

## 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