绥化市基本医疗保险

康复医学功能障碍付费管理办法（试行）

进一步深化医保支付方式改革，构建多元复合医保支付体系，更好保障参保群众的康复医疗需求，不断提高医保基金使用效能，依据《关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（黑发〔2020〕13号）、《黑龙江省DRG/DIP支付方式改革三年行动方案》（黑医保发〔2021〕64号）、《关于开展基本医疗保险康复医学功能障碍多元付费试点工作的通知》(黑医保规〔2024〕4号)等文件精神，结合我市实际，制定基本医疗保险康复医学功能障碍多元付费试点管理办法如下：

第一章 适用范围

第一条  本办法适用于医保与定点医疗机构对绥化市内参加城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险的康复医学功能障碍患者（以下简称“康复患者”）,符合条件的康复治疗费用的结算。

第二条  本办法所称定点医疗机构，是指市域内医保定点康复医学专科医疗机构或设有康复医学科的综合性医疗机构。

第三条  三级定点医疗机构收治康复患者，经康复医学副主任医师或从事康复医学临床实践活动的中医类别副主任医师及以上评定；二级及以下定点医疗机构，经康复医学主治医师、从事康复医学临床实践活动的中医类别主治医师及以上评定，存在功能障碍且需要进行康复治疗的，被定点医疗机构收治接受康复治疗之日起，康复患者在定点医疗机构所发生的康复治疗费用，医保部门按床日等与定点医疗机构进行结算。

第二章 付费规则

第四条  遵循“生命体征稳定、病情平稳、并发症或并发症治愈或得到稳定控制、但仍存在明确的功能障碍”的原则，基于《医疗保障基金结算清单》数据、国家医保版《医疗保障疾病分类与代码》(ICD-10)、《医疗保障手术及操作分类与代码》(ICD-9-CM-3)和《黑龙江省康复医学功能障碍医保按床日付费试点目录》,制定我市康复医学功能障碍医保按床日付费目录。

第五条 统筹考虑康复医学发展实际，根据功能障碍疾病诊断、康复治疗类型、医疗机构等级、康复阶段（恢复早期、中期、后期）等，通过精细化测算住院费用和资源消耗情况、组织专家论证、与定点医疗机构协商，制定本地按床日付费医保支付标准。

1.康复医学功能障碍患者当次连续住院不足(含)15日，按DIP付费。

2.康复医学功能障碍患者当次连续住院超过15日，全程按照相应床日付费医保支付标准支付。

3.康复患者当次连续住院超过30日后，实行阶梯付费。

4.康复患者出院后，60日及以下（不区分是否跨年度）因同一康复医学功能障碍疾病诊断再次住院治疗(不区分是否由同一家医保定点医疗机构收治),按照再次入院医疗机构的床日阶梯付费最低标准进行支付。

5.依据《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》《黑龙江省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》等文件限定支付范围，对于儿童脑瘫等康复患者按床日医保最长支付期限为180天，对于脑梗塞和脑出血康复等患者按床日医保最长支付期限为90天。

第六条 住院康复患者病情稳定或好转后，转入下级医疗机构继续接受康复治疗，应视为同一次住院，不再重复计算起付线。

第七条 按床日付费支付范围包含：康复治疗、药品、检查检验、护理、床位、诊察等住院期间产生的各项医疗费用。

第八条 康复患者出院按现行医保政策与定点医疗机构进行结算。医保经办机构按床日与定点医疗机构进行结算，超出支付标准的部分由定点医疗机构承担。平均每日医保垫付费用达到每床日支付标准的90%，按每床日付费标准予以结算；平均每日医保垫付费用未达到每床日支付标准的90%，按实际发生医保垫付费用予以结算。

第九条 医保经办机构按床日与定点医疗机构结算医保基金金额=∑(康复治疗改善功能障碍患者符合条件的住院天数×相应的医保按床日付费支付标准)。

第十条 康复患者异地就医，结算时按照基本医保异地就医当前执行政策，与定点医疗机构进行结算。

第十一条 患者在康复治疗期间，因病情疑难、复杂，产生较大医疗费用，医疗机构可做特殊病例申报，并提交详细的佐证材料，如病历资料、费用清单、专家会诊意见等。医保经办机构组织专家评审通过后，在年终清算时予以适当倾斜(不超过按项目付费结算标准),特殊病例数原则上不超过我市康复住院病例总数的5‰。

第十二条 患者在康复治疗期间病情变化，如原发病复发，或出现与康复治疗无关的新病症，病情复杂程度超出康复治疗适用范围，针对患者新的主要病症转入其他诊疗科室治疗，应及时退出康复床日付费，切换为对应的DIP等其他付费模式。

若存在以下情形之一的，该住院病例应退出床日付费结算，执行DIP正常结算。

1.医疗康复患者合并其他躯体疾病的，当诊治其他躯体疾病的专项医药费用(只计其他躯体疾病诊治所及的专项检查、专项治疗及专项药品费用，不含床位费、护理费、诊查费等共有费用)累计超过总住院费用20%以上的；

2.非医疗康复患者住院发生的医药费用;

3.未获得康复治疗资质的医疗机构发生的住院费用;

4.参保患者存在植物状态超过一年的；

5.异地就医患者发生的医药费用。

第三章 诊疗规范

第十三条  定点医疗机构应当为康复患者提供安全、舒适的就医环境与科学、规范的康复医疗服务。不得进行与本次入院无关的检查和治疗，不额外增加康复患者的就医负担。如另有病情确需进行相关治疗的，需提供病程记录等依据。

第十四条  定点医疗机构不得将康复医学功能障碍医保付费范围内包含的必要检查、用药等，通过门诊就医方式分解收费；不得引导康复患者外购或在门诊购买住院治疗所需的药品和耗材；不得另行收取或变相收取其他医疗费用。

第十五条  定点医疗机构不得以任何理由推诿或拒收符合入院标准的康复患者。不得降低标准办理入院、动员康复患者提前出院、延长住院或转为自费患者再入院。不得无故终止治疗、缩减临床路径或规范化康复治疗方案中包含的项目与服务内容、降低诊疗服务质量。上述情况一经查实，医保基金将不予支付相关费用并按协议处理。

第十六条  定点医疗机构应制定完善相应管理制度，规范康复医学功能障碍医疗服务行为，保证治疗效果。如治疗中发生意外，经鉴定为医疗事故的，相应责任和医疗费用由医疗机构自行承担。

第十七条  医保经办机构与定点医疗机构因付费结算产生争议时，由所在市级医疗保障部门对涉及的医疗服务行为开展合理性论证，并根据论证结果对定点医疗机构是否违反医保相关政策和服务协议约定进行认定与处理。

第四章 质控管理与监管考核

第十八条  定点医疗机构在办理患者出院结算时，要准确填写诊断信息、离院方式等关键信息，并按照《医保结算清单填写规范》等要求，及时上传康复患者医保结算清单，确保基础数据的准确性和完整性。

第十九条  各级医保部门要加强对定点医疗机构康复患者收治、费用发生等情况的监测，定期开展政策实施前后数据对比分析，防范诊断高编、高套等造成基金不合理支出风险。要深入开展康复医学功能障碍付费政策培训和宣传工作，做好改革试点的舆论引导和宣传，及时准确解读政策，妥善回应群众关切，合理引导社会预期，努力营造改革试点良好氛围。

第二十条  经办机构要制定具体经办规程，实现基本医保康复医学功能障碍付费政策落地，做好信息化关键要素配置、数据交互流转无误、系统畅通运行，实现康复医学功能障碍按床日付费与其他付费方式的有序衔接；相关医疗机构要做好衔接与配合工作，确保各项医保付费路径的院端畅通。

第五章 附则

第二十一条  本办法由绥化市医疗保障局负责解释。

第二十二条  本办法自2025年7月1日起施行，有效期一年。施行前符合条件且正在住院治疗的稳定期康复医学功能障碍患者，医保经办机构按施行前原结算方式结算。

附件：1.黑龙江省康复医学功能障碍医保按床日付费目录

2.绥化市康复医学功能障碍医保按床日付费DIP病种目录

3.绥化市康复医学功能障碍医保按床日付费支付标准

4.绥化市城镇职工/城乡居民基本医疗保险按床日付费结算除外病例申报表

5.绥化市城镇职工/城乡居民基本医疗保险按床日付费结算除外病例汇总表

附件1

黑龙江省康复医学功能障碍

医保按床日付费目录

| 序号 | 康复类型 | 疾病诊断编码 | 疾病诊断名称 |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 中枢神经后遗症类 | G83.200x003 | 不完全性上肢单瘫 |
| 2 | 中枢神经后遗症类 | I69.801 | 脑血栓后遗症 |
| 3 | 中枢神经后遗症类 | G83.300x003 | 不完全性单瘫 |
| 4 | 中枢神经后遗症类 | T90.300 | 脑神经损伤后遗症 |
| 5 | 中枢神经后遗症类 | G83.200 | 上肢单瘫 |
| 6 | 中枢神经后遗症类 | I69.000x001 | 蛛网膜下腔出血后遗症 |
| 7 | 中枢神经后遗症类 | G83.901 | 轻度瘫痪 |
| 8 | 中枢神经后遗症类 | I69.000x002 | 蛛网膜下腔出血恢复期 |
| 9 | 中枢神经后遗症类 | I69.800x003 | 缺血缺氧性脑病后遗症 |
| 10 | 中枢神经后遗症类 | T91.300x002 | 颈部脊髓损伤后遗症 |
| 11 | 中枢神经后遗症类 | G83.100 | 下肢单瘫 |
| 12 | 中枢神经后遗症类 | G83.300 | 单瘫 |
| 13 | 中枢神经后遗症类 | G09.x00x001 | 脊髓炎后遗症 |
| 14 | 中枢神经后遗症类 | R26.800x001 | 异常步态 |
| 15 | 中枢神经后遗症类 | G83.900x001 | 痉挛性瘫痪[中枢性瘫痪] |
| 16 | 中枢神经后遗症类 | T91.300 | 脊髓损伤后遗症 |
| 17 | 中枢神经后遗症类 | G83.100x003 | 不完全性下肢单瘫 |
| 18 | 中枢神经后遗症类 | G83.900x003 | 完全性瘫痪 |
| 19 | 中枢神经后遗症类 | G09.x00x002 | 脑炎后遗症 |
| 20 | 中枢神经后遗症类 | T90.500x002 | 脑外伤后遗症 |
| 21 | 中枢神经后遗症类 | G83.900x002 | 瘫痪 |
| 22 | 中枢神经后遗症类 | R27.000 | 共济失调 |
| 23 | 中枢神经后遗症类 | R26.200x001 | 行走困难 |
| 24 | 中枢神经后遗症类 | R27.800x002 | 中枢性协调障碍 |
| 25 | 中枢神经后遗症类 | G83.900x004 | 不完全性瘫痪 |
| 26 | 中枢神经后遗症类 | I69.200x001 | 颅内出血后遗症 |
| 27 | 中枢神经后遗症类 | I69.400 | 脑卒中后遗症 |
| 28 | 中枢神经后遗症类 | I69.800x002 | 脑血管病恢复期 |
| 29 | 中枢神经后遗症类 | I69.802 | 脑血管病后遗症 |
| 30 | 中枢神经后遗症类 | I69.100x001 | 脑出血后遗症 |
| 31 | 中枢神经后遗症类 | I69.100x002 | 脑出血恢复期 |
| 32 | 中枢神经后遗症类 | I69.300x003 | 脑梗死恢复期 |
| 33 | 中枢神经后遗症类 | I69.300 | 脑梗死后遗症 |
| 34 | 运动障碍类 | G82.100 | 痉挛性截瘫 |
| 35 | 运动障碍类 | G80.000x021 | 偏侧痉挛型脑性瘫痪 |
| 36 | 运动障碍类 | G20.x03 | 帕金森综合征 |
| 37 | 运动障碍类 | G82.300 | 松弛性四肢瘫痪 |
| 38 | 运动障碍类 | G82.504 | 慢性不完全性四肢瘫 |
| 39 | 运动障碍类 | G80.802 | 混合型脑性瘫痪 |
| 40 | 运动障碍类 | G82.204 | 高位截瘫 |
| 41 | 运动障碍类 | G80.100 | 痉挛性双侧脑瘫 |
| 42 | 运动障碍类 | G20.x00 | 帕金森病 |
| 43 | 运动障碍类 | G80.101 | 痉挛型脑性瘫痪 |
| 44 | 运动障碍类 | G80.000x011 | 双侧痉挛型脑性瘫痪 |
| 45 | 运动障碍类 | G82.201 | 慢性不完全性截瘫 |
| 46 | 运动障碍类 | G82.400 | 痉挛性四肢瘫痪 |
| 47 | 运动障碍类 | G81.900x002 | 轻偏瘫 |
| 48 | 运动障碍类 | G81.902 | 完全性偏瘫 |
| 49 | 运动障碍类 | G82.200 | 截瘫 |
| 50 | 运动障碍类 | G81.100 | 痉挛性偏瘫 |
| 51 | 运动障碍类 | G80.900 | 大脑性瘫痪［脑瘫］ |
| 52 | 运动障碍类 | G81.000 | 松弛性偏瘫 |
| 53 | 运动障碍类 | G82.500 | 四肢瘫痪 |
| 54 | 运动障碍类 | G81.903 | 不完全性偏瘫 |
| 55 | 运动障碍类 | G81.900 | 偏瘫 |
| 56 | 特殊康复 | R47.000x001 | 失语 |
| 57 | 特殊康复 | R47.003 | 运动性失语 |
| 58 | 特殊康复 | T92.500x016 | 肩袖损伤后遗症 |
| 59 | 特殊康复 | R47.100x001 | 构音障碍 |
| 60 | 特殊康复 | R47.001 | 语言困难 |
| 61 | 特殊康复 | R47.802 | 言语障碍 |
| 62 | 特殊康复 | Z50.100x001 | 物理治疗 |
| 63 | 特殊康复 | Z50.101 | 脑出血后物理康复训练 |
| 64 | 特殊康复 | Z50.900x001 | 康复医疗 |
| 65 | 发育落后康复 | R62.900 | 未达到预期的正常生理  发育水平 |
| 66 | 发育落后康复 | R62.801 | 生长发育迟缓 |

附件2

绥化市康复医学功能障碍

医保按床日付费DIP病种目录

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 病种组合代码 | 病种组合名称 | 病种分值 |
| 1 | I69.3 | 脑梗死后遗症 | 684 |
| 2 | I69.1 | 脑内出血后遗症 | 764 |
| 3 | G81.9 | 未特指的偏瘫 | 783 |
| 4 | G82.5 | 未特指的四肢瘫痪 | 687 |
| 5 | Z50.9 | 涉及使用未特指康复操作的医疗 | 893 |
| 6 | G81.0 | 松弛性偏瘫 | 602 |
| 7 | Z50.1 | 其他物理治疗 | 414 |
| 8 | I69.8 | 其他和未特指的脑血管病后遗症 | 1419 |

附件3

绥化市康复医学功能障碍医保

按床日付费支付标准

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 险种 | 医院级别 | 住院天数(日) | 床日标准(元) |
| 职工 | 三级 | 16-30 | 280 |
| 31-60 | 255 |
| 61-90 | 230 |
| 二级 | 16-30 | 270 |
| 31-60 | 250 |
| 61-90 | 225 |
| 一级 | 16-30 | 260 |
| 31-60 | 240 |
| 61-90 | 220 |
| 居民 | 三级 | 16-30 | 240 |
| 31-60 | 195 |
| 61-90 | 160 |
| 二级 | 16-30 | 225 |
| 31-60 | 180 |
| 61-90 | 150 |
| 一级 | 16-30 | 215 |
| 31-60 | 170 |
| 61-90 | 145 |

附件4

绥化市城镇职工/城乡居民基本医疗保险按床日付费结算除外病例申报表

定点医疗机构名称（盖章）： 申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 患者姓名 |  | 疾病名称 |  |
| 疾病编码（ICD-10） |  |
| 身份证号 |  | 住院科室 |  |
| 医保类别 |  | 结算ID |  |
| 申请除外理由：  申请医生签名：  科室负责人意见： 医务科审核意见： | | | |
| 医保经办机构审核意见：  审核日期： | | | |

附件5

绥化市城镇职工/城乡居民基本医疗保险按床日付费结算除外病例汇总表

定点医疗机构名称（盖章）： 时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号 | 医保类别 | 疾病名称 | 疾病编码（ICD-10） | 住院科室 | 住院号 | 结算ID |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |