

国家医保药品目录内药品总数达3088种

这些药在哪儿买,咋报销?

医保部门告诉你

今年起,我省统一执行《2023年国家医保药品目录》。“什么是国家医保药品目录?”“医保药品目录的药可以上哪儿买?”“报销有何调整?”一些参保人对哪些新药纳入2023年版“目录”、具体报销细则等情况不是很了解。近日,针对社会普遍关心的问题,省医保局通过微信公众号进行了梳理解答。

2023年版目录中有74个肿瘤靶向药

问:什么是国家医保药品目录?

答:为保障参保人员基本医疗需求,规范基本医疗保险用药管理,国家制定了医保药品目录。参保人员在定点医药机构发生的符合医保药品目录的相关医疗费用,医保基金按照规定予以支付。国家医保局建立完善了医保药品目录动态调整机制。

医保药品目录原则上每年调整一次,将符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条件的药品纳入医保药品目录。

经过6轮调整,已累计将744个药品新增进入医保药品目录,其中谈判新增446个,覆盖了目录全部31个治疗领域。谈判准入的药品中,肿瘤用药100

个,高血压、糖尿病、精神病等慢性病用药93个。通过谈判纳入目录的药品,大部分都是近年来新上市、临床价值高的药品,大量新机制、新靶点药物被纳入目录。

2017年以前,医保目录内没有1个肿瘤靶向药,2023年版目录中已经有74个肿瘤靶向药,其中很多治疗领域实现了不同代际靶向药的多样化选择。同时,6年累计调出了395个疗效不明确、易滥用以及临床被淘汰,或者即将退市的药品。

目前,国家医保药品目录内药品总数达到3088种,其中西药1698种、中成药1390种;中药饮片为892种。

国家医保谈判药品信息多渠道可查

问:哪里能查到医保药品的具体信息?如果患者在三甲医院首诊,开了需要长期服用的国家医保谈判药品,一个疗程后想去社区医院开,又不知道社区医院有没有,这些信息从哪能查到呢?

答:医保药品目录药品信息可以通过国家医保局官网国家医保服务平台、国家医保服务平台APP、国家医保局微信公众号查询。

举例来看,如使用国家医保局微信公众号查询,先进入公众号,点击“微服务”,找到“国家医保药品目录查询”,进入查询页面。输入具体药品名称,点击搜索,即可了解该药品是否在目录内、所属药品分类以及具体报销类别等详细信息。

也可以根据自己的需求,选择“药品分类”或“医保报销类别”进行筛选。

至于哪些医药机构配备国家医保谈判药品,可以在国家医保局微信公众号“微服务”中的“协议期内国家医保谈判药品配备机构查询”、国家医保局官网国家医保服务平台“国家医保谈判药品配备机构查询”中获取信息,也可以在国家医保服务平台APP“国家医保谈判药品配备机构名单查询”模块中查询。

滋补、保健、预防性等类别药品需自费

问:就医买药的缴费单据上,“自付一”“自付二”是什么意思呢?

答:单据上,有的药只有“自付一”,有的药“自付一”“自付二”都有,区别在于药品药效的类别不同:在医保报销范围内,只有“自付一”的是甲类药,“自付一”“自付二”都是乙类药。

医保药品目录里,西药和中成药分为甲、乙两类。“甲类药品”是指临床治疗必需、使用广泛、疗效确切、同类药品中价格或治疗费用较低的药品。参保人使用这类药品时,可以全额纳入报销范围,之后按规定比例报销。“乙类药品”是指可供临床治疗选择使用、疗效确切、同类

药品中比“甲类药品”价格或治疗费用略高的药品。参保人使用这类药品时,需要个人自付一定比例,剩下的部分纳入报销范围,再按规定比例报销。

2023年版国家医保药品目录3088种药品中,西药甲类药品395个,中成药甲类药品246个,其余为乙类药品。协议期内谈判药品按照乙类支付。

滋补、保健、预防性等类别的药品未被纳入国家医保药品目录,需要自费。

(武佳 杨雨弘)
据《山西晚报》

链新闻

今年将扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围

记者11日从国家医保局2024年上半年例行新闻发布会上获悉,2024年将扩大门诊慢特病跨省直接结算病种范围,让更多的门诊慢特病患者能享受异地直接结算。

国家医保局医疗保障事业管理中心副主任隆学文介绍,今年将在现有5种门诊慢特病跨省直接结算基础上,进一步增加3至5种覆盖人群多、药物治疗为主、待遇差异小的门诊慢特病病种。

“除了扩大门诊慢特病跨省直接结算病

种范围外,今年将进一步扩大跨省联网定点医院的范围。”隆学文介绍,2023年,跨省联网定点医药机构达到55.04万家,比2022年底增长了68.37%。

隆学文介绍,接下来要强化就医地管理力度,重点加强就医地医保经办机构跨省异地就医费用的审核,在京津冀、长三角等区域内开展异地就医大额费用经办联审工作,进一步规范就医地的医疗行为,防止异地就医过程中的不合理诊疗行为,取得经验后向全国推广。 据新华社

国家医保局将推动新生儿参保等事项精简流程

记者11日从国家医保局2024年上半年例行新闻发布会上获悉,国家医保局将推进“高效办成一件事”12项重点事项落地,包括推动新生儿参保等医保相关事项形式优化、流程精简、服务提速。

国家医保局办公室副主任付超奇介绍,2024年12项医保领域“高效办成一件事”重点事项中惠及参保群众8项、用人单位1项、医药企业2项、定点医药机构1项,主要涉及三方面内容:

一是形式优化。包括群众既能用社保卡就医购药,也可以扫描医保码或刷脸实现医保报销;职工医保个人账户家庭共济可直接线上办理,不需再去窗口;群众可以更便捷地查询医保相关信息等。

二是流程精简。通过信息共享联办,新生儿参保和生育医疗费用报销、职工医保参保人退休、企业破产时信息核查等不

再需要多个部门跑腿办理;符合条件的困难群众可直接享受基本医保参保资助,既不需申请,也不需先垫缴后报销;同时,异地就医直接结算将拓展到更多门诊慢特病病种,更多罹患慢性病的群众可以享受异地直接结算服务、减轻垫付压力。

三是服务提速。群众生育并提交申请后,10个工作日内可获得生育津贴支付;医药企业提交申请后,药品赋码可在10个工作日内完成审核;及时与定点医疗机构结算合规医疗费用,进一步缩短服务办理时间。

付超奇表示,国家医保局将积极推动医保基金安全程度比较高的地区,向信用比较好、管理比较规范、积极推进药品追溯码扫码的定点医疗机构提供1至3个月的医保结算预付金,减轻医疗机构运行压力。

据新华社

我国超九成统筹地区开展DRG/DIP支付方式改革

国家医保局医药服务管理司司长黄心宇11日在2024年上半年例行新闻发布会上介绍,到2023年底,全国超九成统筹地区已经开展DRG/DIP支付方式改革,改革地区住院医保基金按项目付费占比下降到四分之一左右。

“医保支付方式是医保经办机构向医疗机构支付费用的具体方式,如按项目付费、按病种付费、按床日付费等,不同支付方式对临床诊疗行为有不同的引导作用。”黄心宇说。

据介绍,传统上医保基金采取按项目付费的方式,先确定药品、耗材、医疗服务项目的范围和报销比例,再将应由医保报销部分的费用直接支付给医疗机构。这种方式虽然简单便捷,但容易诱发医疗费用过快增长、“过度医疗”屡禁不绝、医务人员劳动价值没有充分体现等问题。

“DRG和DIP都是按病种付费的具体形式,其目的是将复杂的临床诊疗尽可能标准化,实现相同的病种之间可比较、可评价,医保支付与医疗机构收入都有合理的预期。”黄心宇介绍,DRG/DIP的病种支付标准是以历史费用数据为基础,运用大数据方法科学测算得出,并随社会经济发展、物价水平变动等适时提高,保证患者得到合理、必要的治疗。

为支持临床新技术应用、保障重病患者充分治疗,支付方式改革中还引入了符合条件的“除外支付”规则。

黄心宇表示,国家医保局正在建立面向广大医疗机构、医务人员的意见收集机制和DRG/DIP分组规则调整机制,对DRG/DIP分组进行动态化、常态化调整完善,确保医保支付方式科学性、合理性。

据新华社

