

重庆市医疗保障局关于 建立国家医保谈判药品门诊用药保障机制的通知

渝医保发〔2020〕54号

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，我们依据国家医保局、人力资源社会保障部印发的《关于将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>乙类范围的通知》（医保发〔2019〕65号），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，现就建立医保谈判药品门诊用药保障机制相关事宜通知如下。

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，全面贯彻落实党的十九大和十九届二中、三中、四中全会精神，按照“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，探索完善门诊慢性病用药保障机制，增强基本医保门诊保障能力，减轻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（详见附件1，以下简称“国谈门诊保障用药”）；3. 药品范围根据国家药品谈判情况动态更新。

（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（具体条件和名单另行公布）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. 非特病的患者门诊使用国谈门诊保障

用药参照其定点医院门诊特病起付标准收取，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. 特病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。

（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，由国家谈判药品定点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）定点医院。患者取得用药资质后，应在国家谈判药品定点医院中选择 1 所医院作为本人国谈门诊保障用药定点医院，定点医院应为重庆市医疗保险定点医疗机构，卫生行政主管部门认定的二级及以上综合性医院或三级专科医疗机构，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只能选定一家定点医院，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。

（三）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。

（四）定点药店。患者在定点药店购药时，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。

（五）费用结算。1. 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；2. 长期异地居住的参保人员，经异地就医备案后，在异地医疗机构发生的国谈门诊保障用药门诊费用，参照现行门诊特病异地结算办法，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报销。

五、其他事项

（一）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。各区县医保部门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）各区县医保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，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。相关药品企业负责做好国家谈判药品流通、配送等工作。

（三）各区县医保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。要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 2020 年 9 月 15 日起实施。

附件：国谈门诊保障用药

重庆市医疗保障局

2020 年 8 月 25 日

（此件公开发布）

附件

国谈门诊保障用药

| 序号 | 通用名 | 剂型 | 限定支付范围 | 适用病种 | 所需证明材料 |
|----|-------------|--------|---|----------|--|
| 1 | 麦格司他 | 口服常释剂型 | 限 C 型尼曼匹克病患者。 | C 型尼曼匹克病 | 1.病情诊断证明书；2.基因检测显示（NPC1 和/或 NPC2）突变； 3.临床表现；4.血常规。 |
| 2 | 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。 | 肺动脉高压 | 1.病情诊断证明书；2.右心导管检查或至少 2 次超声心动图。 |
| 3 | 重组人凝血因子VIIa | 注射剂 | 限以下情况方可支付：1、凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU 的先天性血友病患者。2、获得性血友病患者。3、先天性 FVII缺乏症患者。4、具有 GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体和既往或现在对血小板 | 先天性血友病 | 1.病情诊断证明书；2.检查报告须符合下列两项：1) 凝血因子 VIII或IX的活性降低，2) 凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU。 |
| | | | | 获得性血友病 | 1.病情诊断证明书；2.凝血因子、凝血功能检查符合获得性血友病。 |

 重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|---|------|--------|--|--------------|--|
| | | | 板输注无效或不佳的血小板无力症患者。 | 先天性 FVII 缺乏症 | 1.病情诊断证明书；2.VII因子活性检测或基因检测报告。 |
| | | | | 血小板无力症 | 1.病情诊断证明书；2.GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体检查报告；3.既往或现在对血小板输注无效或不佳的病史资料。 |
| 4 | 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。 | 肺动脉高压 | 1.病情诊断证明书；2.右心导管检查或 2 次以上超声心动图。 |
| 5 | 罗沙司他 | 口服常释剂型 | 限慢性肾脏病引起贫血的患者。 | 肾性贫血 | 1.病情诊断证明书；2.血常规；3.肾功能检查。 |
| 6 | 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。 | 肺动脉高压 | 1.病情诊断证明书；2.右心导管检查或至少 2 次超声心动图；3.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 的病史资料；4.动脉性肺动脉高压需提供 3 个月以上一线药物治疗病史，提示治疗效果不佳。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|---------|--------|--|-------------------------------|---|
| 7 | 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。 | 肺动脉高压 | 1.病情诊断证明书；2.右心导管检查或至少 2 次超声心动图。 |
| 8 | 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。 | 慢性心力衰竭(NYHA II-IV 级) | 1.病情诊断证明书；2.首次处方提供超声心动图报告。 |
| 9 | 奥曲肽 | 微球注射剂 | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。 | 肢端肥大症 | 1.病情诊断证明书；2.血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1 检测报告；3.影像学检查报告；4.肢端肥大临床表现病历资料。 |
| | | | | 胃、肠、胰内分泌肿瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学或内镜检查报告；4.免疫组织化学标志物检测报告。 |
| 10 | 泊沙康唑 | 口服液体剂 | 限以下情况方可支付：1.预防移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念珠菌感染。2.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。3.接合菌纲类感染。 | 移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者重度粒细胞缺乏 | 1.病情诊断证明书；移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤重度粒细胞缺乏；2.血常规报告。 |
| | | | | 伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌感染 | 1.病情诊断证明书；2.伊曲康唑或氟康唑治疗无效的病史资料；3.口咽念珠菌阳性检查报告。 |
| | | | | 接合菌纲类感染 | 1.病情诊断证明书；2.接合菌纲类感染阳性检查报告。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|----------|--------|---------------------------------|--------|---|
| 11 | 贝达喹啉 | 口服常释剂型 | 限耐多药结核患者。 | 结核病 | 1.病情诊断证明书；2.耐多药结核病的药物敏感性检测报告；3.耐多药的病史资料。 |
| 12 | 德拉马尼 | 口服常释剂型 | 限耐多药结核患者。 | 结核病 | 1.病情诊断证明书；2.耐多药结核病的药物敏感性检测报告；3.耐多药的病史资料。 |
| 13 | 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。 | 慢性丙型肝炎 | 1.病情诊断证明书；2.血常规、肝功能、HCV-RNA、HCV基因分型和病史资料。 |
| 14 | 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。 | 慢性丙型肝炎 | 1.病情诊断证明书；2.血常规、肝功能、HCV-RNA、HCV基因分型和病史资料。 |
| 15 | 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。 | 慢性丙型肝炎 | 1.病情诊断证明书；2.血常规、肝功能、HCV-RNA、HCV基因分型和病史资料。 |
| 16 | 艾考恩丙替 | 口服常释剂型 | 限艾滋病病毒感染。 | 艾滋病 | 1.病情诊断证明书；2.HIV 抗体或抗原检测报告。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|-------|-----|---|-------------|--|
| 17 | 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。 | 结直肠癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.氟尿嘧啶不能耐受病史资料。 |
| 18 | 阿扎胞苷 | 注射剂 | 成年患者中 1.国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危骨髓增生异常综合征（MDS）；2.慢性粒-单核细胞白血病（CMML）；3.按照世界卫生组织（WHO）分类的急性髓系白血病（AML）、骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常的治疗。 | 骨髓增生异常综合征 | 1.病情诊断证明书；2.血常规、骨髓检查报告。 |
| | | | | 慢性粒-单核细胞白血病 | 1.病情诊断证明书；2.血液及骨髓检查报告。 |
| | | | | 急性髓系（性）白血病 | 1.病情诊断证明书；2.血液及骨髓检查报告。 |
| 19 | 西妥昔单抗 | 注射剂 | 限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。 | 转移性结直肠癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.RAS 基因检测报告。 |
| 20 | 贝伐珠单抗 | 注射剂 | 限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。 | 转移性结直肠癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告（无病理学报告时）。 |
| | | | | 非鳞非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告（无病理学报告时）。 |
| 21 | 尼妥珠单抗 | 注射剂 | 限与放疗联合治疗表皮生长因子受体(EGFR)表达阳性的III/IV期鼻咽癌。 | 鼻咽癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.EGFR 阳性表达报告；4.放疗联合治疗方案。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|-------|--------|--|-----------|--|
| 22 | 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。 | 乳腺癌 | 转移性乳腺癌： 1.病情诊断证明书；2.病理学检查或影像学检查报告；3.HER2 阳性表达。 早期乳腺癌： 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达。 |
| | | | | 胃癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达；4.证明为转移性胃癌的影像学或病理学资料。 |
| 23 | 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。 | 乳腺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达；4.新辅助治疗后须有局部晚期、炎性或早期的影像学检查或病历资料；辅助治疗须具有高复发风险早期病历资料。 |
| 24 | 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。 | 经典型霍奇金淋巴瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受过二线系统化疗、复发或难治的病史资料。 |
| 25 | 厄洛替尼 | 口服常释剂型 | 限表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.EGFR 基因检测敏感突变。 |
| 26 | 阿法替尼 | 口服常释剂型 | 1.具有 EGFR 基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过 EGFR-TKI 治疗。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.EGFR 基因检测敏感突变。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|--|--------|---|
| | | | 2.含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。 | 肺鳞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.含铂化疗期间或化疗后疾病进展的病史资料。 |
| 27 | 奥希替尼 | 口服常释剂型 | 限既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.EGFR T790M 突变阳性报告；5.表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展的病史资料。 |
| 28 | 安罗替尼 | 口服常释剂型 | 限既往至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.既往至少接受过 2 种系统化疗出现进展或复发病史资料。 |
| 29 | 克唑替尼 | 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或 ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.符合下列两项之一：（1）生物分子标志物检测 ALK 阳性；（2）生物分子标志物检测 ROS1 阳性(FISH 或 PCR 或 NGS 方法)。 |
| 30 | 塞瑞替尼 | 口服常释剂型 | 接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.克唑替尼治疗后进展或者对克唑替尼不耐受的病史资料；5.生物分子标志物检测 ALK 阳性。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|---|---------|---|
| 31 | 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。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.生物分子标志物检测 ALK 阳性。 |
| 32 | 培唑帕尼 | 口服常释剂型 | 限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。 | 肾细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗的病史证明资料。 |
| 33 | 阿昔替尼 | 口服常释剂型 | 限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人患者。 | 肾细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.肿瘤进展符合 RECIST 标准；4.既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的病史资料。 |
| 34 | 索拉非尼 | 口服常释剂型 | 限以下情况方可支付：1.不能手术的肾细胞癌。 2.不能手术或远处转移的肝细胞癌。3.放射性碘治疗无效的局部复发或转移性、分化型甲状腺癌。 | 肾细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.不能手术的病史资料。 |
| | | | | 肝细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查或影像学报告；3.不能手术的：需提供病史资料；远处转移的：需提供影像学或病理学检查报告。 |
| | | | | 分化型甲状腺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.放射性碘治疗无效局部复发的：需提供病史资料；放射性碘治疗无效转移的：需提供影像学或病理学检查报告。 |
| 35 | 瑞戈非尼 | 口服常释剂型 | 1.肝细胞癌二线治疗；2.转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。 | 肝细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.一线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。 |
| | | | | 转移性结直肠癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|--|-----------|---|
| | | | | 胃肠道间质瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。 |
| 36 | 舒尼替尼 | 口服常释剂型 | 1.不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2.甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；3.不可切除的，转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）成人患者。 | 肾细胞癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.不能手术的病史资料。 |
| | | | | 胃肠间质瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的病史资料。 |
| | | | | 胰腺神经内分泌瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.不可手术切除的病史资料。 |
| 37 | 阿帕替尼 | 口服常释剂型 | 限既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者。 | 胃腺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告 |
| | | | | 胃-食管结合部腺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告。 |
| 38 | 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。 | 结直肠癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告（无病理学报告时）；4.一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|---|-----------|--|
| 39 | 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。 | 乳腺癌 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学或影像学检查; 3.HER2 阳性表达; 4. 一线药物治疗病史资料。 |
| 40 | 尼洛替尼 | 口服常释剂型 | 限治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病 (Ph+ CML) 慢性期成人患者, 或对既往治疗 (包括伊马替尼) 耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病 (Ph+ CML) 慢性期或加速期成人患者。 | 慢性髓性白血病 | 1.病情诊断证明书; 2.血液及骨髓检查报告; 3.费城染色体阳性和 (或) BCR/ABL 融合基因检查阳性; 4.既往接受过治疗 (包括伊马替尼) 出现耐药或不耐受的病史资料。 |
| 41 | 伊布替尼 | 口服常释剂型 | 1.既往至少接受过一种治疗的套细胞淋巴瘤 (MCL) 患者的治疗;2.慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤 (CLL/SLL) 患者的治疗。 | 套细胞淋巴瘤 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学检查报告; 3.既往至少接受过一种治疗的病史资料。 |
| | | | | 慢性淋巴细胞白血病 | 1.病情诊断证明书; 2.血常规; 3.骨髓细胞检查报告。 |
| | | | | 小淋巴细胞淋巴瘤 | 1.病情诊断证明书; 2、病理学检查报告。 |
| 42 | 维莫非尼 | 口服常释剂型 | 治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。 | 黑色素瘤 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学检查报告; 3.影像学检查报告; 4.经 CFDA 批准的检测方法确定 BRAF 检测 V600 突变阳性; 5.不可切除的病史资料。 |
| 43 | 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 | 原发性骨髓纤维化 | 1、病情诊断证明书; 2.骨髓病理学检查。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------------|--------|--|-------------|---|
| | | | 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。 | 继发性骨髓纤维化 | 1、病情诊断证明书；2.骨髓病理学检查；3.继发性骨髓纤维化需提供真性红细胞增多症或原发性血小板增多症病史资料。 |
| 44 | 伊沙佐米 | 口服常释剂型 | 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；3.与来那度胺联合使用时，只支付伊沙佐米或来那度胺中的一种。 | 多发性骨髓瘤 | 1.病情诊断证明书；2.骨髓细胞形态学或病理学检查或M蛋白检查结果；3.符合下列条件之一：贫血、肾功能损害、高钙血症、骨损害、骨髓浆细胞≥60%、受累轻链/非受累轻链>100、PET-CT或核磁共振（MRI）提示病灶>5毫米。 |
| 45 | 培门冬酶 | 注射剂 | 儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。 | 儿童急性淋巴细胞白血病 | 1.病情诊断证明书；2.骨髓检查报告。 |
| 46 | 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。 | 卵巢癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学或影像学检查；3.铂敏感的病史资料。 |
| | | | | 输卵管癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学或影像学检查；3.铂敏感的病史资料。 |
| | | | | 原发性腹膜癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学或影像学检查；3.铂敏感的病史资料。 |
| 47 | 重组人血管内皮抑制素 | 注射剂 | 限晚期非小细胞肺癌患者。 | 非小细胞肺癌 | 1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|--------|--------|--|------------------------|---|
| 48 | 西达本胺 | 口服常释剂型 | 限既往至少接受过 1 次全身化疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤 (PTCL) 患者。 | 复发或难治外周 T 细胞淋巴瘤 (PTCL) | 1.病情诊断证明书; 2.病理学检查; 3.既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的病史资料。 |
| 49 | 硫培非格司亭 | 注射剂 | 限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。 | 重度中性粒细胞减少症 | 1.病情诊断证明书; 2.前次化疗的病史资料; 3.血常规; 4.发热的病历或体温记录资料。 |
| 50 | 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。 | 类风湿性关节炎 | 1.病情诊断证明书; 2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性; 3.传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%病史资料。 |
| 51 | 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。 | 多发性硬化 | 1.病情诊断证明书; 2.影像学(头颅或脊髓 MRI); 3.VEP 或 ABR 或 SEP 电生理检查报告或脑脊液检查报告; 4.常规治疗无效的病史资料。 |
| 52 | 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。 | 肾细胞癌 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学检查; 3.既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的病史资料; 4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告。 |
| | | | | 胰腺神经内分泌瘤 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学检查; 3.不可切除的: 需提供病史资料; 局部晚期或转移性的: 需提供影像学或病理学检查报告; 进展期需提供疾病进展期病历资料。 |
| | | | | 胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤 | 1.病情诊断证明书; 2.无法手术切除的: 需提供病史资料; 局部晚期或转移性的、分化良好的: 需提供影像学或病理学检查报告; 进展期需提供疾病进展期病历资料。 |
| | | | | 肾血管平滑肌脂肪瘤 | 1.病情诊断证明书; 2.病理学或影像学检查; 3.无需立即手术的病史资料。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|--------|-----|---|----------|---|
| | | | | 巨细胞星型细胞瘤 | 1.病情诊断证明书；2.病理学或影像学检查；3.不能手术的病史资料。 |
| 53 | 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。 | 类风湿性关节炎 | 1.病情诊断证明书；2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3.手和腕后前位的 X 片或 CT 或 MRI 显示骨质侵蚀或明确的骨质疏松；4.传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%病史资料。 |
| | | | | 强直性脊柱炎 | 1.病情诊断证明书；2.影像学检查；3.NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%病史资料。 |
| | | | | 斑块状银屑病 | 1.病情诊断证明书；2.临床表现；3.对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块型银屑病病史资料。 |
| 54 | 英夫利西单抗 | 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、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用 | 类风湿性关节炎 | 1.病情诊断证明书；2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3.传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%病史资料。 |
| | | | | 强直性脊柱炎 | 1.病情诊断证明书；2.影像学检查；3.NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%病史资料。 |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|-------|---------|---|-------------------|--|
| | | | 药。3.克罗恩病患者的二线治疗。4.中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。 | 斑块状银屑病 | 1.病情诊断证明书；2.临床表现；3.对环孢霉素、甲氨蝶呤、光化学疗法或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性重度斑块型银屑病病史资料。 |
| | | | | 克罗恩病 | 1.病情证明书； 2.影像学或内镜检查检查报告； 3.病理学检查报告； 4.经传统治疗（糖皮质激素或免疫抑制剂）无效或不能耐受的病史资料 |
| | | | | 溃疡性结肠炎 | 1.病情诊断证明书；2.影像学检查报告；3.sutherland 疾病活动指数提示中、重度活动；4.一线治疗的病史资料。 |
| 55 | 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。 | 过敏性鼻炎 | 1.病情诊断证明书；2.IgE 检测报告；3.经中到大剂量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病史资料；4.中至重度持续性过敏性鼻炎的病史资料。 |
| 56 | 他氟前列素 | 滴眼剂 | | 开角型青光眼 | 1.病情诊断证明书；2.前房角镜报告。 |
| 57 | 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； | 视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿 | 1.病情诊断证明书；2.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）检查报告；3.病眼基线矫正视力 0.05-0.5。 |

 重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|-------|--|-------------|---|
| | | | 4.每眼累计最多支付 5 支，每个年度最多支付 2 支。 | | |
| 58 | 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。 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | 1.病情诊断证明书；2. 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）检查报告；3. 病眼基线矫正视力 0.05-0.5。 |
| | | | | 糖尿病性黄斑水肿 | |
| | | | | 脉络膜新生血管病 | |

 重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|--|-------------|---|
| 59 | 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。 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | 1.病情诊断证明书；2.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）检查报告； 3.病眼基线矫正视力 0.05-0.5。 |
| | | | | 糖尿病性黄斑水肿 | |
| 60 | 雷珠单抗 | 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；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 | 湿性年龄相关性黄斑变性 | 1.病情诊断证明书；2.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）检查报告； 3.病眼基线矫正视力 0.05-0.5。 |
| | | | | 糖尿病性黄斑水肿 | |
| | | | | 脉络膜新生血管病 | |



重庆市医疗保障局规范性文件

| | | | | | |
|----|------|--------|---|---------------------|--|
| | | | 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。 | 视网膜静脉阻塞 (RVO) 的黄斑水肿 | |
| 61 | 地拉罗司 | 口服常释剂型 | | β -地中海贫血 | 1.病情诊断证明书; 2.输血的病史资料; 3.血常规、血红蛋白电泳和 (或) 地贫相关基因检测; 4.血清铁蛋白。 |
| | | | | 输血依赖性疾病所致的铁过载 | 1.病情诊断证明书 (其他输血依赖性疾病: 包括髓系肿瘤、恶性淋巴瘤、再生障碍性贫血、其他遗传性贫血); 2.输血的病史资料; 3.血清铁蛋白。 |