

漳州市医疗保障局 漳州市卫生健康委员会 文件

漳医保〔2024〕71号

漳州市医疗保障局 漳州市卫生健康委员会 关于调整糖类抗原测定等检验类医疗 服务项目价格的通知

各县（区）医保局、卫健局，市医保基金中心（含监测中心），各公立医疗机构，联勤保障部队第909医院：

根据《福建省医疗保障局关于开展医疗服务价格规范治理（第二批）工作的通知》（闽医保价采函〔2024〕119号）和《福建省医疗保障局关于调整在榕省属公立医院糖类抗原测定等检验类医疗服务项目价格的通知》（闽医保〔2024〕99号）精神，为进一步规范医疗服务价格管理，治理部分检

查检验类医疗服务项目价格，经研究，决定降低糖类抗原测定等检验类医疗服务项目价格，现将有关事项通知如下：

一、调整价格

下调糖类抗原测定、癌胚抗原测定（CEA）等17个检验类医疗服务项目价格（详见附件）。价格调整后，医保支付政策保持不变。

二、相关要求

（一）市医保中心和各县（区）医保局要加强调价政策实施的跟踪监测，密切关注调价前后服务量和总费用的变化情况，强化相关费用审核监管，防范同类可替代项目服务量急增，防止设备耗材迭代后以申报新增项目等形式变相回潮。各县（区）卫健局要督促医疗机构提供质价相符的医疗服务，进一步规范诊疗行为。市医保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上传至医疗服务价格管理子系统。

（二）各公立医疗机构和联勤保障部队第九〇九医院要严格按照价格政策规定和临床诊疗规范向患者提供服务，加强院内收费管理，规范收费行为；要按照本通知的要求，认真做好本单位收费系统的维护与更新工作，要做好医疗服务价格公示，提高价格透明度，接受社会监督。

本通知自2025年1月1日起执行。以往有关规定与本通

通知不一致的，以本通知规定为准。对执行中遇到的新情况、新问题，请及时向市医保局、市卫健委反映。

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



(此件主动公开)



2024年11月28日

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/特 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		
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%	

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/特 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 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%	
0025040 4007000 0-25040 4007	250404 007	复合前列 腺特异性 抗原测 (CPSA)测 定		/	政府指 导价	项		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 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%	
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%	

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 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%	
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%	

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，市政府办、市市场监管局。

漳州市医疗保障局办公室

2024年11月28日印发
