附件3

单列门诊统筹支付药品名单

| 序号 | 药品名称 | 剂型 | 单列门诊统筹支付限定支付范围 | 是否开通“双通道”购药结算 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 注射用重组人凝血因子Ⅶa |  | 用于下列患者群体出血的治疗，以及外科手术或有创操作出血的防治： 1.先天性凝血因子VII（FVII）缺乏症患者；2.具有血小板膜糖蛋白IIb－IIIa（GPIIb－IIIa）和/或人白细胞抗原（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。 | 否 |
| 2 | 伊布替尼胶囊 |  | 限华氏巨球蛋白血症患者的治疗，按说明书用药。 | 是 |
| 3 | 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。 | 是 |
| 4 | 醋酸戈舍瑞林缓释植入剂 |  | 限子宫内膜异位症。 | 否 |
| 5 | 依维莫司片 |  | 限以下情况方可支付：1.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。2.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。 | 是 |
| 6 | 注射用醋酸奥曲肽  微球 |  | 限肢端肥大症，按说明书用药。 | 否 |
| 7 | 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。 | 否 |
| 8 | 注射用英夫利西单抗 |  | 限以下情况方可支付：1.克罗恩病患者的二线治疗。2.中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。 | 否 |
| 9 | 马来酸阿伐曲泊帕片 |  | 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。 | 是 |
| 10 | 阿达木单抗 | 注射剂 | 1.克罗恩病。用于充足皮质类固醇和/或免疫抑制治疗应答不充分、不耐受或禁忌的中重度活动性克罗恩病成年患者。2.葡萄膜炎。本品适用于治疗对糖皮质激素应答不充分、需要节制使用糖皮质激素、或不适合进行糖皮质激素治疗的成年非感染性中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎和全葡萄膜炎患者。3.多关节型幼年特发性关节炎。本品与甲氨蝶呤合用，用于治疗对一种或多种改善病情抗风湿药（DMARDs）疗效不佳的2岁及2岁以上活动性多关节型幼年特发性关节炎患者。当患者无法耐受甲氨蝶呤治疗，或者连续使用甲氨蝶呤治疗效果不佳时，本品可作为单药治疗。本品尚未在此适应症的2岁以下患儿中进行过研究。4.儿童克罗恩病：本品适用于对糖皮质激素或免疫调节剂（例如:硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤）应答不足的6岁及以上的中重度活动性克罗恩病的患儿减轻症状和体征，诱导和维持临床缓解。 | 是 |
| 11 | 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。 | 是 |
| 12 | 乌司奴单抗注射液 |  | 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。 | 是 |
| 13 | 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。 | 否 |
| 14 | 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。 | 否 |
| 15 | 注射用阿替普酶 |  | 限急性心肌梗死发病12小时内、脑梗死发病3小时内的溶栓治疗，超过说明书规定用药时限的不予支付。 | 否 |
| 16 | 甲苯磺酸艾多沙班片 |  | 限华法林治疗控制不良或出血高危的深静脉血栓、肺栓塞患者。 | 是 |
| 17 | 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。 | 是 |
| 18 | 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。 | 是 |
| 19 | 注射用两性霉素B胆固醇硫酸酯复合物 |  | 本品适用于患有深部真菌感染的患者；因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量的两性霉素B的患者，或已经接受过两性霉素B治疗无效的患者均可使用。 | 否 |
| 20 | 克立硼罗软膏 |  | 适用于2岁及以上轻度至中度特应性皮炎患者的局部外用治疗。 | 是 |
| 21 | 泊沙康唑口服混悬液 |  | 限以下情况方可支付：1.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。2.接合菌纲类感染。 | 是 |
| 22 | 麦格司他胶囊 |  | 限C型尼曼匹克病患者。 | 是 |
| 23 | 诺西那生钠注射液 |  | 本品用于治疗5q脊髓性肌萎缩症。 | 否 |
| 24 | 特立氟胺片 |  | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 | 是 |
| 25 | 西尼莫德片 |  | 限成人复发型多发性硬化的患者。 | 是 |
| 26 | 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。 | 是 |
| 27 | 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。 | 是 |
| 28 | 依达拉奉氯化钠注射液 |  | 限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。 | 否 |
| 29 | 阿加糖酶α注射用浓溶液 |  | 本品用于确诊为法布雷病（α-半乳糖苷酶A缺乏症）患者的长期酶替代治疗。本品适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在0-6岁儿童中的安全性和有效性。 | 否 |
| 30 | 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。 | 否 |
| 31 | 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。 | 否 |
| 32 | 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。 | 否 |
| 33 | 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。 | 否 |
| 34 | 富马酸二甲酯肠溶胶囊 |  | 限成人复发型多发性硬化(RMS)。 | 是 |
| 35 | 利鲁唑口服混悬液 |  | 限肌萎缩侧索硬化(ALS)。 | 是 |
| 36 | 利司扑兰口服溶液用散 |  | 限 2 月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。 | 是 |
| 37 | 普瑞巴林口服溶液 |  | —— | 是 |
| 38 | 阿布昔替尼片 |  | 限其他系统治疗(如激素或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮 炎成人患者。 | 是 |
| 备注：单列门诊统筹支付药品待遇与门诊特殊慢性病病种待遇不重复享受。 | | | |  |