

266
2014 10 13

ZJCC13-2014-0001

温州市人力资源和社会保障局

文件

温州市卫生局

温人社发〔2014〕311号

关于印发《温州市基本医疗保险医师 服务资格管理办法》的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局、卫生局，市医保中心、市信息中心、各定点医疗机构：

现将《温州市基本医疗保险医师服务资格管理办法》印发给你们，请遵照执行。

温州市人力资源和社会保障局

温州市卫生局

2014年9月23日

温州市基本医疗保险医师服务资格管理办法

第一条 为了规范医疗保险服务行为，保障参保人员的医疗权益，维护基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）及其执业医师的合法权益，确保医疗保险基金的安全，根据《中华人民共和国社会保险法》、《中华人民共和国执业医师法》、《浙江省基本医疗保险协议医师管理暂行办法》（浙人社发〔2014〕43号）、《浙江省基本医疗保险医保医师协议管理暂行办法实施细则》（浙人社发〔2014〕79号）等有关规定，结合我市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称取得基本医疗保险服务资格的医师（以下简称医保医师）指具有执业医师或执业助理医师资格，在定点医疗机构注册执业，并与医疗保险经办机构签订服务协议的医师。

第三条 各级人社保行政部门和卫生计生行政部门按各自管理权限主管本行政区域内的医保医师工作。

各级医疗保险经办机构受人力社保行政部门委托具体负责本统筹区医保医师工作的组织实施。负责医疗保险政策业务培训；负责医保医师服务协议签订；负责医保医师资格信息库和诚信档案库的建立与维护，做好与定点医疗机构及上级经办机

构医保医师资格信息档案库的对接工作，及时维护医保医师诚信信息，对考核、违规处理等相关情况记录在案，接受其他医疗保险经办机构和定点医疗机构的查询。

各统筹区定点医疗机构受医疗保险经办机构的委托，承担本单位医保医师的具体管理、培训和签约等工作。

第四条 定点医疗机构的医师申请基本医疗保险服务资格(以下简称“医保医师资格”)，应具备以下条件：

(一) 已依法取得执业医师或执业助理医师(含乡村医生)资格；

(二) 严格遵守《中华人民共和国执业医师法》和《乡村医生从业管理条例》，有良好的职业道德；

(三) 熟悉基本医疗保险法律法规和相关政策，掌握医疗保险用药、医疗服务项目设施范围和待遇支付标准等规定，严格按照医疗保险政策规定执行；

(四) 愿意接受人社部门和医疗保险经办机构的监督管理，自愿与医疗保险经办机构签订并履行医保医师服务协议。

第五条 医保医师实行服务编码和协议管理。符合条件的定点医疗机构医师，可通过所在定点医疗机构向当地医疗保险经办机构申请签订医保医师服务协议，获取医保医师资格。

医保医师资格服务编码浙江省内实行一人一码，不随医师

执业地、执业范围、职称等变更而变更。浙江省医保医师资格服务编码由大写英文字母“YB”加医师资格证书编码组成。

定点医疗机构组织医师参加医保相关政策培训学习，根据医师申请，按本办法第四条规定初审通过后与符合条件的医师签订《浙江省医保医师服务协议》（一式两份），统一向医疗保险经办机构申报。

第六条 新录用的医师，应当参加所在地医疗保险经办机构统一组织的医疗保险政策业务培训，经考试合格后取得医保医师服务资格，同时获取医保医师资格服务编码。取得服务编码的医保医师，由当地医疗保险经办机构委托定点医疗机构法人代表与其签订服务协议。

第七条 经卫生计生行政部门许可多点执业的医保医师，应向其所执业的其他定点医疗机构提出申请，并分别与执业地医疗保险经办机构签订《医保医师服务协议》。

参加省内进修、对口支援、技术协作等项目的医师，服务期限在一年内的，由接收医疗机构向各县（市、区）医疗保险经办机构申报，医疗保险经办机构通过省医保医师资格信息档案库，对该医师服务编码进行核实并录入，不再重新签订《医保医师服务协议》。

第八条 医保医师服务协议期限应与其所属定点医疗机构

服务协议期限一致。定点医疗机构服务协议中止或解除的，医保医师服务协议同时中止或解除。医保医师服务协议签订期内没有发生解除协议情形的，且医师本人未提出解除协议申请的，协议期满自动续签下一个协议周期。

第九条 医保医师协议与服务编码状态对应关系按以下规定执行：

（一）《医保医师协议》正常履行期内的医保医师，其医保服务编码为“正常”状态；

（二）被中止《医保医师协议》的医师，其医保服务编码为封锁状态；

（三）被解除《医保医师协议》的医师，其医保服务编码为封锁状态，其中违规情节严重的，医疗保险经办机构注销医保医师服务编码。

第十条 因违规被中止《医保医师服务协议》的，如需恢复履行《医保医师服务协议》，医师应当在中止期满前 10 个工作日内向医疗保险经办机构提交恢复履行《医保医师协议》的申请书及整改报告，并附上所在定点医疗机构的意见。医疗保险经办机构在收到上述材料后，应在 10 个工作日内按规定程序作出是否同意恢复履行《医保医师服务协议》的决定。医师在规定时间内不提出恢复履行《医保医师协议》申请的，中止期限

自动延长，直至协议期满解除。

因违规被解除《医保医师服务协议》的，医疗保险经办机构自解除协议之日起一年内不再受理该医师要求重新签订《医保医师服务协议》的申请。

因违规被注销医保医师服务编码的，医疗保险经办机构应解除《医保医师服务协议》，将有关情况报当地人社保行政部门，并逐级上报至省人社保厅备案。本市医疗保险经办机构五年内不得与其签订《医保医师服务协议》。

第十一条 定点医疗机构负责将医保医师与服务编码的对应关系录入医院 HIS 系统，并在医疗费用结算时按经办机构要求上传相关信息数据与经办机构医保医师诚信档案库进行匹配。匹配不通过的相关医疗费用，医疗保险基金不予支付，由定点医疗机构承担。

医保医师为医疗保险参保人员提供医疗服务所发生的医疗费用，按照基本医疗保险规定结算。中止服务协议的医保医师和非医保医师提供医疗服务产生的相关费用，基本医疗保险基金不予支付，由定点医疗机构承担（急诊、急救除外）。

第十二条 医保医师医疗保险服务要求：

（一）熟悉基本医疗保险法律、法规、规章和政策规定，熟练掌握基本医疗保险用药、医疗服务项目、医用材料范围，

自觉履行定点医疗机构服务协议；

(二) 施诊时应校验参保人员社会保障卡和医疗证，做到人、证、卡相符，认真书写门诊、住院病历、处方等医疗记录，确保医疗记录清晰、准确、完整；

(三) 严格执行基本医疗保险药品、医疗服务项目目录，严格控制同类药品中高价位药品的比例。坚持因病施治原则，合理检查、合理用药、合理治疗，不开大处方，不滥用检查、不诱导过度医疗、不降低服务质量；使用目录外药品和诊疗项目的，须告知参保人员或其亲属并由其签字同意；

(四) 坚持首诊负责制和双向转诊制，不推诿、拒收病人，不以各种借口使参保人员提前或延迟出院；

(五) 按照国际疾病分类（ICD-10）或省级以上卫生计生行政部门确定的疾病名称填写疾病诊断，不提供虚假病程记录。

第十三条 医保医师的医疗服务实行积分累计考核管理。一个协议年度内医保医师的初始分值为 12 分，扣分在协议年度内累加计算，每个协议年度末扣分清零。医保医师有违规行为，根据违规类别扣除相应的分值。其中医保医师多点执业且与多家医疗保险经办机构签订服务协议的，初始分值不变，扣分累加计算。

违规类别分为 A、B、C、D 四类，每次违规分别扣除 12、6、

2、1分。

第十四条 医保医师有下列行为之一的，属A类违规，每次扣12分：

（一）被卫生计生行政部门吊销执业医师、执业助理医师或乡村医生执业证书或被注销注册、收回执业证书后仍从事诊疗活动的；

（二）通过伪造医疗文书及有关资料、出具虚假医疗证明、办理虚假住院等方式，骗取医疗保险基金的；

（三）为参保人员提供虚假证明材料，串通他人虚开门诊、住院票据套取医疗保险基金的；

（四）被举报查实存在以医谋私，获取非法利益，严重侵害参保人员权益的；

（五）故意曲解医保政策和管理规定，挑动参保人员集体上访，造成恶劣影响的；

（六）经医疗保险经办机构定期考核不合格的；

（七）违反基本医疗保险法律、法规、规章和政策规定，经人力社保部门责令整改而拒绝整改或经整改仍不符合要求的；

（八）其他严重违反医疗保险管理规定，危害参保人员利益或造成医疗保险基金重大损失的行为。

第十五条 医保医师有下列行为之一的，属 B 类违规，每次计扣 6 分：

（一）故意不核实患者身份，导致冒名住院造成医疗保险基金损失的；

（二）故意为参保人员串换医疗保险药品、医疗服务项目，造成医疗保险基金损失的；

（三）故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较大损失的；

（四）为参保人员提供医疗服务过程中，出现二级以上负主要责任医疗事故造成参保人严重伤害的；

（五）被卫生计生行政部门责令暂停执业活动后仍从事诊疗活动的，或被定点医疗机构停止处方权后仍开具处方的；

（六）其他违反医疗保险规定，造成医疗保险基金较大损失的行为。

第十六条 医保医师有下列行为之一的，属 C 类违规，每次扣 2 分：

（一）将服务编码转借给被中止、解除或未签订服务协议的医师开具医保处方的；

（二）使用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

（三）医疗收费与病历记录、医疗操作不符的；

(四) 故意分解检查、治疗、处方和收费等造成医保基金损失的;

(五) 不因病施治, 过度医疗造成医保基金损失的;

(六) 其他违反医疗保险规定, 造成医保基金损失的行为。

第十七条 医保医师有下列行为之一的, 属 D 类违规, 每次扣 1 分:

(一) 未按规定核验就诊人员身份, 导致冒名门诊就医的;

(二) 未按规定查看既往就诊记录、记载门诊病历, 导致重复配药、重复检查的;

(三) 违反医疗保险药品配药量、限制使用条件规定, 或无充分理由超药品使用说明书范围用药的;

(四) 不执行门诊处方外配制度, 拒绝为参保人员开具外配处方的;

(五) 使用需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等, 未履行告知义务被参保人员投诉的;

(六) 拒绝配合上级相关行政部门及医疗保险经办机构监督检查的;

(七) 不坚持首诊负责制和双向转诊制, 推诿、拒收参保人员, 以各种借口使参保人员提前或延迟出院的;

(八) 让住院参保人员带检查和治疗项目(康复治疗除外)

基金的
出院的；

(九) 不按规定参加医疗保险经办机构或定点医疗机构举办的医疗保险政策学习培训的；

(十) 违反医疗保险有关规定的其他情形。

行为。
每次
的；
导致
或
外
用
监
民
)

第十八条 医疗保险经办机构对违规医保医师作出扣分处理的，应书面告知其本人及其所在定点医疗机构。一个协议年度内医保医师累计扣分达到 6 分的，医疗保险经办机构会同定点医疗机构对相关医师进行约谈；累计扣分在 9—11 分的，医疗保险经办机构中止执行其《医保医师服务协议》1—3 个月；累计扣分达 12 分的或连续三年违规扣分达到 9 分以上的，医疗保险经办机构解除与其签订的《医保医师服务协议》，情节严重的，可注销医保医师服务资格并取消其医保医师服务编码。

第十九条 医保医师管理纳入定点医疗机构服务协议管理和年度考核范围。定点医疗机构被中止或解除定点服务协议的，医保医师所签订的服务协议同时中止或解除。

第二十条 医疗保险经办机构对医保医师考核扣分的，应当书面告知本人及所在定点医疗机构；医疗保险经办机构作出中止、解除医保医师服务协议或注销服务编码，应当提前 15 个工作日书面告知本人及其所在定点医疗机构。

医保医师对医疗保险经办机构作出的处理决定存在异议

的，可在接到书面通知后 10 个工作日内通过所在单位向医疗保险经办机构提出书面异议。医疗保险经办机构应认真对待，必要时组织专家合议后作出决定。

第二十一条 解除医保医师服务协议或注销服务编码的，医疗保险经办机构应按管理权限上报人力资源社会保障行政部门审核批准后执行，同时上报省级医疗保险经办机构备案。

第二十二条 医保医师协议管理和积分累计考核与医保医师诚信档案库建立相匹配。

医疗保险经办机构可通过医疗费用的审核、稽核等手段，监督医保医师履行协议情况，同时发挥社会监督作用，通过设立意见箱、举报投诉电话、网站调查、发放调查问卷、短信反馈等措施，及时掌握医保医师为参保人员服务的情况。查实处理扣分按规定程序告知，重大案件书面专报上级行政部门。

医疗保险经办机构须指定专人负责医保医师管理工作。充分利用信息技术，将符合扣分条款的行为纳入诚信档案库管理，及时将相关信息录入诚信档案库并传送至上级经办机构。

第二十三条 定点医疗机构应当建立配套的医保医师管理制度，制定本单位医保医师管理办法，定期对医保医师进行医疗保险政策培训，每年不少于 2 次，每次不少于 2 课时。定期对医保医师的医疗服务进行检查，要把医保医师执行医疗保险

政策、履行服务协议、提供医疗服务的质量及参保人员评价满意度等情况，与其年度考核、工资待遇、职务职称晋升等挂钩。鼓励医保医师认真履行职责，更好地为参保人员服务。

定点医疗机构应加强对医保医师的动态管理，及时做好新增医师申请基本医疗保险服务资格及退休离岗、调出医师的登记备案工作。

定点医疗机构须指定医保工作专职人员及时准确上传和维护医保医师相关信息，确保医保医师诚信档案库数据准确、有效、完整。

第二十四条 各县（市、区）医疗保险经办机构根据上级要求按统一格式分别建立医保医师诚信档案库和统筹地区定点医疗机构信息库，市级医疗保险经办机构汇总后依托现有异地就医联网结算网络同步对接到省医保医师信息档案库、全省定点医疗机构信息库。

第二十五条 全省异地就医联网结算定点医疗机构医保医师纳入就医地统筹地区统一管理，违规扣分累加计算。

第二十六条 人力资源和社会保障部门与卫生计生部门建立信息互通联动机制和医疗保险联合反欺诈工作机制，积极协调开展联动联查联处，加大对违法违规行为的打击力度。典型案例通报批评，并分别上报上级主管部门和省医疗保险经办机

构备案。触犯法律的，依法移送司法机关。

第二十七条 人力资源和社会保障行政部门、医疗保险经办机构工作人员违反医疗保险协议医师管理有关规定，滥用职权、徇私舞弊的，依法给予行政处分；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第二十八条 本办法由人力社保部门负责解释。

第二十九条 本办法自 2014 年 10 月 1 日起施行。