

降低规范“糖类抗原测定”等10项医疗服务项目价格表

序号	财务分类	编码	项目名称	项目内涵	除外内容	计价单位	价格						说明
							一类		二类		三类		
							省级	市级	省、市级	县级	市级	县级	
1	H	250404011	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、VEGF等等		项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取，每项测定计费一次
2	H	250404001	癌胚抗原测定(CEA)			项	13	12	11	10	8	8	发光免疫法按35元收取
3	H	250404002	甲胎蛋白测定(AFP)			项	13	12	11	10	8	8	发光免疫法按35元收取
4	H	250404010	细胞角蛋白19片段测定(CYFRA21-1)	包括角蛋白19-2G2，角蛋白18-3A9		项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取
5	H	250310057	血清胃泌素释放肽前体(ProGRP)测定			项	50	48	43	38	33	30	
6	H	250404009	神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)			项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取
7	H	250404012	鳞状细胞癌相关抗原测定(SCC)			项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取
8	H	250404005	总前列腺特异性抗原测定(TPSA)			项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取
9	H	250404006	游离前列腺特异性抗原测定(FPSA)			项	27	26	23	20	18	16	发光免疫法按50元收取
10	H	250404007	复合前列腺特异性抗原(CPSA)测定			项	30	29	26	23	20	18	