

成都市医疗保障局文件

成医保办〔2021〕23号

成都市医疗保障局 关于慢性肾脏病门诊血液透析医疗保障 有关问题的通知

四川天府新区社区治理和社事局、成都东部新区公共服务局、成都高新区社治保障局，各区（市）县医疗保障局，各相关定点医疗机构：

为提高我市慢性肾脏病门诊维持性血液透析（以下简称：门诊血透）医疗保障水平，减轻参保人员个人费用负担，提升治疗质量，加强门诊血透管理，按照《成都市基本医疗保险门诊特殊疾病管理办法》（成医保发〔2020〕32号）相关规定，现就门诊

血透医疗保障有关问题通知如下：

一、保障对象

患有慢性肾脏病，符合成都市门诊血透认定标准，每周血液透析不少于2次(含2次)的本市城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保人员。

非本市户籍参保人员，参加本市城镇职工基本医疗保险前已在其它统筹地区参加基本医疗保险并接受血透治疗、享受当地基本医疗保险待遇的，不属于本通知保障对象。

二、保障待遇

(一) 参保人员在门诊血透定点医疗机构发生的门诊血透医疗费用，不计起付标准，符合基本医疗保险支付范围的医疗费用由基本医疗保险和大病医疗互助补充保险报销后，个人自付部分按以下方式执行：

1. 城镇职工、城乡居民基本医疗保险参保人员在三级门诊血透定点医疗机构发生的费用，个人自付部分由个人全额承担。

2. 城镇职工基本医疗保险参保人员在二级及以下级别门诊血透定点医疗机构(含部分三级乙等医疗机构)发生的费用，个人自付部分按参保缴费年限分为：

(1)连续参保缴费第13个月至第24个月的参保患者发生的费用，个人自付部分符合大病医疗互助补充保险支付条件的，由大病医疗互助补充保险承担10%，剩余部分由个人全额承担。

(2)连续参保缴费第25个月至第36个月的参保患者发生的

费用，个人自付部分符合大病医疗互助补充保险支付条件的，由大病医疗互助补充保险承担 20%，剩余部分由个人全额承担。

（3）连续参保缴费第 37 个月起，参保人员发生的门诊血透医疗费用中个人自付符合基本医疗保险支付范围的部分按定额计算。符合大病医疗互助补充保险支付条件的参保人员自付标准为 1000 元/年（250 元/治疗期）。

3. 城乡居民基本医疗保险参保人员在二级及以下级别门诊血透定点医疗机构发生的费用，个人自付符合基本医疗保险支付范围的部分按定额计算。符合大病医疗互助补充保险支付条件的参保人员自付标准为 2000 元/年（500 元/治疗期）。

（二）参保人员按定额付费的，其门诊血透医疗费用不纳入住院补充医疗保险支付，城乡居民个人自付部分不计入城乡居民大病保险个人自付累计。

（三）一个自然年度内基本医疗保险基金、大病医疗互助补充保险资金支付的门诊血透和其它疾病的医疗费用总额，不得超过基本医疗保险统筹基金、大病医疗互助补充保险资金年度最高支付限额。

（四）城镇职工、城乡居民基本医疗保险参保人员办理了慢性肾脏病门诊血透，未参加大病互助补充保险的，当年应当按照高档缴费标准参加大病医疗互助补充保险，不受等待期限制，享受当期大病医疗互助补充保险待遇；已按低档缴费标准参加大病医疗互助补充保险的，应当按高档缴费标准补缴大病医疗互助补

充保险费。

（五）我市被征地居民参加城镇职工基本医疗保险后，其在二级及以下级别门诊血透定点医疗机构（含部分三级乙等医疗机构）发生的属于基本医疗保险支付范围的门诊血透医疗费用，参照城镇职工基本医疗保险连续参保缴费 36 个月的待遇标准享受门诊血液透析定额自付。

三、认定管理

门诊血透认定由各级医疗保障经办机构负责。医疗保障经办机构可以委托符合条件的定点医疗机构开展门诊血透认定。

门诊血透认定机构应认真核对参保人员本人提供的资料，严格按照认定标准进行认定，及时告知参保人员认定结论，同时为参保人员建立个人认定档案，并通过医保信息系统真实、准确、完整地录入信息。

四、治疗管理

我市行政区域内具备法定血液透析服务资质定点医疗机构，应向结算关系所属医疗保障经办机构提交申请，所属地医疗保障经办机构初审后，将初审情况及申请材料汇总后报市医疗保障经办机构，经市级医疗保障经办机构现场评估合格后可以成为门诊血透定点医疗机构。

（一）门诊血透定点医疗机构应向门诊血透参保人员出具由市级医疗保障经办机构统一制作的，包含参保人员权利、义务的门诊血透知情同意书。门诊血透定点医疗机构未出具门诊血透知

情同意书的，参保人员发生的门诊血透医疗费用由门诊血透定点医疗机构承担。

（二）门诊血透定点医疗机构应当为参保人员制定门诊血透治疗方案，并将治疗方案和治疗明细项目通过信息系统实时上传至医疗保险经办机构。

（三）门诊血透定点医疗机构应当按照规定收治参保人员，提供诊治服务时应当核对有关证件，并通过现代信息技术识别参保人员身份，严格防范冒名顶替、虚记费用等违规行为。

（四）门诊血透定点医疗机构应当建立和维护参保人员的个人电子就诊档案，个人基本信息或病情发生变化时，应及时更新并通过信息系统实时上传至医疗保险经办机构。

（五）门诊血透定点医疗机构应遵循门诊血透诊疗规范，合理检查、合理用药、合理治疗，首先选用医疗保险目录内的治疗项目、药品。使用医疗保险目录以外的治疗项目、药品应由参保人员签字同意。未经参保人员签字同意使用医疗保险目录外的治疗项目、药品，产生的费用由门诊血透定点医疗机构承担。

（六）门诊血透定点医疗机构应确保医疗质量和医疗安全，不得违反诊疗常规，缩减必要的检查、药品、诊疗项目，降低诊疗服务水平；不得将属于医疗保险支付范围内的费用转嫁给参保人员；不得采用不正当竞争手段开展门诊血透。

五、患者管理

（一）参保人员应在门诊血透定点医疗机构中自主选择一家

进行门诊血透治疗，原则上一个自然年度不得变更，确需变更的，应事前到与拟选择门诊血透定点医疗机构有结算关系的医疗保障经办机构进行备案。

（二）参保人员个人信息发生变化或中断门诊血透，应及时告知门诊血透定点医疗机构。

（三）参保人员应签定门诊血透定点医疗机构出具的门诊血透知情同意书。拒不签字的，其发生的门诊血透医疗费用医疗保险不予支付。

（四）我市参保人员在本市行政区域外的医疗机构接受门诊血透治疗，按现行异地就医政策及门诊特殊疾病管理办法相关规定执行。

（五）参保人员应遵守本通知及其它医疗保险相关政策规定，自觉抵制各种违反医疗保险政策规定的行为，有权举报定点医疗机构和其他参保人员违规行为。参保人员弄虚作假骗取医疗保险基金，按相关规定处理。

六、结算管理

参保人员在门诊血透定点医疗机构发生的门诊血透医疗费用，属于个人自付的部分由参保人员与医疗机构结算；属于基本医疗保险基金和大病医疗互助补充保险资金支付的部分由医疗保险经办机构与门诊血透定点医疗机构结算。医疗保障经办机构与门诊血透定点医疗机构的结算方式和结算标准由市医疗保障经办机构另行制定,并根据医保基金运行情况适时调整。

七、工作要求

（一）各级医疗保障经办机构要加强门诊血透政策宣传，确保这一惠民政策深入人心，落到实处。

（二）各级医疗保障经办机构要实时掌握政策落实动态，对政策实施过程中发现的问题要及时反映并妥善处理。

（三）市医疗保障经办机构应当加强对门诊血透认定和治疗的管理，建立考核标准和考核办法，适时开展第三方专家评审。

八、附则

本通知自发布之日起施行。本市过去制定的相关规定与本通知不一致的，以本通知为准。施行过程中的有关问题由市医保局负责解释。



信息公开属性：主动公开

成都市医疗保障局办公室

2021年5月8日印发
