

泉州市医疗机构部分医疗服务项目及公立医疗机构价格表

金额：元

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（市级）	价格（县级）	价格（基层）	说明	医保属性	自付比例	限用范围
1	012010001200	120100012	护理费	04	护理费	03	造瘘护理		一次性造瘘管、一次性膀胱造瘘、空残肠造瘘盒、造瘘袋(含造瘘底盘)、双腔硅胶管	次	12	10	8.5		医保		
2	025020304900	250203049	化验费	06	实验室诊断费	06	凝血酶抗凝血酶III复合物测定（TAT）			次	18	17	14.5		医保		
3	625070001900	250700019	化验费	06	实验室诊断费	06	化学药物用药指导的基因检测	检测基因相关突变位点。样本采集、签收、处理(据标本类型不同进行相应的前处理)，提取基因组DNA，与质控品、阴阳性对照和内参同时扩增，分析扩增产物或杂交或测序等，进行基因分析，判断并审核结果，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	320	290	246.5	项指1个基因。每药物检测超过1个基因的按市级580元，县级530元，基层450元收取。遗传性耳聋基因检测参照收取。	医保	10%	
4	625070001901	25070001901	化验费	06	实验室诊断费	06	化学药物用药指导的基因检测（超过1个基因检测）			项	580	530	450		医保	10%	
5	625070001902	25070001902	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测			项	320	290	246.5		医保	10%	
6	625070001903	25070001903	化验费	06	实验室诊断费	06	遗传性耳聋基因检测（超过1个基因检测）			项	580	530	450		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(市级)	价格(县级)	价格(基层)	说明	医保属性	自付比例	限用范围
7	026000001900	260000019	化验费	06	实验室诊断费	06	血小板交叉配合试验	样本类型：血液。针对供者血小板GP II B/III A和HLA I类抗原的IgG抗体，制备并重悬供者及患者血小板扣后，将供者血小板与患者血清混合使其体外致敏，加入裂解液使供者血小板糖蛋白更好地与板底的抗体结合，同时加阳性及阴性对照，加入二抗孵育后，加底物显色，终止反应后在相关检测仪器上读取吸光光度值，检测，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	90	81	69	限血液病患者	医保	20%	
8	027050000200	270500002	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组织化学染色诊断	石蜡包埋组织切片，二甲苯脱蜡，系列乙醇水化，微波炉、高压锅或蛋白酶抗原修复，血清封闭，一抗反应(多克隆或单克隆)，酶标记二抗，亲合物或多聚物反应，显色，判读结果。新鲜冷冻组织，细胞涂片，组织印片参照相应方法制片。含处理上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		每个标本，每种染色	100	100	85	快速法加收50%。ALK蛋白伴随诊断市级630元/次，县级620元/次，基层610元/次。	医保		
9	027050000201	27050000201	检查费	05	病理诊断费	05	免疫组织化学染色诊断（快速法）			每个标本，每种染色	150	150	127.5		医保		
10	027050000202	27050000202	检查费	05	病理诊断费	05	ALK蛋白伴随诊断			次	630	620	610		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(市级)	价格(县级)	价格(基层)	说明	医保属性	自付比例	限用范围
11	627070000600	270700006	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光原位杂交检查诊断	甲醛固定石蜡包埋组织，组织切片、脱蜡，系列乙醇水化等处理；新鲜冷冻组织切片；细胞涂片等进行相关处理。对组织/细胞HER2、ALK等肿瘤主要相关基因进行荧光素标记探针杂交反应、洗涤、复染，荧光显微镜观察，记录及判读结果。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	1200	1080	920	项指一个基因。源于外周血的标本按照检验科同种基因项目价格收取，无同种基因检验项目的减半收取。			
12	627070000700	270700007	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量脱氧核糖核酸(DNA)多聚酶链式反应检查诊断	甲醛固定石蜡包埋组织，组织切片；新鲜或冷冻组织匀浆化；离心收集细胞及细胞处理；裂解，经反复离心及相应化学试剂去除蛋白，回收DNA，PCR反应，对EGFR、KRAS、ROS1、BRAF等肿瘤相关基因突变进行检测，分析结果，诊断。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	1800	1620	1380	项指一个基因。源于外周血的标本按照检验科同种基因项目价格收取，无同种基因检验项目的减半收取。恒温扩增减半收取。			
13	031051000200	310510002	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	氟防龋治疗	包括局部涂氟、氟液含漱、氟打磨	进口氟制剂、氟化泡沫、氟漆、进口氟涂料	每牙	10	10	8.5		医保		
14	031051200900	310512009	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	钙化桥打通术	指儿童年轻恒牙经活髓切断牙根或成人恒牙由于龋齿、外伤、慢性炎症等原因导致根管钙化，需要打通钙化，达到通畅根管，进行根管治疗修复	特殊根管充填材料如银尖、钛尖	每根管	80	80	68		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(市级)	价格(县级)	价格(基层)	说明	医保属性	自付比例	限用范围
15	031080000400	310800004	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存	含麻醉下手术采集和低温保存	回收装置	采血次数	30	30	25.5	长期低温保存以每天3元计价；手工自采成分血加收30元。回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
16	031080000401	31080000401	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存（长期低温保存）			每天	3	3	3	长期低温保存以每天3元计价	医保		
17	031080000402	31080000402	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	采自体血及保存（手工自采成分血）			采血次数	60	60	55.5	手工自采成分血	医保		
18	031080000700	310800007	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	自体血回收	包括术中自体血回输	回收装置	次	50	50	42.5	回收装置含回收罐、回收滤器和回收管路。	医保		
19	031080000701	31080000701	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	自体血回收（术中自体血回输）			次	50	50	42.5	术中自体血回输	医保		
20	031090000001	31090000001	检查费	05	临床诊断项目费	08	消化系统（电子镜）			次	110	100	85	使用电子镜基层加收85元，县级加收100元，市级加收110元。使用内镜光学染色放大检查食管或胃市级加收260元，县级加收235元，基层加收200元。内镜光学染色放大检查与电子镜检查不得重复收取。	医保	20%	

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（市级）	价格（县级）	价格（基层）	说明	医保属性	自付比例	限用范围
21	031090000002	31090000002	检查费	05	临床诊断项目费	08	内镜光学染色放大检查	应用光学染色和放大倍数至少80倍以上高清放大电子内镜，对食管或胃进行检查。临床医生通过电子内镜详细观察与记录病变处的边界情况、黏膜表面腺管结构及微血管形态（或者细胞结构）并有相应的内镜图片，从而判断疾病性质和病灶范围及病变的分化程度，作出临床诊断，并在报告中进行描述。检查报告按内镜质控标准提供不少于8张检查部位图片，其中放大图片不少于2张，光学染色图片和放大图片合计不少于4张。		次	260	235	200		医保	20%	
22	031100002600	311000026	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术			次	990	900	765	弹道法基层850元，县级医院1000元，市级医院1100元；激光基层1360元，县级医院1600元，市级医院1760元。	医保		
23	031100002601	31100002601	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术（弹道法）			次	1100	1000	850	弹道法	医保		
24	031100002602	31100002602	治疗费	09	手术治疗费	10	经输尿管镜碎石取石术（激光法）			次	1760	1600	1360	激光法	医保		
25	031100004000	311000040	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石	含影像学监测, 不含摄片		次	700	630	536	第二次碎石按全价50%计价，第三次按25%计价，第四次起不收费。	医保	20%	
26	031100004003	31100004003	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石（第二次）			次	350	315	268	第二次	医保	20%	
27	031100004006	31100004006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	体外冲击波碎石（第三次）			次	175	158	134	第三次	医保	20%	

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(市级)	价格(县级)	价格(基层)	说明	医保属性	自付比例	限用范围
28		3302					2. 神经系统手术		一次性磨钻头、一次性铣头、一次性双极头、胶原蛋白海绵、生物胶、修补材料					使用的导航仪每次手术市级医院加收1800元，县级医院加收1620元，基层加收1380元；神经导航手术中使用显微镜不再加收显微镜辅助操作费。			
29	033020402100	330204021	手术费	08	手术治疗费	10	欧玛亚（Omay）管置入术		储液装置	次	1500	1440	1224	储液装置含引流装置与储液囊	医保		
30	033040401300	330404013	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔再造术	包括瞳孔开大术	粘弹剂	次	1000	960	816		医保		
31	033040401302	33040401302	手术费	08	手术治疗费	10	瞳孔开大术			次	1000	960	816		医保		
32	033040401303	33040401303	手术费	08	手术治疗费	10	小儿瞳孔开大术			次	1300	1250	1065		医保		
33	033060602500	330606025	手术费	08	手术治疗费	10	牙龈成形术	包括游离粘膜移植、游离植皮术；不含游离取皮术或取游离粘膜术	各种人工材料膜	次	500	480	408		医保		
34	033070104200	330701042	手术费	08	手术治疗费	10	气管成形术	包括气管隆凸成形术		次	3930	3540	3010	单纯人工气管移植术市级收1150元，县级收1040元，基层收885元	医保		
35	033070104202	33070104202	手术费	08	手术治疗费	10	单纯人工气管移植术			次	1150	1040	885		医保		
36	033070104203	33070104203	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯人工气管移植术			次	1495	1350	1150		医保		
37		3313					13. 女性生殖系统手术		一次性高频电刀头、防粘连剂								
38		3314					14. 产科手术与操作		防粘连剂								
39	033150101500	331501015	手术费	08	手术治疗费	10	半骨盆切除术			次	5320	4790	4070	单纯半骨盆离断术市级收3085元，县级收2780元，基层收2363元	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 (市级)	价格 (县级)	价格 (基层)	说明	医保属性	自付比例	限用范围
40	033150101502	33150101502	手术费	08	手术治疗费	10	单纯半骨盆离断术			次	3085	2780	2363		医保		
41	033150101503	33150101503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿单纯半骨盆离断术			次	4010	3615	3070		医保		
42	033150502000	331505020	手术费	08	手术治疗费	10	胫骨髁间骨折切开复位内固定术	包括Pilon骨折切开复位内固定		次	2000	1920	1632		医保		
43	033150502002	33150502002	手术费	08	手术治疗费	10	Pilon骨折切开复位内固定			次	2000	1920	1632		医保		
44	033150502003	33150502003	手术费	08	手术治疗费	10	小儿Pilon骨折切开复位内固定			次	2600	2495	2120		医保		
45	033150601500	331506015	手术费	08	手术治疗费	10	膝关节单纯游离体摘除术	包括踝关节游离体摘除术		次	625	600	510		医保		
46	033150601502	33150601502	手术费	08	手术治疗费	10	踝关节单纯游离体摘除术			次	625	600	510		医保		
47	033150601503	33150601503	手术费	08	手术治疗费	10	小儿踝关节单纯游离体摘除术			次	815	780	665		医保		
48	033150601504	33150601504	手术费	08	手术治疗费	10	经关节镜膝关节单纯游离体摘除术			次	1125	1080	918		医保		
49	033150601505	33150601505	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经关节镜膝关节单纯游离体摘除术			次	1315	1260	1075		医保		
50	033150601506	33150601506	手术费	08	手术治疗费	10	经关节镜踝关节单纯游离体摘除术			次	1125	1080	918		医保		
51	033150601507	33150601507	手术费	08	手术治疗费	10	小儿经关节镜踝关节单纯游离体摘除术			次	1315	1260	1075		医保		
52	033152201600	331522016	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱断裂修补术	包括跟腱延长术		次	1250	1200	1020		医保		
53	033152201602	33152201602	手术费	08	手术治疗费	10	跟腱延长术			次	1250	1200	1020		医保		
54	033152201603	33152201603	手术费	08	手术治疗费	10	小儿跟腱延长术			次	1625	1560	1325		医保		