

临江市卫生健康和医疗保障局
行政处罚决定书

临 医保处字(2026)第 1 号

当事人(姓名或名称): 临江恒兴中医院

主体资格证件名称及号码: 医疗机构执业许可证 PDYAB001-22068117A2101

统一社会信用代码: 52220681MJ4004067Q

住所或地址: 临江市临江大街172号

法定代表人(负责人): XXXXXXXXXX

本机关于 2025年12月9日—2026年1月19日 对你(单位)进行了调查,发现你(单位)实施了如下违法行为:重复收费、超标准收费、串换项目、违反诊疗规范过度诊疗、将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算违规使用医保基金共计408,639.06元的问题。具体情况如下:

1.涉嫌重复收费违规使用医保基金271,235.85元。包括:(1)“运动疗法”项目内涵包括步态平衡功能训练,该院康复理疗科医生将运动疗法与步态平衡功能训练同时收费;(2)2024版的医疗服务价格目录中,心电监测含无创血压监测、血氧饱和度监测,该院在开展心电监测时,同时又收取了一份血氧饱和度监测费用,属于重复收费;(3)医院HIS系统中离子四项包含钙测定,肾功六项中也包含钙测定,当医生同时开具这两项检查时,就会出现钙测定重复收费的问题;(4)2024版的《白山市医疗服务价格目录》规定,心脏彩色多普勒超声包含普通M型超声检查的费用,该院HIS系统心脏彩色多普勒超声打包收费,医生给患者开具心脏彩色多普勒超声的同时也收取了普通心脏M型超声检查的费用,所以出现了重复收费的问题。

2.涉嫌超标准收费违规使用医保基金2,746.08元。根据《吉林省基本医疗保险、工伤保险和生育保险诊疗项目及医疗服务设施项目目录》的规定,普通病房床位费以日计算,计入不计出。例如:患者1号住院,3号出院,应收取2天的床

位费用，该院实际收取了3天的费用，所以属于超标准收费。

3. 涉嫌串换项目违规使用医保基金7,946.22元。中医定向透药需要有专用透药仪器将中药作用在患者皮肤上，该院没有通过专用透药仪器直接将药物涂擦到患者皮肤上，将中药涂擦串换成中医定向透药项目。

4. 涉嫌违反诊疗规范过度诊疗违规使用医保基金116,915.50元。包括（1）该院对无相关疾病指征的患者，开展血清载脂蛋白AI测定、B测定、 α 测定检查；（2）该院HIS系统中，血凝五项打包收费，包含血浆D-二聚体测定的收费，医生在给患者开具血凝五项后，又开具一次血浆D-二聚体测定的检查，所以重复计费1次；（3）该院肝功能和心肌酶原先都是组套收费，里面都包含血清天门冬氨酸氨基转移酶测定，所以医生在同时开这两项检查时，就会出现同一患者收取两次费用的情况；（4）该院对无相关疾病指征的患者开展糖化血红蛋白测定检查、同一患者90天内反复进行多次糖化血红蛋白测定检查的情况；（5）该院存在对无相关指征患者开具B型钠尿肽测定检查的问题；（6）该院对无相关疾病指征的患者，开具癌胚抗原、糖类抗原测定检查。

5. 涉嫌将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算违规使用医保基金9,795.41元。包括（1）曲克芦丁注射液根据《国家医保药品目录》的要求，限新发的缺血性脑梗死患者使用，该院将不属于医保支付范围的疾病患者纳入医保基金结算；（2）银杏叶提取物注射液、注射用曲克芦丁这两种药，根据《国家医保药品目录》的要求，支付不超过14天，该院使用超过14天且使用医保基金结算；（3）根据《国家医保药品目录》的要求，复方氨基酸注射液、脂肪乳注射液需经营养风险筛查，具有营养风险，且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者才能医保基金使用，该院存在门诊患者开具复方氨基酸注射液、脂肪乳注射液并使用医保基金支付的情况。

以上违法事实，主要证据如下：1、《行政检查情况记录表》1份，证明现场检查情况；2、《询问笔录》8份，证明该院存在涉嫌违反诊疗规范过度诊疗、重复收费、超标准收费、串换项目、将不属于医保支付范围的纳入医保基金结算违

规使用医保基金的问题；3、医院营业执照复印件1份，证明主体资格；4、 身份证复印件1份，证明法人身份信息；5、15名患者的住院病历复印件、门诊病人费用清单的复印件，证明该院存在涉嫌违规使用医保基金的问题；6、现场检查照片4张，证明执法人员对现场检查的情景；7、《临江恒兴中医院2025年国家级飞行检查行政处罚金额明细表》5份，证明该院存在涉嫌违规使用医保基金金额的问题。8、《临江恒兴中医院2025年国家级飞行检查自查自纠不到位问题项目明细表》1份，证明该院存在自查自纠不到位涉嫌违规使用医保基金问题的情况。

当事人上述行为违反了《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条，第一款：定点医药机构及其工作人员应当按照诊疗规范提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、超量开药，不得重复收费、超标准收费；和第二款：定点医药机构应当确保医疗保障基金支付的费用符合规定的支付范围的相关规定，鉴于该院在调查过程中积极配合，如实陈述违法事实，在限期内完成整改，未产生重大社会影响，并将违法、违规使用的医保基金在医疗保障部门发起检查后、行政立案前全额退回，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条，第一款，第（二）、（三）、（四）、（六）项：定点医药机构有违反诊疗规范过度诊疗、重复收费、超标准收费、串换项目、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等情形之一的，造成医疗保障基金损失的，责令退回，处造成损失金额1倍以上2倍以下的罚款的规定，结合《吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量权基准适用办法》附件：吉林省医疗保障基金使用监督管理行政处罚裁量基准（定点医疗机构），适用情节：有下列情形之一的，可以减轻处罚：医疗保障部门发起检查后、行政立案前，主动退回全部基金损失，及时整改违法行为，减轻违法行为危害后果的。年度使用医疗保障基金金额>100万元，处罚裁量幅度：处罚金额不低于基金损失额的0.5倍（含本数），不高于1倍（不含本数）的规定，决定对当事人减轻行政处罚。

综上，当事人行为违反了《医疗保障基金使用监督管理条例》第十五条第一款和第二款规定，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条第一款，

第（二）、（三）、（四）、（六）项规定，结合本案实际和裁量内容，对当事人处以如下处罚：罚款204,319.53元。

当事人应于收到本决定书之日起15日内将罚款缴到：

户名： 吉林省非税收入待解缴账户

到期不缴纳罚款的，依据《中华人民共和国行政处罚法》第七十二条的规定，本机关将每日按罚款数额的百分之三加处罚款，加处罚款的数额不超过罚款的数额，并依法申请人民法院强制执行。

如对本决定不服，可以在收到本决定书之日起60日内向 临江市 人民政府申请复议，也可以于6个月内依法向人民法院提起行政诉讼。

逾期不申请行政复议，不提起行政诉讼，又不履行本决定的，本机关将依法申请人民法院强制执行。

（临江市卫生健康和医疗保障局将依法向社会公示本行政处罚决定信息）



（本文书一式三份，一份送达当事人，一份由办案机关留存，一份随卷归档。）