

平潭综合实验区公立医疗机构部分检验价格项目

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	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	14	11.9	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	23	19.1	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技术检测		次	130	110.5	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	18	15.3	化学发光法县级医院32元，基层医疗机构27.2元	医保		
025040400101	25040400101	化验费	06	实验室诊断费	06	癌胚抗原测定（CEA）（化学发光法）			项	32	27.2		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	18	15.3	化学发光法县级医院32元，基层医疗机构27.2元	医保		
025040400201	25040400201	化验费	06	实验室诊断费	06	甲胎蛋白测定（AFP）（化学发光法）			项	32	27.2		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	36	30.6	化学发光法县级医院65元，基层医疗机构55.3元	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）（化学发光法）			项	65	55.3		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）	指各种免疫学方法		项	36	30.6	化学发光法县级医院65元，基层医疗机构55.3元	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	65	55.3		医保	10%	
025040400700	250404007	化验费	06	实验室诊断费	6	复合前列腺特异性抗原（CPSA）测定			项	36	30.6		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）	指各种免疫学方法		项	36	30.6	化学发光法县级医院65元，基层医疗机构55.3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）（化学发光法）			项	65	55.3		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）	指各种免疫学方法		项	41	34.9	化学发光法县级医院73元，基层医疗机构62.1元	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）（化学发光法）			项	73	62.1		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（CYFRA21-1）	指各种免疫学方法		项	54	45.9	化学发光法县级医院97元，基层医疗机构82.5元	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（化学发光法）			项	97	82.5		医保	10%	

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	限用范围
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等等分别参照执行		每种抗原	36	30.6	每项测定计费一次； 化学发光法县级医院65元，基层医疗机构55.3元	医保	10%	
025040401101	25040401101	化验费	06	实验室诊断费	06	糖类抗原测定（化学发光法）			每种抗原	65	55.3		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	45	38.3	化学发光法县级医院81元，基层医疗机构68.9元	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）（SCC）			项	81	68.9		医保	10%	
025040402200	250404022	化验费	06	实验室诊断费	06	组织多肽特异抗原（TPS）测定	指各种免疫学方法		项	54	45.9		医保		
	250405					变应原测定					0.0	项指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	36	30.6	化学发光法、荧光免疫法定量检测县级医院63元，基层医疗机构53.6元	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	63	53.6		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	63	53.6		医保		
025040500200	250405002	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	91.8	各种免疫学方法，最高县级医院不超过108元，基层医疗机构不超过91.8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，同时过敏原检测可累加计算，该项同时检测总IgE的加收20元，并按不超过最高限价的相应标准收取	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	73.1	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	55.3	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加收）			项	20	17.0	同时检测总IgE加收	医保		

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	适用范围
025040500300	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	91.8	各种免疫学方法，最高县级医院不超过108元，基层医疗机构不超过91.8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20元，并按不超过最高限价的相应标准收取	医保		
025040500301	25040500301	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	73.1	7种≤过敏原检测种类≤10种按80%收取	医保		
025040500302	25040500302	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	55.3	过敏原检测种类≤7种按60%收取	医保		
025040500303	25040500303	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	20	17.0	同时检测总IgE加收	医保		
025040500400	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	176.0	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），最高县级医院不超过207元，基层医疗机构不超过176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，该项同时检测总IgE的加收20元，并按不超过最高限价的相应标准收取	医保		
025040500401	25040500401	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	176.0	最高县级医院不超过207元，基层医疗机构不超过176元	医保		
025040500402	25040500402	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18种)			项	166	141.1	10种≤过敏原检测种类≤18种按80%收取	医保		
025040500403	25040500403	化验费	06	实验室诊断费	06	特殊变应原筛查(多价变应原，过敏原种类小于10种)			项	83	70.4	过敏原检测种类≤10种按40%收取	医保		
025040500404	25040500404	化验费	06	实验室诊断费	06	特殊变应原筛查(多价变应原，同时检测总IgE加收)			项	20	17.0	同时检测总IgE加收	医保		
025040500405	25040500405	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，小于18种）			项	166	141.1	10种≤过敏原检测种类≤18种按80%收取	医保		
025040500406	25040500406	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，过敏原种类小于10种）			项	83	70.4	过敏原检测种类≤10种按40%收取	医保		

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	限用范围
025040500407	25040500407	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IgE加收）			项	20	17.0	同时检测总IgE加收	医保		
025040500500	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 单项过敏原检测		项	30	25.5	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）县级医院81元/项，基层医疗机构68.9元/项	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	68.9	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	专项变应原筛查（单价变应原，单项检测数量超过5项）			5项	150	127.5	超过5项按5项收取	医保		
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项）			5项	405	344.3	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	医保		
025050200300	250502003	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌药敏试验			每种药物	11	9.4	收费不区分方法	医保		
025070000100	250700001	化验费	06	实验室诊断费	06	外周血细胞染色体检查			次	120	102.0	仪器法不区分收费	医保		
031020500800	310205008	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	6	5.1		医保		

平潭综合实验区公立医疗机构部分手术等价格项目

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	适用范围
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	6	5.1	使用预充式导管冲洗器，动静脉置管护理按3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	3	2.6		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	11.9	进食、注药、十二指肠灌注共加收1元。鼻肠管置管术县级医院收90元，基层医疗机构收76.5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	76.5	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	99.5		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消融治疗	消融套件	次	3600	3060.0	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的50%收取	医保	20%	
624070000401	24070000401	手术费	08	手术治疗费	10	经皮肿瘤消融术			次	1800	1530.0	消融套件超过8000元	医保		
0311000001100	311000011	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	连续性血液净化			小时	96	81.6	重症监护室连续性血液净化每小时200元	医保		
0311000001101	31100001101	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	连续性血液净化（重症监护室）			小时	200	170.0		医保		
033080301200	330803012	手术费	08	手术治疗费	10	心房血栓清除术			次	2430	2065.5		医保		
033080301201	33080301201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房血栓清除术			次	3160	2686.0		医保		
033080301300	330803013	手术费	08	手术治疗费	10	心房折叠术			次	2430	2065.5		医保		
033080301301	33080301301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房折叠术			次	3160	2686.0		医保		
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进行连续缝合结扎		次	1440	1224.0		医保		
633080303201	33080303201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心耳结扎术			次	1728	1468.8		医保		

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	县级收费标准	基层医疗机构收费标准	说明	医保属性	省本级先行自付比例	限用范围
633080303300	330803033	手术费	08	手术治疗费	10	胸骨内固定术	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、钢丝钳等对胸骨进行固定		次	1350	1147.5	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			次	1755	1491.8		医保		
6340200005200	340200052	治疗费	09	康复费	11	镜像疗法	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的运动，同时治疗师可在镜后做相同的动作，借由视觉、视觉反馈以及双侧共同运动进行康复训练		次			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			
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镜检查治疗术	加载肺部影像学数据，系统对肺部支气管结构进行三维成像，对肺部病灶进行术前病变分析和路径规划，寻找目标病灶，通过系统生成并建立达到病灶部位的导航路径。患者在麻醉状态下，通过支气管镜连接气管内镜定位导管和内镜导航引导下，将内窥镜工作通道延长导管引导到肺外周病灶目标位置，抽出气管内镜定位导管，建立经支气管到达肺部目标病灶的多功能工作通道，进行目标病灶的活检取样、刷片、穿刺等检查与治疗。不含病理学检查和影像学检查	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	省本级先行自付比例
1	12010001301	动静脉置管护理	预充式导管冲洗器	960109	9601090000000	医保	20%
2	12080000103	鼻肠管置管术	鼻肠管	960110	9601100000000	医保	20%
3	240700004	经皮肿瘤消融术	消融套件	960111	9601110000000	医保	20%

平潭综合实验区部分医疗服务价格项目调整

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	县级收费标准	基层医疗机构收费 标准	说明	医保 属性	省本级 先行自 付比例	限用 范围
025010100501	25010100501	化验费	06	实验室诊断费	06	网织红细胞计数（Rt）（仪器法）			项	22.2	18.87	仪器法	医保		
025010100502	25010100502	化验费	06	实验室诊断费	06	网织红细胞计数（Rt）（流式细胞仪法）			项	13.3	11.31	流式细胞仪法	医保		
025020306501	25020306501	化验费	06	实验室诊断费	06	纤维蛋白（原）降解产物测定（FDP）（酶免法）			项	26.5	22.53	标本每稀释……个浓度 另计费……次	医保		
025020306502	25020306502	化验费	06	实验室诊断费	06	纤维蛋白（原）降解产物测定（仪器法）			项	35.4	30.09	标本每稀释……个浓度 另计费……次	医保		
025040306601	25040306601	化验费	06	实验室诊断费	06	人乳头瘤病毒（HPV）核酸检测（全自动荧光定量）			次	132.5	112.63		医保		
025040306602	25040306602	化验费	06	实验室诊断费	06	人乳头瘤病毒（HPV）核酸检测（杂交捕获法基因分型）			次	176.7	150.20		医保		
025040400102	25040400102	化验费	06	实验室诊断费	06	癌胚抗原测定（CEA）（仪器法）			项	35.3	30.01		医保		
025040400202	25040400202	化验费	06	实验室诊断费	06	甲胎蛋白测定（AFP）（仪器法）			项	35.3	30.01		医保		
025040400502	25040400502	化验费	06	实验室诊断费	06	总前列腺特异性抗原测定（TPSA）（仪器法）			项	70.7	60.10		医保	10%	
025040400602	25040400602	化验费	06	实验室诊断费	06	游离前列腺特异性抗原测定（FPSA）（仪器法）			项	70.7	60.10		医保	10%	
025040400701	25040400701	化验费	06	实验室诊断费	06	复合前列腺特异性抗原（CPSA）测定（仪器法）			项	70.7	60.10		医保	10%	
025040400802	25040400802	化验费	06	实验室诊断费	06	前列腺酸性磷酸酶测定（PAP）（仪器法）			项	70.7	60.10		医保	10%	
025040400902	25040400902	化验费	06	实验室诊断费	06	神经元特异性烯醇化酶测定（仪器法）			项	79.5	67.58		医保	10%	
025040401002	25040401002	化验费	06	实验室诊断费	06	细胞角蛋白19片段测定（仪器法）			项	106.0	90.10		医保	10%	
025040401102	25040401102	化验费	06	实验室诊断费	06	糖类抗原测定（仪器法）			每种抗原	70.7	60.10		医保	10%	
025040401202	25040401202	化验费	06	实验室诊断费	06	鳞状细胞癌相关抗原测定（仪器法）			项	88.4	75.14		医保	10%	
025040402202	25040402202	化验费	06	实验室诊断费	06	组织多肽特异性抗原（TPS）测定（仪器法）			项	106.0	90.10		医保		
025050200301	25050200301	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌药敏试验（仪器法）			每种药物	11.5	9.78		医保		
025070000101	25070000101	化验费	06	实验室诊断费	06	外周血细胞染色体检查（仪器法）			次	132.5	112.63		医保		

备注：本批次共删减项目16项。

