

# 贵州省基本医疗保险特殊药品一览表

| 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） | 按特殊疾病门诊待遇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。                                                                                | 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。    | 20% | 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 |
| 11 | 拉帕替尼  | 口服常释剂型 | 66.7元<br>(250mg/片)                                          | 限HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。                                                         | 20% | 是 | 是 | 2018年1月1日至2019年12月31日 |
| 12 | 阿帕替尼  | 口服常释剂型 | 115元<br>(250mg/片)；156.86元<br>(375mg/片)；172.63元<br>(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 |
| 13 | 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。                                                                              | 20% | 否 | 是 |                       |
| 14 | 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。                                                                           | 20% | 否 | 是 |                       |
| 15 | 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。                                                                              | 20% | 否 | 是 |                       |
| 16 | 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。 | 20% | 否 | 是 |                       |

|    |            |        |                              |                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |                           |
|----|------------|--------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---------------------------|
| 17 | 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。                                                                                                                                             | 20% | 否 | 是 |                           |
| 18 | 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。                                                                                                                                                                                        | 20% | 否 | 是 |                           |
| 19 | 氟维司群       | 注射剂    | 2306元<br>( 5ml:0.25g/<br>支 ) | 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。                                                                                                                                                                                    | 20% | 是 | 是 | 2018年1月1日至<br>2019年12月31日 |
| 20 | 重组人干扰素β-1b | 注射剂    | 590元 ( 0.3mg/<br>支 )         | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。                                                                                                                                                                                                            | 20% | 是 | 是 | 2018年1月1日至<br>2019年12月31日 |
| 21 | 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<br>2021年12月31日 |

|    |       |       |                               |                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |   |   |                           |
|----|-------|-------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---------------------------|
| 22 | 康柏西普  | 眼用注射液 | 4160元<br>(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<br>2021年12月31日 |
| 23 | 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<br>2021年12月31日 |
| 24 | 复方黄黛片 |       | 10.19元<br>(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<br>2021年12月31日 |
| 25 | 参一胶囊  |       | 6.18元(每粒含<br>人参皂苷Rg3<br>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<br>2021年12月31日 |

|    |              |                 |                |                                                     |         |   |   |                       |
|----|--------------|-----------------|----------------|-----------------------------------------------------|---------|---|---|-----------------------|
| 26 | 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 |
| 27 | 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 |                       |
| 28 | 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 |                       |
| 29 | 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 |                       |
| 30 | 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 |                       |
| 31 | 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。 | 20%     | 否 | 是 |                       |
| 32 | 吗替麦考酚酯       | 口服常释剂型<br>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 |                       |
| 33 | 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 |                       |
| 34 | 西罗莫司         | 口服常释剂型<br>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 |                       |
| 35 | 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。             | 20%     | 否 | 是 |                       |
| 36 | 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。             | 20%     | 否 | 是 |                       |

|    |            |        |                                          |                                                                                                                                 |         |   |   |                           |
|----|------------|--------|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|---------------------------|
| 37 | 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 |                           |
| 38 | 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。                                                | 20%     | 否 | 是 |                           |
| 39 | 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 |                           |
| 40 | 重组人血管内皮抑制素 | 注射剂    | 490元<br>(15mg/3ml/<br>支)                 | 限晚期非小细胞肺癌患者。                                                                                                                    | 20%     | 是 | 是 | 2020年1月1日至<br>2021年12月31日 |
| 41 | 西达本胺       | 口服常释剂型 | 343元 (5mg/<br>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<br>2021年12月31日 |
| 42 | 雷沙吉兰       | 口服常释剂型 |                                          | 限二线用药。                                                                                                                          | 20%     | 否 | 否 |                           |
| 43 | 阿扎胞苷       | 注射剂    | 1055元<br>(100mg/支)                       | 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 (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。 | 20%     | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 44 | 西妥昔单抗      | 注射剂    | 1295元<br>(100mg<br>(20ml)/瓶)             | 限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。                                                                                                              | 20%     | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 45 | 阿法替尼       | 口服常释剂型 | 160.5元<br>(30mg/片)；<br>200元 (40mg/<br>片) | 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。                                         | 20%     | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |

|    |      |        |                                         |                                                                                                  |     |   |   |                       |
|----|------|--------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|-----------------------|
| 46 | 阿昔替尼 | 口服常释剂型 | 60.4元（1mg/片）；207元（5mg/片）                | 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 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 47 | 安罗替尼 | 口服常释剂型 | 357元（8mg/粒）；423.6元（10mg/粒）；487元（12mg/粒） | 限既往至少接受过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。                                                         | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 48 | 奥希替尼 | 口服常释剂型 | 300元（40mg/片）；510元（80mg/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 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 49 | 克唑替尼 | 口服常释剂型 | 219.2元（200mg/粒）；260元（250mg/粒）           | 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ROSI 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。                                            | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 50 | 尼洛替尼 | 口服常释剂型 | 76元（150mg/粒）；94.7元（200mg/粒）             | 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 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 51 | 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 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| 52 | 瑞戈非尼 | 口服常释剂型 | 196元（40mg/片）                            | 1.肝细胞癌二线治疗；2.特移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。                                                           | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |

|    |      |        |                                                                                                      |                                                                                                       |     |   |   |                           |
|----|------|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---------------------------|
| 53 | 塞瑞替尼 | 口服常释剂型 | 198元<br>( 150mg/粒 )                                                                                  | 接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶 ( ALK ) 阳性局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。                                          | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 54 | 舒尼替尼 | 口服常释剂型 | 155元<br>( 12.5mg/<br>粒 ) ; 263.5元<br>( 25mg/粒 ) ;<br>359.4元<br>( 37.5mg/<br>粒 ) ; 448元<br>( 50mg/粒 ) | 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。 | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 55 | 维莫非尼 | 口服常释剂型 | 112元<br>( 240mg/片 )                                                                                  | 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 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 56 | 伊布替尼 | 口服常释剂型 | 189元<br>( 140mg/粒 )                                                                                  | 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。                       | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 57 | 伊沙佐米 | 口服常释剂型 | 3229.4元<br>( 2.3mg/<br>粒 ) ; 3957.9元<br>( 3mg/粒 ) ;<br>4933元 ( 4mg/<br>粒 )                           | 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 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 58 | 培门冬酶 | 注射剂    | 1477.7元<br>( 2ml:1500IU/<br>支 ) ; 2980元<br>( 5ml:3750IU/<br>支 )                                      | 儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。                                                                                   | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |
| 59 | 奥曲肽  | 微球注射剂  | 5800元<br>( 20mg/瓶 ) ;<br>7911元<br>( 30mg/瓶 )                                                         | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症, 按说明书用药。                                                                              | 20% | 是 | 是 | 2019年1月1日至<br>2020年12月31日 |

|    |              |        |   |                                                                                                                 |     |   |   |                           |
|----|--------------|--------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---------------------------|
| 60 | 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<br>2021年12月31日 |
| 61 | 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<br>2021年12月31日 |
| 62 | 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<br>2021年12月31日 |
| 63 | 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<br>2021年12月31日 |
| 64 | 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<br>2021年12月31日 |
| 65 | 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<br>2021年12月31日 |
| 66 | 艾尔巴韦格<br>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<br>2021年12月31日 |
| 67 | 来迪派韦索<br>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<br>2021年12月31日 |
| 68 | 索磷布韦维<br>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<br>2021年12月31日 |
| 69 | 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<br>2021年12月31日 |

|    |       |         |                                      |                                                                                                                                                                  |     |   |   |                           |
|----|-------|---------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|---------------------------|
| 70 | 信迪利单抗 | 注射剂     | 2843元<br>( 10ml:100mg<br>/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<br>2021年12月31日 |
| 71 | 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<br>2021年12月31日 |
| 72 | 呋喹替尼  | 口服常释剂型  | 94.5元（ 1mg/<br>粒 ）；378元<br>（ 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<br>2021年12月31日 |
| 73 | 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<br>2021年12月31日 |
| 74 | 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<br>2021年12月31日 |
| 75 | 奥拉帕利  | 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患者。                                                                                                                                    | 20% | 是 | 是 | 2020年1月1日至<br>2021年12月31日 |
| 76 | 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。                                                                                                                                                 | 20% | 是 | 是 | 2020年1月1日至<br>2021年12月31日 |
| 77 | 地塞米松  | 玻璃体内植入剂 | 4000元<br>（ 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<br>2021年12月31日 |

|    |      |        |   |                                                                                                                                                                                                                         |     |   |   |                       |
|----|------|--------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|---|-----------------------|
| 78 | 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 |
| 79 | 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 |

注：上表“医保支付标准”栏中带“\*”符号的药品，是指该药品企业对谈判确定的支付标准申请了保密，协议期间不得在公开发文、新闻宣传等公开途径中公布其支付标准。