

ZBCR—2023—0820005

淄博市医疗保障局文件

淄医保发〔2023〕21号

关于进一步做好全市住院医疗康复项目 医保支付管理工作的通知

各区县医保分局，高新区、经开区医保分局，市医保中心、市稽核中心，有关定点医疗机构：

为更好地保障参加基本医疗保险人员康复需求，提高基本医疗保障水平，根据国家卫生健康委等八部委《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》、淄博市人民政府办公室《关于推进区域

点数法总额预算和按病种分值付费试点工作的实施意见》（淄政办发〔2021〕11号）精神，现就进一步做好全市住院医疗康复项目医保支付管理工作通知如下：

一、医疗康复项目及限定支付范围

见《淄博市基本医疗保险医疗康复项目》（附件1）。

二、适用人群及条件

已参加职工基本医疗保险或城乡居民基本医疗保险，符合以下条件的人员：

（一）具有医疗康复价值；

（二）在医保协议康复医疗机构（以下简称“康复机构”）住院医疗康复。

三、适用疾病范围

经康复机构确认，患以下疾病且伴有明显功能障碍的：

（一）神经系统损伤：脑出血、脑梗死、脑瘫、颅脑外伤、脊柱脊髓损伤、格林巴利综合症、中枢神经系统感染、周围神经损伤、帕金森综合症。

（二）运动系统损伤：关节腔内骨折、四肢长骨骨折、髋关节、膝关节置换、截肢、断肢再植。

（三）其他：风湿、类风湿、心脏术后、慢性阻塞性肺气肿、重度烧伤。

患其他疾病需医疗康复的，持由康复机构填写的《淄博市基本医疗保险其他疾病医疗康复申请表》（附件2），向参保人所属医保经办机构提出其他疾病医疗康复申请，经医保经办机构组织医疗康复专家确认，具有医疗康复价值的，纳入医疗康复范围。

四、医疗康复期管理

（一）在一个疾病过程中，从首次介入康复治疗之日起，90天之内的医疗康复项目费用，由基本医疗保险基金支付。上下级医疗机构之间可根据病情需要双向转诊。

（二）超过90天医疗康复期，仍需住院医疗康复的，应申请延长医疗康复期。由康复机构提供延长依据，填写《淄博市医疗保险延长医疗康复建议书》（附件3），上报康复机构所属医保经办机构，经医保经办机构组织医疗康复专家确认需延长的，最长不超过60天。

（三）第一次延长后，因病情需要仍需延长医疗康复期的，上报市级医保经办机构组织专家确认，最长不超过30天。延长医疗康复的，仅限在二级及以下康复机构开展。

（四）医疗康复费用药占比不超过20%，药品费用超出部分由康复机构承担。

（五）患者在康复治疗过程中出现新发需康复疾病，经所属医保经办机构审批后，康复治疗期重新开始计算。

五、其他

（一）市及区县医保经办机构应建立医疗康复专家库，成员由具有高级职称的医疗专家和康复技师组成。

（二）康复机构应填写《淄博市基本医疗保险医疗康复备案表》（附件4），并严格按医疗康复项目的支付范围上传项目信息，做到康复项目、频次与医疗费用、医嘱信息完全相符，准确、及时、规范填写《淄博市医疗保险医疗康复记录表》（附件5），并按照医保部门要求，通过人脸识别设备上传患者身份及诊疗信息，以备医保部门核查。

（三）医疗保障行政部门应加大医疗康复监管力度，各级医保经办部门加强医疗康复审核稽核，发现定点康复医疗机构存在重复收费、超标准收费、过度医疗、串换项目、虚增医疗康复项目和康复次数、弄虚作假等违反《淄博市基本医疗保险定点医院医疗服务协议》和《医疗保障基金使用监督管理条例》规定的，要根据《协议》规定进行协议处理，对违反《条例》规定的，要依法依规作出行政处罚，对拒不改正或者造成严重后果的要及时解除医保协议。

本通知自2023年12月1日起施行，有效期至2028年11月30日。2023年1月1日起可参照本通知执行。《关于加强住院医疗康复项目支付管理有关问题的通知》（淄人社发〔2017〕86号）文件自行废止。

- 附件：1.《淄博市基本医疗保险医疗康复项目》
- 2.《淄博市基本医疗保险其他疾病医疗康复申请表》
- 3.《淄博市基本医疗保险延长医疗康复建议书》
- 4.《淄博市基本医疗保险医疗康复备案表》
- 5.《淄博市基本医疗保险医疗康复记录表》

淄博市医疗保障局

2023年10月31日

附件 1

淄博市基本医疗保险医疗康复项目

序号	项目名称	限定支付范围	备注
1	运动疗法	限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者，1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 2 次（包括项目合并计算）。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中 1 项。	每次不少于 45 分钟
2	偏瘫肢体综合训练	1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。	
3	脑瘫肢体综合训练	限儿童。3 岁以前，每年支付不超过 6 个月；3 岁以后，每年支付不超过 3 个月。支付总年限不超过 5 年。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。	
4	截瘫肢体综合训练	1 个疾病过程支付不超过 3 个月。与运动疗法同时使用时只支付其中 1 项。	
5	作业疗法	限器质性病变导致的生活、工作能力障碍。1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 1 次。	每次不少于 45 分钟

序号	项目名称	限定支付范围	备注
6	认知知觉功能障碍训练	限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1个疾病过程支付不超过3个月。	
7	言语训练	限器质性病变导致的中、重度语言障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。	每次不少于30分钟
8	吞咽功能障碍训练	限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月。	
9	日常生活能力评定	限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定。1个疾病过程支付不超过4次。	
10	康复综合评定	有明确的功能障碍；评定由3名以上专业人员开展，至少包含两个评估项目；一个住院期间医保支付不超过三次；两次评定间隔时间不短于14天。	
11	吞咽功能障碍检查	一个疾病过程支付不超过三次。	
12	手功能评定	明确手功能障碍患者，总时间不超过90天，评定间隔时间不短于14天。	
13	平衡试验	评定间隔时间不短于14天。	
14	平衡训练	有明确的平衡功能障碍，一个疾病过程支付不超过90天。	
15	表面肌电图检查	有明确的神经肌肉功能障碍，一个疾病过程支付不超过两次。	

序号	项目名称	限定支付范围	备注
16	轮椅技能训练	需要长期使用轮椅且能够自行操作的患者，支付不超过 30 天。	
17	耐力训练	由于疾病或损伤导致的全身运动耐力下降患者，一个疾病过程支付不超过 90 天。	
18	大关节松动训练	有明确的关节活动障碍，一个疾病过程支付不超过 90 天。	
19	徒手手功能训练	有明确的手功能障碍，一个疾病过程支付不超过 90 天。	
20	截肢肢体综合训练	上肢训练支付不超过 30 天，下肢训练支付不超过 20 天，髋关节或肩关节离断、高位大腿截肢训练支付不超过 90 天。	
21	小儿行为听力测试	6 岁以下疑似听力障碍的儿童，由取得听力师或助听器验配师资格并经过小儿听力学培训的人员操作。	
22	孤独症诊断访谈量表 (ADI) 测评	6 岁以下疑似孤独症患儿。	
23	日常生活动作训练	存在日常生活活动能力障碍 (ADL) 的患者，重度患者支付不超过 90 天，中度患者支付不超过 60 天，轻度患者支付不超过 30 天，每 14 天训练经功能量表评定后取得明确功能进步才可继续支付。	
24	职业功能训练	法定就业年龄段且有就业意愿，经过 PARQ 医学筛查适合进行职业功能训练的患者，支付不超过 90 天。	

序号	项目名称	限定支付范围	备注
25	精神障碍作业疗法训练	限精神障碍康复期患者。在精神卫生机构或康复医疗机构，由具有资格的精神卫生专业人员或在其指导下的社工操作，每年支付不超过 90 天，每天支付不超过一次。	
26	减重支持系统训练	由神经、肌肉、骨骼疾患导致的独立行走障碍患者，支付不超过 30 天。	
27	电动起立床训练	住院期间，以减少卧床并发症为治疗目的或者以直立行动为康复目标，支付不超过 30 天。	
28	儿童听力障碍语言训练	6 岁以下听力障碍儿童，由取得听觉口语师资格的人员开展，以个别化训练为主要方式，每周最多支付一次，支付不超过一年。	
29	言语能力筛查	疑似言语功能障碍患者，不包括言语功能不能恢复的患者，一个疾病过程支付不超过两次。	

附件 2

淄博市基本医疗保险其他疾病医疗康复申请表

姓 名		性 别		年 龄		病 案 号											
身份证号																	
疾病诊断						ICD-10 疾病分类编码											
医疗康复治疗的理由	经治医生（签名）： 年 月 日																
康复机构意见： 年 月 日	医疗康复专家组意见： （盖章）	医保经办机构意见：															

填表须知：

- 1、填完此表上报材料时，需同时提供身份证复印件 1 张及相关病历复印件 1 份。

2、医疗康复治疗的理由，包括参保人所患疾病病情描述、治疗经过、需要做的康复项目以及预期达到的治疗目的等。

附件 3

淄博市基本医疗保险延长医疗康复建议书

姓 名		性别		年龄		病案号	
身份证号							
疾病诊断					ICD-10 疾病分类编码		
医疗康复治疗的理由							
医疗康复治疗的起止时间	从 年 月 日至 年 月 日					共计 天	
申请的康复项目	<p style="text-align: center;">经治医生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
康复机构意见： (盖章)	<p style="text-align: right;">年 月 日</p>		医疗康复专家组意见： (盖章)	<p style="text-align: right;">年 月 日</p>		医保经办机构意见： (盖章)	<p style="text-align: right;">年 月 日</p>

填表须知：

- 1、对超过规定支付时限的参保人员，应由康复机构评估并填写《淄博市基本医疗保险延长医疗康复建议书》，经医疗康复专家组确认后可适当延长（脑瘫按该项目限定支付规定执行）。
- 2、经治医生应在住院病历上详细记载康复诊疗的项目名称、康复次数、天数及疗效等情况，规范填写《淄博市基本医疗保险医疗康复记录表》，以备核查，对不符合规定发生的康复医疗费，医保基金将不予支付。

附件 4

淄博市基本医疗保险医疗康复备案表

姓 名		性别		年龄		病案号	
身份证号							
疾病诊断					ICD-10 疾病分类编 码		
医疗康复治疗的理由							
医疗康复治疗的起止时间	从 年 月 日至 年 月 日					共计 天	
申请的康复项目	<p style="text-align: center;">经治医生（签名）：</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
康复机构审核意见： <p style="text-align: center;">（盖章）</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>				医保经办机构意见： <p style="text-align: center;">（盖章）</p> 经办人： 年 月 日			

填表须知：

- 1、一个疾病过程的康复治疗支付原则上不超过 90 天，脑瘫按该项目限定支付规定执行。
- 2、经治医生应在住院病历上详细记载康复诊疗的项目名称、康复次数、天数及疗效等情况，规范填写《淄博市基本医疗保险医疗康复记录表》，以备核查，对不符合规定发生的康复医疗费，医保基金将不予支付。

附件 5

淄博市基本医疗保险医疗康复记录表

姓名： 性别： 年龄： 病案号：

身份证号： 住院日期：

临床诊断： 治疗部位：

康复 项目 时间 日期													病 人 签 字	治 疗 师 签 字

