

## 宁德市医疗机构部分医疗服务价格项目及市属公立医院价格

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	价格（三甲）	价格（三甲以下）	价格（基层）	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
1	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	8.00	7.00	6.00		医保		
2	025010100800	250101008	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞沉降率测定（ESR）			项	5.40	5.40	4.60		医保		
3	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	8.00	8.00	6.80	①全血细胞计数+三分类三甲医院加收8元，三甲以下医院加收8元；②全血细胞计数+五分类三甲医院加收15元，三甲以下医院加收15元；③全血细胞计数+六分类三甲医院加收20元，三甲以下医院加收19元。	医保		
4	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	16.00	16.00	13.60	全血细胞计数+三分类	医保		
5	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	23.00	23.00	19.55	全血细胞计数+五分类	医保		
6	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	28.00	27.00	22.95	全血细胞计数+六分类	医保		
7	025010101700	250101017	化验费	06	实验室诊断费	06	出血时间测定			项	4.50	4.50	3.80		医保		
8	025010200600	250102006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白定量			项	4.60	3.60	3.00		医保		
9	025010200700	250102007	化验费	06	实验室诊断费	06	尿本-周氏蛋白定性检查			项	4.00	3.60	3.00		医保		
10	025010202100	250102021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿妊娠试验			项	4.50	4.50	3.80		医保		
11	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	18.00	16.20	13.80		医保		
12	025010203400	250102034	化验费	06	实验室诊断费	06	尿红细胞位相			项	15.00	12.00	10.20		医保		
13	025010203500	250102035	化验费	06	实验室诊断费	06	尿液分析	含8-11项		次	8.00	8.00	6.80		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
14	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	5.80	5.80	4.90		医保		
15	025020100400	250201004	化验费	06	实验室诊断费	06	造血干细胞计数			项	80.00	72.00	64.00		医保		
16	025020100600	250201006	化验费	06	实验室诊断费	06	白血病免疫分型			项	72.00	58.00	49.00		医保		
17	025020200300	250202003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清结合珠蛋白测定(HP)			项	9.00	7.20	6.10		医保		
18	025020202600	250202026	化验费	06	实验室诊断费	06	血红蛋白电泳			项	29.00	29.00	25.00		医保		
19	025020203600	250202036	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞电泳测定			次	32.00	25.00	21.00		医保		
20	025020203700	250202037	化验费	06	实验室诊断费	06	红细胞膜蛋白电泳测定			次	32.00	25.00	21.00		医保		
21	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	45.00	36.00	34.00		医保		
22	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	54.00	43.00	37.00		医保		
23	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	72.00	58.00	49.00		医保		
24	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	54.00	43.00	37.00		医保		
25	025020300900	250203009	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆内皮素测定(ET)			项	54.00	43.00	37.00		医保		
26	025020301000	250203010	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板粘附功能测定(PAdT)			项	27.00	22.00	18.70		医保		
27	025020301100	250203011	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板聚集功能测定(PAgT)			项	36.00	29.00	25.00		医保		
28	025020301400	250203014	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板第4因子测定(PF4)			项	32.00	25.00	21.00		医保		
29	025020301900	250203019	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆血栓烷B2测定(TXB2)			项	32.00	25.00	21.00		医保		
30	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	10.80	8.10	6.90		医保		
31	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	18.00	14.40	12.50		医保		
32	025020302200	250203022	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶原时间纠正试验			项	18.00	14.40	12.50		医保		
33	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	9.00	9.00	7.70		医保		
34	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	18.00	14.40	12.50		医保		
35	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	18.00	14.40	12.50		医保		
36	025020302700	250203027	化验费	06	实验室诊断费	06	简易凝血活酶生成试验			项	36.00	29.00	25.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
37	025020303000	250203030	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆纤维蛋白原测定			项	18.00	14.40	12.50		医保		
38	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	90.00	72.00	61.00		医保		
39	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	27.00	22.00	18.70		医保		
40	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	27.00	22.00	18.70		医保		
41	025020303500	250203035	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶时间测定(TT)			项	9.00	7.20	6.10		医保		
42	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	18.00	18.00	15.30		医保		
43	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	18.00	18.00	15.30		医保		
44	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	18.00	18.00	15.30		医保		
45	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	18.00	18.00	15.30		医保		
46	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	18.00	18.00	15.30		医保		
47	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	18.00	18.00	15.30		医保		
48	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	63.00	57.00	48.00		医保		
49	025020306600	250203066	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)			项	63.00	53.00	43.00		医保		
50	025020306700	250203067	化验费	06	实验室诊断费	06	α2-巨球蛋白测定			项	36.00	28.80	24.00				
51	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	68.00	61.00	52.00		医保		
52	025020308000	250203080	化验费	06	实验室诊断费	06	血栓弹力试验(TEG)			次	198.00	158.00	134.00		医保	10%	
53	025030100100	250301001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总蛋白测定			项	2.20	2.20	1.90		医保		
54	025030100200	250301002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清白蛋白测定			项	2.20	2.20	1.90		医保		
55	025030100600	250301006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清前白蛋白测定			项	13.50	13.50	11.50		医保		
56	025030100700	250301007	化验费	06	实验室诊断费	06	血清转铁蛋白测定			项	13.50	13.50	11.50		医保		
57	025030100800	250301008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清铁蛋白测定			项	14.00	14.00	11.90		医保		
58	025030101000	250301010	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液总蛋白测定			项	2.70	2.70	2.30		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
59	025030101200	250301012	化验费	06	实验室诊断费	06	脑脊液白蛋白测定			项	7.20	6.30	5.36		医保		
60	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	18.00	18.00	15.30		医保		
61	025030101500	250301015	化验费	06	实验室诊断费	06	$\alpha$ 1抗胰蛋白酶测定			项	13.50	13.50	11.50		医保		
62	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	2.20	2.20	1.90		医保		
63	025030200300	250302003	化验费	06	实验室诊断费	06	糖化血红蛋白测定			项	60.00	54.00	46.00		医保		
64	025030300100	250303001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆固醇测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
65	025030300200	250303002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甘油三酯测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
66	025030400100	250304001	化验费	06	实验室诊断费	06	钾测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
67	025030400200	250304002	化验费	06	实验室诊断费	06	钠测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
68	025030400300	250304003	化验费	06	实验室诊断费	06	氯测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
69	025030400400	250304004	化验费	06	实验室诊断费	06	钙测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
70	025030400500	250304005	化验费	06	实验室诊断费	06	无机磷测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
71	025030400600	250304006	化验费	06	实验室诊断费	06	镁测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
72	025030400700	250304007	化验费	06	实验室诊断费	06	铁测定			项	6.30	5.40	4.60		医保		
73	025030400900	250304009	化验费	06	实验室诊断费	06	全血铅测定			项	13.50	10.80	9.10		医保		
74	025030401000	250304010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清碳酸氢盐( $\text{HCO}_3$ )测定	含血清总二氧化碳( $\text{TCO}_2$ )测定		项	5.40	4.50	3.70		医保		
75	025030401100	250304011	化验费	06	实验室诊断费	06	血一氧化碳分析			项	8.10	8.10	7.00		医保		
76	025030500100	250305001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆红素测定			项	5.40	5.40	4.60		医保		
77	025030500200	250305002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清直接胆红素测定			项	5.40	5.40	4.60		医保		
78	025030500300	250305003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清间接胆红素测定			项	5.40	5.40	4.60		医保		
79	025030500500	250305005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清总胆汁酸测定			项	17.60	16.20	13.80		医保		
80	025030500600	250305006	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆氨测定			项	16.20	14.40	12.30		医保		
81	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	5.40	4.50	3.70		医保		
82	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	5.40	4.50	3.70		医保		
83	025030500900	250305009	化验费	06	实验室诊断费	06	血清 $\gamma$ -谷氨酰基转移酶测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
84	025030501100	250305011	化验费	06	实验室诊断费	06	血清碱性磷酸酶测定			项	5.40	4.50	3.70		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
85	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	27.00	22.00	18.70		医保		
86	025030501400	250305014	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胆碱脂酶测定			项	5.40	4.50	3.70		医保		
87	025030502600	250305026	化验费	06	实验室诊断费	06	人Ⅲ型前胶原肽(PⅢP)测定			项	36.00	29.00	25.00		医保		
88	025030600100	250306001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌酸激酶测定			项	9.00	9.00	7.70		医保		
89	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	19.20	17.30	15.60		医保		
90	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	5.40	4.50	3.70		医保		
91	025030600800	250306008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白T测定			项	62.00	56.00	48.00		医保		
92	025030600900	250306009	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌钙蛋白I测定			项	65.00	65.00	55.00		医保		
93	025030601000	250306010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清肌红蛋白测定			项	27.00	24.00	20.00		医保		
94	025030601100	250306011	化验费	06	实验室诊断费	06	血同型半胱氨酸测定			项	36.00	36.00	31.00		医保		
95	025030601200	250306012	化验费	06	实验室诊断费	06	B型钠尿肽(BNP)测定			次	135.00	120.00	102.00		医保		
96	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	135.00	120.00	102.00		医保		
97	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	5.40	5.40	3.70		医保		
98	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	5.40	5.40	3.70		医保		
99	025030700400	250307004	化验费	06	实验室诊断费	06	指甲肌酐测定			项	4.50	4.50	3.80		医保		
100	025030700600	250307006	化验费	06	实验室诊断费	06	尿微量白蛋白测定			项	43.00	43.00	37.00	报告尿mAlb/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
101	025030700700	250307007	化验费	06	实验室诊断费	06	尿转铁蛋白测定			项	13.50	13.50	11.50	报告尿TF/gCr比值时另加收尿肌酐测定费用	医保		
102	025030700800	250307008	化验费	06	实验室诊断费	06	尿α1微量球蛋白测定			项	27.00	22.00	18.70	报告g-尿Cr比值时加收尿肌酐测定费用	医保		
103	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	13.50	12.00	10.00		医保		
104	025030701000	250307010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿蛋白电泳分析			次	90.00	72.00	61.00		医保		
105	025030702300	250307023	化验费	06	实验室诊断费	06	尿结石成份分析			项	27.00	27.00	23.00		医保		
106	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	27.00	22.00	18.70		医保		
107	025030800100	250308001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清酸性磷酸酶测定			项	6.30	6.30	5.40		医保		
108	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	9.00	9.00	7.70		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
109	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	2.80	2.80	2.40		医保		
110	025030800600	250308006	化验费	06	实验室诊断费	06	血清脂肪酶测定			项	7.20	7.20	6.10		医保		
111	025030800800	250308008	化验费	06	实验室诊断费	06	血清骨钙素测定			项	32.00	29.00	25.00		医保		
112	025031000100	250310001	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促甲状腺激素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
113	025031000200	250310002	化验费	06	实验室诊断费	06	血清泌乳素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
114	025031000300	250310003	化验费	06	实验室诊断费	06	血清生长激素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
115	025031000400	250310004	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促卵泡刺激素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
116	025031000500	250310005	化验费	06	实验室诊断费	06	血清促黄体生成素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
117	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	42.00	38.00	33.00		医保		
118	025031000700	250310007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗利尿激素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
119	025031000800	250310008	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
120	025031000900	250310009	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状旁腺激素测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
121	025031001000	250310010	化验费	06	实验室诊断费	06	血清甲状腺素(T4)测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
122	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	42.00	38.00	24.00		医保		
123	025031001200	250310012	化验费	06	实验室诊断费	06	血清反T3测定			项	42.00	38.00	24.00		医保		
124	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	42.00	38.00	33.00		医保		
125	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	42.00	38.00	33.00		医保		
126	025031001500	250310015	化验费	06	实验室诊断费	06	血清T3摄取实验			项	42.00	38.00	33.00		医保		
127	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	42.00	38.00	33.00		医保		
128	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	42.00	38.00	33.00		医保		
129	025031001800	250310018	化验费	06	实验室诊断费	06	血浆皮质醇测定			项	32.00	29.00	25.00		医保		
130	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	54.00	43.00	37.00		医保		
131	025031002000	250310020	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-羟皮质类固醇测定			项	65.00	52.00	44.00		医保		
132	025031002100	250310021	化验费	06	实验室诊断费	06	尿17-酮类固醇测定			项	65.00	52.00	44.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
133	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	42.00	38.00	33.00		医保		
134	025031002300	250310023	化验费	06	实验室诊断费	06	醛固酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
135	025031002400	250310024	化验费	06	实验室诊断费	06	尿儿茶酚胺测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
136	025031002500	250310025	化验费	06	实验室诊断费	06	尿香草苦杏仁酸(VMA)测定			项	42.00	38.00	18.70		医保		
137	025031003000	250310030	化验费	06	实验室诊断费	06	睾酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
138	025031003100	250310031	化验费	06	实验室诊断费	06	血清双氢睾酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
139	025031003200	250310032	化验费	06	实验室诊断费	06	雄烯二酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
140	025031003300	250310033	化验费	06	实验室诊断费	06	17 $\alpha$ 羟孕酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
141	025031003400	250310034	化验费	06	实验室诊断费	06	雌酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
142	025031003500	250310035	化验费	06	实验室诊断费	06	雌三醇测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
143	025031003600	250310036	化验费	06	实验室诊断费	06	雌二醇测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
144	025031003700	250310037	化验费	06	实验室诊断费	06	孕酮测定			项	42.00	38.00	33.00		医保		
145	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	42.00	38.00	19.00		医保		
146	025031003900	250310039	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰岛素测定			项	42.00	38.00	25.00		医保		
147	025031004000	250310040	化验费	06	实验室诊断费	06	血清胰高血糖测定			项	33.00	30.00	25.00		医保		
148	025031004100	250310041	化验费	06	实验室诊断费	06	血清C肽测定			项	32.40	32.40	28.00		医保		
149	025031004200	250310042	化验费	06	实验室诊断费	06	C肽兴奋试验			项	27.00	27.00	23.00		医保		
150	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	54.00	43.00	37.00		医保		
151	025031004400	250310044	化验费	06	实验室诊断费	06	胃泌素测定			项	45.00	36.00	31.00		医保		
152	025031004700	250310047	化验费	06	实验室诊断费	06	肾上腺素测定			项	36.00	29.00	25.00		医保		
153	025031004800	250310048	化验费	06	实验室诊断费	06	去甲肾上腺素测定			项	45.00	36.00	31.00		医保		
154	025031004900	250310049	化验费	06	实验室诊断费	06	胆囊收缩素测定			项	45.00	36.00	31.00		医保		
155	025031005000	250310050	化验费	06	实验室诊断费	06	心钠素测定			项	31.50	31.50	27.00		医保		
156	025031005300	250310053	化验费	06	实验室诊断费	06	甲状腺球蛋白(TG)测定			项	41.00	37.00	31.00		医保		
157	025031005400	250310054	化验费	06	实验室诊断费	06	降钙素原检测			项	135.00	120.00	102.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
158	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	41.00	37.00	31.00		医保		
159	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	54.00	54.00	46.00		医保		
160	025040101400	250401014	化验费	06	实验室诊断费	06	各种白介素测定			项	42.00	38.00	33.00	每种测定计费一次	医保	10%	
161	025040101900	250401019	化验费	06	实验室诊断费	06	总补体测定(CH50)			项	13.50	13.50	11.50		医保		
162	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	13.50	10.80	9.10		医保		
163	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	18.00	14.40	12.50		医保		
164	025040102500	250401025	化验费	06	实验室诊断费	06	C-反应蛋白测定(CRP)			项	22.00	20.00	17.00		医保		
165	025040102700	250401027	化验费	06	实验室诊断费	06	轻链KAPPA、LAMBDA定量(K-LC, λ-LC)			项	45.00	36.00	31.00	每种测定计费一次	医保		
166	025040102800	250401028	化验费	06	实验室诊断费	06	铜蓝蛋白测定			项	32.00	25.00	21.00		医保		
167	025040103000	250401030	化验费	06	实验室诊断费	06	活化淋巴细胞测定			项	45.00	36.00	31.00		医保		
168	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	63.00	50.00	43.00		医保		
169	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	80.00	72.00	64.00		医保		
170	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	18.00	18.00	15.30		医保		
171	025040200400	250402004	化验费	06	实验室诊断费	06	抗单链DNA测定			项	18.00	18.00	15.30		医保		
172	025040200600	250402006	化验费	06	实验室诊断费	06	抗双链DNA测定(抗dsDNA)			项	30.00	30.00	26.00		医保		
173	025040200700	250402007	化验费	06	实验室诊断费	06	抗线粒体抗体测定(AMA)			项	18.00	18.00	15.30		医保		
174	025040201500	250402015	化验费	06	实验室诊断费	06	抗心肌抗体测定(AHA)			项	18.00	14.40	12.50		医保		
175	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	27.00	24.00	20.00		医保		
176	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	32.00	29.00	25.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
177	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	41.00	32.00	27.00		医保		
178	025040202600	250402026	化验费	06	实验室诊断费	06	抗胰岛素抗体测定			项	41.00	32.00	27.00		医保		
179	025040203500	250402035	化验费	06	实验室诊断费	06	类风湿因子(RF)测定			项	12.00	10.80	9.10		医保		
180	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	32.00	25.00	21.00		医保		
181	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	49.00	45.00	38.00		医保		
182	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	11.00	9.90	8.90	每项测定计费一次	医保		
183	025040300200	250403002	化验费	06	实验室诊断费	06	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)			项	18.00	14.40	12.50		医保		
184	025040300300	250403003	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎DNA定量测定			次	135.00	108.00	92.00	载量灵敏度≤20IU/ML按400元/次收取。	医保		
185	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	360.00			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
186	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	4.50	4.50	3.80	定量检测28元	医保		
187	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	25.00	25.00	21.00		医保		
188	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	4.50	4.50	3.80	定量检测28元	医保		
189	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	25.00	25.00	21.00		医保		
190	025040300600	250403006	化验费	06	实验室诊断费	06	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)			项	4.50	4.50	3.80		医保		
191	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	4.50	4.50	3.80		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
192	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	4.50	4.50	3.80		医保		
193	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	4.50	4.50	3.80		医保		
194	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	4.50	4.50	3.80		医保		
195	025040301300	250403013	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎RNA定量测定			次	96.00	96.00	85.00	载量灵敏度≤20IU/ML按400元/次收取	医保		
196	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	360.00			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。
197	025040301400	250403014	化验费	06	实验室诊断费	06	丙型肝炎抗体测定(Anti-HCV)			项	35.00	32.00	30.00		医保		
198	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	23.00	18.00	15.50	每项测定计费一次	医保		
199	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	23.00	18.00	15.50		医保		
200	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	53.00	48.00	41.00		医保		
201	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	35.00	32.00	30.00	每项测定计费一次	医保		
202	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	35.00	32.00	30.00	每项测定计费一次	医保		
203	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	35.00	32.00	30.00	每项测定计费一次	医保		
204	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	27.00	22.00	19.00	每项测定计费一次	医保		
205	025040303100	250403031	化验费	06	实验室诊断费	06	腺病毒抗体测定			项	32.00	25.00	21.00		医保		
206	025040303400	250403034	化验费	06	实验室诊断费	06	狂犬病毒抗体测定			项	27.00	22.00	19.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
207	025040304100	250403041	化验费	06	实验室诊断费	06	布氏杆菌凝集试验			项	50.00	45.00	38.00		医保		
208	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	36.00	32.00	27.00	每项测定计费一次	医保		
209	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	22.00	20.00	17.00		医保		
210	025040305000	250403050	化验费	06	实验室诊断费	06	肺炎支原体血清学试验			项	57.00	49.00	42.00		医保		
211	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	36.00	32.50	28.00				
212	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	90.00	72.00	61.00		医保		
213	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	90.00	72.00	61.00		医保		
214	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 $\gamma$ -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 $\gamma$ -干扰素,判断受试者是否存在结核分枝杆菌感染。		次	360.00						
215	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	90.00	72.00	61.00		医保		
216	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	54.00	43.00	39.00		医保		
217	025050100900	250501009	化验费	06	实验室诊断费	06	一般细菌培养及鉴定			项	63.00	50.00	43.00		医保		
218	025050101000	250501010	化验费	06	实验室诊断费	06	尿培养加菌落计数			项	72.00	58.00	49.00		医保		
219	025050101100	250501011	化验费	06	实验室诊断费	06	血培养及鉴定			项	90.00	72.00	61.00		医保		
220	025050101200	250501012	化验费	06	实验室诊断费	06	厌氧菌培养及鉴定			项	75.00	65.00	55.00		医保		
221	025050101300	250501013	化验费	06	实验室诊断费	06	结核菌培养		专用培养管	项	84.00	76.00	65.00		医保		
222	025050101400	250501014	化验费	06	实验室诊断费	06	淋球菌培养			项	68.00	58.00	52.00				
223	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	75.00	65.00	59.00		医保		
224	025050101600	250501016	化验费	06	实验室诊断费	06	百日咳杆菌培养			项	66.00	60.00	54.00		医保		未成年人

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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
225	025050101700	250501017	化验费	06	实验室诊断费	06	嗜血杆菌培养			项	72.00	58.00	49.00		医保		
226	025050101800	250501018	化验费	06	实验室诊断费	06	霍乱弧菌培养			项	72.00	58.00	49.00		医保		
227	025050101900	250501019	化验费	06	实验室诊断费	06	副溶血弧菌培养			项	54.00	49.00	42.00		医保		
228	025050102000	250501020	化验费	06	实验室诊断费	06	L型菌培养			项	54.00	49.00	42.00		医保		
229	025050102100	250501021	化验费	06	实验室诊断费	06	空肠弯曲菌培养			项	54.00	49.00	42.00		医保		
230	025050102200	250501022	化验费	06	实验室诊断费	06	幽门螺杆菌培养及鉴定			项	54.00	49.00	42.00		医保		
231	025050102300	250501023	化验费	06	实验室诊断费	06	军团菌培养			项	63.00	57.00	48.00		医保		
232	025050102700	250501027	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌培养及鉴定			项	63.00	50.00	43.00		医保		
233	025050102900	250501029	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌培养			每个取材部位	27.00	22.00	19.00		医保		
234	025050103000	250501030	化验费	06	实验室诊断费	06	念珠菌系统鉴定			项	36.00	29.00	25.00		医保		
235	025050103100	250501031	化验费	06	实验室诊断费	06	衣原体检查			项	36.00	32.00	27.00		医保		
236	025050103500	250501035	化验费	06	实验室诊断费	06	轮状病毒检测			项	36.00	32.00	27.00		医保		
237	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	90.00	81.00	69.00		医保		
238	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	6.30	5.00	4.20		医保		
239	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	9.00	8.10	6.90		医保		
240	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	27.00	22.00	18.70		医保		
241	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	54.00	43.00	37.00		医保		
242	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	63.00	50.00	42.00		医保		
243	025050300600	250503006	化验费	06	实验室诊断费	06	内毒素定量测定			项	34.00	27.00	23.00		医保		
244	025060200100	250602001	化验费	06	实验室诊断费	06	各种寄生虫免疫学检查			项	12.00	10.80	9.10	每种寄生虫检查计费一次	医保		
245	025070000300	250700003	化验费	06	实验室诊断费	06	血高分辨染色体检查			项	144.00	130.00	111.00		医保		
246	025070001000	250700010	化验费	06	实验室诊断费	06	唐氏综合症筛查			项	90.00	81.00	69.00	限具备产前诊断筛查机构资质的医疗机构开展	医保		
247	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	150.00	135.00	115.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
248	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	160.00	144.00	122.00		医保		
249	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	54.00	49.00	42.00		医保		
250	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	324.00	324.00	275.00	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%	
251	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	650.00	585.00	497.00		医保	10%	
252	625070001902	25070001902	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测			项	360.00	324.00	275.00		医保	10%	
253	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	650.00	585.00	497.00		医保	10%	
254	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	45.00	40.00	34.00		医保		
255	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	81.00			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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
256	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	90.00	90.00	77.00	快速法三甲医院150元，三甲以下医院135元。ALK蛋白伴随诊断三甲医院640元/次，三甲以下医院576元/次	医保		
257	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	135.00	135.00	115.00		医保		
258	027050000202	27050000202	检查费	05	病理诊断费	05	ALK蛋白伴随诊断			次	576.00	518.00	440.00		医保		
259	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	1080.00	972.00	826.00	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。			
260	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	1600.00	1450.00	1250.00	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。			
261	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	9.00	9.00	7.70		医保		
262	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	72.00	72.00	61.00		医保		
263	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	54.00	49.00	42.00	长期低温保存以每天3元计价；手工自采成分血三甲医院120元，三甲以下医院110元。回收装置含回收罐、回收过滤器和回收管路。	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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
264	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	3.00	3.00	2.50	长期低温保存以每天3元计价	医保		
265	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	110.00	99.00	85.00	手工自采成分血	医保		
266	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	45.00	45.00	38.00	回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
267	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	45.00	45.00	38.00	术中自体血回输	医保		
268	031090000001	31090000001	检查费	05	临床诊断项目费	08	消化系统(电子镜)			次	100.00	90.00	80.00	使用电子镜检查三甲医院加收110元,三甲以下医院加收99元。使用内镜光学染色放大检查食管或胃三甲医院加收260元,三甲以下医院加收235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%	
269	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	235.00	210.00	180.00		医保	20%	
270	031100002600	311000026	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术			次	890.00	800.00	680.00	弹道法三甲医院1100元,三甲以下医院990元;激光三甲医院1760元,三甲以下医院1580元	医保		
271	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	990.00	891.00	757.35	弹道法	医保		
272	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	1580.00	1422.00	1209.00	激光法	医保		
273	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	700	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%	

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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
274	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	350	315	268	第二次	医保	20%	
275	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	175	158	134	第三次	医保	20%	
276		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甲医院加收1800元,三甲以下医院加收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			
277	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	1080.00	1080.00	918.00	储液装置含引流装置与储液囊	医保		
278	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	850.00	850.00	723.00		医保		
279	033040401302	33040401302	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔开大术			次	970	870	780		医保		
280	033040401303	33040401303	手术费	08	手术治疗费	10	小儿瞳孔开大术			次	1260	1130	1000		医保		
281	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	430.00	430.00	366.00		医保		
282	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	4280.00	3850.00	3460.00	单纯人工气管移植术三甲医院收1500元,三甲以下医院收1350元	医保		
283	033070104202	33070104202	手术费	08	手术治疗费	10	单纯人工气管移植术			次	1350.00	1220.00	1050.00		医保		
284	033070104203	33070104203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯人工气管移植术			次	1755.00	1580.00	1340.00		医保		
285		3313					13. 女性生殖系统手术		一次性高频电刀头、防粘连剂								
286		3314					14. 产科手术与操作		防粘连剂								
287	033150101500	331501015	手术费	08	手术治疗费	10	半骨盆切除术			次	5800.00	5220.00	4450.00	单纯半骨盆离断术三甲医院收4000元,三甲以下医院收3600元	医保		
288	033150101502	33150101502	手术费	08	手术治疗费	10	单纯半骨盆离断术			次	3600.00	3240.00	2750.00		医保		
289	033150101503	33150101503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯半骨盆离断术			次	4680.00	4220.00	3580.00		医保		
290	033150502000	331505020	手术费	08	手术治疗费	10	胫骨髌间骨折切开复位内固定术	包括Pilon骨折切开复位内固定		次	1980.00	1800.00	1530.00		医保		
291	033150502001	33150502001	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胫骨髌间骨折切开复位内固定术				2574.00	2340.00	1989.00				
292	033150502002	33150502002	手术费	08	手术治疗费	10	Pilon骨折切开复位内固定			次	1940.00	1750.00	1490.00		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	价格(三甲)	价格(三甲以下)	价格(基层)	说明	医保属性	市本级先行自付比例	限用范围
293	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	2520.00	2260.00	1920.00		医保		
294	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	585.00	585.00	497.00		医保		
295	033150601502	33150601502	手术费	08	手术治疗费	10	踝关节单纯游离体摘除术			次	610	549	467		医保		
296	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	795	715	607		医保		
297	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	1210	1100	935		医保		
298	033152201602	33152201602	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱延长术			次	1215	1094	930		医保		
299	033152201603	33152201603	手术费	08	手术治疗费	10	小儿跟腱延长术			次	1580	1422	1209		医保		