址。

21.单位电话：患者当前所在的工作单位的电话号码，包括国际、国内区号和分机号。

22.工作单位邮编：患者当前所在的工作单位地址的邮政编码。

23.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。

24.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。

25.联系人地址：联系人当前常住地址或工作单位地址。

26.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。

27.医保类型：取值范围包括职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险（城镇居民基本医疗保险、新型农村合作医疗保险）和其他医疗保险等。

28.特殊人员类型：参与医疗救助资助的参保人员范围，分为：（1）特困人员、（2）城乡低保对象、（3）农村建档立卡贫困人口、（4）贫困重度残疾人、（9）其他。

29.参保地：患者参加基本医疗保险并缴纳参保费的统筹地区。

30.新生儿入院类型：与新生儿入院相关的影响因素，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。

31.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。

32.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。

（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过程。

1.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。

2.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。

3.诊断名称：患者就诊时，由门（急）诊接诊医师经诊治给出的门诊慢特病病种名称。

4.诊断代码：患者就诊时，由门（急）诊接诊医师经诊治给出的门诊慢特病病种在《医疗保障门诊慢特病病种分类与代码》中对应的代码。

5.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。

6.手术及操作代码：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在《医疗保障手术操作分类与代码》中对应的代码。

（三）住院诊疗信息数据指标。

住院诊疗信息部分：57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。

1.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。

2.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。

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

4.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。

5.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。

6.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。

7.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。

8.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。

9.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。

10.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。

11.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），详见说明一。

（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，详见说明二。

（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。

12.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）。

13.诊断代码计数：包括主要诊断和其他诊断的代码总数。

14.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），详见说明三。

（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。

15.手术及操作日期：患者住院期间开始实施手术及操作时的公元纪年日期和时间的完整描述。

16.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。

17.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。

18.术者医师代码：术者医师在《医保医师分类与代码》中的代码。

19.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。

20.麻醉医师代码：麻醉医师在《医保医师分类与代码》中的代码。

21.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。

22.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。

23.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。

24.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）、（9）其他。

25.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。

26.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。

27.合计（小时）\*：患者住在重症监护病房的时长总和。

28.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。

29.输血量：给予患者输入体内的各成分血的数量。

30.输血计量单位：给予患者输入体内的各成分血的计量单位。

31.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。

32.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和对应的医保定点医疗机构代码。

（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/乡镇卫生院名称和对应的医保定点医疗机构代码。

（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。

33.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。

34.主诊医师名称\*：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。

35.主诊医师代码\*：主诊医师在《医保医师代码》中的代码。

（四）医疗付费信息数据指标。

医疗付费信息部分：95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。医疗收费信息与“医疗住院收费票据”信息一致。

1.业务流水号：医疗卫生机构收费系统自动生成的流水号码。结算号ID

2.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。

3.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。

4.结算期间：定点医疗机构与患者当次结算费用的起止时间。

5.金额合计：定点医疗机构与患者当次结算费用的总和。其中，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、挂号费和其他费14类。填报口径按照《医疗服务项目分类与代码》映射归集填写（此填报口径另行下发）。

6.医保统筹基金支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由基本医疗保险统筹基金支付的金额。

7.其他支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大病保险、医疗救助、公务员医疗补助、大额补充、企业补充等基金或资金支付的金额。

8.大病保险支付：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大病保险支付的金额。

9.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。

10.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。

11.大额补充：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由大额补充基金支付的金额。

12.企业补充：患者本次就医所发生的医疗费用中按规定由企业补充基金支付的金额。

13.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，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。

14.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。

15.个人账户支付：按政策规定用个人账户支付参保人的医疗费用（含基本医疗保险目录范围内和目录范围外的费用）。

16.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。

17.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：1.按项目付费、2.按单病种付费、3.按病种分值付费、4.按疾病诊断相关分组（DRG）付费、5.按床日付费、6.按人头付费……，如“7.按定额”。

说明一：主要诊断选择要求

主要诊断选择要求：

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）。

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。

3.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。

4.一般情况下，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。

5.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。

6.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。

7.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。

8.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。

9.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。

10.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。

11.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。

12.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。

13.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。

14.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。

15.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。

16.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。

17.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。

18.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。

19.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。

20.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。

21.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。

22.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。

23.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。

A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。

B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。

C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。

D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。

说明二：其他诊断填报要求

1.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。

（1）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。

（2）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）

2.其他诊断填写要求

（1）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。

（2）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。

（3）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。

（4）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。

（5）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。

（6）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。

说明三：手术和操作填报要求

1.主要手术和操作是指患者本次住院期间，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。

2.填写手术和操作时，优先填写主要手术或操作。

3.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。

4.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。

5.手术和操作填报范围

（1）ICD-9中有正式名称的全部手术要求编码填报。

（2）除“A.无需填报和编码的原则”及“B.无需填报和编码的操作”要求以外的操作均应进行编码填报。

A.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。

B.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

a）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

b）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（术中使用临时心脏起搏器），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）操作中的某些组成部分

13）应激试验，如：铊应激试验伴经食管心室起搏、铊应激试验不伴经食管心室起搏

14）骨牵引、皮牵引

注：

1）ICD-9中的标准优先；

2）如果需要全身麻醉而进行的操作，上述编码要编；

3）对于日间医疗的患者，上述如果是主要住院原因要编。