

附件1

宁德市医疗机构部分放疗价格项目及市属公立医院价格

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
0240300004 00	240300004	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（固定 照射）			Gy	50.00	45.00	38.00		医保		
0240300005 00	240300005	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（特殊 照射）	包括旋转、 门控、弧形 、楔形滤板 等方法		Gy	99.00	89.00	76.00		医保		
0240300005 01	2403000050 1	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（特殊 照射、旋 转）			Gy	99.00	89.00	76.00	旋转	医保		
0240300005 02	2403000050 2	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（特殊 照射、弧 形）			Gy	99.00	89.00	76.00	弧形	医保		
0240300005 03	2403000050 3	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（特殊 照射、楔 形滤板）			Gy	99.00	89.00	76.00	楔形滤板	医保		
0240300005 04	2403000050 4	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 放疗（特殊 照射、门 控）			Gy	99.00	89.00	76.00	门控	医保		
0240300006 00	240300006	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	直线加速器 适型治疗			Gy	414.00	373.00	317.00		医保		
0240300015 00	240300015	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	适形调强放 射治疗 （IMRT）			Gy	581.00	523.00	445.00		医保		
6240300021 00	240300021	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	旋转调强放 疗	调用治疗计 划，摆位， 体位固定， 机器操作及 照射。		Gy	612.00	551.00	468.00		医保	5%	
0240400001 00	240400001	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	浅表部位后 装治疗			Gy	45.00	41.00	35.00		医保		
0240400002 00	240400002	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	腔内后装放 疗			Gy	50.00	45.00	38.00		医保		
0240400003 00	240400003	治疗费	09	非手术治疗 项目费	09	组织间插置 放疗			Gy	65.00	59.00	50.00		医保		

备注：该附件项目价格自2020年9月1日起执行

宁德市医疗机构部分检验价格项目及市属公立医院价格

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
025010100500	250101005	化验费	06	实验室诊断费	06	网织红细胞计数（Ret）			项	13.50	13.50	11.50	收费不区分方法；不区分人工与仪器	医保		
025020306500	250203065	化验费	06	实验室诊断费	06	纤维蛋白（原）降解产物测定（FDP）	指各种免疫学方法		项	18.00	18.00	15.30	收费不区分方法	医保		
025040306600	250403066	化验费	06	实验室诊断费	06	人乳头瘤病毒（HPV）核酸检测	指PCR技术检查		次	126.00	117.00	99.00	荧光定量分析、杂交捕获等与PCR技术检测收费不区分	医保		
025040400100	250404001	化验费	06	实验室诊断费	06	癌胚抗原测定（CEA）	指各种免疫学方法		项	12.00	12.00	10.20	化学发光法三甲医院21.6元，三甲以下医院21.6	医保		
025040400101	25040400101	化验费	06	实验室诊断费	06	癌胚抗原测定（CEA）（化学发			项	21.60	21.60	22.95		医保		
025040400200	250404002	化验费	06	实验室诊断费	06	甲胎蛋白测定（AFP）	指各种免疫学方法		项	12.00	12.00	12.75	化学发光法三甲医院21.6元，三甲以下医院21.6	医保		
025040400201	25040400201	化验费	06	实验室诊断费	06	甲胎蛋白测定（AFP）（化学发			项	21.60	21.60	22.95		医保		
025040400500	250404005	化验费	06	实验室诊断费	06	总前列腺特异性抗原测定（TPSA）	指各种免疫学方法		项	24.00	24.00	20.00	化学发光法三甲医院43.2元，三甲以下医院43.2	医保	10%	

025040400501	25040400501	化验费	06	实验室诊断费	06	总前列腺特异性抗原测定 (TPSA) (化学发		项	43.20	43.20	45.90	化学发光法三甲医院51.8元,三甲以下医院51.8	医保	10%	
025040400600	250404006	化验费	06	实验室诊断费	06	游离前列腺特异性抗原测定 (FPSA) (化学发	指各种免疫学方法	项	28.80	28.80	25.00	化学发光法三甲医院51.8元,三甲以下医院51.8	医保	10%	
025040400601	25040400601	化验费	06	实验室诊断费	06	游离前列腺特异性抗原测定 (FPSA) (化学发 光法)		项	51.80	51.80	44.00		医保	10%	
025040400700	250404007	化验费	06	实验室诊断费	06	复合前列腺特异性抗原 (CPSA) (化学发		项	36.00	36.00	31.00		医保	10%	
025040400800	250404008	化验费	06	实验室诊断费	06	前列腺酸性磷酸酶测定 (PAP) (化学发	指各种免疫学方法	项	36.00	36.00	31.00	化学发光法三甲医院61元,三甲以下医院61元	医保	10%	
025040400801	25040400801	化验费	06	实验室诊断费	06	前列腺酸性磷酸酶测定 (PAP) (化学发		项	64.80	64.80	55.00		医保	10%	
025040400900	250404009	化验费	06	实验室诊断费	06	神经元特异性烯醇化酶测定 (NSE) (化学发	指各种免疫学方法	项	32.40	32.40	28.00	化学发光法三甲医院58.3元,三甲以下医院58.3	医保	10%	
025040400901	25040400901	化验费	06	实验室诊断费	06	神经元特异性烯醇化酶测定 (NSE) (化学发		项	58.30	58.30	50.00		医保	10%	
025040401000	250404010	化验费	06	实验室诊断费	06	细胞角蛋白19片段测定 (CYRRA21-	指各种免疫学方法	项	36.00	36.00	31.00	化学发光法三甲医院64.8元,三甲以下医院64.8	医保	10%	

025040401001	25040401001	化验费	06	实验室诊断费	06	细胞角蛋白19片段测定(化学发光)		项	64.80	64.80	55.00		医保	10%	
025040401100	250404011	化验费	06	实验室诊断费	06	糖类抗原测定	指各种免疫学方法, CA-27、CA-29、CA-50、CA-125、CA15-3、CA130、CA19-9、CA24-2、CA72-4等分别参照执行	每种抗原	24.00	24.00	25.50	每项测定计费一次; 化学发光法三甲医院43.2元,三甲以下医院43.2元	医保	10%	
025040401101	25040401101	化验费	06	实验室诊断费	06	糖类抗原测定(化学发光)		每种抗原	43.20	43.20	45.90	化学发光法三甲医院86元,三甲以下医院43.2元	医保	10%	
025040401200	250404012	化验费	06	实验室诊断费	06	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)	指各种免疫学方法	项	30.40	30.40	26.00		医保	10%	
025040401201	25040401201	化验费	06	实验室诊断费	06	鳞状细胞癌相关抗原测定(化学发光法)		项	54.70	54.70	47.00		医保	10%	
025040402200	250404022	化验费	06	实验室诊断费	06	组织多肽特异抗原测定(TPS)	指各种免疫学方法	项	54.00	54.00	46.00		医保		
	250405					变应原测定						项以试剂盒为一个计价单位			
025040500100	250405001	化验费	06	实验室诊断费	06	总IgE测定	指各种免疫学方法	项	28.80	28.80	25.00	化学发光法、荧光法、免疫法定量检测三甲医院52元,三甲	医保		
025040500101	25040500101	化验费	06	实验室诊断费	06	总IgE测定(化学发光法)		项	52.00	47.00	44.00		医保		

025040500102	25040500102	化验费	06	实验室诊断费	06	总IgE测定 (荧光免疫法定量检测)		项	52.00	47.00	44.00	各种免疫学方法,最高三甲医院不超过108元,三甲以下医院不超过97元,其中,7种≤过敏原检测种类<10种按80%收取,过敏原检测种类≤7种按60%收取,超过一项,不同过敏原检测可累加计算,该项同时检测总IgE的加收18元,并按	医保		
025040500200	25040500202	化验费	06	实验室诊断费	06	吸入物变应原筛查	指多种吸入物过敏原筛查	项	108.00	97.00	83.00		医保		
025040500201	25040500201	化验费	06	实验室诊断费	06	吸入物变应原筛查(过敏原种类大于等于7种,小于10种)		项	86	78	66	7种≤过敏原检测种类≤10种按80%收取	医保		
025040500202	25040500202	化验费	06	实验室诊断费	06	吸入物变应原筛查(过敏原种类小于7种)		项	65	58	50	过敏原检测种类≤7种按60%收取	医保		
025040500203	25040500203	化验费	06	实验室诊断费	06	吸入物变应原筛查(同时检测总IgE加		项	18	18	18	同时检测总IgE加收	医保		

025040500 300	250405003	化验费	06	实验室诊 断费	06	食入物变 应原筛查	指多种食 入物过敏 原筛查		项	108.00	97.00	83.00	各种免疫 学方法， 最高三甲 医院不超 过108元， 三甲以下 医院不超 过97元， 其中，7种 ≤过敏原 检测种类 <10种按 80%收取， 过敏原检 测种类≤7 种按60%收 取，超过一 项，不同过 敏原检测可 累加计算， 该项同时 检测总IgE 的加收18元， 并按	医保		
025040500 301	250405003 01	化验费	06	实验室诊 断费	06	食入物变 应原筛查 (过敏原种 类大于等 于7种，小 于10种)			项	86	78	66	7种≤过敏 原检测种 类≤10种 按80%收取			
025040500 302	250405003 02	化验费	06	实验室诊 断费	06	食入物变 应原筛查 (过敏原种 类小于7种)			项	65	58	50	过敏原检测 种类≤7种 按60%收取			
025040500 303	250405003 03	化验费	06	实验室诊 断费	06	食入物变 应原筛查 (同时检测 总IgE加收)			项	18	18	18	同时检测 总IgE加收			

025040500 400	250405004	化验费	06	实验室诊 断费	06	特殊变应 原（多价 变应原） 筛查	指多种吸 入物和食 入物等混 合过敏原 筛查		项	207.00	186.00	158.00	各种免疫 学方法， 包括混合 过敏原特 异性IgE测 定（荧光 免疫 法），最 高三甲医 院不超过 207元，三 甲以下医 院不超过 186元，其 中，10种 ≤过敏原 检测种类 <18种按 80%收取， 过敏原检 测种类< 10种按40% 收取，超 过一项， 不同过敏 原检测可 累加计 算，该项 同时检测	医保		
025040500 401	250405004 01	化验费	06	实验室诊 断费	06	混合过敏 原特异性 IgE测定 （荧光免 疫法）			项	207.00	186.00	158.00	最高三甲 医院不超 过230元， 三甲以下 医院不超 过207元	医保		
025040500 402	250405004 02	化验费	06	实验室诊 断费	06	特殊变应 原筛查（多 价变应 原，过敏 原种类大 于等于10 种，小于			项	166	149	126	10种≤过 敏原检测 种类<18 种按80%收 取			

025040500 403	250405004 03	化验费	06	实验室诊 断费	06	特殊变应 原筛查(多 价变应 原,过敏 原种类小 特殊变应 原筛查(多 价变应 原,同时 检测总IgE				项	83	74	63	过敏原检 测种类< 10种按10% 收取			
025040500 404	250405004 04	化验费	06	实验室诊 断费	06	混合过敏 原特异性 IgE测定 (荧光免 疫法,过 敏原种类 大于等于 10种,小				项	18	18	18	同时检测 总IgE加收			
025040500 405	250405004 05	化验费	06	实验室诊 断费	06	混合过敏 原特异性 IgE测定 (荧光免 疫法,过 敏原种类 大于等于 10种,小				项	166	149	126	10种≤过 敏原检测 种类<18 种按80%收 取			
025040500 406	250405004 06	化验费	06	实验室诊 断费	06	混合过敏 原特异性 IgE测定 (荧光免 疫法,过 敏原种类 大于等于 10种,小				项	83	74	63	过敏原检 测种类< 10种按10% 收取			
025040500 407	250405004 07	化验费	06	实验室诊 断费	06	混合过敏 原特异性 IgE测定 (荧光免 疫法,同 时检测总				项	18	18	18	同时检测 总IgE加收			
025040500 500	250405005	化验费	06	实验室诊 断费	06	专项变应 原(单价 变应原) 筛查	指吸入物 或吸入物 过敏原等 原检测			项	29.00	27.00	23.00	各种免疫 学方法, 超过5项按 5项收取。 单项过敏 原特异性 IgE定量测 定(荧光 免疫法) 三甲医院 81元/项, 三甲以下	医保		

025040500501	25040500501	化验费	06	实验室诊断费	06	单项过敏原特异性IgE定量测定(荧光免疫法)				项	81.00	73.00	62.00	限筛查时发现阳性的过敏原进一步定量检测	医保		
025040500502	25040500502	化验费	06	实验室诊断费	06	原筛查(单价变更原,单项检测数				5项	145	135	115	超过5项按5项收取			
025040500503	25040500503	化验费	6	实验室诊断费	06	单项过敏原特异性IgE定量测定(荧光免疫法,单项检测数量超过5				5项	405	365	310	限筛查时发现阳性的过敏原进一步定量检测,超过5项按5项收取			
025050200300	25050200300	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌药敏试验				每种药物	9.00	9.00	7.70	收费不区分方法	医保		
025070000100	25070000100	化验费	06	实验室诊断费	06	外周血细胞染色体				次	135.00	135.00	115.00	仪器法不区分收费	医保		
031020500800	31020500800	检查费	05	临床诊断项目费	08	电脑血糖监测	含床旁血糖监测			每试验项目	7.00	6.00	5.10		医保		

宁德市医疗机构部分手术价格项目及市属公立医院价格

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
012010001300	120100013	护理费	04	护理费	03	动静脉置管护理		三通管、肝素帽、无针密闭输液接头、预充式导管冲洗器	次	5.40	5.40	4.60	使用预充式导管冲洗器，动静脉置管护理按2.7元收取	医保		
012010001301	12010001301	护理费	04	护理费	03	动静脉置管护理（使用预充式导管冲洗器）			次	2.70	2.70	2.70		医保		
012080000100	120800001	治疗费	09	一般治疗操作费	02	鼻饲管置管	含胃肠营养滴入	药物和一次性胃管、鼻肠管	次	14.00	13.00	12.00	进食、注药、十二指肠灌注共加收1元。鼻肠管置管术三甲医院收90元，三甲以下医院收81元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%	医保		
012080000103	12080000103	治疗费	09	一般治疗操作费	02	鼻肠管置管术	经鼻腔将鼻肠管置入十二指肠或空肠		次	90.00	81.00	73.00	限肠内高营养治疗患者使用	医保		
012080000104	12080000104	治疗费	09	一般治疗操作费	02	小儿鼻肠管置管术			次	117.00	105.00	95.00		医保		
624070000400	240700004	手术费	08	手术治疗费	10	经皮肿瘤消融术	包括经皮利用射频、微波、冷冻等手段对肿瘤进行治疗	消融套件	次	3600.00	3240.00	2754.00	消融套件指消融针、消融刀、消融电极主件及其附件，一次手术按一个套件进行收费。消融套件超过8000元，经皮肿瘤消融术按收费标准50%收取	医保		
624070000401	24070000401	手术费	08	手术治疗费	10	经皮肿瘤消融术			次	1800.00	1620.00	1377.00	消融套件超过8000元	医保		

031100001100	311000011	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	连续性血液净化				小时	90.00	90.00	77.00	重症监护室连续性血液净化每小时180元	医保		
031100001101	31100001101	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	连续性血液净化（重症监护）				小时	180.00	180.00	180.00		医保		
033080301200	330803012	手术费	08	手术治疗费	10	心房血栓清除术				次	2430.00	2180.00	1853.00		医保		
033080301201	33080301201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房血栓清除				次	3159.00	2834.00	2409.00		医保		
033080301300	330803013	手术费	08	手术治疗费	10	心房折叠术				次	2430.00	2180.00	1853.00		医保		
033080301301	33080301301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房折叠术				次	3159.00	2834.00	2409.00		医保		
633000000024	33000000024	手术费	8	手术治疗费	10	诊疗分析及手术规划3D智能医学影像辅助操作	利用专用计算机系统符合DICOM3.0标准的头部、颈部、胸部、腹部等部位的影像数据进行三维重建，建成直观、精准展示病灶情况及病灶与周边组织的三维影像，并能快速研判。系统功能：根据临床仿真度模拟和虚拟技术进行术前规划，制定手术方案并做好照相			部位				以头部、颈部、胸部、腹部为一个计价单位；腹部涉及3个及以上的脏器的，最高不超过3500元。创双高"的三所医院有明确的三级及以上指针且完成术前患者收费			

633080303200	330803032	手术费	08	手术治疗费	10	心耳结扎术	全身麻醉，建立体外循环，在心耳根部或基底部分		次	1440.00	1296.00	1102.00		医保		
633080303201	33080303201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心耳结扎术	常规气管插管及全身麻醉，平卧位，消毒铺巾，采用胸骨正中切口、取正中仰卧位，通过应用电刀、镊子、钢丝、钢		次	1728.00	1555.00	1322.00		医保		
633080303300	330803033	手术费	08	手术治疗费	10	胸骨内固定术	胸骨正中切口、取正中仰卧位，通过应用电刀、镊子、钢丝、钢		次	1350	1215	1033.00	限开胸术后胸骨裂开、钢丝断裂、钢丝凸起等影响切口愈合需要再次固定胸骨患者收取	医保		
633080303301	33080303301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胸骨固定术	利用平面镜成像原理，将健侧活动画面反射到患者，让患者观察并想象患者正在进行相同的运动，同时治疗师可在镜后做相同的动作，借由视觉错觉		次	1755	1580	1343	自主定价。限截肢后幻肢痛、复杂性局部疼痛综合征、脑卒中后康复等收费	医保		
634020005200	340200052	治疗费	09	康复费	11	镜像疗法			次							

631060501800	310605018	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	肺外周结节电磁导航支气管镜检查治疗	加载肺部影像学数据，系统对肺部支气管结构进行三维成像，对肺部病灶进行术前病变分析和路径规划，寻找目标病灶，通过系统生成并建立到达病灶部位的导航路径。患者在麻醉状态下，气管镜连接气管镜内镜定位导管和内窥镜延长导管，在实时电磁导航引导下，将内窥镜工作	定位导管、延长导管	次						自主定价			
--------------	-----------	-----	----	----------	----	-------------------	---	-----------	---	--	--	--	--	--	------	--	--	--

除外内容修订编码表

序号	项目编码	项目名称	除外耗材	除外耗材编码	除外耗材计算机编码	医保属性	市本级先行自付比例
1	12010001301	动静脉置管护理	预充式导管冲洗器	960109	960109000000	医保	20%
2	12080000103	鼻肠管置管术	鼻肠管	960110	960110000000	医保	20%
3	240700004	经皮肿瘤消融术	消融套件	960111	960111000000	医保	20%