

附件

单列门诊统筹支付药品目录调整表

一、退出《福建省单列门诊统筹支付医保药品目录》（2025年版）药品

序号	药品通用名称	商品名称	目录剂型	目录规格	药品企业	医保支付范围	备注		
1	蔗糖羧基氧化铁咀嚼片	维福瑞	片剂	0.5g	Vifor Fresenius Medical Care Renal Pharma Ltd.	限：1.接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的成人慢性肾脏病(CKD)患者；2.12岁及以上CKD4-5期(定义为肾小球滤过率<30 mL/min/1.73 m²)或接受透析的CKD儿科患者。	协议期内谈判药品		
2	达依泊汀α注射液	耐斯宝	注射剂	60μg	Kyowa Kirin Co.,Ltd.	限接受血液透析的成人慢性肾脏病患者(CKD)的贫血。	协议期内谈判药品		
				40μg					
				20μg					
3	恩那度司他片	无	片剂	4mg	深圳信立泰药业股份有限公司	限非透析的成人慢性肾脏病(CKD)患者。	协议期内谈判药品		
4	甲氧聚二醇重组人促红素注射液	美信罗	注射剂	150μg/0.3ml	Roche Pharma (Schweiz) AG	限因慢性肾脏病引起的贫血，且正在接受红细胞生成刺激剂类药品治疗的患者。	协议期内谈判药品		
				100μg/0.3ml					
				75μg/0.3ml					
				50μg/0.3ml					
5	培莫沙肽注射液	圣罗莱	注射剂	1.5ml:6.0mg	江苏豪森药业集团有限公司	限因慢性肾脏病引起的贫血，包括：1.未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的成人非透析患者；2.正在接受短效促红细胞生成素治疗的成人透析患者。	协议期内谈判药品		
				0.5ml：2.0mg					
				1ml：4.0mg					
6	罗沙司他胶囊	艾瑞卓	胶囊剂	20mg	珐博进(中国)医药技术开发有限公司	限慢性肾脏病(CKD)引起的贫血。	已转为常规目录原国谈药品		
				50mg					
7	罗沙司他胶囊	诺雪宁	胶囊剂	20mg	石药集团中诺药业（石家庄）有限公司	限慢性肾脏病(CKD)引起的贫血。	不高于原国谈药品价格的同通用名药品		
				50mg					
		维必艾						20mg	江西山香药业有限公司
								50mg	
8	司替戊醇干混悬剂	无	口服混悬剂	250mg	石家庄四药有限公司	限婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI，Dravet综合征)患者。	协议期内谈判药品		
				500mg					
9	马立巴韦片	无	片剂(薄膜衣片)	0.2g	Catalent CTS, LLC	限治疗造血干细胞移植或实体器官移植后巨细胞病毒(CMV)感染和/或疾病，且对一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缬更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的成人患者。	协议期内谈判药品		

二、增补纳入《福建省单列门诊统筹支付医保药品目录》（2025年版）药品

序号	药品通用名称	商品名称	目录剂型	目录规格	药品企业	医保支付范围	备注
1	芦沃美替尼片	复迈宁	片剂	1mg	上海复星医药产业发展有限公司	限：1. 2岁及2岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤 (PN) 的 I 型神经纤维瘤病 (NF1) 儿童及青少年患者； 2. 朗格汉斯细胞组织细胞增生症 (LCH) 和组织细胞肿瘤成人患者。	1. 协议期内谈判药品； 2. 单列支付限定范围：限 2 岁及 2 岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤 (PN) 的 I 型神经纤维瘤病 (NF1) 儿童及青少年患者。[未恶变（良性 PNF）]
				4mg			
2	巴瑞替尼片	无	片剂	2mg	杭州民生药业股份有限公司	限：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. 对一种或多种既往传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的2岁及以上活动性幼年特发性关节炎患者，包括：(1) 多关节型幼年特发性关节炎(多关节型类风湿因子阳性 [RF+] 或阴性 [RF-]，扩展型少关节炎)，(2) 附着点炎相关关节炎，(3) 幼年银屑病关节炎。可单药使用或与甲氨蝶呤联合用药。	不高于原国谈药品价格的同通用名药品；
3	阿达木单抗注射液	生爱宁	注射剂	40mg/0.8ml	武汉生物制品研究所有限责任公司		不高于原国谈药品价格的同通用名药品
4	阿柏西普眼内注射溶液	博优景	注射剂	4mg	山东博安生物技术股份有限公司	限：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、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。	不高于原国谈药品价格的同通用名药品
5	拉那利尤单抗注射液	达泽优	注射剂	300mg: 2ml (预充式)	Vetter Pharma-Fertigung GmbH & Co. KG	限 12 岁及以上患者预防遗传性血管性水肿 (HAE) 发作。	协议期内谈判药品

三、《福建省单列门诊统筹支付医保药品目录》（2025年版）限用范围调整药品

序号	药品通用名称	商品名称	目录剂型	目录规格	药品企业	医保支付范围	备注
1	硫酸氢司美替尼胶囊	科赛优	胶囊剂	25mg	ASTRAZENECA UK LIMITED	限 3 岁及 3 岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤 (PN) 的 I 型神经纤维瘤病 (NF1) 儿童患者。	1. 协议期内谈判药品； 2. 单列支付限定范围：限 3 岁及 3 岁以上伴有症状无法手术的丛状神经纤维瘤 (PN) 的 I 型神经纤维瘤病 (NF1) 儿童患者。 [未恶变（良性 PNF）]
				10mg			