

济宁市医疗保障局文件

济医保字（2023）30号

关于印发《济宁市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算试行办法》的通知

各县（市、区）医疗保障局，济宁高新区人力资源部、太白湖新区社会保障事业服务中心、济宁经济技术开发区人力资源和社会保障服务中心，市医疗保障综合执法支队、市医疗保险事业中心，市直各协议管理医疗机构：

《济宁市基本医疗保险区域点数法总额预算和按病种分值付费结算试行办法》已经局党组会议研究通过，现印发给你们，请认真贯彻执行。

（此件主动公开）



济宁市基本医疗保险区域点数法总额预算 和按病种分值付费结算试行办法

第一章 总 则

第一条 为进一步完善基本医疗保险支付制度,保障参保人合理医疗需求,提高基本医疗保险基金使用效率,根据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《国家医疗保障局办公室关于印发国家医疗保障按病种分值付费(DIP)技术规范和DIP病种目录库的通知》等相关要求,结合我市实际,制定本办法。

第二条 本市确定的DIP付费医疗机构与医保经办机构之间结算城镇职工和城乡居民基本医疗保险住院费用,适用本办法。各参保人与医疗机构的住院费用结算暂按现行政策结算。

第三条 按病种分值结算管理工作遵循“总额控制、病种赋值、预算管理、责任分担”的原则。

第四条 建立除外机制。肿瘤日间病房、中医日间病房、生育类、精神类、康复类、长期护理类、安宁疗护类等暂不按DIP结算。

第二章 年度总额预算

第五条 在全市总额预算前提下,遵循“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则,根据DIP付费医疗机构上年度基本医

疗保险统筹基金支出、基金收支增长率等因素合理确定本年度 DIP 付费医疗机构 DIP 预算基金，其增长率不得高于年度基金收入增长率。

风险储备金按上年度基金收入的 5%提取，累计提取不超过该年度基金收入的 15%，主要用于应对基金超支风险。

第六条 强化医保基金对定点医疗机构的激励约束作用，健全完善“结余留用、合理超支分担”医保基金清算机制。在病种分值结算支出预算总额中提取 5%建立调节金，用于年终清算时特病单议、合理超支分担等，视实际运行情况进行调整。

第三章 病种目录管理

第七条 执行国家统一的医保疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材和医保基金结算清单等医保信息业务编码标准。

第八条 依据国家技术规范和《医疗保障手术操作分类与编码(ICD-9-CM3 医保 V1.0 版)》标准，提取 DIP 付费医疗机构近三年住院病例数据信息，通过大数据分析对比形成客观分类及组合。以 15 例为临界值，病例数 15（含 15）例以上的病种将治疗方式作为分组的依据形成核心病种，小于 15 例的病种依据治疗方式的具体属性再次聚类后形成综合病种。

第九条 建立基层优势病种，支持基层医疗机构发展，促进

分级诊疗，促进医疗资源合理配置。

第十条 建立 DIP 分组论证机制。根据国家 DIP 技术规范 and 分组方案，结合济宁市医保实际，对定点医疗机构纳入 DIP 付费的住院病例进行本地化分组。DIP 分组根据济宁医保 DIP 实际运行情况并征求专家意见后，适时优化调整。

第四章 病种分值、点值及调整系数

第十一条 建立 DIP 病种分值论证机制。DIP 病种分值根据医疗机构近三年住院病例医疗费用数据进行计算，经组织专家论证、与医疗机构协商谈判后确定。

第十二条 建立病种分值动态调整机制。可结合医疗资源结构、疾病诊治难易程度、医保政策等，与定点医疗机构进行沟通协商，对病种分值可进行动态调整并不断完善。

第十三条 病种分值是不同出院病例的费用标准化单位，利用该分值实现医疗机构医疗服务产出的评价与比较，形成支付的基础。计算方法为：某病种组分值=（该病种组平均住院费用/全部病例平均住院费用）×100。

为综合反映历年疾病及费用的发展趋势，以近 3 年历史数据按照时间加权的形式计算费用平均值，历史近三年的病种组均费采用 1:2:7 加权的形式计算得出。随着 DIP 付费方式运行，病种分值将适时做出调整，原则上每年调整一次。

第十四条 系数的确定：根据定点医疗机构当年度医疗费用、重点专科情况等综合确定医疗机构系数，DIP 付费结算使用最终医疗机构综合系数。系数确定规则见附件 1。

第五章 病例类型及分值计算

第十五条 住院医疗费用低于同病种组合支付标准 0.5 倍以下（含 0.5 倍）的病例为费用超低病例，住院医疗费用超过同病种组合支付标准 2 倍以上 5 倍以下（含 5 倍）的病例为费用超高病例，住院医疗费用超过同病种组合支付标准 5 倍以上的病例为费用极端异常病例。未入组病例统一纳入空白病组病例。不属于上述病例类型的病例为正常病例。

1.费用超低病例病种分值= $\sum$ （病种分值 $\times$ （该病例医疗总费用 $\div$ 同病种组例均费用））。

2.费用超高病例病种分值= $\sum$ （（该病例医疗总费用/同病种组例均费用-2） $\times$ 病种分值+病种分值 $\times$ 综合系数）。

3.空白病组病例分值= $\sum$ （100 $\times$ （该病例医疗总费用/病种组例均费用））。

4.费用极端异常病例分值= $\sum$ （（该病例医疗总费用/同病种组例均费用-裁剪倍率） $\times$ 病种分值+病种分值 $\times$ 综合系数）。

5.正常病例病种分值= $\sum$ （病种分值 $\times$ 综合系数）。

医保部门根据实际政策执行情况，适时调整高偏差和低偏

差病例计算公式。

第十六条 实行特殊病例和特殊项目单议制度。特殊病例和特殊项目可在 DIP 系统内申请单议，由各县（市、区）医保经办机构先行初审，每季度初审一次。无法线上审核的疑难病例，由各医保经办机构组织医疗机构报送相关佐证材料（包括纸质病历、收费明细、医疗机构申报理由等材料），由市医保经办机构组织专家进行评议，一季度评议审核一次。特殊病例和特殊项目申请范围详见附件 2 和附件 3。

第六章 月度结算管理

第十七条 DIP 付费管理遵循“区域总额预算管理、月预结算、年终清算”的原则。

第十八条 月度 DIP 预结算流程如下：

（一）医保结算清单数据上传。各医疗机构应于每月 7 日（含 7 日，下同）前，上传上月出院的参保职工和参保居民的医保结算清单。定点医疗机构应当对上传数据真实性、准确性、完整性负责，避免出现缺少主诊断、主手术操作、诊断和手术操作不匹配等异常数据。定点医疗机构要增加主诊医师确认环节，确保上传医保基金结算清单的疾病诊断与手术操作编码准确无误，符合医保基金结算清单填写规范要求。

（二）分组结果公示。市医保经办机构依据医保基金结算

清单对病例进行 DIP 分组，于每月 9 日前完成上月所有上传病例的分组，并将分组结果向定点医疗机构公示。

（三）分组结果沟通反馈。定点医疗机构收到分组反馈结果后应于每月 13 日前完成对所有分组结果的确认和反馈。逾期未反馈未确认的，视为对分组结果无异议。

（四）分组反馈审核。各县（市、区）医保经办机构应于每月 17 日前完成分组反馈审核工作。

（五）支付结果确认。各县（市、区）医保经办机构应于每月 21 日前完成月度支付结果拨付确认，并将最终分组及支付结果公布给医疗机构。

（六）支付结算。各县（市、区）医保经办机构应于每月 28 日前完成月度预结算。

第十九条 月度预结算以各 DIP 付费医疗机构次月 7 日前上传的纳入 DIP 结算范围病例数及医疗费用为基数，由医保经办机构进行月度 DIP 支付计算，根据 DIP 付费医疗机构月度总分值按照 DIP 应拨金额拨付给各 DIP 付费医疗机构（其中由结算系统预留 1% 做为质量保证金）。DIP 付费医疗机构月度医保基金预结算额 = 该医疗机构每月病种结算分值总和 × 当月总分值点值 - 参保人个人负担总额 - 其它账户费用。质量保证金年底根据考核结果在结算系统进行相应扣减后拨付。

第二十条 为进一步深化医疗卫生体制改革，推进“三医联动”改革持续深入，支持紧密型县域医共体建设，建立 DIP 付

费方式下的统一支付。对紧密型县域医共体牵头单位或总医院提出申请并报送其余医共体成员单位确认协议书的，月度预结算和年终清算基金统一拨付至医共体牵头单位或总医院约定账户。

第二十一条 为充分发挥医疗保障制度优势，支持中医药传承创新发展，积极探索中医优势病种纳入 DIP 支付，对医保结算清单中出院西医主要诊断、中医主要诊断符合《济宁市医疗保险中医优势住院病种分值表》的中医诊断名称、诊断编码及西医诊断名称、诊断编码的按病种分值付费住院病例，按《济宁市医疗保险中医优势住院病种分值表》（见附件 4，以下简称《中医优势住院病种分值表》）入组赋分，对中医优势病种分值提高 20% 的政策倾斜。

第七章 年度清算

第二十二条 年度末，医保部门对医疗机构进行年度考核，并依据考核结果确定年度考核系数。次年上半年在预算范围内根据病种结算分值、DIP 付费年度评价结果和年度考核情况对医疗机构进行年度清算。

第二十三条 计算 DIP 付费医疗机构年度病例清算总分值和年度清算分值点值。DIP 付费医疗机构年度病例清算总分值=每个 DIP 付费医疗机构年度病例分值的总和。年度清算分值点值=（区域内年度用于 DIP 结算的医保基金支出预算总额 - 调节金+年度参保人个人负担总额 + 年度其他账户费用）÷区域年

度分值总和。

第二十四条 确定 DIP 付费医疗机构年终清算拨付总额和年终医保基金清算支付总额。年度医保基金清算总额=DIP 付费医疗机构年度病例总分值×年度分值点值-年度参保人个人负担总额-年度其他账户费用。

对定点医疗机构 DIP 付费医保基金实际垫付金额与年度医保应清算金额进行比较，按照以下原则进行拨付：

（一）结余留用。医疗机构 DIP 付费医保基金实际垫付金额与年度应清算金额相比出现结余的，结余部分全部支付给医疗机构。

（二）超支分担。医疗机构 DIP 付费医保基金实际垫付金额与年度应清算金额相比，出现超支的，通过年度调节金由医保基金按一定比例分担：小于等于应清算金额 110% 的，对超出应清算金额 10% 以内的部分根据病种分值调节金数额给予补偿，补偿金额不得高于应补偿部分，超支 10%（不含）以上的，医保基金不分担。调节金补偿金额=调节金/清算后补偿分值合计×各医疗机构清算后补偿分值。

年终清算拨付金额=应清算金额+补偿金额。

医保经办机构依据《基本医疗保险定点医疗机构 DIP 付费评价指标体系》（另行印发）对医疗机构开展 DIP 付费评价，年度评价结果为优秀和良好的 DIP 付费定点医疗机构，在医疗机构系数、特例单议比例等方面给予适当倾斜，并在年终清算时适当提高结余留用比例或降低超支分担的比例。

第八章 监督管理

第二十五条 医疗机构应遵循合理检查、合理用药、合理治疗原则，严格执行首诊负责制和出入院及转院标准，不得分解住院、挂床住院或将不符合入出院条件的参保人住院或提前出院，不得转嫁参保人住院期间的医疗费用。对经查实违反相关规定的，按相关规定处理后，计入年度考核结果。

第二十六条 医疗机构应严格控制参保人个人全额自费（目录外费用）负担比例，不得诱导或主动要求参保人住院期间门诊或院外购药、检查等，否则相应费用将由医疗机构承担。对于目录外药品、诊疗项目及限价的高值耗材的名称、数量等详细情况应当明确告知参保人并经其签字同意后方可使用。高值耗材的报销按照限价规定执行。医保经办机构将医疗机构的个人全额自费（目录外费用）负担比例情况纳入年度考核项目。

第二十七条 年度清算后医疗机构对实行按病种分值付费下应由医疗机构承担的资金及时核销财务账目，不得挂账。

第二十八条 医疗机构对参保职工、参保居民及时联网结算，无正当理由不得不予联网结算，未联网结算病例不纳入 DIP 结算范围。

第二十九条 医疗机构要注重医保信用建设，采取切实措施提高医保医师及医疗机构的医保信用。

第三十条 医疗机构应按照规定及时上传医保结算清单，切

实提高病案质量，按照有关要求准确填写住院病例。医保部门将组织对医疗机构上报的结算资料进行审核，重点审核因病情危重、治疗复杂、长期住院、未公布分值等病例。疾病和手术操作编码填写不准确、不规范的，经查属实的扣减相应分值。

第三十一条 医疗机构有低标准住院、诱导住院、分解住院、挂名住院、高套分值、诊断升级等行为的，当次住院的分值和医疗费用、记账费用不予计算，并按照记账费用的 2 倍在该机构年度清算时扣减相应分值。对审核发现的违规收费等行为，当次住院的分值和医疗费用、记账费用不予计算，并按照记账费用的 2 倍在该机构年度清算时扣减相应分值（如其他处罚中有涉及扣款的，不再扣减相应分值）。对于上述违规行为频发或年度分值总量增长率超过 10% 的医疗机构，将纳入重点监控范围，作为医保部门日常监管和飞行检查的主要备查单位。对发现的欺诈骗保等严重违法违规行为，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规严肃处理。

第三十二条 完善与按病种分值结算办法相配套的年度考核办法，采取定期考评与日常稽查相结合的形式，通过住院管理、病案抽查、日常稽查、投诉处理、群众评价等多项指标，对医疗机构全年的医疗保险工作进行客观、公正、全面的考核评价，科学确定医疗机构年度考核系数。

第九章 附 则

第三十三条 本办法由济宁市医疗保障部门负责解释，并适时进行修定和补充。

第三十四条 本办法自 2023 年 9 月 1 日起执行。执行期间如国家、省出台新规定，按新规定执行。

- 附件：
- 1.济宁市医保支付中有关系数的确定规则
 - 2.济宁市医保支付特殊病例的范围
 - 3.济宁市医保支付特殊项目的范围及加成分值确定规则
 - 4.济宁市医疗保险中医优势住院病种分值表

附件 1

济宁市医保支付中有关系数的确定规则

一、基本原则

(一) 结合实际, 合理设定。符合客观事实, 以当年度医疗费用等实际数据设置定点医疗机构系数。

(二) 明确规则, 强化激励。统筹兼顾定点医疗机构功能定位, 明确系数确定规则, 激励引导定点医疗机构良性发展。

二、定点医疗机构系数

本市定点医疗机构按病种分值付费的系数称为定点医疗机构系数, 包括基本系数和加成系数。定点医疗机构系数=基本系数 $\times$ (1+加成系数)。各项系数的计算结果向下取至小数点后四位。

(一) 基本系数

三级甲等定点医疗机构基本系数设置为 1, 其它三级、二级、一级定点医疗机构的基本系数按该级别定点医疗机构与三级甲等定点医疗机构相同核心病种的医疗费用比例关系确定。三级、二级、一级医疗机构分为三级甲等、三级乙等、二级甲等、二级乙等、一级甲等、一级乙等、未定级。

(二) 加成系数

加成系数等于病例组合系数、老年患者比例系数、儿童患

者比例系数之和减去二次住院系数。加成系数计算结果大于 10 个百分点的，取 10 个百分点。

1. 病例组合系数

(1) 病例组合指数 (CMI) = 定点医疗机构总分值 ÷ 定点医疗机构总例数 ÷ 100。床日病种、新生儿非疾病因素住院、新冠肺炎病例不纳入 CMI 计算范围，特殊病例以调整前分值计算。

(2) 各级别定点医疗机构分别计算 CMI 平均数 ($\overline{\text{CMI}}$)。根据 CMI 和 $\overline{\text{CMI}}$ 差额的 10% 确定病例组合系数，计算公式如下：

当 $\text{CMI} > \overline{\text{CMI}}$ ，病例组合系数 = $(\text{CMI} - \overline{\text{CMI}}) \times 10\% \times$ 调节系数。其中：三级定点医疗机构调节系数为 1；二级定点医疗机构调节系数为 0.75；一级及未定级定点医疗机构调节系数为 0.5。

当 $\text{CMI} \leq \overline{\text{CMI}}$ ，病例组合系数 = 0。

(3) 三级定点医疗机构病例组合系数最高加成 7 个百分点；二级定点医疗机构病例组合系数最高加成 4 个百分点；一级及未定级定点医疗机构病例组合系数最高加成 2 个百分点。

2. 老年患者比例系数

根据定点医疗机构 60 岁及以上老年人住院人次占比 (I_{ln}) 及全市平均数 ($\overline{I_{ln}}$) 确定老年患者比例系数，最高加成 5 个百分点。计算公式如下：

当 $I_{ln} > \overline{I_{ln}}$, 老年患者比例系数 = $(I_{ln} - \overline{I_{ln}}) \times 10\%$;

当 $I_{ln} \leq \overline{I_{ln}}$, 老年患者比例系数 = 0。

3. 儿童患者比例系数

根据定点医疗机构 6 岁及以下儿童住院人次占比 (I_{et}) 及全市平均数 ($\overline{I_{et}}$) 确定儿童患者比例系数, 最高加成 5 个百分点。计算公式如下:

当 $I_{et} > \overline{I_{et}}$, 儿童患者比例系数 = $(I_{et} - \overline{I_{et}}) \times 10\%$;

当 $I_{et} \leq \overline{I_{et}}$, 儿童患者比例系数 = 0。

4. 二次住院系数

根据定点医疗机构出院参保人小于等于 ($\leq$) 15 天 (肿瘤放化疗除外) 再入院的人次占比 (I_{zy}) 确定二次住院系数, 最高扣减 5 个百分点。计算公式如下:

当 $I_{zy} > 10\%$, 二次住院系数 = $(I_{zy} - 10\%) \times 10\%$;

当 $I_{zy} \leq 10\%$, 二次住院系数 = 0。

再入院人次包括在本院或者其他定点医疗机构再次住院的人次, 已办理转院备案或者定点医疗机构自行办理住院费用合并计算的病例除外。

(三) 医疗机构综合系数

按照疾病难易程度测算系数 (CMI 系数) 与按照次均费用测算系数 (综合基本系数和加成系数确定) 相结合, 两种办法采用 1: 1 加权的方法确定最终医疗机构综合系数。

附件 2

济宁市医保支付特殊病例的范围

一、特殊病例的范围

符合以下条件之一的病例，可申请按特殊病例结算：

（一）费用极端异常病例及空白病组病例；

（二）病例住院天数大于该定点医疗机构当年度平均住院天数 5 倍以上；

（三）病例实际医疗费用超出该病例实际分值与上上年度病种每分值费用、基本系数的乘积，且超出金额为该定点医疗机构当年度前 10 位；

（四）病例的监护病房床位使用天数不小于该病例住院床位使用总天数的 60%；

（五）运用创新医疗技术（指 3 年内获得国家、省自然科学奖、技术发明奖、科学进步奖的医疗技术或者治疗手段）的病例；

（六）运用经国家、省、市卫生健康行政部门评审认定并公布的临床高新技术、临床重大技术或者临床特色技术的病例。

二、特殊病例的数量

定点医疗机构向市医保经办机构提出按特殊病例结算的申请，申请病例数不超过该定点医疗机构当年度按病种分值付费人次的千分之五（视情况适时调整，调整程序按照有关规定执行）。申请病例数计算结果四舍五入至个位。

三、特殊病例的评议

市医保经办机构组织专家进行评议，对评议通过、经审核后符合医保规定的特殊病例费用参照空白病种分值计算支付。

济宁市医保支付特殊项目的范围及 加成分值确定规则

一、特殊项目的范围

同时满足以下条件的药品和医疗技术等项目，经市医保经办机构组织专家进行评议通过后，确定为特殊项目：

（一）协议期内国家医保谈判药品，或者应用于同一住院过程的联合手术、联合治疗且暂无相应 DIP 病种的医疗技术，或者临床应必需且对 DIP 病种分值有较大影响的其他项目。

（二）全市参保人近一年累计使用相关项目病例达到 15 例以上，罕见病不受病例数量限制。

二、特殊项目加成分值的确定规则

特殊项目加成分值（ F_{xm} ）根据特殊项目费用（ E_{xm} ）、上年度病种每分值费用（ C_{qn} ）及其病例实际医疗费用（ E_{b1} ）、病例分值（ F_{b1} ）综合确定。计算公式如下：

当 $F_{b1} \leq (E_{b1} - E_{xm}) \div C_{qn}$ 时， $F_{xm} = E_{xm} \div C_{qn}$ ；

当 $F_{b1} > (E_{b1} - E_{xm}) \div C_{qn}$ 时， $F_{xm} = E_{b1} \div C_{qn} - F_{b1}$ 。

特殊项目加成分值计算结果四舍五入至个位；计算结果小于 0 时，特殊项目加成分值为 0。

济宁市医疗保险中医优势住院病种分值表

序号	国际疾病分类		中医病症分类医保 2.0 (GB21 版)		主要操作/治疗方式		本地病种目录分值		
	ICD-10 编码	疾病名称	医保版中医编码	医保版中医名称	手术/操作 编码	手术/操作 名称	中医优势 病种编码	原始病 种分值	中医优 势病种 分值
1	a46.x00	丹毒	A08.01.56	丹毒			zy_a46.x_	59.04	70.85
2	b02.900x001	带状疱疹	A08.01.33	火赤疮			zy_b02.9_	39.41	47.29
3	g45.004	后循环缺血	A17.07	眩晕			zy_g45.0_	56.92	68.30
4	g51.803	面神经炎	A07.01.01.	中风病			zy_g51.8_	63.58	76.30
5	g51.803	面神经炎	A07.01.01.	中风病	17.91100	毫针治疗	zy_g51.8_17.91100	100.65	120.78
6	i80.902	血栓性静脉炎	A08.02.16	青蛇毒			zy_i80.9_	42.20	50.64
7	j12.900	病毒性肺炎	A10.04.02	肺风痰喘			zy_j12.9_	48.22	57.86
8	k35.800x001	急性阑尾炎	A17.36	腹痛			zy_k35.8_	53.07	63.68
9	k60.301	高位肛瘘	A08.03.06	肛漏			zy_k60.3_	85.44	102.53

10	k60.301	高位肛痿	A08.03.06	肛漏	17.98124	高位复杂肛 痿挂线治疗	zy_k60.3_17.98124	83.02	99.62
11	k61.001	肛周脓肿	A08.03.02	息肉痔			zy_k61.0_	70.27	84.32
12	k64.900	痔	A08.03.01.	痔疮			zy_k64.9_	48.61	58.33
13	l30.902	湿疹	A08.01.01	热疮			zy_l30.9_	44.91	53.89
14	m17.900	膝关节病	A03.06.05.05	损伤疼痛			zy_m17.9_	60.67	72.80
15	m17.900	膝关节病	A03.06.05.05	损伤疼痛	17.91100	毫针治疗	zy_m17.9_17.91100	122.26	146.71
16	m47.001+g99.2*	椎动脉型颈椎 病	A03.06.04.05.01	落枕			zy_m47.0_	61.59	73.91
17	m47.201	神经根型颈椎 病	A03.06.04.05.01	落枕			zy_m47.2_	52.54	63.05
18	m47.201	神经根型颈椎 病	A03.06.04.05.01	落枕	17.91100	毫针治疗	zy_m47.2_17.91100	120.09	144.11
19	m51.202	腰椎间盘突出	A17.42	腰痛			zy_m51.2_	57.38	68.86

20	m75.001	肩周炎	A03.06.05.05	损伤疼痛			zy_m75.0_	51.67	62.00
21	n20.900	泌尿系结石	A04.05.06	癰闭			zy_n20.9_	48.24	57.89
22	n73.902	女性盆腔炎	A16.01.	积聚类病			zy_n73.9_	41.05	49.26
23	s42.202	肱骨外科颈骨折	A03.06.01.	骨折病	17.97140	肩关节脱位 手法整复术	zy_s42.2_17.97140	98.13	117.76
24	s43.000	肩关节脱位	A03.06.01.	骨折病	17.97140	肩关节脱位 手法整复术	zy_s43.0_17.97140	41.22	49.46
25	s52.200x011	孟氏骨折	A03.06.01.	骨折病			zy_s52.2_	69.27	83.12
26	s52.500x001	桡骨远端骨折	A03.06.01.	骨折病	17.972e0	桡骨下端骨折 手法整复术	zy_s52.5_17.972e0	53.28	63.94
27	s62.301	掌骨骨折	A03.06.01.	骨折病			zy_s62.3_	78.84	94.61
28	s62.802	指骨骨折	A03.06.01.	骨折病			zy_s62.8_	64.25	77.10
29	s82.201	胫腓骨干骨折	A03.06.01.	骨折病			zy_s82.2_	49.14	58.97
30	s92.000	跟骨骨折	A03.06.01.	骨折病			zy_s92.0_	52.00	62.40

抄送：市财政局,市卫生健康委。

济宁市医疗保障局办公室

2023 年 9 月 4 日印发
