

张掖市医疗保障局

张医保函〔2024〕81号

张掖市医疗保障局 转发甘肃省医疗保障局关于开展医疗服务 价格规范治理（第二批）的通知

各县、区医疗保障局，市级定点医疗机构，市医保事务中心：

现将甘肃省医疗保障局《关于开展医疗服务价格规范治理（第二批）的通知》（甘医保函〔2024〕240号）转发你们，请严格按照文件要求和时间节点（全省统一自2024年12月5日零点起执行）认真贯彻执行。

附件：甘肃省医疗保障局《关于开展医疗服务价格规范治理（第二批）的通知》（甘医保函〔2024〕240号）



（公开属性：主动公开）



抄送：甘肃省医疗保障局

张掖市医疗保障局办公室

2024年11月22日印发

甘肃省医疗保障局

甘医保函〔2024〕240号

关于开展医疗服务价格规范治理 (第二批)的通知

各市州医疗保障局、甘肃矿区医疗保障局、兰州新区民政司法和社会保障局、长庆油田社保中心、省医疗保障服务中心，省管各级医疗机构：

根据国家医保局开展医疗服务价格规范治理（第二批）的通知要求，为进一步规范医疗服务价格管理，推进地区间医疗服务价格水平相对均衡，按照国家医保局对各省医疗服务价格调整价区划分和前期飞行检查情况及定点医疗机构对现行医疗服务价格政策执行中反馈意见，结合我省实际，省医保局决定对部分医疗服务价格进行动态调整，现将有关事项通知如下：

一、第二批治理项目的范围及价格

根据国家局要求和前期飞行检查情况及定点医疗机构对现行医疗服务价格政策执行中反馈，对糖类抗原测定、癌胚抗原（CEA）测定、甲胎蛋白（AFP）测定、细胞角蛋白19片段测定、神经元特异性烯醇化酶（NSE）测定、鳞状细胞癌相关抗原（SCC）测

定、总前列腺特异性抗原 (TPSA) 测定、游离前列腺特异性抗原 (FPSA) 测定、骨密度测定、电磁刺激治疗、红外热象检查共计 12 个检验检查类医疗服务价格项目进行动态调整。

按照国家医保局大数据筛查及医疗服务价格穿透分析结果，重点治理我省现行医疗服务价格中偏高的项目价格，引导医疗机构严格规范医疗服务价格行为，治理后的项目价格为我省各级公立医疗机构最高政府指导价，医疗机构可根据成本变化情况自主向下浮动价格，下浮幅度不限。

二、工作要求

(一) 各市州医疗保障局按照本通知要求，结合《甘肃省定价目录(2022版)》价格管理权限要求，组织本地区各级医疗机构按时间节点要求完成相关调整工作。同时按照医疗服务项目的价格构成，指导规范诊疗行为，加强医疗服务收费管理，密切关注治理后项目服务量和总费用变化情况，防范同类可替代项目服务量激增，防止设备耗材迭代后以申报新增项目等形式回潮。

(二) 各市州医疗保障局应在 2024 年 12 月 3 日前完成本地区价格调整工作，并抄送省医疗保障局。调整后的医疗服务价格项目全省统一自 2024 年 12 月 5 日零点起执行，请各地积极做好相关政策公示宣传和解释工作，遇有重大问题及时向省医疗保障局反馈。

特此通知。

附件：医疗服务价格规范治理（第二批）项目表



（公开属性：主动公开）

医疗服务价格规范治理（第二批）项目表

| 序号 | 医保结算上传 | 国家编码 | 项目编码 | 财务分类 | 项目名称 | 项目内涵 | 计价单位 | 说明 | 最高限价(三级) | 最高限价(二级) | 最高限价(一级) | 医保支付类别 |
|----|---------------------|---------------------|-----------|------|-------------|--|------|----|----------|----------|----------|--------|
| 1 | 0025040401 10000 | 00250404 0110000 | 250404009 | H | 糖类抗原测定 | 包括CA-27、CA-29、CA-50、CA-125、CA15-3、CA130、CA19-9、CA24-2、CA72-4。样本类型：血液。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，温育，检测，质控，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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |
| 2 | 0025040400 10000 | 00250404 0010000 | 250404001 | H | 癌胚抗原(CEA)测定 | 样本类型：血液、胸腹水。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，温育，检测，质控，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 | | 35.00 | 32.00 | 31.00 | 甲 |
| 3 | 0025040400 20000 | 00250404 0020000 | 250404002 | H | 甲胎蛋白(AFP)测定 | 样本类型：血液、胸腹水。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，温育，检测，质控，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 | | 35.00 | 32.00 | 31.00 | 甲 |
| 4 | 0025040401 00000 | 00250404 0100000 | 250404008 | H | 细胞角蛋白19片段测定 | 样本类型：血液。样本采集、签收、处理，加免疫试剂，温育，检测，质控，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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |

| 序号 | 医保结算上传 | 国家编码 | 项目编码 | 财务分类 | 项目名称 | 项目内涵 | 计价单位 | 说明 | 最高限价(三级) | 最高限价(二级) | 最高限价(一级) | 医保支付类别 |
|----|---------------------|---------------------|-----------|------|--------------------|---|------|----|----------|----------|----------|--------|
| 5 | 0025040400 90000 | 00250404 0090000 | 250404007 | H | 神经元特异性烯醇化酶(NSE)测定 | 样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 加免疫试剂, 温育, 检测, 质量控制, 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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |
| 6 | 0025040401 20000 | 00250404 0120000 | 250404010 | H | 鳞状细胞癌相关抗原(SCC)测定 | 样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 加免疫试剂, 温育, 检测, 质量控制, 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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |
| 7 | 0025040400 50000 | 00250404 0050000 | 250404003 | H | 总前列腺特异性抗原(TPSA)测定 | 样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 加免疫试剂, 温育, 检测, 质量控制, 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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |
| 8 | 0025040400 60100 | 00250404 0060100 | 250404004 | H | 游离前列腺特异性抗原(FPSA)测定 | 样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 加免疫试剂, 温育, 检测, 质量控制, 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 | | 50.00 | 45.00 | 43.00 | 甲 |
| 9 | 0025040400 70000 | 00250404 0070000 | 250404005 | H | 复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定 | 样本类型: 血液。样本采集、签收、处理, 加免疫试剂, 温育, 检测, 质量控制, 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 | | 17.00 | 15.00 | 14.00 | 甲 |

| 序号 | 医保结算上传 | 国家编码 | 项目编码 | 财务分类 | 项目名称 | 项目内涵 | 计价单位 | 说明 | 最高限价(三级) | 最高限价(二级) | 最高限价(一级) | 医保支付类别 |
|----|---------------------|---------------------|------------|------|--------|---|------|---------------|----------|----------|----------|--------|
| 10 | 340100032 | 62340100 0670000 | 340100032 | E | 电磁刺激治疗 | 通过电、磁、脉冲、振动等各类物理刺激治疗各类功能障碍性疾病,包括产后、术后神经和肌肉受损功能治疗。所定价格涵盖各类物理刺激治疗等治疗项目的人力资源和基本物质资源消耗。 | 次·日 | | 100.00 | 90.00 | 86.00 | 甲 |
| 11 | 230200054A | 00230200 0550000 | 230200054A | D | 骨密度测定 | | 部位 | 每次计费不得超过300元。 | 105.00 | 95.00 | 90.00 | 乙 |
| 12 | 0021050000 10000 | 00210500 0010000 | 210400001 | D | 红外热象检查 | 患者暴露检查部位,使用红外热象检查设备图像采集,计算机平面图像处理,医师判读结果。图文报告。 | 次 | | 15.00 | 14.00 | 13.00 | 甲 |

