

黄石港区医疗保障服务中心
内部控制管理制度
(试行)

目 录

第一章 总则

- 第一条 制定目的与依据
- 第二条 内部控制内涵
- 第三条 覆盖险种
- 第四条 工作内容
- 第五条 内部控制体系
- 第六条 内部建设任务清单
- 第七条 年度内控任务调整清单

第二章 组织机构控制

- 第八条 机构设置控制
- 第九条 决策控制机制
- 第十条 岗位管理机制

第三章 经办业务控制

- 第十一条 业务办理
- 第十二条 业务审核
- 第十三条 业务抽查
- 第十四条 参保登记
 - (一)城乡居民医保参保登记

(二) 灵活就业医保参保登记

第十五条 参保信息变更登记

(一) 城乡居民医保信息变更登记

(二) 灵活就业参保信息变更

第十六条 异地就医备案审核

第十七条 基本医保参保人员享受门诊慢特病病种待遇
认定

第十八条 手工(零星)报销

(一) 门(急)诊费用手工(零星)报销

(二) 住院费用手工(零星)报销

第十九条 医药机构申请定点协议管理

(一) 医疗机构申请定点协议管理

(二) 零售药店申请定点协议管理

第四章 综合业务控制

第二十条 收文业务

第二十一条 发文业务

第二十二条 印章管理业务

第二十三条 档案管理业务

第二十四条 办公用品管理

第二十五条 信息公开

第二十六条 学习培训制度

第五章 监督检查控制

- 第二十七条 监督检查方式
- 第二十八条 年度监督检查
- 第二十九条 监督检查内容
- 第三十条 监督检查形式
- 第三十一条 责任追究
- 第三十二条 重大问题报告制度

第六章 附则

- 第三十三条 附件

第一章 总则

第一条 制定目的与依据

为强化我区医保经办机构内部管理与监督，防范和化解运行风险，建立健全经办服务安全和风险管理制度，大力推进医疗保障经办管理服务规范化建设，维护医疗保障基金安全，有效保障参保者的合法权益，根据《中华人民共和国社会保险法》、《医疗保障基金使用监督管理条例》和《医疗保障经办机构内部控制管理规程(试行)》、《市医疗保障局关于印发<黄石市医疗保障服务中心内部控制管理规程(试行)>的通知》等有关法律、行政法规文件，结合我区医保经办工作实际，制定本制度。

第二条 内部控制内涵

本制度所称的内部控制是指黄石港区医疗保障服务中心对内部及工作人员从事医疗保障经办管理服务工作及行为进行规范、监控、纠错和评价的方法、程序、措施的总称。内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制和监督检查控制等。

第三条 覆盖险种

本制度所称医疗保障包括职工基本医疗保险(生育保险)及其职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助；城乡居民基本医疗保险及其大病保险； 医疗救助。

第四条 工作内容

中心负责组织实施本级机构内部控制工作。

第五条 内部控制体系

建立运行规范、管理科学、监控有效、考评严格的内部控制体系。加强组织机构建设、经办业务运行、信息系统使用、内部控制检查等环节的全过程监督管理，提高医疗保障政策法规和各项规章制度的执行力度，保证医疗保障经办管理服务规范安全有效运行。

第六条 内部建设任务清单

- (一) 制定内部控制实施方案；
- (二) 建立内部控制相关组织；
- (三) 开展内部控制风险评估；
- (四) 建立完善内控管理制度；
- (五) 修订完善业务流程规范；
- (六) 开展内控信息化建设；
- (七) 开展内控监督与评价；

第七条 年度内控任务调整清单

按照下列年度内控任务清单，每年开展风险评估、内部控制评价等常态化工作，并进行及时必要调整。

- (一) 调整内部控制相关组织架构(如涉及人员变动)；
- (二) 召开内部控制领导小组会议；
- (三) 开展内部控制专题培训和关键岗位业务培训；
- (四) 逐年调整岗位职责说明书（如涉及岗位调整）；
- (五) 执行关键岗位轮岗机制；

- (六)开展内部控制风险评估;
- (七)及时修订业务流程规范。

第二章 组织机构控制

第八条 机构设置控制

遵循“高效便捷、风险可控”的要求，遵循管办分离的风险防控原则，按照业务需求科学规划各科室内在属性及职能特征。明确各科室职能职责，构建相互制约、相互监督的组织体系。各科室及其工作人员须在本科室工作职责和岗位职能范围内开展工作，不得超越所授权限。各科室负责人是科室内部控制的第一责任人，负责科室内部各岗位风险控制。

根据湖北省医疗保障局印发的《湖北省医疗保障经办机构内部控制管理规程(试行)》(鄂医保发〔2023〕39号)及《市医疗保障局关于印发〈黄石市医疗保障服务中心内部控制管理规程(试行)〉的通知》等，现设置综合、业务、内控管理部门如下：

(一)综合部门(办公室)：负责按照业务需求科学合理设置内部机构；负责合理配置各科室及岗位职能，实现岗位间分离制衡；负责建立并完善重大事项决策控制机制；负责落实岗位管理制度；负责做好内部控制文化建设；负责制定完善的档案管理及安全控制制度；负责党建引领和廉政风险工作等。负责经费财务工作；负责制定并强化经费财务管理制度；负责按年度编制经

费财务预、决算；负责按要求开展会计核算，定期编制经费财务报表；负责局机关经费预决算执行情况分析；负责做好经费会计档案进行收集、整理立卷、归档等管理工作等。

(二) 业务部门

区医疗保障服务中心：

1、负责基本医疗保险经办服务工作。

负责组织城乡居民医保参保核定、登记及信息维护等工作。

负责办理黄石港区灵活就业基本医疗保险、大额医疗费用补助等险种参加人员参保登记、信息查询变更、关系转移接续等工作。

负责参保人员异地就医申请、受理、审核相关工作；负责参保人员基本医疗保险门诊慢特病申请的受理工作；负责参保人员医疗救助管理和组织实施工作。

2、负责全区医疗保障基金监督，建立健全医疗保障基金安全防控机制。

负责“两定”机构医保服务协议签订及日常监管工作，负责辖区内一级医疗机构(卫生服务中心)、诊所(卫生服务站)、零售药店的医保服务协议签订和日常监督管理。

负责基本医疗保险“三个目录”管理，加强医疗服务价格管理，负责辖区内一级医疗机构(卫生服务中心)药品及医用耗材的使用管理，依法查处医疗保障领域违法违规行为。

(三) 内控管理领导小组：负责内控制度的修改完善；负责

内控制度和各业务规程执行情况的监督检查工作；负责建立内控检查考核情况定期报告及重大问题及时报告制度。

第九条 决策控制机制

(一) 决策基本程序。

1. 落实“三重一大”制度，即“重大事项决策、重要干部任免、重大项目投资决策、大额资金使用，必须提交局党组会议审议。

2. 对组织和实施决策的过程进行规范管理，决策作出后，民主集中决定的事项、过程、参与人及其意见、结论等内容，应当完整、详细记录并存档备查。

(二) 风险点。重大事项决策前未经充分调研，未获取真实情况，决策事项未经民主集中研究决定，导致决策失误。

(三) 防范措施。重大事项提交会议集体决策前应认真调查研究，以统计数据分析结果为基础，充分论证和评估决策事项的基本情况，形成详实的报告，经民主集中决策作出相关决定。

第十条 岗位管理机制

(一) 相关内容。应严格按照制衡原则设置岗位，明确岗位类型、职责和权限。经办、审核岗位分设，根据风险程度可增设复审或审批岗位。确保授权与批准、批准与执行、执行与监督、审核与记录、记录与检查等不相容岗位人员相互分离。

实行关键岗位定期轮岗制度，中层干部根据相关规定轮岗，其余岗位依据风险程度、业务复杂程度确定轮换期限，合署办公

人员(指商保机构、医药机构依据协议规定派驻区医保局办公的工作人员)可结合实际情况执行。暂无条件对全部岗位进行轮岗的,优先确保高风险和极高风险的必要岗位轮岗。

(一) 风险点。长期不轮岗; 盗用权限; 一人多岗; 关键岗位为非正式人员担任。

(二) 防控措施。明确跨科室及科室内部不相容岗位; 系统权限管理; 定期轮岗。

第三章 经办业务控制

第十一条 业务办理

(一) 办理层级: 区级、街道(园区)、社区三级。

(二) 线上办理渠道: 国家医保服务平台 APP、湖北省医疗保障信息平台、湖北智慧医保 APP、湖北省政务服务网、鄂汇办 APP。

(三) 线下办理渠道:

1. 区级: 黄石港区政务服务大厅
2. 街道(园区)级: 街道(园区)党群服务中心。
3. 社区级: 社区便民服务大厅、社区党群服务中心、社区卫生服务中心。

(四) 风险等级

低风险

第十二条 业务审核

(一) 审核原则。执行业务审核制度，根据业务风险程度，实行单审或双审。双审即在执行初审的基础上增设复审、审批程序；对高风险业务需落实领导审批程序；对涉及医保政策调整、协议指标确认等重点业务，利用智能审核功能模块，发现业务疑似违规情况，实现事前提示、事中预警、事后监督全过程监管。

(二) 单审。针对程序简便，申请材料齐全、符合法定形式且风险等级为低风险的即办件，按规定应当场或当天办结的业务，实行单审。

(三) 双审。针对风险等级为高风险及以上的业务，实行一事双审，除执行初审外，增设复审程序。

1. 初审。应严格按照业务申请规范与标准对申请业务进行初审。可采取人工审核、智能审核等形式开展，推动人工审核向全面智能审核转变，减少人为自由裁量权。落实涉及医保费用的相关业务智能审核初审全覆盖，推进审核自动化和电子化，准确上传业务数据。

(1) 联网结算类审核：原则上以智能审核为主；
(2) 手工报销类审核：窗口受理涉及个人待遇的业务实行人工审核。

2. 复审。对初审通过的申请业务进行复审，严格审核资料的真实性、完整性和有效性。

(四) 风险等级

中风险

第十三条 业务抽查

建立并执行定期或不定期抽查制度，明确抽查职责权限、抽查范围与内容。

(一) 抽查职责权限。

1. 抽查主体：内控管理领导小组。
2. 人员组成：随机从内控小组抽取。
3. 抽查对象：所有经办业务。
4. 抽查规则：每次选取 1-2 个重点业务进行抽查，抽查数量由内控小组自行确定。
5. 抽查结果应用：在适当范围内进行通报，督促迅速整改。

(二) 抽查范围与内容。

结合国家及各级经办机构内控管理制度对中、高风险业务尤其涉及大额业务开展抽查，抽查内容包括常规检查、重点查处以及严厉惩治。

1. 常规检查：经办机构组建以来，经办人员岗位和系统权限设置和财务管理、医保政策执行和医保经办服务事项开展情况，待遇审核、协议管理、基金监管、内部审计情况，移交线索查办、发现问题处理情况，以及抽查复查、国家飞检、巡视巡查、自查自纠发现违法违规问题的整改情况等。

2. 重点查处：未建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，未履行服务协议管理、费用监控、待遇审核及支付职责，无

理由

克扣或延迟支付医保基金，未定期向社会公开医保基金的收入、支出、结余等情况。

3. 严厉惩治：通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁医学文书、医学证明、会计凭证、电子信息等有关资料或者虚构医药服务项目等方式骗取医保基金支出，以及与社会犯罪团伙或个人、医疗机构、参保群众内外勾结欺诈骗保行为。

(三) 抽查比例及频次。

根据业务风险等级，对检查对象采取差异化分类监管措施，合理确定抽查比例和频次，既要保证必要的覆盖率和监管效果，又要防止过度检查、重复检查、多头检查。

对初审通过的申请业务，尤其是涉及医保费用的相关业务，利用信息系统智能审核模块，按照不低于总量 5% 的比例进行抽查，最终结果均需分管领导审批确认。

根据检查中发现的普遍性问题或突发性风险，对年度随机抽查计划进行动态调整。

(四) 风险等级

低风险

(五) 责任部门

内控管理领导小组

(六) 风险点

1. 内控监督检查人员在进行业务抽查时不严，流于形式，未能及时发现存在问题。

2. 业务抽查不细致，未能把握重点，抽查程序不规范。

(七) 防范措施

完善业务抽查方案，加强内控监督检查人员业务培训。

第十四条 参保登记

(一) 城乡居民医保参保登记

1. 办理条件

除职工基本医疗保险应参保人员以外的其他所有城乡居民，均纳入居民医保覆盖范围。

2. 办理材料

(1) 有效身份证件；

(2) 《城乡居民基本医疗保险参保登记表》。

3. 办理流程

(1) 申请人根据相关要求申请办理城乡居民参保登记。

(2) 受理(登记)：审核材料是否齐全，完成信息系统中的“城乡居民参保登记”，必填字段包含姓名、证件类型及号码、联系电话。

核对录入结果包含基础信息、审核材料是否齐全合法合规，对存在问题的受理资料进行退回。

对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。

(3) 资料归档：经办资料由经办人员进行资料的统一归档。

4. 办理时限

即时办结

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

工作人员录入或上传的个人基本信息存在准确性问题，主要包括录入信息与申报资料不一致。

8. 防范措施

- (1) 工作人员严格按照操作规范操作；
- (2) 加强工作人员培训，避免录入错误；
- (3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致。

(二) 灵活就业医保参保登记

1. 办理条件

辖区内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、其他灵活就业人员，以及未与用人单位建立劳动关系的劳动年龄段城镇居民，可以个人身份参加职工基本医疗保险。

2. 办理材料

- ①有效身份证件；②《职工基本医疗保险参保登记表》。

3. 办理流程

(1) 个人携带申请材料到经办机构办理(或线上办理)。

(2) 受理(登记): 审核材料是否齐全, 是否真实有效, 是否符合办理条件。对符合容缺办理条件的, 一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理, 一次性告知原因。

对符合容缺办理条件的, 一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理, 一次性告知原因。

完成信息系统中的“灵活就业人员参保登记”, 必填字段包含单位编码、姓名、人员类型、参保险种、参保日期、证件类型及号码、申报工资、联系电话、参工日期等。

核对录入结果包含基础信息、审核材料是否合法合规, 对存在问题的受理资料进行退回。

(3) 资料归档: 统一由经办人员进行电子或纸质资料归档。

4. 办理时限

即时办结。

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

工作人员录入或上传的个人基本信息存在准确性问题, 主要包括录入信息与申报资料不一致。

8. 防范措施

- (1) 工作人员严格按照操作规范操作。
- (2) 加强工作人员培训，避免录入错误。
- (3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致。

第十五条 参保信息变更登记

(一) 城乡居民医保信息变更登记

1. 办理条件

城乡居民医保参保人员参保信息发生变化的，予以变更登记。

2. 办理材料

- (1) 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；
- (2) 《城乡居民基本医疗保险信息变更、暂停或终止登记表》(含新增、暂停、终止、恢复)。

3. 办理流程

- (1) 城乡居民医保参保人员提交信息变更申请；
- (2) 受理(登记)：经办机构按规定受理申办资料，审核材料是否齐全，包含：有效身份证件(医保电子凭证/身份证/社保卡等)、《基本医疗保险城乡居民参保信息变更登记表》，变更姓名、身份证号等关键信息的可要求提供必要的对应辅助材料。对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。

完成信息系统中的“城乡居民参保人员管理”，必填字段包

含姓名、关键信息标识、联系电话、证件类型及号码、变更项目、变更前信息、变更后信息等，予以变更登记，修改基础档案。

(3) 审核：核对录入结果包含基础信息、审核材料是否合法合规，对存在问题的受理资料进行退回。

(4) 资料归档：经办资料由医保经办机构人员进行资料的统一归档。

4. 办理时限

即时办结

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

工作人员未能发现申报材料有明显的完整性、有效性、真实性问题，包括主观篡改信息、冒名顶替等。

8. 防范措施

(1) 工作人员严格按照操作规范操作；

(2) 加强工作人员培训，避免录入错误；

(3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致；

(4) 利用信息系统智能审核功能，开展数据比对筛查，重点

核实身份证号码和姓名主要字段。

(二) 灵活就业参保信息变更

1. 办理条件

灵活就业参保人员参保信息发生变化的，予以变更登记。

2. 办理材料

(1) 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；

(2) 《基本医疗保险职工参保信息变更登记表》(关键信息变更加盖单位公章)；

(3) 变更姓名、性别、身份证号、出生日期等关键信息的，应提供必要的佐证资料。

3. 办理流程

(1) 参保人携带材料到经办机构办理。

(2) 受理(初审)：审核材料是否齐全、真实、清晰、有效。

对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。

完成信息系统中的“参保人员信息维护”，必填字段包含姓名、关键信息标识、证件类型及号码、联系电话、变更项目、变更前信息、变更后信息等。

核对录入结果包含基础信息、变更信息、审核材料是否齐全，对存在问题的受理资料进行退回。

(3) 审核(复审)：复核初审结果，重点审核录入或上传的个人修改信息的准确性。

(4) 资料归档：统一由经办人员进行电子或纸质资料归档。

4. 办理时限

即时办结

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

(1) 工作人员未能发现申报材料有明显的完整性、有效性问题。

(2) 工作人员未能发现审核基本信息准确性问题，存在违规办理的情况。

8. 防范措施

(1) 工作人员严格按照操作规范操作。
(2) 加强工作人员培训，避免录入错误。
(3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致。

第十六条 异地就医备案

(一) 办理条件

在我市参加基本医疗保险，符合办理异地就医备案的五类人群，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、异地转诊人员、其他临时外出就医人员。

(二) 办理材料

1. 有效身份证件或电子医保凭证或社会保障卡；
2. 《异地就医登记备案表》
3. 异地安置认定材料：居民户口簿(户口簿首页和本人常住人口登记卡)或个人承诺书；
4. 长期居住认定材料：居住证(参保人在居住地公安派出所或者受公安机关委托的社区服务机构办理申领居住证手续且尚未领取的，可提交有关部门出具的受理凭证)、居民户口簿(户口簿首页和本人常住人口登记卡)或个人承诺书；
5. 异地工作认定材料：参保地工作单位派出凭证、异地工作劳动合同任选其一，或个人承诺书；
6. 异地转诊人员材料：参保地规定的定点医疗机构开具的转诊转院单。

(三) 办理流程

1. 申请人携带相关材料到医保经办机构(或线上提交材料)办理。
2. 受理(登记)：审核材料是否齐全，是否真实有效。对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。

在信息系统中完成“异地备案登记”，必填字段包含姓名、参保险种、备案类别、证件类型及号码、申请备案开始日期、就医地、联系电话等。

(四) 办理时限

1. 到区级及以上医保经办机构现场申请异地就医备案的即时办结；
2. 通过全国统一的线上备案渠道申请办理异地就医备案的，原则上在 2 个工作日内办结；
3. 到街道、社区申请异地就医备案的原则上在 2 个工作日内办结。

(五) 风险等级

低风险

(六) 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

(七) 风险点

工作人员录入异地就医备案人员类别错误。

(八) 防范措施

1. 工作人员严格按照操作规范操作。

2. 加强工作人员培训，避免录入错误。

第十七条 基本医保参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定

(一) 办理条件

参加基本医疗保险并正常享受医保待遇，可申请办理门诊慢特病病种待遇认定。

(二) 办理材料

1. 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；

2. 《门诊慢特病病种待遇认定申请表》

3. 病例资料或检查资料。

(三) 办理流程

1. 申请。参保人员可通过“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序、湖北医保服务平台个人网厅等线上渠道，或线下向医保经办机构提交“基本医疗保险参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定”申请。

2. 受理(初审)：核对材料是否齐全、真实、完整、有效，材料是否符合所申请病种办理条件。对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理，对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。线下受理的，工作人员当场告知受理结果；网上受理的，申请人可通过线上渠道查询受理状态。

3. 资料移交归档：将初审结果符合要求的资料送至市医保服务中心门诊统筹科进行复核，将市医保服务中心反馈的评审结果告知门诊慢特病申报人，经办资料由医保经办机构人员进行电子档案资料的统一归档。

(四) 办理时限

不超过 10 个工作日

(五) 风险等级

较高风险

(六) 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

(七) 风险点

1. 工作人员未能发现申报材料有明显的真实性、完整性、有效性问题。
2. 工作人员未能准确登记身份证号码、病种信息等。

(八) 防范措施

1. 工作人员严格按照操作规范操作。
2. 加强工作人员培训，避免录入错误。
3. 内控部门不定期对电子资料进行抽查。

第十八条 手工(零星)报销

(一) 门诊费用手工(零星)报销

1. 办理条件

因特殊情况在异地未能联网结算人员的门诊医疗费用可申请手工报销。

2. 办理材料

- (1) 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；
- (2) 医药机构收费票据；
- (3) 门急诊费用清单；
- (4) 处方底方；
- (5) 急诊可要求提供急诊诊断证明；
- (6) 特殊情况可要求提供病例中的佐证资料；
- (7) 待遇享受人提供的银行账户资料。

3. 办理流程

(1) 申请人携带相关材料到经办机构申请；
(2) 受理：审核材料是否齐全，是否真实有效，对材料是否符合办理条件进行审核，对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。

(3) 资料移交归档：将报销资料送至市医保服务中心门诊统筹科进行审核，经办资料由医保经办机构人员进行电子档资料的统一归档。

4. 办理时限

不超过 10 个工作日

5. 风险等级

较高风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

(1) 工作人员未能发现报销材料有真实性等问题。
(2) 工作人员未能发现假发票、假病历、假病人、票据重复报销等问题，或未发现报销不合规的问题。

8. 防范措施

(1) 工作人员严格按照操作规范操作。
(2) 加强工作人员培训，避免登记错误。

(二) 住院费用手工（零星）报销

1. 办理条件

因特殊情况在异地未能联网结算人员的住院医疗费用可申请手工报销。

2. 办理材料

- (1) 有效身份证件或医保电子凭证或社会保障卡；
- (2) 医院收费票据；
- (3) 住院费用清单；
- (4) 出院记录；
- (5) 急诊可要求提供急诊诊断证明；
- (6) 意外伤害就医的应提供交警事故认定书或法院判决书或调解协议书等公检法部门出具的相关证明材料复印件一份，无法提供的应填写个人承诺书；
- (7) 特殊情况可要求提供病例中的佐证资料；
- (8) 待遇享受人提供的银行账户资料。

3. 办理流程

- (1) 申请人携带相关材料到经办机构申请；
- (2) 受理：审核材料是否齐全，是否真实有效，对材料是否符合办理条件进行审核，对符合容缺办理条件的，一次性告知需补充材料并受理。对不符合条件的不予受理，一次性告知原因。
- (3) 资料移交归档：将报销资料送至市医保服务中心待遇保障科进行审核，经办资料由医保经办机构人员进行电子档资料的统一归档。

4. 办理时限

不超过 10 个工作日

5. 风险等级

较高风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

(1) 意外伤害无第三方责任人的个人承诺的真实情况存疑。

(2) 工作人员未能发现报销材料有真实性等问题。

(3) 工作人员未能发现假发票、假病历、假病人、票据重复报销等问题，或未发现报销不合规的问题。

8. 防范措施

(1) 应仔细询问事故发生的时间、地点、过程等情况，还可当场通过电话沟通相关人员核实情况细节。

(2) 工作人员严格按照操作规范操作。

第十九条 医药机构申请定点协议管理

(一) 医疗机构申请定点协议管理

1. 办理条件

(1) 正式运营至少 3 个月。

(2) 至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师。

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

专职工作人员。

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

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

(六) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

2. 办理材料

(1) 《定点医疗机构申请表》；

(2) 医疗机构执业许可证或中医诊所备案证或诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件；

(3) 与医保政策对于的内部管理制度和财务制度文本；

(4) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

(5) 纳入定点后使用医疗保障基金在预测性分析报告。

(以上办理材料需加盖单位公章)

3. 办理流程

(1) 医疗机构携带相关材料向经办机构申请。

(2) 受理：审核材料是否齐全、真实、有效，审核材料是否合法合规，对存在问题的受理资料进行退回，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。

(3) 评估：经办机构组织评估小组或委托第三方机构，按照《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》和《湖北省医疗保障定点医药机构协议管理经办规程(试行)》的规定对申请的医疗机构进行评估，通过书面、现场等方式评估医疗机构是否符合相关条件，评估结果报同级医疗保障行政部门备案；对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的医疗机构名单，向社会进行公示，公示期不少于 5 个工作日；公示通过的医疗机构签订医保服务协议。评估结果为不合格的，告知理由、提出整改建议，发放评估不合格通知书。自结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次申请评估。

(4) 审核：根据医疗机构申请资料、评估结果以及服务签订情况，开通定点医药机构服务项目。

(5) 资料归档：统一由经办人员进行电子或纸质资料归档。

4. 办理时限

不超过 90 个自然日

5. 风险等级

较高风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

(1) 工作人员未能通过可查询途径发现申报材料有明显的完整性、有效性问题，将不符合申报条件的医疗机构纳入评估范围。

(2) 工作人员未能通过可查询途径发现基本信息、评估结果与信息系统登记内容不一致、开通的服务项目及时间与批准不一致。

(3) 工作人员评估标准执行不严，开通的服务项目及时间与批准不一致。

8. 防范措施

(1) 各岗位工作人员严格按照操作规范操作。

(2) 加强各岗位工作人员培训，严格执行准入标准。

(3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致。

(4) 内控部门不定期组织专家组对评估小组/第三方机构评审合格的结果进行抽查，确保评审结果真实有效。

(5) 利用信息系统智能审核功能，开展数据比对筛查，重点审核服务项目、时间与批准是否一致。

(二) 零售药店申请定点协议管理

1. 办理条件

(1) 在注册地址正式经营至少 3 个月；

(2) 至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中医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；

(3) 至少有 2 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；

(4) 按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

(5) 具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

(6) 具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

(7) 符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

2. 办理材料

- (1) 定点零售药店申请表；
- (2) 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；
- (3) 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；
- (4) 医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件；

(5) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

(6) 与医保有关的信息系统相关材料；
(7) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；
(8) 省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

3. 办理流程

(1) 零售药店携带相关材料向经办机构申请。
(2) 受理：审核材料是否齐全、真实、有效，审核材料是否合法合规，对存在问题的受理资料进行退回，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零售药店补充。
(3) 评估：经办机构组织评估小组或委托第三方机构，按照《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和《湖北省医疗保障定点医药机构协议管理经办规程(试行)》的规定对申请的零售药店进行评估，通过书面、现场等方式评估医疗机构是否符合相关条件，评估结果报同级医疗保障行政部门备案；对于评估合格的，纳入拟签订医保协议的零售药店名单，向社会进行公示，公示期不少于 5 个工作日；公示通过的零售药店签订医保服务协议。评估结果为不合格的，告知理由、提出整改建议，发放评估不合格通知书。自结果告知送达之日起，整改 3 个月后可再次申请评估。
(4) 审核：根据零售药店申请资料、评估结果以及服务签订

情况，开通定点医药机构服务项目。

(5) 资料归档：统一由经办人员进行电子或纸质资料归档。

4. 办理时限

不超过 90 个工作日

5. 风险等级

较高风险

6. 责任科室

黄石港区医疗保障服务中心

7. 风险点

(1) 工作人员未能通过可查询途径发现申报材料有明显的完整性、有效性问题，将不符合申报条件的医疗机构纳入评估范围。

(2) 工作人员未能通过可查询途径发现基本信息、评估结果与信息系统登记内容不一致、开通的服务项目及时间与批准不一致。

(3) 工作人员评估标准执行不严，开通的服务项目及时间与批准不一致。

8. 防范措施

(1) 各岗位工作人员严格按照操作规范操作。

(2) 加强各岗位工作人员培训，严格执行准入标准。

(3) 内控部门不定期对纸质、电子资料进行抽查，确保与信息系统结果一致。

(4) 内控部门不定期组织专家组对评估小组/第三方机构评

审合格的结果进行抽查，确保评审结果真实有效。

(5) 利用信息系统智能审核功能，开展数据比对筛查，重点审核服务项目、时间与批准是否一致。

第四章 综合业务控制

第二十条 收文业务

1. 办理条件

存在收文行为

2. 办理材料

无

3. 办理流程

(1) 签收：专人通过政务信息管理平台（OA）以及有关部门领取或邮寄或传真收取文件。

(2) 登记：所有来文统一由办公室负责接收，其他人员接收来文后应及时将文件转交办公室。办公室负责收文的人员做好文件登记并及时送办文，做好文件的保管和保密工作。

文件传阅流程如下：

查收文件→办公室负责人拟办意见→主要领导批示→办公室根据领导批示意见转给分管领导及相关科室阅办→文件传阅完毕后归档。

4. 办理时限

当天收到的公文，原则上要当天收文完毕。急件即时办理。

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

办公室

7. 风险点

- (1) 工作人员在收文时存在漏收、遗失、泄密等情况。
- (2) 文件传阅不及时，签批不及时，出现文件超时仍未办理等情况。
- (3) 签批过程中出现承办范围错误情况。

8. 防范措施

- (1) 加强业务知识培训。
- (2) 依据规章制度，及时快捷办理公文。

第二十一条 发文业务

1. 办理条件

存在发文行为

2. 办理材料

文件送审稿首页（需领导签批完毕）

3. 办理流程

各科室撰写好公文内容→拟稿人签字确认→分管领导签批(核稿)→主要领导签批→办公室进行公文编号(不编号直接印发)→印发→存档。

4. 办理时限

一般不超过两个工作日， 紧急公文急事急办。

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

办公室

7. 风险点

(1) 审批、签发手续不完备，不经审核印发公文。

(2) 公文印发不清晰、不完整或出现擅自改动等情况。

8. 防范措施

加强工作人员培训，严格按照发文制度进行公文印发。

第二十二条 印章管理业务

1. 办理条件

(1) 中心签发的文件、文书，包括各类通知、通报、报告、决定、计划、纪要、函件、报表等，代表单位对外工作联系的工作函、介绍信，需证明类的各类材料等，与单位相关的各类合同、项目协议、授权书、承诺书及其他需要签章的各类材料等。

(2) 其他情况需加盖公章时，必须由相关分管领导或主要领导签批。

2. 办理材料

无

3. 办理流程

办公室或相关业务经办人员准备用印文件→办公室审核是否符合用印要求(需有分管领导或主要领导签批)→填写《使用签章登记表》→办公室核准用章→盖章。

另：印章外带使用需经领导审核同意→印章外带登记→领取印章→两人同行外带使用→印章归还登记。

4. 办理时限

即时办结

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

办公室

7. 风险点

(1) 办公室盖章审核把关不严，未见领导签批使用印章。

(2) 公章在外带过程中，有遗失可能。

(3) 未经领导审批，擅自办理用印事宜。

8. 防范措施

加强廉政教育，加强印章使用管理监督，严格执行印章使用管理制度，严格执行责任追究制度。

第二十三条 档案管理业务

1. 办理条件

本单位在各项工作中形成的具有保存价值的各种文字、图标、声像、电子文件等不同形式的历史记录。

2. 办理材料

专业档案、文书档案、科技类档案、会计档案、照片、录音、录像、业务数据、公务电子邮件、网页信息、社交媒体、实物。

3. 办理流程

(1) 立案归档

办公室将文件材料收集整理分类——录入目录——将档案整理完毕——整理装订档案——制作检索工具——档案入库——分类上架。

(2) 借阅

①本单位人员借阅档案

由本人提出申请——办公室负责人审核——分管领导签字批准——办公室负责查找有关档案——借阅人填写借阅档案登记簿——借阅人填写档案利用效果登记表——办公室填写归还日期。

②外单位人员查阅档案

查阅人持单位介绍信到局办公室申请——办公室负责人审核——分管领导签字批准——办公室负责查找——查阅人填写借阅档案登记簿——查阅人填写档案利用效果登记表——办公室填写归还日期。

4. 办理时限

根据相关要求

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

办公室

7. 风险点

- (1) 遗漏文件文书。
- (2) 泄露文件内容。
- (3) 档案分类不准确，混淆存放。

8. 防范措施

1. 加强工作人员培训；
2. 严格执行《档案管理制度》。

第二十四条 办公用品管理

1. 办理条件

各科室需求或局机关办公需求。

2. 办理材料

领导审批通过的购买办公用品的审批表

3. 办理流程

(1) 日常办公用品由办公室统一按程序购买，特殊办公用品由科室申报，填写购买办公用品审批单，经申报科室负责人、办公室负责人审核，分管财务领导审批后由办公室统一购买，非经办公室委托，任务科室或个人不得私自购买。

(2) 采购完毕后，由办公室通知各科室统一签字领取。

(3) 各科室领取办公用品时应到办公室办理领用手续，登记后领取申购物品。

4. 办理时限

3个工作日内

5. 风险等级

低风险

6. 责任科室

办公室

7. 风险点

(1) 不严规定审批、未经领导审批办理购置事宜。

(2) 不按规定进行政府采购。

(3) 科室申领物品不实事求是登记。

8. 防范措施

(1) 严格按照政府采购程序和相关规章制度采购办公用品。

(2) 加强工作人员业务培训和工作要求，严格审核把关。

第二十五条 信息公开

风险等级：低风险

(一) 应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，定期公开医疗保险相关信息，接受公民、法人和其他社会组织的监督。涉及其他部门的，应当与有关部门协商、确认，保证公开的信息准确一致。

(二) 对涉及医保政策调整、需要公众广泛知晓或者需要公众参与决策的信息，应当主动公开。对医疗保障法律法规、政策规章，经办事项清单、业务流程等进行公开宣传。对科室职能、岗位职责等进行公示。

(三)涉及数据安全、商业秘密、个人隐私等公开会对第三方合法权益造成损害的信息，不得公开。

(四)对本机构不予公开的信息进行定期评估审查，对因情势变化可以公开的信息应当公开。

第二十六条 学习培训制度

风险等级：低风险

建立医保经办人员学习培训制度，利用医保讲堂等方式开展诚信教育、合规教育、风险教育、廉政教育、警示教育等，引导工作人员树立正确的价值观。负责组织指导街道、社区医保经办人员针对当前重点工作开展培训。定期整理培训方案、签到表、照片等培训资料。培训内容包括医保政策、工作流程、经办业务、服务礼仪、内控制度等相关培训，确保每名医保经办人员熟悉医保经办业务办理流程。

第五章 监督检查控制

第二十七条 监督检查方式

在内控领导小组统筹规划下，依照国家、省、市、区有关法规、政策以及规范性文件要求，在具体业务流程的制定、审核和修订中嵌入统一的内控体系管控要求，明确重要业务领域和关键环节的控制要求和风险应对措施。

(一) 风险点。

监督检查的内容、方法、反馈、整改等不够科学严谨，缺乏时效性和约束力，实施监督检查时对各科室的监督检查流于形式。

(二) 防范措施。

定期梳理、完善、补充各项监督检查环节。

第二十八条 年度监督检查

内控管理领导小组负责每年度对本单位内控情况进行检查。

第二十九条 监督检查内容

(一) 检查内容包括但不限于：

1. 是否重视内部风险防控制度建设、组织架构是否健全、高效等内容。
2. 是否制定科学合理的内控管理制度，并按制度规定完善业务操作规程和岗位责任制。
3. 各项业务是否严格按照业务操作规程办理，岗位责任制是否落实，是否存在滥用职权、徇私舞弊、玩忽职守等行为。
4. 各项业务办理环节中的办理手续是否完备，相关凭证是否真实有效，数据录入是否完整准确，相关岗位之间的制约机制是否建立。

(二) 风险点。

内控管理领导小组检查只关注是否监督检查，忽略了监督检查质量。

(三) 防范措施。

制定明确的监督检查评价标准。

第三十条 监督检查形式

内控管理领导小组通过现场检查和非现场检查相结合的方式，综合运用询问、查阅、观察、比对和信息系统监控等方法，开展日常及年度检查，实现全方位监督。

(一) 日常检查是内控管理领导小组对各科室随机抽取，按照内部控制要求，对业务环节进行检查，对风险点及其内控措施的落实情况进行检查，任何决策和操作均应手续到位、资料齐全。

(二) 年度检查是年度末内控管理领导小组对本单位内部控制制度建立、执行和落实情况以及内控制度的有效性进行全面的检查和评价。

(三) 风险点。

监督检查不完善、不全面。

(四) 防范措施。

建立健全内控机制，加强日常监督检查。

第三十一条 责任追究

强化内部监督制约，各科室工作人员有下列行为之一，应依法、依规追究相应行政、刑事责任。

(一) 检查结果不合格的科室要作出书面说明，并提出整改方案，明确整改措施和时限。组织内控管理领导小组对整改落实情况进行复查。

(二) 内控管理领导小组根据监督检查结果，依法依规对工

作人员作出相应处罚。

第三十二条 重大问题报告制度

各科室应当对科室内部重大问题及时向内控管理领导小组报告。

第六章 附则

第三十三条 本制度由黄石港区医疗保障局负责解释和修订。

附件

内部控制风险等级表

内控项目		风险等级
组织机构控制	机构设置控制	低风险
	决策控制机制	高风险
	岗位管理机制	中风险
经办业务控制	业务办理	低风险
	业务审核	中风险
	业务抽查	低风险
	参保登记	城乡居民医保参保登记
		灵活就业医保参保登记
	参保信息变更登记	城乡居民医保信息变更登记
		灵活就业参保信息变更
经办业务控制	异地就医备案审核	
	基本医保参保人员享受门诊慢特病病种待遇认定	
	手工(零星)报销	门诊费用手工(零星)报销
		住院费用手工(零星)报销
	医药机构申请定点协议管理	医疗机构申请定点协议管理
		零售药店申请定点协议管理

	内控项目	风险等级
综合业务控制	收文业务	低风险
	发文业务	低风险
	印章管理业务	低风险
	档案管理业务	低风险
	办公用品管理	低风险
	信息公开	低风险
	学习培训制度	低风险
监督检查控制	监督检查方式	低风险
	年度监督检查	低风险
	监督检查内容	中风险
	监督检查形式	低风险
	责任追究	中风险
	重大问题报告制度	低风险