附件1

深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委

关于进一步完善康复医疗服务

有关工作的通知

（征求意见稿）

各相关单位：

为满足人民群众的健康需求，构建连续性康复医疗服务体系，健全更加符合康复医疗发展的医保支付方式，提高医保基金使用效率，促进康复医疗事业全面、协调、可持续发展，推进健康中国战略实施。根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《深圳市社会医疗保险定点医药机构医疗费用支付办法》（深医保规〔2020〕3号）及《深圳市社会医疗保险按疾病诊断相关分组（DRG）付费办法》（深医保规〔2020〕7号）精神，结合本市实际，现将进一步完善康复医疗服务有关工作通知如下：

1. 构建布局合理、定位清晰的连续性康复医疗服务体系

（一）康复医疗定义。康复医疗是指应用医学方法和技术进行康复诊断、评估、治疗和护理，改善伤、病、残以及其他康复需求者的功能状况，以提高其生存质量和重返社会能力的诊疗活动。包括心脏康复专业、呼吸康复专业、神经康复专业、骨关节康复专业、老年康复专业、儿童康复专业、产后康复专业、疼痛康复专业、烧伤康复专业、听力视力康复专业、精神康复专业、脊髓损伤康复专业、生活重建康复专业、肿瘤康复专业、重症康复专业、中医康复医学专业等康复医学科亚专业。逐步完善、明确各亚专业的服务对象、服务内容、服务手段、服务流程和质量控制指标等内容。

（二）提供康复医疗服务的医疗机构。康复医院，康复医疗中心，设有康复医学科等具有康复医学服务资质的医疗机构。各医疗机构根据有关文件要求按照机构类别设置相应康复医学科亚专业，配置相应人员、设备，制定规章制度。

（三）提供康复医疗服务的医护人员。提供康复医疗服务的各级各类医疗机构应严格按照国家、省、市有关文件规定，配置满足基本人员标准要求、具备康复医疗执业资质的医师、康复治疗师、护士等专业人员，严禁超范围执业。卫生健康行政部门应依法建立康复医学人才培训基地，建立康复医学专业人才培训制度。

（四）康复医疗临床分期。根据疾病的发展与转归特点，康复医疗临床分期为急性期、亚急性期和恢复期。急性期康复是指发病一个月内，在疾病的急性期与临床非康复医学科分工协作开展的早期介入。亚急性期康复是指发病半年内，在符合临床非康复医学科出院标准（生命体征平稳、基础疾病得到控制或原发疾病无明显进展）时开展的针对性功能康复。恢复期康复是指对发病半年以上、功能状态无明显改变、日常生活不能完全自理者开展的维持性功能康复和护理支持服务。各康复医疗临床分期应有对应的收治及诊疗标准等康复诊疗规范。对病因不明、仍缺乏有效康复治疗手段的疾病，不适用上述康复医疗临床分期。

（五）康复医疗机构功能定位。

1.三级和二级综合医院（包括中医医院和中西医结合医院）的康复医学科。以“立足专科、服务全院”的理念打造康复“大学科”，建立与临床科室多学科协同康复会诊制度，形成辐射全院的康复治疗技术服务平台。主要为康复急性期、亚急性期患者提供康复医疗服务，开展疑难危重症临床康复介入。

2.儿童医院、妇幼保健院、妇产医院、心血管医院、职业病防治机构、精神病医院的康复医学科。主要为儿童、妇女、孕产妇、心血管病、职业病及职业相关性疾病、精神障碍患者等特殊人群提供康复急性期、亚急性期的康复医疗服务。

3.康复医院、设有住院床位的康复医疗中心以及一级综合医院的康复医学科。落实双向转诊服务。康复医院、康复医疗中心至少具备基本标准中规定应设置的亚专业康复诊疗能力和多学科康复治疗服务能力。主要为康复亚急性期和恢复期患者提供安全、规范、系统的全程康复治疗，鼓励为住院手术患者提供急性期康复医疗服务。

4.其他医疗机构。主要针对确有需求的儿童、老年人、残疾人、慢性病患者、精神障碍患者、疾病恢复期患者开展健康教育、康复指导、康复评定及训练等维持性康复和护理支持服务，诊疗转介等服务，为家庭医生签约居民按照有关规定和协议提供康复服务。主要为康复恢复期患者提供康复医疗服务。

二、推动康复医疗服务提质创新增效

（六）严格执行分类收治。治疗、护理、康复、安宁疗护是医疗卫生服务的不同类型，在概念定义、服务对象、服务内容、服务机构上均有明显区别。提供康复医疗服务的各级各类医疗机构在收治前进行评估，应分析患者适用的医疗卫生服务，做到分类收治，对不适用康复医疗服务的患者引导至相应功能定位医疗机构就医，合理使用医疗卫生资源。

（七）建立基于评估量表的入出院标准。康复医疗机构开展住院康复医疗服务时，应根据《功能障碍者生活自理能力评定方法》（GB/T 37103-2018）对收治患者进行功能评定。对日常生活自理能力评定高于“生活大部分自理”状态的患者，不得以住院形式收治，应分流至门诊接受康复医疗服务。对六岁以上患脑瘫、精神发育迟缓的参保人经过专业、规范的康复治疗，功能状态无改变时间超过3个月以上的，分流至门诊接受康复医疗服务。

经过一个月专业、规范的康复治疗，患者功能状态经评估无明显改变且不符合住院收治指征的应及时办理出院；符合住院收治指征的，结合自身功能定位，继续在本院或转下级医疗机构进行康复治疗。

（八）构建完善的转诊服务体系。各级各类医疗机构应按照各自的功能定位，及时将不同疾病分期的康复患者转诊至相应机构，规范康复患者双向转诊流程和开具完整转诊单。鼓励二级以上综合医院主动与康复专科医疗机构、康复专科医疗机构与其他医疗机构建立良性双向转诊关系，及时将有康复医疗服务需求的患者转诊至康复专科医疗机构或其他医疗机构。对疑难病例、基础疾病或原发疾病有恶化的，转本院临床相应科室或其他有救治能力的医疗机构进一步治疗。充分发挥社康服务机构家庭病床服务的作用，提高社区康复医疗服务可及性。依托信息化平台，加快实现康复医疗资源上下贯通、信息互通共享、检验结果互认，提高康复医疗资源整体利用效率与效益。

（九）加强住院康复医疗服务的质量控制。为确保康复医疗服务安全、准确、规范、有效，康复医疗机构应做到“六必须”，进一步加强康复医疗的质量控制：主诉和现病史必须与主要疾病诊断相符；专科检查必须有康复评定；诊断必须包含功能诊断；必须制定康复治疗计划；医嘱必须与康复治疗计划匹配；医嘱的执行必须可查。不断制定并完善康复医疗服务常见病种技术规范、服务对象、服务内容、服务手段、服务流程、入出院标准、转诊标准、质量控制指标等标准，结合工作发展需要和学科发展趋势，及时更新并对外公布。

三、健全更加符合康复医疗发展的医保支付政策

（十）康复医疗住院费用按床日付费。康复医疗住院医疗费用具有长期住院治疗且日均费用较稳定的特点，适用按床日付费。按床日付费是指医疗保障经办机构按照床日费用标准，结合参保人实际住院天数向定点医疗机构支付医疗费用的方式。对疾病符合临床非康复医学科出院标准的患者，转入本院康复医学科或康复专科医疗机构进行针对性功能康复，康复医疗费用按床日付费。对发病半年以上、功能状态无明显改变、仍符合住院收治指征的患者进行维持性功能康复和医疗护理支持服务，康复医疗费用亦按床日付费。社康服务机构为符合条件的参保人建立家庭病床，提供居家康复医疗服务的，康复医疗费用纳入家庭病床医疗费用中按床日付费，执行家庭病床床日费用标准。鼓励对疾病尚未达到临床非康复医学科出院标准的患者进行早期康复介入，康复医疗费用纳入疾病治疗费用中按病种、病组付费。

（十一）严格落实医保诊疗项目目录支付范围。具备开展康复医疗服务资质的医保定点医疗机构，为参保人提供康复医疗服务时应尽量提供医保支付范围内的诊疗项目并严格执行基本医疗保险诊疗项目目录关于支付次数、支付时长、间隔时长等限定支付范围的要求，不得超限定支付范围记账。市医疗保障经办机构在支付费用前，应核查相关证据。

（十二）住院康复医疗服务按床日付费时长。为保障参保人合理的康复就医需求，确保医保基金可持续发展，结合康复医疗临床分期特征，住院康复医疗服务按床日付费时长从发病时间起算不超过一年。对患脑瘫、精神发育迟缓的参保人进行住院康复治疗的，三岁以内每年不超过180天，三岁以上每年不超过90天。

（十三）住院康复医疗床日费用标准。以病种为单位结合患者功能状态对资源消耗相似病例进行聚类，同一类病种康复医疗床日费用标准根据发病时间，采取梯度式下降方式设置不同标准，引导构建连续性康复医疗服务体系。以急性期床日费用标准为基数，亚急性期的床日费用标准为基数的70%，恢复期的床日费用标准为基数的40%。脑瘫、精神发育迟缓的床日费用标准，三岁以上费用标准与三岁以内费用标准一致。

（十四）完善协议管理。市医疗保障经办机构制定医保定点医疗机构住院康复医疗服务补充协议书，明确协议双方权责利，重点完善就医管理、费用结算、监督考核等方面内容，完善退出机制。

（十五）康复医疗住院费用结算管理。具备开展康复医疗服务资质的医保定点医疗机构，可向市医疗保障经办机构提出申请并提交有关资料，经审核符合条件的，签订住院康复医疗服务补充协议明确床日费用标准。允许医保定点医疗机构对符合收治条件的参保人因院内临床非康复医学科转康复医学科、院间双向转诊、康复不同分期适用不同费用标准等原因办理出入院结算手续。

1. 加强康复医疗服务的监督管理及考核评估

（十六）强化对康复医疗服务行为的监督管理。

1.市卫生健康部门应加强对康复医疗机构日常监督管理，结合校验周期审查强化康复医疗机构依法执业；加强康复医疗相关专业人员依法执业监管。规范诊疗行为，提高医疗质量，确保医疗安全。

2.市医疗保障行政部门应建立和完善日常巡查、专项检查、重点检查、专家审查等相结合的多形式检查制度。加强大数据应用，不断提升医保智能监控水平，将医保监管延伸至医师的医疗服务行为中，完善医保医师年度总分管理制度，加强对康复医疗机构医师行为监测及违规处罚力度。建立和完善医保信用管理制度，依法依规实施守信联合激励和失信联合惩戒。鼓励行业协会开展行业规范和自律建设，制定并落实自律公约，促进行业规范和自我约束。

3.建立市医疗保障行政部门与市卫生健康部门线索移交机制，开展两部门联合检查，加强对医保康复诊疗项目超限定支付范围记账、未严格执行收治标准、未将康复医疗与安宁疗护进行分类收治等违规违约行为的监督检查，形成部门间合力。

（十七）建立以临床医疗价值为导向的医保绩效付费机制。增强医保对医药服务领域的激励约束作用，引导定点医疗机构更加关注参保人的功能恢复效果，市卫生健康部门会同市医疗保障部门，加强对平均住院天数、日均费用、康复费用占比及治疗效果的考核评估，评估结果与住院康复医疗费用年终清算挂钩。

本通知自2021年8月1日起实施，有效期3年。各相关单位在工作中遇到的重大问题和情况，请及时向市医疗保障局、市卫生健康委报告。

特此通知。

附件：1.深圳市住院康复医疗服务常见病种的入出院标准及治疗规范

 2.深圳市康复患者双向转诊流程及转诊单（模板）

 深圳市医疗保障局 深圳市卫生健康委

 2021年 月 日

附件1

深圳市住院康复医疗服务常见病种的

入出院标准及治疗规范

一、脑外伤

脑外伤是指头部受到一定强度的外力作用，导致脑神经细胞功能发生异常变化，甚至脑组织出现挫裂、水肿和血管破裂等损伤病变。

（一）入院标准

脑外伤患者的生命体征稳定，特别是颅内压持续24小时稳定在180mmH2O内即可进行早期康复治疗；当临床专科处理完成后有功能障碍的急性期和亚急性期患者可到康复医学科住院；脑外伤恢复期患者仍有功能障碍，且生活自理能力低于生活基本自理者方可住院治疗。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过半年专业、规范的康复治疗，功能状态已无明显改变的时间超过1个月以上者；脑外伤患者已经接受康复治疗时间超过1年者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于脑外伤患者，若有需要，可以进行认知评定、言语评定、吞咽评定、感觉评定、心肺运动试验、手功能评定、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于意识障碍者须确定植物状态的程度，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，对需长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，对存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、合并症康复和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、泌尿系感染、深静脉血栓和压疮等；脑外伤的同时有可能发生其他部位的外伤，如肺部损伤、骨折等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有认知障碍、言语障碍、吞咽障碍、感觉障碍、心肺障碍、手功能障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

二、脑卒中

脑卒中是一组突然起病，以局灶性脑神经功能缺失为共同特征的急性脑血管疾病。

（一）入院标准

脑卒中患者没有严重并发症或脑水肿，24小时内就可进行早期康复治疗；当临床专科处理完成后有功能障碍急性期和亚急性期患者可转康复医学科住院；脑卒中慢性期患者仍有功能障碍，且生活自理能力低于生活基本自理者方可住院治疗。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过半年专业、规范的康复治疗，功能状态已无明显改变的时间超过1个月以上者；脑卒中患者已经接受康复治疗时间超过1年者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有无癫痫、脑水肿、感染、营养不良等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于脑卒中患者，若有需要，可以进行意识状态评定、认知评定、言语评定、吞咽评定、感觉评定、心肺运动试验、手功能评定、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，须长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、基础疾病治疗和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、泌尿系感染、深静脉血栓和压疮等；基础疾病常见的有高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病等；功能障碍可以有认知障碍、言语障碍、吞咽障碍、感觉障碍、心肺障碍、手功能障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

三、缺血缺氧性脑病

缺血缺氧性脑病是各种原因引起的脑组织缺血缺氧导致的脑部病变，常见于呼吸心跳骤停。

（一）入院标准

缺血缺氧性脑病患者没有严重并发症、生命体征平稳，24小时内就可进行早期康复治疗；当临床专科处理完成后有功能障碍的急性期和亚急性期患者可转康复医学科住院；慢性期患者仍有功能障碍，且生活自理能力低于生活基本自理者方可住院治疗。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过半年专业、规范的康复治疗，功能状态已无明显改变的时间超过3个月以上者；缺血缺氧性脑病患者已经接受康复治疗时间超过1年者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有无癫痫、脑水肿、感染、营养不良等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于缺血缺氧性脑病患者，若有需要，可以进行意识状态评定、认知评定、言语评定、吞咽评定、感觉评定、心肺运动试验、手功能评定、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，须长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、基础疾病治疗和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、泌尿系感染、深静脉血栓和压疮等；基础疾病常见的有高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病等；功能障碍可以有认知障碍、言语障碍、吞咽障碍、感觉障碍、心肺障碍、手功能障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

四、脑性瘫痪

脑性瘫痪是一组持续存在的中枢性运动和姿势发育障碍、活动受限症候群，由于发育中的胎儿或婴幼儿脑部非进行性损伤所致。常伴有感觉、知觉、认知、交流和行为障碍,以及癫痫和继发性肌肉、骨骼等问题。

（一）入院标准

临床确诊后，月龄超过3个月以上，存在明显的粗大运动、精细运动等功能障碍者，可以早期康复治疗；粗大运动功能分级Ⅱ及以上患者，可办理住院康复治疗。

（二）出院标准

采取多疗程住院模式，根据患儿病情特点和治疗耐受情况选择某个疗程时长，单次疗程一般不超过1个月；经过专业、规范的康复治疗，功能状态无改变的时间超过3个月以上者；在康复期间患者病情有反复或出现并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理以及遗传筛查等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于脑性瘫痪患者可以进行发育评定、身体结构和功能评定、活动与参与评定和辅助器具及环境的评定等。

2.康复治疗 包括早期干预（6岁之前）、综合康复、教育康复以及合并症、并发症的防治。合并症防治最常见的有癫痫、听视觉障碍、智力低下、髋关节脱位、关节挛缩、疼痛、流涎、骨质疏松等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有认知障碍、言语障碍、吞咽障碍、感觉障碍、运动障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

五、精神发育迟缓

又称智力发育障碍，5岁之前又称全面发育迟缓，是指一组在发育时期内（18岁以前）由于遗传、环境、社会等引起的以智力低下和社会适应困难为主要临床特征的精神障碍。在婴幼儿时期表现为运动、认知或语言中有2项或以上标志性的发育指标或发育里程碑没有达到相应年龄应有的水平。

（一）入院标准

精神发育迟缓患儿的运动能力、认知能力、言语能力明显落后于同龄儿两个标准差以上，且发育商低于75分以下的患者，均可以进行早期康复治疗。

（二）出院标准

采取多疗程住院模式，根据患儿病情特点和治疗耐受情况选择某个疗程时长，单次疗程一般不超过1个月；经过专业、规范的康复治疗，功能状态无改变的时间超过3个月以上者；在康复期间患者病情有反复或出现并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理及遗传代谢筛查等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于精神发育迟缓的患者，可以进行神经心理评定、发育水平评定、社会能力及适应行为评定及伴发有功能障碍的评估。

2.康复治疗 根据发育水平，及时进行早期干预（6岁之前），开展运动康复、认知康复、语言康复、生活能力训练和教育康复及社交行为的康复。康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

六、脊髓损伤

脊髓损伤是指由外伤、炎症、肿瘤等各种原因导致脊髓结构和功能损害，造成损伤平面以下的运动、感觉和自主神经功能障碍。

（一）入院标准

脊髓损伤患者经过临床抢救、生命体征相对平稳、脊柱稳定即可开始康复；经过临床专科处理后的急性期和亚急性期患者仍有神经功能障碍或并发症，影响生活自理能力，可到康复医学科住院康复；慢性期患者须发生与脊髓损伤有关联性的并发症方可住院治疗。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过半年专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；脊髓损伤患者已经接受康复治疗时间超过半年者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有无电解质紊乱、感染、营养不良等；后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于脊髓损伤患者，若有需要，可以进行ASIA评定、感觉评定、心肺运动试验、尿动力学检查、排尿排便评定、性功能评定、上肢功能评定、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，须长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、合并症康复和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、泌尿系感染、深静脉血栓和压疮等；脊髓损伤的同时有可能发生其他部位的外伤，如肺部损伤、骨折等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有言语障碍、吞咽障碍、感觉障碍、心肺障碍、性功能障碍、排尿排便障碍、上肢功能障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

七、外周神经病损

周围神经病损包括周围神经损伤和神经病两大类，前者是由于周围神经丛、神经干或其分支受外力作用而发生的损伤，后者是指周围神经的某些部位由于炎症、中毒、缺血、营养缺乏、代谢障碍等引起的病变。

（一）入院标准

周围神经病损康复治疗应早期介入，介入时间越早效果越好；经过临床专科处理生命体征稳定的急性期和亚急性期患者，有持续性神经功能障碍，影响生活自理能力，可到康复医学科住院康复；慢性期患者仍有功能障碍，且生活自理能力低于生活基本自理者方可住院治疗。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过半年专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；周围神经病损患者已经接受康复治疗时间超过1年者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有无感染、营养不良以及神经损伤的程度等；后者主要是了解患者的肌力、关节活动度、平衡功能、呼吸功能以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于周围神经病损患者，若有需要，可以进行感觉评定、心肺运动试验、尿动力学检查、排尿排便评定、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，须长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、合并症康复和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、泌尿系感染、深静脉血栓和压疮等；外周神经病损的患者有可能合并有其他疾病，如骨折、血管损伤等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有感觉障碍、心肺障碍、排尿排便障碍、手功能障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

八、关节炎

关节炎是指由多种因素引起关节软骨纤维化、皲裂、溃疡、脱失而导致的关节疾病，表现为疼痛和关节活动受限。

（一）入院标准

关节炎康复国内外一般主张预防为主，当出现行走功能障碍，影响生活自理能力时，可到康复医学科住院康复。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；关节炎患者病情有反复或出现严重并发症者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有关节损伤的程度等；后者主要是了解患者的肌力、关节活动度、平衡功能以及适宜的康复手段、疗效评定等。若有需要，可以进行心肺运动试验、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，对于可步行者须进行步态分析和跌倒风险评定，须长期使用轮椅者应进行坐位压力评定，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、合并症康复和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有呼吸道感染、深静脉血栓和压疮；有可能合并有其他疾病，如高血压、糖尿病、高脂血症、冠心病等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有感觉障碍、心肺障碍、行走障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

九、手外伤

手外伤康复是在手外科的诊断和处理的基础上，针对手功能障碍的各种因素，如瘢痕、挛缩、粘连、肿胀、关节僵硬、肌萎缩、感觉异常等采用康复治疗，使手最大限度的恢复功能。

（一）入院标准

手外伤康复治疗应早期介入，介入时间越早效果越好；经过临床专科处理生命体征平稳，内/外固定稳定，仍有明显的功能障碍，影响生活自理能力，可到康复医学科住院康复。

（二）出院标准

尽管有明显的功能障碍，但经过2个月专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；已经接受康复治疗时间超过3个月者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床评定和功能评定两个方面，前者主要是为了明确诊断而进行的临床检查，有检验、影像学、电生理等，如了解有无感染、骨折以及神经损伤的程度等；后者主要是了解患者的肌力、关节活动度以及适宜的康复手段、疗效评定等。若有需要，可以进行感觉评定、心肺运动试验、生活自理能力评定以及辅助器具使用评定等，存在精神心理问题者须进行精神心理评定。

2.康复治疗 包括并发症防治、合并症康复和功能障碍的康复三个部分。并发症防治最常见的有局部感染和深静脉血栓；有可能合并有其他疾病，如骨折、血管损伤等，需要制定相应的康复方案；功能障碍可以有感觉障碍、心肺障碍、手功能障碍和日常生活活动能力障碍等，康复专业人员可以对上述问题实施针对性康复。

十、骨折

骨折是指因受外伤或骨组织病变导致全身各部位骨骼及其附属结构的完整性或连续性受到破坏，而导致肢体肿胀、疼痛及功能活动受限等损伤病变。

（一）入院标准

骨折患者经临床急性期治疗（手术或保守治疗）后，生命体征基本平稳，骨折部位基本稳定，但有持续性功能障碍(如运动、感觉、排尿排便等障碍)而影响生活自理能力；对于亚急性期患者，功能障碍持续存在，影响生活自理能力，且具有恢复潜力和康复价值者，或病情变化出现新的功能障碍等问题，可入院康复治疗。

（二）出院标准

骨折患者经过2个月专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；已经接受康复治疗时间超过3个月者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1.康复评定 包括临床检查和功能评定两个方面；临床检查包括检验、影像学、电生理等。功能评定对于骨折患者，躯体功能评定方面包括感觉评定、疼痛评定、肢体形态评定、关节活动度评定、肌力评定、关节功能评定、作业需求评定、心肺运动试验、日常生活活动能力评定，上肢骨折者需进行上肢功能评定和手功能评定，下肢骨折者需进行平衡功能评定、步态分析、足底压力检测以及跌倒风险评定，严重损伤需使用辅助器具者进行辅助器具使用评定，对须长期卧床或使用轮椅者应进行卧坐位压力评定；对事故和身体创伤可能引起患者心理上的急性应激障碍、创伤后应激障碍、适应障碍、人格障碍、睡眠障碍、情绪问题、心理压力和脑心理活动状态进行精神心理评估。

2.康复治疗 包括受伤肢体、关节功能障碍的康复、合并症康复和并发症防治三个部分。常见的功能障碍包括受伤关节运动障碍、感觉障碍、疼痛障碍、手功能障碍、步行障碍和日常生活活动能力障碍等，经康复专业人员对上述功能障碍实施针对性康复治疗。骨折患者同时可能合并其他部位的损伤，如肺部损伤、脊髓损伤、外周神经损伤等，需要制定相应的康复方案。并发症的防治主要包括伤口感染、深静脉血栓、压疮、泌尿系感染和呼吸道感染的预防和治疗。

十一、颈椎病

颈椎病又称颈椎综合征，是一种以退行性病理改变为基础的疾患。主要由于颈椎长期劳损、骨质增生，或椎间盘脱突出、韧带增厚，致使颈椎脊髓、神经根或椎动脉受压，出现一系列功能障碍的临床综合征。

（一）入院标准

颈椎病急性发作患者经临床治疗（保守或手术治疗）后，生命体征基本平稳，病情基本稳定，但有持续性功能障碍而影响生活自理能力，均应及早介入或转入住院康复治疗；对于稳定期颈椎病患者，功能障碍持续存在，影响生活自理能力，或病情反复、变化，出现新的功能障碍等问题，可入院康复治疗。

（二）出院标准

颈椎病患者经过2个月专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；已经接受康复治疗时间超过2个月者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1. 康复评定 包括临床检查和功能评定两个方面。前者主要是为了明确诊断而进行临床检查，包括医学检验、影像学、电生理等。后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于颈椎病患者，躯体功能评定方面包括疼痛评定、感觉功能评定、颈椎活动度评定、颈椎稳定性评定、颈椎功能评定、肌力及耐力评定、反射评定、日常生活活动能力评定；对长期慢性病程可能引起患者心理上的焦虑状态、抑郁状态、人格障碍、睡眠障碍和脑心理活动状态进行精神心理评估。
2. 康复治疗 主要针对功能障碍的康复治疗。常见的功能障碍包括疼痛障碍、感觉障碍、颈椎活动功能障碍，严重者导致上肢功能、步行功能、大小便障碍。经康复专业人员对上述功能障碍实施针对性康复治疗。颈椎病患者同时可能合并其他内科疾病，如高血压病、糖尿病等，需要制定相应的康复治疗及内科治疗方案。

十二、腰椎间盘突出症

腰椎间盘突出症是主要因腰椎间盘的退变，同时纤维环部分或全部破裂，髓核突出刺激或压迫神经根、马尾神经所引起的一种综合征，主要表现为腰痛、坐骨神经痛、下肢麻木及马尾综合征等症状。

（一）入院标准

腰椎间盘突出症急性发作患者经临床治疗（保守或手术治疗）后，生命体征基本平稳，病情基本稳定，但有持续性功能障碍而影响生活自理能力，应尽早介入康复或转入住院康复治疗；对于稳定期腰椎间盘突出症患者，功能障碍持续存在，影响生活自理能力，或病情反复、变化，出现新的功能障碍等问题，可入院康复治疗。

（二）出院标准

腰椎间盘突出症患者经过2个月专业、规范的康复治疗，功能状态无明显改变的时间超过1个月以上者；已经接受康复治疗时间超过2个月者；在康复期间患者病情有反复或出现严重并发症，需要转诊进一步实施治疗者。

（三）服务内容

包括康复评定和康复治疗两个部分。

1. 康复评定 包括临床检查和功能评定两个方面。前者主要是为了明确诊断而进行临床检查，包括医学检验、影像学、电生理等。后者主要是了解患者有无功能障碍、功能障碍的类型、程度以及适宜的康复手段、疗效评定等。对于腰椎间盘突出症患者，躯体功能评定方面包括疼痛评定、感觉功能评定、腰椎活动度评定、腰椎稳定性评定、腰椎功能评定、肌力和肌肉耐力评定、反射评定、平衡功能评定、步态分析和日常生活活动能力评定；对长期慢性病程可能引起患者心理上的焦虑状态、抑郁状态、人格障碍、睡眠障碍、情绪问题、心理压力和脑心理活动状态进行精神心理评估。
2. 康复治疗 主要针对功能障碍的康复治疗。常见的功能障碍包括疼痛障碍、感觉障碍、腰椎活动功能障碍，严重者导致下肢功能、平衡功能、步行功能、大小便障碍，经康复专业人员对上述功能障碍实施针对性康复治疗。腰椎间盘突出症患者同时可能合并其他内科疾病，如高血压病、糖尿病等，需要制定相应的康复治疗及内科治疗方案。

附件2

深圳市康复患者双向转诊流程

**患者申请**

**上转专科或者重症医疗治疗**

**下转基层医疗机构进入恢复期康复**

**整理患者医疗文书**

**填写转诊单、签定知情同意书**

**医师审核**

深圳市康复患者下转转诊单（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住址 |  | 电话 |  |
| 初步诊断 |  | 下转医疗机构 |  | 转诊医师 |  |
| 转诊时间 |  | 转回 时间 |  |  |  |
| 对患者的治疗经过及下一步治疗方案、康复建议：医疗机构（签章）： 科室医师（签名）： 日期： |
| 接诊医疗机构初步诊断：医疗机构（签章）： 接诊医师（签名）： 日期： |
| 转诊人（监护人）签名： 日期： |

深圳市康复患者上转转诊单（模板）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 住址 |  | 电话 |  |
| 初步诊断 |  | 上转医疗机构 |  | 转诊医师 |  |
| 转诊时间 |  | 转回 时间 |  |  |  |
| 对患者的治疗经过及下一步治疗方案建议：医疗机构（签章）： 科室医师（签名）： 日期： |
| 接诊医疗机构初步诊断：医疗机构（签章）： 接诊医师（签名）： 日期： |
| 转诊人（监护人）签名： 日期： |