

舟山市医疗保障局文件

舟医保发〔2023〕4号

舟山市医疗保障局关于调整完善居家 医疗服务价格和医保支付政策的通知

各县（区）医疗保障局，各定点医疗机构：

根据《浙江省医疗保障局关于完善居家医疗服务价格和医保支付政策的通知》（浙医保发〔2022〕45号）文件要求，现将调整完善居家医疗服务价格予以公布，并就有关事项通知如下：

一、完善医疗服务价格政策

（一）完善“家庭病床建床费”项目。

完善项目内涵，并明确一个建床周期收一次家庭病床建床费，确需继续建床的，需重新评估、建档。

（二）增设“上门服务费”项目。

医疗机构为患者提供家庭病床、上门医疗服务的，采取“医疗服务价格+上门服务费”方式收费，提供的医疗服务、药品和医用耗材适用本医疗机构执行的医药价格政策。县级及以上公立医疗机构“上门服务费”由医疗机构自主确定，基层医疗卫生机构“上门服务费”由本文规定。删除13060000200家庭病床巡诊费、13070000100出诊项目。

（三）规范居家医疗服务收费行为。

医疗机构上门提供的居家医疗服务，已通过基本公共卫生服务家庭医生签约、长期护理保险等方式提供经费保障的，医疗机构不得重复向患者收费。

二、统一医保支付政策

（一）家庭病床服务。

1. 建床对象。参加我市基本医疗保险的参保人员，因病情需要确需建立家庭病床的，可选择1家基层医疗卫生机构申请作为建床单位。

2. 建床病种。主要为临床诊断明确、病情稳定的非危重症的疾病，后续仍需要由医务人员进行连续观察治疗的：

- （1）脑血管意外瘫痪康复期；
- （2）肿瘤术后或放、化疗后需支持治疗；
- （3）高血压、糖尿病合并慢性严重并发症；
- （4）骨折、关节置换术后及外伤需换药、拆线、康复等；

(5) 晚期肿瘤、偏瘫患者合并褥疮感染、尿潴留、吞咽困难的需定期换药、定期更换尿管、胃管；

(6) 慢性阻塞性肺疾病等严重肺部疾病。

对建床病种实行动态调整。

3. 建床申请。患者（或其监护人）因病情需要提出建床申请（附件2），基层医疗卫生机构根据患者情况和建床条件进行评估，按医保规定进行审批。确定予以建床的，应指定责任医生、护士。

4. 撤床条件。建床患者符合下列情形之一的，由责任医师开具家庭病床撤床医嘱，指导患者（或其监护人）按规定办理撤床手续。

(1) 经治疗，疾病得到治愈；

(2) 经治疗，病情得到稳定或好转；

(3) 病情变化，受家庭病床服务条件限制，需转诊至上级医疗机构进一步诊治；

(4) 患者由于各种原因自行要求停止治疗或撤床；

(5) 患者死亡。

5. 建床周期。一个结算年度建床次数累计不超过3次，建床天数累计不超过180天。其中，一次建床周期不超过90天，确需继续建床的，需重新办理申请手续。

6. 支付范围。包括家庭病床建床费、上门服务费，以及病情需要使用符合医保支付范围的医疗费用。上门服务费支

付每周不超过3次。上述费用按住院医疗费用结算，不设起付标准。

（二）非建床患者上门医疗服务。

基层医疗卫生机构上门为非建床患者提供居家（家里）医疗服务发生的符合医保支付范围的医疗费用，以及非建床老年人的上门服务费，按门诊医疗费用结算。

三、相关要求

医疗机构要按照行业主管部门相关规定，加强居家医疗服务管理，完善服务流程，规范服务行为，强化医务人员培训，向患者提供安全有效适宜的居家医疗服务，并做好价格公示，自觉接受社会监督。

本通知所指基层医疗卫生机构包括政府举办的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）及以政府（集体）为主举办的村卫生室（社区卫生服务站），与现行项目内涵重复的不得同时收取，自2023年2月1日起执行。

- 附件：1. 居家医疗服务价格项目表
2. 基本医疗保险家庭病床申请表



居家医疗服务价格项目表

序号	编 码	项目名称	项目内涵	除 外 内 容	计 价 单 位	价 格	备 注	分 类	先 行 支 付 比 例	限 定 支 付 范 围
1	13060000100	家庭病床建床费	根据患者申请，基层医疗卫生机构开展建床评估，建立病历(电子或纸质)、采集病史、体格检查、作出诊断并制订治疗计划。所定价格涵盖医疗卫生机构完成建床评估、建立档案等人力资源和基本物质资源消耗		次	70	“次”指一次建床周期，一次建床周期结束后确需继续建床的，需重新评估、建档	甲		
2	1404	上门服务费	根据患者需求，医疗机构派出符合规定资质的医务人员，前往患者指定地点为其提供合法合规的医疗服务。所定价格涵盖医疗机构派出的医务人员的交通成本、人力资源消耗		次·人		基层医疗卫生机构按政府指导价管理；县级及以上公立医疗机构按市场调节价管理			
3	14040000001	上门服务费(基层医疗卫生机构)			次·人	100		甲		
4	14040000002	上门服务费(县级及以上公立医疗机构)			次·人					

附件 2

基本医疗保险家庭病床申请表

姓 名		身份证号码	
参保类别			
经治定点 医疗机构 意 见	出院诊断： <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
建床基层 医疗卫生 机构意见	评估意见： 建床时间： 年 月 日至 年 月 日 责任医生（签名）： <div style="text-align: right;">盖章</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		
经办机构 审核意见	审核意见： 建床时间： 年 月 日至 年 月 日 <div style="text-align: right;">盖章</div> <div style="text-align: right;">年 月 日</div>		

注：本表一式二份，经审核后，经办机构和建床医疗机构各留存一份

抄送：舟山市卫生健康委员会、舟山市市场监督管理局

舟山市医疗保障局办公室

2023年1月29日印发
