

合肥市医疗保障局

合医保秘〔2022〕23号

关于印发《合肥市基本医疗保险精神疾病住院按床日付费实施方案》的通知

各县（市）区医保局、开发区社会（事业）发展局，市医疗保障基金管理中心、市医疗保障基金安全监管事务中心：

现将《合肥市基本医疗保险精神疾病住院按床日付费实施方案》印发给你们，请结合实际认真组织实施。



合肥市基本医疗保险精神疾病住院 按床日付费实施方案

为完善我市医保支付方式，建立符合疾病治疗特点的医保支付体系，减轻参保患者负担，根据《安徽省基本医疗保险精神病患者住院按床日付费指导方案》（皖医保秘〔2021〕106号）精神制定本方案。

一、实施范围

职工医保、居民医保的参保人员（以下简称参保人员）在本市定点精神病专科医院和综合医院精神病专科长期住院治疗的，纳入精神疾病住院按床日付费范围。参保人员在省内异地定点医疗机构发生的精神疾病长期住院治疗医疗费用，参照就医地精神疾病住院床日费用定额标准执行。

二、付费办法

（一）床日费用定额标准。根据精神病诊疗特点，将精神病患者住院时长划分为三段，第1-30天为第一段、第31-60天为第二段、第61天以上（含第61天）为第三段。综合近两年日均住院医药费用及费用上涨、不合理费用等因素，按医疗机构级别测算确定三段床日费用定额标准，其中三级医疗机构分别为400元、340元、270元，二级医疗机构分别为220元、200元、180元，一级医疗机构分别为180元、160元、140元。

一个年度内，患者在同一医院再次住院的，前 30 天执行第二段床日费用定额标准，31 天及以后执行第三段床日费用定额标准。市医保局可根据医保基金运行情况、医疗费用发生情况、违规费用审核扣减情况及对医疗机构监管考核情况等因素，建立床日费用定额标准动态调整机制。

（二）患者自付。精神病住院按床日付费不影响参保患者待遇，参保患者实行按项目结算，按照我市职工医保、居民医保报销政策计算确定个人自付费用。

（三）基金支付。医保基金按患者住院床日累计定额费用扣除个人承担费用（含个人自付和目录外自费）后与医疗机构结算。住院床日累计定额费用按照住院床日和对应段床日费用定额标准计算确定。

（四）退出规定。下列情况退出床日付费，实行按项目付费：

1. 外伤性精神病患者的住院医药费用；
2. 在医保报销之前，超过 30% 的医药费用已由非医保项目减免的；
3. 住院日 ≤ 7 天的当次住院医药费用；
4. 精神病患者合并其他疾病的，当诊治其他疾病的专项医药费用（仅指治疗其他疾病的专项检查、专项治理及专项药品费用）累计超过总住院费用 50% 以上。

（五）省内异地结算。省内异地就医实行床日费用定额标准互认，参保人员在省内异地住院治疗的，按治疗所在地的费用定

额标准和患者个人承担费用差额与医疗机构结算。

（六）相关规定。患者住院期间发生的所有费用（含院外检查费用等）均计入按床日付费范围，原则上患者个人自费占比不得超过上年，患者个人自费占比纳入对医疗机构考核内容。

三、住院报销与结算

（一）患者凭就医凭证（身份证、医保电子凭证、社保卡）住院治疗，定点医疗机构应核查参保患者身份，确认符合按床日付费范围的，在医院 HIS 系统标识“按床日付费”。

（二）患者办理入院手续时，按照预计住院费用及个人承担费用，预交住院费用。办理出院手续时，住院医疗费用实行在院直接结算。医保基金承担的医疗费用，由医保经办机构与医疗机构结算；个人承担的医疗费用，由个人与医疗机构结算，其预交的住院费用多退少补。

四、工作要求

（一）规范诊疗。各定点医疗机构要在规范诊疗下主动控费，认真执行《精神病规范化诊疗方案》，不得随意减少服务项目；不得拒收、推诿危重患者；不得以合并症、并发症等理由不执行按床日付费。不得小病大治，不得将门诊治疗的患者收治入院，不得故意延长住院日。严禁通过外购处方、门诊处方、门诊检查等方式转嫁按床日付费的患者医药费用，增加患者负担。

（二）加强服务。医保经办机构要根据方案规定维护好医保信息系统，指导医疗机构准确上传医保结算数据，做好付费办法

调整前后结算衔接工作。不断完善医保智能监控审核系统功能，加强医疗费用日常审核，完善医保服务协议，加强与医疗机构的沟通协商。

（三）强化监管。各级医保部门要根据本实施方案，做好新老支付政策的衔接和宣传解释工作。要持续加强基金监管工作力度，依托医保智能监控平台，开展精神病住院按床日付费数据监测分析，对违法违规套取、骗取医保基金行为，严格按照《医疗保障基金使用监督管理条例》和相关协议严肃处理。

五、实施日期

本方案由市医保局负责解释，自 2022 年 7 月 1 日起施行，有效期 3 年。实施过程中遇到问题的，要及时向市医保局报告。