

# 新乡市医疗保障局

## 关于明确新乡市基本医疗保险门诊特定药品 相关支付标准的通知

(征求意见稿)

各县（市、区）医疗保障局，平原示范区、高新区、经开区社会事务局，局属各单位，各相关定点医药机构：

按照《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、生育保险和工伤保险药品目录〉以及〈商业健康保险创新药品目录〉（2025年）的通知》（豫医保办〔2025〕86号）和《河南省医疗保障局关于明确全省基本医疗保险门诊特定药品相关支付标准的通知》（豫医保办〔2026〕8号）要求，为更好地满足全市基本医疗保险参保人员合理用药需求，确保国家谈判药品等惠民政策及时落地，决定对纳入我市基本医疗保险门诊特定药品（以下简称“特药”）相关支付标准进行规范和明确。现就有关事项通知如下：

### 一、支付范围及标准

将2025年国家谈判药品目录中的布西珠单抗注射液等66种药品纳入我市特药及“双通道”管理范围，具体支付标准见附件1；将贝那鲁肽注射液等7个药品调出门诊特定药品及“双通道”管理范围（见附件2）；同时结合国家医保药品目录备注调整情

况，对既往纳入特药管理的 295 个药品进行整合，并同步调整部分药品支付标准，详见附件 3。相关支付标准全省统一执行。在使用过程中，对同一通用名药品因规格或法定适应症等调整的，由省级医保经办机构论证后另行通知。

特药的审核和支付均应符合药品法定说明书适应症及医保限定支付范围，医保支付范围简化表述或为空白的，按照药品企业法定说明书进行管理。

## 二、待遇水平

参保人员使用特药限额标准内符合规定的门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准。属于基本医疗保险乙类药品和乙类诊疗项目的医疗费用，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。医保统筹基金支付特药费用数额计入基本医保统筹基金年度最高支付限额。特药合规费用按规定纳入城乡居民大病保险、职工大额医疗费用补助、公务员医疗补助、医疗救助等支付范围。城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例为 80%，城镇职工基本医疗保险统筹基金支付比例为：在职职工 85%，退休职工 90%。

享受特药医保支付待遇的参保人员，住院治疗期间不重复享受特药医保支付相关待遇。需享受门诊慢性病待遇的，应按规定申报。在享受慢性病待遇时，不得重复享受同一药品待遇。此前放弃门诊慢性病待遇仅享受特药待遇的参保人员，如需享受门诊慢性病待遇，需重新申报。

### 三、分类管理

特药实行分类管理，对于病程较短、急（抢）救类以及镇静检查类等药品按照一类管理；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、就医管理

（一）申报流程。凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊住院病历复印件（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个月内的疾病诊断证明及其他相关申报材料，经责任医师鉴定并填写《河南省基本医疗保险门诊特定药品申请表》（见附件4），按参保地申报流程办理特药待遇申请认定。

按照一类和二类管理的特药经一名责任医师签字即可申报，三类管理的特药需同时由两名责任医师签字方可申报。对于一类特药中的急（抢）救药品，特殊情况下，符合申报条件的参保人员可采取先诊治后申报的方式，在医疗机构治疗结束后可携带相关资料到参保地医保经办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。

（二）定点就医。特药实行定点管理，全市统一确定特药定点医药机构，各级医保部门根据实际情况向市医保局推荐并做好相关定点医药机构的监管。

除特殊规定外，原则上特药一年为一个治疗周期。治疗期满

需继续治疗的，由责任医师填写《河南省基本医疗保险门诊特定药品继续治疗申请表》（见附件5），并附近期治疗评估结果，按参保地相关经办流程办理继续治疗申请手续。一个治疗周期内，完成特药待遇认定的参保人员，可在参保地或就医地自愿选定一家特药定点医疗机构就医购药，或在参保地或就医地选定一家“双通道”定点零售药店的同时选定一家特药定点医疗机构作为处方流转，原则上“双通道”定点零售药店和特药定点医疗机构需在同一统筹区内选择。参保人员在选定的特药定点医疗机构经责任医师按照相应药品的取药周期开具电子处方后，持医保电子凭证到选定的定点零售药店购药。

（三）责任医师管理。定点医疗机构相关责任医师需经所在特药定点医疗机构推荐，报同级医保经办机构备案后确定。原则上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；二类和三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。县域内医疗机构确因副主任医师数量不足的，可按要求推荐2—3名主治医师，报同级医保经办机构备案后确定为二类和三类特药责任医师。

（四）联合用药要求。除文件中已明确规定可联合使用的不同药品及用于治疗实体瘤骨转移的相关药品外，参保人员因同一疾病需同时使用2种及以上特药的，应有国家颁布的临床诊疗指南或药品说明书等为依据，且至少经2名特药责任医师评估后签字确认。

（五）同一通用名药品管理。同一通用名称的药品，不同企业法定适应症不一致的，应按照相应企业法定适应症范围进行支付管理。在满足参保人员合理用药前提下，不超出药品规定用量的基础上，同一通用名称同一企业不同规格的药品可联合使用，鼓励优先选用性价比高的药品规格。

参保人员因病情等原因需更换同一通用名称相同适应症不同剂型药品的，无需重新申报备案，填写《河南省门诊特定药品剂型变更申请表》（见附件6），经责任医师评估签字确认后，提交至参保地医保经办机构或相关定点医疗机构受理审核，审核通过的可直接在系统中为新剂型药品进行登记。

（六）全省待遇互认。参保人员因跨统筹区就业、户籍或常住地变动，按规定在省内办理基本医疗保险关系转移接续的，其特药待遇在全省范围内互认，无需重新申报备案，可直接向转入地医保经办机构提交《河南省门诊特定药品待遇转移申请表》（见附件7）。转入地医保经办机构通过医保信息系统核实无误后，可在系统中将剩余待遇信息直接变更至转入地。

就医流程、评估、费用结算及服务监督等按照我市相关政策规定执行。

本《通知》自2026年1月1日起执行。既往特药相关支付标准等不一致的，按照本通知执行。

2026年1月1日至本通知印发前参保人员发生的符合特药使用条件的医疗费用，各参保地经办机构可为参保人员追溯认定相

关待遇并报销相关费用。

- 附件：
- 1.河南省新增门诊特定药品医保支付标准
  - 2.河南省调出门诊特定药品及“双通道”管理药品  
名单
  - 3.河南省既往门诊特定药品医保支付标准
  - 4.河南省基本医疗保险门诊特定药品申请表
  - 5.河南省基本医疗保险门诊特定药品继续治疗申  
请表
  - 6.河南省门诊特定药品剂型变更申请表
  - 7.河南省门诊特定药品待遇转移申请表

2026年2月10日

## 附件1

## 河南省新增门诊特定药品医保支付标准

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	布西珠单抗注射液	二类	注射剂	19.8mg(0.165ml)*1支	每次限4748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)	<b>糖尿病黄斑水肿(DME):</b> 1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限糖尿病黄斑水肿(DME)。应同时符合以下条件: 1. 需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方; 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5; 3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据; 4. 每眼累计最多支付9支, 第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。
2	替妥尤单抗N01注射液	二类	注射剂	500mg(10ml)*1瓶	每3周限支付4瓶, 每人限支付24周, 共32瓶	<b>甲状腺眼病:</b> 1. 甲状腺功能或甲状腺相关抗体检查报告单; 2. 影像学检查报告单。	限中重度甲状腺眼病。
3	普托马尼片	二类	片剂	200mg*26片	每26天限支付1盒, 每人限支付11盒	<b>耐药结核:</b> 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。	限耐药结核患者。
4	甲磺酸普雷福韦片	二类	片剂	45mg*30片	每30天限支付1盒	<b>慢性乙型肝炎:</b> 1. 既往乙型肝炎病史或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。	限慢性乙型肝炎成人患者。
5	恩曲利匹丙诺片	二类	片剂	(每片含恩曲他滨0.2g, 盐酸利匹韦林25mg, 富马酸丙酚替诺福韦25mg)*30片	每30天限支付1瓶	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
6	怡培生长激素注射液	二类	注射剂	2.0mg(0.5ml)*1瓶(西林瓶式)	每4周限支付8瓶(支)	生长激素缺乏症: 1. 两种不同药物生长激发试验报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 实验室检查报告单。	限3岁及以上儿童的生长激素缺乏症所致的生长缓慢。
				2.5mg(0.35ml)*1支(预充式)			
				3.0mg(0.35ml)*1支(预充式)			
				3.5mg(0.35ml)*1支(预充式)			
				5.0mg(0.5ml)*1支(预充式)			
7	依苏帕格鲁肽α注射液	二类	注射剂	1mg(0.5ml)*1支(预充式)	每4周限支付4支	2型糖尿病: 确诊为2型糖尿病的证据。	限成人2型糖尿病患者的血糖控制。
				3mg(0.5ml)*1支(预充式)			
8	金培生长激素注射液	二类	注射剂	27IU/4.5mg/0.5ml*1瓶	每4周限支付8瓶	生长激素缺乏症: 1. 两种不同药物生长激发试验报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 实验室检查报告单。	限内源性生长激素缺乏(GHD)所引起的儿童生长缓慢。
				54IU/9.0mg/1.0ml*1瓶			
9	替尔泊肽注射液	二类	注射剂	2.4ml:10mg*1支	每4周限支付1支	2型糖尿病: 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的证据。	限成人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/或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人2型糖尿病患者。
				2.4ml:20mg*1支			
				2.4ml:30mg*1支			
				2.4ml:40mg*1支			

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	棕榈酸帕利哌酮注射液(II)	二类	注射剂	0.75ml:117mg*1支	每月限支付1支	<b>精神分裂症：</b> 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。	
				1.0ml:156mg*1支			
				1.5ml:234mg*1支			
				2.25ml:351mg*1支			
11	注射用阿立哌唑微球	二类	注射剂	350mg*1支	每月限支付1支	<b>精神分裂症：</b> 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。	
12	注射用阿格司亭 $\alpha$	二类	注射剂	20mg*1瓶	每3周限支付2瓶	<b>中性粒细胞减少：</b> 1.既往接受过非髓性恶性肿瘤化疗的医嘱或其他使用证据；2.证实为重度中性粒细胞减少的证据。	限既往化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
13	本瑞利珠单抗注射液	二类	注射剂	30mg(1.0ml)*1支	<b>初始剂量：</b> 前12周限支付3支 <b>维持剂量：</b> 每8周限支付1支	<b>重度嗜酸粒细胞性哮喘：</b> 1.提供重度哮喘的病史资料；2.支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单；3.外周血液嗜酸性粒细胞检查报告单。	限成人和12岁及以上青少年重度嗜酸粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗。
14	奥瑞利珠单抗注射液	二类	注射剂	300mg(10ml)*1瓶	每6个月限支付2瓶	<b>多发性硬化：</b> 1.相关神经影像学检查报告单；2.神经电生理或脑脊液检查报告单。	限：1.成人复发型多发性硬化；2.成人原发进展型多发性硬化。
15	英克司兰钠注射液	三类	注射剂	1.5ml:284mg*1支	首次6个月限支付2支 后续每6个月限支付1支	<b>原发性高胆固醇血症（杂合子型家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.提供下列相关资料之一：（1）接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据；（2）他汀类药物不耐受或禁忌使用的病史资料或其他相关证据；3.基因检测报告单。 <b>原发性高胆固醇血症（非家族性）和混合型血脂异常：</b> 1.全血脂检查报告单；2.提供下列相关资料之一：（1）接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据；（2）他汀类药物不耐受或禁忌使用的病史资料或其他相关证据。	限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以下情况方予支付：1.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；2.他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	伊努西单抗注射液	三类	注射剂	150mg(1.5ml)*1支	<b>2周方案：</b> 每2周限支付1支 <b>4周方案：</b> 每4周限支付3支	<b>原发性高胆固醇血症（杂合子型家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.接受中等或以上剂量的他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据；3.基因检测报告单。 <b>原发性高胆固醇血症（非家族性）和混合型血脂异常：</b> 1.全血脂检查报告单；2.接受中等或以上剂量的他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据。	限接受中等剂量或中等以上剂量他汀类药物治疗后，仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的原发性高胆固醇血症（包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症）和混合型血脂异常的成人患者。
17	注射用瑞卡西单抗	三类	注射剂	150mg*1瓶	每8周限支付2瓶	<b>原发性高胆固醇血症（杂合子型家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据；3.基因检测报告单。 <b>原发性高胆固醇血症（非家族性）和混合型血脂异常：</b> 1.全血脂检查报告单；2.既往接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据（单药使用不受此限制）。	限接受中等或以上剂量他汀类药物治疗，仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的原发性高胆固醇血症（包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症）和混合型血脂异常的成人患者；或单药用于非家族性高胆固醇血症和混合型血脂异常的成人患者。
18	昂戈瑞西单抗注射液	三类	注射剂	150mg(1ml)*1支	<b>原发性高胆固醇血症（非家族性）或混合型血脂异常：</b> 每4周限支付2支 <b>原发性高胆固醇血症（杂合子家族性）：</b> <b>2周方案：</b> 每2周限支付1支 <b>4周方案：</b> 每4周限支付3支	<b>原发性高胆固醇血症（杂合子型家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的病史资料或其他相关证据；3.基因检测报告单。 <b>原发性高胆固醇血症（非家族性）和混合型血脂异常：</b> 1.全血脂检查报告单；2.接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标或他汀类药物不耐受或禁忌使用的病史资料或其他相关证据。	限接受中等或以上剂量他汀类药物治疗，仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）目标的原发性高胆固醇血症（包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症）和混合型血脂异常的成人患者；或在其他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独或与依折麦布联合用药用于非家族性高胆固醇血症和混合型血脂异常的成人患者。
19	夫那奇单抗注射液	二类	注射剂	120mg(1ml)*1支	<b>银屑病：</b> 首次4周限支付6支 后续每4周限支付2支 <b>强直性脊柱炎：</b> 首次4周限支付3支 后续每4周限支付1支	<b>银屑病：</b> 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。 <b>强直性脊柱炎：</b> 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和影像学报告单；2.常规治疗疗效欠佳的病史资料或其他相关证据。	限：1.适合接受系统治疗或光疗的中重度斑块状银屑病的成人患者；2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎的成人患者。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
20	赛立奇单抗注射液	二类	注射剂	1ml:100mg*1支	<b>银屑病:</b> 首次12周限支付14支 后续每4周限支付2支  <b>强直性脊柱炎:</b> 首次4周限支付3支 后续每4周限支付1支	<b>银屑病:</b> 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。 <b>强直性脊柱炎:</b> 1. 确诊为强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单; 2. 常规治疗疗效欠佳的病史资料或其他相关证据。	限: 1. 适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者; 2. 常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎(放射学阳性中轴型脊柱关节炎)成人患者。
21	依若奇单抗注射液	二类	注射剂	135mg(1ml)*1支	首次4周限支付2支 后续每12周限支付1支	<b>银屑病:</b> 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. 既往接受过系统性治疗或PUVA不应答、有禁忌或无法耐受的病史资料或其他相关证据。	限对环孢素、甲氨蝶呤(MTX)等其他系统性治疗或PUVA(补骨脂素和紫外线A)不应答、有禁忌或无法耐受的成人患者。
22	硫酸艾玛昔替尼片	二类	片剂	4mg*28片	<b>强直性脊柱炎:</b> 每4周限支付1盒 <b>类风湿性关节炎、特应性皮炎:</b> 每4周限支付2盒	<b>特应性皮炎:</b> 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. 局部外用治疗或其他系统性治疗应答不充分或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>类风湿性关节炎:</b> 1. 确诊为中重度活动性类风湿性关节炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对一种或多种TNF抑制剂疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>强直性脊柱炎:</b> 1. 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单; 2. 对一种或多种TNF抑制剂疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限: 1. 对局部外用治疗或其他系统性治疗应答不充分或不耐受的中重度特应性皮炎成人患者; 2. 对一种或多种TNF抑制剂疗效不佳或不耐受的中重度活动性类风湿性关节炎成人患者; 3. 对一种或多种TNF抑制剂疗效不佳或不耐受的活动性强直性脊柱炎成人患者。
23	司普奇单抗注射液	二类	注射剂	300mg(2ml)*1瓶(支)	<b>特应性皮炎:</b> 首次2周限支付2瓶(支), 后续每4周限支付2瓶(支) <b>慢性鼻窦炎伴鼻息肉:</b> 每4周限支付2瓶(支) <b>季节性过敏性鼻炎:</b> 每次限支付4周共3瓶(支), 每年限支付2次	<b>特应性皮炎:</b> 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. 外用药物控制不佳或不适合外用药物治疗的病史资料或其他相关证据; 3. 16周后评估无效的患者停止使用。 <b>慢性鼻窦炎伴鼻息肉:</b> 1. 鼻内镜检查报告单; 2. 鼻窦CT检查报告单; 3. 联合鼻用糖皮质激素的治疗方案; 4. 提供下列相关检查资料之一: (1) 既往使用过全身性糖皮质激素治疗的医嘱或其他使用证据; (2) 既往接受过手术治疗的相关证据。 <b>季节性过敏性鼻炎:</b> 1. 确诊为中重度季节性过敏性鼻炎的相关证据, 包括症状和鼻内镜检查报告单等; 2. 既往使用鼻用糖皮质激素联合抗组胺药物治疗控制不佳的相关证据。	限: 1. 外用药物控制不佳或不适合外用药物治疗的成人中重度特应性皮炎患者; 2. 糖皮质激素治疗和/或手术治疗控制不佳的慢性鼻窦炎伴鼻息肉成人患者, 在鼻用糖皮质激素治疗基础之上使用; 3. 鼻用糖皮质激素联合抗组胺药物治疗后症状控制不佳的成人中重度季节性过敏性鼻炎患者。
24	利生奇单抗注射液	二类	注射剂	600mg(10ml)*1瓶	前8周限支付3瓶 后续每8周限支付1瓶	<b>克罗恩病:</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 既往接受过传统治疗或生物制剂治疗的医嘱或其他使用证据; 3. 传统治疗或生物制剂治疗应答不足、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限对传统治疗或生物制剂治疗应答不足、失应答或不耐受的中重度活动性克罗恩病成年患者。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
25	古塞奇尤单抗注射液(静脉输注)	二类	注射剂	200mg(20ml)*1瓶	<b>克罗恩病、溃疡性结肠炎： 诱导治疗：</b> 前8周限支付3瓶	<b>克罗恩病：</b> 1.影像学或结肠镜检查报告单；2.既往接受过传统治疗或生物制剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3.传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>溃疡性结肠炎：</b> 1.影像学或结肠镜检查报告单；2.既往接受过传统治疗或生物制剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3.传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1.对传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性克罗恩病成人患者的诱导治疗；2.对传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者的诱导治疗。
26	利生奇珠单抗注射液(皮下注射)	二类	注射剂	360mg(2.4ml)*1支	前8周限支付6支 后续每8周限支付1支	<b>克罗恩病：</b> 1.影像学或结肠镜检查报告单；2.既往接受过传统治疗或生物制剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3.传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限对传统治疗或生物制剂治疗应答不足、失应答或不耐受的中重度活动性克罗恩病成年患者。
27	盐酸吉卡昔替尼片	二类	片剂	50mg*60片	每30天限支付2盒	<b>骨髓纤维化：</b> 1.骨髓活检报告单；2.血常规检查报告单。	限中危或高危原发性骨髓纤维化(PMF)、真性红细胞增多症继发性骨髓纤维化(PPV-MF)和原发性血小板增多症继发性骨髓纤维化(PET-MF)的成人患者。
28	艾伏尼布片	二类	片剂	0.25g*60片	每30天限支付1瓶	<b>急性髓系白血病：</b> 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融合基因或FISH探针或基因突变检查报告单；5.证实为复发性或难治性急性髓系白血病的相关证据。	限诊断为携带易感异柠檬酸脱氢酶-1(IDH1)突变的复发性或难治性急性髓系白血病(AML)成人患者。
29	马来酸阿可替尼片	二类	片剂	100mg*56片	每4周限支付1盒	<b>慢性淋巴细胞白血病：</b> 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 <b>小淋巴细胞淋巴瘤：</b> 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。 <b>套细胞淋巴瘤：</b> 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.既往至少接受过一种治疗的医嘱或其他使用证据。	限：1.慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)成人患者；2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
30	匹妥布替尼片	二类	片剂	100mg*56片	每4周限支付1盒	<b>套细胞淋巴瘤：</b> 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.既往接受过至少两种系统性治疗（含布鲁顿氏酪氨酸激酶[BTK]抑制剂）的医嘱或其他使用证据；3.证实为复发或难治性套细胞淋巴瘤的相关证据。	限既往接受过至少两种系统性治疗（含布鲁顿氏酪氨酸激酶[BTK]抑制剂）的复发或难治性套细胞淋巴瘤（MCL）成人患者。
				50mg*28片	每4周限支付4盒		
31	注射用培妥罗凝血素α	二类	注射剂	500IU*1支	<b>年龄≤6岁：</b> 每年限支付8万 <b>年龄&gt;6岁：</b> 每年限支付12万	<b>血友病：</b> 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：1.儿童甲(A)型血友病；2.成人甲(A)型血友病限出血时使用。
				1000IU*1支			
32	去铁酮片	二类	片剂	500mg*30片	每30天限支付不超过12盒	<b>地中海贫血：</b> 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.确诊为地中海贫血的证据。	限地中海贫血。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
33	艾沙妥昔单抗注射液	二类	注射剂	500mg (25ml)*1瓶	<b>1. 与泊马度胺和地塞米松联合方案:</b> 前4周限支付8瓶; 后续每4周限支付4瓶  <b>2. 与硼替佐米、来那度胺和地塞米松联合方案:</b> 第1-6周, 限支付10瓶; 第7-76周, 每2周限支付2瓶; 从第77周起, 每4周限支付2瓶	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1. 骨髓检查报告单; 2. 免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3. 提供下列相关资料之一: (1) 不适合自体干细胞移植的证据 (新诊断的多发性骨髓瘤成年患者); (2) 既往接受过至少一线治疗 (包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂) 的医嘱或其他使用证据。	限: 1. 不适合自体干细胞移植 (ASCT) 的新诊断的多发性骨髓瘤成人患者; 2. 既往接受过至少一线治疗 (包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂) 的多发性骨髓瘤成人患者。
				100mg (5ml)*1瓶	<b>1. 与泊马度胺和地塞米松联合方案:</b> 前4周限支付32瓶; 后续每4周限支付16瓶  <b>2. 与硼替佐米、来那度胺和地塞米松联合方案:</b> 第1-6周, 限支付40瓶; 第7-76周, 每2周限支付8瓶; 从第77周起, 每4周限支付8瓶		
34	注射用重组人凝血因子VIIa N01	二类	注射剂	1mg (50KIU)*1瓶	<b>年龄≤6岁:</b> 每年限支付8万 <b>年龄&gt;6岁:</b> 每年限支付12万	<b>血友病:</b> 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。	限凝血因子VIII或IX的抑制物>5个Bethesda单位 (BU) 的成人及青少年 (12岁以上) 先天性血友病患者。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
35	格非妥单抗注射液	二类	注射剂	10mg (10ml)*1瓶	首3周限支付2瓶， 后续每3周限支付3瓶， 每人限支付36周，共35瓶	<b>弥漫大B细胞淋巴瘤：</b> 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.提供下列相关资料之一：（1）既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤的相关证据；（2）不适合接受自体造血干细胞移植的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤非特指型淋巴瘤的相关证据。	限：1.既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者；2.不适合自体造血干细胞移植(ASCT)的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤非特指型(DLBCL NOS)成人患者。
				2.5mg (2.5ml)*1瓶			
36	利厄替尼片	二类	片剂	80mg*20片	<b>一线治疗：</b> 每30天限支付3盒 <b>二线治疗：</b> 每30天限支付6盒	<b>非小细胞肺癌：</b> <b>一线治疗：</b> 1.病理组织学报告单；2.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证据。 <b>二线治疗：</b> 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转移性非小细胞肺癌的相关证据。	限：1.具有表皮生长因子受体(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NSCLC成人患者。
				80mg*24片	<b>一线治疗：</b> 每60天限支付5盒 <b>二线治疗：</b> 每60天限支付10盒		
37	盐酸佐利替尼片	二类	片剂	100mg*28片	每4周限支付4瓶	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为中枢神经系统(CNS)转移的相关检查报告单；4.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。	限具有表皮生长因子受体(EGFR)19号外显子缺失或外显子21(L858R)置换突变，并伴中枢神经系统(CNS)转移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。
				50mg*28片	每4周限支付8瓶		
38	塞纳帕利胶囊	二类	胶囊剂	20mg*75粒	每30天限支付2盒	<b>晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.证实为晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的证据；3.一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解的病史资料或其他相关证据。	限晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌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。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
39	普拉替尼胶囊	二类	胶囊剂	100mg*120粒	每30天限支付1盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.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证据。</p> <p><b>甲状腺髓样癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.甲状腺彩超或CT检查报告单；4.证实为晚期或转移性甲状腺髓样癌的相关证据。</p> <p><b>甲状腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；4.证实为晚期或转移性甲状腺癌的相关证据。</p>	限：1. 转染重排 (RET) 基因融合阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 成人患者；2. 需要系统性治疗的晚期或转移性RET突变型甲状腺髓样癌 (MTC) 成人和12岁及以上儿童患者；3. 需要系统性治疗且放射性碘难治的晚期或转移性RET融合阳性甲状腺癌成人和12岁及以上儿童患者。
40	塞普替尼胶囊	二类	胶囊剂	40mg*56粒	<p><b>体重&lt;50kg：</b> 单独使用：每4周限支付3盒 与80mg联用：每4周限支付1盒</p> <p><b>体重≥50kg：</b>每4周限支付4盒</p>	<p><b>非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.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证据。</p> <p><b>甲状腺髓样癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.甲状腺彩超或CT检查报告单；4.证实为晚期或转移性甲状腺髓样癌的相关证据。</p> <p><b>甲状腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；4.证实为晚期或转移性甲状腺癌的相关证据。</p>	限：1. 转染重排 (RET) 基因融合阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 成人患者；2. 需要系统性治疗的晚期或转移性RET突变型甲状腺髓样癌 (MTC) 成人和12岁及以上儿童患者；3. 需要系统性治疗且放射性碘难治的晚期或转移性RET融合阳性甲状腺癌成人和12岁及以上儿童患者。
				80mg*56粒	<p><b>体重&lt;50kg：</b> 与40mg联用：每4周限支付1盒</p> <p><b>体重≥50kg：</b>每4周限支付2盒</p>		
41	己二酸他雷替尼胶囊	二类	胶囊剂	0.2g*33粒	每月限支付3盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.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证据。</p>	限ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 成人患者。
42	尼拉帕利阿比特龙片	二类	片剂	甲苯磺酸尼拉帕利50mg 和醋酸阿比特龙 500mg*56片	每4周限支付1盒	<p><b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b>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.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；5.联合泼尼松或泼尼松龙的治疗方案；6.证实为转移性去势抵抗性前列腺癌的相关证据。</p>	限携带胚系和/或体系BRCA基因突变的转移性去势抵抗性前列腺癌成人患者 (mCRPC)。
				甲苯磺酸尼拉帕利100mg 和醋酸阿比特龙 500mg*56片			

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
43	菲诺利单抗注射液	二类	注射剂	100mg(4ml)*1瓶	每3周限支付2瓶	<p><b>头颈部鳞状细胞癌：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为复发性和/或转移性头颈部鳞状细胞癌的相关证据；4.联合含铂化疗的治疗方案。</p> <p><b>肝细胞癌：</b>1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的相关证据；4.联合贝伐珠单抗的治疗方案。</p>	限：1.复发性和/或转移性头颈部鳞状细胞癌的一线治疗；2.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患者。
44	塔戈利单抗注射液	二类	注射剂	200mg(10ml)*1瓶	<p><b>一线治疗：</b>每3周限支付6瓶</p> <p><b>三线及以上治疗：</b>每2周限支付5瓶</p>	<p><b>鼻咽癌：</b></p> <p><b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.联合顺铂和吉西他滨的治疗方案；4.证实为复发或转移性鼻咽癌的相关证据。</p> <p><b>三线及以上治疗：</b>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化疗失败的相关证据；4.证实为复发或转移性鼻咽癌的相关证据。</p>	限：1.既往接受过二线及以上化疗失败的复发或转移性鼻咽癌患者的治疗；2.复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗。
45	艾帕洛利托沃瑞利单抗注射液	二类	注射剂	50mg(2ml)*1瓶	每3周限支付8瓶	<p><b>宫颈癌：</b>1.病理组织学报告单；2.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据；3.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。</p>	限既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性宫颈癌患者。
46	注射用苏维西塔单抗	二类	注射剂	50mg*1瓶	每2周限支付不超过3瓶	<p><b>卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b>1.病理组织学报告单；2.既往铂耐药后接受过不超过1种系统治疗的病史资料或其他相关证据；3.证实为复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的相关证据；4.联合紫杉醇、多柔比星脂质体或拓扑替康的治疗方案。</p>	限铂耐药后接受过不超过1种系统治疗的成人复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的治疗。

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
47	派安普利单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	<p><b>经典型霍奇金淋巴瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）：</b> 每2周限支付2瓶</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）：</b> 每3周限支付2瓶</p>	<p><b>经典型霍奇金淋巴瘤：</b> 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；3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌：</b> 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证据；3.联合紫杉醇和卡铂的治疗方案。</p> <p><b>鼻咽癌：</b> <b>三线及以上治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.既往二线及以上系统治疗失败的医嘱或其他使用证据；4.证实为复发/转移性鼻咽癌的相关证据。 <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为复发或转移性鼻咽癌的相关证据；4.联合吉西他滨和顺铂的治疗方案。</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成人患者；2.局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗；3.既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌成人患者；4.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗。</p>
48	注射用芦康沙妥珠单抗	二类	注射剂	200mg*1瓶	每2周限支付不超过2瓶	<p><b>三阴性乳腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.ER、PR、HER2阴性检查报告单；3.既往至少接受过2种系统治疗（其中至少1种治疗针对晚期或转移性阶段）的医嘱或其他使用证据；4.证实为不可切除的局部晚期或转移性三阴性乳腺癌的相关证据。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.提供经表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）和含铂化疗治疗后进展的病史资料或其他相关证据；4.证实为局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据。</p>	<p>限：1.既往至少接受过2种系统治疗（其中至少1种治疗针对晚期或转移性阶段）的不可切除的局部晚期或转移性三阴性乳腺癌成人患者；2.经表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）和含铂化疗治疗后进展的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者。</p>
				100mg*1瓶	每2周限支付不超过4瓶		

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
49	吡洛西利片	二类	片剂	120mg*56片	联合治疗：每4周限支付3盒 单药治疗：每4周限支付4盒	<b>乳腺癌：</b> <b>联合治疗：</b> 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.证实为晚期或转移性乳腺癌的相关证据；4.提供既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据；5.联合氟维司群的治疗方案。 <b>单药治疗：</b> 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.证实为晚期或转移性乳腺癌的相关证据；4.转移性阶段接受过两种及以上内分泌治疗和一种化疗后出现疾病进展的相关证据。	限：1.与氟维司群联合用于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）阴性晚期或转移性乳腺癌成人患者；2.既往转移性阶段接受过两种及以上内分泌治疗和一种化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）阴性晚期或转移性乳腺癌成人患者。
50	注射用瑞康曲妥珠单抗	二类	注射剂	0.1g*1瓶	每3周限支付不超过5瓶	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.既往接受过至少一种系统治疗的医嘱或其他使用证据；4.证实为不可切除的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。	限存在HER2（ERBB2）激活突变且既往接受过至少一种系统治疗的不可切除的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者。
51	枸橼酸伏维西利胶囊	二类	胶囊剂	25mg*24粒	每4周限支付7盒	<b>乳腺癌：</b> 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证据；4.提供既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据；5.联合氟维司群的治疗方案。	限联合氟维司群用于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2（HER2）阴性的复发或转移性成年乳腺癌患者。
				25mg*21粒	每4周限支付8盒		
				100mg*21粒	每4周限支付2盒		
52	恩替司他片	二类	片剂	5mg*4片	每4周限支付1盒	<b>乳腺癌：</b> 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.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据；4.提供经内分泌治疗复发或进展的证据；5.与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据（含药物绝经）。	限联合芳香化酶抑制剂用于治疗激素受体（HR）阳性、人类表皮生长因子受体-2（HER-2）阴性，经内分泌治疗复发或进展的局部晚期或转移性乳腺癌患者。
				1mg*12片			

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
53	盐酸来罗西利片	二类	片剂	50mg*42片	每4周限支付4盒	<b>乳腺癌：</b> 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.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据；4.提供下列相关资料之一：（1）与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据（含药物绝经）；（2）与氟维司群联合使用提供既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	限：1.与芳香化酶抑制剂联合使用作为初始内分泌治疗的激素受体（HR）阳性、人表皮生长因子受体2（HER2）阴性（HR+/HER2-）局部晚期或转移性乳腺癌成人患者；2.与氟维司群联合用于既往接受内分泌治疗后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（HR+/HER2-）局部晚期或转移性乳腺癌成人患者。
54	紫杉醇口服溶液	二类	口服溶液剂	30ml:300mg*1瓶	每4周限支付6瓶	<b>胃癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.提供一线含氟尿嘧啶类方案治疗期间或治疗后出现疾病进展的相关证据；3.证实为晚期胃癌的相关证据。	限一线含氟尿嘧啶类方案治疗期间或治疗后出现疾病进展的晚期胃癌患者。
55	盐酸伊立替康脂质体注射液（II）	二类	注射剂	8ml:37.66mg*1支	每2周限支付3支	<b>胰腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.既往经吉西他滨为基础的化疗治疗失败的相关证据；4.证实为不可切除的局部晚期或转移性胰腺癌的相关证据；5.联合氟尿嘧啶和亚叶酸钙的治疗方案。	限既往经吉西他滨为基础的化疗治疗失败的不可切除的局部晚期或转移性胰腺癌患者的治疗。
56	西妥昔单抗N01注射液	二类	注射剂	100mg(50ml)*1瓶	<b>1.单周方案：</b> 首周给药剂量为400mg/m <sup>2</sup> 体表面积，其后每周给药剂量为250mg/m <sup>2</sup> 体表面积 <b>2.双周方案：</b> 每2周给药剂量为500mg/m <sup>2</sup> 体表面积	<b>结直肠癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.RAS基因检测报告单；4.证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单；5.联合FOLFOX或FOLFIRI的治疗方案。	限与FOLFOX或FOLFIRI方案联合用于一线治疗RAS基因野生型的转移性结直肠癌。
57	醋酸阿比特龙片（II）	二类	片剂	0.15g*20片	每30天限支付3盒	<b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性去势抵抗性前列腺癌的相关证据。 <b>转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌的相关证据。	

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
58	氘恩扎鲁胺软胶囊	二类	胶囊剂	40mg*28粒	每4周限支付2盒	<b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.既往接受醋酸阿比特龙及化疗后出现疾病进展的相关证据；5.证实为转移性去势抵抗性前列腺癌的相关证据；6.限既往未接受新型雄激素受体抑制剂治疗的患者使用。	限接受醋酸阿比特龙及化疗后出现疾病进展，且既往未接受新型雄激素受体抑制剂的转移性去势抵抗性前列腺癌（mCRPC）成人患者。
59	氟泽雷塞片	二类	片剂	0.15g*112片	每4周限支付2瓶	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为晚期非小细胞肺癌的相关证据；4.至少接受过一种系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	限至少接受过一种系统性治疗的鼠类肉瘤病毒癌基因(KRAS)G12C突变型的晚期非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
60	卡匹色替片	二类	片剂	200mg*64片	每4周限支付1盒	<b>乳腺癌：</b> 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.PIK3CA/AKT1/PTEN基因检测报告单；4.联合氟维司群的治疗方案；5.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据；6.提供下列相关资料之一：（1）在转移性阶段至少接受过一种内分泌治疗后疾病进展的病史资料或其他相关证据；（2）在辅助治疗期间或完成辅助治疗后12个月内复发的病史资料或其他相关证据。	限联合氟维司群用于转移性阶段至少接受过一种内分泌治疗后疾病进展，或在辅助治疗期间或完成辅助治疗后12个月内复发的激素受体（HR）阳性、人表皮生长因子受体2（HER2）阴性且伴有一种或多种PIK3CA/AKT1/PTEN改变的局部晚期或转移性乳腺癌成人患者。
				160mg*64片			
61	伊那利塞片	二类	片剂	3mg*28片	每4周限支付3盒	<b>乳腺癌：</b> 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.PIK3CA基因检测报告单；4.联合哌柏西利和氟维司群的治疗方案；5.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据；6.提供内分泌治疗耐药（包括在辅助内分泌治疗期间或之后出现复发）的病史资料或其他相关证据。	限联合哌柏西利和氟维司群，用于内分泌治疗耐药（包括在辅助内分泌治疗期间或之后出现复发）、PIK3CA突变、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成人患者。
				9mg*28片	每4周限支付1盒		

序号	通用名	管理类别	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
62	枸橼酸戈来雷塞片	二类	片剂	200mg*10片	每30天限支付12盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为晚期非小细胞肺癌的相关证据；4.至少接受过一种系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	限至少接受过一种系统性治疗的鼠类肉瘤病毒癌基因(KRAS)G12C突变型的晚期非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
				200mg*40片	每30天限支付3盒		
63	苹果酸法米替尼胶囊	二类	胶囊剂	5mg*60粒	每30天限支付2盒	<b>宫颈癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.联合注射用卡瑞利珠单抗的治疗方案；3.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据；4.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据；5.限既往未接受过贝伐珠单抗治疗的患者使用。	限联合注射用卡瑞利珠单抗用于既往接受含铂化疗治疗失败但未接受过贝伐珠单抗治疗的复发或转移性宫颈癌患者。
64	格索雷塞片	二类	片剂	0.2g*42片	每4周限支付4瓶	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为晚期非小细胞肺癌的相关证据；4.至少接受过一种系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	限至少接受过一种系统性治疗的鼠类肉瘤病毒癌基因(KRAS)G12C突变型的晚期非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
65	芦沃美替尼片	二类	片剂	1mg*30片	<b>成人患者：</b> 每30天限支付8盒 <b>儿童及青少年患者：</b> 根据实际体表面积，每30天限支付不超过8盒	<b>丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病：</b> 1.基因检测报告单或染色体分析报告单；2.确诊为丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病的证据：影像学或病理组织学检查报告单；3.证实为无法手术的相关证据。 <b>朗格汉斯细胞组织细胞增生症(LCH)和组织细胞肿瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单。	限：1.2岁及2岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病(NF1)儿童及青少年患者；2.朗格汉斯细胞组织细胞增生症(LCH)和组织细胞肿瘤成人患者。
				4mg*30片	<b>成人患者：</b> 每30天限支付2盒 <b>儿童及青少年患者：</b> 根据实际体表面积，每30天限支付不超过2盒		
66	盐酸伊立替康脂质体注射液	二类	注射剂	10ml:43mg*1瓶	每2周限支付3瓶	<b>胰腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.既往接受吉西他滨治疗后进展的相关证据；4.证实为转移性胰腺癌的相关检查报告单；5.联合5-氟尿嘧啶(5-FU)和亚叶酸(LV)的治疗方案。	限接受吉西他滨治疗后进展的转移性胰腺癌患者。

## 附件2

## 河南省调出门诊特定药品及“双通道”管理药品名单

序号	药品名称	备注
1	贝那鲁肽注射液	限2型糖尿病。
2	阿利西尤单抗注射液	限：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。
3	达诺瑞韦钠片	限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。
4	盐酸拉维达韦片	限初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。
5	林普利塞片	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。
6	度维利塞胶囊	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。
7	甘露特钠胶囊	限轻度至中度阿尔茨海默病。

## 附件3

## 河南省既往门诊特定药品医保支付标准

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	玛巴洛沙韦片	一类	片剂	20mg*2片	每次限支付1盒(体重<80kg), 每年限支付2盒	<b>流感:</b> 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。	限成人和5岁及以上儿童单纯性甲型和乙型流感患者, 或存在流感相关并发症高风险的成人和12岁及以上儿童流感患者。
				40mg*1片	每次限支付2盒(体重≥80kg), 每年限支付4盒		
2	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	一类	注射剂	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。	
				0.3g*1瓶			
3	注射用全氟丁烷微球	一类	注射剂	16μl*1支	每次限支付1支	确诊或高度怀疑肝脏肿瘤的证据。	限肝脏局灶性病变血管相和Kupffer相的超声成像。
4	环泊酚注射液	一类	注射剂	20ml:50mg*1支	每次限支付1支	<b>非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉:</b> 1周内行非气管插管手术/操作的检查申请单(附门诊病历或其他相关检查资料)。 <b>全身麻醉的诱导和维持:</b> 需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限: 1. 非气管插管的手术/操作中的镇静和麻醉; 2. 全身麻醉诱导和维持; 3. 重症监护期间机械通气时的镇静。
				5ml:50mg*1支			
5	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	一类	注射剂	36mg*1支	每次限支付1支	<b>非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉:</b> 1周内行非气管插管手术/操作的检查申请单(附门诊病历或其他相关检查资料)。 <b>全身麻醉的诱导和维持:</b> 需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限: 1. 非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉; 2. 全身麻醉的诱导和维持。
				25mg*1支			
6	注射用苯磺酸瑞马唑仑	一类	注射剂	25mg*1支	每次限支付1支	<b>非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉:</b> 1周内行非气管插管手术/操作的检查申请单(附门诊病历或其他相关检查资料)。 <b>全身麻醉的诱导和维持:</b> 需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限: 1. 非气管插管的手术/操作中的镇静和麻醉; 2. 全身麻醉诱导与维持。
7	水合氯醛/糖浆组合包装	一类	糖浆剂	(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。	限儿童检查、操作前的镇静、催眠。
8	醋酸艾替班特注射液	一类	注射剂	3ml:30mg*1支	每次限支付1支	<b>遗传性血管性水肿(HAE):</b> 确诊遗传性血管性水肿(HAE)急性发作的临床证据。	限成人、青少年和≥2岁儿童的遗传性血管性水肿(HAE)急性发作。
9	咪达唑仑口服溶液	一类	口服溶液剂	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。	限: 1. 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; 2. 儿童术前镇静/抗焦虑/遗忘。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	佩索利单抗注射液	一类	注射剂	450mg(7.5ml)*1瓶	每次限支付2瓶	<b>银屑病:</b> 确诊为泛发性脓疱型银屑病的证据, 包括症状, 皮肤镜或病理组织学检查报告单。	限成人泛发性脓疱型银屑病(GPP)。
11	伊马替尼	二类	口服常释剂型	100mg*12片(粒)	每30天限支付10盒	<b>慢性髓性白血病:</b> 1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析; 3.PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。 <b>急性淋巴细胞白血病:</b> 1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析; 3.PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单; 4.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。 <b>胃肠道间质瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.免疫组化检测报告单或基因检测报告单; 3.影像学检查报告单。	
				100mg*60片(粒)	每30天限支付2盒 (入组“格列卫”患者援助项目的: 每360天限支付8盒)		
12	达沙替尼	二类	口服常释剂型	50mg*7片	每4周限支付8盒	<b>慢性髓细胞白血病:</b> 1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析; 3.PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单; 4.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	
				20mg*7片	每4周限支付8盒		
				50mg*60片	每30天限支付1盒		
				20mg*60片	加速期或急变期每30天限支付1盒		
13	尼洛替尼胶囊	二类	胶囊剂	50mg*120粒	每30天为一个周期, 每周期限支付4盒 (入组“达希纳”患者援助项目的: 每13个周期限支付32盒)	<b>慢性髓性白血病:</b> 1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析; 3.PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。	限: 1.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.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。
				150mg*120粒	每30天为一个周期, 每周期限支付1盒 (入组“达希纳”患者援助项目的: 每13个周期限支付8盒)		
				200mg*120粒			
				150mg*40粒	每30天为一个周期, 每周期限支付3盒,		
				200mg*40粒	每12个周期限支付18盒		
14	吡非尼酮	二类	口服常释剂型	200mg*63片	每4周限支付4盒	<b>特发性肺纤维化:</b> 肺CT检查报告单。	限特发性肺纤维化。
				100mg*54粒	每30天限支付10盒		
15	瑞戈非尼片	二类	口服常释剂型	40mg*28片	每4周限支付3盒	<b>肝癌:</b> 1.肝脏CT或MRI报告单; 2.提供下列相关检查资料之一: (1)病理组织学报告单; (2)至少2次AFP检查报告单, 且间隔至少1个月以上; (3)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; 3.既往使用过一线药物治疗的医嘱。 <b>结直肠癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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。 <b>胃肠道间质瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.免疫组化检测报告单或基因检测报告单; 3.影像学检查报告单; 4.既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限: 1.肝细胞癌二线治疗; 2.转移性结直肠癌三线治疗; 3.胃肠道间质瘤三线治疗。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	舒尼替尼	二类	口服常释剂型	12.5mg*28粒	每6周限支付4盒	<b>肾癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为不能手术的相关证据。 <b>胃肠道间质瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.免疫组化检测报告单或基因检测报告单；3.影像学检查报告单；4.既往使用过伊马替尼治疗的医嘱或其他使用证据；5.伊马替尼治疗失败或不能耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>胰腺神经内分泌瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单。	
				12.5mg*14粒	每6周限支付8盒		
				12.5mg*28粒	每4周限支付3盒		
				12.5mg*14粒	每4周限支付6盒		
17	甲磺酸奥希替尼片	二类	片剂	80mg*30片	每30天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌：</b> <b>单药治疗：</b> 1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告单；3.提供下列相关资料之一： (1)证实为IB-III期且既往接受过手术切除治疗的非小细胞肺癌的相关证据； (2)接受含铂化疗的局部晚期、不可切除(III期)非小细胞肺癌的相关证据； (3)提供局部晚期或转移性非小细胞肺癌一线治疗的相关证据；(4)既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗出现疾病进展的病史资料或其他相关证据，且证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。 <b>联合治疗：</b> 1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告单；3.提供局部晚期或转移性非小细胞肺癌一线治疗的相关证据；4.联合培美曲塞和铂类化疗药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限：1.既往接受过手术切除治疗的IB-III期存在表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗；2.接受含铂化疗期间或之后未出现疾病进展，及具有表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的局部晚期、不可切除(III期)非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗；3.具有表皮生长因子受体(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；4.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NSCLC成人患者的治疗；5.联合培美曲塞和铂类化疗药物用于具有表皮生长因子受体(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。
18	克唑替尼胶囊	二类	口服常释剂型	250mg*60粒	每30天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.提供下列相关资料之一：(1)ALK基因检测报告单和证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据；(2)ROSI基因检测报告单和证实为晚期非小细胞肺癌的相关证据。	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ROSI阳性的晚期非小细胞肺癌患者。
				200mg*60粒			
19	塞瑞替尼胶囊	二类	口服常释剂型	150mg*150粒	每50天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 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证据。	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。
20	阿法替尼	二类	口服常释剂型	40mg*7片	每4周限支付4盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.提供下列相关资料之一：(1)EGFR基因检测报告单和证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据；(2)既往使用含铂化疗的医嘱和证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。	
				30mg*7片			
				30mg*14片	每4周限支付2盒		
				40mg*14片			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
21	盐酸安罗替尼胶囊	二类	胶囊剂	12mg*7粒 10mg*7粒 8mg*7粒	每3周限支付2盒	<b>非小细胞肺癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.既往至少接受过2种系统化疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为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证据；4.EGFR突变和ALK阳性的患者需提供既往接受过相应靶向药物治疗的医嘱或其他使用证据。 <b>小细胞肺癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为疾病进展或复发的小细胞肺癌相关证据。 <b>软组织肉瘤</b> ：1.病理组织学报告单；2.提供下列相关资料之一：（1）确诊为腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤的证据；（2）局部晚期或转移性软组织肉瘤一线治疗时，需提供与注射用盐酸表柔比星联合使用的治疗方案；（3）其他晚期软组织肉瘤提供既往接受过蒽环类化疗方案的医嘱或其他使用证据，同时提供疾病进展或复发的相关证据。 <b>甲状腺髓样癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.甲状腺彩超或CT检查报告单；3.证实为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相关证据。 <b>甲状腺癌</b> ：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.证实为进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌的相关证据。	限：1.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.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；3.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；4.局部晚期或转移性软组织肉瘤患者的一线治疗；5.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；6.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。
				12mg*14粒 10mg*14粒 8mg*14粒	每3周限支付1盒		
				12mg*28粒 10mg*28粒 8mg*28粒	每6周限支付1盒		
22	盐酸埃克替尼片	二类	口服常释剂型	125mg*21片	每4周限支付4盒	<b>非小细胞肺癌</b> ： <b>一线治疗</b> ：1.病理组织学报告单；2.EGFR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证据。 <b>二线治疗</b> ：1.病理组织学报告单；2.既往接受过一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性证据。 <b>辅助治疗</b> ：1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告单；3.手术后需要使用本品辅助治疗的医嘱或其他证据。	限：1.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.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)；3.II-IIIa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。
23	吉非替尼	二类	口服常释剂型	250mg*10片	每30天限支付3盒	<b>非小细胞肺癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告；3.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。	
				250mg*30片	每30天限支付1盒		
24	厄洛替尼	二类	口服常释剂型	150mg*14片	每4周限支付2盒	<b>非小细胞肺癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告；3.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。	
				150mg*7片	每4周限支付4盒		
				100mg*30片	每30天限支付1盒		
25	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	注射剂		<b>年龄≤6岁</b> ：每年限支付8万 <b>年龄&gt;6岁</b> ：每年限支付12万	<b>血友病</b> ：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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
26	帕妥珠单抗注射液	二类	注射剂	420mg*1支	首次3周限支付2支，后续每3周限支付1支 每人限支付不超过12个月，每人限支付不超过19支	<b>乳腺癌：</b> 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.影像学检查报告单；4.联合曲妥珠单抗的治疗方案。	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。
27	马来酸吡咯替尼片	二类	片剂	80mg*14片 80mg*100片	<b>复发或转移性乳腺癌：</b> 每3周限7446元 <b>早期或局部晚期乳腺癌：</b> 每3周限7446元，每人限支付18周	<b>复发或转移性乳腺癌：</b> 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证据；4.提供下列资料之一：（1）与卡培他滨联合使用需提供既往接受过蒽环类或紫杉类化疗的证据；（2）与曲妥珠单抗和多西他赛联合使用需提供晚期阶段未接受过抗HER2治疗的病史资料或其他相关证据。 <b>早期或局部晚期乳腺癌：</b> 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.证实为早期或局部晚期乳腺癌的相关证据；4.与曲妥珠单抗和多西他赛联合使用的证据。	限：1.表皮生长因子受体2(HER2)阳性的复发或转移性乳腺癌患者；2.表皮生长因子受体2(HER2)阳性早期或局部晚期乳腺癌患者的新辅助治疗。
28	曲妥珠单抗	二类	注射剂	60mg*1瓶	<b>初始剂量：</b> 前3周限支付8瓶 <b>维持剂量：</b> 每3周限支付6瓶 （早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗：每人限支付不超过12个月，共计110瓶）	<b>乳腺癌：</b> 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。 <b>胃癌：</b> 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证据。	
				150mg*1瓶	<b>初始剂量：</b> 前3周限支付4瓶 <b>维持剂量：</b> 每3周限支付3瓶 （早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗：每人限支付不超过12个月，共计55瓶）		
				440mg*1瓶	<b>初始剂量：</b> 前3周限支付2瓶 <b>维持剂量：</b> 每3周限支付1瓶 （早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗：每人限支付不超过12个月，共计19瓶）		
29	甲磺酸阿帕替尼片	二类	片剂	250mg*30片	<b>胃腺癌或胃-食管结合部腺癌、乳腺癌：</b> 每30天限支付2盒 <b>肝癌（非一线治疗）：</b> 每30天限支付3盒 <b>肝癌（一线治疗）：</b> 每30天限支付1盒	<b>胃腺癌或胃-食管结合部腺癌：</b> 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或其他使用证据；3.证实为进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌的相关证据。 <b>肝癌：</b> <b>一线治疗：</b> 1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实为不可切除或转移性肝癌的相关证据。 <b>非一线治疗：</b> 1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.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癌的证据。 <b>乳腺癌：</b> 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.胚系BRCA基因检测报告单；4.既往接受过化疗治疗的相关证据；5.证实为转移性乳腺癌的相关检查报告单；6.联合氟唑帕利的治疗方案；7.激素受体（HR）阳性乳腺癌患者需提供既往接受过内分泌治疗或被认为不适合接受内分泌治疗的病史资料或其他相关证据。	限：1.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；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癌患者；3.不可切除或转移性肝癌患者的一线治疗；4.联合氟唑帕利用于新辅助、辅助或转移阶段接受过化疗治疗的伴有胚系BRCA突变（gBRCAm）的人表皮生长因子受体（HER2）阴性转移性乳腺癌成年患者；5.激素受体（HR）阳性乳腺癌患者既往需接受过内分泌治疗或被认为不适合接受内分泌治疗。
				250mg*10片	<b>胃腺癌或胃-食管结合部腺癌、乳腺癌：</b> 每30天限支付6盒 <b>肝癌（非一线治疗）：</b> 每30天限支付9盒 <b>肝癌（一线治疗）：</b> 每30天限支付3盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
30	尼妥珠单抗注射液	二类	注射剂	10ml:50mg*1瓶	<b>鼻咽癌:</b> 每4周限支付8瓶 <b>头颈部鳞癌:</b> 每周限支付4瓶, 限支付8周, 共32瓶	<b>鼻咽癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为局部晚期鼻咽癌的相关证据; 4.与放疗联合的治疗方案。 <b>头颈部鳞癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为局部晚期头颈部鳞癌的相关证据; 4.与放疗联合的治疗方案。	限: 1.与放疗联合治疗局部晚期鼻咽癌; 2.与同步放疗联合治疗局部晚期头颈部鳞癌。
31	西达本胺片	二类	口服常释剂型	5mg*24片	<b>外周T细胞淋巴瘤:</b> 每4周限支付2盒 <b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> <b>联合治疗:</b> 每人限支付18周共4盒(每次处方量不得超过1盒) <b>单药维持:</b> 每人限支付24周共6盒(每次处方量不得超过1盒)	<b>外周T细胞淋巴瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.既往至少接受一次全身化疗的医嘱或其他使用证据; 3.证实为复发或难治的外周T细胞淋巴瘤的相关证据。 <b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.MYC和BCL2阳性检查报告单; 3.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)的治疗方案; 4.限未经治疗的患者使用。	限: 1.既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)患者; 2.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)用于MYC和BCL2表达阳性的既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)患者。
32	阿昔替尼片	二类	口服常释剂型	5mg*28片	每4周限支付2盒	<b>肾癌:</b> <b>一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为中高危的不可切除或转移性肾癌的相关证据; 4.联合特瑞普利尔的治疗方案。 <b>非一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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证据。	
				1mg*14片	每4周限支付16盒		
33	培唑帕尼片	二类	片剂	200mg*30片	每30天限支付4盒	<b>肾癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为晚期肾细胞癌的相关证据。	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。
34	索拉非尼	二类	口服常释剂型	200mg*30片	每30天限支付4盒	<b>肾癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为不能手术的相关证据。 <b>肝癌:</b> 1.肝脏CT或MRI报告单; 2.提供下列相关检查资料之一: (1)病理组织学报告单; (2)至少2次AFP检查报告单, 且间隔至少1个月以上; (3)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; 3.证实为无法手术或远处转移的相关证据。 <b>甲状腺癌:</b> 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。	
				200mg*60片	每30天限支付2盒		
35	依维莫司片	二类	口服常释剂型	5mg*30片	每30天限支付2盒	<b>肾癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.既往接受过舒尼替尼或索拉非尼治疗的医嘱; 4.证实为晚期肾癌的相关证据。 <b>胰腺神经内分泌瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为不可切除的、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的相关证据。 <b>非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为无法手术切除的、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)的相关证据。 <b>室管膜下巨细胞星形细胞瘤:</b> 1.确诊为结节性硬化症的相关检查报告单; 2.影像学检查报告单。 <b>肾血管平滑肌脂肪瘤:</b> 1.肾彩超或CT或MRI检查报告单; 2.确诊为结节性硬化症的检查报告单。 <b>乳腺癌:</b> 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证据。	
				2.5mg*30片	每30天限支付4盒		
				2.5mg*28片	每4周限支付4盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
36	枸橼酸伊沙佐米胶囊	二类	胶囊剂	4mg*3片 3mg*3片 2.3mg*3片	每4周限支付1盒	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.既往接受至少一种治疗多发性骨髓瘤的证据。	限治疗已接受过至少一种既往治疗的多发性骨髓瘤成人患者。
37	来那度胺	二类	口服常释剂型	15mg*21粒	每4周限支付1盒	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.联合地塞米松的治疗方案; 4.提供下列相关资料之一: (1)提供此前未经治疗且不适合接受移植的病史资料或其他相关证据; (2)既往接受过至少一种疗法治疗的证据。 <b>滤泡性淋巴瘤:</b> 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.既往接受过治疗的病史资料或其他相关证据; 3.联合利妥昔单抗的治疗方案。	
				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		
38	硼替佐米	二类	注射剂	3.5mg*1支	<b>多发性骨髓瘤:</b> <b>初治患者:</b> 第1-24周,每周限支付2支; 第25-54周,每周限支付1支 <b>复发患者:</b> 每3周限支付4支	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。 <b>套细胞淋巴瘤:</b> 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.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	
					<b>套细胞淋巴瘤:</b> 每3周限支付4支		
				1.0mg*1支	<b>多发性骨髓瘤:</b> <b>初治患者:</b> 第1-24周,每周限支付4支; 第25-54周,每周限支付2支 <b>复发患者:</b> 每3周限支付8支		
					<b>套细胞淋巴瘤:</b> 每3周限支付8支		
				2.5mg*1支	<b>多发性骨髓瘤:</b> <b>初治患者:</b> 第1-24周,每周限支付2支; 第25-54周,每周限支付1支 <b>复发患者:</b> 每3周限支付4支		
					<b>套细胞淋巴瘤:</b> 每3周限支付4支		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
39	阿比特龙	二类	口服常释剂型	250mg*120片	每30天限支付1盒	<p><b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性去势抵抗性前列腺癌的相关证据。</p> <p><b>转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌的相关证据。</p>	
40	特立氟胺片	二类	口服常释剂型	14mg*28片	每4周限支付1盒	<p><b>多发性硬化：</b>1.相关神经影像学检查报告单；2.神经电生理或脑脊液检查报告单。</p>	限常规治疗无效的多发性硬化患者。
				14mg*30片	每30天限支付1盒		
41	利鲁唑	二类	口服常释剂型	50mg*24片	每60天限支付5盒	<p><b>肌萎缩侧索硬化：</b>1.电生理检查报告单；2.神经病理学或神经影像学等检查报告单。</p>	
				50mg*56片	每4周限支付1盒		
42	维A酸	二类	口服常释剂型	20mg*10片	每30天限支付3盒	<p><b>急性早幼粒细胞白血病：</b>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.限维A酸和复方黄黛片联用。</p>	
43	复方黄黛片	二类	口服常释剂型	270mg*100片	每30天限支付6盒 限支付60天，共12盒	<p><b>急性早幼粒细胞白血病：</b>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。</p>	限初治的急性早幼粒细胞白血病。
44	雷珠单抗注射液	二类	注射剂	10mg/ml 0.2ml*1支	每次限5554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）	<p><b>50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)、糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害、脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害、继发于视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿引起的视力损害：</b></p> <p>1.病眼基线矫正视力报告单；2.眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。</p>	<p>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)的黄斑水肿引起的视力损害。</p> <p>应同时符合以下条件：1.需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。</p>
				10mg/ml 0.165ml*1支(预充式)			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
45	阿柏西普眼内注射溶液	二类	眼内注射溶液	4mg*1支	每次限4816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)	<b>50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)、糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害:</b> 1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影或频域后节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。 应同时符合以下条件: 1. 需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方; 2. 首次处方时病眼基线矫正视力为0.05-0.5; 3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据; 4. 每眼累计最多支付9支, 第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。
				8mg*1支	每次限6870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)		
46	西妥昔单抗注射液	二类	注射剂	100mg(20ml)*1支	<b>1. 单周方案:</b> 首周给药剂量为400mg/m <sup>2</sup> 体表面积, 其后每周给药剂量为250mg/m <sup>2</sup> 体表面积 <b>2. 双周方案:</b> 每2周给药剂量为500mg/m <sup>2</sup> 体表面积	<b>结直肠癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. K-RAS基因检测报告单; 4. 证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单。 <b>头颈部鳞状细胞癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 影像学检查报告单。	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。
47	雷替曲塞	二类	注射剂	2mg*1支	每3周限支付3支	<b>结直肠癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 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证据; 5. 氟尿嘧啶类药物不耐受的病史资料或其他相关证据。	
48	呋喹替尼胶囊	二类	口服常释剂型	1mg*21粒	<b>结直肠癌:</b> 每4周限支付5盒 <b>子宫内膜癌:</b> 每3周限支付4盒	<b>结直肠癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 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; 4. 提供既往接受过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗的证据; 5. 提供下列相关资料之一: (1) 既往接受过或不适合接受血管内皮生长因子(VEGF)治疗的病史资料或其他相关证据; (2) 提供既往接受过或不适合接受抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗的病史资料或其他相关证据和(RAS野生型)基因检测报告单。 <b>子宫内膜癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 既往接受过系统性抗肿瘤治疗的医嘱或其他使用证据; 3. 不适合进行根治性手术治疗或根治性放疗的晚期错配修复完整(pMMR)子宫内膜癌的相关证据; 4. 联合信迪利单抗注射液的治疗方案。	限: 1. 既往接受过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗, 以及既往接受过或不适合接受抗血管内皮生长因子(VEGF)治疗、抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗(RAS野生型)的转移性结直肠癌(mCRC)患者; 2. 联合信迪利单抗注射液用于既往系统性抗肿瘤治疗后失败且不适合进行根治性手术治疗或根治性放疗的晚期错配修复完整(pMMR)子宫内膜癌患者。
				5mg*7粒	<b>结直肠癌:</b> 每4周限支付3盒 <b>子宫内膜癌:</b> 每3周限支付2盒		
49	维莫非尼片	二类	口服常释剂型	240mg*56片	每4周限支付4盒	<b>黑色素瘤:</b> 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证据。	限BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
50	伊布替尼胶囊	二类	口服常释剂型	140mg*90粒	每45天限支付2盒	<b>套细胞淋巴瘤:</b> 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.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	限: 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30天限支付1盒	<b>小淋巴细胞淋巴瘤:</b> 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。 <b>慢性淋巴细胞白血病:</b> 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 <b>华氏巨球蛋白血症:</b> 1.病情诊断证明书; 2.血清蛋白电泳; 3.骨髓检查报告单。	
51	注射用醋酸奥曲肽微球	二类	微球注射剂	30mg*1支(瓶)	每4周限支付1支(瓶)	<b>胃肠道内分泌肿瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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。 <b>肢端肥大症:</b> 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。	限胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症。
				20mg*1支(瓶)			
52	麦格司他胶囊	二类	口服常释剂型	100mg*84粒	每4周限支付2盒	<b>C型尼曼匹克病:</b> 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。
53	司来帕格片	二类	口服常释剂型	0.2mg*60片	每30天限16308元	<b>肺动脉高压:</b> 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片			
				0.8mg*60片			
				0.2mg*56片			
				0.4mg*56片			
				0.8mg*56片			
54	波生坦片	二类	口服常释剂型	125mg*56片	每4周限支付1盒	<b>肺动脉高压:</b> 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-IV级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。
				125mg*30片	每30天限支付2盒		
55	波生坦分散片	二类	口服常释剂型	32mg*56片	每4周限支付2盒	<b>肺动脉高压:</b> 右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者。
56	利奥西呱片	二类	口服常释剂型	0.5mg*42片	每2周限支付不超过5盒	<b>肺动脉高压:</b> 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需提供既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限: 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片	每2周限支付不超过2盒		
				2.5mg*42片	每4周限支付2盒		
				2.5mg*84片	每4周限支付1盒		
57	马昔腾坦片	二类	口服常释剂型	10mg*30片	每30天限支付1盒	<b>肺动脉高压:</b> 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。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
58	罗沙司他胶囊	二类	胶囊剂	20mg*3粒	每月限1504元	<b>肾性贫血</b> ：4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	限慢性肾脏病 (CKD) 引起的贫血。
				50mg*3粒			
				20mg*6粒			
				50mg*6粒			
				20mg*9粒			
59	富马酸贝达喹啉片	二类	口服常释剂型	100mg*24片	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	<b>耐多药结核</b> ：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。
60	德拉马尼片	二类	口服常释剂型	50mg*60片	每30天限支付2盒，每人限支付12盒	<b>耐多药结核</b> ：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。
61	来迪派韦索磷布韦片	二类	口服常释剂型	(每片含90mg来迪派韦和400mg索磷布韦)*28片	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	<b>慢性丙型肝炎</b> ：HCV RNA检查报告单。	限成人和12至<18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒 (HCV) 感染。
62	索磷布韦维帕他韦片	二类	口服常释剂型	(每片含400mg索磷布韦和100mg维帕他韦)*28片	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	<b>慢性丙型肝炎</b> ：HCV RNA检查报告单。	限成人慢性丙型肝炎病毒 (HCV) 感染。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
63	信迪利单抗注射液	二类	注射剂	10ml:100mg*1支	每3周限支付2支	<p><b>经典型霍奇金淋巴瘤:</b> 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; 3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌:</b>  <b>一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告; 3.提供不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌相关证据; 4.提供联合培美曲塞和铂类的治疗方案(或维持治疗时提供联合培美曲塞的治疗方案)。  <b>非一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告; 3.提供表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据; 4.提供联合贝伐珠单抗、培美曲塞和顺铂的治疗方案(或维持治疗时提供联合贝伐珠单抗、培美曲塞的治疗方案)。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌:</b> 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证据; 3.提供联合吉西他滨和铂类化疗的治疗方案(或维持期单药治疗时需提供既往联合使用证据)。</p> <p><b>肝癌:</b> 1.肝脏CT或MRI报告单; 2.提供下列相关检查资料之一:(1)病理组织学报告单;(2)至少2次AFP检查报告单,且间隔至少1个月以上;(3)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; 3.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; 4.联合贝伐珠单抗的治疗方案。</p> <p><b>食管鳞癌:</b> 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证据; 3.提供联合紫杉醇和顺铂或氟尿嘧啶和顺铂的治疗方案(或维持期单药治疗时需提供既往联合使用证据)。</p> <p><b>胃及胃食管交界处腺癌:</b> 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证据; 3.提供联合含氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案(或维持治疗时提供联合氟尿嘧啶类药物的治疗方案)。</p> <p><b>子宫内膜癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.既往接受过系统性抗肿瘤治疗失败的病史资料或其他相关证据; 3.不适合进行根治性手术治疗或根治性放疗的晚期错配修复完整(pMMR)子宫内膜癌的相关证据; 4.联合吠喹替尼胶囊的治疗方案。</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.非鳞状非小细胞肺癌: (1)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晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗;(2)联合贝伐珠单抗、培美曲塞和顺铂,用于表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗; 3.联合吉西他滨和铂类化疗,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(NSCLC)的一线治疗; 4.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; 5.联合紫杉醇和顺铂或氟尿嘧啶和顺铂用于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.联合含氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于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; 7.联合吠喹替尼胶囊用于既往系统性抗肿瘤治疗后失败且不适合进行根治性手术治疗或根治性放疗的晚期错配修复完整(pMMR)子宫内膜癌患者。</p>
64	盐酸阿来替尼胶囊	二类	口服常释剂型	150mg*224粒	每4周限支付1盒 (非小细胞肺癌辅助治疗:每人限支付不超过2年)	<p><b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2. ALK基因检查报告单; 3.提供下列相关资料之一:(1)证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据;(2)证实为 I B期至 IIIA期且既往接受过手术切除治疗的非小细胞肺癌的相关证据。</p>	<p>限: 1.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的 I B期至 IIIA期非小细胞肺癌患者术后辅助治疗; 2.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>
65	磷酸芦可替尼片	二类	片剂	5mg*60片	<p><b>骨髓纤维化:</b> 每30天限支付4盒  <b>移植物抗宿主病:</b> 每30天限支付2盒</p>	<p><b>骨髓纤维化:</b> 1.骨髓活检报告单; 2.血常规检查报告单。  <b>移植物抗宿主病:</b> 1.移植手术记录或移植相关病程记录; 2.既往使用过糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的病史资料或其他相关证据。</p>	<p>限: 1.中危或高危的原发性骨髓纤维化(PMF)(亦称为慢性特发性骨髓纤维化)、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)的成年患者; 2.对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上急性移植物抗宿主病(急性GVHD)或慢性移植物抗宿主病(慢性GVHD)患者。</p>

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
66	奥拉帕利片	二类	片剂	100mg*56片	<b>200mg用量：</b> 每4周限支付2盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付26盒) <b>250mg用量(与150mg*56片联用)：</b> 每4周限支付1盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付13盒)	<b>晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.提供下列相关资料之一：(1)一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解的病史资料或其他相关证据；(2)既往使用一线含铂化疗联合贝伐珠单抗治疗达到完全缓解或部分缓解的病史资料或其他相关证据。 <b>铂敏感复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.既往使用含铂化疗药物的医嘱或其他使用证据；3.使用含铂化疗药物获得经临床证实的缓解的证据；4.停药超过6个月出现复发的病史资料或其他相关证据。 <b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b> 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.提供下列相关资料之一：(1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；(2)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。 <b>早期乳腺癌：</b> 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.胚系BRCA基因检测报告单；4.既往接受过新辅助或辅助化疗的医嘱或其他使用证据；5.证实为早期乳腺癌的相关证据。	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.同源重组修复缺陷(HRD)阳性的晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在一线含铂化疗联合贝伐珠单抗治疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3.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；4.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的治疗；5.接受过新辅助或辅助化疗的携带有害或疑似有害胚系BRCA突变(gBRCAm)、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性早期高风险乳腺癌成人患者的辅助治疗。
				150mg*56片	<b>300mg用量：</b> 每4周限支付2盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付26盒) <b>250mg用量(与100mg*56片联用)：</b> 每4周限支付1盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付13盒)		
				100mg*60片	<b>200mg用量：</b> 每30天限支付2盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付26盒) <b>250mg用量(与150mg*60片联用)：</b> 每30天限支付1盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付13盒)		
				150mg*60片	<b>300mg用量：</b> 每30天限支付2盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付26盒) <b>250mg用量(与100mg*60片联用)：</b> 每30天限支付1盒 (早期乳腺癌每人限支付1年，限支付13盒)		
67	托法替布	二类	口服常释剂型	5mg*28片	每4周限支付2盒	<b>类风湿关节炎：</b> 1.确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据，包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>银屑病关节炎：</b> 1.确诊为银屑病关节炎的证据，包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>强直性脊柱炎：</b> 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和影像学报告单；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病史资料或其他相关证据。	
				5mg*20片	每30天限支付3盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
68	阿达木单抗	二类	注射剂	40mg/0.4ml*1支 40mg/0.8ml*1支	类风湿关节炎、强直性脊柱炎、多关节型幼年特发性关节炎(2岁及以上, 体重≥30kg): 每4周限支付2支	<p><b>类风湿关节炎:</b> 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><b>强直性脊柱炎:</b> 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。</p> <p><b>成人银屑病:</b> 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。</p> <p><b>儿童银屑病:</b> 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. 提供局部治疗和光疗疗效不佳或不适于该类治疗的病史资料或其他相关证据。</p> <p><b>多关节型幼年特发性关节炎:</b> 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治疗不佳的病史资料或其他相关证据。</p> <p><b>葡萄膜炎:</b> 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. 提供下列相关资料之一: (1) 既往使用糖皮质激素应答不充分的病史资料或其他相关证据; (2) 需要节制使用糖皮质激素的病史资料或其他相关证据; (3) 不适合进行糖皮质激素治疗的病史资料或其他相关证据。</p> <p><b>克罗恩病、儿童克罗恩病:</b> 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。</p>	
					成人银屑病、葡萄膜炎: 首周限支付2支, 后续每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		
					儿童银屑病(4岁及以上, 体重≥30kg): 首周限支付1支, 后续每4周限支付2支		
				多关节型幼年特发性关节炎(2岁及以上, 10kg≤体重<30kg): 每4周限支付2支			
				儿童银屑病(4岁及以上, 15kg≤体重<30kg): 首周限支付1支, 后续每4周限支付2支			
20mg/0.2ml*1支 20mg/0.4ml*1支	儿童银屑病(4岁及以上, 15kg≤体重<30kg): 首周限支付1支, 后续每4周限支付2支						
	儿童克罗恩病(6岁及以上, 17kg≤体重<40kg): 诱导治疗: 第1周限支付4支, 第3周限支付2支 维持治疗: 每4周限支付2支						
	儿童克罗恩病(6岁及以上, 17kg≤体重<40kg): 诱导治疗: 第1周限支付4支, 第3周限支付2支 维持治疗: 每4周限支付2支						
69	注射用奥马珠单抗	二类	注射剂	150mg*1支	慢性自发性荨麻疹: 每4周限支付2支	<p><b>中至重度持续性过敏性鼻炎:</b> 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周内胸部影像学检查报告单; 4. 支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单。</p> <p><b>慢性自发性荨麻疹:</b> 1. 确诊为慢性自发性荨麻疹的证据, 包括症状和病史资料; 2. 既往使用H1抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。</p>	<p>限: 1. 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的6岁及以上患者, 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。</p>
					<p><b>中至重度持续性过敏性鼻炎:</b></p> <p>4周给药方案 每4周限支付不超过4支</p> <p>2周给药方案 每2周限支付不超过4支</p>		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
70	地塞米松玻璃体内植入剂	二类	玻璃体内植入剂	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)	<b>视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿、糖尿病性黄斑水肿(DME):</b> 1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限: 1. 视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿; 2. 糖尿病性黄斑水肿(DME)。应同时符合以下条件: 1. 需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方; 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5; 3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据; 4. 每眼累计最多支付5支, 每个年度最多支付2支。
71	康柏西普眼用注射液	二类	眼用注射液	10mg/ml*0.2ml*1支	每次限4682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)	<b>50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)、糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害、脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害、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:</b> 1. 病眼基线矫正视力报告单; 2. 眼底血管造影或频域后节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. 需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方; 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5; 3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据; 4. 每眼累计最多支付9支, 第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。
				10mg/ml*0.05ml*1支(预充式)			
72	地拉罗司	二类	口服常释剂型	125mg*28片	每4周限支付11盒	<b>输血性铁过载、地中海贫血:</b> 提供下列资料之一: 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30天限支付10盒		
73	度普利尤单抗注射液	二类	注射剂	300mg*1支	首次2周限支付2支, 后续每4周限支付2支	<b>特应性皮炎:</b> 1. 确诊为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. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的病史资料或其他相关证据; 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*1支			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
74	醋酸兰瑞肽缓释注射液(预充式)	二类	注射剂	90mg*1支  120mg*1支	<b>肢端肥大症：</b> <b>前3个月：</b> 每4周限支付1支*90mg <b>维持期：</b> 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  <b>胃肠道神经内分泌瘤、类癌综合征：</b> 每4周限支付1支*120mg	<b>肢端肥大症：</b> 1.3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。 <b>胃肠道神经内分泌瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.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；4.证实为不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠道神经内分泌瘤的相关证据。 <b>类癌综合征：</b> 1.病理组织学报告单；2.实验室检查报告单；3.影像学或内镜检查报告单。	限：1.肢端肥大症患者；2.不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠道神经内分泌瘤(GEP-NETs)的成人患者；3.类癌综合征成人患者。
75	盐酸可洛派韦胶囊	二类	口服常释剂型	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)	<b>慢性丙型肝炎：</b> 1.HCV RNA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。
76	甲磺酸氟马替尼片	二类	口服常释剂型	200mg*30片	每30天限支付3盒	<b>慢性髓性白血病：</b> 1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析；3.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。
77	甲磺酸阿美替尼片	二类	口服常释剂型	55mg*20片	每30天限支付3盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告单；3.提供下列相关资料之一：(1)提供局部晚期或转移性非小细胞肺癌一线治疗的相关证据；(2)既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗出现疾病进展的病史资料或其他相关证据，且证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据；(3)证实为II-IIIB期且既往接受过手术切除治疗的非小细胞肺癌的相关证据；(4)证实为III期且接受过含铂放疗的局部晚期、不可切除非小细胞肺癌的相关证据。	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；3.既往接受过手术切除治疗的II-IIIB期具有表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的成人非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗；4.接受含铂化疗期间或之后未出现疾病进展，及具有EGFR外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的局部晚期、不可切除(III期)NSCLC成人患者的治疗。
78	泽布替尼胶囊	二类	胶囊剂	80mg*64粒	每月限支付2盒	<b>套细胞淋巴瘤：</b> 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.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 <b>慢性淋巴细胞白血病：</b> 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 <b>小淋巴细胞淋巴瘤：</b> 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。 <b>华氏巨球蛋白血症：</b> 1.病情诊断证明书；2.血清蛋白电泳；3.骨髓检查报告单。 <b>滤泡性淋巴瘤：</b> 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.既往接受过至少二线系统性治疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为复发或难治性滤泡性淋巴瘤的相关证据；4.联合奥妥珠单抗的治疗方案。	限：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.成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者；3.成人华氏巨球蛋白血症(WM)患者；4.联合奥妥珠单抗用于既往接受过至少二线系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤(FL)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
79	曲美替尼片	二类	口服常释剂型	0.5mg*30片	每30天限支付4盒	<b>黑色素瘤：</b> 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）证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关证据；（2）提供经手术完全切除的III期黑色素瘤的相关证据；4.联合甲磺酸达拉非尼的治疗方案。 <b>非小细胞肺癌：</b> 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。	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。
				2mg*30片	每30天限支付1盒		
80	甲磺酸达拉非尼胶囊	二类	口服常释剂型	50mg*120粒	每60天限支付3盒	<b>黑色素瘤：</b> 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）证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关证据；（2）提供经手术完全切除的III期黑色素瘤的相关证据；4.联合曲美替尼的治疗方案。 <b>非小细胞肺癌：</b> 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30天限支付1盒		
81	甲磺酸仑伐替尼胶囊	二类	口服常释剂型	4mg*30粒	<b>肝癌：</b> 每30天限支付2盒(体重<60kg)； 每30天限支付3盒(体重≥60kg) <b>分化型甲状腺癌：</b> 与10mg联用，每30天限支付1盒	<b>肝癌：</b> 1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实无法手术切除的相关证据。 <b>甲状腺癌：</b> 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。	
				10mg*30粒	<b>分化型甲状腺癌：</b> 与4mg联用，每30天限支付2盒		
82	恩扎卢胺软胶囊	二类	口服常释剂型	40mg*112粒	每4周限支付1盒	<b>转移性激素敏感性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性激素敏感性前列腺癌的相关证据。 <b>非转移性去势抵抗性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单。 <b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单；4.证实为转移性去势抵抗性前列腺癌的相关证据；5.限既往未接受化疗的患者使用。	
				40mg*28粒	每4周限支付4盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
83	甲苯磺酸尼拉帕利胶囊	二类	口服常释剂型	100mg*30粒	每30天限支付3盒	<b>上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 既往使用含铂化疗的医嘱或其他使用证据；3. 使用含铂化疗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证据。	限：1. 晚期中性卵巢癌、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. 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粒	每60天限支付3盒		
84	醋酸戈舍瑞林缓释植入剂	二类	缓释植入剂	3.6mg*1支	每4周限支付1支	<b>前列腺癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单。 <b>乳腺癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 性激素检查报告单。	
				10.8mg*1支	每12周限支付1支		
				3.6mg*1支	每4周限支付1支，限支付不超过6个月，共6支	<b>子宫内膜异位症：</b> 半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。	
85	地舒单抗注射液	二类	注射剂	120mg(1.7ml)*1支	<b>骨巨细胞瘤：</b> 首4周限支付3支 后续每4周限支付1支 <b>实体肿瘤骨转移、多发性骨髓瘤：</b> 每4周限支付1支	<b>骨巨细胞瘤：</b> 1. 病理组织学检查报告或影像学检查报告单；2. 不能手术或手术切除导致严重功能障碍的证据。 <b>实体肿瘤骨转移：</b> 1. 病理学检查报告单；2. 证实为实体肿瘤骨转移的相关检查报告单。 <b>多发性骨髓瘤：</b> 1. 骨髓检查报告单；2. 免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。	
86	西尼莫德片	二类	口服常释剂型	0.25mg*12片	<b>CYP2C9*1*1或*1*2或*2*2基因型患者：</b> <b>滴定期：</b> 每5天限支付1盒 <b>CYP2C9*2*3或*1*3基因型患者：</b> <b>滴定期+维持期：</b> 每30天限支付10盒	<b>多发性硬化：</b> 1. 相关神经影像学检查报告单；2. 神经电生理或脑脊液检查报告单。	限成人复发型多发性硬化的患者。
				2mg*28片	<b>CYP2C9*1*1或*1*2或*2*2基因型患者：</b> <b>维持期：</b> 每4周限支付1盒		
87	盐酸芬戈莫德胶囊	二类	口服常释剂型	0.5mg*28粒	每4周限支付1盒	<b>多发性硬化：</b> 1. 相关神经影像学检查报告单；2. 神经电生理或脑脊液检查报告单。	限10岁及以上患者复发型多发性硬化(RMS)的患者。
88	巴瑞替尼片	二类	口服常释剂型	2mg*28片	<b>类风湿关节炎、幼年特发性关节炎（体重≥30kg）：</b> 每4周限支付2盒 <b>幼年特发性关节炎（体重10kg-30kg）：</b> 每4周限支付1盒	<b>类风湿关节炎：</b> 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。 <b>幼年特发性关节炎：</b> 1. 确诊为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. 对一种或多种既往传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；2. 对一种或多种既往传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的2岁及以上活动性幼年特发性关节炎患者，包括： (1) 多关节型幼年特发性关节炎(多关节型类风湿因子阳性[RF+]或阴性[RF-]，扩展型少关节炎)，(2) 附着点炎相关关节炎，(3) 幼年银屑病关节炎。可单药使用或与甲氨蝶呤联合用药。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
89	注射用贝利尤单抗	二类	注射剂	120mg*1支	前6周, 每2周限支付7支, 限支付不超过21支 后续每4周限支付7支	<b>系统性红斑狼疮(SLE)</b> : 1. 临床症状和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。 <b>活动性狼疮肾炎</b> : 1. 临床症状和实验室检查确诊资料; 2. 与常规治疗联合使用的相关证据。	限: 1. 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 $\geq 8$ )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; 2. 与常规治疗联合用于活动性狼疮肾炎成人患者。
90	依那西普注射液	二类	注射剂	25mg*1支	每4周限支付8支	<b>类风湿关节炎</b> : 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。 <b>强直性脊柱炎</b> : 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。
				50mg*1支	每4周限支付4支		
91	司库奇尤单抗注射液	二类	注射剂	75mg*1支	<b>儿童银屑病(6岁及以上, 体重&lt;50kg)</b> : 首次4周限支付5支, 后续每4周限支付1支 <b>儿童银屑病(6岁及以上, 体重<math>\geq 50kg</math>)</b> : 首次4周限支付10支, 后续每4周限支付2支	<b>强直性脊柱炎</b> : 1. 确诊为强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单; 2. 常规治疗疗效欠佳的病史资料或其他相关证据。 <b>银屑病</b> : 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。 <b>银屑病关节炎</b> : 1. 确诊为活动性银屑病关节炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>化脓性汗腺炎</b> : 确诊为中重度化脓性汗腺炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单。	限: 1. 符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的6岁及以上患者; 2. 常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者; 3. 既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的活动性银屑病关节炎成人患者; 4. 中重度化脓性汗腺炎成人患者。
				150mg*1支	<b>强直性脊柱炎、银屑病关节炎</b> : 首次4周限支付5支, 后续每4周限支付2支 <b>成人银屑病</b> : 首次4周限支付10支, 后续每4周限支付2支 <b>儿童银屑病(6岁及以上, 体重<math>\geq 50kg</math>)</b> : 首次4周限支付5支, 后续每4周限支付1支 <b>化脓性汗腺炎</b> : 首次4周限支付10支, 后续每4周限支付4支		
				300mg*1支	<b>强直性脊柱炎、银屑病关节炎维持治疗</b> : 每4周限支付1支 <b>成人银屑病</b> : 首次4周限支付5支, 后续每4周限支付1支 <b>化脓性汗腺炎</b> : 首次4周限支付5支, 后续每4周限支付2支		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
92	乙磺酸尼达尼布软胶囊	二类	胶囊剂	150mg*30粒	每30天限支付2盒	<b>特发性肺纤维化:</b> 肺CT检查报告单。 <b>系统性硬化病相关间质性肺疾病:</b> 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。 <b>慢性纤维化性间质性肺疾病:</b> 1. 确诊为进行性表型的慢性纤维化间质性肺疾病的病历及免疫学检查报告单; 2. 肺CT检查报告单。	限: 1. 特发性肺纤维化(IPF); 2. 系统性硬化病相关间质性肺疾病(SSc-ILD); 3. 具有进行性表型的慢性纤维化性间质性肺疾病。
				100mg*30粒	每30天限支付2盒		
93	氘丁苯那嗪片	二类	片剂	6mg*28片	每4周限支付不超过8盒	<b>亨廷顿有关的舞蹈病:</b> 1. 基因检测报告单; 2. 有相应临床表现证据。 <b>成人迟发性运动障碍:</b> 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或抗帕金森药或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	每4周限支付不超过4盒		
				12mg*28片			
94	氟维司群	二类	注射剂	5ml:250mg*1支	<b>单药治疗:</b> 首月限支付4支, 后续每月限支付2支 <b>联合治疗:</b> 首月限支付6支, 后续每月限支付2支	<b>乳腺癌:</b> 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证据。	

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
95	替雷利珠单抗注射液	二类	注射剂	10ml:100mg*1支	<p><b>可切除的非小细胞肺癌：</b> 每6周限支付4支，每人限支付40支</p> <p><b>其他适应症：</b> 每3周限支付2支</p>	<p><b>尿路上皮癌：</b> 1. 病理学检查报告单；2. PD-L1高表达的相关检查报告单；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或其他相关证据；4. 证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关证据。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌：</b> 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证据；3. 提供联合紫杉醇和卡铂或注射用紫杉醇（白蛋白结合型）和卡铂的治疗方案（或维持期单药治疗时需提供既往联合使用证据）。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌：</b> 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证据；4. 提供联合培美曲塞和铂类的治疗方案（或维持治疗时提供联合培美曲塞的治疗方案）。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 提供既往含铂化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性的相关证据。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）：</b> 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不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据。</p> <p><b>可切除的非小细胞肺癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 证实为可切除的II期或IIIA期非小细胞肺癌的相关证据；3. 提供联合含铂化疗的治疗方案（或辅助治疗期单药治疗时需提供既往联合使用证据）；4. 提供围手术期的病史资料或其他相关证据。</p> <p><b>广泛期小细胞肺癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单；3. 提供联合依托泊苷和铂类的治疗方案（或维持期单药治疗时需提供既往联合使用证据）。</p> <p><b>肝癌：</b></p> <p><b>一线治疗：</b> 1. 肝脏CT或MRI报告单；2. 提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3. 证实为不可切除或转移性肝细胞癌的相关证据。</p> <p><b>非一线治疗：</b> 1. 肝脏CT或MRI报告单；2. 提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3. 既往接受过索拉非尼或仑伐替尼或含奥沙利铂全身化疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p><b>成人实体瘤：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 基因检测报告单；3. 影像学检查报告单；4. 既往接受过氟尿嘧啶类、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. 提供疾病进展的其他晚期实体瘤的相关检查报告单。</p> <p><b>食管鳞状细胞癌：</b></p> <p><b>一线治疗：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 提供不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的相关证据；3. 提供联合紫杉醇和铂类药物或含氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案（或维持治疗时需提供既往联合使用证据）。</p> <p><b>二线治疗：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 既往经过一线标准化疗的医嘱或其他使用证据；3. 提供疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的相关证据。</p> <p><b>鼻咽癌：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 提供复发或转移性鼻咽癌的相关证据；4. 提供联合吉西他滨和顺铂的治疗方案（或维持期单药治疗时需提供既往联合使用证据）。</p> <p><b>胃癌（包括胃食管结合部腺癌）：</b> 1. 病理组织学报告单；2. 提供局部晚期不可切除的或转移性的胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的相关证据；3. 提供联合氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案（或维持治疗时需提供既往联合使用证据）。</p>	<p>限：1. 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；2. 联合紫杉醇和卡铂或注射用紫杉醇（白蛋白结合型）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；3. 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晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；4. 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、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；5. 联合含铂化疗新辅助治疗，并在手术后继续单药辅助治疗，用于可切除的II期或IIIA期非小细胞肺癌患者的治疗；6. 联合依托泊苷和铂类化疗用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；7. 不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗；8. 既往接受过索拉非尼或仑伐替尼或含奥沙利铂全身化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗；9. 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；10. 联合紫杉醇和铂类药物或含氟尿嘧啶类和铂类药物用于不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的一线治疗；11. 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；12. 联合吉西他滨和顺铂用于复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；13. 联合氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于局部晚期不可切除的或转移性的胃或胃食管结合部腺癌的一线治疗。</p>

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
96	特瑞普利单抗注射液	二类	注射剂	80mg/2ml*1支	<p><b>黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌：</b> 每4周限支付6支</p> <p><b>食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、肾癌、广泛期小细胞肺癌、三阴性乳腺癌、肝癌：</b> 每3周限支付3支</p> <p><b>ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌：</b> 每3周限支付3支，每人限支付51支</p>	<p><b>黑色素瘤：</b> <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关证据。 <b>非一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关证据。 <b>鼻咽癌：</b> <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.联合顺铂和吉西他滨的治疗方案；4.证实为局部复发或转移性鼻咽癌的相关证据。 <b>三线及以上治疗：</b>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的相关证据；4.证实为复发/转移性鼻咽癌的相关证据。 <b>尿路上皮癌：</b>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或其他相关证据；3.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关证据。 <b>食管鳞癌：</b>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证据；3.联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。 <b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>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证据；4.联合培美曲塞和铂类的治疗方案。 <b>ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为可切除ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌的相关证据；3.联合含铂化疗的治疗方案；4.提供围手术期的病史资料或其他相关证据。 <b>肾癌：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为中高危的不可切除或转移性肾癌的相关证据；4.联合阿昔替尼的治疗方案。 <b>广泛期小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合依托泊苷和铂类的治疗方案。 <b>三阴性乳腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2. PD-L1阳性(CPS≥1)相关检查报告单；3. ER、PR、HER2阴性检查报告单；4.证实为复发或转移性三阴性乳腺癌的相关证据；5.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)的治疗方案。 <b>肝癌：</b>1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实为不可切除或转移性肝癌的相关证据；4.联合贝伐珠单抗的治疗方案。</p>	<p>限：1.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.不可切除或转移性黑色素瘤的一线治疗；3.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；4.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；5.联合顺铂和吉西他滨用于局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；6.联合紫杉醇和顺铂适用于不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；7.联合培美曲塞和铂类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、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；8.联合含铂化疗围手术期治疗，继之本品单药作为辅助治疗，用于可切除ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者；9.联合阿昔替尼用于中高危的不可切除或转移性肾细胞癌患者的一线治疗；10.联合依托泊苷和铂类用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；11.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)用于经充分验证的检测评估PD-L1阳性(CPS≥1)的复发或转移性三阴性乳腺癌(TNBC)的一线治疗；12.联合贝伐珠单抗用于不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。</p>
				240mg/6ml*1支	<p><b>黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌：</b> 每4周限支付2支</p> <p><b>食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、肾癌、广泛期小细胞肺癌、三阴性乳腺癌、肝癌：</b> 每3周限支付1支</p> <p><b>ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌：</b> 每3周限支付1支，每人限支付17支</p>		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
97	注射用卡瑞利珠单抗	二类	注射剂	200mg*1支	<p><b>肝癌（一线治疗）、食管鳞癌（二线治疗）、鼻咽癌（三线及以上单药治疗）：</b> 每2周限支付1支</p> <p><b>肝癌（非一线治疗）、非鳞状非小细胞肺癌、鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、食管鳞癌（一线治疗）、宫颈癌：</b> 每3周限支付1支</p>	<p><b>肝癌：</b> <b>一线治疗：</b>1. 肝脏CT或MRI报告单；2. 提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3. 证实为不可切除或转移性肝细胞癌的相关证据；4. 联合甲磺酸阿帕替尼的治疗方案。 <b>非一线治疗：</b>1. 肝脏CT或MRI报告单；2. 提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3. 既往接受过索拉非尼治疗和/或仑伐替尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌的相关证据。 <b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>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证据；4. 联合培美曲塞和卡铂的治疗方案。 <b>食管鳞癌：</b> <b>一线治疗：</b>1. 病理组织学报告单；2. 证实为不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的相关证据；3. 联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。 <b>二线治疗：</b>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. 证实为疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌的相关证据。 <b>鼻咽癌：</b> <b>三线及以上单药治疗：</b>1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 既往经过二线及以上化疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌的相关证据。 <b>一线治疗：</b>1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单；3. 证实为局部复发或转移性鼻咽癌的相关证据；4. 联合顺铂和吉西他滨的治疗方案。 <b>鳞状非小细胞肺癌：</b>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证据；3. 联合紫杉醇和卡铂的治疗方案。 <b>宫颈癌：</b>1. 病理组织学报告单；2. 联合苹果酸法米替尼的治疗方案；3. 既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据；4. 证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据；5. 限既往未接受过贝伐珠单抗治疗的患者使用。</p>	<p>限：1. 既往接受过索拉非尼治疗和/或仑伐替尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗；2. 联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；3. 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；4. 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患者的治疗；5. 联合顺铂和吉西他滨用于局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；6. 联合紫杉醇和顺铂用于不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌患者的一线治疗；7. 联合紫杉醇和卡铂用于局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌患者的一线治疗；8. 联合甲磺酸阿帕替尼用于不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗；9. 联合苹果酸法米替尼治疗既往经过含铂化疗但未经过贝伐珠单抗治疗的复发或转移性宫颈癌患者。</p>
98	甲苯磺酸艾多沙班片	二类	口服常释剂型	30mg*7片	每4周限支付8盒	<p><b>非瓣膜性房颤：</b>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。 <b>深静脉血栓：</b>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。 <b>肺栓塞：</b>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。</p>	<p>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。</p>
99	重组人血小板生成素注射液	二类	注射剂	7500U/1ml*1支	每2日限支付4支，最多支付2周28支	<p><b>实体瘤化疗后所致的小血小板减少症：</b>1. 血小板<math>\leq 100 \times 10^9/L</math>；2. 实体瘤化疗的相关证据。 <b>原发免疫性血小板减少症(ITP)：</b>1. 血小板计数检查报告单；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。</p>	<p>限实体瘤化疗后所致的小血小板减少症或原发免疫性血小板减少症(ITP)。</p>
				15000U/1ml*1支	每2日限支付2支，最多支付2周14支		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
100	本维莫德乳膏	二类	乳膏剂	10g:0.1g*1支	每周限支付4支, 最多支付12周48支	<b>银屑病:</b> 确诊为轻中度稳定性寻常型银屑病的证据, 包括症状和实验室检查报告单。	限成人轻至中度稳定性寻常型银屑病的局部治疗。
101	泊沙康唑口服混悬液	二类	口服混悬剂	40mg*105ml*1瓶	每4周限支付4瓶 最多支付12周	<b>侵袭性真菌感染:</b> 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, 包括: (1) 血常规检查报告单; (2) B细胞或者T细胞功能缺陷的相关证据或者需要应用免疫抑制剂(环孢素、他克莫司、西罗莫司、ATG、抗CD20单抗等)抗移植排斥反应的相关证据。	限: 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30天限支付6瓶	<b>伊曲康唑和/或氟康唑难治性口咽念珠菌病:</b> 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。 <b>接合菌纲类感染:</b> 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。	
102	棕榈酸帕利哌酮酯注射液(3M)	二类	注射剂	1. 315ml:263mg*1支	每3月限支付1支	<b>精神分裂症:</b> 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*1支			
				2. 625ml:525mg*1支			
103	静注人免疫球蛋白[静注人免疫球蛋白(pH4)]	二类	注射剂	2. 5g*1瓶	体重<50kg, 每月限支付不超过8瓶 体重≥50kg, 每月限支付不超过10瓶	<b>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:</b> 提供确诊依据, 包括病史和实验室检查报告单。	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。
				5g*1瓶			
104	索磷维伏片	二类	片剂	(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	<b>慢性丙型肝炎:</b> 1. HCV RNA检查报告单; 2. 既往使用直接抗病毒药物治疗的医嘱或其他使用证据; 3. 肝功能Child-Pugh分级; 4. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	限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。
105	磷酸依米他韦胶囊	二类	胶囊剂	100mg*28粒	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	<b>慢性丙型肝炎:</b> 1. HCV RNA检查报告单; 2. 基因分型检查报告单; 3. 提供非肝硬化的临床依据; 4. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	限与索磷布韦片联合, 用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。
106	司美格鲁肽注射液	二类	注射剂	1. 5ml*1支	每4周限支付1支	<b>2型糖尿病:</b> 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的证据。	限: 1. 接受二甲双胍和/或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人2型糖尿病患者; 2. 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			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
107	艾塞那肽注射液	二类	注射剂	1. 2ml*1支 2. 4ml*1支	每4周限支付1支	<b>2型糖尿病</b> : 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, 且控制效果不佳的证据。	限2型糖尿病。
108	利拉鲁肽注射液	二类	注射剂	3ml: 18mg*1支	<b>初始4周</b> : 限支付2支 <b>维持剂量</b> : 每4周限支付3支	<b>2型糖尿病</b> : 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, 且控制效果不佳的证据。	限2型糖尿病。
109	利司那肽注射液	二类	注射剂	10 μg剂量注射笔 (绿色): 0.05mg/ml, 3ml*1支	<b>初始2周</b> : 限支付1支	<b>2型糖尿病</b> : 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, 且控制效果不佳的证据; 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 (深紫红色): 0.10mg/ml, 3ml*1支	每4周限支付2支		
110	度拉糖肽注射液	二类	注射剂	0.75mg: 0.5ml*1支	每4周限支付4支	<b>2型糖尿病</b> : 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, 且控制效果不佳的证据; 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			
111	聚乙二醇洛塞那肽注射液	二类	注射剂	0.5ml: 0.1mg*1支	每4周限支付4支	<b>2型糖尿病</b> : 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, 且控制效果不佳的证据; 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			
112	二甲双胍恩格列净片(I)	二类	片剂	(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	<b>2型糖尿病</b> : 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。	
				(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		
113	艾米替诺福韦片	二类	片剂	25mg*30片	每30天限支付1盒	<b>慢性乙型肝炎</b> : 1. 既往乙型肝炎病史或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。	限慢性乙型肝炎成人患者。
				25mg*28片	每4周限支付1盒		
114	恩替卡韦口服溶液	二类	口服溶液剂	0.005%(210ml): 10.5mg)*1瓶	<b>成人</b> : 每6周限支付4瓶 <b>儿童</b> : 每6周限支付2瓶	<b>慢性乙型肝炎</b> : 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。	限慢性乙型肝炎成人患者或2岁至<18岁慢性HBV感染代偿性肝病的核苷初治儿童患者。
115	人凝血因子IX	二类	注射剂	500IU/10ml*1瓶	<b>年龄≤6岁</b> : 每年限支付8万 <b>年龄&gt;6岁</b> : 每年限支付12万	<b>血友病</b> : 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。	限凝血因子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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
116	海曲泊帕乙醇胺片	二类	片剂	2.5mg*14片	慢性原发免疫性血小板减少症： 每4周限9800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或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：1.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；2.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。
				3.75mg*14片 5mg*14片			
117	甲苯磺酸多纳非尼片	二类	片剂	0.1g*40片	肝细胞癌：每30天限支付3盒 甲状腺癌：每60天限支付9盒	肝癌：1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实为无法手术切除的相关证据；4.限既往未接受过全身系统性治疗的患者使用。 甲状腺癌：1.病理组织学报告单；2.甲状腺彩超或CT检查报告单；3.证实为进展性、局部晚期或转移性放射碘难治性分化型甲状腺癌的相关证据。	限：1.既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者；2.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。
118	盐酸恩沙替尼胶囊	二类	胶囊剂	25mg*7粒 100mg*14粒	25mg与100mg联用， 每4周限9328元	非小细胞肺癌：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证据。	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)。
119	甲磺酸伏美替尼片	二类	片剂	40mg*28片	每4周限支付2盒	非小细胞肺癌： 一线治疗：1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关证据。 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证据。	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。
120	达可替尼片	二类	片剂	15mg*30片	每30天限支付3瓶	非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2. EGFR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证据。	限表皮生长因子受体(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。
				15mg*45片	每30天限支付2瓶		
121	奥布替尼片	二类	片剂	50mg*30片	每30天限支付3盒	慢性淋巴细胞白血病：骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 小淋巴细胞淋巴瘤：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。 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.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 边缘区淋巴瘤：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。	限：1.成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者；2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者；3.既往至少接受过一种治疗的成人边缘区淋巴瘤(MZL)患者。
122	阿齐沙坦片	二类	片剂	20mg*10片	每30天限支付3盒	高血压：确诊为高血压的证据。	
				40mg*10片			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
123	氨氯地平叶酸片(II)	二类	片剂	(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	<b>高血压:</b> 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。	限伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压。
				(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		
124	氟唑帕利胶囊	二类	胶囊剂	50mg*36粒	<b>卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌:</b> <b>铂敏感:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 胚系BRCA基因检测报告单; 3. 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; 4. 停药超过6个月出现复发的相关证据。 <b>维持治疗:</b> 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证据。 <b>晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的相关证据; 3. 一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解的病史资料或其他相关证据。 <b>乳腺癌(联合治疗):</b> 每30天限支付4盒	<b>乳腺癌(单药治疗):</b> 每30天限支付5盒 <b>乳腺癌(联合治疗):</b> 每30天限支付4盒	限: 1. 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的患者; 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. 晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌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; 4. 单药或联合甲磺酸阿帕替尼用于新辅助、辅助或转移阶段接受过化疗治疗的伴有胚系BRCA突变(gBRCAm)的人表皮生长因子受体(HER2)阴性转移性乳腺癌成年患者。激素受体(HR)阳性乳腺癌患者既往需接受过内分泌治疗或被认为不适合接受内分泌治疗。
125	帕米帕利胶囊	二类	胶囊剂	20mg*60粒	每30天限支付3盒	<b>卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌:</b> 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。	限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。
126	阿贝西利片	二类	片剂	50mg*14片	每4周限支付4盒 (早期乳腺癌每人限支付2年)	<b>早期乳腺癌:</b> 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. 淋巴结阳性检查报告单; 4. 联合内分泌治疗(他莫昔芬或芳香化酶抑制剂)的医嘱或其他使用证据; 5. 证实为高复发风险早期乳腺癌的相关证据。 <b>局部晚期或转移性乳腺癌:</b> 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. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据; 4. 提供下列相关资料之一: (1)与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据(含药物绝经); (2)与氟维司群联合使用提供既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	限: 1. 联合内分泌治疗(他莫昔芬或芳香化酶抑制剂)用于激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性、淋巴结阳性,高复发风险的早期乳腺癌成人患者的辅助治疗; 2. 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; 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; 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			
127	甲磺酸艾立布林注射液	二类	注射剂	2ml:1mg*1支	每3周限支付5支	<b>乳腺癌:</b> 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证据。	限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。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
128	马来酸奈拉替尼片	二类	片剂	40mg*180片	每30天限支付1瓶 每人限支付12瓶	<b>乳腺癌：</b> 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证据。	限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。
				40mg*60片	每30天限支付3盒 每人限支付36盒		
129	索凡替尼胶囊	二类	胶囊剂	50mg*42粒	每4周限支付4盒	<b>神经内分泌瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为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）神经内分泌瘤的相关证据。	限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。
130	达雷妥尤单抗注射液	二类	注射剂	100mg/5ml*1瓶	<b>1.与来那度胺联合方案或单药治疗：</b> 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11095元 <b>2.与硼替佐米联合方案：</b> 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11095元 <b>3.与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合方案：</b> 第1-6周，每周限支付1次； 第7-54周，每3周限支付1次； 从第55周起，每4周限支付1次； 每次限11095元	<b>多发性骨髓瘤：</b> <b>联合治疗：</b> 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据；（2）不适合自体干细胞移植的证据（新诊断的多发性骨髓瘤成年患者）。 <b>单药治疗：</b> 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.既往接受过包括蛋白酶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。	限：1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者；2.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；3.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。
				400mg/20ml*1瓶			
131	泊马度胺胶囊	二类	胶囊剂	1mg*7粒	每4周限支付9盒	<b>多发性骨髓瘤：</b> 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和蛋白酶抑制剂）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。	限既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和一种蛋白酶抑制剂），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		
				3mg*21粒	每4周限支付1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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
132	阿帕他胺片	二类	片剂	60mg*120片	每30天限支付1盒	<b>转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2)影像学检查报告单; 4.证实为转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌的相关证据。 <b>非转移性去势抵抗性前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2)影像学检查报告单。	限: 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。
133	达罗他胺片	二类	片剂	300mg*120片	每30天限支付1盒	<b>非转移性去势抵抗性前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2)影像学检查报告单。 <b>转移性激素敏感性前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2)影像学检查报告单; 4.证实为转移性激素敏感性前列腺癌的相关证据。	限: 1.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; 2.联合多西他赛治疗转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者。
134	注射用维迪西妥单抗	二类	注射剂	60mg*1支	<b>胃癌:</b> 每2周限支付3支 <b>尿路上皮癌:</b> 每2周限支付2支	<b>胃癌(包括胃食管结合部腺癌):</b> 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囑或其他使用证据; 4.证实为局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部腺癌)的相关证据。 <b>尿路上皮癌:</b> 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囑或其他使用证据; 4.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关证据。	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。
135	氨吡啶缓释片	二类	片剂	10mg*28片	每4周限支付2盒	<b>多发性硬化合并步行障碍:</b> 1.相关神经影像学检查报告单; 2.神经电生理或脑脊液检查报告单; 3.步行障碍EDSS评分在4-7分之间。	限多发性硬化合并步行障碍(EDSS评分4-7分)的成年患者。
				10mg*56片	每4周限支付1盒		
136	阿加糖酶α注射用浓溶液	二类	注射剂	3.5mg(3.5ml)*1瓶	每2周限支付4瓶	<b>法布雷病:</b> 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。	限法布雷病(α-半乳糖苷酶A缺乏症)患者的长期酶替代治疗,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。
137	注射用利培酮微球(II)	二类	注射剂	25mg*1支	每2周限支付1支	<b>精神分裂症:</b> 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。	限急性和慢性精神分裂症以及其他各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。
				37.5mg*1支			
				50mg*1支			
138	环硅酸锆钠散	二类	散剂	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	<b>高钾血症:</b> 1周内血清钾浓度>5.0mmol/L的检查报告单。	限成人高钾血症。
				5g*1袋			
139	氯苯唑酸软胶囊	二类	胶囊剂	61mg*30粒	每30天限支付1盒	<b>转甲状腺素蛋白淀粉样变性性心肌病:</b> 1.病理学检查报告单(含前提蛋白鉴定)或磷酸基示踪剂的核素检查报告单; 2.基因检测报告单。	限成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性性心肌病(ATTR-CM)。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
140	注射用泰它西普	二类	注射剂	80mg*1支	<b>系统性红斑狼疮：</b> 每4周限支付8支 <b>重症肌无力：</b> 每4周限支付12支	<b>系统性红斑狼疮：</b> 1.临床症状和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。 <b>重症肌无力：</b> 1.乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的检查报告单；2.证实为全身型重症肌无力的相关检查报告单或其他证据。	限：1.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 $\geq 8$ )的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)成年患者；2.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的成人全身型重症肌无力(gMG)患者。
141	乌司奴单抗注射液	二类	注射剂	45mg/0.5ml*1支	<b>成人、6岁及以上儿童和青少年(60kg<math>\leq</math>体重<math>\leq</math>100kg)银屑病：</b> 首4周限支付2支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支	<b>银屑病：</b> 1.确诊为中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.提供下列相关资料之一：(1)既往接受过系统性治疗或PUVA不应答、有禁忌或无法耐受的病史资料或其他相关证据；(2)对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的病史资料或其他相关证据(限6岁及以上儿童和青少年)。 <b>克罗恩病：</b> 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 $\alpha$ 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 $\alpha$ 拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1.对环孢素、甲氨喋呤(MTX)等其他系统性治疗或PUVA(补骨脂素和紫外线A)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.对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的6岁及以上儿童和青少年中重度斑块状银屑病患者；3.对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF $\alpha$ )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。
				45mg(0.5ml)*1瓶	<b>6岁及以上儿童和青少年银屑病(体重<math>&lt; 60</math>kg)：</b> 首4周限支付2瓶，以后每12周限支付1瓶，每年限支付6瓶		
				90mg/1.0ml*1支	<b>克罗恩病：</b> 首8周限支付1支，以后每12周限支付1支或每8周限支付1支		
142	乌司奴单抗注射液(静脉输注)	二类	注射剂	130mg/26ml*1支	<b>诱导用药：</b> 体重 $\leq 55$ kg，限支付2支；体重 $> 55$ kg至 $\leq 85$ kg，限支付3支；体重 $> 85$ kg，限支付4支	<b>克罗恩病：</b> 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 $\alpha$ 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 $\alpha$ 拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	限对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )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。
143	依奇珠单抗注射液	二类	注射剂	80mg/ml*1支	<b>银屑病：</b> 首周限支付2支，后续每2周限支付1支，共支付8支 <b>维持剂量：</b> 每4周限支付1支 <b>强直性脊柱炎：</b> 首周限支付2支，后续每4周限支付1支	<b>银屑病：</b> 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。 <b>强直性脊柱炎：</b> 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和影像学报告单；2.常规治疗疗效欠佳的病史资料或其他相关证据。	限：1.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；2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
144	苻麻止痉颗粒	二类	颗粒剂	2.5g*1袋	<b>5-12岁:</b> 每4周限支付168袋, 限支付8周 <b>13-18岁:</b> 每4周限支付252袋, 限支付8周	<b>Tourette综合征(抽动-秽语综合征):</b> 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。	
145	桑枝总生物碱片	二类	片剂	50mg*24片	<b>起始剂量:</b> 前4周限支付4盒 <b>维持剂量:</b> 第5-24周, 每4周限支付7盒, 限支付35盒	<b>2型糖尿病:</b> 确诊为2型糖尿病的证据。	
146	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	片剂	25mg*14片	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症:</b> 每4周限支付6盒 <b>重型再生障碍性贫血:</b> 每4周限支付12盒	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症(ITP):</b> 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或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。 <b>重型再生障碍性贫血(SAA):</b> 1. 全血细胞减少, 网织红细胞绝对值减少的证据; 2. 骨髓至少一个部分重度减低, 骨髓小粒非造血细胞增多的证据; 3. 排除全血细胞减少的其它疾病。	限: 1. 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; 2. 既往对免疫抑制治疗缓解不充分的重型再生障碍性贫血(SAA)患者。
				25mg*28片	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症:</b> 每4周限支付3盒 <b>重型再生障碍性贫血:</b> 每4周限支付6盒		
				25mg*10片	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症:</b> 每30天限支付9盒		
147	注射用伊尼妥单抗	二类	注射剂	50mg*1支	<b>单周方案:</b> <b>初始剂量:</b> 首周限支付6支; <b>维持剂量:</b> 每周限支付3支 <b>3周方案:</b> <b>初始剂量:</b> 前3周限支付12支; <b>维持剂量:</b> 每3周限支付9支	<b>乳腺癌:</b> 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。
				150mg*1支	<b>单周方案:</b> <b>初始剂量:</b> 首周限支付2支; <b>维持剂量:</b> 每周限支付1支 <b>3周方案:</b> <b>初始剂量:</b> 前3周限支付4支; <b>维持剂量:</b> 每3周限支付3支		
148	阿扎胞苷	二类	注射剂	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	<b>骨髓增生异常综合征:</b> 1. 骨髓涂片细胞学检查报告单; 2. 染色体核型分型; 3. PCR融合基因或FISH探针或基因突变检查报告单。	

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
149	注射用英夫利西单抗	二类	注射剂	100mg*1瓶	<b>类风湿关节炎:</b> 首周支付不超过3瓶, 第2周和第6周各支付不超过3瓶, 后续每隔8周支付不超过3瓶 <b>强直性脊柱炎:</b> 首周支付不超过4瓶, 第2周和第6周各支付不超过4瓶, 后续每隔6周支付不超过4瓶 <b>银屑病:</b> 首周支付不超过4瓶, 第2周和第6周各支付不超过4瓶, 后续每隔8周支付不超过4瓶 <b>克罗恩病和溃疡性结肠炎:</b> 儿童及成人(以实际体重计)首周支付不超过4瓶, 第2周和第6周各支付不超过4瓶, 后续每隔8周支付不超过4瓶	<b>类风湿关节炎:</b> 1. 确诊为类风湿关节炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 联合甲氨蝶呤的治疗方案。 <b>强直性脊柱炎:</b> 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单。 <b>银屑病:</b> 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、禁忌或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>克罗恩病:</b> 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。 <b>溃疡性结肠炎:</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 既往接受过传统治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病史资料或其他相关证据。	
150	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	二类	注射剂	12.5mg*1支	每4周限支付16支	<b>类风湿关节炎:</b> 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单。 <b>强直性脊柱炎:</b> 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单。 <b>银屑病:</b> 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。	
				25mg*1支	每4周限支付8支		
151	艾考恩丙替片	二类	片剂	(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	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
152	奈韦拉平齐多拉米双夫定片	二类	片剂	(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	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
153	注射用艾博韦泰	二类	注射剂	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	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
154	比克恩丙诺片	二类	片剂	(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	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
155	艾诺韦林片	二类	片剂	75mg*60片	每30天限支付1瓶	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
156	拉米夫定多替拉韦片	二类	片剂	(每片含拉米夫定300mg和多替拉韦钠(以多替拉韦计)50mg)*30片	每30天限支付1瓶	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
157	安立生坦	二类	口服常释剂型	5mg*1片	每30天限支付30片 调整剂量: 每30天限支付不超过60片	<b>肺动脉高压:</b> 右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	
158	贝伐珠单抗	二类	注射剂	100mg(4ml)*1瓶	<b>结直肠癌:</b> 每2周限支付不超过4瓶或每3周限支付不超过6瓶 <b>非鳞状非小细胞肺癌、上皮性卵巢癌、输卵管癌、原发性腹膜癌、宫颈癌、肝癌:</b> 每3周限支付不超过11瓶 <b>胶质母细胞瘤:</b> 每2周限支付不超过7瓶	<b>结直肠癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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。 <b>胶质母细胞瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.证实为复发性胶质母细胞瘤的相关证据。 <b>肝癌:</b> 1.肝脏CT或MRI报告单; 2.提供下列相关检查资料之一: (1)病理组织学报告单; (2)至少2次AFP检查报告单,且间隔至少1个月以上; (3)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; 3.证实为未接受过全身系统性治疗不可切除的相关证据。 <b>上皮性卵巢癌、输卵管癌、原发性腹膜癌:</b> 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期的相关证据; 3.联合卡铂和紫杉醇的治疗方案。 <b>宫颈癌:</b> 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的相关证据; 4.联合紫杉醇和顺铂或紫杉醇和托泊替康的治疗方案。 <b>非鳞状非小细胞肺癌:</b> <b>一线治疗:</b> 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证据。 <b>非一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.与信迪利单抗、培美曲塞和顺铂联合使用的医嘱或其他证据; 3.经表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂治疗失败的证据; 4. EGFR基因检测突变阳性检查报告单; 5.证实为局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据。	
				400mg(16ml)*1瓶	<b>结直肠癌:</b> 每2周限支付1瓶或每3周限支付不超过2瓶 <b>非鳞状非小细胞肺癌、上皮性卵巢癌、输卵管癌、原发性腹膜癌、宫颈癌:</b> 每3周限支付不超过3瓶 <b>胶质母细胞瘤:</b> 每2周限支付不超过2瓶		
159	曲前列尼尔注射液	二类	注射剂	20ml:20mg*1支	<b>皮下注射:</b> 每4周限支付5支	<b>肺动脉高压:</b> 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	<b>皮下注射:</b> 每4周限支付2支		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
160	注射用罗普司亭	二类	注射剂	250 μg*1瓶	每4周限支付4瓶	<b>慢性原发免疫性血小板减少症(ITP):</b> 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或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。
161	注射用罗特西普	二类	注射剂	25mg*1瓶	<b>骨髓增生异常综合征:</b> 每3周限支付5瓶 <b>β-地中海贫血:</b> 每3周限支付3瓶	<b>骨髓增生异常综合征:</b> 1. 骨髓涂片细胞学检查报告单; 2. 染色体核型分型; 3. PCR融合基因或FISH探针或基因突变检查报告单; 4. 血常规检查报告单。 <b>β-地中海贫血:</b> 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: 1. 极低危、低危和中危骨髓增生异常综合征引起的贫血且需要定期输注红细胞的成人患者; 2. β-地中海贫血成人患者。
162	阿布昔替尼片	二类	片剂	100mg*14片	<b>正常剂量(100mg/日):</b> 每4周限支付2盒 <b>剂量调整(200mg/日):</b> 每4周限支付4盒, 每人限支付12周, 共12盒	<b>特应性皮炎:</b> 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(如激素或生物制剂等)应答不佳或不适宜此类治疗的病史资料或其他相关证据。	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和12岁及以上青少年患者。
				200mg*14片	<b>剂量调整(200mg/日):</b> 每4周限支付2盒, 每人限支付12周, 共6盒		
				50mg*14片	<b>剂量调整(50mg/日):</b> 每4周限支付2盒		
163	对氨基水杨酸肠溶颗粒	二类	颗粒剂	4g*12袋	<b>成人:</b> 每4周限支付7盒 <b>儿童:</b> 每4周限支付6盒	<b>耐多药结核:</b> 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。	
164	多拉米替片	二类	片剂	(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	<b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
165	阿兹夫定片	二类	片剂	1mg*35片	<b>HIV-1感染:</b> 每5周限支付3瓶 <b>新型冠状病毒肺炎:</b> 每次限支付2瓶	<b>HIV-1感染:</b> HIV确证试验报告和血HIV RNA≥100000拷贝/ml报告。 <b>新型冠状病毒肺炎:</b> 确诊为普通型新型冠状病毒肺炎的证据, 包括实验室或影像学等相关检查报告单。	
				3mg*35片	<b>HIV-1感染:</b> 每5周限支付1瓶		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
166	来特莫韦片	二类	片剂	240mg*28片	<b>成人：</b> 每4周限支付2盒，每人限支付14盒 <b>6个月及以上且体重≥30kg的儿童：</b> 每4周限支付2盒，每人限支付7盒 <b>6个月及以上且体重&lt;30kg的儿童：</b> 每4周限支付1盒，每人限支付4盒	<b>巨细胞病毒感染、巨细胞病毒病：</b> 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。	限接受异基因造血干细胞移植（HSCT）的巨细胞病毒（CMV）血清学阳性的成人和6个月及以上且体重≥6 kg的儿童受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病毒病。
				240mg*14片	<b>成人：</b> 每4周限支付4盒，每人限支付28盒 <b>6个月及以上且体重≥30kg的儿童：</b> 每4周限支付4盒，每人限支付14盒 <b>6个月及以上且体重&lt;30kg的儿童：</b> 每4周限支付2盒，每人限支付8盒		
167	来特莫韦注射液	二类	注射剂	12ml:240mg*1瓶	<b>成人：</b> 每日限支付2瓶，每人限支付200天 <b>6个月及以上且体重≥30kg的儿童：</b> 每日限支付2瓶，每人限支付100天 <b>6个月及以上且体重&lt;30kg的儿童：</b> 每日限支付1瓶，每人限支付100天	<b>巨细胞病毒感染、巨细胞病毒病：</b> 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。	限接受异基因造血干细胞移植（HSCT）的巨细胞病毒（CMV）血清学阳性的成人和6个月及以上且体重≥6 kg的儿童受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病毒病。
168	优替德隆注射液	二类	注射剂	5ml:50mg*1瓶	每3周限支付5瓶	<b>乳腺癌：</b> 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证据。	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。
				3ml:30mg*1瓶	每3周限支付10瓶		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
169	注射用恩美曲妥珠单抗	二类	注射剂	100mg*1瓶	<b>单独使用</b> <b>早期乳腺癌：</b> 每3周限支付2瓶，每3周为1个周期，每人限支付14个周期，共28瓶 <b>晚期乳腺癌：</b> 每3周限支付2瓶 <b>与160mg联用</b> <b>早期乳腺癌：</b> 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 <b>晚期乳腺癌：</b> 每3周限支付1瓶	<b>早期乳腺癌：</b> 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证据。 <b>晚期乳腺癌：</b> 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证据。	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	<b>与100mg联用</b> <b>早期乳腺癌：</b> 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 <b>晚期乳腺癌：</b> 每3周限支付1瓶		
170	注射用维布妥昔单抗	二类	注射剂	50mg*1瓶	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	<b>CD30阳性淋巴瘤：</b> 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. 证实为以下任意一项的相关证据：(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)。
171	洛拉替尼片	二类	片剂	100mg*30片	每30天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 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证据。	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。
				25mg*90片			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
172	布格替尼片	二类	片剂	30mg*28片	<b>调整剂量(120mg/日):</b> 与90mg/片联用, 每4周限支付1盒 <b>调整剂量(60mg/日):</b> 每4周限支付2盒	<b>非小细胞肺癌:</b> 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证据。	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	<b>调整剂量(90mg/日):</b> 每4周限支付1盒 <b>调整剂量(120mg/日):</b> 与30mg/片联用, 每4周限支付1盒 <b>维持剂量(180mg/日):</b> 每4周限支付2盒		
				180mg*28片	每4周限支付1盒		
173	赛沃替尼片	二类	片剂	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)	<b>非小细胞肺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 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证据。	限携带间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
174	奥雷巴替尼片	二类	片剂	10mg*60片	每30天限支付1盒	<b>慢性髓细胞白血病:</b> 1. 骨髓涂片细胞学检查报告单; 2. 染色体分析; 3. PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单; 4. 提供下列资料之一: (1) 对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药和/或不耐受的慢性髓细胞白血病慢性期成年患者; (2) T315I突变基因检查报告单和既往使用过任何酪氨酸激酶抑制剂耐药的证据。	限: 1. 对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药和/或不耐受的慢性髓细胞白血病慢性期成年患者; 2. T315I突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。
175	瑞派替尼片	二类	片剂	50mg*30片	每30天限支付3瓶	<b>胃肠道间质瘤:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 免疫组化检测报告单或基因检测报告单; 3. 影像学检查报告单; 4. 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)的晚期胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。
				50mg*90片	每30天限支付1瓶		
176	维奈克拉片	二类	片剂	100mg*28片	每4周限支付4盒	<b>急性髓系白血病:</b> 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融合基因或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	<b>剂量爬坡期:</b> 每人前3天限支付2盒		
				10mg*14片	<b>剂量爬坡期:</b> 每人前3天限支付1盒		
177	注射用卡非佐米	二类	注射剂	60mg*1瓶	每4周限支付6瓶	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1. 骨髓检查报告单; 2. 免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3. 既往至少接受过2种包括蛋白酶抑制剂和免疫调节剂治疗的医嘱或其他使用证据; 4. 联合地塞米松的治疗方案。	限与地塞米松联合适用于治疗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, 包括蛋白酶抑制剂和免疫调节剂。
178	羟乙磺酸达尔西利片	二类	片剂	50mg*42片	每4周限支付1盒	<b>乳腺癌:</b> 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. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据; 4. 提供下列相关资料之一: (1) 与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据(含药物绝经); (2) 与氟维司群联合使用提供既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	限: 1. 激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌患者; 2. 与芳香化酶抑制剂联合使用作为初始内分泌治疗; 3. 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。
				125mg*21片			
				150mg*21片			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
179	瑞维鲁胺片	二类	片剂	80mg*84片	每4周限支付1盒	<b>转移性激素敏感性前列腺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 血清睾酮检查报告单; 3. 提供下列相关资料之一: (1) 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2) 影像学检查报告单; 4. 证实为转移性激素敏感性前列腺癌的相关证据。	限转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)患者。
180	注射用醋酸地加瑞克	二类	注射剂	80mg*1瓶	<b>维持剂量:</b> 每4周限支付1瓶	<b>前列腺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 血清睾酮检查报告单; 3. 提供下列相关资料之一: (1) 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2) 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	<b>起始剂量:</b> 首次4周限支付2瓶		
181	奥法妥木单抗注射液	二类	注射剂	20mg/0.4ml*1支	<b>初始剂量:</b> 前3周限支付3支 <b>维持剂量:</b> 从第4周开始, 每月限支付1支	<b>多发性硬化:</b> 1. 相关神经影像学检查报告单; 2. 神经电生理或脑脊液检查报告单。	限成人复发型多发性硬化(RMS)。
182	乌帕替尼缓释片	二类	片剂	15mg*28片	<b>特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎、中轴型脊柱关节炎、强直性脊柱炎:</b> 每4周限支付1盒 <b>溃疡性结肠炎诱导治疗:</b> 每4周限支付3盒, 共支付6盒 <b>克罗恩病诱导治疗:</b> 每4周限支付3盒, 共支付9盒 <b>溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量:</b> 每4周限支付1盒	<b>特应性皮炎:</b> 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和影像学报告单; 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病史资料或其他相关证据。 <b>银屑病关节炎:</b> 1. 确诊为活动性银屑病关节炎的证据, 包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>类风湿关节炎:</b> 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>中轴型脊柱关节炎:</b> 1. 确诊为活动性中轴型脊柱关节炎的证据, 包括症状和影像学报告单; 2. 对非甾体抗炎药(NSAID)应答不佳且存在客观炎症征象的检查报告单或其他相关证据。 <b>强直性脊柱炎:</b> 1. 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状和影像学报告单; 2. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>溃疡性结肠炎:</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 提供既往使用过一种或多种TNF抑制剂且应答不佳或不耐受或禁忌的病史资料或其他相关证据。 <b>克罗恩病:</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 提供既往使用过一种或多种TNF抑制剂且应答不佳或不耐受或禁忌的病史资料或其他相关证据。	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; 4. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者; 5. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病成人患者; 6. 对非甾体抗炎药(NSAID)应答不佳且存在客观炎症征象(表现为C反应蛋白[CRP]升高和/或磁共振成像[MRI]异常)的活动性放射学阴性中轴型脊柱关节炎(nr-axSpA)成人患者; 7. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的活动性强直性脊柱炎(AS, 放射学阳性中轴型脊柱关节炎)成人患者。
				15mg*7片	<b>特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎、中轴型脊柱关节炎、强直性脊柱炎:</b> 每4周限支付4盒 <b>溃疡性结肠炎诱导治疗:</b> 每4周限支付12盒, 共支付24盒 <b>克罗恩病诱导治疗:</b> 每4周限支付12盒, 共支付36盒 <b>溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量:</b> 每4周限支付4盒		
				30mg*28片	<b>特应性皮炎(应答不佳)、溃疡性结肠炎和克罗恩病(难治性、重度或广泛性):</b> 每4周限支付1盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
183	阿普米司特片	二类	片剂	每盒包含：10mg*4片、20mg*4片、30mg*19片	<b>滴定剂量：</b> 前2周限支付1盒	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。	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	<b>维持剂量：</b> 每30天限支付1盒		
				10mg*4片	<b>滴定剂量：</b> 前6天限各支付1盒		
				20mg*4片			
				10mg*12片			
				30mg*56片	<b>维持剂量：</b> 每4周限支付1盒		
30mg*48片	<b>维持剂量：</b> 每24天限支付1盒						
184	伊奈利珠单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	<b>初始剂量：</b> 首月限支付6瓶 <b>后续剂量：</b> 每6个月限支付3瓶	<b>视神经脊髓炎谱系疾病：</b> 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。
185	古塞奇尤单抗注射液	二类	注射剂	100mg/1ml*1支	<b>银屑病：</b> <b>初始剂量：</b> 首次4周限支付2支 <b>后续剂量：</b> 每8周限支付1支 <b>克罗恩病、溃疡性结肠炎：</b> <b>维持治疗：</b> 每8周限支付1支或每4周限支付2支	<b>银屑病：</b> 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。 <b>克罗恩病：</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或生物制剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>溃疡性结肠炎：</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或生物制剂等治疗医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1. 适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病；2. 对传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的成人中度至重度活动性克罗恩病；3. 对传统治疗或生物制剂应答不充分、失应答或不耐受的成人中度至重度活动性溃疡性结肠炎。
186	富马酸二甲酯肠溶胶囊	二类	胶囊剂	120mg*14粒	<b>起始剂量：</b> 第1周限支付1盒 <b>调整剂量：</b> 每人限支付4盒	<b>多发性硬化：</b> 1. 相关神经影像学检查报告单；2. 神经电生理或脑脊液检查报告单。	限成人复发型多发性硬化(RMS)。
				240mg*56粒	<b>维持剂量：</b> 每4周限支付1盒		
				240mg*60粒	<b>维持剂量：</b> 每30天限支付1盒		
187	利司扑兰口服溶液用散	二类	口服溶液用散	60mg*1瓶	<b>16日龄至&lt;2月龄：</b> 每30天限支付1瓶 <b>2月龄至2岁(不含)：</b> 每30天限支付2瓶 <b>2岁及以上：</b> 每60天限支付5瓶	<b>脊髓性肌萎缩症：</b> 1. 家族史符合常染色体隐性遗传方式的证据；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镜检查报告单。	限治疗16日龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。
188	利鲁唑口服混悬液	二类	口服混悬剂	300ml:1.5g*1瓶	每30天限支付2瓶	<b>肌萎缩侧索硬化：</b> 1. 电生理检查报告单；2. 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)。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
189	美泊利珠单抗注射液	二类	注射剂	100mg*1支	<b>重度嗜酸粒细胞性哮喘、慢性鼻窦炎伴鼻息肉：</b> 每4周限支付1支 <b>嗜酸性肉芽肿性多血管炎：</b> 每4周限支付3支	<b>慢性鼻窦炎伴鼻息肉：</b> 1. 鼻内镜检查报告单；2. 鼻窦CT检查报告单；3. 联合鼻内皮质类固醇的治疗方案；4. 提供下列相关检查资料之一：（1）既往使用过全身性皮质类固醇治疗的医嘱或其他使用证据；（2）既往接受过手术治疗的相关证据。 <b>重度嗜酸粒细胞性哮喘：</b> 1. 提供重度哮喘的病史资料；2. 支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单；3. 外周血液嗜酸性粒细胞检查报告单。 <b>嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)：</b> 确诊为嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)的证据，包括：（1）血常规；（2）影像学检查报告单或病理组织学报告单。	限：1. 鼻内皮质类固醇的附加维持治疗药物，用于治疗全身性皮质类固醇和/或手术治疗无法充分控制疾病的慢性鼻窦炎伴鼻息肉(CRSwNP)成人患者；2. 成人和12岁及以上青少年重度嗜酸粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗；3. 成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)。
190	哌柏西利胶囊	二类	胶囊剂	125mg*21粒	每4周限支付1盒	<b>乳腺癌：</b> 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. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据；4. 与芳香化酶抑制剂联合使用时需提供绝经期证据(含药物绝经)。	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			
				75mg*21粒			
191	枸橼酸托法替布缓释片	二类	片剂	11mg*30片	每30天限支付1盒	<b>类风湿关节炎：</b> 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据，包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>银屑病关节炎：</b> 1. 确诊为银屑病关节炎的证据，包括症状和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病史资料或其他相关证据。 <b>强直性脊柱炎：</b> 1. 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和影像学报告单；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病史资料或其他相关证据。	
				11mg*14片	每4周限支付2盒		
192	酒石酸艾格司他胶囊	二类	胶囊剂	84mg*20粒	<b>CYP2D6 EMs和IMs：</b> 每30天限支付3盒 <b>CYP2D6 PMs：</b> 每60天限支付3盒	<b>I型戈谢病(GD1)：</b> 1. 基因检测报告单；2. 生化检查报告单；3. $\beta$ -葡糖苷苷脂酶活性检测报告单。	限经CYP2D6基因型检测为弱代谢型(PMs)、中间代谢型(IMs)或快代谢型(EMs)的I型戈谢病(GD1)成年患者。
193	甲氧聚二醇重组人促红素注射液	二类	注射剂	100 $\mu$ g/0.3ml*1支	<b>促红细胞生成素(依泊汀<math>\alpha</math>或<math>\beta</math>剂量<math>\leq</math>16000或者达依泊汀<math>\alpha</math>剂量<math>\leq</math>80)：</b> 每月限支付2支 <b>促红细胞生成素(依泊汀<math>\alpha</math>或<math>\beta</math>剂量<math>&gt;</math>16000或者达依泊汀<math>\alpha</math>剂量<math>&gt;</math>80)：</b> 每月限支付4支	<b>肾性贫血：</b> 1. 4周内肾功能检查和血常规检查报告单；2. 正在使用红细胞生成刺激剂类药品治疗的证据。	限因慢性肾脏病引起的贫血，且正在接受红细胞生成刺激剂类药品治疗的患者。
194	恩那度司他片	二类	片剂	4mg*7片	每4周限支付8盒	<b>肾性贫血：</b> 4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	限非透析的成人慢性肾脏病(CKD)患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
195	培莫沙肽注射液	二类	注射剂	1ml:4.0mg*1支	<p>1. 未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的非透析患者:  <b>初始剂量:</b> 每4周限支付1支  <b>调整剂量:</b> 每4周限支付2支</p> <p>2. 正在接受利血宝治疗的透析患者:  <b>初始剂量:</b>  <b>利血宝剂量≤6000:</b> 每4周限支付1支  <b>利血宝剂量&gt;6000:</b> 每4周限支付2支  <b>调整剂量:</b> 每4周限支付2支</p>	<p><b>肾性贫血:</b> 1.4周内肾功能检查和血常规检查报告单; 2. 透析患者需提供正在接受短效促红细胞生成素治疗的证据。</p>	<p>限因慢性肾脏病引起的贫血, 包括: 1. 未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的成人非透析患者; 2. 正在接受短效促红细胞生成素治疗的成人透析患者。</p>
196	奥磷布韦片	二类	片剂	100mg*42片	每4周限支付4盒, 每人限支付12周, 共12盒	<p><b>慢性丙型肝炎:</b> 1. HCV RNA检查报告单; 2. 基因分型检查报告单。</p>	<p>限基因 1、2、3、6 型成人慢性丙型肝炎。</p>
197	艾诺米替片	二类	片剂	(每片含艾诺韦林0.15g, 拉米夫定0.3g, 富马酸替诺福韦二吡呋酯0.3g)*30片	每30天限支付1瓶	<p><b>艾滋病:</b> HIV确证试验报告或血HIV RNA&gt;5000拷贝/ml报告。</p>	<p>限艾滋病病毒感染。</p>
198	盐酸米托蒽醌脂质体注射液	二类	注射剂	10ml:10mg*1瓶	每4周限支付4瓶, 每人限支付24周, 共24瓶	<p><b>外周T细胞淋巴瘤:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 既往至少经过一线标准治疗的医嘱或其他使用证据; 3. 证实为复发或难治的外周T细胞淋巴瘤的相关证据。</p>	<p>限既往至少经过一线标准治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)成人患者。</p>
199	泽贝妥单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	每3周支付不超过7瓶, 每人限支付18周, 不超过42瓶	<p><b>CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 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CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤的相关证据。</p>	<p>限CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤, 非特异性(DLBCL, NOS)成人患者。</p>
200	瑞帕妥单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	<p><b>单独使用:</b>  每3周支付不超过7瓶, 每人限支付18周, 不超过42瓶  <b>与500mg联用:</b>  每3周支付不超过2瓶, 每人限支付18周, 不超过12瓶</p>	<p><b>弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤:</b> 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. 提供国际预后指数(IPI)的分值; 3. 证实为CD20阳性非霍奇金淋巴瘤的相关证据。</p>	<p>限国际预后指数(IPI)为0~2分的新诊断CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤(DLBCL)成人患者。</p>
				500mg(50ml)*1瓶	<p><b>单用或与100mg联用:</b>  每3周限支付1瓶, 每人限支付18周共6瓶</p>		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
201	曲妥珠单抗注射液(皮下注射)	二类	注射剂	600mg(5ml)*1瓶	每3周限支付1瓶 早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗:每人限支付不超过12个月,共计18瓶	<b>乳腺癌:</b> 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.证实为早期乳腺癌或转移性乳腺癌的相关证据。	限: 1.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; 2.HER2阳性的转移性乳腺癌。
202	琥珀酸瑞波西利片	二类	片剂	200mg*63片	<b>局部晚期或转移性乳腺癌:</b> 每4周限支付1盒 <b>早期乳腺癌:</b> 每12周限支付2盒(早期乳腺癌每人限支付3年)	<b>早期乳腺癌:</b> 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.与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据(含药物绝经); 4.证实为高复发风险早期乳腺癌的相关证据。 <b>局部晚期或转移性乳腺癌:</b> 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.与芳香化酶抑制剂联合使用提供绝经期证据(含药物绝经); 4.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关证据。	限: 1.与芳香化酶抑制剂联合使用作为激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性高复发风险的早期乳腺癌患者的辅助治疗; 2.激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌,与芳香化酶抑制剂联合用药作为女性患者的初始内分泌治疗。
203	甲磺酸贝福替尼胶囊	二类	胶囊剂	25mg*40粒	每30天限支付3盒	<b>非小细胞肺癌:</b> <b>一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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证据。 <b>疾病进展:</b> 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转移性非小细胞肺癌的相关证据。	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肺癌(NSCLC)成人患者。
204	硫酸氢司美替尼胶囊	二类	胶囊剂	10mg*60粒	每30天支付不超过4盒	<b>丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病:</b> 1.基因检测报告单或染色体分析报告单; 2.确诊为丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病的证据:影像学或病理组织学检查报告单; 3.证实为无法手术的相关证据。	限3岁及3岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病(NF1)儿童患者。
				25mg*60粒	每30天支付不超过2盒		
205	伏罗尼布片	二类	片剂	100mg*20片	每30天限支付3盒	<b>肾癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.与依维莫司联用的医嘱或其他使用证据; 4.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂且治疗失败的证据; 5.证实为晚期肾细胞癌的相关证据。	限既往接受过酪氨酸激酶抑制剂治疗失败的晚期肾细胞癌(RCC)患者。
206	阿可替尼胶囊	二类	胶囊剂	100mg*56粒	每4周限支付1盒	<b>套细胞淋巴瘤:</b> 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.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 <b>慢性淋巴细胞白血病:</b> 1.骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单; 2.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 <b>小淋巴细胞淋巴瘤:</b> 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.既往接受过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	限: 1.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; 2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
207	恩曲替尼胶囊	二类	胶囊剂	200mg*90粒	<b>实体瘤:</b> 成人、体表面积(BSA)≥1.51m <sup>2</sup> 且年龄>6月龄的儿童: 每30天限支付1盒 体表面积(BSA)为0.81-1.50m <sup>2</sup> 且年龄>6月龄的儿童: 每45天限支付1盒 <b>1月龄&lt;年龄≤6月龄的儿童、体表面积(BSA)≤0.80m<sup>2</sup>且年龄&gt;6月龄的儿童:</b> 每90天限支付1盒  <b>非小细胞肺癌:</b> 每30天限支付1盒	<b>实体瘤:</b> 1.病理组织学报告单;2.基因检测报告单;3.影像学检查报告单;4.提供下列相关资料之一:(1)证实为局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的相关证据;(2)既往治疗失败的相关证据。 <b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单;2.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证据。	限:1.1月龄及以上,经充分验证的检测方法诊断为携带神经节苷酯酶受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤;患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者,或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者;2.ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
208	谷美替尼片	二类	片剂	50mg*24片	每4周限支付7盒	<b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单;2.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证据。	限具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌。
209	阿伐替尼片	二类	片剂	100mg*30片	每30天支付不超过3瓶	<b>胃肠道间质瘤:</b> 1.病理组织学报告单;2.免疫组化检测报告单或基因检测报告单;3.影像学检查报告单;4.证实为不可切除或转移性胃肠道间质瘤的相关证据。	限携带血小板衍生生长因子受体α(PDGFRα)外显子18突变(包括PDGFRα D842V突变)的不可切除或转移性胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。
				300mg*30片	每30天限支付1瓶		
210	伊鲁阿克片	二类	片剂	60mg*30片	每30天限支付不超过3盒	<b>非小细胞肺癌:</b> 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证据。	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。
				60mg*90片	每30天限支付1盒		
211	塞利尼索片	二类	片剂	20mg*12片	<b>多发性骨髓瘤:</b> 每3周限支付2盒 <b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 每4周限支付2盒	<b>多发性骨髓瘤:</b> 1.骨髓检查报告单;2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单;3.既往接受过治疗且至少使用一种蛋白酶体抑制剂,一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗的证据;4.证实为复发或难治性多发性骨髓瘤的相关证据。 <b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 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.证实为复发或难治性弥漫性大B细胞淋巴瘤的相关证据;3.既往接受至少两线系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	限:1.既往接受过治疗且对至少一种蛋白酶体抑制剂,一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗难治的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者;2.既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫性大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。
				20mg*16片	<b>多发性骨髓瘤:</b> 每4周限支付2盒 <b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 每8周限支付3盒		
212	磷酸索立德吉胶囊	二类	胶囊剂	200mg*10粒	每30天限支付3盒	<b>基底细胞癌:</b> 1.病理组织学报告单;2.影像学检查报告单;3.证实为局部晚期基底细胞癌的相关证据;4.提供下列相关资料之一:(1)不宜手术或放疗的病史资料或其他相关证据;(2)手术或放疗后复发的证据。	限不宜手术或放疗,以及手术或放疗后复发的局部晚期基底细胞癌(BCC)成年患者。
				200mg*30粒	每30天限支付1盒		
213	注射用醋酸曲普瑞林微球	二类	注射剂	3.75mg*1瓶	每4周限支付1瓶 (子宫内异位症限支付不超过6个月,共6瓶)	<b>前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单;2.血清睾酮检查报告单;3.提供下列相关资料之一:(1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单;(2)影像学检查报告单。 <b>子宫内异位症:</b> 半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。	限:1.需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者;2.子宫内异位症(I至IV期)。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
214	注射用戈舍瑞林微球	二类	注射剂	3.6mg*1瓶	每4周限支付1瓶	<b>前列腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2)影像学检查报告单。 <b>乳腺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.性激素检查报告单。	限: 1.需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者; 2.可用激素治疗的绝经前期及围绝经期妇女的乳腺癌。
215	艾贝格司亭 $\alpha$ 注射液	二类	注射剂	20mg(1.0ml)*1支	每3周限支付1支	<b>中性粒细胞减少:</b> 1.既往接受过非髓性恶性肿瘤化疗的医嘱或其他使用证据; 2.证实为重度中性粒细胞减少的证据。	限既往化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
216	拓培非格司亭注射液	二类	注射剂	2.0mg ( $8.0 \times 10^7$ U)/1.0ml*1支	每3周限支付1支	<b>中性粒细胞减少:</b> 1.既往接受过非髓性恶性肿瘤化疗的医嘱或其他使用证据; 2.证实为重度中性粒细胞减少的证据。	限既往化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
217	艾加莫德 $\alpha$ 注射液	二类	注射剂	400mg/20ml*1瓶	<b>体重<math>\leq 40</math>kg:</b> 每个治疗周期限支付4周共4瓶 <b>40kg&lt;体重<math>\leq 80</math>kg:</b> 每个治疗周期限支付4周共8瓶 <b>体重<math>&gt; 80</math>kg:</b> 每个治疗周期限支付4周共12瓶	<b>重症肌无力:</b> 1.乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的检查报告单; 2.证实为全身型重症肌无力的相关检查报告单或其他证据。	限乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的成人全身型重症肌无力(gMG)患者。
218	盐酸奥扎莫德胶囊	二类	胶囊剂	每盒包含: 0.23mg*4粒 0.46mg*3粒	<b>初始剂量:</b> 第1周限支付1盒	<b>多发性硬化:</b> 1.相关神经影像学检查报告单; 2.神经电生理或脑脊液检查报告单。	限成人复发型多发性硬化。
				0.92mg*28粒	<b>维持剂量:</b> 每4周限支付1盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
219	依库珠单抗注射液	二类	注射剂	300mg(30ml)*1瓶	<p><b>成人及体重≥40kg儿童：</b>  <b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)：</b>            初始4周限支付8瓶            维持治疗：每2周限支付3瓶  <b>非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)和难治性全身型重症肌无力(gMG)：</b>            初始4周限支付12瓶            后续每2周限支付4瓶</p> <p><b>体重&lt;40kg儿童：</b>  <b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)和非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)：</b>  <b>体重30至&lt;40kg</b>            起始期：前2周限支付4瓶            维持期：后续每2周限支付3瓶  <b>体重20至&lt;30kg</b>            起始期：前2周限支付4瓶            维持期：后续每2周限支付2瓶  <b>体重10至&lt;20kg</b>            起始期：前1周限支付2瓶            维持期：后续每2周限支付1瓶  <b>体重5至&lt;10kg</b>            起始期：前1周限支付1瓶            维持期：后续每3周限支付1瓶</p>	<p><b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症：</b>1. 血常规检查报告单；2. 流式细胞学检查报告单。</p> <p><b>非典型溶血性尿毒症综合征：</b>1. 血常规和尿常规检查报告单；2. 肾功能和肝功能检查报告单；3. 证实为非典型溶血性尿毒症综合征的相关检查报告单或其他证据。</p> <p><b>重症肌无力：</b>1. 乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的检查报告单；2. 激素或免疫抑制剂治疗效果不佳或不耐受的医嘱或其他证据；3. 证实为全身型重症肌无力的相关检查报告单或其他证据。</p>	<p>限：1. 阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；            2. 非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3. 乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。</p>
220	替瑞奇单抗注射液	二类	注射剂	100mg(1ml)*1支	<p><b>初始剂量：</b>前4周限支付2支  <b>维持剂量：</b>每12周限支付1支</p>	<p><b>银屑病：</b>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。</p>	<p>限适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者。</p>
221	注射用司妥昔单抗	二类	注射剂	100mg*1瓶	<p>按照实际体重计算  <b>体重≤70kg：</b>            每3周支付不超过8瓶  <b>体重&gt;70kg(与400mg联用)：</b>            每3周支付不超过2瓶</p>	<p><b>Castleman病(MCD)：</b>1. 确诊为多中心Castleman病(MCD)的证据，包括症状和实验室检查报告单；2. 人体免疫缺陷病毒(HIV)和人疱疹病毒8型(HHV-8)的            检查报告单。</p>	<p>限人体免疫缺陷病毒(HIV)阴性和人疱疹病毒8型(HHV-8)阴性的多中心Castleman病(MCD)成人患者。</p>
		400mg*1瓶	<p>按照实际体重计算  <b>体重≤70kg：</b>            每3周支付不超过2瓶  <b>体重&gt;70kg(与100mg联用)：</b>            每3周限支付2瓶</p>				
222	萨特利珠单抗注射液	二类	注射剂	120mg(1ml)*1支	<p><b>负荷剂量：</b>前4周限支付3支  <b>维持剂量：</b>每4周限支付1支</p>	<p><b>视神经脊髓炎谱系疾病：</b>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。</p>	<p>限≥12岁青少年及成人患者水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)。</p>

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
223	西罗莫司凝胶	二类	凝胶剂	0.2%(10g:20mg)*1支	<b>6-11岁儿童</b> : 每30天限支付2支 <b>成人和≥12岁的儿童</b> : 每25天限支付2支	<b>结节性硬化症相关面部血管纤维瘤</b> : 1. 确诊为结节性硬化症的相关检查报告单; 2. 相关病理学或影像学检查报告单。	限成人和6岁及以上儿童患者的结节性硬化症相关面部血管纤维瘤。
224	盐酸可乐定缓释片	二类	片剂	0.1mg*21片	每3周支付不超过4瓶	<b>注意缺陷多动障碍</b> : 确诊为注意缺陷多动障碍的证据, 包含SNAP-IV问卷和Weiss问卷和症状, 实验室或影像学等相关检查报告单。	限6-17岁儿童和青少年的注意缺陷多动障碍(ADHD)。
225	盐酸替洛利生片	二类	片剂	4.5mg*30片	<b>初始剂量</b> : 第1周限支付1盒	<b>发作性睡病</b> : 确诊为发作性睡病的证据, 包括临床表现和多导睡眠图并排除其他疾病。	限发作性睡病6岁及以上患者。
				18mg*30片	<b>维持剂量</b> : <b>成人、青少年及儿童(年龄≥6岁, 体重≥40kg)</b> : 每30天限支付2盒 <b>儿童(年龄≥6岁, 体重&lt;40kg)</b> : 每30天限支付1盒		
226	注射用奥马珠单抗 $\alpha$	二类	注射剂	75mg*1瓶	<b>4周给药方案</b> 每4周限支付不超过4瓶 <b>2周给药方案</b> 每2周限支付不超过5瓶	<b>中至重度持续性过敏性鼻炎</b> : 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 $\beta$ 2-肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据; 3. 4周内胸部影像学检查报告单; 4. 支气管舒张试验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 $\beta$ 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鼻炎的15岁及以上患者, 并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据。
				150mg*1瓶	<b>4周给药方案</b> 每4周限支付不超过2瓶 <b>2周给药方案</b> 每2周限支付不超过2瓶		
227	奥马珠单抗注射液	二类	注射剂	1.0ml:150mg*1支	<b>慢性自发性荨麻疹</b> : 每4周限支付2支 <b>中至重度持续性过敏性鼻炎</b> : <b>4周给药方案</b> 每4周限支付不超过4支 <b>2周给药方案</b> 每2周限支付不超过4支	<b>中至重度持续性过敏性鼻炎</b> : 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 $\beta$ 2-肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据; 3. 4周内胸部影像学检查报告单; 4. 支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单。 <b>慢性自发性荨麻疹</b> : 1. 确诊为慢性自发性荨麻疹的证据, 包括症状和病史资料; 2. 既往使用H1抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。	限: 1. 经吸入型糖皮质激素和长效吸入型 $\beta$ 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鼻炎的6岁及以上患者, 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。
228	氟轻松玻璃体内植入剂	二类	眼用制剂	0.18mg*1支	每眼3年限支付1次, 每次限29768元(含药品、相关检查及操作费用)	<b>葡萄膜炎</b> : 确诊为累及眼后段的慢性非感染性葡萄膜炎的相关证据, 包括症状、实验室和影像学等相关检查报告单。	限累及眼后段的慢性非感染性葡萄膜炎。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
229	蔗糖羧基氧化铁咀嚼片	二类	片剂	0.5g*30片	<b>常规剂量:</b> 每30天限支付4瓶 <b>调整剂量:</b> 每30天限支付6瓶	<b>控制血磷:</b> 1.4周内肾功能检查和血常规检查报告单; 2.4周内电解质及血清磷报告单; 3.成人患者需提供接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的医嘱或证据; 4.儿童患者需提供CKD4-5期(定义为肾小球滤过率<30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )的相关报告单或接受透析的医嘱或证据。	限: 1.接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的成人慢性肾脏病(CKD)患者; 2.12岁及以上CKD4-5期(定义为肾小球滤过率<30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )或接受透析的CKD儿科患者。
				0.5g*90片	<b>常规剂量:</b> 每30天限支付1瓶 <b>调整剂量:</b> 每30天限支付2瓶		
230	淫羊藿素软胶囊	二类	胶囊剂	0.4g*60粒	每30天限支付6瓶	<b>肝癌:</b> 1.肝脏CT或MRI报告单; 2.提供下列相关检查资料之一: (1)病理组织学报告单; (2)至少2次AFP检查报告单,且间隔至少1个月以上; (3)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; 3.证实为不适合或患者拒绝接受标准治疗,且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌的病史资料或其他相关证据; 4.外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项: AFP≥400 ng/mL; TNF-α<2.5 pg/mL; IFN-γ≥7.0 pg/mL。	限不适合或患者拒绝接受标准治疗,且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌,患者外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项: AFP≥400 ng/mL; TNF-α<2.5 pg/mL; IFN-γ≥7.0 pg/mL。
231	尼替西农胶囊	二类	胶囊剂	5mg*60粒	每30天限支付7盒	<b>酪氨酸血症 I 型 (HT-1):</b> 1. AFP 检查报告单; 2. 提供下列相关资料之一: (1) 血酪氨酸增高和血或尿琥珀酰丙酮增高的检查报告单; (2) FAH 基因检测报告单。	限成人和儿童酪氨酸血症 I 型 (HT-1)。
232	曲氟尿苷替匹嘧啶片	二类	片剂	(每片含曲氟尿苷15mg与盐酸替匹嘧啶7.065mg)*20片	每4周限支付不超过4盒	<b>结直肠癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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; 4.提供既往接受过氟嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗的证据; 5.提供下列相关资料之一: (1)既往接受过或不适合接受血管内皮生长因子(VEGF)治疗的病史资料或其他相关证据; (2)提供既往接受过或不适合接受表皮生长因子受体(EGFR)治疗的病史资料或其他相关证据和(RAS野生型)基因检测报告单。	限: 既往接受过氟嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗,以及既往接受过或不适合接受抗血管内皮生长因子(VEGF)治疗、抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗(RAS野生型)的转移性结直肠癌(mCRC)患者。
				(每片含曲氟尿苷20mg与盐酸替匹嘧啶9.420mg)*20片			
233	丁苯那嗪片	二类	片剂	12.5mg*112片	<b>CYP2D6广泛型与中间型代谢者:</b> 每4周限支付不超过2盒 <b>其他亨廷顿病相关的舞蹈症:</b> 每4周限支付1盒	<b>亨廷顿病相关的舞蹈症:</b> 1.基因检测报告单; 2.有相应临床表现证据。	限亨廷顿病相关的舞蹈症。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
234	奥妥珠单抗注射液	二类	注射剂	1000mg(40ml)*1瓶	<b>1.与苯达莫司汀联合方案(4周为1个周期):</b> 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 <b>2.与CHOP联合方案或与CVP联合方案(3周为1个周期):</b> 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 <b>3.维持治疗:</b> 每2个月限支付1瓶, 共支付12瓶	<b>滤泡性淋巴瘤:</b> 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。	限与化疗联合, 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。
235	诺西那生钠注射液	二类	注射剂	5ml:12mg*1支	<b>负荷剂量:</b> 第0、14、28、63天各限支付1支 <b>维持剂量:</b> 每4个月限支付1支	<b>5q脊髓性肌萎缩症:</b> 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.心电图检查报告单; 4.SMN基因检测报告单或肌活镜检查报告单。	限5q脊髓性肌萎缩症。
236	苯环喹溴铵鼻喷雾剂	三类	喷雾剂	5ml:5mg*1瓶	每次限支付4周共4瓶, 每年限支付2次	<b>变应性鼻炎:</b> 确诊为变应性鼻炎的相关证据, 包括症状和鼻内镜检查报告单等。	限变应性鼻炎。
				10ml:10mg*1瓶	每次限支付4周共2瓶, 每年限支付2次		
237	马来酸阿伐曲泊帕片	三类	片剂	20mg*10片 20mg*15片	每次限支付1盒	<b>慢性肝病相关血小板减少症:</b> 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。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
238	注射用盐酸兰地洛尔	三类	注射剂	50mg*1支	每次限支付1支	<b>快速性心律失常：</b> 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。	限：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。
				150mg*1支			
239	海博麦布片	三类	片剂	10mg*14片	每4周限支付2盒	<b>原发性高胆固醇血症（杂合子型家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.基因检测报告单；3.提供下列材料之一：（1）既往使用过他汀类药物不耐受或治疗不佳的相关证据；（2）联合他汀类药物的治疗方案。 <b>原发性高胆固醇血症（非家族性）：</b> 1.全血脂检查报告单；2.提供下列材料之一：（1）既往使用过他汀类药物不耐受或治疗不佳的相关证据；（2）联合他汀类药物的治疗方案。	限原发性（杂合子家族性或非家族性）高胆固醇血症。
				20mg*14片	每4周限支付2盒		
				10mg*20片	每40天限支付2盒		
				10mg*7片	每4周限支付4盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
240	依洛尤单抗注射液	三类	注射剂	1ml:140mg*1支	<p><b>动脉粥样硬化性心血管事件预防、原发性高胆固醇血症(杂合子家族性)、原发性高胆固醇血症(非家族性)和混合型血脂异常:</b> 每4周限支付2支或每月限支付3支</p> <p><b>原发性高胆固醇血症(纯合子家族性):</b> 每月限支付3支</p>	<p><b>动脉粥样硬化性心血管事件预防:</b> 1.确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据; 2.提供下列材料之一: (1)既往使用过他汀类药物不耐受或禁忌的相关证据; (2)联合他汀类药物的治疗方案。 <b>原发性高胆固醇血症(家族性):</b> 1.全血脂检查报告单; 2.基因检测报告单; 3.杂合子型家族性高胆固醇血症需提供既往接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的病史资料或其他相关证据。 <b>原发性高胆固醇血症(非家族性)和混合型血脂异常:</b> 1.全血脂检查报告单; 2.既往接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的病史资料或其他相关证据。</p>	<p>限: 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>
				1ml:140mg*2支	<p><b>动脉粥样硬化性心血管事件预防、原发性高胆固醇血症(杂合子家族性)、原发性高胆固醇血症(非家族性)和混合型血脂异常:</b> 每4周限支付2支或每2月限支付6支</p> <p><b>原发性高胆固醇血症(纯合子家族性):</b> 每2月限支付6支</p>		
241	克霉唑阴道膨胀栓	三类	栓剂	0.15g*2粒 0.15g*4粒 0.15g*10粒	每次限支付1周共7粒	<b>念珠菌性外阴阴道病:</b> 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。	限念珠菌性外阴阴道病。
242	环孢素滴眼液(II)	三类	滴眼剂	0.4ml:0.2mg*1支	每月限支付60支 每人限支付3个月	<b>干眼症:</b> 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。	限干眼症。
243	克立硼罗软膏	三类	软膏剂	30g*1支	每次限支付4支, 每年限支付1次	<b>特应性皮炎:</b> 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。	限3月龄及以上的轻度至中度特应性皮炎患者。
244	化湿败毒颗粒	三类	颗粒剂	5g*1袋	每次限支付24袋 每年限支付2周	<b>急性呼吸道感染:</b> 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。
245	宣肺败毒颗粒	三类	颗粒剂	10g*1袋	每次限支付14袋 每年限支付28袋	<b>急性呼吸道感染:</b> 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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
246	关黄母颗粒	三类	颗粒剂	9g*1袋	每4周限支付90袋 每年限支付170袋	<b>女性更年期综合征：</b> 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。
247	康替唑胺片	三类	片剂	400mg*20片	限支付10天共2盒	<b>复杂性皮肤和组织感染：</b> 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。	限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组织感染。
248	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	三类	注射剂	(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	<b>社区获得性肺炎：</b> 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。	限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。
249	注射用两性霉素B胆固醇硫酸酯复合物	三类	注射剂	50mg*1支	每次限支付2周共42支	<b>深部真菌感染：</b> 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治疗无效的病史资料或其他相关证据。	
250	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	三类	注射剂	0.125g*1支	<b>成人：</b> 限支付5天共40支 <b>儿童：</b> 限支付5天共35支 <b>新生儿和婴儿：</b> 限支付5天共10支	<b>阿米巴病：</b> 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。 <b>敏感厌氧菌感染：</b> 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。	限：1. 肠道和肝脏严重的阿米巴病；2. 奥硝唑敏感厌氧菌引起的手术后感染；3. 预防外科手术导致的敏感厌氧菌感染。
251	拉那利尤单抗注射液	三类	注射剂	300mg/2ml(150mg/ml)*1支	每4周限支付2支	<b>遗传性血管性水肿(HAE)：</b> 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。
252	环孢素滴眼液(III)	三类	滴眼剂	0.3ml:0.3mg(0.1%)*30支	<b>初始剂量：</b> 前3个月每月限支付4盒 <b>后续剂量：</b> 每月限支付2盒	<b>春季角结膜炎：</b> 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和前节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。
253	芦曲泊帕片	三类	片剂	3mg*7片	每次限支付1盒	<b>慢性肝病伴血小板减少症：</b> 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。	限计划接受手术(含诊断性操作)的慢性肝病伴血小板减少症的成年患者。
254	贝前列素钠缓释片	二类	片剂	60μg*100片	每50天限支付不超过3盒	<b>肺动脉高压：</b> 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I级-III级的肺动脉高压(PAH, WHO第1组)的患者，以改善患者的运动能力。
255	注射用罗普司亭N01	二类	注射剂	250μg*1瓶	每4周限支付4瓶	<b>慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)：</b> 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或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。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
256	玛伐凯泰胶囊	二类	胶囊剂	2.5mg*28粒	<b>起始剂量:</b> 每4周限支付1盒, 限支付12周 <b>维持剂量:</b> 每4周限支付不超过6盒	<b>梗阻性肥厚型心肌病:</b> 1.4周内常规超声心动图检查报告单; 2.连续多普勒检查报告单; 3.纽约心脏协会(NYHA)心功能分级II-III级的病史资料或其他相关证据; 4.证实为梗阻性肥厚型心肌病的相关证据。	限纽约心脏协会(NYHA)心功能分级II-III级的梗阻性肥厚型心肌病(oHCM)成人患者。
				5mg*28粒	<b>维持剂量:</b> 每4周限支付不超过3盒		
				10mg*28粒	<b>维持剂量:</b> 每4周限支付1盒		
				15mg*28粒			
257	托莱西单抗注射液	三类	注射剂	150mg*1支	<b>2周方案:</b> 每2周限支付1支 <b>4周方案:</b> 每4周限支付3支 <b>6周方案:</b> 每6周限支付4支	<b>原发性高胆固醇血症(杂合子型家族性):</b> 1.全血脂检查报告单; 2.既往接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)目标的病史资料或其他相关证据; 3.基因检测报告单。 <b>原发性高胆固醇血症(非家族性)和混合型血脂异常:</b> 1.全血脂检查报告单; 2.既往接受中等或以上剂量他汀类药物治疗仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)目标的病史资料或其他相关证据。	限在接受中等剂量或中等剂量以上他汀类药物治疗,仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)目标的原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常的成人患者。
258	布地奈德肠溶胶囊	二类	胶囊剂	4mg*120粒	30天为一个周期, 每周限支付1瓶, 限支付不超过10个周期	<b>原发性免疫球蛋白A肾病:</b> 1.肾组织免疫病理检查报告单; 2.尿蛋白或血肌酐检查报告单; 3.证实为原发性免疫球蛋白A肾病的相关证据。	限具有进展风险的原发性免疫球蛋白A肾病(IgAN)成人患者。
259	马立巴韦片	二类	片剂	0.2g*56片	<b>常规剂量:</b> 每4周限支付2盒, 限支付8周共4盒 <b>剂量调整:</b> <b>与卡马西平合用的剂量:</b> 每4周限支付4盒, 限支付8周共8盒 <b>与苯妥英钠或苯巴比妥合用的剂量:</b> 每4周限支付6盒, 限支付8周共12盒	<b>巨细胞病毒感染和/或疾病:</b> 1.行造血干细胞移植术或实体器官移植的相关证据; 2.巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的证据; 3.一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缙更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的病史资料或其他相关证据。	限治疗造血干细胞移植或实体器官移植后巨细胞病毒(CMV)感染和/或疾病,且对一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缙更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的成人患者。
260	盐酸卡马替尼片	二类	片剂	200mg*120片	每30天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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证据; 4.限未经系统治疗的患者使用。	限未经系统治疗的携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
261	盐酸特泊替尼片	二类	片剂	225mg*60片	每30天限支付1盒	<b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.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证据。	限携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
				225mg*30片	每30天限支付2盒		
262	戈利昔替尼胶囊	二类	胶囊剂	0.15g*30粒	每30天限支付1盒	<b>外周T细胞淋巴瘤:</b> 1.病理组织学报告单; 2.既往至少接受过一线系统性治疗的医嘱或其他使用证据; 3.证实为复发或难治的外周T细胞淋巴瘤的相关证据。	限既往至少接受过一线系统性治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(r/r PTCL)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
263	甲磺酸瑞厄替尼片	二类	片剂	100mg*20片	每30天限支付3盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b></p> <p><b>一线治疗：</b> 1.病理组织学报告单；2.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证据。</p> <p><b>疾病进展：</b> 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转移性非小细胞肺癌的相关证据。</p>	限：1.具有表皮生长因子受体(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肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。
264	甲磺酸瑞齐替尼胶囊	二类	胶囊剂	30mg*30粒	每30天限支付不超过6盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b></p> <p><b>一线治疗：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为局部晚期或复发转移性非小细胞肺癌的相关证据。</p> <p><b>疾病进展：</b> 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转移性非小细胞肺癌的相关证据。</p>	限：1.具有表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的局部晚期或复发转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；2.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肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。
265	瑞普替尼胶囊	二类	胶囊剂	40mg*60粒	起始剂量：首2周限支付1瓶 维持剂量：每30天限支付4瓶	<p><b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.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证据。</p>	限ROSI阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
				40mg*120粒	维持剂量：每30天限支付2瓶		
266	舒沃替尼片	二类	片剂	150mg*14片	每4周限支付不超过4盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.提供既往含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展或不耐受含铂化疗的病史资料或其他相关证据；4.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。</p>	限既往经含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展，或不耐受含铂化疗，并且检测确认存在表皮生长因子受体(EGFR)20号外显子插入突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者。
267	枸橼酸依奈阿克胶囊	二类	胶囊剂	100mg*28粒	每4周限支付不超过12盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b> 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证据；4.限未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的患者使用。</p>	限未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的ALK阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。
268	富马酸安奈克替尼胶囊	二类	胶囊剂	0.1g*28粒	每4周限支付不超过6盒	<p><b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.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证据。</p>	限ROSI阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
269	硫酸拉罗替尼胶囊	二类	胶囊剂	100mg*56粒	<b>成人和体表面积<math>\geq 1.0\text{m}^2</math>的儿童患者：</b> 每4周限支付1瓶	<b>实体瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.影像学检查报告单；4.提供下列相关资料之一：（1）证实为局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的证据；（2）既往治疗失败的证据。	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经节苷脂酶受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤；患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。
270	硫酸拉罗替尼口服溶液	二类	口服溶液剂	50ml:1.0g*1瓶	<b>成人和体表面积<math>\geq 1.0\text{m}^2</math>的儿童患者：</b> 每30天限支付6瓶 <b>体表面积<math>&lt; 1.0\text{m}^2</math>的儿童患者：</b> 根据实际体表面积，每30天限支付不超过5瓶	<b>实体瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.影像学检查报告单；4.提供下列相关资料之一：（1）证实为局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的证据；（2）既往治疗失败的证据。	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经节苷脂酶受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤；患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。
271	妥拉美替尼胶囊	二类	胶囊剂	3mg*56粒	每4周限支付不超过4盒	<b>黑色素瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.NRAS基因检测报告单；3.含抗PD-1/PD-L1治疗失败的病史资料或其他相关证据；4.证实为晚期黑色素瘤的相关证据。	限含抗PD-1/PD-L1治疗失败的NRAS基因突变的晚期黑色素瘤患者。
272	伯瑞替尼肠溶胶囊	二类	胶囊剂	100mg*60粒	<b>非小细胞肺癌：</b> 每30天限支付不超过2盒 <b>脑胶质瘤：</b> 每30天限支付不超过3盒	<b>非小细胞肺癌：</b> 1.病理组织学报告单；2.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证据。 <b>脑胶质瘤：</b> 1.病理组织学报告单；2.PTPRZ1-MET融合基因阳性检测报告单；3.既往治疗失败的病史资料或其他相关证据；4.提供下列相关资料之一：（1）证实为IDH突变型星形细胞瘤(WHO4级)的相关检查报告单；（2）证实为有低级别病史的胶质母细胞瘤的相关证据。	限：1.具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者；2.具有间质-上皮转化因子(MET)扩增的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者；3.既往治疗失败的具有PTPRZ1-MET融合基因的IDH突变型星形细胞瘤(WHO4级)或有低级别病史的胶质母细胞瘤成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
273	达雷妥尤单抗注射液(皮下注射)	二类	注射剂	1800mg(15ml)*1瓶	<p><b>多发性骨髓瘤:</b>  <b>1.与来那度胺联合方案或与泊马度胺联合方案或单药治疗:</b>            第1-8周,每周限支付1瓶;            第9-24周,每2周限支付1瓶;            从第25周起,每4周限支付1瓶  <b>2.与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合方案:</b>            第1-6周,每周限支付1瓶;            第7-54周,每3周限支付1瓶;            从第55周起,每4周限支付1瓶  <b>3.与硼替佐米联合方案:</b>            第1-9周,每周限支付1瓶;            第10-24周,每3周限支付1瓶;            从第25周起,每4周限支付1瓶</p> <p><b>原发性轻链型淀粉样变:</b>            第1-8周,每周限支付1瓶;            第9-24周,每2周限支付1瓶;            从第25周起,每4周限支付1瓶;            每人限支付不超过2年</p>	<p><b>多发性骨髓瘤:</b>  <b>联合治疗:</b> 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据; (2)不适合自体干细胞移植的证据(新诊断的多发性骨髓瘤成年患者)。  <b>单药治疗:</b> 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.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。</p> <p><b>原发性轻链型淀粉样变:</b>            1.血/尿单克隆蛋白或游离轻链报告单; 2.病理组织学报告单(含刚果红染色阳性)。</p>	<p>限: 1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者; 2.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; 3.与泊马度胺和地塞米松联合用药治疗既往接受过至少一线治疗(包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂)的多发性骨髓瘤患者; 4.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; 5.新诊断的原发性轻链型淀粉样变患者。本方案不适合也不推荐用于患有NYHA IIIB级或IV级心脏病或Mayo IIIB期的原发性轻链型淀粉样变患者。</p>
274	注射用德曲妥珠单抗	二类	注射剂	100mg*1瓶	每3周限支付不超过4瓶	<p><b>HER2阳性乳腺癌:</b> 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.既往接受过一种或一种以上抗HER2药物治疗的病史资料或其他相关证据; 4.证实为不可切除或转移性乳腺癌的相关证据。  <b>HER2低表达乳腺癌:</b> 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.证实为不可切除或转移性乳腺癌的相关证据; 4.提供下列相关资料之一: (1)既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的病史资料或其他相关证据; (2)在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后6个月内复发的病史资料或其他相关证据。</p>	<p>限: 1.既往接受过一种或一种以上抗HER2药物治疗的不可切除或转移性HER2阳性成人乳腺癌患者; 2.既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的,或在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后6个月内复发的,不可切除或转移性HER2低表达(IHC 1+或IHC 2+/ISH-)成人乳腺癌患者。</p>
275	西妥昔单抗β注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	<p><b>起始剂量:</b> 首周限支付不超过8瓶  <b>维持剂量:</b> 每周限支付不超过5瓶</p>	<p><b>结直肠癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.影像学检查报告单; 3.RAS/BRAF基因检测报告单; 4.证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单; 5.联合FOLFIRI的治疗方案。</p>	<p>限与FOLFIRI方案联合用于一线治疗RAS/BRAF基因野生型的转移性结直肠癌。</p>
276	恩朗苏拜单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	每2周限支付3瓶	<p><b>宫颈癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2.PD-L1表达阳性(CPS≥1)的检查报告单; 3.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 4.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。</p>	<p>限既往接受含铂化疗治疗失败的PD-L1表达阳性(CPS≥1)的复发或转移性宫颈癌患者。</p>

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
277	赛帕利单抗注射液	二类	注射剂	120mg(4ml)*1瓶	每2周限支付2瓶	<b>宫颈癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2. PD-L1表达阳性(CPS≥1)的检查报告单; 3.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 4.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。 <b>经典型霍奇金淋巴瘤:</b> 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; 3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。	限: 1.既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性且PD-L1表达阳性(CPS≥1)的宫颈癌患者; 2.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成人患者。
278	依沃西单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	每3周限支付不超过15瓶	<b>非小细胞肺癌:</b> <b>单药治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3. PD-L1肿瘤比例分数(TPS) ≥1%的检查报告单; 4.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关证据。 <b>联合治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3.提供经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗后进展的病史资料或其他相关证据; 4.证实为局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据; 5.联合培美曲塞和卡铂的治疗方案。	限: 1.联合培美曲塞和卡铂,用于经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗后进展的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗; 2.经国家药品监督管理局批准的检测评估为PD-L1肿瘤比例分数(TPS) ≥1%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)阴性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌一线治疗。
279	卡度尼单抗注射液	二类	注射剂	125mg(10ml)*1瓶	<b>宫颈癌(非一线治疗):</b> 每2周限支付不超过4瓶 <b>宫颈癌(一线治疗)、胃癌(包括胃食管结合部腺癌):</b> 每3周限支付不超过7瓶	<b>宫颈癌:</b> <b>一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单, 2.联合紫杉醇和铂类化疗药物的治疗方案, 3.证实为持续、复发或转移性宫颈癌的相关证据。 <b>非一线治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 3.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。 <b>胃癌(包括胃食管结合部腺癌):</b> 1.病理组织学报告单; 2.提供局部晚期不可切除或转移性胃癌(包括胃食管结合部腺癌)的相关证据; 3.联合氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案。	限: 1.既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性宫颈癌患者的治疗; 2.联合紫杉醇和铂类化疗药物联合或不联合贝伐珠单抗用于持续、复发或转移性宫颈癌的一线治疗; 3.联合含氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于局部晚期不可切除或转移性胃或胃食管结合部腺癌患者的一线治疗。
280	注射用维泊妥珠单抗	二类	注射剂	30mg*1瓶	3周为一个周期, 每周期限支付不超过5瓶, 限支付6个周期, 不超过30瓶	<b>弥漫大B细胞淋巴瘤:</b> 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.提供下列相关资料之一: (1)既往未经全身系统治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤的病史资料或其他相关证据; (2)不适合接受造血干细胞移植的相关证据和证实为复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤的相关证据。	限: 1.既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者; 2.不适合接受造血干细胞移植的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。
281	帕妥珠单抗注射液(皮下注射)	二类	注射剂	负荷剂量(15ml)*1瓶	<b>负荷剂量:</b> 前3周限支付1瓶	<b>乳腺癌:</b> 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.影像学检查报告单; 4.提供下列相关资料之一: (1)证实为局部晚期、炎性或早期乳腺癌(直径>2cm或淋巴结阳性)的相关证据; (2)证实为具有高复发风险早期乳腺癌的相关证据; (3)既往未接受过抗HER2治疗或者化疗的病史资料和证实为转移性或不可切除的局部复发性乳腺癌的相关证据。	限: 1. HER2阳性、局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者(直径>2cm或淋巴结阳性)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; 3. 既往未接受过针对转移性乳腺癌的抗HER2治疗或者化疗的HER2阳性、转移性或不可切除的局部复发性乳腺癌患者。
				维持剂量(10ml)*1瓶	<b>维持剂量:</b> 每3周限支付1瓶 (早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗: 每人限支付不超过12个月, 每人限支付不超过17瓶)		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
282	重组人血管内皮抑制素注射液	二类	注射剂	(15mg/3ml)*1支	3周为一个周期，每周限支付14支，限支付4个周期，共56支	<b>非小细胞肺癌</b> ：1.病理组织学报告单；2.证实为晚期非小细胞肺癌的相关证据；3.联合NP的治疗方案。	限晚期非小细胞肺癌患者。
283	注射用埃普奈明	二类	注射剂	100mg (8,000,000U) *1瓶	每4周限支付不超过40瓶	<b>多发性骨髓瘤</b> ：1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.既往接受过至少2种系统性治疗方案的病史资料或其他相关证据；4.证实为复发或难治性多发性骨髓瘤的相关证据。	限既往接受过至少2种系统性治疗方案的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，既往含免疫调节剂方案难治的患者不宜接受本联合方案治疗。
284	甲磺酸贝舒地尔片	二类	片剂	0.2g*30片	每30天限支付1盒	<b>慢性移植物抗宿主病</b> ：1.移植手术记录或移植相关病程记录；2.既往使用过糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的病史资料或其他相关证据。	限对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上慢性移植物抗宿主病患者。
285	氘可来昔替尼片	二类	片剂	6mg*7片	每4周限支付4盒	<b>银屑病</b> ：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。	限适合系统治疗或光疗的成年中重度斑块状银屑病病患者。
				6mg*28片	每4周限支付1盒		
286	注射用维得利珠单抗	二类	注射剂	300mg*1支	前6周限支付3支，后续每8周限支付1支	<b>溃疡性结肠炎</b> ：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(TNFα)抑制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(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。 <b>克罗恩病</b> ：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(TNFα)抑制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(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1.对传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性溃疡性结肠炎的成年患者；2.对传统治疗或TNFα抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性克罗恩病的成年患者。
287	盐酸伊普可泮胶囊	二类	胶囊剂	200mg*56粒	每4周限支付1盒	<b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症</b> ：1.血常规检查报告单；2.流式细胞学检查报告单。 <b>C3肾小球病(C3G)</b> ：1.尿常规检查报告单；2.肾脏病理检查报告单；3.血清免疫检查报告单；4.证实为C3肾小球病(C3G)的相关证据。	限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)成人患者；2.C3肾小球病(C3G)成人患者。
288	纳鲁索拜单抗注射液	二类	注射剂	120mg(1.6ml)*1瓶	首4周限支付不超过6瓶 后续每4周限支付不超过2瓶	<b>骨巨细胞瘤</b> ：1.病理组织学检查报告或影像学检查报告单；2.不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的证据。	限不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
289	司替戊醇干混悬剂	二类	口服混悬剂	250mg*30袋	<6岁儿童：每30天限支付不超过6盒 6岁≤儿童<12岁：每30天限支付不超过10盒 ≥12岁儿童和青少年：每30天限支付不超过14盒	婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)：1. 确诊为婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)的相关证据；2. 联合氯巴占和丙戊酸盐的治疗方案。	限婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)患者。
				500mg*30袋	<6岁儿童：每30天限支付不超过3盒 6岁≤儿童<12岁：每30天限支付不超过5盒 ≥12岁儿童和青少年：每30天限支付不超过7盒		
290	注射用阿立哌唑	二类	注射剂	0.3g*1支	每月限支付1支	精神分裂症：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。	
				0.4g*1支			
291	棕榈帕利哌酮酯注射液(6M)	二类	注射剂	(3.5ml:700mg)*1支	每6月限支付1支	精神分裂症：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. 既往接受过棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)至少3个月充分治疗的用药依据。	限接受过棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)至少3个月充分治疗的成人精神分裂症患者。
				(5.0ml:1000mg)*1支			
292	法瑞西单抗注射液	二类	注射剂	0.05ml(6mg)*1瓶	每次限5488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)	糖尿病性黄斑水肿(DME)、新生血管性(湿性)年龄相关性黄斑变性(nAMD)、继发于视网膜静脉阻塞(RVO)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)、视网膜中央静脉阻塞(CRVO)或半侧视网膜静脉阻塞(HRVO))的黄斑水肿； 1. 病眼基线矫正视力报告单；2. 眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限：1. 糖尿病性黄斑水肿(DME)；2. 新生血管性(湿性)年龄相关性黄斑变性(nAMD)；3. 继发于视网膜静脉阻塞(RVO)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)、视网膜中央静脉阻塞(CRVO)或半侧视网膜静脉阻塞(HRVO))的黄斑水肿。 应同时符合以下条件：1. 需三级医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT(全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像)证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗、康柏西普、法瑞西单抗、布西珠单抗的药品支数合并计算。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
293	地拉罗司颗粒	二类	颗粒剂	180mg*30袋	<p><b>β-地中海贫血：</b> 每30天限支付不超过11盒</p> <p><b>非输血依赖性地中海贫血(NTDT)综合征：</b> 每30天限支付不超过6盒</p>	<p><b>β-地中海贫血、非输血依赖性地中海贫血(NTDT)综合征：</b>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。</p>	限：1.年龄大于2岁的β-地中海贫血患者；2.10岁及10岁以上非输血依赖性地中海贫血综合征患者。
294	注射用盐酸曲拉西利	二类	注射剂	300mg*1瓶	3周为一个周期，每周期限支付不超过6瓶，限支付不超过6个周期，不超过36瓶	<p><b>降低骨髓抑制发生率：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单；3.提供含铂类药物联合依托泊苷的治疗方案；4.限未接受过系统性化疗的患者使用。</p>	限既往未接受过系统性化疗的广泛期小细胞肺癌(在接受含铂类药物联合依托泊苷方案治疗前给药)患者。
				100mg*1瓶	3周为一个周期，每周期限支付不超过15瓶，限支付不超过6个周期，不超过90瓶		
295	氟苯唑胺葡胺软胶囊	二类	胶囊剂	20mg*14粒	每4周限支付2盒	<p><b>转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病：</b>1.病理组织学报告单或基因检测报告单；2.证实为多发性神经病I期的相关证据。</p>	限成人转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病I期症状患者。
				20mg*30粒	每30天限支付1盒		

备注：1. “每人限支付”指“每人终身限支付”；  
2. 有关药品援助政策以相关慈善总会公布的为准。

## 附件4

## 河南省基本医疗保险门诊特定药品申请表

姓名		性别		年龄		照片粘贴处
身份证号			联系电话			
参保地			参保险种	职工 <input type="checkbox"/> 居民 <input type="checkbox"/>		
是否办理异地		享受待遇医院				
是否双通道		双通道定点零售药店				
代取药人姓名		代取药人身份证号码				
病历摘要（附确诊病历、相关检查单等，既往应用药物的种类、剂量、时间、疗程及疗效等）						
诊断						
治疗方法 （多个药品联 用请用①②③ 等分别标注）	药品通用名（商品名）：					
	药品规格：					
	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						
定点医疗机构医保办（盖章）						
年    月    日						
本人承诺：在享受以上特药医保支付待遇期间，不得以任何形式在住院、门诊慢性病待遇中重复享受同一药品待遇。如发生重复享受情形，本人自愿全额退回重复享受的医保待遇，并承担由此产生的一切后果。						
本人签名：						

注：代取药人身份证复印件附上。





## 附件7

## 河南省门诊特定药品待遇转移申请表

姓名		身份证件号码	
联系电话		原参保地	
原定点医疗机构名称		原参保类别	
已审批药品通用名		已审批药品商品名 (无商品名的填写厂家名称)	
药品对应病种名称		已审批药品规格 (多规格的用“,”隔开)	
用法用量			
原治疗期限	年 月 日至 年 月 日		
新选定医疗机构名称			
是否双通道		双通道药店名称	
本人(受托人) 签名		填表日期	年 月 日
转入地经办机构意见(盖章) 年 月 日			

注：此表由转入地医保经办机构留存，变更前需核对审批信息中最小取药周期是否已取药。