

新疆维吾尔自治区医疗保障局 新疆生产建设兵团医疗保障局 文件

新医保规〔2021〕1号

关于印发《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团 医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则(试行)》 《新疆维吾尔自治区 新疆生产建设兵团 零售药店医疗保障定点管理评估实施细则 (试行)》的通知

伊犁哈萨克自治州医疗保障局，各地、州、市医疗保障局、
各师市医疗保障局：

现将《新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团医疗机构
医疗保障定点管理评估实施细则（试行）》《新疆维吾尔自治

区、新疆生产建设兵团零售药店医疗保障定点管理评估实施细则（试行）》印发你们，请认真贯彻落实。



自治区医疗保障局



兵团医疗保障局

2021年9月8日

新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团 医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则 (试行)

第一条 为深入贯彻落实中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署，加强和规范新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团医疗机构医疗保障定点管理，确保医疗机构医疗保障定点管理公平、公正、公开，根据国家医疗保障局《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第2号)规定，结合新疆实际，制定本评估实施细则。

第二条 医疗机构医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医保精细化管理，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第三条 自治区、兵团医疗保障行政部门负责制定医疗机构医疗保障定点管理评估实施细则并组织推动本细则的实施。统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称经办机构)、定点医疗机构

进行监督。统筹地区经办机构负责制定评估经办规程，规程中明确评分标准，确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点医疗机构应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第四条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

（一）综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；

（二）专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；

（三）社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；

（四）独立设置的急救中心；

（五）安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；

（六）养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由统筹地区经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第五条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理、财务、统计信息管理、医疗质量安全核心等制度，有医疗“进、销、存”管理系统，并有相应台账等；

（五）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（六）单位及从业人员按规定参加职工医疗保险、生育保险等社会保险，依法与从业人员签订 1 年及以上劳动合同，且在劳动合同有效期内；

(七)符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第六条 医疗机构向统筹地区经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料：

(一) 定点医疗机构申请表；

(二) 医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件（申请时携带原件，验证后收取复印件）；

(三) 根据医疗机构性质，提供以下证件之一：

有效期内《营业执照》（统一社会信用代码证）、《事业单位法人证书》《民办非法人证书》；

(四) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

(五) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料；

(六) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

(七) 统筹地区医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第七条 医疗机构提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限。

第八条 评估内容包括：

（一）核查医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证；

（二）核查医师、护士、药学及医技等专业技术人员执业信息和医师第一注册地信息；

（三）核查与服务功能相适应的诊断、治疗、手术、住院、药品贮存及发放、检查检验放射等基础设施和仪器设备；

（四）核查与医保政策对应的内部管理制度和财务制度，卫生健康部门医疗机构评审的结果；

（五）核查与医保有关的医疗机构信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；

（六）核查医疗机构医保专（兼）职管理人员配备情况，医疗机构人员劳动合同、参加医疗保险情况；

（七）核查医疗机构是否存在其他不予受理情形；

（八）核查医疗机构按相关规定应提供的其它材料。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，应将其纳入拟签订协议医疗机构名单，并向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次申请评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

统筹地区经办机构在本细则基础上，根据实际情况，制定具体评分标准，设定评估合格分值标准，合理量化分值。

第九条 统筹地区经办机构与评估合格的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由地市（师）级及以上的统筹地区经办机构与医疗机构签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十条 统筹地区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十一条 统筹地区经办机构按照自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月的原则，科学规划，统筹安排评估时间，采取零星受理、集中评估方式进行，也可根据统筹地区实际情况确定评估方式。

（一）评估主体

评估工作由统筹地区经办机构组织评估小组或委托符合条件的第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。

（二）评估程序

1.初评。统筹地区经办机构自行确定评估时间，根据基

本原则和医疗保险运行实际确定准入总量。医疗机构自愿申请，评估小组根据医疗机构设置总体规划，对申请医疗机构进行资格评估，评估周期为7日，符合条件的进行实地检查。

2.初评公示。实地检查周期为最长不超过20日，检查完毕后，对符合条件的医疗机构名单向社会公布，并在统筹地区医疗保障部门网站公示，公示期为10日；公示期间被举报不符合申请条件的，经核实情况属实的，取消申请资格。

3.确认公示。统筹地区经办机构对评估合格的医疗机构名单在统筹地区医疗保障部门网站向社会进行公示，公示期为10日。

4.协商确定。统筹地区经办机构与公示合格的医疗机构对医保协议内容进行协商，双方协商一致的，自愿签订协议。

5.签订协议。统筹地区经办机构同协商一致的医疗机构签订医保协议，明确双方的责任、权利和义务。协议签订后任何一方违反协议，双方均有权解除协议。

6.统一标识。统筹地区经办机构为定点医疗机构提供标识标准，定点医疗机构按照统一标准制作后张贴、悬挂。

第十二条 医疗机构有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）以医疗美容、辅助生殖、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的；

（二）基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的；

（三）未依法履行行政处罚责任的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（五）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（六）因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（七）法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；

（八）法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（九）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十三条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。未按时办理变更手续的，由经办机构作出暂停医保协议3个月处理，并拒付未及时处理变更手续期间医保费用。暂停医保协议期满后仍

未申报医保信息变更手续的，解除医保协议。

第十四条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议，但中止时间原则上不得超过 180 日，定点医疗机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。中止协议的情形，按照协议约定内容执行。

第十五条 定点医疗机构如有下列情形之一的，经办机构直接解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（一）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点资格的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医疗机构或处于中止医保协议期间的医疗机构提供医保费用结算的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、

绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理变更，或办理变更后但未向医保经办机构备案的；

（七）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构申请中止协议的；

（八）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第十六条 定点医疗机构主动提出中止、解除或不再续签医保协议的，应提前3个月向经办机构提出书面申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。统筹地区经

办机构按照相关规定与定点医疗机构中止或解除医保协议，该医疗机构与其他统筹地区的医保协议也同时中止或解除。

第十七条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反协议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第十八条 本细则由新疆维吾尔自治区医疗保障局、新疆生产建设兵团医疗保障局负责解释，2021年10月9日起施行，有效期二年。

新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团 零售药店医疗保障定点管理评估实施细则 (试行)

第一条 为深入贯彻落实中共中央、国务院关于深化医疗保障制度改革的决策部署，加强和规范新疆维吾尔自治区、新疆生产建设兵团零售药店医疗保障定点管理，确保零售药店医疗保障定点管理公平、公正、公开，根据国家医疗保障局《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局第3号)规定，结合新疆实际，制定本评估实施细则。

第二条 零售药店医疗保障定点管理应坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

第三条 自治区、兵团医疗保障行政部门负责制定零售药店医疗保障定点管理评估实施细则并组织推动本细则的实施。统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹地区定点零售药店的资源配置，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对医疗保障经办机构(以下简称经办机构)、定点零售药店进行监督。

统筹地区经办机构负责制定评估经办规程，规程中明确评分标准，确定定点零售药店，并与定点零售药店签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供药品服务。

第四条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（一）在注册地址正式经营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在地，药师须签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；

（三）至少有 2 名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责医保工作，并签订 1 年以上劳动合同且在合同期内；

（四）按药品经营质量管理规范要求，开展药品分类分区管理，并对所售药品设立明确的医保用药标识；

（五）具有符合医保协议管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（六）具备符合医保协议管理要求的信息系统技术和接

口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

（七）单位及从业人员按规定参加职工医疗保险、生育保险等社会保险；

（八）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第五条 零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

（一）定点零售药店申请表；

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（三）执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）统筹地区医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第六条 零售药店提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，零售药店补充材料时间不计入评估期限。

第七条 评估内容包括：

（一）核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证；

（二）核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同；

（三）核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同；

（四）核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；

（五）核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件；

（六）核查医保药品标识；

（七）核查零售药店是否存在本细则规定的不予受理情形；

（八）核查零售药店按相关规定应提供的其它材料。

评估结果包括合格和不合格。统筹地区经办机构应将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的，纳

入拟签订医保协议的零售药店名单，并向社会公示。对于评估不合格的应告知其理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后可再次组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

统筹地区经办机构可在本细则基础上，根据实际情况，制定具体评分标准，设定评估合格分值标准，合理量化分值。

第八条 统筹地区经办机构与评估合格的零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上由地市（师）级及以上的统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议应明确双方的权利、义务和责任。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第九条 统筹地区经办机构应向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第十条 统筹地区经办机构按照自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月的原则，科学规划，统筹安排评估时间，采取零星受理、集中评估方式进行，也可根据统筹地区实际情况确定评估方式。

（一）评估主体

评估工作由统筹地区经办机构组织评估小组或委托符合条件的第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小

组由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。

（二）评估程序

1.初评。统筹地区经办机构自行确定评估时间，根据基本原则和医疗保险运行实际确定准入总量。零售药店自愿申请，评估小组根据医疗机构设置总体规划，对申请零售药店进行资格评估，评估周期为7日，符合条件的进行实地检查。

2.初评公示。实地检查周期为最长不超过20日，检查完毕后，对符合条件的零售药店名单向社会公布，并在统筹地区医疗保障部门网站公示，公示期为10日；公示期间被举报不符合申请条件的，经核实情况属实的，取消申请资格。

3.确认公示。统筹地区经办机构对评估合格的零售药店名单在统筹地区医疗保障部门网站向社会进行公示，公示期为10日。

4.协商确定。统筹地区经办机构与公示合格的零售药店对医保协议内容进行协商，双方协商一致的，自愿签订协议。

5.签订协议。统筹地区经办机构同协商一致的医疗机构签订医保协议，明确双方的责任、权利和义务。协议签订后任何一方违反协议，对方均有权解除协议。

6.统一标识。统筹地区经办机构为定点零售药店提供标识标准，定点零售药店按照统一标准制作后张贴、悬挂。

第十一条 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（一）未依法履行行政处罚责任的；

（二）以弄虚作假等不正当手段申请定点，自发现之日起未满3年的；

（三）因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的；

（四）因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满1年或已满1年但未完全履行违约责任的；

（五）法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议，未满5年的；

（六）法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

（七）法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十二条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。未按时办理变更手续的，由经办机构作出暂停医保协议3个月处理，并拒付未及时办理变更手续期间医保费用。暂停医保协议期满后仍未申报医保信息变更手续的，解除医保协

议。

第十三条 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，医保协议终止。

定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议，但中止时间原则上不得超过 180 日，定点零售药店在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。中止协议的情形，按照协议约定内容执行。

第十四条 定点零售药店有下列情形之一的，经办机构直接解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

（一）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保协议期间未按要求整改或整改不到位的；

（二）发生重大药品质量安全事件的；

（三）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点资格的；

（四）以伪造、变造医保药品“进、销、存”票据和账目、伪造处方或参保人员费用清单等方式，骗取医疗保障基金的；

（五）将非医保药品或其他商品串换成医保药品，倒卖

医保药品或套取医疗保障基金的；

（六）为非定点零售药店、中止医保协议期间的定点零售药店或其他机构进行医保费用结算的；

（七）将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

（八）拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

（九）被发现重大信息发生变更但未办理变更，或办理变更后但未向医保经办机构备案的；

（十）医疗保障行政部门或有关执法机构在行政执法中，发现定点零售药店存在重大违法违规行为且可能造成医疗保障基金重大损失的；

（十一）被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

（十二）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十三）法定代表人、企业负责人或实际控制人不能履行医保协议约定，或有违法失信行为的；

（十四）因定点零售药店连锁经营企业总部法定代表人、企业负责人或实际控制人违法违规导致连锁零售药店其中一家分支零售药店被解除医保协议的，相同法定代表人、企业负责人或实际控制人的其他分支零售药店同时解除医保协

议；

（十五）定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

（十六）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十七）法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第十五条 定点零售药店主动提出中止、解除或不再续签医保协议的，应提前3个月向经办机构提出申请。统筹地区经办机构按照相关规定与定点零售药店中止或解除医保协议，该零售药店与其他统筹地区的医保协议也同时中止或解除。

第十六条 各统筹地区经办机构要在本细则和统筹地区制定的零售药店医疗保障定点准入评分标准上，制定门诊特殊慢性病药店、特药药店等“双通道”定点药店评分标准。

第十七条 本细则由新疆维吾尔自治区医疗保障局、新疆生产建设兵团医疗保障局负责解释，自2021年10月9日起施行，有效期二年。

(公开属性：主动公开)

抄送：自治区人民政府办公厅，兵团办公厅。存档（2）

新疆维吾尔自治区医疗保障局办公室

2021年9月8日印发

校对：邢晓亮