

# 临沂市医疗保障局 临沂市人力资源和社会保障局 文件

临医保发〔2020〕2号

## 关于执行新版国家药品目录有关政策的通知

各县区（开发区）医疗保障局、人力资源和社会保障局、各医保定点医疗机构：

根据省医疗保障局、省人力资源和社会保障厅《关于执行新版国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录的通知》（鲁医保发〔2019〕98号）、省医疗保障局、省人力资源和社会保障厅《关于做好2019年谈判药品纳入国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围工作的通知》（鲁医保发〔2019〕104号）和省医疗保障局《关于贯彻落实国家组织药品集中采购和使用试点扩围工作医保配套措施的通知》（鲁医保发〔2019〕93号）要求，新版《国家药品目录》自2020年1月1日起执行，现将有关事宜通知如下：

### 一、目录构成

(一)目录由凡例备注的药品、西药部分、中成药部分(含民族药)、协议期内谈判药品部分、中药饮片部分报销与不予报销品种、中药配方颗粒部分报销与不予报销品种、山东省2017年版药品目录内非国家药品目录品种、居民医保“两病”门诊药品、集中采购扩围药品、原经批准的有效期内医院院内自制制剂等组成。

(二)药品分甲乙丙类管理。甲类药品全部纳入基本医疗保险政策范围内费用,丙类为基本医疗保险基金不予支付范围,其余为乙类药品。乙类药品中没有限定支付范围的,参保人员个人自付比例分别为:职工10%、离休0、居民20%;有限定支付范围的,参保人员个人自付比例分别为:职工15%、离休5%、居民30%;协议期内谈判药品按照乙类支付,个人自付比例同乙类有限定支付范围药品;原经批准的有效期内医院院内自制制剂按照乙类支付,个人自付比例详见药品目录;中药配方颗粒参保人员个人自付比例分别为:职工50%、离休5%、居民50%(限二级及以上医疗机构)。

(三)中药饮片部分除列出基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金准予支付的品种外,同时列出了不得纳入基金支付的饮片范围,单方不报、复方报销的品种。

(四)新版药品目录包括限工伤保险基金准予支付费用的品种6个;限生育保险基金准予支付费用的品种4个。工伤保险和生育保险支付药品费用时不区分甲、乙类。

(五) 谈判药品严格按限定支付范围使用，使用范围依据有关文件要求，严格执行“三定”政策，由定点医疗机构具有主治医师及以上资格的责任医师开具处方，并凭借《临沂市大病保险谈判药品（基本医保高值药品）申请备案表》，按规定到医保定点医疗机构、定点特药零售药店购药、报销。

(六) 根据《关于印发山东省第一批城乡居民高血压糖尿病门诊用药医保支付标准（试行）的通知》（鲁医保发〔2019〕100号），居民医保“两病”门诊药品按剂型、规格设定医保支付标准，单位为最小拆包量（片、粒、支），支付标准是医保基金支付“两病”门诊用药费用的基准，药品价格高于支付标准的，医保基金根据支付标准支付。

## 二、目录编码规则

按照药品种类进行编码，以序号 1 至 11 为开头进行编码：

1-凡例；2-西药；3-中成药；4-谈判药品；5-中药饮片；6-省 2017 版非国家目录品种；7-居民医保两病药品；8-集中采购扩围药品；9-原经批准的医院院内自制制剂；10-超范围用药；11-中药配方颗粒。

## 三、药品目录说明

(一) 除在“备注”一栏标有“◇”的药品外，西药名称采用中文通用名，未包括命名中的盐基、酸根部分，剂型单列。中成药名称采用中文通用名，剂型不单列。在甲乙分类、给药途径、备注相同的情况下，同一通用名称下的不同剂型并列，其先后次

序无特别含义。

(二) 西药剂型以《中国药典》“制剂通则”为基础进行合并归类处理，未归类的剂型以新版药品目录标注的为准。目录对应时，应严格按相应剂型分别对应。例如：普通片剂对应于口服常释剂型；缓释片对应于缓释控释剂型；干混悬剂对应于口服液体剂。

(三) 除谈判药品和集中采购扩围药品外，新版药品目录收录的药品不区分商品名、规格或生产厂家。通用名称中主要化学成分部分与新版药品目录中的名称一致且剂型相同，而酸根或盐基不同的西药，属于新版药品目录范围内的药品。通用名中包含罗马数字的药品单独列出。

#### 四、限定支付范围

(一) 基本医疗保险统筹基金支付新版药品目录内药品所发生的费用，必须由医生开具处方或住院医嘱，参保患者自行购买药品发生的费用，由个人账户支付或个人自付。儿童或有临床证据证明为智力障碍的成人参保人员，由医生处方或住院医嘱使用与目录药品名称和剂型相同的非处方药品发生的费用，可以由统筹基金按规定支付。

(二) “备注”栏中对部分药品规定了限定支付范围，是指符合规定情况下参保人员发生的药品费用，可按规定由基本医疗保险或生育保险基金支付。工伤保险支付药品费用时不受限定支付范围限制。经办机构在支付费用前，应核查相关证据。

1. “备注”一栏标有“▲”的药品，仅限参保人员门诊使用和定点药店购药时医保基金方予支付。

2. “备注”一栏标注了适应症的药品，是指参保人员出现适应症限定范围情况并有相应的临床体征及症状、实验室和辅助检查证据以及相应的临床诊断依据，使用该药品所发生的费用可按规定支付。适应症限定不是对药品法定说明书的修改，临床医师应根据病情合理用药。

3. “备注”一栏标注了二线用药的药品，支付时应有使用一线药品无效或不能耐受的证据。

（三）协议期内谈判药品部分的“备注”规定该药品的限定支付范围、规格及支付标准，支付标准包括医保基金和参保人员共同支付的全部费用。

（四）“备注”一栏标为“限工伤保险”、“限生育保险”的药品，是仅限于工伤保险基金支付的药品，不属于基本医疗保险支付范围。

（五）国家免费治疗艾滋病方案内的药品，不属于国家免费治疗艾滋病范围的参保人员使用治疗艾滋病时，基本医疗保险基金可按规定支付费用。国家公共卫生项目涉及的抗结核病和抗血吸虫病药物，不属于国家公共卫生支付范围的参保人员使用时，基本医疗保险基金可按规定支付费用。

（六）中药饮片部分标注“□”的指单独使用时不予支付，且全部由这些饮片组成的处方也不予支付。

## 五、新版药品目录对应政策衔接要求

各县区医保经办机构要成立工作领导小组，安排专人做好指导；各定点医疗机构通过核心平台系统下载新版药品目录，组织专业人员，成立目录对应小组，责任到人，尽快完成目录对应，确保对应准确、衔接无误。各定点医疗机构要成立专门药品目录对照小组，由专人负责，在医院端下载对照上传（下载前需将在院病人费用明细全部上传）。

各县区、各定点医疗机构在执过程中遇到问题，要及时分别向市医疗保障局、市人力资源和社会保障局报告。



（此件主动公开）

（联系科室：市医疗保障局待遇保障科）