

泉州市医保服务人员信用管理暂行规定 实施细则

(征求意见稿)

第一条 根据《医疗保障基金使用监督管理条例》《福建省医疗保障领域信用管理暂行办法》以及《泉州市医保服务人员信用管理暂行规定》(以下简称“规定”)制定本细则。

第二条 市医疗保障基金中心下属各分中心在各自职责范围内负责采集、审核所辖定点医药机构医保服务人员的基本信息和信用信息,建立医保服务人员的信用档案,并开展分类管理。

第三条 各医保分中心应当归集的医保服务人员基本信息和信用信息包括:

(一) 医保服务人员的姓名、性别、居民身份证号码、联系电话等基本信息;

(二) 医保服务人员所在的执业机构、科室等执业信息;

(三) 医保服务人员在医疗保障领域违规失信行为信息,包括违规行为信息、行政处罚信息、行政强制信息、刑事处罚信息、违反医保协议处理信息等;

(四) 医保服务人员信用评价信息、异议申诉信息、信用修复信息及其他需要纳入的信息。

第四条 各医保分中心应当在医保服务人员涉及医疗保

障领域的违法违规行为被查实认定处理后及时采集相关信息，根据《泉州市医保医师信用评价指标体系及评分标准》和《泉州市医保药师信用评价指标体系及评分标准》对医保服务人员的信用分值进行扣分，直属分中心报市医保中心复核，各县（市、区）分中心报辖区医保分局复核，最后报送市医疗保障局认定。认定结果由该医保分中心纳入医保服务人员的信用档案，并及时告知医保服务人员本人及其所在的定点医药机构。

第五条 信用档案的信息应完整准确。各医保分中心在医保服务人员信用信息通过认定、信用评分调整后及时更新信用档案；因异议申诉及信用修复导致信用评价发生变动，应及时更新信用档案。

第六条 各医保分中心在收到医保服务人员异议申请之日起5个工作日内完成初审，市医保中心、各县（市、区）医保分局在5个工作日内完成复核，并将复核意见上报市医疗保障局认定，认定工作在5个工作日内完成。认定结果由收到异议申请的医保分中心在5个工作日内反馈至申诉人。初审、复核、认定需要现场核查或者鉴定的，所需时间不计入时限。

第七条 申请信用修复的医保服务人员纠正违规失信行为和消除不良影响是指其能正确认识自己所犯错误，知错悔错，主动改正，退回违规使用的医保基金。

第八条 医保基金监管法规政策学习材料及题库由市医保局稽查科负责编写，并放置在市医保局官网专栏，申请信用修复的医保服务人员在网自学并考试，考试分数在 60 分以上为合格。

第九条 各医保分中心在收到信用修复申请后的 5 个工作日内完成初审，市医保中心、各县（市、区）医保分局在 5 个工作日内完成复核，并上报市医疗保障局认定，认定工作在 5 个工作日内完成。认定结果由收到信用修复申请的医保分中心在 5 个工作日内告知申请人。

作出信用修复决定的，可以修复信用评价分数 8 分，并按分数相应调整信用评价类别。

第十条 市医保局涉及医保服务人员信用管理的具体工作由稽查科负责经办，各县（市、区）医保分局、市医保中心及其下属各分中心也应指定具体科（股）室负责信用管理工作。

第十一条 本细则所称“以上”、“以下”均不包含本数，所称“内”均包含本数。

第十二条 本细则由泉州市医疗保障局负责解释。

第十三条 本细则自 年 月 日起实施，试行期限两年。