

湖北省医疗保障局文件

鄂医保发〔2023〕35号

省医疗保障局关于印发《湖北省医保谈判药品 “双通道”管理及“单独支付”药品经办 服务规程（试行）》的通知

各市、州、直管市、神农架林区医疗保障局：

现将《湖北省医保谈判药品“双通道”管理及“单独支付”药品经办服务规程（试行）》印发给你们，请遵照执行并制定实施细则。试行期间如遇新情况、新问题，请及时反馈。



（此件公开发布）

湖北省医保谈判药品“双通道”管理及 “单独支付”药品经办服务规程（试行）

第一章 总 则

第一条 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）《省医疗保障局 省卫生健康委员会关于完善国家医保谈判药品“双通道”政策及建立“单独支付”药品保障机制的通知》（鄂医保发〔2022〕83号）等文件精神，统一规范全省医保谈判药品“双通道”管理及“单独支付”药品经办服务，制定本规程。

第二条 医保谈判药品双通道管理（以下简称“双通道药品”）及“单独支付”药品（以下简称“单独支付药品”）的保障对象为全省参加基本医疗保险并正常享受医保待遇，经诊断需要使用双通道药品或单独支付药品，且符合药品法定适应症及医保限定支付范围的人员。

第三条 省医保局制定和调整全省统一的双通道药品目录和单独支付药品目录。双通道定点医药机构、责任医师在全省范围内互认。单独支付药品用药资格在全省范围内互评互认。

第四条 各市（州）医保经办机构按照本规程做好本统筹地区双通道药品和单独支付药品的经办服务工作，开展双通道定点医药机构遴选准入和医保服务协议签订工作，做好双通道责任医师的备案工作。将双通道药品和单独支付药品合理配备使用情况

纳入协议内容，并进行考核、监督和管理，按规定进行结算。

第二章 单独支付药品用药管理

第五条 参保人员在定点医疗机构住院使用单独支付药品发生的医疗费用，按各地现行医保住院待遇政策执行。对定点医疗机构暂时无法配备的单独支付药品可通过处方流转到双通道定点零售药店进行配药、结算。

第六条 参保人员在定点医疗机构门诊使用或定点零售药店购买单独支付药品时，实行“三定管理”，即定双通道定点医疗机构、定双通道定点零售药店、定双通道责任医师。

第七条 参保人员在双通道定点医疗机构门诊使用或双通道定点零售药店按规定购买单独支付药品时，须先申请单独支付药品用药资格备案。具体办理流程如下：

（一）申请。参保人员可通过各级医保服务窗口等途径，或通过“湖北医疗保障”微信小程序、“鄂医保”支付宝小程序、湖北医保服务平台个人网厅等线上渠道，向医保经办机构提交“湖北省单独支付药品用药资格备案”申请（样表见附件1），同时提供与单独支付药品使用相关的病历资料或检查资料、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

（二）受理。医保经办机构收到申请后，核对材料是否齐全完整有效；材料不齐全的，一次性告知需补正材料。窗口受理的，窗口人员当场告知受理结果；网上受理的，申请人可通过线上渠道查询受理状态。

(三) 备案。医保经办机构通过省医疗保障信息平台或其他方式、渠道，将申请信息推送至双通道定点医疗机构，由其传递至相关专业科室的双通道责任医师，责任医师结合病历资料或检查资料，提出单独支付药品用药资格建议，交本医疗机构医保管理部门认定，医保管理部门认定后将结果通过省医疗保障信息平台，传递至医保经办机构备案。

第八条 单独支付药品用药资格自备案通过之日起开始生效。若需新增或更换单独支付药品，按前述第七条办理。

第九条 单独支付药品用药资格实行复查评估，具体期限由双通道责任医师根据疾病情况确定。参保人员应在复查评估期限截止前 7 个工作日内进行复查评估，复查评估期间继续享受相应医保待遇。复查评估结果以《湖北省单独支付药品复查评估表》（见附件 2）形式记录，由双通道责任医师签字确认，并根据评估结果及时调整用药方案，将相关信息通过省医疗保障信息平台，传递至医保经办机构备案。对经复查评估后，不符合临床医学诊断使用单独支付药品的参保人员，不再享受医保报销待遇；未在规定时间内进行复查评估的，复查评估期限截止后不再继续享受相应待遇。单独支付药品用药资格复查评估与申请备案办理渠道、方式保持一致。

第十条 参保人员提出单独支付药品用药申请或在规定时间内到双通道责任医师处复查评估的，双通道定点医疗机构应在 7 个工作日内完成单独支付药品用药资格备案或复查评估。

第十一条 鼓励各地下放至双通道定点医疗机构办理。参保

人员在双通道定点医疗机构就诊时，由双通道定点医疗机构相关专业科室的双通道责任医师提出单独支付药品用药资格建议，指导参保人员按要求填写《湖北省单独支付药品用药申请表》、《湖北省单独支付药品复查评估表》，提供临床诊断依据，提出治疗用药方案，交本医疗机构医保管理部门认定，医保管理部门认定后将结果告知参保人员并反馈给双通道责任医师，同时将符合条件的参保人员登记存档，将相关信息通过省医疗保障信息平台，传递至医保经办机构备案。

第十二条 参保人员通过伪造、变更或变造医疗文书等方式，骗取单独支付药品医保待遇的，取消其相应单独支付药品医保待遇，并按《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》有关规定处理。

取得单独支付药品用药资格的参保人员，通过倒卖药品，获得非法利益的，或将本人的医保凭证交给他人冒名使用的，依据《医疗保障基金使用监督管理条例》等法律法规严肃处理；构成犯罪的，移交司法机关处理。

第三章 其他双通道药品用药管理

第十三条 参保人员因病情需要在定点医疗机构住院使用除单独支付药品之外的双通道药品时，凭医保医师处方或住院医嘱即可按规定享受统筹地区相应医保住院待遇。

第十四条 参保人员因病情需要在定点医疗机构门诊和双通道定点零售药店使用除单独支付药品之外的双通道药品时，凭

医保医师门诊处方即可按规定享受统筹地区相应医保门诊待遇。

第十五条 对定点医疗机构暂时无法配备的除单独支付药品之外的双通道药品可通过处方流转到双通道定点零售药店进行配药、结算。

第四章 定点管理

第十六条 各市（州）医保部门要对外公开双通道定点医药机构申请条件和办理流程、办理时限；及时受理、评估、协商，达成一致并签订服务协议后，为符合条件的定点医药机构开通双通道药品和单独支付药品结算服务功能并对外公布。

各市（州）医保部门要督促双通道定点医疗机构按要求遴选确定双通道责任医师，并对外公布。

第十七条 各市（州）医保部门应及时在省医疗保障信息平台对本地双通道定点医药机构和双通道责任医师进行标识，并进行动态更新维护，方便参保人员查询。

第十八条 统筹地区定点医疗机构可自愿向当地医保部门申请纳入双通道定点医疗机构范围。双通道定点医疗机构（以下简称“定点医疗机构”）需满足以下条件：

（一）具有相应诊疗技术，具备相应的病理或基因检测能力的二级及以上定点医疗机构；

（二）建立双通道药品和单独支付药品质量安全全程监管和“进、销、存”全流程记录及管理制度，确保医保用药安全合理；

（三）设置双通道药品和单独支付药品专门服务岗位，配备

专职人员，建立管理制度，明确职责，规范流程；

（四）按功能定位和临床需求及时采购配备相应双通道药品和单独支付药品；

（五）近一年内，未被医保部门暂停或中止定点医疗机构医保服务协议；

（六）加强双通道药品和单独支付药品使用管理和政策宣传，为每位符合条件的参保人员建立个人档案，完整记录其药品使用信息；

（七）统筹地区规定的其他条件。

第十九条 统筹地区定点零售药店可自愿向当地医保部门申请纳入双通道定点零售药店范围。双通道定点零售药店（以下简称“定点零售药店”）需满足以下条件：

（一）健全组织机构，完善内部制度规范，资质合规、信誉良好，设置专门服务岗位，配备专职人员；

（二）建立双通道药品和单独支付药品质量安全全程监管和“进、销、存”全流程记录和管理制度，落实存储、配送、使用等环节安全责任，药品全流程可追溯，确保质量安全。及时上传双通道药品和单独支付药品的“进、销、存”信息，确保医保用药安全合理；

（三）近一年内，未被医保部门暂停或中止定点零售药店医保服务协议；

（四）按供应能力和协议要求规范配备双通道药品和单独支付药品，具有长期稳定的供药渠道，确保药品供应保障；

(五) 按不超过医保支付标准的价格销售国家谈判药品;

(六) 《药品经营许可证》具备“生物制品”经营范围。具有与经营冷链药品规模相适应的储存、配送设施设备,冷链管理全过程有记录、可追溯;

(七) 加强双通道药品和单独支付药品使用管理和政策宣传,为每位符合条件的参保人员建立个人档案,完整记录其药品使用信息;

(八) 统筹地区的其他有关要求。

第二十条 双通道责任医师(以下简称“责任医师”)需满足以下条件:

(一) 原则上具有与疾病相关专业的高级以上(含副高)专业技术职务任职资格(根据当地实际可放宽到主治医师);

(二) 严格按照双通道药品和单独支付药品法定适应症、限定支付范围开具处方,不得要求或诱导参保人员到指定药店购药;

(三) 统筹地区规定的其他条件。

第二十一条 双通道定点医药机构(以下简称“定点医药机构”)存在以下情形之一的,退出双通道管理,两年内不再纳入;造成医疗保障基金损失的,予以追回:

(一) 伪造、变更或变造双通道药品和单独支付药品“进、销、存”票据和账目的;

(二) 要求或诱导参保人员到指定药店购药,造成不良社会影响的;

(三) 超过医保支付标准的价格销售国家谈判药品的;

(四) 为参保人员享受双通道药品和单独支付药品医保待遇, 提供虚假证明材料的;

(五) 为参保人员转卖双通道药品和单独支付药品获取非法利益, 提供便利的;

(六) 造成医保基金损失或严重不良社会影响的其他违法违规、违反定点医药机构医保服务协议的情形;

(七) 统筹地区规定的其他应退出双通道管理的情形。

第二十二条 责任医师存在以下情形之一的, 退出双通道管理, 两年内不再纳入; 造成医疗保障基金损失的, 予以追回:

(一) 伪造疾病诊断评估材料, 为不具备使用双通道药品和单独支付药品资格的参保人员, 进行疾病诊断评估确认使用双通道药品和单独支付药品;

(二) 要求或诱导参保人员到指定药店购药, 经调查核实且无正当理由的;

(三) 未执行实名制就医购药管理规定, 核验参保人员医保凭证, 经调查核实属实的;

(四) 因双通道药品和单独支付药品被举报、投诉, 经调查核实且无正当理由的;

(五) 未严格遵守临床用药管理政策和规范, 未按规定履行双通道药品和单独支付药品诊断确认、开具处方、复查评估等职责, 经调查核实属实的;

(六) 造成医保基金损失或严重不良社会影响的其他违法违

规、违反定点医疗机构医保服务协议的情形；

（七）统筹地区规定的其他应退出双通道管理的情形。

第五章 就医购药管理

第二十三条 定点医药机构应当执行实名就医购药管理规定，核验参保人员医保电子凭证或社会保障卡，如实记录参保人员就医购药情况，实时上传就诊、结算等信息。

第二十四条 委托他人在定点零售药店购药的，定点零售药店应核验参保人员和代办人的有效身份证件，核验处方使用人与参保人员身份是否一致。登记代办人身份证件信息和有效联系方式，由代办人在购药清单上签字确认。

第二十五条 定点医疗机构要完善双通道药品和单独支付药品用药指南和规范，严格执行医保限定支付范围，规范诊疗行为，促进合理用药，确保医保基金合理支出，实现诊断、评估、购药、治疗、结算等院内全过程管理。

第二十六条 定点医疗机构要建立双通道药品和单独支付药品备案申请及复查评估相关管理制度和处方流转的监督管理、投诉举报受理制度。

第二十七条 定点医疗机构须建立院内双通道药品和单独支付药品配备与医保药品目录调整联动机制，要根据临床用药需求，按需配备，应配尽配。

第二十八条 定点零售药店严格做好外配处方审核。为参保人员调剂配售双通道药品和单独支付药品时，应核验处方使用人

与参保人员身份是否一致，查看参保人员历史用药记录，留存定点医疗机构处方，并做好登记工作，妥善保存参保人员购药记录备查，确保医保基金合理支出。

第二十九条 对定点零售药店销售注射类双通道药品或单独支付药品的，应当由定点零售药店按照冷链运输等要求免费配送至参保人员就诊的定点医疗机构，明确药品交接、保管责任人。

第六章 结算支付管理

第三十条 双通道药品、单独支付药品在定点医疗机构和定点零售药店执行统一的医保药品支付标准。

第三十一条 参保人员就医发生的双通道药品或单独支付药品费用，存在以下情形之一的，医保统筹基金不予支付：

（一）在省内非双通道定点零售药店发生的双通道药品费用；

（二）在省内非双通道定点医药机构发生的单独支付药品费用；

（三）无住院医嘱或处方的双通道药品或单独支付药品；

（四）双通道药品或单独支付药品超出医保支付标准的费用；

（五）不符合药品法定适应症或医保限定支付范围的双通道药品或单独支付药品；

（六）发生过度诊疗、人证不符、虚假诊治等违规行为涉及的双通道药品或单独支付药品；

(七)使用药品生产企业或者慈善组织无偿提供的双通道药品或单独支付药品。

第三十二条 参保人员在定点医药机构发生的符合基本医疗保险规定的双通道药品和单独支付药品费用,属于个人负担的部分,由个人与定点医药机构结算;属于基金支付的部分,由医保经办机构与定点医药机构按医保服务协议约定结算。

第三十三条 定点医药机构每月通过省医疗保障信息平台申请费用结算,医保经办机构在收到申请后,应及时开展费用审核,按协议约定结算相关费用。

第三十四条 定点医疗机构选择“110202-特药门诊”医疗类别结算符合条件的单独支付药品费用。暂不具备条件的统筹区可按现有医疗类别结算,2024年1月1日起须统一到“110202-特药门诊”医疗类别结算符合条件的单独支付药品费用。

第三十五条 定点零售药店选择“110202-特药门诊”医疗类别,结算符合条件的单独支付药品费用。

第三十六条 不符合药品法定适应症或医保限定支付范围的双通道药品或单独支付药品费用,定点医药机构不得以普通门诊统筹、门诊慢特病、住院或单独支付药品等政策范围内医药费用进行结算,应以自费药品明细进行传输和结算。

第三十七条 参保人员因故未在定点医药机构直接结算成功的双通道药品和单独支付药品费用,定点医药机构核实相关情况,应协助为参保人员办理费用补录和结算;符合统筹区政策规定的,参保人员也可到参保地医保经办机构进行手工(零星)

报销。

第三十八条 参保人员同时享受单独支付药品、门诊慢特病、普通门诊统筹及其他医疗保障待遇的，就医购药时定点医疗机构应分别开具处方，定点医疗机构或定点零售药店选择相应医疗类别进行医保结算。

第三十九条 各市（州）医保部门要及时根据谈判药品实际使用情况合理调整 DRG/DIP 病种的权重或分值，要科学设定医保总额，提升精细化管理能力和水平，对定点医药机构合理使用的单独支付药品费用可增加权重或分值。

第四十条 推动实现单独支付药品省内异地就医直接结算。参保人员省内异地就医门诊使用或在定点零售药店购买单独支付药品时，无需办理异地就医备案手续。

第四十一条 跨省异地就医参保患者使用单独支付药品的，根据国家跨省异地就医相关规定结算，也可以由参保地医保经办机构根据规定进行手工（零星）报销。

第七章 处方流转管理

第四十二条 单独支付药品处方流转是由定点医疗机构的责任医师开具处方，通过医保电子处方中心流转 to 定点零售药店；除单独支付药品之外的双通道药品处方流转是由定点医疗机构的医保医师开具处方，通过医保电子处方中心流转 to 定点零售药店。

第四十三条 各市（州）医保部门应用医保电子处方中心，

指导和督促定点医药机构按要求及时完成信息系统升级改造，实现数据对接和信息互通。

第四十四条 省医疗保障信息平台完整保留参保人员诊疗过程中的电子处方、购药记录等信息，实现诊疗、处方、配药等全程可追溯。

第四十五条 原则上定点零售药店应从医保电子处方中心获取处方；定点医药机构未联通医保电子处方中心之前，参保人员凭定点医疗机构责任医师或医保医师开具的处方在定点零售药店购买医保目录内药品发生的费用由统筹基金按规定支付。各地可结合实际，加强处方流转的管理。定点零售药店须按规定留存处方。

第八章 监督管理

第四十六条 各市（州）医保部门要将双通道药品和单独支付药品的用药政策落实责任，纳入定点医药机构医保服务协议内容，将双通道药品和单独支付药品的配备和执行情况等与定点医药机构的基金支付挂钩。加强对双通道药品和单独支付药品配备、使用和医保支付情况的统计分析和监测。指导督促定点医疗机构加强对责任医师医疗服务行为的考核管理。

第四十七条 各市（州）医保部门应强化双通道药品和单独支付药品费用审核，引入智能监控，完善细化规则，定期开展监督检查，严厉打击套取、骗取医保基金行为。对监督检查过程中发现的问题和违规行为，按相关法律法规和医保服务协议管理相

关规定处理。

第四十八条 各市（州）医保部门应加强对定点医药机构的现场检查，对用药资格管理及复查评估行为进行抽查，强化履约行为考核。

第九章 附 则

第四十九条 参保人员现使用的单独支付药品在本规程实施前已通过参保地用药资格申请评估的，本规程实施之后无需重新申报，默认为已取得新的单独支付药品用药资格。

第五十条 参保人员在省内办理基本医疗保险关系转移接续时，本规程实施之后取得的单独支付药品用药资格随参保关系一同转移，按转入地规定享受单独支付药品医保待遇。

第五十一条 各市（州）医保部门要统筹兼顾，推动双通道定点医药机构与门诊慢特病定点医药机构、开通门诊统筹服务的定点医药机构的有效衔接和适度一致，优先将双通道定点医药机构纳入省内异地就医管理，推动实现省内异地双通道药品和单独支付药品直接结算。

第五十二条 本规程由省医疗保障局负责解释，各市（州）应结合本地实际制定实施细则。国家、省有新规定，从其规定。

第五十三条 本规程自印发之日起试行。

- 附件：1. 湖北省单独支付药品用药申请表
2. 湖北省单独支付药品复查评估表

附件 1

湖北省单独支付药品用药申请表

申请日期： 年 月 日

姓名		性别		年龄	
身份证号		参保属地	市 区(县、市)		
参保类别	☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 其他_____				
家庭住址		联系电话			
双通道定点 医疗机构		双通道定点 零售药店			
申请人(患者本人)签字					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断					
申请使用 单独支付 药品名称					
双通道定点 医疗机构 意见	申请依据： 是否符合医保限定支付范围： ☐ 是 ☐ 否 治疗方案(用法用量)： 复查评估周期： 下一次复查评估日期： 年 月 日 责任医师签章： 医院医保管理部门盖章： 年 月 日				

注：1、本表一式三份，申请人、双通道定点医疗机构和医保经办机构各持一份，妥善保存备用。

2、单独支付药品用药资格备案需提供的材料：申请表、相关病历资料或检查资料、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

附件 2

湖北省单独支付药品复查评估表

评 估 日 期： 年 月 日

姓 名		性别		年龄	
身份证号		参保属地	市 区（县、市）		
参保类别	☐ 职工医保 ☐ 居民医保 ☐ 其他_____				
家庭住址		联系电话			
双通道定点 医疗机构		双通道定点 零售药店			
申请人（患者本人）签字					
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		使用单独支 付药品名称			
单独支付 药品使用 起始时间 （本年度）	年 月 日	评估周期	每____月/次		
双 通 道 定 点 医 疗 机 构 意 见	第____次评估 下一次评估日期：____年 月 日 评估结论：1、是否需继续使用该药品： ☐ 是 ☐ 否 2、用法用量是否应当调整： ☐ 是 ☐ 否 调整前的该药用法用量： _____ _____ 调整后的该药用法用量： _____ _____ 责任医师签章： 医院医保管理部门盖章： 年 月 日				

注：1、本表一式三份，申请人、双通道定点医疗机构和医保经办机构各持一份，妥善保存备用。

2、单独支付药品复查评估需提供的材料：本表、相关病历资料或检查资料、医保电子凭证或有效身份证件或社保卡。

