阿坝藏族羌族自治州医疗保障局关于基本医疗保险住院费用精神类疾病按床日点数法付费的通知（征求意见稿）

为深入推进我州基本医疗保险支付方式改革，提高精神疾病参保患者的医疗保障水平，根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《四川省医疗保障局四川省财政厅四川省卫生健康委员会关于推广按疾病诊断相关分组（DRG）结合点数法付费的实施意见》（川医保规〔2021〕12号）和《阿坝藏族羌族自治州基本医疗保险区域点数法总额预算和按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则》等文件精神，现就我州基本医疗保险住院费用精神类疾病按床日点数法付费（以下简称精神类疾病床日付费）相关事项通知如下。

**一、适用范围**

我州参保人员在符合条件的医保定点医疗机构长期住院治疗且满足精神类疾病诊断（MDCT）的相关病例，纳入精神类床日付费管理。

**（一）人员范围：**职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员。

**（二）疾病范围：**主诊断为精神和行为障碍（ICD-10码：F00-F99）住院治疗。

**（三）医疗机构范围：**定点医疗机构中具有收治精神类疾病住院患者资质的精神专科医院和综合性医院精神病科（以下统称“定点精神病医疗机构”）。

**（四）病例范围：**在上述同一医疗机构单次住院时间超过60天（不含，下同）或上述同一医疗机构年度累计住院超过90天（不含，下同）的当次精神类疾病住院病例。

不符合精神类床日付费管理的精神类（MDCT）病例纳入DRG病组管理。同一住院过程病例不得拆分后进入DRG病组和床日付费管理病组。

**二、定额标准**

精神类床日付费实行定额包干，定额标准包含整个住院治疗过程中所发生的诊断、治疗、监测、护理、耗材、药品、检验等费用。根据医疗机构等次确定床日定额标准，具体定额标准如下：

阿坝州精神类床日付费定额标准

（单位：元/床日）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院等级 | 基金类型 | 统筹基金支付标准 | 总费用支付标准 |
| 二级甲等 | 居民 | 140 | 200 |
| 职工 | 180 |
| 二级乙等及以下 | 居民 | 120 | 170 |
| 职工 | 160 |

**三、费用结算**

**（一）费用申报。**定点精神病医疗机构对符合精神类床日付费管理的病例在进行医保结算清单上传时，医保支付方式选择“按床日”；不符合精神类床日付费管理的精神类（MDCT）病例医保结算清单医保支付方式选择“疾病诊断相关分组(DRG)”。

**（二）结算方式。**纳入精神类床日付费管理的病例，按实际住院时间结算。医保经办机构根据不同等次医疗机构床日付费定额标准折合成点数，再根据《阿坝藏族羌族自治州基本医疗保险区域点数法总额预算和按疾病诊断相关分组（DRG）付费实施细则》支付医疗机构费用。纳入精神类床日付费管理跨年度的患者可于每年12月下旬办理一次结算。

**（三）点数计算。**精神类床日病例基准点数＝精神类床日付费定额标准÷全部病例住院次均费用×100（计算结果保留4位小数）。精神类床日付费病例点数=精神类床日病组基准点数×病例床日数。

**（四）费用支付。**床日付费管理病例支付费用＝病例点数法支付标准（本月度预结点值×床日付费病例点数）－非基本医保统筹基金支付金额。

**（五）患者结算。**参保人员在州内定点精神病医疗机构就医的仍按医疗服务项目付费，按规定依次享受基本医保、补充医保（城乡居民大病保险、职工大病保险、机关事业补充医保）、医疗救助三重医疗保障待遇，实行“一站式”直接结算，其医疗保险待遇不受床日点数法付费政策影响。

**（六）服务能力。**医保经办机构按卫生健康部门核定的精神病医疗机构床位数结算住院医疗费用（综合医院的精神病专科按院内科室分配床位数结算）。鉴于精神类疾病的特殊性，各医保经办机构根据医疗机构服务能力在医保定点服务协议中予以明确。对于地方政府或公安机关移送的肇事肇祸强制医疗的精神障碍患者等特殊情况为除外类型，除外类型定点精神病医疗机构需报医保部门经办机构备案。

**四、监督管理**

**（一）数据上传。**定点精神病医疗机构要及时做好信息系统对接，规范执行医保结算清单管理要求，疾病及手术操作编码统一采用国家医保版《医疗保障疾病分类与代码》（ICD-10）和《医疗保障手术及操作分类与代码》（ICD-9-CM-3）并适时更新，及时、完整、规范上传相关数据，确保医保数据质量。

**（二）诊疗规范。**定点精神病医疗机构要加强行业自律，严格执行《精神病规范化诊疗方案》，规范诊疗行为，严格掌握入、出院指征，保障服务质量，遵循精神疾病临床路径和医疗技术操作规范，加强对平均住院天数、日均费用以及治疗效果的管理评估。不得采用让参保人员外购药品等方式转嫁医疗费用、增加患者负担，不得诱导不符合住院指征的患者入院,不得无故终止治疗、缩减临床路径或规范化诊疗方案中包含的诊疗项目与服务内容、降低诊疗服务质量。

**（三）协议管理。**定点精神病医疗机构要根据卫生健康部门核准的床位规模，结合自身诊疗能力和服务水平，合理收治患者，严格按照医疗服务价格项目内容提供医疗服务与设施设备，严禁盲目扩大规模收治患者，严禁将非精神类疾病纳入按精神类床日付费管理。因未按规定在医保信息系统中登记或弄虚作假等违规行为所发生的费用，由定点精神病医疗机构自行承担，医保基金不予支付，并按照协议规定予以处理。

医保经办机构指导定点精神病医疗机构准确上传医保结算数据，做好政策调整前后结算衔接工作。完善医保服务协议内容，加强医疗费用日常审核，严格绩效考核，考核结果作为年终清算、协议续签的依据。

1. **监督职责**。医疗保障部门定期对定点精神病医疗机构涉及医保基金使用的医疗服务行为、服务质量以及协议执行情况进行监督检查、考核评估，规范医疗保障经办业务，按照法律法规规定和医保服务协议约定，严厉打击欺诈骗保行为，维护医保基金安全。

**五、其他规定**

州医保局会根据全州医保基金筹资水平、结余情况、支撑能力，按照“以收定支、适时调整、有效保障”的原则，适时调整床日付费定额标准。

本通知自2024年1月1日起执行，试行期两年。以往文件规定与本通知不一致的，以本通知为准。本通知执行期间如国家、省有新规定，从其规定。