金华市基本医疗保险急性后期住院费用

付费办法（试行）（征求意见稿）

一、为保障参保人员急性后期住院合理医疗服务需求，不断推进分级诊疗服务体系建设，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）、《浙江省医疗保障局等五部门关于印发关于推进全省县域医共体基本医疗保险支付方式改革的意见的通知》（浙医保联发〔2019〕12号）、《金华市医疗保障局等三部门关于印发金华市基本医疗保险住院费用病组（DRGs）点数法付费实施细则的通知》（金医保发〔2019〕64号，下简称“病组点数法”）精神，结合我市实际，制定本付费办法。

二、参保人员医保待遇按照统筹区医保政策规定执行，不受医保经办机构与医疗机构付费办法调整的影响。

三、本办法规定的急性后期（Post-Acute Care，PAC）是指疾病急性期治疗结束，患者生命体征处于稳定状态仍需进行后续治疗的阶段。根据急性后期患者合理治疗的医疗、康复、护理需求，急性后期住院可分为早期康复住院、中长期康复及专业护理(下简称中长期康护）住院两类。

早期康复住院以恢复、改善患者自理能力为目的，以物理治疗、作业治疗等康复治疗为主，促进患者回归社会。早期康复住院阶段原则上累计不超过90天，具有进一步康复潜能的患者，按规定经申请同意后，最长可延至180天。中长期康护住院以维持患者自理能力或延缓其能力下降为目的，以医疗、护理为主，以维持性康复治疗为辅，促进患者生存质量改善。

四、符合条件的金华市定点医疗机构（以下简称“医疗机构”），收治参保人员中长期康护住院的，按患者导向模型（Patient Driven Payment Model，下简称PDPM）点数付费；收治参保人员早期康复住院的，按“病组点数法”付费，今后探索按PDPM点数付费。

五、急性后期住院的统筹基金支出纳入“病组点数法”总额预算管理。

六、具备以下条件的医疗机构，可以向医保经办机构申请按中长期康护住院付费。

（一）具备实施急性后期标准化评估的条件，包括配置急性后期标准化评估量表（见本办法第十二条）及有相应资质的评估人员。

（二）具备收治下列患者的医疗条件（符合下列中一项即可），具体如下：

1.急性期治疗病情稳定后，或早期康复治疗阶段完成后，仍需呼吸道管理、管路护理、压疮护理等持续性专业护理或低强度康复治疗；

2.恶性肿瘤晚期或其他疾病终末期，需控制痛苦和不适症状，接受身体、心理、精神等方面的照护和人文关怀等服务，提高生活质量；

3.精神疾病稳定期；

4.经临床医生评估，其他需进入中长期康护的。

七、采用国际先进的PDPM技术，依据疾病诊断、临床特征、功能评估、费用等大数据，形成符合金华实际的PDPM分组体系。分组体系由康复组、护理组、医药组、设施组四部分构成，每部分可由多个分组构成。

（一）康复组：主要根据疾病诊断和功能评估情况进行分组，康复治疗相关费用纳入康复组。

（二）护理组：主要根据护理服务和功能评估情况进行分组，护理服务相关费用纳入护理组。

（三）医药组：主要根据疾病诊断、临床特征和特定服务进行分组，检查检验、药品、耗材等相关费用纳入医药组。

（四）设施组：床位费等医疗服务设施费用纳入设施组。

八、分组的床日支付标准按床日均费计算，原则上以统筹区前三年内符合中长期康护住院的病例费用及其构成为主要依据，适当兼顾统筹区、医疗机构等级之间客观存在的医疗服务成本差异，结合临床实际测算确定。床日支付标准可根据住院天数梯次分段确定。不断推进床日支付标准实行同病同治同效同价。

九、组数、床日支付标准原则上每两年集中调整一次，调整工作于当年1月开始，3月底前结束，调整后的组数、床日支付标准从当年1月起生效。调整工作由市级医保经办机构具体负责，报市级医保行政部门批准后执行。

十、具体病例的PDPM点数按以下办法确定：

病例PDPM点数=该病例每日费用累计÷全部DRG住院均次费用×100（计算结果保留4位小数）；

某病例每日费用=该医疗机构对应梯次康复分组床日支付标准+该医疗机构对应梯次护理分组床日支付标准+该医疗机构对应梯次医药分组床日支付标准+该医疗机构对应梯次设施分组床日支付标准。

其中各分组床日支付标准由医保信息系统根据医疗机构在患者入院（或转入）3天内按规定上传的诊断、量表评估结果等信息确定。

十一、病例的PDPM点数，纳入“病组点数法”月度预付、年度清算。

十二、医疗机构应使用急性后期标准化评估量表（以下简称“量表”）对符合急性后期的住院患者进行评估。原则上入院（或转入）3天内、出院（转出或死亡）当天、入院后每隔30天应进行量表评估并及时上传到医保经办机构。

量表主要包括入院信息、视说听和认知、情绪和行为、日常生活活动能力、生理机能受损、特殊项目及出院信息等内容。急性后期标准化评估量表由中国医学科学院北京协和医学院研发和编制。

十三、量表评估负责人应为具有相应资质的医师或护士。原则上医师需主治医师及以上职称或科主任，护士需具有主管护师及以上职称或护士长。

十四、医保经办机构应举行量表使用培训，评估人员接受培训后方可从事量表评估工作。各医疗机构应接入量表评估系统，并根据医保部门要求在规定时间内完成相关的信息化改造。不按规定填报评估系统的，按最低床日标准支付。

**十五、**各级医保、卫生健康、财政等部门要按各自职责，加强对急性后期住院付费工作的组织领导和监督管理。各医疗机构要高度重视医疗基础信息管理，病案管理，规范填写量表、病案首页，通过信息系统实时将评估数据和费用明细等上传到医保经办机构。

**十六、**各级医保经办机构应建立与医疗机构的谈判协商机制，及时解决急性后期住院费用付费实施过程中遇到的困难和问题。进一步完善医疗机构及医保医师协议管理，将量表评估质量纳入协议管理范围。对填报量表不真实、提供医疗服务不足、推诿病患、提高自费比例等行为，根据《定点医疗机构服务协议》进行处理；情节严重的，依法给予相应处罚，并进行通报、约谈负责人、追究相关责任。逐步建立基于量表的质量评价体系，探索以患者健康结局为导向的激励约束机制。

十七、探索引入第三方服务，定期组织人员对评估量表填报情况进行抽样检查，抽样比例原则上不低于5%，不断加强智能审核，提高对医保大数据的挖掘分析能力，切实提升医保智慧监管水平。

**十八、本办法自2021年 月起试行，**试行期暂定为1年，**之前与本办法规定不一致的相关规定，按本办法规定执行，**试行期间上级另有规定的从其规定。试行期满需作调整的，另行发文。**试行期间县（市）可参照执行。**