厦门市医疗保障局文件

厦医保〔2026〕19 号

厦门市医疗保障局关于规范整合血液系统类和精神治疗类医疗服务价格项目的通知

各公立医疗机构、中国人民解放军陆军第七十三集团军医院:

为贯彻国家医保局等八部门《关于印发〈深化医疗服务价格改革试点方案〉的通知》（医保发〔2021〕41 号）精神，建立以服务产出为导向的价格项目管理机制,根据国家医保局印发的《血液系统类医疗服务价格项目立项指南（试行）的通知》（医保价采函〔2025〕26 号）、《精神治疗类医疗服务价格项目立项指南（试行）的通知》（医保价采函〔2024〕241 号）及《福建省医疗保障局关于规范整合血液系统类和精神治疗类医疗服务价格项目的通知》（闽医保〔2025〕84 号）等有关文件要求，结合我市

实际情况，现就规范整合我市血液系统类和精神治疗类医疗服务价格项目有关事项通知如下:

一、规范整合的医疗服务价格项目

（一）血液系统类医疗服务价格项目

1.规范整合我市血液系统类医疗服务价格项目，设立“血细胞单采费”等15个主价格项目和2个分项，并确定我市公立医疗机构医疗价格（附件1）。

2.停用“骨髓采集费”等29项相关血液系统类医疗服务价格项目（附件2）。

（二）精神治疗类医疗服务价格项目

1.规范整合我市精神治疗类医疗服务价格项目，设立“心理治疗（个体）”等10个主价格项目和6个分项，并确定我市公立医疗机构医疗价格（附件3）。

2.停用“眼动检查”等29项相关精神治疗类医疗服务价格项目（附件4）。

二、医保配套政策

纳入医保支付范围的血液系统类和精神治疗类医疗服务价格项目，按全省统一的医保属性、限用范围和个人先行自付比例执行，超出项目价格以上的部分由患者自付。厦门市医疗保障定点医疗机构血液系统类和精神治疗类医疗服务价格项目门诊分值同步调整（详见附件5、附件6）。

三、相关工作要求

（一）请严格按照价格政策规定和临床诊疗规范向患者提供服务并收取费用，不得收取未列明的费用，认真做好院内相关人

员的政策培训、收费系统更新维护、价格公示及患者沟通解释等工作，自觉接受社会监督，并密切关注政策执行情况，跟踪政策实施效果。其他医保定点医疗机构按照医保定点服务协议管理要求参照执行。

（二）本通知自 2026 年 3 月 10 日起执行，有效期 5 年。以往有关价格项目政策规定与本通知不一致的，以本通知规定为准。

附件：1. 厦门市规范整合后的血液系统类医疗服务价格项目及厦门市公立医疗机构价格表

2. 厦门市停用血液系统类医疗服务价格项目表

3. 厦门市规范整合后的精神治疗类医疗服务价格项目及厦门市公立医疗机构价格表

4. 厦门市停用精神治疗类医疗服务价格项目表

5. 厦门市医疗保障定点医疗机构血液系统类医疗服务价格项目门诊分值表（2026 修订版）

6. 厦门市医疗保障定点医疗机构精神治疗类医疗服务价格项目门诊分值表（2026 修订版）

厦门市医疗保障局

2026 年 2 月 28 日

（此件主动公开）

抄送：市卫健委，市市场监管局。

厦门市医疗保障局　　2026 年 2 月 28 日印发

附件1

厦门市规范整合后的血液系统类医疗服务价格项目及厦门市公立医疗机构价格表

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			

使用说明:

1.本类别以血液系统治疗为重点，按照治疗方式的服务产出设立价格项目。所定价格属于政府指导价，为最高限价，下浮不限；医疗机构、医务人员实施治疗过程中有关创新改良，采取“现有项目兼容”的方式简化处理，无需申报新增医疗服务价格项目，直接按照对应的整合项目执行即可。

2.“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边界，是制定调整项目价格考虑的测算因子，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。价格构成中包含，但个别临床实践中非必要、未发生的，无需强制要求公立医疗机构减计费用。所列“设备投入”包括但不限于操作设备、器械及固定资产投入。

3.“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各项的加/减收水平后，求和得出加/减收金额。

4.“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。

5. “基本物质资源消耗”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毒用品、储存用品、清洁用品、个人防护用品、标签、垃圾处理用品、腕带、病历纸张、冲洗液、润滑剂、滑石粉、一般物理检查器具、治疗巾（单）、棉球、棉签、纱布（垫）、治疗护理盘（包）、普通注射器、护（尿）垫、中单、冲洗工具、备皮工具、灌注器、输液贴、辅助试剂及辅料、包裹单（袋）、软件的版权、开发、购买等。基本物质资源消耗成本计入项目价格，不另行收费。除基本物质资源消耗以外的其他耗材，按照实际采购价格零差率销售。

6.考虑到免疫细胞相关治疗目前尚属于临床试验阶段，待国家卫生健康主管部门批准开展后增设项目。

7.计价单位“袋”指单一包装，不涉及具体毫升数。

8.血浆置换、血浆吸附等相关项目按泌尿系统类立项指南项目收费。

9. 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。

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
1	013108000010000	骨髓采集费	治疗费	通过反复多次采集骨髓血用于提取干细胞。	所定价格涵盖消毒、定位、穿刺、抽取骨髓血、抗凝、过滤、样本留取、封口、称重、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次	“次”指采集量≤400ml，每增加100ml加收，三级医院按200元加收，二级医院按180元加收，一级及以下医疗机构按160元加收。	2400	2000	1700	非医保		
分项	013108000010000	骨髓采集费-每增加100ml（加收）	治疗费			每增加采集量100ml		200	180	160	非医保		

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
2	013108000020000	血细胞单采费	治疗费	对血液成分（如单个核细胞、白细胞、悬浮红细胞、血小板等）进行单采分离，获取/去除目标成分。	所定价格涵盖穿刺、抽血、血细胞成分去除或分离、回输、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	次	1.“次”指循环量≤2000ml，每增加1000ml加收，三级医院按200元加收，二级医院按165元加收，一级及以下医疗机构按140元加收。 2.血浆置换、血浆吸附等相关项目按泌尿系统类立项指南项目收费。	1780	1600	1440	非医保		
分项	013108000020000	血细胞单采费-每增加1000ml（加收）	治疗费			每增加循环量1000ml		200	165	140	非医保		

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
3	013108000030000	自体备血采集费	治疗费	通过采集备血者一定量的血液，用于备血者本人后续治疗。	所定价格涵盖审核、材料准备、消毒、穿刺、采血/收集血、抗凝、过滤、装袋、称重、保存、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次		105	95	85	医保		
4	013108000040000	干细胞成分去除费	治疗费	对骨髓/外周血/脐带血等各种干细胞移植物中的特定成分（如红细胞、血浆或血浆中特定成分等）进行分离和去除。	所定价格涵盖准备、沉降、分离、再次混匀、封存、标记、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	成分		150	135	120	非医保		
5	013108000050000	干细胞分离制备费	治疗费	通过从骨髓、外周血、脐带血等来源中分离制备提取干细胞。	所定价格涵盖准备、分离、提取干细胞、计数、装袋、封口、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	袋	“袋”是指“次”。不再另行收取医用耗材费用。	2400	2160	1900	医保		20%

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
6	013108000060000	干细胞冷冻费	治疗费	将制备后的干细胞进行冷冻。	所定价格涵盖计数、转移至冷冻载体、冷冻、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	袋		350	315	280	非医保		
7	013108000070000	干细胞冷冻续存费	治疗费	将冷冻后的干细胞持续冻存。	所定价格涵盖将冷冻后的干细胞持续冻存至解冻复苏前，或约定截止保存时间期间所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	袋•日		6.5	5.5	4.5	非医保		
8	013108000080000	干细胞回输费	治疗费	将干细胞重新输注到体内。	所定价格涵盖准备、解冻、计数、输注、观察、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	袋		180	160	145	医保		

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
9	013108000090000	造血干细胞移植费	治疗费	通过植入健康的造血干细胞，改善造血功能异常。	所定价格涵盖移植方案制定、进入移植舱后相关准备、解冻、细胞回输/注射、观察、效果评估、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次	1.不可与“干细胞回输”同时收取。 2.每例患者住院周期内仅可收取1次，不可按“袋”或“毫升数”收费。	8400	7560	6800	医保		20%
10	013108000100000	血液辐照费	治疗费	通过放射线对供血进行辐照处理。	所定价格涵盖审核、血制品准备、照射、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	次	1.“次”指“人·次”。 2.医疗机构使用由血库、血站提供的辐照血时，不再另收血液辐照费。	310	260	220	医保		
11	013108000110000	血液除滤费	治疗费	通过装置除滤供血中的白细胞等成分。	所定价格涵盖审核、血制品准备、滤除、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次	“次”指“人·次”	26	23	20	医保		

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			
12	013108000120000	术中自体血回输费	治疗费	通过设备收集术中患者失血，处理后回输到患者体内。	所定价格涵盖失血回收、处理、回输、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	次		150	135	80	医保		
13	013108000130000	经照射自体血回输费	治疗费	通过光学技术照射等处理采集血，回输患者体内。	所定价格涵盖消毒、采血、照射、输氧、回输、处理用物等步骤所需的人力资源、设备运转成本与基本物质资源消耗。	次		50	45	40	医保		
14	013108000140000	富血小板血浆制备费	治疗费	通过采集外周血，浓缩提取富血小板血浆，用于后续治疗。	所定价格涵盖消毒、采血、分离、富集、保存、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次		342	308	277	非医保		
15	013108000150000	新生儿换血治疗费	治疗费	通过替换新鲜的血液，改善新生儿溶血或体内代谢产物异常等病症。	所定价格涵盖消毒、穿刺、置管、反复抽取/推注、拔管、压迫止血、处理用物等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次		600	540	485	医保	限未成年人	

附件2

厦门市停用血液系统类医疗服务价格项目表

序号	国家结算编码	地方项目代码	地方项目名称
1	003108000120000-310800012	310800012	骨髓采集术
2	003108000050000-310800005	310800005	血细胞分离单采
3	003108000050000-31080000501	31080000501	血细胞分离单采（超4000ml加收）
4	003108000040000-310800004	310800004	采自体血及保存
5	003108000040000-31080000401	31080000401	采自体血及保存（长期低温保存）
6	003108000040000-31080000402	31080000402	采自体血及保存（手工自采成分血）
7	003108000190000-310800019	310800019	配型不合异基因骨髓移植T细胞去除术
8	003108000150000-310800015	310800015	骨髓或外周血干细胞体外净化
9	003108000170000-310800017	310800017	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞分选
10	003108000160000-310800016	310800016	骨髓或外周血干细胞冷冻保存
11	003108000160000-31080001601	31080001601	骨髓或外周血干细胞冷冻保存（30天以后）
12	003108000130000-310800013	310800013	骨髓血回输
13	003108000140000-310800014	310800014	外周血干细胞回输
14	003108000180000-310800018	310800018	血细胞分化簇抗原（CD）34阳性造血干细胞移植
15	003108000200000-310800020	310800020	骨髓移植术
16	003108000210000-310800021	310800021	外周血干细胞移植术
17	003108000220000-310800022	310800022	自体骨髓或外周血干细胞支持治疗
18	003108000230000-310800023	310800023	脐血移植术

序号	国家结算编码	地方项目代码	地方项目名称
19	003108000090000-310800009	310800009	血液照射
20	003108000060000-310800006	310800006	白细胞除滤
21	003108000060100-31080000601	31080000601	白细胞除滤（全血或悬浮红细胞过滤）
22	003108000060300-31080000602	31080000602	白细胞除滤（血小板过滤）
23	003108000060000-31080000603	31080000603	白细胞除滤（血浆过滤）
24	003108000070000-310800007	310800007	自体血回收
25	003108000070100-31080000701	31080000701	自体血回收（术中自体血回输）
26	003108000110000-310800011	310800011	血液光量子自体血回输治疗
27	003108000110100-31080001101	31080001101	光量子自体血回输（紫外光照射）及免疫三氧血回输
28	353108000270000-311400061	311400061	富血小板血浆（PRP）治疗
29	003112020100000-311202010	311202010	新生儿换血术

附件3

厦门市规范整合后的精神治疗类医疗服务价格项目及厦门市公立医疗机构价格表

序号	项目代码	项目名称	归集口径	服务产出	价格构成	计价单位	计价说明	价格（元）			医保属性	医保限定支付范围	个人先行自付比例
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构			

使用说明:

1.本类别以精神心理治疗为重点，按照精神心理治疗方式设立价格项目。所定价格属于政府指导价，为最高限价，下浮不限；同时，医疗机构、医务人员实施治疗过程中有关创新改良，采取“现有项目兼容”的方式简化处理，无需申报新增医疗服务价格项目，直接按照对应的整合项目执行即可。

2.“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边界，是制定调整项目价格考虑的测算因子，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，价格构成中包含，但个别临床实践中非必要、未发生的，无需强制要求公立医疗机构减计费用。所列“设备投入”包括但不限于操作设备、器具及固定资产投入。

3.“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。

4.“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。

5.“基本物质资源消耗”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毒用品、储存用品、清洁用品、个人防护用品、标签、垃圾处理用品、治疗巾（单）、棉球、棉签、纱布（垫）、普通绷带、固定带、治疗护理盘（包）、护（尿）垫、中单、牙垫、软件（版权、开发、购买）成本等。基本物质资源消耗成本计入项目价格，不另行收费。除基本物质资源消耗以外的其他耗材，按照实际采购价格零差率销售。

6.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。

7.“心理治疗”指线下或运用线上实时视频交互手段实现的治疗，录音录像等不得按此收费。

8.团体治疗人数不得超过15人。

1	012417000010000	眼动检查	检查费	通过检测眼球运动轨迹等，检测患者的感知运动、持续注意、工作记忆等功能，辅助诊断精神疾病。	所定价格涵盖设备准备、眼动轨迹记录、分析、得出结果等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	次		40	36	32	医保		
2	013115000010000	心理治疗（个体）	治疗费	由精神科医师、心理治疗师针对精神心理障碍患者的精神心理问题，采取合适的心理干预治疗技术，改善患者的心理疾病症状。	所定价格涵盖场所设置、方案制定、沟通治疗等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	半小时	不与心理咨询同时收取，每日收费时长不超过90分钟。	120	108	97	非医保		
分项	013115000010001	心理治疗（个体）-每增加10分钟（加收）	治疗费			10分钟	每增加10分钟加收。	40	36	32	非医保		
3	013115000020000	心理治疗（家庭）	治疗费	由精神科医师、心理治疗师针对精神心理障碍家庭的精神心理问题，采取合适的心理干预治疗技术，改善患者家庭的心理疾病症状。	所定价格涵盖场所设置、方案制定、沟通治疗等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	小时	以家庭/小时为单位计价。不与心理咨询同时收取，每日收费时长不超过120分钟。	288	260	230	非医保		

分项	013115000020001	心理治疗（家庭）-每增加20分钟（加收）	治疗费			20分钟	每增加20分钟加收。	96	86	76	非医保		
4	013115000030000	心理治疗（团体）	治疗费	由精神科医师、心理治疗师采取一对多或多对多的方式，针对精神心理障碍患者的精神心理问题，采取合适的心理干预治疗技术，改善患者的心理疾病症状。	所定价格涵盖场所设置、方案制定、沟通治疗等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	小时	以每人/小时为单位计价。不与心理咨询同时收取，每日收费时长不超过150分钟。	66	57	50	非医保		
分项	013115000030001	心理治疗（团体）-每增加20分钟（加收）	治疗费			20分钟	每增加20分钟加收。	22	19	17	非医保		
5	013115000040000	心理咨询	治疗费	由心理咨询师、心理治疗师针对患者的精神心理问题，采取教育、指导、启发等适宜的咨询沟通手段，缓解患者心理问题。	所定价格涵盖场所设置、方案制定、沟通咨询等步骤所需的人力资源和基本物质资源消耗。	次	不与心理治疗同时收取。	80	72	65	非医保		

6	013115000050000	电休克治疗（ECT）	治疗费	通过电休克设备对患者进行休克治疗。	所定价格涵盖躯体及精神状况评估、肢体及牙齿保护、电极安放、电刺激、生命体征及意识状态观察、治疗记录等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	次	1.实施多参数监护无抽搐电休克治疗时，可正常收取全身麻醉、麻醉监测、注射费等费用。2.非多参数监护无抽搐电休克治疗三级医院收取36元/次，二级医院收取30元/次，一级及以下收取26元/次。	320	288	259	医保		

7	013115000060000	精神康复治疗（个人）	治疗费	通过一对一的形式，由专业的人员对相关精神障碍的患者进行康复训练，改善其精神状态。	所定价格涵盖能力评估、计划制定、技能训练、行为干预等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	半小时	每日收费时长不超过120分钟。	108	90	72	医保		20%
分项	013115000060001	精神康复治疗（个人）-每增加10分钟（加收）	治疗费			10分钟	每增加10分钟加收。	36	30	24	医保		20%
8	013115000070000	精神康复治疗（家庭）	治疗费	通过一对多的形式，由专业的人员对相关精神障碍的患者家庭进行康复训练，改善其精神状态。	所定价格涵盖能力评估、计划制定、技能训练、行为干预等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	半小时	以家庭/半小时为单位计价。每日收费时长不超过120分钟。	132	110	100	医保		20%
分项	013115000070001	精神康复治疗（家庭）-每增加10分钟（加收）	治疗费			10分钟	每增加10分钟加收。	44	36	33	医保		20%

9	013115000080000	精神康复治疗（团体）	治疗费	通过一对多或多对多的形式，由专业的人员对相关精神障碍的患者进行康复训练，改善其精神功能状态。	所定价格涵盖能力评估、计划制定、技能训练、行为干预等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	半小时	以每人/半小时为单位计价。每日收费时长不超过120分钟。	36	30	24	医保		20%
分项	013115000080001	精神康复治疗（团体）-每增加10分钟（加收）	治疗费			10分钟	每增加10分钟加收。	12	10	8	医保		20%

10	013115000090000	精神科监护	治疗费	为处于重性精神病急性发作期的患者提供严密监护服务。	所定价格涵盖对精神病患者进行生命体征、认知、情感、意志行为等方面的监护以及采取预防意外事件发生措施等步骤所需的人力资源、设备成本和基本物质资源消耗。	小时	1.精神科监护不可与精神病人护理同时收取。 2.重性精神病急性发作期患者指出现急性、冲动、自杀、伤人、毁物及有外走、妄想、幻觉和木僵等症状的患者。	5	4	3	医保		

附件4

厦门市停用精神治疗类医疗服务价格项目表

序号	国家结算编码	地方项目代码	地方项目名称
1	003115020020000-311502002	311502002	眼动检查
2	003115030020000-311503002	311503002	常温冬眠治疗监测
3	003115030030000-311503003	311503003	精神科监护
4	003115030040000-311503004	311503004	电休克治疗
5	003115030050000-311503005	311503005	多参数监护无抽搐电休克治疗
6	003115030060000-311503006	311503006	暴露疗法和半暴露疗法
7	003115030080000-311503008	311503008	行为观察和治疗
8	003115030090000-311503009	311503009	冲动行为干预治疗
9	003115030160000-311503016	311503016	工娱治疗
10	003115030170000-311503017	311503017	特殊工娱治疗
11	003115030180000-311503018	311503018	音乐治疗
12	003115030180000-31150301801	31150301801	音乐治疗（能动或被动治疗）
13	003115030190000-311503019	311503019	暗示治疗
14	003115030200000-311503020	311503020	松驰治疗
15	003115030210000-311503021	311503021	漂浮治疗
16	003115030230000-311503023	311503023	心理咨询
17	003115030240000-311503024	311503024	心理治疗
18	003115030240000-31150302401	31150302401	家庭心理治疗

序号	国家结算编码	地方项目代码	地方项目名称
19	003115030240000-31150302402	31150302402	团体心理治疗
20	003115030250000-311503025	311503025	麻醉分析
21	003115030260000-311503026	311503026	催眠治疗
22	003115030270000-311503027	311503027	森田疗法
23	003115030280000-311503028	311503028	行为矫正治疗
24	003115030290000-311503029	311503029	厌恶治疗
25	003115030300000-311503030	311503030	脱瘾治疗

附件5

厦门市医疗保障定点医疗机构血液系统类医疗服务价格项目门诊分值表（2026修订版）

项目编码	项目名称	支付类别	计价单位	项目分值	
				三级医院	二级医院
013108000030000	自体备血采集费	治疗费	次	110.25	99.75
013108000050000	干细胞分离制备费	治疗费	袋	2520	2268
013108000080000	干细胞回输费	治疗费	袋	189	168
013108000090000	造血干细胞移植费	治疗费	次	8820	7938
013108000100000	血液辐照费	治疗费	次	325.5	273
013108000110000	血液除滤费	治疗费	次	27.3	24.15
013108000120000	术中自体血回输费	治疗费	次	157.5	141.75
013108000130000	经照射自体血回输费	治疗费	次	52.5	47.25
013108000150000	新生儿换血治疗费	治疗费	次	630	567

附件6

厦门市医疗保障定点医疗机构精神治疗类医疗服务价格项目门诊分值表（2026修订版）

项目编码	项目名称	支付类别	计价单位	项目分值	
				三级医院	二级医院
012417000010000	眼动检查	检查费	次	38	34.2
013115000050000	电休克治疗（ECT）	治疗费	次	336	302.4
013115000060000	精神康复治疗（个人）	治疗费	半小时	113.4	94.5
013115000060001	精神康复治疗（个人）-每增加10分钟（加收）	治疗费	10分钟	37.8	31.5
013115000070000	精神康复治疗（家庭）	治疗费	半小时	138.6	115.5
013115000070001	精神康复治疗（家庭）-每增加10分钟（加收）	治疗费	10分钟	46.2	37.8
013115000080000	精神康复治疗（团体）	治疗费	半小时	37.8	31.5
013115000080001	精神康复治疗（团体）-每增加10分钟（加收）	治疗费	10分钟	12.6	10.5
013115000090000	精神科监护	治疗费	小时	5.25	4.2