

成都市医疗保障事务中心文件

成医中心办〔2025〕58号

关于完善 2024 版成德眉资定点零售药店 医疗保障服务协议内容的通知

四川天府新区社会保险管理中心、成都东部新区社会工作部综合处（医疗保障处）、各区（市）县医保经办机构，各定点零售药店：

为贯彻落实《国家医疗保障局关于印发〈定点零售药店医疗保障服务协议范本（2024 版）〉的通知》（医保发〔2024〕34 号）、《四川省医疗保障局关于印发〈四川省定点医疗机构医疗保障服务协议范本（2025 年版）〉〈四川省定点零售药店医疗保障服务协议范本（2025 年版）〉的通知》，根据《成德眉资定点零售药店医疗保障服务协议（2024 版）》（以下简称：主协议）第六十四条约定，现决定对相关服务协议内容进一步完善。

有关事项通知如下：

一、完善协议相关约定

（一）取消主协议第十六条“乙方若为普通门诊统筹保障服务范围内的供药药店，应严格执行国家、省和统筹区门诊统筹相关规定，药品售价不高于在四川省医疗保障信息大数据一体化平台药品和医用耗材招采管理子系统上同产品的挂网价格”约定。

（二）定点零售药店应确保营业时间内注册地在定点零售药店的执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员在岗。

（三）定点零售药店开通门诊统筹服务，且参保人员发生的费用由统筹基金按规定支付的，定点零售药店应核验参保人员提供的本地定点医疗机构（含依托本地定点医疗机构设立的本地医保定点互联网医院，下同）开具的处方，应通过医保信息系统核对处方医生须为在国家医保信息业务编码标准数据库进行信息维护并取得医保医师编码的医生。参保人员凭本地定点医疗机构处方购买医保目录内处方药。参保人员须凭处方购药的，处方应符合处方管理相关规定，定点医疗机构开具的纸质处方须经本机构医保医师签名并加盖外配处方专用章后有效，定点零售药店应当由注册地在本店的执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员，按照处方调配相关规定到处方的来源、真实性、合法性、规范性，以及用药信息、有效期、参保人员信息等进行审核，签字确认后调剂配发药品，发现问题的可拒绝调剂，并及时向本地医保部门反映存疑外配处方线索。

（四）定点零售药店应配合医疗保障部门依托全国统一的医保信息平台，推进医保电子处方中心落地应用；定点零售药店按要求通过电子处方中心下载本地定点医疗机构开具的电子处方，

按处方进行调剂，老年人等有需求的参保人员持纸质版处方购药的，定点零售药店应将纸质版处方与电子处方流转平台处方比对确认一致。处方时间晚于药品结算时间的，视为无效处方。参保人员凭依托本地定点医疗机构设立的本地医保定点互联网医院开具的处方购药的，定点零售药店须满足本地相关规定。

（五）定点零售药店应按要求提供追溯码系统对接接口，配合做好追溯码等电子管理系统与医保信息平台的对接。应严格按照有关规定，对经营的所有药械，在购进、销售（含线上线下）、库存所有环节，准确采集、核验、上传所有药械追溯码信息至医保信息平台（耗材、医疗器械无追溯码的除外，下同），做到“应采尽采、应传尽传”。定点零售药店应做好结算系统改造。

（六）开通门诊统筹、“双通道”药品购药等服务的定点零售药店，不得将未开通相应服务的零售药店费用纳入申请医保结算范围。

（七）医疗保障部门对使用视频监控、人脸识别、实名制监管等系统有要求的，定点零售药店应予以配合。视频监控内容保存时限须达到本地规定的时限要求。视频监控系统无法正常使用时，定点零售药店应及时向属地医疗保障部门备案。

（八）定点零售药店应当主动关注所经营的全部医保药品与医药集中采购平台挂网价格的价格差距，主动调整不合理的药品价格，持续将量价比较指数（指定点零售药店所有医保药品价格与平台挂网价格的比较值根据销售量加权计算所得的平均值）保持在合理范围。应配合做好价格监测相关工作，按照规定及时完成核查、处置、报送工作。

（九）定点零售药店须采购一定数量的国家组织集采或省级

集采药品，并以适宜的价格销售。

(十)医疗保障部门对参保人员年底统筹基金支付金额达到参保人员年度支付限额一定比例等突击购药、冲顶年度支付限额行为开展相关核查的，定点零售药店应予以配合。

二、完善违约处理条款

(一) 【约谈】中增加下列条款:

- 1.将应当由医保基金支付的费用转嫁参保人员自费结算的;
- 2.未按规定向参保人员如实出具费用单据和相关资料的;
- 3.未执行处方外配相关规定的;开通门诊统筹、“双通道”药品购药等服务,拒绝为享受相应待遇的参保人员结算医保费用的;
- 4.未公示药械价格的;未如实报送药械的采购价格和数量的;
- 5.医保药品量价比较指数高于本地年度量价比较指数监测值的;
- 6.未按统筹地区要求采购一定数量国家组织集采或省级集采药品的(实际采购价低于集采中选价的情况除外);违反集中带量采购和使用相关规定的;
- 7.将不予支付的费用、按医保协议约定支付的违约金等,作为医保欠费处理的;
- 8.以医保定点名义或者字样从事商业广告、促销活动的。

(二) 【暂停拨付】中增加下列条款:

- 1.将医保身份识别设备转借或赠予他人,未造成医保基金损失的;
- 2.医保药品量价比较指数高于本地年度量价比较指数监测

值，经约谈，拒绝整改或整改后仍不符合要求的；

3.未按要求采集、核验、上传药械追溯码的，以及出现同一追溯码申报医保费用的；

4.药械进销存管理不规范或未定期盘点，进销存登记制度、电子台账、管理系统、盘点记录不完善，未留存进销存相关凭证、票据、出入库记录等，未按要求及时、完整、准确上传进销存台账记录等，发生以上情形且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

5.未规范财务管理，未规范票据的领购、使用、保管及核销等，且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

6.未按照相关档案管理规定管理、保存相关结算资料（含信息系统资料），且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

7.被约谈但未在限期内完成整改的；

8.未按规定配合使用视频监控、人脸识别、实名制监管等系统，且未造成相关违法违规违约事实无法查清的；

9.未履行登记、核对参保人员或代购人信息的。

（三）【不予支付或追回已支付的医保费用】中增加下列条款：

1.现场核查期间，无执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员在经营场所或在经营场所不履职的；经查实申报的费用发生期间，审核和调配对应处方的执业药师或者依法经过资格认定的其他药学技术人员不在经营场所的；

2.违反医保药品外配处方管理规定且相关费用纳入医疗保障基金结算的：不按处方配药、使用本地定点医疗机构无资质人员开具的处方配药等违反处方管理规定的；违反门诊统筹相关规

定，未凭本地定点医疗机构处方销售药品的；违反处方药管理相关规定，未凭本地定点医疗机构处方销售医保目录内处方药，或未对处方进行审核，或审核处方不严的；违反处方管理规定或医保部门规定，要求提供处方并留存无法提供的；处方时间晚于费用结算时间的；

3.向参保人员销售假冒伪劣、过期失效药品的；

4.未执行本地门诊统筹、“双通道”药品医疗保障相关规定，造成医疗保障基金损失的。

（四）【中止协议】30日中增加下列条款：

未按规定向医疗保障部门提供有关数据的。

（五）【中止协议】60日中增加下列条款：

1.限期整改期间，未按时限要求整改或整改不到位，情节严重的；

2.超出药械经营许可证或者备案规定范围开展药械服务，并纳入医保基金结算的；

3.无处方销售处方药，通过伪造、引导参保人伪造，通过互联网人工智能自动开方，自动联络医生、医药代表等，伪造或获取来路不明的虚假药品处方，申请统筹基金支付相关费用的。

（六）【中止协议】120日中增加下列条款：

1.视频监控保存时限未达到统筹地区规定的时限要求，且造成违法违规违约事实无法查清的；

2.医保药品量价比较指数高于本地年度量价比较指数监测值，暂停结算医保费用后仍拒绝整改或整改后仍不符合要求的。

（七）【中止协议】180日中增加下列条款：

1.在处方等资料中伪造、变造、冒用执业药师或者依法经过

资格认定的其他药学技术人员签名骗取医保基金的；

2.向医疗保障部门提供数据不真实的；

3.未按照规定保管财务账目、会计凭证、处方、费用明细、药械出入库记录等资料，未规范财务管理，未规范票据的领购、使用、保管及核销等，未按照要求管理、保存相关结算资料（含信息系统资料）以及药械盘点数据，未开展药械进销存管理或未建立药械进销存电子台账以及留存相关凭证，发生以上情形且造成违法违规违约事实无法查清的；

4.要求提供核查违法违规违约行为相关材料，在统筹地区规定时限内无法提供，且造成违法违规违约事实无法查清的；

5.虚假上传、串换上传药械追溯码信息的。

（八）【解除协议】中增加下列条款：

1.通过挂靠、买卖、租借《执业药师注册证》等执业资质，或使用无执业资质人员开展本机构的药品管理、处方审核和调配、合理用药指导等工作，并纳入医疗保障基金结算的；

2.从非法渠道购进药械进行医保销售的；

3.协助倒卖医保基金支付的药品、销售医保基金支付的回流药的；

4.要求提供或恢复视频监控，在医疗保障部门规定的时限内无法提供或恢复，且造成违法违规违约事实无法查清的；

5.为未开通门诊统筹、“双通道”药品购药等相应服务的零售药店进行相关医保费用结算的；

6.自建诊所或与诊所合作，出于药店销售需要随意开具与患者病情不符、用量不符的药品处方。

三、完善附则管理内容

(一)对违反医保协议的定点零售药店相关责任人员,根据行为性质和负有责任程度等,按照医保支付资格管理要求进行记分,当记分达到一定分值,暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

(二)审计、公安、检察院、法院、纪检、卫生健康、中医药、市场监管、药品监管、财政、税务、金融监管、商务等部门发现定点零售药店涉嫌存在重大违法违规行为、影响医保基金安全等情形,向医疗保障部门通报的,或医疗保障部门发现定点零售药店涉嫌违反协议约定且对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的,可对定点零售药店采取暂停医疗保障基金结算等措施。

(三)定点零售药店变更注册地址的(实际营业地址不变的除外),应提前5个工作日告知医疗保障经办机构,医疗保障经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后,应在规定时限内向医疗保障经办机构提出现场评估申请,经评估符合定点条件的,恢复医疗保障基金结算;不符合定点条件的,协议终止。

(四)协议期满后,按照基本医保医药服务资源配置规划和年度考核评估相关规定确定续约事宜。医疗保障经办机构与本地定点零售药店续签协议,可依据医保考核结果,建立淘汰机制。

(五)定点零售药店注销药品经营许可证、医疗器械经营许可证或营业执照的,主动提出解除医保协议且经医疗保障部门同意的,就续签医保协议协商未达成一致的,未按要求续签医保协议的,因不可抗力致使医保协议不能履行的,协议终止。

(六)定点零售药店整体发生重大变化的,包括但不限于分立、合并、解散清算、经营主体变更等,应在规定时限内告知医

疗保障经办机构。定点零售药店因股权变动、法定代表人变更等注销营业执照、药品经营许可证或医疗器械经营许可证后重新申请的，协议终止，经营主体须重新申请医保定点。

四、落实后续违规处理

自本通知印发之日起，至 2026 版协议签订之前，查实定点零售药店存在违反协议约定的违规行为，依据主协议和本通知明确的违约处理条款落实协议处理。

成都市医疗保障事务中心

2025 年 8 月 18 日



本局为深入贯彻落实《中华人民共和国社会保险法》、《社会保险费征缴暂行条例》等法律法规，进一步规范社会保险费征缴工作，提高征缴效率，特制定本办法。

一、适用范围

本办法适用于本市行政区域内所有用人单位及其职工、灵活就业人员、城乡居民等。

二、征缴原则

（一）依法征缴原则：严格按照国家法律法规规定的费率、基数进行征缴。

（二）公平负担原则：用人单位和职工共同承担社会保险费。

（三）便捷高效原则：简化征缴程序，提高征缴效率。

（四）信息透明原则：公开征缴政策、标准、程序，接受社会监督。

三、征缴程序

（一）申报：用人单位应在规定期限内向税务部门申报职工人数、工资总额等信息。

（二）核定：税务部门根据申报信息核定应缴社会保险费。

（三）缴费：用人单位应在规定期限内足额缴纳社会保险费。

（四）稽核：税务部门定期对用人单位申报信息进行稽核。

（五）处罚：对未按规定申报、缴费的用人单位，依法予以处罚。

四、附则

本办法自发布之日起施行。

成都市医疗保障事务中心综合部

2025年8月18日