附件1

关于对全市公立医疗机构药品配送企业

实行备案管理的通知（征求意见稿）

为进一步规范我市药品配送企业管理工作，提高药品配送能力，降低配送成本，减轻人民群众医药负担，保障我市医疗机构药品稳定供应，根据《中华人民共和国药品管理法》、《国家医疗保障局办公室关于进一步完善医药价格和招采信用评价制度的通知》（医保办发〔2025〕10号）、《甘肃省人民政府办公厅关于推动药品集中带量采购工作常态化制度化开展的实施方案》(甘政办发〔2021〕53号)、《甘肃省药品和医用耗材招采管理子系统经办服务指南（1.0版）》等文件要求，结合我市实际，决定对我市公立医疗机构药品配送企业实行备案管理，现就具体事宜通知如下。

一、配送企业资格。具有药品配送资质的经营企业，须通过甘肃省医保公共服务平台，登录甘肃省药品和医用耗材招采管理子系统（以下简称“招采子系统”）提交相关资料，经甘肃省公共资源交易中心复核通过公示后，可开展药品配送工作。

二、配送企业数量。全市药品配送企业总数量不再受原市、县行政部门及医疗机构招标、遴选确定的企业数量限制，凡被纳入招采子系统的配送企业均有资格为兰州市各公立医疗机构配送药品。

三、配送关系选择。各县区医保部门和各公立医疗机构要严格落实集采药品由生产企业自主选择配送企业政策，不得招标遴选、不得指定或限定区域、不得拒绝生产企业选择的配送企业。对药品生产企业直接采取“一票制”配送的，各县区医保部门和各级公立医疗机构要大力支持，积极与企业签订配送协议，及时做好备案登记。

四、配送企业备案材料。药品配送企业需提供以下备案资

料:《营业执照》、《药品经营许可证》、《药品经营质量规范认证书》、《药品配送协议》(配送品种较多的,签订一份总协议,详细配送药品名单附后)等资料的复印件和《兰州市药品配送企业备案表》（见附件1）。

五、配送企业备案要求。所有已与医疗机构建立配送关系的药品配送企业,须在本《通知》印发后一个月内，持备案材料向同级医保部门备案（市属医疗机构向市医保局备案，县区属医疗机构向所辖县区医保局备案）。新增配送企业在与医疗机构建立配送关系15个工作日内,持备案资料向同级医保部门备案。各县区医保局于每年12月20日前汇总辖区内所有药品经营企业名单（填写附件2）报市医保局备案。

六、配送企业变更及注销要求。配送企业变更名称、地址、法定代表人等相关信息的，在市场监管部门完成变更登记手续后，及时在招采子系统上传相关资料，经省公共资源交易中心复核通过公示后，于5个工作日内向市医保局提交变更申请。配送企业已注销或暂停配送工作的，及时向市医保局报备。

七、配送时限要求。配送企业应建立快速、高效、反应灵敏、灵活多样的配送机制，提供快速、安全、便捷的配送服务。配送时限严格按照配送协议相关要求执行。

八、配送货款结算。市、县区医保部门要加强药品货款结算管理，确保药品正常供应和货款及时结算。在我市开展医保基金与医药企业直接结算前，对于集中带量采购的药品，严格落实医保基金预付和限时结算货款要求，医疗机构与中选药品配送企业签订购销合同后，医保基金按不低于年度约定采购金额的30%拨付预付周转金，医疗机构结清货款时间不得超过交货验收合格后次月底。在开展医保基金与医药企业直接结算后，按照相关政策执行。

九、配送企业监管。市、县区医保部门要加强对本辖区配送企业的监管，对存在违反协议约定、配送率不达标（＜85%）、偏远地区医疗机构配送不及时、影响临床使用等行为的配送企业，市、县区医保部门约谈相关企业，督促其限期整改。对逾期不改且影响恶劣的，上报省医保局暂停其配送资格。有严重违法违规行为的，按照相关法律法规处理。

十、执行时间。本通知自2025年\*月\*日起执行。

附件：1.兰州市药品配送企业备案表

2.兰州市药品配送企业汇总表

兰州市医疗保障局

2025年6月 日

附件1

   兰州市药品经营企业备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品经营  企业名称 | |  | | | | | | | |
| 注册地址 | |  | | | | | | | |
| 仓库地址 | |  | | | | | | | |
| 统一社会信用代码 | |  | | | | | | | |
| 法定代表人姓名 | |  | 职务 | |  | | 联系电话 | |  |
| 企业负责人姓名 | |  | 职务 | |  | | 联系电话 | |  |
| 质量负责人姓名 | |  | 职务 | |  | | 联系电话 | |  |
| 日常业务联系人姓名 | |  | 职务 | |  | | 联系电话 | |  |
| 营业  执照 | | 颁证日期 |  | | | | 成立日期 | |  |
| 营业期限 |  | | | | 注册资本 | |  |
| 经营范围 |  | | | | | | |
| 药品经营许可证 | | 颁证日期 |  | | | 有效期至 | |  | |
| 许可证编号 |  | | | 日常监督管理机构 | |  | |
| 经营范围 |  | | | | | | |
| 在甘肃省药品和医用耗材招采子系统是否可查询到本企业：  是（  ）、否（  ） | | | | | | | | | |
| 是否为集团型企业：是（  ）、否（  ），若为集团型企业，集团名称为： | | | | | | | | | |
| 职工人数 | |  | 其中：执业药师（   ）人、执业中药师（  ）人 | | | | | | |
| 业务用房 | | 经营场所面积：（     ）平方米，仓库面积（      ）平方米 | | | | | | | |
| 配送车辆 | | 冷藏车：（ ）辆，车牌号：  普通配送车辆：（  ）辆，车牌号:  （若车辆较多，填写其中10辆的车牌号）： | | | | | | | |
| 是否按期为职工缴纳保险：是（ ）、否（ ），上年度①缴纳保险费：（          ）元，  缴纳保险险种有：( ) | | | | | | | | | |
| 是否按时足额纳税：是（）、否（），上年度②缴纳税费：（             ）元 | | | | | | | | | |
| 经营的药品是否符合要求：是（ ）、否（ ），是否经营假药、劣药：是（ ）、否（ ） | | | | | | | | | |
| 配送药品是否及时：是（）、否（） | | | | 是否执行“两票制”：是（）、否（） | | | | | |
| 已取得配送权的药品品种：（      ）种，其中：基本药物（    ）种、非基本药物（    ）种；医保药品（    ）种、自费药品（    ）种；国家谈判药品（    ）种；带量采购中选药品（    ）种。 | | | | | | | | | |
| 备案承诺 |  | | | | | | | | |
| 药品经营企业法定代表人（或授权代表）签字：  年  月 日 | | | | | 药品经营企业（加盖公章） | | | | |
| 填报人姓名：    联系电话：        填报时间： | | | | | | | | | |

备注：1.药品经营企业填写此表。2.资料提交方式：经营企业将此表的excel表格及加盖公章的扫描件及配送协议发送到同级医保局指定邮箱。3.备案表中的所有项目应如实填写，不得漏项。4. 其中①②项，若为备案当年新成立的企业，填写自企业成立以来的相关数据。

附件2

兰州市药品经营企业汇总表

县区医保局名称：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **医疗机构名称** | **经营企业名称** | **经营企业联系人姓名** | **经营企业联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

联系人：   联系电话：   填报时间：

说明：请各县区医保局于每年12月20日前将此表的excel表格及加盖公章的扫描件传市医保局指定邮箱。