

甘肃省医疗保障局

甘医保函〔2026〕70号

关于转发《国家医疗保障局医药服务管理司关于医保目录内部分药品支付范围论证结果》的通知

各市州、甘肃矿区医疗保障局，长庆油田社保中心，省医保服务中心：

现将国家医疗保障局医药服务管理司《关于医保目录内部分药品支付范围论证结果的函》（医保医药函〔2026〕10号）转发你们，请遵照执行。



（公开属性：主动公开）

国家医疗保障局司便函

医保医药函〔2026〕1号

医药服务管理司关于医保目录内部分药品支付范围论证结果的函

(2026年第一批)

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局：

2025年版《国家基本医疗保险、生育保险和工伤保险药品目录》发布后，我司陆续收到部分药品支付范围界定问题的反馈。为此，我司会同基金监管司、医保中心组织专家，对反映较多的部分药品支付范围进行了论证，现将有关事项通知如下：

一、目录药品支付范围把握上的共性问题

(一) 维持治疗是否报销的问题

目录内部分药品说明书适应症有明确联合用药方案，但联合用药后的维持治疗可能与适应症项下的表述有所不同，如维持治疗方案符合该药品说明书的表述（多数在“用法用量”部分，但不限于），医保基金可予以支付。

例如：信迪利单抗注射液、替雷利珠单抗注射液等PD-1类药品

信迪利单抗用于治疗非鳞状非小细胞肺癌时，医保支付范围

和说明书适应症一致，均为“联合培美曲塞和铂类化疗，用于表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗”，说明书“推荐剂量”部分表述为“联合培美曲塞和铂类化疗联合治疗4个周期之后，接受信迪利单抗联合培美曲塞维持治疗，直至疾病进展或出现不可耐受的毒性”，如维持治疗符合说明书，医保基金可予以支付。

替雷利珠单抗用于治疗食管鳞状细胞癌时，医保支付范围和说明书适应症一致，均为“联合紫杉醇和铂类药物或含氟尿嘧啶类和铂类药物用于不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的一线治疗”，说明书“推荐剂量”部分表述为“联合铂类和氟尿嘧啶类或铂类和紫杉醇治疗，持续直至疾病进展或出现不可耐受的毒性，铂类药物可在6个周期后停止，非铂类药物(氟尿嘧啶类或紫杉醇)可根据需要继续给药”，如维持治疗符合说明书，医保基金可予以支付。

特瑞普利单抗和卡瑞利珠单抗等也存在类似情况，可参考以上执行。

(二) 不同药品联用时说明书适应症不一致的问题

由于不同药品获批时间不同，说明书适应症范围描述可能不一致。联合用药方案一般以最新批准的药品说明书为准，如果联合用药方案中的其他药品未获批该适应症，但联合用药方案的批准已经证明其适应症的合法性，应当视为符合说明书规定，费用

可按规定报销（目录外药品及目录内有明确医保支付限定的药品除外）。即 A 药说明书写明可以与 B 药联用治疗某种疾病，虽然 B 药本身的说明书未写明可以与 A 联用，或者未写明可以治疗该疾病，但 AB 联用治疗该疾病视为符合说明书，如该适应症在医保支付范围内，A、B 均可予以支付。

例如：注射用维泊妥珠单抗与利妥昔单抗注射液等药物联用依据维泊妥珠单抗的药品说明书，可联合利妥昔单抗、环磷酰胺、多柔比星和泼尼松（R-CHP）治疗既往未经治疗的弥漫大 B 细胞淋巴瘤，而 R-CHP 方案中的利妥昔单抗等药物由于获批较早且为多家企业生产，适应症表述可能与维泊妥珠单抗不一致，如利妥昔单抗说明书中治疗弥漫大 B 细胞淋巴瘤是与标准 CHOP 化疗（环磷酰胺、多柔比星、长春新碱、泼尼松）联用，此种情况，在实际临床用药中认可维泊妥珠单抗的说明书，利妥昔单抗等可按规定支付。

（三）实际联合用药或单药方案与说明书或医保支付范围不一致的问题

由于临床实际情况较为复杂，在符合说明书适应症及医保支付范围的相关诊断的前提下，可能出现实际联合用药或单药方案与说明书或医保支付范围不完全一致的情况，但不同情形是否合理合规无法形成一致性意见，各地可暂按现有规定执行，我们将针对具体情况组织专家按照“一事一议”的方式，形成统一意见后下发。

二、部分品种的具体支付范围问题

（一）乌帕替尼缓释片用于“二线治疗”和“中度至重度活动性”疾病的支付范围问题

乌帕替尼用于难治性/中重度特应性皮炎、活动性银屑病关节炎、中重度活动性类风湿关节炎的二线治疗，其中的“二线治疗”是指经系统性治疗（如激素、生物制剂、DMARDs等）后，患者应答不佳或不耐受，使用乌帕替尼进行治疗。需要注意的是，如果经系统性治疗后使用乌帕替尼的同类药物（如阿布昔替尼）进行二线治疗，但因应答不佳或不耐受等原因换用乌帕替尼，也视为“二线治疗”，符合支付条件。医保基金不予支付的情形是：患者使用非甾体类抗炎药等进行对症治疗后即使用乌帕替尼，不视为二线治疗。

乌帕替尼用于治疗中度至重度活动性溃疡性结肠炎/克罗恩病时，“中度至重度活动性”参考相关指南已有明确的诊断要求（《中国溃疡性结肠炎诊治指南（2023年）》《中国克罗恩病诊治指南（2023年）》等），如符合相关疾病诊断，可按规定报销。同时在乌帕替尼说明书用法用量部分，明确了治疗过程包括诱导治疗和维持治疗，如符合说明书治疗方案用药，基金也可予以支付。

（二）巴瑞替尼片用于类风湿关节炎的支付范围问题

巴瑞替尼用于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，应同时满足以下条件，医

保基金可予以支付：（1）需经过传统抗风湿治疗；（2）治疗时间需达 3-6 个月；（3）治疗效果不佳或不耐受。

（三）注射用维泊妥珠单抗用于“既往未经治疗”的支付范围问题

维泊妥珠单抗限定用于“既往未经治疗的弥漫大 B 细胞淋巴瘤 (DLBCL) 成人患者”，其中“既往未经治疗”是指未经过系统性治疗，即未经标准淋巴瘤化疗（如 R-CHOP、R-CHP 等含有蒽环类的治疗方案）。如果患者既往使用过标准化疗后再使用维泊妥珠单抗，或已经开始标准化疗但未达治疗疗程转换为维泊妥珠单抗，不符合报销条件。

三、其他说明事项

对医保支付范围的解释从本文件印发之日起施行，前期各省具体经办过程中与本文件不一致的，不予追溯。各地在执行中遇有相关问题，应及时向我司反映。

联系人：唐一楠，涂继莹

电 话：010-89061228，89061321



（抄送基金监管司、医保中心）

甘肃省医疗保障局办公室

2026年4月23日印发
