

附件

纳入门诊保障的特定药品

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保最高支付限额	居民医保最高支付限额
1	依达拉奉氯化钠注射液	限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日	5000元	3000元
2	依洛尤单抗注射液	1. 降低心血管事件的风险：在已有动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。2. 原发性高胆固醇血症（包括杂合子型家族性高胆固醇血症）和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症（杂合子家族性和非家族性）或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平；在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到 LDL-C 目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。3. 纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或12岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗法和其他降低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）治疗（例如他汀类药物、依折麦布、LDL 分离术）合用，用于患有纯合子型家族性高胆固醇血症（HoFH）且需要进一步降低 LDL-C 的患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日	5000元	3000元
3	乌司奴单抗注射液（静脉输注）	本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日	5000元	3000元

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保最高支付限额	居民医保最高支付限额
4	依奇珠单抗注射液	本品用于治疗适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者。	2022年1月1日至2023年12月31日	5000元	3000元
5	乌司奴单抗注射液	1. 斑块状银屑病：本品适用于对环孢素、甲氨蝶呤（MTX）或PUVA（补骨脂素和紫外线A）等其他系统性治疗不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者。2. 克罗恩病：本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。	2022年1月1日至2023年12月31日	10000元	6000元
6	司库奇尤单抗注射液	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。	2021年3月1日至2022年12月31日	10000元	6000元
7	醋酸艾替班特注射液	用于治疗成人、青少年和 ≥ 2 岁儿童的遗传性血管性水肿（HAE）急性发作。	2022年1月1日至2023年12月31日	10000元	6000元
8	甘露特钠胶囊	用于轻度至中度阿尔茨海默病，改善患者认知功能。	2022年1月1日至2023年12月31日	10000元	6000元
9	人生长激素（重组人生长激素）注射剂	限儿童原发性生长激素缺乏症。		0	6000元
10	巴瑞替尼片	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。	2021年3月1日至2022年12月31日	10000元	6000元
11	依那西普注射液	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。	2021年3月1日至2022年12月31日	10000元	6000元

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保 最高支付 限额	居民医保 最高支付 限额
12	注射用醋酸奥曲肽微球	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	2021年3月1日至 2022年12月31日	10000元	6000元
13	醋酸兰瑞肽缓释注射液（预充式）	限肢端肥大症，按说明书用药。	2021年3月1日至 2022年12月31日	50000元	30000元
14	注射用奥马珠单抗	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。	2022年1月1日至 2023年12月31日	50000元	30000元
15	度普利尤单抗注射液	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。	2021年3月1日至 2022年12月31日	50000元	30000元
16	乙磺酸尼达尼布软胶囊	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。	2021年3月1日至 2022年12月31日	50000元	30000元
17	吡非尼酮	限特发性肺纤维化。			
18	氘丁苯那嗪片	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。	2021年3月1日至 2022年12月31日	50000元	30000元
19	磷酸芦可替尼片	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。	2022年1月1日至 2023年12月31日	80000元	48000元

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保最高支付限额	居民医保最高支付限额
20	诺西那生钠注射液	本品用于治疗 5q 脊髓性肌萎缩症。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	80000 元	48000 元
21	氯苯唑酸软胶囊	本品适用于治疗成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病（ATTR-CM），以减少心血管死亡及心血管相关住院。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	80000 元	48000 元
22	麦格司他胶囊	限 C 型尼曼匹克病患者。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	80000 元	48000 元
23	注射用维得利珠单抗	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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日	20000 元	12000 元
24	注射用英夫利西单抗	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. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	20000 元	12000 元
25	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 5 支，每个年度最多支付 2 支。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	5000 元	3000 元

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保 最高支付 限额	居民医保 最高支付 限额
26	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。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日		
27	雷珠单抗注射液	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；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。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日	阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普合并计算 15000 元	阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普合并计算 9000 元
28	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。	2022 年 1 月 1 日至 2023 年 12 月 31 日		

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保 最高支付 限额	居民医保 最高支付 限额
29	利奥西呱片	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。	2022年1月1日至 2023年12月31日	治疗肺动 脉高压 30000元	治疗肺动 脉高压 18000元
30	波生坦分散片	限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日		
31	波生坦片	限WHO功能分级II级-IV级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日		
32	马昔腾坦片	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日		
33	司来帕格片	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日		
34	氨吡啶缓释片	本品用于改善多发性硬化合并步行障碍（EDSS评分4-7分）的成年患者的步行能力。	2022年1月1日至 2023年12月31日	治疗多发 性硬化 70000元	治疗多发 性硬化 42000元
35	盐酸芬戈莫德胶囊	限10岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日		
36	特立氟胺片	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	2022年1月1日至 2023年12月31日		
37	西尼莫德片	限成人复发型多发性硬化的患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日		

序号	药品名称	备注	协议有效期	职工医保 最高支付 限额	居民医保 最高支付 限额
38	美沙拉秦(美沙拉 嗪)口服常释剂型			治疗溃疡 性结肠炎 7000 元	治疗溃疡 性结肠炎 4200 元
39	美沙拉秦(美沙拉 嗪)缓释控释剂型				
40	美沙拉秦(美沙拉 嗪)缓控释颗粒剂				
41	美沙拉秦(美沙拉 嗪)栓剂				
42	美沙拉秦(美沙拉 嗪)灌肠剂	限直肠乙状结肠型溃疡性结肠炎急性发作期患者。			