《南京市基本医疗保险康复病组价值

付费（VRG）管理办法》解读

一、改革背景

（一）国家和省文件主要精神

2020年，中共中央国务院出台《[关于深化医疗保障制度改革的意见](https://www.waizi.org.cn/file/79435.html)》（[中发〔2020〕5号](https://www.waizi.org.cn/file/79435.html)），提出“建立管用高效的医保支付机制”，“持续推进医保支付方式改革”。2021年，国家医保局等八部委印发《关于加快推进康复医疗工作发展的意见》（国卫医发〔2021〕19号），要求“统筹完善康复医疗服务价格和医保支付管理”。2024年3月，省医疗保障局印发《关于康复病例实行复合付费的通知》（苏医保发〔2024〕12号），要求“各地医疗保障部门要加强对康复病例相关医学常识和医保支付政策衔接的研究，针对康复方案复杂、病程长、连续性服务要求高的临床特点，采取按疾病诊断分组、按病种分值付费和按床日付费等复合医保支付方式，促进多层次康复医疗体系建设稳步发展。”

（二）我市开展康复支付方式改革的考虑

一是合理延长康复患者住院时间，确保康复患者的就医连续性，满足康复患者的治疗需求。二是促进医疗机构根据自身特点开展早期康复和中长期稳定康复服务，缓解重症康复患者在院内转科及医保支付差异性较大等问题。三是建立适合康复诊疗特点的医保支付方式，与急性住院按照DRG支付相衔接，探索康复病组价值付费，提升医保基金支付效率。

二、主要内容

付费办法共十章四十三条，主要目的是建立以总额预算管理下的基于价值医疗的康复病组床日支付体系的政策框架。

（一）总额预算的确定和调整

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。医保基金支出增长率每年初由市医保部门会同有关部门核定。

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等原因，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有关部门协商调整年终决算总额。

（二）病种的分组和分期管理

以脑损伤、脊髓损伤、骨折、其他等病种（3+X）进行分组管理。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，参考量表评估结果，形成VRG分组方案。根据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。

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的除外。

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。

（三）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。

（四）康复评估管理

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。康复患者住院期间原则上应有初期、中期和末期三次评估。

（五）点数管理和结算

按照月预结算、年终结算的方式，建立康复费用结算拨付机制。以各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，采用浮动点值，以年度预算分别计算月度点值和年度点值，并根据月度点数和年度点数分别计算月预结算额和年终结算额。

（六）探索价值付费

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。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。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。年终结算时对全市价值付费试点病组的功能改善效率按医院等级进行统计排名，根据统计排名情况开展价值付费。