

附件 2

青海省医疗保障定点零售药店服务协议

(2024 版)

甲方（医疗保障经办机构）： _____

医疗保障经办机构代码： _____

法定代表人或委托代理人： _____

地 址： _____

邮政编码： _____

联系电话： _____

乙方（医疗保障定点零售药店）： _____

定点医疗机构医保代码： _____

法定代表人或委托代理人： _____

地 址： _____

邮政编码： _____

联系电话： _____

青海省医疗保障局制

为加强和规范医疗保障定点零售药店管理，提高医保基金使用效率，保障参保人员合法权益，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》《社会保险经办条例》和《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》等法律法规规章和政策规定，甲乙双方在协商、自愿的基础上，就医疗保障服务有关事宜签订如下协议。

第一章 总 则

第一条【基本要求】 甲方为医疗保障经办机构，乙方为定点零售药店。甲乙双方应当严格执行国家和青海省相关法律法规规章及政策规定，按本协议约定履行职责、行使权利、承担义务，保障参保人员依法享受医疗保障待遇。

第二条【服务对象】 乙方为职工、城乡居民基本医疗保险参保人员及享受其他医疗保障人员提供的医疗保障服务，适用本协议。甲方按照法律法规规章和政策规定对乙方开展协议管理。

第三条【服务范围】 乙方为服务对象提供药品咨询、用药安全、职工个人账户、门诊统筹、城乡居民“两病”用药、跨省异地就医等医保药品销售、医保费用结算等服务。乙方为特殊药品定点零售药店的，按特殊药品相关规定为参保患者提供医保服务。

第四条【甲方权利】 甲方享有以下权利：

（一）有权掌握乙方运行管理情况，从乙方获得医保费用审核、监督检查、绩效考核和会计核算（财务记账）所需要的信息

数据以及药品、医疗器械、辅助器具、消杀产品等（以下统称“药械”）数量和价格，相关成本、资源消耗、销售情况等数据资料；

（二）有权对乙方申报的药械费用进行审核，对乙方及其工作人员的医保服务行为和相关药械费用进行检查，对乙方履行医保服务协议等情况进行监督检查和考核；

（三）有权委托符合条件的第三方机构和专业人员协助开展费用审核、检查等；

（四）有权督促乙方履行协议，调查、处理乙方违约行为，根据协议约定，给予乙方约谈、限期整改、暂停拨付、不予支付违规费用（已支付的予以追回）、支付违约金、中止协议、解除协议等处理；

（五）有权向医疗保障、市场监管、中医药等部门和社会公众通报乙方履行医保协议以及违法违规违约行为处理、考核等相关情况；

（六）有权要求乙方配合完成医保改革任务；

（七）法律法规规章规定的其他权利。

第五条 【甲方义务】甲方履行以下义务：

（一）贯彻落实医保政策规定，加强医保基金管理，维护参保人员合法权益；

（二）及时向乙方通报医保政策调整情况，对乙方开展医保政策、管理制度、支付政策、操作流程的宣传和业务培训，为乙方提供业务医疗保障咨询、查询服务；

(三) 按协议约定及时足额向乙方结算医保费用；

(四) 向乙方提供医保信息平台数据集和接口标准；

(五) 明确数据质量、支付标准、审核结算、协议管理核查、协商谈判、考核评价等要求；

(六) 对乙方的医保服务行为进行监管和检查，将有关情况及时反馈乙方，对乙方的违约行为及时作出处理；

(七) 将乙方为异地就医参保人员实施的药械服务情况纳入监管和考核范围；

(八) 遵守个人信息保护和数据安全有关规定，保护参保人员个人信息及乙方商业秘密；

(九) 组织乙方签订医保协议、规范医保服务行为、明确违约行为及其责任，并及时向社会公布签订及解除医保服务协议的定点零售药店名单；

(十) 法律法规规章规定的其他义务。

第六条【乙方权利】乙方享有以下权利：

(一) 有权要求甲方履行协议；

(二) 有权及时获知医保政策、费用结算流程等调整情况；

(三) 有权要求甲方提供医保信息平台接口标准；

(四) 有权对完善医保政策提出意见建议，对甲方履约情况进行监督，举报或投诉甲方及工作人员的违法违纪违规行为；

(五) 有权要求甲方对作出的违约处理进行解释说明，对甲方的核查及处理进行陈述、申辩；仍有异议的，有权向医疗保障

行政部门申诉；

（六）甲方违反医保协议的，有权要求甲方纠正或者提请医保行政部门协调处理、督促整改，也可以依法申请行政复议或者提起行政诉讼；

（七）法律法规规章规定的其他权利。

第七条【乙方义务】乙方履行以下义务：

（一）严格遵循医疗保障、市场监管、药品监督等部门有关法律法规政策和管理要求和本协议约定，为参保人员提供规范的医保服务及医保结算；

（二）规范药械服务行为，提高服务质量，合理使用医保基金，维护参保人员合法权益；

（三）建立医保服务首问负责制，提供咨询服务，公布投诉举报渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（四）建立健全与医保政策对应的内部管理制度、医保药械管理制度、财务管理制度、医保人员管理制度、统计信息管理制度和医保费用结算制度，开展工作人员的医保政策及业务培训，定期检查本单位医保基金使用情况，及时纠正不规范行为，建立台账，相关资料存档备查；

（五）至少配备 2 名熟悉医疗保障法律法规和相关制度规定的专职或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；

（六）营业时间内至少有 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在岗，且注册地在该零售药店所在地，药师必须签订1年以上劳动合同且在合同期内。开展执业药师远程药学服务的药品零售连锁企业，其所属门店的执业药师统一注册在总部的，在营业时间内开展远程药学服务，其门店视同已配备执业药师；

（七）应保证药械质量，及时调配药械品种，保证参保人员用药械需求；

（八）乙方应按照国家处方管理相关规定，调配（销售）处方药剂量；

（九）在显著位置悬挂甲方统一制定的定点零售药店标牌，设置医疗保障政策主要内容宣传栏，推广医保码使用；

（十）应当向参保人员提供完整医保结算单据和相关资料。

（十一）公布医保举报投诉渠道，及时处理举报投诉问题，接受社会监督；

（十二）与医保信息系统有效对接，为参保人员提供直接联网结算，建立药械基础数据库，按规定使用国家统一医保编码；

（十三）按要求向甲方提供医保费用审核、结算、协议管理核查、绩效考核和财务记账等协议管理所需信息，并对其真实性负责；

（十四）严格规范药械收费价格，公示药械价格与收费标准，向社会公开药械费用信息、费用结构等信息；

(十五) 自觉接受甲方对医保服务行为的监管和检查，对医保服务信息真实性承担法律责任；

(十六) 遵守数据安全有关制度，保护参保人员个人信息，保证医保数据安全；

(十七) 积极配合甲方开展举报投诉查处和参保人员信访回复工作；

(十八) 法律法规规章规定的其他义务。

第八条 【共同监督】 甲乙双方均应履行本协议，依照国家省、统筹地区有关法律法规规章及政策规定，监督对方执行有关法律法规政策和履约情况，向对方提出合理化建议。

第二章 服务管理

第九条 【服务标准】 乙方应合法经营、合规服务，在本服务协议履行期间应确保：

(一) 《药品经营许可证》《营业执照》等相关证照合法有效；

(二) 服务内容与经行政主管部门核准的经营范围一致。

第十条 【身份核验】 乙方为参保人员提供药械服务时应当认真核验参保人员的医保有效凭证，做到人证相符。人证不符的，不得进行医保结算。参保人员因年老体弱、行动不便等特殊原因需要他人代购药械的，乙方应当要求其出示委托人和被委托人身份证明并做好登记。乙方不得以任何理由收集、留存参保人员医

保有效凭证，不得诱导、协助他人冒名或者虚假销售药械。

第十一条 【外配处方】 参保人员持外配处方购买医保目录处方药的，乙方执业药师应严格按照《处方管理办法》和有关规定对外配处方进行审核，并签字后销售，销售的药品与开具处方药品一致，妥善保管参保人员药品外配处方、购药清单等，以备核查。

外配处方必须由定点医疗机构医师开具并签名，同时加盖出具该处方的定点医疗机构专用章。

参保人员持外配处方购药的，乙方无正当理由，不得拒绝参保人处方外配。

第十二条 【药师管理】 药师应严格按照《执业药师职业资格制度规定》《执业药师注册管理办法》等法律法规开展执业，严禁执业药师兼职或挂名。

第十三条 【医保药师】 甲乙双方应加强对医保药师管理，乙方应在“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护”平台完成医保药师信息的维护、赋码等工作，配合甲方建立并及时维护定点零售药店医保药师信息库，乙方应及时做好医保药师的新增、退休、离岗、调出、变更、注销等登记备案手续。

第十四条 【异地就医】 乙方应严格执行异地就医结算相关规定，为异地就医参保人员提供与本地参保人员一致的医保服务。

第三章 购药管理

第十五条 【医保目录】 乙方应严格执行青海省基本医疗保

险生育保险药品、医用耗材等目录（以下简称“医保目录”）及医保支付标准，为参保人员提供合理、安全、及时、便捷、规范的药械保障服务。同等功能疗效药械优先推荐医保目录范围内的。

第十六条 【进销存管理】乙方严格按照有关规定购进、销售、管理药械并建立管理制度，全流程记录药械的购进、使用、库存（以下简称“进、销、存”）等信息，建立台账，留存凭证和票据，确保相关信息数据可追溯。

药械购、销记录必须注明产品名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、购（销）数量、购（销）价格、购（销）金额、购（销）单位、生产日期、购进日期、有效期、批准文号及市场监管部门规定的其他内容。发票上的购、销单位名称及金额、品名应当与付款流向及金额、品名一致，并与财务账目内容相对应。

第十七条 【药械价格】乙方要遵守有关行政部门制定的药械价格政策，按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则，发挥定点属性，合理确定价格。

（一）国家医保谈判药品以医保支付标准销售，不得加价。

（二）其他药械单价 50 元以下（含 50 元）的在实际购进价格的基础上加价率不高于 15%、50-100 元（含 100 元）的加价率不高于 12%、100 元以上的加价率不高于 10%，但最高加价额不超过 75 元。

（三）中药饮片加价率严格控制在实际购进价格的 25% 以内。

乙方销售的药械价格应明码标价，使用医保码、社会保障卡和现金购买的价格应当保持一致。

第十八条 【分区销售】 乙方应按药品经营质量管理规范要求，将药械分类分区管理，并对所售药械设立明确的医保用药械标识；

乙方不得在经营场所（含库房）内摆放、销售（包括促销、抽奖、赠送等方式）食品、化妆品、生活用品。

第四章 费用结算

第十九条 【费用结算】 乙方应按医疗保障相关规定为参保人员即时结算医保费用，参保人员在乙方购买药械结算时，属于参保人员个人承担的费用，由乙方直接与参保人员结算，属于医保基金支付的费用，由乙方先垫付，合规费用由甲方按相关规定与乙方结算。

第二十条 【结算要求】 乙方无正当理由不得拒绝为符合享受医保待遇条件的参保人员办理医保费用结算手续。乙方不得串换药械，必须将参保人员购买药械品种真实情况准确录入信息系统，并向参保人员提供完整的医保结算单。结算单明细必须与销售小票（药店自身销售票据）的明细及处方（处方药）相符。

第二十一条 【票据保存】 乙方应按照档案管理有关规定，按年度将参保人员购药械费用结算票据存根、销售小票及处方统一装订存档归卷，妥善保管至少 2 年以备甲方随时核查。

第二十二条【费用申请】 乙方应于每月20日前完成上月药械费用（包括异地就医）的拨付申请。同时向甲方报送加盖乙方公章的基金拨付单、药械收费专用票据等相关资料，并按规定留存相关资料备查。乙方应对申请结算材料的真实性、准确性负责。

甲方于10个工作日内完成药械费用的审核拨付。乙方逾期未申报药械费用，甲方采取电话、书面函告等方式通知乙方。

第二十三条【医保审核】 甲方不断完善药械费用审核制度，加强对乙方药械费用的审核。

甲方通过智能审核、人工复审和组织第三方专家评审等方式对乙方申报的药械费用进行审核，发现乙方申报费用有不符合医保支付规定的，应及时告知乙方并说明理由或通过信息系统提示乙方。乙方对审核情况存在异议的应在5个工作日内（遇法定节假日及系统故障顺延）向甲方提交文字说明及相关佐证材料，乙方逾期未提出书面异议和佐证材料的，视同认可扣款事由及金额，甲方可拒付有关费用。

第二十四条【费用拨付】 甲方原则上应当在乙方申报医保费用10个工作日内拨付符合规定的医保费用（遇系统故障等特殊状况顺延）。相关医保费用需进一步调查核实的，可暂缓支付。经核实的乙方违法违规违约费用，甲方不予支付，已经支付的责令退回。甲方以银行转账的方式向乙方拨付医保费用。乙方收款开户名称、收费印章与定点零售药店名称相一致。

甲方不予支付的费用、乙方因违规产生的费用等，乙方不得

作为医保欠费处理，不得长期挂账不予处理。

第二十五条【质量保证金】 为确保乙方严格履行协议，提高服务质量，维护医保基金安全，甲方每月预留拨付费用的5%作为医保服务质量保证金。甲方根据乙方履行协议情况、年度考核情况等与乙方清算质量保证金。

第二十六条【违规费用处理】 甲方在已支付的药械费用中，发现乙方虚假申报或违反规定的，甲方有权追溯并对违规费用进行扣除，涉嫌欺诈骗保的，按相关法律法规规定处理。

乙方有权对甲方认定的乙方违规结论进行陈述、申辩，确有争议的有权向同级医保行政部门申请调解。

第五章 监督考核

第二十七条【协议管理核查】 甲方应建立并完善医保协议管理核查制度，依法依规开展协议管理核查。

甲方或甲方委托的第三方，可定期、不定期的对乙方履行医保协议情况进行核查。核查范围和对象可延伸至乙方的内部部门及人员。

第二十八条【协议管理核查实施】 甲方实施协议管理核查时，核查人员不少于2人，并主动表明身份、出示工作证件。实施核查，不得妨碍乙方正常的工作秩序。核查完毕后，甲方应及时将核查结果以书面形式反馈乙方。

乙方应当积极配合核查，按要求提供相关资料，确保提供的

资料真实、准确、完整，不得拒绝、阻碍核查或者谎报、瞒报。乙方在保留申诉权利的前提下，须对核查结果当场签字确认并加盖公章。拒绝签字或盖章的，核查人员应在核查结果上注明。

第二十九条【医保考核】 甲方或甲方委托的第三方机构按照医保行政部门制定的考核办法，对乙方履行医保协议等情况进行绩效考核，并以适当形式反馈绩效考核结果，考核结果与质量保证金退还、协议续签等挂钩。

第三十条【争议处理】 甲乙双方均应履行协议约定，监督对方执行有关法律法规政策和履约情况。甲乙双方就医保协议签订、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。

第三十一条【处罚信息报送】 甲方应与医疗保障、市场监管、药品监管等部门建立费用发生有关的行政处罚信息共享机制。暂不具备条件的地区，乙方受到上述部门费用发生有关的行政处罚的，应在行政处罚决定书送达之日起30个工作日内向甲方报送行政处罚相关信息。

第三十二条【异地就医考核】 甲方对乙方提供的异地就医直接结算服务与本地就医服务一并纳入监督考核，违约行为按本协议相关条款处理。其他医保部门委托甲方对乙方实行监督检查的，乙方应予以配合。

第三十三条【退出机制】 乙方年度考核不合格的，甲方可

以中止乙方服务协议，并限期整改，整改不到位的，甲方可终止乙方服务协议。

第三十四条【重大风险处置】 甲方发现乙方涉嫌违反本协议约定，可能对医保基金安全、参保人员权益造成重大风险的，有权要求乙方配合检查。检查期间，甲方有权暂停拨付乙方医保费用（含已结算但尚未支付的费用）、中止本协议，直至检查处理结束，查证属实的，甲方依据本协议约定进行处理。相关情况应及时向同级医疗保障行政部门备案。

第六章 信息系统管理

第三十五条【信息管理】 甲乙双方应严格遵守国家、省信息系统安全管理的相关规定，建立信息安全体系，协调做好医保信息系统的安全工作，保障网络畅通、系统稳定运行，确保数据传输高效、参保人员结算方便快捷，保证参保人员基本信息和结算信息的完整性、准确性和安全性。甲乙双方不得随意泄露参保人员参保及购买药械信息。

第三十六条【医保网络安全】 医保数据应当在合规、安全的前提下使用，并按照职能分工和工作需要访问。乙方应建立数据安全审批制度，分级分类管理，落实重要数据保护目录，建立完善的智慧医保和安全医保系统，提升医疗保障系统的网络安全和数据安全保护水平。

第三十七条【信息接口】 甲方应向乙方提供医保信息平台

接口标准。乙方应严格按照接口标准在约定时间内做好本单位信息系统与医保信息平台的对接及更新，安装和维护费用由乙方承担。乙方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，甲方不得以任何名义收取费用及指定运行维护供应商。

乙方应指定专人负责医保信息管理，明确工作职责，合理设置管理权限，并将专职管理人员名单报甲方备案。甲方应根据需要组织乙方专职管理人员进行业务培训。乙方负责医保信息管理的具体负责人发生变动时及时向甲方报备。

第三十八条【设施要求】乙方应当完善本单位信息系统(即MIS系统)，配备必要的设施设备，经甲方验收合格后与医保信息系统有效对接。乙方与甲方连接的信息系统在与其他外部网络联网时要采取有效的安全隔离措施，保证乙方的网络与互联网物理隔离。

乙方因系统升级、更换硬件等原因重新安装信息系统时，应保存各类原始信息，并向甲方备案。因乙方原因造成数据丢失，产生的损失均由乙方承担。乙方应按规定使用视频监控、人脸识别等系统。

第三十九条【处方流转平台、进销存系统建设】甲方应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，提供进销存系统对接接口；乙方应配合做好电子处方流转、进销存电子管理系统与医保信息平台的对接。

第四十条【结算和服务技术支撑】乙方应按照甲方要求配

备必要的医保费用结算设备，加强对医保结算和服务设备的宣传推广，不断提高医保结算和相关服务的便捷性，引导参保人员使用医保码、社会保障卡、身份证、人脸识别联网结算药械费用。积极探索上线移动支付、信用购药械等线上支付渠道。乙方要配备支持医保码使用的自助服务端或扫码设备，确保参保人员通过医保码和移动支付结算。

乙方应加强对医保业务综合服务终端的管理，不得转借或赠与他人，不得改变使用场地，因乙方管理使用不当造成的损失由乙方自行承担。

乙方新增结算设备，应向甲方备案。解除或终止协议时，乙方应妥善处置结算设备。

第四十一条【医保信息业务编码标准数据库】 甲方应严格按照国家、省医保信息业务编码管理要求，做好医保信息业务编码标准数据库的运维管理工作。乙方应严格按照国家、省医保信息业务编码标准相关规范，及时、准确、规范地做好医保信息业务编码本单位基础信息的对接、维护和相关数据的传输工作。基础数据库信息需乙方提供的，乙方应当准确真实提供，并做好本单位信息系统与甲方数据信息准确对映。因乙方信息维护对映不及时、不正确，发生的错误费用，由乙方自行承担。

第四十二条【信息传输】 乙方应当按照甲方要求，通过医疗保障信息系统实时将参保人员购买药械的品种、规格、价格、费用信息以及医保基金监管、审核、结算所需的信息、数据传输

至甲方信息系统，并确保信息真实、准确、完整。特殊情况不能实时传输的，应在故障排除后 24 小时内上传。因提供不实资料、传输虚假数据产生的责任由乙方承担。

第四十三条【应急预案】 甲乙双方应制定应急预案，任何一方的信息系统出现故障并影响到参保人员购药结算的，须及时通知对方且启动应急预案，保障参保人员合法权益。因信息系统故障暂时不能结算的，甲乙双方应做好解释工作，待故障排除后再行结算。

第六章 违约责任

第四十四条【甲方违约责任】 甲方有下列情形之一的，乙方可要求甲方纠正，或提请医疗保障行政部门督促甲方整改：

- （一）未按规定向乙方提供咨询、查询服务的；
- （二）未按协议规定拨付医保费用的；
- （三）未按协议约定对乙方作出的违约处理进行解释说明的；
- （四）未指导乙方做好医保目录对应工作的；
- （五）未提供医保信息平台数据集和接口标准的；
- （六）向乙方指定与医保对接的有关信息系统的运行和维护供应商的，或向乙方收取费用；
- （八）不遵守个人信息保护和数据安全有关制度，导致个人信息或乙方商业秘密泄露的；
- （九）工作人员违反工作纪律规定，对乙方造成影响的；

(十) 其他违反法律法规、规章及本协议约定的行为。

第四十五条 【乙方违约责任】 甲方发现乙方存在违反协议约定情形的，可采取约谈、暂停拨付、不予支付费用或追回已支付医保费用、要求乙方支付违约金，直至中止或解除医保协议。

(一) **【约谈】** 经查实，乙方未按本协议要求落实管理措施及乙方义务或违反医疗保障政策，尚未造成医保基金损失的，甲方有权约谈乙方，督促乙方限期整改。

(二) **【暂停拨付】** 经查实，乙方有下列违约情形之一的，甲方在约谈、限期整改的基础上，有权暂停拨付乙方医保费用(暂停拨付时间至违约行为调查处理结束、乙方整改合格为止)：

1.未按规定及时向医保信息平台传送参保人员医保结算和审核所需信息、数据；

2.未准确真实提供基础数据库信息，或未做好本机构信息系统与甲方数据信息准确对映的；

3.未按甲方的医保数据库及时更新维护本机构系统的；

4.未做好医保信息系统安全隔离措施的；

5.收款开户名称、收费印章与定点零售药店名称不相符的；

6.未按本协议第五十四条规定时限内向甲方履行变更手续的；

7.未在规定时间内及时清退违规药械费用，或未支付违约金的；

8.乙方未按要求，将药械分类分区管理，未设立明确的医保

用药械标识；

9.乙方在经营场所（含库房）内摆放、销售（包括促销、抽奖、赠送等方式）食品、化妆品、生活用品的；

10.未按要求建立保管财务账目、会计凭证、医保结算票据、销售小票及处方等相关资料的；

11.未建立医疗保障基金使用内部管理制度，或者财务制度、管理制度等不健全、管理混乱；没有专门机构或者人员负责医疗保障基金使用管理工作；

12.未按规定通过医疗保障信息系统传送医疗保障基金使用有关数据；

13.未按照规定向医疗保障行政部门报告医疗保障基金使用监督管理所需信息；

14.销售的药械价格未明码标价的，或使用医保电子凭证、社会保障卡和现金购买的价格不一致；

15.拒绝医疗保障等部门监督检查或者提供虚假情况；

16.其他违反医疗保障政策或医保协议约定，情节较轻的。

10至15项在规定时限内未整改或整改不到位的，提交行政部门予以行政处理。

（三）【不予支付违规费用并处加收违约金】经查实，乙方有下列情形之一的，甲方在约谈、督促其限期整改的基础上，不予支付违规费用，已经支付的予以追回。同时，予以乙方支付违约金处理，违约金原则上不得超过乙方违规费用的30%（下同）；

拒不改正或造成严重后果的，甲方给予乙方暂停3个月至6个月的涉及医疗保障基金的药械服务：

1. 误导宣传、错误解释医疗保障政策规定，损害参保人员权益，造成参保人员群访、缠访的；

2. 以医保定点名义从事商业广告和促销活动，诱导药械消费的；

3. 不执行实名购买药械管理规定，不核验参保人员就医凭证，造成被他人冒名或者虚假购买药械的；

4. 违反用药管理规定，超适应症用药、超剂量，或超医保目录限定支付范围用药、超医保支付标准等违规费用纳入医保统筹基金结算范围的；

5. 未建立药械“进、销、存”台账、未实现全程信息化管理并按要求传输相关数据，台账和信息系统不能做到账账相符、账实相符的；

6. 药师未按有关规定对方剂进行审核、签字销售，或调配（销售）的药品与处方药品不一致的；

7. 未严格执行有关行政部门制定的药械价格政策，未按照公平、合理、诚实信用和质价相符的原则制定价格，或违反药械加价相关规定的；

8. 违反医疗保障信息系统管理规定，违规操作造成医疗保障基金损失的；

9. 超出《药品经营许可证》或《营业执照》经营范围并纳入

医保基金支付的；

10.经其他行业监管部门查处，存在医保基金使用不规范行为的；

11.其他造成医保基金损失的行为。

(四)【衔接行政处理】经查实，乙方有下列情形之一的，甲方在约谈、督促其限期整改的基础上，不予支付违规费用，已经支付的予以追回，情形较重的可要求乙方支付违约金，并处中止3个月至6个月医疗保障基金使用的药械服务，同时提交行政部门予以行政处理：

1.串换药械，将不属于医疗保障基金支付范围的药械费用纳入医疗保障基金结算；

2.为参保人员利用其享受医疗保障待遇的机会转卖药品，接受返还现金、实物或者获得其他非法利益提供便利；

3.诱导、协助他人冒名或者虚假购药械，或串通他人虚开药械费用票据，造成医保基金损失的；

5.通过伪造、变造、隐匿、涂改、销毁会计凭证、电子信息等有关资料；

6.虚记药械费用等；

7.造成医疗保障基金损失的其它违法行为，或其他骗取医疗保障基金支出的行为。

(五)【中止协议】乙方发生下列情形之一的，甲方予以乙方中止协议处理，中止时间6个月：

- 1.拒绝、阻挠、谎报、瞒报或不配合医保部门开展日常检查、专项检查、监督检查、智能审核、绩效考核等情节恶劣的；
- 2.限期整改期间未按时限要求整改或整改不到位的；
- 3.乙方信息系统及联网情况未达到甲方要求，未按照甲方提供的接口规范进行程序开发和改造的；
- 4.未经甲方允许，随意修改服务器和网络配置或擅自修改 HIS 收费系统中关于医疗保障相关数据或医疗保障结算数据与实际不符的；
- 5.法律法规和规章规定的其他情形，或其他违反医疗保障政策且情节较重的。

乙方违反本协议约定，被甲方给予中止协议处理的，中止协议期满应向甲方提交继续履行本协议的书面申请及相关资料。经甲方审核合格的，恢复协议管理，乙方按约定提供医保服务；审核不合格的，甲方按协议约定进行处理。

（六）【解除协议】 乙方发生下列情形之一的，或发生本协议第（三）、（四）项情形且性质恶劣，造成医保基金重大损失或社会影响严重的，甲方不予支付违规费用，已经支付的予以追回，并解除乙方本协议，同时向社会公布，并纳入失信管理范围：

- 1.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；
- 2.协议期内累计 2 次及以上被中止协议或中止医保协议期间未按时限要求整改或整改不到位的；

- 3.发生重大药品质量安全事件的;
- 4.以弄虚作假等不正当手段申请取得医保定点的;
- 5.以伪造、变造医保药械“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;
- 6.为非定点医药机构以及其他机构、或处于暂停拨款、中止协议、解除协议的医药机构进行医保费用结算的;
- 7.将医保结算设备转借或赠与中止协议、解除协议的医药机构、非定点医药机构以及其他机构使用,或改变收费系统终端设备使用地点的;
- 8.篡改医保网络数据、恶意攻击医保网络的;
- 9.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;
- 10.被发现重大信息发生变更但未办理变更的;
- 11.擅自提供、复制、公布、出售或变相交易透露参保人员个人资料内容的;
- 12.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;
- 13.被吊销、注销《药品经营许可证》或《营业执照》的;
- 14.乙方停业或歇业后未按规定向医保经办机构报告的;
- 15.未依法履行医疗保障行政部门作出的行政处罚决定的;
- 16.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 1 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；

17. 定点零售药店主动提出解除医保协议且经经办机构同意的；

18. 经医保部门和其他有关部门查实定性有欺诈骗保行为的；

19. 违反相关部门管理规定，造成严重后果或重大影响违约行为的；

20. 法律法规和规章规定的其他应当解除的情形。

第四十六条【解除协议后处理】 乙方因严重违反医保协议约定而被解除协议未满1年或已满1年未完全履行违约责任的，甲方不受理其医保定点申请；乙方因存在违法违规行为被解除服务协议未满3年或已满3年但未完全履行行政处罚法律责任的，甲方不受理其医保定点申请；乙方解除协议后通过变相的更改名称、法定代表人等信息后在原址重新取得《药品经营许可证》《营业执照》等相关资质申请医保定点的，甲方视原协议解除违约违法情况，1年或3年不受理其医保定点申请；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，甲方5年内不予受理医保定点申请。

第四十七条【缴纳时限】 乙方应当清退的违规费用、支付的违约金等，应在接到甲方通知后10个工作日内缴清，该约定不受乙方主张权利的影响。逾期未缴清的，甲方可以从乙方申请拨

付的药械费用或医保服务质量保证金中予以抵扣，不足抵扣的，由乙方补足。

第四十八条【失信惩戒】 经查实，乙方及工作人员存在骗取医保基金等违规行为的，甲方可提请医疗保障行政部门将乙方和相关人员纳入医保领域失信名单，并按相关规定进行处理。

第四十九条【信息泄露处理】 甲方或乙方违规泄露参保人员信息的，按有关法律法规规定处理。

第五十条【违法违规行移交】 乙方存在违反法律法规行为，甲方按规定报有关部门追究其相应责任；涉嫌犯罪的，移交司法机关处理。乙方受到行政、刑事处罚，不影响乙方按照本协议约定承担违约责任。

第四十七条【责任承继】 乙方整体发生重大变化的（如：分立、合并、经营地址、经营主体、法定代表人变更等），应在有关部门批准之日起 30 个工作日内告知甲方。乙方整体重大变化前的违约行为，由整体重大变化后的经营主体承担违约责任。乙方股权变动、负责人、名称发生变更的，变动或变更前的违约行为，由变动或变更后的经营主体承担违约责任。乙方应将本协议相关约定内容告知变动或变更后的经营主体。

第五十一条【公示义务】 乙方在停止医保服务期间（含中止协议、解除协议、终止协议等），应在其营业场所显著位置将有关情况进行公告，并向参保人员予以解释说明。乙方未公告或未解释说明，导致参保人员药械费用不能报销的，由乙方承担相

关责任和后果。

第五十二条【自律管理】 为推进医保社会治理，鼓励乙方加强自律管理，在甲方或甲方委托的第三方介入检查前以及医保专项检查自查阶段，乙方自查发现的违约行为（骗取医保基金行为除外），甲方给予乙方约谈、限期整改、清退违规费用，不再给予其他协议处理。

第七章 附 则

第五十三条【协议续签】 协议续签由甲方统一组织，甲方与乙方就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；未达成一致的，医保协议到期后自动终止。

第五十四条【信息变更】 协议履行期间，乙方的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、统一社会信用代码、注册地址、药械经营范围、银行账户等重大信息变更时，应自有关部门批准之日起 30 个工作日内向甲方提出变更申请，并提供批准变更文件或《药品经营许可证》《营业执照》等相关资料的原件、复印件及甲方要求的其他资料。同时，乙方在“国家医保信息业务编码标准数据库动态维护”平台进行机构信息动态维护工作，甲方按规定办理变更备案手续。乙方医保管理人员、联系方式等其他一般信息变更应自变更之日起 10 个工作日内及时书面告知。

乙方发生下列情形之一的，甲方不予受理其信息变更：

- （一）乙方因违法违规违约处于中止协议处理期间的；
- （二）乙方涉嫌违法违规违约处于稽核检查期间的；
- （三）乙方因违法违规违约被解除协议后，通过变更名称、法定代表人、主要负责人等方式提出变更备案申请的；
- （四）法律法规和规章规定的其他情形。

第五十五条【效力约定】 协议执行期间，相关法律法规和政策发生调整的，应按新的规定执行。新规定与本协议不一致的，由省医疗保障行政部门按照新规定对本协议进行修改和补充，其效力与本协议等同。

第五十六条【申请协议中止】 协议履行期内，乙方因停业或歇业等原因在 30 日内向甲方提出中止协议申请，经甲方同意，可以中止协议但中止时间原则上不得超过 180 日，协议中止超过 180 日，乙方仍未提出继续履行医保协议申请的，原则上本协议自动终止。

第五十七条【协议自动终止】 协议履行期间，有下列情形之一的，本协议自动终止：

- （一）乙方主动提出终止协议的（应提前15天向甲方提出申请）；
- （二）乙方因停业或歇业等原因在规定时限内未向甲方申请保留医保协议的；
- （三）协议期满，非甲方原因未与甲方续签协议的；

(四) 因不可抗力致使协议不能履行的；

(五) 法律法规规章规定的其他情形。

终止协议的，甲乙双方应共同做好善后工作，保证参保人员正常权益。乙方于协议终止之日起摘除定点零售药店标牌，7个工作日内完成各项费用的清算工作。

第五十八条【争议处理】 甲乙双方因协议的签订、履行、变更和解除等发生争议的，可通过协商解决；协商未果的，乙方可以申请甲方所在地医疗保障行政部门进行协调处理；对协调处理结果不服的，乙方可依法申请行政复议或直接提起行政诉讼。乙方依法提起行政诉讼的，应向甲方所在地有管辖权的人民法院提起诉讼。

乙方未按照本协议约定履行义务，经甲方催告后不履行，甲方可以作出要求其履行协议的书面决定。乙方收到书面决定后在法定期限内未申请行政复议或者提起行政诉讼，且仍不履行，协议内容具有可执行性的，甲方可以向人民法院申请强制执行。

第五十九条【相关术语】 本协议涉及的相关术语解释口径为：

(一) 串换药械：指不如实记录药械的名称、规格、剂型及价格标准等；将非目录内的或医疗保障不予支付的药械串换成医疗保障目录内医保基金可支付的药械进行结算的。

(二) 虚记费用：指利用参保人员信息，虚假记录购买药械服务记入基本医疗保障结算的行为。

(三) 违规费用：指定点零售药店履约过程中的违法、违规、违约行为所涉及的药械费用中应当由医保基金支付的部分。

(四) 中止协议：指医疗保障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。

(五) 解除协议：指医疗保障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，解除协议后产生的医药费用，医疗保障基金不予结算。

(六) 绩效考核：指医疗保障经办机构依法依规对定点零售药店履行医保协议情况的考核评价。

第六十条 【协议有效期】 本协议有效期自 XXXX 年 1 月 1 日起至 XXXX 年 12 月 31 日止。协议期满后，因甲方原因未续签协议的，本协议继续有效，有效期至下一年度协议签订之日止。

第六十一条 【文书送达】 甲、乙双方一致确认本协议记载的双方通讯地址和联系方式为双方履行协议、解决协议争议时接收对方文件信函的地址和联系方式。

乙方违反本协议约定被甲方给予协议处理的，乙方应按规定时限在相关处理文书上签字确认。乙方未在规定时限签收或拒不签收的，相关处理文书自甲方参照《民事诉讼法》有关送达的规定送达乙方时，视为乙方已签收确认。自送达之日起15日内乙方未提出异议，视为乙方同意相关处理文书中的处理意见，并放弃申辩、诉讼等权利。

第六十二条 【协议的生效与解释】 本协议原则上由市（州）

级医疗保障经办机构与区域内定点零售药店签订，甲乙双方法定代表人或授权代表签字并加盖公章后生效，一式两份，甲乙双方各执一份，并向同级医疗保障行政部门备案。

甲方（签章）：

乙方（签章）：

法定代表人或委托代理人（签名）：

法定代表人或委托代理人（签名）：

年 月 日

年 月 日