

福州市医疗保障局文件

榕医保文〔2024〕91号

福州市医疗保障局关于调整公立医疗机构糖类抗原测定等部分检验类医疗服务项目价格的通知

各县（市）区医保局、市医保基金中心、市医保行为监测中心、市医保数据技术中心、各相关公立医疗机构：

为进一步规范医疗服务价格管理，压实检查检验项目价格，优化医疗服务价格结构，根据福建省医保局关于开展医疗服务价格规范治理工作通知要求，经研究，现就调整福州市公立医疗机构糖类抗原测定等部分检验类医疗服务项目价格有关事项通知如下：

一、调整糖类抗原测定等检验类项目收费标准（具体详见附件）。价格调整后，医保支付政策保持不变。

二、各县（市）区医保局、市医保基金中心、市医保行为监测中心、市医保数据技术中心要加强辖区内公立医疗机构相关医疗服务项目收费的监测分析。

三、请市医保行为监测中心、市医保数据技术中心和相关医疗机构认真遵照执行，及时做好收费系统的维护与更新工作。相关医疗机构并要按照本通知要求做好医疗服务价格公示，接受社会监督。

本通知自 2025 年 1 月 1 日起执行。原有政策与本通知不符的，以本通知规定为准。

附件：福州市公立医疗机构部分检验类医疗服务项目价格调整表



公开属性：此件主动公开

抄送：省医保局、市卫健委、市市场监管局

福州市医疗保障局

2024 年 11 月 30 日

印发

福州市公立医疗机构部分检验类医疗服务项目价格调整表

计价单位: 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	第一档	第二档	第三档	基层	说明	医保属性	先行自付比例	医保限定支付范围
1	002504040110100-250404011	250404011	糖类抗原测定	指各种免疫学方法, CA-27、CA-29、CA-50、CA-125、CA15-3、CA130、CA19-9、CA24-2、CA72-4等等分别参照执行		每种抗原	30	27	26	22	每项测定计费一次: 化学发光法第一档医院50元, 第二档医院45元, 第三档医院43元, 基层37元。	医保	10%	
2	002504040110200-25040401101	25040401101	糖类抗原测定 (化学发光法)			每种抗原	50	45	43	37		医保	10%	
3	002504040010100-250404001	250404001	癌胚抗原测定 (CEA)	指各种免疫学方法		项	15	14	13	11	化学发光法第一档医院34元, 第二、三档医院32元, 基层27元。	医保		
4	002504040020100-250404002	250404002	甲胎蛋白测定 (AFP)	指各种免疫学方法		项	15	14	13	11	化学发光法第一档医院34元, 第二、三档医院32元, 基层27元。	医保		
5	002504040100200-250404010	250404010	细胞角蛋白19片段测定 (CYFRA21-1)	包括细胞角蛋白18片段测定		项	30	29	28	24	化学发光法第一档医院50元, 第二档医院48元, 第三档医院46元, 基层39元。	医保	10%	
6	002504040100100-25040401001	25040401001	细胞角蛋白19片段测定 (化学发光法)			项	50	48	46	39		医保	10%	
7	002504040100200-25040401002	25040401002	细胞角蛋白18片段测定	含18片段M30和18片段M65		项	30	29	28	24		医保	10%	
8	002503100570000-250301031	250301031	胃泌素释放肽前体 (ProGRP) 测定	样本类型: 血液。样本采集、签收、处理、定标和质控, 检测样本, 审核结果, 录入实验室信息系统或人工登记, 发送报告; 按规定处理废弃物。接受临床		项	50	45	43	37		医保	10%	
9	002504040090200-250404009	250404009	神经元特异性烯醇化酶测定 (NSE)	指各种免疫学方法		项	30	29	28	24	化学发光法第一档医院50元, 第二档医院48元, 第三档医院46元, 基层39元。	医保	10%	

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	第一档	第二档	第三档	基层	说明	医保属性	先行自付比例	医保限定支付范围
10	002504040090100-25040400901	25040400901	神经元特异性烯醇化酶测定 (NS) (化学发光法)			项	50	48	46	39		医保	10%	
11	002504040120100-250404012	250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定 (SCC)	指各种免疫学方法		项	30	29	28	24	化学发光法第一档医院50元, 第二档医院48元, 第三档医院46元, 基层39元。	医保	10%	
12	002504040120200-25040401201	25040401201	鳞状细胞癌相关抗原测定 (化学发光法) (SCC)			项	50	48	46	39		医保	10%	
13	002504040050100-250404005	250404005	总前列腺特异性抗原测定 (TPSA)	指各种免疫学方法		项	30	27	26	22	化学发光法第一档医院50元, 第二档医院45元, 第三档医院43元, 基层37元。	医保	10%	
14	002504040050200-25040400501	25040400501	总前列腺特异性抗原测定 (TPSA) (化学发光法)			项	50	45	43	37		医保	10%	
15	002504040060100-250404006	250404006	游离前列腺特异性抗原测定 (FPSA)	指各种免疫学方法		项	30	27	26	22	化学发光法第一档医院50元, 第二档医院45元, 第三档医院43元, 基层37元。	医保	10%	
16	002504040060200-25040400601	25040400601	游离前列腺特异性抗原测定 (FPSA) (化学发光法)			项	50	45	43	37		医保	10%	
17	002504040070000-250404007	250404007	复合前列腺特异性抗原 (CPSA) 测定			项	30	29	28	24		医保	10%	