

江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准（20221125）公示版

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
		一、综合医疗服务类																		
	11	(一)一般医疗服务																		
	1101	1. 挂号费																患者一次为诊断一种疾病，涉及两个以上科室的，当日只收一次诊察费。开展门诊预约挂号服务的医疗机构，预约服务不得收费。	未实施价改医院（实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院、基层医疗机构取消该项目）	
1	110100001	挂号费	001101000010000	挂号费	含门诊、急诊及其为患者提供候诊就诊设施条件、诊断书、收费清单		丙	次	1	1	1	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	门诊注射、换药、针灸、理疗、推拿、血透、放射治疗按疗程收取一次挂号费	未实施价改医院（实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院、基层医疗机构取消该项目）	
2	110100001-a	急诊挂号费	001101000010000	挂号费			丙	次	1.5	1.5	1.5	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2		未实施价改医院（实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院、基层医疗机构取消该项目）	
3	110100001-b	门诊病历手册	001101000010000	挂号费			丙	册	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构（基层医疗机构取消项目）	
	1102	2. 诊察费			含挂号费、药事服务费，含门诊、急诊及其为患者提供候诊就诊设施条件、诊断书、收费清单													门诊注射、换药、针灸、理疗、推拿、血透、放射治疗疗程中不再收取诊察费。对只取药及慢性病人定期化验，不需另外提供新的治疗方案的，应提供方便通道。	实施价改的城市公立医院	
4	110200001	普通门诊诊察费	001102000010000	普通门诊诊查费	指医护人员提供(技术劳务)的诊疗服务		甲	次										各地仍执行现行的分地区、分类标准	未实施价改医院、实施价改的公立医院（基层医疗机构取消项目）	
		门诊诊察费（儿童专科晚间）			挂号，核实患儿信息，就诊病历传送，病案管理，询问病情，听取主诉，病史采集，向患儿或家属告知，进行一般物理检查，书写病历，开具检查单，根据病情提供治疗方案（治疗单、处方）等。															
5	110200001-a	普通门诊诊察费（儿童专科晚间）	001102000010000	普通门诊诊查费	指主治及以下医师提供的晚间普通门诊诊疗服务。		乙	次	30	30	30								限儿童专科医院	实施价改的公立医院
6	110200001-b	普通门诊诊察费（儿童专科晚间）	001102000010000	普通门诊诊查费	指主治及以下医师提供的晚间普通门诊诊疗服务。		乙	次	24	24	24								指综合性医院、中医院	实施价改的公立医院
7	110200001-c	普通门诊诊察费（儿童专科晚间）	001102000010000	普通门诊诊查费	指主治及以下医师提供的晚间普通门诊诊疗服务。		乙	次				10	10	10						实施价改的公立医院
8	110200001-d	副主任医师普通门诊诊察费（儿童专科晚间）	001102000020200	专家门诊诊查费(副主任医师)	指副主任医师提供的晚间门诊诊疗服务		乙	次				15	15	15						实施价改的公立医院
9	110200001-e	主任医师普通门诊诊察费（儿童专科晚间）	001102000020100	专家门诊诊查费(主任医师)	指主任医师提供的晚间门诊诊疗服务		乙	次				25	25	25						实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
28	110300001	急诊监护费	001103000010000	急诊监护费	含监护、床位、诊查、护理		乙	日	100	100	100	100	100	100	100	100	100	符合监护病房条件和管理标准，超过半日不足24小时按一日计算，不足半日按半日计算。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
	1104	4.院前急救费																	
29	110400001	院前急救费	001104000010000	院前急救费	包括内脏衰竭、外伤、烧伤、中毒、溺水、电击等现场急救；不含出诊费、诊查费、监护费	化验、特殊检查、治疗、药物、血液	甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	1105	5.体检费																	
30	110500001	体检费	001105000010000	体检费	含内、外(含皮肤)、妇(不含宫颈刮片)、五官等科的常规检查；写检验报告	影像、化验及特殊检查	丙	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		不另收挂号费及诊查费
									10	10	10	10	10	10	10	10	10		
									15	15	15	15	15	15					
31	110500001-a	驾驶员体检	001105000010000	体检费	含身高、听力、视力、变色力和四肢、躯干、颈部的运动能力		丙	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		限依法取得医疗卫生执业资格的县及县以上医院
32	110500001-b	大学生体检	001105000010000	体检费	内科、外科、肝功能(ALT)、乙型肝炎表面抗原检查和胸部X光透视		丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		
33	110500001-c	中小学生体检	001105000010000	体检费			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		根据《中小学生健康体检管理办法》规定，义务教育阶段学生健康体检的费用由学校公用经费开支，不得向学生收费。
34	110500001-d	相关行业从业人员健康检查	001105000010000	体检费	含问诊、一般体检、X线检查、抽血化验、大便细菌培养加鉴定		丙	人	70	70	70	70	70	70	70	70	70		具体规定按省物价局、省财政厅、省卫生厅关于印发《江苏省相关行业从业人员健康检查收费管理办法(试行)》的通知(苏价费[2004]441号、苏财综[2004]141号)和省物价局、省财政厅、省卫生厅、省教育厅《关于相关行业从业人员健康检查和新生体检政策等有关问题的通知》(苏价医【2010】255号、苏财综【2010】56号)执行
	1106	6.救护车费																	省定基准价，具体价格由各市制定。
35	110600001	救护车费	001106000010000	救护车费	不含院前危急重症抢救，不含过路、过桥费		丙	公里											增加≤0.5公里的，不计费；增加0.5公里不足1公里的，按1公里计费。
36	110600001-a	救护车使用费(A)	001106000010000	救护车费	指急救范围地段内用车		丙	公里											起步公里数及起步基价由各市制定，超过起步公里数，每增加1公里加收4元。
37	110600001-b	救护车使用费(B)	001106000010000	救护车费	指跨越急救范围地段或接送、转运伤病员的非院前医疗急救用车		丙	公里	8	8	8	8	8	8	8	8	8		省定指导价8元/公里，各地可上浮不超过25%，下浮不限，制定具体价格。
38	110600002	重大活动医疗保障服务	001106000010000	救护车费	指企事业单位重大活动备用车辆服务		丙	车.小时	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		一小时起算，送伤者至救治目的地价格另计。

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
39	110600003	院前危急重症抢救	001104000010700	院前危急重症抢救费	指院前医务人员对危急重症患者的现场抢救。不含心脏电除颤术、心肺复苏术、气管插管术、呼吸机辅助呼吸、心电图检查、骨折外固定术。	药品、血液及血液成分	乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	需符合《需要紧急救治的急危重伤病标准及诊疗规范》(国卫办医发〔2013〕32号)要求, 确因患者病情需要, 只提供其中部分内容的, 均按本项目相应的价格收费。	救护车内使用	
40	110600004	心脏电除颤术	003107020170000	心脏电除颤术			乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60		救护车内使用	
41	110600005	心肺复苏术	003301000120000	心肺复苏术			乙	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130	130		救护车内使用	
42	110600006	气管插管术	003301000130000	气管插管术	指经口插管	导管	乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		救护车内使用	
43	110600007	呼吸机辅助呼吸	003106030010000	呼吸机辅助呼吸			乙	小时	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15		救护车内使用	
44	110600008	常规心电图检查(十二通道)	003107010010002	常规心电图检查(十二通道加收)			乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30		救护车内使用	
45	110600009	骨折外固定术	004200000070000	骨折夹板外固定术		外固定材料	乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50		救护车内使用	
	1108	8. 降温取暖费																	层流洁净病房、监护病房、特需病房等床位费不得加收病房降温取暖费		
46	110800001	病房空调降温费	001108000010000	病房空调降温费			乙	日												未实施价改医院(实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院取消该项目)	
47	110800001-a	中央空调降温费	001108000010000	病房空调降温费			乙		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		未实施价改医院(实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院取消该项目)	
48	110800001-b	其他空调降温费(3人及3人以下)	001108000010000	病房空调降温费			乙		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院(实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院取消该项目)	
49	110800001-c	其他空调降温费(4人及4人以上)	001108000010000	病房空调降温费			乙		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院(实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院取消该项目)	
50	110800001-d	其他空调降温费(简易病床、观察病床)	001108000010000	病房空调降温费			乙		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院(实施价改的城市公立医院、实施价改的县级公立医院取消该项目)	
	1109	9. 床位费																			
51	1109-a	传染(皮肤)病医院(病区)消毒费加收	321109000000100	传染(皮肤)病医院(病区)消毒费加收	符合《医院感染管理办法》(卫生部令第48号), 采用预防医院织物交叉感染的长效消毒技术, 将洗涤消毒过的床单、被套、枕套、病号服等病房被服处理为抗菌被服, 抗菌被服具有长期抗菌功能		丙	床.日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		限110900001收取	实施价改的公立医院
52	110900001	普通病房床位费	001109000010000	普通病房床位费	接诊登记, 进行入院指导, 办理入(出)院手续, 按医嘱收费计价, 复核及住院费用清单打印等服务。基本床单元配置: 含病床、床头柜、座椅(或木凳)、床垫、棉褥、棉被(毯)、枕头、床单、病员服装、热水瓶(或器)、废品袋(或篓)等。含医用垃圾、污水处理和病房降温取暖费。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价			所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围			
53	110900001-a	四人及以上多人间床位费	001109000010400	普通病房床位费(四人及以上间)	病房内每床使用面积不少于6平方米。除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:每床设有传呼、供氧和吸引系统;病区设有公用卫生设施和洗浴设备,供应冷、热水,配有微波炉等。		甲	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	所有医疗机构		
54	110900001-b	三人间床位费	001109000010300	普通病房床位费(三人间)	病房内每床使用面积不少于7平方米。除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:每床设有传呼、供氧和吸引系统;病房内设有卫生间和洗浴设备,供应冷、热水;每床配衣柜、活动餐桌;病区内设配餐间(配微波炉等)、活动室等。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	所有医疗机构	
55	110900001-c	双人间床位费A	001109000010200	普通病房床位费(双人间)	病房内每床使用面积不少于10平方米,除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:病房内设有卫生间和洗浴设备,供应冷、热水;每床设有传呼、负压吸引及中心供氧等系统;配衣柜、活动餐桌、电视;病区内设配餐间(配微波炉等)、活动室等。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	所有医疗机构	
56	110900001-d	双人间床位费B	001109000010200	普通病房床位费(双人间)	病房内每床使用面积不少于12平方米,除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:病房内设有卫生间和洗浴设备,供应冷、热水;每床设有天轨输液盘、传呼、负压吸引及中心供氧等系统;配衣柜、活动餐桌、电视等;病区内设配餐间(配微波炉等)、活动室等。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	所有医疗机构	
57	110900001-e	单人间床位费	001109000010100	普通病房床位费(单人间)	病房内每床使用面积不少于15平方米。除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:病房内设有卫生间和洗浴设备,24小时供应冷、热水;每床设有天轨输液盘、传呼、负压吸引及中心供氧等系统;配衣柜、活动餐桌、电视、冰箱等;病区内设配餐间(配微波炉等)、活动室等。		乙	日	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	城市三级医院单人床床位和套间病房床位原为特需项目的,不得超过开放床位总数(不包括加床)的10%。	所有医疗机构	
58	110900001-f	套间病房床位费	001109000010500	套间病房床位费	指套间,除符合基本床单元配置外,还应具备下列设备设施条件:设立独立的卫生间和洗浴设施,24小时供应冷、热水;病床设有天轨输液盘、传呼、负压吸引及中心供氧等系统,配备空调、电视、衣橱、沙发、冰箱等相关生活服务设备,病区内设配餐间(配微波炉等)、活动室等。每天均由副主任以上医师查房,管床医生由主治以上医生担任,配备足够的护理力量,确保患者的医疗护理,患者的检查和治疗均由专人陪护。		乙	日	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	所有医疗机构	
59	110900001-g	新生儿床位费	001109000010600	普通病房床位费(新生儿床)	指新生儿科普通床位。有配奶间,洗浴间及相应设施。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	所有医疗机构	
60	110900001-h	母婴同室婴儿床位费A	001109000010000	普通病房床位费	指双人病房。含婴儿床、床垫、棉褥、棉被(或毯)、枕头、床单、婴儿衣裤。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	仅限符合条件的爱婴医院收取,且不得与新生儿床位费同时收取。	所有医疗机构
61	110900001-j	母婴同室婴儿床位费B	001109000010000	普通病房床位费	指三人病房。含婴儿床、床垫、棉褥、棉被(或毯)、枕头、床单、婴儿衣裤。		乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	仅限符合条件的爱婴医院收取,且不得与新生儿床位费同时收取。	所有医疗机构
62	110900001-k	简易病床床位费	001109000010000	普通病房床位费	包括加床		甲	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	不得超过四人及以上多人间床位费价格的40%	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
63	110900001-m	陪护床	001109000010000	普通病房床位费	含卧具、被褥等。		丙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	不得超过四人及以上多人间床位费价格的40%	所有医疗机构
64	110900002	层流洁净病房床位费	001109000020000	层流洁净病房床位费	指达到规定洁净级别、有层流装置、风淋通道的层流洁净间；采用全封闭管理，有严格消毒隔离措施及对外通话系统。包括负压病房		乙	日	220	220	220	220	220	220	220	220	220		未实施价改医院	
					有层流装置、风淋通道的层流洁净间；采用全封闭管理，有严格消毒隔离措施及对外通话系统，具备普通病房的床位设施。含医用垃圾、污水处理和病房降温取暖费。															
65	110900002-a	百级病房床位费	001109000020100	百级层流洁净病房床位费	达到百级规定层流洁净级别，包括负压病房床位。		乙	日	180	180	180	180	180	180	180	180	180		未实施价改医院	
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
66	110900002-b	千级病房床位费	001109000020200	千级层流洁净病房床位费	达到千级规定层流洁净级别		乙	日	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院	
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
67	110900002-c	万级病房床位费	001109000020300	万级层流洁净病房床位费	达到万级规定层流洁净级别		乙	日	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院	
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
68	110900002-d	层流病床床位费	001109000020000	层流洁净病房床位费			乙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
69	110900003	重症监护病房床位费	001109000030100	重症监护病房床位费	指专用重症监护病房（如ICU、CCU、RCU、NICU、EICU等）。设有中心监护台，心电图监护仪及其它监护抢救设施，相对封闭管理的单人或多人监护病房，每天更换、消毒床单位，仪器设备的保养。含医用垃圾、污水处理和病房降温取暖费。		乙	日	80	80	80	80	80	80	80	80	80		保留普通床位的，普通床位另计价	未实施价改医院
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
70	110900004	特殊防护病房床位费	001109000040000	特殊防护病房床位费	指核素内照射治疗病房床位。在普通病床的功能基础上，须达到如下标准：重晶石或铅墙、铅防护门放射性防护病房、病区放射性专用厕所、防止放射性污染控制设施、专用放射性废物处理、存储衰变池及环保监控报警排放系统、可视对讲电话、床旁紧急呼叫通讯系统。含医用垃圾、污水处理和病房降温取暖费。		乙	日	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院	
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
71	110900005	门/急诊留观床位费	001109000050000	急诊观察床位费	指符合门/急诊观察条件和要求的急诊观察床位。办理留观手续，建立观察病历，密切观察病情变化，协助患者做好基础护理。符合基本床单元配置。含医用垃圾、污水处理和病房降温取暖费。		乙	日	8	8	8	8	8	8	8	8	8		未实施价改医院	
						市定价			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
	1110	10. 会诊费																		
72	111000001	院际会诊	001110000010000	院际会诊	副主任医师以上		丙	次											未实施价改医院	
																				实施价改的公立医院
73	111000001-a	院际会诊-本地	001110000010100	院际会诊(本地)			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院	
						130			130	130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
74	111000001-b	院际会诊-外埠	001110000010200	院际会诊(外埠)			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
74	11100001-0	院际会诊(门诊)	00111000010200	院际会诊(门诊)			丙	次	260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
75	11100002-a	高级专家诊疗中心专家门诊诊察费	001102000020400	专家门诊诊查费(享受政府特殊津贴待遇的临床医学专家)			丙	次										特需项目,限三级甲等公立医疗机构收取	所有医疗机构
	1111	"互联网+"医疗服务																	
	111101	远程会诊																按受邀方医疗机构类别收费。邀请方应当根据患者的病情和意愿组织远程会诊服务,并向患者说明远程会诊服务内容、费用等情况,征得患者书面同意,签署远程会诊服务知情同意书。参加会诊专家为副主任以上医师	
76	111101001	远程单学科会诊	001110000030000	远程会诊	指单个学科会诊。开通远程医疗网络系统,邀请方医疗机构向受邀方医疗机构提供医学资料,双方通过视频交互方式对患者的病情进行的单学科会诊。受邀方将诊疗意见告知邀请方,并出具由相关医师签名的诊疗意见报告。邀请方根据患者临床资料,参考受邀方的诊疗意见,决定诊断与治疗方案。			次	200	200	200	200	200	200					
77	111101001-a	远程单学科会诊	001110000030000	远程会诊				次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价					指邀请方或受邀方在省外、境外的医疗机构
78	111101002	远程多学科会诊	001110000030000	远程会诊	指多个学科会诊。开通远程医疗网络系统,邀请方医疗机构向受邀方医疗机构提供医学资料,双方通过视频交互方式对患者的病情进行的多学科(至少三学科)会诊。受邀方将诊疗意见告知邀请方,并出具由相关医师签名的诊疗意见报告。邀请方根据患者临床资料,参考受邀方的诊疗意见,决定诊断与治疗方案。			次	600	600	600	480	480	480					
79	111101002-a	远程多学科会诊	001110000030000	远程会诊				次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价					指邀请方或受邀方在省外、境外的医疗机构
80	111101003	同步远程病理会诊	001110000030000	远程会诊	指临床病理实时会诊。由高级职称病理医师主持的专家组会诊。开通远程医疗网络系统,邀请方医疗机构向受邀方医疗机构提供提供实时的临床及病理资料,双方通过视频交互方式对患者的病情进行会诊。受邀方将诊疗意见告知邀请方,并出具由相关医师签名的诊疗意见报告。邀请方参考受邀方的诊疗意见,决定诊断与治疗方案。不含图像采集、数字转换、上传。			次	600	600	600	480	480	480					
81	111101004	非同步远程病理会诊	001110000030000	远程会诊	指临床病理非实时会诊。由高级职称病理医师主持的专家组会诊。开通远程医疗网络系统,邀请方医疗机构向受邀方医疗机构提供提供非实时的临床及病理资料,双方通过视频交互方式对患者的病情进行会诊。受邀方将诊疗意见告知邀请方,并出具由相关医师签名的诊疗意见报告。邀请方参考受邀方的诊疗意见,决定诊断与治疗方案。不含图像采集、数字转换、上传。			次	400	400	400	320	320	320					
82	111101005	切片数字转换及上传	321110000050000	远程门诊(互联网医疗)	将病理染色切片扫描成数字化切片并上传网络,含电子数据存储。			张	40	40	40	40	40	40				最高不超过200元	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
91	111103005	远程病理诊断	321110000040000	远程诊断	开通网络计算机系统，邀请方医疗机构通过网络向受邀方医疗机构提供病患临床及病理资料，由受邀方出具病理诊断报告。含病理检查常规技术费用（编码2702、2703、2704），不含图像采集、数字转换、上传。不含采集标本的临床操作、非常规诊断技术，如：电镜检查、组织化学与免疫组化染色、图象分析技术、流式细胞术、计算机细胞筛选技术、分子病理学检查等。			次	300	300	300	240	240	240						
92	111103006	切片数字转换及上传	321110000050000	远程门诊（互联网医疗）	将病理染色切片扫描成数字化切片并上传网络，含电子数据存储。			张	40	40	40	40	40	40					最高不超过200元	
93	111103007	远程胎心监测	321110000150000	远程胎心监测	安放并固定探头，使用胎心监测远程传输系统，记录器记录并处理信息，经电话、手机、网络、卫星系统等传输至医师工作站进行分析		丙	日	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	听诊式	实施价改的公立医院
12		(二)一般检查治疗																		
1201		1.护理费				药物														所有医疗机构
94	120100001	重症监护	001201000010000	重症监护	指各类病情危重、各种复杂或大手术后、严重创伤或大面积烧伤等需要集中强化实施抢救性治疗和连续监护的重症患者的护理。进入监护病房，24小时持续监护；严密观察患者病情变化，预防并发症的发生，随时配合抢救；监测生命体征，准确记录出入量；做好监护记录、基础护理及专项护理等。不含仪器、设备监测和监护。	一次性氧饱和度探头、一次性吸痰管，气管套管，一次性引流管，吸痰连接管	乙	小时	5.2	4.7	4.2	4.2	3.8	3.4	3.4	3.1	2.8	不得再收取专项护理费	未实施价改医院	
									9.00	9.00	9.00	7.70	7.70	7.70	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
95	120100002	特级护理	001201000020000	特级护理	指病情危重，随时可能发生病情变化或特殊疾病需要进行专人护理的患者的护理。严密观察患者病情变化，监测生命体征，准确记录出入量；做好监护记录、基础护理及专项护理等。		乙	小时	2.6	2.3	2.1	2.1	1.9	1.7	1.7	1.5	1.4	不得再收取专项护理费	未实施价改医院	
		特级护理（儿童）							5.00	5.00	5.00	4.40	4.40	4.40	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
									6.50	6.50	6.50	5.72	5.72	5.72	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
96	120100003	I级护理	001201000030000	I级护理	指病情趋向稳定的重症患者、病情不稳定或随时可能发生变化的患者、手术后或者治疗期间需要严格卧床的患者、自理能力重度依赖的患者的护理。每小时巡视患者，观察患者病情变化。根据患者病情，测量生命体征；做好基础护理、安全护理等。提供护理相关的健康指导。		甲	日	8.7	7.8	7	7	6.3	5.7	5.6	5	4.5		未实施价改医院	
		I级护理（儿童）							40.00	40.00	40.00	35.00	35.00	35.00	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
									52.00	52.00	52.00	45.50	45.50	45.50	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
97	120100004	II级护理	001201000040000	II级护理	指病情稳定、生活部分自理的患者或行动不便的老年患者的护理。每2小时巡视患者，观察患者病情变化。根据患者病情，测量生命体征；做好基础护理、安全护理等。提供护理相关的健康指导。		甲	日	5.2	4.7	4.2	4.2	3.8	3.4	3.4	3.1	2.8		未实施价改医院	
		II级护理（儿童）							30.00	30.00	30.00	25.00	25.00	25.00	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
									39.00	39.00	39.00	32.50	32.50	32.50	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
98	120100005	III级护理	001201000050000	III级护理	指生活完全自理、病情稳定的患者、处于康复期患者的护理。每2小时巡视患者，观察患者病情变化。根据患者病情，测量生命体征。提供护理相关的健康指导。		甲	日	2.6	2.3	2.1	2.1	1.9	1.7	1.7	1.5	1.4		未实施价改医院	
		III级护理（儿童）							22.00	22.00	22.00	18.00	18.00	18.00	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
									28.60	28.60	28.60	23.40	23.40	23.40	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
					指符合《传染病防治法》规定的甲、乙类				26	23.4	21.1	20.8	18.7	16.8	16.6	14.9	13.4	不再收级别护理费	未实施价改医院	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
99	120100006	特殊疾病护理	001201000060000	特殊疾病护理	传染病患者的护理。含Ⅰ级护理项目内涵，每日严格落实消毒措施，规范处置诊疗过程中产生的医疗废物。		乙	日	55.00	55.00	55.00	44.00	44.00	44.00	市定价	市定价	市定价	不得再收取其他分级护理费	实施价改的公立医院
100	120100007	新生儿护理	001201000070000	新生儿护理	指对新生儿（自胎儿娩出脐带结扎至28天之内）的护理。评估新生儿适应环境能力，测量体温、称量体重，予以新生儿基础护理（含洗浴、口腔护理、会阴护理及脐部残端护理等）；新生儿喂养指导；新生儿床单元清洁消毒。		乙	日	13	11.7	10.5	10.4	9.4	8.5	8.3	7.5	6.8	不再收级别护理费	未实施价改医院
									45.00	45.00	45.00	35.00	35.00	35.00	市定价	市定价	市定价	不得再收取其他分级护理费	实施价改的公立医院
101	120100008	新生儿特殊护理	001201000080000	新生儿特殊护理	包括新生儿干预、抚触、肛管排气、呼吸道清理、药浴、油浴等		乙	次	4.4	4	3.6	3.5	3.2	2.9	2.8	2.5	2.3		未实施价改医院
		指对新生儿（自胎儿娩出脐带结扎至28天之内）的特殊护理。包括新生儿干预、抚触、治疗浴、肛管排气、呼吸道清理等。			9.10				9.10	9.10	8.20	8.20	8.20	市定价	市定价	市定价	实施价改的公立医院		
		指对早产儿、极低体重儿或因各种原因引起的吞咽功能协调障碍、经口喂养障碍的新生儿和胃肠蠕动不良致腹胀、喂养不耐受的新生儿的口腔、胃肠功能干预。对新生儿口腔刺激；新生儿非营养性吸吮；新生儿腹部按摩；操作过程中注意观察患儿的反应，发现异常及时处理。																	
		指对发生偏离正常或可能偏离正常的新生儿、早产儿和极低体重儿和疾病恢复期的新生儿的多种感官刺激。根据情况对其进行听觉刺激、视觉刺激、触觉刺激及前庭运动刺激。根据病情进行身体部位按摩。																	
		评估新生儿情况、日龄，调节操作台温度及环境湿度，核对医嘱及患儿信息，检查患儿皮肤情况，用无菌注射器配制治疗浴液，按新生儿沐浴顺序进行治疗浴，治疗浴毕擦干皮肤，再次检查皮肤情况及效果，操作毕为患儿穿衣，处理用物，记录。																	
		评估新生儿腹胀情况、肛门及皮肤情况等，取适当体位，插肛管并固定，观察患儿情况并记录。																	
		评估新生儿面色、呼吸，肺部听诊、拍背，清除呼吸道分泌物，再次检查口腔及鼻粘膜情况，处理用物，记录。																	
102	120100009	精神病护理	001201000090000	精神病护理	指处于精神活动异常、缺乏自主能力和自控能力状态的精神病患者的护理。定期检查患者有无危险物品；陪送患者完成各项辅助检查；随时巡视，观察患者病情变化及精神症状；看护患者活动，组织患者集体进餐，及时处理异常；正确实施各种治疗，评价治疗效果和不良反应；落实各项基础护理；根据疾病特点，实施针对性的健康教育和心理护理；组织患者参加各种康复活动。		乙	日	17.4	15.7	14.1	13.9	12.5	11.3	11.1	10	9	精神病患者住院期间患有其它疾病的，可按规定收取分级护理费，否则不得与分级护理费同时收取。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
103	120100010	气管切开护理	001201000100000	气管切开护理	包括气管插管护理。指对人工气道患者（气管切开、气管插管等）的气道护理；评估气管切开套管的位置和固定带的适宜情况或气管插管深度及导管型号等，必要时人工气道内药物滴入（打开人工气道，吸气相时滴入药物，观察用药后效果并记录），随时清理呼吸道分泌物，局部消毒，更换套管及敷料，保持切口处或固定带清洁干燥，有效固定，观察伤口有无感染并记录。	一次性吸痰管及连接管	乙	日	8.7	7.8	7	7	6.3	5.7	5.6	5	4.5		未实施价改医院
		60.00							60.00	60.00	48.00	48.00	48.00	市定价	市定价	市定价	实施价改的公立医院		
		气管切开护理（儿童）						日	78.00	78.00	78.00	62.40	62.40	62.40	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
104	120100011	吸痰护理	001201000110000	吸痰护理	指不能有效主动清理呼吸道分泌物患者的护理,经鼻腔或人工气道吸痰时,运用负压吸引器,观察患者生命体征及痰液性质,协助患者采取舒适体位,评价吸痰效果。	一次性吸痰管、吸痰连接管	乙	次	4.4	4	3.6	3.5	3.2	2.9	2.8	2.5	2.3	一天最多不超过两次,以痰明显减少为一次,不得与“机械辅助排痰(120100015)”同时收取。	未实施价改医院	
		日						25.00	25.00	25.00	20.00	20.00	20.00	市定价	市定价	市定价	不得与“机械辅助排痰(120100015)”同时收取	实施价改的公立医院		
		吸痰护理(儿童)							32.50	32.50	32.50	26.00	26.00	26.00	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
105	120100012	造瘘(口)护理	001201000120000	造瘘护理	指回肠、结肠造口,尿道造口的护理。评估患者病情、合作程度及造口的类型、大小、局部血运情况等;做好造口周围皮肤、排泄物及并发症的观察和处理、造瘘管的护理,选择适宜辅料和造口用品,并清洁造口及周围皮肤,更换造口袋;示范并指导患者或家属选用合适的造口用品及造口袋的更换。	一次性造口袋、造口护理附件产品(膜、膏、造口粉、过滤片),造口底盘	乙	次	7	6.3	5.7	5.6	5	4.5	4.5	4.1	3.7	经卫生行政主管部门批准的,可在门诊开展	未实施价改医院	
									10.00	10.00	10.00	8.00	8.00	8.00	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
106	120100013	动静脉置管护理	001201000130000	动静脉置管护理	指经外周或中心静脉置管者以及经动脉置管者的护理。评估患者的病情、置管位置、导管通畅性及置管周围皮肤情况等;根据皮肤及导管情况更换敷料,保持穿刺部位清洁干燥,妥善固定导管,定期冲管,保持管路通畅;指导并发生症的预防及日常维护技能。	导管冲洗器、无针密闭输液接头、透明贴膜	乙	次	4.4	4	3.6	3.5	3.2	2.9	2.8	2.5	2.3	经卫生行政主管部门批准的,可在门诊开展	未实施价改医院	
		8.00							8.00	8.00	6.50	6.50	6.50	市定价	市定价	市定价	实施价改的公立医院			
		动静脉置管护理(儿童)							10.40	10.40	10.40	8.45	8.45	8.45	市定价	市定价	市定价		限儿童专科医院和其他医院儿科收取	
107	120100015	机械辅助排痰	001201000150000	机械辅助排痰	指运用排痰仪器进行辅助排痰。协助患者于适当体位,评估痰液位置,选择叩击点,运用排痰仪器胸或背部叩击使痰液松动,协助翻身、拍背等方式使痰液到达浅部易于咳出,达到有效咳嗽、排痰、体位引流。		乙	日	110										未实施价改医院	
									60.00	60.00	60.00	50.00	50.00	50.00	市定价	市定价	市定价	实施价改的公立医院		
108	120100016	阴道冲洗	001201000140200	一般专项护理(会阴冲洗)	评估患者病情及会阴情况等,核对医嘱及患者信息,解释其目的取得配合,协助患者排空膀胱,无菌注射器配制冲洗液,准备冲洗装置,取适当体位,连接冲洗管,排气,将冲洗管插入阴道进行冲洗,协助患者坐起排空残留液并穿好衣服,处理用物并记录,做好健康教育和心理指导		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	实施价改的公立医院
109	120100017	会阴擦洗	001201000140200	一般专项护理(会阴冲洗)	指会阴擦洗或会阴冲洗;评估患者病情及合作程度等,核对患者信息,做好解释取得配合,协助患者排空膀胱,屏风遮挡,取适当体位,垫清洁棉垫及坐便器,打开消毒会阴擦洗或冲洗包,按顺序擦洗或冲洗,擦干会阴部,协助患者恢复舒适体位,必要时协助更衣,处理用物,评价并记录,做好健康教育和心理护理		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	实施价改的公立医院
110	120100018	淋巴水肿手法引流消肿	323108000390000	淋巴水肿手法引流消肿	通过手法引流、弹性压力绷带包扎、皮肤护理、功能锻炼指导等帮助淋巴水肿患者减轻或消除水肿			次											限乳腺癌及妇科肿瘤术后患者使用	公立医疗机构
	120105	无陪护理			不含医学护理														特需服务项目	未实施价改医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
111	120105001	I级护理	001201000030000	I级护理	不含医学护理		丙	日											特需服务项目	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
112	120105002	II级护理	001201000040000	II级护理	不含医学护理		丙	日											特需服务项目	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
113	120105003	III级护理	001201000050000	III级护理	不含医学护理		丙	日											特需服务项目	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围					
125	12040002-a	无痛采血	001204000020100	静脉注射(静脉采血)	含一次性安全防护材料		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	指使用激光仪采血仪,限采末梢血	所有医疗机构				
126	12040003	心内注射	001204000030000	心内注射			甲	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院(基层医疗机构取消项目)					
									10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	市定价	市定价		市定价	实施价改的公立医院				
									13	13	13	13	13	13	13	市定价	市定价		市定价	限六周岁及以下儿童	实施价改的公立医院			
127	12040004	动脉加压注射	001204000040000	动脉加压注射	包括动脉采血		甲	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院(基层医疗机构取消项目)					
									7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	市定价	市定价		市定价	实施价改的公立医院				
									9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	市定价	市定价		市定价	限六周岁及以下儿童	实施价改的公立医院			
128	12040005	皮下输液	001204000050000	皮下输液			甲	组	2	2	2	2	2	2	2	2	2		以医生开出的处方所配药物为“一组”	未实施价改医院				
									2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6		2.6	2.6	实施价改的公立医院			
129	12040006	静脉输液	001204000060000	静脉输液	含一次性输液器、注射器等特殊性消耗材料,包括输血、留置静脉针	胰岛素专用注射器、三通管、延长管、留置针、肝素帽、泵条(管);药物、血液和血制品,留置针固定专用透明敷贴、避光输液器(仅限精密过滤标示为1.0µm、3.0µm和5.0µm)、输液瓶盖贴膜、超低密度聚乙烯输液器(用于以聚氧乙烯蓖麻油和乙醇作增溶剂的药物输注)、一次性使用自动止血输液器、不含DEHP成分输液器、一次性使用精密过滤输液器、过滤器、采血器	甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6		不得加收输椅费、留观诊查费、降温取暖费等其他任何费用。	未实施价改医院(基层医疗机构取消项目)			
									8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		8	8	8	8	实施价改的县级公立医院
									10	10	10	8	8	8										
130	1204-b	使用微量泵或输液泵加收	001204000060001	静脉输液(使用微量泵或输液泵按小时加收)			甲	小时/泵	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		未实施价改医院					
									0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7		0.7	0.7	实施价改的公立医院			
131	12040006-b	静脉输液每瓶加收	001204000060000	静脉输液			甲	瓶	1	1	1	1	1	1	1	1	1		门诊输液自第二瓶(袋)(包括中途加药)起每瓶(袋)加收1元,住院输液自第四瓶(袋)(包括中途加药)起每瓶(袋)加收1元。	未实施价改医院				
									1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3		1.3	1.3	1.3	实施价改的公立医院		
132	12040007	小儿静脉输液	001204000070000	小儿头皮静脉输液	包括小儿头皮输液、输血、留置静脉针。含一次性输液器、注射器等特殊性消耗材料。	按静脉输液(编码120400006)的除外内容收费,输液托手固定贴、超低密度聚乙烯输液器(用于以聚氧乙烯蓖麻油和乙醇作增溶剂的药物输注)	甲	次	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9		未实施价改医院(基层医疗机构取消项目)				
									11	11	11	11	11	11	11	11	11	11		11	11	11	指学龄前(6周岁以下)儿童。输椅费、留观诊查费、降温取暖费等其他任何费用不得加收。	实施价改的县级公立医院
									13	13	13	11	11	11									实施价改的城市公立医院	
133	12040007-a	小儿静脉输液加收	001204000070000	小儿头皮静脉输液			甲	瓶	1	1	1	1	1	1	1	1	1		自第二瓶(袋)(包括中途加药)起每瓶(袋)加收1元。	未实施价改医院				
									1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3		1.3	1.3	1.3	实施价改的公立医院		
134	12040008	静脉高营养治疗	001204000080000	静脉高营养治疗			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院					
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		6.5	6.5	6.5	实施价改的公立医院		
									8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5	8.5		8.5	8.5	8.5	8.5	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
									30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院					

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
147	1205-a	狂犬病伤口处置冲洗加收	321205000000001	狂犬病伤口处置冲洗加收	使用专用冲洗设备和专用清洗剂对伤口进行冲洗		乙	次	95	95	95	95	95	95	95	95	95	符合《狂犬病预防控制技术指南》相关要求,限II级及以上暴露伤口处置使用。	所有医疗机构
148	120500001	大清创缝合	001205000010000	大清创缝合	清创+缝合		甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70	创面在30cm ² 以上	未实施价改医院
									170	170	170	170	170	170	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									221	221	221	221	221	221	市定价	市定价	市定价		创面在30cm ² 以上,限六周岁及以下儿童
149	120500001-a	大清创	001205000010000	大清创缝合			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									70	70	70	70	70	70	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									91	91	91	91	91	91	市定价	市定价	市定价		限六周岁及以下儿童
150	120500002	中清创缝合	001205000020000	中清创缝合	清创+缝合		甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60	创面在30-10cm ²	未实施价改医院
									85	85	85	85	85	85	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									110.5	110.5	110.5	110.5	110.5	110.5	市定价	市定价	市定价		创面在30-10cm ² ,限六周岁及以下儿童
151	120500002-a	中清创	001205000020000	中清创缝合			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									60	60	60	60	60	60	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									78	78	78	78	78	78	市定价	市定价	市定价		限六周岁及以下儿童
152	120500003	小清创缝合	001205000030000	小清创缝合	清创+缝合		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	创面在10cm ² 以下	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
									85	85	85	85	85	85	85	85	85		限六周岁及以下儿童
153	120500003-a	小清创	001205000030000	小清创缝合			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									35	35	35	35	35	35	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									45.5	45.5	45.5	45.5	45.5	45.5	市定价	市定价	市定价		限六周岁及以下儿童
1206	6.换药				含引流片、碘酒、碘伏、纱布、棉垫、酒精、双氧水、外用生理盐水、换药器械	特殊药物、引流管、绷带、长效抗菌贴(膏;包括透明质酸钠凝胶)、平纱布、无机诱导活性敷料、物理抗菌喷雾敷料、次氯酸护肤液、剂、膏按平均分摊次数加收、功能性敷料											拆线和换药不能同时计收	所有医疗机构	
154	120600001	特大换药	001206000010000	特大换药			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	创面在40cm ² 以上	未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
									51	51	51	51	51	51	51	51	51		限六周岁及以下儿童
155	120600002	大换药	001206000020000	大换药			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	创面在40-30cm ²	未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
									34	34	34	34	34	34	34	34	34		限六周岁及以下儿童
156	120600003	中换药	001206000030000	中换药			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	创面在30-15cm ²	未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
									16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9		限六周岁及以下儿童
									5	5	5	5	5	5	5	5	5	创面在15cm ² 以下	未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
157	120600004	小换药	001206000040000	小换药	包括门诊拆线		甲	次	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	限六周岁及以下儿童	实施价改的公立医院 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
158	120600005	创面负压治疗	003114000600000	创面密封负压引流术	指体表面积≤5%	创伤引流套装	乙	小时	10	10	10	10	10	10	10	10	10	每天最多不超过200元。	所有医疗机构
159	120600005-a	创面负压治疗	003114000600000	创面密封负压引流术	指体表面积>5%		乙	小时	15	15	15	15	15	15	15	15	15	每天最多不超过300元。	所有医疗机构
160	120600006	蛆虫清创治疗	001206000000100	换药(外擦药物治疗)			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
	1207	7.雾化吸入																	
161	120700001	雾化吸入	001207000010000	雾化吸入	包括超声、高压泵、氧化雾化及蒸气雾化吸入、经呼吸机管道雾化吸入	药物、雾化器含口、雾化面罩、雾化器软管(限超声雾化时使用)	甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
	1208	8.鼻饲管置管																	
162	120800001	鼻饲管置管	001208000010000	鼻饲管置管		药物和一次性胃管	甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
163	120800001-a	鼻饲管置管加收	001208000010000	鼻饲管置管	注食、注药、十二指肠灌注		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
164	120800002	肠内高营养治疗	001208000020000	肠内高营养治疗	指经腹部造瘘置管的胃肠营养治疗,含肠营养配置。特指不能进食的病人。具备百级层流操作间,操作者必须着无菌防尘服进行工作。含一次性空针。	营养泵管	甲	天	20	20	20	20	20	20	20	20	20	限设立临床营养科,有具备临床医生资质的营养专业技术人员,有符合规范要求的配置室的医疗机构开展	未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
	1209	9.胃肠减压																	
165	120900001	胃肠减压	001209000010000	胃肠减压	含留置胃管抽胃液及间断减压	一次性吸引管、负压引流器	甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	1210	10.洗胃																	
166	121000001	洗胃	001210000010000	洗胃	含插胃管及冲洗	药物和一次性胃管	甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	使用洗胃机不再另收	未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
	1211	11.物理降温																	
167	121100001	一般物理降温	001211000010000	一般物理降温	包括酒精擦浴及冰袋等方法		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
168	121100002	特殊物理降温	001211000020000	特殊物理降温	指使用专用降温设备等方法。包括医用降温毯		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	1212	12.坐浴																	
169	121200001	坐浴	001212000010000	坐浴		药物	甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	1213	13.冷热湿敷																	
170	121300001	冷热湿敷	001213000010000	冷热湿敷		药物	甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
	1214	14.引流管冲洗																	
171	121400001	引流管冲洗	001214000010000	引流管冲洗		换药、特殊药物、引流装置	甲	次	1	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院
									1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3		实施价改的公立医院
									1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
172	121400001-a	引流管冲洗更换引流装置加收	001214000010001	引流管冲洗(更换引流装置)			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
									2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6		实施价改的公立医院
173	121400002	低负压引流治疗	003114000600000	创面密封负压引流术		引流装置	乙	小时	6	6	6	6	6	6	6	6	6	限儿科使用	所有医疗机构
	1215	15.灌肠																	
174	121500001	灌肠	001215000010000	灌肠	包括一般灌肠、保留灌肠、三通氧气灌肠	氧气	甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
									16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	16.9	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
175	121500002	清洁灌肠	001215000020000	清洁灌肠	含经肛门清洁灌肠及经口全消化道清洁灌肠		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26					实施价改的城市公立医院
									34	34	34	34	34	34	34	34	34	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
	1216	16.导尿																	
176	121600001	导尿	001216000010000	导尿	包括一次性导尿和留置导尿	特殊一次性消耗物品(包括导尿包、尿管及尿袋)、引流套件	甲	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院
									5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2	5.2		实施价改的公立医院
									6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
177	121600001-a	留置导尿加收	001216000010100	导尿(留置导尿)			甲	日	1	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院
									1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3		实施价改的公立医院
178	121600002	膀胱冲洗	001216000020000	膀胱冲洗		特殊一次性耗材	甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
179	121600003	持续膀胱冲洗	001216000030000	持续膀胱冲洗	包括加压持续冲洗。指膀胱、前列腺、尿道术前术后的治疗,不含留置导尿	生理盐水、引流袋	甲	日	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
180	121600004	中段尿培养尿液留取	321216000040000	中段尿培养尿液留取	含一次性材料		甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
	1217	17.肛管排气																	
181	121700001	肛管排气	001217000010000	肛管排气		肛管	甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
									3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9		实施价改的公立医院
									5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	5.1	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
	1301	1.婴幼儿健康体检																	
182	130100001	婴幼儿健康体检	001301000010000	婴幼儿健康体检			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价				公立医院
	1302	2.儿童龋齿预防保健																	
183	130200001	儿童龋齿预防保健	001302000010000	儿童龋齿预防保健	含4岁至学龄前儿童按齿科常规检查		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院
184	130200002	氟导入儿童龋齿预防	001302000020000	儿童龋齿预防保健	含口腔检查、氟离子导入及相关材料		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价				3-13周岁的儿童龋齿预防	公立医院
	1303	3.家庭巡诊																	
185	130300001	家庭巡诊	001303000010000	家庭巡诊	含了解服务对象健康状况、指导疾病治疗和康复、进行健康咨询		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
	1304	4. 围产保健访视																			
186	130400001	围产保健访视	001304000010000	围产保健访视	含出生至满月访视, 对围产期保健进行指导, 如母乳喂养、产后保健等		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
	1305	5. 传染病访视																			
187	130500001	传染病访视	001305000010000	传染病访视	含指导家庭预防和疾病治疗、康复		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
	1306	6. 家庭病床																			
188	130600001	家庭病床建床费	001306000010000	家庭病床建床费	含建立病历和病人全面检查		甲	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
189	130600002	家庭病床巡诊费	001306000020000	家庭病床巡诊费	含定期查房和病情记录		甲	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
	1307	7. 出诊费																			
190	130700001	出诊	001307000010000	出诊	包括急救出诊		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
191	130700001-a	副高职称以上出诊	001307000010001	出诊(副高职称及以上)			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
	1308	8. 建立健康档案																			
192	130800001	建立健康档案	001308000010000	建立健康档案			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					仅限无经费保障的社区医疗机构收取。	公立医院	
193	130800002	糖尿病远程管理	321110000050000	远程门诊(互联网医疗)	对糖尿病患者院外血糖控制情况进行实时监控、管理、指导和反馈。		丙	天	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院		
	1309	9. 疾病健康教育																	不得向住院病人收取		
194	130900001	健康咨询	001309000010000	健康咨询	指个体健康咨询		丙	次	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	仅限无经费保障的社区医疗机构收取。	仅限无经费保障的社区医疗机构收取。	
195	130900002	疾病健康教育	001309000020000	疾病健康教育	指群体健康教育		丙	人次	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	仅限无经费保障的社区医疗机构收取。	基层医疗卫生机构	
196	130900003	美沙酮维持治疗	003115030300000	脱瘾治疗	含健康咨询		甲	天	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	按《江苏省滥用阿片类物质成瘾者社区维持治疗工作方案》执行	基层医疗卫生机构		
	1310	10. 延伸服务费																			
197	131000001	拆零服务费	321310000010000	拆零服务费			甲	次	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1		基层医疗卫生机构		
198	1311	11. 一般诊疗费	001101000010000	挂号费	含挂号费、急诊挂号费、门诊病历手册、普通门诊诊查费、急诊诊查费、门诊急诊留观诊查费、肌肉注射、皮下注射、皮内注射、静脉注射、静脉采血、心内注射、动脉加压注射、动脉采血、静脉输液、输血、留置静脉针、小儿静脉输液、小儿头皮输液、小儿输血、小儿留置静脉针。含一次性输液器	过滤器、采血器注射器; 药物、血液和血制品; 一次性使用静脉营养输液袋、一次性止血带(包括点连式、连抽式, 限传染病院使用)、全自动注射泵、胰岛素笔用针头、胰岛素专用注射器、三通管、延长管、留置针、肝素帽、泵套(管); 留置针固定专用透明敷贴、避光输液器(仅限密度过滤标识为: 1.0µm、3.0µm和5.0µm)、输液瓶盖贴膜、超低密度聚乙烯输液器(用于聚氯乙烯酯麻油和乙醇作增溶剂的药物输注)、一次性使用自动止液输液器	乙	次									市定价	市定价	市定价	仅限实施基本药物零差率销售的基层医疗卫生机构收取。换药、针灸、理疗、推拿、血透等按疗程只收取一次一般诊疗费。不得加收躺椅费、留观诊查费、降温取暖费等其他任何费用。一次性注射器省定最高标准为每副0.7元(1毫升)、2毫升、5毫升、10毫升)、1元(20毫升)、2.2元(50毫升)。其中1毫升胰岛素注射专用空针每副2元; 各地价格主管部门应在省定标准范围内制定具体价格。	基层医疗卫生机构
199	131100001	主任医师一般诊疗费	001102000010100	普通门诊诊查费(主任医师)	指由主任医师提供技术劳务的诊疗服务。挂号, 初建病历(电子或纸质病历), 核实就诊者信息, 就诊病历传递, 病案管理。询问病情, 听取患者主诉, 病史采集, 向患者或家属告知, 进行一般物理检查, 书写病历, 开具检查单, 根据病情提供治疗方案(治疗单、处方)等病情诊治和健康指导。			次										市定价	市定价	市定价	基层医疗卫生机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
200	131100002	副主任医师一般诊疗费	001102000010200	普通门诊诊查费(副主任医师)	指由副主任医师提供技术劳务的诊疗服务。挂号, 初建病历(电子或纸质病历), 核实就诊者信息, 就病历传递, 病案管理。询问病情, 听取患者主诉, 病史采集, 向患者或家属告知, 进行一般物理检查, 书写病历, 开具检查单, 根据病情提供治疗方案(治疗单、处方)等病情诊治和健康指导			次							市定价	市定价	市定价		基层医疗卫生机构		
14		(四)其他医疗服务项目																			
1401		1.尸体料理																			
201	140100001	尸体料理	001401000010000	尸体料理	指尸体常规清洁处理及包裹, 不含专业性尸体整容		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院	
202	140100001-a	特殊传染病尸体料理加收	001401000010001	尸体料理(特殊传染病尸体料理加收)			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院	
203	140100002	专业性尸体整容	001401000020000	专业性尸体整容	指伤残尸体整容		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院	
204	140100003	尸体存放	001401000030000	尸体存放			丙	日	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院	
205	140100004	离体残肢处理	001401000040000	离体残肢处理	包括死婴处理		丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					公立医院	
16		(六)家庭医生签约服务费			各地可在主编码下, 根据不同的人群和服务内容, 自行增加子编码										市定价	市定价	市定价				
206	160000001	基本公共卫生服务包	321500000140000	基本公共卫生服务包	按照《国家基本公共卫生服务规范(第三版)》规定, 根据不同服务对象签订服务内容、服务要求等			年												基本公共卫生服务经费列支, 不得向签约家庭或个人收费, 不得纳入医保基金支付范围。	
207	160000001-a		321500000140100	基本公共卫生服务包				年													
208	160000001-b		321500000140200	基本公共卫生服务包				年													
209	160000002	健康管理综合服务包	321303000020000	家庭医生签约服务费	由各地规范, 须明确项目名称、服务频次等	提供非约定的医疗服务项目		年												年费价格不得高于按项目付费累计总价	
210	160000002-a		321303000020000	家庭医生签约服务费				年													
211	160000002-b		321303000020000	家庭医生签约服务费				年													
212	160000003	个性化服务包	321303000020000	家庭医生签约服务费	根据居民实际需要设立, 须明确项目名称、服务频次等, 含个性化及延伸服务项目	提供非约定的医疗服务项目		年												个性化服务包由居民按《江苏省家庭医生签约服务项目库》、个性化及延伸医疗服务需求等自主选择服务项目, 提供菜单式服务, 具体收费标准根据所选择服务项目现行医疗服务价格标准累加计算, 新增个性化及延伸医疗服务项目通过与服务对象协商, 按照服务时间、次数或人数等收取费用, 计入服务包收费。	
17		(七)特需服务项目																			
213	170200001	全程陪伴分娩	323314000020200	全程陪伴分娩			丙	例												特需服务项目	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
214	170200002	营养干预	00110200000100	诊查费(营养状况评估)	由专业营养师制定个性化营养干预方案,通过营养手段对特殊生理时期人群或代谢失衡患者进行饮食追踪指导、体重管理、纠正代谢紊乱,预防并发症,促进健康。		丙	疗程										特需服务项目,仅限经卫生主管部门批准有临床营养科室资质的医疗机构开展	所有医疗机构
215	170200003	3D打印成形术	323315230200000	3D打印成形术	以数字模型数据为基础,运用可粘合材料,通过逐层打印的方式制造物体模型,通过术前建立患者损伤部位的模型,体外进行手术预演、模拟,进而制定更精确的手术方案及手术流程。不含模型打印材料		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		所有医疗机构
二、医技诊疗类																			
21 (一)医学影像																			
2101 1. X线检查																			
210101 X线透视检查																			
216	210101-a	X线透视检查加收	002101010000001	X线透视检查(使用影像增强器或电视屏可酌情加收)	使用影像增强器或电视屏可加收;追加摄片另计价		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
217	210101001	普通透视	002101010010000	普通透视	包括胸、腹、盆腔、四肢等		甲	每个部位	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
218	210101002	食管钡餐透视	002101010020000	食管钡餐透视	含胃异物、心脏透视检查		甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
219	210101003	床旁透视与术中透视	002101010030000	床旁透视与术中透视	包括透视下定位		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
220	210101004	C型臂术中透视	002101010040000	C型臂术中透视	包括透视下定位		甲	半小时	50	50	50	50	50	50	50	50	50	最多不超过250元	所有医疗机构
	210102	X线摄影			含曝光、冲洗、诊断和胶片等													与“X线透视检查”不能同时加收	
221	210102-a	X线摄影	002101020000001	X线摄影(一张胶片多次曝光酌情加收)			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3	一张胶片多次曝光加收,最多不超过5次	所有医疗机构
222	210102-b	X线摄影	002101020000002	X线摄影(加滤线器计费酌情加收)			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5	加滤线器计费加收	所有医疗机构
223	210102-c	X线摄影	002101020000003	X线摄影(体层摄影按层酌情加收)			甲	层	5	5	5	5	5	5	5	5	5	体层摄影按层加收,最多不超过5层	所有医疗机构
224	210102-d	X线摄影	002101020000004	X线摄影(床旁摄片酌情加收)			甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8	床旁摄片加收	所有医疗机构
225	210102001	5×7吋	002101020010000	5×7吋			甲	片数	9	9	9	9	9	9	9	9	9		所有医疗机构
226	210102001-a	5×7吋	002101020010000	5×7吋			甲	片数	5	5	5	5	5	5	5	5	5	使用感绿片加收	所有医疗机构
227	210102002	8×10吋	002101020020000	8×10吋			甲	片数	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
228	210102002-a	8×10吋	002101020020000	8×10吋			甲	片数	6	6	6	6	6	6	6	6	6	使用感绿片加收	所有医疗机构
229	210102003	10×12吋	002101020030000	10×12吋	包括7×17吋		甲	片数	16	16	16	16	16	16	16	16	16		所有医疗机构
230	210102003-a	10×12吋	002101020030000	10×12吋			甲	片数	8	8	8	8	8	8	8	8	8	使用感绿片加收	所有医疗机构
231	210102004	11×14吋	002101020040000	11×14吋			甲	片数	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
232	210102004-a	11×14吋	002101020040000	11×14吋			甲	片数	10	10	10	10	10	10	10	10	10	使用感绿片加收	所有医疗机构
233	210102005	12×15吋	002101020050000	12×15吋			甲	片数	24	24	24	24	24	24	24	24	24		所有医疗机构
234	210102005-a	12×15吋	002101020050000	12×15吋			甲	片数	12	12	12	12	12	12	12	12	12	使用感绿片加收	所有医疗机构
235	210102006	14×14吋	002101020060000	14×14吋			甲	片数	27	27	27	27	27	27	27	27	27		所有医疗机构
236	210102006-a	14×14吋	002101020060000	14×14吋			甲	片数	14	14	14	14	14	14	14	14	14	使用感绿片加收	所有医疗机构
237	210102007	14×17吋	002101020070000	14×17吋			甲	片数	27	27	27	27	27	27	27	27	27		所有医疗机构
238	210102007-a	14×17吋	002101020070000	14×17吋			甲	片数	14	14	14	14	14	14	14	14	14	使用感绿片加收	所有医疗机构
239	210102008	牙片	002101020080000	牙片		一次性拍片支架	甲	片数	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
240	210102008-a	牙片	002101020080000	牙片			甲	片数	2	2	2	2	2	2	2	2	2	使用感绿片加收	所有医疗机构
241	210102009	咬合片	002101020090000	咬合片		一次性拍片支架	甲	片数	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
242	210102009-a	咬合片	002101020090000	咬合片			甲	片数	20	20	20	20	20	20	20	20	20	进口胶片	所有医疗机构
243	210102010	曲面体层摄影(颌全景摄影)	002101020100000	曲面体层摄影(颌全景摄影)			甲	片数	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
244	210102011	头颅定位测量摄影	002101020110000	头颅定位测量摄影			甲	片数	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
245	210102012	眼球异物定位摄影	002101020120000	眼球异物定位摄影	不含眼科放置定位器操作		甲	片数	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
246	210102012-a	眼球异物定位摄影	002101020120000	眼球异物定位摄影			甲	人	10	10	10	10	10	10	10	10	10	增加眼科放置定位器加收	所有医疗机构
247	210102013	乳腺钼靶摄片 8×10吋	002101020130000	乳腺钼靶摄片8×10吋			甲	单侧	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
248	210102013-a	乳腺钼靶摄片8×10吋	002101020130000	乳腺钼靶摄片8×10吋			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40	双侧加收	所有医疗机构
249	210102014	乳腺钼靶摄片 18×24吋	002101020140000	乳腺钼靶摄片18×24吋			甲	单侧	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
250	210102014-a	乳腺钼靶摄片 18×24吋	002101020140000	乳腺钼靶摄片18×24吋			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40	双侧加收	所有医疗机构
251	210102015	数字化摄影(DR)	002101020150000	数字化摄影(DR)	含数据采集、存贮、图象显示	胶片(包括各类介质、材质)	乙	曝光次数	60	60	60	60	60	60	60	60	60	不得加收滤线器费(210102-b)	所有医疗机构
252	210102015-b	数字化摄影(DR)	002101020150000	数字化摄影(DR)			乙	曝光次数	30	30	30	30	30	30	30	30	30	数字化摄影(DR)从第二次曝光开始加收,最多不超过60元	所有医疗机构
253	210102016	计算机X线摄影(Computed Radiography, CR)	002101020160000	计算机X线摄影(Computed Radiography, CR)	含图象增强、数据采集、存贮、图象显示	胶片(包括各类介质、材质)	乙	曝光次数	30	30	30	30	30	30	30	30	30	不得加收滤线器费(210102-b)	所有医疗机构
254	210102016-a	计算机X线摄影(Computed Radiography, CR)加收	002101020160000	计算机X线摄影(Computed Radiography, CR)	从第二次曝光开始加收,最多不超过40元		乙	曝光次数	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
255	210102017	非血管介入临床操作数字减影(DSA)引导	002101020170000	非血管介入临床操作数字减影(DSA)引导	含注射器,不含麻醉、穿刺	胶片(包括各类介质、材质)、高压注射器、造影剂	乙	30分钟	600	600	600	600	600	600	600	600	600		所有医疗机构
256	210102018	心脏磁导航引导	322101020180000	心脏磁导航引导	不含DSA引导	导管	乙	分钟	50	50	50	50	50	50	50	50	50	不含术前准备和术后观察时间	所有医疗机构
	210103	X线造影			含临床操作及造影剂过敏试验	造影剂、胶片(包括各类介质、材质)、一次性插管													
257	210103-a	X线造影	322101030000000	X线造影			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	使用数字化X线机加收	所有医疗机构
258	210103001	气脑造影	002101030010000	气脑造影			甲	次	27	27	27	27	27	27	27	27	27		所有医疗机构
259	210103002	脑室碘水造影	002101030020000	脑室碘水造影			甲	次	27	27	27	27	27	27	27	27	27		所有医疗机构
260	210103003	脊髓(椎管)造影	002101030030000	脊髓(椎管)造影			甲	次	27	27	27	27	27	27	27	27	27		所有医疗机构
261	210103004	椎间盘造影	002101030040000	椎间盘造影			甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构
262	210103005	泪道造影	002101030050000	泪道造影			甲	单侧	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
263	210103005-a	泪道造影	002101030050000	泪道造影			甲	次	12	12	12	12	12	12	12	12	12	双侧加收	所有医疗机构
264	210103006	副鼻窦造影	002101030060000	副鼻窦造影			甲	单侧	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
265	210103006-a	副鼻窦造影	002101030060000	副鼻窦造影			甲	次	12	12	12	12	12	12	12	12	12	双侧加收	所有医疗机构
266	210103007	颞下颌关节造影	002101030070000	颞下颌关节造影			甲	单侧	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
267	210103007-a	颞下颌关节造影	002101030070000	颞下颌关节造影			甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8	双侧加收	所有医疗机构
268	210103008	支气管造影	002101030080000	支气管造影			甲	单侧	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
269	210103008-a	支气管造影	002101030080000	支气管造影			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	双侧加收	所有医疗机构
270	210103009	乳腺导管造影	002101030090000	乳腺导管造影			甲	单侧	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
271	210103009-a	乳腺导管造影	002101030090000	乳腺导管造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	双侧加收	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
272	210103010	唾液腺造影	002101030100000	唾液腺造影			甲	单侧	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
273	210103010-a	唾液腺造影	002101030100000	唾液腺造影			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15	双侧加收	所有医疗机构
274	210103011	下咽造影	002101030110000	下咽造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
275	210103012	食管造影	002101030120000	食管造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
276	210103013	上消化道造影	002101030130000	上消化道造影	含食管、胃、十二指肠造影		甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
277	210103014	胃肠排空试验	002101030140000	胃肠排空试验	指钡餐透视法		甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
278	210103015	小肠插管造影	002101030150000	小肠插管造影			甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
279	210103016	口服法小肠造影	002101030160000	口服法小肠造影	含各组小肠及回盲部造影		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
280	210103017	钡灌肠大肠造影	002101030170000	钡灌肠大肠造影	含气钡双重造影		甲	次	55	55	55	55	55	55	55	55	55		所有医疗机构
281	210103018	腹膜后充气造影	002101030180000	腹膜后充气造影			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
282	210103019	口服法胆道造影	002101030190000	口服法胆道造影			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
283	210103020	静脉胆道造影	002101030200000	静脉胆道造影			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
284	210103021	经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)	002101030210000	经内镜逆行胰胆管造影(ERCP)	含造影用各类导管		乙	次	700	700	700	700	700	700	700	700	700		所有医疗机构
285	210103022	经皮经肝胆道造影(PTC)	002101030220000	经皮经肝胆道造影(PTC)			乙	次	180	180	180	180	180	180	180	180	180		所有医疗机构
286	210103023	T管造影	002101030230000	T管造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
287	210103024	静脉泌尿系造影	002101030240000	静脉泌尿系造影			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
288	210103025	逆行泌尿系造影	002101030250000	逆行泌尿系造影			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
289	210103026	肾孟穿刺造影	002101030260000	肾孟穿刺造影			甲	单侧	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
290	210103027	膀胱造影	002101030270000	膀胱造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
291	210103028	阴茎海绵体造影	002101030280000	阴茎海绵体造影			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
292	210103029	输精管造影	002101030290000	输精管造影			甲	单侧	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
293	210103030	子宫造影	002101030300000	子宫造影			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
294	210103031	子宫输卵管碘油造影	002101030310000	子宫输卵管碘油造影			甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
295	210103032	四肢淋巴管造影	002101030320000	四肢淋巴管造影			甲	单肢	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
296	210103033	瘘道及瘻管造影	002101030330000	瘘道及瘻管造影			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
297	210103034	四肢关节造影	002101030340000	四肢关节造影			甲	每个关节	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
298	210103035	四肢血管造影	002101030350000	四肢血管造影	含注射器		甲	单肢	270	270	270	270	270	270	270	270	270		所有医疗机构
	2102	2. 磁共振扫描(MRI)			含胶片冲洗、数据存储介质	麻醉及药物、胶片(包括各类介质、材质)、一次性高压注射器、连接管、留置针												1. 计价部位分为颅脑、眼眶、副鼻窦、垂体、内耳、鼻咽、口腔(包括下颌骨)、颞颌关节、喉部、颈部(含甲状腺)、胸部、心脏、乳腺、上腹部、中腹部、盆腔、颈椎、胸椎、腰椎、肩关节、肘骨、肘关节、尺桡骨、腕关节、手、双膝关节、股骨、膝关节、胫腓骨、踝关节、足、前列腺、腮腺。 2. 同一线圈一次扫描双侧器官/双侧关节的按一个部位计价。	
299	2102-a	磁共振扫描(MRI)加收	002102000000001	磁共振扫描(MRI)(使用心电或呼吸门控加)	使用心电或呼吸门控设备		乙	部位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
300	210200001	磁共振平扫	002102000010000	磁共振平扫	场强<0.5T		乙	部位	245	245	245	200	200	200	155	155	155		所有医疗机构
301	210200001-a	磁共振平扫	002102000010000	磁共振平扫	场强≥0.5T, <1.5T		乙	部位	350	350	350	280	280	280	220	220	220		所有医疗机构
302	210200001-b	磁共振平扫	002102000010000	磁共振平扫	场强≥1.5T, <3.0T		乙	部位	450	450	450	360	360	360	290	290	290		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
303	21020001-c	磁共振平扫	00210200010000	磁共振平扫	场强3.0T及以上		乙	部位	570	570	570	455	455	455				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	所有医疗机构
304	21020002	磁共振增强扫描	00210200020000	磁共振增强扫描	场强<0.5T		乙	部位	270	270	270	220	220	220	175	175	175		所有医疗机构
305	21020002-a	磁共振增强扫描	00210200020000	磁共振增强扫描	场强≥0.5T, <1.5T		乙	部位	390	390	390	310	310	310	250	250	250		所有医疗机构
306	21020002-b	磁共振增强扫描	00210200020000	磁共振增强扫描	场强≥1.5T, <3.0T		乙	部位	490	490	490	390	390	390	310	310	310		所有医疗机构
307	21020002-c	磁共振增强扫描	00210200020000	磁共振增强扫描	场强3.0T及以上		乙	部位	690	690	690	550	550	550				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	所有医疗机构
308	21020003	磁共振功能成像	00210200030000	脑功能成像	包括磁共振脑功能成像、磁共振心脏功能检查、磁共振血管成像(MRA)、磁共振水成像(MRCP、MRM、MRU)、磁共振波谱分析(MRS)、磁共振波谱成像(MRST)		乙	每项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	每项每人加收,最多按加收2项计价	所有医疗机构
309	21020009	临床操作的磁共振引导	00210200090000	临床操作的磁共振引导			乙	次	390	390	390	310	310	310	250	250	250		所有医疗机构
310	21020010	磁共振易损斑块诊断	322102000160000	磁共振易损斑块诊断	不含磁共振检查;利用软件对患者血管斑块多对比度磁共振影像数据进行分析,报告中需包含斑块易损性质、易损类型及易损程度评估,AI斑块分型,斑块内各成分定量数据显示结果包括层面详细报告,3D重建,融合图像		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	仅用于颈动脉斑块进行分析	实施价改的公立医院
311	21020011	单脏器灌注磁共振成像	002102000100000	磁共振其他成像	进行心、脑、肝、肾、前列腺等器官的灌注成像,冲洗照片(胶片),图像后处理,完成诊断报告。			次											公立医疗机构
2103		3. X线计算机断层(CT)扫描			含胶片冲洗、数据存储介质	麻醉及药物、胶片(包括各类介质、材质)、一次性高压注射器、连接管、留置针												计价部位分为颅脑、眼眶、颞骨、颅底、垂体冠状位扫描、副鼻窦、内耳、鼻窦、鼻咽、上颌骨、下颌骨、颞弓、颞下颌关节、喉部、甲状腺、胸部、心脏、肩胛骨、上腹部、中腹部、盆腔、颈椎(每三个椎体)、腰椎(每三个椎体)、肋骨、肘关节、尺桡骨、腕关节、手、双腕关节、股骨、双膝关节、胫腓骨、踝关节、足	
312	2103-b	螺旋CT超层	00210300010000	X线计算机断层(CT)平扫			乙	每层	10	10	10	10	10	10	10	10	10	超出基本层20层以上层次,不再加收超层费。超层费不得上浮。	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
313	2103-c	螺旋CT扫描加收	00210300000001	X线计算机断层(CT)扫描(使用螺旋扫描酌情加收)	使用心电或呼吸门控设备加收(只适用于螺旋CT机)		乙	部位	14	14	14	11	11	11	9	9	9		所有医疗机构
314	21030001	CT平扫	00210300010000	X线计算机断层(CT)平扫			乙	部位	80	80	80	65	65	65	50	50	50	基本层为20层	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
315	21030001-a	螺旋CT平扫	00210300000001	X线计算机断层(CT)扫描(使用螺旋扫描酌情加收)			乙	部位	140	140	140	110	110	110	90	90	90		所有医疗机构
316	21030001-b	多排螺旋CT平扫	00210300000001	X线计算机断层(CT)扫描(使用螺旋扫描酌情加收)			乙	部位	220	220	220	180	180	180	140	140	140	指16排及以上	所有医疗机构
317	21030002	CT增强扫描	00210300020000	X线计算机断层(CT)增强扫描			乙	部位	120	120	120	100	100	100	80	80	80	基本层为20层	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
318	21030002-a	螺旋CT增强扫描	00210300020000	X线计算机体层(CT)增强扫描			乙	部位	200	200	200	160	160	160	130	130	130		所有医疗机构
319	21030002-b	多排螺旋CT增强扫描	00210300000001	X线计算机体层(CT)扫描(使用螺旋扫描酌情加收)			乙	部位	300	300	300	240	240	240	190	190	190	指16排及以上	所有医疗机构
320	21030004	CT成像	00210300040000	X线计算机体层(CT)成像	指用于血管、胆囊、CTVE、心脏、骨三维成像等		乙	次	90	90	90	70	70	70	55	55	55		所有医疗机构
321	21030005	临床操作的CT引导	00210300050000	临床操作的CT引导			乙	次	180	180	180	150	150	150	120	120	120		所有医疗机构
	2104	4. 院外影像学会诊																	
322	21040001	院外影像学会诊	00210400010000	院外影像学会诊	包括X线片、MRI片、CT片会诊		丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
	2105	5. 其他																	
323	21050001	红外热象检查	00210500010000	红外热象检查			甲	每个部位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
324	21050002	红外线乳腺检查	00210500020000	红外线乳腺检查			甲	单侧	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
	22	(二)超声检查				医用消毒超声耦合剂、超声耦合剂恒温定量加注器(含医用消毒超声耦合剂)													
	2201	1. A超				图象记录													
325	22010001	A型超声检查	00220100010000	A型超声检查			甲	每个部位	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
326	22010002	临床操作的A超引导	00220100020000	临床操作的A超引导			甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
327	22010003	眼部A超	00220100030000	眼部A超			甲	单侧	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
	2202	2. B超				图象记录、造影剂													
	220201	各部位一般B超检查																	
328	22020101	单脏器B超检查	002202010010000	单脏器B超检查			甲	每个脏器	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
329	22020101-a	单脏器B超检查加收	002202010010000	单脏器B超检查	每增加一个脏器检查加收		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
330	22020102	B超常规检查	002202010020000	B超常规检查	包括胸部(含肺、胸腔、纵隔)、腹部(含肝、胆、胰、脾、双肾)、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)		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
331	22020103	胸腹水B超检查及穿刺定位	002202010030000	胸腹水B超检查及穿刺定位	不含活检		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
332	22020104	胃肠充盈造影B超检查	002202010040000	胃肠充盈造影B超检查	含胃、小肠及其附属结构		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
333	22020105	大肠灌肠造影B超检查	002202010050000	大肠灌肠造影B超检查	含大肠及其附属结构		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
334	22020106	输卵管超声造影	002202010060000	输卵管超声造影	含临床操作, 含宫腔、双输卵管	一次性导管	乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
335	22020107	浅表组织器官B超检查	002202010070000	浅表组织器官B超检查			甲	每个部位	25	25	25	25	25	25	25	25	25	计价部位分为1. 双眼及附属器; 2. 双眼睑及颈部淋巴结; 3. 甲状腺及颈部淋巴结; 4. 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	所有医疗机构
336	22020108	床旁B超检查	002202010080000	床旁B超检查	包括术中B超检查		甲	半小时	30	30	30	30	30	30	30	30	30	不得与“B超常规检查”(220201002)重复计价	所有医疗机构
337	22020109	临床操作的B超引导	002202010090000	临床操作的B超引导			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
	220202	腔内B超检查																	
338	22020201	经阴道B超检查	002202020010000	经阴道B超检查	含子宫及双附件		甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
339	220202002	经直肠B超检查	002202020020000	经直肠B超检查	含前列腺、精囊、尿道、直肠		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
340	220202003	临床操作的腔内B超引导	002202020030000	临床操作的腔内B超引导			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
341	220202004	超声骨密度检测	002302000550000	骨密度测定				次											公立医疗机构
	220203	B超脏器功能评估																	
342	220203001	胃充盈及排空功能检查	002202030010000	胃充盈及排空功能检查	指造影法		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
343	220203002	小肠充盈及排空功能检查	002202030020000	小肠充盈及排空功能检查	指造影法		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
344	220203003	胆囊和胆道收缩功能检查	002202030030000	胆囊和胆道收缩功能检查	指造影法		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
345	220203004	胎儿生物物理相评分	002202030040000	胎儿生物物理相评分	含呼吸运动、肌张力、胎动、羊水量、无刺激试验		丙/甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
346	220203005	膀胱残余尿量测定	002202030050000	膀胱残余尿量测定			甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
	2203	3. 彩色多普勒超声检查				图象记录、造影剂													
	220301	普通彩色多普勒超声检查																	
347	220301001	彩色多普勒超声常规检查	002203010010000	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)、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/甲	部位	70	70	70	60	60	60	50	50	50	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
348	220301002	浅表器官彩色多普勒超声检查	002203010020000	浅表器官彩色多普勒超声检查			乙	每个部位	70	70	70	60	60	60	50	50	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. 上肢或下肢软组织; 6. 阴囊、双侧睾丸、附睾; 7. 颅腔; 8. 体表包块; 9. 关节; 10. 其他。	所有医疗机构
	220302	彩色多普勒超声特殊检查																	
349	220302001	颅内段血管彩色多普勒超声	002203020010000	颅内段血管彩色多普勒超声			乙	次	60	60	60	50	50	50	40	40	40		所有医疗机构
350	220302002	球后全部血管彩色多普勒超声	002203020020000	球后全部血管彩色多普勒超声			乙	次	60	60	60	50	50	50	40	40	40		所有医疗机构
351	220302003	颈部血管彩色多普勒超声	002203020030000	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	55	55	45	45	45	35	35	35		所有医疗机构
352	220302004	门静脉系彩色多普勒超声	002203020040000	门静脉系彩色多普勒超声			乙	人次	55	55	55	45	45	45	35	35	35		所有医疗机构
353	220302005	腹部大血管彩色多普勒超声	002203020050000	腹部大血管彩色多普勒超声			乙	人次	60	60	60	50	50	50	40	40	40		所有医疗机构
354	220302006	四肢血管彩色多普勒超声	002203020060000	四肢血管彩色多普勒超声			乙	每肢	55	55	55	45	45	45	35	35	35		所有医疗机构
355	220302007	双肾及肾血管彩色多普勒超声	002203020070000	双肾及肾血管彩色多普勒超声			乙	次	55	55	55	45	45	45	35	35	35		所有医疗机构
356	220302008	左肾静脉“胡桃夹”综合征检查	002203020080000	左肾静脉“胡桃夹”综合征检查			乙	次	60	60	60	50	50	50	40	40	40		所有医疗机构
357	220302009	药物血管功能试验	002203020090000	药物血管功能试验	指用于阳痿测定等		丙	次	60	60	60	50	50	50	40	40	40		所有医疗机构
358	220302010	脏器声学造影	002203020100000	脏器声学造影	包括肿瘤声学造影		丙	次	80	80	80	65	65	65	50	50	50		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
359	220302011	腔内彩色多普勒超声检查	002203020110000	腔内彩色多普勒超声检查	包括经阴道、经直肠		乙	次	55	55	55	45	45	45	35	35	35		所有医疗机构
360	220302012	临床操作的彩色多普勒超声引导	002203020120000	临床操作的彩色多普勒超声引导			乙/甲	次	130	130	130	105	105	105	85	85	85	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
361	220302013	超声弹性成像	322203020130000	超声弹性成像			乙	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		所有医疗机构
362	220302014	超声断层容积扫描	322203020140000	超声断层容积扫描			乙	次	240	240	240	240	240	240	240	240	240		所有医疗机构
363	220302015	甲状腺超声计算机辅助诊断及定位	002203010020000	浅表器官彩色多普勒超声检查	不含甲状腺超声常规检查；对甲状腺超声图像进行增强，含高回声点、回声型态、纹理、边缘与无回声区域，用颜色进行标注并量化关键特征，使图像具有增强的视觉效果的量化指标，形成可视化量化报告		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	2204	4. 多普勒检查			指单纯伪彩频谱多普勒检查，不具备二维图像和真彩色多普勒功能	图像记录、造影剂													
364	220400001	颅内多普勒血流图(TCD)	002204000010000	颅内多普勒血流图(TCD)			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
365	220400002	多普勒血流图	002204000020000	四肢多普勒血流图	包括四肢、颈动脉、椎动脉、颈静脉、椎静脉		乙	单肢或部位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
366	220400003	多普勒小儿血压检测	002204000030000	多普勒小儿血压检测			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
	2205	5. 三维超声检查																	
367	220500001	脏器灰阶立体成像	002205000010000	脏器灰阶立体成像			丙	每个脏器	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
368	220500002	能量图血流立体成像	002205000020000	能量图血流立体成像			丙	每个部位	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
	2206	6. 心脏超声检查				图像记录、造影剂													
369	220600001	普通心脏M型超声检查	002206000010000	普通心脏M型超声检查	指黑白超声仪检查，含常规基本波群		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
370	220600002	普通二维超声心动图	002206000020000	普通二维超声心动图	指黑白超声仪检查，含心房、心室、心瓣膜、大动脉等超声检查		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
371	220600003	床旁超声心动图	002206000030000	床旁超声心动图	指黑白超声仪检查，含心房、心室、心瓣膜、大动脉等超声检查		乙	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		所有医疗机构
372	220600004	心脏彩色多普勒超声	002206000040000	心脏彩色多普勒超声	含各心腔及大血管血流显象		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
373	220600005	常规食管管超声心动图	002206000050000	常规食管管超声心动图	含心房、心室、心瓣膜、大动脉等结构及血流显象		乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
374	220600006	术中食管管超声心动图	002206000060000	术中食管管超声心动图	含术前检查或术后疗效观察		乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
375	220600007	介入治疗的超声心动图监视	002206000070000	介入治疗的超声心动图监视			乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		所有医疗机构
376	220600008	右心声学造影	002206000080000	右心声学造影	指普通二维心脏超声检查，含心腔充盈状态、分流方向、分流速度与返流量等检查		丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
377	220600009	负荷超声心动图	002206000090000	负荷超声心动图	指普通心脏超声检查，包括药物注射或运动试验；不含心电图与血压监测	药物	乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		所有医疗机构
378	220600010	左心功能测定	002206000100000	左心功能测定	指普通心脏超声检查或彩色多普勒超声检查，含心室舒张容量(EDV)、射血分数(EF)、短轴缩短率(FS)、每搏输出量(SV)、每分钟输出量(CO)、心脏指数(CI)等，包括右心室功能测定		乙	次	65	65	65	65	65	65	65	65	65	含心泵出功能、心肌收缩功能、舒张功能等	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
379	220600011	经胸实时三维超声心动图检查	002207000010000	计算机三维重建技术(3DE)	含心房、心室、心瓣膜、房室间隔、大动脉等结构		乙	次	165	165	165	165	165	165	165	165	165		所有医疗机构
380	220600012	经食管实时三维超声心动图检查	002207000010000	计算机三维重建技术(3DE)	含心房、心室、心瓣膜、房室间隔、大动脉等结构,不含心电监护		乙	次	355	355	355	355	355	355	355	355	355		所有医疗机构
381	220600013	无创冠脉血流储备分数测定	322206000150000	无创冠脉血流储备分数测定	基于冠状动脉CT血管影像(CTA)计算获得冠脉血流储备分数,结合病史、症状综合判断		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	2207	7. 其他心脏超声诊疗技术																	
382	220700001	计算机三维重建技术(3DE)	002207000010000	计算机三维重建技术(3DE)			乙	单幅图片	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
383	220700002	声学定量(AQ)	002207000020000	声学定量(AQ)			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	含声学定量分析等	所有医疗机构
384	220700003	彩色室壁动力(CK)	002207000030000	彩色室壁动力(CK)			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	含彩色室壁分析等	所有医疗机构
385	220700004	组织多普勒显像(TDI)	002207000040000	组织多普勒显像(TDI)			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
386	220700005	心内膜自动边缘检测	002207000050000	心内膜自动边缘检测			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
387	220700006	室壁运动分析	002207000060000	室壁运动分析			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
388	220700007	心肌灌注超声检测	002207000070000	心肌灌注超声检测	含心肌显象	造影剂	乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150	含不同时期心肌显象分析等	所有医疗机构
389	220700008	二尖瓣三维定量分析	322207000080000	二尖瓣三维定量分析			乙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构
390	220700009	超声斑点跟踪成像	322207000090000	超声斑点跟踪成像			乙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构
391	220700010	实时三维应变定量分析	322207000100000	实时三维应变定量分析			乙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构
392	220700011	心肌运动瓣环位移分析	322207000110000	心肌运动瓣环位移分析			乙	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		所有医疗机构
393	220700012	左心室三维容积定量分析	322207000120000	左心室三维容积定量分析			乙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构
	2208	8. 图象记录附加收费项目																	
394	220800001	黑白热敏打印照片	002208000010000	黑白热敏打印照片			丙	片	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
395	220800002	彩色打印照片	002208000020000	彩色打印照片			丙	片	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
396	220800003	黑白一次成像(波拉)照片	002208000030000	黑白一次成像(波拉)照片			丙	片	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
397	220800004	彩色一次成像(波拉)照片	002208000040000	彩色一次成像(波拉)照片			丙	片	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
398	220800006	彩色胶片照相	002208000060000	彩色胶片照相			丙	片	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
399	220800007	超声检查实时录像	002208000070000	超声检查实时录像	含录像带		丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
400	220800008	计算机图文报告	002208000080000	超声计算机图文报告	含计算机图文处理、储存及图文报告; 包括内镜图文报告		乙/甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
401	220800009	彩色胶片报告	002208000090000	彩色胶片照相	含计算机图文处理、储存		乙	片	20	20	20	20	20	20	20	20	20	与“计算机图文报告(220800008)”不能同时收取	所有医疗机构
23		(三)核医学			含核素药物制备和注射、临床穿刺插管和介入性操作; 不含必要时使用的心电监护和抢救	核素药物、X光片、彩色胶片(包括各类介质、材质)、数据存贮介质												放射免疫分析检验科项目	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
	2301	1. 核素扫描			含彩色打印															
402	230100001	脏器动态扫描	002301000010000	脏器动态扫描	指一个体位三次显象		乙	三次显象	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构	
403	230100001-a	脏器动态扫描加收	002301000010001	脏器动态扫描(超过三次显象每增加一次加收)	超过三次显象后每增加一次显象加收, 最多不超过15元		乙	一次显象	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
404	230100002	脏器静态扫描	002301000020000	脏器静态扫描			乙	每个体位	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构	
405	230100002-a	脏器静态扫描加收	002301000020000	脏器静态扫描	超过一个体位		乙	每个体位	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
	2302	2. 伽玛照相			指为平面脏器动态、静态显象及全身显象, 含各种图象记录过程															
406	2302-a	伽玛照相图像融合加收	002302000000001	图像融合加收	使用SPECT设备的伽玛照相按同一标准计价;		乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
407	230200001	脑血管显象	002302000010000	脑血管显象			乙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构	
408	230200001-a	脑血管显象加收	002302000010000	脑血管显象			乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300	脑灌注断层显象	所有医疗机构	
409	230200002	脑显象	002302000020000	脑显象			乙	四个体位	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
410	230200002-a	脑显象加收	002302000020001	每增加一个体位加收	每增加一个体位加收, 最多不超过40元		乙	一个体位	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构	
411	230200003	脑池显象	002302000030000	脑池显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
412	230200004	脑室引流显象	002302000040000	脑室引流显象			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构	
413	230200005	泪管显象	002302000050000	泪管显象			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
414	230200006	甲状腺静态显象	002302000060000	甲状腺静态显象			乙	每个体位	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构	
415	230200006-a	甲状腺静态显象加收	002302000060001	甲状腺静态显象(每增加一个体位加收)	每增加一个体位加收, 最多不超过60元		乙	一个体位	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
416	230200007	甲状腺血流显象	002302000070000	甲状腺血流显象			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
417	230200008	甲状腺有效半衰期测定	002302000080000	甲状腺有效半衰期测定			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
418	230200009	甲状腺激素抑制显象	002302000090000	甲状腺激素抑制显象			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构	
419	230200010	促甲状腺激素兴奋显象	002302000100000	促甲状腺激素兴奋显象			乙	二个时相	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构	
420	230200011	甲状旁腺显象	002302000110000	甲状旁腺显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
421	230200012	静息心肌灌注显象	002302000120000	静息心肌灌注显象			乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
422	230200012-a	静息心肌灌注显象加收	002302000120001	静息心肌灌注显象增加体位加收	每增加一个体位加收, 最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
423	230200013	负荷心肌灌注显象	002302000130000	负荷心肌灌注显象	含运动试验或药物注射; 不含心电图监护		乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
424	230200013-a	负荷心肌灌注显象加收	002302000130001	负荷心肌灌注显象(增加体位加收)	每增加一个体位加收, 最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
425	230200014	静息门控心肌灌注显象	002302000140000	静息门控心肌灌注显象			乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
426	230200014-a	静息门控心肌灌注显象加收	002302000140001	静息门控心肌灌注显象(每增加一个体位加收)	每增加一个体位加收, 最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
427	230200015	负荷门控心肌灌注显象	002302000150000	负荷门控心肌灌注显象	含运动试验或药物注射; 不含心电图监护		乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
428	230200015-a	负荷门控心肌灌注显象加收	002302000150001	负荷门控心肌灌注显象(每增加一个体位加收)	每增加一个体位加收, 最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
429	230200016	首次通过法心血管显象	002302000160000	首次通过法心血管显象	含心室功能测定		乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
430	230200016-a	首次通过法心血管显象加收	002302000160000	首次通过法心血管显象			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	不做心室功能测定	所有医疗机构	
431	230200017	平衡法门控心室显象	002302000170000	平衡法门控心室显象			乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
432	230200017-a	平衡法门控心室显象加收	002302000170001	增加体位加收	每增加一个体位加收, 最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
433	230200018	平衡法负荷门控心室显象	002302000180000	平衡法负荷门控心室显象	含运动试验或药物注射；不含心电监护		乙	三个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
434	230200018-a	平衡法负荷门控心室显象加收	002302000180001	平衡法负荷门控心室显象(每增加一个项目加收)	每增加一个体位加收，最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
435	230200019	急性心肌梗塞灶显象	002302000190000	急性心肌梗塞灶显象			乙	三个体位	130	130	130	130	130	130	130	130	130		所有医疗机构
436	230200019-a	急性心肌梗塞灶显象加收	002302000190001	急性心肌梗塞灶显象(每增加一个体位加收)	每增加一个体位加收，最多不超过60元		乙	一个体位	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
437	230200020	动脉显象	002302000200000	动脉显象			乙	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130		所有医疗机构
438	230200021	门脉血流测定显象	002302000210000	门脉血流测定显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
439	230200022	门体分流显象	002302000220000	门体分流显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
440	230200023	下肢深静脉显象	002302000230000	下肢深静脉显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
441	230200024	局部淋巴显象	002302000240000	局部淋巴显象			乙	一个体位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
442	230200024-a	局部淋巴显象加收	002302000240001	每增加一个体位加收	每增加一个体位加收，最多不超过60元		乙	一个体位	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
443	230200025	肺灌注显象	002302000250000	肺灌注显象			乙	六个体位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
444	230200025-a	肺灌注显象加收	002302000250001	每增加一个体位加收	每增加一个体位加收，最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
445	230200026	肺通气显象	002302000260000	肺通气显象	含气溶胶雾化吸入装置及气体	一次性碳反应棒、通气管路	乙	六个体位	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
446	230200026-a	肺通气显象加收	002302000260001	肺通气显象(超过六个体位每增加一个体位)	每增加一个体位加收，最多不超过90元		乙	一个体位	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
447	230200027	唾液腺静态显象	002302000270000	唾液腺静态显象			乙	三个体位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
448	230200028	唾液腺动态显象	002302000280000	唾液腺动态显象			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
449	230200029	食管通过显象	002302000290000	食管通过显象			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
450	230200030	胃食管返流显象	002302000300000	胃食管返流显象			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
451	230200031	十二指肠胃返流显象	002302000310000	十二指肠胃返流显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
452	230200032	胃排空试验	002302000320000	胃排空试验			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
453	230200032-a	固体胃排空加收	002302000320001	胃排空试验固体(胃排空试验加收)			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
454	230200033	异位胃粘膜显象	002302000330000	异位胃粘膜显象			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
455	230200034	消化道出血显象	002302000340000	消化道出血显象			乙	小时	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
456	230200034-a	消化道出血显象延迟加收	002302000340001	消化道出血显象(1小时后延迟显象加收)	1小时后延迟显象加收		乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
457	230200035	肝胶体显象	002302000350000	肝胶体显象			乙	三个体位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
458	230200035-a	肝胶体显象加收	002302000350001	肝胶体显象(增加体位加收)	每增加一个体位加收		乙	一个体位	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
459	230200036	肝血流显象	002302000360000	肝血流显象			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
460	230200037	肝血池显象	002302000370000	肝血池显象			乙	二个时相	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
461	230200037-a	肝血池显象加收	002302000370000	肝血池显象	增减时相时，增减计费，最多增减不超过60元		乙	一个时相	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
462	230200038	肝胆动态显象	002302000380000	肝胆动态显象			乙	小时	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
463	230200038-a	肝胆动态显象延迟加收	002302000380001	肝胆动态显象(1小时后延迟显象加收)	1小时后延迟显象加收		乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
464	230200039	脾显象	002302000390000	脾显象			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
465	230200040	胰腺显象	002302000400000	胰腺显象			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
466	230200041	小肠功能显象	002302000410000	小肠功能显象			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
467	230200042	肠道蛋白丢失显象	002302000420000	肠道蛋白丢失显象			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
496	230300001	脏器断层显像	002303000010000	脏器断层显像	包括脏器、脏器血流、脏器血池、静息灌注等显象		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
497	230300002	全身显像	002303000020000	全身显像			乙	次	320	320	320	320	320	320	320	320	320		所有医疗机构
498	230300003	18氟-脱氧葡萄糖断层显象	002303000030000	18氟-脱氧葡萄糖断层显象	包括脑、心肌代谢、肿瘤等显象		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
499	230300004	肾上腺髓质断层显象	002303000040000	肾上腺髓质断层显象			乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
500	230300005	负荷心肌灌注断层显象	002303000050000	负荷心肌灌注断层显象	含运动试验或药物注射, 不含心电监护		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
	2304	4. 正电子发射计算机断层显象(PET)			指正电子发射计算机断层显象/线计算机断层成像。含各种图象记录过程及记录介质, 含核素药物制备和注射、临床穿刺插管和介入性操作; 含图象融合; 不含必要时使用的心电监护和抢救。														
501	2304-a	透射显象衰减校正加收	002304000000001	正电子发射计算机断层显象(PET)(透射显象衰减校正酌情加收)			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
502	2304-b	使用回旋加速器加收	322403000000000	使用回旋加速器加收			丙	次	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	局部按80%加收	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
503	230400001	脑血流断层显象	002304000010000	脑血流断层显象			丙	次	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)
									2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200		实施价改的城市公立医院
504	230400002	脑代谢断层显象	002304000020000	脑代谢断层显象			丙	次	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200		实施价改的城市公立医院
505	230400005	心肌代谢断层显象	002304000050000	心肌代谢断层显象			丙	次	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200		实施价改的城市公立医院
506	230400006	心脏神经受体断层显象	002304000060000	心脏神经受体断层显象			丙	次	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200	2200		实施价改的城市公立医院
507	230400007	肿瘤全身断层显象	002304000070000	肿瘤全身断层显象			丙	次	5100	5100	5100	5100	5100	5100	5100	5100	5100		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									4100	4100	4100	4100	4100	4100	4100	4100	4100		实施价改的城市公立医院
508	230400008	肿瘤局部断层显象	002304000080000	肿瘤局部断层显象			丙	次	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		实施价改的城市公立医院
	2305	5. 核素功能检查						每个部位											
509	230500001	脑血流测定	002305000010000	脑血流测定	指脑血流仪法		丙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
510	230500002	甲状腺摄131碘试验	002305000020000	甲状腺摄131碘试验			甲	二次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
511	230500002-a	甲状腺摄132碘试验加收	002305000020001	增加测定次数加收	增加测定次数加收		甲	人	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
512	230500003	甲状腺激素抑制试验	002305000030000	甲状腺激素抑制试验			甲	二次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
513	230500003-a	甲状腺激素抑制试验加收	002305000030001	甲状腺激素抑制试验(增加测定次数加收)	增加测定次数加收		甲	人	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
514	230500004	过氯酸钾释放试验	002305000040000	过氯酸钾释放试验			甲	二次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
515	230500004-a	过氯酸钾释放试验加收	002305000040001	过氯酸钾释放试验(增加测定次数加收)	增加测定次数加收		甲	人	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
516	230500005	心功能测定	002305000050000	心功能测定	指心功能仪法		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
517	230500006	血容量测定	002305000060000	血容量测定	指井型伽玛计数器法,含红细胞容量及血浆容量测定		丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
518	230500007	红细胞寿命测定	002305000070000	红细胞寿命测定	指井型伽玛计数器法		丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
519	230500008	肾图	002305000080000	肾图	指微机肾图		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
520	230500008-a	肾图	002305000080000	肾图	无计算机设备		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
521	230500009	介入肾图	002305000090000	介入肾图	指微机肾图,含介入操作		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
522	230500009-a	介入肾图	002305000090000	介入肾图	无计算机设备		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
523	230500010	肾图+肾小球滤过率测定	002305000100000	肾图+肾小球滤过率测定			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
524	230500011	肾图+肾有效血浆流量测定	002305000110000	肾图+肾有效血浆流量测定			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
525	230500012	24小时尿131碘排泄试验	002305000120000	24小时尿131碘排泄试验			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
526	230500013	消化道动力测定	002305000130000	消化道动力测定	包括肠道动力连续监测		丙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
527	230500014	14碳呼气试验	002305000140000	14碳呼气试验	包括各类呼气试验		乙	次	95	95	95	95	95	95	95	95	95		所有医疗机构
	2306	6. 核素内照射治疗			指开放性核素内照射治疗,含临床和介入性操作、放射性核素制备与活度的标定、放射性废物(包括病人排泄物)处理及稀释储存、防护装置的使用,不含特殊防护病房住院费	一次性导管													
528	230600001	131碘-甲亢治疗	002306000010000	131碘-甲亢治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
529	230600002	131碘-功能自主性甲状腺瘤治疗	002306000020000	131碘-功能自主性甲状腺瘤治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
530	230600003	131碘-甲状腺癌转移灶治疗	002306000030000	131碘-甲状腺癌转移灶治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
531	230600004	131碘-肿瘤抗体免疫治疗	002306000040000	131碘-肿瘤抗体免疫治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
532	230600005	32磷-胶体腔内治疗	002306000050000	32磷-胶体腔内治疗			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
533	230600006	32磷-血液病治疗	002306000060000	32磷-血液病治疗			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
534	230600007	32磷-微球介入治疗	002306000070000	32磷-微球介入治疗			乙	次	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		所有医疗机构
535	230600008	90钇-微球介入治疗	002306000080000	90钇-微球介入治疗			乙	次	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		所有医疗机构
536	230600009	89锶-骨转移瘤治疗	002306000090000	89锶-骨转移瘤治疗			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
537	230600010	153钐-EDTMP骨转移瘤治疗	002306000100000	153钐-EDTMP骨转移瘤治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
538	230600011	188铽-HEDP骨转移瘤治疗	002306000110000	188铽-HEDP骨转移瘤治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
539	230600012	131碘-MIBG恶性肿瘤治疗	002306000120000	131碘-MIBG恶性肿瘤治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构
540	230600013	核素组织间介入治疗	002306000130000	核素组织间介入治疗			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
541	230600014	核素血管内介入治疗	002306000140000	核素血管内介入治疗			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
542	230600015	99锝(云克)治疗	002306000150000	99锝(云克)治疗			乙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
558	2402-a	模拟定位修改定位加收	00240200000001	模拟定位(疗程中修改定位酌情加收)			乙	人	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构	
559	24020001	简易定位	00240200010000	简易定位	包括指使用非专用设备之定位, X线机、B超或CT等		乙	疗程	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构	
560	24020002	专用X线机模拟定位	00240200020000	专用X线机模拟定位			乙	疗程	120	120	120	120	120	120	120	120	120		所有医疗机构	
561	24020003	专用X线机复杂模拟定位	00240200030000	专用X线机复杂模拟定位	指非共面4野以上之定位, 包括CT机等模拟定位		乙	疗程	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构	
	2403	3. 外照射治疗																		
562	24030001	深部X线照射	00240300010000	深部X线照射			乙	每照射野	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
563	24030002	60钴外照射(固定照射)	00240300020000	60钴外照射(固定照射)			乙	每照射野	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构	
564	24030003	60钴外照射(特殊照射)	00240300030000	60钴外照射(特殊照射)	包括旋转、弧形、楔形滤板等方法		乙	每照射野	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
565	24030004	直线加速器放疗(固定照射)	00240300040000	直线加速器放疗(固定照射)			乙	每照射野	70	70	70	70	70	70	70	70	70		所有医疗机构	
566	24030005	直线加速器放疗(特殊照射)	00240300050000	直线加速器放疗(特殊照射)	包括旋转、弧形、楔形滤板、多叶光栅等方法		乙	每照射野	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
567	24030006	直线加速器适型治疗(包括诺力刀治疗)	00240300060000	直线加速器适型治疗	指非共面4野以上之放疗		乙	疗程	9000	9000	9000	9000	9000	9000	9000	9000	9000		所有医疗机构	
568	24030007	X刀治疗	00240300070000	X刀治疗	含治疗计划、模拟定位、治疗、模具等		乙	疗程	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000		所有医疗机构	
569	24030008	伽玛刀治疗	00240300080000	伽玛刀治疗	含治疗计划、模拟定位、治疗、模具等		乙	疗程	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500	10000 7500		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院	
570	24030009	不规则野大面积照射	00240300090000	不规则野大面积照射			乙	每照射野	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构	
571	24030010	半身照射	00240300100000	半身照射			乙	每照射野	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		所有医疗机构	
572	24030011	全身60钴照射	00240300110000	全身60钴照射			乙	每照射野	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		所有医疗机构	
573	24030012	全身X线照射	00240300120000	全身X线照射	指用于骨髓移植		乙	每照射野	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		所有医疗机构	
574	24030013	全身电子线照射	00240300130000	全身电子线照射	指用于皮肤恶性淋巴瘤治疗		乙	每照射野	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		所有医疗机构	
575	24030014	术中放疗	00240300140000	术中放疗			乙	次	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000		所有医疗机构	
576	24030015	适型调强放射治疗(IMRT)	00240300150000	适型调强放射治疗(IMRT)			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构	
577	24030020	断层放射治疗	32240300020000	断层放射治疗	含图像引导、计划、定位、治疗、剂量验证		丙	次	3400	3400	3400	3400	3400	3400	3400	3400	3400		所有医疗机构	
	2404	4. 后装治疗			不含手术、麻醉	核素治疗药物													含计划TPS、制模等	
578	24040001	浅表部位后装治疗	00240400010000	浅表部位后装治疗			乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800		指首次治疗	所有医疗机构
579	24040001-a	浅表部位后装治疗	00240400010000	浅表部位后装治疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		第二次开始	所有医疗机构
580	24040002	腔内后装放疗	00240400020000	腔内后装放疗			乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800		所有医疗机构	
581	24040002-a	三维腔内后装放疗	00240400020000	腔内后装放疗	摆位、体位固定, 利用临床操作放置施源器, 剂量计算, 机器操作及照射。不含影像引导		乙	次	945	945	945	945	945	945	945	945	945		实施价改的公立医院	
582	24040003	组织间插置放疗	00240400030000	组织间插置放疗			乙	次	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200		所有医疗机构	
583	24040004	手术置管放疗	00240400040000	手术置管放疗			乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800		指首次治疗	所有医疗机构
584	24040004-a	手术置管放疗	00240400040000	手术置管放疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		第二次开始	所有医疗机构
585	24040005	皮肤贴敷后装放疗	00240400050000	皮肤贴敷后装放疗			乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800		指首次治疗	所有医疗机构
586	24040005-a	皮肤贴敷后装放疗	00240400050000	皮肤贴敷后装放疗			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		第二次开始	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
644	250102001	尿常规检查	002501020010000	尿常规检查	指手工操作, 含外观、酸碱度、蛋白定性、镜检		甲	次	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
645	250102002	尿酸碱度测定	002501020020000	尿酸碱度测定			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
646	250102003	尿比重测定	002501020030000	尿比重测定			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
647	250102004	渗透压检查	002501020040000	渗透压检查	包括尿或血清渗透压检查		甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
648	250102005	尿蛋白定性	002501020050000	尿蛋白定性			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
649	250102006	尿蛋白定量	002501020060000	尿蛋白定量			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	手工比色法	所有医疗机构
650	250102006-a	尿蛋白定量	002501020060000	尿蛋白定量			乙	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3	各种化学方法	所有医疗机构
651	250102006-b	尿蛋白定量	002501020060000	尿蛋白定量			乙	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	免疫比浊法	所有医疗机构
652	250102006-c	尿蛋白定量	002501020060000	尿蛋白定量			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
653	250102007	尿本周氏蛋白定性检查	002501020070000	尿本周氏蛋白定性检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	①热沉淀法②免疫电泳法同价	所有医疗机构
654	250102008	尿肌红蛋白定性检查	002501020080000	尿肌红蛋白定性检查			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
655	250102009	尿血红蛋白定性检查	002501020090000	尿血红蛋白定性检查			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
656	250102010	尿糖定性试验	002501020100000	尿糖定性试验			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
657	250102011	尿糖定量测定	002501020110000	尿糖定量测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
658	250102012	尿酮体定性试验	002501020120000	尿酮体定性试验			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
659	250102013	尿三胆检查	002501020130000	尿三胆检查	尿三胆检查参照执行		甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
660	250102014	尿含铁血黄素定性试验	002501020140000	尿含铁血黄素定性试验			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
661	250102015	尿三氯化铁试验	002501020150000	尿三氯化铁试验			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
662	250102016	尿乳酸定性检查	002501020160000	尿乳酸定性检查			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
663	250102017	尿卟啉定性试验	002501020170000	尿卟啉定性试验			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
664	250102018	尿黑色素测定	002501020180000	尿黑色素测定			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
665	250102019	尿浓缩稀释试验	002501020190000	尿浓缩稀释试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
666	250102020	尿酚红排泄试验(PSP)	002501020200000	尿酚红排泄试验(PSP)			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
667	250102021	尿妊娠试验	002501020210000	尿妊娠试验			丙/甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	金标法; 居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
668	250102021-b	尿妊娠试验	002501020210000	尿妊娠试验			丙/甲	项	7	7	7	7	7	7	7	7	7	单克隆金标法; 居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
669	250102022-a	卵泡刺激素(LH)快速测定	002501020220000	卵泡刺激素(LH)排卵预测			丙	次	18	18	18	18	18	18	18	18	18	金标法	未实施价改医院、实施价改的县公立醫院 实施价改的城市公立医院
670	250102024	尿沉渣定量	002501020240000	尿沉渣定量			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	手工法	所有医疗机构
671	250102024-a	尿沉渣定量	002501020240000	尿沉渣定量			乙/甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法; 居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
672	250102025	尿液爱迪氏计数(Addis)	002501020250000	尿液爱迪氏计数(Addis)			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
673	250102026	尿三杯试验	002501020260000	尿三杯试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
674	250102029	尿沉渣白细胞分类	002501020290000	尿沉渣白细胞分类			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
675	250102030	尿十二小时E/C值测定	002501020300000	尿十二小时E/C值测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
676	250102031	尿中病毒感染细胞检查	002501020310000	尿中病毒感染细胞检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
677	250102032	尿中包涵体检查	002501020320000	尿中包涵体检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
678	250102033	尿酸化功能测定	002501020330000	尿酸化功能测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
679	250102034	尿红细胞位相	002501020340000	尿红细胞位相			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	图象分析法	所有医疗机构
680	250102034-a	尿红细胞位相	002501020340000	尿红细胞位相			乙	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	手工法	所有医疗机构
681	250102035	尿常规化学检测	002501020350000	尿液分析	含8项及以上		甲	次	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	含镜检	所有医疗机构
682	250102035-a	尿液分析使用抗生素C试剂条加收	002501020350000	尿液分析			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
683	250102035-b	尿碘快速测定	002501020350000	尿液分析			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	当场出检测结果	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
									28	28	28	28	28	28	28	28	28		
									25	25	25	25	25	25	25	25			
684	250102035-c	尿液分析	002501020350000	尿液分析	含白细胞(LEU)、PH值、亚硝酸盐(NIT)、蛋白质(PRO)、潜血(BLD)、尿比重(SG)、酮体(KET)、胆红素(BIL)、葡萄糖(GLU)、尿胆原(URO)、肌酐(CRE)、钙离子(Ca)、微量白蛋白(MCA)、抗坏血酸(VC)等14项,含镜检		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
685	250102038	尿液草酸定量分析	322501020450000	尿液草酸定量分析			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	酶法	所有医疗机构
686	250102039	尿液枸橼酸定量分析	322501020460000	尿液枸橼酸定量分析			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	酶法	所有医疗机构
687	250102040	尿酸测定分析	322501010400000	尿酸测定分析	含报告		乙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25	仪器法	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院 实施价改的县级公立医院
									23	23	23	23	23	23	23	23	23		
688	250102041	对羟基苯丙氨酸(酪氨酸)尿液检测	322501020610000	对羟基苯丙氨酸(酪氨酸)尿液检测			乙	项	190	190	190	190	190	190	190	190	190		所有医疗机构
689	250102042	5-羟吲哚乙酸检测	322501020400000	5-羟吲哚乙酸检测	指尿标本		乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
	250103	粪便检查				一次性密闭体液留置器												符合生物安全要求	
690	250103001	粪便常规	002501030010000	粪便常规	指手工操作,含外观、镜检		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5	不得再收粪寄生虫镜检(编码250601001)费	所有医疗机构
691	250103001-a	粪便常规	002501030010000	粪便常规	含取样夹、报告		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	仪器法	所有医疗机构
692	250103002	粪便隐血试验(OB)	002501030020100	隐血试验(化学法)			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1	化学法	所有医疗机构
693	250103002-a	粪便隐血试验(OB)	002501030020200	隐血试验(免疫法)			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	免疫法	所有医疗机构
694	250103002-b	粪便隐血试验(OB)	002501030020000	隐血试验			乙	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	单克隆金标法	所有医疗机构
695	250103002-c	粪便隐血实验	002501030020000	隐血试验	含专用粪便留置器		乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	定量检测,可长时间保存粪便标本,仅限门诊体检使用	所有医疗机构
696	250103003	粪胆素检查	002501030030000	粪胆素检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
697	250103004	粪便乳糖不耐受测定	002501030040000	粪便乳糖不耐受测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
698	250103004-b	乳糖耐受试验	322501020430000	乳糖耐受试验			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院	
									38	38	38	38	38	38	38	38	38		
									35	35	35	35	35	35	35	35			
699	250103005	粪苏丹III染色检查	002501030050000	粪苏丹III染色检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构	
700	250103007	难辨梭菌毒素测定	002505010070000	艰难梭菌检查	含A毒素、B毒素检测		乙	次	118	118	118	118	118	118	118	118	118	酶联免疫法	所有医疗机构
	250104	体液与分泌物检查																	
701	250104001	胸腹水常规检查	002501040010000	胸腹水常规检查	含外观、比重、粘蛋白定性、细胞计数、细胞分类		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
702	250104001-a	胸腹水常规检查	002501040010000	胸腹水常规检查			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
703	250104002	胸腹水特殊检查	002501040020000	胸腹水特殊检查	包括细胞学、染色体、AgNOR检查		甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构		
704	250104003	脑脊液常规检查(CSF)	002501040030000	脑脊液常规检查(CSF)	含外观、蛋白定性、细胞总数和分类		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构		
705	250104003-a	脑脊液常规检查(CSF)	002501040030000	脑脊液常规检查(CSF)			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法	所有医疗机构		
706	250104004	精液常规检查	002501040040000	精液常规检查	含外观、量、液化程度、精子存活率、活动力、计数和形态		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构		
707	250104004-a	精子质量和功能分析	002501040040000	精液常规检查	含图文报告, 报告精子理化特征、浓度、活力、运动参数等		丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构		
708	250104005	精液酸性磷酸酶测定	002501040050000	精液酸性磷酸酶测定			丙	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构		
709	250104006	精液果糖测定	002501040060000	精液果糖测定			丙	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
710	250104006-a	精浆果糖测定	002501040060000	精液果糖测定			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	已糖激酶法	实施价改的公立医院
711	250104007	精液α-葡萄糖苷酶测定	002501040070000	精液α-葡萄糖苷酶测定			丙	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构		
712	250104007-a	精浆中性α-葡萄糖苷酶测定	002501040290000	精浆中性α-葡萄糖苷酶活性测定			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	速率法	实施价改的公立医院
713	250104008	精子运动轨迹分析	002501040080000	精子运动轨迹分析			丙	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构		
714	250104009	精子顶体完整率检查	002501040090000	精子顶体完整率检查			丙	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
715	250104010	精子受精能力测定	002501040100000	精子受精能力测定			丙	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构		
716	250104011	精子结合抗体测定	002501040110000	精子结合抗体测定			丙	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构		
717	250104012	精子畸形率测定	002501040120000	精子畸形率测定			丙	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
718	250104013	前列腺液常规检查	002501040130000	前列腺液常规检查	含外观和镜检		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构		
719	250104014	阴道分泌物检查	002501040140000	阴道分泌物检查	含清洁度、滴虫、霉菌检查		甲	次	7	7	7	7	7	7	7	7	7		所有医疗机构		
720	250104014-a	细菌性阴道炎检查	002501040140000	阴道分泌物检查	包括唾液酸苷酶、白细胞酯酶、过氧化氢浓度、凝固酶、β-葡萄糖醛酸苷酶、脯氨酸氨基肽酶、乙酰氨基葡萄糖苷酶		甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构		
721	250104014-b	阴道分泌物胺测定	002501040140000	阴道分泌物检查			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构		
722	250104014-c	白色念珠菌抗原检测	002504030580000	念珠菌病血清学试验			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	免疫学方法	所有医疗机构		
723	250104014-d	阴道毛滴虫抗原检测	322501040140004	阴道毛滴虫抗原检测			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	免疫学方法	所有医疗机构		
724	250104014-e	全自动阴道分泌物检查	002501040140000	阴道分泌物检查			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	仪器法	实施价改的公立医院	
725	250104015	羊水结晶检查	002501040150000	羊水结晶检查			丙/甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构		
726	250104016	胃液常规检查	002501040160000	胃液常规检查	含酸碱性、基础胃酸分泌量、最大胃酸分泌量测定		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
727	250104017	十二指肠引流液及胆汁检查	002501040170000	十二指肠引流液及胆汁检查	含一般性状和镜检		甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构		
728	250104018	痰液常规检查	002501040180000	痰液常规检查	含一般性状检查、镜检和嗜酸性粒细胞检查		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
729	250104019	各种穿刺液常规检查	002501040190000	各种穿刺液常规检查	含一般性状检查和镜检		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构		
730	250104020	精子低渗肿胀试验	002501040200000	精子低渗肿胀试验			丙	项	65	65	65	65	65	65	65	65	65		未实施价改医院		
									59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59		实施价改的县级公立医院
									60	60	60	60	60	60	60	60				实施价改的城市公立医院	
731	250104026	精子顶体酶活性定量测定	002501040260000	精子顶体酶活性定量测定			丙	项	166	166	166	166	166	166	166	166	166		未实施价改医院		
									141	141	141	141	141	141	141	141	141	141		实施价改的县级公立医院	
									140	140	140	140	140	140	140					实施价改的城市公立医院	
732	250104026-a	精子顶体酶活性定量测定	002501040260000	精子顶体酶活性定量测定			丙	项	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院			

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
732	250104020-a	精浆弹性硬蛋白测定	00250104020000	测定			丙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90		实施价改的公立医院
733	250104027	精浆弹性硬蛋白酶定量检测	002501040270000	精浆弹性硬蛋白酶定量测定			丙	项	166	166	166	166	166	166	166	166	166		未实施价改医院
									141	141	141	141	141	141	141	141	141		实施价改的县级公立医院
									140	140	140	140	140	140					实施价改的城市公立医院
734	250104028	精浆乳酸脱氢酶X同工酶定量检测	002501040280000	精浆(全精)乳酸脱氢酶X同工酶定量检测			丙	项	290	290	290	290	290	290	290	290	290		未实施价改医院
									232	232	232	232	232	232	232	232	232		实施价改的县级公立医院
									230	230	230	230	230	230					实施价改的城市公立医院
735	250104030	精液白细胞过氧化物酶染色检查	002501040300000	精液白细胞过氧化物酶染色检查			丙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									102	102	102	102	102	102	102	102	102		实施价改的县级公立医院
									100	100	100	100	100	100					实施价改的城市公立医院
736	250104031	精浆锌定量检测	002501040310000	精浆锌测定			丙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									102	102	102	102	102	102	102	102	102		实施价改的县级公立医院
									100	100	100	100	100	100					实施价改的城市公立医院
737	250104032	精浆柠檬酸定量检测	002501040320000	精浆柠檬酸测定			丙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									102	102	102	102	102	102	102	102	102		实施价改的县级公立医院
									100	100	100	100	100	100					实施价改的城市公立医院
738	250104033	精子膜表面抗体免疫珠试验	002501040330000	精子膜表面抗体免疫珠试验			丙	项	166	166	166	166	166	166	166	166	166		未实施价改医院
									141	141	141	141	141	141	141	141	141		实施价改的县级公立医院
									140	140	140	140	140	140					实施价改的城市公立医院
739	250104034	精子膜凝集素受体定量检测	002501040340000	精子膜凝集素受体定量检测			丙	项	145	145	145	145	145	145	145	145	145		未实施价改医院
									123	123	123	123	123	123	123	123	123		实施价改的县级公立医院
									120	120	120	120	120	120					实施价改的城市公立医院
740	250104036	精子DNA完整性检测	322507000220000	精子DNA完整性检测			丙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300	流式细胞仪法	所有医疗机构
741	250104037	前列腺小体外泄蛋白(PSEP)检测	322501040370000	前列腺小体外泄蛋白(PSEP)检测			乙	次	195	195	195	195	195	195	195	195	195	酶联免疫法	所有医疗机构
742	250104039	精子线粒体功能测定	322501040620000	精子线粒体功能测定	样本类型:人类精液标本		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
743	250104040	精子顶体染色测定	002501040090000	精子顶体完整率检查	样本类型:人类精液标本		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
744	250104041	精浆肉碱测定	322501040560000	精浆肉碱测定			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	2502	2. 临床血液学检查			含各类特殊采血管														
	250201	骨髓检查及常用染色技术																	
745	250201001	骨髓涂片细胞学检验	002502010010000	骨髓涂片细胞学检验	含骨髓增生程度判断、有核细胞分类计数、细胞形态学检验、特殊细胞、寄生虫检查		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
746	250201002	骨髓有核细胞计数	002502010020000	骨髓有核细胞计数			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
747	250201003	骨髓巨核细胞计数	002502010030000	骨髓巨核细胞计数			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
748	250201004	造血干细胞计数	002502010040000	造血干细胞计数			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	荧光显微镜法	所有医疗机构
749	250201004-a	造血干细胞计数	002502010040000	造血干细胞计数			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	流式细胞仪法	所有医疗机构
750	250201005	骨髓造血祖细胞培养	002502010050000	骨髓造血祖细胞培养	包括粒-单系、红细胞系		甲	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
751	250201006	白血病免疫分型	002502010060000	白血病免疫分型			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	流式细胞仪法	所有医疗机构
752	250201006-a	白血病免疫分型	002502010060000	白血病免疫分型			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	荧光显微镜法	所有医疗机构
753	250201006-b	白血病免疫分型	002502010060000	白血病免疫分型			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
754	250201007	骨髓特殊染色及酶组织化学染色检查	002502010070000	骨髓特殊染色及酶组织化学染色检查			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	每种特殊染色计为一项	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
755	250201008	白血病抗原检测	002502010080000	白血病抗原检测			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
756	250201009	白血病残留病灶检测	002502010090000	白血病残留病灶检测			乙	项	250	250	250	250	250	250	250	250	250		所有医疗机构
757	250201011	血液病相关基因定性检测	002502010110000	血液病相关基因检测			丙	项	230	230	230	230	230	230	230	230	230	PCR法, 应符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范(试行)》实验室开展。	所有医疗机构
758	250201012	活性造血干细胞绝对计数	002502010040000	造血干细胞计数			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	流式细胞仪法	实施价改的公立医院
	250202	溶血检查																	
759	250202001	红细胞包涵体检查	002502020010000	红细胞包涵体检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
760	250202002	血浆游离血红蛋白测定	002502020020000	血浆游离血红蛋白测定			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
761	250202004	高铁血红素白蛋白过筛试验	002502020040000	高铁血红素白蛋白过筛试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
762	250202005	红细胞自身溶血过筛试验	002502020050000	红细胞自身溶血过筛试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
763	250202006	红细胞自身溶血及纠正试验	002502020060000	红细胞自身溶血及纠正试验			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
764	250202007	红细胞渗透脆性试验	002502020070000	红细胞渗透脆性试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
765	250202008	红细胞孵育渗透脆性试验	002502020080000	红细胞孵育渗透脆性试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
766	250202009	热溶血试验	002502020090000	热溶血试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
767	250202010	冷溶血试验	002502020100000	冷溶血试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
768	250202011	蔗糖溶血试验	002502020110000	蔗糖溶血试验			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
769	250202012	血清酸化溶血试验(Ham)	002502020120000	血清酸化溶血试验(Ham)			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
770	250202013	酸化甘油溶血试验	002502020130000	酸化甘油溶血试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
771	250202014	微量补体溶血敏感试验	002502020140000	微量补体溶血敏感试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
772	250202015	蛇毒因子溶血试验	002502020150000	蛇毒因子溶血试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
773	250202016	高铁血红蛋白还原试验(MHB-RT)	002502020160000	高铁血红蛋白还原试验(MHB-RT)			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
774	250202017	葡萄糖6-磷酸脱氢酶荧光斑点试验	002502020170000	葡萄糖6-磷酸脱氢酶荧光斑点试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
775	250202018	葡萄糖6-磷酸脱氢酶活性检测	002502020180000	葡萄糖6-磷酸脱氢酶活性检测			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
776	250202019	变性珠蛋白小体检测(Heinz小体)	002502020190000	变性珠蛋白小体检测(Heinz小体)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
777	250202020	红细胞谷胱甘肽(GSH)含量及其稳定性检测	002502020200000	红细胞谷胱甘肽(GSH)含量及其稳定性检测			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
778	250202021	红细胞丙酮酸激酶测定(PK)	002502020210000	红细胞丙酮酸激酶测定(PK)			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
779	250202022	还原型血红蛋白溶解度测定	002502020220000	还原型血红蛋白溶解度测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
780	250202023	热盐水试验	002502020230000	热盐水试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
781	250202024	红细胞滚动试验	002502020240000	红细胞滚动试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
782	250202025	红细胞镰变试验	002502020250000	红细胞镰变试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
783	250202026	血红蛋白电泳	002502020260000	血红蛋白电泳			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
784	250202026-a	血红蛋白电泳	002502020260000	血红蛋白电泳			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	凝胶法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
785	250202027	血红蛋白A2测定(HbA2)	002502020270000	血红蛋白A2测定(HbA2)			甲	项	7	7	7	7	7	7	7	7	7		所有医疗机构
786	250202028	抗碱血红蛋白测定(HbF)	002502020280000	抗碱血红蛋白测定(HbF)			甲	项	7	7	7	7	7	7	7	7	7		所有医疗机构
787	250202029	胎儿血红蛋白(HbF)酸洗脱试验	002502020290000	胎儿血红蛋白(HbF)酸洗脱试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
788	250202030	血红蛋白H包涵体检测	002502020300000	血红蛋白H包涵体检测			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
789	250202031	不稳定血红蛋白测定	002502020310000	不稳定血红蛋白测定	包括热不稳定试验、异丙醇试验、变性珠蛋白小体检测		甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
790	250202032	血红蛋白C试验	002502020320000	血红蛋白C试验			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
791	250202033	血红蛋白S溶解度试验	002502020330000	血红蛋白S溶解度试验			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
792	250202034	直接抗人球蛋白试验(Coombs')	002502020340000	直接抗人球蛋白试验(Coombs')	包括IgG、IgA、IgM、C3等不同球蛋白、补体成分		丙	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	凝集法	所有医疗机构
793	250202034-a	直接抗人球蛋白试验(Coombs')	002502020340000	直接抗人球蛋白试验(Coombs')			丙	项	55	55	55	55	55	55	55	55	55	卡式法	所有医疗机构
794	250202035	间接抗人球蛋白试验	002502020350000	间接抗人球蛋白试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	凝集法	所有医疗机构
795	250202035-a	间接抗人球蛋白试验	002502020350000	间接抗人球蛋白试验			丙	项	55	55	55	55	55	55	55	55	55	卡式法	所有医疗机构
796	250202036	红细胞电泳测定	002502020360000	红细胞电泳测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
797	250202037	红细胞膜蛋白电泳测定	002502020370000	红细胞膜蛋白电泳测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
798	250202038	肽链裂解试验	002502020380000	肽链裂解试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
799	250202039	新生儿溶血症筛查	002502020390000	新生儿溶血症筛查			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
800	250202040	红细胞九分图分析	002502020400000	红细胞九分图分析			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
801	250202041	红细胞游离原卟啉测定	002502020410000	红细胞游离原卟啉测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
802	250202042	磷酸葡萄糖异构酶(GPI)测定	002502020420000	磷酸葡萄糖异构酶(GPI)测定			丙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110	化学法、比色法、酶促法、ELISA法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
	25020203	床旁快速全血凝血功能测定							94	94	94	94	94	94	94	94	94		
									95	95	95	95	95	95					
803	250203001	血小板相关免疫球蛋白(PAIg)测定	002502030010000	血小板相关免疫球蛋白(PAIg)测定	包括PAIgG、IgA、IgM等		乙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	流式细胞仪法	所有医疗机构
804	250203001-a	血小板相关免疫球蛋白(PAIg)测定	002502030010000	血小板相关免疫球蛋白(PAIg)测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶免法	所有医疗机构
805	250203002	血小板相关补体C3测定(PAC3)	002502030020000	血小板相关补体C3测定(PAC3)			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	流式细胞仪法	所有医疗机构
806	250203002-a	血小板相关补体C3测定(PAC3)	002502030020000	血小板相关补体C3测定(PAC3)			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶免法	所有医疗机构
807	250203003	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定	002502030030000	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定	包括IIb/IIIa、I b/IX		乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	流式细胞仪法	所有医疗机构
808	250203003-a	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定	002502030030000	抗血小板膜糖蛋白自身抗体测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶免法	所有医疗机构
809	250203004	血小板纤维蛋白原受体检测(FIBR)	002502030040000	血小板纤维蛋白原受体检测(FIBR)			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
810	250203005	血小板膜α颗粒膜蛋白140测定(GMP-140)	002502030050000	血小板膜α颗粒膜蛋白140测定(GMP-140)			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	流式细胞仪法	所有医疗机构
811	250203005-a	血小板膜α颗粒膜蛋白140测定(GMP-140)	002502030050000	血小板膜α颗粒膜蛋白140测定(GMP-140)			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶免法、放免法	所有医疗机构
812	250203006	毛细血管脆性试验	002502030060000	毛细血管脆性试验			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
813	250203007	阿斯匹林耐量试验(ATT)	002502030070000	阿斯匹林耐量试验(ATT)			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
814	250203008	血管性假性血友病因子(VWF)抗原测定	002502030080000	血管性假性血友病因子(VWF)抗原测定			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
815	250203009	血浆内皮素测定(ET)	002502030090000	血浆内皮素测定(ET)			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	流式细胞仪法	所有医疗机构
816	250203009-a	血浆内皮素测定(ET)	002502030090000	血浆内皮素测定(ET)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	酶免法	所有医疗机构
817	250203010	血小板粘附功能测定(PAdT)	002502030100000	血小板粘附功能测定(PAdT)			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	流式细胞仪法	所有医疗机构
818	250203010-a	血小板粘附功能测定(PAdT)	002502030100000	血小板粘附功能测定(PAdT)			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶免法	所有医疗机构
819	250203011	血小板聚集功能测定(PAgT)	002502030110000	血小板聚集功能测定(PAgT)			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	流式细胞仪法	所有医疗机构
820	250203011-b	血小板聚集功能测定(PAgT)	002502030110000	血小板聚集功能测定(PAgT)			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	电极法, 比浊法	未实施价改医院
									48	48	48	48	48	48	48	48	48		实施价改的县级公立医院
									45	45	45	45	45	45					实施价改的城市公立医院
821	250203012	瑞斯托霉素诱导血小板聚集测定	002502030120000	瑞斯托霉素诱导血小板聚集测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
822	250203013	血小板第3因子有效性测定(PF3)	002502030130000	血小板第3因子有效性测定(PF3)			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	流式细胞仪法	所有医疗机构
823	250203014	血小板第4因子测定(PF4)	002502030140000	血小板第4因子测定(PF4)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
824	250203015	血小板寿命测定	002502030150000	血小板寿命测定			乙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
825	250203016	血小板钙流测定	002502030160000	血小板钙流测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
826	250203017	血浆β-血小板球蛋白测定	002502030170000	血浆β-血小板球蛋白测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
827	250203019	血浆血栓烷B2测定(TXB2)	002502030190000	血浆血栓烷B2测定(TXB2)			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	流式细胞仪法	所有医疗机构
828	250203020	血浆凝血酶原时间测定(PT)	002502030200000	血浆凝血酶原时间测定(PT)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	仪器法	所有医疗机构
829	250203020-b	血浆凝血酶原时间测定(PT)	002502030200000	血浆凝血酶原时间测定(PT)			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	电化学法	未实施价改医院
									72	72	72	72	72	72	72	72	72		实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
830	250203021	复钙时间测定及其纠正试验	002502030210000	复钙时间测定及其纠正试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	仪器法	所有医疗机构
831	250203022	凝血酶原时间纠正试验	002502030220000	凝血酶原时间纠正试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	仪器法	所有医疗机构
832	250203023	凝血酶原消耗及纠正试验	002502030230000	凝血酶原消耗及纠正试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	仪器法	所有医疗机构
833	250203024	白陶土部分凝血活酶时间测定(KPTT)	002502030240000	白陶土部分凝血活酶时间测定(KPTT)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	仪器法	所有医疗机构
834	250203025	活化部分凝血活酶时间测定(APTT)	002502030250000	活化部分凝血活酶时间测定(APTT)			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法	所有医疗机构
835	250203026	活化凝血时间测定(ACT)	002502030260000	活化凝血时间测定(ACT)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
836	250203027	简易凝血活酶生成试验	002502030270000	简易凝血活酶生成试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	仪器法	所有医疗机构
837	250203028	血浆蝰蛇毒时间测定	002502030280000	血浆蝰蛇毒时间测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
838	250203029	血浆蝰蛇毒磷脂时间测定	002502030290000	血浆蝰蛇毒磷脂时间测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
839	250203030	血浆纤维蛋白原测定	002502030300000	血浆纤维蛋白原测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	仪器法	所有医疗机构
840	250203031	血浆凝血因子活性测定	002502030310000	血浆凝血因子活性测定	包括因子II、V、VII、VIII、IX、X、XI、XII、XIII		甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	仪器法。每种因子检测计费一次	所有医疗机构
841	250203032	血浆因子VII抑制物定性测定	002502030320000	血浆因子VII抑制物定性测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	仪器法	所有医疗机构
842	250203033	血浆因子VII抑制物定量测定	002502030330000	血浆因子VII抑制物定量测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	仪器法	所有医疗机构
843	250203034	血浆因子XIII缺乏筛选试验	002502030340000	血浆因子XIII缺乏筛选试验			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
844	250203035	凝血酶时间测定(TT)	002502030350000	凝血酶时间测定(TT)			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	仪器法	所有医疗机构
845	250203036	甲苯胺蓝纠正试验	002502030360000	甲苯胺蓝纠正试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
846	250203037	复钙交叉时间测定	002502030370000	复钙交叉时间测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
847	250203038	瑞斯托霉素辅因子测定(VWF: ROOF)	002502030380000	瑞斯托霉素辅因子测定(VWF: ROOF)			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
848	250203039	优球蛋白溶解时间测定(ELT)	002502030390000	优球蛋白溶解时间测定(ELT)			甲	项	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5		所有医疗机构
849	250203040	血浆鱼精蛋白副凝试验(3P)	002502030400000	血浆鱼精蛋白副凝试验(3P)			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
850	250203041	连续血浆鱼精蛋白稀释试验	002502030410000	连续血浆鱼精蛋白稀释试验			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
851	250203042	乙醇胶试验	002502030420000	乙醇胶试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
852	250203043	血浆纤溶酶原活性测定(PLGA)	002502030430000	血浆纤溶酶原活性测定(PLGA)			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	仪器法	所有医疗机构
853	250203044	血浆纤溶酶原抗原测定(PLGAg)	002502030440000	血浆纤溶酶原抗原测定(PLGAg)			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	仪器法	所有医疗机构
854	250203045	血浆 α 2纤溶酶抑制物活性测定(α 2-PIA)	002502030450000	血浆 α 2纤溶酶抑制物活性测定(α 2-PIA)			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法	所有医疗机构
855	250203046	血浆 α 2纤溶酶抑制物抗原测定(α 2-PIAg)	002502030460000	血浆 α 2纤溶酶抑制物抗原测定(α 2-PIAg)			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	仪器法	所有医疗机构
856	250203047	血浆抗凝血酶III活性测定(AT-IIIa)	002502030470000	血浆抗凝血酶III活性测定(AT-IIIa)			甲	项	42	42	42	42	42	42	42	42	42	仪器法	所有医疗机构
857	250203048	血浆抗凝血酶III抗原测定(AT-IIIAg)	002502030480000	血浆抗凝血酶III抗原测定(AT-IIIAg)			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	仪器法	所有医疗机构
858	250203049	凝血酶抗凝血酶III复合物测定(TAT)	002502030490000	凝血酶抗凝血酶III复合物测定(TAT)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
859	250203049-a	凝血酶抗凝血酶III复合物测定	002502030490000	凝血酶抗凝血酶III复合物测定(TAT)			乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	发光法	所有医疗机构
860	250203050	血浆肝素含量测定	002502030500000	血浆肝素含量测定			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
861	250203051	血浆蛋白C活性测定(PC)	002502030510000	血浆蛋白C活性测定(PC)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
862	250203052	血浆蛋白C抗原测定(PCAg)	002502030520000	血浆蛋白C抗原测定(PCAg)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
863	250203053	活化蛋白C抵抗试验(APCR)	002502030530000	活化蛋白C抵抗试验(APCR)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
864	250203054	血浆蛋白S测定(PS)	002502030540000	血浆蛋白S测定(PS)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
865	250203055	狼疮抗凝物质检测	002502030550000	狼疮抗凝物质检测			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
866	250203056	血浆组织纤溶酶原活化物活性检测(t-PAA)	002502030560000	血浆组织纤溶酶原活化物活性检测(t-PAA)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
867	250203057	血浆组织纤溶酶原活化物抗原检测(t-PAAg)	002502030570000	血浆组织纤溶酶原活化物抗原检测(t-PAAg)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
868	250203058	血浆组织纤溶酶原活化物抑制物活性检测	002502030580000	血浆组织纤溶酶原活化物抑制物活性检测			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
869	250203059	血浆组织纤溶酶原活化物抑制物抗原检测	002502030590000	血浆组织纤溶酶原活化物抑制物抗原检测			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
870	250203060	血浆凝血酶调节蛋白抗原检测(TMAg)	002502030600000	血浆凝血酶调节蛋白抗原检测(TMAg)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
871	250203060-a	血浆凝血酶调节蛋白抗原检测(TMAg)	002502030600000	血浆凝血酶调节蛋白抗原检测(TMAg)			乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	发光法	所有医疗机构
872	250203061	血浆凝血酶调节蛋白活性检测(TMA)	002502030610000	血浆凝血酶调节蛋白活性检测(TMA)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
873	250203062	血浆凝血酶原片段1+2检测(F1+2)	002502030620000	血浆凝血酶原片段1+2检测(F1+2)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
874	250203063	血浆纤维蛋白肽Bβ1-42和BP15-42检测(FPBβ1-42, BP15-42)	002502030630000	血浆纤维蛋白肽Bβ1-42和BP15-42检测(FPBβ1-42, BP15-42)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
875	250203064	血浆纤溶酶-抗纤溶酶复合物测定(PAP)	002502030640000	血浆纤溶酶-抗纤溶酶复合物测定(PAP)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
876	250203064-a	血浆纤溶酶-抗纤溶酶复合物测定(PAP)	002502030640000	血浆纤溶酶-抗纤溶酶复合物测定(PAP)			乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	发光法	所有医疗机构
877	250203064-b	组织型纤溶酶原激活剂-抑制剂1复合体检测	002502030580000	血浆组织纤溶酶原活化物抑制物活性检测			乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	发光法	所有医疗机构
878	250203065	纤维蛋白(原)降解产物测定(FDP)	002502030650000	纤维蛋白(原)降解产物测定(FDP)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	仪器法,标本每稀释一个浓度另计费一次。	所有医疗机构
879	250203066	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)	002502030660200	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)(各种免疫学方法)			乙/甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	各种免疫学方法,居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
880	250203066-a	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)	002502030660100	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)(乳胶凝集法)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	乳胶凝集法	所有医疗机构
881	250203066-b	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)	002502030660000	血浆D-二聚体测定(D-Dimer)			乙/甲	项	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	80 72 70	仪器法;居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
882	250203067	α2-巨球蛋白测定	002502030670000	α2-巨球蛋白测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	单扩法、免疫法同价	所有医疗机构
883	250203067-a	α2-巨球蛋白测定	002502030670000	α2-巨球蛋白测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	散射比浊法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
884	250203068	人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27)	002502030680000	人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27)			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	流式细胞仪法	所有医疗机构	
885	250203068-a	人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27)	002502030680000	人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27)			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	细胞毒法、免疫法	所有医疗机构	
886	250203070	红细胞流变特性检测	002502030700000	红细胞流变特性检测	含红细胞取向、变形、脆性、松弛等		甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构	
887	250203071	全血粘度测定	002502030710000	全血粘度测定	包括高切、中切、低切		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	每种计费一次	所有医疗机构	
888	250203072	血浆粘度测定	002502030720000	血浆粘度测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
889	250203073	血小板ATP释放试验	002502030730000	血小板ATP释放试验			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
890	250203074	纤维蛋白肽A检测	002502030740000	纤维蛋白肽A检测			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构	
891	250203075	肝素辅因子1I 活性测定	002502030750000	肝素辅因子1I活性测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构	
892	250203076	低分子肝素测定(LMWH)	002502030760000	低分子肝素测定			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构	
893	250203077	血浆激肽释放酶原测定	002502030770000	血浆激肽释放酶原测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
894	250203080	血栓弹力图试验(TEG)	002502030800000	血栓弹力图试验(TEG)	包括TEG普通测试、TEG肝素酶测试,含图文报告		乙	项	750 300	750 300	750 300	750 300	750 300	750 300	750 300	750 300	750 300		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院	
895	250203080-a	血栓弹力图血小板图检测	002502030800000	血栓弹力图试验(TEG)	包括A激活剂检测、AA激活剂检测、ADP激活剂检测,含图文报告		乙	项	300	300	300	300	300	300					实施价改的城市公立医院	
896	250203081	床旁快速全凝血功能测定	002502030810000	细胞胞浆抗原检测	包括活化凝血时间测定(ACT)和活化部分凝血激酶时间测定(APTT)		乙	次	112	112	112	112	112	112	112	112	112	跟抢救病人	所有医疗机构	
897	250203082	凝血功能和血小板功能动态监测	003301000150000	麻醉中监测			乙	次	450	450	450	450	450	450	450	450	450		所有医疗机构	
898	250203082-a	连续性动态血小板功能检测	32250302039020000	血小板功能检测			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	实施价改的公立医院
899	250203083	血小板功能闭合时间监测	322502030830000	血小板功能闭合时间监测			乙	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130	使用不同诱导剂分别计价	所有医疗机构	
2503		3. 临床化学检查			含各类特殊采血管															
900	2503-a	临床化学检查	322503000000000	临床化学检查			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构	
901	2503-b	微量血快速生化检测	322503000000200	微量血快速生化检测			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	微量控法,限新生儿、因放化疗等原因造成的采血困难患者使用	所有医疗机构	
250301		蛋白质测定																		
902	250301001	血清总蛋白测定	002503010010000	血清总蛋白测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构	
903	250301001-a	血清总蛋白测定	002503010010000	血清总蛋白测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法	所有医疗机构	
904	250301002	血清白蛋白测定	002503010020000	血清白蛋白测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构	
905	250301002-a	血清白蛋白测定	002503010020000	血清白蛋白测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法	所有医疗机构	
906	250301003	血清粘蛋白测定	002503010030000	血清粘蛋白测定			甲	项	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5		所有医疗机构	
907	250301004	血清蛋白电泳	002503010040000	血清蛋白电泳			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构	
908	250301005	免疫固定电泳	002503010050000	免疫固定电泳	包括血清或尿标本		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
909	250301006	血清前白蛋白测定	002503010060000	血清前白蛋白测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法、化学发光法	所有医疗机构	
910	250301006-a	血清前白蛋白测定	002503010060000	血清前白蛋白测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	其他方法	所有医疗机构	
911	250301007	血清转铁蛋白测定	002503010070000	血清转铁蛋白测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫比浊法、化学发光法	所有医疗机构	
912	250301007-a	血清转铁蛋白测定	002503010070000	血清转铁蛋白测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	其他方法	所有医疗机构	
913	250301009	可溶性转铁蛋白受体测定	002503010090000	可溶性转铁蛋白受体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构	
914	250301010	脑脊液总蛋白测定	002503010100000	脑脊液总蛋白测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	化学法	所有医疗机构	
915	250301010-a	脑脊液总蛋白测定	002503010100000	脑脊液总蛋白测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	免疫比浊法、化学发光法	所有医疗机构	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
916	250301010-b	脑脊液总蛋白测定	002503010100000	脑脊液总蛋白测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构		
917	250301011	脑脊液寡克隆电泳分析	002503010110000	脑脊液寡克隆电泳分析			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构		
918	250301011-a	脑脊液寡克隆带电泳分析	002503010110000	脑脊液寡克隆带电泳分析	指脑脊液特异IgG寡克隆带电泳分析		乙	项	215	215	215	215	215	215	215	215	215	免疫固定电泳法	所有医疗机构		
919	250301012	脑脊液白蛋白测定	002503010120000	脑脊液白蛋白测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫比浊法、免疫电泳法、化学发光法同价	所有医疗机构		
920	250301013	脑脊液IgG测定	002503010130000	脑脊液IgG测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫比浊法、免疫电泳法、化学发光法同价	所有医疗机构		
921	250301015	α1抗胰蛋白酶测定	002503010150000	α1抗胰蛋白酶测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法、化学发光法同价	所有医疗机构		
922	250301015-a	尿胰蛋白酶原-2检测	322501020410000	尿胰蛋白酶原-2检测			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	金标法	未实施价改医院		
									38	38	38	38	38	38	38	38	38		实施价改的县级公立医院		
									35	35	35	35	35	35	35	35	35		实施价改的城市公立医院		
923	250301016	α巨球蛋白测定	002503010160000	α巨球蛋白测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	所有医疗机构			
924	250301017	超敏C反应蛋白测定	002503010170000	超敏C反应蛋白测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	散射比浊法	所有医疗机构	
925	250301017-a	超敏C反应蛋白测定	002503010170000	超敏C反应蛋白测定			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	速率散射比浊法	所有医疗机构
926	250301017-c	超敏C反应蛋白测定	002503010170000	超敏C反应蛋白测定			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	各种免疫学方法	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院		
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		33	33	实施价改的县级公立医院
927	250301018	视黄醇结合蛋白测定	002503010180000	视黄醇结合蛋白测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构		
928	250301019	血清淀粉样蛋白测定(SAA)	002503010190000	血清淀粉样蛋白测定(SAA)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构		
929	250301019-a	血清淀粉样蛋白A测定	002503010190000	血清淀粉样蛋白A测定(SAA)			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	胶体金法	所有医疗机构		
930	250301019-b	血清淀粉样蛋白A测定	002503010190000	血清淀粉样蛋白A测定(SAA)				项										散射比浊法	公立医疗机构		
931	250301020	粪便钙卫蛋白检测	002501030010000	粪便常规			乙	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130		所有医疗机构		
932	250301021	肝素结合蛋白测定	322503010210000	肝素结合蛋白测定			乙	次	190	190	190	190	190	190	190	190	190	免疫法	所有医疗机构		
933	250301022	人磷酸化tau-181蛋白检测	322503010260000	人磷酸化tau-181蛋白检测	指定量分析		乙	次	380	380	380	380	380	380	380	380	380	酶联免疫法	所有医疗机构		
934	250301022-a	中性粒细胞载脂蛋白(HNL)检测	322503019050000	中性粒细胞载脂蛋白(HNL)检测	样本类型: 血液		丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院		
935	250301023	人β淀粉样蛋白1-42(Aβ1-42)检测	322503010200000	人β淀粉样蛋白1-42(Aβ1-42)检测	指定量分析		乙	次	380	380	380	380	380	380	380	380	380	酶联免疫法	所有医疗机构		
936	250301024	唾液胃蛋白酶检测	322503019040000	唾液胃蛋白酶检测			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院		
937	250302001	葡萄糖测定	002503020010000	葡萄糖测定	包括血清、脑脊液、尿标本		甲	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4	各种酶法、酶电极法	所有医疗机构		
938	250302001-a	葡萄糖测定	002503020010000	葡萄糖测定			乙/甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法; 居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构		
939	250302002	血清果糖胺测定	002503020020000	血清果糖胺测定	指糖化血清蛋白测定		甲	项	19	19	19	19	19	19	19	19	19		所有医疗机构		
940	250302002-a	糖化白蛋白测定	002503020020000	血清果糖胺测定			乙	次	48	48	48	48	48	48	48	48	48	酶法, 定量测定	未实施价改医院		
									46	46	46	46	46	46	46	46	46		实施价改的县级公立医院		
									45	45	45	45	45	45	45	45	45		实施价改的城市公立医院		
941	250302003	糖化血红蛋白测定	002503020030000	糖化血红蛋白测定			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构		
942	250302003-a	糖化血红蛋白测定	002503020030000	糖化血红蛋白测定			乙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70	色谱法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院		
									60	60	60	60	60	60	60	60	60		60	60	60
943	250302004	全血半乳糖测定	002503020040100	半乳糖测定(全血)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构		

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
944	250302005	血清果糖测定	002503020050000	血清果糖测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
945	250302006	木糖测定	002503020060000	木糖测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
946	250302007	血清唾液酸测定	002503020070000	血清唾液酸测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
947	250302008	血浆乳酸测定	002503020080000	血浆乳酸测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
948	250302009	全血丙酮酸测定	002503020090000	全血丙酮酸测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
949	250302010	1,5-脱水-D-山梨醇检测	322503020100000	1,5-脱水-D-山梨醇检测			乙	次	41	41	41	41	41	41	41	41	41	酶法	所有医疗机构
	250303	血脂及脂蛋白测定																	
950	250303001	血清总胆固醇测定	002503030010000	血清总胆固醇测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
951	250303001-a	血清总胆固醇测定	002503030010000	血清总胆固醇测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法、酶法	所有医疗机构
952	250303002	血清甘油三酯测定	002503030020000	血清甘油三酯测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
953	250303002-a	血清甘油三酯测定	002503030020000	血清甘油三酯测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	化学法、酶法	所有医疗机构
954	250303003	血清磷脂测定	002503030030000	血清磷脂测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
955	250303004	血清高密度脂蛋白胆固醇测定	002503030040000	血清高密度脂蛋白胆固醇测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	其他方法	所有医疗机构
956	250303004-a	血清高密度脂蛋白胆固醇测定	002503030040000	血清高密度脂蛋白胆固醇测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
957	250303005	血清低密度脂蛋白胆固醇测定	002503030050000	血清低密度脂蛋白胆固醇测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
958	250303005-a	血清低密度脂蛋白胆固醇测定	002503030050000	血清低密度脂蛋白胆固醇测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	其他方法	所有医疗机构
959	250303006	血清脂蛋白电泳分析	002503030060000	血清脂蛋白电泳分析	酯质、胆固醇染色分别参照执行		甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
960	250303006-a	血清脂蛋白电泳分析	002503030060000	血清脂蛋白电泳分析			乙	项	37	37	37	37	37	37	37	37	37	凝胶法	所有医疗机构
961	250303007	血清载脂蛋白A I测定	002503030070000	血清载脂蛋白A I测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
962	250303007-a	血清载脂蛋白A I测定	002503030070000	血清载脂蛋白A I测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	其他方法	所有医疗机构
963	250303008	血清载脂蛋白A II测定	002503030080000	血清载脂蛋白A II测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
964	250303008-a	血清载脂蛋白A II测定	002503030080000	血清载脂蛋白A II测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
965	250303009	血清载脂蛋白B测定	002503030090000	血清载脂蛋白B测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
966	250303009-a	血清载脂蛋白B测定	002503030090000	血清载脂蛋白B测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
967	250303010	血清载脂蛋白C II测定	002503030100000	血清载脂蛋白C II测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
968	250303010-a	血清载脂蛋白C II测定	002503030100000	血清载脂蛋白C II测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
969	250303011	血清载脂蛋白CIII测定	002503030110000	血清载脂蛋白CIII测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
970	250303011-a	血清载脂蛋白CIII测定	002503030110000	血清载脂蛋白CIII测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
971	250303012	血清载脂蛋白E测定	002503030120000	血清载脂蛋白E测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
972	250303012-a	血清载脂蛋白E测定	002503030120000	血清载脂蛋白E测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
973	250303013	血清载脂蛋白α测定	002503030130000	血清载脂蛋白α测定			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	免疫比浊法	所有医疗机构
974	250303013-a	血清载脂蛋白α测定	002503030130000	血清载脂蛋白α测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	其他方法	所有医疗机构
975	250303014	血清β-羟基丁酸测定	002503030140000	血清β-羟基丁酸测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	化学发光法	所有医疗机构
976	250303014-a	血清β-羟基丁酸测定	002503030140000	血清β-羟基丁酸测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	其他方法	所有医疗机构
977	250303015	血清游离脂肪酸测定	002503030150000	血清游离脂肪酸测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
978	250303016	甘油测定	002503030160000	甘油测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
979	250303017	载脂蛋白E基因分型	002503030170000	载脂蛋白E基因分型			丙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
980	250303019	血酮体测定	002503030190000	血酮体测定			乙	项	38	38	38	38	38	38	38	38	38		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
981	250303020	游离脂肪酸	002503030150000	血清游离脂肪酸测定			乙	项	48	48	48	48	48	48	48	48	48	酶法	所有医疗机构
982	250303021	小而低密度脂蛋白胆固醇(sdLDL-C)测定	002503030180000	小而低密度脂蛋白(sdLDL)测定			乙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25	酶法	所有医疗机构
983	250303022	载脂蛋白E(APOE)基因型检测	002503030120000	血清载脂蛋白E测定	含ε2ε2型、ε2ε3型、ε3ε3型、ε3ε4型、ε4ε4型、ε2ε4型基因			次										基因芯片法	公立医疗机构
984	250303023	高密度脂蛋白3胆固醇测定	002503030040000	血清高密度脂蛋白胆固醇测定				项										比色法	公立医疗机构
	250304	无机元素测定			血、尿、脑脊液、毛发标本参照执行														
985	250304001	钾测定	002503040010000	钾测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	火焰分光光度法或离子选择电极法、酶促动力学法	所有医疗机构
986	250304001-a	钾测定	002503040010000	钾测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
987	250304002	钠测定	002503040020000	钠测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	火焰分光光度法或离子选择电极法、酶促动力学法	所有医疗机构
988	250304002-a	钠测定	002503040020000	钠测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
989	250304003	氯测定	002503040030000	氯测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	离子选择电极法、滴定法	所有医疗机构
990	250304003-a	氯测定	002503040030000	氯测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
991	250304004	钙测定	002503040040000	钙测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	比色法、分光光度法、离子选择电极法	所有医疗机构
992	250304004-a	钙测定	002503040040000	钙测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
993	250304005	无机磷测定	002503040050000	无机磷测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	比色法	所有医疗机构
994	250304005-a	无机磷测定	002503040050000	无机磷测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
995	250304006	镁测定	002503040060000	镁测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3	比色法、分光光度法、离子选择电极法	所有医疗机构
996	250304006-a	镁测定	002503040060000	镁测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
997	250304007	铁测定	002503040070000	铁测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	比色法、分光光度法、离子选择电极法	所有医疗机构
998	250304007-a	铁测定	002503040070000	铁测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
999	250304008	血清总铁结合力测定	002503040080000	血清总铁结合力测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1000	250304009	全血铅测定	002503040090000	全血铅测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	尿离子测定	所有医疗机构
1001	250304009-a	全血铅测定	002503040090000	全血铅测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	原子法	所有医疗机构
1002	250304010	血清碳酸氢盐(HCO3)测定	002503040100000	血清碳酸氢盐(HCO3)测定	含血清总二氧化碳(TCO2)测定		甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	手工法、酶促动力学法同价	所有医疗机构
1003	250304011	血一氧化碳分析	002503040110000	血一氧化碳分析			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1004	250304011-a	血一氧化碳分析	002503040110000	血一氧化碳分析			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	比色法	所有医疗机构
1005	250304012	血一氧化氮分析	002503040120000	血一氧化氮分析			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1006	250304013	微量元素测定	002503040130000	微量元素测定	包括铜、硒、锌、镉、镉、汞、铅、锰、钼、锂、砷等		丙	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	每种元素计费一次	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
1007	250304013-a	微量元素测定	002503040130000	微量元素测定	包括钙、镁、铁、铜、锌、铬、硒、钼、锰、锂、锶、铅、镉、汞、铊、钨、砷、钴、铈等		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	质谱法	实施价改的公立医院	
	250305	肝病的实验诊断																			
1008	250305001	血清总胆红素测定	002503050010000	血清总胆红素测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法或酶促法	所有医疗机构
1009	250305001-a	血清总胆红素测定	002503050010000	血清总胆红素测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1010	250305002	血清直接胆红素测定	002503050020000	血清直接胆红素测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法或酶促法	所有医疗机构
1011	250305002-a	血清直接胆红素测定	002503050020000	血清直接胆红素测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1012	250305003	血清间接胆红素测定	002503050030000	血清间接胆红素测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	手工法	所有医疗机构
1013	250305003-a	血清间接胆红素测定	002503050030000	血清间接胆红素测定			乙/甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1014	250305003-b	血清间接胆红素测定	002503050030000	血清间接胆红素测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1015	250305004	血清δ-胆红素测定	002503050040000	血清δ-胆红素测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
1016	250305005	血清总胆汁酸测定	002503050050000	血清总胆汁酸测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	化学法、比色法、酶促法	所有医疗机构
1017	250305005-a	血清总胆汁酸测定	002503050050000	血清总胆汁酸测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1018	250305006	血浆氨测定	002503050060000	血浆氨测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1019	250305006-a	血浆氨测定	002503050060000	血浆氨测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	酶促法	所有医疗机构
1020	250305007	血清丙氨酸氨基转移酶测定	002503050070000	血清丙氨酸氨基转移酶测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1021	250305007-b	血清丙氨酸氨基转移酶测定	002503050070000	血清丙氨酸氨基转移酶测定			乙/甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1022	250305008	血清天门冬氨酸氨基转移酶测定	002503050080000	血清天门冬氨酸氨基转移酶测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1023	250305008-b	血清天门冬氨酸氨基转移酶测定	002503050080000	血清天门冬氨酸氨基转移酶测定			乙/甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1024	250305008-c	天冬氨酸氨基转移酶线粒体同工酶检测	322503080120000	天冬氨酸氨基转移酶线粒体同工酶检测			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫抑制法	所有医疗机构
1025	250305009	血清γ-谷氨酰基转移酶测定	002503050090000	血清γ-谷氨酰基转移酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1026	250305009-a	血清γ-谷氨酰基转移酶测定	002503050090000	血清γ-谷氨酰基转移酶测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	手工法	所有医疗机构
1027	250305009-b	血清γ-谷氨酰基转移酶测定	002503050090000	血清γ-谷氨酰基转移酶测定			乙/甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1028	250305010	血清γ-谷氨酰基转移酶同工酶电泳	002503050100000	血清γ-谷氨酰基转移酶同工酶电泳			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1029	250305010-a	血清γ-谷氨酰基转移酶同工酶II检测	002503050100000	血清γ-谷氨酰基转移酶同工酶II检测			丙	项	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	220	电泳法，定性测定	所有医疗机构
1030	250305011	血清碱性磷酸酶测定	002503050110000	血清碱性磷酸酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1031	250305011-b	血清碱性磷酸酶测定	002503050110000	血清碱性磷酸酶测定			乙/甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1032	250305011-c	血清碱性磷酸酶测定	002503050110000	血清碱性磷酸酶测定			丙	项	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	化学发光法，定量测定	未实施价改医院、实施价改的县镇公立医院 实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
1033	250305012	血清碱性磷酸酶同工酶电泳分析	002503050120000	血清碱性磷酸酶同工酶电泳分析			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1034	250305012-a	血清碱性磷酸酶同工酶电泳分析	002503050120000	血清碱性磷酸酶同工酶电泳分析			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	凝胶法	所有医疗机构	
1035	250305013	血清骨型碱性磷酸酶质量测定	002503050130000	血清骨型碱性磷酸酶质量测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	放免法或酶免法	所有医疗机构	
1036	250305013-a	血清骨型碱性磷酸酶质量测定	002503050130000	血清骨型碱性磷酸酶质量测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	化学发光法	所有医疗机构	
1037	250305013-b	血清骨型碱性磷酸酶质量测定	002503050130000	血清骨型碱性磷酸酶质量测定	包括骨源性碱性磷酸酶测定		乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	干化学法	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院 实施价改的县级公立医院	
1038	250305014	血清胆碱酯酶测定	002503050140000	血清胆碱酯酶测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法	所有医疗机构	
1039	250305014-a	血清胆碱酯酶测定	002503050140000	血清胆碱酯酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构	
1040	250305015	血清单胺氧化酶测定	002503050150000	血清单胺氧化酶测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构	
1041	250305016	血清5'核苷酸测定	002503050160000	血清5'核苷酸测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1042	250305017	血清α-L-岩藻糖苷酶测定	002503050170000	血清α-L-岩藻糖苷酶测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构	
1043	250305018	血清IV型胶原测定	002503050180000	血清IV型胶原测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1044	250305019	血清III型胶原测定	002503050190000	血清III型胶原测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1045	250305020	血清层粘连蛋白测定	002503050200000	血清层粘连蛋白测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1046	250305021	血清纤维连接蛋白测定	002503050210000	血清纤维连接蛋白测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构	
1047	250305022	血清透明质酸酶测定	002503050220000	血清透明质酸酶测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1048	250305023	腺苷脱氢酶测定	002503050230000	腺苷脱氢酶测定	血清、脑脊液和胸水标本分别参照执行		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1049	250305024	血清亮氨酸氨基肽酶测定	002503050240000	血清亮氨酸氨基肽酶测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构	
1050	250305025	胆酸测定	002503050250000	胆酸测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构	
1051	250305025-a	胆酸亚型测定	322503050510000	胆酸亚型测定	包括鹅脱氧胆酸、胆酸、甘氨酸胆酸、甘氨酸、甘氨酸鹅脱氧胆酸、牛磺石胆酸、石胆酸、脱氧胆酸、牛磺脱氧胆酸、牛磺胆酸、牛磺鹅脱氧胆酸、牛磺熊脱氧胆酸、熊脱氧胆酸、甘氨酸胆酸、甘氨酸熊脱氧胆酸等		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	质谱法	实施价改的公立医院
1052	250305027	谷胱甘肽还原酶(GR)测定	002503050270000	谷胱甘肽还原酶测定			乙	次	46	46	46	46	46	46	46	46	46	酶法	所有医疗机构	
1053	250305028	谷氨酸脱氢酶测定	002503050280000	血清谷氨酸脱氢酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构	
1054	250305029	甘胆酸(CG)检测	002503050290000	甘胆酸(CG)检测			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构	
1055	250305030	糖缺失性转铁蛋白(CDT)检测	002503050300000	糖缺失性转铁蛋白(CDT)检测			乙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院	
1056	250305031	咪唑青绿清除试验	323109050330000	咪唑青绿清除试验	药物		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	PDD法	所有医疗机构	
1057	250305032	异常凝血酶原测定	322504040300000	异常凝血酶原测定			乙	次	190	190	190	190	190	190	190	190	190	发光法	所有医疗机构	
1058	250305033	微小核糖核酸检测	322503050330000	微小核糖核酸检测	各类标本中微小核糖核酸检测			项										限符合《江苏省临床基因扩增检验技术规范(试行)》的实验室开展	公立医疗机构	
	250306	心肌疾病的实验诊断																		
1059	250306001	血清肌酸激酶测定	002503060010000	血清肌酸激酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构	
1060	250306001-a	血清肌酸激酶测定	002503060010000	血清肌酸激酶测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法	所有医疗机构	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1061	250306001-b	血清肌酸激酶测定	002503060010000	血清肌酸激酶测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	化学发光法	所有医疗机构
1062	250306002	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定	002503060020000	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1063	250306002-a	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定	002503060020000	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	金标法	所有医疗机构
1064	250306002-b	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定	002503060020000	血清肌酸激酶-MB同工酶活性测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法	所有医疗机构
1065	250306003	血清肌酸激酶-MB同工酶质量测定	002503060030000	血清肌酸激酶-MB同工酶质量测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1066	250306003-b	血清肌酸激酶-MB同工酶质量测定	002503060030000	血清肌酸激酶-MB同工酶质量测定			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1067	250306004	血清肌酸激酶同工酶电泳分析	002503060040000	血清肌酸激酶同工酶电泳分析			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1068	250306005	乳酸脱氢酶测定	002503060050000	乳酸脱氢酶测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1069	250306005-a	乳酸脱氢酶测定	002503060050000	乳酸脱氢酶测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	速率法	所有医疗机构
1070	250306006	血清乳酸脱氢酶同工酶电泳分析	002503060060000	血清乳酸脱氢酶同工酶电泳分析			乙	项	93	93	93	93	93	93	93	93	93	凝胶法	所有医疗机构
1071	250306006-a	血清乳酸脱氢酶同工酶电泳分析	002503060060000	血清乳酸脱氢酶同工酶电泳分析			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	其他方法	所有医疗机构
1072	250306007	血清α-羟丁酸脱氢酶测定	002503060070000	血清α-羟丁酸脱氢酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	速率法	所有医疗机构
1073	250306008	血清肌钙蛋白T测定	002503060080000	血清肌钙蛋白T测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1074	250306008-a	血清肌钙蛋白T测定	002503060080000	血清肌钙蛋白T测定			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1075	250306008-b	血清肌钙蛋白T测定	002503060080000	血清肌钙蛋白T测定			乙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1076	250306009	血清肌钙蛋白I测定	002503060090000	血清肌钙蛋白I测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1077	250306009-a	血清肌钙蛋白I测定	002503060090000	血清肌钙蛋白I测定			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	化学发光法，暂停蛋白芯片法	所有医疗机构
1078	250306009-b	血清肌钙蛋白I测定	002503060090000	血清肌钙蛋白I测定			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1079	250306009-c	血清肌钙蛋白I测定	002503060090000	血清肌钙蛋白I测定			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1080	250306010	血清肌红蛋白测定	002503060100000	血清肌红蛋白测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1081	250306010-a	血清肌红蛋白测定	002503060100000	血清肌红蛋白测定			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	化学发光法，暂停蛋白芯片法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院
1082	250306010-b	血清肌红蛋白测定	002503060100000	血清肌红蛋白测定			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1083	250306010-c	血清肌红蛋白测定	002503060100000	血清肌红蛋白测定			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1084	250306011	血同型半胱氨酸测定	002503060110000	血同型半胱氨酸测定			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	各种免疫学方法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1085	250306011-a	血同型半胱氨酸测定	002503060110000	血同型半胱氨酸测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	色谱法	所有医疗机构
1086	250306011-b	血同型半胱氨酸测定	002503060110000	血同型半胱氨酸测定			乙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1087	250306012	B型钠尿肽（BNP）测定	002503060120000	B型钠尿肽（BNP）测定			丙	项	300	300	300	300	300	300	300	300	300	荧光免疫法, 指定量分析	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1088	250306013	B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定	002503060130000	B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定			丙	项	280	280	280	280	280	280	280	280	280	各种发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1089	250306013-a	N端-前脑钠肽（NT-PROBNP）测定	002503060130000	B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定	指定量分析		丙	项	280	280	280	280	280	280	280	280	280	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1090	250306014	缺血修饰白蛋白（IMA）测定	322503060140000	缺血修饰白蛋白（IMA）测定			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	化学酶法，筛查试验	所有医疗机构
1091	250306015	脂肪酸结合蛋白测定	322503060150000	脂肪酸结合蛋白测定			丙	次	275	275	275	275	275	275	275	275	275	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1092	250306016	人血浆脂蛋白相关磷脂酶A2（Lp-PLA2）测定	322503030200000	人血浆脂蛋白相关磷脂酶A2（Lp-PLA2）测定			乙	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150	酶联免疫法	所有医疗机构
1093	250306017	可溶性生长刺激表达基因2蛋白定量检测	322503060170000	可溶性生长刺激表达基因2蛋白定量检测	定量检测人血清中的ST2蛋白		乙	次	260	260	260	260	260	260	260	260	260		所有医疗机构
1094	250306018	心肌肌球蛋白结合蛋白C测定	322503060230000	心肌肌球蛋白结合蛋白C测定	应用免疫分析仪测定急性心肌梗死或急性心肌梗塞患者心肌肌球蛋白结合蛋白C（cMyBp-c）浓度			项										纳米金胶体金法	公立医疗机构
	250307	肾脏疾病的实验诊断																	
1095	250307001	尿素测定	002503070010000	尿素测定	血清或尿标本分别参照执行		甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	化学法、酶促动力学法	所有医疗机构
1096	250307001-a	尿素测定	002503070010000	尿素测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生有政策的按甲类支付	所有医疗机构
1097	250307002	肌酐测定	002503070020000	肌酐测定	包括血清或尿标本		甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	酶促动力学法	所有医疗机构
1098	250307002-a	肌酐测定	002503070020000	肌酐测定			乙/甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生有政策的按甲类支付	所有医疗机构
1099	250307005	血清尿酸测定	002503070050000	血清尿酸测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1100	250307006	尿微量白蛋白测定	002503070060000	尿微量白蛋白测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1101	250307006-a	尿微量白蛋白测定	002503070060000	尿微量白蛋白测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1102	250307006-b	尿微量白蛋白测定	002503070060000	尿微量白蛋白测定			甲	项	36	36	36	36	36	36	36	36	36	散射比浊法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
									35	35	35	35	35	35					实施价改的城市公立医院
1103	250307007	尿转铁蛋白测定	002503070070000	尿转铁蛋白测定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	各种免疫学方法。报告尿mAlb/gCr比值时另加尿肌酐测定费用（见250307002）	所有医疗机构
1104	250307007-a	尿转铁蛋白测定	002503070070000	尿转铁蛋白测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	化学发光法	所有医疗机构
1105	250307008	尿α1微量球蛋白测定	002503070080000	尿α1微量球蛋白测定			甲	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45	指各种免疫学方法	所有医疗机构
1106	250307008-a	尿α1微量球蛋白测定	002503070080000	尿α1微量球蛋白测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1107	250307009	β2微球蛋白测定	002503010140000	β2微球蛋白测定	包括血清或尿标本		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1108	250307009-a	β2微球蛋白测定	002503010140000	β2微球蛋白测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1109	250307010	尿蛋白电泳分析	002503070100000	尿蛋白电泳分析			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1110	250307010-a	尿蛋白电泳分析	002503070100000	尿蛋白电泳分析			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	凝胶法	所有医疗机构
1111	250307011	尿N-酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶测定	002503070110000	尿N-酰-β-D-氨基葡萄糖苷酶测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1112	250307012	尿β-D-半乳糖苷酶测定	002503070120000	尿β-D-半乳糖苷酶测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1113	250307013	尿γ-谷氨酰转氨酶测定	002503070130000	尿γ-谷氨酰转氨酶测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1114	250307014	尿丙氨酰氨基肽酶	002503070140000	尿丙氨酰氨基肽酶			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1115	250307015	尿亮氨酰氨基肽酶	002503070150000	尿亮氨酰氨基肽酶			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1116	250307016	尿碱性磷酸酶测定	002503070160000	尿碱性磷酸酶测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1117	250307017	尿浓缩试验	002503070170000	尿浓缩试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1118	250307018	酸负荷试验	002503070180000	酸负荷试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1119	250307019	碱负荷试验	002503070190000	碱负荷试验			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1120	250307020	尿碳酸氢盐(HCO3)测定	002503070200000	尿碳酸氢盐(HCO3)测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1121	250307021	尿氮测定	002503070210000	尿氮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1122	250307022	尿可滴定酸测定	002503070220000	尿可滴定酸测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1123	250307023	尿结石成份分析	002503070230000	尿结石成份分析			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	红外光谱法	所有医疗机构
1124	250307023-a	尿结石成份分析	002503070230000	尿结石成份分析			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	化学法	所有医疗机构
1125	250307024	尿尿酸测定	002503070240000	尿尿酸测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1126	250307025	尿草酸测定	002503070250000	尿草酸测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1127	250307026	尿透明质酸酶测定	002503070260000	尿透明质酸酶测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1128	250307027	超氧化物歧化酶(SOD)测定	002503070270000	超氧化物歧化酶(SOD)测定			丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1129	250307027-a	超氧化物歧化酶(SOD)测定	002503070270000	超氧化物歧化酶(SOD)测定			乙	项	16	16	16	16	16	16	16	16	16	化学比色法	所有医疗机构
1130	250307028	血清胱抑素(Cystatin C)测定	002503070280000	血清胱抑素(CystatinC)测定			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1131	250307029	α1-微球蛋白测定	002503070290000	α1-微球蛋白测定	包括血清、尿标本		甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	散射法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1132	250307031	中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白测定	322503070310000	中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白测定			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	各种免疫学方法	所有医疗机构
1133	250307031-a	中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白测定	322503070310000	中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白测定			乙	项	200	200	200	200	200	200	200	200	200	发光法	所有医疗机构
1134	250307032	抗磷脂酶A2受体抗体检测	322504021290000	抗磷脂酶A2受体抗体检测			乙	项	135	135	135	135	135	135	135	135	135		所有医疗机构
1135	250307033	尿结合珠蛋白测定	322503070360000	尿结合珠蛋白测定				项										各种免疫学方法	公立医疗机构
	250308	其它血清酶类测定																	
1136	250308001	血清酸性磷酸酶测定	002503080010000	血清酸性磷酸酶测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	比色法、速率法	所有医疗机构
1137	250308001-a	血清酸性磷酸酶测定	002503080010000	血清酸性磷酸酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1138	250308002	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定	002503080020000	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	比色法、速率法	所有医疗机构
1139	250308002-a	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定	002503080020000	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1140	250308002-b	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定	002503080020000	血清酒石酸抑制酸性磷酸酶测定	指定量分析		乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	ELISA法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
									90	90	90	90	90	90	90	90	90		
1141	250308003	血清前列腺酸性磷酸酶质量测定	002503080030000	血清前列腺酸性磷酸酶质量测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1142	250308004	淀粉酶测定	002503080040000	淀粉酶测定	包括血清、尿或腹水		甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	比色法、速率法	所有医疗机构
1143	250308004-a	淀粉酶测定	002503080040000	淀粉酶测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1144	250308005	血清淀粉酶同工酶电泳	002503080050000	血清淀粉酶同工酶电泳			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1145	250308006	血清脂肪酶测定	002503080060000	血清脂肪酶测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	比浊法	所有医疗机构
1146	250308006-a	血清脂肪酶测定	002503080060000	血清脂肪酶测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	干化学法	所有医疗机构
1147	250308007	血清血管紧张素转化酶测定	002503080070000	血清血管紧张素转化酶测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1148	250308008	血清骨钙素测定	002503080080000	血清骨钙素测定			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
1149	250308008-a	血清骨钙素测定	002503080080000	血清骨钙素测定			丙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110	化学发光法，定量测定	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
									94	94	94	94	94	94	94	94	94		
									90	90	90	90	90	90					
1150	250308009	醛缩酶测定	002503080090000	醛缩酶测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1151	250308010	髓过氧化物酶测定	322503080110000	髓过氧化物酶测定			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	酶联免疫法	所有医疗机构
1152	250308011	胸苷激酶1（TK1）测定	322504040310000	细胞质胸苷激酶测定	指定量分析		乙	次	245	245	245	245	245	245	245	245	245	酶联免疫法	所有医疗机构
	250309	维生素、氨基酸与血药浓度测定																	
1153	250309001	25羟维生素D测定	002503090010000	25羟维生素D测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1154	250309001-a	25羟维生素D测定	002503090010000	25羟维生素D测定	指定量分析		乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	ELISA法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
									86	86	86	86	86	86	86	86	86		
									85	85	85	85	85	85					
1155	250309001-c	25羟维生素D测定	002503090010000	25羟维生素D测定			乙	项	125	125	125	125	125	125	125	125	125	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
									110	110	110	110	110	110					
1156	250309002	1，25双羟维生素D测定	002503090020000	1，25双羟维生素D测定			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
1157	250309003	叶酸测定	002503090030000	叶酸测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫学法	所有医疗机构
1158	250309003-a	叶酸测定	002503090030000	叶酸测定			乙	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
									40	40	40	40	40	40					实施价改的城市公立医院
1159	250309004	血清维生素测定	002503090040000	血清维生素测定	包括维生素D以外的各类维生素		丙	每种维生素	45	45	45	45	45	45	45	45	45	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									40	40	40	40	40	40					实施价改的城市公立医院
1160	250309004-a	血清维生素测定	002503090040000	血清维生素测定			丙	每种维生素	10	10	10	10	10	10	10	10	10	其他方法	所有医疗机构
1161	250309004-b	维生素测定	322503090200000	维生素测定	包括维生素A、维生素D、维生素D2、维生素D3、维生素E、维生素K、维生素B1、维生素B2、维生素B3、维生素B5、维生素B6、维生素B7、维生素B9、维生素B12、维生素VC等维生素A、D、E、K测定		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	质谱法	实施价改的公立医院
1162	250309005	药物浓度测定	002503090050000	血清药物浓度测定			甲	每种药物	20	20	20	20	20	20	20	20	20	色谱法	所有医疗机构
1163	250309005-a	药物浓度测定	002503090050000	血清药物浓度测定			乙	每种药物	100	100	100	100	100	100	100	100	100	免疫学法	所有医疗机构
1164	250309005-b	药物浓度测定	002503090050000	血清药物浓度测定	包括FK506（普乐可复）、雷帕霉素、吗替麦考酚酯、环孢霉素、霉酚酸等免疫抑制类药物。		乙	每种药物	260	260	260	260	260	260	260	260	260		未实施价改医院、实施价改的城市公立医院
									208	208	208	208	208	208	208	208	208		实施价改的县级公立医院
1165	250309005-c	抗肿瘤药物血药浓度定量检测及用药指导	002503090050000	血清药物浓度测定			乙	项	555	555	555	555	555	555	555	555	555		所有医疗机构
1166	250309005-d	药物浓度测定	002503090050000	血清药物浓度测定			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	质谱法	实施价改的公立医院
1167	250309006	各类滥用药物筛查	002503090060000	各类滥用药物筛查			丙	每种药物	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1168	250309007	血清各类氨基酸测定	002503090070000	血清各类氨基酸测定			丙	每种氨基酸	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1169	250309008	血清乙醇测定	002503090080000	血清乙醇测定			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1170	250309010	中枢神经特异蛋白（S100）测定	002503090100000	中枢神经特异蛋白（S100β）测定			乙	项	334	334	334	334	334	334	334	334	334	国家项目，化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									250	250	250	250	250	250	250	250	250		实施价改的城市公立医院
1171	250309011	红细胞叶酸测定	002503090030000	叶酸测定			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	250310	激素测定																	
1172	250310001	血清促甲状腺激素测定	002503100010000	血清促甲状腺激素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1173	250310001-a	血清促甲状腺激素测定	002503100010000	血清促甲状腺激素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1174	250310002	血清泌乳素测定	002503100020000	血清泌乳素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1175	250310002-a	血清泌乳素测定	002503100020000	血清泌乳素测定			乙	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1176	250310003	血清生长激素测定	002503100030000	血清生长激素测定			甲	项	18	18	18	18	18	18	18	18	18	各种免疫学方法	所有医疗机构
1177	250310003-a	血清生长激素测定	002503100030000	血清生长激素测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1178	250310004	血清促卵泡刺激素测定	002503100040000	血清促卵泡刺激素测定			甲	项	18	18	18	18	18	18	18	18	18	各种免疫学方法	所有医疗机构
1179	250310004-a	血清促卵泡刺激素测定	002503100040000	血清促卵泡刺激素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1180	250310005	血清促黄体生成素测定	002503100050000	血清促黄体生成素测定			甲	项	18	18	18	18	18	18	18	18	18	各种免疫学方法	所有医疗机构
1181	250310005-a	血清促黄体生成素测定	002503100050000	血清促黄体生成素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1182	250310006	血清促肾上腺皮质激素测定	002503100060000	血清促肾上腺皮质激素测定			甲	项	18	18	18	18	18	18	18	18	18	各种免疫学方法	所有医疗机构
1183	250310006-a	血清促肾上腺皮质激素测定	002503100060000	血清促肾上腺皮质激素测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1184	250310006-b	血瘦素（HLT）	322503100680000	血瘦素（HLT）			丙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法	所有医疗机构
1185	250310007	抗利尿激素测定	002503100070000	抗利尿激素测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1186	250310007-a	抗利尿激素测定	002503100070000	抗利尿激素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1187	250310008	降钙素测定	002503100080000	降钙素测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1188	250310008-a	降钙素测定	002503100080000	降钙素测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1189	250310009	甲状旁腺激素测定	002503100090000	甲状旁腺激素测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1190	250310009-a	甲状旁腺激素测定	002503100090000	甲状旁腺激素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1191	250310010	血清甲状腺素(T4)测定	002503100100000	血清甲状腺素(T4)测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1192	250310010-a	血清甲状腺素(T4)测定	002503100100000	血清甲状腺素(T4)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1193	250310011	血清三碘甲状腺原氨酸(T3)测定	002503100110000	血清三碘甲状腺原氨酸(T3)测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1194	250310011-a	血清三碘甲状腺原氨酸(T3)测定	002503100110000	血清三碘甲状腺原氨酸(T3)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1195	250310012	血清反T3测定	002503100120000	血清反T3测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1196	250310012-a	血清反T3测定	002503100120000	血清反T3测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1197	250310013	血清游离甲状腺素(FT4)测定	002503100130000	血清游离甲状腺素(FT4)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1198	250310013-a	血清游离甲状腺素(FT4)测定	002503100130000	血清游离甲状腺素(FT4)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1199	250310014	血清游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)测定	002503100140000	血清游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1200	250310014-a	血清游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)测定	002503100140000	血清游离三碘甲状腺原氨酸(FT3)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1201	250310015	血清T3摄取实验	002503100150000	血清T3摄取实验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1202	250310015-a	血清T3摄取实验	002503100150000	血清T3摄取实验			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1203	250310016	血清甲状腺结合球蛋白测定	002503100160000	血清甲状腺结合球蛋白测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1204	250310016-a	血清甲状腺结合球蛋白测定	002503100160000	血清甲状腺结合球蛋白测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1205	250310016-b	性激素结合球蛋白(HSBC)测定	002503100620000	性激素结合球蛋白(SHBC)测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法	所有医疗机构
1206	250310017	促甲状腺素受体抗体测定	002503100170000	促甲状腺素受体抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1207	250310017-a	促甲状腺素受体抗体测定	002503100170000	促甲状腺素受体抗体测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1208	250310017-b	促甲状腺素受体刺激性抗体测定	002503100170100	促甲状腺素受体刺激性抗体测定(化学发光法)				项										发光法	公立医疗机构
1209	250310018	血浆皮质醇测定	002503100180000	血浆皮质醇测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1210	250310018-a	血浆皮质醇测定	002503100180000	血浆皮质醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1211	250310019	24小时尿游离皮质醇测定	002503100190000	24小时尿游离皮质醇测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1212	250310019-a	24小时尿游离皮质醇测定	002503100190000	24小时尿游离皮质醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1213	250310020	尿17-羟皮质类固醇测定	002503100200000	尿17-羟皮质类固醇测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法、化学法	所有医疗机构
1214	250310020-a	尿17-羟皮质类固醇测定	002503100200000	尿17-羟皮质类固醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、色谱法、均相酶免疫法	所有医疗机构
1215	250310021	尿17-酮类固醇测定	002503100210000	尿17-酮类固醇测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法、化学法	所有医疗机构
1216	250310021-a	尿17-酮类固醇测定	002503100210000	尿17-酮类固醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、色谱法、均相酶免疫法	所有医疗机构
1217	250310022	血清脱氢表雄酮及硫酸酯测定	002503100220000	血清脱氢表雄酮及硫酸酯测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1218	250310022-a	血清脱氢表雄酮及硫酸酯测定	002503100220000	血清脱氢表雄酮及硫酸酯测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1219	250310023	醛固酮测定	002503100230000	醛固酮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1220	250310023-a	醛固酮测定	002503100230000	醛固酮测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1221	250310024	尿儿茶酚胺测定	002503100240000	尿儿茶酚胺测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1222	250310024-a	尿儿茶酚胺测定	002503100240000	尿儿茶酚胺测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	色谱法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1223	250310025	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定	002503100250000	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	各种免疫学方法	所有医疗机构
1224	250310025-a	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定	002503100250000	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	色谱法	所有医疗机构
1225	250310025-b	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定	002503100250000	尿香草苷杏仁酸(VMA)测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	均相酶免疫法	所有医疗机构
1226	250310026	血浆肾素活性测定	002503100260000	血浆肾素活性测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1227	250310027	血管紧张素 I 测定	002503100270000	血管紧张素 I 测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
1228	250310028	血管紧张素 II 测定	002503100280000	血管紧张素 II 测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
1229	250310029	促红细胞生成素测定	002503100290000	促红细胞生成素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1230	250310029-a	促红细胞生成素测定	002503100290000	促红细胞生成素测定			乙	项	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	75 68 70	化学发光法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1231	250310030	睾酮测定	002503100300000	睾酮测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1232	250310030-a	睾酮测定	002503100300000	睾酮测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1233	250310031	血清双氢睾酮测定	002503100310000	血清双氢睾酮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1234	250310031-a	血清双氢睾酮测定	002503100310000	血清双氢睾酮测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1235	250310032	雄烯二酮测定	002503100320000	雄烯二酮测定			丙	项	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	市场价 75	化学发光法	实施价改的公立医院
1236	250310033	17 α 羟孕酮测定	002503100330000	17 α 羟孕酮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1237	250310033-a	17 α 羟孕酮测定	002503100330000	17 α 羟孕酮测定			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1238	250310034	雌酮测定	002503100340000	雌酮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1239	250310034-a	雌酮测定	002503100340000	雌酮测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1240	250310035	雌三醇测定	002503100350000	雌三醇测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1241	250310035-a	雌三醇测定	002503100350000	雌三醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1242	250310036	雌二醇测定	002503100360000	雌二醇测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1243	250310036-a	雌二醇测定	002503100360000	雌二醇测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1244	250310037	孕酮测定	002503100370000	孕酮测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1245	250310037-a	孕酮测定	002503100370000	孕酮测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1246	250310038	血清人绒毛膜促性腺激素测定	002503100380000	血清人绒毛膜促性腺激素测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1247	250310038-a	血清人绒毛膜促性腺激素测定	002503100380000	血清人绒毛膜促性腺激素测定			乙/甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1248	250310039	血清胰岛素测定	002503100390000	血清胰岛素测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法	所有医疗机构
1249	250310039-a	血清胰岛素测定	002503100390000	血清胰岛素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1250	250310040	血清胰高血糖素测定	002503100400000	血清胰高血糖素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1251	250310040-a	血清胰高血糖素测定	002503100400000	血清胰高血糖素测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1252	250310041	血清C肽测定	002503100410000	血清C肽测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1253	250310041-a	C肽测定	002503100410000	血清C肽测定	包括各类标本		乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1254	250310042	C肽兴奋试验	002503100420000	C肽兴奋试验			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1255	250310042-a	C肽兴奋试验	002503100420000	C肽兴奋试验			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1256	250310043	血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定	002503100430000	血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1257	250310043-a	血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定	002503100430000	血清抗谷氨酸脱羧酶抗体测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1258	250310044	胃泌素测定	002503100440000	胃泌素测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1259	250310044-a	胃泌素测定	002503100440000	胃泌素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1260	250310045	血浆前列腺素(PG)测定	002503100450000	血浆前列腺素(PG)测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1261	250310046	血浆6-酮前列腺素F1 α 测定	002503100460000	血浆6-酮前列腺素F1 α 测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1262	250310047	肾上腺素测定	002503100470000	肾上腺素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1263	250310047-a	肾上腺素测定	002503100470000	肾上腺素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1264	250310048	去甲肾上腺素测定	002503100480000	去甲肾上腺素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1265	250310048-a	去甲肾上腺素测定	002503100480000	去甲肾上腺素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1266	250310049	胆囊收缩素测定	002503100490000	胆囊收缩素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1267	250310049-a	胆囊收缩素测定	002503100490000	胆囊收缩素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1268	250310050	心钠素测定	002503100500000	心钠素测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构
1269	250310050-a	心钠素测定	002503100500000	心钠素测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1270	250310051	环磷酸腺苷(cAMP)测定	002503100510000	环磷酸腺苷(cAMP)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1271	250310052	环磷酸鸟苷(cGMP)测定	002503100520000	环磷酸鸟苷(cGMP)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1272	250310054	降钙素原检测	002503100540000	降钙素原检测			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	各种免疫法	所有医疗机构
1273	250310054-a	降钙素原检测	002503100540000	降钙素原检测			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	发光法	所有医疗机构
1274	250310055-a	游离 β -绒毛膜促性腺激素测定	002503100550000	特异 β 人绒毛膜促性腺激素(β -HCG)测定			乙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110	化学发光法	未实施价改医院
									95	95	95	95	95	95	95	95	95		实施价改的城市公立医院
1275	250310057	血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定	002503100570000	血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定			乙	项	115	115	115	115	115	115	115	115	115		所有医疗机构
1276	250310065	类胰岛素生长因子-1测定(IGF-1)	322503100660000	类胰岛素生长因子测定			丙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	ELISA法	所有医疗机构
1277	250310065-a	胰岛素样生长因子-1测定	322503100650000	胰岛素样生长因子-1测定			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	化学发光法	实施价改的公立医院
1278	250310066	类胰岛素生长因子结合蛋白3(IGFBP-3)	322503100660000	类胰岛素生长因子测定			丙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	ELISA法	所有医疗机构
1279	250310066-a	胰岛素样生长因子结合蛋白-1检测	322504010450000	胰岛素样生长因子结合蛋白-1检测			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	胶体金法	所有医疗机构
1280	250310066-b	胰岛素样生长因子结合蛋白-3测定	322503109050000	胰岛素样生长因子结合蛋白-3测定			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	化学发光法	实施价改的公立医院
1281	250310067	胰岛素原定量测定	002503100420000	C肽兴奋试验			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	化学发光法	未实施价改医院
									72	72	72	72	72	72	72	72	实施价改的县级公立医院		
									70	70	70	70	70	70	70	70	实施价改的城市公立医院		
1282	250310068	妊娠相关血浆蛋白A测定	002507000100000	唐氏综合症筛查			乙	项	143	143	143	143	143	143	143	143	143	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									120	120	120	120	120	120	120	120	120		实施价改的城市公立医院
1283	250310071	抗缪勒氏管激素定量测定(AMH)	322503100630000	抗缪勒氏管激素定量测定(AMH)			乙	项	160	160	160	160	160	160	160	160	160	发光法	所有医疗机构
1284	250310072	抑制素A检测	322503100640000	抑制素测定			丙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
1285	250310073	抑制素B测定	322503100640000	抑制素测定			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	发光法	所有医疗机构
1286	250310074	脂联素测定	322503080100000	脂联素测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	发光法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
1287	250310075	术中甲状旁腺素快速测定	002503100090000	甲状旁腺素测定	术中组织液样本采集、处理、质控、进样、孵育、检测、打印检测报告或人工登记、术者对检测结果对照标准做鉴别，记录鉴别结论		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院	
1288	250310076	激素测定	322503109040000	激素测定	包括性激素、甲状腺激素、儿茶酚胺类激素。		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	质谱法	实施价改的公立医院	
	250311	骨质疏松的实验诊断																		
1289	250311001	尿CTx测定	002503110010000	尿CTx测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1290	250311002	尿NTx测定	002503110020000	尿NTx测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	报告g-尿Cr比值时，加尿肌酐测定费用（见250307002）	所有医疗机构	
1291	250311003	尿吡啶酚测定	002503110030000	尿吡啶酚测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	报告g-尿Cr比值时，加尿肌酐测定费用（见250307002）	所有医疗机构	
1292	250311004	尿脱氧吡啶酚测定	002503110040000	尿脱氧吡啶酚测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	报告g-尿Cr比值时，加尿肌酐测定费用（见250307002）	所有医疗机构	
1293	250311005	I型胶原羧基端前肽(PICP)测定	002503110050000	I型胶原羧基端前肽(PICP)测定			乙	项	130	130	130	130	130	130	130	130	130		未实施价改医院	
									111	111	111	111	111	111	111	111	111		实施价改的县级公立医院	
									110	110	110	110	110	110	110	110	110		实施价改的城市公立医院	
1294	250311005-a	I型胶原羧基末端肽(CTX)测定	002503110010000	尿CTX测定			乙	项	105	105	105	105	105	105	105	105	105	化学发光法，定量测定	未实施价改医院	
									89	89	89	89	89	89	89	89	89		实施价改的县级公立医院	
									85	85	85	85	85	85	85	85	85		实施价改的城市公立医院	
1295	250311008	I型胶原氨基末端肽(NTx)测定	002503110020000	尿NTx测定			乙	项	155	155	155	155	155	155	155	155	155	化学发光法，定量测定	未实施价改医院	
									132	132	132	132	132	132	132	132	132		132	实施价改的县级公立医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的城市公立医院	
1296	250311009	总I型胶原氨基末端肽(NTx)测定	002503110050000	I型胶原羧基端前肽(PICP)测定				项										发光法	公立医疗机构	
	2504	4. 临床免疫学检查			含各类特殊采血管															
	250401	免疫功能测定																		
1297	250401001	T淋巴细胞转化试验	002504010010000	T淋巴细胞转化试验			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构	
1298	250401002	T淋巴细胞花环试验	002504010020000	T淋巴细胞花环试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构	
1299	250401003	红细胞花环试验	002504010030000	红细胞花环试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构	
1300	250401004	细胞膜表面免疫球蛋白测定(SmIg)	002504010040000	细胞膜表面免疫球蛋白测定(SmIg)			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1301	250401005	中性粒细胞趋化功能试验	002504010050000	中性粒细胞趋化功能试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1302	250401006	硝基四氮唑蓝还原试验	002504010060000	硝基四氮唑蓝还原试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1303	250401007	白细胞粘附抑制试验	002504010070000	白细胞粘附抑制试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构	
1304	250401008	白细胞杀菌功能试验	002504010080000	白细胞杀菌功能试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1305	250401009	白细胞吞噬功能试验	002504010090000	白细胞吞噬功能试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1306	250401010	巨噬细胞吞噬功能试验	002504010100000	巨噬细胞吞噬功能试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
1307	250401011	自然杀伤淋巴细胞功能试验	002504010110000	自然杀伤淋巴细胞功能试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构	
1308	250401012	抗体依赖性细胞毒性试验	002504010120000	抗体依赖性细胞毒性试验			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1309	250401013	干扰素测定	002504010130000	干扰素测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	每类干扰素测定计价一次	所有医疗机构
1310	250401014	细胞因子测定	002504010140000	各种白介素测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	化学发光法。每种测定计费一次	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									55	55	55	55	55	55					实施价改的城市公立医院
1311	250401014-a	细胞因子测定	002504010140000	各种白介素测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法。每种测定计费一次	所有医疗机构
1312	250401015	溶菌酶测定	002504010150000	溶菌酶测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1313	250401016	抗淋巴细胞抗体试验	002504010160000	抗淋巴细胞抗体试验			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1314	250401017	肥大细胞脱颗粒试验	002504010170000	肥大细胞脱颗粒试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1315	250401018	B因子测定	002504010180000	B因子测定			甲	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构
1316	250401019	总补体测定(CH50)	002504010190000	总补体测定(CH50)			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法、试管溶血法同价	所有医疗机构
1317	250401019-b	总补体测定(CH50)	002504010190000	总补体测定(CH50)			乙	项	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	免疫比浊法(仪器定量)	所有医疗机构
1318	250401020	单项补体测定	002504010200000	单项补体测定	包括C1q、C1r、C1s、C2—C9包括血、尿标本		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	指各种免疫学方法、单扩法同价。每项测定计费一次	所有医疗机构
1319	250401020-a	补体测定(C3、C4)	002504010200000	单项补体测定			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1320	250401021	补体1抑制因子测定	002504010210000	补体1抑制因子测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1321	250401022	C3裂解产物测定(C3SP)	002504010220000	C3裂解产物测定(C3SP)			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1322	250401023	免疫球蛋白定量测定	002504010230000	免疫球蛋白定量测定	包括IgA、IgG、IgM、IgD、IgE		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法、单扩法同价。每项测定计费一次	所有医疗机构
1323	250401023-a	免疫球蛋白定量测定	002504010230000	免疫球蛋白定量测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	散射比浊法	所有医疗机构
1324	250401024	冷球蛋白测定	002504010240000	冷球蛋白测定			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
1325	250401025	C—反应蛋白测定(CRP)	002504010250000	C—反应蛋白测定(CRP)			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	散射比浊法	所有医疗机构
1326	250401025-a	C—反应蛋白测定(CRP)	002504010250000	C—反应蛋白测定(CRP)			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	各种免疫学方法、单扩法	所有医疗机构
1327	250401025-b	C—反应蛋白测定(CRP)	002504010250000	C—反应蛋白测定(CRP)			乙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	金标法(定量)	所有医疗机构
1328	250401026	纤维结合蛋白测定(Fn)	002504010260000	纤维结合蛋白测定(Fn)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1329	250401027	轻链KAPPA、LAMBDA定量(K-LC, λ-LC)	002504010270000	轻链KAPPA、LAMBDA定量(K-LC, λ-LC)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1330	250401027-a	游离Kappa轻链测定	002504010270000	轻链KAPPA、LAMBDA定量(K-LC, λ-LC)	用于血清中游离Kappa的测定		丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	免疫比浊法	实施价改的公立医院
1331	250401027-b	游离Lambda轻链测定	322504010270000	游离Lambda轻链测定	用于血清中游离Lamda的测定		丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	免疫比浊法	实施价改的公立医院
1332	250401028	铜蓝蛋白测定	002504010280000	铜蓝蛋白测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	散射比浊法	所有医疗机构
1333	250401028-a	铜蓝蛋白测定	002504010280000	铜蓝蛋白测定			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法、单扩法	所有医疗机构
1334	250401029	淋巴细胞免疫分析	002504010290000	淋巴细胞免疫分析			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	流式细胞仪法	所有医疗机构
1335	250401030	活化淋巴细胞测定	002504010300000	活化淋巴细胞测定			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	流式细胞仪法	所有医疗机构
1336	250401031	血细胞簇分化抗原(CD)系列检测	002504010310000	血细胞簇分化抗原(CD)系列检测			乙	每个抗原	35	35	35	35	35	35	35	35	35	流式细胞仪法	所有医疗机构
1337	250401033	免疫球蛋白亚类定量测定	002504010330000	免疫球蛋白亚类定量测定	包括IgG1、IgG2、IgG3、IgG4、IgA1、IgA2		乙	份	150	150	150	150	150	150	150	150	150	散射比浊法	所有医疗机构
1338	250401036	胎儿纤维连接蛋白检测	322504010420000	胎儿纤维连接蛋白检测			丙	次	250	250	250	250	250	250	250	250	250	fFN检测	未实施价改医院
									200	200	200	200	200	200	200	200	200		200
1339	250401037	血管内皮生长因子检测	002504010410000	内皮生长因子检测			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	酶联免疫法、发光法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围				
1361	250402006-b	抗双链DNA测定(抗dsDNA)	002504020060000	抗双链DNA测定(抗dsDNA)			乙	项	72	72	72	72	72	72	72	72	72	ELISA法	实施价改的县级公立医院				
									70	70	70	70	70	70							实施价改的城市公立医院		
1362	250402006-c	抗双链DNA测定(抗IgG)	002504020060000	抗双链DNA测定(抗dsDNA)			丙	项	120	120	120	120	120	120				酶联免疫法且定量快速测定,限二级及以上医疗机构开展	未实施价改医院				
									102	102	102	102	102	102					实施价改的县级公立医院				
									100	100	100	100	100	100					实施价改的城市公立医院				
1363	250402006-d	抗双链DNA测定(抗dsDNA)	002504020060000	抗双链DNA测定(抗dsDNA)			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	发光法	所有医疗机构		
1364	250402007	抗线粒体抗体测定(AMA)	002504020070000	抗线粒体抗体测定(AMA)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	免疫学方法	所有医疗机构		
1365	250402007-a	抗线粒体抗体测定(AMA)	002504020070000	抗线粒体抗体测定(AMA)			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	所有医疗机构	
1366	250402007-b	抗线粒体抗体测定(AMA-M2)	002504020070000	抗线粒体抗体测定(AMA)	包括抗核膜糖蛋白(GP210)抗体、抗可溶性酸性核蛋白(SP100)抗体测定		丙	项	125	125	125	125	125	125				酶联免疫法且定量快速测定,限二级及以上医疗机构开展	未实施价改医院				
									106	106	106	106	106	106					实施价改的县级公立医院				
									105	105	105	105	105	105					实施价改的城市公立医院				
1367	250402007-c	抗线粒体M2亚型抗体测定(AMA-M2)	002504020070000	抗线粒体抗体测定(AMA)	包括抗核膜糖蛋白(GP210)抗体、抗可溶性酸性核蛋白(SP100)抗体测定		乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	发光法	所有医疗机构		
1368	250402008	抗核骨架蛋白抗体测定(amin)	002504020080000	抗核骨架蛋白抗体测定(amin)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	免疫学方法	所有医疗机构	
1369	250402008-a	抗核骨架蛋白抗体测定(amin)	002504020080000	抗核骨架蛋白抗体测定(amin)			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫印迹法	所有医疗机构	
1370	250402009	抗核糖体抗体测定	002504020090000	抗核糖体抗体测定			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	免疫学方法	所有医疗机构	
1371	250402009-a	抗核糖体抗体测定	002504020090000	抗核糖体抗体测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫印迹法	所有医疗机构	
1372	250402010	抗核糖核蛋白抗体测定	002504020100000	抗核糖核蛋白抗体测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	免疫学方法	所有医疗机构	
1373	250402010-a	抗核糖核蛋白抗体测定	002504020100000	抗核糖核蛋白抗体测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫印迹法	所有医疗机构	
1374	250402011	抗染色体抗体测定	002504020110000	抗染色体抗体测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	免疫学方法	所有医疗机构
1375	250402011-a	抗染色体抗体测定	002504020110000	抗染色体抗体测定			乙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	免疫印迹法	所有医疗机构
1376	250402012	抗血液细胞抗体测定	002504020120000	抗血液细胞抗体测定	包括红细胞抗体、淋巴细胞抗体、巨噬细胞抗体、血小板抗体测定		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1377	250402013	抗肝细胞特异性脂蛋白抗体测定	002504020130000	抗肝细胞特异性脂蛋白抗体测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1378	250402014	抗组织细胞抗体测定	002504020140000	抗组织细胞抗体测定	包括肝细胞、胃壁细胞、胰岛细胞、肾上腺细胞、骨骼肌、平滑肌等抗体测定		丙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
1379	250402015	抗心肌抗体测定(AHA)	002504020150000	抗心肌抗体测定(AHA)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	凝集法、各种免疫学方法	所有医疗机构	
1380	250402016	抗心磷脂抗体测定(ACA)	002504020160000	抗心磷脂抗体测定(ACA)	包括IgA、IgM、IgG		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1381	250402016-a	抗心磷脂抗体测定(ACA)	002504020160000	抗心磷脂抗体测定(ACA)			乙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80	ELISA法	未实施价改医院				
									72	72	72	72	72	72	72	72	72		实施价改的县级公立医院				
									70	70	70	70	70	70					实施价改的城市公立医院				
1382	250402016-b	抗心磷脂抗体测定(IgM)	002504020160200	抗心磷脂抗体测定(ACA)(IgM)	包括IgG		丙	项	135	135	135	135	135	135				酶联免疫法且定量快速测定,限二级及以上医疗机构开展	未实施价改医院				
									115	115	115	115	115	115					实施价改的公立医院				
1383	250402016-c	抗心磷脂抗体测定(ACA)	002504020160000	抗心磷脂抗体测定(ACA)	包括IgA、IgM、IgG		乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70	发光法	所有医疗机构
1384	250402017	抗甲状腺球蛋白抗体测定(TGAb)	002504020170000	抗甲状腺球蛋白抗体测定(TGAb)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	凝集法、各种免疫学方法	所有医疗机构	
1385	250402017-a	抗甲状腺球蛋白抗体测定(TGAb)	002504020170000	抗甲状腺球蛋白抗体测定(TGAb)			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									35	35	35	35	35	35					实施价改的城市公立医院				

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1386	250402017-b	甲状腺球蛋白测定	002503100530000	甲状腺球蛋白(TG)测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									55	55	55	55	55	55					实施价改的城市公立医院
1387	250402018	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)	002504020180000	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法	所有医疗机构
1388	250402018-a	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)	002504020180000	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									35	35	35	35	35	35					实施价改的城市公立医院
1389	250402019	抗肾小球基底膜抗体测定	002504020190000	抗肾小球基底膜抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	凝集法、各种免疫学方法同价	所有医疗机构
1390	250402019-a	抗肾小球基底膜抗体测定(GBM)	002504020190000	抗肾小球基底膜抗体测定			丙	项	140	140	140	140	140	140				酶联免疫法且定量快速测定,限二级及以上医疗机构开展	未实施价改医院
									119	119	119	119	119	119					实施价改的县级公立医院
									115	115	115	115	115	115					实施价改的城市公立医院
1391	250402019-b	抗肾小球基底膜抗体IgG测定	002504020190000	抗肾小球基底膜抗体测定			乙	项	88	88	88	88	88	88	88	88	88	发光法	所有医疗机构
1392	250402022	抗卵巢抗体测定	002504020220000	抗卵巢抗体测定			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1393	250402023	抗子宫内膜抗体测定(EMAb)	002504020230000	抗子宫内膜抗体测定(EMAb)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1394	250402024	抗精子抗体测定	002504020240000	抗精子抗体测定	包括血清、精浆、宫颈黏液		丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1395	250402025	抗硬皮病抗体测定	002504020250000	抗硬皮病抗体测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
1396	250402026	抗胰岛素抗体测定	002504020260000	抗胰岛素抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	凝集法	所有医疗机构
1397	250402026-a	抗胰岛素抗体测定	002504020260000	抗胰岛素抗体测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	ELISA法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									45	45	45	45	45	45					实施价改的城市公立医院
1398	250402026-b	抗胰岛素抗体测定	002504020260000	抗胰岛素抗体测定			丙	项	145	145	145	145	145	145				酶联免疫法且定量快速测定,限二级及以上医疗机构开展	所有医疗机构
1399	250402026-c	抗胰岛素抗体测定	002504020260000	抗胰岛素抗体测定			乙	项	79	79	79	79	79	79	79	79	79	发光法	所有医疗机构
1400	250402027	抗胰岛素受体抗体测定	002504020270000	抗胰岛素受体抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1401	250402028	抗乙酰胆碱受体抗体测定	002504020280000	抗乙酰胆碱受体抗体测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1402	250402029	抗磷酸抗体测定	002504020290000	抗磷酸抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1403	250402030	抗鞘磷脂抗体测定	002504020300000	抗鞘磷脂抗体测定	包括IgA、IgG、IgM		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1404	250402031	抗白蛋白抗体测定	002504020310000	抗白蛋白抗体测定	包括IgA、IgG、IgM		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1405	250402032	抗补体抗体测定	002504020320000	抗补体抗体测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1406	250402033	抗载脂蛋白抗体测定	002504020330000	抗载脂蛋白抗体测定	包括A1、B抗体测定		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1407	250402034	抗内因子抗体测定	002504020340000	抗内因子抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1408	250402034-a	抗内因子抗体检测	002504020340000	抗内因子抗体测定			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	化学发光法	未实施价改医院
									63	63	63	63	63	63	63	63	63		实施价改的县级公立医院
									65	65	65	65	65	65					实施价改的城市公立医院
1409	250402035	类风湿因子(RF)测定	002504020350000	类风湿因子(RF)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	凝集法、各种免疫学方法同价	所有医疗机构
1410	250402035-a	类风湿因子(RF)测定	002504020350000	类风湿因子(RF)测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	散射比浊法	所有医疗机构
1411	250402035-b	类风湿因子(RF)测定	002504020350000	类风湿因子(RF)测定			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	发光法	所有医疗机构
1412	250402036	抗增殖细胞核抗原抗体(抗PCNA)测定	002504020360000	抗增殖细胞核抗原抗体(抗PCNA)测定			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
									80	80	80	80	80	80					实施价改的城市公立医院
1433	250402049-a	抗组蛋白抗体(AHA)测定	002504020490000	抗组蛋白抗体(AHA)测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	发光法	所有医疗机构
1434	250402053	抗α胞衬蛋白抗体测定	002504020530000	抗α胞衬蛋白抗体测定			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	酶联免疫法, 定量测定	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1435	250402057	酪氨酸磷酸酶抗体(IA2A)	322504021280000	酪氨酸磷酸酶抗体(IA2A)			乙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	ELISA法	所有医疗机构
1436	250402057-a	抗酪氨酸磷酸酶(IA2)抗体检测	002504020610000	抗酪氨酸磷酸酶(IA2)抗体检测			乙	项	76	76	76	76	76	76	76	76	76	发光法	所有医疗机构
1437	250402058	抗突变型瓜氨酸波型蛋白抗体测定	002504020180000	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)			丙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	酶联免疫法, 定量测定	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1438	250402059	抗C1q抗体测定	002504021180000	抗C1q抗体测定			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	酶联免疫法, 定量测定	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1439	250402060	结核感染T细胞检测	322504030910000	结核感染T细胞检测			乙	项	660	660	660	660	660	660	660	660	660	指用于区分接种疫苗后的人型杆菌和牛型杆菌的检测。	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1440	250402061	自身免疫性肌炎抗体谱检测	322504020610000	自身免疫性肌炎抗体谱检测	含抗Jo-1、抗Mi-2、抗PM-Scl、抗U1-snRNP和抗Ku抗体		乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	免疫印迹法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1441	250402062	抗甲状腺过氧化物酶抗体检测	002504020180000	抗甲状腺微粒体抗体测定(TMAb)			乙	项	79	79	79	79	79	79	79	79	79	发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1442	250402063	神经元抗原谱抗体检测	322504010460000	神经元抗原谱抗体检测			乙	项	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
1443	250402064	抗谷氨酸受体抗体检测	322504020640000	抗谷氨酸受体抗体检测			乙	项	215	215	215	215	215	215	215	215	215		所有医疗机构
1444	250402065	慢性炎症性肠病抗体检测	322504020650000	慢性炎症性肠病抗体检测			乙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110		所有医疗机构
1445	250402066	涎液化糖链抗原KL-6检测	322504020660000	涎液化糖链抗原KL-6检测			乙	项	200	200	200	200	200	200	200	200	200	发光法	所有医疗机构
1446	250402067	锌转运蛋白8抗体测定	322504021300000	锌转运蛋白8抗体测定			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	发光法	所有医疗机构
1447	250402068	基质金属蛋白酶-3测定	322503010240000	基质金属蛋白酶-3测定			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	胶乳凝集比浊法	所有医疗机构
	250403	感染免疫学检测																	
1448	250403001	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	002504030010000	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	包括IgG、IgM		甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4		所有医疗机构
1449	250403001-a	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	002504030010000	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	酶免疫法、放免法	所有医疗机构
1450	250403001-b	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	002504030010000	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1451	250403001-c	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)	002504030010000	甲型肝炎抗体测定(Anti-HAV)			乙	项	86	86	86	86	86	86	86	86	86	各种发光法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1452	250403002	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)	002504030020000	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	各种免疫学方法	所有医疗机构
1453	250403002-a	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)	002504030020000	甲型肝炎抗原测定(HAVAg)			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	荧光探针法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1454	250403003	乙型肝炎DNA测定	002504030030000	乙型肝炎DNA测定			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1455	250403003-a	乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸扩增定量检测	002504030030000	乙型肝炎DNA测定	采用全自动核酸分离纯化仪从血源样本中提出核酸，利用全自动PCR分析系统扩增、监测和量化病毒体的DNA，定量检测人血浆中的HBV核酸。		丙	次	565	565	565	565	565	565	565	565	565	超敏PCR法，应符合《江苏省临床基因扩增检验技术规范（试行）》实验室开展。	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1456	250403004	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)	002504030040000	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ELISA法	所有医疗机构
1457	250403004-a	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)	002504030040000	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)			乙/甲	项	26	26	26	26	26	26	26	26	26	化学发光法、免疫荧光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1458	250403004-b	乙型肝炎表面抗原测定	002504030040000	乙型肝炎表面抗原测定(HBsAg)			乙/甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	金标法（定性）；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1459	250403005	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)	002504030050000	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ELISA法	所有医疗机构
1460	250403005-a	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)	002504030050000	乙型肝炎表面抗体测定(Anti-HBs)			乙/甲	项	26	26	26	26	26	26	26	26	26	化学发光法、免疫荧光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1461	250403006	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)	002504030060000	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	免疫学法	所有医疗机构
1462	250403006-a	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)	002504030060000	乙型肝炎e抗原测定(HBeAg)			乙/甲	项	28	28	28	28	28	28	28	28	28	化学发光法、免疫荧光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1463	250403007	乙型肝炎e抗体测定(Anti-HBe)	002504030070000	乙型肝炎e抗体测定(Anti-HBe)			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	免疫学法	所有医疗机构
1464	250403007-a	乙型肝炎e抗体测定(Anti-HBe)	002504030070000	乙型肝炎e抗体测定(Anti-HBe)			乙/甲	项	26	26	26	26	26	26	26	26	26	化学发光法、免疫荧光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1465	250403008	乙型肝炎核心抗原测定(HBcAg)	002504030080000	乙型肝炎核心抗原测定(HBcAg)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1466	250403009	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)	002504030090000	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ELISA法	所有医疗机构
1467	250403009-a	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)	002504030090000	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)			乙/甲	项	24	24	24	24	24	24	24	24	24	化学发光法、免疫荧光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1468	250403009-c	乙型肝炎核心抗体测定(IgM)(Anti-HBc)	002504030090000	乙型肝炎核心抗体测定(Anti-HBc)			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8	ELISA法	所有医疗机构
1469	250403010	乙型肝炎核心IgM抗体测定(Anti-HBcIgM)	002504030100000	乙型肝炎核心IgM抗体测定(Anti-HBcIgM)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1470	250403011	乙型肝炎表面S抗原测定	002504030110000	乙型肝炎病毒外膜蛋白前S1抗原测定	包括前S1、前S2抗原		甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1471	250403011-a	乙型肝炎表面S抗原测定	002504030110000	乙型肝炎病毒外膜蛋白前S1抗原测定			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	ELISA法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1471	250403011-a	乙型肝炎表面前S1抗体测定	002504030110000	乙型肝炎表面前S1抗体			乙	项	25	25	25	25	25	25				ELISA法	实施价改的城市公立医院
1472	250403011-b	乙型肝炎病毒大蛋白测定	002504030120000	乙型肝炎病毒外膜蛋白前S2抗原测定			甲	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45	酶联免疫法	所有医疗机构
1473	250403012	乙型肝炎表面前S抗体测定	002504030120100	乙型肝炎病毒外膜蛋白前S2抗原测定(前S2抗体测定)	包括前S1、前S2抗体		甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1474	250403012-a	乙型肝炎表面前S抗体测定	002504030120100	乙型肝炎病毒外膜蛋白前S2抗原测定(前S2抗体测定)			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	ELISA法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1475	250403013	丙型肝炎RNA测定	002504030130000	丙型肝炎RNA测定			甲	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1476	250403013-a	丙型肝炎病毒核糖核酸扩增定量检测	002504030130000	丙型肝炎RNA测定	采用全自动核酸分离纯化仪从血液样本中提出核酸，利用全自动PCR分析系统扩增、监测和量化病原体的RNA，定量检测人血浆或血清中的丙型肝炎病毒（HCV）RNA。		丙	次	585	585	585	585	585	585	585	585	585	超敏PCR法，应符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1477	250403014	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)	002504030140000	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1478	250403014-a	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)	002504030140000	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)			乙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110	各种发光法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1479	250403014-c	丙型肝炎抗体确认试验	002504030140000	丙型肝炎抗体测定 (Anti-HCV)	指抗体筛查阳性后的确认试验		乙	次	350	350	350	350	350	350	350	350	350	重组免疫印迹法	所有医疗机构
1480	250403015	丁型肝炎抗体测定 (Anti-HDV)	002504030150000	丁型肝炎抗体测定 (Anti-HDV)			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1481	250403015-a	丁型肝炎抗体测定 (Anti-HDV)	002504030150000	丁型肝炎抗体测定 (Anti-HDV)			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	各种发光法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1482	250403016	丁型肝炎抗原测定 (HDVAg)	002504030160000	丁型肝炎抗原测定 (HDVAg)			甲	项	18	18	18	18	18	18	18	18	18		所有医疗机构
1483	250403017	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)	002504030170000	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)	包括IgG、IgM		甲	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	各种免疫学方法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1484	250403017-a	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)	002504030170000	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	荧光探针法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1485	250403017-b	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)	002504030170000	戊型肝炎抗体测定 (Anti-HEV)			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	各种发光法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1486	250403018	庚型肝炎IgG抗体测定 (Anti-HGVIG)	002504030180000	庚型肝炎IgG抗体测定 (Anti-HGVIG)			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	各种免疫学方法	所有医疗机构
1487	250403018-a	庚型肝炎IgG抗体测定	002504030180000	庚型肝炎IgG抗体测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	荧光探针法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围					
1487	250403019-a	(Anti-HGVIgG)	002504030190000	(Anti-HGVIgG)			乙	项	55	55	55	55	55	55				荧光标记法	实施价改的城市公立医院					
1488	250403019	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	002504030190000	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	各种免疫学方法、单扩法	所有医疗机构					
1489	250403019-a	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	002504030190000	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)			乙/甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	印度法、酶免法、干免疫法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院					
									35	35	35	35	35	35										实施价改的城市公立医院
1490	250403019-b	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	002504030190000	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	化学发光法、免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									80	80	80	80	80	80										实施价改的城市公立医院
1491	250403019-c	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	002504030190000	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)	指尿液标本		乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	酶联免疫法	未实施价改医院				
									48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48			实施价改的县级公立医院
									45	45	45	45	45	45	45	45								实施价改的城市公立医院
1492	250403019-d	艾滋病抗体测定	002504030190000	人免疫缺陷病毒抗体测定 (Anti-HIV)			乙/甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	金标法 (定性)；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									35	35	35	35	35	35										实施价改的城市公立医院
1493	250403020	弓形体抗体测定	002504030200000	弓形体抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	各种免疫学方法	所有医疗机构				
1494	250403020-b	弓形体抗体测定	002504030200000	弓形体抗体测定			乙	项	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									85	85	85	85	85	85										实施价改的城市公立医院
1495	250403021	风疹病毒抗体测定	002504030210000	风疹病毒抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构				
1496	250403021-a	风疹病毒抗体测定	002504030210000	风疹病毒抗体测定			乙	项	93	93	93	93	93	93	93	93	93	93	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									85	85	85	85	85	85										实施价改的城市公立医院
1497	250403022	巨细胞病毒抗体测定	002504030220000	巨细胞病毒抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	化学发光法、免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									25	25	25	25	25	25										实施价改的城市公立医院
1498	250403022-a	巨细胞病毒抗体测定	002504030220000	巨细胞病毒抗体测定			乙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	化学发光法、免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									80	80	80	80	80	80										实施价改的城市公立医院
1499	250403023	单纯疱疹病毒抗体测定	002504030230000	单纯疱疹病毒抗体测定	包括 I 型、II 型		甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	各种免疫学方法	所有医疗机构				
1500	250403023-a	单纯疱疹病毒抗体测定	002504030230000	单纯疱疹病毒抗体测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									45	45	45	45	45	45										实施价改的城市公立医院
1501	250403024	单纯疱疹病毒抗体测定	002504030230000	单纯疱疹病毒抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构				
1502	250403025	EB病毒抗体测定	002504030250000	EB病毒抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	各种免疫学方法	所有医疗机构				
1503	250403025-a	EB病毒抗体测定	002504030250000	EB病毒抗体测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院				
									45	45	45	45	45	45										实施价改的城市公立医院
1504	250403025-b	EB病毒抗体检测	002504030250000	EB病毒抗体测定			乙	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	发光法	所有医疗机构				

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1505	250403026	呼吸道合胞病毒抗体测定	002504030260000	呼吸道合胞病毒抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1506	250403027	呼吸道合胞病毒抗原测定	002504030270000	呼吸道合胞病毒抗原测定			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1507	250403028	副流感病毒抗体测定	002504030280000	副流感病毒抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1508	250403029	天疱疮抗体测定	002504030290000	天疱疮抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1509	250403030	水痘一带状疱疹病毒抗体测定	002504030300000	水痘一带状疱疹病毒抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1510	250403031	腺病毒抗体测定	002504030310000	腺病毒抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1511	250403031-a	腺病毒抗体测定	002504030310000	腺病毒抗体测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1512	250403032	人轮状病毒抗原测定	002504030320000	人轮状病毒抗原测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1513	250403033	流行性出血热病毒抗体测定	002504030330000	流行性出血热病毒抗体测定	包括IgG、IgM		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1514	250403034	狂犬病病毒抗体测定	002504030340000	狂犬病病毒抗体测定			丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	凝集法、各种免疫学方法同价	所有医疗机构
1515	250403035	病毒血清学试验	002504030350000	病毒血清学试验	包括脊髓灰质炎病毒、柯萨奇病毒、流行性乙型脑炎病毒、流行性腮腺炎病毒、麻疹病毒		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1516	250403036	嗜异性凝集试验	002504030360000	嗜异性凝集试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1517	250403037	冷凝集试验	002504030370000	冷凝集试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1518	250403038	肥达氏反应	002504030380000	肥达氏反应			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1519	250403039	外斐氏反应	002504030390000	外斐氏反应			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1520	250403040	斑疹伤寒抗体测定	002504030400000	斑疹伤寒抗体测定			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1521	250403041	布氏杆菌凝集试验	002504030410000	布氏杆菌凝集试验			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1522	250403042	细菌抗体测定	002504030420000	细菌抗体测定	包括结核杆菌、破伤风杆菌、百日咳杆菌、军团菌、幽门螺杆菌		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1523	250403042-a	细菌抗体测定	002504030420000	细菌抗体测定			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1524	250403042-c	细菌抗体测定	002504030420000	细菌抗体测定	含LAM、16KDa、38KDa		丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	蛋白芯片法。医院应提供同类单项测定和左列同时做多项目测定，由病人自愿选择	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1525	250403042-d	幽门螺杆菌抗体测定	002504030420000	细菌抗体测定	指现症感染检测		丙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1526	250403042-e	幽门螺杆菌抗体IgG测定	002504030420000	细菌抗体测定	含CagA、VacA、Ure等三种抗原的IgG抗体测定		丙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90	蛋白芯片法	所有医疗机构
1527	250403043	抗链球菌溶血素O测定(ASO)	002504030430000	抗链球菌溶血素O测定(ASO)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	凝集法	所有医疗机构
1528	250403043-a	抗链球菌溶血素O测定(ASO)	002504030430000	抗链球菌溶血素O测定(ASO)			乙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	免疫法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围					
1529	250403045	鼠疫血清学试验	002504030450000	鼠疫血清学试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构					
1530	250403047	耶尔森氏菌血清学试验	002504030470000	耶尔森氏菌血清学试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构					
1531	250403048	组织胞浆菌血清学试验	002504030480000	组织胞浆菌血清学试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构					
1532	250403050	肺炎支原体血清学试验	002504030500000	肺炎支原体血清学试验			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	凝集法	所有医疗机构					
1533	250403050-a	肺炎支原体血清学试验	002504030500000	肺炎支原体血清学试验			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院					
									45	45	45	45	45	45				实施价改的城市公立医院						
1534	250403050-b	肺炎支原体血清学试验	002504030500000	肺炎支原体血清学试验			乙	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35	ELISA法	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院					
									33	33	33	33	33	33	33	33	33	实施价改的县级公立医院						
1535	250403051	沙眼衣原体肺炎血清学试验	002504030510000	沙眼衣原体肺炎血清学试验			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构					
1536	250403052	立克次体血清学试验	002504030520000	立克次体血清学试验			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构					
1537	250403053	梅毒螺旋体特异抗体测定	002504030530000	梅毒螺旋体特异抗体测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20	凝集法	所有医疗机构					
1538	250403053-a	梅毒螺旋体特异抗体测定	002504030530000	梅毒螺旋体特异抗体测定			乙/甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	免疫印迹法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院					
									30	30	30	30	30	30				实施价改的城市公立医院						
1539	250403053-b	梅毒螺旋体特异抗体测定	002504030530000	梅毒螺旋体特异抗体测定			乙/甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	金标法（定性）；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院					
									30	30	30	30	30	30				实施价改的城市公立医院						
1540	250403053-c	梅毒螺旋体特异抗体测定	002504030530000	梅毒螺旋体特异抗体测定			乙/甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院					
									38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	实施价改的县级公立医院		
									35	35	35	35	35	35				实施价改的城市公立医院						
1541	250403053-d	梅毒螺旋体特异抗体测定	002504030530000	梅毒螺旋体特异抗体测定			乙/甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	ELISA法；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院					
									28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	实施价改的县级公立医院
									25	25	25	25	25	25				实施价改的城市公立医院						
1542	250403054	快速血浆反应素检测	002504030540000	快速血浆反应素试验(RPR)			丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构					
1543	250403054-a	快速血浆反应素测定	002504030540000	快速血浆反应素试验(RPR)	需报告滴度		丙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构					
1544	250403055	不加热血清反应素试验	002504030550000	不加热血清反应素试验			甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构					
1545	250403056	钩端螺旋体病血清学试验	002504030560000	钩端螺旋体病血清学试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构					
1546	250403057	莱姆氏螺旋体抗体测定	002504030570000	莱姆氏螺旋体抗体测定			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构					
1547	250403058	念珠菌病血清学试验	002504030580000	念珠菌病血清学试验			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构					
1548	250403059	曲霉菌血清学试验	002504030590000	曲霉菌血清学试验			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构					
1549	250403060	新型隐球菌荚膜抗原测定	002504030600000	新型隐球菌荚膜抗原测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构					
1550	250403060-a	隐球菌荚膜抗原测定	002504030600000	新型隐球菌荚膜抗原测定	指脑脊液标本		甲	次	123	123	123	123	123	123	123	123	123	胶体金法	所有医疗机构					
1551	250403061	孢子丝菌血清学试验	002504030610000	孢子丝菌血清学试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构					
1552	250403062	球孢子菌血清学试验	002504030620000	球孢子菌血清学试验			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构					

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围		
1553	250403063	猪囊尾蚴抗原和抗体测定	002504030630000	猪囊尾蚴抗原和抗体测定			甲	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	每项测定计价一次	所有医疗机构		
1554	250403063-a	猪囊尾蚴抗原和抗体测定	002504030630000	猪囊尾蚴抗原和抗体测定			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	酶联法、循环抗原	所有医疗机构		
1555	250403063-b	猪囊尾蚴抗原和抗体测定	002504030630000	猪囊尾蚴抗原和抗体测定			乙	项	95	95	95	95	95	95	95	95	95	酶联法、特异性抗体	所有医疗机构		
1556	250403064	肺吸虫抗原和抗体测定	002504030640000	肺吸虫抗原和抗体测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	每项测定计价一次	所有医疗机构		
1557	250403065	各类病原体DNA测定	002504030650000	各类病原体DNA测定			丙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	每类病原体测定计费一次	所有医疗机构		
1558	250403065-a	各类病原体DNA测定	002504030650000	各类病原体DNA测定			丙	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150	使用全自动荧光定量检测	所有医疗机构		
1559	250403066	人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测	002504030660000	人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测			乙	项	200	200	200	200	200	200	200	200	200	多重PCR法	所有医疗机构		
1560	250403066-a	人乳头瘤病毒(HPV)DNA检测	002504030660000	人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测			乙	次	320	320	320	320	320	320	320	320	320	指Hc ² 二代杂交捕获法	所有医疗机构		
1561	250403066-b	人乳头瘤病毒(HPV)分型检测	002504030660000	人乳头瘤病毒(HPV)核酸检测			乙	每个亚型	15	15	15	15	15	15	15	15	15	最多不超过300元,各种方法同价	所有医疗机构		
1562	250403068	人类免疫缺陷病毒-核糖核酸扩增定量检测	002504030680100	尿液人类免疫缺陷病毒1型(HIV-1)抗体测定(RNA定量测定)			乙	次	900	900	900	900	900	900	900	900	900	超敏PCR法, 应符合《江苏省临床基因扩增检验技术规范(试行)》实验室开展。	所有医疗机构		
									90	90	90	90	90	90	90	90	90				
									81	81	81	81	81	81	81	81	81				
1563	250403076-a	肺炎支原体抗体IgG测定	002505010340000	支原体培养及药敏	包括IgM		乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	酶联免疫法, 定量测定	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院	
1564	250403076-b	肺炎支原体抗体IgG检测	002505010340000	支原体培养及药敏	包括IgM		乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	80	发光法	所有医疗机构
1565	250403078	幽门螺杆菌快速检测	002504030780000	幽门螺杆菌快速检测			甲	项	46	46	46	46	46	46	46	46	46	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院	实施价改的县级公立医院		
									44	44	44	44	44	44	44	44	44				
1566	250403079	13碳尿素呼气试验	002504030790000	13碳尿素呼气试验			乙	次	250	250	250	250	250	250	250	250	250	未实施价改医院	实施价改的公立医院		
									150	150	150	150	150	150	150	150	150				
1567	250403080	幽门螺杆菌粪便抗原检查	002504030800000	幽门螺杆菌粪便抗原检查			乙	项	142	142	142	142	142	142	142	142	142	未实施价改医院	实施价改的县级公立医院		
									121	121	121	121	121	121	121	121	121				
									120	120	120	120	120	120	120	120	120				
1568	250403082	丙型肝炎核心抗原测定	002504030840000	丙型肝炎核心抗原测定			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	未实施价改医院	实施价改的县级公立医院		
									63	63	63	63	63	63	63	63	63				
									65	65	65	65	65	65	65	65	65				
1569	250403082-a	丙型肝炎核心抗原测定	002504030840000	丙型肝炎核心抗原测定			乙	项	110	110	110	110	110	110	110	110	110	110	发光法	所有医疗机构	
1570	250403083	呼吸道感染病原体IgM抗体检测	002504030270000	呼吸道合胞病毒抗原测定	包括嗜肺军团菌血清1型、肺炎支原体、Q热立克次体、肺炎衣原体、腺病毒、呼吸道合胞病毒、甲型流感病毒、乙型流感病毒和副流感病毒1、2和3型等9项。		乙	项	48	48	48	48	48	48	48	48	48	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院	实施价改的县级公立医院		
									45	45	45	45	45	45	45	45	45				
1571	250403083-a	呼吸道病毒抗原鉴定	002504030270000	呼吸道合胞病毒抗原测定	包括流感病毒A型、流感病毒B型、呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒1型、2型和3型。		乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	未实施价改医院	实施价改的县级公立医院		
									48	48	48	48	48	48	48	48	48				
									45	45	45	45	45	45	45	45	45				
1572	250403083-b	呼吸道病毒抗原检测	002504030270000	呼吸道合胞病毒抗原测定	含流感病毒A型、流感病毒B型、呼吸道合胞病毒、腺病毒、副流感病毒1型、2型和3型。		乙	次	95	95	95	95	95	95	95	95	95	未实施价改医院	实施价改的县级公立医院		
									86	86	86	86	86	86	86	86	86				
									85	85	85	85	85	85	85	85	85				
1573	250403085	A群链球菌抗原检测	002505030030000	病原体乳胶凝集试验快速检测	包括B族链球菌检测		乙	次	119	119	119	119	119	119	119	119	119	119	胶体金法	所有医疗机构	
1574	250403086	胃泌素-17检测	002503100440000	胃泌素测定			乙	项	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	105	发光法、各种免疫学方法同价	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1575	250403087	曲霉菌免疫学试验	002504030590000	曲霉菌血清学试验			乙	次	190	190	190	190	190	190	190	190	190	酶联免疫法	所有医疗机构
1576	250403088	病原体核酸扩增定性检测	002504030650000	各类病原体DNA测定			丙	项	185	185	185	185	185	185	185	185	185		所有医疗机构
1577	250403089	淋病奈瑟菌抗原检测	002505010140000	淋球菌培养	包括沙眼衣原体抗原检测		乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	免疫学方法	所有医疗机构
1578	250403091	新型冠状病毒抗体检测	002504030860000	新型冠状病毒抗体检测	含试剂等耗材。包括总抗体、IgM、IgG		丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	新冠肺炎疫情防控期间按照苏医保电传【2020】4号文执行。	实施价改的公立医院
1579	1250403091	新型冠状病毒抗体检测	002504030860000	新型冠状病毒抗体检测	含试剂等耗材。包括总抗体、IgM、IgG		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	限新冠肺炎确诊和疑似病例。	实施价改的公立医院
1580	250403092	新型冠状病毒核酸检测	002504030850000	新型冠状病毒核酸检测	含试剂等耗材。不少于2个靶标		丙	次	16	16	16	16	16	16	16	16	16	RT-PCR法。应符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范(试行)》实验室开展。新冠肺炎疫情防控期间按照苏医保电传【2020】4号文执行。指单人单检。	公立医院
1581	250403092-a	新型冠状病毒核酸检测	002504030850000	新型冠状病毒核酸检测	含试剂等耗材。不少于2个靶标		丙	人次	4	4	4	4	4	4	4	4	4	指按规定开展的个人混采检测。	公立医院
1582	1250403092	新型冠状病毒核酸检测	002504030850000	新型冠状病毒核酸检测	含试剂等耗材。不少于2个靶标		甲	次	16	16	16	16	16	16	16	16	16	疫情常态化防控期间，“应检尽检”人群中的发热门诊患者、新住院患者，按规定开展单人单检的。医保统筹	公立医院
1583	1250403092-a	新型冠状病毒核酸检测	002504030850000	新型冠状病毒核酸检测	含试剂等耗材。不少于2个靶标		甲	人次	4	4	4	4	4	4	4	4	4	疫情常态化防控期间，“应检尽检”人群中的新住院患者，按规定开展混采检测，医保统筹基金支付1次。	公立医院
1584	1250403093	新型冠状病毒抗原检测	322504031610000	新型冠状病毒抗原检测	采集样本开展新型冠状病毒抗原检测，含样本的采集、处理、标记、回收，出具诊断结果。	试剂(含采样器具)	甲	人次	2	2	2	2	2	2	2	2	2	对符合国家和省疫情防控规定的适用人群提供检测服务。单次检测总价格“价格项目+检测试剂(含采样器具)”最高不超过6元。个人自测的，不得收取检测服务项目费用。	公立医院
1585	250403094	呼吸道病原体核酸检测	002504030650000	各类病原体DNA测定	对各种下呼吸道病原体进行检测。			每种病原体										限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范(试行)》的实验室开展	公立医疗机构
		肿瘤相关抗原测定																	
1586	250404001	癌胚抗原测定(CEA)	002504040010000	癌胚抗原测定(CEA)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1587	250404001-a	癌胚抗原测定(CEA)	002504040010000	癌胚抗原测定(CEA)			乙	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1588	250404002	甲胎蛋白测定(AFP)	002504040020000	甲胎蛋白测定(AFP)			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	各种免疫学方法	所有医疗机构
1589	250404002-a	甲胎蛋白测定(AFP)	002504040020000	甲胎蛋白测定(AFP)			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	化学发光法、荧光免疫法	所有医疗机构
1590	250404004	碱性胎儿蛋白测定(BFP)	002504040040000	碱性胎儿蛋白测定(BFP)			丙	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
1591	250404005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)	002504040050000	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1592	250404005-a	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)	002504040050000	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)			乙	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1593	250404006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)	002504040060000	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1594	250404006-a	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)	002504040060000	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1595	250404006-b	前列腺特异性抗原同源异构体测定	322504040490000	前列腺特异性抗原同源异构体测定			丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1596	250404007	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定	002504040070000	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1597	250404008	前列腺酸性磷酸酶测定(PAP)	002504040080000	前列腺酸性磷酸酶测定(PAP)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1598	250404008-a	前列腺酸性磷酸酶测定(PAP)	002504040080000	前列腺酸性磷酸酶测定(PAP)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1599	250404009	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)	002504040090000	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1600	250404009-a	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)	002504040090000	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院 实施价改的城市公立医院
1601	250404010	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)	002504040100000	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1602	250404010-a	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)	002504040100000	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1603	250404011	糖类抗原测定	002504040110000	糖类抗原测定	包括CA-27、CA-29、CA-50、CA-125、CA15-3、CA130、CA19-9、CA24-2、CA72-4等等		甲	每种抗原	40 35	40 35	40 35	40 35	40 35	40 35	40	40	40	各种免疫学方法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1604	250404011-a	糖类抗原测定	002504040110000	糖类抗原测定			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1605	250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)	002504040120000	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	指各种免疫学方法	所有医疗机构
1606	250404012-a	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)	002504040120000	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院 实施价改的城市公立医院
1607	250404013	肿瘤坏死因子测定(TNF)	002504040130000	肿瘤坏死因子测定(TNF)			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30	各种免疫学方法	所有医疗机构
1608	250404013-a	肿瘤坏死因子测定(TNF)	002504040130000	肿瘤坏死因子测定(TNF)			乙	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70	化学发光法、荧光免疫法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1609	250404014	肿瘤相关抗原测定	002504040140000	肿瘤相关抗原测定	包括MG-Ags、TA-4		甲	项	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70 65	70	70	70		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1610	250404014-a	肿瘤相关抗原测定	002504040140000	肿瘤相关抗原测定	含AFP、CA15-3、CA19-9、CA125、CA242、CEA、HGH、Ferritin、β-HCG、PSA、f-PSA、NSE		乙	次	320 285	320 285	320 285	320 285	320 285	320 285	320	320	320	蛋白芯片法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1611	250404014-b	血清肿瘤相关物质检测	322504040380000	血清肿瘤相关物质检测			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	生化法、免疫测定	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1611	250404010	(TAM)	32250404030000	测(TAM)			甲	项	180	180	180	180	180	180				生化法,定量测定	实施价改的城市公立医院
1612	250404015	铁蛋白测定	002504040150000	铁蛋白测定	包括各类标本		甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1613	250404015-a	铁蛋白测定	002504040150000	铁蛋白测定			乙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60	各种发光法,定量测定	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1614	250404016	显形胶蛋白(AP)测定	002504040160000	显形胶蛋白(AP)测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1615	250404017	恶性肿瘤特异生长因子(TSGF)测定	002504040170000	恶性肿瘤特异生长因子(TSGF)测定			甲	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1616	250404018	触珠蛋白测定	002504040180000	触珠蛋白测定			甲	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1617	250404019	酸性糖蛋白测定	002504040190000	酸性糖蛋白测定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1618	250404020	细菌抗原分析	002504040200000	细菌抗原分析			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1619	250404020-a	肺炎链球菌抗原快速检测	002504040200000	细菌抗原分析	指尿、脑脊液标本		乙	项	85	85	85	85	85	85	85	85	85	胶体金法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1620	250404025	尿核基质蛋白(NMP22)测定	002504040250000	尿核基质蛋白(NMP22)测定			乙	次	180	180	180	180	180	180	180	180	180		所有医疗机构
1621	250404026	甲胎蛋白异质体测定	002504040260000	甲胎蛋白异质体测定	不含甲胎蛋白测定		乙	次	170	170	170	170	170	170	170	170	170	指定量分析	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1622	250404027	细胞质胸苷激酶测定	322504040310000	细胞质胸苷激酶测定			乙	次	175	175	175	175	175	175	175	175	175	免疫印迹法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1623	250404028	血清胃蛋白酶原I测定	322504040410000	胃蛋白酶原测定	包括血清胃蛋白酶原II测定		乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	酶标法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1624	250404028-a	血清胃蛋白酶原I测定	322504040410000	胃蛋白酶原测定	包括血清胃蛋白酶原II测定		乙	次	72	72	72	72	72	72	72	72	72	荧光免疫法,定量测定	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1625	250404028-b	血清胃蛋白酶原I测定	322504040410000	胃蛋白酶原测定	包括血清胃蛋白酶原II测定		乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	化学发光法,定量测定	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1626	250404029	高尔基体蛋白73(GP73)测定	002504040280000	高尔基体蛋白73(GP73)测定			乙	次	75	75	75	75	75	75	75	75	75	酶联免疫法,定量测定	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1627	250404029-a	高尔基体蛋白73(GP73)测定	002504040280000	高尔基体蛋白73(GP73)测定			乙	次	68	68	68	68	68	68	68	68	68	发光法	所有医疗机构
1628	250404030	人附睾蛋白4测定	002504040270000	人附睾分泌蛋白(HE4)测定			丙	项	149	149	149	149	149	149	149	149	149	化学发光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1629	250404031	肿瘤异常蛋白(TAP)检测	322504040350000	肿瘤异常蛋白(TAP)检测	不含病理图文报告		乙	项	330	330	330	330	330	330	330	330	330	凝聚法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1630	250404032	血清HER-2/neu蛋白检测	322504040320000	血清HER-2/neu蛋白检测			乙	次	295	295	295	295	295	295	295	295	295	发光法	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1649	250405007	循环免疫复合物（CIC）测定	002504050070000	循环免疫复合物（CIC）测定			乙	项	6	6	6	6	6	6	6	6	6	各种免疫学方法同价	所有医疗机构
	2505	5. 临床微生物学检查																	
	250501	病原微生物镜检、培养与鉴定																	
1650	250501001	一般细菌涂片检查	002505010010000	一般细菌涂片检查	包括各种标本		甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1651	250501002	结核菌涂片检查	002505010020000	结核菌涂片检查	包括各种标本		甲	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1652	250501003	浓缩集菌抗酸菌检测	002505010030000	浓缩集菌抗酸菌检测			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1653	250501004	特殊细菌涂片检查	002505010040000	特殊细菌涂片检查	包括淋球菌、新型隐球菌、梅毒螺旋体、白假丝酵母菌等		丙	每种细菌	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1654	250501005	麻风菌镜检	002505010050000	麻风菌镜检			甲	每个取材部位	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1655	250501006	梅毒螺旋体镜检	002505010060000	梅毒螺旋体镜检			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1656	250501007	艰难梭菌检查	002505010070000	艰难梭菌检查			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1657	250501008	耐甲氧西林葡萄球菌检测（MRSA、MRS）	002505010080000	耐甲氧西林葡萄球菌检测（MRSA、MRS）			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1658	250501009	一般细菌培养及鉴定	002505010090000	一般细菌培养及鉴定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1659	250501009-a	一般细菌培养及鉴定	002505010090000	一般细菌培养及鉴定			乙	例	95	95	95	95	95	95	95	95	95	使用一般细菌自动接种分离培养系统加收	所有医疗机构
1660	250501009-b	细菌培养及鉴定	002505010090000	一般细菌培养及鉴定	含培养、鉴定		乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	仪器法	所有医疗机构
1661	250501010	尿培养加菌落计数	002505010100000	尿培养加菌落计数			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1662	250501011	血培养及鉴定	002505010110000	血培养及鉴定			甲	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1663	250501012	厌氧菌培养及鉴定	002505010120000	厌氧菌培养及鉴定			甲	项	45	45	45	45	45	45	45	45	45		所有医疗机构
1664	250501013	结核菌培养	002505010130000	结核菌培养			甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
1665	250501013-a	结核分枝杆菌培养	322504031060000	结核分枝杆菌快速培养			乙	次	140	140	140	140	140	140	140	140	140	噬菌体法。24小时内出报告。限生物安全备案P2+以上实验室开展	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院 实施价改的县级公立医院
1666	250501013-b	结核分枝杆菌培养	322505010420000	结核分枝杆菌培养			乙	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150	快速培养，限生物安全备案P2+以上实验室开展，噬菌体法。24小时内出报告。	所有医疗机构
1667	250501014	淋球菌培养	002505010140000	淋球菌培养			丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1668	250501015	白喉棒状杆菌培养及鉴定	002505010150000	白喉棒状杆菌培养及鉴定			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1669	250501016	百日咳杆菌培养	002505010160000	百日咳杆菌培养			丙	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1670	250501017	嗜血杆菌培养	002505010170000	嗜血杆菌培养			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1671	250501018	霍乱弧菌培养	002505010180000	霍乱弧菌培养			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1672	250501019	副溶血弧菌培养	002505010190000	副溶血弧菌培养			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1673	250501020	L型菌培养	002505010200000	L型菌培养			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1674	250501021	空肠弯曲菌培养	002505010210000	空肠弯曲菌培养			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1675	250501022	幽门螺杆菌培养及鉴定	002505010220000	幽门螺杆菌培养及鉴定			甲	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构
1676	250501023	军团菌培养	002505010230000	军团菌培养			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1677	250501024	0—157大肠埃希菌培养及鉴定	002505010240000	0—157大肠埃希菌培养及鉴定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1678	250501025	沙门菌、志贺菌培养及鉴定	002505010250000	沙门菌、志贺菌培养及鉴定			甲	项	20	20	20	20	20	20	20	20	20		所有医疗机构
1679	250501026	真菌涂片检查	002505010260000	真菌涂片检查	包括各种标本		甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1680	250501026-a	真菌涂片检查	002505010260000	真菌涂片检查			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	六胺银染色	实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1681	250501027	真菌培养及鉴定	002505010270000	真菌培养及鉴定			甲	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
1682	250501028	念珠菌镜检	002505010280000	念珠菌镜检			甲	每个取材部位	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1683	250501029	念珠菌培养	002505010290000	念珠菌培养			甲	每个取材部位	25	25	25	25	25	25	25	25	25		所有医疗机构
1684	250501030	念珠菌系统鉴定	002505010300000	念珠菌系统鉴定			乙	项	12	12	12	12	12	12	12	12	12	仪器法	所有医疗机构
1685	250501030-a	念珠菌系统鉴定	002505010300000	念珠菌系统鉴定			甲	项	4	4	4	4	4	4	4	4	4	手工法	所有医疗机构
1686	250501031	衣原体检查	002505010310000	衣原体检查			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40	电泳法	所有医疗机构
1687	250501031-a	衣原体检查	002505010310000	衣原体检查			乙	项	25	25	25	25	25	25	25	25	25	培养法	所有医疗机构
1688	250501032	衣原体培养	002505010320000	衣原体培养			甲	每个取材部位	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1689	250501033	支原体检查	002505010330000	支原体检查			甲	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70	每种支原体检查收费一次	所有医疗机构
1690	250501034	支原体培养及药敏	002505010340000	支原体培养及药敏			甲	项	70	70	70	70	70	70	70	70	70		所有医疗机构
1691	250501034-a	肺炎支原体快速药敏检测	002505010340000	支原体培养及药敏	含培养、药敏		丙	次	172	172	172	172	172	172	172	172	172	培养法，当天出报告	所有医疗机构
1692	250501035	轮状病毒检测	002505010350200	轮状病毒检测(免疫学方法)			乙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	免疫学方法	所有医疗机构
1693	250501035-a	轮状病毒检测	002505010350000	轮状病毒检测			乙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50	酶联免疫法、金标法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1694	250501036	其它病毒的血清学诊断	002505010360000	其它病毒的血清学诊断			甲	每种病毒	12	12	12	12	12	12	12	12	12		所有医疗机构
1695	250501037	病毒培养与鉴定	002505010370000	病毒培养与鉴定			丙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
1696	250501039	细菌性阴道病唾液酸酶测定	002505010390000	细菌性阴道病唾液酸酶测定			乙	项	59	59	59	59	59	59	59	59	59	全自动分析	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1697	250501040	真菌D-葡聚糖检测	002505010400000	真菌D-葡聚糖检测	包括真菌D-肽聚糖检测		丙	项	185	185	185	185	185	185	185	185	185	动态浊度法	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1698	250501042	结核分枝杆菌耐药基因检测	322504030920000	结核分枝杆菌耐药基因检测			丙	项	610	610	610	610	610	610	610	610	610	限符合《江苏省临床基因扩增检验技术规范(试行)》实验室开展	所有医疗机构
1699	250501043	分枝杆菌鉴定	002505010130000	结核菌培养			丙	项	610	610	610	610	610	610	610	610	610		所有医疗机构
1700	250501043-a	分枝杆菌鉴定-核酸鉴定与耐药基因检测	322504010710000	中性粒细胞感染指数测定	含RopB基因中 ProbeA, ProbeB, ProbeC, ProbeD, ProbeE的五个位点		丙	例	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	X-Pert法	实施价改的公立医院
1701	250501044	直接涂片荧光染色镜检	002505010040000	特殊细菌涂片检查			乙	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构
1702	250501046	细菌质谱鉴定	322505010460000	细菌质谱鉴定			乙	次	115	115	115	115	115	115	115	115	115	质谱法	所有医疗机构
1703	250501047	艰难梭菌谷氨酸脱氢酶抗原及毒素检测	3225050300020100	艰难梭菌检测			乙	次	180	180	180	180	180	180	180	180	180	金标法	所有医疗机构
	250502	药物敏感试验																	
1704	250502001	常规药敏定性试验	002505020010000	常规药敏定性试验			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	手工法	所有医疗机构
1705	250502001-a	常规药敏定性试验	002505020010000	常规药敏定性试验			乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60	仪器法	所有医疗机构
1706	250502002	常规药敏定量试验(MIC)	002505020020000	常规药敏定量试验(MIC)			甲	每种药物	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1707	250502003	真菌药敏试验	002505020030000	真菌药敏试验			甲	每种药物	6	6	6	6	6	6	6	6	6		所有医疗机构
1708	250502003-a	真菌药敏测定	002505020030000	真菌药敏试验	每种抗生素采用10个浓度梯度测定真菌的药物敏感性，定量测定MIC值		丙	每种药物	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	琼脂条法	实施价改的公立医院
1709	250502004	结核菌药敏试验	002505020040000	结核菌药敏试验			甲	每种药物	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1710	250502005	厌氧菌药敏试验	002505020050000	厌氧菌药敏试验			甲	每种药物	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1711	250502007	联合药物敏感试验	002505020070000	联合药物敏感试验			甲	每种药物	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1712	250502008	抗生素最小抑/杀菌浓度测定	002505020080000	抗生素最小抑/杀菌浓度测定			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1713	250502009	体液抗生素浓度测定	002505020090000	体液抗生素浓度测定	包括氨基糖甙类药物等		乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100	荧光偏振法、化学发光法、免疫荧光法	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1714	250502009-b	体液抗生素浓度测定	002505020090000	体液抗生素浓度测定			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	免疫法	所有医疗机构
1715	250502010	肿瘤细胞化疗药物敏感试验	002505020100000	肿瘤细胞化疗药物敏感试验			乙	组	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
1716	250502010-a	肿瘤细胞化疗药物敏感试验	002505020100000	肿瘤细胞化疗药物敏感试验			乙	例	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	2400	组织培养肿瘤药敏测试(HDRA检测)	所有医疗机构
1717	250502011	结核分枝杆菌药敏测定	002505020040000	结核菌药敏试验			乙	项	135	135	135	135	135	135	135	135	135	限生物安全备案P2+以上实验室开展	所有医疗机构
	250503	其它检验试验																	
1718	250503001	肠毒素检测	002505030010000	肠毒素检测			甲	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构
1719	250503002	细菌毒素测定	002505030020000	细菌毒素测定			甲	项	35	35	35	35	35	35	35	35	35		所有医疗机构
1720	250503003	病原体乳胶凝集试验快速检测	002505030030000	病原体乳胶凝集试验快速检测			甲	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
1721	250503004	细菌分型	002505030040000	细菌分型	包括各种细菌		甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1722	250503005	内毒素定性试验	002505030050000	内毒素定性试验			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构
1723	250503006	内毒素定量测定	002505030060000	内毒素定量测定			甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1724	250503006-a	内毒素定量测定	002505030060000	内毒素定量测定			乙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	动态浊度法	所有医疗机构
1725	250503007	0—129试验	002505030070000	0—129试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1726	250503008	β—内酰胺酶试验	002505030080000	β—内酰胺酶试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1727	250503009	超广谱β—内酰胺酶试验	002505030090000	超广谱β—内酰胺酶试验			甲	项	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1728	250503010	耐万古霉素基因试验	002505030100000	耐万古霉素基因试验	包括基因A、B、C		丙	每种基因	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1729	250503011	DNA探针技术查mecA基因	002505030110000	DNA探针技术查mecA基因			丙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
1730	250503012	梅毒荧光抗体FTA—ABS测定	002505030120000	梅毒荧光抗体FTA—ABS测定			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1731	250503013	化学药物用药指导的基因检测	002507000190300	化学药物用药指导的基因检测	包括CYP2C9、CYP2C19、CYP2D6、CYP3A4基因等		丙	每个位点	390	390	390	390	390	390	390	390	390	PCR法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。	所有医疗机构
1732	250503013-a	用药指导基因检测	002507000190300	化学药物用药指导的基因检测	检测血液标本中药物代谢相关基因型			位点										DNA微阵列芯片法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》的实验室开展	公立医疗机构
1733	250503014	肠道屏障功能生化指标分析	322505010470000	肠道屏障功能生化指标分析	含二胺氧化酶、乳酸和细菌内毒素联检		乙	次	140	140	140	140	140	140	140	140	140	酶法	所有医疗机构
1734	250503015	叶酸受体细胞分子检测	322505030150000	叶酸受体细胞分子检测	含叶酸受体细胞分离、制备。指免疫磁珠导向筛选+靶向荧光定量PCR。		丙	次	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。	所有医疗机构
1735	250503016	外周血循环肿瘤细胞分离检测	322505030300000	外周血循环肿瘤细胞分离检测			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	2506	6. 临床寄生虫学检查																	
	250601	寄生虫镜检				一次性密闭体液留置器												符合生物安全要求	
1736	250601001	粪寄生虫镜检	002506010010000	粪寄生虫镜检	包括寄生虫、原虫、虫卵镜检		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2	不得再收费便常规费（编码250103001）	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1737	250601002	粪寄生虫卵集卵镜检	002506010020000	粪寄生虫卵集卵镜检			甲	次	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
1738	250601003	粪寄生虫卵计数	002506010030000	粪寄生虫卵计数			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1739	250601004	寄生虫卵孵化试验	002506010040000	寄生虫卵孵化试验			甲	次	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
1740	250601005	血液虐原虫检查	002506010050000	血液虐原虫检查			甲	项	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5		所有医疗机构
1741	250601006	血液微丝蚴检查	002506010060000	血液微丝蚴检查			甲	项	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
1742	250601007	血液回归热螺旋体检查	002506010070000	血液回归热螺旋体检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
1743	250601008	血液黑热病利一集氏体检查	002506010080000	血液黑热病利一集氏体检查			甲	项	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5		所有医疗机构
1744	250601009	血液弓形虫检查	002506010090000	血液弓形虫检查			甲	项	2	2	2	2	2	2	2	2	2		所有医疗机构
	250602	寄生虫免疫学检查																	
1745	250602001	各种寄生虫免疫学检查	002506020010000	各种寄生虫免疫学检查			乙	项	10	10	10	10	10	10	10	10	10	一般免疫学法：放免法、酶免法、免疫电泳法、免疫荧光法等。每种寄生虫检查计费一次。	所有医疗机构
1746	250602001-a	各种寄生虫免疫学检查	002506020010000	各种寄生虫免疫学检查			甲	项	5	5	5	5	5	5	5	5	5	双扩法及凝集法：血凝法、乳胶法。每种寄生虫检查计费一次。	所有医疗机构
1747	250602001-b	各种寄生虫免疫学检查	002506020010000	各种寄生虫免疫学检查			乙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	免疫印迹法。每种寄生虫检查计费一次。	所有医疗机构
	2507	7. 遗传疾病的分子生物学诊断																	
1748	250700001	外周血细胞染色体检查	002507000010000	外周血细胞染色体检查			丙	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150		所有医疗机构
1749	250700001-a	遗传性耳聋基因检测	002507000109200	遗传性耳聋基因检测			丙	项	215	215	215	215	215	215	215	215	215	限经卫生部临床检验中心验收合格的临床基因扩增诊断实验室开展。	未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1750	250700002	脆性X染色体检查	002507000020000	脆性X染色体检查			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1751	250700003	血高分辨染色体检查	002507000030000	血高分辨染色体检查			丙	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
1752	250700004	血姐妹染色体互换试验	002507000040000	血姐妹染色体互换试验			丙	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
1753	250700005	脐血染色体检查	002507000050000	脐血染色体检查			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1754	250700006	进行性肌营养不良基因分析	002507000060000	进行性肌营养不良基因分析			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1755	250700007	肝豆状核变性基因分析	002507000070000	肝豆状核变性基因分析			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1756	250700008	血友病甲基因分析	002507000080000	血友病甲基因分析			丙	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1757	250700009	脆X综合症基因诊断	002507000090000	脆X综合症基因诊断			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1758	250700010	唐氏综合症筛查	002507000100000	唐氏综合症筛查			丙/甲	项	15	15	15	15	15	15	15	15	15	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1759	250700010-a	唐氏综合症筛查	002507000100000	唐氏综合症筛查	含孕妇外周血AFP、hcg或P-β-hcg定量测定及唐氏综合症风险率计算		丙/甲	次	110	110	110	110	110	110	110	110	110	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1760	250700010-b	胎儿染色体非整倍体无创基因检测	002507000100000	唐氏综合症筛查	指高通量基因测序评估21-三体、18-三体、13-三体胎儿		丙	次	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室，且获得卫生计生委高通量基因测序产前筛查与诊断临床应用试点单位开展。	所有医疗机构
1761	250700011	性别基因（SRY）检测	002507000110000	性别基因（SRY）检测			丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1762	250700012	脱氧核糖核酸（DNA）倍体分析	002507000120000	脱氧核糖核酸（DNA）倍体分析	含DNA周期分析、DNA异倍体测定、细胞凋亡测定		丙	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
1763	250700013	染色体分析	002507000130000	染色体分析	包括各种标本		丙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1764	250700014	培养细胞的染色体分析	002507000140000	培养细胞的染色体分析	包括各种标本，含细胞培养和染色体分析		丙	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90		所有医疗机构
1765	250700015	苯丙氨酸测定(PKU)	002507000150000	苯丙氨酸测定(PKU)	包括各种标本		丙	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1766	250700018	遗传代谢病检测	322507000180000	遗传代谢病检测	指对出生满72小时(哺乳6次奶)的新生儿和临床可疑患儿开展的27项氨基酸、脂		丙	次	180	180	180	180	180	180	180	180	180	串联质谱法	所有医疗机构
1767	250700019	血管性血友病因子酶活性检测	322502030970000	血管性血友病因子酶活性检测				次											公立医疗机构
	2509	检验基本组合																凡已设定检验基本组合的，医疗机构不得再以检验方法、试剂或仪器不同为由加收费用，也不得在此之外增加项目另设套餐计费。	
1768	250900001	大生化检验组合	322501000000000	大生化检验组合			乙	套	196 195	196 195	196 195	196 195	196 195	196 195	196 195	196 195	196 195		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1769	250900002	乙肝两对半定量检测	322501000010000	乙肝两对半定量检测			乙	套	130 115	130 115	130 115	130 115	130 115	130 115	130 115	130 115	130 115		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
1770	250900003	乙肝两对半定性检测	322501000020000	乙肝两对半定性检测			乙	套	32	32	32	32	32	32	32	32	32	本表为最高，各医院低于本表的仍按原执行，不得提高。	实施价改的城市公立医院
	26	(六)血型与配血																	
1771	260000001	ABO红细胞定型	002600000010000	ABO红细胞定型	指血清定型(反定)		甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1772	260000001-a	ABO红细胞定型	002600000010000	ABO红细胞定型			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5	血清学法	所有医疗机构
1773	260000001-b	ABO红细胞定型	002600000010000	ABO红细胞定型			丙	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45	卡式法	所有医疗机构
1774	260000001-c	ABO红细胞定型(反定型)	002600000010000	ABO红细胞定型	包括ABO红细胞定型(正定型)		甲	次	16	16	16	16	16	16	16	16	16	全自动试管法	所有医疗机构
1775	260000002	ABO血型鉴定	002600000020000	ABO血型鉴定	指正定法与反定法联合使用		甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1776	260000002-a	ABO血型鉴定	002600000020000	ABO血型鉴定			丙/乙	次	65	65	65	65	65	65	65	65	65	卡式法。含RhD血型鉴定；居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按乙类支付	所有医疗机构
1777	260000003	ABO亚型鉴定	002600000030000	ABO亚型鉴定			甲	每个亚型	8	8	8	8	8	8	8	8	8		所有医疗机构
1778	260000004	Rh血型鉴定	002600000040000	Rh血型鉴定	指仅鉴定RhD(c)，不查其他抗原		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1779	260000005	Rh血型其他抗原鉴定	002600000050000	Rh血型其他抗原鉴定	含Rh血型的C、c、E、e抗原鉴定		甲	每个抗原	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1780	260000005-a	Rh血型其他抗原鉴定	002600000050000	Rh血型其他抗原鉴定			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	微柱法	实施价改的公立医院
1781	260000006	特殊血型抗原鉴定	002600000060000	特殊血型抗原鉴定	包括以下特殊血型抗原鉴定：P血型、Ii血型、Lewis血型、MNSs血型、Lutheran血型、Kell血型、Duffy血型、Kidd血型、Diego血型、Aubergier血型、Sidd血型、Colton血型、Yt血型、Dombrock血型、Vel血型、Scianna血型、Xg血型、Gerbich血型、Wright血型、Stoltzfus血型等		甲	每个抗原	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
1782	260000007	血型单特异性抗体鉴定	002600000070000	血型单特异性抗体鉴定			乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
1783	260000007-a	血型单特异性抗体鉴定	002600000070000	血型单特异性抗体鉴定			丙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	卡式法。抗红细胞不规则抗体筛查	所有医疗机构
1784	260000008	血型抗体特异性鉴定(吸收试验)	002600000080000	血型抗体特异性鉴定(吸收试验)			乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
1785	260000009	血型抗体特异性鉴定(放散试验)	002600000090000	血型抗体特异性鉴定(放散试验)			乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
1786	260000010	血型抗体效价测定	002600000100000	血型抗体效价测定			乙/甲	每个抗体	50	50	50	50	50	50	50	50	50	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	所有医疗机构
1787	260000010-a	血型抗体效价测定	002600000100000	血型抗体效价测定	包括IgG抗A、IgG抗B、IgG抗D效价测定		乙	次	114	114	114	114	114	114	114	114	114	微柱凝胶法	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
									97	97	97	97	97	97	97	97	97		实施价改的县级公立医院
1788	260000011	盐水介质交叉配血	002600000110000	盐水介质交叉配血			甲	次	1	1	1	1	1	1	1	1	1		所有医疗机构
1789	260000012	特殊介质交叉配血	002600000120000	特殊介质交叉配血	指用于发现不全抗体		甲	每个方法	4	4	4	4	4	4	4	4	4	白蛋白法、Liss法、酶处理法、抗人球蛋白法、凝集胶法等同价	所有医疗机构
1790	260000012-a	特殊介质交叉配血	002600000120000	特殊介质交叉配血			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	微检法	所有医疗机构
1791	260000013	疑难交叉配血	002600000130000	疑难交叉配血	包括以下情况的交叉配血：ABO血型亚型不合、少见特殊血型、有血型特异性抗体者、冷球蛋白血症、自身免疫性溶血性贫血等		乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1792	260000014	唾液ABH血型物质测定	002600000140000	唾液ABH血型物质测定			丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1793	260000015	Rh阴性确诊试验	002600000150000	Rh阴性确诊试验			乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1794	260000016	白细胞特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测	002600000160000	白细胞特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1795	260000016-a	人白细胞抗原B27、B5、DR	002600000160000	白细胞特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
1796	260000016-b	人类白细胞抗原I类相关链A位点(MICA)抗体检测	002502030680000	人类白细胞抗原B27测定(HLA-B27)	含B位点		乙	次	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	Luminex流式法,适用于同种异体器官移植	所有医疗机构
1797	260000017	血小板特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测	002600000170000	血小板特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		所有医疗机构
1798	260000017-a	血小板特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测	002600000170000	血小板特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测	包括白细胞特异性和组织相关融性(HLA)抗体检测		甲	次	85	85	85	85	85	85				凝集法	实施价改的城市公立医院
1799	260000018	红细胞系统血型抗体致新生儿溶血病检测	002600000180000	红细胞系统血型抗体致新生儿溶血病检测			乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1800	260000019	血小板交叉配合试验	002600000190000	血小板交叉配合试验			甲	人.次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1801	260000019-a	血小板交叉配合试验	002600000190000	血小板交叉配合试验			甲	次	90	90	90	90	90	90				凝集法	实施价改的城市公立医院
1802	260000020	淋巴细胞毒试验	002600000200000	淋巴细胞毒试验	包括一般试验和快速试验		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1803	260000021	群体反应抗体检测	002600000210000	群体反应抗体检测			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1804	260000021-a	群体反应抗体检测	002600000210000	群体反应抗体检测			乙	例	800	800	800	800	800	800	800	800	800	流式细胞仪检测	所有医疗机构
1805	260000021-b	群体反映抗体单一抗原(HLA single antigen)初筛检测	322600000210200	群体反映抗体单一抗原(HLA single antigen)初筛检测	混合抗原初筛检测		乙	例	1150	1150	1150	1150	1150	1150	1150	1150	1150	Luminex流式法,适用于器官移植、骨髓移植	所有医疗机构
1806	260000021-c	群体反映抗体单一抗原(HLA single antigen)检测	322600000210300	群体反映抗体单一抗原(HLA single antigen)检测			乙	例	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450	Luminex流式法,需达到单一抗原高分辨水平,适用于器官移植、骨髓移植	所有医疗机构
1807	260000022	人组织相容性抗原I类(HLA-I)分型	002600000220000	人组织相容性抗原I类(HLA-I)分型			乙	组	500	500	500	500	500	500	500	500	500	基因配型	所有医疗机构
1808	260000022-a	人组织相容性抗原I类(HLA-I)分型	002600000220000	人组织相容性抗原I类(HLA-I)分型			乙	组	300	300	300	300	300	300	300	300	300	血清学配型	所有医疗机构
1809	260000023	人组织相容性抗原II类(HLA-II)分型	002600000230000	人组织相容性抗原II类(HLA-II)分型			乙	组	500	500	500	500	500	500	500	500	500	基因配型	所有医疗机构
1810	260000023-a	人组织相容性抗原II类(HLA-II)分型	002600000230000	人组织相容性抗原II类(HLA-II)分型			乙	组	300	300	300	300	300	300	300	300	300	血清学配型	所有医疗机构
1811	260000024	血小板抗原系统基因分型	002600000060000	特殊血型抗原鉴定			丙	次	680	680	680	680	680	680	680	680	680		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
1812	260000025	红细胞血型系统基因分型	322600000250000	红细胞血型系统基因分型	包括ABO、Rh、P、Ii、Lewis、MNSs、Luthera、Kell、Diego、Duffy、Kidd、Auberger、Sid、Colton、Yt、Vel、Dombrock、Scianna、Xg、Gerbigch、Wright、Stoltzfus等血型系统		丙	系统	180	180	180	180	180	180	180	180	180		所有医疗机构	
1813	260000026	谱细胞	322600000260000	谱细胞			乙	组	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构	
1814	260000027	筛选细胞	322600000270000	筛选细胞			乙	组	120	120	120	120	120	120	120	120	120		所有医疗机构	
1815	260000028	标准ABO细胞	322600000280000	标准ABO细胞			乙	组	40	40	40	40	40	40	40	40	40		所有医疗机构	
1816	260000029	人组织相容性抗原（HLA位点）高分辨率检测	002600000220000	人组织相容性抗原I类（HLA-I）分型	包括A位点、B位点、C位点		乙	项	920	920	920	920	920	920	920	920	920	PCR-SSP法,用于器官及造血干细胞移植。限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院	
									736	736	736	736	736	736	736	736	736	736	736	736
1817	260000029-a	人组织相容性抗原（HLA位点）高分辨率检测	002600000220000	人组织相容性抗原I类（HLA-I）分型	包括DR、DQ位点		乙	项	490	490	490	490	490	490	490	490	490	490	PCR-SSP法,用于器官及造血干细胞移植。限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展	未实施价改医院、实施价改的城市公立医院
									392	392	392	392	392	392	392	392	392	392	392	392
1818	260000030	Septin9基因甲基化检测	322507000200000	Septin9基因甲基化检测	用于体外定性检测人外周血血浆中的Septin9基因甲基化。包括SDC2基因		丙	例	900	900	900	900	900	900	900	900	900	PCR荧光探针法,限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。	所有医疗机构	
	27	(七)病理检查																		
	2701	1. 尸体解剖与防腐处理																		
1819	270100001	尸检病理诊断	002701000010000	尸检病理诊断	含7岁及以上儿童及成人尸解、尸检后常规缝合处理、尸检标本的组织病理学诊断、尸检废弃物处理；不含组织病理学诊断中使用的特殊病理技术、尸检后对遗体的特殊处理，如：遗体火化或掩埋；肢体离断或大面积撕裂尸体的复杂修复与整容等		丙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800	局部解剖诊断按全身解剖计费	所有医疗机构	
1820	270100001-a	传染病和特异性感染尸体加收	002701000010001	尸检病理诊断(传染病和特异性感染尸体酌情加收)			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构	
1821	270100002	儿童及胎儿尸检病理诊断	002701000020000	儿童及胎儿尸检病理诊断	指7岁以下儿童及胎儿尸解，其余同尸检病理诊断		丙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构	
1822	270100003	尸体化学防腐处理	002701000030000	尸体化学防腐处理	含各种手术操作及消耗材料；废弃物处理	防腐药物	丙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构	
	2702	2. 细胞病理学检查与诊断			不含采集标本的临床操作、细胞病理学标本的非常规诊断技术，如：电镜检查、组织化学与免疫组化染色、图象分析技术、流式细胞术、计算机细胞筛选技术、分子病理学检查等													以两张涂(压)片为基价		
1823	2702-a	细胞病理学检查与诊断加收	002702000000001	细胞病理学检查与诊断(超过两张酌情加收)	每超过1张加收，最高不超过70元。		甲	张	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院	
					每超过1张加收，最高不超过90元。				10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1838	270300003	局部切除组织活检检查与诊断	002703000030000	局部切除组织活检检查与诊断	包括切除组织、咬取组织、切除肿块部分组织的活检		甲	每个部位	60	60	60	60	60	60	60	60	60	以两个蜡块为基价	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									78	78	78	78	78	78					实施价改的城市公立医院
1839	270300003-a	局部切除组织活检检查与诊断超过基价加收	002703000030001	局部切除组织活检检查与诊断(超过两个每个加收)	最多不超过70元		甲	个	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					最多不超过90元				10	10	10	10	10	10					实施价改的城市公立医院
1840	270300004	骨髓组织活检检查与诊断	002703000040000	骨髓组织活检检查与诊断	指骨髓组织标本常规染色检查		甲	例	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									195	195	195	195	195	195					实施价改的城市公立医院
1841	270300005	手术标本检查与诊断	002703000050000	手术标本检查与诊断			甲	例	80	80	80	80	80	80	80	80	80	以两个蜡块为基价	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									104	104	104	104	104	104					实施价改的城市公立医院
1842	270300005-a	手术标本检查与诊断超过基价加收	002703000050000	手术标本检查与诊断	最多不超过70元		甲	个	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					最多不超过90元				10	10	10	10	10	10					实施价改的城市公立医院
1843	270300005-b	肿瘤蜡块检查与诊断加收	002703000050000	手术标本检查与诊断	每超过1个蜡块加收, 最多不超过320元		甲	个	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					每超过1个蜡块加收, 最多不超过415元				15	15	15	15	15	15					实施价改的城市公立医院
1844	270300005-c	标本需塑料包埋加收	002703000050000	手术标本检查与诊断			甲	例	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1845	2703-b	全自动染色封片加收	002703000050000	手术标本检查与诊断			甲	每个蜡块	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
1846	270300006	截肢标本病理检查与诊断	002703000060000	截肢标本病理检查与诊断	包括上下肢截肢标本等		甲	每肢、每指(趾)	70	70	70	70	70	70	70	70	70	以两个蜡块为基价	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									91	91	91	91	91	91					实施价改的城市公立医院
1847	270300006-a	截肢标本病理检查与诊断超过基价加收	002703000060000	截肢标本病理检查与诊断	最多不超过70元		甲	个	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					最多不超过90元				10	10	10	10	10	10					实施价改的城市公立医院
1848	270300006-b	截肢标本病理检查与诊断直接切片加收	002703000060000	截肢标本病理检查与诊断	不脱钙		甲	例	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1849	270300007	牙齿及骨骼磨片诊断(不脱钙)	002703000070000	牙齿及骨骼磨片诊断(不脱钙)			甲	例	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									104	104	104	104	104	104					实施价改的城市公立医院
1850	270300008	牙齿及骨骼磨片诊断(脱钙)	002703000080000	牙齿及骨骼磨片诊断(脱钙)			甲	例	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									65	65	65	65	65	65					实施价改的城市公立医院
1851	270300009	颌骨样本及牙体牙周样本诊断	002703000090000	颌骨样本及牙体牙周样本诊断			甲	例	100	100	100	100	100	100	100	100	100	以两个蜡块为基价	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									130	130	130	130	130	130					实施价改的城市公立医院
1852	270300009-a	颌骨样本及牙体牙周样本诊断超过基价加收	002703000090001	颌骨样本及牙体牙周样本诊断(超过两个加收)	最多不超过70元		甲	个	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					最多不超过90元				10	10	10	10	10	10					实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1853	270300009-b	颌骨样本及牙体牙周样本诊断直接切片加收	002703000090002	颌骨样本及牙体牙周样本诊断(不脱钙直接切片标本加收)	不脱钙		甲	例	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构
1854	270300010	全器官大切片检查与诊断	002703000100000	全器官大切片检查与诊断			乙	例	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									390	390	390	390	390	390					实施价改的城市公立医院
1855	270300011	全自动单独滴染HE染色	322703000110000	全自动单独滴染HE染色			丙	片	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	与浸染HE染色不能同时使用	实施价改的公立医院
	2704	4. 冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断			不含非常规的特殊染色技术														
1856	2704-a	特异性感染标本加收	002704000000001	冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断(特异性感染标本酌情加收)			甲	例	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构
1857	270400001	冰冻切片检查与诊断	002704000010000	冰冻切片检查与诊断			甲	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									195	195	195	195	195	195					实施价改的城市公立医院
1858	270400001-a	冰冻切片检查与诊断加收	002704000010000	冰冻切片检查与诊断	每加送一次加收, 每例手术最多加收360元		甲	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					每加送一次加收, 每例手术最多加收480元				120	120	120	120	120						实施价改的城市公立医院
1859	270400002	快速石蜡切片检查与诊断	002704000020000	快速石蜡切片检查与诊断			甲	项	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									195	195	195	195	195						实施价改的城市公立医院
1860	270400002-a	快速石蜡切片检查与诊断加收	002704000020000	快速石蜡切片检查与诊断	每加送一次加收, 每例手术最多加收360元		甲	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
					每加送一次加收, 每例手术最多加收480元				120	120	120	120	120						实施价改的城市公立医院
	2705	5. 特殊染色诊断技术																	
1861	270500001	特殊染色及酶组织化学染色诊断	002705000010000	特殊染色及酶组织化学染色诊断	包括全自动特殊染色及诊断		甲	每个标本, 每种染色	50	50	50	50	50	50	50	50	50		所有医疗机构
1862	270500002	免疫组织化学染色诊断	002705000020000	免疫组织化学染色诊断			甲	每个标本, 每种染色	80	80	80	80	80	80	80	80	80		所有医疗机构
1863	270500002-a	全自动免疫组织化学染色诊断	002705000020000	免疫组织化学染色诊断			乙	每个标本, 每种染色	150	150	150	150	150	150	150	150	150		所有医疗机构
1864	270500002-b	ALK蛋白伴随诊断	002705000020000	免疫组织化学染色诊断			乙	例	640	640	640	640	640	640	640	640	640		所有医疗机构
1865	270500002-c	术中快速免疫组化染色与诊断	002705000020000	免疫组织化学染色诊断			丙	每个标本, 每种染色	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1866	270500003	免疫荧光染色诊断	002705000030000	免疫荧光染色诊断			甲	每个标本, 每种染色	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
1867	270500004	PD-L1伴随诊断	322705000060000	PD-L1伴随诊断(22C3)	通过检测肿瘤中PD-L1蛋白表达水平, 指导临床免疫治疗		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	2706	6. 电镜病理诊断			均含标本制备														
1868	270600001	普通透射电镜检查与诊断	002706000010000	普通透射电镜检查与诊断			乙	每个标本	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
1869	270600002	免疫电镜检查与诊断	002706000020000	免疫电镜检查与诊断			乙	每个标本	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构
1870	270600003	扫描电镜检查与诊断	002706000030000	扫描电镜检查与诊断			乙	每个标本	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围					
	2707	7、分子病理学诊断技术																						
1871	270700001	原位杂交技术	002707000010000	原位杂交技术			乙	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院					
									150	150	150	150	150	150					实施价改的城市公立医院					
1872	270700001-a	荧光染色体原位杂交检查(FISH)	002707000010000	原位杂交技术			丙	点	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	每次最多不超过3600元	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院			
									1000	1000	1000	1000	1000	1000						1000	1000	每次最多不超过3000元	实施价改的城市公立医院	
1873	270700001-b	全自动银染原位杂交检查	002707000010000	原位杂交技术			丙	例	1316	1316	1316	1316	1316	1316	1316	1316	1316	1316				所有医疗机构		
1874	270700002	印迹杂交技术	002707000020000	印迹杂交技术	包括Southern Northern Western等杂交技术		乙	项	120	120	120	120	120	120	120	120	120	120				所有医疗机构		
1875	270700003	脱氧核糖核酸(DNA)测序	002707000030000	脱氧核糖核酸(DNA)测序			丙	项	400	400	400	400	400	400	400	400	400	400				所有医疗机构		
1876	270700005	化疗相关基因表达	322707000050000	化疗相关基因表达	指化疗药物敏感性相关靶分子mRNA定量		丙	个	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200				未实施价改医院、实施价改的县级公立医院		
									1000	1000	1000	1000	1000	1000								实施价改的城市公立医院		
1877	270700006	荧光定量脱氧核糖核酸多聚酶链反应伴伴随诊断	002707000020000	印迹杂交技术			丙	位点	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范(试行)》实验室开展。	所有医疗机构
1878	270700006-a	荧光定量脱氧核糖核酸多聚酶链反应伴伴随诊断加收	002707000020000	印迹杂交技术			丙	位点	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	每增加一个位点加收,最多不超过2600元	所有医疗机构
1879	270700007	人EGFR基因突变检测	322503070340000	人EGFR基因突变检测	包括ALK、ROS1、BRAF、KRAS、HER2、BRCA1、BRCA2、NRAS、PIK3CA基因检测		丙	项	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价				实施价改的公立医院		
	2708	8、其他病理技术项目																						
1880	270800001	病理体视学检查与图象分析	002708000010000	病理体视学检查与图象分析	包括流式细胞仪、显微分光光度技术等		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100					所有医疗机构		
1881	270800002	宫颈细胞学计算机辅助诊断	002708000020000	宫颈细胞学计算机辅助诊断			乙	每个标本	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	积累科研资料的摄影不得计费	所有医疗机构
1882	270800002-a	宫颈癌筛查	001105000010000	体检费	含一次性传感器、图文报告		丙	次	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	260	光电活体细胞学快速检测法	所有医疗机构
1883	270800002-b	细胞/组织人乳头瘤病毒(HPV)L1衣壳蛋白检测	322503040660000	细胞/组织人乳头瘤病毒(HPV)L1衣壳蛋白检测	不含液基细胞涂片、组织切片的病理诊断、显微摄影和图文报告		丙	例	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价					所有医疗机构	
1884	270800002-c	宫颈癌全自动辅助筛查	002708000020000	宫颈细胞学计算机辅助诊断			丙	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	使用液基薄层玻片扫描分析系统	所有医疗机构
1885	270800003	显微摄影术	002708000060000	显微摄影术			乙	每个视野	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	积累科研资料的摄影不得计费	所有医疗机构
1886	270800004	病理图文报告	322708000110000	病理图文报告	含图像采集、加工和打印报告		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30					所有医疗机构	
1887	270800005	疑难病理会诊	002708000070000	疑难病理会诊			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	由高级职称病理医师主持的专家组会诊。以四张切片为基价。	所有医疗机构
1888	270800005-a	疑难病理会诊超过基价加收	002708000070000	疑难病理会诊	做多不超过400元		乙	每个标本(切片)	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20					所有医疗机构	
1889	270800006	普通病理会诊	002708000080000	普通病理会诊			丙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50					不符合疑难病理会诊条件的其他会诊	所有医疗机构
1890	270800007	膜式病变细胞采集术	002708000030000	膜式病变细胞采集术	指细胞病理学检查中使用的特殊膜式细胞采集方法		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100					所有医疗机构	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
1891	270800007-a	液基薄层细胞采集术	002708000040000	液基薄层细胞制片术	包括液基薄层细胞制片术		乙	次	150	150	150	150	150	150				液基细胞学薄片技术(Thin Prep)、液基细胞学超薄片技术(Auto Cyte) 180元/次, 利普细胞特殊处理技术(LPT) 120元/次, 上述技术限二甲及二甲以上医疗机构	所有医疗机构	
1892	270800008	甲基转移酶检测	322504031310000	甲基转移酶检测	含图文报告		丙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院(实施价改的城市公立医院取消项目)	
1893	270800010	院外会诊用切片复制	322708000100000	院外会诊用切片复制			丙	每张切片	30	30	30	30	30	30	30	30	30		所有医疗机构	
1894	270800011	手术标本前处理	002703000050000	手术标本检查与诊断	手术标本离体后在1小时内放入密闭容器内用中性缓冲福尔马林固定, 各类腔体或实体组织需按行业规范剖开处理; 组织取材时, 不同边缘端需用不同颜色生物标记液注明; 废弃组织在报告发出两周内统一无害化处理		丙	例	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院	
1895	270800012	标准化肿瘤性核酸样本多份制备	322708000210000	标准化肿瘤性核酸样本多份制备	含肿瘤核酸的提取和质检, 以及样本的常温制备和存储, 存储时间不超过4年。			次											公立医疗机构	
		三、临床诊疗类																		
	31	(一) 临床各系统诊疗																		
1896	31-a	氩气刀治疗加收	323300000010000	辅助操作			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
1897	31-b	胸腔镜、腹腔镜、颅内镜、椎间盘镜、皮肾镜加收	323300000010000	辅助操作			乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		所有医疗机构	
1898	31-c	电子显微镜、鼻窦镜、鼻内镜、喉镜、关节镜、宫腔镜、宫腔电切镜、膀胱镜加收	323300000010000	辅助操作			乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		所有医疗机构	
1899	31-d	肿瘤光动力治疗	323100000000004	肿瘤光动力治疗		光纤	丙	次	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		未实施价改医院、实施价改的县级公立医院	
									1200	1200	1200	1200	1200	1200					实施价改的城市公立医院	
1900	31-e	使用乳腺微创旋切刀加收	323300000010000	辅助操作			丙	30分钟	100	100	100	100	100	100	100	100	100		最高不超过600元	未实施价改医院、实施价改的县级公立医院
									90	90	90	90	90	90					最高不超过540元	实施价改的城市公立医院
1901	31-f	低温等离子射频消融术加收	003107020040000	射频消融术		射频刀头	丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院	
	3101	1. 神经系统																		
1902	310100001	脑电图	003101000010000	脑电图	含深呼吸诱发, 至少8导		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		指16导	未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39			实施价改的公立医院
1903	310100001-a	脑电图	003101000010000	脑电图			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		指18导	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65			实施价改的公立医院
1904	310100001-b	脑电图	003101000010000	脑电图			甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6		指8导	未实施价改医院
									7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8			实施价改的公立医院
1905	310100002	特殊脑电图	003101000020000	特殊脑电图	包括特殊电极(鼻咽或蝶骨或头皮等)、特殊诱发		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40			未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52			实施价改的公立医院
1906	310100002-a	无创脑水肿动态监测	323101000020100	无创脑水肿动态监测	含一次性电极片		丙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60			未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78			实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1907	310100003	脑地形图	003101000030000	脑地形图	含二维脑地形图(至少16导)		甲	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		未实施价改医院
									117	117	117	117	117	117	117	117	117		实施价改的公立医院
1908	310100004	动态脑电图	003101000040000	动态脑电图	包括24小时脑电视频监测或脑电Holter		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
1909	310100005	脑电图录象监测	003101000050000	脑电图录象监测	含摄像观测患者行为及脑电图监测		丙	小时	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1910	310100005-a	脑电图录象监测	003101000050000	脑电图录象监测		电极、电极膏、火棉胶	丙	小时	100	100	100	100	100	100	100	100	100	指128导及以上	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
1911	310100006	脑磁图	003101000060000	脑磁图	包括脑功能区定位、癫痫定位		丙	次	9500	9500	9500	9500	9500	9500	9500	9500	9500		所有医疗机构
1912	310100007	神经传导速度测定	003101000070000	神经传导速度测定	含感觉神经与运动神经传导速度、包括重复神经电刺激		甲	每条神经	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
1913	310100008	神经电图	003101000080000	神经电图	含检查F波、H反射、瞬目反射及重复神经电刺激		甲	每条神经	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1914	310100009	体感诱发电位	003101000090000	体感诱发电位	包括上肢体感诱发电位检查应含头皮、颈部、Erb氏点记录,下肢体感诱发电位检查应含头皮、腰部记录		甲	单肢	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
1915	310100009-a	体感诱发电位	003101000090000	体感诱发电位			乙	小时	170	170	170	170	170	170	170	170	170	指术中监测	未实施价改医院
									221	221	221	221	221	221	221	221	221		实施价改的公立医院
1916	310100010	运动诱发电位	003101000100000	运动诱发电位	含大脑皮层和周围神经刺激		甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
									91	91	91	91	91	91	91	91	91		实施价改的公立医院
1917	310100011	事件相关电位	003101000110000	事件相关电位	包括视觉、体感刺激P300与听觉P300		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
1918	310100011-a	事件相关电位增加N400检查时加收	003101000110001	事件相关电位(增加N400检查时加收)			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1919	310100012	脑干听觉诱发电位	003101000120000	脑干听觉诱发电位			乙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
									91	91	91	91	91	91	91	91	91		实施价改的公立医院
1920	310100013	术中颅神经监测	003101000130000	术中颅神经监测			乙	小时	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
1921	310100014	颅内压监测	003101000140000	颅内压监测			乙	小时	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		实施价改的公立医院
1922	310100014-a	颅内压监测	003101000140000	颅内压监测	指无创颅内压检测		乙	次	180	180	180	180	180	180	180	180	180		未实施价改医院
									234	234	234	234	234	234	234	234	234		实施价改的公立医院
1923	310100015	感觉阈值测量	003101000150000	感觉阈值测量	包括感觉障碍电生理诊断		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1924	310100016	腰椎穿刺术	003101000160000	腰椎穿刺术	含测压、注药	一次性使用脑压包	甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
									135	135	135	135	135	135	135	135	135		限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1925	310100016-a	腰椎穿刺术	003101000160000	腰椎穿刺术			甲	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90	脑脊液动力学检查	未实施价改医院
									117	117	117	117	117	117	117	117	117		实施价改的公立医院
									152	152	152	152	152	152	152	152	152		限六周岁及以下儿童 限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1926	310100016-b	腰椎蛛网膜下腔造影术	003202040120000	脊髓蛛网膜下腔造影术	含造影剂		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1926	310100010	侧脑室穿刺术	003101000170000	侧脑室穿刺术	包括引流		甲	次	390	390	390	390	390	390	390	390	390		实施价改的公立医院
1927	310100017	侧脑室穿刺术	003101000170000	侧脑室穿刺术	包括引流		甲	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156	156		实施价改的公立医院
									203	203	203	203	203	203	203	203	203	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1928	310100018	枕大池穿刺术	003101000180000	枕大池穿刺术			甲	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195	195		实施价改的公立医院
									254	254	254	254	254	254	254	254	254	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1929	310100019	硬脑膜下穿刺术	003101000190000	硬脑膜下穿刺术			甲	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195	195		实施价改的公立医院
									254	254	254	254	254	254	254	254	254	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1930	310100020	周围神经活检术	003101000200000	周围神经活检术	包括肌肉活检		甲	每个切口	120	120	120	120	120	120	120	120	120	同一切口取肌肉和神经标本时以一项计价	未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156	156		实施价改的公立医院
									203	203	203	203	203	203	203	203	203	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1931	310100021	植物神经功能检查	003101000210000	植物神经功能检查			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
1932	310100022	多功能神经肌肉功能监测	003101000220000	多功能神经肌肉功能监测			乙	小时	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		实施价改的公立医院
1933	310100023	肌电图	003101000230000	肌电图	包括眼肌电图、震颤肌电图检查		甲	每条肌肉	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院
									59	59	59	59	59	59	59	59	59		实施价改的公立医院
1934	310100024	单纤维肌电图	003101000240000	单纤维肌电图			甲	每条肌肉	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
1935	310100025	肌电图监测	003101000250000	肌电图监测			乙	小时	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1936	310100026	多轨迹断层肌电图	003101000260000	多轨迹断层肌电图			乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
1937	310100027	神经阻滞治疗	003101000270000	神经阻滞治疗		低压无针注射器用注射头	甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
1938	310100028	经皮穿刺三叉神经半月节注射治疗术	003101000280000	经皮穿刺三叉神经半月节注射治疗术	含CT定位、神经感觉定位、注射药物、测定疗效范围、局部加压；不含术中影像学检查		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院
									390	390	390	390	390	390	390	390	390		实施价改的公立医院
									507	507	507	507	507	507	507	507	507	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1939	310100029	经皮穿刺三叉神经半月节射频温控热凝术	003101000290000	经皮穿刺三叉神经半月节射频温控热凝术	含CT定位、神经感觉定位、射频温控治疗、测定疗效范围、局部加压；包括感觉根射频温控热凝，不含术中影像学检查、全麻		乙	次	520	520	520	520	520	520	520	520	520		未实施价改医院
									676	676	676	676	676	676	676	676	676		实施价改的公立医院
									879	879	879	879	879	879	879	879	879	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1940	310100030	经皮穿刺三叉神经干注射术	003101000300000	经皮穿刺三叉神经干注射术	含CT定位、神经感觉定位、注射药物、测定疗效范围、局部加压；不含术中影像学检查		乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院
									390	390	390	390	390	390	390	390	390		实施价改的公立医院
									507	507	507	507	507	507	507	507	507	限六周岁及以下儿童	限儿童专科医院和其他医院儿科收取
1941	310100031	慢性小脑电刺激术	003101000310000	慢性小脑电刺激术			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1942	310100032	肉毒素注射治疗	003101000320000	肉毒素注射治疗	含神经、肌肉各部位治疗，含注射器。包括玻尿酸注射治疗、玻尿酸溶解酶注射治疗		乙	针点	26	26	26	26	26	26	26	26	26		未实施价改医院
									34	34	34	34	34	34	34	34	34		实施价改的公立医院
1943	310100035	术中运动神经监测	003301000150000	麻醉中监测	术中检测电极刺入眼角及口角，或插入电极的气管插管，术中接近运动神经时，神经监护仪会发出警示，避免损伤神经。	电极、探针	乙	次	75	75	75	75	75	75	75	75	75		未实施价改医院
									98	98	98	98	98	98	98	98	98		实施价改的公立医院
1944	310100036	周围自主神经（泌汗神经）病变电化学皮肤电导ESC定量分析检测	323101000780000	周围自主神经（泌汗神经）病变电化学皮肤电导ESC定量分析检测	通过电导分析仪定量检测患者手足皮肤电导ESC值，评估筛查糖尿病外周自主神经病变		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1945	310100037	急性缺血性脑卒中超早期静脉溶栓术	323101000800000	急性缺血性脑卒中超早期静脉溶栓术	时间窗内给予重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓，用药一小时内每间隔15分钟评估1次病情、量表，1小时后每3小时评估病情、完善量表		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1946	310100038	帕金森嗅觉障碍码检查	003104020070000	嗅觉功能检测	使用特定嗅觉检测装备，以精确逐项评估患者嗅觉功能，完成测试后，计算总分以判断嗅觉减退水平，并作为帕金森病的支持诊断及早期诊断		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1947	310100039	经颅多普勒超声发泡试验	002203020120000	临床操作的彩色多普勒超声引导	指判断心脏卵圆孔未闭的诱发试验：含图文报告、留置针、三通、注射器等一次性消耗材料		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
1948	310100040	经颅多普勒超声动脉栓子监测	002203020120000	临床操作的彩色多普勒超声引导	包括图文等一次性消耗材料；指观察血管内栓子动态的检查；在经颅多普勒超声检查的基础上，用特殊的栓子监测探头架固定病人头部后观察大脑中动脉血流及频谱变化根据结果记录，专业医师审核；含1小时栓子检测		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	3102	2. 内分泌系统				检验费													
	310201	垂体兴奋试验			含需取静脉血5次及结果分析														
1949	310201001	生长激素释放激素兴奋试验(GRH)	003102010010000	生长激素释放激素兴奋试验(GRH)			甲	每试验项目	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
1950	310201001-a	生长激素(GH)	003102010080000	生长激素(GH)			甲	每试验项目	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1951	310201002	促甲状腺释放激素兴奋试验(TRH)	003102010020000	促甲状腺释放激素兴奋试验(TRH)			甲	每试验项目	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1952	310201002-a	促甲状腺激素(TSH)	003102010090000	促甲状腺激素(TSH)			甲	每试验项目	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1953	310201003	促肾上腺释放激素兴奋试验(CRF)	003102010030000	促肾上腺释放激素兴奋试验(CRF)			甲	每试验项目	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1954	310201004	促性腺释放激素兴奋试验(GnRH)	003102010040000	促性腺释放激素兴奋试验(GnRH)	含卵泡刺激素(FSH)和黄体生成素(LH)		甲	每试验项目	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1955	310201005	胰岛素低血糖兴奋试验	003102010050000	胰岛素低血糖兴奋试验	含开放静脉、床旁血糖监测、低血糖紧急处理		甲	每试验项目	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
1956	310201006	精氨酸试验	003102010060000	精氨酸试验			甲	每试验项目	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
1957	310201007	各种药物兴奋泌乳素(PRL)动态试验	003102010070000	各种药物兴奋泌乳素(PRL)动态试验			甲	每试验项目	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
	310202	垂体抑制试验																	
1958	310202001	葡萄糖抑制(GH)试验	003102020010000	葡萄糖抑制(GH)试验	含取静脉血5次及结果分析		甲	每试验项目	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1977	310205007	饥饿试验	003102050070000	饥饿试验	含24小时或2.3天监测血糖、胰岛素、床旁监护		甲	每试验项目	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1978	310205008	电脑血糖监测	003102050080000	电脑血糖监测	包括床旁血糖监测	血糖试纸	乙	次	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	4 5.2	自行购买的血糖试纸，电脑血糖监测不计收。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
1979	310205009	连续动态血糖监测	003102050090000	连续动态血糖监测	指持续监测72小时，每24小时测定不少于288个血糖值。含结果分析及图文诊断报告。包括扫描式	探头	乙	次	500 650	500 650	500 650	500 650	500 650	500 650	500 650	500 650	500 650		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	310206	肾上腺皮质功能试验																	
1980	310206001	昼夜皮质醇节律测定	003102060010000	昼夜皮质醇节律测定	含24小时内3次皮质醇或/和ACTH测定		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1981	310206002	促肾上腺皮质激素(ACTH)兴奋试验	003102060020000	促肾上腺皮质激素(ACTH)兴奋试验	含快速法，一日三次皮质醇测定1天；包括传统法或肌注法，每日2次皮质醇测定，连续3天		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1982	310206002-a	皮质醇(Cortisol)	002503100180000	血浆皮质醇测定	含快速法，一日三次皮质醇测定1天；包括传统法或肌注法，每日2次皮质醇测定，连续3天		甲	每试验项目	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1983	310206003	过夜地塞米松抑制试验	003102060030000	过夜地塞米松抑制试验	含皮质醇测定2次		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1984	310206004	地塞米松抑制试验	003102060040000	地塞米松抑制试验	含24小时尿17-羟皮质类固醇(17-OHCS)，17-酮(17-KS)及皮质醇测定各5次；包括小、大剂量		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1985	310206005	皮质素水试验	003102060050000	皮质素水试验	含皮质醇和ACTH测定各5次，测尿量8次，结果分析；包括水利尿试验		甲	每试验项目	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1986	310206006	醛固酮肾素测定卧立位试验	003102060060000	醛固酮肾素测定卧立位试验	含血醛固酮肾素测定2次		甲	每试验项目	25 33	25 33	25 33	25 33	25 33	25 33	25 33	25 33	25 33		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1987	310206007	低钠试验	003102060070000	低钠试验	含血尿钾、钠、氯测定3次；包括高钠试验		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1988	310206008	钾负荷试验	003102060080000	钾负荷试验	含血尿钾、钠测定4次		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1989	310206009	安体舒通试验	003102060090000	安体舒通试验	含测血尿钾、钠6—8次		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1990	310206010	赛庚啶试验	003102060100000	赛庚啶试验	含测血醛固酮5次		甲	每试验项目	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1991	310206011	氨苯喋啶试验	003102060110000	氨苯喋啶试验	含测血尿钾、钠6—8次		甲	每试验项目	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1992	310206012	开搏通试验	003102060120000	开搏通试验	含测血醛固酮测定7次		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	310207	肾上腺髓质功能试验																	
1993	310207001	苄胺唑啉阻滞试验	003102070010000	苄胺唑啉阻滞试验	含床旁血压、脉搏监测，血压监测每5分钟一次，至少30分钟		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1994	310207002	可乐宁试验	003102070020000	可乐宁试验	含查血肾上腺素、血儿茶酚胺，血压监测每小时一次，连续6小时；包括哌唑嗪试验		甲	每试验项目	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39	30 39		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1995	310207003	胰高血糖素激发试验	003102070030000	胰高血糖素激发试验	含血压监测每半分钟一次，连续5分钟后，每分钟一次，连续10分钟		甲	每试验项目	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
1996	310207004	冷加压试验	003102070040000	冷加压试验	含血压监测20分钟内测7次		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1997	310207005	组织胺激发试验	003102070050000	组织胺激发试验	含血压监测每半分钟一次,连续15分钟		甲	每试验项目	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
1998	310207006	酪胺激发试验	003102070060000	酪胺激发试验	含血压监测每半分钟一次,连续15分钟		甲	每试验项目	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20	15 20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	310208	其它																	
1999	310208001	胰岛素泵持续皮下注射胰岛素	003102080010000	胰岛素泵持续皮下注射胰岛素	含储药泵、连接管,包括垂体激素泵持续皮下注射促性腺激素释放激素		乙	小时	8 10	8 10	8 10	8 10	8 10	8 10	8 10	8 10	8 10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2000	310208002	人绒毛膜促性腺激素兴奋试验	003102080020000	人绒毛膜促性腺激素兴奋试验	含3次性腺激素测定		甲	每试验项目	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13	10 13		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2001	310208002-a	绒毛膜促性腺激素(HCG)	002503100380000	血清人绒毛膜促性腺激素测定			甲	每试验项目	40 52	40 52	40 52	40 52	40 52	40 52	40 52	40 52	40 52		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2002	310208002-b	绒毛膜促性腺激素(β-HCG)	002503100550000	特异β人绒毛膜促性腺激素(β-HCG)测定			甲	每试验项目	45 59	45 59	45 59	45 59	45 59	45 59	45 59	45 59	45 59		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2003	310208003	内脏脂肪与皮下脂肪测量	323102080090000	内脏脂肪与皮下脂肪测量	使用DUALSCAN技术,通过检测内脏脂肪的蓄积量来跟进病人对于肥胖管理控制的情况		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
2004	310208004	胰岛素泵安装术	003102080010000	胰岛素泵持续皮下注射胰岛素	含胰岛素储药器的药品安装、管路检查,胰岛素泵基础量及餐前量的基础设置,患者皮下植入等		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
2005	310208005	皮肤糖基化终产物无创检测	323102050100000	皮肤糖基化终产物无创检测	测定人体手臂皮肤中糖基化终产物的积累水平,出具报告。			次											公立医疗机构
2006	310208006	经皮肾上腺静脉取血术	003308040750000	经皮穿刺静脉取血术	为准确诊断原发性醛固酮增多症,经皮介入,置管于左右侧肾上腺静脉和下腔静脉远端取血			次											公立医疗机构
	3103	3. 眼部																市定价(特需、市场调节价除外)	
2007	3103-a	泪道内窥镜加收	323300000010000	辅助操作			乙	例	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200	市定价 200		实施价改的公立医院 未实施价改医院
2008	3103-b	环钻加收	323300000010000	辅助操作			甲	次	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150	市定价 150		实施价改的公立医院 未实施价改医院
2009	310300001	普通视力检查	003103000010000	普通视力检查	含远视力、近视力、光机能(包括光感及光定位)、伪盲检查		甲	次(双眼)	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2010	310300002	特殊视力检查	003103000020000	特殊视力检查	包括儿童图形视力表,点视力表,条栅视力表,视动性眼震仪		甲	项	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2011	310300002-a	特殊视力检查加收	003103000020001	特殊视力检查(每增加一项加收)			甲	项	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价	1 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2012	310300003	选择性观看检查	003103000030000	选择性观看检查			甲	次(双眼)	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价	15 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2013	310300004	视网膜视力检查	003103000040000	视网膜视力检查			甲	次(双眼)	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2014	310300005	视野检查	003103000050000	视野检查	包括普通视野计,电脑视野计、动态(Goldmann)视野计		甲	次(双眼)	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2015	310300005-a	视野检查	003103000050000	视野检查			甲	次(双眼)	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2015	310300005	视物恒直	00310300050000	视物恒直			甲	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	实施价改的公立医院
2016	310300006	阿姆斯勒(Amsler)表检查	00310300060000	阿姆斯勒(Amsler)表检查			甲	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2017	310300007	验光	00310300070000	验光	含检影,散瞳,云雾试验,试镜		丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2018	310300008	镜片检测	00310300080000	镜片检测			丙	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2019	310300009	隐形眼镜配置	00310300090000	隐形眼镜配置	含验光、角膜曲率测量、泪液分泌功能(Schirmer)测定		丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2020	310300010	主导眼检查	00310300100000	主导眼检查			甲	次(双眼)	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
2021	310300011	代偿头位测定	00310300110000	代偿头位测定	含使用头位检测仪		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2022	310300012	复视检查	00310300120000	复视检查			甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2023	310300013	斜视度测定	00310300130000	斜视度测定	含九个注视方向双眼分别注视时的斜度,看远及看近		丙	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2024	310300014	三棱镜检查	00310300140000	三棱镜检查			甲	次(双眼)	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院
2025	310300015	线状镜检查	00310300150000	线状镜检查			甲	次(双眼)	6	6	6	6	6	6	6	6	6		未实施价改医院
2026	310300016	黑氏(Hess)屏检查	00310300160000	黑氏(Hess)屏检查			甲	次(双眼)	8	8	8	8	8	8	8	8	8		未实施价改医院
2027	310300017	调节/集合测定	00310300170000	调节/集合测定			甲	次(双眼)	8	8	8	8	8	8	8	8	8		未实施价改医院
2028	310300018	牵拉试验	00310300180000	牵拉试验	含有无复视及耐受程度,被动牵拉,主动收缩		甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2029	310300019	双眼视觉检查	00310300190000	双眼视觉检查	含双眼同时知觉、双眼同时视、双眼融合功能、立体视功能		丙	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2030	310300019-a	双眼视觉检查	00310300190000	双眼视觉检查			丙	次(双眼)	90	90	90	90	90	90	90	90	90	视觉生理检查	未实施价改医院
2031	310300020	色觉检查	00310300200000	色觉检查	包括普通图谱法,FM-100hue测试盒法,色觉仪法		丙	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2032	310300021	对比敏感度检查	00310300210000	对比敏感度检查			丙	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2033	310300022	暗适应测定	00310300220000	暗适应测定	含图形及报告		丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2034	310300023	明适应测定	00310300230000	明适应测定			丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2035	310300024	正切尺检查	00310300240000	正切尺检查			丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2036	310300025	注册性视检查	00310300250000	注册性视检查			丙	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2036	310300025	眼压测量	003103000250000	眼压测量			丙	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2037	310300026	眼象差检查	003103000260000	眼象差检查			丙	次(双眼)	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2038	310300027	眼压检查	003103000270000	眼压检查	包括Schiotz眼压计法, 非接触眼压计法, 电眼压计法, 压平眼压计法		甲	次(双眼)	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2039	310300028	眼压日曲线检查	003103000280000	眼压日曲线检查			甲	次(双眼)	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价	30 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2040	310300029	眼压描记	003103000290000	眼压描记			甲	次(双眼)	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2041	310300030	眼球突出度测量	003103000300000	眼球突出度测量	包括米尺测量法、眼球突出计测量法		甲	次(双眼)	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2042	310300031	青光视网膜神经纤维层计算机图象分析	003103000310000	青光视网膜神经纤维层计算机图象分析	含计算机图相分析: 不含OCT、HRT及SLO		甲	次(双眼)	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2043	310300032	低视力助视器试验	003103000320000	低视力助视器试验			丙	次(双眼)	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2044	310300033	上睑下垂检查	003103000330000	上睑下垂检查			甲	次(双眼)	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2045	310300034	泪膜破裂时间测定	003103000340000	泪膜破裂时间测定			甲	次(双眼)	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2046	310300035	泪液分泌功能测定	003103000350000	泪液分泌功能测定		泪液分泌试纸	甲	次(双眼)	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价	2 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2047	310300036	泪道冲洗	003103000360000	泪道冲洗			甲	次(双眼)	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价	3 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2048	310300037	青光眼诱导试验	003103000370000	青光眼诱导试验	包括饮水, 暗室, 妥拉苏林等		甲	次(双眼)	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2049	310300038	角膜荧光素染色检查	003103000380000	角膜荧光素染色检查			甲	次(双眼)	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2050	310300039	角膜曲率测量	003103000390000	角膜曲率测量			甲	次(双眼)	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2051	310300040	角膜地形图检查	003103000400000	角膜地形图检查			丙	次(双眼)	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价	60 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2052	310300041	角膜内皮镜检查	003103000410000	角膜内皮镜检查			乙	次(双眼)	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价	50 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2053	310300042	角膜厚度检查	003103000420000	角膜厚度检查	包括裂隙灯法, 超声法		丙	次(双眼)	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2054	310300043	角膜知觉检查	003103000430000	角膜知觉检查			甲	次(双眼)	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价	10 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2055	310300044	巩膜透照检查	003103000440000	巩膜透照检查	含散瞳		甲	次(双眼)	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价	8 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2056	310300045	人工晶体度数测量	003103000450000	人工晶体度数测量			甲	次(双眼)	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2057	310300046	前房深度测量	003103000460000	前房深度测量	包括裂隙灯法(测量周边前房及轴部前)		甲	次(双眼)	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2057	310300010	前房深度测量	003103000100000	前房深度测量	房), 前房深度测量法		丙	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2058	310300047	房水荧光测定	003103000470000	房水荧光测定			丙	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2059	310300048	裂隙灯检查	003103000480000	裂隙灯检查			甲	次(双眼)	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
2060	310300049	裂隙灯下眼底检查	003103000490000	裂隙灯下眼底检查	包括前置镜、三面镜、视网膜镜		甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2061	310300050	裂隙灯下房角镜检查	003103000500000	裂隙灯下房角镜检查			甲	次(双眼)	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院
2062	310300051	眼位照相	003103000510000	眼位照相			丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2063	310300052	眼前段照相	003103000520000	眼前段照相			丙	次(双眼)	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
2064	310300053	眼底照相	003103000530000	眼底照相			丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2065	310300054	眼底血管造影	003103000540000	眼底血管造影	包括眼底荧光血管造影(FFA)、靛青绿血管造影(ICGA)		乙	次(双眼)	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2066	310300054-a	使用广角镜头加收	003103000540000	眼底血管造影	适用于糖尿病视网膜病变、视网膜血管炎、视网膜静脉阻塞、葡萄膜炎、视网膜周边变性、老年性黄斑变性等可能累及视网膜周边的疾病。		乙	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2067	310300055	裂隙灯下眼底视神经立体照相	003103000550000	裂隙灯下眼底视神经立体照相			丙	次(双眼)	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
2068	310300056	眼底检查	003103000560000	眼底检查	包括直接、间接眼底镜法, 不含散瞳		甲	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2069	310300056-a	眼底自发荧光检查	003103000560000	眼底血管造影	适用于视网膜变性类疾病及眼底荧光造影联合检查。		乙	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2070	310300057	扫描激光眼底检查(SLO)	003103000570000	扫描激光眼底检查(SLO)			丙	次(双眼)	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2071	310300058	视网膜裂孔定位检查	003103000580000	视网膜裂孔定位检查	包括直接检眼镜观察+测算、双目间接检眼镜观察+巩膜加压法		甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2072	310300059	海德堡视网膜厚度检查(HRT)	003103000590000	海德堡视网膜厚度检查(HRT)			丙	次(双眼)	150	150	150	150	150	150	150	150	150	含图片报告	未实施价改医院
2073	310300060	眼血流图	003103000600000	眼血流图			丙	次(双眼)	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
2074	310300061	视网膜动脉压测定	003103000610000	视网膜动脉压测定			丙	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2075	310300062	临界融合频率检查	003103000620000	临界融合频率检查			丙	次(双眼)	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2076	310300063	超声生物显微镜检查(UBM)	003103000630000	超声生物显微镜检查(UBM)			乙	单眼	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
2077	310300064	光学相干断层成像(CT)	003103000640000	光学相干断层成像	全副眼科后极组织厚度及断面图		丙	单眼	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2077	310300064	光学相干断层成像(OCT)	003103000640000	(OCT)	目的视网膜组织厚度及结构扫描		甲	单眼	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2078	310300065	视网膜电流图(ERG)	003103000650000	视网膜电流图(ERG)			甲	次(双眼)	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2079	310300066	视网膜地形图	003103000660000	视网膜地形图			甲	次(双眼)	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2080	310300067	眼电图(EOG)	003103000670000	眼电图(EOG)	含运动或感觉		甲	次(双眼)	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2081	310300068	视诱发电位(VEP)	003103000680000	视诱发电位(VEP)	含单导、图形		甲	次(双眼)	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2082	310300068-a	格栅视觉诱发电位(ICVEP)	323103000680100	格栅视觉诱发电位(ICVEP)	含电极		甲	次(双眼)	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2083	310300069	眼外肌功能检查	003103000690000	眼外肌功能检查	含眼球运动、歪头试验、集合与散开		甲	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2084	310300070	眼肌力检查	003103000700000	眼肌力检查			甲	次(双眼)	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
2085	310300071	结膜印痕细胞检查	003103000710000	结膜印痕细胞检查			甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2086	310300072	马氏(Maddox)杆试验	003103000720000	马氏(Maddox)杆试验			甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2087	310300073	球内异物定位	003103000730000	球内异物定位	含眼科操作部分		甲	次(双眼)	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
2088	310300074	磁石试验	003103000740000	磁石试验			甲	次(双眼)	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
2089	310300075	眼活体组织检查	003103000750000	眼活体组织检查			甲	次(双眼)	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
2090	310300076	角膜刮片检查	003103000760000	角膜刮片检查	不含微生物检查		甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2091	310300077	结膜囊取材检查	003103000770000	结膜囊取材检查	不含微生物检查		甲	次(双眼)	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2092	310300078	准分子激光屈光性角膜矫正术(PRK)	003103000780000	准分子激光屈光性角膜矫正术(PRK)	包括准分子激光治疗性角膜矫正术(PTK)		丙	次(单眼)										特需服务项目	所有医疗机构
2093	310300078-a	全飞秒激光角膜屈光手术	003103000790000	激光原位角膜磨镶术(LASIK)			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2094	310300078-b	飞秒联合准分子激光角膜屈光手术	003103000780000	准分子激光屈光性角膜矫正术(PRK)			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2095	310300079	激光原位角膜磨镶术(LASIK)	003103000790000	激光原位角膜磨镶术(LASIK)			丙	次(单眼)										特需服务项目	所有医疗机构
2096	310300080	视网膜激光光凝术(氩激光光凝)	003103000800000	视网膜激光光凝术			乙	次(单眼)	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
2097	310300081	激光治疗眼前节病	003103000810000	激光治疗眼前节病	包括治疗青光眼、晶状体囊膜切开、虹膜囊肿切除		乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2098	310300082	钕激光眼科手术	003103000820000	钕激光眼科手术	包括治疗白内障、晶体囊膜切开、晶体摘除		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	说明	执行范围
									医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中		
2099	310300083	钿激光巩膜切除术	003103000830000	钿激光巩膜切除术			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2100	310300084	低功率氩-氛激光治疗	003103000840000	低功率氩-氛激光治疗			丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2101	310300085	电解倒睫	003103000850000	电解倒睫	包括拔倒睫		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2102	310300086	光动力疗法(PDT)	003103000860000	光动力疗法(PDT)	含光敏剂配置, 微泵注入药物, 激光治疗	光敏剂	乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2103	310300087	睑板腺按摩	003103000870000	睑板腺按摩			丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2104	310300088	冲洗结膜囊	003103000880000	冲洗结膜囊			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2105	310300089	睑结膜伪膜去除冲洗	003103000890000	睑结膜伪膜去除冲洗			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2106	310300090	晶体囊截开术	003103000900000	晶体囊截开术			甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2107	310300090-a	晶体囊截开术	003103000900000	晶体囊截开术			甲	次	120	120	120	120	120	120	120	120	激光	未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2108	310300091	取结膜结石	003103000910000	取结膜结石			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2109	310300092	沙眼磨擦挤压术	003103000920000	沙眼磨擦挤压术			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2110	310300093	眼部脓肿切开引流术	003103000930000	眼部脓肿切开引流术	包括霰粒肿切除术		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2111	310300094	球结膜下注射	003103000940000	球结膜下注射			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2112	310300095	球后注射	003103000950000	球后注射	包括球周半球后, 球旁		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2113	310300096	眶上神经封闭	003103000960000	眶上神经封闭			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2114	310300097	肉毒杆菌毒素眼外肌注射	003103000970000	肉毒杆菌毒素眼外肌注射	包括治疗眼险痉挛、麻痹性斜视、上睑后退		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2115	310300098	协调器治疗	003103000980000	协调器治疗			丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2116	310300099	后象治疗	003103000990000	后象治疗			丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2117	310300100	前房穿刺术	003103001000000	前房穿刺术	包括前房冲洗术		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
									169	169	169	169	169	169	169	169	限6周岁及以下儿童	所有医疗机构
2118	310300101	前房注气术	003103001010000	前房注气术	包括脉络膜上腔放液术		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2119	310300102	角膜异物剔除术	003103001020000	角膜异物剔除术			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2119	310300102	角膜异物剔除术	003103001020000	角膜异物剔除术			甲	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2120	310300103	角膜溃疡灼烙术	003103001030000	角膜溃疡灼烙术			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
2121	310300104	眼部冷冻治疗	003103001040000	眼部冷冻治疗	包括治疗炎症性肉芽肿、血管瘤、青光眼、角膜溃疡		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
2122	310300105	泪小点扩张	003103001050000	泪小点扩张			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2123	310300106	泪道探通术	003103001060000	泪道探通术			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2124	310300106-a	泪道探通术	003103001060000	泪道探通术			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15	激光	未实施价改医院
2125	310300107	双眼单视功能训练	003103001070000	双眼单视功能训练	含双眼同时视、辐辏外展、融合		丙	次	7	7	7	7	7	7	7	7	7		未实施价改医院
2126	310300108	弱视训练	003103001080000	弱视训练			丙	次	7	7	7	7	7	7	7	7	7		未实施价改医院
2127	310300109	早产儿视网膜病变(ROP)探查术	003103000560000	眼底检查	含诊断、散瞳、图文报告		乙	单眼	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
2128	310300110	散瞳	003103000070200	验光(散瞳)	含药物		甲	单眼	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2129	310300111	活体眼表共聚焦显微镜检查	003103000750000	眼活体组织检查	适用于眼表、角膜疾病及眼睑和睑板腺疾病。		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2130	310300112	视知觉评估	323115010190000	视知觉评估	运用mvp、dem、rna量表对受检者进行视知觉评估,以了解其眼脑协调及阅读、学习的基本能力。不含视力、屈光及眼三级视功能检查		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
2131	310300113	糖尿病视网膜病变诊断	003103000530000	眼底照相	将眼底照片通过互联网上传到服务器,经过计算机分析回传报告自动标注微血管瘤、出血点以及渗出,并自动统计数量和面积		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
3104	4.耳鼻咽喉																		
310401	耳部诊疗																		
2132	310401001	听性脑干反应	003104010010000	听性脑干反应			甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
2133	310401002	纯音听阈测定	003104010020000	纯音听阈测定	含气导、骨导和必要的掩蔽		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2134	310401003	自描听力检查	003104010030000	自描听力检查			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2135	310401004	纯音短增量敏感指数试验	003104010040000	纯音短增量敏感指数试验			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
2136	310401005	纯音衰减试验	003104010050000	纯音衰减试验			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2137	310401006	双耳交替响度平衡试验	003104010060000	双耳交替响度平衡试验	含至少2个频率		甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
2138	310401007	响度不适与舒适阈检测	003104010070000	响度不适与舒适阈检测			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
2139	310401008	调谐曲线	003104010080000	调谐曲线			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院	
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院	
2140	310401009	言语测听	003104010090000	言语测听	含畸变语言、交错扬格、识别率、言语听阈、复响试验检查、短增量敏感试验、自力听力试验		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院	
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院	
2141	310401010	声导抗测听	003104010100000	声导抗测听	包括鼓室图、镫骨肌反射试验		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院	
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院	
2142	310401010-a	声导抗测听	003104010100000	声导抗测听			甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70	多频率	未实施价改医院	
									91	91	91	91	91	91	91	91	91		实施价改的公立医院	
2143	310401011	镫骨活动度检测(盖来试验)	003104010110000	镫骨活动度检测(盖来试验)			甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院	
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		实施价改的公立医院	
2144	310401012	镫骨肌反射衰减试验	003104010120000	镫骨肌反射衰减试验	含镫骨肌反射阈值		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院	
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		实施价改的公立医院	
2145	310401013	咽鼓管压力测定	003104010130000	咽鼓管压力测定	不含声导抗测听		甲	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院	
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		实施价改的公立医院	
2146	310401014	耳蜗电图	003104010140000	耳蜗电图			乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院	
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		78	实施价改的公立医院
2147	310401015	耳声发射检查	003104010150000	耳声发射检查	包括自发性、诱发性 and 畸变产物耳声发射		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2148	310401016	稳态听觉诱发反应	003104010160000	稳态听觉诱发反应			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院	
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		78	实施价改的公立医院
2149	310401017	中潜伏期诱发电位	003104010170000	中潜伏期诱发电位			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院	
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		78	实施价改的公立医院
2150	310401018	皮层慢反应	003104010180000	皮层慢反应			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院	
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		65	实施价改的公立医院
2151	310401019	迟期成分检查	003104010190000	迟期成分检查			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构	
2152	310401020	鼓岬电刺激反应	003104010200000	鼓岬电刺激反应			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院	
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		52	实施价改的公立医院
2153	310401021	眼震电图	003104010210000	眼震电图	包括温度试验和自发眼震		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院	
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		130	实施价改的公立医院
2154	310401022	平衡试验	003104010220000	平衡试验	包括平板或平衡台试验, 包括视动试验、旋转试验、甘油试验		甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院	
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		78	实施价改的公立医院
2155	310401023	中耳共振频率测定	003104010230000	中耳共振频率测定			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院	
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		26	实施价改的公立医院
2156	310401024	听探子检查	003104010240000	听探子检查			乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构	
2157	310401025	听力筛选试验	003104010250000	听力筛选试验	含耳声发射、脑干听觉诱发电位测听		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院	
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		65	65
2158	310401026	耳鸣检查	003104010260000	耳鸣检查	含匹配、频率和响度, 包括他觉耳鸣检查		甲	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院	
									59	59	59	59	59	59	59	59	59		59	59
2159	310401027	定向条件反射测定	003104010270000	定向条件反射测定	含游戏测定和行为观察		乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限4周岁以下儿童。	未实施价改医院	
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		39	39
									35	35	35	35	35	35	35	35	35	限符合苏人社发【2010】	未实施价改医院	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围		
2178	310401045	耳药物烧灼	003104010450000	耳药物烧灼			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院		
									3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9		实施价改的公立医院		
2179	310401046	鼓膜贴补	003104010460000	鼓膜贴补治疗	包括烧灼法、针拨法		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院		
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院		
2180	310401047	耳神经阻滞	003104010470000	耳神经阻滞			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院		
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院		
2181	310401048	耳廓假性囊肿穿刺压迫治疗	003104010480000	耳廓假性囊肿穿刺压迫治疗	含穿刺、抽吸和压迫、压迫材料；不含抽液检验		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院		
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院		
									51	51	51	51	51	51	51	51	51		限六周岁及以下儿童	所有医疗机构	
2182	310401049	耳部特殊治疗	003104010490000	耳部特殊治疗			乙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25	射频、激光、微波、冷冻等 法同价	未实施价改医院		
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		实施价改的公立医院		
2183	310401051	婴幼儿视觉强化测听	003115010021500	精神科B类量表测查 (本顿视觉保持测定)	适用于6个月-24个月婴幼儿(或智龄相当儿童),通过对婴幼儿声光刺激建立条件反射后,以视觉刺激物作为强化手段,观察婴幼儿对声音的反应,从而获取整个听觉传导通路的状态,含声音经过听觉感受器、周围听神经、中枢神经系统的听觉脑干、听觉皮层和皮层的整合以及传出神经、效应器的过程。		乙	例	120	120	120								限三级医疗机构使用。	实施价改的公立医院	
	310402	鼻部诊疗				止血材料															
2184	310402001	鼻内镜检查	003104020010000	鼻内镜检查			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院		
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		实施价改的公立医院		
2185	310402002	前鼻镜检查	003104020020000	前鼻镜检查			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院		
									3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9		实施价改的公立医院		
2186	310402003	长鼻镜检查	003104020030000	长鼻镜检查			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院		
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		实施价改的公立医院		
2187	310402004	鼻内镜手术后检查处理	003104020040000	鼻内镜手术后检查处理	含残余病变清理		甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院		
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院		
2188	310402005	鼻粘膜激发试验	003104020050000	鼻粘膜激发试验			甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6		未实施价改医院		
									7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8		实施价改的公立医院		
2189	310402006	鼻分泌物细胞检测	003104020060000	鼻分泌物细胞检测	含嗜酸细胞、肥大细胞		甲	次	12	12	12	12	12	12	12	12	12		未实施价改医院		
									16	16	16	16	16	16	16	16	16		实施价改的公立医院		
2190	310402007	嗅觉功能检测	003104020070000	嗅觉功能检测			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院		
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院		
2191	310402008	鼻阻力测定	003104020080000	鼻阻力测定			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院		
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院		
2192	310402009	声反射鼻腔测量	003104020090000	声反射鼻腔测量			乙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院		
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院		
2193	310402010	糖精试验	003104020100000	糖精试验			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15	亦称纤毛功能测定	未实施价改医院		
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院		
2194	310402011	蝶窦穿刺活检术	003104020110000	蝶窦穿刺活检术			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院		
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院		
									85	85	85	85	85	85	85	85	85		限六周岁及以下儿童	所有医疗机构	
2195	310402012	鼻腔冲洗	003104020120000	鼻腔冲洗			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院		

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2214	310403005	纤维鼻咽镜检查	003104030060000	纤维鼻咽镜检查			乙	次	91	91	91	91	91	91	91	91	91		实施价改的公立医院
2215	310403006	纤维鼻咽镜检查	003104030060000	纤维鼻咽镜检查			甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
									91	91	91	91	91	91	91	91	91		实施价改的公立医院
2216	310403007	间接鼻咽镜检查	003104030070000	间接鼻咽镜检查			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
2217	310403007-a	间接鼻咽镜检查	003104030070000	间接鼻咽镜检查			甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35	电子镜	未实施价改医院
									46	46	46	46	46	46	46	46	46		实施价改的公立医院
2218	310403008	硬性鼻咽镜检查	003104030080000	硬性鼻咽镜检查			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2219	310403009	纤维喉镜检查	003104030090000	纤维喉镜检查			甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
2220	310403009-a	纤维喉镜检查	003104030090000	纤维喉镜检查			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	电子镜	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2221	310403010	喉动态镜检查	003104030100000	喉动态镜检查			甲	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156	156		实施价改的公立医院
2222	310403011	直达喉镜检查	003104030110000	直达喉镜检查	包括前联合镜检查		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2223	310403012	间接喉镜检查	003104030120000	间接喉镜检查			甲	次	6	6	6	6	6	6	6	6	6		未实施价改医院
									7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8	7.8		实施价改的公立医院
2224	310403013	支撑喉镜检查	003104030130000	支撑喉镜检查			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2225	310403014	咽封闭	003104030140000	咽封闭			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2226	310403015	喉上神经封闭术	003104030150000	喉上神经封闭术			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2227	310403016	咽部特殊治疗	003104030160000	咽部特殊治疗		活性银离子抗菌液、生物多糖抗菌含漱液	乙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25	射频、激光、微波、冷冻等 法同价	未实施价改医院
									33	33	33	33	33	33	33	33	33		实施价改的公立医院
2228	310403016-a	咽部特殊治疗	003104030160000	咽部特殊治疗			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	声带息肉气化术	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2229	310403016-b	咽部特殊治疗	003104030160000	咽部特殊治疗			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		指口咽部异物取出术
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2230	310403016-c	咽部特殊治疗	003104030160000	咽部特殊治疗			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		指喉咽部异物取出术
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2231	310403016-d	间接喉镜下新生物摘除术	003307010010000	经直达喉镜喉肿物摘除术	含活检		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
	3105	5. 口腔颌面				一次性无痛麻醉手柄、一次器械盒、口腔特殊用药												口腔治疗用麻醉按局部浸润 麻醉计价。收取一次性无痛 麻醉手柄费用后，不得再收 麻醉费。市定价（特需、市 场调节价除外）	
	310501	口腔综合检查																	
2232	310501001	全口牙病系统检查与治疗设计	003105010010000	全口牙病系统检查与治疗设计	包括各专业检查表，不含错 畸形诊断设计、种植治疗设计		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2233	310501001-a	牙周专业检查	003105010010001	全口牙病系统检查与治疗设计(牙周专业检			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2233	310501001-a	牙周专项检查	003105010010001	牙周专项检查(牙周专项检查加收)			丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2234	310501001-b	全口牙病系统检查与治疗设计	003105010010000	全口牙病系统检查与治疗设计	含咬合检查、菌斑检查		丙	例	100	100	100	100	100	100	100	100	100	指使用牙周电子诊断系统	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2235	310501002	咬合检查	003105010020000	咬合检查	不含咀嚼肌电图检查		甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2236	310501003	颌力测量检查	003105010030000	力测量检查			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2237	310501004	咀嚼功能检查	003105010040000	咀嚼功能检查			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2238	310501005	下颌运动检查	003105010050000	下颌运动检查	包括髁状突运动轨迹描记		甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2239	310501006	唾液流量测定	003105010060000	唾液流量测定	包括全唾液流量及单个腺体流量测定		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2240	310501007	口腔模型制备	003105010070000	口腔模型制备	含口腔印模制取、石膏模型灌制、普通磷酸盐印模材、普通石膏	硅橡胶、琼脂材料，进口石膏材料	丙	单颌	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2241	310501007-a	光学数字化口腔扫描	323105010070100	光学数字化口腔扫描	含数字化口内扫描、软件分析，形成三维数字化印模		丙	单颌	65	65	65	65	65	65	65	65	65		所有医疗机构
2242	310501008	记存模型制备	003105010080000	记存模型制备	含印模制取、模型灌制、修正及取蜡型	硅橡胶、琼脂材料，进口石膏材料	丙	单颌	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2243	310501009	面部模型制备	003105010090000	面部模型制备	含印模制取、石膏模型灌制及修正	硅橡胶、琼脂材料，进口石膏、进口蜡模材料	丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2244	310501010	常规面像检查	003105010100000	常规面像检查	包括正侧位面像、微笑像、正侧位像及上下颌面像		丙	每片	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2245	310501011	口腔内镜检查	003105010110000	口腔内镜检查			甲	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
310502	310502	牙体牙髓检查																	
2246	310502001	牙髓活力检查	003105020010000	牙髓活力检查	包括冷测、热测、牙髓活力电测		甲	每牙	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2247	310502002	根管长度测量	003105020020000	根管长度测量	含使用根管长度测量仪或插诊断丝确定工作长度		甲	每根管	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2248	310502003	口腔X线一次成像(RVG)	003105020030000	口腔X线一次成像(RVG)			甲	每牙	30	30	30	30	30	30	30	30	30	含图文报告	未实施价改医院 实施价改的公立医院
310503	310503	牙周检查																	
2249	310503001	白细胞趋化功能检查	003105030010000	白细胞趋化功能检查	含：龈沟液白细胞采集或血白细胞采集；实验室白细胞趋化功能测定		乙	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2250	310503002	龈沟液量测定	003105030020000	龈沟液量测定	含龈沟液的采集和定量		乙	牙	1	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2251	310503003	咬合动度测定	003105030030000	咬合动度测定			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2252	310503004	龈上菌斑检查	003105030040000	龈上菌斑检查	含牙菌斑显示及菌斑指数确定		甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2253	310503005	菌斑微生物检测	003105030050000	菌斑微生物检测	含菌斑采集及微生物检测，包括：刚果红、Pantachest试纸		丙	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	说明	执行范围
									医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中		
2253	310503003	口腔颌面功能检查	003105030030000	口腔颌面功能检查	负染法; 暗视野显微镜法; Periocheck法	Periocheck法用湿	丙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
	310504	口腔颌面功能检查																
2254	310504001	面神经功能主观检测	003105040010000	面神经功能主观检测	指美国耳、鼻、喉及头颈外科通用主观检测方法		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2255	310504002	面神经功能电脑检测	003105040020000	面神经功能电脑检测	指用数码相机及专门的软件包(QFES)而进行的客观检测方法		乙	次	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2256	310504003	面神经肌电图检查	003105040030000	面神经肌电图检查	1.包括额、眼、上唇及下唇四个功能区; 2.每功能区均含双侧		甲	每区	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2257	310504004	腭咽闭合功能检查	003105040040000	腭咽闭合功能检查	包括鼻咽纤维镜进行鼻音计检查、语音仪检查、计算机语音检查; 不含反馈治疗		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
	310505	正颌外科手术前设计							市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2258	310505001	正颌外科手术设计与面型预测	003105050010000	正颌外科手术设计与面型预测	包括:1.VTO技术;含X线头影测量、颌骨模板模拟手术及术后效果的预测; 2.电子计算机技术;含电子计算机专家系统行X线头影测量与诊断、手术模拟与术后效果的预测	录像带、计算机软盘、照相及胶片	丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2259	310505002	云纹仪检查	003105050020000	云纹仪检查	包括正位、侧位及斜位等各种位置的云纹照相及测量	化妆品、照相底片及冲印	丙	次	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2260	310505003	模型外科设计	003105050030000	模型外科设计	含面弓转移、上架、模型测量及模拟手术拼对等	石膏模型制备按310501007项收费	丙	次	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2261	310505004	带环制备	003105050040000	带环制备	含代型制作、带环的焊接、锤制、圆管焊接等技术	石膏模型制备按310501007、分牙及牙体预备、粘接带环	丙	每个	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2262	310505005	唇弓制备	003105050050000	唇弓制备	含唇弓弯制、焊接等技术,以及钢丝、焊媒等材料	方弓丝、予成牵引弓、唇弓及其他特殊材料	丙	每根	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2263	310505006	牙合导板制备	003105050060000	导板制备	含牙合导板制作、打磨、抛光,以及自凝牙托粉、单体、分离剂等		丙	每个	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2264	310505007	面部三维照相	003105050070000	云纹仪检查		图像记录	丙	体位	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
	310506	口腔关节病检查							市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2265	310506001	颞颌关节系统检查设计	003105060010000	颞颌关节系统检查设计	含专业检查表,包括颞颌关节系统检查;不含关节镜等特殊检查		甲	每人次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2266	310506002	颞颌关节镜检查	003105060020000	颞颌关节镜检查			乙	次	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2267	310506003	关节腔压力测定	003105060030000	关节腔压力测定			甲	每人次	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
	310507	正畸检查							市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2268	310507001	错畸形初检	003105070010000	错畸形初检	含咨询、检查、登记、正畸专业病历		丙	次	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2269	310507002	错畸形治疗设计	003105070020000	错畸形治疗设计	包括1.牙牙合模型测量;含手工模型测量牙弓长度、拥挤度或三维牙牙合模型计算机测量; 2.模型诊断性排牙;含上下颌模型排牙; 3.X线头影测量;含手工或计算机X线测量分析	模型制备	丙	次	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2270	310507002-a	错畸形治疗设计	003105070020000	错畸形治疗设计			丙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	使用计算机进行三维牙模型测量和X线头影测量	未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	说明	执行范围
									医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中		
2330	310511029	后牙分层树脂修复术	323105110070000	后牙分层树脂修复术	涂布磷显示剂, 去净腐质, 窝洞预备, 清理干燥, 酸蚀, 涂布粘接剂, 光固化, 分层牙本质充填技术堆塑牙尖, 光固化, 窝沟染色, 牙釉质充填, 光固化, 调磨抛光		丙	每牙	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	310512	儿童牙科治疗																
2331	310512001	根尖诱导成形术	003105120010000	根尖诱导成形术	指年青恒牙牙根继续形成; 含拔髓(保留牙乳头)、清洁干燥根管、导入诱导糊剂、充填、	特殊充填材料	丙	每根管	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2332	310512002	窝沟封闭	003105120020000	窝沟封闭	指预防恒前磨牙及磨牙窝沟龋: 含清洁窝沟、酸蚀、涂封闭剂、固化、调磨、	特殊窝沟封闭剂	丙	每牙	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2333	310512003	乳牙预成冠修复	003105120030000	乳牙预成冠修复	含牙体预备、试冠、粘蜡; 包括合金冠修复乳磨牙大面积牙体缺损或做保持器的固位体	树脂冠、金属冠	丙	每牙	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2334	310512004	儿童前牙树脂冠修复	003105120040000	儿童前牙树脂冠修复	含牙体预备、试冠、粘蜡; 包括树脂冠修复前牙大面积牙体缺损(外伤及龋患)	树脂冠、金属冠	乙	每牙	8	8	8	8	8	8	8	8	整形美容自费	未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2335	310512005	制戴固定式缺陷保持器	003105120050000	制戴固定式缺陷保持器	指用于乳牙早失, 使继承恒牙正常萌出替换; 含试冠、牙体预备、试带环、制作、粘蜡、复查	印模、模型制备、下颌舌弓、导萌式保持器、丝圈式保持器	丙	次	22	22	22	22	22	22	22	22		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2336	310512006	制戴活动式缺陷保持器	003105120060000	制戴活动式缺陷保持器	指恒牙正常萌出替换	印模、模型制备	丙	次	35	35	35	35	35	35	35	35		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2337	310512007	制戴活动矫正器	003105120070000	制戴活动矫正器	包括乳牙列或混合牙列部分错牙合畸形的矫治	印模、模型材料、特殊矫正装置	丙	次	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2338	310512008	前牙根折根牵引	003105120080000	前牙根折根牵引	指根折位于龈下经龈切及冠延长术后不能进行修复治疗而必须进行牙根牵引; 含外伤牙根牵引; 制作牵引装置	矫正牵引装置材料、复诊更换牵引装置、印模、模型制备	丙	每牙	65	65	65	65	65	65	65	65		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2339	310512009	钙化桥打通术	003105120090000	钙化桥打通术	指年轻恒牙经活髓切断牙根已形成, 需进一步根管治疗修复, 但存在钙化桥; 含去旧充填体; 打通钙化桥; 根管治疗修复;	特殊根管充填材料如银尖、钛尖	丙	每根管	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2340	310512010	全牙列牙合垫固定术	003105120100000	全牙列 垫固定术	指用于恒牙外伤的治疗; 含外伤牙的复位、固定、制作全牙列牙合垫、试戴、复查	透明压模垫、硬石膏、超硬石膏印模、模型料、印模、模型制备	丙	单颌	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2341	310512011	活髓切断术	003105120110000	活髓切断术			丙	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2342	310512012	乳牙早失间隙管理	003105120050000	制戴固定式缺陷保持器	指用于乳牙早失, 使继承恒牙正常萌出替换; 含系统检查与设计、试冠、试带环、制作、粘蜡、复查		丙	每区段	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	310513	牙周治疗																
2343	310513001	洁治	003105130010000	洁治	包括超声洁治或手工洁治, 不含洁治后抛光; 包括色斑牙洁治术		丙	每牙	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2344	310513002	龈下刮治	003105130020000	龈下刮治	包括龈下超声刮治或手工刮治		甲	每牙	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2345	310513003	牙周固定	003105130030000	牙周固定	含结扎材料; 包括结扎与联合固定	树脂、高强纤维	甲	每牙	6	6	6	6	6	6	6	6		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2346	310513004	去除牙周固定	003105130040000	去除牙周固定	包括去除各种牙周固定材料		甲	每牙	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2347	310513005	牙面光洁术	003105130050000	牙面光洁术	包括洁治后抛光; 喷砂	特殊材料	丙	每牙	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	一类	说明	执行范围
									医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院		
2348	310513006	牙龈保护剂塞治疗	003105130060000	牙龈保护剂塞治	含牙龈表面及牙间隙	特殊保护剂	甲	每牙	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2349	310513007	急性坏死性龈炎局部清创	003105130070000	急性坏死性龈炎局部清创	包括局部清创、药物冲洗及上药		甲	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2350	310513008	根面平整术	003105130080000	根面平整术	包括手工根面平整		甲	每牙	7	7	7	7	7	7	7	7	7		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2351	310513008-a	根面平整术	003105130080000	根面平整术			乙	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10	10	超声根面平整	未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2352	310513009	牙周袋内光刀治疗	323105130090000	牙周袋内光刀治疗		光敏剂	乙	每牙	18	18	18	18	18	18	18	18	18		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2353	310513010	种植体周围炎治疗	323105130100000	种植体周围炎治疗	含种植体周围清创		乙	每牙	85	85	85	85	85	85	85	85	85		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
	310514	粘膜治疗																	
2354	310514001	口腔粘膜病系统治疗设计	003105140010000	口腔粘膜病系统治疗设计			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2355	310514002	口腔粘膜雾化治疗	003105140020000	口腔粘膜雾化治疗			甲	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2356	310514003	口腔粘膜病特殊治疗	003105140030000	口腔粘膜病特殊治疗		活性银离子抗菌液、生物多糖抗菌含漱液	乙	次	5	5	5	5	5	5	5	5	5	指红外线治疗、微波、冷冻、频谱等法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2357	310514003-a	口腔粘膜病特殊治疗	003105140030000	口腔粘膜病特殊治疗			乙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	等离子治疗	未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2358	310514003-b	口腔黏膜激光治疗	003105100080000	激光口内治疗	含光纤		乙	次	185	185	185	185	185	185	185	185	185		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2359	310514004	口腔黏膜病变无创筛查	323105140040000	口腔黏膜病变无创筛查	指使用甲苯胺蓝染色、自体荧光光谱分析仪筛查口腔黏膜潜在恶性疾患		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
	310515	口腔颌面外科治疗																	
2360	310515001	颞下颌关节复位	003105150010000	颞下颌关节复位	指限制下颌运动的手法复位		甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2361	310515002	冠周炎局部治疗	003105150020000	冠周炎局部治疗	含药液冲洗盲袋及上药		甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2362	310515003	干槽症换药	003105150030000	干槽症换药	含清理拔牙创、药物冲洗、骨创填塞	止血膏、灭滴灵粉	甲	次	14	14	14	14	14	14	14	14	14		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2363	310515004	涎腺导管扩大术	003105150040000	涎腺导管扩大术			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2364	310515005	腮腺导管内药物灌注治疗	003105150050000	腮腺导管内药物灌注治疗			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2365	310515006	面神经功能训练	003105150060000	面神经功能训练	含面神经周围支配区共十项面部表情运动功能的示教及训练		丙	次	4	4	4	4	4	4	4	4	4		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2366	310515007	腭裂术后语音训练治疗	003105150070000	腭裂术后语音训练治疗	包括常规语音治疗、鼻咽纤维镜反馈治疗、鼻音计反馈治疗、听说反馈治疗、腭电图反馈治疗；不含制作腭托		丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院 实施价改的公立医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		
2367	310515008	口腔颌面部各类冷冻治疗	003105150080000	口腔颌面部各类冷冻	包括口腔及颌面部各类小肿物的冷冻治		甲	每部位	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
	31051600	口腔颌面部各类型治疗	00310516000000	治疗	疗		甲	每部位	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
	310516	口腔关节病治疗																	
2368	310516001	颞颌关节腔内封闭治疗	003105160010000	颞颌关节腔内封闭治疗	包括封闭治疗或药物注射		甲	单侧	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价	14 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2369	310516002	关节腔灌洗治疗	003105160020000	关节腔灌洗治疗			甲	单侧	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价	20 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2370	310516003	调磨牙合垫	003105160030000	调磨 垫			甲	每次	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价	5 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2371	310516004	关节镜手术治疗	003105160040000	关节镜手术治疗	包括颞下颌关节活检术或颞下颌关节盘复位术或骨关节病微创术		乙	单侧	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价	600 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2372	310516004-a	关节镜手术治疗	003105160040000	关节镜手术治疗			乙	单侧	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	660 市定价	关节下腔治疗	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2373	310516005	下颌精确定位颞下颌关节矫治	323105160050000	下颌精确定位颞下颌关节矫治	含下颌的精确定位、关节的三维图像分析、自动咬合压膜技术、个性化咬合矫治		丙	次	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价		实施价改的公立医院
2374	310516006	髁状突数字化精确定位矫治	323105160050000	髁状突数字化精确定位矫治	含髁状突较链轴的精确定位、髁状突描记、个性化的参数测量分析、计算机三维图像分析		丙	次	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价	市场调 节价		实施价改的公立医院
	310517	固定修复				各种特殊材料：冠、嵌体、桩核、根帽、贴面													
2375	310517001	冠修复	003105170010000	冠修复	含牙体预备，药线排龈，测色，测色，技工室制作全冠，试戴修改全冠；包括全冠、半冠、3/4冠		丙	每牙	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	指铸造冠、铸造冠。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2376	310517001-a	冠修复	003105170010000	冠修复			丙	每牙	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	种植体冠	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2377	310517001-b	冠修复	003105170010000	冠修复			丙	每牙	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	40 市定价	烤塑冠、塑胶冠	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2378	310517002	嵌体修复	003105170020000	嵌体修复	含牙体预备，药线排龈，制取印模、模型，蜡牙合记录，技工室制作嵌体，试戴修改嵌体；包括嵌体、高嵌体、嵌体冠		丙	每牙	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价	120 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2379	310517003	桩核根帽修复	003105170030000	桩核根帽修复	含牙体预备，牙合记录，制作蜡型，技工室制作桩核、根帽，试戴修改桩核、根帽		丙	每牙	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价	80 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2380	310517004	贴面修复	003105170040000	贴面修复	含牙体预备，药线排龈，测色，技工室制作贴面，试戴贴面		丙	每牙	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价	70 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2381	310517005	桩冠修复	003105170050000	桩冠修复	含牙体预备，牙合记录，制桩蜡型，技工室制作桩，试桩，制冠蜡型，技工室制作完成桩冠，试戴桩冠；包括简单桩冠，铸造桩冠		丙	每牙	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价	32 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2382	310517006	固定桥	003105170060000	固定桥	含牙体预备和药线排龈，蜡牙合记录，测色，技工室制作固定桥支架，固定桥支架试戴修改、技工室制作完成固定桥，固定桥试戴修改，金属固位体电解蚀刻处理；包括双端、单端固定桥、粘结桥(马里兰桥)		丙	每牙	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2383	310517007	固定修复计算机辅助设计	003105170070000	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		丙	次	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价	100 市定价		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
2384	310517008	咬合重建	003105170080000	咬合重建	含全牙列固定修复咬合重建, 改变原牙合关系, 升高垂直距离咬合分析, X线头影测量, 研究模型设计与修整, 牙体预备, 转移面弓与上颌架; 包括复杂冠桥修复		丙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2385	310517008-a	咬合重建特殊设计费加收	003105170080100	咬合重建(复杂冠桥修复)			丙	次	25	25	25	25	25	25	25	25	25		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2386	310517009	粘结	003105170090000	粘结	包括嵌体、冠、桩核粘结(酸蚀、消毒、粘固)	特殊粘接剂	丙	每牙	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
	310518	可摘义齿修复				各种特殊材料: 活动桥、个别托盘、义齿、咬合板、软料、局部义齿、总义齿、特制暂基托、附着体和模型制备、印模及模型材料														
2387	310518001	活动桥	003105180010000	活动桥	包括普通弯制卡环、整体铸造卡环及支托活动桥		丙	每牙	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2388	310518001-a	活动桥增加牙、卡环加收	003105180010100	活动桥(普通弯制卡环)			丙	每牙	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2389	310518002	塑料可摘局部义齿	003105180020000	塑料可摘局部义齿	含牙体预备, 义齿设计, 制作双重印模, 模型, 咬合关系记录, 技工室制作义齿排牙蜡型, 试排牙, 技工室制作完成义齿, 义齿试戴、修改, 咬牙合检查; 包括普通弯制卡环塑料可摘局部义齿, 无卡环塑料可摘局部义齿, 普通覆盖义齿, 弹性隐形义齿		丙	每牙	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2390	310518003	铸造可摘局部义齿	003105180030000	铸造可摘局部义齿	含牙体预备, 制双重印模、模型, 模型观测, 蜡咬合关系记录, 技工室制作铸造支架, 试支架及再次蜡咬合关系记录, 技工室制作义齿排牙蜡型, 试排牙, 技工室制作完成义齿, 义齿试戴、修改, 咬合检查, 包括覆盖义齿		丙	每牙	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2391	310518004	美容义齿	003105180040000	美容义齿	含各类义齿的基础上特殊造型、设计制作; 包括双牙列义齿, 化妆义齿		丙	每牙										特需服务项目	所有医疗机构	
2392	310518005	即刻义齿	003105180050000	即刻义齿	含拔牙前制作印模, 制作模型及特殊修整, 各类义齿的常规制作及消毒; 包括拔牙前制作, 拔牙后即刻或数日内戴入的各类塑料义齿和暂时义齿		丙	每牙	16	16	16	16	16	16	16	16	16		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2393	310518006	附着体义齿	003105180060000	附着体义齿	含牙体预备制个别托盘, 双重印模, 模型, 咬合关系记录, 模型观测, 固位体平行度测量, 平行研磨, 试排牙, 试附着体, 复诊三次调改义齿; 包括可摘义齿, 固定义齿, 活动固定联合修复		丙	每牙	150	150	150	150	150	150	150	150	150		活动固定联合修复是指胶连式塑料可摘义齿、铸造可摘义齿、总义齿的基本结构以外加用各种附着体	未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
2394	310518007	总义齿	003105180070000	总义齿	含义齿设计, 制个别托盘, 制作双重印模、模型、牙合托, 正中牙合关系记录, 面弓转移, 试排牙, 总义齿试戴、修改, 咬牙合检查, 调整咬; 包括覆盖义齿, 无唇翼义齿	铸造金属基托、金属加强网	丙	单颌	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院	
	310519	修复体整理																		
2395	310519001	拆冠桥	003105190010000	拆冠桥	包括拆冠桥		丙	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
	310519001	拆冠桥	003105190010000	拆冠桥			丙	每牙	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2396	310519001-a	拆冠桥	003105190010000	拆冠桥			丙	每牙	15	15	15	15	15	15	15	15	15	铸造冠拆除	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2397	310519002	拆桩	003105190020000	拆桩	包括预成桩、各种材料的桩核		丙	每牙	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2398	310519003	加焊	003105190030000	加焊	包括锡焊、金焊、银焊	焊接材料	丙	每2mm缺陷	1	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2399	310519003-a	加焊加收	003105190030000	加焊	>2mm加收、激光焊接		丙	每牙	1	1	1	1	1	1	1	1	1		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2400	310519004	加装饰面	003105190040000	加装饰面	包括桩冠、桥体	树脂、成品牙	丙	每牙	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2401	310519005	烤瓷冠崩瓷修理	003105190050000	烤瓷冠崩瓷修理	包括粘结、树脂修补	瓷专用粘接剂	丙	每牙	12	12	12	12	12	12	12	12	12		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2402	310519006	调改义齿	003105190060000	调改义齿	含检查、调牙合、调改外形、缓冲基托、调整卡环		丙	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2403	310519007	取局部牙合关系记录	003105190070000	取局部 关系记录	指义齿组织面压缩衬印检查；含取印模、检查用衬印材料等	硅橡胶	丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2404	310519008	取正中牙合关系记录	003105190080000	取正中 关系记录			丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2405	310519009	加人工牙	003105190090000	加人工牙		各种人工牙材料	丙	每牙	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2406	310519010	义齿接长基托	003105190100000	义齿接长基托	包括边缘、游离端、义齿鞍基	自凝、热凝材料	丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2407	310519011	义齿裂纹及折裂修理	003105190110000	义齿裂纹及折裂修理	含加钢丝	自凝、热凝材料	丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2408	310519012	义齿组织面重衬	003105190120000	义齿组织面重衬	包括硬衬、软衬	各种材料费(自凝塑料、热凝塑料、光固化树脂、软塑料、橡胶)	丙	每厘米	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2409	310519013	加卡环	003105190130000	加卡环	含单臂、双臂、三臂卡环；包括加钢丝或铸造卡环	各种卡环材料(钢丝弯制卡环、铸造钴铬合金、贵金属合金卡环)	丙	每卡环	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2410	310519014	增加铸造基托	003105190140000	增加铸造基托		各种基托材料(钢、合金金)	丙	5+5	22	22	22	22	22	22	22	22	22		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2411	310519015	加牙颌支托	003105190150000	加 支托		各种牙颌支托材料(钢丝支托、扁钢丝支托、铸造钴铬合金支托、铸造合金支托)	丙	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2412	310519016	加铸颌牙合面	003105190160000	加铸 面			丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2413	310519017	增加加固装置	003105190170000	增加加固装置	包括加固钢丝、网	各种加固装置材料(金属丝、扁钢丝、尼龙网、预成不锈钢网、铸造不锈钢网、金网)	丙	次	7	7	7	7	7	7	7	7	7		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2414	310519018	加连接杆	003105190180000	加连接杆		各种材料(预成杆、铸造不锈钢杆、铸造金杆)	丙	次	7	7	7	7	7	7	7	7	7		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	说明	执行范围		
									医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院			医院	医院
2431	310521003	软腭抬高器治疗	003105210030000	软腭抬高器治疗	含：1. 试戴上颌腭托、加制软腭部印模、灌制模型；2. 模型预备、制作抬高软腭部分；3. 临床戴入及调整抬高高度；包括制作上颌腭托；舌不良运动矫治器、咽阻塞器	各种材料(铁钛合金丝、软塑胶、光敏树脂)模型制备	丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	200	未实施价改医院	
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价			实施价改的公立医院	
2432	310521004	骨折后义齿夹板固位及板治疗	003105210040000	骨折后义齿夹板固位及板治疗	包括上或下颌骨折	义齿夹板材料	甲	单颌	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	未实施价改医院	
	310522	正颌治疗				特殊粘接材料			市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价			实施价改的公立医院	
2433	310522001	乳牙期安氏I类错牙合正颌治疗	003105220010000	乳牙期安氏I类错牙合正颌治疗	包括：1. 含乳牙早失、乳前牙反牙合的矫治；2. 使用间隙保持器、活动矫治器	功能矫治器	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2434	310522002	替牙期安氏I类错牙合活动矫治器正颌治疗	003105220020000	替牙期安氏I类错牙合活动矫治器正颌治疗	包括替牙障碍、不良口腔习惯的矫治	活动矫治器增加的其他部件	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2435	310522003	替牙期安氏I类错牙合固定矫治器正颌治疗	003105220030000	替牙期安氏I类错牙合固定矫治器正颌治疗	包括使用简单固定矫治器和常规固定矫治器治疗	简单固定矫治器增加的其他弓丝或附件	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2436	310522004	恒牙期安氏I类错牙合固定矫治器正颌治疗	003105220040000	恒牙期安氏I类错牙合固定矫治器正颌治疗	包括拥挤不拔牙病例、牙列间隙病例和简单拥挤双尖牙拔牙病例；不含间隙调整后修复	口外弓、上下颌扩弓装置及其他附加装置、隐形固定器特殊材料	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2437	310522005	乳牙期安氏II类错牙合正颌治疗	003105220050000	乳牙期安氏II类错牙合正颌治疗	包括：1. 乳牙早失、上颌前突、乳前牙反的矫治；2. 使用间隙保持器、活动矫治器治疗	功能矫治器	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2438	310522006	替牙期安氏II类错牙合口腔不良习惯正颌治疗	003105220060000	替牙期安氏II类错牙合口腔不良习惯正颌治疗	包括简单固定矫治器或活动矫治器	口外弓或其他远中移动装置、活动矫治器的增加其他部件、腭杆	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2439	310522007	替牙期牙性安氏II类错牙合活动矫治器正颌治疗	003105220070000	替牙期牙性安氏II类错牙合活动矫治器正颌治疗	包括含替牙障碍、上颌前突；	使用口外弓、使用Frankel 等功能矫治器、咬合诱导	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2440	310522008	替牙期牙性安氏II类错牙合固定矫治器正颌治疗	003105220080000	替牙期牙性安氏II类错牙合固定矫治器正颌治疗	包括简单固定矫治器和常规固定矫治器	口外弓、上下颌扩弓装置及其他附加装置	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2441	310522009	替牙期骨性安氏II类错牙合正颌治疗	003105220090000	替牙期骨性安氏II类错牙合正颌治疗	包括1：严重上颌前突；2：活动矫治器治疗或简单固定矫治器	使用口外弓上下颌扩弓装置及其他附加装置、使用常规固定矫治器、使用Frankel、Activator Twin-Block等功能矫治器及Herbst矫治器	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2442	310522010	恒牙早期安氏II类错牙合功能矫治器治疗	003105220100000	恒牙早期安氏II类错牙合功能矫治器治疗	包括：1. 严重牙性II类错牙合和骨性II类错牙合；2. 使用Frankel功能矫治器II型或Activator功能矫治器；其他功能矫治器	Activator增加扩弓装置、口外弓、腭杆	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2443	310522011	恒牙期牙性安氏II类错牙合固定矫治器治疗	003105220110000	恒牙期牙性安氏II类错牙合固定矫治器治疗	1. 含上下颌所需带环、弓丝、托槽；2. 包括牙性安氏II类错牙合拥挤不拔牙病例和简单拥挤拔牙病例	口外弓、上下颌扩弓装置及其他辅助性矫治装置、腭杆	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2444	310522012	恒牙期骨性安氏II类错牙合固定矫治器拔牙治疗	003105220120000	恒牙期骨性安氏II类错牙合固定矫治器拔牙治疗	包括骨性安氏II类错牙合拔牙病例	口外弓、上下颌扩弓装置及其他辅助性矫治装置	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2445	310522013	乳牙期安氏III类错牙合正颌治疗	003105220130000	乳牙期安氏III类错牙合正颌治疗	包括：1. 乳前牙反；2. 使用活动矫治器或下颌连冠式斜面导板治疗	功能矫治器、颏兜	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构
2446	310522014	替牙期安氏III类错牙合正颌治疗	003105220140000	替牙期安氏III类错牙合正颌治疗	1. 包括前牙反牙合；2. 使用活动矫治器	上颌扩弓装置、功能矫治器、颏兜	丙	次											特需服务项目	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2447	310522015	替牙期安氏III类错牙合功能矫治器治疗	003105220150000	替牙期安氏III类错牙合功能矫治器治疗	包括：1. 严重牙性III类错牙合和骨性III类错牙合；2. 使用Frankel功能矫治器III型；其他功能矫治器	颞兜	丙	次										特需服务项目	所有医疗机构
2448	310522016	恒牙期安氏III类错牙合固定矫治器治疗	003105220160000	恒牙期安氏III类错牙合固定矫治器治疗	包括：牙性安氏III类错牙合拥挤不拔牙病例和简单拥挤拔牙病例	上颌扩弓装置及其他附加装置	丙	次										特需服务项目	所有医疗机构
2449	310522017	恒牙期骨性安氏III类错牙合固定矫治器拔牙治疗	003105220170000	恒牙期骨性安氏III类错牙合固定矫治器拔牙治疗	包括骨性安氏III类错牙合拔牙病例	前方牵引器、头帽颞兜、上颌扩弓装置及其他附加装置、特殊材料	丙	次										特需服务项目	所有医疗机构
2450	310522018	牙周病伴错牙合畸形活动矫治器正畸治疗	003105220180000	牙周病伴错牙合畸形活动矫治器正畸治疗	包括局部牙周炎的正畸治疗		丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
2451	310522018-a	牙周病伴错牙合畸形活动矫治器正畸治疗	003105220180000	牙周病伴错牙合畸形活动矫治器正畸治疗			丙	次	110	110	110	110	110	110	110	110	110	重度牙周炎的正畸治疗	未实施价改医院
2452	310522019	牙周病伴错牙合畸形固定矫治器正畸治疗	003105220190000	牙周病伴错牙合畸形固定矫治器正畸治疗	包括局部牙周炎的正畸治疗		丙	次	165	165	165	165	165	165	165	165	165		未实施价改医院
2453	310522019-a	伴开、深覆等疑难病加收	003105220190001	牙周病伴错牙合畸形固定矫治器正畸治疗(伴开合、深覆合等疑难病加收)			丙	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		未实施价改医院
2454	310522019-b	拔牙矫治加收	003105220190002	牙周病伴错牙合畸形固定矫治器正畸治疗(拔牙矫治加收)			丙	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
2455	310522020	创伤正畸治疗	003105220200000	创伤正畸治疗	包括：1. 由咬合因素引起的牙合创伤；2. 用活动矫治器或固定矫治器治疗		丙	次	135	135	135	135	135	135	135	135	135		未实施价改医院
2456	310522021	单侧唇腭裂序列正畸治疗	003105220210000	单侧唇腭裂序列正畸治疗	包括：单侧牙槽突裂、无骨骺畸形和面部畸形、腭托使用的正畸治疗；不含替牙期植骨前后的正畸治疗	乳牙期用于解除后牙反牙合、前牙反牙合的活动矫治器或固定矫治器、恒牙期用于解除后牙反牙合、前牙反牙合的活动矫治器或固定矫治器、颌牵引、低位头帽牵引等附加装置	丙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2457	310522021-a	双侧完全性唇腭裂正畸治疗加收	003105220210000	单侧唇腭裂序列正畸治疗			丙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
2458	310522022	早期颌面不对称正畸治疗	003105220220000	早期颌面不对称正畸治疗	包括：1. 替牙期由错牙合引起或颌面不对称伴错牙合的病例；2. 使用活动矫治器和固定矫治器		丙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2459	310522023	恒牙期颌面不对称正畸治疗	003105220230000	恒牙期颌面不对称正畸治疗	包括：1. 恒牙期由错牙合引起或颌面不对称伴错牙合的早期正畸治疗；2. 用活动矫治器或固定矫治器	活动矫治器增加部件或其他附加装置	丙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2460	310522024	颌面畸形正畸治疗	003105220240000	颌面畸形正畸治疗	包括：1. Crouzon综合征、Apert综合征、Treacher-Collins综合征；2. 用活动矫治器或固定矫治器治疗	活动矫治器增加其他部件、固定矫治器增加其他附加装置另加	丙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
2461	310522025	颞下颌关节病正畸治疗	003105220250000	颞下颌关节病正畸治疗	包括：1. 颞下颌关节的弹响、疼痛、关节盘移位等的正畸治疗；2. 用活动矫治器或固定矫治器治疗		丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
2462	310522026	正颌外科手术术后正畸治疗	003105220260000	正颌外科手术术后正畸治疗	包括：1. 安氏II类、III类严重骨性错牙合、严重骨性开牙合、严重腭裂、面部偏斜及其他颌面畸形的正颌外科手术前、术后正畸治疗；2. 使用固定矫治器治疗		丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
2463	310522027	睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)正畸治疗	003105220270000	睡眠呼吸暂停综合征(OSAS)正畸治疗	包括各种表现的睡眠呼吸暂停及相应错牙合的正畸治疗	常规OSAS矫治器以外的附件	乙	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
2464	310522028	正畸器具治疗	003105220280000	正畸器具治疗	全取蜡形 制作材料	特殊材料及 固定保持器	丙	每副	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	一类	说明	执行范围
									医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院	医院		
2104	310522020	正畸保持器制作	00310522020000	正畸保持器制作	直接铸造、制作材料	、正位器、透明保持器	丙	单颌	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
	310523	口腔种植				模型制备													
2465	310523001	种植模型制备	003105230010000	种植模型制备	含取印模、灌模型、做蜡型、排牙、上架	唇侧Index材料	丙	单颌	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2466	310523002	外科引导牙合板	003105230020000	外科引导板	含技工室制作、临床试戴	唇侧Index材料、光固化基板、热压塑料板、自凝塑料、金属套管	丙	单颌	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2467	310523003	种植过渡义齿	003105230030000	种植过渡义齿	含技工室制作、临床试戴	义齿修复材料、进口软衬材料	丙	每牙	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2468	310523004	种植体-真牙栓道式附着体	003105230040000	种植体-真牙栓道式附着体	含牙体预备、个别托盘制作、再取印模、灌模型、牙合记录、面弓转移上牙合架、技工室制作、切开、激光焊接、烤瓷配色和上色、临床试戴	义齿修复材料、进口软衬材料、栓道材料	丙	每牙	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2469	310523005	种植覆盖义齿	003105230050000	种植覆盖义齿	包括：1.全口杆卡式；2.磁附着式3.套筒冠	特殊材料	丙	单颌	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2470	310523006	全口固定种植义齿	003105230060000	全口固定种植义齿			丙	单颌	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
2471	310523007	颌面赈复体种植修复	003105230070000	颌面赈复体种植修复	含个别托盘制作、技工制作、激光焊接、配色、临床试戴；包括眼或耳或鼻缺损修复或颌面缺损修复	个别托盘材料、基台、贵金属包埋材料、进口成型塑料、金属材料、激光焊接材料、硅胶材料	丙	每种植体	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院
									市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		实施价改的公立医院
3106		6. 呼吸系统																	
310601		肺功能检查			指使用肺功能仪检查	一次性呼吸过滤器													
2472	310601001	肺通气功能检查	003106010010000	肺通气功能检查	含潮气量、肺活量、每分钟通气量、补吸、呼气量、深吸气量、用力肺活量、一秒用力呼吸容积；不含最大通气量		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2473	310601001-a	肺通气功能检查	003106010010000	肺通气功能检查	含最大通气量		甲	次	90	90	90	90	90	90	90	90	90		未实施价改医院
									117	117	117	117	117	117	117	117	117		实施价改的公立医院
2474	310601002	肺弥散功能检查	003106010020000	肺弥散功能检查	包括一口气法，重复呼吸法		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2475	310601003	运动心肺功能检查	003106010030000	运动心肺功能检查	不含心电图监测		乙	项	200	200	200	200	200	200	200	200	200	因病情变化未能完成本试验者，亦应按本标准计价	未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
2476	310601004	气道阻力测定	003106010040000	气道阻力测定	包括阻断法；不含残气容积测定		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2477	310601005	残气容积测定	003106010050000	残气容积测定	包括体描法、氮气平衡法，氮气稀释法，重复呼吸法		甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2478	310601006	强迫振荡肺功能检查	003106010060000	强迫振荡肺功能检查			甲	项	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2479	310601007	第一秒平静吸气口腔闭合压测定	003106010070000	第一秒平静吸气口腔闭合压测定			甲	项	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
									3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9		实施价改的公立医院
2480	310601008	流速容量曲线(V—V曲线)	003106010080000	流速容量曲线(V—V曲线)	含最大吸气和呼气流量曲线		甲	项	90	90	90	90	90	90	90	90	90		未实施价改医院
									117	117	117	117	117	117	117	117	117		实施价改的公立医院
2481	310601009	二氧化碳反应曲线	003106010090000	二氧化碳反应曲线			甲	项	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2482	310601010	支气管激发试验	003106010100000	支气管激发试验			甲	项	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	一类	说明	执行范围
									医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北		
2482	310601010	支气管激发试验	003106010100000	支气管激发试验			乙	项	78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2483	310601011	运动激发试验	003106010110000	运动激发试验	含通气功能测定7次；不含心电图监测		乙	项	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
2484	310601012	支气管舒张试验	003106010120000	支气管舒张试验	含通气功能测定2次		甲	项	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
2485	310601013	一氧化氮呼气测定	003106010130000	一氧化氮呼气测定	含呼吸滤嘴、一氧化氮过滤器		丙	次	220	220	220	220	220	220	220	220	220		未实施价改医院
									286	286	286	286	286	286	286	286	286		实施价改的公立医院
	310602	其他呼吸功能检查																	
2486	310602001	床边简易肺功能测定	003106020010000	床边简易肺功能测定			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	即肺通气功能测定	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2487	310602002	肺阻抗血流图	003106020020000	肺阻抗血流图			甲	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院
									59	59	59	59	59	59	59	59	59		实施价改的公立医院
2488	310602003	呼吸肌功能测定	003106020030000	呼吸肌功能测定	含最大吸气、呼气压力、膈肌功能测定		甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
2489	310602004	动态呼吸监测(呼吸Holter)	003106020040000	动态呼吸监测(呼吸Holter)			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2490	310602005	持续呼吸功能检测	003106020050000	持续呼吸功能检测	含潮气量、气道压力、顺应性、压力容积、P _{0.1} 、最大吸气压		甲	小时	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5		实施价改的公立医院
2491	310602006	血气分析	003106020060000	血气分析	含血液PH、血氧和血二氧化碳测定以及酸碱平衡分析		甲	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院
									59	59	59	59	59	59	59	59	59		实施价改的公立医院
2492	310602007	肺循环血流动力学检查	003106020070000	肺循环血流动力学检查			乙	次	240	240	240	240	240	240	240	240	240		未实施价改医院
									312	312	312	312	312	312	312	312	312		实施价改的公立医院
2493	310602008	经皮氧分压二氧化碳分压测定	323106020080000	经皮氧分压二氧化碳分压测定	含电极、电极膜、电极固定装置		乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
	310603	辅助呼吸																	
2494	310603001	呼吸机辅助呼吸	003106030010000	呼吸机辅助呼吸	含高频喷射通气呼吸机；不含CO ₂ 监测、肺功能监测；包括高流量呼吸湿化治疗	一次性使用呼吸机管道、面罩转接头、气管切管接头	乙	小时	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
2495	310603002	无创辅助通气	003106030020000	无创辅助通气	包括持续气道正压(CPAP)、双水平气道正压(BIPAP)		乙	小时	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2496	310603003	体外膈肌起搏治疗	003106030030000	体外膈肌起搏治疗			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
	310604	呼吸系统其他诊疗																	
2497	310604001	睡眠呼吸监测	003106040010000	睡眠呼吸监测	含心电图、脑电、肌电、眼动、呼吸监测和血氧饱和度测定		乙	小时	15	15	15	15	15	15	15	15	15	不得另行收取护理费、床位费	未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院
2498	310604002	睡眠呼吸监测过筛试验	003106040020000	睡眠呼吸监测过筛试验	含口鼻呼吸、胸腹呼吸、血氧饱和度测定		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2499	310604003	人工气胸术	003106040030000	人工气胸术			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2500	310604004	人工气腹术	003106040040000	人工气腹术			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2501	310604005	胸腔穿刺术	003106040050000	胸腔穿刺术	包括胸腔抽液、抽气、注药	药物	甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
									85	85	85	85	85	85	85	85	85	限六周岁及以下儿童	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2502	310604005-a	放胸水治疗加收	003109050010001	腹腔穿刺术(放腹水治疗)			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2503	310604006	经皮穿刺肺活检术	003106040060000	经皮穿刺肺活检术		穿刺针	甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
									135	135	135	135	135	135	135	135	135		限六周岁及以下儿童 所有医疗机构
	310605	呼吸系统窥镜检查																	
2504	310605-a	使用电子纤维内镜加收	003106050000001	呼吸系统窥镜检查(使用电子纤维内镜酌情加收)			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
2505	310605001	硬性气管镜检查	003106050010000	硬性气管镜检查	包括针吸活检		乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2506	310605002	纤维支气管镜检查	003106050020000	纤维支气管镜检查	包括针吸活检、支气管刷片		乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
2507	310605003	经纤支镜治疗	003106050030000	经纤支镜治疗	包括取异物、滴药、止血、化疗	药物	乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		同时进行,最多收取260元 实施价改的公立医院
2508	310605004	经纤支镜黏膜活检术	003106050040000	经纤支镜黏膜活检术			乙	每个部位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
									169	169	169	169	169	169	169	169	169		限六周岁及以下儿童 所有医疗机构
2509	310605005	经纤支镜透支气管壁肺活检术	003106050050000	经纤支镜透支气管壁肺活检术			乙	每个部位	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2510	310605006	经纤支镜肺泡灌洗诊疗术	003106050060000	经纤支镜肺泡灌洗诊疗术	含生理盐水		乙	每个肺段	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2511	310605007	经纤支镜防污染采样刷镜检查	003106050070000	经纤支镜防污染采样刷镜检查	不含微生物学检查		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2512	310605008	经纤支镜特殊治疗	003106050080000	经纤支镜特殊治疗			乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195	195		指微波治疗、冷冻法 实施价改的公立医院
2513	310605008-a	经纤支镜特殊治疗	003106050080000	经纤支镜特殊治疗			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		激光、高频电等法 实施价改的公立医院
2514	310605009	经内镜气管扩张术	003106050090000	经内镜气管扩张术			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
2515	310605010	经纤支镜支架置入术	003106050100000	经纤支镜支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	600	600	600	600	600	600	600	600	600		未实施价改医院
									780	780	780	780	780	780	780	780	780		实施价改的公立医院
2516	310605011	经纤支镜引导支气管腔内放疗	003106050110000	经纤支镜引导支气管腔内放疗		药物	乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
2517	310605012	经内镜气管内肿瘤切除术	003106050120000	经内镜气管内肿瘤切除术			乙	次	700	700	700	700	700	700	700	700	700		未实施价改医院
									910	910	910	910	910	910	910	910	910		实施价改的公立医院
2518	310605013	胸腔镜检查	003106050130000	胸腔镜检查	含活检;不含经胸腔镜的特殊治疗		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2519	310605014	纵隔镜检查	003106050140000	纵隔镜检查	含纵隔淋巴结活检		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2520	310605015	超声支气管镜检查	003106050020000	纤维支气管镜检查			乙	次	655	655	655	655	655	655	655	655	655		未实施价改医院
									852	852	852	852	852	852	852	852	852		不得收取“电子纤维内镜加收310605-a” 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2521	310605016	电磁导航支气管镜定位活检术	003106050020000	纤维支气管镜检查	在电磁导航引导下,用支气管镜定位导管实时引导定位,用于常规支气管镜无法到达的肺部病灶。含C型臂术中透视。	定位导线	丙	次	2790	2790	2790	2790	2790	2790	2790	2790	2790		实施价改的公立医院
2522	310605017	内镜下全肺肺泡灌洗术	003106050060000	经纤支镜肺泡灌洗诊疗术	在全身麻醉下完成双腔支气管导管插管后严格保证双肺绝对隔离,在此基础上施行非灌洗肺单肺通气,另一侧肺通过双腔支气管导管每次连续或间断灌注1000ml,37℃生理盐水并通过负压吸引装置将灌洗液吸出并重复10-12次该操作,或者更多次操作,直至灌洗液清亮		乙	次	1222	1222	1222	1222	1222	1222	1222	1222	1222		实施价改的公立医院
2523	310605018	经硬性支气管镜治疗	003106050010000	硬性气管镜检查	包括取异物、止血		乙	次	520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2524	310605019	经内镜支气管热成形术	323106050150000	经内镜支气管热成形术	含支气管镜检查		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	310606	胸部肿瘤治疗																	
2525	310606001	经内镜胸部肿瘤特殊治疗	003106060010000	经内镜胸部肿瘤特殊治疗	包括食管、气管、支气管、肺良性肿瘤或狭窄的治疗		乙	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160	局部注药法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2526	310606001-a	经内镜胸部肿瘤特殊治疗	003106060010000	经内镜胸部肿瘤特殊治疗			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	激光、电凝等法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2527	310606002	恶性肿瘤腔内灌注治疗	003106060020000	恶性肿瘤腔内灌注治疗	包括结核病灌注治疗,包括胸腔、腹腔,含精密输液器、注射器、肝素帽、一次性贴膜	中心静脉导管	甲	次	155	155	155	155	155	155	155	155	155		未实施价改医院 实施价改的公立医院
	310607	高压氧治疗			含氧气														
2528	310607001	高压氧舱治疗	003106070010000	高压氧舱治疗	含治疗压力为2个大气压以上(超高压除外)、舱内吸氧用面罩、头罩和安全防护措施、舱内医护人员监护和指导;不含舱内心电、呼吸监护和药物雾化吸入等	吸氧面罩	乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
2529	310607002	单人舱治疗	003106070020000	单人舱治疗	包括纯氧舱		乙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
2530	310607003	婴儿氧舱治疗	003106070030000	婴儿氧舱治疗	包括纯氧舱		乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
2531	310607004	急救单独开舱治疗	003106070040000	急救单独开舱治疗			乙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
2532	310607005	舱内抢救	003106070050000	舱内抢救			乙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
2533	310607006	舱外高流量吸氧	003106070060000	舱外高流量吸氧			乙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院 实施价改的县级公立医院 实施价改的城市公立医院
	3107	7. 心脏及血管系统																	
	310701	心电图生理和心功能检查																	
2534	310701001	常规心电图检查	003107010010000	常规心电图检查	含单通道、常规导联	小儿用心电电极	甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	仅限小于3周岁的儿童常规心电图检查收取	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2535	310701001-a	常规心电图检查	003107010010000	常规心电图检查			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15	三通道	未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2535	310701001-a	常规心电图检查	003107010010000	常规心电图检查			甲	次	18	18	18	18	18	18	18	18	18	十二通道	实施价改的公立医院
2536	310701001-b	常规心电图检查	003107010010000	常规心电图检查			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	十二通道	未实施价改医院
2537	310701001-c	常规心电图检查附加导联加收	003107010010001	常规心电图检查(附加导联加收)			甲	次	2	2	2	2	2	2	2	2	2		未实施价改医院
2538	310701002	食管内心电图	003107010020000	食管内心电图		一次性导管	甲	次	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4		实施价改的公立医院
2539	310701003	动态心电图	003107010030000	动态心电图	含磁带、电池费用		乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
2540	310701003-a	十二通道动态心电图检查	003107010030000	动态心电图			乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		实施价改的公立医院
2541	310701004	频谱心电图	003107010040000	频谱心电图	含电极费用		甲	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160		未实施价改医院
2542	310701005	标测心电图	003107010050000	标测心电图	含电极费用		甲	次	192	192	192	192	192	192	192	192	192		未实施价改医院
2543	310701006	体表窦房结心电图	003107010060000	体表窦房结心电图			甲	次	230	230	230	230	230	230	230	230	230		未实施价改医院
2544	310701007	心电事件记录	003107010070000	心电事件记录	含磁带、电池费用		乙	次	276	276	276	276	276	276	276	276	276		实施价改的公立医院
2545	310701008	遥测心电监护	003107010080000	遥测心电监护	含电池、电极费用		乙	小时	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
2546	310701009	心电监测电话传输	003107010090000	心电监测电话传输	含电池、电极费用		乙	日	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
2547	310701010	心电图踏车负荷试验	003107010100000	心电图踏车负荷试验	含电极费用、包括二阶梯、平板运动试验		甲	次	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5	4.5		未实施价改医院
2548	310701011	心电图药物负荷试验	003107010110000	心电图药物负荷试验	含电极费用		甲	次	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4	5.4		未实施价改医院
2549	310701012	心电向量图	003107010120000	心电向量图			甲	次	24	24	24	24	24	24	24	24	24		未实施价改医院
2550	310701013	心音图	003107010130000	心音图			甲	次	29	29	29	29	29	29	29	29	29		未实施价改医院
2551	310701014	心阻抗图	003107010140000	心阻抗图			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
2552	310701015	心室晚电位	003107010150000	心室晚电位	含电极费用		甲	次	12	12	12	12	12	12	12	12	12		未实施价改医院
2553	310701016	心房晚电位	003107010160000	心房晚电位	含电极费用		甲	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70		未实施价改医院
2554	310701017	倾斜试验	003107010170000	倾斜试验			甲	次	84	84	84	84	84	84	84	84	84		未实施价改医院
2555	310701018	心率变异性分析	003107010180000	心率变异性分析	包括短程或24小时		甲	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									180	180	180	180	180	180	180	180	180		未实施价改医院
									80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									96	96	96	96	96	96	96	96	96		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2556	310701019	无创阻抗法心搏出量测定	003107010190000	无创阻抗法心搏出量测定		电极片	乙	次	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价		所有医疗机构
2557	310701020	无创心功能监测	003107010200000	无创心功能监测	包括心血流图、心尖搏动图		乙	项目	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6	3 3.6		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2558	310701021	动态血压监测	003107010210000	动态血压监测	含电池费用		乙	小时	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2559	310701022	心电图监测	003107010220000	心电图监测	含无创血压监测		乙/甲	小时	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2560	310701022-a	移动实时多导心电图监测系统,非院内使用	321110000050000	移动实时多导心电图监测系统,非院内使用	含电池、电极、GPRS通讯费		丙	小时	14 17	14 17	14 17	14 17	14 17	14 17	14 17	14 17	14 17	移动实时多导心电图监测系统,非院内使用。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2561	310701023	心输出量测定	003107010230000	心输出量测定		漂浮导管、传感器、漂浮导管置入套件	甲	次	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2562	310701024	肺动脉压和右心房压力监测	003107010240000	肺动脉压和右心房压力监测		漂浮导管、漂浮导管置入套件	乙	小时	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2563	310701024-a	持续中心静脉压监测(CVP)	323107010240100	持续中心静脉压监测(CVP)			乙	小时	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2564	310701025	动脉内压力监测	003107010250000	动脉内压力监测		套管针、测压套件	乙	小时	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2565	310701025-a	肢体动脉检测	003107020260000	肢体动脉节段性测压			乙	次	57	57	57	57	57	57	57	57	57		所有医疗机构
2566	310701025-b	趾、指动脉检测	003107020260000	肢体动脉节段性测压			乙	次	34	34	34	34	34	34	34	34	34		所有医疗机构
2567	310701026	周围静脉压测定	003107010260000	周围静脉压测定			甲	次	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2568	310701027	指脉氧监测	003107010270000	指脉氧监测			乙	小时	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2569	310701028	血氧饱和度监测	003107010280000	血氧饱和度监测			乙/甲	小时	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2570	310701029	中心动脉压及脉搏测定	323107010290000	中心动脉压及脉搏测定			丙	次	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2571	310701030	遗传性心律失常诊断药物试验	323107010300000	遗传性心律失常诊断药物试验	含心电图监测		乙	次	618 742	618 742	618 742	618 742	618 742	618 742	618 742	618 742	618 742		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2572	310701031	T波电交替	003107010010000	常规心电图检查			乙	次	130 156	130 156	130 156	130 156	130 156	130 156	130 156	130 156	130 156		未实施价改医院 实施价改的公立医院
310702		心脏电生理诊疗			含介入操作、影像学监视、心电图监测	鞘													
2573	310702001	有创性血流动力学监测(床旁)	003107020010000	有创性血流动力学监测(床旁)	含各房室腔内压力监测、心排量测定	漂浮导管	乙	次	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120	100 120		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2574	310702002	持续有创性血压监测	003107020020000	持续有创性血压监测	含心电图、压力连续示波	动脉穿刺套针	乙	小时	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4	2 2.4		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2575	310702003	有创性心内电生理检查	003107020030000	有创性心内电生理检查	消毒铺巾,局部麻醉,穿刺深静脉,放置鞘管,在监护仪监护下,经鞘管在血管造影机X线透视下放置标测导管至心腔内,采用电生理刺激仪进行程序刺激并采用多通道电生理记录仪记录,人工报告。	心导管	乙	次	500 900	500 900	500 900	500 900	500 900	500 900	500 900	500 900	500 900		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2576	310702004	心律失常射频消融术	003107020040000	射频消融术	含DSA引导,含电极片、电极连接线	射频导管	乙	次	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100	1000 4100		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类	三类	三类	二类	二类	二类	一类	一类	一类	说明	执行范围
									医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北	医院苏南	医院苏中	医院苏北		
2577	310702004-a	房颤射频消融术	003308030160200	迷宫手术(房颤根治术)(心内直视射频消融术)	含DSA引导,含电极片、电极连接线		乙	次	4700	4700	4700	4700	4700	4700	4700	4700	4700		未实施价改医院
									5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600	5600		实施价改的公立医院
2578	310702005	临时起搏器安置术	003107020050000	临时起搏器安置术	消毒铺巾,局部麻醉,经静脉穿刺,放置鞘管,应用监护仪监护,在血管造影机X线或心电图监护引导下放置临时起搏电极于右室心尖部,与临时起搏器连接,调整起搏感知功能,用阈值两倍的输出电压保证持续起搏,局部固定电极体外部分。	心导管、电极	甲	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									630	630	630	630	630	630	630	630	630		实施价改的公立医院
2579	310702006	临时起搏器应用	003107020060000	临时起搏器应用			甲	小时	5	5	5	5	5	5	5	5	5		未实施价改医院
									6	6	6	6	6	6	6	6	6		实施价改的公立医院
2580	310702007	单腔永久起搏器安置术	003107020070000	永久起搏器安置术	消毒铺巾,局部麻醉,经静脉穿刺,做皮下囊袋,放置鞘管,监护仪监护下沿鞘管送入心室或心房起搏电极,DSA引导下调整电极位置,起搏电极连接刺激仪测试阈值、感知、阻抗、振幅等,固定电极,置入永久起搏器,庆大霉素冲洗囊袋,逐层缝合皮下组织及皮肤。	起搏器、心导管、电极	甲	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200		实施价改的公立医院
2581	310702007-a	双腔永久起搏器安置术	003107020070000	永久起搏器安置术	消毒铺巾,局部麻醉,穿刺2处深静脉,做皮下囊袋,放置鞘管,监护仪监护下沿鞘管分别送入心房及心室起搏电极,DSA引导下调整电极位置,起搏电极连接刺激仪测试阈值、感知、阻抗、振幅等,固定电极,置入永久起搏器,庆大霉素冲洗囊袋,逐层缝合皮下组织及皮肤。		甲	次	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400	1400		未实施价改医院
									2150	2150	2150	2150	2150	2150	2150	2150	2150		实施价改的公立医院
2582	310702007-b	三腔永久起搏器安置术	003107020070000	永久起搏器安置术	消毒铺巾,局部麻醉,穿刺3处深静脉,做皮下囊袋,监护仪监护及DSA引导下放置冠状静脉窦长鞘,逆行冠状静脉窦造影,选择靶静脉,撤出造影导管,再延静脉鞘将左室电极送入靶静脉,进行电极各参数测定,最后再将右心房及右心室电极导线植入,X线下调整位置,分别测试右心房、右心室及双心室起搏阈值、感知、阻抗、振幅等,固定电极,置入永久起搏器,庆大霉素冲洗囊袋,逐层缝合皮下组织及皮肤。		甲	次	2850	2850	2850	2850	2850	2850	2850	2850	2850		未实施价改医院
									3420	3420	3420	3420	3420	3420	3420	3420	3420		实施价改的公立医院
2583	310702007-c	心脏希氏束起搏术	323107020070300	心脏希氏束起搏术	含DSA引导		甲	次	2650	2650	2650	2650	2650	2650	2650	2650	2650		未实施价改医院
									3180	3180	3180	3180	3180	3180	3180	3180	3180		实施价改的公立医院
2584	310702007-d	左心室心内膜起搏术	003107020070000	永久起搏器安置术	含DSA引导		甲	次	3730	3730	3730	3730	3730	3730	3730	3730	3730		未实施价改医院
									4476	4476	4476	4476	4476	4476	4476	4476	4476		实施价改的公立医院
2585	310702007-e	无导线起搏器安置术	003107020070000	永久起搏器安置术	消毒铺巾,穿刺静脉,在X线引导下,沿导丝送入传送鞘管至右心房中部,并经传送鞘管送入无导线起搏器递送系统,跨过三间瓣后造影确认位置,释放无导线起搏器,牵拉试验后测试电学指标,撤出传送鞘管及递送系统。含DSA引导。	无导线起搏系统		次											公立医疗机构
2586	310702008	永久起搏器更换术	003107020080000	永久起搏器更换术	消毒铺巾,局部麻醉,必要时先行临时起搏器保证安全,监护仪监护下切开囊袋取出起搏器,测试原电极阈值、感知、阻抗、振幅等参数,符合要求则直接与更换的起搏器连接,置入皮下囊袋,庆大霉素冲洗囊袋,逐层缝合皮下组织及皮肤。电极置入与永久起搏器安置术相同。测安全	起搏器、心导管、电极	甲	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
					植入与永久起搏器安置同时进行的，固定参数、固定新电极，与起搏器连接，将原有电极接头端封闭后旷置。起搏器置入皮下囊袋，庆大霉素冲洗囊袋，逐层缝合皮下组织及皮肤。包括取出术				1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100		实施价改的公立医院
2587	310702009	埋藏式心脏复律除颤器安置术	003107020090000	埋藏式心脏复律除颤器安置术		除颤器、心导管、电极、起搏器	甲	次	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400	2000 2400		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2588	310702009-a	三腔起搏器加心律转复除颤器安置术	003109010090000	三腔管安置术			甲	次	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684	3070 3684		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2589	310702009-b	全皮下除颤器永久安置加收	003107020090000	埋藏式心脏复律除颤器安置术	通过制作皮下隧道方法，将除颤电极植入皮下合适位置，与囊袋内植入除颤器的接口连接、测试DFT通过后，缝合包孔完成手术。	皮下植入式心律转复除颤器		次										指在“310702009埋藏式心脏复律除颤器安置术”项目加收	公立医疗机构
2590	310702010	起搏器功能分析和随访	003107020100000	起搏器功能分析和随访			丙	次	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2591	310702011	起搏器程控功能检查	003107020110000	起搏器程控功能检查	含起搏器功能分析与编程		丙	次	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2592	310702012	起搏器胸壁刺激法检查	003107020120000	起搏器胸壁刺激法检查			甲	次	40 48	40 48	40 48	40 48	40 48	40 48	40 48	40 48	40 48		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2593	310702013	体外经胸型心脏临时起搏术	003107020130000	体外经胸型心脏临时起搏术			甲	次	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2594	310702014	经食管心脏起搏术	003107020140000	经食管心脏起搏术			甲	次	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2595	310702015	经食管心脏调搏术	003107020150000	经食管心脏调搏术	指超速抑制心动过速治疗		甲	次	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96	80 96		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2596	310702016	心脏电复律术	003107020160000	心脏电复律术			甲	次	70 84	70 84	70 84	70 84	70 84	70 84	70 84	70 84	70 84		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2597	310702017	心脏电除颤术	003107020170000	心脏电除颤术			甲	次	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72	60 72		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2598	310702018	体外自动心脏变频除颤术	003107020180000	体外自动心脏变频除颤术	包括半自动	一次性复律除颤电极	甲	次	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24	20 24		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2599	310702019	体外反搏治疗	003107020190000	体外反搏治疗			甲	30分钟	30 36	30 36	30 36	30 36	30 36	30 36	30 36	30 36	30 36		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2600	310702020	右心导管检查术	003107020200000	右心导管检查术	在监护仪监护下，经鞘管在血管造影机X线透视下将造影导管顺序送至下腔静脉、右心房、右心室以及肺动脉，测定压力。包括右心室造影术		乙	次	600 900	600 900	600 900	600 900	600 900	600 900	600 900	600 900	600 900		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2601	310702021	左心导管检查术	003107020210000	左心导管检查术	在监护仪监护下，经鞘管在血管造影机X线透视下将造影导管经动脉逆行送至主动脉根部及左心室内，测定压力。包括左室造影术、左心耳造影术		乙	次	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000	600 1000		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2602	310702022	心包穿刺术	003107020220000	心包穿刺术	消毒铺巾，局部麻醉。穿刺入心包腔，抽液和/或注射药物。拔除穿刺针，穿刺处包扎。包括引流	引流导管	甲	次	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156	100 120 156		未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 所有医疗机构
					监护仪监护下，经皮穿刺股静脉，放置鞘管。血管造影机X线透视引导下将长导丝头端送至上腔静脉，沿长导丝送入长鞘，长				660	660	660	660	660	660	660	660	660		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2603	310702024	房间隔穿刺术	003204000010500	经皮瓣膜球囊成形术(房间隔穿刺术)	鞘内置换为房间隔穿刺针,逐渐同时下撤长鞘及穿刺针至房间隔待穿刺部位,验证穿刺方向和角度,穿刺房间隔成功后,送入长鞘备用。含电极片		甲	次	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	1100	6周岁及以下儿童加收30%	实施价改的公立医院
2604	310702025	植入式心电记录仪安置术	323107020250000	植入式心电事件监测系统植入术	植入式心电记录仪		乙	次	662	662	662	662	662	662	662	662	662		未实施价改医院
									794	794	794	794	794	794	794	794	794		实施价改的公立医院
2605	310702025-a	植入式心电记录仪取出术	323107010320000	植入式心电事件监测系统取出术			乙	次	330	330	330	330	330	330	330	330	330		未实施价改医院
									396	396	396	396	396	396	396	396	396		实施价改的公立医院
2606	310702026	经肾动脉射频去交感神经术	323110000460000	经肾动脉射频去交感神经术	含DSA引导		乙	次	3745	3745	3745	3745	3745	3745	3745	3745	3745		未实施价改医院
									4494	4494	4494	4494	4494	4494	4494	4494	4494		实施价改的公立医院
2607	310702028	心腔三维标测术	003107020230000	心腔三维标测术	使用三维标测系统,应用三维标测技术(三维解剖标测技术、非接触电极标测技术、三维接触标测技术、磁导航标测技术、网篮导管标测技术、影像融合技术等),构建心腔三维图像,明确诊断及指导相关治疗		乙	次	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		所有医疗机构
2608	310702029	心脏植入性电子装置导线拔除术	323107020340000	心脏植入性电子装置导线拔除术	通过介入方式将心脏植入性电子装置电极、导线拔除,治疗因其所致囊袋或心内膜感染。不含心超检查、囊袋清创术、心脏植入性电子装置以及导线植入术、临时起搏术	锁定探针、针眼圈套器套装		次											公立医疗机构
	3108	8. 血液及淋巴系统																	
2609	310800001	骨髓穿刺术	003108000010000	骨髓穿刺术			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
									101	101	101	101	101	101	101	101	101		限六周岁及以下儿童
2610	310800002	骨髓活检术	003108000020000	骨髓活检术			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
									85	85	85	85	85	85	85	85	85		限六周岁及以下儿童
2611	310800003	混合淋巴细胞培养	003108000030000	混合淋巴细胞培养	指液闪技术体外细胞培养		甲	每个人	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2612	310800004	采自体血及保存	003108000040000	采自体血及保存	含麻醉下手术采集和低温保存	一次性使用塑料血袋	乙	采血次数	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
									80	80	80	80	80	80	80	80	80		80
2613	310800004-a	采自体血及保存	003108000040000	采自体血及保存			丙	月	104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
									1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		1500
2614	310800005	血细胞分离单采(治疗性单采)	003108000050000	血细胞分离单采			乙	次	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950		实施价改的公立医院
									500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
2615	310800005-a	血细胞分离单采(治疗性单采)加收	003108000050001	血细胞分离单采(每增加循环量1000ml加收)	每增加循环量1000ml加收		乙	1000ml	650	650	650	650	650	650	650	650	650		实施价改的公立医院
									20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
2616	310800006	白细胞除滤	003108000060000	白细胞除滤	包括全血或悬浮红细胞、血小板过滤	滤除白细胞输血管	甲	次	26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
									100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
2617	310800007	自体血回收	003108000070000	自体血回收			甲	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
									1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		未实施价改医院
2618	310800007-a	术中自体血回输	003108000070100	自体血回收(术中自体血回输)	指术中使用专用机器自体血回输,含药物及回输管路等一次性消耗材料		乙	次	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300		实施价改的县级公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
									1500	1500	1500	1500	1500	1500						实施价改的城市公立医院
2619	31080007-b	可控定量三氧免疫诱导自体血回输治疗	00310800070000	自体血回收			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200			所有医疗机构
2620	31080008	血浆置换术	00310800080000	血浆置换术	机采	血浆	乙	次	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200			未实施价改医院
									1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560			实施价改的公立医院
2621	31080008-a	双重血浆置换疗法	00310800080000	血浆置换术			乙	次	6800	6800	6800	6800	6800	6800	6800	6800	6800			未实施价改医院
									8840	8840	8840	8840	8840	8840	8840	8840	8840			实施价改的公立医院
2622	31080009	血液照射	00310800090000	血液照射	包括加速器或60钴放射源，照射2000rad±，包括自体、异体		乙	袋，次	80	80	80	80	80	80	80	80	80			未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104			实施价改的公立医院
2623	31080010	血液稀释疗法	00310800100000	血液稀释疗法			丙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80			未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104			实施价改的公立医院
2624	31080011	血液光子自体血回输治疗	00310800110000	血液光子自体血回输治疗	含采血、紫外线治疗仪照射及回输		丙	次	70	70	70	70	70	70	70	70	70			未实施价改医院
									91	91	91	91	91	91	91	91	91			实施价改的公立医院
2625	31080012	骨髓采集术	00310800120000	骨髓采集术	含保存		乙	200ml/单位	400	400	400	400	400	400	400	400	400			未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520			实施价改的公立医院
2626	31080013	骨髓血回输	00310800130000	骨髓血回输	含骨髓复苏		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100			未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130			实施价改的公立医院
2627	31080014	外周血干细胞回输	00310800140000	外周血干细胞回输			乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300			未实施价改医院
									390	390	390	390	390	390	390	390	390			实施价改的公立医院
2628	31080015	骨髓或外周血干细胞体外净化	00310800150000	骨髓或外周血干细胞体外净化	指严格无菌下体外细胞培养法		乙	次	600	600	600	600	600	600	600	600	600			未实施价改医院
									780	780	780	780	780	780	780	780	780			实施价改的公立医院
2629	31080015-a	自体骨髓或外周血干细胞体外净化与分离	00310800150000	骨髓或外周血干细胞体外净化	指严格无菌下体外细胞离心法，不含介入临床操作数字减影（DSA）引导		丙	次	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000	19000			所有医疗机构
2630	31080016	骨髓或外周血干细胞冷冻保存	00310800160000	骨髓或外周血干细胞冷冻保存	包括程控降温仪或超低温、液氮保存		乙	天	50	50	50	50	50	50	50	50	50			未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65			实施价改的公立医院
2631	31080017	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞分选	00310800170000	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞分选			乙	次	4000	4000	4000	4000	4000	4000	4000	4000	4000			未实施价改医院
									5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200	5200			实施价改的公立医院
2632	31080018	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞移植	00310800180000	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞移植			乙	次	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500	2500			未实施价改医院
									3250	3250	3250	3250	3250	3250	3250	3250	3250			实施价改的公立医院
2633	31080019	配型不合异基因骨髓移植T细胞去除术	00310800190000	配型不合异基因骨髓移植T细胞去除术	包括体外细胞培养法、白细胞分离沉降		乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800			未实施价改医院
									1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040			实施价改的公立医院
2634	31080020	骨髓移植术	00310800200000	骨髓移植术	含严格无菌消毒隔离措施，包括异体基因、自体基因	供体	乙	次	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500			未实施价改医院
									4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550			实施价改的公立医院
2635	31080021	外周血干细胞移植术	00310800210000	外周血干细胞移植术	含严格无菌消毒隔离措施，包括异体基因、自体基因	供体	乙	次	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500			未实施价改医院
									4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550			实施价改的公立医院
2636	31080022	自体骨髓或外周血干细胞支持治疗	00310800220000	自体骨髓或外周血干细胞支持治疗	指大剂量化疗后或层流病房全无菌环境保护消毒隔离。含严格无菌消毒隔离措施		乙	次	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000	3000			所有医疗机构
2637	31080023	脐血移植术	00310800230000	脐血移植术	含严格无菌消毒隔离措施，包括异体基因、自体基因	脐血	乙	次	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500	3500			未实施价改医院
									4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550	4550			实施价改的公立医院
2638	31080024	细胞因子活化杀伤（CIK）细胞输注治疗	00310800240000	细胞因子活化杀伤（CIK）细胞输注治疗	含药物加无血清培养基、体外细胞培养；包括树突状细胞治疗（DC）		丙	次	2750	2750	2750	2750	2750	2750	2750	2750	2750		此项目我省暂停	未实施价改医院
									3575	3575	3575	3575	3575	3575	3575	3575	3575			实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2639	310800025	淋巴造影术	003108000250000	淋巴造影术		导管	乙	次	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2640	310800026	骨髓细胞彩色图象分析	003108000260000	骨髓细胞彩色图象分析			乙	次	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2641	310800027	脾穿刺术	003108000270000	脾穿刺术	含注射器、切口敷料、吸引皮条及头、吸引袋、无菌生理盐水，不含治疗，不含B超或CT导引		甲	次	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338	200 260 338		未实施价改医院 实施价改的公立医院 限六周岁及以下儿童 所有医疗机构
3109		9. 消化系统				取石气囊、切开刀、碎石网篮、取石网篮、水溶性润滑剂												取石气囊、切开刀、碎石网篮、取石网篮按实际确定	
2642	3109-a	使用电子镜加收	323300000010000	辅助操作			乙	次	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		未实施价改医院、实施价改的城市公立医院 实施价改的县级公立医院
2643	3109-b	使用钛夹推送器加收	323300000010000	辅助操作			乙	次	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78		未实施价改医院、实施价改的城市公立医院 实施价改的县级公立医院
310901		食管诊疗																	
2644	310901001	食管测压	003109010010000	食管测压	含上、下食管括约肌压力测定、食管蠕动测定、食管及括约肌长度测定、药物激发试验、打印报告；不含动态压力监测		乙	次	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260		全部食管测压 未实施价改医院 实施价改的公立医院
2645	310901001-a	食管测压	003109010010000	食管测压			乙	次	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		部分食管测压 未实施价改医院 实施价改的公立医院
2646	310901001-b	食管测压动态压力监测加收	003109010010001	食管测压(部分测压)			乙	次	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2647	310901002	食管拉网术	003109010020000	食管拉网术			甲	次	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26	20 26		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2648	310901003	硬性食管镜检查	003109010030000	硬性食管镜检查			甲	次	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78	60 78		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2649	310901004	纤维食管镜检查	003109010040000	纤维食管镜检查	含活检		甲	次	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2650	310901005	经食管镜取异物	003109010050000	经食管镜取异物	不含止血等治疗		乙	次	160 208	160 208	160 208	160 208	160 208	160 208	160 208	160 208	160 208		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2651	310901006	食管腔内支架置入术	003109010060000	食管腔内支架置入术	包括内镜下或透视下置入或取出支架	支架	乙	次	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560	1200 1560		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2652	310901007	经胃镜食管静脉曲张治疗	003109010070000	经胃镜食管静脉曲张治疗	含胃镜检查；包括硬化，套扎，组织结合	套扎环	乙	每个位点	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2653	310901007-a	经胃镜食管静脉曲张治疗加收	003109010070000	经胃镜食管静脉曲张治疗			乙	每个位点	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	每增加一个位点加收	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2654	310901008	食管狭窄扩张术	003109010080000	食管狭窄扩张术	包括内镜扩张、器械扩张、透视下气囊或水囊扩张及逆行扩张	气囊或水囊扩张导管	乙	次	360 468	360 468	360 468	360 468	360 468	360 468	360 468	360 468	360 468		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2655	310901009	三腔管安置术	003109010090000	三腔管安置术	包括四腔管	三腔管、四腔管	甲	次	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2656	310901010	经内镜食管瘘填堵术	003109010100000	经内镜食管瘘填堵术			乙	次	300 390	300 390	300 390	300 390	300 390	300 390	300 390	300 390	300 390		未实施价改医院 实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2657	310901011	内镜下食管病变的诊断及筛查	323109010130000	内镜下食管病变的诊断及筛查	含内镜检查：经口插入内镜，观察正常黏膜和黏膜病灶的原始状态，观察是否有疑似病变区域，并进行详细记录和拍照		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	310902	胃肠道诊疗																	
2658	310902001	胃肠电图	003109020010000	胃肠电图			乙	项	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2659	310902001-a	胃肠电图	003109020010000	胃肠电图			乙	项	140	140	140	140	140	140	140	140	140	动态胃电图	未实施价改医院
									182	182	182	182	182	182	182	182	182		实施价改的公立医院
2660	310902002	24小时动态胃酸监测	003109020020000	24小时动态胃酸监测	含酸监测和碱监测		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2661	310902003	胃幽门十二指肠压力测定	003109020030000	胃幽门十二指肠压力测定			乙	次	350	350	350	350	350	350	350	350	350		未实施价改医院
									455	455	455	455	455	455	455	455	455		实施价改的公立医院
2662	310902004	24小时胃肠压力测定（上或下消化道压力监测）	003109020040000	24小时胃肠压力测定			乙	次	350	350	350	350	350	350	350	350	350		未实施价改医院
									455	455	455	455	455	455	455	455	455		实施价改的公立医院
2663	310902004-a	24小时胃肠压力测定	003109020040000	24小时胃肠压力测定			乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500	上、下消化道合做	未实施价改医院
									650	650	650	650	650	650	650	650	650		实施价改的公立医院
2664	310902005	纤维胃十二指肠镜检查	003109020050000	纤维胃十二指肠镜检查	含活检、刷检	一次性活检钳	乙	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院
2665	310902006	经胃镜特殊治疗	003109020060000	经胃镜特殊治疗	包括取异物、粘膜切除、粘膜血流测定、止血、息肉内肿物切除等病变	圈套器、钛夹	乙	次、每个肿物或出血点	100	100	100	100	100	100	100	100	100	电凝电切法	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2666	310902006-a	经胃镜特殊治疗	003109020060000	经胃镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	130	130	130	130	130	130	130	130	130	微波法	未实施价改医院
									169	169	169	169	169	169	169	169	169		实施价改的公立医院
2667	310902006-b	经胃镜特殊治疗	003109020060000	经胃镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	150	150	150	150	150	150	150	150	150	激光法	未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195	195		实施价改的公立医院
2668	310902006-c	经胃镜特殊治疗	003109020060000	经胃镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	50	50	50	50	50	50	50	50	50	从第二个肿物或出血点起，每增加一个肿物或出血点加收	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2669	310902007	经胃镜胃内支架置入术	003109020070000	经胃镜胃内支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院
									390	390	390	390	390	390	390	390	390		实施价改的公立医院
2670	310902008	经胃镜碎石术	003109020080000	经胃镜碎石术	包括机械碎石法、激光碎石法、爆破碎石法		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2671	310902009	超声内镜检查术	003109020090000	超声内镜检查术	含活检。包括超声肠镜检查术		乙	次	450	450	450	450	450	450	450	450	450		未实施价改医院
									585	585	585	585	585	585	585	585	585		实施价改的公立医院
2672	310902011	超细内镜检查	003109020050000	纤维胃十二指肠镜检查			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200	镜头直径0.65cm以下	未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
2673	310902012	胃肠起搏术	003106030030000	体外膈肌起搏治疗			乙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2674	310902013	氢呼气试验	323109020130000	氢呼气试验	含一次性接口，含7次测量值		丙	次	254	254	254	254	254	254	254	254	254		未实施价改医院
									330	330	330	330	330	330	330	330	330		实施价改的公立医院
2675	310902014	经鼻空肠营养管置管术	003109030010000	经胃镜结肠置管术			甲	次	320	320	320	320	320	320	320	320	320		所有医疗机构
2676	310902016	内镜色素检查	003109050260000	内镜色素检查	内镜下于病变部位喷洒染色药物或电子染色，以暴露病变部位黏膜及边界。		乙	次	350	350	350	350	350	350	350	350	350	不得收取“使用电子纤维内镜加收3109-a”	所有医疗机构

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
2677	310902017	经内镜消化道定位（示踪）术	003109050270000	消化道内镜活检术	包括经内镜消化道示踪术。在内镜直视下，在肿瘤和正常黏膜的交界处或周边，注射纳米碳混悬液或释放钛夹，确定病变的位置和范围。不得收取“使用电子纤维内镜加收3109-a”		丙	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院	
	310903	十二指肠、小肠、结肠																		
2678	310903001	经胃镜胃肠置管术	003109030010000	经胃镜胃肠置管术			乙	次	310 403	310 403	310 403	310 403	310 403	310 403	310 403	310 403	310 403		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2679	310903002	奥迪氏括约肌压力测定	003109030020000	奥迪氏括约肌压力测定	含经十二指肠置管及括约肌压力胆总管压力测定		乙	次	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2680	310903003	经十二指肠镜胆道结石取出术	003109030030000	经十二指肠镜胆道结石取出术	包括取异物、取蛔虫		乙	次	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2681	310903004	小肠镜检查	003109030040000	小肠镜检查	含活检		乙	次	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2682	310903004-a	小肠镜检查	003109030040000	小肠镜检查			乙	例	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	3900 5070	指双气囊电子小肠镜检查	未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2683	310903005	纤维结肠镜检查	003109030050000	纤维结肠镜检查	含活检		乙	次	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2684	310903006	乙状结肠镜检查	003109030060000	乙状结肠镜检查	含活检		乙	次	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2685	310903007	经内镜肠道球囊扩张术	003109030070000	经内镜肠道球囊扩张术		球囊	乙	次	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300	1000 1300		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2686	310903008	经内镜肠道支架置入术	003109030080000	经内镜肠道支架置入术	包括取出术，不含球囊扩张术	支架	乙	次	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520	400 520		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2687	310903009	经内镜结肠治疗	003109030090000	经内镜结肠治疗	包括液疗、药疗、取异物		乙	次	450 585	450 585	450 585	450 585	450 585	450 585	450 585	450 585	450 585		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2688	310903010	经肠镜特殊治疗	003109030100000	经肠镜特殊治疗	包括取异物、粘膜切除、粘膜血流量测定、止血、息肉切除等病变		乙	次、每个肿物或出血点	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	电凝电切法	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2689	310903010-a	经肠镜特殊治疗	003109030100000	经肠镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	130 169	130 169	130 169	130 169	130 169	130 169	130 169	130 169	130 169	微波法	未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2690	310903010-b	经肠镜特殊治疗	003109030100000	经肠镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	激光法	未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2691	310903010-c	经肠镜特殊治疗	003109030100000	经肠镜特殊治疗			乙	次、每个肿物或出血点	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	从第二个肿物或出血点起，每增加一个肿物或出血点加收	未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2692	310903011	先天性巨结肠清洁洗肠术	003109030110000	先天性巨结肠清洁洗肠术	含肛管、生理盐水，包括肛门直肠畸形清洁洗肠术		乙	次	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195	150 195		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2693	310903012	肠套叠手法复位	003109030120000	肠套叠手法复位			甲	次	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65	50 65		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2694	310903013	肠套叠充气造影及整复	003109030130000	肠套叠充气造影及整复	含临床操作及注气设备使用		甲	次	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130	100 130		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2695	310903014	胶囊内镜检查	003109030140000	胶囊内镜检查	含检查留测、图像分析、图文报告	胶囊	乙	次	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260	200 260		未实施价改医院 实施价改的公立医院	
2696	310903015	结肠转运功能检查	003109030150000	结肠转运功能检查			乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院	

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
	310904	直肠肛门诊疗					乙	次	260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院
2697	310904001	直肠镜检查	003109040010000	直肠镜检查	含活检		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2698	310904002	肛门直肠测压	003109040020000	肛门直肠测压	含直肠5-10cm置气囊、肛门内括约肌置气囊、直肠气囊充气加压、扫描记录曲线、内括约肌松弛反射、肛门内括约肌长度、最大缩窄压、最大耐量、最小感应阈测定		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2699	310904003	肛门镜检查	003109040030000	肛门镜检查	含活检		甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2700	310904004	肛门指检	003109040040000	肛门指检			甲	次	3	3	3	3	3	3	3	3	3		未实施价改医院
									3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9	3.9		实施价改的公立医院
2701	310904005	肛直肠肌电测量	003109040050000	肛直肠肌电测量			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2702	310904005-a	盆底表面肌电评估	003109040050000	肛直肠肌电测量			丙	次	市定价									生物反馈疗法	所有医疗机构
2703	310904006	直肠肛门特殊治疗	003109040060000	直肠肛门特殊治疗			乙	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50	冷冻法	未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院
2704	310904006-a	直肠肛门特殊治疗	003109040060000	直肠肛门特殊治疗			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	微波、激光法	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2705	310904006-c	直肠下段粪块清除术	001215000030000	辅助通便	不含直肠镜检查；评估患者病情及腹胀程度等，取适当体位，合理暴露臀部，指润滑油涂抹手指，肛指1次，插入肛管反复注油，手工协助排便反复多次，直至粪块清除		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
2706	310904007	肛门皮下组织美兰注射神经阻滞术	003109040070000	肛门皮下组织美兰注射神经阻滞术			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2707	310904008	便秘及腹泻的生物反馈治疗	003109040080000	便秘及腹泻的生物反馈治疗		行气通便贴	丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40	使用行气通便贴，不得收取治疗费	未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2708	310904009	可控定量三氧直肠灌注免疫诱导疗法	323109040090000	可控定量三氧直肠灌注免疫诱导疗法			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构
2709	310904010	肛门部敷生物治疗	003109040060000	直肠肛门特殊治疗	包括冷冻术，含麻醉		乙	部位	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	市定价	电灼法	所有医疗机构
2710	310904011	小儿直肠粘膜活检术	003109040010100	直肠镜检查(直肠取活检术)	包括小儿直肠粘膜吸引活检术		甲	次	490	490	490	490	490	490	490	490	490	非肠镜下，限六周岁以下儿童使用	所有医疗机构
2711	310904012	直肠导管引流术	001215000030000	辅助通便	评估患者病情及失禁程度，利用大便失禁管理套件进行直肠引流术，方便排泄物管理及肛周皮肤管理	大便失禁管理套件		次											公立医疗机构
	310905	消化系统其他诊疗																	
2712	310905001	腹腔穿刺术	003109050010000	腹腔穿刺术	包括抽液、注药		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
									68	68	68	68	68	68	68	68	68	限六周岁及以下儿童	所有医疗机构
2713	310905001-a	腹腔穿刺术放水治疗加收	003109050010001	腹腔穿刺术(放水治疗)			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2714	310905002	腹水直接回输治疗	003109050020000	腹水直接回输治疗			甲	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围		
2733	310905011	瘻术	003109050110000	狭窄内瘻术			乙	次	780	780	780	780	780	780	780	780	780		实施价改的公立医院		
2734	310905018	经内镜十二指肠狭窄支架置入术	003109050180000	经内镜十二指肠狭窄支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000		未实施价改医院		
									1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300	1300		实施价改的公立医院		
2735	310905019	经内镜胰管内引流术	003109050190000	经内镜胰管内引流术	包括胰腺囊肿内引流		乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院		
									650	650	650	650	650	650	650	650	650		实施价改的公立医院		
2736	310905020	经内镜胰胆管扩张术+支架置入术	003109050200000	经内镜胰胆管扩张术+支架置入术		支架	乙	次	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200	1200		未实施价改医院		
									1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560	1560		实施价改的公立医院		
2737	310905021	胆道球囊扩张术	003109050210000	胆道球囊扩张术		球囊	乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院		
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院		
2738	310905022	胆道支架置入术	003109050220000	胆道支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院		
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院		
2739	310905023	人工肝治疗	003109050230000	人工肝治疗	含普通血浆置换、血液滤过、血液灌流/血浆吸附、血液透析吸附及透析液、滤过液	人工肝治疗专用管路	乙	次	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		未实施价改医院		
									1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950		实施价改的公立医院		
2740	310905024	经内镜胆管内超声检查术	003109050240000	经内镜胆管内超声检查术	含超声探头使用		乙	次	970	970	970	970	970	970	970	970	970		未实施价改医院		
									1261	1261	1261	1261	1261	1261	1261	1261	1261		实施价改的公立医院		
2741	310905025	消化道造瘘管换管术	003109050250000	消化道造瘘管换管术	包括胃、胆道、空肠造瘘；含注射器、医用缝合线、医用缝合、切口敷料，不含内镜检查。包括造瘘口扩张	造瘘管	甲	次	418	418	418	418	418	418	418	418	418		未实施价改医院		
									543	543	543	543	543	543	543	543	543		实施价改的公立医院		
2742	310905027	慢性肝病纤维化测定	323109050320000	慢性肝病纤维化测定	含图文报告		乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	指瞬时弹性剪切波无创检测肝脏硬度	所有医疗机构
2743	310905028	经电子内镜食管胃十二指肠黏膜切除术(EMR)	003109020060000	经胃镜特殊治疗	含内镜检查，不含监护、麻醉。包括小肠、结肠病变黏膜切除术		乙	次	1055	1055	1055	1055	1055	1055	1055	1055	1055		所有医疗机构		
2744	310905029	经电子内镜食管胃十二指肠黏膜剥离术(ESD)	003109020060000	经胃镜特殊治疗	含内镜检查，不含监护、麻醉，包括结肠ESD		乙	次	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000	2000		未实施价改医院、实施价改的城市公立医院		
									2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600	2600		实施价改的县级公立医院		
2745	310905030	标准化粪菌制备	323109050340000	标准化粪菌制备	不含治疗		丙	次	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450	1450		所有医疗机构		
2746	310905031	经内镜射频消融术	003107020040000	射频消融术	通过导丝置入测量球囊进行测量各段尺寸，根据测量选择对应型号电极，通过导丝置入射频消融电极进行射频消融操作。		乙	次	325	325	325	325	325	325	325	325	325		所有医疗机构		
2747	310905032	动态腹内压监测	003110000140000	肾孟测压	连接压力传感器、引流患者尿液、排出压力传感器管道内空气、压力调零、动态监测患者腹内压、动态精密仪器测量患者尿量、训练膀胱先充盈后排空的生理功能、进行膀胱功能康复训练、记录监测结果并绘制相关曲线。适用于腹腔间隔室综合征。	一次性使用压力传感器	乙	小时	10	10	10	10	10	10	10	10	10		实施价改的公立医院		
2748	310905033	超声内镜下腹腔干神经阻滞术	003101000270000	神经阻滞治疗	含内镜检查		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院		
2749	310905034	胆管刷检术	003109050290000	经电子内镜胆管细胞学	指ERCP术中刷检		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院		
	3110	10. 泌尿系统																			
2750	311000001	腹膜透析置管术	003110000010000	腹膜透析置管术		腹膜透析钎接头、腹膜透析外接短管	甲	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		所有医疗机构		
2751	311000001-a	腹膜透析置管术	003110000010000	腹膜透析置管术	指接管术		甲	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构		
2752	311000002	腹透机自动腹膜透析	003110000020000	腹透机自动腹膜透析			甲	小时	10	10	10	10	10	10	10	10	10		所有医疗机构		
2753	311000003	腹膜透析换液	003110000030000	腹膜透析换液	含腹透液加温、加药、腹透液操作及培训	碘液帽	甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		仅指自行更换所需的碘液帽。腹膜透析换液已收费的不加收	所有医疗机构	
2754	311000004	腹膜透析换管	003110000040000	腹膜透析换管	含一次性连接管		甲	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		所有医疗机构		

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2755	311000005	腹膜平衡试验	003110000050000	腹膜平衡试验	含定时、分段取腹腔液；不含化验检查		甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		所有医疗机构
2756	311000006	血液透析	003110000060000	血液透析	含血温、血压、血容量、在线尿素等监测，包括碳酸氢盐透析或醋酸透析。包括高通量血液透析		乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		所有医疗机构
2757	311000006-a	无肝素血液透析	003110000060100	血液透析(碳酸氢盐透析)	包括碳酸氢盐透析或醋酸透析；含血温、血压、血容量、监测		乙	次	450	450	450	450	450	450	450	450	450		所有医疗机构
2758	311000007	血液滤过	003110000070000	血液滤过	含透析液、置换液		乙	次	550	550	550	550	550	550	550	550	550		所有医疗机构
2759	311000008	血液透析滤过	003110000080000	血液透析滤过	含透析液、置换液		乙	次	650	650	650	650	650	650	650	650	650		所有医疗机构
2760	311000009	连续性血浆滤过吸附	003110000090000	连续性血浆滤过吸附		血滤器、血浆分离器、免疫吸附柱、一次性管路	乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									650	650	650	650	650	650	650	650	650		实施价改的公立医院
2761	311000010	血液灌流	003110000100000	血液灌流	不含透析，含透析液	血液灌流器 DNA免疫吸附柱	乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2762	311000010-a	血液灌流	003110000100000	血液灌流	含透析、透析液	血液灌流器	乙	次	600	600	600	600	600	600	600	600	600		未实施价改医院
									780	780	780	780	780	780	780	780	780		780
2763	311000011	连续性血液净化	003110000110000	连续性血液净化	含置换液、透析液	血滤器、一次性管路	乙	小时	60	60	60	60	60	60	60	60	60	人工法	未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2764	311000011-a	连续性血液净化	003110000110000	连续性血液净化			乙	小时	100	100	100	100	100	100	100	100	100	机器法	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2765	311000013	结肠透析	003110000130000	结肠透析	包括人工法、机器法		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		52
2766	311000014	肾孟测压	003110000140000	肾孟测压			甲	单侧	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195	195		195
2767	311000015	肾穿刺术	003110000150000	肾穿刺术	含活检；包括活检、囊肿硬化治疗等；不含影像学引导		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		130
2768	311000016	肾封闭术	003110000160000	肾封闭术			甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	限六周岁及以下儿童	未实施价改医院
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		104
2769	311000017	肾周脓肿引流术	003110000170000	肾周脓肿引流术			甲	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160		未实施价改医院
									208	208	208	208	208	208	208	208	208		208
2770	311000018	经皮肾孟镜检查	003110000180000	经皮肾孟镜检查	含活检、肾上腺活检		乙	单侧	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									650	650	650	650	650	650	650	650	650		650
2771	311000019	经皮肾孟镜取石术	003110000190000	经皮肾孟镜取石术	包括肾上腺肿瘤切除、取异物		乙	次	470	470	470	470	470	470	470	470	470		未实施价改医院
									611	611	611	611	611	611	611	611	611		611
2772	311000020	经尿道输尿管镜检查	003110000200000	经尿道输尿管镜检查	含活检；包括取异物		乙	单侧	360	360	360	360	360	360	360	360	360		未实施价改医院
									468	468	468	468	468	468	468	468	468		468
2773	311000021	经膀胱输尿管插管术	003110000210000	经膀胱输尿管插管术			乙	单侧	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156	156		156
2774	311000022	经皮输尿管内管置入术	003110000220000	经皮输尿管内管置入术	包括经皮输尿管内管换管术		乙	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		未实施价改医院
									650	650	650	650	650	650	650	650	650		650
2775	311000023	经输尿管镜肿瘤切除术	003110000230000	经输尿管镜肿瘤切除术			乙	次	800	800	800	800	800	800	800	800	800		未实施价改医院
									1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040	1040		1040
2776	311000024	经膀胱镜输尿管扩张术	003110000240000	经膀胱镜输尿管扩张术		导丝、扩张管、球囊导	乙	次	300	300	300	300	300	300	300	300	300		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围
2776	31100021	经膀胱镜输尿管扩张术	00311000210000	术		管	乙	次	390	390	390	390	390	390	390	390	390		实施价改的公立医院
2777	31100025	经输尿管镜输尿管扩张术	00311000250000	经输尿管镜输尿管扩张术			乙	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		未实施价改医院
									520	520	520	520	520	520	520	520	520		实施价改的公立医院
2778	31100026	经输尿管镜碎石取石术	00311000260000	经输尿管镜碎石取石术		弹道碎石针	乙	次	470	470	470	470	470	470	470	470	470		未实施价改医院
									611	611	611	611	611	611	611	611		实施价改的公立医院	
2779	31100026-a	钬激光碎石术	003311030270400	经尿道膀胱碎石取石术(钬激光)	含光纤、导丝		乙	次	1800	1800	1800	1800	1800	1800	1800	1800	1800		未实施价改医院
									2340	2340	2340	2340	2340	2340	2340	2340		实施价改的公立医院	
2780	31100027	经膀胱镜输尿管支架置入术	00311000270000	经膀胱镜输尿管支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院	
2781	31100028	经输尿管镜支架置入术	00311000280000	经输尿管镜支架置入术	包括取出术	支架	乙	次	450	450	450	450	450	450	450	450	450		未实施价改医院
									585	585	585	585	585	585	585	585		实施价改的公立医院	
2782	31100029	输尿管支架管冲洗	00311000290000	输尿管支架管冲洗			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院	
2783	31100030	膀胱注射	00311000300000	膀胱注射			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院	
2784	31100031	膀胱灌注	00311000310000	膀胱灌注		无菌透明质酸钠液	甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院	
2785	31100032	膀胱区封闭	00311000320000	膀胱区封闭			甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		未实施价改医院
									20	20	20	20	20	20	20	20		实施价改的公立医院	
2786	31100033	膀胱穿刺造瘘术	00311000330000	膀胱穿刺造瘘术			甲	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160		未实施价改医院
									208	208	208	208	208	208	208	208		实施价改的公立医院	
									270	270	270	270	270	270	270	270		限六周岁及以下儿童 所有医疗机构	
2787	31100034	膀胱镜尿道镜检查	00311000340000	膀胱镜尿道镜检查	含活检, 包括取异物		乙	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156		实施价改的公立医院	
2788	31100035	经膀胱镜尿道镜特殊治疗	00311000350000	经膀胱镜尿道镜特殊治疗			乙	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120	电灼法	未实施价改医院
									156	156	156	156	156	156	156	156		实施价改的公立医院	
2789	31100035-a	经膀胱镜尿道镜特殊治疗	00311000350000	经膀胱镜尿道镜特殊治疗			乙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150	激光法	未实施价改医院
									195	195	195	195	195	195	195	195		实施价改的公立医院	
2790	31100036	尿道狭窄扩张术	00311000360000	尿道狭窄扩张术		丝状探条	甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院	
2791	31100037	经尿道治疗尿失禁	00311000370000	经尿道治疗尿失禁	含硬化剂局部注射		甲	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院
									260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院	
2792	31100038	尿流率检测	00311000380000	尿流率检测			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院	
2793	31100039	尿流动力学检测	00311000390000	尿流动力学检测	不含摄片		甲	项	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65		实施价改的公立医院	
2794	31100040	体外冲击波碎石	00311000400000	体外冲击波碎石	含影像学监测, 不含摄片		乙	次	600	600	600	600	600	600	600	600	600	初震	未实施价改医院
									780	780	780	780	780	780	780	780		实施价改的公立医院	
2795	31100040-a	体外冲击波碎石	00311000400000	体外冲击波碎石			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	复震	未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院	
2796	31100041	动态尿量监测	321216000103000	动态尿量监测		配套尿袋	乙	小时	5	5	5	5	5	5	5	5		所有医疗机构	
2797	31100042	蛋白质的营养评估	322503010340000	蛋白质的营养评估			丙	次	23	23	23	23	23	23	23	23	23		未实施价改医院、实施价改的城市公立医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2797	311000013	出口尿管导引评估	00230200010000	出口尿管导引评估			丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		实施价改的县级公立医院
2798	311000044	肾小球滤过率评估	002302000460000	肾动态显象+肾小球滤过率(GFR)测定			乙	次	23	23	23	23	23	23	23	23	23		未实施价改医院、实施价改的公立医院 实施价改的县级公立医院
2799	311000045	家庭腹膜透析治疗指导	003110000410000	家庭腹膜透析治疗			丙	小时	50	50	50	50	50	50	50	50	50	按照《腹膜透析标准操作规程》第四篇内容对患者进行面对面1对1培训，向患者或家属群体进行的集中培训不得收取。	未实施价改医院 实施价改的公立医院
2800	311000046	家庭腹膜透析治疗日常随访	003110000410000	家庭腹膜透析治疗	指对在院外自行进行透析换液治疗的患者进行的定期居家随访和指导。含腹透液加温、加药、腹透换液操作、废液的测量和处理,对患者临床状况评估、出口处及隧道评估、导管相关并发症评估、腹膜炎危险因素评估、生存质量、营养及心理状态评估、透析处方和药物调整等。		乙	次	120	120	120	120	120	120	120	120	120		所有医疗机构
2801	311000047	腹膜透析管封管	003110000010100	腹膜透析管(拔管术)	含碘伏帽		甲	次	15	15	15	15	15	15	15	15	15		所有医疗机构
2802	311000048	腹膜透析导管手术复位术	003110000040000	腹膜透析换管	指手术切开法		甲	次	400	400	400	400	400	400	400	400	400		所有医疗机构
2803	311000049	腹膜透析导管导丝复位术	003110000040000	腹膜透析换管			甲	次	130	130	130	130	130	130	130	130	130		所有医疗机构
3111		11. 男性生殖系统																	
2804	311100001	小儿包皮气囊导管扩张术	003111000010000	小儿包皮气囊导管扩张术	气囊导管		乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2805	311100001-a	小儿包皮分离术	003312040010000	嵌顿包茎松解术			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
2806	311100002	嵌顿包茎手法复位术	003111000020000	嵌顿包茎手法复位术			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2807	311100003	夜间阴茎胀大试验	003111000030000	夜间阴茎胀大试验	含硬度计法		丙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2808	311100004	阴茎超声血流图检查	003111000040000	阴茎超声血流图检查			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2809	311100005	阴茎勃起神经检查	003111000050000	阴茎勃起神经检查	含肌电图检查		丙	次	150	150	150	150	150	150	150	150	150		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2810	311100006	睾丸阴茎海绵体活体活检术	003111000060000	睾丸阴茎海绵体活体活检术	包括穿刺、切开		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2811	311100007	附睾抽吸精子分离术	003111000070000	附睾抽吸精子分离术			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2812	311100008	促射精电动按摩	003111000080000	促射精电动按摩	不含精液检测		丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2813	311100009	阴茎海绵体内药物注射	003111000090000	阴茎海绵体内药物注射			丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2814	311100010	阴茎赘生物电灼术	003111000100000	阴茎赘生物电灼术	包括冷冻术		甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2815	311100011	阴茎动脉测压术	003111000110000	阴茎动脉测压术			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院 实施价改的公立医院
2816	311100012	阴茎海绵体灌注治疗术	003111000120000	阴茎海绵体灌注治疗			丙	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2816	311100012	阴茎海绵体注射术	003111000120000	术			甲	次	208	208	208	208	208	208	208	208	208		实施价改的公立医院
2817	311100013	B超引导下前列腺活检术	003111000130000	B超引导下前列腺活检术		一次性使用超声探头穿刺支架	甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院
2818	311100014	前列腺针吸细胞学活检术	003111000140000	前列腺针吸细胞学活检术			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2819	311100015	前列腺按摩	003111000150000	前列腺按摩			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
2820	311100016	前列腺注射	003111000160000	前列腺注射			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2821	311100017	前列腺特殊治疗	003111000170000	前列腺特殊治疗		一次性材料	乙	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60	激光、微波、射频、超声电导等法分别计价	未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2822	311100018	鞘膜积液穿刺抽液术	003111000180000	鞘膜积液穿刺抽液术		硬化剂	甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
									51	51	51	51	51	51	51	51	51	限六周岁及以下儿童。	所有医疗机构
2823	311100019	精液优化处理	003111000190000	精液优化处理	含取精和优秀精子分离, 含各种特殊医用材料, 不含显微镜的使用		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2824	311100020	低能量体外冲击波治疗男性勃起功能障碍	323111000280000	低能量体外冲击波治疗男性勃起功能障碍	采用低能量体外冲击波治疗仪治疗血管性勃起功能障碍患者		丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的公立医院
	3112	12. 女性生殖系统及孕产(含新生儿诊疗)																	
	311201	女性生殖系统及孕产诊疗																	
2825	311201-a	电子阴道镜加收	003112010040001	阴道镜检查(电子镜加收)			乙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构
2826	311201001	荧光检查	003112010010000	荧光检查	包括会阴、阴道、宫颈部位病变检查		甲	每个部位	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2827	311201002	外阴活检术	003112010020000	外阴活检术			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院
									34	34	34	34	34	34	34	34	34	限六周岁及以下儿童	所有医疗机构
2828	311201003	外阴病光照射治疗	003112010030000	外阴病光照射治疗	包括光谱治疗, 远红外线治疗		甲	30分钟	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2829	311201004	阴道镜检查	003112010040000	阴道镜检查			甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2830	311201005	阴道填塞	003112010050000	阴道填塞			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2831	311201006	阴道灌洗上药	003112010060000	阴道灌洗上药			甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8		未实施价改医院
									10	10	10	10	10	10	10	10	10		实施价改的公立医院
2832	311201007	后穹窿穿刺术	003112010070000	后穹窿穿刺术	包括后穹窿注射		甲	次	35	35	35	35	35	35	35	35	35		未实施价改医院
									46	46	46	46	46	46	46	46	46		实施价改的公立医院
									60	60	60	60	60	60	60	60	60	限六周岁及以下儿童	所有医疗机构
2833	311201008	宫颈活检术	003112010080000	宫颈活检术			甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2834	311201009	宫颈注射	003112010090000	宫颈注射	包括宫颈活检 阴道侧穹窿活检 上药		甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院 苏南	三类医院 苏中	三类医院 苏北	二类医院 苏南	二类医院 苏中	二类医院 苏北	一类医院 苏南	一类医院 苏中	一类医院 苏北	说明	执行范围
2834	311201009	宫颈活检	00311201000000	宫颈活检	包括宫颈刮片、阴道镜与活检、活检、活检		甲	次	13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院
2835	311201010	宫颈扩张术	003112010100000	宫颈扩张术	含宫颈插管		甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院
2836	311201011	宫颈内口探查术	003112010110000	宫颈内口探查术			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2837	311201012	子宫托治疗	003112010120000	子宫托治疗	含配戴、指导		甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2838	311201013	子宫内膜活检术	003112010130000	子宫内膜活检术			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院
2839	311201013-a	子宫内膜细胞采集术	323109050380000	子宫内膜细胞采集术			乙	次	170	170	170	170	170	170	170	170	170		未实施价改医院
									221	221	221	221	221	221	221	221	221		实施价改的公立医院
2840	311201014	子宫直肠凹封闭术	003112010140000	子宫直肠凹封闭术			甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		26
2841	311201015	子宫输卵管通液术	003112010150000	子宫输卵管通液术	包括通气、注药		丙	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		实施价改的公立医院
2842	311201016	子宫内翻复位术	003112010160000	子宫内翻复位术	指手法复位		甲	次	160	160	160	160	160	160	160	160	160		未实施价改医院
									208	208	208	208	208	208	208	208	208		实施价改的公立医院
2843	311201017	宫腔吸片	003112010170000	宫腔吸片			甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60		未实施价改医院
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		78
2844	311201018	宫腔粘连分离术	003112010180000	宫腔粘连分离术			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		52
2845	311201019	宫腔填塞	003112010190000	宫腔填塞			甲	次	50	50	50	50	50	50	50	50	50		未实施价改医院
									65	65	65	65	65	65	65	65	65		65
2846	311201020	妇科特殊治疗	003112010200000	妇科特殊治疗	包括外阴、阴道、宫颈等疾患	妇科特殊治疗	乙	每个部位	20	20	20	20	20	20	20	20	20	激光、微波、电熨、冷冻等 法同价	未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		26
2847	311201021	腹腔穿刺插管盆腔滴注术	003112010210000	腹腔穿刺插管盆腔滴注术			甲	次	40	40	40	40	40	40	40	40	40		未实施价改医院
									52	52	52	52	52	52	52	52	52		52
2848	311201022	妇科晚期恶性肿瘤减瘤术	003112010220000	妇科晚期恶性肿瘤减瘤术			甲	次	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500	1500		未实施价改医院
									1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950	1950		1950
2849	311201023	产前检查	003112010230000	产前检查	含测量体重、宫高、腹围、血压、骨盆内 外口测量等；不含化验检查和超声检查		丙/甲	次	8	8	8	8	8	8	8	8	8	居民、灵活就业和退休参保 人员符合生育政策的按甲类 支付	未实施价改医院
									10	10	10	10	10	10	10	10	10		10
2850	311201024	电子骨盆内测量	003112010240000	电子骨盆内测量			丙/甲	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10	居民、灵活就业和退休参保 人员符合生育政策的按甲类 支付	未实施价改医院
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		13
2851	311201025	胎儿心电图	003112010250000	胎儿心电图			丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		26
2852	311201026	胎心监测	003112010260000	胎心监测			丙/甲	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20	居民、灵活就业和退休参保 人员符合生育政策的按甲类 支付	未实施价改医院
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		26
2853	311201027	胎儿镜检查	003112010270000	胎儿镜检查			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		未实施价改医院
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		130
2854	311201028	胎儿脐血流监测	003112010280000	胎儿脐血流监测	含脐动脉速度波形监测、搏动指数、阻力 指数		丙/甲	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30	居民、灵活就业和退休参保 人员符合生育政策的按甲类 支付	未实施价改医院
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		39
2855	311201029	羊膜镜检查	003112010290000	羊膜镜检查			丙	次	45	45	45	45	45	45	45	45	45		未实施价改医院

序号	收费项目编码	收费项目名称	国家医疗服务项目代码	国家医疗服务项目名称	项目内涵	除外内容	医保支付类别	计价单位	三类医院苏南	三类医院苏中	三类医院苏北	二类医院苏南	二类医院苏中	二类医院苏北	一类医院苏南	一类医院苏中	一类医院苏北	说明	执行范围	
	311201029	羊膜腔穿刺术	00311201030000	羊膜腔穿刺术			丙	次	59	59	59	59	59	59	59	59	59		实施价改的公立医院	
2856	311201030	羊膜腔穿刺术	00311201030000	羊膜腔穿刺术	包括羊膜腔注药中期引产；不含B超监测、羊水检查		丙/甲	次	65	65	65	65	65	65	65	65	65	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院	
									85	85	85	85	85	85	85	85	85		实施价改的公立医院	
2857	311201031	经皮脐静脉穿刺术	003112010310000	经皮脐静脉穿刺术	不含超声引导		丙/甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院	
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院	
2858	311201032	羊水泡沫振荡试验	003112010320000	羊水泡沫振荡试验			丙	次	10	10	10	10	10	10	10	10	10		未实施价改医院	
									13	13	13	13	13	13	13	13	13		实施价改的公立医院	
2859	311201033	羊水中胎肺成熟度LB记数检测	003112010330000	羊水中胎肺成熟度LB记数检测			丙	次	20	20	20	20	20	20	20	20	20		未实施价改医院	
									26	26	26	26	26	26	26	26	26		实施价改的公立医院	
2860	311201034	羊水置换	003112010340000	羊水置换			丙	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院	
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院	
2861	311201035	性交试验	003112010350000	性交试验	含取精液、显微镜下检查		丙	次	30	30	30	30	30	30	30	30	30		未实施价改医院	
									39	39	39	39	39	39	39	39	39		实施价改的公立医院	
2862	311201036	脉冲自动注射促排卵检查	003112010360000	脉冲自动注射促排卵检查			丙	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100		所有医疗机构	
2863	311201037	B超下采卵术	003112010370000	B超下采卵术		一次性使用超声探头穿刺支架	丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2864	311201038	B超下卵巢囊肿穿刺术	003112010380000	B超下卵巢囊肿穿刺术			甲	次	500	500	500	500	500	500	500	500	500		所有医疗机构	
2865	311201039	胎盘成熟度检测	003112010390000	胎盘成熟度检测			丙/甲	次	65	65	65	65	65	65	65	65	65	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院	
									市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		实施价改的城市公立医院	
2866	311201040	胚胎培养	003112010400000	胚胎培养			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2867	311201041	胚胎移植术	003112010410000	胚胎移植术			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2868	311201041-a	胚胎移植术冻、融胚胎加收	003112010410001	胚胎移植术(冻融胚胎各加收)			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2869	311201042	单精子卵泡注射	003112010420000	单精子卵泡注射			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2870	311201043	单精子显微镜下卵细胞内授精术	003112010430000	单精子显微镜下卵细胞内授精术			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2871	311201044	输卵管内胚子移植术	003112010440000	输卵管内胚子移植术			丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2872	311201045	宫腔内人工授精术	003112010450000	宫腔内人工授精术		精子来源	丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2873	311201046	阴道内人工授精术	003112010460000	阴道内人工授精术		精子来源	丙	次	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价	市场调节价		公立医院	
2874	311201047	输卵管绝育术	003112010470000	输卵管绝育术	包括药物粘堵法		丙/甲	次	60	60	60	60	60	60	60	60	60	生育保险按甲类支付	未实施价改医院	
									78	78	78	78	78	78	78	78	78		实施价改的公立医院	
2875	311201048	宫内节育器放置术	003112010480000	宫内节育器放置术	包括取出术	各类节育器具	丙/甲	次	180	180	180	180	180	180	180	市定价	市定价	市定价	计划生育机构免费发放的不得收费	公立医院
2876	311201049	避孕药皮下埋植术	003112010490000	避孕药皮下埋植术	包括皮下避孕药取出术		丙/甲	次	100	100	100	100	100	100	100	100	100	生育保险按甲类支付	未实施价改医院	
									130	130	130	130	130	130	130	130	130		实施价改的公立医院	
2877	311201050	刮宫术	003112010500000	刮宫术	含常规刮宫；包括分段诊断性刮宫；不含产后刮宫、葡萄胎刮宫		甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80		未实施价改医院	
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院	
2878	311201051	产后刮宫术	003112010510000	产后刮宫术			丙/甲	次	80	80	80	80	80	80	80	80	80	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	未实施价改医院	
									104	104	104	104	104	104	104	104	104		实施价改的公立医院	
2879	311201052	葡萄胎刮宫术	003112010520000	葡萄胎刮宫术			甲	次	200	200	200	200	200	200	200	200	200		未实施价改医院	
									260	260	260	260	260	260	260	260	260		实施价改的公立医院	
2880	311201053	人工流产术	003112010530000	人工流产术	含宫颈扩张		丙/甲	次	320	320	320	320	320	320	320	市定价	市定价	市定价	居民、灵活就业和退休参保人员符合生育政策的按甲类支付	公立医院