

广西壮族自治区 医疗保障局文件

桂医保规〔2024〕5号

自治区医保局关于开展部分康复住院病种 按床日付费工作的通知

各市医疗保障局，自治区医疗保障事业管理中心、自治区医疗保障基金监管事务中心：

为深入贯彻落实《中共中央国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）、《国家医疗保障局关于印发DRG-DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）精神，进一步深化医保支付方式改革，完善以DRG付费为主的多元复合式支付体系，提高医保基金使用效率，进一步强化参保人员医疗保障权益，结合我区医保工作实际，决定在全区开展部分康复住院病种按床日付费，现将有关事项通知如下：

一、康复住院按床日付费范围

（一）脑血管疾病及脑外伤引起的功能障碍，在临床急性期后，病情稳定，生命体征平稳且需要长期住院康复治疗的基本医疗保险参保人员。

（二）经卫生行政部门批准，具备开展康复医疗服务条件的定点医疗机构。

二、康复住院按床日付费准入退出标准

（一）康复住院按床日付费准入标准

参保人员在定点医疗机构疾病急性期诊治结束或手术治疗结束，经综合评定，需进行康复入院治疗的患者按照评定功能障碍程度及病程，实行甲、乙、丙三级管理：

甲级：功能障碍标准为日常生活自理能力（ADL，Barthel 指数）（详见附件）小于或等于 40 分。符合甲级标准入院的患者，原则上适用于三级定点医疗机构。

乙级：功能障碍标准为日常生活自理能力（ADL，Barthel 指数）为 45-60 分。符合乙级标准入院的患者，原则上适用于二级及以上定点医疗机构。

丙级：功能障碍标准为日常生活自理能力（ADL，Barthel 指数）为 65-75 分。符合丙级标准入院的患者，原则上适用于一级及以上定点医疗机构。

（二）康复住院按床日付费退出标准

满足下列条件之一者应退出康复治疗：

1. 患者已达到预期康复目标，功能恢复，无住院康复治疗指征；

2. 患者病情平稳，阶段康复（ADL, Barthel 指数）评分达 80 分及以上；

3. 经康复治疗后，虽未达到预计目标或功能无明显改善，但无康复治疗必要的；

4. 其他基础疾病、并发症或合并症等的严重程度及费用超出按床日付费条件的；

5. 出现其他异常，影响康复治疗正常进行的。

三、医保支付标准和结算管理

（一）支付标准

1. 各统筹地区根据康复医疗特点，以定点医疗机构历史发生的治疗康复类疾病的合理医疗费用为依据，结合功能障碍程度、康复医疗临床分期特征，根据发病时间，采取梯度式下降的方式设置不同的康复床日付费标准，付费标准实行动态调整。康复床日付费标准为医疗费用总额（含参保人员支付部分）。各统筹地区康复床日付费标准可在表 1 付费标准的基础，上下浮动 20%。

表1 康复床日付费标准

单位：元/日

发病时间	甲级	乙级	丙级
	≤40 分	45-60 分	65-75 分
60 天以内	750	500	300
61-120	600	400	300
121-180	500	300	200
181-365 天	300	300	200
注： 发病时间从第一次发病入院治疗时间算起。			

2. 各统筹地区应根据基金承受能力，制定年度总额预算和清算计划，按照医疗机构服务供给能力确定各定点医疗机构的康复床日付费标准。

3. 对于部分疑难、复杂，费用特别大的特殊病例，医疗机构可申报单列特殊病例，并提交佐证材料，经医保经办机构组织专家评审后在年终清算时根据基金结余情况予以适当补偿，最高不超过按项目付费结算标准。病例数实行总量控制，原则上不超过本统筹地区康复住院病例总量的 5%。

4. 经医疗机构综合评定，超过 365 天确需延长康复住院治疗的病例，参照 181-365 天康复床日付费标准执行。病例数实行总量控制，原则上不超过本统筹地区康复住院病例总量的 5%。

（二）结算管理

1. 参保人员疾病急性期诊治结束或手术治疗结束，转入康复医学科或康复专科医院进行针对性功能康复，康复医疗费用按床日付费。鼓励对疾病尚未达到临床非康复医学科出院标准的患者进行早期康复介入，相关住院费用纳入疾病治疗费用中按病组（DRG）付费。

2. 参保人员按现行方式与医院结算，医保部门按照参保人员住院床日累计定额费用减去出院结算时个人自负费用后与医院结算，实行结余留用，超支不补。

3. 医保按照参保人员康复治疗阶段实际天数与定点医疗机构进行结算。康复期间多次住院的，康复天数累计计算。参保人员一个康复期结束后，因新发疾病再次入院康复的，可重新计算康复时间。

4. 参保人员连续在同一定点医疗机构临床急性期住院治疗和医疗康复的，一个自然年度只负担一次住院起付标准，按照不同阶段进行结算。参保人员康复期中途出院或退出床日付费后，再次住院康复的，要再次负担住院起付标准。

四、工作要求

（一）康复住院按床日付费纳入协议管理范围。医保部门要建立以临床医疗价值为导向的医保绩效付费机制，引导定点医疗机构更加关注参保人员的功能恢复效果；结合康复医疗的特点，加强对平均住院天数、日均费用、康复费用占比及治疗效果的考核评估，评估结果与住院康复医疗费用年终清算挂钩。

（二）各级医保经办机构要建立与定点医疗机构的谈判协商机制，及时解决康复住院按床日付费实施过程中遇到的困难和问题。建立动态监测和考核监管机制，根据各康复定点医疗机构诊治患者情况、费用情况，结合医保结算清单、处方明细、电子病历等进行审核并定期分析。对申报不实、不符合入院标准、低标准收住院、分解住院、不合理诊疗、医疗服务不足等违法违规行为，医保部门将依据法规、协议进行查处。

（三）定点医疗机构要严格按照医保服务协议向参保人员提供“临床必需、安全有效、价格合理”的康复医疗服务。加强康复医疗服务前的评估，评估结果应与临床诊断和影像学表现等相符；分析患者适用的医疗诊疗服务，做到分类收治，对不适用康复医疗服务的患者引导至相应功能定位的医疗机构就医，合理使用医疗卫生资源。定点医疗机构要在符合医学原则下按康复诊疗规范为参保人员提供医疗服务，确保医疗安全和质量；按照康复

医学科建设与管理指南、康复治疗技术规范等相关要求，加强康复病历管理，如实、规范记录患者的康复障碍诊断，规范康复治疗行为，在床日付费病历中体现相应的康复评定——治疗——再评定——治疗（出院/转诊）的管理过程，并留档备查。

政策执行过程中遇到问题，请及时反馈至自治区医保局。本通知自 2024 年 6 月 30 日起试行，试行 1 年。国家和自治区有新规定的，从其规定。

附件：日常生活自理能力（ADL，Barthel 指数）量表

广西壮族自治区医疗保障局

2024 年 6 月 7 日

（此件公开发布）



附件

日常生活自理能力（ADL，Barthel 指数）量表

项目	标准	评分
1. 进食	需极大帮助或完全依赖他人	☐ 0 分
	需部分帮助	☐ 5 分
	可独立进食	☐ 10 分
2. 洗澡	在洗澡过程中需他人帮助	☐ 0 分
	准备好洗澡水后，可独立完成洗澡	☐ 5 分
3. 修饰	需他人帮助	☐ 0 分
	可独立完成（洗脸、梳头、刷牙、剃须等）	☐ 5 分
4. 穿衣	需极大帮助或完全依赖他人	☐ 0 分
	需部分帮助	☐ 5 分
	可独立完成（穿脱衣服、鞋袜、系扣子等）	☐ 10 分
5. 控制大便	完全失控	☐ 0 分
	偶尔失控，或需要他人提示	☐ 5 分
	可控制大便	☐ 10 分
6. 控制小便	完全失控，或留置导尿管	☐ 0 分
	偶尔失控，或需要他人提示	☐ 5 分
	可控制小便	☐ 10 分
7. 如厕	需极大帮助或完全依赖他人	☐ 0 分
	需部分帮助	☐ 5 分
	可独立完成	☐ 10 分
8. 床椅转移	完全依赖他人	☐ 0 分
	需大量帮助（2 人），能坐	☐ 5 分
	需部分帮助（1 人）或指导	☐ 10 分
	可独立完成	☐ 15 分
9. 平地行走	不能移动，或移动少于 45 米	☐ 0 分
	独自操纵轮椅移动超过 45 米，包括转弯	☐ 5 分
	需 1 人帮助步行超过 45 米（体力或言语指导）	☐ 10 分
	独立步行超过 45 米（可用辅助器）	☐ 15 分
10. 上下楼梯	需极大帮助或完全依赖他人	☐ 0 分
	需部分帮助（体力、言语指导、辅助器）	☐ 5 分
	可独立上下楼梯	☐ 10 分
总分		

