附件1

定点医疗机构医保基金使用负面清单

一、国家飞行检查定点医疗机构医保基金使用负面清单

（一）心血管内科类（12条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 心内科开展经血管介入等治疗，实际使用的一次性高值耗材数量与收费数量不符。 | 导管、导丝、起搏器、支架、球囊等一次性高值耗材使用的真实性。 | 虚构医药服务项目或重复收费 | 示例：某医院为急性心肌梗死患者开展经皮冠状动脉内支架置入术，术中实际使用\*\*公司生产的冠脉导引导丝1根，但按照3根收取费用，其中2根属于虚构医药服务项目或重复收费。 |
| 2 | 心内科经血管介入治疗使用的不同厂家、不同规格、不同价格的一次性高值耗材之间相互串换收费。 | 导管、导丝、起搏器、支架、球囊等一次性高值耗材使用的真实性。 | 串换项目 | 示例：某医院为冠心病患者开展经皮冠状动脉腔内成形术，术中使用\*\*公司生产的普通球囊（非药物涂层球囊，单价3300元/个），但按照该公司生产的药物涂层球囊（单价6400元/个）进行收费，属于串换项目。 |
| 3 | 开展冠脉介入项目，重复收取冠脉造影费用。 | 《诊疗目录》（泛指各地执行的医疗服务项目价格和医保支付政策，因不同地方政策不同，各地应结合本地政策参考使用，下同）中，冠脉腔内成形术/球囊扩张术、支架置入术、腔内激光成形术、内膜旋磨术、溶栓术、局部放射治疗术、局部药物释放治疗术、心肌血管重建术等冠脉介入项目内涵：含靶血管造影。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，冠状动脉内膜定向旋切术项目内涵：含靶血管造影。某医院为急性心肌梗塞的患者行冠状动脉内膜定向旋切术，手术步骤为靶血管造影、送入旋切导管、充盈球囊旋切病变、撤出器械。医院收取“冠状动脉内膜定向旋切术”、“冠状动脉造影术”费用。其中，“冠状动肺造影术”为重复收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 4 | 开展同一段冠脉血管病变介入项目，重复收取扩张术费用。 | 《诊疗目录》中，冠脉内支架置入术、内膜旋磨术、腔内激光成形术等经血管介入项目内涵：含主要操作步骤之前的球囊预扩张或之后的球囊扩张。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）项目内涵：含为放置冠脉内支架而进行的球囊预扩张和支架打开后的支架内球囊高压扩张。某医院为患者行左前降支支架置入术，手术步骤包括靶血管造影、球囊预扩张、置入支架、球囊高压扩张、撤出器械。医院收取“经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）”和2次“经皮动脉内球囊扩张术”费用。其为重复收费。 |
| 5 | 开展同一段冠脉血管病变介入项目，重复收取支架置入费用。 | 《诊疗目录》中，冠脉内膜旋磨术、腔内激光成形术等经血管介入项目内涵：含支架置入。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，高速冠状动脉内膜旋磨术项目内涵：含旋磨后支架置入。某医院为严重冠心病患者行前降支高速冠状动脉内膜旋磨术，手术步骤包括靶血管造影、送入旋磨导丝、推进病变旋磨、置入支架、撤出器械。医院收取“高速冠状动脉内膜旋磨术”和“经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）”费用。其中，“经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）”为重复收费。 |
| 6 | 开展经血管介入诊疗项目，重复收取麻醉、穿刺、注射、置管等费用。 | 《诊疗目录》中，经血管介入治疗分类内涵：含局部麻醉、穿刺、注射、置管费用涉及冠脉造影术、多普勒血流测量术、血管内超声检查、腔内成形术、支架置入术、激光成形术、溶栓术等具体诊疗项目。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》经血管介入诊疗总说明明确，经血管介入治疗已含局部麻醉、穿刺、注射、置管、数字减影DSA、X线电视录像、拍片及胶片费，不得另行收费。某医院对所有接受介入治疗的患者，除收取对应手术治疗费用外，额外收取“静脉注射”、“静脉输液”费用。“静脉注射”或“静脉输液”费用为重复收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 7 | 开展经血管介入项目，扩张多支血管超出计价标准。 | 《诊疗目录》中，经血管介入治疗总说明明确，经血管介入治疗以扩张一支冠脉血管为基价，扩张多支血管加收一定比例涉及冠脉腔内成形术/球囊扩张术、支架置入术、腔内激光成形术、内膜旋磨术、内膜旋切术、溶栓术、局部放射治疗术、局部药物释放治疗术等具体诊疗项目。 | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，介入治疗原则上以经一根血管的介入治疗为起点，每增加一根血管的治疗加收20%。某医院为严重冠心病的患者行经皮冠状动脉腔内成形术，扩张3支血管。医院按全价收取3次“经皮冠状动脉腔内成形术（PTCA）”费用，其中2次应按全价的20%收取，超出部分为超标准收费。 |
| 8 | 开展冠脉内局部放射治疗，重复收取同位素放射源及放疗装置的使用费用。 | 《诊疗目录》中，冠脉内局部放射治疗术项目内涵：含同位素放射源及放疗装置的使用。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，冠脉内局部放射治疗术项目内涵：含冠脉造影、同位素放射源及放疗装置的使用。某医院为动脉粥样硬化患者开展冠脉内局部放射治疗，已收取“冠脉内局部放射治疗术”费用，重复收取同位素放射源费用，属于重复收费。 |
| 9 | 动态心电图与遥测心电监护项目互相串换收费。 | 《诊疗目录》中，动态心电图项目内涵；皮肤清洁处理，安放电极，固定电极及导线，使用心电图机，指导患者记录，一般连续记录24小时，有效记录时间应在22小时以上，计算机辅助人工分析数据，出具报告；按次计价。遥测心电监护项目内涵：皮肤清洁处理，安放并固定电极，通过中心工作站实时监护心电变化，按小时计价。 | 串换项目 | 示例：某医院为心悸患者使用心电图机，安放电极后进行24小时心电图检查，应收取“动态心电图”（单价：160元/次）费用，但医院实际按照“遥测心电监护”（单价：10元/小时）收取费用，24小时收取240元属于串换项目。 |
| 10 | 开展遥测心电监护，重复收取心电监测费用。 | 《诊疗目录》中，遥测心电监护项目内涵：皮肤清洁处理，安放并固定电极，通过中心工作站实时监护心电变化。心电监测项目内涵：使用无创心电监测设备设定监测参数，实时监测心电变化，含呼吸频率监测。 | 重复收费 | 示例：某医院为室性心律失常患者设置监护导联，通过中心工作站实时监护心电变化，共监护24小时。医院按照24小时同时收取“遥测心电监护”（单价:10元/小时）、“心电监测”（单价:3.5元/小时）费用。其中，“心电监测”为重复收费。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 11 | 使用血压计、监护仪监测血压，按照动态血压监测进行收费。 | 《诊疗目录》中，动态血压监测项目内涵：气袖均匀紧贴皮肤缠于上臂，以动态血压监测仪自动测量血压，指导患者记录当天的日常活动，取下记录仪输入电脑，经相关软件编辑，并按设定间期记录20小时以上血压 | 重复收费或串换项目 | 示例：某医院医护人员为住院患者开展体温、测血压等生命体征监测，属于常规的护理操作，不应额外收费，但医院按照“动态血压监测”（单价：6元/小时）收取费用，属于重复收费。 |
| 12 | 未按照心脏电生理检查项目计价标准收费。 | 《诊疗目录》中，有创性血流动力学监测、心排出量测定、心内电生理检查等心脏电生理检查项目计价单位为“次”， | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，有创性心内电生理检查，计价单位为次，单价头1900元/次。某医院为患者开展有创性心内电生理检查，检查时长2小时，应收取1次“有创性心内电生理检查”费用，但医院按小时计费收取2次，属于超标准收费。 |

（二）骨科类（15条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 骨科一次性使用高值耗材，收费数量超出实际使用数量。 | 髓内钉、螺钉、金属接骨板、关节钢板骨针、人工骨、异体骨、固定棒、椎间融合器、骨水泥、脊柱内镜、等离子刀头、钛板等一次性高值耗材使用的真实性。 | 虚构医药服务项目或重复收费 | 示例：某医院为骨折患者开展切开复位内固定手术，术中使用金属接骨板2块、接骨螺钉8个。但医院按金属接骨板3块、接骨螺钉10个进行收费，超出实际使用数量收费的部分属于虚构医药服务项目或重复收费。 |
| 2 | 不同厂家、不同规格、不同价格的骨科一次性使用高值耗材之间相互串换收费。 | 髓内钉、螺钉、金属接骨板、关节钢板、骨针、人工骨、异体骨、固定棒、椎间融合器、骨水泥、脊柱内镜、等离子刀头、钛板等一次性高值耗材使用的真实性。 | 串换项目 | 示例：某医院为骨折患者开展切开复位内固定手术，术中使用普通接骨螺钉（单价650元/个）8个，但按照自攻型锁定钉（单价1200元/个）8个进行收费，属于串换项目。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 3 | 将成套使用的人工关节、内固定材料等拆分为单个组件收费，单个组件收取费用之和大于成套费用。 | 公立医疗机构执行医用耗材“零差率”销售政策。 | 分解收费 | 示例：某医院将成套使用的“人工髋关节”（1套价格2万元），拆分头“股骨柄”“金属头”“髋臼内杯”“髋臼杯系统”分别收费，四个部件费用合计2.5万元，超出成套价格属于分解收费。 |
| 4 | 各类骨折切开复位内固定术间相互串换收费。 | 各类骨折切开复位内固定术收费的准确性。 | 串换项目 | 示例：某医院为四肢骨折患者开展内外踝骨折切开复位内固定手术，应当收取“内外踝骨折切开复位内固定术”费用（单价：2200元），实际收取“三踝骨折切开复位内固定术”费用（单价：3100元）,属于串换项目。 |
| 5 | 将椎间盘消融治疗操作串换为心脏电生理诊疗项目分类下的射频消融术收费。 | 《诊疗目录》中，“射频消融术”属于心脏电生理诊疗类，肿瘤消融、椎间盘消融等诊疗操作有其他对应的诊疗项目 | 串换项目 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，椎间盘微创消融术按射频、臭氧、离子等消融方式分别计价，单价介于2200元—3200元/每间盘之间。某医院为腰椎间盘突出症患者行腰椎间盘射频消融术，应收取“腰椎间盘射频消融术”费用（单价：2500元），但医院实际收取心脏电生理诊疗项目下的“射频消融术”（单价:4200元）,属于串换项目。 |
| 6 | 开展椎间融合器植入植骨融合术，重复收取脊髓和神经根粘连松解术、减压术费用。 | 《诊疗目录》中，脊柱椎间融合器植入植骨融合术项目内涵：含脊髓神经根松解、椎板切除减压， | 重复收费 | 示例：某医院为脊柱滑脱患者行脊柱椎间融合器植入植骨融合术，收取“脊柱椎间融合器植入植骨融合术’“脊髓和神经根粘连松解术”费用。其中：“脊髓和神经根粘连松解术”属于重复收费。 |
| 7 | 开展椎间盘髓核摘除术并收费，重复收取椎间盘摘除术、椎间盘消融术费用。 | 开展椎间盘髓核摘除术，手术范围已包括摘除椎间盘。 | 重复收费 | 示例：某医院为腰椎间盘突出症患者行后路腰椎间盘镜椎间盘髓核摘除术，收取“后路腰椎间盘镜椎间盘髓核摘除术（MED）”“经皮激光腰椎间盘摘除术”“椎间盘微创消融术”等费用。其中，“经皮激光腰椎间盘摘除术”“椎间盘微创消融术”为重复收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 8 | 开展关节镜下手术（如半月板修整、韧带重建、骨折复位、滑膜切除等），重复收取关节镜检查费用。 | 相应诊疗规范。 | 重复收费 | 示例：某医院为严重膝关节退行性病变患者行关节镜下关节滑膜切除术每例收取“关节滑膜切除术”和“关节镜检查”费用，“关节镜检查”费用为重复收费。 |
| 9 | 未按照手术使用设备加收计价单位收费。 | 《诊疗目录》中，电/气钻、电/气锯、高频电刀等手术使用设备加收的计价单位为“次”。 | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，使用动力钻加收单价为350元，计价单位为次。某医院对胫腓骨骨折患者行切开复位内固定手术，将动力钻使用按胫骨、腓骨两部位分别计费，一次手术收费共收取2次“使用动力钻加收”，属于超标准收费。 |
| 10 | 开展关节腔灌注治疗，重复收取关节穿刺费用。 | 《诊疗目录》中，关节腔灌注治疗项目内涵：含穿刺。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，关节腔灌注治疗项目内涵为：含关节穿刺。某医院对膝关节积液患者行关节腔灌注治疗，收取“关节腔灌注治疗”“关节穿刺术”费用。其中，“关节穿刺术”费用为重复收费。 |
| 11 | 不同的中医骨科手法整复术之间串换收费。 | 《诊疗目录》中，中医骨折手法整复术按照部位、操作方式不同，有不同的诊疗项目。 | 串换项目 | 示例：某医院中医师对脊柱骨折患者，通过牵引过伸按压法进行复位，应收取“骨折手法整复术”（单价210元）费用，但实际收取“麻醉下腰椎间盘突出症大手法治疗”（单价700元）费用，属于串换项目。 |
| 12 | 开展C型臂术中透视等项目，未按照计价标准进行收费。 | 《诊疗目录》中，C型臂术中透视计价单位为“次”或“半小时”，有的省份规定每例手术C型臂术中透视超标准收费计费不得超过一定次数或金额。 |  | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，C型臂术中透视单价为50元/半小时，每例手术最多不超过250元。某医院为患者开展骨折切开复位内固定手术，术中C型臂透视7次，医院收取7次“C型臂术中透视”费用，属于超标准收费。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 13 | 开展骨密度测定等项目，未按照计价标准进行收费。 | 《诊疗目录》中，骨密度测定计价单位为“次”。 | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，骨密度测定计价单位为“次”。某医院为患者开展“骨密度测定”，分别测定腰椎、髋部、前臂3个部位，应按照1次“骨密度测定”收费，但医院实际收取3次费用，属于超标准收费。 |
| 14 | 将普通手术切口的缝合步骤，按照皮瓣成形术进行收费。 | 相应诊疗规范。 | 重复收费 | 示例：某医院为患者行肘关节游离体切开取出术，手术步骤为切开关节、取出游离体、探查前后关节腔、冲洗、缝合包扎。医院收取“肘关节游离体切开取出术”“任意皮瓣成形术”费用，其中，“任意皮瓣成形术”为重复收费。 |
| 15 | 开展腔镜等微创类手术时，超标准收取特大换药或大换药费用。 | 《诊疗目录》中，依据实际换药面积大小或使用敷料多少，分特大、大、中、小换药。 | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定，特大换药指创面面积在50cm²以上或创面长度在25cm以上。某医院开展射频消融腰椎间盘摘除术后换药，将微创手术创面按照“特大换药”收取费用，属于超标准收费。 |

（三）血液净化类（6条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 开展血液净化类诊疗项目，将不能单独收费的一次性耗材进行额外收费。 | 《诊疗目录》中，血液透析、血液灌流、血液滤过等项目，一次性耗材不属于除外内容。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，血液滤过无可另行收费的除外内容。某医院对慢性肾功能衰竭患者开展血液滤过治疗，将不能单独收费的一次性管路、废液袋进行收费，属于重复收费。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 2 | 开展连续性血液净化/连续性肾脏替代治疗，同时重复收取血液透析费用。 | 《诊疗目录》中，连续性血液净化项目内涵：含透析液。连续性肾脏替代治疗项目内涵：含连续性血液滤过、连续性血液透析、连续性血液透析滤过、缓慢单纯超滤、高容量血液滤过、缓慢低流量每日透析等。按照相应诊疗规范，连续性血液净化/连续性肾脏替代治疗，包括血液透析治疗内容。 | 重复收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，连续性血液净化单价120元/小时，血液透析单价400元/次。某医院对慢性肾功能衰竭患者进行连续性血液净化，持续24小时，收取“连续性肾脏替代治疗”费用共2880元，同时收取“血液透析”费用400元，其中“血液透析”费用为重复收费。 |
| 3 | 按小时收费的血液净化类诊疗项目（如自动腹膜透析、连续性血液净化等），收费数量超过实际提供的诊疗服务数量。 | 血液净化类诊疗项目收费的准确性。 | 重复收费 | 示例：某慢性肾功能衰竭患者，住院3天，医院开展“连续性血液净化”，上下机时间间隔为24小时，但实际收费数量为26小时，大于实际透析时长，属于重复收费。 |
| 4 | 按次收费的血液净化类诊疗项目，按治疗时长进行收费。 | 《诊疗目录》中，血液透析、血液灌流、血液滤过、血液透析滤过、血透监测等项目计价单位为“次”。 | 超标准收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，血液透析滤过单价600元，计价单位为次。某医院对慢性肾功能衰竭患者进行血液透析滤过治疗，治疗时长4小时，应收取1次“血液透析滤过”费用600元。但医院以小时为单位收取4次“血液透析滤过”费用共2400元，属于超标准收费。 |
| 5 | 将血液透析滤过项目分解为多个项目分别收费。 | 《诊疗目录》中，血液透析滤过项目内涵是使用血液透析滤过机和相应管路，将病人血液引出体外并利用血液滤过器进行血液透析加滤过治疗。 | 分解收费 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，血液透析滤过单价600元/次，血液透析单价400元/次，血液滤过单价300元/次。某医院使用血液透析滤过机，对慢性肾功能衰竭患者进行血液透析加滤过治疗，应收取“血液透析滤过”费用600元，但实际收取“血液透析”费用400元和“血液滤过”费用300元，属于分解收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 6 | 开展血液净化类诊疗项目时，将费用较低的项目串换成费用较高的项目进行收费。 | 相应诊疗规范。 | 串换项目 | 示例：某省《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，血液透析滤过单价600元/次，血液滤过单价300元/次。某医院使用血液透析滤过机，对患者进行血液滤过治疗，应收取“血液滤过”费用300元，但实际收取“血液透析滤过"费用600元，属于串换项目。 |

（四）康复类（16条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 开展言语能力筛查，将不符合医保限定支付条件的费用纳入医保支付。 | 《诊疗目录》中，言语能力筛查项目支付条件：限支付疑似言语功能障碍患者，不包括言语功能不能恢复的患者，一个疾病过程支付不超过两次。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为失去言语理解、表述能力一年的脑梗死住院病人开展言语能力筛查3次（超过2次），医保支付3次。该案例中，患者所患疾病和支付次数均超出医保限定支付条件。 |
| 2 | 开展吞咽功能障碍检查将不符合医保限定支付数量的费用纳入医保支付。 | 《诊疗目录》中，吞咽功能障碍检查项目支付条件：一个疾病过程支付不超过三次。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院对脑梗患者在一次住院期间开展吞咽功能障碍检查6次，医保支付6次，其中3次超出医保限定支付条件。 |
| 3 | 开展手功能评定项目，医保支付存在下述问题1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付的总时间或评定间隔时间。 | 《诊疗目录》中，手功能评定项目支付条件：明确手功能障碍，且支付总时间不超过90天，评定间隔时间不短于14天。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为手部功能正常的患者进行手功能评定，住院21天每7天评定1次，住院周期内共评定3次（评定间隔时间短于14天），费用均由医保支付。该案例中，患者无医保限定支付适应症，且不满足医保限定支付的评定间隔。 |
| 4 | 开展脑瘫肢体综合训练医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付对象；2.不符合医保支付年龄限制；3.同时开展运动疗法时，超出医保支付限制。 | 《诊疗目录》中，脑瘫肢体综合训练限支付儿童。3岁以前，每年支付不超过6个月；3岁以后，每年支付不超过3个月。支付总年限不超过5年；每日支付不超过2次。与运动疗法同时使用时只支付其中1项限定支付范围。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为成人患者开展脑瘫肢体综合训练10天，费用由医保支付。该案例中，成人患者非医保限定的支付对象。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 5 | 开展截瘫肢体综合训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付天数及频次；2.同时使用运动疗法时，超出医保支付限制。 | 《诊疗目录》中，截瘫肢体综合训练一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次。与运动疗法同时使用时只支付其中1项。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为患者每天进行截瘫肢体综合训练和运动疗法，共收费100天，截瘫肢体综合训练和运动疗法分别每日支付1次，超出医保限定支付的天数，且不符合同时使用运动疗法时只支付1项的限制。 |
| 6 | 开展截肢肢体综合训练将不符合医保限定支付天数的费用纳入医保支付。 | 《人力资源社会保障部国家卫生计生委民政部财政部中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发（2016）23号）规定，上肢训练支付不超过30天，下肢训练支付不超过20天，髋关节或肩关节离断、高位大腿截肢训练支付不超过90天。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院开展截肢肢体综合训练时，上肢训练收费40天，下肢训练收费40天，费用均由医保支付超出上肢、下肢医保支付分别不超过30天、20天的限制。 |
| 7 | 开展运动疗法，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数及频次；3.与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时，不符合医保支付限制。 | 《诊疗目录》中，运动疗法限支付器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者，个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（包括项目合并计算）。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中1项。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为脑梗死偏瘫肢体活动障碍住院病人，每天进行运动疗法和偏瘫肢体综合训练，2个项目费用每天均由医保支付。该案例中，患者所患疾病不符合医保限定支付适应症，且不符合与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中1项的限制。 |
| 8 | 开展大关节松动训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数。 | 《诊疗目录》中，大关节松动训练支付条件为有明确的关节活动障碍，且一个疾病过程支付不超过90天。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院对关节活动度正常的髋关节炎患者，进行大关节松动训练，费用由医保支付，不符合医保限定支付适应症。 |
| 9 | 开展电动起立床训练，医保支付存在下述问题1.不符合医保限定支付场景；2.不符合医保限定支付康复目标；3.不符合医保限定支付天数。 | 《诊疗目录》中，电动起立床训练限支付住院期间，以减少卧床并发症为治疗目的或者以直立行动为康复目标，支付不超过30天。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院对门诊病人开展电动起立床训练10日，费用由医保支付，不符合医保限支付住院期间费用的限制。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 10 | 开展徒手手功能训练，医保支付存在下述问题1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数。 | 《诊疗目录》中，徒手手功能训练支付条件为有明确的手功能障碍，且一个疾病过程支付不超过90天。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院对手功能正常患者，进行徒手手功能训练，费用由医保支付，不符合医保限定支付的适应症。 |
| 11 | 开展作业疗法，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数及频次。 | 《诊疗目录》中，作业疗法限支付器质性病变导致的生活、工作能力障碍。一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为焦虑抑郁病人（属于功能性的生活、工作能力障碍，非器质性病变）开展作业疗法15日，费用由医保支付，不符合医保限支付器质性病变导致障碍的限制。 |
| 12 | 开展偏瘫肢体综合训练医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付天数及频次；2.与运动疗法同时使用时，不符合医保支付限制。 | 《诊疗目录》中，偏瘫肢体综合训练1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次，与运动疗法同时使用时只支付其中1项。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为脑梗偏瘫病人每日进行偏瘫肢体综合训练和运动疗法，两个治疗项目费用均由医保支付，不符合与运动疗法同时使用时只支付1项的限制条件。 |
| 13 | 开展精神障碍作业疗法训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合人员资质限制；3.不符合医保限定支付天数及频次。 | 《诊疗目录》中，精神障碍作业疗法训练限支付精神障碍康复期患者，在精神卫生机构或康复医疗机构，由具有资格的精神卫生专业人员或在其指导下的社工操作，且每年支付不超过90天，每天支付不超过一次。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某精神病医院对精神分裂症急性期患者（非康复期）开展精神障碍作业疗法训练10日，费用由医保支付，不符合医保限支付精神障碍康复期患者的限制。 |
| 14 | 开展日常生活动作训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数；3.不符合医保继续支付的限定条件。 | 《诊疗目录》中，日常生活动作训练限支付日常生活活动能力障碍（ADL）患者，重度患者支付不超过90天，中度患者支付不超过60天，轻度患者支付不超过30天，每14天训练经功能量表评定后取得明确功能进步才可继续支付。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某患者可以正常生活并能自理，但医院在其住院期间，每日开展日常生活动作训练，费用由医保支付，不符合医保限定支付适应症。 |
| 15 | 开展吞咽功能障碍训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付医院限制；3.不符合医保限定支付天数及频次。 | 《诊疗目录》中，吞咽功能障碍训练限支付中、重度功能障碍；三级医院康复科或康复专科医院使用。一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（含普通训练和器械训练）。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为脑梗死病人进行吞咽功能障碍训练10天，费用由医保支付，但住院病历记录该病人吞咽功能正常，饮水无呛咳，不符合医保限定支付适应症。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 16 | 开展认知知觉功能障碍训练，医保支付存在下述问题：1.不符合医保限定支付适应症；2.不符合医保限定支付天数及频次。 | 《诊疗目录》中，认知知觉功能障碍训练限支付器质性病变导致的认知知觉功能障碍。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次。 | 将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算 | 示例：某医院为焦虑抑郁状态（属于功能性障碍、非器质性病变）患者开展认知知觉功能障碍训练5天，费用由医保支付，不符合医保限支付器质性病变导致障碍的限制。 |

（五）医学影像类（14条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 开展数字化摄影（DR），将胶片等一次性耗材费用串换为诊疗项目收费。 | 《诊疗项目》中，X线摄影分类项目下，以胶片尺寸命名的项目实际是诊疗项目含曝光、冲洗、诊断和胶片等费用，非胶片等一次性耗材使用费用。 | 串换项目 | 示例：某医院开展数据化摄影（DR），使用10×12时胶片，胶片采购单价为8元/片，应按照8元/片进行收费，但医院对照当地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中X线摄影分类项目下10×12时X线摄影项目收费（单价：16元/片），属于串换项目。 |
| 2 | 开展数字化摄影（DR），收取胶片费用超出实际使用张数。 | 胶片收费的准确性。 | 重复收费 | 示例：某医院开展数字化摄影（DR），正侧位2次曝光，影像打印在一张胶片上，应收取1张胶片费用，但实际收取2张胶片费用，属于重复收费。 |
| 3 | 开展X线摄影检查并收费，重复收取X线透视费用。 | X线透视一般指使用传统X线设备开展的影像检查，X线摄影（DR）设备与传统X线设备不兼容。 | 重复收费 | 示例：某医院对患者开展足部X线摄影（DR）检查，收取“X线摄影（DR）”和“普通透视（四肢）”费用，其中“普通透视（四肢）”为重复收费。 |
| 4 | 开展经皮超选择性动脉造影，重复收取经皮选择性动脉造影。 | 相应诊疗规范。 | 重复收费 | 示例：某医院开展经皮超选择性肝动脉造影，操作步骤为动脉穿刺、置入鞘管、超选择性肝动脉造影，收取“经皮超选择性动脉造影”“经皮选择性动脉造影”费用。其中，“经皮选择性动脉造影”属于重复收费。 |
| 5 | 开展非超声检查项目并收费，重复收取属于超声检查项目类别下的图象记录费用。 | 《诊疗项目》中，计算机图文报告、彩色胶片报告属于超声检查分类下的图象记录附加收费项目. | 重复收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定：“计算机图文报告”“彩色胶片报告"属于超声检查分类下的图象记录附加收费项目。某医院将磁共振检查出具的报告，按照“计算机图文报告”收取费用，属于重复收费。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 6 | 违反彩色多普勒超声等影像检查项目计价单位收费。 | 《诊疗项目》中，彩色多普勒超声类检查项目有不同的计价单位，如按“每肢”“每个部位”“每支血管”“每次”“每人次”等进行计价。 | 超标准收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，四肢血管彩色多普勒超声按“每肢”进行计价收费。某医院按肢体中的血管数量多次收费，属于超标准收费。 |
| 7 | 开展某一系统的影像检查（如X线检查、超声检查等）时，将该系统组成部分另行收费。 | 相应诊疗规范和《诊疗目录》。 | 重复收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，上消化道造影内涵：含食管、胃、十二指肠造影。某医院开展上消化道造影，收取“上消化道造影”“食管造影”费用。其中“食管造影”属于重复收费。 |
| 8 | 为同一患者开展多个部位或多次同类影像检查（如CT、磁共振、超声等），未按计价标准收费。 | 《诊疗目录》中，对同一患者多个部位同时开展CT、磁共振、超声等检查，第二个以上部位或第二次以上检查，按原价一定比例收费或按照加收项目收费。 | 超标准收费 | 示例1：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，X线计算机体层（CT）扫描统一说明：对同一患者多个部位同时检查时，第二个以上部位应按50%收费。某医院对患者同时开展上腹部、下腹部CT平扫，应收取1.5次“普通CT平扫’费用，但医院实际收取2次，属于超标准收费。示例2：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定：磁共振对同一患者多部位同时检查时，第二个以上部位应收取加收项目。某医院对同一部位正、侧位磁共振扫描，应收取“磁共振平扫”“磁共振平扫加收”费用，实际收取2次“磁共振平扫”费用，属于超标准收费。 |
| 9 | 开展床旁检查（如X线透视检查、超声检查等）并收费，重复收取同类常规检查费用， | 《诊疗目录》中，床旁检查不得与常规检查重复计价, | 重复收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》规定：床旁透视与透视常规检查不能同时收取费用。某医院对重症患者开展床旁透视，收取“床旁透视”“透视常规检查”费用。其中，“透视常规检查”属于重复收费。类似的还有床旁B超检查、床旁彩色多普勒超声检查、床旁超声心动图等。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 10 | 开展CT、磁共振等增强扫描，重复收取平扫费用。 | 《诊疗目录》中，CT、磁共振平扫后同时进行增强扫描，不同省份计价标准不同。有的省份两个项目分别计价且不得同时收费，有的省份在平扫费用基础上加收一定费用 | 重复收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，CT平扫单价为80元/部位，CT增强扫描单价为120元/部位，且明确规定CT平扫与CT增强扫描不得同时收费。某医院对患者开展CT增强扫描，因在注射增强剂前进行一次平扫，故同时收取“CT平扫”“CT增强扫描”费用。其中，“CT平扫”属于重复收费。 |
| 11 | 将针对特定科室、特定适应症的检查项目（如CT、彩超等）作为常规检查，向大多数患者普遍开展并收费， | 临床路径及检查适应症。 | 过度检查 | 示例1：某医院以CT机带三维重建功能为由，对所有CT检查的患者均收取三维重建、冠矢状面重建费用实际对大部分患者的诊断均未使用重建影像，属于过度检查。示例2：某医院眼科将胸部CT作为眼科疾病必查项目，属于过度检查。示例3：某医院将“颈部血管彩色多普勒超声”“四肢血管彩色多普勒超声”“四肢多普勒血流图”检查作为住院患者的常规检查，属于过度检查。 |
| 12 | 将在低分辨率、低排数、低场强设备上开展的CT、磁共振检查按照高分辨率、高排数、高场强设备计价收费。 | 《诊疗项目》中，X线计算机体层（CT）磁共振等检查按设备型号、性能分别计价。 | 串换项目 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中,磁共振平扫项目内涵:场强≥0.5T,<1.5T的每部位收费420元，场强3.0T及以上每部位840元。某医院磁共振机场强0.5T，按每部位840元收费，属于串换项目 |
| 13 | 开展临床操作的各类影像引导（如CT、磁共振、超声等），收取引导费用时重复收取相应部位的检查费用，或者收取图文报告、胶片费用 | 各类影像引导是临床医师在开展治疗、手术时为动态观察操作过程、精准定位相关病灶而实施的辅助操作，而各类影像检查是为诊断疾病通过一定方式显示人体器官组织的形态状况等图像的检查方式，开展引导不应收取检查费用，也不应该收取反映影像检查结果的载体如图文报告、胶片等的费用 | 重复收费 | 示例：某医院开展肝囊肿穿刺，使用彩超引导，在收取“临床操作的彩色多普勒超声引导”费用的同时，重复收取“彩色多普勒超声常规检查”“浅表器官彩色多普勒超声检查”“计算机图文报告”等费用，属于重复收费。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 14 | 未进行血管造影操作，收取非血管介入临床操作数字减影（DSA）引导费用。 | 非血管介入临床操作数字减影（DSA）引导指利用数字减影血管造影引导辅助完成临床诊疗过程，适用于心、脑、全身血管造影，介入治疗等。 | 串换项目 | 示例：某医院使用数字减影血管造影机（DSA）为患者开展气管造影检查，除支气管造影费用外应当收取“临床操作的CT引导”（单价180元）费用，实际收取“非血管介入临床操作数字减影（DSA）引导”（单价600元）费用，属于串换项目。 |

（六）临床检验类（4条）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 1 | 将针对特定科室、特定适应症的检查项目作为常规检查，向大多数患者普遍开展并收费。 | 相应诊疗规范。 | 过度检查 | 示例：粪寄生虫镜检一般用于寄生虫感染的诊断。某医院为心血管内科患者普遍无指征开具“粪寄生虫镜检”并收费，属于过度检查。其他类似的示例还有：1、为开展凝血功能检查的患者普遍开具“血浆D-二聚体测定”；2、同时开展“C一反应蛋白”与“超敏C反应蛋白”；3、为开展肾功能检查的患者普遍开具“血清胱抑素测定”；4、为开展血脂检查的患者普遍开具“血清载脂蛋白AI测定”；5、大规模同时开具“降钙素原（PCT）”“超敏C反应蛋白（hs-CRP）”“N端-B型钠尿肽前体（NT-ProBNP）"检测;6、为开展“梅毒螺旋体特异抗体测定"患者普遍开具“不加热血清反应素试验”；7、将“癌胚抗原测定”“糖类抗原测定”“糖化血红蛋白测定”“血栓弹力图试验”列入患者入院常规检查大规模开展。 |
| 2 | 违反临床检验项目计价单位收费。 | 《诊疗项目》中，不同的临床检查项目，存在项、次、每个抗原等不同的计费单位。 | 超标准收费 | 示例：某地《公立医疗机构基本医疗服务项目目录》中，血栓弹力图试验（TEG）项目内涵：按“项”收费。某医院开展血栓弹力图试验（TEG）检查，按检查使用的试剂杯数收费，属于超标准收费。 |
| 序号 | 问题 | 有关依据 | 违规类型 | 违规示例 |
| 3 | 各类临床检验项目不同检验方法学之间相互串换收费。 | 《诊疗目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。 | 串换项目 | 示例：某医院使用酶法开展葡萄糖测定（单价5.52元/次）,但按照干化学法（单价:9.20元/次）进行收费，属于串换项目。 |
| 4 | 不同临床检验项目之间相互串换收费。 | 临床检验项目收费的准确性。 | 串换项目 | 示例：某医院开展B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定,但按照N端-B型钠尿肽前体（NT-ProBNP）测定进行收费，属于串换项目。 |

二、市级飞行检查定点医疗机构典型问题项目清单（第一批）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 1 | 超标准收费 | 行“手功能训练”时，以“关节”为单位进行收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“手功能训练”计价单位为“次”。 |
| 2 | 超标准收费 | 行“浅表器官彩色多普勒超声检查（乳腺）”双侧乳腺同时检查计费超过一次 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》规定：乳腺彩色多普勒超声检查项目内涵，依据临床需求检查单侧或双侧乳腺、副乳及其引流区淋巴结区域的检查…… |
| 3 | 超标准收费 | 导尿第一日同时收取留置导尿费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“导尿（留置导尿）（第二日起收取）”应按“日”收费。 |
| 4 | 超标准收费 | 同一日相同抢救费用大于1次（转科抢救除外） | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“抢救费”按“日”收费，同一日的相同抢救费数量不应超过1次。 |
| 5 | 超标准收费 | “床位费”超住院床日（重症监护患者保留的普通床位费除外） | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“床位费”计价单位为“日”。 |
| 6 | 超标准收费 | 等级“护理费”超住院床日 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：等级“护理费”计价单位为“日”。 |
| 7 | 超标准收费 | 行“重症监护”时，大于12小时仍按小时收费（大于12小时、小于24小时按1日计费除外） | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“重症监护”计价单位为“日”，重症监护（不足12小时按小时收取）。 |
| 8 | 超标准收费 | “住院诊察费”超住院床日 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“住院诊察费”计价单位为“日”。 |
| 9 | 超标准收费 | “氧气吸入”超住院床日 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“氧气吸入”计价单位为“小时”。 |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 10 | 超标准收费 | “呼吸机吸痰护理”一日收费超过2次 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“呼吸机吸痰护理”每日收费不应超过2次。 |
| 11 | 超标准收费 | 行换药时，收取与实际不相符的费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》（渝医保发〔2021〕40号文）规定：“特大换药”符合下列任一情况者：特殊感染伤口，缝合30针以上伤口拆线，多个褥疮感染，特殊部位伤口（会阴、切口裂开、内脏、软组织及皮下），纱布需50块以上者，大棉垫3块以上，渗出大于100毫升伤口等；“大换药”符合下列任一情况者：感染伤口，缝合11-30针伤口拆线，多个褥疮，皮瓣移植物伤口，大棉垫1-2块，渗出50-100毫升伤口等。“中换药”符合下列任一情况者：污染伤口，缝合3-10针伤口拆线，单个褥疮，深静脉置管伤口，有引流管的伤口。 |
| 12 | 超标准收费 | 行“指脉氧监测”时，按“次”收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“指脉氧监测”计价单位为“小时”。 |
| 13 | 超标准收费 | 曾进行过介入检查已明确诊断，仅作为介入治疗前进行的常规检查（第二次）以及治疗后立即进行的复查时，也按检查费的全价收费。 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：曾进行过介入检查已明确诊断，仅作为介入治疗前进行的常规检查（第二次）以及治疗后立即进行的复查，检查费按50%收取。 |
| 14 | 超标准收费 | 行“气管切开护理”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“气管切开护理”按日收费。 |
| 15 | 超标准收费 | 行“气管插管护理”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“气管插管护理”按日收费。 |
| 16 | 超标准收费 | 行“机械辅助排痰”时，每日收费超过2次 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》（渝医保发〔2021〕40号文）规定：“机械辅助排痰”按次收费，每日不超过2次。 |
| 17 | 超标准收费 | 行“持续膀胱冲洗”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“持续膀胱冲洗”按日收费。 |
| 18 | 超标准收费 | 行“精神病护理超”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“精神病护理”按日收费。 |
| 19 | 超标准收费 | 行“抗精神病药物治疗监测”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“抗精神病药物治疗监测”按日收费。 |
| 20 | 超标准收费 | 行“精神科监护”时，超住院天数收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“精神科监护”按日收费。 |
| 21 | 超标准收费 | 行同一切口的两种及以上手术时，按手术全价收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》（渝医保发〔2021〕40号文）规定：开展手术类治疗项目时，经同一切口（入路）进行两种及以上手术时，主要手术项目按全价收取，次要手术项目分别按各级医疗机构收费标准的50%收取。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 22 | 超标准收费 | 行同一开放性手术项目中两个以上切口的手术时，按手术全价收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：开展手术类治疗项目时，同一开放性手术项目中两个以上切口的手术，应在该手术项目价格基础上加收70%。 |
| 23 | 超标准收费 | 开展手术治疗项目同时进行两种麻醉时，辅助麻醉也按全价收费 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：开展手术治疗项目时，如因病情需要确需同时进行两种麻醉时，主要麻醉按全价收取，辅助麻醉应在该麻醉项目价格基础上，按各级医疗机构收费标准的50%收取。 |
| 24 | 超标准收费 | 行多根血管“经血管（内外）介入治疗”时，均收取全价费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：经血管介入治疗原则上以经一根血管的介入治疗为起点，每增加一根血管的治疗按该项目各级医疗机构收费标准的20%收取。 |
| 25 | 重复收费 | 同台同一部位CT、磁共振平扫后同时进行增强扫描，同时收取CT、磁共振平扫和X线计算机体层增强扫描、磁共振增强成像的费用。 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》（渝医保发〔2021〕40号）文件的相关规定：X线计算机体层（CT）增强扫描、磁共振增强成像项目内涵中均含“扫描” |
| 26 | 重复收费 | 行骨髓涂片细胞学检验时，同时收取“骨髓涂片细胞学检验和骨髓有核细胞计数”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“骨髓涂片细胞学检验含骨髓增生程度判断、有核细胞分类计数、细胞形态学检验、特殊细胞、寄生虫检查” |
| 27 | 重复收费 | 行睡眠呼吸监测时，同时收取心电、脑电、肌电、眼动、呼吸监测和血氧饱和度测定费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：睡眠呼吸监测含“心电、脑电、肌电、眼动、呼吸监测、血氧饱和度监测”。 |
| 28 | 重复收费 | 行尿流动力学检查时，同时收取尿流率检测费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：尿流动力学检查含“膀胱测压、尿流率、尿道压”。 |
| 29 | 重复收费 | 行“经胃镜食管静脉曲张治疗”时，同时收取纤维胃十二指肠镜检查费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：经胃镜食管静脉曲张治疗含胃镜检查。 |
| 30 | 重复收费 | 行“神经传导速度测定”时，同时收取感觉神经与运动神经传导速度费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“神经传导速度测定”含“感觉神经与运动神经传导速度”。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 31 | 重复收费 | 对新生儿行“新生儿护理”时，同时收取等级护理费用（涉及新生儿或婴儿疾病治疗的情况除外） | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：进行“新生儿护理”时，不应同时收取等级护理的费用。 |
| 32 | 重复收费 | 使用静脉留置针行“静脉输液”时，收取“静脉穿刺置管术”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：使用“静脉留置针”进行外周静脉输液时，不应收取“静脉穿刺置管术”费用。 |
| 33 | 重复收费 | 行动静脉留置针冲封管操作时，按照“动静脉置管护理”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 34 | 重复收费 | 行“特殊疾病护理”又同时收取“Ⅰ级护理”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：特殊疾病护理含严格消毒隔离及Ⅰ级护理内容 |
| 35 | 重复收费 | 行“连续性血液净化”时，同时收取血液滤过费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》，“连续性血液净化”含连续性血液透析滤过。 |
| 36 | 重复收费 | 行“肺循环血流动力学检测”同时又收取“心输出量测定”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：肺循环血流动力学检测含心输出量测定 |
| 37 | 重复收费 | 行“连续性血液净化”时，同时收取透析液费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“连续性血液净化”含透析液。 |
| 38 | 重复收费 | 行“宫腔镜检查”时，同时收取子宫内膜活检术、宫颈活检术等费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“宫腔镜检查”含活检。 |
| 39 | 重复收费 | 行“急诊监护”时，同时收取监护、床位、诊查、护理等费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“急诊监护费”含监护、床位、诊查、护理。 |
| 40 | 重复收费 | 行“上鼓室鼓窦凿”时，同时收取“经耳内镜鼓室探查术”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“上鼓室鼓窦凿开术”含鼓室探查术。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 41 | 重复收费 | 行“全身麻醉”时，同时收取“吸痰护理”费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》全身麻醉项目内涵：入手术室后连接基本生命体征监测，开放静脉，麻醉面罩通气预充给氧，全麻诱导，建立呼吸通道，实施气道管理。 |
| 42 | 重复收费 | 行“经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）”时,同时收取“经皮冠状动脉腔内成形术（PTCA）”费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“经皮冠状动脉内支架置入术（STENT）”含为放置冠脉内支架而进行的球囊预扩张和支架打开后的支架内球囊高压扩张及术前的靶血管造影。 |
| 43 | 重复收费 | 行“经血管介入治疗”时，同时收取局麻、监护费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“经血管介入治疗”含局麻、监护。 |
| 44 | 重复收费 | 行“乳腺癌根治术”时，同时收取同侧乳腺肿物切除术费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》规定，“乳腺癌根治术”项目内涵：切口设计，麻醉，大梭形切口切开皮肤，皮瓣游离，全部乳房及胸肌切除，清扫腋窝淋巴结，保护神经血管，能量设备止血，置管引出固定，缝合切口。 |
| 45 | 重复收费 | 行“刮宫术”时，同时收取“宫颈扩张术”或“宫颈内口探查术”费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》，行“刮宫术”时，宫颈扩张或者宫颈内口探查为必经步骤。 |
| 46 | 重复收费 | 行“人工流产术”时，同时收取“宫颈扩张术”费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》，行“人工流产术”时，宫颈扩张为必经步骤。 |
| 47 | 重复收费 | 行“泪道冲洗”时，同时收取“泪小点扩张”费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》，行“泪道冲洗”时，“泪小点扩张”为必经步骤。 |
| 48 | 重复收费 | 行“内镜治疗”时，同时收取内镜检查费用 | 根据《全国医疗服务项目技术规范（2023版）》，行内镜治疗时，内镜检查为必经步骤。 |
| 49 | 重复收费 | 行项目名称已注明显微镜、各类腔镜（内窥镜）等内容的手术时，同时收取各种腔镜加收费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：项目名称已注明显微镜、各类腔镜（内窥镜）等内容，不加收相应设备操作费用。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 50 | 重复收费 | 行后路腰椎间盘镜椎间盘髓核摘除术（MED）时,同时收取脊柱骨关节手术（使用椎间盘镜加收）费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：项目名称已注明显微镜、各类腔镜（内窥镜）等内容，不加收相应设备操作费用。 |
| 51 | 重复收费 | 行“静脉输液”时，同时收取一次性输液器、过滤器、一次性使用配药注射器等费用 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：静脉输液含：用药指导与观察、药物的配置；含一次性输液器、过滤器、采血器。 |
| 52 | 串换诊疗项目 | 行“特殊脑电图”时，按照“动态脑电图”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 53 | 串换诊疗项目 | 行“血透监测（血压）”时，按照“动态血压监测”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 54 | 串换诊疗项目 | 行“一般物理降温”时，按照“特殊物理性降（升）温”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 55 | 串换诊疗项目 | 行红光照射、蓝光照射等可见光治疗时，按照“激光疗法”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 56 | 串换诊疗项目 | 术中使用射频进行止血操作时，收取“射频热凝术”费用 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 57 | 串换诊疗项目 | 行鼻饲时，按照“肠内高营养治疗”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 58 | 串换诊疗项目 | 行“药物基因检测”时，按照相关基因检测进行收费，如“印迹杂交技术”、“原位杂交技术”等。 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 59 | 串换诊疗项目 | 用普通艾条行“灸法”时，按照“雷火灸”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 60 | 串换诊疗项目 | 行微波治疗时，按照“深部热疗”进行收费 | 根据《重庆市医疗保障协议医疗机构医疗服务协议》相关规定：乙方对参保人员实际提供的医疗服务应与参保人员本次就医的疾病诊断、医嘱、处方等记录相吻合。 |
| 61 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 对“运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练”等8项以外的康复项目按“日常生活能力评定”纳入医保报销。 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“日常生活能力评定”限“限运动疗法、偏瘫肢体综合训练、脑瘫肢体综合训练、截瘫肢体综合训练、作业疗法、认知知觉功能障碍训练、言语训练、吞咽功能障碍训练在具体实施中涉及的日常生活能力评定。 |
| 62 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 对非内眼手术及角膜病病人行“角膜内皮镜检查”并纳入医保报销 | 根据《重庆市医疗保障局关于进一步调整和优化我市部分医疗服务项目》医保支付相关规定的通知（渝医保发〔2024〕7号文）规定：“角膜内皮镜检查”限内眼手术及角膜病。 |
| 63 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 对非内眼手术及角膜病患者行“角膜内皮镜检查（录相记录加收）”并纳入医保报销 | 根据《重庆市医疗保障局关于进一步调整和优化我市部分医疗服务项目》医保支付相关规定的通知（渝医保发〔2024〕7号文）规定：“角膜内皮镜检查（录相记录加收）”限内眼手术及角膜病。 |
| 64 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 对非强迫障碍患者行“厌恶治疗”并纳入医保报销 | 根据《重庆市医疗保障局关于进一步调整和优化我市部分医疗服务项目》医保支付相关规定的通知（渝医保发〔2024〕7号文）规定：“厌恶治疗”限强迫障碍。 |
| 65 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 对非眼部肿瘤及眼外伤手术病人行“眼窝再造术”并纳入医保报销 | 根据《重庆市医疗保障局关于进一步调整和优化我市部分医疗服务项目》医保支付相关规定的通知（渝医保发〔2024〕7号文）规定：“眼窝再造术”限眼部肿瘤、眼外伤手术。 |
| 序号 | 违规性质 | 违规行为 | 判定依据 |
| 66 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | “日常生活能力评定”费用一次疾病过程纳入医保报销超过4次 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“日常生活能力评定”，1疾病过程不支付超过4次。 |
| 67 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 行“偏瘫肢体综合训练”同时将“运动疗法”纳入医保报销，或行“运动疗法”同时将“偏瘫肢体综合训练”纳入医保报销 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“运动疗法”限器质性病变导致的肌力、关节活动强度和平衡功能障碍的患者，与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时只支付其中1项。 |
| 68 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | “运动疗法”1个疾病过程纳入医保报销超过3个月 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“运动疗法”限器质性病变导致的肌力、关节活动强度和平衡功能障碍的患者，1个疾病过程支付不超过3个月。 |
| 69 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | “运动疗法”每日纳入医保报销超过2次 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“运动疗法”限器质性病变导致的肌力、关节活动强度和平衡功能障碍的患者，每日支付不超过2次（包括项目合并计算）。 |
| 70 | 将不属于医疗保障基金支付范围的医药费用纳入医疗保障基金结算 | 行“作业疗法”时，一个疾病过程纳入医报销超过3个月或每日纳入医保报销超过1次 | 根据《重庆市基本医疗保险医疗服务项目目录》规定：“作业疗法”限器质性病变导致的生活、工作能力障碍。一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。 |

三、区内检查定点医疗机构典型问题项目清单（第二批）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 问题类型 | 序号 | 具体问题 |
| 一、目录对照问题 | 1 | 高频震动雾化：将氧化雾化吸入对照为高频震动雾化收费 |
| 2 | DR或CR片8×10吋,14×17吋收费问题：应将8×10吋、14×17吋光片费用对照为X光片进行收费（乙类），实际医院对照为8×10吋、14×17吋甲类收费 |
| 3 | 血氧饱和度监测：将指脉痒监测对照为血氧饱和度监测收费 |
| 4 | 病理体视学检查与图象分析：病理体视学检查与图象分析实际报告为超声计算机图文报告（病理彩色图文报告（含图象分析） |
| 5 | 呼吸机辅助呼吸：实际使用的是无创辅助通气，未含高频喷射通气功能，应收取无创辅助通气费用 |
| 6 | 将微波治疗对照为鼻部、耳部、咽部特殊治疗收费 |
| 二、比照目录收费问题 | 7 | 一次性使用人体静脉血样采集容器：将一次性静脉采血管（丙类）对照为一次性使用人体静脉血样采集容器 |
| 三、手术收费问题 | 8 | 神经阻滞麻醉：开展神经阻滞麻醉做鼻甲切除、筛前神经切断术时，医院按120元/次收取神经阻滞麻醉费用（物价规定：神经阻滞麻醉小神经（趾、指、五官）应收取10元/次）。 |
| 9 | 中鼻甲、下鼻甲部分切除术、筛前神经切断术：诊疗项目计费单位为“次”，医院计费单位按“侧” |
| 10 | 神经阻滞治疗：做小针刀治疗时将局部麻醉对照成神经阻滞治疗上传医保，小针刀治疗包含麻醉费用。 |
| 11 | 生理氯化钠溶液：将生理氯化钠溶液用于术中冲洗，术中低值耗材不应作为收费项目。 |
| 四、检验检查相关问题 | 12 | HIV-P24抗原测定：第四代检验试剂，无单独HIV-P24抗原测定检验结果，就同一检验试剂及检验结果收取“人免疫缺陷病毒抗体测定（Anti-HIV）”、“HIV-P24抗原测定”两项费用。 |
| 13 | 彩色多普勒超声常规检查：根据规定同时行腹部彩超、泌尿检查时，每增加一个部位应按部位加收40元；实际违反物价规定分别计费。 |
| 14 | 人免疫缺陷病毒抗体测定（Anti-HIV）（定量分析加收）：项目使用试剂为“人类免疫缺陷病毒抗体检测测试剂盒（胶体金法）”，为定性检测试剂，存在该试剂收取人免疫缺陷病毒抗体测定（Anti-HIV）（定量分析加收）费用的情况。 |
| 15 | 血清间接胆红素测定费用：根据规定，血清间接胆红素由血清总胆红素及直接胆红素计算得出不应计费，存在收取“血清总胆红素测定”、“血清直接胆红素测定”同时收取“血清间接胆红素测定”费用的情况。 |
| 16 | 隐血试验：将隐血试验打包在粪便常规中，作为入院常规检查。 |
| 17 | 颈部血管彩色多普勒超声（颈静脉、锥动脉）：在开展颈静脉、锥动脉血管彩超时，按血管名称收取费用。 |
| 18 | 尿沉渣定量：将“尿沉渣定量”打包到尿液分析中，纳入住院病人常规检查 |
| 五、药品超目录限制问题 | 19 | 注射用法莫替丁：存在超出每日最大用量的情况并进行医保报销。 |
| 20 | 注射用盐酸川芎嗪：医保限急性缺血性脑血管疾病，支付不超过14天，存在超出14天的情况。 |
| 21 | 注射用血塞通：医保目录限二级及以上医疗机构的中风偏瘫或视网膜中央静脉阻塞的患者。存在超出医保限制用药的情况。 |
| 22 | 天麻注射液：医保限无法口服的血管神经性头痛或眩晕症患者，支付不超过14天，存在可以口服患者使用并进行医保报销的情况。 |
| 23 | 注射用哌拉西林钠舒巴坦钠：医保限有明确药敏试验证据或重症感染的患者，存在患者在未有明确药敏试验证据或无重症感染使用并进行医保报销的情况。 |
| 24 | 脂肪乳注射液（C14-24）：需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。 |
| 25 | 出院带药与本次住院主要诊断无关。本次出院带药种类超过5种。 |
| 六、康复理疗问题 | 26 | 隔物灸治疗：将非医保报销项目“镇痛灸”成品贴对照医保报销项目“隔物灸治疗”项目上传医保报销。 |
| 27 | 电脑中频电治疗：在医嘱、病程记录中未明确记录使用电脑中频电治疗的部位。 |
| 28 | 拔罐疗法：按每罐为计价单位收费，违反物价规定的按3个罐为计价收费，增加一罐加收1.5元，每次最高不超过12元的计费标准。 |
| 29 | 电针：医院在医嘱、病程记录中未明确记录使用电针的所有穴位，而是采用省略或未写明具体穴位的记录方式。为肿瘤患者使用电子针疗仪，违反仪器说明书中使用禁忌症 |
| 30 | 中医定向透药疗法：医保限一次住院不超过5次，存在一次住院超过5次的情况。 |
| 31 | 超声波治疗（超声药物透入）：按《常用康复治疗技术操作规范》一次治疗5-10分钟，医院违反诊疗常规一次治疗30分钟，超出部分视为违反诊疗规范过度诊疗。 |
| 32 | 中药熏药治疗：实际使用仪器为超声雾化熏洗仪，仪器工作原理是利用超声波将水或药液通过雾化熏蒸及冲洗患者肛门部位。与中药熏药内涵中所使用的工作原理不同，应收取中药熏洗，丙类费用。 |
| 33 | 中药封包：该药把封包理疗电极对应为中药封包治疗 |
| 七、其他违规收费问题 | 34 | 体外冲击波碎石：医保限碎石4次以上（含4次）不得另收费，存在第4次收费的情况。 |
| 35 | 麻醉中监测：实施局部浸润麻醉时，无麻醉记录，收取麻醉中监测费用。 |
| 36 | X线摄影（加滤线器加收）：将该项目打包在数字化摄影DR检查中收取 |