

**重庆市人力资源和社会保障局
重庆市财政局重庆市卫生和计划生育委员会
关于慢性髓性白血病胃肠间质瘤实行医疗
保险特殊疾病门诊单病种结算的通知**

渝人社发〔2014〕181号

各区县（自治县）人力资源和社会保障局、财政局、卫生和计划生育委员会，市社会保险局：

为控制医疗费用过快增长，减轻参加医疗保险患者负担，提高医疗保险基金使用效率，根据我市医疗保险单病种结算有关规定，现就慢性髓性白血病、胃肠间质瘤患者门诊治疗实行医疗保险单病种结算的有关事宜通知如下，请遵照执行。

一、参加我市城镇职工医疗保险（以下简称职工医保）或城乡居民合作医疗保险（以下简称居民医保），因患慢性髓性白血病或胃肠间质瘤且获得医疗保险特殊疾病资格的人员，其在门诊治疗发生的医疗费用，经本人或其监护人向参保地医疗保险经办机构申请，可实行门诊单病种结算。

二、慢性髓性白血病、胃肠间质瘤病种每年门诊医疗费用报销限额标准为：6万元。

(一) 报销范围，参保人员在本人选定的定点医疗机构门诊治疗所发生与疾病相关的医疗保险目录内的检查、治疗费用和药品费用（限额以内，药品不受医疗保险药品目录限制）。

(二) 报销比例，按参保人员住院规定由医疗保险基金和参保人按以下比例分担（其中居民医保未成年人和大学生按其住院规定比例分担）：

单病种定额费用分担比例

单位：%

项目	职工医保				居民医保			
	基金支付		参保人员支付		基金支付		参保人员支付	
	在职	退休	在职	退休	一档	二档	一档	二档
一级医院	90	95	10	5	80	85	20	15
二级医院	87	95	13	5	60	65	40	35
三级医院	85	95	15	5	40	45	60	55

三、慢性髓性白血病、胃肠间质瘤病患者的门诊单病种限额标准内的实际报销额应计入其年度职工医保或居民医保基金支付限额。

四、基金列支渠道，职工医保限额标准内报销的医疗费用分别由统筹基金和大额基金支付。居民医保限额标准内报销的医疗

费用由居民医保基金支付;限额标准内未报销费用计为自付费用,按规定享受大额医保待遇。

五、本通知从 2015 年 1 月 1 日起执行。

重庆市人力资源和社会保障局
重 庆 市 财 政 局
重庆市卫生和计划生育委员会
2014 年 7 月 28 日