

# DB3209

盐 城 市 地 方 标 准

DB 3209/T XXXX—2024

## 医疗保障经办运行规范

Specification for operation of healthcare security management

（征求意见稿）

（本草案完成时间：2024年4月18日）

在提交反馈意见时，请将您知道的相关专利连同支持性文件一并附上。

2024 - XX - XX 发布

2024 - XX - XX 实施

盐城市市场监督管理局 发布

# 目 次

前 言 .....	II
1 范围 .....	3
2 规范性引用文件 .....	3
3 术语和定义 .....	3
4 基本原则 .....	3
5 组织建设 .....	4
6 业务运行管理 .....	6
7 业务操作规范 .....	6
8 财务管理 .....	44
9 信息系统运行管理 .....	45
10 档案管理 .....	45
11 内部控制监督与行风评价 .....	45
附录 A （资料性） 盐城市医保经办机构行风评价体验式部分细则 .....	47
附录 B （资料性） 盐城市镇（街道）级医保服务点行风评价细则 .....	49
附录 C （资料性） 盐城市村（社区）级医保服务点行风评价细则 .....	54
附录 D （资料性） 盐城市定点医疗机构医保服务站行风评价细则 .....	56
参 考 文 献 .....	61

## 前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别这些专利的责任。

本文件由盐城市医疗保障局提出并归口。

本文件起草单位：盐城市医疗保险基金管理中心、盐城市医疗保险研究会、江苏省质量和标准化研究院。

本文件主要起草人：—

# 医疗保障经办运行规范

## 1 范围

本文件提出了医疗保障经办建设与运行的基本原则，规定了医疗保障经办的组织建设、业务运行管理、业务操作规范、财务管理、信息系统运行管理、档案管理、内部控制监督与行风评价等内容。

本文件适用于各级医疗保障经办机构（窗口）的建设、管理、业务办理和监督评价。

## 2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 27769-2011 社会保障服务中心设施设备要求

## 3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

### 3.1

**医疗保障经办机构（窗口）** *medical security agency*

负责开展医疗保障业务经办的各级医保经办机构以及在乡镇、村（社区）、医疗机构等第三方机构设立的医保经办窗口。

### 3.2

**医疗保障经办内部控制** *inner control of medical security management*

各级医疗保险经办机构对系统内部职能部门及其工作人员从事医疗保险管理服务工作及业务行为进行规范、监督和评价的方法、程序、措施。

### 3.3

**好差评制度** *good and bad review system*

服务对象（包括所有医保参保单位、参保个人、定点医药机构）对医疗保障经办窗口和工作人员服务质量作出的评价制度。

## 4 基本原则

### 4.1 合法性

应符合国家和省有关医疗保险政策、法规的要求。

### 4.2 完整性

应覆盖所有部门、岗位和人员及所有业务项目和操作环节。

### 4.3 重要性

应关注重要经办事项、重点经办环节和经办过程中的高风险点。

#### 4.4 制衡性

各部门和岗位应权责分明、相互制约。

#### 4.5 有效性

应在上下级和各部门之间形成有效的决策、执行和监督机制。

#### 4.6 适应性

各项工作制度和流程应适应管理服务实际情况，及时调整、修改和完善。

#### 4.7 持续性

医疗保障经办内部控制应保持持续性，不因机构调整、人员更换而出现间断。

### 5 组织建设

#### 5.1 制度建设

5.1.1 医疗保障经办应优化业务流程，明确岗位职责，执行首问负责制、一次性告知制、限时办结制、服务承诺制、综合柜员制、信息公开制度和责任追究制等制度规范。

5.1.2 应建立科学民主、公开透明的决策程序，重大事项须经集体研究决定，建立实施信息通报制度。

5.1.3 应引入激励竞争机制，建立工作人员继续教育制度。

5.1.4 应主动公示医疗保障经办相关制度、流程、咨询和投诉举报电话，接受群众监督。

5.1.5 各部门、岗位和业务环节应建立责任人差错追究制度，强化内部监督制约。

#### 5.2 组织架构

5.2.1 应保证部门设置健全，各部门职能职责明确。

5.2.2 综合、业务、财务、信息、内控管理部门宜独立设置并符合《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）。

5.2.3 各部门职能职责应相互制约、相互监督。

#### 5.3 岗位管理

##### 5.3.1 岗位设置

5.3.1.1 应合理设置各业务岗位，各岗位职责权限明确。

5.3.1.2 应分设经办、审核岗，设置专职独立内控岗位。

5.3.1.3 岗位工作人员应具备与从事本岗位业务要求相适应的职业操守和专业能力。

##### 5.3.2 队伍建设

5.3.2.1 医保经办机构应综合辖区参保人数、服务需求等因素综合考虑配备充足数量工作人员。

5.3.2.2 镇（街道）级服务点宜配3-5名医保公共服务经办人员，所在地户籍或常住人口数不足5万人，可配备2名医保公共服务经办人员。

5.3.2.3 村（社区）级服务点专（兼）职医保服务人员的配备不少于1人。

5.3.2.4 医保服务站工作人员由医疗机构根据工作实际统筹配备，必要时可设立兼职人员队伍。三级医疗机构医保服务站服务窗口应配备不少于4名专（兼）职工作人员，二级医疗机构医保服务站服务窗口应配备不少于2名专（兼）职工作人员。三级医疗机构服务点服务窗口应配备不少于4名专（兼）职工作人员，二级医疗机构服务点服务窗口应配备不少于2名专（兼）职工作人员。

### 5.3.3 岗位培训

5.3.3.1 各级医疗保障经办机构应承担服务点工作人员岗位培训责任，制定年度培训方案，各医疗机构应同步配合做好培训保障工作。

5.3.3.2 各级医疗保障经办机构可开展联学联培，促进共同提升。

5.3.3.3 培训内容主要围绕政策学习、技能提升和运行优化等方面开展。

### 5.3.4 考核管理

5.3.4.1 服务点应执行AB岗工作制，确保工作窗口不空岗。

5.3.4.2 服务点应建立考核评价机制并执行“好差评”制度，“好差评”奖惩评价结果纳入年度考核。考核评价内容包括但不限于经办窗口向服务对象提供的所有经办服务事项，以及经办窗口的服务机制、服务效率、服务便民度和工作人员的服务态度、服务水平、服务质量等。

## 5.4 场所要求

### 5.4.1 选址要求

5.4.1.1 服务点选址应符合GB/T 27769-2011中的选址和功能区设置要求，宜选择方便群众办事的场所，设有对外开放柜台，并预留充足的排队等候区域。

5.4.1.2 三级医疗机构医保服务场所面积不少于30平方米，二级医疗机构医保服务场所面积不少于20平方米。

### 5.4.2 区域划分

医疗机构可根据场所合理划分排队等候区、政策宣传区，相关区域可与本机构内相同功能区域合并设置。

### 5.4.3 指引标识

5.4.3.1 医疗机构应在机构内平面布局图或楼层指引表等醒目位置设置明确的指引标志。

5.4.3.2 服务点应在其服务区域内醒目位置规范统一使用医疗保障官方标志“CHS”，主形下方中文字体“中国医疗保障”为方正正粗黑简体，下方英文字体“CHINAHEALTHCARE SECURITY”为方正黑体简体，中英文字体均为灰色。

### 5.4.4 窗口设置

窗口数量按该地区常住人口数量设置，5万人以下常住人口区域设置2个服务窗口，5万人以上的常住人口区域应不少于3个服务窗口。

### 5.4.5 服务设施

- 5.4.5.1 服务点应配备排椅、填表样例、台笔、老花镜、意见箱、资料架、电子宣传显示屏等基本设施。
- 5.4.5.2 服务点应配备疫情防控物品、血压仪、急救包等基础急救医疗设备。
- 5.4.5.3 服务窗口应设有医保窗口标识，配备岗位信息公示牌公布人员信息、在岗状态、联系电话等内容。
- 5.4.5.4 医疗机构可为服务点设置排队叫号系统和服务评价系统。

#### 5.4.6 办公设备

服务点应配备办公柜面、文件柜、计算机、打印机、复印机、固定电话、电子扫描仪等必需的办公设备。

#### 5.4.7 宣传设施

- 5.4.7.1 服务点区域内应设置展板或宣传资料架开展医保政策宣传，宣传内容包括但不限于医保待遇政策、医保经办政务服务事项清单以及阶段性宣传重点要点等。
- 5.4.7.2 服务窗口应提供经办事项一次性告知卡、医保政策宣传折页等宣传资料。

### 6 业务运行管理

#### 6.1 总体要求

- 6.1.1 业务经办应包括以下流程：经办-审核-信息处理-留存材料。
- 6.1.2 业务经办应全流程系统操作、痕迹化管理、全程可追溯、适时监控违规及异常情况。
- 6.1.3 业务经办应实行限时办结制和责任追究制。

#### 6.2 业务审核制度

- 6.2.1 办理医疗保险各项业务时应严格审核相关报表、凭证等资料的真实性、完整性和有效性。
- 6.2.2 出具的相关资料和凭证应规范统一。
- 6.2.3 数据的修改应有严格的审批制度和程序，同时进行登记备案。

#### 6.3 档案资料保管制度

- 6.3.1 应建立经办业务档案管理制度，对医疗保险业务的原始资料以及办理过程中涉及的相关资料，按照档案管理规定，及时留存、归档、立卷、保管。
- 6.3.2 应明确档案管理要求，配备相应管理人员及场所。
- 6.3.3 应定期对档案保管情况进行抽查。
- 6.3.4 应实行档案电子化管理。

### 7 业务操作规范

#### 7.1 职工医保申报登记类

### 7.1.1 单位参保登记

#### 7.1.1.1 业务描述

用人单位首次向医保经办机构提出开户登记申请，医保经办机构审核后在医保信息管理系统（以下简称“信息系统”）中记载，确立医疗保险关系。

#### 7.1.1.2 适用对象

本市范围内的所有用人单位，包括机关、事业单位、社会团体、城镇各类企业、民办非企业单位、个体工商户，部、省属和外地驻盐单位。

#### 7.1.1.3 受理范围

全市通办（用人单位可自主选择医保经办机构申报，下同）。

#### 7.1.1.4 所需材料

- a) 统一社会信用代码证书或单位批准成立的文件（“五证合一”联办登记的企业可不提供）；
- b) 用人单位填写并加盖单位公章的《基本医疗保险单位参保信息登记表》；
- c) 单位开户银行账户信息；
- d) 法定代表人或负责人身份证（联办登记时提供）。

#### 7.1.1.5 业务处理

信息系统中“参保登记管理”—“单位参保登记”模块完成录入，选择用人单位的“医保区划”，信息系统自动记载登记操作的医保经办机构。

#### 7.1.1.6 留存材料

- a) 用人单位填写并加盖单位公章的《基本医疗保险单位参保信息登记表》；
- b) 统一社会信用代码证书或单位批准成立文件复印件（非联办登记）。

#### 7.1.1.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.2 单位职工参保登记

#### 7.1.2.1 业务描述

用人单位依法为与其建立劳动（人事）关系的职工向医保经办机构提出申请，确立或划转职工个人医疗保险关系、建立医保信息系统中的单位隶属关系。

#### 7.1.2.2 适用对象

用人单位职工。

#### 7.1.2.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.2.4 所需材料

加盖单位公章的《城镇职工基本医疗保险参保登记表》。

#### 7.1.2.5 业务处理

信息系统中“参保登记管理”—“职工参保登记”模块完成录入。

#### 7.1.2.6 留存材料

加盖单位公章的《城镇职工基本医疗保险参保登记表》。

#### 7.1.2.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.3 灵活就业人员参保登记

#### 7.1.3.1 业务描述

灵活就业人员向医保经办机构提出参保申请，确立医疗保险关系。医保经办机构审核后在信息系统中为其开设或划转个人医疗保险账户。

#### 7.1.3.2 适用对象

灵活就业人员，含参加医疗保险的无雇工的个体工商户、未在用人单位参加医疗保险的非全日制从业人员。

#### 7.1.3.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.3.4 所需材料

- a) 《城镇职工基本医疗保险参保登记表》；
- b) 有效身份证件（包含医保码、社保卡）。

#### 7.1.3.5 业务处理

信息系统中“参保登记管理”—“灵活就业人员参保登记”模块完成录入。

#### 7.1.3.6 留存材料

本项业务“所需材料”的原件或复印件。

#### 7.1.3.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.4 参保单位信息变更

#### 7.1.4.1 业务描述

用人单位申报医疗保险登记事项变更，医疗保险经办机构予以核准并在信息系统中进行调整。

#### 7.1.4.2 适用对象

参保单位。

#### 7.1.4.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.4.4 所需材料

- a) 加盖单位公章的《基本医疗保险参保单位信息变更登记表》；
- b) 变更统一社会信用代码、法定代表人等关键信息需提供相关职能部门批准的变更材料等对应辅助材料和相关说明。

#### 7.1.4.5 业务处理

信息系统中“参保单位管理”—“单位信息维护”模块下完成录入。

#### 7.1.4.6 留存材料

本项业务“所需材料”的原件或复印件。

#### 7.1.4.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.5 职工参保信息变更

#### 7.1.5.1 业务描述

参保人员因参保登记的基本信息发生变化、原记录存在错漏，包括姓名、性别、身份证号、出生日期、地址、联系方式等信息，提出变更或纠正申请；医疗保险经办机构审核后在信息系统中进行调整。

#### 7.1.5.2 适用对象

用人单位职工、灵活就业参保人员。

#### 7.1.5.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.5.4 所需材料

- a) 《基本医疗保险参保信息变更登记表》；
- b) 有效身份证件（包含医保码、社保卡）；由用人单位办理的，无需提供变更人身份证；
- c) 变更所需对应辅助材料。

#### 7.1.5.5 业务处理

信息系统中“职工参保人员管理”—“人员一般信息维护”“人员重要信息维护”模块完成录入。

#### 7.1.5.6 留存材料

《基本医疗保险参保信息变更登记表》及辅助证明材料原件或复印件。

#### 7.1.5.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.6 医疗保险待遇变更

#### 7.1.6.1 业务描述

职工医保参保人员达到享受医疗保险退休人员待遇条件时，提出将医保“在职待遇”调整为“退休待遇”申请。

#### 7.1.6.2 适用对象

在本市已经参保登记的基本医疗保险在职职工，符合享受医保“退休待遇”条件的特定情形。

#### 7.1.6.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.6.4 所需材料

- a) 《城镇职工基本医疗保险参保登记表》；
- b) 《养老保险退休审批表》或《职工退休养老证》。

#### 7.1.6.5 业务处理

- a) 审核“是否满足医疗保险退休待遇条件”，具体条件如下：

- 1) 职工依法办理退休手续、参加职工基本医疗保险的灵活就业人员达到国家规定的退休年龄；
- 2) 最低缴费年限，参加职工基本医疗保险累计缴费年限（包含按照国家规定认可的视同缴费年限和实际缴费年限）男性满25年、女性满20年。

- b) 审核“是否需要补缴医疗保险费”

职工基本医疗保险累计缴费年限未达到男性25年、女性20年的，可以按规定继续缴纳至规定年限，或一次性趸缴补足年限的基本医疗保险费。

- c) 信息维护

经审核达到条件、满足标准的，信息系统中“参保人员管理”—“在职转退休”模块下完成录入。

#### 7.1.6.6 留存材料

- a) 《城镇职工基本医疗保险参保登记表》；
- b) 《养老保险退休审批表》或《职工退休养老证》复印件（未参加养老保险人员无需提供）。

#### 7.1.6.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.7 职工医保关系中止

#### 7.1.7.1 业务描述

参保人因调动至市外、辞职、参军、出国、服刑等原因，用人单位与职工解除了劳动关系，不再承担缴费义务；以个人身份参保的灵活就业人员因个人各种原因提出中止其医保关系申请。

#### 7.1.7.2 适用对象

在本属地参保登记符合本项“业务描述”的特定人员。

#### 7.1.7.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.7.4 所需材料

- a) 单位参保需提交《城镇职工基本医疗保险参保登记表》；
- b) 个人参保需提交《城镇职工基本医疗保险参保登记表》、有效身份证件（包含医保码、社保卡）。

#### 7.1.7.5 业务处理

信息系统中“职工参保人员管理”—“参保人员暂停缴费”、“灵活就业人员中断缴费”模块下完成录入。

#### 7.1.7.6 留存材料

《城镇职工基本医疗保险参保登记表》。

#### 7.1.7.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.8 职工医保关系终止

#### 7.1.8.1 业务描述

参保人员个人自愿或死亡等原因，永久解除医疗保险关系。

#### 7.1.8.2 适用对象

在本属地已经参保登记，符合上述特定情形。

#### 7.1.8.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.8.4 所需材料

- a) 《城镇职工基本医疗保险参保登记表》；
- b) 主动放弃参加职工基本医疗保险的，个人需提供主动放弃基本医保关系的情况说明；
- c) 因死亡原因可通过数据共享查询死亡信息；无法查询的，办理人需提供相关辅助材料或承诺材料。

#### 7.1.8.5 业务处理

信息系统中“参保人员管理”—“人员终止参保”模块下完成录入。

#### 7.1.8.6 留存材料

同“所需材料”。

#### 7.1.8.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.9 医疗保险关系市外转入

#### 7.1.9.1 业务描述

因就业地迁入本市等原因，职工基本医疗保险参保人提出申请，将市外原参保地的医疗保险关系转入本市业务，业务涵盖出具《联系函》、接受《参保凭证》、接续参保年限、划转个人医疗账户余额等主要环节。

#### 7.1.9.2 适用对象

本项“业务描述”中的特定对象。

#### 7.1.9.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.9.4 所需材料

- a) 有效身份证件（包含医保码、社保卡）；
- b) 线下转移时需转出地开具的《参保凭证》（含电子《参保凭证》）；
- c) 《基本医疗保险关系转移接续申请表》。

#### 7.1.9.5 业务处理

信息系统中“关系转移接续”—“基本医疗保险转入”模块下完成。

#### 7.1.9.6 留存材料

《基本医疗保险关系转移接续申请表》、转出地开具的《参保凭证》、《信息表》。

#### 7.1.9.7 办理时限

- a) 5个工作日内生成并发出《联系函》；
- b) 收到转出地《参保凭证》、《信息表》后，即时办结医保关系划转、接续；
- c) 接收到参保地转出资金后5个工作日内办结个人账户额划入。

### 7.1.10 医疗保险关系转出市外

#### 7.1.10.1 业务描述

因就业地迁至市外等原因，本市职工基本医疗保险参保人提出申请，将本市医疗保险关系转出市外目的地业务。

#### 7.1.10.2 适用对象

本项“业务描述”中的特定对象。

#### 7.1.10.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.10.4 所需材料

有效身份证件（包含医保码、社保卡）。

#### 7.1.10.5 业务处理

- a) 《参保凭证》审核要点如下：
  - 1) 参保人申请关系转出时应已暂停本地医疗保险关系；
  - 2) 参保人申请时医疗保险无欠费记录；
  - 3) 参保人申请时个人账户是否有余额。

#### b) 信息维护

信息系统中“关系转移接续”—“基本医疗保险转出”模块完成录入。

#### 7.1.10.6 留存材料

本地开具的《参保凭证》。

#### 7.1.10.7 办理时限

即时办理。

### 7.1.11 个人账户一次性支取

#### 7.1.11.1 业务描述

参保人提出个人账户一次性支取申请业务，或因参保人死亡，继承人提出个人账户继承或一次性支取申请。

#### 7.1.11.2 适用对象

- a) 参保人因各种原因终止、放弃医疗保险关系；
- b) 参保人医疗保险关系转出，但转入地尚未将其纳入职工医保保障对象（继续实行公费医疗保障未建立医保个人账户）提出个人账户一次性支取申请；
- c) 因参保人死亡，继承人提出个人账户继承或一次性支取申请。

#### 7.1.11.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.11.4 所需材料

- a) 参保人有效身份证件（包含医保码、社保卡）；
- b) 《职工基本医疗保险个人账户一次性支取申请表》；
- c) 因死亡原因的，办理人需提供继承人有效身份证件（包含医保码、社保卡）、银行账户信息；通过数据共享无法查询参保人死亡信息的，办理人需提供继承人相关关系证明、承诺材料；
- d) 主动放弃参加职工基本医疗保险的，个人需提供主动放弃基本医保关系的情况说明。

#### 7.1.11.5 业务处理

- a) 信息系统中“个人账户支出管理”—“个人账户清退登记”模块完成录入；
- b) 信息维护，出具《医疗保险个人账户清退单（一次性返还）》，申请人核对、签字确认；
- c) 业务科室（岗）审核；
- d) 转内控审核人员进行复核；
- e) 转财务科室（岗）支付。

#### 7.1.11.6 留存材料

同“所需材料”。

#### 7.1.11.7 办理时限

5个工作日。

### 7.1.12 个人医疗保险退费

#### 7.1.12.1 业务描述

灵活就业人员保费可按年度缴纳，当参保人在年度中发生“个人参保转单位职工参保”或医保“在职待遇转退休待遇”，将产生缴费期重叠或缴费标准差异，因此提出退费申请业务。

#### 7.1.12.2 适用对象

本项“业务描述”所列情形。

#### 7.1.12.3 受理范围

市区通办、县（市、大丰区）属地办理。

#### 7.1.12.4 所需材料

- a) 有效身份证件（包含医保码、社保卡）；
- b) 申请人提供银行账户相关信息。

#### 7.1.12.5 业务处理

- a) 确认用人单位已经申报增加该申请人，且纳入单位缴费征收，或确认该参保人符合退休条件；
- b) 查阅缴费记录，确认存在重复缴费或多缴费，核定退费属期、核算退费金额；
- c) 信息维护，信息系统中“参保缴费管理”—“医疗保险费退收”模块完成记载，出具《医疗保险个人退收通知单》，申请人核对、签字确认；
- d) 业务科室（岗）审核；
- e) 转内控审核人员进行复核；

f) 转财务科室（岗）支付。

#### 7.1.12.6 留存材料

同“所需材料”。

#### 7.1.12.7 办理时限

即时受理，5个工作日内完成支付。

### 7.1.13 参保单位参保信息查询

#### 7.1.13.1 业务描述

参保单位查询本单位在医保经办机构参保登记有关记录。

#### 7.1.13.2 适用对象

参保单位。

#### 7.1.13.3 所需材料

单位有效证明文件（统一社会信用代码证或介绍信）或单位电子密钥或单位账号密码。

#### 7.1.13.4 受理范围

全市通办。

#### 7.1.13.5 业务处理

信息系统中“综合查询”—“单位综合查询”模块查询。

#### 7.1.13.6 留存材料

由电子系统记录访问账号、访问时间。

#### 7.1.13.7 办理时限

即时办结。

### 7.1.14 个人参保信息查询

#### 7.1.14.1 适用对象

参保人。

#### 7.1.14.2 所需材料

有效身份证件（包含医保码、社保卡）。

#### 7.1.14.3 受理范围

全市通办。

#### 7.1.14.4 业务处理

信息系统中“综合查询”—“人员综合查询”模块查询。

#### 7.1.14.5 留存材料

信息系统记录访问账号、访问时间。

#### 7.1.14.6 办理时限

即时办结。

### 7.1.15 个人医疗账户划入

#### 7.1.15.1 适用对象

医保经办机构职能科室，面向所有建立个人账户的参保人员。

#### 7.1.15.2 受理范围

市、县（市）属地实施。

#### 7.1.15.3 所需材料

来源于信息系统数据库。

**7.1.15.4 业务处理**

- a) 单位在职职工每月待单位缴费到账后系统自动划拨个人医疗账户；
- b) 预缴费的灵活就业人员待缴费到账后一次性划拨个人医疗账户；
- c) 职工医保退休人员和改制单位内养人员每月 11 日至 15 日划拨个人账户；
- d) 信息处理：信息系统中—“批量灵活就业人员缴费核定”、“单位退休人员批量征集登帐”模块下按提示。

**7.1.15.5 留存材料**

信息系统生成电子表式，财务科室共享。

**7.1.15.6 办理时限**

每月11至15日内完成。

**7.1.16 职工基本医疗保险个人账户家庭共济****7.1.16.1 业务描述**

职工医保参保人通过绑定自己的近亲属（配偶、父母、子女）来实现个人账户余额供家庭成员共用。

**7.1.16.2 适用对象**

本省职工医保参保人员的配偶、父母、子女，家庭成员应为本省基本医疗保险（包括职工医保和城乡居民医保）的参保人员。

**7.1.16.3 受理范围**

全市通办。

**7.1.16.4 所需材料**

本人医保码、有效身份证件或社保卡及家庭成员有效身份证件。

**7.1.16.5 业务处理**

信息系统中“医保业务基础”—“个人账户管理”—“共济账户绑定/解绑”模块完成录入。

**7.1.16.6 留存材料**

同“所需材料”。

**7.1.16.7 办理时限**

即时办结。

**7.1.17 个人医疗账户计息****7.1.17.1 业务描述**

每年一次，对年末个人医疗账户有余额的参保人员计算利息，计入个人医疗账户。

**7.1.17.2 适用对象**

个人医疗账户有年度余额的所有参保人员。

**7.1.17.3 受理范围**

市区统一实施、县（市）属地实施。

**7.1.17.4 所需材料**

来源于信息系统数据库。

**7.1.17.5 业务处理**

每年12月底跨年时，根据当前个人账户余额办理个人医疗账户余额计息；

**7.1.17.6 留存材料**

信息系统生成电子表式，财务部门共享。

**7.1.17.7 办理时限**

限时办结，每年12月31日前完成。

## 7.2 城乡居民医保申报登记类

### 7.2.1 城乡居民参保登记

#### 7.2.1.1 业务描述

城乡居民个人首次向本市医保经办机构提出开户登记申请，医保经办机构审核后在信息系统中记载，确立医疗保险关系。

#### 7.2.1.2 适用对象

- a) 具有本市户籍且未参加职工基本医疗保险的人员；
- b) 在本市取得居住证的人员；
- c) 本市辖区内各级各类教学教育机构在校在籍学生及托幼儿童。

#### 7.2.1.3 受理范围

全市通办。

#### 7.2.1.4 所需材料

- a) 本市户籍居民需提供户口簿或身份证；
- b) 本市取得居住证的外来人员提供居住证；外来人员子女需提供父母一方为本市户籍或持有本市居住证，或者其父母一方在本市正常参加基本医疗保险；
- c) 港澳台居民提供港澳台居民居住证；
- d) 外国人提供永久居留证；
- e) 在校学生及托幼儿童提供教学教育机构统一提供学生电子花名册。

#### 7.2.1.5 业务处理

- a) 审核材料是否齐全、真实有效，对不符合受理条件的一次性告知原因；
- b) 审核后符合条件的，通过信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保登记”模块完成录入；
- c) 信息录入后，在信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保审核”模块完成审核。参保人员（代办人员）填写《城乡居民基本医疗保险参保登记表》，并签字确认。

#### 7.2.1.6 留存材料

有效身份证件复印件、《城乡居民基本医疗保险参保登记表》。

#### 7.2.1.7 办理时限

即时办结。

### 7.2.2 医疗救助待遇资格标识

#### 7.2.2.1 业务描述

将相关部门提供的救助对象名单导入信息系统后，进行分类标注，使其获得医疗救助待遇资格。

#### 7.2.2.2 适用对象

包括特困人员；最低生活保障对象；困境儿童；符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象；享受民政部门定期定量生活补助费的20世纪60年代精减退职职工；市、县（市、区）总工会核定的特困职工；低保边缘家庭成员，支出型困难家庭中的大重病患者；具有当地户籍的临时救助对象中的大重病患者；发放生活补贴的重度残疾人；原建档立卡低收入人口等11类对象。

#### 7.2.2.3 受理范围

市、县（市、区）属地办理。

#### 7.2.2.4 所需材料

以下不同对象分别由不同部门认定、提供人员明细：

- 退役军人事务部门提供的符合条件的享受国家抚恤补助的优抚对象；
- 农业农村部门提供的原建档立卡低收入人口；
- 总工会提供的市、县（市、区）总工会核定的特困职工；
- 民政部门提供的其他救助对象。

#### 7.2.2.5 业务处理

- a) 信息审核，对相关职能部门提供的救助对象姓名、身份证号等进行校验，如有错漏，反馈来源部门纠正；
- b) 信息处理，通过信息系统“居民参保人员管理”—“城乡居民特殊身份登记”模块完成录入。

#### 7.2.2.6 留存材料

相关职能部门提供救助对象纸质（盖章）名册及电子文档。

#### 7.2.2.7 办理时限

即时办结。

### 7.2.3 城乡居民停保

#### 7.2.3.1 业务描述

城乡居民医保参保人员因转为职工医保、离开本市、死亡及其他原因，提出暂停或终止城乡居民医保关系申请的业务。

#### 7.2.3.2 适用对象

- a) 转为职工医保（用人单位录用或者灵活就业）的城乡居民医保参保人员；
- b) 参军、出国、市外就业、就读等离开本市的城乡居民医保参保人员；
- c) 因死亡及其他原因，提出暂停或终止城乡居民医保关系申请。

#### 7.2.3.3 受理范围

全市通办。

#### 7.2.3.4 所需材料

有效身份证件（身份证、户口簿、港澳台居民居住证）等。

#### 7.2.3.5 业务处理

- a) 受理申请人提供的材料，审核材料是否齐全、真实有效，对不符合受理条件的一次性告知原因；
- b) 审核后符合条件的，通过信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民暂停参保登记”模块完成录入。参保人员（代办人员）填写《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》，并签字确认。

#### 7.2.3.6 留存材料

有效身份证件复印件或公安户籍管理部门出具的证明证件、《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》。

#### 7.2.3.7 办理时限

即时办结。

### 7.2.4 城乡居民续保

#### 7.2.4.1 业务描述

原参加城乡居民医保人员，因欠费、转为职工医保、转移市外等各种原因，一度暂停城乡居民医保关系，现申请恢复，续保缴费的业务。

#### 7.2.4.2 适用对象

本业务“业务描述”所列情形。

#### 7.2.4.3 受理范围

全市通办。

#### 7.2.4.4 所需材料

有效身份证件（含身份证、户口簿、港澳台居民居住证等）。

#### 7.2.4.5 业务处理

- a) 受理申请人提供的材料，审核材料是否齐全、真实有效，对不符合受理条件的一次性告知原因；
- b) 审核后符合条件的，通过信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保登记”模块完成录入；
- c) 录入后，在信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保审核”模块完成审核。参保人员（代办人员）填写《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》，并签字确认。

#### 7.2.4.6 留存材料

有效身份证件复印件或公安户籍管理部门出具的证明证件、《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》。

#### 7.2.4.7 办理时限

即时办结。

### 7.2.5 城乡居民参保信息变更登记

#### 7.2.5.1 业务描述

城乡居民基本医疗保险参保人员基本信息发生变更或信息系统对其记录存在错漏，需要纠正、补充，包括姓名、性别、身份证号、出生日期、居住地、联系方式等，提出变更申请。

#### 7.2.5.2 适用对象

本项业务“业务描述”包含情形。

#### 7.2.5.3 受理范围

全市通办。

#### 7.2.5.4 所需材料

- a) 有效身份证件（身份证、户口簿、港澳台居民居住证等）；
- b) 变更或纠正姓名、性别、身份证号、出生日期、居住地等基础信息，以公安户籍管理部门出具的证明证件。

#### 7.2.5.5 业务处理

- a) 受理申请人提供的材料，审核材料是否齐全、真实有效，对不符合受理条件的一次性告知原因；
- b) 审核后符合条件的，通过信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保维护”模块完成变更；
- c) 变更后，在信息系统中“居民参保人员管理”—“城乡居民参保维护审核”模块完成审核。参保人员（代办人员）填写《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》，并签字确认。

#### 7.2.5.6 留存材料

有效身份证件复印件或公安户籍管理部门出具的证明证件、《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》。

#### 7.2.5.7 办理时限

即时办结。

## 7.2.6 城乡居民医保缴费

### 7.2.6.1 业务描述

城乡居民个人缴纳或集中代办机构集体代收代缴医疗保险费。

### 7.2.6.2 适用对象

参加城乡居民个人或代收代缴机构。

### 7.2.6.3 受理范围

全市通办。

### 7.2.6.4 所需材料

医保经办机构将城乡居民信息推送税务缴费平台。

### 7.2.6.5 业务处理

12月下旬提交缴费人员享受城乡居民医保待遇业务需求，次年1月1日起享受待遇。

### 7.2.6.6 留存材料

税务征缴部门发送缴费信息，医保经办信息系统接受、存储。

### 7.2.6.7 办理时限

即时办结。

## 7.2.7 城乡居民退费

### 7.2.7.1 业务描述

城乡居民缴纳医疗保险费后，在待遇享受期开始前重复缴费或者死亡的，终止相关参保关系的同时，本人、继承人可以申请办理退费。

### 7.2.7.2 适用对象

本项业务“业务描述”所列情形。

### 7.2.7.3 受理范围

全市通办。

### 7.2.7.4 所需材料

- a) 缴纳城乡居民基本医疗保险费有效凭证；
- b) 有效身份证件（包含医保码、社保卡；由他人代办的，另需代办人身份证件）；
- c) 死亡证明（适用因死亡原因的）；
- d) 社会保障卡（已开通银行储蓄功能）。

### 7.2.7.5 业务处理

- a) 受理申请人提供的材料，审核材料是否齐全、真实有效，对不符合受理条件的一次性告知原因；
- b) 审核后符合条件的，通过信息系统中“城乡居民缴费管理”—“居民医疗保险费退收”模块完成录入；
- c) 录入后，在信息系统中“城乡居民缴费管理”—“居民医疗保险费退收审核”模块完成审核。参保人员（代办人员）填写《城乡居民基本医疗保险费退费申请表》，并签字确认；
- d) 业务科室（岗）审核；
- e) 转内控审核人员进行复核；
- f) 转财务科室（岗）支付。

### 7.2.7.6 留存材料

- a) 个人缴纳城乡居民基本医疗保险费有效凭证；
- b) 身份证明、社会保障卡复印件。

### 7.2.7.7 办理时限

5个工作日。

## 7.3 医疗管理类

### 7.3.1 医疗机构申报定点协议管理

#### 7.3.1.1 业务描述

医疗机构提出医疗保险定点服务申请，医保经办机构对其进行服务能力评估，确认符合定点条件，双方签订医疗保险服务协议，在“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护”平台进行国家代码申请；协议签订后，本业务后续“定点医药机构联网结算业务”。

#### 7.3.1.2 适用对象

全市范围内医疗机构。

#### 7.3.1.3 受理范围

全市通办。

#### 7.3.1.4 所需材料

- a) 《盐城市医疗机构申报基本医疗保险定点协议申请表》；
- b) 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；
- 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；
- e) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

#### 7.3.1.5 业务处理

##### a) 材料初审

##### 1) 现场申请

材料齐全、证书有效的，即时出具《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》，包括约定现场勘查日期、备核材料；材料不符合要求的，一次性告知。

##### 2) 线上申请

对申请人上传的申报材料，辖区医保经办机构初审后，材料齐全、证书有效的，填写《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》并通知医疗机构；材料不符合要求的，及时反馈并短信告知原因。

##### b) 现场勘查

初审后5个工作日内开展现场勘查评估，按《盐城市申请医保定点医疗机构现场评估记录表》逐项勘察，记录验证、勘查结果并由申请人及评估小组双方签字确认。

##### c) 评审与确认

- 1) 根据勘查情况进行评审，确认或否决申请，对评审通过的医药机构发放《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》；
- 2) 评审不通过的告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

##### d) 公示与报备

辖区医保经办机构对评审通过的医药机构进行结果公示，并对公示无异议的医药机构报同级医疗保障行政部门、市医保经办机构备案。

##### e) 签约

医保经办机构与医疗机构签订医保服务协议，医疗机构按要求悬挂“医疗保障定点医疗机构”标牌。

## f) 信息维护

- 1) 医疗机构在“国家医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护”信息平台完成在国家平台的注册，申请定点医疗机构代码，维护申请医保医师代码、医保护士代码、医保药学人员代码、医保医技人员代码等；协议签订后，及时完成电子协议上传；
- 2) 医保信息部门通过“江苏省医疗保障信息平台”开通医保联网结算服务。

## 7.3.1.6 留存材料

医疗机构申请表、证书复印件、现场勘查记录、评估表、受理通知书、确认函或否决意见、医保服务协议等。

## 7.3.1.7 办理时限

自申报条件审核通过出具《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》起至评估确认后出具《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》止10个工作日内，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

## 7.3.2 零售药店申报定点协议管理

## 7.3.2.1 业务描述

零售药店提出医疗保险定点服务申请，医保经办机构对其进行服务能力评估，确认符合定点条件，双方签订医疗保险服务协议，在信息系统、国家医保局“医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护”信息平台进行注册登记。协议签订后，本业务后续“定点医药机构联网结算业务”。

## 7.3.2.2 适用对象

全市范围内零售药店。

## 7.3.2.3 受理范围

全市通办。

## 7.3.2.4 所需材料

- a) 《盐城市零售药店申报基本医疗保险定点协议申请表》
- b) 药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；
- c) 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；
- d) 医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；
- e) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；
- f) 与医保有关的信息系统相关材料；
- g) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告。

## 7.3.2.5 业务处理

## a) 材料初审

## 1) 现场申请

材料齐全、证书有效的，即时出具《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》，包括约定现场勘查日期、备核材料；材料不符合要求的，现场一次性告知医药机构补充。

## 2) 线上申请

对申请人上传的申报材料，辖区医保经办机构初审后，材料齐全、证书有效的，填写《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》并通知医药机构下载；材料不符合要求的，线上反馈并短信告知原因。

## b) 现场勘查

医药机构协议准入评估小组在初审后5个工作日内开展现场勘查评估，按《盐城市申请医保定点零售药店现场评估记录表》逐项勘查，记录验证、勘查结果并由申请人及评估小组双方签字确认。

## c) 评审与确认

- 1) 医药机构协议准入评估领导小组根据勘查情况进行评审，确认或否决申请，对评审通过的医药机构发放《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》。
- 2) 评审不通过的告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

#### d) 公示与报备

辖区医保经办机构对评审通过的医药机构进行结果公示，并对公示无异议的医药机构报同级医疗保障行政部门、市医保经办机构备案。

#### e) 签约

医保经办机构与零售药店签订医保服务协议，并发放“医疗保障定点零售药店”标牌。

#### f) 信息维护

- 1) 零售药店通过“国家医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护”信息平台，完成在国家平台的注册，申请定点零售药店代码，维护申请医保药师代码等；协议签订后，及时完成电子协议上传。
- 2) 医保信息部门通过“江苏省医疗保障信息平台”开通医保联网结算服务。

### 7.3.2.6 留存材料

零售药店医保定点申请表、证书复印件、现场勘查记录、评估表、受理通知书、确认函或否决意见、医保服务协议等。

### 7.3.2.7 办理时限

自申报条件审核通过出具《盐城市医药机构申报定点协议管理受理通知书》起至评估确认后出具《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》止10个工作日内，零售药店补充材料时间不计入评估期限。

## 7.3.3 定点医药机构基础信息变更

### 7.3.3.1 业务描述

定点医疗机构、定点零售药店医保服务协议期内发生变更名称、法定代表人（主要负责人或实际控制人）、注册地址、诊疗科目或药品经营范围、医疗机构等级等重要信息发生变更，按协议管理规定要求及时申报，医保经办机构按程序核实确认业务。

### 7.3.3.2 适用对象

全市范围内定点医药机构。

### 7.3.3.3 受理范围

全市通办。

### 7.3.3.4 所需材料

- a) 医疗机构变更后的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等；零售药店变更后的药品经营许可证、营业执照等。
- b) 《盐城市基本医疗保险定点医药机构基础信息变更备案登记表》。

### 7.3.3.5 业务处理

#### a) 材料初审

##### 1) 现场受理

材料齐全、证书有效的，即时受理。材料不符合要求的，一次性告知。

##### 2) 线上受理

对申请人上传的申报材料，流转后由辖区医保经办机构初审，材料齐全、证书有效的，填写《盐城市医药机构基础信息变更受理通知书》并通知医药机构；材料不符合要求的，及时反馈并短信告知原因。

## b) 审核

- 1) 对申报变更事项进行审核，对符合办理条件的医药机构信息进行确认；审核结果报市医保经办机构备案登记。
- 2) 对未按时申报变更的，按照医保服务协议有关约定处理。

## c) 结果反馈

以公函形式向申请机构出具《医药机构变更确认函》反馈结果。涉及重大信息变更的，所属辖区医保经办机构应重新与定点医药机构签订医保服务协议。

## d) 信息同步

- 1) 定点医药机构在“国家医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护”信息平台完成对应信息的变更申请、确认。
- 2) 医保部门定期同步相关信息。

## 7.3.3.6 留存材料

医药机构变更申请表、证书复印件、变更确认函等。

## 7.3.3.7 办理时限

一般变更即时办结，需要现场核实的材料初审通过起不超过5个工作日。

## 7.3.4 国谈药“双通道”管理及单独支付药品用药待遇认定

## 7.3.4.1 业务描述

按照江苏省国谈药“双通道”管理及单独支付药品管理规定和下发的药品名录，对符合限定支付标准的使用相关药品参保人员进行待遇认定，实现“使用符合条件、用量，专项待遇准确、支付结算即时”业务。

## 7.3.4.2 适用对象

全市医疗保险参保人员。

## 7.3.4.3 受理范围

全市通办。

## 7.3.4.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含医保码或社保卡）；
- b) 经国谈药定点医疗机构确认的疾病证明材料（检验报告、出院小结、门诊病历、病理报告、基因检测等）；
- c) 国谈药责任医师签章、国谈药定点医疗机构医保办盖章确认的《盐城市医疗保险“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》。

## 7.3.4.5 业务处理

## a) 申请登记

参保患者经国谈药医保责任医师诊断后，需使用“双通道”管理及单独支付药品的，由责任医师及其所在医疗机构实时通过线上或协助参保患者线下向医保经办机构报送备案。

## b) 审核

医保经办机构对申请材料的完整性进行核验，在1个工作日内办理完成。对材料不完整的，应当一次性告知补充完整。

## c) 信息处理

在信息系统—“医保业务基础”—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“特殊药品登记”—新增—医疗机构编码选择国家医保码—新增药品—保存—“特殊药品登记审核”中审核通过。

## 7.3.4.6 留存材料

《盐城市医疗保险“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》、疾病诊断材料（检验报告、出院小结、门诊病历等）、有效身份证件（含医保码或社保卡）等。

#### 7.3.4.7 办理时限

1个工作日。

### 7.3.5 门诊慢性病特殊病病种待遇认定

#### 7.3.5.1 业务描述

职工医保、城乡居民医保参保人员，患有本市医保门诊统筹政策所规定特定病种（慢性病、特殊病）之一的，可以提出申请，经具有认定资质的医疗机构责任医师进行病种认证，获得相应待遇资格，在业务、结算信息系统中标注后，实现“费用符合支付条件，结算即时”业务。

#### 7.3.5.2 适用对象

全市医疗保险参保人员。

#### 7.3.5.3 受理范围

全市通办。全市范围内二级及以上定点医疗机构认定结果，全市定点医疗机构、医保经办机构互认。

#### 7.3.5.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含医保码或社保卡）；
- b) 病历资料或检查资料；
- c) 《盐城市门诊慢性病特殊病病种待遇申请表》。

#### 7.3.5.5 业务处理

##### a) 现场

##### 1) 材料初审

申请人携带有效身份证件及病历资料等相关材料，医疗机构责任医师或医保经办机构服务窗口经办人对申报材料进行审核、确认。材料齐全，即时受理；材料不符合要求，一次性告知。

##### 2) 审核确认

申请人填写《盐城市门诊慢性病特殊病病种待遇申请表》，在定点医疗机构申请的，由责任医师审核提出认定意见，提交至本医疗机构所属的医疗保险管理办公室，由其办理门诊慢性病、特殊病待遇备案手续，在信息系统中标识；在医保经办机构服务窗口申请的，由医保经办机构服务窗口经办人办理并标识。

##### b) 线上

##### 1) 材料初审

辖区医保经办机构对申报材料审核，材料齐全即时受理；材料不符合要求的，通过申报渠道反馈具体原因，并通过短信服务对初审结果进行反馈。

##### 2) 审核确认

医保经办机构通过申报渠道、电话或短信反馈办理结果。

##### c) 信息处理

信息系统—“医保业务基础”—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“门慢门特登记”—“门慢门特登记审核”。

#### 7.3.5.6 留存材料

医疗机构现场办理的，归档后按月报医保经办机构备案、备审；线上办理的，医保经办机构下载归档。

#### 7.3.5.7 办理时限

即时办结。

### 7.3.6 门诊慢性病特殊病变更定点医疗机构

#### 7.3.6.1 业务描述

职工医保、城乡居民医保参保人员，患有本市医保门诊统筹政策所规定特定病种（慢性病、特殊病）之一的，已经申请相应待遇资格，需要变更定点医疗机构的。

#### 7.3.6.2 适用对象

全市医疗保险参保人员。

#### 7.3.6.3 受理范围

全市通办。

#### 7.3.6.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含医保码或社保卡）；
- b) 《盐城市门诊慢性病特殊病待遇定点变更申请表》。

#### 7.3.6.5 业务处理

##### a) 现场

##### 1) 材料初审

申请人携带有效身份证件等相关材料，至定点医疗机构或医保经办机构填写《盐城市门诊慢性病特殊病病种待遇定点变更申请表》。

##### 2) 审核确认

在定点医疗机构申请的，由该医疗机构所属的医疗保险管理办公室，由其办理并在信息系统中标识；在医保经办机构服务窗口申请的，由医保经办机构服务窗口经办人办理并标识。

##### b) 线上

辖区医保经办机构对申报材料审核，材料齐全即时受理；材料不符合要求的，通过申报渠道反馈具体原因，并通过短信服务对初审结果进行反馈。

##### c) 信息处理

信息系统—“医保业务基础”—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“门慢门特登记变更”—“门慢门特登记审核”。

#### 7.3.6.6 留存材料

医疗机构现场办理的，归档后按月报医保经办机构备案、备审；线上办理的，医保经办机构下载归档。

#### 7.3.6.7 办理时限

即时办结。

### 7.3.7 城乡居民“两病”用药门诊待遇登记备案

#### 7.3.7.1 业务描述

城乡居民医保参保人员，患有高血压、糖尿病（“两病”）之一、需要针对性用药治疗但未达到门诊慢性病中有关高血压、糖尿病认定标准的，可以提出申请，经具有认定资质的医疗机构责任医师进行病种认证，获得相应待遇资格，在业务、结算信息系统中标注后，实现“门诊用药费用统筹报销，结算即时”。

#### 7.3.7.2 适用对象

城乡居民医疗保险参保人员符合本项业务描述所列对象。

#### 7.3.7.3 受理范围

市区通办，县（市）属地办理。全市范围内二级及以下定点医疗机构所认定结果，全市定点医疗机构、医保经办机构互认。

#### 7.3.7.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含医保码或社保卡）；
- b) 相关病史材料；
- c) 《盐城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障待遇备案登记表》。

#### 7.3.7.5 业务处理

##### a) 申请与审核

##### 1) 材料初审

申请人携带有效身份证件及病历资料等相关材料，医疗机构责任医师对申报材料进行审核、确认。材料齐全，即时受理；材料不符合要求，一次性告知。

##### 2) 审核确认

申请人填写《盐城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障待遇备案登记表》，由责任医师审核提出认定意见，提交至本机构所属的医疗保险管理办公室，由其办理“两病门诊用药待遇备案”手续。

##### b) 信息处理

信息系统—“医保业务基础”—“按病种结算登记”—“新增”—提交—“按病种结算登记审核”。

#### 7.3.7.6 留存材料

医疗机构现场办理的，归档后按月报医保经办机构备案、备审。线上办理的，医保经办机构下载归档。

#### 7.3.7.7 办理时限

即时办结。

### 7.3.8 国谈药定点医疗机构新增

#### 7.3.8.1 适用对象

全市范围内符合条件的定点医疗机构。

#### 7.3.8.2 受理范围

市区、县（市）属地办理。

#### 7.3.8.3 所需材料

- a) 《盐城市国家谈判药定点医疗机构申请表》；
- b) 符合国谈药管理要求的管理制度文本。

#### 7.3.8.4 业务处理

- a) 符合条件的医保定点医疗机构根据临床需求，对照遴选标准，采取自愿申报的方式，向属地医保经办机构提交《盐城市国家谈判药定点医疗机构申请表》；
- b) 各地医保经办机构负责审核确认；
- c) 各医保经办机构与确定的定点医疗机构签订“双通道”管理及单独支付药品专项医保服务协议，结果报市医保经办机构备案。

#### 7.3.8.5 留存材料

申请表、证书复印件、制度文本、医保服务协议等。

#### 7.3.8.6 办理时限

限时办结。

### 7.3.9 国谈药定点零售药店新增

#### 7.3.9.1 适用对象

全市范围内符合条件定点零售药店。

#### 7.3.9.2 受理范围

市区、县（市）属地办理。

#### 7.3.9.3 所需材料

- a) 《盐城市国家谈判药定点零售药店申请表》；
- b) 符合国谈药管理要求的管理制度文本；
- c) 符合国谈药储存及冷链配送要求和服务能力的相关材料；
- d) 药学专业技术人员证书复印件；
- e) 与医保有关的信息系统和医保视频监控系统等相关材料。

#### 7.3.9.4 业务处理

##### a) 申请受理

符合遴选条件的医保定点零售药店，向属地医保经办机构提交《盐城市国家谈判药定点零售药店申请表》，并附相关佐证材料。

##### b) 现场评估

各地医保部门根据要求，对申请药店的资质、管理、信誉以及国谈药服务管理、供应保障、存储配送等能力进行现场评估，按《盐城市医疗保险国谈药定点零售药店评估记录表》逐项勘查，记录验证、勘查结果并由药店人员及评估小组双方签字确认。

##### c) 结果公示

各地医保部门将评估结果向社会公示，公示期不得少于七日。

##### d) 签订协议

对公示无异议的零售药店，各地医保经办机构与其签订“双通道”管理及单独支付药品专项医保服务协议，结果报市医保部门。

#### 7.3.9.5 留存材料

申请表、相关材料、医保服务协议等。

#### 7.3.9.6 办理时限

限时办结。

### 7.3.10 国谈药医保责任医师新增

#### 7.3.10.1 适用对象

全市范围国谈药定点医疗机构的符合条件医师。

#### 7.3.10.2 受理范围

市区、县（市）属地办理。

#### 7.3.10.3 所需材料

- a) 《盐城市国家谈判药医保责任医师备案申请表》；
- b) 相关专业技术证书复印件。

#### 7.3.10.4 业务处理

- a) 符合条件的医师本人提出备案申请，经所在医疗机构确认，填写《盐城市国家谈判药医保责任医师申请表》并附相关专业技术证书复印件等佐证材料；
- b) 各医保经办机构负责辖区内医疗机构申请国谈药医保责任医师审核确认，并按要求将名单报市医保经办机构备案。

#### 7.3.10.5 留存材料

申请表、相关专业技术证书复印件。

#### 7.3.10.6 办理时限

限时办结。

### 7.3.11 门诊慢性病特殊病病种认定责任医师新增

#### 7.3.11.1 适用对象

全市范围内的医疗机构医师。

#### 7.3.11.2 受理范围

市区、县（市）属地办理。

#### 7.3.11.3 所需材料

《盐城市基本医疗保险特定门诊慢性病特殊病认定责任医师申请表》。

#### 7.3.11.4 业务处理

- a) 申请。由医保责任医师本人提出申请，经所在医疗机构确认后，向医保经办机构提出新增特药责任医师申请。
- b) 审核确认。各地医保经办机构负责审核确认。
- c) 结果公示。将新增结果通过网站等载体进行公示，结果报市医保经办机构备案。

#### 7.3.11.5 留存材料

申请表、确认函。

#### 7.3.11.6 办理时限

限时办结。

### 7.3.12 基本医疗保险责任医师新增

#### 7.3.12.1 业务对象

全市范围内的医疗机构医师。

#### 7.3.12.2 受理范围

市区、县（市）属地办理。

#### 7.3.12.3 所需材料

《盐城市基本医疗保险责任医师申请表》。

#### 7.3.12.4 业务流程

- a) 由医师本人提出申请，经所在医疗机构确认后，向医保经办机构提出新增责任医师申请。
- b) 各地医保经办机构负责审核确认。
- c) 将新增结果通过网站等载体进行公示，结果报市医保经办机构备案。
- d) 信息处理，医疗机构在国家医保局“医疗保障信息业务编码标准数据库动态维护”信息平台—“医保责任医师管理”—“新增”模块下，完成登记注册、统一编码；医保经办机构完成审核、上传。

#### 7.3.12.5 留存材料

《盐城市基本医疗保险责任医师申请表》。

#### 7.3.12.6 办理时限

限时办结。

### 7.3.13 定点医疗机构基金总额预算编制

#### 7.3.13.1 受理范围

市区统一实施，县（市）属地实施，全市执行统一流程。

#### 7.3.13.2 所需材料

数据来源于信息系统。

### 7.3.13.3 业务处理

#### a) 编制流程

- 1) 确定医疗保障基金总额预算编制规则和程序；
- 2) 收集定点医疗机构医保基金结算病种（科室）、定点医疗机构基本信息、总额预算多因素医保预算指标等数据；
- 3) 利用大数据分别确定总额预算、区域内医疗机构总额预算、药品、耗材专项预算；
- 4) 进行集体协商和谈判，最终结果报领导小组审定，确定总额预算方案，并向社会公开。

#### b) 审议要点

- 1) 各地应制定总额预算管理工作体系、实施方案等规范性文件；
- 2) 总额预算计划形成到最终确定，应履行集体讨论、逐级审核、批准等程序，记录讨论决定过程并形成会办纪要；
- 3) 履行集体协商和谈判相关材料；
- 4) 总额预算结果向实施范围内的所有定点医疗机构公布，体现公正、公平、公开，阳光操作，接受监督。

#### c) 对定点医疗机构总额预算结果报市医保局备案。

### 7.3.13.4 留存材料

本地出台规范性文件、集体协商及谈判记录、最终总额预算结果文件等。

### 7.3.13.5 办理时限

限时办结。

## 7.3.14 医疗保险“三个目录”更新维护

### 7.3.14.1 适用对象

医保经办机构、医药机构。

### 7.3.14.2 受理范围

市医保经办机构扎口、属地医保经办机构落实并督促检查辖区医药机构落实。

### 7.3.14.3 所需材料

省医保中心目录更新有关文件、数据库。

### 7.3.14.4 业务处理

#### a) 信息处理

市医保经办机构应定期对省医保中心下发“三个目录”更新电子目录进行整理及市医保局有关“乙类项目个人先支付比例”赋值，提交需求至市信息中心，由市信息中心在信息系统中进行维护；传各地医保经办机构，敦促辖区内医药机构下载更新对照。

#### b) 贯彻检查

市、县（市）医保经办机构及时指导督促辖区定点医药机构完成对应、更新。

#### c) 信息推送

信息应及时推送至医保局网站、“盐城医保”等媒体发布更新。

### 7.3.14.5 留存材料

省医保中心目录更新通知、具有序列号的更新电子目录；信息系统记载经办人、经办时间；整理下发的电子目录。

### 7.3.14.6 办理时限

即时办结。

## 7.3.15 大病保险承办机构协议管理

#### 7.3.15.1 适用对象

医保经办机构、承保保险公司。

#### 7.3.15.2 受理范围

属地办理。

#### 7.3.15.3 所需材料

大病保险承办合同、相关数据来源于信息系统。

#### 7.3.15.4 业务处理

- a) 医保经办机构业务部门应对年度参保人数进行核准；
- b) 医保经办机构应与承保保险公司签订服务协议；
- c) 经办机构业务部门应按照核准人数、当年人均缴费标准进行大病保险投保；
- d) 承保保险公司对盐城市医疗保障局信息管理系统大病保险应赔付数据核准后，与经办机构业务科室对接赔付资金进行账务处理，完成大病保险赔付；
- e) 承保保险公司按照大病保险服务协议规定，按年度结合投保、赔付、盈亏等实际情况进行资金清算。

#### 7.3.15.5 留存材料

大病保险承办合同、测算表、审批记录、资金拨付记录、清算表；承办的商业保险公司理赔汇总表、运行分析报告等。

#### 7.3.15.6 办理时限

限时办结。

### 7.4 医疗费用结算类—医疗保险

#### 7.4.1 个人医疗费用手工（零星）报销

##### 7.4.1.1 业务描述

参保人因突发病情、异地就医、医保结算网络异常等特定原因未能实现联网结算，产生医疗费用由个人现金垫付，向医保经办机构提出费用报销申请。

##### 7.4.1.2 适用对象

因以下情形产生医疗费用个人垫付的参保人，

- a) 因急诊、抢救未直接刷卡结算的医疗费用；
- b) 因医保信息系统未实时联网（或系统故障）而产生的医疗费用；
- c) 因意外伤害产生的医疗费用；
- d) 未办理异地就医手续在市外产生的医疗费用；
- e) 学生在实习地、户籍地（或父母打工地）发生的医疗费用；
- f) 其他符合规定的情形。

##### 7.4.1.3 受理范围

全市通办（除救助、离休等特殊人群）。

##### 7.4.1.4 所需材料

- a) 门诊费用
  - 1) 有效身份证件（包含医保码或社保卡）、医疗机构收费票据、门急诊费用清单、处方底方或病历资料。仅使用个人医保账户支付门诊医疗费用，且门诊票据详细显示购药清单的，无需提供处方或病历资料；
  - 2) 涉及急诊的需提供急诊诊断证明或急诊病历；
  - 3) 实施抢救的需提供门诊抢救病历、出院小结（死亡的需提供死亡记录及死亡证明）；

- 4) 每待遇年度首次使用双通道管理药品的需提供《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》。
- b) 住院费用
  - 1) 有效身份证件（包含医保码或社保卡）、医院收费票据、住院费用清单、诊断证明或出院小结；
  - 2) 急诊需提供急诊诊断证明；
  - 3) 外购药品需提供外购发票、住院医嘱单或外购药处方原件复印件。
- c) 医疗救助对象费用  
医疗救助对象医疗费用需手工（零星）报销的，需提供有效身份证件（包含医保码或社保卡）、经基本医保、大病保险报销后的结算单、定点医疗机构处方底方或定点药店购药发票。
- d) 意外伤害费用
  - 1) 意外伤害费用需提供交警部门出具的《道路交通事故认定书》，公安机关出具的证明材料，人民法院等有权机关出具的证明材料等；无有权机关出具的证明材料的，需提供个人承诺书。
  - 2) 申请先行支付需提供公安机关出具的无法确定第三人的证明材料或人民法院出具的中止执行裁定书或第三人不支付、无法确定第三人的其他证明材料。
- e) 医保定点药店的票据按医保定点药店管理及票据管理相关规定执行。
- f) 原始票据遗失的，当事人需提供收费原始凭证复印件或就医医疗机构制式“票据遗失证明单”，加盖医疗机构公章（含财务专用章、收费专用章）；遗失情况说明（遗失经过、有无其他保险补偿说明等）及个人承诺书。
- g) 医疗机构收费凭证为电子票据的，按照财政部、国家档案局《关于规范电子会计凭证报销入账归档的通知》有关规定处理，通过专用电子票据录入系统录入票据，核查是否已经报销，避免重复支付。
- h) 委托办理的，应提供委托人及代理人身份证件原件、委托人授权委托书或个人承诺书。

#### 7.4.1.5 业务处理

- a) 待遇政策审核
  - 1) 申报人发生的医疗费用，是否属于医疗保险待遇期内；
  - 2) 申报材料是否齐全，是否为定点医药机构产生的医疗费用；
  - 3) 医疗费用是否属于《社会保险法》规定不纳入基本医疗保险基金支付范围的四种情形；
  - 4) 离休人员、建国前老工人、1-6级伤残军人等群体执行相应医疗保障政策。
  - 5) 意外伤害费用的材料齐全后，医保经办机构开展调查核实，并做出调查认定，符合基本医疗保险基金支付范围的，转入零星报销流程；不符合基本医疗保险基金支付范围的，明确告知患者或其委托人，退回申报材料。
- b) 费用明细审核
  - 1) 医疗费用是否属于基本医疗保险药品、诊疗项目（含特殊医用材料）、医疗服务设施“三个目录”以内，是否符合药品规定支付范围；
  - 2) 对大额、疑难医疗费用需填写《会办核定表》提请会办；
  - 3) 超过5万元以上的医疗费用，由属地医保经办机构分管领导主持会办，并进行调查核实；
  - 4) 复核人员对初审过的费用进行复核、按会办意见对费用进行确认。
- c) 信息处理
  - 1) 单据交接

现场受理时，将符合报销条件的票据录入盐城市医疗保险业务经办信息系统（以下简称“信息系统”），并完善申报人基本信息，生成并打印《受理交接单》，一式两份，申报人确认无误后签字留存，另一份由经办机构留存；

2) 零星报销登记

国家医疗保障信息平台——零星报销登记模块中——录入报销类别、票据时间、申报人账户等相关信息；

3) 费用明细录入

国家医疗保障信息平台——零星报销门诊结算（或零星报销住院结算）模块中——完成费用明细录入；

4) 制单

国家医疗保障信息平台——零星报销门诊结算（或零星报销住院结算）——明细录入完毕后结算保存并打印《盐城市基本医疗保险医疗费用结算单》。

d) 核批

1) 内控审核人员对材料完整性、审核规范性、制单准确性进行稽核；

2) 结算负责人对稽核过的医疗费用进行再审核；

3) 经办机构分管领导对医疗费用进行审批。

e) 支付

将受理材料和《盐城市基本医疗保险医疗费用结算单》转交至财务部门，完成结算支付。

f) 信息反馈

申报人可通过“盐城医保”微信公众号的“医保查询”——“报销进度查询”，实时查询报销进度。

#### 7.4.1.6 留存材料

a) 医院收费票据、门急诊费用清单、处方底方或病历资料、住院费用清单、诊断证明或出院小结、有效身份证件（社保卡）复印件；

b) 有关会办及其审议记录；

c) 有关遗失补证材料。

#### 7.4.1.7 办理时限

医保经办机构自接到申办材料起，单次门诊小额费用5个工作日内办结，一般业务10个工作日内办结，特殊情况不超过20个工作日。容缺受理后补齐材料时间、意外伤害费用调查时间不纳入办理时限。

### 7.4.2 定点医疗机构费用结算

#### 7.4.2.1 业务描述

医保经办机构与定点医疗机构按期结算参保人员持社会保障凭证就医、购药发生费用应由医疗保险基金支付的部分。

#### 7.4.2.2 适用对象

定点医疗机构。

#### 7.4.2.3 受理范围

市区统一办理，县（市）属地办理。

#### 7.4.2.4 所需材料

定点医疗机构上传的结算信息、月度汇总数据。

#### 7.4.2.5 业务处理

a) 对账受理

业务受理人员受理定点医疗机构提出的结算申请，双方核对、纠正数据信息，核对完成后进行数据固化。

b) 审核稽查

- 1) 利用智能监控系统对定点医疗机构上传数据进行初审筛查，对疑似违规数据进行复审，将违规数据整理成案件下发至定点医疗机构并获取反馈，对违规数据通过现场调阅病历或开展日常核查的方式进行现场稽查，将确认违规病案整理形成《盐城市医疗保险稽查情况告知书》和《违规行为处理决定》，与相关医疗机构进行确认；
- 2) 按照医保服务协议约定的违约责任，编制具体医疗机构因违规违约应纳入当月扣除的费用及加处违约金款项执行表单。

c) 结算制表

录入（或电子导入）流转表单数据，作为当月执行扣款、暂扣款依据，编制结算表单，汇总表格，对表单数据信息复核。

d) 支付核批

内控审核人员对材料完整性、审核规范性、制单准确性进行稽核；财务主管审核、经办机构主管签批。

e) 资金拨付

向定点医疗机构账户拨付结算款。

#### 7.4.2.6 留存材料

结算汇总表、审核签批记录；扣款（含暂扣款）意见流转的执行表单（或电子记录）。

#### 7.4.2.7 办理时限

20个工作日。

### 7.4.3 定点零售药店费用结算

#### 7.4.3.1 业务描述

医保经办机构与定点零售药店按期结算参保人员持社会保障凭证购药发生费用应由医疗保险基金支付的部分。

#### 7.4.3.2 适用对象

定点零售药店机构。

#### 7.4.3.3 受理范围

市区统一办理，县（市）属地办理。

#### 7.4.3.4 所需材料

定点零售药店上传的结算信息、月度汇总数据。

#### 7.4.3.5 业务处理

a) 对账受理

业务受理人员受理定点零售药店提出的结算申请，双方核对、纠正数据信息，核对完成后进行数据固化。

b) 审核稽查

- 1) 对定点零售药店上传至智能监控系统的的数据进行初审筛查，对疑似违规数据进行复审，将违规数据整理成案件下发至定点零售药店并获取反馈，对违规数据通过现场调阅台账资料或开展日常核查的方式进行现场稽查，将确认违规病案整理形成《盐城市医疗保险稽查情况告知书》和《违规行为处理决定》，与相关零售药店进行确认
- 2) 按照医保服务协议约定的违约责任，编制具体零售药店因违规违约应纳入当月扣除的费用及加处违约金款项执行表单。

## c) 结算制表

录入（或电子导入）流转表单数据，作为当月执行扣款、暂扣款依据，编制结算表单，汇总表格，对表单数据信息复核；

## d) 支付核批

内控审核人员对材料完整性、审核规范性、制单准确性进行稽核；财务主管审核、经办机构主管签批。

## e) 资金拨付

向定点零售药店拨付结算款。

## 7.4.3.6 留存材料

结算汇总表、审核签批记录；扣款（含暂扣款）意见流转的执行表单（或电子记录）。

## 7.4.3.7 办理时限

20个工作日。

## 7.4.4 基本医疗保险基金预付

## 7.4.4.1 业务描述

医保经办机构在上年度基本医疗保险统筹基金累计结余在6个月以上支付水平的前提下，对具体定点医疗机构基本医疗保险预付金进行核定、拨付、清算。

## 7.4.4.2 适用对象

定点医疗机构。

## 7.4.4.3 受理范围

市区统一实施、县（市）属地实施。

## 7.4.4.4 所需材料

数据来源于信息系统具体医疗机构年度医疗费用发生情况、月度结算情况。

## 7.4.4.5 业务处理

## a) 机构申请

符合条件的定点医疗机构，于每年1月上旬向医保经办机构提出拨付预付金的书面申请。

## b) 核定标准

医保经办机构按规定核定申请机构预付资格和金额，对符合条件者，双方签订《盐城市基本医疗保险基金预付协议》。

## c) 拨付资金

医疗保险经办机构按照预付协议于每年1月底前将预付金拨付到定点医疗机构。

## d) 年底清算

当年12月份费用结算时进行清算，支付的预付金从月结算款中全额扣回。不足部分，可从下年度1月份结算或年度决算款中扣回。

## 7.4.4.6 留存材料

《盐城市基本医疗保险基金预付协议》。

## 7.4.4.7 办理时限

限时办结。

## 7.4.5 定点医药机构年度医保基金清算

## 7.4.5.1 业务描述

依据定点医药机构当年度《定点医药机构年度医保基金清算方案》，与定点医药机构确认《年度医疗保障资金清算确认书》，在规定时间内医保经办机构将清算资金拨付到位。

#### 7.4.5.2 适用对象

定点医疗机构、定点零售药店。

#### 7.4.5.3 受理范围

市区统一实施，县（市）属地实施。

#### 7.4.5.4 所需材料

数据来源于信息系统、月度结算报表。

#### 7.4.5.5 业务处理

##### a) 汇总编制

汇总具体医药机构年度内发生和结算医疗费用情况，根据当年医保基金运行情况和总额预算分配方案，编制年度清算草案。

##### b) 审议备案

年度清算方案从草拟到最终确定，应履行集体讨论、逐级审核、批准等程序，记录讨论决定过程并形成会议纪要，经局党组讨论通过报派驻纪检组备案。

##### c) 确认支付

1) 根据年度清算方案，医保经办机构与定点医疗机构盖章确认《年度医疗保障资金清算确认书》；

2) 医保经办机构在双方确认完成后的 15 个工作日内将清算资金拨付给各定点医疗机构，定点医疗机构在收到清算资金后，15 个工作日内将应由自身承担的医疗费用完成账务处理，按财务规定列支，不得挂账做往来处理，账务处理情况报医保经办机构备案。

#### 7.4.5.6 留存材料

年度清算方案、清算确认书。

#### 7.4.5.7 办理时限

限时办结。

### 7.5 生育保险医疗费用结算类

#### 7.5.1 生育医疗费用手工（零星）报销

##### 7.5.1.1 业务描述

生育医疗费用包括产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产费用、计划生育的医疗费用以及法律、法规规定的其他项目费用；参保人因事发突然、异地就医、医保结算网络异常等特定原因，未能实现联网结算，生育费用由个人现金垫付，向医保经办机构提出费用报销申请。

##### 7.5.1.2 适用对象

- a) 生育保险参保人员的生育医疗费用；
- b) 城乡居民基本医疗保险参保人员的住院分娩费用和因生育而引起的流产、引产费用；
- c) 灵活就业人员、退休人员及男职工未就业配偶，符合规定的产前检查、住院分娩或者因生育而引起的流产、引产费用。

##### 7.5.1.3 受理范围

全市通办。

##### 7.5.1.4 所需材料

###### a) 住院分娩费用

- 1) 医保码或有效身份证件或社保卡；
- 2) 医院收费票据；

- 3) 出院小结和住院费用清单;
  - 4) 《生育登记证》《出生医学证明》(原则上由经办机构向其他部门查验)。
- b) 因生育而引起的流产、引产费用
- 1) 医保码或有效身份证件或社保卡;
  - 2) 医院收费票据;
  - 3) 诊断证明(门诊病历)或出院小结和费用清单;
  - 4) 《生育登记证》(同上)。
- c) 计划生育的医疗费用:
- 1) 医保码或有效身份证件或社保卡;
  - 2) 医院收费票据;
  - 3) 诊断证明(门诊病历)或出院小结和费用清单。

#### 7.5.1.5 业务处理

- a) 业务申请
- 1) 现场  
申请人携带有效身份证件及生育医疗费用的相关待遇报销材料,向医保经办机构提出报销申请。
  - 2) 线上(网上、掌上)  
申请人通过“盐城医保”微信公众号—“零星(生育、救助对象)医疗费用报销”或盐城市医保局网站—“零星(生育、救助对象)医疗费用报销”模块或“江苏医保云”APP“我要办”生育报销模块,提交报销材料。
- b) 材料初审
- 1) 现场  
核对材料是否齐全完整、是否符合办理条件,不符合条件的不予受理,并一次性告知原因;符合规定的,生成并打印《受理交接单》,一式两份,申报人确认无误后签字留存。
  - 2) 线上  
审核网上提交的材料是否齐全完整,是否符合办理条件。不符合条件的不予受理,并一次性告知原因。符合规定的,通知申请人邮寄材料,告知邮寄地址。
  - 3) 审核要点  
——生育待遇合并支付的,一次性提供材料;  
——职工跨地区转移后的生育待遇在现参保地经办机构进行结算;  
——生育引起的并发症、合并症符合规定的医疗费用,按照职工基本医疗保险规定,由职工基本医疗保险基金支付;  
——职工在国外以及港澳台地区发生的生育医疗费用不纳入生育保险基金支付范围,可享受一次性营养补助和生育津贴待遇;  
——《生育登记证明》、《出生医学证明》、《就业失业登记证》等,原则上不需要办理人提供,由经办机构负责与相关部门查验,无法查验的,由办理人提供,无法提供的,需提供个人承诺书,职工未就业配偶无法确定其医疗保险参保情况的,需提供未参加医疗保险承诺书。
- c) 信息处理  
生育人员根据费用类别将费用信息录入信息系统,在信息系统—“医保业务基础”—“生育待遇管理”模块,结算、打印结算凭证。
- d) 复审  
通过信息系统、书面单据,对审核环节审核结果进行复核确认后流转复审岗稽核。

## e) 财务支付

将受理材料和《盐城市生育保险待遇结算（支付）凭证》转交至财务部门，完成结算支付。

## 7.5.1.6 留存材料

收费票据原件；诊断证明（门诊病历）或出院小结和费用清单原件；《生育登记证明》、《出生医学证明》复印件、有效身份证件（社保卡）复印件、受理交接单。

## 7.5.1.7 办理时限

产前检查支付与生育医疗费用支付的办理时限为10个工作日，特殊情况不超过20个工作日；计划生育医疗费用支付为10个工作日。

## 7.5.2 一次性营养补助结付

## 7.5.2.1 业务描述

符合享受生育保险相关待遇的参保女职工、参加生育保险的女职工在领取失业金期间生育或妊娠满7个月引产的发给一次性营养补助，标准为统筹地区上年度城镇非私营单位在岗职工年平均工资的2%。个人或用人单位提出申请，医保经办机构向用人单位支付一次性营养补助费。

## 7.5.2.2 适用对象

- a) 用人单位按时足额缴纳生育保险费满10个月的参保女职工生育或妊娠满7个月引产的；
- b) 参加生育保险的女职工在领取失业金期间生育或妊娠满7个月引产的。

## 7.5.2.3 受理范围

全市通办。

## 7.5.2.4 所需材料

有效身份证件（含医保码或社保卡）。

## 7.5.2.5 业务处理

## a) 业务申请

## 1) 现场

申请人携带有效身份证件及相关材料，向医保经办机构提出报销申请；

## 2) 线上（网上、掌上）

申请人通过“盐城医保”微信公众号—“零星（生育、救助对象）医疗费用报销”或盐城市医保局网站—“零星（生育、救助对象）医疗费用报销”模块或“江苏医保云”APP“我要办”生育报销模块，提交报销材料。

## b) 材料初审

## 1) 现场

核对材料是否齐全完整、是否符合办理条件，不符合条件的不予受理，并一次性告知原因；符合规定的，生成并打印《受理交接单》，一式两份，申报人确认无误后签字留存；

## 2) 线上

审核网上提交的材料是否齐全完整，是否符合办理条件，不符合条件的不予受理，并一次性告知原因；符合规定的，通知申请人邮寄材料，告知邮寄地址。

## c) 信息处理

生育保险参保职工根据费用类别将费用信息录入信息系统，在信息统一“医保业务基础”—“生育待遇管理”模块，结算、打印结算凭证。

## d) 复审

通过信息系统、书面单据，对审核环节审核结果进行复核确认后流转复审岗稽核。

## e) 财务支付

将受理材料和《盐城市生育保险待遇结算（支付）凭证》转交至财务部门，完成结算支付。

#### 7.5.2.6 留存材料

《生育登记证明》《出生医学证明》复印件、有效身份证件（社保卡）复印件、受理交接单。

#### 7.5.2.7 办理时限

10个工作日。

### 7.5.3 生育津贴结付

#### 7.5.3.1 业务描述

符合享受生育保险相关待遇的参保人员，在享受产假或者计划生育手术休假期间获得的工资性补偿，生育津贴按照职工产假或者休假天数计发，计发基数为职工所在用人单位上年度职工月平均工资除以30。个人或用人单位提出申请，医保经办机构向用人单位支付生育津贴费。

#### 7.5.3.2 适用对象

符合生育津贴申领条件的生育保险参保人员。

#### 7.5.3.3 受理范围

全市通办。

#### 7.5.3.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含医保码或社保卡）；
- b) 诊断证明（门诊病历）、出院小结等病历资料。

#### 7.5.3.5 办理流程

- a) 申请
  - 1) 现场
 

申请人携带有效身份证件及相关材料，向医保经办机构提出报销申请。
  - 2) 线上（网上、掌上）
 

申请人通过“盐城医保”微信公众号—“零星医疗费用报销”或盐城市医保局网站—“零星医疗费用报销”模块或“江苏医保云”APP“我要办”生育报销模块，提交报销材料。
- b) 审核
  - 1) 现场
 

核对材料是否齐全完整、是否符合办理条件，不符合条件的不予受理，并一次性告知原因；符合办理条件的，生成并打印《受理交接单》，一式两份，申报人确认无误后签字留存。
  - 2) 线上
 

审核网上提交的材料是否齐全完整、是否符合办理条件，不符合条件的不予受理，并一次性告知原因；符合规定的，通知申请人邮寄材料，告知邮寄地址。
- c) 信息处理
 

通过信息系统—“医保业务基础”—“生育待遇管理”模块，完成费用分类录入、结算、打印结算凭证。
- d) 复审
 

通过信息系统、书面单据，对审核环节审核结果进行复核确认后流转复审岗稽核。
- e) 财务支付
 

将受理材料和《盐城市生育保险待遇结算（支付）凭证》转交至财务部门，完成结算支付。

#### 7.5.3.6 留存材料

有效身份证件复印件、诊断证明（门诊病历）、出院小结和费用清单。

#### 7.5.3.7 办理时限

10个工作日。

## 7.6 异地就医备案类

### 7.6.1 长期异地居住人员备案

#### 7.6.1.1 业务描述

本市基本医疗保险参保人员，因工作、居住、生活原因长期在市外居住，为保留本市医疗保险关系又能实现在居住地持医疗保障凭证即时结算医疗费用，预先提出异地就医备案申请。

#### 7.6.1.2 适用对象

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地外工作、居住、生活的人员。

#### 7.6.1.3 受理范围

全市通办。

#### 7.6.1.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含身份证、医保码、社保卡），具有其一即可；
- b) 有效居住证明
  - 1) 异地安置退休人员需提供“户口簿首页”和本人“常住人口登记卡”；
  - 2) 异地长期居住人员需提供长期居住认定材料（居住证明）；
  - 3) 常驻异地工作人员需提供异地工作证明材料（参保地工作单位派出证明、异地工作单位证明、工作合同）；
  - 4) 以上三类人员在异地居住、生活、工作6个月及以上，无法即时提供异地居住、工作证明材料的，可以现场或通过盐城市医疗保障局网站、江苏省医疗保障局网站、“盐城医保”微信公众号、“我的盐城”APP、“江苏医保云”APP、国家异地就医备案小程序（适用于跨省备案）、“国家医保服务平台”APP（适用于跨省备案）等渠道申请办理个人承诺制异地就医备案。审核通过后，即可在备案地直接结算医疗费用。

#### 7.6.1.5 业务处理

- a) 申请
  - 1) 申请人携带所需材料可至医保经办机构服务窗口现场办理。
  - 2) 申请人通过盐城市医疗保障局网站、江苏省医疗保障局网站、“盐城医保”微信公众号、“我的盐城”APP、“江苏医保云”APP、国家异地就医备案小程序（适用于跨省备案）、“国家医保服务平台”APP（适用于跨省备案）等办理渠道线上办理。
- b) 审核  
核对材料是否齐全完整；不符合条件的，不予受理，并一次性告知原因。
- c) 信息处理
  - 1) 医保经办服务端通过信息系统中“个人待遇申报审批管理”模块下“异地就医登记”完成信息录入；
  - 2) “异地就医登记审核”完成审核，并点击“提交”按钮，直接向省异地就医平台传送本条信息。

#### 7.6.1.6 留存材料

- a) 现场办理方式，留存异地就医登记备案表及居住证明（或个人承诺书）等纸质材料；
- b) 线上办理方式，由经办机构审核人员下载获取，留存异地就医登记备案表及居住证明（或个人承诺书）等材料。

#### 7.6.1.7 办理时限

即时办结。

## 7.6.2 异地转诊人员备案

### 7.6.2.1 业务描述

市基本医疗保险参保人员，因疾病诊治需要赴市外定点医疗机构就医，为实现持医疗保障凭证在就医地即时结算医疗费用，提出异地就医备案申请。

### 7.6.2.2 适用对象

本市参保且经具有转诊资质的定点医疗机构批准，需要到设区市外医疗机构继续就医的人员。本地区具有转诊资质的定点医疗机构：市区三级医院、各县（市、区）人民医院、中医院以及经属地医保经办机构确认的其他医疗机构。

### 7.6.2.3 受理范围

- a) 全市经办机构通办；
- b) 在具有转诊资质的医疗机构，可“就医一转诊”连贯办理，面向全市参保人员。

### 7.6.2.4 所需材料

- a) 有效身份证件（含身份证、医保码、社保卡），具有其一即可；
- b) 具有转诊资质的定点医疗机构出具的转外就医证明。

### 7.6.2.5 业务处理

- a) 申请
  - 1) 现场办理，在具有转诊资质的定点医疗机构现场办理转诊的，申请人携带申请材料到医院医保办公室办理。
  - 2) 线上办理，通过盐城市医疗保障局网站、江苏省医疗保障局网站、“盐城医保”微信公众号、“我的盐城”APP、“江苏医保云”APP、国家异地就医备案小程序（适用于跨省备案）、“国家医保服务平台”APP（适用于跨省备案）等办理渠道，注册登记、填写基本信息，上传证明材料，推送医保经办机构等，按提示操作。
- b) 审核  
核对材料是否齐全完整；不符合条件的，不予受理，并一次性告知原因。
- c) 信息处理
  - 1) 医院端，通过江苏省医疗保障信息平台—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“转诊转院登记”完成信息录入提交，并经“转诊转院登记审核”点击“提交”按钮，直接向省异地就医平台传送本条信息。
  - 2) 医保经办机构服务端，通过江苏省医疗保障信息平台—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“转诊转院登记”完成信息录入提交，经“转诊转院登记审核”完成审核，并点击“提交”按钮，直接向省异地就医平台传送本条信息。

### 7.6.2.6 留存材料

- a) 医保渠道申请的，医院留存异地就医登记备案表及转外就医证明等纸质材料；
- b) 医保经办机构渠道申请的，由经办机构审核人员下载获取，留存异地就医登记备案表及转外就医证明等纸质材料。

### 7.6.2.7 办理时限

即时办结。

## 7.6.3 其他临时外出就医人员备案

### 7.6.3.1 业务描述

本市基本医疗保险参保人员，未经规定医疗机构办理转诊，自主备案到市外就医直接结算。

### 7.6.3.2 适用对象

本市参保未经具有转诊资质的定点医疗机构批准，自行到设区市外医疗机构就医的人员。

### 7.6.3.3 受理范围

全市经办机构通办。

### 7.6.3.4 所需材料

有效身份证件（含身份证、医保码、社保卡），具有其一即可。

### 7.6.3.5 业务处理

#### a) 申请

- 1) 申请人携有效身份证件可至医保经办机构服务窗口现场办理。
- 2) 通过盐城市医疗保障局网站、江苏省医疗保障局网站、“盐城医保”微信公众号、“我的盐城”APP、“江苏医保云”APP、国家异地就医备案小程序（适用于跨省备案）、“国家医保服务平台”APP（适用于跨省备案）等办理渠道线上办理。

#### b) 审核

线上申请提交的其他临时外出就医人员备案秒申秒办，无需审核。

#### c) 信息处理

医保经办服务窗口通过江苏省医疗保障信息平台—“个人待遇管理”—“个人待遇申报审批管理”—“转诊转院登记”完成信息录入、医院同意转院标志选择“否”，经“转诊转院登记审核”完成审核，并点击“提交”按钮，直接向省异地就医平台传送本条信息。

### 7.6.3.6 办理时限

即时办结。

## 7.6.4 异地就医对账

### 7.6.4.1 业务描述

本市参保人员经异地就医备案，在备案地医药机构产生就医购药费用；市外参保人员经异地就医备案，在市医药机构产生就医购药费用，持医疗保障凭证联网结算，就医地医保经办机构代参保地医保经办机构垫付了医保待遇支付资金，为清算资金支付差额，双方需定期核对账目。

本项业务，以市级医保经办机构牵头、扎口，县（市）医保机构参与、配合，数据在市级集中处理后，上传省异地就医结算平台；省异地就医结算平台交换、下传本市的数据，经市级医保经办机构中转，全市各医保经办机构可以共享，必要时参与核对、调整。

### 7.6.4.2 适用对象

医保经办机构。

### 7.6.4.3 受理范围

市医保经办机构扎口、属地医保经办机构配合。

### 7.6.4.4 所需材料

省异地就医结算平台、市医保信息系统及其“省异地就医”专用模块中读取数据。

### 7.6.4.5 业务处理

#### a) 对账流程

- 1) 就医地结算数据日对账（适用外地参保人在本市就医）
  - 就医地经办机构先与医疗机构完成对账。
  - 就医地经办机构与省异地就医平台进行对账，如省异地就医平台数据记录比就医地经办机构多，就医地经办机构调用冲正交易，否则，反馈省异地就医平台处理（即以就医地数据为准）。
- 2) 参保地结算数据日对账（适用本市参保人在市外就医）

—省异地就医平台先与就医地经办机构完成对账；

—省异地就医平台与参保地经办机构对账，如参保地经办机构数据比省异地就医平台多，调用冲正交易，否则，反馈就医地经办机构或省异地就医平台进行对账，查找金额误差原因，确保金额一致。

b) 申请上传月清算数据

每月通过“月清算申请数据上传”模块向省异地就医平台上传市外参保人发生在本市定点医疗机构的医疗费用。申请上传前需完成两个“对账”，一是本地定点医疗机构与本地医保经办机构对账，二是本地医保经办机构与省异地就医平台、参保地医保经办机构三方对账。所传数据仅含对账一致的数据（含结算信息和本次结算的审核扣款拒付信息）。

c) 下载月清算明细

本市医保信息系统从省异地就医平台获取清算月的结算数据和审核拒付数据。

#### 7.6.4.6 留存材料

上传和下载的参保地、就医地、省异地就医平台对账一致的电子档明细；信息系统记录经办时间、经办人；经审核存在拒付费用的，留存情况说明及处理记录。

#### 7.6.4.7 办理时限

即时办理。

### 7.6.5 本市定点医药机构申请纳入省内及跨省联网结算

#### 7.6.5.1 业务描述

市定点医药机构，为实现市外参保人员经异地就医备案后在本医疗机构可持医疗保障凭证就医、联网结算目的，向属地医保经办机构提出申请，加入我省及跨省异地就医联网结算医疗机构目录。

#### 7.6.5.2 适用对象

市定点医药机构。

#### 7.6.5.3 受理范围

- a) 医疗机构申请：市区通办，县（市、大丰区）属地办理；
- b) 审核、目录加入：市医保经办机构。

#### 7.6.5.4 所需材料

- a) 《定点医药机构省内及跨省联网结算申请》；
- b) 所需登记、上传的医疗机构基本信息通过医保经办机构内部（定点医药机构协议管理职能科室）获取。

#### 7.6.5.5 业务处理

- a) 申请  
定点医药机构向所属地经办机构提出申请，所属地经办机构审核同意后报市医保中心。
- b) 信息处理  
江苏省医疗保障信息平台—“医保业务”—“医疗机构信息上传”。

#### 7.6.5.6 留存材料

属地医保经办机构留存《定点医药机构省内及跨省联网结算申请》；市医保经办机构由信息系统记录经办时间、经办人。

#### 7.6.5.7 办理时限

即时办结。

### 7.7 业务系统管理类

#### 7.7.1 新增定点医药机构结算联网

#### 7.7.1.1 业务描述

医药机构经申请、评估、确认后，获得医保经办机构出具的《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》，成为医保服务定点机构，为实现医疗费用联网即时结算、接受医保经办机构即时动态监督管理，提出落实医保结算信息系统建设事项申请。

#### 7.7.1.2 适用对象

新增医保定点医药机构。

#### 7.7.1.3 受理范围

市区通办，县（市、大丰区）属地办理。

#### 7.7.1.4 所需材料

《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》。

#### 7.7.1.5 业务处理

- a) 指导定点医药机构配置医保结算系统所需计算机、打印机、医疗保障信息读取设备、医疗保障监督管理所需医药机构现场监控设备；
- b) 指导定点医药机构向网络运营商申请医保结算专用网络通讯线路；
- c) 指导定点医药机构适应性建立、改造医院管理信息系统，实现与医保信息系统有效对接，向必要的医药机构提供数据接口规范；
- d) 安装医保结算系统软件程序；调试读卡、通讯、监控等设备；
- e) 指导定点医药机构对医保结算信息系统的使用和数据通讯。

#### 7.7.1.6 留存材料

《盐城市医疗保险新增定点医药机构确认函》、由属地经办机构医疗管理职能科室流转的工单。

#### 7.7.1.7 办理时限

即时受理，按时办结。

### 7.7.2 医保经办业务系统功能新增及修改

#### 7.7.2.1 适用对象

市、各县（市）医保经办机构。

#### 7.7.2.2 受理范围

内部业务，市医保经办机构统一管理。

#### 7.7.2.3 所需材料

《医保信息管理系统业务功能需求表》。

#### 7.7.2.4 业务处理

- a) 申请
  - 1) 属地医保经办机构业务部门编制《医保信息管理系统业务功能需求表》，经属地医保经办机构审核同意后，向市医保中心提交《业务变更需求单》；
  - 2) 市医保中心组织研究、审核同意后，向市医疗保障信息部门报送需求，协助市医疗保障信息部门组织、协调、布置、督促信息系统承建方按照业务需求设计、修改；
  - 3) 对属地医保经办机构提出的变更需求，市医保中心按照“全市通办”的原则和目标统筹进行评估、确认。
- b) 测试  
市医保中心组织市、县两级医保经办机构，对照变更需求统一进行功能测试，填写《业务功能测试表》；不符合设计要求的，提请继续修改。
- c) 启用  
经测试达到设计要求的，市医保中心向市医疗保障信息部门申请新功能上线。

#### 7.7.2.5 留存材料

《医保信息管理系统业务功能需求表》。

#### 7.7.2.6 办理时限

即时受理，按时办结。

### 7.7.3 医保码的申领

#### 7.7.3.1 业务描述

医保参保人员可通过国家、省医保、金融、特定电商公共服务平台专项APP应用，获取本人医保码，作为社会保障卡（医保卡）等效载体，在定点医药机构就医购药时，可用于医保参保人身份识别和医药费用结算时进行扫码支付。

#### 7.7.3.2 适用对象

全市职工和城乡居民医疗保险参保人员。

#### 7.7.3.3 受理范围

参保人自助。

#### 7.7.3.4 所需材料

身份证明（含社会保障卡）。

#### 7.7.3.5 业务处理

医保参保人员均在智能手机下载安装上述五项之一的APP应用，申领本人医保码。按提示操作，注册、登记基本信息、绑定手机号、社会保障卡或银行支付卡等。

#### 7.7.3.6 留存材料

参保人自留。注册登记、申领信息由APP应用系统电子记载。

#### 7.7.3.7 办理时限

即时办结。

### 7.8 基金支付管理类

#### 7.8.1 对参保人员个人基金支付

##### 7.8.1.1 业务描述

参保人员个人账户支取、医疗保险费退费、关系转移账户转出、个人医疗费用报销、个人生育费用报销。

##### 7.8.1.2 适用对象

医保经办机构、面向参保人员。

##### 7.8.1.3 受理范围

市、县（市）属地医保经办机构。

##### 7.8.1.4 所需材料

各业务科室提供经稽核、审批的支付单据、收款人有效银行账户信息。

##### 7.8.1.5 业务处理

###### a) 业财推送

业务科室在省信息平台系统中推送支付计划；

###### b) 网银提交

根据审批后的业务支付单据在银行支付平台提交支付指令；

###### c) 复核支付

将纸质单据与支付指令进行核对，核对一致后发送银行；

## d) 支付确认

将支付记录在信息系统中加载已支付标记。

## 7.8.1.6 留存材料

同“所需材料”。

## 7.8.1.7 办理时限

纳入该业务办理时限计算。

## 7.8.2 对定点医药机构基金支付

## 7.8.2.1 适用对象

医保经办机构、面向定点医药机构。

## 7.8.2.2 受理范围

市、县（市）属地医保经办机构。

## 7.8.2.3 所需材料

结算业务科室提供经稽核、审批的结算单据。

## 7.8.2.4 业务处理

## a) 业财推送

业务科室在省信息平台系统中推送支付计划；

## b) 网银提交

根据业务科室提供的结算单据，在银行支付平台提交支付指令；

## c) 复核支付

将纸质单据与支付指令进行核对，核对一致后发送银行；

## d) 支付确认

将支付记录在信息系统中加载已支付标记。

## 7.8.2.5 留存材料

同“所需材料”。

## 7.8.2.6 办理时限

纳入该业务办理时限计算。

## 8 财务管理

## 8.1 基金财务管理

应建立和执行基金财务管理制度,包括但不限于基金财务会计制度、基金预决算管理制度、基金收支控制制度、基金对账制度和印章、票据U盾管理制度等。

## 8.2 基金预决算管理

8.2.1 应完善基金预算编制工作制度,按规定执行预算编制、预算执行及预算调整。

8.2.2 应科学编制基金决算草案,按程序报批。

## 8.3 基金收支控制

8.3.1 应实行基金“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。

8.3.2 基金收支应按程序和权限执行分级审批管理,落实与税务、银行、财政等部门的基金收支对账管理。

#### 8.4 基金会计核算管理

8.4.1 应完善账务核对制度,编制基金财务报表核对会计凭证,确保账账相符。

8.4.2 应明确印章、票据和网银U盾管理标准与职责,实行分级分离管理。

#### 8.5 基金风险预警管理

应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。

### 9 信息系统运行管理

#### 9.1 信息系统需求管理

应根据职责分工和实际业务需要,做好业务需求编制。

#### 9.2 信息系统应用

9.2.1 应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,确保权责相符。

9.2.2 应明确专人对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。

9.2.3 业务处理应具有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。

#### 9.3 信息系统安全

9.3.1 应加强设备、网络、软件、数据安全,实行业务系统与互联网隔离,同一终端不得接入多个网络。

9.3.2 应落实突发事件应急处理要求,及时妥善处理系统故障。

### 10 档案管理

10.1.1 经办机构应加强档案管理工作,做好日常档案收集归档。

10.1.2 经办机构应明确专人负责档案收集、整理等工作。

10.1.3 村(社区)级服务点应将档案资料上交至乡镇(街道)级服务点统一保管,有条件的示范点可按照档案管理要求自行保管。

10.1.4 业务经办台账应根据本地区医保部门要求及时做好存储、移交等工作。

### 11 内部控制监督与行风评价

#### 11.1 内控管理检查

##### 11.1.1 检查方式

11.1.1.1 内控检查方式包括经办机构自查及监督检查。

11.1.1.2 经办机构应对照内控检查指标开展全面自查评估，形成自查整改报告，明确整改措施。

11.1.1.3 监督检查采用抽查或交叉互查方式开展现场检查，通过访谈业务经办人员、现场查看业务办理、查阅经办业务台账、核对系统数据等方式。

#### 11.1.2 检查内容

检查内容主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统使用控制、内部控制的监督与检查等方面。

### 11.2 行风评价

#### 11.2.1 评价方式

经办机构应采取体验式评价、现场检查、查阅台账、调取后台数据及问卷调查等方式，其他各类服务点应采用体验式评价、现场检查、查阅台账等方式。

#### 11.2.2 评价内容

##### 11.2.2.1 经办机构专项评价

- a) 经办机构专项评价应由综合评定、体验式评价、群众满意度测评三部分评价内容组成。
- b) 综合评定包括行风建设工作机制、参保扩面及结构优化、基金结算及财务管理、两定机构“协议管理”、医保经办标准化建设及内控管理、基层医保服务建设运行、智慧医保建设、异地就医管理和政策宣传信访稳定等评价指标。
- c) 体验式评价重点在业务办理标准化、办理材料精简化、办理时限缩短化、办理手续便捷化等方面进行体验评价，部分细则详见附录 A。
- d) 群众满意度测评由评价人员在经办服务大厅采用随机问卷调查的方式进行评价。

##### 11.2.2.2 其他医保服务点评价

- a) 各类基层医保服务点应重点从服务环境、服务形象、服务能力、服务质效和常态管理等方面开展评价工作。
- b) 镇（街道）级医保服务点包括服务场所、服务设施、服务标识、网络权限、人员配备、服务礼仪、作风建设、日常管理、规范流程及专业能力、便民服务、服务渠道、综合评定等评价指标，具体评价细则见附录 B。
- c) 村（社区）级医保服务点包括服务场所、服务人员、服务标识、服务网络、服务事项、服务能力等评价指标，具体评价细则见附录 C。
- d) 定点医疗机构医保服务站包括服务场所、服务设施、服务标识、服务网络、人员配备及服务规范、专业能力、日常管理、规范流程、便民服务、作风建设、运行管理等评价指标，具体评价细则见附录 D。

### 11.3 投诉方式和渠道

11.3.1 应公开投诉的意见箱、电话号码、网址、电子邮箱以及信函邮寄地址等，确保渠道畅通。

11.3.2 投诉方式应包括但不限于现场投诉、电话投诉、网上投诉、信函投诉等。

附录 A  
(资料性)

盐城市医保经办机构行风评价体验式部分细则

表A.1列出了盐城市医保经办机构行风评价体验式部分细则，体验式评价重点对照医保政务服务清单和《盐城市医疗保险经办业务标准化手册》，在业务办理标准化、办理材料精简化、办理时限缩短化、办理手续便捷化等方面进行体验评价。

表 A.1 盐城市医保经办机构行风评价体验式部分细则

序号	项目	指标	具体内容	检查记录
1	医保经办综合服务体验（共16分）	1.1 服务地点查询	是否能查询到医保经办机构的办公地点。	
		1.2 办公地址准确性	公布的办公地点地址是否准确。	
		1.3 服务大厅指引	服务大厅是否有明确的指引标志，或工作人员指引。	
		1.4 服务大厅服务设施	服务设施是否配置齐全（自助取号机、休息区、饮水机、老花镜、签字笔、填表样例等）。	
		1.5 服务柜面设置	服务柜面设置是否合适（标识是否清晰、明显，明亮度、高度是否合适等）。	
		1.6 宣传材料	在大厅能够通过墙上展板、宣传折页等形式轻松获取最新的医保政策有关资料、办事指南等。	
		1.7 其他经办渠道	其他医保业务经办渠道获取方式（咨询电话号码、经办网站地址、客户端二维码等）是否在服务大厅展示	
		1.8 投诉渠道	是否有便捷的投诉和意见反馈渠道（投诉意见箱、意见簿、值班领导电话等）。	
		1.9 工作时间	工作人员有无工作时间不在岗。	
		1.10 服务态度	工作人员服务态度是否端正（热情、礼貌、耐心等）。	
		1.11 服务规范	工作人员是否存在不遵守柜面服务规范的行为（例如着装不规范，吃东西、玩手机等违规行为）。	
		1.12 “好差评”制度实施	经办窗口、电话、网上、掌上等渠道是否实现“好差评”评价。	
		1.13 综合柜员制	是否实行“进一扇门、取一个号、一窗通办、一站服务、一次办好”的综合柜员制服务模式。	
		1.14 适老化服务	是否提供授权代办、亲情绑定等其他代办服务，是否开通老年人办理绿色通道，是否有工作人员主动提供协助服务，是否配备必要的老年人服务设施。	
		1.15 排队时间	办理一项业务需要排队多长时间，备注：排队时间短（小于10分钟） 排队时间较长（10-30分钟）排队时间过长（大于30分钟）。	

表 A.1 (续)

序号	项目	指标	具体内容	检查记录
2	经办专业能力评价 (共17分)	2.1 经办政务服务事项清单落实	是否全面落实省级《医疗保障经办政务服务事项清单》及办事指南(事项名称、事项编码、办理材料、办理时限、办理环节、服务标准是否与清单要求一致)。	
		2.2 经办政务服务事项清单公布	是否通过宣传册、宣传海报、门户网站或微信公众号等形式,向社会公布《医疗保障经办政务服务事项清单》和办事指南。	
		2.3 基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇备案	参保人如何进行职工/城乡居民门诊慢性病、门诊特殊病待遇资格认定申请?申请需要带哪些材料?到哪里去申请?多长时间能够拿到资格认定结论(是否承诺在20个工作日内)?	
		2.4 基本医疗保险参保人员异地长期备案及转诊就医备案	参保人因长期居住在外地或在外地工作,在哪里可以办理异地备案手续?如是因病临时需要去外地治疗,在哪里可以办转诊手续?需要准备什么材料?经办人员能否一次性告知申请材料,并指导申请人填写申请表?资料齐全的情况下,在服务窗口能否即时办结?能否通过电话、网络、APP等渠道实现“不见面”备案?对于长期异地备案是否清楚承诺制办理条件?	
		2.5 基本医疗保险参保人员医疗费用手工(零星)报销	参保人因病在外地就医,如何办理门诊/住院医疗费用手工报销?需要提交什么材料?多长时间能够拿到报销款?经办人员能否一次性告知申请材料、报销流程并承诺办结时效(30个工作日内)?单笔1000元以下几个工作日完成?(5个工作日)	
		2.6 基本医疗保险关系转移接续(转出)	参保人申请出具《参保凭证》需要提交什么资料,如携带资料齐全能否即时办结?参保人能否通过网络或APP等渠道办理电子《参保凭证》?	
		2.7 基本医疗保险关系转移接续(转入)	参保人申请办理基本医保关系转移接续(转入)需要提交什么资料?经办人员能否一次性告知所需提交的全部资料,并指导申请人填写申请表?是否承诺在规定时间内(30个工作日)办结?	
		2.8 整体经办服务体验评价	对于本次经办业务办理或业务咨询的整体服务体验评价(自助服务机需当场演示,现场提问可适当增加门诊共济、全市通办内容提问)。	
3	线上服务体验 (共7分)	3.1 服务热线设置	是否设置了咨询热线且能够查询到。	
		3.2 服务热线接通率	接通率高(拨打3(含)次内能接通)接通率一般(拨打3-10次能接通)无法接通(拨打10次仍无法接通)。	
		3.3 服务热线业务办理	通过电话咨询了解能否通过服务热线进行政策咨询、参保缴费查询、业务办理进度查询、异地就医备案等业务办理?	
		3.4 电话服务整体评价	对于本次电话咨询服务体验是否满意?	
		3.5 在线办理	线上业务办理是否及时?	
总分				

**附录 B**  
**(资料性)**

**盐城市镇（街道）级医保服务点行风评价细则**

表B.1列出了盐城市镇（街道）级医保服务点行风评价细则，重点从服务环境、服务形象、服务能力、服务质效和常态管理等方面开展评价工作，进一步弱化场所环境、硬件设备等指标分值占比，重点突出经办能力和日常管理所占比重。

**表 B.1 盐城市镇（街道）级医保服务点行风评价细则**

序号	指标	评估内容	评估标准	检查记录
1	服务场所	1.1 建设在辐射能力较强、交通相对便利、群众办事方便的地区，通过整合现有设施和资源，符合集中式、开放式环境要求，为办事群众提供“一门进、一站式”服务。	选址交通相对便利，群众办事方便，电子地图标注准确；周边有公共停车位。	
		1.2 综合服务区应包括引导咨询区、自助服务区、自动排队叫号区、柜台受理服务区、等候休息区、多媒体服务区。	引导咨询区、自助服务区、自动排队叫号区、柜台受理服务区、等候休息区、多媒体服务区是否具备。	
2	服务设施	2.1 办公设施：扫描仪（OCR）、标准规范的柜面、办公家具、计算机、打印机、复印机、电话、书写台等。	扫描仪（OCR）、办公家具、计算机、打印机、复印机、电话、书写台是否具备且能正常使用。	
		2.2 宣传设施：宣传标志标识、电子显示屏、宣传资料架等。	电子显示屏、宣传折页、宣传资料架、宣传易拉宝是否具备。	
		2.3 功能区设备：自助服务一体机（至少1台）、自助取号机（至少1台）、排椅、填单台、老花眼镜、饮水机、垃圾桶、填写样表、笔、便民手机充电站、意见箱、失物招领箱、公共伞架等。	自助服务一体机至少1台、自助取号机至少1台、排椅、填单台、老花眼镜、饮水机、垃圾桶、填写样表、签字笔、便民手机充电站、意见箱、失物招领箱、公共伞架是否具备。	
		2.4 基础医疗设备：疫情防控物品、医疗急救包、血压仪、轮椅等。	疫情防控物品、医疗急救包、血压仪、轮椅是否具备。	

表 B.1 (续)

序号	指标	评估内容	评估标准	检查记录
3	服务标识	3.1 在醒目处设置医疗保障品牌标识，规范统一使用医疗保障官方标志“CHS”，主形下方中文字体“中国医疗保障”为方正正粗黑简体，下方英文字体“CHINAHEALTHCARESECURITY”为方正黑体简体，中英文字体均为灰色。	在醒目处设置医疗保障品牌标识、规范使用医疗保障官方标志“CHS”、医疗保障品牌标识主形下方中文字体“中国医疗保障”为方正正粗黑简体、医疗保障品牌标识下方英文字体“CHINAHEALTHCARESECURITY”为方正黑体简体、中英文字体均为灰色。标志标识是否符合上述要求。	
		3.2 服务大厅按照方便和引导服务对象办理医疗保障事项的原则设置规范统一、标识明显、指示清晰的导向性或功能性标志。	所有指引标志是否符合要求。	
4	网络权限	4.1 配备医保业务相关设备连接医保核心业务区网络，根据镇级经办事项清单设置经办权限。	电脑能够顺畅登录全省统一医保信息系统并正常办理所有业务、自助机能够连接医保核心业务系统并正常办理业务。	
5	人员配备	5.1 一般配备 3-4 名医保公共服务经办人员，所在地户籍或常住人口数不足 5 万人，可配备 2 名医保公共服务经办人员。	按要求，通过内部调剂、公开招聘、政府采购、第三方（银行、商保公司）等多渠道保障人员队伍稳定，配备符合数量的乡镇（街道）工作人员。	
		5.2 人才队伍考评激励。构建科学、规范、有效的“15 分钟医保服务圈”人才队伍考评激励机制，保障人员队伍配置合理、结构优化、队伍稳定。	建立人员培养、激励机制。	
		5.3 由 1 名乡镇（街道）分管医保工作的领导统筹组织本辖区基层医保服务有关工作，并接受县（市、区）级及以上医保部门的业务指导与监督。	明确 1 名乡镇（街道）分管领导统筹本地基层医保服务。	
6	服务礼仪	6.1 工作人员工作时间应统一着装和佩戴工作牌，保持服装整洁，仪表举止端庄、大方、文明。按照党员示范岗要求，中共党员在工作期间佩戴党员徽章，加强党员示范岗建设。	统一着装和佩戴工作牌，中共党员在工作期间佩戴党徽，放置党员示范岗台卡。	
		6.2 接待服务对象主动热情、耐心周到、解释全面，服务对象提出意见、建议和批评时，细心倾听，做好政策的宣传和解释工作；完成服务时如有后续办理事项应耐心告知服务对象。	接待服务对象态度端正，做到主动服务、热情周到、耐心告知。	

表 B.1 (续)

序号	指标	评估内容	评估标准	检查记录
7	作风建设	7.1 建立基层平台工作人员考核机制，并作为年度考核评优的重要内容。	建立工作人员日常考核机制，每季度组织开展评先评优。	
		7.2 通过自我评价、服务对象满意度评价、第三方评价相结合的方式开展服务质量评价，强化评价、反馈、整改、监督全流程衔接，持续推动服务提质增效。	可通过窗口、热线、网站等渠道开展“好差评”评价。	
8	日常管理	8.1 制度管理。制定完善首问负责制、一次性告知、限时办结、承诺制、信息公开和责任追究等制度规范；公示各项制度和流程，公开咨询和投诉举报电话，主动接受群众监督。	首问负责制、一次性告知制、限时办结制、承诺制、信息公开制、责任追究制、在醒目位置公开咨询和投诉举报电话，能够建立健全各项规章制度。	
		8.2 安全管理。严格落实医保网络和信息安全管理，切实加强终端安全管理、系统账号和密码管理、电子邮件系统安全防护、数据安全管理工作。严格执行信息保密制度，确保参保人员信息安全。	制定医保网络和信息安全管理制度内外网物理隔离，工作人员规范使用存储介质（U 盘等）。	
		8.3 信息管理。自觉接受上级医保部门的业务指导和监督，定期上报业务办理、政策宣传、问题收集等工作信息，重大、突发情况第一时间上报并及时续报进展情况。	按时按要求报送工作信息及报表等材料且数据信息真实准确、建立重大突发事件应急预案。	
9	规范流程及专业能力	9.1 清单指南落实。严格落实全省统一的《乡镇（街道）、村（社区）医保公共服务事项实施清单》《全省医疗保障经办政务服务事项操作指引》《江苏省医疗保障经办服务规范（试行）》等标准规范。	按规定公示《乡镇（街道）、村（社区）医保公共服务事项实施清单》《江苏省医疗保障经办服务规范（试行）》等标准规范，并实行动态管理。	
			工作人员能够熟练掌握《乡镇（街道）、村（社区）医保公共服务事项实施清单》《江苏省医疗保障经办服务规范（试行）》等规范内容和最新政策业务流程。	
		9.2 工作人员具备满足服务岗位需求的业务知识、服务技能。	按规定公示省医保服务事项清单、办事指南，并实行动态管理。	
			结合实际制定岗前培训制度或培训计划的并组织实施；新政策、新文件、新要求出台后，及时开展专题培训。	

表 B.1 (续)

序号	指标	评估内容	评估标准	检查记录
9	规范流程及专业能力	9.3 各级医保部门应当加强岗位培训，制定医保公共服务工作人员年度培训方案，提高工作人员的业务素质、操作技能和服务水平。	制定年度培训方案，组织开展至少 2 次培训。	
		9.4 业务经办。将与服务对象密切相关的 13 项高频次服务事项全部纳入乡镇（街道）办理，即时办理的事项平均办理时长不超过 10 分钟。对由县（市、区）级及以上办理层级办理的其他服务事项，可提供帮办代办服务，材料收集完整后应当在 3 个工作日内提交至相应办理层级办理。	经办窗口工作人员能够熟练经办 13 项高频服务事项；提供业务台账且内容全面；门诊费用报销、住院费用报销帮办代办服务能在 3 个工作日内提交至相应办理层级办理。	
10	便民服务	10.1 宣传咨询。配合市、县（市、区）两级医保经办机构及时开展相关法律法规、政策、业务经办宣传和咨询解释工作，重点对参保缴费、门诊慢特病待遇认定、大病保险、医疗救助、异地就医、零星报销和商业补充保险等咨询度较高的业务进行主动宣传解释，切实满足群众知晓政策、享受政策的需求。	配合市、县（市、区）两级医保经办机构及时开展政策宣传和咨询解释工作；能够对咨询度较高业务进行主动上门宣传，并建立台账。	
		10.2 精细便民。对本区域参保人员、困难人员、新增人员、流动人员、用人单位和两定机构等各类服务对象基础信息，进行精准采集、整理和录入，建立医保服务动态管理信息台账。结合各类服务对象特点，开展医保政策、医保改革宣传，实时掌握服务对象需求，积极主动上门为服务对象提供“一对一”个性化服务。	参保人员、困难人员、新增人员、流动人员、用人单位、两定机构，按要求建立各类服务对象基础台账；主动上门为服务对象提供“一对一”服务并建立工作台账。	
		10.3 丰富拓展服务内涵。“15 分钟医保服务圈”所在乡镇（街道）区域范围内，至少建设 1 家“医保便民药店”，提升集采药品和国谈药品基层用药保障水平；重视参保扩面工作，完成年度该乡镇（街道）范围参保扩面任务。	至少按照“五统一”常态运行一家便民药店，参与带量采购。 制定年度参保扩面工作推进方案；根据年度参保扩面工作推进方案，积极推动本区域内人员的参保扩面工作，对区域内未参保人员信息情况排定摸排计划，同时针对摸排后了解的未参保人员信息采取上门服务，一对一电话沟通等精准服务方式推动 24 年度参保扩面工作，并形成精准服务台账。	

表 B.1 (续)

序号	指标	评估内容	评估标准	检查记录
11	服务渠道	11.1 现场办理。全面实施“前台综合受理，后台分类办理，窗口统一出件”的综合柜员制服务模式。根据服务对象实际需要和合理要求，制定相关工作细则，开展帮办代办、容缺受理、预约办理、延时服务等创新服务，提高“一事办、一窗办”效率。	包括参保征缴在内的所有服务事项实现综合柜员制。	
			提供容缺受理、预约办理、延时服务等创新服务。	
		11.2 “适老化”服务。开通老年人等候办理绿色通道，建立健全值班巡视、志愿服务、预防救护等机制，特别对高龄老人和困难人群提供上门服务。	为老弱病残、军人军属等特殊群体提供绿色通道、展优先服务。	
			值班巡视、志愿服务、预防救护等工作机制健全。 为困难人群提供上门服务且记录完整。	
12	综合评定	12.1 综合绩效评价。建立健全与基层医保公共服务特点相匹配适应的综合绩效评价体系，常态化开展绩效评估和监督管理，持续强化统筹管理和业务协同。	镇级服务点是否建立村级服务点建设运行绩效评价机制； 镇级服务点是否对村级服务点常态化开展专项绩效评价评估； 镇级服务点是否制定对于村级经办人员能力提升的年度培训计划； 根据制定的培训计划，切实执行，并形成相关台账。	

附录 C  
(资料性)

盐城市村（社区）级医保服务点行风评价细则

表C.1列出了盐城市村（社区）级医保服务点行风评价细则，重点从服务环境、服务形象、服务能力、服务质效和常态管理等方面开展评价工作，进一步弱化场所环境、硬件设备等指标分值占比，重点突出经办能力和日常管理所占比重。

表 C.1 盐城市村（社区）级医保服务点行风评价细则

序号	内容	具体要求	评价标准	检查记录
1	服务场所	1.1 依托村（社区）便民服务站（为民服务中心、党群服务中心）建设，根据实际情况优化服务场所布局。	1. 依托村（社区）便民服务站（为民服务中心、党群服务中心）建设、独立建设或者在印发《关于推进全省村（社区）医保公共服务点建设的通知》（苏医保办发〔2023〕28号）前依托村卫生室等其他机构建设，并根据实际情况优化服务场所布局；在印发《关于推进全省村（社区）医保公共服务点建设的通知》（苏医保办发〔2023〕28号）后依托村卫生室等其他机构建设，并根据实际情况优化服务场所布局。	
		1.2 实际地址是否与县（市、区）公布的地址一致。	2. 实际地址与县（市、区）公布的地址一致。	
2	服务人员	2.1 至少配备1名专（兼）职医保服务人员，能够熟练掌握医保相关政策，熟练操作电脑、智能手机、医保信息系统等。	1. 按要求配备至少1名专（兼）职村（社区）医保服务人员，熟练掌握医保相关政策，熟练操作电脑、智能手机、医保信息系统等。	
		2.2 工作人员服务态度端正（热情、礼貌、耐心等）。	2. 工作人员服务态度端正。	
3	服务标识	3.1 在醒目处设置医疗保障品牌标识或桌牌。	1. 在醒目处设置医疗保障品牌标识或桌牌。	
		3.2 规范统一使用医疗保障官方标志“CHS”。	2. 规范使用医疗保障官方标志。	

表 C.1 (续)

序号	内容	具体要求	评价结果	检查记录
4	服务网络	4.1 能够连接医保核心业务网络，为医保业务协同、群众在线查询、业务事项办理等提供基础支撑。	1. 配备医保业务相关设备连接医保核心业务区网络，能登录全省统一的医保信息平台。	
		4.2 严格落实医保网络和信息安全管理制，按照使用权限分级授权，业务事项办理权责清晰。	2. 内外网物理隔离，工作人员规范使用存储介质，按照使用权限分级授权，业务事项办理权责清晰。	
5	服务事项	5.1 公布服务事项清单，配备宣传折页、宣传资料架或宣传易拉宝等宣传材料。	1. 配备宣传折页、宣传资料架或宣传易拉宝等宣传材料，公布服务事项清单。	
		5.2 至少可以直接办理城乡居民参保登记、参保人员参保信息查询等 2 项业务。	2. 至少可以直接办理城乡居民参保登记、参保人员参保信息查询等 2 项业务。	
		5.3 至少可以帮办代办参保人员进行医保个人账户查询、家庭共济账户绑定、家庭共济账户解绑、门诊住院费用报销线上申请等 13 项业务。	3. 至少可以帮办代办参保人员进行医保个人账户查询、家庭共济账户绑定、家庭共济账户解绑、门诊住院费用报销线上申请等 13 项业务。	
		5.4 配合市、县（市、区）两级医保经办机构及时开展医保相关法律法规、政策、业务经办宣传和咨询解释工作。	4. 配合市、县（市、区）两级医保经办机构及时开展医保相关法律法规、政策、业务经办宣传和咨询解释工作；医保码宣传；医惠保宣传。	
		5.5 配合县（市、区）医保部门、乡镇（街道）医保服务点对本区域内新增人员、困难人员等各类服务对象进行基础信息精准采集和参保动员，做好基本医保参保扩面工作。	5. 能够配合县（市、区）医保部门、乡镇（街道）医保服务点对本区域内新增人员、困难人员等各类服务对象进行基础信息精准采集和参保动员，做好基本医保参保扩面工作。	
		5.6 主动上门为区域内老弱居民、残疾人员及大病困难人员等特殊群体提供“一对一”个性化服务。	6. 能够主动上门为区域内老弱居民、残疾人员及大病困难人员等特殊群体提供“一对一”个性化服务。	
6	服务能力	6.1 现场向经办窗口工作人员咨询 5 个业务问题，考察工作人员专业服务能力情况。	现场向经办窗口工作人员咨询 5 个业务问题，考察工作人员专业服务能力情况，回答规范是否规范准确。	

附录 D  
(资料性)

盐城市定点医疗机构医保服务站行风评价细则

表D.1列出了盐城市定点医疗机构医保服务站行风评价细则，重点从服务环境、服务形象、服务能力、服务质效和常态管理等方面开展评价工作，进一步弱化场所环境、硬件设备等指标分值占比，重点突出经办能力和日常管理所占比重。

表 D.1 盐城市定点医疗机构医保服务站行风评价细则

序号	评价指标	评价内容	评价标准	检查记录
1	服务场所	1.1 三级医疗机构医保服务场所面积原则上不少于 30 平方米，二级医疗机构医保服务场所面积原则上不少于 20 平方米。	服务站场所面积根据医院等级因地制宜，保证正常业务流转即可。	
		1.2 综合服务区应设有对外开放的柜台，区域设置应包含排队等候区及政策宣传区。	综合服务区设置有对外开放的柜台；区域按照要求划分为排队等候区及政策宣传区。	
2	服务设施	2.1 功能区设备：排椅、填表样例、笔、老花镜、意见箱、岗位信息公示牌等。	排椅、填表样例、笔、老花镜、意见箱、岗位信息公示牌公布人员信息、在岗状态、联系电话等。	
		2.2 办公设备：书写台、文件柜、办公电脑、打印机、复印机、固定电话、电子扫描仪等。	书写台、文件柜、办公电脑、打印机、复印机、固定电话、电子扫描仪等办公设备是否具备。	
		2.3 宣传设施：宣传标志标识、电子显示屏、展板、宣传资料架。	一次性告知卡；宣传折页；落地宣传资料架、宣传展板、易拉宝有其一。	

表 D.1 (续)

序号	评价指标	评价内容	评价标准	检查记录
3	服务标识	3.1 医疗机构在院内的平面布局图或楼层指引表等醒目位置设置明确的指引标志，方便就诊人员准确查找到医保服务站所在位置。	指引标志明确、清晰、符合要求。	
		3.2 在服务区域内醒目位置设置医疗保障品牌标识，规范统一使用医疗保障官方标识“CHS”，主形下方中文字体“中国医疗保障”为方正正粗黑简体，下方英文字体“CHINAHEALTHCARESECURITY”为方正黑体简体，中英文字体均为灰色。	在醒目处设置医疗保障品牌标识。	
			规范使用医疗保障官方标志“CHS”。	
			医疗保障品牌标识柱形下方中文字体“中国医疗保障”为方正正粗黑简体。	
			医疗保障品牌标识下方英文字体“CHINAHEALTHCARESECURITY”为方正黑体简体。	
			中英文字体均为灰色。	
			区域内资料架、宣传展板等应同步规范使用中国医疗保障官方标识。	
		所有标志标识是否符合要求。		
3.3 窗口数量按照三级医疗机构设置 2 个常规开放窗口和 1 个预留窗口，二级医疗机构设置 1 个常规开放窗口和 1 个预留窗口，窗口应设有医保服务窗口标识。	各等级定点医疗机构对应要求设置符合要求的窗口数量，多院区运营的医疗机构在主院区必须按照标准设置足量窗口，在其他院区可视就诊人员数量酌情设置。			
	设置的窗口应当标识清楚为医保服务窗口。			
4	服务网络	4.1 配备医保业务相关设备链接医保核心业务区网络，确保能够及时登录全省统一的医保信息平台。	电脑能够链接医保核心业务系统，并正常办理业务。	
		4.2 严格落实医保网络和信息安全管理制，按照使用权限分级授权，业务事项办理权责清晰。	能够顺畅登录全省统一医保信息系统并正常办理所有业务。	

表 D.1 (续)

序号	评价指标	评价内容	评价标准	检查记录
5	人员配备及服务规范	5.1 三级医疗机构窗口应当配备不少于4名专(兼)职工作人员,二级医疗机构医保服务站服务窗口应配备不少于2名专(兼)职工作人员。	按照要求配备医保服务站专(兼)职医保服务人员,并提供工作人员花名册、合同等,核实人员配备情况,提供专(兼)职人员佐证材料。	
		5.2 工作人员工作时间应统一着装和佩戴工作牌,保持服装整洁,仪表举止端庄、大方、文明。按照党员示范岗要求,中共党员在工作期间佩戴党员徽章,加强党员示范岗建设。	统一着装和佩戴工作牌。 中共党员在工作期间佩戴党徽,放置党员示范岗台卡。	
		5.3 接待服务对象主动热情、耐心周到、解释全面,服务对象提出意见、建议和批评时,细心倾听,做好政策的宣传和解释工作;完成服务时如有后续办理事项应耐心告知服务对象。	接待服务对象态度端正,做到主动服务、热情周到、耐心告知。	
6	专业能力	6.1 将医保服务站人员培训工作纳入“15分钟医保服务圈”经办队伍统筹谋划培训工作,制定年度培训方案,通过理论培训、实操锻炼、带班轮训等多种形式加强医保服务站工作人员培训工作。	县(市、区)制定年度培训方案及培训计划、组织开展多种形式的人员培训。	
		6.2 工作人员具备满足服务岗位需求的业务知识、服务技能。	工作人员能够熟练掌握最新政策业务流程、熟练回答问题。	
7	日常管理	7.1 制度管理:制定完善首问负责制、一次性告知制、限时办结制、承诺制、综合柜员制、信息公开制、责任追究制、AB岗工作制等制度规范;公示各项制度和流程,公开咨询和投诉举报电话,主动接收群众监督。	首问负责制、一次性告知制、限时办结制、信息公开制、责任追究制、承诺制、综合柜员制、醒目位置公开咨询和投诉举报电话。	
		7.2 安全管理:严格落实医保网络和信息安全管理,切实加强终端安全管理、系统账号和密码管理,电子邮件系统安全防护、数据安全管理工作;严格执行信息保密制度,确保参保人员信息安全。	制定医保网络和信息安全管理,内外网物理隔离,工作人员规范使用存储介质(U盘等)。	

表 D.1 (续)

序号	评价指标	评价内容	评价标准	检查记录
8	规范流程	8.1 业务经办：医保服务站承担的医保公共服务直接办理事项共计 8 项，对由县（市、区）级及以上办理层级办理的其他服务事项，可提供帮办代办服务，材料收集完整后应当在 3 个工作日内提交至相应办理层级办理。	经办窗口工作人员能够熟练经办 8 项直接办理服务事项；帮办代办服务能在 3 个工作日内提交至相应办理层级办理。	
		8.2 医保服务站经办事项清单及指南落实：严格按照医保服务站业务经办事项要求公布直接办理及帮办代办事项清单及办事指南	按规定公示医保服务站业务经办事项直接办理及帮办代办事项清单；工作人员熟练掌握清单内容，能够正确回答直接办理及帮办代办事项，并能够演示操作或说出经办流程。	
9	便民服务	9.1 咨询宣传：配合医保部门开展相关法律法规、政策、业务经办宣传和咨询解释工作，重点针对参保缴费、门慢门特待遇、大病保险、医疗救助、异地就医和零星报销等咨询度较高的业务进行主动宣传解释，切实满足群众知晓政策、享受政策的需求。	在服务区域内及时开展政策宣传和咨询解释工作；对于咨询度较高的政策和业务可以主动对院区内的就诊或住院群众进行宣传解释。	
		9.2 对本院医护人员医保政策定期开展政策宣传培训工作。	根据县（市、区）的宣传方案，对进医院宣传的部分制定针对本院区医护人员的医保政策年度宣传方案及宣传计划；按照宣传方案及计划执行宣传活动，并对于具体的宣传内容建立相关台账资料。	
		9.3 对于本院内涉及医保的问题做好解释处置工作，配合医保主管部门或经办机构做好涉及本院的医保信访投诉调查工作。	对于本院涉及医保的问题做好解释处置工作，并进行详细处理过程的备案记录；对于医保主管部门、经办机构或信访工单管理部门派发的涉及本院的医保工单信访件，做好投诉调查工作；对于本院内部发生的涉及医保的信访纠纷及时处理，并建立信访纠纷处理台账。	

表 D.1 (续)

序号	评价指标	评价内容	评价标准	检查记录
10	作风建设	10.1 建立医保服务站工作人员考核机制，并作为年度考核评优的重要内容。	建立工作人员日常考核机制，加强考勤管理，落实 AB 岗工作制，确保工作窗口不空岗；每季度组织开展评优评先活动。	
		10.2 通过自我评价和服务对象满意度评价相结合的方式开展服务质量评价，强化评价、反馈、整改、监督全流程衔接，持续推动服务提质增效。	建立健全“好差评”工作机制；针对群众反映“差评”服务要进行深入总结分析，及时进行反馈、整改，并形成反馈整改台账。	
11	运行管理	11.1 财政投入保障：医保服务站日常运行管理以医疗机构管理为主，医保部门参与为辅，医疗机构应按照规定要求为医保服务站正常运行提供资金保障。	医疗机构是否有各类配套资金保障支持。	
		11.2 建立人员信息库：对于医保服务站工作人员建立人员信息库，动态准确把握医保服务站工作人员变动情况。	县（市、区）医保部门对各医保服务站人员建立详细的档案信息库，动态准确掌握医保服务人员的变动情况；对于医保服务站工作人员落实培训培养机制，通过培训、理论测试、技能竞赛等形式提升工作人员业务经办能力和服务水平。	
		11.3 档案管理：医保服务站应加强档案管理工作，做好日常档案收集归档，并对其中的业务经办台账根据本地区医保部门要求及时做好存储、移交等工作。	医保服务站对于日常档案有执行分类收集归档工作，县（市、区）医保部门是否有制定医保服务站相关业务台账的管理制度，对于需要移交的业务台账形成交接流程，制定交接表。	

## 参 考 文 献

- [1] GB/T 31596.4-2015 社会保险术语 第4部分:医疗保险
- [2] GB/T 32621-2016 社会保险经办业务流程 总则
- [3] LD/T 05-2022 社会保险经办内部控制规范
- [4] 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〕20号)
- [5] 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)
- [6] 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)
- [7] 中华人民共和国《社会保险法》
- [8] 江苏省医疗保障局关于印发全省医疗保障经办政务服务事项操作指引的通知(苏医保发〔2020〕76号)
- [9] 江苏省医疗保障条例
- [10] 盐城市医疗保险经办业务标准化手册(2024年版)
- [11] 盐城市职工医疗保险办法(盐政发〔2009〕68号)
- [12] 盐城市医疗保险基金管理中心关于印发《盐城市医疗保险经办机构内部控制管理制度》的通知(盐医管〔2020〕2号)
- [13] 关于推动灵活就业人员参加职工基本医疗保险的通知(盐医保发〔2021〕92号)
- [14] 盐城市人民政府关于印发盐城市建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制实施办法的通知(盐政规发〔2022〕10号)
- [15] 省政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见(苏政办发〔2021〕108号)
- [16] 江苏省医疗保障局 江苏省财政厅关于职工基本医疗保险个人账户使用及家庭共济有关事项的通知(苏医保发〔2022〕80号)
- [17] 盐城市人民政府关于印发盐城市城乡居民基本医疗保险办法的通知(盐政发〔2017〕95号)
- [18] 盐城市人民政府办公室关于印发盐城市健全重大疾病医疗保险和救助制度实施办法的通知(盐政办发〔2022〕73号)
- [19] 社会保险费征缴暂行条例
- [20] 关于加强和改进基本医疗保险参保工作的指导意见(国保发〔2020〕33号)
- [21] 盐城市医疗保障局关于盐城市医疗保障定点医药机构协议管理准入评估办法(试行)的通知(盐医保发〔2021〕43号)
- [22] 盐城市医疗保障局关于印发《盐城市医疗保障定点医药机构服务协议(范本)》的通知(盐医保发〔2023〕13号)
- [23] 盐城市医疗保障局办公室关于印发《盐城市定点医疗机构医疗保障基金使用绩效综合评价办法(试行)》的通知(盐医保办发〔2023〕34号)
- [24] 盐城市医疗保障局转发江苏省医疗保障局关于印发国家医保谈判药品“双通道”管理及单独支付药品经办规程(试行)的通知(盐医保发〔2021〕53号)
- [25] 盐城市医疗保障局转发江苏省医疗保障局关于公布国家医保谈判药品双通道管理及单独支付药品名录的通知(盐医保发〔2021〕56号)
- [26] 盐城市医疗保障局 盐城市卫生健康委员会转发省医疗保障局 省卫生健康委员会关于进一步做好国家医保谈判药品落地保障有关工作的通知(盐医保发〔2021〕80号)

- [27] 盐城市医疗保障局 盐城市人力资源和社会保障局关于执行《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023年）》的通知（盐医保发〔2023〕91号）
- [28] 盐城市医疗保障局关于优化城乡居民门诊慢性病保障政策的通知（盐医保发〔2022〕79号）
- [29] 盐城市医疗保障局关于统一基本医疗保险门诊特殊病保障政策的通知（盐医保发〔2022〕72号）
- [30] 盐城市基本医疗保险门诊慢性病特殊病认定规程（盐医保发〔2020〕111号）
- [31] 盐城市医疗保险基金管理中心关于调整优化本市医疗保险门诊慢性病特殊病业务经办事项的通知（盐医管〔2022〕23号）
- [32] 盐城市医疗保障局关于优化医疗保障有关政策的通知（盐医保发〔2021〕68号）
- [33] 盐城市完善城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障机制实施细则（盐医保发〔2019〕103号）
- [34] 盐城市城乡居民高血压糖尿病门诊用药保障业务经办规程（盐医保发〔2020〕112号）
- [35] 盐城市医疗保障局办公室关于开展新增国家医保谈判药“双通道”管理定点医药机构相关工作的通知（盐医保办发〔2021〕44号）
- [36] 盐城市医疗保障局 盐城市卫生健康委员会关于印发《盐城市定点医疗机构医保医师积分管理办法》（试行）（盐医保发〔2021〕2号）
- [37] 盐城市医疗保障局转发江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见（试行）的通知（盐医保发〔2021〕79号）
- [38] 关于印发盐城市2022年度医疗保障基金总额预算编制规则和程序的通知（盐医保发〔2022〕17号）
- [39] 盐城市医疗保障局转发关于印发医疗保障基金总额预算编制定点医疗机构集体协商和谈判实施办法（暂行）的通知（盐医保发〔2022〕12号）
- [40] 江苏省医保局基本医保“三个目录”数据库信息维护工作规范流程（试行）
- [41] 盐城市职工和城乡居民大病保险办法
- [42] 盐城市医疗保障局《关于印发盐城市医疗保障经办政务服务精简事项的通知》（盐医保发〔2023〕64号）
- [43] 江苏省医疗保障局《关于印发全省医疗保障经办政务服务事项清单和办事指南（2023版）的通知》（盐医保发〔2023〕40号）
- [44] 盐城市医疗保险基金管理中心《关于印发〈盐城市基本医疗保险参保人员医疗费用手工（零星）报销统一经办管理办法〉的通知》（盐医管〔2022〕20号）
- [45] 盐城市医疗保障定点医疗机构服务协议
- [46] 盐城市医疗保障定点零售药店服务协议
- [47] 关于修订完善《盐城市医疗保险DRG病组点数付费实施细则（试行）》的通知（盐医保发〔2021〕70号）
- [48] 关于印发《盐城市精神类专科医院住院按床日付费办法（试行）》的通知（盐医保办发〔2022〕20号）
- [49] 关于印发盐城市基本医疗保险长期康复住院费用按床日付费办法（试行）的通知（盐医保办发〔2022〕54号）
- [50] 盐城市定点医疗机构医疗费用审核结算管理办法（试行）（盐医管〔2020〕22号）
- [51] 盐城市医疗保障局 盐城市财政局关于印发盐城市基本医疗保险基金预付办法的通知（盐医保发〔2019〕81号）
- [52] 江苏省医疗保障局关于规范医疗保障基金总额管理的实施意见（试行）（苏医保发〔2021〕66号）
- [53] 盐城市职工生育保险实施办法（盐政发〔2014〕138号）

- [54] 关于贯彻实施《盐城市职工生育保险实施办法》有关问题的通知（盐人社保〔2014〕80号）
  - [55] 关于提高职工生育医疗费用保障待遇和结算标准的通知（盐医保发〔2023〕63号）
  - [56] 江苏省医疗保障局关于享受生育保险待遇有关问题的通知（苏医保发〔2023〕2号）
  - [57] 江苏省异地就医经办服务规程（苏医保发〔2022〕75号）
-