

信阳市医疗保障局文件

信医保〔2021〕1号

信阳市医疗保障局 关于印发《信阳市基本医疗保险重性精神病 住院按床日付费实施方案（试行）》的通知

各县（区）医疗保障局，市医保中心，各精神病专科医院：

现将《信阳市基本医疗保险重性精神病住院按床日付费实施方案（试行）》印发给你们，请遵照执行。执行中存在问题的，请及时向市医疗保障局医药服务管理科反馈。



信阳市基本医疗保险重性精神病住院 按床日付费实施方案（暂行）

根据《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、国家医疗保障局《关于印发 2020 年医疗保障工作要点的通知》（医保发〔2020〕4 号）、《关于调整河南省重特大疾病医疗保险病种限额标准的通知》（豫社保〔2018〕22 号）、《信阳市医疗保障局 信阳市财政局关于全面开展城乡居民基本医疗保险基金总额预算管理的实施意见》（信医保〔2019〕35 号）等文件要求，为保障精神病参保患者的基本医疗需求，持续推进我市医疗保险支付方式改革工作，结合我市实际，经研究决定对重性精神病住院病人实施按床日付费，现通知如下，请认真贯彻执行。

一、重性精神病按床日付费医院

全市各县（区）精神病专科医疗机构为重性精神病按床日付费医院。毗邻省外、市外精神病专科医疗机构也可参照本方案纳入实施范围。

二、重性精神病按床日付费范围

（一）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人员均纳入重性精神病按床日付费范围。

（二）重性精神病包含以下 6 种疾病诊断：精神分裂症、分裂情感性障碍、偏执性精神病、双相（情感）障碍、癫痫所致精神障碍、精神发育迟滞（伴发精神障碍）。

三、重性精神病住院按床日付费支付办法

(一) 精神类专科医疗机构基本医疗保险住院按床日结算标准

住院结算总额按床日标准付费为：三级医疗机构 240 元/床日，二级医疗机构 180 元/床日，一级医疗机构 110 元/床日。

(二) 医保基金和个人支付标准

1. 医保基金支付标准：每例次住院患者基金支付额（元）= 住院床日数 × 定额标准 × 支付比例。

城镇职工医保基金支付比例为 80%，城乡居民医保基金支付比例为 75%。脱贫攻坚期内（含政策延续期）参加城乡居民基本医疗保险的建档立卡贫困人口医保基金支付比例为 80%。

2. 个人支付标准：每例次住院患者个人支付额（元）= 当次住院医疗总费用 × 个人自付比例。个人自付比例 = 1 - 基金支付比例。

(三) 以下住院医药费用，不列入按床日付费范围

1. 重性精神病患者在精神病专科医疗机构住院，主要费用已由其他项目予以减免的当次住院医药费用（减免费用占总费用的比例超过按床日付费规定的个人自付比例）。

2. 住院日 ≤ 7 天的重性精神病患者发生的当次住院医药费用。

3. 重性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（只计躯体疾病诊治所及的专项检查、专项治理及专项药品费用，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 50% 以上的，退出按床日付费，按普通住院报销。

4. 非重性精神病患者住院发生的医药费用。

(四) 有关说明

1. 重性精神病参保患者按床日付费当次住院医保补偿费用，救治时不受医疗保险“三个目录”限制；参保患者报销医疗费用实行即时结算，不设起付线、分段支付比例和最高支付限额。患者完成治疗后，只需交纳个人自付部分，其余费用由医疗保险经办机构直接结算。

2. 特殊情况下，按床日付费参保患者住院期间确需的院外检查费用与门诊医药费用，一并计入本院按床日付费住院医药费用范围，不得收取患者另外费用。

3. 按照“算头不算尾”原则，入院日计入住院日范围，出院日不计入住院日范围。

4. 当地精神病人数增长率数据由本市卫健部门精神病在管办公室提供。

四、精神病住院费用结算办法

各精神病专科医疗机构年终结算额（元）=全年重性精神病患者住院人数×基金支付标准×全年重性精神病人均住院天数+非重性精神病患者住院基金支付额（含退出床日付费参保人员）-违规扣款额。

其中：1. 各精神病专科医疗机构全年重性精神病患者住院人数不得高于上一年度年重性精神病患者住院人数乘以（1+当地精神病患者人数增长率），超出部分按 80%纳入年终结算。

2. 全年重性精神病患者（肇事肇祸精神病人除外）人均住院天数不得高于 56 天，超出 56 天但未达到上一年度该院重性精神

病人均住院天数80%的,超出部分按结算额的80%纳入年终结算,超出该院上一年度重性精神病人均住院天数80%但未达到该院上一年度重性精神病人均住院天数的,超出部分按结算额60%纳入年终结算,超出该院上一年度重性精神病人均住院天数的,超出部分按结算额40%纳入年终结算。

五、有关要求

(一)各定点精神病救治医疗机构要严格遵循医疗技术操作规范,做到合理检查、合理用药、合理治疗,控制医药费用水平,规范服务行为,保证医疗安全和医疗质量。不得减少规范化诊疗方案规定的服务项目;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。严禁通过串换诊断,将非重性精神病升级为重性精神病;严禁通过外购处方、门诊处方、门诊检查等方式分解按床日付费患者的住院医药费用,严格执行出院带药管理规定;严禁无故不实行即时结报,故意规避按床日付费。各精神病专科医院医疗机构应主动接受医保经办机构审核,主动接受各级医保行政主管部门的监管。

(二)各医保经办机构要广泛宣传重性精神病按床日付费政策,简化审核结算规程,及时拨付精神病专科医院医疗机构垫付费用,升级改造信息系统,及时在系统中维护按床日付费政策,满足工作需要。

(三)各医保经办机构要加强重性精神病按床日付费审核,一旦发现并核实精神病专科医院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,不予支

付，由精神病专科医疗机构承担，核减费用从该精神病专科医院即时结报结算款中予以扣除。

（四）属于农村建档立卡贫困人口的重性精神病患者，大病保险、医疗救助、政府兜底补偿等仍按照相关政策执行。

六、本方案自 2021 年 3 月 1 日起实施（以出院时间计）。

抄送：省医疗保障局、市卫生健康委员会

信阳市医疗保障局办公室

2021 年 2 月 25 日印发
