

衢州市医疗保障局文件

衢医保发〔2020〕64号

衢州市医疗保障局关于印发衢州市基本医疗保险协议医师管理暂行办法的通知

各县（市、区）医疗保障局、各有关单位：

《衢州市基本医疗保险协议医师管理暂行办法》已经研究同意，现印发给你们，请认真贯彻执行。

衢州市医疗保障局

2020年7月3日

衢州市基本医疗保险协议医师管理 暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强基本医疗保险服务管理，逐步将基本医疗保险对定点医疗机构服务的监管延伸到对医务人员医疗服务行为的监管，规范医师医疗服务行为，切实维护参保人员的合法权益，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》等法律、法规的规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本办法所称基本医疗保险协议医师（以下简称医保医师）是指具有执业医师、执业助理医师或乡村医师资格，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 各统筹区医疗保障行政部门按各自管理对象主管本行政区域内的医保医师工作。市级医疗保险经办机构负责全市医保医师的综合管理工作。其他各级医疗保险经办机构具体负责本统筹地区医保医师的管理工作。

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工作。

第二章 资格与职责

第四条 具备下列条件的定点医疗机构医师，可申请医保医师资格：

（一）取得执业医师、执业助理医师或乡村医师资格，并按规定注册；

（二）具有良好的职业道德和医疗执业水平；

（三）熟悉并自觉遵守基本医疗保险、生育保险、大病保险、医疗救助等医疗保障政策规定，愿意为基本医疗保险参保人员提供医疗服务。

第五条 医保医师职责：

（一）施诊时应认真核验参保人员相关身份信息，确保人证相符，防止冒名就诊、住院等现象；

（二）规范书写门（急）诊、住院病历和处方等医疗记录，确保医疗记录客观、全面、真实、准确、及时、完整；

（三）坚持因病施治的原则，合理检查、合理治疗、合理用药，不开大处方，不诱导过度医疗，不降低服务质量；

（四）坚持首诊负责制，执行逐级转诊制度，不得推诿、拒收病人，不得以任何借口让参保人员提前或延迟出院；

（五）使用医疗保险目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施时，应当事先向参保人员或者其家属说明并经其同意（急诊、抢救等特殊情形除外）；

（六）查看参保人员就诊记录，避免重复开药、重复检查，并严格执行出院带药等相关规定；

（七）协助医疗保障部门做好医疗保障政策宣传工作，配合医疗保障部门工作人员的检查；

（八）协助医疗保障部门对医疗服务行为的规范性、合

理性进行审核论证；

（九）其他按规定应当履行的职责。

第三章 管 理

第六条 定点医疗机构具有执业资格的在岗医师，按自愿原则，经所在定点医疗机构向当地医疗保险经办机构提出医保医师申请，由定点医疗机构初审后将相关信息录入医保医师系统进行申报，对于符合条件的医师，医疗保险经办机构按规定在医保医师系统中审核通过并纳入医保医师管理。

第七条 医保医师将相关信息提供给定点医疗机构，定点医疗机构将医师信息录入医保医师系统，医保医师须阅读并同意相关医保医师电子协议条款，协议即时生效。医疗保险经办机构与医保医师不再另行签订书面协议。

第八条 经卫生健康行政部门许可多点执业的医师，应当分别经各执业所在定点医疗机构向医疗保险经办机构申报医保医师管理。

第九条 医保医师与定点医疗机构解除聘用关系的，定点医疗机构应及时在医保医师系统中办理注销手续。

第十条 各定点医疗机构应按医疗保险经办机构的要求，及时准确地上传、维护医保医师相关信息，确保医保医师库数据准确、有效。

第十一条 医疗保险经办机构负责对定点医疗机构医保管理部门工作人员或医保医师进行政策培训。定点医疗机构应当定期对院内医保医师进行医疗保障政策培训，每年一

般不少于 2 次；医疗保障政策有相关调整时，应及时组织培训。

第十二条 医疗保险经办机构对医保医师医疗服务行为实行积分累计管理制度，并负责对医保医师的违规行为进行扣分。

各级医疗保险经办机构应当将医保医师违规处理及扣分等相关情况记录在案，并及时录入医保医师信息系统。

第十三条 定点医疗机构应当将本单位医保医师信息录入医院信息管理（HIS）系统，医保费用结算时按要求将相关信息传送至医疗保险经办机构进行匹配。不得将未签订或暂停医保医师协议关系的医师处方和医嘱纳入医疗保险费用结算。

第十四条 定点医疗机构被暂停或解除定点服务协议，该医疗机构的医保医师所签订的服务协议同时暂停或解除。

第十五条 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。暂停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，医疗保险基金不予支付（急诊、抢救等特殊情形除外）。

第四章 积分累计考核

第十六条 医疗保险经办机构对医保医师实行积分累计考核制度，每个自然年度初始分值为 12 分。医保医师在为医疗保险经办机构管理的参保人员提供医疗服务相关过程

中有违规行为的，扣除相应的分值。扣分在自然年度内累加计算，每年度末扣分清零。跨统筹区多点执业的医保医师，初始分值不变，扣分累加计算，累计扣分达到 12 分的由市级经办机构通知相关医疗保险经办机构按规定作出处理。

第十七条 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣 12 分：

（1）被卫生健康行政主管部门吊销医师、助理医师或乡村医生执业证书或被注销注册、收回执业证书的；

（2）通过编造医疗文书、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；

（3）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；

（4）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查的；

（5）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；

（6）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。

第十八条 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣 6 分：

（1）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；

（2）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；

（3）故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较大损失的；

（4）为参保人员提供医疗服务过程中，出现医疗责任事故造成参保人严重伤害的；

（5）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。

第十九条 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣 2 分：

（1）未按规定核验就诊人员身份，导致冒名就医的；

（2）将服务编码转借给被暂停、解除或未签订服务协议的医师开具医保处方的；

（3）冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

（4）医疗收费与病历记录、医疗操作不符的；

（5）分解检查、治疗、处方和收费等造成医保基金损失的；

（6）不因病施治，过度医疗造成医保基金损失的；

（7）对因意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和经过的；

（8）收治不符合入院治疗指征的参保人员的；

（9）其他违反医疗保险规定，造成医保基金损失的行为。

第二十条 医保医师有下列违规行为之一的，每次计扣 1

分:

(1) 未按病历书写规范书写门诊、住院病历, 病历记录不及时、不规范或无法辨认的;

(2) 不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;

(3) 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;

(4) 不执行门诊处方外配制度, 拒绝为参保病人开具外配处方的;

(5) 未事先履行告知义务, 开具需参保人员自费的药品、医疗服务项目或医用材料等, 被参保人员投诉的;

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

(7) 让住院参保人员带医疗检查或治疗项目出院的;

(8) 不按规定参加经办机构或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训;

(9) 违反医疗保险有关规定的其他情形。

第二十一条 医疗保险经办机构对违规医保医师作出扣分处理的, 应以书面或系统发送短信方式告知其本人及其所在定点医疗机构。一个自然年度内医保医师累计扣分达到 6 分的, 统筹区医疗保险经办机构应会同定点医疗机构对相关医师进行约谈; 累计扣分达 9 至 11 分的, 医疗保险经办机构应暂停相关医师服务协议 1 至 3 个月; 累计扣分达 12 分

的或连续三年违规扣分在 9 分以上的，医疗保险经办机构应与医保医师解除服务协议，且自解除服务协议之日起一年内不再接受该医师重新签订服务协议的申请；一次性扣 12 分的，视情节严重程度，医疗保险经办机构自解除协议之日起 1-5 年内不得与相关医师签订医保医师协议。

第二十二条 因违规被暂停服务协议的医师，如需恢复履行服务协议的，应当在暂停期满前 7 个工作日内向所在定点医疗机构提交恢复服务协议申请及规范医疗服务行为承诺书，上传医保医师系统，医疗保险经办机构自暂停期满之日起予以恢复医保服务协议。医保医师在规定时间内不提出恢复履行服务协议申请的，暂停期限自动延长，直至协议期满解除协议。

第二十三条 医保医师的违规行为同时纳入衢州市医保领域信用管理。医保医师医保信用等级为 C 级的，列为重点监管对象，加大对其医疗服务日常检查频度；医保医师医保信用等级为 D 级的，取消其医保医师资格，其提供医疗服务产生的相关费用医保基金不予支付。

第五章 监督与奖励

第二十四条 医疗保险经办机构要充分发挥社会监督作用，通过设立意见箱、监督投诉电话、网站调查、发放调查问卷等监督措施，及时掌握医保医师为参保人员服务的情况。定点医疗机构应当向社会公开监督方式，接受医疗保险参保人员和社会各界的监督。

第二十五条 定点医疗机构应当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。

第二十六条 医疗保险经办机构应当建立优秀医保医师激励机制。通过开展年度优秀医保医师评选活动，对执行医疗保险政策到位、医疗服务好、群众满意度高的医保医师给予表彰和奖励。

第六章 其 他

第二十七条 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，可在接到通知后 10 个工作日内通过所在单位书面向医疗保险经办机构提出。医疗保险经办机构应认真对待，必要时组织专家合议，在接收书面申请后 30 个工作日内做出决定。

第二十八条 医疗保障行政部门、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。

第二十九条 本暂行办法自 2020 年 8 月 3 日起实施。

附件：衢州市基本医疗保险协议医师服务协议

附件：

衢州市基本医疗保险协议医师服务协议

甲方：（统筹地区医疗保险经办机构）

乙方：（医保医师）

为切实维护参保人员的合法权益，规范定点医疗机构医师的医疗服务行为，明确甲乙双方的权利义务，根据《衢州市基本医疗保险协议医师管理暂行办法》文件规定，经双方协商达成如下协议：

第一条 甲乙双方应严格遵守国家、省以及本统筹区医疗保险各项政策规定。

第二条 甲乙双方应遵照《衢州市基本医疗保险协议医师管理暂行办法》，认真履行本协议。

第三条 甲方应根据医疗保险有关规定，及时向乙方提供医疗保险政策、文件和相关规定，并（或委托乙方所在单位）对乙方进行政策宣传和培训。

第四条 乙方应参加甲方组织的各种医疗保险业务培训。

第五条 甲方应建立医保医师信息库，乙方应向所在定点医疗机构提供准确的基本信息，由定点医疗机构录入信息系统，确保医保医师库数据准确、有效。

第六条 乙方应为甲方参保人员提供合理、必要的医疗服务；在费用结算时按甲方要求上传服务编码以及医疗服务

等相关信息供甲方核查。

第七条 甲方对乙方在协议年度内的医疗服务行为实行积分累计考核管理。具体扣分规则和扣分处理按《衢州市基本医疗保险协议医师管理暂行办法》规定执行。

第八条 甲乙双方如需解除本协议的，须提前 15 个工作日通知对方；对乙方正在诊治的参保人员，甲乙双方应妥善安置。

第九条 甲方与乙方签订本协议，甲方应做好对乙方在协议有效期内的管理、培训和考核评价等工作。

第十条 乙方所在单位将乙方信息录入医保医师系统，乙方须阅读并同意相关医保医师电子协议条款，协议即时生效。甲方与乙方不再另行签订书面协议。

第十一条 甲方委托乙方所在单位负责本单位的医保医师动态管理及日常考评工作。

第十二条 协议执行期间，国家法律、法规和政策有调整的，应按新的规定执行。若新规定与本协议不一致时，经双方协商，可按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议同等。

第十三条 甲乙双方在协议履行过程中发生争议的，可通过协商解决。双方协商未果的，可以要求医疗保障行政部门进行协调处理。对协调处理结果不服的，可依法申请行政复议或提起行政诉讼。

第十四条 本协议有效期与乙方所属定点医疗机构服务

协议期限一致，自 年 月 日至 年 月 日止。
乙方在协议有效期内没有发生解除协议情形的，且本人未提出解除协议申请的，本协议期满自动续签下一个协议周期。

第十五条 本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：（统筹地区医疗保险经办机构） 乙方：（医保医师）

委托签约人：

年 月 日

年 月 日

