

佛山市医疗保障局文件

佛医保〔2021〕94号

佛山市医疗保障局关于印发《佛山市零售药店医疗保障定点管理实施办法》的通知

市社会保险基金管理局，市医疗保障局各分局，各定点零售药店：

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3号令）和《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕2号）等规定，结合本市实际，我局制定了《佛山市零售药店医疗

保障定点管理实施办法》，并已经市司法局审查批准。现印发给你们，请遵照执行。执行过程中如有问题，请及时反馈市医保局。

佛山市医疗保障局

2021年12月31日

佛山市零售药店医疗保障定点管理实施办法

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《医疗保障基金使用监督管理条例》《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》《广东省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（粤医保规〔2021〕2号）等法律、法规及有关规定，结合本市实际，制定本办法。

第二条 本市行政区域内零售药店医疗保障定点管理，按照本办法执行。

第三条 零售药店医疗保障定点管理应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，加强医保精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的药品服务。

第四条 医疗保障行政部门负责制定零售药店医疗保障定点管理政策，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，依法查处医疗保障违法违规行为。

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”），按属地管理原则提

供经办服务，开展医保协议管理、考核等，对属地定点零售药店提供的药品服务承担经办管理服务职责。

第二章 定点零售药店管理

第一节 定点零售药店确定

第五条 市医疗保障行政部门根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、参保人用药需求等确定本市定点零售药店的资源配置。

第六条 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，并与该零售药店签订 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。

第七条 零售药店向所在区经办机构提出医疗保障定点申请,至少提供以下材料:

(一)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)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等文本;

(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,内容包括但不限于正式营业的情况(含正式营业的时间、正式营业以来的购药人次、购药总费用等)、年度基金拟支出总量、使用计划、涉及的药品类型、受益人群等;

(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。

药品经营许可证、营业执照、执业药师资格证书、药学技术人员证书等证照，能通过数据共享查询、核验的，零售药店无需另行提供。

第八条 定点零售药店按照以下程序确定：

（一）申请。符合第六条条件的零售药店可向所在区经办机构提出定点申请。

（二）受理。经办机构应接收申请材料，材料内容齐全的，即时受理。

材料内容不全的，经办机构自收到申请材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充，经办机构自一次性告知之日起至收到零售药店提交的补充材料之日止，不起算评估时间。零售药店逾期不补充材料的，经办机构可不再处理该申请。

（三）评估。经办机构受理定点申请后应组织评估小组或通过购买服务等方式委托第三方机构，以书面、现场等形式开展评估。评估小组成员可由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员构成。评估时间自受理申请材料之日起不超过3个月。评估结果分为合格和不合格，经办机构应当将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估不合格的，应告知申请人理由，提出整改建议，自结果告知送达之日起，整改3个月后再次组织评估；评估仍不合格的，终结本次申请程序并告知申请人理由，自终结本次申请程序之日起1年内不得再次申请。

(四) 公示。评估合格的，经办机构应将申请人纳入拟签订协议零售药店名单，并向社会公示，公示期为 7 个工作日。

公示期间收到异议且成立的，应告知申请人理由，申请人可在 3 个工作日内提出复核申请，并提供相应证明材料及依据。经办机构复核通过的，可与零售药店进行信息系统联网测试确认；复核不通过的，终结本次申请程序并告知申请人理由。

公示期间未收到异议或异议不成立的，经办机构进行信息系统联网测试确认。

(五) 签订。经办机构与评估合格的零售药店就双方的权利、义务和责任等协议内容协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。原则上，由市经办机构与零售药店签订医保协议，并向市级医疗保障行政部门备案。市经办机构可以委托区经办机构签订医保协议，并负责指导签订医保协议的行为。区经办机构不得再次委托。协议签订日期为开始日期。首次协议签订日期为当年 6 月 30 日（含当日）以前的，有效期至当年 12 月 31 日止；首次协议签订日期为当年 6 月 30 日到 12 月 31 日之间的，有效期至次年 12 月 31 日。

(六) 公布。经办机构应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、主要服务内容等，供参保人选择。区经办机构应当按照统一格式制作并向辖区内定点零售药店发放定点标识。

第九条 评估内容包括以下方面：

(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、医保专(兼)职管理人员劳动合同;

(三) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

(四) 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算条件;

(五) 核查医保药品标识。

第十条 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、法规规定的其他不予受理的情形。

第十一条 经办机构受理医保定点申请后发现零售药店存在本办法规定的不予受理情形，或不符合医保定点申请的条件，应当终结申请程序并告知申请人理由。

第十二条 经办机构应当按季度或医疗保障行政部门的要求统计定点零售药店医保协议管理情况，包括但不限于定点零售药店名称、违约情况、协议处理情况、违约责任履行情况等情况。

第二节 定点零售药店动态管理

第十三条 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，应自有关部门办理信息变更批准手续之日起 30 个工作日内向所在区经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应当自发生变化之日起及时书面告知所在区经办机构。

区经办机构收到信息变更书面申请或告知的，应当及时审查，审查发现信息变更后的零售药店存在不符合本办法规定医保定点申请条件或不予受理情形的，可以依法解除医保协议并回收相关标识。

第十四条 续签协议应由定点零售药店于医保协议期满前 3 个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。经办机构与辖区内定点零售药店就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据协议履行和绩效考核（包括年度考核）等情况决定是否续签。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。

绩效考核（包括年度考核）达标的定点零售药店，经办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签订协议，固定协议有效期为 2 年，年度医保协议由经办机构每年根据具体情况调整，简化签约手续。

第十五条 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（自然日），定点零售药店在协议中止超过 180 日（自然日）仍未提出继续履行医保协议申请的，协议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应当中止医保协议：

（一）根据日常检查和绩效考核（包括年度考核），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）定点零售药店违反政府疫情防控要求三次以上或情节严重的；

（四）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（五）法律、法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第十六条 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。

定点零售药店有以下情形之一的，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）医保协议有效期内累计 2 次及以上被中止医保协议或中止医保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智能审核、绩效考核（包括年度考核）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执法机构在行政执法中，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医保协议;

(十五)定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的;

(十六)定点零售药店因违法违规从事经营活动被相关部门通报实施联合惩戒的;

(十七)根据医保协议约定应当解除协议的;

(十八)法律、法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第十七条 定点零售药店请求中止、解除医保协议的,应当提前3个月向所在区经办机构提出申请;经办机构同意的,书面告知定点零售药店,医保协议自告知之日起中止或解除。

定点零售药店请求不再续签医保协议的,应当在医保协议期限届满前3个月内向所在区经办机构提出申请;经办机构同意的,医保协议到期后自动终止。经办机构未续签新年度医保协议,视为同意不再续签。

定点零售药店被其他统筹地区经办机构中止或解除医保协议，该定点零售药店在本市的医保协议也同时中止或解除。

第三节 定点零售药店运行管理

第十八条 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。

定点零售药店与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，也可提起行政复议或行政诉讼。

定点零售药店应当遵守医疗保障法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供药品服务。

第十九条 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。定点零售药店不得为非定点零售药店等提供医保费用结算服务。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊特定病种购药定点机构，相关规定由市医疗保障部门另行制定。

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

第二十条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在医疗保障行政部门规定的平台上采购药品，并真实记录药品的

名称、规格、数量、生产日期或者生产批号、保质期、进货日期、销售日期、以及供货者、购买者名称、地址、联系方式等“进、销、存”情况，并妥善保存相关记录备查。

第二十一条 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。

第二十二条 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，具体办法由市医疗保障局规定。

定点零售药店未凭处方销售医保目录内处方药造成医保基金损失的，依照有关法律法规处理。

第二十三条 定点零售药店应当参加由医疗保障部门组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障基金相关政策培训学习，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的行为，并将检查纠正情况报告所在区医疗保障部门。

第二十四条 定点零售药店在服务场所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。

第二十五条 定点零售药店应按要求及时如实向所在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名称、规格、数量、生产日期或者生产批号、保质期、进货日期、销售日期、以及供货者、购买者名称、地址、联系方式等“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第二十六条 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（包括年度考核）等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按要求提供相关材料。

第二十七条 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。

第二十八条 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、银联签购单等保存 2 年，保存的购药清单和银联签购单要同次相连，按月放置。参保人使用社保卡或医保电子凭证购药，定点零售药店应当打印对应购药清单和银联签购单，并对资料妥善保管，严防信息泄露，留存本店以备医疗保障部门核查。

第二十九条 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，并按规定及时全面准确向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第三章 经办管理服务

第三十条 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（包括年度考核）和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第三十一条 经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等流程管理，为定点零售药店和参保人员提供优质高效的经办服务。

第三十二条 经办机构应当做好对定点零售药店医疗保障政策、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、查询服务。

第三十三条 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，明确医保费用的审核、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制度，加强医疗保障基金管理。

第三十四条 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、定期和不定期稽查审核等方式及时审核医保药品费用。经审核违规的医保费用，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。

第三十五条 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。

第三十六条 经办机构应当遵守数据安全有关制度，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。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。

第三十七条 经办机构应当组织实施或委托第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核（包括年度考核），建立动态管理机制。原则上，经办机构应当在每个社保年度结束前1个季度内按照医保协议对定点零售药店开展年度考核评分。考核结果报同级医疗保障行政部门，并与年终清算、质量保证金退还、医保协议续签等挂钩。关于绩效考核国家、省另有规定的从其规定。

第三十八条 定点零售药店应当妥善保管支持医保个账支付的POS机，不得私自将POS机转让他人。

经办机构与定点零售药店解除医保协议后，送达文书时可以一并取回定点零售药店的PSAM卡或通过技术手段关闭PSAM

卡的使用功能。

第三十九条 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决定：

- （一）约谈法定代表人、主要负责人或实际控制人；
- （二）暂停结算；
- （三）不予支付或追回已支付的医保费用；
- （四）要求定点零售药店按照医保协议约定支付违约金；
- （五）中止或解除医保协议。

第四十条 定点零售药店违反服务协议的，经办机构应当督促其履行处理决定。定点零售药店及其相关责任人员有权进行陈述、申辩。

定点零售药店收到协议处理决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行，协议内容具有可执行性的，经办机构应当依法催告，并及时依法申请人民法院强制执行。

第四章 监督管理

第四十一条 经办机构发现定点零售药店存在违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止和解除医保协议处理时，应当及时报告同级医疗保障行政部门。

医疗保障行政部门发现定点零售药店涉嫌存在违约情形的，应当要求经办机构及时处理，经办机构应当及时按照医保协议处

理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为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。

第四十二条 定点零售药店涉嫌违反医保协议约定，同时涉嫌违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的，经办机构按照医保协议作出处理决定后5个工作日内将处理决定等材料移交同级医疗保障行政部门。

定点零售药店以欺诈、伪造证明材料或者其他手段骗取医疗保障基金支出的，经办机构应当初步核查有关线索，形成核查报告后将有关案件移交同级医疗保障行政部门。

案件移交材料和程序由市医疗保障行政部门另行规定。

第四十三条 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存在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，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。

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的医保协议履行情况、医疗保障基金使用情况、药品服务等进行监督。

第四十四条 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社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第四十五条 医疗保障行政部门可以视情况将定点零售药店日常监督检查、行政处罚、违规违约等处理结果纳入国家、省、市信用信息平台及其他相关信息公示系统，按照有关规定实施惩戒。

第四十六条 定点零售药店违反法律、法规、规章等规定，导致参保人损失的，应当依法承担赔偿责任。

第五章 附 则

第四十七条 本办法所称医疗保障部门是指医疗保障行政部门和经办机构。

医疗保障行政部门是指市医疗保障局及其派出机构。

定点零售药店是指自愿与本市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。

经办机构是指具有法定授权，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。

医疗保障服务协议是指由医疗保障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。

第四十八条 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，调整医保协议内容应当征求相关定点零售药店意见。

市医疗保障行政部门根据实际情况细化制定本地区的医保协议范本。

市经办机构在省经办规程基础上，根据实际情况细化制定本地区的零售药店医疗保障定点管理经办规程。

第四十九条 法律、法规、规章或国家、省医疗保障行政部门另有规定的，从其规定。

本办法施行前确定的定点零售药店，未能完成与国家医疗保障信息平台有效对接的，应于2022年12月31日前完成。

前款规定的定点零售药店，符合本办法规定的其他申请医保定点的范围和条件，医保协议有效期可延长至2022年12月31日，相关管理参照本办法执行。逾期未完成与国家医疗保障信息平台有效对接的，不再签订医保协议。

第五十条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释。本办法自2022年1月1日施行，有效期2年，《佛山市医疗保险和生育保险定点医药机构协议管理办法》（佛人社〔2016〕121号）同时废止。

抄送：广东省医疗保障局，佛山市司法局。

佛山市医疗保障局办公室

2021年12月31日印发
