# 化州市医疗保障局文件

化医保〔2024〕27号

## 转发《茂名市医疗保障局转发关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》

市医疗保障事业管理中心，市各定点零售药店：

现将《茂名市医疗保障局转发关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（茂医保〔2024〕17号）转发给你们，请认真贯彻执行。

化州市医疗保障局

2024年5月6日

# 茂名市医疗保障局文件

茂医保〔2024〕17号

## 茂名市医疗保障局转发关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知

各区、县级市医疗保障局（分局），广东茂名滨海新区社会事务局、茂名高新区组织人事局，市医保中心：

现将《广东省医疗保障局关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（粤医保规〔2024〕3号）转发给你们，有效期延长至2027年6月1日，请遵照执行。

附件：《广东省医疗保障局关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知》（粤医

保规〔2024〕3号）

茂名市医疗保障局

2024年4月30日

# 广东省医疗保障局文件

粤医保规〔2024〕3号

# 广东省医疗保障局关于延长广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法有效期的通知

各地级以上市医疗保障局：

根据《广东省行政规范性文件管理规定》（广东省人民政府令第277号）规定，经评估，《广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知》（粤医保规〔2021〕2号）继续施行，有效期延长至2027年6月1日。在继续施行期间，按文件如有修改或废止，以新修改文件的公布或

废止的通知为准。

附件：广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知

广东省医疗保障局

2024年4月23日

附件

# 广东省医疗保障局关于印发广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法的通知

各地级以上市医疗保障局：

为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，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），结合我省实际，我局制定了《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》，现印发给你们，请认真贯彻执行。

广东省医疗保障局

2021年5月26日

# 广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法

## 第一章 总 则

**第一条** 为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国药品管理法》等法律法规和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》（中发〔2020〕5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），制定本办法。

**第二条** 零售药店医疗保障定点管理应当坚持以人民健康为中心，遵循保障基本、公平公正、权责明晰、动态平衡的原则，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

**第三条** 各统筹地区医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政策，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。

各统筹地区经办机构负责确定定点零售药店，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。

定点零售药店应当遵守法律、法规、规章和医疗保障有关政策，按规定向参保人员提供药品服务。

## 第二章 定点零售药店申请和确定

**第四条** 各统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医疗保障基金收支、参保人员用药需求等确定本统筹区定点零售药店的资源配置。

**第五条** 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（一）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）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）具有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，按规定使用国家和省统一的医保编码；

（七）符合法律、法规、规章和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

**第六条** 零售药店向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，应当提供以下材料：

（一）广东省医疗保障定点零售药店申请表；

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

（三）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；

（四）医保专（兼）职管理人员的劳动合同复印件；

（五）与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本；

（六）与医保有关的信息系统相关材料；

（七）纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告；

（八）省级医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

对于实行告知承诺制的证明事项，申请人可自主选择是否采用告知承诺制方式办理。申请材料中属于政府部门核发的证照批文，能通过数据共享查询、核验的，零售药店无需另行提供。

**第七条** 零售药店有下列情形之一的，不予受理定点申请：

（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、规章规定的其他不予受理的情形。

**第八条** 零售药店提出的定点申请，统筹地区经办机构应当即时受理。对申请材料不全的，经办机构应当自收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。

**第九条** 统筹地区经办机构应当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。

**第十条** 统筹地区经办机构应当组织评估小组或委托第三方机构，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：

（一）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；

（二）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；

（三）核查医保专（兼）职管理人员的劳动合同；

（四）核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度；

（五）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；

（六）核查医保药品标识。

评估结果分为合格和不合格。统筹地区经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的零售药店，应当向社会公示，公示期为7个工作日，公示期间未收到举报或收到举报但经核查不影响评估结果的，纳入拟签订医保协议零售药店名单。对于评估不合格的，应当告知其理由，提出整改建议。自评估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。

评估细则另行制定。

**第十一条** 统筹地区经办机构与评估合格拟签订协议的零售药店就双方的权利、义务和责任协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由地市级及以上统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议并向同级医疗保障行政部门备案。医保协议期限一般为1年。

**第十二条** 统筹地区经办机构应当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

**第十三条** 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，对经办机构履约情况进行监督，对完善医疗保障政策提出意见建议等权利。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢性病、特殊病购药定点机构，相关规定由统筹地区医疗保障部门另行制定。

**第十四条** 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。

定点零售药店不得将经办机构不予支付的违规费用、按医保协议约定被扣除的质量保证金及支付的违约金等，作为医保欠费处理。

**第十五条** 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励定点零售药店选择在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并应当真实记录“进、销、存”情况。

**第十六条** 定点零售药店要按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，遵守医疗保障行政部门制定的药品价格政策。

**第十七条** 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，执业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。

**第十八条** 定点零售药店应当参加由医疗保障行政部门或经

办机构组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障相关政策培训学习，应当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行为。

**第十九条** 定点零售药店应当在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识，不得私自制作、悬挂。

**第二十条** 定点零售药店应当按规定向统筹区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当核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符，特殊情况下为参保人代购药品的应当出示本人和被代购人身份证；凭外配处方购药的，应当核验处方使用人与参保人员身份是否一致。定点零售药店应当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当在购药清单上签字确认。

**第二十三条** 定点零售药店应当将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。

**第二十四条** 定点零售药店应当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。定点零售药店更新、重新安装或更换信息系统时，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** 定点零售药店实行属地管理，经办机构对属地定点零售药店为参保人提供的药品服务承担管理服务职责。经办机构有权掌握定点零售药店的运行管理情况，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。

**第二十六条** 经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等管理流程，制定经办规程，为定点零售药店和参保人员提供经办服务。

**第二十七条** 经办机构应当做好对定点零售药店医保政策、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、查询等服务。

**第二十八条** 经办机构应当落实医保支付政策，建立完善的

内部控制制度和风险防控机制，明确医保费用审核、拨付、稽核、结算、清算等岗位责任，完善重大医保药品费用支出集体决策等管理制度，加强医疗保障基金管理。

**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、定期和不定期稽查等方式及时审核医保药品费用，经审查核实违规的医保费用，经办机构不予支付。经办机构应当按医保协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用，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** 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。参保人员应当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。参保人员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。

**第三十一条** 经办机构应当遵守数据安全有关制度规定，保护参保人员隐私，确保医疗保障基金安全。

经办机构应当向社会公开医保信息系统数据集和接口标准，由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。

**第三十二条** 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，并建立动态管理机制。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。

省级医疗保障行政部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

**第三十三条** 经办机构发现定点零售药店存在违反协议约定情形的，可按协议约定相应采取以下处理：

（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协议约定支付违约金；

（四）中止或解除医保协议。

**第三十四条** 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违反医保协议约定的，视情节可采取约谈主要负责人、限期整改、通报批评，以及对相关责任人员按规定提请给予处分等处理。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规的，依法进行处理。委托社会保险经办机构承办医保经办的地区，按照有关规定，由医疗保障部门会同人力资源社会保障部门对相关责任

人员和违反法律法规的社会保险经办机构依法进行处理。

## 第五章 定点零售药店的动态管理

**第三十五条** 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息发生变更的，应当自有关部门批准之日起30个工作日内向统筹地区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应当及时书面告知。

**第三十六条** 医保协议续签应当由定点零售药店于协议期满前3个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构和定点零售药店就协议续签事宜进行协商谈判，双方根据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，可续签协议；未达成一致的，协议到期后自动终止。

绩效考核达标的定点零售药店，经办机构可以采取固定协议和年度协议相结合的方式签订协议，固定协议不少于2年，年度协议每年根据具体情况调整，简化签约手续。

**第三十七条** 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过协议有效期的，协议可继续履行；超过协议有效期的，协议自动终止。

定点零售药店可提出中止协议申请，经经办机构同意，可以中止协议，但中止时间原则上不得超过180日，定点零售药店在协议中止超过180日仍未提出继续履行协议申请的，协议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应当中止协议：

（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）根据医保协议约定应当中止协议的；

（四）法律、法规、规章规定的应当中止的其他情形。

**第三十八条** 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店解除医保协议约定，协议关系不再存续，协议解除后产生的药品费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应当解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的零售药店名单：

（一）协议有效期内累计2次及以上被中止协议或中止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现场检查、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部门在行政执法中，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协议；

（十五）主动提出解除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、规章规定的应当解除协议的其他情形。

**第三十九条** 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，应当提前3个月向经办机构提出申请。地市级及以上统筹地区经办机构与定点零售药店中止或解除医保协议的，该定点零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

**第四十条** 定点零售药店与统筹地区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，也可以提起行政复议或行政诉讼。

## 第六章 定点零售药店的监督

**第四十一条** 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。

**第四十二条** 医疗保障行政部门和经办机构应当拓宽监督途径、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监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

**第四十三条** 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当要求经办机构按照医保协议及时处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规进行处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时，应当报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门依法查处定点零售药店违法违规行为时，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。

**第四十四条** 各统筹地区医疗保障行政部门或经办机构对定点零售药店违规违约等做出的处理，适用于全省范围内其他统筹地区。

各统筹地区医疗保障行政部门应当建立完善定点零售药店、人员等信用管理制度，视情况将日常监督检查、行政处罚、违规违约等处理结果纳入国家或省信用信息共享平台及其他相关信

息公示系统，按照有关规定实施惩戒。

## 第七章 附 则

**第四十五条** 本办法适用于职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、大病保险等医疗保障定点管理工作。各地级以上市可依据本办法结合实际制定具体办法，报省医疗保障局备案后执行。

**第四十六条** 本办法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统筹地区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。

**第四十七条** 省级医疗保障经办机构根据国家制定的医保协议范本和经办规程，结合实际制定本省医保协议范本和经办规程并指导各地加强和完善医保协议管理。各统筹地区医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别制定本地区的

医保协议范本及经办规程。医保协议内容应当与法律、法规、规章和医疗保障政策调整变化相一致，调整医保协议内容时，应当征求相关定点零售药店意见。

**第四十八条** 本办法由广东省医疗保障局负责解释，自2021年6月1日起施行，有效期3年。

公开方式：主动公开

抄送：省人力资源社会保障厅，省医保中心。

广东省医疗保障局办公室　　2024年4月23日印发

公开方式：主动公开

茂名市医疗保障局办公室　　2024年4月30日印发

**公开方式：**主动公开

化州市医疗保障局办公室　　2024年5月6日印发