单选题

1.《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》（国办发〔2021〕43号）中基本医疗保险转移接续的适用对象（ ）。

A.职工医保制度内转移接续

B.居民医保制度内转移接续

C.职工医保和居民医保跨制度转移接续

D.以上均是

**答案：**D

**依据：**《国家医保局办公室 财政部办公厅关于印发<基本医疗保险关系转移接续暂行办法>的通知》国办发〔2021〕43号

2.按照《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），医疗保障经办大厅选址应（ ）。

A.选址应符合城市规划要求，人员密集、交通便捷的地点

B.选址应符合城市规划要求，宜选择在交通便捷、公共设施较完善的地点

C.选址应符合城市规划要求的政务服务大厅内

D.以上均不符合

**答案：**B

**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

3.按照《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），人员配置应（ ）。

A.应根据经办业务服务的职能要求，配置具备相应岗位技能要求的工作人员

B.工作人员应参加岗前培训，掌握行使工作职能必备的业务技能

C.各级医保经办机构人员配置应根据服务对象数量和业务量等因素确定

D.以上均是

**答案：**D

**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

4.按照《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），医疗保障经办服务的服务对象包括为（ ）。

A.应享受医疗保障服务的参保单位。

B.应享受医疗保障服务的参保人。

C.应享受医疗保障服务的定点医药机构。

D.以上均是

**答案：**D

**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

5.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，中华人民共和国（ ）的用人单位和个人依法缴纳社会保险。

A.所有

B.管辖

C境内

D.成立

**答案：**C

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

6.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，职工应当参加（ ）。

A.职工基本医疗保险

B.大额补充保险

C.公务员补充险

D.城乡居民基本医疗保险

**答案：**A

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

7.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，职工应当参加职工基本医疗保险，由（ ）和职工按照国家规定共同缴纳基本医疗保险费。

A.用人单位

B.国家

C.财政

D.医保经办单位

**答案：**A

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

8.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，医疗保障事业坚持以（ ）为中心。

A.发展

B.经济

C人民

D.人民健康

**答案：**D

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

9.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，参加城乡居民基本医疗保险的人员，在个人缴费的基础上享有（ ）。

A.财政补贴

B.政府补贴

C.医疗救助

D.以上都不对

**答案：**A

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

10.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，医疗费用依法应当由第三人负担，第三人不支付或者无法确定第三人的，由（ ）先行支付。

A.商业补充险

B.自行垫付

C.医疗保险基金

D.医院垫付

**答案：**C

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

11.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，参保人下列哪种情况发生的医疗费，医保基金予以报销（ ）。

A.因交通事故、医疗事故造成的伤害

B.因本人故意行为或违法行为造成的伤害

C.因本人过失造成的意外伤害

D.自行到国外、港澳台就医

**答案：**C

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

12.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，下列关于医保违规行为举报的要求错误的是 （ ）。

A.举报内容应当包括被举报人、举报事实和相关材料

B.举报事实应当清楚

C.举报可采用电话、邮件、信函、来访方式

D.举报人要署真实姓名

**答案：**D

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

13.按照《中华人民共和国社会保险法》规定享受最低生活保障的人、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭60周岁以上的老年人和未成年人等所需个人缴费部分，由（ ）给予补贴。

A.医保经办机构

B.政府

C.居民所属社区（村组）

D.以上均不是

**答案：**B

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

14.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，（ ）可以参加职工基本医疗保险，由个人按照国家规定缴纳基本医疗保险费。

A.有雇主的个体工商户

B.无雇主的个体工商户

C.城镇居民

D.农村居民

**答案：**B

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

15.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，职工应当参加生育保险，由用人单位按照国家规定缴纳生育保险费，个人（ ）。

A.按照个人缴费基数的1%缴纳

B.不缴纳

C.按本人工资的1%缴纳

D.按照单位平均工资的1%缴纳

**答案：**B

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

16.根据《中华人民共和国社会保险法》规定，个人跨统筹区就业，基本医疗保险跟随本人发生转移，缴费年限（ ）。

A.重新计算

B.分段计算

C.中止计算

D.累计计算

**答案：**D

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第三十五号

17.按照《中华人民共和国社会保险法》规定，生育津贴按照（ ）标准进行计发。

A.女职工生育前工资

B.用人单位上年度职工月平均工资

C.职工缴纳社会保险基数

D.社会平均工资

**答案：**B

**依据：**《中华人民共和国社会保险法》中华人民共和国主席令第35号

18.《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）规定，全国清单“六统一”是指统一事项名称、统一事项编码、统一办理材料、统一办理时限、统一办理环节、（ ）。

A.统一服务标准

B.统一服务材料

C.统一办理标准

D.统一服务环节

**答案：**A

**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

19.国家医疗保障局第1号令《基本医疗保险用药管理暂行办法》规定，协议期内谈判药品纳入（ ）管理。

A.甲类药品

B.乙类药品

C.丙类药品

D.其他药品

**答案：**B

**依据：**《基本医疗保险用药管理暂行办法》国家医疗保障局第1号令

20.《国家医疗保障局关于推进医保政务服务“好差评”制度建设的指导意见》（医保发〔2020〕31号）规定，实现各省(自治区、直辖市)省内医保政务服务同一事项的名称、编码、（ ）、类型等基本要素统一。

A.标准

B.流程

C.时限

D.依据

**答案：**D

**依据：**《国家医疗保障局关于推进医保政务服务“好差评”制度建设的指导意见》医保发〔2020〕31号

21.《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）规定，参保人已连续（ ）以上参加基本医疗保险的，因就业等个人状态变化在职工医保和居民医保间切换参保关系的，且中断缴费时间不超过3个月的，缴费后即可正常享受待遇。

A.半年(含半年)

B.3年(含3年)

C.1年(含1年)

D.2年(含2年)

**答案：**D

**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

22.《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）规定，跨省临时外出就医人员备案有效期原则上不少于（ ）月。

A.3个

B.6个

C.9个

D.12个

**答案：**B

**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

23.《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）规定，跨省异地就医直接结算的住院、普通门诊和门诊慢特病医疗费用，原则上执行就医地规定的支付范围及有关规定，包括（ ）。

A.基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围

B.基本医保统筹基金、大病保险等的起付标准

C.基金支付比例

D.基金最高支付限额

**答案：**A

**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

24.《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）规定，跨省异地长期居住人员办理登记备案后，备案（ ）有效。

A.6个月

B.12个月

C.24个月

1. D.长期

**答案：**D

**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

25.《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）规定，通过全国统一的线上备案渠道申请办理登记备案的，原则上参保地经办机构应在（ ）工作日内办结。

A.1个

B.2个

C.3个

D.4个

**答案：**B

**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

26.《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）规定，跨省异地长期居住人员办理登记备案后，参保地可设置变更或取消备案的时限，原则上不超过（ ）月。

A.3个

B.4个

C.5个

D.6个

**答案：**D

**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

27.《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）规定，参保地医保部门对一次性跨省住院医疗总费用超过（ ）的疑似违规费用，可以通过国家跨省异地就医管理子系统提出费用协查申请。

A.1万元

B.2万元

C.3万元

D.4万元

**答案：**C

**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

28.《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）规定，原则上，当月跨省异地就医直接结算费用应于（ ）前完成申报并纳入清算。

A.本月10日

B.本月20日

C.次月10日

D.次月20日

**答案：**D

**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

29.《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）规定，跨省临时外出就医人员备案有效期内可在就医地（ ）就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

A.1次

B.2次

C.3次

D.多次

**答案：**D

**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

30.《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）规定，参保人员跨省（ ）补办异地就医备案的，就医地联网定点医疗机构应为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。

A.入院登记前

B.出院结算前

C.年底前

D.出院前

**答案：**B

**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

31.《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）规定，国家跨省异地就医管理子系统每月26日零时生成上月26日至当月25日全国跨省异地就医结算费用协查申请汇总表，就医地医保部门接到本期汇总表后，原则上需于次月（ ）前完成本期费用协查工作。

A.10日

B.16日

C.20日

D.26日

**答案：**D

**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

32.《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）规定，各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中备案类问题需在（ ）工作日内回复。

A.1个

B.2个

C.3个

D.4个

**答案：**B

**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

33.《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）规定，参保人员异地就医备案后，因结算网络系统等故障导致无法直接结算的，相关医疗费用可回参保地手工报销，参保地经办机构按（ ）规定为参保人员报销相关医疗费用。

A.参保地

B.就医地

C.备案地

D.以上都对

**答案：**A

**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

34.《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）规定，就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以（ ）日期为结算时点。

A.出院结算

B.入院登记

C.办理出院

D.备案

**答案：**A

**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

35.《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）规定，原则上，参保省应每日完成当日结算信息对账，每月（ ）前完成上月所有结算费用的对账。

A.1日

B.2日

C.3日

D.4日

**答案：**C

**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

36.《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）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地转诊人员支付比例的降幅不超过（ ）百分点。

A.10个

B.15个

C.20个

D.25个

**答案：**A

**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

37.《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）规定，各级医保部门需在收到协同地区处理结果后进行“处理结果确认”，明确问题处理结果。超过（ ）工作日未确认的，国家跨省异地就医管理子系统默认结果确认。

A.5个

B.10个

C.15个

D.20个

**答案：**B

**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

38.《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）规定，原则上，当月跨省异地就医直接结算费用应于次月20日前完成申报并纳入清算，清算延期最长不超过（ ）月。

A.1个

B.2个

C.3个

D.4个

**答案：**B

**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

39.《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）规定，各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中系统故障类问题需在（ ）工作日内回复。

A.1个

B.2个

C.3个

D.4个

**答案：**A

**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

40.《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）规定，就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应按（ ）结算。

A.多笔费用

B.1笔费用整体

C.2笔费用

D.以上都对

**答案：**B

**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

41.《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）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，非急诊且未转诊的其他跨省临时外出就医人员支付比例的降幅不超过（ ）百分点。

A.10个

B.15个

C.20个

D.25个

**答案：**C

**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.《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）规定，跨省异地长期居住人员在备案地就医结算时，基本医疗保险基金的起付标准、支付比例、最高支付限额原则上执行（ ）规定的本地就医时的标准。

A.就医地

B.参保地

C.备案地

D.以上都对

**答案：**B

**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.《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）规定，跨省异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，可以在参保地享受医保结算服务，原则上（ ）参保地跨省转诊转院待遇水平。

A.不低于

B.不高于

C.等于

D.以上都不对

**答案：**A

**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

44.《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）规定，跨省临时外出就医人员可低于参保地相同级别医疗机构报销水平，原则上，异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过（ ）百分点。

A.10个

B.15个

C.20个

D.25个

**答案：**A

**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

45.《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）规定， 各级医保部门可通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，明确待协同机构、主要协同事项、问题类型等，针对特定参保人员的问题协同需标明参保人员身份信息，其中其他类问题回复时间最长不超过（ ）工作日。

A.5个

B.10个

C.15个

D.20个

**答案：**B

**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

46.《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）规定，跨省异地长期居住人员符合转外就医规定的，执行（ ）跨省转诊转院待遇政策。

A.就医地

B.参保地

C.备案地

D.以上都对

**答案：**B

**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

47.《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）规定，跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为（ ）统一的大类费用信息。

A.全国

B.全省

C.全市

D.以上都对

**答案：**A

**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

48.《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）规定，每年1月底前，国家级经办机构原则上根据上年第4季度医保结算资金月平均值的（ ）核定年度预付金额度。

A.1倍

B.2倍

C.3倍

D.4倍

**答案：**B

**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

49.《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）规定，预付金使用率达到70%，为（ ）预警。

A.红色

B.黄色

C.橙色

D.以上都不对

**答案：**B

**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.《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）规定，预付金使用率达到90%及以上时，为（ ）预警。

A.红色

B.黄色

C.橙色

D.以上都不对

**答案：**A

**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

51.《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）规定，当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于（ ）清算完毕。

A.本年年底

B.次年第1个月

C.次年第2个月

D.次年第1季度

**答案：**D

**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

52.《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）规定，参保地医保部门收到就医地医保部门返回的费用协查结果后，（ ）工作日内在国家跨省异地就医管理子系统上进行确认。

A.5个

B.10个

C.15个

D.20个

**答案：**A

**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

53.《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）规定，就医地经办机构在（ ）前完成与定点医药机构对账确认工作，并按医保服务协议约定，按时将确认的费用拨付给定点医药机构。

A.本月10日

B.本月20日

C.次月10日

D.次月20日

**答案：**D

**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

54.《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）规定，（ ）底前，跨省异地就医直接结算制度体系和经办管理服务体系更加健全，全国统一的医保信息平台支撑作用持续强化，国家异地就医结算能力显著提升。

A.2024年

B.2025年

C.2026年

D.2027年

**答案：**B

**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

55.《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）规定，2025年底前，住院费用跨省直接结算率提高到（ ）以上。

A.60%

B.65%

C.70%

D.75%

**答案：**C

**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

56.《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）规定，跨省异地就医费用清算按照国家统一清分，省、市两级清算的方式，按（ ）全额清算。

A.日

B.周

C.月

D.季

**答案：**C

**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

57.《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）规定，跨省临时外出就医人员包括（ ），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。

A.异地安置退休人员

B.异地长期居住人员

C.常驻异地工作人员

D.异地转诊就医人员

**答案：**D

**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

58.《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）规定，跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回（ ）账户。

A.参保地

B.就医地

C.备案地

D.以上都对

**答案：**A

**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

59.《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）规定，省级经办机构通过国家跨省异地就医管理子系统下载预付金额度调整付款通知书，应于（ ）工作日内提交同级财政部门。

A.3个

B.4个

C.5个

D.6个

**答案：**C

**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

60.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内控评估工作采取本级自评、上一级考评的形式进行，市级经办机构每年至少检查评估（ ）以上的县（区）级经办机构，原则上每3年为一个全面评估周期。

A.1/2

B.1/3

C.1/4

D.1/5

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

61.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，明确内部控制工作标准及要求，实现经办全流程标准化和规范化管理，属于内部控制中的（ ）原则。

A.全面性

B.规范性

C.有效性

D.制衡性

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

62.执行和监督机制,确保内部控制有效执行，属于内部控制中的（ ）原则。

A.全面性

B.规范性

C.有效性

D.制衡性

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

63.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，下列不属于内部控制方法的是（ ）。

A.制度控制

B.管理控制

C.技术控制

D.预算控制

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

64.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办理（ ）业务时，有条件的地区可利用与其他部门的信息共享平台，核对用人单位注册登记信息。

A.稽核检查

B.缴费基数临时代核

C.参保登记

D.个人账户划拨支付

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

65.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办机构是否设置内控管理部门（内控岗位）的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

66.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办机构的部门职能职责是否明确的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

67.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，是否明确设置岗位职责权限划分的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

68.根据《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）要求，不相容岗位相互分离、制衡的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

69.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，组织决策控制中，民主决策环节的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

70.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，经办业务标准中，业务操作规程制定及执行的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

71.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，业务审核中，执行审核审签程序的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

72.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，参保登记中，参保人员在职转退休登记的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

73.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，参保登记中，单位参保登记的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

74.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，参保登记中，人员参保登记的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

75.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，变更登记中，参保单位变更登记的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

76.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，变更登记中，参保人员变更登记的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

77.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，缴费基数临时代核中，缴费基数申报的代为核定的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

78.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，个人账户划拨支付中，个人账户一次性支付的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

79.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，个人账户划拨支付中，个人账户资金划拨的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

80.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，个人账户划拨支付中，个人账户计息的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

81.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，医保关系转移接续中，医保关系转入管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

82.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，医保关系转移接续中，医保关系转出管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

83.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，门诊慢特病待遇认定中，定点医疗机构办理待遇认定的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

84.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，异地就医结算中，异地就医备案的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

85.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，异地就医结算中，异地就医直接结算的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

86.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，手工报销中，手工报销费用支付的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

87.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，手工报销中，手工报销待遇审核的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

88.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，生育保险待遇核准支付中，生育保险待遇审核的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

89.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，生育保险待遇核准支付中，生育津贴支付的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

90.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，医疗救助待遇核准支付中，医疗救助对象待遇核准的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

91.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，医疗救助待遇核准支付中，医疗救助对象参保缴费补贴的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

92.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，定点医药机构协议管理与绩效考核中，定点医药机构协议管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

93.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，定点医药机构协议管理与绩效考核中，定点医药机构绩效考核管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

94.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，总额预算中，开展医保基金总额预算管理，建立沟通协商机制和费用分担机制的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

95.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，总额预算中，实行总额预算下的多元复合付费方式改革，开展资金预付的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

96.根据《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）要求，复核两级审核制度，做到初审全覆盖，按照规定比例抽查复审的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

97.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，费用审核中，对疑似违规费用进行核实，审核查实的违规费用，按照抽查比例放大后拒付的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

98.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，结算支付中，核实结算数据的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

99.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，结算支付中，规定时限内拨付医保费用的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

100.根据《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）要求，重点事项稽核的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

101.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，稽核检查中，违法违约行为处理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

102.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，目录更新维护中，目录匹配与执行的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

103.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，目录更新维护中，目录更新与维护的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

104.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，办事公开中，办事公开制度制定及执行的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

105.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，统计调查中，执行医疗保障统计调查制度的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

106.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，业务经办信息化中，经办业务全流程系统应用的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

107.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，第三方机构承办医保业务中，第三方机构职责权限的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

108.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，第三方机构承办医保业务中，第三方机构业务管理与考核的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

109.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，第三方机构承办医保业务中，信息安全管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

110.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，档案管理中，档案归档的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

111.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，档案管理中，档案存放的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

112.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，档案管理中，档案管理岗位设置的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

1. 《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金财务管理中，建立和执行基金财务管理制度的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

1. 《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金预决算管理中，编制基金预算草案的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

1. 《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金预决算管理中，基金预算调整的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

1. 《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金预决算管理中，基金预算执行的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

1. 《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金预决算管理中，编制基金决算草案的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

118.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金收支控制中，基金收支账户设置的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

119.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金收支控制中，基金支付控制的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

120.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金风险预警管理中，建立风险预警管理相关制度的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

121.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金风险预警管理中，风险预警监测指标设置的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

122.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金风险预警管理中，建立风险应对预案的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

123.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，基金会计核算管理中，基金会计核算岗位设置的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

124.根据《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）要求，票据及网银U盾保管的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

125.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统需求管理中，业务需求编制的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

126.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统应用中，信息系统经办权限管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

127.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统应用中，信息系统数据应用管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

128.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统应用中，信息系统操作规范管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

129.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统安全中，信息系统安全管理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

130.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，信息系统安全中，系统故障应急处理的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

131.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内控管理检查制度中，开展内部控制检查的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

132.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，内控管理检查制度中，聘请第三方机构参与监督检查的风险等级为（ ）。

A.极高风险

B.高风险

C.中等风险

D.低风险

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

133.《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》（医保办函〔2021〕20号）规定，对内控工作采取上一级考评的形式进行检查评估，市级经办机构每年至少检查评估1//3以上的县（区）级经办机构，原则上每（ ）年为一个全面评估周期。

A.2

B.3

C.4

D.5

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》医保办函〔2021〕20号

134.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，（ ）主管全国的医疗保障基金使用监督管理工作。

A.国务院医疗保障行政部门

B.国务院卫健行政部门

C.国务院人社行政部门

D.国家医保中心

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

135.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，参保人员涉嫌骗取医保基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门可以要求医疗保障经办机构（ ）。

A.解除服务协议

B.处骗取金额2倍以上5倍以下的罚款

C.暂停医疗费用联网结算

D.对医院作出行政处罚

**答案：**C

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

136.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用坚持（ ），保障水平与经济社会发展水平相适应，遵循合法、安全、公开、便民的原则。

A.以人民为中心

B.以人民利益为中心

C.以人民健康为中心

D.以人民身体健康为中心

**答案：**C

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

137.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医疗机构有重复收费、超标准收费、分解项目收费的情形，拒不改正或者造成严重后果的，责令定点医药机构暂停相关责任部门（ ）涉及医疗保障基金使用的医药服务。

A.6个月以上1年以下

B.3个月

C.3个月以上6个月以下

D.1个月

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

138.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用应当符合（ ）规定的支付范围。

A.政府

B.国家

C.医疗机构

D.医保局

**答案：**B

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

139.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障经办机构应当及时向（ ）公布签订服务协议的定点医药机构名单。

A.政府

B.社会

C.经办机构

D.医疗机构

**答案：**B

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

140.根据（ ）和其他有关法律规定，制定的《医疗保障基金使用监督管理条例》。

A.《中华人民共和国社会保险法》

B.《中华人民共和国劳动法》

C.《中华人民共和国职业病防治法》

D.《中华人民共和国劳动保险法》

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

141.《医疗保障基金使用监督管理条例》适用于中华人民共和国境内（ ）、医疗救助基金等医疗保障基金使用及其监督管理。

A.基本医疗保险基金

B.居民大病保险基金

C.养老保险基金

D.基本医疗保险（含生育保险）基金

**答案：**D

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

142.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，（ ）医疗保障行政部门负责本行政区域的医疗保障基金使用监督管理工作。

A.地方人民政府

B.县级以上地方人民政府

C.市级以上地方人民政府

D.省级以上地方人民政府

**答案：**B

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

143.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障等行政部门、医疗保障经办机构、定点医药机构及其工作人员收受贿赂或者取得其他非法收入的，没收违法所得，对有关责任人员依法给予（ ）；违返其他法律、行政法规的，由有关主管部门依法处理。

A.刑事处罚

B.治安管理处罚

C.处分

D.记过

 **答案：**C

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

144.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，退回的基金退回原医疗保障基金（ ）；罚款、没收的违法所得依法上缴国库。

A.财政专户

B.个人医疗保障卡

C.国库

D.医疗机构账户

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

145.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，开展医疗保障基金使用监督检查，监督检查人员不得少于（ ）人，并且应当出示执法证件。

A.2

B.3

C.4

D.5

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

146.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门应当（ ）向社会公布医疗保障基金使用监督检查结果，加大对医疗保障基金使用违法案件的曝光力度，接受社会监督。

A.定期

B.不定期

C.1个月

D.1季度

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

147.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，（ ）等部门应当分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

A.医疗保障、卫生健康、市场监督管理、公安

B.医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政

C.医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安

D.医疗保障、中医药、市场监督、审计、公安

**答案：**C

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

148.定点医药机构违反《医疗保障基金使用监管条例》，造成医疗保障基金重大损失或者其他严重不良社会影响的，其法定代表人或者主要负责人（ ）内禁止从事定点医药机构管理活动，由有关部门依法给予处分。

A.3年

B.5年

C.6年

D.10年

**答案：**B

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

149.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金使用监督管理实行政府监管、社会监督、行业自律和（ ）相结合。

A.个人守法

B.公民守信

C.个人守信

D.个人信用

**答案：**C

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

150.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障行政部门实施监督检查，采取措施错误的是：（ ）

A.要求被检查对象提供与检查事项相关的文件资料，并做出解释说明

B.采取记录、录像、录音、照相或者复制等方式收集相关情况和资料

C.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

D.对医疗机构存在的违规行为当场进行罚款处罚

**答案：**D

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

151.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金支付范围由（ ）依法组织制定。

A.国务院医疗保障行政部门

B.国务院

C.国家医疗保障局

D.国家监督管理局

**答案：**A

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

152.单位参保登记办结时限是不超过（ ）个工作日内办结。

A.5

B.10

C.15

D.以上都不对

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

153.在职职工参保登记办结时限是不超过（ ）个工作日内办结。

A.10

B.15

C.5

D.以上都不对

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

154.城乡居民参保登记办结时限是（ ）。

A.即时办结

B.10 个工作日

C.15个工作日

D.以上都不对

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

155.单位名称变更需办理（ ）业务。

A.单位参保信息变更登记

B.居民参保信息变更登记

C.职工参保信息变更登记

D.以上都不对

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

156.单位参保信息变更登记办结时限是（ ）办结。

A.5个工作日内

B.即时

C.10个工作日内

D.以上都不对

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

157.职工参保信息变更登记办结时限是（ ）办结。

A. 5个工作日内

B.即时

C.10个工作日内

D.以上都不对

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

158.城乡居民参保信息变更登记办结时限是（ ）办结。

A. 5个工作日内

B.即时

C.10个工作日内

D.以上都不对

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

159.参保人员个人账户一次性支取办结时限是不超过（ ）办结。

A.15个工作日内

B.即时

C.30个工作日内

D.以上都不对

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

160.门急诊费用报销办结时限是（ ）。

A.15个工作日内办结

B.备案成功后即时生效

C.即时办结

D.不超过30个工作日

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

161.产前检查费支付办结时限是（ ）。

A.15个工作日内办结

B.备案成功后即时生效

C.即时办结

D.不超过20个工作日

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

162.生育医疗费支付办结时限是（）。

A.15个工作日内办结

B.备案成功后即时生效

C.即时办结

D.不超过20个工作日

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

163.下列哪项不是生育医疗费支付的受理材料。（ ）

A.收费票据

B.费用清单

C.医保电子凭证或有效身份证件或社保卡

D.结婚证

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

164.下列哪项不是产前检查费支付的受理材料。（ ）

A.收费票据

B.诊断证明

C.费用清单

D.结婚证

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

165.计划生育医疗费支付办结时限是（ ）。

A.15个工作日内办结

B.备案成功后即时生效

C.即时办结

D.不超过20个工作日

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

166.下列哪项是生育医疗费支付的受理材料。（ ）

A.收费票据

B.费用清单

C.病历资料

D.以上都是

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

167.下列哪种情况可以办理计划生育医疗费支付。

A.按时足额缴纳生育保险费的参保女职工或男职工产生符合规定的计划生育医疗费用。

B.男职工的未就业配偶发生的生育住院医疗费用

C.符合享受生育保险待遇的参保女职工已联网结算的生育住院医疗费用

D.不符合享受生育保险待遇的女职工因特殊情况未能联网结算的计划生育医疗费用

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

168.生育津贴支付办结时限是（ ）。

A.15个工作日内办结

B.备案成功后即时生效

C.即时办结

D.不超过20个工作日

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

169.下列哪项不是医疗机构申请定点协议管理的受理材料。（ ）

A.《定点医疗机构申请表》

B.《定点零售药店申请表》

C.与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本

D.与医保有关的医疗机构信息系统相关材料

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

170.医疗机构申请定点协议管理办结时限是不超过（ ）。

A.20天

B.1个月

C.2个月

D.3个月

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

171.下列哪项不是医疗机构申请定点协议管理的办理流程。（ ）

A.业务受理

B.业务考核

C.组织评估

D.业务办结

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

172.零售药店申请定点协议管理办结时限是不超过（ ）。

A.20天

B.1个月

C.2个月

D.3个月

**答案：**D

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

173.下列哪项不是零售药店申请定点协议管理的办理流程。（ ）

A.业务受理

B.业务考核

C.组织评估

D.业务办结

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

174.定点医疗机构信息变更申请材料内容不全的，医疗保障经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知医疗机构补充。

A.3

B.5

C.10

D.20

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

175.定点医疗机构费用结算办结时间不超过（ ）个工作日。

A.20

B.30

C.10

D.5

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

176.定点零售药店费用结算办结时间不超过（ ）个工作日。

A.20

B.30

C.10

D.5

**答案：**B

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

177.用人单位自用工之日起（ ）日内为其职工向医疗保障经办机构申请办理用人单位职工参保登记。

A.30

B.20

C.10

D.15

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

178.用人单位的基本医疗保险登记事项发生变更，应当自变更或者终止之日起（ ）日内，到医疗保障经办机构申请办理单位参保信息变更登记。

A.30

B.20

C.10

D.15

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

179.参保单位参保信息查询的办结时限是（ ）办结。

A.5个工作日

B.10个工作日

C.即时

D.30个工作日

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

180.参保单位参保信息查询的受理材料是（ ）。

A. 单位有效证明文件

B. 个人有效证明文件

C. 个人身份证明

D. 医保行政部门出具的相关材料

**答案：**A

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

181.参保人员参保信息查询的办结时限是（ ）办结。

A.5个工作日

B.10个工作日

C.即时

D.30个工作日

**答案：**C

**依据：**《医疗保障经办政务服务事项操作规范的通知》医保办函〔2021〕7号

182.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，在注册地址正式经营至少（ ）个月的零售药店可以申请医疗保障定点。

A.1

B.3

C.6

D.12

**答案：**B

**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

183.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构提出定点申请，对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内一次性告知医疗机构补充。

A.1

B.5

C.10

D.15

**答案：**B

**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

184.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构应组织评估小组或委托第三方机构，自受理申请材料之日起，评估时间不超过（ ）个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

A.1

B.2

C.3

D.6

**答案：**C

**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

185.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构签订医保协议的期限一般为（ ）个月。

A.3

B.6

C.12

D.24

**答案：**C

**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

186.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存（ ）年，以备医疗保障部门核查。

A.1

B.2

C.3

D.4

**答案：**B

**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

187.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店的名称等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起（ ）个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。

A.10

B.15

C.20

D.30

**答案：**D

**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

188.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点协议续签应由定点零售药店于医保协议期满前（ ）个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。

A.1

B.2

C.3

D.以上都不对

**答案：**C

**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

189.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店可提出中止医保协议申请，经办机构同意，可以中止医保协议但中止时间原则上不得超过（ ）日。

A.60

B.90

C.120

D.180

**答案：**D

**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

190.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前（ ）个月向经办机构提出申请。

A.1

B.2

C.3

D.以上都不对

**答案：**C

**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

191.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构对定点医疗机构的评估不合格的，整改后可再次组织评估，评估仍不合格的，（ ）年内不得再次申请。

A.1

B.2

C.3

D.5

**答案：**A

**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

192.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，正式运营至少（ ）个月的可以申请医保定点的医疗机构。

A.1

B.2

C.3

D.以上都不对

**答案：**C

**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

193.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构至少有（ ）名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师，可以申请医保定点的医疗机构。

A.1

B.2

C.3

D.以上都不对

**答案：**A

**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

194.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店提出定点申请，对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起（ ）个工作日内1次性告知医疗机构补充。

A.5

B.10

C.15

D.20

**答案：**A

**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

195.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，因违法违规被解除医保协议已满（ ）年但未完全履行行政处罚法律责任的医疗机构不予受理定点申请。

A.1

B.2

C.3

D.5

**答案：**C

**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

196.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满（ ）年的医疗机构不予受理定点申请。

A.1

B.2

C.3

D.5

**答案：**C

**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

197.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当在定点医疗机构申报后（ ）个工作日内拨付符合规定的医保费用。

A.10

B.15

C.20

D.30

**答案：**D

**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

198.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，参保人员应当持本人（ ）就医、购药，并主动出示接受查验。

A.身份证

B.医疗保障凭证

C.驾驶证

D.户口本

**答案：**B

**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

199.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满（ ）的，不予受理定点申请。

A.6个月

B.1年

C.3年

D.5年

**答案：**B

**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

200.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店因严重违反医保协议约定而被解除医保协议已满（ ）但未完全履行违约责任的，不予受理定点申请。

A.6个月

B.1年

C.3年

D.5年

**答案：**B

**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

201.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当接受（ ）的监督检查，并按规定提供相关材料。

A.医疗保障行政部门

B.医疗保障经办机构

C.独立执法机构

D.以上可以

**答案：**A

**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

202.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当配合（ ）开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作。

A.医疗保障行政部门

B.医疗保障经办机构

C.独立执法机构

D.以上都对

**答案：**B

**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

203.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，（ ）有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

A.医疗保障经办机构

B.医疗保障行政部门

C.定点零售药店

D.定点零售药店法人

**答案：**C

**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

204.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，（ ）有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改。

A.医疗保障经办机构

B.医疗保障行政部门

C.定点医疗机构

D.定点医疗机构法人

**答案：**C

**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

205.根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请（ ）。

A.行政诉讼

B.行政复议或者提起行政诉讼

C.行政复议

D.提起行政讼诉

**答案：**B

**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；

《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

206.根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，，医疗保障经办机构违反服务协议的，定点医药机构有权要求纠正或者提请（ ）协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

A.行政复议部门

B.法院

C.检察院

D.医疗保障行政部门

**答案：**D

**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；

《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

207.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满（ ）的,不予受理定点申请。

A.1年

B.3年

C.5年

D.6个月

**答案：**C

**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

208.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》 中规定，定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前（ ）个月向经办机构提出申请。

A.1

B.3

C.6

D.12

**答案：**B

**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

209.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满（ ）的，不予受理定点申请。

A.6个月

B.1年

C.3年

D.5年

**答案：**C

**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

210.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，（ ）是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定。

A.医保协议中止

B.医保协议暂停

C.医保协议解除

D.医保协议终止

**答案：**A

**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

211.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店被发现重大信息发生变更但未办理变更的，经办机构应（ ）医保协议。

A.中止

B.暂停

C.解除

D.终止

**答案：**C

**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

212.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定（ ）或不予拨付费用。

A.停止

B.终止

C.暂停

D.延后

**答案：**C

**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

213.根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，（ ）是指经办机构与定点医药机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

A.医保协议解除

B.医保协议暂停

C.医保协议终止

D.医保协议作废

**答案：**A

**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；

《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

214.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令（ ）按照医保协议处理。

A.行政部门

B.医院

C.定点医疗机构

D.经办机构

**答案：**D

**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

215.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由（ ）医疗保障部门另行制定。

A.统筹地区

B.国务院

C.县级以上

D.市级

**答案：**A

**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

216.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点零售药店（ ）作为医保欠费处理。

A.可以

B.不得

C.应该

D.必须

**答案：**B

**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

217.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的（ ）。

A.诊疗目录

B.药品目录

C药品价格政策

D.服务协议

**答案：**C

**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

218.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店可凭定点医疗机构开具的（ ）销售药品。

A.手写和电子处方

B.电子处方

C.手写处方

D.电子外配处方

**答案：**D

**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

219.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当组织医保管理人员参加由（ ）组织的宣传和培训。

A.医疗保障行政部门

B.医疗保障行政部门或经办机构

C.医疗保障经办机构

D.符合法定要求的第三方机构

**答案：**B

**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

220.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出（ ）。

A.集体协商制度

B.集体决策制度

C.集体谈判制度

D.集体商谈制度

**答案：**B

**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

221.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应当在定点零售药店申报后（ ）个工作日内拨付符合规定的医保费用。

A.10

B.15

C.20

D.30

**答案：**D

**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

222.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构（ ）。

A.加倍追回

B.不予支付

C.延期支付

D.予以追回

**答案：**B

**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

223.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，对定点零售药店的绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，（ ）可制定具体考核细则，经办机构负责组织实施。

A.统筹区内医疗保障部门

B.市级医疗保障部门

C.省级医疗保障部门

D.县及以上级医疗保障部门

**答案：**C

**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

224.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定，不能采取以下哪种方式（ ）

A.约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人

B.暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用

C.中止或解除医保协议

D.不用要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金

**答案：**D

**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

225.根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构在医保协议中止超过（ ）日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

A.90

B.120

C.180

D.240

**答案：**C

**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；《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

226.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：（ ）

A.发生重大药品质量安全事件的

B.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的

C.日常检查和绩效考核发现对医保基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的

D.将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的

**答案：**C

**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

227.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：（ ）

A.以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的

B.经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的

C.定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的

D.未按规定向经办机构及医疗保障行政部门提供有关数据或提供数据不真实的

**答案：**D

**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

228.根据《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构与统筹地区经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求（ ）协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

A.统筹区内医疗保障部门

B.同级医疗保障行政部门

C.省级医疗保障部门

D.地市级以上级医疗保障部门

**答案：**B

**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；《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

229.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握（ ）。

A.出入院指征

B.出入院人数

C.医药费用

D.医保协议

**答案：**A

**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

230.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，（ ）使用集中采购中选的药品和耗材。

A.优先

B.应当

C.必须

D.可以

**答案：**A

**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

231.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，统筹地区经办机构对定点医疗机构的评估不合格的，应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改（ ）个月后可再次组织评估。

A.1

B.2

C.3

D.6

**答案：**C

**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

232.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构审核医保药品费用的方式错误的是（ ）。

A.智能审核

B.实时监控

C.现场检查

D.书面汇报

**答案：**D

**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

233.《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)规定，2024年底实现（ ）全部开展DRG/DIP付费改革工作。

A.所有统筹区

B.所有医疗机构

C.所有险种

D.病种分值

**答案：**A

**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

234.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，DIP是深化医保支付方式改革的重要组成部分，是符合中国国情的一种原创付费方式。DIP以大数据为支撑，把点数法和（ ）预算相结合，引导医疗卫生资源合理配置，体现医务人员劳务价值，保障参保人员基本医疗需求，推进医保基金平稳高效运行。

A.医疗机构总额

B.统计法

C.区域总额

**答案：**C

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

235.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，医疗保障经办机构建立激励约束和风险分担机制，激励定点医疗机构建立健全与DIP相适应的内部管理机制，合理控制（ ），提高医疗（ ），有序推进与定点医疗机构按病种分值付费方式结算。

A.医疗费用、服务质量

B.医保费用、服务质量

C.医疗费用、医疗效率

D.医保费用、医疗效率

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

236.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，省级经办机构要切实落实指导和组织责任，指导统筹地区制定适合本统筹地区的DIP（ ）、扎实推进规程落实，并对经办运行情况进行培训指导。

A.操作说明

B.技术规范

C.技术指导手册

D.经办管理规程

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

237.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，DIP业务的主要内容包括：完善（ ），建立健全医保经办机构与定点医疗机构协商谈判机制。

A.管理制度

B.协议管理

C.合约机制

D.沟通协调

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

238.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，DIP业务的主要内容包括：实施（ ）预算管理，合理制定DIP支付预算总额。

A.住院患者支付标准

B.科室单独总额

C.医疗机构单独总额

D.区域总额

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

239.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定 DIP业务的主要内容包括：开展审核及（ ），也可按（ ）结算。

A.月度预结算、月度

B.月度预结算、年度

C.月度据实结算、年度

D.月度据实结算、月度

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

240.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定。协议内容包括（ ）、费用审核申报结算、费用拨付及争议处理等内容。根据DIP管理需要，完善协议管理流程，规范DIP经办管理程序，强化定点医疗机构履约责任。

A.政策制定

B.年度总额

C.DIP数据报送

D.以上都不是

**答案：**C

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

241.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，统筹地区应加快全国统一的医保信息平台落地实施应用，加强数据治理，为DIP业务提供支撑，实现DIP业务所属的（ ）及质量管理、DIP病种分组及分值赋值。

A.成本核算

B.费用管理

C.统计核算

D.数据采集

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

242.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，制定本地病种（ ）。统筹地区以国家预分组结果为基础，确定病种及病种分值等，形成本地DIP目录库。

A.标准库

B.专家库

C.资源库

D.目录库

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

243.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，制定本地病种目录库。统筹地区以国家（ ）为基础，确定病种及病种分值等，形成本地DIP目录库。

A.技术规范

B.ICD\_9

C.ICD\_10

D.预分组结果

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

244.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，计算病种的分值和点值。将区域内住院平均医疗费用或（ ）的次均医疗费用作为基准，计算各病种的分值。

A.基准病种

B.单病种

C.重点检测病种

D.内科病种

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

245.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，建立特殊病例评议机制。对于（ ）明显高于平均水平、费用偏离度较大、ICU住院天数较长或者运用新医疗技术等特殊病例，定点医疗机构可提出按特殊病例结算的申请，积累到一定例数后赋予分值。经协商谈判后医保基金可予以支付。

A.住院天数

B.平均住院床日

C.耗材占比

D.药占比

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

246.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，加强医保智能审核，运用均衡指数等大数据手段，开展运行监测。重点对高套分值、（ ）等情形进行审核，发现有异常的情形，按规定作相应处理。

A.冒名顶替

B.修改医保文书

C.诊断与操作不符

D.操作码非国家贯标码

**答案：**C

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

247.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，建立医保质量保证金。可将定点医疗机构申报的月度结算费用按（ ）扣除，作为当年度医保服务质量保证金，质量保证金额度与年度、综合考核等情况挂钩。

A.预算总额一半

B.随机比例

C.全部

D.一定比例

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

248.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，有条件的地区可定期开展病例评审，组织专家对实施DIP的偏差病例、特殊病例等按比例抽检。病例评审结果与（ ）挂钩。

A.两定准入

B.年度清算

C.医院评优

D.总额预算

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

249.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，对DIP进行事前、事中、事后全流程监测，依托信息化手段，开展日常稽核，调动线上与线下资源，推动( ）与稽核检查联动，提高管理效率。

A.风险金比例

B.预留金比例

C.预算审核

D.费用审核

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

250.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，充分利用大数据分析等技术手段，对医疗服务相关行为和费用进行监测分析，重点对结算清单质量和日常诊疗行为、（ ）的合理性、参保人住院行为等开展监测。

A.六类费用

B.付费标准

C.报销比例

D.费用增长

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

251.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，充分利用大数据分析等技术手段，对医疗服务相关行为和（ ）进行监测分析，重点对结算清单质量和日常诊疗行为、付费标准的合理性、参保人住院行为等开展监测。

A.药品

B.费用

C.耗材

D.床日

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

252.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，对定点医疗机构年度履行协议、执行医保政策情况进行考核，为确定DIP（ ）支付金额、年度清算等提供依据。

A.医疗费用

B.风险金

C.预留金

D.年度预清算

**答案：**D

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

253.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，建立DIP专项考核评价，可纳入定点医疗机构协议考核，采用日常考核与（ ）相结合的方式，协议考核指标应包括DIP运行相关指标。

A.民众举报

B.现场考核

C.定期考核

D.随机抽查

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

254.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，考核指标要与定点医疗机构（ ）相结合，确定各项指标的考核方式、评分主体、评分标准，确保指标评价的客观性及可操作性。

A.人次增长

B.绩效考核

C.盈余收入

D.成本控制

**答案：**B

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

255.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，应当与定点医疗机构建立集体协商谈判机制，促进定点医疗机构集体协商，组织专家或委托第三方机构开展（ ）、分值动态调整等工作，推动形成共建共治共享的医保治理新格局。

A.病种目录

B.医药价格

C.费用管理

D.权重

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

256.《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》（医保办发〔2021〕27号）规定，加强组织管理，建立（ ）相关工作机制。提出协商方案，接受定点医疗机构的意见，通过充分的讨论和磋商，达成统一意见。

A.协商谈判

B.稽查考核

C.动态调整

D.合理分担

**答案：**A

**依据：**《关于印发按病种分值付费(DIP)医疗保障经办管理规程(试行)的通知》医保办发〔2021〕27号

257.《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)规定，抓统筹地区全面覆盖。在2019-2021年试点基础上，按2022年、2023年、2024年三年进度安排。以省（自治区、直辖市）为单位，分别启动不少于（ ）的统筹地区开展DRG/DIP支付方式改革并实际付费。鼓励以省（自治区、直辖市）为单位提前完成统筹地区全覆盖任务。

A.40% 30% 30%

B.30% 30% 40%

C.30% 40% 30%

D.40% 40% 20%

**答案：**A

**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

258.《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)规定，抓医保基金全面覆盖（原则上达到70%）。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按三年安排实现DRG/DIP付费医保基金支出占统筹区内住院医保基金支出达到70%，每年进度应分别不低于（ ），2024年启动地区须于两年内完成。鼓励超过70%的基金总额预算覆盖率。

A.30% 50% 70%

B.20% 50% 70%

C.30% 40% 70%

D.20% 40% 70%

**答案：**A

**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

259.《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)规定，抓医疗机构全面覆盖。统筹地区启动DRG/DIP付费改革工作后，按3年安排实现符合条件的开展住院服务的医疗机构全面覆盖，每年进度应分别不低于（ ），2024年启动地区须于2年内完成。

A.40% 30% 30%

B.30% 30% 40%

C.30% 40% 30%

D.40% 40% 20%

**答案：**A

**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