

温州市医疗保障局文件

温医保发〔2020〕6号

温州市医疗保障局关于印发《温州市基本医疗保险定点零售药店违规违约处理标准（试行）》的通知

各县（市）医保局、龙港市社会事业局、各区分局、经开区社保分局、市医保中心、市局各处室：

经研究，市局制定了《温州市基本医疗保险定点零售药店违规违约处理标准（试行）》，现印发各你们，请认真遵照执行。



温州市基本医疗保险定点零售药店违规违约 处理标准（试行）

为全面提升医保治理能力，净化医保运行环境，规范对医保定点零售药店监管权限与违规违约处理标准，根据《中华人民共和国社会保险法》、《关于推进医疗保障基金监管制度体系改革的指导意见》（国办发〔2020〕20号）、《温州市全民基本医疗保险办法》等文件规定，结合我市实际，制定本处理标准。

一、定点零售药店有以下情形的，医保经办机构应予以约谈、整改

- （一）医保举报投诉电话及相关医保政策未上墙；
- （二）医保药品甲乙标识不到位；
- （三）环境不整洁、药品分类无序；
- （四）定点铜牌摆放位置不显著或摆放自制定点牌；
- （五）未向服务对象提供医保规定格式的票据、购药票据字迹不清晰或购药票据存根上字迹褪色；
- （六）现场抽查3天50张购药票据存根，无参保人员签字确认达2-10%（含）的；
- （七）未按规定上传药品编码、名称、剂型、规格、数量（帖数）、用法、用量等费用明细信息及疾病诊断、药师信息等相关信息；
- （八）未及时认真协助查处投诉和社会监督反映问题的；
- （九）定点零售药店及其工作人员的其它违规行为，未造成

医疗保险基金损失或参保人员经济损失。

二、定点零售药店有以下情形的，医保经办机构可暂缓医保基金支付（以下简称“单停”）1个月

（一）不提供结算单据；

（二）现场抽查3天50张购药票据存根，无参保人员签字确认达10-20%（含）的；

（三）为非医保外配处方提供医保配药服务；

（四）未按要求做好代购药、登记销售药品等登记备案台账工作的；

（五）因对应错误造成实际配售药品与上传药品信息不符的；

（六）医保政策执行错误，推卸责任于医保部门查实的；

（七）社会保障·市民卡（电子凭证）购药高于会员价格和现金销售价格；

（八）现场检查盘点商品20种，账物不符达10-15%（含）的；

（九）违反医疗保险用药范围、用药品种规定，以无适应症、超限制支付范围、超剂量、不按或更改处方等方式，进行医保费用结算1-3例的。

三、定点零售药店有以下情形的，医保经办机构可单停3个月

（一）现场抽查3天50张购药票据存根，无参保人员签字确认达20-30%（含）的；

(二)违反医疗保障制度规定的支付比例进行医疗保障费用结算;

(三)违反医疗保险用药范围、用药品种规定,以无适应症、超限制支付范围、超剂量、不按或更改处方等方式,进行医保费用结算 3 例以上的;

(四)无医保外配处方配售处方药 1-3 例的;

(五)营业时间内执业药师不在岗销售处方药的;

(六)销售高价药品进行医保费用结算不履行告知价格义务的、违反明码标价规定进行医疗保险费用结算的;

(七)医保结算窗口安装非 1080P 高清监控设备的、视频监控系统不能正常运行的、监控视频保留至少 2 个月以上未达标的;

(八)药品进出库单、购药处方、购药票据存根等资料应至少保存两年未达标的;

(九)现场检查盘点商品 20 种,账物不符达 15-20% (含) 的;

(十)将与医保业务无关的文档拷贝或安装到联网计算机上擅自修改,删除联网计算机上医保相关程序的;不按照我市医保交易的技术规范完成相关运行环境的安装和配置,修改配置参数,在接入设备上进行与医保业务无关的操作的。

四、定点零售药店有以下情形的,医保经办机构可暂缓医保基金支付、暂停定点服务协议(以下简称“双停”)1-3 个月

(一)人卡不符导致冒名购药,1-3 例双停 1 个月,4-6 例

双停 2 个月，7 例（含）以上双停 3 个月；

（二）超量售药、重复配药、故意销售大包装药品，累计 1-5 例双停 1 个月，6-10 例双停 2 个月，11 例（含）以上双停 3 个月；

（三）无医保外配处方配售处方药，4-6 例双停 1 个月，7-9 例双停 2 个月，10 例（含）以上双停 3 个月；

（四）现场抽查 3 天 50 张购药票据存根，无参保人员签字确认达 30%以上的；

（五）医保目录内药品相互串换的，1 例双停 1 个月，2 例双停 2 个月，3 例双停 3 个月；

（六）一次交易重复进行医疗保障费用结算，1-3 例双停 1 个月，4-6 例双停 2 个月，7 例（含）以上双停 3 个月；

（七）现场检查盘点商品 20 种，帐物不符 20-25%（含），双停 1 个月；账物不符 25-35%（含），双停 2 个月；账物不符 35-40%（含），双停 3 个月；

（八）留置参保人员社会保障·市民卡（电子凭证），1-2 份双停 1 个月，3-4 份双停 2 个月，5-6 份双停 3 个月；

（九）将可进入医保支付的中药饮片费用部分要求参保患者自费结算的，1-3 例双停 1 个月，4-6 例双停 2 个月，7 例及以上双停 3 个月；

（十）故意曲解医保政策规定，鼓动参保人员重复购药、突击刷卡购药，1-3 例双停 1 个月，4-6 例双停 2 个月，7 例（含）以上双停 3 个月；

(十一)现场检查药店药品本地库,医保药品备药率 55%-60% (不含)双停 1 个月; 医保药品备药率 50%-55% (不含)双停 2 个月; 医保药品备药率 45%-50% (不含)双停 3 个月;

(十二)以医保名义进行商业广告或促销活动,自行或借助其他机构或他人向参保人员实行减免自理自负、返现、赠送礼品等返利行为;

(十三)在协议期间内被发现不符合《温州市基本医疗保险定点医药机构协议管理办理规程》中必得分项的;

(十四)因涉嫌违约违规被调查、处理期间的;

(十五)违反医疗保险规定的其它违规行为,造成医疗保险基金损失或参保人员经济损失。

五、定点零售药店有以下情形的,医保经办机构可双停 4-6 个月

(一)默许人卡不符导致冒名购药,1-3 例双停 4 个月,4-6 例双停 5 个月,7 例及以上双停 6 个月;

(二)留置参保人员社会保障·市民卡(电子凭证),7-8 份双停 4 个月,9-10 份双停 5 个月,10-11 份双停 6 个月;

(三)医保结算台未安装监控设备或安装无效监控设备;

(四)医保目录内药品相互串换的,4 例双停 4 个月,5 例双停 5 个月,6 例双停 6 个月;

(五)现场检查盘点商品 20 种,账物不符 40-45% (含),暂停 4 个月;账物不符 45-55% (含),双停 5 个月;账物不符 55-60% (含),双停 6 个月;个别商品盘盈盘亏现象严重,1-2

种双停 4 个月，3-4 种双停 5 个月，5 种及以上双停 6 个月。

（六）现场检查药店药品本地库，医保药品备药率 40%-45%（不含）双停 4 个月；医保药品备药率 35%-40%（不含）双停 5 个月；医保药品备药率 35%以下双停 6 个月；配备的医保药品通用名品种数量 100 种以下，双停 6 个月；

（七）故意套用药品编码，将有医保支付标准的药品篡改为无医保支付标准的药品，1 种双停 4 个月，2 种双停 5 个月，3 种及以上双停 6 个月；

（八）在售药品无进货单或不能提供进货单的；

（九）未按会计制度的规定建立相应会计账目的、无“进销存”电算化管理明细账目的、未按季或月保存库存数；

（十）规定时间内，未及时办理变更备案手续的；

（十一）违反服务协议及医疗保险规定的其它违规行为，造成医疗保险基金较大损失或参保人员较大经济损失。

六、定点零售药店有以下情形的，医保经办机构应可双停 7-9 个月

（一）留置参保人员社会保障·市民卡（电子凭证），11-12 份双停 7 个月，13-14 份双停 8 个月，15-16 份双停 9 个月；

（二）纵容冒名购药的，1-3 例双停 7 个月，4-6 例双停 8 个月，7 例及以上双停 9 个月；

（三）虚记或多记药品费用，1-3 例双停 7 个月，4-6 例双停 8 个月，7 例及以上双停 9 个月；

（四）现场检查盘点商品 20 种，账物不符 60-65%（含），

双停 7 个月；账物不符 65-75%（含），双停 8 个月；账物不符 75-80%（含），双停 9 个月；

（五）医保目录内药品相互串换的，7 例双停 7 个月，8 例双停 8 个月，9 例双停 9 个月；

（六）故意套用药品编码，将有医保支付标准的药品篡改为无医保支付标准的药品，4 种双停 7 个月，5 种双停 8 个月，6 种（含）以上双停 9 个月；

（七）存在两套及以上医保收费结算系统或者用两套以上计算机管理系统管理本单位药品的；

（八）违反服务协议及医疗保险规定的其它违规行为，造成医疗保险基金较严重损失或参保人员较严重经济损失的。

七、定点零售药店有以下情形的，医保经办机构应可双停 10-12 个月

（一）留置参保人员社会保障·市民卡（电子凭证），17-18 份双停 10 个月，19-20 份双停 11 个月，20 份（含）以上双停 12 个月；

（二）药店工作人员用亲属、朋友或其他途径囤积的医保卡盗刷、空刷配药的；

（三）现场检查盘点商品 20 种，账物不符 80-85%（含），双停 10 个月；账物不符 85-95%（含），双停 11 个月；账物不符 95%以上，双停 12 个月；

（四）医保目录内药品相互串换的，10 例双停 10 个月，11 例双停 11 个月，12 例（含）以上双停 12 个月；

(五)故意套用药品编码,将有医保支付标准的药品篡改为无医保支付标准的药品,7种双停10个月,8种双停11个月,9种(含)以上双停12个月;

(六)超出《药品经营许可证》准许范围或地址开展配售药服务,将房屋承包、出租给个人或其他机构,并以定点名义开展配售药服务的;

(七)故意销毁监控记录的;

(八)藏匿、转移有关资料不配合检查的;

(九)销售假劣医保药品、非法渠道购进药品等被相关部门查实的;

(十)涂改医保外配处方或向定点医疗机构索取医保外配专用处方;变造、涂改病例、检验检查单及处方等;

(十一)违反服务协议及医疗保险规定的其它行为,造成医疗保险基金严重损失或参保人员严重经济损失的。

八、定点零售药店发生以下情形的,医保经办机构一律解除定点服务协议

(一)伪造虚假凭证、篡改进销存数据骗取基金的;

(二)利用社会保障·市民卡(电子凭证)兑换现金骗取基金的;

(三)为非定点零售药店或其他机构提供费用结算的;

(四)将医保目录范围外的药品、生活用品、保健滋补品、医疗器械等费用串换成医保支付范围内的费用进行医保交易结算;

(五)协议有效期内累计3次被暂停协议的或暂停协议期间未按时限要求整改或整改不到位的;

(六)吊销《药品经营许可证》、《营业执照》的;

(七)拒绝、阻挠医保管理部门开展必要监督检查的;

(八)恶意攻击医疗保险结算系统,造成系统瘫痪或数据破坏的;

(九)其他造成严重后果或重大影响的违规违约行为的。

九、定点零售药店违规违约行为涉及的费用医保基金不予支付,已支付的基金由医保经办机构予以追回,并按照《社会保险法》与《医保定点零售药店服务协议》追究相应责任。

十、以上行为,符合行政处罚标准的,移交医保行政部门处理;涉嫌犯罪的,移送司法部门处理。

十一、本标准自2020年10月1日起施行。原有医保有关文件中与本标准不一致的,一律以本标准为准。