

南京市医疗保障局 南京市财政局文件

宁医发〔2022〕65号

关于提高基本医疗保险慢性肾衰竭门诊透析 治疗待遇及结算标准的通知

各医保分局、各区财政局，江北新区教育局和社会保障局、财政局，各相关定点医疗机构：

为进一步保障慢性肾衰竭患者待遇，规范门诊诊疗行为，现就提高定点医疗机构慢性肾衰竭门诊透析治疗待遇及结算标准通知如下：

一、提高待遇水平

慢性肾衰竭门诊血液（腹膜）透析治疗的参保人员，在定点医疗机构发生的门诊透析费用，符合基本医疗保险支付范围的，医疗费用限额由 6.3 万元/年提高至 6.9 万元/年；发生的辅助检查用药费用，符合职工医保门诊特定项目支付范围的，基金支付限额由 1.2 万元/年提高至 1.5 万元/年，符合居民和农民工医保门诊大病支付范围的，基金支付限额由 8000 元/年提高至 1 万元/年。

二、提高结算标准

(一)城镇职工基本医疗保险慢性肾衰竭门诊血液(腹膜)透析治疗,医保范围内费用定额结算标准三级定点医疗机构按6600元/人·月执行;二级及以下定点医疗机构按6400元/人·月执行。

(二)城乡居民基本医疗保险门诊大病中慢性肾衰竭门诊血液(腹膜)透析治疗,医保范围内费用定额结算标准三级定点医疗机构按5900元/人·月执行,二级及以下定点医疗机构按5600元/人·月执行。

(三)定点医疗机构开展血液透析滤过治疗,对每人提供每月不少于2次的治疗服务。

三、费用结算

对定点医疗机构上月发生的经审核符合规定的基本医疗保险支付范围内透析治疗及其辅助检查用药的费用,根据门诊透析结算人数(扣除当月住院人数、转出人数等),与定点医疗机构按定额结算标准结算,对于血液透析滤过治疗患者,月血液透析滤过次数少于2次的,每少1次扣减250元。预留月度结算额5%为年度定点医疗机构考核预留款,根据年度考核结果拨付。

四、管理要求

各定点医疗机构要严格落实合理检查、合理治疗、合理用药,定点经治医生要规范医疗服务行为,不得以门诊透析结算定额为由推诿重病患者,根据患者病情需要选择适宜的透析方

式、基本用药和检查，并做好相关记录；不得将门诊透析诊疗项目分解至其他门诊待遇；不得虚记透析次数、串换诊疗项目、过度检查、过度诊疗，确保医保基金使用安全。

五、本通知自 2023 年 1 月 1 日起执行。

