

附件2

吉林省定点医疗机构使用医疗保障基金行为负面清单（2025年1月修订版）—我省清单 原有的涉及诊疗服务部分

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
1	超标准收费	“小针刀治疗”计价单位为“每个部位”，实际按“进针点，穴位反应点”超量收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“小针刀治疗”计价单位为“每个部位”。
2	超标准收费	特大换药。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》创面在50-60cm ² （含60cm ² ）之间，每增加10cm ² 加收5元。
3	超标准收费	大换药。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》创面在30-50cm ² （含50cm ² ）之间。
4	超标准收费	中换药。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》创面在15-30cm ² （含30cm ² ）之间。微创手术伤口换药按此标准执行。
5	超标准收费	小换药。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》创面在15cm ² （含15cm ² ）以下。
6	超标准收费	骨折夹板外固定术同时收取骨折手法整复术。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》项目内涵骨折夹板外固定术含整复固定，包括复查调整、8字绷带外固定术、叠瓦氏外固定术。
7	超标准收费	手部关节骨折切开复位内固定术按部位收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》手部关节内骨折切开复位内固定术，收费标准计价单位为“次”，不是按照“每个关节”计价。
8	超标准收费	胸壁结核病灶清除术时收取肋骨切除术费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》胸壁结核病灶清除术，含病灶窦道、死骨、肋骨切除、肌肉瓣充填”。
9	超标准收费	麻醉下腰椎间盘突出症大手法治疗同时收取X光透视、麻醉费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》麻醉下腰椎间盘突出症大手法治疗，含X光透视、麻醉。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
10	超标准收费	“氧气吸入”收费时间超实际住院小时。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，计价单位为“小时”。
11	超标准收费	“血氧饱和度监测”收费时间超实际住院小时。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，计价单位为“小时”。
12	超标准收费	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“1109床位费”说明：住院床位费以日计算，计入不计出（不足24小时，按1日计算）。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，床位费按“计入不计出”原则计收。
13	超标准收费	按日收取费用的项目，统计超住院天数+1。如气管切开护理、住院诊察（查）费、留置导尿（非首次）、胃肠减压、特殊疾病护理。	《关于全省公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务项目价格的通知》。
14	超标准收费	重症监护按小时收费超实际住院小时。	《医疗保障基金使用监督管理条例》、《关于全省公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务项目价格的通知》。
15	超标准收费	住院期间超40元取“静脉血栓风险评估”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“静脉血栓风险评估”说明：限住院患者应用。住院期间最高收取不得超过40元。
16	超标准收费	同次疗程放疗治疗中修改定位，应按10%加收计费，但实际按全价收取“专用X线机复杂模拟定位”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“2402模拟定位”说明：疗程中修改定位、定位验证加收10%。“专用X线机复杂模拟定位”编码240200003，计价：400元/疗程。
17	超标准收费	同次疗程放疗治疗中修改计划，应按60%加收计费，但实际按全价收取“特定计算机治疗计划系统”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“2401放射治疗计划及剂量计算”说明：疗程中修改计划加收60%。“特定计算机治疗计划系统”编码240100004，计价：500元/疗程。
18	超标准收费	同时间超2小时应按每增加1小时加收100元标准计费，但实际按全价收取“全身麻醉”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“全身麻醉”计价单位为2小时内；说明：每增加1小时加收100元。
19	超标准收费	同时间超5个穴位应按增加一个穴位加收4元标准计费，但实际按全价收取“手指点穴”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“手指点穴”计价：26元/5个穴位；说明：增加一个穴位，加收4元。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
20	超标准收费	收取“纤维结肠镜检查”费用的同时，将“清洁肠道”步骤，按照“清洁灌肠”收取费用。	《全国医疗服务价格项目规范》规定，（2012年版）“纤维结肠镜检查”项目内涵：清洁肠道，镇静，润滑肠道，将纤维结肠镜自肛门插入，循腔至回盲部，观察全结肠黏膜。
21	超标准收费	行“无痛胃镜、结肠镜”时，同时收取纤维胃十二指肠镜检查麻醉费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》纤维胃十二指肠镜检查中规定：无痛胃镜、结肠镜同时进行，麻醉费应按450元收取。
22	超标准收费	行“直肠癌根治术”等开腹手术时，重复收取“剖腹探查术”。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》之手术总说明“经同一切口进行的两种以上不同疾病的手术，除按最高项目价格计收外，其他手术按手术项目价格的60%计收”。
23	超标准收费	开展“光学相干断层成像（OCT）”检查时，超标准收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定：“光学相干断层成相（OCT）的计价单位为‘次’”。
24	超标准收费	开展“上消化道造影”（编码：210103013）同时收取“使用平板DSA加收”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定：小肠插管造影（编码：210103015）的项目说明为“规定使用平板DSA加收1000元/次”，“上消化道造影”项目中无相关说明。
25	超标准收费	在收取院内会诊费用时，主治医师按照院内会诊（副主任医师）标准收取费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定：院内会诊分三种规格：分别是主任医师、副主任医师、主治医师。
26	超标准收费	磁共振平扫同时加增强未按1.5倍收费。	同时增强扫描加收50%。
27	超标准收费	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。
28	超量开药	注射用七叶皂苷钠。	根据《国家医保药品目录》，支付不超过10天。
29	超量开药	注射用天麻素。	根据《国家医保药品目录》，支付不超过14天。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
30	串换项目	将“胎心监测”串换为“胎儿心电图”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“胎儿心电图”收费标准高于“胎心监测”。医疗机构实际提供的服务为胎心监测。
31	串换项目	将低标准收费的检验方法串换为高标准收费的检验方法。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际项目（方法）收费，不得将医保可支付低收费项目串换，套高收费项目。
32	串换项目	将未使用金标法开展的检验项目按金标法收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》使用“金标法”的检验项目收费标准高于未使用“金标法”的检验项目。医疗机构实际提供的检验项目并未使用金标法。
33	串换项目	将临床使用的国产仪器、试剂串换为进口仪器、进口试剂，并加收费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、医用设备或耗材进行收费。
34	串换项目	将“细菌涂片检查”串换为“体液细胞学检查与诊断”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“体液细胞学检查与诊断”（计价标准40元/例），“细菌涂片检查”（计价标准为5元/项）。医疗机构实际提供服务为细菌涂片检查。
35	串换项目	将“可见光治疗”串换为“红光治疗”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“可见光治疗”（计价标准为10元/每个照射区）、“红光治疗”（计价标准为32元/每个部位），应按实际项目（方法）收费。需结合现场检查，对病历、医嘱和执业范围、执业人员及资质、医用设备进销存及使用、诊疗记录和患者方签字确认等情况进行复核。
36	串换项目	将“微波治疗”等项目串换为“深部热疗”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“微波治疗”（计价标准为15元/每部位）、“深部热疗”（计价标准为400元/次）。
37	串换项目	将“中药熏药治疗”串换为“中药熏洗治疗”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“中药熏洗”收费标准高于“中药熏药”。医疗机构实际提供的服务为中药熏药。
38	串换项目	将“中药熏药治疗”或“中药熏洗治疗”串换为“中药蒸气浴治疗”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“中药蒸气浴治疗”收费标准高于“中药熏洗”“中药熏药”。医疗机构实际提供的服务为中药熏洗或中药熏药。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
39	串换项目	将“中药热奄包治疗”，串换为“中药封包治疗”收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“中药热奄包治疗”（计价标准13元/每部位），“中药封包治疗”（计价标准为33元/每部位）。医疗机构实际提供服务为中药热奄包治疗。
40	串换项目	静脉注射阿替普酶溶栓收取“经皮静脉内溶栓术”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“经皮静脉内溶栓术”（编码为320100008），32分类为经血管介入治疗。
41	串换项目	行纤维胃镜检查时，通过染色筛查幽门螺杆菌，收取“幽门螺杆菌培养及鉴定”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构、虚增项目收费。
42	串换项目	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。
43	串换项目	将酶法开展葡萄糖测定按照酶电极法、床边血糖仪检测进行收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。
44	串换项目	将手工法尿蛋白定量按照各种化学法进行收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。
45	串换项目	将手工法血清结合珠蛋白测定（HP）按照免疫法进行收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。
46	串换项目	开展免疫荧光法或各种免疫学方法检测C-反应蛋白（CRP）按照干化学法收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。
47	串换项目	非化学发光法丙型肝炎抗体测定（Anti-HCV）按照化学发光法收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》中，临床检验项目的检验方法不同，收费不同。
48	串换项目	将尿常规检查按照尿液分析进行收费。	临床检验项目收费的准确性。
49	串换项目	将淋巴治疗仪开展的治疗，按照电子生物反馈疗法收费。	临床检验项目收费的准确性。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
50	串换项目	将葡萄糖测定按照电脑血糖监测收费。	临床检验项目收费的准确性。
51	串换项目	将“糖化血红蛋白测定”串换为“胎儿血红蛋白(HbF)酸洗脱试验”收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
52	串换项目	“隐血试验(OB)”普通方法(2元/项)按“单标金抗法”(8元/项)收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
53	串换项目	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。	“塑料包埋加收”指病理检查中采用树脂包埋技术根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
54	串换项目	将“碳14呼气试验”串换为“碳13尿素呼气试验”收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
55	串换项目	将“普通电针治疗”串换为“普通针刺”+“中频电刺激治疗”收费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
56	串换项目	“普通针刺”串换为“灸法”或“针刺运动治疗”。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
57	串换项目	“中医定向透药疗法”串换为“穴位贴敷治疗”。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》。
58	串换项目	“低频脉冲电治疗”串换为“中频脉冲电治疗”。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，不得将低收费医保项目串换为高收费医保项目。
59	串换项目	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《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“肛周常见疾病手术治疗”项目内涵包含包括痔、肛裂、息肉、疣、肥大肛乳头、痣等切除或套扎及肛周肿物切除术；不含复杂肛瘘、高位肛瘘。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
60	串换项目	行人工全髋关节置换术或人工股骨头置换术的患者，进行“肌腱粘连松解术”。肌腱粘连松解术在医疗服务项目中治疗部位为每个手指，收费项目与实际治疗部位不一致。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》肌腱粘连松解术计价单位为每个手指。
61	串换项目	CT、磁共振检查后，将刻录光盘的材料费，按照“超声检查实时录象”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“超声检查实时录象”为“22超声检查”分类下的诊疗项目。
62	串换项目	将雷火灸灸疗装置费用串换成“雷火灸”治疗费用进行收费。	《全国医疗服务项目技术规范（2012版）》规定：“雷火灸（编号：PBCB1101）治疗术者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”，此外国家中医药管理局《护理人员中医技术使用手册》十八项中医技术中，无雷火灸项目。
63	低标准入院	办理住院并无实质性治疗，主要是进行健康体检的。因疾病原因无法进一步治疗或患者个人原因停止治疗除外。	《医疗保障基金使用监督管理条例》、《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
64	分解收费	血液透析、连续性血液净化中非除外耗材（一次性使用透析护理包、肝素帽、废液袋、干粉桶置换液等）及生理盐水单独收取费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》该类医用材料均不应单独收费并纳入医保基金支付结算。
65	分解收费	妇科行广泛性子宫切除+盆腹腔淋巴结清除术同时收取包含在项目内涵里的腹腔引流术。	《医疗保障基金使用监督管理条例》、《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》。
66	分解收费	胸外科行肺癌根治术时，无依据加收肺修补术。	《医疗保障基金使用监督管理条例》、《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》。
67	分解收费	喉返神经显露、保护等为甲状腺手术中必经步骤，分解为喉返神经探查术收费。	《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》“甲状腺全切术”等甲状腺手术项目内涵均包括“保护喉上、喉返神经”步骤。
68	分解收费	中央淋巴结清扫为甲状腺癌根治术必经步骤，分解为体表淋巴结摘除术（含活检）、体表淋巴结摘除术（颈部、腋窝、腹股沟）收费。	《全国医疗服务价格项目规范（2012年版）》。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
69	分解收费	麻醉科在进行全身麻醉时，将麻醉机自带的辅助呼吸分解为呼吸机辅助呼吸，将全身麻醉中的必经步骤气管插管前麻醉药喷喉分解为局部浸润麻醉或非手术表面麻醉，将全身麻醉含的气管插管分解收费。	《关于全省公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务项目价格的通知》，《全国医疗服务价格项目规范(2012年版)》。
70	分解收费	行“远端胃大部切除术”“肠粘连松解术”时，分解收取“腹腔引流术”费用。	《全国医疗服务价格项目规范》（2012年版）“远端胃大部切除术”“肠粘连松解术”项目内涵均包括“经腹壁另戳孔置管固定”步骤。
71	分解收费	行“胃肠穿孔修补术”手术治疗时，将“经腹壁另戳孔置管引出固定”步骤按照“腹腔引流术”收取费用。	《全国医疗服务价格项目规范》（2012年版）“胃穿孔修补术”项目内涵：逐层进腹，探查，穿孔修补，大量盐水腹腔冲洗，经腹壁另戳孔置管引出固定，清点器具、纱布无误，冲洗腹腔，逐层关腹。
72	分解收费	肺癌根治术，分解收取淋巴清扫术、肿瘤切除术。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“肺癌根治术”项目内涵包括淋巴结清扫。
73	分解收费	前列腺癌根治术，分解收取膀胱尿道吻合术。	诊疗常规。
74	分解收费	无冷疗相关设备的情况下，将“吞咽功能障碍训练”（编码：340200037）和面神经功能训练（编码：310515006）的一个必要步骤“冷刺激”串换成“冷疗”（编码：340100025）进行单独计费。	《全国医疗服务项目技术规范（2023年）》，“冷疗”指冷空气治疗，内涵为“使用重型压缩机产生冷空气，用处理过的冷空气(零下 32-60℃以下)，作用于治疗部位的冷疗方法”。
75	分解收费	将“急诊手术、传染病患者手术特殊消毒费”串换成“传染病患者手术加收”进行收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》无“急诊手术、传染病患者手术特殊消毒费”收费项目。
76	分解住院	参保患者因同一疾病，在A、B两家医院间采取ABAB……方式，反复住院累计达4次，每次住院间隔时间小于3天。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
77	分解住院	在同一所定点医疗机构的同一科室，因同一疾病连续重新办理出院手续的。突发危急重症的；因患者个人医保待遇问题（年终结转、转诊转院、待遇封锁、参保身份变更、分段结算等）办理出入院的；因疾病（恶性肿瘤放/化疗及终末期治疗、规律透析/输血、精神病、康复治疗等）需要分疗程多次住院的除外。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
78	分解住院	为不符合出院标准的参保患者办理出院手续，让参保患者转为自费一段时间后，再重新入院的或假出入院的。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
79	高编入组	通过虚假、违规填报医疗保障基金结算清单获取更多医保基金补偿的行为。	《医疗保障基金使用监督管理条例》。
80	高编入组	报未实施、与手术记录不符的手术操作。	诊疗规范。
81	挂床住院	住院病人病情较轻，仅白天诊疗（如单一输液），夜间不在医院留宿观察。日间手术患者除外。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
82	挂床住院	参保人员住院期间仍正常上班或回家休养的，三天以上无医疗服务项目记录，但有费用产生的。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
83	挂床住院	病人已经离院，定点医疗机构无正当理由未能及时办理出院手续的，且仍有医疗结算费用产生的。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
84	挂床住院	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）。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
85	挂床住院	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（预住院、日间手术患者除外）。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
86	挂床住院	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。（预住院、日间手术患者除外）。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
87	过度检查、过度诊疗	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。
88	过度检查、过度诊疗	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。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
89	过度检查、过度诊疗	开展与诊断疾病无关或无明显指征支持的检查项目。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
90	过度检查、过度诊疗	违反药品说明书或诊疗规范，过度使用药品、耗材，过度开展诊疗服务。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
91	过度检查、过度诊疗	不合理套餐式、打包式检查、治疗（经协商谈判打包付费的项目或家庭医生按规定开展的诊疗服务项目包除外）。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
92	过度检查、过度诊疗	无相关症状、体征，无阳性结果反复多次行使大型检查。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
93	过度检查、过度诊疗	康复治疗泛滥使用。如同一病人使用的同类型康复理疗项目过多。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
94	过度检查、过度诊疗	普遍使用物理治疗等辅助治疗项目。如住院患者普遍开展气压治疗、超声波治疗、体外反搏治疗、中低频等辅助治疗。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
95	过度检查、过度诊疗	参保患者已达到出院标准，仍然不予办理出院。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
96	过度检查、过度诊疗	未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套开展，“粪便常规”与“粪寄生虫镜检”、“粪寄生虫卵集卵镜检”、“粪寄生虫卵计数”同时收费。	应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。
97	过度检查、过度诊疗	未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套开展，开展血常规检查时，同时收取网织红细胞计数(Ret)费用的人次比例过高。	应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。
98	过度检查、过度诊疗	行介入手术，收取“换药（大）、换药（特大）”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》特大换药创面在50-60cm ² （含60cm ² ）之间，每增加10cm ² 加收5元；大换药创面在30-50cm ² （含50cm ² ）之间。
99	过度检查、过度诊疗	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”。	相应诊疗规范。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
100	过度检查、过度诊疗	为住院患者普遍开具“血清果糖胺测定”，或一次住院多次检测。	相应诊疗规范。
101	过度检查、过度诊疗	开展尿常规检查时，同时收取尿液分析+尿沉渣定量费用。	相应诊疗规范。
102	过度检查、过度诊疗	细菌培养结果为阴性的情况下，仍收取“常规药敏定性试验”、“常规药敏定量试验”、“联合药物敏感试验”等费用。	细菌培养阴性，无需行药敏试验，不符合诊疗逻辑。
103	过度检查、过度诊疗	无指征行全套彩超包括颈部血管及四肢血管等检查。	无指征过度检查。
104	过度检查、过度诊疗	甲状腺科术前医嘱为喉镜检查，实际为纤维鼻咽镜检查、纤维喉镜检查。	全国医疗服务价格项目规范(2012年版)。
105	过度检查、过度诊疗	“全髋关节置换术”、“人工股骨头置换术”或“人工膝关节表面置换术”与“关节骨软骨损伤修复术”同时收费，进行微骨折术操作时除外。	《人工髋关节置换技术管理规范(2012版)》全髋关节置换术：充分显露，精确磨除髋臼软骨面，安放髋臼杯，合适角度股骨头表面截骨，安放股骨头表面假体，骨水泥固定。
106	过度检查、过度诊疗	“B型钠尿肽前体（PRO-BNP）测定”单日进行2次以上检测。（核减2次）	《关于进一步规范医疗机构进行合理医疗检查的指导意见》医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。
107	过度检查、过度诊疗	同一次住院期间，非传染性疾病患者进行“乙型肝炎表面抗原测定（HBsAg）”、“乙型肝炎表面抗体测定（Anti-HBs）”、“乙型肝炎e抗原测定（HBeAg）”、“乙型肝炎e抗体测定（Anti-HBe）”、“乙型肝炎核心抗体测定（Anti-HBc）”、“丙型肝炎抗体测定（Anti-HCV）”、“人免疫缺陷病毒抗体测定（Anti-HIV）”、“梅毒螺旋体特异抗体测定”大于1次。	《关于进一步规范医疗机构进行合理医疗检查的指导意见》医疗机构及其医务人员不得违反诊疗规范实施不必要的检查。
108	过度检查、过度诊疗	无指征患者行“引导式教育训练”时收取费用。	《全国医疗服务价格项目规范》（2012年版）对智力和行为有障碍的患儿进行注意力、操作能力、模仿能力、依从行为、行为控制力、交往沟通能力康复训练。
109	过度检查、过度诊疗	同一次住院期间，收取“糖化血红蛋白测定”≥2次。（住院天数≥60天的患者除外）	诊疗常规。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
110	过度检查、过度诊疗	未按临床规范和医嘱，将检测检验类项目组套开展，如开展血常规检查时，同时收取血常规分项、嗜碱性粒细胞计数、异常白细胞计数、异常白细胞形态检查、嗜酸性粒细胞直接计数、有核红细胞计数等。	应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。
111	过度检查、过度诊疗	腹部CT扫描打包上腹部+下腹部+盆腔+双髋关节CT。	应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。
112	过度检查、过度诊疗	胸部CT扫描打包胸部+心脏CT。（疑似肺栓塞时除外）	应依据临床诊疗规范开展检测检验，不得无指征过度检查。
113	过度检查、过度诊疗	无指征开展“快速血浆反应素试验（RPR）”。	根据《全国临床检验操作规程》，快速血浆反应素试验（RPR）主要用于对梅毒患者的疗效观察及判定治疗效果。
114	过度检查、过度诊疗	未按诊疗规范，无指征开展“免疫组织化学染色诊断”。	根据《病理学》（第十版），免疫组织化学染色诊断可用于疑难肿瘤的诊断与鉴别诊断、辅助肿瘤组织来源的判断（通过一些组织特异性抗原的检测）、内分泌系统肿瘤的功能分类、肿瘤预后的评估以及指导临床对靶向治疗药物适用病例的筛选等。
115	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	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《医疗保障定点医疗机构服务协议》相关规定。
116	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	将依法应当由工伤保险基金支付的费用，违法违规纳入医保基金支付结算。	根据《中华人民共和国社会保险法》第三十条“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的”。
117	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	将依法应当由第三人负担的医疗费用，违法违规纳入医保基金支付结算。	根据《中华人民共和国社会保险法》第三十条“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的”。
118	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	将医疗纠纷、医疗事故产生的医疗费用，违法违规纳入医保基金支付结算。	根据《中华人民共和国社会保险法》第三十条“下列医疗费用不纳入基本医疗保险基金支付范围：（一）应当从工伤保险基金中支付的；（二）应当由第三人负担的；（三）应当由公共卫生负担的；（四）在境外就医的”。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
119	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	“病理大体标本摄影”作为累积科研资料的用途时，费用纳入医保支付。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》累积科研资料的摄影不得计费，并纳入医保基金支付。
120	将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算	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。	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。
121	降低标准住院	病情简单诊断明确，以口服药治疗为主收治入院的。（口服化疗药除外）	住院标准《临床诊疗指南》。
122	降低标准住院	门诊常见疾病、可在门诊或门诊观察治疗却收治住院。	住院标准《临床诊疗指南》。
123	降低标准住院	病情稳定的肿瘤、脑卒中参保患者，收住院后以口服药物治疗为主的。（恶性肿瘤终末期治疗除外）	住院标准《临床诊疗指南》。
124	降低标准住院	无并发症或合并症的急性上呼吸道感染（高龄、恶性肿瘤患者、孕妇、婴幼儿等免疫低下人群除外）等，慢性支气管炎缓解期。	住院标准《临床诊疗指南》。
125	降低标准住院	慢性胃炎轻度幽门杆菌感染、一般性腹泻、慢性结肠炎、慢性直肠炎、无电解质和酸碱度失衡的急性胃肠炎、肝功能轻度异常的慢性脂肪肝、酒精肝等。	住院标准《临床诊疗指南》。
126	降低标准住院	一般性的腰痛、骨质增生、颈和腰椎间盘突出、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（在门诊治疗1周后未见好转，或急性期疼痛明显，影响日常生活的除外）、风湿性关节炎（无功能障碍），腱鞘炎（有手术指征，但因禁忌症或个人（家属）原因未进行操作的除外）。	住院标准《临床诊疗指南》。
127	降低标准住院	无需重症支持治疗和化疗的恶性肿瘤稳定期。恶性肿瘤终末期治疗除外。	住院标准《临床诊疗指南》。
128	降低标准住院	无合并症的慢性偏头痛、慢性三叉神经痛。	住院标准《临床诊疗指南》。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
129	违反卫生管理政策	住院病人入院24小时内，医院未按照住院病人的诊疗标准进行规范化管理，病历资料缺入院记录、首次病程记录、详细医嘱等资料的。	诊疗规范。
130	违反卫生管理政策	病历书写不规范，如手术记录与病程不相符、记录不完整。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
131	违反卫生管理政策	无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取“麻醉分析”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“麻醉分析”属精神专科治疗项目。
132	违反卫生管理政策	无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取“眼动检查”或“脑功能检查”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“眼动检查”和“脑功能检查”属精神专科特殊检查项目。
133	违反卫生管理政策	无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取“暴露和半暴露疗法”费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“暴露和半暴露疗法”属精神专科治疗项目。
134	违反卫生管理政策	无精神专科资质、且对非精神类疾病患者收取“韦氏智力测验”“智能电针治疗”脑电治疗”“脑反射治疗”“宗氏抑郁自评量表”“精神科A类量表”“精神科B类量表”“精神科C类量表”测查及各种能力测验等精神、心理类诊疗项目费用。	不得无资质开展诊疗服务，并纳入医保基金结算支付。
135	违反卫生管理政策	无中医、康复等相应资质开展诊疗服务，收取中医、康复治疗费用。	不得无资质开展诊疗服务，并纳入医保基金结算支付。
136	违反卫生管理政策	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。	不得无资质开展诊疗服务并纳入医保结算。
137	违反卫生管理政策	无执业医师证或者康复师证，从事中医针灸、理疗及康复项目。	不得无资质开展诊疗服务并纳入医保结算。
138	违反卫生管理政策	康复资格人员不具备中医执业医师资，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。
139	伪造变造资料	医院外送第三方检测、检验报告真实性，与患者相关信息不一致，存在两名以上患者的心电图、超声、CT诊断报告、图像一致，甚至有性别、体征混淆等情况。	根据《医疗保障基金使用监督管理条例》，此行为涉嫌虚构检查、治疗项目，或伪造医疗文书。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
140	未按照规定保管相关资料	药品会计与财务会计留存的随货同行单不一致。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
141	未按照规定保管相关资料	进销存二三级台账没有或与一级台账不符，造成进销存账面不平。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
142	未按照规定保管相关资料	配送合同等过期或缺失；配送单丢失；配送单上的规格、数量、金额等与账面不符。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
143	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	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）	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
144	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	医护、基金结算人员在医保数据上传工作中，存在药品耗材对照错误、价格数量上传错误等情况。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
145	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	医保药品、医用耗材分类与代码贯标错误，或存在同一品规对照多个编码或同一编码对应多个品规的情况。	《医疗保障基金使用监督管理条例》，《医疗保障定点医疗机构服务协议》。
146	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	医疗机构法人负责人变更、营业地点变更后未及时向医保经办机构申请变更，在与医保服务协议不符的情况下，仍开展医保服务导致基金损失。	违反《医疗保障定点医疗机构服务协议》相关规定。
147	虚构医药服务项目	“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《医疗保障基金使用监督管理条例》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。
148	虚构医药服务项目	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》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
149	虚构医药服务项目	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》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
150	虚构医药服务项目	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》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
151	虚构医药服务项目	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《医疗保障基金使用监督管理条例》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
152	虚构医药服务项目	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》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
153	虚构医药服务项目	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》《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
154	虚构医药服务项目	收取“大抢救”、“中抢救”、“小抢救”，无抢救记录。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》（2019版、2022版）小抢救指1. 专门医生现场抢救病人；2. 严密观察病情变化；3. 抢救涉及两科以上及时请院内会诊；4. 有专门护士配合。
155	虚构医药服务项目	无紫外线治疗仪器，收取“紫外线治疗”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
156	虚构医药服务项目	未开展电磁波热疗，收取“电磁波热疗”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
157	虚构医药服务项目	行“血透监测”时，未行“动脉内压力监测”，收取“动脉内压力监测”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“血透监测”项目内涵包含体温、血压、血容量、在线尿素监测。
158	虚构医药服务项目	未行“超声检查实时录像”而收取该项目费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
159	虚构医药服务项目	未行“肺动脉压和右心房压力监测”收取该费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
160	虚构医药服务项目	行“呼气试验（碳14）”检验，并未行幽门螺杆菌培养，收取“幽门螺杆菌培养及鉴定”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
161	虚构医药服务项目	无“重症监护”服务设施，收取“重症监护”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
162	虚构医药服务项目	未行麦吉尔疼痛问卷评定、视觉模拟评分法评定、慢性疼痛状况分级，无人工报告，收取“疼痛综合评定”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》“疼痛综合评定”项目内涵：进行麦吉尔疼痛问卷评定，视觉模拟评分法评定，慢性疼痛状况分级等，对患者疼痛的部位、程度、性质、频率和对日常生活的影响等方面进行综合评定。人工报告。
163	虚构医药服务项目	无微波电子针灸仪，收取“微波针治疗”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，应按实际诊疗项目、次数、耗材收费，不得虚构或虚增收费。
164	重复收费	开展“动静脉人工内瘘成形术”时重复收取“上肢血管探查术”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》（2019版、2022版）包括原部位的动、静脉吻合，动静脉内外瘘栓塞再通术。
165	重复收费	“普通心脏M型超声检查”、“普通二维超声心动图”与“心脏彩色多普勒超声”同时收费。	《吉林省基本医疗保障定点医疗机构服务协议书》规定：“乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，不断提高医疗服务质量，为参保人员服务”。
166	重复收费	行“冠状动脉搭桥术”，同时又收取搭桥血管材料的获取术费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》项目内涵含搭桥血管材料的获取术；包括大隐静脉、桡动脉、左右乳内动脉、胃网膜右动脉、腹壁下动脉等。
167	重复收费	收取经腹腔镜手术费，同时又收取腹腔镜加收费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》已注明手术项目名称中已明确规定应使用某种仪器的，手术费价格中已包括仪器费用。
168	重复收费	收取“支气管舒张试验”费用，同时又以“肺通气功能检查”“床边简易肺功能测定”等方式收取项目内涵已包含的2次肺通气功能测定费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》支气管舒张试验项目内涵：包含通气功能测定2次。
169	重复收费	收取“麻醉中监测”费用，同时又以“气道阻力测定”“持续呼吸功能检测”等方式重复收取“麻醉中监测”项目内涵已包含的呼吸功能测定费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》麻醉中监测项目内涵：含心电图、脉搏氧饱和度、心率变异分析、ST段分析、无创血压、有创血压、中心静脉压、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、体温、肌松、脑电双谱指数。
170	重复收费	收取“上消化道造影”费用，同时收取“食管造影”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》上消化道造影项目内涵：含食管、胃、十二指肠造影。
171	重复收费	收取“骨穿刺术”费用，同时又收取“活检”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》骨穿刺术项目内涵：含活检、加压包扎及弹性绷带。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
172	重复收费	高速冠状动脉内膜旋磨术重复收取靶血管扩张术费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》项目内涵含旋磨后球囊扩张和/或支架置入及术前的靶血管造影。
173	重复收费	连续性血液净化同时重复收取析液、置换液费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》项目内涵含置换液、透析液；包括人工法、机器法。
174	重复收费	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。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》中，床旁检查不得与常规检查重复计价。
175	重复收费	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。
176	重复收费	收取“重症监护”费用，同时收取分级护理费用。（确因病情和治疗需要转科的患者除外）	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“收取重症监护不得再收取分级护理费用”。
177	重复收费	收取“气管切开护理”费用，同时收取“吸痰护理”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，气管切开护理不得同时收取吸痰护理。
178	重复收费	收取“呼吸机辅助呼吸”费用，同时收取氧气吸入费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，辅助呼吸包含氧气吸入。
179	重复收费	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《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，有关项目内含产程观察、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。
180	重复收费	收取“心电监测”费用，同时收取“无创血压监测”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“心电监护”项目内包含心电、无创血压、脉搏、呼吸、体温监测。
181	重复收费	收取“尿常规检查”费用，同时收取“尿PH值（尿酸碱度测定）”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“尿常规检查”项目内包含外观、酸碱度、蛋白定性、镜检。
182	重复收费	收取“尿液分析”费用，同时收取“尿酸碱度测定”“尿比重”或“尿蛋白测定”费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，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。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
183	重复收费	收取“冰冻切片与快速石蜡切片检查与诊断”费用时，加收蜡块费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“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。
184	重复收费	收取“眼部诊疗”（3103）费用时，按“眼别”计费。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》，“眼部诊疗”项目计价单位为“次”。
185	重复收费	收取“甲状腺癌根治术”费用，同时收取“喉返神经探查术”费用。	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违规问题汇编(2021)》案例，不得同时收取。
186	重复收费	病理科采集图像的过程无依据加收与项目内涵不符的显微摄影术（使用透射电镜时收取）。	《医疗保障基金使用监督管理条例》、《全国医疗服务价格项目规范》。
187	重复收费	灸法应按次收取，现按穴位收取费用。	《关于全省公立医疗机构取消医用耗材加成同步调整医疗服务项目价格的通知》。
188	重复收费	静脉输液前进行药物配置时无依据加收静脉注药费用。	收费库编码1204注射（含用药指导与观察、药物的配置）。
189	重复收费	“尿液分析”与“尿比重测定”同时收费。	《关于进一步规范医疗机构进行合理医疗检查的指导意见》尿液分析检查包含尿比重指标。
190	重复收费	收取“一次性使用高压造影注射器及附件”按照包装内所含注射器数量（2个）进行收费，未按照商品规格（套）收费。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医用耗材目录（暂行）》（2019版）医用耗材支付限价（附件2）中除部分耗材计价单位明确为“套”外，其他耗材计价单位分别为“个”“根”“枚”“条”等。
191	重复收费	收取住院病人“特殊疾病护理”费用的同时，重复收取“I级护理”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“特殊疾病护理”项目内涵：指气性坏疽、破伤风、艾滋病、梅毒等特殊传染病的护理；含严格消毒隔离及一级护理内容。计价单位为日。
192	重复收费	在收取“运动疗法”费用的同时，重复收取“步态平衡功能训练”的费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定，“运动疗法”项目内涵：包括全身肌力训练、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。
193	重复收费	开展“肠造瘘还纳术”时重复收取“肠吻合术”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》“肠造瘘还纳术”项目内涵：含肠吻合术。

序号	违规类型	问题	政策法规依据及释义
194	重复收费	收取“经输尿管镜碎石取石术”费用时，同时重复收取“经输尿管镜输尿管扩张术”。	《吉林省基本医疗保障定点医疗机构服务协议》规定：“乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，不断提高医疗服务质量，为参保人员服务”。
195	重复收费	开展“经颅多普勒超声动脉压迫试验”的同时，重复收取“颅内多普勒血流图（TCD）”费用。	《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》规定：经颅多普勒超声动脉压迫试验的说明为“不得与颅内多普勒血流图（TCD）重复收取”。
196	重复收费	收取“白内障超声乳化摘除术+人工晶体植入术”费用时，同时重复收取上述手术步骤“前房穿刺术”、“球结膜瓣复盖术”费用。	《吉林省基本医疗保障定点医疗机构服务协议》规定：“乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，不断提高医疗服务质量，为参保人员服务”。
197	重复收费	收取“全身麻醉”费用时，重复收取“椎管内麻醉”费用。胸外科大手术时，个别需用椎管内麻醉时除外。	《吉林省基本医疗保障定点医疗机构服务协议》规定：“乙方在诊疗过程中应严格执行首诊负责制，做到因病施治、合理检查、合理用药、合理治疗、合理收费，不断提高医疗服务质量，为参保人员服务”。
198	重复收费	开展电针治疗时，重复收取普通针刺费用。	《全国医疗服务价格项目规范》，收取“普通电针治疗”费后不再收取“普通针刺”“特殊穴位针刺”“特殊手法针刺”费。
199	重复收费	超声计算机图文报告重复收取属于超声检查项目类别下的图象记录费用。	根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险医疗服务项目目录》项目内涵含计算机图文处理、储存及彩色图文报告。