

淮南市基本医疗保险精神病患者 住院按床日付费实施方案

第一条 根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《安徽省人民政府办公厅关于进一步深化基本医疗保险支付方式改革的实施意见》和《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)文件要求,在总结我市重性精神病患者住院按床日付费试点工作经验基础上,制定本实施方案。

第二条 我市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市内医保定点精神病专科医院和综合医院精神病科住院费用,实行按床日付费。毗邻省外、市外精神病专科医院也可参照本办法纳入实施范围。

第三条 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。

第四条 划分住院费用段别。按照精神病诊疗特点,将住院治疗精神病患者费用按照住院时间划分为三段别:第1-30天为第一段别,第31-60天为第二段别,第 ≥ 61 天为第三段别。

第五条 确定定额标准。根据精神病定点医疗机构实际住院费用标准以及医保基金结算额,并参考周边地市定额情况,分级别、分段别确定定额标准。具体标准见下表:

医疗机构	定额标准		
	第一段	第二段	第三段
三级	220	180	160
二级	210	180	160
一级	150	120	100

一个年度内，同一患者在同一定点医疗机构第二次住院的(以出院时间为准)，第1-30天住院日执行第二段别定额标准，第 ≥ 31 天住院日执行第三段别定额标准;第三次以上住院的，住院首日起执行第三段别定额标准。

第六条 基金支付部分。医保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，个人承担费用是按统筹地区医保政策计算出个人应承担的费用。

第七条 患者自付部分。住院患者医药总费用实行按项目付费，严格执行医保目录，按我市医保报销比例予以自付。

第八条 精神病患者住院过程中在出现以下情况，需退出按床日付费，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、专项治理及专项药品费用)累计超过总住院费用50%以上。

第九条 基金决算。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基金支出额进行年终决算,决算额应扣除基金预付额。

第十条 我市参保人员在省内精神病定点医疗机构就诊的,执行就诊地精神病定点医疗机构床日付费标准。

第十一条 按照"计入不计出"原则,入院日计入住院日范围,出院日不计入住院日范围。

第十二条 医保经办机构应加强对定点医疗机构自费控制比指标的考核。医保目录外费用占比不得超过上一年度。将医疗机构自费控制比指标与基金支付挂钩,防范医院转嫁费用,控制医疗费用不合理增长。

第十三条 各精神病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;严禁无故不实行即时结报,故意规避按床日付费。

第十四条 医保经办机构要根据方案规定维护好医保信息系统,指导医疗机构做好付费办法调整前后结算衔接工作,加强精神病按床日付费审核,一旦发现并核实精神病定点医疗机构无故串换诊断、分解费用、分解住院、不实行即时结报等规避按床日付费等违规行为,应核减所涉及病例的医保基金按床日付费应支付的费用,核减费用从该精神病定点医疗机构即时结报结算款中予以扣除。

第十五条 医保部门要加强医保基金监管,制定与按床日付费机制相适应的基金监管机制,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。

第十六条 本办法自2023年12月1日起执行。《淮南市基本医疗保险重性精神病按床日付费实施方案(试行)》(淮医保发〔2020〕109号)文件同时废止。