# 简答题

1.医疗救助对困难群众参加居民医保个人缴费分类资助有哪些类别？

**答案：**分为全额资助特困人员，定额资助低保对象、返贫致贫人口。

**依据：**《国家医保局　财政部　国家税务总局关于做好2022年城乡居民基本医疗保障工作的通知》（医保发〔2022〕20号）。

2.为防范和化解因病致贫返贫的长效机制“三重制度保障”是什么？

**答案：**是基本医保、大病保险、医疗救助综合保障。

**依据：**《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）。

3.医疗救助制度主要包括哪两个方面内容？

**答案：**（1）对救助对象参加居民医保的个人缴费部分给予资助。（2）对救助对象经基本医疗保险、补充医疗保险支付后，个人及其家庭难以承受的符合规定的自付医疗费用给予救助。

**依据：**《国家医保局财政部关于建立医疗保障待遇清单制度的意见》（医保发〔2021〕5号）。

4.如何根据救助对象类别对医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民实施分类救助？

**答案：**医疗救助公平覆盖医疗费用负担较重的困难职工和城乡居民，根据救助对象类别实施分类救助。对低保对象、特困人员、低保边缘家庭成员和纳入监测范围的农村易返贫致贫人口，按规定给予救助。对不符合低保、特困人员救助供养或低保边缘家庭条件，但因高额医疗费用支出导致家庭基本生活出现严重困难的大病患者（以下称因病致贫重病患者），根据实际给予一定救助。综合考虑家庭经济状况、医疗费用支出、医疗保险支付等情况，由省（自治区、直辖市）民政部门会同医疗保障等相关部门合理确定因病致贫重病患者认定条件。县级以上地方人民政府规定的其他特殊困难人员，按上述救助对象类别给予相应救助。

**依据：**《国务院办公厅关于健全重特大疾病医疗保险和救助制度的意见》（国办发〔2021〕42号）。

5.全国医疗保障经办机构统一服务口号是什么？

**答案：**中国医保，一生守护。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办大厅设置与服务规范（试行）的通知》（医保办发〔2021〕17号）。

6.各级医疗保障经办机构对机构内部运行风险的控制主要有哪些？

**答案：**组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内控监督检查等。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发《医疗保障经办机构内部控制管理规程(试行)》的通知》（医保办函[2021]20号）。

7.参加基本医疗保险的人员中哪些可以申请办理跨省异地就医直接结算？

**答案：**（1）跨省异地长期居住人员。包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省外工作、居住、生活的人员。（2）跨省临时外出就医人员。包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

8.参加基本医疗保险的人员中哪些可以申请办理跨省异地就医直接结算？

**答案：**（1）跨省异地长期居住人员。包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省外工作、居住、生活的人员。（2）跨省临时外出就医人员。包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

9.按照国家医保局《医疗保障经办大厅设置与服务规程》要求，经办大厅内的“经办服务区”至少包括以下哪几个分区？

**答案：**（1）引导咨询区；（2）自助服务区；（3）自动排队叫号区；（4）等候服务区；（5）柜台受理服务区；（6）多媒体服务区。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办大厅设置与服务规范（试行）的通知》（医保办发〔2021〕17号）。

10.为了提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务，我们在进行跨省异地就医直接结算费用时，按照什么要求结算？

**答案：**就医地目录、参保地政策、就医地管理。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

11.新冠肺炎疫情发生后，为确保患者不因费用问题影响就医，确保收治医院不因支付政策影响救治。积极推行了哪些措举来确保疫情期间群众医保服务不断线？

**答案：**“不见面办”、“及时办”、“便民办”、“延期办”、“放心办”。

**依据：**《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）。

12.进一步深化推进医保信息化标准化工作的基本原则有哪些？

**答案：**（1）坚持全国统一；（2）坚持规范管理；（3）坚持问题导向；（4）坚守安全底线。

**依据：**《国家医疗保障局关于进一步深化推进医保信息化标准化工作的通知》（医保发〔2022〕8号）。

13.为深入推进全民参保计划，进一步提高基本医保参保质量，保障参保群众权益，优化参保缴费服务，建好国家医疗保障信息平台基础信息管理子系统，加强和改进基本医保参保工作，国家医保局提出的总体原则是？

**答案：**（1）坚持分类完善，精准施策；（2）坚持优化服务，保障待遇；（3）坚持技术支撑，提高质量；（4）坚持纵览全局，协调发展。

**依据：**《国家医保局财政部国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）。

14.在职职工、灵活就业人员参保登记分别需要提供那些材料？

**答案：**（1）在职职工：《职工基本医疗保险参保登记表》（含增加、中断、终止、恢复、在职转退休）（加盖单位公章）、参保人员有效身份证件复印件；（2）灵活就业人员：有效身份证件、《职工基本医疗保险参保登记表》。

**依据：**《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）。

15.全国医疗保障经办政务服务事项清单》（简称全国清单）在内容和格式上要求遵循的“六统一”和“四最”分别指什么？

**答案：**“六统一”指（1）统一事项名称；（2）统一事项编码；（3）统一办理材料；（4）统一办理时限；（5）统一办理环节；（6）统一服务标准。“四最”指（1）服务质量最优；（2）所需材料最少；（3）办理时限最短；（4）办事流程最简。

**依据：**《国家医疗保障局关于印发全国医疗保障经办政务服务事项清单的通知》（医保发〔2020〕18号）。

16.规范医疗保障经办管理服务基本原则是指什么？

**答案：**坚持统一规范、坚持问题导向、坚持示范引领、坚持制度规程。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发《医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案》的通知》（医保办函〔2022〕25号）。

17.加强改进重点人群参保缴费服务，其中重点人群指哪些？

**答案：**建档立卡贫困人口、新生儿、退役军人、短期季节性务工人员及灵活就业人员。

**依据：**《国家医保局财政部国家税务总局关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）。

18.医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作目标是什么？

**答案：**（1）公平医保；（2）法治医保；（3）安全医保；（4）智慧医保；（5）协同医保。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发《医疗保障经办管理服务规范建设专项行动工作方案》的通知》（医保办函〔2022〕25号）。

19.参保人员跨省异地就医前，可通过哪些渠道办理异地就医本案手续？

**答案：**（1）国家医保服务APP；（2）国家异地就医备案小程序；（3）国务院客户端小程序；（4）参保地经办机构窗口。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

20.哪些药品不纳入《药品目录》？

**答案：**（1）主要起滋补作用的药品；（2）含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品；（3）保健药品；（4）预防性疫苗和避孕药品；（5）主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品；（6）因被纳入诊疗项目等原因，无法单独收费的药品；（7）酒制剂、茶制剂，各类果味制剂（特别情况下的儿童用药除外），口腔含服剂和口服泡腾剂（特别规定情形的除外）等；（8）其他不符合基本医疗保险用药规定的药品。

**依据：**《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号）。

21.参保人使用《药品目录》内药品发生的费用，符合哪些条件的，可由基本医疗保险基金支付？

**答案：**（1）以疾病诊断或治疗为目的；（2）诊断、治疗与病情相符，符合药品法定适应症及医保限定支付范围；（3）由符合规定的定点医药机构提供，急救、抢救的除外；（4）由统筹基金支付的药品费用，应当凭医生处方或住院医嘱；（5）按规定程序经过药师或执业药师的审查。

**依据：**《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号）。

22.参保人使用《药品目录》内药品发生的费用，符合哪些条件的，可由基本医疗保险基金支付？

**答案：**（1）以疾病诊断或治疗为目的；（2）诊断、治疗与病情相符，符合药品法定适应症及医保限定支付范围；（3）由符合规定的定点医药机构提供，急救、抢救的除外；（4）由统筹基金支付的药品费用，应当凭医生处方或住院医嘱；（5）按规定程序经过药师或执业药师的审查。

**依据：**《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号）。

23.违法违规使用医疗保障基金举报奖励举报人须同时符合下列条件？

**答案：**（1）有明确的被举报对象和具体违法违规线索，并提供了有效证据；（2）举报的主要事实、证据事先未被医疗保障部门掌握；（3）举报事项经查证属实，被举报行为已造成医疗保障基金损失；（4）举报人愿意得到举报奖励，并提供可供核查且真实有效的身份信息、联系方式等；（5）其他依法依规应予奖励的必备条件。

**依据：**《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发《违法违规使用医疗保障基金举报奖励办法》的通知》（医保办发〔2022〕22号）。

24.推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的总体思路是什么？

**答案：**遵循保留险种、保障待遇、统一管理、降低成本。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

25.全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施主要政策有哪些？

**答案：**（1）统一参保登记；（2）统一基金征缴和管理；（3）统一医疗服务管理；（4）统一经办和信息服务；（5）确保职工生育期间的生育保险待遇不变；（6）确保制度可持续。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

26.推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施，统一基金管理，如何确保基金安全？

**答案：**探索建立健全基金风险预警机制，坚持基金运行情况公开，加强内部控制，强化基金行政监督和社会监督，确保基金安全运行。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

27.生育保险和职工基本医疗保险合并实施后如何实行统一定点医疗服务管理？

**答案：**医疗保险经办机构与定点医疗机构签订相关医疗服务协议时，要将生育医疗服务有关要求和指标增加到协议内容中，并充分利用协议管理，强化对生育医疗服务的监控。执行基本医疗保险、工伤保险、生育保险药品目录以及基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

28.如何促进生育医疗服务行为规范？

**答案：**将生育医疗费用纳入医保支付方式改革范围，推动住院分娩等医疗费用按病种、产前检查按人头等方式付费。生育医疗费用原则上实行医疗保险经办机构与定点医疗机构直接结算。充分利用医保智能监控系统，强化监控和审核，控制生育医疗费用不合理增长。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

29.生育保险和职工基本医疗保险合并实施后如何统一经办和信息服务？

**答案：**两项保险合并实施后，要统一经办管理，规范经办流程。经办管理统一由基本医疗保险经办机构负责，经费列入同级财政预算。充分利用医疗保险信息系统平台，实行信息系统一体化运行。原有生育保险医疗费用结算平台可暂时保留，待条件成熟后并入医疗保险结算平台。完善统计信息系统，确保及时全面准确反映生育保险基金运行、待遇享受人员、待遇支付等方面情况。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

30.如何确保生育保险和职工基本医疗保险合并实施制度可持续发展？

**答案：**各地要通过整合两项保险基金增强基金统筹共济能力；研判当前和今后人口形势对生育保险支出的影响，增强风险防范意识和制度保障能力；按照“尽力而为、量力而行”的原则，坚持从实际出发，从保障基本权益做起，合理引导预期；跟踪分析合并实施后基金运行情况和支出结构，完善生育保险监测指标；根据生育保险支出需求，建立费率动态调整机制，防范风险转嫁，实现制度可持续发展。

**依据：**《关于全面推进生育保险和职工基本医疗保险合并实施的意见》（国办发〔2019〕10号）。

31.职工有哪些情形之一的，可以按照国家规定享受生育津贴？

**答案：**职工有下列情形之一的，可以按照国家规定享受生育津贴：（1）女职工生育享受产假；（2）享受计划生育手术休假；（3）法律、法规规定的其他情形。

**依据：**《中华人民共和国社会保险法 第六章　生育保险》（中华人民共和国主席令第三十五号）。

32.生育医疗费用包括哪些？

**答案：**生育医疗费用包括下列各项：（1）生育的医疗费用；（2）计划生育的医疗费用；

（3）法律、法规规定的其他项目费用。

**依据：**《中华人民共和国社会保险法 第六章　生育保险》（中华人民共和国主席令第三十五号）。

33.深化医疗保障制度改革的基本原则是什么？

**答案：**坚持应保尽保、保障基本，基本医疗保障依法覆盖全民，尽力而为、量力而行，实事求是确定保障范围和标准。坚持稳健持续、防范风险，科学确定筹资水平，均衡各方缴费责任，加强统筹共济，确保基金可持续。坚持促进公平、筑牢底线，强化制度公平，逐步缩小待遇差距，增强对贫困群众基础性、兜底性保障。坚持治理创新、提质增效，发挥市场决定性作用，更好发挥政府作用，提高医保治理社会化、法治化、标准化、智能化水平。坚持系统集成、协同高效，增强医保、医疗、医药联动改革的整体性、系统性、协同性，保障群众获得高质量、有效率、能负担的医药服务。

**依据：**《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）。

34.如何完善基本医疗保险制度？

**答案：**坚持和完善覆盖全民、依法参加的基本医疗保险制度和政策体系，职工和城乡居民分类保障，待遇与缴费挂钩，基金分别建账、分账核算。统一基本医疗保险统筹层次、医保目录，规范医保支付政策确定办法。逐步将门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，改革职工基本医疗保险个人账户，建立健全门诊共济保障机制。

**依据：**《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）。

35.建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的基本原则是什么？

**答案：**（1）坚持保障基本，实行统筹共济，切实维护参保人员权益；（2）坚持平稳过渡，保持政策连续性，确保改革前后待遇顺畅衔接；（3）坚持协同联动，完善门诊保障机制和改进个人账户制度同步推进、逐步转换；（4）坚持因地制宜，在整体设计基础上，鼓励地方从实际出发，积极探索增强职工医保门诊保障的有效途径。

**依据：**《国务院办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的指导意见》（国办发〔2021〕14号）。

36.医疗保障行政部门实施监督检查，可以采取哪些措施？

**答案：**（1）进入现场检查；（2）询问有关人员；（3）要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并作出解释和说明；（4）采取记录、录音、录像、照相或者复制等方式收集有关情况和资料；（5）对可能被转移、隐匿或者灭失的资料等予以封存；（6）聘请符合条件的会计师事务所等第三方机构和专业人员协助开展检查；（7）法律、法规规定的其他措施。

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）。

37.定点医药机构有哪些情形，可由医疗保障行政部门责令改正，并可以约谈有关负责人；拒不改正的，处1万元以上5万元以下的罚款；违反其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

**答案：**（1）未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；（2）未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、病历、治疗检查记录、费用明细、药品和医用耗材出入库记录等资料；（3）未按照规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；（4）未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；（5）未按照规定向社会公开医药费用、费用结构等信息；（6）除急诊、抢救等特殊情形外，未经参保人员或者其近亲属、监护人同意提供医疗保障基金支付范围以外的医药服务；（7）拒绝医疗保障等行政部门监督检查或者提供虚假情况。

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）。

38.定点医药机构通过哪些方式骗取医疗保障基金支出的，可由医疗保障行政部门责令退回，处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款；责令定点医药机构暂停相关责任部门6个月以上1年以下涉及医疗保障基金使用的医药服务，直至由医疗保障经办机构解除服务协议；有执业资格的，由有关主管部门依法吊销执业资格？

**答案：**（1）诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药，提供虚假证明材料，或者串通他人虚开费用单据；（2）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；（3）虚构医药服务项目；（4）其他骗取医疗保障基金支出的行为。

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）。

39.个人有哪些情形，可由医疗保障行政部门责令改正；造成医疗保障基金损失的，责令退回；属于参保人员的，暂停其医疗费用联网结算3个月至12个月。

**答案：**（1）将本人的医疗保障凭证交由他人冒名使用；（2）重复享受医疗保障待遇；（3）利用享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益。

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令第735号）。

40.“十四五”全民医疗保障规划要求如何健全标准化体系？

**答案：**（1）完善标准化工作基础；（2）加强重点领域标准化工作；（3）健全标准化工作体制机制。

**依据：**《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）。

41.规范跨省异地就医直接结算管理服务的具体内容有哪些？

**答案：**（1）规范异地就医备案流程；（2）便符合条件的参保人员跨省转诊就医；（3）规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医；（4）规范跨省直接结算流程；（5）实行就医地统一管理；（6）强化异地就医业务协同管理。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

42.哪些参保人员在办理异地就医备案后可以享受跨省异地就医直接结算服务？

**答案：**（1）跨省异地长期居住人员。包括异地安置退休人员、异地长期居住人员、常驻异地工作人员等长期在参保省、自治区、直辖市以外工作、居住、生活的人员；（2）跨省临时外出就医人员。包括异地转诊就医人员，因工作、旅游等原因异地急诊抢救人员以及其他跨省临时外出就医人员。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

43.医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请，需要提供哪些必须材料？

**答案：**（1）定点医疗机构申请表；（2）医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；（3）与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；（4）与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；（5）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；（6）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

**依据：**《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第2号）。

44.根据中共中央、国务院印发了《关于深化医疗保障制度改革的意见》，医保支付是保障群众获得优质医药服务、提高基金使用效率的关键机制，建立管用高效的医保支付机制主要包括哪三方面？

**答案：**（1）完善医保目录动态调整机制；（2）创新医保协议管理；（3）持续推进医保支付方式改革。

**依据：**《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5号）。

45.国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的工作目标是什么？

**答案：**（1）从2022到2024年，全面完成DRG/DIP付费方式改革任务，推动医保高质量发展。（2）到2024年底，全国所有统筹地区全部开展DRG/DIP付费方式改革工作，先期启动试点地区不断巩固改革成果；（3）到2025年底，DRG/DIP支付方式覆盖所有符合条件的开展住院服务的医疗机构，基本实现病种、医保基金全覆盖。

**依据：**《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）。

46.“双通道”管理及单独支付药品实行“三定”管理，国谈药定点医疗机构、定点零售药店在服务医保患者的过程中分别负责什么事项？

**答案：**（1）国谈药定点医疗机构负责参保患者使用国谈药申请、诊断确 认、诊疗用药，建立国谈药患者用药台账并将使用国谈药等相关信息实时传送当地医保经办机构。（2）国谈药定点零售药店负责对责任医师开具的处方核认，提供配药费用结算和配送服务，向当地医保经办机构实时上传药品结算、视频等相关数据信息。

**依据：**《国家医保局 国家卫生健康委 关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28号）。

47.《DIP支付方式改革三年行动计划》中要求着力推进医疗机构哪四个协同改革？

**答案：**（1）编码管理到位；（2）信息传输到位；（3）病案质控到位；（4）医院运营管理机制转变到位。

**依据：**《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）。

48.《DIP支付方式改革三年行动计划》中要求夯实筑牢DIP付费哪五项基础？

**答案：**（1）加强专业能力建设；（2）加强信息系统建设；（3）加强标准规范建设；（4）加强示范点建设；（5）加强监管能力建设。

**依据：**《国家医疗保障局关于印发DRG/DIP支付方式改革三年行动计划的通知》（医保发〔2021〕48号）。

49.跨省异地就医参保人员住院医疗费用如何结算？

**答案：**参保人员异地就医发生的住院医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定，执行参保地规定的基本医疗保险基金起付标准、支付比例、最高支付限额等政策。出院结算时，就医地经办机构将其住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息，经国家、省级异地就医结算系统传输至参保地，参保地按照当地政策规定计算出应由参保人员个人负担以及各项医保基金支付的金额，并将结果回传至就医地定点医疗机构，用于定点医疗机构与参保人员直接结算。

**依据：**《国家医保局 财政部关于进一步做好基本医疗保险跨省异地就医直接结算工作的通知》（医保发〔2022〕22号）。

50.定点零售药店评估哪些内容？

**答案：**(1)核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证；（2)核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同；(3)核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同；(4)核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；(5)核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；(6)核查医保药品标识。

**依据：**《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令第3号）。

51.什么是重复参保现象？

**答案：**重复参保现象具体表现为同一时间段内同一参保人有两条及以上参保缴费状态正常的参保信息记录。原则上不允许重复参保。

（1)制度内重复参保是指：同一参保人重复参加同一基本医疗保险制度

（2）跨制度重复参保是指：同一参保人重复参加不同基本医疗保险制度

（3）跨统筹区重复是指：同一参保人重复在医疗保险的不同统筹区参加基本医疗保险制度。

**依据：**《关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见》（医保发〔2020〕33号）。

52.“十四五”全民医疗保障规划的重大疾病救助工程是什么？

**答案：**（1）建立救助对象及时精准识别机制，加强部门协同，做好各类困难群众身份信息共享，及时将符合条件的困难群众纳入医疗救助范围；（2）强化高额医疗费用支出预警监测，依申请落实综合保障政策；（3）引导合理诊疗，促进有序就医，严控不合理医疗费用；（4）完善基本医疗保险政策，夯实医疗救助托底保障，发展商业健康保险，健全引导社会力量参与机制，促进慈善医疗救助发展，规范发展医疗互助，稳步提高重大疾病患者保障水平，合力防范因病致贫返贫风险。

**依据：**《国务院办公厅关于印发“十四五”全民医疗保障规划的通知》（国办发〔2021〕36号）。

53.医疗保障经办大厅的服务对象有哪些？

**答案：**医疗保障经办服务的服务对象包括应享受医疗保障服务的参保单位、参保人、定点医药机构等各类服务对象。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办大厅设置与服务规范(试行)的通知》（医保办发[2021]17号）。

54.医疗保障经办机构应至少提供哪四种医疗保障经办服务形式？

**答案：**（1）窗口服务。医疗保障经办机构内，向服务对象提供的柜台服务和由服务对象自助获取的服务；（2）网络服务。由医疗保障经办机构使用互联网技术开展的医疗保障经办服务，应包括但不限于网上申请、网上办理、实时查询等服务功能；（3）电话服务。依托12345政务服务便民热线提供电话服务，暂由医疗保障经办机构设立的，使用计算机电话集成技术、以自助语音或人工接听方式等提供医疗保障电话服务；（4）移动终端服务。由医疗保障经办机构提供的，通过移动互联智能设备应用软件向服务对象提供的服务。

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发医疗保障经办大厅设置与服务规范(试行)的通知》（医保办发[2021]17号）。