附件2：

**绍兴市按床日付费疾病及平均床日**

**限额标准**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾病名称 | 医院等级 | 床日标准（元/天） |
| 慢性病及康复类 | 三级 | 700 |
| 二级 | 400 |
| 其他 | 320 |

　注：医院等级按卫生健康部门评定等级确定。