# 判断题

1.按照《社会保险法》规定，医保经办机构应该为参保人提供合理、必要的医疗服务。

**答案：**错

**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

2.按照《社会保险法》规定，医保经办机构可与医疗机构、药品经营单位签订服务协议，规范医疗服务。

**答案：**对

**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

3.按照《社会保险法》规定，参加基本医疗保险的参保人，达到法定退休年龄时，缴费年限不足时无需再进行补缴，可享受医保待遇。

**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

4.按照《社会保险法》规定，医疗费用依法由第三人负担，第三方不予支付或无法确定第三方的，医保基金先行支付，医保基金先行支付后有权向第三方追偿。

**答案：**对

**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

5.按照《社会保险法》规定，我国基本医疗保险制度，由职工基本医疗保险和城镇居民基本医疗保险构成。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，职工应当参加生育保险，生育保险由职工和用人单位共同按照国家规定缴纳生育保险费。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，失业人员在领取失业金期间，参加基本医疗保险，个人缴纳部分从失业金中扣除。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，职工享受的生育待遇的，所需资金从生育保险基金及医疗保险基金中支出。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，用人单位未办理参保登记的，人民法院依法核定其应缴纳的社会保险费。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，进城务工的农民，不能参加职工基本医疗保险。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，参加职工基本医疗保险的参保人，必须参加企业养老保险。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，职工应参加职工基本医疗保险，由用人单位和职工共同缴纳。

**答案：**对

**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《社会保险法》规定，个人跨统筹地区转移时，医疗保险随本人转移，年限重复计算。

**答案：**错

**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.按照《社会保险法》规定，个人依法享受社会保险待遇，但无权监督本单位为其缴费情况。

**答案：**错

**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.《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，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(制度内重复参保)或重复参加不同基本医疗保险制度 (跨制度重复参保),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。

**答案：**对

**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）

17.《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一次就诊并享受跨省异地就医直接结算服务。

**答案：**错

**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）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。

**答案：**错

**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，2025年底前，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。

**答案：**对

**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，2025年底前，住院费用跨省直接结算率提高到65%以上。

**答案：**错

**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，2025年底前，普通门诊跨省联网定点医药机构数量实现翻两番。

**答案：**错

**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）

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、常驻异地工作人员和异地转诊人员。

**答案：**错

**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，跨省临时外出就医人员备案有效期原则上可以少于6个月。

**答案：**错

**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，备案有效期为12个月。

**答案：**错

**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，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不可为参保人员办理医疗费用跨省直接结算。

**答案：**错

**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。

**答案：**对

**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。

**答案：**对

**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，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备案地（就医地）待遇标准。

**答案：**错

**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，跨省异地长期居住人员备案有效期内确需回参保地就医的，可在参保地享受医保结算服务，原则上可低于参保地跨省转诊转院待遇水平。

**答案：**错

**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，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15个百分点。

**答案：**错

**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，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，将在本地住院作为开具转诊的先决条件。

**答案：**错

**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时，应在就医地的跨省联网定点医药机构主动表明参保身份，出示医保电子凭证或社会保障卡等有效凭证。

**答案：**对

**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，跨省联网定点医药机构应做好参保人员的参保身份验证工作，指引未办理备案人员及时办理备案手续。

**答案：**对

**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，参保人员申请异地就医备案时，可直接备案到就医地市或直辖市等，同时需备案到具体定点医疗机构。

**答案：**错

**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，参保人员到海南、西藏等省级统筹地区和新疆生产建设兵团就医的，可备案到就医省和新疆生产建设兵团。

**答案：**对

**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，参保人员备案有效期内已办理入院手续的，不受备案有效期限制，可正常直接结算相应医疗费用。

**答案：**对

**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，就医地对于参保人员住院治疗过程跨自然年度的，应以入院登记日期为结算时点，按一笔费用整体结算。

**答案：**错

**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，参保人员因同种疾病确需在就医地继续治疗或再次转外就医的，参保地经办机构应简化异地就医备案手续，方便参保人员享受跨省异地就医直接结算服务。

**答案：**对

**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，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，异地转诊人员和异地急诊抢救人员支付比例的降幅不超过10个百分点。

**答案：**对

**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，参保人员跨省异地就医前，可通过国家医保服务平台APP、国家异地就医备案小程序、国务院客户端小程序或参保地经办机构窗口等线上线下途径办理异地就医备案手续。

**答案：**对

**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，参保人员在备案地开通的具体跨省联网定点医疗机构享受住院费用跨省直接结算服务。

**答案：**错

**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，参保人员在备案地门诊就医时按照参保地异地就医管理规定选择跨省联网定点医药机构就医购药。

**答案：**对

**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，跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用明细信息转换为全国统一的大类费用信息。

**答案：**对

**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，跨省异地就医直接结算时，就医地应将住院费用按照就医地支付范围及有关规定对每条费用明细进行费用分割。

**答案：**错

**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，跨省异地就医费用医保基金支付部分在地区间实行先预付后清算。

**答案：**对

**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，每年1月底前，国家级经办机构原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的三倍核定年度预付金额度。

**答案：**错

**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，跨省异地就医费用清算按照国家统一清分，省、市两级清算的方式，按季全额清算。

**答案：**错

**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，预付金在就医地财政专户中产生的利息归参保地所有。

**答案：**错

**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，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。

**答案：**对

**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，定点医药机构可连接医保系统的信息系统接入互联网。

**答案：**错

**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，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。

**答案：**对

**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，参保地医保部门要定期开展跨省异地就医医保基金使用情况分析，精准锁定可疑问题线索，积极开展问题核查，确保医保基金安全合理使用。

**答案：**对

**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，跨省异地就医监管追回的医保基金、扣款等按原渠道返回参保地账户，行政处罚、协议违约金等由参保地医保部门按规定处理。

**答案：**错

**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，跨省异地就医直接结算工作实行统一管理、分级负责。

**答案：**对

**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，按照“参保地目录、参保地政策、就医地管理”的要求，提供便捷高效的跨省异地就医直接结算服务。

**答案：**错

**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，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一个工作日内办结。

**答案：**错

**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，参保人员未按规定申请办理登记备案手续或在就医地非跨省定点医药机构发生的医疗费用，按就医地规定执行。

**答案：**错

**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，就医地经办机构按要求在国家跨省异地就医管理子系统中做好跨省联网定点医药机构基础信息、医保服务协议状态等信息动态维护工作。

**答案：**对

**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，提供门诊慢特病跨省直接结算服务时，应专病专治，合理用药。

**答案：**对

**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.《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， 预付金是参保地省级经办机构预付给就医地省级经办机构用于支付参保地异地就医人员医疗费用的资金。

**答案：**对

**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）

61.《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，预付金原则上根据上年第四季度医保结算资金月平均值的四倍核定年度预付金额度。

**答案：**错

**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）

62.《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5个工作日内提交同级财政部门。

**答案：**对

**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）

63.《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， 当预付金使用率出现红色预警时，就医地省级经办机构可在当期清算签章之日起5个工作日内登录国家跨省异地就医管理子系统向国家级经办机构报送预付金额度调增申请。

**答案：**错

**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）

64.《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， 各省级经办机构在省级财政收款专户信息发生变更时，要及时在国家跨省异地就医管理子系统变更相关信息。

**答案：**对

**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）

65.《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，参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地有相应门诊慢特病病种及限定支付范围的，执行参保地规定。

**答案：**错

**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）

66.《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，参保人员因门诊慢特病异地就医时，就医地没有相应门诊慢特病病种的，定点医药机构及接诊医师要遵循相关病种诊疗规范及用药规定合理诊疗。

**答案：**错

**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）

67.《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，参保人员同时享受多个门诊慢特病待遇的，由参保地根据本地规定确定报销规则。

**答案：**对

**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）

68.《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，各地要支持参保人员普通门诊费用跨省直接结算后合理的退费需求，提供隔笔退费、跨年退费和清算后退费服务。

**答案：**对

**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）

69.《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。

**答案：**对

**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）

70.《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，跨省异地就医业务协同管理工作实行统一管理，分级负责。

**答案：**对

**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）

71.《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2万元(含2万元)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。

**答案：**错

**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）

72.《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，各级医保部门可根据跨省异地就医结算业务协同问题的紧急程度，通过国家跨省异地就医管理子系统提出问题协同申请，其中备案类问题需在1个工作日内回复。

**答案：**错

**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）

73.《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，原则上执行参保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）。

**答案：**错

**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）

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）文件规定，各级经办机构暂无条件设置独立内控管理部门的，应设置专职独立内控岗位且可兼任其他部门职务、职责。

**答案：**错

**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，办理参保登记时，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。

**答案：**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）

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，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1/2以上的县（区）级经办机构，原则上每2年为一个全面评估周期。

**答案：**错

**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，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，属于内部控制原则里的规范性。

**答案：**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）

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，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，属于内部控制原则里的合法性。

**答案：**错

**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，各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的评价。

**答案：**错

**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，内部控制原则包括合法性、全面性、有效性、规范性和制衡性。

**答案：**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）

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，各级经办机构应强化操作规范管理，业务处理要具有可复刻性和可追溯性，不定期对系统的操作记录及使用日志进行检查。

**答案：**错

**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，各级经办机构应执行业务审核制度，针对较高风险业务，试行一事双审，除执行初审、复核程序外，增设终审和审核程序。

**答案：**错

**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，各级经办机构应配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务准入退出机制、评价机制、考核标准，并进行随机或定期抽查和评价。

**答案：**错

**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）规定规定，各级经办机构应强化数据应用管理，按照《国家医疗保障局数据安全管理办法》要求，结合业务经办需求，明确专人对信息系统数据进行统计、分析、预警，异常数据应及时报告，重大事项应向相关负责人汇报。

**答案：**错

**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.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，参保人员应当持个人身份凭证就医、购药，并主动出示接受查验。

**答案：**错

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

86.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构及其工作人员不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

87.《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疗保障基金支出且拒不配合调查的，医疗保障行政部门不能要求医疗保障经办机构暂停其医疗费用联网结算。

**答案：**错

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

88.医疗保障行政部门对违反《医疗保障基金使用监督管理条例》的行为作出行政处罚或者行政处理决定前，应当听取当事人的陈述、申辩。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

89.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，任何组织和个人有权对侵害医疗保障基金的违法违规行为进行举报、投诉。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

90.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构不得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。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

91.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构不得为参保人员利用其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提供便利。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

92.《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与定点医药机构建立集体谈判协商机制。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

93.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构除急诊、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，处1万元以上5万元以下的罚款。

**答案：**错

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

94.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构应当向社会公开医药费用、费用结构等信息，接受社会监督。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

95.违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，侵占、挪用医疗保障基金的，由医疗保障等行政部门责令追回。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

96.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，医疗保障基金专款专用，任何组织和个人不得侵占或者挪用。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

97.违反《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，构成违反治安管理行为的，依法给予行政处罚。

**答案：**错

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

98.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，国家鼓励和支持新闻媒体开展医疗保障法律、法规和医疗保障知识公益宣传，并对医疗保障基金使用行为进行舆论监督。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

99.《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加强对服务协议订立、履行等情况的监督。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

100.《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按照服务协议的约定，及时结算和拨付医疗保障基金。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

101.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构应当按照规定提供医药服务，提高服务质量，合理使用医疗保障基金，维护公民健康权益。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

102.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，定点医药机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

103.《医疗保障基金使用监督管理条例》规定，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。

**答案：**对

**依据：**《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)

104.单位参保登记办理时限是不超过10个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

105.职工参保登记办理时限是不超过15个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

106.城乡居民参保登记办理时限是不超过10个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

107.单位参保信息变更登记办结时限是不超过5个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

108.职工参保信息变更登记经办时间是每月1-15日办理。

**答案：**错

**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）

109.职工参保信息变更登记办结时限是不超过5个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

110.城乡居民参保信息变更登记办结时限是不超过5个工作日内办结。

**答案：**错

**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）

111.城乡居民参保信息变更登记经办时间是每月1-15日办理。

**答案：**错

**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）

112.基本医疗保险个人账户一次性支取办结时限是即时办结。

**答案：**错

**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）

113.产前检查费支付办结时限是不超过30个工作日。

**答案：**错

**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）

114.生育医疗费支付办结时限是不超过30个工作日。

**答案：**错

**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）

115.结婚证是生育医疗费支付的受理材料。

**答案：**错

**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）

116.结婚证是产前检查费支付的受理材料。

**答案：**错

**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）

117.计划生育医疗费支付办结时限是不超过30个工作日。

**答案：**错

**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）

118.符合享受生育保险待遇的参保职工所产生的未能联网结算的计划生育医疗费用可以办理计划生育医疗费支付。

**答案：**对

**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）

119.生育津贴支付办结时限是不超过30个工作日。

**答案：**错

**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）

120.医疗机构申请定点协议管理办结时限是评估时间不超过2个月。

**答案：**错

**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）

121.医疗机构申请定点协议管理办理时限是3个是自然日。

**答案：**错

**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）

122.业务考核是医疗机构申请定点协议管理的办理流程之一。

**答案：**错

**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）

123.零售药店申请定点协议管理办结时限是评估时间不超过2个月。

**答案：**错

**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）

124.零售药店业务受理时，若申请材料内容不全的，自收到材料之日起10个工作日内一次性告知零售药店补充。

**答案：**错

**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）

125.业务考核是零售药店申请定点协议管理的办理流程之一。

**答案：**错

**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）

126.定点零售药店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10个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：****错误**

**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）

127.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），统一社会保险费征收模式，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。

**答案：**对

**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）

128.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构有权从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

**答案：**对

**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）

129.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构违反医保协议的，定点零售药店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，不能申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**错

**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）

130.《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15个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。

**答案：**错

**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）

131.《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3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。

**答案：**对

**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）

132.《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2个月的零售药店可以申请医疗保障定点。

**答案：**错

**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）

133.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内的零售药店可申请医疗保障定点。

**答案：**对

**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）

134.《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5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**对

**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）

135.《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对提出定点申请的医疗机构开展评估。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间计入评估期限。

**答案：**错

**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）

136.《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1年。

**答案：**对

**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）

137.《零售药店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对提出定点申请的零售药店开展评估。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间计入评估期限。

**答案：**错

**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）

138.《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5个工作日内一次性告知医疗机构补充。

**答案：**对

**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）

139.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店与医保对接的有关信息系统的运行和维护的供应商须由经办机构指定。

**答案：**错

**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）

140.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构违反医保协议的，定点零售药店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，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

**答案：**对

**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）

141.《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30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。

**答案：**对

**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）

142.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店医保协议中止期间发生的医保费用仍应结算。

**答案：**错

**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）

143.《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180日。

**答案：**对

**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）

144.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。

**答案：**对

**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）

145.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单。

**答案：**对

**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）

146.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，地市级及以上的统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议，该零售药店在其他统筹区的医保协议仍然有效。

147.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，包括实体零售药店和网上零售药店。

**答案：**错

**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）

148.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》于2021年6月1日开始施行。

**答案：**错

**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）

149.《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3个月的医疗机构可以申请医疗保障定点。

**答案：**对

**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）

150.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，至少有2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，可以申请医疗保障定点。

**答案：**错

**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）

151.《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，自结果告知送达之日起，整改2个月后可再次组织评估。

**答案：**错

**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）

152.《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未满3年或已满3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。

**答案：**对

**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）

153.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，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3年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**错

**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）

154.《零售药店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3年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**对

**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）

155.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，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可以受理定点申请。

**答案：**错

**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）

156.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构应按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**答案：**对

**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）

157.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

**答案：**对

**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）

158.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗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同级医疗保障行政部门协调处理，不能提起行政复议或行政诉讼。

**答案：**错

**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）

159.《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3个月向经办机构提出申请。公立医疗机构可以主动提出中止或解除医保协议。

**答案：**错

**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）

160.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，至少有1名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内的可以申请定点药店。

**答案：**错

**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）

161.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，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年的医疗机构不予受理定点申请。

**答案：**对

**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）

162.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

**答案：**对

**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）

163.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后20个工作日内拨付符合规定的医保费用。

**答案：**错

**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）

164.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店医保协议不受影响。

**答案：**错

**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）

165.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店提出解除医保协议的，协议即可解除。

**答案：**错

**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）

166.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构及其工作人员不得分解住院、挂床住院。

**答案：**对

**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）

167.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构及其工作人员可以随意诊疗、检查、开药。

**答案：**错

**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）

168.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构及其工作人员不得重复收费、超标准收费、分解项目收费。

**答案：**对

**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）

169.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医药机构及其工作人员可以帮助他人冒名或者虚假就医、购药。

**答案：**错

**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）

170.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，申请医保定点医疗机构条件之一，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）医师资格证书的医师。

**答案：**错

**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）

171.《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向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

**答案：**对

**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）

172.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医疗机构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，不予受理定点申请。

**答案：**对

**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）

173.《医疗机构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、定点医疗机构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，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

**答案：**对

**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）

174.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

**答案：**对

**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）

175.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构违反医保协议的，定点医疗机构无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。

**答案：**错

**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）

176.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医保协议解除是指经办机构与定点医疗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。

**答案：**对

**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）

177.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构可以主动提出中止或解除医保协议。

**答案：**错

**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）

178.根据《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方由定点医疗机构医保责任医师开具，并由该医师签章。

**答案：**对

**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）

179.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，地市级及以上的统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议，该零售药店在其他统筹区的医保协议可以不中止或解除。

**答案：**错

**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）

180.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

**答案：**对

**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）

181.《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构是指自愿与统筹地区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

**答案：**对

**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）

182.《零售药店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零售药店存在违约情形的，应当及时按照医保协议处理。

**答案：**错

**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.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。

**答案：**对

**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）

184.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。

**答案：**对

**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）

185.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点医疗机构、定点零售药店在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

**答案：**对

**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）

186.《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）中规定，办理本年度居民医保参保登记时，如存在其他地区居民医保有效参保状态，经办机构应告知参保人中止原参保关系后再申请办理。

**答案：**错

**依据：**《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）

187.《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）中规定，在集中缴费期办理下年度居民医保参保登记时，如存在其他地区下年度居民医保有效参保状态，经办机构应告知参保人取消原参保登记或申请退费后再申请办理。

**答案：**对

**依据：**《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）

188.《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）中规定，参保人缴纳居民医保费，在未进入待遇享受期前终止参保的，可依申请办理退费。

**答案：**对

**依据：**《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）

189.《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）中规定，参保人缴纳居民医保费，在进入待遇享受期后暂停参保关系的，不能办理退费。

**答案：**对

**依据：**《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）

190.《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）中规定，参保人缴纳居民医保费，在进入待遇享受期后暂停参保关系的，可依申请办理部分退费。

**答案：**错

**依据：**《基本医疗保险参保管理经办规程》（医保办函〔2021〕11号）

191.《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，统筹地区经办机构应即时受理。

**答案：**对

**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.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，定点零售药店应按要求定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

**答案：**错

**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）

193.《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2年，以备医疗保障部门核查。

**答案：**对

**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）

194.《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对提出定点申请的医疗机构开展评估。自受理申请材料之日起，评估时间不超过2个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

**答案：**错

**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）

195.《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》中规定，经办机构不得指定定点零售药店与医保对接的有关信息系统的运行和维护的供应商。

**答案：**对

**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）

196.《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向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括法人、联系电话等，供参保人员选择。

**答案：**错

**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.《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）规定，审核结算是制定DRG付费分组方案、测算支付标准、结算、审核、稽核等工作的基础。

**答案：**错

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）

198.《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）规定，DRG应遵循以收定支、无需结余的原则，进行单独预算单独管理。

**答案：**错

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）

199.《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知》（医保办发﹝2019﹞36号）规定，权重反映每一个MDC的资源消 耗相对于所有病例的资源消耗程度，可用平均医疗费用表示资源消耗程度。

**答案：**错

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）

200.《关于印发疾病诊断相关分组（DRG）付费国家试点技术规范和分组方案的通知》（医保办发﹝2019﹞36号）规定，DRG总权重为各病组权重与例数的加权之和， 某DRG病组权重可用该DRG病组的次均费用与（所有病例次均次费用）的比值。

**答案：**对

**依据：**《国家医疗保障局办公室关于印发按疾病诊断相关分组（DRG）付费医疗保障经办管理规程（实行）的通知》（医保办发﹝2021﹞23号）

201.《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，按照《医疗保障基金使用监督管理条例》(国令第 735 号)及《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)要求，对定点医疗机构在DIP付费中发生的高套分值、诊断与操作不符等违约行为进行重点关注并提出具体处理办法。

**答案：**对

**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）

202.《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，加强对定点医疗机构上传数据工作指导、培训及数据质量管理，从及时性、完整性、合理性和规范性等方面进行审核，发现问题数据应及时反馈定点医疗机构核查并结束采集上传。

**答案：**错

**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）

203.《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，统筹地区要按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的基本原则，以保障参保人基本医疗需求为前提，综合考虑医疗发展，合理确定区域年度住院医保基金预算支出平均额。

**答案：**错

**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）

204.《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，根据地方实际设立统筹地区年度按病种分值付费调节金(以下简称区域调节金),主要用于年度清算时合理超支分担。

**答案：**对

**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）

205.《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，年度内因相关重大政策调整、重大公共卫生事件、自然灾害等特殊情形发生需要调整DIP医保基金预算支出或区域调节金的，统筹地区不得根据实际情况调整。

**答案：**错

**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）

206.《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，建立辅助目录分值调整机制。在主目录基础上，基于性别、合并症、并发症等因素对病种细化分型，确定各辅助分型调整系数，在病种分值的基础上予以调整校正。

**答案：**错

**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）

207.《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，建立偏差病例校准机制。对与实际医疗费用严重偏离的病种分值进行校准，使其符合实际。病例医疗总费用与该病种上一年度同级别定点医疗机构次均医疗总费用偏差超出一定比例的，视为偏差病例，无需重新计算分值。

**答案：**错

**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）

208.《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，指导定点医疗机构按规定开展月度申报结算工作。

**答案：**对

**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）

209.《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，开展月度预结算。对定点医疗机构申报月度结算费用可按照一定比例按季度予以预结算。

**答案：**错

**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）

210.《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，针对不同的环节、对象、结算方式、就医类型等，逐步建立完善覆盖医保支付全口径、全流程的智能监控规则库。

211.《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，对定点医疗机构开展的稽核方式包含日常稽核与专项稽核。

**答案：**对

**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）

212.《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，对定点医疗机构日常稽核主要根据数据监测发现的疑点问题进行稽查审核并核实病种申报规范性。

**答案：**对

**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）

213.《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，对定点医疗机构日常稽核重点查处高套分值、诊断与操作不符等违规行为；针对多发或重大违规线索，可组织医疗、病案等领域专家开展专项稽核。

**答案：**对

**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）

214.《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，将各定点医疗机构考核结果应用于各定点医疗机构DIP年度预清算。

**答案：**对

**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）

215.《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，经办机构与定点医疗机构在DIP付费中出现的各类纠纷，按照相关法律法规及医疗保障服务手册解决。

**答案：**错

**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）