

新旧版本内控规程对比：

新版本应该是更加贴合实际业务，业务运行变动较大，财务控制不再强调建立制度改为落实。

新增的划横线标注，修改的划横线并做标注旧版本原用词。

主要变动为：

删除部分要求和业务（如删除业务缴费基数临时代核），
修改部分表述（如稽核检查改为核查、支付改为支取），
修改部分业务流程（如定点医疗机构绩效考核，不再展开说哪些考核；如业务运行的第四点“门特认定”最后一句改为“开展实时监测”），

新增部分要求（如复审人员应为在编在岗人员）

国家医疗保障局办公室文件

医保办发〔2025〕7号

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（2025版）》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为进一步加强医疗保障经办机构内部管理与监督，现将《医疗保障经办机构内部控制管理规程（2025版）》印发给你们，请认真遵照执行。



（不予公开）

医疗保障经办机构内部控制管理规程

(2025 版)

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障经办机构内部管理与监督，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，规范医疗保障管理服务工作，防范和化解风险，维护医疗保障基金安全，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》《社会保险经办条例》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等法律、法规和政策，制定本规程。

第二条 本规程所称内部控制是指各级医疗保障经办机构（以下简称“各级经办机构”）通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及行为进行规范、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制。内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统使用控制和内控监督检查等。

第三条 本规程适用于各级经办机构及其工作人员。

第四条 各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的指导、监督和检查。

第五条 各级经办机构应建立运行规范、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、基金财务、信息系统使用、内部控制检查等环节的全过程监督管理，加大医疗保障政策法规和各项规章制度的执行力度，推进医疗保障经办管理服务规范安全有效运行。

第六条 内部控制原则：

（一）合法性。内部控制各项内容应符合国家法律法规和医疗保障政策规章的相关要求。

（二）全面性。内部控制应覆盖所有部门、岗位和人员，涵盖全部经办事项、操作环节和经办过程。

（三）规范性。明确内部控制工作标准及要求，实现经办全流程标准化和规范化管理。

（四）有效性。在上下级和内设部门之间形成科学合理的内部控制决策、执行和监督机制，确保内部控制有效执行。

（五）制衡性。互有联系的各部门、各岗位和各经办环节应权责分明、相互制约。重点控制经办事项、环节和流程中的关键风险。

第七条 内部控制方法：

（一）制度控制。建立健全内部控制制度，加强经办管理服务的制度约束和指导。包括但不限于：组织决策控制、授权批准控制、岗位责任制和不相容岗位分离制、岗位轮换制、请示报告制、办事公开制、内控监督检查等。

（二）管理控制。建立风险管理控制机制，制定环节清晰、

连接有序的经办规程，排查各经办环节风险点。建立完善的风险防控清单（见附件1），制定有针对性的防控措施，设定相应的预警指标与阈值，明确预警和处理流程，根据风险发生的概率、影响程度等准确评价经办风险并确定风险等级。

（三）技术控制。运用信息技术手段加强风险管控，固化业务流程，完善操作日志记录，通过大数据开展运行分析和内控预警。对经办业务运行和基金安全管理进行监督，评价业务流程的效能，及时完善和优化工作流程，促进经办流程更加科学合理、规范有序。

第二章 组织机构控制

第八条 各级经办机构应遵循高效便捷、风险可控的要求，科学设置综合、业务、财务、信息和内控管理部门，明确各部门职能职责，构建相互制约、相互监督的组织体系。暂无条件设置独立内控管理部门的，应有部门负责内控工作，并设置专职独立的内控岗位。

第九条 各级经办机构应严格按照制衡和风险防范原则设置岗位，明确岗位类型、职责和权限，严格执行授权管理。制定落实岗位责任制、不相容职责岗位分离制和重要岗位定期轮换制。

第十条 各级经办机构应建立组织决策控制机制，对组织和实施决策的过程进行规范管理，重要事项集体决策。建立科学民

明：落实“三重一大”制度。

主、公开透明的决策规则和程序，完善组织决策、专家咨询和群众参与相结合的机制。

第三章 业务运行控制

^{10: 缴费基数临时代核}
第十一条 各级经办机构应按照职责分工，制定参保登记、职工医保个人账户划拨支取、^{10: 支付}医保关系转移接续、门诊慢特病待遇认定、异地就医直接结算、手工报销、生育保险待遇核准支付、医疗救助待遇核准支付、定点医药机构协议管理与绩效考核、预算管理、费用审核与结算支付、^{10: 稽核检查}核查、目录更新维护等业务操作规范。严格落实《全国医疗保障经办政务服务事项清单》有关要求。

第十二条 各级经办机构应执行业务审核制度，针对较高风险业务，^{10: 一审二审}实行分级审核，^{10: 初审、复核}除执行初审程序外，增设复审、审批程序，复审人员应为在编在岗人员，审批人员应为分管负责人。经办审核环节需严格核查提交材料是否齐全，内容是否符合相关规定。^{10: 真实性、完整性、有效性和必要性。可增加相关负责人审核程序。}

(一) 参保登记。各级经办机构应加强参保登记的审核，明确审核重点。有条件的地区可利用与其他部门的信息共享平台，核对校验用人单位注册登记和个人信息。参保信息有变更修改的，经核验后及时调整医保系统参保信息。

(二) 职工医保个人账户划拨支取。^{10: 支付}各级经办机构应执行个

10: 划拨审批程序, 划拨金额明细数据逐级审批后再进行自动划拨。
个人账户资金划拨程序, 依据缴费明细数据进行划拨。建立职工医
保个人账户计息机制, 公开计息方式, 定期对计息情况进行统计
汇总、核对。10: 复核检查
对职工医保个人账户一次性支取进行审核, 核定一
次性支取费用总额。10: 支付

10: 支付
(三) 医保关系转移接续。各级经办机构应加强医保关系转
入转出运行管理。审核申请人员条件是否符合相关政策要求, 核
对参保基础信息、参保类型、缴费年限、职工医保个人账户余
额等。

(四) 门诊慢特病待遇认定。各级经办机构应加强门诊慢特
病待遇认定的^{10: 审核}审核或抽查。重点审核是否符合门诊慢特病待遇政
策条件, 申请材料是否齐全, 不得降低标准或超病种范围审批。
针对定点医疗机构办理门诊慢特病待遇认定的情况, 建立并执行
抽查机制, 明确抽查人、职责权限、抽查范围与内容; 有条件的
地区可通过信息化手段开展实时监测。<sup>10: 通过信息化手段, 以实时数据监测视频
抽查等形式, 随机抽查待遇认定业务的
合规性。</sup>

10: 备案审核
(五) 异地就医直接结算。参保地经办机构应加强异地就医
备案管理, 有条件的地区可通过信息共享开展信息核验工作。加
强本地联网定点医药机构异地直接结算服务管理。省级经办机构
清算省内、跨省异地就医医疗费用, 国家医保经办机构做好跨省
异地就医年度预付金、清算资金的清分工作。

(六) 手工(零星)报销。各级经办机构应加强手工(零星)
报销待遇和费用审核, 重点审核收费票据、费用清单、诊断证明
等材料, 由经办人员初审核定手工报销支付金额, 严格执行分级

10: 根据费用大小核定费用数额大小
执行分级审批制度。

审核，加强手工（零星）报销支付数据信息化校对。核对参保人银行账户账号、户名等信息后进行支付。
（同：业务部门定期与财政部门核对手工报销支付账目的准确性，确保账实相符。）

（七）生育保险待遇核准支付。各级经办机构应加强生育保险待遇审核，重点审核参保人享受待遇资质、参保职工未就业配偶参加基本医保情况以及生育保险费缴纳情况等，核对生育津贴计发天数和基数。加强生育津贴支付审核，参保人银行账户账号、户名信息等经校对后进行支付。
（同：根据计发金额大小执行分级审批制度。）

（八）医疗救助待遇核准支付。各级经办机构应加强医疗救助对象待遇审核，^①加强医疗救助信息共享管理，对救助对象身份信息与基本医保参保信息、救助待遇情况进行核查比对，对发现信息有误或不完整，及时反馈相关部门进行补正，避免漏报。加强医疗救助对象参保缴费补贴审核，财政实现直接支付的，经办机构对符合救助标准的人数、参保资助标准及资金总量进行确认，经同级财政部门审核后予以拨付；财政未实现直接支付的，经办机构依申请对享受缴费补贴待遇人员的返还金额进行核定，根据费用数额大小执行分级审核。核对参保人银行账户账号、户名信息后进行支付。

（九）定点医药机构协议管理与绩效考核。各级经办机构应加强定点医药机构协议管理。根据本统筹地区定点医药机构资源配置，通过初审、复审环节核实医药机构申报定点材料，采取多人参与的线上、现场核实等多种评定方式，重点评估申请单位的资质条件是否符合相关政策要求，申请机构实际资质与申报情况
①. 同：重点审核医疗救助待遇申请人是否符合医疗救助资质，对人工录入至医保信息系统的医疗救助对象进行定期核对。

是否匹配等。定点医药机构协议应明确双方权责义务，并定期对服务协议内容进行调整更新。对定点医疗机构开展绩效考核，建立激励约束机制。加强对定点医药机构相关人员医保支付资格管理。

(十) 总额预算。开展医保基金总额预算管理，建立健全协商谈判机制，推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革。开展医保基金预付管理，结合实际向定点医疗机构预付一定额度医保资金，缓解其运行压力。

十一和十二
合并为
一点。
(十一) 医药费用审核。各级经办机构应做好定点医药机构费用审核工作，对定点医药机构上传的费用进行智能审核全覆盖。智能审核发现的疑点数据，进行人工初审、复审。对医药费用按一定比例开展人工随机抽审。开展适应按病种付费等多元复合支付方式改革特点的智能审核。逐步实现本地费用与异地费用同质化审核。

(十二) 医保基金结算清算。各级经办机构应在做好费用审核的基础上开展医保基金结算清算工作。严格按照规定组织开展月结算，规范申请、受理、拨付等流程。按规定及时向定点医药机构拨付合规医药费用。落实医保与定点医药机构即时结算，做好与月结算、支付方式改革的衔接。根据按病种付费核心要素确定情况、考核评价结果等开展年度清算。

(十三) 核查。各级经办机构应制定年度核查工作计划，对医疗保险登记和待遇享受等情况、定点医药机构协议履行情况、

执行费用结算项目和标准情况开展核查。

对举报、投诉、数据筛查等渠道发现的问题线索开展日常核查和专项核查。根据突出问题或突发事件等情况以及医疗保障行政部门交办转办的问题线索等实施重点核查。对在核查中发现被核查对象存在违反协议行为的，及时责令改正，并按照协议约定处理；对涉嫌违法违规并需要给予行政处罚的，移交医疗保障行政部门处理。

根据定点医疗机构级别或定点零售药店服务类型、考核情况、既往违规程度、举报线索等因素，分级分类确定核查次数，对连续违规或重大违规的定点医药机构加大核查力度。

(十四) 目录更新维护。^{旧:各经办机构}统筹地区经办机构严格落实国家或地方医保部门拟定发布的目录，明确目录管理岗位职责，定期对目录名称、内容的对照匹配情况，严格按照决策和流程完成目录的更新与维护。^{旧:决策、审核审批流程}

第十三条 各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，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，对部门职能、岗位职责等进行公示。

第十四条 各级经办机构应严格执行医疗保障统计调查制度，^{旧:调查责任}落实统计调查经办责任，明确专人负责；利用医保信息系统，加强与基金财务和医保业务的对接，畅通统计数据获取渠道，按期生成统计数据；强化统计调查能力建设，提升工作人员统计调查水平，提高统计调查数据质量。

第十五条 各级经办机构应推动经办业务全流程信息化管理，即各项业务办理全过程应依托全国统一的医保信息平台完成，系统内保留各项业务办理情况的操作痕迹，确保业务办理全过程可追溯，逐步实现通过内部控制子系统监控审核异常权限和违规操作行为。

第十六条 各级经办机构应当落实对第三方机构承办医保业务的管理责任，明确第三方机构的职责权限；配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务准入退出机制、评价机制和考核标准，并进行随机或定期抽查、考核；督促第三方机构承办医保业务执行信息安全管理相关规定。

第十七条 各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、保管时限、查询借阅、鉴定销毁等要求；建设档案保管场所，配备必要设备，满足档案存放的基础条件；设立档案管理岗位，明确专人负责档案管理，定期对档案保管情况进行抽查，确保档案管理规范；有条件的地区可引入信息化手段，实行业务档案电子化管理。

第四章 基金财务控制

第十八条 各级经办机构应加强基金财务管理，^{108 建立}落实基金财务会计制度、基金预决算管理制度、基金收支控制等制度，完善基金对账、印章票据及 U 盾管理和财务操作规程；加强与业务、

财政、税务、银行等部门的对账管理，对基金财务工作全过程进行监督。按照权限管理、分级审核的原则，设立财务负责人或会计主管、出纳、审核等岗位，不得越岗代办业务。

第十九条 ^{10: 各级整布}统筹地区经办机构应按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，^{10: 落实}落实基金预决算管理制度，科学编制医疗保险基金收支预决算草案，严格预算调整规定，并分析和监测预算执行情况。

依法依规按年度分险种编制基金预算草案，报本级医疗保障行政部门、财政部门审核汇总；如需进行预算调整的，应及时编制预算调整方案，报本级医疗保障行政部门、财政部门审批后，合规调整预算；严格按照批复预算执行，定期进行基金预算执行情况分析，于年度终了编制基金决算草案，并按程序报批。

第二十条 各级经办机构应实行基金“收支两条线”和财政专户管理，按险种分别建账、核算、计息并保证专款专用。基金^{10: 建立健全基金财务管理}收支实行分级审批，凡涉及基金收支款项的，应按规定的审批权^{10: 内部机构应分别设置。}和程序办理。

第二十一条 各级经办机构应按照基金会计账套、会计科目名称及编码要求开展会计核算，定期编制基金财务报表，核对会计凭证、原始凭证、财务报表，及时分析处理账目数据差异，保证基金账账相符、账实相符、账证相符、账表相符；明确印章、票据和密钥管理标准与职责，实行分级分离管理。

第二十二条 各级经办机构应建立健全基金运行和基金管理

预警分析制度，运用数据分析把握基金运行动态及发展趋势；根据不同险种基金，设置科学合理的基金风险预警指标，监测基金风险，并按照基金当期收支情况和累计结余可支付月数，设定风险预警级别，科学研判基金收支和保障能力趋势；建立健全基金风险应对预案和要情报告制度，及时化解基金运行过程中的风险，保障基金安全。

第五章 信息系统使用控制

第二十三条 各级经办机构应依托全国统一的医保信息平台，逐步实现通过内部控制子系统加强经办业务流程的风险防控。根据职责分工和实际业务需要，做好信息平台业务需求编制。

第二十四条 各级经办机构应强化经办权限管理，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核查，确保权责相符。

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

按照信息系统部署情况，统筹地区经办机构应强化数据应用管理，按照《国家医疗保障局数据安全管理办法》要求，结合业务经办需求，明确专人对信息系统数据进行统计、分析、预警，异常数据应及时反馈修正，重大事项应向相关负责人汇报。

第二十五条 各级经办机构应按相关要求，加强信息系统安全风险防控，实行业务系统与互联网隔离，严禁同一终端接入多个网络；落实突发事件应急处理要求，及时妥善处理。

旧：出现系统故障且影响业务办理时，应及时向社会披露并妥善处理。

第六章 内部控制的监督与检查

第二十六条 各级经办机构应当建立内部控制监督检查制度，内控管理部门负责内控制度和各业务规程执行情况的监督检查，开展内部控制检查人员不得少于两人且执行回避制度；可聘请第三方机构参与经办机构内控风险评估和监督检查，并出具检查报告。

第二十七条 各级经办机构内控管理部门负责制定年度内部控制检查计划，计划的制定以风险管理为基础，重点关注高风险岗位及业务环节。检查计划报单位主要负责人批准后，由内控管理部门负责对本单位内部控制情况的检查实施。

第二十八条 各级经办机构内控管理部门可采取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、专项及年度检查，实现事前、事中、事后的全方位监督。

第二十九条 各级经办机构内控管理部门应制定内控检查工作方案，成立内部控制检查小组，通知被检查部门，调查核实情况，获取证明材料；检查过程中要做好检查记录，由检查人员和

旧：笔录

被检查部门负责人签字或签章，形成检查结果书面报告；检查组提出整改措施和建议，报单位负责人批准后反馈给被检查部门，并跟踪整改落实情况；所有检查资料应整理归档备查。

第三十条 各级经办机构内控管理部门应对各项经办业务运行情况进行随机抽查，包括组织架构、关键岗位、运行机制、信息系统，以及基金财务和其他业务。重点针对风险等级较高的环节，包括各岗位是否严格按内部控制要求操作；是否严格执行初审、复审或审批等程序，经办手续与材料是否完备；基金收支是否符合标准和规定等内容。

第三十一条 各省应统一部署，指导下一级经办机构将内控工作开展情况纳入年度检查及考核。内控评估工作采取本级自评、上一级考评的形式进行（评估表见附件2）。各统筹地区经办机构每年至少检查评估1/3以上的下一级经办机构，原则上每3年为一个全面评估周期。建立动态管理机制，跟踪问题整改落实情况。

第三十二条 各级经办机构应当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；内部控制运行中出现重大情况或医保基金运行风险，应及时向主要负责人、同级医疗保障行政部门及上级医保部门报告。

第三十三条 各级经办机构应建立责任追究制度，明确责任追究、尽职免责具体情形，强化内部监督制约，做好容错纠错工作。

经办机构负责人按职责分工对内部控制机制的建立和有效实施负责；业务部门及其工作人员对内部控制的具体执行负责；内控管理部门对内部控制的监督检查负责。

第七章 附 则

第三十四条 本规程中经办机构指机构编制管理机关批准，具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

第三十五条 本规程中初审是指对受理相关业务材料、核实是否符合业务办理条件并给予初步处理；复审指对初审的内容进行审核并给出意见，负责初审及复审的人员不得为同一人；审批指单位负责人对审核完毕的业务处理内容进行签批并给出意见。

第三十六条 本规程中第三方机构指通过政府采购、购买服务的方式确定，与医保经办机构签订协议，受医保部门监督管理，具体承办医保经办服务的机构，包括但不限于信息技术服务机构、商业保险机构、社会服务机构。

第三十七条 各级经办机构可根据本地实际对本规程进行细化完善。

第三十八条 本规程由国家医疗保障局负责解释。此前发布的与本规程不一致的规定，按本规程执行。

第三十九条 本规程自印发之日起施行。

- 附件：1. 医疗保障经办机构内部控制风险防控清单
2. 医疗保障经办机构内部控制情况检查评估表（参考样式）

附件 1

医疗保障经办机构内部控制风险防控清单

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
一、组织机构控制	机构设置	1	是否设置内控管理部门（内控岗位）	低
		2	部门职能职责是否明确	低
	岗位设置	3	岗位职责权限划分是否明确	中
		4	不相容岗位相互分离、制衡	中
	组织决策控制	5	民主决策环节	高
二、业务运行控制	经办业务标准	6	业务操作规程制定及执行	低
	业务审核	7	执行审核审签程序	中
	参保登记	8	参保人员在职转退休登记	中
		9	单位参保登记	中
		10	人员参保登记	中
	变更登记	11	参保单位变更登记	低
		12	参保人员变更登记	低
	职工医保个人账户划拨支取	13	个人账户一次性支取	高
		14	个人账户资金划拨	中
		15	个人账户计息	中
	医保关系转移接续	16	医保关系转入管理	中
		17	医保关系转出管理	低
	门诊慢特病待遇认定	18	定点医疗机构办理待遇认定	高
		19	经办机构办理待遇认定	高
	异地就医直接结算	20	异地就医备案	中
		21	异地就医直接结算	中
	手工报销	22	手工报销费用支付	极高
		23	手工报销待遇审核	高
	生育保险待遇核准支付	24	生育保险待遇审核	中
		25	生育津贴支付	高
	医疗救助待遇核准支付	26	医疗救助对象待遇核准	中
		27	医疗救助对象参保缴费补贴	中
	定点医药机构协议管理与绩效考核	28	定点医药机构协议准入和退出	高
		29	定点医药机构绩效考核管理	中

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
二、业务运行控制	总额预算	30	开展医保基金总额预算管理，建立沟通协商机制	高
		31	推进以按病种付费为主的多元复合式医保支付方式改革，开展资金预付	高
	费用审核	32	对定点医药机构上传的费用进行智能审核全覆盖。智能审核发现的疑点数据，进行人工初审、复审	极高
		33	对医药费用按一定比例开展人工随机抽审	极高
	结算清算	34	按照规定及时向定点医药机构拨付合规医药费用。落实医保与定点医药机构即时结算，做好与月结算、支付方式改革的衔接	高
		35	根据按病种付费核心要素确定情况、考核评价结果等，开展年度清算	高
	核查	36	开展日常和专项检查、重点核查	高
		37	医保支付资格管理	高
		38	违法违规行为处理	高
	目录更新维护	39	目录匹配与执行	高
		40	目录更新与维护	极高
	办事公开	41	办事公开制度制定及执行	低
	统计调查	42	执行医疗保障统计调查制度	低
	业务经办信息化	43	经办业务全流程系统应用	极高
	第三方机构承办医保业务	44	第三方机构职责权限	中
		45	第三方机构业务管理与考核	中
		46	信息安全管理	中
	档案管理	47	档案归档	低
		48	档案存放	低
		49	档案管理岗位设置	低
三、基金财务控制	基金财务管理	50	建立和执行基金财务管理制度	中
	基金预决算管理	51	编制基金预算草案	中
		52	基金预算调整	中
		53	基金预算执行	中
		54	编制基金决算草案	低
	基金收支控制	55	基金收支账户设置	低
		56	基金支付控制	极高

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
三、基金财务控制	基金会计核算管理	57	基金会计核算岗位设置	低
		58	印章、票据及网银U盾保管	低
	基金风险预警管理	59	建立风险预警管理相关制度	中
		60	风险预警监测指标设置	中
		61	建立风险应对预案	中
四、信息系统使用控制	信息系统需求管理	62	业务需求编制	中
	信息系统应用	63	信息系统经办权限管理	极高
		64	信息系统数据应用管理	极高
		65	信息系统操作规范管理	极高
	信息系统安全	66	信息系统安全管理	高
		67	系统故障应急处理	高
五、内部控制的监督与检查	内控管理检查制度	68	开展内部控制检查	中
		69	聘请第三方机构参与监督检查	中
	检查计划	70	内部控制检查计划制定与执行	低
	检查方法	71	检查方法	低
	检查程序	72	按程序开展内控检查	低
	检查内容	73	内部控制检查的内容范围	中
	动态评估	74	内控工作动态评估管理机制	中
	定期报告	75	内控检查考核定期报告、重大问题及时报告制度	低
	责任追究	76	责任追究制度	中

医疗保障经办机构内部控制情况检查评估表
(参考样式)

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准					评分分值				佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差		
一、组织机构控制 (25分)	机构设置 (10分)	1	部门设置健全(科学设置综合、业务、财务、信息、内控管理部门),各部门职能职责明确。	完备	基本完备	部分完备	未完备	5	3	2	0		
		2	各部门职能职责相互制约,相互监督。	明确	基本明确	部分明确	未明确	5	3	2	0		
	岗位设置 (10分)	3	合理设置各业务岗位,设置重要建立的内控岗位、各岗位权责权限明确。	明确	基本明确	部分明确	未明确	5	3	2	0		
		4	制定落实岗位责任制,不相容岗位相互分离,重要岗位定期轮换。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0		
	组织决策机制 (5分)	5	建立并执行集体决策和组织决策机制,做到决策科学民主,公开透明。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0		
二、业务运行控制 (50分)	经办业务标准 (5分)	6	按照职责分工,制定各项业务操作规范,严格落实政务服务事项清单要求。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0		
		7	执行业务审核制度,针对较高风险业务,实行分级审核,复审、审批人员按岗位要求。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	10	7	4	1		
	业务审核 (30分)	8	业务审核重点检查提交材料是否齐全,内容是否符合相关规定。	执行	基本执行	部分执行	未执行	10	7	4	1		
		9	定期对业务办理记录进行抽查。	执行	基本执行	部分执行	未执行	10	7	4	1		
	办事公开 (5分)	10	完善办事公开制度,对法律法规、政策规范、经办事项清单、业务流程等进行公开宣传,对部门职能、岗位职责等进行公示。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0		
		11	严格执行医疗保障统计调查制度,落实统计调查经办责任,明确专人负责,畅通统计调查渠道,按期生成统计数据。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0		
	业务经办痕迹化 (5分)	12	经办业务全流程信息化管理,保留操作痕迹,全程可追溯,逐步实现通过内部控制子系统监督审核并异常校验和违规操作。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0		

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准				评分分值	佐证材料
				好	较好	一般	差		
二、业务运行控制 (50分)	第三方机构承保及承保业务管理 (15分)	13	落实对第三方机构承保业务的管理责任,明确相关职责权限;配合医疗保障行政部门建立准入退出机制和考核标准;督促第三方机构落实承保业务信息安全管理制度。	明确且执行	部分执行	未明确	未明确	5	0
	档案管理 (5分)	14	建立经办业务档案管理制度,明确档案管理制度,配备必要设备,设立档案管理机构,定期对档案保管情况进行抽查,实行档案电子化、数字化管理。	建立且执行	部分执行	未执行	未执行	5	0
三、基金财务管理 (40分)	基金财务管理 (15分)	15	落实基金财务会计制度、基金预算管理制度、基金收支控制制度,完善基金对账、印章管理、印鉴管理、印鉴使用管理。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金预算财务管理 (10分)	16	依法依规按年度编制基金预算草案,按程序报批,如需预算调整,应及时编制预算调整方案。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
三、基金财务管理 (40分)	基金收支控制 (10分)	17	年度末编制基金决算草案,并按程序报批。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金收支控制 (10分)	18	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。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
四、基金财务管理 (10分)	基金收支控制 (10分)	19	基金收支实行分账管理,落实与财政、税务、银行、财政等部门的基金收支对账管理。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金会计核算 (10分)	20	按要求开展会计核算,编制基金财务报表,按会计凭证,确保数据相符。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
五、基金财务管理 (10分)	基金会计核算 (10分)	21	明确印章、票据和网银U盾管理标准与职责,实行分岗分责管理。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金会计核算 (10分)	22	建立健全基金运行和基金投资管理分账制度,科学设置基金及风险预警指标,建立健全基金风险应对预案和预警报告制度。	建立且执行	部分执行	未建立	未建立	5	0
六、基金财务管理 (10分)	基金会计核算 (10分)	23	根据基金分工和实际业务需要,做好信息平台业务需求编制。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金会计核算 (10分)	24	按照不相容岗位分离原则,分设核算和稽核审批控制,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。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
七、基金财务管理 (10分)	基金会计核算 (10分)	25	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。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金会计核算 (10分)	26	业务处理要具有可追溯性,定期对系统的操作记录及使用日志进行核查。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
八、基金财务管理 (10分)	基金会计核算 (10分)	27	加强信息系统安全风险评估,实行业务系统与互联网隔离,同一终端不得接入多个网络。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0
	基金会计核算 (10分)	28	落实突发事件应急响应处理要求,及时妥善处理。	执行	基本执行	未执行	未执行	5	0

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准					评分分值			佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差	
五、内部控制制度的监督与检查 (45分)	内控管理制度 检查制度 (10分)	29	建立内部控制监督检查制度,开展内部控制检查人员不得少于两人且执行回避制度。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
		30	聘请第三方机构对经办机构内控风险进行评估和监督检查,并出具检查报告。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	检查计划 (5分)	31	制定年度内部控制检查计划,并进行检查。	制定并检查	检查未制定	制定未检查	未检查未制定	5	3	2	0	
	检查方法 (5分)	32	采取现场检查和非现场检查相结合的方式,综合运用询问、查阅等方法,开展日常、专项及年度检查。	制定并检查	检查未制定	制定未检查	未检查未制定	5	3	2	0	
	检查程序 (5分)	33	制定检查方案,成立检查小组,开展检查,形成检查报告,提出整改建议,跟踪整改落实。	制定并检查	检查未制定	制定未检查	未检查未制定	5	3	2	0	
	检查内容 (5分)	34	对各项业务运行情况进行随机抽查,重点针对较高风险环节,对业务操作、审批程序、经办手续和材料、基金收支等内容进行检查。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	动态评估 (5分)	35	通过本条自评、上级考评的方式,定期开展内部控制评估,原则上每3年全覆盖评估。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	定期报告 (5分)	36	建立内控检查考核定期报告及重大问题及时报告制度,内部控制运行中出现的重大情况或基金运行风险及时报告。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	
	责任追究 (5分)	37	建立责任追究制度,强化内部控制监督制约,明确经办机构负责人、业务部门、内控管理部门责任。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	

说明:1.检查内容设定标准分值,总分为200分。各单位最终考核得分实行百分制,按照评分标准得分换算为100分计。

2.检查评分分值由高到低分为优秀、良好、合格、不合格四类。类别确定标准为:优秀-90分(含)以上、良好-70分-89分、合格-60分-69分、不合格-60分以下。



广东省医疗保障局

粤医保办函〔2022〕2号

广东省医疗保障局办公室转发国家医疗保障局 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

各地级以上市医疗保障局：

现将《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）转发给你们，请认真贯彻执行。

附件：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



广东省医疗保障局办公室

2022年1月10日

（联系人：省医保中心 李纪树，联系电话：020-83260336）

附件

国家医疗保障局办公室

医保办函〔2021〕20号

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

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

为进一步加强医疗保障经办机构内部管理与监督，我们拟定了《医疗保障经办机构内部控制管理规程（试行）》，现印发给你们，请认真遵照执行。



（不予公开）

医疗保障经办机构内部控制管理规程

（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障经办机构内部管理与监督，建立健全业务、财务、安全和风险管理制度，规范医疗保障管理服务工作，防范和化解风险，确保医疗保障基金安全，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》《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》等法律、法规和政策，制定本规程。

第二条 本规程所称内部控制是指各级医疗保障经办机构（以下简称“各级经办机构”）通过对其内设部门及其工作人员从事医疗保障管理服务工作及行为进行规范、监督和评价，实现对机构内部运行风险的控制。内部控制主要包括组织机构控制、业务运行控制、基金财务控制、信息系统控制和内控监督检查等。

第三条 本规程适用于各级经办机构及其工作人员。

第四条 各级经办机构负责组织实施本机构内部控制工作，同时加强对下级经办机构的内部控制工作的指导、监督和检查。

第五条 各级经办机构应建立运行规范、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、基金财务、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 内部控制原则：

（一）合法性。内部控制各项内容应符合国家法律法规和医疗保障政策规章的相关要求。

（二）全面性。内部控制应覆盖所有部门、岗位和人员，涵盖全部经办事项、操作环节和经办过程。

（三）规范性。明确内部控制工作标准及要求，实现经办全流程标准化和规范化管理。

（四）有效性。在上下级和内设部门之间形成科学合理的内部控制决策、执行和监督机制，确保内部控制有效执行。

（五）制衡性。互有联系的各部门、各岗位和各经办环节应权责分明、相互制约。重点控制经办事项、环节和流程中的关键风险。

第七条 内部控制方法：

（一）制度控制。建立健全内部控制制度，加强经办管理服务的制度约束和指导。包括但不限于：组织决策控制、授权批准控制、岗位责任制和不相容岗位分离制、岗位轮换制、请示报告制、办事公开制、内控监督检查等。

（二）管理控制。建立风险管理控制机制，制定环节清晰、连接有序的经办规程，准确排查各经办环节风险点。建立完善的风险防控清单（见附件1），制定有针对性的防控措施，设定相应

的预警指标与阈值，明确预警和处理流程，根据风险发生的概率、影响程度等准确评价经办风险并确定风险等级。

（三）技术控制。运用信息技术手段加强风险管控，固化业务流程，完善操作日志记录，通过大数据开展运行分析和内控预警。对经办业务运行和基金安全管理进行监督，评价业务流程的效能，及时完善和优化工作流程，促进经办流程更加科学合理、规范有序。

第二章 组织机构控制

第八条 各级经办机构应遵循“高效便捷、风险可控”的要求，科学设置相对独立的综合、业务、财务、信息和内控管理部门，明确各部门职能职责，构建相互制约、相互监督的组织体系。暂无条件设置独立内控管理部门的，应设置专职独立内控岗位且不得兼任其他部门职务、职责。

第九条 各级经办机构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。制定落实岗位责任制、不相容职责岗位分离制和重要岗位定期轮换制。合理划分岗位操作权限、明确授权范围和授权程序。

第十条 各级经办机构应建立组织决策控制机制，对组织和实施决策的过程进行规范管理。落实“三重一大”制度，重要事项集体决策。建立科学民主、公开透明的决策规则和程序，完善

集体决策、专家咨询和群众参与相结合的决策机制。

第三章 业务运行控制

第十一条 各级经办机构应制定参保登记、缴费基数临时代核、个人账户划拨支付、医保关系转移接续、门诊慢特病待遇认定、异地就医直接结算、手工报销、生育保险待遇核准支付、医疗救助待遇核准支付、定点医药机构协议管理与绩效考核、预算管理、费用审核与结算支付、稽核检查、目录更新维护等业务操作规范。严格落实《全国医疗保障经办政务服务事项清单》有关要求。

第十二条 各级经办机构应执行业务审核制度，针对较高风险业务，实行一事双审，除执行初审、复核程序外，增设复审、审批程序。经办审核环节需严格核查提交材料的真实性、完整性和有效性，确有必要的，可增加相关负责人审签程序。

(一) **参保登记**。各级经办机构应加强参保登记的审核，明确审核重点。有条件的地区可利用与其他部门的信息共享平台，核对用人单位注册登记信息。参保信息有变更修改的，经核查无误后应及时相应调整医保系统参保信息。

(二) **缴费基数临时代核**。各级经办机构负责缴费基数申报的代为核定。应重点审核参保单位的基数申报表、缴费工资明细表、参保人数以及变动情况等。缴费基数不得随意更改，确需调整的须按决策机制要求进行决策。

(三) 个人账户划拨支付。各级经办机构应严格执行个人账户资金划拨审签程序，划拨金额明细数据逐级签批后再进行自动划拨。建立个人账户计息机制，公开个人账户计息方式，定期对个人账户计息情况进行统计汇总、复核检查。对个人账户一次性支付进行审核，核定一次性支付费用总额。

(四) 医保关系转移接续。各级经办机构应加强医保关系转入转出运行管理。审核申请人员条件是否符合相关政策要求，核对参保基础信息、缴费年限、缴费金额以及个人账户余额等，确保准确无误。

(五) 门诊慢特病待遇认定。各级经办机构应加强门诊慢特病待遇认定的审核。重点审核是否符合门诊慢特病待遇政策条件，审查门诊慢特病申请的相关材料，不得超病种范围审批。针对定点医疗机构办理门诊慢特病待遇认定的情况，建立并执行定期或不定期抽查制度，明确抽查人员职责权限、抽查范围与内容；有条件的地区可通过信息化手段，以实时数据监测、视频监控等形式，随机抽查待遇认定业务的合规性。

(六) 异地就医直接结算。各级经办机构应加强异地就医备案审核，确定异地就医人员类别，对线上自助备案渠道安排专人负责定期维护与更新。加强异地就医直接结算审核，有条件的地区可通过医保智能监审系统和大数据分析强化异地就医直接结算费用的监控审核。省级经办机构清算省内、跨省异地就医医疗费用，国家医保经办机构做好跨省异地就医年度预付金、清算资金的清分工作。

(七) 手工报销。各级经办机构应加强手工报销待遇审核，重点审核收费票据、费用明细清单、疾病诊断书等材料。加强手工报销费用支付审核，由经办人员初审核定手工报销支付金额，根据核定的费用数额大小执行分级审批制度，核对参保人银行账户账号、户名信息等无误后方可进行支付。业务部门定期与财务部门核对手工报销支付账目的准确性，确保账实相符。

(八) 生育保险待遇核准支付。各级经办机构应加强生育保险待遇审核，重点审核参保人员享受待遇资质、参保职工未就业配偶参加基本医保情况和生育保险情况等，核定人员生育津贴计发天数、计发基数是否符合政策要求。加强生育津贴支付审核，根据计发金额大小执行分级审批制度。核对参保人银行账户账号、户名信息等无误后方可进行支付。

(九) 医疗救助待遇核准支付。各级经办机构应加强医疗救助对象待遇审核，^①重点审核医疗救助待遇申请人是否符合医疗救助资质，对人工录入至医保信息系统的医疗救助对象进行定期核对。加强医疗救助对象参保缴费补贴审核，财政实现直接支付的，经办机构对符合救助标准的人数、参保资助标准及资金总量进行确认，经同级财政部门审核后予以拨付；财政未实现直接支付的，经办机构依申请对享受缴费补贴待遇人员的返还金额进行核定，根据费用数额大小执行分级审批制度。核对参保人银行账户账号、户名信息无误后方可进行支付。

(十) 定点医药机构协议管理与绩效考核。各级经办机构应加强定点医药机构协议管理。通过初审、复审环节核查医药机构

申报定点材料，采取多人参与的线上、现场核查等多种评定方式，重点评估申请单位的资质条件是否符合相关政策要求，申请机构实际资质与申报情况是否匹配等。定点医药机构协议应明确双方权责义务，并定期对服务协议内容进行调整更新。对定点医药机构开展从协议履行、医疗质量、诊疗规范到成本控制的绩效考核，执行绩效考核工作计划与安排，建立激励约束机制，将考核结果与年底清算、总额预算指标、协议续签、保证金额度等挂钩。

（十一）总额预算。各级经办机构应开展医保基金总额预算管理，实行总额预算下的多元复合付费方式改革。建立与定点医药机构的协商谈判机制和费用分担机制，严格按照工作程序确定总额预算分配额度，实行总额预算额度与定点医药机构医疗服务质量管理、协议履行情况、绩效考核结果等关联管理。开展资金预付管理，根据定点医药机构上年度医保费用总额控制指标等相关情况，结合实际，可以向定点医药机构预拨一定额度预付金，缓解其资金运行压力。在突发疫情等紧急情况时，可按规定暂调付费方式。

（十二）费用审核与结算支付。各级经办机构应加强定点医药机构费用审核管理，对定点医药机构申报的费用建立规范的初审、复审两级审核制度；对上传的医疗费用信息做到初审全覆盖；采取随机抽查的方式，按照规定的抽查比例对初审通过的费用进行复审。对初审发现的疑似违规费用通过调阅病历、日常核查等方式进行核实。审核查实的违规费用，可按照抽查比例放大

后拒付。

各级经办机构应加强定点医药机构结算支付管理，重点核实各定点医药机构上报的结算数据，确定应结算的费用总额后予以划拨。定期与定点医药机构对账，严格按照时限要求拨付符合规定的医保费用。

(十三) 稽核检查。各级经办机构应对定点医药机构协议履行情况开展日常巡查；对定点医药机构申报费用审核发现的问题、通过智能审核等发现的疑点、对其他经办机构委托协查的稽核事项等开展日常稽核；根据医疗保障行政部门制定的年度专项工作计划，依职责对辖区内定点医药机构开展专项稽核；根据医疗保障基金风险评估、数据分析、业务运行中的突出问题或突发事件等情况以及医疗保障行政部门交办转办的问题线索等实施重点事项稽核。对在稽核中发现被检查对象存在违反协议行为的，及时责令改正，并按照协议约定处理；对涉嫌违法违规并需要给予行政处罚的，移交医疗保障行政部门处理。

(十四) 目录更新维护。各级医保经办机构应严格落实国家或地方医保部门拟定发布的目录，明确目录管理岗位职责，定期核对目录名称、内容的对照匹配情况，严格按照决策、审核审批流程完成目录的更新与维护。

第十三条 各级经办机构应按照政务公开相关要求，完善办事公开制度，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，对部门职能、岗位职责等进行公示。

第十四条 各级经办机构应严格执行医疗保障统计调查制

度，落实统计调查责任，明确专人负责；利用医保信息系统，加强与基金财务和医保业务的对接，畅通统计数据获取渠道，按期生成统计数据；强化统计调查能力建设，提升工作人员统计调查水平，提高统计调查数据质量。

第十五条 各级经办机构应推动经办业务全流程信息化管理，即各项业务办理全过程应依托全国统一的医保信息平台完成，系统内保留各项业务办理情况的操作痕迹，确保业务办理全过程可追溯，并通过内部控制子系统实时监控审核异常权限和违规操作行为。

第十六条 各级经办机构应当落实对第三方机构承办医保业务的管理责任，明确第三方机构的职责权限；配合医疗保障行政部门建立第三方机构承办医保业务准入退出机制、评价机制和考核标准，并进行随机或定期抽查、考核；督促第三方机构承办医保业务执行信息安全管理相关规定。

第十七条 各级经办机构应加强医保经办业务档案管理，制定完善的档案管理制度，明确档案归档范围、保管时限、查询借阅、鉴定销毁等要求；建设档案保管场所，配备必要设备，满足档案存放的基础条件；设立档案管理岗位，明确专人负责档案管理，定期对档案保管情况进行抽查，确保档案管理规范；有条件的地区可引入信息化手段，实行业务档案电子化管理。

第四章 基金财务控制

第十八条 各级经办机构应加强基金财务管理，建立基金财

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、印章票据及 U 盾管理制度和财务操作规程；加强与业务、财政、税务、银行等部门的对账管理，对基金财务工作全过程进行监督。

第十九条 各级经办机构应按照“以收定支、收支平衡、略有结余”的原则，建立基金预决算管理制度，科学编制医疗保险基金收支预决算草案，严格预算调整规定，并分析和监测预算执行情况。

依法依规按年度分险种编制基金预算草案，报本级医疗保障行政部门、财政部门审核汇总；如需进行预算调整的，应及时编制预算调整方案，报本级医疗保障行政部门、财政部门审批后，合规调整预算；严格按照批复预算执行，定期进行基金预算执行情况分析，于年度终了编制基金决算草案，并按程序报批。

第二十条 各级经办机构应实行基金“收支两条线”和财政专户管理，按险种分别建账、核算、计息并保证专款专用。建立健全基金财务管理内部制约机制，不兼容岗位分别设置，基金收支实行分级审批，凡涉及基金收支款项的，应按规定的审批权限和程序办理。

第二十一条 各级经办机构应按照基金会计账套、会计科目名称及编码要求开展会计核算，定期编制基金财务报表，核对会计凭证、原始凭证、财务报表，及时分析处理账目数据差异，保证基金账账相符、账实相符、账证相符、账表相符；明确印章、票据和密钥管理标准与职责，实行分级分离管理。

第二十二条 各级经办机构应建立基金运行分析制度和基金管理预警分析制度，运用数据分析把握基金运行动态及发展趋势；根据不同险种基金，设置科学合理的基金风险预警指标，监测基金风险，并按照基金当期收支情况和累计结余可支付月数，设定风险预警级别，科学研判基金收支和保障能力趋势；建立健全基金风险应对预案和要情报告制度，及时化解基金运行过程中的风险，保障基金安全。

第五章 信息系统使用控制

第二十三条 各级经办机构应依托全国统一的医保信息平台，通过内部控制子系统加强信息系统的风险防控，根据职责分工和实际业务需要，做好业务需求编制。

第二十四条 各级经办机构应强化经办权限管理，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。

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

各级经办机构应强化操作规范管理，业务处理要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。

第二十五条 各级经办机构应按相关要求，加强信息系统安

全风险防控，实行业务系统与互联网隔离，严禁同一终端接入多个网络；落实突发事件应急处理要求，出现系统故障且影响业务办理时，应及时向社会披露并妥善处理。

第六章 内部控制的监督与检查

第二十六条 各级经办机构应当建立内部控制监督检查制度，内控管理部门负责内控制度和各业务规程执行情况的监督检查，开展内部控制检查人员不得少于两人且执行回避制度；定期聘请第三方机构参与经办机构内控风险评估和监督检查，并出具检查报告。

第二十七条 各级经办机构内控管理部门负责制定年度内部控制检查计划，计划的制定以风险管理为基础，重点关注高风险岗位及业务环节。检查计划报单位主要负责人批准后，由内控管理部门负责对本单位内部控制情况的检查实施。

第二十八条 各级经办机构内控管理部门可采取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、专项及年度检查，实现事前、事中、事后的全方位监督。

第二十九条 各级经办机构内控管理部门应制定内控检查工作方案，成立内部控制检查小组，通知被检查部门，调查核实情况，获取证明材料；检查过程中要做好检查笔录，由检查人员和被检查部门负责人签字或盖章，形成检查结果书

面报告；检查组提出整改措施和建议，报单位负责人批准后反馈给被检查部门，并跟踪整改落实情况；所有检查资料应整理归档备查。

第三十条 各级经办机构内控管理部门应对各项经办业务运行情况进行随机抽查，包括组织架构、关键岗位、运行机制、信息系统，以及基金财务和其他业务。重点针对风险等级较高的环节，包括各岗位是否严格按内部控制要求操作；是否严格执行初审、复核、复审或审批等程序，经办手续与材料是否完备；基金收支是否符合标准和规定等内容。

第三十一条 各级经办机构应将内控工作开展情况纳入年度检查及考核。内控评估工作采取本级自评、上一级考评的形式进行，市级经办机构每年至少检查评估 1/3 以上的县（区）级经办机构，原则上每 3 年为一个全面评估周期。建立动态管理机制，跟踪问题整改落实情况。

第三十二条 各级经办机构应当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，应将本地区全年内部控制工作总结报上一级经办机构；内部控制运行中出现重大情况或医保基金运行风险，应及时向主要负责人、同级医疗保障行政部门及上级医保部门报告。

第三十三条 各级经办机构应建立责任追究制度，强化内部监督制约。经办机构主要负责人对内部控制机制的建立和有效实施负责；业务部门及其工作人员对内部控制的具体执行负责；内控管理部门对内部控制的监督检查负责。

第七章 附 则

第三十四条 本规程中经办机构指具有法定授权，实施医疗保障管理服务的 职能机构，是医疗保障经办的主体。

第三十五条 本规程中初审指经办人员受理相关业务材料、核实是否符合业务办理条件并 给予初步处理；复核指经办人员对初审人员的经办内容进行复查并 给予意见；复审指相关部门负责人 对初审、复核的经办内容进行审核并给予意见；审批指相关单位负责人对相关业务处理内容进行签批并给予意见。

第三十六条 本规程中第三方机构指通过政府采购、购买服务的方式确定，与医保经办机构签订协议，受医保部门监督管理，具体承办医保经办服务的机构，包括但不限于信息技术服务机构、商业保险机构、社会服务机构。

第三十七条 各级经办机构可根据本地实际对本规程进行细化完善。

第三十八条 本规程由国家医疗保障局有关部门负责解释。

第三十九条 本规程自印发之日起试行。

附件 1

医疗保障经办机构内部控制风险防控清单

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
一、组织机构控制	机构设置	1	是否设置内控管理部门（内控岗位）	低
		2	部门职能职责是否明确	低
	岗位设置	3	岗位职责权限划分是否明确	中等
		4	不相容岗位相互分离、制衡	中等
	组织决策控制	5	民主决策环节	高
二、业务运行控制	经办业务标准	6	业务操作规程制定及执行	低
	业务审核	7	执行审核审签程序	中等
	参保登记	8	参保人员在职转退休登记	高
		9	单位参保登记	中等
		10	人员参保登记	中等
	变更登记	11	参保单位变更登记	低
		12	参保人员变更登记	低
	缴费基数临时代核	13	缴费基数申报的代为核定	高
	个人账户划拨支付	14	个人账户一次性支付	高
		15	个人账户资金划拨	中等
		16	个人账户计息	中等
	医保关系转移接续	17	医保关系转入管理	中等
		18	医保关系转出管理	低
	门诊慢特病待遇认定	19	定点医疗机构办理待遇认定	高
		20	经办机构办理待遇认定	高
	异地就医直接结算	21	异地就医备案	中等
		22	异地就医直接结算	中等

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
二、业务运行控制	手工报销	23	手工报销费用支付	极高
		24	手工报销待遇审核	高
	生育保险待遇核准支付	25	生育保险待遇审核	中等
		26	生育津贴支付	中等
	医疗救助待遇核准支付	27	医疗救助对象待遇核准	中等
		28	医疗救助对象参保缴费补贴	中等
	定点医药机构协议管理与绩效考核	29	定点医药机构协议管理	高
		30	定点医药机构绩效考核管理	中等
	总额预算	31	开展医保基金总额预算管理，建立沟通协商机制和费用分担机制	高
		32	实行总额预算下的多元复合付费方式改革，开展资金预付	高
	费用审核	33	建立初审、复审两级审核制度，做到初审全覆盖，按照规定比例抽查复审	极高
		34	对疑似违规费用进行核实，审核查实的违规费用，按照抽查比例放大后拒付	极高
	结算支付	35	核实结算数据	中等
		36	规定时限内拨付医保费用	中等
	稽核检查	37	开展日常巡查、日常稽核、专项稽核、重点事项稽核	中等
		38	违法违约行为处理	高
	目录更新维护	39	目录匹配与执行	高
		40	目录更新与维护	中等
	办事公开	41	办事公开制度制定及执行	低

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
二、业务运行控制	统计调查	42	执行医疗保障统计调查制度	低
	业务经办信息化	43	经办业务全流程系统应用	极高
	第三方机构承办医保业务	44	第三方机构职责权限	中等
		45	第三方机构业务管理与考核	中等
		46	信息安全管理	中等
	档案管理	47	档案归档	低
		48	档案存放	低
		49	档案管理岗位设置	低
三、基金财务控制	基金财务管理	50	建立和执行基金财务管理制度	中等
	基金预决算管理	51	编制基金预算草案	中等
		52	基金预算调整	中等
		53	基金预算执行	中等
		54	编制基金决算草案	低
	基金收支控制	55	基金收支账户设置	低
		56	基金支付控制	极高
	基金会计核算管理	57	基金会计核算岗位设置	低
		58	印章、票据及网银U盾保管	低
	基金风险预警管理	59	建立风险预警管理相关制度	中等
		60	风险预警监测指标设置	中等
		61	建立风险应对预案	中等
四、信息系统使用控制	信息系统需求管理	62	业务需求编制	中等
	信息系统应用	63	信息系统经办权限管理	极高
		64	信息系统数据应用管理	极高
		65	信息系统操作规范管理	极高

项目	核心环节	序号	风险点	风险等级
四、信息系统使用控制	信息系统安全	66	信息系统安全管理	高
		67	系统故障应急处理	高
五、内部控制的监督与检查	内控管理检查制度	68	开展内部控制检查	中等
		69	聘请第三方机构参与监督检查	中等
	检查计划	70	内部控制检查计划制定与执行	低
	检查方法	71	检查方法	低
	检查程序	72	按程序开展内控检查	低
	检查内容	73	内部控制检查的内容范围	中等
	动态评估	74	内控工作动态评估管理机制	中等
	定期报告	75	内控检查考核定期报告、重大问题及时报告制度	低
	责任追究	76	责任追究制度	中等

附件 2

医疗保障经办机构内部控制情况检查评估表

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准					评分分值			佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差	
一、组织机构控制 (25分)	机构设置 (10分)	1	部门设置健全(独立设置综合、业务、财务、信息、内控管理部门),各部门职能职责明确。	完备	基本完备	部分完备	未完备	5	3	2	0	
		2	各部门职能职责相互制约、相互监督。	明确	基本明确	部分明确	未明确	5	3	2	0	
	岗位设置 (10分)	3	合理设置各业务岗位,分设经办、审核岗,设置专职独立内控岗位,各岗位职责权限明确。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	
		4	不相容岗位相互分离、制衡。	明确	基本明确	部分明确	未明确	5	3	2	0	
	组织决策控制 (5分)	5	落实三重一大制度,建立并执行集体决策和组织决策机制,做到决策科学民主、公开透明。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准					评分分值			佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差	
二、业务运行控制 (60分)	经办业务标准 (5分)	6	以规范性文件形式公开、明确各项业务操作规程，并严格执行。	明确且执行	明确部分执行	部分执行	未明确	5	3	2	0	
	业务审核 (30分)	7	严格依据规程、办法以及业务事项风险程度高低等执行有差别的审核审批程序。	执行	基本执行	部分执行	未执行	10	7	4	1	
		8	业务审核重点核查提交材料或证明的真实性、完整性、有效性。	执行	基本执行	部分执行	未执行	10	7	4	1	
		9	定期对业务办理记录进行抽查。	执行	基本执行	部分执行	未执行	10	7	4	1	
	办公公开 (5分)	10	执行办公公开制度，通过上网、上墙等方式向社会公布法律法规、政策规章、经办业务流程、办理时限、部门及岗位职责等相关事项。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	统计调查 (5分)	11	严格执行医疗保障统计调查制度，落实统计调查责任，明确专人负责，畅通统计数据获取渠道，按期生成统计数据。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准						佐证材料		
				好	较好	一般	差	好	较好		一般	差
二、业务运行控制 (60分)	业务经办信息化 (5分)	12	经办业务全流程系统操作、痕迹化管理、全程可追溯、适时监控违规及异常情况。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	第三方机构承办医保业务 (5分)	13	落实对第三方机构承办医保业务的管理责任,明确相关职责权限;建立准入退出机制、评价机制和考核标准;督促第三方机构承办医保业务执行信息安全管理规定。	明确且执行	明确部分执行	部分执行	未明确	5	3	2	0	
	档案管理 (5分)	14	建立经办业务档案管理制度,明确档案管理要求,配备管理人员及场所,定期对档案保管情况进行抽查,实行档案电子化管理。	建立且执行	建立部分执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
三、基金财务控制 (40分)	基金财务管理 (5分)	15	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。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准						评分分值				佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差			
三、基金财务控制 (40分)	基金预算决算管理 (10分)	16	依法依规按年度分险种编制基金预算及预算调整草案,按程序报批,严格执行批复预算。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		17	于年度终了编制基金决算草案,并按程序报批。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	基金收支控制 (10分)	18	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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		19	基金收支按程序和权限执行分级审批管理,落实与财政、税务、银行、财政等部门的基金收支对账管理。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	基金会计核算管理 (10分)	20	严格执行核算,编制基金财务报表,核对会计凭证,确保账账相符。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		21	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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	基金风险预警管理 (5分)	22	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。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0			

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准						评分分值				佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差			
四、信息系统使用控制 (30分)	信息系统需求管理 (5分)	23	根据职责分工和实际业务需要,做好业务需求编制。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		24	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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	信息系统应用 (15分)	25	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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		26	业务处理要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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	信息系统安全 (10分)	27	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。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		28	落实突发事件应急处理要求,及时妥善处理系统故障。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准						评分分值				佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差			
五、内部控制的监督与检查 (45分)	内控管理 检查制度 (10分)	29	建立内控管理检查制度,开展内 部控制检查人员不得少于两人且 执行回避制度。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
		30	定期聘请第三方机构对经办机构 内控风险进行评估和监督检查, 并出具检查报告。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			
	检查计划 (5分)	31	制定年度内部控制检查计划,并 进行检查。	制定并 检查	检查未 制定	制定未 检查	未检查 未制定	5	3	2	0			
	检查方法 (5分)	32	采取现场检查和非现场检查相结 合的方式,综合运用询问、查阅 等方法,开展日常、专项、年度检 查。	制定并 检查	检查未 制定	制定未 检查	未检查 未制定	5	3	2	0			
	检查程序 (5分)	33	制定检查方案,成立检查小组, 开展检查,形成检查报告,提出 整改措施,跟踪整改落实。	制定并 检查	检查未 制定	制定未 检查	未检查 未制定	5	3	2	0			
	检查内容 (5分)	34	对各业务运行、内控要求落实、 业务经办流程、办理材料、基金 收支等内容进行检查,重点针对 较高风险业务。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0			

检查项目	检查内容	序号	检查标准	评价标准					评分分值			佐证材料
				好	较好	一般	差	好	较好	一般	差	
五、内部控制 的监督与检查 (45分)	动态评估 (5分)	35	建立内控工作动态评估管理机制，通过本级自评、上级考评的方式，定期开展内部控制评估，原则上每3年全覆盖评估。	执行	基本执行	部分执行	未执行	5	3	2	0	
	定期报告 (5分)	36	建立内控检查考核定期报告、重大问题及时报告制度，内部控制运行中出现的重大情况或医保基金运行风险及时报告。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	
	责任追究 (5分)	37	建立责任追究制度，强化内部监督制约，明确经办机构负责人、业务部门、内控管理部门责任。	建立且执行	建立部分执行	部分建立	未建立	5	3	2	0	
1. 检查内容设定标准分值，总分为200分。各单位最终考核得分实行百分制，按照评分标准得分换算为100分计。 2. 检查评估分值由高到低评为优秀、良好、合格、不合格四类。类别确定标准为：优秀—90分（含）以上、良好—70分—89分、合格—60分—69分、不合格—60分以下。												
说明：												



公开方式：不公开