

前 言

为进一步加强医保政策宣传，压实各科室自我管理的主体责任，持续规范医保服务行为，增强医务人员合理使用医保基金的意识，现结合医保政策规定，在《安徽省医疗服务价格项目目录（2022 版）》、《安徽省医疗保障基金使用违法违规问题检查指引（2023 版）》、《安徽省定点医疗机构违法违规使用医保基金自查自纠问题清单》基础上，针对医保基金监管过程中频发易发违规问题，组织印发《皖南医学院第二附属医院医保服务行为指南(试行)》，旨在对各科室从事疾病诊断、治疗活动过程提出合规提示，有利于强化事前规范指导，引导各科室合理检查、合理用药、合理治疗，规范医疗机构和医务人员诊疗及收费行为。

请各科室认真组织学习，做到全员覆盖，全面学习领会、正确掌握运用。确保合规获取医保基金，为参保患者提供满意的医疗服务。

皖南医学院第二附属医院
医保科（出入院管理科）

2024 年 6 月

临床医疗收费指南（第一批次）

一、收费原则

1、 严格按照物价文件的项目内涵进行收费。除外内容和说明中未规定可收费的，不得收费；除外内容中规定可另外收费的，仅适用于本项目；分类说明中规定可另外收费的，仅适用于本类项目。

2、 收费要有依据，必须有医嘱和/或记录，才能有计费。

3、 病情需要时执行（PRN）医嘱，必须有操作记录方可计费，且计费次数与实际操作次数、记录必须相符。

4、 检验、检查类收费，应有相应的检验、检查结果报告，医嘱、报告及收费次数必须相符。

5、 物价文件的项目计价单位为“日”、“次”、“小时”、“部位”等，严格按照相应的计价单位进行计费。

6、 项目目录的项目支付分类为“3”是医保不予支付的（全自费）项目，应告知患者及家属，并签署自费知情同意书。自费金额较大，可能对患者造成较大经济负担的检查和治疗，应告知并签署“特殊检查、特殊治疗同意书”。

二、计价说明

1、 静脉输液收费规则：普通病人、危重病人使用钢针或留置针，请根据以下规则计费。

病人类别	频率	钢针输液	留置针输液
普通病人	Dd	收费项目：静脉输液×1	收费项目：静脉输液×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）
	Bid/ Q12h	收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1	收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1+留置针加收×1

危重病人	Tid/ q8h	收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1	耗材：一次性使用留置针（置管收）
			收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）
	Dd	收费项目：静脉输液×1	收费项目：静脉输液×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）
			收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1/静脉输液（危重病情加收）×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）
	Bid/ Q12h	收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1/静脉输液（危重病情加收）×1	收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1+静脉输液（危重病情加收）×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）
			收费项目：静脉输液×1+静脉输液（病情加收）×1+静脉输液（危重病情加收）×1+留置针加收×1 耗材：一次性使用留置针（置管收）

2、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级护理费、特级护理、新生儿护理等项目之间不可重复计算收费。

3、收取特级护理费时不可重复收取口腔护理、压疮预防和护理、管路护理等专项护理费用。不足半日的，需减半收取。

解读：Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ级护理费、特级护理、新生儿护理等项目之间不得重复计算收费；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用。不足半日的，应减半收取。

4、产科新生儿不得收取住院诊察费。

5、不可同时收取“住院诊察费”和“住院中医辨证论治”。

解读：只能收取其中一项。

6、不可收取护理费用同时收取术前备皮费。

解读：所有等级护理中含术前备皮。

7、“气管切开护理”不可同时收取“吸痰护理”费用。

解读：“气管切开护理”含人工气道内药物滴入，随时清理呼吸道分泌物，更换敷料。

8、“静脉置管护理”指“中心静脉置管护理”、“PICC 置管护理”等中心静脉护理收费项目，按日收费，不得用于外周静脉留置针护理收费。

解读：置管护理的项目内涵中已包含“更换无菌敷料”，不得重复收取“换药费”。病人暂停输液且不进行冲封管维护阶段不得每天计费。

9、静脉输液不得收取项目内涵例如“一次性注射器”等低值耗材费用。

解读：《项目目录》规定，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）属于除外内容，根据需要可以单独收费。一次性注射器属于包含在内的，不可单独收费。

10、收取“心电监护”费用不可同时收“无创血压监测”。

解读：“心电监护”含心电、无创血压、脉搏、呼吸、体温监测。

11、收取“重症监护”时，不可同时收取等级护理费。

解读：收取重症监护不得再收取分级护理费用。

12、非康复科室不得收取康复类“运动疗法”等治疗项目。

13、收取“支气管舒张试验”费用，不可同时收取“肺通气功能检查”费用。

解读：“支气管舒张试验”含通气功能测定2次。

14、收取“上消化道造影”费用，不可同时收取“食管造影”费用。

解读：“上消化道造影”包含食管、胃、十二指肠造影。

15、收取“血液灌流”费用，不可同时收取“血液透析”费用。

解读：“血液灌流”含透析、透析液。

16、收取“一次性使用一体式吸氧管”费用，不可同时收取“吸氧过滤器（氧气湿化连接器）”费用。

解读：“一次性使用一体式吸氧管”本身具有氧气湿化功能，不可另收取“吸氧过滤器（氧气湿化连接器）”。

17、普通电针治疗，不得另外收取“普通针刺”、“特殊穴位针刺”、“特殊手法针刺”费。

18、进行经血管介入手术的过程中不得收取非血管介入临床操作数字减影（DSA）引导项目。

19、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”，不得重复收取“静脉输液”或“静脉注射”费用。

解读：以上三个项目收取虽均为静脉输液的操作，在已计费的同时不得同时收取“静脉输液”或“静脉注射”费用。如医嘱另有药物静脉注射，方可收取“静脉注射”费用。

20、收取“输液泵辅助全胃肠外营养深静脉输注”费用的同时不能收取“静脉输液”。

21、X线计算机体层（CT）扫描不得收取注射器、胶片等耗材费用。

解读：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、增强扫描用注射器等耗材。

22、磁共振扫描时，不得同时收取胶片费用。

解读：磁共振含胶片、扫描、冲洗、数据存储、护理操作。

23、浅表器官彩色多普勒超声检查时，不得将甲状腺、颈部淋巴结、乳腺、乳腺引流区淋巴结分解收费。

解读：浅表器官彩色多普勒超声检查，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。

24、B超、彩色多普勒超声检查不得按脏器分解、超标准收费。

解读：B超、彩色多普勒超声检查按部位收费，1、胸部（肺、胸腔、纵隔）；2、腹部（含肝、胆、胰、脾、双肾）；3、胃肠道；4、泌尿系（含双肾、输尿管、膀胱、前列腺）；5、妇科（含子宫、附件、膀胱及周围组织）；6、产科（含胎儿及宫腔，双胎及以上均按单胎收取费用）；7、男性生殖系统（含睾丸、附睾、输精管、精索、前列腺），同时检查两个部位以上的，第二个部位起减半收费。心脏彩色多普勒超声含各心腔及大血管血流显像，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。

25、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。

解读：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。

26、X线计算机体层（CT）增强扫描不得超标准收费。

解读：X线计算机体层（CT）增强扫描计价说明：1、相同扫描参数做两个部位以上的，第二个部位起减半收费；2、平扫后马上做增强扫描的，按增强扫描 50%收；3、多期增强扫描第二期起减半收费。

27、“运动疗法”不得分解为“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”中的一项或几项收费。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练等项目之间重复计算收费。

解读：“运动疗法”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。“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。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。

28、在临床化学检查（编码：2503）收费时，不得同时加收“各类特殊采血管”费用。

解读：临床化学检查项目包含“各类特殊采血管”。

29、收取“尿常规检查”费用，不得同收取“尿 PH 值（尿酸碱度测定）”费用。

解读：尿常规检查是指手工操作，含外观、酸碱度、蛋白定性、镜检。

30、收取“全身麻醉”费用，不得同时收取“气管插管术”费用。

解读：“全身麻醉”含气管插管；吸入、静脉或吸静复合以及靶控输注分别参照执行。

31、快速石蜡切片检查与诊断不得收取蜡块费用。

解读：应按例收费，蜡块不得加收费用。

32、收取“经输尿管镜碎石取石术”费用，不得同时收取“输尿管镜检查。”

解读：已包含输尿管硬镜使用费、钛激光使用费，不可再加收费用。

33、不得另外收取手术中所需的常规器械和低值医用消耗品。

解读：手术中所需的常规器械和低值医用消耗品，（如一次性无菌巾、口帽、手套、注射器、消毒药品、冲洗盐水、一般缝线、敷料等）在定价时已列入手术成本因素中考虑，均不另行计价。

34、两种及以上不同疾病的手术或同一手术时间进行两个切口的两种不同疾病手术或同一开放性手术项目中有两个以上切口的手术不得均按全价收费。

解读：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）。以上几种情况，麻醉费不再另外加收。

35、收取“乳突改良根治术”费用，不可同时收取“经耳内镜鼓室探查术”费用。

解读：“乳突改良根治术”含“鼓室探查术”。

36、光学相干断层成相（OCT）检查中不得收取“彩色一次成像（波拉）照片”费用。

解读：彩色一次成像（波拉）照片为其他心脏超声诊疗技术收费项目。

37、收取“麻醉中监测”费用，不得同时收取“气道阻力测定”“持续呼吸功能检测”费用。

解读：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、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。

38、“静脉药物智能辅助集中调配”为静配中心开展项目，科室自配药品不得计费。

解读：“静脉药物智能辅助集中调配”为全自费项目（医保不予支付），务必履行患者告知义务同时签署《自费知情同意书》。

39、“加温湿化高流量鼻导管氧疗”为全自费（医保不予支付）项目。

解读：因病情需要开展，务必履行告知义务同时签署《自费知情同意书》。

40、“肠内营养灌注”指经鼻胃管肠内营养灌注、经小肠营养管、小肠造瘘、胃造瘘药物灌注或要素饮食灌注配制营养液或药物等。

解读：肠内手工喂食或喂药者按次收费，泵入营养液者按每瓶/袋收取一次，不得按时间收取，并做好喂食或喂药记录。

41、收取“脊柱椎间融合术”费用时，不得与手术步骤过程项目“脊髓和神经根粘连松解术”“椎管扩大减压术”等同时收费。

解读：“脊柱椎间融合术”包含脊髓神经根松解、椎板切除减压、脊髓探查、骨折切开复位等操作步骤过程。

三、违规行为

1、分解住院：医保住院患者住院治疗的主要疾病尚未达到出院条件的前提下，为其办理出院结算，7 天内采取多种形式因治疗同一疾病或相同症状再次为患者办理入院。具体表现：

（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，15 天内非因突发危急症患者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的均为分解住院。

2、降低标准住院。在实际的医疗服务行为中，医疗机构将本应在门诊接受诊治的病人，通过虚假放大病情收住院治疗。

3、挂床住院：为吸引轻症、老年基础性疾病患者或无病者入院治疗，而住院期间参保人长时间离开医疗机构或未进行相关实质性诊疗，造成医保基金损失的行为。具体表现：

（1）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；

（2）住院病人在住院期间无固定床位的，或与其他人共用床位的，以及与主管医生、护士及病人提供的床位号不相符的，医疗文书记录一床多人的；

（3）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；

（4）病人已经出院，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；

(5) 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的；

(6) 入院后，进行体检式检查，没有进行实质性治疗的；

(7) 其他可以认定为挂床住院情形。

4、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。

5、过度检查、过度诊疗：检查和治疗等医疗行为不符合诊疗规范、疾病诊疗指南、病种治疗临床路径、抗菌药物临床应用指导原则及医保药品目录限制范围的要求，或无依据、理由和结果分析的检查治疗和用药。具体表现：

套餐式、打包式检查、治疗，无阳性结果反复多次行使大型检查，物理治疗、康复治疗泛滥使用，延长住院时间，临床科室无指征开展 POCT 检测并收费等。

6、在 DRG/DIP 付费方式下高编入组。通过不按规范填报病案首页中的疾病诊断、手术操作编码使病例进入相对高权重组的行为。具体表现：

(1) 违反病案首页/医疗保障基金结算清单填写规范，根据权重或分值情况调整疾病诊断及手术操作的顺序。

(2) 填报疾病诊断无诊断依据或不满足诊断标准。

(3) 填报未实施、与手术记录不符、违背编码原则的手术操作。

以上规则如有调整，请以医保科（出入院管理科）最新通知为准。

医保科（出入院管理科）

2024 年 6 月 26 日