

# 泉州市医疗保障局文件

泉医保〔2023〕29号

---

## 泉州市医疗保障局关于执行 第四批医保药品单列门诊统筹支付的通知

各县（市、区）医保分局，市医疗保障基金中心：

根据《福建省医疗保障局关于第四批医保药品单列门诊统筹支付的通知》（闽医保〔2023〕27号）精神，自2023年4月1日起，第四批新增曲前列尼尔注射液等16个医保药品纳入单列门诊统筹支付范围，医保支付政策按照《泉州市医疗保障局转发福建省医疗保障局关于部分医保药品单列门诊统筹支付的通知》（泉医保〔2020〕136号）和《泉州市人民政府办公室关于印发泉州市职工基本医疗保险门诊共济保障机制管理规定的通知》（泉政办〔2022〕14号）规定执行。

各县（市、区）医保分局和市医保中心要加强医保用药管理，促进单列门诊统筹支付医保药品规范、合理使用。

附件：单列门诊统筹支付的医保药品（第四批）

泉州市医疗保障局

2023 年 3 月 23 日

（此件主动公开）

## 单列门诊统筹支付的医保药品（第四批）

| 序号 | 药品名称              | 药品类别 | 限定支付范围                                                                                  |
|----|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | 曲前列尼尔注射液          | 西药   | 限肺动脉高压 (PAH, WHO分类1)。                                                                   |
| 2  | 奥法妥木单抗注射液         | 西药   | 限成人复发型多发性硬化 (RMS)。                                                                      |
| 3  | 富马酸二甲酯肠溶胶囊        | 西药   | 限成人复发型多发性硬化 (RMS)。                                                                      |
| 4  | 利鲁唑口服混悬液          | 西药   | 限肌萎缩侧索硬化 (ALS)。                                                                         |
| 5  | 拉那利尤单抗注射液         | 西药   | 限12岁及以上患者预防遗传性血管性水肿 (HAE) 发作。                                                           |
| 6  | 利司扑兰口服溶液用散        | 西药   | 限2月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症 (SMA)。                                                                |
| 7  | 注射用罗普司亭           | 西药   | 限对其他治疗 (例如皮质类固醇、免疫球蛋白) 治疗反应不佳的成人 ( $\geq 18$ 周岁) 慢性原发免疫性血小板减少症 (ITP) 患者。                |
| 8  | 古塞奇尤单抗注射液         | 西药   | 限适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病。                                                                   |
| 9  | 阿布昔替尼片            | 西药   | 限其他系统治疗 (如激素或生物制剂) 应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮炎成人患者。                                       |
| 10 | 达依泊汀 $\alpha$ 注射液 | 西药   | 限接受血液透析的成人慢性肾脏病患者 (CKD) 的贫血。                                                            |
| 11 | 乌帕替尼缓释片           | 西药   | 限: 1. 12岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗;<br>2. 活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗;<br>3. 中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗。 |

| 序号 | 药品名称      | 药品类别 | 限定支付范围                                                                                                                                    |
|----|-----------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 | 阿普米司特片    | 西药   | 限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。                                                                                                         |
| 13 | 美泊利珠单抗注射液 | 西药   |                                                                                                                                           |
| 14 | 伊奈利珠单抗注射液 | 西药   | 限抗水通道蛋白4 (AQP4) 抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病 (NMOSD) 成人患者。                                                                                             |
| 15 | 注射用罗特西普   | 西药   | 限β-地中海贫血成人患者。<br>限职工医保单列门诊统筹支付，居民医保按门诊特殊病种待遇执行。                                                                                           |
| 16 | 注射用奥马珠单抗  | 西药   | 限：1. 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β <sub>2</sub> -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)介导确证证据；2. H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。 |

