



乌海市医疗保障局文件

乌医保办发〔2020〕38号

乌海市医疗保障局 关于完善基本医疗保险门诊特殊用药 管理工作的通知

各区医疗保障局，市医保中心，各定点医疗机构：

为保障重特大疾病患者用药、方便群众就医、减轻费用负担、节约医保基金、提高医疗资源利用效率，按照《关于完善内蒙古自治区门诊特殊用药管理工作的通知》（内医保办发〔2020〕15号文件要求，经研究决定进一步完善我市医疗保险门诊特殊用药管理，具体事宜通知如下：

一、门诊特殊用药范围

治疗重特大疾病及罕见病等临床必需，疗效确切，治疗周期长，适合门诊或药店供应保障，已通过谈判机制纳入国家基本医疗保险支付范围，尚未纳入门诊慢性病保障范围或保障不足的药品。第一批门诊特殊用药品种及限制使用范围等详见附件。市医疗保障局将根据自治区相关政策及时调整门诊特殊用药范围。

二、保障对象

参加乌海市基本医疗保险，符合门诊特殊用药使用限定支付范围的患者。

三、待遇标准

门诊特殊用药定点医疗机构暂定为我市二级及以上医疗机构。门诊特殊用药年度起付标准为三级医院 800 元、二级医院 700 元，一个年度内发生的统筹基金起付标准以上，最高支付限额以下由统筹基金支付的费用，城镇职工按 75%、城乡居民按 65% 支付。门诊用药管理药品支付费用纳入我市基本与大额互助医疗年度最高支付限额管理，个人自付部分不纳入大病保险报销范围，患者住院期间不能重复享受门诊慢性病及门诊特殊用药相关待遇。门诊用药管理药品待遇标准将根据自治区相关政策、基金运行情况、筹资水平等因素适时调整。参保患者因治疗所需按规定申请获得药品生产企业或慈善合作机构无偿提供的药品，由生产企业负责落实，医疗保险不再支付相关费用。

四、服务管理

（一）实行门诊特殊用药待遇资格备案制。参保患者经诊断确需使用门诊特殊用药治疗，须向市区医保经办机构提出申请，资格审核通过后，可享受门诊特殊用药待遇，下一年度无变更用药的患者可以继续享受门诊特殊用药待遇。参保患者一个医保结算年度内因治疗必须更换门诊特殊用药或同时使用两种及两种以上门诊特殊用药，应重新进行待遇资格备案，经审核同意后相关门诊特殊用药费用纳入具体医保支付。异地就医患者暂不享受门诊特殊用药待遇。

（二）实行门诊特殊用药责任医师负责制。门诊特殊用药责任医师由定点医疗机构报医保经办机构备案同意，由二级及以上医疗机构相关专业中级以上职称的医师担任。门诊特殊用药责任医师的分布和数量要综合考虑参保患者就医便捷性和医保管理需要合理确定。责任医师负责对参保患者治疗各阶段的医疗服务，包括诊断、开具处方、随诊跟踪；负责参保患者病情发展后续用药的评估确认；负责对参保患者门诊特殊用药治疗流程的宣教、咨询。门诊特殊用药责任医师在接诊过程中应认真核对参保患者身份，做到人、证、卡相符，真实记录病情、开药时间和剂量等。

五、工作要求

（一）医保经办机构要按照自治区要求建立参保人员门诊特殊用药待遇准入、退出机制，市区医保经办机构落实门诊特殊用药责任医师制，及时受理患者申请，缩短审核备案

周期，方便参保患者就医用药。

（二）门诊特殊用药需严格按照《国家医保局、国家卫生健康委关于做好 2019 年国家医保谈判药品落地工作的通知》（医保发〔2019〕73 号）中规定的适应症、支付标准，以及药品使用说明书规定用量予以支付。

（三）门诊特殊用药费用暂不计入医疗机构医保费用总额控制指标。

（四）市区医疗保障局及医保经办机构要加大宣传力度，提升政策知晓度，做好政策解释工作。

本通知自印发之日起执行。

附件：内蒙古自治区第一批门诊特殊用药目录



附件

内蒙古自治区第一批门诊特殊用药目录

序号	药品名称	剂型	限制使用范围	协议有效期
1	甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠	注射剂	限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
2	精氨酸谷氨酸	注射剂	限肝性脑病。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
3	麦格司他	口服常释剂型	限 C 型尼曼匹克病患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
4	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
5	罗沙司他	口服常释剂型	限慢性肾脏病引起贫血的患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
8	奥曲肽	微球注射剂	限肢端肥大症，按说明书用药。	2019 年 1 月 1 日至 2020 年 12 月 31 日
9	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限制使用范围	协议有效期
10	德拉马尼	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
11	丙酚替诺福韦	口服常释剂型	限慢性乙型肝炎患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
12	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
13	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
14	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
15	艾考恩丙替	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
16	重组细胞因子基因 衍生蛋白	注射剂	限 HBeAg 阳性的慢性乙型肝炎患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
17	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 个月疾病活动度降低于 50%者， 并需风湿病专科医师处方。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
18	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
19	依维莫司	口服常释剂型	限以下情况方可支付：1.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。2.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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限制使用范围	协议有效期
20	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
21	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
22	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哮喘患者，并需 IgE（免疫球蛋白 E）介导确诊证据。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
23	他氟前列素	滴眼剂		2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
24	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
25	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限制使用范围	协议有效期
26	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
27	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
28	地拉罗司	口服常释剂型	限铁质积聚症。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
29	司维拉姆	口服常释剂型	限透析患者高磷血症。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
30	碳酸镧	咀嚼片	限透析患者高磷血症。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日

(此页无正文)

