

关于规范完善重特大疾病医疗保障门诊 特定药品使用的通知

各县（市、区）医疗保障局、新城区养老医疗保险中心、高新区人力资源管理局，市社会医疗保险中心，各定点医药机构：

为确保国家谈判药品及时落地，根据《河南省医疗保障局关于规范完善我省重特大疾病医疗保障门诊特定药品使用管理工作的通知》（豫医保〔2020〕2号），现就有关工作通知如下：

一、支付范围及标准

（一）纳入门诊特定药品范围。将2019年国家谈判药品麦格司他等27种药品暂定为门诊特定药品，纳入全市基本医疗保险统筹基金支付范围。

(二)调整全市重特大疾病相关药品限定支付范围。按照国家调整部分谈判药品的限定支付范围,相应调整全市重特大疾病相关治疗药品限定支付范围

平顶山市定点医药机构门诊特定药品医保支付限额标准见附件 3,调整平顶山市定点医药机构重特大疾病相关药品医保支付限额标准见附件 4。

二、待遇水平

参保人员使用门诊特定药品相关费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,不设起付线,乙类门诊特定药品及重特大疾病药品首自付比例为 20%。城乡居民医保统筹基金支付比例为 80% (脱贫攻坚期内的农村参保贫困人口为 85%), 城镇职工 (含在职、退休) 医保统筹基金支付比例为 85%, 其他相关待遇仍按原规定执行。

医保统筹基金支付门诊特定药品费用数额计入基本医保统筹基金年度最高支付限额。符合城乡居民大病保险、困难群众大病补充保险和医疗救助等支付规定的费用,由大病保险、困难群众大病补充保险和医疗救助按规定支付。符合公务员医疗补助、职工大病救助保险的费用按规定支付。

除耐多药结核病、慢性心力衰竭、慢性肾功能不全引起的贫血外,享受门诊特定药品、重特大疾病相关药品待遇的参保人员,

不再享受相关病种门诊重症慢性病待遇。

住院期间不能重复享受门诊特定药品、重特大疾病相关药品待遇。

三、就医管理

(一) 定点就医。门诊特定药品、重特大疾病相关药品的使用实行定点管理。一个参保年度内，参保人员可自愿选择一家定点医药机构就诊。

(二) 确定责任医师。凡具有主治医师以上职称的相关专业医师，经所在定点医疗机构推荐，报参保地医保经办机构备案后，确定为责任医师。责任医师负责为参保人员用药申请给予评估确认，同时协助参保人员办理有关(慈善)合作机构申请药品援助项目手续等；负责参保人员治疗各个阶段的医疗服务，包括诊断、评估、开具处方和随诊跟踪等。责任医师应根据临床治疗指南，原则上每 2-3 个月(病情稳定的可延长至 6-12 个月)对参保人员病情进行一次治疗评估，在门诊病历中详细记录评估结果及最新治疗方案，并妥善保管其影像学等资料备查。

(三) 申报备案。凡病情符合使用门诊特定药品、重特大疾病相关药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印章)、二级及以上医疗机构开具的 3 个月内的疾病诊断证明，及其他相关申报资料(见附件 5、6)，到选定的定点医疗机构领取

《平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》(见附件 7)，由责任医师填写并签署意见后，到定点医疗机构办理申报备案手续。

(四)就医流程。定点医疗机构应为参保人员建立院内门诊病历。参保人员取药时应到定点医疗机构医保办领取本人门诊病历及《平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用领取登记表》(见附件 8)，由责任医师记录病情、开具处方(口服药一次开药为一个月用量)，取药后将上述材料送还医保办。原则上应由参保人员本人自行到定点医疗机构取药，确因特殊原因，无法自行取药的，可由责任医师在申请表中填写一名代取药人，代取药人需在定点医疗机构医保办备案后方可代为取药。

根据门诊特定药品、重特大疾病相关药品的使用确定治疗周期，1 个治疗周期最长为 1 年。治疗期满需继续治疗或治疗期间需要更换药物的，由责任医师填写《平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用继续治疗申请表》(见附件 9)，并附参保人员近期治疗评估结果，因病情变化不再适合继续治疗的，责任医师应明确告知参保人员或其家属，及时退出门诊治疗，并报参保地医保经办机构。

四、费用结算

参保人员发生的医疗费用，属于个人负担部分由本人持社保

卡或现金与定点医药机构直接结算,属于基本医疗保险统筹基金、大病医疗费补充保险和公务员医疗补助支付的,由定点医药机构记账,每月汇总后向参保地医保经办机构申请结算。

五、异地就医

异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员申请门诊特定药品、重特大疾病相关药品待遇时,应按照上述流程,选择一家参保地定点医疗机构办理申报备案手续,并确定一家居住地定点医疗机构按月进行门诊治疗。门诊费用由个人垫付,治疗结束后,持相关材料(门诊病历及相关检查结果、处方、发票原件、门诊医疗费用明细、社保卡复印件)到参保地医保经办机构办理报销手续。应由统筹基金等支付的医疗费用,由参保地医保经办机构直接拨付给参保人员。

六、服务与监督

定点医疗机构应确保门诊特定药品、重特大疾病相关药品供应。定点医疗机构医保管理部门负责本院门诊治疗的组织和实施,明确就医流程;协调相关科室为参保人员提供便捷的医疗服务;监督参保人员取药,药品发放时去除、回收包装盒;统一保管参保人员的申报资料及治疗档案备查等。

门诊特定药品管理执行重特大疾病医疗保障制度相关规定,各县(市、区)医疗保障部门要完善定点救治、责任医师和特定

处方管理、建立药品包装回收制度等。为进一步提高参保人员用药可及性和便捷性,可在逐步提高管理服务能力和确保用药安全的基础上,对特定药品实施定点医疗机构和定点零售药店“双通道”管理。各经办机构将定点医疗机构和责任医师的服务纳入“两定”管理和医保医师管理,动态监管药物使用的全过程。责任医师应如实填写参保人员病情,不得以各种理由拒绝为符合申报条件的参保人员进行评估确认;不得超规定、超治疗需要开药;不得借参保人员之名为他人开药,一经发现上述情形,取消责任医师资格,并按医疗保险有关规定和《服务协议》相关条款处理。

参保人员应提供真实病历及其他医学资料,如有伪造病历及相关资料,骗取医保待遇的,按相关法律法规处理。

本通知自 2020 年 4 月 1 日起执行。2020 年 4 月 1 日起自本通知印发前发生的符合门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用条件的医疗费用,由参保地医保经办机构按规定进行追溯报销。

附件:1. 门诊特定药品名单

2. 调整限定支付范围门诊特定药品名单

3. 平顶山市定点医药机构门诊特定药品医保支付限额
标准

4. 平顶山市定点医药机构重特大疾病相关药品医保支

付限额标准

5. 平顶山市门诊特定药品使用申报资料
6. 调整平顶山市重特大疾病相关药品使用申报资料
7. 平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表
8. 平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用领取登记表
9. 平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用继续治疗申请表

2020年5月21日

附件1

门诊特定药品名单

编号	药品分类	药品名称	剂型	限定支付范围	说明
1	乙	麦格司他	口服常释剂型	限C型尼曼匹克病患者。	
2	乙	司来帕格	口服常释剂型	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	
3	乙	罗沙司他	口服常释剂型	限慢性肾脏病引起贫血的患者。	
4	乙	波生坦	口服常释剂型	32mg/片（分散片）限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限WHO功能分级II级-IV级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	
5	乙	利奥西呱	口服常释剂型	限以下情况方可支付：1. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的CTEPH，且（WHO FC）为II-III的患者；2. 动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为II-III患者的二线用药。	
6	乙	马昔腾坦	口服常释剂型	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	
7	乙	沙库巴曲缬沙坦	口服常释剂型	限慢性心力衰竭（NYHA II-IV级）患者，首次处方时应有射血分数降低的证据。	
8	乙	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	
9	乙	德拉马尼	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	
10	乙	艾尔巴韦格拉瑞韦	口服常释剂型	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。	
11	乙	来迪派韦索磷布韦	口服常释剂型	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。	
12	乙	索磷布韦维帕他韦	口服常释剂型	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。	
13	乙	雷替曲塞	注射剂	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	
14	乙	帕妥珠单抗	注射剂	限以下情况方可支付，且支付不超过12个月：1. HER2阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗。2. 具有高复发风险HER2阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。	
15	乙	信迪利单抗	注射剂	限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的患者。	
16	乙	阿来替尼	口服常释剂型	限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。	
17	乙	呋喹替尼	口服常释剂型	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	
18	乙	吡咯替尼	口服常释剂型	限表皮生长因子受体2（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。	
19	乙	芦可替尼	口服常释剂型	限中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的患者。	

编号	药品分类	药品名称	剂型	限定支付范围	说明
20	乙	奥拉帕利	口服常释剂型	限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。	
21	乙	托法替布	口服常释剂型	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。	
22	乙	特立氟胺	口服常释剂型	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	
23	乙	阿达木单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。	
24	乙	奥马珠单抗	注射剂	限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 β_2 -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。	
25	乙	地塞米松	玻璃体内植入剂	限视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿患者，并应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付5支，每个年度最多支付2支。	药品费用+手术费用+血管造影及OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）费用
26	乙	阿柏西普	眼内注射溶液	限以下疾病：1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。	药品费用+手术费用+血管造影及OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）费用
27	乙	地拉罗司	口服常释剂型		

附件2

调整限定支付范围门诊特定药品名单

编号	药品分类	药品名称	剂型	限定支付范围
1	乙	曲妥珠单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1. HER2阳性的转移性乳腺癌；2. HER2阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过12个月；3. HER2阳性的转移性胃癌患者。
2	乙	拉帕替尼	口服常释剂型	限HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。
3	乙	伊马替尼	口服常释剂型	限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。
4	乙	硼替佐米	注射剂	限多发性骨髓瘤、复发或难治性套细胞淋巴瘤患者，并满足以下条件：1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。
5	乙	阿比特龙	口服常释剂型	限转移性去势抵抗性前列腺癌、新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。
6	乙	依维莫司	口服常释剂型	限以下情况方可支付：1. 接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者。2. 不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的（中度分化或高度分化）进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者。3. 无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。4. 不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤（TSC-AML）成人患者。5. 不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。
7	乙	来那度胺	口服常释剂型	限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件：1、每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。
8	乙	康柏西普	眼用注射液	限以下疾病：1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；3. 脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。
9	乙	雷珠单抗	注射剂	限以下疾病：1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；3. 脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；4. 继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

平顶山市定点医药机构门诊特定药品医保支付限额标准

序号	药品名称	剂 型	规格（盒、支）	限额标准
1	麦格司他	口服常释剂型	100mg * 84	每 4 周限支付 2 盒
2	司来帕格	口服常释剂型	0.2mg * 60 0.2mg * 140 0.6mg * 60 0.8mg * 60	每月限 19450 元
3	罗沙司他	口服常释剂型	50mg * 3 20mg * 3	每月限 2900 元
4	波生坦	口服常释剂型	125mg * 56 32mg * 56	每 4 周限支付 1 盒 每 4 周限支付 2 盒
5	利奥西呱	口服常释剂型	0.5mg * 42 1.0mg * 42 2.5mg * 84	每月限 4200 元
6	马昔腾坦	口服常释剂型	10mg * 30	每月限支付 1 盒
7	沙库巴曲缬沙坦	口服常释剂型	50mg * 28 100mg * 14	每 4 周限支付 8 盒 每 4 周限支付 8 盒
8	贝达喹啉	口服常释剂型	100mg * 24	第 1—4 周限支付 3 盒；第 5—24 周，每 4 周限支付 1 盒。每人限支付 8 盒。
9	德拉马尼	口服常释剂型	50mg * 60	每月限支付 2 盒，每人限支付 12 盒。

序号	药品名称	剂 型	规格（盒、支）	限额标准
10	艾尔巴韦格拉瑞韦	口服常释剂型	(艾尔巴韦 50mg 格拉瑞韦 100mg) * 28	每 4 周限支付 1 盒，每人限支付 3 盒。
11	来迪派韦索磷布韦	口服常释剂型	(来迪派韦 90mg 索磷布韦 400mg) * 28	每 4 周限支付 1 盒，每人限支付 3 盒。
12	索磷布韦维帕他韦	口服常释剂型	(索磷布韦 400mg 维帕他韦 100mg) * 28	每 4 周限支付 1 盒，每人限支付 3 盒。
13	雷替曲塞	注射剂	2mg	每 3 周限支付 3 支
14	帕妥珠单抗	注射剂	420mg	第一次限支付 2 支，以后每 3 周限支付 1 支。
15	信迪利单抗	注射剂	100mg	每 3 周限支付 2 支
16	阿来替尼	口服常释剂型	150mg * 224	每 4 周限支付 1 盒
17	呋喹替尼	口服常释剂型	1mg * 21	每 4 周限支付 4 盒
			5mg * 7	每 4 周限支付 3 盒
18	吡咯替尼	口服常释剂型	80mg * 14 80mg * 100 160mg * 28	每 4 周限 10600 元
19	芦可替尼	口服常释剂型	5mg * 60	每月限支付 4 盒
20	奥拉帕利	口服常释剂型	150mg * 56 100mg * 56	每 4 周限 19000 元
21	托法替布	口服常释剂型	5mg * 28	每 4 周限支付 2 盒
22	特立氟胺	口服常释剂型	14mg * 28	每 4 周限支付 1 盒

序号	药品名称	剂 型	规格（盒、支）	限额标准
23	阿达木单抗	注射剂	40mg	类风湿关节炎、强直性脊柱炎：每 2 周限支付 1 支。 斑块状银屑病：第 1 周限支付 2 支，第 2 周起，每 2 周限支付 1 支。
24	奥马珠单抗	注射剂	150mg	每月限支付 4 支
25	地塞米松	玻璃体内植入剂	0.7mg	每次限 5880 元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用)
26	阿柏西普	眼内注射溶液	4mg	每次限 5980 元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用)
27	地拉罗司	口服常释剂型	125mg * 28	每月限支付 11 盒

调整平顶山市定点医药机构重特大疾病相关药品医保支付限额标准

序号	药品名称	剂 型	规格（盒、支）	限额标准
1	曲妥珠单抗	注射剂	440mg	每 3 周限支付 1 支
2	拉帕替尼	口服常释剂型	250mg * 70	每 3 周限支付 2 盒
3	伊马替尼	口服常释剂型	100mg * 60	每月限支付 2 盒（“格列卫”每年限支付 8 盒）
4	硼替佐米	注射剂	3.5mg	多发性骨髓瘤初治患者：第 1—24 周，每周限支付 2 支 第 25—54 周，每周限支付 1 支
				多发性骨髓瘤复发患者：每 3 周限支付 4 支
			1.0mg	套细胞淋巴瘤：每 3 周限支付 4 支
				多发性骨髓瘤初治患者：第 1—24 周，每周限支付 4 支 第 25—54 周，每周限支付 2 支 多发性骨髓瘤复发患者：每 3 周限支付 8 支
5	阿比特龙	口服常释剂型	250mg * 120	套细胞淋巴瘤：每 3 周限支付 8 支 每月限支付 1 盒
6	依维莫司	口服常释剂型	5mg * 30	每月限支付 2 盒
7	来那度胺	口服常释剂型	25mg * 21	每 4 周限支付 1 盒
			10mg * 21	每 4 周限支付 2 盒
			10mg * 28	每 5 周限支付 2 盒
			5mg * 28	每 5 周限支付 1 盒

序号	药品名称	剂 型	规格（盒、支）	限额标准
8	康柏西普	眼用注射液	10mg/ml 0.2ml/支	每次限 6040 元 （含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用）
9	雷珠单抗	注射剂	10mg/ml 0.2ml/支 10mg/ml 0.165ml/支 （预充式）	每次限 5830 元 （含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用）

注：重特大疾病相关药品限定支付范围未调整的，其限额标准仍按原文件执行。

平顶山市门诊特定药品使用申报材料

序号	药品名称	限定支付范围	申报资料
1	麦格司他	限 C 型尼曼匹克病患者。	成纤维细胞 Filipin 染色或基因检查报告单。
2	司来帕格	限 WHO 功能分级 II 级—III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。	右心导管检查或 4 周内相关的影像学检查报告单。
3	罗沙司他	限慢性肾脏病引起贫血的患者。	4 周内肾功能检查和血常规检查报告单。
4	波生坦	32mg/片（分散片）限 3—12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限 WHO 功能分级 II 级—IV 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。	右心导管检查或 4 周内相关的影像学检查报告单。
5	利奥西呱	限以下情况方可支付：1. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的 CTEPH，且（WHO FC）为 II—III 的患者；2. 动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为 II—III 患者的二线用药。	1、右心导管检查或 4 周内相关的影像学检查报告单。2、动脉性肺动脉高压患者既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。
6	马昔腾坦	限 WHO 功能分级 II 级—III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。	右心导管检查或 4 周内相关的影像学检查报告单。
7	沙库巴曲缬沙坦	限慢性心力衰竭（NYHA II—IV 级）患者，首次处方时应射血分数降低的证据。	1、超声心动图检查报告单。2、4 周内胸部 X 线检查报告单。

序号	药品名称	限定支付范围	申报资料
8	贝达喹啉	限耐多药结核患者。	1、4周内胸部影像学检查报告单。2、痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。
9	德拉马尼	限耐多药结核患者。	1、4周内胸部影像学检查报告单。2、痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。
10	艾尔巴韦格拉瑞韦	限经 HCV 基因分型检测确诊为基因 1b 型的慢性丙型肝炎患者。	1、HCV RNA 检查报告单。2、基因分型检查报告单。
11	来迪派韦索磷布韦	限经 HCV 基因分型检测确诊为基因 1b 型的慢性丙型肝炎患者。	1、HCV RNA 检查报告单。2、基因分型检查报告单。
12	索磷布韦维帕他韦	限经 HCV 基因分型检测确诊为基因 1b 型以外的慢性丙型肝炎患者。	1、HCV RNA 检查报告单。2、基因分型检查报告单。
13	雷替曲塞	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过氟尿嘧啶类药物治疗的医嘱或其他使用证据。4、证实为晚期结直肠癌的相关检查报告单。5、氟尿嘧啶类药物不耐受的依据。
14	帕妥珠单抗	限以下情况方可支付，且支付不超过12个月：1. HER2 阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗。2. 具有高复发风险 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。	1、5年内病理组织学报告单。2、免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单。3、4周内影像学检查报告单。4、与曲妥珠单抗同时使用的医嘱或处方。
15	信迪利单抗	限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的患者。	1、5年内病理组织学报告单。2、既往经过二线系统化疗的医嘱或其他使用证据。
16	阿来替尼	限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。	1、5年内病理组织学报告单。2、ALK 基因检查报告单。3、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。

序号	药品名称	限定支付范围	申报资料
17	呋喹替尼	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。4、证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单。
18	吡咯替尼	限表皮生长因子受体2（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。	1、5年内病理组织学报告单。2、免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单。3、证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单。4、既往使用一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。
19	芦可替尼	限中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的患者。	1、5年内骨髓涂片细胞学检查报告单。2、血常规检查报告单。
20	奥拉帕利	限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。	1、5年内病理组织学报告单。2、既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据。3、使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据。4、停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。
21	托法替布	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。	1、既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据。2、使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。
22	特立氟胺	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告单。

序号	药品名称	限定支付范围	申报资料
23	阿达木单抗	限以下情况方可支付：诊断明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3—6 个月疾病活动度下降低于 50% 者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50% 者；并需风湿病专科医师处方。	1、既往使用 DMARDs 治疗 3—6 个月的医嘱或其他使用证据。2、使用 DMARDs 治疗 3—6 个月前后相关实验室或影像学检查报告单。
24	奥马珠单抗	限以下情况方可支付：对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。	1、既往系统性治疗的医嘱或其他证据。2、系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。
25	地塞米松	限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 β_2 —肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性哮喘患者，并需 IgE（免疫球蛋白 E）介导确诊证据。	1、IgE 检查报告单。2、既往使用吸入型糖皮质激素和长效吸入型 β_2 —肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据。3、4 周内胸部影像学或支气管激发试验检查报告单。
		限视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿患者，并应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05—0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付 5 支，每个年度最多支付 2 支。	1、病眼基线矫正视力报告单。2、眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。

序号	药品名称	限定支付范围	申报资料
26	阿柏西普	限以下疾病：1. 50 岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05—0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。	1、病眼基线矫正视力报告单。2、眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。
27	地拉罗司		提供以下资料之一：1、血常规和血红蛋白电泳检查报告单；2、血清铁蛋白检查报告单和既往接受过输血治疗的医嘱。

注：如责任医师根据确诊病历（至少包含病案首页、入院记录、出院记录）、三级医疗机构开具的 3 个月内的疾病诊断证明，及上述申报材料仍不能确定病情是否符合使用条件的，可告知参保人员，让其提供其他就医及检查资料。

调整平顶山市重特大疾病相关药品使用申报材料

序号	药品名称	调整限定支付范围	申报资料
1	曲妥珠单抗	限以下情况方可支付：HER2 阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过 12 个月。	1、5 年内病理组织学报告单。2、免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单。
2	拉帕替尼	限 HER2 过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。	1、免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检测报告单。2、既往使用过蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗等药物的医嘱或使用证据。
3	伊马替尼	限难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者。	1、骨髓涂片细胞学检查报告单。2、染色体分析、PCR 融合基因或 FISH 融合基因检查报告单。3、既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。
4	硼替佐米	限多发性骨髓瘤并满足以下条件：1、每 2 个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。	骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。
		限复发或难治性套细胞淋巴瘤患者，并满足以下条件：1、每 2 个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。	1、5 年内病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检查报告单）或流式细胞学检查报告单。2、既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。
5	阿比特龙	限新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。	1、5 年内病理组织学报告单。2、血清睾酮检查报告单。3、间隔 1 周及以上连续 3 次的前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。

序号	药品名称	调整限定支付范围	申报资料
6	依维莫司	限以下情况方可支付：无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。	1、5年内病理组织学报告单。2、相关的影像学检查报告单。
		限以下情况方可支付：不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。	1、确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单。2、相关影像学检查报告单。
7	来那度胺	限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件：1、每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。	1、骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。2、既往接受过至少一种疗法的治疗的医嘱。
8	康柏西普	限以下疾病：糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。	1、病眼基线矫正视力报告单。2、眼底血管造影、频域节OCT或OCT血管成像检查报告单。

序号	药品名称	调整限定支付范围	申报资料
9	雷珠单抗	限以下疾病：糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05—0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付 9 支，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。	1、病眼基线矫正视力报告单。2、眼底血管造影、频域节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。
10	培唑帕尼	限支付培唑帕尼费用，并符合以下条件者：晚期肾细胞癌患者的一线治疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。	1、5 年内病理组织学报告单。2、4 周内影像学检查报告单。3、证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。

注：1、如责任医师根据确诊病历（至少包含病案首页、入院记录、出院记录）、三级医疗机构开具的 3 个月内的疾病诊断证明，及上述申报材料仍不能确定参保人员病情是否符合使用条件的，可告知参保人员，让其提供其他就医及检查资料。

2、重特大疾病相关药品限定支付范围未调整的，其申报资料仍按原文件执行。

附件 7

平顶山市门诊特定药品、重特大疾病 相关药品使用申请表

姓 名		性 别		年 龄		照片粘贴处
工作单位						
身份证号码			联系电话			
代取药人姓名		代取药人身份证号码				
家庭住址						
是否异地安置		异地安置人员选择医疗机构				
病历摘要（附确诊病历、相关检查单等，既往应用药物的种类、剂量、时间、疗程及疗效等）						
<div>诊断</div> <div>治疗方式<div>药品通用名</div><div>用法用量</div><div>治疗期限</div><div>药品商品名</div><div>年 月 日至 年 月 日</div><div>责任医师签名：</div></div>						
定点医疗机构意见						
<div>定点医疗机构医保科（盖章）</div> <div>年 月 日</div>						

注：代取药人身份证复印件附后。

附件 8

平顶山市门诊特定药品、重特大疾病
相关药品使用领取登记表

定点医疗机构名称：

姓 名		性别		照片粘贴处		代取药人照片粘贴处
联系电话						
身份证号码						
取药时间	药品名称	责任医师 签名	医保办 签名	药房签名	患者 (代取药人) 签名	患者 (代取药人) 指印

注：此表由定点医疗机构保存，签完后可换新页。

附件 9

平顶山市门诊特定药品、重特大疾病 相关药品使用继续治疗申请表

姓名		性别		年龄		身份证号码	
首次治疗时间	年 月 日至 年 月 日					联系电话	
代取药人姓名		代取药人身份证号码					
是否异地安置		异地安置人员选择医疗机构					
继续治疗原因（附首次治疗应用药物的种类、剂量、时间、疗程等，近期评估结果） 							
诊断							
治疗方法		药品通用名			药品商品名		
		用法用量					
治疗期限		年 月 日至 年 月 日					
责任医师签名：							
定点医疗机构意见 定点医疗机构医保科（盖章） 年 月 日							

注：代取药人身份证复印件附后。