

# 福建省医疗保障局文件

闽医保规〔2023〕5号

---

## 福建省医疗保障局关于公布运动诱发电位等 医疗服务价格项目的通知

各设区市医保局、平潭综合实验区社会事业局，各省属公立医院、联勤保障部队第九〇〇医院：

为适应我省公立医院发展需求，规范医疗服务价格项目，经研究，决定新增运动诱发电位等项目价格，制定神经丝蛋白（AD7c-NTP）检测等项目三甲以下价格，修订实时剪切波组织弹性成像（SWE）等部分医疗服务价格项目，调整优化部分人工关节置换手术项目省属公立医院价格。现将有关事项通知如下：

一、新增运动诱发电位、多功能神经肌肉功能监测等13个项

目价格（详见附件1）。

二、对神经丝蛋白（AD7c-NTP）检测、胃蛋白酶原Ⅱ测定等11个省属三甲以下公立医院未定价项目制定具体价格（详见附件2）。

三、调整实时剪切波组织弹性成像、诊疗分析及手术规划3D智能医学影像辅助操作、电休克治疗、多参数监护无抽搐电休克治疗等4个项目说明栏，调整全身麻醉（无痛胃镜或肠镜全身麻醉）的项目名称，调整经皮穿刺电刺激镇痛术的项目类别，调整经颅重复磁刺激治疗的项目内涵（详见附件3）。

四、调整优化人工全髋关节置换术、人工膝关节表面置换术、人工关节翻修术、下肢关节松解术等部分人工关节置换手术项目省属公立医院价格（详见附件4）。

五、各设区市医疗保障部门要按照本通知的调整内容及时做好辖区内相关医疗服务价格项目的更新调整工作。各省属公立医院要按照本通知的要求，认真做好本单位收费系统的维护与更新工作。

本通知自2023年12月1日起执行。以往有关规定与本通知不一致的，以本通知规定为准。

附件：1. 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格  
（新增价格项目）

2. 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格  
（三甲以下医院新定价）
3. 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格  
（调整项目）
4. 福建省属公立医院人工全髋关节置换术等部分人工  
关节置换手术项目及价格

福建省医疗保障局

2023 年 11 月 16 日

## 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格（新增价格项目）

金额：元

| 序号 | 国家结算编码                      | 我省地方项目代码    | 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 | 省价格（三） | 省价格（三甲以下） | 说明                | 医保属性 | 省本级先行自 | 限用范围  |
|----|-----------------------------|-------------|------|------|----------|------|---------------------|-------------------------------------|---------------|------|--------|-----------|-------------------|------|--------|-------|
| 1  | 003101000100000-310100010   | 310100010   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 运动诱发电位              | 含大脑皮层和周围神经刺激                        |               | 次    | 60     | 54        | 限神经外科术中监测         | 医保   |        |       |
| 2  | 003101000220000-310100022   | 310100022   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 多功能神经肌肉功能监测         | 包括表面肌电测定                            |               | 小时   | 5      | 4.5       |                   | 医保   |        |       |
| 3  | 003101000220100-31010002201 | 31010002201 | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 多功能神经肌肉功能监测（表面肌电测定） |                                     |               | 小时   | 5      | 4.5       |                   | 医保   |        |       |
| 4  | 003105010040000-310501004   | 310501004   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 咀嚼功能检查              |                                     |               | 次    | 10     | 10        |                   |      |        |       |
| 5  | 003105010050000-310501005   | 310501005   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 下颌运动检查              | 包括髁状突运动轨迹描记                         |               | 次    | 10     | 10        |                   |      |        |       |
| 6  | 003105010090000-310501009   | 310501009   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 面部模型制备              | 含印模制取、石膏模型灌制及修正                     | 特殊印模材料、特殊模型材料 | 次    | 40     | 40        |                   |      |        |       |
| 7  | 003105120040000-310512004   | 310512004   | 治疗费  | 09   | 非手术治疗项目费 | 09   | 儿童前牙树脂冠修复           | 含牙体预备、试冠、粘结；包括树脂冠修复前牙大面积牙体缺损（外伤及龋患） | 瓷聚合体冠、树脂粘结材料  | 次    | 50     | 50        |                   | 医保   |        | 限未成年人 |
| 8  | 003105170070000-310517007   | 310517007   | 治疗费  | 09   | 非手术治疗项目费 | 09   | 固定修复计算机辅助设计         | 包括计算机辅助设计制作全冠、嵌体、固定桥                |               | 次    | 230    | 230       | 不得与医学3D建模（口腔）同时收取 |      |        |       |
| 9  | 003105200020000-310520002   | 310520002   | 治疗费  | 09   | 非手术治疗项目费 | 09   | 肌松弛治疗               |                                     |               | 次    | 10     | 10        |                   |      |        |       |
| 10 | 003109040080000-310904008   | 310904008   | 治疗费  | 09   | 非手术治疗项目费 | 09   | 便秘及腹泻的生物反馈治疗        |                                     |               | 次    | 30     | 27        |                   |      |        |       |
| 11 | 003114000050000-311400005   | 311400005   | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 皮肤生理指标系统分析          | 含色素、皮脂、水份、PH测定及局部色彩图象               |               | 次    | 15     | 13.5      |                   |      |        |       |

| 序号 | 国家结算编码                        | 我省地方<br>项目代码 | 财务<br>项目 | 财务<br>编码 | 病案<br>项目  | 病案<br>编码 | 项目<br>名称     | 项目<br>内涵                     | 除外<br>内容 | 计价<br>单位 | 省价<br>格（三<br>甲以下） | 省价格<br>（三甲<br>以下） | 说明 | 医保<br>属性 | 省本<br>级先行自 | 限用<br>范围 |
|----|-------------------------------|--------------|----------|----------|-----------|----------|--------------|------------------------------|----------|----------|-------------------|-------------------|----|----------|------------|----------|
| 12 | 003306040320000<br>-330604032 | 330604032    | 手术费      | 08       | 手术治疗<br>费 | 10       | 显微根管外科<br>手术 | 包括显微镜下的进<br>行根管内外修复及<br>根尖手术 |          | 每根管      | 350               | 350               |    |          |            |          |
| 13 | 003308010210000<br>-330801021 | 330801021    | 手术费      | 08       | 手术治疗<br>费 | 10       | 卵圆孔修补术       |                              |          | 次        | 3500              | 3150              |    | 医保       |            | 限未成年人    |

## 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格（三甲以下医院新定价）

金额：元

| 序号 | 国家结算编码                      | 我省地方项目代码    | 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 | 省价格（三甲） | 省价格（三甲以下） | 说明      | 医保属性 | 省本级先行自付比例 | 限用范围                                  |
|----|-----------------------------|-------------|------|------|--------|------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------|---------|-----------|---------|------|-----------|---------------------------------------|
| 1  | 352503010250000-250301021   | 250301021   | 化验费  | 06   | 实验室诊断费 | 06   | 神经丝蛋白（AD7c-NTP）检测          | 对患者尿液进行体外阿尔兹海默相关神经丝蛋白AD7c-NTP检测                                                                                   |            | 人份   | 350     | 315       |         |      |           |                                       |
| 2  | 352504040410000-250308013   | 250308013   | 化验费  | 06   | 实验室诊断费 | 06   | 胃蛋白酶原II测定                  | 样本类型：各种标本。样本采集、签收、处理，定标和质控，检查样本，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    | 60      | 54        |         | 医保   |           |                                       |
| 3  | 352503030200000-250308014   | 250308014   | 化验费  | 06   | 实验室诊断费 | 06   | 脂蛋白相关磷脂酶A2（Lp-PLA2）测定      | 样本类型：血液。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，检测，质控，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    | 100     | 90        |         |      |           |                                       |
| 4  | 352504040300000-250308015   | 250308015   | 化验费  | 06   | 实验室诊断费 | 06   | 异常凝血酶原（PIVKA-II）测定         | 样本类型：血液。样本采集，分离血浆，加入试剂，测定，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    | 120     | 108       |         |      |           |                                       |
| 5  | 002503100440000-250310062   | 250310062   | 化验费  | 06   | 实验室诊断费 | 06   | 胃泌素-17测定                   | 样本类型：血液。样本采集、签收、处理，定标和质控，检测样本，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    | 60      | 54        |         | 医保   |           |                                       |
| 6  | 352504030910000-250403082   | 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     | 360       |         |      |           |                                       |
| 7  | 002504030130000-25040301302 | 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     | 360       | 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。 |
| 8  | 353107010380000-310701031   | 310701031   | 手术费  | 08   | 手术治疗费  | 10   | 植入式心电事件记录器安置术              | 皮肤清洁处理，在胸骨左缘和左胸骨中线第1-4肋间的范围内安放电极，记录不同组合的双极心电图，判断理想植入部位。消毒铺巾，局部麻醉，根据选择的植入部位做切口，制备皮下囊袋，将高妙器放进皮下囊袋后，逐层缝合皮下组织及皮肤。     | 植入式心电事件记录器 | 次    | 800     | 720       |         | 医保   |           |                                       |
| 9  | 353107010320000-310701032   | 310701032   | 手术费  | 08   | 手术治疗费  | 10   | 植入式心电事件记录器取出术              | 皮肤清洁处理，将原植入的心电事件记录器从囊袋中取出，逐层缝合皮下组织及皮肤。                                                                            |            | 次    | 300     | 270       |         | 医保   |           |                                       |

| 序号 | 国家结算编码                        | 我省地方项目代码  | 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 | 省价格（三甲） | 省价格（三甲以下） | 说明 | 医保属性 | 省本级先行自付比例 | 限用范围 |
|----|-------------------------------|-----------|------|------|----------|------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|---------|-----------|----|------|-----------|------|
| 10 | 003101000150000<br>-311400060 | 311400060 | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费  | 08   | 定量感觉测定        | 用感觉定量测定仪评定小纤维功能。含不同频率电刺激和温度刺激两种方法，根据病史和体格检查初步判断检查部位和范围，将探头置于病人所需检测皮肤表面，在开始前给与病人培训。并按程序分别进行不同电刺激或温度刺激的检测，要求病人在感知到特定温度后按键或提示操作者，重复并平均后分析。根据结果，并结合诊断人工出报告，专业医师审核报告。 |                | 部位   | 20      | 18        |    |      |           |      |
| 11 | 353108000270000<br>-311400061 | 311400061 | 治疗费  | 09   | 非手术治疗项目费 | 09   | 富血小板血浆（PRP）治疗 | 指从自体血中提取出血小板浓缩物，通过局部覆盖的方式应用于病变部位，修复急慢性组织损伤。                                                                                                                      | 血小板血浆（PRP）制备套装 | 次    | 300     | 270       |    |      |           |      |

## 福建省医疗机构部分价格项目及省属公立医院价格（调整项目）

| 金额：元 |                               |              |      |      |         |      |                       |                                                                                                                                                                                       |                  |      |         |           |                                                                                       |      |           |      |
|------|-------------------------------|--------------|------|------|---------|------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------|---------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------|------|
| 序号   | 国家结算编码                        | 我省地方项目代码     | 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 | 省价格（三甲） | 省价格（三甲以下） | 说明                                                                                    | 医保属性 | 省本级先行自付比例 | 限用范围 |
| 1    | 352203020130000-220302013     | 220302013    | 检查费  | 05   | 临床诊断项目费 | 08   | 实时剪切波组织弹性成像（SWE）      | 在彩色多普勒超声成像中对组织或器官进行SWE测量（包括平均值、最大值、最小值、标准差、比值），并作出相应诊断彩色图文报告。不含彩色多普勒超声检查。                                                                                                             |                  | 次    | 120     | 108       |                                                                                       |      |           |      |
| 2    | 3533000000010000-330000000024 | 330000000024 | 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 | 利用专用的计算机系统对符合DICOM3.0标准的头部、颈部、胸部、腹部等部位的影像学数据进行三维重建，建成立体、直观、精准展示病灶情况及病灶与周边组织关系的三维影像，并进行智能快速研判。根据该系统功能，临床医生通过高仿真度模拟和虚拟现实技术进行术前规划，制定手术方案并做好相关记录。不含医学影像学检查。                               |                  | 部位   | 1500    |           | 以头部、颈部、胸部、腹部为一个计价单位；腹部涉及3个及以上脏器的，最高不超过3500元。限省市三甲医院及国家区域医疗中心医院有明确的三级及以上指针且完成术前讨论的患者收费 |      |           |      |
| 3    | 003301000180000-310100036     | 310100036    | 手术费  | 09   | 手术治疗费   | 09   | 经皮穿刺电刺激镇痛术            | 消毒，局麻下穿刺部位准确定位，穿刺后置入硬膜外刺激电极，反复调节电极位置至疼痛相应的脊髓节段或神经病变部位，连接导线进行术中刺激测试，观察镇痛范围和效果，直至刺激范围覆盖疼痛部位或是镇痛效果满意。短时程电刺激镇痛，固定电极连接导线引导至体外，逐层缝合，敷料固定。永久性电刺激镇痛，固定电极后同步体内置入脊髓神经刺激系统及套件，逐层缝合，敷料固定。不含影像学引导。 | 神经电极、植入神经刺激系统及套件 | 次    | 3500    | 3150      | 限慢性顽固性疼痛及癌痛治疗收取。植入式神经刺激系统及套件限永久性电刺激镇痛收取。                                              | 医保   |           |      |

| 序号 | 国家结算<br>编码                      | 我省地方<br>项目代码 | 财务<br>项目 | 财务<br>编码 | 病案<br>项目             | 病案<br>编码 | 项目名称                                                                              | 项目内涵                         | 除外<br>内容             | 计价<br>单位 | 省价格<br>(三<br>甲) | 省价格<br>(三甲<br>以下) | 说明                                                                                                                                                                                                                          | 医保<br>属性 | 省本级<br>先行自<br>付比例 | 限用<br>范围 |
|----|---------------------------------|--------------|----------|----------|----------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|----------|-----------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|----------|
| 4  | 003115030040000<br>-311503004   | 311503004    | 治疗<br>费  | 09       | 非手<br>术治<br>疗项<br>目费 | 09       | 电休克治疗                                                                             |                              |                      | 次        | 30              | 27                | 不含麻醉                                                                                                                                                                                                                        | 医保       |                   |          |
| 5  | 003115030050000<br>-311503005   | 311503005    | 治疗<br>费  | 09       | 非手<br>术治<br>疗项<br>目费 | 09       | 多参数监护无抽搐电<br>休克治疗                                                                 |                              |                      | 次        | 200             | 180               | 不含麻醉                                                                                                                                                                                                                        | 医保       |                   |          |
| 6  | 003301000050000<br>-330100005   | 330100005    | 手术<br>费  | 08       | 手术<br>治疗<br>费        | 10       | 全身麻醉                                                                              | 含气管插管；包括吸入、静<br>脉或吸静复合以及靶控输入 | 喉罩、<br>特气<br>管导<br>管 | 2小<br>时  | 810             | 729               | 每增加1小时三甲<br>医院加收180元，<br>三甲以下医院加收<br>162元；无痛胃镜<br>或肠镜全身麻醉、<br>无痛胃肠镜同时检<br>查全身麻醉、电休<br>克治疗/多参数监<br>护无抽搐电休克治<br>疗全身麻醉按三甲<br>医院375元/2小<br>时，三甲以下医院<br>340元/2小时收<br>费；无痛支气管镜<br>检查全身麻醉三甲<br>医院375元/2小<br>时，三甲以下医院<br>340元/2小时收费 | 医保       |                   |          |
| 7  | 003301000050000<br>-33010000502 | 33010000502  | 手术<br>费  | 08       | 手术<br>治疗<br>费        | 10       | 全身麻醉（无痛胃镜<br>或肠镜全身麻醉、无<br>痛胃肠镜同时检查全<br>身麻醉、电休克治疗<br>/多参数监护无抽搐<br>电休克治疗全身麻<br>醉）   |                              |                      | 2小<br>时  | 375             | 340               | 无痛胃镜或肠镜全<br>身麻醉、无痛胃肠<br>镜同时检查全身麻<br>醉、电休克治疗/<br>多参数监护无抽搐<br>电休克治疗全身麻<br>醉                                                                                                                                                   | 医保       |                   |          |
| 8  | 003301000050000<br>-33010000505 | 33010000505  | 手术<br>费  | 08       | 手术<br>治疗<br>费        | 10       | 小儿全身麻醉（无痛<br>胃镜或肠镜全身麻醉<br>、无痛胃肠镜同时检<br>查全身麻醉、电休克<br>治疗/多参数监护无<br>抽搐电休克治疗全身<br>麻醉） |                              |                      | 2小<br>时  | 490             | 440               | 无痛胃镜或肠镜全<br>身麻醉、无痛胃肠<br>镜同时检查全身麻<br>醉、电休克治疗/<br>多参数监护无抽搐<br>电休克治疗全身麻<br>醉                                                                                                                                                   | 医保       |                   |          |

| 序号 | 国家结算<br>编码                    | 我省地方<br>项目代码 | 财务<br>项目 | 财务<br>编码 | 病案<br>项目             | 病案<br>编码 | 项目名称      | 项目内涵                                                                                               | 除外<br>内容 | 计价<br>单位 | 省价格<br>(三<br>甲) | 省价格<br>(三甲<br>以下) | 说明 | 医保<br>属性 | 省本级<br>先行自<br>付比例 | 限用<br>范围 |
|----|-------------------------------|--------------|----------|----------|----------------------|----------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|-----------------|-------------------|----|----------|-------------------|----------|
| 9  | 003101000100000<br>-340100030 | 340100030    | 治疗<br>费  | 09       | 非手<br>术治<br>疗项<br>目费 | 09       | 经颅重复磁刺激治疗 | 用于疾病的中枢治疗。安置记录表面电极，对侧额叶皮层刺激，观察肌肉动作电位波形，判断运动阈值，据此判断最佳刺激部位并根据阈值及病情需要设置刺激的参数，含强度、频率、间隔时间和总时程，对病人进行治疗。 |          | 次        | 100             | 90                |    | 医保       | 20%               |          |

## 福建省属公立医院人工全髋关节置换术等部分人工关节置换手术项目及价格

金额：元

| 序号 | 国家结算编码                      | 我省地方项目代码    | 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 | 省价格(三甲) | 省价格(三甲以下) | 说明  | 医保属性 | 省本级先行自付比例 | 限用范围 |
|----|-----------------------------|-------------|------|------|-------|------|-------------------|-----------|------|------|---------|-----------|-----|------|-----------|------|
| 1  |                             | 331507      |      |      |       |      | 人工关节置换手术          |           | 人工关节 |      |         |           |     | 医保   |           |      |
| 2  | 003315070050000-331507005   | 331507005   | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 人工全髋关节置换术         |           |      | 次    | 4420    | 3980      |     | 医保   |           |      |
| 3  | 003315070050001-33150700501 | 33150700501 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 人工全髋关节置换术(再置换)    |           |      | 次    | 5740    | 5170      | 再置换 | 医保   |           |      |
| 4  | 003315070050000-33150700502 | 33150700502 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿人工全髋关节置换术       |           |      | 次    | 5750    | 5170      |     | 医保   |           |      |
| 5  | 003315070050001-33150700503 | 33150700503 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿人工全髋关节置换术(再置换)  |           |      | 次    | 7460    | 6720      | 再置换 | 医保   |           |      |
| 6  | 003315070070000-331507007   | 331507007   | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 人工膝关节表面置换术        |           |      | 次    | 4230    | 3810      |     | 医保   |           |      |
| 7  | 003315070070001-33150700701 | 33150700701 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 人工膝关节表面置换术(再置换)   |           |      | 次    | 5490    | 4950      | 再置换 | 医保   |           |      |
| 8  | 003315070070000-33150700702 | 33150700702 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿人工膝关节表面置换术      |           |      | 次    | 5500    | 4950      |     | 医保   |           |      |
| 9  | 003315070070001-33150700703 | 33150700703 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿人工膝关节表面置换术(再置换) |           |      | 次    | 7140    | 6440      | 再置换 | 医保   |           |      |
| 10 | 003315070140000-331507014   | 331507014   | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 人工关节翻修术           |           | 人工关节 | 次    | 5280    | 4750      |     | 医保   |           |      |
| 11 | 003315070140000-33150701401 | 33150701401 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿人工关节翻修术         |           |      | 次    | 6860    | 6180      |     | 医保   |           |      |
| 12 | 003315120200000-331512020   | 331512020   | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 下肢关节松解术           | 包括髌、踝、足关节 |      | 次    | 1500    | 1350      |     | 医保   |           |      |
| 13 | 003315120200100-33151202001 | 33151202001 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 下肢关节松解术(膝关节)      |           |      | 次    | 1950    | 1760      | 膝关节 | 医保   |           |      |
| 14 | 003315120200400-33151202002 | 33151202002 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 下肢关节松解术(髋关节)      |           |      | 次    | 1500    | 1350      | 髋关节 | 医保   |           |      |
| 15 | 003315120200000-33151202005 | 33151202005 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿下肢关节松解术         | 包括髌、踝、足关节 |      | 次    | 1950    | 1760      |     | 医保   |           |      |
| 16 | 003315120200100-33151202006 | 33151202006 | 手术费  | 08   | 手术治疗费 | 10   | 小儿下肢关节松解术(膝关节)    |           |      | 次    | 2540    | 2290      | 膝关节 | 医保   |           |      |

信息公开类型：主动公开

---

抄送：省卫健委、省医保中心。

---

福建省医疗保障局办公室

2023 年 11 月 16 日印发

---