南医保中心发〔2021〕76号

南宁市医疗保障事业管理中心关于零售药店

南宁市医疗保障定点确定有关事项的通知

各有关单位：

根据《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）、《自治区医保局关于转发国家医疗保障局医疗机构和零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知》（桂医保发〔2021〕2号）和《南宁市医疗保障局关于做好医疗机构和零售药店医疗保障定点管理有关工作的通知》（南医保发〔2021〕2号）精神，及自治区对定点医疗机构和定点零售药店管理的有关规定，为进一步做好零售药店南宁市医疗保障定点（以下简称“医保定点”）确定工作，现就有关事项通知如下：

一、申请条件

属南宁市辖区内的零售药店，申请南宁市医保定点的，应当同时符合以下条件：

（一）取得药品经营许可证，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管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（四）严格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）具备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）市级、县级、乡镇级零售药店陈列区营业面积（不含办公、仓库等附属用房）应分别达到80、60、40平方米及以上，其中医疗保险服务专区占用面积应达零售药店陈列区营业面积60%以上。

二、申请材料及要求

具备上述条件的零售药店在工作日内（除法定节假日外）均可向所在辖区的医保经办机构提出医保定点申请，提交材料如下：

（一）《南宁市医疗保障定点零售药店申请表》，原件1份；

（二）药品经营许可证副本，复印件1份或核原件；

（三）营业执照副本，复印件1份或核原件；

（四）法定代表人身份证，复印件1份或核原件；主要负责人或实际控制人身份证，复印件1份或核原件；

（五）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1份或核原件；

（六）医保专（兼）职管理人员的劳动合同，复印件1份或核原件；

（七）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本，原件或复印件1份；

（八）与医保有关的信息系统相关材料，原件1份；

（九）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告，原件1份；

（十）零售药店人员花名册，原件1份。

三、办理程序

**（一）定点申请**

零售药店提出定点申请，医保经办机构即时受理。对申请材料内容不全的，医保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。

**（二）综合评估**

医保经办机构组织评估小组或委托符合规定的第三方机构，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。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。评估内容包括：

1.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;

2.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;

3.核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同;

4.核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

5.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;

6.核查医保药品标识；

7.核查药店面积。

评估结果包括合格和不合格。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。

**（三）对外公示**

对于评估合格的，医保经办机构纳入拟签订医保协议的零售药店名单，并将名单在市级医保行政部门门户网站进行公示，公示期为5个工作日。

**（四）协商谈判和安装信息系统**

经公示无异议后，医保经办机构与拟签订医保协议的零售药店协商谈判，达成一致的，零售药店按规定安装医保信息系统。

**（五）签订医保协议**

医保信息系统安装后运行正常的零售药店，签署诚信服务承诺书，医保经办机构与其签订医保协议。

**（六）信息公布**

医保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。

四、不予受理的情形

零售药店有下列情形之一的，不予受理医保定点申请：

（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。

五、监督管理

（一）市本级零售药店医保定点确定工作由市级医保经办机构组织开展；各县（含武鸣区）零售药店医保定点确定工作由所在县（含武鸣区）医保经办机构组织开展。

（二）各级医保经办机构对辖区内的定点零售药店进行协议管理。定点零售药店应签署诚信服务承诺书，严格遵守医保服务协议相关规定，加强管理，规范医保服务行为，为参保人员提供优质、高效、便捷的医疗保障服务。

（三）零售药店申请南宁市医保定点，经查发现提供虚假材料，未确定为医保定点的，取消申请资格，且3年内不得重新申请；已确定为医保定点的，解除医保服务协议，且3年内不得重新申请。

六、工作要求

（一）各级医保经办机构要高度重视零售药店医疗保障定点确定工作，加强宣传培训，充分利用多种渠道做好有关政策的宣传引导和政策解释工作。

（二）各级医保经办机构要严格执行本通知要求，不得自行增加申报材料、调整办理程序等，应认真做好零售药店医疗保障定点确定工作的衔接。

本通知自2021年5月24日起执行，此前与本通知规定不一致的，按本通知执行。今后如自治区公布统一的医保定点确定经办规程，我中心将按经办规程内容另发通知。

附件：1.南宁市医疗保障定点零售药店申请表

2.零售药店人员花名册

3.零售药店南宁市医疗保障定点考核评估表

南宁市医疗保障事业管理中心

2021年5月24日

附件1

南宁市医疗保障定点零售药店

申请表

申请单位

申请时间

**填 写 说 明**

一、该表用钢笔、水性笔填写，要求字迹工整清楚，内容真实。

二、“申请内容”一栏填写内容为“×××药店自愿申请成为南宁市医疗保障定点零售药店，严格执行医疗保障相关的政策、法规，竭诚为参保人员提供购药服务，并接受医疗保障部门的监督和管理；承诺申请材料内容属实，不存在虚假情况，如存在，愿承担一切后果并自愿放弃本次申请及3年内再次申请资格”。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 零售药店名称 | | |  | | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | |
| 法定代表人 | | |  | 身份证号 | |  | | | |
| 法定代表人电话 | | |  | | | 固定电话 | | |  |
| 主要负责人或实际控制人 | | |  | 身份证号 | |  | | | |
| 主要负责人或实际控制人电话 | | |  | | | 单位对外电话 | | |  |
| 联系人 | | |  | | | 联系人电话 | | |  |
| 营业执照  （统一社会信用代码） | | | |  | | | | | |
| 药品经营许可证号 | | | |  | | | | | |
| 经营性质 | | | □连锁公司 □直营 □加盟  □非连锁公司 □自营直营 □个体 □其他 | | | | | | |
| 连锁公司或母公司名称 | | |  | | | | | | |
| 对公账户  开户行名称 | | |  | | | | | | |
| 户名 | | |  | | | | | | |
| 账号 | | |  | | | | | | |
| 陈列区  营业面积 | | | m2 | | 医保专区面积 | | m2 | | |
| 药店经营范围 | | |  | | | | | | |
| 经营药品种数情况 | | | 处方药品种数 | | 非处方药品种数 | | 经营药品种数合计 | | |
|  | |  | |  | | |
| 业务收支情况 （至少3个月）  年 月至 年 月 | | | | | 药品销售额（元） | | 其他销售额（元） | | |
|  | |  | | |
| 人  员  构  成 | 药学技术人员 | | | | 共 人，其中:执业药师 人。 | | | | |
| 医保专（兼）职管理人员 | | | | 共 人 | | | | |
| 其他人员 | | | | 共 人 | | | | |
| 合计 | | | | 共 人 | | | | |
| 是否在注册地址正式经营至少3个月 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否至少有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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否至少有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管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否严格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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否具备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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否具有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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 信息系统是否具备经营品种管理功能并能真实记录“进、销、存”等情况 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否严格执行市场监管局核准的经营范围，对医保支付范围外的商品，是否在经营场所设置非医疗保险服务专区和非医疗保险收费系统 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 是否存在以下情形：未依法履行行政处罚责任的；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；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；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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否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 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 法定代表人、主要负责人或实际控制人是否被列入失信人名单 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 市级、县级、乡镇级零售药店陈列区营业面积是否达到80、60、40平方米及以上 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 市级、县级、乡镇级零售药店医疗保险服务专区占用面积是否达零售药店陈列区营业面积60%以上 | | | | | | | | □是 □否 | |
| 申请内容 | | （申请单位印章）  法定代表人（主要负责人）签字  年 月 日 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  零售药店人员花名册  零售药店名称（盖章）：   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号 | 执业药师资格证编号 | 药学技术人员资格 | 注册在本机构执业时间 | 是否医保专（兼）职管理人员 | 联系电话 | | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  | | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  | | **...** |  |  |  |  |  |  |  |  |   附件3  零售药店南宁市医疗保障定点确定考核评估表 | | | | | |
| 零售药店名称： 考核评估日期： 年 月 日 | | | | | | |
| **序号** | **评估项目** | **评估办法** | **评估标准** | **评估意见** | **备注** | |
| 1 | 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 | 核对证件 | 证件在有效期内，且按照《药品经营许可证》和《营业执照》核准范围执业视为合格。 | □合格  □不合格 |  | |
| 2 | 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 | 核对人员及证件 | 人证相符、签订1年以上劳动合同且在合同期内，视为合格。人证不相符，或人员无相关证件的，均视为不合格。 | □合格  □不合格 |  | |
| 3 | 核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同 | 核对人员及劳动合同 | 签订1年以上劳动合同且在合同期内，视为合格。 | □合格  □不合格 |  | |
| 4 | 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度 | 核查相关制度 | 具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度，视为合格。 | □合格  □不合格 |  | |
| 5 | 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 | 核查零售药店信息系统 | 信息系统至少具备经营品种管理功能，并能真实记录“进、销、存”等情况的，视为合格。 | □合格  □不合格 |  | |
| 6 | 核查医保药品标识 | 现场查看标识 | 核查是否设立医保专区和非医保专区标识。 | □合格  □不合格 |  | |
| 7 | 核查药店面积 | 结合递交的材料进行实地测量 | 市级、县级、乡镇级零售药店陈列区营业面积应分别达到80、60、40平方米及以上，其中医疗保险服务专区占用面积应达零售药店陈列区营业面积60%以上。 | □合格  □不合格 |  | |
| **考核评估结果** | | | **□合格 □不合格** | | | |

备注：符合申报条件、材料真实、“评估意见”各项均为“合格”的零售药店考核评估结果为合格。

评估小组成员签名：