

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2022〕13号

开封市医疗保障局 关于调整完善医疗保障门诊特定药品管理 相关政策的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各相关定点医药机构：

为确保国家谈判药品及时落地，根据《河南省医疗保障局河南省人力资源和社会保障厅关于执行〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021年）〉的通知》（豫医保〔2021〕72号）等文件精神，在原《开封市医疗保障局关于规范完善重特大疾病医疗保障门诊特定药品管理的通知》（汴医保

〔2021〕42号)的基础上进行调整完善,现将调整完善后的医疗保障门诊特定药品管理相关政策通知如下:

一、支付范围

(一)将2021年国家谈判药品目录中索磷维伏片等74种药品纳入我市门诊特定药品管理支付范围。

(二)调整原94种门诊特定药品中的艾尔巴韦格拉瑞韦片等23种药品限定支付范围。将沙库巴曲缬沙坦钠片调出门诊特定药品支付范围。

二、分类管理

经专家论证,结合我市国家医保谈判药品管理实际,对门诊特定药品实行分类管理。病程较短、急(抢)救类以及镇静检查类药品按照一类管理;治疗周期较长、用药人群和用药指征明确的药品按照二类管理;联合用药、预防性用药、用药指征广泛的药品按照三类管理。

三、待遇标准

参保人员使用门诊特定药品相关费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围,不设起付标准。城乡居民医保统筹基金支付比例为80%,城镇职工医保统筹基金支付比例为在职85%、退休人员90%。属于乙类药品的,参保人员需按规定的首自付比例负担一定费用后,再由统筹基金支付。其他相关待遇仍按原规定执行。

医保统筹基金支付门诊特定药品费用数额计入基本医保统筹基金年度最高支付限额。符合城乡居民大病保险和医疗救助等支付规定的费用，由大病保险和医疗救助按规定支付；符合城镇职工大额补充保险和公务员医疗补助支付规定的费用，由城镇职工大额补充保险和公务员医疗补助按规定支付。

除慢性肾功能不全引起的贫血、高钾血症外，享受门诊特定药品待遇的参保人员，原则上不再享受相关病种门诊慢性病待遇。

参保人员因同一疾病或不同疾病需同时使用2种及以上门诊特定药品（含门诊重特大疾病用药）的，应有国家颁布或推荐的临床治疗指南、临床路径和药品说明书等为依据，且至少经2名门诊特定药品责任医师评估确认。参保人员住院期间不能重复享受门诊特定药品待遇。

四、医药服务管理

（一）定点就医购药。门诊特定药品使用实行定点管理。原则上一个参保年度内，参保人员可自愿选择一家定点医疗机构就诊。对门诊特定药品实行定点医疗机构和定点零售药店“双通道”管理。逐步实现参保人员在定点医药机构就近多点购药。

（二）确定责任医师。凡具有主治医师及以上职称的相关专业医师，经所在定点医疗机构推荐，报医保经办机构备案后，

确定为责任医师。一类特药责任医师需由具有相关专业主治医师及以上职称医保医师担任；二类特药责任医师需由具有相关专业副主任医师及以上职称医保医师担任；三类特药责任医师需同时由两名具有相关专业的副主任医师及以上职称医保医师担任。责任医师负责为参保人员用药申请给予评估确认，同时协助参保人员办理有关(慈善)合作机构申请药品援助项目手续等；负责参保人员治疗各个阶段的医疗服务，包括诊断、评估、开具处方和随诊跟踪等。

(三) 申报备案。凡病情符合使用门诊特定药品的参保人员，携带本人确诊病历复印件(加盖病历复印章)或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的3个月之内的诊断证明及其他相关申报资料(见附件1)，到选定的定点医疗机构领取《开封市门诊特定药品使用申请表》(见附件2)，由责任医师填写并签署意见后，到定点医疗机构医保科办理申报备案手续。对于一类门诊特定药品中的急(抢)救药品，特殊情况下，定点医疗机构可为符合申报条件的参保人员采取先诊治后申报的方式，在医院先行备案，治疗结束后可携带相关资料到医保经办机构(或医共体医保服务窗口)补办相关手续并按照零星报销结算流程给予手工结算。

(四) 就医购药流程。定点医疗机构应为参保人员建立院内门诊病历。参保人员首次取药时应到定点医疗机构医保科领取

本人门诊病历及《开封市门诊特定药品使用领取登记表》(见附件3)，由责任医师记录病情、开具处方(口服药一次开药原则上不超过一个月用量)。取药后上述材料可送还医保科或自行保管。

原则上应由参保人员本人自行到定点医疗机构或定点零售药店取药，确因特殊原因，无法自行取药的，应由责任医师在申请表中填写一名代取药人，代取药人需在定点医药机构医保科备案后方可代为取药。

(五) 评估。责任医师应根据临床治疗指南、用药周期、临床需要、管理要求及待遇支付期限等，原则上每2-3个月(病情稳定的可延长至6个月)对参保人员病情进行一次治疗评估，在门诊病历中详细记录评估结果及最新治疗方案，并妥善保管其影像学等资料备查。根据最新评估方案及时调整治疗及用药，经评估已耐药、达不到临床诊断标准和门诊特定药品支付规定不再适合继续治疗的，责任医师应明确告知参保人员或其家属，及时退出治疗，并报医保经办机构备案。责任医师根据门诊特定药品使用确定治疗周期，1个治疗周期最长为1年。治疗期满需继续治疗或治疗期间需要更换药物的，由责任医师填写《开封市门诊特定药品使用继续治疗申请表》(见附件4)，并附参保人员近期治疗评估结果。

五、费用结算

参保人员发生的医疗费用，属于个人负担部分由本人持社保卡（或医保电子凭证）或现金与定点医药机构直接结算；纳入报销部分由定点医药机构先行支付，每月汇总后向医保经办机构申请结算。

六、异地就医

异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员申请门诊特定药品待遇时，应按照上述流程，选择一家参保地定点医疗机构办理申报备案手续，并确定一家居住地定点医疗机构按月进行门诊治疗。门诊费用由个人垫付，治疗结束后，持相关材料（处方、医院收费票据、门诊费用清单、社保卡复印件等）到医保经办机构（或医共体医保服务窗口）办理报销手续。应由统筹基金支付的医疗费用，由医保经办机构直接拨付给参保人员，符合城镇职工大额补充保险或城乡居民大病保险条件的，由相应商保公司按规定支付。

七、服务与监督

（一）门诊特定药品定点医药机构应确保门诊特定药品即时供应，杜绝“申请定点积极、药品供应滞后”情况的发生。要加强对参保患者就医购药行为的管理，对参保患者实行实名管理，妥善保管参保患者申报资料及治疗档案。发放药品的同时回收包装盒。

（二）医保经办机构要将门诊特定药品定点医药机构和责

任医师的服务纳入定点医药机构和医保医师协议管理。强化对门诊特定药品使用的监督，发现违法违规行为严肃查处。

本通知自2022年2月1日起执行。2022年2月1日起自本通知印发前发生的符合新增74种门诊特定药品使用条件的医疗费用，由医保经办机构按规定进行追溯报销。原《开封市医疗保障局关于规范完善重特大疾病医疗保障门诊特定药品管理的通知》（汴医保〔2021〕42号）文件废止。

- 附件：1. 开封市门诊特定药品医保支付限额标准及申报资料
2. 开封市门诊特定药品使用申请表
3. 开封市门诊特定药品领取登记表
4. 开封市门诊特定药品继续治疗申请表



附件1

开封市门诊特定药品医保支付限额标准及申报资料

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	伊马替尼	二类	100mg*12	每月限支付 10 盒	慢性髓性白血病：1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 染色体分析、PCR 融合基因或 FISH 融合基因检查报告单。 急性淋巴细胞白血病：1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 染色体分析、PCR 融合基因或 FISH 融合基因检查报告单；3. 既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。 胃肠间质瘤：1. 病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；2. 4 周内影像学检查报告单。	限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。
			100mg*60	每月限支付 2 盒 (“格列卫”每年限支付 8 盒)		
2	达沙替尼	二类	50mg*7	每月限支付 9 盒，全年限支付 104 盒。	1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 染色体分析、PCR 融合基因或 FISH 融合基因检查报告单；3. 既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者。
			20mg*7	加速期或急变期每月限支付 9 盒，全年限支付 104 盒		
			50mg*60	每月限支付 1 盒		
			20mg*60	加速期或急变期每月限支付 1 盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
3	尼洛替尼	二类	50mg*120	每月限支付4盒， 每13个月限支付32盒。	1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。	1. 用于治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期成人患者及2岁以上的儿童患者；2. 用于对既往治疗（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以及慢性期2岁以上的儿童患者。
			200mg*120	每月限支付1盒， 每13个月限支付8盒。		
			150mg*120			
4	吡非尼酮	二类	200mg*63	每4周限支付4盒	肺CT检查报告单。	限特发性肺纤维化。
			100mg*54	每月限支付10盒		
5	瑞戈非尼	二类	40mg*28	每4周限支付3盒	<p>肝癌：1. 病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。（2）肝脏CT或MRI报告单。（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2. 既往使用过一线药物治疗的医嘱。</p> <p>胃肠间质瘤：1. 病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p>结肠癌：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。</p>	1. 肝细胞癌二线治疗；2. 转移性结肠癌三线治疗；3. 胃肠道间质瘤三线治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
					直肠癌：1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据；4.证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。	
6	舒尼替尼	二类	12.5mg*28	每6周限支付4盒	肾癌： 1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.证实为不能手术的相关检查报告单。 胃肠间质瘤： 1.病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；2.4周内影像学检查报告单；3.既往使用过伊马替尼治疗的医嘱或其他使用证据；4.伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。	限 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。
			12.5mg*14	每6周限支付8盒		
			12.5mg*28	每4周限支付3盒	胰腺神经内分泌瘤： 1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单。	
			12.5mg*14	每4周限支付6盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
7	奥希替尼	二类	80mg*30	每月限支付1盒	一线治疗：1.病理组织学报告单； 2.局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；3.EGFR基因检测报告单。 疾病进展治疗：1.病理组织学报告单；2.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用证据；3.疾病进展的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单； 4.EGFR T790M基因检测报告单。	限表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；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的治疗。
			40mg*30			
8	克唑替尼	二类	250mg*60	每月限支付1盒	1.病理组织学报告单；2.ALK或ROS1基因检测报告单；3.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	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。
			200mg*60			
9	塞瑞替尼	二类	150mg*150	每50天限支付1盒	1.病理组织学报告单；2.ALK基因检测报告单； 3.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	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(NSCLC)患者的治疗。
10	阿法替尼	二类	40mg*7	每4周限支付4盒	1.病理组织学报告单；2.提供以下2条其中1条的医学资料：(1)EGFR基因检测报告单、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。既往使用含铂化疗的医嘱、局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	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。
			30mg*7			

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
11	安罗替尼	二类	12mg*7	每3周限支付2盒	<p>非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往至少接受过2种系统化疗的医嘱；3.疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化疗的医嘱；3.疾病进展或复发的小细胞肺癌相关检查报告单。</p> <p>软组织肉瘤：1.病理组织学报告单；2.腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以外的其他病理亚型需提供既往接受过蒽环类化疗方案的医嘱及疾病进展或复发相关检查报告单。</p> <p>甲状腺髓样癌：1.病理组织学报告单；2.既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；3.甲状腺彩超或CT检查报告单；4.疾病进展和不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌的证据。</p>	<p>1.用于既往至少接受过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的治疗。对于存在表皮生长因子受体（EGFR）基因突变或间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、且至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发。2.用于腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者的治疗。3.用于既往至少接受过2种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括119例既往至少接受过2种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的II期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性试验证实本品在该人群的临床获益。4.用于具有临床症状或明确疾病进展的、不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括91例晚期甲状腺髓样癌的IIB期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性试验证实本品在该人群的临床获益。</p>
			10mg*7			
			8mg*7			

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
12	埃克替尼	二类	125mg*21	每4周限支付4盒	<p>一线治疗: 病理组织学报告单、EGFR基因检测报告单。</p> <p>二线治疗: 1. 病理组织学报告单；2. 既往接受过一个化疗方案（含铂类）失败后的局部晚期或转移性证据。</p> <p>辅助治疗: 1. 病理组织学报告单、EGFR基因检测报告单；2. 手术后需要使用本品辅助治疗的医嘱或其他证据。</p>	1. 本品单药适用于治疗表皮生长因子受体（EGFR）基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。2. 本品单药可适用于治疗既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC），既往化疗主要是指以铂类为基础的联合化疗。3. 本品单药适用于II-III期伴有表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变非小细胞肺癌（NSCLC）术后辅助治疗。4. 不推荐本品用于EGFR野生型非小细胞肺癌患者。
13	吉非替尼	二类	250mg*10	每月限支付3盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。
			250mg*30	每月限支付1盒		
14	厄洛替尼	二类	150mg*14	每月限支付2盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	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。
			150mg*7	每月限支付4盒		
			100mg*30	每月限支付1盒		
15	人凝血因子VIII 重组人凝血因子VIII 重组人凝血因子IX 重组人凝血因子VIIa 人凝血酶原复合物等	二类		<p>>6岁每年限支付12万（7周岁生日第二天起均为>6岁）</p> <p>≤6岁每年限支付8万</p>	提供凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白原、凝血酶时间、凝血VIII/IX因子活性检测报告。	限血友病凝血因子治疗

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	帕妥珠单抗	三类	420mg	第1次限支付2支，以后每3周限支付1支。	1.病理组织学报告单；2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检查报告单；3.4周内影像学检查报告单；4.与曲妥珠单抗同时使用的医嘱或处方。	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。
17	吡咯替尼	二类	80mg*14	每4周限12040元	1.病理组织学报告单；2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检查报告单；3.证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单；4.既往使用一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	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。
			80mg*100			
18	曲妥珠单抗	三类	150mg	每3周限支付3瓶	胃癌：1.病理组织学报告单；2.免疫组化报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检测报告单；3.证实为晚期转移性胃癌的相关检查报告单或诊断证明。 乳腺癌：1.病理组织学报告单；2.免疫组化报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检测报告单。	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。
			440mg	每3周限支付1瓶		
19	阿帕替尼	二类	250mg*30	每月限支付3盒	胃腺癌或胃-食管结合部腺癌： 1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种或以上系统化疗的医嘱；3.证实为进展或复发的晚期胃癌的相关检查报告单或诊断证明。 肝癌： 1.病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：(1)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。(2)肝脏CT或MRI报告单。(3)至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌的医嘱或相关证据。	1.本品单药用于既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者。患者接受治疗时应一般状况良好。2.本品单药用于既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌患者。
			250mg*10	每月限支付9盒		
			375mg*10	每月限支付5盒		
			425mg*14	每月限支付5盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
20	尼妥珠单抗	二类	10ml:50mg	每月限支付 8 瓶	1. 病理组织学报告单；2. 表皮生长因子受体 (EGFR) 检测报告单；3. 证实为 III/IV 期鼻咽癌的相关检查报告单。	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。
21	西达本胺	二类	5mg*24	每月限支付 2 盒	1. 确诊外周 T 细胞淋巴瘤的相关检查报告单；2. 既往至少接受过一次全身化疗的医嘱。	限既往至少接受过 1 次全身化疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤 (PTCL) 患者。
22	阿昔替尼	二类	5mg*28	每 4 周限支付 2 盒	1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为疾病进展的相关检查报告单。	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。
			1mg*14	每 4 周限支付 16 盒		
23	培唑帕尼	二类	200mg*30	每月限支付 4 盒每人限支付 32 盒	1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. 证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。	限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。
24	索拉非尼	二类	200mg*30	每月限支付 4 盒	肾癌：1. 确诊为肾癌的相关检查报告单；2. 证实为不能手术的诊断证明或影像学检查报告单。 肝癌：1. 病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。肝脏 CT 或 MRI 报告单。（3）至少 2 次 AFP 检查报告单，且间隔至少 2 个月；2. 证实为无法手术或远处转移的相关检查报告单。 甲状腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；3. 甲状腺彩超或 CT 检查报告单。	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。
			200mg*60	每月限支付 2 盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
25	依维莫司	二类	5mg*30	每月限支付 2 盒	肾癌：1. 确诊为肾癌的相关检查报告单；2. 既往接受过舒尼替尼或索拉非尼治疗的医嘱；3. 证实为晚期肾癌的相关检查报告单。 胰腺神经内分泌瘤：1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单。 非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤：1. 病理组织学报告单；2. 相关的影像学检查报告单。 肾血管平滑肌脂肪瘤：1. 肾彩超或 CT 或 MRI 检查报告单；2. 确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单。 室管膜下巨细胞星型细胞瘤：1. 确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单；2. 相关影像学检查报告单。	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、分化良好的（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、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。4. 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。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。
			2. 5mg*30	每月限支付 4 盒		
26	伊沙佐米	二类	4mg*3	每 4 周限支付 1 盒	1. 骨髓细胞形态学检查报告单；2. 流式细胞学检查报告单；3. 免疫固定电泳检查报告单。	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；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种。
			3mg*3			
			2. 3mg*3			
27	来那度胺	二类	25mg*21	每 4 周限支付 1 盒	1. 骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2. 既往接受过至少一种疗法治疗的医嘱。	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。
			10mg*28	每 5 周限支付 2 盒		
			5mg*28	每 5 周限支付 1 盒		
			5mg*21	每 4 周限支付 1 盒		
			10mg*21	每 4 周限支付 2 盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
28	硼替佐米	二类	3.5mg	多发性骨髓瘤初治患者：第1-24周，每周限支付2支。第25-54周，每周限支付1支 复发患者：每3周限支付4支	多发性骨髓瘤：骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。 套细胞淋巴瘤：1.病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检查报告单）或流式细胞学检查报告单；2.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	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。
				套细胞淋巴瘤：每3周限支付4支		
			1.0mg	多发性骨髓瘤初治患者：第1-24周，每周限支付4支。第25-54周，每周限支付2支。 复发患者：每3周限支付8支		
				套细胞淋巴瘤：每3周限支付8支		
2.5mg	多发性骨髓瘤初治患者：第1-24周，每周限支付2支。第25-54周，每周限支付1支。 复发患者：每3周限支付4支					
	套细胞淋巴瘤：每3周限支付4支					

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
29	阿比特龙	二类	250mg*120	每月限支付 1 盒	1. 病理组织学报告单； 2. 血清睾酮检查报告单； 3. 间隔 1 周及以上连续 3 次的前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	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。
			250mg*60	每月限支付 2 盒		
30	特立氟胺	二类	14mg*28	每 4 周限支付 1 盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告单。	限常规治疗无效的多发性硬化患者。
31	利鲁唑	二类	50mg*24	每60天限支付5盒	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	
			50mg*56	每4周限支付1盒		
32	维 A 酸	三类	20mg*10	每月限支付3盒	1. 骨髓检查报告单；2. 初诊提供特异性染色体检查报告单和PML/RARa融合基因检查报告单；3. 继续治疗提供特异性染色体检查报告单或PML/RARa融合基因检查报告单；4. 限支付维A酸和复方黄黛片费用。	
33	复方黄黛片	三类	270mg*100	每月限支付 6 盒	1. 骨髓检查报告单；2. 初诊提供特异性染色体检查报告单和 PML/RARa 融合基因检查报告单；3. 继续治疗提供特异性染色体检查报告单或 PML/RARa 融合基因检查报告单。	限初治的急性早幼粒细胞白血病。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
34	雷珠单抗	二类	10mg/ml 0.2ml	每次限 5830 元（含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用）	1. 病眼基线矫正视力报告单；2. 眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。	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。
			10mg/ml 0.165ml (预充式)			
35	阿柏西普	二类	4mg	每次限 5980 元（含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用）	1. 病眼基线矫正视力报告单；2. 眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
36	西妥昔单抗	二类	100mg (20ml)	1. 单周方案：首周给药剂量为 400mg/m ² 体表面积，其后每周给药剂量为 250mg/m ² 体表面积。2. 双周方案：每 2 周给药剂量为 500mg/m ² 体表面积。	结肠癌： 1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. K-RAS基因检测报告单；4. 证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。 直肠癌： 1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. K-RAS基因检测报告单；4. 证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。 头颈部鳞状细胞癌： 1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 证实为复发和/或转移性疾病的检查报告单。4. 联合铂类和氟尿嘧啶化疗的医嘱或证据。	1. 本品用于治疗RAS基因野生型的转移性结直肠癌：与FOLFOX或FOLFIRI方案联合用于一线治疗；与伊立替康联合用于经含伊立替康治疗失败后的患者。2. 本品用于治疗头颈部鳞状细胞癌：与铂类和氟尿嘧啶化疗联合用于一线治疗复发和/或转移性疾病。
37	雷替曲塞	二类	2mg	每 3 周限支付 3 支	结直肠癌：1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. 既往使用过氟尿嘧啶类药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为晚期结直肠癌的相关检查报告单；5. 氟尿嘧啶类药物不耐受的依据。	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。
38	呋喹替尼	二类	1mg*21	每 4 周限支付 4 盒	结直肠癌：1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单。	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。
			5mg*7	每 4 周限支付 3 盒		
39	维莫非尼	三类	240mg*56	每 4 周限支付 4 盒	1. 病理组织学报告单；2. BRAF V600 基因检测报告单；3. 证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
40	伊布替尼	二类	140mg*90	每 45 天限支付 2 盒	套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单）或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	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；3. 华氏巨球蛋白血症患者的治疗，按说明书用药
				每月限支付 1 盒	小淋巴细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细胞学检查报告单。 慢性淋巴细胞白血病：1. 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 华氏巨球蛋白血症：1. 病情诊断证明书；2. 血清蛋白电泳；3. 骨髓细胞检查报告。	
41	奥曲肽	二类	30mg	胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症：每 4 周限支付 1 瓶	胃肠胰内分泌肿瘤：1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. 血清激素水平检查报告单或生长抑素受体检查报告单。 肢端肥大症：1. 3 月内影像学检查报告单；2. 生长激素检查报告单；3. 胰岛素样生长因子-1（IGF-1）检查报告单。	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。
			20mg	肢端肥大症：每 4 周限支付 1 瓶		
42	麦格司他	二类	100mg*84	每 4 周限支付 2 盒	成纤维细胞 Filipin 染色或基因检查报告单。	限 C 型尼曼匹克病患者。
43	司来帕格	二类	0.2mg*60	每月限 19450 元	右心导管检查或 4 周内相关的影像学检查报告单。	限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。
			0.6mg*60			
			0.8mg*60			
			0.2mg*140			

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
44	波生坦	二类	32mg*56	每4周限支付2盒	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	32mg/片(分散片)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。
			125mg*56	每4周限支付1盒		
45	利奥西呱	二类	0.5mg*42	每月限4200元	1.右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单;2.动脉性肺动脉高压患者既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	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。
			1.0mg*42			
			2.5mg*84			
46	马昔腾坦	二类	10mg*30	每月限支付1盒	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。
47	罗沙司他	二类	20mg*3	每月限1928元	4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	本品适用于慢性肾脏病(CKD)引起的贫血,包括透析及非透析患者。
			50mg*3			
48	贝达喹啉	二类	100mg*24	第1-4周限支付3盒; 第5-24周,每4周限支付1盒。每人限支付8盒。	1.4周内胸部影像学检查报告单; 2.痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。	限耐多药结核患者。
49	德拉马尼	二类	50mg*60	每月限支付2盒,每人限支付12盒。	1.4周内胸部影像学检查报告单; 2.痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。	限耐多药结核患者。
50	艾尔巴韦 格拉瑞韦	二类	(每片含艾尔巴韦 50mg和格拉瑞韦 100mg)*28	每4周限支付1盒, 每人限支付3盒。	HCV RNA检查报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎(CHC)感染。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
51	来迪派韦 索磷布韦	二类	(每片含 90mg 来迪派韦和 400mg 索磷布韦) *28	每 4 周限支付 1 盒, 每人限支付 3 盒。	HCV RNA检查报告单。	本品适用于治疗成人和12至<18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。
52	索磷布韦 维帕他韦	二类	(每片含 400mg 索磷布韦和 100mg 维帕他韦) *28	每 4 周限支付 1 盒, 每人限支付 3 盒。	HCV RNA检查报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。
53	信迪利单抗	二类	10ml:100mg	每 3 周限支付 2 支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤: 1. 病理组织学报告单; 2. 既往经过二线系统化疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p>非鳞状非小细胞肺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. EGFR和ALK基因检查报告单; 3. 证实为晚期或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>鳞状非小细胞肺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为不可手术切除的晚期或复发性鳞状细胞非小细胞肺癌的相关检查报告单; 3. 联合吉西他滨和铂类化疗的医嘱或证据。</p> <p>肝癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的证据; 3. 联合贝伐珠单抗的医嘱或证据。</p>	<p>1. 本品适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。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的有条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实信迪利单抗治疗相对于标准治疗的显著临床获益。</p> <p>2. 信迪利单抗联合培美曲塞和铂类化疗, 用于未经系统治疗的表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性的晚期或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌的治疗。</p> <p>3. 信迪利单抗联合吉西他滨和铂类化疗, 用于不可手术切除的晚期或复发性鳞状细胞非小细胞肺癌的一线治疗。</p> <p>4. 信迪利单抗联合贝伐珠单抗, 用于既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗。</p>

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
54	阿来替尼	二类	150mg*224	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. ALK 基因检查报告单； 3. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	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。
55	芦可替尼	二类	5mg*60	每月限支付4盒	1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 血常规检查报告单。	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。
56	奥拉帕利	二类	150mg*56	每4周限11500元	维持治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据。 铂敏感：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据；4. 停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	限携带胚系或体细胞 BRCA 突变的（gBRCAm 或 sBRCAm）晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；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。
			100mg*56			
57	托法替布	二类	5mg*28	每4周限支付2盒	1. 既往使用 DMARDs 治疗 3-6 个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用 DMARDs 治疗 3-6 个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	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。
			5mg*20	每4周限支付3盒， 每年限支付37盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
58	阿达木单抗	二类	40mg/0.4ml 预填充式注射笔, 40mg/0.4ml 预填充式注射器 40mg/0.8ml 预填充式注射笔, 40mg/0.8ml 预填充式注射器	类风湿关节炎、强直性脊柱炎: 每2周限支付1支 斑块状银屑病: 第1周限支付2支, 第2周起, 每2周限支付1支	类风湿关节炎: 1. 既往使用 DMARDs 治疗 3-6 个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用 DMARDs 治疗 3-6 个月前相关实验室或影像学检查报告单。 强直性脊柱炎: 1. 既往使用 NSAIDs 治疗 3 个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用 NSAIDs 治疗 3 个月前相关实验室或影像学检查报告单。 银屑病: 1. 既往系统性治疗的医嘱或其他证据。 2. 系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。	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、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者, 需按说明书用药。
59	奥马珠单抗	二类	150mg	每月限支付 4 支	1. IgE 检查报告单; 2. 既往使用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的医嘱或其他使用证据; 3. 4 周内胸部影像学或支气管激发试验检查报告单。	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。
60	地塞米松	二类	0.7mg	每次限 5880 元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用)	1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
61	康柏西普	二类	10mg/ml:0.2ml	每次限 6040 元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及 OCT 费用)	1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影、频域后节 OCT 或 OCT 血管成像检查报告单。	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。
62	地拉罗司	二类	125mg*28	每月限支付 11 盒	提供以下资料之一: 1. 血常规和血红蛋白电泳检查报告单; 2. 血清铁蛋白检查报告单和既往接受过输血治疗的医嘱。	
63	度普利尤单抗	二类	300mg 200mg	首次 2 支后续每 4 周 限支付 2 支	1. 确诊为中重度特应性皮炎证据, 包括症状和实验室检查报告单; 2. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的证据; 3. 16 周后评估无效的患者停止使用。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
64	兰瑞肽	二类	90mg	前3个月： 每4周限支付1支*90mg 维持期： 每4周限支付1支*120mg；或每4周限支付1支*90mg；或每6周限支付1支*120mg；或每8周限支付1支*120mg。	1.3个月内影像学检查报告单；2.生长激素（GH）检查报告单；3.胰岛素样生长因子-1（IGF-1）检查报告单。	限肢端肥大症，按说明书用药。
			120mg			
65	可洛派韦	二类	60mg*28	每4周限支付1盒，限支付12周。（协议有效期内，谈判企业负责向购买盐酸可洛派韦胶囊的患者免费提供同疗程的索磷布韦片）	1.HCV RNA 阳性检查报告单；2.基因分型检查报告单。	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。
66	氟马替尼	二类	200mg*30	每月限支付3盒	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。	限费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期成人患者。
67	阿美替尼	二类	55mg*20	每月限支付3盒	1.病理组织学报告单；2.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用依据；3.疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4. EGFR T790M 基因检测报告单。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
68	泽布替尼	二类	80mg*64	每月限支付 2 盒	<p>套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单）或者流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。</p> <p>慢性淋巴细胞白血病：1. 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。</p> <p>小淋巴细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。</p> <p>华氏巨球蛋白血症：1. 病情诊断证明书；2. 血清蛋白电泳；3. 骨髓细胞检查报告；4. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。</p>	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。分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果附条件批准上述适应症，完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。3. 既往至少接受过一种治疗的成人华氏巨球蛋白血症（WM）患者。基于一项单臂临床试验的主要缓解率结果附条件批准上述适应症，完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。
69	曲美替尼	三类	0.5mg*30	每月限支付 4 盒	1. 病理组织学报告单；2. BRAF V600 基因检测报告单；3. 提供下列相关检查资料之一：（1）不可切除或转移性黑色素瘤；（2）III 期黑色素瘤患者完全切除后；4. 联合甲磺酸达拉非尼治疗方案。	限 1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAFV600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
			2mg*30	每月限支付 1 盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
70	达拉非尼	二类	50mg*120	每2月限支付3盒	1.病理组织学报告单；2.BRAF V600基因检测报告单；3.提供下列相关检查资料之一：(1)不可切除或转移性黑色素瘤；(2)III期黑色素瘤患者完全切除后；4.联合曲美替尼治疗方案。	限1.BRAF V600突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：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。2.BRAF V600突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合曲美替尼适用于BRAF V600突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
			75mg*120	每月限支付1盒		
71	仑伐替尼	二类	4mg*30	每月限支付2盒(体重<60kg)每月限支付3盒(体重≥60kg)	1.病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：(1)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。(2)肝脏CT或MRI检查报告单。(3)至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.证实无法手术切除的检查报告单。	限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。
72	恩扎卢胺	二类	40mg*112	每4周限支付1盒	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单；4.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)的证据。	限雄激素剥夺治疗(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。
			40mg*28	每4周限支付4盒		
73	尼拉帕利	二类	100mg*30	每月限支付3盒	1.病理组织学报告单；2.既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3.使用铂类化疗药物获得经临床证实缓解的证据；4.晚期确诊证据或停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	1.本品适用于晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。2.本品适用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
			100mg*60	每2月限支付3盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
74	戈舍瑞林	二类	3.6mg	每4周限支付1支	前列腺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 血清睾酮检查报告单; 3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。 乳腺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 性激素检查报告单。 子宫内膜异位症: 半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。	
			10.8mg	每12周限支付1支		
			3.6mg	每4周限支付1支		
			3.6mg	每4周限支付1支 每人限支付6支		
75	地舒单抗	二类	120mg (1.7ml)	首次每4周限支付3支 后续每4周限支付1支	1. 病理组织学检查报告或能够确诊的影像学报告单; 2. 不能手术或手术切除导致严重功能障碍的证据。	限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。
76	西尼莫德	二类	0.25mg*12	CYP2C9*1*1 或*1*2 或*2*2 基因型患者: 滴定期: 每5天限支付1盒 CYP2C9*2*3 或*1*3 基因型患者: 滴定期+维持期: 每30天限支付10盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告。	限成人复发型多发性硬化的患者。
			2mg*28	CYP2C9*1*1 或*1*2 或*2*2 基因型患者: 维持期: 每4周限支付1盒		
77	芬戈莫德	二类	0.5mg*28	每4周限支付1盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告。	限10岁及以上患者复发型多发性硬化(RMS)的患者。
78	巴瑞替尼	二类	2mg*28	每4周限支付1盒	1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
79	贝利尤单抗	二类	120mg	前6周, 每2周限支付5支, 最多支付15支。后续每4周限支付5支(以体重60kg计)	1. 临床症状及影像学检查报告和实验室检查确诊资料; 2. SELENA-SLEDAI 评分 \geq 8; 3. 免疫学检查: ANA 阳性或抗DNA抗体增高或抗Sm抗体阳性。	本品与常规治疗联合, 适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如: 抗dsDNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分 \geq 8)的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5岁及以上患者。
			400mg	前6周, 每2周限支付2支, 最多支付6支后续每4周限支付2支(以体重80kg计)		
80	依那西普	二类	25mg	每周限支付2支	类风湿关节炎: 1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	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。
			50mg	每周限支付1支	强直性脊柱炎: 1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用NSAIDs治疗3个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	
81	司库奇尤单抗	二类	150mg	首次每4周限支付5支, 后续每4周限支付1支	强直性脊柱炎: 1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据; 2. 使用NSAIDs治疗3个月相关实验室或影像学检查报告单。	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。
				首次每4周限支付10支, 后续每4周限支付2支	银屑病: 1. 既往传统治疗的医嘱或其他证据; 2. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。	

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
82	尼达尼布	二类	150mg*30	每月限支付 2 盒	特发性肺纤维化：肺 CT 检查报告单。 系统性硬化病相关间质性肺疾病： 1. 确诊为系统性硬化病的病历及免疫学检查报告单；2. 肺 CT 检查报告单。	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。
			150mg*60	每月限支付 1 盒		
			100mg*30	每月限支付 2 盒		
			100mg*60	每月限支付 1 盒		
83	氘丁苯那 嗪	二类	6mg*28	亨廷顿有关的舞蹈病：起始剂量：每 4 周限支付 1 盒，每 4 周最多支付 8 盒。 成人迟发性运动障碍：起始剂量：每 4 周限支付 2 盒，每 4 周最多支付 8 盒。	亨廷顿有关的舞蹈病：1. 基因检查报告；2. 有相应临床表现证据。 成人迟发性运动障碍：1. 有相应临床表现证据； 2. 服用抗精神病药物或服用抗抑郁药、抗帕金森药、抗癫痫药或抗组胺药的证据。	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。
			9mg*28	亨廷顿有关的舞蹈病和成人迟发性运动障碍：维持剂量：每 4 周限支付 2 盒，每 4 周最多支付 4 盒		
			12mg*28	亨廷顿有关的舞蹈病：维持剂量：每 4 周最多支付 4 盒。 成人迟发性运动障碍：起始剂量：每 4 周限支付 1 盒，每 4 周最多支付 4 盒。		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
84	氟维司群	二类	5ml:250mg	每月限支付2支	1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化报告单；3. 既往使用过芳香化酶抑制剂的医嘱；4. 证实为晚期乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。	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。
85	替雷利珠单抗	二类	10ml:100mg	每3周限支付2支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过二线系统化疗的医嘱或复发、难治的证据。</p> <p>尿路上皮癌：1. 病理学检查报告；2. PD-L1高表达的相关检查报告；3. 含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。</p> <p>鳞状非小细胞肺癌：1. 病理组织学报告单；2. 证实为不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单；3. 联合紫杉醇和卡铂的医嘱或证据。</p> <p>非鳞状非小细胞肺癌：1. 病理组织学报告单；2. EGFR和ALK基因检查报告单；3. 证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>肝癌：1. 病理组织学报告单；2. 既往全身系统治疗的医嘱或证据。</p>	<p>1. 经典型霍奇金淋巴瘤：本品适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。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。</p> <p>2. 尿路上皮癌：本品适用于PD-L1高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。</p> <p>3. 非小细胞肺癌：本品联合紫杉醇和卡铂用于不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。本品联合培美曲塞和铂类化疗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、不可手术切除的局部</p>

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
						晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。4. 肝细胞癌：本品适用于至少经过一种全身治疗的肝细胞癌（HCC）的治疗。本适应症是基于一项II期临床试验的客观缓解率和总生存期结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。
86	特瑞普利单抗	二类	80mg/2ml	每4周限支付6支	黑色素瘤： 1. 病理组织学报告单；2. 既往全身系统治疗的医嘱；3. 证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。 鼻咽癌： 1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 既往接受过二线及以上系统治疗失败导致复发/转移性鼻咽癌的相关检查报告单。 尿路上皮癌： 1. 病理学检查报告单；2. 含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。	1. 本品适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。* 2. 本品适用于既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗。* 3. 本品适用于含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。* *以上适应症在中国是基于单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性临床试验能否证实中国患者的长期临床获益。
			240mg/6ml	每4周限支付2支		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
87	卡瑞利珠单抗	二类	200mg	每2周限支付1支	经典型霍奇金淋巴瘤:1.病理组织学报告单;2.既往经过二线系统化疗的医嘱或复发、难治的证据。 食管鳞癌:1.病理组织学报告单;2.既往经过一线系统化疗的医嘱或其他使用证据;3.证实疾病进展或不可耐受或转移性的相关检查报告单。	限1.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患者的治疗。2.既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗。3.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。4.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。
				每3周限支付1支	肝癌:1.病理组织学报告单;2.既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌的相关检查报告单。 非鳞状非小细胞肺癌:1.病理组织学报告单;2.ALK和EGFR基因检测报告单;3.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单。	
88	艾多沙班	二类	30mg*7	每4周限支付8盒	非瓣膜性房颤:1.超声心动图;2.心电图;3.凝血功能检查;4.存在出血高危的相关证据。 深静脉血栓:1.深静脉超声检查报告单;2.凝血功能检查;3.存在出血高危的相关证据。 肺栓塞:1.肺动脉CT或MRI等影像检查;2.凝血功能检查;3.存在出血高危的相关证据。	限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。
			60mg*7	每4周限支付4盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
89	重组人血小板生成素	二类	7500U/1ml	每日限支付 2 支，最多支付 2 周 28 支	实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症：1. 血小板计数；2. 实体瘤化疗的相关证据。	限实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症或特发性血小板减少性紫癜。
			15000U/1ml	每日限支付 1 支，最多支付 2 周 14 支	特发性血小板减少性紫癜：1. 血小板计数；2. 脾脏超声检查报告单；3. 使用激素或存在出血风险的相关证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。	
90	本维莫德	二类	1 支	每周限支付 4 支，最多支付 12 周 48 支	1. 既往一线系统性治疗的医嘱或其他证据；2. 轻中度稳定性寻常型银屑病常规治疗无效的临床证据。	限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的二线治疗，需按说明书用药。
91	泊沙康唑	二类	40mg*105ml	每 4 周限支付 4 瓶最多支付 12 周	侵袭性真菌感染：1. 移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤重度粒细胞缺乏的相关证据；2. 侵袭性曲霉菌和念珠菌感染的相关证据；3. 血常规报告。	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。
				每月限支付 6 瓶	伊曲康唑和/或氟康唑难治性口咽念珠菌病：1. 既往有使用伊曲康唑或氟康唑治疗无效的相关证据；2. 口咽念珠菌阳性检查报告单；3. 3 个月评估后根据评估结果减量或停药。 接合菌纲类感染：1. 接合菌纲类感染的检查报告单；2. 3 个月评估后根据评估结果减量或停药。	

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
92	棕榈帕利哌酮酯 (3M)	二类	1. 315ml: 263mg	每3月限支付1支	1. 具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构出具的诊断证明或严重精神障碍管理治疗工作办公室(严重精神障碍患者管理项目办)出具的在管证明; 2. 既往接受过棕榈酸帕利哌酮注射液(1个月剂型)至少4个月充分治疗的用药依据。	限接受过棕榈酸帕利哌酮注射液(1个月剂型)至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。
			1. 75ml: 350mg			
			2. 625m: 525mg			
93	静注人免疫球蛋白 (pH4)	二类	-	每月限支付6瓶	根据病史及实验室检查诊断为X-连锁无丙种球蛋白血症和常见染色体无丙种球蛋白血症、常见变异性免疫缺陷、高IgM综合征等需免疫球蛋白G治疗者。	限支付静脉注射用人免疫球蛋白(pH4)费用
94	玛巴洛沙韦片	一类	20mg*2片	每次限支付1盒(体重<80kg), 每年限支付2盒。	48小时内确诊甲型或乙型流感感染的检测报告或诊断证明。	本品适用于12周岁及以上单纯性甲型和乙型流感患者, 包括既往健康的患者以及存在流感并发症高风险的患者。
			40mg*2片	每次限支付1盒(体重≥80kg), 每年限支付2盒。		
			40mg*1片	每次限支付2盒(体重≥80kg), 每年限支付4盒。		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
95	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	一类	0.5g*1瓶	每次限支付1瓶	1. 确诊或高度怀疑心血管病的证据；2. 4周内常规超声心动图检查报告单。	用于常规超声心动图显影不够清晰者，增强显像效果，增加病变识别率及病变定性的准确性，增强左心室内膜边界的识别。
96	注射用全氟丁烷微球	一类	16 μ l*1支	每次限支付1支	确诊或高度怀疑肝脏肿瘤的证据。	本品仅用于诊断使用：注射用全氟丁烷微球是一种超声造影剂，用于肝脏局灶性病变血管相和Kupffer相的超声成像。
97	环泊酚注射液	一类	20ml:50mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊消化道内镜检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）或行门诊全麻下手术（含临床操作）申请单。	本品适用于：消化道内镜检查中的镇静；全身麻醉诱导。
			5ml:50mg*1支			
98	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	一类	36mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊胃镜、结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）。	本品适用于胃镜、结肠镜检查的镇静。
			25mg*1支			
99	注射用苯磺酸瑞马唑仑	一类	25mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）。	本品适用于结肠镜检查的镇静。
100	水合氯醛/糖浆组合包装	一类	（水合氯醛浓缩液1.342g：1g/糖浆9ml）*1盒	每次限支付1盒组合包装	1周内行镇静、催眠的门诊检查（含临床操作）申请单。	儿童检查、操作前的镇静、催眠。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
101	醋酸艾替班特注射液	一类	3ml:30mg*1支	每次限支付1支	确诊遗传性血管性水肿 (HAE) 急性发作的临床证据。	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。
102	咪达唑仑口服溶液	一类	0.2%(10ml:20mg)*1支	每次限支付1支	1周内行镇静/抗焦虑/遗忘的门诊诊疗(含治疗性操作)、手术申请单。	用于儿童诊断或治疗性操作前以及操作过程中的镇静/抗焦虑/遗忘;也可用于儿童术前镇静/抗焦虑/遗忘。
103	索磷维伏片	二类	(每片含索磷布韦400mg 维帕他韦100mg和 伏西瑞韦100mg)*28 片	每4周限支付1瓶 每人限支付3瓶	1.HCV RNA检查报告单; 2.肝功能检查报告单; 3.既往使用直接抗病毒药物治疗的医嘱或其他使用证据; 4.肝功能Child-Pugh分级; 5.肝脏超声检查或影像学检查报告单。	本品适用于治疗既往接受过含直接抗病毒药物(DAA)方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化(Child-Pugh A)的成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。
104	达诺瑞韦钠片	二类	100mg*28片	每4周限支付2瓶 每人限支付6瓶	1.HCV RNA检查报告单; 2.肝功能检查报告单; 3.基因分型检查报告单; 4.提供非肝硬化的临床依据; 5.肝脏超声检查或影像学检查报告单。	与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因1b型慢性丙型肝炎成人患者(用法用量详见盐酸拉维达韦片说明书)。
105	盐酸拉维达韦片	二类	200mg*14片	每4周限支付2瓶 每人限支付6瓶	1.HCV RNA检查报告单; 2.肝功能检查报告单; 3.基因分型检查报告单; 4.提供非肝硬化的临床依据; 5.肝脏超声检查或影像学检查报告单。	盐酸拉维达韦片联合利托那韦强化的达诺瑞韦钠片和利巴韦林,用于治疗初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。盐酸拉维达韦片不得作为单药治疗。
106	磷酸依米他韦胶囊	二类	100mg*28粒	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	1.HCV RNA检查报告单; 2.肝功能检查报告单; 3.基因分型检查报告单; 4.提供非肝硬化的临床依据; 5.肝脏超声检查或影像学检查报告单。	磷酸依米他韦胶囊需与索磷布韦片联合,用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。磷酸依米他韦胶囊不得作为单药治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
107	司美格鲁肽注射液	二类	1. 5ml*1支	每4周限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 二甲双胍和/或磺脲类药物降糖效果不佳证据。	本品适用于成人2型糖尿病患者的血糖控制：在饮食控制和运动基础上，接受二甲双胍和/或磺脲类药物治疗后血糖仍控制不佳的成人2型糖尿病患者。适用于降低伴有心血管疾病的2型糖尿病成人患者的主要心血管不良事件（心血管死亡、非致死性心肌梗死或非致死性卒中）风险。
			3. 0ml*1支			
108	艾塞那肽注射液	二类	1. 2ml*1支	每4周限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素，且控制效果不佳证据；3. BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			2. 4ml*1支			
109	利拉鲁肽注射液	二类	3ml:18mg*1支	初始4周：限支付2支 维持剂量：每4周限支付3支	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素，且控制效果不佳证据；3. BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
110	利司那肽注射液	二类	10 μg 剂量注射笔 (绿色): 0.05mg/ml, 3ml*1支	初始2周: 限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证据; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			20 μg 剂量注射笔 (紫红色): 0.10mg/ml, 3ml*1支	每4周限支付2支		
111	贝那鲁肽注射液	二类	2.1ml: 4.2mg*1支	初始4周: 限支付3支 维持剂量: 每4周限支付4支	1. 确诊为2型糖尿病的证据; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
112	度拉糖肽注射液	二类	0.75mg: 0.5ml*1支	每4周限支付4支	1. 确诊为2型糖尿病的证据; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			1.5mg: 0.5ml*1支			
113	聚乙二醇洛塞那肽注射液	二类	0.5ml: 0.1mg*1支	每4周限支付4支	1. 确诊为2型糖尿病的证据; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			0.5ml: 0.2mg*1支			

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
114	二甲双胍 恩格列净 片(I)	二类	(每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg)*60片	每30天限支付1盒	1. 确诊为2型糖尿病的证据; 2. 正在接受恩格列净和/或盐酸二甲双胍治疗的医嘱或其他相关证据。	本品配合饮食控制和运动, 适用于正在接受恩格列净和盐酸二甲双胍治疗的2型糖尿病成人患者, 用于改善这些患者的血糖控制。
			(每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg)*30片	每30天限支付2盒		
115	艾米替诺 福韦片	二类	25mg*30片	每月限支付1瓶	1. 既往有乙型肝炎病史或HBsAg阳性持续6个月以上相关证据; 2. 现HBsAg阳性和/或HBV DNA检测报告显示为慢性乙型肝炎相关证据。	本品适用于慢性乙型肝炎成人患者的治疗。
116	恩替卡韦 口服溶液	二类	0.005%(210ml:10.5mg))*1瓶	成人: 每6周限支付4 瓶 儿童: 每6周限支付2 瓶	1. 乙肝五项或HBV DNA检查报告单; 2. 肝功能检查显示血清丙氨酸氨基 转移酶(ALT)升高或其他证明肝脏 有活动性病变的证据; 3. 肝脏彩超 或影像学检查报告 单。	恩替卡韦适用于病毒复制活跃, 血清 丙氨酸氨基转移酶(ALT)持续升高 或肝脏组织学显示有活动性病变的慢 性成人乙型肝炎的治疗(包括代偿及 失代偿期肝病患者)。也适用于治疗 2岁至<18岁慢性HBV感染代偿性肝病 的核苷初治儿童患者, 有病毒复制活 跃和血清ALT水平持续升高的证据或 中度至重度炎症和/或纤维化的组织 学证据。
117	人凝血因 子IX	二类	500 IU/10 ml*1瓶	每年限支付12万	凝血酶原时间、活化部分凝血活酶 时间、纤维蛋白原、凝血酶时间、 凝血因子VIII/IX活性检测报告单。	用于凝血因子IX缺乏症(B型血友 病)患者的出血治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
118	海曲泊帕乙醇胺片	二类	2.5mg*14片 3.75mg*14片 5mg*14片	慢性原发性免疫性血小板减少症： 每4周限10600元	慢性原发性免疫性血小板减少症 (ITP)： 1. 血小板计数检查报告单；2. 脾脏超声检查报告单；3. 既往使用过糖皮质激素、免疫球蛋白等药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。	1. 本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发性免疫性血小板减少症 (ITP) 成人患者，使血小板计数升高并减少或防止出血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的ITP患者。 2. 本品适用于对免疫抑制治疗 (IST) 疗效不佳的重型再生障碍性贫血 (SAA) 成人患者。基于一项II期单臂试验的结果附条件批准本适应症。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性临床试验的结果。
				重型再生障碍性贫血： 每4周限21200元	重型再生障碍性贫血 (SAA)： 1. 全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少；2. 骨髓至少一个部分重度减低，骨髓小粒非造血细胞增多；3. 排除全血细胞减少的其它疾病。	
119	甲苯磺酸多纳非尼片	二类	0.1g*40片	每月限支付3盒	1. 病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。（2）肝脏CT或MRI检查报告单。（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2. 证实无法手术切除的检查报告单。	本品用于既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。
120	盐酸恩沙替尼胶囊	二类	25mg*7粒 100mg*14粒	每4周限11167元	1. 病理组织学报告单；2. 间变性淋巴瘤激酶 (ALK) 阳性检测报告单；3. 接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的证据；4. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	适用于此前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) 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者的治疗。
			25mg*30粒 100mg*60粒	每月限11965元		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
121	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg*28片	每4周限支付2盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用证据；3. 证实为疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4. EGFR T790M基因检测报告单。	本品用于既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞性肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。该适应症是基于一项包括220例不可手术切除的局部晚期或转移性、经第一/第二代EGFR TKI治疗进展并伴有EGFR T790M突变阳性、或原发性EGFR T790M突变阳性NSCLC患者的IIb期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性随机对照试验证实本品的临床获益。
122	达可替尼片	二类	15mg*30片	每月限支付3瓶	1. 病理组织学报告单；2. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；3. EGFR基因检测报告单。	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(NSCLC)患者的一线治疗。
123	奥布替尼片	二类	50mg*30片	每30天限支付3盒	套细胞淋巴瘤： 1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单)或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 慢性淋巴细胞白血病： 1. 骨髓细胞学检查报告单或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 小淋巴细胞淋巴瘤： 1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	本品适用于治疗：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。上述适应症分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本品的完全批准将取决于正在开展中的确定性随机对照临床试验结果。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
124	阿齐沙坦片	二类	20mg*10片	每月限支付3盒	确诊为高血压的证据。	高血压。
			40mg*10片			
125	氨氯地平 叶酸片 (II)	二类	(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*7片	每4周限支付4盒	1. 确诊为原发性高血压的证据; 2. 血浆同型半胱氨酸检测报告单。	用于治疗伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压。氨氯地平降低血压, 叶酸降低血同型半胱氨酸水平, 升高血叶酸水平。
			(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*14片	每4周限支付2盒		
			(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*28片	每4周限支付1盒		
126	氟唑帕利胶囊	二类	50mg*36粒	每月限支付5盒	<p>铂敏感: 1. 病理组织学报告单; 2. 既往使用过二线及以上化疗、铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据; 3. 停药超过6个月出现复发的相关检查报告单; 4. 胚系BRCA基因检测报告单。</p> <p>维持治疗: 1. 病理组织学报告单; 2. 既往使用过铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据; 3. 获得经临床证实缓解的证据或停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。</p>	1. 用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。2. 用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
127	帕米帕利 胶囊	二类	20mg*30粒	每月限支付6盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用 二线及以上化疗的医嘱或其他使用 证据；3. 胚系BRCA基因检测报告 单。	用于既往经过二线及以上化疗的伴有 胚系BRCA (gBRCA) 突变的复发性晚 期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌 患者的治疗。该适应症是基于一项包 括113例既往经过二线及以上化疗的 伴有gBRCA突变的复发性晚期卵巢 癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者中 开展的开放性、多中心、单臂、II期 临床试验结果给予的附条件批准。该 适应症的完全批准将取决于正在进行 的确证性试验证实本品在该人群的临 床获益。
			20mg*60粒	每月限支付3盒		
			20mg*90粒	每月限支付2盒		
128	阿贝西利 片	二类	50mg*14片	每4周限支付4盒	1. 病理组织学报告单；2. 激素受体 (HR)、人表皮生长因子受体2 (HER2) 基因检查报告单；3. 证实 为局部晚期或转移性乳腺癌的相关 检查报告单；4. 与芳香化酶抑制剂 联合使用需提供绝经期证据；5. 与 氟维司群联合使用需提供既往曾接 受内分泌治疗后出现疾病进展的证 据。	本品适用于激素受体 (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：1. 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；2. 与氟维司 群联合用于既往曾接受内分泌治疗后 出现疾病进展的患者。
			100mg*14片			
			150mg*14片			

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
129	甲磺酸艾立布林注射液	二类	2ml:1mg*1支	每3周限支付5支	1.病理组织学报告单；2.既往接受过至少两种化疗方案，且包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物的医嘱或其他使用证据；3.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	本品适用于既往接受过至少两种化疗方案的局部晚期或转移性乳腺癌患者。既往的化疗方案应包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物。
130	马来酸奈拉替尼片	二类	40mg*180片	每月限支付1瓶 每人限支付12瓶	1.病理组织学报告单；2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检查报告单；3.既往使用过曲妥珠单抗的医嘱或其他使用证据；4.证实为早期乳腺癌的相关检查报告单。	适用于人类表皮生长因子受体2(HER2)阳性的早期乳腺癌成年患者，在接受含曲妥珠单抗辅助治疗之后的强化辅助治疗。
131	索凡替尼胶囊	二类	50mg*42粒	每4周限支付4盒	1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单。	本品单药适用于无法手术切除的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好(G1、G2)的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。
132	达雷妥尤单抗注射液	二类	400mg/20ml*1瓶 100mg/5ml*1瓶	1.与来那度胺联合方案或单药治疗： 第1-8周，每周限支付1次；第9-24周，每2周限支付1次；从第25周起，每4周限支付1次；每次限支付12626元。 2.与硼替佐米联合方案：第1-9周，每周限支付1次；第10-24周，每3周限支付1次；从第25周起，每4周限支付1次；每次限支付12626元。	联合治疗： 1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单； 2.既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据。 单药治疗： 1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单； 2.既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂治疗的医嘱或其他使用证据，且出现疾病进展的证据。	本品适用于：1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者。2.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。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
133	泊马度胺 胶囊	二类	1mg*7粒	每4周限支付9盒	1. 骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2. 既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂）的医嘱或其他使用证据，且在治疗期间或治疗结束60天内出现疾病进展的证据。	本品与地塞米松联用，适用于既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和一种蛋白酶体抑制剂），且在最后一次治疗期间或治疗结束后60天内发生疾病进展的成年多发性骨髓瘤患者。
			1mg*14粒	每8周限支付9盒		
			1mg*21粒	每4周限支付3盒		
			4mg*7粒	每4周限支付3盒		
			4mg*14粒	每8周限支付3盒		
			4mg*21粒	每4周限支付1盒		
134	阿帕他胺 片	二类	60mg*120片	每月限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	1. 转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者。2. 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。
135	达罗他胺 片	二类	300mg*120片	每月限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	适用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。
136	注射用 维迪西妥 单抗	二类	60mg*1支	每2周限支付3支	1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检测报告单；3. 既往接受过2种或以上系统化疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的相关检查报告单或诊断证明。	本品适用于至少接受过2个系统化疗的HER2过表达局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的患者，HER2过表达定义为HER2免疫组织化学检查结果为2+或3+。该适应症是基于一项HER2过表达的局部晚期或转移性胃癌患者（包括胃食管结合部腺癌）的II期单臂临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全获批将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品在该人群的临床获益。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
137	氨吡啉缓释片	二类	10mg*28片	每4周限支付2盒	1. 相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告；2. 步行障碍EDSS评分在4-7分之间。	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。
			10mg*56片	每4周限支付1盒		
138	阿加糖酶α注射用浓溶液	二类	3.5mg(3.5ml)*1瓶	每2周限支付4瓶	需提供以下其中一项：α-半乳糖苷酶活性检测报告单、GLA基因检测报告单、血浆lyso-Gb3检测报告单或病理组织学报告单。	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。
139	甘露特钠胶囊	二类	150mg*42粒	每4周限支付4盒	1. 认知测评报告单（简易智能精神状态检查量表（MMSE）或蒙特利尔认知评估量表（MoCA））；2. 影像学检查：磁共振海马成像（冠状位）报告单；3. 阿尔茨海默病生物标志物检查报告单；4. 排除其他常见的老年期神经与精神障碍。	用于轻度至中度阿尔茨海默病，改善患者认知功能。
140	注射用利培酮微球(II)	二类	25mg*1支	每2周限支付1支	具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构出具的诊断证明或严重精神障碍管理治疗工作办公室（严重精神障碍患者管理项目办）出具的在管证明。	用于治疗急性和慢性精神分裂症以及其它各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。可减轻与精神分裂症有关的情感症状。
			37.5mg*1支			
			50mg*1支			
141	环硅酸锆钠散	二类	10g*1袋	纠正阶段：48小时限支付6袋 维持阶段：每30天限支付30袋	1周内血钾检查报告单及心电图检查报告单。	本品适用于治疗成人高钾血症。使用限制：因起效迟缓，本品不应该用于危及生命的高钾血症的紧急治疗。
			5g*1袋	维持阶段：每30天限支付30袋		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
142	氯苯唑酸 软胶囊	二类	61mg*30粒	每月限支付1盒	1. 病理学检查报告单和前体蛋白鉴定或磷酸基示踪剂的核素检查报告单；2. 基因检测报告单。	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。
143	注射用泰 它西普	二类	80mg*1支	每周限支付2支	1. 临床症状及影像学检查报告和实验室检查确诊资料；2. SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ；3. 免疫学检查：ANA阳性或抗DNA抗体增高或抗Sm抗体阳性。	本品与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。该适应症是基于一项接受常规治疗仍具有高疾病活动的系统性红斑狼疮成年患者的II期临床试验结果给予的附条件批准。本适应症的完全获批将取决于确证性随机对照临床试验能否证实本品在该患者人群的临床获益。
144	乌司奴单 抗注射液	二类	45mg/0.5ml*1支	斑块状银屑病（体重 $\leq 100\text{kg}$ ）：首次及第4周末各限支付1支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支。	斑块状银屑病 ：1. 确诊为斑块状银屑病的诊疗依据；2. 既往接受过系统性治疗且不应答、有禁忌或无法耐受的医嘱或其他证据。 克罗恩病 ：1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	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。
			90mg/1.0ml*1支	斑块状银屑病（体重 $> 100\text{kg}$ ）：首次及第4周末各限支付1支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支。 克罗恩病：第8周末限支付1支，以后每8周限支付1支或每12周限支付1支。		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
145	乌司奴单抗注射液 (静脉输注)	二类	130mg/26ml*1支	诱导用药： 体重≤55kg，限支付2支； 体 重>55kg至≤85kg， 限支付3支；体重> 85kg，限支付4支。	1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或肿瘤坏死因子α拮抗剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗或肿瘤坏死因子α拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	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。
146	依奇珠单抗注射液	二类	80mg/ml*1支	首次限支付2支，后续每2周限支付1支，共支付8支。维持剂量：每4周限支付1支。	确诊为中度至重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。	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。
147	芍麻止痉颗粒	二类	2.5g*1袋	5-12岁： 每4周限支付168袋， 限支付8周。 13-18岁： 每4周限支付252袋， 限支付8周。	1. 头部核磁共振检查报告单；2. 脑电图检查报告单；3. Tourette综合征（抽动-秽语综合征）的相关临床表现证据。	
148	桑枝总生物碱片	二类	50mg*24片	起始剂量：前4周限支付4盒。 维持剂量： 第5-24周，每4周限支付7盒，限支付35盒。	确诊为2型糖尿病的证据。	
149	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	25mg*14片	每4周限支付6盒	1. 血小板计数检查报告单；2. 脾脏超声检查报告单；3. 既往使用过糖皮质激素、免疫球蛋白等药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。	本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和12岁及以上儿童慢性免疫性（特发性）血小板减少症（ITP）患者，使血小板计数升高并减少或防止出血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的ITP患者。
			25mg*28片	每4周限支付3盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
150	苯环喹溴 铵鼻 喷雾剂	三类	5ml:5mg*1瓶	每4周限支付4盒 每年限支付4盒	1.1周内包含变应性鼻炎相关临床症状与体征的病历(如喷嚏、清水样涕、鼻塞、鼻痒等;鼻粘膜苍白、水肿、鼻腔水样分泌物等);2.1周内免疫球蛋白IgE检查报告单;3.鼻内镜检查或鼻粘膜激发试验报告单或皮肤点刺试验阳性结果报告单。	本品适用于改善变应性鼻炎引起的流涕、鼻塞、鼻痒和喷嚏症状。
			10ml:10mg*1瓶	每4周限支付2盒 每年限支付2盒		
151	马来酸 阿伐曲泊 帕片	三类	20mg*10片 20mg*15片	每次限支付1盒	1.既往确诊慢性肝病证据;2.确诊择期手术或诊断性操作的检查申请单;3.2周内血常规检查报告单。	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。
152	奥妥珠单 抗注射液	三类	1000mg(40ml)*1瓶	1.与苯达莫司汀联合方案(4周为1个周期):第1个周期,限支付3瓶;第2-6个周期,每个周期限支付1瓶;共支付8瓶。 2.与CHOP联合方案或与CVP联合方案(3周为1个周期):第1个周期,限支付3瓶;第2-8个周期,每个周期限支付1瓶;共支付10瓶。 3.维持治疗:每2个月限支付1瓶,共支付12瓶。	1.病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单;2.肿瘤分期证据或部分缓解证据;3.与化疗联合使用需提供相关医嘱或其他使用证据;4.单药维持治疗时,需提供本品与化疗联合使用达到完全或部分缓解证据。	本品与化疗联合,用于初治的II期伴有巨大肿块、III期或IV期滤泡性淋巴瘤成人患者,达到至少部分缓解的患者随后用奥妥珠单抗维持治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
153	诺西那生钠注射液	三类	5ml:12mg*1支	负荷剂量： 第0、14、28、63天 各限支付1支。 维持剂量：每4个月 限支付1支。	1. 家族史符合常染色体隐性遗传方式证据；2. 心肌酶谱检查报告单； 3. 肌电图检查报告单；4. SMN基因检测报告单或肌活检检查报告单。	本品用于治疗5q脊髓性肌萎缩症。
154	注射用 盐酸兰地洛尔	三类	50mg*1支	每次限支付1支	1. 24小时内心电图报告单；2. 需纠正快速心律失常的相关证据。	1. 手术过程中发生的下列快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速。2. 手术后循环系统动态监护时发生的快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速。3. 心功能不全患者发生下列快速性心律失常的治疗：心房纤颤、心房扑动。
155	海博麦布片	三类	10mg*14片	每4周限支付2盒	1. 高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。	本品作为饮食控制以外的辅助治疗，可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂（他汀类）联合用于治疗原发性（杂合子家族性或非家族性）高胆固醇血症，可降低总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、载脂蛋白B（Apo B）水平。
			20mg*14片	每4周限支付2盒		
			10mg*20片	每40天限支付2盒		

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
156	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1支	<p>1. 动脉粥样硬化性心血管疾病： 每2周限支付1支或每月限支付3支。</p> <p>2. 原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常： 每2周限支付1支或每月限支付3支。</p> <p>3. 纯合子型家族性高胆固醇血症： 每月限支付3支。</p>	<p>动脉粥样硬化性心血管事件预防： 确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据。</p> <p>原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常： 1. 高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）； 2. 基因检测报告单。</p> <p>纯合子型家族性高胆固醇血症： 1. 高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）； 2. 基因检测报告单。</p>	<p>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。</p>

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
157	阿利西尤单抗注射液	三类	75mg/1ml*1支 150mg/1ml*1支	每2周限支付1支	动脉粥样硬化性心血管事件预防： 确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据。 原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常： 1. 高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。	1. 心血管事件预防：在确诊为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、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。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和非家族性)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(杂合子型家族性和非家族性)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。
158	克霉唑阴道膨胀栓	三类	0.15g*2粒 0.15g*4粒 0.15g*10粒	每次限支付1周共7粒	4周内阴道分泌物检查报告单或阴道分泌物真菌培养报告单。	用于念珠菌性外阴阴道病。
159	环孢素滴眼液(II)	三类	0.4ml:0.2mg*1支	每月限支付60支 每人限支付3个月	1. 泪液分泌时间检查报告单；2. 泪膜破裂时间检查报告单；3. 角膜地形图检查报告单；4. 角膜荧光素染色检查报告单。	本品可促进干眼症患者的泪液分泌，适用于与角结膜干燥症相关的眼部炎症所导致的泪液生成减少的患者。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
160	克立硼罗 软膏	三类	30g*1支	每次限支付4支 每年限支付1次	确诊为轻中度特应性皮炎的证据， 包括症状和实验室检查报告单。	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。
			60g*1支	每次限支付2支 每年限支付1次		
161	化湿败毒 颗粒	三类	5g*1袋	每次限支付24袋 每年限支付2周	1. 确诊为急性呼吸道感染的证据； 2. 脉案。	化湿解毒，宣肺泄热。用于湿毒侵肺 所致的疫病，症见发热、咳嗽、乏 力、胸闷、恶心、肌肉酸痛、咽干咽 痛、食欲减退、口中粘腻不爽等。
162	宣肺败毒 颗粒	三类	10g*1袋	每次限支付14袋 每年限支付28袋	1. 确诊为急性呼吸道感染的证据； 2. 脉案。	宣肺化湿，清热透邪，泻肺解毒。用 于湿毒郁肺所致的疫病。症见发热， 咳嗽，咽部不适，喘促气短，乏力， 纳呆，大便不畅；舌质暗红，苔黄腻 或黄燥，脉滑数或弦 滑。
163	关黄母颗 粒	三类	9g*1袋	每4周限支付90袋 每年限支付170袋	1. 确诊为女性更年期综合征的证 据；2. 脉案。	补益肝肾，滋阴降火。用于女性更年 期综合征(绝经前后诸证)中医辨证属 肝肾阴虚证，症见烘热汗出，头晕， 耳鸣，腰膝酸软或足跟痛，少寐多 梦，急躁易怒等。

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
164	康替唑胺片	三类	400mg*20片	限支付10天共2盒	1. 1周内细菌培养和药敏试验报告单；2. 经验性治疗应提供相关治疗证据。	<p>本品适用于治疗由对本品敏感的金黄色葡萄球菌（甲氧西林敏感和耐药的菌株）、化脓性链球菌或无乳链球菌引起的复杂性皮肤和软组织感染。</p> <p>为减少细菌耐药的发生，确保康替唑胺及其他抗菌药物的疗效，本品应仅用于治疗已确诊或高度怀疑由敏感菌引起的感染。本品不适用于治疗革兰阴性菌感染。如确诊或怀疑合并有革兰阴性菌感染，建议联合应用抗革兰阴性菌药物进行治疗。</p> <p>在选择或调整抗菌药物治疗方案时，应考虑进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对本品的敏感性。如果没有这些试验的药敏数据做参考，则应根据当地细菌耐药性和抗菌药物敏感性等流行病学情况进行经验性治疗。在获得以上药敏结果之前可以先使用本品进行治疗，获得药敏结果后再选择进行针对性的病原治疗。</p>

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
165	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	三类	(250ml:苹果酸奈诺沙星0.5g和氯化钠2.25g)*1袋	每天限支付1袋 限支付2周共14袋	1. 1周内细菌培养和药敏试验报告单；2. 经验性治疗应提供相关治疗证据。	<p>为减少耐药菌的产生，保证奈诺沙星及其他抗菌药物的有效性，本品只用于治疗已证明或高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方案时，应考虑细菌培养和药敏试验的结果。如果没有这些试验的数据做参考，则应根据当地流行病学和病原菌敏感性进行经验性治疗。</p> <p>在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对本品的敏感性。在获得以上检验结果之前可以先使用本品进行治疗，得到检验结果之后再选择适当的治疗方法。</p> <p>在此类中的其他药物相同，使用本品进行治疗时，在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗菌药物持续敏感，并在细菌出现耐药性后能够及时发现。</p> <p>本品可用于治疗对奈诺沙星呈现敏感的肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、副流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌以及肺炎支原体、肺炎衣原体和嗜肺军团菌所致的成人(≥18岁)社区获得性肺炎。</p> <p>在使用本品时可依据患者病情严重程度及耐受性选用注射剂或口服制剂，也可选用治疗初期予以注射剂静脉输注，病情趋缓解后继以口服给药的序贯疗法。</p>

序号	药品名称	管理类别	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
166	注射用两性霉素B 胆固醇硫酸酯复合物	三类	50mg*1支	每次限支付2周共42支	1.1周内真菌培养和药敏试验报告单；2.不能使用有效剂量两性霉素B或已经接受过两性霉素B治疗无效的 证据或医嘱。	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。
167	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	三类	0.125g*1支	成人：限支付5天共40支 儿童：限支付5天共35支 新生儿和婴儿：限支付5天共10支	阿米巴病： 1. 确诊肠道和肝脏严重的阿米巴病的证据；2. 不宜口服给药的证据。 敏感厌氧菌感染： 1.1周内细菌培养和药敏试验报告单；2. 经验性治疗应提供相关治疗证据；3. 不宜口服给药的证据。	为减少耐药菌的产生，保证磷酸左奥硝唑酯二钠、左奥硝唑、奥硝唑及其他抗菌药物的有效性，磷酸左奥硝唑酯二钠只用于治疗或预防已证明或高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方案时，应考虑细菌培养和药敏试验结果。如果没有这些试验的数据做参考，则应当根据当地流行病学和病原菌敏感性进行经验性治疗。 在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对该抗菌药物的敏感性，在获得以上药敏结果之前可以先使用该抗菌药物进行治疗，得到药敏结果后再选择进行针对病原菌的治疗。 在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗菌药物持续敏感，并在细菌出现耐药性后能够及时发现。 本品仅适用于不宜口服给药的患者。 本品适应症为： 1. 本品适用于治疗肠道和肝脏严重的阿米巴病。2. 本品适用于治疗奥硝唑敏感厌氧菌引起的手术后感染。3. 本品适用于预防外科手术导致的敏感厌氧菌感染。

