市医保局关于全市慢性精神病按床日

付费工作的通知

（征求意见稿）

各市（特区、区）医疗保障局、市医保中心、各定点医疗机构：

为进一步完善我市基本医疗保险支付方式，统一全市慢性精神病参保患者的费用结算管理，保障精神病参保患者住院基本医疗待遇，减轻患者及家庭经济负担，现将有关事宜通知如下：

一、适用对象及范围

（一）参加我市城镇职工医保和城乡居民医保的精神病住院患者。

（二）我市精神病定点救治医疗机构为医保精神病专科定点医疗机构和有精神病专科的综合性定点医疗机构。

二、费用支付标准

（一）精神病参保患者在定点医疗机构住院，规范化治疗期间所发生的相关费用，实行按床日付费，包干结算、超支不补，不按照三目录管理。

（二）支付标准为：一级及以下医疗机构85元/人/日，二级医疗机构100元/人/日，三级医疗机构115元/人/日。城镇职工、城乡居民均由基本医疗保险基金全额承担，个人不付费，试行期间按照医疗机构实际收治床位予以支付。

（三）对确需长周期住院的病人，由定点救治医疗机构向所属辖区内医保经办机构申请备案，住院时间在90日内的（含90日），支付标准按医疗机构支付标准支付；住院时间在90日以上180日内的（含180日），支付标准按80%进行支付；住院时间在180日以上的，按支付标准70%进行支付。

（四）严格杜绝分解住院。精神病定点救治医疗机构将未达到出院指征的患者出院后再入院的，按套取医保基金进行处理。其中，出院一周内（含7日）再入院的（本院或其他医院），患者二次入院产生医疗费用按支付标准的70%进行支付；出院7日以上15日内（含15日）再入院的（本院或其他医院），患者二次入院产生医疗费用按支付标准的80%进行支付；出院15日以上30日内（含30日）再入院的（本院或其他医院），患者二次入院产生的医疗费用按支付标准的90%进行支付。对于公安机关移送、肇事肇祸、患者家属强烈要求出院后确需再次入院情况为除外类型，可按照原支付标准进行支付，对于除外类型定点救治医疗机构需建立台账备查。

三、费用结算

精神病参保患者在定点救治医疗机构住院规范化治疗结束后，医疗费用按定额标准即时结算，医保基金报销部分由医疗机构垫付，周期内与所属辖区内医保经办机构结算。超过按床日定额付费标准的费用由定点救治医疗机构承担。

精神病患者在住院治疗期间同时患有躯体疾病的，其检查、治疗及用药等相关费用按我市基本医疗保险政策规定另行审核报销（不设置起付线），同时，定点救治医疗机构对其进行台账管理以备医保经办机构查看，确保发生费用真实、可靠。

四、相关要求

（一）各精神病定点救治医疗机构要认真执行精神病临床路径和医疗技术操作规范，严格掌握入、出院指征，从治疗、药品及辅助检查等环节着手，有效控制费用，实施规范诊疗，合理救治，降低复发率，确保医疗质量和安全，主动接受医疗保障部门的监督。

（二）精神病参保患者到市外住院发生的医疗费用，按六盘水市基本医疗保险政策规定报销。

（三）各级医保经办机构根据本《通知》，做好对定点医疗机构的经办服务和管理工作。

五、其他事项

（一）本通知从2022年1月1日起全市统一执行，《关于<六盘水市医疗保障局关于实施统一的城乡居民基本医疗保险制度有关问题的通知>（六盘水医保发〔2020〕7号）补充通知（二）》（2020-153）中第一、四点同步废止。

（二）如上级医保部门有新规定的，将根据上级文件作适时修订。

（三）本通知由市医疗保障局负责解释。