

漳州市公立医疗机构辅助生殖类医疗服务价格项目表

金额：元

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
			辅助生殖						1. 项目中涉及组织/体液/细胞, 主要指与辅助生殖相关的卵母细胞(极体)、胚胎、囊胚、精液、精子等。 2. “项目内涵”指医疗机构提供医疗服务时, 用于确定计价单元的边界, 不应作为临床技术标准理解, 不是手术实际操作方式、路径、步骤、程序的强制性要求。3. 所列项目中均不含精子来源的费用。				
1	01311 20100 10000	01311 20100 10000	取卵术	通过临床技术操作获得卵母细胞。所定价格涵盖穿刺、取卵、卵泡冲洗、计数、评估过程中的人力资源和基本物质消耗。不含超声引导。	取卵 针	次	1860	1675	不得与脉冲自动注射促排卵检查、B 超下卵巢囊肿穿刺术同时收取。	医保	15%	限门诊, 支付次数限 2 次/人。	手术 费

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
2	01311	01311	胚胎培养	在培养箱中将精卵采取体外结合形式进行培养。所定价格涵盖受精、培养、观察、评估等获得胚胎过程中的人力资源和基本物质消耗。		次	2790	2510	囊胚培养市级医院加收1395元、县级医院加收1255元。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	治疗 费
	20100												
	20000												
3	01311	01311	胚胎培养 (囊胚培养加收)	将辅助生殖相关组织、体液、细胞进行冷冻。所定价格涵盖将辅助生殖相关组织、体液、细胞转移至冷冻载体,冷冻及解冻复苏过程中的人力资源和基本物质消耗。		管·次	1395	1255	“管”指包括但不限于用于装载辅助生殖组织、体液或细胞所需的试管、载杆等载体。“组织/体液/细胞冷冻(辅助生殖)”每管每次(管·次)价格含冷冻当天起保存2个月的费用,不足2月按2月计费,冻存结束前只收取一次;第2管起每管市级医院加收360元,最高收费不超过3600元;县级医院加收325元,最高收费不超过3245元。	非医 保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	治疗 费
	20100												
	30000												
	01311	01311					1800	1620					
	20100												
	30000												

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
	01311 20100 30000	01311 20100 30000	组织/体液 /细胞冷冻 (2管及以上加收)			每管	360	325	每增加1管组织/体液/细胞冷冻加收。	非医保			治疗 费
4	01311 20100 40000	01311 20100 40000	组织/体液 /细胞冷冻 续存(辅助 生殖)	将冷冻后的辅助生殖相关组织、体液、细胞持续冻存。所定价格涵盖将冷冻后的辅助生殖相关组织、体液、细胞持续冻存至解冻复苏前或约定截止保存时间,期间的人力资源和基本物质消耗。		管·月	90	80	“管”指包括但不限于用于装载辅助生殖组织、体液或细胞所需的试管、载杆等载体。辅助生殖相关组织、体液、细胞冷冻后保存超过2个月的,按每管每月(管·月)收取续存费用,不足1月按1月计费,不得重复收取“组织/体液/细胞冷冻(辅助生殖)”费用;冷冻续存每月管数≥5管的按照5管收取。	非医保			治疗 费
5	01311 20100 50000	01311 20100 50000	胚胎移植	将胚胎或囊胚移送至患者宫腔内。所定价格涵盖胚胎评估、移送至患者宫腔内过程中所需的人力资源和基本物质消耗。不含超声引导。	胚胎 移植 管	次	1800	1620	冻融胚胎(或囊胚)移植市级医院加收1080元、县级医院加收970元。	医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。	手术 费

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计 价 单 位	市 级 价 格	县 级 价 格	说 明	医 保 属 性	个 人 先 行 自 付 比 例	医 保 支 付 范 围	归 集 口 径
	01311 20100 50001	01311 20100 50001	胚胎移植 (冻融胚 胎/囊胚加 收)			次	1080	970	冻融胚胎(或囊胚)移植加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。	手术 费
6	01311 20100 60000	01311 20100 60000	未成熟卵 体外成熟 培养	将通过临床操作获取的未成熟卵进行体外培养。所定价格涵盖未成熟卵处理、培养、观察、评估、激活过程中所需的人力资源和基本物质消耗。		次	1800	1620		非医 保			治 疗 费
7	01311 20100 70000	01311 20100 70000	胚胎辅助 孵化	将胚胎通过物理或化学的方法,将透明带制造一处缺损或裂隙,提高着床成功率。所定价格涵盖筛选、调试、透明带处理、记录过程中所需的人力资源和基本物质消耗。		次	670	600		非医 保			治 疗 费

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
8	01311 20100 80000	01311 20100 80000	组织、细胞 活检(辅助 生殖)	在囊胚/卵裂期胚 胎/卵母细胞等辅 助生殖相关的组 织、细胞上分离出 检测标本。所定价 格涵盖通过筛选、 评估、透明带处理, 吸取分离标本过程 中所需的人力资源 和基本物质消耗。		每个胚 胎(卵)	1350	1215	每增加 1 个胚胎(卵)市级 医院加收 1080 元, 最高收 费不超过 5670 元; 县级医 院加收 970 元, 最高收费不 超过 5095 元。	医保	15%	一、限门诊,支付次数限 2 次/ 人;二、限: 1. 夫妻一方为单 基因疾病患者或双方是同一 基因因病的携带者, 曾孕育或 单基因病的携带者, 曾孕育或 具有生育致畸、致残、致死的 单基因病患儿高风险的夫妻; 2. 夫妻一方或双方携带染色 体结构异常, 包括相互易位、 罗氏易位、倒位、复杂易位、 致病性微缺失或致病性微重 复等。	治疗 费
	01311 20100 80000	01311 20100 80000	组织、细胞 活检(2 个 及以上加 收)			每个胚 胎(卵)	1080	970	每增加 1 个胚胎(卵)加收。	医保	15%	一、限门诊,支付次数限 2 次/ 人;二、限: 1. 夫妻一方为单 基因疾病患者或双方是同一 基因因病的携带者, 曾孕育或 单基因病的携带者, 曾孕育或 具有生育致畸、致残、致死的 单基因病患儿高风险的夫妻; 2. 夫妻一方或双方携带染色 体结构异常, 包括相互易位、 罗氏易位、倒位、复杂易位、 致病性微缺失或致病性微重 复等。	治疗 费

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
9	01311 20100 90000	01311 20100 90000	人工授精	通过临床操作将精液注入患者宫腔内。所定价格涵盖精液注入、观察等过程中所需的人力资源和基本物质消耗。		次	520	470	阴道（宫颈）内人工授精按50%收取。	医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。	手术 费
	01311 20100 90100	01311 20100 90100	人工授精 (阴道/宫颈内人工授精)			次	260	235		医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。	手术 费
	01311 10000 10000	01311 10000 10000	精子优选 处理	通过实验室手段从精液中筛选优质精子。所定价格涵盖精液采集、分析、处理、筛选、评估过程中所需的人力资源和基本物质消耗。		次	605	545		医保	15%	限门诊,支付次数限8次/人。	治疗 费
11	01311 10000 20000	01311 10000 20000	取精术	通过手术方式获取精子。所定价格涵盖穿刺、分离、获取精子评估过程中的人力资源和基本物质消耗。		次	720	650	显微镜下操作市级医院加收720元、县级医院加收650元；不得与睾丸阴茎海绵体活检术同时收取。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	手术 费

序号	国家 结算 编码	项目 编码	项目名称	项目内涵	除外 内容	计价 单位	市级 价格	县级 价格	说明	医保 属性	个人先 行自付 比例	医保支付范围	归集 口径
	01311 10000 20001	01311 10000 20001	取精术(显微镜下 切取精术 加收)			次	720	650	显微镜下切取精术加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	手术 费
	01311 20101 00000	01311 20101 00000	单精子注 射	将优选处理后精子 注射进卵母细胞, 促进形成胚胎。所 定价格涵盖将精子 制动、吸入,注入 卵母细胞胞浆等过 程中的人力资源和 基本物质资源消 耗。		卵·次	1350	1215	“卵·次”指每卵每次。每 增加注射1个卵市级医院 加收675元,卵子激活加收 720元(无论多少卵,均按1 次收费),单精子注射(含 卵子激活)最高收费不超过 4770元;每增加注射1个 卵县级医院加收610元,卵 子激活加收650元(无论多 少卵,均按1次收费),单 精子注射(含卵子激活)最 高收费不超过4305元。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	治疗 费
	01311 20101 00000	01311 20101 00000	单精子注 射(2个及 以上卵加 收)			每卵	675	610	每增加注射1个卵加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	治疗 费
	01311 20101 00001	01311 20101 00001	单精子注 射(卵子激 活加收)			次	720	650	卵子激活加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。	治疗 费