|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件 | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 新增智能审核规则 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 重复收费类（共73条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **佐证项目名称** | | | | | | | | | | | **违规项目名称** | | | | | | | | | | | | **逻辑设计** | | | | **违规行为描述** | | | | | | | | | | **知识来源** | | | | | | | | | | | |
| 1 | 可视喉镜辅助下气管插管术 | | | | | | | | | | | 经口气管插管术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 收取可视喉镜辅助下气管插管术重复收取经口气管插管术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 2 | 心脏彩色多普勒超声 | | | | | | | | | | | 普通二维超声心动图 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 心脏彩色多普勒超声重复收取普通二维超声心动图 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 3 | 粪便常规检查 | | | | | | | | | | | 粪寄生虫镜检 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 粪便常规检查收取粪寄生虫镜检 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 4 | 麻醉恢复室监护 | | | | | | | | | | | 吸痰护理 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 麻醉恢复室监护重复收取吸痰护理等 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 5 | 产程观察 | | | | | | | | | | | 肛门指诊 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 产程观察重复收取肛门指诊、产程观察 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 6 | 宫腔镜取环术 | | | | | | | | | | | 宫腔镜辅助操作 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 宫腔镜取环术、宫腔镜检查等重复收取宫腔镜辅助操作 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 7 | 宫腔镜检查 | | | | | | | | | | | 宫腔镜辅助操作 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 宫腔镜取环术、宫腔镜检查等重复收取宫腔镜辅助操作 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 8 | 人工流产钳刮术 | | | | | | | | | | | 宫颈扩张术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 人工流产钳刮术、宫腔组织吸引术、分段诊断性刮宫术、子宫内膜活检术等收取宫颈扩张术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 9 | 宫腔组织吸引术 | | | | | | | | | | | 宫颈扩张术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 人工流产钳刮术、宫腔组织吸引术、分段诊断性刮宫术、子宫内膜活检术等收取宫颈扩张术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 10 | 分段诊断性刮宫术 | | | | | | | | | | | 宫颈扩张术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 人工流产钳刮术、宫腔组织吸引术、分段诊断性刮宫术、子宫内膜活检术等收取宫颈扩张术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 11 | 子宫内膜活检术 | | | | | | | | | | | 宫颈扩张术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 人工流产钳刮术、宫腔组织吸引术、分段诊断性刮宫术、子宫内膜活检术等收取宫颈扩张术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 12 | 胃出血切开缝扎止血术 | | | | | | | | | | | 开腹探查术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 胃出血切开缝扎止血术等收取开腹探查术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 13 | 经电子内镜结肠息肉氩离子凝固术 | | | | | | | | | | | 电子结肠镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 经电子内镜结肠息肉氩离子凝固术、电子内镜结肠息肉吸引圈套切除术等治疗不规范收取电子结肠镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 14 | 电子内镜结肠息肉吸引圈套切除术 | | | | | | | | | | | 电子结肠镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 经电子内镜结肠息肉氩离子凝固术、电子内镜结肠息肉吸引圈套切除术等治疗不规范收取电子结肠镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 15 | 血气分析 | | | | | | | | | | | 总二氧化碳(TCO2)测定 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 血气分析时重复收取总二氧化碳(TCO2)测定费用 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 16 | 关节镜下膝关节清理术 | | | | | | | | | | | 关节镜下膝关节滑膜切除术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 关节镜下膝关节清理术收取关节镜下膝关节滑膜切除术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 17 | 胎儿心脏彩色多普勒超声检查 | | | | | | | | | | | 胎儿二维超声心动图 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 胎儿心脏彩色多普勒超声检查重复收取胎儿二维超声心动图 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 18 | 单次腰麻 | | | | | | | | | | | 椎管内置管术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 单次腰麻等收取椎管内置管术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 19 | 纤维喉镜检查 | | | | | | | | | | | 纤维鼻咽镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 纤维喉镜检查或电子纤维喉镜检查重复收取纤维鼻咽镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 20 | 电子纤维喉镜检查 | | | | | | | | | | | 纤维鼻咽镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 纤维喉镜检查或电子纤维喉镜检查重复收取纤维鼻咽镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 21 | 口服葡萄糖胰岛素释放试验－3小时法 | | | | | | | | | | | 葡萄糖耐量试验 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 口服葡萄糖胰岛素释放试验－3小时法重复收取葡萄糖耐量试验费用 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 22 | 全身麻醉 | | | | | | | | | | | 密闭式氧气吸入 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 全身麻醉时重复收取密闭式氧气吸入 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 23 | 前鼻孔填塞术 | | | | | | | | | | | 前鼻镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 前鼻孔填塞术或经前鼻镜电凝止血术重复收取前鼻镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 24 | 经前鼻镜电凝止血术 | | | | | | | | | | | 前鼻镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 前鼻孔填塞术或经前鼻镜电凝止血术重复收取前鼻镜检查 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 25 | 隐睾下降固定术 | | | | | | | | | | | 腹股沟疝囊高位结扎术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 隐睾下降固定术收取腹股沟疝囊高位结扎术 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 26 | 特殊穴位针刺 | | | | | | | | | | | 普通针刺 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 行特殊穴位针刺重复收取普通针刺费用 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 27 | 日常生活能力评定 | | | | | | | | | | | 日常生活能力评定量表测评 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 收取日常生活能力评定后重复收取日常生活能力评定量表测评 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 28 | 胸腔穿刺术 | | | | | | | | | | | 中心静脉导管 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 胸腔穿刺术收取中心静脉导管 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | | | | |
| 29 | 全身麻醉 | | | | | | | | | | | 吸痰护理 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “全身麻醉”同时收取“吸痰护理”、“呼吸机吸痰护理” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 30 | 全身麻醉 | | | | | | | | | | | 呼吸机吸痰护理 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “全身麻醉”同时收取“吸痰护理”、“呼吸机吸痰护理” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 31 | 全身麻醉 | | | | | | | | | | | 麻醉监护下镇静术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “全身麻醉”同时收取“麻醉监护下镇静术”或“输液泵辅助静脉输液” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 32 | 全身麻醉 | | | | | | | | | | | 输液泵辅助静脉输液 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “全身麻醉”同时收取“麻醉监护下镇静术”或“输液泵辅助静脉输液” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 33 | 重症监护 | | | | | | | | | | | 无创血压监测 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “重症监护”同时收取“无创血压监测” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 34 | 重症监护 | | | | | | | | | | | 无创心电监测 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “重症监护”同时收取“无创心电监测” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 35 | 重症监护 | | | | | | | | | | | 无创指脉血氧饱和度监测 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “重症监护”同时收取“无创指脉血氧饱和度监测” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 36 | 尿常规化学分析 | | | | | | | | | | | 尿比重测定 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “尿常规化学分析”重复收取“尿比重测定”、“尿蛋白定性试验”、“尿糖定性试验” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 37 | 尿常规化学分析 | | | | | | | | | | | 尿蛋白定性试验 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “尿常规化学分析”重复收取“尿比重测定”、“尿蛋白定性试验”、“尿糖定性试验” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 38 | 尿常规化学分析 | | | | | | | | | | | 尿糖定性试验 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “尿常规化学分析”重复收取“尿比重测定”、“尿蛋白定性试验”、“尿糖定性试验” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 39 | 胰十二指肠切除术(Whipple手术) | | | | | | | | | | | 经腹腔镜胆囊肠吻合术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 行“胰十二指肠切除术(Whipple手术)”同时重复收取“经腹腔镜胆囊肠吻合术”、“肠切除肠吻合术” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 40 | 胰十二指肠切除术(Whipple手术) | | | | | | | | | | | 肠切除肠吻合术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 行“胰十二指肠切除术(Whipple手术)”同时重复收取“经腹腔镜胆囊肠吻合术”、“肠切除肠吻合术” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 41 | 经腹腔镜直肠癌根治术(Dixon手术) | | | | | | | | | | | 腹腔淋巴结清扫术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 行“经腹腔镜直肠癌根治术(Dixon手术)”同时重复收取“腹腔淋巴结清扫术” | | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | | | | |
| 42 | 院内遥测心电监护 | | | | | | | | | | | 无创心电监测 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展院内遥测心电监护，重复收取无创心电监测费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 43 | 经椎间盘镜髓核摘除术(MED) | | | | | | | | | | | 椎间盘摘除术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展经椎间盘镜髓核摘除术(MED)并收费，重复收取椎间盘摘除术。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 44 | 关节镜下膝关节粘连松解术 | | | | | | | | | | | 膝关节镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展关节镜下手术（如半月板修整、韧带重建、骨折复位、滑膜切等），重复收取关节镜检查费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 45 | 关节镜下膝关节清理术 | | | | | | | | | | | 膝关节镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展关节镜下手术（如半月板修整、韧带重建、骨折复位、滑膜切等），重复收取关节镜检查费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 46 | 关节镜下膝关节滑膜切除术 | | | | | | | | | | | 膝关节镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展关节镜下手术（如半月板修整、韧带重建、骨折复位、滑膜切等），重复收取关节镜检查费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 47 | 连续性肾脏替代治疗 | | | | | | | | | | | 血液透析 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展连续性肾脏替代治疗，同时重复收取血液透析、血液滤过、血液透析滤过费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 48 | 连续性肾脏替代治疗 | | | | | | | | | | | 血液滤过 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展连续性肾脏替代治疗，同时重复收取血液透析、血液滤过、血液透析滤过费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 49 | 连续性肾脏替代治疗 | | | | | | | | | | | 血液透析滤过 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展连续性肾脏替代治疗，同时重复收取血液透析、血液滤过、血液透析滤过费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 50 | X线摄影检查 | | | | | | | | | | | X线透视 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展 X 线摄影检查并收费，重复收取 X 线透视费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 51 | 经皮穿刺插管超选择性肝动脉造影术 | | | | | | | | | | | 经皮穿刺插管选择性肝动脉造影术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展经皮超选择性动脉造影，重复收取经皮选择性动脉造影。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 52 | 上消化道X线造影 | | | | | | | | | | | 食管X线造影 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展某一系统的影像检查（如 X 线检查、超声检查等）时，将该系统组成部分另行收费。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 53 | CT、磁共振增强扫描 | | | | | | | | | | | CT、磁共振平扫 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展 CT 、磁共振等增强扫描，需注射造影剂，而平扫（成像）不需要注射造影剂。医疗机构同时开展普通平扫+增强扫描，应注意先后顺序，如先开展CT、磁共振等增强扫描，再开展平扫不符合逻辑，判定违规。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 54 | 临床操作彩色多普勒超声引导 | | | | | | | | | | | 肝胆胰脾彩色多普勒超声检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 开展临床操作彩色多普勒超声引导、临床操作B超引导、临床操作X线透视引导、临床操作CT引导、临床操作磁共振引导，收取引导费用时重复收取相应部位的检查费用。 | | | | | | | | | | 问题清单（2024 版） | | | | | | | | | | | |
| 55 | 阴道灌洗上药 | | | | | | | | | | | 阴道冲洗 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 阴道灌洗上药项目内涵阴道冲洗 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 56 | 经尿道输尿管镜激光碎石取石术 | | | | | | | | | | | 经尿道输尿管镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 经尿道输尿管镜激光碎石取石术项目内涵输尿管镜检查 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 57 | 鼻内镜鼻腔清理术 | | | | | | | | | | | 鼻内镜检查 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 鼻内镜鼻腔清理术项目内涵鼻内镜下检查 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 58 | 呼吸机吸痰护理 | | | | | | | | | | | 吸痰护理 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 呼吸机吸痰护理项目内涵吸痰护理 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 59 | 偏瘫肢体综合训练 | | | | | | | | | | | 日常生活动作训练 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 偏瘫肢体综合训练项目内涵日常生活动作能力综合训练 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 60 | 偏瘫肢体综合训练 | | | | | | | | | | | 肢体平衡功能训练 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 偏瘫肢体综合训练项目内涵肢体平衡功能训练 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 61 | 鼻中隔偏曲矫正术 | | | | | | | | | | | 鼻中隔软骨取骨术 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 鼻中隔偏曲矫正术项目内涵取出偏曲骨质和或软骨 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 62 | 半牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 63 | 骨融合牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 64 | 微创复杂牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 65 | 弓外牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 66 | 萌出阻生牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 67 | 未完全萌出阻生牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 68 | 骨性埋藏阻生牙拔除术 | | | | | | | | | | | 口腔局部止血 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | “\*\*牙拔除术”项目内涵均含拔除，止血，伤口处理。（除乳牙拔除术、恒前牙拔除术、恒前磨牙拔除术、恒磨牙拔除术以外） | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 69 | 牙龈成形术 | | | | | | | | | | | 龈下刮治 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 牙龈成形术项目内涵龈下刮治 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 70 | 全血细胞计数+5分类检测 | | | | | | | | | | | 全血细胞计数+3分群检测 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 同天“全血细胞计数+5分类检测”重复收取“全血细胞计数+3分群检测”。 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 71 | 有创呼吸机辅助通气 | | | | | | | | | | | 加温加湿高流量氧气治疗 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 加温加湿高流量氧气治疗不得与呼吸机辅助通气同时收费 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 72 | 无创呼吸机辅助通气 | | | | | | | | | | | 加温加湿高流量氧气治疗 | | | | | | | | | | | | 同一天同科室收费 | | | | 加温加湿高流量氧气治疗不得与呼吸机辅助通气同时收费 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 73 | 糖化血红蛋白(HbA1c)测定 | | | | | | | | | | | 糖化血红蛋白(HbA1c)测定 | | | | | | | | | | | | 住院时间小于15天且糖化血红蛋白检测数量大于1。 | | | | 住院时间小于15天且糖化血红蛋白检测数量大于1。 | | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | | | | |
| 同类麻醉折价（共4条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | 麻醉项目名称 | | | | | | | | | | 麻醉组 | | | | | | | | 违规行为描述 | | | | | | | | | | | 说明 | | | | 逻辑设计 | | | | | | | | | | 知识来源 | | | | |
| 1 | | 上颌神经阻滞麻醉 | | | | | | | | | | 麻醉组1 | | | | | | | | 上颌神经阻滞麻醉、无插管全麻、下颌神经阻滞麻醉、腰部硬膜外单次阻滞麻醉同时进行两种麻醉时，辅助麻醉违规全额收取 | | | | | | | | | | | 同时进行两种麻醉时，主要麻醉按全价收，辅助麻醉按30%收取 | | | | 任意两者合计数量大于1.3 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | |
| 2 | | 无插管全麻 | | | | | | | | | | 麻醉组1 | | | | | | | | 上颌神经阻滞麻醉、无插管全麻、下颌神经阻滞麻醉、腰部硬膜外单次阻滞麻醉同时进行两种麻醉时，辅助麻醉违规全额收取 | | | | | | | | | | | 同时进行两种麻醉时，主要麻醉按全价收，辅助麻醉按30%收取 | | | | 任意两者合计数量大于1.3 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | |
| 3 | | 下颌神经阻滞麻醉 | | | | | | | | | | 麻醉组1 | | | | | | | | 上颌神经阻滞麻醉、无插管全麻、下颌神经阻滞麻醉、腰部硬膜外单次阻滞麻醉同时进行两种麻醉时，辅助麻醉违规全额收取 | | | | | | | | | | | 同时进行两种麻醉时，主要麻醉按全价收，辅助麻醉按30%收取 | | | | 任意两者合计数量大于1.3 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | |
| 4 | | 腰部硬膜外单次阻滞麻醉 | | | | | | | | | | 麻醉组1 | | | | | | | | 上颌神经阻滞麻醉、无插管全麻、下颌神经阻滞麻醉、腰部硬膜外单次阻滞麻醉同时进行两种麻醉时，辅助麻醉违规全额收取 | | | | | | | | | | | 同时进行两种麻醉时，主要麻醉按全价收，辅助麻醉按30%收取 | | | | 任意两者合计数量大于1.3 | | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | |
| 限单次开具数量（共22条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | 违规项目 | | | | | | | | | | | | | 单次开具数量限制 | | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | | 违规逻辑 | | | | | | | | | 来源 | | | | | | | | |
| 1 | | | 转铁蛋白TF测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 转铁蛋白TF测定、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)测定、乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定同一时间收费数量大于1 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 2 | | | 天门冬氨酸氨基转移酶(AST)测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 转铁蛋白TF测定、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)测定、乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定同一时间收费数量大于1 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 3 | | | 乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 转铁蛋白TF测定、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)测定、乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定同一时间收费数量大于1 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 4 | | | 视盘立体照相 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 5 | | | 裂隙灯检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 6 | | | 非接触眼压计(NCT)测量 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 7 | | | 眼底照相 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 8 | | | 角膜曲率测量 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 9 | | | 双侧精索静脉彩色多普勒超声检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 10 | | | 鼻腔冲洗治疗 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 11 | | | 纯音听阈测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 12 | | | 耳鸣检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 13 | | | 纯音听阈测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 14 | | | 耳鸣检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 15 | | | 鼻腔冲洗治疗 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 16 | | | 双侧精索静脉彩色多普勒超声检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单1 | | | | | | | | |
| 17 | | | 扁桃体切除术 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右侧/左右耳/左右眼等，不应按侧收费。 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | |
| 18 | | | 臀大肌挛缩切除松解术 | | | | | | | | | | | | | 1.8 | | | | | | 计价单位为：单侧，计价说明：双侧加收不超过80% | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1.8，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | |
| 19 | | | α1微球蛋白(α1-MG)测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 非常规检查项打包收费，打包项重复 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 负面清单2 | | | | | | | | |
| 20 | | | 纯音听阈测定 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右耳，不应按侧收费 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | |
| 21 | | | 耳鸣检查 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位均为：次，一次检查应包涵左右耳，不应按侧收费 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | |
| 22 | | | 鼻腔冲洗治疗 | | | | | | | | | | | | | 1 | | | | | | 计价单位为次，不应按侧收费 | | | | | | | | | | 单次开具数量大于1，则检出超出1以外的项目 | | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | | |
| 冠脉血管病变介入项目手术折价（共10条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | 手术名称 | | | | | | | | | 手术组 | | | | | | | | | | 违规行为描述 | | | | | | | | 说明 | | | | | | | 逻辑设计 | | | | | | | | | 知识来源 | | | |
| 1 | | | 行冠状动脉支架置入术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目1 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 冠状动脉支架置入术与经皮冠状动脉球囊扩张术同时实施时，可加收经皮冠状动脉球囊扩张术的30%。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.3 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 2 | | | 经皮冠状动脉球囊扩张术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目1 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 冠状动脉支架置入术与经皮冠状动脉球囊扩张术同时实施时，可加收经皮冠状动脉球囊扩张术的30%。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.3 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 3 | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目2 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术与冠状动脉支架置入术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 4 | | | 冠状动脉支架置入术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目2 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术与冠状动脉支架置入术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 5 | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目3 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术与冠状动脉球囊扩张术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 6 | | | 冠状动脉球囊扩张术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目3 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行冠状动脉内膜高速旋磨术与冠状动脉球囊扩张术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 7 | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目4 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术与冠状动脉支架置入术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 8 | | | 冠状动脉支架置入术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目4 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术与冠状动脉支架置入术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 9 | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目5 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术与冠状动脉球囊扩张术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 10 | | | 冠状动脉球囊扩张术 | | | | | | | | | 同一段冠脉血管病变介入项目5 | | | | | | | | | | 开展同一段冠脉血管病变介入项目（冠状动脉内膜高速旋磨术、经皮冠状动脉腔内激光成形术、冠状动脉支架置入术、经皮冠状动脉球囊扩张术），主手术按全价收费，副手术不得全价重复收取费用。 | | | | | | | | 行经皮冠状动脉腔内激光成形术与冠状动脉球囊扩张术时，根据《诊疗目录》章节说明，主手术按全价收费，副手术按60%收取。 | | | | | | | 数量之和不得大于1.6 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 限定频次（共5条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | 项目 | | | | | | | | 单次就诊限定数量 | | | | | | | | | | 违规行为描述 | | | | | | | | | | | | | | 逻辑描述 | | | | | | | 知识来源 | | | | | | |
| 1 | | | | 言语能力筛查 | | | | | | | | 2 | | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，言语能力筛查项目支付条件：限支付疑似言语功能障碍患者，不包括言语功能不能恢复的患者，一个疾病过程支付不超过两次。 | | | | | | | | | | | | | | 单次住院数量之和大于2 | | | | | | | 问题清单  （2024版） | | | | | | |
| 2 | | | | 吞咽功能障碍检查 | | | | | | | | 3 | | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，吞咽功能障碍检查项目支付条件：一个疾病过程支付不超过三次。(一次住院不超过3次) | | | | | | | | | | | | | | 单次住院数量之和大于3 | | | | | | | 问题清单  （2024版） | | | | | | |
| 3 | | | | 精神障碍作业疗法训练 | | | | | | | | 每日1次 | | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，精神障碍作业疗法训练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。 | | | | | | | | | | | | | | 单次住院不得超过住院天数+1 | | | | | | | 问题清单  （2024版） | | | | | | |
| 4 | | | | 吞咽功能障碍训练 | | | | | | | | 每日2次 | | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，吞咽功能障碍训练限支付中、重度功能障碍；三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（含普通训练和器械训练）。 | | | | | | | | | | | | | | 单次住院不得超过住院天数+1 | | | | | | | 问题清单  （2024版） | | | | | | |
| 5 | | | | 体外冲击波碎石 | | | | | | | | 每日3次 | | | | | | | | | | 计价说明“一日不得超过3次” | | | | | | | | | | | | | | 单次住院单日不得超过3次 | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | |
| 限定适应症（共4条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | 项目 | | | | | | | 限定适应症 | | | | | | | | | 违规行为描述 | | | | | | | | | | | | | | | | | 逻辑描述 | | | 问题 | | | | | | | | | | 知识来源 |
| 1 | | | 手功能评定项目 | | | | | | | 手功能障碍 | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，手功能评定项目支付条件：明确手功能障碍，且支付总时间不超过 90 天，评定间隔时间不短于 14 天。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 限手功能障碍诊断相关 | | | 需明确诊断范围 | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） |
| 2 | | | 大关节松动训练 | | | | | | | 关节活动障碍 | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，大关节松动训练支付条件为有明确的关节活动障碍，且一个疾病过程支付不超过 90天。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 限关节活动障碍诊断相关 | | | 需明确诊断范围 | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） |
| 3 | | | 徒手手功能训练 | | | | | | | 手功能障碍 | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，徒手手功能训练支付条件为有明确的手功能障碍，且一个疾病过程支付不超过 90 天。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 限手功能障碍诊断相关 | | | 需明确诊断范围 | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） |
| 4 | | | 精神障碍作业疗法训练 | | | | | | | 精神障碍康复期 | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，精神障碍作业疗法训练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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 限精神障碍康复期诊断相关 | | | 需明确诊断范围 | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） |
| 限儿童（共1条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | | | | 项目 | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 逻辑说明 | | | | | | | | | 知识来源 | | | |
| 1 | | | | | | | | 脑瘫肢体综合训练 | | | | | 根据《关于将部分医疗康复项目纳入基本医疗保障范围的通知》（卫农卫发〔2010〕80号）规定，脑瘫肢体综合训练限支付儿童。3岁以前，每年支付不超过6个月；3岁以后，每年支付不超过3个月。支付总年限不超过5年；每日支付不超过2次。与运动疗法同时使用时只支付其中1项限定支付范围。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 限18岁以下儿童 | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 限业务类型（共1条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | | 项目 | | | | | | | | 限定业务类型 | | | | | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | | | | | | 逻辑说明 | | | | | | | | | | | 知识来源 | |
| 1 | | | | | | 电动起立床训练 | | | | | | | | 住院 | | | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23号）规定，电动起立床训练限支付住院期间，以减少卧床并发症为治疗目的或者以直立行动为康复目标，支付不超过30天。 | | | | | | | | | | | | | | 限住院 | | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | |
| 限科室（共1条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | | | 项目 | | | | | | | | 限定科室 | | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | | | | | | | | 逻辑 | | | | | | | | | | 知识来源 | | |
| 1 | | | | | | | 吞咽功能障碍训练 | | | | | | | | 康复科 | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23号）规定，吞咽功能障碍训练限支付中、重度功能障碍；三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（含普通训练和器械训练）。 | | | | | | | | | | | | | | | | 限定康复科收取 | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | |
| 限级别或专科医院（共1条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | 项目 | | | | | | 限定级别 | | | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | | | | | | | | | 逻辑 | | | | | | | | | | | 知识来源 | | | |
| 1 | | | | | 吞咽功能障碍训练 | | | | | | 三级/专科 | | | | | | | 《人力资源社会保障部 国家卫生计生委 民政部 财政部 中国残联关于新增部分医疗康复项目纳入基本医疗保障支付范围的通知》（人社部发〔2016〕23 号）规定，吞咽功能障碍训练限支付中、重度功能障碍；三级医院康复科或康复专科医院使用。1个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（含普通训练和器械训练）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 限定三级定点医疗机构或康复专科医院 | | | | | | | | | | | 问题清单（2024版） | | | |
| 超标准收费（共1条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | | | 项目 | | | | | | | | | | | | | 限定类型 | | | | | 违规行为 | | | | | | | | | 逻辑 | | | | | | | | 知识来源 | | | | | | | |
| 1 | | | | | | | 乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定 | | | | | | | | | | | | | 住院 | | | | | 乙型肝炎表面抗原定性HBSAG测定同一时间收费数量大于1 | | | | | | | | | 同一时间收费数量大于1 | | | | | | | | 《青海省基本医疗保险诊疗目录（2017年版）》 | | | | | | | |
| 超医保支付范围（共28条） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | | | | | | | | | 项目 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 违规行为 | | | | | | 违规理由 | | | | | | | | | | | 知识来源 | | | | | | |
| 1 | | | | | | | | | 瘢痕激光治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | | 青海省劳动和社会保障厅、青海省发展计划委员会、青海省财政厅、青海省卫生厅《关于转发＜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＞的通知》（青劳社厅〔2000〕98号） | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | 激光磨削术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | 电解脱毛治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | 经皮下睑袋整形术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | 皮瓣修整术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | 肉毒杆菌毒素注射 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | 肉毒杆菌素眼部注射 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | 色素性疾患激光治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | 重睑成形术-切开法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | 重睑成形术-埋线法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | 重睑成形术-缝线法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | 带真皮下血管网游离皮片切取术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | 粉刺挤压术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | 肤质调节激光治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | 颌面缺损重建手术设计 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | 化学换肤术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | 皮肤皮脂检测分析 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | 皮肤水分检测分析 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | 皮肤pH值检测分析 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | 皮肤纹理检测分析 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | 皮肤色素检测分析 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | 色素性疾患激光治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | 粟丘疹去除术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | 填充剂注射 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | | 腋臭切除术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | | 小切口腋臭切除术 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | | 药物面膜综合治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | | 紫外线光浴光敏治疗 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医保基金（含个人账户）不予支付 | | | | | | 非疾病治疗项目类 | | | | | | | | | | |