附件2

起草说明

现就《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》（以下简称《通知》）的起草情况说明如下：

一、背景和必要性

 （一）康复医疗是全周期医疗卫生服务的重要组成部分。

康复医疗以疾病、损伤导致的躯体功能与结构障碍、个体活动以及参与能力受限的患者为服务对象，以提高伤、病、残人士的生存质量和重返社会为专业特征。康复医疗服务体系是全周期医疗卫生服务体系的重要组成部分，充分发挥其作用，有助于避免或减轻残疾，减轻家庭和社会的经济负担，落实急慢病分治，分级医疗和双向转诊，有利于提高医疗资源整体利用效率与效益。

（二）国家重视康复医疗的发展。

2009年3月17日中共中央、国务院印发《关于深化医药卫生体制改革的意见》（中发〔2009〕6号），首次提出“防、治、康三结合”的指导原则。2011年卫生部《关于开展建立完善康复医疗服务体系试点工作的通知》（卫办医政函〔2011〕777号）对建立各省市的康复试点工作进行了分工，在北京市、黑龙江省、上海市等14个省（区、市）开展康复体系试点工作，实现分层、分阶段的医疗和康复服务供给，为全面推广康复医疗体系奠基。2016年“十三五”医改规划（国发78号文）指出：“十三五”期间重点工作任务之一是推进形成诊疗—康复—长期护理连续服务模式。明确医疗机构急慢分治服务流程，建立健全分工协作机制，畅通医院、基层医疗卫生机构、康复医院和护理院等慢性病医疗机构之间的转诊渠道，形成“小病在基层、大病到医院、康复回基层”的合理就医格局。《“健康中国2030”发展纲要》指出“使全体人民享有所需要的、有质量的、可负担的预防、治疗、康复、健康促进等健康服务”。除此之外，在康复医疗服务机构设置及标准化建设方面，国家卫健委于2012年和2017年分别出台《康复医院基本标准（2012年版）》和《康复医疗中心基本标准（试行）》明确了不同类别康复医疗机构的设置标准、功能定位和建设要求，不断完善和规范康复医疗服务体系的建立。

（三）康复医疗服务供给与需求之间的矛盾加剧。

受人口老龄化、残疾人士康复需求提高、慢性病患者增多等因素影响，我国康复诊疗人次逐年上涨，康复医疗需求旺盛。但康复医疗供给侧仍存在不少问题，集中在行业资源供给不足（四少一低：机构少、床位少、医生少、器械少、质量低）、收治及诊疗标准执行不到位（超范围收治、过度诊疗、双向转诊），供需矛盾加剧。医疗保障政策方面：**一是**部分康复类项目价格不能满足康复临床治疗实际需求；**二是**纳入医保支付范围的康复类项目有限；**三是**医保支付政策未发挥引导构建连续性康复医疗体系的作用，精细化程度不高。

（四）进一步完善我市康复医疗服务有关工作已迫在眉睫。

我市各级各类康复医疗机构功能定位尚不清晰，功能评估机制仍需完善，特别是分类分级收治、康复效果评估等方面仍需加强，专业康复医师人才队伍欠缺，常见病种的转诊、转科、入出院标准、诊疗规范尚未出台，极大阻碍我市康复医疗行业发展。

我市自2009年试点长期医疗护理，试点机构对参保人病情稳定、生命体征平稳、需要长期住院护理，且符合持续性植物状态，或晚期肿瘤及其他老年疾病的临终关怀，或脑血管意外后遗症及外伤康复等条件之一的，可收入院进行长期医疗护理，住院医疗费用按床日付费，未限制住院床日天数。存在以下不足：**一是**试点的长期医疗护理收治范围包含康复医疗、医疗护理、安宁疗护。存在边界不清的情况；**二是**开展床日付费资质未明晰。除早期已纳入试点的机构外，近年我市未新增长期医疗护理按床日付费试点机构，不利于我市康复医疗发展；**三是**偿付标准精细化程度不高。未根据康复医疗不同阶段、不同情况设置不同偿付标准，未发挥支付方式引导构建连续性康复医疗体系的作用；**四是**未发挥基金战略性购买作用。尚未建立基于功能评估的康复服务医疗费用医保支付政策。综上，完善我市康复医疗服务有关工作极其必要。

二、主要内容

《通知》契合国家、省关于康复医疗的发展方向，以服务供给、医保购买、监督考核为主线，将康复医疗涉及的各个方面进行系统集成。有别于其他统筹地区将前端行业规范与后端医保支付分开发文的做法，我市充分发挥“三医联动”，制定过程中我局与市卫生健康委紧密沟通，将前后端的相关政策进行统筹考虑，形成前后端相互衔接、相互引导、相互支持的完整政策体系。主要修订内容如下：

（一）构建连续性康复医疗服务体系。

**1.提供康复医疗服务的主体资质和人员资质**

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为提供康复医疗服务的主体。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。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，不断扩充康复医疗专业人才队伍。

**2.康复医疗临床分期**

分期是各级各类康复医疗机构落实功能定位的落脚点，是构建连续性康复医疗体系的关键，是阶梯式付费的基础。国家关于康复的有关文件中，有分期收治的描述，但并未明确定义各个分期。我局会同市卫健委，联合市康复医学会，根据疾病的发展和转归特点，结合国际上主流的康复医疗分期，率先探索康复分期。以原发疾病的发病时间对康复医疗进行临床分期：发病一个月内为急性期、发病半年内为亚急性期、发病半年以上为恢复期。上述分期适用绝大多数疾病的康复。对于病因不明、缺乏有效康复治疗手段、进行性发展的疾病不适用该分期。

**3.康复医疗机构功能定位**

为提升医疗资源使用率，推进医疗资源纵向流动，根据服务对象及分期收治对各级各类康复医疗机构进行功能定位，不同功能定位康复机构收治不同康复临床分期患者：

 （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”，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。

（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。主要为专科收治的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，是双向转诊服务的纽带主要为康复亚急性期和恢复期患者提供康复医疗服务，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、疾病恢复期患者提供针对康复恢复期开展的康复医疗服务。

（二）推动康复医疗服务提质增效。

严格执行分类收治，要求医疗机构在收之前进行评估，分析患者适用的医疗卫生服务，杜绝康复医疗机构收治不属于康复服务范围的患者；建立基于评估量表的入出院标准，明确门诊、入院、转科、出院、转院的基本原则；构建完善的转诊服务体系，要求各级各类康复医疗机构按照自身定位向对应康复分期患者提供康复医疗服务，规范双向转诊流程和开具转诊单；提出“六必须”，加强住院康复医疗服务的质量控制。结合工作发展需要及学科发展趋势不断制定、更新、发布住院康复医疗服务常见病种入出院标准及治疗规范。

（三）健全更加符合康复医疗发展的医保支付政策。

**1.明确康复医疗住院费用的不同付费方式**

参保人可通过门诊、住院获取康复医疗服务，门诊康复医疗费用并未单独设置支付方式，费用纳入到现行门诊支付方式中主要以人头付费为主。住院康复医疗费用根据住院康复医疗服务发生科室（或服务地点）对不同情形适用不同付费方式，大致分为三种情形：**一是**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；**二是**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。**三是**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。

**2.严格落实医保诊疗项目目录支付范围**

要求各级各类康复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限定支付范围，不得超范围记账。

**3.明确康复医疗服务按床日付费时长**

综合考虑参保人合理的康复就医需求、医保基金可持续发展等因素，参照工伤康复及国内其他城市医保付费关于支付时长的做法，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。考虑到脑瘫、精神发育迟缓的参保人大脑发育在三岁之后存在第二个发育黄金期，六岁以后再进行康复，效果并不理想。为体现医保对该类患儿的最大限度支持，规定三岁以内每年不超过180天，三岁以上每年不超过90天。对治疗超过按床日付费时长的，功能状态无改变的患者，继续进行康复医疗服务的意义不大，如患者仍符合收治指征，转为以医疗护理支持为主的，纳入医疗护理范畴给予支付。此外，《通知》仅对康复医疗费用按床日付费的时长进行规定，并不是对超过时长的参保人不予付费。

**4.明确床日费用标准测算方法**

康复医疗费用与原发疾病、功能障碍严重程度存在正相关，随着发病时间的推移康复费用逐步下降。康复医疗费用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，以急性期床日费用标准为基数，结合康复专家意见及国内其他城市支付标准比例，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%。考虑脑瘫、精神发育迟缓在三岁至六岁存在第二次大脑发育黄金期，康复手段与三岁前并无太大差异，规定三岁以上费用标准与三岁以内费用标准一致。

**5.完善协议及结算管理**

完善协议管理，细化康复医疗相关条款。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双方权责利、床日费用标准等内容。允许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，不视为10日内重复住院。

（四）加强康复医疗服务的监督管理及考核评估。

**1.强化对康复医疗服务行为的监督管理**

建立和完善多形式检查制度。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。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，形成部门合力。

**2.建立以临床医疗价值为导向的医保绩效付费机制**

由市卫生健康部门牵头，会同市医疗保障部门对住院天数、日均费用、康复费用占比、治疗效果等关键指标进行考核评估，并将结果运用于年终清算，增强激励约束作用，引导机构更加重视康复疗效。

（五）《通知》的实施将对我市康复医疗发展产生积极的影响。

**一是**有利于医保基金可持续发展。在遵循临床规律的前提下，通过规范康复医疗服务供给，明确住院康复医疗服务按床日付费病种范围及支付时长，建立基于康复效果的付费机制，减少因无序发展而导致的不合理基金支出;**二是**有利于基金监管。依托康复专家制定入出院标准、康复常见病种诊疗规范，为后续监管明确付费病种及诊疗规范。明确市医疗保障部门、市卫生健康部门监督检查形式与内容，建立部门间线索移交制度，开展联合检查，形成部门合力；**三是**有利于康复医疗规范发展。明确主体资质、人员资质、功能定位、分类分期、诊疗规范、质量控制等内容，改变康复医疗无序发展状态；**四是**有利于参保人获得专业康复医疗服务。明确康复医疗服务主体资质，鼓励医疗机构提供门诊住院康复服务。拓宽住院康复医疗服务按床日付费机构范围，延伸康复服务至家庭病床，提升参保人获取优质康复服务可及性；**五是**有利于构建连续性康复医疗服务体系。明确各级各类康复医疗机构功能定位，将功能定位与康复分期关联，将偿付标准与康复分期挂钩，完善院内及院间转诊机制，引导构建从医疗到康复、从康复急性期到康复恢复期、从医疗机构到家庭病床完整、连续的康复医疗服务体系，提升医疗资源有效利用率；**六是**降低履职风险。公开公平公正，减少质疑，康复医疗涉及的主要环节均在文件中予以明确，确保后续各部门执行有章可循。