

厦门市医疗机构部分医疗服务价格项目及公立医疗机构价格调整表

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
1	012010001000	120100010	护理费	04	护理费	03	气管切开护理	含吸痰、药物滴入、定时消毒、更换套管及纱布；包括气管插管护理	引流管、一次性气管套管、一次性吸痰管	日	40	40	38		医保		
2	012010001001	12010001001	护理费	04	护理费	03	气管切开护理（气管插管护理）			日	40	40	38		医保		
3	012010001200	120100012	护理费	04	护理费	03	造瘘护理		一次性造瘘管、一次性膀胱造瘘、空残肠造瘘盒、造瘘袋(含造瘘底盘)、双腔硅	次	15	15	13		医保		
4	025010100800	250101008	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞沉降率测定（ESR）			项	6	6	5		医保		
5	025010101500	250101015	化验费	06	实验室诊断费	06	血细胞分析	指全血细胞计数，含检验不低于15单项指标		套	10	9	8	①全血细胞计数+三分类三级加收8元，二级和一级及一级以下加收7元；②全血细胞计数+五分类三级加收15元，二级和一级及一级以下加收14元；③全血细胞计数+六分类三级加收20元，二级和一级及一级以下加收18元。	医保		
6	025010101501	25010101501	化验费	06	实验室诊断费	07	血细胞分析（全血细胞计数+三分类）			套	18	16	15	全血细胞计数+三分类	医保		
7	025010101502	25010101502	化验费	06	实验室诊断费	08	血细胞分析（全血细胞计数+五分类）			套	25	23	22	全血细胞计数+五分类	医保		
8	025010101503	25010101503	化验费	06	实验室诊断费	09	血细胞分析（全血细胞计数+六分类）			套	30	27	26	全血细胞计数+六分类	医保		
9	025010101700	250101017	化验费	06	实验室诊断费	06	出血时间测定			项	5	5	5		医保		
10	025010200600	250102006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白定量			项	5	4	4		医保		
11	025010200700	250102007	化验费	06	实验室诊断费	06	尿本-周氏蛋白定性检查			项	5	4	4		医保		
12	025010202100	250102021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿妊娠试验			项	5	5	5		医保		
13	025010202400	250102024	化验费	06	实验室诊断费	06	尿沉渣定量	对离心后的尿液沉渣物进行检查，含细胞、管型、结晶、寄生虫及虫卵等检测		次	20	18	17		医保		
14	025010203400	250102034	化验费	06	实验室诊断费	06	尿红细胞位相			项	20	16	15		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
15	025010203500	250102035	化验费	06	实验室诊断费	06	尿液分析	含8-11项		次	10	9	9		医保		
16	025010300200	250103002	化验费	06	实验室诊断费	06	隐血试验	包括粪便、呕吐物、痰液、分泌物、脑脊液、胸腹水等体液		项	8	6	6		医保		
17	025020100400	250201004	化验费	06	实验室诊断费	06	造血干细胞计数			项	160	80	72		医保		
18	025020100600	250201006	化验费	06	实验室诊断费	06	白血病免疫分型			项	80	64	60		医保		
19	025020200300	250202003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清结合球蛋白测定(HP)			项	10	8	8		医保		
20	025020202600	250202026	化验费	06	实验室诊断费	06	血红蛋白电泳			项	45	36	34		医保		
21	025020203600	250202036	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞电泳测定			次	35	28	26		医保		
22	025020203700	250202037	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞膜蛋白电泳测定			次	35	28	26		医保		
23	025020300100	250203001	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板相关免疫球蛋白(PAIG)测定	PAIG、IgA、IgM等分别参照执行		项	50	40	38		医保		
24	025020300101	25020300101	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板相关免疫球蛋白(PAIG)测定			项	50	40	38	每次检测计费一次,PAIG参照执行	医保		
25	025020300102	25020300102	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板相关免疫球蛋白(PAIG)测定			项	50	40	38	每次检测计费一次,PAIG参照执行	医保		
26	025020300103	25020300103	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板相关免疫球蛋白(PAIG)测定			项	50	40	38	每次检测计费一次,PAIG参照执行	医保		
27	025020300200	250203002	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板相关补体C3测定(PAC3)			项	60	48	45		医保		
28	025020300300	250203003	化验费	06	实验室诊断费	06	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定	IIb/IIIa、Ib/IX分别参照执行		项	80	64	60		医保		
29	025020300301	25020300301	化验费	06	实验室诊断费	06	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定(IIb/IIIa)			项	80	64	60	每次检测计费一次,IIb/IIIa参照执行	医保		
30	025020300302	25020300302	化验费	06	实验室诊断费	06	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定(Ib/IX)			项	80	64	60	每次检测计费一次,Ib/IX参照执行	医保		
31	025020300500	250203005	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板膜α颗粒膜蛋白140测定(GMP-140)			项	60	48	45		医保		
32	025020300900	250203009	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆内皮素测定(ET)			项	60	48	45		医保		
33	025020301000	250203010	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板粘附功能测定(PAdT)			项	30	24	23		医保		
34	025020301100	250203011	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板聚集功能测定(PAgT)			项	40	32	30		医保		
35	025020301400	250203014	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板第4因子测定(PF4)			项	36	28	26		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
36	025020301900	250203019	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆血栓烷B2测定(TXB2)			项	36	28	26		医保		
37	025020302000	250203020	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆凝血酶原时间测定(PT)			项	12	9	8		医保		
38	025020302100	250203021	化验费	06	实验室诊断费	06	复钙时间测定及其纠正试验			项	20	16	15		医保		
39	025020302200	250203022	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶原时间纠正试验			项	20	16	15		医保		
40	025020302300	250203023	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶原消耗及纠正试验			项	10	9	8		医保		
41	025020302400	250203024	化验费	06	实验室诊断费	06	白陶土部分凝血活酶时间测定(KPTT)			项	20	16	15		医保		
42	025020302500	250203025	化验费	06	实验室诊断费	06	活化部分凝血活酶时间测定(APTT)			项	20	16	15		医保		
43	025020302700	250203027	化验费	06	实验室诊断费	06	简易凝血活酶生成试验			项	40	32	30		医保		
44	025020303000	250203030	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆纤维蛋白原测定			项	20	16	15		医保		
45	025020303100	250203031	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆凝血因子活性测定	包括因子II、V、VII、VIII、IX、X、XI、XII、XIII分别参照收费		项	100	80	75		医保		
46	025020303200	250203032	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆因子VIII抑制物定性测定			项	30	24	23		医保		
47	025020303300	250203033	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆因子VIII抑制物定量测定			项	30	24	23		医保		
48	025020303500	250203035	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶时间测定(TT)			项	12	9	8		医保		
49	025020304300	250203043	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆纤溶酶原活性测定(PLGA)			项	20	18	17		医保		
50	025020304400	250203044	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆纤溶酶原抗原测定(PLGAg)			项	20	18	17		医保		
51	025020304500	250203045	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆α2纤溶酶抑制物活性测定(α2-PIA)			项	20	18	17		医保		
52	025020304600	250203046	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆α2纤溶酶抑制物抗原测定(α2-PIAg)			项	20	18	17		医保		
53	025020304700	250203047	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆抗凝血酶III活性测定(AT-III A)			项	20	18	17		医保		
54	025020304800	250203048	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆抗凝血酶III抗原测定(AT-III Ag)			项	20	18	17		医保		
55	025020304900	250203049	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶抗凝血酶III复合物测定(TAT)			次	70	63	60		医保		
56	025020306600	250203066	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)			项	70	56	53		医保		
57	025020306700	250203067	化验费	06	实验室诊断费	06	α2-巨球蛋白测定			项	40	32	30				

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
58	025020306800	250203068	化验费	06	实验室诊断费	06	人类白细胞抗原B27测定 (HLA-B27)			项	80	70	64		医保		
59	025020308000	250203080	化验费	06	实验室诊断费	06	血栓弹力试验 (TEG)			次	220	176	165		医保	10%	
60	025030100100	250301001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总蛋白测定			项	3	3	3		医保		
61	025030100200	250301002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清白蛋白测定			项	3	3	3		医保		
62	025030100600	250301006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清前白蛋白测定			项	14	14	12		医保		
63	025030100700	250301007	化验费	06	实验室诊断费	06	血清转铁蛋白测定			项	15	14	13		医保		
64	025030100800	250301008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清铁蛋白测定			项	20	18	17		医保		
65	025030101000	250301010	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液总蛋白测定			项	3	3	3		医保		
66	025030101200	250301012	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液白蛋白测定			项	8	7	6		医保		
67	025030101400	250301014	化验费	06	实验室诊断费	06	$\beta$ 2微球蛋白测定	血清和尿标本分别参照执行		项	20	18	17		医保		
68	025030101500	250301015	化验费	06	实验室诊断费	06	$\alpha$ 1抗胰蛋白酶测定			项	15	14	13		医保		
69	025030200100	250302001	化验费	06	实验室诊断费	06	葡萄糖测定	血清、脑脊液、尿标本分别参照执行		次	5	4	4		医保		
70	025030200300	250302003	化验费	06	实验室诊断费	06	糖化血红蛋白测定			项	75	60	58		医保		
71	025030300100	250303001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆固醇测定			项	6	5	5		医保		
72	025030300200	250303002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甘油三酯测定			项	6	5	5		医保		
73	025030400100	250304001	化验费	06	实验室诊断费	06	钾测定			项	6	5	4		医保		
74	025030400200	250304002	化验费	06	实验室诊断费	06	钠测定			项	6	5	4		医保		
75	025030400300	250304003	化验费	06	实验室诊断费	06	氯测定			项	6	5	4		医保		
76	025030400400	250304004	化验费	06	实验室诊断费	06	钙测定			项	6	5	4		医保		
77	025030400500	250304005	化验费	06	实验室诊断费	06	无机磷测定			项	6	5	4		医保		
78	025030400600	250304006	化验费	06	实验室诊断费	06	镁测定			项	6	5	4		医保		
79	025030400700	250304007	化验费	06	实验室诊断费	06	铁测定			项	7	6	6		医保		
80	025030400900	250304009	化验费	06	实验室诊断费	06	全血铅测定			项	15	12	11		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
81	025030401000	250304010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清碳酸氢盐(HCO3)测定	含血清总二氧化碳(TCO2)测定		项	6	5	5		医保		
82	025030401100	250304011	化验费	06	实验室诊断费	06	血一氧化碳分析			项	9	9	8		医保		
83	025030500100	250305001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆红素测定			项	6	6	5		医保		
84	025030500200	250305002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清直接胆红素测定			项	6	6	5		医保		
85	025030500300	250305003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清间接胆红素测定			项	6	6	5		医保		
86	025030500500	250305005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆汁酸测定			项	22	18	17		医保		
87	025030500600	250305006	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆氨测定			项	18	16	14		医保		
88	025030500700	250305007	化验费	06	实验室诊断费	06	血清丙氨酸氨基转移酶测定			项	6	5	5		医保		
89	025030500800	250305008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清天门冬氨酸氨基转移酶测定			项	6	5	4		医保		
90	025030500900	250305009	化验费	06	实验室诊断费	06	血清γ-谷氨酰基转移酶测定			项	6	5	4		医保		
91	025030501100	250305011	化验费	06	实验室诊断费	06	血清碱性磷酸酶测定			项	6	5	4		医保		
92	025030501300	250305013	化验费	06	实验室诊断费	06	血清骨型碱性磷酸酶质量测定			项	30	24	23		医保		
93	025030501400	250305014	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胆碱脂酶测定			项	6	5	4		医保		
94	025030502600	250305026	化验费	06	实验室诊断费	06	人Ⅲ型前胶原肽(PⅢP)测定			项	40	32	30		医保		
95	025030600100	250306001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌酸激酶测定			项	10	10	9		医保		
96	025030600200	250306002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定			项	26	21	20		医保		
97	025030600500	250306005	化验费	06	实验室诊断费	06	乳酸脱氢酶测定	血清、脑脊液及胸腹水标本分别参照执行		项	6	5	4		医保		
98	025030600800	250306008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白T测定			项	80	72	68		医保		
99	025030600900	250306009	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白I测定			项	100	90	85		医保		
100	025030601000	250306010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌红蛋白测定			项	30	27	26		医保		
101	025030601100	250306011	化验费	06	实验室诊断费	06	血同型半胱氨酸测定			项	55	55	50		医保		
102	025030601200	250306012	化验费	06	实验室诊断费	06	B型钠尿肽(BNP)测定			次	150	135	130		医保		
103	025030601300	250306013	化验费	06	实验室诊断费	06	B型钠尿肽前体(PRO-BNP)测定			次	150	135	130		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
104	025030700100	250307001	化验费	06	实验室诊断费	06	尿素测定	血清或尿标本分别参照执行		项	6	6	5		医保		
105	025030700200	250307002	化验费	06	实验室诊断费	06	肌酐测定	血清或尿标本分别参照执行		项	6	6	5		医保		
106	025030700400	250307004	化验费	06	实验室诊断费	06	指甲肌酐测定			项	5	5	5		医保		
107	025030700600	250307006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿微量白蛋白测定			项	52	47	44	报告尿mAlb/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
108	025030700700	250307007	化验费	06	实验室诊断费	06	尿转铁蛋白测定			项	15	14	13	报告尿TF/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
109	025030700800	250307008	化验费	06	实验室诊断费	06	尿 $\alpha$ 1微量球蛋白测定			项	30	24	23	报告g-尿Cr比值时加收尿肌酐测定费用	医保		
110	025030700900	250307009	化验费	06	实验室诊断费	06	$\beta$ 2微球蛋白测定	血清和尿标本分别参照执行		项	/	/	/		医保		
111	025030701000	250307010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白电泳分析			次	100	80	75		医保		
112	025030702300	250307023	化验费	06	实验室诊断费	06	尿结石成份分析			项	30	27	24		医保		
113	025030702900	250307029	化验费	06	实验室诊断费	06	$\alpha$ 1-微球蛋白测定	包括血清及尿标本		项	30	24	23		医保		
114	025030800100	250308001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清酸性磷酸酶测定			项	7	7	6		医保		
115	025030800200	250308002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定			项	10	9	8		医保		
116	025030800400	250308004	化验费	06	实验室诊断费	06	淀粉酶测定	血清、尿或腹水分别参照执行		项	5	5	5		医保		
117	025030800600	250308006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清脂肪酶测定			项	10	10	9		医保		
118	025030800800	250308008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清骨钙素测定			项	36	32	30		医保		
119	025031000100	250310001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促甲状腺激素测定			项	50	40	38		医保		
120	025031000200	250310002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清泌乳素测定			项	50	40	38		医保		
121	025031000300	250310003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清生长激素测定			项	50	40	38		医保		
122	025031000400	250310004	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促卵泡刺激素测定			项	50	40	38		医保		
123	025031000500	250310005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促黄体生成素测定			项	50	40	38		医保		
124	025031000600	250310006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促肾上腺皮质激素测定			项	50	40	38		医保		
125	025031000700	250310007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗利尿激素测定			项	50	40	38		医保		
126	025031000800	250310008	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素测定			项	50	40	38		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
127	025031000900	250310009	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状旁腺激素测定			项	50	40	38		医保		
128	025031001000	250310010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甲状腺素(T4)测定			项	50	40	38		医保		
129	025031001100	250310011	化验费	06	实验室诊断费	06	血清三碘甲状原氨酸(T3)测定			项	40	32	30		医保		
130	025031001200	250310012	化验费	06	实验室诊断费	06	血清反T3测定			项	40	32	30		医保		
131	025031001300	250310013	化验费	06	实验室诊断费	06	血清游离甲状腺素(FT4)测定			项	50	40	38		医保		
132	025031001400	250310014	化验费	06	实验室诊断费	06	血清游离三碘甲状原氨酸(FT3)测定			项	50	40	38		医保		
133	025031001500	250310015	化验费	06	实验室诊断费	06	血清T3摄取实验			项	50	40	38		医保		
134	025031001600	250310016	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甲状腺球蛋白测定			项	50	40	38		医保		
135	025031001700	250310017	化验费	06	实验室诊断费	06	促甲状腺素受体抗体测定			项	50	40	38		医保		
136	025031001800	250310018	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆皮质醇测定			项	36	28	26		医保		
137	025031001900	250310019	化验费	06	实验室诊断费	06	24小时尿游离皮质醇测定			项	60	48	45		医保		
138	025031002000	250310020	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-羟皮质类固醇测定			项	72	58	54		医保		
139	025031002100	250310021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-酮类固醇测定			项	72	58	54		医保		
140	025031002200	250310022	化验费	06	实验室诊断费	06	血清脱氢表雄酮及硫酸酯测定			项	50	40	38		医保		
141	025031002300	250310023	化验费	06	实验室诊断费	06	醛固酮测定			项	50	40	38		医保		
142	025031002400	250310024	化验费	06	实验室诊断费	06	尿儿茶酚胺测定			项	50	40	38		医保		
143	025031002500	250310025	化验费	06	实验室诊断费	06	尿香草苦杏仁酸(VMA)测定			项	30	24	23		医保		
144	025031003000	250310030	化验费	06	实验室诊断费	06	睾酮测定			项	50	40	38		医保		
145	025031003100	250310031	化验费	06	实验室诊断费	06	血清双氢睾酮测定			项	50	40	38		医保		
146	025031003200	250310032	化验费	06	实验室诊断费	06	雄烯二酮测定			项	50	40	38		医保		
147	025031003300	250310033	化验费	06	实验室诊断费	06	17 $\alpha$ 羟孕酮测定			项	50	40	38		医保		
148	025031003400	250310034	化验费	06	实验室诊断费	06	雌酮测定			项	50	40	38		医保		
149	025031003500	250310035	化验费	06	实验室诊断费	06	雌三醇测定			项	50	40	38		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
150	025031003600	250310036	化验费	06	实验室诊断费	06	雌二醇测定			项	50	40	38		医保		
151	025031003700	250310037	化验费	06	实验室诊断费	06	孕酮测定			项	50	40	38		医保		
152	025031003800	250310038	化验费	06	实验室诊断费	06	血清人绒毛膜促性腺激素测定			项	36	28	26		医保		
153	025031003900	250310039	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰岛素测定			项	40	32	30		医保		
154	025031004000	250310040	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰高血糖素测定			项	42	34	32		医保		
155	025031004100	250310041	化验费	06	实验室诊断费	06	血清C肽测定			项	45	41	38		医保		
156	025031004200	250310042	化验费	06	实验室诊断费	06	C肽兴奋试验			项	30	27	24		医保		
157	025031004300	250310043	化验费	06	实验室诊断费	06	血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定			项	60	48	45		医保		
158	025031004400	250310044	化验费	06	实验室诊断费	06	胃泌素测定			项	50	40	38		医保		
159	025031004700	250310047	化验费	06	实验室诊断费	06	肾上腺素测定			项	40	32	30		医保		
160	025031004800	250310048	化验费	06	实验室诊断费	06	去甲肾上腺素测定			项	50	40	38		医保		
161	025031004900	250310049	化验费	06	实验室诊断费	06	胆囊收缩素测定			项	50	40	38		医保		
162	025031005000	250310050	化验费	06	实验室诊断费	06	心钠素测定			项	35	32	30		医保		
163	025031005300	250310053	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状腺球蛋白(TG)测定			项	45	41	38		医保		
164	025031005400	250310054	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素原检测			项	150	120	115		医保		
165	025031005500	250310055	化验费	06	实验室诊断费	06	特异β人绒毛膜促性腺激素(β-HCG)测定			项	45	41	38		医保		
166	625031100700	250311007	化验费	06	实验室诊断费	06	可溶性细胞间黏附分子-1(sICAM-1)检测			次	60	54	51		医保		
167	025040101400	250401014	化验费	06	实验室诊断费	06	各种白介素测定			项	52	47	44	每种测定计费一次	医保	10%	
168	025040101900	250401019	化验费	06	实验室诊断费	06	总补体测定(CH50)			项	15	14	13		医保		
169	025040102000	250401020	化验费	06	实验室诊断费	06	单项补体测定	包括C1q、C1r、C1s、C2-C9, 血、尿标本分别参照执行		项	15	12	11		医保		
170	025040102300	250401023	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白定量测定	IgA, IgG, IgM, IgD, IgE 分别参照执行		项	20	16	15		医保		
171	025040102500	250401025	化验费	06	实验室诊断费	06	C-反应蛋白测定(CRP)			项	30	24	23		医保		



序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
172	025040102700	250401027	化验费	06	实验室诊断费	06	轻链KAPPA、LAMBDA定量(K-LC, λ-LC)			项	50	40	38	每种测定计费一次	医保		
173	025040102800	250401028	化验费	06	实验室诊断费	06	铜蓝蛋白测定			项	35	28	26		医保		
174	025040103000	250401030	化验费	06	实验室诊断费	06	活化淋巴细胞测定			项	50	40	38		医保		
175	025040103100	250401031	化验费	06	实验室诊断费	06	血细胞簇分化抗原(CD)系列检测			每个抗原	70	56	53		医保		
176	025040103300	250401033	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定	含IgG1、IgG2、IgG3、IgG4、IgA1、IgA2; 每种亚类分别计价		份	110	88	83		医保		
177	025040103301	25040103301	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgG1)			份	110	88	83		医保		
178	025040103302	25040103302	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgG2)			份	110	88	83		医保		
179	025040103303	25040103303	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgG3)			份	110	88	83		医保		
180	025040103304	25040103304	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgG4)			份	110	88	83		医保		
181	025040103305	25040103305	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgA1)			份	110	88	83		医保		
182	025040103306	25040103306	化验费	06	实验室诊断费	06	免疫球蛋白亚类定量测定(IgA2)			份	110	88	83		医保		
183	025040200300	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、抗着丝点抗体测定分别参照执行		项	20	18	17		医保		
184	025040200400	250402004	化验费	06	实验室诊断费	06	抗单链DNA测定			项	20	18	17		医保		
185	025040200600	250402006	化验费	06	实验室诊断费	06	抗双链DNA测定(抗dsDNA)			项	40	36	34		医保		
186	025040200700	250402007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗线粒体抗体测定(AMA)			项	20	18	17		医保		
187	025040201500	250402015	化验费	06	实验室诊断费	06	抗心肌抗体测定(AHA)			项	20	16	15		医保		
188	025040201700	250402017	化验费	06	实验室诊断费	06	抗甲状腺球蛋白抗体测定(TGAb)			项	30	27	24		医保		
189	025040201800	250402018	化验费	06	实验室诊断费	06	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)			项	36	32	30		医保		
190	025040201900	250402019	化验费	06	实验室诊断费	06	抗肾小球基底膜抗体测定			项	45	36	34		医保		
191	025040202600	250402026	化验费	06	实验室诊断费	06	抗胰岛素抗体测定			项	45	36	34		医保		
192	025040203500	250402035	化验费	06	实验室诊断费	06	类风湿因子(RF)测定			项	15	12	11		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
193	025040204000	250402040	化验费	06	实验室诊断费	06	抗肝肾微粒体抗体(LKM)测定			项	35	28	26		医保		
194	625040205000	250402050	化验费	06	实验室诊断费	06	抗甲状腺过氧化物酶抗体(TPOAb)测定			项	54	50	46		医保		
195	025040300100	250403001	化验费	06	实验室诊断费	06	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	IgG、IgM分别参照执行		项	14	11	11	每项测定计费一次	医保		
196	025040300200	250403002	化验费	06	实验室诊断费	06	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)			项	20	16	15		医保		
197	025040300300	250403003	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎DNA定量测定			次	150	120	115	载量灵敏度 $\leq$ 20IU/ML按400元/次收取。	医保		
198	025040300302	25040300302	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎DNA定量测定(载量灵敏度 $\leq$ 20IU/ML)			次	400	/	/	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PCR阴性标本的复检
199	025040300400	250403004	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)			项	5	5	5	定量检测28元	医保		
200	025040300403	25040300403	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)(定量检测)			项	28	28	26		医保		
201	025040300500	250403005	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)			项	5	5	5	定量检测28元	医保		
202	025040300503	25040300503	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)(定量检测)			项	28	28	26		医保		
203	025040300600	250403006	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)			项	5	5	5		医保		
204	025040300700	250403007	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎e抗体测定(Anti-HBe)			项	5	5	5		医保		
205	025040300800	250403008	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎核心抗原测定(HBcAg)			项	5	5	5		医保		
206	025040300900	250403009	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)			项	5	5	5		医保		
207	025040301000	250403010	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎核心IgM抗体测定(Anti-HBcIgM)			项	5	5	5		医保		
208	025040301300	250403013	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎RNA定量测定			次	150	120	113	载量灵敏度 $\leq$ 20IU/ML按400元/次收取	医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
209	025040301302	25040301302	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎RNA定量测定(载量灵敏度≤20IU/ML)			次	400	/	/	限临床丙肝治疗	医保		限于抗病毒规范治疗后的疗效监测和常规PCR阴性标本的复检,每年不超过4次。
210	025040301400	250403014	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎抗体测定(Anti-HCV)			项	45	41	38		医保		
211	025040301700	250403017	化验费	06	实验室诊断费	06	戊型肝炎抗体测定(Anti-HEV)	IgG、IgM分别参照执行		项	25	20	19	每项测定计费一次	医保		
212	025040301800	250403018	化验费	06	实验室诊断费	06	庚型肝炎IgG抗体测定(Anti-HGVlgG)			项	25	20	19		医保		
213	025040301900	250403019	化验费	06	实验室诊断费	06	人免疫缺陷病毒抗体测定(Anti-HIV)			项	65	59	55		医保		
214	025040302000	250403020	化验费	06	实验室诊断费	06	弓形体抗体测定	IgG、IgM分别参照执行		项	45	36	34	每项测定计费一次	医保		
215	025040302100	250403021	化验费	06	实验室诊断费	06	风疹病毒抗体测定	IgG、IgM分别参照执行		项	45	36	34	每项测定计费一次	医保		
216	025040302300	250403023	化验费	06	实验室诊断费	06	单纯疱疹病毒抗体测定	包括IgG、IgM, I型、II型分别参照执行		项	45	36	34	每项测定计费一次	医保		
217	025040302500	250403025	化验费	06	实验室诊断费	06	EB病毒抗体测定	包括IgG、IgM、IgA、EBV-CA、EBV-EA、EBNA (EBVlgG、IgM、EBV-EA IgG、EBNA-G)		项	30	24	23	每项测定计费一次	医保		
218	025040303100	250403031	化验费	06	实验室诊断费	06	腺病毒抗体测定			项	35	28	26		医保		
219	025040303400	250403034	化验费	06	实验室诊断费	06	狂犬病毒抗体测定			项	30	24	23		医保		
220	025040304100	250403041	化验费	06	实验室诊断费	06	布氏杆菌凝集试验			项	70	56	53		医保		
221	025040304200	250403042	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定	结核杆菌、破伤风杆菌、百日咳杆菌、军团菌、幽门螺杆菌等分别参照执行		项	50	40	38	每项测定计费一次	医保		
222	025040304201	25040304201	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定(结核杆菌)			项	50	40	38	结核杆菌	医保		
223	025040304202	25040304202	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定(破伤风杆菌)			项	50	40	38	破伤风杆菌	医保		
224	025040304203	25040304203	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定(百日咳杆菌)			项	50	40	38	百日咳杆菌	医保		
225	025040304204	25040304204	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定(军团菌)			项	50	40	38	军团菌	医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
226	025040304205	25040304205	化验费	06	实验室诊断费	06	细菌抗体测定(幽门螺杆菌)			项	50	40	38	幽门螺杆菌	医保		
227	025040304300	250403043	化验费	06	实验室诊断费	06	抗链球菌溶血素O测定(ASO)			项	30	24	23		医保		
228	025040305000	250403050	化验费	06	实验室诊断费	06	肺炎支原体血清学试验			项	65	52	50		医保		
229	025040305300	250403053	化验费	06	实验室诊断费	06	梅毒螺旋体特异抗体测定			项	45	36	34				
230	025040307100	250403071	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎病毒(HCV)基因分型			次	100	80	75		医保		
231	025040307200	250403072	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎病毒(HBV)基因分型			次	100	80	75		医保		
232	625040308200	250403082	化验费	06	实验室诊断费	06	结核感染T细胞检测	受到结核分枝杆菌抗原刺激致敏的T淋巴细胞(T细胞)再次遇到相同抗原时可产生γ-干扰素,通过检测全血或者分离自全血的外周血单个核细胞(PBMC)在结核分枝杆菌特异性抗原刺激下产生的γ-干扰素,判断受试者是否存在结核分枝杆菌感染。		次	400	/	/				
233	025040402100	250404021	化验费	06	实验室诊断费	06	I型胶原吡啶交联终肽测定(ICTP)			项	100	80	75		医保		
234	025040402400	250404024	化验费	06	实验室诊断费	06	等克分子前列腺特异抗原测定			项	60	48	45		医保		
235	025050100900	250501009	化验费	06	实验室诊断费	06	一般细菌培养及鉴定			项	70	56	53		医保		
236	025050101000	250501010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿培养加菌落计数			项	80	64	60		医保		
237	025050101100	250501011	化验费	06	实验室诊断费	06	血培养及鉴定			项	100	80	75		医保		
238	025050101200	250501012	化验费	06	实验室诊断费	06	厌氧菌培养及鉴定			项	90	72	68		医保		
239	025050101300	250501013	化验费	06	实验室诊断费	06	结核菌培养	专用培养管		项	100	80	75		医保		
240	025050101400	250501014	化验费	06	实验室诊断费	06	淋球菌培养			项	80	64	60				
241	025050101500	250501015	化验费	06	实验室诊断费	06	白喉棒状杆菌培养及鉴定			项	100	80	75		医保		
242	025050101600	250501016	化验费	06	实验室诊断费	06	百日咳杆菌培养			项	100	80	75		医保		未成年人
243	025050101700	250501017	化验费	06	实验室诊断费	06	嗜血杆菌培养			项	80	64	60		医保		
244	025050101800	250501018	化验费	06	实验室诊断费	06	霍乱弧菌培养			项	80	64	60		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
245	025050101900	250501019	化验费	06	实验室诊断费	06	副溶血弧菌培养			项	60	54	51		医保		
246	025050102000	250501020	化验费	06	实验室诊断费	06	L型菌培养			项	60	54	51		医保		
247	025050102100	250501021	化验费	06	实验室诊断费	06	空肠弯曲菌培养			项	60	54	51		医保		
248	025050102200	250501022	化验费	06	实验室诊断费	06	幽门螺杆菌培养及鉴定			项	60	54	51		医保		
249	025050102300	250501023	化验费	06	实验室诊断费	06	军团菌培养			项	70	63	60		医保		
250	025050102700	250501027	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌培养及鉴定			项	70	56	53		医保		
251	025050102900	250501029	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌培养			每个取材部位	30	24	23		医保		
252	025050103000	250501030	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌系统鉴定			项	40	32	30		医保		
253	025050103100	250501031	化验费	06	实验室诊断费	06	衣原体检查			项	40	36	34		医保		
254	025050103500	250501035	化验费	06	实验室诊断费	06	轮状病毒检测			项	40	36	34		医保		
255	025050104000	250501040	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌D-葡聚糖检测	包括真菌D-肽聚糖检测。		项	100	90	85		医保		
256	025050200100	250502001	化验费	06	实验室诊断费	06	常规药敏定性试验			每种药物	7	6	6		医保		
257	025050200200	250502002	化验费	06	实验室诊断费	06	常规药敏定量试验(MIC)			每种药物	10	9	8		医保		
258	025050200400	250502004	化验费	06	实验室诊断费	06	结核菌药敏试验	专用培养管		每种药物	30	24	23		医保		
259	025050200900	250502009	化验费	06	实验室诊断费	06	体液抗生素浓度测定	氨基糖甙类药物等分别参照执行		每种药物	60	48	45		医保		
260	025050201000	250502010	化验费	06	实验室诊断费	06	肿瘤细胞化疗药物敏感试验			每种药物	70	56	53		医保		
261	025050300600	250503006	化验费	06	实验室诊断费	06	内毒素定量测定			项	38	30	29		医保		
262	025060200100	250602001	化验费	06	实验室诊断费	06	各种寄生虫免疫学检查			项	15	12	11	每种寄生虫检查计费一次	医保		
263	025070000300	250700003	化验费	06	实验室诊断费	06	血高分辨染色体检查			项	160	144	136		医保		
264	025070001000	250700010	化验费	06	实验室诊断费	06	唐氏综合症筛查			项	100	90	85	限具备产前诊断筛查机构资质的医疗机构开展	医保		
265	025070001300	250700013	化验费	06	实验室诊断费	06	染色体分析	包括各种标本。		次	180	160	153		医保		
266	025070001400	250700014	化验费	06	实验室诊断费	06	培养细胞的染色体分析	包括各种标本，含细胞培养和染色体分析		次	380	200	170		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
267	025070001500	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	60	54	51		医保		
268	625070001900	250700019	化验费	06	实验室诊断费	06	化学药物用药指导的基因检测	检测基因相关突变位点。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,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测序等,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,发送报告;按规定处理废弃物;接受临床相关咨询。		项	360	360	306	项指1个基因。每药物检测超过1个基因的按650元收取。遗传性耳聋基因检测参照收取。	医保	10%	
269	625070001901	25070001901	化验费	06	实验室诊断费	06	化学药物用药指导的基因检测 (超过1个基因检测)			项	650	650	552		医保	10%	
270	625070001902	25070001902	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测			项	360	360	306		医保	10%	
271	625070001903	25070001903	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测 (超过1个基因检测)			项	650	650	552		医保	10%	
272	026000001600	260000016	化验费	06	实验室诊断费	06	白细胞特异性和组织相关融合性 (HLA) 抗体检测			次	50	40	38		医保		
273	026000001900	260000019	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板交叉配合试验	样本类型:血液。针对供者血小板GPII B/III A和HLA I类抗原的IgG抗体,制备并重悬供者及患者血小板扣后,将供者血小板与患者血清混合使其体外致敏,加入裂解液使供者血小板糖蛋白更好地与板底的抗体结合,同时加阳性及阴性对照,加入二抗孵育后,加底物显色,终止反应后在相关检测仪器上读取吸光度值,检测,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	90	/	/	限血液病患者	医保	20%	

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下				
274	027050000200	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，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	100	90	85	快速法三级150、二级135元，一级及一级128元。ALK蛋白伴随诊断三级640元/次，二级576元/次，一级及一级以下518元/次。	医保		
275	027050000201	27050000201	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组织化学染色诊断(快速法)			每个标本，每种染色	150	135	128		医保		
276	027050000202	27050000202	检查费	05	病理诊断费	05	ALK蛋白伴随诊断			次	640	576	518		医保		
277	627070000600	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/细胞HER2、ALK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	1200	1080	1000	项指一个基因。源于外周血的标本按照检验科同种基因项目价格收取，无同种基因检验项目的减半收取。			
278	627070000700	270700007	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量脱氧核糖核酸(DNA)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；裂解，经反复离心及相应化学试剂去除蛋白，回收DNA，PCR反应，对EGFR、KRAS、ROS1、BRAF等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	1800	1620	1500	项指一个基因。源于外周血的标本按照检验科同种基因项目价格收取，无同种基因检验项目的减半收取。恒温扩增减半收取。			

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
279	031010001600	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	150	130	111	脑脊液动力学检查三级加收35元，二级加收30元，一级及一级以下加收26元。六岁及以下儿童在原价基础上加收	医保		
280	031010001601	31010001601	治疗费	09	手术治疗费	10	腰椎穿刺术（脑脊液动力学检查）			次	185	160	137	脑脊液动力学检查	医保		
281	031010001602	31010001602	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰椎穿刺术			次	180	156	133		医保		
282	031010001603	31010001603	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腰椎穿刺术（脑脊液动力学检查）			次	222	192	164	脑脊液动力学检查	医保		
283		3105					5. 口腔颌面		1.口腔特殊一次性卫生材料:一次性注射器、进口托牙粉、一次性橡皮障、一次性口腔检查盘;2.器械:咀嚼肌肌电图、咬合片、明胶等咀嚼物、导(阻)萌式、丝圈式保持器;3.口腔特殊用药:特殊麻药;4.传染病特殊消耗物品					正畸专业治疗18岁以上成人加收100%			
284	031051000200	310510002	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	氟防龋治疗	包括局部涂氟、氟液含漱、氟打磨	进口氟制剂、氟化泡沫、氟漆、进口氟涂料	每牙	11	10	9		医保		
285	031051000300	310510003	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙脱敏治疗	包括氟化钠、酚制剂等药物	高分子脱敏剂、光固化脱敏剂、生物性脱敏剂	每牙	11	10	9	使用激光脱敏仪加收100%	医保		
286	031051100100	310511001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	简单充填术	含备洞、垫底、洞型设计、国产充填材料;包括I、V类洞的充填	化学固化复合树脂、光固化复合树脂、光固化高强度复合树脂、超强粘连剂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、用于ART充填的玻璃离子、流动树脂、流动复合体	每洞	33	30	26		医保		



序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
287	031051100200	310511002	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	复杂充填术	含龋齿的特殊检查(如检知液、光纤透照仪等)、备洞、垫底、洞形设计和充填;包括II、III、IV类洞及大面积缺损的充填、化学微创祛龋术	化学固化复合树脂、光固化复合树脂、光固化高强度复合树脂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、超强粘连剂、用于ART充填的玻璃离子、流动树脂	每洞	55	50	43		医保		
288	031051100300	310511003	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙体桩钉固位修复术	含备洞、垫底、洞形设计、打桩(钉)、充填;包括大面积缺损的充填	各种特殊贵金属材料、化学固化复合树脂、光固化复合树脂、光固化高强度复合树脂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、超强粘连剂、用于ART充填的玻璃离子、流动树脂、固位桩	每牙	60	60	54		医保	20%	
289	031051100400	310511004	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙体缺损粘接修复术	含牙体预备、酸蚀、粘接、充填	化学固化复合树脂、光固化复合树脂、光固化高强度复合树脂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、超强粘连剂、用于ART充填的玻璃离子、流动树脂	每牙	44	40	34				
290	031051100500	310511005	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	充填体抛光术	包括各类充填体的修整、抛光	抛光材料	每牙	6	5	4		医保		
291	031051100600	310511006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	前牙美容修复术	含牙体预备、酸蚀、粘接、修复;包括切角、切缘、关闭间隙、畸形牙改形、牙体缺陷和着色牙贴面等	超强粘连剂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、特殊前牙美容树脂、贴面树脂、瓷贴面	每牙				自主定价			

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
292	031051100700	310511007	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	树脂嵌体修复术	含牙体预备和嵌体修复	光固化树脂改良型玻璃离子、光固化高强度复合树脂、氢氧化钙类、水门汀类垫底材料、光固化垫底材料、超强粘连剂、用于ART充填的玻璃离子、流动树脂	每牙	220	180	153	高嵌体修复加收50%			
293	031051100701	31051100701	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	树脂嵌体修复术（高嵌体修复）			每牙	330	270	230	高嵌体修复			
294	031051100900	310511009	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙脱色术	包括氟斑牙、四环素牙、变色牙	特殊脱色材料	每牙次	8	7	6	使用特殊仪器加收5元			
295	031051100901	31051100901	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙脱色术（特殊仪器）			每牙次	13	12	10	使用特殊仪器			
296	031051101000	310511010	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙齿漂白术	包括内漂白和外漂白	特殊漂白材料	每牙次				自主定价			
297	031051101100	310511011	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	盖髓术	含备洞、间接盖髓或直接盖髓、垫底、安抚；包括龋齿的特殊检查	复合氢氧化钙类、中药类盖髓剂、氢氧化钙类盖髓剂、光固化盖髓剂	每牙	22	20	17		医保		
298	031051102700	310511027	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	后牙纵折固定术	含麻醉固定、调	根管治疗及特殊固定材料、高效麻药	每牙	55	50	43		医保		
299	031051200900	310512009	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	钙化桥打通术	指儿童年轻恒牙经活髓切断牙根或成人恒牙由于龋齿、外伤、慢性炎症等原因导致根管钙化，需要打通钙化，达到通畅根管，进行根管治疗修复	特殊根管充填材料如银尖、钛尖	每根管	88	80	68		医保		
300	031051300500	310513005	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙面光洁术	包括洁治后抛光；喷砂	一次性抛光材料、一次性用品	每牙	3	3	3				
301	031051300600	310513006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	牙龈保护剂塞治	含牙龈表面及牙间隙	牙龈保护剂	每牙	6	5	4		医保		
302	031060400500	310604005	治疗费	09	手术治疗费	10	胸腔穿刺术	含抽气、抽液、注药	一次性穿刺包	次	115	100	85	六岁及以下儿童在原价基础上加收20%	医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
303	031060400501	31060400501	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿胸腔穿刺术			次	138	120	102		医保		
304	031060501300	310605013	检查费	05	临床诊断项目费	08	胸腔镜检查	含活检；不含经胸腔镜的特殊治疗	管道、吻合器	次	660	550	468		医保		
305	631060501500	310605015	检查费	05	临床诊断项目费	08	超声支气管镜检查	咽部麻醉、润滑，插入超声支气管镜，观察气道变化，将超声水囊充满，观察支气管壁及壁外结构，定位后进行经支气管淋巴结活检。标本送细胞学和组织学等检查。不含病理学检查、活检。	穿刺针	次	650	/	/		医保	20%	
306	031060600100	310606001	治疗费	09	手术治疗费	10	经内镜胸部肿瘤特殊治疗	包括食管、气管、支气管、肺良性肿瘤或狭窄的治疗。指局部注药法	吻合器、生物蛋白胶	次	390	330	281	激光法、电凝法三级590元，二级495元，一级及一级以下421元	医保		
307	031060600101	31060600101	治疗费	09	手术治疗费	10	经内镜胸部肿瘤特殊治疗（激光法）			次	590	495	421	激光法	医保		
308	031060600102	31060600102	治疗费	09	手术治疗费	10	经内镜胸部肿瘤特殊治疗（电凝法）			次	590	495	421	电凝法	医保		
309	031070202200	310702022	治疗费	09	手术治疗费	10	心包穿刺术	包括心包引流	引流管	次	173	150	128	使用大C臂数字减影X光机三级加收58元，二级加收50元，一级及一级以下加收43元。六岁及以下儿童在原价基础上加收20%。	医保		
310	031070202201	31070202201	治疗费	09	手术治疗费	10	心包穿刺术（心包引流）			次	173	150	128	心包引流	医保		
311	031070202202	31070202202	治疗费	09	手术治疗费	10	心包穿刺术（使用大C臂数字减影X光机加收）			次	58	50	43	使用大C臂数字减影X光机加收	医保		
312	031070202203	31070202203	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿心包穿刺术			次	208	180	154		医保		
313	031080000400	310800004	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存	含麻醉下手术采集和低温保存	回收装置	采血次数	70	60	51	长期低温保存以三级每天按4元计价，二级、一级及一级以下按每天3元计价；手工自采成分血三级145元，二级120元，一级及一级以下102元。回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
314	031080000401	31080000401	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存（长期低温保存）			每天	4	3	3	长期低温保存以每天三级4元，二级、一级及一级以下3元计价	医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
315	031080000402	31080000402	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存(手工自采成分血)			采血次数	145	120	102	手工自采成分血	医保		
316	031080000700	310800007	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	自体血回收	包括术中自体血回输	回收装置	次	78	65	55	回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
317	031080000701	31080000701	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	自体血回收(术中自体血回输)			次	78	65	55	术中自体血回输	医保		
318	031090000001	31090000001	检查费	05	临床诊断项目费	08	消化系统(电子镜)			次	120	110	94	使用电子镜检查三级加收120元,二级加收110元,一级及一级以下加收94元;使用内镜光学染色放大检查食管或胃三级加收260元,二级加收235元,一级及一级以下加收200元。内镜光学染色放大检查与电子镜检查不得重复收取。	医保	20%	
319	031090000002	31090000002	检查费	05	临床诊断项目费	08	内镜光学染色放大检查	应用光学染色和放大倍数至少80倍以上高清放大电子内镜,对食管或胃进行检查。临床医生通过电子内镜仔细观察与记录病变处的边界情况、黏膜表面腺管结构及微血管形态(或者细胞结构)并有相应的内镜图片,从而判断疾病性质和病灶范围及病变的分化程度,作出临床诊断,并在报告中描述。检查报告按内镜质控标准提供不少于8张检查部位图片,其中放大图片不少于2张,光学染色图片和放大图片合计不少于4张。		次	260	235	200		医保	20%	
320		310901					食管诊疗			次							
321	031090500100	310905001	治疗费	09	手术治疗费	10	腹腔穿刺术	包括抽液、注药	一次性穿刺包	次	69	60	51	放腹水治疗三级92元,二级80元,一级及一级以下68元。六岁及以下儿童在原价基础上加收20%。	医保		
322	031090500101	31090500101	治疗费	09	手术治疗费	10	腹腔穿刺术(放腹水治疗)			次	92	80	68	放腹水治疗	医保		
323	031090500102	31090500102	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腹腔穿刺术			次	83	72	61		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
324	031090500103	31090500103	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿腹腔穿刺术（放腹水治疗）			次	110	96	82	放腹水治疗	医保		
325	031090500300	310905003	治疗费	09	手术治疗费	10	肝穿刺术	含活检	穿刺针	次	138	120	102	六岁及以下儿童在原价基础上加收20%	医保		
326	031090500301	31090500301	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿肝穿刺术			次	166	144	122		医保		
327	031090501000	310905010	治疗费	09	手术治疗费	10	经皮肝穿胆道引流术（PTCD）	不含超声定位引导或X线引导	引流管	次	480	440	374	使用大C臂数字减影X光机三级加收1320元，二级加收1100元，一级及一级以下加收935元	医保		
328	031090501001	31090501001	治疗费	09	手术治疗费	10	经皮肝穿胆道引流术（PTCD）（大C臂数字减影X光机）			次	1800	1540	1309	使用大C臂数字减影X光机	医保	20%	
329	031090501200	310905012	治疗费	09	手术治疗费	10	经内镜鼻胆管引流术（ENBD）	不含X线监视	引流管、进口导丝	次	660	550	468		医保		
330	031100001500	311000015	治疗费	09	手术治疗费	10	肾穿刺术	含活检；包括造瘘、囊肿硬化治疗等；不含影像学引导	穿刺针	单侧	173	150	128	六岁及以下儿童在原价基础上加收20%	医保		
331	031100001501	31100001501	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿肾穿刺术			单侧	208	180	154		医保		
332	031100002600	311000026	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术			次	1090	990	842	弹道法三级1320元，二级1100元，一级及一级以下935元；激光法三级2110元，二级1760元，一级及一级以下1496元	医保		
333	031100002601	31100002601	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术（弹道法）			次	1320	1100	935	弹道法	医保		
334	031100002602	31100002602	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术（激光法）			次	2110	1760	1496	激光法	医保		
335	031100004000	311000040	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石	含影像学监测,不含摄片		次	800	700	600	第二次碎石按全价50%计价，第三次按25%计价，第四次起不收费。	医保	20%	
336	031100004003	31100004003	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石（第二次）			次	400	350	300	第二次	医保	20%	
337	031100004006	31100004006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石（第三次）			次	200	175	150	第三次	医保	20%	
338	031110001300	311100013	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	B超引导下前列腺活检术		穿刺针	次	110	88	75		医保		
339	031120103800	311201038	治疗费	09	手术治疗费	10	B超下卵巢囊肿穿刺术		穿刺针	次	360	300	255		医保		
340	031130001200	311300012	治疗费	09	手术治疗费	10	骨穿刺术	含活检、加压包扎及弹性绷带	一次性穿刺包	次	310	260	221	六岁及以下儿童在原价基础上加收20%	医保		
341	031130001201	31130001201	治疗费	09	手术治疗费	10	小儿骨穿刺术			次	372	312	265		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
342		3302					2. 神经系统手术		一次性磨钻头、一次性铣头、一次性双极头、胶原蛋白海绵、生物胶、修补材料				使用的导航仪每次手术三级加收1980元，二级加收1800元，一级及一级以下加收1530元；神经导航手术中使用显微镜不再加收显微镜辅助操作费				
343	033020402100	330204021	手术费	08	手术治疗费	10	欧玛亚（Omay）管置入术	储液装置		次	1910	1620	1380	储液装置含引流装置与储液囊	医保		
344	033020402101	33020402101	手术费	08	手术治疗费	10	小儿欧玛亚（Omay）管置入术			次	2292	1944	1656		医保		
345	033020402102	33020402102	手术费	08	手术治疗费	10	经颅内镜欧玛亚（Omay）管置入术			次	2790	2420	2060		医保		
346	033020402103	33020402103	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经颅内镜欧玛亚（Omay）管置入术			次	3172	2744	2336		医保		
347	033030001100	330300011	手术费	08	手术治疗费	10	甲状腺癌根治术	胶原蛋白海绵		次	3840	3840	3264		医保		
348	033030001101	33030001101	手术费	08	手术治疗费	10	小儿甲状腺癌根治术			次	4608	4608	3917		医保		
349	033030001102	33030001102	手术费	08	手术治疗费	10	经腔镜甲状腺癌根治术			次	4720	4640	3944		医保		
350	033030001103	33030001103	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经腔镜甲状腺癌根治术			次	5488	5408	4597		医保		
351	033040401300	330404013	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔再造术	包括瞳孔开大术	粘弹剂	次	1080	1080	918		医保		
352	033040401301	33040401301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿瞳孔再造术			次	1296	1296	1102		医保		
353	033040401302	33040401302	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔开大术			次	1080	970	825		医保		
354	033040401303	33040401303	手术费	08	手术治疗费	10	小儿瞳孔开大术			次	1296	1296	1102		医保		
355	033040601700	330406017	手术费	08	手术治疗费	10	白内障摘除联合玻璃体切割术	包括前路摘晶体，后路摘晶体	玻璃体切割头、膨胀气体、硅油、重水	次	2880	2880	2448		医保		
356	033040601701	33040601701	手术费	08	手术治疗费	10	小儿白内障摘除联合玻璃体切割术			次	3456	3456	2938		医保		
357	033040601800	330406018	手术费	08	手术治疗费	10	球内异物取出术联合晶体玻璃体切除及人工晶体植入术（四联术）		玻璃体切割头、膨胀气体、硅油、重水、一次性超乳包	次	6900	6900	5865		医保		
358	033040601801	33040601801	手术费	08	手术治疗费	10	小儿球内异物取出术联合晶体玻璃体切除及人工晶体植入术（四联术）			次	8280	8280	7038		医保		
359	033040601900	330406019	手术费	08	手术治疗费	10	非正常晶体手术	包括晶体半脱位、晶体切除、瞳孔广泛粘连强直或闭锁、抗青光眼术后	玻璃体切割头、一次性超乳包、一次性瞳孔扩张器、一次性囊袋张气环	次	1920	1920	1632		医保		
360	033040601901	33040601901	手术费	08	手术治疗费	10	小儿非正常晶体手术			次	2304	2304	1958		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
361	033060602500	330606025	手术费	08	手术治疗费	10	牙龈成形术	包括游离粘膜移植、游离植皮术；不含游离取皮术或取游离粘膜术	各种人工材料膜	次	525	500	425		医保		
362	033060602501	33060602501	手术费	08	手术治疗费	10	小儿牙龈成形术			次	630	600	510		医保		
363		3307					7. 呼吸系统手术		生物蛋白胶、补片、吻合钉、一次性切割器、一次性闭合器、钛夹								
364	033070104200	330701042	手术费	08	手术治疗费	10	气管成形术	包括气管隆凸成形术		次	5100	4280	3640	单纯人工气管移植术三级收1500元，二级收1350元，一级及一级以下收1200元。	医保		
365	033070104201	33070104201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿气管成形术			次	6120	5136	4370		医保		
366	033070104202	33070104202	手术费	08	手术治疗费	10	单纯人工气管移植术			次	1500	1350	1200		医保		
367	033070104203	33070104203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯人工气管移植术			次	1800	1620	1440		医保		
368		330801					心瓣膜和心间隔手术		人工瓣膜、同种异体瓣膜和修补材料等								
369		330803					心脏和心包的其他手术		修补材料								
370	033080302300	330803023	手术费	08	手术治疗费	10	主动脉内球囊反搏置管术	指切开法；含主动脉内球囊及导管撤离术	球囊反搏导管、人工血管	次	1780	1620	1380		医保		
371		330804					其他血管手术		人工血管、转流管、补片等								
372	033080404500	330804045	手术费	08	手术治疗费	10	血管移植术		异体血管、人工血管	次	1920	1920	1632		医保		
373	033080404501	33080404501	手术费	08	手术治疗费	10	小儿血管移植术			次	2304	2304	1958		医保		
374		3310					10. 消化系统手术		吻合器、闭合器、吻合钉								
375		331002					胃手术		吻合器								
376	033100302000	331003020	手术费	08	手术治疗费	10	结肠癌根治术	包括左、右半横结肠切除、淋巴清扫	吻合器	次	3070	3070	2610		医保		
377	033100302001	33100302001	手术费	08	手术治疗费	10	小儿结肠癌根治术			次	3684	3684	3132		医保		
378		331004					直肠肛门手术		吻合器								
379		331006					胆道手术		吻合器								
380	033100700600	331007006	手术费	08	手术治疗费	10	胰十二指肠肠切除术(Whipple手术)	包括各种胰管空肠吻合、胃空肠吻合术、胆管肠吻合术；包括胰体癌或壶腹周围癌根治术；不含脾切除术	吻合器	次	6900	6900	5865		医保		
381	033100700601	33100700601	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胰十二指肠肠切除术(Whipple手术)			次	8280	8280	7038		医保		

序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
382	033100700602	33100700602	手术费	08	手术治疗费	10	经腹腔镜胰十二指肠切除术(Whipple手术)			次	7780	7700	6545		医保		
383	033100700603	33100700603	手术费	08	手术治疗费	10	小儿腹腔镜胰十二指肠切除术(Whipple手术)			次	9160	9080	7718		医保		
384		3313					13. 女性生殖系统手术		一次性高频电刀头、防粘连剂								
385		3314					14. 产科手术与操作		防粘连剂								
386	033140001700	331400017	手术费	08	手术治疗费	10	选择性减胎术		穿刺针、绞杀器	次	1240	1080	918		医保		限生育保险
387	033150101500	331501015	手术费	08	手术治疗费	10	半骨盆切除术			次	6900	6900	5865	单纯半骨盆离断术三级收4000、二级收3600元，一级及一级以下收3200元	医保		
388	033150101501	33150101501	手术费	08	手术治疗费	10	小儿半骨盆切除术			次	8280	8280	7038		医保		
389	033150101502	33150101502	手术费	08	手术治疗费	10	单纯半骨盆离断术			次	4000	3600	3200		医保		
390	033150101503	33150101503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯半骨盆离断术			次	5200	4680	4160		医保		
391	033150502000	331505020	手术费	08	手术治疗费	10	胫骨髁间骨折切开复位内固定术	包括Pilon骨折切开复位内固定		次	2480	2160	1840		医保		
392	033150502001	33150502001	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胫骨髁间骨折切开复位内固定术			次	2976	2592	2208		医保		
393	033150502002	33150502002	手术费	08	手术治疗费	10	Pilon骨折切开复位内固定			次	2480	2160	1840		医保		
394	033150502003	33150502003	手术费	08	手术治疗费	10	小儿Pilon骨折切开复位内固定			次	2976	2592	2208		医保		
395	033150601500	331506015	手术费	08	手术治疗费	10	膝关节单纯游离体摘除术	包括踝关节游离体摘除术		次	780	675	600		医保		
396	033150601501	33150601501	手术费	08	手术治疗费	10	小儿膝关节单纯游离体摘除术			次	930	800	700		医保		
397	033150601502	33150601502	手术费	08	手术治疗费	10	踝关节单纯游离体摘除术			次	780	675	600		医保		
398	033150601503	33150601503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿踝关节单纯游离体摘除术			次	930	800	700		医保		
399	033150601504	33150601504	手术费	08	手术治疗费	10	经关节镜膝关节单纯游离体摘除术			次	1440	1275	1110		医保		
400	033150601505	33150601505	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经关节镜膝关节单纯游离体摘除术			次	1590	1400	1210		医保		
401	033150601506	33150601506	手术费	08	手术治疗费	10	经关节镜踝关节单纯游离体摘除术			次	1440	1275	1110		医保		
402	033150601507	33150601507	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经关节镜踝关节单纯游离体摘除术			次	1590	1400	1210		医保		
403	033152201600	331522016	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱断裂修补术	包括跟腱延长术		次	1550	1350	1150		医保		
404	033152201601	33152201601	手术费	08	手术治疗费	10	小儿跟腱断裂修补术			次	1860	1620	1380		医保		



序号	计算机编码	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	收费标准			说明	医保属性	自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下				
405	033152201602	33152201602	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱延长术			次	1550	1350	1150		医保		
406	033152201603	33152201603	手术费	08	手术治疗费	10	小儿跟腱延长术			次	1860	1620	1380		医保		