

漳州市医疗保障局文件

漳医保〔2022〕102号

漳州市医疗保障局关于优化脱氧核糖核酸（DNA）测序等项目价格有关问题的通知

市医保基金中心，各县（区）医保局，各公立医疗机构，联勤保障部队第九〇九医院：

根据《福建省医疗保障局关于优化脱氧核糖核酸（DNA）测序等项目价格有关问题的通知》（闽医保〔2022〕119号）和《福建省医疗保障局关于下发按病种结算病种国家编码等有关事项的通知》（闽医保〔2022〕124）精神，为优化病理分子诊断项目价格结构，进一步满足患者医疗需求，适应临床诊疗和价格管理的需要，经研究，现就优化脱氧核糖核酸（DNA）测序等项目价格有关问题通知如下：

一、调整脱氧核糖核酸（DNA）测序（项目编码

27070000301) 价格。

二、修订组织/细胞荧光定量核酸多聚酶链式反应检查诊断(项目编号 270700007)说明栏内容。

上述项目价格调整及项目修订详见附件。

三、市医保基金中心和县级医保部门要按照本通知要求,对服务量等收费情况开展定期监测工作,具体模版另行下发。市医保基金中心要及时做好信息系统的维护与更新工作,并将修订后的价格项目通过医疗服务价格管理子系统上传。各公立医疗机构和联勤保障部队第九〇九医院要按照本通知要求,进一步规范相关检测收费行为,认真做好本单位收费系统的维护与更新工作。

本通知自 2022 年 12 月 15 日起执行,以往有关规定与本通知不一致的,以本通知规定为准。

附件:漳州市医疗机构部分医疗服务价格项目及漳州市
公立医院医疗服务价格



(主动公开)

附件

漳州市医疗机构部分医疗服务价格项目及漳州市公立医院医疗服务价格

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	市级价 格(元)	县级价 格(元)	基层价 格(元)	说明	医保 属性	先行自 付比例	限用范围
00270700 0030000- 27070000 3	2707000 03	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 反映, 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	540	459		项指一个基因, 超过 2 项 按市级医院 1440 元、县级 医院 1224 元收取。高通量 测序 2 基因和低于 4 种肿 瘤用药指导的按市级医院 2520 元收取; 3 基因和 4 种肿瘤用药指导的按市级 医院 3780 元; 超过 3 基因 和 4 种 (含) 以上肿瘤用 药指导的按市级医院 4680 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。
00270700 0030000- 27070000 301	2707000 0301	检查费	05	病理 诊断 费	05	脱氧核糖 核酸 (DNA) 测序 (超过 2 项)			项	1440	1224			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	市级价 格(元)	县级价 格(元)	基层价 格(元)	说明	医保 属性	先行自 付比例	限用范围
00270700 0030000- 27070000 302	2707000 0302	检查费	05	病理 诊断 费	05	高通量测 序(2基因 和低于4种 肿瘤用药 指导)	甲醛固定组织、石蜡 包埋组织、新鲜或冷 冻组织。核酸提取, 文库构建,基因测序, 生物信息学分析,出 具基因测序报告。检 测过程中所产生的废 液、废物的处理。		次	2520			2基因和低于4种肿瘤用 药指导。	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。
00270700 0030000- 27070000 303	2707000 0303	检查费	05	病理 诊断 费	05	高通量测 序(3基因 和4种肿瘤 用药指导)	甲醛固定组织、石蜡 包埋组织、新鲜或冷 冻组织。核酸提取, 文库构建,基因测序, 生物信息学分析,出 具基因测序报告。检 测过程中所产生的废 液、废物的处理。		次	3780			3基因和4种肿瘤用药指 导	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。
00270700 0030000- 27070000 304	2707000 0304	检查费	05	病理 诊断 费	05	高通量测 序(超过3 基因和4种 (含)以上 肿瘤用药 指导)	甲醛固定组织、石蜡 包埋组织、新鲜或冷 冻组织。核酸提取, 文库构建,基因测序, 生物信息学分析,出 具基因测序报告。检 测过程中所产生的废 液、废物的处理。		次	4680			超过3基因和4种(含) 以上肿瘤用药指导	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	市级价 格(元)	县级价 格(元)	基层价 格(元)	说明	医保 属性	先行自 付比例	限用范围
35270700 0040000- 27070000 7	2707000 07	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	1080	918		项指一个基因, 3 项≤检 查数量<5 项按市级医院 3240 元、县级医院 2754 元收取; 检查数量≥5 项 按市级医院 3840 元、县级 医院 3264 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。
35270700 0040000- 27070000 704	2707000 0704	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	3240	2754			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	市级价 格(元)	县级价 格(元)	基层价 格(元)	说明	医保 属性	先行自 付比例	限用范围
35270700 0040000- 27070000 705	2707000 0705	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	3840	3264			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 270700000701																

抄送：省医保局、省医保电子结算中心，各设区市医保局、平潭综合实验区医保局，市卫健委、市市场监管局。

漳州市医疗保障局办公室

2022年12月13日印发
