

开封市医疗保障局文件

汴医保〔2023〕13号

开封市医疗保障局 关于整合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，各定点医药机构，相关商业保险机构：

为便于定点医药机构和参保人员系统了解和掌握医疗保障门诊特定药品管理政策，市医保局对以往相关政策进行了梳理和整合，并按省医疗保障部门文件要求动态调整门诊特定药品范围。现印发给你们，望遵照执行。

一、支付范围

纳入我市门诊特定药品共 214 种。门诊特定药品管理类别、限额标准、申报资料和限定支付范围执行省级医疗保障部门规定。限定支付范围为空的，均按照药品企业法定适应症进行支付管理；对不同企业同一通用名称法定适应症不同的药品，应按照本企业法定适应症进行支付管理。在满足参保人员合理用药前提下，不超出该药品规定用量的基础上，同一生产企业不同规格的药品可联合使用，但应优先将经济适用的大规格药品参与联用。

二、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；符合城镇职工大额医疗费用补助和公务员医疗补助支付规定的费用，由城镇职工大额医疗费用补助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，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。

三、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。

四、医药服务管理

（一）定点就医购药。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。参保人员可自愿选择定点医药机构就诊购药。

（二）确定责任医师。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。

一类、二类特药责任医师须由具有相关专业主治医师及以上职称医保医师担任；三类特药责任医师须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。

定点医疗机构须按以上条件确定（变更）责任医师，经医保经办机构备案后在本单位官网或公众号上予以公示。

（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材料（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。

完成门诊特定药品待遇认定的参保人员，可选定一家门诊特定药品定点医疗机构就诊，由门诊特定药品定点医疗机构责任医师开具电子或纸质处方后，持医保电子凭证或社保卡到定点医药机构取药。

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，而后确定一家居住地门诊特定药品定点医疗机构就诊购药，或选定一家“双通道”定点零售药店的同时选定一家门诊特定药品定点医疗机构作为处方流转，由特药定点医疗机构责任医师开具电子或纸质处方后，持医保电子凭证或社保卡到选定的定点医药机构取药。纳入省内异地就医直接结算的门诊特定药品，参保人员应优先选择开通省内特药直接结算的定点医药机构取药。

非直接结算门诊特定药品费用，由个人先行垫付，而后持相关材料(处方、医院收费票据、门诊费用清单、社保卡复印件等)到参保地医保经办机构(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。

此前文件中有与本通知内容不一致的，以本通知为准。

- 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

2023年4月15日

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片(粒)	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。	
			100mg*60片(粒)	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	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。 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. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。 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。	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粒	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。	
			12.5mg*14粒	每6周限支付8盒		
			12.5mg*28粒	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粒	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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
			40mg*30			
8	克唑替尼	二类	250mg*60	每月限支付1盒	<p>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。</p>	<p>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。</p>
			200mg*60			
9	塞瑞替尼	二类	150mg*150	每50天限支付1盒	<p>1.病理组织学报告单；2. ALK 基因检测报告单；</p> <p>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。</p>	<p>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。</p>
10	阿法替尼	二类	40mg*7片	每4周限支付4盒	<p>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；(2)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。</p>	
			30mg*7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
11	盐酸安罗替尼胶囊	二类	12mg*7 粒 10mg*7 粒 8mg*7 粒	每 3 周限支付 2 盒 每 3 周限支付 1 盒 每 6 周限支付 1 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.甲状腺彩超或 CT 检查报告单; 3.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>	限: 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, 在开始盐酸安罗替尼胶囊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行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行进展或复发的小细胞肺癌患者的治疗; 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。
		12mg*14 粒 10mg*14 粒 8mg*14 粒				
		12mg*28 粒 10mg*28 粒 8mg*28 粒				
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</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 A 期伴有表皮生长因子

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
					证据。	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 片	每月限支付 3 盒	病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告。	
			250mg*30 片	每月限支付 1 盒		
14	厄洛替尼	二类	150mg*14 片	每月限支付 2 盒	病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告。	
			150mg*7 片	每月限支付 4 盒		
			100mg*30 片	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		>6 岁每年限支付 12 万 (7 周岁生日第二天起均为 >6 岁) ≤ 6 岁每年限支付 8 万	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
16	帕妥珠单抗	二类	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

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
						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	二类	60mg*1	初始剂量: 前3周限支付8瓶, 维持剂量: 每3周限支付6瓶。	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。 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。	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。
			150mg*1	初始剂量: 前3周限支付4瓶, 维持剂量: 每3周限支付3瓶。		
			440mg*1	初始剂量: 前3周限支付2瓶, 维持剂量: 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)	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
					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。	
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 片	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; 2. 肝脏 CT 或 MRI 检查报告单; 3. 证实为无法手术或远处转移的相关检查报	

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
			200mg*60片	每月限支付2盒	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。	
25	依维莫司片	二类	5mg*30片	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	限: 1. 既往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(NET)成人患者; 4. 需要治疗干预但不适于手术切除的结节性硬化症(TSC)相关的室管膜下巨细胞星形细胞瘤(SEGA)成人和儿童患者; 5. 用于治疗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;

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
			2.5mg*30片	每月限支付4盒	<p>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。</p> <p>乳腺癌：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.既往使用来曲唑或阿那曲唑的医嘱或其他使用证据；4.证实为绝经后（含药物绝经）晚期女性乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。</p>	6. 来曲唑或阿那曲唑治疗失败后的激素受体阳性、表皮生长因子受体-2阴性、绝经后晚期女性乳腺癌患者。
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	15mg*21粒	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。
			25mg*21粒	每4周限支付1盒		
			10mg*28粒	每5周限支付2盒		
			5mg*28粒	每5周限支付1盒		
			5mg*21粒	每4周限支付1盒		
			10mg*21粒	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*1 支	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。	
			1.0mg*1 支	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		
			2.5mg*1 支	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		

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
				套细胞淋巴瘤：每3周限支付4支		
29	阿比特龙	二类	250mg*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次的前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	
			250mg*60片	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	二类	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。	

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
33	复方黄黛片	二类	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。
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)			

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
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。
36	西妥昔单抗注射液	二类	100mg (20ml) *1 支	<p>1. 单周方案: 首周给药剂量为 400mg/m² 体表面积, 其后每周给药剂量为 250mg/m² 体表面积。</p> <p>2. 双周方案: 每 2 周给药剂量为 500mg/m² 体表面积。</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. 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	限: 1. RAS 基因野生型的转移性结直肠癌; 2. 头颈部鳞状细胞癌。
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。

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
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	二类	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。
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。	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，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
			20mg	肢端肥大症：每4周 限支付1瓶	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。	
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			
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			

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
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。
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。

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
53	信迪利单抗注射液	二类	10ml:100mg*1支	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. 证实为不可手术切除的局部晚期或转移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局部晚期或转移性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. 肝脏 CT 或 MRI 检查报告单; 3. 既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝癌的证据。</p> <p>食管鳞癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的相关检查报告单。</p> <p>胃及胃食管交界处腺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的相关检查报告单。</p>	<p>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的治疗; 2. 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晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC) 的一线治疗; 3. 不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌 (NSCLC) 的一线治疗; 4. 既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝癌的一线治疗; 5. 不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的一线治疗; 6. 不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的一线治疗。</p>
54	阿来替尼	二类	150mg*224	每4周限支付1盒	<p>1. 病理组织学报告单; 2. ALK 基因检查报告单;</p> <p>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。</p>	<p>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。</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
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	奥拉帕利片	二类	150mg*56 片	每 4 周限支付 2 盒	上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌: 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。 铂敏感复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌: 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: 1. 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; 2. 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; 3. 携带胚系或体细胞 BRCA 突变 (gBRCAm 或 sBRCAm) 且既往治疗 (包括一种新型内分泌药物) 失败的转移性去势抵抗性前列腺癌成人患者。
			100mg*56 片	每 4 周限支付 3 盒	转移性去势抵抗性前列腺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 血清睾酮检查报告单; 4. 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; 5. 既往使用内分泌治疗失败后转移性去势抵抗性前列腺癌的证据。	

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
57	托法替布	二类	5mg*28片	每4周限支付2盒	<p>类风湿关节炎: 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。</p> <p>银屑病关节炎: 1. 确诊为银屑病关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种抗风湿药 (DMARD) 的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种改善病情抗风湿药 (DMARD) 应答不佳或不耐受的证据。</p> <p>强直性脊柱炎: 1. 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。</p>	
			5mg*20片	每4周限支付3盒, 每年限支付37盒		
58	阿达木单抗	二类	40mg/0.4ml 预填充式注射笔	<p>类风湿关节炎、强直性脊柱、多关节型幼年特发性关节炎(2岁以上体重>30kg): 每4周限支付2支</p> <p>斑块状银屑病、葡萄膜炎:</p>	<p>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。</p> <p>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</p>	
			40mg/0.4ml 预填充式注射器			
			40mg/0.8ml			

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
			预填充式注射笔 40mg/0.8ml 预填充式注射器	第1周限支付2支， 第2周起每4周限支 付2支 克罗恩病、儿童克罗 恩病(6岁及以上，体 重>40kg): 诱导治疗: 第1周限 支付4支，第3周限 支付2支; 诱导治疗后: 每4周 限支付2支;	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。 银屑病、儿童斑块状银屑病: 1. 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。 2. 系统治疗无效、禁忌或不耐受的 证据。 多关节型幼年特发性关节炎: 1. 确 诊为多关节型幼年特发性关节炎的 相关证据, 包括症状和实验室检查 报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 既往使用 DMARDs 治疗不佳的医嘱 或其他使用证据。 葡萄膜炎: 1. 确诊为成年非感染性 中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎和全葡 萄膜炎的相关证据, 包括症状和实 验室检查报告单; 2. 既往使用糖皮 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 的医嘱或其他使用证据。 克罗恩病、儿童克罗恩病: 1. 影像 学或结肠镜检查报告单; 2. 既往接 受过一线治疗的医嘱或其他使用证 据。	
			20mg/0.2ml*1支	多关节型幼年特发性 关节炎(2岁以上体重 10Kg至30Kg)、儿童 克罗恩病(6岁及以 上, 体重17kg至 <40kg)维持治疗: 每 4周限支付2支 儿童斑块状银屑病 (4-17岁体重15kg 至30kg): 第1周限支付1支, 第2周起每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
				儿童克罗恩病(6岁及以上体重17kg至<40kg): 第1周限支付2支, 第3周限支付1支, 第4周起每4周限支付2支		
59	注射用奥马珠单抗	二类	150mg*1支	中至重度持续性过敏性鼻炎: 每4周限支付4支 慢性自发性荨麻疹: 每4周限支付2支	中至重度持续性过敏性鼻炎: 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β2-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。 慢性自发性荨麻疹: 1. 确诊为慢性自发性荨麻疹诊断证明; 2. 既往使用H1抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。	限: 1. 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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鼻炎患者, 并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据; 2. H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。
60	地塞米松玻璃体内植入剂	二类	0.7mg*1支	每次限5680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)的黄斑水肿和糖尿病性黄斑水肿(DME)患者, 并同时符合以下条件: 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 眼用注射液	二类	10mg/ml*0.2ml*1支	每次限 5333 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: 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) (视网膜分支静 脉阻塞 (BRVO) 或视网膜中央静脉阻塞 (CRVO) 的黄斑水肿引起的视力损伤。 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*0.05ml*1支 (预充式)			
62	地拉罗司	二类	125mg*28片	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。	
			360mg*10片	每月限支付 10 盒		
63	度普利尤 单抗	二类	300mg	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。
			200mg			

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	盐酸可洛派韦胶囊	二类	60mg*28粒	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。	限基因 1、2、3、6 型成人慢性丙型肝炎。
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	甲磺酸阿美替尼片	二类	55mg*20片	每月限支付3盒	一线治疗： 1. 病理组织学报告单；2. 基因检测报告单；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。 疾病进展： 1. 病理组织学报告单；2. 基因检测报告单；3. 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；4. 证实为疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌	限：1. 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；2. 既往经 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肺癌成人患者的治疗。

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
					的相关检查报告单。	
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>	<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。</p>
69	曲美替尼片	二类	0.5mg*30片	每月限支付 4 盒	<p>黑色素瘤: 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</p>	<p>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 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</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
			2mg*30片	每月限支付1盒	后; 4. 联合甲磺酸达拉非尼治疗方案。 非小细胞肺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. BRAF V600 基因检测报告单; 3. 证实为转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单; 4. 联合达拉非尼的治疗方案。	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; 3. BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌: 联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。
70	甲磺酸达拉非尼胶囊	二类	50mg*120粒	每2月限支付3盒	黑色素瘤: 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。 非小细胞肺癌: 1. 病理组织学报告单; 2. BRAF V600 基因检测报告单; 3. 证实为转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单; 4. 联合曲美替尼的治疗方案。	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; 3. BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌: 联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。
			75mg*120粒	每月限支付1盒		
71	甲磺酸仑伐替尼胶囊	二类	4mg*30粒	肝癌: 每月限支付2盒(体重<60kg); 每月限支付3盒(体重≥60kg) 分化型甲状腺癌: 与10mg联用, 每月限支付1盒	肝癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 肝脏 CT 或 MRI 检查报告单; 3. 证实无法手术切除的检查报告单。 分化型甲状腺癌: 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。	

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
			10mg*30 粒	分化型甲状腺癌： 与 4mg 联用，每月限 支付 2 盒		
72	恩扎卢胺 软胶囊	二类	40mg*112 粒	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. 去势抵抗 性前列腺癌 (CRPC) 的证据。	
			40mg*28 粒	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		
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。	
			10. 8mg	每 12 周限支付 1 支		
			3. 6mg	每 4 周限支付 1 支	乳腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 性激素检查报告单。	
			3. 6mg	每 4 周限支付 1 支 每人限支付 6 支	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。	

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
75	地舒单抗注射液	二类	120mg (1.7ml) *1 支	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 (120mg/1.7mL/支)。
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 片	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。
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 ≥ 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 ≥ 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)		

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
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。 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。	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		
81	司库奇尤单抗注射液	二类	150mg*1 支	强直性脊柱炎： 首次 4 周限支付 5 支， 后续每 4 周限支付 2 支	强直性脊柱炎： 1. 既往使用 NSAIDs 治疗 4 周的医嘱或其他使用证据； 2. 使用 NSAIDs 治疗 4 周相关实验室或影像学检查报告单。	限：1. 银屑病：用于治疗符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成年及体重 ≥ 50kg 的 6 岁及以上儿童患者；2. 强直性脊柱炎：用于常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者。
				银屑病： 首次 4 周限支付 10 支， 后续每 4 周限支付 2 支	银屑病： 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。	
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		

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
83	氘丁苯那 嗪片	二类	6mg*28 片	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。	限治疗成人：与亨廷顿病有关的舞蹈病；迟发性运动障碍。
			9mg*28 片	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 片	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		
84	氟维司群	二类	5ml: 250mg*1 支	单药治疗： 首月限支付4支，后续每月限支付2支 与阿贝西利联合治疗： 首月限支付6支，后续每月限支付2支	1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化报告单；3. 既往接受过抗雌激素治疗复发或进展的依据；4. 与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据（含药物绝经）；5. 证实为晚期乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。	

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
85	替雷利珠单抗注射液	二类	10ml:100mg*1支	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。</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>鳞状非小细胞肺癌(既往含铂治疗): 1.病理组织学报告单; 2.提供既往含铂化疗后疾病进展或晚期或转移的相关证据。</p> <p>非鳞状非小细胞肺癌(既往含铂治疗): 1.病理组织学报告单; 2.EGFR和ALK基因检查报告单; 3.提供既往含铂化疗后疾病进展或转移或晚期的相关证据。</p> <p>肝癌: 1.病理组织学报告单; 2.肝脏CT或MRI检查报告单; 3.既往全身系统治疗的医嘱或证据。</p> <p>成人实体瘤: 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3.4周内影像学检查报告单; 4.既往接受过氟尿</p>	<p>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的治疗; 2.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; 3.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; 4.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晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗; 5.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、既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者,以及EGFR和ALK阴性或未知的,既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性鳞状NSCLC成人患者; 6.至少经过一种全身治疗的肝细胞癌的治疗; 7.不可切除或转移性微卫星高度不稳定型(MSI-H)或错配修复基因缺陷型(dMMR)的成人晚期实体瘤患者:既往经过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗后出现疾病进展的晚期结直肠癌患者; 既往治疗后出现疾病进展且无满意替代治疗方案的其他晚期实体瘤患者; 8.既往接受过一线标准化疗后进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的治疗; 9.复发或</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
					嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗的医嘱或其他使用依据（结直肠癌需提供本条）；5. 证实为疾病进展或晚期的相关检查报告单。 食管鳞状细胞癌： 1. 病理组织学报告单；2. 既往经过一线化疗的医嘱或其他使用证据；3. 证实疾病进展或晚期或转移性的相关检查报告单。 鼻咽癌： 1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 证实复发或转移性鼻咽癌的相关检查报告单。	转移性鼻咽癌的一线治疗。
86	特瑞普利单抗注射液	二类	80mg/2ml*1 支	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。	限：1. 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. 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. 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。
			240mg/6ml*1 支	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	注射用卡瑞利珠单抗	二类	200mg*1支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤、食管鳞癌(二线治疗)、鼻咽癌(单药治疗): 每2周限支付1支</p> <p>肝癌、非鳞状小细胞肺癌、鳞状非小细胞肺癌、局部复发或转移性鼻咽癌、食管鳞癌(一线治疗): 每3周限支付1支</p>	<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>肝癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 肝脏CT或MRI检查报告单; 3. 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证据。</p> <p>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。</p> <p>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. 证实疾病进展或晚期或转移性的相关检查报告单。</p> <p>鼻咽癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 证实疾病进展或晚期鼻咽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. 证实为局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p>	<p>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的治疗; 3. 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; 5. 既往接受过二线及以上化疗后疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌的治疗; 6. 局部复发或转移性鼻咽癌的一线治疗; 7. 不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗; 8. 局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。</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
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		
89	重组人血小板生成素注射液	二类	7500U/1ml*1支	每日限支付2支, 最多支付2周28支	实体瘤化疗后所致的血小板减少症: 1. 血小板 $\leq 100 \times 10^9/L$; 2. 实体瘤化疗的相关证据。 原发性免疫性血小板减少症 (ITP): 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。	限实体瘤化疗后所致的血小板减少症或原发性免疫性血小板减少症 (ITP)。
			15000U/1ml*1支	每日限支付1支, 最多支付2周14支		
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。

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
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。	
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. 625ml: 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、常见变异免疫缺陷、高IgM综合征等需免疫球蛋白G治疗者。	限原发性免疫球蛋白缺乏症；新生儿败血症；重型原发性免疫性血小板减少症；川崎病；全身型重症肌无力；急性格林巴利综合征

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
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。		
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	16μl*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			

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
98	注射用 甲苯磺酸 瑞马唑仑	一类	36mg*1 支	每次限支付 1 支	胃镜、结肠镜检查: 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)。 全身麻醉的诱导和维持: 需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限: 1. 胃镜、结肠镜检查的镇静; 2. 全身麻醉的诱导和维持。
			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	结肠镜检查: 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)。 全身麻醉的诱导和维持: 需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限: 1. 结肠镜检查; 2. 全身麻醉诱导与维持。
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。
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。

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
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。
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

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
			3.0ml*1支			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。
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。
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		

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
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。	限 2 型糖尿病。
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 \geq 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的 BMI \geq 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 \geq 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的 BMI \geq 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			
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		

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
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。
118	海曲泊帕乙醇胺片	二类	2.5mg*14片 3.75mg*14片 5mg*14片	慢性原发免疫性血小板减少症: 每4周限10600元	慢性原发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。

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
				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。	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。
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	25mg与100mg联用， 每4周限各支付4盒	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.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的非小细胞肺癌(NSCLC)。
121	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg*28片	每4周限支付2盒	一线治疗 ：1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；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。 疾病进展 ：1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.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；4.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。	限：1.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；2.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。

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
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证性随机对照临床试验结果。
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。

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
			(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。
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
			20mg*60 粒	每月限支付 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
			20mg*90 粒	每月限支付 2 盒		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。
128	阿贝西利	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 (含药物绝经); 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			
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。

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
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。
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		

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
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	胃癌: 每2周限支付3支 尿路上皮癌: 每2周限支付2支	胃癌(包括胃食管结合部腺癌): 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; 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。 尿路上皮癌: 1.病理学组织学报告单; 2.HER2过表达的相关检查报告; 3.既往接受过含铂化疗的医嘱或其他使用证据; 4.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关检查报告单或诊断证明。	限: 1.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); 2.既往接受过含铂化疗且HER2过表达局部晚期或转移性尿路上皮癌。
137	氨吡啶缓释片	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		

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
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	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. 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	环硅酸铝 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		
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。

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
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。	限既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和 6 岁及以上儿童慢性免疫性 (特发性) 血小板减少症 (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(ApoB)水平。
			20mg*14片	每4周限支付2盒		
			10mg*20片	每40天限支付2盒		
156	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1支	动脉粥样硬化性心血管疾病: 每4周限支付2支或 每月限支付3支 原发性高胆固醇血症 或混合型血脂异常:	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	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

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
				每4周限支付2支或 每月限支付3支 纯合子型家族性高胆固醇血症: 每月限支付3支	报告单); 2. 基因检测报告单(原发性高胆固醇血症需提供)。 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。	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。

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	每4周限支付4支	<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 (原发性高胆固醇血症需提供)。</p>	<p>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。</p>
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。

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
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。
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。

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
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。
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。	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。 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。 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。

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

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
						氧菌感染。
168	注射用伊尼妥单抗	二类	50mg*1支	初始剂量： 每周限支付6支； 维持剂量： 每周限支付3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.证实为转移性乳腺癌的相关检查报告单；4.既往使用1个或多个化疗方案的医嘱或其他使用证据。	限接受过1个或多个化疗方案的HER2阳性转移性乳腺癌患者。
169	阿扎胞苷	二类	100mg*1瓶	第1周每天限支付2瓶，共计14瓶； 后续每4周限支付14瓶	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.流式免疫学分型；3.染色体核型分型；4.PCR融合基因、FISH探针或基因突变检查报告单。	
170	注射用英夫利西单抗	二类	100mg*1瓶	类风湿关节炎： 首次限支付不超过3瓶，第2周和第6周各限支付不超过3瓶。后续每隔8周限支付不超过3瓶。 强直性脊柱炎： 首次限支付不超过4瓶，第2周和第6周各限支付不超过4瓶。后续每隔6周限支付不超过4瓶。 斑块状银屑病： 首次限支付不超过4瓶，第2周和第6周各限支付不超过4瓶。后续每隔8周限	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。 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。 斑块状银屑病： 1.确诊为重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单；2.既往系统性治疗的医嘱或其他证据；3.系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。 克罗恩病： 1.影像学或结肠镜检查报告单；2.既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据。 溃疡性结肠炎： 1.影像学或结肠镜检查报告单；2.既往接受过传统治	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.克罗恩病患者的二线治疗。4.中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。

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
				支付不超过4瓶。 克罗恩病: 儿童及成人(以实际体重计)首次限支付不超过4瓶,第2周和第6周各限支付不超过4瓶。后续每隔8周限支付不超过4瓶。 溃疡性结肠炎: 首次限支付不超过4瓶,第2周和第6周各限支付不超过4瓶。后续每隔8周限支付不超过4瓶。	疗等医嘱或其他使用证据; 3. 传统治疗效果不佳、不耐受或有医学禁忌的证据。	
171	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	二类	12.5mg*1支	每周限支付4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。 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。 斑块状银屑病: 确诊为重度斑块状银屑病的证据,包括症状和实验室检查报告单。	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。限成人重度斑块状银屑病。
			25mg*1支	每周限支付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
172	艾考恩丙替片	二类	(每片含 150mg 艾维雷韦, 150mg 考比司他, 200mg 恩曲他滨和 10mg 丙酚替诺福韦) *30 片	每 30 天限支付 1 瓶	初治病人: 1. HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告; 2. HIV 基因型耐药检测报告。 经治病人: 1. 既往抗 HIV 病毒治疗记录或 HIV 感染信息; 2. 既往使用抗病毒治疗有效的证据; 3. 近 3 个月内病毒载量报告。	适用于治疗人类免疫缺陷病毒-1 (HIV-1)感染的且无任何与整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦耐药性相关的已知突变的成人和青少年 (年龄 12 岁及以上且体重至少为 35kg)。
173	奈韦拉平齐多拉米双夫定片	二类	(每片含奈韦拉平 0.2g, 齐多夫定 0.3g 和拉米夫定 0.15g) *60 片	每 30 天限支付 1 瓶	HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告。	限艾滋病病毒感染。
174	注射用艾博韦泰	二类	160mg*1 瓶	第 1、2、3、8 天每天限支付 2 瓶, 其后每周限支付 2 瓶。	初治病人: HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告。 经治病人: HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告或既往抗 HIV 病毒治疗记录或 HIV 感染信息。	限艾滋病病毒感染。
175	比克恩丙诺片	二类	(每片含比克替拉韦钠 (以比克替拉韦计) 50mg, 恩曲他滨 200mg, 富马酸丙酚替诺福韦 (以丙酚替诺福韦计) 25mg) *30 片	每 30 天限支付 1 瓶	初治病人: 1. HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告; 2. HIV 基因型耐药检测报告。 经治病人: 1. 既往抗 HIV 病毒治疗记录或 HIV 感染信息; 2. 既往使用抗病毒治疗有效的证据; 3. 近 3 个月内病毒载量报告。	本品适用于作为完整方案治疗人类免疫缺陷病毒 1 型(HIV-1)感染的成人, 且患者目前和既往无对整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦产生病毒耐药性的证据。
176	艾诺韦林片	二类	75mg*60 片	每 30 天限支付 1 瓶	HIV 确证试验报告或血 HIVRNA>5000 拷贝/ml 报告。	本品适用于与核苷类抗逆转录病毒药物联合使用, 治疗成人 HIV-1 感染初治患者。

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
177	拉米夫定 多替拉韦 片	二类	每片含拉米夫定 300mg 和多替拉韦(以 多替拉韦计) 50mg	每 30 天限支付 1 瓶	1. 无抗逆转录病毒治疗患者提供 HIV 确诊报告; 2. 平稳转换患者提 供抗逆转录治疗达到病毒抑制 (HIV-1RNA < 50 拷贝/ml)。	
178	安立生坦	二类	5mg*1 片	每 30 天限支付 30 片 调整剂量: 每 30 天限 支付 60 片	右心导管检查或 4 周内相关的影像 学检查报告单。	
			10mg*1 片	每 30 天限支付 30 片		
179	贝伐珠单抗	二类	100mg (4ml) *1 瓶	结直肠癌: 每 2 周限支付不超过 4 瓶或每 3 周限支付 不超过 6 瓶 非小细胞肺癌、上皮 性卵巢癌、输卵管癌、 原发性腹膜癌、宫颈 癌、肝癌: 每 3 周限支付不超过 11 瓶 胶质母细胞瘤: 每 2 周限支付不超过 7 瓶	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. 证 实为转移性结直肠癌的相关检查报 告单。 非小细胞肺癌: 1. 病理组织学报告 单; 2. 证实为不可切除的晚期、转 移性或复发性非小细胞肺癌的相关 检查报告单或诊断证明。 胶质母细胞瘤: 1. 病理组织学报告 单; 2. 4 周内影像学报告单; 3. 证 实为复发性胶质母细胞瘤的证据。 肝癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 肝	

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
			400mg (16ml) *1 瓶	结直肠癌: 每 2 周限支付 1 瓶或 每 3 周限支付不超过 2 瓶 非小细胞肺癌、上皮 性卵巢癌、输卵管癌、 原发性腹膜癌、宫颈 癌: 每 3 周限支付不超过 3 瓶 胶质母细胞瘤: 每 2 周限支付不超过 2 瓶	脏 CT 或 MRI 检查报告单; 3. 证实为 未接受过全身系统性治疗不可切除 的相关检查报告单。 上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性 腹膜癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为初次手术切除后的 III 期 或 IV 期的相关检查报告单; 3. 联 合卡铂和紫杉醇的治疗方案。 宫颈癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 证实为持续 性、复发性或转移性宫颈癌相关检 查报告单; 4. 联合紫杉醇和顺铂或 紫杉醇和托泊替康的治疗方案。	
180	洛拉替尼 片	二类	100mg*30 片 25mg*90 片	每 30 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患者。
181	注射用 罗普司亭	二类	250 μg*1 瓶	每 4 周限支付 4 瓶	1. 血小板计数检查报告单; 2. 脾脏 超声检查报告单; 3. 既往使用过皮 质类固醇、免疫球蛋白药物治疗的 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。	限对其他治疗 (例如皮质类固醇、免疫 球蛋白) 治疗反应不佳的成人 (≥18 周 岁) 慢性原发免疫性血小板减少症 (ITP) 患者。
182	注射用 罗特西普	二类	25mg*1 瓶	每 3 周限支付 3 瓶	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. 确诊为 β-地中海贫血的证据。	限 β-地中海贫血成人患者。

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
183	拉那利尤单抗注射液	三类	300mg/2ml (150mg/ml) *1 支	每 4 周限支付 2 支	确诊遗传性血管性水肿 (HAE) 的临床证据。	限 12 岁及以上患者预防遗传性血管性水肿 (HAE) 发作。
184	阿布昔替尼片	二类	100mg*14 片	正常剂量 (100mg/日): 每 4 周限支付 2 盒 剂量调整 (200mg/日): 每 4 周限支付 4 盒, 每人限支付 12 周, 共 12 盒	1. 确诊为难治性、中重度特应性皮炎证据, 包括症状和实验室检查报告单; 2. 其他系统治疗 (如激素或生物制剂等) 应答不佳或不适宜此类治疗的证据。	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。
			200mg*14 片	剂量调整 (200mg/日): 每 4 周限支付 2 盒, 每人限支付 12 周, 共 6 盒		
			50mg*14 片	剂量调整 (50mg/日): 每 4 周限支付 2 盒		
185	对氨基水杨酸肠溶颗粒	二类	4g*12 袋	成人: 每 4 周限支付 7 盒 儿童: 每 4 周限支付 6 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。	
186	多拉米替片	二类	(多拉韦林 100mg、拉米夫定 300mg 和富马酸替诺福韦二吡呋酯 300mg) *30 片	每 30 天限支付 1 盒	1. HIV 确证试验报告或血 HIV RNA>5000 拷贝/ml 报告; 2. 提供无 NNRTI 类耐药、拉米夫定或替诺福韦病毒耐药性的既往或现有证据。	限艾滋病。
187	阿兹夫定片	二类	1mg*35 片	HIV-1 感染: 每 5 周限支付 3 瓶	HIV-1 感染: HIV 确证试验报告和血 HIV RNA ≥	

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
				新型冠状病毒肺炎: 每次限支付 2 瓶	100000 拷贝/ml 报告。	
			3mg*35 片	HIV-1 感染: 每 5 周限支付 1 瓶	新型冠状病毒肺炎: 确诊为普通型新型冠状病毒的证据, 包括实验室或影像学等相关检查报告单。	
188	来特莫韦片	二类	240mg*28 片	每 4 周限支付 2 盒, 每人限支付 7 盒	1. 行异基因造血干细胞移植术的相关证据; 2. 巨细胞病毒 (CMV) 血清学阳性的证据。	
189	来特莫韦注射液	二类	12ml: 240mg*1 瓶	每日限支付 2 瓶, 每人限支付 100 天	1. 行异基因造血干细胞移植术的相关证据; 2. 巨细胞病毒 (CMV) 血清学阳性的证据。	
190	优替德隆注射液	二类	5ml: 50mg*1 支	每 3 周限支付 5 支	1. 病理组织学报告单; 2. 既往接受过至少一种化疗方案, 且包含一种蒽环类或一种紫杉类药物的医嘱或其他使用证据; 3. 证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	限既往接受过至少一种化疗方案的复发或转移性乳腺癌患者。
191	注射用恩美曲妥珠单抗	二类	100mg*1 瓶	与 160mg 联用早期乳腺癌: 每 3 周限支付 1 瓶, 每 3 周为 1 个周期, 每人限支付 14 个周期, 共 14 瓶 晚期乳腺癌: 每 3 周限支付 1 瓶	早期乳腺癌: 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. 既往使用过紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的新辅助治疗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。 晚期乳腺癌: 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. 既往使用过紫	限: 1. 接受了紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗; 2. 限接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的 HER2 阳性、不可切除局部晚期或转移性乳腺癌患者。
			160mg*1 瓶	与 100mg 联用早期乳腺癌: 每 3 周限支付 1 瓶,		

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
				每3周为1个周期，每人限支付14个周期，共14瓶 晚期乳腺癌： 每3周限支付1瓶	杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为不可切除局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	
192	注射用维布妥昔单抗	二类	50mg*1支	每3周限支付3瓶，每3周为1个周期，每人限支付16个周期，共48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. 证实为以下任意1项的相关证据：（1）复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤（R/R sALCL）；（2）复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤（R/R cHL）；（3）既往接受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤（pcALCL）；（4）既往接受过系统性治疗的蕈样真菌病（MF）。	限以下CD30阳性淋巴瘤成人患者：1. 复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤（R/R sALCL）；2. 复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤（R/R cHL）；3. 既往接受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤（pcALCL）或蕈样真菌病（MF）。
193	曲前列尼尔注射液	二类	20ml: 20mg*1支	皮下注射： 每4周限支付2支	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限肺动脉高压（PAH，WHO分类1）。
			20ml: 50mg*1支	皮下注射： 每4周限支付1支		
194	布格替尼片	二类	30mg*28片	调整剂量（120mg/日）： 与90mg/片联用，每4周限支付1盒 调整剂量（60mg/日）： 每4周限支付2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的非小细胞肺癌（NSCLC）患者。
			90mg*28片	调整剂量（90mg/日）： 每4周限支付1盒 调整剂量（120mg/日）： 与30mg/片联用，每4		

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
				周限支付 1 盒 维持剂量 (180mg/日): 每 4 周限支付 2 盒		
			180mg*28 片	每 4 周限支付 1 盒		
195	赛沃替尼片	二类	200mg*21 片	每 3 周限支付 2 盒(体重 < 50 公斤) 每 3 周限支付 3 盒(体重 ≥ 50 公斤)	1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 既往使用过铂化疗后疾病进展或不耐受标准含铂化疗的证据; 4. 局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限含铂化疗后疾病进展或不耐受标准含铂化疗的、MET 外显子 14 跳变的局部晚期或转移性 NSCLC 成人患者。
196	奥雷巴替尼片	二类	10mg*60 粒	每 30 天限支付 1 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. T315I 突变基因检查报告单; 4. 既往使用过任何酪氨酸激酶抑制剂耐药的证据。	限 T315I 突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。
197	瑞派替尼片	二类	50mg*30 片	每 30 天限支付 3 瓶	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 3 种或以上激酶抑制剂 (包含伊马替尼) 治疗的医嘱或其他使用证据。	限既往接受过 3 种或以上激酶抑制剂 (包括伊马替尼) 的晚期胃肠间质瘤 (GIST) 成人患者。
			50mg*90 片	每 30 天限支付 1 瓶		
198	维奈克拉片	二类	100mg*28 片	每 4 周限支付 4 盒	1. 骨髓涂片细胞学检查报告单; 2. 流式免疫学分型; 3. 染色体核型分型; 4. PCR 融合基因、FISH 探针或基因突变检查报告单; 5. 与阿扎胞苷联合使用时需提供相关医嘱或其他使用证据; 6. 证实因合并症不适合接受强诱导化疗的证据 (75 岁以上初诊患者不受此限制)。	限成人急性髓系白血病患者。
			100mg*14 片	每 4 周限支付 8 盒		
			50mg*7 片	剂量爬坡期: 每人前 3 天限支付 2 盒		
			10mg*14 片	剂量爬坡期: 每人前 3 天限支付 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
199	注射用卡非佐米	二类	60mg*1 瓶	每 4 周限支付 6 瓶	1. 骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2. 既往至少接受过 2 种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。	限复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，患者既往至少接受过 2 种治疗，包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂： 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。
200	羟乙磺酸达尔西利片	二类	50mg*42 片	每 4 周限支付 1 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. 既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据；4. 证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单；5. 与氟维司群联合使用的相关医嘱或其他使用证据。	限既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的激素受体 (HR) 阳性、人表皮生长因子受体 2 (HER2) 阴性的复发或转移性乳腺癌患者。
			125mg*21 片			
			150mg*21 片			
201	瑞维鲁胺片	二类	80mg*84 片	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。	限转移性激素敏感性前列腺癌 (mHSPC) 患者。
202	注射用醋酸地加瑞克	二类	80mg*1 瓶	维持剂量: 每 4 周限支付 1 瓶	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。	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。
			120mg*1 瓶	起始剂量: 首次 4 周限支付 2 瓶		
203	奥法妥木单抗注射液	二类	20mg/0.4ml*1 支	初始剂量: 前 3 周限支付 3 支 维持剂量: 从第 4 周开始，每月限支付 1 支	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 (RMS)。

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
204	乌帕替尼缓释片	二类	15mg*28片	每4周限支付1盒	<p>特应性皮炎: 1. 确诊为难治性、中重度特应性皮炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单; 2. 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证据。</p> <p>银屑病关节炎: 1. 确诊为活动性银屑病关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对一种或多种改善病情抗风湿药(DMARD)应答不佳或不耐受的证据。</p> <p>类风湿关节炎: 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的证据。</p>	限: 1. 12岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗; 2. 活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗; 3. 中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗。
			15mg*7片	每4周限支付4盒		
			30mg*28片	特应性皮炎(应答不佳): 每4周限支付1盒		
205	阿普米司特片	二类	每盒包含: 10mg*4片、20mg*4片、30mg*19片	滴定剂量: 前2周限支付1盒	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。	限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。
			30mg*60片	维持剂量: 每30天限支付1瓶		
206	伊奈利珠单抗注射液	二类	100mg(10ml)*1瓶	初始剂量: 首月限支付6瓶 后续剂量: 每6个月限支付3瓶	1. 抗水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性检查报告单; 2. 确诊为视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)的证据包括实验室或MRI检查报告单。	限抗水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)成人患者。
207	古塞奇尤单抗注射液	二类	100mg/1mL*1支 (预充笔式注射器)	初始剂量: 首次4周限支付2支 后续剂量: 每8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。	限适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病。

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
208	富马酸二甲酯肠溶胶囊	二类	120mg*14 粒	起始剂量: 第 1 周限支付 1 盒 调整剂量: 每人限支付 4 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 (RMS)。
			240mg*56 粒	维持剂量: 每 4 周限支付 1 盒		
209	利司扑兰口服溶液用散	二类	60mg*1 瓶	2 月龄至 2 岁(不含): 每 30 天限支付 2 瓶 2 岁及以上: 每 60 天限支付 5 瓶	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。	限 2 月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症 (SMA)。
210	利鲁唑口服混悬液	二类	300ml: 1.5g*1 瓶	每 30 天限支付 2 瓶	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	限肌萎缩侧索硬化 (ALS)。
211	美泊利珠单抗注射液	二类	100mg*1 支	每 4 周限支付 3 支	确诊为嗜酸性肉芽肿性多血管炎 (EGPA) 的证据, 包括血常规、实验室检查、影像学检查报告单或病理组织学报告单。	
212	环孢素滴眼液 (III)	三类	0.3ml: 0.3mg (0.1%) * 30 支	初始剂量: 前 3 个月每月限支付 4 盒 后续剂量: 每月限支付 2 盒	证实为角膜损伤的相关依据, 包括角膜荧光素染色检查报告单、前节 OCT 检查等。	限 4 岁及以上儿童和青少年的严重性春季角结膜炎。
213	哌柏西利胶囊	二类	125mg*21 粒	每 4 周最高支付限额 4276 元	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 (含药	限激素受体 (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。
			100mg*21 粒	每 4 周最高支付限额 3605 元		
			75mg*21 粒	每 4 周最高支付限额		

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
				2892 元	物绝经)。	
214	枸橼酸托法替布缓释片	二类	11mg*30 片	每 30 天最高支付限额 498 元	<p>类风湿关节炎: 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。</p> <p>银屑病关节炎: 1. 确诊为银屑病关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种抗风湿药 (DMARD) 的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种改善病情抗风湿药 (DMARD) 应答不佳或不耐受的证据。</p> <p>强直性脊柱炎: 1. 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据; 3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。</p>	

注: 贝伐珠单抗需按照不同生产企业药品说明书规定适应症用药。

附件 4

开封市门诊特定药品领取登记表

定点医药机构名称：

姓 名		性 别		照片粘贴处		代取药人照片粘贴处
联系电话						
身份证号码						
取药时间	药品名称	责任医师 签名	医保办 签名	药房（药店） 签名	患者 （代取药人） 签名	患者 （代取药人） 指印

注：此表由定点医药机构保存，签完后可换新页。

附件 5

开封市门诊特定药品继续治疗申请表

姓名		性别		年龄		身份证号码	
首次治疗时间	年 月 日至		年 月 日		联系电话		
代取药人姓名			代取药人身份证号码				
是否异地安置			异地安置人员选择医疗机构				
继续治疗原因（附首次治疗应用药物的种类、剂量、时间、疗程等，近期评估结果）							
诊断							
治疗方法	药品通用名		药品商品名				
	用法用量						
治疗期限	年 月 日至		年 月 日				
						责任医师签名:	
定点医疗机构意见							
						定点医疗机构医保科(盖章)	
						年 月 日	

注:代取药人身份证复印件附后。

