

## 福建省医疗机构部分医疗服务价格项目及省属公立医院医疗服务价格

金额：元

国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格（三甲）	价格（三甲以下）	说明	医保属性	个人先行自付比例	医保报销范围	限用
00270700003000-270700003	270700003	检查费	05	病理诊断费	05	脱氧核糖核酸（DNA）测序	甲醛固定组织、石蜡包埋组织、新鲜或冷冻组织预处理，DNA提取，PCR反应，琼脂糖或聚丙烯酰胺凝胶电泳、产物纯化、测序反应，于普通DNA测序仪分析、观察结果、出具检测报告。上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	600	540	项指一个基因，超过2项三甲按1600元收取，三甲以下按1440元收取。高通量测序2基因和低于4种肿瘤用药指导的按2800元收取；3基因和4种肿瘤用药指导的按4200元收取；超过3基因和4种（含）以上肿瘤用药指导的按5200元收取。限经批准取得开展此项技术的医疗机构收取。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付，其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。	
00270700003000-27070000301	27070000301	检查费	05	病理诊断费	05	脱氧核糖核酸（DNA）测序（超过2项）			项	1600	1440		医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付，其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。	
35270700004000-270700007	270700007	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断	石蜡包埋组织，新鲜或冷冻组织匀浆化，离心收集细胞及细胞处理，组织裂解，经反复离心及相应化学试剂去除蛋白，提取核酸，PCR反应，对EGFR、ROS1、RET、KRAS、NRAS、PIK3CA、BRAF、HER2等肿瘤相关基因突变进行检测，分析结果，诊断。含上述技术过程中所产生的废液、废物的处理。		项	1200	1080	项指一个基因，3项≤检查数量<5项三甲按3600元，三甲以下按3240元收取；检查数量≥5项三甲按4800元，三甲以下按3840元收取。源于外周血的标本参照检验同种基因项目价格收取；无同种基因检验项目的参照用药指导的基因检测价格收取。	医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付，其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。	

国家结算编码	项目编码	财务项目	财务编码	病案项目	病案编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格(三甲)	价格(三甲以下)	说明	医保属性	个人先行自付比例	医保报销范围	限用
	27070000704	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(3项≤检查数量<5项)			项	3600	3240		医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。	
	27070000705	检查费	05	病理诊断费	05	组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(检查数量≥5项)			项	4800	3840		医保	10%	限与医保目录内药品相关的肿瘤用药指导时支付,其中相关的药品是指依据其药品法定适应症或医保限定支付范围需对基因表达或基因敏感突变等进行判断的肿瘤药品。	
备注: 停用编码27070000701																