

六安市医疗保障局文件

六医保秘〔2022〕74号

关于印发《六安市基本医疗保险精神病患者住院按床日付费实施方案（试行）》的通知

各县区医保局、市医保中心，各精神病定点医疗机构：

现将《六安市基本医疗保险精神病患者住院按床日付费实施方案（试行）》印发给你们，请结合实际组织实施。



六安市基本医疗保险精神病患者住院 按床日付费实施方案（试行）

为建立符合精神病住院患者临床诊疗特点的基本医保支付方式，控制医药费用不合理增长，减轻患者经济负担，根据安徽省医疗保障局《关于印发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的通知》（皖医保秘〔2021〕106号）文件精神，结合我市实际制定本方案。

一、付费范围

（一）城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保精神病患者在本市定点精神病专科医院和综合医院的精神病科室长期住院治疗的，均纳入精神病按床日付费范围。

（二）城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保精神病患者在省内异地定点医疗机构发生的精神病长期住院治疗医疗费用，执行就医地精神病定点医疗机构按床日付费标准。

（三）以下住院医药费用，不列入按床日付费范围，执行按项目付费：

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. 精神病患者合并躯体疾病的，当诊治躯体疾病的专项医药

费用(仅指治疗躯体疾病的专项检查、专项治疗及专项药品费用)累计超过总住院费用 50%以上。

二、付费办法

(一)划分住院费用段别。按照精神病诊疗特点,将精神病患者住院治疗费用按照住院时长划分为三段别:第 1-30 天为第一段别,第 31-60 天为第二段别,第 61 以上(含第 61 天)为第三段别。

(二)按床日医疗费用定额标准。为保障医疗机构稳健运行,同时促进医疗机构主动控费,在充分参照临床路径,近两年次均住院医药费用及上涨幅度、患者出院带药情况、基金承受能力等因素,经测算并与定点医疗机构谈判协商后,确定各级医疗机构床日付费标准,定额实行动态调整。具体标准见下表:

定 额 标 准

单位:元/人/日

医院等级	第一阶段 (第 1-30 天)	第二阶段 (第 31-60 天)	第三阶段 (第 61 天以后)
一级	150	120	100
二级	180	150	120
三级	280	240	200

一个年度内,同一患者在同一级别定点医疗机构第二次住院,第 1-30 天住院日执行第二段别定额标准,31 天及以后住院日执行第三段别定额标准。

各县区可根据医保基金运行状况、医疗费用发生情况、违规

费用审核扣减情况等因素，以协议管理的形式，在本方案按床日费用定额标准的 20%以内下浮制定本县区具体付费标准，并向市医疗保障局备案后实施。原则上同一个自然年度内执行同一付费标准。

（三）基金支付。综合医疗保障基金按患者住院床日累计定额费用减去患者个人承担费用（含患者个人自付目录外费用）与医疗机构结算。其中住院床日累计定额费用由患者住院床日乘以对应各阶段定额标准累计计算。

（四）患者自付。住院患者医药总费用实行按项目付费，严格执行医保目录，按普通住院报销政策计算出个人自付费用。按项目付费中综合医疗保障基金支付包括基本医保、大病保险、医疗救助（倾斜救助）等。

（五）计算公式。

1. 综合医疗保障基金支付=住院床日累计定额费用-患者个人承担费用；基本医保支付=综合医疗保障基金支付-患者本次住院按项目付费支付的大病保险、医疗救助（倾斜救助）。

2. 患者住院期间确需的院外检查费用与门诊医药费用，一并计入本院按床日付费住院医药费用范围。

3. 按照“算头不算尾”原则，入院日计入住院日范围，出院日不计入住院日范围。

（六）基金管理。

1. 实行预算管理。医保经办机构按精神病定点医疗机构上年

度决算额 80%确定预算额，分月预付。如定点医疗机构月预付额高于月实际发生额 80%的，则按实际发生额 80%预付。

2. 将患者个人自费占比纳入对医疗机构考核指标，患者医保目录外费用占比和个人自费占比原则上不得超过上一年度。

3. 次年三月底前，医保经办机构按照本办法相关规定，对各精神病定点医疗机构按床日付费基金支出额进行年终决算，决算额应扣除基金预付额。

三、工作要求

（一）规范诊疗。各定点医疗机构要严格执行《精神病规范化诊疗方案》，规范诊疗行为。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。对于住院超过三个月仍未出院的患者，精神病定点医疗机构需出具精神病上级医疗机构或政府机构的情况说明书报医保部门备案。

（二）做好服务。各县区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。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。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，充实医保服务协议，加强与医疗机构的沟通协商。

（三）加强监管。医保部门要进一步加强对定点医疗机构的

协议管理，督促各精神疾病定点救治医疗机构按照核定的编制床位数或与其医务人员和业务用房面积相适应的开放床位数收治病人，保障医疗服务质量。对于住院人数超过医疗机构执业许可证核定床位数 30%以上的或医护人员严重不足，影响患者救治效果等情节的，按协议规定扣除医保定额总支付费用。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》《安徽省医疗保障基金监督管理办法》和相关协议，严肃处理。

四、本方案自 2022 年 11 月 1 日起执行，以前规定与本通知不一致的，以本通知为准。

抄送：安徽省医疗保障局

六安市医疗保障局

2022 年 9 月 22 日印发
