

贵州省基本医疗保险特殊药品目录

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品 (是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付 (是/否)	国家谈判药品协议有效期
1	重组人凝血因子VIIa	注射剂	*	限：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输注无效或不佳的血小板无力症患者。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
2	人凝血因子VIII	注射剂		严格按照药品说明书适应症使用。	按属地甲类执行	否	是	
3	重组人凝血因子VII	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。	按属地乙类执行	否	是	
4	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。	按属地乙类执行	否	是	
5	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
6	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
7	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
8	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。	按属地乙类执行	否	是	
9	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
10	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
11	阿帕替尼	口服常释剂型	115元(250mg/片); 156.86元(375mg/片); 172.63元(425mg/片)	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
12	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。	按属地乙类执行	否	是	
13	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。	按属地乙类执行	否	是	
14	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。	按属地乙类执行	否	是	
15	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; 胃肠间质瘤患者。	按属地乙类执行	否	是	
16	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。	按属地乙类执行	否	是	
17	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。	按属地乙类执行	否	是	
18	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
19	康柏西普	眼用注射液	4160元 (0.2ml/支)	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。	20%	是	是	2020年1月1日至 2021年12月31日
20	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。	20%	是	是	2020年1月1日至 2021年12月31日
21	复方黄黛片		10.19元（0.27g/片）	限初治的急性早幼粒细胞白血病。	20%	是	是	2020年1月1日至 2021年12月31日
22	参一胶囊		6.18元(每粒含人参皂苷Rg3 10mg)	限原发性肺癌、肝癌化疗期间同步使用。	20%	是	是	2020年1月1日至 2021年12月31日
23	雷替曲塞	注射剂	669元（2mg/支）	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	20%	是	是	2020年1月1日至 2021年12月31日
24	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。	按属地乙类执行	否	是	
25	特立帕肽	注射剂		限重度骨质疏松（骨折一次及以上）的患者。	20%	否	否	
26	比卡鲁胺	口服常释剂型		严格按照药品说明书适应症使用。	按属地乙类执行	否	是	

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
27	氟他胺	口服常释剂型		严格按照药品说明书适应症使用。	按属地乙类执行	否	是	
28	抗人T细胞猪免疫球蛋白	注射剂		限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血；原发性血小板减少性紫癜。	按属地乙类执行	否	是	
29	吗替麦考酚酯	口服常释剂型 口服液体剂		限器官移植后的抗排异反应和III-V型狼疮性肾炎的患者	按属地乙类执行	否	是	
30	麦考酚钠	口服常释剂型		限器官移植后的抗排异反应	按属地乙类执行	否	是	
31	西罗莫司	口服常释剂型 口服液体剂		限器官移植后的抗排异反应	按属地乙类执行	否	是	
32	抗人T细胞兔免疫球蛋白	注射剂		限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血。	按属地乙类执行	否	是	
33	兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白	注射剂		限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血。	按属地乙类执行	否	是	
34	咪唑立宾	口服常释剂型		限器官移植后的排异反应。	按属地乙类执行	否	是	
35	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。	按属地乙类执行	否	是	
36	雌莫司汀	口服常释剂型		严格按照药品说明书适应症使用。	按属地乙类执行	否	是	
37	重组人血管内皮抑制素	注射剂	490元（15mg/3ml/支）	限晚期非小细胞肺癌患者。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
38	西达本胺	口服常释剂型	343元（5mg/片）	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
39	雷沙吉兰	口服常释剂型		限二线用药。	按属地乙类执行	否	否	
40	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。	按属地乙类执行	否	是	

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
41	西妥昔单抗	注射剂	*	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
42	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。	按属地乙类执行	否	是	
43	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
44	安罗替尼	口服常释剂型	224.99元(8mg/粒)； 266.90元(10mg/粒)； 306.88元(12mg/粒)	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化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
45	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
46	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
47	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
48	培唑帕尼	口服常释剂型	160元(200mg/片)； 272元(400mg/片)	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
49	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
50	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
51	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。	按属地乙类执行	否	是	
52	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
53	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
54	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
55	培门冬酶	注射剂	1477.7元 (2ml:1500IU/支) ； 2980元 (5ml:3750IU/支)	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
56	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
57	麦格司他	口服常释剂型	*	限C型尼曼匹克病患者。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
58	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
59	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
60	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
61	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
62	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球菌感染。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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
63	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
64	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
65	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%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
66	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
67	信迪利单抗	注射剂	2843元 (10ml:100mg/瓶)	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
68	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
69	呋喹替尼	口服常释剂型	94.5元(1mg/粒); 378元(5mg/粒)	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
70	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
71	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
72	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
73	特立氟胺	口服常释剂型	*	限常规治疗无效的多发性硬化症患者。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
74	地塞米松	玻璃体内植入剂	4000元(0.7mg/支)	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
75	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。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
76	地拉罗司	口服常释剂型	*	严格按照药品说明书适应症使用。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
77	重组细胞因子基因衍生蛋白	注射剂	325元(10 μ g/瓶)	限HBeAg阳性的慢性乙型肝炎患者。	20%	是	是	2020年1月1日至2021年12月31日
78	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
79	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
80	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	按属地乙类执行	否	是	
81	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
82	兰瑞肽	缓释注射剂(预充式)	*	限肢端肥大症，按说明书用药。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
83	可洛派韦	口服常释剂型	119.5元(60mg/粒)(协议有效期内，谈判企业负责向购买盐酸可洛派韦胶囊的患者免费提供同疗程的索磷布韦片)	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%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
84	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
85	替雷利珠单抗	注射剂	*	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
86	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
87	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
88	氟马替尼	口服常释剂型	65元(0.2g/片); 38.24元(0.1g/片)	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
89	阿美替尼	口服常释剂型	176元(55mg/片)	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
90	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
91	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
92	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
93	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格条件及医保支付限定条件	个人先行支付比例	国家谈判药品(是/否)	门诊规定病种支付或发生的药品费用按属地住院待遇支付(是/否)	国家谈判药品协议有效期
94	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
95	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
96	地舒单抗	注射剂	*	限绝经后妇女的重度骨质疏松;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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
97	西尼莫德	口服常释剂型	*	限成人复发型多发性硬化的患者。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
98	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
99	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
100	氘丁苯那嗪	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。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
101	依达拉奉氯化钠	注射剂	113.6元(100ml:依达拉奉30mg与氯化钠855mg/瓶)	限肌萎缩侧索硬化(ALS)的患者。	20%	是	是	2021年3月1日至2022年12月31日
102	安立生坦片	口服常释剂型		严格按照药品说明书适应症使用		否	是	
103	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。		否	是	