

全宗号	年度	页数	室编件号
33	2017	32	1
机构(问题)	保管期限	编件号	
	永久		

河南省人力资源和社会保障厅文件

豫人社〔2017〕1号

河南省人力资源和社会保障厅 关于印发河南省城乡居民基本医疗保险 经办业务规程（试行）的通知

各省辖市、省直管县（市）人力资源和社会保障局：

根据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（豫政办〔2016〕173号）和《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）等有关规定，为做好全省城乡居民基本医疗保险经办业务管理工作，规范经办业务操作程序，结合我省实际，我们制定了《河南省城乡居

民基本医疗保险经办业务规程（试行）》，现印发给你们，请遵照执行。执行中如发现问题，请及时报告。



河南省城乡居民基本医疗保险经办业务规程

(试行)

第一章 总 则

第一条 为加强城乡居民基本医疗保险经办业务管理，规范经办业务操作程序，依据《国务院关于整合城乡居民基本医疗保险制度的意见》（国发〔2016〕3号）、《河南省人民政府办公厅关于整合城乡居民基本医疗保险制度的实施意见》（豫政办〔2016〕173号）和《河南省人民政府办公厅关于印发河南省城乡居民基本医疗保险实施办法（试行）的通知》（豫政办〔2016〕194号）等有关规定，结合我省实际，制定本规程。

第二条 本规程用于指导和规范全省城乡居民基本医疗保险业务经办管理服务，主要包括：基层服务平台登记备案、参保登记、费用筹集、中央和省财政补助资金的申请、医疗服务管理、保障待遇及费用结算、基金财务管理、统计分析、稽核内控、档案管理、信息系统管理等。

第三条 城乡居民基本医疗保险实行市级统筹、分县运行，鼓励有条件的省辖市探索建立基金统收统支的市级统筹制度。

第四条 市、县、乡级政府负责本行政区域内城乡居民参保组织工作，各级医疗保险经办机构（以下简称医保经办机构）负

责城乡居民基本医疗保险业务经办管理服务工作的。

第五条 医保经办机构的主要职责是：

（一）负责指导、监督街道（乡镇）人力资源社会保障服务所及其所属的社区（村）人力资源社会保障服务站承担的城乡居民基本医疗保险参保登记、信息变更、档案管理等业务；

（二）负责组织对街道（乡镇）人力资源社会保障服务所及其所属的社区（村）人力资源社会保障服务站业务人员进行政策宣传、培训和业务考核；

（三）负责定点医药机构的确定、协议管理、监督检查、考核评价及费用结算审核；

（四）负责城乡居民基本医疗保险待遇审核与报销、财务管理、统计分析、监督检查、档案管理和受理举报等工作；

（五）组织开展城乡居民医疗保险政策和经办服务程序的宣传工作。

第六条 医保经办机构要优化、简化经办服务流程，明确岗位职责，建立考核机制，确保业务经办的科学准确、优质高效。

第二章 基层服务平台登记备案

第七条 医保经办机构要充分利用街道（乡镇）人力资源社会保障服务所和街道（乡镇）定点医疗机构、社区（村）人力资源社会保障服务站、社区（村）定点医疗卫生机构、学校或经办机构委托的相关单位（以下简称基层服务平台），共同组织实施

城乡居民基本医疗保险服务工作。

第八条 基层服务平台负责提供医保政策咨询、参保宣传、参保登记、社会保障卡发放及参保登记的档案管理等业务。

第九条 医保经办机构应参照《社会保险登记管理暂行办法》的有关规定，建立基层服务平台登记备案制度。

基层服务平台填写《城乡居民基本医疗保险基层服务平台备案表》（表 2-1），同时提供组织机构代码证、执业许可证等资料，报医保经办机构备案留存归档。

第十条 基层服务平台名称、地址、法定代表人或负责人、单位类型等发生变更的，应重新填报《城乡居民基本医疗保险基层服务平台备案表》（表 2-1），并附有关单位或部门批准的变更材料报经办机构办理登记备案手续。

第三章 参保登记

第十一条 我省城乡居民基本医疗保险参保对象是指在我省行政区域内不属于职工基本医疗保险覆盖范围的人员，具体包括：

（一）农村居民；

（二）城镇非从业居民；

（三）各类全日制普通高等学校、科研院所中接受普通高等学历教育的全日制本专科生、全日制研究生以及职业高中、中专、技校学生（统称“大中专学生”）；

(四) 国家和我省规定的其他人员。

第十二条 城乡居民原则上以家庭（不包括家庭成员中的大中专学生）为单位参保缴费，大中专学生以学校为单位参保缴费。

(一) 资料审核

第十三条 首次参加城乡居民基本医疗保险的，基层服务平台应指导城乡居民填写《城乡居民基本医疗保险参保登记表（家庭）》（表 3-1）。学校根据学籍档案、《学生证》等有关资料，填写《城乡居民基本医疗保险参保登记汇总表（学校）》（表 3-2-1）和《城乡居民基本医疗保险参保登记表（学生）》（表 3-2-2），办理城乡居民医疗保险参保登记手续，并审验以下证件或资料：

(一) 居民身份证和户口本原件、复印件，审验原件，留存复印件；

(二) 最低生活保障对象、特困供养人员、丧失劳动能力的残疾人、低收入家庭六十周岁以上的老年人和未成年人以及符合规定的优抚对象等应分别提供最低生活保障领取证、特困证明、残疾证等相应证明材料，审验原件，留存复印件。

第十四条 基层服务平台对居民填报的有关表格和证件、资料，应在自受理之日起 10 个工作日内审核完毕。通过审核的，将参保人员信息录入信息管理系统，并留存相关档案资料。未通过审核的，应向申请人说明原因。

县级医保经办机构应定期抽查基层服务平台留存的参保登记档案资料。

第十五条 对当年12月首次参保登记的城乡居民，医保经办机构应开通快速办理通道，力争年内办结，确保不影响次年享受医保待遇。

第十六条 原已参加城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗的城乡居民，不再办理参保登记。基础信息不完整的，街道（乡镇）、社区（村委会）可入户采集基础信息，并对居民提供的证明材料和采集的信息进行审核。

（二）变更登记

第十七条 当参保人姓名、性别、民族、公民身份号码、银行账号（社保卡号）、特殊参保类型、居住地址、联系电话、户籍所在地址等发生变化时，参保人员应提出信息变更申请。

第十八条 基层服务平台应接受参保人员提出的参保信息变更申请，指导参保居民填写《城乡居民基本医疗保险居民信息变更表》（表3-3），并对参保人身份证及变更信息相对应的证明材料进行审核，无误后将需要变更的信息录入信息管理系统。

第十九条 为确保参保居民的医保待遇不受影响，城乡居民信息发生变更的，个人基本信息可以实时更改，涉及到特殊参保类型、财政补贴的转移等信息次年更改。转移细则另行制定。

（三）社会保障卡发放

第二十条 基层服务平台对首次参保的城乡居民核发社会保

障卡和使用手册，建立社会保障卡领取登记制度。

社会保障卡和使用手册由统筹地区人力资源社会保障部门统一制作，原城镇居民基本医疗保险卡、证和新型农村合作医疗卡、证可继续使用，逐步换发。

第二十一条 参保居民遗失社会保障卡的，本人要及时向发卡银行挂失，而后凭相关身份证明，到制卡单位补办新卡，再到参保地医保经办机构变更卡号。

第四章 费用筹集

第二十二条 城乡居民基本医疗保险费实行个人缴费和政府补贴相结合的筹集政策。

鼓励集体、单位或其他社会经济组织对个人缴费给予扶持或资助。

第二十三条 医保经办机构按照政策规定，及时向社会公告缴费标准，并定期与税务部门核对基金收入。

第二十四条 城乡居民医保费每年缴纳一次，当年缴费次年享受城乡居民医保待遇。

第二十五条 大病保险资金采取从各省辖市、省直管县（市）城乡居民基本医疗保险基金中划拨的方式筹集，不再额外向城乡居民收取。

大病保险筹资标准按全省城乡居民基本医疗保险当年总筹资额的6%左右确定。

第二十六条 城乡居民医保和大病保险年度为自然年度，即每年的1月1日至12月31日。

第二十七条 医保经办机构应按时完成缴费信息统计、分类及缴费资金核对工作，并及时将政府给予补贴的参保人员的人数、人员类别和补贴费用上报至相关部门。

第五章 中央和省财政补助资金的申请

第二十八条 城乡居民基本医疗保险中央和省财政补助资金由地方各级财政和人力资源社会保障部门负责申请，具体工作由各级医保经办机构协助办理。

第二十九条 医保经办机构按照申请各级财政补助的程序和时间等要求提供各种申请材料，包括各种数据及数据的佐证材料，并保证其真实、及时、准确。

第三十条 中央、省财政补助资金拨付到位后，市、县医保经办机构应主动与同级财政部门协调核对，及时拨付补助资金。

第六章 医疗服务管理

（一）定点医药机构协议管理

第三十一条 城乡居民医保定点医药机构实行协议管理。医保经办机构负责定点医药机构的申请受理、组织评估、协商签约、协议管理和考核监督。

第三十二条 定点医疗机构分为省、市、县、乡（镇）、村

(社区卫生服务站) 五级，各统筹地区医保经办机构分别确定、管理本统筹地区定点医疗机构。

异地就医即时结算定点医疗机构由各统筹地区推荐，省级医保经办机构统一确定，分级管理。

第三十三条 服务协议应明确医保经办机构与定点医药机构双方的职责、权利和义务，协议期限由医保经办机构和医药机构协商确定，原则上每年一签，期限为1年。

服务协议文本由各统筹地区医保经办机构制定，省内实行互认。

第三十四条 医保经办机构要依据服务协议，明确定点医药机构考核标准和办法，采取日常监管和年终考核相结合的方式，通过重点抽查、专项检查、病历审核、落实群众举报、随机检查等方式，充分利用智能监控系统，强化重点信息监控，逐步建立以规范医药行为、保证服务质量为核心的监管体系。

第三十五条 建立健全定点医药机构考核评价机制和动态准入退出机制。医保经办机构建立由医疗保险、医药卫生领域专家、法律及财务专业人员等组成的评估专家库，原则上每年组织一次评估。评估时，从专家库中按一定比例公开、随机抽出人员组成评估小组，采取书面与实地评估相结合、量化赋分的方式开展评估，评估结果向社会公布。

在协议期限内考评合格的定点医药机构，可不再重新评估，直接续签协议。

(二) 就医管理

第三十六条 参保居民就医实行实名制管理，接诊医师应核实参保患者身份。参保人持卡就医，定点医疗机构应将参保人就医信息及时上传至所属的医保经办机构。

第三十七条 建立城乡居民基层首诊制度，引导和支持参保居民首先到基层定点医疗机构就诊。

第三十八条 大病保险医疗服务实行定点管理，基本医疗保险定点医疗机构即为大病保险定点医疗机构。

大病保险就医管理按基本医疗保险的有关规定执行。

(三) 转诊转院和异地就医管理

第三十九条 参保人员转诊转院、异地就医遵循“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的原则。

第四十条 参保人员转诊转院和异地就医原则上应选择异地就医即时结算定点医疗机构。首诊定点医疗机构为参保人员办理转诊转院手续时，应在尊重参保人员选择权的基础上，引导其合理选择就诊医疗机构。不得强行为参保人员指定医疗机构。

第四十一条 参保人员需转往参保地外市级及以上医疗机构住院的，应到参保地确定具有转诊转院资格的定点医疗机构开具转诊转院证明；需再次转院的，应由所住医疗机构开具转诊转院证明。参保人员凭转诊转院证明向参保地医保经办机构备案；在异地就医即时结算定点医疗机构就医的，医保经办机构同步办理电子转诊。

第四十二条 参保人员因急诊、精神病等原因未及时办理转诊转院、异地就医相关手续的，应当在入院后7个工作日内向参保地医保经办机构补办相关手续，特殊情况下7个工作日内可电话告知。

第四十三条 转诊转院一个治疗周期原则上不超过3个月。超过3个月的，应向参保地医保经办机构申请办理延期手续。

同一疾病多次到同一家医疗机构住院治疗的，第二次及以后不再办理转诊证明，经参保地医保经办机构备案后可直接到医疗机构住院。

第四十四条 在市级及以上医疗机构住院参保人员经诊治可转往基层医疗机构治疗的，应及时下转到基层医疗机构进行后续治疗。

第四十五条 在参保地医保经办机构办理异地就医备案手续的异地居住人员，主要包括异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员，应按规定在居住地选择不同级别医疗机构作为本人异地居住就医定点医疗机构。

第四十六条 参保的在校大中专学生节假日期间在原籍医疗机构住院，基本医保基金参照参保地相应医疗机构级别标准报销医疗费用。

第四十七条 定点医疗机构要主动甄别并认真核对参保人员身份，及时为转入的参保人员办理转诊及住院手续。发现病人与转诊信息身份不符时，应及时通知就医地医保经办机构。

就医地医保经办机构要加强对涉及转诊转院、异地就医定点医疗机构的监督检查，发现违规行为的，按有关规定进行处理。

第七章 保障待遇及费用结算

(一) 保障待遇

第四十八条 城乡居民就医执行河南省基本医疗保险药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施范围及支付标准（简称“三个目录”）。

第四十九条 统一医保待遇。城乡居民医保待遇包括普通门诊医疗待遇、门诊慢性病医疗待遇、重特大疾病医疗待遇、住院医疗待遇（包括生育医疗待遇、新生儿医疗待遇）。

第五十条 普通门诊医疗待遇。全面建立门诊统筹制度。各地可按照当地人均缴费额的50%左右建立门诊统筹基金，主要用于参保居民在基层定点医疗机构发生的普通门诊医疗费用（含一般诊疗费）。门诊统筹不设起付标准，报销比例60%左右，年度内累计报销额度控制在当地人均缴费额2倍左右。

暂不具备建立门诊统筹制度条件的，可仍采取家庭账户（个人账户）方式支付普通门诊医疗费用。家庭账户（个人账户）计入额度参照门诊统筹人均标准确定。家庭账户（个人账户）要逐步过渡到门诊统筹。具体办法由各省辖市制定。

第五十一条 门诊慢性病医疗待遇。各地要参照原城镇居民基本医疗保险和新型农村合作医疗相关政策，选择部分需长期或

终身在门诊治疗且费用较高的疾病（或治疗项目）纳入门诊慢性病管理范围。

门诊慢性病不设起付标准，报销比例不低于65%，实行定点医疗，限额管理。具体办法由各省辖市制定。

第五十二条 重特大疾病医疗待遇。重特大疾病指临床路径明确、疗效确切且费用比较昂贵的病种（或治疗方法）。要将原城镇居民医保和新农合确定的病种（或治疗方法）纳入重特大疾病医疗保障范围，实现病种统一、待遇统一、流程统一，并与有关病种现行免费治疗政策相衔接。具体办法由省人力资源社会保障部门会同有关部门制定。

第五十三条 住院医疗待遇。参保居民在定点医疗机构发生的政策范围内住院医疗费用，起付标准以下由个人支付；起付标准以上由住院统筹基金按比例支付，额度不超过住院统筹基金年度最高限额。2017年度参保居民住院起付标准和报销比例的指导意见附后（表7-1）。

14周岁以下（含14周岁）参保居民起付标准减半。其他参保居民年度内在县级以上（含县级）医院第二次及以后住院，起付标准减半。

第五十四条 生育医疗待遇。参加城乡居民医保的孕产妇住院分娩，住院医疗费实行定额支付。定额标准为：自然分娩不低于600元，剖宫产不低于1600元。分娩同时有并发症、合并症发生的，按普通住院结算。

实际住院费用低于定额标准的据实结算，超过定额标准的按定额标准支付。

第五十五条 新生儿医疗待遇。新生儿出生当年，随参加基本医疗保险的父母自动获取参保资格并享受城乡居民医保待遇。

新生儿母或父参加当地城乡居民医保的，可凭其母或父身份证明、新生儿出生医学证明，以母或父身份（母或父只可选择一方）享受出生当年城乡居民医保待遇。

新生儿父母不是当地城乡居民参保人员的，其法定监护人凭新生儿户口本及父母一方医疗保险凭证，在户籍所在地医保经办机构办理参保登记手续，享受出生当年城乡居民医保待遇，参保登记前发生的住院医疗费用由其法定监护人先行垫付，而后由户籍所在地医保经办机构按规定报销。

新生儿从次年起，由其法定监护人按规定缴纳基本医疗保险费。为了不影响新生儿享受医保待遇，上年底出生的新生儿由于时间紧未缴费的，第二年第一季度可以办理补缴。

（二）费用结算

第五十六条 参保居民在即时结算定点医疗机构住院累计发生的合规自付医疗费用超过大病保险起付线的，在定点医疗机构实行即时结算。按规定应由个人负担的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清；应由大病保险资金支付的医疗费用，由商业保险机构按规定与定点医疗机构结算。

对按规定在暂不具备即时结算条件的医疗机构住院而合规自

付医疗费用超过起付线的，参保居民可到参保地商业保险机构指定的服务网点办理大病保险报销手续。

第五十七条 建立转诊转院、异地就医（以下统称为异地就医）即时结算周转金制度。周转金划转、上解、下拨、支付及账务处理按照《河南省人力资源社会保障厅、河南省财政厅关于河南省城镇基本医疗保险异地就医即时结算有关账务处理问题的通知》（豫人社医疗〔2014〕1号）有关规定执行。

第五十八条 参保人员在异地就医即时结算定点医疗机构住院的，其医疗费用可通过异地就医平台即时结算；在非即时结算定点医疗机构住院的，医疗费用由个人垫付，随后持相关资料到参保地医保经办机构按规定报销。

第五十九条 对按规定上转的参保人员，上转后只负担上级医疗机构起付标准的差额部分；按规定下转的参保人员不再负担转入医疗机构起付标准。

第六十条 参保人员应首先选择在基层医疗机构就医，在参保地外基层医疗机构住院的，基本医保基金参照参保地相应医疗机构级别标准报销医疗费用；未按规定办理转诊、异地就医备案手续或自行到参保地外市级及以上医疗机构就医的，其医疗费用按规定比例降低20个百分点报销。

第六十一条 异地就医即时结算定点医疗机构应对未办理转诊、异地就医备案手续的参保人员履行告知义务，并协助其补办备案手续。参保人员坚持直接住院的，应要求其签署知情同意

书。对未履行告知义务，直接收住参保人员住院治疗的，其按20个百分点降低报销的费用由异地就医即时结算定点医疗机构承担。

第六十二条 定点医疗机构对不符合急诊入院条件而随意出具急诊证明的，其应当由基本医保基金支付的费用由医疗机构承担。

第六十三条 参保人员经急诊抢救无效死亡的，其因急诊发生的门诊费用视同住院按规定报销。

第六十四条 连续参保的城乡居民跨年度住院，以入院日期核算住院年度，应在当年12月31日结清医疗费用。次年仍继续住院的，其上年符合规定的住院费用超过起付标准的，次年不再负担起付标准费用；未超过起付标准的，上年负担的起付标准费用计入次年累计结算。

第六十五条 参保居民在定点医疗机构就医发生的医疗费用，属于城乡居民医保基金支付的，定点医疗机构先行垫付，再由医保经办机构按规定定期与定点医疗机构结算；应由个人支付的医疗费用，由本人与定点医疗机构结清。暂不具备即时结算条件的，医疗费用由本人先行垫付，出院后到参保地医保经办机构按规定报销。

医保经办机构应根据定点医疗机构实际情况采取按人头付费、按病种付费、按床日付费、总额预付的复合式结算办法，在定点医疗服务协议中明确付费方式，付费期原则上按月结算付

费，也可协议按季度付费。

第六十六条 医保经办机构应对定点医疗机构上传（报）的医疗费用进行审核、复核，出具费用结算单，按协议规定的结算办法进行医疗费结算。医保经办机构查实的违规医疗费用，应以书面形式向定点医疗机构反馈，并按协议规定从结算费用中予以扣除。

第八章 基金财务管理

第六十七条 医保经办机构应设置财务管理机构，配备专职会计和出纳，明确财务管理机构负责人。财务管理人员应具有会计从业资格证书，持证上岗。

第六十八条 城乡居民医疗保险基金执行国家和我省统一的社会保险基金财务制度、会计制度和预算决算制度。

建立健全财务管理内部核算流程和内部制约机制，合理分工，科学定岗，明确各岗位职责。经办机构人员不得收取现金，预留银行印鉴不得由一人保管，收支业务凭证必须由经办人、复核人、审批人签字。

第六十九条 城乡居民医保基金实行“收支两条线”管理，独立核算，专款专用，任何单位和个人不得挤占、截留和挪用，也不得用于平衡财政预算。

第七十条 城乡居民医保基金支出包括门诊统筹基金支出（含家庭账户、个人账户）和住院统筹基金支出（含风险调剂

金)。门诊统筹基金支出主要用于参保居民普通门诊医疗费用(含一般诊疗费),住院统筹基金支出主要用于参保居民住院医疗费用、重特大疾病医疗费用和门诊慢性病医疗费用。

第七十一条 支出户应留足相当于2个月正常待遇支出额的周转金,以确保待遇支付。医保经办机构对结余的基金,根据基金收入、支出等情况详细测算后,及时提出保值增值方案,以求基金利息收入最大化,按照有关规定,采取定期存款、购买国债、协议存款等方式实现保值增值。

年度终了后,医疗保险经办机构根据财政、人力资源社会保障部门规定的表式、时间和要求编制年度基金财务报表,并对城乡居民基本医疗保险基金收支运行情况及产生重大影响的事项加以说明。

第七十二条 城乡居民医疗保险基金和大病保险基金应分别建账,分开核算。

医保经办机构要每月与税务部门、财政部门和银行核对城乡居民基本医疗保险基金的收入、支出和结余情况,保证账表、账账、账证、账实相符。

第七十三条 医保经办机构要加强基金征缴和政府补助资金的管理,增加工作透明度,接受人力资源社会保障、财政、审计等部门的监督、审计。

第七十四条 建立健全城乡居民基本医疗保险基金的运行分析制度和基金信息公开制度。

第九章 统计分析

第七十五条 各级医保经办机构要设置统计工作岗位，明确工作人员职责，开展常规统计和专项统计调查等工作，按规定上报统计信息，及时准确地提供统计信息服务。

第七十六条 医保经办机构应按照上级要求，及时、完整、准确的编制上报各项统计报表和其他各类报表。

第七十七条 医保经办机构应统计分析次均住院费用、人次人头比、耗材比、政策范围内费用占比等重要的医疗费用控制指标，用于定点医疗机构管理，控制不合理费用支出。

第七十八条 医保经办机构和基层服务平台应定期整理、汇总各类业务数据，建立统计台账，实现数据来源的可追溯查询。

第七十九条 建立城乡居民基本医疗保险运行分析制度。按照基本医疗保险运行分析指标体系规定的各项分析指标做好参保人员结构分析，基金收入、支出、结余趋势分析，医疗费支出结构趋势分析等，定期对医疗保险运行情况进行分析评价，形成运行分析报告，用于经办管理服务现状的评估与决策。

第十章 稽核内控

(一) 稽核监督

第八十条 县级及以上医保经办机构应设立专门的稽核部门，配备专职稽核人员，并可根据工作需要聘任部分兼职的稽核

人员，对医疗保险基金支付及运营的合法合规性进行检查监督，审查基金专款专用情况和有关业务数据库或台帐数据，检查评价内部业务流程运行状况、稽核定点机构协议履行及费用结算情况。

第八十一条 稽核形式主要包括日常稽核、专项（或重点）稽核和专家审核等。

医保经办机构应按照稽核计划，定期对结算期内门诊（含门诊慢性病、门诊特定项目）、住院等各项医疗费用相关数据、票据和医疗文书等进行日常稽核。

医保经办机构应针对一定时期内稽核对象存在的普遍或突出性问题进行专项稽核。

对日常稽核中出现的共性的、专业性要求较高的、对医疗保险基金安全平稳运行有较大影响的问题，由统筹地区医保经办机构组织专家集中审核，必要时组织相关部门联合稽核。

第八十二条 稽核的主要内容：

（一）对参保人员缴费和就医情况的稽核，重点验证参保人数、缴费金额的准确性，参保人员是否将社会保障卡转借他人使用或冒名就诊、住院等违法违规行为。

（二）对定点医疗机构的稽核，重点审核定点医疗机构是否存在挂床住院、冒名顶替住院以及伪造医疗病历等恶意骗取医保基金的违规行为；是否存在过度检查、过度用药、过度治疗等违规行为；是否存在住院准入制度和转诊转院制度不健全，小病大

养、住院体检的违规行为；是否存在延长住院期、大处方、滥检查等套取医保基金的违规行为。

(三) 对定点零售药店的稽核，重点检查是否存在将柜台承包、出租、转让给其他单位或个人经营的；将医疗保险药品换成非医疗保险药品或非准字药、保健品或其他物品的；骗取（套取）医保基金的；违反药品价格政策，所售药品价格高于国家或省物价部门定价，或未按规定执行药品招标价格的；出售假药、劣药等违规行为。

(四) 对基金财务管理的稽核，主要是审核医疗保险基金收入、支出账目凭证、基金收入、支出、结余、核算管理等是否符合财会管理制度规定。

第八十三条 医保经办机构发现被稽核对象存在违规违法行为的，提出整改意见，并依法作出相应处罚。涉及其他行政部门职责的，移交相关部门处理；涉嫌犯罪的，移送司法机关处置。

(二) 内部控制

第八十四条 各级医保经办机构应当建立健全内部控制制度，按照相互分离、相互制约和相互监督的原则，根据业务特点合理设置参保登记、费用审核、财务管理、稽核监督、信息管理、档案管理等部门和岗位，建立岗位责任制，明确职责权限。

第八十五条 医保经办机构各内设业务部门根据授权批准的范围、权限、程序、责任等严格行使职权和承担责任，经办人员在授权范围内办理业务。各项业务必须手续完备，业务凭证必须

有经办人、复核人、审批人的签名。

第八十六条 建立健全内控考评奖惩机制。每年组织一次，对内控工作好的医保经办机构和个人进行表扬和奖励，对不遵守内部控制制度而造成不良后果的，应视情节轻重追究相应责任。

第十一章 档案管理

第八十七条 各级医保经办机构应明确一名领导分管档案工作，市级医保经办机构可根据实际，配备1名专职或兼职档案工作人员，县（市、区）应至少配备1名专职档案工作人员，并设置与档案存放量相适应的档案室。

第八十八条 建立健全各种文件材料归档以及档案保管、保密、登记统计、查阅利用、鉴定销毁等规章制度，并根据需要配备适应档案现代化管理要求的技术设备。

第八十九条 按照《社会保险业务档案管理规定（试行）》（人力资源社会保障部、国家档案局令第3号）和《社会保险业务档案管理规范》（GB/T 31599—2015）等相关规定，逐步实现档案管理模式的网络化、电子化、数字影像化，既要做好各种数据库的备份和整理归档工作，又要将能够转贮到纸张上的电子文件及时转贮到纸张，形成纸质文件，同其相应的电子文件一同归档保存，确保各类业务档案真实、完整、安全和有效。

第九十条 积极主动开展档案管理达标工作。认真做好每月的档案归档、整理、立卷和装订工作，定期检查业务档案收集整理

理、归档移交、保管利用等情况，对永久和长期保管的业务档案，按档案部门的要求向同级档案管理部门移交。

第九十一条 建立落实档案管理岗位责任制，把文件材料的收集整理、立卷归档工作纳入相关工作程序，列入相关人员的岗位责任，并严格考核，与奖惩挂钩，切实提高业务档案管理水平。

第十二章 信息系统管理

第九十二条 建立全省统一的城乡居民医保信息系统，实现基本医疗保险与大病保险、困难群众大病补充保险以及医疗救助同步结算。

第九十三条 根据全省医疗保险信息系统建设的要求，做好系统维护，实现医保经办机构之间，医保经办机构与各经办网点、定点医药机构、金融机构和商业保险机构联网和高效运行。

第九十四条 医保经办机构要使用医疗保险信息系统办理参保登记、待遇支付、费用结算等经办业务。

第九十五条 充分利用信息化手段，收集整理、分析汇总相关数据，自动生成数据报表，达到利用信息系统上报部分报表及实时分析的目的。

第九十六条 全面提高城乡居民医保数据挖掘、数据分析能力，实现对重要监管指标和药品、诊疗项目、耗材使用情况的监控和预警。通过医保智能审核和实时监控，实现合理诊疗、合理

用药。

第九十七条 建立健全信息系统安全防护体系和安全管理制度，加强信息系统管理，制定灾难恢复演练应急预案，强化风险防范意识。针对信息系统数据集中、应用分散的特点，采取访问控制、病毒防范、入侵检测等基础安全防护措施，做好数据备份，确保数据安全。

第十三章 附 则

第九十八条 各统筹地区医保经办机构应参照本规程，结合当地工作实际，制定经办管理细则及相关补充规定。

第九十九条 省直管县（市）比照省辖市有关规定执行。

第一百条 本规程自2017年1月1日起实施。

附件：城乡居民基本医疗保险经办业务用表