漳州市医疗保障局文件

漳医保〔2024〕20号

漳州市医疗保障局关于转发福建省医保药品单列门诊统筹支付管理办法（试行）的通知

市医保基金中心(含市医保监测中心)，各县（区）医保局，有关定点医药机构:

现将《福建省医疗保障局印发关于<福建省医保药品单列门诊统筹支付管理办法（试行）>的通知》（闽医保规〔2024〕7号）转发给你们，请遵照执行。结合我市实际，有关事项明确如下:

一、单列门诊统筹支付的医保药品费用，符合城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助支付政策和公务员医疗补助政策的，纳入相关支付范围;

二、单列门诊统筹支付的医保药品费用，符合医疗救助倾斜定额救助条件的，按倾斜救助政策执行。

漳州市医疗保障局

2024年5月29日

（此件主动公开）

福建省医疗保障局关于印发《福建省医保药品单列门诊统筹支付管理办法(试行)》的通知

闽医保规〔2024〕7号

各设区市医疗保障局，平潭综合实验区社会事业局，省医保中心，有关定点医药机构:

为贯彻落实《国家医保局人力资源社会保障部关于印发〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2023年)〉的通知》(医保发〔2023〕30号)精神，根据《基本医疗保险用药管理暂行办法》《国家医保局 国家卫生健康委关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》等规定，制定了《福建省医保药品单列门诊统筹支付管理办法(试行)》，现予印发，请遵照执行。

福建省医疗保障局

2024年4月26日

福建省医保药品单列门诊统筹支付管理办法(试行)

第一条 为更好保障广大参保患者合理用药需求，根据《基本医疗保险用药管理暂行办法》《国家医保局国家卫生健康委关于适应国家医保谈判常态化持续做好谈判药品落地工作的通知》等规定，制定本办法。

第二条 单列门诊统筹支付，是指为了让参保患者无需住院、在门诊就医也能用上国家谈判药品、享受医保待遇，将适用于门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高的国家谈判药品，单独纳入门诊统筹基金支付的待遇保障政策。

第三条 单列门诊统筹支付药品通过制定《福建省单列门诊统筹支付药品目录》(以下简称《单列支付药品目录》)进行管理，原则上依据国家公布国家谈判药品目录同步动态调整、同步落地实施。《单列支付药品目录》按商品名管理。

第四条 《单列支付药品目录》采用专家评审方式进行调整，专家意见不一致的按少数服从多数原则确定。

第五条 纳入《单列支付药品目录》的药品应同时具备以下条件:

(一)国家谈判药品(简称“国谈药品”,下同),包括协议期内和已转为常规医保药品目录的国家谈判药品、竞价药品。

(二)适于门诊治疗使用。

(三)适应症为我省统一发布实行的门诊特殊病种未被全覆盖的治疗用药。

(四)使用周期较长(疗程12周及以上),或年费用较高。

第六条 国家谈判药品若有多个适用病症，其中一些病症未被门诊特殊病种覆盖的，该药品纳入《单列支付药品目录》管理。

第七条 在福建省医保招采子系统中已挂网的同通用名下价格不高于《单列支付药品目录》内药品支付标准的药品，依企业申请进行增补。

第八条 坚持保障基本原则，以下药品不纳入《单列支付药品目录》：

(一)已有专门政策保障的药品；

(二)专家评审认为不宜纳入的药品。

第九条 保持《单列支付药品目录》相对稳定，保障参保人员用药和待遇连续。对于已列入单列门诊统筹支付范围的国家谈判药品，协议有效期满后成功续约或转为常规目录的，原则上继续列入单列支付范围。出现以下情况调出《单列支付药品目录》：

(一)被调出国家《药品目录》的；

(二)已有药物经济性更高的同适用症或同通用名药品；

(三)其他应当调出情形。

第十条 单列门诊统筹支付的药品费用包括在定点医疗机构门诊、定点零售药店发生的符合规定的医保药品费用。

第十一条 单列门诊统筹支付的医保药品费用，若各统

筹区现行医保待遇已保障到位的，可继续原有待遇模式进行保障。

第十二条 《单列支付药品目录》内的药品，国家已统一确定医保支付标准的，按照国家确定医保支付标准执行；国家未统一确定医保支付标准的，按照我省政策统一核定。

第十三条 《单列支付药品目录》药品按其支付标准由基本医疗保险统筹基金和参保人员共同负担，不设起付线。实际销售价格超出医保支付标准的，超出部分由参保人员承担；实际销售价格低于医保支付标准的，按照实际销售价格由医保统筹基金和参保人员分担。按规定规范就医的享受以下医保待遇，未按参保地规定自行转外就医的，按参保地待遇规定享受待遇，待遇水平不应高于按规定规范就医待遇：

（一）职工基本医疗保险待遇：报销比例为80%，支付额度计入当年职工基本医保年度最高支付限额，共用封顶线。

（二）城乡居民基本医疗保险待遇：报销比例为60%，支付额度计入当地城乡居民基本医保年度最高支付限额，共用封顶线。

（三）单列门诊统筹支付的医保药品费用，符合大病保险支 付政策、医疗救助政策以及公务员医疗补助政策的，按相关规定执行。

第十四条 单列门诊统筹支付药品属于门诊特殊病种目录的，应先使用该门诊特殊病种医保支付限额；超出该门诊特殊病种医保支付限额后，门诊继续使用单列门诊统筹支付药品的费用按单列门诊统筹支付政策执行。

第十五条 各级医保部门应加强对单列门诊统筹支付医保药品使用的监测监管，做好定期评估。各定点医药机构应规范上传诊疗相关信息，加强用药管理，做到合理使用。

第十六条 本办法由福建省医疗保障局负责解释。

第十七条 本办法自2024年6月1日起试行，有效期2年。本省医疗保障行政部门以往规定与本办法不一致的，按本办法执行。