

武汉市医疗保障局文件

武医保规〔2022〕1号

武汉市医疗保障局关于印发《加强武汉市 医疗机构医疗保障定点管理的若干规定》 《加强武汉市零售药店医疗保障定点 管理的若干规定》的通知

各区医疗保障局，各医保经办机构，各定点医药机构：

为贯彻落实《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）、《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），进一步加强和规范我市医疗机构和零售药店医疗保障定点管理工作，现将《关于加强武汉市医疗机构医疗保障定点管理的若干规定》《关于加强武汉市零售药店

医疗保障定点管理的若干规定》印发给你们，请遵照执行。



(此件主动公开)

关于加强武汉市医疗机构医疗保障 定点管理的若干规定

为认真贯彻落实《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),加强和规范我市医疗机构医疗保障定点管理,现就有关事项规定如下:

一、市医疗保障局(以下称“市医保局”)负责制定我市医疗机构医疗保障定点管理政策,统筹全市医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)和医疗机构医疗保障定点管理工作。各区医疗保障行政部门负责统筹辖区内经办机构和医疗机构医疗保障定点管理工作。

二、市医疗保险中心(以下称“市医保中心”)负责制定医疗机构医疗保障定点管理经办规程,确定全市定点医疗机构,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”),统筹定点医疗机构经办管理服务,开展医保协议管理、考核等。各区经办机构负责做好辖区内医疗机构医保协议管理、日常监督、考核等医疗保障经办服务工作。

三、市医保中心负责向社会公布定点医疗机构申请指引,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,积极利用互联网开展定点受理工作。

四、各区经办机构即时受理定点申请,并及时逐项审核定点申请资料,对不予受理情形采用人工核实、部门联查等形式予以

查验，出具审核人员及经办机构负责人签名的书面审核意见。医疗机构有多个执业地点的，各执业地点应当分别提出医保定点申请。

五、定点医疗机构可按照相关规定自愿申请开展普通门诊及住院、门诊治疗慢性病和特殊疾病（以下称“门诊慢特病”）、国家医保谈判药品“双通道”、“互联网+”等医保服务，相关定点管理规定和经办规程另行制定。

六、市医保中心应根据受理申请的情况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、现场等形式开展评估。评估结果应在形成后7个工作日内书面报市医保局，评估合格的医疗机构名单向社会公示5个工作日。对评估不合格的医疗机构，市医保中心应在公示完成后的3个工作日内书面告知其不合格理由，并提出整改建议。自结果告知送达之日起，整改3个月后市医保中心可再次组织评估。再次评估仍不合格的，自再次评估结果送达之日起1年内不得再次申请。医疗机构对定点申请的评估结果有异议的，可向市医保中心申请复核或请求市医保局协调处理。

七、对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医疗机构，市医保中心（或委托区经办机构）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。协议期限一般为1年。

八、生效的医保协议，双方应妥善保管。经办机构应将协议

文本电子档案永久保存。定点医疗机构应将医保协议上传至定点医药机构管理系统。未按规定上传医保协议的医疗机构由区经办机构责令整改。

九、定点医疗机构应按市医保信息化建设相关规定做好有关工作，保障网络安全及监管设备正常运行，保障机构内部信息系统与国家医保信息系统有效对接，并按照规定传送医保结算和监管所需的有关数据。

十、市医保中心按医保协议约定进行医保费用拨付时应预留一定比例的质量保证金，质量保证金在年度清算时根据考核评价结果兑付，相关考核指标另行制定。

十一、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 个工作日内向经办机构提出变更申请。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、复核，复核合格的重新签订医保协议，医保协议截止日期与原协议相同。审核或复核发现重大信息变更后的医疗机构存在不符合规定的医保定点申请条件或者不予受理情形的，不予办理变更，按照医保协议约定处理。

定点医疗机构的注册地址变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请。自定点医疗机构申请受理之日起，医保协议自动中止。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、复核，复核合格的由市医保中心按规定组织评估，评估合格的定点医疗机构重新签订医保协议，医

保协议截止日期与原协议相同。对审核、复核发现注册地址变更后的定点医疗机构存在不符合规定的医保定点申请条件或者不予受理情形的，或评估不合格的定点医疗机构，不予办理变更，按照医保协议约定处理。

十二、医保协议续签应由定点医疗机构于医保协议期满前 3 个月向区经办机构提出申请或由区经办机构统一组织，并将相关信息报市医保中心。市医保中心（或委托区经办机构）与定点医疗机构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考核评价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。

十三、对于考核评价结果好的定点医疗机构可以采取固定医保协议和年度医保协议相结合的方式，固定医保协议相对不变，年度医保协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

十四、医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算，已经结算的应予以追回。

十五、市医保中心作出中止和解除医保协议等处理时，应及时报告市医保局并向社会公布。

十六、医疗保障行政部门及经办机构在行政监督、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，存在滥用职权、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。

十七、本规定由市医保局负责解释，自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。

关于加强武汉市零售药店医疗保障 定点管理的若干规定

为认真贯彻落实《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),加强和规范我市零售药店医疗保障定点管理,现就有关事项规定如下:

一、市医疗保障局(以下称“市医保局”)负责制定我市零售药店医疗保障定点管理政策,统筹全市医疗保障经办机构(以下简称“经办机构”)和零售药店医疗保障定点管理工作。各区医疗保障行政部门负责统筹辖区内经办机构和零售药店医疗保障定点管理工作。

二、市医疗保险中心(以下称“市医保中心”)负责制定零售药店医疗保障定点管理经办规程,确定全市定点药店,与定点药店签订医疗保障服务协议(以下称“医保协议”),统筹定点药店经办管理服务,开展医保协议管理、考核等。各区经办机构负责做好辖区内零售药店医保协议管理、日常监督、考核等医疗保障经办服务工作。

三、市医保中心负责向社会公布定点药店申请指引,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,积极利用互联网开展定点受理工作。

四、各区经办机构即时受理定点申请,并及时逐项审核定点申请资料,对不予受理情形采用人工核实、部门联查等形式予以

查验，出具审核人员及经办机构负责人签名的书面审核意见。

五、定点药店可按照相关规定自愿申请开展门诊治疗慢性病和特殊疾病（以下称“门诊慢特病”）、国家医保谈判药品“双通道”、“互联网+”等医保服务。门诊慢特病及“双通道”定点药店按行政区域合理配置数量，择优确定。相关定点管理规定和经办规程另行制定。

六、市医保中心应根据受理申请的情况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、现场等形式开展评估。评估结果应在形成后7个工作日内书面报市医保局，评估合格的定点药店名单向社会公示5个工作日。对评估不合格的零售药店，市医保中心应在公示完成后的3个工作日内书面告知其不合格理由，并提出整改建议。对评估不合格的零售药店，自结果告知送达之日起，整改3个月后市医保中心可再次组织评估。再次评估仍不合格的，自再次评估结果送达之日起1年内不得再次申请。零售药店对定点申请的评估结果有异议的，可向市医保中心申请复核或请求市医保局协调处理。

七、对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，市医保中心（或委托区经办机构）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。协议期限一般为1年。

八、生效的医保协议，双方应妥善保管。经办机构应将协议

文本电子档案永久保存。定点药店应将医保协议上传至定点医药机构管理系统。未按规定上传医保协议的定点药店由区经办机构责令整改。

九、定点药店应对单笔购药金额超过 500 元的购药行为单独进行登记。

十、定点药店应按市医保信息化建设相关规定做好有关工作，保障网络安全及监管设备正常运行，保障机构内部信息系统与国家医保信息系统有效对接，并按照规定传送医保结算和监管所需的有关数据。

十一、市医保中心可以根据零售药店定点管理的需要设定一定数额的质量保证金，质量保证金在年度清算时根据考核评价结果兑付，相关考核指标另行制定。

十二、定点药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人等重大信息发生变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请。经办机构应及时对定点药店的变更内容进行资料审核、复核，复核合格的重新签订医保协议，医保协议截止日期与原协议相同。审核或复核发现重大信息变更后的定点药店存在不符合规定的医保定点申请条件或者不予受理情形的，不予办理变更，按照医保协议约定处理。

定点药店的注册地址变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请。自定点药店申请受理之日起，医保协议自动中止。经办机构应及时对定点药店的变更内容

进行资料审核、复核，复核合格的由市医保中心按规定组织评估，评估合格的定点药店重新签订医保协议，医保协议截止日期与原协议相同。对审核、复核发现注册地址变更后的定点药店存在不符合规定的医保定点申请条件或者不予受理情形的，或评估不合格的定点药店，不予办理变更，按照医保协议约定处理。

门诊慢特病及“双通道”定点药店原则上不得变更重大信息，不得跨连锁公司办理信息变更，不得跨行政区域办理注册地址变更。如因门店拆迁、总公司法定代表人变更等原因确需变更信息的，应提前向市医保中心申请。门诊慢特病及“双通道”定点药店无特殊原因发生重大信息变更的，应解除门诊慢特病及“双通道”定点相关医保协议。

十三、医保协议续签应由定点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，并将相关信息报市医保中心。市医保中心（或委托区经办机构）和定点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考核评价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。

十四、医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算，已经结算的应予以追回。

十五、市医保中心作出中止和解除医保协议等处理时，应及时报告市医保局并向社会公布。

十六、医疗保障行政部门及经办机构在行政监督、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，存在滥用职权、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。

十七、本规定由市医保局负责解释，自 2023 年 1 月 1 日起施行，有效期五年。