附件

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
1	012010000300	120100003	护理费	04	护理费	03	Ⅰ级护理	每小时巡视患者，观察病情变化，根据病情测量生命体征，进行护理评估及一般性生活护理，作好卫生宣教及出院指导		日	38	30	16		医保		
2	012010000400	120100004	护理费	04	护理费	03	Ⅱ级护理	每2小时巡视患者，观察病情变化及病人治疗、检查、用药后反应，测量体温、脉搏、呼吸，协助病人生活护理，作好卫生宣教及出院指导		日	28	22	14		医保		
3	012010000500	120100005	护理费	04	护理费	03	Ⅲ级护理	每3小时巡视患者，观察、了解病人一般情况，测量体温、脉搏、呼吸，作好卫生宣教及出院指导		日	15	13	12		医保		
4	012010000900	120100009	护理费	04	护理费	03	精神病护理			日	40	35	30	不再收取等级护理	医保		
5	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）、双腔硅胶管	次	15	14	12		医保		
6	025010100800	250101008	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞沉降率测定（ESR）			项	5	5	4		医保		
7	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	9	8	7	①全血细胞计数+三分类三级医院加收7元，二级医院加收6元，一级医院加收5元；②全血细胞计数+五分类三级医院加收14元，二级医院加收13元，一级医院加收11元；③全血细胞计数+六分类三级医院加收18元，二级医院加收16元，一级医院加收14元。	医保		
8	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	16	14	12	全血细胞计数+三分类	医保		
9	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	23	21	18	全血细胞计数+五分类	医保		
10	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	27	24	21	全血细胞计数+六分类	医保		
11	025010101700	250101017	化验费	06	实验室诊断费	06	出血时间测定			项	5	5	4		医保		
12	025010200600	250102006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白定量			项	5	4	3		医保		
13	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	3		医保		
14	025010202100	250102021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿妊娠试验			项	5	5	4		医保		
15	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	18	16	14		医保		
16	025010203400	250102034	化验费	06	实验室诊断费	06	尿红细胞位相			项	18	16	14		医保		
17	025010203500	250102035	化验费	06	实验室诊断费	06	尿液分析	含8－11项		次	9	8	7		医保		
18	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	7	6	5		医保		
19	025020100400	250201004	化验费	06	实验室诊断费	06	造血干细胞计数			项	144	130	110		医保		
20	025020100600	250201006	化验费	06	实验室诊断费	06	白血病免疫分型			项	72	64	54		医保		
21	025020200300	250202003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清结合珠蛋白测定（HP）			项	9	8	7		医保		
22	025020202600	250202026	化验费	06	实验室诊断费	06	血红蛋白电泳			项	41	36	31		医保		
23	025020203600	250202036	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞电泳测定			次	32	28	24		医保		
24	025020203700	250202037	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞膜蛋白电泳测定			次	32	28	24		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
25	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	PAIgG、IgA、IgM等分别参照执行		项	45	40	34		医保		
26	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	54	48	41		医保		
27	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	72	64	54		医保		
28	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	54	48	41		医保		
29	025020300900	250203009	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆内皮素测定（ET）			项	54	48	41		医保		
30	025020301000	250203010	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板粘附功能测定（PAdT）			项	27	24	21		医保		
31	025020301100	250203011	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板聚集功能测定（PAgT）			项	36	32	28		医保		
32	025020301400	250203014	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板第4因子测定（PF4）			项	32	28	24		医保		
33	025020301900	250203019	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆血栓烷B2测定（TXB2）			项	32	28	24		医保		
34	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	11	10	8		医保		
35	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	18	16	14		医保		
36	025020302200	250203022	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶原时间纠正试验			项	18	16	14		医保		
37	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	9	8	7		医保		
38	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	18	16	14		医保		
39	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	18	16	14		医保		
40	025020302700	250203027	化验费	06	实验室诊断费	06	简易凝血活酶生成试验			项	36	32	28		医保		
41	025020303000	250203030	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆纤维蛋白原测定			项	18	16	14		医保		
42	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	90	80	68		医保		
43	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	27	24	21		医保		
44	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	27	24	21		医保		
45	025020303500	250203035	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶时间测定（TT）			项	11	9	8		医保		
46	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	18	16	14		医保		
47	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	18	16	14		医保		
48	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	18	16	14		医保		
49	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	18	16	14		医保		
50	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—ⅢA）			项	18	16	14		医保		
51	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—ⅢAg）			项	18	16	14		医保		
52	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	63	57	48		医保		
53	025020306600	250203066	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆D-二聚体测定（D-Dimer）			项	63	56	48		医保		
54	025020306700	250203067	化验费	06	实验室诊断费	06	α2-巨球蛋白测定			项	36	32	28				

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
55	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	72	65	55		医保		
56	025020308000	250203080	化验费	06	实验室诊断费	06	血栓弹力试验（TEG）			次	198	176	150		医保	10%	
57	025030100100	250301001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总蛋白测定			项	3	3	2		医保		
58	025030100200	250301002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清白蛋白测定			项	3	3	2		医保		
59	025030100600	250301006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清前白蛋白测定			项	13	12	10		医保		
60	025030100700	250301007	化验费	06	实验室诊断费	06	血清转铁蛋白测定			项	14	13	11		医保		
61	025030100800	250301008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清铁蛋白测定			项	18	16	14		医保		
62	025030101000	250301010	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液总蛋白测定			项	3	3	2		医保		
63	025030101200	250301012	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液白蛋白测定			项	7	6	5		医保		
64	025030101400	250301014	化验费	06	实验室诊断费	06	β2微球蛋白测定	血清和尿标本分别参照执行		项	18	16	14		医保		
65	025030101500	250301015	化验费	06	实验室诊断费	06	α1抗胰蛋白酶测定			项	14	13	11		医保		
66	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	3		医保		
67	025030200300	250302003	化验费	06	实验室诊断费	06	糖化血红蛋白测定			项	68	60	51		医保		
68	025030300100	250303001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆固醇测定			项	5	5	4		医保		
69	025030300200	250303002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甘油三酯测定			项	5	5	4		医保		
70	025030400100	250304001	化验费	06	实验室诊断费	06	钾测定			项	5	5	4		医保		
71	025030400200	250304002	化验费	06	实验室诊断费	06	钠测定			项	5	5	4		医保		
72	025030400300	250304003	化验费	06	实验室诊断费	06	氯测定			项	5	5	4		医保		
73	025030400400	250304004	化验费	06	实验室诊断费	06	钙测定			项	5	5	4		医保		
74	025030400500	250304005	化验费	06	实验室诊断费	06	无机磷测定			项	5	5	4		医保		
75	025030400600	250304006	化验费	06	实验室诊断费	06	镁测定			项	5	5	4		医保		
76	025030400700	250304007	化验费	06	实验室诊断费	06	铁测定			项	6	5	5		医保		
77	025030400900	250304009	化验费	06	实验室诊断费	06	全血铅测定			项	14	12	10		医保		
78	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	5	5	4		医保		
79	025030401100	250304011	化验费	06	实验室诊断费	06	血一氧化碳分析			项	8	7	6		医保		
80	025030500100	250305001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆红素测定			项	5	5	4		医保		
81	025030500200	250305002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清直接胆红素测定			项	5	5	4		医保		
82	025030500300	250305003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清间接胆红素测定			项	5	5	4		医保		
83	025030500500	250305005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆汁酸测定			项	20	18	15		医保		
84	025030500600	250305006	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆氨测定			项	16	14	12		医保		
85	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	5	5	4		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
86	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	5	5	4		医保		
87	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	5	5	4		医保		
88	025030501100	250305011	化验费	06	实验室诊断费	06	血清碱性磷酸酶测定			项	5	5	4		医保		
89	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	27	24	21		医保		
90	025030501400	250305014	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胆碱脂酶测定			项	5	5	4		医保		
91	025030502600	250305026	化验费	06	实验室诊断费	06	人Ⅲ型前胶原肽（PⅢP）测定			项	36	32	28		医保		
92	025030600100	250306001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌酸激酶测定			项	9	8	7		医保		
93	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	23	21	18		医保		
94	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	5	5	4		医保		
95	025030600800	250306008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白T测定			项	72	65	55		医保		
96	025030600900	250306009	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白Ⅰ测定			项	90	81	69		医保		
97	025030601000	250306010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌红蛋白测定			项	27	24	21		医保		
98	025030601100	250306011	化验费	06	实验室诊断费	06	血同型半胱氨酸测定			项	50	45	38		医保		
99	025030601200	250306012	化验费	06	实验室诊断费	06	B型钠尿肽（BNP）测定			次	135	122	103		医保		
100	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	135	122	103		医保		
101	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	5	5	4		医保		
102	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	5	5	4		医保		
103	025030700400	250307004	化验费	06	实验室诊断费	06	指甲肌酐测定			项	5	5	4		医保		
104	025030700600	250307006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿微量白蛋白测定			项	47	42	36	报告尿mAlb/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
105	025030700700	250307007	化验费	06	实验室诊断费	06	尿转铁蛋白测定			项	14	13	11	报告尿TF/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
106	025030700800	250307008	化验费	06	实验室诊断费	06	尿α1微量球蛋白测定			项	27	24	21	报告g-尿Cr比值时加收尿肌酐测定费用	医保		
107	025030700900	250307009	化验费	06	实验室诊断费	06	β2微球蛋白测定	血清和尿标本分别参照执行		项	22	20	17		医保		
108	025030701000	250307010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白电泳分析			次	90	80	68		医保		
109	025030702300	250307023	化验费	06	实验室诊断费	06	尿结石成份分析			项	27	24	21		医保		
110	025030702900	250307029	化验费	06	实验室诊断费	06	α1-微球蛋白测定	包括血清及尿标本。		项	27	24	21		医保		
111	025030800100	250308001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清酸性磷酸酶测定			项	6	5	5		医保		
112	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	9	8	7		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
113	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	4		医保		
114	025030800600	250308006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清脂肪酶测定			项	9	8	7		医保		
115	025030800800	250308008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清骨钙素测定			项	32	29	24		医保		
116	025031000100	250310001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促甲状腺激素测定			项	45	40	34		医保		
117	025031000200	250310002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清泌乳素测定			项	45	40	34		医保		
118	025031000300	250310003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清生长激素测定			项	45	40	34		医保		
119	025031000400	250310004	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促卵泡刺激素测定			项	45	40	34		医保		
120	025031000500	250310005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促黄体生成素测定			项	45	40	34		医保		
121	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	45	40	34		医保		
122	025031000700	250310007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗利尿激素测定			项	45	40	34		医保		
123	025031000800	250310008	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素测定			项	45	40	34		医保		
124	025031000900	250310009	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状旁腺激素测定			项	45	40	34		医保		
125	025031001000	250310010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甲状腺素（T4）测定			项	45	40	34		医保		
126	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	36	32	28		医保		
127	025031001200	250310012	化验费	06	实验室诊断费	06	血清反T3测定			项	36	32	28		医保		
128	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	45	40	34		医保		
129	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	45	40	34		医保		
130	025031001500	250310015	化验费	06	实验室诊断费	06	血清T3摄取实验			项	45	40	34		医保		
131	025031001600	250310016	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甲状腺结合球蛋白测定			项	45	40	34		医保		
132	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	45	40	34		医保		
133	025031001800	250310018	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆皮质醇测定			项	32	28	24		医保		
134	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	54	48	41		医保		
135	025031002000	250310020	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-羟皮质类固醇测定			项	65	58	49		医保		
136	025031002100	250310021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-酮类固醇测定			项	65	58	49		医保		
137	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	45	40	34		医保		
138	025031002300	250310023	化验费	06	实验室诊断费	06	醛固酮测定			项	45	40	34		医保		
139	025031002400	250310024	化验费	06	实验室诊断费	06	尿儿茶酚胺测定			项	45	40	34		医保		
140	025031002500	250310025	化验费	06	实验室诊断费	06	尿香草苦杏仁酸（VMA）测定			项	27	24	21		医保		
141	025031003000	250310030	化验费	06	实验室诊断费	06	睾酮测定			项	45	40	34		医保		
142	025031003100	250310031	化验费	06	实验室诊断费	06	血清双氢睾酮测定			项	45	40	34		医保		
143	025031003200	250310032	化验费	06	实验室诊断费	06	雄烯二酮测定			项	45	40	34		医保		
144	025031003300	250310033	化验费	06	实验室诊断费	06	17α羟孕酮测定			项	45	40	34		医保		
145	025031003400	250310034	化验费	06	实验室诊断费	06	雌酮测定			项	45	40	34		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
146	025031003500	250310035	化验费	06	实验室诊断费	06	雌三醇测定			项	45	40	34		医保		
147	025031003600	250310036	化验费	06	实验室诊断费	06	雌二醇测定			项	45	40	34		医保		
148	025031003700	250310037	化验费	06	实验室诊断费	06	孕酮测定			项	45	40	34		医保		
149	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	32	28	24		医保		
150	025031003900	250310039	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰岛素测定			项	36	32	28		医保		
151	025031004000	250310040	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰高血糖测定			项	38	34	29		医保		
152	025031004100	250310041	化验费	06	实验室诊断费	06	血清C肽测定			项	41	37	31		医保		
153	025031004200	250310042	化验费	06	实验室诊断费	06	C肽兴奋试验			项	27	24	21		医保		
154	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	54	48	41		医保		
155	025031004400	250310044	化验费	06	实验室诊断费	06	胃泌素测定			项	45	40	34		医保		
156	025031004700	250310047	化验费	06	实验室诊断费	06	肾上腺素测定			项	36	32	28		医保		
157	025031004800	250310048	化验费	06	实验室诊断费	06	去甲肾上腺素测定			项	45	40	34		医保		
158	025031004900	250310049	化验费	06	实验室诊断费	06	胆囊收缩素测定			项	45	40	34		医保		
159	025031005000	250310050	化验费	06	实验室诊断费	06	心纳素测定			项	32	29	24		医保		
160	025031005300	250310053	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状腺球蛋白（TG）测定			项	41	37	31		医保		
161	025031005400	250310054	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素原检测			项	135	120	102		医保		
162	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	41	37	31		医保		
163	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	54	49	41		医保		
164	025040101400	250401014	化验费	06	实验室诊断费	06	各种白介素测定			项	47	42	36	每种测定计费一次	医保	10%	
165	025040101900	250401019	化验费	06	实验室诊断费	06	总补体测定（CH50）			项	14	13	11		医保		
166	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	14	12	10		医保		
167	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	18	16	14		医保		
168	025040102500	250401025	化验费	06	实验室诊断费	06	C—反应蛋白测定（CRP）			项	27	24	21		医保		
169	025040102700	250401027	化验费	06	实验室诊断费	06	轻链KAPPA、LAMBDA定量（K-LC，λ-LC）			项	45	40	34	每种测定计费一次	医保		
170	025040102800	250401028	化验费	06	实验室诊断费	06	铜蓝蛋白测定			项	32	28	24		医保		
171	025040103000	250401030	化验费	06	实验室诊断费	06	活化淋巴细胞测定			项	45	40	34		医保		
172	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	63	56	48		医保		
173	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	99	88	75		医保		
174	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	18	16	14		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
175	025040200400	250402004	化验费	06	实验室诊断费	06	抗单链DNA测定			项	18	16	14		医保		
176	025040200600	250402006	化验费	06	实验室诊断费	06	抗双链DNA测定（抗dsDNA）			项	36	32	28		医保		
177	025040200700	250402007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗线粒体抗体测定（AMA）			项	18	16	14		医保		
178	025040201500	250402015	化验费	06	实验室诊断费	06	抗心肌抗体测定（AHA）			项	18	16	14		医保		
179	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	27	24	21		医保		
180	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	32	29	24		医保		
181	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	41	36	31		医保		
182	025040202600	250402026	化验费	06	实验室诊断费	06	抗胰岛素抗体测定			项	41	36	31		医保		
183	025040203500	250402035	化验费	06	实验室诊断费	06	类风湿因子（RF）测定			项	14	12	10		医保		
184	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	32	28	24		医保		
185	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	49	44	37		医保		
186	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	13	11	9	每项测定计费一次	医保		
187	025040300200	250403002	化验费	06	实验室诊断费	06	甲型肝炎抗原测定（HAVAg）			项	18	16	14		医保		
188	025040300300	250403003	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎DNA定量测定			次	135	120	102	载量灵敏度≤20IU/ML三级医院按360元/次，二级医院按324元/次，一级医院按275元/次收取。	医保		
189	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≤20IU/ML）			次	360	324	275	限临床乙肝治疗	医保	30%	限用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
190	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	4	定量检测三级医院 25元，二级医院23元，一级医院19元。	医保		
191	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	25	23	19		医保		
192	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	4	定量检测三级医院 25元，二级医院23元，一级医院19元。	医保		
193	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	25	23	19		医保		
194	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	4		医保		
195	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	4		医保		
196	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	4		医保		
197	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	4		医保		
198	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	4		医保		
199	025040301300	250403013	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎RNA定量测定			次	135	120	102	载量灵敏度≤20IU/ML三级医院按360元/次，二级医院按324元/次，一级医院按275元/次收取。	医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
200	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	360	324	275	限临床丙肝治疗	医保		限用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。
201	025040301400	250403014	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎抗体测定（Anti-HCV）			项	41	37	31		医保		
202	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	23	20	17	每项测定计费一次	医保		
203	025040301800	250403018	化验费	06	实验室诊断费	06	庚型肝炎IgG抗体测定（Anti-HGVIgG）			项	23	20	17		医保		
204	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	59	53	45		医保		
205	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	41	36	31	每项测定计费一次	医保		
206	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	41	36	31	每项测定计费一次	医保		
207	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	41	36	31	每项测定计费一次	医保		
208	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（EBVIgG、IgM、EBV-EAIgG、EBNA-G）		项	27	24	21	每项测定计费一次	医保		
209	025040303100	250403031	化验费	06	实验室诊断费	06	腺病毒抗体测定			项	32	28	24		医保		
210	025040303400	250403034	化验费	06	实验室诊断费	06	狂犬病毒抗体测定			项	27	24	21		医保		
211	025040304100	250403041	化验费	06	实验室诊断费	06	布氏杆菌凝集试验			项	63	56	48		医保		
212	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	45	40	34	每项测定计费一次	医保		
213	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	27	24	21		医保		
214	025040305000	250403050	化验费	06	实验室诊断费	06	肺炎支原体血清学试验			项	59	52	44		医保		
215	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	41	36	31				
216	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	90	80	68		医保		
217	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	90	80	68		医保		
218	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	360	324	275				
219	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	90	80	68		医保		
220	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	54	48	41		医保		
221	025050100900	250501009	化验费	06	实验室诊断费	06	一般细菌培养及鉴定			项	63	56	48		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
222	025050101000	250501010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿培养加菌落计数			项	72	64	54		医保		
223	025050101100	250501011	化验费	06	实验室诊断费	06	血培养及鉴定			项	90	80	68		医保		
224	025050101200	250501012	化验费	06	实验室诊断费	06	厌氧菌培养及鉴定			项	81	72	61		医保		
225	025050101300	250501013	化验费	06	实验室诊断费	06	结核菌培养		专用培养管	项	90	80	68		医保		
226	025050101400	250501014	化验费	06	实验室诊断费	06	淋球菌培养			项	72	64	54				
227	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	90	80	68		医保		
228	025050101600	250501016	化验费	06	实验室诊断费	06	百日咳杆菌培养			项	90	80	68		医保		未成年人
229	025050101700	250501017	化验费	06	实验室诊断费	06	嗜血杆菌培养			项	72	64	54		医保		
230	025050101800	250501018	化验费	06	实验室诊断费	06	霍乱弧菌培养			项	72	64	54		医保		
231	025050101900	250501019	化验费	06	实验室诊断费	06	副溶血弧菌培养			项	54	49	41		医保		
232	025050102000	250501020	化验费	06	实验室诊断费	06	L型菌培养			项	54	49	41		医保		
233	025050102100	250501021	化验费	06	实验室诊断费	06	空肠弯曲菌培养			项	54	49	41		医保		
234	025050102200	250501022	化验费	06	实验室诊断费	06	幽门螺杆菌培养及鉴定			项	54	49	41		医保		
235	025050102300	250501023	化验费	06	实验室诊断费	06	军团菌培养			项	70	63	54		医保		
236	025050102700	250501027	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌培养及鉴定			项	70	56	48		医保		
237	025050102900	250501029	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌培养			每个取材部位	27	24	21		医保		
238	025050103000	250501030	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌系统鉴定			项	36	32	28		医保		
239	025050103100	250501031	化验费	06	实验室诊断费	06	衣原体检查			项	36	32	28		医保		
240	025050103500	250501035	化验费	06	实验室诊断费	06	轮状病毒检测			项	36	32	28		医保		
241	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	90	81	69		医保		
242	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	6	5	5		医保		
243	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	9	8	7		医保		
244	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	27	24	21		医保		
245	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	54	48	41		医保		
246	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	63	56	48		医保		
247	025050300600	250503006	化验费	06	实验室诊断费	06	内毒素鲎定量测定			项	34	30	26		医保		
248	025060200100	250602001	化验费	06	实验室诊断费	06	各种寄生虫免疫学检查			项	14	13	11	每种寄生虫检查计费一次	医保		
249	025070000300	250700003	化验费	06	实验室诊断费	06	血高分辨染色体检查			项	144	130	110		医保		
250	025070001000	250700010	化验费	06	实验室诊断费	06	唐氏综合症筛查			项	90	81	69	限具备产前诊断筛查机构资质的医疗机构开展	医保		
251	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	162	146	124		医保		
252	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	180	160	136		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
253	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	54	49	41		医保		
254	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	324	275	项指1个基因。每药物检测超过1个基因的三级医院按585元，二级医院按527元，一级医院按448元收取。遗传性耳聋基因检测参照收取。	医保	10%	
255	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	585	527	448		医保	10%	
256	625070001902	25070001902	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测			项	324	292	248		医保	10%	
257	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	585	527	448		医保	10%	
258	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性（HLA）抗体检测			次	45	40	34		医保		
259	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GPⅡB/ⅢA和HLAI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	80	77	65	限血液病患者	医保	20%	
260	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	90	86	73	快速法三级医院135元，二级医院128元，一级医院109元。ALK蛋白伴随诊断三级医院576元/次，二级医院547元/次，一级医院465元/次。	医保		
261	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	135	128	109		医保		
262	027050000202	27050000202	检查费	05	病理诊断费	05	ALK蛋白伴随诊断			次	576	547	465		医保		
263	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	1080	1026	872	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。			

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
264	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	1620	1539	1308	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。			
265	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	9	9	8		医保		
266	031051200900	310512009	治疗费	09	非手术治疗项目	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	72	68	58		医保		
267	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	57	54	46	长期低温保存以每天 3 元计价；手工自采成分血三级医院114元，二级医院108元，一级医院108元。回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
268	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	3	3	3	长期低温保存以每天 3 元计价	医保		
269	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	114	108	108	手工自采成分血	医保		
270	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	62	59	50	回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
271	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	62	59	50	术中自体血回输	医保		
272	031090000001	31090000001	检查费	05	临床诊断项目费	08	消化系统（电子镜）			次	105	99	99	使用电子镜检查三级医院加收105元，二级及以上医院加收99元。使用内镜光学染色放大检查食管或胃三级医院加收234元，二级医院加收222元，一级医院加收189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%	
273	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详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，并在报告中进行描述。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	234	222	189		医保	20%	

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
274	031100002600	311000026	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术			次	941	891	757	弹道法三级医院1045元，二级医院990元，一级医院990；激光法三级医院1672元，二级医院1580元，一级医院1580元。	医保		
275	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	1045	990	990	弹道法	医保		
276	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	1672	1580	1580	激光法	医保		
277	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	665	630	536	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%	
278	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	333	315	268	第二次	医保	20%	
279	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	166	158	134	第三次	医保	20%	
280		33					（三）手术治疗							1. 本类包括麻醉、神经系统、内分泌系统、眼、耳、鼻口咽、呼吸系统、心血管系统、造血及淋巴系统、消化系统、泌尿系统、男、女性生殖系统、产科、肌肉骨骼系统、体被系统16个第三级分类的手术项目。2. 经同一切口进行的两种不同疾病的手术，其中另一手术按50%收取。3. 手术中所需的常规器械和低值医用消耗品，（如一次性无菌巾、消毒药品、冲洗盐水、一般缝线、敷料等）在定价时已列入手术成本因素中考虑，均不另行计价。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。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、鼻内镜辅助操作、电子胃镜辅助操作、使用超声刀、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、膀胱镜辅助操作、电子肠镜辅助操作、关节镜辅助操作、视频鼻咽喉镜辅助操作、射频辅助操作、非直视手术显微镜辅助操作、其它显微镜辅助操作加收。7. 传染病患者手术加收特殊消毒费加收；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。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%。				
281		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		0	0	0	使用的导航仪每次手术市级医院加收1710元，二级及以下医院加收1620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			
282	033020402100	330204021	手术费	08	手术治疗费	10	欧玛亚（Omaya）管置入术		储液装置	次	1539	1458	1239	储液装置含引流装置与储液囊	医保		
283	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	1026	970	825		医保		
284	033040401302	33040401302	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔开大术			次	1026	970	825		医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
285	033040401303	33040401303	手术费	08	手术治疗费	10	小儿瞳孔开大术			次	1335	1260	1071		医保		
286	033060602500	330606025	手术费	08	手术治疗费	10	齿龈成形术	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	450	340	289		医保		
287	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	4590	4080	3470	单纯人工气管移植术三级医院收1425元，二级医院收1350元，一级医院收1148元。	医保		

龙岩市公立医疗机构部分医疗服务项目价格调整表

金额：元

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	三级	二级	一级	说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
288	033070104202	33070104202	手术费	08	手术治疗费	10	单纯人工气管移植术			次	1425	1350	1148		医保		
289	033070104203	33070104203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯人工气管移植术			次	1853	1755	1492		医保		
290		3313					13. 女性生殖系统手术		一次性高频电刀头、防粘连剂								
291		3314					14. 产科手术与操作		防粘连剂								
292	033150101500	331501015	手术费	08	手术治疗费	10	半骨盆切除术			次	6210	5520	4690	单纯半骨盆离断术三级医院收3800元，二级医院收3600元，一级医院3060元。	医保		
293	033150101502	33150101502	手术费	08	手术治疗费	10	单纯半骨盆离断术			次	3800	3600	3060		医保		
294	033150101503	33150101503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯半骨盆离断术			次	4940	4680	3978		医保		
295	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	2052	1940	1649		医保		
296	033150502002	33150502002	手术费	08	手术治疗费	10	Pilon骨折切开复位内固定			次	2052	1940	1649		医保		
297	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	2670	2520	2142		医保		
298	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	608	577	491		医保		
299	033150601502	33150601502	手术费	08	手术治疗费	10	踝关节单纯游离体摘除术			次	641	609	518		医保		
300	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	836	794	675		医保		
301	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	1283	1215	1033		医保		
302	033152201602	33152201602	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱延长术			次	1283	1215	1033		医保		
303	033152201603	33152201603	手术费	08	手术治疗费	10	小儿跟腱延长术			次	1667	1580	1343		医保		
304	033000000016	33000000016	手术费	08	手术治疗费	10	超声刀辅助操作（手术费1500以下加收）			次	1200	1000	950	1.手术费1500(不含辅助操作费等）以下超声刀加收；2.不得再收取超声刀头（把）费	医保		
305	033000000009	33000000009	手术费	08	手术治疗费	10	超声刀辅助操作（手术费1500元到3000元的手术加收）			次	1400	1100	1050	1.手术费1500元到3000元(不含辅助操作费等）的手术使用超声刀加收；2.不得再收取超声刀头（把）费	医保		
306	033000000017	33000000017	手术费	08	手术治疗费	10	超声刀辅助操作（手术费3000以上加收）			次	1600	1200	1150	1.手术费3000元(不含辅助操作费等）以上超声刀加收；2.不得再收取超声刀头（把）费	医保		