

四川省医疗保障局

四川省医疗保障局 关于修订《四川省医疗保障基金结算清单 质控规则》的通知

各市（州）医疗保障局：

为进一步提高我省医疗保障基金结算清单数据质量，确保DRG/DIP付费工作的准确性，按照《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）等要求，结合前期反馈的意见建议，我局对我省医保结算清单质控规则进行了修订。现印发你们，请遵照执行。

附件：四川省医疗保障基金结算清单质控规则



四川省医疗保障基金结算清单质控规则

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
1	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使用同一病案号	病案号非空性	判断病案号是否为空。	审核病案号是否为空,若为空则不通过。	事前		
2			年龄(天)非空性	判断当年龄(岁)项为空时,年龄(天)是否为空。	当年龄(岁)为空时,判断年龄(天)是否为空,若是则不通过。	事前		
3	年龄(天)	患者实足年龄不足1周岁的,按照实足年龄的相应整数填写	门(急)诊诊断与患儿年龄不符	门(急)诊诊断编码出现P10~P15,且(年龄不足1周岁的)年龄必须小于365天。	门(急)诊诊断编码出现P10~P15,且(年龄不足1周岁的)年龄必须小于365天。	事后	提示	
4			年龄(岁)(天)互斥性	年龄岁和天字段不能同时有值。	审核年龄(岁)(天)两个字段不能同时存在,如(天)有值时(岁)必须为空。	事前		
5			国籍非空性	判断国籍是否为空	审核国籍是否为空,若是则不通过。	事前		
6	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	国籍规范性	判断国籍是否按照《世界各国和地区名称代码表》(GB/T 2659-2000)里的标准填写。	审核国籍的填写是否为《世界各国和地区名称代码表》(GB/T 2659-2000)里的中文简称、两字符代码、三字符代码、数字代码四项中的其中一项,若否则不通过。	事后	提示	
7			职业非空性	判断职业是否为空。	审核职业是否为空,若是则不通过。	事前		
8	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/T 2261.4-2003)标准填写	职业规范性	判断职业是否按照《个人基本信息分类与代码》(GB/T 2261.4-2003)标准填写。	审核职业的填写是否为《个人基本信息分类与代码》(GB/T 2261.4-2003)表中的代码,若否则不通过。	事后	提示	
9	现住址	患者近期的常住地址	现住址非空性	判断现住址是否为空。	审核现住址是否为空,若是则不通过。	事后	提示	
10	工作单位及地址	患者在就诊前的工作单位名称和地址	工作单位及地址合理性	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断工作单位及地址是否为空。	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断工作单位及地址是否为空,若是则不通过。	事后	提示	
11	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	单位电话合理性	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断单位电话是否为空。	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断单位电话是否为空,若是则不通过。	事后	提示	
12	工作单位邮编	患者当前所在的工作单位地址的邮政编码	工作单位邮编合理性	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断工作单位邮编是否为空。	当医保类型不是职工基本医疗保险时,不用审核该规则;当医保类型不为空且是职工基本医疗保险时,判断工作单位邮编是否为空,若是则不通过。	事后	提示	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
13			工作单位邮编字段类型	判断字段类型是否为阿拉伯数字。	审核工作单位邮编是否由阿拉伯数字组成,若否则不通过。	事后	提示	
14			工作单位邮编字段数	判断字段位数是否为6位。	审核字段位数是否为6位,若否则不通过。	事后	提示	
15	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	联系人与患者关系非空性	判断联系人与患者关系是否为空。	审核联系人与患者关系是否为空,若是则不通过。	事后	提示	事前调整事后
16			联系人与患者关系规范性	判断联系人与患者关系是否按照《家庭关系代码》国家标准(GB/T4761-2008)填写。	审核联系人与患者关系的填写是否为《家庭关系代码》国家标准(GB/T4761-2008)里的数字代码,若否则不通过。	事后	提示	
17	联系人地址	联系人当前常住地址或工作单位地址	联系人地址非空性	判断联系人地址是否为空。	审核联系人地址是否为空,若是则不通过。	事后	提示	事前调整事后
18	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	联系人电话非空性	判断联系人电话是否为空。	审核联系人电话是否为空,若是则不通过。	事后	提示	事前调整事后
19	新生儿入院类型	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	新生儿入院类型规范性	当新生儿入院类型为空白时,不用审核该规则;不为空白时,判断新生儿入院类型是否为(1)正常新生儿、(2)早产儿、(3)有疾病新生儿、(4)非无菌分娩或(9)其它之一。	当新生儿入院类型为空白时,不用审核该规则;不为空白时,判断新生儿入院类型是否为(1)正常新生儿、(2)早产儿、(3)有疾病新生儿、(4)非无菌分娩或(9)其它之一,若否则不通过。	事后	提示	
20			新生儿出生体重非空性	新生儿(天龄小于29天)入院时,新生儿出生体重必须填写。	新生儿(天龄小于29天)入院时,新生儿出生体重必须填写。	事前		天龄28天调整为29天
21	新生儿出生体重(g)	新生儿出生后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	分娩结局新生儿出生体重非空性	产妇的主要诊断或其他诊断编码中含有Z37.0/Z37.2/Z37.3/Z37.5/Z37.6编码时,必须填写新生儿出生体重或多新生儿出生体重。	产妇的主要诊断或其他诊断编码中含有Z37.0/Z37.2/Z37.3/Z37.5/Z37.6编码时,必须填写新生儿出生体重或多新生儿出生体重。	事后	严重	
22			新生儿出生体重规范性	当新生儿出生体重为空白时,不用审核该规则;不为空白时,判断新生儿出生体重是否为阿拉伯数字。当有多个数值时,判断数值之间是否有半角逗号隔开。	当新生儿出生体重为空白时,不用审核该规则;不为空白时,审核新生儿出生体重是否为阿拉伯数字,若否则不通过。	事前		
23			新生儿出生体重合理性	判断新生儿出生体重范围是否在200-10000g之间。	审核新生儿出生体重范围是否在200-10000g之间;若否则不通过。	事前		
24	新生儿入院体重(g)	患儿入院时称得的重量,要求精确10克,新生儿期住院的患儿应填写	新生儿入院体重非空性	新生儿(天龄小于29天)入院时,新生儿入院体重必须填写。	新生儿(天龄小于29天)入院时,新生儿入院体重必须填写。	事前		天龄28天调整为29天
25			新生儿入院体重规范性	当新生儿入院体重为空白时,不用判断新生儿入院体重项下的规则;当新生儿入院体重不为空白时,判断新生儿入院体重是否为阿拉伯数字。若否则不通过。	当新生儿入院体重为空白时,不用判断新生儿入院体重项下的规则;当新生儿入院体重不为空白时,判断新生儿入院体重是否为阿拉伯数字,若否则不通过。	事前		

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
26			新生儿入院体重合理性	判断新生儿入院体重范围是否在200-20000g内。	审核新生儿入院体重范围是否在200-20000g内, 若否则不通过。	事前		
27			入院途径非空性	判断入院途径是否为空。	审核入院途径是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核入院途径规范性。	事后	提示	
28	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疗后转诊入院, 或其他途径入院	入院途径规范性	判断入院途径是否为: 1.急诊; 2.门诊; 3.其他医疗机构转入; 9.其他四种中的任意一种。	审核入院途径是否为: 1.急诊; 2.门诊; 3.其他医疗机构转入; 9.其他四种中的任意一种; 若否则不通过, 若是则通过。	事后	提示	
29			治疗类别非空性	判断治疗类别是否为空。	审核治疗类别是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核治疗类别规范性。	事后	提示	
30	治疗类别	对患者采用的主要医学治疗方法类别, 分为: 符合国家码: 1(西医)、2.1(中医)、2.2(民族医)、3(中西医); 或符合省码: 10(西医)、21(中医)、22(民族医)、30(中西医)	治疗类别规范性	判断是否为国家码或省码的治疗类别, 符合国家码: 1(西医)、2.1(中医)、2.2(民族医)、3(中西医); 或符合省码: 10(西医)、21(中医)、22(民族医)、30(中西医), 以上共八个治疗类别字典码中的任意一个则通过, 不符合则不通过。	判断是否为国家码或省码的治疗类别, 符合国家码: 1(西医)、2.1(中医)、2.2(民族医)、3(中西医); 或符合省码: 10(西医)、21(中医)、22(民族医)、30(中西医), 以上共八个治疗类别字典码中的任意一个则通过, 不符合则不通过。	事后	提示	
31			入院时间非空性	判断入院时间是否为空。	审核入院时间是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核入院时间合理性。	事前		
32	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	入院时间合理性	判断入院时间是否小于出院时间。	审核入院时间是否小于出院时间, 若否则不通过, 若是则通过。	事前		
33	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	转科科别规范性	当转科科别不为空时, 判断转科科别是否按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)里的标准填写, 同时判断多个科室是否用“→”转接表示。当转科科别为空时, 不用判断转科科别规范性。	当转科科别不为空时, 审核转科科别的填写是否《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)里的代码或诊疗科目两项中的其中一项, 若否则不通过, 若是则通过; 同时审核多个科室是否用“→”转接表示, 若否则不通过, 若是则通过。当转科科别为空时, 则不用审核转科科别规范性。	事后	提示	
34			出院时间非空性	判断出院时间是否为空。	审核出院时间是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核出院时间合理性。	事前		
35	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	出院时间合理性	判断出院时间是否大于入院时间。	审核出院时间是否大于入院时间, 若否则不通过, 若是则通过。	事前		
36			出院科别非空性	判断出院科别是否为空。	审核出院科别是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核出院科别规范性。	事后	提示	
37	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	出院科别规范性	判断出院科别是否按照《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)里的标准填写。	审核出院科别的填写是否《医疗卫生机构业务科室分类与代码》(CT 08.00.002)里的代码或诊疗科目两项中的其中一项, 若否则不通过, 若是则通过。	事后	提示	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
38	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	手术与住院天数不符	手术与住院天数不符:检查上传主手术和次要手术中含有的住院天数相关手术是否与上传住院天数不符。	手术与住院天数不符:检查上传主手术和次要手术中含有的住院天数相关手术是否与上传住院天数不符。	事后	严重	
39	门(急)诊(西医)诊断	根据患者在住院前,由门(急)接诊医师在住院证上填写的门(急)诊西医诊断,进而填写在病案首页中的门(急)诊西医诊断	门(急)诊(西医)诊断名称规范性	当门(急)诊(西医)诊断名称不为空时,判断门(急)诊(西医)诊断名称是否按照医保 2.0 版 ICD-10 里的标准填写;当门(急)诊(西医)诊断名称为空时,不用判断门(急)诊(西医)诊断名称规范性。	当门(急)诊(西医)诊断名称不为空时,审核门(急)诊(西医)诊断名称的填写是否为医保 2.0 版 ICD-10 里的标准诊断名称;若是则通过,若否则不通过。当门(急)诊(西医)诊断名称为空时,不用审核门(急)诊(西医)诊断名称规范性。	事后	提示	
40			门(急)诊诊断与患者性别不符	当性别为男性时,门(急)诊诊断编码不能出现女性诊断编码;当性别为女性时,门(急)诊诊断编码不能出现男性诊断编码。	当性别为男性时,门(急)诊诊断编码不能出现女性诊断编码;当性别为女性时,门(急)诊诊断编码不能出现男性诊断编码。	事后	提示	
41			门(急)诊诊断名称及编码范围合理性	门(急)诊诊断及编码范围应填写 A~U 开头的编码及名称;不包括字母 V、W、X、Y 开头的编码及名称。	门(急)诊诊断及编码范围应填写 A~U 开头和 Z 开头的编码及名称;不包括字母 V、W、X、Y 开头的编码及名称。	事后	提示	
42	门(急)诊(西医)诊断代码	为门(急)诊(西医)诊断代码	门(急)诊(西医)诊断代码规范性	当门(急)诊(西医)诊断代码不为空时,判断门(急)诊(西医)诊断代码是否与医保 2.0 版 ICD-10 中的诊断名称相匹配。当门(急)诊(西医)诊断代码为空时,不用判断门(急)诊(西医)诊断代码规范性。	当门(急)诊(西医)诊断代码不为空时,审核门(急)诊(西医)诊断代码是否与医保 2.0 版 ICD-10 中的诊断名称相匹配;若是则通过,若否则不通过。当门(急)诊(西医)诊断代码为空时,则不用审核门(急)诊(西医)诊断代码规范性。	事后	提示	
43			门(急)诊诊断与患儿年龄天数不符	门(急)诊诊断编码出现 P10~P15 时,入院日期减出生日期必须 < 365 天。	门(急)诊诊断编码出现 P10~P15 时,入院日期减出生日期必须 < 365 天。	事后	提示	
44	门(急)诊(中医)诊断	根据患者在住院前,由门(急)接诊医师在住院证上填写的门(急)诊中医诊断,进而填写在病案首页中的门(急)诊中医诊断	门(急)诊(中医)诊断名称规范性	当门(急)诊(中医)诊断名称不为空时,判断门(急)诊(中医)诊断名称是否按照中医诊断目录里的标准填写;当门(急)诊(中医)诊断名称为空时,不用判断门(急)诊(中医)诊断名称规范性。	当门(急)诊(中医)诊断名称不为空时,审核门(急)诊(中医)诊断名称的填写是否为中医诊断目录里的标准诊断名称;若是则通过,若否则不通过。当门(急)诊(中医)诊断名称为空时,不用审核门(急)诊(中医)诊断名称规范性。	事后	提示	
45			门(急)诊(中医)诊断代码规范性	当门(急)诊(中医)诊断代码不为空时,判断门(急)诊(中医)诊断代码是否与中医诊断目录里的诊断名称相匹配。当门(急)诊(中医)诊断代码	当门(急)诊(中医)诊断代码不为空时,审核门(急)诊(中医)诊断代码是否与中医诊断目录里的诊断名称相匹配;若是则通过,若否则不通过。当门(急)诊(中医)诊断代码	事后	提示	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
				医)诊断代码为空时,不用判断门(急)诊(中医)诊断代码规范性。	为空时,则不用审核门(急)诊(中医)诊断代码规范性。			
46			出院西医主要诊断名称与代码非空性	判断出院西医主要诊断名称与代码是否为空。	审核出院西医主要诊断名称与代码是否为空,若是则通过,若否则继续审核出院西医主要诊断名称与代码的规范性。	事前		
47			出院西医主要诊断名称与代码规范性	(1)判断出院西医主要诊断名称与代码是否按照医保2.0版ICD-10里的标准填写;(2)判断出院西医主要诊断名称是否与医保2.0版ICD-10的诊断代码相匹配。	(1)审核出院西医主要诊断名称与代码的填写是否为医保2.0版ICD-10里标准的诊断名称与代码;(2)审核出院西医主要诊断名称是否与医保2.0版ICD-10的诊断代码相匹配;若同时满足以上两个条件则继续审核出院西医主要诊断合理性,若否则不通过。	事前		
48			诊断编码中存在医保停用码	诊断编码中存在医保停用码。	诊断编码中存在医保停用码。	事前		
49			缺少主诊断	是否有主诊断打标为“1”,是则通过,否则不通过。	是否有主诊断打标为“1”,是则通过,否则不通过。	事前		
50			出院西医主要诊断与患者性别不符	判断出院西医主要诊断是否与患者性别相符。	审核出院西医主要诊断是否与患者性别相符;若否则不通过,若是则通过。	事后	严重	
51			出院西医主要诊断与患者年龄不符	判断出院西医主要诊断是否与患者年龄相符。	审核出院西医主要诊断是否与患者年龄相符;若否则不通过,若是则通过。	事后	严重	
52	出院西医主要诊断	患者出院时,临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、手术归以及门(急)诊诊断、手术情况等进行综合分析得出的西医最终诊断。	出院西医主要诊断与患者离院方式不符	判断出院西医主要诊断与死亡相关时审核患者离院方式是否相符。	审核出院西医主要诊断与死亡相关时审核患者离院方式是否相符;若否则不通过,若是则通过。	事后	严重	
53		主要诊断:经医疗机构诊治确定的导致患者本次住院就医的主要原因的疾病(或健康状况)。	出院西医主要诊断选择错误(编码性)	判断主要诊断选择是否错误。	审核出院西医主要诊断选择是否错误,若否则通过,若是则不通过。	事后	严重	
54			出院西医主要诊断与新生儿出生体重不符	当新生儿出生体重不为空时,判断出院西医主要诊断是否与新生儿出生体重相符。	当新生儿出生体重不为空时,审核出院西医主要诊断是否与新生儿出生体重相符,若否则不通过,若是则通过。	事后	严重	
55			诊断冲突	诊断冲突:检查上传主诊断和所有次要诊断,如其中某两个诊断存在内涵矛盾,则提示诊断A与诊断B冲突。	诊断冲突:检查上传主诊断和所有次要诊断,如其中某两个诊断存在内涵矛盾,则提示诊断A与诊断B冲突。	事后	严重	
56			联合诊断	联合诊断:检查上传主诊断和次要诊断ICD编码中存在一些联合诊断,当出现疾病伴随时应上传联合诊断编码,继续分开上传编码后,可能导致分组结果不准确。	联合诊断:检查上传主诊断和次要诊断ICD编码中存在一些联合诊断,当出现疾病伴随时应上传联合诊断编码,继续分开上传编码后,可能导致分组结果不准确。	事后	严重	
57			出院诊断缺少分娩结局相关诊断	当主要诊断或者其它诊断编码出现O80-O84编码,且无流产结局编码时,其它编码出现O00-O08编码时,其它	当主要诊断或者其它诊断编码出现O80-O84编码,且无流产结局编码时,其它编码出现O00-O08编码时,其它	事后	严重	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
				诊断编码必须有分娩结局编码 Z37.				
58			诊断编码范围合理性	主要和其他诊断及编码范围应填写 A~U 开头的编码及名称；不包括字母 V、W、X、Y 开头的编码及名称。	主要和其他诊断及编码范围应填写 A~U 开头的编码及名称；不包括字母 V、W、X、Y 开头的编码及名称。	事后	严重	
59			主诊断重复	主诊断重复(主诊断标识是否存在 2 个及以上)	是否存在多个主诊断标识为“1”的诊断，若是则不通过，否则通过。	事前		
60			出院西医其他诊断名称与代码规范性	(1) 判断出院西医其他诊断名称与代码是否按照医保 2.0 版 ICD-10 里的标准填写；(2) 判断出院西医其他诊断名称是否与医保 2.0 版 ICD-10 的诊断代码相匹配。	(1) 审核出院西医其他诊断名称与代码的填写是否为医保 2.0 版 ICD-10 里标准的诊断名称与代码；(2) 审核出院西医其他诊断名称是否与医保 2.0 版 ICD-10 的诊断代码相匹配；若同时满足以上两个条件则继续审核出院西医其他诊断合理性，若否则不通过。	事前		
61			诊断编码中存在医保停用码	诊断编码中存在医保停用码。	诊断编码中存在医保停用码。	事前		
62			出院西医其他诊断与患者性别不符	判断出院西医其他诊断是否与患者性别相符合。	审核出院西医其他诊断是否与患者性别相符合；若否则不通过，若是则通过。	事后	严重	
63	出院西医其他诊断	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、手术情况综合分析得出的西医最终诊断。 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。	出院西医其他诊断与患者年龄不符	判断出院西医其他诊断是否与患者年龄相符合。	审核出院西医其他诊断是否与患者年龄相符合；若否则不通过，若是则通过。	事后	严重	
64			出院西医其他诊断与患者离院方式不符	判断出院西医其他诊断与死亡相关时审核患者离院方式是否相符合。	审核出院西医其他诊断与死亡相关时审核患者离院方式是否相符合；若否则不通过，若是则通过。	事后	严重	
65			出院西医其他诊断与新生儿出生体重不符	当新生儿出生体重不为空时，判断出院西医其他诊断是否与新生儿出生体重相符合。	当新生儿出生体重不为空时，审核出院西医其他诊断是否与新生儿出生体重相符合，若否则不通过，若是则通过。	事后	严重	
66			出院诊断编码重复	判断出院诊断(包括西医主要诊断和西医其他诊断)编码之间是否有重复编码。	审核出院诊断(包括西医主要诊断和西医其他诊断)编码之间是否有重复编码，若是则不通过，若否则通过。	事前		
67	出院中医主病诊断	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、手术情况综合分析得出的西医或中医最终诊断。 主病：患者在住院期间确诊的主要中医病名。	出院中医主病诊断名称及代码规范性	当出院中医主病诊断名称及代码不为空时，(1) 判断出院中医主病诊断名称及代码是否按照中医诊断目录里的标准填写；(2) 判断出院中医主病诊断名称是否与出院中医主病诊断代码相匹配。当出院中医主病诊断名称及代码为空时，不用判断出院中医主病诊断名称及代码规范性。	当出院中医主病诊断名称及代码不为空时，(1) 审核出院中医主病诊断名称及代码的填写是否为中医诊断目录里的标准诊断名称及代码；(2) 审核出院中医主病诊断名称是否与出院中医主病诊断代码相匹配。若同时满足以上两个条件则通过，若否则不通过。当出院中医主病诊断名称及代码为空时，不用审核出院中医主病诊断名称及代码规范性。	事后	严重	
68	出院中医主证诊断	患者出院时，临床医师根据患者所做的各项检查、治疗、转	出院中医主证诊断名称及代码规范性	当出院中医主证诊断名称及代码不为空时，(1) 判断出院中医主	当出院中医主证诊断名称及代码不为空时，(1) 审核出院中医主证诊断名称及代码的填	事后	严重	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
		归以及门（急）诊诊断、手术情况综合分析得出的西医或中医最终诊断。主证：患者所患主要病的主要中医证候。		证诊断名称及代码是否按照中医诊断目录里的标准填写；（2）判断出院中医主证诊断名称是否与出院中医主证诊断代码相匹配。当出院中医主证诊断名称及代码为空时，不用判断出院中医主证诊断名称及代码规范性。	写是否为中医诊断目录里的标准诊断名称及代码；（2）审核出院中医主证诊断名称是否与出院中医主证诊断代码相匹配。若同时满足以上两个条件则通过，若否则不通过。当出院中医主证诊断名称及代码为空时，不用审核出院中医主证诊断名称及代码规范性。			
69		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。	入院病情非空性	判断入院病情是否为空。	审核入院病情是否为空，若是则不通过，若否则继续审核入院病情规范性。	事后	提示	
70		（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“乳腺恶性肿瘤不排除”、“乳腺癌”或“乳腺肿瘤”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。	入院病情规范性	判断入院病情是否为：（1）有、（2）临床未确定、（3）情况不明、（4）无”以上四项中的任意一项。	审核入院病情是否为：（1）有、（2）临床未确定、（3）情况不明、（4）无”以上四项中的任意一项，若否则不通过，若是则通过。	事后	提示	
71	入院病情	（3）情况不明：对应本出院诊断在入院时情况不明，例如：乙型肝炎性肝炎的窗口期、社区获得性肝炎的潜伏期，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。患者合并的慢性肝病，经入院后检查新发现的应选择“3”（情况不明），例如：高血压、	主诊断入院病情合理性	审核主诊断“入院病情”为“（4）无”的诊断不应作为主要诊断	审核主诊断“入院病情”为“（4）无”的诊断不应作为主要诊断	事后	严重	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
		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）。						
72	主要手术及操作	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）。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手术或操作。	主要手术及操作名称与代码规范性	当主要手术及操作名称与代码不为空时（1）判断主要手术及操作名称与代码是否按照 ICD-9-CM-3 医保 2.0 版里的标准填写；（2）判断主要手术及操作名称是否与 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版的手术及操作代码相匹配。当主要手术及操作名称与代码为空时，则不用判断主要手术及操作项下的规则。	（1）审核主要手术及操作名称与代码的填写是否为 ICD-9-CM-3 医保 2.0 版里标准的手术及操作名称与代码；（2）审核主要手术及操作名称是否与 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版的手术及操作代码相匹配；若同时满足以上两个条件则通过，否则不通过。当主要手术及操作名称与代码为空时，则不用审核主要手术及操作项下的规则。	事前		
73			手术操作编码中存在医保停用码	手术操作编码中存在医保停用码。	手术操作编码中存在医保停用码。	事前		
74			主要手术及操作与患者性别不符合	判断主要手术及操作是否与患者性别相符合。	审核主要手术及操作是否与患者性别相符合，若是则通过，若否则不通过。	事后	严重	
75			主要手术及操作与患者年龄不符合	判断主要手术及操作是否与患者年龄相符合。	审核主要手术及操作是否与患者年龄相符合，若是则通过，若否则不通过。	事后	严重	
76	其他手术及操作	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）。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。	其他手术及操作名称与代码规范性	当其他手术及操作名称与代码不为空时（1）判断其他手术及操作名称与代码是否按照 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版里的标准填写；（2）判断其他手术及操作名称是否与 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版的手术及操作代码相匹配。当其他手术及操作名称与代码为空时，则不用判断其他手术及操作项下的规则。	（1）审核其他手术及操作名称与代码的填写是否为 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版里标准的手术及操作名称与代码；（2）审核其他手术及操作名称是否与 ICD-（9）-CM-3 医保 2.0 版的手术及操作代码相匹配；若同时满足以上两个条件则通过，否则不通过。当其他手术及操作名称与代码为空时，则不用审核其他手术及操作项下的规则。	事前		
77			手术操作编码中存在医保停用码	手术操作编码中存在医保停用码。	手术操作编码中存在医保停用码。	事前		

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
78			其他手术及操作与患者性别不符	判断其他手术及操作是否与患者性别相符合。	审核其他手术及操作是否与患者性别相符合,若是则通过,若否则不通过。	事后	严重	
79			其他手术及操作与患者年龄不符	判断其他手术及操作是否与患者年龄相符合。	审核其他手术及操作是否与患者年龄相符合,若是则通过,若否则不通过。	事后	严重	
80			手术部位不一致	手术部位不一致:部分手术之间存在治疗部位一致性要求,特别是肿瘤根治术与淋巴结清扫术。检查同一天上传主手术和次要手术,如其中某两个手术存在部位一致性要求,判断其是否符合一致性要求。(包含主手术和次要手术的判断)	手术部位不一致:部分手术之间存在治疗部位一致性要求,特别是肿瘤根治术与淋巴结清扫术。检查同一天上传主手术和次要手术,如其中某两个手术存在部位一致性要求,判断其是否符合一致性要求。(包含主手术和次要手术的判断)	事后	严重	增加审核同一天的手术操作
81			手术及操作编码重复	手术操作重复(包含主手术和次要手术的判断)	手术操作开始时间为同一天且为重复编码(包含主手术和次要手术的判断)	事后	提示	事前调整为事后;增加审核同一天的手术操作
82			联合手术	联合手术:检查上传主手术和次要手术 ICD 编码中存在一些联合手术,当出现联合手术术式时,应上传联合手术编码,继续分开上传编码后,主手术编码不准确,可能导致分组结果不准确。	联合手术:检查上传主手术和次要手术 ICD 编码中存在一些联合手术,当出现联合手术术式时,应上传联合手术编码,继续分开上传编码后,主手术编码不准确,可能导致分组结果不准确。	事后	严重	
83			手术与收费项目不符	手术与收费项目不符:临床上手术与收费项目存在一定对应关系,检查上传手术和收费项目,筛选是否存在上传手术而缺少收费项目的情况。(包含主手术和次要手术的判断)	手术与收费项目不符:临床上手术与收费项目存在一定对应关系,检查上传手术和收费项目,筛选是否存在上传手术而缺少收费项目的情况。(包含主手术和次要手术的判断)	事后	严重	
84	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	麻醉方式规范性	关联审核手术及操作,当有需要麻醉的手术时,判断麻醉方式是否按照《麻醉方法代码表》(CV 06.00.103)里的标准填写。当没有需要麻醉的手术时,不用判断麻醉方式的规范性。	关联审核手术及操作,当有需要麻醉的手术时,审核麻醉方式的填写是否为《麻醉方法代码表》(CV 06.00.103)里的代码或代码名称两项中的其中一项,若否则不通过,若是则通过。当没有需要麻醉的手术时,则不用审核麻醉方式的规范性。	事后	提示	
85	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	术者医师姓名合理性	当患者有手术及操作时,判断是否有术者医师姓名。当患者没有手术及操作时,不用判断术者医师姓名合理性。	当患者有手术及操作时,审核是否有术者医师姓名;若否则不通过,若是则通过。当患者没有手术及操作时,不用审核术者医师姓名合理性。	事前		
86	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	术者医师代码合理性	当患者有手术及操作时,判断是否有术者医师代码。当患者没有手术	当患者有手术及操作时,审核是否有术者医师代码;若否则不通过,若是则继续审核术者医	事前		

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
		维护”平台上维护获取的医保医师代码		及操作时,不用判断术者医师代码项下的规则。	师代码规范性。当患者没有手术及操作时,不用审核术者医师代码项下的规则。			
87			术者医师代码规范性	判断术者医师代码是否与“医保业务编码标准动态维护”平台上的术者医师姓名相匹配。	审核术者医师代码是否与“医保业务编码标准动态维护”平台上的术者医师姓名相匹配,若是通过,若否则不通过。	事前		
88	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	麻醉医师姓名合理性	当患者有麻醉方式时,判断是否有麻醉医师姓名。当患者没有麻醉方式时,不用判断麻醉医师姓名合理性。	当患者有麻醉方式时,审核是否有麻醉医师姓名;若否则不通过,若是则通过。当患者没有麻醉方式时,不用审核麻醉医师姓名合理性。	事前		
89	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	麻醉医师代码合理性	当患者有麻醉方式时,判断是否有麻醉医师代码。当患者没有麻醉方式时,不用判断麻醉医师代码项下的规则。	当患者有麻醉方式时,审核是否有麻醉医师代码;若否则不通过,若是则继续审核麻醉医师代码规范性。当患者没有麻醉方式时,不用审核麻醉医师代码项下的规则。	事前		
90			麻醉医师代码规范性	判断麻醉医师代码是否与“医保业务编码标准动态维护”平台里的麻醉医师姓名相匹配。	审核麻醉医师代码是否与“医保业务编码标准动态维护”平台里的麻醉医师姓名相匹配,若是则通过,若否则不通过。	事前		
91	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	手术及操作起止时间合理性	当患者有手术及操作时,判断手术及操作起止时间是否大于入院时间,小于出院时间。当患者没有手术及操作时,则不用判断手术及操作起止时间合理性。	当患者有手术及操作时,审核手术及操作起止时间是否大于入院时间小于出院时间;若否则不通过,若是则通过。当患者没有手术及操作时,则不用审核手术及操作起止时间合理性。	事后	提示	
92	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	麻醉起止时间合理性	当患者有麻醉方式时,判断是否有麻醉起止时间是否大于入院时间小于出院时间。当患者没有麻醉方式时,则不用判断麻醉起止时间合理性。	当患者有麻醉方式时,审核是否有麻醉起止时间是否大于入院时间小于出院时间;若否则不通过,若是则通过。当患者没有麻醉方式时,则不用审核麻醉起止时间合理性。	事后	提示	
93	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	呼吸机使用时间和手术操作中伴呼吸机支持时间不符	当手术操作中伴有呼吸机支持时间时,判断是否有呼吸机使用时间。	当手术操作中伴有呼吸机支持时间时,审核是否有呼吸机使用时间,若是则通过,若否则不通过。	事后	提示	
94	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	颅脑损伤患者昏迷时间规范性	当颅脑损伤患者昏迷时间不为空时,判断颅脑损伤患者昏迷时间(分为入院前和入院后)的填写数值是否为“天”≥0,“时”数值是否为0-24,“分”数值是否为0-60。当颅脑损伤患者昏迷时间为空时,不用判断颅脑损伤患者昏迷时间规范性	当颅脑损伤患者昏迷时间不为空时,判断颅脑损伤患者昏迷时间(分为入院前和入院后)的填写数值是否为“天”≥0,“时”数值是否为0-24,“分”数值是否为0-60。当颅脑损伤患者昏迷时间为空时,不用判断颅脑损伤患者昏迷时间规范性	事后	提示	描述修改

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
95			颅脑损伤患者昏迷时间（入院后）填写错误	颅脑损伤患者昏迷时间（入院后）不能超过实际住院天数+1	入院后颅脑损伤患者昏迷天数为不空且实际住院天数不为空时，判断昏迷天数是否大于实际住院天数+1	事后	提示	规则新增
96			颅脑损伤患者昏迷时间合理性	当“天”“时”“分”其中之一值≠0时，主要诊断或者其他诊断需包含颅脑损伤相关的编码	当“天”“时”“分”其中之一值≠0时，主要诊断或者其他诊断需包含颅脑损伤相关的编码	事后	严重	描述修改
97	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 (EICU)、(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。	重症监护病房类型规范性	判断重症监护病房类型的填写是 否为：CCU、NICU、EICU、SICU、PICU、RICU、ICU (综合)、其他、中的任一一项、其他、中的任一一项。	审核重症监护病房类型的填写是 否为：CCU、EICU、SICU、PICU、RICU、ICU (综合)、其他、中的任一一项；若否则不通过，若是则通过。	事后	提示	
98			多条重症监护病房进入时间相同	多条重症监护病房进入时间相同	多条重症监护病房进入时间相同	事后	提示	规则新增
99	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	进重症监护室时间合理性	1.当有重症监护病房类型时，(1) 判断是否有进重症监护室时间； (2)判断进重症监护室时间是否≥ 入院时间。	审核当有重症监护病房类型时，(1)是否有 进重症监护室时间；(2)进重症监护室时间 是否≥入院时间；若同时满足以上两个条件则 继续审核进重症监护室时间规范性，若否则不 予通过。	事后	提示	
100			进重症监护室时间规范性	判断进重症监护室时间的填写是 否为“xxxx年xx月xx日xx时xx 分”。	审核进重症监护室时间的填写是 否为“xxxx年xx月xx日xx时xx分”；若否则不通过， 若是则通过。	事后	提示	
101	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	出重症监护室时间合理性	当有重症监护病房类型时，(1) 判断是否有出重症监护室时间； (2)判断出重症监护室时间是否≤ 出院时间。	审核当有重症监护病房类型时，(1)是否有 出重症监护室时间；(2)出重症监护室时间 是否≤出院时间；若同时满足以上两个条件则 继续审核出重症监护室时间规范性，若否则不 予通过。	事后	提示	
102			出重症监护室时间规范性	判断出重症监护室时间的填写是 否为“xxxx年xx月xx日xx时xx 分”。	审核出重症监护室时间的填写是 否为“xxxx年xx月xx日xx时xx分”；若否则不通过， 若是则通过。	事后	提示	
103	重症监护合计时长(“时”	患者住在重症监护病房的时间 长总和	ICU累计住院时间不能超过实际 住院天数+1	ICU累计住院时间不能超过实际 住院天数+1。	当实际住院天数不为空且住院类型不为日间 手术时，ICU累计住院时间不能超过实际住院	事后	提示	规则新增

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
	分)				天数+1。 审核患者住在重症监护病房的时长总和是否等于出重症监护室时间-进重症监护室时间；若否则不通过，若是则通过。			
104			合计合理性	判断患者住在重症监护病房的时长总和是否等于出重症监护室时间-进重症监护室时间。		事后	提示	
105	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	输血品种规范性	判断输血品种是否按照《输血品种代码表》(CV 04.50.021)里的标准填写。	审核输血品种的填写是否为《输血品种代码表》(CV 04.50.021)里的值或值含义其中之一；若否，则不通过，若是则通过。	事后	提示	
106	输血量	给予患者输入体内的各成分血的数量	输血量合理性	当有输血品种时，判断是否有输血量。	审核当有输血品种时，是否有输血量且>0；若否则不通过，若是则通过。	事后	提示	
107	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	输血计量单位合理性	当有输血品种时，判断是否有输血计量单位。当没有输血品种时，不用判断输血计量单位项下的规则。	当有输血品种时，审核是否有输血计量单位；若否则不通过，若是则继续审核输血计量单位规范性。当没有输血品种时，则不用审核输血计量单位项下的规则。	事后	提示	
108			输血计量单位规范性	判断输血计量单位是否与《输血品种代码表》(CV 04.50.021)里的输血品种相匹配。	审核输血计量单位是否与《输血品种代码表》(CV 04.50.021)里的输血品种相匹配；若否则不通过，若是则通过。	事后	提示	
109		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。	离院方式非空性	判断离院方式是否为空。	审核离院方式是否为空。若是则不通过，若是则继续审核离院方式规范性。	事前		
110			离院方式规范性	判断离院方式是否为：(1)医嘱离院(代码1)、(2)医嘱转院(代码2)、(3)医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院(代码3)、(4)非医嘱离院(代码4)、(5)死亡(代码5)、(6)其他(代码9)以上六种中的任意一种。	审核离院方式的填写是否为：(1)医嘱离院(代码1)、(2)医嘱转院(代码2)、(3)医嘱转社区卫生服务机构/乡镇卫生院(代码3)、(4)非医嘱离院(代码4)、(5)死亡(代码5)、(6)其他(代码9)以上六种中的任意一种的代码；若是则不通过，若是则通过。	事前		
111	离院方式		收费项目与离院方式不符	收费项目与离院方式不符：部分收费项目与死亡密切相关，其离院方式必须为死亡，检查明细中含有的死亡相关收费项目是否与上传离院方式不符。	收费项目与离院方式不符：部分收费项目与死亡密切相关，其离院方式必须为死亡，检查明细中含有的死亡相关收费项目是否与上传离院方式不符。	事后	提示	

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
		(4) 非医隔离院(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, 属于非医隔离院。 (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。						
112			是否有 31 天内再住院计划非空性	判断“是否有 31 天内再住院计划”是否为空。	审核“是否有 31 天内再住院计划”是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核“是否有 31 天内再住院计划”规范性。	事后	提示	
113	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	是否有 31 天内再住院计划规范性	判断“是否有 31 天内再住院计划”是否为; (1) 无(代码 1)、(2) 有(代码 2) 以上两种中的任意一种。	(1) 审核“是否有 31 天内再住院计划”的填写是否为: (1) 无(代码 1)、(2) 有(代码 2) 以上两种中的任意一种的代码; 若否则不通过, 若是则通过。(2) 当“是否有 31 天内再住院计划”填写的是代码“2”时, 还要审核“目的”是否为空, 若是则不通过, 若否则通过。	事后	提示	
114	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	主诊医师姓名非空性	判断主诊医师姓名是否为空。	审核主诊医师姓名是否为空, 若是则不通过, 若否则通过。	事后	提示	事前调整事后
115			主诊医师代码非空性	判断主诊医师代码是否为空。	审核主诊医师代码是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核主诊医师代码规范性。	事后	提示	事前调整事后
116	主诊医师代码	为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码动态维护”平台上维护获取的医保医师代码	主诊医师代码规范性	(1) 判断主诊医师代码是否为“医保业务编码动态维护”平台里的编码; (2) 判断主诊医师代码是否与主诊医师姓名相匹配。	(1) 审核主诊医师代码是否为“医保业务编码动态维护”平台里的编码; (2) 审核主诊医师代码是否与主诊医师姓名相匹配。若同时满足以上两个条件则通过, 否则不通过。	事前		
117	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	责任护士姓名非空性	判断责任护士姓名是否为空。	审核责任护士姓名是否为空, 若是则不通过, 若否则通过。	事后	提示	事前调整事后
118			责任护士代码非空性	判断责任护士代码是否为空。	审核责任护士代码是否为空, 若是则不通过, 若否则继续审核责任护士代码规范性。	事后	提示	事前调整事后
119	责任护士代码	为定点医疗机构在国家医保局“医保业务编码动态维护”平台上维护获取的医保护士代码	责任护士代码规范性	(1) 判断责任护士代码是否为“医保业务编码动态维护”平台里的编码; (2) 审	(1) 审核责任护士代码是否为“医保业务编码动态维护”平台里的编码; (2) 审	事前		

序号	项目名称	填报要求	规则明细名称	规则描述	审核逻辑	是否可作为事前规则	规则类型	备注
				平台里的编码；（2）判断责任护士代码是否与责任护士姓名相匹配。	核责任护士代码是否与责任护士姓名相匹配。若同时满足以上两个条件则通过，否则不通过。			
120	业务流水号	医疗卫生机构收费系统自动生成的流水号码	业务流水号非空性	判断业务流水号是否为空。	审核业务流水号是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事前		
121	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	票据代码非空性	判断票据代码是否为空。	审核票据代码是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事前		
122	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	票据号码非空性	判断票据号码是否为空。	审核票据号码是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事前		
123			结算期间非空性	判断结算期间是否为空。	审核该字段数值是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事后	提示	
124	结算期间	定点医疗机构与患者当次结算费用的起止时间	结算期间数值区间	判断结算期间数值是否在合理范围。	审核数值是否合理：（1）审核数值格式及范围是否为XXXX年XX月XX日-XXXX年XX月XX日，若是则通过，若否则不通过 （2）审核结算开始时间是否大于等于入院时间，结算截止时间是否大于等于出院时间，且结算开始时间小于等于结算截止时间，若是则通过，若否则不通过。	事后	提示	
125		医保经办机构与定点医疗机构根据不同医疗服务划分的性质和特征，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”	医保支付方式非空性	判断医保支付方式是否为空。	审核医保支付方式是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事后	提示	
126	医保支付方式		医保支付方式数值区间	判断医保支付方式数值是否规范。	审核该字段的值是否规范，若是则通过，若否则不通过。	事后	提示	
127	定点医疗机构填报部门		定点医疗机构填报部门非空性	判断定点医疗机构填报部门是否为空。	审核定点医疗机构填报部门是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事后	提示	
128	定点医疗机构填报人		定点医疗机构填报人非空性	判断定点医疗机构填报人是否为空。	审核定点医疗机构填报人是否为空，若是则不通过，若否则通过。	事后	提示	

备注：

- 1.事前规则（40条）：审核字段非空性和规范性。事前质控不通过的，系统即进行质控违规提示，须在更正后才能成功上传。
- 2.事后规则（88条）：用于筛选填写错误的数据，分为严重型、提示型两类。（1）严重型规则（26条）：对应违规提示语为红色字体，审核诊断、手术操作代码等对分组结果影响较大的字段，医疗机构须重点核查；（2）提示型字段（62条）：对应违规提示语为绿色字体，提示其余未按照《医疗保障基金结算清单填写规范》要求填报的情况。

信息公开选项：依申请公开

抄送：省医疗保险异地结算中心。