京中医政〔2017〕100号

**北京市关于盲人医疗按摩人员执业备案**

**有关问题的通知**

各区卫生计生委、区残联：

根据国家卫生计生委、国家中医药管理局和中国残联《关于盲人医疗按摩人员执业备案有关问题的通知》（国中医药医政发〔2014〕2号）、北京市中医管理局、北京市卫生和计划生育委员会、北京市人力资源和社会保障局、北京市残疾人联合会《关于加强盲人医疗按摩人员管理工作的通知》（京中医政字〔2016〕143号）精神，现就我市盲人医疗按摩人员执业前备案有关要求通知如下。

一、盲人医疗按摩人员在医疗、预防、保健机构从事医疗按摩活动，应当到区级以上卫生计生行政部门（中医药行政部门）办理备案手续。未取得《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》并经备案的盲人医疗按摩人员不得在本市范围内各级各类医疗、预防、保健机构从事盲人医疗按摩工作。

二、盲人医疗按摩人员存在下列情形之一的，不予备案。

（一）不具有完全民事行为能力的;

（二）因受刑事处罚，自刑罚执行完毕之日起至申请执业备案之日止不满2年的;

（三）资格证书年审未予通过的；

（四）因违反相关规定，“资格证书”被注销或者暂扣未满二年的;

（五）甲类、乙类传染病传染期、精神疾病发病期以及身体健康状况不适宜或者不能胜任盲人医疗按摩工作的。

三、拟在医疗、预防、保健机构中执业的盲人医疗按摩人员，应当向批准该机构执业的卫生计生、中医药行政部门申请备案。

四、拟聘用盲人医疗按摩人员的医疗、预防、保健机构，应协助盲人医疗按摩人员办理备案手续，在备案前登录医师注册管理信息系统，进行用户注册并确认，然后才能申请办理盲人医疗按摩人员备案的相关工作。

五、申请盲人医疗按摩人员执业备案，应提交下列材料。

（一）《盲人医疗按摩人员执业备案申请审核表》（见附件，一式3份）；

（二）《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》原件及复印件；

（三）本人身份证及残疾人证原件及复印件；

（四）二甲等级以上医院（含二甲等级医院）的体检证明原件；

（五）医疗机构聘书；

（六）2寸免冠照3张；

（七）医疗机构执业许可证副本复印件。

六、备案主管部门应当自收到备案申请之日起20个工作日内，对申请人提交的申请材料进行审核。审核合格的，在《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》备注一栏签署执业机构名称及“同意盲人医疗按摩人员备案”字样及起始日期，加盖公章确认。

备案后，由医疗机构将《盲人医疗按摩人员执业备案申请审核表》1份送至辖区残疾人联合会存档，残疾人联合会负责将备案信息统一录入盲人医疗按摩人员管理系统。

七、对不符合备案条件不予备案的，备案主管部门应当自收到备案申请之日起20个工作日内书面通知申请人，并说明理由。申请人如有异议的，可以依法申请行政复议或者向人民法院提起行政诉讼。

八、盲人医疗按摩人员更换执业地点时，应当先到原备案的卫生计生、中医药行政部门中止备案，再到新的执业医疗机构所在地卫生计生、中医药行政部门按照相关流程备案。卫生计生、中医药行政部门中止备案时，应在上一次备案的医疗机构上签注“中止备案”字样，在起始日期后面填写中止日期并加盖公章。盲人医疗按摩人员更换执业地点，应当通过医师注册管理信息系统提交变更申请，原备案主管部门应予以确认。

九、盲人医疗按摩人员备案后有下列情形之一的，其所在的医疗、预防、保健机构应当在30个工作日内报告准予备案的卫生计生、中医药行政部门，备案主管部门应当取消备案，并通知辖区残疾人联合会。备案主管部门应在医师注册管理信息系统录入取消备案信息。

（一）死亡或者被宣告失踪的；

（二）受刑事处罚的；

（三）受行政处罚的；

（四）中止执业活动满二年的；

（五）甲类、乙类传染病传染期、精神疾病发病期以及其他身体健康状况不适宜或者不能胜任盲人医疗按摩工作的；

（六）调离、退休、退职、被辞退、开除；

（七）本人主动申请的。

十、各级残疾人联合会发现盲人医疗按摩人员有下列情形之一的，应当于30个工作日内，通报批准其备案的卫生计生、中医药行政部门取消备案。

（一）资格证书被注销或者暂扣的;

（二）出借、出租、抵押、转让、涂改和损毁资格证书；

（三）年审未通过的。

被取消备案的当事人有异议的，可以依法申请复议或者向人民法院提起诉讼。

十一、医疗、预防、保健机构未按规定履行报告职责，导致严重后果的，由备案主管部门依据《执业医师法》第四十一条规定进行处理，对该机构给予警告，并对其主要负责人、相关责任人依法给予处分。

十二、医疗、预防、保健机构不得聘用不具备盲人医疗按摩人员从业资格的盲人从事医疗按摩工作。

十三、聘用盲人医疗按摩人员的医疗机构应进行设施设备的改造，满足盲人医疗按摩人员开展执业活动和生活的需要。

十四、医疗机构应当按照有关法律法规规定和聘用合同、劳动合同或有关书面协议，规范盲人医疗按摩人员执业行为，确保医疗安全和医疗质量。

十五、盲人医疗按摩人员在诊疗活动中应当依法备案和执业，严格遵守执业准则，不得开展推拿（盲人医疗按摩）以外的医疗、预防、保健活动，不得开具药品处方，不得出具医学诊断证明，不得签署与盲人医疗按摩无关的医学证明文件，不得隐匿、伪造或者擅自销毁医学文书及有关资料。

十六、盲人医疗按摩人员执业行为按照卫生技术人员进行管理，发生医疗争议事件的，依照《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》等相关法律法规规定处理。

十七、盲人医疗按摩人员参加医师定期考核，其执业机构以及批准该机构执业的卫生计生、中医药行政部门应当在医师注册管理信息系统及时更新定期考核结果。

十八、卫生计生、中医药行政部门应及时公开盲人医疗按摩人员备案信息，方便公众查询和社会监督。

附件：1、盲人医疗按摩人员执业备案申请审核表

2、医疗机构盲人医疗按摩人员聘用证明

北京市卫生和计划 北京市中医 北京市残疾人

生育委员会 管理局 联合会

2017年8 月2 日

附件1

**盲人医疗按摩人员执业备案申请审核表**

**姓 名：**

**盲人医疗按摩人员从事**

**医疗按摩资格证书编号：**

**填表时间： 年 月 日**

**填 表 说 明**

1.本表供取得《盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书》后的盲人医疗按摩人员申请执业备案使用。

2.一律用钢笔或签字笔填写，内容要具体、真实，字迹要端正清楚。

3.封面、表1-2由申请人或委托他人填写，表3-4由有关部门填写。

4.表内的年、月、日时间，一律用公历阿拉伯数字填写。

5.学历应填写与申请类别相应的最高学历。

6.“相片”一律用近期小二寸免冠正面半身照。

7.如填写内容较多，可另加附页。

8.“最近一次年审通过时间”取得“资格证书”未满2年者，填“无”。

9.本表一式3份，执业机构、执业机构所在卫生计生行政主管部门或中医药管理部门、同级残疾人联合会各1份。

表1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 照片 |
| 出生年月 |  | 民 族 |  | |
| 毕业学校 |  | | | |
| 学 历 |  | 所学系、专业 |  | |
| 残疾等级 |  | 残疾人证号码 |  | | |
| 家庭地址及  邮政编码 |  | | | | |
| 专业技术职务  任职资格 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 申请执业机构  名称及登记号 |  | | | | |
| 申请执业  机构地址 |  | | 邮政  编码 |  | |
| 获得盲人医疗按摩人员从事医疗按摩资格证书时间 |  | | | | |
| 最近一次  年审通过时间 |  | | | | |
| 何时何地因何  种原因受过何  种奖励、何种  处罚或处分 |  | | | | |

表2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 个 人 工 作 经 历 | | | |
| 时 间 | 单 位 | 技术职务 | 证 明 人 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 身体和健康  状 况 |  | | |
| 其他要说明的问题 |  | | |
| 申请人签字： 年 月 日 | | | |

表3

|  |  |
| --- | --- |
| 执业机构  意 见 | 拟聘用科目：  负责人： 印 章  年 月 日 |
| 卫生计生行政主管部门或  中医药管理  部门审批  意 见 | 执业机构及登记号：  机构地址及邮编：  聘用的科目：  印 章  负责人： 年 月 日 |
| 备 注 |  |

附件2

**医疗机构盲人医疗按摩人员聘用证明**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期  二寸  免冠  正面半身  彩色照片 |
| 毕业学校 | |  | | | | | 毕业年月 |  |
| 医学学历 | |  | | 所学系、专业 | | |  | |
| 住所地址 | |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 残疾人证号码 | |  | | | | | 残疾等级 |  | |
| 联系电话 | |  | | | | | 移动电话 |  | |
| 盲人医疗按摩人员  从事医疗按摩资格证书编号 | | | | | |  | | | |
| 专业技术职务 | | |  | | | | | | |
| 拟聘用单位名称 | | |  | | | | | | |
| 拟聘用单位地址 | | |  | | | | | | |
| 任职  经历 |  | | | | | | | | |
| 聘用单位意见 | 负责人签名： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | | | |