**附件1**

　　省本级基本医疗保险按药品单行支付目录

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 药品分类  代码 | 药品分类 | | | | | 编号 | 药品名称 | 剂型 | 医保支付  标准 | 管理措施 | | | | | 备注 |
| 定认定机构 | 定治疗机构 | 定责任  医生 | 实名制管理 | 定供药机构 |
| XB02 |  | 抗出血药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XB02B |  |  | 维生素K和其他止血药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX04 | 重组人凝血因子Ⅶa | 注射剂 | 5780元（1mg（50KIU）/支） | √ | √ | √ | √ |  | 限以下情况方可支付：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。 |
| XJ02 |  | 全身用抗真菌药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ02A |  |  | 全身用抗真菌药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ02AC |  |  |  | 三唑类衍生物 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX09 | 泊沙康唑 | 口服液体剂 | 2800元（40mg/ml 105ml/瓶） | √ | √ | √ | √ | √ | 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。 |
| XL | 抗肿瘤药及免疫调节剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01 |  | 抗肿瘤药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01X |  |  | 其他抗肿瘤药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01XC |  |  |  | 单克隆抗体 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX10 | 曲妥珠单抗 | 注射剂 | 7600元（440mg（20ml）/瓶） | √ | √ | √ | √ | √ | 限以下情况方可支付：1.HER2阳性的乳腺癌手术后患者，支付不超过12个月。2.HER2阳性的转移性乳腺癌。3.HER2阳性的晚期转移性胃癌。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX11 | 贝伐珠单抗 | 注射剂 | 1998元（100mg（4ml）/瓶） | √ | √ | √ | √ | √ | 限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX12 | 尼妥珠单抗 | 注射剂 | 1700元（10ml：50mg/瓶） | √ | √ | √ | √ | √ | 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。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX13 | 利妥昔单抗 | 注射剂 | 2418元（100mg/10ml/瓶） 元（500mg/50ml/瓶）  　　8289.87 | √ | √ | √ | √ | √ | 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；最多支付8个疗程。 |
| XL01XE |  |  |  | 蛋白激酶抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX14 | 厄洛替尼 | 口服常释剂型 | 195元（150mg/片） 元（100mg/片）  　　142.97 | √ | √ | √ | √ | √ | 限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX15 | 索拉非尼 | 口服常释剂型 | 203元（0.2g/片） | √ | √ | √ | √ | √ | 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。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX16 | 拉帕替尼 | 口服常释剂型 | 70元（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。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX17 | 阿帕替尼 | 口服常释剂型 | 136元（250mg/片） 元（375mg/片） 元（425mg/片）  　　185.5  　　204.15 | √ | √ | √ | √ | √ | 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。 |
| XL01XW |  |  |  | 蛋白酶体抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX18 | 硼替佐米 | 注射剂 | 6116元（3.5mg/瓶） 元（1mg/瓶）  　　2344.26 | √ | √ | √ | √ | √ | 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；3、与来那度胺联合使用不予支付。 |
| XL01XX |  |  |  | 其他抗肿瘤药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX19 | 重组人血管内皮抑制素 | 注射剂 | 630元（15mg/2.4×10^5 U/3ml/支） | √ | √ | √ | √ | √ | 限晚期非小细胞肺癌患者。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX20 | 西达本胺 | 口服常释剂型 | 385元（5mg/片） | √ | √ | √ | √ | √ | 限既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤（PTCL）患者。 |
| XL02 |  | 内分泌治疗用药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL02B |  |  | 激素拮抗剂及相关药物 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX21 | 阿比特龙 | 口服常释剂型 | 144.92元（250mg/片） | √ | √ | √ | √ | √ | 限转移性去势抵抗性前列腺癌。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX22 | 氟维司群 | 注射剂 | 2400元（5ml：0.25g/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。 |
| XL03 |  | 免疫兴奋剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL03A |  |  | 免疫兴奋剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL03AB |  |  |  | 干扰素类 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX23 | 重组人干扰素β-1b | 注射剂 | 590元（0.3mg/支） | √ | √ | √ | √ | √ | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 |
| XL04 |  | 免疫抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL04A |  |  | 免疫抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL04AA |  |  |  | 选择性免疫抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX24 | 依维莫司 | 口服常释剂型 | 148元（5mg/片） 元（2.5mg/片）  　　87.05 | √ | √ | √ | √ | √ | 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.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。 |
| XL04AX |  |  |  | 其他免疫抑制剂 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX25 | 来那度胺 | 口服常释剂型 | 866元（10mg/片） 元（25mg/片）  　　1101.99 | √ | √ | √ | √ | √ | 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；3、与硼替佐米联合使用不予支付。 |
| XS | 感觉器官药物 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XS01 |  | 眼科用药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XS01L |  |  | 眼血管病用药 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX28 | 康柏西普 | 眼用注射液 | 5550元（10mg/ml 0.2ml/支） | √ | √ | √ | √ |  | 限50岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，并符合以下条件：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.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及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，每个年度最多支付4支。 |
|  |  |  |  |  | 乙 | TX29 | 雷珠单抗 | 注射剂 | 5700元（10mg/ml 0.2ml/支、10mg/ml 0.165ml/支（预充式）） | √ | √ | √ | √ |  | 限50岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，并符合以下条件：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.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及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，每个年度最多支付4支。 |