简答题

1.《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”包括哪些内容？

**答案：**（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。

**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

2.《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“四最”指的什么？

**答案：**（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

3.《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，参保人员申请办理登记备案的渠道有哪些？

**答案：**（1）参保地经办机构窗口；

（2）指定的线上办理渠道；

（3）国家医保服务平台APP；

（4）国家异地就医备案小程序；

（5）国务院客户端小程序等。

**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

4.《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回参保地就医的，是否可以在参保地享受医保直接结算服务？如果可以，待遇执行什么标准？

**答案：**（1）可在参保地享受医保直接结算服务，原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平；

（2）参保人员以个人承诺方式办理跨省异地长期居住人员备案手续的，应履行承诺事项，可在补齐相关备案材料后在备案地和参保地双向享受医保待遇。

**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

5.《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，参保人员门诊费用跨省异地就医直接结算时，就医地经办机构、参保地经办机构应该如何传送信息？

**答案：**（1）就医地经办机构按照就医地支付范围和规定对每条费用明细进行费用分割，经国家、省级异地就医结算系统实时传输至参保地；

（2）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药机构。

**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

6.《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包括哪些人员？

**答案：**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（以下统称省）以外工作、居住、生活的人员。

**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

7.《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哪些人员？

**答案：**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.《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，如何合理设定跨省临时外出就医人员直接结算报销政策？

**答案：**（1）跨省临时外出就医人员医疗费用报销水平可低于参保地相同级别医疗机构报销水平；

（2）原则上，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过10个百分点；

（3）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20个百分点。

**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.《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，普通门诊费用跨省直接结算后退费有几种方式？

**答案：**（1）隔笔退费；

（2）跨年退费；

（3）清算后退费。

**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

1. 《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，就医地经办机构对定点医药机构违规行为如何处理？

**答案：**（1） 就医地经办机构对定点医药机构违规行为涉及的医药费用不予支付，已支付的违规费用予以扣除，用于冲减参保地跨省异地就医直接结算费用；

（2）对定点医药机构违反医保服务协议约定并处以违约金的，由就医地经办机构按规定处理。

**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.《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，跨省异地就医结算费用申报及清算的时间要求是什么？

**答案：**（1）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2个月；

（2）当年跨省异地就医直接结算费用，最晚应于次年第一季度清算完毕。

**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

12.《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，参保人员申请办理异地安置退休人员备案需提供哪些材料？

**答案：**（1）医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

（2）跨省异地就医登记备案表；

（3）异地安置认定材料(“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”，或个人承诺书)。

**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

13.《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，参保人员申请办理异地长期居住人员备案需提供哪些材料？

**答案：**（1）医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

（2）跨省异地就医登记备案表；

（3）长期居住认定材料(居住证明或个人承诺书)。

**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

14.《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，参保人员申请办理常驻异地工作人员备案需提供哪些材料？

**答案：**（1）医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

（2）跨省异地就医登记备案表；

（3）异地工作证明材料(参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同任选其一或个人承诺书)。

**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

15.《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，参保人员申请办理异地转诊人员备案需提供哪些材料？

**答案：**（1）医保电子凭证、有效身份证件或社会保障卡；

（2）跨省异地就医登记备案表；

（3）参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院证明材料。

**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

16.根据《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）规定，阐述什么是跨省异地就医？

**答案：**跨省异地就医是指基本医疗保险参保人员在参保关系所在省、（自治区、直辖市）（以下统称省）以外的定点医药机构发生的就医、购药行为。

**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

17.根据《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）规定，阐述什么是跨省异地就医直接结算？

**答案：**跨省异地就医直接结算是指参保人员跨省异地就医时只需支付按规定由个人负担的医疗费用，其他费用由就医地经办机构与跨省联网定点医药机构按医疗保障服务协议约定审核后支付。

**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

18.《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）适用范围？

**答案：**（1）适用于基本医疗保险参保人员跨省异地就医直接结算经办管理服务工作；

（2）其中基本医疗保险包括职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险。

**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

19.《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采取什么方式？

**答案：**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，按月全额清算。

**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

20.《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管理方式是什么？

**答案：**（1）实行就医地统一管理；

（2）就医地经办机构应将异地就医人员纳入本地统一管理，在医疗信息记录、绩效考核、医疗行为监控、费用审核、总额预算等方面提供与本地参保人员相同的服务和管理，并在定点医药机构医疗保障服务协议中予以明确；

（3）鼓励地方探索DRG/DIP等医保支付方式改革在异地就医结算中的应用，引导定点医疗机构合理诊疗。

**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

21.《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，医疗费用对账指的是什么？

**答案：**医疗费用对账是指就医地经办机构与定点医药机构就门诊就医、购药以及住院医疗费用确认医保基金支付金额的行为。

**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

1. 《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，统一住院、普通门诊和门诊慢特病费用跨省直接结算基金支付政策指的是什么？

**答案：**（1）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（基本医疗保险药品、医疗服务项目和医用耗材等支付范围）；

（2）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、门诊慢特病病种范围等有关政策。

**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，允许补办异地就医备案，具体包括什么？

**答案：**（1）参保人员跨省出院结算前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；

（2）跨省异地就医参保人员出院自费结算后按规定补办备案手续的，可以按参保地规定申请医保手工报销。

**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可以在备案地和参保地双向享受医保待遇，其待遇标准是什么？

**答案：**（1）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参保地规定的本地就医时的标准；

（2）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，原则上不低于参保地跨省转诊转院待遇水平。

**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，定点医疗机构如何为符合条件的参保人员跨省转诊就医提供方便？

**答案：**（1）定点医疗机构应以患者病情为出发点制定合理的诊疗方案，需要转诊时可通过不同形式安排转诊；

（2）不得将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

**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，规范参保人员持医保电子凭证、社会保障卡就医，跨省联网定点医药机构应做好哪些工作？

**答案：**（1）应做好参保人员的参保身份验证工作；

（2）指引未办理备案人员及时办理备案手续；

（3）为符合就医地规定门（急）诊、住院患者，提供合理规范的诊疗服务及方便快捷的跨省异地就医直接结算服务。

**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，参保人员因故无法进行跨省异地就医直接结算的，跨省联网定点医药机构应该怎么做？

**答案：**（1）跨省联网定点医药机构应根据医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证采集参保人员有关信息；

（2）并将医疗费用明细、诊断等就诊信息及时上传至国家医疗保障信息平台；

（3）支持全国开展跨省异地就医手工报销线上办理试点。

**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，在强化异地就医业务协同管理方面，各级医保部门应该怎么做？

**答案：**（1）各级医保部门应逐步健全工作机制，形成分工明确、职责明晰、流程统一的跨省异地就医业务协同管理体系；

（2）在问题协同、线上报销、费用协查、信息共享等方面全面提升各级医保经办机构业务协同管理能力。

**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，各地医保系统停机切换时，应该怎么做？

**答案：**（1）各地医保系统停机切换时，应做好事前报备、事中验证、事后监测，确保数据迁移及时、完整、精准；

（2）解决个人编号等信息变更对在途业务的影响，确保业务平稳衔接和系统稳定运行。

**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，在加强跨省异地就医直接结算基金监管方面，就医地监管责任是什么？

**答案：**（1）就医地医保部门要把跨省异地就医直接结算作为日常监管、专项检查、飞行检查等重点内容；

（2）结合本地实际和跨省异地就医直接结算工作特点，严厉打击各类欺诈骗保行为。

**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，在加强跨省异地就医直接结算基金监管方面，参保地监管责任是什么？

**答案：**（1）参保地医保部门要定期开展跨省异地就医医保基金使用情况分析；

（2）精准锁定可疑问题线索；

（3）积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。

**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，参保人员跨省异地就医住院直接结算时，就医地经办机构、参保地经办机构应该如何传送信息？

**答案：**（1）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；

（2）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。

**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.《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，内部控制指的是什么？

**答案：**是指各级医疗保障经办机构通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作以及行为进行规范、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制。

**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

34.《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，内部控制包括哪些内容？

**答案：**（1）组织机构控制；

（2）业务运行控制；

（3）基金财务控制；

（4）信息系统控制；

（5）内部控制监督检查等。

**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

35.《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，内部控制原则有哪些？

**答案：**（1）合法性原则；

1. 全面性原则；

（3）规范性原则；

（4）有效性原则；

（5）制衡性原则。

**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

36.《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，内部控制方法有哪些？

**答案：**(1)制度控制；

(2)管理控制；

(3)技术控制。

**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

37.《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，内部控制主要分那几个方面？

**答案：**(1)组织机构控制；

(2)业务运行控制；

(3)基金财务控制；

(4)信息系统使用控制；

(5)内部控制的监督与检查。

**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

38.《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，缴费基数临时代核应重点审核哪些内容？

**答案：**参保单位的基数申报表、缴费工资明细表、参保人数以及表动情况等

**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

39.《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，医保关系转移接续应重点审核哪些内容？

**答案：**申请人员条件是否符合相关政策要求，核对参保基础信息、缴费年限、缴费金额以及个人账户余额等。

**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

40.《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，门诊特慢病待遇认定应重点审核哪些内容？

**答案：**是否符合门诊特慢病待遇政策条件，审查门诊特慢病申请的相关材料，不得超病种范围审批。

**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

41.《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，手工报销应重点审核哪些内容？

**答案：**（1）收费票据；

（2）费用明细清单；

（3）疾病诊断书等。

**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

42.《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应重点审核哪些内容？

**答案：**参保人员享受待遇资质、参保职工未就业配偶参加基本医保情况和生育保险情况等，核定人员生育津贴计发天数、计发基数是否符合政策要求。

**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

43.《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应重点审核哪些内容？

**答案：**医疗救助待遇申请人是否符合医疗救助资质，对人工录入至医保信息系统的医疗救助对象进行定期核对。

**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

44.《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应重点评估哪些内容？

**答案：**申请单位的资质条件是否符合相关政策要求，申请机构实际资质与申报情况是否匹配等。

**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

45.《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，各级经办机构内控管理部门开展内控监督检查的方式？

**答案：**可采取现场检查和非现场检查相结合的方式，综合运用询问、查阅、观察、比对和信息系统监控等方式，开展日常、专项及年度检查，实现事前、事中、事后的全方位监督。

**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

46.《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，机构设置的检查标准是什么？

**答案：**各级经办机构应遵循“高效便捷、风险可控”的要求，科学设置相对独立的综合、业务、财务、信息和内控管理部门，各部门职能职责明确。构建相互制约、相互监督的组织体系。

**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

47.《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，岗位设置的检查标准是什么？

**答案：**合理设置各业务岗位，分设济南、审核岗，设置专职独立内控岗位，各岗位职责权限明确。

**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

48.《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，组织决策控制的检查标准是什么？

**答案：**落实三重一大制度，建立并执行集体决策和组织决策机制，做到决策科学民主、公开透明。

**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

49.《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，业务审核的检查标准是什么？

**答案：**（1）严格依据规程、办法以及业务事项风险程度高低等执行有差别的审核审签程序；

（2）业务审核重点核查提交材料或证明的真实性、完整性、有效性；

（3）定期对业务办理记录进行抽查。

**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

50.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，办事公开的检查标准是什么？

**答案：**执行办事公开制度，通过上网、上墙等方式向社会公布法律法规、政策规章、经办业务流程、办理时限、部门及岗位职责等相关事项。

**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

51.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，统计调查的检查标准是什么？

**答案：**严格执行医疗保障统计调查制度，落实统计调查责任，明确专人负责，畅通统计数据获取渠道，按期生成统计数据。

**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

52.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，经办业务信息化的检查标准是什么？

**答案：**经办业务全流程系统操作、痕迹化管理、全程可追溯、适时监控违规及异常情况。

**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

53.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）文件规定，第三方机构承办医保业务的检查标准是什么？

**答案：**落实对第三方机构承办医保业务的管理权责任，明确相关职责权限；建立准入退出机制、评价机制和考核标准；督促第三方机构承办医保业务执行信息安全管理相关规定。

**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

54.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）文件规定，档案管理的检查标准是什么？

**答案：**建立经办业务档案管理制度，明确档案管理要求、配备管理人员及场所，定期对档案保管情况进行抽查，实行档案电子化管理。

**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

55.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）文件规定，基金预决算管理的检查标准是什么？

**答案：**依法依规按年度分险种编制基金预算及预算调整草案，按程序报批，严格执行批复预算。于年度终了编制基金决算草案，并按程序报批。

**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

56.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）文件规定，基金收支控制的检查标准是什么？

**答案：**试行（实行）基金“收支两条线”和财政专户管理，按险种分别建账、分别核算、分别计息，并保证专款专用。基金收支按程序和权限执行分级审批管理，落实与财政、税务、银行等部门的基金收支对账管理。

**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

57.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）文件规定，基金风险预警管理的检查标准是什么？

**答案：**建立基金运行分析制度和基金管理预警分析制度，科学设置基金风险预警指标，建立健全基金风险应对预案和要情报告制度。

**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

58.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，信息系统应用的检查标准是什么？

**答案：**(1)按照不相容岗位分离制约、分级管理和授权审批制原则开通和分配信息系统经办权限、定期对权限使用情况进行检查，明确权责相符。

(2)明确专人度信息系统数据进行统计、分析、预警，异常数据及时反馈修正，重大事项向相关负责人汇报；

(3)业务处理要局域可复核性和可追溯性，定期对系统的操作记录及使用日志进行检查。

**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

59.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）文件规定，信息系统安全的检查标准是什么？

**答案：**（1）加强设备、网络、软件、数据安全管理管理，实行业务系统与互联网隔离，统一终端不得接入多个网络。

（2）落实突发事件应急处理要求，及时妥善处理系统故障。

**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

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）文件规定，内控管理检查制度的检查标准是什么？

**答案：**（1）建立内控管理检查制度，开展内部控制检查人员不得少于两人且执行回避制度。

（2）定期聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估和监督检查，并出具检查报告。

**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，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

62.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障经办机构有哪些情形之一的，由医疗保障行政部门责令改正，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分？

**答案：**（1）未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度；

（2）未履行服务协议管理、费用监控、基金拨付、待遇审核及支付等职责；

（3）未定期向社会公开医疗保障基金的收入、支出、结余等情况。

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》国务院令第735号

63.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构通过哪些方式骗取医疗保障基金支出的，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。

**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

64.在职职工参保登记的受理材料是什么？

**答案：**（1）《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）；

（2）参保人员有效身份证件复印件。

**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

65.灵活就业人员参保登记的受理材料是什么？

**答案：**（1）《职工基本医疗保险参保登记表》；

（2）有效身份证件。

**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

66.哪种情况可以办理城乡居民参保登记？

**答案：**未参加职工医保或其他医疗保障制度的全体城乡居民可以申请办理城乡居民基本医疗保险参保登记。

**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

67.职工参保信息变更登记的受理材料是什么？

**答案：**（1）《基本医疗保险参保信息变更登记表》；

（2）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（3）变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息应提供的必要对应辅助材料。

**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

68.符合享受生育保险待遇的参保职工所产生的计划生育医疗费用，未能联网结算的，申请报销的经办时间、办理时限是什么？

**答案：**（1）经办时间：工作日；

（2）办理时限：不超过20个工作日。

**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

69.申请生育津贴支付的经办时间、办理时限是什么？

**答案：**（1）经办时间：工作日；

（2）办理时限：不超过20个工作日。

**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

70.什么条件可办理单位参保登记？

**答案：**用人单位应当自成立之日起30日内凭营业执照、登记证书或者单位印章,向当地医疗保障经办机构申请办理基本医疗保险登记。

**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

71.什么条件可办理灵活就业人员参保登记？

**答案：**自愿参加职工基本医疗保险的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员,可以向医疗保障经办机构申请办理参加职工基本医疗保险登记。

**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

72.办理单位参保信息变更登记的条件是什么？

**答案：**用人单位的基本医疗保险登记事项发生变更或者用人单位依法终止的,应当自变更或者终止之日起30日内,到医疗保障经办机构办理变更或者注销基本医疗保险登记。市场监督管理部门、民政部门和机构编制管理机关应当及时向医疗保障经办机构通报用人单位的成立、终止情况。

**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

73.办理单位参保信息变更登记受理材料是什么？

**答案：**（1）《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》（加盖单位公章）；

（2）变更统一社会信用代码、法定代表人等关键信 息的可要求提供必要的对应辅助材料。

**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

74.办理职工参保信息变更登记受理材料是什么？

**答案：**（1）《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》；

（2）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（3）变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息应提供的必要对应辅助材料。

**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

75.城乡居民参保信息变更登记受理材料是什么？

**答案：**（1）《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》；

（2）医保电子凭证或有效身份证件或社保卡；

（3）变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的可要求提供必要的对应辅助材料。

**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

76.什么情况可申请办理基本医疗保险个人账户一次性支取？

**答案：**（1）参保人员死亡；

（2）参保人员主动放弃基本医疗保险关系(异地安置、出国出境等)。

**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

77.根据《国家税务总局财政部人力资源社会保障部中国人民银行国家医疗保障局关于印发<统一社会保险费征收模式实施方案>的通知》（税总社保发〔2022〕56号），什么是统一社会保险费征收模式(简称统模式)？

**答案：**从2022年起，用3年时间稳妥有序实现用人单位和个人自行向税务部门申报缴纳社会保险费的社会保险费征收管理体制。

**依据：**《国家税务总局财政部人力资源社会保障部中国人民银行国家医疗保障局关于印78.发<统一社会保险费征收模式实施方案>的通知》税总社保发〔2022〕56号

根据《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），2022年，国家要求的城乡居民基本医疗保险国家补助标准是多少？国家要求的城乡居民基本医疗保险个人缴费标准是多少？

**答案：**（1）城乡居民基本医疗保险国家补助标准是每人每年不低于 610元。

（2）城乡居民基本医疗保险个人缴费标准是达到每人每年350元。

**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

79.根据《国家医保局办公室财政部办公厅 关于印发《2021年度医保管理服务督查激励措施实施办法》的通知》（医保办函〔2022〕25号），医保管理服务督查激励评价标准主要包括哪几个方面？

**答案：**（1）对优化医保领域便民服务；

（2）推进医保经办管理服务体系建设；

（3）提升医保规范化管理水平；

（4）督查和审计情况。

**依据：**《国家医保局办公室财政部办公厅 关于印发《2021年度医保管理服务督查激励措施实施办法》的通知》医保办函〔2022〕25号

80.根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），内部控制是指什么？

**答案：**（1）各级医疗保障经办机构通过对其内设部门及其工作人员 从事医疗保障管理服务工作及行为进行规范、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制；

（2）内部控制主要包括组织机构控制、 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：**根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

81.根据《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》（医保发〔2021〕39号），全省推进医保服务下沉，总体来说，哪些业务是可以下发到乡镇办理？

**答案：**（1）将参保登记缴费、信息查询及变更、异地就医备案、零星(手工) 报销初审等业务下放乡镇(街道)一级办理，鼓励有条件的统筹地区下放至村(社区)一级办理；

（2）鼓励将门诊慢特病种认定、异地就医备案、新生儿参保等与就医过程紧密相关的事项下放至定点医疗机构办理；

（3）拓展自助服务功能，在指定定点医药机构设置自助服务区，方便群众查询及办理基本医保经办业务。

**依据：**《国家医疗保障局关于优化医保领域便民服务的意见》医保发〔2021〕39号

82.根据《国家医保局办公室关于印发<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），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的基本原则是哪些？

**答案：**（1）坚持统一规范；

（2）坚持问题导向；

（3）坚持示范引领。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

83.根据《国家医保局办公室关于印发<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），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的工作目标是什么？

**答案：**着眼“公平医保、法治医保、安全医保、智慧医保、协同医保”建设，围绕“一满意两加强”即“让群众办事舒心满意，加强两定机构结算公开透明、加强经办机构基金管理依法合规”, 在医疗保障经办管理服务领域大力统一简并政策、优化经办流程、完善经办规程、推进智能应用、提升服务质量、狠抓协同治理、加强规范管理、严控内部风险、建立长效机制，通过点面结合，带动全国医保经办机构实现规范有序、服务便捷、行风优良，推动医疗保障经办管理服务达到新水平。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

84.根据《国家医保局办公室关于印发<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），医疗保障经办管理服务规范建设专项行动的主要任务是什么？

**答案：**（1）让群众办事报销更加简单便捷；

（2）让两定机构结算更加公开透明；

（3）让医保基金管理更加合理规范。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

85.根据《国家医保局办公室关于印发<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），让群众办事报销更加简单便捷，包括哪些内容？

**答案：**（1）推动经办管理服务统一规范；

（2）确保医保政策宣传解读准确到位；

（3）提升线上线下医保经办效能。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

86.根据《国家医保局办公室关于印发<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），让两定机构结算更加公开透明，包括哪些内容？

**答案：**（1）加强医保基金结算方式管理；

（2）落实协议管理责任；

（3）加强审核结算全面规范。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

87.根据《国家医保局办公室关于印发<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），让医保基金管理更加合理规范，包括哪些内容？

**答案：**（1）严格落实基金财会制度；

（2）依法依规开展稽核；

（3）内部风险闭环管控。

**依据：**《国家医保局办公室关于印发<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

88.《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，以书面、现场等形式对申请定点的医疗机构开展评估。评估内容包括哪些？

**答案：**（1）核查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；

（2）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（3）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（4）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（5）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件。

**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

89.《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，可按协议约定相应采取什么处理方式？

**答案：**（1）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（2）暂停或不予拨付费用；

（3）不予支付或追回已支付的医保费用；

（4）要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金；

（5）中止相关责任人员或者所在部门涉及医疗保障基金使用的医疗服务；

（6）中止或解除医保协议。

**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

90.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，零售药店有哪些情况，不予受理定点申请？

**答案：**（1）未依法履行行政处罚责任的；

（2）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（3）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（4）因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（5）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

（6）法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（7）法律法规规定的其他不予受理的情形。

**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

91.《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，可按哪些方式进行处理？

**答案：**（1）约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；

（2）暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用；

（3）要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金；

（4）中止或解除医保协议。

**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

92.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店有哪些情形之一的，经办机构应中止医保协议？

**答案：**（1）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

（2）未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

（3）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（4）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

**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

93.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，哪些医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点？

**答案：**（1）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（2）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（3）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（4）独立设置的急救中心；

（5）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（6）养老机构内设的医疗机构。

**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

94.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，申请医保定点的医疗机构应当同时具备哪些条件？

**答案：**（1）正式运营至少3个月；

（2）至少有1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；

（3）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（4）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（5）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（6）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

**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

95.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构有哪些情形之一的，不予受理定点申请？

**答案：**（1）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（2）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（3）未依法履行行政处罚责任的；

（4）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（5）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（6）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（7）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5年的；

（8）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（9）法律法规规定的其他不予受理的情形。