

厦门市医疗机构部分检验价格项目及公立医疗机构价格表

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(元)			说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下医疗机构				
1	025010100500	250101005	化验费	06	实验室诊断费	06	网织红细胞计数 (Ret)			项	15	14	13	收费不区分方法; 不区分人工与仪器	医保		
2	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	25	23	21	收费不区分方法	医保		
3	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	140	130	119	荧光定量分析、杂交捕获等与PCR技术检测收费不区分	医保		
4	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	19	18	16	化学发光法三级34元, 二级32元, 一级及一级以下29元	医保		
5	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	34	32	29		医保		
6	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	19	18	16	化学发光法三级34元, 二级32元, 一级及一级以下29元	医保		
7	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	34	32	29		医保		
8	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	38	36	32	化学发光法三级68元, 二级65元, 一级及一级以下58元	医保	10%	
9	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	68	65	58		医保	10%	
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	38	36	32	化学发光法三级68元, 二级65元, 一级及一级以下58元	医保	10%	
11	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	68	65	58		医保	10%	
12	025040400700	250404007	化验费	06	实验室诊断费	06	复合前列腺特异性抗原 (CPSA) 测定			项	38	36	32		医保	10%	
13	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	38	36	32	化学发光法三级68元, 二级65元, 一级及一级以下58元	医保	10%	

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(元)			说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下医疗机构				
14	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	68	65	58		医保	10%	
15	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	43	41	37	化学发光法三级77元,二级73元,一级及一级以下66元	医保	10%	
16	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(NS)(化学发光法)			项	77	73	66		医保	10%	
17	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	57	54	48	化学发光法三级103元,二级97元,一级及一级以下88元	医保	10%	
18	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	103	97	88		医保	10%	
19	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	38	36	32	每项测定计费一次;化学发光法三级68元,二级65元,一级及一级以下58元	医保	10%	
20	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	68	65	58		医保	10%	
21	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	48	45	41	化学发光法三级86元,二级81元,一级及一级以下73元	医保	10%	
22	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	86	81	73		医保	10%	
23	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	60	54	51		医保		
24		250405					变应原测定							项指以试剂盒为一个计价单位			
25	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	40	36	34	化学发光法、荧光免疫法定量检测三级70元,二级63元,一级及一级以下60元	医保		
26	025040500101	25040500101	化验费	06	实验室诊断费	06	总IgE测定(化学发光法)			项	70	63	60		医保		
27	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	70	63	60		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(元)			说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下医疗机构				
28	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	120	108	102	各种免疫学方法,最高三级不超过120元,二级不超过108元,一级及一级以下不超过102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		
29	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	96	86	82	7种≤过敏原检测种类<10种按80%收取	医保		
30	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	72	65	61	过敏原检测种类<7种按60%收取	医保		
31	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	20	20	同时检测总IgE加收	医保		
32	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	120	108	102	各种免疫学方法,最高三级不超过120元,二级不超过108元,一级及一级以下不超过102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		
33	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	96	86	82	7种≤过敏原检测种类<10种按80%收取	医保		
34	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	72	65	61	过敏原检测种类<7种按60%收取	医保		
35	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	20	20	同时检测总IgE加收	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(元)			说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下医疗机构				
36	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	指多种吸入物和食物等混合过敏原筛查		项	230	207	196	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),最高三级不超过230元,二级不超过207元,一级及一级以下不超过196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		
37	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	230	207	196	最高三级不超过230元,二级不超过207元,一级及一级以下不超过196元	医保		
38	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	184	166	156	10种≤过敏原检测种类<18种按80%收取	医保		
39	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	92	83	78	过敏原检测种类<10种按40%收取	医保		
40	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	20	20	同时检测总IgE加收	医保		
41	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	184	166	156	10种≤过敏原检测种类<18种按80%收取	医保		
42	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	92	83	78	过敏原检测种类<10种按40%收取	医保		
43	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	20	20	同时检测总IgE加收	医保		
44	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	指食物或吸入物过敏原等单项过敏原检测		项	32	30	27	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)三级90元/项,二级81元/项,一级及一级以下77元/项	医保		
45	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	90	81	77	限筛查时发现阳性的过敏原进一步定量检测	医保		
46	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	160	150	136	超过5项按5项收取	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(元)			说明	医保属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及一级以下医疗机构				
47	025040500503	25040500503	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, 单项检测数量超过5项)			5项	450	405	383	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		
48	025050200300	250502003	化验费	06	实验室诊断费	06	真菌药敏试验			每种药物	12	11	10	收费不区分方法	医保		
49	025070000100	250700001	化验费	06	实验室诊断费	06	外周血细胞染色体检查			次	150	120	120	仪器法不区分收费	医保		
50	031020500800	310205008	检查费	05	临床诊断项目	08	电脑血糖监测	含床旁血糖监测		每试验项目	7	6	6		医保		