

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