

东医保办〔2020〕6号

东至县医疗保障局关于印发《东至县城镇 职工基本医疗保险慢性病定点零售药店 管理暂行规定》的通知

各协议管理医药机构，各有关单位：

现将《东至县城镇职工基本医疗保险慢性病定点零售药店管理暂行规定》印发给你们，请遵照执行。

东至县医疗保障局

2020年3月9日

抄送：县委办，人大办，政府办，政协办，池州市医保局，
县卫健委、县总院、县市场监管局。

东至县城城镇职工基本医疗保险慢性病 定点零售药店管理暂行规定

第一章 总 则

第一条 为规范城镇职工基本医疗保险慢性病（含特殊慢性病，以下统称慢性病）定点零售药店管理，方便慢性病患者购药和费用结算，维护其合法权益，确保基金安全，促进医保制度可持续发展，根据《中华人民共和国社会保险法》、国家医疗保障局《关于当前加强医保协议管理确保基金安全有关工作的通知》（医保办发〔2018〕21号）、《安徽省基本医疗保险监督管理暂行办法》（安徽省人民政府令第284号）等法律法规和相关政策，结合我县实际情况，制定本规定。

第二条 本规定适用于我县城镇职工基本医疗保险慢性病定点零售药店的管理。

第三条 慢性病定点零售药店应该在确保医保基金安全的前提下，提供方便、规范、质优价廉的医保服务。

第四条 县医疗保障行政管理部门对慢性病定点零售药店的确定，坚持公开、公平、公正的原则，采取“合规准入、规范操作、全程监控、动态淘汰”的管理机制。

第五条 慢性病定点零售药店除按相关法律法规管理外，还须要遵守《东至县基本医疗保险慢性病定点零售药店服务协议》（以下简称《服务协议》）。

第二章 准入

第六条 慢性病定点零售药店的确定与方便参保人员购药结算、满足参保人员购药需求相适应。综合考虑慢性病人员数量、结构分布和医疗服务机构分布等因素，在县城城区范围内进行设置。

第七条 慢性病定点零售药店准入实行自愿申报、综合评审的原则，根据评审结果，确定慢性病定点资格。

第八条 慢性病定点零售药店除符合法律法规要求以外，还应该具备以下基本条件：

（一）有独立的法人资格，能够独立承担所有行政责任和民事责任（连锁公司只确定其中的一家门店申报准入）；

（二）具有较强的抗风险能力，注册资本不低于 50 万元（连锁公司注册资本不低于 500 万元）；

（三）有相关行政管理部门颁发的《药品经营许可证》；

（四）有较强的药品服务能力，相关药品储存、配送设施设备齐全，门店营业面积不低于 80 平米；

（五）规范经营，照章纳税。2019 年销售额不低于 100 万元且年纳税额不低于 1 万元；

（六）遵守《社会保险费征缴暂行条例》，依法参加社会保险并为聘用员工按时足额缴纳社会保险费；

（七）已是签订服务协议의医保定点零售药店，有健全的药品和医保服务、“购、销、存”管理制度和良好的企业信誉。评审日之前三年内未受药品监督管理等行政部门行政处罚的（连锁公司含总部及其他各门店）。

(八) 药店配备不少于二名的执业药师(含执业中药师), 并保证营业时间里至少有一名执业药师在岗;

(九) 药店的《安徽省基本医疗、工伤、生育保险药品目录》(最新版)内的品种 1000 种(不含中药饮片)以上, 基本能满足慢性病人员的需求; 对缺少的药品能够做到及时调剂, 并在三日内、最长不超过一周内供货到位。

第九条 当有慢性病定点药店退出或需动态调整时, 其他定点零售药店可自愿向县医疗保障行政管理部门提出申请, 经评审准入后可确定为慢性病定点资格。

第十条 获得慢性病定点资格管理的零售药店, 经公示无异议的, 县医保经办机构与该慢性病定点零售药店签订《服务协议》, 开通慢性病联网结算业务, 并向社会公布。

第三章 监管

第十一条 对慢性病定点零售药店, 实行协议管理。县医保经办机构与取得定点资格的零售药店签订《服务协议》。《服务协议》应明确双方的权利、义务和责任, 内容包括服务人群、服务范围、服务内容、价格管理、费用结算、费用支付以及购药量审核控制、服务质量、违约责任、协议的解除或终止条件等。

第十二条 慢性病定点零售药店不得摆放或经营除药品、医疗器械以外的其他商品。

第十三条 慢性病定点零售药店应有专人负责慢性病管理工作, 熟悉医疗保险政策并做好宣传工作。

第十四条 慢性病定点零售药店应认真核验慢性病参保人员信息、医疗文书（病历、处方、检查报告单等）、慢性病就诊证和社会保障卡等，按医保政策规定通过信息系统办理结算，并做好数据上传和档案管理工作。

第十五条 慢性病定点零售药店除需要严格按照《处方管理办法》、《医疗机构处方审核规范》（国卫办医发【2018】14号）规定，由执业药师审核处方并签字外，还要按以下规定配售慢性病药品：

（一）是医保药品目录所涵括，并符合药品限制性条件；

（二）是参保人员疾病所必需；

（三）医保药品目录中相关品种的限制性条件同样适用于慢性病药品目录；

（四）单次处方药量不超过1个月，中草药剂量不超过15付；如特殊情况，需填写超量购药申请表，并报县医保经办机构备案。

（五）长期病情稳定的慢性病参保人员，处方最长可以使用三个月；

（六）持伪造医疗文书、凭证、社会保障卡的，严禁配售药品；

（七）处方药量明显超过正常量，或有配伍禁忌，或涂改处方未加盖医师印章，或涂改处方加盖医师印章超过三处的，为不合格处方，执业药师应严禁配售药品；

（八）购买符合限制条件的药品要留存相关检查报告单或诊断依据。结算时要确保人、卡相符，参保人员因身体等原因

需委托他人代为办理时，需核对慢性病参保人员及代办人员身份证，并留存代理人身份证复印件，以备核查。不符合规定或不符合限制条件的药品，须由参保人员个人全部负担，慢性病定点零售药店应告知本人或代理人，并签字确认。

（九）慢性病药品配售实行限价管理。执行国家组织药品集中采购和使用试点扩大区域范围内中选药品价格。其他品种实际销售价加成率不超过真实进价的 15%；同一剂型、规格、生产厂家的销售价格不得高于本县二甲公立医疗机构的实际销售最低价。

（十）慢性病定点零售药店在慢性病人员首次购药结算或更改治疗方案后再结算时，需要实时上传慢性病人员或其代理人手持社会保障卡、处方的照片。

第十六条 对药店发生的经济业务按会计制度建账计算，做到会计核算信息完整、真实，药品购入须凭真实、合法、有效的发票入账，并妥善保管好会计档案。档案管理做到规范、有序、整洁，保存期限不少于 5 年。

药品的购进发票应当包括名称、规格、剂型（型号）、产地、批准文号、数量、价格等信息，确保其可追溯性。

慢性病定点零售药店配售慢性病药品应及时开具发票，发票内容应填写完整、规范（包括药品名称、规格、数量、单价、金额等项目），不得涂改，药品名称应使用与国家药品目录相一致的通用名。

第十七条 慢性病定点零售药店配售慢性病药品时应单独建账，按人立卷、归档。档案内容包括结算单、发票、处方、

相关医疗文书等。

第十八条 慢性病定点零售药店应做好药品“购、销、存”信息系统建设，并与医保信息化系统对接，保证数据适时有效上传。

慢性病定点零售药店结算时，慢性病结算单实行实名制签名。并上传完整的药品名称、规格、数量、价格、用法、用量、处方医师姓名等项目，保证数据真实、及时、有效。

对未按规定上传有关信息数据的，相关责任由慢性病定点零售药店承担。

第十九条 慢性病定点零售药店慢性病医保费用实行按月结算，具体结算方法由县医保经办机构确定。

第二十条 有慢性病补助资格的参保人员可凭社会保障卡、慢性病就诊证在任何一家有慢性病定点资格的药店实行刷卡联网结算。在非慢性病定点机构发生的费用，医保基金不予支付。

第二十一条 慢性病定点零售药店应按要求安装远程监控系统，并与医保智能监管平台对接，保持监控设备 24 小时开启状态，确保监控系统正常运转。在使用远程监控系统时，不得擅自改动营业场所布局，如确需改动，须事前书面报经县医保经办机构同意。

第二十二条 慢性病定点零售药店要将打击欺诈骗保、举报投诉电话、价格管理、执业药师在岗及服务协议的有关内容在店内醒目位置公告、公示，以接受社会监督。

第二十三条 县医疗保障行政部门加强对县医保经办机构

及慢性病定点零售药店落实《服务协议》情况的管理监督。

县医保经办机构要加强对慢性病定点零售药店的医保服务情况进行监管，必要时可采取明查暗访、录音、录像等方法采集有关证据资料。慢性病定点零售药店应积极配合提供与费用审核、财务帐目及药品“进、销、存”台帐清单等相关的资料。

第四章 罚则

第二十四条 慢性病定点零售药店要严格执行医保政策，自觉履行本规定及医保服务协议，凡被发现违规行为的，将按本规定和协议相关条款进行处理。

第二十五条 慢性病定点零售药店具有下列情形之一的，按《服务协议》予以处理；构成犯罪的，移交司法机关处理：

（一）有下列行为之一的，一经查实，暂停 3 个月慢性病结算服务、拒付违规费用并放大扣除 2-5 倍违规金额。逾期整改不到位的，取消慢性病定点资格，且一年内不得再申报慢性病定点资格：

1. 药品、医疗器械、医用材料未按规定明码标价的；价格管理混乱，药品加成超 15%以上；同一品种普通刷卡购药价格、慢性病结算价格高于现金售价的；

2. 营业期间执业药师不在岗的；

3. 执业药师未按规定审方、验方或擅自更改处方配售药品；代开处方、参保人员持伪造处方或医疗文书执业药师仍予

以配售的；调剂的处方不属于慢性病支付范围以串换品种结算的；

4. 为参保人员提供平时记帐、集中结算服务的；
5. 进销存管理系统混乱的；
6. 进行不正当商业或广告营销宣传，开展以现金、礼券、积分及生活用品等名目进行促销活动的；
7. 年度内扣款占比超过 3%的。

（二）有下列行为之一的，一经查实，暂停 6 个月慢性病结算服务、拒付违规费用并放大扣除 2-5 倍违规金额。逾期整改不到位的，取消慢性病定点资格，且二年内不得再申报慢性病定点资格：

1. 不校验社会保障卡，人、卡不符即直接予以结算；
2. 通过串换药品、耗材、物品等骗取医保基金的；
3. 年度内扣款占比超过 5%的。

（三）有以下违约行为之一的，予以解除服务协议、取消医保定点资格，拒付违规费用并放大扣除 5 倍违规金额，且 3 年内不得申请医保定点资格：

1. 伪造虚假凭证或串通参保人员兑换现金骗取基金的；
2. 为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的；
3. 协议有效期内累计 2 次被暂停协议的；
4. 被吊销《药品经营许可证》或《营业执照》的；
5. 通过虚构医药服务、伪造票据骗取医保基金的；
6. 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展监督检查的；
7. 在经营地址隔壁或前后同时经营日杂、化妆品等其他商

品，经进行诫勉谈话后仍不予整改的；

8. 年度内扣款占比超过 10%的；

9. 经举报或经其他途径查实的存在其他骗取、协同骗取基本医疗保险基金，造成医保基金严重损失或重大影响的违规行为。

第五章 附 则

第二十六条 原慢性病定点药店退出后，实行 3 个月的过渡期。在过渡期内，县医保经办机构应加强对原慢性病定点药店经营、服务行为的监管。对一发现有违法违规行为的，要从严从重处理，直至取消医保定点资格。

第二十七条 县医疗保障行政部门可在已确定慢性病定点资格的药店中择优选取其作为我县城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险参保患者使用谈判药品的定点药店(具体申报标准、谈判药品及医保基金结算范围等有关规定，将另行制定)。

第二十八条 慢性病定点药店在暂停服务期内，服务协议自动暂停；慢性病人员可选择其他有定点资格的药店进行购药结算。

第二十九条 本规定由县医疗保障局负责解释。

第三十条 本规定自发布之日起实施。