

附件

漳州市公立医疗机构糖类抗原测定等检验类医疗服务项目价格表

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	价格类型(政府指导价/市场调节价/待定)	计价单位	说明	价格(元)			国家归集口径	医保支付类型/医保支付类别	先行自付比例	医保限定支付范围
								市级	县级	基层				
0025031 0057000 0-25030 1031	250301 031	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;接受临床相关咨询。	/	政府指导价	项		45	41	37	化验费	医保	10%	
0025040 4001010 0-25040 4001	250404 001	癌胚抗原测定(CEA)	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 29 元,县级医院 26 元,基层医疗机构 24 元	13.5	12.2	11	化验费	医保		
0025040 4002010 0-25040 4002	250404 002	甲胎蛋白测定(AFP)	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 29 元,县级医院 26 元,基层医疗机构 24 元	13.5	12.2	11	化验费	医保		

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	价格类型(政府指导价/市场调节价/待定)	计价单位	说明	价格(元)			国家归集口径	医保支付类型/医保支付类别	先行自付比例	医保限定支付范围
								市级	县级	基层				
0025040 4005010 0-25040 4005	250404 005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 47 元, 县级医院 42 元, 基层医疗机构 38 元	27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4005020 0-25040 400501	250404 00501	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(化学发光法)	/	/	政府指导价	项		47	42	38	化验费	医保	10%	
0025040 4006010 0-25040 4006	250404 006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 47 元, 县级医院 42 元, 基层医疗机构 38 元	27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4006020 0-25040 400601	250404 00601	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(化学发光法)	/	/	政府指导价	项		47	42	38	化验费	医保	10%	

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	价格类型（政府指导价/市场调节价/待定）	计价单位	说明	价格（元）			国家归集口径	医保支付类型/医保支付类别	先行自付比例	医保限定支付范围
								市级	县级	基层				
0025040 4007000 0-25040 4007	250404 007	复合前列腺特异性抗原（CPSA）测定		/	政府指导价	项		27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4009020 0-25040 4009	250404 009	神经元特异性烯醇化酶测定（NSE）	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 45 元，县级医院 41 元，基层医疗机构 37 元	27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4009010 0-25040 400901	250404 00901	神经元特异性烯醇化酶测定（NSE）（化学发光法）	/	/	政府指导价	项		45	41	37	化验费	医保	10%	
0025040 4010020 0-25040 4010	250404 010	细胞角蛋白 19 片段测定（CYFRA21-1）	包括细胞角蛋白 18 片段测定	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院 45 元，县级医院 41 元，基层医疗机构 37 元	27	24	22	化验费	医保	10%	

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	价格类型(政府指导价/市场调节价/待定)	计价单位	说明	价格(元)			国家归集口径	医保支付类型/医保支付类别	先行自付比例	医保限定支付范围
								市级	县级	基层				
0025040 4010010 0-25040 401001	250404 01001	细胞角蛋白19片段测定(化学发光法)	/	/	政府指导价	项		45	41	37	化验费	医保	10%	
0025040 4010020 0-25040 401002	250404 01002	细胞角蛋白18片段测定	含18片段M30和18片段M65	/	政府指导价	项		27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4011010 0-25040 4011	250404 011	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	/	政府指导价	每种抗原	每项测定计费一次; 化学发光法市级医院47元, 县级医院42元, 基层医疗机构38元	27	24	22	化验费	医保	10%	
0025040 4011020 0-25040 401101	250404 01101	糖类抗原测定(化学发光法)	/	/	政府指导价	每种抗原		47	42	38	化验费	医保	10%	
0025040 4012010 0-25040 4012	250404 012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)	指各种免疫学方法	/	政府指导价	项	化学发光法市级医院45元, 县级医院41元, 基层医疗机构37元	27	24	22	化验费	医保	10%	

国家结算编码	项目编码	项目名称	项目内涵	除外内容	价格类型（政府指导价/市场调节价/待定）	计价单位	说明	价格（元）			国家归集口径	医保支付类型/医保支付类别	先行自付比例	医保限定支付范围
								市级	县级	基层				
0025040 4012020 0-25040 401201	250404 01201	鳞状细胞癌相关抗原测定（化学发光法）（SCC）	/	/	政府指导价	项		45	41	37	化验费	医保	10%	

