

国家医疗保障局

医保函〔2025〕8号

国家医疗保障局关于印发重症医学、麻醉、肺部肿瘤专项检查工作指南（2025年版）的函

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为进一步深入推进医保基金监管工作，切实聚焦重点领域开展专项整治、日常监管，持续巩固打击欺诈骗保高压态势，现将制定的《重症医学专项检查工作指南（2025年版）》《麻醉专项检查工作指南（2025年版）》《肺部肿瘤专项检查工作指南（2025年版）》3个工作指南印发给你们，请结合本地医保政策、临床诊疗实际等情况，在医保基金监管工作中参考使用。



（不予公开）

重症医学专项检查工作指南

(2025 年版)

近年来，重症医学领域因其学科特殊性，重症医学病区具有专业技术性强、患者病程周期长、医疗服务费用高、诊疗区域封闭等特点，虚构医药服务、过度检查、重复收费、串换项目等违法违规问题频出，引起了社会的广泛关注和讨论。为加大打击欺诈骗保力度，增加医疗体系透明度，进一步专项整治重症医学领域医保违法违规行为，根据相关医保政策及各地监管实践，结合《重症医学科建设与管理指南（2020 版）》等行业规范，制定本指南，供各地参考使用。

一、基本概念

重症医学(critical care medicine, CCM)是处理和研究各种原因导致的疾病或创伤患者危及生命的疾病状态的发生、发展规律及其诊治方法的临床医学学科。重症医学科(intensive care unit, ICU)是重症医学的临床基地，它对因各种原因导致一个或多个器官与系统功能障碍、危及生命或具有潜在高危因素的患者，及时应用系统、连续、高质量的医学监护和诊疗技术进行综合救治，是医院集中监护和救治重症患者、应对重大突发公共卫生事件重症救治的专业科室。根据临床需要，部分大型医疗机构会对 ICU 进行专业划分，通常可细分为外科重症病房(SICU)、内科重症病房(MICU)、急诊重症病房(EICU)、新生儿重症病房(NICU)、儿科重症病房(PICU)、心内科重症病房(CCU)、产科重症病房(OICU)等。

(一) ICU 收治与转出患者范围

重症医学科集中收治各种重症患者和(或)具有潜在高危因素的患者，及时提供全面、系统、持续、严密的监护和救治。

1. 重症医学科收治以下患者：

(1) 急性、可逆、已经危及生命的器官或者系统功能障碍或衰竭，经过严密监护和加强诊疗短期内可能得到恢复的患者。

(2) 存在各种高危因素，具有潜在生命危险，经过严密的监护和有效诊疗可能减少死亡风险的患者。

(3) 在慢性器官或者系统功能不全的基础上, 出现急性加重且危及生命, 经过严密监护和诊疗可能恢复到原来或接近原来状态的患者。

(4) 重大突发公共卫生事件的重症患者。

(5) 其他适合在重症医学科进行监护和诊疗的患者。

慢性消耗性疾病、不可逆性疾病和不能从加强监测治疗中获得益处的患者, 一般不是重症医学科的收治范围。

下列病理状态的患者应当转出重症医学科, 到其他专科继续治疗:

(1) 器官或系统功能衰竭已基本纠正或接近原来的功能状态, 无需生命支持治疗者。

(2) 患者和(或)家属不同意继续在重症医学科诊疗者。

(3) 病情状况不能从继续加强监护诊疗中获益者。

医院应建立相关机制, 制订有效措施, 保证重症患者及时转入和(或)转出重症医学科。

(二) ICU 病房建设

重症医学科应作为医疗机构中独立的一级临床科室进行建设和管理, 床位向全院开放。二级以上(含二级)综合及专科医疗机构均应设立重症医学科。ICU 应该与其主要服务的医疗区域邻近, 以方便重症患者的转运; ICU 应尽可能邻近手术室、医学影像科、检验科和输血科(血库)等区域, 方便重症患者的检查和治疗。ICU 的整体布局应划分医疗区、办公区、污物处理区和生活辅助区等功能区域, 各区域相对独立, 以减少干扰并有利于感染控制。功能用房面积与病房面积之比一般应达到 1.5:1 以上。ICU 的整体布局应当考虑到收治传染性疾病重症患者的需求, 能够实现“平战结合”。

ICU 内单间病房的使用面积不少于 18 平方米, 多人间病房应保证床间距不少于 2.5 米。为减少交叉感染的风险, 建议尽可能设置单间病房或分隔式病床。ICU 应根据需要, 设置一定数量的正压和负压病房。其中, 负压病房的设计应符合收治传染性疾病重症患者的要求。ICU 必须配备功能齐全的医疗信息系统, 能够收集 ICU 床旁各种诊疗和护理信息, 并连接医院信息系统。有条件的医疗机构可根据情况设置重症过渡病房(high dependency unit, HDU), 收治病情相对稳定的重症患者, 由重症医学科统一管理。

(三) 人员配备和技术要求

重症医学科的医护人员应当经过重症医学的专业培训，掌握重症医学基本理念、基础知识和基本操作技术，具备独立工作的能力。重症医学科医师人数与床位数之比不低于 0.8:1，重症医学科可以根据临床需要，配备适当数量的医疗辅助人员。HDU 配备医师人数与床位数之比不低于 0.5:1，护士人数与床位数之比不低于 2:1。

重症医学科应至少配备一名本专业副高以上（含副高）专业技术职务任职资格的重症医学专科医师担任行政主任，全面负责科室学科建设和行政管理。非重症医学专业医师担任重症医学科行政主任或副主任者，除执业范围应变更为重症医学外，需有在三级医院重症医学科连续工作或进修一年的资历。重症医学科护士长应当具有中级以上专业技术职务任职资格，具备较强的行政管理能力，且具有在重症医学科连续工作三年以上或三级医院重症医学科进修一年的经历。

重症医学科医师必须具备重症医学相关理论知识，经过严格的专业理论和技术培训，掌握重症医学相关的生理学及病理生理学知识、临床药理学知识和医学伦理学概念，胜任对重症患者进行各项监测、治疗与管理的要求。重症医学科医师每年至少参加一次省级或省级以上重症医学继续医学教育培训，不断更新专业知识。重症医学科护士必须经过严格的专业培训，熟练掌握重症护理基本理论和技能，并经过科室考核合格后，才能独立上岗。

1. ICU 医师应掌握重症患者重要器官、系统功能监测和支持的理论与技能：（1）复苏；（2）休克；（3）呼吸功能衰竭；（4）心功能不全、严重心律失常；（5）急性肾功能不全；（6）中枢神经系统功能障碍；（7）严重肝功能障碍；（8）胃肠功能障碍与消化道大出血；（9）急性凝血功能障碍；（10）严重内分泌与代谢紊乱；（11）水电解质与酸碱平衡紊乱；（12）肠内与肠外营养支持；（13）镇静与镇痛；（14）严重感染；（15）多器官功能障碍综合征；（16）免疫功能紊乱。

2. ICU 医师除一般临床监护和治疗技术外，应具备独立完成以下监测与支持技术的能力：（1）心肺复苏术；（2）人工气道建立与管理；（3）机械通气技术；（4）纤维支气管镜技术；（5）深静脉及动脉置管技术；（6）血流动力学监测技术；（7）胸穿、心包穿刺术及胸腔闭式引流术；（8）电复律与心脏除颤术；（9）床旁临时心脏起搏技术；（10）持续血液净化技术；

(11) 疾病危重程度评估方法。

3. ICU 护士必须经过严格的专业培训, 熟练掌握重症护理基本理论和技能, 经过专科考核合格后, 才能独立上岗。

(四) 病房设备配置

重症医学科必须配备必要的监测、检查和治疗设备, 以保证重症患者的救治需要。ICU 应该配置不间断电源系统, 功率至少满足病房的照明和诊疗设备的应急需要, 维持 1 小时以上。每床配置完善的功能设备带或功能架, 每张病床至少配置 18 个电插座, 氧气、压缩空气和负压吸引接口各两套; 提供电、医用氧气、压缩空气和负压吸引等功能支持。配置适合 ICU 使用的病床, 配备防褥疮床垫。

每床配置床旁监护系统, 进行心电、血压、脉搏氧饱和度、有创压力监测等基本生命体征监护。为便于安全转运患者, 每个 ICU 病区至少配置便携式监护仪 1 台。每床配置 1 台常规呼吸机; 每个 ICU 病区应另外配置至少 1 台常规呼吸机备用。每床配置简易呼吸器 (复苏呼吸气囊)。为便于安全转运患者, 每个 ICU 病区至少应配置便携式呼吸机 1 台。根据需要配置适当数量的高流量氧疗仪和无创呼吸机。每床均应配置输液泵、微量注射泵和肠内营养输注泵, 其中微量注射泵每床 4 套以上。

ICU 应配置心电图机、血气分析仪、除颤仪、血液净化仪、连续性血流动力学监测设备、心肺复苏抢救装备车 (车上备有喉镜、气管导管、各种接头、急救药品以及其他抢救用具等)、超声诊断仪、临时体外起搏器、支气管镜及清洁消毒设备、物理排痰装置、电子升降温设备、用于血栓预防的气动加压泵等; 根据临床需要决定具体配置的数量。颅内压、脑电监测设备, 主动脉内球囊反搏 (IABP) 设备、体外膜氧合 (ECMO) 设备、重症康复器械等设备, 根据临床需要进行配置。

HDU 病床的功能设备带或功能架、监护仪等固定设备配置按照 ICU 病床配置标准执行; 诊疗设备根据临床需要配置, 也可以与 ICU 共享使用。

(五) 主要开展诊疗项目

1. 有创机械通气。有创机械通气是通过建立人工气道, 对患者进行呼吸功能支持的治疗手段。机械通气的生理学作用: 改善肺泡通气; 改善氧合; 提供吸气末压 (平台压) 和呼气末正压 (PEEP) 以增加吸气末肺容积 (EILV) 和呼气末肺容积 (EELV); 降低呼吸功耗, 缓解呼吸肌疲劳。在出现较为严重

的呼吸功能障碍时，应尽早使用机械通气，如延迟实施机械通气，患者因严重低氧和 CO_2 潴留而出现多脏器功能受损，机械通气的疗效显著降低。因此，机械通气宜早实施。符合下述条件应实施机械通气：经积极治疗后病情仍继续恶化；意识障碍；呼吸形式严重异常，如呼吸频率 $>35 \sim 40$ 次/分或 $<6 \sim 8$ 次/分，呼吸节律异常，自主呼吸微弱或消失；血气分析提示严重通气和（或）氧合障碍： $\text{PaO}_2 < 50\text{mmHg}$ ，尤其是充分氧疗后仍 $<50\text{mmHg}$ ； PaCO_2 进行性升高，pH 动态下降。应用机械通气可达到以下临床目的：纠正急性呼吸性酸中毒；纠正低氧血症；降低呼吸功耗，缓解呼吸肌疲劳；防止肺不张；为安全使用镇静和肌松剂提供通气保障；稳定胸壁。

2. 连续性血液净化。连续性血液净化（Continuous Renal Replacement Therapy, CRRT）是持续、缓慢清除体内各种代谢产物、毒物、药物和致病性生物分子，调节体液电解质及酸碱平衡保护和支持器官功能的治疗方法，一般治疗时间达 24 小时或接近 24 小时。由于它具有良好的水分和溶质清除效应，具有血流动力学稳定性，为各种药物治疗和营养支持等提供平台，对多脏器功能起支持作用，已成为重症医学科中重要治疗手段。在重症医学领域，连续性血液净化并不仅仅用于肾脏替代，而且用于很多非肾脏疾病的治疗，如重症感染、多器官衰竭、脓毒症、心肺体外循环、急性呼吸窘迫综合征、充血性心力衰竭、急性重症胰腺炎、药物或毒物中毒、挤压综合征等。常用的 CRRT 模式包括连续静脉-静脉血液滤过（CVVH）、连续静脉-静脉血液透析（CVVHD）和连续静脉-静脉血液透析滤过（CVVHDF）。

3. 肠内营养灌注。胃肠道功能存在（或部分存在），但不能经口正常摄食的重症病人，应优先考虑给予肠内营养，如果胃肠功能部分受损，可给予特殊的肠内营养制剂，克服胃肠道不耐受。主要适应症：吞咽和咀嚼困难、意识障碍或昏迷、消化道痿、短肠综合征、炎性肠道疾病、急性胰腺炎、慢性消耗性疾病、纠正和预防手术前后营养不良等。如：肝功能不全病人早期能耐受正常饮食，合并中度至重度营养不良时，需通过口服或管饲加强肠内营养，一日进食次数可增加至 $4 \sim 7$ 次以降低营养的不耐受、减少低血糖的发生。

4. 体外膜肺氧合。体外膜肺氧合（Extracorporeal Membrane Oxygenation, ECMO）是体外生命支持技术中的一种，通过将病人静脉血引出体外后经氧合器进行充分的气体交换，然后再输入病人体内。按照治疗

方式和目的，ECMO 可分为静脉-静脉方式 ECMO（VV-ECMO）和静脉-动脉方式 ECMO（VA-ECMO）两种。VV-ECMO 是指将经过体外氧合后的静脉血重新输回静脉，因此仅用于呼吸功能支持；而 VA-ECMO 是指将经过体外氧合后的静脉血输至动脉，因减少了回心血量，VA-ECMO 可以同时起到呼吸和心脏功能支持的目的。因此，ECMO 是严重呼吸衰竭的终极呼吸支持方式，主要目的是部分或全部代替心肺功能，让其充分休息，减少呼吸机相关性肺损伤的发生，为原发病的治疗争取更多的时间。

5. 血气分析。血气分析是指对动脉血或静脉血中不同类型气体和酸碱物质进行分析的技术过程，可客观评价患者的氧合、通气及酸碱平衡状况以及肺脏、肾脏和其他脏器的功能状态，是抢救重症患者的重要监测指标。血气分析的标本采自于动脉血和静脉血两种，临床上常用动脉血，两者的差别能更准确地判断组织气体代谢及其伴随的酸碱失衡的状况以及准确的解释结果。血气中各气体所占的压力称之为分压，如氧分压、二氧化碳分压等，是驱动气体交换的动力。血气分析常用监测指标：酸碱度、氧分压、二氧化碳分压、碳酸氢根 HCO_3^- 、 CO_2 总量、氧饱和度、剩余碱、缓冲碱等。

6. 有创血流动力学检测。采用床旁右心漂浮导管（S-G 导管）检查，经颈静脉将漂浮导管插入至肺小动脉，测定各部位的压力及血液含氧量，计算心脏指数（CI）及肺毛细血管楔压（PCWP），直接反映左心功能。也可采用脉搏指示剂连续心排血量监测（PICCO）动态监测，经外周动、静脉置管，应用指示剂热稀释法估测血容量、外周血管阻力、全心排血量等指标，准确地反应心脏前负荷和肺水肿情况。

二、重点违规问题

通过对近年来各地曝光的案例进行分析，定点医疗机构重症医学科存在的欺诈骗保问题主要集中在伪造变造医疗文书、虚构医药服务、过度检查、过度治疗、重复收费、分解收费、超标准收费、串换项目、将医保不予支付的费用纳入医保基金结算等，检查人员需结合实际情况，根据当地医保政策进行综合研判。常见违法违规行包括以下方面：

（一）伪造、变造医疗文书

医疗机构利用 ICU 病房封闭管理，患者多为重症或失能失智、患者家属无法及时获取相关信息等特殊环境，采用伪造、变造医嘱单、化验单、治疗记录、护理记录等方式，“无中生有”，在参保患者未实际接受相关检

查、检验、治疗、护理等服务，乃至患者已死亡的情形下，以骗取医疗保障基金为目的，进行虚假检查、虚假检验、虚假治疗、虚假护理等，主观故意伪造参保患者医药服务事实，模板式、成套式伪造、变造相关检查记录、检验报告、治疗记录、护理记录等。如：在患者没有低氧血症、呼吸肌疲劳、肺泡通气量不足的情况下，ICU 医护人员通过伪造、变造化验检查单、病程记录、重症护理记录等医疗文书，伪造 PaO₂、PaCO₂、PH 值等动脉血气分析结果，潮气量、呼吸频率等呼吸性能指标，伪造患者呼吸困难事实，为患者使用呼吸机等治疗设备，开展呼吸机辅助通气治疗，更甚者不使用设备仅申报呼吸机及相关护理、监测医保费用，以达到骗取医疗保障基金的目的。

（二）虚构医药服务

医疗机构针对 ICU 监测护理项目繁多、检查治疗项目复杂、医疗技术专业性强等特点，利用患者重症失能，患者家属信息不对等的特征，主观故意虚构参保患者医药服务事实，骗取医疗保障基金。一是通过医院 HIS 系统虚记、多记医药服务费用，对实际未实施的诊疗项目、未使用的药品或耗材进行收费。或对已开展医药服务费用多计收费数量，如：未实际开展监护、监测服务，在无监护、监测记录或结论报告等依据的情况下，收取了心电监护、吸入氧浓度监护、BIS 脑电双频谱指数监护、气道峰压值监护、肺顺应性监护、体温监测、有创血压监测等费用；二是虚构医药服务数量，科室计费数量超过实际开展、使用的服务数量，通过查询医嘱单、护理记录、治疗记录、检查报告单等发现实际服务数量与计费不符，即实际未开展或少开展了诊疗服务但虚记了费用。如：口腔护理、肛周护理、会阴擦洗、人工辅助通便、导尿、引流管更换等计价单位为次，医疗机构在计费时申报医保次数大于护理记录中实际服务次数；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，医疗机构计费总时长大于患者实际入 ICU 总时长。

（三）过度检查、过度治疗

医疗机构违反诊疗规范实施不必要或者与疾病关联性不高的检验或治疗项目，主要存在以下几种情况：1. 套餐式检查，未针对患者病情按需开展检查检验或治疗，如患者未使用抗生素的情况下，常规开展药敏定量实验，或在患者无呼吸系统疾病指征的情况下，开展雾化吸入治疗，或未严

格执行上机指征开展床旁血透、血滤治疗；2.违反诊疗规范，短期内高频次检查或治疗，如医疗机构短期内高频次反复给患者做血常规、生化等检查，为病情平稳、实验室检查指标正常患者反复多次检查心梗三项（肌酸激酶同工酶、肌红蛋白、肌钙蛋白）、血气分析、BNP等；3.将临床意义不普遍的特殊项目纳入常规诊疗，如非癌症的重症患者入ICU后普遍检查肿瘤标记物；4.同种检验项目用不同检验方法检测，如丙型肝炎抗体测定，同时收取丙型肝炎抗体测定（化学发光法）和丙型肝炎抗体测定（酶免法）；5.开具与疾病诊断不符，或相关性不强的项目，如为手术后入ICU患者开具针灸、拔罐等中医类治疗。重症领域经常出现收取康复类项目，存在病患已经无自主意识，收费项目需要主动力量参与，这时收取该类项目必定不符合项目内涵。如脑出血患者，下长期医嘱运动疗法（呼吸训练）、运动疗法（器械训练），患者神志昏迷，气管插管期间必不可能完成该康复项目。另外，实际开展康复治疗项目的操作人员可能不符合相关资质要求，问题详见康复检查工作指南。

（四）重复收费

ICU科室在为重症患者实际计费过程中，可能会因计费人员对医保政策理解不到位，对收费项目内涵掌握的不熟悉，或是医院HIS系统维护错误等原因，出现重复收费的违规行为。检查组可以通过医院HIS系统中医院服务项目与医保诊疗项目进行对比，并结合住院病历、医嘱、护理记录、治疗记录等文书发现问题，主要的违规形式包括：1、项目内涵中已明确规定包含的项目或不得再行收取的费用，在计费时仍然重复收取费用。如：重症监护项目内涵中明确收取重症监护不得再收取分级护理、无陪伴护理费用，而医疗机构在收取了重症监护费用的同时，仍收取了特级护理、一级护理、专项护理或无陪伴护理等费用。2、多个组套类收费间存在重复项目导致重复计费，如凝血五项项目包括（部分活化凝血活酶时间、凝血酶时间、纤维蛋白原以及D-二聚体、凝血酶原时间），医疗机构在收取凝血五项同时再单独收取D-二聚体费用。

（五）分解收费

分解收费是将诊疗服务项目实施过程分解成多个环节分别收费，或将某一诊疗服务项目的费用分解成多个子项目进行收费，其拆分后每个子项目的费用相加，高于该诊疗服务项目费用。如B超超声常规检查中，腹部

(含肝胆脾胰双肾)项目计费价格30元,而单脏器B超检查每个脏器10元(每增加一个加收5元),医院将腹部B超分解为6个单脏器收费35元,计费总金额高于原项目金额;化验检查血气分析项目计费价格80元,项目内涵中包含血液PH、血氧、血二氧化碳测定、酸碱平衡分析,医院在实际计费时没有收取血气分析项目,而是分别收取血氧分析60元、血气酸碱分析30元和二氧化碳结合力15元,计费总金额高于原项目金额。

(六) 超标准收费

超标准收费是违反医疗服务项目及价格收费政策规定,发生超人次、超疗程、超床日、超限定部位、超限定次数、超限定价格等收费并进行医保结算的行为。如机械辅助排痰,其项目内涵中规定每日不超过三次收费;俯卧位通气治疗,计价说明中规定俯卧位通气治疗时长超过12小时的,再次实施该治疗可重新计费,每24小时收费不超过2次。检查组经核实医嘱单、护理记录、治疗记录后,医院ICU实际开展了上述治疗项目但收费超过了规定收费次数,则属于超标准收费情形。

(七) 串换药品、医用耗材和诊疗项目

串换药品、医用耗材和诊疗项目是ICU科室检查中常见的违法违规行为,也是历年检查的重点。该行为是指ICU科室申报的药品、医用耗材或诊疗项目与实际操作、使用的不符的情形,常见的有以下几种情况:1.将医保支付费用较低的诊疗服务项目串换为费用较高的诊疗服务项目收费,如将氧气吸入串换为加压吸氧项目收费;将重症监护床位费串换为百级、千级层流床位费;将N端-B型钠尿肽前体(NT-ProBNP)测定串换为医保项目B型钠尿肽(BNP)测定进行计费;将无创血压监测串换为有创血压监测收费;3.将不同厂家、不同规格的药品、耗材串换收费,如将药品剂型为“片剂”的串换为“胶囊剂”收费,或是将价格低的耗材串换为价格高的耗材收费,将自费类或无收费依据的耗材串换为医保可收费耗材。4.同种类操作项目未按照项目内涵中的规定进行收费,如换药(特大)、换药(大)、换药(中)和换药(小)四个项目的项目内涵中分别明确对应了不同伤口、缝合针数、使用材料,抢救(大)、抢救(中)、抢救(小)对应不同的抢救收费标准等;5.未按照实际拥有、使用设备收费,如未使用冰毯机,仅进行了擦浴等物理降温,而上传冰毯降温;6.未按照医嘱、护理记录中的治疗项目进行收费,如将膀胱冲洗串换为持续膀胱冲洗。

（八）将医保不支付的费用纳入医保基金结算

该行为是指将医疗保障基金不予支付的项目按照医保内支付项目进行结算，常见的为将自费项目按照医保项目上传计费。如将自费项目加温加湿高流量氧气治疗串换为医保项目密闭式氧气吸入，将自费项目可视喉镜辅助下气管插管术串换为医保项目经口气管插管。如医疗服务资质不符按对应医疗项目收费，存在两种情况：一是定点机构不具备专科资质开展诊疗服务。《医疗机构管理条例》第二十六条规定：定点医疗机构必须按照《医疗机构执业许可证》上核准登记或者备案的诊疗科目开展诊疗活动，核实执业许可证设立科目是否有重症医学类，部分医疗机构将普通病房增加抢救、监护设备，私自设立重症监护室，无卫健委部门验收合格的层流设施，无独立的卫生消毒体系，收取“重症监护”、“重症监护床位费”“层流洁净床位费”等。二是实际操作诊疗活动的医务人员专业类别不符，也无相关技能培训和院内会诊。跨执业范围开展医学活动及护士、技师代替医师开展部分诊疗操作均违反相关管理规定。

三、重点检查方法

鉴于重症医学科室的特殊性，检查人员在开展检查之前需了解被检机构所在地的医保相关政策，充分借助大数据筛查、现场核查、病历审核、人员问询等方式，结合被检机构的违规线索综合开展检查。

（一）学习掌握相关政策

确定检查对象后，检查组应组织检查人员全面掌握被检机构所在地的医保相关政策，包括但不限于下列几项内容：

1. 当地医保服务项目目录中重症医学领域相关的内容，以及相关价格规定。
2. 当地与重症医学领域相关的监管规定、协议管理要求等。
3. 当地与重症医学领域相关的医保政策。
4. 当地与重症医学领域相关的审核规则。
5. 当地与重症医学领域相关的数据规范上传要求。

（二）大数据筛查

检查组信息人员需根据ICU科室特点，常见违法违规行为特征，被检单位违法违规问题线索等，并依据医疗服务项目目录和当地医保相关政策文件，制定筛查规则、提取疑点数据、分析逻辑关系，并根据筛查情况为

现场检查提供检查方向和数据支撑。

通过提取医院 HIS 系统和 LIS 系统以及医保系统信息数据，确定病患信息、疾病诊断、检查治疗项目种类和数量、耗材使用和采购情况、设备仪器使用情况等，对数量多、单价高、收费多、收费标准不一致等项目进行重点筛查、集中分析，筛选重点病历，筛查出有效数据疑点和线索，以便更加精准定位违法违规问题。

1. 对特定项目费用总额或次数进行总体分析，即某类项目费用占总费用过高，或某类项目的费用畸高，远高于同类机构或同等规模机构的平均水平。

2. 对项目与项目之间的重合率进行分析，即某一项目的费用较高，且开具次数与其他项目次数接近，对同时开具这几类项目的明细数据进行比对后，涉及项目与项目之间的重合率较高。如住院患者中，收取疼痛综合评定、康复评定、日常生活能力评定费用的人次比例过高。

3. 对就诊人次进行合理性分析，即对机构某项目日均就诊人次进行计算，并结合已掌握的医保医师数据、设备仪器数据等，对单日每医师或每仪器能够提供最大量的服务次数进行测算，如机构日均服务次数超出最大合理次数的列为可疑数据。

4. 对药品、耗材进行合规性分析。针对使用量大、单价高、非集采、自费药品和不可收费的耗材开展核查，要同时结合医疗机构药品、耗材进销存进行判断。对于采购数量减去库房盘存剩余数量明显小于医保结算数量的药品、耗材，重点核查是否存在虚记多记情况。

5. 对就诊人员进行分析，即对该机构频繁出现的就诊人员进行重点分析，测算其诊疗服务次数是否符合相关诊疗规范，机构是否存在过度诊疗、串换服务或提供虚假诊疗服务等。其中对于费用可疑人员进行重点数据分析，通过关联此类人员的疾病诊断、既往检查来核实该病人是否需要进行该项目。

6. 重点关注申报医保项目之间的逻辑关系，如申报气管切开护理项目，之前是否申报了相应的气管切开术，申报引流管更换项目前，是否申报了胸腔或腹腔等部位穿刺引流术等。

7. 重点关注住院诊断与开展的检查、治疗项目之间的关系，如开展连续性血液净化项目时，诊断中是否有肾功能衰竭及中毒等疾病，开展俯卧

位通气治疗时，是否有急性呼吸窘迫综合征的诊断等。

8. 重点筛查医保项目计费时长，如心电监护、呼吸监护、血氧饱和度监测、无创血压监测等项目申报医保的总时长是否大于患者入院、入科总时长。

9. 重点筛查被检地医保目录中有使用范围限定或支付限定的项目，如肠内营养乳剂（TP-HE），需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养的患者方予支付。

（三）审查病案及文书资料

检查组人员针对大数据筛查发现的疑点和线索，结合 ICU 科室病患特征，提取包括住院病历、费用清单、护理记录、检查和治疗记录、人员资质证书、设备清单及注册证等文书、耗材进销存等物证资料，审查是否存在伪造、变造、虚构医药服务、过度检查、过度治疗、重复收费、分解收费、超标准收费、串换诊疗项目等违法违规行为。

在筛查病历中，对患者既往史、疾病诊断以及开展的相应治疗项目种类和数量，所开展治疗项目所需的仪器设备的适应证以及禁忌证、治疗项目所需的耗材采购情况进行匹配并进行统计，重点筛选以下病历：（1）重症医学领域相关项目年总费用排名靠前的参保人员所涉及的病历；（2）住院次均费用排名靠前的医生所涉及的病历；（3）重症医学领域相关项目种类量靠前的参保人员所涉及的病历；（4）重症医学科治疗、护理使用的药品、耗材、设备等按规格、型号、厂家等排序，结算金额、结算数量排名靠前的病历。

在审查病案时，可重点审查住院病历中的 ICU 护理记录单，其上记录有每日护理操作项目、操作时间、鼻饲泵入量、静脉输注项目、静脉泵入量、尿量及引流量、护理评估、气管插管、胃管、尿管等置管日期、交接班记录、护理计划等，与申报医保项目、数量进行比对，结合住院病历中的患者主诉、病程记录、辅助检查报告单、会诊单，治疗记录单等，结合相关疾病诊疗规范和指南，可综合判断是否存在虚构医药服务、虚记费用、过度检查、重复收费、串换项目等违规情况。如 ICU 护理记录中口腔护理操作每日时间分别为凌晨 4 点、10 点、14 点、22 点共 4 次，但上传医保费用时一日计费 6 次，可判断其涉嫌存在虚记护理费用的违规行为。

检查组人员可通过调取 ICU 科室设备清单及注册证等文书，比对医嘱单、ICU 护理记录单、治疗记录单与收费项目是否一致，综合判断是否存在串换项目、虚记费用等情况；通过核对耗材的盘点表、随货同行单、采购发票、财务报表、会计凭证、出入库记录、销售数据、付款凭证等资料，以及现场清点耗材实际库存，并根据耗材类别、品规、厂家等不同，分类核查耗材购销存数据，再通过与相应诊疗服务项目收费数据进行对比，核查相关数据是否一致、相关票据是否真实，是否存在“账实不符”等矛盾问题，综合判断是否存在耗材串换、虚记、分解收费、重复收费等情况。

（四）现场检查

检查组人员针对大数据筛查、病案及文书审查发现的疑点问题，前往 ICU 科室开展现场检查。

1. 医疗机构及人员资质：

核验定点医疗机构的事业单位法人证书、营业执照、医疗机构执业许可证证明等材料，明确其经营范围。现场调取 ICU 医护人员名单、资质证书、考勤表等，核验相关人员是否具备相应执业资质，如医师是否为重症医学专业，教学医院实习生、未取得执业证研究生是否在上级带教医师指导下进行操作（需结合被检地卫健委相关政策要求）。

2. 科室仪器设备配置

走访病房、病床，检查设备带管道吸氧装置、负压吸引、UPS 应急电源等是否符合 ICU 科室要求，是否使用桶装氧气，检查是否配有多参数心电监护仪、电动吸痰器、震动排痰机、防褥疮垫等监测、护理设备，是否配有输液泵、注射泵、高流量呼吸湿化治疗仪、压缩雾化泵、无创呼吸机、有创呼吸机、连续性血液净化装置、体外膜氧合系统（膜肺）等治疗设备，ICU 科室内是否配备床旁 B 超、除颤仪、心肺复苏器、抢救车等急救设备，并与医保申报项目进行比对，核查仪器设备的数量、种类、三证及说明书，核对确认设备仪器的工作原理、适用范围与所申报诊疗项目是否相符，是否与申报医保相一致。

3. 核实 ICU 患者治疗、护理情况

医疗小组结合“规则疑点”与“疑点明细”，对信息小组筛选的重点病历进行审核，重点通过对护理记录、病程记录、医嘱用量、辅助检查、手术记录等进行审核，发现问题后及时扩大病历范围、开展延伸检查。综

合判断检查频次过高的检查项目开展的合理性和真实性；诊疗方案合理性、治疗操作有无记录；非西医临床诊疗服务项目医嘱单、会诊记录单、治疗记录单相应医护人员资质是否符合；重点药品耗材是否存在虚记多记或串换收费情况；医疗服务价格项目目录除外内容中不包含的耗材使用情况；临床常规使用数量明显不符耗材使用情况；医嘱与收费清单中名称、数量不符的诊疗项目是否存在串换收费；病程记录中治疗项目相应操作方式方法与诊疗项目目录中项目内涵进行比对后是否存在串换收费；治疗、检查仪器的三证及说明书中对于仪器的工作原理、适用范围的描述与所检查治疗项目是否相符。依据医嘱单、护理记录、治疗记录等文书材料，检查患者是否实际开展了呼吸机、气管插管、气管切开、引流管引流、输液泵、注射泵输注等相关治疗；检查 ICU 患者护理情况，结合医生电子病历、护理站执行医嘱单、ICU 患者床旁护理记录等，综合判断护理开展情况。检查正在使用的护理记录和治疗登记本等是否齐全，记录内容、数量、频次是否与医保申报相一致。如护理记录中记录的实际为患者膀胱冲洗次数，与医保申报计费数量是否一致。

4. 核实 ICU 病房中药品、耗材备库情况

抽取申报金额高、申报数量多的药品、耗材进行盘点，对科室盘点表、领用记录及出入库记录，尤其是高值耗材扫码计费等情况进行核实，核查是否存在虚记、串换药品、耗材等。根据各医疗机构情况，ICU 科室常见备库耗材有一次性使用负压吸引器、输氧面罩、正压面罩、鼻氧管、一次性使用除菌雾化器、一次性血液透析滤过器、呼吸回路、气管插管、无创湿化罐、一次性使用麻醉呼吸管路组件等，各地根据实际情况参考使用。

（五）问询关键人员

检查组人员根据检查中发现的涉嫌违法违规使用医保基金问题，结合大数据筛查和现场检查情况，有针对性地依法对相关人员进行询问调查，制作询问笔录，进一步查实相关证据。一是对主管医生、护士、计费人员等依次进行询问，重点对其入科途径、疾病诊断、护理流程、使用设备情况、检查和治疗项目、频次、计费等情况进行询问，了解是否存在虚记费用、虚构医药服务等情况。二是重点对发现的违法违规问题针对性询问，如是否开具套餐式医嘱，所做治疗的方式方法，耗材及仪器设备的使用情况等。

四、数据筛查规则

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
1	比对重症医学科患者 HIS、LIS、PACS 数据与医保数据是否相符	比对医院重症医学科患者 HIS、LIS、PACS 系统数据和医保数据是否相符，核查是否存在诊疗服务、诊疗费用、医药服务等收费数量与实际不一致情况。
2	比对重症医学科患者 HIS、LIS、PACS 数据与仪器设备数据是否相符	比对医院重症医学科患者 HIS、LIS、PACS 系统数据和仪器设备存储数据是否相符，核查是否存在诊疗数据、诊疗费用、医药服务等收费数量与实际不一致情况。
3	初筛过度治疗	筛查口腔护理、肛周护理、会阴擦洗、人工辅助通便、导尿、引流管更换等计价单位为次的项目，医院计费次数较高，明显大于常规诊疗规范次数。
4		筛查呼吸机、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的项目，医院计费总时长大于患者实际入 ICU 天数的总时长。
5		筛查申报项目之间逻辑关系矛盾的情况，如申报气管切开护理项目，之前未申报气管切开术；申报引流管更换项目前，未申报胸腔或腹腔等部位穿刺引流术等。
6		筛查无相应诊断而开展特定的检查、治疗项目，如开展连续性血液净化项目时，无肾功能衰竭及中毒等疾病诊断；开展俯卧位通气治疗时，无急性呼吸窘迫综合征的诊断等。
7		比对项目收费数据和耗材购销存数据，核查医院是否采购或者足量采购相应耗材，供进一步核查。
8		筛查 ICU 入科期间治疗费用占比较高且入科天数较短的项目。

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
9		筛查治疗项目与疾病诊断不符，或相关性不强的项目，如为手术后入 ICU 患者开具针灸、拔罐等中医类治疗。为昏迷患者开具需患者配合完成的康复类项目等
10		无呼吸系统疾病指证的情况下，反复开展雾化吸入治疗。
11	初筛过度检查	筛查 ICU 入科期间检查费用占比较高且入科天数较短、阳性率较低的项目。
12		筛查 ICU 入科期间开展全身多部位影像检查（排除肿瘤等疾病）。
13		在无感染类诊断，未使用抗生素的情况下，常规开展药敏定量实验。
14		ICU 入科期间短期内高频次重复开展血常规、生化等化验检查，且无后续跟进治疗。
15		非癌症诊断的重症患者入 ICU 后检查肿瘤标记物等肿瘤检查项目。
16		同种检验项目用不用检验方法同时收费，如检验丙肝抗体同时收取丙肝抗体测定（酶免法）和丙肝抗体测定（化学发光法）。
17		男性开展女性检验项目，如男阴道分泌物检验，女性开展男性检验项目，如前列腺检测项目等。
18	初筛重复收费	筛查项目内涵中明确不得再收取费用的项目，如收取重症监护费用同时收取特级护理、一级护理、专项护理、无陪伴护理等费用。使用排痰仪辅助排痰同时收取“机械排痰”和“吸痰护理”。

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
19		筛查将项目内涵已经包含的某个其他项目或者某个操作进行单独收费的情形，如收取血气分析项目同时收取酸碱平衡测定费用。
20	初筛超标准收费	筛查项目内涵中明确规定收费标准的项目，实际计费超过收费标准，如机械辅助排痰，其项目内涵中规定每日不超过三次收费；俯卧位通气治疗，计价说明中规定俯卧位通气治疗时长超过 12 小时的，再次实施该治疗可重新计费，每 24 小时收费不超过 2 次。
21		筛查计费数量异常的项目，如计价单位为“次”的诊疗项目，在实际计费时按部位、个数计费；计价单位为“日”的，在实际计费时按诊疗服务次数计费，如危重病人抢救、气管切开护理等。
22	分解收费	筛查 B 超检查中，未收取腹部（含肝胆脾胰双肾）项目费用，而分别按照肝胆脾胰双肾 6 个单脏器 B 超检查计费。
23		筛查同时收取血氧分析、血气酸碱分析和二氧化碳结合项目费用，而未收取血气分析项目费用。
24	初筛串换项目	筛查易出现低医保费用串换申报高医保费用的项目，如将氧气吸入串换为费用较高的加压吸氧项目收费。
25		筛查诊疗服务名称相近的项目，如无创血压监测、有创血压监测，为现场进一步核实提供数据。
26		结合药品、耗材出入库系统中药品、耗材购进的种类、品规、数量等，筛查是否存在串换情况，如将药品剂型为“片剂”的串换为“胶囊剂”收费，或是将价格低的耗材串换为价格高的耗材收费。
27		筛查同种类操作项目数据，如换药（特大）、换药（大）、换药（中）和换药（小）四个项目的项目内涵中分别明确对应了不同伤口、缝合针数、使用材料等，抢救（大）、抢救（中）、抢救（小）内涵对应的不同抢救收费标准，供进一步核实使用。

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
28		筛查需要使用医疗设备的项目，如冰毯降温项目，需使用冰毯机，可结合科室设备清单筛查。
29		筛查易出现串换的项目，如膀胱冲洗和持续膀胱冲洗。将项目 N 端-B 型钠尿肽前体 (NT-ProBNP) 测定串换为医保项目 B 型钠尿肽 (BNP) 测定进行计费。
30	初筛医保不支付的费用纳入医保基金结算	筛查医院 HIS 系统中医保项目名称与医院服务项目名称不符的，且医院服务项目名称为自费的项目。
31		结合 LIS 系统、设备使用清单和耗材出入库系统，筛查将自费项目按照医保内项目结算的，如将自费项目加温加湿高流量氧气治疗串换为医保项目密闭式氧气吸入进行计费，可视喉镜辅助下气管插管术串换为医保项目经口气管插管
32	初筛药品超限报销问题	筛查当地医保目录中项目内涵有限定使用的药品，如：肠内营养乳剂（TP-HE），需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养的患者方予支付。

五、典型案例

（一）虚构医药费用、串换项目收费

X 省市 X 医院被患者家属举报其家属入住重症监护病房（ICU）期间，该院通过虚构、串换诊疗服务等方式违法违规使用医保基金。经查，该院存在虚构医药服务、过度诊疗、过度检查、超量开药、重复收费、串换项目、超标准收费、将不属于医保支付的药品纳入医保基金结算等 10 项违规问题，涉及违规医疗总费用 21.82 万元，其中违规使用医保基金 18.70 万元。列举部分涉及问题如下：

1. 虚构医药服务项目。由于患者处于昏迷状态，需要通过胃管进行肠内营养灌注。患者住院清单中显示患者共接受了 1083 次肠内营养灌注，平均每天灌注次数达 10.31 次，明显超过正常肠内营养灌注次数。经核实医嘱、护理记录、药品进销存等材料，该院存在虚构医药服务的违法违规行为，涉及医保基金 3.10 万元；

2. 虚构医疗服务项目。患者 ICU 住院期间进行血液透析治疗，住院费

用清单中血透监测时间为 697.5 小时，而连续性血液净化时间为 433 小时，血透监测时间是后者的 1.6 倍。经核实血透记录单、医嘱单、护理记录等材料，该院存在虚构医疗服务项目的违法违规行为，涉及医保基金 1.06 万元。

3. 将不属于医保支付的药品纳入医保基金结算。患者住院期间曾使用价格昂贵的特殊限制级抗生素多黏菌素 E 甲磺酸钠(1998 元/支)，该药使用时未纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中，属于全自费药品。该院将自费药品多黏菌素 E 甲磺酸钠串换为多粘菌素 B(多粘菌素)进行申报，涉及医保基金 1.50 万元；

该省市医保部门对该院做出处理：一是全额追回违规使用的医保基金，并按 30%顶格扣罚违约金 56074.41 元；二是约谈医院有关负责人，责令其立即整改；三是将该院违法违规问题分别移交公安、卫健部门进一步核查处理。

(二) 单个病案涉及诸多违规收费

案例：XX 患者因 2 型糖尿病酮症酸中毒入 ICU（住院时间 20XX.5.1-20XX.5.8），违规问题：

1. 虚构医疗服务项目，经检查医嘱及病程记录为支气管检查+肺泡灌洗，收费为支气管检查+肺泡灌洗+纤支镜特殊治疗；患者病程记录未见“经纤支镜特殊治疗”相关治疗记录，故“经纤支镜特殊治疗”为重复收费。

2. 超标准收费，患者行腹部及浅表器官彩色多普勒超声检查各一次，床旁 B 超加收 2 次，按收费要求床旁 B 超加收应为 1 次，存在加收费超标准收费情况；静脉置管护理按次数计费 11 次，实际该项目收费单位为“日”，患者住院天数为 7 日，静脉置管护理应收取 7，存在超标准计费情况。

3. 串换诊疗项目收费，患者行胸穿置管/深静脉置管/血透等，其换药符合中换药标准，但均按大换药收费，存在低价项目串换高价收费情况。

4. 药品人血白蛋白，患者 5 月 5 日起白蛋白检测值大于 30g/L，5 月 6 日继续使用人血白蛋白，不符合该药品医保支付条件（限抢救、重症或因肝硬化、癌症引起胸腹水的患者，且白蛋白低于 30g/L）。

(三) 违规收取不可单独收费的透析置换液

案例：XX 医院对患者行血液透析（连续性血液净化）时，将该项目价格构成已包含的透析液（置换液）如：如氯化钠注射液、碳酸氢钠注射液，

按照氯化钠注射液、碳酸氢钠注射液药品费用再次进行收取。

（四）套餐式过度检查

案例：XX 医院将“血气分析”与“高铁血红蛋白过筛试验”“血清总胆红素测定”“钾测定”“钠测定”“氯测定”“钙测定”“血一氧化碳分析”设置为检查套餐，在开展血气分析检查时一并化验并收费，未依据患者病情需要确定相关检查项目。

六、参考资料

《内科学》人民卫生出版社第 9 版

《临床操作技术规范》（重症医学分册）中华医学会

《临床诊疗指南》（重症医学分册）中华医学会

《实用重症医学》人民卫生出版社第 2 版

麻醉专项检查工作指南

(2025 年版)

近年来，部分地区医保部门在系统治理“虚假住院、虚假手术、虚假诊疗”的同时，启动了针对麻醉诊疗服务领域存在的违法违规使用医保基金行为的专项整治工作，重点治理过度诊疗、重复收费、串换诊疗项目、虚构麻醉服务等突出问题，在一定程度上规范了定点医疗机构麻醉诊疗服务。为进一步专项整治麻醉领域违法违规使用医保基金行为，根据相关医保政策及各地监管实践，结合《全国医疗服务项目技术规范(2023 年版)》、人民卫生出版社最新出版的《现代麻醉学(第 5 版)》等行业规范，制定本指南，供各地参考使用。

一、基本概念

(一) 麻醉与麻醉学

1. 麻醉是指用药物或其他方法使患者整体或局部暂时失去感觉，以达到无痛的目的，从而能为进一步的手术或其他检查、治疗等创伤性操作建立条件。

2. 麻醉学是指运用有关麻醉的基础理论、临床知识和技术方法等建立起来的一大门类学科的总称。

包括：临床麻醉学和围手术期医学、急救复苏和重症监测与治疗学、无痛诊疗、疼痛治疗学、姑息治疗学（亦称舒缓医学）、睡眠医学、麻醉治疗学。

(二) 麻醉分类与名词解释

1. 全身麻醉：含气管插管，包括吸入、静脉或静吸复合麻醉。

(1) 医学概念是指麻醉药物经静脉注射进入血液循环或经呼吸道吸入肺部进入血液循环，最终产生中枢神经系统暂时性抑制的过程。

(2) 具体操作：

全身麻醉：开放静脉通路，麻醉机给氧及呼吸支持。麻醉维持管理：麻醉前访视，麻醉诱导，气道管理，全程连续观察各项生命体征，每 3-5 分钟记录一次，分析调整病情，调节麻醉深度和生命体征至手术结束，预防及处理各类合并症，平稳从麻醉状态中苏醒恢复，麻醉后访视。术中使

用输液泵输注药物，含普通输液泵，靶控输注泵。

无插管全麻：药物经静脉或吸入作用于中枢神经系统产生全身麻醉，诱导迅速、病人舒适、苏醒较快。

收费项目例如：全身麻醉、支气管内麻醉、肺灌洗麻醉、无插管全麻、体外循环低温麻醉等。

2. 麻醉监护下镇静术：在一些局部麻醉或根本不需麻醉的情况下，需要专业麻醉医师提供特殊的麻醉服务，监护控制患者的生命体征，并根据需要适当给予麻醉药或其他治疗。

3. 基础麻醉：手术病人在进入手术室之前，通过药物使患者处于浅麻醉或者熟睡的状态。

4. 局部麻醉

(1) 医学概念是指通过在某些部位采取局部注射麻醉药阻滞某些神经支配支配区域、或在通过静脉注射局部麻醉药使止血带远端部位得到麻醉、或将麻醉药用于黏膜表面使其透过黏膜而阻滞位于黏膜下的神经末梢而使黏膜产生麻醉的方法。

(2) 具体操作

局部静脉内麻醉：在麻醉肢体建立静脉通路，麻醉肢体上止血带，在监测下通过静脉注射局麻药，使止血带远端部位无痛。全程连续观察各项生命体征。

局部阻滞麻醉：指用于手术麻醉或镇痛治疗。消毒铺巾，在血压、心电图、脉搏血氧饱和度监测下，穿刺注药进行单侧神经阻滞。

收费项目例如：局部阻滞麻醉（踝关节局部阻滞麻醉）、局部静脉内麻醉、表面麻醉等。

5. 椎管内麻醉

(1) 医学概念是指将麻醉药注入椎管内的不同间隙，使脊神经及所支配的相应区域产生麻醉作用，包括腰麻、硬膜外阻滞及腰麻硬膜外联合阻滞。

(2) 具体操作：

腰麻复合连续硬膜外阻滞麻醉：指用于手术麻醉、镇痛治疗或置入导管持续阻滞。消毒铺巾，经穿刺以针内针穿刺方法完成腰麻和硬膜外腔置管，经导管向硬膜外腔注射局麻药物、阿片药物等。

连续腰麻：指用于手术麻醉、镇痛治疗或置入导管持续阻滞。消毒铺巾，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。

硬膜外连续神经阻滞指用于手术麻醉，通过置入导管持续阻滞神经。消毒铺巾，经穿刺在硬膜外腔置入导管，经导管间断或持续注射局麻药、阿片类镇痛药等。连接麻醉机监测仪持续监测心电图 (ECG)，脉搏氧饱和度 (SpO₂) 和无创动脉血压监测。

麻醉时全程连续观察各项生命体征，每 5 分钟记录一次，分析调整病情，调节麻醉深度至手术结束，处理各类合并症，预防并发症，平稳从麻醉状态中苏醒恢复，麻醉后访视。

收费项目例如：腰麻（连续、单次）、硬膜外麻醉、腰麻复合连续硬膜外阻滞麻醉、骶管麻醉等。

6. 神经阻滞麻醉

(1) 医学概念是指通过注射麻醉药阻滞某神经而完成其相应支配区域或部位手术的麻醉和镇痛。包括颈丛、臂丛、星状神经等各种神经阻滞等。

(2) 神经阻滞麻醉指用于手术麻醉，单次注射阻滞神经或者通过置入导管持续阻滞神经。连接麻醉机监测仪持续监测心电图 (ECG)，脉搏氧饱和度 (SpO₂) 和无创动脉血压监测。

收费项目例如：腓窝入路胫神经阻滞麻醉、腓总神经阻滞麻醉、滑车上神经阻滞麻醉等。

7. 复合麻醉，也即两种或以上麻醉方法组合应用，是目前国内外临床最常用的麻醉方式，可取长补短，在术中麻醉效果和促进患者术后恢复方面，可起到一加一大于二的临床效果。

例如：全身麻醉联合神经阻滞麻醉、全身麻醉联合椎管内麻醉、全身麻醉联合局部麻醉、基础麻醉联合椎管内麻醉、基础麻醉联合神经阻滞麻醉等复合麻醉方式在临床上经常应用。

二、麻醉方式选择、常用药品、设备耗材

(一) 麻醉方式选择

麻醉医师通过术前访视了解患者基础情况（年龄阶段、营养状态、精神状态、既往病史、过敏史），主要依据患者病情（体格健康程度、重要器官有无明显疾病、外科疾病是否对全身引起重要影响）、手术要求（手术部位、所需肌肉松弛程度、创伤或刺激大小、出血多少、手术时间长短、体

位选择、可能发生的意外)、自身技术能力及临床经验选择适用的麻醉方式。对于不同类型的手术,根据患者的状况和现有条件可以选择使用不同的麻醉方法。

(二) 麻醉相关药品、耗材、设备选择

1. 麻醉基本治疗与耗材:

(1) 静脉输液: 静脉输液、静脉输液器(耗材)、留置针(耗材)、三通(耗材)、万通阀(耗材)、静脉注射、静脉注射器(耗材)

(2) 动脉穿刺: 桡动脉等插管相关费用、有创血压监测、动脉套装(耗材)

(3) 多功能麻醉监护: 多功能麻醉监测、心电电极(耗材)、脉搏氧饱和度电极(耗材)

(4) 气管插管: 经口气管插管、经鼻气管插管、各类装置辅助气管插管术、相应型号气管插管(耗材)、相应型号加强气管插管(耗材)

(5) 喉罩: 喉罩置入术、喉罩(耗材)

(6) 麻醉深度电生理监测 如 BIS 监测、熵指数监测、麻醉深度监测等, 以及相应的传感器(耗材)

(7) 多功能麻醉气体监测

(8) 肌松监测

(9) 体温维护: 体温监测、体表加温治疗术、体温监测探头(耗材)、加温治疗材料(耗材)

(10) 全身麻醉

(11) 二氧化碳吸收剂

(12) 呼吸管路、滤器、麻醉面罩(耗材)

(13) 术后镇痛: 自控镇痛术、镇痛泵(耗材)

(14) 一次性便携输注泵/电子泵(耗材)

(15) 腰麻

(16) 硬膜外麻醉

(17) 一次性麻醉穿刺包(耗材)

(18) 神经阻滞麻醉: 彩色多普勒超声引导神经阻滞术、神经刺激仪神经阻滞术、神经阻滞针(耗材)

(19) 氧气吸入: 氧气面罩或鼻导管, 氧气装置(耗材)

(20) 血气检测

(21) 血流动力学监测: 肺动脉导管监测、PICCO 监测、Flo-Trac 微创血流动力学监测, 相应耗材

(22) 凝血功能监测技术及耗材

2. 麻醉相关药品:

(1) 静脉麻醉药: 丙泊酚、依托咪酯、氯胺酮等

(2) 肌松药: 罗库溴铵、维库溴铵、顺式阿曲库铵、阿曲库铵、美维松等

(3) 镇静药: 咪达唑仑、右美托咪定、 γ -羟基丁酸等

(4) 吸入麻醉药: 七氟烷、地氟烷、异氟烷、笑气等

(5) 麻醉及肌松拮抗药: 新斯的明、舒更葡糖钠、氟马西尼、纳洛酮等

(6) 电解质: 葡萄糖酸钙、氯化钙、氯化钾等

(7) 阿片类镇痛药: 吗啡、杜冷丁、瑞芬太尼、舒芬太尼、芬太尼、阿芬太尼、地佐辛、纳布啡等

(8) 非甾类镇痛药: 帕瑞昔布钠、氟比洛芬酯、酮咯酸等

(9) 止吐: 昂丹司琼、托烷司琼、胃复安等

(10) 抗胆碱药: 山莨菪碱、东莨菪碱、阿托品等

(11) 心血管药物: 间羟胺、甲氧明、去氧肾上腺素、多巴胺、去甲肾上腺素、肾上腺素、乌拉地尔、艾司洛尔、硝苯地平、尼莫地平等

(12) 激素类: 地塞米松、甲基强的松龙、氢化可的松等

(13) 局麻药: 利多卡因、罗哌卡因、布比卡因、左旋布比卡因、长效布比卡因、普鲁卡因、氯普鲁卡因等

(14) 液体: 氯化钠、乳酸林格氏液、醋酸林格氏液、碳酸林格氏液、羟乙基淀粉、琥珀明胶等

3. 麻醉方式与相关药品、耗材、设备的对应关系如下:

(1) 局部麻醉

药品: 13

耗材及治疗: A、C、S

基础设备: 多功能麻醉监护仪

(2) 全身麻醉

药品：1-14

耗材及治疗：A-N、S，其中D和E选一项。

基础设备：多功能麻醉监护仪

特殊设备：多功能气体分析仪、麻醉深度监测仪（BIS脑电）、可视喉镜、电子喉镜气管镜、彩色多普勒超声仪、心排量监测仪（多参数心功能监测设备）、自体血液回收设备

（3）椎管内麻醉

药品：3、6、7、8、9、10、11、12、13、14

耗材及治疗：O+P或O或P、A、C、I、M、N、Q、S

基本设备：多功能麻醉监护仪

（4）神经阻滞麻醉

药品：3、6、7、8、9、10、11、12、13、14

耗材及治疗：A、C、I、N、Q、R、S

基本设备：多功能麻醉监护仪

特殊设备：彩色多普勒超声、神经刺激器

以上是一些常见麻醉方法所需的药品、耗材、基础设备和特殊设备，具体使用情况还需根据手术类型和患者情况进行选择。

三、麻醉流程、对应收费及相关文书

（一）麻醉流程

1. 术前访视：麻醉前核查、访视、计划、签字或公证，紧急处置，并填写《麻醉术前访视记录单》。

（1）由麻醉医生对患者进行麻醉前访视与评估，阅读病历，了解现病史、既往史、家族史、药敏史、手术史、合并症及严重程度、化验及影像学等检查结果，进行体格检查，并对心、肺、肝、脑、肾等重要脏器功能进行评估。

（2）与患者及家属沟通，告知麻醉风险，进行宣教，指导患者术前禁食水及用药等。

（3）与医生沟通，了解术中出血等特殊情况，必要时申请多学科会诊，商定手术或诊疗方案，制定个体化麻醉监测管理及术后镇痛方案。

（4）开具术前医嘱，签署《麻醉知情同意书》等相关医疗文书。

2. 麻醉过程：建立静脉通道、实施气道管理、连接监测设备等，根据

术中监测、管理、调控、治疗等情况，填写《麻醉记录单》。

（1）气道管理

人工气道是指将导管经鼻/口腔插入鼻咽/口咽部、气管内，或气管切开所建立的气体通道，是保障气道通畅的有效手段。

人工气道管理内容包括人工气道的固定、体位摆放、口腔护理、呼吸理疗（翻身拍背、雾化吸入、气道吸引、体位引流）、振动排痰、气囊管理、人工气道内分泌物的吸引、声门下吸引、气道加热湿化、管饲管理、呼吸机管理、其他干预措施。

人工气道管理诊疗项目主要包括：气管插管术（指经口插管），特殊方法气管插管术（包括经鼻腔、经口盲探、逆行法，包括纤维喉镜、气管镜置管），例如：环甲膜穿刺逆行气管插管术、经口喉罩置入术、经口气管插管术、经鼻明视气管插管术、困难气道盲探气管插管术、支气管内插管术、经可视喉镜气管插管术、经可视硬镜气管插管术、经可视软镜气管插管术。

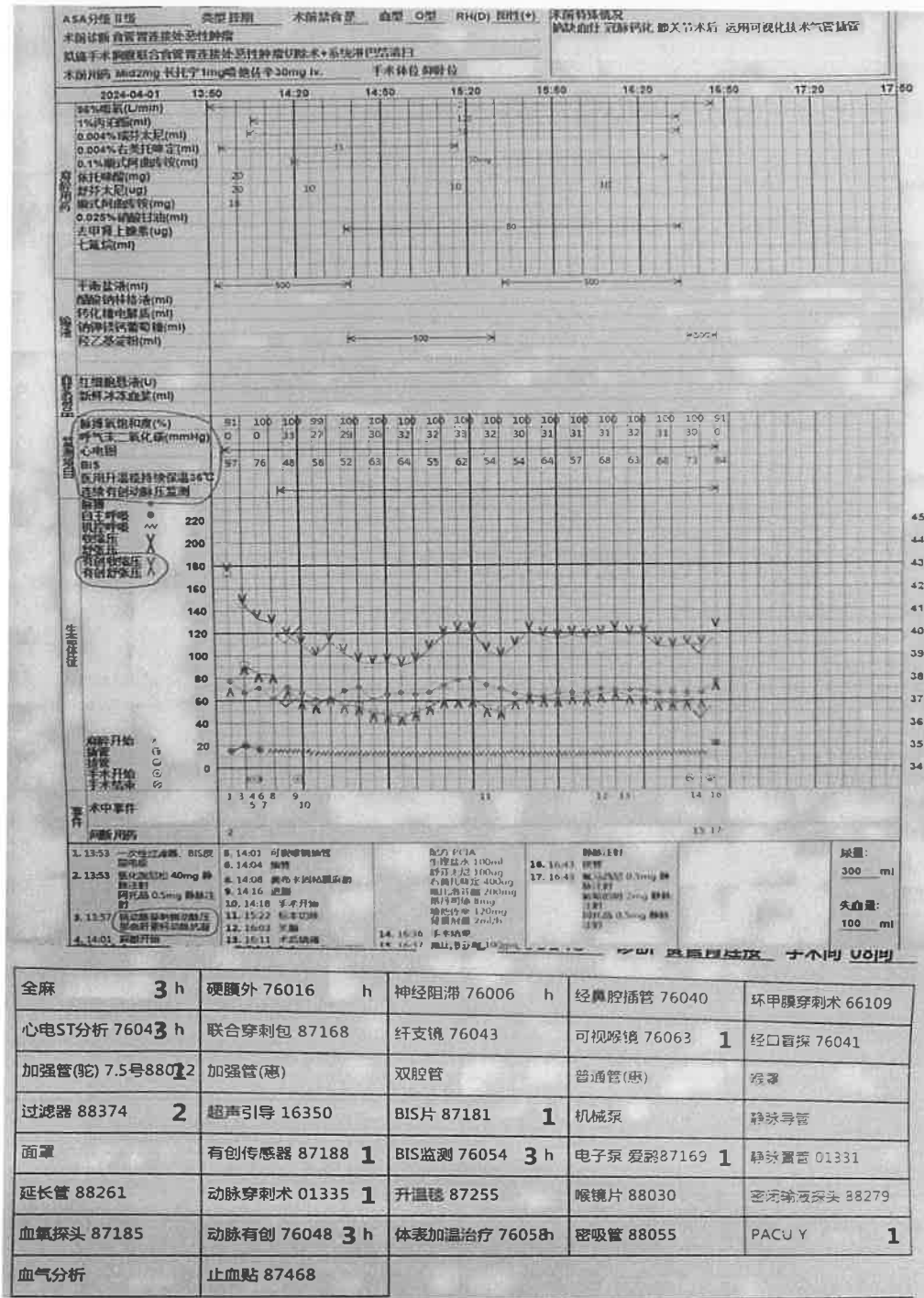
（2）麻醉中监测包含心电图、脉搏氧饱和度、心率变异分析、ST段分析、无创血压、有创血压、中心静脉压、呼气末二氧化碳、氧浓度、呼吸频率、潮气量、分钟通气量、气道压、肺顺应性、呼气末麻醉药浓度、血气检测、体温监测、肌松监测、麻醉深度监测及其他特殊监测；其他特殊监测主要包括：有创连续动脉血压监测、经导管连续心排出量监测、有创血流动力学监测、脑氧饱和度监测、无创血流动力学监测、全身麻醉下呼吸功能监测、经食道超声心脏功能监测、凝血功能监测。

（3）严重并发症处理是指对麻醉或麻醉恢复期间严重并发症的处理。主要并发症包括：反流误吸及吸入性肺炎、急性上呼吸道梗阻、支气管痉挛、急性肺不张、张力性气胸、急性肺血栓栓塞、脑血管意外、恶性高热、苏醒期躁动、全身麻醉后苏醒延迟、术后恶心呕吐、术后低氧血症、急性术后高血压等严重并发症的处理。项目内容主要为相对应严重并发症的处理诊疗收费项目。

（4）麻醉记录单与麻醉收费审核要点

①在麻醉单中麻醉药品的种类、数量与计费的一致性。

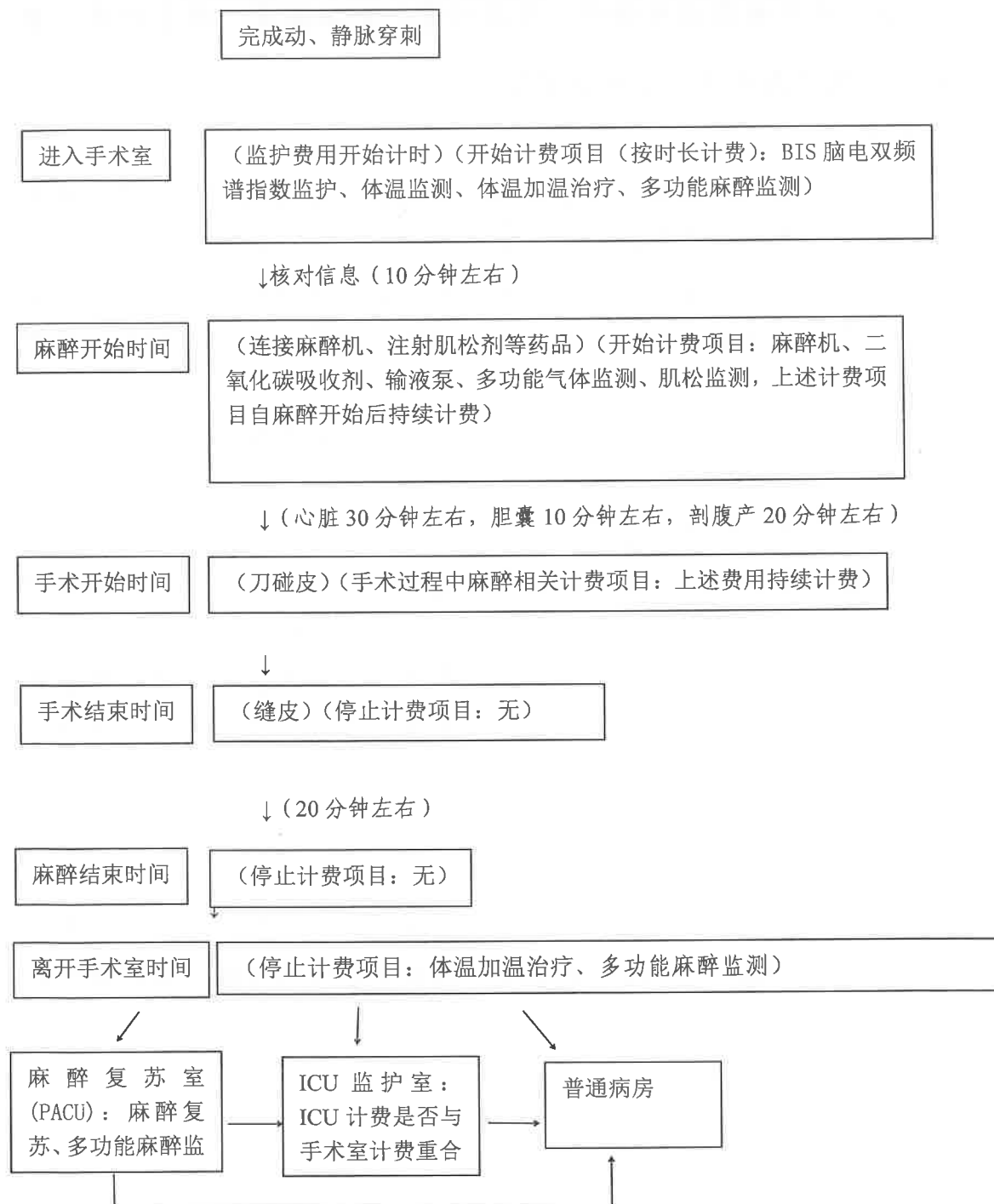
②在麻醉单中麻醉监测项目和耗材使用记录与计费一致，如：一次性氧饱和度探头、BIS、空气过滤器、可视化喉镜、止疼泵、有创传感器等。



③麻醉中特殊处理，如：血气分析、静脉穿刺置管、动脉穿刺置管、有创动脉血压监测等。

- (2) 诊断并处理麻醉相关并发症;
- (3) 指导患者恢复进食、进水、下地活动等术后康复注意事项;
- (4) 评估患者术后疼痛程度、镇痛效果, 并进行指导。术后镇痛包括单次或连续静脉、椎管内、神经阻滞、局部浸润给药等。
- (5) 术后 24 小时内随访并填写《麻醉后访视记录》。

(二) 麻醉简易流程图及对应收费 (以全身麻醉为例)



（三）麻醉相关文书

相关文书如下：《麻醉术前访视记录单》、《麻醉知情同意书》、《麻醉记录单》、《麻醉恢复室记录单》、《麻醉后访视记录单》等。

四、重点违规问题

（一）《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（二）项

“（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”

1. 超量开药

定点医药机构无正当理由超出药品常规用法用量或相关规定开具麻醉用药的行为。所称“正当理由”是指有下列情形之一的：符合法律、法规、规章及其它规范性文件规定，或者具有国家级临床用药指南、教科书等支撑依据；具有循证医学证据或特殊用药说明的；超重、耐药等特殊患者需要。

例如：在单次手术中，医疗机构为患者开具的麻醉药品超过药品说明书规定剂量，或者明显超过常规用量的行为。

案例 1 开具麻醉药品用量明显超过规定剂量

《某省医疗保障诊疗服务项目目录》显示“盐酸罗哌卡因注射液收费价格为三级医院最高限价 23.63 元/支(规格 10ml:100mg)”，某定点医疗机构在为对参保患者进行剖宫产手术时，收费清单显示数量为 5 支，严重超出常规用量。该定点医疗机构上述情形，涉嫌存在“超量用药”的违规行为。此时，需对手术麻醉信息系统中记录的相应麻醉用药记录进行核对，以明确实际用药情况，并核实是否存在超量开药问题。

2. 过度诊疗

定点医疗机构违反医学科学规律、有关临床诊疗技术规范和各项操作规范以及医学伦理规范，实施不适宜的、或者与疾病无关联的麻醉相关医疗服务的行为。例如：

（1）违反诊疗规范，使用不必要的或使用与疾病关联性不高的麻醉药品。

案例 2 非全麻患者同时开具肌肉松弛药

某定点医疗机构在为对参保患者王某某进行“髌骨切开复位术”腰麻

手术时，在开具“罗哌卡因注射液”的同时开具“罗库溴铵注射液”。该定点医疗机构上述情形，涉嫌存在“过度诊疗”的违规行为。

（2）医疗机构违反诊疗规范，实施不必要的或实施与疾病关联性不高的麻醉相关诊疗、检查项目的行为。

案例 3 适应症不符

人民卫生出版社最新出版的《现代麻醉学（第5版）》显示“硬膜外麻醉”的绝对禁忌症包括中枢神经系统疾病（如脊神经根病变），M省某定点医疗机构对腰椎压缩性骨折合并脊神经根病变参保患者宋某违反绝对禁忌症在硬膜外麻醉下开展腰椎椎体成形术，收取并申报硬膜外麻醉费用，则涉嫌“过度诊疗”之情形。

另外，例如 1：“体表加温治疗适用于：手术时长大于 1 小时、小儿与老年患者手术、术中出入量大的手术或环境温度低不能用简单物理保温措施维持体温等情况时。但在围术期治疗过程中需要降低患者躯体温度进行相关脏器保护时应暂停应用”。某定点医疗机构未严格执行适用范围，对全部手术患者均开具并收取“体表加温治疗”项目费用，涉嫌“过度诊疗”之情形。

例如 2：麻醉记录单中无任何降压记录，没有体现血压变化，未见使用降压药物，收取“控制性降压”费用，涉嫌“过度诊疗”之情形。

3. 重复开药

定点医疗机构违反临床诊疗规范、用药指南等，超出病情实际需要，为患者开具两种及以上药理作用相同或作用机制相似药品的行为。

案例 4 在相同的麻醉诊疗阶段，同时开具两种同类型麻醉镇痛药。

某定点医疗机构在为对参保患者李某某进行腰麻诱导阶段，在开具“枸橼酸舒芬太尼注射液”的同时开具“布托啡诺注射液”。该定点医疗机构上述情形，涉嫌存在“重复开药”的违规行为。

提示：执法人员在检查前，需提前了解麻醉诊疗规范，包括麻醉有哪些不同阶段，不同阶段又分别使用哪些麻醉药品，《麻醉记录单》及手术麻醉信息系统底档中如何记录相应内容等。

（二）《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（三）项 “（三）重复收费、超标准收费、分解项目收费”

1. 重复收费

定点医疗机构对某一项收费项目超过实际提供的数量收费，或者在收取某一项收费项目费用时将其医疗服务价格项目涵盖的费用另行收取的行为

(1) 耗材重复收费

定点医疗机构对某一项诊疗服务项目超过实际提供数量反复多次收费，或者在收取某一项诊疗项目费用时另行收取其内涵中所包含的其他项目的行为。

案例 5 打包收费之外重复收取耗材费

某定点医疗机构，为同一个参保患者同时做“剖宫产术”、“子宫肌瘤剔除术”两个手术，因两个手术都有打包收费模板（例如：手术套餐收费项目均包含麻醉耗材一次性麻醉穿刺包），故收费清单显示开具了两套“一次性使用麻醉穿刺包”等费用。该定点医疗机构上述行为，涉嫌“重复收费”之情形。

(2) 治疗重复收费

定点医疗机构对某一项诊疗服务项目超过实际提供数量反复多次收费，或者在收取某一项诊疗项目费用时另行收取其内涵中所包含的其他项目的行为。

案例 6 开具麻醉项目数量、频次明显超过了规范要求

《某省医疗保障诊疗服务项目目录》显示“腰麻收费价格为 200 元/例”，某省某定点医疗机构对参保患者林某某于 2023 年 5 月 7 日在腰麻下仅进行 1 例左下肢胫骨骨折复位+髓内钉固定术，但收费清单显示腰麻计费数量为 2 例，该定点医疗机构上述行为，属于计费数量超过规范的“重复收费”之情形。

案例 7 超过实际提供数量反复多次收费

某定点医疗机构在同一次全身麻醉下对患者进行胃镜和肠镜检查，收取 2 次全身麻醉费用，同样属于计费数量超过规范的“重复收费”之情形。

案例 8 违反内涵规定重复收取相关项目费用

根据《某省医疗服务项目价格》“全身麻醉含普通气管插管；包括吸入、静脉或吸静复合以及靶控输入”的规定。某定点医疗机构为患者在全身麻醉下进行手术，同时收取全身麻醉费用和气管插管术费用。该定点医疗机

构上述行为属于重复收取内涵中子项目的“重复收费”之情形。

案例 9 违反限制性规定收取医疗服务项目费用的行为

《全国医疗服务价格项目规范(2023 版)》规定“麻醉项目均包含血压、脉搏、心率、呼吸基本体征的监测，不单独计量”。M 省某定点医疗机构对参保患者林某某于 2023 年 5 月 7 日 9:00 至 11:00 在全身麻醉下行左下肢胫骨骨折复位+髓内钉固定术，术中将“全身麻醉”与“全身麻醉下呼吸功能监测”同时计量收费，该机构上述违规情形，涉嫌存在“重复收费”的违规行为。

案例 10 计费时间段重叠导致的重复收费

例如：患者 9:45 手术结束后离开手术室时，手术期间的麻醉监护收费按小时已计费至 10:00；患者 9:55 进入麻醉恢复室（PACU）或重症监护室（ICU）后，又开始收取监护费用；导致 10:00 时，手术室的麻醉监护收费与麻醉恢复室（PACU）或重症监护室（ICU）的监护收费重叠，涉嫌存在重复收费的违规行为。

提示：进行数据筛查时，需注意按小时收费的相关项目，很容易在重叠时间段内，前后不同科室均进行计费，出现疑似“重复收费”的情形。但该情况因计费单位设置相对固定的客观因素导致，定点医疗机构收费时并没有违规的主观故意，故对此类情况应予以除外违规。

2. 超标准收费

定点医疗机构违反麻醉服务项目及价格收费政策规定，发生超限定价格、超限定次数、改变计价单位、违反加成规定等收费并进行医保结算的行为。

案例 11 收费超出限定价格

根据《某省医疗服务项目价格》规定：全身麻醉同时行特殊气管插管术，特殊气管插管术按照 70%收费。特殊方法气管插管术包含经鼻腔、经口盲探气管插管术和逆行法、纤维喉镜、气管镜置管。某医疗机构为患者在全身麻醉下进行手术，同时收取全额逆行法、纤维喉镜、气管镜置管费用，该行为属于“超标准收费”之情形。

3. 分解项目收费

定点医疗机构违反医疗服务项目及价格收费政策规定，将某一项目的费用分解成多个项目进行收费，或将一个计量时间段内实施的麻醉诊疗项

目分解为多个项目收费进行医保结算的违规行为。

案例 12 分解项目收费

《M 省医疗保障诊疗服务项目目录》显示“蛛网膜下腔阻滞麻醉、300 元/2 小时”、“硬膜外阻滞麻醉、300 元/2 小时”、“蛛网膜下腔-硬膜外联合阻滞麻醉、500 元/2 小时”。M 省某定点医疗机构对参保患者林某某于 2023 年 5 月 7 日 9:00 至 11:00，术中采取蛛网膜下腔-硬膜外联合阻滞麻醉，进行左下肢胫骨骨折复位+髓内钉固定术，收费清单显示该院将“蛛网膜下腔-硬膜外联合阻滞麻醉”分解为“蛛网膜下腔阻滞麻醉、300 元/2 小时”、“硬膜外阻滞麻醉、300 元/2 小时”进行计费，造成多计费 100 元。该机构上述违规行为属于“分解项目收费”之情形。

（三）《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（四）项 “（四）串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施”

定点医药机构申报收费的药品、医用耗材或者诊疗项目和服务设施，与实际提供的医疗保障基金支付范围内的相应内容不符的行为。

1. 串换医用耗材

例如：定点医疗机构不执行医用耗材的支付名称及价格标准，将医保支付范围内低标准收费项目套入高标准收费项目结算的行为。

案例 13 将医保支付范围内低价国产耗材串换为高价进口耗材

某定点医疗机构在为对参保患者进行全麻手术时，收费清单显示申报的纤维支气管镜为高价进口纤维支气管镜，但经核对库房“进销存”台账，发现该医疗机构实际使用的为低价国产纤维支气管镜。该定点医疗机构上述行为，涉嫌“串换医用耗材”之情形。

另外，例如：某定点医疗机构在为对参保患者进行全麻手术及监护时，实际使用为医保支付范围内低价的可重复使用的“普通血氧探头”，收费清单显示计费为医保支付范围内高价的“一次性血氧饱和度探头”，该定点医疗机构上述行为，涉嫌“串换医用耗材”之情形。

2. 串换诊疗项目

例如：定点医疗机构不执行诊疗项目的支付名称及价格标准，将低标准收费项目套入高标准收费项目结算的行为。

案例 14 低价诊疗项目串换成高价诊疗项目

“神经阻滞治疗”和“神经阻滞麻醉”，看似名称相似，实施路径也有

相似，但按照《全国医疗服务价格》收费项目名称来区分的话，“神经阻滞治疗”为神经系统的临床治疗，而“神经阻滞麻醉”则在手术治疗的麻醉中。按照收费科室来区分，“神经阻滞治疗”为临床科室收取，“神经阻滞麻醉”则需要麻醉科/手术室来收取。例如：某医疗机构疼痛科将低价的“神经阻滞治疗”按照高价的“神经阻滞麻醉”申报，该行为涉嫌“串换诊疗项目”之情形。

（四）《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（六）项“（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”

1. 将医疗保障基金不予支付的医疗服务项目串换成医疗保障基金予以支付的医疗服务项目等进行报销。

案例 15 新技术套用老技术申报

伴随着麻醉学的发展，新的技术不断应用于临床，但是医保收费目录更新具有延迟性，需要经过备案审批等环节。某省某医疗机构将尚未进入医保目录 A 项目按照已有项目 B 进行申报。该定点医疗机构上述行为属于“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”之情形。

2. 将医疗保障基金不予支付的医用耗材串换成医疗保障基金予以支付的医用耗材等进行报销。

案例 16 将医保支付范围外的耗材 A 串换成医保支付范围内的耗材 B

某定点医疗机构在为对参保患者进行全麻手术的气管插管时，实际使用的气管插管 A 不在当地《某省医疗保障诊疗服务项目设施及耗材目录》规定支付范围内，但气管插管 B 在上述《目录》规定支付范围内，该机构将气管插管 A 串换为气管插管 B 计入收费清单并进行收费的行为，“串换医用耗材”之情形。

（五）《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第（七）项“（七）造成医疗保障基金损失的其他违法行为”

1. 人员配备问题

麻醉医师配备数量与国家或当地政策规定不符。例如：M 省《某通知》规定“医疗机构麻醉科医师人数（含规培医生），按核定手术床位数：手术台数：医师数=20: 1: 2.5 的比例，予以配备”。检查时应关注被查定点医疗

机构的麻醉科医师人数（含规培医生）是否按上述规定配备充足。

2. 执业资格问题

（1）独立实施麻醉的医师资质与国家或当地政策规定不符

例如：M省《某通知》规定“三级医疗机构独立实施麻醉的医师需要具备中级以上专业技术职称；二级医疗机构麻醉可由3年以上工作经验的住院医师独立实施”。检查时应关注被检查定点医疗机构独立实施麻醉的麻醉科医师是否符合上述规定。

（2）不具备麻醉执业资格

检查时要关注被检查定点医疗机构麻醉科医师是否具备麻醉科目执业资格，麻醉科医师、护士是否取得经过专业理论和技术培训相应证书或麻醉专业职称证书。

案例 17 使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作

根据《中华人民共和国医师法》第十四条第一款“医师经注册后，可以在医疗、预防、保健机构中按照注册的执业地点、执业类别、执业范围执业，从事相应的医疗、预防、保健业务”、《医疗机构管理条例》第二十八条：“医疗机构不得使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作”、《医疗机构管理条例实施细则》第八十一条第二款“医疗机构使用卫生技术人员从事本专业以外的诊疗活动的，按使用非卫生技术人员处理”的规定，定点医疗机构从事麻醉工作的医师既应依法取得医师资格、也须在其依法注册的执业范围内开展麻醉服务工作。M省某定点医疗机构麻醉科医师D某为临床专业，但其依法注册的执业范围仅限于“儿科”，该机构麻醉科由医师D某在超出其法定执业范围的情况下于2023年7月21日独立对参保患者林某某进行“全身麻醉”并申报“全身麻醉”等项目费用，系“使用非卫生技术人员从事医疗卫生技术工作”造成医保基金损失的情形。

案例 18 在取得医疗机构执业许可前开展麻醉医疗服务

某省定点医疗机构于2024年8月15日在当地行政许可中心办理了“变更诊疗科目”登记-新增“麻醉科”。查询历史登记信息，发现该院自首次办理《医疗机构执业许可证》之日起至2024年8月14日期间其诊疗科目中均无“麻醉科”。但医保结算信息系统显示：该医院在2024年8月15日前，已开展麻醉医疗服务并收费，且上传医保系统申请基金结算。该院上述行为违反了《医疗机构管理条例》第二十七条“医疗机构必须按照核准登记

的诊疗科目开展诊疗活动”的规定，属于“造成医疗保障基金损失的其他违法行为”之情形。

3. 设备配置问题

(1) 手术室内麻醉设备配备问题

检查时要关注被查定点医疗机构手术室内麻醉设备是否满足国家或当地政策规定的最低配备要求。

例如：M省《某通知》规定“三级医院手术室内麻醉设备配备应满足以下要求：麻醉机1台/手术床、基本监测设备1台/手术床、温度监测设备0.4台/手术床、PetCO₂监测 $\geq$ 0.4台/手术床、有创监测0.4台/手术床、麻醉气体监测 $\geq$ 50%床位数、肌松监测 $\geq$ 2台、便携式呼吸机 $\geq$ 1台、困难气道设备 $\geq$ 2台、除颤器每手术区至少一台、注射泵 $\geq$ 1台/手术床、血气分析仪至少一台、神经刺激器/超声设备等设备至少一台；二级医院手术室内麻醉设备是否满足麻醉机0.5-1台/手术床、温度监测设备0.2台/手术床、PetCO₂监测 $\geq$ 0.2台/手术床、有创监测 $\geq$ 0.1台/手术床、肌松监测 $\geq$ 1台、除颤器 $\geq$ 1台、注射泵 $\geq$ 0.5台/手术床、有基本的困难气道处理设备”。

(2) 麻醉恢复室麻醉设备配备问题

检查时要关注被查定点医疗机构麻醉恢复室床位数与手术间数配置比例、麻醉恢复室内设备仪器配置数量等是否符合国家或当地政策规定的最低配备要求。

例如：M省《某通知》规定“麻醉恢复室床位数与手术间数按1:3比例配置；每间恢复室按照床位数与监护仪、独立麻醉机（或呼吸机）数量至少1:1的比例配置，配备抢救用药及设备”。

(3) 手术室外麻醉的设备配置问题

检查时要关注被查定点医疗机构手术室外麻醉的设备配置是否符合国家或当地政策规定的最低配备要求。

例如：M省《某通知》规定“手术室外麻醉，床位与基本监护仪按照1:1的比例配置，每一处麻醉位置配备独立麻醉机（或呼吸机），配备抢救用药及设备”。

4. 质控方面

检查时要了解国家或当地麻醉质控政策规定，关注被查定点医疗机构是否存在不符相关规定的情形。

(1) 医疗机构麻醉医师是否按规定书写麻醉文书，医疗机构是否按规定保存文书。

例如：医疗机构按规定使用统一的麻醉文书，填写清晰、完整、真实、无涂改，付页保留 2 年以上。电子麻醉记录系统内容应涵盖统一记录单的全部内容，数据可查。

(2) 非住院麻醉患者，是否按规定书写麻醉文书。

例如：非住院患者麻醉，具有知情同意和麻醉小结（记录）单，填写规范、完整、真实。

(3) 医疗机构麻醉科室是否建立健全日常上报工作。

(2) 例如：建立麻醉管理数据库，对麻醉质量进行定期评价，持续改进。及时按照质控要求上报相关报表，真实性评价结果达到要求。实施麻醉不良事件无责上报制度。

(六)《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条第一款第(三)项“虚构医药服务项目”

医疗机构虚构诊疗服务，对实际未实施的麻醉项目、未使用的麻醉药品或耗材进行收费；伪造（含变造、涂改）麻醉文书，虚记药品、耗材和治疗费用的行为。

案例 19 虚构诊疗服务

某省某定点医疗机构通过敛取他人医保卡、虚构门诊/住院医疗服务、伪造医疗文书、空刷医保卡、骗取医保基金支出，并将违法所得与相关参保患者、敛卡人及该机构参与其中的医生、护士、财务等工作人员按比例分成。参保人员 L 某 2020 年 3 月 1 日至 2020 年 3 月 5 日每天 8:00 至 17:00 在某省 A 企业在岗工作期间，将其医保卡交给敛卡人 N 某，N 某将 L 某医保卡交给该机构，该机构虚构 L 某于 2020 年 3 月 1 日 9:00 来此就医做脂肪瘤切除，编造麻醉记录及手术记录，上传并申报“局部麻醉”等项目费用。该机构上述行为，属于虚构诊疗服务骗取医保基金支出的违法行为。

案例 20 某省某定点医疗机构住院病历中《手术记录》显示该院骨科对参保患者林某某在腰麻下行胫骨骨折复位+髓内钉固定术；《麻醉记录》显示麻醉方式仅为“腰麻”；手术麻醉信息管理系统中仅有“腰麻”，但无“硬膜外麻醉”记录及用药、监测等信息底档，计费清单显示手术当日收取了

“腰麻”、“硬膜外麻醉”费用。该院在无硬膜外麻醉的情况下收取并申报硬膜外麻醉费用的行为，涉嫌“虚构诊疗服务”之情形。

另外，例如：某省定点医疗机构 A《麻醉记录单》、手术麻醉信息系统底档中无任何降压记录，血压记录内容没有体现血压变化，也未见使用降压药物，但计费清单显示收取了“控制性降压”项目费用，涉嫌“虚构诊疗服务”之情形。

案例 21 无医嘱或麻醉记录收费

M 省某定点医疗机构住院病历中《手术记录》显示该院骨科对参保患者林某某在腰麻下行胫骨骨折复位+髓内钉固定术，《麻醉记录》显示麻醉方式仅为“腰麻”，收费清单显示手术当日计费并收取了腰麻、硬膜外麻醉费用。该院在无硬膜外麻醉记录内容的情况下收取并申报硬膜外麻醉费用的行为，涉嫌“虚构诊疗服务”之情形。

另外，例如：某省定点医疗机构 A《麻醉记录单》、手术麻醉信息系统底档中无体温监测记录，但计费清单显示收取了“术中体温监测”项目费用的行为，同样涉嫌“虚构诊疗服务”之情形。

五、重点检查方法

（一）掌握相关政策

检查组应组织检查人员全面掌握国家及被检机构所在地的医疗、医保、价格等方面的相关政策，包括但不限于下列几项内容：

1. 国家及当地对定点医疗机构开展麻醉医疗服务所需医疗执业许可资质、用药、能力建设等方面的有关政策规定。

2. 当地与麻醉有关的医疗保障基金监管规定、协议管理要求等。

3. 当地医保普通门诊、门诊慢性疾病、普通疾病住院、重大疾病住院关于麻醉方面的保障待遇。

4. 国家及当地《医疗服务项目价格目录》、《医疗保障诊疗项目目录》中有关麻醉的内容，例如：项目内涵（包括基本概念、操作流程、麻醉用药、使用设备与耗材等）、限定支付条件（如：限定疾病种类、病情程度、数量等）、计价单位（如：每例、每半小时、每 1 小时、每 2 小时等）、收费规则（如：除外内容、包含关系、互斥关系、按比例减价收费、加收项目的起算数量和价格上限等）。

5. 当地与麻醉医疗费用有关的审核结算规则（如：予以支付、不予支

付的情形等)。

6. 当地与麻醉有关医疗费用数据上传、申报的规范要求。

7. 与麻醉有关国家卫生行业标准，例如：中华人民共和国卫生行业标准-手术室医学装备配置标准、麻醉记录单标准等。

8. 与麻醉有关的全国卫生行业协会团体标准，例如：麻醉科建设与设备配置标准、手术室麻醉信息系统基本功能规范等。

9. 行业协会最新指南，例如：麻醉信息管理系统建设与临床应用专家共识(2024)。

10. 最新出版的麻醉专业书籍等，例如：人民卫生出版社的《麻醉学》(第10版)、《现代麻醉学》(第5版)、《实用麻醉药理学》、《麻醉专科护理操作技术》、《麻醉设备学》(第4版)、《麻醉解剖学》(第4版)、《麻醉生理学》(第4版)、《麻醉药理学》(第4版)、《临床麻醉学》(第4版)、《疼痛诊疗学》(第4版)等，中华医学会编著的《临床技术操作规范-麻醉学分册》、《临床技术操作规范-疼痛学分册》等。

(二) 大数据筛查及规则

检查组信息人员根据麻醉学科的特点、常见违规问题行为特点、举报投诉线索、并依据国家及当地《医疗服务项目价格目录》《医疗保障诊疗项目目录》和其他相关政策文件，制定筛查规则、提取疑点数据、分析逻辑关系，并根据筛查情况为麻醉相关检查提供方向指引和数据支撑。另外，根据检查工作的开展，数据筛查规则需要与检查成果互相印证，进行多轮调整优化，包括增删规则、调整参数等，以进一步提高违法违规行疑点的识别精准度。

1. 提取相关数据

完整的数据提取和高质量的数据匹配校验是高质量完成数据筛查的基础。提取数据内容包括：提取检查对象与麻醉服务关联的 HIS 系统数据、上传医保数据中，例如：医师信息(包括学术专业、医师资格、执业地点及科目范围、专业技术职称等)、患者信息(如年龄、性别、精神状态等)、手术项目、治疗项目、所用药品、医用材料、诊断内容等医疗服务费用数据，及上传并申请医保基金结算的相应项目费用数据；提取所用麻醉药品和麻醉相关医用材料的采购、入库、出库、结余数据信息；提取涉及麻醉

药品和麻醉医用材料的进销存、财务资金往来数据。

1.1 提取力求“全”

重点关注定点医疗机构 HIS 系统和医保结算系统数据的提取。要将定点医疗机构 HIS 系统和医保结算系统中，涉及本地和异地就医、医保和非医保患者的所有发生、结算数据进行完整提取。

1.2 校验力求“准”

- (1) 医保结算明细与医院 HIS 系统明细对比
- (2) 医保结算总金额与受检医疗机构业务收入的对比
- (3) 医保结算主单和结算明细的对比

通过数据校验，可获得较真实的医保结算主单、医保结算明细、医院 HIS 系统明细 3 个数据表。

1.3 生成力求“细”

为方便飞检过程中规则的运行筛查，我们会以医院 HIS 系统明细为基础，将医保结算明细中涉及医保结算的相关字段（如符合范围金额）匹配进医院 HIS 系统明细数据中，形成飞检使用的主要数据表（主要目的之一是通过飞检规则筛查出违规明细后，能区分哪些是自费的违规明细，哪些是进入医保报销的违规明细）。

2. 疑点数据分析

重点分析以下几类可疑数据：

(1) 涉嫌过度诊疗

例如：违反相对和绝对禁忌症使用某麻醉方式、药品的疑点数据。

(2) 涉嫌重复收费

例如：某麻醉服务项目、或某麻醉药品、或某麻醉所需医用耗材计费数量多于常规用量的疑点数据。

(3) 涉嫌超标准收费

例如：某麻醉服务项目、或某麻醉药品、或某麻醉所需医用耗材计费价格高于当地价格规定的疑点数据。

(4) 涉嫌分解项目

例如：医保基金结算数据显示某定点医疗机构在某参保人手术当日将“蛛网膜下腔阻滞麻醉”及“硬膜外阻滞麻醉”费用同时上传申报的疑点数据。

（5）涉嫌串换诊疗项目

例如：某定点医疗机构 HIS 系统数据显示麻醉方式名称为“经皮穿刺踝关节局部阻滞麻醉”，而该机构上传申报医保基金结算数据显示收费项目名称为“神经阻滞麻醉”的疑点数据。

（6）涉嫌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

例如：某定点医疗机构 HIS 系统数据显示麻醉方式为带有自费标识的“自控硬膜外镇痛治疗”，而该机构上传申报医保基金结算数据显示收费项目为医保支付项目的“硬膜外镇痛治疗”的疑点数据。

（7）涉嫌资质不符

例如：某定点医疗机构《医疗机构执业许可证》上核准登记或者备案的诊疗科目中无麻醉科目，但该机构上传申报麻醉费用的疑点数据；某定点医疗机构麻醉科某医师注册执业范围无麻醉科目，但该医师上传申报麻醉项目（除外“局部浸润麻醉、神经阻滞治疗”项目。因临床口腔科、普外科、消化内科、耳鼻喉科等科室医师实施检查或治疗时，常规需要使用上述麻醉，但其执业范围并不注册备案“麻醉”科目，故予以除外）费用的疑点数据。

（8）涉嫌虚记麻醉服务

例如：对某定点医疗机构开展某麻醉服务项目的日均数量进行计算。结合已掌握的麻醉医师数据（如：专业技术职称、相应数量、具体工作时间等）、麻醉相关设备仪器数据（如：具体型号、适用范围、相应数量、使用年限）等，对单日每医师或每仪器能够提供最大量的某麻醉服务数量进行测算，并进行合理性分析，如发现明显超出其最大服务数量合理范围的异常情形（如机构某麻醉服务的日均服务数量超出最大合理数量的），则列为“涉嫌虚计麻醉服务”的疑点数据。

（9）涉嫌虚构麻醉服务

例如：参保人员 L 某医保卡于 2023 年 3 月 8 日在 A、B 两家定点医疗机构均有住院手术及麻醉费用发生和上传，则 A、B 两家定点医疗机构均有虚构麻醉服务的疑点。

3. 数据筛查规则

严谨的选取和准确的制定数据筛查规则，是高质量完成数据筛查的关

键。飞检规则筛查分2个阶段，一是现场检查前的准备阶段（备注：在进入被检定点医疗机构前的规则筛查结果，因未进行现场核实取证，故只能作为可疑线索、不能直接用来认定受检医疗机构违规）；二是现场检查阶段。这2个阶段的目标不同，任务也不同，但筛查的规则都是依据麻醉方面的临床诊疗规范、医药价格政策、医保支付规定等内容进行选取和制定。该过程需依靠医疗专家和医保专业人员参与指导和测试，故建议医保和医疗专家、飞行检查人员在数据提取和校验阶段提前入场，全程参与数据校验和规则筛查。

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
1	初筛骗取医保	比对医院HIS、LIS系统数据和医保数据是否相符，核查是否存在虚记麻醉费用的情况。
2	基金支出问题	盘对医院麻醉药品、耗材等进销存，核查是否存在虚记麻醉费用的情况。
3	初筛过度诊疗问题	开具“硬膜外麻醉”诊断为中枢神经系统疾病的，例如脊神经根病变。
4		开具“全身麻醉”同时开具“神经阻滞包”的。
5		“纤维支气管镜”和“可视喉镜”同时使用于非胸科肺部手术
6	初筛重复收费问题	麻醉项目收费数量大于医嘱开具数量的
7		开具“麻醉监护下镇静术”同时开具其他麻醉的，例如收取“椎管内麻醉”。
8		开具“麻醉监测”同时开具“有创性血压监测”的。
9		开具“全身麻醉”同时开具“气管插管术”、“特殊方法气管插管术”的。
10		开具“麻醉下腰椎间盘突出症大手法治疗”同时开具麻醉项目的。
11		开具“一次性使用麻醉穿刺包”同时开具“腰麻硬膜外联合套件”、“硬膜外套件”的。
12		开具“麻醉苏醒监护（麻醉恢复室监护）”同时开具“呼吸机吸痰护理”的。
13		开具“神经阻滞麻醉”同时开具“侧隐窝阻滞术”、“侧隐窝臭氧

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
		注射”的。
14		开具“多参数监护无抽搐电休克治疗”同时开具“全身麻醉”的
15		开具“胃镜”、“肠镜”检查同时开具 ≥ 2 例“全身麻醉”
16	初筛超标准收费问题	开具“全身麻醉”同时全额开具“全额逆行法”、“纤维喉镜”、“气管镜置管”的。
17		复合麻醉时，两种及以上不同麻醉联合使用时，第二种麻醉方法起收取全额费用的。
18	初筛串换诊疗项目和服务设施问题	核对医院HIS中是否存在未在医保目录中的新的麻醉技术项目。
19		疼痛科开具“神经阻滞麻醉”。
20	初筛耗材使用进销存问题	核实计费为“一次性血氧饱和度探头”，实际使用耗材出入库情况

4. 筛选重点病历

结合患者年龄、精神状态、既往病史、过敏史、疾病诊断、手术方案，结合麻醉方式、麻醉药品的适应证以及禁忌证，结合麻醉所需仪器设备、医用材料的适用范围等，对涉及麻醉服务的相关数据进行筛查，发现异常疑点并关联出相应重点病历。重点筛选以下病历：

- （1）年总数量排名靠前的麻醉服务涉及的病历；
- （2）将麻醉所需药品，按规格、型号、厂家等分类，将结算金额、结算数量进行排序，排名靠前的药品涉及的病历；
- （3）将麻醉所需医用耗材，按规格、型号、厂家等分类，将结算金额、结算数量进行排序，排名靠前的耗材涉及的病历；
- （4）违反相对和绝对禁忌症使用某麻醉方式、或某麻醉药品涉及的病历；
- （5）某麻醉服务项目、或某麻醉药品、或某麻醉所需医用耗材计费数量多于常规用量涉及的病历；
- （6）某麻醉服务项目、或某麻醉药品、或某麻醉所需医用耗材计费价格高于当地价格规定涉及的病历；

- (7) 超出说明书适用范围使用麻醉药品材涉及的病历;
- (8) 违反限定支付条件使用麻醉药品材涉及的病历;
- (9) 超出注册适用范围使用麻醉所需医用耗材、或所需仪器设备涉及的病历。

(三) 现场检查取证工作

1. 核验资质

医疗机构资质: 核验定点医疗机构的事业单位法人证书(公立)或营业执照(民营营利性)/民办非企业单位登记证书(民营非营利性)、医疗机构执业许可证、医疗机构等级证明等材料, 明确其经营性质、范围、等级以及开展麻醉医疗服务的相关资格, 例如:《医疗执业许可证》上有无麻醉科目, 在发证日期之前是否已开展麻醉医疗服务。

医务人员资质: 麻醉科全部工作人员名册(除外护理人员), 医师相关毕业证书、学位证书、医师资格证书、执业资格证书、麻醉医师规范化培训结业证书、专业技术培训上岗证书、电子注册信息、医保服务医师登记信息等材料, 明确其开展相关麻醉服务的资格。

设备证照材料: 核验麻醉相关仪器设备的配置许可、说明书、合格证、年检单等资料, 明确医疗机构具体可以开展的麻醉服务与监测项目种类。查看麻醉诊疗项目使用仪器与政策文件中规定的相关功能是否一致, 核对仪器的三证及说明书中对于仪器的工作原理、适用范围的描述与所开展的麻醉项目是否相符, 仪器是否能正常使用, 再与收费项目比对。

2. 资产盘点

根据固定资产表和设备证照资料, 现场盘点定点医疗机构的麻醉所需仪器设备, 核对其型号、数量、使用记录、使用年限等信息与相关表单、证照是否一致。

根据检查的时间段, 盘点麻醉所需一次性医用耗材的进销存台账、财务台账、销售结算数据、实物库存等, 核验其数量逻辑关系是否一致, 从中寻找串换、重复收费、虚构等违规疑点, 以进一步核实麻醉服务的真实性。例如: 核验开展动脉内压力监测、穿刺置管术数量和配套所需一次性压力传感器耗材数量是否匹配; 术中开展体表加温治疗, 核实其升温毯、升温装置数量及其进销存情况。

3. 检查财务报表和凭证

核对财务报表的收入和支出，以及麻醉药品、一次性医用耗材是否取消加成情况。因在之前的检查中，发现过某些型号穿刺针并没有取消加成，单纯统计取消加成的相关耗材，会出现遗漏的问题，故需要留意。

须特别注意“其他支出”“营业外支出”科目，可以发现向参保人员返还费用的线索；“现金收入”科目，可以发现免除参保人员自付/自费费用情况。

4.检查手术记录、麻醉医疗文书、手术麻醉信息系统底档、收费清单等内容

将数据筛查、核验盘点中发现的疑点问题抽取一定比例的病历及相应费用清单进行检查。在《手术记录》查看手术具体术式、手术操作流程、麻醉方式名称，在《麻醉记录》查看麻醉医师签字、麻醉方式（重复、串换）、麻醉时长、麻醉药品、使用一次性医用耗材（名称、型号等）、数量（重复、虚记）等信息；在手术麻醉信息系统查看麻醉记录、麻醉方式、麻醉时长、麻醉药品、一次性医用耗材、数量等底档信息。

5.询问关键人员

（1）相关患者

根据数据筛查和现场调查发现的高度可能涉及虚构医药服务项目、冒名就医等违规的线索，可以在当地医保部门的协助下，通过电话、实地走访病房等方式，查看患者现状、向患者询问了解相关手术、麻醉和收费的情况，进一步验证。

（2）医护与财务人员

工作制度和流程：询问医保管理人员、物价管理人员、计费人员、耗材管理人员、麻醉医师、手术室/复苏室护师，了解其开展麻醉、收费的制度和流程，了解麻醉相关价格收费、医保报销等政策，了解向参保人员返还费用、免除参保人员自付/自费费用的情况。

专业问题：根据检查需要，询问麻醉科和临床手术科室相关医师，了解该院开展的麻醉类型、麻醉方法、麻醉相关仪器设备、配套耗材使用等专业情况。询问操作仪器设备人员，询问主要包括仪器购买的时间、收费的项目、如何操作使用、耗材的使用情况、是否有使用记录等，必要时让其现场进行实操演示。注意麻醉仪器设备，需要医院专业人员陪同，并要合理安排检查时间，以减少对正在进行麻醉患者的影响。

疑似违规问题：对前期调查发现的疑似违规问题，进行针对性询问，了解该问题是否属实；经询问确定实际存在的违规问题，进一步询问了解其成因、责任部门/人员、违规范围、是否有关联的和类似问题等。

肺部肿瘤专项检查工作指南

(2025 年版)

肺癌是全球范围内发病率和死亡率最高的恶性肿瘤之一。在我国，肺癌是发病率和死亡率最高的恶性肿瘤类型，其早期诊断和治疗一直是医学界关注的焦点。近年来，随着分子生物学和基因组学的快速发展，越来越多的新治疗方式和新诊断方法不断涌现，给肺癌的治疗带来了新的希望。然而，在肺癌的诊疗过程中也出现了过度诊疗、串换诊疗项目、不合理用药，甚至篡改医疗文书等一些挤占公共资源，造成医保基金损失的违规现象。为进一步保障医保基金的合理支出，深入推进肺癌诊疗医保基金监管专项治理，结合《中国临床肿瘤协会肺癌诊疗指南 2023》等相关临床诊疗规范及基金监管实践，制定本指南。

一、基本概念

肺部肿瘤是发生在肺部的病变，可以是良性的，也可以是恶性的。良性肿瘤多是一些发生于肺部组织内的良性结节，通常不会转移，也不会对生命造成威胁，但有时也可能需要治疗；恶性肺部肿瘤多指肺癌，为起源于支气管黏膜或腺体的恶性肿瘤，恶性程度高，如果不及时治疗，可以扩散到其他部位，威胁生命。主要类型包括非小细胞癌（NSCLC）和小细胞癌（SCLC）。常见的诱因主要是吸烟、空气污染、慢性肺部疾病、遗传性因素等，早期诊断和治疗可提高患者生存率。目前，肺癌的治疗方法主要包括手术、放疗、化疗、靶向治疗和免疫疗法等，具体取决于疾病的类型、扩散的程度和患者的病史。

（一）肺部肿瘤的病因

1. 良性肿瘤病因

（1）遗传因素（2）环境因素（3）先天发育异常（4）感染

2. 恶性肿瘤病因

（1）吸烟（2）空气污染（3）职业致癌因子（4）电离辐射（5）肺内疾病（6）饮食与体力活动（7）遗传因素

（二）肺部肿瘤的症状

1. 良性肺部肿瘤典型症状

良性肺部肿瘤绝大多数无症状、无阳性体征，

但当肿瘤增大压迫邻近组织器官时则会出现咳嗽、少痰、胸闷气短、胸痛、咯血、声音嘶哑等临床症状。

2. 恶性肺部肿瘤典型症状。肺癌的早期症状:咳嗽、低热、胸部胀痛、痰血;肺癌的晚期症状:面颈部水肿、声嘶、气促;广泛转移肺癌症状:持续性头痛、视朦、乏力、消瘦。

(三) 肺部肿瘤的诊断检查

体格检查、肿瘤标志物检测、胸部 X 线、CT、PET-CT、MRI、放射性核素骨扫描° (SPECT) 检查、超声、内镜检查、基因检查、组织病理学检查、剖胸探查术。

1. 影像学检查

(1) X 线胸片检查: 虽然经济、射线量小且无创, 但对早期肺癌的诊断价值有限。它主要适用于大于 2 公分的中晚期肿瘤。如果怀疑肺癌, 应及时进行胸部 CT 扫描。

(2) 胸部 CT 检查: 是肺癌诊断、分期、治疗和后期随诊中最重要、最常用的影像学检查方法。它提供了完整的三维信息, 能够清晰显示病变组织, 甚至可以检出早期肺癌。

(3) PET-CT 检查: 是肺癌诊断、分期、疗效评价和预后评估的最佳方法。通过给患者注射含有放射性的造影剂, 利用相应的设备跟踪癌细胞的活动情况, 可以准确判断肺内病灶性质和是否发生扩散。

(4) 核磁共振 (MRI): MRI 利用核磁共振原理, 通过外加梯度磁场检测所发射出的电磁波, 绘制出物体内部的结构图像。它对软组织有高分辨力, 可以清晰显示肺内团块与较大气管和血管的关系, 特别适合判断脊柱、肋骨以及颅脑是否发生了转移。

但影像学检查都不足以确诊肺癌, 确诊仍需要通过病理学检查。

2. 内窥镜检查

(1) 支气管镜检查 and 超声支气管穿刺活检术: 通过直接观察支气管内的病变情况, 照相并取出肿瘤样本进行病理检验。对于中央型肺癌, 超声引导下的支气管穿刺活检可以明确病理诊断。

(2) 纵膈镜检查: 用于确定肺癌扩散的区域淋巴结数量, 是确诊淋巴结状态的金标准。通过类似内窥镜的小型镜管检查胸部中心和附近的淋巴结, 可以做活体细胞切片检查。

(3) 胸腔镜检查: 当 X 光、CT 等检查不能准确获得病变组织时, 可以通过胸腔镜肺活检进行准确诊断和临床分期。

3. 血液免疫生化检查

血清肿瘤标志物检测: 通过检测血液中的肿瘤标志物, 常见的检测项目: 如癌胚抗原 (CEA)、神经特异性烯醇酶 (NSE)、细胞角蛋白 19 片段抗原 (CYFRA21-1)、胃泌素释放肽前体 (ProGRP)、鳞状上皮细胞癌抗原 (SCC) 等, 可以作为肺癌存在的参考。

4. 分子病理、组织学检查

(1) 组织学检查: 通过活检获取肺癌组织样本, 进行组织病理学检查, 来确定肿瘤的具体亚型, 如非小细胞肺癌 (NSCLC) 或小细胞肺癌 (SCLC)。组织学检查还可以评估肿瘤的分级、分期和其他特征, 为制定个体化治疗方案提供重要依据。

(2) 分子病理学检查: 常用的分子病理学检测方法包括 Sanger 测序法、RT-PCR 法、FISH 法、IHC 法和 NGS 方法等, 特别是。根据临床需求, 可通过采集肿瘤组织石蜡、细胞学、液体活检标本综合判断选择合适的检测方法, 通过检测特定基因的突变或融合, 例如, EGFR、ALK、ROS1、KRAS、BRAF、RET、MET、HER2 等, 确定是否适合靶向药物治疗可以指导靶向治疗。

分子病理学检测还可以评估 PD-L1 蛋白表达和肿瘤突变负荷 (TMB), 以确定是否适合免疫治疗。

(四) 鉴别诊断

肺结核病、肺部炎症、肺脓肿、肺隐球菌病

(五) 肺部肿瘤的类型

1. 按肿瘤细胞来源分类

(1) 原发性肿瘤: 是指起源于肺部的细胞, 这些肿瘤可能源自肺的任何部分, 如支气管、肺泡或肺间质。原发性肿瘤包括多种类型, 如肺腺癌、鳞状细胞癌和大细胞癌。

(2) 继发性肿瘤: 也称为转移性肿瘤, 是指起源于身体其他部位的肿瘤细胞通过血液或淋巴系统转移到肺部。常见的原发部位包括乳腺、结肠、前列腺和肾脏。

2. 按生物学特性分类

(1) 良性肿瘤: 这类肿瘤生长缓慢, 一般不侵犯周围组织或远处转移。

肺部的良性肿瘤包括肺错构瘤、肺泡腺瘤等。

(2) 恶性肿瘤：恶性肿瘤具有快速生长、侵袭周围组织和远处转移的特性。肺癌是最常见的恶性肿瘤类型，根据组织学特征可进一步分类为非小细胞肺癌（包括肺腺癌、鳞状细胞癌等）和小细胞肺癌。

(六) 肺癌的分期

1. 非小细胞肺癌的分期

最常用的是 TNM 分期系统，也叫做美国癌症联合委员会系统（AJCC）。在 TNM 分期中，结合了有关肿瘤、附近淋巴结和远处器官转移的信息。T 代表肿瘤（其大小以及在肺内和临近器官的扩散程度），N 代表淋巴结扩散，M 表示转移（扩散到远处器官）。

2. 小细胞肺癌的分期

小细胞肺癌分为“局限期”和“广泛期”（也称扩散期）。局限期指癌症仅限于一侧肺且淋巴结仅位于同一侧胸部。如果癌症扩散到另一侧肺，或者对侧胸部的淋巴结，或者远处器官，或者有恶性胸水包绕肺，则叫做广泛期。

(七) 肺癌的转移

1. 肺癌脑转移：肺癌病人出现无原因的头疼、呕吐、视觉障碍以及性格、脾气改变可能为肺癌转移到脑部引起的颅内高压或脑神经受损所致。2. 肺癌骨转移：大约有 50% 肺癌病人最终会出现多个部位的骨转移。3. 肺癌肝转移：肝脏也是肺癌常见的转移部位，约有 28-33% 的肺癌出现肝转移。最常见的症状为肝区疼痛，为持续性胀痛，同时可伴有食欲不振，消化不良等肝功能受损的表现。4. 肺癌肾及肾上腺转移：肾及肾上腺均是肺癌晚期出现血道转移的结果，约有 17%-20% 的肺癌病员出现肾及肾上腺转移，患者常无症状，有部分病员可出现肾区胀痛，但很少出现影响肾功能。5. 肺癌其它部位转移：肺癌除上述几种常见转移部位外，较少见的转移部位有皮肤、皮下组织、肌肉、腹腔内、心脏等部位的转移，症状常与转移部位相关。如转移到心脏可出现胸闷、心悸甚至气急、晕厥、心律紊乱等症状。6. 转移临床表现① 压迫或侵犯膈神经，引起同侧膈肌麻痹。② 压迫或侵犯喉返神经，引起声带麻痹声音嘶哑。③ 压迫上腔静脉引起面部颈部上肢和上胸部静脉怒张皮下组织水肿上肢静脉压升高。④ 侵犯胸膜，可以引起胸腔积液，多为血性。⑤ 癌肿侵入纵隔，压迫食管，可引起吞咽困难。⑥ 上叶顶

部肺癌,亦称Pancoast肿瘤或肺上沟瘤,产生胸痛颈静脉或上肢静脉怒张水肿臂痛和上肢运动障碍,同侧上眼睑下垂,瞳孔缩小,眼球内陷,面部无汗等颈交感神经综合征。

(八) 肺癌并发症

1. 呼吸道并发症: 如痰液潴留、肺不张、肺炎、呼吸功能不全等。2. 手术后血胸、脓胸及支气管胸膜瘘。3. 心血管系统并发症

(九) 肺癌治疗

1. 手术治疗

手术治疗是针对肺肿瘤治疗(包括良恶性)的首选方法。手术主要针对肺部早期肿瘤、局部进展期肿瘤、新辅助治疗后的肿瘤以及各种晚期肿瘤的姑息性治疗。手术方式根据病变的部位和大小,包括开胸或胸腔镜下全肺、肺叶袖式、单纯或联合肺叶、单纯或联合肺段、肺楔形切除等。肺切除的同时,应根据具体情况,进行肺门和纵膈淋巴结的采样或系统清扫。对于侵犯胸膜、胸壁、心包、大血管或其他临近器官组织者,根据情况进行扩大切除,包括联合胸壁切除及重建术、心包部分切除术、胸膜剥脱术、大血管切除重建术等。随着达芬奇机器人的应用,通过机器人辅助进行复杂肺肿瘤手术得以顺利开展。

2. 药物治疗

(1) 化学治疗: 肺癌的化学治疗(化疗),是一种利用化学药物阻止肺癌细胞增殖、浸润和转移的全身性治疗手段。化疗会抑制骨髓造血系统,主要是白细胞和血小板的下降,联合中医中药及免疫治疗效果佳。由于小细胞肺癌所具有的生物学特点,目前公认除少数充分证据表明无胸内淋巴结转移者外,应首选化学治疗,非小细胞肺癌的化疗 对非小细胞肺癌虽然有效药物不少,但有效率低且很少能达到完全缓解。肺癌的化学治疗根据治疗方法可以分为根治性化疗、姑息性化疗、术前新辅助化疗、术后辅助化疗、胸腹腔、心包腔、鞘内化疗五大类。常用的药物有培美曲塞、吉西他滨、紫杉醇、多烯紫杉醇、白蛋白结合紫杉醇、紫杉醇脂质体、伊立替康、顺铂、卡铂、洛铂等。

(2) 靶向治疗: 是一种治疗特定肺癌类型的新方法,它利用药物靶向肿瘤细胞表面的特定蛋白质,从而阻止肿瘤细胞的生长和扩散。常用的药物包括针对EGFR突变的吉非替尼、厄洛替尼、埃克替尼、阿法替尼、达可

替尼、奥希替尼、伏美替尼、阿美替尼、贝福替尼等；针对 ALK 突变的克唑替尼、阿来替尼、色瑞替尼、布格替尼、恩沙替尼、洛拉替尼等；针对 ROS1 的克唑替尼、恩曲替尼等；针对 BRAF 的达拉非尼、曲美替尼等；针对 MET 突变的克唑替尼、赛沃替尼、谷美替尼、伯瑞替尼、卡马替尼、特泊替尼等；针对 RET 突变的普拉替尼、赛普替尼等。靶向治疗药物通常只对特定类型的肺癌有效，但可以在一些情况下提供更好的治疗效果。

（3）免疫治疗：是一种新型的肺癌治疗方法，它利用人体免疫系统的力量攻击肿瘤细胞。目前，一些针对肺癌的免疫治疗药物已经被批准使用，包括 PD-1（帕博利珠单抗、纳武单抗、替雷利珠单抗、信迪利单抗、卡瑞利珠单抗、斯鲁利单抗等）和 PD-L1 抑制剂（阿替利珠单抗、德瓦鲁单抗、舒格利单抗、阿得贝利单抗等）和 CTLA-4 抑制剂（伊匹木单抗）等。

3. 放射治疗

放疗是治疗早期和局部晚期肺癌的常规治疗方法之一。放疗对小细胞癌最佳，鳞状细胞癌次之，腺癌最差。但小细胞癌容易发生转移，故多采用大面积不规则野照射，照射区应包括原发灶、纵隔双侧锁骨上区、甚至肝脑等部位，同时要辅以药物治疗。鳞状细胞癌对射线有中等度的敏感性，病变以局部侵犯为主，转移相对较慢，故多用根治治疗。腺癌对射线敏感性差，且容易血道转移，故较少采用单纯放射治疗。现代放疗技术如三维适形放射治疗（3D-CRT）、调强放射治疗（IMRT）和立体定向放射治疗（SBRT）可以精准定位肿瘤并最大限度地减少对周围正常组织的影响。

（1）对于不适合手术切除或医学原因不能接受手术治疗的早期非小细胞肺癌首选体部立体定向放射治疗，推荐剂量 BED $\geq$ 100Gy，2 周内完成；对于不适合手术治疗的局部晚期非小细胞肺癌首选同步放化疗，建议三维适形放射治疗、调强放射治疗等高度适形的放疗技术以尽可能降低心肺毒性。放疗剂量推荐：60-70Gy/30-35 次/6-7 周。晚期患者可选择性行局部姑息性放疗。

（2）对于局限期小细胞肺癌，以化疗联合局部治疗的综合治疗为原则，建议同步放化疗，放疗应在化疗早期阶段开始。放疗剂量：45Gy/30Fx，每日两次或 60-70Gy/30-35Fx，每日一次。对于不适合手术切除或医学原因不能接受手术治疗的早期小细胞肺癌体部立体定向放射治疗，原则同非小细胞肺癌。晚期患者可选择性行局部姑息性放疗。

4. 介入治疗

适用对象为第一诊断为原发性支气管肺癌，不愿接受外科治疗及不能耐受外科治疗的Ⅰ-Ⅲa期非小细胞肺癌患者，无手术指征的Ⅲb、Ⅳ期非小细胞肺癌患者，伴大咯血的肺癌患者。

(1) 消融治疗：肺癌的消融治疗是一种局部治疗方法，旨在通过物理手段破坏肿瘤组织，包括：射频、微波、冷冻、激光几种方法，通常用于那些无法接受手术切除的患者，或者对手术不适合的情况。射频、激光消融适合直径较小的肿瘤，而微波、冷冻更适合治疗邻近大血管或邻近重要脏器的肺部肿瘤的肿瘤。

(2) 内镜下治疗：呼吸内镜下肿瘤治疗主要目的是针对中晚期肺癌造成气道狭窄、阻塞的再通治疗以及延缓气道内肿瘤再生的局部治疗。支气管镜下治疗方法多样，主要包括能量消融、光动力、机械切割、局部放疗、药物注射以及支架治疗。针对不同的病人以及肿瘤侵犯范围、类型、狭窄严重程度选择不同的个性化治疗方式。

(3) 血管介入：肺癌的经血管介入治疗是指经导管向肺癌的供血动脉直接灌注化疗药物或/和以栓塞剂阻断肺癌血供的治疗方法，包括：经动脉灌注化疗术、经动脉栓塞术、经动脉化学栓塞术、以及经动脉放射栓塞术。

经动脉灌注化疗通过提高肿瘤区域的药物浓度，更大程度地杀灭肿瘤细胞。选择性动脉栓塞术可有效阻断肿瘤血供，一方面可有效治疗肿瘤引起的出血性事件，另一方面还可造成肿瘤组织缺血坏死，有效杀灭肿瘤组织。两者联合使用时还可以提高疗效。灌注所用化疗药物同指南推荐的治疗方案，剂量同全身用量，而对于患者一般情况差，可适当减量；栓塞剂的种类可包括：颗粒性栓塞剂（PVA、微球、明胶海绵等）、液体栓塞剂（碘化油、组织胶等）、机械性栓塞材料（弹簧圈、覆膜支架、血管塞等）、载药微球、放射性微球等。

(十) 肺部肿瘤术后护理

1. 控制疼痛：体表止痛法、放松止痛法；
2. 日常护理：褥疮预防、缓解症状、病情观察及护理、心理护理、饮食护理等；
3. 术后护理等。

二、重点违规问题

肺癌通常包括手术治疗、介入治疗、放疗、化疗、靶向单抗药物治疗等。按照组织学分型分为小细胞肺癌和非小细胞肺癌两类。在肺癌的诊疗过程，可能存在的欺诈骗保问题主要集中在串换收费、重复收费、分解收费、超医保支付范围、过度诊疗、超标准收费、欺诈骗保等。常见违法违规行为如下：

（一）串换诊疗项目和服务设施

指医药机构申报收费的药品、医用耗材或诊疗项目与实际操作、使用的不符，导致收费增加或者医保基金支出增加的行为。常见违规情形有：将自费诊疗项目串换为医保支付的诊疗项目、将没有申报收费立项的诊疗技术串换为医保支付的诊疗项目，或者将低标准收费的诊疗项目串换为高标准收费的诊疗项目。

1. 将低价项目串换成高价项目

（1）影像类检查项目，如：临床操作的B超引导串换成临床操作的彩色多普勒超声引导。

（2）化验检查类项目，如：将酶法串换为干化学法或将手工法串换为仪器法。将检验项目串换为按检验方法计费。

（3）内窥镜检查类项目，如：纤维支气管镜按照电子支气管镜上传等。

（4）药品类项目，如：将价格较低的药品串换成价格较高的药品进行收费。

（5）治疗类项目，如将肺癌手术后的中换药按照大换药收费。

2. 将医保不支付的项目串换成医保支付的项目

（1）影像类检查项目，如：有的医疗机构将医保不支付的PET-CT（正电子发射计算机断层成像术）、SPECT（单光子发射计算机断层成像术）串换成多部位的CT检查来达到使用医保基金支付的目的。

（2）检验类检查项目，将自费诊疗项目串换为医保支付的诊疗项目、将没有申报收费立项的诊疗技术串换为医保支付的诊疗项目，在肺肿瘤诊疗中常表现为自费高收费单价的基因检测项目，串换项目收取多个数量的脱氧核糖核酸（DNA）测序、印迹杂交技术等。如检测EGFR、ALK、RET等肿瘤基因，实际使用液相基金芯片或数字荧光PCR技术收费，串换成多个数量的“原位杂交技术”或“印迹杂交”等医保可支付项目收费，在肺肿瘤诊疗中常表现为自费高收费单价的基因检测项目，串换项目收取多个数

量的脱氧核糖核酸（DNA）测序、印迹杂交技术等。例如：某医院病理科将非医保支付项目“肺癌治疗靶点检测（168 基因）”，串换为“脱氧核糖核酸（DNA）测序” *27 项收费，且所用试剂已标明仅供科研实验使用；将非医保支付项目“人类 EGFR 基因 21 种突变检测（荧光 PCR 法）”、“组织/细胞荧光定量脱氧核糖核酸聚合酶链反应检测诊断”、“BRCA1/2 基因突变检测”串换成多个数量的“脱氧核糖核酸（DNA）测序”；将“化学药物用药指导的基因检测”串换成多个数量的“印迹杂交技术”等医保可支付项目收费。

（3）药品类项目，如：将医保不支付的项目串换成医保药品进行收费。

（二）重复收费

指医疗机构对某一项诊疗服务项目超过实际提供数量反复多次收费，或者在收取某一项诊疗项目费用时另行收取其内涵中所包含的其他项目和耗材。常见情形有：

1. 违规收取已包含的项目费用

如做 B 超检查时，收超声耦合剂的费用（普通超声耦合剂大部分地方不作为项目除外内容，其价格包含在超声检查费中，不可单独收费）。

2. 医疗机构检查、治疗多收费

在结算的住院日期内，超出按天或小时计费的项目，如护理费、床位费、管道化吸氧、术后镇痛术（仪器）等；无医嘱或超医嘱范围组合打包收费未检测检验项目，且未出具检验报告，如常规药敏定量试验（MIC）等；. 开展初阶段检验类医疗服务项目，还未确认检测结果阳性时，组套收取针对阳性标本采用的次阶段检验服务项目费用，如细菌培养未检测出阳性菌已收取药敏试验费用，实际未进行药敏检测。

3. 影像检查项目内涵的重复收费（依据地方政策核实床旁检查加收费类情况的加收费标准、核实门诊病历此类床旁费用（非急诊或抢救类）加收费合理性）

床旁类检查项目，同时收取本项目和床旁项目，如同时收取“B 超”和“床旁 B 超”、“X 光”和“床旁 X 光照像”，但该项目各地医保规定不完全一致，若上述项目均为单独收费项目，联合收费就会导致重复收费的问题，若上述项目的床旁项目属于加收项，则联合收费不存在违规。

4. 设置套餐收费导致的其中某项重复收费

组套计费存在项目交叉，造成重复收费情况。如两个检验套餐中均有

钠、钾、氯等电解质项目。设置两个影像检查套餐中均包含某一部位 CT/MRI 项目。

5. 检验项目内涵导致的重复收费

检验项目内涵已经包含某个子项目或者某项操作，医院收取该检验项目费用时，又单独将其包含的子项目或者操作进行收费，如自动细菌鉴定(含试剂材料费)(60 元/次)和普通细菌培养(含细菌生化鉴定)(20 元/次)均包含细菌生化鉴定。

6. 临床治疗/手术项目内涵已包含的内容或操作重复收费

根据临床路径或收费项目内涵中明确已包含的内容，在收取该手术或操作项目费用的同时又重复收取包含的操作费用。例如：某医院对患者行肺癌根治术时，同时收取“肺癌根治术”项目内涵中包含的“淋巴结清扫术”费用；某医院对患者行肺癌根治术时，同时无依据加收“胸膜粘连烙断术”费用；经支气管镜冷冻治疗时，重复收取项目内涵中包含的“电子(荧光)支气管镜检查”费用；已收取经纤支镜肺泡灌洗诊疗术，重复收取经纤支镜治疗；经纤支镜治疗，如滴药、止血，同时收取经纤支镜治疗和经纤支镜特殊治疗两项费用。

7. 一次性耗材重复计费

将一次性耗材重复使用，多次计费，如耗材超声刀，应为一次性使用耗材，但部分医院存在将其反复使用，多次计费情况。

(三) 超标准收费

违反医疗服务项目及价格收费政策规定，发生超人次、超疗程、超床日、超限定部位、超限定次数、超限定价格、改变计价单位等收费并进行医保结算的行为。

1. 各类项目加收超标准

影像类项目，如一次进行多个同类影像检查时，有时会涉及到加收项目，如医院 DR 未达到加收标准计费加收项目、加收项目金额超加收标准，都会构成超标准收费；

手术类项目，如在同一个人部位同时做两个以上(含两个)手术者，第二个以上(含第二个)手术应按该手术费的 50% 收费，但医院按照全价收费；如在手术标本 ≤ 4 块时收取“中手术标本检查与诊断”(180 元/例)后再收取“中手术标本检查与诊断(4 块以上)”(20 元/块)费用，收费人员未

能正确理解“中手术标本检查与诊断”（180 元/例）内涵，不知道“中手术标本检查与诊断”（180 元/例）已经包含 4 块蜡块收费，所以额外加收了“中手术标本检查与诊断（4 块以上）”20 元/块费用。

2. 性能型号相关收费超标准

有的影像检查收费与检查仪器、配套耗材的性能、型号相关联，如螺旋 CT 机的排数、MRI 机的场强等，收费如高于实际的性能型号对应的标准则构成超标准收费。

3. 改变计价单位或价格

超出当地医疗服务项目及价格政策规定的收费标准进行收费。包括：医疗服务价格政策调整后医疗机构未及时更新收费系统项目价格；违反当地医疗服务价格政策收费，如项目计价单位为“次”的按“项”收费；未按照部分地区项目政策按比例减收费用。不同的影像检查方法和检查部位，其计价单位不同，分别有按时间、次数、曝光次数、部位、脏器、肢体、血管等，一些医疗机构不执行标准计价单位就会发生重复收费。如：应按次收的项目医院却按检查部位或血管数量收了多次。

4. 医院药品、耗材未执行“零加成”政策

医疗机构新进药品或耗材系统维护收费条目时，未执行“零加成”政策，加价销售医用药品、耗材。

（四）分解收费

将某一服务项目的费用分解成多个子项目进行收费，并且拆分计费总费用高于该项目费用。

1. 检查项目，如 B 超常规检查按部位收费，腹部（含肝胆脾胰双肾）30 元，而单脏器 B 超检查每个脏器 10 元（每增加一个加收 5 元），医院将腹部 B 超分解为 6 个单脏器收费 35 元；

2. 手术项目，如肺部分切除术、肺叶切除术、纵膈肿瘤切除、全肺切除术及系统性淋巴结清扫分解为开胸探查术和对应的手术项目等；如肺癌淋巴结清扫，分解为多个淋巴结切除的项目；

3. 康复类项目，如普通电针针刺分解收取普通电针针刺和特殊空位针刺费用等；

（五）过度诊疗

同时开具多个作用雷同的项目，或项目数量、频次明显超过了规范要

求、提供不必要的检查治疗项目等；

1. 短期内检查

参考各地临床诊疗规范和质控方面的要求，如医疗机构短期内多次给肺肿瘤患者无依据的反复开展 X 线、CT 等影像检查，则有过度检查之嫌；

2. 组套检查收费

影像检查项目，如国家诊疗编号 002103000040000 的“X 线计算机体层（CT）成像”，项目说明“用于血管、胆囊、CTVE、心脑、骨三维成像等”，但一些医疗机构对所有做 CT 的患者，无论病情和检查部位，都做三维成像并收费；

检验项目，如套餐式检验，未针对患者病情按需开展检验检查；临床意义相同或者相近的检验项目同时开展，如对未确诊乙肝的病人同时使用 PCR 方法和抗体法检测乙肝病毒感染情况、对未确诊梅毒的患者同时开具梅毒确诊实验 TPPA 和梅毒血清反应 RPR 的情况；

康复理疗项目，如同一治疗过程中，同一项目编号下的细分项目同时使用，如“普通针刺”项目编号下同时使用体针、快速针、磁针、金针等，或一天多次普通针刺治疗。

3. 违反诊疗规范过度诊疗或者提供其他不必要的医药服务

参照各地临床诊疗规范的要求，短期内重复开展多项肺肿瘤标志物或相关基因位点检测，例如：“神经元特异性烯醇化酶测定(NSE)”是小细胞肺癌、神经母细胞瘤的肿瘤标志物，部分定点医疗机构对非小细胞癌患者反复多次行神经元特异性烯醇化酶测定；将细胞角蛋白 19 片段测定作为患者入院常规检查项目。

（六）超医保支付范围

1. 超药品说明书适应症用药问题

主要表现为：参保人病情不在最新核准修订的药品说明书适应症范围，医生基于研究进展或临床经验等原因，为参保人开具相应药品并发生医保记账。

2. 超医保支付限定内容用药并发生医保结算

主要表现为：参保人病情属于最新核准修订的药品说明书适应症范围，但不符合医保药品目录限制性使用条件，医生为参保人开具相应药品并发生医保结算。

（七）伪造（含变造、涂改）服务项目

指医药机构以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医保基金支出的行为。

1. 虚构医药服务项目，医疗机构实际并未使用医药产品或未开展诊疗项目，而向患者收取相应费用，并向医保基金申请支付；如肺肿瘤患者死亡后仍发生靶向药物结算的情形；

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

3. 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；如：为违规报销结算“抗肿瘤药物”等限制用药费用，伪造篡改患者基因检测报告等医疗文书；为夸大疾病严重程度，将未达入院指征的参保人员收治住院，伪造相关检验结果；在 DRG（DIP）付费模式下，为高套入组、退出 DRG（DIP）实施项目付费等，伪造相关病历内容；甚至，医疗机构“无中生有”，在参保人员未实际就诊，乃至未真实患病或者已死亡的情形下，以骗取医疗保障基金为目的，为配合办理虚假住院（含门特门慢、门急诊）、进行虚假治疗、虚假购药等，主观故意虚构参保人员诊疗事实，模板式、成套式伪造相关材料，通过本地及异地直接联网结算或垫付报销的形式骗取医疗保障基金。

（八）将医保不支付的费用纳入医保基金结算

1. 未纳入定点医药机构的第三方机构检验费用、影像费用、基因检测费用违规纳入医保支付。

2. 违反卫生、药监等行政部门有关规定的情形。如人员资质、实验室资质不符。实施具体操作、出具报告、审核报告的医务人员不具备检验、影像相关医疗资质，或者存在冒用其他人员审签报告的情形，可重点关注级别较低的医疗机构在夜班、节假日期间的项目开展情况。如开展检验项目相关医药机构资质，对于抗肺肿瘤使用的靶向治疗药物应用过程中开展的基因检测、血药浓度监测等，需要在卫生行政部门批准的相关实验室开展（如 PCR 基因扩增实验室）或使用药监部门批准的试剂开展检测。监管过程中发现医疗机构存在违反规定在没有获得临床相关部门验收的基因扩增实验室开展基因检测，违反规定使用没有获得药监部门批准（或是修改了已获批项目的试剂或检测系统，但按照临床实验室自建项目（LDT）的要求

进行管理)的试剂开展检测并进行医保结算的行为。

3. 医疗机构将抗肺肿瘤相关药品临床试验项目(GCP)全部或其中部分试验相关费用纳入医保结算。近年来,与肺肿瘤治疗相关的新药研究、课题研究热度越来越高,按照药物临床试验质量管理规范以及《关于印发城镇职工基本医疗保险诊疗项目管理、医疗服务设施范围和支付标准意见的通知》的相关规定,各种科研性、临床验证性的诊疗项目医保不予支付。监管过程中发现医疗机构因未对肺肿瘤药物临床试验进行专项专管,出现违规医保支付的情况。如:医疗机构出现将肺肿瘤药品临床试验中应当由申办者付费的检查、检验费用进行医保结算的行为。

(九) DRG/DIP 支付方式类违规

结合前期对肺肿瘤病例的病案首页、交易明细、病例入组等数据,综合考量不同等级机构收费标准不同、费用异常、住院时间异常、肺炎病例等情况,应用大数据算法模型进行数据挖掘分析,进而建立病组循证轨迹,核查在DRG/DIP付费的统筹区,是否存在套高病组、低标入院、住院费用转移至门诊以及过度医疗等不规范的行为。

三、重点检查方法

(一) 掌握相关政策

确定检查对象后,检查组应组织检查人员全面掌握被检机构所在地的医保相关政策,包括但不限于下列几项内容:

1. 当地医保服务项目目录中有关肺癌收费的内容,以及相关价格规定。
2. 当地与肺癌诊疗有关的医保政策。
3. 当地关于肺癌诊疗定点医疗机构的相关政策规定。
4. 当地关于肺癌诊疗的门诊及住院医保待遇。
5. 当地与肺癌诊疗有关的审核规则。
6. 当地与肺癌诊疗有关的数据规范上传要求。
7. 当地与肺癌诊疗有关的监管规定、协议管理要求等。

(二) 大数据筛查

检查组信息人员根据肺癌诊疗学科的特点、常见违规问题行为特点、举报投诉线索、并依据医疗服务项目目录和其他相关政策文件制定审核规则,制定筛查规则、提取疑点数据、分析逻辑关系,并根据筛查情况为其它检查提供核查方向和数据支撑。

1. 对肺癌诊疗进行总体分析，即肺癌外科治疗类、内科治疗类、介入治疗类、放疗类、化疗类、肺良性肿瘤类、初诊随诊（复诊）类患者分别按总费用统计排名。

2. 依据选定的患者的费用明细，按照费用类型分别排序，对各类费用类型中的项目分别查阅，将重点可能存在违规的项目进行核实。

3. 对 HIS 系统数据按照常规的筛选规则，结合医保结算数据、当地三目、肺癌相关政策文件要求，导出使用肺肿瘤药物的数据并结合药品说明书适应症、医保药品限定支付内容，筛选出超临床适应症使用或超医保支付限定内容结算的药品数据；对可能存在的违规点形成规则，初步筛选数据。

4. 筛选出定点医疗机构治疗肺肿瘤用靶向药结算数据，重点核查未出现相关基因检测收费项目而纳入医保支付的药品数据。根据数据筛查结果，筛选重点病历，供医疗小组逐一审核。提取医院 HIS 系统病人信息、医保后台数据，并对患者既往史、疾病诊断以及开展的相应治疗项目种类和数量，所开展情况进行统计重点检查核实。

5. 提取医院 HIS 系统信息、肺肿瘤基因检测试剂购销存、医院收费、财务转账等数据，分析数据逻辑关系后供财务小组现场核查。提取医疗费用清单中药品使用数量、品规、价格等数据，辅助检查项目结算数据，比对数据吻合程度后进一步核查。

6. 比对辅助检查收费项目名称与 HIS 系统项目名称，收费项目数量与 HIS 系统项目数量等。

7. 提取医疗机构 DRG/DIP 疾病分组为“呼吸系统肿瘤”、“胸部大手术”、“上叶，支气管或肺的恶性肿瘤”等相关病历数据，结合病史核查是否存在套高病组等违规情形。（DRG 病组付费病种高套情况是否存在）

（三）资质核查

1. 核查医疗机构是否取得 PCR 基因扩增实验室设立许可，核查相关基因检测仪器设备、试剂等医疗器械注册证等。

2. 核查医疗机构是否有肺肿瘤药物临床试验（GCP 项目）资质，重点核查药物临床试验机构资格认定证书（科室，项目负责人）。

3. 核查医疗机构开展肺肿瘤相关基因检测使用的体外诊断试剂是否已取得国家药品监督管理局备案，相关试剂医疗器械注册证信息在官网上是

否可以查询到。

4. 结合肺肿瘤药品结算信息，核查科室、医生信息，是否具备开具相关靶向药的资格，是否符合协议中“两定”的有关规定。

（四）盘点进销存

查阅医疗机构肺肿瘤药物、体外诊断试剂挂网采购、使用、管理情况，实地走访药学部门、医学检验实验室等部门，提取财务部门相关药品、体外诊断试剂采购发票，盘点进销存。

（五）审核肿瘤药物临床试验及其他临床科研项目相关资料

查看医院 GCP 管理办公室管理制度、试验项目、受试者档案、台账；翻阅肺癌新药临床试验项目方案、知情同意书等。核查是否存在将应申办方承担的费用纳入医保结算的情况。

（六）审核病史资料

根据 DRG/DIP 分组筛查规则筛出的疑点数据，抽取相关病史资料，核查实际开展诊疗情况，是否存在套高病组等情形；抽取部分肺肿瘤入院手术或术后药物治疗病史，重点通过对病程记录、手术记录、辅助检查等进行审核，结合《肺癌临床诊疗指南》等规范，综合判断是否存在过度诊疗、过度检查、不合理用药等违规情形。

1. 通过查看患者诊断、病程记录，核查使用肺肿瘤靶向药、化疗、免疫治疗的药品，是否符合药品临床适应症，有无超医保限定内容使用药品并发生医保结算的情况；核查有无串换诊疗项目、不合理收费等情形。

2. 重点核查病史中基因检测报告，如是由第三方检测机构出具的报告，首先核查第三方检测机构的资质，再根据医疗机构与第三方检测机构协议及外送记录或财务票据、调取基因检测仪器设备、试剂医疗器械注册证综合判断报告的真实性。

（七）问询关键人员

检查人员应有针对性地依法对相关人员进行询问调查。重点对相关医护、药学、医学检验实验室、医务管理人员等进行询问，如发现涉嫌存在篡改辅助检查结果的情形，可视情况询问相关人员。

（八）现场审核重点科室及检查方向

1. 病史核查重点内容

筛选肺癌靶向药、化疗药审核重点病历。筛选重点病历：①说明书适

应症或医保限制支付条件含基因检测等特定辅助检查结果的药物所涉及的病历；②医保支付条件放宽限制滞后于说明书适应症调整的药物所涉及的病历；③说明书适应症范围大于医保支付范围的药物所涉及的病历；④最新研究进展或临床实践证实超说明书适应症用药可使患者获益的药物所涉及的病历；⑤调取局限期、广泛期 SCLC 化疗的病历；⑥复发 SCLC 化疗的病历；⑦NSCLC 化疗的病历。结合相关疾病诊疗规范和指南，综合判断是否存在超限用药等情况；重点关注对判断是否符合医保支付条件起关键作用的辅助检查结果，如果相关检查实施机构为独立设置的第三方检测机构，通过对外送检查申请记录、检查报告接收情况进行审核，综合判断是否存在篡改报告结果可能等情况。

2. 对药房、药库等进行检查

调取肺癌靶向药、化疗药盘点表、随货同行单、采购发票、随货同行单等资料，以及现场清点药品实际库存，再通过与相应药品收费数据进行对比，核查既往进货量与 HIS 系统销售量是否一致、相关票据是否真实、票账货是否相符、财务账目是否符合管理要求、是否严格执行“零加成”“集采”政策、是否存在药品串换、是否存在篡改辅助检查结果、是否存在超药品目录限制性条件和超药品说明书使用的情况。若疑似存在违规问题，应结合“病历评审”“比对数据”等情况，有针对性地依法对相关人员进行询问调查。

3. 对影像科室现场检查

（1）对各类资质进行核实①医疗机构资质：核验定点医疗机构的事业单位法人证书（公立）或营业执照（民营营利性）/民办非企业单位登记证书（民营非营利性）、医疗机构执业许可证、医疗机构等级证明等材料，明确其经营性质、范围、等级以及开展医学影像检查的相关资格；②医务人员资质：核验医师相关资格证书、执业证书、培训上岗证书、电子注册信息、医保医师信息等材料，明确其开展相关检查的资格；③设备证照：核验医学影像检查设备的配置许可、说明书、合格证、年检单等资料，明确医疗机构具体可以开展的检查项目种类。根据有关规定，PET-MR、PET-CT 需要省级卫健委颁发大型医用设备配置许可证，X 射线、CT 机需要当地卫健部门颁发放射诊疗许可证。（大型仪器设备许可证、年检记录）

（2）核实影像科设备及耗材使用情况

根据固定资产表和设备证照资料，现场盘点定点医疗机构的影像检查设备，核对其型号（如螺旋CT的排数、MRI的场强等）、数量、使用记录等信息与相关表单、证照是否一致，抽查核实耗材经销存情况。

（3）检查病历记录和影像检查结果记录

将数据筛查、核验盘点中发现的疑点问题抽取一定比例的病历、费用清单进行检查。重点检查肺癌常用的自费项目PET-CT、SPECT的患者名单，对调取患者的缴费情况，核实是否存在串换诊疗项目的情况。影像检查的结果一般都有数据存储记录，可以调取结果记录进行核实，包括收费结算的影像检查是否有对应的检查结果记录（重复、串换）、结果与患者基本情况和病情是否相符等（冒名、虚构）。如发现相关问题，需对相关人员进行约谈核实。

4. 对检验科室进行现场检查

（1）针对肺癌大数据筛查、病案审查的疑点问题以及上述重点关注的检验项目，前往实验室开展现场检查。（1）现场核查LIS系统中，LIS系统数据与医用设备存储的检验原始数据是否匹配，购进检测仪器、试剂数量与项目开展数量是否相匹配，外送标本登记情况是否属实。（2）现场核查检验试剂、仪器资格证书，重点核验相关试剂、设备能否开展相应检验项目，所采用的方法学、操作方式是否与项目收费一致。（3）提取检验报告签字人员信息、医疗机构检验医师（技师）名单、人员排（值）班表等，初筛相关人员是否具备相应执业资质、是否存在冒名签字等情况。

（2）核查肺癌相关检验试剂购销存数据。针对大数据筛查的疑点问题以及上述重点关注的检验项目，通过调取相应试剂盘点表、随货同行单、采购发票等资料，以及现场清点实际库存，按照试剂方法学不同分类核查购销存数据，再通过与相应收费数据进行对比，核查收费是否准确、数据是否吻合、票据是否真实，重点检查是否存在串换检验项目、虚记检验费用等情况。如发现相关问题，需对相关人员进行约谈核实，重点了解是否存在诱导住院、虚假就医、虚记检验费用、虚构医药服务等情况。

5. 对呼吸外科科室进行检查

肺癌呼吸外科主要收治对象为第一诊断为支气管肺癌，需要行肺局部切除、肺叶切除、全肺切除、开胸探查术的患者。针对肺癌外科手术的大数据筛查疑点问题以及上述重点关注的外科手术病历中涉及项目，调取相

关患者的病历及收费清单，结合《支气管肺癌临床路径 2009 年版》、《原发性肺癌手术临床路径 2012 年版》，核实基本住院流程，对其中诊断依据、治疗方案的选择、常规检查项目、制定手术术式及术后治疗等进行查阅，尤其是纤维支气管镜检查+活检、胸部 CT、PET-CT 等检查和一次性使用腔内直线切割吻合器及组件、一次性使用腔镜下切割吻合器组件等一次性医用耗材及电子胸腔镜下胸部手术项目，对比收费清单，查看是否存在的分解住院、低标准入院、分解手术的情况，是否存在虚记耗材费用、串换手术耗材的情况，是否存在上述重点关注的影像、检验、药品等项目存在违规的情况。如存在相关问题，需对相关人员进行约谈核实。

6. 对呼吸内科科室进行检查

(1) 肺癌呼吸内科主要收治对象为①无化疗禁忌的患者第一诊断为非小细胞肺癌，需行新辅助、根治性化疗、姑息性化疗及同步放化疗；②第一诊断为小细胞肺癌，需术后化疗、根治性化疗、姑息性化疗及同步放化疗，但无化疗禁忌的患者；③第一诊断为原发性肺癌，符合根治性放疗指征、符合术前/术后放化综合治疗指征、符合姑息性放疗指征的患者；④符合靶向治疗的患者。

(2) 针对肺癌内科病历的大数据筛查疑点问题以及上述重点关注病历中涉及项目，调取相关患者的病历及收费清单，结合《非小细胞肺癌化疗临床路径 2016 年版》、《小细胞肺癌手术临床路径 2016 年版》、《原发性肺癌放射治疗临床路径 2012 年版》、《新型抗肿瘤药物临床应用指导原则 2022 年版》，核实基本住院流程，对其中诊断依据、常规检查项目，尤其是通过患者胸部 CT，腹部 CT 或 B 超，头颅 CT 或 MRI、PET-CT、ECT 全身骨扫描和肿瘤标志物如 NSE, CEA 等，判断选择治疗方案是否合理。其中，靶向治疗应查阅靶向药三定材料是否与靶向药限定条件相符，对开展临床试验的病历，了解经费拨付情况，确定是否存在医保基金重复支付的情况，是否存在将自费项目 PET-CT 串换多部位 CT 收费的情况，是否存在上述重点关注的影像、检验等项目存在串换收费、重复收费、虚（多）记费等违规的情况。如存在相关问题，需对相关人员进行约谈核实。

7. 对介入科室进行检查

肺癌介入科室主要收治对象为第一诊断为原发性支气管肺癌：(1) 患者不愿接受外科治疗及不能耐受外科治疗的 I~IIIa 期非小细胞肺癌患者；

(2) 无手术指征的 IIIb、IV 期非小细胞肺癌患者; (3) 伴大咯血的肺癌患者。针对肺癌介入科室的大数据筛查疑点问题以及上述重点关注的介入治疗病历中涉及项目, 调取相关患者的病历及收费清单, 结合《支气管肺癌介入治疗临床路径 2016 年版》, 核实基本住院流程, 对其中诊断依据、治疗方案的选择、常规检查项目、制定介入治疗术式及术后治疗等进行查阅, 尤其是胸部影像学检查、纤维支气管镜、肺穿刺活检、支气管动脉造影化疗栓塞术、肺癌射频或微波消融术、放射性粒子植入术、消融术和粒子植入术可与支气管动脉造影化疗栓塞术相结合等检查和介入治疗项目, 对比收费清单, 是否存在上述重点关注的影像、检验等项目存在串换收费、重复收费、虚(多)记费等违规的情况, 对手术中所使用的碘 125 粒子、氩氦刀、明胶海绵粒子栓塞剂耗材盘点进销存, 判断是否存在虚记手术耗材费用、串换手术耗材的情况。如存在相关问题, 需对相关人员进行约谈核实。

8. 对内镜室进行检查

内镜室涉及肺癌镜检的部分工作。主要的仪器设备包括纤维支气管镜检查、电子支气管镜、纵膈镜、EBUS(超声支气管镜)。检查人员需要对设备仪器的三证、说明书核实, 对仪器对应的收费条目进行核实, 确定是否存在串换检查项目等违规行为, 对设备内部存储影像检查信息及门诊手术记录等信息复核, 确定是否存在多记检查费用的违规行为。如存在相关问题, 需对相关人员进行约谈核实。

四、数据筛查规则

选取各地反映的典型疑点问题, 制定相关筛查规则(详见下表), 供检查人员参考。需要注意的是, 筛查规则仅是根据相关规范和检查经验设定, 以定位较高概率违法违规问题为目的的技术指标。初筛出的疑点数据及问题, 需严格按照当地医保政策, 进一步调查核实、固化取证, 才能最终确定是否违法违规以及违法违规的情节、金额等, 不能直接作为处理处罚的依据。另外, 由于病种结构、诊疗习惯、医保政策等存在地区差异, 检查人员应根据被检地实际情况, 结合病历核查、人员询问等获取的信息, 合理调整筛查规则(包括增加、减少规则, 调整规则参数等), 并进行多轮筛查, 以便更加精准定位违法违规问题。

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
1	提取肺肿瘤患者影像学检查结果，核查实际开展情况	比对 PACS 系统中患者影像学检查报告与医保收费数据，筛查是否存在有收费无报告的情况，是否存在多计费行为；比对影像学报告名称与医保收费项目名称，是否存在收费与完成项目不一致，是否存在串换项目行为。
2	提取肺肿瘤患者检查化验结果，核查实际开展情况	比对 LIS 系统中患者检验报告与医保收费数据，筛查是否存在有收费无报告的情况，是否存在多计费行为；比对检验报告名称与医保收费项目名称，是否存在收费与完成项目不一致，是否存在串换项目行为。
3	串换项目之药物临床试验（GCP 项目）或其他临床试验课题项目是否纳入医保结算	筛查参加肺肿瘤药物临床试验（GCP 项目）或其他临床试验课题项目的参保人名单发生的所有医保收费项目，比对参保人参加药物临床试验（GCP 项目）时是否同时将临床试验中列举的各类收费项目纳入医保结算。
4	串换基因检测项目开展情况的核查	提取医疗机构基因扩增实验室检查报告数据，如外送第三方检查机构的，可导出检测结果数据与实际医保结算情况进行比对，筛查是否存在串换收费、存在多计费行为，通过聚类分析筛查疑点线索。利用大数据对相关药品、医生、检验人员、第三方检验机构等情况进行聚类，形成指向性供进一步核查。
5	串换诊疗项目和服务设施之将影像学医保外项目串换成医保内项目	提取自费类或还未立项的影像学检查项目，如 PET-CT（正电子发射计算机断层成像术）、SPECT（单光子发射计算机断层成像术）的 PACS 报告数据，比对患者 HIS 收费数据，筛查是否存在项目串换情况。
6	串换诊疗项目和服务设施之将检验学医保外项目串换成医保内项目	提取自费类或还未立项的检验类项目，如自费高收费单价的基因检测项目的 LIS 报告数据，比对患者 HIS 收费数据，筛查是否存在项目串换情况。
7	盘点肺肿瘤药品、检验试剂进销存	比对医院肺肿瘤用药品、检验试剂、耗材的采购、入库、销售、库存数据与医院医保和自费销售的数据一致性，其中对于检验试剂需比对其实际对应收取检验项目收费数据，依据试剂盒标注可检验样本数计算其理论可完成项目数量，是否存在项目收费数量+库存试剂理论可完成数量>试剂采购入库理论可完成数量情况。
8	项目计价单位为日或时长核实重复收费问题	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，计算实际住院时长或日期，与计时类项目做差，进行一步核实。如护理费、床位费、管道化吸氧、心电监测费用、换药、术后镇痛术（仪器）等。
9	检验项目核查实际开展情况	提取 HIS 系统中各类微生物检验项目药敏试验收费数据，比对 LIS 系统报告数据，筛查是否存在阴性标本按阳性标本多计费用情况。
10	短期内反复开展检查的数据筛查	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，筛选短期内多次开具影像学检查（如 X 线、CT、MRI 等）的病历，进行一步核实。
11	过度诊疗之检查、检验及治	分析医院医嘱与医保收费的对照关系，筛查是否存在医

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
	疗项目是否存在组套、过度等行为	保收费项目组套造成收费项目数量、种类>医嘱或收费项目计费难度加收>医嘱，是否存在过度、靠高标准收费情况。
12	重复收费之设置项目加收与项目合并计费的重复收费	提取肺部肿瘤患者手术、治疗、影像学检查数据，比三目中项目物价金额，核实是否存在收费金额>目录物价标准情况，提取此类加收收费项目与原项目同时收费情况，筛查是否为重复计费。
13	重复收费之检查、检验项目是否存在组套间项目交叉或组套内项目单独重复计费情况	分析医院医嘱与医保收费的对照关系，筛查医嘱组套项目与其中包含项目同时收费情况；比各个医嘱之间交叉项目，筛查其中交叉项目同时间同患者收费数量>=2情况。
14	靠高收费之 DRG、DIP 支付问题筛查	针对呼吸系统肿瘤、支气管、肺部恶性肿瘤等分组病组趋势变化情况分析、病组关键项目与收费情况的一致性分析，筛查是否存在套高病组等违规行为。
15	药品超医保支付限制之药品是否符合医保限制基因检测条件的条件	系统提取限制基因检测条件的药品数据，比对基因检测报告数据，筛查其中无基因检测报告药品数据，或基因检测报告与药品医保限制不符的情况，患者外院（上级或同级其他医院、或其他基因检测实验室）检测报告需与报告出具机构核实其真实性。
16	药品超医保支付限制之提取肺肿瘤治疗用药，核查药品超临床适应症、医保支付范围使用使用情况	比对肺肿瘤使用药品收费数据与结算清单、病案首页等相关数据，筛查超过药品临床适应症、医保支付范围使用药品并纳入医保结算的行为。
17	超标准收费之筛查医药产品、耗材是否执行零加成问题（其中对于中草药饮片、颗粒按当地物价加价标准执行政策）	若医疗机构 HIS 数据中的该医药产品、耗材收费总额 > 财务数据中的该产品（期初金额+购入金额-库存金额）。而该医药产品、耗材进销存数量基本匹配，则可确定该医疗机构存在加价销售医药产品、耗材问题。
18	超标准收费之曲解计价单位	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，筛选时间、次数、曝光次数、部位、脏器、肢体、血管，日均收费次数 > 1 的数据组，进行进一步核实。
19	超标准收费之手术、治疗、影像学检查超标准收费	提取肺部肿瘤患者手术、治疗、影像学检查数据，比三目中项目物价金额，核实是否存在收费金额>目录物价标准情况，如有此类项目数据，核实病历信息是否符合该项目加收政策。
20	超标准收费之耗材实际使用情况核查	提取肺部肿瘤患者使用耗材数据，重点对于高单价、高频次使用耗材核实其注册证适用范围，核实是否存在超注册证适用范围情况；关联耗材相应治疗/手术项目，核实其是否符合医保支付要求；关注一次性使用耗材，核实其是否反复使用，重复计费。
21	串换诊疗项目和服务设施之将低价项目串换成高价项目	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，筛选“临床操作的彩色多普勒超声引导”、“干化学法”、“仪器法”、“电子气管镜”数据，核实开展该项目的仪器三证及说

序号	筛查目的	筛查方法（规则）
		明书；筛选收费数据中涉及按大小难易区分定价的治疗项目，核实其收费标准是否符合要求。
22	分解收费之手术、治疗项目的分解收费	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，对其中涉及的手术、治疗项目内涵，进行项目比对，筛查是否存在手术/治疗项目按操作过程分解多个子项目收费，且分解后子项目合计金额>总项目金额情况。
23	分解收费之检验项目的分解收费	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，对其中涉及的检验类项目，与三目进行项目组合比对，筛查是否存在检验类项目按检验结果分解为多个检查子项目收费，且分解后子项目合计金额>总项目金额情况。
24	分解收费之分解住院	提取 HIS 系统中肺部肿瘤病历收费数据，同一患者短时间内多次出入院的病历，进一步核实出入院情况。
25	其他（转嫁自付）	应医保支付的费用改为自费，筛选数据，进一步核实。

五、典型案例

1. 某医药销售公司工作人员篡改肿瘤患者基因检测报告结果骗取医保基金案：医药销售代表高某在几家医疗机构销售奥希替尼时，因该药纳入医保结算的条件是需通过检验确认存在 EGFR T790M 突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者，高某采取 P 图的方式伪造基因检测报告结果，为不符合医保支付条件的患者提供假的 EGFR T790M 突变阳性的基因检测报告，进行医保报销，2020 年 8 月至 2021 年 2 月间，高某通过此方式骗取医保基金 8 万余元，被判处有期徒刑 9 个月并处罚金 5 万元。

2. 某医疗机构将部分 GCP 相关项目违规纳入医保结算案：该院将肿瘤药物临床试验中应由医药企业承担的医疗服务费用进行医保报销，涉及药物临床试验项目 16 个，违规金额 8 万余元，当地医保局依法依规落实了相应处理。

3. 某医疗机构将应自费的肿瘤基因检测项目串换为医保项目收费案：该院使用荧光 PCR 法检测人类 EGFR 基因、K-ras 基因或 B-raf 基因突变，指导肿瘤患者用药，按照当地价格服务规范用此方法开展检测时应自费收取检测费用，违规串换为“脱氧核糖核酸 (DNA) 测序”纳入医保，涉及违规医保结算金额 100 余万元，当地医保局依法依规落实了相应处理。

