

HNPR-2023-36011

湖南省医疗保障局
湖南省财政厅 文件
湖南省卫生健康委员会
湖南省中医药管理局

湘医保发〔2023〕55号

湖南省医疗保障局 湖南省财政厅
湖南省卫生健康委员会 湖南省中医药管理局
关于印发《湖南省基本医疗保险慢性肾功能衰竭
(血液透析治疗)慢特病门诊待遇实施办法
(试行)》的通知

各市州医疗保障局、财政局、卫生健康委、中医药管理局，省医疗生育保险服务中心：

根据《关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发

〔2021〕5号）《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》（湘医保发〔2022〕52号）和《湖南省居民基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》（湘医保发〔2023〕32号）等文件精神，为健全完善基本医疗保险慢特病门诊待遇保障机制，统一规范慢性肾功能衰竭（血液透析治疗）慢特病门诊待遇中的血液透析治疗，保障参保患者的合法医疗权益，对慢性肾功能衰竭相关血液透析治疗医保支付管理进一步优化，结合我省的实际情况，制定了《湖南省基本医疗保险慢性肾功能衰竭（血液透析治疗）慢特病门诊待遇实施办法（试行）》。现印发你们，请认真贯彻执行，执行中如发现问题，请及时反馈。



（此件主动公开）

湖南省基本医疗保险慢性肾功能衰竭（血液透析治疗）慢特病门诊待遇实施办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为健全完善基本医疗保险慢特病门诊待遇保障机制，统一规范“慢性肾功能衰竭”中血液透析治疗的慢特病门诊待遇，提升医保基金使用效率，维护参保患者的合法权益，减轻参保患者医疗费用负担，根据有关规定，结合我省实际情况，制定本实施办法。

第二条 慢性肾功能衰竭（血液透析治疗）（以下简称“慢性肾衰（血透）”）慢特病门诊待遇是指慢性肾功能衰竭参保患者在医保定点医疗机构根据医嘱接受血液透析治疗，纳入基本医疗保险支付范围的慢特病门诊待遇。

第三条 慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇保障对象为符合慢性肾衰（血透）慢特病纳入标准且正常参加我省职工基本医疗保险（以下简称“职工医保”）和居民基本医疗保险（以下简称“居民医保”）参保人员。

第四条 省医疗保障行政部门负责指导省级医疗保障经办机构和各市州医疗保障行政部门开展统筹区域内慢性肾衰（血透）的医保管理和监督。省级医疗保障经办机构负责制定全省统

一的经办规程，各级医疗保障经办机构负责签订协议及按政策规定审核、结算和支付定点医疗机构的医保费用，并承担相关的统计监测、信息报送等工作。

第五条 省卫生健康部门负责全省慢性肾衰（血透）医疗服务的监督指导、培训及评估，规范相关医疗服务诊疗行为。各级卫生健康部门对医疗机构申报慢性肾衰（血透）的可行性、安全性以及临床路径和技术规范进行评估和把关。

第二章 待遇申请与备案

第六条 慢性肾衰（血透）参保患者慢特病门诊待遇纳入标准按照《湖南省职工基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》和《湖南省居民基本医疗保险慢特病门诊待遇保障管理办法》等相关规定执行。

第七条 申请享受慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇的参保患者需提供有效身份证件、医保电子凭证或者社保卡、相关病历资料（诊断证明、出院记录、检查化验等与申请病种有关的医疗文书资料），由就诊定点医疗机构相关专业医师填写《湖南省职工（居民）基本医疗保险门诊慢特病待遇资格认定申请表》，申请人或医疗机构将申报材料及时送到参保地医疗保障经办机构。参保地医疗保障经办机构根据相关政策规定组织审核慢特病申报材料。

第八条 慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇自参保地医疗

保障经办机构审核通过的下月起生效，有效期三年。各级医疗保障经办机构要充分利用医保信息系统，尽量简化复审资料和复审程序。

第九条 慢性肾衰（血透）参保患者在一个结算周期（一个自然月）内自选的就医定点医疗机构应保持稳定，依诊疗方案开展门诊血液透析治疗，其选择的就医定点医疗机构和诊疗方案应在参保地医疗保障经办机构登记。参保患者如需变更慢性肾衰（血透）就医定点医疗机构和诊疗方案的，应向参保地医疗保障经办机构申请变更登记。同一个结算周期内，参保患者在非登记医疗机构的门诊血液透析治疗费用，原则上不纳入月度定额医保结算。

第三章 待遇保障与结算

第十条 慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇保障范围包括：血液透析、血液透析滤过、血液灌流相关治疗、医用耗材，及必要的检查检验、辅助用药的费用。

第十一条 全省范围内慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇统一实行按月度定额医保结算。定额医保结算标准内不设起付线，目录内不设先行自付比例，不区分在职退休，职工医保报销 90%，职工个人自付定额标准的 10%，居民医保报销 80%，居民个人自付定额标准的 20%；定额医保结算标准外的门诊医疗费用由就医定点医疗机构承担。

第十二条 慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇月度定额医保结算实行单列管理，可与其他慢特病门诊待遇同时享受。

第十三条 各市州医疗保障经办机构应根据本统筹区上年度慢性肾衰（血透）人均费用、医疗机构数量分布等实际情况，按照医疗服务机构适度集中原则，以不高于本统筹区内上年度同一收费类别医疗机构的血液透析治疗人均费用为基准，组织本地医疗机构集体谈判，确定月度定额医保结算标准，确认其定点资格，签订医保服务协议。各统筹区医疗机构的慢性肾衰（血透）慢特病门诊医保定点资格实行省内互认。

按“同城同待遇”的原则，省本级职工医保慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇标准与长沙市本级职工医保的慢性肾衰（血透）慢特病门诊待遇标准保持一致。

第十四条 医疗保障部门稳步推进慢性肾衰（血透）相关医用耗材、药品集中带量采购。省医疗保障部门有序开展血液透析治疗使用频率较高的医用耗材和药品集中带量采购，各级医疗保障经办机构应根据医用耗材、药品价格变化情况，调整定点医疗机构医保服务协议中的月度定额医保结算标准。

第十五条 慢性肾衰（血透）所产生的门诊医疗费用，先由基本医疗保险统筹基金支付，超统筹基金年度支付限额后，由大病保险基金支付，支付比例不变，职工医保报销 90%，居民医保报销 80%，个人自付部分不纳入大病保险支付范围。慢性肾衰（血透）门诊实际报销金额计入年度职工或居民医疗保

险（含大病保险）最高支付限额内。住院期间的血液透析治疗费用纳入住院结算，不重复纳入慢特病门诊待遇结算。

鼓励有条件的个人、村（社区）、集体、单位、社会团体或其他组织机构等对慢性肾衰（血透）参保患者群体给予帮扶或资助。

第四章 医疗服务管理

第十六条 医疗机构开展医保定点慢性肾衰（血透）门诊医疗服务，应当符合下列条件：

- （一）符合属地基本医保服务协议定点要求；
- （二）符合相关行业法律法规管理要求；
- （三）配备相关专业执业医师；
- （四）设置专门的、完备的功能区域和监控设备；
- （五）配备慢性肾衰（血透）所需要医疗设备、医用耗材、辅助用药；
- （六）自愿参加慢性肾衰（血透）月度定额医保结算协议谈判，并签订医保服务协议。

第十七条 慢性肾衰（血透）参保患者在定点医疗机构接受医疗服务时，应主动出示本人身份证、医保电子凭证或社保卡接受查验。定点医疗机构的工作人员应当按照就医规程，提供合理、必要的医疗服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，及时上传参保患者诊疗信息和结算信息。

第十八条 慢性肾衰（血透）参保患者在待遇有效期内进行门诊血液透析治疗，定点医疗机构应向参保患者提供“一站式”直接结算服务，参保患者只需支付应由个人负担的费用，其余相关费用由医疗保障经办机构与定点医疗机构按协议定期结算。

第十九条 慢性肾衰（血透）参保患者异地就医，须在参保地经办机构办理就诊定点医疗机构登记，发生的医疗费用原则上均须通过异地联网直接结算。因特殊情况未能直接结算的，应按照参保地相关规定申请手工报销。

第二十条 异地联网直接结算不降低医保报销比例。省内异地就医，按照就医地月度定额标准医保结算；省外异地就医，以参保地的月度定额标准为最高限额进行月度限额结算，实行就医地门诊慢特病管理。

第五章 监督与管理

第二十一条 各级卫生健康部门应加大对定点医疗机构的慢性肾衰（血透）慢特病门诊治疗工作监督检查，加强对医疗质量、病历书写、服务效率、服务质量的评估和监督。

第二十二条 各级医疗保障部门应积极探索开展智能监控和智能审核，加强医保服务协议管理，加大目标考核力度，保障医保基金安全，维护参保患者的医疗保障合法权益。

第二十三条 参保患者不得通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医疗文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料骗取

医疗保险基金，不得利用医疗保障待遇转卖医用耗材、药品等医疗资源非法获利，不得将本人的医保凭证交由他人冒名使用。

第二十四条 定点医疗机构为参保患者提供医疗服务时，应严格执行国家卫生健康委员会制定的《血液净化标准操作规程》，以合理检查、合理治疗、合理用药为基本原则，规范医疗服务行为，依法依规、科学合理使用医保基金，主动接受医疗保障部门、卫生健康部门的监督。

第二十五条 定点医疗机构和参保患者应严格执行政策和服务协议规定。违反慢特病门诊待遇保障管理政策规定，套取骗取医保基金的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》（中华人民共和国国务院令 第 735 号）等法律法规严肃处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第六章 附 则

第二十六条 各市州应根据本办法，妥善做好政策衔接，实现平稳过渡。此前相关政策规定与本办法不一致的，以本办法为准。

第二十七条 本办法自 2024 年 7 月 1 日起执行，有效期 2 年。

