

泗县医疗保障局

各定点医药机构：

为进一步加强医保基金监管，构建全领域全流程的基金安全防控机制，推动定点医药机构充分发挥主观能动性，加强自主管理、增强自律，规范医保基金使用，根据《安徽省医疗保障局办公室关于印发<安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）>的通知》（皖医保办〔2022〕23号）和《宿州市医疗保障局<关于开展全市定点医药机构医保基金使用自查自纠工作的通知>》精神，经研究，决定在全县范围开展定点医药机构医保基金使用自查自纠工作，现将具体工作安排通知如下：

一、自查自纠对象

全县定点医疗机构和定点零售药店。

二、自查自纠数据范围

自查自纠相关数据的起止时间为 2021 年 6 月 1 日至 2022 年 3 月 31 日。

三、自查自纠工作参考标准

- 1、《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）》；
- 2、《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）》编写说明；

3、《宿州市定点零售药店使用医保基金违法违规问题指引（试行）》；

4、《泗县医保局关于印发基金监管反馈问题清单的通知》；

5、《医疗保障基金使用监督管理条例》《安徽省基本医疗保险医疗服务项目目录》《安徽省基本医疗保险药品目录》和其他文件有关规定。

四、自查自纠完成时限

（一）建立整改台账阶段。

县医保基金安全监管中心指导辖区内定点医药机构开展自查自纠工作，各定点医药机构按照医保部门制定的自查自纠规则建立工作台账。

完成时限：4月25日前。

（二）逐项整改阶段。

各定点医药机构对照自查自纠规则逐项梳理，将存在的问题按要求列入自查自纠台账，逐项整改到位，经单位主要负责人签字确认后，逐个销号。

完成时限：5月15日前。

（三）汇总报告阶段。

各定点医药机构对自查自纠发现的问题整改到位后，向县基金安全监管中心报送自查自纠台账、总结报告及缴款凭证。

完成时限：5月26日前。

（四）总结验收阶段。

县医保基金安全监管中心针对监管对象违规特点以及易发频发的违规类型制定下一步检查方案，为后期抽查复查工作做好准备，并对定点医药机构自查自纠未及时上缴的违规金额进

行清零。

完成时限：6月5日前。

五、工作要求

（一）统筹安排工作进度。县医保基金安全监管中心要压实相关责任，组织辖区内定点医药机构认真开展自查自纠工作，规范有序稳步推进。

（二）主动退还违规费用。各级定点医药机构要对列入自查自纠工作台账的问题，逐项计算违规费用，主动退还违规医保基金。

（三）组织开展检查抽查。此次自查自纠工作结束后，市、县（区）医疗保障部门将根据自查情况开展抽查复查，凡自查认真、纠正及时的，仅对自查出的违规资金依法依规进行收缴，对敷衍应付的，逾期仍未整改到位的，将按照医保基金监管相关规定从严从重顶格处理。

联系人：贺宣书、谷晓白，联系电话：0557-7012218

邮 箱:sxybjjgg@126.com

附 件： 1、《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）》

2、《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）》编写说明

3、《宿州市定点零售药店使用医保基金违法违规问题指引（试行）》；

4、常见医保违法违规行为类型及具体表现形式。



附件 1

宿州市医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（试行）

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
1	重复收费	一级护理、二级护理和三级护理、特级护理、新生儿护理项目之间重复计算收费（母婴同室除外）。	根据《省项目目录（2018）》，一级、二级、三级以及特级护理均属分级护理，根据临床需要，只能选择其中一种。根据《省项目目录（2022版）》，新生儿护理与分级护理不得同时收取。	《省项目目录（2022）实施后发生的行为，《省项目目录（2018）》与其规定不一致的，应执行《省项目目录（2022）》相关规定。（下同）
2		一级护理、二级护理和三级护理、特级护理、重症监护之间串换收费；住院全过程均为一级护理或特级护理（确有证据证明的患者自己要求出院、重症死亡等特殊状况除外）。	根据《省项目目录（2018）》，应根据患者实际情况，确定护理分级。	
3		收取“分级护理”费，同时收取术前备皮费。	根据《省项目目录（2018）》，“分级护理”项目内涵包含术前备皮。不得另外收取费用。	
4		收取“特级护理”费，同时收取口腔护理、压疮预防和护理、管路护理等专项护理费。	根据《省项目目录（2018）》，“收取特级护理”不得再收取口腔护理、压疮预防和护理、管路护理等专项护理费。不足半日的，减半收取。	
5		收取“重症监护”费，同时收取分级护理费（确因病情和治疗需要转科的患者除外）。	根据《省项目目录（2022版）》，“收取重症监护不得再收取分级护理费”。	
6		收取“呼吸机吸痰护理”费，同时收取“气管切开护理”或“气管插管护理”费。	根据《省项目目录（2022版）》，呼吸机吸痰护理与“气管切开护理”、“气管插管护理”不得同时收取。	
7		收取“气管切开护理”费，同时收取“吸痰护理”费。	根据《省项目目录（2022版）》，气管切开护理不得同时收取吸痰护理。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
8		收取“呼吸机辅助呼吸”费，同时收取吸氧费。	根据《省项目目录（2018）》，辅助呼吸包含氧气吸入。	
9		静脉输液使用留置针，收取“静脉输液”和“留置针”费，同时收取“外周静脉置管护理”费。	根据《省项目目录（2022版）》，使用留置针静脉输液每日加收6元，不得收取外周静脉置管护理。	
10		收取“静脉输液”费，同时收取“一次性注射器”等费用。	根据《省项目目录（2018）》，可以收取“留置针，专用输液器（一次性避光输液器，一次性精密过滤输液器，一次性使用自动止液输液器）费”，但不得再收取其它耗材费。	
11		护理费、住院诊察费等数量大于患者实际住院天数+1天。	相关收费项目计算时间总量超出实际住院天数+1天，不合理。	
12		收取“全胃肠外营养深静脉输注”“外周静脉营养输注”“输液泵辅助全胃肠外营养深静脉输注”费，同时收取“静脉输液”（“多通道”除外）。	根据《省项目目录（2018）》，“全胃肠外营养深静脉输注”“外周静脉营养输注”“输液泵辅助全胃肠外营养深静脉输注”三个项目不得与“静脉输液”费同时收取。	
13		产科新生儿收取“住院诊察费”。	根据《省项目目录（2018）》，产科新生儿不得收取住院诊察费。	
14		同时收取“住院诊察费”和“住院中医辨证论治”费。	根据《省项目目录（2018）》，“住院诊察费”指医务人员对住院患者进行的日常诊察工作；“住院中医辨证论治”指由中医、中西医结合医务人员对住院患者提供的中医诊疗服务。二者均属于诊察费，不得同时收取。	
15		收取“单胎顺产接生”等接生费，同时收取肛门指检、会阴裂伤修补等费用。	根据《省项目目录（2018）》，有关项目内涵含产程观察、阴道或肛门检查，胎心监测及脐带处理，会阴裂伤修补及侧切。	
16		在院精神病人全程收取“精神科监护”费。	根据《省项目目录（2022版）》，精神科监护费限精神病专科医院封闭管理病区。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
17		收取“心电监护”费，同时收取“无创血压监测”费。	根据《省项目目录（2018）》，“心电监护”项目内涵包含心电、无创血压、脉搏、呼吸、体温监测。	
18		收取“尿素测定”，各类方法加收费用重复收取。	根据《省项目目录（2018）》，尿素测定指化学法，干化学法加收100%；酶促法加收50%；血清或尿标本参照执行。只能加收其中一项。	
19		收取“尿常规检查”费，同时收取“尿PH值（尿酸碱度测定）”费。	根据《省项目目录（2018）》，“尿常规检查”项目内涵包含外观、酸碱度、蛋白定性、镜检。	
20		收取“尿液分析”费，同时收取“尿酸碱度测定”“尿比重”或“尿蛋白测定”费。	根据《省项目目录（2018）》，尿液分析项目内涵为仪器法，8—11项。如“尿液分析”项目包含了有关项目，不得另外收取费用。	
21		收取临床化学检查类项目（编码开头为2503）费，同时加收“各类特殊采血管”费。	根据《省项目目录（2018）》，临床化学检查类项目（编码开头为2503）内涵包含“各类特殊采血管”。	
22		收取“冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断”费时，加收蜡块费用。	根据《省项目目录（2018）》，“冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断”计价单位为“例”，并非按“蜡块”数量收费，加收蜡块费用无依据。	
23		收取“心脏彩色多普勒超声检查”费，同时收取“普通心脏M型超声检查”或“普通二维超声心动图”费。	根据《省项目目录（2022版）》，“心脏彩色多普勒超声检查”不能与普通心脏M型超声检查、普通二维超声心动图同时收取。	
24		行“磁共振扫描(MRI)”检查，同时收取胶片费用。	根据皖价医〔2018〕126号文件，“磁共振扫描(MRI)”项目内涵包含胶片、扫描、冲洗、数据存储、护理操作。	
25		行“X线计算机体层（CT）扫描”检查，同时收取注射器、胶片等耗材费用。	根据皖价医〔2018〕126号文件，X线计算机体层（CT）扫描含胶片、护理操作、扫描、冲洗、数据存储介质等。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
26		收取“一次性使用一体式吸氧管”费，同时收取“吸氧过滤器（氧气湿化连接器）”费。	查阅临床资料，“一次性使用一体式吸氧管”本身具有氧气湿化功能，不应另收取“吸氧过滤器（氧气湿化连接器）”费。	
27		收取“普通电针治疗”费，另外收取普通针刺、特殊手法针刺费。	根据《省项目目录（2018）》，收取“普通电针治疗”费用后不再收取“普通针刺”、“特殊穴位针刺”、“特殊手法针刺”费。	
28		腔镜手术时，加收“腔镜”费，又同时收取“腔镜检查”费。	根据《省项目目录（2018）》，加收“腔镜”费针对手术治疗，非检查类项目，腔镜检查为检查的辅助收费项目。	
29		收取“眼部诊疗”费时，按“眼别”计费。	根据《省项目目录（2018）》，“眼部诊疗”项目计价单位为“次”。	
30		项目名称中含有“新生儿”的项目，同时收取“6岁以下儿童加收30%”费。	根据《省项目目录（2018）》，项目名称中含有“新生儿”的项目，该项目不得同时执行“6岁以下儿童加收30%”加收标准。	
31		收取“运动疗法”费时，同时收取“偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练”费。	根据《省项目目录（2018）》，“运动疗法”项目内涵包含全身肌力训练、各关节活动度训练、徒手体操、器械训练、步态平衡功能训练、呼吸训练。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，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。	
32		收取“血液灌注”费，同时收取“血液透析”费。	根据《省项目目录（2018）》，“血液灌注”项目内涵包含透析、透析液。	
33		收取“支气管舒张试验”费，同时收取“肺通气功能检查”费。	根据《省项目目录（2018）》，“支气管舒张试验”项目内涵包含通气功能测定2次。	
34		收取“乳突改良根治术”费，同时收取“经耳内镜鼓室探查术”费	根据《省项目目录（2018）》，“乳突改良根治术”项目内涵包含“鼓室探查术”。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
35		收取“根尖切除术”费，同时收取“根尖搔刮术”费。	根据《省项目目录（2018）》，“根尖切除术”项目内涵包含了根尖搔刮、根尖切除、倒根充、根尖倒预备。	
36		收取“麻醉中监测”费，同时收取“气道阻力测定”或“持续呼吸功能检测”费。	根据《省项目目录（2018）》，“麻醉中监测”项目内涵包含心电图、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、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、体温、有创血压、中心静脉压、氧浓度、肌松、脑电双谱指数。	
37		收取“骨穿术”费用，同时收取“活检”、“加压包扎”或“弹性绷带”费。	根据《省项目目录（2018）》，骨穿术含活检、加压包扎及弹性绷带。	
38		收取“甲状腺癌根治术”费，同时收取“喉返神经探查术”费。	根据国家医保局基金监管司《医疗保障基金监管飞行检查常见问题汇编（2021）》案例，不得同时收取。	
39		行“冠状动脉造影术”、“经皮冠状动脉内支架置入术”等血管介入手术，另外收取“局部浸润麻醉”费。	根据《省项目目录（2018）》，“经血管介入含局麻”类说明第6条：以下介入治疗项目均含局部麻醉费用。不得另外收取费用。	
40		收取“上消化道造影”费，同时收取“食管造影”费。	根据《省项目目录（2018）》，“上消化道造影”项目内涵包含食管、胃、十二指肠造影。	
41	分解收费	行“浅表器官彩色多普勒超声检查”时，将甲状腺和颈部淋巴结、乳腺和乳腺引流区淋巴结分别分成2个部位收费。	根据《省项目目录（2018）》，计价部位分为：1. 双眼及附属器；2. 双涎腺及颈部淋巴结；3. 甲状腺及颈部淋巴结；4. 乳腺及其引流区淋巴结；5. 上肢或下肢软组织；6. 阴囊、双侧睾丸、附睾；7. 颅腔；8. 体表包块；9. 关节；10. 其他；11. 同时检查两个部位以上的，第二个部位起减半收费。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
42		收取“B超常规检查”或“彩色多普勒超声常规检查”等费用时，不按部位而按脏器收费。	根据《省项目目录(2018)》，有关项目计价单位为“每部位”，应按部位个数收费，不得再按脏器个数收费。	
43		公立医疗机构医用耗材违规加价收费。	根据皖价医〔2016〕145号文件，公立医疗机构医用材料零差价销售。	
44		行“磁共振扫描(MRI)”检查时，磁共振场强不足1T全额收取费用。	根据《省项目目录(2018)》，以场强1T为基价，经原价格、卫生主管部门核实，不足1T的按65%收费，超过1T的加收20%，大于等于3T加收40%。二手磁共振机收费标准不超过50%收费。	
45		CT不足16排，加收15%。	根据《省项目目录(2018)》，大于等于16排方可加收15%。	
46		收取“四肢血管彩色多普勒超声”费，增加一个肢体按全价收费。	根据《省项目目录(2018)》，增加一个肢体只能加收60元。	
47	超标准收费	X线计算机体层(CT)平扫，相同扫描参数做两个部位以上的，第二个部位起未减半收费。	根据《省项目目录(2018)》，X线计算机体层(CT)平扫，相同扫描参数做两个部位以上的，第二个部位起减半收费。经同级价格、卫生行政主管部门核准后收费，二手机按50%收费。	
48		病理、内窥镜检查，收取“超声计算机图文报告”或“彩色打印照片”费。	根据《省项目目录(2018)》，病理、内窥镜图文报告均在对应检查项目的内涵中，不得单独收费。	
49		收取高于实际情况的“换药费”“清创缝合费”。	根据《省项目目录(2018)》，“换药费”“清创缝合费”应根据伤口感染情况，大小等因素确定。(例如，眼科、腔镜手术等明显只符合小换药标准，却收取中换药费，一般外科手术伤口小结合手术记录及是否感染判断)。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
50		“氧气吸入”收费时间超 24 小时*（住院天数+1）。	收费项目计算时间总量超出实际住院天数+1, 不符合常理。	
51		“血氧饱和度监测”收费时间超 24 小时*（住院天数+1）。	收费项目计算时间总量超出实际住院天数+1, 不符合常理。	
52		“心电监测”收费时间超 24 小时*（住院天数+1）。	收费项目计算时间总量超出实际住院天数+1, 不符合常理。	
53		收取床位费时, 未按“计入不计出”原则计收。	根据《省项目目录（2018）》, 床位费、取暖费、空调费按“计入不计出”原则计收。	
54		“氧气吸入”时, 未加压给氧按加氧给氧收费。	根据《省项目目录（2018）》, 间断吸氧按小时计算。加压给氧每小时加收 1 元。	
55		经同一切口进行的两种及以上不同疾病的手术均按全价收费。	根据《省项目目录（2018）》, 经同一切口进行的两种及以上不同疾病的手术, 主要手术按全价收, 第二及以后手术按规定价格的 50% 收取; 除项目说明中另有规定外, 同一手术时间进行两个切口的两种不同疾病手术, 其中第二个切口按规定价格的 70% 收取; 同一开放性手术项目中有两个以上切口的手术, 加收 20%; 双侧器官同时实行的手术, 且计价单位为“单侧”的, 在相应单侧手术价格基础上加收 50%（在说明中已注明的, 仍按原规定执行）。有以上几种情况, 麻醉费不再另外加收。	
56		“椎管内麻醉”超标准（100 元/小时）加收。	根据《省项目目录（2018）》, 椎管内麻醉: 腰麻硬膜外联合阻滞加收 20%, 每增加 1 小时加收 50 元, 双穿刺点加收 30 元; 全身麻醉: 每增加 1 小时加收 100 元。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
57		局部麻醉收取“麻醉中监测”费。	根据《省项目目录(2018)》,“麻醉中监测”项目内涵包含心电图、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、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、体温、有创血压、中心静脉压、氧浓度、肌松、脑电双谱指数。局部麻醉不需要“麻醉中监测”。	
58		“显微镜加收”超标收费。	根据《省项目目录(2018)》,显微镜购进价格在30万元以上、50万元以下的手术可加收200元/台次;购进价格在50万元以上的手术可加收600元/台次。	
59		将“葡萄糖测定”或“床边血糖仪葡萄糖测定”换成“电脑血糖监测”收费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际项目(方	
60		将“糖化血红蛋白(HbF)酸洗脱试验”收费。	法)收费,不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	
61	串换收费	将“糖化血红蛋白(HbF)酸洗脱试验”收费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际项目(方	
61		“隐血试验(OB)”普通方法(3元/项)按“单标金抗法”(10元/项)收费。	法)收费,不得将非医保支付项目串换为医保支付项目。	
62		将“细菌涂片检查”串换为“体液细胞学检查与诊断”收费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际项目(方	
63		将体液细胞学、手术标本检查与诊断“石蜡包埋”时使用塑料盒子串换成“塑料包埋”收费。	法)收费,不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。 “塑料包埋加收”指病理检查中采用树脂包埋技术。根据《省项目目录(2018)》,应按实际项目(方法)收费,不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
64		将“四肢多普勒血流图”替换为“四肢血管彩色多普勒超声”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目替换为高收费医保项目。	
65		行计算机X线摄影(CR)、数字化摄影(DR)计算机检查，另外收取“胶片”费。	根据皖价医[2018]126号文件，计算机X线摄影(CR)、数字化摄影(DR)含胶片、图像增强、数据采集、贮存、图像显示。胶片不得另外收费。	
66		将“碳14呼气试验”替换为“碳13尿素呼气试验”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目替换为高收费医保项目。	
67		将“普通电针治疗”替换为“普通针刺”+“中频电刺激治疗”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目替换为高收费医保项目。	
68		“普通针刺”替换为“灸法”或“针刺运动治疗”。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目替换为高收费医保项目。	
69		将“中药熏药治疗”替换为“中药熏洗治疗”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目替换为高收费医保项目。	
70		“中医定向透药疗法”替换为“穴位贴敷治疗”。	根据《省项目目录(2018)》，不得将非医保支付项目替换为医保项目。	
71		将“热磁疗贴”等耗材替换成治疗项目收费。	根据《省项目目录(2018)》，不得将耗材替换为医保项目。	
72		将“温针灸治疗”替换为“天灸治疗”收费。	根据《省项目目录(2018)》，将低价医保项目替换为高价医保项目进行结算。	
73		“光子治疗”替换为“激光疗法”。	根据《省项目目录(2018)》，不得将非医保支付项目替换为医保支付项目。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
74		将“微波治疗”串换为“深部热疗”收费。	“深部热疗”主要针对肿瘤患者的治疗。根据《省项目目录(2018)》，不得将非医保支付项目串换为医保支付项目。	
75		非肿瘤患者收取“深部热疗”费用。		
76		“低频脉冲电治疗”串换为“中频脉冲电治疗”。	根据《省项目目录(2018)》，不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	
77		将“中心吸氧”、“低流量吸氧”串换为“高频吸氧”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	
78		将“便携式软体氧舱(微压氧)治疗”串换为“单人舱治疗”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将非医保支付项目串换为医保支付项目。	
79		将消化系统诊疗项目中的“经皮肝穿肿瘤消融术”串换成心脏电生理检查中的“射频消融术”收费。	根据《省项目目录(2018)》，应按实际项目(方法)收费，不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	
80		将“肛周常见疾病手术治疗”串换为“腰骶部潜毛窦切除术”收费。	根据《省项目目录(2018)》，“肛周常见疾病手术治疗”项目内涵包含痔、肛裂、息肉、疣、肥大肛乳头、痣等切除或套扎及肛周肿物切除手术；不含复杂肛瘘、高位肛瘘。“腰骶部潜毛窦切除术”为显微镜下开展的神经外科诊疗项目。	
81		“经内镜黏膜剥除术(ESD)”串换为胃肠局部肿瘤切除术、经内镜加收费、纤维胃十二指肠肠镜检查、纤维胃十二指肠肠镜检查(电子)。	根据《省项目目录(2018)》，不得将非医保支付的项目串换为医保支付项目。	
82		将“经皮选择性静脉置管术”串换为“经外周静脉置入中心静脉导管术”收费。	根据《省项目目录(2018)》，不得将非医保支付项目串换为医保支付项目。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
83		将连接呼吸机的“呼吸回路螺纹管”串换为“吸氧过滤器”收费。	根据《省项目目录(2018)》,“呼吸回路螺纹管”为不可另行收费的一次性材料。	
84		将血管造影时外接“造影管”或“导引导管的外接部件”串换为“测压套件”收费。	根据《省项目目录(2018)》,“造影管”或“导引导管的外接部件”为不可另行收费的一次性材料。	
85		将“一次性使用三通阀”串换为“一次性输液器”收费。	根据《省项目目录(2018)》,“一次性使用三通阀”为不可另行收费的一次性材料。	
86		将“单人病房”或“监护病房床位费”串换成“层流洁净病房床位费”收费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际项目(方法)收费,不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。	
87		“核磁共振、CT、电子阴道镜、B超”等检查检测设备记录数量明显少于上传医保结算数据。	根据《条例》《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材试剂等情况收费,不得虚构或虚增收费。	
88		检测、检验试剂进销存数量与其关联对应的实际检验人次(份)及用量严重不符。	根据《基金监管条例》《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、使用耗材试剂等情况收费,不得虚构或虚增收费。	
89	虚构医疗服务	药品、高值耗材纳入医保结算数量与实际进、销、存严重不符等。	根据《基金监管条例》《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
90		无主诊疗项目费用,但按诊疗项目加收收费。例如,未行中心静脉置管或PICC置管,收取“静脉置管护理”。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
91		未进行康复治疗,收取“日常生活能力评定”或“康复评定”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
92		对非放射治疗患者收取放射治疗项目中的“体架”费。	根据《省项目目录(2018)》,“体架”属放射治疗类项目。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
93		对非精神科患者收取“麻醉分析”和“脑电生物反馈治疗”费。	根据《省项目目录(2018)》,“麻醉分析”和“脑电生物反馈治疗”属精神科治疗项目。	
94		将精神科特殊检查项目“眼动检查”和“脑功能检查”扩大至精神科以外检查。	根据《省项目目录(2018)》,“眼动检查”和“脑功能检查”属精神科特殊检查项目。	
95		无紫外线治疗仪器,收取“紫外线治疗”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
96		无“重症监护”服务设施,收取“重症监护”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
97		无微波电子针灸仪,收取“微波针治疗”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
98		未设药物集中配置中心,收取抗肿瘤化疗药物/肠外营养液集中配置费用。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
99		未设置精神科住院病区,收取“精神病护理”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
100		未使用电磁波热疗仪,收取“电磁波热疗”费。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
101		未做幽门螺杆菌培养,在“呼气试验(碳14)”检验时收取“幽门螺杆菌培养及鉴定”费用。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
102		未使用中心静脉导管或PICC,收取“经外周静脉置入中心静脉导管术”和“静脉置管护理”。	根据《省项目目录(2018)》,应按实际诊疗项目、次数、耗材收费,不得虚构或虚增收费。	
103		使用“雷火灸贴”,收取“雷火灸”费。	根据《省项目目录(2018)》,雷火灸治疗项目内涵:选用特制的雷火灸条,将一端点燃,用棉布包裹其烧着的一端,立即紧按于应灸穴位,进行灸熨,灸条冷后再燃再熨,反复灸熨5-10次为度。与使用“雷火灸贴”属不同内容。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
104		未开展检测，取总胆红素与直接胆红素检测数值之差发布检验结果，收取“血清间接胆红素检测”费。	根据《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
105		多名患者的心电图、超声、CT的诊断报告、图像一致或类同。	根据《基金监管条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
106		多名患者的病历诊断、首程、入院记录、医嘱、检查一致或类同。	根据《基金监管条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
107		检查、治疗的收费项目和数量与医嘱、治疗单记录不一致。	根据《基金监管条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
108		同一患者，彩超报告单上系统截图时间与报告检查日期不一致。	根据《条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
109		医嘱中护理级别与实际护理记录不符，或者提前记录护理内容。	根据《基金监管条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
110		出院患者病程记录、手术记录、医嘱单等病历内容缺失，或相关描述较多冲突。	根据《基金监管条例》《省项目目录（2018）》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。	
111		收取“大隐静脉高位结扎+剥脱术”费用，同时收取静脉介入治疗项目“经皮静脉内激光成形术”。	根据《省项目目录（2018）》，“经皮静脉内激光成形术”属血管介入类项目。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
112	超医保限定支付用药	奥美拉唑注射液、注射用兰索拉唑、泮托拉唑注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限有禁食医嘱或吞咽困难的患者。	甲 奥美拉唑注射液 15 乙 注射用兰索拉唑 ★18 乙 泮托拉唑注射液 ★20
113		灯盏花素注射液、注射用灯盏花素超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者。	乙 ★ (550)
114		银杏叶提取物注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者；限耳部血流及神经障碍患者。且支付不超过14天。	乙 ★ (323)
115		银杏达莫注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者，支付不超过14天。	乙 322
116		红花注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者。	乙 536
117		溴己新注射剂超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限无法使用溴己新口服制剂的排痰困难患者。	乙 ★ (1130)
118		脂溶性维生素超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限与脂肪乳、氨基酸等肠外营养药物配合使用时支付，单独使用不予支付。	乙 169
119		辅酶A、辅酶Q10超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限急救、抢救。	乙 1214 1215
120		头孢硫脒注射剂超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限有明确药敏试验证据的患者	乙 607
121		磺达肝癸钠注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限下肢关节置换手术患者。	乙 209

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
122		帕米膦酸二钠葡萄糖注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限癌症骨转移。	乙 ★ (915)
123		生长抑素注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限胰腺手术，支付不超过5天；严重急性食道静脉曲张出血，支付不超过5天。	乙 564
124		生脉注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者。	甲 ★ (430)
125		曲克芦丁注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限新发的缺血性脑梗死，支付不超过14天。	乙 ★ (356)
126		牛碱性成纤维细胞生长因子(重组牛碱性成纤维细胞生长因子)凝胶剂超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限Ⅱ度烧伤。	乙 440 乙 ★ (440)
127		槐耳颗粒超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限肝癌。	乙 939
128		人免疫球蛋白(pH4)注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限原发性免疫球蛋白缺乏症；新生儿败血症；重型原发性免疫性血小板减少症；川崎病；全身型重症肌无力；急性格林巴利综合征。	乙 730
129		酮咯酸氨丁三醇注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限手术后疼痛或严重急性疼痛的短期治疗。	乙 870
130		还原型谷胱甘肽(谷胱甘肽)注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限药物性肝损伤或肝功能衰竭。	乙 53
131		帕瑞昔布钠注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限不能口服药物或口服药物效果不理想的术后镇痛。	乙 883
132		I类切口联合应用抗生素。	根据国家卫健委《抗菌药物临床应用指导原则(2015年版)》，I类切口不得联合应用抗生素。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
133		头孢哌酮舒巴坦注射液超医保限定范围支付。	根据《国家医保药品目录》，限有明确药敏实验证据或重症感染的患者。	
134	虚假住院	本院职工无（或随意降低）入院指征，或一年内多次住院，且该职工仍上班、出勤。	根据《医疗保障基金使用监督管理条例》，不得虚假住院。	
135		无指征行全套彩超包括颈部血管及四肢血管等检查。		
136	过度诊疗	将“B型钠尿肽（BNP）”“C-反应蛋白测定（CRP）”“降钙素原测定”“骨密度检测”“肿瘤相关抗原测定”“血型鉴定”等作为入院常规检查项目。	无指征过度检查。	
137		对无深静脉血栓风险患者，普遍开展“气压治疗”。		
138		未按规定要求正确上传病种分值编码。		
139	数据失真	一次性耗材上传对照错误。		
140		参保人员发生的医疗服务和费用数据没有实时传输至医保信息系统（因患者、医保平台等原因造成没有及时传输的除外）。		
141		将应当由工伤保险基金支付的费用纳入基本医疗保险基金支付。	根据《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条，定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围。	
142	不合理支付	依法应当由第三人负担的医疗费用，上传医保系统进行报销。		
143		发生医疗纠纷的医疗费用，上传医保系统进行报销。		
144	私自联网	取得定点协议资格的医疗机构，私自将医保网络转接给未取得资格的医疗机构。	违反《安徽省医疗保障定点医药机构服务协议范本（试行）》相关规定。	

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
145		医疗机构法人负责人变更、执业地点变更后未及时向医保经办机构申请变更，与医保服务协议不符开展医保报销。		
146		未按医疗机构许可证批准的科目设置科室，如未取得许可，设置中医康复病区并收治病人。		
147		无执业医师证或者康复治疗师证，从事中医针灸、理疗及康复项目。		
148	资质不符	康复治疗师资格人员不具备中医执业医师资格，却格从事属于中医针灸类项目的电针治疗。	不得无资质开展诊疗服务并纳入医保结算。	
149		未取得精神卫生专业执业许可，开展“精神科A类、B类、C类量表检测”“脑反射治疗”“智能电针治疗”等项目。		
150		未取得许可，开展血液透析、冠脉造影及介入支架治疗等。	根据省卫健委《关于贯彻落实医疗技术临床应用管理办法的通知》（皖卫医发【2019】40号），开展限制类诊疗技术应事先备案，并在执业许可证副本上进行标注。	
151	违反出院管理规定	参保人员出院时开具与本次疾病治疗无关的药品或检查项目出院。		
152		出院带药量不符合处方管理规定或协议约定。		
153		一次性耗材重复使用并且重复全额收取费用。		
154	医院管理不规范	医用材料使用管理不规范：病历中植入类医用材料条码未按规定粘贴；粘贴数量少于收费数量。		

序号	类型	违法违规具体内容及行为表现	政策法规依据及释义	备注
155		高值耗材使用收费项目中，型号与条形码不一致。		
156		同一家医药公司开具的随货同行单有重号现象，医药公司随货同行单造假。		
157		药品会计与财务会计留存的随货同行单不一致。		
158		现金管理、物资入库记账不规范，特别是大额支出通过现金支付。		
159		购买药品、器械支出无税务发票，其余日常消费白条入账。		
160		非营利性医疗机构违规套取费用，用于向出资人、举办者分配或变相分配收益。		
161		在执行按病种付（收）费政策过程中，将在患者住院病种定额范围内住院药品或材料费转至门诊收费。	违反《安徽省物价局 省卫生计生委 省人力资源和社会保障厅关于进一步推进按病种收费改革工作的通知》相关规定	
162		实施按病种/DIP/DRG 付费的医院，将费用较低病组（病种）高套为费用较高的病组（病种）；实施按病种/DIP/DRG 付费的医院，把符合入组条件的病例改为其他非按病种诊断或加上并发症诊断，以达到规避入组的目的。	违反医保支付方式改革相关政策规定。	

附件 2

《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题 检查指引（试行）》编写说明

为进一步加强医保基金监管，构建全领域全流程的基金安全防控机制，规范医疗保障部门基金监管行为，同时推动定点医疗机构加强自主管理，做好自查，增强自律，我们通过对各地医保部门的日常检查稽核、交叉互查、国家和省级飞行检查中查处的问题进行梳理总结，汇编为《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引》（以下简称《指引》）。

本《指引》涉及的相关政策规定按照现行政策编纂，对发生在现行政策实施前的医保基金使用行为，若原规定与现行政策不一致的，按当时适用的相关规定执行。涉及跨时间段前后政策规定不一致的，分别依照各自时间段执行的政策规定。

本《指引》不应作为医疗行为规范，也不替代医疗保障相关政策，主要供各级医保部门基金监管和经办机构稽核检查、拟定智能监控规则以及定点医疗机构自查对照，以此查找和发现医保违法违规问题及线索。具体还要结合现场检查、数据筛查、问询谈话等情况和病历文书及进销存证据材料等综合判定。

本《指引》共涉及 14 大类、162 项内容，分别从“违法违规类型”、“违法违规具体内容及行为表现”、“政策法规依据及释义”

等方面对医保基金使用中的部分违法违规行为进行阐述，后续还将根据实际情况和监管工作需要陆续补充完善。各地执行中发现新的问题及需要完善的内容，望及时反馈。

附件 3

宿州市定点零售药店使用医保基金违法违规 问题指引（试行）

序号	问题	检查内容
1	零售药店 管理问题	《营业执照》、《药品经营许可证》等是否在有效期期内。
		是否有建立医疗保障基金使用内部管理制度，有没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作。
		是否按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、药品和医用耗材出入库记录等资料。
		是否按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据。
		是否按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息
		是否有财务管理制度、财务人员、岗位设置，财务账目是否规范。
2	药品管理 管理	是否有拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假信息的情况。
		处方药、非处方药（OTC）是否有分区陈列.专用标识。
		营业场所是否独立，是否存在布局凌乱、卫生环境差的问题。
		是否有冷藏设备，能不能确保冷藏药品冷链完整。
3	慢特性病 问题	是否有拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假信息的情况。
		检索医保端上传药品与 HIS 端同一时间销售记录，核对有无串换药品。
		是否有超剂量（大于 3 个月）、超疾病治疗范围处方。
		选取慢性病（慢特病）使用量排名前 10 名的药品，进行进销存核对。
		3 人及以上在年度内重复出现同一天购药情况。

4	一般违法违规问题	营业期间药师或执业药师在岗情况;执业药师不在岗出售处方药;药师未按规定审方、验方或擅自更改处方。
		是否有存在串换药品、医用耗材、诊疗项目等情况。
		是否有存在为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品,接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利。
		是否以医保定点的名义从事商业促销活动,诱导购药消费。
		是否有药品等基础数据库,药品“进、销、存”实行计算机管理且规范。
		是否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。
		是否有导致医疗保障基金损失的其他违法行为等。
5	欺诈骗保问题	是否有诱导、协助他人冒名或者虚假购药,提供虚假证明材料,或者串通他人虚开费用单据的情况。
		是否有伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料。
		是否有虚构医药服务项目。
		是否有其他骗取医疗保障基金支出的行为。
6	其他问题	是否有建立参保人打分满意度评价制度。
		营业场所内保健品摆放是否合理。
		是否有存在店面或柜台以租赁、承包等形式转给其他单位及个人经营的情况。
7	举报投诉	有无公布相关部门投诉举报电话,有无投诉举报或意见箱。

附件 4

常见医保违法违规行为类型 及具体表现形式

一、挂床住院

下列情形之一，可视为挂床住院：

1. 参保患者住院治疗期间，仍正常上班、出勤的。
2. 参保患者入院 48 小时内，其病历资料缺少入院记录、首次病程记录、临时医嘱等任意一个项目。
3. 办理住院并无实质性治疗，主要是进行健康体检等；病情显著轻微无需住院治疗，或慢性疾病病情平稳，无住院治疗指征却收治住院（因病情需要转外治疗或确有证据证明患者本人要求出院的除外）。
4. 参保患者住院治疗期间，患者长时间不在院接受治疗（因病情需要和本院治疗所限，确需进行院外检查的除外）。
5. 其他可以认定的挂床住院行为。

二、叠床住院

下列情形之一，可视为叠床住院：

1. 医保结算数据显示，在同一时间、范围内，医院上传医保结算系统的住院人数多于其实际开放（实有）床位的；两个及以上患者共用同一床位号的。

2. 医院住院信息显示，一张病床设有多人床头卡，住院患者一览表或医疗文书等记录显示一床多人的。

3. 其他可以认定的叠床住院行为。

三、诱导住院

下列情形之一，可视为诱导住院：

1. 利用义诊活动、免费体检、赠送礼品、提供免费餐饮、免费接送等方式，收治无住院指征的参保人员。

2. 向参保人员宣传住院费用全额（高额）报销、减免起付标准、减免个人自费、返还现金，或通过虚假宣传等方式诱导参保人员住院。

4. 以回扣等方式，通过中间人介绍或诱导参保人员住院。

5. 故意夸大检查、体检等后果，或过度渲染疾病危害，诱导参保人员住院。

6. 其他可以认定的诱导住院行为。

四、分解住院

下列情形之一，可视为分解住院：

1. 在同一所医疗机构，以需转科治疗为由，为参保患者重新办理出入院（急诊抢救除外）。

2. 为不符合出院标准的参保患者办理出院手续，短时间内又因同一种疾病或相同症状再次办理入院。

3. 将参保患者应一次连续住院治疗的过程分解为两次及以

上住院（因病情及治疗需要，确需分疗程间断多次住院的特殊慢性病如恶性肿瘤放化疗、慢性肾衰竭尿毒症、白血病、脑瘫康复、精神病、长期住院可分段结算等特殊情况除外）。

4. 其他可以认定的分解住院行为。

五、虚构医疗服务

下列情形之一，可视为虚构医疗服务：

1. 伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息、结算信息等有关资料，发生医疗费用并纳入医保结算。

2. 冒用参保人员身份信息办理就医、购药，参保人实际并未就医、购药（符合职工医保个人账户家庭成员普通门诊共济条件的除外）。

3. 诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据。

4. 为参保患者利用其享受医疗保障待遇的机会空刷医保凭证，虚构项目结算。

5. 参保患者病历中记录的医保范围内的药品、诊疗项目、检查化验项目、医用耗材、医疗服务设施等数量和费用，与其实际治疗不相符，虚计并纳入医保结算。

6. 无相关诊疗设备和检测检验试剂，虚记诊疗服务。

7. 危重病人抢救与实际记录不符。

8. 其他可以认定的虚构医疗服务行为。

六、过度诊疗

下列情形之一，可视为过度诊疗：

1. 进行与疾病诊断无关且非常规的辅助检查，或能够一次确诊却重复使用多种设备和手段检查同一种疾病，或有意选择费用高的辅助检查项目。
2. 开展与诊断疾病无关或无明显指征支持的检查项目。
3. 违反诊疗规范，过度使用药品、耗材，过度开展诊疗服务。
4. 其他可以认定的过度诊疗行为。

七、不合理收费

（一）分解收费

下列情形之一，可视为分解收费：

1. 将医疗服务项目内涵已包含的服务内容进行分解，另行单独收费。
2. 无正当理由，让参保人员住院期间自费购买药品、医用材料（符合医保药品“双通道”相关规定的情形除外）。

（二）重复收费

违反医保相关规定，对某一项目或有明确项目内涵的同种或同类收费项目进行多次、重复收费的。

（三）超标准收费

违反医保相关规定，超出价格标准、数量标准的收费。

（四）其他可以认定的不合理收费行为

八、资质不符

下列情形之一，可视为资质不符：

1. 定点医疗机构违反《医疗机构管理条例》规定，开展诊疗服务超出《医疗机构执业许可证》《医疗机构申请执业登记注册书》登记的诊疗范围，将相关费用纳入医保结算。

2. 医保医师违反《执业医师法》《医师执业注册管理办法》规定，执业时超出注册登记执业地点、执业类别、执业范围（紧急情况下急危重患者抢救除外），将相关费用纳入医保结算。

3. 定点医疗机构及医师违反《手术分级管理制度》规定，越级开展手术并将相关费用纳入医保结算。

4. 其他可以认定的资质不符行为。

九、串换项目

下列情形之一，可视为串换项目：

1. 将医保目录外的医疗服务项目（或自立项目）、药品、耗材等更换为目录内的项目，并纳入医保结算。

2. 将低价的医疗服务项目、药品、耗材等高套或更换为医保目录内相近、相似的医疗服务项目、药品、耗材等，并纳入医保结算。

3. 其他可以认定的串换项目行为。

十、不合理用药

（一）重复开药

违反基本医疗保险药品目录中关于每一最小分类下的同类药品原则上不宜叠加使用，或者同一疾病、同样疗效的中成药不

超过2种的规定，定点医疗机构无正当理由为同一患者同时开具2种以上药理作用和给药途径相同药物，主要表现为：

1. 单一药物成份及含有该成分的复方制剂合用；
2. 含有相同主要成分的复方制剂联用；
3. 同类药物且相同作用机制的药物合用。

（二）超医保限定支付用药

超出医保药品目录限定支付的条件用药，并将费用纳入医保结算。

（三）其他可以认定的不合理用药行为

注：以上所列行为造成医保基金损失的，由医保部门依法依规严肃处理，未造成医保基金损失的，按照相关法律法规和政策规定移送相关部门处理。

