

杭州市医疗保障局文件

杭医保〔2025〕59号

杭州市医疗保障局关于印发杭州市基本医疗保险门诊透析费用结算管理办法的通知

各区、县（市）医疗保障（分）局，各局属单位，各有关定点医疗机构：

现将《杭州市基本医疗保险门诊透析费用结算管理办法》印发给你们，请认真贯彻执行。



（此件公开发布）

杭州市基本医疗保险门诊透析费用 结算管理办法

为进一步完善我市基本医疗保险门诊透析费用结算管理工作，切实维护参保人员的权益，根据《杭州市人民政府关于印发杭州市全面做实基本医疗保险市级统筹实施方案的通知》（杭政函〔2021〕77号）、《杭州市人民政府关于印发杭州市基本医疗保障办法的通知》（杭政〔2025〕88号）有关规定，制定本办法。

一、本办法适用于医保经办机构与门诊透析定点医疗机构（以下简称透析定点医院）之间的费用结算。

二、全市范围内具备门诊透析服务功能的定点医疗机构，可申请加入透析定点医院管理。

三、因患慢性肾功能衰竭需进行门诊透析治疗的职工基本医疗保险参保人员和城乡居民基本医疗保险参保人员（以下简称透析人员），应凭本市透析定点医院出具并盖章的《基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇备案表》和本人有效身份证件，至全市各级医保经办机构或线上服务平台办理定点透析治疗备案手续，也可在透析定点医院直接办理备案手续，原则上透析定点医院可根据本人意愿按季度调整。

四、透析人员需变更透析治疗方式或暂停定点透析治疗的，应及时至全市各级医保经办机构办理相关手续。

五、本办法所称的门诊透析费用是指透析人员在透析定点医

院发生的符合基本医疗保险支付范围的血液透析、血液滤过和腹膜透析等相关治疗费用、透析液和材料费，以及透析治疗期间必要的检验、检查项目费用和相关药品费。

（一）透析治疗期间必要的检验、检查项目费用限以下项目的费用，具体项目可根据国家立项指南进行适时调整：

血常规、电解质测定、肝功能、肾功能、血脂常规、血糖测定、肝炎系列、凝血功能测定、钙磷测定、甲状旁腺素测定、人免疫缺陷病毒抗体测定、梅毒螺旋体特异抗体测定、超敏C反应蛋白测定、血清转铁蛋白测定、血清前白蛋白测定、铁测定、血清总铁结合力测定、血清铁蛋白测定、 $\beta 2$ 微球蛋白测定、网织红细胞计数、尿比重测定、尿常规、尿蛋白定量、血清总胆汁酸测定、血清胆碱脂酶测定、血清 α -L-岩藻糖苷酶测定、镁测定、腺苷脱氨酶测定、甘氨酸脯氨酸二肽氨基肽酶测定、24小时尿蛋白定量、25羟维生素D测定、心电图、胸部X线检查、心脏超声检查、腹部X线检查、颈动脉B超、腹部CT。

（二）透析治疗期间的相关药品费（以下简称透析药品费）限以下几类药品的费用，具体品种可根据国家药品目录调整情况进行适时调整：

1. 维生素类（限维生素B类药物、复合维生素B、维生素C类药物、维生素D₂、水溶性维生素、骨化三醇、阿法骨化醇）；
2. 糖尿病用药；
3. 钙稳态药、矿物质补充剂（限醋酸钙、碳酸钙、静脉钙剂）；

4. 降压药物;
5. 单方调节血脂药;
6. 抗血栓形成药 (限肝素类、华法林、酶类);
7. 抗贫血药;
8. 静脉注射液 (限葡萄糖注射液、氯化钠注射液、葡萄糖氯化钠注射液、浓氯化钠注射液和甘露醇);
9. 高血钾和高磷血症治疗药;
10. 其他药品 (限左卡尼汀)。

六、透析人员在透析定点医院透析治疗期间发生的符合医保支付范围的门诊透析费用, 经基本医疗保险、大病保险及其他医疗补助结算后, 职工基本医疗保险参保人员个人承担超过 5%、城乡居民基本医疗保险参保人员个人承担超过 10% 的部分由医疗救助基金予以支付。

七、透析人员自愿选择在本市透析定点医院范围以外的其他定点医疗机构进行门诊透析治疗的, 其发生的相关费用在申请办理门诊特殊病种备案后, 可按门诊特殊病种待遇结算。透析治疗的单病种备案与门诊特殊病种备案申请, 参保人员只能选择其一。

八、医保经办机构对透析定点医院发生的除透析药品费以外的门诊透析费用 (以下简称透析治疗费) 实行单病种定额管理。血液透析定额标准为每人每月 6000 元, 其中患有获得性免疫缺陷综合征 (艾滋病)、梅毒、乙型病毒性肝炎、丙型病毒性肝炎的透析人员, 其定额标准上浮 5%; 腹膜透析定额标准为每人每月 4500

元。定额标准根据透析人员人次变化、费用发生和基金支出等情况，由医疗保障部门商相关部门意见后适时调整公布。

九、透析人员在本人透析定点医院发生的按单病种结算的透析药品费，纳入该定点医院总额预算管理范围，并按门诊特殊病种费用结算清算。

十、透析定点医院应加强门诊透析管理，在确保医疗质量的前提下，合理控制医疗费用，不得出现推诿患者的情况。

十一、透析人员在透析治疗期间，因病需住院治疗的，其在住院治疗期间发生的透析相关医疗费按住院费用结算。

十二、透析人员在透析治疗期间，因故在其他定点医疗机构进行门诊透析治疗，经本人透析定点医院同意的，其发生的由个人现金垫付的门诊透析费用，由透析定点医院按规定记入门诊透析结算；未经本人透析定点医院同意的，其发生的相关费用按普通门诊结算，若已由单病种备案调整为门诊特殊病种备案的，可按门诊特殊病种待遇结算。

十三、医保经办机构按规定对门诊透析费用进行审核，并对违规费用予以拒付。

十四、透析定点医院发生的门诊透析费用实行按月结算，按95%的比例预拨，其余5%部分在年终清算时根据决算情况予以拨付。

十五、每年年初，市医保经办机构按以下规定与透析定点医院清算上一结算年度的门诊透析费用。

实际发生的透析治疗费高于全年透析定额标准的，定额标准

以内的医疗费由医保基金按规定比例支付。超过定额标准且在100%至120%（含）之间的部分，由医保基金按一定比例的60%予以支付，其中职工医保参保人员基金支付比例为95%，城乡居民医保参保人员基金支付比例为90%；超过定额标准且在120%以上部分，医保基金不予支付，由透析定点医院承担。

实际发生的透析治疗费低于全年透析定额标准的，先由医保基金按规定比例支付。低于定额标准且在80%（含）至100%之间的部分，差额部分由医保基金按一定比例的60%予以支付，其中职工医保参保人员基金支付比例为95%，城乡居民医保参保人员基金支付比例为90%；低于定额标准且在80%以下部分，医保基金不予支付。

市医保经办机构应根据透析人员在透析治疗期间的住院或有效备案时间不满整月的情况，按相应天数折算扣除透析定点医院的定额标准，透析人员在透析治疗期间未在透析定点医院发生的透析治疗费纳入透析定点医院的定额管理。

十六、本办法自2026年1月1日起施行，原《杭州市基本医疗保险门诊透析费用结算管理办法》（杭人社发〔2013〕621号）同时废止。

抄送：浙江省医疗保障局。

杭州市医疗保障局办公室

2025年11月21日印发
