

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（2024年）》的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医保局、人力资源社会保障厅（局）：

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，稳步提高参保人员用药保障水平，按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》及《2024年国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录调整工作方案》要求，国家医保局、人力资源社会保障部组织调整并制定了《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024年）》（以下简称《2024年药品目录》）。现印发给你们，并就有关事项通知如下：

一、做好新版药品目录落地执行工作

（一）及时切换新版药品目录。

《2024年药品目录》自2025年1月1日起正式执行，《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023年）》（医保发〔2023〕30号）同时废止。各地要严格执行《2024年药品目录》，不得自行调整目录内药品品种、备注、甲乙分类等内容。要及时更新信息系统和数据库，将新增的药品按规定纳入，调出的药品按规定删除，调整“备注”内容的药品要更新支付范围、

支付标准等，同步做好药品编码数据库与智能监管子系统的对接，落实《2024年药品目录》管理要求，加强费用审核和基金监管。

对本次目录调整中续约失败被调出的协议期内谈判药品，为保障用药连续性，给予其6个月的过渡期，2025年6月底前医保基金可按原支付标准继续支付，过渡期内各统筹地区要采取有效措施做好衔接，指导定点医疗机构及时替换。

（二）规范药品医保支付标准管理。

协议期内谈判药品（以下简称谈判药品）和竞价药品执行全国统一的医保支付标准。谈判药品的支付标准包括基金和参保人员共同支付的全部费用，基金和参保人员分担比例由地方医保部门确定。新增的国家集中带量采购中选药品以本省（自治区、直辖市）中选价格作为支付标准。对于确定支付标准的竞价药品和国家集中带量采购中选药品，实际市场价格超出支付标准的，超出部分由参保人员承担；实际市场价格低于支付标准的，按照实际价格和医保规定报销。同一通用名药品有多家企业生产的，鼓励定点医疗机构和“双通道”药店优先配备价格不高于支付标准的药品，支持其临床使用，减轻患者负担。

协议期内，若谈判药品或竞价药品存在《2024年药品目录》未载明的规格需纳入医保支付范围的，由相关企业向国家医保局提出申请，国家医保局确定相应支付标准后在全国执行。协议期内如有与谈判药品同通用名的药品上市，省级医保部门可根据市场竞争情况、同通用名药品价格等，调整该药品在本省（自治区、直辖市）的医保支付标准。谈判药品或竞价药品被纳入国家组织

药品集中带量采购或政府定价的，省级医保部门可按相关规定调整支付标准。

《2024 年药品目录》中支付标准有“*”标识的，各地医保和人力资源社会保障部门不得在公开文件、新闻宣传等公开途径中公布其支付标准。

二、切实提升药品供应保障水平

（一）做好新增药品挂网工作。

各省（自治区、直辖市）医保局要指导相关药品企业于 2024 年 12 月底前完成目录新增药品在省级药品集中采购平台的挂网工作。谈判药品挂网价格不得高于《2024 年药品目录》确定的支付标准；谈判药品协议期内如有同通用名药品上市，挂网价格不得高于《2024 年药品目录》确定的支付标准。参与现场竞价的企业，在支付标准有效期内，挂网价格不得高于竞价时的报价（具体企业、药品及报价另行通知）。

（二）积极推进新增药品进院。

各省（自治区、直辖市）医保部门要会同有关部门，指导定点医疗机构合理配备、使用目录内药品。加强医保定点医疗机构、工伤保险协议医疗机构和工伤康复协议机构协议管理，将合理配备、使用目录内药品的有关要求纳入协议。各地确定 2025 年度基金支出预算时，应充分考虑目录调整因素。对目录内填补保障空白或大幅提高保障水平、历史数据难以反映实际费用的药品，相关病例可特例单议或暂不纳入 DRG/DIP 付费。鼓励地方医保部门组织医疗专家对目录调整情况进行解读，提高医疗机构、医务人员对目录内新增药品的了解。

医保定点医疗机构、工伤保险协议医疗机构和工伤康复协议机构原则上应于2025年2月底前召开药事会，根据《2024年药品目录》及时调整本机构用药目录，保证临床诊疗需求和参保患者合理用药权益。不得以医保总额限制、医疗机构用药目录数量、药占比为由影响药品进院。

（三）完善“双通道”药品使用管理。

各省（自治区、直辖市）医保部门要按照《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）和《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》（医保函〔2021〕182号）要求，提升“双通道”工作管理的规范化、精细化水平。及时更新本省纳入“双通道”和单独支付的药品范围，与新版目录同步实施。要充分考虑患者用药延续性和待遇稳定性，原则上不得以谈判药品转为常规目录管理为由将其调出“双通道”和单独支付范围。

各省（自治区、直辖市）医保部门要进一步加强对“双通道”处方流转全流程监管，切实防范和打击欺诈骗保行为。严格按照《关于规范医保药品外配处方管理的通知》（医保办函〔2024〕86号）要求，自2025年1月1日起，配备“双通道”药品的定点零售药店均需通过电子处方中心流转“双通道”药品处方，不再接受纸质处方。特殊情况需要延长纸质处方使用时间的，由统筹地区报省级医保部门同意，并向国家医保局备案，延长不超过3个月。

（四）加强目录内药品配备使用情况监测。

各省（自治区、直辖市）医保部门和人力资源社会保障部门应建立目录内药品配备情况监测机制，要以《2024年药品目录》为基础，借助国家医保信息平台、药品追溯码、医保药品云平台等渠道，收集、完善、维护本行政区域内医保药品配备、流通、使用信息，加强对辖区内医保药品配备使用情况的精细化管理。按要求将相关信息定期上报国家医保局，协助建立国家、省、市三级医保目录药品运行监测、评估体系，并与医保药品目录调整衔接，对于临床价值不高，长期没有生产、使用，无法保障有效供应的药品，在今后目录调整中重点考虑调出。持续做好本地区谈判药品落地监测工作，定期向国家医保局反馈《2024年药品目录》中谈判药品使用、支付等方面情况，进一步加强数据报送的及时性和规范性，确保数据全面、真实、准确。相关企业应当按照医保部门要求建立完善谈判药品调配机制，及时响应医疗机构药品采购和患者临床用药需求。

三、进一步推动商业健康保险与基本医保的有效衔接

各地医保部门要会同有关部门积极发展“惠民保”等商业健康保险，营造“惠民保”等商业健康保险与基本医保有效衔接的氛围。积极支持“惠民保”等商业健康保险根据《2024年药品目录》设计新产品或者更新赔付范围，与基本医保补充结合，更好满足患者用药需求，切实减轻患者医疗费用负担。鼓励有条件的地区探索开展“惠民保”等商业健康保险进医院，实现与基本医疗保险、大病保险、医疗救助“一站式”结算。

四、规范民族药、医疗机构制剂、中药饮片的管理

各省（自治区、直辖市）医保部门要按照《基本医疗保险用药管理暂行办法》要求，进一步优化规则，细化标准，完善民族药、医疗机构制剂、中药饮片等纳入医保支付范围的程序，严格把好准入关。要做好省级增补药品对基金支出影响测算和评估，加强对基金实际支付情况的监测，确保对基金影响在合理范围内，坚决维护基金安全。具备条件的地区，可同步确定医保支付标准。同时建立动态调整机制，及时将不符合条件的药品调出支付范围。

《2024年药品目录》落地过程中，各地医保部门和人力资源社会保障部门要及时做好新闻宣传和政策解读，加强对医务人员、经办人员培训，及时回应患者和社会关切，营造各方面理解、支持药品目录落地的良好氛围。各地遇有目录品种界定、说明书或支付范围理解等方面的问题，请及时反馈国家医保局、人力资源社会保障部。

附件：国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2024年）