

湖南省医疗保障局办公室文件

湘医保办发〔2023〕3号

湖南省医疗保障局办公室 关于定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知

各市州医疗保障局：

为切实贯彻落实好《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）《国家医疗保障局办公室关于进一步做好定点零售药店纳入门诊统筹管理的通知》（医保办〔2023〕4号）《湖南省人民政府办公厅关于建立健全职工基本医疗保险门诊共济保障机制的实施意见》（湘政办发〔2022〕12号）有关要求，更好推进职工医保门诊共济保障机制改革，不断提高人民群众医疗保障水平，现就做好定点零售药店纳入门诊统筹管理有关事项通知如下。

一、鼓励支持定点零售药店开通门诊统筹服务

各统筹区医保部门要采取有效措施，鼓励支持符合条件的定点零售药店自愿申请开通门诊统筹服务，为参保人员提供门诊统筹用药保障。定点零售药店开通门诊统筹服务应符合以下条件：

（一）具备完善的药店管理系统（必须含有“进销存”管理功能），按照国家医疗保障局要求的接口标准，与全省统一医保信息平台对接，实现医保电子凭证扫码结算、医保电子处方流转等功能。按规定使用国家统一医保编码，实现医保结算数据和“进销存”数据真实、全面、准确、实时上传至省医保信息平台；

（二）按照药品经营质量管理规范，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。配备基本满足参保患者用药需求的医保目录内药品；

（三）建立普通门诊、门诊慢特病电子档案或纸质档案，档案应包含外配处方、购药清单、购药记录、门诊病历、药品配送凭证、代购（领）情况登记表等；

（四）门诊统筹服务工作人员岗位设置合理，购药流程顺畅，内部管理制度健全，符合医保部门规定的医保药品管理、财务管理、人员管理、信息管理、视频监控以及医保费用结算等方面的要求。

自愿申请开通门诊统筹服务的定点零售药店，向统筹地区医保经办机构提交申请，经审核确认后，符合条件的纳入门诊统筹医保结算服务范围，并签订医保补充服务协议。符合上述条件、已开通门诊慢特病药品或双通道单行支付药品等服务的定点零售药店可直接签订补充协议，开通门诊统筹直接结算并提供普通

门诊统筹服务。各统筹区对符合条件的定点零售药店应纳尽纳，并引导医药机构合理布局，增强参保人就医购药便捷性。

二、加强门诊保障定点零售药店药品价格协同

定点零售药店应当坚持医保定点属性，对医保目录内药品销售价格，由医保部门参考省医保信息平台药品和医用耗材招采子系统（以下简称省招采子系统）挂网药品价格，与定点药店协商谈判，通过医保服务协议进行约定，倡导参考省医药采购平台价格销售医保药品。医保目录外药品销售价格，按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则确定，并保持一定时期内价格水平相对稳定。

支持定点零售药店在省招采子系统开展药品采购，省医保局为定点零售药店提供省招采子系统采购账号等相关服务。鼓励定点零售药店参加药品集中带量采购，连锁的定点零售药店由总部统一组织报量、合同签订、采购、配送、回款等工作。定点零售药店按规定执行明码标价和药品费用明细清单制度，通过多种方式公示药品价格，自觉接受社会监督。

三、明确门诊保障定点零售药店药品支付政策

参保人员凭医保定点医药机构处方或纳入协议管理的本省卫生健康行政部门审批的互联网医院电子处方（有关协议管理规定另行制定），在定点零售药店购买医保目录内药品且符合支付范围的费用可由统筹基金按规定予以支付，在定点零售药店实行直接结算，参保人员只需支付个人负担费用；属于门诊统筹基金支付的费用，由定点零售药店与医保经办机构按协议规定结算。

参保人员凭处方到定点零售药店配药，执行与基层医疗机构相同待遇报销政策，不设起付标准，政策范围内药品费用按 70%比例支付，定点零售药店和定点医疗机构门诊统筹基金年度最高支付限额合并计算。

定点零售药店同时提供普通门诊、门诊慢特病、双通道单行支付药品服务的，分别纳入相应业务类型进行结算，门诊慢特病、双通道单行支付等执行相关管理流程和待遇政策。省内定点零售药店的门诊统筹业务的定点资格实行互认。

申请开通门诊统筹业务时原则上同步开通省内异地就医门诊统筹费用联网直接结算业务，参保患者在省内异地门诊统筹定点零售药店购药，无需事前办理异地就医备案登记，可以通过人脸识别、医保电子凭证、居民身份证或者社会保障卡在省内异地就医联网定点零售药店购药，执行全省统一的职工门诊统筹政策，门诊统筹费用纳入全省集中清算。

鼓励定点零售药店依据符合规定的长期处方为参保患者提供用药服务。定点医疗机构可按规定为符合条件的患者开具长期处方，一般 4 周以内，最长可开具 12 周。定点零售药店根据参保人员需要可提供配送服务，配送费用不纳入医保支付范围。

四、加强门诊保障定点药店管理和监督

各统筹区医保部门要加强医疗保障定点药店协议管理，督促定点零售药店认真校验参保患者身份和处方信息，按照相关规定和协议约定提供购药服务，主动维护基金安全。各级医保经办机构要做好门诊统筹费用审核，定期比对定点零售药店进销存，检

查价格政策执行情况，并加强对纳入门诊统筹管理的定点零售药店的监督考核，开展年度绩效评价，健全退出机制，实现“有进有出”的动态管理。省医保局将出台定点零售药店纳入门诊统筹基金监管制度规范，将定点零售药店门诊统筹费用纳入医保基金常态化监管的重点内容管理，强化日常监管。各级医保部门要严格落实医保基金分层网格化监管制度，医保经办机构负责定点零售药店费用审核稽核工作，要充分利用场景监控、药品费用分析、大数据比对等手段，实现初审全覆盖并加强随机抽查复审；各县级医保部门负责辖区内定点零售药店的监督检查工作，要通过现场抽查、飞行检查等方式，常态化开展定点零售药店门诊统筹费用的重点监管，严肃查处定点零售药店违法违规使用门诊统筹基金行为。省市医保行政部门通过组织开展重点巡查、专项行动等方式，严厉打击震慑定点零售药店欺诈骗保等违法违规行为，对违反有关法律法规，依法依规严肃处理，情节严重的移交司法机关处理。

五、强化定点零售药店纳入门诊统筹保障工作

（一）提高政治站位。将符合条件的定点零售药店提供的用药保障纳入门诊统筹保障范围，是贯彻落实党中央、国务院和省委、省政府决策部署的重要举措，是利民、惠民、便民的大事。各统筹区医保行政部门要提高政治站位，承担主体责任，加强组织领导，压实工作责任，指导和督促所辖医保经办机构及时将符合条件的定点零售药店纳入门诊统筹管理，细化并完善相关配套措施，确保政策落实落地。

（二）抓实信息支撑。各统筹区医保部门要督促本辖区内两定机构，进一步做实医保贯标和系统对接改造工作，进一步扩大医保电子凭证全流程应用场景。特别是对符合条件、拟纳入门诊统筹的定点零售药店要尽快完成系统对接，并做好系统操作培训。

（三）强化部门协同。主动加强与相关部门的政策协调，完善处方流转、药品配备、数据衔接、规范行为等相关政策措施，打通落地环节，形成工作合力，稳步提高参保人员就医用药保障水平。

（四）加强宣传培训。各级医保部门要加强对医保系统内工作人员和定点医药机构特别是门诊统筹药店相关人员的政策培训，确保其熟练掌握门诊统筹政策、就医购药结算流程，做好对群众咨询解释、就医购药结算引导工作。要督导纳入门诊统筹的定点零售药店优化布局、改进流程，为患者提供更加高效、便捷的购药报销体验。



（此件主动公开）