**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。  |