

安徽省医疗保障局文件

皖医保发〔2019〕12号

安徽省医疗保障局 关于印发《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》 《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）》的通知

各市、县（区、市）医疗保障局，省级医保经办机构：

为规范定点医疗机构医师医疗服务行为，加强医疗保障基金监管，我局制定了《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）》，并结合我省医疗保障工作实际，提出如下意见，请一并贯彻执行。

一、各地医疗保障行政管理部门要根据《安徽省医疗保障协

议医师服务协议范本》，指导经办机构结合当地实际，与定点医疗机构医师沟通协商，制定本地区医保医师服务协议文本，并督促双方尽快签署协议，切实将医保医师制度落到实处。

二、各地医疗保障经办机构要做好医保医师基础信息采集工作，指导定点医疗机构认真填写《安徽省基本医疗保障协议医师信息档案登记表》，并及时将信息录入本地医保医师信息档案库。

三、各统筹地区医疗保障经办机构要建立医保医师服务考核评价机制，强化医保医师协议管理。按照客观公正，便于操作的原则，细化量化考核指标，认真组织对医保医师服务行为的考核评价工作。定点医疗机构要制定本单位医保医师管理办法，定期组织开展医保医师服务行为满意度调查，并做好相关记录。

四、各地要高度重视医保医师制度建设工作，加强组织领导，要综合考虑医保医师信息管理相关业务需求，尽快对医保信息系统进行升级改造，确保医保医师制度建设有序推进。

五、各地在组织实施过程中，如有问题，及时向省医疗保障局报告。



安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）

第一章 总 则

第一条 为加强医疗保障服务管理，构建和谐医、保、患三方关系，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，保障参保人员合法权益，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》《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》等法律法规，结合本省实际，制定本办法。

第二条 本办法所称医疗保障协议医师（以下简称医保医师）是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，并与医疗保障经办机构（以下简称经办机构）签订医保服务协议的医师。

第三条 县级以上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。省级经办机构负责全省医保医师的综合管理工作。其他各级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）取得执业医师或执业助理医师资格，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、长期护理保险等医疗保障政策规定，愿意为基本医疗保险、生育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 管理与考评

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，向所在定点医疗机构申请签订医保医师协议。定点医疗机构根据本办法第四条的要求，将医师的相关材料和名单报当地经办机构备案，对于符合条件的医师，纳入医保医师管理。

第七条 纳入医保医师管理的医师，由执业地经办机构委托定点医疗机构法人代表与其签订服务协议。

第八条 经卫生健康行政部门许可多点执业的医师，应当与所有执业地经办机构分别签订服务协议。

第九条 医保医师与定点医疗机构解除聘用关系的，所在医疗机构应当解除医保医师服务协议，并及时到执业地经办机构办理注销手续。

第十条 经办机构负责对医保医师医疗服务行为进行考核评价，并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。定点医疗机构应当制定本单位医保医师管理办法，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。

第十一条 各统筹地区经办机构应当建立医保医师档案信息

库。省级经办机构应当建立全省医保医师档案信息库，与各统筹地区医保医师档案信息库对接，实行网络化、动态化管理。各级经办机构应当建立医保医师诚信考评制度，将考评、违规处理等相关情况记录在案，并及时录入医保医师档案信息库，供省内其他统筹地区医疗保障部门和定点医疗机构查询。

第十二条 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。

第十三条 医保医师有以下情形的，经办机构应暂停或解除其服务协议：

- （一）被卫生健康行政部门吊销医师执业证书的；
- （二）严重违反医保政策相关规定的；
- （三）注销注册、收回医师执业证书的；
- （四）经办机构定期考核不合格的；
- （五）卫生健康行政部门定期考核不合格，责令暂停执业活动期限内的；
- （六）被定点医疗机构停止处方权的；
- （七）有骗取医保基金等违规行为的；
- （八）其他应当终止医保医师服务协议的情形。

第十四条 暂停服务协议的，暂停期满，经考核合格后恢复履行服务协议；解除服务协议的，本协议签订期内不再签订服务

协议；查实具有骗取医保基金等违规行为的，视情节严重程度，本省各统筹地区经办机构自解除服务协议之日起，1-5年内不得与其签订医保医师协议。

第十五条 医保医师管理纳入定点医疗机构服务协议管理和年度考评范围。定点医疗机构被暂停或解除定点服务协议的，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。

第十六条 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）。

第十七条 对医保医师的医疗服务行为实行积分累计考评制度，对医保医师的违规行为进行扣分。具体扣分标准及相应的处理办法另行制定。

第十八条 经办机构对医保医师按规定扣分的，应当书面告知医师本人及其所在定点医疗机构；经办机构作出暂停、解除医保医师服务协议决定的，应当提前15个工作日书面告知医师本人及其所在定点医疗机构。

第四章 监督与激励

第十九条 医疗保障行政部门依法对医保医师医疗服务行为以及遵守医疗保障法律法规的情况实施监管。受理举报人提供的涉及医保医师的欺诈骗保线索，依法依规调查处理。

第二十条 经办机构要充分发挥社会监督作用，通过设立意见箱、公布监督投诉电话、开展网络调查、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。

第二十一条 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、工资待遇等挂钩。

第二十二条 各地应当建立优秀医保医师激励机制。经办机构通过开展年度优秀医保医师评选活动，对认真执行医疗保险政策、医疗服务好、群众满意度高的年度优秀医保医师给予表彰。

第五章 附则

第二十三条 在乡镇卫生院（社区卫生服务中心）按一体化管理的在村卫生室（社区服务站）执业，且具有乡村医生执业证书、乡村执业助理医师证书、乡村全科执业助理医师证书的乡村医生，由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）参照本办法有关规定办理相关手续，纳入医保医师管理范围。

第二十四条 本办法由省医疗保障局负责解释。

第二十五条 本办法自发布之日起施行。

安徽省医疗保障协议医师管理 实施细则（试行）

为贯彻实施《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》（以下简称《管理办法》），结合我省医疗保障工作实际，制定本实施细则。

一、医疗保障协议医师服务编码

医疗保障协议医师服务编码（以下简称服务编码）实行一人一码，由执业地医疗保障经办机构（以下简称经办机构）编制（在肥省属医疗机构服务编码由省级经办机构编制）。定点医疗机构符合条件的医师，可向所在定点医疗机构申请签订医保医师协议。定点医疗机构根据《管理办法》第四条的要求，将符合条件的医师相关材料和名单报当地经办机构备案，经备案审查合格的，编制服务编码。

被注销服务编码的医师，必须参加统筹地区经办机构或所在定点医疗机构组织的医疗保险政策业务培训，经审核合格后申请恢复服务编码。

服务编码由3位英文字母和数字加上执业（助理）医师执业资格证书编码组成。前3位编码规则如下：

编码第1位为各市行政区域代码，用大写英文字母表示（如合肥市用“A”表示），省本级用“Z”表示；编码第2位用小写

英文字母表示各市辖区内县（市、区）具体划分，由各市自行确定；编码第3位用“0,1,2,3”分别表示不同级别医疗机构，“0”代表一级以下医疗机构，“1”代表一级医疗机构，“2”代表二级医疗机构，“3”代表三级医疗机构。

定点医疗机构负责将本单位所属医保医师与其服务编码的对应关系录入医院信息管理系统，并按经办机构要求将相关信息数据上传至医保医师档案信息库。

二、医保医师服务协议

《医保医师服务协议》（以下简称服务协议）由经办机构与定点医疗机构医师协商确定。服务协议应明确双方的责任、权利和义务。对医保医师的医疗服务行为实行积分制管理，累计扣分达到一定分值的，经办机构可暂停或解除服务协议。

经办机构负责将服务协议文本（一式三份）统一交与定点医疗机构，委托定点医疗机构法人代表与医师办理签订协议事宜。

经卫生健康行政部门批准可多点执业的医师，由其执业的各定点医疗机构分别向执业地经办机构提出申请，并提供卫生健康行政部门的审批材料。经办机构审核后，由经办机构直接与多点执业医师签订服务协议，在多个统筹地区执业的，分别签订服务协议。

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，由接收医院向当地经办机构申报，经办机构通过省医保医师信息档案库，对该医师服务编码进行核实并录入，不

再重新签订服务协议。期间发生违规行为的，按该医师与原执业地经办机构签订的服务协议规定进行处理。

医保医师服务协议期限与其所属定点医疗机构服务协议期限一致。定点医疗机构被暂停或解除服务协议的，医保医师服务协议同时暂停或解除。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。

医保医师服务协议被暂停或解除的，经办机构应及时中止该医师医保结算资格，定点医疗机构应通过适当方式告知参保人员该医师提供的医疗服务产生的相关医疗费用，医疗保险基金不予支付（急诊、抢救等特殊情形除外）。

三、积分管理

经办机构对医保医师实行积分累计考核管理，每个自然年度初始分值为12分。医保医师有违规行为的，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。医保医师因违规被暂停医保医师资格的时间不受自然年度限制。

（一）扣分规则

1. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣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) 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；

(6) 不执行首诊负责制，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) 不按规定参加医疗保障部门或定点医疗机构举办的医疗保险业务培训的；

(9) 其他违反医疗保障政策规定，未造成医保基金损失的情形。

2. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣2分：

(1) 未按规定核验就诊人员身份，导致冒名门诊就医的；

(2) 对因工伤、意外伤害就诊的参保人员，未如实记载受伤原因和经过的；

(3) 将服务编码转借给被暂停、解除或未签订服务协议医师开具医保处方的；

(4) 冒用其他医保医师服务编码开具医保处方的；

(5) 医疗收费与病历记录、医疗服务不符的；

(6) 有分解检查、治疗、处方和收费等违规行为的；

- (7) 不因病施治，过度医疗造成医保基金损失的；
- (8) 收治不符合入院治疗指征的参保人员的；
- (9) 不因病施治，门诊慢性（特殊）病用药与认定病种不符，造成医保基金损失的；
- (10) 开具与疾病无关的药品、检查治疗项目的；
- (11) 其他违反医疗保障政策规定，造成医保基金损失的行为。

3. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣6分：

(1) 将医保目录外药品、诊疗项目和医疗服务设施纳入医保基金支付的；

(2) 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；

(3) 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；

(4) 故意夸大、掩盖医疗事实，造成医疗保险基金较大损失的；

(5) 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；

(6) 其他违反医疗保障政策规定，造成医疗保险基金较大损失的行为。

4. 医保医师有下列违规行为之一的，每起计扣12分：

(1) 拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展必要监督检查

的；

(2) 被卫生健康行政部门吊销医师、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；

(3) 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；

(4) 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；

(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) 经经办机构定期考评不合格的；

(7) 因违规行为，造成恶劣社会影响的；

(8) 其他严重违反医疗保障政策规定，危害参保人员利益或造成医疗保险基金重大损失的行为。

(二) 扣分处理

经办机构对违规医保医师作出扣分处理的，应书面告知本人及所在定点医疗机构。一个自然年度内，医保医师累计扣分达到6分的，执业地经办机构应会同定点医疗机构对相关医师进行约谈，并做好约谈记录；累计扣分9-11分的，经办机构可暂停服务协议1-3个月；累计扣分达到12分的或连续三年违规扣分9分以上的，经办机构应与医保医师解除服务协议，经办机构自解除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，经办机构自解除协议之日起1-5年

不得与其签订医保医师协议。

医保医师违规行为造成医疗保障基金损失的，基金损失应退回医疗保障基金，并由医疗保障行政部门根据相关规定进行处罚。

医保医师因卫生健康行政部门检查考核不合格，被暂停执业活动或因违规被定点医疗机构停止处方权的，定点医疗机构应及时将有关违规行为报执业地经办机构，经办机构从相关处罚决定之日起，暂停该医师医保结算服务；违规处罚期满时，由所在定点医疗机构提交恢复履行服务协议的申请以及违规处罚情况报告，经办机构将根据违规情形，作出是否同意恢复履行服务协议的決定。

因违规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10个工作日内向所在定点医疗机构提交恢复履行服务协议的申请书及整改报告，定点医疗机构初审后，附上审核意见，报经办机构复审。经办机构应在收到上述材料后10个工作日内按规定程序作出是否同意恢复履行服务协议的決定。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。

因违规被解除服务协议的医师，违规限制期满，重新申请签订服务协议的，应当在限制期满前15个工作日内向执业地经办机构提交申请书及整改报告，并附上所在定点医疗机构的意见。经办机构应在收到上述材料后15个工作日内按规定程序作出是否同

意重新签订服务协议的决定。

医保医师违规被解除服务协议的，经办机构应将有关情况报当地医疗保障行政部门和省级经办机构，并向当地卫生健康行政部门通报。

四、档案及考评管理

医保医师实行信息档案管理。各统筹地区经办机构按全省统一的格式标准分别建立医保医师信息档案库。待条件成熟后，逐步建立全省统一的医保医师信息档案库。

经办机构建立诚信考评制度，根据考评结果分优秀、合格、基本合格和不合格四个等次，考评等次录入到医保医师信息档案库。

各级经办机构需指定专人负责医保医师管理工作，掌握医保医师履行协议情况，按规定程序处理医保医师违规行为，及时将相关信息录入医保医师信息档案库，并上报省级经办机构。重大案件需书面专报。

各定点医疗机构负责本单位医保医师相关数据的录入及上传工作，针对本单位医保医师新增、调离、辞职等情况，及时准确地更新维护医保医师相关信息，确保医保医师信息档案库数据准确、有效。如因定点医疗机构未及时更新医保医师信息，发生的医疗费用医保基金不予支付。

五、其他事项

（一）医保医师对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经办机构提出书面异议。经办机构应认真对待，必要时组织专家合议后作出决定。

（二）医疗保障部门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。

（三）本实施细则自发布之日起实施。

- 附件：1. 安徽省医疗保障协议医师服务协议范本
2. 安徽省医疗保障协议医师申请登记表
3. 安徽省医疗保障协议医师信息档案登记表

附件1

安徽省医疗保障协议医师服务协议范本

甲方：（统筹地区医保经办机构）

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《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）》等文件规定，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、省以及本统筹地区医疗保障各项政策规定。

第二条 甲乙双方应遵照《安徽省医疗保障协议医师管理办法（试行）》《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则（试行）》，认真履行本协议。

第三条 甲方应根据医疗保障有关规定，及时向乙方提供医疗保障政策、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障业务培训。

第五条 甲方应建立医疗保障协议医师信息档案库，乙方应向甲方提供准确的基本信息，由甲方录入信息系统；甲方应按规定程序为乙方编制医保医师服务编码并告知乙方。

第六条 乙方应为甲方参保人员提供规范、合理的医疗服务；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相关文件规定执行。

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 甲方委托乙方所在单位的法定代表人与乙方签订本协议，负责本单位的医保医师动态管理及日常考评工作。

第十一条 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。

第十二条 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。

第十三条 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，本协议期满自动延签下一个协议周期。

第十四条 本协议一式三份，甲乙双方及乙方所属定点医疗机构各执一份。本协议的最终解释权归甲方所有。

甲方：（统筹地区医保经办机构） 乙方：（医保医师）

委托签约人：

年 月 日

附件2

安徽省医疗保障协议医师申请登记表

编号:

姓名		性别		联系电话		粘贴照片处 (一寸)
科室		专业		职称		
身份证号						
执业证书编码						
所在执业注册地点的 定点医疗机构名称						
<p>医师个人申请:</p> <p>本人申请成为安徽省医疗保障协议医师,按照《安徽省医疗保障协议医师管理办法》及《安徽省医疗保障协议医师管理实施细则》的有关规定,认真履行《医保医师服务协议》,并按上述规定的义务及责任,为参保人员提供规范、合理的医疗服务。</p> <p style="text-align: right;">申请医师签名:</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>						
<p>定点医疗机构意见:</p> <p style="text-align: right;">单位(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>				<p>统筹地区医保经办机构意见:</p> <p style="text-align: right;">单位(盖章)</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

填表说明: 1.本表由定点医疗机构统一汇总,编号栏按自然数顺序编码;

2.附执业(助理)医师资格证书或乡村医生相关证书复印件及专业技术职务资格证书复印件。

附件3

安徽省医疗保障协议医师信息档案登记表

序号	执业定点医疗机构名称	姓名	性别	身份证号码	医师类别	行政职务	职称	执业科别	医保医师编码	执业证书编码	联系电话	违规类别	违规行为描述	单次扣分	累计扣分	医保医师服务状态(0有效、1暂停、2解除)	备注
1																	
2																	
3																	
...																	

填报说明：

- 1.医师类别：1执业医师、2执业助理医师、3多点执业医师、4乡村医生
- 2.行政职务：1单位负责人、2科室负责人
- 3.职称：1主任医师、2副主任医师、3主治医师、4医师
- 4.执业科别：所在科室类别
- 5.执业地点：执业地点医疗机构名称（多点执业医师各执业地填写时在备注栏注明第几执业地）

