

南京市医疗保障局 南京市财政局文件 南京市卫生健康委员会

宁医发〔2024〕59号

关于印发《南京市基本医疗保险康复病组价值 付费（VRG）管理办法》的通知

各医保分局，各区财政局、卫生健康委员会，江北新区教育和
社会保障局、卫生健康和民政局，区医保中心，各有关定点医
疗机构：

现将《南京市基本医疗保险康复病组价值付费（VRG）管
理办法》印发给你们，请结合实际，认真贯彻执行。

(此页无正文)



南京市基本医疗保险康复病组价值 付费（VRG）管理办法

第一章 总则

第一条 为完善符合康复医疗特点的医保支付方式，保障参保人员合理的康复医疗需求，规范定点医疗机构的医疗服务行为，控制医疗费用不合理增长，探索价值医疗在康复领域中的应用，根据《中共南京市委 南京市人民政府关于深化医疗保障制度改革的实施意见》（宁委发〔2021〕41号）等文件要求，制定本付费管理办法。

第二条 建立以总额预算管理下的基于价值医疗的康复病组支付体系（Value-based Rehabilitation Groups, VRG）为主（以下简称“VRG”），按服务项目付费等为辅的复合式康复住院费用结算管理机制，推动医保支付方式从数量付费向质量付费、价值付费转变。

第三条 按照“保障基本、分类管理、提升功能、价值付费”的基本原则，坚持以服务人民健康为中心，以保障基本康复医疗需求为重点，建立科学合理的 VRG 分组分期和付费机制，合理编制 VRG 付费年度预算，建立健全评估管理体系，支持分级诊疗制度，加强基金监管，提升医保基金使用效益。

第四条 VRG 付费覆盖全市定点康复专科医疗机构和三级医疗机构康复科室，适用于我市城镇职工基本医疗保险和城乡

居民基本医疗保险参保人员在本市定点医疗机构发生的住院康复病例费用。

二级及以下综合医疗机构符合卫生行政部门规定开展康复医疗服务条件的可申请审核纳入。

第五条 参保人员的基本医疗保险待遇不受本办法影响。本办法所称医保基金是指用于支付住院医疗费用的基本医疗保险基金。个人账户基金、大病保险基金等按原办法结算。

第二章 总额预算

第六条 总额预算根据“以收定支、收支平衡、略有结余”原则合理编制。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险基金单独编制，分别核算。

全市 VRG 医保基金预算总额是指我市按 VRG 付费的住院费用医保基金支出预算额，原则上按照我市前三年参改医疗机构的住院康复病例费用医保基金平均年度决算总额和平均增长率确定当年基金预算总额。VRG 医保基金预算总额应于上年末明确，增长率由市医保部门会同财政、卫生健康等部门，考虑参保人数增减及结构变化、物价指数、康复诊疗项目调整、突发重大疫情、住院康复人数增减等相关因素核定。

第七条 建立“合理结余留用、超支不补”的激励约束机制。全市 VRG 医保基金预算总额确定后，原则上年内不做调整。对于年初核定预算的相关因素发生较大变化，以及因医保政策发

生较大调整、疾病爆发、住院率波动较大等，导致参改医疗机构住院康复病例医保基金支出与预算总额出现重大差异的，年度决算时由市医保部门会同财政、卫生健康等部门协商调整年终决算总额。

第三章 病种分组

第八条 根据我市主要康复病种人群覆盖情况，以脑损伤、脊髓损伤、骨折、其他等病种进行分组管理。原则上以近三年参改医疗机构住院康复病例的结算清单数据，运用 VRG 分组编码规则进行分组。结合康复病种医保支付实际运行情况，适时调整细化 VRG 康复病种。

第九条 根据不同康复病种临床特征，考虑功能障碍程度、病程阶段分期和并发症/合并症等有关情况，参考国际功能分类编码（ICF）等量表评估结果，形成 VRG 分组方案。建立 VRG 分组动态调整机制，适时调整完善本地分组方案。

第十条 根据我市参改医疗机构既往住院康复病例费用及相关因素确定 VRG 不同分组的基准床日点数。结合医保支付实际运行情况，原则上按年度调整不同分组的基准床日点数。

第四章 分期管理

第十一条 以二级及以上定点医疗机构临床疾病治疗结束

出院之日，作为康复治疗临床分期的起始日。对前一阶段分期达到最高时限后，自动转入下一分期。患者出院时长累计进入分期计算。因原发疾病病情反复再次入院治疗的，康复分期以首次临床治疗结束出院之日起累计计算，提供非原发疾病或病灶临床依据、经审核合规的除外。

第十二条 根据康复病例不同时期对治疗成本和治疗效果的影响，将住院康复病例临床分期设定为亚急性期、稳定期、恢复期和后遗症期。

第十三条 根据不同病种各临床阶段对康复治疗成本和治疗效果的影响，参考后遗症期基准床日点数，设定分期系数。

第十四条 建立健全康复分级诊疗制度。三级医疗机构康复科室和康复专科医疗机构原则上以收治亚急性期患者为主；二级医疗机构康复科室和康复专科医疗机构原则上以收治稳定期和恢复期患者为主，具备能力的，可以收治亚急性期患者；一级及以下医疗机构康复科室和康复专科医疗机构原则上以收治恢复期和后遗症期患者为主，具备能力的，可以收治稳定期患者。

第五章 评估管理

第十五条 探索建立康复功能障碍评估规范，以康复专科功能评估为病种分组分期参考，国际功能分类编码（ICF）量表评估为价值付费依据。

第十六条 康复患者住院期间原则上应有初期、中期和末期三次评估。初期评估应于入院后 3 天内进行，中期评估可根据住院时长或病情需要择期开展，出院前进行末期评估。不同康复分期的开始时间和结束时间应开展康复评估。

第十七条 参改医疗机构应真实开展康复评估工作，评估结果应准确记录并上传。患者当次出院评估结果作为下次入院评估参考，对于两者评估分值偏差率达 20%及以上的，暂停拨付两家参改医疗机构该病例的费用，由两家参改医疗机构对该病例共同评估取得一致意见后，年度清算时予以拨付。两家参改医疗机构不能达成一致意见的，委托南京康复医学会开展认定工作，认定结果与参改医疗机构一致的，年度清算时予以拨付；认定结果与参改医疗机构不一致的，年度清算时该病例费用减半拨付；认定结果不一致的病例数占比超过全市同级同类平均水平的参改医疗机构，不纳入价值付费范围，并纳入年终考核，相关评估人员纳入信用管理，参照医保医师管理扣分。

第十八条 建立康复评估质量控制规范。委托江苏省康复医学会开展评估人员资质认定工作，评估人员须经培训考核合格，并报医保经办机构备案。

第六章 价值付费

第十九条 探索建立以价值医疗为导向、以功能改善为核心的康复病例价值付费机制。运用 ICF 量表评价工具，通过患者

出入院评估结果的差异，考虑气管切开拔管等临床具体情况，结合时间因素，综合判断功能改善效率，形成价值付费依据。

第二十条 价值付费主要用于参改医疗机构收治的亚急性期康复病例。

第二十一条 根据住院康复不同病种分组的病例数量，遴选部分病组开展价值付费试点。根据试点实际运行情况，适时扩大价值付费试点病组范围。

第二十二条 年终结算时对全市价值付费试点病组病例的功能改善效率按医院等级进行统计排名，根据统计排名情况设定价值系数。统计排名靠前的，给予相应价值系数激励；统计排名靠后的，通过价值系数调整扣减。

第二十三条 建立价值付费监督评价机制。医疗机构需组织专业人员定期自查自纠，对 ICF 量表评估结果失真、住院时长偏短等因素造成功能改善效率异常的病例进行修正，对功能改善效率排名在前 2% 的病例进行抽查，审核无异常的病例，年度结算时按相关价值系数进行结算；审核有问题的病例，按最低价值系数进行结算。

第七章 点数管理

第二十四条 根据各 VRG 病组床日费用水平与全市 VRG 全部病组床日费用水平的相对值确定各 VRG 病组基准床日点数。VRG 住院床日费用水平以近三年历史数据为主要依据，进行年

度加权计算。

病组基准床日点数=该 VRG 住院床日费用÷全部 VRG 住院床日费用×100。（计算结果保留 4 位小数，下同）

除脑损伤、脊髓损伤、骨折外的其他康复病种暂不纳入点数管理。

第二十五条 考虑三级、二级、一级等不同级别医疗机构收费成本及医疗技术差异，根据各级别医疗机构康复治疗平均成本，综合计算确定各级别系数。

定点医疗机构级别等级发生变更的，原则上年度内不予调整级别系数。新增定点医疗机构各 VRG 病组和医疗机构新发生的 VRG 病组的级别系数，参照相同级别医疗机构确定。

第二十六条 对于参改的三级中医类医疗机构，考虑其中医类康复治疗成本，设定中医系数。

第二十七条 对于因收治康复病例年龄结构不同，导致病组成本差异度较大的，设定年龄系数。

第二十八条 按病例平均床日水平与全市该 VRG 病组平均费用水平的倍率关系，区分为高倍率病例、低倍率病例和正常病例。

高倍率病例是指病例平均床日水平≥全市该 VRG 病组床日费用 2 倍的病例；

低倍率病例是指病例平均床日水平<全市该 VRG 病组床日费用 0.4 倍的病例；

正常病例是指除高倍率病例和低倍率病例之外的病例。

第二十九条 具体病例的结算点数按如下方式计算：

（一）正常病例结算点数=对应的 VRG 基准床日点数×级别系数×中医系数×分期系数×年龄系数×价值系数×床日。

（二）低倍率病例结算点数=对应的 VRG 基准床日点数×（该病例平均床日水平÷全市该 VRG 病组床日费用）×床日。

（三）高倍率病例结算点数=对应的 VRG 基准床日点数×级别系数×中医系数×分期系数×年龄系数×价值系数×床日+对应的 VRG 基准床日点数×（该病例平均床日水平÷全市该 VRG 病组床日费用-高倍率界值）。

第八章 费用结算

第三十条 按照月预结算、年终结算的方式，建立健全参改医疗机构康复病例费用结算拨付机制，保障参改医疗机构正常运行需要。城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险分别结算。

第三十一条 参改医疗机构原则上应在自参保患者出院结账次日起 7 个工作日内完成住院病例的病案、结算清单、评估量表等数据上传工作（上月数据最迟不超过本月 9 日），并保证数据质量。

第三十二条 信息系统对上月住院病例实施分组，并将分组结果推送给参改医疗机构；经办机构及时将预结算结果纳入医保结算系统，20 日左右完成上月预结算费用拨付。

第三十三条 除脑损伤、脊髓损伤、骨折外的其他康复病种，根据宁医发〔2021〕97号文的结算标准执行。

第三十四条 月度点值计算

月度点值=全市月预结算总费用÷全市月预结算点数

1. 全市月预结算总费用=全市参改医疗机构月实际发生的康复病例总费用-全市参改医疗机构康复病例月医保基金发生额+全市参改医疗机构康复病例预算总额月额度-其他康复病种结算总费用。

全市参改医疗机构康复病例预算总额月额度基于年度预算总额，按上年度全市同月结算额占比确定。当大于全市参改医疗机构康复病例的医保基金发生额时，全市参改医疗机构康复病例预算总额月额度调整为全市参改医疗机构康复病例的医保基金发生额。原则上于每月初公布月度预计点值，次月根据实际结算情况明确当月月度点值。

2. 全市月预结算点数=全市参改医疗机构月度康复病例总结算点数之和。

第三十五条 参改医疗机构月度拨付费用=(月预结算额-除医保基金外的医疗费用总额+个人账户自付费用+其他康复病种结算额±扣补费用)×95%+个人账户自理费用+大病保险费用

月预结算额=Σ 该参改医疗机构月康复病例结算点数×月度点值

月预结算按规定预留 5%用于年度考核。

第三十六条 参改医疗机构年度拨付费用=康复病例年度实

实际结算额- Σ 月预结算额

康复病例年度应结算额= Σ 该参改医疗机构年康复病例结算点数 $\times$ 年度点值+其他康复病种结算额

康复病例年度实际结算额，根据康复专科医院和综合医院康复科室住院时长、评估量表使用、康复疗效等实际情况，对年度应结算额进行合理调整后确定。对于医保结算率超过 125% 以上的部分，不予结余留用。

对于在病组平均床日数、日均康复费用等方面管理成效明显的参改医疗机构，在年终结算时适当调整 VRG 结算率上限。

第三十七条 鼓励三级医疗机构开展早期康复治疗，对于 BR1、BR2 等 DRG 病组，临床治疗后需开展康复治疗的，可在原治疗科室开展康复治疗，康复介入和康复治疗的实施应由具备专业资质的相关人员进行，康复介入和康复治疗的相关费用按 VRG 结算，时间不计入亚急性期。相关病组按 VRG 结算的，原则上不得超过该参改医疗机构该病组全年发生病例的 10%。

第三十八条 未采集到 DRG 数据的属于 VRG 的康复病例，由参改医疗机构上传原发病例相关病案资料，明确原发病种和病例分期起算时间。未上传相关资料的，按 VRG 后遗症期结算标准结算。

第九章 监督管理

第三十九条 各参改医疗机构应认真贯彻康复医保支付方式改革工作要求，严格落实康复诊疗技术规范，高度重视医疗基础信息和病案信息管理，进一步加强评估量表管理，规范准确填写并上报评估信息。

第四十条 医保经办机构要进一步完善医疗机构协议管理，对量表填报不实、高套点数、提供医疗服务不足或过度诊疗、推诿病患、故意缩短或延长住院时长等行为，要严肃处理，情节严重的，依据有关法律法规给予相应处理。

第四十一条 探索引入第三方专业化服务，定期组织专业人员对病案信息、量表评估质量和实施情况进行审核检查。对于康复病例的评估人员，适时开展信用管理工作。不断规范医疗信息化标准，提高医疗信息化水平，利用医保高铁，搭建康复智能化管理模块，构建康复智能化监管规则，不断提高大数据挖掘和分析能力，完善管用高效的医保支付体系。

第十章 附则

第四十二条 实施过程中遇有重大事项的，各参改医疗机构应及时报告市医疗保障部门。

第四十三条 本办法自 2025 年 1 月 1 日起实施，原康复结算办法与本办法不一致的，以本办法为准。

南京市医疗保障局办公室

2024 年 8 月 13 日印发
