

# 重庆市医疗保障局文件

渝医保发〔2021〕12号

---

## 重庆市医疗保障局关于 做好国家医保谈判药品门诊用药保障工作的 通 知

各区县（自治县）医疗保障局，两江新区社会保障局、高新区政务服务和社事务中心、万盛经开区人力社保局：

为落实党中央、国务院决策部署，提高参保人员用药保障水平，做好谈判药品落地工作，确保广大参保患者切实受益，我们依据《基本医疗保险用药管理暂行办法》及国家医保局、国家卫生健康委印发的《关于做好2019年国家医保谈判药品落地工作

的通知》（医保发〔2019〕73号）精神，制定了重庆市医疗保险做好国家医保谈判药品门诊用药保障工作有关措施，现将相关事宜通知如下。

## 一、指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，按照医疗保障“保基本、可持续、惠民生、推改革”的总体要求，坚持“既尽力而为、又量力而行”原则，充分发挥国家谈判药品的市场价格优势、临床治疗优势，探索完善门诊用药保障机制，增强基本医保门诊保障能力，减轻参保患者门诊用药费用负担，不断提升人民群众获得感、幸福感、安全感。

## 二、保障内容

（一）保障对象。凡参加我市城镇职工基本医疗保险、城乡居民合作医疗保险（以下简称“职工医保、居民医保”）并正常享受医保待遇、经诊断需要使用国家谈判药品且符合药品限定疾病范围的患者。

（二）药品范围。1、国家谈判药品中符合我市门诊特殊疾病保障范围的药品（以下简称“国谈门诊特病用药”）；2、国家谈判药品中非我市门诊特殊疾病保障范围但适于门诊治疗、使用周期较长、疗程费用较高的药品以及临床路径清晰、适用病种明确的药品（以下简称“国谈门诊保障用药”），药品范围根据最新

《基本医疗保险药品目录》动态更新，另行公布。

（三）保障方式。1、国谈门诊特病用药按我市特病报销政策执行；2、门诊使用国谈门诊保障用药参照我市门诊特病报销政策执行；3、国家谈判药品定点医院的住院患者在特殊情况下需要外购国谈门诊保障用药时，依据该定点医院责任医师开具的药品处方，可在国谈门诊保障用药定点药店购买国家谈判药品并按本次住院报销政策结算。

（四）起付标准。1、无特病资质的患者门诊使用国谈门诊保障用药时，起付标准参照其定点医院的门诊特病起付标准一年收取一次，患者在门诊发生的国谈门诊保障用药医保费用超过定点医院起付标准后由医保基金和患者按比例支付；2、有特病资质的患者门诊使用国谈门诊保障用药时，特病门诊和国谈门诊保障用药定点医院的起付标准合并计算，一年按最高定点医院等级（选定单病种结算的医疗机构等级不作为其门诊特殊疾病起付线医疗机构等级）收取一次；3、今后我市门诊特病有关起付标准政策调整后，从其规定。

（五）报销比例。1、职工医保门诊使用国谈门诊保障用药时统筹基金报销比例为80%；年度累计报销费用超过统筹基金报销限额后，按现行大额医保政策报销；2、居民医保门诊使用国谈门诊保障用药报销参照门诊特殊疾病中重大疾病的报销比例

执行；年度累计自付费用超过大病保险起付标准后，按现行大病保险政策报销；3、参保人需住院使用国家谈判药品时，按现行住院报销政策执行。

（六）保障期限。国家谈判药品用药保障期限为该谈判药品的谈判协议期；协议期满后相关药品续约成功或纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的，继续按本办法执行；未成功续约或未纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的，则停止其国谈门诊保障用药机制。

### **三、药品供应**

建立国家谈判药品门诊保障用药双通道机制，即对于国家谈判药品中符合我市国谈门诊特病用药和国谈门诊保障用药可由以下机构供药。

（一）国家谈判药品定点医院根据自身开展的业务范围情况，应配备相关药品，尽可能满足患者的临床用药需求。

（二）符合条件的医保定点药店可为符合条件的国谈门诊特病用药和国谈门诊保障用药患者提供药品服务。

（三）“互联网+”医保定点医院按照我市“互联网+”有关医保政策为符合条件的国谈门诊特病用药和国谈门诊保障用药患者提供药品服务。

### **四、服务管理**

国谈门诊保障用药实行定用药资质、定医院、定责任医师的

“三定”管理。

（一）用药资质。患者因病情需要使用国家谈判药品时，由国家谈判药品资质认定医院相关专业科室提出建议，提供临床诊断依据，提出治疗用药方案，交本医院医保办复核，医保办复核后将结果告知参保患者并反馈给科室责任医师，同时将符合条件的人员名单登记在册，并通过医保信息系统对患者的定点医院、责任医师和用药方案进行备注备案。

（二）国家谈判药品资质认定医院。

基本条件：1. 纳入了重庆市医疗保险服务协议管理的定点医院机构，具备相应的执业许可范围。

2. 卫生健康行政主管部门认定的二级及以上综合性医疗机构或专科医疗机构，具备开展相关疾病的诊断能力，必要时应具备开展相关疾病基因检测能力。

确定方法：各区县医保局统筹国家谈判药品用药资质认定机构的服务规划，每年按照自愿申请、实地查看、集体研究、系统标志等程序开展相关工作。

（三）治疗医院。患者取得用药资质后，应在医疗保险定点医院中选择1所医院作为本人国谈门诊保障用药定点医院，定点医院应具备国家谈判药品治疗相应疾病的诊疗服务执业许可及诊断检测能力；因定点医院缺货、参保人员住址变化等情况，参

保人员可变更选定的定点医院,并到其拟选定的定点医院办理相关手续。同一种国谈门诊保障用药选定一家定点医院,患者因不同疾病需要使用其他国谈门诊保障用药时,可选择其他医院作为国谈门诊保障用药定点医院。

(四) 责任医师。患者确定定点医院时,需选择相关专业1—2名中级职称(含)以上医师作为其该药品责任医师,负责其国谈门诊保障用药治疗方案的实施,其余医师开具的相关药品处方不予报销。国谈门诊保障用药限在实际开具处方的医院使用或在处方医师的指导下使用。

(五) 定点药店。患者在符合条件的定点药店购药时,需提供其责任医师开具的处方,定点药店通过医保信息系统核实其国家谈判药品用药资质备案信息无误后,按上述政策结算并配送相关药品。

(六) 费用结算。患者在定点医院或定点药店结算时仅需支付按规定应由个人负担的部分,医保基金支付部分由医保经办机构与定点医院和定点药店按月结算;

(七) 异地就医。1、市外异地就医直接联网结算的处理:参保人在市外直接联网的医疗机构就医使用国谈药品,按照就医地国谈药品使用规定,并按照全国异地就医联网直接结算要求结算。2、市外异地就医非直接联网结算的处理:参保人在市外非

直接联网结算的医疗机构就医使用国谈药品，按照就医地国家谈判药品使用规定，由参保人员先行垫付相关费用，再到参保地医保经办机构按本办法的规定起付标准和报销比例结算。

## 五、其他事项

（一）落实责任。相关医疗机构应按要求采购国家谈判药品，不得以医保总额控制、药占比、医疗机构用药品种规格数量要求、药事委员会审定等为由影响国家谈判药品的供应保障与合理使用。各定点药房要确保药品质量和供应，保障患者用药需求，同时要遵守谈判药品价格规定，不得以超过国家谈判约定的支付标准销售。各区县要高度重视国家谈判药品门诊用药保障工作，加强统筹协调，指导督促本地区医保定点医疗机构做好落地工作，确保参保群众享受待遇。

（二）部门职责。医疗保障部门要积极会同相关部门做好国家谈判药品门诊用药保障工作，加强对各区县的指导，密切督查工作进展和规范。有关医疗机构要加强对国家谈判药品的管理和使用，完善谈判药品用药指南和规范，规范诊疗行为，促进合理用药。有关药店要按“三定”管理原则核实患者在医保信息系统中的备案信息，并做好方便患者的药品配送服务。各药品企业负责做好国家谈判药品流通、配送等环节。

（三）加强监管。医疗保障部门要健全监督举报、智能监控、

信用管理等机制，严厉打击欺诈骗保行为，加强对违规行为的监管。各部门要各尽其责，密切配合，通力协作，及时研究解决新情况新问题，总结推广经验做法。要加强宣传，合理引导，规范使用。要积极跟进政策措施的落地，妥善处理政策执行过程中出现的问题，不断完善国家谈判药品门诊用药保障机制建设。

**六、本通知自 2021 年 3 月 1 日起实施。**



(此件公开发布)