

# 三明市医疗保障局文件

明医保规〔2024〕6号

---

## 三明市医疗保障局关于落实省 规范完善辅助生殖类医疗服务价格项目 和医保支付政策的通知

市医保局各派出机构，市医保中心；各定点医疗机构：

为进一步推进和完善我市医疗保障领域积极生育支持措施，减轻参保群众就医负担，根据《福建省医疗保障局关于规范完善辅助生殖类医疗服务价格项目和医保支付政策的通知》（闽医保规〔2024〕13号）、《福建省医疗保障局关于辅助生殖类医疗服务价格项目收费国家结算编码有关事项的通知》（闽医保〔2024〕65号）等文件精神，现就落实省规范完善辅助生殖类医疗服务价格项目和医保支付政策有关事项通知如下：

## 一、医疗服务价格项目

(一)规范整合我市辅助生殖类医疗服务价格项目，设立“取卵术”等 12 个医疗服务价格项目，确定公立医院价格(附件 1)。

(二)辅助生殖类医疗服务价格项目除外医用耗材政策标识表(附件 2)。

(三)取消“B 超下采卵术”等 20 项医疗服务价格项目(附件 3)。

## 二、医保支付政策

(一)经卫生健康部门批准开展人类辅助生殖技术的医保定点医疗机构提供的经批准开展的辅助生殖类项目，按规定纳入医保统筹支付范围；超批准项目范围开展的辅助生殖类项目和其他医疗机构发生的辅助生殖类项目，医保统筹基金不予支付。

(二)纳入医保支付范围的辅助生殖类医疗服务价格项目，按照我市制定的项目价格按个人先行自付 15%后纳入医保支付范围，超出项目价格以上的部分由患者自付。

纳入医保支付范围的辅助生殖类医疗服务价格项目可另行收费医用耗材，按照医保最高支付限额个人先行自付 15%后纳入医保支付范围，超出最高支付限额以上的部分由患者自付，低于最高支付限额的，按实际收费价格先行自付 15%后纳入医保支付。

(三)纳入医保支付范围的辅助生殖类医疗服务价格项目、可另行收费医用耗材按其支付标准由基本医疗保险统筹基金和参保人员共同负担，不设起付线，不区分医疗机构等级，职工医保

报销比例 80%、居民医保报销比例 60%，支付额度计入当年度基本医保最高支付限额，共用封顶线；精子优选处理、取精术按男方参加的医保种类享受医保待遇，其余项目按女方参加的医保种类享受医保待遇。

（四）医保定点医疗机构开展不孕不育诊疗服务项目属于医保支付范围的，按我市的医保支付政策执行。

### 三、有关要求

各派出机构、市医保中心要抓好属地落实工作，加强对医疗机构项目对应、费用结算及医保支付工作的指导，开展政策实施跟踪监测，强化相关费用审核监管，确保医保基金安全有效使用。市医保中心、各定点医疗机构要及时做好本单位信息系统的维护与更新。各有关医疗机构要严格按照卫生健康部门人类辅助生殖技术规范为患者提供服务。应在收费场所显著位置做好价格公示，接受社会监督。

本通知自 2024 年 9 月 1 日起执行。以往政策规定与本通知不一致的，以本通知规定为准。政策实施过程出现新情况新问题及时报告市医保局。

- 附件：1.三明市辅助生殖类医疗服务价格项目及公立医院项目价格表
- 2.三明市辅助生殖类医疗服务价格项目除外医用耗材政策标识表

### 3.三明市取消辅助生殖类医疗服务价格项目表



(此件主动公开)



附件 1

三明市辅助生殖类医疗服务价格项目及公立医院项目价格表

| 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 | 说明                                                                                                                                          | 三级价格 | 二级价格 | 国家归集口径 | 医保属性 | 个人先行自付比例 | 医保支付范围         |
|      |                 |                 | 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  | 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    | 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。                                                                                                              | 1800 | 1620 | 手术费    | 医保   | 15%      | 限门诊,支付次数限2次/人。 |

|   |                 |                 |                  |                                                                          |  |     |                                                                                                                                                             |      |      |     |     |     |                |
|---|-----------------|-----------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|-----|----------------|
| 2 | 013112010020000 | 013112010020000 | 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   | 囊胚培养加收三级价格1350元，二级价格1215元。                                                                                                                                  | 2700 | 2430 | 治疗费 | 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)     |                                                                          |  | 次   | 囊胚培养加收。                                                                                                                                                     | 1350 | 1215 | 治疗费 | 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) | 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 | “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、载体等载体。“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管起每管加收三级价格360元,最高收费不超过3600元;二级价格324元,最高收费不超过3240元。 | 1800 | 1620 | 治疗费 | 非医保 |     |                |

|   |                     |                     |                     |                                                                                      |       |     |                                                                                                                                                   |      |      |     |     |     |                |
|---|---------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|-----|-----|----------------|
|   | 013112010030<br>000 | 013112010030<br>000 | 组织/体液/细胞冷冻(2管及以上加收) |                                                                                      |       | 每管  | 每增加1管组织/体液/细胞冷冻加收。                                                                                                                                | 360  | 324  | 治疗费 | 非医保 |     |                |
| 4 | 013112010040<br>000 | 013112010040<br>000 | 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 | “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 $\geq 5$ 管的按照5管收取。 | 90   | 81   | 治疗费 | 非医保 |     |                |
| 5 | 013112010050<br>000 | 013112010050<br>000 | 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   | 冻融胚胎(或囊胚)移植加收三级价格1080元,二级价格972元。                                                                                                                  | 1800 | 1620 | 手术费 | 医保  | 15% | 限门诊,支付次数限6次/人。 |

|                     |                     |                 |                                                                            |   |                |      |      |     |     |     |                |
|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------------|---|----------------|------|------|-----|-----|-----|----------------|
| 01311201005<br>0001 | 013112010050<br>001 | 胚胎移植(冻融胚胎/囊胚加收) |                                                                            | 次 | 冻融胚胎(或囊胚)移植加收。 | 1080 | 972  | 手术费 | 医保  | 15% | 限门诊,支付次数限6次/人。 |
| 6                   | 013112010060<br>000 | 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 | 治疗费 | 非医保 |     |                |
| 7                   | 013112010070<br>000 | 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 |                | 720  | 648  | 治疗费 | 非医保 |     |                |



|   |                     |                     |                       |                                                                                                                  |  |             |                                                                       |      |          |         |    |     |                                                                                                                                                                                                                      |
|---|---------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------|------|----------|---------|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8 | 013112010080<br>000 | 013112010080<br>000 | 组织、细胞活<br>检（辅助生<br>殖） | 在囊胚/卵裂期胚胎/<br>卵母细胞等辅助生殖<br>相关的组织、细胞上<br>分离出检测标本。所<br>定价格涵盖通过筛<br>选、评估、透明带处<br>理，吸取分离标本过<br>程中所需的人力资源<br>和基本物质消耗。 |  | 每个胚<br>胎（卵） | 每增加1个胚胎(卵)加收三级价<br>格1080元，最高收费不超过<br>5670元；二级价格972元，最高<br>收费不超过5103元。 | 1350 | 121<br>5 | 治疗<br>费 | 医保 | 15% | 一、限门诊,支付<br>次数限2次/人;<br>二、限: 1.夫妻<br>一方为单基因<br>疾病患者或双<br>方是同一单基<br>因病的携带者,<br>曾孕育或具有<br>生育致畸、致<br>残、致死的单基<br>因病患儿高风<br>险的夫妻; 2.夫<br>妻一方或双方<br>携带染色体结<br>构异常, 包括相<br>互易位、罗氏易<br>位、倒位、复杂<br>易位、致病性微<br>缺失或致病性<br>微重复等。 |
|---|---------------------|---------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------|-----------------------------------------------------------------------|------|----------|---------|----|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|   |                     |                     |                          |                                                                       |  |             |                        |      |     |         |    |     |                                                                                                                                                                                                                   |
|---|---------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--|-------------|------------------------|------|-----|---------|----|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | 013112010080<br>000 | 013112010080<br>000 | 组织、细胞活<br>检(2个及以<br>上加收) |                                                                       |  | 每个胚<br>胎(卵) | 每增加1个胚胎(卵)加收。          | 1080 | 972 | 治疗<br>费 | 医保 | 15% | 一、限门诊,支付<br>次数限2次/人;<br>二、限:1.夫妻<br>一方为单基因<br>疾病患者或双<br>方是同一单基<br>因病的携带者,<br>曾孕育或具有<br>生育致畸、致<br>残、致死的单基<br>因病患儿高风<br>险的夫妻;2.夫<br>妻一方或双方<br>携带染色体结<br>构异常,包括相<br>互易位、罗氏易<br>位、倒位、复杂<br>易位、致病性微<br>缺失或致病性<br>微重复等。 |
| 9 | 013112010090<br>000 | 013112010090<br>000 | 人工授精                     | 通过临床操作将精液<br>注入患者宫腔内。所<br>定价格涵盖精液注<br>入、观察等过程中所<br>需的人力资源和基本<br>物质消耗。 |  | 次           | 阴道(宫颈)内人工授精按50%<br>收取。 | 540  | 486 | 手术<br>费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次<br>数限6次/人。                                                                                                                                                                                                |

|    |                      |                     |                  |                                                            |  |   |                                                  |     |     |         |    |     |                      |
|----|----------------------|---------------------|------------------|------------------------------------------------------------|--|---|--------------------------------------------------|-----|-----|---------|----|-----|----------------------|
|    | 013111201009<br>0100 | 013112010090<br>100 | 人工授精(阴道/宫颈内人工授精) |                                                            |  | 次 |                                                  | 270 | 243 | 手术<br>费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数<br>限 6 次/人。 |
| 10 | 013111000010<br>000  | 013111000010<br>000 | 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 |                                                  | 585 | 527 | 治疗<br>费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数<br>限 8 次/人。 |
| 11 | 013111000020<br>000  | 013111000020<br>000 | 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 | 显微镜下操作加收三级价格 680 元,二级价格 612 元。不得与睾丸阴茎海绵体活检术同时收取。 | 720 | 648 | 手术<br>费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数<br>限 2 次/人。 |
|    | 01311100002<br>0001  | 013111000020<br>001 | 取精术(显微镜下切开取精术加收) |                                                            |  | 次 | 显微镜下切开取精术加收。                                     | 680 | 612 | 手术<br>费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数<br>限 2 次/人。 |

|                     |                     |                     |                                                                   |  |     |                                                                                                                     |      |      |     |    |     |                |
|---------------------|---------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|--|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|----|-----|----------------|
| 013112010100<br>000 | 013112010100<br>000 | 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 | “卵·次”指每卵每次，每增加注射1个卵加收三级价格675元，二级价格608元。卵子激活加收三级价格720元，二级价格648元(无论多少卵，均按1次收费)，单精子注射(含卵子激活)最高收费三级不超过4770元，二级不超过4295元。 | 1350 | 1215 | 治疗费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数限2次/人。 |
| 013112010100<br>000 | 013112010100<br>000 | 单精子注射<br>(2个及以上卵加收) |                                                                   |  | 每卵  | 每增加注射1个卵加收。                                                                                                         | 675  | 608  | 治疗费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数限2次/人。 |
| 01311201010<br>0001 | 013112010100<br>001 | 单精子注射<br>(卵子激活加收)   |                                                                   |  | 次   | 卵子激活加收。                                                                                                             | 720  | 648  | 治疗费 | 医保 | 15% | 限门诊,支付次数限2次/人。 |



附件 2

三明市辅助生殖类医疗服务价格项目除外医用耗材政策标识表

| 序号 | 除外耗材代码-15       | 除外耗材编码 | 除外耗材名称 | 医保最高支付限额 | 项目编码            | 项目名称 | 医保属性 | 个人先行自付比例 |
|----|-----------------|--------|--------|----------|-----------------|------|------|----------|
| 1  | C14200119800001 | 960125 | 取卵针    | 200 元/支  | 013112010010000 | 取卵术  | 医保   | 15%      |
| 2  | C14200119800002 | 960125 | 取卵针    |          | 013112010010000 | 取卵术  | 医保   | 15%      |
| 3  | C14180100400001 | 960126 | 胚胎移植管  | 230 元/根  | 013112010050000 | 胚胎移植 | 医保   | 15%      |
| 4  | C14180100400002 | 960126 | 胚胎移植管  |          | 013112010050000 | 胚胎移植 | 医保   | 15%      |
| 5  | C14180100400003 | 960126 | 胚胎移植管  |          | 013112010050000 | 胚胎移植 | 医保   | 15%      |
| 6  | C14180100400004 | 960126 | 胚胎移植管  |          | 013112010050000 | 胚胎移植 | 医保   | 15%      |
| 7  | C14180200400000 | 960126 | 胚胎移植管  |          | 013112010050000 | 胚胎移植 | 医保   | 15%      |

### 附件 3

### 三明市取消辅助生殖类医疗服务价格项目表

| 序号 | 福建项目编码      | 福建项目名称            |
|----|-------------|-------------------|
| 1  | 311201037   | B 超下采卵术           |
| 2  | 331306001   | 经腹腔镜镜取卵术          |
| 3  | 33130600101 | 小儿经腹腔镜镜取卵术        |
| 4  | 311201040   | 胚胎培养              |
| 5  | 31120104001 | 胚胎活检              |
| 6  | 311201061   | 囊胚培养              |
| 7  | 311201062   | 胚胎冷冻              |
| 8  | 31120106201 | 胚胎/卵子/卵巢组织玻璃化冷冻加收 |
| 9  | 311201063   | 冷冻胚胎复苏            |
| 10 | 311201041   | 胚胎移植术             |

|    |             |                 |
|----|-------------|-----------------|
| 11 | 311201044   | 输卵管内胚子移植术       |
| 12 | 311201059   | 未成熟卵体外成熟培养      |
| 13 | 311201060   | 体外受精早期胚胎辅助孵化    |
| 14 | 311201045   | 宫腔内人工授精术        |
| 15 | 311201046   | 阴道内人工授精术        |
| 16 | 311100019   | 精液优化处理          |
| 17 | 311100007   | 附睾抽取精子分离术       |
| 18 | 31110000701 | 附睾抽取精子分离术（单纯抽吸） |
| 19 | 311201042   | 单精子卵泡注射         |
| 20 | 311201043   | 单精子显微镜下卵细胞内授精术  |

抄送：省医保局，市卫健委、市市场监管局。

三明市医疗保障局办公室

2024 年 8 月 26 日印发