

池州市医疗保障局文件

池医保秘〔2025〕6号

关于规范统一基本医疗保险慢性肾衰竭门诊 血液透析按病种付费政策的通知

各县（区）医疗保障局，九华山风景区社会保障局，局属各科室、单位，市属定点医疗机构：

为规范统一全市基本医疗保险慢性肾衰竭门诊血液透析按病种付费政策，现将有关事项通知如下：

一、定额结算标准

慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析执行按病种付费，定额结算标准、所包含内容及其中参保人员个人自付标准详见附件。按病种付费范围之外的其他目录内药品和诊疗项目（腹膜透析、血液滤过、灌流、检查化验等）费用按门诊慢特病报销政策执行，不执行门诊按病种付费政策；住院期间发生的血液透析费用纳入住院总费用，按住院报销政策执行。

二、定额结算要求

（一）按病种付费一律实行医保费用即时结算。非即时结算、

市外医疗机构发生的慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按门诊慢特病报销政策执行，不执行门诊按病种付费政策。

（二）慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按病种付费医保支付的定额基金纳入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额内管理。

三、工作保障

（一）做好信息系统维护。医保经办机构要切实做好信息系统维护工作，并按属地管理原则督促辖区内血液透析按病种付费医疗机构按时做好his系统改造，确保规范统一政策按期实施。

（二）加强医药费用审核。对医疗机构存在故意虚记门诊血液透析次数、住院期间血液透析费用按病种付费政策结算、在门诊单独开具按病种付费范围内药品等违规行为的，医保部门将严格按照医疗保险有关规定和协议约定处理。

（三）加强医保政策宣传。积极回应社会关切，做好慢性肾衰竭（尿毒症期）门诊血液透析费用按病种付费政策宣传和解释，确保血液透析按病种付费政策调整工作有效衔接和平稳过渡。

本通知自2025年5月1日起试行，既往政策规定与本通知不一致的，以本通知为准。如遇国家或省出台新政策，按新政策执行。

- 附件：1. 血液透析门诊定额结算包含内容
2. 定额标准及支付比例



附件 1

血液透析门诊定额结算包含内容

各协议定点医疗机构门诊定额结算中至少应含有以下项目：

- 一、血液透析（含透析液）
- 二、血透监测
- 三、空心纤维血液透析器
- 四、血液净化装置的体外循环管路
- 五、导管穿刺针
- 六、换药及相应护理
- 七、静脉注射
- 八、肝素或低分子肝素钠、左卡尼汀注射液、人促红素注射液
- 九、生理盐水

附件 2

血液透析门诊定额结算及个人自付标准

疾病名称	主要诊疗技术	医保类型	定额标准(元)	医保基金支付比例	个人支付比例
慢性肾衰血液透析(不含腹膜透析、血液滤过、灌流等)	血液透析	职工医保	420	95%	5%
		居民医保		90%	10%
备注：1、医保基金按照定额标准×医保基金支付比例与定点医疗机构结算。参保患者不受定额标准限制，按照实际医疗费用×个人支付比例承担个人费用。					