

平潭综合实验区公立医疗机构部分医疗服务项目价格表

金额：元

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
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	351	298.4	项指1个基因。每药物检测超过1个基因的县级按612元，基层按520.2元收取。	医保	10%	
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	612	520.2		医保	10%	
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10元。	医保		
	12030000140	治疗费	09	一般治疗操作费	02	一氧化氮吸入	机械通气的时候，连接一氧化氮气瓶，监测一氧化氮及二氧化碳浓度，根据患儿病情调节浓度，观察使用效果。		小时	10	8.5	每日不超过100元	医保		
0012040000800-120400008	120400008	治疗费	09	一般治疗操作费	02	静脉高营养治疗	含静脉营养配置		日	55	46.8				
0012040001100-120400011	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	120	102.0	测压加收5元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
001204000110100-	12040001101	治疗费	09	一般治疗操作费	02	深静脉穿刺置管术			次	120	102.0		医保		
00120400011000-	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	156	132.6		医保		
	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. 三维重建医院加收63元/部位，基层加收53.6元/部位；3. 使用心电或呼吸门控设备的医院加收40元/部位，基层加收34元/部位。			
00210300001000-210300001	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	174.3	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%	

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
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	200	170.0	每增加一个体位医院加收36元，基层加收30.6元。胸阻抗断层成像参照执行	医保	10%	
	23020002602	检查费	05	影像学诊断费	07	胸阻抗断层成像			次	200	170.0		医保	10%	
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	229.5	1、增加时相医院加收18元，基层加收15.3元；2、增加门控医院加收36元，基层加收30.6元。断层融合参照执行。	医保	20%	
	23030000107	检查费	5	影像学诊断费	07	断层融合显像			次	270	229.5		医保	20%	
	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线计算机断层综合显像	核素药物	次	4050	3442.5	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。			
	23040001101	检查费	05	影像学诊断费	07	正电子发射计算机断层-磁共振成像综合显像		核素药物	次	5265	4475.3	未获得国家卫健配置规划许可的，不得收费。			
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	23.0	电脑血酮监测按9元/次收取	医保		
	25010102301	化验费	06	实验室诊断费	06	电脑血酮监测			次	9	7.7		医保		
	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	216	183.6		医保		
	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	40	34.0	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		
	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	40	34.0		医保		
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	15.3	低于7项按项收取。7种≤抗ENA抗体<14种医院按151元收取，基层按128.4元收取；抗ENA抗体≥14种医院按180元收取，基层按153元收取。	医保		
	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	151	128.4	7种≤抗ENA抗体种类<14种	医保		
	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	153.0	抗ENA抗体种类≥14种	医保		
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	130	110.5	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		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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。样本采集、签收、处理，提取模板，与标准品、阴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	130	110.5		医保		
	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。样本采集、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	120	102.0	乙型肝炎核酸定量（载量灵敏度≤20IU/ML）医院按360元/次收取，基层按306元/次收取。	医保		
	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。样本采集、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	306.0	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
	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	23.0		医保		
	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	23.0		医保		
	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	32	27.2		医保		
	250403092	化验费	06	实验室诊断费	06	各类病原体核酸测定			项	45	38.3	每类病原体测定计费一次；全自动荧光定量110元			
	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	110	93.5				
0025040401002-250404010	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	54	45.9	化学发光法医院97元，基层医疗机构82.5元。	医保	10%	
	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	54	45.9		医保	10%	
0025040401400-250404014	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	30.6	每项测定计价一次。肿瘤自身抗体谱测定医院234元/次，基层198.9元/次。	医保	10%	

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	25040401403	化验费	06	实验室诊断费	06	肿瘤自身抗体谱测定	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	234	198.9	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%	
	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	153	130.1	限膀胱癌治疗收取			
002507000150000-250700015	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	45.9	多种遗传代谢病检测（串联质谱）医院按270元，基层229.5元，且限符合规定资质的新生儿遗传代谢疾病筛查诊断中心收取。	医保		
	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	229.5				
002705000020000-270500002	270500002	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组织化学染色诊断	石蜡包埋组织切片切片，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	76.5	快速法医院135元，基层114.8元。免疫组化药物伴随诊断检测医院576元/次，基层489.6元/次。	医保		
	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	576	489.6		医保		
002707000030000-270700003	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	459.0	项指一个基因，超过2项按2项收取。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。

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	918.0	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。
	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。检测过程中所产生的废液、废物的处理。		次			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。
	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。检测过程中所产生的废液、废物的处理。		次			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。

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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			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。
0027070000100 00-270700006	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	803.3	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。
	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	351	298.4	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。

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	612	520.2	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。
3527070000400 00-270700007	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	918.0	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。
	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	2142.0		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。

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	351	298.4	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。
	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）				612	520.2	外周血无同种基因检测，超过1项			
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	115	97.8	脑脊液动力学检查医院加收27元，基层加收23元。腰-蛛网膜下腔分流术、腰大池引流术医院180元，基层153元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
	31010001604	治疗费	09	手术治疗费	10	腰-蛛网膜下腔分流术			次	180	153.0		医保		
	31010001605	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰-蛛网膜下腔分流术			次	234	198.9		医保		
	31010001606	治疗费	09	手术治疗费	10	腰大池引流术			次	180	153.0		医保		
	31010001607	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰大池引流术			次	234	198.9		医保		
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	4.3		医保		
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	200	170.0	金属烤瓷冠修复380元，非金属冠修复700元，种植体冠修复加收200元。树脂冠修复按50元收取。			
	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	380	323.0				
	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	700	595.0				
	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	200	170.0				
	31051700118	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	树脂冠冠修复			每牙	50	42.5				
0031060500100-310605001	310605001	检查费	05	临床诊断项目费	08	硬质气管镜检查			次	99	84.2		医保		
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	295	250.8	激光法、高频电法、氩离子凝固法、冷冻法医院收445元，基层收378.3元。	医保		
	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	445	378.3	冷冻法	医保		
	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	445	378.3	氩离子凝固法	医保		



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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
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	495	420.8		医保		
	31060501001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	经纤支镜支架取出术			次	495	420.8		医保		
00310605002000-310605018	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	2520	2142.0	采用支气管镜经肺实质病灶检查术按70%收取。	医保		
	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	1764	1499.4		医保		
00310606002000-310606002	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	420.8	结核病灌注治疗医院99元，基层84.2元。	医保		
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	99	84.2		医保		
00310902006000-310902006	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、息肉肉物切除等病变及内镜下胃食道逆流治疗、药疗、化疗、硬化剂治疗	圈套器、钛夹	每个肿物或出血点	90	76.5	微波法医院115元，基层97.8元；激光法、电切法医院135元，基层114.8元。	医保		
	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			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		
00310902009000-310902009	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	540	459.0		医保	20%	
	31090200901	检查费	05	临床诊断项目费	08	超声肠镜检查术			次	540	459.0		医保	20%	
00310905003000-310905003	310905003	治疗费	09	手术治疗费	10	肝穿刺术	含活检	穿刺针	次	110	93.5	经皮肝穿刺引流术医院270元，基层229.5元；六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。	医保		
	31090500302	治疗费	09	手术治疗费	10	经皮肝穿刺引流术			次	270	229.5		医保		
	31090500303	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿经皮肝穿刺引流术			次	351	298.4		医保		
00311100003000-311100003	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	76.5				
00311201040000-311201040	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			胚胎活检另行收取。			

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围	
	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							
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、宫腔积液抽吸术		次							
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			胚胎/卵子/卵巢组织/玻璃化冷冻加收				
	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							
0031140005100-311400051	311400051	治疗费	09	手术治疗费	10	烧伤浸浴扩创术（小）			次	145	123.3	烧伤面积>30%。烧伤面积<30%时，医院72元/次，基层61.2元/次。	医保			
	31140005101	治疗费	09	手术治疗费	10	烧伤浸浴扩创术（面积小于30%）			次	72	61.2	烧伤面积<30%	医保			
0032050000100-320500001	320500001	手术费	08	手术治疗费	10	冠状动脉造影术			次	2920	2482.0	同时做左心室造影医院加收485元，基层加收412.3元。冠状动脉血流储备分数检查医院900元，基层765元。	医保	20%		
	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	765.0		医保	20%		
	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	994.5		医保	20%		
	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、体表系统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。  4. 手术中所需的特殊医用消耗材料（特殊穿刺针、消融电极、消融针及附件、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。				

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	33					手术治疗						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下列仪器时,在项目价格基础上加收:腹腔镜、宫腔镜、胸腔镜、颅内镜辅助操作医院加收720元,基层加收612元;鼻内镜辅助操作、电子胃镜辅助操作医院加收180元,基层加收153元;手术费2000元以下的手术使用超声刀,医院加收540元,基层加收459元;手术费2000元到3000元的手术使用超声刀医院加收900元,基层加收765元;手术费3000元以上的手术使用超声刀医院加收1800元,基层加收1530元;氩气刀辅助操作、结扎速血管组织闭合系统、等离子刀辅助操作医院加收450元,基层加收382.5元;膀胱镜辅助操作、电子肠镜辅助操作医院加收225元,基层加收191.3元;关节镜辅助操作、视频鼻咽喉镜辅助操作医院加收540元,基层加收459元;射频辅助操作医院加收990元,基层加收841.5元;非直视手术显微镜辅助操作医院加收720元,基层加收612元;其它显微镜辅助操作医院加收180元,基层加收153元。 7. 传染病患者手术加收特殊消毒费,医院加收135元,基层加收114.8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医院加收900元,基层加收765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%。			
	33000000009	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	900	765.0	手术费2000元到3000元的手术使用超声刀加收	医保		
	33000000016	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	540	459.0	手术费2000以下超声刀加收	医保		
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	36	30.6		医保		
0033010000100-	33010000101	手术费	08	手术治疗费	10	小儿局部浸润麻醉			次	47	40.0		医保		
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、静脉或吸氧复合以及靶控输入	喉罩、特殊气管导管	2小时	729	619.7	每增加1小时医院加收162元,基层加收137.7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医院340元/2小时收费,基层289元/2小时收费;无痛支气管镜检查全身麻醉医院340元/2小时收费,基层289元/2小时收费。	医保		
0033010000500-	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	162	137.7		医保		
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、静脉或吸氧复合以及靶控输入	喉罩、特殊气管导管	2小时	948	805.8		医保		
0033010000500-	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	210	178.5		医保		
	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	289.0	无痛支气管镜全身麻醉	医保		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	374.0	无痛支气管镜全身麻醉	医保		
0033010000600 00-330100006	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	7.7	输液加温治疗医院27元/每次，基层23元/每次。	医保		
	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	23.0		医保		
0033010001500 00-330100015	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	72	61.2		医保		
0033010001500 00-33010001506	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	94	79.6		医保		
0033040200700 00-330402007	330402007	手术费	08	手术治疗费	10	鼻腔泪囊吻合术			次	950	807.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
	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			试行期由医疗自主定价			
	33040300901	手术费	08	手术治疗费	10	小儿结膜松弛矫正术			侧			试行期由医疗自主定价			
0033040600500 00-330406005	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	1730	1470.5		医保		
	33040600502	手术费	08	手术治疗费	10	飞秒激光白内障手术			次	1730	1470.5		医保		
	33040600503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿飞秒激光白内障手术			次	2250	1912.5		医保		
0033040700500 00-330407005	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	3780	3213.0	激光法医院加收225元，基层加收191.3元。人工玻璃体球囊置入术参照执行。	医保		
	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	3780	3213.0		医保		
	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	4914	4176.9		医保		
0033050101300 00-330501013	330501013	手术费	08	手术治疗费	10	外耳道恶性肿瘤切除术			次	1380	1173.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033050200500 00-330502005	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	1836.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	33050200502	手术费	08	手术治疗费	10	镫骨手术微动力辅助加收			次	540	459.0		医保		
0033050201400 00-330502014	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	722.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	459.0		医保		
0033050201600 00-330502016	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	1560	1326.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033050201800 00-330502018	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	1380	1173.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033050300200 00-330503002	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、外淋巴灌注术		次	1940	1649.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033050300800 00-330503008	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	2754.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033050301400 00-330503014	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	1560	1326.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033050301500 00-330503015	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	2770	2354.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033050301600 00-330503016	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	3780	3213.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033060102100 00-330601021	330601021	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻鼻腔鼻窦肿瘤切除术			次	1560	1326.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033060201300 00-330602013	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	2057.0	蝶窦医院加收140元，基层加收119元；使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033060300300 00-330603003	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	4030	3425.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033060300400 00-330603004	330603004	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻视神经减压术			次	3020	2567.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033060300700 00-330603007	330603007	手术费	08	手术治疗费	10	经鼻内镜脑膜修补术			次	2590	2201.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033060500900 00-330605009	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	髌护板、特殊材料	次	2300	1955.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033060501000 00-330605010	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	髌护板、特殊材料	次	2500	2125.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	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	459.0		医保		
0033060501100 00-330605011	330605011	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨全切除术	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	3260	2771.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	33060501102	手术费	08	手术治疗费	10	上颌骨全切除术微动力辅助加收			次	900	765.0		医保		
0033060501200 00-330605012	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	3840	3264.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033060501300 00-330605013	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	1350	1147.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033061100300 00-330611003	330611003	手术费	08	手术治疗费	10	经硬腭进路鼻咽肿瘤切除术			次	1890	1606.5	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033061100400 00-330611004	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	1760	1496.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收540元，基层加收459元。	医保		
	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	459.0		医保		
0033061100900 00-330611009	330611009	手术费	08	手术治疗费	10	侧颅底切除术		人工血管	次	5520	4692.0	使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除医院加收900元，基层加收765元。	医保		
	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	765.0		医保		
0033080100300 00-330801003	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	4267.0	经导管二尖瓣置换术医院5520元，基层4692元。	医保		
	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	4692.0		医保		
	33080100305	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管二尖瓣置换术			次	7176	6099.6		医保		
0033080100500 00-330801005	330801005	手术费	08	手术治疗费	10	三尖瓣置换术			次	5180	4403.0	经导管三尖瓣置换术医院5698元，基层4843.3元。	医保		
	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	5698	4843.3		医保		
	33080100505	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管三尖瓣置换术			次	7407	6296.3		医保		
0033080100900 00-330801009	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	4403.0	经导管主动脉瓣置换术医院5698元，基层4843.3元。	医保		
	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	5698	4843.3		医保		
	33080100905	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管主动脉瓣置换术			次	7407	6296.3		医保		
0033080100200 00-330801002	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	4403.0	经导管二尖瓣成形术医院5698元，基层4843.3元。	医保		
	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	5698	4843.3		医保		
	33080100203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管二尖瓣成形术			次	7407	6296.3		医保		
0033080301400 00-330803014	330803014	手术费	08	手术治疗费	10	左室减容术(Batista手术)			次	8640	7344.0	经导管左心室减容术参照执行。	医保		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
	33080301402	手术费	08	手术治疗费	10	经导管左心室减容术	不含大C臂数字减影X光机引导		次	8640	7344.0		医保		
	33080301403	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经导管左心室减容术			次	11232	9547.2		医保		
0033080404300-330804043	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	1470.5	双侧取栓，或多部位取栓，每增加一切口医院加收430元，基层加收365.5元。经皮周围动静脉取栓术医院2592元，基层2203.2元。	医保		
	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	2592	2203.2		医保		
	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	3370	2864.5		医保		
	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						
	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						
0033100500700-331005007	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	3485.0	吡啶氟绿排泄试验加收60元	医保		
	33100500704	手术费	08	手术治疗费	10	肝癌切除术（吡啶氟绿排泄试验加收）			次	60	51.0		医保		
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	2201.5	吡啶氟绿排泄试验加收60元	医保		
	33100501304	手术费	08	手术治疗费	10	肝部分切除术（吡啶氟绿排泄试验加收）			次	60	51.0		医保		
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	2201.5	吡啶氟绿排泄试验加收60元	医保		
	33100501404	手术费	08	手术治疗费	10	肝左外叶切除术（吡啶氟绿排泄试验加收）			次	60	51.0		医保		
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	4037.5	吡啶氟绿排泄试验加收60元	医保		
	33100501504	手术费	08	手术治疗费	10	半肝切除术（吡啶氟绿排泄试验加收）			次	60	51.0		医保		
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	6300	5355.0	吡啶氟绿排泄试验加收60元	医保		
	33100501604	手术费	08	手术治疗费	10	肝三叶切除术（吡啶氟绿排泄试验加收）			次	60	51.0		医保		
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	790	671.5	睾丸鞘状突高位结扎术医院480元，基层408元。	医保		
	33120200704	手术费	08	手术治疗费	10	睾丸鞘状突高位结扎术			单侧	480	408.0		医保		
	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	624	530.4		医保		
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	1215	1032.8	使用肌瘤粉碎装置医院加收225元，基层加收191.3元。	医保		
	33130301205	手术费	08	手术治疗费	10	子宫楔形切除术			次	1215	1032.8		医保		
	33130301206	手术费	08	手术治疗费	10	小儿子官楔形切除术			次	1580	1343.0		医保		
	33130301207	手术费	08	手术治疗费	10	经腹腔镜子宫楔形切除术			次	1935	1644.8		医保		
	33130301208	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经腹腔镜子宫楔形切除术			次	2300	1955.0		医保		
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	3460	2941.0	两节加收50%；三节加收20%；四节以上不再加收	医保		

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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围
00331501021000-	33150102101	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎体次全切除植骨融合术(两节)			二节椎骨	5190	4411.5	两节	医保		
00331501021000-	33150102102	手术费	08	手术治疗费	10	颈椎体次全切除植骨融合术(三节及以上)			三节椎骨	5882	4999.7	三节及以上	医保		
00331501021000-	33150102103	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎体次全切除植骨融合术			每节椎骨	4500	3825.0		医保		
00331501021000-	33150102104	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎体次全切除植骨融合术(两节)			二节椎骨	6745	5733.3	两节	医保		
00331501021000-	33150102105	手术费	08	手术治疗费	10	小儿颈椎体次全切除植骨融合术(三节及以上)			三节椎骨	7645	6498.3	三节及以上	医保		
	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	3460	2941.0		医保		
	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	5190	4411.5	两节	医保		
	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	5882	4999.7	三节及以上	医保		
	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	4500	3825.0		医保		
	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	6745	5733.3	两节	医保		
	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	7645	6498.3	三节及以上	医保		
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	3672.0	经皮内镜腰椎融合术参照执行	医保		
	33150105202	手术费	08	手术治疗费	10	经皮内镜腰椎融合术			次	4320	3672.0		医保		
	33150105203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经皮内镜腰椎融合术			次	5616	4773.6		医保		
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	1460	1241.0		医保		
	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	1460	1241.0		医保		
	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	1900	1615.0		医保		
	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						
	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						
00331507004000-331507004	331507004	手术费	08	手术治疗费	10	人工腕关节置换术			次	3460	2941.0		医保		
	33150700401	手术费	08	手术治疗费	10	小儿人工腕关节置换术			次	4490	3816.5		医保		
00331507009000-331507009	331507009	手术费	08	手术治疗费	10	人工踝关节置换术			次	3460	2941.0		医保		
	33150700901	手术费	08	手术治疗费	10	小儿人工踝关节置换术			次	4490	3816.5		医保		
	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						



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	县级医院收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	个人先行自付比例	限用范围	
	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，将断裂的韧带加固缝合，止血，引流，负压吸引。		次							
00331601005000-331601005	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	2201.5	改良根治（保乳改良根治）、植皮术医院加收430元，基层加收365.5元。	医保			
003316010050100-	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	365.5		医保			
003316010050100-	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	476.0		医保			
	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到近心端逐层包扎，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，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							
35340200068000-340200052	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	38.3	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			
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	18.7	长圆针治疗治疗医院32元，基层27.2元。	医保			
	43000000102	治疗费	09	中医治疗费	12	长圆针			5个穴位	32	27.2		医保			
0043000000200-430000002	430000002	治疗费	09	中医治疗费	12	温针			5个穴位	30	25.5	内热针治疗医院41元，基层34.9元。	医保			
	43000000201	治疗费	09	中医治疗费	12	内热针			5个穴位	41	34.9		医保			
00460000007000-460000007	460000007	手术费	08	中医治疗费	12	混合痔外剥内扎术			次	660	561.0	单纯行内痔静脉套扎术按400元收取	医保			
	46000000702	手术费	08	中医治疗费	12	内痔静脉套扎术			次	400	340.0		医保			

备注：1. 风疹病毒抗体测定（项目编码250403021）、巨细胞病毒抗体测定（项目编码250403022）、巨细胞病毒抗体测定（化学发光法）（项目编码25040302201）、单纯疱疹病毒抗体测定（项目编码250403023）、单纯疱疹病毒抗体测定（项目编码250403024）、EB病毒抗体测定（项目编码250403025）、呼吸道合胞病毒抗体测定（项目编码250403026）、副流感病毒抗体测定（项目编码250403028）、天疱疮抗体测定（项目编码250403029）、水痘一带状疱疹病毒抗体测定（项目编码250403030）、腺病毒抗体测定（项目编码250403031）、流行性出血热病毒抗体测定（项目编码250403033）、狂犬病毒抗体测定（项目编码250403034）、斑疹伤寒抗体测定（项目编码250403040）、EB病毒Rta蛋白抗体定性检测（项目编码250403084）、病毒血清学试验（项目编码250403035）、其它病毒的血清学诊断（项目编码250501036）整合为病毒血清抗体检测（项目编码250403091）。2. 甲型流感病毒抗原检测（项目编码250403085）、呼吸道合胞病毒抗原测定（项目编码250403027）整合为呼吸道病毒抗原检测（项目编码250403089）；3. 人轮状病毒抗原测定（项目编码250403032）整合为肠道病毒抗原检测（项目编码250403090）。4. 麻醉中监测-有创血压（项目编码33010001501）、麻醉中监测-中心静脉压（项目编码33010001502）、麻醉中监测-呼气末麻醉药浓度（项目编码33010001503）、麻醉中监测-脑电双谱指数（项目编码33010001504）、麻醉中监测-胃粘膜PH监测（项目编码33010001505）、麻醉深度电生理监测（项目编码33010001509）、术中体温监测（项目编码330100020）整合至麻醉中监测（项目编码330100015）。