

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

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; 化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院45元, 第三档次医院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	化学发光法第一档次医院34元, 第二、三档次医院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	化学发光法第一档次医院34元, 第二、三档次医院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	化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院48元, 第三档次医院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		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	化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院48元, 第三档次医院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	化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院48元, 第三档次医院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	化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院45元, 第三档次医院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	化学发光法第一档次医院50元, 第二档次医院45元, 第三档次医院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%	