

# 梅州市医疗保障局文件

梅市医保〔2022〕2号

## 关于医疗保险慢性病长期住院实施按床日 费用结算的通知

各县（市、区）医疗保障局，市医疗保障事业管理中心，市内各定点医疗机构：

为进一步深化基本医疗保险支付方式改革，保障需要长期住院治疗参保人员基本医疗需求，根据国家和省有关文件精神，结合我市《梅州市医疗保障局 梅州市卫生健康局 梅州市财政局关于印发〈梅州市基本医疗保险医疗费用结算办法〉的通知》（梅市医保规〔2022〕1号）规定，现将长期慢性病住院病种按床日费用结算有关事项通知如下：

### 一、实施范围

参保人员所患疾病有以下一种或多种情形，需要长期连续住

院治疗、生活基本不能自理、日均费用较稳定，在定点医疗机构接受医疗康复和医疗护理、安宁疗护、姑息治疗的慢性病参保患者的住院医疗费用实行按床日付费：

（一）诊断脑血管意外/脑外伤后遗症期。符合以下条件之一：

1.有偏瘫、昏迷、大小便失禁等明显功能障碍及合并症，需长期入院治疗的患者；

2.病情基本稳定，但肢体功能恢复较差，仍需要康复治疗，或全身营养不良，长期卧床易发生褥疮及其他部位感染等合并症的患者；

3.合并慢性感染，或患有高血压、糖尿病、高脂血症、高尿酸血症、肾功能不全等慢性疾病需长期入院治疗的患者；

4.经住院治疗遗留精神症状后遗症，如：抑郁、焦虑、狂躁等须长期治疗及监护的患者。

（二）诊断为晚期恶性肿瘤，并符合以下条件之一：

1.出现恶性肿瘤远处转移、骨转移、恶病质、肿瘤局部浸润和明显压迫等晚期症状和体征的患者；

2.伴有顽固性疼痛必须进行镇痛治疗的患者；

3.恶病质，不能正常进食需肠内或肠外营养支持的患者；

4.全身衰竭，需维持治疗的患者；

5.卡氏评分 50 分（含）以下的患者。

(三) 慢性心功能衰竭;

(四) 骨折需要康复治疗的患者, 经确诊脊椎、骨盆、肢体骨折的其中一种以上, 并符合以下条件之一:

1. 骨折致患者需长期卧床治疗或康复的患者。
2. 骨折合并截瘫、慢性感染并发症需长期入院治疗。
3. 合并未获控制的内科疾病如冠心病、高血压病、肺心病、糖尿病等的老年骨折患者。

(五) 脑瘫患儿。

## 二、分型分期合理收治

长期慢性病住院患者分综合医疗康复、非综合医疗康复两类。综合医疗康复类是指适宜应用医学方法和技术进行康复诊断、评估、治疗和护理, 改善伤、病、残以及其他康复需求者的功能状况, 提高其生存质量和重返社会能力的患者。非综合医疗康复类是指适宜医疗护理、安宁疗护、晚期姑息治疗为主, 且改善患者功能不明显, 基本不具备重返社会能力的患者。

收治综合医疗康复类的定点医疗机构应具备提供综合康复医疗服务的主体资质和人员资质(具体申报条件详见附表1)。符合条件的定点收治医疗机构可向所在地医保经办机构提交《梅州市医疗保险综合医疗康复按床日付费结算申请备案表》, 提供诊疗范围、康复器材配备、康复治疗专业技术人员配置、核准床位数等基本信息。经所在地医保经办机构核准后, 允许开展基本

医疗保险长期慢性病住院服务按床日标准付费结算。

收治非综合医疗康复类的定点医疗机构应具备医疗护理、安宁疗护、晚期姑息治疗条件，收治资质不另行申请。

### 三、床日支付标准

#### （一）综合医疗康复类的支付标准

根据长期慢性病病情的发展与康复特点，以原发疾病的发病时间对综合医疗康复进行临床分期：发病两个月内为急性期、发病半年内为亚急性期、发病半年以上为恢复期。根据不同康复期采取梯度式下降方式设置不同床日付费标准。

1.参保人员在疾病的急性期住院康复治疗的，每床日费用定额标准为 420 元/床·日，床日付费时长不超过 60 天。

2.参保人员在疾病的亚急性期住院康复治疗的，每床日费用定额标准为 360 元/床·日，床日付费时长不超过 150 天。

3.参保人员在疾病的恢复期住院康复治疗的，每床日费用定额标准为 300 元/床·日，床日付费时长不超过 365 天。

4.参保人员恢复期累计住院时间超过最高床日付费时长的，每床日费用定额标准为 220 元/床·日。

#### （二）非综合医疗康复的支付标准

确诊为恶性肿瘤的参保人员在住院期间，每床日费用定额标准为 250 元/床·日，其他疾病床日费用定额标准为 200 元/床·日。

### 四、结算方式

参保人员在定点医疗机构住院发生的符合医保规定的医疗费用，由医保基金和参保人员共同支付。参保人员出院时，医保基金支付部分，由医保经办机构与定点医疗机构结算，参保人员支付按规定应由个人负担部分。

（一）定点医疗机构的实际床日费用未超过床日标准 85% 的，按实际发生的医疗费用结算， $\text{结算金额} = \text{参保人员实际发生的医疗费用} - \text{个人负担金额} - \text{违规扣款}$ 。（个人负担金额指参保人员住院费用经基本医疗保险、大病保险、职工补充医疗保险、医疗救助后应由参保人员个人负担的部分，下同）

（二）实际床日费用在床日标准超过 85% 以上的，按床日定额标准结算， $\text{结算金额} = \text{参保人员实际住院床日数} \times \text{定额标准} - \text{个人负担金额} - \text{违规扣款}$ 。

（三）结算金额中归属于大病保险、职工补充医疗保险、医疗救助资金支付的按规定进行结算，剩余部分由基本医疗保险基金支付。参保人员医疗费用进入职工补充医疗保险支付范围的，参照本通知相关结算标准执行。

## 五、按床日付费结算流程

（一）建立基于评估量表的入出院标准。定点医疗机构开展住院康复医疗服务前，应根据《功能障碍者生活自理能力评定方法》（GB/T 37103-2018）（见附件 2）对收治患者进行功能评定。对日常生活自理能力评定高于“生活大部分自理”状态的患者，不

得以住院形式收治。脑瘫患儿的评定不适用上述评定方法，按主治医生诊断确定。

（二）提供康复医疗服务的各级各类医疗机构应严格执行分类收治。在收治前进行全面评估分析患者适用治疗、护理、康复、安宁疗护等不同类型的医疗卫生服务。医疗机构全面评估确认参保人员既往病史、发病时间、康复临床分期、制定康复治疗计划和周期。评估过程中，应避免重复检查，对其他定点医疗机构检查、检验结果互认，提高康复医疗资源整体利用效率，减轻参保人员费用负担。

（三）对疑难病例、基础疾病或原发疾病有恶化的，需转本院临床相应科室或其他有救治能力的医疗机构进一步治疗，允许医保定点医疗机构对符合收治条件的参保人员因病情需要转科、转院、康复不同分期适用不同费用标准等原因办理入出院结算手续。根据参保人员病情和治疗需要，对不适用床日费用结算的病例，仍纳入按病种分值付费结算。

（四）参保人员康复治疗周期期满后需顺延治疗的，参保人员或家属应在期满前重新向定点医疗机构提出申请，定点医疗机构应重新评估是否符合条件。

## **六、就医监管**

（一）各地医疗保障部门应加强监管，依法查处放宽住院标准、诊断升级、分解住院、推诿重症患者、无故缩短或延长住院

日、变相降低服务质量等违规行为，提升参保人员获得感和满意度。要及时开展实施效果评估，对实施前后医疗服务数量和质量、医保待遇水平等进行评估。

（二）定点医疗机构应当为参保人员提供安全、整洁、舒适的就医环境，提供合理、规范的诊疗服务。严格执行入出院及诊治标准，规范临床诊疗路径，合理检查、合理治疗、合理控制医疗费用，保障参保人员基本医疗需求。

（三）定点医疗机构对病情明显好转或稳定、符合出院条件的参保人员必须及时办理出院手续；对病情无明显好转或者加重的参保人员，应按照医院的功能定位，及时将不同疾病分期的康复患者转诊至相应机构，同时规范康复患者双向转诊流程和开具完整转诊单。

（四）定点医疗机构应当按诊疗实际，准确上传参保人员住院诊断，并及时、准确完成医保对账工作。

（五）医保经办机构定期对定点医疗机构评估情况进行抽查复核，对接床日付费方式的管理服务进行监督。医保经办机构应提升服务管理能力，充分运用信息手段，甄别按床日付费的病例在市内各级各类定点医疗机构“接力住院”现象，一经查实属推诿转院的，本例病例在前收治和后收治医疗机构发生的费用均不纳入医保基金支付。

（六）本通知从2022年9月1日起执行。

- 附件：1.梅州市医疗保险综合医疗康复按床日付费结算  
申请备案表
- 2.功能障碍者生活自理能力评定方法  
(GB/T 37103-2018)
- 3.康复患者双向转诊流程及转诊单(模板)





**公开方式：**主动公开

---

梅州市医疗保障局办公室

2022年7月15日印发

---