

北京市医疗保障局关于印发《北京市 基本医疗保险用药管理暂行办法》的通知

京医保发〔2022〕23号

各区医疗保障局、北京经济技术开发区社会事业局，各定点医药机构：

为做好本市基本医疗保险药品管理工作，依据《基本医疗保险用药管理暂行办法》（国家医疗保障局令第1号），北京市医疗保障局制定了《北京市基本医疗保险用药管理暂行办法》，现印发给你们，请认真学习，遵照执行。

北京市医疗保障局

2022年7月18日

北京市基本医疗保险用药管理暂行办法

第一章 总 则

第一条 为保障本市参保人员基本用药需求,提升基本医疗保险用药科学化、精细化管理水平,提高基本医疗保险基金使用效益,推进治理体系和治理能力现代化,依据《中华人民共和国社会保险法》等法律法规和《中共中央 国务院关于深化医疗保障制度改革的意见》、《基本医疗保险用药管理暂行办法》(国家医疗保障局令第1号),制定本暂行办法。

第二条 本市医疗保障部门对基本医疗保险用药范围的确定、调整,以及基本医疗保险用药的支付、管理和监督等,适用本办法。

第三条 本市基本医疗保险用药范围通过制定《北京市基本医疗保险药品目录》(以下简称《药品目录》)进行管理,符合《药品目录》的药品费用,按照本市规定由基本医疗保险基金支付。《药品目录》实行通用名管理,《药品目录》内药品的同通用名药品自动属于基本医疗保险基金支付范围。

第四条 基本医疗保险用药管理坚持以人民为中心的发展思想,切实保障参保人员合理的用药需求;坚持“保基本”的功能定位,既尽力而为,又量力而行,用药保障水平与基本医疗保险基金

和参保人承受能力相适应；坚持专家评审，适应临床技术进步，实现科学、规范、精细、动态管理；坚持中西药并重，充分发挥中药和西药各自优势。

第五条 《药品目录》由凡例、西药、中成药、协议期内谈判药品和中药饮片、医疗机构制剂六部分组成。市医疗保障行政部门按国家规定增补的药品单列。为维护临床用药安全和提高基本医疗保险基金使用效益，《药品目录》对部分药品的医保支付条件进行限定。

第六条 市医疗保障行政部门负责本市的基本医疗保险用药管理，制定本市基本医疗保险用药管理政策措施，负责《药品目录》的监督实施等工作。按照国家规定的调整权限和程序将符合条件的民族药、医疗机构制剂、中药饮片纳入本市医保支付范围，按规定向国务院医疗保障行政部门备案后实施。

本市各级医疗保障部门负责《药品目录》及相关政策的实施，按照医保协议对定点医药机构医保用药行为进行审核、监督和管理，按规定及时结算和支付医保费用，并承担相关的统计监测、信息报送等工作。

第二章 《药品目录》的制定和调整

第七条 本市严格贯彻执行《国家基本医疗保险药品目录》。市医疗保障行政部门根据《国家基本医疗保险药品目录》调整情

况,动态调整《药品目录》。

第八条 本市按照国家规定调整权限纳入的民族药、医疗机构制剂、中药饮片,应符合临床必需、安全有效、价格合理等基本条件。根据本市实际情况,结合医保药品保障需求、基本医疗保险基金的收支情况、承受能力、目录管理重点等因素,研究制定调整工作方案,原则上每年调整一次。

第九条 事权在本市的民族药、医疗机构制剂、中药饮片的调整,采用专家评审的方式。市医疗保障行政部门负责建立调整评审专家库,在调整工作中,根据调整内容等从专家库中抽取专家。如专家库不能满足调整需要的,可在本市定点医疗机构或高等院校、科研院所等进行选择,专家在评审过程中严格遵守有关回避原则。

第十条 以下药品不纳入《药品目录》:

- (一)主要起滋补作用的药品;
- (二)含国家珍贵、濒危野生动植物药材的药品;
- (三)保健药品;
- (四)预防性疫苗和避孕药品;
- (五)主要起增强性功能、治疗脱发、减肥、美容、戒烟、戒酒等作用的药品;
- (六)因被纳入诊疗项目等原因,无法单独收费的药品;
- (七)酒制剂、茶制剂,各类果味制剂(特殊情况下的儿童用药除外),口腔含服剂和口服泡腾剂(特别规定情形的除外)等;

(八)其他不符合基本医疗保险用药规定的药品。

第十一条 《药品目录》内属于本市事权的药品,有下列情况之一的,经专家评审后,直接调出《药品目录》:

(一)被药品监管部门撤销、吊销或者注销药品批准证明文件的药品;

(二)被有关部门列入负面清单的药品;

(三)综合考虑临床价值、不良反应、药物经济性等因素,经评估认为风险大于收益的药品;

(四)通过弄虚作假等违规手段进入《药品目录》的药品;

(五)国家规定的应当直接调出的其他情形。

第十二条 《药品目录》内属于本市事权的药品,符合以下情况之一的,经专家评审等规定程序后,可以调出《药品目录》:

(一)在同治疗领域中,价格或费用明显偏高且没有合理理由的药品;

(二)临床价值不确切,可以被更好替代的药品;

(三)其他不符合安全性、有效性、经济性等条件的药品。

第十三条 《药品目录》内的药品,国务院医疗保障行政部门确定支付标准的,按相关规定执行;国务院医疗保障行政部门未确定支付标准的,本市可按实际情况制定支付标准。

第十四条 市医疗保障行政部门负责确定并印发《药品目录》。

第十五条 对于因更名、异名等原因需要对药品的目录归属

进行认定的,依据职责权限按程序进行认定后发布。

第十六条 《药品目录》内的药品代码按照国家医保药品分类和代码规则执行,市医保经办机构建立本市医保药品信息库,实施动态调整更新。

第三章 《药品目录》的使用

第十七条 协议期内谈判药品原则上按照支付标准直接挂网采购。协议期内,谈判药品的同通用名药品在价格不高于谈判支付标准的情况下,按规定挂网采购。其他药品按照药品招采有关政策执行。

第十八条 在满足临床需要的前提下,医保定点医药机构须优先配备和使用《药品目录》内药品。逐步建立《药品目录》与定点医药机构药品配备联动机制,定点医药机构根据《药品目录》调整结果及时对本医药机构用药目录进行调整和优化。

第四章 医保用药的支付

第十九条 参保人使用《药品目录》内药品发生的费用,符合以下条件的,可由基本医疗保险基金支付:

- (一)以疾病诊断或治疗为目的;
- (二)诊断、治疗与病情相符,符合药品法定适应症及医保限定

支付范围；

(三)由符合规定的定点医药机构提供,急救、抢救的除外；

(四)由统筹基金支付的药品费用,应当凭医生处方或住院医嘱；

(五)按规定程序经过药师或执业药师的审查。

第二十条 《药品目录》中的西药和中成药分为“甲类药品”和“乙类药品”。“甲类药品”是临床治疗必需、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。“乙类药品”是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。协议期内谈判药品纳入“乙类药品”管理。

市医疗保障行政部门按照国家规定纳入《药品目录》的民族药、医疗机构制剂纳入“乙类药品”管理。中药饮片“甲乙分类”按国家有关规定执行。

第二十一条 参保人使用“甲类药品”按基本医疗保险规定的支付标准及分担办法支付;使用“乙类药品”按基本医疗保险规定的支付标准,先由参保人自付一定比例后,再按基本医疗保险规定的分担办法支付。

“乙类药品”个人先行自付的比例由市医疗保障行政部门确定。

第二十二条 支付标准是基本医疗保险参保人员使用《药品目录》内药品时,基本医疗保险基金支付药品费用的基准。基本医疗保险基金依据药品的支付标准以及医保支付规定向定点医疗机

构和定点零售药店支付药品费用。

第五章 医保用药的管理与监督

第二十三条 综合运用协议、行政、司法等手段,加强《药品目录》及用药政策落实情况的监管,提升医保用药安全性、有效性、经济性。

第二十四条 定点医药机构应健全组织机构,完善内部制度规范,建立健全药品“进、销、存”全流程记录和管理制度,提高医保用药管理能力,确保医保用药安全合理。

第二十五条 将《药品目录》和相关政策落实责任纳入定点医药机构协议内容,强化用药合理性和费用审核,定期开展监督检查。将医保药品备药率、非医保药品使用率等与定点医药机构的基金支付挂钩。加强定点医药机构落实医保用药管理政策,履行药品配备、使用、支付、管理等方面职责的监督检查。

第二十六条 建立目录内药品企业监督机制,引导企业遵守相关规定。将企业在药品推广使用、协议遵守、信息报送等方面的行为与《药品目录》管理挂钩。

第二十七条 基本医疗保险用药管理工作主动接受纪检监察部门和社会各界监督。加强专家管理,完善专家产生、利益回避、责任追究等机制。加强内控制度建设,完善投诉举报处理、利益回避、保密等内部管理制度,落实合法性和公平竞争审查制度。

第六章 附 则

第二十八条 凡例是对《药品目录》的编排格式、名称剂型规范、备注等内容的解释和说明。

西药部分, 收载化学药品和生物制品。

中成药部分, 收载中成药和民族药。

协议期内谈判药品部分, 收载谈判协议有效期内的药品。

中药饮片部分, 收载按规定不得纳入基本医疗保险基金支付的饮片; 单方使用不予支付, 复方中合理使用可支付的饮片。

医疗机构制剂部分, 收载基本医疗保险基金予以支付的医疗机构制剂。

第二十九条 发生严重危害群众健康的公共卫生事件或紧急情况时, 国务院医疗保障行政部门临时调整医保药品支付范围的, 本市执行国家调整结果; 市医疗保障行政部门根据国务院医疗保障行政部门授权, 可临时调整医保药品支付范围。

第三十条 原则上《药品目录》不再新增 OTC 药品。

第三十一条 本办法由市医疗保障行政部门负责解释, 自 2022 年 7 月 18 日起施行。