

漳州市医疗机构部分医疗服务价格项目及漳州市公立医院医疗服务价格

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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|---------|------|---------------------|---|--------------------|------|------|------|------|------|----------|------|--|
| 002507000 190300- 111100007 | 111100007 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 253 | 医保 | 10% | | 项指1个基因。每药物检测超过1个基因的按市级医院612元、县级医院520元、基层医疗机构442元收取。 |
| 002507000 190300- 111100007 01 | 11110000701 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 用药指导的基因检测(超过1个基因检测) | | | 项 | 612 | 520 | 442 | 医保 | 10% | | |
| 001203000 010000- 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 | | | | | 医保 | | | 持续吸氧按每天市级医院70元，县级医院65元，基层医疗机构55元计算；间断吸氧按小时计算，加压给氧每小时市级医院加收1元，县级医院加收0.9元，基层医疗机构加收0.8元。新生儿在原价基础上加收30%。一氧化氮吸入每小时市级医院9元，县级医院7.7元，基层医疗机构6.5元。 |
| 353106040 090000- 120300001 40 | 12030000140 | 治疗费 | 9 | 一般治疗操作费 | 2 | 一氧化氮吸入 | 机械通气时，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 | 7.7 | 6.5 | 医保 | | | 每日不超过100元 |
| 001204000 080000- 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 | 43 | 37 | | | | |
| 001204000 110000- 120400011 | 120400011 | 治疗费 | 9 | 一般治疗操作费 | 2 | 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 | 92 | 78 | 医保 | | | 测压市级医院加收4.5元，县级医院加收4.1元，基层医疗机构加收4元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。 |
| 001204000 110100- 120400011 01 | 12040001101 | 治疗费 | 9 | 一般治疗操作费 | 2 | 深静脉穿刺置管术 | | | 次 | 108 | 92 | 78 | 医保 | | | |
| 001204000 110000- 120400011 03 | 12040001103 | 治疗费 | 9 | 一般治疗操作费 | 2 | 小儿中心静脉穿刺置管术 | | | 次 | 140 | 119 | 101 | 医保 | | | |
| | 2103 | | | | | 3. X线计算机断层(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)、双膝关节、膝关节、肢体、其他；2. 三维重建市级医院加收63元/部位，县级医院加收60元/部位，基层医疗机构加收51元/部位；3. 使用心电或呼吸门控设备的市级医院加收41元/部位，县级医院加收32元/部位，基层医疗机构加收26元/部位。 |
| 002103000 010000- 210300001 | 210300001 | 检查费 | 5 | 影像学诊断费 | 7 | X线计算机断层(CT)平扫 | 指多层、螺旋平扫。 | | 每个部位 | 196 | 162 | 138 | 医保 | 20% | | 口腔X线计算机断层扫描含曲面断层全景摄影、数字化摄影。口腔治疗采用X线计算机断层扫描超过1次按1次收取。 |
| 002302000 260000- 230200026 | 230200026 | 检查费 | 5 | 影像学诊断费 | 7 | 肺通气气象 | 含气溶胶雾化吸入装置及气体 | | 六个体位 | 198 | 174 | 148 | 医保 | 10% | | 每增加一个体位市级医院加收38元，县级医院加收35元，基层医疗机构加收30元。胸膈断层成像参照执行 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 | |
|---|-------------|------|------|------------|------|---|--|------|------|------|------|------|------|--------------|------|---|--|
| 353106010 140000- 230200026 02 | 23020002602 | 检查费 | 5 | 影像学诊断 费 | 7 | 胸阻抗断层 成像 | | | 次 | 198 | 168 | 143 | 医保 | 10% | | | |
| 002303000 010000- 230300001 | 230300001 | 检查费 | 5 | 影像学诊断 费 | 7 | 脏器断层 影像 | 包括脏器、脏器血流、脏器血池、静息灌注 等显象 | | 次 | 270 | 238 | 202 | 医保 | 20% | | 1、增加时相市级医院加收19元，县级医院加收18元，基层医疗机构加收15元；2、增加门控市级医院加收38元，县级医院加收35元，基层医疗机构加收30元。断层融合参照执行。 | |
| 002303000 010000- 230300001 07 | 23030000107 | 检查费 | 5 | 影像学诊断 费 | 7 | 断层融合 影像 | | | 次 | 270 | 230 | 196 | 医保 | 20% | | | |
| 002304000 100000- 230400011 | 230400011 | 检查费 | 5 | 影像学诊断 费 | 7 | 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 综合显象 | 核素药物 | 次 | 4050 | 3443 | 2927 | | | | | 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。 |
| 002304000 000001- 230400011 01 | 23040001101 | 检查费 | 5 | 影像学诊断 费 | 7 | 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 | 3804 | | | | | 未获得国家卫健配置规划许可的，不得收费。 |
| 002503030 190000- 250101023 | 250101023 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 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 | 24 | 21 | 医保 | | | | 电脑血酮监测按市级医院9元/次，县级医院7.7元/ 次，基层医疗机构6.5元/次收取 |
| 002503030 190000- 250101023 01 | 25010102301 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 电脑血酮监 测 | | | 次 | 9 | 7.7 | 6.5 | 医保 | | | | |
| 352503050 310000- 250301030 | 250301030 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 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 | 184 | 156 | 医保 | | | | |
| 002504010 270000- 250401035 | 250401035 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 免疫球蛋白 轻链定量测 定(K- FLC, λ- FLC) | 包括游离轻链定量测定(K-FLC, λ-FLC) | | 项 | 45 | 38 | 32 | 医保 | | | | 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。 |
| 002504010 270000- 250401035 01 | 25040103501 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 游离轻链定 量测定(K- FLC, λ- FLC) | | | 项 | 45 | 38 | 32 | 医保 | | | | |
| 002504020 030100- 250402003 | 250402003 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 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 | 15.8 | 13.5 | 医保 | | | | 低于7项按项收取。7种≤抗ENA抗体<14种按市级 医院151元、县级医院128元、基层医疗机构109元 收取；抗ENA抗体≥14种按市级医院180元、县级医 院153元、基层医疗机构130元收取。 |
| 002504020 030000- 250402003 01 | 25040200301 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 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 | 109 | 医保 | | | | 7种≤抗ENA抗体种类<14种 |
| 002504020 030000- 250402003 02 | 25040200302 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 抗核提取物 抗体测定 (抗ENA抗 体类大于等 于14种) | | | 项 | 180 | 153 | 130 | 医保 | | | | 抗ENA抗体种类≥14种 |
| 002504030 660000- 250403066 | 250403066 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 人乳头瘤病 毒(HPV) 核酸检测 | | | 次 | 126 | 107 | 91 | 医保 | | | | 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。 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行自付比例 | 限用范围 | 说明 | |
|-----------------------------|-------------|------|------|--------|------|---------------------------|--|------|------|------|------|------|------|----------|---------------------------|---------|--|
| 35250403100000-25040306601 | 25040306601 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 107 | 91 | 医保 | | | | |
| 00250403030000-250403088 | 250403088 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 135 | 115 | 98 | 医保 | | | | 乙型肝炎核酸定量（载量灵敏度≤20IU/ML）按市级医院360元/次、县级医院306元/次、基层医疗机构260元/次收取。 |
| 00250403030000-25040308801 | 25040308801 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 260 | 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 | 限临床乙肝治疗 | |
| 002504030270000-250403089 | 250403089 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 19.6 | 医保 | | | | |
| 35250403090000-250403090 | 250403090 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 19.6 | 医保 | | | | |
| 002504030350000-250403091 | 250403091 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 23 | 医保 | | | | |
| 002504030650000-250403092 | 250403092 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 各类病原体核酸测定 | | | 项 | 45 | 38 | 32 | | | | | 每类病原体测定计费一次；全自动荧光定量市级医院99元、县级医院84元、基层医疗机构71元 |
| 002504030650000-25040309201 | 25040309201 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 各类病原体核酸测定（全自动荧光定量） | | | 项 | 99 | 84 | 71 | | | | | |
| 002504040100200-250404010 | 250404010 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 49 | 48 | 40 | 医保 | 10% | | | 化学发光法市级医院加收39元，县级医院加收38元，基层医疗机构加收33元 |
| 002504040100200-25040401002 | 25040401002 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 细胞角蛋白18片段测定 | 含18片段M30和18片段M65 | | 项 | 51 | 43 | 37 | 医保 | 10% | | | |
| 002504040140000-250404014 | 250404014 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 肿瘤相关抗原测定 | 包括MG-Ags、TA-4 | | 项 | 32 | 29 | 27 | 医保 | 10% | | | 每项测定计价一次。肺癌自身抗体谱测定市级医院234元/次，县级医院199元，基层医疗机构169元/次 |
| 352504040340000-25040401403 | 25040401403 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 234 | 199 | 169 | 医保 | 10% | | | 限肺癌占位性病变、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。 |
| 002504040250000-250404027 | 250404027 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 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 | 111 | | | | | 限膀胱癌治疗收取 |
| 002507000150000-250700015 | 250700015 | 化验费 | 6 | 实验室诊断费 | 6 | 苯丙氨酸测定（PKU） | 包括各种标本 | | 项 | 54 | 41 | 35 | 医保 | | | | 多种遗传代谢病检测（串联质谱）按市级医院270元、县级医院230元、基层医疗机构196元，且符合规定资质的新生儿遗传代谢病筛查诊断治疗中心收取。 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 | |
|---|-------------|------|------|------------|------|--|---|------|---------------|------|------|------|------|--------------|---|--|---|
| 352507000 530000- 250700015 01 | 25070001501 | 化验费 | 6 | 实验室诊断 费 | 6 | 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 | 230 | 196 | | | | | |
| 002705000 020000- 270500002 | 270500002 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 81 | 54 | 医保 | | | | 快速法市级医院135元, 县级医院122元, 基层医疗 机构80元。免疫组化药物伴随诊断检测市级医院 576元/次、县级医院490元/次、基层医疗机构417 元/次 |
| 352504040 440000- 270500002 03 | 27050000203 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 490 | 417 | 医保 | | | | |
| 002707000 030000- 270700003 | 270700003 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 390 | 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。 | 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市级医院2520元 、县级医院2142元、基层医疗机构1821元收取; 3 基因和4种肿瘤用药指导的按市级医院3780元、县 级医院3213元、基层医疗机构2731元收取; 超过3 基因和4种(含)以上肿瘤用药指导的按市级医院 4680元、县级医院3978元、基层医疗机构3381元收 取。限经批准取得开展此项技术的医疗机构收取。 | |
| 002707000 030000- 270700003 01 | 27070000301 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 脱氧核糖核 酸 (DNA) 测序 (超过 2项按2项收 取) | | | 项 | 1080 | 918 | 780 | 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。 | 超过2项按2项收取 | |
| 002707000 030000- 270700003 02 | 27070000302 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 2520 | 2142 | 1821 | 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。 | 2基因和低于4种肿瘤用药指导。 | |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|---|--|------|------|------|------|------|------|--------------|--|--|
| 002707000 030000- 270700003 03 | 27070000303 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 3780 | 3213 | 2731 | 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。 | 3基因和4种肿瘤用药指导 |
| 002707000 030000- 270700003 04 | 27070000304 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 4680 | 3978 | 3381 | 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。 | 超过3基因和4种(含)以上肿瘤用药指导 |
| 002707000 010000- 270700006 | 270700006 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 683 | 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。 | 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。 |
| 002707000 010000- 270700006 01 | 27070000601 | 检查费 | 5 | 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 | 253 | 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。 | 外周血无同种基因检测 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|--|---|------|------|------|------|------|------|--------------|---|--|
| 002707000 010000- 270700006 02 | 27070000602 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 442 | 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。 | 外周血无同种基因检测, 超过1项 |
| 352707000 040000- 270700007 | 270700007 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 780 | 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。 | 项指一个基因, 3项及以上按市级医院2520元、县 级医院2142元、基层医疗机构1821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。 |
| 352707000 040000- 270700007 01 | 27070000701 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 1821 | 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。 | |
| 352707000 040000- 270700007 02 | 27070000702 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 253 | 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。 | 外周血无同种基因检测 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|--------------|------|---|---|------------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 352707000 040000- 270700007 03 | 27070000703 | 检查费 | 5 | 病理诊断费 | 5 | 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 | 442 | | | | 外周血无同种基因检测，超过1项 |
| 003101000 160000- 310100016 | 310100016 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 腰椎穿刺术 | 含测压、注药。 | 一次性穿刺 包 | 次 | 124 | 117 | 100 | 医保 | | | 脑脊液动力学检查市级医院加收20元，县级医院加收13元，基层医疗机构加收23元。腰-蛛网膜下腔分流术、腰大池引流术市级医院180元、县级医院153元、基层医疗机构130元。 六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。 |
| 353302040 360000- 310100016 04 | 31010001604 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 腰-蛛网膜 下腔分流术 | | | 次 | 180 | 153 | 130 | 医保 | | | |
| 353302040 360000- 310100016 05 | 31010001605 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 小儿腰-蛛 网膜下腔分 流术 | | | 次 | 234 | 199 | 169 | 医保 | | | |
| 003101000 180000- 310100016 06 | 31010001606 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 腰大池引流 术 | | | 次 | 180 | 153 | 130 | 医保 | | | |
| 003101000 180000- 310100016 07 | 31010001607 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 小儿腰大池 引流术 | | | 次 | 234 | 199 | 169 | 医保 | | | |
| 003102080 010000- 310208001 | 310208001 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 胰岛素泵持 续皮下注射 胰岛素 | | 泵管 | 小时 | 4.8 | 4.3 | 3.7 | 医保 | | | |
| 003105170 010000- 310517001 | 310517001 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | 153 | 130 | | | | 金属烤瓷冠修复市级医院342元、县级医院291元、基层医疗机构247元，非金属冠修复市级医院630元、县级医院536元、基层医疗机构456元，种植体冠修复市级医院加收180元、县级医院加收153元、基层医疗机构加收130元。树脂冠修复按市级医院45元、县级医院38元、基层医疗机构32元收取。 |
| 003105170 010000- 310517001 15 | 31051700115 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 金属烤瓷冠 修复 | 指普通金属和贵金属烤瓷冠修复。 | | 每牙 | 342 | 291 | 247 | | | | |
| 003105170 010000- 310517001 16 | 31051700116 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 非金属冠修 复 | 指全瓷冠、瓷树脂复合材料冠修复。 | | 每牙 | 630 | 536 | 456 | | | | |
| 003105170 010000- 310517001 17 | 31051700117 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 种植体冠修 复（加收） | 指种植体上部结构加工制作 | | 每牙 | 180 | 153 | 130 | | | | |
| 003105170 010000- 310517001 18 | 31051700118 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 树脂冠冠修 复 | | | 每牙 | 45 | 38 | 32 | | | | |
| 003106050 010000- 310605001 | 310605001 | 检查费 | 5 | 临床诊断项 目费 | 8 | 硬质气管镜 检查 | | | 次 | 99 | 84 | 71 | 医保 | | | |
| 003106050 080000- 310605008 | 310605008 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 经纤支镜特 殊治疗 | 指微波治疗法。 | | 次 | 319 | 298 | 253 | 医保 | | | 激光法、高频电法市级医院收478元，县级医院收466元，基层医疗机构收396元；氩离子凝固法、冷冻法市级医院收446元，县级医院收379元，基层医疗机构收322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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|--------------|------|------------------------------|---|---------------|--------------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003106050 080000- 310605008 03 | 31060500803 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 经纤支镜特 殊治疗（冷 冻法） | | | 次 | 446 | 379 | 322 | 医保 | | | 冷冻法 |
| 003106050 080000- 310605008 04 | 31060500804 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 经纤支镜特 殊治疗（氩 离子凝固 法） | | | 次 | 446 | 379 | 322 | 医保 | | | 氩离子凝固法 |
| 003106050 100000- 310605010 | 310605010 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 经纤支镜支 架置入术 | 包括经纤支镜支架取出术 | 支架 | 次 | 531 | 518 | 440 | 医保 | | | |
| 003106050 100000- 310605010 01 | 31060501001 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 经纤支镜支 架取出术 | | | 次 | 495 | 421 | 358 | 医保 | | | |
| 003106050 020000- 310605018 | 310605018 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | 定位导管、 延长导管 | 次 | 2520 | 2142 | 1821 | 医保 | | | 采用支气管镜经肺实质病灶检查术按70%收取。 |
| 353106050 180000- 310605018 01 | 31060501801 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | 1274 | 医保 | | | |
| 003106060 020000- 310606002 | 310606002 | 治疗费 | 9 | 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 | 421 | 358 | 医保 | | | 结核病灌注治疗市级医院99元、县级医院84元、基层医疗机构71元 |
| 003106060 020100- 310606002 01 | 31060600201 | 治疗费 | 9 | 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 | 106 | 104 | 88 | 医保 | | | |
| 003109020 060000- 310902006 | 310902006 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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、息肉肿瘤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 | 98 | 90 | 77 | 医保 | | | 微波法市级医院117元、县级医院105元、基层医疗机构100元；激光法、电切法市级医院147元、县级医院135元、基层医疗机构115元。胃镜下食管射频消融术按市级医院360元、县级医院306元、基层医疗机构260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 |
| 003109020 060000- 310902006 04 | 31090200604 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | 306 | 260 | 医保 | | | 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 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|--------------|------|----------------|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003109020 090000- 310902009 | 310902009 | 检查费 | 5 | 临床诊断项 目费 | 8 | 超声胃镜检 查术 | 包括超声内镜检查术，含活检。 | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | 20% | | |
| 003109020 090000- 310902009 01 | 31090200901 | 检查费 | 5 | 临床诊断项 目费 | 8 | 超声肠镜检 查术 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | 20% | | |
| 003109050 030000- 310905003 | 310905003 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 肝穿刺术 | 含活检 | 穿刺针 | 次 | 108 | 92 | 78 | 医保 | | | 经皮肝穿刺引流术市级医院270元、县级医院230元、基层医疗机构196元；六岁及以下儿童在原价基础上加收30%。 |
| 003109050 030000- 310905003 02 | 31090500302 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 经皮肝穿刺 引流术 | | | 次 | 270 | 230 | 196 | 医保 | | | |
| 003109050 030000- 310905003 03 | 31090500303 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经皮肝 穿刺引流术 | | | 次 | 351 | 298 | 253 | 医保 | | | |
| 003111000 030000- 311100003 | 311100003 | 检查费 | 5 | 临床诊断项 目费 | 8 | 夜间阴茎胀 大试验 | 含硬度计法 | | 次 | 90 | 77 | 65 | | | | |
| 003112010 400000- 311201040 | 311201040 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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。 |
| 353112011 220000- 311201040 01 | 31120104001 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | | | | |
| 003112010 410000- 311201041 | 311201041 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 胚胎移植术 | 含形态学评估、宫腔积液抽吸术 | | 次 | 自主定价 | 自主定价 | 自主定价 | | | | |
| 003112010 620000- 311201062 | 311201062 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|--------------|------|-------------------------------|----------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|---|
| 003112010 620000- 311201062 01 | 31120106201 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗 项目费 | 9 | 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 | | | | |
| 003114000 510000- 311400051 | 311400051 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 烧伤浸浴扩 创术（小） | | | 次 | 144 | 122 | 104 | 医保 | | | 烧伤面积>30%。烧伤面积<30%时，按市级医院72元/次、县级医院61元/次、基层医疗机构52元/次。 |
| 003114000 510000- 311400051 01 | 31140005101 | 治疗费 | 9 | 手术治疗费 | 10 | 烧伤浸浴扩 创术（面积 小于30%） | | | 次 | 72 | 61 | 52 | 医保 | | | 烧伤面积<30% |
| 003205000 010000- 320500001 | 320500001 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 冠状动脉造 影术 | | | 次 | 2920 | 2482 | 2340 | 医保 | 20% | | 同时做左心室造影市级医院加收338元，县级医院加收287元，基层医疗机构加收271元。冠状动脉血流储备分数检查市级医院900元、县级医院765元、基层医疗机构650元。 |
| 003205000 010000- 320500001 04 | 32050000104 | 手术费 | 8 | 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 | 650 | 医保 | 20% | | |
| 003205000 010000- 320500001 05 | 32050000105 | 手术费 | 8 | 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 | 995 | 846 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 预付比例 | 限用范围 | 说明 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| | 33 | | | | | 手术治疗 | | | | | | | | | | <p>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:腹腔镜市级医院加收720元,县级医院加收640元,基层医疗机构加收544元;宫腔镜市级医院加收500元,县级医院加收450元,基层医疗机构加收383元;胸腔镜市级医院加收720元,县级医院加收646元,基层医疗机构加收549元;颅内镜辅助操作市级医院加收640元,县级医院加收512元,基层医疗机构加收410元;鼻内镜辅助操作市级医院加收125元,县级医院加收113元,基层医疗机构加收96元;电子胃镜辅助操作市级医院加收196元,县级医院加收181元,基层医疗机构加收153元;手术费2000元以下的手术使用超声刀,市级医院加收540元,县级医院加收486元,基层医疗机构加收413元;手术费2000元到3000元的手术使用超声刀市级医院加收900元,县级医院加收810元,基层医疗机构加收689元;手术费3000元以上的手术使用超声刀市级医院加收2000元,县级医院加收1620元,基层医疗机构加收1377元;氩气刀辅助操作、结扎速血管组织闭合系统、等离子刀辅助操作市级医院加收489元,县级医院加收451元,基层医疗机构加收384元;膀胱镜辅助操作市级医院加收225元,县级医院加收203元,基层医疗机构加收173元;电子肠镜辅助操作市级医院加收245元,县级医院加收226元,基层医疗机构加收192元;关节镜辅助操作市级医院加收570元,县级医院加收450元,基层医疗机构加收383元;视频鼻咽喉镜辅助操作市级医院加收375元,县级医院加收371元,基层医疗机构加收316元;射频辅助操作市级医院加收990元,县级医院加收891元,基层医疗机构加收757元;非直视手术显微镜辅助操作市级医院加收720元,县级医院加收648元,基层医疗机构加收551元;其它显微镜辅助操作市级医院加收180元,县级医院加收162元,基层医疗机构加收138元。</p> <p>7. 传染病患者手术加收特殊消毒费,市级医院加收147元,县级医院加收130元,基层医疗机构加收110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市级医院加收978元,县级医院加收864元,基层医疗机构加收734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%。</p> |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|--|--------------------------|---------------|------|------|------|------|------|--------------|------|---|
| 353300000 010000- 330000000 09 | 33000000009 | 手术费 | 8 | 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 | | | 次 | 900 | 810 | 689 | 医保 | | | 手术费2000元到3000元的手术使用超声刀加收 |
| 353300000 010000- 330000000 16 | 33000000016 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 超声刀辅助 操作（手术 费2000以 下加收） | | | 次 | 540 | 486 | 413 | 医保 | | | 手术费2000以下超声刀加收 |
| 003301000 010000- 330100001 | 330100001 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 局部浸润麻 醉 | 含表面麻醉 | | 次 | 36 | 31 | 26 | 医保 | | | |
| 003301000 010000- 330100001 01 | 33010000101 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿局部浸 润麻醉 | | | 次 | 47 | 40 | 34 | 医保 | | | |
| 003301000 050000- 330100005 | 330100005 | 手术费 | 8 | 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 | 734 | 648 | 551 | 医保 | | | 每增加1小时市级医院加收162元、县级医院加收138元、基层医疗机构加收117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市级医院375元/2小时、县级医院304元/2小时、基层医疗机构258元/2小时收费；无痛支气管镜检查全身麻醉市级医院338元/2小时、县级医院287元/2小时、基层医疗机构244元/2小时收费 |
| 003301000 050001- 330100005 01 | 33010000501 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 全身麻醉 （每增加1 小时加收） | | | 每小时 | 162 | 138 | 117 | 医保 | | | |
| 003301000 050000- 330100005 03 | 33010000503 | 手术费 | 8 | 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 | 954 | 842 | 716 | 医保 | | | |
| 003301000 050001- 330100005 04 | 33010000504 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿全身麻 醉（每增加 1小时加 收） | | | 每小时 | 211 | 179 | 152 | 医保 | | | |
| 003301000 050000- 330100005 06 | 33010000506 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 全身麻醉 （无痛支气 管镜全身麻 醉） | | | 2小时 | 338 | 287 | 244 | 医保 | | | 无痛支气管镜全身麻醉 |
| 003301000 050000- 330100005 07 | 33010000507 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿全身麻 醉（无痛 支气管镜全 身麻醉） | | | 2小时 | 441 | 375 | 319 | 医保 | | | 无痛支气管镜全身麻醉 |
| 003301000 060000- 330100006 | 330100006 | 手术费 | 8 | 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 | 9 | 7.7 | 医保 | | | 输液加温治疗市级医院27元/次、县级医院23元/次、基层医疗机构19.6元/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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|-------------------------|--|--|------|------|------|------|------|--------------|------|---|
| 003301000 060000- 330100006 03 | 3301000603 | 手术费 | 8 | 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 | 19.6 | 医保 | | | |
| 003301000 150000- 330100015 | 330100015 | 手术费 | 8 | 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 | 52 | 医保 | | | |
| 003301000 150000- 330100015 06 | 33010001506 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿麻醉中 监测 | | 胃粘膜PH电 极、探头 | 小时 | 94 | 80 | 68 | 医保 | | | |
| 003304020 070000- 330402007 | 330402007 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 鼻腔泪囊吻 合术 | | | 次 | 954 | 811 | 689 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元。 |
| 353300000 010000- 330402007 02 | 33040200702 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 鼻腔泪囊吻 合术微动力 辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 353304030 100000- 330403009 | 330403009 | 手术费 | 8 | 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 |
| 353304030 100000- 330403009 01 | 33040300901 | 手术费 | 8 | 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 |
| 003304060 050000- 330406005 | 330406005 | 手术费 | 8 | 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 | 1728 | 1469 | 1249 | 医保 | | | |
| 003304060 050000- 330406005 02 | 33040600502 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 飞秒激光白 内障手术 | | | 次 | 1728 | 1469 | 1249 | 医保 | | | |
| 003304060 050000- 330406005 03 | 33040600503 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿飞秒激 光白内障手 术 | | | 次 | 2246 | 1909 | 1623 | 医保 | | | |
| 003304070 050000- 330407005 | 330407005 | 手术费 | 8 | 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 | 3443 | 2927 | 医保 | | | 激光法市级医院加收225元，县级医院加收191元，基层医疗机构加收162元。人工玻璃体球囊置入术参照执行。 |
| 003304070 050000- 330407005 01 | 33040700501 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 复杂视网膜 脱离修复术 (激光法) | | | 次 | 4275 | 3634 | 3089 | 医保 | | | 激光法 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|-------------------|--|--------------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003304070 050000- 330407005 02 | 33040700502 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿复杂视网膜脱离修复术 | | | 次 | 5265 | 4475 | 3804 | 医保 | | | |
| 003304070 050000- 330407005 03 | 33040700503 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿复杂视网膜脱离修复术(激光法) | | | 次 | 5558 | 4724 | 4015 | 医保 | | | 激光法 |
| 353304070 150100- 330407005 04 | 33040700504 | 手术费 | 8 | 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 | 3443 | 2927 | 医保 | | | |
| 353304070 150100- 330407005 05 | 33040700505 | 手术费 | 8 | 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 | 4475 | 3804 | 医保 | | | |
| 003305010 130000- 330501013 | 330501013 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 外耳道恶性肿瘤切除术 | | | 次 | 1386 | 1178 | 1001 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330501013 02 | 33050101302 | 手术费 | 8 | 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 | 390 | 医保 | | | |
| 003305020 050000- 330502005 | 330502005 | 手术费 | 8 | 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 | 1561 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330502005 02 | 33050200502 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 镫骨手术微动力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003305020 140000- 330502014 | 330502014 | 手术费 | 8 | 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 | 898 | 756 | 643 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330502014 02 | 33050201402 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 单纯乳突凿开术微动力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003305020 160000- 330502016 | 330502016 | 手术费 | 8 | 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 | 1557 | 1323 | 1125 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330502016 02 | 33050201602 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 开放式乳突根治术微动力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|--------------------------------|-------------------------------|------------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003305020 180000- 330502018 | 330502018 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上鼓室鼓室 凿开术 | 含鼓室探查术 | | 次 | 1386 | 1178 | 1001 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330502018 02 | 33050201802 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上鼓室鼓室 凿开术微动 力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003305030 020000- 330503002 | 330503002 | 手术费 | 8 | 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 | 1944 | 1652 | 1404 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330503002 02 | 33050300202 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 内耳开窗术 微动力辅助 加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003305030 080000- 330503008 | 330503008 | 手术费 | 8 | 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 | 2341 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330503008 02 | 33050300802 | 手术费 | 8 | 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 | 650 | 医保 | | | |
| 003305030 140000- 330503014 | 330503014 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颞骨部分切 除术 | 不含乳突范围 | | 次 | 1557 | 1323 | 1125 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330503014 02 | 33050301402 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颞骨部分切 除术微动力 辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003305030 150000- 330503015 | 330503015 | 手术费 | 8 | 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 | 2525 | 2146 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330503015 02 | 33050301502 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颞骨次全切 除术微动力 辅助加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003305030 160000- 330503016 | 330503016 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颞骨全切术 | 不含颞颌关节的切除 | | 次 | 4050 | 3443 | 2927 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330503016 02 | 33050301602 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颞骨全切术 微动力辅助 加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003306010 210000- 330601021 | 330601021 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻鼻腔鼻 窦肿瘤切除 术 | | | 次 | 1557 | 1323 | 1125 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330601021 04 | 33060102104 | 手术费 | 8 | 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 | 390 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|--------------------|------------------------|----------|------|------|------|------|------|--------------|------|---|
| 003306020 130000- 330602013 | 330602013 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻内镜鼻窦手术 | 包括额窦、筛窦、上颌窦 | | 次 | 2421 | 1940 | 1649 | 医保 | | | 蝶窦市级医院加收285元，县级医院加收144元，基层医疗机构加收122元；使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 003306020 130300- 330602013 01 | 33060201301 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻内镜鼻窦手术（蝶窦） | | | 次 | 2706 | 2084 | 1771 | 医保 | | | 蝶窦 |
| 003306020 130300- 330602013 03 | 33060201303 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经鼻内镜鼻窦手术（蝶窦） | | | 次 | 3518 | 2709 | 2302 | 医保 | | | 蝶窦 |
| 353300000 010000- 330602013 04 | 33060201304 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻内镜鼻窦手术微动力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003306030 030000- 330603003 | 330603003 | 手术费 | 8 | 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 | 3672 | 3121 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330603003 02 | 33060300302 | 手术费 | 8 | 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 | 650 | 医保 | | | |
| 003306030 040000- 330603004 | 330603004 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻视神经减压术 | | | 次 | 3024 | 2570 | 2185 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330603004 02 | 33060300402 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻视神经减压术微动力辅助加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003306030 070000- 330603007 | 330603007 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻内镜脑膜修补术 | | | 次 | 2592 | 2203 | 1873 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 353300000 010000- 330603007 02 | 33060300702 | 手术费 | 8 | 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 | 650 | 医保 | | | |
| 003306050 090000- 330605009 | 330605009 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上颌骨部分切除术 | 含牙槽突水平以上颌骨及其邻近软组织区域性切除 | 防护板、特殊材料 | 次 | 2070 | 1760 | 1496 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加收390元 |
| 353300000 010000- 330605009 02 | 33060500902 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上颌骨部分切除术微动力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|---|---|-----------------------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003306050 100000- 330605010 | 330605010 | 手术费 | 8 | 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 | 1913 | 1626 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加 收390元 |
| 353300000 010000- 330605010 02 | 33060501002 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上颌骨次全 切除术微动 力辅助加收 | | | 次 | 540 | 459 | 390 | 医保 | | | |
| 003306050 110000- 330605011 | 330605011 | 手术费 | 8 | 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 | 2934 | 2494 | 2120 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加 收650元 |
| 353300000 010000- 330605011 02 | 33060501102 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上颌骨全切 术微动力辅 助加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003306050 120000- 330605012 | 330605012 | 手术费 | 8 | 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 | 3460 | 2770 | 2355 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加 收650元 |
| 353300000 010000- 330605012 02 | 33060501202 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 上颌骨扩大 切除术微动 力辅助加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003306050 130000- 330605013 | 330605013 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颌骨良性病 变切除术 | 包括上、下颌骨骨髓炎、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 | 1215 | 1090 | 927 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加 收390元 |
| 353300000 010000- 330605013 02 | 33060501302 | 手术费 | 8 | 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 | 390 | 医保 | | | |
| 003306110 030000- 330611003 | 330611003 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经硬腭进路 鼻咽肿瘤切 除术 | | | 次 | 1701 | 1512 | 1285 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加 收390元 |
| 353300000 010000- 330611003 02 | 33061100302 | 手术费 | 8 | 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 | 390 | 医保 | | | |
| 003306110 040000- 330611004 | 330611004 | 手术费 | 8 | 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 | 1584 | 1404 | 1193 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院 加收540元、县级医院加收459元、基层医疗机构加 收390元 |
| 353300000 010000- 330611004 02 | 33061100402 | 手术费 | 8 | 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 | 390 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|---------------|---|----------------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003306110 090000- 330611009 | 330611009 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 侧颅底切除术 | | 人工血管 | 次 | 4968 | 4223 | 3590 | 医保 | | | 使用微动力进行软组织切割或骨组织磨除市级医院加收900元、县级医院加收765元、基层医疗机构加收650元 |
| 533300000 010000- 330611009 02 | 33061100902 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 侧颅底切除术微动力辅助加收 | | | 次 | 900 | 765 | 650 | 医保 | | | |
| 003308010 030000- 330801003 | 330801003 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 二尖瓣置换术 | 包括保留部分或全部二尖瓣装置。 | | 次 | 5010 | 4010 | 3409 | 医保 | | | 经导管二尖瓣置换术按市级医院5517元、县级医院4689元、基层医疗机构3986元 |
| 003308010 030000- 330801003 04 | 33080100304 | 手术费 | 8 | 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 | 5517 | 4689 | 3986 | 医保 | | | |
| 003308010 030000- 330801003 05 | 33080100305 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经导管二尖瓣置换术 | | | 次 | 7172 | 6096 | 5182 | 医保 | | | |
| 003308010 050000- 330801005 | 330801005 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 三尖瓣置换术 | | | 次 | 5184 | 4406 | 3745 | 医保 | | | 经导管三尖瓣置换术市级医院5702元、县级医院4847元、基层医疗机构4120元 |
| 003308010 050000- 330801005 04 | 33080100504 | 手术费 | 8 | 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 | 5702 | 4847 | 4120 | 医保 | | | |
| 003308010 050000- 330801005 05 | 33080100505 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经导管三尖瓣置换术 | | | 次 | 7413 | 6301 | 5356 | 医保 | | | |
| 003308010 090000- 330801009 | 330801009 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 主动脉瓣置换术 | | 人工瓣膜、 异体动脉瓣 | 次 | 5180 | 4140 | 3519 | 医保 | | | 经导管主动脉瓣置换术市级医院5702元、县级医院4847元、基层医疗机构4120元 |
| 003308010 090000- 330801009 04 | 33080100904 | 手术费 | 8 | 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 | 5702 | 4847 | 4120 | 医保 | | | |
| 003308010 090000- 330801009 05 | 33080100905 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经导管主动脉瓣置换术 | | | 次 | 7413 | 6301 | 5356 | 医保 | | | |
| 003308010 020000- 330801002 | 330801002 | 手术费 | 8 | 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 | 4140 | 3519 | 医保 | | | 经导管二尖瓣成形术市级医院5702元、县级医院4847元、基层医疗机构4120元 |
| 003308010 020000- 330801002 02 | 33080100202 | 手术费 | 8 | 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 | 5702 | 4847 | 4120 | 医保 | | | |
| 003308010 020000- 330801002 03 | 33080100203 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经导管二尖瓣成形术 | | | 次 | 7413 | 6301 | 5356 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|-------------------------------|---|------|------|-------|------|------|------|--------------|------|---|
| 003308030 140000- 330803014 | 330803014 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 左室减容术 (Batista 手术) | | | 次 | 8640 | 7344 | 6242 | 医保 | | | 经导管左心室减容术参照执行。 |
| 003308030 140000- 330803014 02 | 33080301402 | 手术费 | 8 | 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 | 6242 | 医保 | | | |
| 003308030 140000- 330803014 03 | 33080301403 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经导管 左心室减容 术 | | | 次 | 11232 | 9547 | 8115 | 医保 | | | |
| 003308040 430000- 330804043 | 330804043 | 手术费 | 8 | 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 | 1728 | 1469 | 1249 | 医保 | | | 双侧取栓，或多部位取栓，每增加一切口市级医院加收360元、县级医院加收324元、基层医疗机构加收306元。经皮周围动静脉取栓术市级医院2592元、县级医院2203元、基层医疗机构1873元。 |
| 003308040 430000- 330804043 04 | 33080404304 | 手术费 | 8 | 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 | 1873 | 医保 | | | |
| 003308040 430000- 330804043 05 | 33080404305 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经皮周 围动静脉取 栓术 | | | 每个切口 | 3370 | 2865 | 2435 | 医保 | | | |
| 003310020 160000- 331002017 | 331002017 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | |
| 003310020 160000- 331002017 01 | 33100201701 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | |
| 003310050 070000- 331005007 | 331005007 | 手术费 | 8 | 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 | 4104 | 3280 | | 医保 | | | 吡喹酮排泄试验市级医院加收54元，县级医院加收46元 |
| 003310050 070000- 331005007 04 | 33100500704 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 肝癌切除术 (吡喹酮 排泄试验加 收) | | | 次 | 54 | 46 | | 医保 | | | |
| 003310050 130000- 331005013 | 331005013 | 手术费 | 8 | 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 | 2592 | 2070 | | 医保 | | | 吡喹酮排泄试验市级医院加收54元，县级医院加收46元 |
| 003310050 130000- 331005013 04 | 33100501304 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 肝部分切除 术(吡喹 酮排泄试验 加收) | | | 次 | 54 | 46 | | 医保 | | | |
| 003310050 140000- 331005014 | 331005014 | 手术费 | 8 | 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 | 2592 | 2020 | | 医保 | | | 吡喹酮排泄试验市级医院加收54元，县级医院加收46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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|---------------------|---------------------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|--|
| 003310050 140000- 331005014 04 | 33100501404 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 肝左外叶切除术（吡啶靛绿排泄试验加收） | | | 次 | 54 | 46 | | 医保 | | | |
| 003310050 150000- 331005015 | 331005015 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 半肝切除术 | 包括左半肝或右半肝切除术 | | 次 | 4752 | 3800 | | 医保 | | | 吡啶靛绿排泄试验市级医院加收54元，县级医院加收46元 |
| 003310050 150000- 331005015 04 | 33100501504 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 半肝切除术（吡啶靛绿排泄试验加收） | | | 次 | 54 | 46 | | 医保 | | | |
| 003310050 160000- 331005016 | 331005016 | 手术费 | 8 | 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 | 5738 | | 医保 | | | 吡啶靛绿排泄试验加收市级医院加收54元，县级医院加收46元 |
| 003310050 160000- 331005016 04 | 33100501604 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 肝三叶切除术（吡啶靛绿排泄试验加收） | | | 次 | 54 | 46 | | 医保 | | | |
| 003312020 070000- 331202007 | 331202007 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 交通性鞘膜积液修补术 | | | 单侧 | 831 | 680 | 578 | 医保 | | | 睾丸鞘状突高位结扎术市级医院477元、县级医院405元、基层医疗机构344元 |
| 003312020 070000- 331202007 04 | 33120200704 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 睾丸鞘状突高位结扎术 | | | 单侧 | 477 | 405 | 344 | 医保 | | | |
| 003312020 070000- 331202007 05 | 33120200705 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿睾丸鞘状突高位结扎术 | | | 单侧 | 620 | 527 | 448 | 医保 | | | |
| 003313030 120000- 331303012 | 331303012 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 子宫全切除术 | 包括子宫楔形切除术 | | 次 | 1283 | 1090 | 927 | 医保 | | | 使用肌瘤粉碎装置市级医院加收225元，县级医院加收203元，基层医疗机构加收172元 |
| 003313030 120000- 331303012 05 | 33130301205 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 子宫楔形切除术 | | | 次 | 1215 | 1033 | 878 | 医保 | | | |
| 003313030 120000- 331303012 06 | 33130301206 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小子宫楔形切除术 | | | 次 | 1580 | 1343 | 1142 | 医保 | | | |
| 003313030 120000- 331303012 07 | 33130301207 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经腹腔镜子宫楔形切除术 | | | 次 | 1935 | 1645 | | 医保 | | | |
| 003313030 120000- 331303012 08 | 33130301208 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经腹腔镜子宫楔形切除术 | | | 次 | 2300 | 1955 | | 医保 | | | |
| 003315010 210000- 331501021 | 331501021 | 手术费 | 8 | 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 | 2770 | | 医保 | | | 两节加收50%；三节加收20%；四节以上不再加收 |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 |
|---|-------------|------|------|-------|------|-------------------------|-----------------------------|------|------|------|------|------|------|--------------|------|---------------|
| 003315010 270200- 331501021 06 | 33150102106 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 颈椎后路减压侧块螺钉内固定术 | | | 每节椎骨 | 3456 | 2938 | 2497 | 医保 | | | |
| 003315010 270200- 331501021 07 | 33150102107 | 手术费 | 8 | 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 | 5184 | 4406 | 3745 | 医保 | | | 两节 |
| 003315010 270200- 331501021 08 | 33150102108 | 手术费 | 8 | 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 | 5875 | 4994 | 4245 | 医保 | | | 三节及以上 |
| 003315010 270200- 331501021 09 | 33150102109 | 手术费 | 8 | 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 | 4491 | 3817 | 3244 | 医保 | | | |
| 003315010 270200- 331501021 10 | 33150102110 | 手术费 | 8 | 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 | 6741 | 5730 | 4871 | 医保 | | | 两节 |
| 003315010 270200- 331501021 11 | 33150102111 | 手术费 | 8 | 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 | 7637 | 6491 | 5517 | 医保 | | | 三节及以上 |
| 003315010 520000- 331501052 | 331501052 | 手术费 | 8 | 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 | 3460 | | 医保 | | | 经皮内镜腰椎融合术参照执行 |
| 003315010 520000- 331501052 02 | 33150105202 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经皮内镜腰椎融合术 | | | 次 | 4320 | 3672 | | 医保 | | | |
| 003315010 520000- 331501052 03 | 33150105203 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经皮内镜腰椎融合术 | | | 次 | 5616 | 4774 | | 医保 | | | |
| 003315050 210000- 331505021 | 331505021 | 手术费 | 8 | 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 | 1539 | 1330 | 1130 | 医保 | | | |
| 003315050 210000- 331505021 02 | 33150502102 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 胫骨骨折闭合复位髓内针内固定术 | | | 次 | 1458 | 1239 | 1053 | 医保 | | | |
| 003315050 210000- 331505021 03 | 33150502103 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿胫骨骨折闭合复位髓内针内固定术 | | | 次 | 1895 | 1611 | 1369 | 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行 自付比例 | 限用范围 | 说明 | |
|---|-------------|------|------|----------|------|-------------------------|---|--------------|------|------|------|------|------|--------------|------|----|---|
| 353315060 400000- 331506025 | 331506025 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | | |
| 353315060 400000- 331506025 01 | 33150602501 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | | |
| 003315070 040000- 331507004 | 331507004 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 人工腕关节置换术 | | | 次 | 3456 | 2938 | | 医保 | | | | |
| 003315070 040000- 331507004 01 | 33150700401 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿人工腕关节置换术 | | | 次 | 4491 | 3817 | | 医保 | | | | |
| 003315070 090000- 331507009 | 331507009 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 人工踝关节置换术 | | | 次 | 3456 | 2938 | | 医保 | | | | |
| 003315070 090000- 331507009 01 | 33150700901 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿人工踝关节置换术 | | | 次 | 4491 | 3817 | | 医保 | | | | |
| 003315060 210000- 331522017 | 331522017 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | | |
| 003315060 210000- 331522017 01 | 33152201701 | 手术费 | 8 | 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 | | | | | | | | |
| 003316010 050000- 331601005 | 331601005 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 乳腺癌根治术 | | 一次性皮肤 钉书钉 | 单侧 | 2592 | 2070 | | 医保 | | | | 改良根治（保乳改良根治）市级医院加收456元、县级医院加收375元；植皮术市级医院加收334元、县级医院加收324元。 |
| 003316010 050100- 331601005 01 | 33160100501 | 手术费 | 8 | 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 | 456 | 375 | | 医保 | | | | |
| 003316010 050100- 331601005 04 | 33160100504 | 手术费 | 8 | 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 | 593 | 488 | | 医保 | | | | |
| 353108000 390000- 340100031 | 340100031 | 治疗费 | 9 | 非手术治疗项目费 | 9 | 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，用食指、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 | | | | | | | | |

| 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 | 市级价格 | 县级价格 | 基层价格 | 医保属性 | 个人先行自付比例 | 限用范围 | 说明 | |
|---|-------------|------|------|-------|------|--------------|---|------|------|------|------|------|------|----------|------|----|---|
| 353402000 680000- 340200052 | 340200052 | 治疗费 | 9 | 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 | 32 | 医保 | | | | 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 |
| 004300000 010000- 430000001 | 430000001 | 治疗费 | 9 | 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 | 19.8 | 16.9 | 14.4 | 医保 | | | | 长圆针治疗市级医院32元、县级医院27元、基层医疗机构23元 |
| 004300000 010000- 430000001 02 | 4300000102 | 治疗费 | 9 | 中医治疗费 | 12 | 长圆针 | | | 5个穴位 | 32 | 27 | 23 | 医保 | | | | |
| 004300000 020000- 430000002 | 430000002 | 治疗费 | 9 | 中医治疗费 | 12 | 温针 | | | 5个穴位 | 27 | 23 | 19.6 | 医保 | | | | 内热针治疗市级医院41元、县级医院35元、基层医疗机构30元 |
| 004300000 020000- 430000002 01 | 4300000201 | 治疗费 | 9 | 中医治疗费 | 12 | 内热针 | | | 5个穴位 | 41 | 35 | 30 | 医保 | | | | |
| 004600000 070000- 460000007 | 460000007 | 手术费 | 8 | 中医治疗费 | 12 | 混合痔外剥内扎术 | | | 次 | 594 | 505 | 429 | 医保 | | | | 单纯行内痔静脉套扎术按市级医院360元、县级医院306元、基层医疗机构260元收取 |
| 004600000 070000- 460000007 02 | 46000000702 | 手术费 | 8 | 中医治疗费 | 12 | 内痔静脉套扎术 | | | 次 | 360 | 306 | 260 | 医保 | | | | |
| 003303000 040000- 330300004 | 330300004 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 甲状旁腺移植术 | 取自体新鲜甲状旁腺组织植入或注入胸锁乳突肌或臂肢肌肉内,缝合切口。 | | 次 | 1458 | 1239 | 1053 | 医保 | | | | |
| 003303000 040000- 330300004 01 | 33030000401 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿甲状旁腺移植术 | | | 次 | 1895 | 1611 | 1369 | 医保 | | | | |
| 003305020 120000- 330502012 | 330502012 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 咽鼓管扩张术 | 按照临床操作规范,通过扩张咽鼓管狭窄处,达到咽鼓管再通。 | | 次 | 675 | 574 | 488 | 医保 | | | | |
| 003305020 120000- 330502012 01 | 33050201201 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿咽鼓管扩张术 | | | 次 | 878 | 746 | 634 | 医保 | | | | |
| 003305020 120000- 330502012 02 | 33050201202 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 经鼻内镜咽鼓管扩张术 | | | 次 | 855 | 727 | 618 | 医保 | | | | |
| 003305020 120000- 330502012 03 | 33050201203 | 手术费 | 8 | 手术治疗费 | 10 | 小儿经鼻内镜咽鼓管扩张术 | | | 次 | 1058 | 899 | 764 | 医保 | | | | |
| <p>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)。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>说明: 根据《漳州市人民政府关于印发漳州市职工基本医疗保险实施办法的通知》(漳政综〔2021〕107号)和《漳州市医疗保障局 漳州市财政局 漳州市卫生健康委员会关于调整我市城乡居民基本医疗保险部分政策待遇的通知》(漳医保〔2021〕96号)要求,以上医疗服务项目(医用耗材)乙类自付比例10%以上(不含10%)的部分提高5个百分点,即20%提高到25%、30%提高到35%。</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | |