

前言

为全面推进清廉医保、清廉医院建设，增强全市定点医疗机构医务人员合理合规使用医保基金的意识，规范医疗保障基金使用行为，实现预防的精准性和有效性，营造良好的基金监管环境，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》、《广西医疗服务项目价格（2021年版）》等相关文件规定，结合基金监管在日常检查和参与国家、自治区飞行检查中收集整理的频发易发违规问题，编印了《柳州市违规使用医保基金负面清单》（2022年1.0版）“随手查”。

“随手查”是医保基金监管部门在定点医疗机构日常巡查、交叉检查、飞行检查及基金审计过程中，对发现的重复收费、分解收费、超标准收费等违法违规行为进行归纳总结，提炼汇编成的小册子，旨在提高广大医务工作者对医保基金的合法合规使用的了解，进一步规范医疗机构的医保服务行为，督促依法依规合理收费，强化基金使用源头治理。

本书还收录了《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》、《医疗保障基金使用监督管理条例》，为规范执业行为，引导形成风清气正的行业环境以及医疗保障基金使用监督管理提供了基本遵循。

目录

第一部分	医疗机构工作人员廉洁从业九项准则.....	3
第二部分	医疗保障基金使用监督管理条例.....	5
第三部分	柳州市违规使用医疗保障基金负面清单.....	15

医疗机构工作人员廉洁从业九项准则

一、合法按劳取酬，不接受商业提成。依法依规按劳取酬。严禁利用执业之便开单提成；严禁以商业目的进行统方；除就诊医院所在医联体的其他医疗机构，以及被纳入医保“双通道”管理的定点零售药店外，严禁安排患者到其他指定地点购买医药耗材等产品；严禁向患者推销商品或服务并从中谋取私利；严禁接受互联网企业与开处方配药有关的费用。

二、严守诚信原则，不参与欺诈骗保。依法依规合理使用医疗保障基金，遵守医保协议管理，向医保患者告知提供的医药服务是否在医保规定的支付范围内。严禁诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药、提供虚假证明材料、串通他人虚开费用单据等手段骗取、套取医疗保障基金。

三、依据规范行医，不实施过度诊疗。严格执行各项规章制度，在诊疗活动中应当向患者说明病情、医疗措施。严禁以单纯增加医疗机构收入或谋取私利为目的过度治疗和过度检查，给患者增加不必要的风险和费用负担。

四、遵守工作规程，不违规接受捐赠。依法依规接受捐赠。严禁医疗机构工作人员以个人名义，或者假借单位名义接受利益相关者的捐赠资助，并据此区别对待患者。

五、恪守保密准则，不泄露患者隐私。确保患者院内信息安全。严禁违规收集、使用、加工、传输、透露、买卖患者在医疗机构内所提供的个人资料、产生的医疗信息。

六、服从诊疗需要，不牟利转介患者。客观公正合理地根据患者需要提供医学信息、运用医疗资源。除因需要在医联体内正常转诊外，严禁以谋取个人利益为目的，经由网上或线下途径介绍、引导患者到指定医疗机构就诊。

七、维护诊疗秩序，不破坏就医公平。坚持平等原则，共建公平就医环境。严禁利用号源、床源、紧缺药品耗材等医疗资源或者检查、手术等诊疗安排收受好处、损公肥私。

八、共建和谐关系，不收受患方“红包”。恪守医德、严格自律。严禁索取或者收受患者及其亲友的礼品、礼金、消费卡和有价证券、股权、其他金融产品等财物；严禁参加其安排、组织或者支付费用的宴请或者旅游、健身、娱乐等活动安排。

九、恪守交往底线，不收受企业回扣。遵纪守法、廉洁从业。严禁接受药品、医疗设备、医疗器械、医用卫生材料等医疗产品生产、经营企业或者经销人员以任何名义、形式给予的回扣；严禁参加其安排、组织或者支付费用的宴请或者旅游、健身、娱乐等活动安排。

医疗保障基金使用监督管理条例

第一章 总 则

第一条 为了加强医疗保障基金使用监督管理，保障基金安全，促进基金有效使用，维护公民医疗保障合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》和其他有关法律规定，制定本条例。

第二条 本条例适用于中华人民共和国境内基本医疗保险（含生育保险）基金、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。

第三条 医疗保障基金使用坚持以人民健康为中心，保障水平与经济社会发展水平相适应，遵循合法、安全、公开、便民的原则。

第四条 医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、行业自律和个人守信相结合。

第五条 县级以上人民政府应当加强对医疗保障基金使用监督管理工作的领导，建立健全医疗保障基金使用监督管理机制和基金监督管理执法体制，加强医疗保障基金使用监督管理能力建设，为医疗保障基金使用监督管理工作提供保障。

第六条 国务院医疗保障行政部门主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。国务院其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

县级以上地方人民政府医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。县级以上地方人民政府其他有关部门在各自职责范围内负责有关的医疗保障基金使用监督管理工作。

第七条 国家鼓励和支持新闻媒体开展医疗保障法律、法规和医疗保障知识的公益宣传，并对医疗保障基金使用行为进行舆论监督。有关医疗保障的宣传报道应当真实、公正。

县级以上人民政府及其医疗保障等行政部门应当通过书面征求意见、召开座谈会等方式，听取人大代表、政协委员、参保人员代表等对医疗保障基金使用的意见，畅通社会监督渠道，鼓励和支持社会各方面参与对医疗保障基金使用的监督。

医疗机构、药品经营单位（以下统称医药机构）等单位和医药卫生行业协会应当加强行业自律，规范医药服务行为，促进行业规范和自我约束，引导依法、合理使用医疗保障基金。

第二章 基金使用

第八条 医疗保障基金使用应当符合国家规定的支付范围。

医疗保障基金支付范围由国务院医疗保障行政部门依法组织制定。省、自治区、直辖市人民政府按照国家规定的权限和程序，补充制定本行政区域内医疗保障基金支付的具体项目和标准，并报国务院医疗保障行政部门备案。

第九条 国家建立健全全国统一的医疗保障经办管理体系，提供标准化、规范化的医疗保障经办服务，实现省、市、县、乡镇（街道）、村（社区）全覆盖。

第十条 医疗保障经办机构应当建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，做好服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等工作，并定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况，接受社会监督。

第十一条 医疗保障经办机构应当与定点医药机构建立集体谈判协商机制，合理确定定点医药机构的医疗保障基金预算金额和拨付时限，并根据保障公众健康需求和管理服务的需要，与定点医药机构协商签订服务协议，规范医药服务行为，明确违反服务协议的行为及其责任。

医疗保障经办机构应当及时向社会公布签订服务协议的定点医药机构名单。

医疗保障行政部门应当加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

第十二条 医疗保障经办机构应当按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

定点医药机构应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

第十三条 定点医药机构违反服务协议的，医疗保障经办机构可以督促其履行服务协议，按照服务协议约定暂停或者不予拨付费用、追回违规费用、中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障

基金使用的医药服务，直至解除服务协议；定点医药机构及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

第十四条 定点医药机构应当建立医疗保障基金使用内部管理制度，由专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作，建立健全考核评价体系。

定点医药机构应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

第十五条 定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员医疗保障凭证，按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

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；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十六条 定点医药机构应当按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料，及时通过医疗保障信息系统全面准确传送医疗保障基金使用有关数据，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，向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

第十七条 参保人员应当持本人医疗保障凭证就医、购药，并主动出示接受查验。参保人员有权要求定点医药机构如实出具费用单据和相关资料。

参保人员应当妥善保管本人医疗保障凭证，防止他人冒名使用。因特殊原因需要委托他人代为购药的，应当提供委托人和受托人的身份证明。

参保人员应当按照规定享受医疗保障待遇，不得重复享受。

参保人员有权要求医疗保障经办机构提供医疗保障咨询服务，对医疗保障基金的使用提出改进建议。

第十八条 在医疗保障基金使用过程中，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员不得收受贿赂或者取得其他非法收入。

第十九条 参保人员不得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。

定点医药机构不得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。

第二十条 医疗保障经办机构、定点医药机构等单位及其工作人员和参保人员等人员不得通过伪造、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，或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金。

第二十一条 医疗保障基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

第三章 监督管理

第二十二条 医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

医疗保障行政部门应当加强对纳入医疗保障基金支付范围的医疗服务行为和医疗费用的监督，规范医疗保障经办业务，依法查处违法使用医疗保障基金的行为。

第二十三条 国务院医疗保障行政部门负责制定服务协议管理办法，规范、简化、优化医药机构定点申请、专业评估、协商谈判程序，制作并定期修订服务协议范本。

国务院医疗保障行政部门制定服务协议管理办法，应当听取有关部门、医药机构、行业协会、社会公众、专家等方面意见。

第二十四条 医疗保障行政部门应当加强与有关部门的信息交换和共享，创新监督管理方式，推广使用信息技术，建立全国统一、高效、兼容、便捷、安全的医疗保障信息系统，实施大数据实时动态智能监控，并加强共享数据使用全过程管理，确保共享数据安全。

第二十五条 医疗保障行政部门应当根据医疗保障基金风险评

估、举报投诉线索、医疗保障数据监控等因素，确定检查重点，组织开展专项检查。

第二十六条 医疗保障行政部门可以会同卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、公安等部门开展联合检查。

对跨区域的医疗保障基金使用行为，由共同的上一级医疗保障行政部门指定的医疗保障行政部门检查。

第二十七条 医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取下列措施：

（一）进入现场检查；

（二）询问有关人员；

（三）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；

（四）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；

（五）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；

（六）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；

（七）法律、法规规定的其他措施。

第二十八条 医疗保障行政部门可以依法委托符合法定条件的组织开展医疗保障行政执法工作。

第二十九条 开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于2人，并且应当出示执法证件。

医疗保障行政部门进行监督检查时，被检查对象应当予以配合，如实提供相关资料和信息，不得拒绝、阻碍检查或者谎报、瞒报。

第三十条 定点医药机构涉嫌骗取医疗保障基金支出的，在调查期间，医疗保障行政部门可以采取增加监督检查频次、加强费用监控等措施，防止损失扩大。定点医药机构拒不配合调查的，经医疗保障行政部门主要负责人批准，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照本条例第四十条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

参保人员涉嫌骗取医疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构暂停医疗费用联网结算。

暂停联网结算期间发生的医疗费用，由参保人员全额垫付。经调查，属于骗取医疗保障基金支出的，依照本条例第四十一条的规定处理；不属于骗取医疗保障基金支出的，按照规定结算。

第三十一条 医疗保障行政部门对违反本条例的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩；作出行政处罚或者行政处理决定，应当告知当事人依法享有申请行政复议或者提起行政诉讼的权利。

第三十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，不得将工作中获取、知悉的被调查对象资料或者相关信息用于医疗保障基金使用监督管理以外的其他目的，不得泄露、篡改、毁损、非法向他人提供当事人的个人信息和商业秘密。

第三十三条 国务院医疗保障行政部门应当建立定点医药机构、人员等信用管理制度，根据信用评价等级分级分类监督管理，将日常监督检查结果、行政处罚结果等情况纳入全国信用信息共享平台和其他相关信息公示系统，按照国家有关规定实施惩戒。

第三十四条 医疗保障行政部门应当定期向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

第三十五条 任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规进行举报、投诉。

医疗保障行政部门应当畅通举报投诉渠道，依法及时处理有关举报投诉，并对举报人的信息保密。对查证属实的举报，按照国家有关规定给予举报人奖励。

第四章 法律责任

第三十六条 医疗保障经办机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分：

- （一）未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；
- （二）未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；
- （三）未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

第三十七条 医疗保障经办机构通过伪造、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或者虚构医药服务项目等方式，骗取医疗保障基金支出的，由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第三十八条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款；拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（一）分解住院、挂床住院；

（二）违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药或者提供其他不必要的医药服务；

（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费；

（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施；

（五）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；

（六）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；

（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为。

第三十九条 定点医药机构有下列情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处1万元以上5万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理：

（一）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

（二）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；

（三）未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；

（四）未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；

(五) 未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息;

(六) 除急诊、抢救等特殊情形外, 未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务;

(七) 拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

第四十条 定点医药机构通过下列方式骗取医疗保障基金支出的, 由医疗保障行政部门责令退回, 处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款; 责令定点医药机构暂停相关责任部门 6 个月以上 1 年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务, 直至由医疗保障经办机构解除服务协议; 有执业资格的, 由有关主管部门依法吊销执业资格:

(一) 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;

(二) 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;

(三) 虚构医药服务项目;

(四) 其他骗取医疗保障基金支出的行为。

定点医药机构以骗取医疗保障基金为目的, 实施了本条例**第三十八条**规定行为之一, 造成医疗保障基金损失的, 按照本条规定处理。

第四十一条 个人有下列情形之一的, 由医疗保障行政部门责令改正; 造成医疗保障基金损失的, 责令退回; 属于参保人员的, 暂停其医疗费用联网结算 3 个月至 12 个月:

(一) 将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用;

(二) 重复享受医疗保障待遇;

(三) 利用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。

个人以骗取医疗保障基金为目的, 实施了前款规定行为之一, 造成医疗保障基金损失的; 或者使用他人医疗保障凭证冒名就医、购药的; 或者通过伪造、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或者虚构医药服务项目等方式, 骗取医疗保障基金支出的, 除依照前款规定处理外, 还应当由医疗保障行政部门处骗取金额 2 倍以上 5 倍以下的罚款。

第四十二条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的, 没收违

法所得，对有关责任人员依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

第四十三条 定点医药机构违反本条例规定，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人5年内禁止从事定点医药机构管理活动，由有关部门依法给予处分。

第四十四条 违反本条例规定，侵占、挪用医疗保障基金的，由医疗保障等行政部门责令追回；有违法所得的，没收违法所得；对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分。

第四十五条 退回的基金退回原医疗保障基金财政专户；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

第四十六条 医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、会计师事务所等机构及其工作人员，泄露、篡改、毁损、非法向他人提供个人信息、商业秘密的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

第四十七条 医疗保障等行政部门工作人员在医疗保障基金使用监督管理工作中滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊的，依法给予处分。

第四十八条 违反本条例规定，构成违反治安管理行为的，依法给予治安管理处罚；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

违反本条例规定，给有关单位或者个人造成损失的，依法承担赔偿责任。

第五章 附 则

第四十九条 职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助等医疗保障资金使用的监督管理，参照本条例执行。

居民大病保险资金的使用按照国家有关规定执行，医疗保障行政部门应当加强监督。

第五十条 本条例自2021年5月1日起施行。

柳州市违规使用医疗保障基金负面清单

目录

一、病理检查类.....	15
二、检查、检验类.....	16
三、手术操作类.....	19
四、中医、康复及物理治疗类.....	22
五、住院类.....	39
六、药品、耗材、服务类.....	28
七、DRG 违规问题.....	38

一、病理检查类

1.违规问题：将“普通病理会诊”按“疑难病理会诊”收费

问题定性：串换收费

问题说明：“疑难病理会诊”是指需由高级职称病理医师主持的专家组会诊。不符合疑难病理会诊条件的其他会诊，应按“普通病理会诊”收费。

2.违规问题：同一手术标本同时收取“快速石蜡切片检查与诊断”+“大、中、小手术标本检查与诊断”，且无“快速石蜡切片检查与诊断”报告

问题定性：套高收费

问题说明：“快速石蜡切片检查与诊断”一般适用于小标本：如胃镜、肠镜、支气管镜、口腔、鼻、咽、宫颈、表皮等咬检的小组织，或经皮穿刺的肿瘤、淋巴结、前列腺、乳腺、肝、肺等小组织，并出具报告。除以上情况之外，其他手术切除组织的标本应按标本大小对照相应的标准进行收费，不能套收“快速石蜡切片检查与诊断”。同一手术切除组织不应同时收取“快速石蜡切片检查与诊断”+“大、中、小手术标本检查与诊断”。

3.违规问题：同一手术标本同时收取“大、中、小手术标本检查与诊断”

问题定性：多收费

问题说明：大手术标本检查与诊断：指需6个以上蜡块的标本，如各种癌根治标本和联合脏器切除标本。中手术标本检查与诊断：指需3-5个蜡块的标本。小手术标本检查与诊断：指需1-2个蜡块的标本。同一手术部位切除的组织标本应按标本大小、诊断所需蜡块数量选择相应收费标准进行收费。

4.违规问题：手术切除的组织标本不应按“局部切除组织活检检查与诊断”收取。

问题定性：多收费

问题说明：“局部切除组织活检检查与诊断”指切除组织、咬取组织、切除肿块部分组织等的活检。手术切除组织标本收费应按“手术标本检查与诊断”收费，不能错收为“局部切除组织活检检查与诊断”。

5.违规问题：“内镜组织活检检查与诊断”串换成“手术标本检查与诊断”

问题定性：串换收费

说明：“内镜组织活检检查与诊断”是指各种内镜采集的小组织标本的病理学检查与诊断。手术切除组织应按“手术标本检查与诊断”收费。

二、检查、检验类

6.违规问题：开展甲状腺、乳腺等部位的“浅表器官彩色多普勒超声检查”时，存在收取多个部位的费用。

问题定性：多收费

问题说明：“浅表器官彩色多普勒超声检查”应按相应计价部位收费，分为：计价部位分为①双眼及附属器；②涎腺及颈部淋巴结；③甲状腺、甲状旁腺及颈部淋巴结；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。如行“甲状腺、甲状旁腺及颈部淋巴结”检查，或乳腺及其引流区淋巴结等彩超检查，不能将甲状腺、甲状旁腺、颈部淋巴结、乳腺、乳腺引流区淋巴结等拆分为多个部位计收。同理，涉及①、②、⑥的计价部位也不能拆分收费。

7.违规问题：同一患者在同一医院住院，收取“首诊精神病检查”超1次以上

问题定性：多收费

问题说明：“首诊精神病检查”应是对第一次就诊于精神科的患者，进行病史收集，对患者认知活动、情感活动和意志行为活动进行全面精神检查和评估，给出患者精神状态的症状学诊断和/或疾病分类学诊断。

8.违规问题：行“浅表脓肿穿刺术”或“血肿穿刺术”的同时，加收“皮下组织穿刺术”费用

问题定性：重复收费

问题说明：“皮下组织穿刺术”含采集标本的临床操作；包括浅表脓肿、血肿穿刺。应按实际操作项目来进行收费，如只行“浅表脓肿穿刺术”，不能同时收取“皮下组织穿刺术”

9.违规问题：“β2 微球蛋白测定”未按相应方法学进行收费，如：将免疫比浊法，串换为化学发光法。

问题定性：串换收费

说明：“β2 微球蛋白测定”指血清和尿标本，化学发光法收 25.00 元。如使用“化学发光法”之外的检测方法，按物价规定的标准进行收费，三级 13 元/次，二级 12 元/次，一级 10 元/次。

10.违规问题：“肺炎支原体血清学试验”将被动凝集法串换成荧光探针法

问题定性：串换收费

问题说明：“荧光探针法”收 30 元/次，如使用“荧光探针法”之外的检测方法，按物价规定的标准进行收费，三级 16 元/次，二级 14.4 元/次，一级 12.8 元/次。

11.违规问题：“尿微量白蛋白测定”免疫比浊法，串换成化学发光法

问题定性：串换收费

说明：报告尿 mAlb/gCr 比值时应另加尿肌酐测定费用，化学发光法收 30.00 元。如使用“化学发光法”之外的检测方法，按物价规定的标准进行收费，三级 15 元/次，二级 14 元/次，一级 12 元/次。

12.违规问题：“乙肝表面抗原测定”、“血浆 D 一二聚体测定”、“血清碳酸氢盐 (HCO₃) 测定”、“B 型钠尿肽前体”

问题定性：重复收费

问题说明：医嘱包设定重复，乙肝六项、输血前五项均含“乙肝表面抗原测定”，同时查乙肝六项和输血前五项时，则出现重复收费；医嘱包凝血功能测定捆绑血浆D一二聚体测定。医嘱包血气分析和电解质测定同时包含该项目检测，同时检测血气分析+电解质时，造成重复收费。医嘱包心肌酶谱各项测定捆绑B型钠尿肽前体测定，应按适应症开展检查，不能作为入院常规检查。

13.违规问题：各项检验项目打包收费

问题定性：过度检查

问题说明：心肌酶谱+甲状腺功能5项+癌胚抗原+甲脂蛋白测定+降钙素原+血液流变学检查+自身免疫病试验+类风湿因子测定+血细胞簇分化抗原系列检测等项目，电解质+肝功能+CO₂；粪便常规+OB，寄生虫卵+寄生虫+粪便常规等作为入院常规实验室检查项目，无适应症；心电图无异常时，增加心脏彩超+彩色室壁动力+心内膜自动边缘检测+左心功能测定+室壁运动分析+组织多普勒显像等项目检查。

14.违规问题：局部浸润麻醉、表面麻醉、基础麻醉收取“麻醉中监测”

问题定性：多收费

说明：麻醉中监测大多数用于全麻、椎管内麻醉、硬膜外麻醉、神经阻滞麻醉等，针对麻醉引起的不良反应进行各种生命体征、麻醉深度等监测。局部浸润麻醉、表面麻醉、基础麻醉等需要进行相关指标监测，应按医疗机构实际可提供的服务内容进行收费。

15.违规问题：“超敏C反应蛋白测定”+“C-反应蛋白测定”常规打包收费无适应症。

问题定性：过度检查

说明：超敏C反应蛋白测定+C-反应蛋白测定同时开展，实际上是仪器同时出结果，应按适应症选择其中一项检测项目。

三、手术操作类

16.违规问题：使用留置针进行静脉输液治疗时，收取“静脉穿刺置管术”

问题定性：多收费

问题说明：“静脉穿刺置管术”项目内涵为：使用留置针不得收此费用，不含超声引导、X线检查。

17.违规问题：单胎顺产第二产程后收取“胎心监测”

问题定性：多收费

问题说明：单胎顺产除第一产程外，不应同时加收“胎心监测”。单胎顺产指第二至四产程处理，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，不含二度及以上裂伤缝合。

18.违规问题：留置针护理不能收全价的“动静脉置管护理”

问题定性：多收费

说明：动静脉置管护理仅限于静脉切开置管、静脉穿刺置管、深静脉穿刺置管、动脉置管护理含换药、封管、拔管。静脉留置针护理减半收取。

19.违规问题：侵入性治疗和操作，应在病程有相关记录，如“经纤支镜肺泡灌洗诊疗术”

问题定性：多收费

说明：行经纤支镜肺泡灌洗诊疗术，应有相应操作记录。如诊断明确，本次操作以治疗为目的的，不能再收取纤支镜检查费用。

20.违规问题：单纯行“经皮选择性动、静脉造影术”检查时，不能同时收取“经皮选择性动、静脉置管术”

问题定性：多收费

说明：以诊断为目的的第一次介入检查完成之后立即进行介入治疗时，分别计算检查与治疗的费用；如同一次住院过程中曾进行过介入检查已明确诊断，仅是作为介入治疗前进行的常规介入检查(第

二次)及治疗后的复查(立即进行)时,则检查费按 50%减收;如行各种药物治疗、栓塞、热灌注,应按规定收取“经皮选择性动脉置管术”;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一定比例加收 20%。

21.违规问题: 行“泪道冲洗”同时收取“泪小点扩张”

问题定性: 分解收费

说明: “泪道冲洗”不应常规收取“泪小点扩张”费用。

22.违规问题: 行“血液滤过”同时收取“血液滤过置换液”

问题定性: 多收费

问题说明: 血液滤过: 含置换液、透析液,不能再收取“血液滤过置换液”。

23.违规问题: 剖宫产术常规收取“宫腔填塞”

问题定性: 多收费

问题说明: 剖宫产术不应常规收取“宫腔填塞”费用。

24.违规问题: 行经输尿管镜碎石取石术时,同时常规加收“经尿道输尿管镜检查”+“经输尿管镜输尿管扩张术”

问题定性: 分解收费

说明: 手术步骤不应分解收费。

25.违规问题: 行“脊柱椎间融合器植入植骨融合术”同时加收“脊髓和神经根粘连松解术”

问题定性: 分解收费

说明: “脊髓和神经根粘连松解术”为“脊柱椎间融合器植入植骨融合术”的手术步骤,不应分解收费。

26.违规问题: 行剖宫产或顺产接生时常规收取“宫颈内口探查术”

问题定性: 分解收费

说明：宫颈内口探查为剖宫产接生和顺产接生时的手术步骤，不应分解收费。

27.违规问题：胸、腹部手术结束后常规收取“剖腹探查术(腹腔引流术)”、“胸腔闭式引流术”

问题定性：多收费

说明：手术结束后常规放置引流装置，不能另收引流术的费用。

28.违规问题：行开胸手术时常规收取“开胸探查术”

问题定性：手术术式分解收费

说明：行各类开胸手术时，不能加收开胸探查术。以开胸探查为目的，且开胸探查后未行其他手术治疗除外。

29.违规问题：剖宫产术后常规加收“腹壁整形术”

问题定性：多收费

说明：“腹壁整形术”是对指腹壁较多的脂肪堆积并伴有明显的腹壁组织松弛者，从而形成了松弛下垂的“围裙样”畸形腹壁或“壶形腹”的畸形腹壁进行矫正的手术。剖宫产术后不应加收“腹壁整形术”。

30.违规问题：行剖宫产术同时加收“手取胎盘术”

问题定性：分解收费

说明：剖宫产术：含手取胎盘术。

31.违规问题：甲状腺手术常规加收“喉返神经探查术”

问题定性：分解收费

问题说明：若术前无可疑喉返神经损伤或声音嘶哑，在开展甲状腺癌扩大根治术、甲状腺穿刺活检术、甲状腺部分切除术、甲状腺次全切除术、甲状腺全切术等手术过程中，仅是保护或监护喉返神经，不属于喉返神经探查术内涵。

32.违规问题：行人工全髋关节置换术时，同时多收“下肢关节松解术（髋关节）”、“下肢关节松解术（髋关节）”、“下肢关节松解术（膝关节）”

问题定性：分解收费

说明：手术操作步骤不应分解收费。

四、中医、康复及物理治疗类

33.违规问题：非肿瘤或癌前病变的其他放射类治疗收取“深部热疗”
问题定性：串换项目收费

问题说明：深部热疗按物价分类应属于“（四）放射治疗”类，应用于肿瘤或癌前病变的其他类放射治疗，需要使用专用仪器，在独立房间内，进行深部组织治疗，除此之外的其他，不应按该项目进行收费。“深部热疗”计价单位为：次，而非部位。

34.违规问题：康复科康复治疗收取“脑反射治疗”

问题定性：错收

问题说明：属于精神科收费项目，康复科应按适应症选择治疗项目。

35.违规问题：行“普通针刺”收取“子午流注开穴法”

问题定性：串换项目收费

说明：“普通针刺”串换成“子午流注开穴法”，应根据阴阳五行、脏腑经络及五输穴理论，依据患者来诊治疗时的日时干支，选取特定穴位，先推算出就诊时的年之干支，再推算出月之干支和日干支，最后推算出时干支，再结合十二经纳干歌、五输穴配合阴阳五行、辨证开穴等理论而确定治疗选用的腧穴。

36.违规问题：未按治疗设备功能范围进行相应收费，如“电子生物反馈疗法”、“场效应治疗”

问题定性：串换收费

说明：设备无电子生物反馈功能或场效应治疗功能，按以上项目进行收费。应按治疗设备功能收取相应项目费用。

37.违规问题：偏瘫、脑瘫、截瘫肢体综合训练同时收取“运动疗法”
问题定性：多收费

说明：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、截瘫肢体综合训练同时使用时，只支付其中1项。

38.违规问题：进行“偏瘫肢体综合训练”的患者，无关节活动障碍时，同时加收“大关节松动训练”

问题定性：多收费

问题说明：“偏瘫肢体综合训练”主要是针对神经功能缺失引起的肢体功能障碍，如患者关节本身并无病变的情况下，不应再收取“大关节松动训练”。“大关节松动训练”主要针对关节本身疾病引起的活动障碍，进行的关节松动训练。脑血管病后遗症患者如有关节活动障碍，需要对关节进行训练并扩大关节活动范围的可以收取“大关节松动训练”

39.违规问题：电针、穴位贴敷治疗等各项中医、物理康复治疗，未按实际操作收取相应治疗项目。

问题定性：多收费

说明：应严格完善治疗台账，除登记患者基本信息之外，对所实施操作项目名称、治疗部位、治疗时间及治疗频次要记录清楚。

四、住院标准类

40.违规问题：定点医疗机构违反诊疗规范过度诊疗，即将不符合住院标准的参保人员收入院。

问题定性：轻症入院

说明：（1）定点医疗机构收治参保人员住院时，如参保人员不符合以下情况的，判定为轻症入院：

- ①经门诊或院外就诊后无法确诊，需进一步检查、确诊；
- ②经门诊治疗后效果不理想，需采取进一步治疗措施；
- ③病情较复杂或较重，需要在定点医疗机构进行监控、检查、治疗；
- ④疾病伴有较重并发症，不适合在门诊继续治疗；
- ⑤除急危重症患者直接收治入院外，参保人员住院须有门诊病历备查（包括门诊病历记录、门诊诊断、入院依据等）。

（2）参保人员的疾病属于下列非住院指征的病种时，判定为轻症入院：

①小损伤类（无并发症）

小面积擦伤（小于 5cm^2 ）或小血肿（小于 10ml ，头颅及颜面部除外）；轻度软组织挫伤（未排除胸腹脏器损伤除外）；X线或CT检查排除骨折及肌腱韧带损伤的脚扭伤、腰扭伤；I度及轻II度烧、烫伤（小儿面积大于2%，成人面积大于5%及颜面部除外）。

②小手术类

单纯的脂肪瘤（少于3个或直径之和小于 5cm ）、腱鞘囊肿（腘窝、坐骨结节囊肿除外）、纤维瘤（小于 3cm 、乳腺包块除外）、皮脂腺囊肿等体表肿块。

③皮肤病类

无并发症的一般性皮炎、皮肤小疖肿、过敏性皮炎、神经性皮炎和疥疮。

④呼吸系统疾病

无并发症或合并症的急性上呼吸道感染等；慢性支气管炎缓解期。

⑤消化系统疾病

慢性胃炎（门诊规范治疗2周以上病情无缓解除外）；轻度幽门杆菌感染；一般腹泻、慢性肠炎（门诊规范治疗2周以上病情无缓解除外）；急性胃肠炎（无水电解质及酸碱失衡）；慢性脂肪肝、酒精肝和慢性乙肝（有肝功能损害或并发症除外）。

⑥肛肠科疾病

无需手术治疗的内外痔和肛裂（合并感染及大出血、中度以上贫血；血栓性外痔或嵌顿性痔的病人、并发有肛门局部剧烈疼痛除外）。

⑦五官科类

鼻炎（需手术治疗除外）；非手术治疗的鼻窦炎、慢性咽喉炎、结膜炎、外耳道炎、中耳炎（需手术治疗除外）；单纯口腔感染（合并相关并发症除外）、牙周炎、龋病和睑板腺囊肿（睑西德马克腺）。

⑧泌尿生殖系统疾病

一般性尿道炎、阴道炎（急性化脓性阴道炎除外）、滴虫性或霉菌性阴道炎、慢性盆腔性疾病（急性期发作除外）和慢性宫颈炎；妊娠反应（剧吐引起电解质紊乱、尿酮体阳性除外）；包皮过长（无并发症）；尿路感染（全身感染患者除外）；前列腺增生和肾结石（手术患者除外）。

⑨运动系统疾病

一般性腰痛、骨质增生、颈和腰椎间盘突出和颈椎病（有神经、血管压迫及功能性障碍、手术指征除外）；肩周炎和关节炎（无功能障碍）；腱鞘炎（需手术治疗的除外）。

⑩恶性肿瘤稳定期（重症支持治疗、放疗和静脉使用抗肿瘤药物治疗除外）

⑪心血管系统

脑动脉硬化；退行性脑萎缩；无并发症或合并症的脑动脉硬化；高脂血症；无并发症或合并症的高血压病。

⑫神经系统

无并发症或合并症的面瘫、慢性偏头痛和慢性三叉神经痛。

（3）参保人员无新发症状、可疑体征及异常检查结果，或无针对疾病的主要治疗，入院后的住院费用以检查、化验为主，并占总费用（除外医疗服务设施费用）90%以上的为体检入院，判定为轻症入院。

41.违规问题： 定点医疗机构在参保人员尚未达到出院标准时，为其办理多次出入院手续。

问题定性：分解住院

说明：（1）参保人员在同一定点医疗机构内多次办理出入院手续，分别按以下情形判定：

①以下任一情形，判定为分解住院：

A. 参保人员因转科治疗办理出入院手续；

- B. 参保人员出院后 3 天内、因不同疾病重新办理入院手续，前后均在同一科室住院（急危重症除外）；
- C. 参保人员实际未离院、但办理了出院再入院手续（分段结算除外）；
- D. 参保人员出院后 14 日内，在非急诊或非常规疗程安排情况下，因同种主要疾病再次住院。
- E. 参保人员因病情需要转院但外院没有床位等特殊原因出院后返院，或病情未痊愈但参保人员要求出院后返院的，定点医疗机构应提供材料证明。无材料证明时，判定为分解住院。同一年度内出现 2 次及以上此类情形，进一步与患者核实情况，存在与证明材料不符的情况，判定为分解住院。重点核查定点医疗机构是否存在编造医疗文书等欺诈骗保行为。

②以下情形为分段结算，不判定为分解住院：

- A. 参保人员因病长期住院，定点医疗机构可为其办理分段结算，每次住院结算天数在 90 天左右，参保人员实际未离院。
- B. 因医保结算方式改变、医保待遇到期、医保年度结转、医院等级变更或其他政策性因素，定点医疗机构可为参保人员办理分段结算，参保人员实际未离院。

（2）参保人员因病长期住院，同一年度内累计住院天数达 180 天及以上、并在全市范围 3 家及以上定点医疗机构间反复住院的，判定为分解住院。涉及的定点医疗机构均承担违规责任。

（3）参保人员同一年度内出现按普通住院、按床日点数付费、按日间手术（治疗）付费等多种方式结算的情况，且不同结算方式下的住院诊疗方案基本一致，经核查证实改变结算方式与参保人员病情变化无明显关系的，判定为分解住院，并进一步核查是否存在编造医疗文书等欺诈骗保行为。

（4）定点医疗机构应按床日点数付费方式申报、但未申报，实际医保经办机构与定点医疗机构按 DRG 病组点数法付费结算的病例，判定为分解住院。

42. 违规问题：参保人员办理入院手续后，住院期间内不在病房住宿

治疗（申请日间病房治疗医保结算的参保人除外。）

问题定性：挂床住院

说明：定点医疗机构存在下列任一情形，判定为挂床住院：

（1）参保人员办理入院手续后，定点医疗机构无故未及时在医保信息系统上给参保人员办理住院登记，或 48 小时内未上传相关信息；

（2）参保人员入院 24 小时内，定点医疗机构未按照住院病人的诊疗标准对其进行规范化管理，病历资料中缺少入院记录、首次病程记录、长期医嘱及临时医嘱等资料，且患者住院 48 小时内无实质性检查治疗；

（3）参保人员住院期间内，同一床位同时有两人及以上人员（日间病房除外）；

（4）参保人员住院期间无固定床位，或所住床位号与患者本人、主管医师及护士提供的床位号不一致；

（5）参保人员住院期间在单位上班或回家休养；

（6）参保人员住院期间，因非治疗原因离开病区时应有书面假条，注明请假原因和时长，经责任医师签字批准后由所在病区做好请假登记。现场查房时，如患者未规范履行请假手续，并 30 分钟内两次查房均不在床；或病区内住院患者不在床（经证实外出检查治疗的除外）人数超过该病区住院总人数四分之一；

（7）参保人员住院期间，病房储物柜中无所需日常生活用品；

（8）其他恶意挂床行为。

43.违规问题：定点医疗机构利用“包吃包住、免费体检、车接车送”等宣传名义或通过“有偿推荐”等方式，诱导不符合住院指征的参保人员住院。

问题定性：诱导住院

说明：

（1）经核查证实参保人员为轻症入院，同时定点医疗机构存在以下任一行为的，判定为诱导住院：

（2）经向参保人员本人核实存在“包吃包住、免费体检、车接车送、免除个人负担费用”中其一或多项捆绑医保进行宣传的住院(提供专

项补贴文件或协议的项目除外)；

(3) 通过检查车票收据、财务记录及病历记录等材料，查实定点医疗机构存在为参保人员报销车费，或参与通过有偿推荐等不合规市场竞争方式收参保人员住院；

(4) 参保人员承认经义诊后直接入院，且向卫健部门核实定点医疗机构未按规定向卫健部门申请义诊备案。

六、药品、耗材、服务类

44.违规问题：多收各类片费、图文报告费

问题定性：多收费

说明：收取各类片费、图文报告费，必须向患者提供胶片（图片）或图文报告；用于教学或医院存档目的的胶片（图片）和图文报告不得向患者收费。

45.违规问题：新生儿病房床位费同时加收“病房空调费”

问题定性：多收费

说明：新生儿病房床位费不另收取房间取暖费、房间空调费（桂价医〔2018〕62号）。

46.违规问题：收取重症监护时，同时加收“一般专项护理（包括口腔护理、会阴冲洗、床上洗发、擦浴等）”

问题定性：多收费

说明：“重症监护”：含24小时室内有专业护士监护,监护医生、护士严密观察病情、监护生命体征、随时记录病情、作好重症监护记录及一般性生活护理不含仪器、设备监测和监护。

47.违规问题：超医保目录限制范围用药，如“注射用水溶性维生素”、“百令胶囊”、“双黄连注射液 注射用双黄连(冻干)”、“奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑注射剂”等

问题定性：超限制性范围用药

说明：根据《广西基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（桂医保发〔2021〕53号），注射用水溶性维生素限与脂肪乳、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。“百令胶囊”限器官移植抗排异、肾功能衰竭及肺纤维化。“双黄连注射液 注射用双黄连(冻干)”限二级及以上医疗机构重症患者。“奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑注射剂”限有禁食医嘱或吞咽困难的患者

西药类：

限儿童

药品名称	剂型
蒙脱石	口服液体剂
洛哌丁胺	颗粒剂
罗红霉素	颗粒剂
右旋布洛芬	口服液体剂
左乙拉西坦	口服液体剂
孟鲁司特	咀嚼片
孟鲁司特	颗粒剂
地氯雷他定	口服液体剂
西替利嗪	口服液体剂
左西替利嗪	口服液体剂

限糖尿病

药品名称	剂型	备注
重组赖脯胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
谷赖胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
赖脯胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他

		短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
门冬胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合(50R)	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合(25R)	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
门冬胰岛素 30	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
门冬胰岛素 50	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者
重组甘精胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的 2 型糖尿病患者
地特胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的 2 型糖尿病患者
甘精胰岛素	注射剂	限 1 型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的 2 型糖尿病患者
德谷胰岛素	注射剂	限中长效胰岛素难以控制的 2 型糖尿病患者
硫辛酸	注射剂	限有明确神经电生理检查证据的痛性糖尿病外周神经病变诊断的患者

胰激肽原酶	口服常释剂型	限有糖尿病诊断且有微循环障碍临床证据的患者
胰激肽原酶	注射剂	限有糖尿病诊断且有微循环障碍临床证据的患者
肠内营养剂(TPF-D)	口服混悬剂	限糖尿病患者
肠内营养剂(TPF-D)	乳剂	限糖尿病患者
肠内营养剂(TPF-DM)	口服混悬剂	限糖尿病患者

限重症患者

药品名称	剂型
肠内营养剂(SP)	口服混悬剂
肠内营养剂(TP)	口服粉剂
肠内营养剂(TP)	口服混悬剂
肠内营养剂(TP)	口服乳剂
肠内营养剂(TPF)	口服混悬剂
肠内营养剂(TPF)	乳剂
肠内营养剂(TPF-FOS)	口服混悬剂
肠内营养剂(TP-HE)	乳剂
肠内营养剂(TP-MCT)	口服混悬剂
肠内营养剂(TPSPA)	口服混悬剂
肠内营养粉(AA)	口服粉剂
短肽型肠内营养剂	口服粉剂

整蛋白型肠内营养剂	口服粉剂
-----------	------

限有明确药敏试验证据或重症感染的患者

药品名称	剂型
哌拉西林舒巴坦	注射剂
哌拉西林他唑巴坦	注射剂
头孢替安	注射剂
头孢美唑	注射剂
头孢西丁	注射剂
头孢米诺	注射剂
拉氧头孢	注射剂
头孢哌酮舒巴坦	注射剂
头孢吡肟	注射剂
头孢匹罗	注射剂
氨曲南	注射剂

限工伤保险

药品名称	剂型
氢醌	软膏剂
A 型肉毒毒素	注射剂
人用狂犬病疫苗（Vero 细胞）	注射剂

人用狂犬病疫苗（地鼠肾细胞）	注射剂
人用狂犬病疫苗（鸡胚细胞）	注射剂
人用狂犬病疫苗（人二倍体细胞）	注射剂
胸腺法新	注射剂
氨基葡萄糖	口服常释剂型

限二线用药

药品名称	剂型
二甲双胍维格列汀II	口服常释剂型
二甲双胍维格列汀III	
利格列汀二甲双胍I	口服常释剂型
利格列汀二甲双胍II	
西格列汀二甲双胍I	口服常释剂型
西格列汀二甲双胍II	
沙格列汀二甲双胍I	缓释控释剂型
沙格列汀二甲双胍II	
沙格列汀二甲双胍III	
阿格列汀	口服常释剂型
利格列汀	口服常释剂型
沙格列汀	口服常释剂型
西格列汀	口服常释剂型
吉米沙星	口服常释剂型

左奥硝唑氯化钠	注射剂
伊达比星	注射剂
艾瑞昔布	口服常释剂型（除片剂）
屈昔多巴	口服常释剂型
罗匹尼罗	口服常释剂型
罗匹尼罗	缓释控释剂型
普拉克索	缓释控释剂型
雷沙吉兰	口服常释剂型
恩他卡朋	口服常释剂型
恩他卡朋双多巴 恩他卡朋双多巴II 恩他卡朋双多巴III 恩他卡朋双多巴IV	口服常释剂型
奥洛他定	口服常释剂型
茚达特罗	粉雾剂
福多司坦	口服常释剂型（除片剂）
贝他斯汀	口服常释剂型
依美斯汀	缓释控释剂型
左西替利嗪	口服常释剂型
加替沙星	眼用凝胶剂

莫西沙星	滴眼剂
贝美前列素	滴眼剂
拉坦前列素	滴眼剂
曲伏前列素	滴眼剂

中成药类

限儿童

药品名称
炎宁糖浆
化积颗粒（口服液）
一捻金、一捻金胶囊
五福化毒丸（片）
消风止痒颗粒

限糖尿病

药品名称	备注
芪明颗粒	限 2 型糖尿病视网膜病变单纯型
双丹明目胶囊	限 2 型糖尿病视网膜病变单纯型

限工伤

药品名称
疤痕止痒软化乳膏（软化膏）

限二级及以上医疗机构

药品名称	备注
双黄连注射液 注射用双黄连(冻干)	限二级及以上医疗机构重症患者
清开灵注射液	限二级及以上医疗机构并有急性中 风偏瘫患者和上呼吸道感染、 肺炎导致的高热患者
莲必治注射液	限二级及以上医疗机构
热毒宁注射液	限二级及以上医疗机构重症患者
喜炎平注射液	限二级及以上医疗机构重症患者
肿节风注射液	限二级及以上医疗机构
痰热清注射液	限二级及以上医疗机构重症患者
鱼腥草注射液	限二级及以上医疗机构
茵栀黄注射液	限二级及以上医疗机构
苦黄注射液	限二级及以上医疗机构
参附注射液	限二级及以上医疗机构有阳气虚 脱的急重症患者
喘可治注射液	限二级及以上医疗机构支气管哮 喘急性发作的患者
止喘灵注射液	限二级及以上医疗机构
醒脑静注射液	限二级及以上医疗机构并有中风 昏迷、脑外伤昏迷或酒精中毒昏 迷抢救的患者
刺五加注射液	限二级及以上医疗机构
参麦注射液	限二级及以上医疗机构并有急 救、抢救临床证据或肿瘤放化疗

	证据的患者。
生脉注射液	限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者
香丹注射液	限二级及以上医疗机构
丹参注射液	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
脉络宁注射液	限二级及以上医疗机构
红花注射液	限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者
苦碟子注射液	限二级及以上医疗机构并有明确冠心病、心绞痛、脑梗塞诊断的患者
血塞通注射液	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
血栓通注射液	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
注射用血栓通(冻干)	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
灯盏细辛注射液	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
灯盏花素注射液	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
注射用灯盏花素	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

冠心宁注射液	限二级及以上医疗机构
疏血通注射液	限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性脑血管疾病急性发作证据的重症患者
舒血宁注射液	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
黄芪注射液	限二级及以上医疗机构病毒性心肌炎患者
肾康注射液	限二级及以上医疗机构慢性肾功能衰竭的患者
艾迪注射液	限二级及以上医疗机构中晚期癌症
复方苦参注射液	限二级及以上医疗机构中晚期癌症
通关藤注射液（消癌平注射液）	限二级及以上医疗机构中晚期癌症
鸦胆子油乳注射液	限二级及以上医疗机构中晚期癌症
参芪扶正注射液	限二级及以上医疗机构；与肺癌、胃癌放化疗同步使用并有血象指标低下及免疫功能低下证据的患者

七、DRG 入组违规问题

1. **违规问题：**高套有创呼吸机使用时间大于等于 96 小时

违规情况：1.呼吸机收费不足 96 小时，填报了有创呼吸机使用时间大于等于 96 小时；2.无创呼吸机使用填报为有创呼吸机使用时间大于等于 96 小时；3.住院时间不足 96 小时，填报有创呼吸机使用时间大于等于 96 小时。造成应入使用时间小于 96 小时呼吸机组或没

有使用呼吸机组的病例，进入有创呼吸机使用时间大于等于 96 小时组。

2. 违规问题：针刀松解术（非 DRG 手术字段）套用其他周围神经或神经节粘连的减压术或松解术。

违规情况：针刀松解术高套编码为其他周围神经或神经节粘连的减压术或松解术，造成应入组 IU2 脊椎疾患的病例进入 BH1 脊神经手术。

3. 违规问题：气管镜肺泡灌洗术高套“33.9903 气管镜肺灌洗术”

违规情况：“33.2403 支气管镜肺泡灌洗术”高套编码“33.9903 气管镜肺灌洗术”，造成应入组 EJ2 呼吸系统其他手术的病例进入 EC21 胸部的中等手术，伴重要合并症与伴随病。

4. 违规问题：套用开放性食管静脉曲张结扎术

违规情况：“42.3308 内镜食管静脉曲张硬化剂注射术”或“42.3307 内镜食管静脉曲张结扎术”，套用开放手术“42.9100 食管静脉曲张结扎术”，造成映入组 HL1 肝胆胰系统的治疗性操作的病例进入 FF1 静脉系统复杂手术。

5. 违规问题：套用肠造口闭合术高套为肠部分切除术

违规情况：“6.5 肠造口闭合术”套用“45.6 肠部分切除术”，造成应入组 GL19 消化道造口手术的病例进入 GB2 小肠、大肠、直肠的大手术。

6. 违规问题：关节手术错误编码为长骨的手术

违规情况：主诊断为关节疾患，主要手术错编为骨病损切除术或骨部分切除术，高套进入“髌、股骨除关节以外的手术”。

7. 违规问题：扁桃体腺样体切除术高套为咽旁病损切除术

违规情况：主要诊断为扁桃体肥大/扁桃体炎，行扁桃体腺样体切除术，手术编码高编为咽旁病损切除术，造成应入组从 DE2 扁桃体和

/或腺样体的切除手术的病例进入 DE1 咽、喉手术。

8. 违规问题：23.1 拔牙术高套为 76.31 部分颌骨切除术

违规情况：23.1 拔牙术套高编码为 76.3100 部分下颌骨切除术；颌骨囊肿摘除术套高 76.3902 上颌骨部分切除术，造成 DG29 口腔小手术/DG39 口腔中手术，进入 DG19 口腔大手术。

9. 违规问题：宫腔镜下刮宫或内膜病损切除术，高套子宫病损切除术

违规情况：月经不规则、异常子宫出血患者，行宫腔镜下刮宫或内膜病损切除术，高套子宫病损切除术，造成应入组 NJ19 女性生殖系统其他手术的病例进入 NC11 原位癌和非恶性病损(除异位妊娠)子宫手术。

10. 违规问题：恶性肿瘤随诊检查/支持治疗，套高编码入组

违规情况：恶性肿瘤随诊检查或支持治疗，主要诊断编码为肿瘤原码，造成应入组 RW19 和 RW29 恶性肿瘤随诊检查/支持治疗的病例，套高进入恶性肿瘤手术相关病组。

11. 违规问题

内固定物取出术高套切除手术等

违规情况：肌腱鞘囊肿切除或去除骨骼内置装置，高套切除手术，造成应入组 IJ1 骨骼肌肉系统的其他手术，或 IK19 骨骼内固定物取出术的病例入组错误。