

# 厦门市医疗保障局文件

厦医保〔2020〕69号

## 厦门市医疗保障局关于规范部分医疗服务项目及价格管理的通知

各公立医疗机构，市医疗保障中心：

为进一步促进我市公立医疗机构规范诊疗和服务收费行为，改进和加强医疗服务价格项目管理，根据福建省医疗保障局《关于规范部分医疗服务项目及价格管理的通知》（闽医保〔2020〕36号）要求，对我市部分医疗服务项目及价格进行规范调整。现就有关事项通知如下：

一、将浅表部位后装治疗、腔内后装放疗、组织间插置放疗、直线加速器放疗（固定照射）、直线加速器放疗（特殊照射）、直线加速器适型治疗、适形调强放射治疗（IMRT）、旋转调强放疗等8个项目计价单位由每照射野（次）修订为Gy，并相应调整收费标准（详见附件1）。

二、修订网织红细胞计数（Ret）等 22 个项目说明栏内容。其中：人乳头瘤病毒（HPV）核酸检测等 6 个项目收费不区分方法学，癌胚抗原测定（CEA）等 10 个项目的仪器法不再加收，吸入物变应原筛查等 6 个项目修订说明栏并调整收费标准，取消人乳头瘤病毒脱氧核糖核酸非扩增定性检测项目（详见附件 2）。

三、修订心房血栓清除术、心房折叠术、经皮肿瘤消融术、动静脉置管护理、鼻饲管置管、连续性血液净化项目名称、项目内涵、除外内容及说明栏内容。其中，左心房血栓清除术项目名称修订为心房血栓清除术，左心房折叠术项目名称修订为心房折叠术，取消经皮肿瘤微波消融术和氩氦刀治疗项目，并入经皮肿瘤消融术。明确心房血栓清除术、心房折叠术、心耳结扎术、胸骨内固定术、诊疗分析及手术规划 3D 智能医学影像辅助操作等项目收费标准（详见附件 3）。修订动静脉置管护理、鼻肠管置管术、经皮肿瘤消融术的除外内容编码（详见附件 4）。新增镜像疗法、肺外周结节电磁导航支气管镜检查治疗术等 2 个价格项目，试行期由医疗机构自主定价（详见附件 3）。

四、新增医疗服务项目试行期按规定暂不纳入医保支付范围，其余项目医保属性详见附件。“经皮肿瘤消融术”除外内容“消融套件”纳入医保支付范围，个人先行自付比例 20%，最高支付限额 8000 元。

五、请各公立医疗机构按照本通知的要求，认真做好本单位收费系统的更新维护与新收费政策的解释说明工作。各公立医疗

机构在试行新增医疗服务项目前，应将拟开展的项目名称、试行价格等内容按规定加盖本单位公章报送我局后执行。

六、本通知自 2020 年 6 月 15 日起执行，其中浅表部位后装治疗等 8 个放疗项目价格（附件 1）自 2020 年 9 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. 厦门市医疗机构部分放疗价格项目及公立医疗机构价格表
2. 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
3. 厦门市医疗机构部分手术价格项目及公立医疗机构价格表
4. 除外内容修订编码表



(此件主动公开)

---

抄送：市卫健委，市市场监管局。

---

厦门市医疗保障局

2020年6月9日印发

---

厦门市医疗机构部分放疗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	项目编码	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	先行支付比例	限制范围
										三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
1	024030000400	240300004	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(固定照射)		Gy	55				医保		
2	024030000500	240300005	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(特殊照射)	包括旋转、门控、弧形、楔形滤板等方法	Gy	120				医保		
3	024030000501	24030000501	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(特殊照射、旋转)		Gy	120			旋转	医保		
4	024030000502	24030000502	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(特殊照射、弧形)		Gy	120			弧形	医保		
5	024030000503	24030000503	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(特殊照射、楔形滤板)		Gy	120			楔形滤板	医保		
6	024030000504	24030000504	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器放疗(特殊照射、门控)		Gy	120			门控	医保		
7	024030000600	240300006	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	直线加速器适型治疗		Gy	505				医保		
8	024030001500	240300015	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	适形调强放射治疗(IMRT)		Gy	710				医保		
9	624030002100	240300021	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	旋转调强放疗	调用治疗计划,摆位,体位固定,机器操作及照射	Gy	750				医保	5%	
10	024040000100	240400001	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	浅表部位后装治疗		Gy	50				医保		
11	024040000200	240400002	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	腔内后装治疗		Gy	110				医保		
12	024040000300	240400003	治疗费	09	非手术治疗项目费	09	组织间插置放疗		Gy	130				医保		

备注:该附件项目价格自2020年9月1日起执行。



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	财项编码	财项	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(元)			说明	医属性	先行自付比例	限用范围
										三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
1	0250101006500	250101005	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	06	癌胚抗原测定 (CEA) (化学发光法)			项	34	32	29		医保		
6	025040400200	250404002	06	化验费	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	06	化验费	06	甲胎蛋白测定 (AFP) (化学发光法)			项	34	32	29		医保		
8	025040400500	250404005	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	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	06	化验费	06	复合前列腺特异性抗原测定 (CPSA) 测定			项	38	36	32		医保	10%	
13	025040400800	250404008	06	化验费	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	适用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
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-I)	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	组织多肽链特异抗原(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	医属性	先行自付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
28	025040500200	250405002	化验费	06	实验至诊断	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	实验至诊断	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	实验至诊断	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	实验至诊断	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	实验至诊断	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	实验至诊断	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		
34	025040500302	25040500302	化验费	06	实验至诊断	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		
35	025040500303	25040500303	化验费	06	实验至诊断	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		

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	最高二级不超过230元,二级不超过207元,一级及以下不超过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	166	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	指吸入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)二级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	限价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	适用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
47	025040500503	25040500503	化验费	06	实验室诊断	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	383	跟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	06	真菌药敏试验			每种药物	12	11	收费不区分方法	医保			
49	025070000100	250700001	化验费	06	实验室诊断	06	外周血细胞染色体检查			次	150	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	血糖监测	含床旁血糖监测		每试验项目	7	6		医保			



厦门市医疗机构部分手术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	财办项目	财办项目编码	病案项目编码	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	先行支付比例	限用范围
												三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
1	012010001300	120100013	护理费	04	03	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	6	5	使用预充式导管冲洗器,动静脉置管护理三级和二级按3元收取,一级及以下按2.5元收取	医保		
2	012010001301	12010001301	护理费	04	03	护理费	03	动静脉置管护理(使用预充式导管冲洗器)			次	3	2.5			医保		
3	012080000100	120800001	治疗费	09	02	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	17	15	13	注射、注药、十二指肠灌注共加收1元。鼻肠管置管术三级收100元,二级收90元,一级及一级以下收85元。六岁及以下儿童在原价基础上加收30%	医保		
4	012080000103	12080000103	治疗费	09	02	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	100	90	85	限肠内营养治疗患者使用	医保		
5	012080000104	12080000104	治疗费	09	02	一般治疗操作费	02	小儿鼻肠管置管术			次	130	117	111		医保		
6	624070000400	240700004	手术费	08	10	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	4000	3600		消融套件指消融针、消融刀、消融电极主机及其附件,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50%收取	医保	20%	
7	624070000401	24070000401	手术费	08	10	手术治疗费	10	经皮肿瘤消融术			次	2000	1800		消融套件超过8000元	医保		
8	031100001100	311000011	治疗费	09	09	非手术治疗项目费	09	连续性血液净化			小时	110	96		重症监护室连续性血液净化每小时200元	医保		
9	031100001101	31100001101	治疗费	09	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				医保		
10	033080301200	330803012	手术费	08	10	手术治疗费	10	心房血栓清除术			次	2970				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	先行支付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
11	033080301201	33080301201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房血栓清除术			次	3564			医保			
12	033080301300	330803013	手术费	08	手术治疗费	10	心房折叠术			次	2970			医保			
13	033080301301	33080301301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心房折叠术			次	3564			医保			
14	6330000000024	33000000024	手术费	08	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,该系统功能,临床医生通过高仿真实度模型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					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“医疗创双高”的三所医院有明确的三级及以上医疗机构完成术前讨论的患者收费			
15	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	1600			医保			
16	633080303201	33080303201	手术费	08	手术治疗费	10	小儿心耳结扎术			次	1920			医保			
17	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	1500	1350		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		
18	633080303301	33080303301	手术费	08	手术治疗费	10	小儿胸骨固定术			次	1950	1755		医保			
19	634020005200	340200052	治疗费	09	康复治疗费	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相同的运动,同时治疗师可在镜后做相同的动作,使由视觉、视觉反馈以及双侧共同运动进行康复训练		次				自主定价。复杂性局部疼痛综合征、腕管综合征、脑卒中后康复等收取			

序号	计算机编码	项目编码	财备项目	财备编码	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	医保类别	先行支付比例	限用范围
											三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
20	631060501800	310605018	治疗费	09	非手术项目费	09	肺外两肺节电凝术 旋支气管镜 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并建立规划,寻找目标病灶,通过支气管镜系统生成并建立状态下,通过支气管镜连接气管镜,在实时电凝引导下,将内窥镜工作通道,在实时电凝引导下,建立经支气管镜到达肺部目标病灶多通道,建立支气管镜,进行目标病灶活检、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			





## 附件4

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	先行自付比例
1	12010001301	动静脉置管护理	预充式导管冲洗器	960109	960109000000	医保	20%
2	12080000103	鼻肠管置管术	鼻肠管	960110	960110000000	医保	20%
3	240700004	经皮肿瘤消融术	消融套件	960111	960111000000	医保	20%

