

粤医保发〔2023〕24号

广东省医疗保障局关于做好医保药品 单独支付保障工作的通知

各地级以上市医疗保障局：

为贯彻落实《国家医保局 国家卫生健康委关于建立完善国家医保谈判药品“双通道”管理机制的指导意见》（医保发〔2021〕28号），切实做好国家医保谈判药品落地工作，支持中医药传承创新发展，更好保障人民群众用药需求，现就医保药品单独支付保障工作有关事项通知如下：

一、单独支付是指参保患者就医期间使用国谈药（包括协议期内和已转为医保目录常规药品的国家医保谈判药品、竞价药品，下同）时，药品费用由基本医疗保险统筹基金与定点医

疗机构单列结算，不纳入相关额度。医保药品目录内的国谈药及其同通用名同具体剂型药品、“岭南名方”医疗机构制剂纳入基本医疗保险统筹基金单独支付范围（以下简称单独支付药品）。单独支付药品的限定支付范围与医保药品目录保持一致，执行统一的医保支付标准。

二、参保人在基本医疗保险定点医疗机构（以下简称定点医疗机构）普通门诊就医发生的单独支付药品费用，由基本医疗保险统筹基金单独支付，不设起付线，不纳入门诊统筹按人头包干额度，不单独设立最高支付限额，直接计入基本医疗保险统筹基金年度最高支付限额，政策范围内支付比例不低于就医医疗机构普通门诊统筹标准。

参保人门特就医发生的单独支付药品费用仍执行各地现行政策，不实行单独支付。

三、参保人在定点医疗机构住院、急诊留院观察、日间病房（以下统称为住院）等发生的单独支付药品费用，由基本医疗保险统筹基金单独支付，不列入本次住院的医疗总费用核算范围。参保人住院的医保待遇仍执行各地现行政策。

四、参保人在定点医疗机构发生的单独支付药品费用，经基本医疗保险支付后，按规定纳入大病保险、职工大额医疗费用补助、医疗救助、公务员医疗补助、城市定制型商业健康保险等支付范围。

五、参保人省内跨市就医的单独支付药品费用执行参保地支付政策，跨省就医的单独支付药品费用执行国家有关规定。

六、各市要强化单独支付药品使用管理，细化医保用药审核规则，加强智能监控，对患者用药行为实行全过程监督。严厉打击利用单独支付政策套骗取医保基金的行为。各级医疗保障经办机构要完善定点医疗机构协议管理，将单独支付有关政策纳入协议范畴。要加强对单独支付药品配备、使用和支付等情况的统计监测，督促定点医疗机构规范上传诊疗相关信息，加强医保用药管理，做好定期评估，促进单独支付药品规范、合理使用。

本通知自 2023 年 9 月 1 日起实施，试行期限 2 年。

附件：2023 年广东省医保药品单独支付范围（试行）