附件2

武汉市零售药店医疗保障定点管理实施细则

（征求意见稿）

第一章　总　则

　　第一条　为加强和规范本市零售药店医疗保障定点管理，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》(国务院令第735号)、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》(国家医疗保障局令第3号)等法律法规，结合我市实际，制定本实施细则。

　　第二条　零售药店医疗保障定点管理实行属地管理。市医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理实施细则、协议范本等相关政策，对全市医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)、定点零售药店进行监督。区医疗保障部门负责在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节对区经办机构、定点零售药店进行监督管理。

第三条　市经办机构负责制定零售药店医疗保障定点管理经办规程，通过组织定点申请、专业评估、协商谈判等环节确定全市范围内定点零售药店，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。区经办机构受市经办机构委托，办理本辖区内医保定点零售药店的咨询、宣传、信访、稽核等工作。

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 全市医疗保障定点零售药店的申请、评估、协议签订、医保服务和监督管理等，适用本实施细则。

第二章　定点零售药店的申请与确定

　　第五条　区医疗保障行政部门根据本辖区公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等，经专家论证或征求人大、政协等多方意见后向市医疗保障行政部门提出本区定点零售药店配置建议，由市医疗保障行政部门统一确定本市定点零售药店的资源配置，并根据本市行政区划调整、人口布局规模变化及阶段评估情况适时调整。具体配置标准由市医疗保障行政部门另行制定。

第六条　取得药品经营许可证的零售药店均可向经办机构提出医保定点申请，按规定提交申请材料。提出申请的零售药店应当符合法律、法规、规章规定的基本条件。

　　第七条　市经办机构应向社会公布定点零售药店申请指引，主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本情况，应积极利用互联网开展医疗保障定点申请受理等工作。

零售药店向所在区经办机构提出医保定点申请，所在区经办机构经市经办机构委托应即时受理。对申请材料内容不全的，区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。区经办机构应及时逐项审核受理的零售药店医保定点申请资料，对不予受理情形采用人工核实、部门联查等形式予以查验，并出具审核人员及经办机构负责人签名的书面审核意见。书面审核意见与申请材料一并报市经办机构。

第八条　市经办机构应组织评估小组或委托具备相应资质的律师事务所、会计师事务所、咨询评估公司等第三方机构，以书面、现场等形式及开展评估。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。经办机构可按照相对集中的原则，组织评估小组对申请材料完整的零售药店进行集中评估办理。委托第三方机构评估的，双方应当签订委托协议，确定委托事项，明确评估责任。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。

市医疗保障行政部门根据省医疗保障局制定的评估细则和本市实际明确具体评估内容、评估方法、评估标准、评估形式。

第九条 评估结果分为合格和不合格。评估结果形成后市经办机构应及时将评估结果书面报市医疗保障行政部门。

对于评估合格的，市经办机构将其纳入拟签订医保服务协议的零售药店名单，通过市医疗保障部门官方网站等渠道向社会公示5个工作日。市经办机构负责公示期间的举报核查，市医疗保障行政部门负责对市经办机构的举报核查工作进行监督。

对于评估不合格的，市医保经办机构书面通知并告知其不合格理由，提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后医疗机构可再次提交定点申请，评估仍不合格的，自再次评估结果产生之日起1年内不得再次申请。

第十条 零售药店对定点申请的评估结果有异议的，可向市经办机构申请复核或请求市医疗保障行政部门协调处理。

第十一条 市经办机构与评估合格且公示期间未收到举报、或公示期间收到举报事项经核查不影响评估结果的零售药店，进行集体或个别协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。

第十二条 市经办机构与零售药店签订后生效的医保协议，双方应妥善保存。经办机构应将协议文本电子档案永久保存。零售药店应将医保协议上传至医保定点医药机构管理信息系统。未按规定上传医保协议的零售药店由市经办机构责令整改。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。协议期限一般为1年。

　　第十三条　市经办机构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。

第三章　定点零售药店运行管理

　　第十四条　定点零售药店具有为参保人员提供药品服务后获得医保结算费用，对经办机构履行协议情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。

　　第十五条　定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、合理用药、医保药品销售、医保费用结算等服务。

　　经办机构不予支付的费用、定点零售药店按医保协议约定被扣除的质量保证金及其支付的违约金等，定点零售药店不得作为医保欠费处理，或以医保欠费等名义宣传、报道。

　　第十六条　定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。

第十七条 定点零售药店应优先配备和销售国家基本药物目录内药品，满足参保人员基本用药需求。

第十八条　定点零售药店应当严格执行医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

第十六条　定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第十七条 定点零售药店可依据自身服务能力、服务群体的变化、我市相关资源配置等情况，按照相关规定自愿申请开展门诊重症（慢性）疾病医保服务，纳入国家医保谈判药品“双通道”管理等，与市医保经办机构签订医保补充协议或增加补充条款。

开展门诊重症（慢性）疾病医保服务的定点零售药店应凭参保患者定点的医疗机构开具的处方提供药品服务、纳入国家医保谈判药品“双通道”管理的定点零售药店应严格执行定医疗机构、定责任医师、定零售药店的“三定管理”规定。上述定点零售药店应对销售的药品实现可追溯，应视情采取专区办理、送药上门等办法提高服务质量，销售配备的相关药品种类应满足参保患者基本需求。门慢及“双通道”定点零售药店管理规定由市医保部门另行制定。

　　第十八条　定点零售药店应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

　　定点零售药店应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医疗保障基金使用情况，及时纠正医疗保障基金使用不规范的行为。

　　第十九条　定点零售药店应在营业场所显著位置按规定标准悬挂统一样式的定点零售药店标识。医保定点协议中止或解除后，零售药店不得继续悬挂医保定点零售药店标识，区医保经办机构应及时予以收回。

　　第二十条　定点零售药店应按要求及时如实向经办机构上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

　　第二十一条　定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效考核等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

　　第二十二条　定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应出示本人和被代购人身份证。为参保人员提供医保药品费用直接结算单据和相关资料，参保人员或购药人应在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

　　第二十三条　定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等单独存放、建账管理，保存2年，以备医疗保障部门核查。

　　第二十四条　定点零售药店应做好与医保有关的信息系统安全保障工作，遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私。定点零售药店重新安装信息系统时，应当保持信息系统技术接口标准与医保信息系统有效对接，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章　经办管理服务

　　第二十五条　经办机构有权掌握定点零售药店运行管理情况，从定点零售药店获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点零售药店实行属地管理，各区经办机构对属地定点零售药店为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

　　第二十六条　经办机构应做好对定点零售药店医疗保障政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医疗保障咨询、查询服务。

　　第二十七条　经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理，提高基金风险防控能力。

　　第二十八条　经办机构应当建立完善的内部控制制度及风险防控机制，明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任，完善重大医保药品费用支出集体决策制度。

　　第二十九条　经办机构应当加强医疗保障基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医保药品费用，对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核，按协议约定进行费用拨付时应预留一定比例的质量保证金，质量保证金在清算时根据考核结果退还。原则上，应当在定点零售药店申报后30个工作日内拨付符合规定的医保费用。

　　第三十条　定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构不予支付。

　　第三十一条　经办机构应当依法依规支付参保人员在定点零售药店发生的药品费用。

　　参保人员应凭本人参保有效身份凭证在定点零售药店购药。不得出租(借)本人有效身份凭证给他人，不得套取医疗保障基金。在非定点零售药店发生的药品费用，医疗保障基金不予支付。

　　第三十二条　市经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点零售药店自主选择与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商。经办机构不得以任何名义收取任何费用及指定供应商。

　　第三十三条　经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

　　第三十四条　经办机构或其委托的第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。

　　市经办机构可依据国家医疗保障部门制定的绩效考核办法，结合实际情况，制定具体考核细则，并负责组织实施。

　　第三十五条　经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：

　　(一)约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；

　　(二)暂停结算、不予支付或追回已支付的医保费用；

　　(三)要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金；

　　(四)中止或解除医保协议。

　　第三十六条　经办机构违反医保协议的，定点零售药店有权要求纠正或者提请医疗保障行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼。

　　医疗保障行政部门发现经办机构存在违反医保协议约定的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

　　医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章　定点零售药店的动态管理

第三十七条　定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、注册地址等重大信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向区经办机构提出变更申请。区经办机构应及时对定点医疗机构的变更内容进行资料审核确认,报市经办机构复核，复核合格的重新签订服务协议。涉及法定代表人、主要负责人、实际控制人信息变更的，区经办机构应核实是否存在法律法规规章所列不予受理情形。涉及注册地址变更的，市经办机构应中止医保协议并组织评估，根据审核、评估结果作出是否予以变更的决定。

定点零售药店实际控制人、药品经营范围及其他一般信息变更应及时书面告知区经办机构，由区经办机构进行变更。银行账户变更应及时联系市经办机构财务部门办理变更。

第三十八条　协议续签应由定点零售药店于医保协议期满前3个月向区经办机构提出申请或由区经办机构统一组织，并将相关信息报市经办机构。市经办机构和定点零售药店就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

　　第三十九条　医保协议中止是指经市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。中止期间不履行续签医保协议手续，中止期结束后，可按规定续签医保协议。

　　定点零售药店可提出中止医保协议申请，经市经办机构同意，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。定点零售药店有下列情形之一的，市经办机构应中止医保协议：

　　（一）根据日常检查和绩效考核，发现对医疗保障基金安全和参保人员权益可能造成重大风险的；

　　（二）未按规定向医疗保障行政部门及经办机构提供有关数据或提供数据不真实的；

（三）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中发现重大问题，需要中止协议的;

（四）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

　　（五）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

　　第四十条　医保协议解除是指市经办机构与定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，市经办机构应解除医保协议，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。

第四十一条　定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前3个月向区经办机构提出申请，由市经办机构与定点零售药店中止、解除协议。

零售药店与其他地市级及以上统筹地区经办机构中止或解除医保协议，该零售药店在本市的医保协议也同时中止或解除。

　　第四十二条　定点零售药店与市经办机构就医保协议签订、履行、变更和解除发生争议的，可以自行协商解决或者请求同级医疗保障行政部门协调处理，也可提起行政复议或行政诉讼。

第六章　定点零售药店的监督

　　第四十三条　医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

　　医疗保障行政部门依法依规通过实地检查、抽查、智能监控、大数据分析等方式对定点零售药店的医保协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

　　第四十四条　医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、创新监督方式，通过满意度调查、第三方评价、聘请社会监督员等方式对定点零售药店进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

　　第四十五条　医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规处理。

　　第四十六条　经办机构发现违约行为，应当及时按照医保协议处理。

　　市经办机构作出中止或解除医保协议处理时，应在作出处理之日起5个工作日内书面报告市医疗保障行政部门。

　　医疗保障行政部门责令经办机构按照医保协议处理的，经办机构应当及时按照协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交相关违法线索事实不清的，可组织补充调查或要求经办机构补充材料。

医疗保障行政部门对经办机构在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等环节进行监督的过程中，发现滥用职权、玩忽职守、徇私舞弊等违规违纪行为的，应依法追究负责主管人员和直接责任人员责任，构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第七章　附　则

　　第四十七条　我市职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险等医疗保障定点管理工作按照本实施细则执行。

　　第四十八条　本实施细则中的经办机构是具有法定授权，实施医疗保障管理服务的职能机构，是医疗保障经办的主体。

　　零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定，领取药品经营许可证的药品零售企业。

　　定点零售药店是指自愿与市经办机构签订医保协议，为参保人员提供药品服务的实体零售药店。

　　医保协议是指由经办机构与零售药店经协商谈判而签订的，用于规范双方权利、义务及责任等内容的协议。

　　第四十九条　市医疗保障行政部门可依据上级医疗保障行政部门制作修订的医保协议范本，结合实际细化制定本市协议范本。医保协议内容应与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门调整医保协议内容时，应征求相关定点零售药店意见。

　　市经办机构可依据国家医疗保障经办机构制定的经办规程，结合实际情况，制定本市经办规程。

　　第五十条　本办法由市医疗保障行政部门负责解释，自2022年 月 日起施行，有效期 年。