

柞水县医疗保障局
柞水县财政局
柞水县卫生健康局
柞水县残疾人联合会

文件

柞医保发〔2021〕96号

转发关于将 26 项医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知

医疗保险经办机构，各定点医疗机构：

现将商洛市医疗保障局、商洛市财政局、商洛市卫生健康委员会、商洛市残疾人联合会《关于将 26 项医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知》（商医保发〔2021〕59 号），转发你们，请学习宣传并遵照执行。



柞水县医疗保障局



柞水县财政局



柞水县卫生健康局



柞水县残疾人联合会

2021年12月27日

商洛市医疗保障局
商洛市卫生健康委员会
商洛市财政局
商洛市残疾人联合会

文件

商医保发〔2021〕59号

**关于将26项医疗康复项目
纳入基本医疗保险支付范围的通知**

各县(区)医疗保障局、卫生健康局、财政局、残疾人联合会，商洛高新区(商丹园区)社区管理办事处，市直属机构、相关定点医疗机构：

为提高参保人员医疗康复保障水平，完善医疗康复费用支付管理，根据国家卫生健康委、国家医保局等8部门《关于印发加快推进康复医疗工作发展意见的通知》(国卫医发〔2021〕19号)和省人社厅、省卫计委、省民政厅、省财政厅、省残联《转

发关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知》(陕人社发〔2016〕16号)等文件精神,结合我市实际,决定将有“医疗康复”执业资质的、基本医疗保险定点医疗机构开展的康复综合评定等26项医疗康复项目(见附件),纳入基本医疗保险支付范围。现就有关问题通知如下:

一、适用对象

本市城镇职工、城乡居民基本医疗保险参保人员(以下简称参保人员)。

二、医疗康复项目

国家、省公布的26项医疗康复项目,具体项目名称、项目内涵、计价单位等详见附件。具备“医疗康复”执业资质和条件的市级定点医疗机构,按照省医保局、省卫健委《关于我省公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务项目价格的通知》(陕医保发〔2019〕30号)和省医保局、省卫健委《关于修订部分医疗服务项目价格的通知》(陕医保发〔2019〕31号)要求,执行《陕西省城市公立医院医疗服务项目价格(2017版)》;具备“医疗康复”执业资质和条件的县区级定点医疗机构,按照省医保局、省卫健委《关于修订部分医疗服务项目价格的通知》(陕医保发〔2019〕31号)要求,仍执行《陕西省医疗服务项目价格(2011)版》。

在《陕西省医疗服务项目价格(2011版)》中没有价格,但在城市公立医院医疗服务项目改革中已定价的项目,由市医疗保障局制定价格,但不得高于城市公立医院医疗服务项目中相

应级别医院最高限价。后续有新的价格规定的，从其规定。

三、支付标准

参保人员在定点医疗康复机构住院发生的符合本规定的康复治疗费用，由城镇职工基本医疗保险、大病互助基金或城乡居民基本医疗保险、大病保险基金按规定支付。

参保人员经医疗保险报销后，属于本市城乡医疗救助对象且符合条件的，按医疗救助有关政策予以救助。

四、定点机构管理

(一) 具备“医疗康复”执业资质和条件的二级医疗机构，向市县(区)医保经办机构提出申请，由市县(区)医保经办机构组织专家进行现场评估，达到评估标准的纳入定点医疗康复机构管理。

(二) 医保经办机构根据定点医疗康复机构开展康复项目的实际情况，明确开展康复项目的范围并签订服务协议，加强对定点医疗康复机构实施医疗康复的监督考核。

五、其他要求

(一) 定点医疗康复机构，应根据参保人康复治疗的需求，认真填写《商洛市城镇职工、城乡居民医保康复项目治疗审核表》(附件2)，报所属医保经办机构审核后方可纳入医保报销。

(二) 市县(区)医保经办机构，应加强与相关部门的配合协同，加大医疗康复服务质量监管力度，规范医疗康复服务行为，做好医疗保险与大病保险、医疗救助及“商洛惠民保”、商业健康保险等补充医疗保险的衔接，做好医疗费用的“一站式”结算。

六、本通知原则上要求2022年1月1日起执行(具体执行时间自医保新平台信息维护到位之日起)。此前相关规定与本通知不一致的,按本通知执行。本通知涉及的政策,由市局稽查科负责贯标赋码;由市局保障科负责协调相关科室和第三方信息服务提供商,按时做好新平台结算信息系统的更新维护;由市医保经办处和县(区)医保局负责,通知相关定点医疗机构遵照执行,市局保障科负责跟踪督导。

附件1: 纳入医保基金支付范围的医疗康复项目

附件2: 商洛市基本医疗保险康复项目治疗审核表



2021年12月23日

抄送:省医保局(医药管理服务处、法规与监督处、医保基金中心),市纪委监委驻市卫健委纪监组、市财政局、市卫健委,本局局长、副局长,各科室,档(二)

商洛市医疗保障局办公室

2021年12月23日印发

附件 1:

纳入基本医疗保障支付范围的医疗康复项目

序号	项目名称	项目代码	限定支付范围	2011			2017		
				三级	二级	一级	三级	二级	一级
1	康复评定	0034020003900 00-340200039	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。	30	25	15	38	30	23
2	吞咽功能障碍评定	0034020001100 00-340200011	一个疾病过程支付不超过三次。	40	35	20	45	36	27
3	手功能评定	0034020000500 00-340200005	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。	30	25	15	35	28	21
4	平衡试验	0031040102200 00-310401022	评定间隔时间不短于 14 天。	80	50	40	60	48	36
5	平衡功能训练	0034020002400 00-340200024	有明确的平衡功能障碍, 一个疾病过程支付不超过 90 天。	20	15	10	30	24	18
6	多功能神经肌肉功能监测	0031010002200 00-310100022	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。	60	45		66	53	
7	轮椅功能训练	0034020002200 00-340200022	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。	20	15	10	30	24	18
8	有氧训练	0034020002700 00-340200027	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。	25	20	10	35	28	21
9	关节松动训练	0034020002600 00-340200026	有明确的关节活动障碍, 一个疾病过程支付不超过 90 天。	30	25	15	40	32	24
10	手功能训练	0034020002500 00-340200025	有明确的手功能障碍, 一个疾病过程支付不超过 90 天。	20	15	10	30	24	18
11	定向条件反射测定	0031040102700 00-310401027	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。	20	15	12	22	18	13

序号	项目名称	项目代码	限定支付范围	2011			2017		
				70	60		77	62	
12	精神科 C 类量表测查	003115010030000 -311501003	6 岁以下疑似孤独症患者。	60	50		66	53	
	精神科 B 类量表测查	003115010020000 -311501002		35	30	10	45	36	27
13	职业功能训练	003402000320000 -340200032	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。	30	25	15	40	32	24
14	减重支持系统训练	003402000210000 -340200021	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。	20	15	10	30	24	18
15	电动起立床训练	003402000230000 -340200023	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。	25	20	10	35	28	21
16	儿童听力障碍语言训练	003402000350000 -340200035	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。	30	25	15	35	28	21
17	言语能力评定	003402000080000 -340200008	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。	40	35	20	50	40	30
18	运动疗法	003402000200000 -340200020	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。	50	40	30	70	56	42
19	偏瘫肢体综合训练	003402000400000 -340200040	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。	50	40	30	70	56	42
20	脑瘫肢体综合训练	003402000410000 -340200041	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。	50	40	30	70	56	42

序号	项目名称	项目代码	限定支付范围	2011			2017		
				50	40	30	70	56	42
21	截瘫肢体综合训练	003402000420000 -340200042	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。	50	40	30	70	56	42
22	作业疗法	003402000310000 -340200031	限器质性病变（包括存在日常生活活动能力障碍（ADL）的患者和精神障碍康复期患者）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。	35	30	15	45	36	27
23	认知知觉功能障碍训练	003402000380000 -340200038	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。	25	20	10	35	28	21
24	言语训练	003402000340000 -340200034	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。	25	20	10	35	28	21
25	吞咽功能障碍训练	003402000370000 -340200037	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。	25	20	10	35	28	21
26	日常生活能力评定	003402000030000 -340200003	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。	50	40	30	58	46	35

附件 2:

商洛市城乡居民医保康复项目审核表

县区 _____		镇办 _____		村社区 _____			
姓 名		性 别		年 龄		申请时间	
身份证号			申请康复项目			联系电话	
申请治疗医院							
病情摘要							
初步诊断	主治医师签字: _____ 年 月 日						
经治医生签字			科主任意见				
医院医保科(办)意见	签章: _____ 年 月 日						
经办机构意见	签章: _____ 年 月 日						

注: 本表一式三份, 经办机构、医疗机构及本人各一份。