

东莞市医疗保障局文件

东医保〔2024〕41号

关于进一步做好基本医疗保险门诊特定病种 服务资格管理有关事项的通知

各医疗保障分局、松山湖社会事务局，市医疗保障事业管理中心，各有关医疗保障定点医药机构：

根据《广东省医疗保障局转发关于规范医保药品外配处方管理的通知》（粤医保函〔2024〕265号）、《东莞市人民政府办公室关于印发〈东莞市基本医疗保险门诊共济保障实施细则〉的通知》（东府办〔2022〕61号）、《东莞市医疗保障局关于基本医疗保险门诊特定病种管理有关事项的通知》（东医保〔2023〕68号）等有关规定，为进一步做好基本医疗保险门诊特定病种服务资格管理工作，结合本市实际，现就有关事项通知如下：

一、主要内容

为更好地保障门诊特定病种参保人的用药需求,将符合条件的定点零售药店纳入门诊特定病种服务范围,并通过统一的电子处方流转中心连通定点医疗机构及定点零售药店,为门诊特定病种参保人提供门诊特定病种相关药品(以下简称门特药品)等外配服务,实现医疗保障门诊特定病种待遇“一站式”结算。

二、符合条件的定点零售药店可申请门诊特定病种服务资格

(一)采用自愿申请的方式,由符合条件的我市定点零售药店向医保经办机构申请门诊特定病种服务资格(以下简称门特药店)。

(二)定点零售药店申请门诊特定病种服务资格须符合以下条件:

1.启动医保结算业务1年或以上,且申请前1年内无本市医疗保障行政处罚、医保协议违规处理情形;

2.已接入国家医保信息平台,具备电子处方流转、智能监管、医保待遇结算等功能;

3.配备并运行具有药品耗材追溯码上传、患者直接结算功能的药店信息系统,具备完善的“进销存”管理系统,承诺全面、准确、实时地上传全部药品“进销存”数据至国家医保信息平台;

4.承诺为参保人提供质优价廉的医药服务,诚实守信,不额外增加参保人和医保基金的费用负担,不把医保基金作为不当谋利的工具。

(三)市医保经办机构应制定定点零售药店门诊特定病种服

务资格相关的经办规程，将门特药店纳入医保协议管理范围，并建立退出机制。其中，因违规被取消门诊特定病种服务资格的定点零售药店，1年内不得再次申请成为门特药店。

（四）原则上“双通道”药店应同时具备门诊特定病种服务资格。本通知发文前已获取门诊特定病种服务资格的定点零售药店，由市医保经办机构统筹组织进行改造，签订补充协议及相关承诺书，否则不再继续保留门诊特定病种服务资格。市医保经办机构应统筹做好过渡衔接，可根据实际情况简化程序加快进度，避免影响参保人的门特用药保障。

三、定点医药机构共同负责门特药品的外配服务

（一）参保人需外配的符合规定的门特药品，由市内具备门诊特定病种治疗资格的定点医疗机构（含已签订“互联网+”医保服务补充协议的互联网医院，下同）按规定开具外配处方，通过医保电子处方流转中心流转至门特药店，实现处方流转外配药品“一站式”结算。除国家和省规定的必须通过电子处方流转的情形外，参保人未通过医保电子处方流转中心流转的符合规定的门特药店购药费用，凭相关材料返回开具门特药品外配处方的市内定点医疗机构办理零星报销手续，医保基金按规定支付相关费用。无特殊情况外配处方从开出之日起3天内有效。

（二）参保人门特药品处方外配过程中产生的安全责任由定点医疗机构、门特药店共同保障并依法承担相应责任。其中，定点医疗机构对本机构开出处方的真实性和合规性负责，并确保符

合医保支付范围；门特药店对所售药品的质量安全负责，并确保符合医保经办管理规程的要求。

（三）定点医疗机构应严格遵守卫生行政主管部门用药管理及外配处方管理等规定，严格执行审批和审方等要求，加强外配药品管理；应规范开具外配处方医师的诊疗行为，严格按照临床诊疗规范、处方管理办法和药品限定支付范围等相关规定，结合参保人病情及门诊特定病种开具外配处方，不弄虚作假，不搭方开药，不得超过规定的适应症范围；按需建立外配处方药品目录库，优先将医药采购平台挂网药品品种纳入，并对应做好药品目录编码数据的匹配工作，为医师开具外配处方时使用。

（四）门特药店应严格按照市场监管行政主管部门药品经营质量管理规范的要求，严格执行处方审核、调配及核对等要求，加强药品质量管理；应认真履行医保服务协议约定，严格遵守医保经办管理规程做好门特药品服务，严禁串换药品、套现骗保等违规违法行为，违反《东莞市零售药店医疗保障定点管理暂行办法》第三十八条的一经发现立即解除医保服务协议，并依法移送相关部门处理；门特药店全部药品的“进销存”数据应按要求全面、准确、实时地上传至医保信息平台，以备检查；应为参保人提供质优价廉的医药服务，诚实守信，不额外增加参保人和医保基金的费用负担，严禁把医保基金作为不当谋利工具的行为。

（五）鼓励互联网医院联合门特药店构建在线复诊、处方流转、在线支付、线下配送的就医购药模式，便利参保人就医购药。

鼓励定点医疗机构和门特药店提供“互联网+”药品流通服务，实现“网订店取”或“网订店送”。

四、切实加强管理

（一）定点医疗机构及门特药店要加强内部管理，严格执行药品流通、临床使用和医保支付等政策规定，确保外配药品流程可追溯、质量安全有保证、使用合理规范。为保障参保人医保待遇结算，市内定点医疗机构开具的外配处方原则上应通过电子处方中心流转，其中必须通过电子处方流转的情形按照国家和省的要求执行，电子处方流转有关执行情况纳入医保有关考核；定点医疗机构及门特药店要加强沟通协作，共同保障参保人待遇并实现处方流转外配药品“一站式”结算，避免增加群众负担；特殊情况下无法使用电子处方流转的，须符合市医保经办机构规定的情形及处方管理使用规范等要求。

（二）医疗保障部门加强对定点医疗机构及门特药店的指导，同时强化外配处方药品费用的核查、对参保患者用药全流程的监管、对定点医疗机构医保医师的管理，严禁超执业范围开具处方，严禁超诊疗规范开具处方、严禁串换药品，从源头杜绝违规开具药品问题；加大对定点医疗机构及门特药店监督检查和评估考核的力度，严厉打击利用药品外配处方骗取医保基金的行为，保障基金安全。对违反医保服务协议的，严格按照有关规定处理。对违反有关法律法规的，依法依规严肃处理，情节严重的移交司法机关。

（三）市医疗保障部门通过官网、公众号、微信小程序等多种渠道，逐步将门特药店销售的处方流转药品价格等信息按规定予以公开，方便参保人就医购药。

（四）本通知自 2025 年 1 月 1 日起实施，此前有关文件与本通知不一致的，以本通知为准；本通知引用的文件有更新调整的，随其调整；定点医疗机构门诊特定病种服务资格的确定等有关要求按原办法执行。

（五）为保障衔接，设置过渡期至 2025 年 6 月 30 日。过渡期结束前，门诊特定病种原就医购药相关操作可继续保留（其中“双通道”药品按国家和省有关规定执行），各级医保经办机构须强化纸质处方规范使用的管理、及时受理和拨付合规医疗费用；相关定点医药机构须尽快做好业务、系统、医保服务资格等方面的衔接工作，按照医保电子处方中心建设的文件要求启动实施电子处方流转并负责做好参保人的宣传引导及使用指导；过渡期结束后，严格按照本通知规定执行。



公开方式：主动公开

东莞市医疗保障局办公室

2024年12月2日 印发
