

规范血红蛋白衍生物等项目医保支付标准表

序号	项目编码	医保码	项目名称	项目内涵	除外内容	项目等级	增负比例	支付单位	医保最高支付标准(元)			备注	支付范围
									一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构		
1	TTJC0408	003347	血红蛋白衍生物			A		份	60	60	60	全自动分析仪	
2	TTJC1077	005406	抗中性粒细胞胞浆抗体测定(ANCA)			A		项	70	70	70	包括cANCA、pANCA、PR3-ANCA、PO-ANCA 每项测定计价一次(免疫学法)	
3	TTJC0711	207685	补体C3			A		项	10	10	10	透射比浊法	
4	TTJC0896	003638	庚型肝炎抗体测定			A		项	30	30	30	酶免法	
5	TTJC0624	003718	超广谱β-内酰胺酶			A		份	40	40	40		
6	TTJC1433	003696	淋巴细胞嗜银蛋白图象分析			A		份	150	150	150		
7	TTJC0617	003699	厌氧菌培养(厌氧罐、盒)			A		份	60	60	60	培养	
8	TTJC0618	003700	厌氧菌培养鉴定			A		份	90	90	90		
9	TTJC0619	003701	K-B法常规药敏纸片试验(含MH培养基)			A		每种纸片	4	4	4		
10	TTJC1067	003733	丁型肝炎抗体测定			A		项	30	30	30	酶免法	
11	TTJC1164	213280	抗特异性自身抗体测定	含抗肝特异性胞质自身抗原I型抗体LC1、抗核蛋白Sp100抗体、抗肝肾微粒体抗体多LKM1、抗核包膜蛋白抗体GP210		A		项	40	40	40		
12	TTJC1204	208464	1, 25双羟维生素D测定			C	100%	项	0	0	0		
13	TTJC1089	208502	呼吸道合胞病毒抗体测定			C	100%	项	0	0	0		
14	TTJC1183	208542	人附睾分泌蛋白(HE4)检测			C	100%	项	0	0	0		
15	AABA0002	211023	三、四人间床位费	接诊登记,进行住院指导,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。含病床、床头柜、座椅(或木凳)、床垫、棉褥、棉被(或毯)、枕头、床单、病人服装、热水瓶(或器)、废品袋(或篓)等。被服洗涤,病床及病区清洁消毒,开水供应,煤、水、电、燃(油)消耗。有条件的医院设有医生计算机工作站,一般物理诊断器械,检查申请单、处方笺等消耗。住院费用查询,独立卫生间,公示设施,公用电话设施。含医用垃圾、污水处理。		A		日	18	30	30		

序号	项目编码	医保码	项目名称	项目内涵	除外内容	项目等级	增负比例	支付单位	医保最高支付标准(元)			备注	支付范围
									一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构		
16	AABA0003	211026	双人间床位费	接诊登记, 进行住院指导, 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。含病床、床头柜、座椅(或木凳)、床垫、棉褥、棉被(或毯)、枕头、床单、病人服装、热水瓶(或器)、废品袋(或篓)等。被服洗涤, 病床及病区清洁消毒, 开水供应, 煤、水、电、燃(油)消耗。有条件的医院设有医生计算机工作站, 一般物理诊断器械, 检查申请单, 处方笺等消耗, 还设有住院费用查询, 独立卫生间, 公示设施, 公用电话设施。含医用垃圾、污水处理。		A		日	18	30	30		
备注: 1. 将“血红蛋白衍生物(全自动分析仪)”规范为“血红蛋白衍生物”, 支付单位“项”规范为“份”。 2. 将“抗中性粒细胞胞浆抗体测定(ANCA)(免疫学法)”规范为“抗中性粒细胞胞浆抗体测定(ANCA)”, 支付单位“份”规范为“项”。 3. 将“补体3(透射比浊法)”规范为“补体C3”, 支付单位“次”规范为“项”。 4. 将“庚型肝炎抗体测定(酶免法)”规范为“庚型肝炎抗体测定”, 支付单位“份”规范为“项”。 5. 将超广谱β-内酰胺酶支付单位“人份”规范为“份”。 6. 将淋巴细胞嗜银蛋白图象分析支付单位“项”规范为“份”。 7. 将厌氧菌培养(厌氧罐、盒)支付单位“项”规范为“份”。 8. 将厌氧菌培养鉴定支付单位“项”规范为“份”。 9. 将K-B法常规药敏纸片试验(含MH培养基)支付单位“项”规范为“每种纸片”。 10. 将“丁型肝炎抗体测定(酶免法)”规范为“丁型肝炎抗体测定”, 支付单位“份”规范为“项”。 11. 将“抗特异性自身抗体测定(核点蛋白SP100抗体); 抗特异性自身抗体测定(抗肝肾微粒体抗体)(LKM1); 抗特异性自身抗体测定(抗肝特异性胞质自身抗原I型抗体)(LC1); 抗特异性自身抗体测定(抗核胞膜蛋白GP210抗体)”规范为“抗特异性自身抗体测定”, 支付单位“人份”规范为“项”。 12. 将“1,25双羟基维生素D”规范为“1,25双羟维生素D测定”, 支付单位“人份”规范为“项”。 13. 将呼吸道合胞病毒抗体测定支付单位“人份”规范为“项”。 14. 将“人附睾蛋白HE-4”规范为“人附睾分泌蛋白(HE4)检测”, 支付单位“人份”规范为“项”。													

附件2

废止诊疗项目医保支付标准表

序号	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	项目等级	增负比例	支付单位	医保最高支付标准(元)			备注	支付范围
								一级医疗机构	二级医疗机构	三级医疗机构		
1		红细胞膜蛋白电泳(临床---血液)			A		项	¥70.00	¥70.00	¥70.00		
2		红细胞膜蛋白电泳(生化)			A		份	¥70.00	¥70.00	¥70.00		
3		抗突变型瓜氨酸波形蛋白抗体(Anti-MCV)			C		人份	¥0.00	¥0.00	¥0.00		
4		抗特异性自身抗体测定(核点蛋白SP100抗体)			A		人份	¥40.00	¥40.00	¥40.00		
5		抗特异性自身抗体测定(抗肝肾微粒体抗体)(LKM1)			A		人份	¥40.00	¥40.00	¥40.00		
6		抗特异性自身抗体测定(抗肝特异性胞质自身抗原I型抗体)(LC1)			A		人份	¥40.00	¥40.00	¥40.00		
7		抗特异性自身抗体测定(抗核胞膜蛋白GP210抗体)			A		人份	¥40.00	¥40.00	¥40.00		