

附件 2:

## 大型设备检查按级定价价格调整表

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	价格（元）			说明
							三类	二类	一类	
1	210200001	磁共振平扫	场强<0.5T		乙	部位	245	200	155	
2	210200001-a	磁共振平扫	场强≥0.5T, <1.5T		乙	部位	350	280	220	
3	210200001-b	磁共振平扫	场强≥1.5T, <3.0T		乙	部位	450	360	290	
4	210200001-c	磁共振平扫	场强 3.0T 及以上		乙	部位	570	455	364	限取得大型医用设备配置许可证的二级以上医疗机构开展
5	210200002	磁共振增强扫描	场强<0.5T		乙	部位	270	220	175	
6	210200002-a	磁共振增强扫描	场强≥0.5T, <1.5T		乙	部位	390	310	250	
7	210200002-b	磁共振增强扫描	场强≥1.5T, <3.0T		乙	部位	490	390	310	
8	210200002-c	磁共振增强扫描	场强 3.0T 及以上		乙	部位	690	550	440	限取得大型医用设备配置许可证的二级以上医疗机构开展
9	210200009	临床操作的磁共振引导			乙	次	390	310	250	
10	2103-c				乙	部位	14	11	9	使用心电或呼吸门控设备加收（只适用于螺旋 CT 机）
11	210300001	CT 平扫			乙	部位	80	65	50	基本层为 20 层
12	210300001-a	螺旋 CT 平扫			乙	部位	140	110	90	
13	210300001-b	多排螺旋 CT 平扫			乙	部位	220	180	140	指 16 排及以上
14	210300002	CT 增强扫描			乙	部位	120	100	80	基本层为 20 层
15	210300002-a	螺旋 CT 增强扫描			乙	部位	200	160	130	
16	210300002-b	多排螺旋 CT 增强扫描			乙	部位	300	240	190	指 16 排及以上
17	210300004	CT 成象	指用于血管、胆囊、CTVE、骨三维成象等		乙	次	90	70	55	

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	价格(元)			说明
							三类	二类	一类	
18	210300005	临床操作的 CT 引导			乙	次	180	150	120	
19	220301001	彩色多普勒超声常规检查	包括胸部(含肺、胸腔、纵隔)、腹部(含肝、胆、胰、脾)、胃肠道、泌尿系(含双肾、输尿管、膀胱、前列腺)、妇科(含子宫、附件、膀胱及周围组织)、产科(含胎儿及宫腔)、男性生殖系统(含睾丸、附睾、输精管、精索、前列腺)		乙	部位	70	60	50	
20	220301002	浅表器官彩色多普勒超声检查			乙	每个部位	70	60	50	计价部位分为 1. 双眼及附属器; 2. 双涎腺及颈部淋巴结; 3. 甲状腺及颈部淋巴结; 4. 单侧乳腺及其引流区淋巴结; 5. 四肢软组织; 6. 阴囊、双侧睾丸、附睾; 7. 小儿颅腔; 8. 膝关节; 9. 体表肿物; 10. 其他。
21	220302001	颅内段血管彩色多普勒超声			乙	次	60	50	40	
22	220302002	球后全部血管彩色多普勒超声			乙	次	60	50	40	
23	220302003	颈部血管彩色多普勒超声	包括颈动脉、颈静脉、椎动脉、锁骨下动脉		乙	每根血管	55	45	35	
24	220302004	门静脉系彩色多普勒超声			乙	人次	55	45	35	
25	220302005	腹部大血管彩色多普勒超声			乙	人次	60	50	40	
26	220302006	四肢血管彩色多普勒超声			乙	每肢	55	45	35	
27	220302007	双肾及肾血管彩色多普勒超声			乙	次	55	45	35	
28	220302008	左肾静脉“胡桃夹”综合征检查			乙	次	60	50	40	
29	220302009	药物血管功能试验	指用于阳痿测定等		丙	次	60	50	40	
30	220302010	脏器声学造影	包括肿瘤声学造影		丙	次	80	65	50	
31	220302011	腔内彩色多普勒超声检查	包括经阴道、经直肠		乙	次	55	45	35	
32	220302012	临床操作的彩色多普勒超声引导			乙	次	130	105	85	