

宝鸡市凤翔区医疗保障局文件

宝凤医保发〔2026〕2号

宝鸡市凤翔区医疗保障局 转发宝鸡市医疗保障局转发省医疗保障局《陕西省 零售药店医疗保障定点管理暂行办法》的通知

区医疗保障经办机构，区医疗保障基金监测中心，各定点零售药店：

现将《宝鸡市医疗保障局关于转发省医疗保障局〈陕西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法〉的通知（宝医保发〔2026〕6号）转发你们，请遵照执行。

宝鸡市凤翔区医疗保障局

2026年3月4日



（此件公开）

宝鸡市凤翔区医疗保障局

文件编号: [3805] 凤翔医保局

凤翔区医疗保障局

陕西省医疗保障局 陕西省医疗保障局凤翔分局 凤翔分局
陕西省医疗保障局 陕西省医疗保障局凤翔分局 凤翔分局

陕西省医疗保障局 陕西省医疗保障局凤翔分局 凤翔分局
陕西省医疗保障局 陕西省医疗保障局凤翔分局 凤翔分局
陕西省医疗保障局 陕西省医疗保障局凤翔分局 凤翔分局



宝鸡市凤翔区医疗保障局

2026年3月4日印发

共印3份

宝鸡市医疗保障局文件

宝医保发〔2026〕6号

宝鸡市医疗保障局 关于转发省医疗保障局《陕西省零售药店 医疗保障定点管理暂行办法》的通知

各县区医疗保障局，局属各单位：

现将陕西省医疗保障局《陕西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（陕医保发〔2025〕33号）转发你们，请遵照执行。



（此件公开）

陕西省医疗保障局文件

陕医保发〔2025〕33号

陕西省医疗保障局 关于印发《陕西省零售药店医疗保障定点 管理暂行办法》的通知

各市（区）医疗保障局：

现将《陕西省零售药店医疗保障定点管理暂行办法》印发给你们，请遵照执行。



陕西省医疗保障局
2025年12月30日

（此件公开）（规范性文件：48-24〔2025〕6号）

陕西省零售药店医疗保障 定点管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为加强和规范零售药店医疗保障定点管理，提高医疗保障基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《中华人民共和国社会保险法》《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《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》等法律法规，以及国家医疗保障局《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》和相关政策规定，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、总量控制、布局合理、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药品服务。

第三条 统筹地区医疗保障行政部门负责制定零售药店定点管理政策，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”）、定点零售药店进行监督。

统筹地区经办机构负责确定定点零售药店，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、绩效考核及解除协议等。

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，

按照规定向参保人员提供药品服务。严格执行医保药品、医用耗材等目录。严格执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策，参加陕西省集采药品“三进”行动的，按照有关规定执行药品和医用耗材集中带量采购政策。

第四条 医疗保障行政部门和经办机构要加强统筹协调，落实行政监管和协议管理职责，做好行政处罚等行政处理与协议处理的衔接，结合医保大数据分析、监测、预警，不断提升医疗保障精细化管理水平。

第二章 定点零售药店申请和确定

第五条 统筹地区医疗保障行政部门根据公众健康需求、服务半径以及服务人群数量分布、管理服务需要、医保基金支撑能力、参保人员用药需求等因素，科学合理确定本统筹地区基本医保定点零售药店资源配置规划，结合本地区规划内容与原则，合理确定新增定点零售药店数量和分布。统筹地区可开展定点医药机构医保结算分级管理，构建覆盖城乡、布局合理、竞争有序、管理规范的医疗保障服务网络。

第六条 取得药品经营许可证，并同时符合以下条件的零售药店均可申请医疗保障定点：

（一）依法注册登记取得《营业执照》，且在注册地址正式经营至少3个月；

（二）至少有1名取得执业药师资格证书或具有药学、临床药学、中药学专业技术资格证书的药师，且注册地在该零售药店所在

地，药师须签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（三）至少有2名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专（兼）职医保管理人员负责管理医保费用，并签订1年以上劳动合同且在合同期内；

（四）按药品经营质量管理规范要求，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。所有零售药品、医用耗材、器械明码标价；

（五）具有符合医保管理要求的医保药品管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度、医保费用结算制度、“进、销、存”管理制度等；

（六）具备符合医保管理要求的信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立医保药品等基础数据库，按规定使用国家统一医保编码。有规范的药品耗材“进、销、存”信息化管理系统，并建有“进、销、存”台账；

（七）按规定使用药品耗材追溯码，实现“应采尽采、依码结算、依码支付”；

（八）符合法律法规和省级及以上医疗保障行政部门规定的其他条件。

第七条 零售药店自愿向统筹地区经办机构提出医疗保障定点申请，至少提供以下材料：

（一）定点零售药店申请表；

（二）药品经营许可证、营业执照和法定代表人、主要负责人或实际控制人身份证复印件；

(三) 执业药师资格证书或药学技术人员相关证书及其劳动合同复印件;

(四) 医保专(兼)职管理人员的劳动合同复印件;

(五) 与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(六) 与医保有关的信息系统相关材料;

(七) 纳入定点后使用医疗保障基金的预测性分析报告;

(八) 服务场所房产证或租赁合同复印件;

(九) 申请材料真实性承诺书;

(十) 省级及以上医疗保障行政部门按相关规定要求提供的其他材料。

第八条 零售药店提出定点申请, 经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的, 经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知零售药店补充。零售药店应在5个工作日内补充, 逾期视为放弃申请。

统筹地区经办机构对零售药店提交的申报材料进行核查。经审核不符合纳入条件的或不符合辖区医保定点资源配置规划的, 纳入流程终止, 不进入考察评估流程。对提供虚假材料的零售药店, 一经核实3年内不再受理其申请。

第九条 零售药店有下列情形之一的, 不予受理定点申请:

(一) 未依法履行行政处罚责任的;

(二) 以弄虚作假等不正当手段申请定点, 自发现之日起未满3年的;

(三) 因违法违规被解除医保协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的;

(四) 因严重违反医保协议约定而被解除医保协议未满 1 年或已满 1 年但未完全履行违约责任的;

(五) 法定代表人、企业负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点零售药店被解除医保协议, 未满 5 年的;

(六) 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信被执行人名单;

(七) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十条 统筹地区经办机构应当向社会公布定点零售药店申请指引, 主要包括申请条件、所需材料、受理时间、受理地点、受理时限、办理流程等基本内容, 积极利用互联网开展医疗保障定点申请受理等工作。

第十一条 统筹地区经办机构应组织评估小组或委托符合规定的第三方机构, 以书面、现场等形式, 对零售药店资质、专业技术人员资质及注册地信息、场地设施、人员配备、管理能力、与服务功能相适应的基础设施、信息系统建设、管理制度、所在区域原有定点零售药店布局情况等开展评估。应建立定点评估专家库, 从中抽取评估小组成员, 评估小组成员由医疗保障、医药卫生、财务管理、信息技术等专业人员组成。评估委托第三方机构开展的, 组成人员还需包含医保经办机构工作人员。

零售药店可按照相对集中的原则, 定期进行集中评估办理。自受理申请材料之日起, 评估时间不超过 3 个月, 零售药店补充材料时间不计入评估期限。评估内容包括:

(一) 核查药品经营许可证、营业执照和法定代表人、企业负责人或实际控制人身份证;

(二) 核查执业药师资格证书或药学技术人员资格证书及劳动合同;

(三) 核查医保专(兼)职管理人员的劳动合同;

(四) 核查与医疗保障政策对应的内部管理制度和财务制度;

(五) 核查与医保有关的信息系统是否具备开展直接联网结算的条件;

(六) 核查医保药品标识, 以及零售药品、医用耗材、器械是否明码标价;

(七) 核查是否具有规范的药品耗材“进、销、存”信息化管理系统及“进、销、存”台账;

(八) 核查是否可应用药品耗材追溯码;

(九) 核查零售药店的法定代表人、主要负责人或实际负责人是否被列入失信被执行人。

评估结果包括合格和不合格。统筹地区经办机构应对评估结果建立集体决策机制, 将评估结果报同级医疗保障行政部门备案。对于评估合格的零售药店, 应当向社会公示, 公示期为7天, 公示期间接到相关投诉举报的, 经办机构需调查核实, 情况属实且不符合定点条件的, 不得签订医保协议。对于评估不合格的应书面告知其理由, 提出整改建议。自结果告知送达之日起, 整改3个月后可再次申请评估, 评估仍不合格的, 12个月内不得再次申请。

评估细则由省级医疗保障行政部门另行制定。

第十二条 统筹地区经办机构与评估合格且公示无异议的零售药店就双方的权利、义务和责任, 以及零售药店的服务人群、服务内容、费用结算、价格管理、信息平台建设、违约责任、争议处理

等内容协商谈判，达成一致的，双方自公示结束之日起3个月内签订医保协议。原则上由市级统筹地区经办机构与零售药店签订医保协议，可委托各县区医疗保障经办机构与其辖区内零售药店签订医保协议，并向同级医疗保障行政部门备案。县区医疗保障经办机构签订医保协议的应向市级统筹地区经办机构和同级医疗保障行政部门备案。签订医保协议的双方应当严格执行医保协议约定。医保协议期限一般为1年。

第十三条 医保协议管理遵循“属地管理，权责一致”原则，零售药店与所在统筹地区经办机构签订医保协议，其他统筹地区予以互认。

第十四条 经办机构应向社会公布签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址、医保服务范围等，供参保人员选择。

第三章 定点零售药店运行管理

第十五条 定点零售药店具有为参保人员提供药品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。

第十六条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品销售、医保费用结算等服务。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。

符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊慢特病、特殊药品、职工门诊特殊治疗购药以及门诊统筹定点机构，相关规定由统

筹地区医疗保障部门另行制定。开展门诊慢特病、特殊药品、职工门诊特殊治疗购药服务的定点零售药店应按诊疗计划和医疗机构外配处方配送药品或售药，应采取专区管理。

第十七条 定点零售药店应当严格执行医保支付政策。鼓励在省级医药集中采购平台上采购药品，并真实记录“进、销、存”信息，实现医保药品追溯码全量采集上传。

第十八条 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药品价格政策，应明码标识、如实公开公示药械价格。协议期内谈判药品的销售价格，按照不高于国家统一制定的医保支付标准执行。应配合做好价格监测工作，保持量价比较指数在合理范围。

第十九条 定点零售药店应当接入电子处方中心，通过电子处方中心流转药品处方。定点零售药店应当按规定凭外配处方销售医保目录内药品，外配处方必须由省内定点医疗机构医师开具，有医师签章。注册药师应当对方进行审核、签字后调剂配发药品。

第二十条 定点零售药店应当参加由医疗保障行政部门或经办机构组织的宣传和培训，并组织开展医疗保障相关制度、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。

第二十一条 定点零售药店应当及时填报并动态维护本机构涉及医疗保障基金使用相关人员的医保支付资格登记备案信息，按规定落实对相关人员的医保支付资格管理要求。

第二十二条 定点零售药店应当在显著位置悬挂统一样式的定点零售药店标识，并公示医保服务范围、举报电话，不得私自

制作、悬挂含有与医疗保障相关的其他文字、图案的标识及标语。

第二十三条 定点零售药店应按要求及时如实在医保信息系统上传参保人员购买药品的品种、规格、价格、数量及费用等信息，定期向经办机构上报医保目录内药品“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第二十四条 定点零售药店应当配合经办机构开展医保费用审核、核查、绩效考核等工作，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。

第二十五条 定点零售药店提供药品服务时应当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当出示本人和被代购人身份证。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，应当核验处方使用人与参保人员身份是否一致。定点零售药店严禁伪造处方、先药后方，应规范中药饮片、中药配方颗粒等无追溯码药品的结算管理，不得串换药品、医用耗材，不得利用参保人员享受医疗保障待遇的机会转卖药品，不得诱导、协助他人冒名或者虚假购买药品、医用耗材。不得对医保参保人员实行不公平、歧视性价格，不得以高于非参保人员的价格销售药品，严禁药品“阴阳价格”行为。

第二十六条 定点零售药店应将参保人员医保目录内外配处方、购药清单等保存2年，严格按照规定保存视频监控内容，以备医疗保障部门核查。

第二十七条 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前须向经办机构报备，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、准确地向医保信息系统传送医保结算和审核所需的有关数据。

第四章 经办管理服务

第二十八条 定点零售药店实行属地管理，经办机构对属地定点零售药店为本地和异地参保人员提供的药械服务承担管理服务职责。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核查审核、绩效考核和财务记账等所需要的信息数据等资料。

第二十九条 经办机构应当完善定点申请、组织评估、协议签订、协议履行、协议变更和解除等经办流程，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。

第三十条 经办机构应做好对辖区内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。

第三十一条 经办机构应当落实医保支付政策，加强医疗保障基金管理。严格执行医保药品、医用耗材等目录及其支付标准。

第三十二条 经办机构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、核查等岗位责任及风险防控机制。完善重大医保药械费用支出集体决策制度。

第三十三条 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械费用。对

定点零售药店上传的费用进行智能审核全覆盖。对定点零售药店进行定期和不定期稽查审核。按协议约定进行费用拨付时应预留一定比例的年度医保服务质量保证金，质量保证金在清算时根据零售药店履行协议情况、考核结果等返还。按协议约定及时足额向定点零售药店拨付医保费用。积极稳妥推进即时结算，原则上从定点零售药店申报截止次日到医保基金拨付不超过 20 个工作日。

第三十四条 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。

第三十五条 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药品费用。

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药品费用，医疗保障基金不予支付。

第三十六条 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。

第三十七条 经办机构对于新纳入医保定点的零售药店设立 6 个月政策辅导期，加强政策辅导和宣传服务。

第三十八条 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。

第三十九条 经办机构应做好定点零售药店的日常监督管理。建立健全日常监督检查制度；有计划的开展专项检查，做好检查考核记录；畅通举报投诉渠道，受理举报投诉。举报投诉情况一经查实，严格按照协议规定给予处理；符合欺诈骗保的，及时向医疗保

障行政部门上报并配合提供相关证据材料。

第四十条 经办机构或其委托的第三方机构，每年度对定点零售药店开展绩效考核，建立激励约束和动态管理机制。考核结果与年终清算、质量保证金退还、协议续签等挂钩。绩效考核办法由国家医疗保障部门制定，省级医疗保障部门按照国家规定制定绩效考核细则，经办机构负责组织实施。

第四十一条 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) 对相关责任人员作医保支付资格记分处理；
- (五) 中止或解除医保协议；

定点零售药店违反相关法律法规，依法应当给予行政处罚的，经办机构应移交同级医疗保障行政部门处理。

第四十二条 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

第四十三条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址或经营地址、合并分立、银行账号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个工作日内向属地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。

经办机构审核通过的,应及时告知定点零售药店按规定在国家医保信息业务编码标准数据库同步变更信息。

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个工作日告知医保经办机构,经办机构暂停医疗保障基金结算。完成变更后,定点零售药店应在规定时限内向经办机构提出现场评估申请。经办机构结合本统筹地区定点资源配置规划,开展评估,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,医保协议终止。

第四十四条 定点零售药店股权变动、法定代表人变更、名称变更,但营业执照、药品经营许可证、医疗器械经营许可证等未重新申请的,医保协议继续有效,由变更后的经营主体继续履约并承继违约责任。变更后的经营主体不能提供变更前与医疗保障基金结算有关的数据、资料的,经办机构可拒付或追回相关费用。

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、医疗器械经营许可证后重新申请的,与经办机构签订的医保协议终止,经营主体须重新申请医保定点。

第四十五条 医保协议续签应由定点零售药店于协议期满前3

个月向经办机构提出申请或由经办机构统一组织。统筹地区经办机构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绩效考核情况等决定是否续签。协商一致的，可续签医保协议；未达成一致或定点零售药店未按规定时间申请续签的，医保协议到期后自动终止。

对于绩效考核结果好的定点零售药店，经办机构可以根据具体情况调整、简化医保协议签约手续。

第四十六条 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，中止协议期满后经办机构对其进行验收，验收合格的，医保协议继续履行；验收不合格的，解除医保协议。超过协议有效期的，中止协议期满后经办机构对其进行验收，验收合格的，可按规定续签医保协议；验收不合格的，解除医保协议。

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，定点零售药店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。

定点零售药店因违法违规违约等情形被中止医保协议的，原则上中止协议时间不超过1年。

第四十七条 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）超出药械经营许可或者备案规定范围开展药械服务，并纳入医疗保障基金结算的；

(二) 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;

(三) 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;

(四) 未按规定向医疗保障行政部门或经办机构提供有关数据或提供数据不真实的;

(五) 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;

(六) 视频监控保存时限未达到规定的时限要求, 且造成违法违规违约事实无法查清的;

(七) 要求提供核查违法违规违约行为相关材料, 在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;

(八) 诱导、协助他人冒名或者虚假购买药械, 提供虚假证明材料, 或者串通他人虚开费用单据的;

(九) 医保药品量价比较指数高于本统筹地区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;

(十) 虚假上传、串换上传药械追溯码信息的;

(十一) 将票据转让或转借给其他机构或人员使用, 提供不实资料、传输虚假数据, 造成医疗保障基金损失的;

(十二) 为参保人员套取职工医保个人账户资金的;

(十三) 根据医保协议约定应当中止医保协议的;

(十四) 法律法规和规章规定的应当中止的其他情形。

第四十八条 定点零售药店有下列情形之一的, 经办机构应终止医保协议:

(一) 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;

(二) 医保协议履行期间, 不再符合统筹地区定点零售药店确定的基本条件和评估要求的;

(三) 注销、吊销药品经营许可证、医疗器械经营许可证或营业执照的;

(四) 主动提出解除医保协议且经办机构同意的;

(五) 医保协议期满, 未按规定时间申请续约的, 或与经办机构就续签医保协议未达成一致的;

(六) 因不可抗力致使医保协议不能履行的;

(七) 法律法规和规章规定的其他应当终止的情形。

第四十九条 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。

零售药店主动提出解除协议的, 经办机构视既往协议履行情况、提出解除协议的原因, 或有违法违规违约嫌疑、线索的, 可对该机构 1 至 2 年内医保基金结算费用开展复核。其中定点零售药店因涉嫌违法违规违约处于核查期间, 主动提出解除医保协议的, 医保经办机构先行中止医保协议, 待事实核查清楚后, 按规定受理解

除医保协议申请，符合不予支付或追回已支付的医保费用、支付违约金、扣除质量保证金等相关情形的，做好资金清算后解除医保协议。

第五十条 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）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；

（二）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；

（三）发生重大药品质量安全事件的；

（四）以弄虚作假等不正当手段申请取得定点的；

（五）从非法渠道购进药械进行医保销售的；

（六）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；

（七）未按时完成医保信息系统改造，产生严重影响的；

（八）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；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；

（九）要求提供或恢复视频监控，在统筹地区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；

（十）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；开通门诊统筹、“双通道”药品购药、门诊慢特病患者购药等服务，且为未开通相应服务的零售药

店进行相关医保费用结算的；

(十一) 将医保结算设备转借或赠与他人，改变使用场地的；

(十二) 拒绝、阻挠或不配合经办机构开展智能审核、绩效考核等，情节恶劣的；

(十三) 被发现重大信息发生变更但未办理变更的；

(十四) 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；

(十五) 被吊销、注销药品经营许可证或营业执照的；

(十六) 未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的；

(十七) 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，或被列为失信被执行人的；

(十八) 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；

(十九) 根据医保协议约定应当解除协议的；

(二十) 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第五十一条 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。统筹地区经办机构与定点零售药店中止、终止或解除医保协议，该零售药店在其他统筹区的医保协议也同时中止、终止或解除。

第五十二条 定点零售药店的医保支付资格相关人员违反协议

管理要求的，统筹地区经办机构应按照规定进行医保支付资格记分管理，视记分情况，暂停或终止相关责任人员医保支付资格和费用结算。

第五十三条 定点零售药店与统筹地区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，也可提起行政复议或行政诉讼。

第六章 定点零售药店的监督

第五十四条 医疗保障行政部门对定点申请、申请受理、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议解除等进行监督，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。

医疗保障行政部门和经办机构依法依规通过实地检查、审核、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。

第五十五条 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。

第五十六条 医疗保障行政部门发现定点零售药店存在违约情形的，应当及时要求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。定点零售药店违反法律法规规定的，依法依规处理。

第五十七条 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、终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。经办机构发现违法违规行为涉及其他行政部门职责的，及时报告同级医疗保障行政部门，由医疗保障行政部门移交相关部门处理，情节严重构成犯罪的移交司法机关处理。

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。

第五十八条 医疗保障、卫生健康、中医药、市场监督管理、财政、审计、公安等部门应分工协作、相互配合，建立沟通协调、案件移送等机制，可以开展联合检查，加强部门的信息交换和共享，推广使用信息技术，共同做好医疗保障基金使用监督管理工作。

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、居民大病保险等医疗保障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统筹地区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。

第六十一条 省级医疗保障行政部门制定并定期修订本省医保协议范本，省级经办机构制定本省经办规程并指导各统筹地区加强和完善医保协议管理。统筹地区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协议范本及经办规程。协议内容应根据法律、法规、规章，和医疗保障政策调整变化相一致，医疗保障行政部门予以调整医保协议内容时，应征求相关定点零售药店意见。

第六十二条 本办法施行期间，国家法律法规和政策发生调整的，以国家规定为准。

第六十三条 本办法由陕西省医疗保障局负责解释，自2026年2月1日起施行。