

陕医保发〔2021〕19号

陕西省医疗保障局 关于调整陕西省基本医疗保险 特殊药品范围的通知

各市（区）医疗保障局：

为加强特殊药品使用管理，根据《关于印发〈陕西省基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）〉的通知》精神，结合我省基本医疗保险药品目录分类支付管理实际，经专家论证，现就调整我省特殊药品范围等事项通知如下：

一、调整药品分类

（一）将维得利珠单抗等目录内药品（附件1）纳入我省基本

医疗保险特殊药品管理范围。

(二) 将硫培非格司亭等目录内药品(附件2)调出特殊药品管理范围,本文件印发前已完成特殊药品备案手续的患者继续享受特药待遇至备案周期结束。

(三) 未纳入特殊药品管理的其他国家谈判药品(附件3)按普通乙类管理。

二、优化服务管理

(一) 实行省内特殊药品定点医药机构资格互认。符合条件的省内异地就医人员,在就医地特殊药品定点医药机构住院或门诊使用特殊药品的,按参保地政策报销,具体办法由各统筹地区制定。有条件的统筹地区可借助异地就医结算平台,探索推进特殊药品省内异地门诊直接结算。

(二) 优化特殊药品“三定”管理办法。各统筹地区要根据药品适应症、使用范围、年治疗费用等情况,结合经办机构信息系统实际,合理确定相关管理办法,对二级、三级医院均有使用的特殊药品可适当扩大特殊药品定点医药机构和责任医师范围,方便患者就近就医购药。对特殊药品定点医疗机构按规定采购、配备,参保患者住院使用特殊药品的,可由医疗机构医保部门负责审核报销。

(三) 开展“互联网+”特殊药品医保支付服务。参保患者在统筹地区内已签订“互联网+”医疗服务医保补充协议的特殊药品定点医疗机构复诊并开具处方发生特殊药品费用和复诊处方流转至定

点零售药店等其指定的第三方机构发生的特殊药品费用，比照线下医保规定的支付标准和政策支持。

三、切实保障待遇

（一）各统筹地区可根据医保基金承受能力确定特殊药品个人先行自付比例后按固定比例报销，原则上个人自付比例不超过30%，政策范围内报销比例职工医保不低于60%，城乡居民不低于50%。对基本医保报销后的个人负担部分，各地要充分发挥多层次医疗保障体系作用，将其纳入职工大额医疗补助、公务员医疗补助和城乡居民大病保险支付范围，更好减轻群众费用负担。

（二）参保患者因病情需要或按药品目录支付范围规定需使用2种及以上特殊药品的，经两名或以上特殊药品责任医师评估后，按特殊药品规定报销。

（三）各统筹地区要严格执行特殊药品管理范围和支付政策，不得自行调整纳入特殊药品管理范围的药品，也不得通过单设起付线、支付限额等降低参保患者特殊药品医保待遇。

四、加快工作进度

各统筹地区要高度重视医保特殊药品支付管理工作，加强组织领导，层层落实责任，确保相关部署落到实处，切实保障参保患者医保权益。4月15日前各统筹地区医保部门要按照本通知要求，调整本地区特殊药品范围，完善相关管理办法和支付政策并向社会公布。要按照统筹基金支付费用，经办机构必审的原则出台特殊药品

经办规程，确保参保患者及时享受特殊药品医保待遇。落实过程中，遇有重大问题向省医疗保障局报告。

- 附件：1. 陕西省基本医疗保险特殊药品
2. 调出特殊管理范围药品
3. 按普通乙类管理国家谈判药品

陕西省医疗保障局

2021年4月1日

（此件公开）

附件1

陕西省基本医疗保障特殊药品

		支付范围限制	
序号	药品名称	剂型	
1	麦格司他	口服常释剂型	限C型尼曼匹克病患者。
2	维得利珠单抗	注射剂	限中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。
3	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。
4	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的抑制剂>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OPPIIb-IIIa和/或IIIA抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。
5	阿伐曲泊帕	口服常释剂型	限择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者。
6	罗沙司他	口服常释剂型	限慢性肾脏病引起贫血的患者。
7	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。
8	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。
9	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。
10	度普利尤单抗	注射剂	限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
11	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。
12	兰瑞肽	缓释注射剂（预充式）	限肢端肥大症，按说明书用药。
13	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。
14	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐药结核患者。
15	德拉马尼	口服常释剂型	限耐药结核患者。
16	丙酚替诺福韦	口服常释剂型	限慢性乙型肝炎患者。
17	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。
18	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。
19	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。
20	可洛派韦	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。
21	艾考恩丙替	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。
22	奈韦拉平齐多拉米双夫定	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
23	艾博韦泰	注射剂	限艾滋病病毒感染。
24	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。
25	西妥昔单抗	注射剂	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。
26	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。
27	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。
28	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。
29	伊尼妥单抗	注射剂	限HER2阳性的转移性乳腺癌；与长春瑞滨联合治疗已接受过1个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。
30	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。
31	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。
32	替雷利珠单抗	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治疗；PD-L1高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。
33	特瑞普利单抗	注射剂	限既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。

支付范围限制			
序号	药品名称	剂型	支付范围限制
34	卡瑞利珠单抗	注射剂	限1. 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患者的治疗。2. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗。3. 联合培美曲塞和卡铂适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）阴性的、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）的一线治疗。4. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗。
35	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。
36	氟马替尼	口服常释剂型	限费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期成人患者。
37	奥希替尼	口服常释剂型	限表皮生长因子受体（EGFR）外显子19缺失或外显子21（L858R）置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者的一线治疗；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的治疗。
38	阿美替尼	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。
39	安罗替尼	口服常释剂型	限1. 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。2. 既往至少接受过2种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者。3. 腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类药物或其他晚期复发或其他晚期复发的其他晚期复发软组织肉瘤患者。
40	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。
41	塞瑞替尼	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（NSCLC）患者的治疗。
42	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。
43	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。
44	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。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
45	索拉非尼	口服常释剂型	限以下情况可支付：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。
46	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。
47	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癌或胃-食管结合部腺癌患者。
48	吡唑替尼	口服常释剂型	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。
49	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。
50	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。
51	伊布替尼	口服常释剂型	限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；3. 华氏巨球蛋白血症患者的治疗，按说明书用药。
52	泽布替尼	口服常释剂型	限：1. 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤 (MCL) 患者。2. 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病 (CLL) / 小淋巴细胞淋巴瘤 (SLL) 患者。
53	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。
54	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。
55	曲美替尼	口服常释剂型	限1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤；联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗；联合甲磺酸达拉非尼适用于BRAF V600 突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
56	达拉非尼	口服常释剂型	限1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤；联合曲美替尼适用于治疗BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗；联合曲美替尼适用于BRAF V600 突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
57	仑伐替尼	口服常释剂型	限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。
58	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。
59	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。
60	奥拉帕利	口服常释剂型	限携带胚系或体细胞BRCA突变的（gBRCAm或sBRCAm）晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；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。
61	重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。
62	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。
63	恩扎卢胺	口服常释剂型	限雄激素剥夺治疗（ADT）失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）成年患者的治疗。
64	尼拉帕利	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成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
65	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。
66	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。
67	西尼莫德	口服常释剂型	限成人复发型多发性硬化的患者。
68	芬戈莫德	口服常释剂型	限10岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。

支付范围限制			
序号	药品名称	剂型	支付范围限制
69	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）进展期髓样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。
70	巴瑞替尼	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。
71	贝利尤单抗	注射剂	限与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。
72	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。
73	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、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的一线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。
74	依那西普	注射剂	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；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。
75	司库奇尤单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1. 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. 对传统治疗无效、有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。
76	尼达尼布	口服常释剂型	限特发性肺纤维化（IPF）或系统性硬化病相关间质性肺疾病（SSc-ILD）患者。
77	吡仑泊奈	口服常释剂型	
78	鲁拉西酮	口服常释剂型	
79	氟丁苯那唑	口服常释剂型	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
80	棕榈柏利哌酮酯 (3M)	注射剂	限接受过棕榈酸柏利哌酮注射液(1个月剂型)至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。
81	依达拉奉氯化钠	注射剂	限肌萎缩侧索硬化(ALS)的患者。
82	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。
83	他氟前列素	滴眼剂	
84	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.首次处方时病眼最佳矫正视力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。
85	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.首次处方时病眼最佳矫正视力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。
86	阿柏西普	眼内注射液	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。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.首次处方时病眼最佳矫正视力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。
87	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.首次处方时病眼最佳矫正视力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。
88	地拉罗司	口服常释剂型	
89	司维拉姆	口服常释剂型	限透析患者高磷血症。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
90	碳酸镧	咀嚼片	限透析患者高磷血症。
91	布南色林	口服常释剂型	
92	复方黄黛片		限初治的急性早幼粒细胞白血病。
93	食道平散		限中晚期食道癌所致食管狭窄便秘的患者。
94	参一胶囊		限原发性肺癌、肝癌化疗期间使用。
95	安立生坦	口服常释剂型	
96	吡非尼酮	口服常释剂型	限特发性肺纤维化
97	帕利哌酮	注射剂	限不配合口服给药患者
98	利妥昔单抗	注射剂	限复发或耐药的滤泡性中央型淋巴瘤(国际工作分类B、C和D亚型的B细胞非霍奇金淋巴瘤), CD20阳性III-IV期滤泡性非霍奇金淋巴瘤, CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤; 支付不超过8个疗程。
99	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。
100	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。
101	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。

		支付范围限制	
序号	药品名称	剂型	
102	重组人凝血因子VIII	注射剂	限儿童甲(A)型血友病;成人甲(A)型血友病限出血时使用
103	重组人凝血因子IX	注射剂	限儿童乙(B)型血友病;成人乙(B)型血友病限出血时使用
104	艾曲泊帕乙醇胺	口服常释剂型	限既往对糖皮质激素、免疫球蛋白治疗无效的特发性血小板减少症
105	咪唑立宾	口服常释剂型	限器官移植后的排斥反应
106	吗替麦考酚酯	口服常释剂型	限器官移植后的抗排斥反应和III-V型狼疮性肾炎的患者
107	麦考酚钠	口服常释剂型	限器官移植后的抗排斥反应
108	西罗莫司	口服常释剂型	限器官移植后的抗排斥反应
109	比卡鲁胺	口服常释剂型	
110	氟他胺	口服常释剂型	
111	雌莫司汀	口服常释剂型	
112	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	注射剂	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;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。限成人重度斑块状银屑病。
113	戈利木单抗	注射剂	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;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。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
114	托珠单抗	注射剂	限全身幼年特发性关节炎的二线治疗；限诊断明确的风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者。
115	吉非替尼	口服常释剂型	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
116	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；胃肠道间质瘤患者。
117	埃克替尼	口服常释剂型	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
118	达沙替尼	口服常释剂型	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者
119	培美曲塞	注射剂	限局部晚期或转移性非鳞状细胞型非小细胞肺癌；恶性胸膜间皮瘤
120	阿扎胞苷	注射剂	限成年患者中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。
121	阿法替尼	口服常释剂型	限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。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。
122	舒尼替尼	口服常释剂型	限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道间质瘤（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。
123	利鲁唑	口服常释剂型	
124	地诺孕素	口服常释剂型	
125	地舒单抗	注射剂 120mg（1.7ml）/瓶	限不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
126	氟维司群	注射剂	限芳香化酶抑制剂治疗失败后的晚期、激素受体（ER/PR）阳性乳腺癌治疗。

附件2

调出特殊管理范围药品

序号	药品名称	剂型	支付范围限制	分类
1	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。	乙类
2	人凝血因子VIII	注射剂		甲类

按普通乙类管理国家谈判药品

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
1	艾普拉唑	注射剂	限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者。
2	伏诺拉生	口服常释剂型	限反流性食管炎的患者。
3	多拉司琼	注射剂	限放疗化疗且吞咽困难患者。
4	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。
5	精氨酸谷氨酸	注射剂	限肝性脑病。
6	门冬氨酸鸟氨酸	颗粒剂	限肝性脑病。
7	利那洛肽	口服常释剂型	限成人便秘型肠易激综合征 (IBS-C)。
8	德谷门冬双胰岛素	注射剂	限其他胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者。
9	阿卡波糖	咀嚼片	

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
10	艾塞那肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
11	利拉鲁肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
12	利司那肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
13	贝那鲁肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
14	度拉糖肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
15	聚乙二醇洛塞那肽	注射剂	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI \geq 25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
16	达格列净	口服常释剂型	限二线用药。
17	恩格列净	口服常释剂型	限二线用药。
18	卡格列净	口服常释剂型	限二线用药。
19	艾托格列净	口服常释剂型	限二线用药。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
20	乙酰左卡尼汀	口服常释剂型	限临床确诊的糖尿病周围神经病变患者。
21	铝镁匹林(II)	口服常释剂型	
22	重组人组织型纤溶酶原激活物	注射剂	限急性心肌梗死发病12小时内使用。
23	重组人尿激酶原	注射剂	限急性心肌梗死发病12小时内使用。
24	阿替普酶	注射剂	限急性心肌梗死发病12小时内、脑梗死发病3小时内的溶栓治疗，超过说明书规定用药时限的不予支付。
25	重组人TNK组织型纤溶酶原激活剂	注射剂	限急性心肌梗死发病6小时内使用。
26	艾多沙班	口服常释剂型	限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。
27	重组人血小板生成素	注射剂	限实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症或特发性血小板减少性紫癜。
28	尖吻蝮蛇血凝酶	注射剂	限出血性疾病治疗的二线用药；预防使用不予支付。
29	羟乙淀粉130/0.4电解质	注射剂	限低容量性休克或手术创伤、烧伤等引起的显著低容量患者。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
30	多种油脂防乳(C6~24)	注射剂	限经营养风险筛查,明确具有营养风险的肝功能不全(严重肝功能不全者除外)患者的二线用药。消化道有功能患者使用时不予支付。
31	复方氨基酸(18AA-V-SF)	注射剂	限经营养风险筛查,明确具有营养风险的患者。消化道有功能患者使用时不予支付。
32	复方氨基酸(14AA-SF)	注射剂	限需经营养风险筛查,明确具有营养风险,且不能经饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的住院儿童患者方予支付。
33	奥普力农	注射剂	限其他药物治疗不佳的急性心力衰竭的短期静脉治疗。
34	重组人脑利纳肽	注射剂	限二級及以上医疗机构用于规范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗,单次住院支付不超过3天。
35	丹参酮IIA	注射剂	限明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者,支付不超过14天
36	阿利沙坦脂	口服常释剂型	
37	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。
38	本维莫德	乳膏剂	限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的二线治疗,需按说明书用药。
39	米拉贝隆	缓释控释剂型	

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
40	奈诺沙星	口服常释剂型	限二线用药。
41	西他沙星	口服常释剂型	限二线用药。
42	小儿法罗培南	颗粒剂	限头孢菌素耐药或重症感染儿童患者。
43	头孢托仑匹酯	颗粒剂	限儿童患者。
44	吗啉硝唑氯化钠	注射剂	限二线用药。
45	重组细胞因子基因衍生蛋白	注射剂	限HBsAg阳性的慢性乙型肝炎患者。
46	阿比多尔	颗粒剂	限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。
47	法维拉韦(法匹拉韦)	口服常释剂型	限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。
48	紫杉醇	脂质体注射剂	限1. 卵巢癌的一线化疗及以后卵巢转移性癌的治疗、作为一线化疗,也可与顺铂联合应用; 2. 用于曾用过含阿霉素标准化疗的乳腺癌患者的后续治疗或复发患者的治疗。3. 可与顺铂联合用于不能手术或放疗的非小细胞肺癌患者的一线化疗。
49	戈舍瑞林	缓释植入剂	

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
50	艾司氟烷酮	注射剂	限用于与镇静麻醉药联合诱导和实施全身麻醉。
51	利多卡因	凝胶贴膏	限带状疱疹患者。
52	噻硫平	缓释控释剂型	
53	水合氯醛	灌肠剂	限儿童。
54	帕罗西汀	肠溶缓释片	
55	尤瑞克林	注射剂	限新发的急性中度缺血性脑卒中患者，应在发作48小时内开始使用，支付不超过21天。
56	依达拉奉右莰醇	注射剂	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。
57	丁苯酞	口服常释剂型	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作72小时内开始使用，支付不超过20天。
58	丁苯酞氯化钠	注射剂	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。
59	乌美溴铵维兰特罗	吸入粉雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
60	布达特罗格隆溴铵	吸入粉雾剂用胶囊	限中重度慢性阻塞性肺病。
61	格隆溴铵福莫特罗	吸入气雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。
62	布地格福	吸入气雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。
63	氟替美维	吸入粉雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。
64	左沙丁胺醇	雾化吸入溶液	
65	丙卡特罗	粉雾剂	
66	布林佐胺噻吗洛尔	滴眼剂	限二线用药。
67	布林佐胺莫旦定	滴眼剂	限二线用药。
68	乳特醇	注射剂	
69	乳布醇	注射剂	

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
70	牛黄清感胶囊		
71	柴苓清宁胶囊		
72	疏清颗粒		
73	芪黄通便软胶囊		
74	清胃止痛微丸		
75	熊胆舒肝利胆胶囊		
76	冬凌草滴丸		限放疗后急性咽喉炎的轻症患者。
77	金银花口服液		
78	热炎宁合剂		
79	蓝岑口服液		▲

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
80	痰热清胶囊		
81	鸡骨草胶囊		
82	利胆止痛胶囊		
83	五味苕参肠溶胶囊		
84	小儿荆杏止咳颗粒		
85	莲花清咳片		
86	金花清感颗粒		
87	麻杏消咳颗粒		
88	射麻口服液		
89	小儿牛黄清心散		限高热神昏的急救、抢救时使用。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
90	缓痛止泻软胶囊		
91	甘海胃康胶囊		
92	百令胶囊		▲；限器官移植抗排斥、肾功能衰竭及肺纤维化。
93	参乌益肾片		慢性肾衰竭患者。
94	芪黄颗粒		
95	桑枝总生物碱片		
96	通脉降糖胶囊		
97	参龙宁心胶囊		限冠心病和成年人恢复期病毒性心肌炎出现的轻度或中度室性过早搏动见上述证候者。
98	注射用益气复脉(冻干)		限二级及以上医疗机构冠心病心绞痛及冠心病所致左心功能不全II-III级的患者，单次住院最多支付14天。
99	八味芪龙颗粒		限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期患者。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
100	杜蛭丸		限中风病中经络恢复期患者。
101	脑心安胶囊		限中重度脑梗塞、冠心病心绞痛患者。
102	芪丹通络颗粒		
103	芪芎通络胶囊		限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期患者。
104	心脉隆注射液		限二級及以上医疗机构慢性心力衰竭患者。
105	藜藜皂苷胶囊		限中风病中经络（轻中度脑梗死）恢复期患者。
106	丹红注射液		限二級及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的重症抢救患者。
107	蛭蛇通络胶囊		限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期气虚血瘀证。
108	西红花总苷片		限化疗产生心脏毒性引起的心绞痛患者。
109	注射用丹参多酚酸		限二級及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
110	注射用丹参多酚酸盐		限二级及以上医疗机构并有明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者。
111	血必净注射液		限二级及以上医疗机构重症患者的急救抢救。
112	银杏内酯注射液		限二级及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。
113	银杏二萜内酯葡胺注射液		限二级及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。
114	丹灯通脑软胶囊		
115	芍麻止痉颗粒		
116	川芎清脑颗粒		
117	降脂通络软胶囊		限高血脂血症属血瘀气滞证者。
118	康莱特注射液		限二级及以上医疗机构中晚期肺癌或中晚期肝癌。
119	康艾注射液		限二级及以上医疗机构说明书标明恶性肿瘤的中晚期治疗。

序号	药品名称	剂型	支付范围限制
120	注射用黄芪多糖		限二级及以上医疗机构肿瘤患者，单次住院最多支付14天。
121	五虎口服液		
122	筋骨止痛凝胶		
123	安儿宁颗粒		
124	红花如意丸		
125	如意珍宝片		
126	地舒单抗	注射剂 60mg (1.0ml) /支 (预充式注射器)	限绝经后妇女的重度骨质疏松。

