

# 医保药品新政策

## 解读

淮安市淮安区医疗保障局





### 1问：什么是国家医保谈判药品？

答：所谓“医保谈判药品”，简单一点说，就是通过谈判进入国家医保药品目录的药品，也就是说，这个药品原来并不在医保药品目录内，经过国家医保局与药品生产企业的谈判，在价格、生产、供应等方面形成共识、达到一致后，纳入国家基本医疗保险的药品目录范围。医保谈判药品通常具有如下三个特征：一是临床价值高、患者急需；二是种类少、可替代性差；三是价格昂贵、可及性低。纳入医保目录的谈判药品，在实际使用中，通常都是将其划分为乙类医保药品。

### 2问：什么是药品“双通道”？

答：“双通道”是指通过定点医疗机构和定点零售药店两个渠道，满足谈判药品供应保障、临床使用等方面的合理需求，并同步纳入医保支付的机制。患者在定点医院或定点药店购买谈判药品时，能享受到医保报销待遇，与在医院开药一样，医院可以报销的，在“双通道”药店购买也可以一站式医保报销。

### 3问：哪些药品可以纳入“双通道”？

答：按照国家、省有关规定，对国谈药施行“双通道”和常规乙类分类管理。“双通道”管理单独支付药品的名录以省医保部门公布为准。省医保公布的国谈药“双通道”管理范围中未进入分类的药品，列入“双通道”管理非单独支付管理范围。省医保局根据国家谈判药品调整结果，动态调整我省“双通道”药品范围。

### 4问：参保患者如何购取“双通道”药品？

答：“双通道”药品实行定点管理，由区医保局考核遴选“双通道”定点医疗机构和定零售药店。参保患者在“双通道”医疗机构住院或门诊就医时，凭医师开具的电子处方经药师审核，就可以使用医保电子凭证，自主选择“双通道”药店购药，并实现一站式医保报销结算。参保患者在“双通道”定点医药机构购药时，仅支付按规定应由个人负担的部分，医保统筹基金支付的部分由医保经办机构与“双通道”定点医药机构直接结算。

## 5问：“双通道”药品的报销范围是什么？

答：符合使用条件的“双通道”药品经过责任医师申请、经办机构审核通过后待遇期内的门诊费用是可以报销的。

## 6问：“双通道”药品备案材料有哪些？

答：疾病证明材料（包括体检报告、出院小结、门诊病历等）、医保电子凭证（或有效身份证件、社保卡）。异地使用申请另需提供《参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表》，一式两份。

## 7问：“双通道”药品的本地办理流程是什么？

答：1、办理人携带相关资料在责任医师处申请；2、责任医师对材料是否符合办理条件进行审核，符合办理条件的上传“双通道”药品平台；3、经办机构后台审核通过后，在医保系统开通待遇。4、参保患者享受待遇。

## 8问：“双通道”药品的异地办理流程是什么？

答：1、办理人携带相关资料在责任医师处申请；2、责任医师对材料是否符合办理条件进行审核，符合办理条件的填写【参保患者“双通道”管理及单独支付药品用药申请表】，一式两份。3、办理人携带相关资料来办机构审核通过后，分别在“双通道”平台及在医保系统开通待遇。发待遇证。4、参保患者异地现金购药，凭发票回医保中心报销。

## 9问：“双通道”药品的报销比例可达多少？

答：职工按70%比例报销，居民按60%比例报销。其中，曲妥珠单抗、伊马替尼、尼洛替尼职工按75%比例报销，居民按70%比例报销。

## 10问：我区购买国谈药双通道药品的定点医院和定点药店有哪些？

目前我区购买国谈药双通道用药的定点医院是淮安医院，购买国谈药双通道用药的定点药店是广济淮安区总店（镇淮楼东路94号）。



# 门诊特定病种常见问题解答

## 1问：什么是门诊特定病种？

门诊特定病种（简称“门特”）是指诊断明确、病情相对稳定、需在门诊长期治疗或诊疗方案明确的疾病。门特医疗费用由医保统筹基金按规定支付。

## 2问：哪些人员可申请门诊特定病种？

我市城镇职工基本医疗保险和城乡居民基本医疗保险参保人员，符合门特病种准入标准等相关条件的，可办理门诊特定病种认定，认定后按规定享受相关待遇。

## 3问：门诊特定病种如何管理？

答：省定病种，职工20种，居民23种；市定病种：职工41种，居民21种。纳入全省门特保障范围的门特病种，支付限额分别为职工和居民基本医保封顶线。具体病种及年定额标准及使用限制医院见附表。

## 4问：门诊特定病种的报销比例是多少？

答：参保人员在门诊治疗特定病种发生的合规医疗费用，起付标准以上限额标准以内按住院标准支付，职工在职2万元以下（含2万元）的部分，在职人员为90%，退休人员95%；2万元-6万元（含6万元）的部分，在职人员95%、退休人员为97.5%；6万元以上部分，在职及退休人员均为90%；居民在一、二、三级医院使用，报销比例分别为85%、75%、65%。

## 5问：门诊特定病种的起付标准是什么？

答：严重精神障碍不设医保基金起付标准，普通精神类疾病起付标准为300元，其他病种起付标准为750元。

## 6问：门诊特定病种的办理材料有哪些？

答：本地人员，携带医保电子凭证或有效身份证件或社保卡及与所患疾病相关病史资料（包括体检报告、出院记录、门诊病历等），前往定点医院医保科办理。异地人员到淮安市淮安医院（楚州肿瘤医院）医保科办理。

## 7问：门诊特定病种的办理流程是什么？

答：1、申办人携带相关资料前往定点医院医保科申请；2、工作人员对材料是否符合办理条件进行审核，若材料符合办理条件即时受理，若材料不符合的，一次性告知到位；3、医院完成鉴定审核通过的，予以备案并将结果上传至经办机构；4、经办机构将备案病种录入医保系统；5、参保患者享受门特待遇。

# 集中带量采购政策影响深远

国家医保局认真贯彻落实党中央、国务院决策部署，会同有关部门开展了药品和医用耗材集中带量采购，从用药负担、用药质量、用药可及性以及治疗效果等方面，显著提升了群众的医疗获得感。

**一是治疗费用降低。**主要体现在2个方面：一方面，原先价格严重虚高的药品耗材价格下降。比如人工关节集采后，我们关注到有媒体报道湖南一位患者，集采前左侧髋关节置换使用了6万元的全陶瓷关节假体，手术总花费8万元；集采后又做了右侧髋关节置换手术，同样的陶瓷关节只需8000多元，总费用仅3万元，患者感受到了实实在在的实惠。另一方面，质优价宜的产品打开了市场，原先有些药品耗材不同厂家间价格差异很大，有的特别高，有的尽管价格适宜，但在现有购销体系下因种种因素无法打开市场，集中采购的价格发现机制将低价产品用“带量”方式推送至使用端。如降糖药二甲双胍中选价不到1毛钱每片，中选产品年用量达110多亿片，占该药总用量的84%。

**二是质量和可及性提升。**跟踪分析集采药品使用情况，发现集采前患者使用原研药和通过一致性评价仿制药的用量占比约为50%，集采后大幅提升到95%左右，优质药品成为用药主流。比如，我国约有3000万乙肝患者，但集采前由于新一代抗病毒药物价格昂贵，大量患者没有得到规范治疗，恩替卡韦、替诺福韦等新一代抗病毒药物纳入集采降价后，迅速取代老一代抗病毒药，显著提升乙肝患者治疗质量。世界卫生组织认为，中国的集采打破乙肝抗病毒药物的高价壁垒，有助于实现2030年消除病毒性肝炎作为公共卫生威胁的目标。

**三是结构升级。**集采促进新一代药品耗材可及性增强，加速对“老药”的替换，临床用药用械结构升级。比如，胰岛素集采后，二代与三代胰岛素的使用比例从4:6调整到3:7。心脏支架集采促进材质性能更好的铬合金支架使用比例由60%上升到95%以上。再比如，以前大多白内障患者手术选用价格较低的单焦点晶体，只能看清远处，解决“看得见”问题；人工晶体集采落地后，既能看清远处又能看清近处的双焦点晶体，以及远中近都能看清的三焦点晶体价格更加惠民，将有更多白内障患者“看得清”“看得舒服”，极大改善患者视觉质量。





## 医保药品目录管理成效明显



药品目录是医保基金所支付费用的药品范围，目录内品种包括西药、中成药、中药饮片等。现行版国家医保目录中，共计有3088种西药和中成药，以及892种中药饮片。在此基础上，各省还将符合条件的民族药、中药饮片、医疗机构制剂纳入了本地区的医保目录。国家医保局成立以来，医保药品目录管理取得积极进展：

**一是品种范围实现全国基本统一。**目录内西药和中成药由国家层面统一确定和管理，各地不作调整，支付范围全国统一，不仅体现了制度公平，也有利于异地就医直接结算等工作。

**二是品种范围逐步扩大，保障能力稳步提升。**医保局成立后，建立了动态调整机制，每年都将一些新上市的新药好药增补进入目录，6年累计纳入药品744种，目录内西药和中成药数量从2017年的2535种，增加至目前的3088种，保障水平显著提升。特别是肿瘤、高血压、糖尿病、罕见病、自身免疫性疾病等治疗领域，目录内品种数量和药品疗效大幅提升，实现了保障范围与疾病流行和临床用药需求更高程度的匹配。统计显示，目前全国公立医院采购的药品中，目录内品种的采购金额占比已超过90%。

**三是通过谈判等措施，引导目录内药品价格回归合理，大幅减轻了患者负担。**新版药品目录是从2024年1月1日起执行的，2024年1-2月，医保基金已为397个协议期内谈判药品支付154.5亿元，3950万人次的参保患者从中受益。以用于治疗慢性心力衰竭和原发性高血压的药物沙库巴曲缬沙坦钠片为例，进医保目录前，该药日均治疗费用近70元，2019年准入谈判及两次续约后，

现个人日均治疗费用经基本医保报销后不足5元，切实减轻了患者用药负担，初步统计，仅1-2月份就有超过500万人次获益。

