

## 附件 1

# 黄石港区 2025 年定点医药机构违法违规使 用医保基金自查自纠工作专班

组 长： 曾莉萍 党组书记、局长

副组长： 吕 非 党组成员、中心主任

甘应芬 党组成员、副局长

成 员： 余光明、王琴、袁辰辰、吴 昊、汪 伟

柯贵雨、张文帅、刘又真

专班下设办公室，办公室主任由余光明兼任，负责专班日常协调工作。

## 附件 2

### 湖北省定点医疗机构违法违规使用医保基金典型问题清单(2025 版)

序号	所属领域	问题	有关依据	违规类型	违规参考示例	用途	违规数量	违规金额	责任科室	责任人	整改措施(备注)
1	各科室通用类	通过减免费用、返还现金、给予物质好处、承诺免费吃喝、承诺免费体检等方式，拉拢诱导参保人员虚假住院、无指征住院、低标准住院。	诊疗服务的真实性	诱导虚假就医	示例：某医院与附近养老院合作，定期拉拢在养老院老人到医院住院，每次住院向老人提供免费吃喝服务，并返还300元现金，多数住院老人并无急症住院指征，存在诱导虚假就医的问题。	现场检查					
2	各科室通用类	留存参保人员医保凭证，空刷、套刷医保基金。	诊疗服务的真实性	诱导虚假就医	示例：某医院院长黄某，与中间商贾某某合作，大肆收集医院附近居民的医保卡，在参保人员未真实就诊的情况下，空刷医保卡、编造住院资料，存在诱导虚假就医的问题。	现场检查					
3	各科室通用类	套用模版病历下达虚假医嘱、虚构检查检验项目、开具虚假处方、虚假开具药品。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院眼科护士，在未对患者提供诊疗服务的情况下，套用模板下达医嘱，虚构检查检验、诊疗用药等项目，存在虚构医药服务项目问题。	现场检查					
4	各科室通用类	药品耗材，申请医保支付数量大于实际采购、使用数量。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院2022年-2023年间，申请医保支付香丹注射液2.9万支，但同期库存量与采购量之和仅1.5万支，不足部分系虚构医药服务项目。	现场检查					

5	各科室通用类	雇佣无资质人员冒名违法开展诊疗活动。	诊疗服务的合法性	伪造变造资料	示例：某医院雇佣无医师资格证书、无医师执业证书的人员，伪造其他医师签名出具带诊断的检查报告。	现场检查					
6	各科室通用类	伪造检查检验报告、篡改检查检验指标参数、伪造病历资料等。	诊疗服务的真实性	伪造变造资料	示例：某医院检验科技师，在未开展血常规等检验的情况下，为让无住院指征的患者符合住院条件，手动将录入检验数值，伪造白细胞过高的异常状态。	现场检查					
7	各科室通用类	申请医保支付的药品，超出药品说明书适应症范围或不符合医保药品目录限定支付条件。	《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例1：注射用法莫替丁，药品说明书适应症为①消化性溃疡出血。②应激状态时并发的急性胃黏膜损害，和非甾体类抗炎药引起的消化道出血。某医院内科、外科对约80%的住院患者使用注射用法莫替丁，其中大多数无消化道出血症状。 示例2：洛拉替尼片，药品说明书适应症及医保药品目录限定支付条件均为：限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。某医院向ALK阴性患者开具使用。	数据筛查+现场检查					
8	各科室通用类	伪造职工病情就医。	诊疗服务的真实性	虚假住院	示例：某医院发现大量本院职工在本院住院，住院期间仍在打卡上班。	现场检查					省增加
9	各科室通用类	伪造病情就医。	诊疗服务的真实性	虚假住院	示例：患者程某某诊断“格林巴利综合征”，查看病历病情描述与医生医嘱每日两组输液，两组中医理疗项目正常计费并执行，经询问患者本人，未见肢体有“输液迹象”，且表述治	现场检查					省增加

					疗方式不符，查体发现患者肌力正常，可以正常驾驶小型货用车辆。					
10	各科室通用类	虚构住院信息。	诊疗服务的真实性	虚假住院	示例：某医院在检查的过程中发现，儿童康复科住院部是空的，只有一张床铺，且全天无患者实际在院，与住院登记信息不相符，疑似虚构住院信息骗取医保基金和民政求助金。	现场检查				省增加
11	各科室通用类	48 小时内同类病种再入院，排除急救等情况。	诊疗常规	分解住院	根据医保服务协议、DIP、DRG 支付政策。	数据筛查+现场检查				省增加，123-107
12	心血管内科	开展心内诊疗，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。	现场检查				
13	心血管内科	开展心内诊疗，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)，但按照该公司生产的单价更高的药物涂层球囊进行收费，属于串换项目。	现场检查				
14	心血管内科	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院未对患者开展有创性血流动力学监测(床旁)，收取对应诊疗项目费用。	现场检查				

15	心血管内科	开展冠脉造影术，重复收取选择性上肢动脉造影术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	<p>示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中，经皮穿刺插管冠状动脉造影术项目内涵：局部麻醉，穿刺动脉，放置鞘管，经鞘管在监护仪监护及DSA引导下，沿引导钢丝将造影导管送至冠状动脉开口，在不同体位注射对比剂，获得冠脉影像，并对影像进行分析。某医院为冠心病患者行冠脉造影，因术中导丝、导管送入不畅，对上肢动脉进行一次造影查看，最终顺利完成冠脉造影，医院收取“经皮穿刺插管冠状动脉造影术”“经皮穿刺插管选择性上肢动脉造影术”费用，其中“经皮穿刺插管选择性上肢动脉造影术”为重复收费。</p>	数据筛查+现场检查				
16	心血管内科	开展同一段冠脉血管病变介入项目，如冠脉内支架置入术、内膜旋磨术、腔内激光成形术等，重复收取球囊扩张术、腔内成形术等费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	<p>示例 1：我省《诊疗目录》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。其中，2 次“经皮动脉内球囊扩张术”为重复收费。</p> <p>示例 2：我省《诊疗目录》中，经皮冠状动脉内支架置入术(STENT)项目</p>	数据筛查+现场检查				

					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及术前的靶血管造影。医院为冠心病患者行介入治疗放入支架，收取“经皮冠状动脉内支架置入术(STENT)”“经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)”费用，其中，“经皮冠状动脉内成形术(PTCA)”为重复收费。				
17	心血管内科	开展同一段冠脉血管病变介入项目，如冠脉内膜旋磨术、腔内激光成形术等，重复收取支架置入费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》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。	数据筛查+现场检查			
18	心血管内科	开展经血管介入诊疗项目，如冠脉造影术、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，重复收取麻醉、监护费用。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	重复收费	示例：某市《物价目录》经血管介入诊疗总说明第6条：以下介入治疗项目均含局部麻醉费用，监护费用。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“局部浸润麻醉”，其中“局部浸润麻醉”费用为重复收费。	数据筛查+现场检查			

19	心血管内科	将冠脉介入项目，如冠脉内支架置入术，串换为费用更高的冠脉腔内激光成形术、冠脉内膜旋磨术、定向冠脉内膜旋磨术等收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某医院为急性心梗患者置入支架，应收取“经皮冠状动脉内支架置入术(STENT)”费用，但医院实际按照并未实施的“高速冠状动脉内膜旋磨术”收取费用，属于串换项目。	现场检查					
20	心血管内科	开展经血管介入项目，扩张多支血管超出计价标准。如：定向冠脉内膜旋切术、经皮冠状动脉内支架置入术(STENT)、经皮冠状动脉腔内激光成形术(ELCA)、高速冠状动脉内膜旋磨术等。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》经血管介入诊疗总说明第4条：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30%加收。某医院为严重冠心病的患者行经皮动脉内球囊扩张术，扩张3支血管。医院按全价收取3次“经皮动脉内球囊扩张术”费用，其中2次应按全价的30%收取，超出部分为超标准收费。	数据筛查+现场检查					
21	心血管内科	常规心电图检查各导联之间串换收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某医院在使用三通道常规心电图检查和六通道常规心电图检查时，分别出具三通道或六通道常规心电图检查的报告单，应收取“三通道常规心电图检查”或“六通道常规心电图检查”项目费用，但医院实际按照“十二通道常规心电图检查”进行上传收费。	现场检查					
22	心血管内科	将X通道常规心电图检查，分解为多个较少通道(如十二通道、三通道)项目收费。	《诊疗目录》等政策文件	分解收费	示例：医院实际开展十八导联常规心电图检查，应收取1次“十八导联常规心电图检查”费用，但实际分解为1次“十二通道常规心电图检”和2次“三通道常规心电图检查”，属于分解收费。	现场检查					123-28

23	心血管内科	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》等政策文件	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”收取费用，属于串换项目收费。	现场检查				
24	心血管内科	开展心电监测时，重复收取动态血压监测或动态心电图监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	过度诊疗	示例：我省《诊疗目录》中，心电监测项目内涵：含无创血压监测。某医院为心内科患者开展心电监测时，收取“心电监测”和“动态血压监测”费用，其中，“动态血压监测”为重复费用。	数据筛查+现场检查				123-40
25	心血管内科	动态心电图与遥测心电监护项目互相串换收费。	《诊疗目录》等政策文件	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”费用，但医院实际按照“遥测心电监护”收取费用，属于串换项目。	现场检查				
26	心血管内科	开展遥测心电监护，重复收取心电监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	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”、“心电监测”费用。其中，“心电监测”为重复收费。	数据筛查+现场检查				
27	心血管内科	开展远程心电监测(互联网)项目或常规心电图检查，重复收取心电监测电话传输费用	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012 年版)，远程心电监测(互联网)项目内涵：记录器记录并处理信息，经电话、手机、网络、卫星系统等传输至医师工作站进行分析。医院开展远程心电监测(互联网)，收取“远程心电监测(互联网)”或“心	数据筛查+现场检查				

					电监测电话传输”费用，实际通过中心工作站实时监护心电变化，并非经电话、手机、网络、卫星系统等传输至医师工作站，常规心电图、心电监护时不应套餐式收取“心电监测电话传输”，该项为重复收费。				
28	心血管内科	开展动脉内压力监测，重复收取持续有创性血压监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中，动脉内压力监测项目内涵：将动脉套管连接测压套件，实时监测血压变化。医院为患者同时开展“动脉内压力监测”和“持续有创性血压监测”并收费，其中“持续有创性血压监测”为重复收费。	数据筛查+现场检查			
29	心血管内科	开展心脏复律除颤器安置术项目，重复收取电生理检查费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某市《物价目录》心脏电生理诊疗项目内涵：含心电监测。某医院为急性心肌梗塞的患者开展埋藏式心脏复律除颤器安置术。医院收取“埋藏式心脏复律除颤器安置术”、“有创性心内电生理检查”费用。其中，“有创性心内电生理检查”为重复收费。	数据筛查+现场检查			
30	心血管内科	开展经食管心脏调搏项目，重复收取心电图费用	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中，经食管心脏调搏项目内涵：口咽局部麻醉，润滑鼻腔，将电极导管经鼻送至食管内合适位置，安放体表电极，记录食管内心电图及体表心电图，将刺激仪与食道电极连接，给予电刺激，评价心脏电生理功能(含窦房结功能、房室结功能、	数据筛查+现场检查			

					诱发心动过速，并判断心动过速类型等）。某医院为心动过速患者开展经食管心脏调搏。医院收取“经食管心脏调搏”、“常规心电图”费用。其中，“常规心电图”为重复收费。					
31	心血管内科	未按照心电生理、心功能检查项目的计价标准收费。 如：有创性血流动力学监测、有创性血流动力学监测（床旁）、有创性心内电生理检查、动态心电图、起搏器功能分析和随访等。	各地《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，有创性心内电生理检查，计价单位为次，单价为 900 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。	数据筛查+现场检查				
32	心血管内科	开展持续有创性血压监测，重复收取心电监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》持续有创性血压监测项目内涵：含心电、压力连续示波。某医院为心源性休克病人行持续有创性血压监测，收取持续有创性血压监测费用的同时，将仪器屏幕上显示的心率、脉搏波形等指标按照心电监测项目收取费用，属于重复收费，	数据筛查+现场检查				省增加
33	心血管内科	行冠状动脉造影术、经皮冠状动脉腔内成形术等介入诊疗时，分解收取“经皮选择性动脉置管术”费用	《诊疗目录》等政策文件	分解收费	示例：某医院行冠状动脉造影术，将术中穿刺动脉、放置鞘管的步骤按照“经皮选择性动脉置管术”收费，属于分解项目收费。	数据筛查+现场检查				省增加
34	骨科	骨科一次性使用高值耗材（如髓内钉、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	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	现场检查				

		镜、等离子刀头、钛板等), 收费数量超出实际使用数量。			构医药服务项目或重复收费。				
35	骨科	骨科一次性使用高值耗材(如髓内钉、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), 不同厂家、不同规格、不同价格之间相互串换收费。	一次性高值耗材使用的真实性	串换项目	示例 1: 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。 示例 2: 某医院给病人实施开放性手术, 植入对应的适用于开放性手术钉棒系列耗材, 而收费串换成适用于微创性手术的钉棒系列耗材; 实际使用实心螺钉、但收取空心接骨螺钉费用, 属于串换项目。	现场检查			
36	骨科	将成套购买的人工关节、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: 某医院将成套购买的“人工髋关节”(1 套价格 2 万元), 拆分为“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。	现场检查			
37	骨科	医院将应由医保基金支付的耗材费用让患者自费支付, 或将住院发生的耗材费用让患者在门诊支付, 或让患者到院外购买的行为。	《诊疗目录》等政策文件	转嫁费用	示例: 如某院在开展“脊柱”类手术, 让患者到门诊缴纳“腰椎固定器”费用。	数据筛查+现场检查			

38	骨科	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院患者未骨折，医院未针对骨折进行治疗，患者住院的主要术为椎管扩大减压术，但收取了胸腰椎骨折切开复位内固定术费用。	现场检查					
39	骨科	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》等政策文件	串换项目	示例：在我省《诊疗目录》中，“射频消融术”属于心脏电生理诊疗类；椎间盘微创消融术有单独对应的诊疗项目。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，但医院实际收取心脏电生理诊疗项目下的“射频消融术”，属于串换项目。	数据筛查+现场检查					
40	骨科	开展椎间融合器植入植骨融合术、胸椎腰椎前路内固定术等手术，重复收取脊髓和神经根粘连松解术。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，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、脊髓探查、骨折切开复位。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。	数据筛查+现场检查					
41	骨科	开展椎间融合器植入植骨融合术等椎间手术，重复收取椎管扩大减压术、椎板切除减压术、椎管扩大成形术等费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，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、脊髓探查、骨折切开复位。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”“椎板切除减	数据筛查+现场检查					

					压术”费用。其中，“椎板切除减压术”属于重复收费。				
42	骨科	开展椎间盘髓核摘除术、椎间融合器植入植骨融合术，重复收取椎间盘摘除术、椎间盘消融术费用。	《诊疗目录》等政策文件、诊疗常规等	重复收费	示例：按照诊疗常规，椎间盘髓核摘除术、椎间融合器植入植骨融合术，手术范围已包括摘除或消融椎间盘。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。	数据筛查+现场检查			
43	骨科	开展经皮椎体成形术，未按诊疗项目计价单位进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例：我省《诊疗目录》规定，经皮椎体成形术每增加一椎体加收400元，但医院实际按每增加一间盘，进行全价收费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查			
44	骨科	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，实际收取“三踝骨折切开复位内固定术”费用，属于串换项目。	现场检查			

45	骨科	开展骨折切开复位内固定术，重复收取手法牵引复位术、骨折经皮钻夹复位术等费用。	《诊疗目录》等政策文件、诊疗常规等	重复收费	示例：“骨折切开复位内固定术”诊疗规范内涵已含“复位”，医院开展“骨折切开复位内固定术”时，重复收取“手法牵引复位术”费用。	数据筛查+现场检查				
46	骨科	不同的中医骨科手法整复术之间串换收费。	《诊疗目录》等政策文件	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”费用，无麻醉记录，收取“麻醉下腰椎间盘突出症大手法治疗”费用，属于串换项目。	现场检查				
47	骨科	开展关节镜下半月板修整术、韧带重建术、骨折复位固定术、滑膜切除术等，重复收取关节镜加收费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》中，手术项目名称中已明确运用某种腔镜的，不得另行收取该腔镜使用费。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“关节镜下关节滑膜切除术”和“关节镜加收”费用，其中，“关节镜加收”属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
48	骨科	开展腔镜手术期间，重复收取腔镜检查费用。	诊疗常规	重复收费	示例：关节镜探查是开展关节镜类手术的必要操作步骤。某医院开展关节镜下肩关节游离体取出术，收取“关节镜下肩关节游离体取出术”“关节镜检查术”费用，其中，“关节镜检查”属于重复收费。	数据筛查+现场检查				

49	骨科	开展关节腔灌注治疗，重复收取关节穿刺术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据相应诊疗规范，穿刺为灌注的步骤。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。	数据筛查+现场检查				
50	骨科	开展关节置换术，重复收取关节滑膜切除术、关节松解术等费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)全膝人工关节置换术项目内涵：切除病变膝关节关节面，松解、修复病变的关节软组织，显露病变的膝关节，清除增生的骨赘和瘢痕，切除病变的关节滑膜，精确截骨，软组织平衡处理，调整屈伸间隙，安放假体试模测试，使用骨水泥安装人工膝关节表面假体。某医院开展全膝人工关节置换术时，在对应收取手术费用的同时，将关节松解、切除病变关节滑膜的手术操作步骤，按“关节松解术”“关节滑膜切除术”收费，属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
51	骨科	开展膝关节清理术时，重复收取关节滑膜切除术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某省《诊疗目录》规定，膝关节清理术内涵：含关节滑膜切除术。某医院对退行性骨关节炎患者开展膝关节清理术，同时收取“膝关节清理术”“关节滑膜切除术”等费用，其中“关节滑膜切除术”属于重复收费。	数据筛查+现场检查				

52	骨科	开展断指再植术，重复收取肌腱吻合术、神经吻合术、小动脉吻合术等费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)，断指再植术项目内涵为：复位固定骨与关节，缝合肌腱、神经，吻合动脉、静脉。某医院为患者实施断指再植术，在收取对应诊疗费用同时，重复收取“小动脉吻合”“指神经吻合”“屈伸肌腱吻合”等项目，属于重复收费。	数据筛查+现场检查					
53	骨科	医院进行“肩袖破裂修补术”，手术记录中无关于肩关节外展术中斜方肌、背阔肌止点等的转移、固定、重建等操作记录，医院将手术过程中缝合肌腱等步骤操作重复收取“肩外展功能重建术(同一切口下另一手术)”项目费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，肩外展功能重建术内涵：含二头、三头肌、斜方肌；包括肩峰下减压、肩峰成形术。某医院行肩袖破裂修补术，术中无肩关节外展术中斜方肌、背阔肌止点等的转移、固定、重建等操作记录，而是将手术过程中缝合肌腱等步骤操作，按照“肩外展功能重建术(同一切口下另一手术)”收费，属于重复收费。	数据筛查+现场检查					
54	骨科	开展内固定物取出术时，重复收取肌腱粘连松解术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某医院开展脊柱内固定物取出术时，同时收取“脊柱内固定物取出术”“肌腱粘连松解术”费用，其中，“肌腱粘连松解术”为重复收费。	数据筛查+现场检查					
55	骨科	将普通手术切口的缝合步骤，按照皮瓣成形术进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	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”“任意皮瓣形成术”费用，其中，“任意皮瓣形成术”为重复收费。	数据筛查+现场检查					

56	骨科	经同一切口进行的两种不同疾病的手术，次要手术未按照诊疗项目计价标准收费。	各地《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》手术总说明规定，经同一切口进行的两种不同疾病的手术，其中另一手术按其 60%收取，某医院实际按全价收费。	数据筛查+现场检查					
57	骨科	同一手术项目中两个以上切口的手术，第二个以上的切口未按诊疗项目计价标准收费。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》手术总说明规定，同一手术项目中两个以上切口的手术，按 20%比例加收，医院实际按全价收费。	数据筛查+现场检查					
58	骨科	未按照电/气钻、电/气锯、高频电刀等手术使用设备加收计价单位收费。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例：某医院使用动力钻对胫腓骨骨折患者行切开复位内固定手术，应收取 1 次“使用动力钻加收”费用，但医院按胫骨、腓骨两部位分别计费，共收取 2 次“使用动力钻加收”费用，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查					
59	骨科	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》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，C 型臂术中透视计价单位为“半小时”。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，操作时长 1 小时，医院应按照 2 个半小时收取 2 次“C 型臂术中透视”费用，但医院实际按照透视次数收取 7 次，其中 5 次属于超标准收费。	数据筛查+现场检查					123-55

60	骨科	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》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》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。	数据筛查+现场检查				
61	骨科	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》等政策文件	超标准收费	示例：我省《诊疗目录》规定，特大换药指伤口长度8-10cm或伤口面积60-100cm <sup>2</sup> 。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。	数据筛查+现场检查				123-88
62	血液净化	将血液透析、血液灌流、血液滤过等项目中不能单独收费的一次性耗材进行额外收费。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某省《诊疗目录》规定，血液滤过治疗操作所需的一次性耗材均不可单独收费。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。	数据筛查+现场检查				
63	血液净化	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目或重复收费	示例1：医院未对某患者开展血液透析治疗，但收取血透治疗费用。 示例2：按年度统计医院向某患者提供血液透析治疗140次，但收取156次治疗费用。	现场检查				
64	血液净化	开展连续性血液净化，重复收取同时段血液透析费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：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“连续性血液净化”费用100元/时，同时又收取“血液透析”费用300元，其中“血液透析”为重复收费。	数据筛查+现场检查				

65	血液净化	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。	现场检查				
66	血液净化	按次收费的血液净化类诊疗项目(如血液透析、血液灌流、血液滤过、血液透析滤过、血透监测等),按治疗时长进行收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例: 某市《物价目录》中,血液透析滤过单价550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550元。但医院以小时为单位收取4次“血液透析滤过”费用共2200元,属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
67	血液净化	将血液透析滤过项目分解为多个项目分别收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	分解收费	示例: 某市《物价目录》中,血液透析为300元/次,血液滤过为450元/次,血液透析滤过为550元/次。某医院在对患者行血液透析滤过时,将应该收取的血液透析滤过550元分解为血液透析300元+血液滤过450元=750元进行收取,属于分解收费。	数据筛查+现场检查				
68	血液净化	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。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	串换项目	示例: 某市《物价目录》规定,血液透析滤过单价550元/次,血液透析单价300元/次。某医院使用血液透析滤过机,对患者进行血液透析治疗,应收取“血液透析”费用300元,但实际收取“血液透析滤过”费用550元,属于串换项目。	现场检查				

69	血液净化	开展血液透析或血液透析滤过治疗时，将测量血压或一般生命体征测量，按照血透监测收费。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，血透监测包括血温、血压、血容量、在线尿素监测。医院在血透过程中只是测量血压或进行一般生命体征的测量，不应按照血透监测收费。某医院为患者开展日常生命体征测量，但按照血透监测项目收费，属于重复收费。	现场检查					
70	血液净化	血浆置换术实际开展项目为血浆置换术(人工)，医院按照血浆置换术(机采)进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某市《物价目录》规定，血浆置换术机采单价为 450 元，人工置换单价为 250 元，计价单位均为 200 毫升。某医院为患者置换血浆量为 1000 毫升，实际开展项目为人工，应收 1000 元，但按照机采置换单价收取费用 1800 元，属于串换项目收费。	现场检查					
71	血液净化	开展人工肝治疗项目，重复收取血浆置换术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，人工肝治疗项目内涵：人工肝治疗是根据病情将血浆置换、血浆(血液)灌流、血液滤过、血液透析、分子吸附再循环系统、连续白蛋白净化治疗、成分血浆分离吸附等治疗方案进行不同组合的综合治疗。某医院为肝功能不全患者开展人工肝治疗，同时收取“人工肝治疗”“血浆置换术”费用，其中，“血浆置换术”为重复收费。	数据筛查+现场检查					
72	血液净化	实际开展项目为人工肝治疗，但按照价格更高的血浆置换术进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某地市《物价目录》规定，血浆置换术 450 元/200ml，人工肝治疗单价 1200 元/次。某医院开展人工肝治疗，应收取 1200 元/次，但是按照血浆置换术进行收取，收费标准大于	现场检查					

					1200 元，属于串换收费。					
73	血液净化	开展透析导管置入操作时，收取“大清创缝合”费用。	《诊疗目录》等政策文件	不合理收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012 版)，大清创缝指符合下列任一情况者：严重污染伤口，软组织严重损伤，皮肤严重损伤或缺损，特殊感染伤口，二期清创，多发异物伤口，血管、神经、肌肉、骨骼、关节严重损伤伤口，化学武器伤口，伤口长度大于 10 厘米等。医院为透析患者常规收取大清创缝合，属于不合理收费。	数据筛查+现场检查				省增加
74	康复	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院向所有诊断为单侧膝关节骨性关节病并进行膝关节置换术的患者，收取日常生活能力评定、肢体功能评定、关节活动度检查、肌力检查、步态检查、平衡检查、大关节松动训练、床边徒手肢体运动训练、本体感觉神经机制促进训练、肢体平衡功能训练、器械运动训练、日常生活动作训练等康复评定及治疗费用，但实际有些并非开展。	现场检查				

75	康复	非康复专业人员开展康复类医疗项目并收费。	《关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保险支付范围的通知》(人社部发〔2016〕23号)	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：《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，医保基金支付费用的医疗康复项目均应在具备相应资质的定点康复医疗机构或定点医疗机构康复科室、由取得康复医学专业技术资格的医师或康复医学治疗技术人员提供。某医院非康复专业人员开展言语能力评定治疗项目并收费。	现场检查					123-87
76	康复	没有康复治疗设备，收取应使用设备的康复治疗项目费用。	《诊疗目录》等政策文件	虚构医药服务项目或串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)电动起立床训练内涵为：利用电动起立床，根据病情在不同的角度下，对患者实施被动的站立训练。某医院未购进电动起立床，收取了电动起立床训练的费用，涉嫌串换项目或虚构服务项目。	现场检查					
77	康复	将使用冰袋降温的操作，按照使用专用设备进行的冷疗治疗进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)，冷空气治疗指使用特殊设计的转换器，除去空气中的水分和灰尘，用处理过的冷空气(温度-15℃以下)作用于治疗部位的冷疗方法。某医院在患者住院期间使用冰袋给患者进行降温，收取冷疗费用，属于串换收费。	现场检查					
78	康复	开展关节松动训练等康复类诊疗服务，未按照计价标准进行收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》中，关节松动训练计价单位为“次”。某医院为长期卧床患者开展双下肢关节松动训	数据筛查+现场检查					

					练习，医院应收取 1 次，实际按照“部位”双侧下肢分别进行收费，共收取 2 次，属于超标准收费。					
79	康复	普遍过度开展言语能力评定并由医保支付。	原则上应有相应病情，限专科开展	过度医疗	示例：某医院、科室为言语功能正常的住院病人普遍开展言语能力评定。	数据筛查+现场检查				
80	康复	普遍过度开展吞咽功能障碍评定检查并由医保支付	原则上应有相应病情，限专科开展	过度医疗	示例：某医院、科室对吞咽功能正常患者普遍开展吞咽功能障碍评定。	数据筛查+现场检查				
81	康复	普遍过度开展手功能评定项目并由医保支付	原则上应有相应病情，限专科开展	过度医疗	示例：某医院、科室为手部功能正常的患者普遍进行手功能评定。	数据筛查+现场检查				
82	康复	开展日常生活能力评定，申请医保支付存在下述问题： 1. 不符合医保限定支付适应症； 2. 1 个疾病过程支付超过 4 次。	《诊疗目录》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《诊疗目录》中，日常生活能力评定支付条件为：限本目录所列康复项目在具体实施中涉及的日常生活能力评定；1 个疾病过程支付不超过 4 次。某医院未对患者开展康复训练治疗，但收取了日常生活能力评定费用；另一医院为患者开展“日常生活能力评定”，单次住院期间超过 4 次并申请使用医保统筹基金支付。	数据筛查+现场检查				123-81
83	康复	开展言语训练，申请医保支付存在以下问题： 1. 不符合医保限定支付适应症； 2. 不符合医保支付的总时	《诊疗目录》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《诊疗目录》中，言语训练项目支付条件为：限器质性病变导致的中、重度语言障碍；1 个疾病过程支付不超过 3 个月；每日支付不超过 1 次。某医院为患者开展“言语训	数据筛查+现场检查				

		长或每日支付次数。			练”，单次住院期间每日医保支付超过1次，总支付次数超过3个月。				
84	康复	开展脑瘫肢体综合训练，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《诊疗目录》中，脑瘫肢体综合训练限儿童。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。与运动疗法同时使用时只支付其中1项。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。	数据筛查+现场检查			
85	康复	开展截瘫肢体综合训练，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：某省《诊疗目录》中，截瘫肢体综合训练1个疾病过程支付不超过3个月。与运动疗法同时使用时只支付其中1项。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。	数据筛查+现场检查			
86	康复	开展运动疗法，申请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	《诊疗目录》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《诊疗目录》中，运动疗法限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，1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。某医院为脑梗死偏瘫肢体活动障碍住院病人，	数据筛查+现场检查			

		合医保支付限制。			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。					
87	康复	普遍过度开展关节松动训练并由医保支付	原则上应有相应病情，限专科开展	过度医疗	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，费用并由医保支付，超出限定支付条件。	数据筛查+现场检查				
88	康复	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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《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。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。	数据筛查+现场检查				
89	康复	普遍过度开展手功能训练并由医保支付	原则上应有相应病情，限专科开展	过度医疗	示例：某医院对手功能正常患者，进行徒手手功能训练，费用并由医保支付，超出医保支付适应症。	数据筛查+现场检查				
90	康复	开展作业疗法，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《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。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	数据筛查+现场检查				

					付，不符合医保限支付器质性病变导致障碍的限制。				
91	康复	开展偏瘫肢体综合训练，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《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。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。	数据筛查+现场检查			
92	康复	开展吞咽功能障碍训练，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：我省《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。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。	数据筛查+现场检查			
93	康复	开展认知知觉功能障碍训练，申请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》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：某省《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。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	数据筛查+现场检查			

					制。					
94	康复	将不能应用于恶性肿瘤患者 的中频治疗仪作为康复仪器 为恶性肿瘤患者行“中频脉 冲电治疗”操作，并纳入医 保基金结算。	诊疗常规、设 备说明书	超适应症诊 疗	示例：某厂仪器“电脑中频治疗仪 X YZP-ID(立式)”的说明书《电脑中频 治疗仪 XYZP-ID(立式)使用说明书》 中明确该治疗不能应用于恶性肿瘤患 者。医院康复科为宫颈癌术后患者使 用电脑中频治疗仪 XYZP-ID(立式)做 康复治疗，属于超适应症诊疗。	现场检查				省增加
95	康复	相关科室在没有相关仪器的 情况下，虚构电子生物反馈 疗法等服务项目并收费。	诊疗常规、设 备说明书	虚构医药服 务项目	示例：某医院部分科室在没有电子生 物反馈仪、微波治疗仪、红光治疗 仪、深部热疗仪(肿瘤)、紫外线治疗 仪等相关设备时，收取相应费用。	现场检查				省增加
96	康复	将医生术前对患者的常规身 体状况评估串换为肺功能康 复评定	《诊疗目录》 等政策文件	套用项目收 费	示例：根据《全国医疗服务价格项目 规范》(2012 版)，肺功能康复评定 为利用肺功能测定仪评价运动肺功 能。医院在为手术病人进行术前常 规身体状况评估时，收取“肺功能康 复评定”收费，属于套用项目收费。	现场检查				省增加，1 23-85
97	医学影像	未开展相关诊疗项目，但收 取对应诊疗费用。	诊疗服务的真 实性	虚构医药服 务项目	示例：某医院未对患者开展超声、CT 等检查项目，但收取对应检查费用。	现场检查				
98	医学影像	开具不符合患者性别的彩超 检查项目并收费。	诊疗常规	虚构医药服 务项目	示例：某医院为女性患者不合理开展 彩色多普勒超声常规检查(男性生殖 系统)检查；为男性患者不合理开展 妇科彩超检查。(排除就医类型为生 育保险等)	数据筛查+ 现场检查				

99	医学影像	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	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。	数据筛查+ 现场检查				
100	医学影像	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。	《诊疗目录》 等政策文件	串换项目	示例：我省《诊疗目录》规定，数字化摄影(DR)除外内容为“胶片”。某医院开展数字化摄影(DR)，使用 10×12 吋胶片，胶片采购单价为 8 元/片，应按照 8 元/片进行收费，但医院对照当地目录中 X 线摄影分类项目下 10×12 吋 X 线摄影项目(实际是诊疗项目，含曝光、冲洗、诊断和胶片等费用，单价为 16 元)收费，属于串换项目。	现场检查				
101	医学影像	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。	现场检查				
102	医学影像	无指征为住院患者普遍开展胸部 CT 检查并收取费用。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院将胸部 CT 作为无肺部疾病既往史的某些皮肤病患者入院必查项目，属于过度检查。	现场检查				
103	医学影像	开展 X 线计算机体层(CT) 平扫时，未进行三维重建操作，但收取三维重建费用。	诊疗常规	虚构医药服务 项目	示例：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、冠状面重建费用，实际有些没有做，属于虚构医药服务项目。	现场检查				

104	医学影像	将 X 线计算机体层(CT)扫描使用心电或呼吸门控加收，作为常规检查，向大多数患者普遍开展并收费。	《诊疗目录》等政策文件	过度检查	示例：心电门控使用于冠状动脉 CT 造影，主动脉 CT 造影、肺动脉 CT 造影扫描观察心率。某医院为神经内科患者开展影像检查时，常规收取“头部 X 线计算机体层(CT) 平扫”和“使用心电或呼吸门控设备*”费用，其中，使用心电门控设备检查为过度检查，“使用心电或呼吸门控设备*”为过度检查费用。	数据筛查+现场检查					
105	医学影像	开展 CT、磁共振等增强扫描，重复收取平扫费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，平扫后同时做增强的加收 50 元。某医院对患者开展同一部位 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。	数据筛查+现场检查					
106	医学影像	为同一患者开展多个部位或多次同类影像检查(如 CT、磁共振等)，未按计价标准收费。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例 1：我省《诊疗目录》规定，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第一个部位的 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。	数据筛查+现场检查					123-111
107	医学影像	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。	诊疗常规	重复收费	示例：经皮超选择性动脉造影项目内涵：放置血管鞘管，沿鞘管放入导丝和造影导管，选择远端动脉，退出导丝，行动脉造影，退出导管和血管鞘；经皮选择性动脉造影项目内涵：“经动脉穿刺置管，动脉造影，摄片。某	数据筛查+现场检查					123-68

					医院开展经皮超选择性肝动脉造影，同时收取“经皮穿刺插管超选择性肝动脉造影”“经皮穿刺插管选择性肝动脉造影”费用。其中，“经皮穿刺插管选择性肝动脉造影”属于重复收费。					
108	医学影像	开展某一系统的X线、超声等影像检查时，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：我省《诊疗目录》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。	数据筛查+现场检查				
109	医学影像	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。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》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。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。	数据筛查+现场检查				
110	医学影像	收取超声计算机图文报告同时收取彩色打印照片、彩色胶片照相费用	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，超声计算机图文报告项目内涵：“含计算机图文处理、储存及彩色图文报告”。某医院为患者开展超声检查收取超声计算机图文报告同时收取彩色打印照片、彩色胶片照相属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
111	医学影像	违反妇科、腹部、泌尿系、产科、浅表器官、四肢血管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	超标准收费	示例：我省《诊疗目录》规定，彩色多普勒超声常规检查(腹部)计价单位为“次”，腹部含肝、胆、胰、脾、双肾。某医院为患者开展彩色多普勒超声常规检查(腹部)，1次检查肝、	数据筛查+现场检查				

			肢、每个部位、每支血管、每次、每人次等计价		胆、胰、脾、双肾，应收费1次，但实际按部位收费5-6次，多收次数属于超标准收费。					
112	医学影像	为住院患者开展彩色腹部多普勒超声常规检查时，普遍无指征开展妇科、泌尿系多普勒超声常规检查并收取费用。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院骨科，将妇科多普勒超声常规检查、泌尿系多普勒超声常规检查，作为所有女性住院患者入院的常规检查，属于过度检查。	现场检查				
113	医学影像	为住院患者，普遍无指征开展血管彩色多普勒超声检查并收取费用。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院外科，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所有入院患者的常规检查，属于过度检查。	现场检查				
114	医学影像	开展床旁检查(如X线透视检查、超声检查等)并收费，同时重复收取同类常规检查费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某地《诊疗目录》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、床旁超声心动图。现在普遍开展彩色超声，应当可以收取彩色超声费用。床旁B超、床旁超声心动图的价格低于彩色超声费用。	数据筛查+现场检查				
115	医学影像	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。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某市《物价目录》规定，磁共振平扫项目内涵：以场强1T为基价，超过1T加收20%，不足1T的按70%收费。三级医疗机构单价417元/部位。某医院磁共振机场强0.5T，按每部位417元收费，属于串换项目。	现场检查				123-110

116	医学影像	四肢血管彩色多普勒超声检查，每增加两根血管仍按原价进行计价，应按每增加两根加收额收取费用。	《诊疗目录》等政策文件	超标准收费	示例：我省《诊疗目录》中，四肢血管彩色多普勒超声*项目说明：每增加两根加收 20 元。医院行四肢血管彩色多普勒超声检查，每增加两根血管仍按原价进行计价，应按每增加两根加收 20 元收取费用。	数据筛查+现场检查					省增加
117	临床检验	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院未开展血常规、尿常规等检验项目，但向患者收取费用。	现场检查					
118	临床检验	将用于临床试验的检验费用，纳入医保基金支付。	《诊疗目录》等政策文件	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	示例：某医院为某药物临床 I 期、II 期试验的研究中心，该医院为完成临床试验招募受试者、对照者，并开展临床试验必须的血液、体液等系列检验项目，相关费用应由临床试验项目支付，但该院纳入医保基金支付范围，属于违规使用医保基金行为。	现场检查					
119	临床检验	将粪寄生虫镜检作为入院常规检查普遍开展。	诊疗常规	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。	数据筛查+现场检查					
120	临床检验	向无指征患者遍开展血浆 D-二聚体测定。	诊疗常规	过度检查	示例：血浆 D-二聚体测定反映患者凝血功能情况，一般用于无弥漫性血管内凝血、深静脉血栓、心脑血管疾病、肝脏疾病、恶性肿瘤、手术、溶栓治疗等指征监测。某医院将该项目作为入院常规检测项目，向无指征患者普遍开展并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查					

121	临床检验	无指征同时开展C—反应蛋白测定、超敏C反应蛋白测定。	诊疗常规	过度检查	示例：C—反应蛋白、超敏C反应蛋白一般用于炎症检测，临床意义基本相同，临床根据诊疗需要检测其一即可。某医院对大量患者，同时开具C—反应蛋白、超敏C反应蛋白两种检测项目，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
122	临床检验	医院部分科室将血清载脂蛋白AI测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验。	诊疗常规	过度检查	示例：血清载脂蛋白AI可反应体内脂蛋白的情况，对心脑血管疾病、糖尿病、慢性肾炎、慢性肝炎等疾病具有辅助诊断意义。某医院将血清载脂蛋白AI测定打包进心肌酶谱，对无指征患者普遍开展检查并收费，属于过度检查。	现场检查				
123	临床检验	医院部分科室将血清载脂蛋白B测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验。	诊疗常规	过度检查	示例：血清载脂蛋白B用于反映体内脂蛋白情况，对高脂血症、冠心病、甲状腺功能疾病、肝脏疾病等具有辅助诊断意义。某医院将血清载脂蛋白B测定打包进心肌酶谱，对无指征患者普遍开展检查并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
124	临床检验	医院部分科室将肌红蛋白测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验。	诊疗常规	过度检查	示例：肌红蛋白测定可以反应心肌、骨骼肌损伤和肾功能等疾病的进展情况，某医院将血清肌红蛋白测定打包进心肌酶谱，对无指征患者普遍开展检查并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
125	临床检验	为住院患者开展肾功能检查时，无指征普遍开展血清胱抑素测定。	诊疗常规	过度检查	示例：血清胱抑素测定主要用于肾小球滤过功能损伤、糖尿病肾病、高血压肾病以及其他肾小球早期损伤的诊断及预后判断。某医院为住院患者开	现场检查				

					开展肾功能检查时，普遍打包收取血清胱抑素测定费用，属于过度检查。					
126	临床检验	医院部分科室将血浆乳酸测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验。	诊疗常规	过度检查	示例：血浆乳酸测定可以反映人体组织氧供需平衡与代谢状态。某医院对荨麻疹患者，普遍开展血浆乳酸测定检查并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
127	临床检验	将电解质检测与镁测定设置为检查套餐，无指征为住院患者普遍进行检测。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院为患者开展电解质检查时，未依据患者病情，无指征打包开展镁测定并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
128	临床检验	将电解质检测与钙测定、无机磷测定打包为检查套餐，无指征为住院患者普遍开展检测。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院为患者开展电解质检查时，未依据患者病情，无指征打包开展钙测定、无机磷测定并收费，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
129	临床检验	医院部分科室将B型钠尿肽、B型钠尿肽前体等测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验。	诊疗常规	过度检查	示例：B型钠尿肽定量(BNP)、B型钠尿肽前体(proBNP)一般用于心衰诊断、危险分级、疗效监测和预后评估，常适用于心血管疾病，肺部疾病，其他肾病、肺病等疾病。医院为住院患者普遍无指征开展BNP、pro-BNP测定，属于过度检查。	现场检查				
130	临床检验	无指征同时开展B型钠尿肽、B型钠尿肽前体测定。	诊疗常规	过度检查	示例：B型钠尿肽定量(BNP)、B型钠尿肽前体(proBNP)临床意义相近，在诊断心衰方面任选其一即可。某医院普遍同时对患者开展BNP、proBNP两种项目检验，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				123-17

131	临床检验	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。	诊疗常规	过度检查	示例：不加热血清反应素试验一般用于反映梅毒的严重程度和活性。某医院为入院患者同时开具梅毒螺旋体特异抗体测定及不加热血清反应素试验，对大量阴性患者仍进行了不加热血清反应素试验，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
132	临床检验	医院将血栓弹力图试验作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检查并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：血栓弹力图试验(TEG)是反映血液凝固动态变化的指标，对血管内凝血、冠心病、静脉血栓、脑梗死、肾病综合征等疾病具有辅助诊断意义。某医院向大量住院患者无指征普遍开具。	数据筛查+现场检查				
133	临床检验	医院将糖化血红蛋白测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费；或某患者同一次住院期间90天内反复进行多次糖化血红蛋白测定检查。	诊疗常规	过度检查	示例：糖化血红蛋白一般用于反映糖尿病患者的血糖控制情况，在8-12周内比较稳定，无需反复测定。某医院将该项目作为入院常规检查，向大量患者普遍开具；同时在同一患者一次较短住院期间内，反复进行多次进行测定，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
134	临床检验	非肝炎患者，住院期间多次测定乙肝、丙肝抗体。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院对部分非乙肝、丙肝患者，一次住院周期内多次无指征开展乙型肝炎、丙型肝炎抗体测定检查，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				
135	临床检验	将血清α-L-岩藻糖苷酶测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：血清α-L-岩藻糖苷酶是肝癌的标志物之一，对肝癌诊断具有临床意义。某医院将之打包在肝功能检测套餐中，对无癌症诊断的患者普遍开展检测，属于过度检查。	数据筛查+现场检查				

136	临床检验	将甲胎蛋白测定作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：甲胎蛋白测定主要用于原发性肝癌及其他恶性肿瘤的辅助诊断。某医院为住院患者普遍无指征开展甲胎蛋白测定（AFP），属于过度检查。	数据筛查+现场检查					
137	临床检验	将癌胚抗原、糖类抗原作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：癌胚抗原、糖类抗原系肿瘤标志物，不同抗原对不同类型肿瘤具有辅助诊断意义。 示例 1：某医院为住院患者普遍无指征开展癌胚抗原、糖类抗原等测定，属于过度检查。 示例 2：某医院肿瘤蛋白芯片(男)、肿瘤蛋白芯片(女)包括几十种肿瘤标志物检测，涉及肺癌、肝癌、乳腺、前列腺、卵巢等多癌种。该院为已经明确具体癌种的患者开具多癌种肿瘤标志物检测，如对肝癌患者开展妇科肿瘤、肺部肿瘤等标志物检测，属于过度检查。	数据筛查+现场检查					
138	临床检验	将各种白介素测定、干扰素测定、肿瘤坏死因子测定等作为入院患者的常规检查，对大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：各种白介素测定、干扰素测定、肿瘤坏死因子测定一般用于感染、炎症、肿瘤的诊断。某医院对没有上述疾病指征的患者，以套餐检查的方式，大量开展各种白介素测定、干扰素测定、肿瘤坏死因子等检查。	数据筛查+现场检查					
139	临床检验	将前列腺特异性抗原作为普通人群入院常规检查，对大量非前列腺相关疾病的患者开展检测并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：前列腺特异性抗原(PSA)是一种与前列腺癌相关的抗原，具有较强的器官特异性，用于辅助前列腺癌及前列腺良性病变的鉴别诊断。某医院为非前列腺相关疾病的患者常规开展	数据筛查+现场检查					

					前列腺特异性抗原、游离前列腺特异性抗原检测，属于过度检查。				
140	临床检验	对同一患者同时多次开展血清总蛋白、血清白蛋白测定。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院肝功能和肾功能组套中均包含“血清总蛋白测定”和“血清白蛋白测定”项目。该院为住院患者同时开展肝功能和肾功能组套检测，对同一患者同时进行2次“血清总蛋白测定”和“血清白蛋白测定”，属于过度检查。	数据筛查+现场检查			
141	临床检验	对同一患者同时多次开展血清天门冬氨酸氨基转移酶测定。	诊疗常规	过度检查	示例：某医院肝功能检查和心肌酶谱检测组套中均包含血清天门冬氨酸氨基转移酶测定。该院为患者同时开展上述检测项目时，对同一患者同时测定2次血清天门冬氨酸氨基转移酶，属于过度检查。	现场检查			
142	临床检验	将B2微球蛋白作为大多数科室的常规检验项目，向大量无相关疾病指征的患者开展检验并收费。	诊疗常规	过度检查	示例：B2微球蛋白用于评估肾脏功能，系临床肾功能测定、肾移植成活、糖尿病肾病、重金属镉、汞中毒、某些恶性肿瘤、病毒感染、自身免疫性疾病等的临床诊断指标。某医院向无肾、肝、血液系统、肿瘤、癌、自身免疫病、中毒、泌尿系统感染等疾病诊断的患者，无指征开展此检验项目。	现场检查			
143	临床检验	开展血气分析，同时重复收取血清碳酸氢盐(HCO3)测定费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，血气分析项目内涵：含血液PH、血氧和血二氧化碳测定以及酸碱平衡分析。某医院为患者开展血气分析，同时重复开展血清碳酸氢盐(HCO3)测定并收	数据筛查+现场检查			

					费，属于重复收费。					
144	临床检验	开展骨髓涂片细胞学检验，重复收取骨髓有核细胞计数费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，骨髓涂片细胞学检验项目内涵：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。某医院为患者开展骨髓涂片细胞学检验并收费，同时收取“骨髓有核细胞计数”，属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
145	临床检验	开展血栓弹力图试验，未按照检验项目计价单位收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》中，血栓弹力图试验项目计价单位：按“次”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，未按实际检测的试剂方法收费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
146	临床检验	开展新生儿经皮胆红素测定，未按照计价标准进行收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：我省《诊疗目录》规定，新生儿经皮胆红素测定项目计价单位为“次”。某医院开展新生儿经皮胆红素测定，实际按照测定“部位”数量进行收费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
147	临床检验	将电极法进行的钠测定、钾测定、铁测定、钙测定等，按照价格更高的干化学法进行收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	串换项目	示例：某市《物价目录》规定，钠测定、钾测定、铁测定、钙测定，使用电极法、干化学法等不同检测方法测定，价格不同。某医院将使用电极法开展的钠、钾、铁等测定，串换为干化学法进行收费，属于串换项目。	现场检查				123-21

148	临床检验	将各种酶法进行的葡萄糖测定，按照价格更高的干化学法进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某市《物价目录》规定，葡萄糖测定 各种酶法单价为 5 元/次；干化学法测定，单价为 14 元/次。某医院使用各种酶法开展葡萄糖测定，但按照干化学法进行收费，属于串换项目。	现场检查				123-1
149	临床检验	将各种免疫学方法测定的血清肌钙蛋白 T、肌钙蛋白 I、肌红蛋白，按照价格更高的化学发光法进行收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	串换项目	示例：某市《物价目录》规定，血清肌钙蛋白 T、肌钙蛋白 I、肌红蛋白，使用免疫学方法、化学发光法等不同方法测定，价格不同。某医院将使用免疫学方法开展的血清肌钙蛋白 T、肌钙蛋白 I、肌红蛋白等测定，串换为化学发光法进行收费，属于串换项目。	现场检查				123-10
150	临床检验	未使用间接胆红素试剂，通过计算方式算出间接胆红素检查结果并收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：某医院为患者开展血清间接胆红素测定，未使用间接胆红素试剂，而是通过总胆红素、直接胆红素数值进行计算得出检测数值，属于串换收费。	现场检查				
151	临床检验	将 B 型钠尿肽前体 (PRO-BNP) 测定、N 端 -B 型钠尿肽前体 (NT - ProBNP) 测定相互串换收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：我省《诊疗目录》中，B 型钠尿肽前体 (PRO-BNP)、N 端 -B 型钠尿肽前体 (NT-ProBNP) 测定，价格不同。 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。	现场检查				
152	临床检验	将自费的动态血糖监测串换为甲类的电脑血糖监测或床边血糖检测进行医保	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：根据我省《诊疗目录》规定，动态血糖监测为自费项目。某医院为患者使用连续葡萄糖监测系统开展动	数据筛查+现场检查				省增加

		结算。			动态血糖监测，应按照连续动态血糖监测(自费)进行收费，但医院串换为甲类的电脑血糖监测进行医保结算。					
153	临床检验	在收取“电脑血糖监测”的同时收取“葡萄糖测定 床边血糖仪检测法”费用	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》电脑血糖监测项目内涵：含床旁血糖监测。某医院为糖尿病患者开具电脑血糖监测24小时，同时每小时收取一次“葡萄糖测定 床边血糖仪检测法”，共24次，其中“葡萄糖测定 床边血糖仪检测法”为重复收费。	数据筛查+现场检查				省增加
154	外科	开展肺癌根治术，重复收取淋巴结清扫和(或)胸腔闭式引流术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，肺癌根治术项目内涵：含淋巴结清扫。某医院开展肺癌根治术并收费，同时收取“淋巴结清扫”费用，“淋巴结清扫”，属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
155	外科	开展甲状腺癌扩大根治术，重复收取甲状腺癌根治术和(或)淋巴结清扫术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，甲状腺癌扩大根治术的项目内涵：含甲状腺癌切除、同侧淋巴结清扫、所累及颈其他结构切除。某医院开展甲状腺癌扩大根治术，同时收取“甲状腺癌扩大根治术”“甲状腺癌根治术”“淋巴结清扫术”费用，其中“甲状腺癌根治术”“淋巴结清扫术”属于重复收费。	数据筛查+现场检查				123-117

156	外科	开展乳腺癌根治术/乳腺癌扩大根治术，重复收取乳腺肿物切除术和(或)单纯乳房切除术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)，乳腺癌根治术/扩大根治术的操作步骤含乳腺全部切除。某医院开展乳腺癌根治术/扩大根治术并收费，同时收取“乳腺肿物切除术”“单纯乳房切除术”费用，属于重复收费。(双乳同时开展手术时除外)	数据筛查+现场检查					
157	外科	开展根治性宫颈切除术，重复收取盆腔淋巴结清扫术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，根治性宫颈切除术的项目内涵：含盆腔淋巴结清扫、卵巢动静脉高位结扎术。某医院开展根治性宫颈切除术并收费，同时收取“盆腔淋巴结清扫术”费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查					
158	外科	开展肺癌根治术、肺叶切除术、肺楔形切除术、肺大泡切除修补术等，重复收取胸腔闭式引流术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)，肺癌根治术、肺叶切除术、肺楔形切除术、肺大泡切除修补术等治疗步骤均含胸腔闭式引流操作。某医院开展上述手术并收费，同时收取“胸腔闭式引流术”费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查					
158	外科	将腹部体表良性病变切除，串换为腹壁肿瘤切除术收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：我省《诊疗目录》规定，腹壁肿瘤切除术的项目内涵：不包括体表良性病变。某医院为患者开展腹部体表良性病变切除，按照“腹壁肿瘤切除术”对应收费，属于串换项目。	现场检查					

160	外科	开展乳腺肿物穿刺术、立体定向脑深部核团毁损术等手术，未按照计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，乳腺肿物穿刺术应按“次”收费，某医院实际按照定位穿刺点数量收费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
161	外科	开展体表肿物切除术等手术，未按照同一切口、不同切口手术计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》手术总说明规定，同一手术项目中两个以上切口的手术，按20%比例加收。某医院开展体表肿物切除术，未严格执行上述计价标准，而是按照肿物个数计费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
162	肿瘤	合金模具、填充模具设计及制作，未按计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例1：某市《物价目录》规定，合金模具设计及制作的收费单位为“次”，应按制作次数收费。某医院按放疗次数收费，属于超标准收费。示例2：武汉市《物价目录》规定，填充模具设计及制作的收费单位为“次”，应按制作次数收费，某医院实际按放疗次数收费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
163	肿瘤	适形调强放射治疗(IMRT)，未按计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，适形调强放射治疗(IMRT)的收费单位为“次”。某医院实际按放疗视野或部位进行收费，属于超标准收费。直线加速器适型治疗按射野收费，如在此基础上采用适形调强放射治疗(IMRT)，每日可加收一次适形调强放射治疗(IMRT)收费。	数据筛查+现场检查				123-38

164	肿瘤	肿瘤患者深部热疗，未按计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，深部热疗，计价单位为次。某医院为患者开展深部热疗，一次治疗应收取1次费用，但实际按照部位多次收费，超出部分属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
165	肿瘤	131 碘-MIBG 恶性肿瘤治疗、131 碘-肿瘤抗体放免治疗，未按计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，131 碘-MIBG 恶性肿瘤治疗、131 碘-肿瘤抗体放免治疗，计价单位为次。某医院为患者开展 131 碘-MIBG 恶性肿瘤治疗、131 碘-肿瘤抗体放免治疗，1 次治疗应收费 1 次，但医院实际按部位/视野收费，1 次治疗收取多次费用，多收部分属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
166	肿瘤	18 氟-脱氧葡萄糖断层显像系列诊疗项目(包括肿瘤显像、心肌代谢显像、脑显像等)，未按计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，18 氟-脱氧葡萄糖断层显像(包括肿瘤显像、心肌代谢显像、脑显像等)，计价单位均为次。某医院为患者开展对应的断层显像，1 次显像应收费 1 次，但实际按部位多次收费，多收部分属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
167	肿瘤	开展肿瘤全身断层显像，重复收取人工报告费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：某市《物价目录》规定，正电子发射计算机断层显象(PET)*项目内涵：含各种图象记录过程。某医院开展肿瘤全身断层显像并对应收费，同时收取“图文报告”费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查				

168	肿瘤	医院无集中配液中心，串换此项目收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012 版)，抗肿瘤化学药物配置项目内涵：指在静脉药物配置中心，严格按照配置规范及无菌操作原则，集中配置抗肿瘤药物。某医院未设置静脉药物配置中心，化疗药物由护士自行配置，但对照“抗肿瘤化学药物配置”收费，属于串换项目。	现场检查					
169	肿瘤	肠造瘘还纳术重复收取肠吻合术	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012 版)，肠造瘘还纳术项目内涵：将腹壁外露造瘘肠段完整切除，粘连松解，肠肠吻合，观察血运，止血。医院为直肠癌术后愈合良好的患者行肠造瘘还纳术和肠吻合术，其中肠吻合术属于重复收费。	数据筛查+现场检查					省增加
170	麻醉	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院实际开展全身麻醉操作 100 多例，但同时间段内，收取全身麻醉费用 2 千多次，存在虚构全身麻醉项目的情况。	现场检查					
171	麻醉	吸入麻醉药品、静脉麻醉药品的收费标准大于实际使用数量。	药品使用的真 实性、收费的 准确性	虚构医药服务项目或重复收 费	示例 1：丙泊酚注射液计价单位为每支，医院存在同一支丙泊酚，两个患者同时使用，各收取 1 支的费用，属于重复收费。应特别关注 10 毫升以上较大规格静脉麻醉药品的收费情况。示例 2：吸入性麻醉药七氟烷计价单位为毫升，吸入性麻醉药七氟烷容易出现误差，但某医院同一时间段内计费的毫升数远大于医院使用的毫升	现场检查					

					数，存在重复收费或虚构医药服务项目的问题。				
172	麻醉	各种麻醉方式(如全身麻醉、神经阻滞麻醉、椎管内麻醉、局部麻醉等)，收费时长大于实际麻醉记录时长。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，全身麻醉收费标准为每2小时收费1次。某医院麻醉记录起止时间为09:30—11:30，应按照2小时收费1次，但医院实际按照3小时收费2次，属于重复收费。	现场检查			
173	麻醉	开展椎管内麻醉(包括腰麻、硬膜外阻滞、腰麻硬膜外联合阻滞、椎管内阻滞分娩镇痛、分娩镇痛)项目，重复收取椎管内置管术费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中，连续腰麻项目内涵：经穿刺向蛛网膜下腔置入导管，经导管注射局麻药物、阿片类药物等。某医院开展椎管内麻醉并对应收费，同时额外收取“椎管内置管术”费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查			
174	麻醉	开展椎管内阻滞分娩镇痛、分娩镇痛等项目，重复收取椎管内麻醉和(或)局部麻醉和(或)表面麻醉费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，椎管内阻滞分娩镇痛、分娩镇痛等项目：经麻醉医生评估可行椎管内阻滞并签署知情同意书，产妇进入产房，由麻醉医生椎管内阻滞。某医院为产妇开展分娩镇痛并对应收费，同时额外收取“椎管内麻醉”“局部麻醉”“表面麻醉”等费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查			

175	麻醉	开展全身麻醉，重复收取气管插管费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，全身麻醉含气管插管。某医院为接受腹腔镜手术的患者开展全身麻醉，同时收取“普通方法气管插管术”费用，属于重复收费。排除急救“气管插管”后进行“全身麻醉”的患者。	数据筛查+现场检查					123-51
176	麻醉	开展麻醉中监测，重复收取持续无创性血压监测、心电监测、氧饱和度等监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，麻醉中监测含心电图、脉搏氧饱和度、心率变异分析、ST 段分析、无创血压、呼气末二氧化碳、氧浓度、呼吸频率、潮气量、分钟通气量、气道压、肺顺应性、呼气末麻醉药浓度。某医院开展麻醉中监测并已对应收费，同时收取“心电监测”“氧饱和度”“持续有创性血压监测”等费用，其中，“心电监测”“氧饱和度”“持续有创性血压监测”等属于重复收费。	数据筛查+现场检查					
177	麻醉	开展支气管内麻醉，未按诊疗项目计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，支气管内麻醉收费标准三级为 1000 元/2 小时，每增加 1 小时加收 200 元。某医院支气管内麻醉 3 小时，应收取 1200 元，但实际收取 2000 元，属于超标准收费。	现场检查					
178	麻醉	开展术后镇痛，未按诊疗项目计价标准(如：次、小时、天、侧、例等)收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，术后镇痛计价单位为“次/天”。医院开展术后镇痛，1 次操作多次收费。	数据筛查+现场检查					

179	麻醉	开展麻醉分析，未按诊疗项目计价标准收费。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，麻醉分析计价单位为“次”。某医院开展麻醉分析，按照分析时长，以“小时”为标准计费，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
180	麻醉	向非全身麻醉状态的患者，收取麻醉深度电生理监测费用。	《诊疗目录》等政策文件	过度诊疗	示例：某医院对非全身麻醉状态的患者，收取“麻醉深度电生理监测”费用，属于过度诊疗。	数据筛查+现场检查				
181	麻醉	对未使用肌肉松弛药物的全身麻醉患者，开展麻醉中肌松监测并收费。	《诊疗目录》等政策文件	过度诊疗	示例：《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中，麻醉中肌松监测项目内涵：手术中在肌松监测仪指导下间断或持续给予肌松药，术后拔管时残余肌松药作用监测。某医院对未使用肌松药物的患者，收取“麻醉中肌松监测”费用，属于过度诊疗。	数据筛查+现场检查				
182	麻醉	非全麻、非深度睡眠等患者，收取麻醉深度电生理监测费用。	诊疗常规	虚计费用	示例：某医院向非全麻患者开展“麻醉深度电生理监测”并收取费用，属于虚计费用。	数据筛查+现场检查				

183	麻醉	医院无指征普遍开展特殊方法气管插管术。	诊疗常规	过度诊疗	示例：特殊气管插管术一般用于困难气道。某医院对所有气管插管患者，无论气道状况，普遍采取特殊方法气管插管术并收费，属于过度诊疗。	现场检查				
184	麻醉	开展气管插管术，但按照特殊方法气管插管术收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：医院为患者实施的项目为气管插管术，但按照价格更高的“特殊方法气管插管术”收费，属于串换项目。	现场检查				
185	麻醉	在为非危急病人行白内障手术时，收取“局部浸润麻醉”数量>1。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	重复收费	示例：某市《物价目录》局部浸润麻醉计价单位：次。医院在为在为非危急病人行白内障手术时，双眼局麻收取“局部浸润麻醉”数量为2，重复收取1次麻醉费用。	数据筛查+现场检查				省增加
186	重症医学	未开展相关诊疗项目，但收取对应诊疗费用。	诊疗服务的真实性	虚构医药服务项目	示例：某医院重症监护室，向所有住院患者收取尿常规检验费用，但实际有些患者无尿，未开展检测，属于虚构医药服务项目。	现场检查				
187	重症医学	对不符合康复治疗适应症范围的患者开展康复治疗项目，或未开展康复治疗但收取相应费用。	诊疗常规	过度诊疗或虚构医药服务项目	示例 1：某医院在重症监护患者生命体征不稳定的情况下行运动疗法。 示例 2：某医院在重症监护患者生命体征不稳定、经康复科会诊明确不宜开展康复治疗、且未实际开展任何康复治疗的情况下，每日收取日常生活动作训练、运动疗法等费用。	现场检查				

188	重症医学	开展静脉高营养治疗，重复收取静脉用药集中配置费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：我省《诊疗目录》规定，静脉高营养治疗项目内涵：含静脉营养配置。某医院为 ICU 患者输注营养液，其中，静脉用药集中配置为重复收费。	数据筛查+现场检查				123-48
189	重症医学	呼吸机、心电监护、连续静脉压监护、动态血压监测、连续性血液净化等计价单位为小时，医院计费总时长大于患者实际入 ICU 总时长。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	重复收费	示例：某市《物价目录》中，呼吸机辅助呼吸计价单位为“小时”。某医院车祸伤术后患者在医院重症监护病房住院 5 天，共计 120 小时，医院为该患者开展呼吸机辅助呼吸，应收取“呼吸机辅助呼吸” 120 次费用，但医院实际收取“呼吸机辅助呼吸” 144 次，收费次数大于该患者实际进入重症监护病房的总时长，其中，24 次费用属于重复收费。	数据筛查+现场检查				
190	重症医学	开展抢救项目(如大抢救、中抢救、小抢救等)，超出计价标准。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价目录》规定，大抢救项目计价标准为“日”。医院为 ICU 患者施行中抢救，一天两次，应收取“中抢救”费用 1 次，但医院实际收取 2 次费用，属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				
191	重症医学	开展经纤支镜治疗，按照经纤支镜特殊治疗进行收费。	诊疗常规	串换项目	示例：我省《诊疗目录》规定，经纤支镜特殊治疗项目内涵：包括微波、激光、高频电等法。医院为重症患者进行气管镜吸痰和注药操作，应收取“经纤支镜治疗”费用，但实际按照“经纤支镜特殊治疗”进行收费，属于串换项目。	现场检查				

192	重症医学	将普通病房床位，串换为层流洁净病房床位进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：医院将普通病房床位，串换为层流洁净病房床位进行收费。	现场检查				
193	重症医学	将“鼻饲管置管”串换为“肠内高营养治疗”进行收费的情况。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	串换项目	示例：我省《诊疗目录》肠内高营养治疗：指经腹部造瘘置管的胃肠营养治疗。医院为吞咽困难患者进行“鼻饲管置管”操作，通过鼻饲管提供营养和药物，应按鼻饲管置管收费，实际串换为单价更高的“场内高营养治疗”进行收费。	数据筛查+现场检查				省增加
194	外科	收取肺叶切除术或肺楔形切除术费用，重复收取肺修补术费用。	诊疗常规	重复收费	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》（2012年版），肺修补术项目内涵：探查病损部位并修补肺组织。肺叶切除术或肺楔形切除术后正常缝合，不应同时收取肺修补术。某医院开展肺叶切除术并收费，同时收取“肺修补术”费用，属于重复收费。	数据筛查+现场检查				省增加
195	呼吸科	支气管舒张试验和肺通气功能检查重复收费。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据我省《诊疗目录》：支气管舒张试验项目内涵：含通气功能测定2次。某医院为疑似支气管哮喘患者开具支气管舒张试验，收取“肺通气功能检查”费用为重复收费。	数据筛查+现场检查				省增加
196	口腔科	收取“牙髓失活术”的同时收取麻醉费用。	《诊疗目录》等政策文件	重复收费	示例：根据我省《诊疗目录》：牙髓失活术含麻醉、开髓、备洞、封药。某医院为龋齿患者行牙髓失活术，收取麻醉费用为重复收费。	数据筛查+现场检查				省增加

197	中医	小针刀治疗的计价单位为“每个部位”，实际收费时按进针点穴位收费，且耗材与治疗例次数不符。	《诊疗目录》、各地市《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：某市《物价文件》规定，小针刀治疗计价单位为“每个部位”。医院为肩周炎患者行小针刀治疗，一个部位应收取数量1，实际按穴位收取数量2，多收取1次属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				省增加
198	中医	隔物灸法计价单位为“次”，且根据诊疗常规每天1至2次，而医疗机构按“部位”“穴位”增加收费次数。	诊疗常规、各地《物价目录》等政策文件	超标准收费	示例：根据某市《物价文件》规定，隔物灸法计价单位为“次”。根据诊疗常规，每日不应超过2次。医院为腹泻患者行隔物灸法，每日上午一次，应收取数量1，实际按部位收取数量2，多收取1次属于超标准收费。	数据筛查+现场检查				省增加
199	中医	实际开展中药热奄包治疗，收费时按照“烫熨治疗”项目进行收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012年版)中药热奄包治疗项目内涵：将中药加热后，局部消毒，迅速用布包裹，敷于患部或穴位；烫熨治疗：将中药加热后，迅速用布包裹，然后在病人身上的特定部位来回移动或反复旋转按摩。医院为痛经患者贴中药于腹部，应收取中药热奄包治疗，实际按烫熨治疗收费。	现场检查				省增加
200	中医	直流电药物离子导入治疗串换为中医定向透药疗法收费。	《诊疗目录》等政策文件	串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012版)，中医定向透药疗法：在定向药透仪的导引下，将治病或镇痛的药物直接从皮肤定向地送到组织伤害的病灶部位。医院收取中医定向透药疗法，所用仪器经询问厂家证实该仪器电极贴片中所含成份为植物提取液，没有药物成份，只能按照中频脉冲电治疗收费。且只使用理疗电	数据筛查+现场检查				省增加

					极片，无辨证施治、部位、治则、组方、药物及记录单，收取中医定向透药疗法为串换项目收费。					
201	中医	中医科为患者进行普通针刺治疗时，将针灸针扎进穴位后并施以行针手法，套用针刺运动疗法收取费用。	《诊疗项目录》等政策文件	串换项目	示例：根据《全国医疗服务价格项目规范》(2012版)，医生在运用普通针刺手法时，加让病人配合做特别的动作或由医生帮助病人运动，以获得最佳疗效。医院中医科为患者进行普通针刺治疗时，将针灸针扎进穴位后并施以行针手法，套用费用更高的针刺运动疗法收取费用。	现场检查				省增加，123-16

### 附件 3

## 湖北省定点零售药店构违法违规使用医保基金典型问题清单(2025 版)

序号	问题	违规类型	违规参考示例	重点检查方向	违规数量	违规金额	责任人	整改措施 (备注)
1	收集并空刷参保人员医保凭证(社保卡、医保电子凭证)，在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付费用。	虚构医药服务项目	示例：某大药房 2023 年实际销售马来酸阿伐曲泊帕片 105 盒，但通过收集并空刷参保人员医保凭证，伪造药品采购、销售票据及电子记录，年内申请医保支付该药品费用 1.8 万盒，属于虚构医药服务项目。	重点核查重复追溯码、药品购进配送相关资料、处方及进销存数据。如某药店在 2024 年 7 月期间使用功劳去火胶囊同一追溯码反复结算 10 次，经现场检查，发现该药店本地销售系统仅有 1 次该药品销售信息，且本时间段内该药品入库数量为 0，销售数量为 0，药店存在虚假销售结算，存在虚假销售结算。个别药品因操作失误造成的追溯码重复属于管理不规范。				

2	诱导或协助参保人员空刷医保凭证，为刷卡人员提供返还现金、赠送礼品等服务，在未真实销售药品的情况下，骗取医保基金支付虚假购药费用。	诱导、协助虚假购药	示例：某大药房对外宣传可刷医保卡返现，参保人提供医保卡后，药房工作人员随意编造药品销售记录，在无真实交易的情况下空刷医保凭证，按照刷卡金额的一定比例向参保人返现，属于诱导、协助虚假购药行为。			
3	诱导参保人员空刷医保凭证，在未真实销售药品的情况下，将统筹基金额度套刷后计入参保人员“会员账号”，留存额度供未来使用。尤其是年底突击刷卡，将该年度统筹基金额度转入次年使用。	诱导、协助虚假购药	示例：某药店为参保人员提供套刷医保卡、筹建会员账户服务，如2024年11月底为一名参保人一次性套刷医保统筹基金1500元，将1500元全额转入此参保人员在本店的会员账号，用于下次消费。  对年度尤其是年末使用统筹基金结算增幅增长异常的定点零售药店开展现场检查，重点核查药店进销存和重复追溯码数据。 示例：某药店2023年纳入当地门诊统筹定点零售药店定点管理，在2023年和2024年期间，每月医保统筹基金结算金额在1-2万，该药店在2024年10月起门诊统筹基金结算金额大幅度增长，10月达到4万，11月达到6万，通过核查重复追溯码和比对进销存数据后发现某参保人在该药店2024年11月底一次性下账1500元，经核查药店本地系统未实际销售该药品，1500元被全额转入此参保人本店的会员账号中用于下次消费。			

4	明知参保人员、中间商等购买医保药品用于倒卖，仍向其进行售卖并申请医保基金支付。	参与倒卖医保药品	示例：参保人员张某购买超出本人用量的马来酸阿伐曲泊帕片，每次购药后在药店门口即进行二次售卖，用于中间商倒卖。某药店明知此倒卖药品行为，仍向参保人员张某销售超出其本人用量的马来酸阿伐曲泊帕片，并未该参保人员及中间商倒卖医保药品提供药品寄存等服务。				
5	通过非正规渠道购进“回流”药品并进行二次销售。	回流销售	示例：某药店销售的药品无发票、无随货同行单，通过非正规渠道购进“回流”药品进行销售。	重点核查同一追溯码在不同药店、不同医院、医院和药店之前出现重复。			
6	为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算。	为非定点医药机构进行医保结算	示例：某患者在某美容整形医院开展美容治疗，本应由患者自费治疗，但该美容整形医院将患者带到附近的定点零售药店，药店以虚开药品的方式为该人员进行医保结算。	重点核查高频、大额消费人员信息，药店与医保结算明细的比对，以及药品进销存数据			
7	将实际销售的化妆品、保健品，以及米面粮油、口罩、酒精等生活日用品，串换为医保目录内药品进行销售，申请医保基金支付相关费用。	串换项目	示例：某药店实际销售雅诗兰黛香水(500元)，通过更改销售记录，将香水的销售记录篡改为六味地黄丸2盒(250元/盒)，按照六味地黄丸申请医保基金支付相关费用。				
8	将医保基金不予支付的药品串换成医保目录内药品，申请医保基金支付相关费用。	串换药品	示例：西地那非系医保目录外药品，医保基金不予支付。某药店将西地那非串换为六味地黄丸，申请医保基金支付相关费用。	重点核查同一药店同一时段出现的重复追溯码的药品进销存数据。示例：同一药店同一时段反复出现七十味珍珠丸药品的同一追溯码，经核查本地销售系统及进销存数据后发现			

				该参保人购买的实际商品为保健品。			
9	将不符合药品目录中医保支付条件的药品纳入医保基金结算。	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	示例 1：《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中，氨己烯酸口服溶液用散医保支付条件为：限婴儿痉挛症。某药店向某成人购药者销售氨己烯酸口服溶液用散，并按照参保职工门诊统筹待遇申请医保结算。 示例 2：胖大海、三七粉、红景天等中药饮片单方不予支付。某药店将这些饮片单方销售，纳入职工门诊统筹报销。	根据《药品目录》各药品医保支付限制条件。			
10	将单方不予支付的中药饮片组合销售。	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	示例：某药店为了将单方不支付的中药饮片“人参”纳入医保结算，通过开具不合理配伍处方，将单方不支付的人参 500g 组合其他医保基金可支付的黄芪 10g，炙甘草 10g 进行销售。	重点核查销售量大，且在药品目录中单方不予支付的中药饮片。			
11	无处方销售处方药，申请医保基金支付相关费用。	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	对未持定点医疗机构外配处方购药的参保人员，某药店仍销售处方药并按相关医保待遇结算。				
12	销售处方药，涂改药品处方，申请医保基金支付费用。	伪造变造资料	示例：某药店销售特殊药品阿帕替尼，处方开具量为 2 盒，药店工作人员将处方用量涂改为 4 盒，按照 4 盒销售并申请医保基金支付。				

13	向无医师开具处方的患者销售处方药、申请医保基金支付费用，并通过自行伪造，引导参保人员伪造，通过互联网人工智能自动开方，自行联络医生、医药代表等，伪造或获取来路不明的虚假药品处方。	伪造变造资料	<p>示例 1：某药店与某互联网医院平台合作，对无处方的参保人员，在无医师问诊的情况下，由人工智能自动开具处方，药店凭此处方向患者售药，并申请医保基金支付。</p> <p>示例 2：某药店自行网购某某医院处方笺模板，私刻医院外配处方公章、医师签名章，对无处方的参保人员，由药店工作人员手写处方，并加盖私刻的公章，售药后留存此处方供查。</p>	<p>重点核查处方药品的处方、开单医生和审方药师资质及实际在岗情况，尤其是纸质处方。</p> <p>示例：某药店 7 月 1 日 10: 00 分为患者张某医保结算药品复方对乙酰氨基酚片 2 盒，通过药店处方系统核查发现，该药店实际为患者开具处方的时间是 10: 20，存在先药后方。</p>		
14	药店自建诊所或与社会办诊所合作，根据售药需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方。	超量开药	示例：某药店与某某诊所合作，由该诊所向药店专供处方。某某诊所医师开具处方无视患者病情及用药需要，根据药店提出的需求随意开方，一次性为患者开具匹伐他汀钙片 190 盒，超出患者 3 年用量。			
15	超量多开药品，申请医保基金结算相关费用。特别是年底，诱导参保人员集中刷卡，消费医保统筹基金支付限额购买超出参保人员本人需求的药品。	超量开药	<p>示例 1：某药店一次性为某患者开具 50 盒阿帕替尼（规格 0.25g/片，14 片/板/盒），均申请医保基金支付，超出患者 6 个月服用剂量。</p> <p>示例 2：某药店一次性为患者开具多种药理作用相似或相同的药品，远超出患者病情需要。</p>	<p>重点检查慢特病、特殊药品等药品实际结算数量超出药品使用说明书规定的最大用量。</p>		

16	为门诊慢特病待遇参保人员，开具非认定病种治疗用药，申请使用医保门诊慢特病待遇支付相关费用。	超病种购药	示例：参保人张某享受病毒性慢性肝炎待遇，但非高血压慢病患者。某药店为张某开具高血压慢性病种目录药品阿利沙坦酯片，使用居民医保门诊慢病待遇结算。用药与该病种待遇认定的病情治疗无关。				
17	未对患者购药身份进行审核，向男性参保人员售卖妇科用药。	协助冒名购药	示例：男性参保人员使用本人医保电子凭证购买限女性使用的保妇康栓等妇科用药，药店通过门诊统筹为其结算相关费用。				
18	未按要求采集、上传药品追溯码。	管理问题	示例 1：某药店每月销售 5000 盒药品，其中 4000 盒有药品追溯码，但只采集、上传 2000 盒药品追溯码，其余售卖药品追溯码未上传。 示例 2：药品追溯码应当一药一码上传，某药店售卖 10 盒药，均扫描同一盒药品的追溯码，人为造成无效重码。				

## 附件 4

### 2025 年定点医药机构违法违规使用医保基金自查自纠情况反馈表

医药机构名称(盖章):

统一社会信用代码:

时间:

序号	问题	违规类型	违规情形描述	认定依据	违规数量	违规金额	责任科室/ 责任人	自查整改措施	
								责任人 整改 情况	医药机构整改措施
示例	无处方销售处方药，申请医保基金支付相关费用。	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	对未持定点医疗机构外配处方购药的参保人员，某药店仍销售处方药并按相关医保待遇结算。	无处方销售处方药	5	100	王某某	批评教育	加强培训，退回违规金额 100 元或扣除责任人绩效等
1									
2									