

安徽省医疗保障局文件

皖医保发〔2020〕18号

安徽省医疗保障局关于印发《安徽省医疗保障经办服务管理规程（试行）》的通知

各市医疗保障局、医疗保障经办机构，局属有关单位：

为推进全省统一的医疗保障经办管理体系建设，进一步规范和统一全省医疗保障经办服务管理工作，特制定《安徽省医疗保障经办服务管理规程（试行）》，现印发给你们，请结合工作实际，认真贯彻执行。

安徽省医疗保障局

2020年8月31日



安徽省医疗保障经办服务管理规程（试行）

第一章 总 则

第一条 为切实做好医疗保障经办服务管理工作，规范和统一全省医疗保障业务经办流程，根据《中华人民共和国社会保险法》（以下简称《社会保险法》）、《中共中央国务院印发关于深化医疗保障制度改革的意见》及我省医疗保障相关政策规定，制定本规程。

第二条 医疗保障经办规程是指医疗保障经办机构依据相关法律法规和国家、省及本地区医疗保障政策规定，开展医疗保障经办服务管理工作各业务环节的办理规则与工作程序。

第三条 本规程适用于医疗保障经办服务管理工作，主要包括：登记管理、征收管理、医药机构协议管理、就医管理、支付管理、统计与分析、财务管理、稽核与监督、综合管理等内容。

第四条 本规程所称经办机构是指医疗保障经办机构。医疗保障经办服务实行属地化管理，各级经办机构应明确岗位职责，建立管理、服务、监督、考核等工作制度，健全便民快捷的经办服务管理体系，保证业务经办的规范有序和优质高效。

第五条 本规程的制定及实施遵循依法经办、简政放权、放管结合、规范统一、城乡统筹、优化服务、安全严密原则。

第二章 参保管理

第一节 职工参保管理

第六条 职工医疗保险覆盖范围

本省境内所有用人单位及其职工（含在当地就业的外国人）按照属地管理的原则，参加所在统筹地区的职工医疗保险。驻皖铁路、电力等行业，驻肥的中央和省属机关、事业单位及其职工，参加省直职工医疗保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员，可以自行参加职工医疗保险。

第七条 单位参保登记

用人单位应当自成立之日起三十日内向当地医保经办机构提供《统一社会信用代码证书》或单位批准成立的文件、《基本医疗保险单位参保信息登记表》（加盖单位公章）申请办理医保登记。

用人单位或用人单位职工办理职工基本医疗保险新参保或参保关系转入的，视同参加了职工大病保险，同时应同步参加生育保险。

无雇工的个体工商户、未在用人单位参加职工基本医疗保险的非全日制从业人员以及其他灵活就业人员可凭本人有效身份证件向当地医保经办机构提交《职工基本医疗保险参保登记表》，申请办理医疗保险新参保登记。

第八条 单位参保信息变更

用人单位的医保登记事项发生变更的，应当自变更之日起三十日内，凭基本医疗保险参保单位信息变更登记表（加盖单位公章）到医保经办机构办理变更或者注销医保登记。

办理变更统一社会信用代码、法定代表人、注销登记等需要提供必要的对应辅助材料。

第九条 单位新增人员参保

参保单位新增（恢复）人员，单位应当自用工之日起三十日内向所属地经办机构申请办理职工基本医疗保险登记。申请时需提供参保人员有效身份证件复印件，填报职工基本医疗保险参保登记表。

第十条 参保单位人员减少

参保单位办理人员减少，需提供参保人员有效身份证件复印件，填报职工基本医疗保险参保登记表。

第十一条 参保人员在职转退休

参保人员在职转退休，需提供退休审批材料，填报职工基本医疗保险参保登记表。

第十二条 参保人员死亡

提供派出所或医院出具的死亡证明或殡葬场出具的火化证、讣告或发放抚恤金证明，填报职工基本医疗保险参保登记表。

第十三条 特殊人群参保办理

港澳台人员参加在职职工医保：港澳居民来往内地通行证或

港澳台居民居住证、建立劳动关系的证明。

外国人参加在职职工医保：外国人就业证件及居留证件，或外国人永久居留证。

第十四条 缴费基数核定

每年 6 月底前参保单位应到统筹地区医保经办机构申报本年度 7 月至次年度 6 月份的缴费基数，或与人社部门养老保险年度缴费基数申报同步，申报所需材料：

1. 《基本医疗保险缴费基数申报表》（加盖单位公章）；
2. 人员缴费明细或电子盘；
3. 上年度单位财务报表或支出明细表、上年度在职职工工资发放表。

灵活就业人员缴费基数申报凭有效身份证件即可。

第十五条 基本医疗保险关系转移接续

转入办理。由参保单位或个人携带转出地医保经办机构出具的《基本医疗保险参保凭证》到转入地医保经办机构，填写《基本医疗保险关系转移接续申请表》。转入地医保经办机构发《基本医疗保险关系转移接续联系函》至转出地医保经办机构，在收到转出地医保经办机构回复的《参保人员基本医疗保险信息表》后进行确认并将相关参保信息录入数据库，个人账户余额转入财政专户或经办机构支出户后，次月将余额全部划入本人个人账户。

转出办理。本人或代理人在原单位办理停保手续的次月到转出地医保经办机构打印《基本医疗保险参保凭证》，携带凭证原件

到转入地医保经办机构办理转入。转出地医保经办机构在接收到转入地医保经办机构发来的《基本医疗保险关系转移接续联系函》后，打印《参保人员基本医疗保险信息表》邮寄给转入地医保经办机构。

第二节 城乡居民参保管理

第十六条 城乡居民医疗保险参保范围

除应参加职工医疗保险以外的所有人员均为城乡居民医疗保险（以下简称居民医保）参保对象。

城乡居民原则上在户籍地参加居民医保；在校大学生、中职生统一在学校办理参保登记。城乡居民因流动就业、就学等原因，可在就业、就学或长期居住地按规定参加基本医保。

第十七条 城乡居民医保参保缴费

城乡居民原则上应在参保期结束前完成参保缴费，在缴费期截止前，参保居民提供本人身份证或户口簿（居住证）到户口所在地或者居住地村（居）委会进行信息登记并缴费。

新生儿实行“落地”参保，原则上新生儿应在出生后 90 天内提交出生医学证明、户口簿等材料，补缴新生儿出生当年参保费用。

已实行网上缴费或银行代缴方式等创新方式的，由各统筹地区具体规定。

第十八条 城乡贫困群众参保

重点救助对象等贫困群众参加居民医保，由统筹地区医保经办机构协调当地民政或扶贫部门并办理参保手续。

第十九条 城乡居民参保信息变更

参保居民因身份证号码、姓名等信息错误需要变更的，应携带居民身份证（居民户口簿）及时到参保地城乡居民医保经办机构或授权代办点办理变更登记手续。

第二十条 医保经办机构应加强与人社、民政、公安、卫健、扶贫、残联等部门信息共享，精简参保申办材料。定期与公安、扶贫等相关部门比对信息，确保建档立卡贫困人口全部参保。

第三章 医药机构协议管理

第一节 新增定点协议医药机构管理

第二十一条 依法取得执业资格的医疗机构和零售药店，正式运营 3 个月后可按规定向执业（经营）地医保经办机构申请协议医药服务协议，为参保人员提供医疗（药）服务。

第二十二条 统筹地区医疗保障部门根据全省统一要求制定新增协议医药机构的申请评估办法，医保经办机构负责受理申请、开展评估、协商谈判、签订协议。

第二十三条 医保经办机构对医药机构提交的申请材料要及时进行登记。对材料齐全的，应在规定时间内发放受理通知；申请材料不齐全的，应一次性告知申请人需要补正的材料及时限。

第二十四条 医保经办机构具体组织评估工作。评估流程应

包括现场评估、公示等基本环节。评估的内容包括：医药机构资质情况、执业范围、科室设置、专业人员配备、信息系统建设、财务管理制度、药品耗材进销存制度等。医保经办机构应根据评估内容确定标准并量化，评估时应按统一标准进行测评。

第二十五条 评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估不合格的应告知其理由，完成整改至少 1 周后可再次提交申请。

第二十六条 医药机构申请成为定点协议医药机构后，接入参保地医保经办机构医疗保障信息系统专网。医疗保障信息管理部门应为网络连通、信息系统改造等提供技术支撑。

第二节 医保协议签订与考核

第二十七条 医保经办机构与协议服务医药机构签订服务协议实行属地管理与分级管理相结合。

第二十八条 医保经办机构应要求基层医疗机构按照《医疗保险服务协议》范本结合本地实际签订相应的医保服务协议。

第二十九条 医保经办机构与定点协议医药机构签订医保服务协议（以下简称服务协议），规范其服务行为。服务协议条款应明确双方的责任、权利和义务，除包括服务人群、服务范围、服务内容、服务水平和质量、费用结算、协议期限及违约处理等基本内容外，还要进一步细化具体结算方式、支付标准、结算范围和程序，医疗费用的审核、管理与控制措施，以及药品（自费药品）、

诊疗项目(大型医用设备检查)以及(特殊)医用材料的管理,以及即时结算服务、医保医师管理、信息数据传输标准等内容。服务协议文本按照国家和本省统一制定范本执行,可进行适当补充调整。

第三十条 定点协议医药机构根据国家和本省医疗保障法律法规及政策规定,依法依规开展医药服务。医保经办机构对定点协议医药机构进行协议管理,对协议履行情况进行考核。

第三十一条 医保经办机构应按照协议约定,及时足额与定点协议医药机构结算医药费用,要根据协议内容加强对定点协议医药机构的监管,利用信息化监控手段,实现对具体医疗服务行为的实时监控。实施医保医师制度,推行医保医师约谈工作机制。

第三十二条 医保经办机构可通过举报投诉、日常检查、监控分析等多种渠道获取检查线索来源,采取电话询问、实地检查、网络监控和专项检查等方式,对定点协议医药机构的协议履行情况进行检查。

第三十三条 医保经办机构应对定点协议医药机构实行分级管理,通过经济手段建立激励与制约机制,按不同类别和级别分别确定评价内容和指标,并定期对定点协议医药机构进行评定,评定结果与基金预付、医疗费用审核结算等挂钩。分级评定工作按照国家和本省有关分级管理相关规定执行。

第三节 定点协议医药机构动态管理

第三十四条 定点协议医药机构的名称、法定代表人、主要负责人、注册地址、诊疗科目、机构规模、机构性质和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起10个工作日内向当地医保经办机构提出变更申请。其他一般信息应及时书面告知。

第三十五条 服务协议期满，统筹地区医保经办机构与定点协议医药机构就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行情况和绩效考核情况等决定续签或退出。协商一致的可续签服务协议，未达成一致的服务协议终止。续签应由定点协议医药机构于服务协议期满前1个月向经办机构提出申请。

第三十六条 医保经办机构可根据定点协议医药机构违约情况，依据协议采取约谈、限期整改、暂停付费、拒付费用、暂停协议、终止协议等措施进行处理。

第三十七条 医保经办机构与定点协议医药机构暂停履行协议期间发生的医保费用不予结算。暂停协议期结束，协议可继续履行。由定点协议医药机构提出的暂停协议时间不得超过6个月，原则上超过6个月视为自动停止服务协议。

医保经办机构与定点协议医药机构之间的服务协议解除，协议关系不再继续，医保经办机构不再结算医疗保险费用。定点协议医药机构发生协议中明确的相关严重违约行为，医保经办机构应解除服务协议，并向社会公布解除协议的医药机构名单。

第三十八条 定点协议医药机构自愿暂停协议、解除协议或不再续签协议的，应提前 1 个月向医保经办机构提出申请。

第三十九条 定点协议医药机构的医师或科室有违反服务协议管理要求的，可中止相关医师或科室医保服务资格，也可终止医保结算。

第四十条 医保经办机构应通过医保部门官方网站或微信平台等官方渠道发布定点协议医药机构被暂停、解除或终止服务协议的相关信息，并与相关医药机构共同做好善后工作，保障参保人员的医疗待遇，妥善处理在院病人。

第四章 就医服务管理

第一节 实名制管理

第四十一条 参保人就医实行实名制管理。包含住院就医、门诊就医、门诊慢特病就医。参保人应当持本人的有效医疗保障凭证就医购药，主动出示并接受查验，不得将本人医疗保障凭证出租、转借给他人使用。定点协议医药机构应当加强实名就医管理，在提供医药服务时查验参保人员的有效医疗保障凭证，对于冒用他人医疗保障身份就医的人员，应当拒绝为其提供服务。特殊情况如参保人员因行动不便等原因委托他人代其购药时，受托人需持本人有效身份证件及委托人医疗保障有效凭证到定点协议医药机构办理登记并接受核验。

有条件的地区可探索人脸识别、指纹识别等技术，推广医疗保障电子凭证。

第二节 门诊就医

第四十二条 门诊就医是指参保人在定点协议医药机构，因疾病接受门（急）诊医疗服务或购买药品的行为。

统筹地区在规范参保人门诊就医行为的同时，应鼓励参保人就近到基层定点协议医药机构就医。

推行家庭医生签约制度的统筹地区，由参保人与所属基层医疗卫生机构（乡镇卫生院或社区卫生服务中心）的家庭医生签约建立医疗服务关系，家庭医生为参保人进行约定诊疗，提出转诊建议并建立健康档案，基层卫生机构汇总所辖区域内家庭医生的签约参保人信息，并及时上传至医保经办机构备案。

第三节 门诊慢特病

第四十三条 各统筹地区医保部门应及时制定并对外公开本统筹区门诊慢特病医保政策，根据本统筹区医保基金支付能力，合理设置病种数量、年度限额、复审期限、鉴定标准、复审标准、报销政策，指导定点协议医药机构为参保人员提供规范门诊慢特病服务。

第四十四条 门诊慢特病的鉴定实行准入制度。各统筹地区可根据本地实际情况，优化鉴定流程，方便参保人员及时享受门诊慢特病待遇。对于门诊慢特病的鉴定、复审，各统筹地区可选择以下两种方式进行：

1. 集中鉴定：医保经办机构建立医疗保障专家咨询委员会鉴

定专家库，按照鉴定标准组织专家对参保人员报送的申请材料进行鉴定。经鉴定符合准入标准的，及时予以准入；经鉴定不符合准入标准的，应一次性详细告知参保人员未通过原因或重新鉴定补充材料。

2. 委托鉴定：参保人员持门诊慢特病申请材料、本人有效医疗保障凭证到医保经办机构委托的定点协议医药机构进行鉴定，受委托的定点协议医药机构接收并对申请材料进行审核，审核不通过的，不予受理并告知不通过原因，审核通过的从系统调取参保人员基本信息进行登记，建立台账，予以认定，医保经办机构对鉴定情况进行有效监管。

第四十五条 医保经办机构及门诊慢特病定点协议医药机构应及时将通过后的鉴定结果上传至信息系统，原则上确保参保人员在鉴定通过后规定时间内享受门诊慢特病待遇。

第四十六条 各统筹地区医保部门应积极创造条件为参保人员提供门诊慢特病结算便利，大力推行门诊慢特病直接结算，暂时不能实现直接结算的，参保人员可持有效发票、费用清单、门诊处方、病历至医保经办机构按规定进行手工报销。

第四十七条 各统筹地区医保部门可合理设置门诊慢特病手工报销办理流程，方便参保人员进行报销。医保经办机构在收到符合条件的手工报销材料后规定时间内，完成审核并拨付医疗费用。

第四十八条 对于高血压、糖尿病等门诊慢特病，各统筹地区可探索药品长处方制。对于病情稳定且需要长期用药的患者，

经临床医生判断后可一次开具不超过 12 周相关药品处方，重复开药不予报销。

第四节 住院就医

第四十九条 参保人员在定点协议医疗机构住院就医时实行登记制度，需持本人有效医疗保障凭证、住院证等相关材料，于住院当日（特殊情况可在规定的时间内），在定点协议医疗机构办理住院登记，定点协议医疗机构应将参保人员的住院登记信息实时上传至医保经办机构备案。定点协议医疗机构与医保经办机构尚未实现联网的，或因急诊抢救在非定点协议医疗机构就医的，参保人员需持有效医疗保障凭证、就医凭证、住院证等相关材料，于规定的时间内向医保经办机构备案。

第五十条 参保人员办理住院登记后，其医疗费用由医保基金支付部分由定点协议医疗机构记账，参保人员就医结束后由定点协议医疗机构与医保经办机构进行结算。定点协议医疗机构与医保经办机构尚未实现联网的，或因急诊抢救在就医地定点协议医疗机构就医的，由参保人员将医院收费票据、费用清单、出院记录或疾病诊断书等相关材料报送至医保经办机构手工报销。

第五章 医疗保险结算支付管理

第一节 直接结算

第五十一条 医保结算方式包括直接结算与垫付费用手工报销两种方式，直接结算指参保人员结算时只需支付应由个人负担

的费用，其他费用由医保经办机构与定点协议医药机构进行结算的方式。直接结算包括统筹地区定点协议医药机构直接结算、统筹地区外联网定点协议医药机构直接结算。

第五十二条 参保人员在联网的定点协议医药机构使用有效医疗保障凭证就医购药，定点协议医药机构应确认其待遇享受资格。参保人员在定点协议医药机构发生的门诊、住院（含生育）医疗费用，应通过医保经办机构与定点协议医药机构的信息系统联网实时申报，参保人员只需支付个人负担部分，医保基金报销部分由医保经办机构与定点协议医药机构按协议约定方式进行结算。

第五十三条 医保经办机构应统一参保人员使用有效医疗保障凭证、医疗费用结算单格式和项目。

第五十四条 定点协议医药机构应将参保人员就医购药费用结算和明细等信息联网实时上传医保经办机构。医保经办机构在收到申报数据后规定时间内，完成审核并拨付医疗费用。

第二节 垫付费用手工报销

第五十五条 垫付费用手工报销是指急诊、抢救等原因导致参保人员在医疗机构就医或转诊至统筹区外就医地定点协议医疗机构发生的医疗费用没有直接结算，而由个人垫付，医疗终结后，参保人员需持规定的申报材料申报报销。

第五十六条 参保人员垫付医疗费用申报报销时需提供医院收费票据原件、明细费用清单、门诊或住院病历、出院记录或疾

病诊断书、意外伤害提供的相关材料等。特殊情况，如涉及高值医用材料或体内置放医用材料的，需提供条形码（或可以提供医用材料产地的清单）原件或有效复印件。急诊抢救住院需提供抢救病历。使用血液及血液制品需提供相关病历资料的有效复印件。放疗病人需提供放疗计划单及放疗执行单（记录单）的有效复印件。

第五十七条 参保人员进行垫付费用手工报销可按以下两种方式进行，各统筹地区也可采取其他便民快捷的方式：

1. 到医保经办机构申报：参保人员本人或代理人可以在规定的时间持有效医疗保障凭证和相关申报材料到医保经办机构进行申报。

2. 由协办机构代为申报：在校学生等特殊人群，可在规定时间持有效医疗保障凭证和相关申报材料到社区代办点等协办机构进行申报，由协办机构将参保人员申报材料汇总整理后，统一向医保经办机构进行申报。

第五十八条 参保人员医药费票据原件如果丢失，可使用加盖医药机构财务章的票据复印件或发票遗失证明替代原始票据，同时签署个人承诺书，医保经办机构应按程序为参保人员办理垫付医疗费用手工报销。

第五十九条 医保经办机构收取报销材料后，打印费用申报回执，交申报单位（或个人）。对材料齐全、符合条件的报销申报，医保经办机构在规定的受理时间内完成费用初审、复审，打

印医疗费用结算单（格式和项目同直接结算医疗费用结算单）后，按结算单上的应支付金额拨付给参保人员。

第六十条 医保经办机构应通过网站、宣传单（册）、经办服务窗口、咨询电话等渠道，对医疗保险垫付费用手工报销所需要件、办理时限等事项进行一次性告知。

第六十一条 医保经办机构为医疗救助对象办理垫付医疗费用报销时，对医疗救助待遇实行“一单式”结算，按照医疗救助政策核定救助金额。

第三节 费用结算审核

第六十二条 基本医疗保险待遇审核应遵照统筹地区医保制度规定，按照药品目录、诊疗项目目录和医疗服务设施收费目录和医保服务协议的规定进行。

第六十三条 医保经办机构根据规定的缴费档次、困难人群类别、就医类型（普通门诊、门诊慢特病、住院）、就医医院级别（三级、二级、一级）及医保结算类型（如普通门诊结算、大额门诊结算、门诊慢特病结算、门诊按病种结算、住院按病种结算、住院按床日付费、住院按项目付费、日间病床结算、日间手术结算等）所对应的起付线、封顶线和支付比例等，核算参保人员医保基金支付金额，并通过信息系统联网实施。

第六十四条 医保经办机构可按照参保人员医保审核标准，在医疗保险智能监控系统中设置一定的筛查指标（次均费用、大

型设备检查率、谈判药品使用率、自费率等), 通过医疗保险智能监控系统对参保人员就医待遇进行事前、事中和事后的全程筛查, 规范和健全参保人员医保基金监管环节。

第六十五条 医保经办机构可根据监控指标分析医疗费用支付情况, 建立健全诚信等级机制, 对出现医疗费用较高、增长较快、诚信纪录进入警示级别等状况的定点协议医药机构、医保医(药)师、参保人员应列入重点监控对象, 提高医疗保险监控效率。

第六十六条 医保经办机构对定点协议医药机构申报的医疗费用审核后, 根据服务协议约定的付费方式与结算方式, 与定点协议医药机构进行费用结算。医保经办机构按照规定时限完成审核和结算。

第四节 总额控制下的复合式支付方式

第六十七条 为保障参保人员合法权益, 规范医药服务行为, 控制医疗费用不合理增长, 遵循保障基本、建立机制、因地制宜、强化管理的原则, 统筹地区医保经办机构要在本地区医保基金收入预算的基础上进一步强化支出预算, 将支出预算与总额控制相结合, 开展医保支付方式改革。

第六十八条 机构总额预算: 统筹地区医保经办机构应按照总额控制的工作程序, 以年度基金支出预算为依据, 确定总额控制的工作目标, 以当年基金预算收入为基数, 制定年度总额控制

方案，通过协商谈判机制确定定点协议医药机构的总额控制指标。

第六十九条 统筹地区应根据本地区统筹基金的运行状况、经办服务能力、信息系统支撑等因素，在总额控制的基础上，推行多元复合式的医保支付方式。

第七十条 医保经办机构根据定点协议医药机构的年度总额控制指标，按月平均分配或参照历年月度医疗费用变动规律进行分配，合理确定定点协议医药机构的月度医疗费用结算指标。医保经办机构在年度结束后，汇总核定的定点协议医药机构结算总金额，未超过总额控制指标，按照年度费用清算确定的留用比例进行基金支付；超过总额控制指标的，按照年度费用清算确定的分担比例进行费用结算。

第六章 生育保险支付管理

第七十一条 参保地生育保险待遇

1. 参保人员计划内妊娠并领取生殖服务证（准生证）后，在统筹地区协议服务机构范围内自愿选择产前检查和分娩的定点协议医疗机构。

2. 参保人员选择定点协议医疗机构后，携带有效医疗保障凭证（医保电子凭证或社会保障卡）、结婚证、生殖服务证（准生证）、孕产妇保健手册直接到所选择定点协议医疗机构医保办或者医保经办机构办理备案手续。

3. 参保人员办理备案手续后，在定点协议医疗机构进行检查、分娩或实施计划生育手术的，发生的医疗费用，在生育保险支付

范围内的，由医保经办机构与定点协议医疗机构结算，超出生育保险支付范围的费用，由参保人员与定点协议医疗机构结算。

第七十二条 异地生育保险待遇

1. 参保人员因特殊情况，需要在异地进行产前检查、分娩或实施计划生育手术的，携带有效医疗保障凭证（医保电子凭证或社会保障卡）、生殖服务证（准生证）、孕产妇保健手册（分娩）、首诊病历和B超（实施计划生育）、结婚证到参保地医保经办机构备案。

2. 参保人员应到经批准转入的定点协议医疗机构进行产前检查、分娩和实施计划生育手术，否则发生的医疗费用生育保险基金不予支付。参保人员在异地发生的生育医疗费用先由个人垫付，出院后在规定时间内，携带有效医疗保障凭证（医保电子凭证或社会保障卡）或有效身份证件、医院收费票据、费用清单、病历资料（以上为原件），以及婴儿出生医学证明等（无法提供的，需签署个人承诺书），到参保地医保经办机构办理费用报销手续。

第七十三条 生育津贴待遇

1. 用人单位按企业缴费费率缴费的，参保职工分娩或流产后，可以按照国家规定享受生育津贴。

2. 生育分娩：用人单位或参保职工持《职工生育津贴审批表》、病历资料（以上为原件），以及结婚证、生殖服务证（准生证）、婴儿出生医学证明复印件（无法提供的，需签署个人承诺书），到医保经办机构办理生育津贴申报手续。

3. 计划生育（人流）：用人单位或参保职工持《职工生育津贴审批表》、病历资料（以上为原件），以及结婚证、生殖服务证（准生证）、计划生育的诊断手术证明和超声报告单（无法提供的，需签署个人承诺书），到医保经办机构办理生育津贴申报手续。

第七十四条 职工未就业配偶生育待遇

1. 职工未就业配偶进行生育住院的，需填写《生育保险职工未就业配偶生育医疗费用待遇申请表》，经职工签署个人承诺书后，职工配偶发生的生育医疗费用先由个人垫付，携带医院收费票据、费用清单、病历资料（以上为原件），以及婴儿出生医学证明、职工配偶户口簿等（无法提供的，需签署个人承诺书），到医保经办机构办理生育医疗费用申报手续。

2. 职工未就业配偶参加城乡居民基本医疗保险，可享受城乡居民基本医疗保险生育医疗待遇补贴。

第七十五条 费用支付

1. 统筹地区可根据生育保险基金收支情况和生育医疗费用水平，选择按定额、按限额、按项目、按病种等多种形式相结合的付费方式与定点协议医疗机构进行结算。

2. 医保经办机构对联网申报的生育医疗费用直接与定点协议医疗机构进行费用结算。

3. 医保经办机构对垫付申报的医疗费用按照约定的支付方式直接给参保人员。

4. 医保经办机构对参保人员所在单位申报的津贴待遇经核定

后确定支付金额，生成《职工生育津贴审核单》并通过用人单位进行支付或直接支付给参保人员。

第七章 统计与分析

第七十六条 统筹地区医保经办机构应定期根据统计指标和统计分组，对医保数据进行整理加工，建立统计台账，依据《中华人民共和国统计法》要求，汇总编制统计报表，具体内容如下：

（一）按照统筹地区医疗保障部门、财政部门、统计部门规定的格式编制基本医疗保险参保情况、基金征缴、财政补贴、医保待遇等统计报表；

（二）按照上级部门（省、自治区、直辖市医保局和国家局）的要求编制基本医疗保险相关业务报表。

第七十七条 统筹地区医保经办机构应建立医疗保险基金的运行分析制度，根据医疗保险统计台账和统计报表，以及各项分析指标，定期对参保人员结构，基金收入、支出、结余，医疗费用支出结构等情况进行分析，根据分析结果撰写运行分析报告。

第七十八条 统筹地区医保经办机构按规定向有关部门提供医疗保险参保情况及医疗保险基金的收入、支出、结余和收益情况。

第八章 基金财务管理

第一节 基金预算

第七十九条 医疗保险基金预算是根据社会保险和预算管理法律法规建立，反映医疗保险基金收支的年度计划。统筹地区经

办机构根据《国务院关于试行社会保险基金预算的意见》，按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，综合考虑统筹地区情况，编制下一年度基本医疗保险基金预算草案（以下简称“基金预算草案”）。

第八十条 统筹地区医保经办机构负责编制基金预算草案，基金预算草案包含收入预算草案与支出预算草案。

统筹地区的收入预算草案要与统筹地区经济社会发展水平相适应，与居民可支配收入的增长幅度相协调。

统筹地区支出预算草案应严格按照规定的支出范围、项目 and 标准进行测算，综合考虑统筹地区医疗保险基金实际支付情况，结合参保人数和年龄结构变化、政策调整及医疗费用的合理增长等影响支出变动因素。

第八十一条 统筹地区职工基本医疗保险统筹基金累计结余在 6-9 个月平均支付水平的，以及城乡居民基本医疗保险基金当期结余率控制在 15%以内且累计结余为 6-9 个月平均支付水平的，应当编制基金平衡预算。低于 3 个月或出现当期收不抵支的，要认真查找原因，通过加强支出管理、改革结算方式、调整费率等方法，合理控制费用增长，保证基金收支平衡。

第八十二条 每年四季度，统筹地区医保经办机构编制下一年度基金预算草案，该预算草案经同级医疗保障行政部门和财政部门汇总、审核后，联合报同级人民政府审批，并报上级医疗保障行政部门、税务部门和财政部门。

统筹地区医保经办机构将同级人民政府批准后的基金预算草案报上级医保经办机构。

第八十三条 统筹地区医保经办机构应及时分析基金预算执行情况，查明收支变化原因。预算年度结束后，应对本年度基金预算执行情况进行分析评估，编制基金预算执行情况报告。基金预算不得随意调整。由于执行中特殊情况需要增加支出或减少收入，与预算偏差较大的，统筹地区医保经办机构要及时编制基金预算调整方案，由同级医疗保障行政部门和财政部门汇总、审核后，联合报同级人民政府审批。

第二节 会计核算

第八十四条 医保经办机构依据《社会保险基金财务制度》《社会保险基金会计制度》规定按险种及不同制度为基金分别建账、分账核算，设置会计科目。

第八十五条 医保经办机构根据基金收入情况，进行会计核算：

（一）对单位和个人缴费收入，以协议银行单据、缴费收据、统筹基金与个人账户基金分账汇总表、单位缴费与个人缴费分账汇总表等作为原始凭证，填制记账凭证；

（二）对“支出户存款”等银行账户生成的利息，以协议银行递送的利息单据作为原始凭证，填制记账凭证；

（三）对补助、资助收入，根据各级财政部门 and 民政部门等

单位资金拨款凭证及银行单据等原始凭证，填制记账凭证。

第八十六条 医保经办机构根据资金支出情况，进行会计核算：

（一）对医疗费用支出，根据医疗费用支付审批表、医疗保险基金支出明细表、医疗保险基金支付明细表，以协议银行单据及医疗保险基金支出退票明细表等原始凭证，填制记账凭证；

（二）对补助下级、上解上级和其他支出等，以协议银行单据作为原始凭证，填制记账凭证。

第八十七条 医保经办机构审核收款、付款凭证，按照业务发生顺序逐笔登记银行存款日记账和明细账，再按科目分类汇总记账凭证，制作科目汇总表，登记总分类账。

第八十八条 每月月末，收到协议银行对账单后，医保经办机构与协议银行存款日记账核对，编制银行存款余额调节表，并将银行存款日记账、明细分类账与总分类账核对。

医保经办机构根据总分类账、明细分类账等，进行月结，编制月、季、年度会计报表。

第八十九条 医保经办机构应建立银行账户监控系统和风险预警系统，通过信息联网实时监控账户资金，确保基金划拨及时、准确，切实保证基金安全。

第三节 支出管理

第九十条 医保经办机构根据批准的基金年度预算及执行进度，定期向财政部门提出用款申请，经核准后，由财政部门及时

将资金拨付至医保经办机构支出户。

第九十一条 医保经办机构与定点协议医药机构应按照服务协议的约定，按月或定期进行费用结算，医保经办机构将此时间段内核定的医疗结算费用进行汇总，再向定点协议医药机构回传医疗费用支付数据信息，同时将资金拨付给定点协议医药机构。

医保经办机构对参保人员通过人工申报的待遇支付申请复核无误后应及时办理基金支付，可采取以下方式：

（一）通过协议银行直付：医保经办机构与协议银行签订医疗费用代发服务协议，通过联网专线传递医疗费用支付信息（支付人、支付项目、支付金额、支付时间等），由协议银行将资金直接转入医疗费用报销申请人社会保障卡或个人银行卡。

（二）通过代办机构支付：医保经办机构将医疗费用从支出户拨付到代办机构在医保经办机构登记的银行账户，由代办机构按照医保经办机构打印的基本医疗保险基金支付明细表将资金支付给医疗费用报销申请人。

（三）通过医保经办机构支付：医保经办机构通过网上银行将医疗费用结算资金直接转入定点协议医药机构银行账户、医疗费用报销申请人社会保障卡或个人银行卡。

第九十二条 医保经办机构财务部门根据银行回单及相关原始凭证，及时填制记账凭证，进行会计核算。定期与开户银行对账，保证账账、账款、账实相符。

第九十三条 医保经办机构财务部门根据银行单据，将支出

与退票情况及时反馈相关业务部门，相关业务部门对因银行开户信息错误造成退票的，核对银行开户信息，财务部门重新办理支付。

第四节 支出户管理

第九十四条 医保经办机构设立医疗保险基金支出户。

第九十五条 支出户的主要用途是：接受财政专户拨入基金；暂存医疗保险支付费用及该账户利息收入；支付医疗保险基金支出款项；向财政专户缴入该账户利息收入；上解上级经办机构基金或下拨下级经办机构基金等。

第九十六条 支出户除接受财政专户拨入的基金、上级经办机构拨付基金、暂存该账户利息收入、原渠道退回支付资金外，不得发生其他收入业务。

第五节 基金决算

第九十七条 统筹地区医保经办机构根据决算编制工作要求，于年度终了前，核对各项收支，清理往来款项，同协议银行、财政专户对账，确保账实相符后，进行年终结账。

第九十八条 统筹医保经办机构根据本年度各会计科目余额，编制年终基金决算草案，编写收支情况分析，形成年度会计决算报告，报同级医疗保障行政部门审核汇总。

第九章 稽核与监督

第一节 外部稽核

第九十九条 根据《中华人民共和国社会保险法》及《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》，医保经办机构应依法对参保人员参保登记、享受医保待遇情况，定点协议医药机构遵守医保相关规定和履行服务协议情况进行稽核。

第一百条 稽核可采取日常稽核、专项稽核、举报稽核以及第三方机构稽核等形式开展。

1. 日常稽核：按照稽核计划，通过“双随机、一公开”的工作机制，定期对稽核对象实施稽核。

2. 专项稽核：针对一定时期内稽核对象存在的普遍或突出问题实施稽核。

3. 举报稽核：根据举报投诉，对有关稽核对象实施稽核。

4. 第三方机构稽核：引入第三方力量丰富稽核手段，对定点协议医药机构违反服务协议以及总额管理超指标运行等异常行为，采取委托会计师事务所、商业保险公司等第三方机构开展稽查。

第一百零一条 开展稽核时，可采取实地核查、书面稽核、智能监控、网上稽核、约谈问询等方式获取相关证据资料，发现违规情形按相关规定进行处理。

1. 实地方式即对参保单位、参保人员、定点协议医药机构实

施稽核，应通过调取、核实有关数据资料、巡查现场、询问相关人员等方法进行调查取证，作为形成稽核结论的依据。

2. 书面方式即对参保单位、参保人员、定点协议医药机构实施稽核时，应要求稽核对象提供相关书面资料进行调查取证。

3. 网上稽核方式即从信息系统获取有关数据信息实施稽核。

4. 约谈方式即约谈稽核对象当面了解、核实有关情况。

第一百零二条 稽核处理。

对稽核未发现有违规行为的稽核对象发出《稽核情况告知书》；对稽核发现有违规行为的稽核对象发出《稽核整改意见书》，说明违规内容、处理依据和稽核结论，由稽核对象签收，医保经办机构相关业务部门应按照《稽核整改意见书》的处理意见严格执行；对涉嫌违反医疗保障有关行政法规情节严重的，或者拒不执行整改意见的，医保经办机构填写《提请行政处罚建议书》移交医疗保障行政部门处理。

第一百零三条 稽核完成后，稽核部门应汇总分析所取得的信息、证据和资料等，形成稽核结论并监督整改情况。

第二节 内部监督

第一百零四条 医保经办机构应建立健全内部监督制度，对医疗保障机构各项业务、各个环节进行全过程的监督。

第一百零五条 医疗保障内部监督主要包括：

1. 业务运行监督

（1）明确各业务环节岗位职责。根据工作实际设置岗位工作范围和职责，坚持双岗复核制；建立不相容岗位分离制度，不同工作岗位间形成相互配合、相互督促、相互制约的工作关系。

（2）监督经办业务风险点及相应的防范措施执行情况。日常经办业务应严格遵守业务经办流程，注意处理关键风险点，建立健全工作程序和授权手续，将日常防范纳入重点工作当中，包括检查就医登记、待遇申报、待遇审核支付及协议管理的合规性。

（3）落实业务审核制度。对医疗保障业务工作中高风险环节操作岗位建立双人复核制；对风险系数较高的岗位操作，需建立两级审批制度。

（4）监督基础信息数据的变更修改情况。各类基础信息及业务数据变更修改要有逐级审批的手续并进行工作记录。

（5）建立档案资料保管制度。医疗保障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。

2. 基金财务监督

（1）监督依法进行基金财务管理情况。基金财务管理严格按照国家的法律法规、政策和《社会保险基金财务制度》，严禁弄虚作假；财务管理要建立明确的会计操作规程，对财务处理的全过程进行监督。

（2）监督建立会计内部控制体系情况。依法建账，合理运用职业判断及相关财务制度、会计准则的要求对发生的业务进行账

务处理，保证依据原始凭证记账，记账真实、合法有效，修改、更正重大会计差错，出现会计政策、会计估计变更必须履行审批手续，并记录在案。

（3）监督建立岗位职责情况。基金财务管理部门应设立会计负责人（主管）、记账、复核、出纳等不相容岗位，明确各岗位的职责范围，财务收支审批实行分级授权，未经授权不得越岗代办。出纳员不得兼任稽核、会计档案保管和收入、支出、费用、债权债务账目的登录工作；会计职务与审计职务分离；财务印鉴、票据、空白凭证实行专人管理并有登记。会计人员轮岗或调离时，必须严格履行交接手续。

（4）监督财务管理内部控制制度执行情况。基金财务部门对财务印鉴、票据、空白凭证应实行专人管理；对会计处理的凭证、账表的内容及数据应有审核、复核流程；对重要财务数据的报出须由分管领导审核同意。

（5）监督账务核对情况。对不同账务应建立定期核对制度，做到账证、账表、账实、账账相符。

3. 信息系统监督：监督信息系统操作流程、角色划分、权限分配及操作日志。医保经办机构应建立重要业务信息安全保障操作流程和信息文件的管理规定，严格控制信息系统可能存在的各种风险。建立数据录入、修改、访问、使用、保密、备份维护管理制度，加强对信息系统数据的监控，建立数据安全备份机制、容灾备份体系、应急管理制度，确保数据安全。对风险性大的业

务要严格控制授权。同时健全医保智能监控体系建设，提高监管效率，为系统数据稽核提供技术支撑。严格按照授权进行业务操作，不得随意代理或越权操作。

4. 数据质量管理监督：

（1）监督数据质量。严格按照《中华人民共和国统计法》、《国家医疗保障局统计报表制度》等法规编制统计报表。严禁弄虚作假，确保报表编报过程中数据真实、准确、完整、规范。规范数据源头，提高数据质量，实现统计报表数据来源的可追溯查询。

（2）监督确保数据安全情况。建立严格有效的对外数据报送审批程序，保证统计数据的安全性、准确性和一致性。严格统计资料管理工作，建立健全原始记录、统计台账和统计资料；数据统计工作人员应遵守相关保密制度及规定，不得泄露敏感内容。

（3）监督建立违法违纪情况报告制度情况。内部稽查部门对发现的违法违纪情节应形成书面监督报告，并提出合理处理建议。

第十章 综合管理

第一百零六条 根据《社会保险个人权益记录管理办法》，医保经办机构应按照及时、完整、准确、安全、保密的原则，分别建立参保登记、缴纳费用、就医约定、待遇支付等个人权益信息数据库，并做好个人权益信息的管理与维护。

第一百零七条 按照《社会保险个人权益记录管理办法》规

定，医保经办机构应提供参保个人权益记录查询服务，并按规定提供参保缴费、待遇享受等书面证明。医保经办机构应利用信息化手段，建立多形式、全方位的查询服务平台，通过各类服务终端或者电话、网络、手机短信、APP 等方式，为参保人员提供方便、快捷的查询服务。

第一百零八条 统筹地区医保经办机构应按照《档案法》《社会保险业务档案管理规定（试行）》及《安徽省医疗、工伤、生育保险业务档案管理细则（暂行）》等法规规定，建立、健全档案工作规章制度，设专兼职人员负责档案管理。

第一百零九条 根据《社会保险业务档案管理规范》，医保档案可分为业务档案、财务档案及其它档案。

1. 业务档案包括参保登记、缴费结算、费用申报、待遇审核支付、统计、稽核等业务有关的业务档案资料。

2. 会计档案包括会计凭证、会计账簿、资产负债表和基金收支表等会计报表、基金预决算等其他会计资料。

3. 其它档案指与业务经办有关的文书档案（医保协议 等），以及各项业务形成的电子档案等。

第一百一十条 医保经办机构应妥善管理参保人员参保登记资料、与待遇支付相关的凭证资料以及各类业务台帐、统计报表、会计档案等原始资料，分类整理、规范装订，确定保管期限，并做好电子文档的备份工作。档案资料的调阅要履行申请审批程序，医保经办机构要遵照“记录一生、保障一生”的要求，确保各类

业务档案的有序完整。

第十一章 附 则

第一百一十一条 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，各部门、各岗位间相互分离、相互制约和相互监督。

第一百一十二条 各统筹地区医保经办机构可根据本地医疗保障政策规定及具体经办情况对本规程进行细化完善。

第一百一十三条 本规程由安徽省医疗保障局负责解释。

第一百一十四条 本规程自发布之日起施行。

抄送：国家医疗保障局。

安徽省医疗保障局办公室

2020 年 8 月 31 日印发
