

厦门市辅助生殖相关医疗服务项目及公立医疗机构价格表

序号	国家结算编码	项目编码	项目名称	归集口径	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（元）			说明	医保属性	个人先行自付比例	医保支付范围
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
			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	013112010010000	013112010010000	取卵术	手术费	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	2000	1900	1805	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。
2	013112010020000	013112010020000	胚胎培养	治疗费	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。	精子来源	次	3000	2850	2710	囊胚培养三级医院加收1500元，二级医院加收1425元，一级及以下加收1355元。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。
	013112010020001	013112010020001	胚胎培养（囊胚培养加收）	治疗费		精子来源	次	1500	1425	1355	囊胚培养加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。
3	013112010030000	013112010030000	组织/体液/细胞冷冻（辅助生殖）	治疗费	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	2000	1900	1805	“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管起每管三级医院加收400元，二级医院加收380元，一级及以下加收360元，三级医院最高收费不超过4000元，二级医院最高收费不超过3800元，一级及以下最高收费不超过3610元。	非医保		
	013112010030000	013112010030000	组织/体液/细胞冷冻（2管及以上加收）	治疗费			每管	400	380	360	每增加1管组织/体液/细胞冷冻加收。	非医保		

序号	国家结算编码	项目编码	项目名称	归集口径	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（元）			说明	医保属性	个人先行自付比例	医保支付范围
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
4	013112010040000	013112010040000	组织/体液/细胞冷冻续存（辅助生殖）	治疗费	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	100	95	90	“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		
5	013112010050000	013112010050000	胚胎移植	手术费	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	2000	1900	1805	冻融胚胎（或囊胚）移植三级医院加收1200元，二级医院加收1140元，一级及以下加收1080元。	医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。
	013112010050001	013112010050001	胚胎移植（冻融胚胎/囊胚加收）	手术费			次	1200	1140	1080	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。
6	013112010060000	013112010060000	未成熟卵体外成熟培养	治疗费	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	2000	1900	1805		非医保		
7	013112010070000	013112010070000	胚胎辅助孵化	治疗费	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	800	760	720		非医保		

序号	国家结算编码	项目编码	项目名称	归集口径	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（元）			说明	医保属性	个人先行自付比例	医保支付范围
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
8	013112010080000	013112010080000	组织、细胞活检（辅助生殖）	治疗费	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）	1500	1425	1355	每增加1个胚胎（卵）三级医院加收1200元，二级医院加收1140元，一级及以下加收1080元，三级医院最高收费不超过6300元，二级医院最高收费不超过5985元，一级及以下最高收费不超过5685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。
	013112010080000	013112010080000	组织、细胞活检（2个及以上加收）	治疗费			每个胚胎（卵）	1200	1140	1080	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。
9	013112010090000	013112010090000	人工授精	手术费	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。	精子来源	次	600	570	540	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。
	013112010090100	013112010090100	人工授精（阴道/宫颈内人工授精）	手术费		精子来源	次	300	285	270		医保	15%	限门诊,支付次数限6次/人。
10	013111000010000	013111000010000	精子优选处理	治疗费	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	650	615	585		医保	15%	限门诊,支付次数限8次/人。

序号	国家结算编码	项目编码	项目名称	归集口径	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（元）			说明	医保属性	个人先行自付比例	医保支付范围
								三级医院	二级医院	一级及以下医疗机构				
11	01311100020000	01311100020000	取精术	手术费	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	800	760	720	显微镜下操作三级医院加收800元，二级医院加收760元，一级及以下加收720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。
	01311100020001	01311100020001	取精术（显微镜下切开取精术加收）	手术费			次	800	760	720	显微镜下切开取精术加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。
12	013112010100000	013112010100000	单精子注射	治疗费	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。	精子来源	卵·次	1500	1420	1350	“卵·次”指每卵每次，每增加注射1个卵三级医院加收750元，二级医院加收710元，一级及以下加收675元；卵子激活三级医院加收800元，二级医院加收760元，一级及以下加收720元(无论多少卵，均按1次收费)，单精子注射（含卵子激活）三级医院最高收费不超过5300元，二级医院最高收费不超过5035元，一级及以下最高收费不超过4780元。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。
	013112010100000	013112010100000	单精子注射（2个及以上卵加收）	治疗费		精子来源	每卵	750	710	675	每增加注射1个卵加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。
	013112010100001	013112010100001	单精子注射（卵子激活加收）	治疗费			次	800	760	720	卵子激活加收。	医保	15%	限门诊,支付次数限2次/人。