

附件

宁德市医疗机构部分医疗服务价格项目及市内各级公立医院医疗服务价格

金额：元

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（三甲）	价格（三甲以下）	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
1	002507000190300-111100007	111100007	化验费	06	实验室诊断费	06	用药指导的基因检测	检测CYP2C9、CYP2C19、CYP2D6、CYP3A4、VKORC1、SLC01B1、ApoE、ADRB1、AGTR1、ACE等药物代谢酶与转运体和药物作用靶点基因。样本采集、签收、处理(据标本类型不同进行相应的前处理)，提取基因组DNA（RNA），与质控品、阴阳性对照和内参同时扩增，分析扩增产物或杂交或芯片读取等，进行基因分析，判断并审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送药物检测结果解读和临床药物治疗意见的报告，按规定处理废弃物。		项	360	324	275	项指1个基因。每药物检测超过1个基因的三甲医院按620元收取，三甲以下按558元收取。	医保	10%	
2	002507000190300-11110000701	11110000701	化验费	06	实验室诊断费	06	用药指导的基因检测（超过1个基因检测）			项	620	558	474		医保	10%	
3	00110200005000-110200005	110200005	诊察费	03	一般医疗服务费	01	住院诊查费	指医务人员技术劳务性服务		日	20.00	17.00	10		医保		
4	00120300001000-120300001	120300001					氧气吸入	包括低流量给氧、中心给氧、高频吸氧；氧气创面治疗。	一次性鼻导管、鼻塞、面罩等					持续吸氧按每天70元计算，间断吸氧按小时计价；加压给氧每小时加收1元。新生儿在原价基础上加收30%。一氧化氮吸入每小时9元。	医保		
5	35310604009000-12030000140	12030000140	治疗费	09	一般治疗操作费	02	一氧化氮吸入	机械通气的同时，连接一氧化氮气瓶，监测一氧化氮及二氧化氮浓度，根据患儿病情调节浓度，观察使用效果。		小时	9	9	7.6	每日不超过90元	医保		
6	00120400008000-120400008	120400008	治疗费	9	一般治疗操作费	2	静脉高营养治疗	含静脉营养配置		日	50	48	45				
7	00120400011000-120400011	120400011	治疗费	09	一般治疗操作费	02	中心静脉穿刺置管术	包括深静脉穿刺置管术	中心静脉套件、测压套件、中心静脉导管	次	108	105	95	测压加收5元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
8	001204000110100-12040001101	12040001101	治疗费	09	一般治疗操作费	02	深静脉穿刺置管术			次	108	105	95		医保		
9	00120400011000-12040001103	12040001103	治疗费	09	一般治疗操作费	02	小儿中心静脉穿刺置管术			次	140	130	120		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
10		2103					3. X线计算机体层(CT)扫描	含胶片及冲洗、数据存储介质、增强扫描用注射器等耗材	造影剂、麻醉及其药物					1. 计价部位分为颅脑、眼眶、视神经管、颞骨、鞍区、副鼻窦、鼻骨、口腔、颈部、胸部、心脏、上腹部、中腹部、下腹部、椎体(每三个椎体)、双髋关节、膝关节、肢体、其他; 2. 三维重建三甲医院加收65元/部位, 三甲以下医院加收60元/部位; 3. 使用心电或呼吸门控设备的三甲医院加收40元/部位, 三甲以下医院加收36元/部位。			
11	00210300000002-21030000001	21030000001	检查费	05	影像学诊断费	07	X线计算机体层(CT)扫描(三维重建加收)			每个部位	65.00	60.00	50.00	三维重建加收	医保	20%	
12	00210300000004-21030000002	21030000002	检查费	05	影像学诊断费	07	X线计算机体层(CT)扫描(使用心电或呼吸门控设备加收)			次	40.00	36.00	30.00	使用心电或呼吸门控设备加收	医保	20%	
13	0021030000100-210300001	210300001	检查费	05	影像学诊断费	07	X线计算机体层(CT)平扫	指多层、螺旋平扫。		每个部位	205.00	185.00	160.00	口腔X线计算机体层平扫含曲面体层颌全景摄影、数字化摄影。口腔治疗采用X线计算机体层平扫超过1次按1次收取。	医保	20%	
14	0023020002600-230200026	230200026	检查费	05	影像学诊断费	07	肺通气显象	含气溶胶雾化吸入装置及气体		六个体位	198	198	168	每增加一个体位三甲医院加收40元, 三甲以下医院加收40元。胸阻抗断层成像参照执行	医保	10%	
15	3531060101400-23020002602	23020002602	检查费	05	影像学诊断费	07	胸阻抗断层成像			次	200	180	155		医保	10%	
16	0023030000100-230300001	230300001	检查费	05	影像学诊断费	07	脏器断层显像	包括脏器、脏器血流、脏器血池、静息灌注等显象		次	270	270	230	1、增加时相三甲医院加收18元, 三甲以下医院加收17元; 2、增加门控三甲医院加收36元, 三甲以下医院加收34元。断层融合参照执行。	医保	20%	
17	0023030000100-23030000107	23030000107	检查费	5	影像学诊断费	07	断层融合显像			次	270	270	230		医保	20%	
18	0023040001000-230400011	230400011	检查费	05	影像学诊断费	07	正电子发射计算机断层扫描综合显象	指正电子发射计算机断层-X线计算机体层综合显象	核素药物	次	4050	3650	3100	正电子发射计算机断层-磁共振成像综合显像加收30%。未获得国家卫健配置规划许可的, 不得收费。			
19	00230400000001-23040001101	23040001101	检查费	05	影像学诊断费	07	正电子发射计算机断层-磁共振成像综合显象		核素药物	次	5265	4745	4030	未获得国家卫健配置规划许可的, 不得收费。			
20	0025030301900-250101023	250101023	化验费	06	实验室诊断费	06	血酮体(KET)测定	样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 定标和质控, 检测样本, 审核结果, 录入实验室信息系统或人工登记, 发送报告; 按规定处理废弃物; 接受临床相关咨询。		项	27	27	23	电脑血酮监测按9元/次收取	医保		
21	0025030301900-25010102301	25010102301	化验费	06	实验室诊断费	06	电脑血酮监测			次	9	8	7		医保		
22	0025010300100-250103001	250103001	化验费	06	实验室诊断费	06	粪便常规	指手工操作, 含外观、镜检		次	2.7	2.5	2		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
23	3525030503100-250301030	250301030	化验费	06	实验室诊断费	06	壳多糖酶3样蛋白1检测	样本类型：血液。标本采集，核收登记，标本评估，标本经处理，加入试剂，校准、质控，标本上机，根据实际情况反复测定，审核结果，根据实际情况与临床沟通，录入实验室信息系统或人工登记，人工审核，出具分析报告，对特殊情况作出备注、提出临床建议；按规定处理废弃物。		次	215	195	165		医保		
24	0025040102700-250401035	250401035	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白轻链定量测定(K-LC, λ-LC)	包括游离轻链定量测定(K-FLC, λ-FLC)		项	45	40	35	每种测定计费一次。游离轻链定量测定与免疫球蛋白轻链定量测定不得同时收取。	医保		
25	0025040102700-25040103501	25040103501	化验费	06	实验室诊断费	06	游离轻链定量测定(K-FLC, λ-FLC)			项	45	40	35		医保		
26	0025040200301-250402003	250402003	化验费	06	实验室诊断费	06	抗核提取物抗体测定(抗ENA抗体)	抗SSA、抗SSB、抗JO-1、抗Sm、抗nRNP、抗ScL-70、抗着丝点抗体等测定分别参照执行		项	18	18	15.3	低于7项按项收取。7种≤抗ENA抗体<14种三甲医院按150元收取，三甲以下按135元收取；抗ENA抗体≥14种三甲医院按180元收取，三甲以下按160元收取。	医保		
27	0025040200300-25040200301	25040200301	化验费	06	实验室诊断费	06	抗核提取物抗体测定(抗ENA抗体种类大于等于7种，小于14种)			项	150	135	115	7种≤抗ENA抗体种类<14种	医保		
28	0025040200300-25040200302	25040200302	化验费	06	实验室诊断费	06	抗核提取物抗体测定(抗ENA抗体类大于等于14种)			项	180	160	135	抗ENA抗体种类≥14种	医保		
29	0025040306600-250403066	250403066	化验费	06	实验室诊断费	06	人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测			次	126	117	99	人类免疫缺陷病毒核酸定量检测参照收取。PCR检测、荧光定量分析、杂交捕获检测收费不区分。	医保		
30	3525040311000-25040306601	25040306601	化验费	06	实验室诊断费	06	人类免疫缺陷病毒核酸定量检测	样本类型：抗凝全血。标本采集、签收、处理，提取模板，与标准品、阴阳性对照及质控品同时进行实时扩增，进行定量分析，判断并审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		项	126	117	99		医保		
31	0025040300300-250403088	250403088	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎核酸定量测定	样本类型：血清标本。标本采集、签收、处理，提取模板，进行扩增，进行定量分析，判断并审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	135	120	100	乙型肝炎核酸定量(载量灵敏度≤20IU/ML)三甲医院按360元/次收取，三甲以下医院按325元收取。	医保		
32	0025040300300-25040308801	25040308801	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎核酸定量测定(载量灵敏度≤20IU/ML)	样本类型：血清标本。标本采集、签收、处理，提取模板，进行扩增，进行定量分析，判断并审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	360	325	275	限临床乙肝治疗	医保	30%	限于抗病毒规范治疗后的疗效监测和常规阴性标本的复检

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
33	00250403027000-250403089	250403089	化验费	06	实验室诊断费	06	呼吸道病毒抗原检测	各种拭子样本采集、处理，检测样本，审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	27	25	20		医保		
34	3525040309000-250403090	250403090	化验费	06	实验室诊断费	06	肠道病毒抗原检测	样本类型：粪便，样本采集、处理，检测，质控，审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	27	25	20		医保		
35	00250403035000-250403091	250403091	化验费	06	实验室诊断费	06	病毒血清抗体检测	包括脊髓灰质炎病毒、柯萨奇病毒、流行性乙型脑炎病毒、流行性腮腺炎病毒、麻疹病毒等血清抗体测定		次	30	27	23		医保		
36	00250403065000-250403092	250403092	化验费	06	实验室诊断费	06	各类病原体核酸测定			项	45	40	35	每类病原体测定计费一次；全自动荧光定量100元			
37	00250403065000-25040309201	25040309201	化验费	06	实验室诊断费	06	各类病原体核酸测定（全自动荧光定量）			项	100	100	85				
38	002504040100200-250404010	250404010	化验费	06	实验室诊断费	06	细胞角蛋白19片段测定（CYFRA21-1）	包括细胞角蛋白18片段测定		项	50	45	40	化学发光法三甲医院103元，三甲以下医院97元	医保	10%	
39	002504040100200-25040401002	25040401002	化验费	06	实验室诊断费	06	细胞角蛋白18片段测定	含18片段M30和18片段M65		项	50	45	40		医保	10%	
40	00250404014000-250404014	250404014	化验费	06	实验室诊断费	06	肿瘤相关抗原测定	包括MG-Ags、TA-4		项	36	36	31	每项测定计价一次。肺癌自身抗体谱测定三甲医院235元/次，三甲以下210元/次	医保	10%	
41	35250404034000-25040401403	25040401403	化验费	06	实验室诊断费	06	肺癌自身抗体谱测定	含SOX2、GAGE7、P53、PGP9.5、GBU4-5、CAGE、MAGE A1 七项自身抗体。样本类型：血液。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，温育，检测，质控，审核结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	235	210	180	限肺占位性病变、肺部阴影、肺不典型增生辅助诊断收取，不作为体检价格项目。	医保	10%	
42	00250404025000-250404027	250404027	化验费	06	实验室诊断费	06	尿核基质蛋白（NMP22）测定	样本类型：血液、体液。样本采集、签收、检测，分析、判断并审核检测结果，录入实验室信息系统或人工登记，发送报告；按规定处理废弃物；接受临床相关咨询。		次	155	140	120	限膀胱癌治疗收取			
43	00250700015000-250700015	250700015	化验费	06	实验室诊断费	06	苯丙氨酸测定（PKU）	包括各种标本		项	54	48.6	41.31	多种遗传代谢病检测（串联质谱）三甲医院按270元，三甲以下医院按245元，且限符合规定资质的新生儿遗传代谢疾病筛查诊断治疗中心收取。	医保		
44	35250700053000-25070001501	25070001501	化验费	06	实验室诊断费	06	多种遗传代谢病检测（串联质谱）	指串联质谱技术，含不少于27种氨基酸类、脂肪酸类、有机酸类新生儿遗传代谢疾病检测。		次	270	245	210				

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
45	0027050000200-270500002	270500002	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组织化学染色诊断	石蜡包埋组织于切片机切片,进行二甲苯脱蜡,系列乙醇水化,微波炉、高压锅或蛋白酶抗原修复,血清封闭,一抗反应(多克隆或单克隆),酶标记二抗,亲合物或多聚物反应,显色,判读结果。新鲜冷冻组织,细胞涂片,组织印片参照相应方法制片。含处理上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		每个标本,每种染色	90	90	77	快速法三甲医院135元,三甲以下医院135元。免疫组化药物伴随诊断检测三甲医院575元/次,三甲以下医院515元/次	医保		
46	3525040404400-27050000203	27050000203	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组化药物伴随诊断检测	样本:新鲜冷冻组织。指靶向治疗、免疫治疗等相关基因蛋白表达伴随诊断,提供针对特定治疗药物治疗反应的信息。		次	575	515	435		医保		
47	0027070000300-270700003	270700003	检查费	05	病理诊断费	05	脱氧核糖核酸(DNA)测序	甲醛固定组织、石蜡包埋组织、新鲜或冷冻组织预处理,DNA提取,PCR反映,琼脂糖或聚丙烯酰胺凝胶电泳、产物纯化、测序反应,于普通DNA测序仪分析、观察结果、出具检测报告。上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	540	485	/	项指一个基因,超过2项按2项收取。高通量测序2基因和低于4种肿瘤用药指导的按2500元收取;3基因和4种肿瘤用药指导的按3750元收取;超过3基因和4种(含)以上肿瘤用药指导的按4650元收取。限经批准取得开展此项技术的医疗机构收取。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
48	0027070000300-27070000301	27070000301	检查费	05	病理诊断费	05	脱氧核糖核酸(DNA)测序(超过2项按2项收取)			项	1080	972	/	超过2项按2项收取	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
49	00270700003000-27070000302	27070000302	检查费	05	病理诊断费	05	高通量测序(2基因和低于4种肿瘤用药指导)	甲醛固定组织、石蜡包埋组织、新鲜或冷冻组织。核酸提取,文库构建,基因测序,生物信息学分析,出具基因测序报告。检测过程中产生的废液、废物的处理。		次	2500	/	/	2基因和低于4种肿瘤用药指导。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
50	00270700003000-27070000303	27070000303	检查费	05	病理诊断费	05	高通量测序(3基因和4种肿瘤用药指导)	甲醛固定组织、石蜡包埋组织、新鲜或冷冻组织。核酸提取,文库构建,基因测序,生物信息学分析,出具基因测序报告。检测过程中产生的废液、废物的处理。		次	3750	/	/	3基因和4种肿瘤用药指导	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
51	00270700003000-27070000304	27070000304	检查费	05	病理诊断费	05	高通量测序(超过3基因和4种(含)以上肿瘤用药指导)	甲醛固定组织、石蜡包埋组织、新鲜或冷冻组织。核酸提取,文库构建,基因测序,生物信息学分析,出具基因测序报告。检测过程中所产生的废液、废物的处理。		次	4650	/	/	超过3基因和4种(含)以上肿瘤用药指导	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
52	00270700001000-270700006	270700006	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光原位杂交检查诊断	甲醛固定石蜡包埋组织,组织切片、脱蜡,系列乙醇水化等处理;新鲜冷冻组织切片,细胞涂片等进行相关处理。对组织HER2、ALK、EGFR等肿瘤主要相关基因进行荧光素标记探针杂交反应、洗涤、复染,荧光显微镜观察,记录及判读结果。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	945	850	720	项指一个基因。源于外周血的标本参照检验同种基因项目价格收取;无同种基因检验项目的参照用药指导的基因检测价格执行。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
53	0027070000100 00- 27070000601	27070000601	检查费	05	病理诊断费	50	组织/细胞荧光原位杂交检查诊断(外周血无同种基因检测)			项	350	315	265	外周血无同种基因检测	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
54	0027070000100 00- 27070000602	27070000602	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光原位杂交检查诊断(外周血无同种基因检测,超过1项)			项	610	550	465	外周血无同种基因检测,超过1项	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
55	3527070000400-270700007	270700007	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断	甲醛固定石蜡包埋组织，组织切片；新鲜或冷冻组织匀浆化，离心收集细胞及细胞处理；组织裂解，经反复离心及相应化学试剂去除蛋白，回收核酸，PCR反应，对EGFR、ROS1、RET、KRAS、NRAS、PIK3CA、BRAF、HER2肿瘤相关基因突变进行检测，分析结果，诊断。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	1080	972	/	项指一个基因，3项及以上按2520元收取。源于外周血的标本参照检验同种基因项目价格收取；无同种基因检验项目的参照用药指导的基因检测价格收取。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付，其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
56	3527070000400-27070000701	27070000701	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(3项及以上)	甲醛固定石蜡包埋组织，组织切片；新鲜或冷冻组织匀浆化，离心收集细胞及细胞处理；组织裂解，经反复离心及相应化学试剂去除蛋白，回收核酸，PCR反应，对EGFR、ROS1、RET、KRAS、NRAS、PIK3CA、BRAF、HER2肿瘤相关基因突变进行检测，分析结果，诊断。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	2520	2265	/		医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付，其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
57	3527070000400-27070000702	27070000702	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(外周血无同种基因检测)			项	350	315	265	外周血无同种基因检测	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。
58	3527070000400-27070000703	27070000703	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(外周血无同种基因检测,超过1项)				610	550	465	外周血无同种基因检测,超过1项			
59	0031010001600-310100016	310100016	治疗费	09	手术治疗费	10	腰椎穿刺术	含测压、注药。	一次性穿刺包	次	117	117	100	脑脊液动力学检查三甲医院加收35元,三甲以下医院加收35元。腰-蛛网膜下腔分流术、腰大池引流术三甲医院180元,三甲以下医院160元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
60	3533020403600-31010001604	31010001604	治疗费	09	手术治疗费	10	腰-蛛网膜下腔分流术			次	180	160	135		医保		
61	3533020403600-31010001605	31010001605	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰-蛛网膜下腔分流术			次	235	210	180		医保		
62	0031010001800-31010001606	31010001606	治疗费	09	手术治疗费	10	腰大池引流术			次	180	160	135		医保		
63	0031010001800-31010001607	31010001607	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰大池引流术			次	235	210	180		医保		
64	0031020800100-310208001	310208001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胰岛素泵持续皮下注射胰岛素		泵管	小时	5	5	4		医保		
65	0031051700100-310517001	310517001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	冠修复	指普通金属和贵金属铸造冠修复。含牙体预备,药线排龈蜡记录,测色,技工室制作冠,试戴修改金属冠。		每牙	180	170	155	金属烤瓷冠修复340元,非金属冠修复630元,种植体冠修复加收180元。树脂冠修复按45元收取。			
66	0031051700100-31051700115	31051700115	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	金属烤瓷冠修复	指普通金属和贵金属烤瓷冠修复。		每牙	340	340	290				

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
67	0031051700100-31051700116	31051700116	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	非金属冠修复	指全瓷冠、瓷树脂复合材料冠修复。		每牙	630	630	535				
68	0031051700100-31051700117	31051700117	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	种植体冠修复(加收)	指种植体上部结构加工制作		每牙	180	180	155				
69	0031051700100-31051700118	31051700118	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	树脂冠冠修复			每牙	45	45	40				
70	0031060500100-310605001	310605001	检查费	05	临床诊断项目费	08	硬质气管镜检查			次	90	90	77		医保		
71	0031060500800-310605008	310605008	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜特殊治疗	指微波治疗法。		次	270	270	230	激光法、高频电法、氩离子凝固法、冷冻法三甲医院收405元，三甲以下医院收405元。	医保		
72	0031060500800-31060500803	31060500803	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜特殊治疗(冷冻法)			次	405	405	344	冷冻法	医保		
73	0031060500800-31060500804	31060500804	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜特殊治疗(氩离子凝固法)			次	405	405	344	氩离子凝固法	医保		
74	0031060501000-310605010	310605010	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜支架置入术	包括经纤支镜支架取出术	支架	次	450	450	383		医保		
75	0031060501000-31060501001	31060501001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜支架取出术			次	490	445	380		医保		
76	0031060500200-310605018	310605018	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	电磁导航支气管镜检查术	加载肺部影像学数据，系统对肺部支气管结构进行三维成像，对肺部病灶进行术前病变分析和路径规划，寻找目标病灶，通过系统生成并建立达到病灶部位的导航路径。患者在麻醉状态下，通过支气管镜连接气管内镜定位导管和内窥镜工作通道延长导管，在实时电磁导航引导下，将内窥镜工作通道延长导管引导到肺外周病灶目标位置，抽出气管内镜定位导管，建立经支气管到达肺部目标病灶多功能工作通道，进行目标病灶的活检取样、刷片、穿刺等检查。不含病理学检查和影像学检查	定位导管、延长导管	次	2500	2250	1910	采用支气管镜经肺实质病灶检查术按70%收取。	医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
77	35310605018000-31060501801	31060501801	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	支气管镜经肺实质病灶检查术	利用导航引导支气管镜到达肺部病灶，通过穿刺穿透支气管壁，建立隧道，在X线定位下透视运气管壁，实现病理标本获取。不含病理学和影像学检查		次	1750	1575	1337		医保		
78	0031060600200-310606002	310606002	治疗费	09	手术治疗费	10	恶性肿瘤腔内灌注治疗	包括腹腔恶性肿瘤热循环灌注治疗		次	495	445	380	结核病灌注治疗三甲医院90元，三甲以下医院90元	医保		
79	003106060020100-31060600201	31060600201	治疗费	09	手术治疗费	10	结核病灌注治疗	在胸腔穿刺或置管后，根据患者病情想胸腔注入药物进行灌注治疗		次	90	90	77		医保		
80	00310701001000-310701001	310701001	检查费	05	临床诊断项目费	08	常规心电图检查	含单通道、三通道、常规导联		次	13	12	10	附加导联加收2元；十二通道三甲医院加收10元，三甲以下医院加收10元；床边心电图三甲医院19元，三甲以下医院19元	医保		
81	0031090200600-310902006	310902006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经胃镜特殊治疗	包括取异物、粘膜切除、粘膜血流量测定、止血、息肉肿物切除等病变及内镜下胃食道返流治疗、药疗、化疗、硬化剂治疗	圈套器、钛夹	每个肿物或出血点	95	85	72	微波法三甲医院130元，三甲以下医院115元；激光法、电切法三甲医院150元，三甲以下医院135元。胃镜下食管射频消融术按360元收取，限福建省医疗“创双高”医院和国家区域医疗中心福建主体医院试行	医保		
82	0031090200600-31090200604	31090200604	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胃镜下食管射频消融术	在消化内镜下通过射频电流凝固坏死消除食管粘膜处病变，对扁平粘膜层早期食管癌及其病变进行治疗		次	360	0	0	限福建省医疗“创双高”医院和国家区域医疗中心福建主体医院试行	医保		
83	0031090200900-310902009	310902009	检查费	05	临床诊断项目费	08	超声胃镜检查术	包括超声肠镜检查术，含活检。		次	450	450	383		医保	20%	
84	00310902009000-31090200901	31090200901	检查费	05	临床诊断项目费	08	超声肠镜检查术			次	450	450	383		医保	20%	
85	0031090500300-310905003	310905003	治疗费	09	手术治疗费	10	肝穿刺术	含活检	穿刺针	次	100	82	70	经皮肝穿刺引流术三甲医院270元，三甲以下医院245元；六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
86	0031090500300-31090500302	31090500302	治疗费	09	手术治疗费	10	经皮肝穿刺引流术			次	270	245	210		医保		
87	0031090500300-31090500303	31090500303	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿经皮肝穿刺引流术			次	350	315	265		医保		
88	0031110000300-311100003	311100003	检查费	05	临床诊断项目费	08	夜间阴茎胀大试验	含硬度计法		次	90	80	68				
89	0031120104000-311201040	311201040	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胚胎培养	含体外受精、培养，胚胎形态学评估		次	自主定价	自主定价	自主定价	胚胎活检另行收取。			

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
90	3531120112200-31120104001	31120104001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胚胎活检	应用酸、PZD、激光等方法获得极体/卵裂球/囊胚滋养层细胞。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
91	0031120104100-311201041	311201041	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胚胎移植术	含形态学评估、宫腔积液抽取术		次	自主定价	自主定价	自主定价				
92	0031120106200-311201062	311201062	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胚胎冷冻	包括胚胎/卵子/卵巢组织/精子冷冻前处理、形态学评估、冷冻保存。		次	自主定价	自主定价	自主定价	胚胎/卵子/卵巢组织/玻璃化冷冻加收			
93	0031120106200-31120106201	31120106201	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	胚胎/卵子/卵巢组织玻璃化冷冻加收			次	自主定价	自主定价	自主定价				
94	0031140005100-311400051	311400051	治疗费	09	手术治疗费	10	烧伤浸浴扩创术(小)			次	145	130	110	烧伤面积>30%。烧伤面积<30%时,三甲医院按70元/次、三甲以下医院65元/次。	医保		
95	0031140005100-31140005101	31140005101	治疗费	09	手术治疗费	10	烧伤浸浴扩创术(面积小于30%)			次	70	65	55	烧伤面积<30%	医保		
96	0032050000100-320500001	320500001	手术费	08	手术治疗费	10	冠状动脉造影术			次	2920	2625	2230	同时做左心室造影三甲医院加收360元,三甲以下医院加收325元。冠状动脉血流储备分数检查三甲医院900元,三甲以下医院810元。	医保	20%	
97	0032050000100-32050000104	32050000104	手术费	08	手术治疗费	10	冠状动脉血流储备分数检查	含检查靶血管造影		次	900	810	690		医保	20%	
98	0032050000100-32050000105	32050000105	手术费	08	手术治疗费	10	小儿冠状动脉血流储备分数检查	含检查靶血管造影		次	1170	1055	895		医保	20%	
99		33					手术治疗							1. 本类包括麻醉、神经系统、内分泌系统、眼、耳、鼻咽喉、呼吸系统、心血管系统、造血及淋巴系统、消化系统、泌尿系统、男、女性生殖系统、产科、肌肉骨骼系统、体被系统16个第三级分类的手术项目。2. 经同一切口进行的两种不同疾病的手术,其中另一手术按50%收取。3. 手术中所需的常规器械和低值医用消耗品,(如一次性无菌巾、消毒药品、冲洗盐水、一般缝线、敷料等)在定价时已列入手术成本因素中考虑,均不另行计价。			

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
99		33					手术治疗							4. 手术中所需的特殊医用消耗材料(特殊穿刺针、消融电极、消融针及配件、特殊导丝、导管、支架、球囊、钛夹、钛钉、钛板、扩张器、吻合器、缝合器、固定器等)、特殊药品、组织器官移植供体、人工植入体等,均为除外内容。本类第三至五级分类项目的除外内容凡与本类说明所列除外内容重复的,予以删除。5. 如病情需要再次手术,应在该项目计价基础上,按30%加收。6. 手术项目名称中已明确规定应使用某种仪器的,该项目价格中已含此仪器使用费,不得另行收取该仪器使用费。其他手术项目中使用时,在该项目价格基础上加收:腹腔镜、宫腔镜、胸腔镜、颅内镜辅助操作三甲医院加收720元,三甲以下医院加收648元;鼻内镜辅助操作、电子胃镜辅助操作三甲医院加收200元,三甲以下医院加收180元;手术费2000元以下的手术使用超声刀,三甲医院加收570元,三甲以下医院加收515元;手术费2000元到3000元的手术使用超声刀三甲医院加收950元,三甲以下医院加收850元;手术费3000元以上的手术使用超声刀三甲医院加收1800元,三甲以下医院加收1620元;氩气刀辅助操作、结扎速血管组织闭合系统、等离子刀辅助操作三甲医院加收650元,三甲以下医院加收600元;膀胱镜辅助操作、电子肠镜辅助操作三甲医院加收250元,三甲以下医院加收250元;关节镜辅助操作、视频鼻咽喉镜辅助操作三甲医院加收540元,三甲以下医院加收486元;射频辅助操作三甲医院加收990元,三甲以下医院加收891元;非直视手术显微镜辅助操作三甲医院加收720元,三甲以下医院加收648元;其它显微镜辅助操作三甲医院加收220元,三甲以下医院加收220元。			

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
99		33					手术治疗							7. 传染病患者手术加收特殊消毒费,三甲医院加收135元,三甲以下医院加收132元;特异性感染疾病(破伤风、绿脓杆菌、气性坏疽)患者手术加收特殊消毒费三甲医院加收800元,三甲以下医院加收800元。8. 在同一项目中使用激光、微波、射频、冷冻等方法可分别计价。同时进行两种麻醉时,主要麻醉按全价收,辅助麻醉按50%收。9. 中医传统手术项目如肛肠、中医骨伤,须在中医相应的诊疗项目中查找,不在此重复列项。10. 六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。			
100	353300000100-3300000009	3300000009	手术费	08	手术治疗费	10	超声刀辅助操作(手术费2000元到3000元的手术加收)			次	950	850	720	手术费2000元到3000元的手术使用超声刀加收	医保		
101	353300000100-3300000016	3300000016	手术费	08	手术治疗费	10	超声刀辅助操作(手术费2000以下加收)			次	570	515	440	手术费2000以下超声刀加收	医保		
102	0033010000100-330100001	330100001	手术费	08	手术治疗费	10	局部浸润麻醉	含表面麻醉		次	35	30	25		医保		
103	0033010000100-33010000101	33010000101	手术费	08	手术治疗费	10	小儿局部浸润麻醉			次	45	40	35		医保		
104	0033010000500-330100005	330100005	手术费	08	手术治疗费	10	全身麻醉	含气管插管;包括吸入、静脉或吸静复合以及靶控输入	喉罩、特殊气管导管	2小时	770	700	595	每增加1小时三甲医院加收170元,三甲以下医院加收155元;无痛胃镜或肠镜全身麻醉或无痛胃、肠镜同时检查全身麻醉按三甲医院340元/2小时,三甲以下医院305元/2小时收费;无痛支气管镜检查全身麻醉三甲医院340元/2小时,三甲以下医院305元/2小时收费	医保		
105	00330100005001-33010000501	33010000501	手术费	08	手术治疗费	10	全身麻醉(每增加1小时加收)			每小时	170	155	130		医保		
106	0033010000500-33010000503	33010000503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿全身麻醉	含气管插管;包括吸入、静脉或吸静复合以及靶控输入	喉罩、特殊气管导管	2小时	1000	910	775		医保		
107	00330100005001-33010000504	33010000504	手术费	08	手术治疗费	10	小儿全身麻醉(每增加1小时加收)			每小时	220	200	170		医保		
108	0033010000500-33010000506	33010000506	手术费	08	手术治疗费	10	全身麻醉(无痛支气管镜全身麻醉)			2小时	340	305	260	无痛支气管镜全身麻醉	医保		
109	0033010000500-33010000507	33010000507	手术费	08	手术治疗费	10	小儿全身麻醉痛(无痛支气管镜全身麻醉)			2小时	440	400	340	无痛支气管镜全身麻醉	医保		
110	0033010000600-330100006	330100006	手术费	08	手术治疗费	10	血液加温治疗	包括术中加温和体外加温	加温套件	小时	9	8.1	6.8	输液加温治疗三甲医院27元/次,三甲以下24元/每次	医保		
111	0033010000600-33010000603	33010000603	手术费	08	手术治疗费	10	输液加温治疗	使用液体电加温装置给术中的输液加温。	加温套件	次	27	24	20		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
112	0033010001500-330100015	330100015	手术费	08	手术治疗费	10	麻醉中监测	不含复杂甲状腺手术中喉返神经及喉上神经的定位及功能保护的术中神经电生理监测服务。	胃粘膜PH电极、探头	小时	75	68	58		医保		
113	0033010001500-33010001506	33010001506	手术费	08	手术治疗费	10	小儿麻醉中监测		胃粘膜PH电极、探头	小时	97	88	75		医保		
114	0033040200700-330402007	330402007	手术费	08	手术治疗费	10	鼻腔泪囊吻合术			次	900	810	690	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
115	3533000000100-33040200702	33040200702	手术费	08	手术治疗费	10	鼻腔泪囊吻合术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
116	3533040301000-330403009	330403009	手术费	08	手术治疗费	10	结膜松弛矫正术	常规消毒，开睑，麻醉，将球结膜提起反折，剪除多余球结膜，清除多余筋膜，对切口行连续缝合。		侧	自主定价	自主定价	自主定价	试行期由医疗自主定价			
117	3533040301000-00-	33040300901	手术费	08	手术治疗费	10	小儿结膜松弛矫正术			侧	自主定价	自主定价	自主定价	试行期由医疗自主定价			
118	0033040600500-330406005	330406005	手术费	08	手术治疗费	10	白内障超声乳化摘除术	包括飞秒激光白内障手术	一次性乳化专用刀、一次性超乳包	次	1685	1515	1285		医保		
119	0033040600500-33040600502	33040600502	手术费	08	手术治疗费	10	飞秒激光白内障手术			次	1685	1515	1285		医保		
120	0033040600500-33040600503	33040600503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿飞秒激光白内障手术			次	2190	1970	1675		医保		
121	0033040700500-330407005	330407005	手术费	08	手术治疗费	10	复杂视网膜脱离修复术	指冷凝、电凝法，包括巨大裂孔、黄斑裂孔、膜增殖、视网膜下膜取出术、硅油充填、球内注气、前膜剥膜。	玻璃体切割头、硅胶、膨胀气体、重水、硅油、人工玻璃体	次	4050	3400	2890	激光法三甲医院加收225元，三甲以下医院加收200元。人工玻璃体球囊置入术参照执行。	医保		
122	353304070150100-33040700504	33040700504	手术费	08	手术治疗费	10	人工玻璃体球囊置入术	麻醉，消毒铺巾，开睑，在手术显微镜下剪开球结膜，能量设备止血，行巩膜穿刺，应用玻璃体切除机建立眼内灌注，角膜缘后4毫米制备巩膜切口，植入器植入折叠式人工玻璃体球囊，球囊内注入硅油，结扎固定球囊引流阀于巩膜壁，粘弹剂注入前房成形，缝合切口，消毒纱布包眼。	人工玻璃体	次	4050	3400	2890		医保		
123	353304070150100-33040700505	33040700505	手术费	08	手术治疗费	10	小儿人工玻璃体球囊置入术		人工玻璃体	次	5265	4420	3755		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
124	00330501013000-330501013	330501013	手术费	08	手术治疗费	10	外耳道恶性肿瘤切除术			次	1385	1245	1060	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
125	35330000001000-33050101302	33050101302	手术费	08	手术治疗费	10	外耳道恶性肿瘤切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
126	00330502005000-330502005	330502005	手术费	08	手术治疗费	10	镫骨手术	包括镫骨撼动术、底板切除术	一次性耳脑胶、人工听小骨	次	2160	1945	1655	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
127	35330000001000-33050200502	33050200502	手术费	08	手术治疗费	10	镫骨手术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
128	00330502014000-330502014	330502014	手术费	08	手术治疗费	10	单纯乳突凿开术	含鼓室探查术、病变清除;不含鼓室成形		次	850	765	650	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
129	35330000001000-33050201402	33050201402	手术费	08	手术治疗费	10	单纯乳突凿开术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
130	00330502016000-330502016	330502016	手术费	08	手术治疗费	10	开放式乳突根治术	含鼓室探查术;不含鼓室成形和听骨链重建		次	1555	1400	1190	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
131	35330000001000-33050201602	33050201602	手术费	08	手术治疗费	10	开放式乳突根治术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
132	00330502018000-330502018	330502018	手术费	08	手术治疗费	10	上鼓室鼓窦凿开术	含鼓室探查术		次	1385	1245	1060	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
133	35330000001000-33050201802	33050201802	手术费	08	手术治疗费	10	上鼓室鼓窦凿开术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
134	00330503002000-330503002	330503002	手术费	08	手术治疗费	10	内耳开窗术	包括经前庭窗迷路破坏术、半规管嵌顿术、外淋巴灌流术		次	1940	1745	1485	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
135	35330000001000-33050300202	33050300202	手术费	08	手术治疗费	10	内耳开窗术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
136	00330503008000-330503008	330503008	手术费	08	手术治疗费	10	经迷路听神经瘤切除术	包括迷路后听神经瘤切除术	一次性耳脑胶	次	3240	2915	2475	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元,三甲以下加收810元	医保		
137	35330000001000-33050300802	33050300802	手术费	08	手术治疗费	10	经迷路听神经瘤切除术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
138	00330503014000-330503014	330503014	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨部分切除术	不含乳突范围		次	1555	1400	1190	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元,三甲以下加收485元	医保		
139	35330000001000-33050301402	33050301402	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨部分切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
140	00330503015000-330503015	330503015	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨次全切除术	指保留岩尖和部分鳞部		次	2970	2675	2275	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元,三甲以下加收810元	医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
141	3533000000100-33050301502	33050301502	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨次全切除术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
142	0033050301600-330503016	330503016	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨全切术	不含颞颌关节的切除		次	4050	3645	3100	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
143	3533000000100-33050301602	33050301602	手术费	08	手术治疗费	10	颞骨全切术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
144	0033060102100-330601021	330601021	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻鼻腔鼻窦肿瘤切除术			次	1555	1400	1190	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元。	医保		
145	3533000000100-33060102104	33060102104	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻鼻腔鼻窦肿瘤切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
146	0033060201300-330602013	330602013	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻内镜鼻窦手术	包括额窦、筛窦、上颌窦		次	2420.00	2180.00	1855.00	蝶窦三甲医院加收100元，三甲以下医院加收100元；使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
147	3533000000100-33060201304	33060201304	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻内镜鼻窦手术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
148	0033060300300-330603003	330603003	手术费	08	手术治疗费	10	经前颅窝鼻窦肿瘤切除术	含硬脑膜取材、颅底重建；不含其他部分取材		次	4320	3890	3305	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
149	3533000000100-33060300302	33060300302	手术费	08	手术治疗费	10	经前颅窝鼻窦肿瘤切除术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
150	0033060300400-330603004	330603004	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻视神经减压术			次	3020	2720	2305	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
151	3533000000100-33060300402	33060300402	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻视神经减压术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
152	0033060300700-330603007	330603007	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻内镜脑膜修补术			次	2590	2330	1980	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
153	3533000000100-33060300702	33060300702	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻内镜脑膜修补术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
154	0033060500900-330605009	330605009	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨部分切除术	含牙槽突水平以上上颌骨及其邻近软组织区域性切除	腭护板、特殊材料	次	2070.00	2070.00	1760.00	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
155	3533000000100-33060500902	33060500902	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨部分切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
156	0033060501000-330605010	330605010	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨次全切除术	含牙槽突以上至鼻棘底以下上颌骨及其邻近软组织切除与植皮；不含取皮术	腭护板、特殊材料	次	2250	2150	1910	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
157	3533000000100-33060501002	33060501002	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨次全切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
158	00330605011000-330605011	330605011	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨全切术	含整个上颌骨及邻近软组织切除与植皮；不含取皮术	腭护板、特殊材料	次	2935	2800	2495	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
159	35330000001000-33060501102	33060501102	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨全切术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
160	00330605012000-330605012	330605012	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨扩大切除术	整个上颌骨及其周围邻近受侵骨组织及软组织切除与植皮；不含取皮术	腭护板、特殊材料、胶原蛋白	次	3455	3110	3645	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
161	35330000001000-33060501202	33060501202	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨扩大切除术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
162	00330605013000-330605013	330605013	手术费	08	手术治疗费	10	颌骨良性病变切除术	包括上、下颌骨髓炎、良性肿瘤、瘤样病变及各类囊肿的切除术(含刮治术)；不含松质骨或骨替代物的植入	特殊材料	次	1280.00	1080.00	918.00	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
163	35330000001000-33060501302	33060501302	手术费	08	手术治疗费	10	颌骨良性病变切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
164	00330611003000-330611003	330611003	手术费	08	手术治疗费	10	经硬腭进路鼻咽肿瘤切除术			次	1700	1615	1445	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
165	35330000001000-33061100302	33061100302	手术费	08	手术治疗费	10	经硬腭进路鼻咽肿瘤切除术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
166	00330611004000-330611004	330611004	手术费	08	手术治疗费	10	经硬腭进路鼻咽狭窄闭锁切开成形术	不含其他部位取材		次	1470	1470	1250	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收540元，三甲以下加收485元	医保		
167	35330000001000-33061100402	33061100402	手术费	08	手术治疗费	10	经硬腭进路鼻咽狭窄闭锁切开成形术微动力辅助加收			次	540	485	410		医保		
168	00330611008900-330611009	330611009	手术费	08	手术治疗费	10	侧颅底切除术		人工血管	次	4965	4965	4220	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除三甲医院加收900元，三甲以下加收810元	医保		
169	35330000001000-33061100902	33061100902	手术费	08	手术治疗费	10	侧颅底切除术微动力辅助加收			次	900	810	685		医保		
170	00330801003000-330801003	330801003	手术费	08	手术治疗费	10	二尖瓣替换术	包括保留部分或全部二尖瓣装置。		次	5020	4515	3835	经导管二尖瓣置换术三甲医院按5520元，三甲以下4965元	医保		
171	00330801003000-33080100304	33080100304	手术费	08	手术治疗费	10	经导管二尖瓣置换术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	5520	4965	4220		医保		
172	00330801003000-33080100305	33080100305	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管二尖瓣置换术			次	7175	6455	5485		医保		
173	00330801005000-330801005	330801005	手术费	08	手术治疗费	10	三尖瓣置换术			次	5180	4660	3960	经导管三尖瓣置换术三甲医院5700元，三甲以下医院5130元	医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
174	00330801005000-33080100504	33080100504	手术费	08	手术治疗费	10	经导管三尖瓣置换术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	5700	5130	4360		医保		
175	00330801005000-33080100505	33080100505	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管三尖瓣置换术			次	7410	6670	5670		医保		
176	00330801009000-330801009	330801009	手术费	08	手术治疗费	10	主动脉瓣置换术		人工瓣膜、异体动脉瓣	次	5180	4660	3960	经导管主动脉瓣置换术三甲医院5700元，三甲以下医院5130元	医保		
177	00330801009000-33080100904	33080100904	手术费	08	手术治疗费	10	经导管主动脉瓣置换术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	5700	5130	4360		医保		
178	00330801009000-33080100905	33080100905	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管主动脉瓣置换术			次	7410	6670	5670		医保		
179	00330801002000-330801002	330801002	手术费	08	手术治疗费	10	二尖瓣直视成形术	包括各种类型的二尖瓣狭窄或关闭不全的瓣膜的处理，如交界切开、腱索替代、瓣叶切除、瓣环成形等		次	5180	4660	3960	经导管二尖瓣成形术三甲医院5700元，三甲以下医院5130元	医保		
180	00330801002000-33080100202	33080100202	手术费	08	手术治疗费	10	经导管二尖瓣成形术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	5700	5130	4360		医保		
181	00330801002000-33080100203	33080100203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管二尖瓣成形术			次	7410	6670	5670		医保		
182	00330803014000-330803014	330803014	手术费	08	手术治疗费	10	左室减容术（Batista手术）			次	8640	7776	6609.6	经导管左室减容术参照执行。	医保		
183	00330803014000-33080301402	33080301402	手术费	08	手术治疗费	10	经导管左室减容术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	8640	7775	6610		医保		
184	00330803014000-33080301403	33080301403	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管左室减容术			次	11230	10105	8590		医保		
185	00330804043000-330804043	330804043	手术费	08	手术治疗费	10	肢体动静脉切开取栓术	包括四肢各部位取栓	取栓管	每个切口	1730	1555	1320	双侧取栓，或多部位取栓，每增加一切口三甲医院加收430元，三甲以下医院加收390元。经皮周围动静脉取栓术三甲医院2590元，三甲以下医院2330元。	医保		
186	00330804043000-33080404304	33080404304	手术费	08	手术治疗费	10	经皮周围动静脉取栓术	不含大C臂数字减影X光机引导		每个切口	2590	2330	1980		医保		
187	00330804043000-33080404305	33080404305	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经皮周围动静脉取栓术			每个切口	3365	3030	2575		医保		
188	00331002016000-331002017	331002017	手术费	08	手术治疗费	10	胃底折叠术	逐层进腹，探查，粘连松解，胃底游离，胃底折叠，冲洗腹腔，逐层关腹。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
189	00331002016000-33100201701	33100201701	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胃底折叠术	逐层进腹，探查，粘连松解，胃底游离，胃底折叠，冲洗腹腔，逐层关腹。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
190	00331005007000-331005007	331005007	手术费	08	手术治疗费	10	肝癌切除术	指癌肿局部切除术；不含第一、第二肝门血管及下腔静脉受侵犯的肝癌切除、安置化疗泵		次	4100	3690	/	咽喉氧绿排泄试验加收55元	医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
191	0033100500700-33100500704	33100500704	手术费	08	手术治疗费	10	肝癌切除术(吡喹酮绿排泄试验加收)			次	55	50	/		医保		
192	0033100501300-331005013	331005013	手术费	08	手术治疗费	10	肝部分切除术	含肝活检术; 包括各肝段切除		次	2590	2330	/	吡喹酮绿排泄试验加收55元	医保		
193	0033100501300-33100501304	33100501304	手术费	08	手术治疗费	10	肝部分切除术(吡喹酮绿排泄试验加收)			次	55	50	/		医保		
194	0033100501400-331005014	331005014	手术费	08	手术治疗费	10	肝左外叶切除术	包括肿瘤、结核、结石、萎缩等切除术		次	2590.00	2330.00	/	吡喹酮绿排泄试验加收55元	医保		
195	0033100501400-33100501404	33100501404	手术费	08	手术治疗费	10	肝左外叶切除术(吡喹酮绿排泄试验加收)			次	55	50	/		医保		
196	0033100501500-331005015	331005015	手术费	08	手术治疗费	10	半肝切除术	包括左半肝或右半肝切除术		次	4750	4275	/	吡喹酮绿排泄试验加收55元	医保		
197	0033100501500-33100501504	33100501504	手术费	08	手术治疗费	10	半肝切除术(吡喹酮绿排泄试验加收)			次	55	50	/		医保		
198	0033100501600-331005016	331005016	手术费	08	手术治疗费	10	肝三叶切除术	包括左三叶或右三叶切除术或复杂肝癌切除		次	6750	6075	/	吡喹酮绿排泄试验加收55元	医保		
199	0033100501600-33100501604	33100501604	手术费	08	手术治疗费	10	肝三叶切除术(吡喹酮绿排泄试验加收)			次	55	50	/		医保		
200	0033120200700-331202007	331202007	手术费	08	手术治疗费	10	交通性鞘膜积液修补术			单侧	800	693	589	睾丸鞘状突高位结扎术三甲医院480元, 三甲以下医院430元	医保		
201	0033120200700-33120200704	33120200704	手术费	08	手术治疗费	10	睾丸鞘状突高位结扎术			单侧	480	430	365		医保		
202	0033120200700-33120200705	33120200705	手术费	08	手术治疗费	10	小儿睾丸鞘状突高位结扎术			单侧	625	560	475		医保		
203	0033130301200-331303012	331303012	手术费	08	手术治疗费	10	子宫次全切除术	包括子宫楔形切除术		次	1300	1170	995	使用肌瘤粉碎装置三甲医院加收270元, 三甲以下医院加收270元	医保		
204	0033130301200-33130301205	33130301205	手术费	08	手术治疗费	10	子宫楔形切除术			次	1300	1170	995		医保		
205	0033130301200-33130301206	33130301206	手术费	08	手术治疗费	10	小儿子宫楔形切除术			次	1690	1520	1290		医保		
206	0033130301200-33130301207	33130301207	手术费	08	手术治疗费	10	经腹腔镜子宫楔形切除术			次	1935	1740	/		医保		
207	0033130301200-33130301208	33130301208	手术费	08	手术治疗费	10	小儿腹腔镜子宫楔形切除术			次	2515	2260	/		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
208	0033150102100-331501021	331501021	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎体次全切除植骨融合术	包括颈椎后路减压侧块螺钉内固定术		每节椎骨	3455	3110	/	两节加收50%；三节加收20%；四节以上不再加收	医保		
209	003315010270200-33150102106	33150102106	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎后路减压侧块螺钉内固定术			每节椎骨	3455	3110	2645		医保		
210	003315010270200-33150102107	33150102107	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎后路减压侧块螺钉内固定术(两节)			二节椎骨	5182	4664	3964	两节	医保		
211	003315010270200-33150102108	33150102108	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎后路减压侧块螺钉内固定术(三节及以上)			三节椎骨	5874	5287	4494	三节及以上	医保		
212	003315010270200-33150102109	33150102109	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎后路减压侧块螺钉内固定术			每节椎骨	4490	4040	3430		医保		
213	003315010270200-33150102110	33150102110	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎后路减压侧块螺钉内固定术(两节)			二节椎骨	5388	4310	3664	两节	医保		
214	003315010270200-33150102111	33150102111	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎后路减压侧块螺钉内固定术(三节及以上)			三节椎骨	7633	6870	5840	三节及以上	医保		
215	00331501052000-331501052	331501052	手术费	08	手术治疗费	10	脊柱椎间融合器植入植骨融合术	含脊髓神经根松解、椎板切除减压、脊髓探查、骨折切开复位		次	4320	3890	/	经皮内镜腰椎融合术参照执行	医保		
216	00331501052000-33150105202	33150105202	手术费	08	手术治疗费	10	经皮内镜腰椎融合术			次	4320	3890	/		医保		
217	00331501052000-33150105203	33150105203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经皮内镜腰椎融合术			次	5615	5055	/		医保		
218	00331505021000-331505021	331505021	手术费	08	手术治疗费	10	胫骨干骨折切开复位内固定术	包括胫骨骨折闭合复位髓内针内固定术		次	1530	1380	1120		医保		
219	00331505021000-33150502102	33150502102	手术费	08	手术治疗费	10	胫骨骨折闭合复位髓内针内固定术			次	1530	1380	1120		医保		
220	00331505021000-33150502103	33150502103	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胫骨骨折闭合复位髓内针内固定术			次	1990	1795	1455		医保		
221	35331506040000-331506025	331506025	手术费	08	手术治疗费	10	半月板缝合术	麻醉，消毒铺巾，膝关节前方入路，探查髌上囊、关节软骨、半月板及交叉韧带，半月板缝合，充分止血，冲洗关节腔，必要时放置引流，缝合，加压包扎固定。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
222	35331506040000-33150602501	33150602501	手术费	08	手术治疗费	10	小儿半月板缝合术	麻醉，消毒铺巾，膝关节前方入路，探查髌上囊、关节软骨、半月板及交叉韧带，半月板缝合，充分止血，冲洗关节腔，必要时放置引流，缝合，加压包扎固定。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
223	00331507004000-331507004	331507004	手术费	08	手术治疗费	10	人工腕关节置换术			次	3460	3115	/		医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
224	0033150700400-33150700401	33150700401	手术费	08	手术治疗费	10	小儿人工腕关节置换术			次	4490	4040	/		医保		
225	0033150700900-331507009	331507009	手术费	08	手术治疗费	10	人工踝关节置换术			次	3460	3115	/		医保		
226	0033150700900-33150700901	33150700901	手术费	08	手术治疗费	10	小儿人工踝关节置换术			次	4490	4040	/		医保		
227	0033150602100-331522017	331522017	手术费	08	手术治疗费	10	距腓韧带缝合修补术	消毒铺巾,麻醉,于踝关节前外侧弧形切口,直达断裂的距腓前韧带处,清除局部血肿,将撕裂的韧带加固缝合,止血,引流,负压吸引。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
228	0033150602100-33152201701	33152201701	手术费	08	手术治疗费	10	小儿距腓韧带缝合修补术	消毒铺巾,麻醉,于踝关节前外侧弧形切口,直达断裂的距腓前韧带处,清除局部血肿,将撕裂的韧带加固缝合,止血,引流,负压吸引。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
229	0033160100500-331601005	331601005	手术费	08	手术治疗费	10	乳腺癌根治术		一次性皮肤钉书钉	单侧	2590	2330	/	改良根治(保乳改良根治)、植皮术三甲医院加收430元,三甲以下医院加收385元	医保		
230	0033160100501-33160100501	33160100501	手术费	08	手术治疗费	10	乳腺癌根治术-改良根治(保乳改良根治)加收			单侧	430	385	325		医保		
231	0033160100501-33160100504	33160100504	手术费	08	手术治疗费	10	小儿乳腺癌根治术-改良根治(保乳改良根治)加收			单侧	560	500	420		医保		
232	3531080003900-340100031	340100031	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	淋巴水肿综合消肿疗法	在淋巴水肿区域皮肤正常的情况下,用示指、中指和环指沿淋巴回流方向和途径做轻柔的按压和按摩,并根据患者实际情况,选择合适的多层低弹力绷带由患肢远心端将近心端逐层包扎,形成多层低弹力绷带包扎系统,给肢体提供低静息压、高工作压力,增加肌肉泵的作用,促进血液循环,达到增加淋巴回流与消肿的目的。		次	自主定价	自主定价	自主定价				
233	3534020006800-340200052	340200052	治疗费	09	康复费	11	镜像视觉反馈训练	利用平面镜成像原理,将健侧活动画面反射到患者,让患者观察并想象患者正在进行相同的运动,同时治疗师可在镜后做相同的动作,借由视错觉、视觉反馈以及双侧共同运动进行康复训练20-30分钟。		次	45	40	35	限截肢后幻肢痛、复杂性局部疼痛综合征、脑卒中后康复等收费	医保		
234	0043000000100-430000001	430000001	治疗费	09	中医治疗费	12	普通针刺	包括体针、快速针、磁针、金针、姜针、药针、长圆针等		5个穴位	22	21	20	长圆针治疗三甲医院30元,三甲以下27元	医保		
235	0043000000100-43000000102	43000000102	治疗费	09	中医治疗费	12	长圆针			5个穴位	30	27	22		医保		
236	0043000000200-430000002	430000002	治疗费	09	中医治疗费	12	温针			5个穴位	27	27	23	内热针治疗三甲医院40元,三甲以下36元	医保		

序号	国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	基层	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
237	00430000002000-43000000201	43000000201	治疗费	09	中医治疗费	12	内热针			5个穴位	40	36	30		医保		
238	00460000007000-460000007	460000007	手术费	08	中医治疗费	12	混合痔外剥内扎术			次	595	565	505	单纯行内痔静脉套扎术按360元收取	医保		
239	00460000007000-46000000702	46000000702	手术费	08	中医治疗费	12	内痔静脉套扎术			次	360	360	305		医保		