商医保发〔2022〕9号

商洛市医疗保障局

关于调整终末期肾脏病透析医保按病种

结算政策的通知

各县(区)医疗保障局、商洛高新区（商丹园区）社区管理局，市医疗保险经办处，相关定点医疗机构:

为进一步贯彻落实国家医疗保障信息业务编码标准化建设工作要求，规范我市肾透析患者报销政策，不断提高保障水平，切实减轻肾脏病患者医疗费用负担，市局党组会研究并报请省局复函同意，决定对终末期肾脏病透析医保按病种结算政策适度调整。现通知如下：

一、基本政策

终末期肾脏病透析参保患者，一年内自主选择定点医疗机构后，实行申报备案、定点治疗、签约服务、结算费用的管理模式，年度内不得更换定点。住院门诊统一政策、不设起付标准，限量限额管理、按次计费、即时结算，或即时录入系统逐月结算。基本医保统筹基金以费用限额为基数，按固定比例定额支付，结余留用、超支不补。患者在费用限额内以实际产生的医疗费用为基数，按固定比例据实自付；实际费用超过费用限额的，以费用限额为基数，按固定比例自付；超过限量及费用限额的费用，医保统筹基金不予支付。结算时患者只支付个人自付及自费部分的费用，医保统筹基金支付部分由定点医疗机构按月向医保经办机构申报、对账结算。

二、费用限额及支付办法

（一）城乡居民

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种名称** | **病种**  **代码** | **治疗方式** | **医院**  **等级** | **费用限额** | **基本医保统筹基金定额支付（元/次）** | **患者在限额内按比例据实自付（元/次）** |
| 1 | 体外透析 | BZ49101 | 血液透析 | 三级 | 500元/次 | 75%即375 | 25%即≤125 |
| 二级 | 480元/次 | 80%即384 | 20%即≤96 |
| 2 | BZ49103 | 血液滤过 | 三级 | 870元/次 | 75%即652.5 | 25%即≤217.5 |
| 二级 | 770元/次 | 80%即616 | 20%即≤154 |
| 3 | BZ49102 | 血液灌流 | 三级 | 1380元/次 | 75%即1035 | 25%即≤345 |
| 二级 | 1260元/次 | 80%即1008 | 20%即≤252 |
| 4 | 其他透析 | BZ49202 | 腹膜透析 | 费用限额为4200元/月（50400元/年），按月在限额内基本医保统筹基金据实报销80%、个人自付20%。 | | | |
| 5 | 透析门诊用药 | M07815 | 透析患者门诊使用药物治疗(含化验及检查) | 三级 | 1275元/月（15300元/年），按月计算 | 在限额内据实报销75%（≤11475元/年），个人自付25%。 | |
| 二级 | 1175元/月（14100元/年），按月计算 | 在限额内据实报销80%（≤11280元/年），个人自付20%。 | |

（二）城镇职工

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **病种名称** | **病种**  **代码** | **治疗方式** | **医院**  **等级** | **费用限额** | **基本医保统筹基金定额支付（元/次）** | **患者在限额内按比例据实自付（元/次）** |
| 1 | 体外透析 | BZ49101 | 血液透析 | 三级 | 500元/次 | 85%即425 | 15%即≤75 |
| 二级 | 480元/次 | 90%即432 | 10%即≤48 |
| 2 | BZ49103 | 血液滤过 | 三级 | 870元/次 | 85%即739.5 | 15%即≤130.5 |
| 二级 | 770元/次 | 90%即693 | 10%即≤77 |
| 3 | BZ49102 | 血液灌流 | 三级 | 1380元/次 | 85%即1173 | 15%即≤207 |
| 二级 | 1260元/次 | 90%即1134 | 10%即≤126 |
| 4 | 其他透析 | BZ49202 | 腹膜透析 | 费用限额为4200元/月（50400元/年），在限额内基本医保统筹基金据实报销90%、个人自付10%。 | | | |
| 5 | 透析门诊用药 | M07815 | 透析患者门诊使用药物治疗(含化验及检查) | 三级 | 1275元/月（15300元/年），按月计算 | 在限额内据实报销85%（≤13005元/年），个人自付15%。 | |
| 二级 | 1175元/月（14100元/年），按月计算 | 在限额内据实报销90%即（≤12690元/年），个人自付10%。 | |

三、限量规定

（一）体外透析费用限额的内涵，是血液透析、血液滤过、血液灌流治疗全过程发生的治疗费(含透析液)及高通量透析器、血路管、灌流器、穿刺针等材料的费用；血液灌流费用限额，含同时采用透析施治的费用。腹膜透析费用限额的内涵，包括血液净化的透析液、材料费、治疗费。

（二）透析门诊用药费用按年度控制，在年限额内按规定比例报销；不足一年的平均按月控制，在月限额内按规定比例报销。透析门诊用药费用限额的内涵，包括透析患者门诊使用药物治疗及化验、检查的费用。

（三）每人每月体外透析限量12次(其中血滤、血灌各限1次)、腹膜透析限量115袋（230升）。

（四）常规检查项目及频率

1、贫血指标

血常规、铁代谢(每1-3个月检查一次)

2、离子、酸碱平衡指标

离子(每1-3个月检查一次)

3、继发性甲状旁腺功能亢进

钙、磷、甲状旁腺素(每1-3个月检查一次)

4、营养状态

白蛋白(每1-3个月检查一次)

5、炎症状态

C反应蛋白(每3-6个月检查一次)

6、透析充分性

透前、透后尿素(每1-3个月检查一次);透前、透后β2微球蛋白(每3-6个月检查一次)

7、肝脏功能、代谢指标

肝功、血脂、血糖(每3-6个月检查一次)

8、传染病指标

外科综合(乙肝、丙肝、梅毒、艾滋病)(每6个月检查一次)

9、心肺功能

胸片、心电、心脏超声(每6-12个月检查一次)

（五）各定点医疗机构必须按标准术式施治，不得另外收取以上限量内基本医疗费用，除此之外的特需治疗须经患者书面确认，由此产生的费用全部自费。

四、大病救助及其它规定

（一）终末期肾脏病透析属特殊治疗项目，适合在门诊治疗，并比住院治疗更经济方便。因此，对这部分大病患者发生的高额医疗费用在基本医保支付后，个人负担的限量限价(即费用限额)政策内医疗费用，年度累加超过居民大病保险或职工大病医疗互助起付标准以上的部分给予进一步保障，享受住院居民大病保险或职工大病医疗互助相关政策；符合医疗救助条件的，享受医疗救助相关政策，更好减轻参保患者医疗费用负担。

（二）透析患者若伴有其他慢特病，按慢特病管理办法申报鉴定，符合条件的享受相关待遇。

（三）参保患者长期在市外务工、居住期间透析治疗发生的医疗费用，在参保地医保经办机构备案确认后，在就医地按上述政策直接结算；未能直接结算的，回参保地医保经办机构按上述政策结算。

（四）居家腹膜透析发生的医疗费用，未在定点医疗机构直接结算的，按月或季到参保地医保经办机构按上述政策结算报销。

五、本通知自2022年4月1日起执行。此前相关规定与本通知不一致的，按本通知执行。本通知涉及的政策，由市局保障科、稽查科负责向省局相关处室(中心)汇报衔接，尽快做好新平台结算信息系统的更新维护；市县(区)医保经办机构负责将本通知发至各定点医疗机构遵照执行，市局保障科负责跟踪督导。

商洛市医疗保障局

2022年3月8日

（此件公开发布）

.

|  |
| --- |
| 抄送:省医保局(待遇保障处、医药服务管理处、法规与监督处、医保基金中心)，市纪委监委驻市卫健委纪监组、市财政局、市卫健委，本局局长、副局长，各科室， 档(二) |
| 商洛市医疗保障局 2022年3月8日印发 |