

新版国家医保药品目录明起正式执行

我省“单独支付”药品品种增至267种

明起,《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“新版医保药品目录”)正式执行。本次新版医保药品目录调整后,目录内药品总数增至3159种,其中西药1765种、中成药1394种,肿瘤、慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到明显提升。



我市医保定点药店为参保人提供服务。

新增91种
纳入新版国家
医保药品目录

2024年医保药品目录调整的申报条件主要包括近5年新上市或修改说明书的药品、罕见病用药、国家鼓励研发的儿童药和仿制药以及国家基本药物等。经相应程序,本次调整共新增91种药品,其中肿瘤用药26个(含4个罕见病)、糖尿病等慢性病用药15个(含2个罕见病)、罕见病用药13个、抗感染用药7个、中成药11个、精神病用药4个,以及其他领域用药21个。由于部分药品有多个治疗领域或者个别疾病类别有重复(如罕见肿瘤),因此分类数大于总数。同时,调出了43种临床已被替代或长期未生产供应的药品。

推动国家
谈判药品进院
“最后一公里”

新版医保药品目录正式实施后,上一版目录同步废止。同时对续约失败被调出的协议期内谈判药品,给予6个月过渡期,2025年6月底前医保基金可按原支付标准继续支付。协议期内谈判药品和竞价药品执行全国统一的医保支付标准,由医保基金和参保人员按比例共同承担。

为确保国家谈判药品成功进入市场准入阶段——挂网、进院,各省(自治区、直辖市)将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挂网工作。同时进一步强调,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DRG/DIP付费。

根据要求,各医保定点医疗机构、工伤保险协议医疗机构和工伤康复协议机构原则上应于

本次调整后,目录内药品总数将增至3159种,其中西药1765种、中成药1394种,中药饮片部分892种。肿瘤、慢性病、罕见病、儿童用药等领域的保障水平得到明显提升。在新版医保药品目录谈判/竞价环节,共有117个目录外药品参加,其中89个谈判/竞价成功,成功率76%、平均降价63%。

相比于上一版国家医保药品目录,新版国家医保药品目录总数增加71种——具体来看,西药总数增加67种,中成药总数增加4种,中药饮片总数不变。

新版国家医保药品目录自2025年1月1日起正式执行。叠加谈判降价和医保报销因素,预计

2025年2月底前召开药事会,及时调整本机构用药目录,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。与此前医保目录落地,多省对定点医疗机构提出3个月内召开药事会的要求,此次要求2个月内召开药事会,有望为国家谈判药品进院按下加速键。

与此同时,各地要及时更新本省纳入“双通道”和“单独支付”药品范围,与新版国家医保药品目录同步实施。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。值得注意的是,此次新版国家医保药品目录明确要求各地要进一步加强对“双通道”及“单独支付”药品处方流转全流程监管,切实防范和打击欺诈骗保行为。按照《关于规范医保药品外配处方管理的通知》要求,自2025年1月1日起,配备

2025年将为患者减负超500亿元。

自国家医保局2018年成立以来,在坚持“保基本”的前提下,通过“一年一调”的目录常态化调整,及时将新药、好药以合理价格纳入目录。连续7年的药品目录调整工作,累计将835种药品新增进入国家医保药品目录,其中谈判新增530种,竞价新增38种。同时438种疗效不明确或易滥用、临床已被淘汰、长期未生产供应且可被其他品种替代的药品被调出目录。医保目录的动态调整和不断扩容,不仅丰富了患者的用药选择,还显著提升了创新药的临床应用和销售放量。

“双通道”及单独支付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。

此外,按照要求,各省(自治区、直辖市)医保部门和人力资源社会保障部门要建立目录内药品配备情况监测机制。要以新版国家医保药品目录为基础,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、维护本地医保药品配备、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并定期上报;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。

个,占比超过70%,并呈逐年上升的趋势,国产药品反映出我国医药创新水平的持续发展和进步。

据介绍,在不显著增加医保基金支出的前提下,国家医保药品目录谈判致力于将更多填补保障短板或提升疗效的品种纳入,以提升保障水平,更好满足广大参保人对新药好药的期待和向往。

总体来看,在医保基金可承受的前提下,今年国家医保目录保障水平稳步提升,将取得良好的社会效益。下一步,相关企业将按要求进一步强化配备和供应情况监测,确保药品可及性得到提升;并在目录落地前全部落实药品追溯码,实现全程“可追溯”,为加强监管、维护医保基金安全打好基础。

“单独支付”药品购药指南来了

明起,新版国家医保药品目录正式执行。我省按要求动态调整“单独支付”药品目录,通过专家评审,将267种用于肿瘤靶向、罕见病、传染病、精神疾病等疾病治疗的谈判药品、部分谈判转常规乙类药品及其他药品纳入“单独支付”药品管理范围,与新版国家医保药品目录同步实施。

我省“单独支付”药品品种增至267种

“单独支付”药品是指国家为减轻参保人医药负担,对治疗罕见病、恶性肿瘤、精神疾病、传染性疾病等多个治疗领域用药的部分特定药品进行费用保障的一项政策。通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道(“双通道”),满足国家谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求,并同步纳入医保支付。在进行用药评估后,我市参保患者在“单独支付”药品定点医药机构购买相关药品的费用,可享受等同于免门门槛费的住院报销待遇。

本次新版国家医保目录实施,我省同步更新了单独支付的药品范围,本次调整后,“单独支付”药品从224种增至267种,覆盖肿瘤、罕见病、银屑病、肺动脉高压等多个治疗领域的用药,将进一步减轻参保患者医疗负担。具体药品信息可通过微信、支付宝“湖北医疗保障”小

程序中的“双通道单独支付药品查询”功能查询,相关药品情况正逐步更新中。

须先申请“单独支付”药品用药资格

参保人员在“单独支付”药品定点医疗机构门诊使用或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。

具体流程为:首先,参保人员凭“单独支付”药品使用相关的病历资料或检查资料,在“单独支付”药品定点医疗机构医保管理部门提出用药资格备案申请,填写《湖北省单独支付药品用药申请表》。其次,由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。对不符合用药条件的,责任医师应当拒绝并说明理由。最后,“单独支付”药品定点医疗机构医保管理部门认定后将结果告知参保人员,将结果通过省医疗保障信息平台,传递至医保经办机构自动备案。

参保人员也可持《湖北省单独支付药品用药申请表》等相关资料,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提交单独支付药品资格备案申请。

“单独支付”药品明起需通过医保电子处方中心流转处方

为规范处方管理,提高处方质量、促进合理用药、保障医保基金安全,日前,国家医保局下发《通知》,对医保药品处方外配作出明确指导。

我市根据国家和省要求明确,全市医保定点零售药店凭武汉市定点医疗机构外配处方销售的药品,符合规定的可以纳入医保统筹基金支付范围,自2025年1月1日起,不再接受武汉市以外的医疗机构外配处方。“双通道”(单独支付)药品自2025年1月1日起,需通过医保电子处方中心流转药品处方,不再接受纸质处方。据介绍,加强处方管理是让定点零售药店售药行为规范化,不影响参保人员的医保待遇享受,医保个人账户使用也不受影响。

医疗机构需按要求通过医保信息平台将开具的处方以电子化的形式同步流转至医保定点零售药店,参保人可直接到“单独支付”药品定点零售药店购药。药店药师使用医保码审核处方信息后,进行药品调配。有需要的参保人可将电子处方打印成纸质处方,持纸质处方前往定点零售药店购药。

为方便参保患者适应购药流程调整和使用

链接

规范医保“单独支付”药品外配处方管理政策解答

根据国家医疗保障局办公室关于规范医保药品外配处方管理的通知》(医保办函〔2024〕86号)及《湖北省医疗保障局办公室关于进一步规范医保药品外配处方管理的通知》(鄂医保办发〔2024〕32号)文件要求,我市就规范医保“单独支付”药品外配处方管理工作相关问题解答如下。

什么是电子处方流转?

答:参保人在定点医疗机构门诊就诊时,医疗机构暂时无法配备但患者确需使用的药品,由经治责任医师提出用药申请并开具外配电子处方,通过医保系统将其开具的外配电子处方流转至具有资质的定点零售药店,经药店药师审方之后,参保人可凭该处方结算直接享受医保报销。

购买“单独支付”药品为什么要使用医保电子处方?

答:推行医保电子处方的使用,一方面可以提升参保群众用药可及性和便利性。随着国家支持谈判药品双通道供应等惠民政策的出台,群众在药店购买“单独支付”药品的场景逐渐增多,将院内处方以电子化的形式同步流转至医保定点零售药店,能够有效促进药品流通,扩大参保群众获得所需药品的渠道,保障群众用药需求。另一方面可以有效保障患者用药安全。电子处方可以实现对开方、审核、发药全流程管理,对于守护好参保群众的“看病钱”和“救命钱”具有重要意义。

“单独支付”药品使用电子外配处方院外购药的具体步骤是什么?

答:我市“单独支付”药品实行三定管理,即:定“单独支付”药品定点医疗机构、定“单独支付”药品定点零售药店、定“单独支付”药品责任医师。

具体流程如下:

→医生开具电子处方:参保人员须到选定的“单独支付”药品定点医疗机构就诊,由责任医师根据“单独支付”药品用药指南和规范,经评估符合“单独支付”药品医保支付范围后开具药品处方,并将处方信息上传医保电子处方中心。

→电子处方信息流转:参保人可以通过微信、支付宝“湖北医疗保障”小程序中的“医保电子处方中心”查询本人电子处方。有需要的参保人也可到定点医疗机构医生工作站、医保服务站等地点打印外配电子处方的纸质凭证。

→定点零售药店审核及调配:参保人到“单独支付”药品定点零售药店购药。药店药师使用医保码审核处方信息后,进行药品调配。

→参保患者取药:已经获取了医保电子处方的参保人员,出示医保电子凭证,身份证或社保卡直接结算。(注:参保人员首次到定点零售药店购买“单独支付”药品的,还需提供用药申请(复评评估)表),定点零售药店将为参保人员建立用药档案。

去哪里可以开具“单独支付”药品电子外配处方?

答:我市具有相应诊疗技术、具备相应的病理或基因检测能力的三级定点医疗机构,以及设有“单独支付”药品适用专科且相应专科经省市卫健部门确定为临床重点专科的二级定点医疗机构,均可承担我市“单独支付”药品服务。参保人在上述医疗机构,可以开具“单独支付”药品外配处方。取得“单独支付”药品外配处方后,参保人可前往“单独支付”药品定点零售药店购药。

目前,全市共有13家定点零售药店承担“单独支付”药品售药服务。参保人员可以通过“湖北医疗保障”微信/支付宝小程序查询“单独支付”药品定点医疗机构。

“单独支付”药品的种类有多少种?如何查询?

答:2025年1月1日起,新版国家医保药品目录正式实施。我省按要求动态调整“单独支付”药品目录,通过专家评审,将267种用于肿瘤靶向、罕见病、传染病、精神疾病等疾病治疗的谈判药品、部分谈判转常规乙类药品及其他药品纳入“单独支付”药品管理范围,与新版国家医保药品目录同步执行。“单独支付”药品信息可通过微信、支付宝“湖北医疗保障”小程序中的“双通道单独支付药品查询”功能查询。

“单独支付”药品什么时候开始实行电子处方流转?

答:根据全省统一要求,全市“双通道”(单独支付)药品自2025年1月1日起,需通过医保电子处方中心流转药品处方,不再接受纸质处方。支持定点医疗机构将电子处方打印成纸质处方,方便老年人等有需求的参保人持纸质处方前往定点零售药店购药。

下一步,我市将按全省要求逐步将电子处方流转应用于门诊慢特病和普通门诊统筹药品。(胡琼之 整理)