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

渝医保发〔2024〕49号

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 | 003108000110000-310800011 | 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、泛发性神经皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。 |
| 2 | 003108000110100-310800011.10 | 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、泛发性神经皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。 |
| 3 | 003108000110200-310800011.2 | 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、泛发性神经皮炎患者及突发性耳聋、中风偏瘫患者报销。 |