

攀枝花市医疗保障局
关于印发《攀枝花市基本医疗保险康复病组按
价值付费医保支付试行办法》的通知

攀医保规〔2025〕6 号

各县(区)医保局，市医保事务中心、信息中心，各有关定点医疗机构：

为持续深化医保支付方式改革,不断完善我市多元复合式医保支付方式，建立管用高效的医保支付机制，现将《攀枝花市基本医疗保险康复病组按价值付费医保支付试行办法》印发给你们，请认真贯彻落实。

攀枝花市医疗保障局

2025 年 10 月 30 日

攀枝花市基本医疗保险 康复病组按价值付费医保支付试行办法

第一章 总 则

第一条 为完善我市多元复合式医保支付方式，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，制定本办法。

第二条 按照“保障基本、分类管理、提升功能、价值付费”的原则，坚持以人民健康为中心，以保障基本康复医疗需求为重点，建立区域总额预算下的康复病组价值付费体系（**Value-based Rehabilitation Groups, VRG**）（以下简称“**VRG 付费**”），建立科学合理的康复分组分期和付费机制，推动医保支付方式向价值付费转变，提升医保基金使用效率。

第三条 本办法适用于我市职工和城乡居民基本医疗保险参保人员在本市定点医疗机构康复住院所发生的医疗和康复费用，医保基金支付的部分按 **VRG** 付费结算。参保人员的基本医疗保险报销待遇不受本办法影响，按项目付费与定点医疗机构结算。

第四条 医保结算清单数据标准,依照国家医疗保障局有关规定执行。评估量表样式及字段标准,按照以中国康复医学会《国际功能、残疾和健康分类康复组合(**ICF-RS**) 评定标准(试行)》为依据,制定的《攀枝花市康复病组按价值付费服务项目综合评估量表》(以下简称《康复综合评估量表》) 执行。

第二章 总额预算

第五条 在全市医保基金总额预算中单列 **VRG** 付费预算总额,职工和城乡居民基本医疗保险基金单独编制,分别核算。

第六条 原则上按照我市近三年定点医疗机构康复住院病例医保基金支出和增长情况,确定当年 **VRG** 付费预算总额。

第七条 建立“结余留用、超支不补”的激励约束机制。全市 **VRG** 付费预算总额确定后,原则上不做调整。因重大政策变动、康复住院病例大幅增长等客观因素,导致定点医疗机构住院康复病例医保基金支出与 **VRG** 付费预算总额出现重大差异的,年度清算时由市医保部门会同市财政部门协商调整年终清算总额。

第三章 分期和分组管理

第八条 按照我市主要康复病种人群覆盖情况，先将脑血管疾病、脊柱及脊髓损伤、骨折术后、关节病 4 个病种纳入 **VRG** 康复病种，根据试运行情况，逐步探索纳入其他病种。

第九条 本办法规定的 **VRG** 付费周期为康复急性后期，是指疾病急性期临床治疗结束后，患者生命体征处于相对稳定状态，但仍需进行后续住院治疗的阶段。根据康复病例急性后期不同时期对治疗成本和治疗效果的影响，将康复病例急性后期病程阶段分为亚急性期、稳定期、恢复期和后遗症期。其中：

（一）亚急性期：指临床治疗结束后 ≤ 60 天，患者生命体征处于相对稳定状态，仍需临床诊疗和康复治疗并重的阶段。

（二）稳定期：指亚急性期后（临床治疗结束后 > 60 天， ≤ 180 天），患者生命体征平稳，但存在明确的功能障碍，无法回归社会，仍需进行后续康复治疗的阶段。

（三）恢复期：指稳定期康复医疗结束后（临床治疗结束后 > 180 天， ≤ 365 天），患者功能状态有所恢复、改善，仍需进行积极康复治疗，从而达到能够回归社会的阶段。

（四）后遗症期：指恢复期康复治疗结束后（临床治疗结束后 > 365 天），患者仍存在较严重影响日常生活等功能障碍，但经评估，具有康复治疗价值，需要中长期住院康复治疗以改善功能状态的阶段。

第十条 **VRG** 付费周期的计算以二级及以上定点医疗机构临床疾病急性期治疗结束出院之日作为 **VRG** 分期付费的起始

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，**VRG** 付费以首次临床治疗结束出院之日起累计计算；能够提供非原发疾病或病灶临床依据再次入院治疗的，经医保经办部门审核合规后除外。

第十一条 根据康复病例功能障碍种类的种数，将康复病例功能障碍程度进行分级。其中：

（一）**S** 重度（ ≥ 3 功能障碍种数）。

（二）**L** 轻度（ ≤ 2 功能障碍种数）。

第十二条 根据康复病种、病程阶段分期、功能障碍程度，及并发症和合并症等有关情况，形成 **VRG** 病组。以近三年定点医疗机构康复住院病例的结算清单数据，按照统计学原理进行测算，形成稳定的分组方案。

第四章 诊疗和付费管理

第十三条 建立健全 **VRG** 分级诊疗制度。

（一）三级医疗机构康复科室和其他具有康复资质的科室，原则上以收治亚急性期患者为主。

（二）二级医疗机构康复科室和其他具有康复资质的科室，原则上以收治稳定期和恢复期患者为主。具备能力的，向医保经办机构申请通过后，可收治亚急性期患者。

（三）具有康复资质的一级及以下医疗机构，原则上以收治恢复期和后遗症期患者为主。向医保经办机构申请通过后，可收治稳定期患者。

第十四条 **VRG** 付费定点医疗机构的准入程序和条件另行制定。试行期间，市医保中心可遴选部分符合条件的定点医疗机构进行试点。

第五章 康复评估管理

第十五条 建立 **VRG** 康复功能障碍评估机制，以康复专科功能评估为病种分期参考，以《康复综合评估量表》为评分标准。评估结果作为价值付费依据。

第十六条 试行期间由各定点医疗机构指定具有康复医疗资质的卫生技术人员进行评估；定点医疗机构评估人员对评估过程及相关评估结果应进行记录确认。委托攀枝花市康复医学会开展评估人员资质认定工作，评估人员经培训考核合格后，报市医保经办机构备案，进入康复评估人员库，康复评估人员库的成员可参加康复评估的相关工作。

第十七条 康复患者住院期间原则上应有初期、中期和末期 3 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 3 天内进行末期评估。不同分期的开始时间和结束时间应开展康复评估。

第十八条 定点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。其中：

（一）康复患者当次出院评估结果作为下次入院评估参考，前后评估分值偏差率达 **20%** 及以上的，由前后两次定点医疗机构和评估人员对前后两次共同评估，达成一致意见的，年度清算时予以拨付。

（二）前后两次定点医疗机构和评估人员对本次评估，不能达成一致意见的，市医保经办机构委托市康复医学会开展评估认定工作。

1. 认定结果与定点医疗机构评估结果一致的，年度清算时予以拨付该定点医疗机构年度医保基金；

2. 认定结果与定点医疗机构评估结果不一致的，年度清算时不一致定点医疗机构的病例费用减半拨付；

3. 认定结果与评估结果不一致的病例数占比超过全市同级同类平均水平的定点医疗机构，不纳入 **VRG** 付费范围，并纳入年终考核，相关评估人员违规被处理的，按照医保支付资格管理计分。

第十九条 按自然年度，依据《康复综合评估量表》所涵盖具体评估条目，以及各病组的康复难度权重，对康复患者入、出院评估分值之差进行加权计算，形成各定点医疗机构康复患者功能状况改善效果的康复疗效评价结果。

第六章 点数和系数管理

第二十条 因采集到的康复住院病例数据不能满足康复病例病程分期按照不同的医保支付类型付费，试行期间，**VRG** 付费采用按病组基准点数床日付费。

第二十一条 **VRG** 各病组基准床日点数根据各病组床日费用水平与全部病组床日费用水平的相对值确定。各病组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（床日费用计算结果保留到元）。

病组基准床日点数=该 **VRG** 病组住院床日费用 ÷ 全部 **VRG** 病组住院床日费用 × 100。

第二十二条 试行期间，按照定点医疗机构级别设置级别系数。参照医疗服务价格各级医疗机构价差标准，将三级医疗机构设置为 1，二级医疗机构设置为 0.9，一级及以下医疗机构设置为 0.8。

第二十三条 **VRG** 付费病例的结算点数=**VRG** 病组基准床日点数 × 级别系数 × 分期康复天数。

第七章 结算和清算管理

第二十四条 **VRG** 付费实行“总额预算、月度预付、年终清算”。定点医疗机构应在次月 15 日前完成 **VRG** 付费病例的医保

结算清单、费用结算明细、评估量表等数据上传工作，并保证数据质量。医保经办机构应于次年 6 月底前完成年终清算。

第二十五条 建立以价值医疗为导向、以功能改善为核心的康复病组价值付费机制。年终清算时对全市 **VRG** 付费定点医疗机构康复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。

第二十六条 建立 **VRG** 付费年度考核，考核指标包括住院实际报销比例、医保结算清单填报质量、量表填写准确率、康复项目费用占比，考核结果与年终清算挂钩。

第二十七条 康复病例急性期介入治疗的病例纳入 **DRG** 付费管理。

第二十八条 市医保经办机构负责制定年终清算方案，并经市医保局审定后对各定点医疗机构进行清算。

第八章 监督管理

第二十九条 各级医保经办机构要各司其职，加强对 **VRG** 付费工作的组织领导和监督管理。要建立与定点医疗机构的谈判协商机制，及时解决 **VRG** 付费实施过程中遇到的困难和问题。要进一步完善定点医疗机构协议管理，将量表评估质量、病种申报入组等内容纳入协议范围。对填报量表和结算清单不真实、提

供医疗服务不足、推诿病患、故意提高参保人员自付费用等行为，要严肃处理；情节严重的，依据相关法律法规给予相应处理。

第三十条 各定点医疗机构应认真贯彻 **VRG** 付费工作要求，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。

第三十一条 定点医疗机构开展 **VRG** 付费的病例，使用康复项目不受使用数量、频次、时间总量和机构级别的限制，不受住院天数的考核，连续住院期间转科治疗的，不属于分解住院。

第三十二条 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数据、量表评定质量和实施情况进行审核检查。

第九章 附 则

第三十三条 建立 **VRG** 付费病种、病组、分组方案、基准床日点数、级别系数等核心要素动态调整机制。根据试运行情况，适时调整。

第三十四条 本办法自 **2025 年 12 月 1 日** 起执行，试行两年，**2025 年 VRG** 付费年终清算适用本试行办法。

第三十五条 本办法由市医保局负责解释。市医保中心按照本办法及时制定相关实施细则、分组方案、付费标准和考核方案。在执行过程中，国家、省有新规定的，从其规定。

