

石家庄市医疗保障局

石医保函〔2023〕37号

石家庄市医疗保障局

转发《河北省医疗保障局关于印发〈河北省医疗机构医疗保障定点管理办法〉〈河北省零售药店医疗保障定点管理办法〉的通知》的通知

各县（市、区）医疗保障局、高新区医保部门，市医保中心：

现将《河北省医疗保障局关于印发〈河北省医疗机构医疗保障定点管理办法〉〈河北省零售药店医疗保障定点管理办法〉的通知》（冀医保规〔2023〕7号）转发你们，请按照通知要求抓好落实。



石家庄市医疗保障局

2023年4月21日

（此件主动公开）

河北省医疗保障局文件

冀医保规〔2023〕7号

河北省医疗保障局 关于印发《河北省医疗机构医疗保障定点 管理办法》《河北省零售药店医疗保障定点 管理办法》的通知

各市(含定州、辛集市)医疗保障局,雄安新区管委会公共服务局,
省直三行业医疗保障管理部门,省本级医疗保障经办机构:

现将《河北省医疗机构医疗保障定点管理办法》和《河北省零售药店医疗保障定点管理办法》印发给你们,请认真贯彻落实。
《河北省医疗保障定点医疗机构协议管理办法(试行)》(冀医保规〔2019〕1号)、《河北省医疗保障定点零售药店协议管理办法(试行)》(冀医保规〔2019〕2号)、《河北省医疗保障定点医药机构纳

入实施细则(试行)》(冀医保规〔2020〕4号)同时废止。



(此件主动公开)

河北省医疗机构医疗保障定点管理办法

第一章 总则

第一条 为进一步做好河北省医疗机构医疗保障（以下简称医保）定点协议管理工作，维护医保基金安全，保障参保人员基本权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《医疗保障基金使用监督管理条例》《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》等政策规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 医疗机构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，促进医疗机构供给侧改革，为参保人员提供适宜的医疗服务。

第三条 医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，根据公众健康需求、管理服务需要、医保基金收支、区域卫生规划、医疗机构设置规划等确定本统筹地区定点医疗服务的资源配置，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）、定点医疗机构进行监督。

第四条 经办机构负责确定定点医疗机构，并与评估合格的医疗机构签订医疗保障服务协议（以下简称医保协议），提

供经办服务，开展医保协议管理、绩效考核等。

第五条 定点医疗机构应当遵守医保法律、法规、规章及有关政策，按照规定向参保人员提供医疗服务。

第二章 定点医疗机构的确定

第六条 定点医疗机构的确定应遵循技术好、服务优、价格低、布局合理和分类纳入的原则。

第七条 医疗机构自愿提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。申请纳入医保定点的医疗机构范围、应具备的条件、申报材料、不予受理情形等应按照定点医疗机构纳入评估实施细则有关规定执行。

第八条 已经纳入普通门诊、住院定点的，符合条件的可以申请纳入门诊统筹、门诊慢性病特殊病、离休、体检等定点。

第九条 医疗机构纳入定点流程包括申请受理、资料审核、现场考察、专业评估、结果公示、协商谈判、协议签订、发布公告等主要环节。有条件的统筹区经办机构可采用网上申报方式开展新增纳入工作。

第十条 互联网医院可依托其实体医疗机构申请定点，经办机构要加强与互联网医疗机构的协作，优先将符合条件的具有“互联网+”医疗服务等新服务模式的医疗机构纳入医保定点范围。

第三章 定点医疗机构运行管理

第十一条 定点医疗机构具有依法依规为参保人员提供医疗服务后获得医保结算费用，对经办机构履约情况进行监督，对完善医保政策提出意见建议等权利。

第十二条 定点医疗机构应当严格执行医保协议，合理诊疗、合理收费，严格执行医保药品、医用耗材和医疗服务项目等目录，优先配备使用医保目录药品，控制患者自费比例，提高医保基金使用效率。定点医疗机构要保证目录内药品及耗材配备齐全，不得影响参保人员享受医保待遇。

第十三条 定点医疗机构应当确保医保基金支付的费用符合规定的支付范围；除急诊、抢救等特殊情形外，提供医保基金支付范围以外的医药服务的，应当经参保人员或者其近亲属、监护人同意。

第十四条 定点医疗机构不得为非定点医药机构提供医保结算业务；未经医疗保障部门批准开展医保服务的科室不得提供医保结算业务。

第十五条 经办机构不予支付的费用、定点医疗机构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，定点医疗机构不得作为医保欠费处理。

第十六条 定点医疗机构及其工作人员应当执行实名就医和购药管理规定，核验参保人员有效身份凭证，按照诊疗规范

提供合理、必要的医药服务，向参保人员如实出具费用单据和相关资料，不得分解住院、挂床住院，不得违反诊疗规范过度诊疗、过度检查、分解处方、超量开药、重复开药，不得重复收费、超标准收费、分解项目收费，不得串换药品、医用耗材、诊疗项目和服务设施，不得诱导、协助他人冒名或者虚假就医、购药。不得把医保支付范围内的费用转由参保人员承担。

第十七条 定点医疗机构应当制定相应的内部管理措施，严格掌握出入院指征。按照协议执行医保总额预算指标，执行按病种分值（DIP）、按疾病诊断相关分组（DRG）、按项目、按床日、按人头付费等支付方式。不得以医保支付政策为由拒收、推诿患者。

第十八条 定点医疗机构按有关规定执行集中采购政策，优先使用集中采购中选的药物和医用耗材。医保支付的药品、医用耗材应当按规定在河北省药品和医用耗材集中采购平台上采购，并真实记录“进、销、存”等情况。

第十九条 定点医疗机构应当严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策。非公立的定点医疗机构医疗服务价格原则上参照同等级别公立定点医疗机构的收费标准执行。

第二十条 定点医疗机构应当参加由医疗保障行政部门和经办机构组织的宣传和培训。

定点医疗机构应当组织开展医保基金相关制度、政策的培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正医保基金使

用不规范的行为。

第二十一条 定点医疗机构应在显著位置悬挂统一样式的定点医疗机构标识。

第二十二条 定点医疗机构应按要求及时上传医保基金结算清单等信息，包括疾病诊断及手术操作，药品、医用耗材、医疗服务项目费用结算明细，医师、护士等信息，并对其真实性负责。

定点医疗机构应按要求及时向医疗保障部门报告医保基金使用监督管理及协议管理所需信息，建立健全信息公开制度，向社会公开医药费用、费用结构等信息。

第二十三条 定点医疗机构应当配合经办机构开展医保费用审核、稽核检查、专项检查、考核、政策宣传等工作，接受医疗保障行政部门的监督检查，按要求做好调研、支付方式改革、专家咨询等相关工作，并按规定提供相关材料。

第二十四条 定点医疗机构应当优化医保结算流程，为参保人员提供便捷的医疗服务，按规定进行医保费用直接结算，提供费用结算单据和相关资料。

第二十五条 定点医疗机构应按有关规定为需要外购药品的参保人员提供处方，方便参保人员购药。

第二十六条 定点医疗机构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。定点医疗机构重新安装信息系统时，应当按要求向经办机

构备案，必须做好历史数据的备份保存工作。更换安装的信息系统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，并按要求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，要按照医疗保障部门的要求做好处方流转平台及电子病历系统等信息化建设及改造工作。

第二十七条 定点医疗机构应按要求录入维护国家统一医保信息平台，及时新增、修改、变更医保科室、医保医师、医保护士、诊疗项目等信息。

第二十八条 定点医疗机构应按要求开展异地就医直接结算工作，根据国家和我省医疗保障部门异地就医直接结算信息系统规范，完成本机构信息系统改造，为异地就医参保患者提供所需服务。

第二十九条 定点医疗机构就医场景各项环节均要按要求使用国家医疗保障标准编码，实现全流程带码应用。在基础信息数据库存储疾病诊断和手术操作、医疗服务项目、药品、医用耗材、医师、护士等国家医疗保障标准编码，可使用国家医疗保障标准编码进行基础信息查询，并在查询结果中显示国家医疗保障标准编码；在 HIS 系统进销存数据库存储药品、医用耗材国家医疗保障标准编码，可使用国家医疗保障标准编码进行药品或医用耗材出库、入库信息查询，并在查询结果中显示国家标准编码；在 HIS 系统医师工作站数据库存储医疗服务项目、药品、医用耗材、医师、护士等国家医疗保障标准编码，

可使用医疗服务项目、药品、医用耗材、医师、护士等国家医疗保障标准编码进行处方或医嘱开具；实现在费用明细清单中打印国家标准编码，在医保结算票据打印时，需打印国家统一医保信息平台人员编号。

第三十条 定点医疗机构应按要求在所有需要身份核验的场景，均启用医保电子凭证安全校验功能，在人工窗口和自助机（含挂号缴费、检验检查报告打印等设备）均支持使用医保电子凭证办理相关业务，实现医保电子凭证在挂号、结算、取药、取报告等就医全流程应用，确保医保电子凭证结算占比符合国家要求。

第三十一条 定点医疗机构按照《医疗保障信息平台定点医药机构接口规范》要求，接入国家统一医保信息平台智能监管子系统，实现事前、事中、事后智能监管；接入医保移动支付中心，实现混合支付，并将自费结算信息上传至国家统一医保信息平台。

第三十二条 定点医疗机构需按照《医保信息平台定点医药机构国家标准接口技术文档》及时完成医保服务相关接口全量改造实现各项预设功能，更好发挥医保信息平台公共服务能力。

第三十三条 定点医疗机构建设的 APP、小程序等移动应用要实现接入“河北智慧医保”小程序和国家医保服务平台

APP 河北专区。

第四章 经办管理服务

第三十四条 经办机构有权掌握定点医疗机构运行管理情况，从定点医疗机构获得医保费用稽查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。定点医疗机构实行属地管理，经办机构对定点医疗机构为本地和异地参保人员提供的医疗服务承担管理服务职责。

第三十五条 经办机构应做好对定点医疗机构医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传培训，提供医保咨询、查询服务。

第三十六条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医保基金管理。

第三十七条 经办机构应当建立完善的内部控制制度，明确对定点医疗机构申报费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保费用支出集体决策制度。

第三十八条 经办机构应当加强医保基金支出管理，通过智能审核、实时监控、现场检查等方式及时审核医疗费用。对定点医疗机构进行定期和不定期稽查审核。按协议约定及时足额向定点医疗机构拨付医保费用，原则上应当在定点医疗机构申报后 30 个工作日内拨付符合规定的医保费用。

第三十九条 经办机构按规定向定点医疗机构预付周转金，缓解其资金运行压力。紧急情况时，可以按规定预拨专项资金。

第四十条 定点医疗机构违规申报费用，经审查核实的，经办机构不予支付。

第四十一条 经办机构应当依法依规支付参保人员在定点医疗机构发生的医疗费用，为参保人员提供医保政策咨询。除急诊和抢救外，参保人员在非定点医疗机构就医发生的费用医保基金不予支付。

第四十二条 经办机构向社会公开医保信息系统数据集和接口标准。定点医疗机构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。

第四十三条 经办机构应遵守数据安全有关制度，保护参保人员隐私，确保医保基金安全。

第四十四条 经办机构组织或其委托符合规定的第三方机构，对定点医疗机构开展考核，建立动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金扣除、协议续签等挂钩。

第四十五条 经办机构发现定点医疗机构存在违反协议约定情形的，可按协议约定采取以下处理方式：

（一）约谈医疗机构法定代表人、主要负责人或实际控制人；

- (二) 暂停或不予拨付费用;
- (三) 不予支付或追回已支付的医保费用;
- (四) 要求定点医疗机构按照协议约定支付违约金;
- (五) 中止相关责任人员或者所在部门涉及医保基金使用的医疗服务;
- (六) 中止或解除医保协议。

第四十六条 经办机构违反医保协议的，定点医疗机构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，也可以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的，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章 定点医疗机构的动态管理

第四十七条 定点医疗机构的名称、法定代表人、主要负责人或实际控制人、注册地址、银行账户、诊疗科目、机构规模、机构性质、等级和类别等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请。其他一般信息变更应及时书面告知。

第四十八条 经办机构受理定点医疗机构重大信息变更申请时，应及时核实变更内容，可采取书面或实地方式进行。原则上信息变更应自经办机构收到申请之日起 30 个工作日内完成。

第四十九条 定点医疗机构医保协议续签工作由经办机构统一组织，经办机构可以与定点医疗机构就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和考核情况等决定是否续签。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。医保协议期满后，因经办机构原因未签订新协议，原协议继续生效。

第五十条 医保协议中止是指经办机构与定点医疗机构暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止时间原则上不得超过 180 日。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，当年度医保协议终止。

定点医疗机构可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议，定点医疗机构在医保协议中止超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协议自动终止。

定点医疗机构有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

（一）根据日常检查和考核，发现对医保基金安全和参

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、视频监控影像资料或提供数据、视频监控影像资料不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第五十一条 医保协议解除是指经办机构与定点医疗机构之间的医保协议解除，协议关系不再存续，协议解除后产生的医药费用，医保基金不再结算。定点医疗机构有以下情形之一的，经办机构应解除医保协议，并向社会公布解除医保协议的医疗机构名单：

（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）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（三）经医疗保障部门和其他有关部门查实有欺诈骗保行为的；

（四）为非定点医药机构或处于中止医保协议期间的医药机构提供医保费用结算的；

（五）拒绝、阻挠或不配合医疗保障部门开展智能审核、绩效考核、监督检查等，情节恶劣的；

（六）被发现重大信息发生变更但未办理重大信息变更的；

（七）定点医疗机构停业或歇业后未按规定向经办机构报告的；

（八）医疗保障行政部门或其他有关部门在行政执法中，发现定点医疗机构存在重大违法违规行为且可能造成医保基金重大损失的；

（九）被吊销、注销医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的；

（十）法定代表人、主要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；

（十一）未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

（十二）定点医疗机构主动提出解除医保协议且经办机构同意的；

（十三）根据医保协议约定应当解除医保协议的；

（十四）法律法规和规章规定的应当解除的其他情形。

第五十二条 定点医疗机构请求中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，应提前 3 个月向经办机构提出申请。公立医疗机构不得主动提出中止或解除医保协议。

医疗机构因违规违约被统筹区经办机构中止或解除医保协议的，该医疗机构在其他统筹区的医保协议也同时中止或解除。

第五十三条 定点医疗机构的部分人员或科室有违反协

议管理要求的，可对该人员或科室中止或终止医保结算。

第五十四条 定点医疗机构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，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点医疗机构的监督

第五十五条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

第五十六条 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医疗机构的协议履行情况、医保基金使用情况、医疗服务行为、购买涉及医保基金使用的第三方服务等进行监督。

第五十七条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、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医疗机构进行社会监督，畅通举报投诉渠道，及时发现问题并进行处理。

第五十八条 经办机构发现定点医疗机构违约行为，应当及时按照协议处理。

经办机构作出中止相关责任人员或者所在部门涉及医保基金使用的医药服务、中止和解除医保协议等处理时，要及时报告同级医疗保障行政部门。

经办机构解除定点医疗机构医保协议前，应及时收回预付周转金，因违规解除医保协议时，应进行全面审查核查，再依规解除医保协议。

医疗保障行政部门发现定点医疗机构存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，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，认为经办机构移交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。

第七章 附则

第五十九条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、生育保险、医疗救助、居民大病保险等医保定点管理工作按照本办法执行。

第六十条 本办法中的经办机构是具有法定授权，实施医保管理服务的职能机构，是医保经办的主体。

定点医疗机构是指自愿与统筹区经办机构签订医保协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

医保协议是指由经办机构与医疗机构经协商谈判而签订的，用于规范医疗服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议。

第六十一条 地市级医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本和经办规程。

第六十二条 本办法自 2023 年 5 月 1 日起执行。

河北省零售药店医疗保障定点管理办法

第一章 总则

第一条 为加强和规范我省零售药店医疗保障定点管理，按照《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国药品管理法》《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》等法律法规规定，结合我省实际，制定本办法。

第二条 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，加强医疗保障精细化管理，发挥零售药店市场活力，为参保人员提供适宜的医药服务。

第三条 医疗保障行政部门负责制定定点零售药店协议管理政策，并对经办机构、定点零售药店在定点申请、专业评估、协商谈判、协议签订、协议履行等环节进行监督。

第四条 经办机构负责确定定点零售药店纳入评估工作，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），提供经办服务，开展医保协议管理、考核等。

第二章 定点零售药店的确定

第五条 定点零售药店的确定应遵循服务优、价格低和布局合理的原则。

第六条 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，向参保人员提供药品咨询、用药安全、药品销售、医保费用结算等服务。依约履行医保协议，严格执行医保药品、医用耗材等目录，合理收费。

第七条 零售药店自愿提出定点申请，统筹地区经办机构应即时受理。申请纳入医疗保障定点的零售药店范围、应具备的条件、申报材料、不予受理情形等按照定点零售药店纳入评估细则等有关规定执行。

第八条 零售药店纳入定点流程包括申请受理、资料审核、现场考察、专业评估、结果公示、协商谈判、协议签订、发布公告等主要环节。有条件的统筹区经办机构可采用网上申报方式开展新增纳入工作。

第九条 符合条件的定点零售药店可自愿申请纳入双通道、门诊保障定点药店。

第三章 定点零售药店运行管理

第十条 定点零售药店具有为参保人员提供药品等服务后

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。

第十一条 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。

第十二条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。按规定在河北省药品和医用耗材集中采购平台做好药品和医用耗材网上采购工作。真实记录药品和医用耗材“进、销、存”等情况。

第十三条 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医药价格政策。

第十四条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，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保医师开具，有医师签章。互联网医院的处方应在互联网医院与统筹区签订医保协议后方可纳入医保支付。

第十五条 定点零售药店应当组织医保管理人员参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训。

定点零售药店应当组织开展医疗保障基金相关制度、政策的培训，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。

第十六条 定点零售药店应在显著位置悬挂统一格式的定点零售药店标识。

第十七条 定点零售药店应按要求及时向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，按规定向经办机构上传药品、医用耗材等的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第十八条 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、政策宣传等工作，按要求安装视频实时监控系统，接受医疗保障行政部门的监督检查，并按规定提供相关材料。

第十九条 定点零售药店提供药品服务时应核对参保人员有效身份凭证，做到人证相符。特殊情况下为他人代购药品的应查验其本人和被代购人身份证明。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在购药清单上签字确认。凭外配处方购药的，应核验处方使用人与参保人员身份是否一致。

第二十条 定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单、视频监控影像数据等保存 2 年，以备医疗保障部门核查。

第二十一条 定点零售药店应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。定点零售药店重新安装信息系统时，应当按要求向经办机构备

案，必须做好历史数据的备份保存工作。更换安装的信息系统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。

定点零售药店应按要求及时将相关信息在国家医保信息业务编码标准数据库中进行维护。

第二十二条 定点零售药店应按要求开展异地就医直接结算工作，根据国家和我省医疗保障部门异地就医直接结算有关政策，为异地就医参保患者提供所需服务。

第二十三条 定点零售药店应使用国家统一医保信息平台定点业务办理子系统进行相关医保业务办理。

第四章 经办管理服务

第二十四条 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、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十五条 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，制定经办规程，为定点零售药店和参保人员提供优质高效的经办服务。

第二十六条 经办机构应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。

第二十七条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。应当建立完善的内部控制制度，明确对定点零售药店医保费用的审核、结算、拨付、稽核等岗位职责及风险防控机制。完善重大医保药品费用支出集体决策制度。

第二十八条 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、现场检查等方式及时审核医保药品费用。对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核，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。

第二十九条 定点零售药店经审查核实的违规医保费用，经办机构不予支付。

第三十条 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医保相关费用。

参保人员应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。在非定点零售药店发生的费用，医疗保障基金不予支付。

第三十一条 经办机构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。

第三十二条 经办机构应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。

第三十三条 经办机构或其委托的第三方机构，对定点零售药店开展绩效考核，建立动态管理机制。考核结果与质量保证金返还、医保协议续签等挂钩。

第三十四条 经办机构发现定点零售药店存在违反医保协议约定情形的，可按医保协议约定相应采取以下处理方式：

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

第三十五条 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，也可以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，可视情节相应采取以下处理方式：约谈主要负责人、限期整改、通报批评，对相关责任人员依法依规给予处分。

医疗保障行政部门发现经办机构违反相关法律法规和规章的，依法依规进行处理。

第五章 定点零售药店的动态管理

第三十六条 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、银行账户和药品经营范围等重要信息发生变更的，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向经办机构提出变更申请，其他一般信息变更应及时书面告知。

第三十七条 经办机构受理定点零售药店重要信息等变更申请时，应对变更内容及时核定；需进一步核实的，可采取书面或实地的方式进行核实，确保申请变更的内容与实际情况相符。原则上信息变更应自经办机构收到申请之日起 30 个工作日内完成。

第三十八条 定点零售药店医保协议续签工作由经办机构组织，统筹地区经办机构可以与定点零售药店就医保协议续签事宜进行协商谈判，双方根据医保协议履行情况和考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致的，医保协议到期后解除。医保协议期满后，因经办机构原因未签订新协议的，原协议继续生效。

第三十九条 医保协议中止是指经办机构与定点零售药店暂停履行医保协议约定，中止期间发生的医保费用不予结算。中止期结束，未超过医保协议有效期的，医保协议可继续履行；超过医保协议有效期的，当年度医保协议终止。

定点零售药店可提出中止医保协议申请，经经办机构同意，可以中止医保协议，但中止时间原则上不得超过 180 日，超过 180 日仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上医保协

议自动终止。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应中止医保协议：

（一）根据日常检查和绩效考核，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、视频监控影像资料或提供数据、视频监控影像资料不真实的；

（三）根据医保协议约定应当中止医保协议的；

（四）法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十条 医保协议解除是指经办机构与定点零售药店之间的医保协议解除，协议关系不再存续，医保协议解除后产生的医药费用，医疗保障基金不再结算。定点零售药店有下列情形之一的，经办机构应解除医保协议，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、稽核检查等，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办机构同意的；

（十六）根据医保协议约定应当解除协议的；

（十七）法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十一条 定点零售药店主动提出中止医保协议、解除医保协议或不再续签的，应提前 3 个月向经办机构提出申请。定点零售药店因违规违约被统筹区经办机构中止或解除医保协议的，该零售药店在其他统筹地区的医保协议也同时中止或解除。

第四十二条 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，也可以依法提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点零售药店的监督

第四十三条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协议订立、协议履行和解除等进行监督，对经办机构的内部控制制度建设、医保费用的审核和拨付等进行指导和监督。

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。可结合工作实际，委托经办机构、组织专家或聘请第三方对定点零售药店进

行监督检查。

第四十四条 医疗保障行政部门和经办机构应拓宽监督途径、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 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规处理。

第四十六条 经办机构发现违约行为，应当及时按照医保协议处理。

经办机构作出中止或解除医保协议处理时，要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存在违约情形的，应当及时责令经办机构按照医保协议处理，经办机构应当及时按照协议处理。

医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为经办机构移交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。

第七章 附则

第四十七条 职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险、

生育保险、医疗救助、居民大病保险等医疗保障定点管理工作按照本办法执行。

第四十八条 本办法中的经办机构是具有法定授权，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。

零售药店是符合《中华人民共和国药品管理法》规定，领取药品经营许可证的药品零售企业。

定点零售药店是指自愿与我省各地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。

医保协议是指由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。

第四十九条 地市级医疗保障行政部门及经办机构在此基础上，可根据实际情况分别细化制定本地区的医保协议范本和经办规程。

第五十条 本办法自 2023 年 5 月 1 日起执行。