

附件一：津城保特定高额药品目录

序号	适应症	通用名	商品名	药企	是否医保目录内	限定支付范围
1	黑色素瘤	帕博利珠单抗	可瑞达	默沙东	否	限用于经一线治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗
2	黑色素瘤	帕博利珠单抗	拓益	君实生物	否	限用于既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗
3	骨巨细胞瘤	地舒单抗	安加维	安进	否	限用于治疗不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤,包括成人和骨骼发育成熟(定义为至少1处成熟长骨且体重 $\geq 45$ kg)的青少年患者
4	食管鳞癌、非小细胞肺癌	卡瑞利珠单抗	艾瑞卡	恒瑞医药	否	限用于治疗: 1) 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗; 2) 联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗
5	淋巴瘤	替雷利珠单抗	百泽安	百济神州	否	限用于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治疗
6	乳腺癌	哌柏西利	爱博新	辉瑞制药	否	限用于激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌,应与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗
7	黑色素瘤	曲美替尼	迈吉宁	诺华制药	否	限联合甲磺酸达拉非尼胶囊用于治疗BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤
8	前列腺癌	恩扎卢胺	安可坦	阿斯泰来	否	限用于雄激素剥夺治疗(ADT)失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌(CRPC)成年患者的治疗
9	非小细胞肺癌	度伐利尤单抗	英飞凡	阿斯利康	否	限用于在接受铂类药物为基础的化疗同步放疗后未出现疾病进展的不可切除、III期非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗
10	白血病	氟马替尼	豪森昕福	豪森药业	否	限用于治疗费城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+ CML)慢性期成人患者

11	黑色素瘤	达拉非尼	泰菲乐	诺华制药	否	限于联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者
12	前列腺癌	阿帕他胺	安森珂	西安杨森	否	限于治疗有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌 (NM-CRPC) 成年患者
13	多发性骨髓瘤	达雷妥尤单抗	兆珂	西安杨森	否	限于单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者, 患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展
14	纯合子型家族性高胆固醇血症	依洛尤单抗	瑞百安	安进	否	限于成人或 12 岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症
15	高苯丙氨酸血症 (HPA)	沙丙蝶呤片	科望	百傲万里	否	限于对科望治疗有反应的四氢生物喋呤 (BH4) 缺乏症所导致的高苯丙氨酸血症 (HPA), 可用于成人及 4 岁以上儿童。
16	转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病	氯苯唑酸葡胺	维达全	辉瑞制药	否	限于治疗成人转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病 I 期症状患者
17	乳腺癌	紫杉醇 (白蛋白结合型)	艾越	恒瑞医药	否	限于治疗联合化疗失败的转移性乳腺癌或辅助化疗后 6 个月内复发的乳腺癌
18	淋巴瘤	维布妥昔单抗	安适利	武田制药	否	限于成人 CD30 阳性的复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤 (sALCL) 和经典型霍奇金淋巴瘤 (cHL) 的治疗
19	非小细胞肺癌	达可替尼	多泽润	辉瑞制药	否	限单药用于表皮生长因子受体 (EGFR) 19 号外显子缺失突变或 21 号外显子 L858R 置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NS-CLC) 患者的一线治疗
20	淋巴瘤、白血病	泽布替尼	百悦泽	百济神州	否	限于治疗: 1) 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤 (MCL) 患者 2) 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病 (CLL) / 小淋巴细胞淋巴瘤 (SLL) 患者