

规范超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	项目编码	项目名称	服务产出	价格构成	加收项	扩展项	支付单位	备注	医保最高支付标准（元）			项目等级	增负比例	支付范围
									三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构			
1	01230201010000	A型超声检查	通过A型超声技术，对组织器官进行超声成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、超声检查、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等所需的人力资源和基本物质资源消耗。			单侧		20.00	19.00	18.00	A	0%	
2	01230202010000	B型超声检查	通过B型超声技术，对组织器官及病灶进行超声成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元 11腔内检查加收 25元 21立体成像加收 30元 31排卵监测减收 40%	01人工智能辅助诊断	部位		40.00	38.00	36.00	A	0%	
2-1	01230202010001	B型超声检查-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	A	0%	
2-2	01230202010011	B型超声检查-腔内检查（加收）					次		25.00	25.00	25.00	A	0%	
2-3	01230202010021	B型超声检查-立体成像（加收）					次		30.00	30.00	30.00	A	0%	
2-4	01230202010031	B型超声检查-排卵监测（减收）					次		16.00	15.20	14.40	A	0%	
2-5	01230202010100	B型超声检查-人工智能辅助诊断（扩展）					部位		40.00	38.00	36.00	A	0%	
3	01230205010000	多普勒检查（周围血管）	利用多普勒技术，检测周围血管形态、血流速度和方向来评估血管的功能和病变情况，并作出诊断。	所定价格涵盖设备调试、超声测量、获取数据、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元	01人工智能辅助诊断	次	“多普勒检查（周围血管）”指根据临床需要，多普勒超声对周围血管内皮功能、硬化状态、静脉回流、踝/趾臂指数等指标的检测。	60.00	57.00	54.00	B	5%	
3-1	01230205010001	多普勒检查（周围血管）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
3-2	01230205010100	多普勒检查（周围血管）-人工智能辅助诊断（扩展）					次		60.00	57.00	54.00	B	5%	
4	01230205020000	多普勒检查（颅内血管）	通过多普勒技术，测定动脉血流方向及速度，对颅底动脉血流动力学进行评价并作出诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、获取数据、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元 11特殊方式检查加收 50元	01人工智能辅助诊断 11栓子监测	次	特殊方式检查指发泡试验、C02试验。	80.00	76.00	72.00	B	5%	
4-1	01230205020001	多普勒检查（颅内血管）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
4-2	01230205020011	多普勒检查（颅内血管）-特殊方式检查（加收）					次		50.00	50.00	50.00	B	5%	

规范超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	项目编码	项目名称	服务产出	价格构成	加收项	扩展项	支付单位	备注	医保最高支付标准（元）			项目等级	增负比例	支付范围
									三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构			
4-3	012302050020100	多普勒检查（颅内血管）-人工智能辅助诊断（扩展）					次		80.00	76.00	72.00	B	5%	
4-4	012302050021100	多普勒检查（颅内血管）-栓子监测（扩展）					次		80.00	76.00	72.00	B	5%	
5	012302030010000	彩色多普勒超声检查（常规）	通过彩色多普勒超声技术，对组织器官及病灶进行超声成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元 11腔内检查加收 25元 21立体成像加收 60元 31排卵监测减收 40%	01人工智能辅助诊断	部位		121.00	114.95	108.90	B	5%	
5-1	012302030010001	彩色多普勒超声检查（常规）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
5-2	012302030010011	彩色多普勒超声检查（常规）-腔内检查（加收）					次		25.00	25.00	25.00	B	5%	
5-3	012302030010021	彩色多普勒超声检查（常规）-立体成像（加收）					次		60.00	60.00	60.00	B	5%	
5-4	012302030010031	彩色多普勒超声检查（常规）-排卵监测（减收）					次		48.40	45.98	43.56	B	5%	
5-5	012302030010100	彩色多普勒超声检查（常规）-人工智能辅助诊断（扩展）					部位		121.00	114.95	108.90	B	5%	
6	012302030020000	彩色多普勒超声检查（心脏）	通过彩色多普勒超声技术（包括M型超声），观察测量心脏及大血管的形态结构、运动状态、血流动力学情况进行综合分析，作出诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元 11心脏负荷超声检查加收 120元	01人工智能辅助诊断 11彩色多普勒超声心动图检查（经食管）	次		258.00	245.10	232.00	B	5%	
6-1	012302030020001	彩色多普勒超声检查（心脏）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
6-2	012302030020011	彩色多普勒超声检查（心脏）-心脏负荷超声检查（加收）					次		120.00	120.00	120.00	B	5%	
6-3	012302030020100	彩色多普勒超声检查（心脏）-人工智能辅助诊断（扩展）					次		258.00	245.10	232.00	B	5%	
6-4	012302030021100	彩色多普勒超声检查（心脏）-彩色多普勒超声心动图检查（经食管）（扩展）					次		258.00	245.10	232.00	B	5%	
7	012302030030000	彩色多普勒超声检查（血管）	通过彩色多普勒超声技术，对相关血管进行超声成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元	01人工智能辅助诊断	部位		88.00	83.60	79.00	B	5%	

规范超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	项目编码	项目名称	服务产出	价格构成	加收项	扩展项	支付单位	备注	医保最高支付标准（元）			项目等级	增负比例	支付范围
									三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构			
7-1	012302030030001	彩色多普勒超声检查（血管）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
7-2	012302030030100	彩色多普勒超声检查（血管）-人工智能辅助诊断（扩展）					部位		88.00	83.60	79.00	B	5%	
8	012302030040000	彩色多普勒超声检查（弹性成像）	通过彩色多普勒超声弹性成像技术，对病变组织器官及病灶进行超声弹性成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、获取数据、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元	01人工智能辅助诊断	器官		0.00	0.00	0.00	C	100%	
8-1	012302030040001	彩色多普勒超声检查（弹性成像）-床旁检查（加收）					次		0.00	0.00	0.00	C	100%	
8-2	012302030040100	彩色多普勒超声检查（弹性成像）-人工智能辅助诊断（扩展）					器官		0.00	0.00	0.00	C	100%	
9	012302030050000	彩色多普勒超声检查（胎儿）	通过彩色多普勒超声技术，对胎儿进行超声成像及诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01床旁检查加收 30元 11腔内检查加收 25元	01人工智能辅助诊断 11早孕期筛查 21胎儿血流动力学检查	胎·次		160.00	152.00	144.00	B	5%	
9-1	012302030050001	彩色多普勒超声检查（胎儿）-床旁检查（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
9-2	012302030050011	彩色多普勒超声检查（胎儿）-腔内检查（加收）					次		25.00	25.00	25.00	B	5%	
9-3	012302030050100	彩色多普勒超声检查（胎儿）-人工智能辅助诊断（扩展）					胎·次		160.00	152.00	144.00	B	5%	
9-4	012302030051100	彩色多普勒超声检查（胎儿）-早孕期筛查（扩展）					胎·次		160.00	152.00	144.00	B	5%	
9-5	012302030052100	彩色多普勒超声检查（胎儿）-胎儿血流动力学检查（扩展）					胎·次		160.00	152.00	144.00	B	5%	
10	012302030060000	彩色多普勒超声检查（胎儿系统性筛查）	通过彩色多普勒超声技术，对胎儿组织器官进行超声成像及诊断，排查胎儿结构畸形等异常情况。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01可疑胎儿产前诊断加收 93元	01人工智能辅助诊断	胎·次	“彩色多普勒超声检查（胎儿系统性筛查）”指通过彩色多普勒超声对胎儿系统性（神经、呼吸、消化、心血管、脐带胎盘等）结构性畸形的筛查及对胎儿器官发育情况的检查。	341.00	323.95	307.00	B	5%	
10-1	012302030060001	彩色多普勒超声检查（胎儿系统性筛查）-可疑胎儿产前诊断（加收）					胎·次		93.00	93.00	93.00	B	5%	

规范超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	项目编码	项目名称	服务产出	价格构成	加收项	扩展项	支付单位	备注	医保最高支付标准（元）			项目等级	增负比例	支付范围
									三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构			
10-2	012302030060100	彩色多普勒超声检查（胎儿系统性筛查）-人工智能辅助诊断（扩展）					胎·次		341.00	323.95	307.00	B	5%	
11	012302030070000	彩色多普勒超声检查（胎儿心脏）	通过各种超声技术，观察测量胎儿心脏及大血管的形态结构、运动状态、血流动力学情况，观测左右心室收缩功能和舒张功能参数，进行综合分析，作出诊断。	所定价格涵盖设备调试、体位摆放、超声检查、摄取图像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。		01人工智能辅助诊断	胎·次		250.00	237.50	225.00	B	5%	
11-1	012302030070100	彩色多普勒超声检查（胎儿心脏）-人工智能辅助诊断（扩展）					胎·次		250.00	237.50	225.00	B	5%	
12	012302040010000	超声造影（常规）	通过超声检查，对使用对比剂后器官、组织和病灶的大小、形态、回声、血流信息等情况进行成像及分析，并作出诊断。（不含穿刺/插管）	所定价格涵盖使用对比剂操作、设备调试、体位摆放、超声动态观察、获取数据、成像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。	01立体成像加收30元	01人工智能辅助诊断	器官		143.00	135.85	129.00	B	5%	
12-1	012302040010001	超声造影（常规）-立体成像（加收）					次		30.00	30.00	30.00	B	5%	
12-2	012302040010100	超声造影（常规）-人工智能辅助诊断（扩展）					器官		143.00	135.85	129.00	B	5%	
13	012302040020000	超声造影（血管）	通过超声检查，对使用对比剂后血管的形态、血流、血管病变等信息进行成像及分析，并作出诊断。（不含穿刺/插管）	所定价格涵盖使用对比剂操作、设备调试、体位摆放、超声动态观察、获取数据、成像、数据分析、数据存储、出具诊断结果（含图文报告）等步骤所需的人力资源、设备运转成本消耗与基本物质资源消耗。		01人工智能辅助诊断	部位		0.00	0.00	0.00	C	100%	
13-1	012302040020100	超声造影（血管）-人工智能辅助诊断（扩展）					部位		0.00	0.00	0.00	C	100%	

规范超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	项目编码	项目名称	服务产出	价格构成	加收项	扩展项	支付单位	备注	医保最高支付标准（元）			项目等级	增负比例	支付范围
									三级医疗机构	二级医疗机构	一级医疗机构			
使用说明： 1. “价格构成”，指项目价格应涵盖的各类资源消耗，用于确定计价单元的境界，不应作为临床技术标准理解，不是实际操作方式、路径、步骤、程序的强制性要求。 2. “加收项”，指同一项目以不同方式提供或在不同场景应用时，确有必要制定差异化收费标准而细分的一类子项，包括在原项目价格基础上增加或减少收费的情况，实际应用中，同时涉及多个加收项的，以项目单价为基础计算相应的加/减收水平后，据实收费。每个加收项最多各收一次。 3. “扩展项”，指同一项目下以不同方式提供或在不同场景应用时，只扩展价格项目适用范围、不额外加价的一类子项，子项的价格按主项目执行。 4. “基本物耗”指原则上限于不应或不必要与医疗服务项目分割的易耗品，包括但不限于各类消杀用品、储存用品、清洁用品、个人防护用品、垃圾处理用品、润滑剂、护（尿）垫、治疗巾（单）、中单、标签、无菌设备保护套、耦合剂、可复用的操作器具、软件（版权、开发、购买）成本等。基本物耗成本计入项目价格，不另行收费。除基本物耗以外的其他耗材，按照我市一次性耗材目录收费，同时按照实际采购价格零差率销售。 5. “床旁检查”，指因患者病情危重或无法自行前往检查科室，由检查科室人员移动设备至患者病床旁进行检查。 6. “B型超声检查”和“彩色多普勒超声检查（常规）”中的“部位”，指颅脑、涎腺（含腮腺、颌下腺、引流区淋巴结）、甲状腺（含甲状腺旁腺、颈部淋巴结）、五官、胸部、腹部（含肝胆胰脾）、胃肠道（含胃、大肠、小肠、肠系膜）、腹膜后（含肾上腺、腹膜后淋巴结）、泌尿系（含肾、输尿管、膀胱、前列腺）、女性生殖系统、男性生殖系统、盆底、乳腺（双侧，含引流区淋巴结）、关节、体表软组织、浅表淋巴结（含颈部、腋窝、腹腔、腹股沟）、周围神经。关节具体指：单个大关节（如：肩、肘、腕、髋、膝、踝关节）、颈椎、胸椎、腰椎、单侧手掌部及指间关节、单侧足跖趾及趾间关节、单侧颞颌关节、单侧肩锁关节、胸锁关节。应开展双侧超声检查，实际情况中单侧开展的，减半收费。 7. “彩色多普勒超声检查（血管）”和“超声造影（血管）”中的“部位”，指双侧球后血管、双侧颈动脉、双侧锁骨下动脉、双侧椎动脉、腹主动脉、肠系膜动脉、子宫动脉、单侧上肢动脉、单侧下肢动脉、双侧肾动脉、腹腔动脉（含腹腔动脉、脾动脉、肝动脉）、双侧髂动脉、双侧足动脉、双侧颈静脉、单侧上肢静脉、下腔静脉、肝静脉、门脉系统（含门静脉、脾静脉、肠系膜上静脉）、双侧肾静脉、双侧髂静脉、单侧下肢静脉、体表血管、双侧精索静脉等。 8. “对比剂”含药品及非药品类对比剂，非药品类对比剂包含在价格构成中，药品类对比剂按药品管理收费。 9. 涉及的对比分析类检查类项目，可按照实际检查次数收费，例如胆囊和胆道收缩功能检查、膀胱残余尿量检查等，可在出具报告时体现两次检查的不同结论。 10. “人工智能辅助诊断”是指应用人工智能技术辅助进行的超声检查诊断，不得与主项目同时收费。 11. 涉及“包括……”“……等”的，属于开放型表述，所指对象不仅局限于表述中列明的事项，也包括未列明的同类事项。 12. 术中需行各类超声检查的，按相应项目进行收费，各类引导项目拟在辅助操作立项指南中另行立项。														

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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	眼部A超	查看申请单要求，了解患者相应病史后，嘱咐患者做好检查准备，含测量单侧眼部的前房深度、晶体厚度、玻璃体腔长度和轴长度，并做出相应诊断。作出诊断，出具报告。		A		单眼	10.00	10.00	10.00		
2	小儿颅脑B超检查	检查颅内各结构大小、形态、回声，是否有肿物及肿物囊实性质、边界、形态情况，是否有脑积水等，并作出相应诊断。作出诊断，出具报告。		A		次	35.00	35.00	35.00		
3	甲状腺B超检查	指甲状腺或甲状旁腺B超检查。检查甲状腺或甲状旁腺的大小、回声，是否有结节及结节的形态是否规则，边界是否清晰，回声特点，作出相应诊断。出具报告。		A		次	35.00	35.00	35.00		
4	肾上腺B超检查	指双侧肾上腺区检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查双侧肾上腺区及可能的异位区如腹主动脉旁等有无增生及占位性病变等。观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
5	眼部B超检查	检查含双眼及其附属器的解剖结构、各组织结构的大小、形态、回声，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
6	涎腺B超检查	检查双侧涎腺及其引流区域淋巴结的大小、形态、回声，颈部淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	35.00	35.00	35.00		
7	胸腔B超检查	指肺、胸腔、纵隔区域的检查。沿各肋间检查患者双侧胸腔有无积液、双肺有无超声下可见异常等。观察并分析图像特点。并做出相应诊断，出具报告。		A		次	54.00	54.00	54.00		
8	浅表淋巴结B超检查	检查相应部位（腋窝淋巴结、颈部淋巴结、腹股沟淋巴结、锁骨上下淋巴结）淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	35.00	35.00	35.00	每部位计价一次	

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
9	胃肠道B超检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查胃肠壁有无超声下可见的增厚、胃肠道有无异常扩张、胃肠道区域有无超声下可见的包块等。观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
10	胆囊胆道收缩功能B超检查	指脂餐前后胆囊及胆道检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，于患者空腹时检查胆囊大小及胆总管宽度，脂餐(患者自备)后再次检查并对比。作出诊断报告，出具报告。		A		次	63.00	63.00	63.00	彩色多普勒加收60元，B类，增付5%	
11	肝胆胰脾B超检查	指肝、胆(胆囊及胆管)、胰、脾检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查肝脏大小、回声、有无占位性病变，胆囊大小、壁及囊内情况，胆管宽度及有无占位，胰腺大小、回声、有无占位性病变、胰管宽度，脾脏大小、有无占位性病变等。观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
12	腹腔积液B超检查	指腹盆腔各间隙检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查腹盆腔各间隙积液深度，必要时在适宜位置体表定位，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00	彩色多普勒加收60元，B类，增付5%	
13	右下腹B超检查	检查范围包含阑尾。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查右下腹阑尾区及其周围区域有无阑尾炎性病变及占位性病变，观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
14	腹膜后B超检查	指腹膜后肿物、淋巴结检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查腹膜后有无占位性病变及肿大淋巴结。观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
15	泌尿系B超检查	在查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查双肾大小、回声、有无结石及占位性病变、肾盂有无扩张，双侧输尿管有无扩张及占位性病变，膀胱壁及腔内情况，前列腺大小、回声、有无占位性病变等。观察并分析图像特点，并作出相应诊断，出具报告。不含膀胱残余尿量超声测定。		A		次	43.00	43.00	43.00		
16	膀胱残余尿量B超测定	患者需要憋尿后先检查膀胱是否充盈良好，膀胱有无异常，然后嘱咐患者尽量排空尿后，再检查膀胱的大小，以计算残存尿量，作出诊断，出具报告。含检查患者排尿前及排尿后的膀胱情况。		A		次	54.00	54.00	54.00	彩色多普勒加收60元，B类，增付5%	
17	经腹部妇科B超检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，探查子宫、宫颈、官旁组织、双侧卵巢及输卵管、盆腔内情况。并作出相应诊断，出具报告。		A		次	43.00	43.00	43.00		
18	经腹部胎儿常规B超检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，胎儿结构大体观察、测量双顶径、股骨长、羊水量、胎盘位置，并作出相应诊断，出具报告。		A		每胎	43.00	43.00	43.00		
19	关节B超检查	检查关节滑膜厚度、关节囊内是否有积液，若为膝关节时检查是否合并腘窝囊肿，并作出相应诊断，出具报告。		A		部位	35.00	35.00	35.00		
20	乳腺B超检查	指乳腺或副乳或引流区淋巴结区域的检查，检查乳腺或副乳的腺体结构，是否有结节及结节的形态是否规则，边界是否清晰，回声特点，引流区淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例，并作出相应诊断，出具报告。		A		次	35.00	35.00	35.00		
21	体表肿物B超检查	检查体表组织是否有肿物，及肿物大小、形态、边界，囊实性质，并作出相应诊断，出具报告。		A		部位	35.00	35.00	35.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
22	术中B超检查	从超声科移动灰阶超声仪到手术室，设备消毒，操作者消毒和穿手术衣，查看申请单要求，进行相应部位的B超检查，定位病灶，确定病变是否存在残余，检查结束后设备送回。		A		半小时	37.00	37.00	37.00	此项为辅加操作项目	
23	经直肠B超常规检查	检查范围包含尿道、直肠(女性)，或前列腺、精囊腺，或尿道、直肠(男性)。查看申请单要求，了解患者相应病史后，将腔内探头置入患者直肠内检查上述脏器结构有无异常，观察并分析图像特点，作出诊断报告，出具报告。	隔离透声膜	A		次	63.00	63.00	63.00		
24	经阴道妇科B超检查	铺垫，探头套消毒套后插入阴道，探查宫颈、子宫、宫旁组织、双卵巢及附件区。作出诊断，出具报告。	隔离透声膜	A		次	63.00	63.00	63.00		
25	多普勒小儿血压检测	用超声发射器及接收器置于肱动脉之上血压计袖带之下，进行收缩压及舒张压测量。		B	5%	次	26.00	26.00	26.00		
26	上肢多普勒血流图	双侧上肢动脉频谱多普勒检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	50.00	50.00	50.00		
27	下肢多普勒血流图	双侧下肢动脉频谱多普勒检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	50.00	50.00	50.00		
28	经颅多普勒超声检查	为超声测定颅内动脉血流的方法。病人平卧，局部皮肤置适量耦合剂，探头在颞外颞部、眼部和枕部分别检查相关颅内动脉。根据结果记录，专业医师审核。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	150.00	150.00	150.00		
29	经颅多普勒卧立位试验	指观察体位变化时脑血流的代偿功能。嘱病人站立，观察即刻，3分钟后大脑中动脉的血流和频谱。同时注意病人的血压和心率。有严重体位性低血压病人慎重。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		
30	经颅多普勒超声发泡试验	指判断心脏卵圆孔未闭的诱发试验。为病人建立静脉通道，将空气和盐水充分混合后静脉推入，观测大脑中动脉栓子信号。根据结果记录，专业医师审核。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
31	经颅多普勒CO2吸入试验	指观察颅内血流代偿和灌注功能。病人用特定的二氧化碳发生器吸入，同时观测大脑中动脉血流及频谱变化。根据结果记录，专业医师审核。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		
32	经颅多普勒法卵圆孔未闭鉴别检查	将病人和检查装置摆好位置，病人处于仰卧位、头部轻轻抬起，调节探头处于最佳位置，将探头放在颞窗，用于检查颅内血管，可探测出注射的手振生理盐水微泡，采用多通道颅内多普勒血流图(TCD)技术，可同时探测多个深度和多条血管，调节合适的取样容积和探测深度，在肘前静脉进行穿刺快速注射手振生理盐水，根据分级量表对栓子数和“雨帘”进行量化分级，出具报告。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		
33	经颅多普勒超声动脉栓子监测	观察血管内栓子动态的检查。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。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		
34	脑室引流通畅性彩色多普勒超声检查	用彩色多普勒超声检查脑室内引流管位置、脑室大小、脑脊液引流是否通畅。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	148.00	148.00	148.00		
35	小儿颅脑彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，观察颅内结构、形态和和颅内血管彩色血流情况，有无肿物和脑积水。作出诊断报告，出具报告		B	5%	次	188.00	188.00	188.00		
36	经颅彩色多普勒超声	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧颅内段血管彩色多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	188.00	188.00	188.00		
37	甲状腺彩色多普勒超声检查	指甲状腺或甲状旁腺超声检查。检查甲状腺或甲状旁腺的大小、回声，是否有结节及结节的形态是否规则，边界是否清晰，回声特点和彩色血流和频谱情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
38	肾上腺彩色多普勒超声检查	指双侧肾上腺区检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查双侧肾上腺区及异位区如腹主动脉旁有无增生及占位性病变等。观察并分析图像特点，作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
39	眼部彩色多普勒超声检查	检查双眼及附属器的解剖结构、各组织结构的大小、形态、回声和彩色血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
40	涎腺彩色多普勒超声检查	检查双侧涎腺及引流区淋巴结的大小、形态、回声和彩色血流和频谱情况，颈部淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例和彩色血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
41	胸腔彩色多普勒超声检查	检查范围包含肺、胸腔。查看申请单要求，了解患者相应病史后，沿各肋间检查患者双侧胸腔有无积液，双肺有无超声下可见异常等。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
42	浅表淋巴结彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查相应部位（腋窝淋巴结、颈部淋巴结、腹股沟淋巴结、锁骨上下淋巴结）淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例和彩色程度及分部血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00	每部位计价一次	
43	胃肠道彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查胃肠壁有无超声下可见的增厚、胃肠道有无异常扩张、胃肠道区域有无超声下可见的包块等。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
44	肝胆胰脾彩色多普勒超声检查	指肝、胆(胆囊及胆管)、胰、脾检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查肝脏大小、回声、有无占位性病变，胆囊大小、壁及囊内情况，胆管宽度及有无占位性病变，胰腺大小、回声、有无占位性病变，胰管宽度，脾脏大小、有无占位性病变等。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
45	右下腹彩色多普勒超声检查	检查范围包含阑尾。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查右下腹阑尾区及其周围区域有无阑尾炎性病变及占位性病变。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断报告，图文报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
46	腹膜后彩色多普勒超声检查	指腹膜后肿物、淋巴结检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查腹膜后有无占位性病变及肿大淋巴结。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
47	泌尿系彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查双肾大小、回声、有无结石及占位性病变、肾盂有无扩张，双侧输尿管有无扩张及占位性病变，膀胱壁及腔内情况，前列腺大小、回声、有无占位性病变等。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。不含膀胱残余尿量超声测定。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
48	男性生殖系统彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查阴囊、睾丸、隐睾、附睾、精索、阴茎，了解睾丸(含隐睾)、附睾的大小、形态、回声，隐睾的位置，睾丸及附睾的血供情况，阴囊内有无鞘膜积液。作出诊断报告，图文报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00	单纯男性阴茎彩色多普勒超声检查按此收费	

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
49	经腹部妇科彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，探查子宫、宫颈、宫旁组织、双侧卵巢、盆腔内情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
50	关节彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，检查关节滑膜厚度、关节囊内是否有积液、若为膝关节时是否合并腘窝囊肿和彩色血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	部位	114.00	114.00	114.00		
51	乳腺彩色多普勒超声检查	检查乳腺或副乳或引流区淋巴结的腺体结构是否有结节及结节的形态是否规则、边界是否清晰、回声特点和彩色血流情况，引流区淋巴结的大小、形态、皮髓分界、纵横比例和彩色血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	114.00	114.00	114.00		
52	体表肿物彩色多普勒超声检查	指体表或四肢皮下组织、脂肪层、肌肉层的形态、回声的检查。是否有肿物，及肿物大小、形态、边界，囊实性质和肿物的彩色血流和频谱情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	部位	114.00	114.00	114.00		
53	浅表部位彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解相关病史后检查该部位肌肉或肌腱或韧带或外周神经声像图特征、彩色多普勒血流情况，作出诊断报告，图文报告。		B	5%	部位	114.00	114.00	114.00		
54	术中彩色多普勒超声检查	从超声科移动彩超仪到手术室，设备消毒，操作者消毒和穿手术衣，查看申请单要求，进行相应部位的彩色多普勒超声检查，检查结束后设备送回。含往返的人工和占机时间。		B	5%	半小时	60.00	60.00	60.00	此项为辅加操作	
55	经直肠彩色多普勒超声检查	指尿道、直肠(女性)或前列腺、精囊腺或尿道、直肠(男性)检查。在查看申请单要求，了解患者相应病史后，将腔内探头置入患者直肠内检查上述脏器结构有无异常。利用彩色及频谱多普勒协助诊断。观察并分析图像特点。作出诊断，出具报告。	隔离透声膜	B	5%	次	174.00	174.00	174.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
56	经阴道彩色多普勒超声检查	查看申请单要求了解患者相应病史后，经阴道，铺垫，探头套消毒套后插入阴道，探查宫颈、子宫、宫旁组织、双卵巢。作出诊断，出具报告。	隔离透声膜	B	5%	次	174.00	174.00	174.00		
57	单脏器灰阶立体成像	用具有灰阶立体成像的超声仪对单个脏器的结构进行立体成像。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	258.00	258.00	258.00		
58	普通心脏M型超声检查	用超声仪，进行常规基本波群成像和检测。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	39.00	39.00	39.00		
59	普通二维超声心动图	用超声仪检查，观测心房、心室、心瓣膜、大动脉等形态结构和运动状态。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	45.00	45.00	45.00		
60	心脏彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，用彩色超声仪观测各心腔及大血管形态结构及血流情况。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	130.00	130.00	130.00		
61	经胸实时三维超声心动图检查	用具备三维成像功能的高档超声仪经胸部对心脏和大血管的结构和血流进行三维成像。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	274.00	274.00	274.00		
62	超声斑点跟踪成像	对心脏和大血管进行超声斑点跟踪成像成像和相关参数检测。作出诊断，出具报告。	电极	B	5%	次	274.00	274.00	274.00		
63	心脏机械运动同步功能超声检测	采用多种超声技术对房室之间、左室与右室之间以及左心室内机械运动同步功能进行检测。作出诊断，出具报告。	电极	B	5%	次	274.00	274.00	274.00		
64	术中经心外膜超声心动图	用彩色超声仪进行手术开始前、术中和术后疗效观察(含介入治疗术中监测)。含多次检查以及往返手术室人工和术中占机时间。作出诊断，出具报告。		B	5%	半小时	158.00	158.00	158.00		
65	组织多普勒显像(TDI)	对心肌运动进行M型、二维、频谱及TDI成像和相关参数检测。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	179.00	179.00	179.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
66	左心室收缩功能超声测定	用超声仪观测射血分数(EF)、短轴缩短率(FS)、心室舒张容量(EDV)、每搏输出量(SV)、每分输出量(CO)、心脏指数(CI)等参数，作出诊断，出具报告。		B	5%	次	55.00	55.00	55.00	右心室收缩功能超声测定同此收费	
67	左心室舒张功能超声测定	用彩色多普勒超声仪观测二尖瓣和或肺静脉血流频谱各波峰速度、速度比值、时间、彩色多普勒M型舒张早期左室血流传导时间、组织多普勒E/E'等参数，作出诊断，出具报告。不含组织多普勒显像（TDI）。		B	5%	次	55.00	55.00	55.00	右心室舒张功能超声测定同此收费	
68	全方位心脏M型超声检查	用高档超声仪或后处理工作站进行常规基本波群以外的运动曲线成像和检测。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	44.00	44.00	44.00		
69	负荷超声心动图	指普通心脏超声检查基础上对负荷状态前、中、后各节段心肌运动状态观测，含多次检查录像，静脉药物输注或运动试验(平板、踏车)，出具报告。不含心电监护。	电极	B	5%	次	424.00	424.00	424.00		
70	经食管彩色超声心动图检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，含咽部麻醉、镇静、润滑、经食管超声探头插入、观测心房、心室、心瓣膜、大动脉等结构及血流，出具报告。不含心电图监护。		B	5%	次	364.00	364.00	364.00		
71	经食管实时三维超声心动图检查	对心脏和大血管的结构和/或血流进行三维成像，作出诊断，出具报告。不含心电监护。		B	5%	次	400.00	400.00	400.00		
72	术中经食管彩色超声心动图监测	查看申请单要求，了解患者相应病史后，用彩色超声仪进行手术开始前、术中和术后疗效观察。含多次检查以及往返手术室人工和术中等待占机时间。		B	5%	半小时	174.00	174.00	174.00		
73	球后血管彩色多普勒超声检查	检查范围包含眼动脉、视网膜中央动静脉、睫状后动脉和眼上静脉。查看申请单要求，了解患者相应病史后，进行彩色血流显像及频谱多普勒分析。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	188.00	188.00	188.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
74	颈动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧颈总动脉、颈内动脉、颈外动脉近段的二维、彩色和脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
75	椎动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧椎动脉二维、彩色和脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
76	腹主动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，腹主动脉的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
77	肠系膜动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，一般在患者空腹情况下行肠系膜动脉的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
78	双肾动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，彩色血流充盈情况、频谱形态观察、峰值流速、加速度、加速时间及阻力指数的测量。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
79	腹腔动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，腹腔动脉、肝动脉及脾动脉的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00	盆腔血管彩色多普勒超声检查同此收费	
80	髂动脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧髂总动脉、髂内动脉近段及髂外动脉的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
81	上肢血管彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，相关血管的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	单侧	164.00	164.00	164.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
82	下肢血管彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，相关血管的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查，不含足部。作出诊断，出具报告。		B	5%	单侧	164.00	164.00	164.00		
83	足血管彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，相关血管的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	单侧	164.00	164.00	164.00		
84	颈部静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧颈内静脉、颈外静脉二维、彩色和脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
85	下腔静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，下腔静脉二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
86	肝静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，肝静脉二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
87	门脉系统彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，肝内门静脉及门静脉主干、脾静脉、肠系膜上静脉二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
88	双肾静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双肾静脉主干及分支的血流充盈程度，通畅情况。必要时行左肾静脉“胡桃夹”综合征测量，腹主动脉与肠系膜上动脉间左肾静脉内径测量，远端左肾静脉主干内径测量，并计算比值。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
89	髂静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，双侧髂总静脉、髂内静脉近段、髂外静脉二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
90	体表血管彩色多普勒超声标记	其它血管超声检查及体表标记。出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
91	透析内瘘彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，内瘘相关血管及内瘘通道的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
92	透析造瘘术前上肢血管评价及标记	查看申请单要求，了解患者相应病史后，对相应血管的二维、彩色及脉冲多普勒超声检查、必要时应标记血管位置。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
93	精索静脉彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，探查精索静脉，观察其走行，测量其内径，并嘱咐患者行乏氏实验，观察有无返流。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00	含双侧	
94	彩色多普勒超声药物血管功能试验	指用于阳痿等检查。查看申请单要求，了解患者相应病史后，应用相应药物，注入阴茎海绵体内(注意严格无菌操作)，在注射后应用彩色多普勒检查，确切地测出双侧阴茎海绵体动脉动和阴茎背静脉血流速度及血管扩张状态。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	164.00	164.00	164.00		
95	经颅多普勒超声动脉压迫试验	指观察颅底大脑动脉环血管的检查。压迫单侧颈动脉，观测颅内血流及频谱变化。根据结果记录，专业医师审核。		B	5%	次	60.00	60.00	60.00		
96	超声弹性检查	弹性成像是超声测定组织硬度的方法。查看申请单要求，了解相关病史后，检查相应部位的组织应变程度，可以使用应力式弹性成像(半定量)或剪切波弹性成像(定量)进行测量。测量图像及数值需有相应的质控要求。做出诊断，出具报告。		C		次	0.00	0.00	0.00		
97	胎儿彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，胎儿基本值的测量，含双顶径、头围、腹围、股骨长。作出诊断，出具报告。		B	5%	每胎	114.00	114.00	114.00	经腔道检查加收50元	
98	胎儿颈后透明层彩色多普勒超声测定	测量胎儿头臀长、羊水，在标准切面测量胎儿颈项透明层厚度多次并取值。		B	5%	每胎	114.00	114.00	114.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
99	胎儿生物物理相评分	通过超声观察胎儿约30分钟内的呼吸样运动、肌张力、胎动、羊水量。作出诊断，出具报告。		A		每胎	54.00	54.00	54.00	彩色多普勒加收60元，B类，增付5%	
100	胎儿血流动力学彩超检测	查看申请单要求，了解患者相应病史后，大脑中动脉(MCA)、DV，配有医学超声影像工作站进行标准切面及异常部位图像留存。作出诊断，出具报告。		B	5%	每胎	164.00	164.00	164.00	经腔道检查加收50元	
101	胎儿系统性彩色多普勒超声筛查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，20-24周胎儿畸形系统性检查胎儿颅骨、颅内结构、脊柱、口鼻、心脏四腔心、胸部、腹部、膀胱、四肢长骨等，并进行胎儿双顶径、头围、腹围、股骨、羊水量测量，观察脐带血流、胎盘。配有医学超声影像工作站进行标准切面图像留存。作出诊断，出具报告。		C		每胎	0.00	0.00	0.00	经腔道检查加收50元	
102	胎儿三维超声成像	采用具有三维成像功能的超声仪，对胎儿获取二维图像后，合成三维超声图像，并多切面，多角度进行观察。作出诊断，出具报告。		B	5%	每胎	258.00	258.00	258.00		
103	可疑胎儿异常的产前彩色多普勒超声诊断	查看申请单要求，了解患者相应病史，由卫生行政机关批准的有资质的产前诊断机构及人员完成，对可疑异常结构进行进一步详细诊断和评估。配有医学超声影像工作站进行标准切面及异常部位图像留存。作出诊断，出具报告。		B	5%	每胎	238.00	238.00	238.00		
104	胎儿心脏彩色多普勒超声检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，确定胎儿心脏位置、心脏四腔心、流出道、主动脉弓等多个切面检查，胎儿心脏血流动力学检测，胎儿心脏功能检测等。配有医学超声影像工作站进行标准切面及异常部位图像留存。作出诊断，出具报告。		B	5%	每胎	318.00	318.00	318.00		

废止超声检查类医疗服务项目医保支付标准表

序号	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		
105	宫腔彩色多普勒声学造影检查	查看申请单要求，了解患者相应病史后，消毒铺巾、上窥器、宫颈管消毒，插入并固定球囊导管，注射对比剂，彩色多普勒超声观察子宫腔、双侧输卵管和盆腔情况，留存图像，并作出诊断，出具报告。	球囊扩张导管	C		次	0.00	0.00	0.00		
106	脏器超声造影检查	患者完善相关检查后，查看申请单要求，了解患者相应病史后，静脉注入对比剂，实时动态在一段时间内观察相应脏器的血流灌注及廓清情况。同时注意患者造影过程的生命体征。作出诊断，出具报告。		C		次	0.00	0.00	0.00		
107	右心超声造影	经静脉推注对比剂观测右心腔充盈状态、分流方向、分流流量与返流量等，作出诊断，出具报告。		B	5%	次	380.00	380.00	380.00		
108	左心超声造影	推注对比剂，观测左心室充盈和室壁运动状态。作出诊断，出具报告。		B	5%	次	380.00	380.00	380.00		
109	心肌灌注超声造影	经静脉推注对比剂，观测心肌灌注状态。作出诊断，出具报告。		C		次	0.00	0.00	0.00		
110	宫腔输卵管B超造影检查	查看申请单要求、了解患者相应病史后，内诊检查，外阴、阴道消毒铺巾，上窥器，宫颈管消毒，插入并固定球囊导管，注射对比剂，超声观察子宫腔、双侧输卵管和盆腔情况，留存图像，并作出相应诊断。图文报告	球囊扩张导管	C		次	0.00	0.00	0.00	彩色多普勒加收60元	
111	血管超声造影	查看申请单要求，了解患者相应病史后，静脉注射造影后，观察指定对血管的灌注情况，并予以分析报告的超声造影检查。		C		次	0.00	0.00	0.00		
112	脏器声学造影			C		人次	0.00	0.00	0.00	项目内涵：包括肿瘤声学造影。除外内容：造影剂。	
113	多普勒胎心记数	定位胎心后，用多普勒胎心听筒计数每分钟胎心频率。		B	5%	次	3.00	3.00	3.00		