

重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2024〕49号

重庆市医疗保障局关于 修订血液光量子自体血回输治疗医疗服务 价格项目的通知

各区县（自治县）医保局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和
社会事务中心、万盛经开区人力社保局，各公立医疗机构、
有关单位：

为贯彻落实国家医保局《关于开展免疫三氧血回输治疗等价格项目规范治理的通知》（医保价采函〔2024〕274号）精神，减轻人民群众看病就医负担，推进地区间医疗服务价格水平相对均衡。结合实际，决定修订血液光量子自体血回输治疗医疗服务价格项目，现将有关事项通知如下：

一、修订项目名称

修订“血液光量子自体血回输治疗”项目名称为“经照射自体血回输治疗”。

二、下调项目价格

下调经照射自体血回输治疗医疗服务项目政府指导价，调整后的项目价格详见附件。附件中“政府指导价”为二级公立医疗机构收费标准，三级公立医疗机构收费标准上浮 10% 执行；一级公立医疗机构收费标准下浮 5% 执行，其他公立医疗机构收费标准下浮 10% 执行。

三、有关要求

各医疗机构要严格按照规定执行明码标价和医疗费用明细清单制度，通过电子显示屏等多种方式向患者公示医疗服务价格，自觉接受社会监督。

四、本通知自 2025 年 1 月 1 日零时起执行。原政策文件与本通知不符的，以本通知为准。

附件：经照射自体血回输治疗等医疗服务价格项目表

重庆市医疗保障局

2024 年 12 月 25 日

（此件公开发布）

附件

经照射自体血回输治疗等医疗服务价格项目表

序号	医保结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	政府指导价	计价说明	医保属性	医保限定支付范围
1	00310800011000 0-310800011	310800011	经照射自体血回输治疗	含输氧、采血、紫外线照射及回输；包括光量子自体血回输（紫外光照射）及免疫三氧血回输治疗		次	45.5		乙类	限传统治疗无效或不耐受、生物制剂治疗疗效欠佳或失效的银屑病、带状疱疹、慢性泛发性湿疹、泛发性神经性皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。
2	00310800011010 0-310800011.10	310800011.10	经照射自体血回输治疗（光量子自体血回输（紫外光照射））			次	45.5		乙类	限传统治疗无效或不耐受、生物制剂治疗疗效欠佳或失效的银屑病、带状疱疹、慢性泛发性湿疹、泛发性神经性皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。
3	00310800011020 0-310800011.2	310800011.20	经照射自体血回输治疗（免疫三氧血回输治疗）			次	45.5		乙类	限传统治疗无效或不耐受、生物制剂治疗疗效欠佳或失效的银屑病、带状疱疹、慢性泛发性湿疹、泛发性神经性皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。

重庆市医疗保障局办公室

2024年12月25日印发
