

河南省医疗保障局文件

豫医保〔2025〕10号

河南省医疗保障局

关于印发《河南省医疗机构医疗保障定点管理实施细则（试行）》和《河南省零售药店医疗保障定点管理实施细则（试行）》的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障局，航空港区组织人事部，省医疗保障服务中心：

现将《河南省医疗机构医疗保障定点管理实施细则（试行）》和《河南省零售药店医疗保障定点管理实施细则（试行）》印发给你们，请认真贯彻执行。

附件：1. 河南省医疗机构医疗保障定点管理实施细则（试行）

2. 河南省零售药店医疗保障定点管理实施细则（试行）



河南省医疗机构医疗保障定点管理实施细则

(试行)

第一章 总 则

第一条 为加强和规范医疗机构医疗保障定点管理工作，鼓励和引导各类医疗机构公平参与竞争，提高医保基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号）、《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 1 号）、《医疗机构医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 2 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023 版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕33 号）和《国家医疗保障局关于进一步加强医疗保障定点医疗机构管理的通知》（医保发〔2025〕14 号）等要求，结合我省实际，制定本细则。

第二条 本细则所指定点医疗机构是指自愿与医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）签订医疗保障服务协议，为参保人员提供医疗服务的医疗机构。

本细则所指医保经办机构，是指医疗保障行政部门所属的经

办基本医疗保险、生育保险等社会保险的机构，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。

第三条 定点医疗机构医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），是指由医保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；是医保经办机构为了实现医保行政管理职能和公共服务目标，与相关医疗机构订立的具有行政法上权利义务内容的行政协议。

第四条 医疗保障行政部门负责制定医疗机构定点管理政策，在定点申请、专业评估、协商谈判、协议订立、协议履行、协议变更、协议解除等环节对医保经办机构、定点医疗机构进行监督指导。

医保经办机构负责确定定点医疗机构，并与定点医疗机构签订医保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、医保绩效评价等。医保经办机构应当建立定点申请、专业评估、协商谈判等相关管理制度，配备相应管理人员，明确相应岗位职责。

原则上，医疗机构定点管理由统筹地区医疗保障部门负责，确因工作需要，也可按照属地管理及分级管理原则，授权下级医疗保障部门管理。授权时须明确授权的具体范围、内容及相关权利义务。

定点医疗机构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医疗服务。

第二章 定点申请

第五条 各统筹地区医疗保障行政部门应根据群众医疗需求、医保基金支撑能力及区域卫生资源规划等情况，科学编制本地区定点医药机构资源配置规划。

第六条 医保经办机构应严格按照本统筹地区医疗保障行政部门确定的定点医药机构资源配置规划与年度配置目标，拟定年度执行计划，报同级医疗保障行政部门备案同意后执行，并接受医疗保障行政部门监督。

第七条 以下取得医疗机构执业许可证或中医诊所备案证的医疗机构，以及经军队主管部门批准有为民服务资质的军队医疗机构可申请医保定点：

- (一) 综合医院、中医医院、中西医结合医院、民族医医院、专科医院、康复医院；
- (二) 专科疾病防治院（所、站）、妇幼保健院；
- (三) 社区卫生服务中心（站）、中心卫生院、乡镇卫生院、街道卫生院、门诊部、诊所、卫生所（站）、村卫生室（所）；
- (四) 独立设置的急救中心；
- (五) 安宁疗护中心、血液透析中心、护理院；
- (六) 养老机构内设的医疗机构。

互联网医院可依托其实体医疗机构申请签订补充协议，其提

供的医疗服务所产生的符合医保支付范围的相关费用，由医保经办机构与其所依托的实体医疗机构按规定进行结算。

第八条 申请医保定点的医疗机构应当同时具备以下基本条件：

（一）正式运营至少 3 个月；

（二）至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师；

（三）主要负责人负责医保工作，配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构应设内部医保管理部门，安排专职工作人员；

（四）具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度、医疗质量安全核心制度等；

（五）具有符合医保协议管理要求的医院信息系统技术和接口标准，实现与医保信息系统有效对接，按要求向医保信息系统传送全部就诊人员相关信息，为参保人员提供直接联网结算。设立医保药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库，按规定使用国家统一的医保编码；

（六）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。

第九条 医疗机构向医保经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料并加盖单位公章：

（一）河南省医疗保障新增定点医疗机构申请表（见附件 1）；

(二) 医疗机构执业许可证、中医诊所备案证或军队医疗机构为民服务许可证照复印件(其中非营利性医疗机构提供事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书复印件,营利性医疗机构提供营业执照正副本复印件);

(三) 与医保政策对应的内部管理制度和财务制度文本;

(四) 与医保有关的医疗机构信息系统相关材料;

(五) 纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告;

(六) 医疗机构房屋使用权证明复印件(房屋产权证明、租赁合同等)、平面布局图、营业场所门头和营业场地环境真实照片;

(七) 提供近3个月内的药品、医用材料进货正规发票和药品进、销、存电子台账复印件;

(八) 职工花名册;

(九) 按相关规定要求提供的其他材料。

第十条 医疗机构有下列情形之一的,不予受理定点申请:

(一) 以医疗美容、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围的;

(二) 基本医疗服务未执行医疗保障行政部门制定的医药价格政策的;

(三) 未依法履行行政处罚责任的;

(四) 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;

(五) 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；

(六) 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年但未完全履行违约责任的；

(七) 法定代表人、主要负责人或实际控制人曾因严重违法违规导致原定点医疗机构被解除医保协议，未满5年的；

(八) 法定代表人、主要负责人或实际控制人被列入失信人名单的；

(九) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十一条 医疗机构提出定点申请，医保经办机构应即时受理。对申请材料内容不全的，医保经办机构自收到材料之日起5个工作日内一次性告知医疗机构补充。对不符合申请条件的，医保经办机构自收到材料之日起5个工作日内退回申请材料，并告知不予受理的理由。

自受理申请材料之日起，评估时间不超过3个月，医疗机构补充材料时间不计入评估期限（因不可抗力导致延期的除外，下同）。

第十二条 医保经办机构可通过资料审查、函询相关部门等形式对医疗机构申报材料 and 信息的完整性、真实性进行核实。

第三章 组织评估

第十三条 统筹地区医保经办机构应成立专门的评估小组，

或委托第三方机构开展评估。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构成，有条件的统筹地区可建立评估小组人员库。

第十四条 评估小组或委托的第三方机构需对申请材料开展审查，并通过现场考察和专业评估等方式开展评估，评估工作重点核查医疗机构是否满足定点申请的条件。评估内容可包括：医疗机构类型、医疗机构资质、专业技术人员资质及注册地信息、执业范围、场地设施、科室设置、人员配备、管理能力、特色服务、与服务功能相适应的基础设施和仪器设备、与医保政策对应的内部管理制度和财务制度医保直接联网结算条件、所在区域原有定点医疗机构布局情况或符合统筹区规划情况等。具体评估指标和评分标准（见附件2）。评估情况由评估小组和评估对象现场签字确认。

第十五条 医保经办机构应建立集体决策机制，对评估结果进行审议，并将审议结果报同级医疗保障行政部门备案。

第十六条 评估结果分为合格和不合格。

对于评估合格的，医保经办机构按照评估分数择优拟签订医保协议，并将拟签订医保协议的医疗机构名单向社会公示，公示期为7日。公示期间接到投诉举报的，医保经办机构应及时调查核实，经查证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个月后可再次申请并组织评估，评估仍

不合格的，1年内不得再次申请。

第四章 协议签订

第十七条 医保经办机构应向公示通过的医疗机构公布本统筹地区医保协议文本。协议文本应明确双方权利、义务和责任，协议内容应包括服务人群、服务范围、支付方式、支付范围、费用审核结算流程、价格管理要求、全国统一的医保信息平台建设要求、数据质量要求、协议履行核查、医保绩效评价、违约责任、协议时效、争议处理等内容。协议期限一般为1年。

第十八条 医保经办机构与公示通过的医疗机构协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。双方可按照电子签章管理等有关规定，线上签订电子协议。医保协议应当由医保经办机构、定点医疗机构双方的法定代表人或授权代表签订，并向同级医保行政部门备案。因医疗机构原因，未能在约定时限内签订医保协议的，视作自动放弃。

第十九条 医保经办机构应向社会公布新签订医保协议的定点医疗机构信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第二十条 医保协议生效后，定点医疗机构应在显著位置悬挂统一样式的医保定点医疗机构标识。

第二十一条 签订医保协议后，定点医疗机构应及时在国家医保信息业务编码标准数据库按照要求填报本机构基础信息以及实施医保支付资格管理的相关人员信息，取得定点医疗机构和相

关资质人员的医保代码。自医保协议生效之日起，医保经办机构应为定点医疗机构开通医保信息平台权限，开展医保基金结算业务等。

定点医疗机构本机构和人员等信息发生变化时，医保经办机构应要求其及时动态维护更新，并将退出本机构的人员信息进行归档处理。

有条件的地区，应为参保人员提供定点医疗机构名称、地址、服务范围、协议状态、协议处理、定点医疗机构相关人员医保支付资格管理记分、医保协议有效期等信息的查询服务。

第五章 信息变更

第二十二条 定点医疗机构名称、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的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向医保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。未在规定时限告知的，按协议约定处理。

第二十三条 定点医疗机构变更注册地址的（实际注册地址不变的除外），应提前5个工作日书面告知医保经办机构，医保经办机构暂停医保基金结算。完成变更后，定点医疗机构应在规定时限内向医保经办机构提出现场评估申请，经评估合格的，恢复医保基金结算；不合格的，医保协议终止。

第二十四条 定点医疗机构股权变动、法定代表人变更、名

称变更，但营业执照（事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等）、医疗机构执业许可证未重新申请的，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保基金结算有关的数据、资料的，医保经办机构可拒付或追回相关费用。

定点医疗机构因股权变动、法定代表人变更等注销营业执照（事业单位法人证书、民办非企业单位登记证书等）、医疗机构执业许可证后重新申请的，与医保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。

第二十五条 定点医疗机构信息变更需提供以下材料：

（一）涉及证照名称（含执业许可证、诊所备案凭证、营业执照、事业单位法人证、为民服务许可证）、主要负责人（机构有法人）、诊疗科目、机构规模、等级、类别及注册地址变更的，需提供以下基础材料：

1. 定点医疗机构信息变更申请表（见附件3）；
2. 本年度定点医疗机构服务协议基本信息页、服务勾选页、双方盖章页；
3. 医疗机构执业许可证、诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照（其中营利性医疗机构提供营业执照正副本，非营利性医疗机构提供事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书正副本）；
4. 医疗机构变更情况说明；

(二) 涉及账户信息变更的, 除基础材料外, 另需提供以下材料:

1. 营利性医疗机构提供变更前营业执照正副本, 非营利性医疗机构提供变更前事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书正副本;

2. 开户许可证或基本存款账户信息。

(三) 涉及法人、主要负责人(机构无法人)、实际控制人、所有制形式、经营性质变更的, 除基础材料外, 另需提供以下材料:

1. 变更前医疗机构执业许可证、中医诊所备案证、诊所备案凭证或军队医疗机构为民服务许可证照(其中营利性医疗机构提供营业执照正副本, 非营利性医疗机构提供事业单位法人证书或民办非企业单位登记证书正副本);

2. 公立医疗机构提供卫健委、组织部、编办、部队等相关文件;

3. 非营利性医疗机构提供变更前后在民政部门备案的材料;

4. 营利性医疗机构提供变更前后在市场监管局备案的材料;

5. 变更人为直系亲属的(父母、配偶、子女)需提供户口本、结婚证等证明材料。

(四) 涉及地址搬迁的, 除基础材料外, 另需提供其中一项材料:

1. 协议期限在一年以上的房屋租赁协议;

2. 房屋产权证明；
3. 有关城市规划的批复文件；
4. 其他相关证明材料。

(五) 其他一般信息变更仅提供定点医疗机构信息变更申请表。

第二十六条 申请单位按照规定，将申报材料报送医保经办机构，医保经办机构应核实原件接收复印件即时受理。对申请材料内容不全的，自收到材料之日起5个工作日内一次性告知定点医疗机构补充。医保经办机构在材料受理后，一般信息变更15天内完成，重大信息变更1个月内完成。

第二十七条 定点医疗机构一般信息或重大信息变更后，医保经办机构审核通过的，应及时告知定点医疗机构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，涉及银行账户信息变更的，需同步在河南省医疗保障信息平台进行变更。

第二十八条 续签医保协议应由定点医疗机构于医保协议期满前3个月向医保经办机构提出申请或由医保经办机构统一组织。医保经办机构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医保绩效评价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。

第六章 协议履行

第二十九条 定点医疗机构具有为参保人员提供医疗服务后

获得医保结算费用、对医保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。

第三十条 对新纳入医保定点的医疗机构，设立6个月政策辅导期，统筹地区医保部门有针对性指导定点医疗机构落实医保管理及支付相关政策要求。政策辅导期内，除区域医疗中心外原则上不开通异地就医医保结算服务，统筹地区医保部门要点对点加大医保政策辅导力度，强化医保法律、法规、规章、政策以及违法违规典型案例培训，加强警示教育，通过政策培训、上门宣讲、信息共享、检查提醒等方式做好服务。政策辅导期内出现违反协议约定或违反医保政策规定的，医保部门应及时辅导、纠正，并增加政策辅导频次。政策辅导期内出现违规问题，情节较轻的，政策辅导期延长6个月，延长期内整改不到位的不予续签医保协议；情节严重的，直接解除医保协议。

第三十一条 医保经办机构对定点医疗机构开展医保费用审核、协议履行核查、医保绩效评价等工作，建立动态管理机制。定点医疗机构应当配合，并按规定提供相关材料。

第三十二条 定点公立医疗机构应通过省级医药集中采购平台统一采购药品和医用耗材，实际采购价低于平台价的，应及时向平台报备。新增纳入的定点医疗机构，自协议签订之日起执行平台采购流程。已纳入医保定点的医疗机构，设置一定的过渡期，逐步实现全面平台采购。省级医药集中采购平台要应用药品耗材追溯码，实现“无码不采”“无码不付”。鼓励非公立定点医

疗机构参与集中采购，优先使用集采中选产品；确需自主采购的，销售价格不得高于平台挂网价，并执行“无码不采”要求。

第三十三条 统筹地区医保部门要会同有关部门指导定点医疗机构为参保人提供使用医保基金结算的医疗类、药学类、护理类等人员按照医保协议约定作出并履行服务承诺，做好相关人员信息维护和动态更新；对相关人员采取“驾照式”记分管理，对一个自然年度内记分达到一定分值的，按规定采取暂停医保支付资格及费用结算等措施，对违反医保协议的相关责任人员，还将根据行为性质和责任程度，相应采取暂停或终止其医保支付资格和费用结算。

第三十四条 医保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。

第三十五条 为方便参保人员就医，统筹地区间可进行定点医疗机构互认。对于已被所在统筹地区确定为定点的医疗机构，其他统筹地区（特别是相邻统筹地区）经确认后，可直接将其纳入本地医保定点范围。若该机构发生信息变更，经所在统筹地区医保经办机构办理后，其他相关统筹地区可直接同步办理相应变更。

第三十六条 对医疗机构证照发证机关跨行政区域的，医保经办机构应根据医疗机构注册地址，结合实际予以受理。原则上鼓励跨行政区域定点医疗机构通过异地就医直接结算为参保人员提供医疗服务。

第三十七条 对于国家（省）区域医疗中心建设、国家医学中心新建院区、执业地点分支机构及增设科室等情形，应按重大信息变更要求提交完整材料，相关变更审核流程参照注册地址变更审核流程执行。其中，新建院区、分支机构及增设住院科室的，应按照附件 2 中新增评估指标进行评估；仅新增门诊科室的，可直接备案。医保经办机构应组织评估小组开展实地考察评估，评估情况由评估小组和评估对象现场签字确认。

第三十八条 省级医保经办机构和市级医疗保障行政部门应在每季度首月 10 日前，将上季度新增、变更、中止、终止、解除定点医疗机构情况报省级医疗保障行政部门备案。

第七章 协议中止和解除

第三十九条 医保经办机构应结合本统筹地区定点医疗机构资源配置规划、医保绩效评价、定点医疗机构履约情况等，建立定点医疗机构退出机制，报医疗保障行政部门审核后实施。

第四十条 医保协议中止是指医保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。

中止期结束，未超过协议有效期的，中止协议期满后医保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，中止协议期满后医保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。

定点医疗机构可主动提出中止医保协议申请，经医保经办机构同意，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。

第四十一条 医保协议解除是指医保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疗费用，医保基金不再结算。

医疗机构主动提出解除协议的，医保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。其中定点医疗机构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。

第四十二条 定点医疗机构主动提出中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，原则上应提前 3 个月向医保经办机构提出申请。

第四十三条 医保经办机构对定点医疗机构作出协议处理决定前，应当告知定点医疗机构拟作出的处理决定及事实、依据，

并告知其依法享有陈述权和申辩权。

定点医疗机构对拟作出的协议处理决定有异议的，应当在医保经办机构告知 7 日内作出陈述和申辩，并提供申辩事实或证据。双方可通过组织专家评审等方式对相关情况进行复核，或提请同级医疗保障行政部门协调处理。定点医疗机构提出的事实或证据成立的，医保经办机构应予以采纳；不予采纳的，应当说明理由。复核后认定符合协议处理情形的，按照协议约定作出协议处理。

第四十四条 医保经办机构应通过公开途径发布定点医疗机构中止、终止、解除医保协议的相关信息，与定点医疗机构对在院、出院未结算、退费重结等参保人员共同做好善后工作，并停止费用结算。定点医疗机构终止、解除医保协议的，医保经办机构应及时在国家医保信息业务编码标准数据库进行归档处理。

定点医疗机构在中止医保协议期间，或终止、解除医保协议后，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明，不得再悬挂定点医疗机构标识。

第四十五条 医保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疗服务，中止、终止和解除医保协议等处理时，要及时向同级医疗保障行政部门报告。

第八章 附 则

第四十六条 医疗机构与医保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。

第四十七条 医保协议履行期间，国家法律、法规、规章及政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，协议双方应当按照新规定对医保协议进行修订和补充，其效力与原协议等同。

第四十八条 本细则自印发之日执行。既往有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

- 附件：1. 河南省医疗保障新增定点医疗机构申请表
2. 河南省医疗保障定点医疗机构评估表
3. 河南省定点医疗机构信息变更登记表
4. 评估小组成员承诺书

附件 1

河南省医疗保障新增定点医疗机构 申 请 表

申请单位：_____

申请时间：_____

医疗机构名称					
法定代表人		机构类别			
所有制形式		注册资金			
医院等级		营业面积			
注册地址					
申请门诊服务 <input type="checkbox"/>		申请住院服务 <input type="checkbox"/>		申请康复服务 <input type="checkbox"/>	
申请生育服务 <input type="checkbox"/>		申请其他服务 <input type="checkbox"/> :			
联系人		联系电话			
医保管理部门					
卫生技术人员构成	员工类别	总人数	高级职称	中级职称	初级职称
	医 生				
	护 士				
	医技人员				
	其他人员				
	合 计				
近三个月业务收支情况	门诊人次		次均门诊医疗费		
	住院人次		平均住院日		
	人均住院费		人均日住院费		
	业务收入		业务支出		

类别		总数				
药品						
医用耗材						
服务项目						
科室设置情况	科室	床位数	科室	床位数	科室	床位数
大型医疗设备清单	科室	设备名称	适应症	单项次收费	备注	

申请理由及承诺

(申请单位印章)

法定代表人：(签字)

年 月 日

填写说明：

1. 本表要求字迹工整，内容真实。
2. 医保管理部门一栏填写负责医保管理的部门名称，未设置医保管理部门的填写专（兼）职医保管理人员姓名；
3. 大型医疗设备是指单项次收费在 1000 元以上的设备。

附件 2

河南省医疗保障定点医疗机构评估表（住院）

医疗机构名称：

地址：

评估时间：

指标类型	序号	评估项目	评分标准	是否符合标准
基础指标 (如有一项 不符合标 准,即为 不合格)	1	经营时间	正式运营已达 3 个月。	
	2	执业医师	至少有 1 名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师。	
	3	医保管理	由主要负责人负责医保工作，且配备专（兼）职医保管理人员；100 张床位以上的医疗机构设置医保管理部门，并安排专职工作人员。	
	4	制度建设	具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度等。	
	5	信息系统	有完善的信息系统，能够实现与医保信息系统有效对接。	
	6	基础数据库	已设立药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库。	
	7	执业范围	不以医疗美容、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围。	
	8	虚假宣传	未取得医保定点资质，不得悬挂医保定点标识或对外宣传医保定点的。	
	9	信用制度	机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信人名单。	
	10	符合统筹区 资源配置规划	符合统筹区定点医药机构资源配置规划，医疗机构配置标准和结构标准。	

指标类型	序号	评估项目	分值	评分标准	评估情况	得分
评估指标	1	医保管理	10	建立包括医保办（医保人员）工作制度、医保病历处方审核制度、医保相关审批管理制度、医保政策宣传培训制度等的医院医保管理制度。未建立制度的不得分；制度不健全，每少一个制度，扣2分。		
	2	财务管理	10	根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，药品、医用材料进货正规发票。未建立制度的不得分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，不能提供进货正规发票的，不得分。		
	3	信息管理	10	按要求做好药品目录库、诊疗项目目录库、医用耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库。配备符合要求的扫码设备、联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未建立信息系统的或未按要求配备信息设备的，均不得分。		
	4	“进、销、存”管理	10	医疗机构药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、耗材（包括厂家赠品）等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理，并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未实行“进、销、存”电算化管理的，不得分。未做到账账相符、账实相符，不能提供进货正规发票的，不得分。		
	5	公布医疗服务价格信息，保证就医人员权益	10	在显著位置公布医疗服务项目及药品价格相关信息。为就医人员提供门诊、住院费用结算明细。未公开医药服务价格信息，扣2分。未提供费用结算明细的，扣2分。		
	6	建立完善的医疗质量安全核心制度	5	根据首诊负责制等18项医疗质量安全核心制度要求，结合实际，建立完善本机构的核心制度、配套文件和工作流程。未建立制度扣5分；制度不健全，扣2分；制度执行不到位，扣2分。		

指标类型	序号	评估项目	分值	评分标准	评估情况	得分
评估指标	7	医疗设备	5	一级（含未定级）医疗机构至少具有给氧装置、心电图机、洗胃器、电动吸引器、呼吸球囊、气管插管、万能手术床、必要的手术器械、显微镜离心机、X光机、药品柜、紫外线灯、恒温培养箱、高压灭菌设备等基础设备。		
				二级医疗机构在一级医疗机构基础上至少增加有呼吸机、自动洗胃机、电动吸引器、心电图机、心脏除颤器、麻醉机、胃镜、B超，有与开展的诊疗科目相应的其他设备（生育定点需具备婴儿保温箱）。		
				三级医疗机构在二级医疗机构基础上至少增加有高频电刀、移动式X光机、多普勒成像仪、动态心电图机、脑电图机、脑血流图机、血液透析器、肺功能仪、支气管镜、消化内镜、直视镜、腹腔镜、膀胱镜、宫腔镜等基本设备，有与开展的诊疗科目相应的其他设备。		
	8	医师配备	10	一级医疗机构至少有1名取得医师执业证书、乡村医生执业证书或中医（专长）医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师。		
				二级医疗机构各专业委员会至少有1名具有主治医师以上职称的医师，医师和护士配置数量与科室床位数相适应。		
				三级医疗机构各专业委员会的主任应具有高级职称；临床科室独立设置，医师和护士配置数量与科室床位数相适应。		
				一级医疗机构至少设急诊室、抢救室、内科、外科、妇科、预防保健科等临床科室，至少设有药房、化验室、X光室、病案室等医技科室。		
				二级医疗机构在一级医疗机构基础上需增加相应临床科室，医技科室至少增设有药剂科、检验科、放射科、手术室、病理科、理疗科等医技科室。		
				三级医疗机构在二级医疗机构基础上需增加相应临床科室，输血科、感染科、重症医学科、血液净化室、消毒供应中心等医技科室。		
				具有住院资格医疗机构的执业医师开具的西药处方须符合西药疾病诊疗原则，开具中成药、中药饮片处方应遵循中医辨证施治原则和理法方药。有西药疾病诊疗原则得2分，有中医辨证施治原则得3分。		
9	科室设置	10				
10	处方管理	10				

指标类型	序号	评估项目	分值	评分标准	评估情况	得分
	11	医疗文书	10	病历书写符合《病历书写基本规范》要求（住院病历记录应清晰、真实、准确、完整，并妥善保存；化验检查、用药和治疗应在病程记录中说明，并有结果分析；具有住院资格的医疗机构应做到住院医嘱、病程记录、检查结果、治疗单记录和票据、费用清单“六吻合”）。根据病历书写情况，酌情打分；一份病历不合格扣2分，最高扣5分。		
评估指标	12	生育定点（该项为扣分项，1. 门诊硬件设备及人员配备不够，每项扣1分，最多扣8分；2. 产房硬件设备及人员配备不够，每项扣1分，最高扣12分）	-20	一、门诊人流室手术间内配备硬件：麻醉机、无影灯、手术床、负压吸引装置、无菌器械柜、抢救药品车、等离子消毒机；人员配备：麻醉医生、妇产科医生、护士。 二、产房：1. 待产间（待产床助产士比1:1；2）、分娩间（分娩床助产士比1:3）、分娩后观察室（配备专职护士、心电监护仪及可移动病床）；2. 即刻剖宫产手术间配备硬件：麻醉机、手术床、辐射台、无菌器械柜、抢救药品车；等离子消毒机；人员配备：麻醉医生、儿科医生、具有助产资格的妇产科医师、助产士各不少于1人。3、新生儿抢救设备：新生儿辐射台、喉镜、各种型号气管插管、吸引器、氧气设备、新生儿抢救车（内含各种抢救药品）。评估得分低于16分的不得纳入生育定点。		
	13	康复定点（该项为扣分项，1. 科室床位设置不够扣2分，2. 科室单元设置不够每项扣1分，最高扣4分，3. 人员配备不够，最高扣3分，4. 无康复登记本扣2分，5. 康复大厅面积不够扣3分，康复器材不足每项扣1分，最高扣6分）	-20	申请康复定点需要配备的条件：一、科室床位≥20张；二、科室单元设置：脑病康复单元、骨关节康复单元、老年病康复单元、疼痛康复单元等；三、人员配备：康复治疗专业医生及有资质的康复治疗师各不少于1人；四、康复治疗室有专门的康复病人治疗登记本；五、康复治疗区：1. 康复门诊和康复治疗室不少于200平米，2. 治疗大厅配备有姿势矫正镜、平行杠、肌力训练设备、四肢训练器、电动起立床、训练用阶梯、训练用球等专业康复器材。评估得分低于16分的不得纳入康复定点。		
	评估指标合计分值：100分					

备注：1. 评估指标合计得分80分以下，评估结果即为不合格。

2. 符合第三十七条规定的情形，现场评估不受基础指标1的限制。

3. 基础指标10，仅限于实行医保定点医药机构资源配置规划的统筹区。

现场评估人员签名：

医疗机构负责人签字：

河南省医疗保障定点医疗机构评估表（门诊）

医疗机构名称：

地址：

评估时间：

指标类型	序号	评估项目	评分标准	是否符合标准
基础指标 (如有一项 不符合标 准,即为 不合格)	1	经营时间	正式运营已达3个月。	
	2	执业医师	至少有1名取得执业医师证书、乡村医生执业证书或中医(专长)医师资格证书且第一注册地在该医疗机构的医师。	
	3	医保管理	由主要负责人负责医保工作,且配备专(兼)职医保管理人员;	
	4	制度建设	具有符合医保协议管理要求的医保管理制度、财务制度、统计信息管理制度等。	
	5	信息系统	有完善的信息系统,能够实现与医保信息系统有效对接。	
	6	基础数据库	已设立药品、诊疗项目、医疗服务设施、医用耗材、疾病病种等基础数据库。	
	7	执业范围	不以医疗美容、生活照护、种植牙等非基本医疗服务为主要执业范围。	
	8	虚假宣传	未取得医保定点资质,不得悬挂医保定点标识或对外宣传医保定点的。	
	9	信用制度	机构的法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信人名单。	
	10	符合统筹区 资源配置规划	符合统筹区定点医药机构资源配置规划,医疗机构配置标准和结构标准。	

指标类型	序号	评估项目	分值	评分标准	评估情况	得分
评估指标	1	医保管理	10	建立包括医保办（医保人员）工作制度、医保病历处方审核制度、医保相关审批管理制度、医保政策宣传培训制度等的医院医保管理制度。未建立制度的不得分；制度不健全，每少一个制度，扣2分。		
	2	财务管理	10	根据会计制度的规定建立相应的会计账目和“进、销、存”电算化管理的明细账目，药品、医用材料进货正规发票。未建立制度的不得分。制度执行不到位，未做到账账相符、账实相符，不能提供进货正规发票的，不得分。		
	3	信息管理	10	按要求做好药品目录库、诊疗项目目录库、医用耗材目录库、疾病编码目录库、手术编码目录库。配备符合要求的扫码设备、联网设施设备，并与其它网络间有安全隔离措施，与互联网物理隔离。未建立信息系统的或未按要求配备信息设备的，均不得分。		
	4	“进、销、存”管理	10	药品购进记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。药品、耗材（包括厂家赠品）等所有经营品种购进、销售均应纳入“进、销、存”电算化管理，并将购、销明细如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未实行“进、销、存”电算化管理的，不得分。未做到账账相符、账实相符的，发现一例扣2分。		
	5	公示公告	10	在显著位置公布医疗服务项目及药品价格相关信息。为就医人员提供门诊费用结算明细。未公开医药服务价格信息，扣2分。未提供费用结算明细的，扣2分。		
	6	建立完善的医疗质量安全核心制度	10	医疗服务质量、药品质量安全管理制度和内部管理制度健全（查对制度、抗菌药物管理、人员岗位管理、不合格药品处理、处方药管理、有毒麻精放类等特殊药品的使用及管理）制度。每1小项制度占1分，制度上端或见到制度文本；每项管理制度要有对应的记录，没有记录的该小项不得分。		

指标类型	序号	评估项目	分值	评分标准	评估情况	得分
评估指标	7	营业环境	10	营业场所服务环境良好, 宽敞明亮, 卫生整洁, 有消杀设备, 布局合理, 无蜘蛛网及卫生死角。营业环境占 10 分, 根据现场情况酌情打分; 营业场所环境良好的得 10 分; 定期消杀并有消杀记录的得 5 分, 缺 1 项扣 1 分, 扣完为止。		
	8	卫生技术人员	10	查看卫生技术人员在岗情况。不在岗一人扣 2 分。		
	9	检验环境设置	10	化验室应具备血、尿、粪、生化等常规检验条件; 环境干净整洁, 照明足够, 远离粉尘、噪声等; 仪器整洁摆放合理, 便于操作及样品间空气流通。(化验室需有相关资质的检测机构出具的合格检测报告)。根据现场情况酌情打分; 无合格检测报告此项不得分。		
	10	处方管理	10	执业医师开具的西药处方须符合西医药学诊疗原则, 开具中成药、中药饮片处方应遵循中医辨证论治原则和理法方药。有西医药学诊疗原则得 2 分, 有中医辨证论治原则得 3 分。		
评估指标合计分值: 100 分						

备注: 1. 评估指标合计得分 80 分以下, 评估结果即为不合格。

2. 医保经办机构根据年度执行计划在评估指标得分 80 分以上的医疗机构中按照评估分数择优选择。

3. 基础指标 10, 仅限于实行医保定点医药机构资源配置规划的统筹区。

现场评估人员签名:

医疗机构负责人签字:

附件 3

河南省医疗保障定点医疗机构变更登记表

定点医疗机构名称			
定点医疗机构机构贯标代码			
单位地址			
变更内容	1. 名称、2. 法定代表人、3. 主要负责人或实际控制人、4. 注册地址、5. 银行账户、6. 诊疗科目、7. 机构规模、8. 机构性质、9. 等级、10. 类别、11. 其他		
变更前内容	申请单位盖章 年 月 日		
变更后内容	申请单位盖章 年 月 日		
联系人		联系电话	
变更原因	法人代表签字： 年 月 日		

备注：填写变更内容时，请在相应的选项中划对号。若选“其他”，请写明变更内容。

附件 4

评估小组成员承诺书

为确保新增医疗保障定点医药机构评估工作公平、公正，本人郑重承诺：

1. 听从指挥、服从工作安排，认真完成赋予的工作任务。

2. 严守保密纪律，不利用工作之便擅自向被评估单位和未参加评估的任何人透露任何评估信息，不擅自发表涉及未公开的检查相关工作内容。不将与评估有关的资料带出工作场所，评估工作结束后，将与评估有关的一切资料交与本组组织人员。

3. 不违规留存、传输、复制相关工作记录。

4. 严格遵守有关纪律规定，不参加评估对象安排的宴请，不使用评估对象安排的交通通讯工具和转嫁交通通讯费用，不接受评估对象给予的一切财物，不参加评估对象安排的任何与评估工作有关的活动。

5. 严格执行回避原则，如本人或近亲属与被评估单位存在利益关系或其他可能影响公正评估的情形，应主动申报并申请回避，确保评估工作的独立性和公正性。

违反上述承诺，自愿承担党纪、政纪责任和法律后果。

承诺人：

年 月 日

河南省零售药店医疗保障定点管理实施细则

(试行)

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工作，鼓励和引导各类零售药店公平参与竞争，提高医保基金使用效率，更好地保障广大参保人员权益，根据《医疗保障基金使用监督管理条例》（国务院令 第 735 号）、《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 1 号）、《零售药店医疗保障定点管理暂行办法》（国家医疗保障局令 第 3 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈全国医疗保障经办政务服务事项清单（2023 版）〉的通知》（医保办发〔2023〕24 号）、《国家医疗保障局办公室关于印发〈医药机构医疗保障协议管理经办规程（试行）〉的通知》（医保办发〔2024〕33 号）等要求，结合我省实际，制定本细则。

第二条 本细则所指的定点零售药店是指自愿与医疗保障经办机构（以下简称“医保经办机构”）签订医疗保障服务协议，为参保人员提供药械服务的实体零售药店。

本细则所称医保经办机构，是指医疗保障行政部门所属的经办基本医疗保险、生育保险等社会保险的机构，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。

第三条 定点零售药店医疗保障服务协议（以下简称“医保协议”），是指由医保经办机构与零售药店经协商谈判而签订的，用于规范零售药店服务行为以及明确双方权利、义务及责任等内容的协议；是医保经办机构为了实现医保行政管理职能和公共服务目标，与相关零售药店订立的具有行政法上权利义务内容的行政协议。

第四条 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保经办机构、定点零售药店进行监督指导。

医保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保协议，提供经办服务，开展医保协议管理、医保绩效评价等。医保经办机构应当建立定点申请、专业评估、协商谈判等相关管理制度，配备相应管理人员，明确相应岗位职责。

原则上，零售药店定点管理由统筹地区医疗保障部门负责，确因工作需要，也可按照属地管理及分级管理原则，授权下级医疗保障部门管理。授权时须明确授权的具体范围、内容及相关权利义务。

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械服务。

第二章 定点申请

第五条 各统筹地区医疗保障行政部门应根据群众医疗需

求、医保基金支撑能力等情况，科学编制本地区定点医药机构资源配置规划。

第六条 医保经办机构应严格按照本统筹地区医疗保障行政部门确定的定点医药机构资源配置规划与年度配置目标，拟定年度执行计划，报同级医疗保障行政部门备案同意后执行，并接受医疗保障行政部门监督。

第七条 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）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；

（五）具有符合医保协议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、统计信息管理制度和医保费用结算制度；

（六）具备符合医保协议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；

(七) 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。

第八条 零售药店向医保经办机构提出医保定点申请，至少提供以下材料并加盖单位公章：

(一) 河南省医疗保障新增定点零售药店申请表（见附件1）；

(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) 零售药店房屋使用权证明复印件（房屋产权证明、租赁合同等）、平面布局图、营业场所门头和营业场地环境真实照片；

(八) 提供近3个月内的药品、医疗器械进货正规发票和药品进、销、存电子台账复印件；

(九) 纳入定点后使用医保基金的预测性分析报告；

(十) 职工花名册；

(十一) 按相关规定要求提供的其他材料。

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人
名单的；

(七) 法律法规规定的其他不予受理的情形。

第十条 零售药店提出定点申请，医保经办机构应即时受
理。对申请材料内容不全的，医保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。对不符合申请条件的，医
保经办机构自收到材料之日起 5 个工作日内退回申请材料，并告
知不予受理的理由。

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（因不可抗力导致延期的除外，下同）。

第三章 组织评估

第十一条 统筹地区医保经办机构应成立专门的评估小组，

或委托第三方机构开展评估。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构成，有条件的统筹地区可建立评估小组人员库。

第十二条 评估小组或委托的第三方机构需对申请材料开展审查，并通过现场考察和专业评估等方式开展评估，评估工作重点核查零售药店是否满足定点申请的条件。评估内容包括：零售药店类型、零售药店资质、专业技术人员资质及注册地信息、执业范围、场地设施、人员配备、管理能力、特色服务、与服务功能相适应的设施设备、与医保政策对应的内部管理制度和财务制度、医保直接联网结算条件、所在区域原有定点零售药店布局情况或统筹区规划情况等。具体评估指标和评分标准（见附件2），评估情况由评估小组和评估对象现场签字确认。

第十三条 医保经办机构应建立集体决策机制，对评估结果进行审议，并将审议结果报同级医疗保障行政部门备案。

第十四条 评估结果分为合格和不合格。

对于评估合格的，医保经办机构按照评估分数择优拟签订医保协议，并将拟签订医保协议的零售药店名单向社会公示，公示期为7日。公示期间接到投诉举报的，医保经办机构应及时调查核实，经查证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个月后可再次申请并组织评估，评估仍不合格的，1年内不得再次申请。

第四章 协议签订

第十五条 医保经办机构应向公示通过的零售药店公布本统筹地区医保协议文本。协议文本应明确双方权利、义务和责任，协议内容应包括服务人群、服务范围、支付方式、支付范围、费用审核结算流程、价格管理要求、全国统一的医保信息平台建设要求、数据质量要求、协议履行核查、医保绩效评价、违约责任、协议时效、争议处理等内容。协议期限一般为1年。

第十六条 医保经办机构与公示通过的零售药店协商谈判，达成一致的，双方自愿签订医保协议。双方可按照电子签章管理等有关规定，线上签订电子协议。医保协议应当由医保经办机构、定点零售药店双方的法定代表人或授权代表签订，并向同级医保行政部门备案。因零售药店原因，未能在约定时限内签订医保协议的，视作自动放弃。

第十七条 医保经办机构应做好对新增定点零售药店医保政策、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。

第十八条 开通医疗保障定点个人账户刷卡服务的零售药店，同时开通异地就医直接结算服务。

第十九条 医保经办机构应向社会公布新签订医保协议的定点零售药店信息，包括名称、地址等，供参保人员选择。

第二十条 医保协议生效后，定点零售药店应在显著位置悬

挂统一样式的医保定点零售药店标识。

第二十一条 签订医保协议后，定点零售药店应及时在国家医保信息业务编码标准数据库按照要求填报本机构基础信息以及实施医保支付资格管理的相关人员信息，取得定点零售药店和相关资质人员的医保代码。自医保协议生效之日起，医保经办机构应为定点零售药店开通医保信息平台权限，开展医保基金结算业务等。

定点零售药店本机构和人员信息发生变化时，应要求其及时动态维护更新，并将退出本机构的人员信息进行归档处理。

有条件的地区，应为参保人员提供定点零售药店名称、地址、服务范围、协议状态、协议处理、定点零售药店相关人员医保支付资格管理记分、医保协议有效期等信息的查询服务。

第五章 信息变更

第二十二条 定点零售药店的名称、法定代表人、企业负责人、实际控制人、注册地址和药品经营范围等重大信息发生变更的，应自有关部门批准之日起30个工作日内向医保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。未在规定时限告知的，按协议约定处理。

第二十三条 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个工作日书面告知医保经办机构，医保经办机构暂停医保基金结算。相关证照全部完成变更后，定点零

售药店按规定向医保经办机构提出变更申请，经评估合格的，恢复医保基金结算；不合格的，医保协议终止。

第二十四条 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保基金结算有关的数据、资料的，医保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等后重新申请的，与医保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。

第二十五条 定点零售药店信息变更需提供以下材料：

(一) 涉及机构名称、企业负责人（仅包括机构有法人的情况，含总公司及分公司企业负责人）、药品经营范围变更的，需提供以下基础材料：

1. 定点零售药店信息变更申请表（附件3）；
2. 本年度定点零售药店医保协议基本信息页、服务勾选页、双方盖章页；
3. 营业执照及药品经营许可证正副本；
4. 零售药店变更情况说明。

(二) 涉及账户信息变更的，除上述基础材料外，另需提供

开户许可证或基本存款账户信息。

(三) 涉及法人(或无法人仅有主要负责人的,含总公司、分公司)、实际控制人、所有制形式变更的,除上述基础材料外,另需提供以下材料:

1. 变更前营业执照及药品经营许可证正副本;
2. 变更前后在市场监管局备案的章程;
3. 变更人为直系亲属的(父母、配偶、子女),需提供户口本、结婚证等证明材料;
4. 其他相关材料。

(四) 涉及地址搬迁的,除上述基础材料外,另需提供其中一项材料:

1. 协议期限在一年以上的房屋租赁协议;
2. 房屋产权证明;
3. 有关城市规划的批复文件;
4. 其他相关证明材料。

(五) 其他一般信息变更仅提供定点零售药店信息变更申请表。

第二十六条 申请单位按照规定,将申报材料报送医保经办机构,医保经办机构应核实原件接收复印件即时受理。对申请材料内容不全的,自收到材料之日起5个工作日内一次性告知定点零售药店补充。医保经办机构在材料受理后,一般信息变更15个工作日内完成,重大信息变更1个月内完成。

第二十七条 定点零售药店一般信息或重大信息变更，医保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，涉及银行账户信息变更的，需同步在河南省医疗保障信息平台进行变更。

第二十八条 续签医保协议应由定点零售药店于医保协议期满前3个月向医保经办机构提出申请或由医保经办机构统一组织。医保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医保绩效评价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。

第六章 协议履行

第二十九条 定点零售药店具有为参保人员提供药械服务后获得医保结算费用、对医保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。

第三十条 定点零售药店应当为参保人员提供药品咨询、用药安全、医保药品及医疗器械销售、医保费用结算等服务。符合规定条件的定点零售药店可以申请纳入门诊统筹、门诊慢特病等定点机构，相关规定另行制定。

医保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。

第三十一条 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采购药品，并真实记录“进、销、存”情况。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”。

第三十二条 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。

第三十三条 统筹地区医保部门要会同有关部门指导定点零售药店为参保人提供使用医保基金结算的主要负责人、药师等人员按照医保协议约定作出并履行服务承诺，做好相关人员信息维护和动态更新；对相关人员采取“驾照式”记分管理，对一个自然年度内记分达到一定分值的，按规定采取暂停医保支付资格及费用结算等措施，对违反医保协议的相关责任人员，还将根据行为性质和责任程度，相应采取暂停或终止其医保支付资格和费用结算。

第三十四条 定点零售药店应当凭处方销售医保目录内处方药，执业药师应当对处方进行审核、签名或者加盖专用签章后调剂配发药品。外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。定点零售药店可凭定点医疗机构开具的电子外配处方销售药品。

第三十五条 为方便参保人员就医，统筹地区间可进行定点零售药店互认。对于已被所在统筹地区确定为定点的零售药店，其他统筹地区（特别是相邻统筹地区）经确认后，可直接将其纳入本地医保定点范围。若该零售药店发生信息变更，经所在统筹

地区医保经办机构办理后，其他相关地区可直接同步办理相应变更。

第三十六条 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医保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。

第三十七条 定点零售药店应按要求及时上传参保人员购买药品的品种、规格、价格及费用信息，定期向医保经办机构上报医保目录内药品的“进、销、存”数据，并对其真实性负责。

第三十八条 定点零售药店应当配合医保经办机构开展医保费用审核、稽核检查、绩效评价等工作，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。

第三十九条 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，应核对本人和被代购人身份证，登记相关信息。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。

第四十条 定点零售药店应将参保人员医保目录内药品外配处方、购药清单等保存2年，以备医疗保障部门核查。

第四十一条 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。

第四十二条 医疗保障部门应拓宽监督途径、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。

第四十三条 医保经办机构发现违约行为，应当及时按照医保协议处理。医保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，应当及时责令医保经办机构按照医保协议处理，医保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。医疗保障行政部门依法查处违法违规行为时，认为医保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医保经办机构补充材料。

第四十四条 省级医保经办机构和市级医疗保障行政部门应在每季度首月 10 日前，将上季度新增、变更、中止、终止、解除定点零售药店情况报省级医疗保障行政部门备案。

第七章 协议中止和解除

第四十五条 医保经办机构应结合本统筹地区定点零售药店

资源配置规划、医保绩效评价、定点零售药店履约情况等，建立定点零售药店退出机制，报医疗保障行政部门审核后实施。

第四十六条 医保协议中止是指医保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，中止协议期满后医保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，中止协议期满后医保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。

定点零售药店可主动提出中止医保协议申请，经医保经办机构同意，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 医保协议解除是指医保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，协议解除后产生的医药费用，医保基金不再结算。

定点零售药店主动提出解除协议的，医保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，可对该定点零售药店 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。

第四十八条 定点零售药店主动提出中止、解除医保协议或不再续签医保协议的，原则上应提前3个月向医保经办机构提出申请。

第四十九条 医保经办机构对定点零售药店作出协议处理决定前，应当告知定点零售药店拟作出的处理决定及事实、依据，并告知其依法享有陈述权和申辩权。

定点零售药店对拟作出的协议处理决定有异议的，应当在医保经办机构告知7个工作日内作出陈述和申辩，并提供申辩事实或证据。双方可通过组织专家评审等方式对相关情况进行复核，或提请同级医疗保障行政部门协调处理。定点零售药店提出的事实或证据成立的，医保经办机构应予以采纳；不予采纳的，应当说明理由。复核后认定符合协议处理情形的，按照协议约定作出协议处理。

第五十条 医保经办机构应通过公开途径发布定点零售药店中止、终止、解除医保协议的相关信息，并停止费用结算。定点零售药店终止、解除医保协议的，医保经办机构应及时在国家医保信息业务编码标准数据库进行归档处理。

定点零售药店在中止医保协议期间，或终止、解除医保协议

后，应在其营业场所显著位置进行公告，并向参保人员解释说明，不得再悬挂定点零售药店标识。

第八章 附 则

第五十一条 零售药店与医保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。

第五十二条 医保协议履行期间，国家法律、法规、规章及政策发生调整的，从其规定。针对调整部分，协议双方应当按照新规定对医保协议进行修订和补充，其效力与原协议等同。

第五十三条 本细则自印发之日执行。既往有关规定与本细则不一致的，以本细则为准。

- 附件：1. 河南省医疗保障新增定点零售药店申请表
2. 河南省医疗保障定点零售药店评估表
3. 河南省定点零售药店信息变更登记表
4. 评估小组成员承诺书

附件 1

河南省医疗保障新增定点零售药店 申 请 表

申请单位： _____

申请时间： _____

药店名称			
统一社会信用代码		法定代表人	
所有制形式		所在辖区	
经营方式		<input type="checkbox"/> 连锁企业直营门店 <input type="checkbox"/> 加盟店 <input type="checkbox"/> 单体店 <input type="checkbox"/> 其他_____	
企业负责人		质量负责人	
药店营业地址		营业面积	
医保管理人员		联系电话	
药品经营许可证号			
药店开户名称			
药店开户行			
药店开户账号			
是否安装监控 结算设备		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	视频监控内容 保存时长
是否健全医保 管理制度		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否具备直接 联网结算条件 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
经营药品是否有 进、销、存台账		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	500米内有无 其他定点零售药店 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 无
人员 构成	注册执业药师	姓名： 注册地：	
	收银员	姓名：	
	营业员及 其他人员数		
	合计人数		

药品 医疗 器械 数量	类别	总数			
	药品				
	医用耗材				
	医疗器械				
近三 个月 销售 情况	月份	药品及医疗器械		其他销售种类	
		品种	金额	品种	金额
是否 存在 以下 情形	1. 未依法履行行政处罚责任；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 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；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	3. 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；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4. 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；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5. 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；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	6. 法定代表人、企业负责人或实际控制人被列入失信人名单的；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	7. 同一法人主体（投资主体）的相关定点医药机构，1年内有因违规被暂停、解除或终止医保协议和正在接受经办机构调查处理等情况的；				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 法律法规规定的其他不予受理的情形。				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

申请内容及承诺

(申请单位印章)

法定代表人：(签字)

年 月 日

附件 2

河南省医疗保障定点零售药店评估表

零售药店名称：(公章)		评估时间：		
指标类型	序号	评估项目及分值	评分标准	是否符合标准
基础指标 (如有一项 不符合标 准,即为 不合格)	1	经营时间	在注册地址已正式经营 3 个月以上。	
	2	药师配备	药店至少有 1 名取得执业药师资格证书, 且注册地在该零售药店所在地, 药师已签订 1 年及以上劳动合同 (劳务合同) 且在合同期内, 并参加社会保险。	
	3	医保管理	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 年及以上劳动合同 (劳务合同) 且在合同期内。	
	4	药械管理	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, 药品、医用耗材、医疗器械有正规进货发票。	
	5	信息系统	有完善的信息系统, 能够实现与医保信息系统有效对接。	
	6	基础数据库	已设立药品、医疗器械等基础数据库。	
	7	场所布局	营业场所内非医保刷卡类摆放面积不超过实际营业面积的百分之二十。	
	8	虚假宣传	未取得医保定点资质, 悬挂医保定点标识或对外宣传医保定点的。	
	9	信用制度	药店的法定代表人、主要负责人或实际控制人未被列入失信人名单。	
	10	符合统筹区规划	符合统筹区定点医药机构资源配置规划, 零售药店配置标准和结构标准	

指标类型	序号	评估项目及分值	分值	评分标准	评估情况	得分
评估指标	1	场所布局	10	与相近点零售药店的最近步行间距，300米以下不得分；300至500米得5分；500米至800米的，得8分；800米（含）至1000米的，得10分。		
	2	合理定价	10	按照公平、合法、诚实守信原则对药品、医用耗材、医疗器械等进行明码标价。定价或标识不规范的，发现1例扣1分，最多扣5分；有投诉举报价格的，发现1例扣1分，最多扣5分。		
	3	药品分类	15	按药品经营质量管理规范要求，营业场所内医保刷卡及非医保刷卡类，合理分区，所售商品价格标识明显。未分区管理扣15分，无价格标识的一种药品扣1分，扣完为止。		
	4	销售管理	10	是否实行药品明码标价；标价是否高于实际售价；标价与药品是否对应；是否存在伪造随货同行票据等行为。发现一项扣5分，扣完为止。		
	5	制度建设	15	建立符合医保协议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、统计信息管理制度和医保费用结算制度。制度不健全或落实不到位，每一项扣3分，扣完为止。		
	6	药械管理	20	药品采购记录必须注明药品的通用名称、生产厂家（中药材标明产地）、剂型、规格、批号、生产日期、有效期、批准文号、供货单位、数量、价格、购进日期。未按要求记录，发现1例扣2分。药品、医疗器械等所有经营品种购进、销售均应如实录入“进、销、存”电算化管理信息系统。未按要求录入，发现1例扣2分，最多扣10分。药品、医疗器械进销存一致，进、销、存实行计算机信息管理系统管理，电子台账册清楚，账物相符，随机抽取3-5种药品或医疗器械，账物不符的一个品种扣5分，最高扣10分。		
	7	药师管理	10	执业药师在营业时间内离岗，未在显著位置摆放“药师离岗”提示牌的，每次扣2分；执业药师不在岗时违规销售处方药的，扣10分。		
	8	处方管理	10	按处方管理规范，凭处方销售处方药，外配处方必须由定点医疗机构医师开具，有医师签章。严禁使用人工智能等自动生成处方。药师应当对处方进行审核、签字后调剂配发药品。现场检查处方情况，一张处方不合格扣1分，扣完为止。		

指标类型	序号	评估项目及分值	分值	评分标准	评估情况	得分
	1	药师配备	10	配备专职服务的执业药师达到2名及以上，加10分。		
	2	服务能力	10	为购药人提供24小时服务（公布24小时售药服务标识和购药联系方式，并能确实提供24小时服务的加5分）；在营业场所显著位置公布投诉及举报电话（公布投诉举报电话的加5分）；		
加分项目	3	监控设备	10	营业区域、收银柜台等位置配备监控设施（确保正常使用，角度正确，能清晰辨认出参保人员面部特征，并能提供营业期间不少于3个月不间断的监控影像资料；未安装或使用不正常或不能提供相关影像资料，不加分）。		
	4	营业环境	10	营业场所服务环境整洁，布局合理（根据现场情况，酌情加0-5分）；药品存储及摆放符合要求，有药品防尘、防潮、冷藏、无污染、及防虫、防鼠、无霉变等措施（根据措施完备情况，酌情加0-5分）。		
	5	药品数量	10	经营药品品种数量齐全，能满足购药人购药需求。药品经营品种重点查看常用药及基药，单体药店药品数量应在800种以上，连锁药店在1200种以上，每多100种加1分，最高加10分。		
评估指标合计得分：						

备注：1. 评估指标合计得分80分以下，评估结果即为不合格。

2. 医保经办机构根据年度执行计划在评估指标得分80分以上的零售药店中按照评估分数择优选择。

3. 基础指标10，仅限于实行医保定点医药机构资源配置规划的统筹区。

现场评估人员签名：

零售药店负责人签字：

附件 3

河南省定点零售药店变更登记表

定点零售药店 名称			
定点零售药店 机构代码			
单位地址			
变更内容	1. 名称、2. 法定代表人\负责人、3. 企业负责人、4. 实际控制人、5. 注册地址、6. 药品经营范围、7. 银行账户、8. 其他		
变更前 内容	<p style="text-align: right;">申请单位盖章 年 月 日</p>		
变更后 内容	<p style="text-align: right;">申请单位盖章 年 月 日</p>		
联系人		联系电话	
变更原因	<p style="text-align: right;">法人代表签字： 年 月 日</p>		

备注：填写变更内容时，请在相应的选项中划对号。若选“其他”，请写明变更内容。

附件 4

评估小组成员承诺书

为确保新增医疗保障定点医药机构评估工作公平、公正，本人郑重承诺：

1. 听从指挥、服从工作安排，认真完成赋予的工作任务。

2. 严守保密纪律，不利用工作之便擅自向被评估单位和未参加评估的任何人透露任何评估信息，不擅自发表涉及未公开的检查相关工作内容。不将与评估有关的资料带出工作场所，评估工作结束后，将与评估有关的一切资料交与本组组织人员。

3. 不违规留存、传输、复制相关工作记录。

4. 严格遵守有关纪律规定，不参加评估对象安排的宴请，不使用评估对象安排的交通通讯工具和转嫁交通通讯费用，不接受评估对象给予的一切财物，不参加评估对象安排的任何与评估工作有关的活动。

5. 严格执行回避原则，如本人或近亲属与被评估单位存在利益关系或其他可能影响公正评估的情形，应主动申报并申请回避，确保评估工作的独立性和公正性。

违反上述承诺，自愿承担党纪、政纪责任和法律后果。

承诺人：

年 月 日

