

金华市医疗保障局 文件 金华市卫生健康委员会

金医保发〔2024〕44号

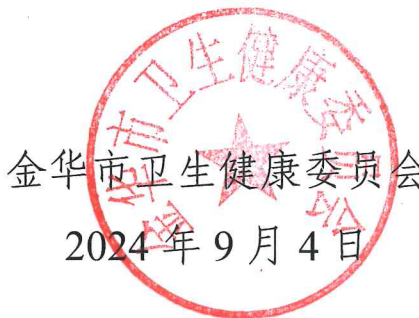
金华市医疗保障局 金华市卫生健康委员会 关于印发金华市基本医疗保险急性后期 住院费用付费办法的通知

各县（市、区）医疗保障局、卫生健康局：

现将《金华市基本医疗保险急性后期住院费用付费办法》印发给你们，请遵照执行。



金华市医疗保障局



金华市卫生健康委员会

2024年9月4日

金华市基本医疗保险急性后期住院 费用付费办法

为深化医保支付方式改革，促进分级诊疗服务体系建设，根据《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）等文件精神，制定本办法。

一、适用范围

（一）本办法规定的急性后期（Post-Acute Care）住院是指疾病急性期治疗结束，患者生命体征处于稳定状态但仍需进行后续住院治疗的阶段。

（二）根据患者合理治疗的医疗、康复、护理需求，急性后期住院分为早期康复住院、中长期康复及专业护理（以下简称中长期康护）住院。

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。早期康复住院时间原则上累计不超过90天，具有进一步康复潜能的患者，按规定程序申请同意后，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。

（三）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) 点数法付费(以下简称“PDPM 点数法”付费);收治参保人员早期康复住院的,按“病组点数法”付费,条件成熟时探索按“PDPM 点数法”付费。

(四)急性后期住院付费的统筹基金支出纳入“病组点数法”总额预算管理。PDPM 点数纳入“病组点数法”月度预付、年度清算。

(五)具备以下条件的医疗机构,开展中长期康护住院服务的,应向属地医保经办机构备案。

1.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(以下简称“量表”)及有相应资质的评估人员。

(1)量表主要包括入院信息、视听说和认知、情绪和行为表现、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。量表委托中国医学科学院北京协和医学院研发和编制。

(2)医疗机构量表评估负责人应为具有相应资质的医师或康复治疗师或护士。原则上医师、康复治疗师需中级及以上职称或科主任,护士需中级及以上职称或护士长。

(3)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。医保经办机构根据医保管理工作需要,适时扩大量表使用范围。各医疗机构应接入量表评估系统,并按照医保部门要求在规定时间内完成相关信息化改造。

2.具备收治下列患者的医疗条件(符合下列中一项即可):

(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住院的。

二、分组管理

(六) 采用国际 PDPM 技术，依据疾病诊断、临床特征、功能评估、医疗费用等，运用大数据分析方法，形成按床日付费的金华 PDPM 分组体系，分组的床日支付标准由康复服务、护理服务、医药服务、设施服务构成。康复治疗相关费用纳入康复服务，主要依据疾病诊断和功能评估情况确定。护理相关费用纳入护理服务，主要依据护理服务和功能评估情况确定。检查检验、药品、耗材等相关费用纳入医药服务，主要依据疾病诊断、临床特征和特定服务确定。床位费等医疗服务设施费用纳入设施服务。

(七) PDPM 分组床日支付标准按床日均费计算（除设施服务费），原则上以金华市前三年符合中长期康护住院的病例数据为依据，结合临床实际测算确定。

(八) PDPM 分组、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、床日支付等标准从当年 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。

三、点数管理

(九) 病例的 PDPM 点数按以下方法确定：

某病例 PDPM 点数=住院天数×该病例 PDPM 床日支付点数+设施服务费÷全部 DRG 住院均次费用×100（计算结果保留 4 位小数，下同）；

某病例 PDPM 床日支付点数=该 PDPM 病组床日支付标准÷全部 DRG 住院均次费用×100×该医疗机构该 PDPM 病组差异系数；

（十）设置低倍率界值为 0.6，低倍率 PDPM 病例的点数按以下方法确定：

某低倍率 PDPM 病例点数 = 该病例医疗总费用÷全部 DRG 住院次均费用×100（计算结果保留 4 位小数）。

（十一）PDPM 差异系数按以下办法确定：

某 PDPM 病组差异系数 = （该 PDPM 病组级别系数×0.6 + 该 PDPM 病组医疗机构系数×0.4）×该医疗机构该 PDPM 病组调节系数。

某 PDPM 病组级别系数=本级别所有医疗机构该 PDPM 病组住院平均床日费用÷全市该 PDPM 病组住院平均床日费用。该级别所有医疗机构的某 PDPM 病组自 2022 年起发生总病例数小于（含）5 例时，则该级别该 PDPM 病组级别系数优先按相邻上一级别的级别系数确定，上一级别的级别系数不存在的按相邻下一级别的级别系数确定。某 PDPM 病组各级别系数均无法确定的，设置为 1。

某 PDPM 病组医疗机构系数=医疗机构该 PDPM 病组住院平均床日费用÷全市该 PDPM 病组住院平均床日费用。该医疗机构的某 PDPM 病组自 2022 年起发生总病例数小于（含）5 例时，

则医疗机构该 PDPM 医疗机构系数按该医疗机构所属级别 PDPM 病组级别系数确定。

PDPM 病组调节系数根据该 PDPM 病组医疗机构系数与该 PDPM 病组级别系数的比值设定。当比值为 0.7(含)-0.9(不含)时, 给予一定激励; 当比值大于 1.1 时(含), 给予一定调减。

(十二) 针对医疗需求较低且康复效果欠佳的住院病例, 引入住院床日调整因子, 住院天数在 61 天(含)以上的, 床日支付标准根据住院天数阶梯式递减。住院床日调整因子与金华市长期护理保险制度同步实施。

(十三) 为进一步促进康复医疗逐步下沉至基层医疗机构, 以常见病、多发病、基层可收治、费用差异较小为原则, 全市设立同病同价病组。同病同价病组的 PDPM 病组差异系数均为 1。

(十四) 差异系数、床日调整因子、同病同价病组根据运行情况, 原则上每两年与 PDPM 分组、支付标准等同步调整, 必要时可每年调整一次, 由市级医保经办机构提出, 报市医保行政部门同意后实施。

四、日常管理

(十五) 医疗机构在患者入院 4 天内(入院评估)、入院后每隔 30 天(定期评估)、健康状况发生重大变化时(即时评估)、出院(转出或死亡)当天(出院或死亡评估), 应进行量表评估并及时上传量表评估结果等信息。即时评估后的第 15 天需再次进行评估。医疗机构不按规定时间要求填报量表的, 按本医疗机构在 PDPM 所有病组中最低支付标准的百分之八十支付。

五、监督管理

（十六）各级医保、卫生健康等部门要按各自职责，加强对中长期康护阶段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，规范并准确填写量表、病案首页、医保结算清单，通过信息系统实时将评估数据和费用明细等上传到属地医保经办机构。

（十七）各级医保经办机构应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。市级医保部门应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定点医疗机构年度评价，逐步建立基于量表的质量评价体系，积极探索以患者健康结局为导向的激励约束机制。

（十八）各级医保经办机构应依托金华市 PDPM 信息系统量表审核功能，月底前完成上月度出院结算病例的量表审核工作，常态化开展 PDPM 病例审核工作，对医疗机构量表填报不真实、医疗服务提供不足、推诿病患、提高自费比例等行为，按协议规定进行处理，情节严重的，由各地医保部门依法予以处理。

（十九）探索医保支付与医疗服务质量评价结果相挂钩机制，充分发挥康复医学质量控制中心等行业组织专业优势，实行行业自律，不断完善急性后期医疗服务体系，规范医疗服务行为，提升医疗服务质量。

（二十）探索引入第三方技术服务，定期组织人员对评估量表填报情况进行抽查。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。

六、其他规定

（二十一）本办法所称医保基金是指用于支付住院医疗费用的基本医疗保险统筹基金。

（二十二）本办法是医保经办机构与定点医疗机构的医保基金结算办法，参保人员基本医疗保险待遇按照我市基本医保政策规定执行，不受本办法调整。

（二十三）本办法自 2024 年 10 月 5 日起实施。2024 年度基本医疗保险急性后期医疗费用清算按本办法执行。《金华市医疗保障局 金华市财政局 金华市卫生健康委员会 关于印发金华市基本医疗保险急性后期住院费用付费办法（试行）的通知》（金医保发〔2021〕68 号）同时废止。其他规定与本办法规定不一致的，按本办法规定执行，期间上级另有规定的从其规定。