福建省医疗保障局文件

闽医保〔2024〕99号

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

各设区市医疗保障局、平潭综合实验区社会事业局，在榕各省属公立医院、联勤保障部队第九〇〇医院:

为贯彻落实国家医疗保障局关于开展医疗服务价格规范治理通知精神，进一步规范医疗服务价格管理，治理地区间价格差异大的部分检查检验类医疗服务价格，推进地区间医疗服务价格水平相对均衡，经研究，现就调整在榕省属公立医院（含联勤保障部队第九〇〇医院）糖类抗原测定等检验类医疗服务项目价格有关事项通知如下:

一、下调糖类抗原测定、癌胚抗原测定（CEA）等检验类项目收费标准（详见附件），价格不区分医疗机构等级。价格调整后，医保支付政策保持不变。

二、各设区市（含平潭综合实验区）本次开展医疗服务价格规范治理工作此前已统一部署。各级医保部门要加强调价政策实施的跟踪监测，密切关注调价前后项目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。

三、各地市医保部门应按要求及时做好医保信息系统更新维护工作，切实保障参保人员就医待遇。各医疗机构要按照本通知要求及时做好本单位收费系统的维护与更新工作，并做好政策宣传和价格公示工作，接受社会监督。

四、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：在榕省属公立医院部分检验类医疗服务项目价格调整表

福建省医疗保障局

2024 年 11 月 22 日

附件

在榕省属公立医院部分检验类医疗服务项目价格调整表

金额：元

序号	国家结算编码	国家项目名称	项目编码	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	省本级个人先行自付比例	医保限定支付范围
1	002504040110100-250404011	糖类抗原测定(各种免疫学方法)	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	30	每项测定计费一次；化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
2	002504040110200-25040401101	糖类抗原测定(化学发光法)	25040401101	糖类抗原测定（化学发光法）	/	/	每种抗原	50	50		医保	10%	
3	002504040010100-250404001	癌胚抗原测定(CEA)(各种免疫学方法)	250404001	癌胚抗原测定（CEA）	指各种免疫学方法	/	项	15	15	化学发光法三甲医院34元，三甲以下医院32元	医保		
4	002504040010200-25040400101	癌胚抗原测定(CEA)(化学发光法)	25040400101	癌胚抗原测定（CEA）（化学发光法）	/	/	项	34	32		医保		
5	002504040020100-250404002	甲胎蛋白测定(AFP)(各种免疫学方法)	250404002	甲胎蛋白测定（AFP）	指各种免疫学方法	/	项	15	15	化学发光法三甲医院34元，三甲以下医院32元	医保		
6	002504040020200-25040400201	甲胎蛋白测定(AFP)(化学发光法)	25040400201	甲胎蛋白测定（AFP）（化学发光法）	/	/	项	34	32		医保		
7	002504040100200-250404010	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-各种免疫学方法	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	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
8	002504040100100-25040401001	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-化学发光法	25040401001	细胞角蛋白19片段测定（化学发光法）	/	/	项	50	50		医保	10%	
9	002504040100200-25040401002	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)-各种免疫学方法	25040401002	细胞角蛋白18片段测定	含18片段M30和18片段M65	/	项	30	30		医保	10%	

序号	国家结算编码	国家项目名称	项目编码	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	省本级个人先行自付比例	医保限定支付范围
10	002503100570000-250301031	血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定	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；接受临床相关咨询。	/	项	50	50		医保	10%	
11	002504040090200-250404009	神经元特异性烯醇化酶测定(各种免疫学方法)	250404009	神经元特异性烯醇化酶测定（NSE）	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
12	002504040090100-25040400901	神经元特异性烯醇化酶测定(化学发光法)	25040400901	神经元特异性烯醇化酶测定（NSE）（化学发光法）	/	/	项	50	50		医保	10%	
13	002504040120100-250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)(各种免疫学方法)	250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定（SCC）	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
14	002504040120200-25040401201	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)(化学发光法)	25040401201	鳞状细胞癌相关抗原测定（化学发光法）（SCC）	/	/	项	50	50		医保	10%	
15	002504040050100-250404005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(各种免疫学方法)	250404005	总前列腺特异性抗原测定（TPSA）	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
16	002504040050200-25040400501	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)(化学发光法)	25040400501	总前列腺特异性抗原测定（TPSA）（化学	/	/	项	50	50		医保	10%	
17	002504040060100-250404006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(各种免疫学方法)	250404006	游离前列腺特异性抗原测定（FPSA）	指各种免疫学方法	/	项	30	30	化学发光法三甲医院50元，三甲以下医院50元	医保	10%	
18	002504040060200-25040400601	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)(化学发光法)	25040400601	游离前列腺特异性抗原测定（FPSA）（化学发光法）	/	/	项	50	50		医保	10%	
19	002504040070000-250404007	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定	250404007	复合前列腺特异性抗原（CPSA）测定		/	项	30	30		医保	10%	

信息公开类型：主动公开

抄送：省医保中心。

福建省医疗保障局办公室　　2024年11月25日印发