

平顶山市社会医疗保险中心

关于新增平顶山市基本医疗保险门诊特定 药品和重特大疾病用药的通知

各县（市、区）社会医疗保险中心、新城区养老医疗保险中心、高新区人力资源管理局，各参保单位、有关定点医疗机构：

为贯彻落实《关于转发〈河南省医疗保障局关于调整河南省基本医疗保险门诊特定药品范围的通知〉的通知》（平医保〔2021〕33号）精神，确保国家谈判药品等惠民政策及时落地，现就新增平顶山市基本医疗保险门诊特定药品和重特大疾病用药（以下简称“特药”）有关事项通知如下：

一、新增特药

在《平顶山市医疗保障局关于规范完善重特大疾病医疗保障

门诊特定药品使用的通知》（平医保〔2020〕30号）文件的基础上，将2021年国家谈判药品度普利尤单抗等30种药品纳入支付范围，使我市特药增加到93种。对国家调整奥希替尼等5种药品限定支付范围的，相应调整全市限定支付范围。

平顶山市定点医疗机构特药医保支付限额标准见附件。

二、部分待遇调整

本次新纳入的2021年国家谈判药品度普利尤单抗等30种药品首自付比例参照住院比例执行。

参保人员因同一疾病或不同疾病需同时使用2种及以上特药的，应有国家颁布或推荐的临床诊疗指南、临床路径和药品说明书等为依据，且至少经2名特药责任医师评估确认后，方可按特药有关规定支付。

未调整部分仍按照《平顶山市医疗保障局关于规范完善重特大疾病医疗保障门诊特定药品使用的通知》（平医保〔2020〕30号）原有相关政策执行。

本通知自2021年5月10日起执行。

附件：平顶山市定点医疗机构门诊特定药品医保支付限额标准及申报资料

2021年5月14日

平顶山市定点医疗机构门诊特定药品医保支付限额标准及申报资料

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	伊马替尼	口服常释剂型	100mg*12	每月限支付10盒	慢性髓性白血病： 1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。 急性淋巴细胞白血病： 1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单；3.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。 胃肠间质瘤： 1.病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；2.4周内影像学检查报告单。	限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。
			100mg*60	每月限支付2盒 （“格列卫”每年限支付8盒）		
			50mg*7	每月限支付9盒，全年限支付104盒。		
2	达沙替尼	口服常释剂型	20mg*7	加速期或急变期每月限支付9盒， 全年限支付104盒	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单；3.既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者。
			50mg*60	每月限支付1盒		
			20mg*60	加速期或急变期每月限支付1盒		
3	尼洛替尼	口服常释剂型	50mg*120	每月限支付4盒， 每13个月限支付32盒。	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。	限治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期成人患者，或对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期或加速期成人患者。
			200mg*120			
			150mg*120	每月限支付1盒， 每13个月限支付8盒。		

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
4	吡非尼酮	口服常释剂型	200mg*63	每月限支付4盒	肺CT检查报告单。	限特发性肺纤维化。
			100mg*54	每月限支付7盒		
5	瑞戈非尼	口服常释剂型	40mg*28	每4周限支付3盒	<p>肝癌：1. 病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。（2）肝脏CT或MRI报告单。（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2. 既往使用过一线药物治疗的医嘱。</p> <p>胃肠间质瘤：1. 病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p>结肠癌：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。</p> <p>直肠癌：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。</p>	1. 肝细胞癌二线治疗；2. 转移性结肠癌三线治疗；3. 胃肠道间质瘤三线治疗。
6	舒尼替尼	口服常释剂型	12.5mg*28	每6周限支付4盒	<p>肾癌：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. 证实为不能手术的相关检查报告单。</p> <p>胃肠间质瘤：1. 病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；2. 4周内影像学检查报告单；3. 既往使用过伊马替尼治疗的医嘱或其他使用证据；4. 伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。</p>	1. 不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；3. 不可切除的，转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）成人患者。
				每4周限支付3盒	胰腺神经内分泌瘤：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单。	

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
7	奥希替尼	口服常释剂型	80mg*30	每月限支付1盒	一线治疗：1.病理组织学报告单；2.局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；3. EGF R基因检测报告单。 疾病进展治疗：1.病理组织学报告单；2.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用证据；3. 疾病进展的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4. EGF R T 790M基因检测报告单。	限表皮生长因子受体 (EGF R) 外显子1 9缺失或外显子21 (L 858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 成人患者的一线治疗；既往因表皮生长因子受体 (EGF R) 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EGF R T 790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。
			40mg*30			
8	克唑替尼	口服常释剂型	250mg*60	每月限支付1盒	1.病理组织学报告单；2. AL K或ROS 1基因检测报告单；3. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者或ROS 1阳性的晚期非小细胞肺癌患者。
			200mg*60			
9	塞瑞替尼	口服常释剂型	150mg*150	每50天限支付1盒	1.病理组织学报告单；2. AL K基因检测报告单；3. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限间变性淋巴瘤激酶 (AL K) 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者的治疗。
10	阿法替尼	口服常释剂型	40mg*7	每4周限支付4盒	1.病理组织学报告单；2. 提供以下2条其中1条的医学资料：（1）EGF R基因检测报告单、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。（2）既往使用含铂化疗的医嘱、局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	1. 具有EGF R基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过EGF R-T KI治疗。2. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。
			30mg*7			
11	安罗替尼	口服常释剂型	12mg*7	每3周限支付2盒	非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2. 既往至少接受过2种系统化疗的医嘱；3. 疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。 小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2. 既往接受过两种系统化疗的医嘱；3. 疾病进展或复发的小细胞肺癌相关检查报告单。 软组织肉瘤：1.病理组织学报告单；2. 腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以外的其他病理亚型需提供既往接受过蒽环类化疗方案的医嘱及疾病进展或复发相关检查报告单。	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。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。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。
			10mg*7			
			8mg*7			
12	埃克替尼	口服常释剂型	125mg*21	每人限支付266天（38盒）	病理组织学报告单、EGF R基因检测报告。	限EGF R基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
13	吉非替尼	口服常释剂型	250mg*10	每月限支付3盒，“易瑞沙”每人限支付240天（24盒）	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。
			250mg*30	每月限支付1盒		
			150mg*14	每月限支付2盒		
14	厄洛替尼	口服常释剂型	150mg*7	每月限支付4盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	限表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌患者。
			100mg*30	每月限支付1盒		
15	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	注射剂		每年限支付12万	提供凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白原、凝血酶时间、凝血Ⅷ/Ⅸ因子活性检测报告。	限血友病凝血因子治疗
16	帕妥珠单抗	注射剂	420mg	第1次限支付2支，以后每3周限支付1支。	1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单；3. 4周内影像学检查报告单；4. 与曲妥珠单抗同时使用的医嘱或处方。	限以下情况方可支付，且支付不超过12个月： 1. HER2阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗。2. 具有高复发风险HER2阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。
17	吡咯替尼	口服常释剂型	80mg*14	每4周限12040元	1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单；3. 证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单；4. 既往使用一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限表皮生长因子受体2（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。
			80mg*100			
18	曲妥珠单抗	注射剂	150mg	每3周限支付3瓶	胃癌：1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检测报告单；3. 证实为晚期转移性胃癌的相关检查报告单或诊断证明。 乳腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检测报告单。	限以下情况方可支付：1. HER2阳性的转移性乳腺癌；2. HER2阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过12个月；3. HER2阳性的转移性胃癌患者。
			440mg	每3周限支付1瓶		
19	阿帕替尼	口服常释剂型	250mg*30	每月限支付3盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往接受过2种或以上系统化疗的医嘱；3. 证实为进展或复发的晚期胃癌的相关检查报告单或诊断证明。	限既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃癌或胃-食管结合部腺癌患者。
			250mg*10	每月限支付9盒		
			375mg*10	每月限支付5盒		
			425mg*14	每月限支付5盒		

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
20	尼妥珠单抗	注射剂	10ml：50mg	每月限支付8瓶	1.病理组织学报告单；2.表皮生长因子受体（EGFR）检测报告单；3.证实为III/IV期鼻咽癌的相关检查报告单。	限与放疗联合治疗表皮生长因子受体（EGFR）表达阳性的III/IV期鼻咽癌。
21	西达本胺	口服常释剂型	5mg*24	每月限支付2盒	1.确诊外周T细胞淋巴瘤的相关检查报告单；2.既往至少接受过一次全身化治疗的医嘱。	限既往至少接受过1次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤（PTCL）患者。
22	阿昔替尼	口服常释剂型	5mg*28 1mg*14	每4周限支付2盒 每4周限支付16盒	1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗的医嘱或其他使用证据；4.证实为疾病进展的相关检查报告单。	限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人患者。
23	培唑帕尼	口服常释剂型	200mg*30	每月限支付4盒 每人限支付32盒	1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。	限晚期肾细胞癌患者的一线治疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。
24	索拉非尼	口服常释剂型	200mg*30 200mg*60	每月限支付4盒 每月限支付2盒	肾癌：1.确诊为肾癌的相关检查报告单；2.证实为不能手术的诊断证明或影像学检查报告单。 肝癌：1.病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。（2）肝脏CT或MRI报告单。（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.证实为无法手术或远处转移的相关检查报告单。 甲状腺癌：1.病理组织学报告单；2.既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；3.甲状腺彩超或CT检查报告单。	限以下情况方可支付：1.不能手术的肾细胞癌。 2.不能手术或远处转移的肝细胞癌。3.放射性碘治疗无效的局部复发或转移性、分化型甲状腺癌。
25	依维莫司	口服常释剂型	5mg*30 2.5mg*30	每月限支付2盒 每月限支付4盒	肾癌：1.确诊为肾癌的相关检查报告单；2.既往接受过舒尼替尼或索拉非尼治疗的医嘱；3.证实为晚期肾癌的相关检查报告单。 胰腺神经内分泌瘤：1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单。 非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤：1.病理组织学报告单；2.相关的影像学检查报告单。 肾血管平滑肌脂肪瘤：1.肾彩超或CT或MRI检查报告单；2.确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单。 室管膜下巨细胞星型细胞瘤：1.确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单；2.相关影像学检查报告单。	限以下情况方可支付：1.接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者。2.不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的（中度分化或高度分化）进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者。3.无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。4.不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤（TSC-AML）成人患者。5.不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
26	伊沙佐米	口服常释剂型	4mg*3	每4周限支付1盒	1. 骨髓细胞形态学检查报告单；2. 流式细胞学检查报告单；3. 免疫固定电泳检查报告单。	1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方；3. 与来那度胺联合使用时，只支付伊沙佐米或来那度胺中的一种。
			3mg*3			
			2. 3mg*3			
27	来那度胺	口服常释剂型	25mg*21	每4周限支付1盒	1. 骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2. 既往接受过至少一种疗法治疗的医嘱。	限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件：1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。
			10mg*28	每5周限支付2盒		
			5mg*28	每5周限支付1盒		
			5mg*21	每4周限支付1盒		
			10mg*21	每4周限支付2盒		
28	硼替佐米	注射剂	3. 5mg	多发性骨髓瘤初治患者： 第1-24周，每周限支付2支。 第25-54周，每周限支付1支。 复发患者：每3周限支付4支	多发性骨髓瘤：骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。 套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检查报告单）或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。	限多发性骨髓瘤、复发或难治性套细胞淋巴瘤患者，并满足以下条件：1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付；2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。
				套细胞淋巴瘤：每3周限支付4支		
			1. 0mg	多发性骨髓瘤初治患者： 第1-24周，每周限支付4支。 第25-54周，每周限支付2支。 复发患者：每3周限支付8支		
				套细胞淋巴瘤：每3周限支付8支		
			2. 5mg	多发性骨髓瘤初治患者： 第1-24周，每周限支付2支。 第25-54周，每周限支付1支。 复发患者：每3周限支付4支		
29	阿比特龙	口服常释剂型	250mg*120	每月限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 间隔1周及以上连续3次的前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	限转移性去势抵抗性前列腺癌、新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。
				每月限支付2盒		
			250mg*60	每月限支付2盒		
30	特立氟胺	口服常释剂型	14mg*28	每4周限支付1盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告单。	限常规治疗无效的多发性硬化患者。
31	利鲁唑	口服常释剂型	50mg*24	每月限支付2盒	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	限支付利鲁唑费用
			50mg*56	每月限支付1盒		

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
32	维A酸	口服常释剂型	10mg*20	每月限支付3盒	1.骨髓检查报告单；2.初诊提供特异性染色体检查报告单和PML/RARa融合基因检查报告单；3.继续治疗提供特异性染色体检查报告单或PML/RARa融合基因检查报告单；4.限支付维A酸和复方黄黛片费用。	
33	复方黄黛片	口服常释剂型	270mg*100	每月限支付6盒	1.骨髓检查报告单；2.初诊提供特异性染色体检查报告单和PML/RARa融合基因检查报告单；3.继续治疗提供特异性染色体检查报告单或PML/RARa融合基因检查报告单。	限初治的急性早幼粒细胞白血病。
34	雷珠单抗	注射剂	10mg/ml 0.2ml	每次限5830元 （含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用）	1.病眼基线矫正视力报告单；2.眼底血管造影、频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限以下疾病：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2.糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；3.脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。
			10mg/ml 0.165ml （预充式）			
35	阿柏西普	眼内注射溶液	4mg	每次限5980元 （含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用）	1.病眼基线矫正视力报告单；2.眼底血管造影、频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限以下疾病：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2.糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2.首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3.事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4.每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。
36	西妥昔单抗	注射剂	100mg（20ml）	1.单周方案：首周给药剂量为400mg/m ² 体表面积，其后每周给药剂量为250mg/m ² 体表面积。2.双周方案：每2周给药剂量为500mg/m ² 体表面积。	结肠癌：1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.K-RAS基因检测报告单；4.证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。 直肠癌：1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.K-RAS基因检测报告单；4.证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。

序号	药品名称	剂型	规格 (支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
37	雷替曲塞	注射剂	2mg	每3周限支付3支	结直肠癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 4周内影像学检查报告单; 3. 既往使用过氟尿嘧啶类药物治疗的医嘱或其他使用证据; 4. 证实为晚期结直肠癌的相关检查报告单; 5. 氟尿嘧啶类药物不耐受的依据。	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。
38	呋喹替尼	口服常释剂型	1mg*21 5mg*7	每4周限支付4盒 每4周限支付3盒	结直肠癌: 1. 病理组织学报告单; 2. 4周内影像学检查报告单; 3. 既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据; 4. 证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单。	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。
39	维莫非尼	口服常释剂型	240mg*56	每4周限支付4盒	1. 病理组织学报告单; 2. BRAF V600基因检测报告单; 3. 证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。	治疗经FDA批准的检测方法确定的BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。
40	伊布替尼	口服常释剂型	140mg*90	每45天限支付2盒 每月限支付1盒	套细胞淋巴瘤: 1. 病理组织学报告单 (含免疫组化报告单或荧光原位杂交检测报告单) 或流式细胞学检查报告单; 2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 小淋巴细胞淋巴瘤: 1. 病理组织学报告单 (含免疫组化报告单) 或流式细胞学检查报告单。 慢性淋巴细胞白血病: 1. 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 华氏巨球蛋白血症: 1. 病情诊断证明书; 2. 血清蛋白电泳; 3. 骨髓细胞检查报告。	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
41	奥曲肽	微球注射剂	30mg 20mg	胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症: 每4周限支付1瓶 肢端肥大症: 每4周限支付1瓶	胃肠道内分泌肿瘤: 1. 病理组织学报告单; 2. 4周内影像学检查报告单; 3. 血清激素水平检查报告单。 肢端肥大症: 1. 3个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, 按说明书用药。
42	麦格司他	口服常释剂型	100mg*84 0.2mg*60 0.6mg*60 0.8mg*60 0.2mg*140	每4周限支付2盒	成纤维细胞Filipin染色或基因检查报告单。	限C型尼曼匹克病患者。
43	司来帕格	口服常释剂型		每月限19450元	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压 (WHO第1组) 的患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
44	波生坦	口服常释剂型	32mg*56	每4周限支付2盒	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	32mg/片（分散片）限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限WHO功能分级II级-IV级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。
			125mg*56	每4周限支付1盒		
45	利奥西呱	口服常释剂型	0.5mg*42	每月限4200元	1. 右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单；2. 动脉性肺动脉高压患者既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限以下情况方可支付：1. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的CTEPH，且（WHO FC）为II-III的患者；2. 动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为II-III患者的二线用药。
			1.0mg*42			
			2.5mg*84			
46	马昔腾坦	口服常释剂型	10mg*30	每月限支付1盒	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。
47	罗沙司他	口服常释剂型	20mg*3	每月限2900元	4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	限慢性肾脏病引起贫血的患者。
			50mg*3			
48	沙库巴曲缬沙坦	口服常释剂型	50mg*28	每4周限支付8盒	1. 超声心动图检查报告单；2. 4周内胸部X线检查报告单。	限慢性心力衰竭（NYHA II-IV级）患者，首次处方时应有射血分数降低的证据。
			200mg*7			
			100mg*14			
49	贝达喹啉	口服常释剂型	100mg*24	第1-4周限支付3盒； 第5-24周，每4周限支付1盒。 每人限支付8盒。	1. 4周内胸部影像学检查报告单；2. 痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。	限耐多药结核患者。
50	德拉马尼	口服常释剂型	50mg*60	每月限支付2盒， 每人限支付12盒。	1. 4周内胸部影像学检查报告单；2. 痰分枝杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。	限耐多药结核患者。
51	艾尔巴韦格拉瑞韦	口服常释剂型	（每片含艾尔巴韦50mg和格拉瑞韦100mg）*28	每4周限支付1盒， 每人限支付3盒。	1. HCV RNA检查报告单；2. 基因分型检查报告单。	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。
52	来迪派韦索磷布韦	口服常释剂型	（每片含90mg来迪派韦和400mg索磷布韦）*28	每4周限支付1盒， 每人限支付3盒。	1. HCV RNA检查报告单；2. 基因分型检查报告单。	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。
53	索磷布韦维帕他韦	口服常释剂型	（每片含400mg索磷布韦和100mg维帕他韦）*28	每4周限支付1盒， 每人限支付3盒。	1. HCV RNA检查报告单；2. 基因分型检查报告单。	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。
54	信迪利单抗	注射剂	10ml:100mg	每3周限支付2支	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。	限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患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
55	阿来替尼	口服常释剂型	150mg*224	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. ALK基因检查报告单； 3. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。
56	芦可替尼	口服常释剂型	5mg*60	每月限支付4盒	1. 骨髓涂片细胞学检查报告单；2. 血常规检查报告单。	限中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的患者。
57	奥拉帕利	口服常释剂型	150mg*56	每4周限11500元	维持治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据。 铂敏感：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据；4. 停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	限携带胚系或体细胞BRCA突变的（gBRCAm或sBRCAm）晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。
			100mg*56			
58	托法替布	口服常释剂型	5mg*28 5mg*20	每4周限支付2盒 每4周限支付3盒，每年限支付37盒	1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。
59	阿达木单抗	注射剂	40mg/0.4ml 预填充式注射笔， 40mg/0.4ml 预填充式注射器 40mg/0.8ml 预填充式注射笔， 40mg/0.8ml 预填充式注射器	类风湿关节炎、强直性脊柱炎： 每2周限支付1支 斑块状银屑病：第1周限支付2支， 第2周起，每2周限支付1支	类风湿关节炎：1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。 强直性脊柱炎：1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用NSAIDs治疗3个月前后相关实验室或影像学检查报告单。 银屑病：1. 既往系统性治疗的医嘱或其他证据。 2. 系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。	限以下情况方可支付：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。
60	奥马珠单抗	注射剂	150mg	每月限支付4支	1. IgE检查报告单；2. 既往使用吸入型糖皮质激素和长效吸入型β ₂ -肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据；3. 4周内胸部影像学或支气管激发试验检查报告单。	限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β ₂ -肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性鼻炎患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
61	地塞米松	玻璃体内植入剂	0.7mg	每次限5880元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	1. 病眼基线矫正视力报告单；2. 眼底血管造影、频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿患者，并应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付5支，每个年度最多支付2支。
62	康柏西普	眼用注射液	10mg/ml：0.2ml	每次限6040元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	1. 病眼基线矫正视力报告单；2. 眼底血管造影、频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限以下疾病：1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；3. 脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。
63	地拉罗司	口服常释剂型	125mg*28	每期限支付11盒	提供以下资料之一：1. 血常规和血红蛋白电泳检查报告单；2. 血清铁蛋白检查报告单和既往接受过输血治疗的医嘱。	
64	度普利尤单抗	注射剂	300mg	首次2支 后续每4周限支付2支	1. 确诊为中重度特应性皮炎证据，包括症状和实验室检查报告单；2. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的证据；3. 16周后评估无效的患者停止使用。	限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。
65	兰瑞肽	缓释注射剂（预充式）	90mg 120mg	前3个月： 每4周限支付1支*90mg 维持期： 每4周限支付1支*120mg； 或每4周限支付1支*90mg； 或每6周限支付1支*120mg； 或每8周限支付1支*120mg。	1. 3月内影像学检查报告单；2. 生长激素（GH）检查报告单；3. 胰岛素样生长因子-1（IGF-1）检查报告单。	限肢端肥大症，按说明书用药。
66	可洛派韦	口服常释剂型	60mg*28	每4周限支付1盒，限支付12周。 (协议有效期内，谈判企业负责向购买盐酸可洛派韦胶囊的患者免费提供同疗程的索磷布韦片)	1. HCV RNA阳性检查报告单；2. 基因分型检查报告单。	限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
67	氟马替尼	口服常释剂型	200mg*30	每月限支付3盒	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检测报告单。	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。
68	阿美替尼	口服常释剂型	55mg*20	每月限支付3盒	1.病理组织学报告单；2.既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用依据；3.疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4. EGFR T790M基因检测报告单。	限既往因表皮生长因子受体 (EGFR) 酪氨酸激酶抑制剂 (TKI) 治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。
69	泽布替尼	口服常释剂型	80mg*64	每月限支付2盒	套细胞淋巴瘤： 1.病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单）或者流式细胞学检查报告单；2.既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 慢性淋巴细胞白血病： 1.骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单；2.既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 小淋巴细胞淋巴瘤： 1.病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细胞学检查报告单；2.既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	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.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。
70	曲美替尼	口服常释剂型	0.5mg*30 2mg*30	每月限支付4盒 每月限支付1盒	1.病理组织学报告单；2. BRAF V600基因检测报告单；3.提供下列相关检查资料之一：(1)不可切除或转移性黑色素瘤；(2)III期黑色素瘤患者完全切除后；4.联合甲磺酸达拉非尼治疗方案。	限1. BRAF V600突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤；联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAFV600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗；联合甲磺酸达拉非尼适用于BRAF V600突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
71	达拉非尼	口服常释剂型	50mg*120 75mg*120	每2月限支付3盒 每月限支付1盒	1.病理组织学报告单；2. BRAF V600基因检测报告单；3.提供下列相关检查资料之一：(1)不可切除或转移性黑色素瘤；(2)III期黑色素瘤患者完全切除后；4.联合曲美替尼治疗方案。	限1. BRAF V600突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤；联合曲美替尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗；联合曲美替尼适用于BRAF V600突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
72	仑伐替尼	口服常释剂型	4mg*30	每月限支付2盒（体重<60kg） 每月限支付3盒（体重≥60kg）	1.病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙型肝炎或丙肝抗体检测报告单。（2）肝脏CT或MRI检查报告单。（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.证实无法手术切除的检查报告单。	限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
73	恩扎卢胺	口服常释剂型	40mg*112	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单；4. 雄激素剥夺治疗(ADT)失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌(CRPC)成年患者的治疗。	限雄激素剥夺治疗(ADT)失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌(CRPC)成年患者的治疗。
74	尼拉帕利	口服常释剂型	100mg*30 100mg*60	每月限支付3盒 每2月限支付3盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 使用铂类化疗药物获得经临床证实缓解的证据；4. 停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	限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。
75	戈舍瑞林	缓释植入剂	3. 6mg 10. 8mg 3. 6mg	每4周限支付1支 每12周限支付1支 每4周限支付1支	前列腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 血清睾酮检查报告单；3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。 乳腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 年龄在40-60岁；3. 性激素检查报告单。	
76	地舒单抗	注射剂	120mg（1.7ml）	首次每4周限支付3支 后续每4周限支付1支 每4周限支付1支 每人限支付6支	子宫内膜异位症：半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。 1. 病理组织学检查报告或能够确诊的影像学报告单；2. 不能手术或手术切除导致严重功能障碍的证据。	限不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤。
77	西尼莫德	口服常释剂型	0.25mg*12	CYP2C9*1*1或*1*2或*2*2基因型患者： 滴定期：每5天限支付1盒 CYP2C9*2*3或*1*3基因型患者： 滴定期+维持期：每30天限支付10盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告	限成人复发型多发性硬化的患者。
78	芬戈莫德	口服常释剂型	2mg*28 0.5mg*28	CYP2C9*1*1或*1*2或*2*2基因型患者： 维持期：每4周限支付1盒 每4周限支付1盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告	限10岁及以上患者复发型多发性硬化(RMS)的患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
79	巴瑞替尼	口服常释剂型	2mg*28	每4周限支付1盒	1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿病专科医师处方。
80	贝利尤单抗	注射剂	120mg	前6周，每2周限支付5支，最多支付15支。 后续每4周限支付5支（以体重60kg计）	1. 临床症状及影像学检查报告和实验室检查确诊资料；2. SELENA-SLEDAI评分≥8；3. 免疫学检查：ANA阳性或抗DNA抗体增高或抗Sm抗体阳性。	限与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分≥8）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。
			400mg	前6周，每2周限支付2支，最多支付6支 后续每4周限支付2支（以体重80kg计）		
81	依那西普	注射剂	25mg	每周限支付2支	类风湿关节炎：1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用DMARDs治疗3-6个月前后相关实验室或影像学检查报告单。 强直性脊柱炎：1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用NSAIDs治疗3个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。
			50mg	每周限支付1支		
82	司库奇尤单抗	注射剂	150mg	首次每4周限支付5支， 后续每4周限支付1支	强直性脊柱炎：1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用NSAIDs治疗3个月相关实验室或影像学检查报告单。 银屑病：1. 既往传统治疗的医嘱或其他证据；2. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。	限以下情况方可支付：1. 诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。
				首次每4周限支付10支， 后续每4周限支付2支		
83	尼达尼布	口服常释剂型	150mg*30	每月限支付2盒	特发性肺纤维化：肺CT检查报告单。 系统性硬化病相关间质性肺疾病：1. 确诊为系统性硬化病的病历及免疫学检查报告单；2. 肺CT检查报告单。	限特发性肺纤维化（IPF）或系统性硬化病相关间质性肺疾病（SSc-ILD）患者。
			150mg*60	每月限支付1盒		
			100mg*30	每月限支付2盒		
			100mg*60	每月限支付1盒		
84	氘丁苯那嗪	口服常释剂型	6mg*28	亨廷顿有关的舞蹈病： 起始剂量：每4周限支付1盒，每4周最多支付8盒 成人迟发性运动障碍： 起始剂量：每4周限支付2盒，每4周最多支付8盒	亨廷顿有关的舞蹈病：1. 基因检查报告；2. 有相应临床表现证据。 成人迟发性运动障碍：1. 有相应临床表现证据；2. 服用抗精神病药物或服用抗抑郁药、抗帕金森药、抗癫痫药或抗组胺药的证据。	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。
				亨廷顿有关的舞蹈病和成人迟发性运动障碍： 维持剂量：每4周限支付2盒，每4周最多支付4盒		
			12mg*28	亨廷顿有关的舞蹈病： 维持剂量：每4周最多支付4盒 成人迟发性运动障碍： 起始剂量：每4周限支付1盒，每4周最多支付4盒		

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
85	氟维司群	注射剂	5ml：250mg	每月限支付2支	1.病理组织学报告单；2.免疫组化报告单；3.既往使用过芳香化酶抑制剂的医嘱；4.证实为晚期乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。	限芳香化酶抑制剂治疗失败后的晚期、激素受体（ER/PR）阳性乳腺癌治疗。
86	替雷利珠单抗	注射剂	10ml：100mg	每3周限支付2支	经典型霍奇金淋巴瘤： 1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医嘱或复发、难治的证据。 尿路上皮癌： 1.病理学检查报告；2. PD-L1高表达的的相关检查报告；3.含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。	限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；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。
87	特瑞普利单抗	注射剂	80mg/2ml 240mg/6ml	每4周限支付6支 每4周限支付2支	1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医嘱；3.证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。	限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。
88	卡瑞利珠单抗	注射剂	200mg	每2周限支付1支 每3周限支付1支	经典型霍奇金淋巴瘤： 1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医嘱或复发、难治的证据。 食管鳞癌： 1.病理组织学报告单；2.既往经过一线系统化疗的医嘱或其他使用证据；3.证实疾病进展或不可耐受或转移性的相关检查报告单。 肝癌： 1.病理组织学报告单；2.既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌的相关检查报告单。 非鳞状非小细胞肺癌： 1.病理组织学报告单；2. ALK和EGFR基因检测报告单；3.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限1.至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤患者的治疗。2.既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗。3.联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗。4.既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗。
89	艾多沙班	口服常释剂型	30mg*7 60mg*7	每4周限支付8盒 每4周限支付4盒	非瓣膜性房颤： 1.超声心动图；2.心电图；3.凝血功能检查；4.存在出血高危的相关证据。 深静脉血栓： 1.深静脉超声检查报告单；2.凝血功能检查；3.存在出血高危的相关证据。 肺栓塞： 1.肺动脉CT或MRI等影像检查；2.凝血功能检查；3.存在出血高危的相关证据。	限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
90	重组人血血小板生成素	注射剂	7500U/1ml	每日限支付2支，最多支付2周28支	<p>实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症：1. 血小板计数；2. 实体瘤化疗的相关证据。</p> <p>特发性血小板减少性紫癜：1. 血小板计数；2. 脾脏超声检查报告单；3. 使用激素或存在出血风险的相关证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。</p>	限实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症或特发性血小板减少性紫癜。
			15000U/1ml	每日限支付1支，最多支付2周14支		
91	本维莫德	乳膏剂	1支	每周限支付4支，最多支付12周48支	1. 既往一线系统治疗的医嘱或其他证据；2. 轻中度稳定性寻常型银屑病常规治疗无效的临床证据。	限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的二线治疗，需按说明书用药。
92	泊沙康唑	口服液体剂	40mg*105ml	每4周限支付4瓶 最多支付12周	<p>侵袭性真菌感染：1. 移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤重度粒细胞缺乏的相关证据；2. 侵袭性曲霉菌和念珠菌感染的相关证据；3. 血常规报告。</p>	限以下情况方可支付：1. 预防移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念珠菌感染。2. 伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。3. 接合菌纲类感染。
				每月限支付6瓶	<p>伊曲康唑和/或氟康唑难治性口咽念珠菌病：1. 既往有使用伊曲康唑或氟康唑治疗无效的相关证据；2. 口咽念珠菌阳性检查报告单；3. 3个月评估后根据评估结果减量或停药。</p> <p>接合菌纲类感染：1. 接合菌纲类感染的检查报告单；2. 3个月评估后根据评估结果减量或停药。</p>	
93	棕榈帕利哌酮酯(3M)	注射剂	1. 315ml：263mg	每3月限支付1支	<p>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。</p>	限接受过棕榈酸帕利哌酮注射液(1个月剂型)至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。
			1. 75ml：350mg			
			2. 625ml：525mg			