

201	2020	0037
	永久	23

乌鲁木齐市 医疗保障局文件

乌医保〔2020〕11号

关于规范完善国家医保谈判药品使用管理的通知

各区（县）医疗保障局、各部门，各定点医药机构：

为认真贯彻落实国家医保局、国家卫生健康委《关于做好2019年国家医保谈判药品落地工作的通知》（医保发〔2019〕73号）和自治区医疗保障局《关于规范〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉使用管理工作的通知》（新医保〔2020〕21号），规范和完善国家谈判药品的使用管理，进一步方便参保人员用药、降低个人医疗负担，现就完善国家医保谈判药品和部分常规药品使用管理工作通知如下。

一、特殊药品范围

我市医疗保险特殊药品（以下简称特药）管理范围为用于治

疗重大疾病、临床必需、疗效确切、价格昂贵、治疗周期较长，用药人群和用药指征明确，适宜药店或门诊供应保障的国家谈判药品，实行专门的门诊支付和管理政策。未纳入特药管理的其他谈判药品，凡是用于我市现有门诊特殊慢性病治疗的，按基本医疗保险门诊特殊慢性病待遇支付。特药管理范围依据国家及自治区医保局动态调整情况适时进行调整。

二、特殊药品支付标准

(一) 用于治疗恶性肿瘤、白血病门诊特殊慢性病的 44 种特药仍按照原慢性病的待遇支付标准执行（详见附件 1）。

(二) 用于治疗其他疾病的 18 种特药，符合适用病种及使用认定标准的，由个人先行支付 5% 后，按照城镇职工基本医疗保险 80%、城乡居民基本医疗保险 70% 的比例进行支付（详见附件 2）。

(三) 特药不再单设支付限额，计入年度统筹基金支付限额。特药不占定点医疗机构医保总额控制额度。

三、服务管理

对特药实行门诊特殊药品管理，纳入医疗机构、药店购药双通道管理（以下简称“双通道”。我市特药定点零售药店名单详见附件 3）。医药机构按照目前执行的谈判药品特药备案要求，实行“定患者、定医院、定医师”三定管理，患者在指定的医疗机构由指定责任医师备案后方可进行医保支付。

四、管理要求

(一) 定点医疗机构和特药定点零售药店应负责保障特药的供应，医疗机构不得以医保总额控制、用药目录数量限制、药占比等为由影响谈判药品配备、使用。对不配备或不足量配备，不能满足患者使用谈判药品需求的定点医疗机构，医保部门可进行提示、约谈、限期整改，同时扣减本年度诚信考核。

(二) 定点医疗机构和特药定点零售药店应建立特药管理制度，在现有特药备案要求的基础上，设置特药服务岗位，配备专职人员，明确职责，规范流程，为每位参保患者建立个人档案，完整记录参保患者特药使用信息。

(三) 医保监督部门要加强对特药使用的定点医疗机构和特药零售药店的日常监督管理，对监督检查过程中发现的问题和违规行为，按协议相关规定予以处理。

本通知自印发之日起执行。

- 附件：1.恶性肿瘤特药目录
2.特药适用病种及用药认定标准
3.特药定点零售药店名单

乌鲁木齐市医疗保障局

2020年4月14日

14

乌鲁木齐市医疗保障局

2020年4月14日印发

乌鲁木齐市基本医疗保障特殊药品目录

序号	病种	药品类别	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
1	血友病	乙	重组人凝血因子VIIa	注射剂	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GP11b-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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
2	恶性肿瘤	乙	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珠菌感染。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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
3	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
4	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
5	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
6	恶性肿瘤	乙	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。	谈判转乙类
7	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
8	恶性肿瘤	乙	拉帕替尼	口服常释剂型	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。	2018年1月1日至 2020年5月31日
9	恶性肿瘤	乙	阿帕替尼	口服常释剂型	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
10	恶性肿瘤	乙	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。	谈判转乙类

11	恶性肿瘤	乙	西达本胺	口服常释剂型	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
12	恶性肿瘤	乙	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。	谈判转乙类
13	恶性肿瘤	乙	氟维司群	注射剂	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。	2018年1月1日至 2020年5月31日
14	恶性肿瘤	乙	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 (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、分化良好的、进展期非功能性胃肠造或肺源神经内分泌肿瘤患者。4. 不需立即手术治疗的良好节、性硬化症相关的胃食管平滑肌瘤 (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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
15	恶性肿瘤	乙	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。	谈判转乙类
16	恶性肿瘤	乙	复方黄黛片	口服常释剂型	限初治的急性早幼粒细胞白血病。	2020年1月1日至 2021年12月31日
17	恶性肿瘤、白血病	乙	阿扎胞苷	注射剂	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征 (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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
18	恶性肿瘤	乙	西妥昔单抗	注射剂	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。	2019年1月1日至 2020年12月31日
19	恶性肿瘤	乙	阿法替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
20	恶性肿瘤	乙	阿昔替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
21	恶性肿瘤	乙	安罗替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日

22	恶性肿瘤	乙	奥希替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
23	恶性肿瘤	乙	克唑替尼	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或ROS1阳性的晚期非小细胞肺癌患者。	2019年1月1日至 2020年12月31日
24	恶性肿瘤、白血病	乙	尼洛替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
25	恶性肿瘤	乙	培唑帕尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
26	恶性肿瘤	乙	瑞戈非尼	口服常释剂型	1. 肝细胞癌二线治疗; 2. 转移性结直肠癌三线治疗; 3. 胃肠道间质瘤三线治疗。	2019年1月1日至 2020年12月31日
27	恶性肿瘤	乙	塞瑞替尼	口服常释剂型	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(NSCLC)患者。	2019年1月1日至 2020年12月31日
28	恶性肿瘤	乙	舒尼替尼	口服常释剂型	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道间质瘤(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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
29	恶性肿瘤	乙	维莫非尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
30	恶性肿瘤、白血病	乙	伊布替尼	口服常释剂型	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日
31	恶性肿瘤、白血病	乙	伊沙佐米	口服常释剂型	1. 每个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续使用; 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	2019年1月1日至 2020年12月31日
32	恶性肿瘤、白血病	乙	培门冬酶	注射剂	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	2019年1月1日至 2020年12月31日
33	恶性肿瘤	乙	奥曲肽	微球注射剂	胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症, 按说明书用药。	2019年1月1日至 2020年12月31日

34	恶性肿瘤	乙	阿米替尼	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
35	恶性肿瘤	乙	吠喹替尼	口服常释剂型	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	2020年1月1日至 2021年12月31日
36	恶性肿瘤	乙	雷替曲塞	注射剂	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日
37	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
38	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
39	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
40	恶性肿瘤	乙	信迪利单抗	注射剂	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
41	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
42	恶性肿瘤	乙	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日
43	恶性肿瘤	乙	重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日
44	恶性肿瘤	乙	硫酸非格司亭	注射剂	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日

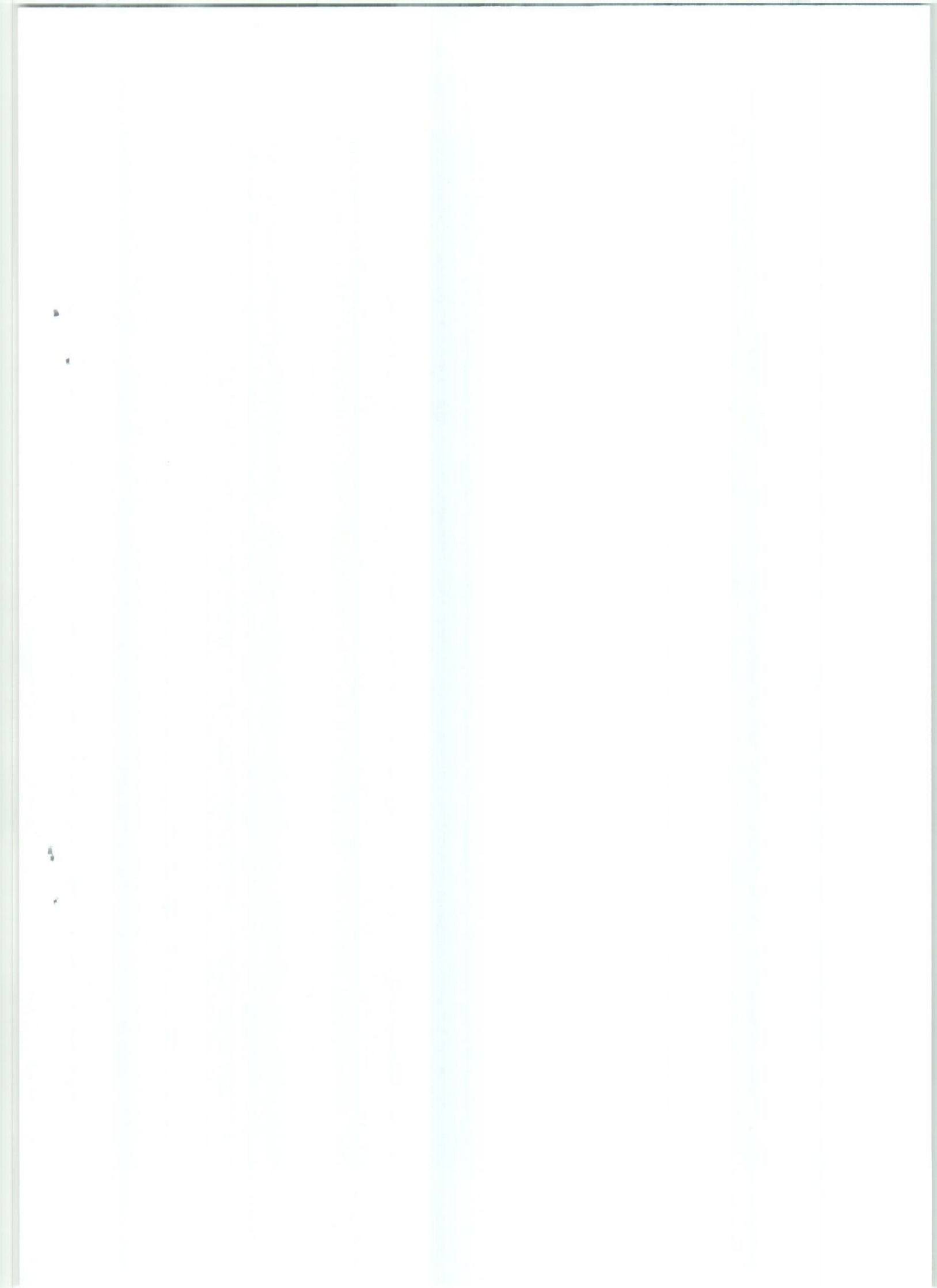
附件 2

特药适用病种及用药认定标准

序号	通用名	剂型	限定支付范围	协议有效期	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
1	麦格司他	口服常释剂型	限 C 型尼莫匹克病患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	C 型尼莫匹克病	1. 临床表现; 2. 基因突变(NPC1 和/或 NPC2); 3. 血常规。	1. 病情诊断证明书; 2. 基因检测显示(NPC1 和/或 NPC2) 突变; 3. 临床症状; 4. 血常规。	6 个月
2	司来格兰	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	肺动脉高压	1. WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压 (WHO 第 1 组); 2. 右心导管检查或至少 2 次超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书; 2. 右心导管检查或至少 2 次超声心动图。	不超过 12 个月
3	波生坦	口服常释剂型	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	肺动脉高压	1. 符合下列之一: (1) 3-12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者; (2) WHO 功能分级 II-IV 级的肺动脉高压 (WHO 第 1 组) 的患者; 2. 右心导管检查或超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书; 2. 右心导管检查或至少 2 次超声心动图。	不超过 12 个月
4	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	肺动脉高压	1. (WHO FC) 为 II-III 患者。2. 符合下列两项之一: (1) 术后持续性或复发性慢性血栓性肺动脉高压 (CTEPH) 或不能手术的 CTEPH; (2) 动脉性肺动脉高压 (PAH) 且 (WHO FC) 为 II-III 患者。	1. 病情诊断证明书; 2. 右心导管检查或至少 2 次超声心动图; 3. 术后持续性或复发性慢性血栓性肺动脉高压 (CTEPH) 或不能手术的 CTEPH 内病史资料; 4. 动脉性肺动脉高压需提供 3 个月以上一线药物治疗病史, 提示治疗效果不佳或病情进展心功能恶化。	不超过 12 个月
5	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	肺动脉高压	1. WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压 (WHO 第 1 组) 的患者; 2. 右心导管检查或超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书; 2. 右心导管检查或至少 2 次超声心动图。	不超过 12 个月
6	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	结核病	药物敏感性检测报告符合耐多药结核病。	1. 病情诊断证明书; 2. 耐多药结核病的药物敏感性检测报告; 3. 耐多药的病史资料。	24 周
7	德拉马尼	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	结核病	药物敏感性检测报告符合耐多药结核病。	1. 病情诊断证明书; 2. 耐多药结核病的药物敏感性检测报告; 3. 耐多药的病史资料。	24 周
8	艾考恩丙秦	口服常释剂型	限艾滋病毒感染者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日	艾滋病	HIV 抗体筛查试验阳性和 HIV 补充试验阳性 (抗体补充试验阴性或转阴定性检测阳性或核酸定量大于 5000 拷贝/mL)。	1. 病情诊断证明书; 2. HIV 抗体筛查试验和 HIV 补充试验。	3 个月

9	托法替布	口服常释剂型	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	类风湿性关节炎	1.符合2009年ACR标准；2.经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1.病情诊断证明书；2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3.手和腕后前位X片或CT或MRI显示骨质侵蚀或明确的骨质增生；4.传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
10	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	多发性硬化	1.相关检查符合多发性硬化；2.常规治疗无效。	1.病情诊断证明书；2.影像学（头颅磁共振MRI）；3.VEP或ABR或SEP电生理检查报告或脑脊液检查报告；4.常规治疗无效病史资料。	3个月
11	阿达木单抗	注射剂	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；2.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、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。	2020年1月1日至2021年12月31日	类风湿性关节炎 强直性脊柱炎 斑块状银屑病	1.符合2009年ACR标准；2.经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。 1.符合1984年修订的纽约标准；2.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%。 1.符合斑块状银屑病诊断标准；2.对系统性治疗无效、禁忌或不耐受；3.PASI≥3、BSA≥3%或DLQI≥5	1.病情诊断证明书；2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3.手和腕后前位X片或CT或MRI显示骨质侵蚀或明确的骨质增生；4.传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。 1.病情诊断证明书；2.影像学检查；3.NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。 1.病情诊断证明书；2.临床表现；3.对外周血、甲襞微循环、皮肤等检查或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块状银屑病病史资料。	24周 16周
12	英夫利西单抗	注射剂	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；2.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、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3.克罗恩病患者的一线治疗。4.中重度溃疡性结肠炎患者的一线治疗。	2020年1月1日至2021年12月31日	类风湿性关节炎 强直性脊柱炎 斑块状银屑病	1.符合2009年ACR标准；2.经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。 1.符合1984年修订的纽约标准；2.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%。 1.符合斑块状银屑病诊断标准；2.对系统性治疗无效、禁忌或不耐受；3.PASI≥3、BSA≥3%或DLQI≥5。	1.病情诊断证明书；2.类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3.手和腕后前位X片或CT或MRI显示骨质侵蚀或明确的骨质增生；4.传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。 1.病情诊断证明书；2.影像学检查；3.NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。 1.病情诊断证明书；2.临床表现；3.对外周血、甲襞微循环、皮肤等检查或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块状银屑病病史资料。	24周 14周

02



15	康柏西普 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；3.缺血性新生血管（CNV）导致的视力损害。应同时符合以下条件：1.第三级综合医院眼科及以上眼科专科医院眼科医师处方；2.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；3.术前检查后符合用。初次申请需有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药物支数合并计算。	2020年1月1日至2021年12月31日	湿性年龄相关性黄斑变性 糖尿病性黄斑水肿 缺血性新生血管	1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。 1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合缺血性新生血管诊断标准。	1.病情诊断证明；2.眼底造影或 CT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）检查报告；3.眼底黄斑区视敏度0.05-0.5。	核心期每月一次，共治疗3个月，之后视敏度稳定
16	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.第三级综合医院眼科或二级以上眼科专科医院眼科医师处方；2.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；3.术前检查后符合用。初次申请需有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药物支数合并计算。	2020年1月1日至2021年12月31日	湿性年龄相关性黄斑变性 糖尿病性黄斑水肿	1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。 1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合糖尿病性黄斑水肿诊断标准。	1.病情诊断证明；2.眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）检查报告；3.眼底黄斑区视敏度0.05-0.5。	核心期每月一次，共治疗3个月之后每2个月一次。
17	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.缺血性新生血管（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.第三级综合医院眼科或二级以上眼科专科医院眼科医师处方；2.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；3.术前检查后符合用。初次申请需有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药物支数合并计算。	2020年1月1日至2021年12月31日	湿性年龄相关性黄斑变性 糖尿病性黄斑水肿 缺血性新生血管 视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿	1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。 1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合糖尿病性黄斑水肿诊断标准。 1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合缺血性新生血管诊断标准。 1.首次处方时眼底黄斑区视敏度0.05-0.5；2.有眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）证据符合视网膜静脉阻塞（RVO）诊断标准。	1.病情诊断证明；2.眼底造影或 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管造影）检查报告；3.眼底黄斑区视敏度0.05-0.5。	核心期每月一次，共治疗3个月，之后视敏度稳定
18	地拉罗司 口服药片		2020年1月1日至2021年12月31日	β-地中海贫血 输血依赖性或非输血依赖性的β-地中海贫血	1.病史资料、实验室检查符合β-地中海贫血诊断标准；2.血红蛋白（Hb）>1000ug/L为开始治疗的标准，500-1000ug/L为维持治疗的标准。 1.病史资料、实验室检查符合输血依赖性或非输血依赖性β-地中海贫血诊断标准；2.血红蛋白（Hb）>1000ug/L为开始治疗的标准，500-1000ug/L为维持治疗的标准。	1.病情诊断证明；2.输血史资料；3.血常规、血红蛋白电泳和（或）地贫基因检测结果；4.血清铁蛋白。	3-6个月 3-6个月 3-6个月

备注：“治疗评估周期”是指一次治疗所需的天数，本次治疗周期期满后需继续治疗的，进行疗效评估后，重新申请治疗方案进入下一周期。

附件3

特药定点零售药店名单

序号	药店名称	药店地址	区域分布	联系电话
1	国药控股国大药房新疆新特药业连锁有限责任公司乌鲁木齐第三十五分店	高新区(新市区)北京南路556号康普百信钻石苑20号楼一层	自治区肿瘤医院对面	0991-3668813
2	国药控股国大药房新疆新特药业连锁有限责任公司乌鲁木齐第三十六分店	天山区新华南路454号	自治区人民医院西门	0991-2893260
3	国药集团新疆新特药业有限公司乌鲁木齐安居北路新特药店	水磨沟区安居北路215号	安居北路消防局旁	0991-4608220 0991-4608228
4	国药控股国大药房新疆新特药业连锁有限责任公司乌鲁木齐五一一路分店	沙依巴克区五一一路15栋1层184号	自治区中医院对面	0991-4525883
5	国药控股国大药房新疆新特药业连锁有限责任公司乌鲁木齐新医路二分店	高新区(新市区)鲤鱼山南路110号	新疆医科大学第一附属医院对面	0991-4326971