

平顶山市社会医疗保险中心 关于调整平顶山市基本医疗保险 门诊特定药品的通知

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 河南省人力资源和社会保障厅关于执行国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021 年）的通知〉的通知》（平医保〔2021〕101 号）精神，确保国家谈判药品等惠民政策及时落地，现就调整平顶山市基本医疗保险门诊特定药品（以下简称“特药”）有关事项通知如下：

一、支付范围及标准

将 2021 年国家谈判药品目录中索磷维伏片等 74 种药品纳入特药管理支付范围，调整艾尔巴韦格拉瑞韦片等 23 种特药限定支付范围，将沙库巴曲缬沙坦钠片调出特药支付范围。

二、实行分类管理

根据《河南省医疗保障服务中心关于调整河南省省直职工基本医疗保险门诊特定药品的通知》（豫医保中心〔2022〕4 号）精神，结合国家医保谈判药品管理实际，对特药实行分类管理。病程较短、急（抢）救类以及镇静检查类药品按照一类管理，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；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，二类特药责任医师需由具有相关专业副主任医师及以上职称医保医师担任；联合用药、预防性用药、用药指征广泛的药品按照三类管理，三类特药责任医师需同时由两名具有相关专业的副主任医师及以上职称医保医师担任。

三、部分待遇调整

本次新纳入的 2021 年国家谈判药品索磷维伏片等 74 种药品首自付比例按照省直职工首自付比例执行。

除耐多药结核病，慢性肾功能不全引起的贫血外，享受特药医保支付待遇的参保人员，原则上不再享受相关病种门诊慢性病待遇。

凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的 3 个

月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，到选定的定点医疗机构领取《平顶山市门诊特定药品、重特大疾病相关药品使用申请表》，由责任医师填写并签署意见后，到医疗机构医保办(科)办理申报备案手续。对于一类特药中的急(抢)救药品，特殊情况下，定点医疗机构可为符合申报条件的参保人员采取先诊治后申报的方式，在医院先行备案，由医院垫付，治疗结束后可携带相关资料到医疗机构医保办(科)办理申报备案手续。

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)、《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》(平医保中心〔2021〕26号)原有相关政策执行。

本通知自2022年2月1日起执行。2022年2月1日起至本通知印发前发生的符合门诊特药使用条件的医疗费用，由参保地医保经办机构按规定进行追溯报销。

- 附件:1. 门诊特定药品(新增)医保支付限额标准及申报资料
2. 门诊特定药品(调整)支付限额标准及申报资料
3. 调出门诊特定药品名单

2022年3月7日

门诊特定药品（新增）医保支付限额标准及申报资料

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	瑞巴洛沙韦片	一类	20mg*2片	每次限支付1盒（体重<80kg），每年限支付2盒。	48小时内确诊甲型或乙型流感感染的检测报告或诊断证明。	本品适用于12周岁及以上单纯性甲型和乙型流感患者，包括既往健康的患者以及存在流感并发高风险的患者。
			40mg*2片	每次限支付1盒（体重≥80kg），每年限支付2盒。		
			40mg*1片	每次限支付2盒（体重≥80kg），每年限支付4盒。		
2	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	一类	0.5g*1瓶	每次限支付1瓶	1. 确诊或高度怀疑心血管病的证据；2. 4周内常规超声心动图检查报告单。	用于常规超声心动图显影不够清晰者，增强显像效果，增加病变识别率及病变定性的准确性，增强左心室内膜边界的识别。
3	注射用全氟丁烷微球	一类	16μl*1支	每次限支付1支	确诊或高度怀疑肝脏肿瘤的证据。	本品仅用于诊断使用；注射用全氟丁烷微球是一种超声造影剂，用于肝肺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	20ml:50mg*1支 5ml:50mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊消化道内镜检查申请单（附门诊病历或其他相关资料）或行门诊全麻下手术（含临床操作）申请单。	本品适用于：消化道内镜检查中的镇静；全身麻醉诱导。
5	注射用甲苯磺酸钠马唑仑	一类	36mg*1支 25mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊内镜、结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关资料）。	本品适用于内镜、结肠镜检查的镇静。
6	注射用苯磺酸钠马唑仑	一类	25mg*1支	每次限支付1支	1周内行门诊结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关资料）。	本品适用于结肠镜检查的镇静。
7	水合氯醛/糖浆组合包装	一类	（水合氯醛浓缩液1.342g：1g/糖浆9ml）*1盒	每次限支付1盒组合包装	1周内行镇静、催眠的门诊检查（含临床操作）申请单。	儿童检查、操作前的镇静、催眠。
8	醋酸艾普班特注射液	一类	3ml:30mg*1支	每次限支付1支	确诊遗传性血管性水肿（HAE）急性发作的临床证据。	用于治疗成人、青少年和≥2岁儿童的遗传性血管性水肿（HAE）急性发作。
9	咪达唑仑口服溶液	一类	0.2%（10ml:20mg）*1支	每次限支付1支	1周内行镇静/抗焦虑/遗忘的门诊诊疗（含治疗性操作）、手术申请单。	用于儿童诊断或治疗性操作前以及操作过程中的镇静/抗焦虑/遗忘；也可用于儿童术前镇静/抗焦虑/遗忘。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	索磷维伏片	二类	(每片含索磷布韦400mg 维帕他韦100mg和 伏西瑞韦100mg)*28片	每4周限支付1瓶 每人限支付3瓶	1. HCV RNA检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 既往使用直接抗病毒药物治疗的医嘱或其他使用证据; 4. 肝功能Child-Pugh分级; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	本品适用于治疗既往接受过含直接抗病毒药物(DAA)的方案、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。
11	达诺瑞韦钠片	二类	100mg*28片	每4周限支付2瓶 每人限支付6瓶	1. HCV RNA检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因1b型慢性丙型肝炎成人患者(用法用量详见盐酸拉维达韦片说明书)。
12	盐酸拉维达韦片	二类	200mg*14片	每4周限支付2瓶 每人限支付6瓶	1. HCV RNA检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	盐酸拉维达韦片联合利托那韦强化的达诺瑞韦钠片和利巴韦林, 用于治疗初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。盐酸拉维达韦片不得作为单药治疗。
13	磷酸依米他韦胶囊	二类	100mg*28粒	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	1. HCV RNA检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	磷酸依米他韦胶囊需与索磷布韦片联合, 用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。磷酸依米他韦胶囊不得作为单药治疗。
14	司美格鲁肽注射液	二类	1. 5ml*1支 3. 0ml*1支	每4周限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证; 2. 二甲双胍和/或磺脲类药物降糖效果不佳证据。	本品适用于成人2型糖尿病患者血糖控制; 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。适用于降低伴有心血管疾病、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。
15	艾塞那肽注射液	二类	1. 2ml*1支 2. 4ml*1支	每4周限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
16	利拉鲁肽注射液	二类	3ml:18mg*1支	初始4周: 限支付2支 维持剂量: 每4周限支付3支	1. 确诊为2型糖尿病的证; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
17	利司那肽注射液	二类	10μg剂量注射笔(绿色): 0.05mg/ml, 3ml*1支 20μg剂量注射笔(紫色): 0.10mg/ml, 3ml*1支	初始2周: 限支付1支 每4周限支付2支	1. 确诊为2型糖尿病的证; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
18	贝那鲁肽注射液	二类	2. 1ml:4.2mg*1支	初始4周: 限支付3支 维持剂量: 每4周限支付4支	1. 确诊为2型糖尿病的证; 2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素, 且控制效果不佳证据; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI ≥ 25的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
19	度拉糖肽注射液	二类	0.75mg:0.5ml*1支 1.5mg:0.5ml*1支	每4周限支付4支	1.确诊为2型糖尿病的证据;2.既往使用过口服降糖药或胰岛素,且控制效果不佳证据;3.BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
20	聚乙二醇洛塞那肽注射液	二类	0.5ml:0.1mg*1支 0.5ml:0.2mg*1支	每4周限支付4支	1.确诊为2型糖尿病的证据;2.既往使用过口服降糖药或胰岛素,且控制效果不佳证据;3.BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者,首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
21	二甲双胍恩格列净片(1)	二类	(每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg)*60片 (每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg)*30片	每30天限支付1盒 每30天限支付2盒	1.确诊为2型糖尿病的证据;2.正在接受恩格列净和/或盐酸二甲双胍治疗的医嘱或其他相关证据。	本品配合饮食控制和运动,适用于正在接受恩格列净和盐酸二甲双胍治疗的2型糖尿病患者,用于改善这些患者的血糖控制。
22	艾米替诺福韦片	二类	25mg*30片	每月限支付1瓶	1.既往有乙型肝炎病史或HBsAg阳性持续6个月以上相关证据;2.现HBsAg阳性和/或HBV DNA检测报告显示为慢性乙型肝炎相关证据。	本品适用于慢性乙型肝炎成人患者的治疗。
23	恩替卡韦口服溶液	二类	0.005%(210ml:10.5mg)*1瓶	成人:每6周限支付4瓶 儿童:每6周限支付2瓶	1.乙肝五项或HBV DNA检查报告单;2.肝功能检查显示血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)升高或其他证明肝脏有活动性病变的证据;3.肝脏彩超或影像学检查报告单。	恩替卡韦适用于病毒复制活跃,血清丙氨酸氨基转移酶(ALT)持续升高或肝脏组织学显示有活动性病变的慢性成人乙型肝炎的治疗(包括代偿及失代偿期肝病患者)。也适用于治疗2岁至18岁慢性HBV感染代偿性肝病的核苷初治儿童患者,有病毒复制活跃和血清ALT水平持续升高的证据或中度至重度炎症和/或纤维化的组织学证据。
24	人凝血因子IX	二类	500 IU/10 ml*1瓶	每年限支付12万	凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白原、凝血酶时间、凝血因子VIII/IX活性检测报告单。	用于凝血因子IX缺乏症(B型血友病)患者的出血治疗。
25	海曲泊帕乙醇胺片	二类	2.5mg*14片 3.75mg*14片 5mg*14片	慢性原发免疫性血小板减少症: 每4周限10600元 重型再生障碍性贫血: 每4周限21200元	慢性原发免疫性血小板减少症(TTP):1.血小板计数检查报告单;2.脾脏超声检查报告单;3.既往使用过糖皮质激素、免疫球蛋白等药物治疗的医嘱或其他使用证据;4.排除其他继发性血小板减少症的相关证据。 重型再生障碍性贫血(SAA):1.全血细胞减少,网织红细胞绝对值减少;2.骨髓至少一个部分重度减低,骨髓小粒非造血细胞增多;3.排除全血细胞减少的其它疾病。	1.本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)成人患者,使血小板计数升高并减少或防止出血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的ITP患者。 2.本品适用于对免疫抑制治疗(IST)疗效不佳的重型再生障碍性贫血(SAA)成人患者。基于一项II期单臂试验的结果附条件批准本适应症。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性临床试验的结果。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
26	甲来磷酸 多纳非尼片	二类	0.1g*40片	每月限支付3盒	1. 病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：(1) 乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。(2) 肝肺CT或MRI检查报告单。(3) 至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2. 证实无法手术切除的检查报告单。	本品用于既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝癌患者。
27	盐酸恩沙替尼胶囊	二类	25mg*7粒 100mg*14粒 25mg*30粒 100mg*60粒	每4周限11167元 每月限11965元	1. 病理组织学报告单；2. 间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性检测报告单；3. 接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的证据；4. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	适用于此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的治疗。
28	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg*28片	每4周限支付2盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医瞩或其他使用证据；3. 证实为疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4. EGFR T790M基因检测报告单。	本品用于既往经表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞性肺癌（NSCLC）成人患者的治疗。该适应症是基于包括220例不可手术切除的局部晚期或转移性、经第一/第二代EGFR TKI治疗进展并伴有EGFR T790M突变阳性、或原发性EGFR T790M突变阳性NSCLC患者的IIb期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性随机对照试验证实本品的临床获益。
29	达可替尼片	二类	15mg*30片	每月限支付3瓶	1. 病理组织学报告单；2. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；3. EGFR基因检测报告单。	单药用于表皮生长因子受体（EGFR）19号外显子缺失突变或21号外显子L858R置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。
30	奥布替尼片	二类	50mg*30片	每30天限支付3盒	套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交检测报告单）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瞩或其他使用证据。 慢性淋巴细胞白血病：1. 骨髓细胞学检查报告单或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医瞩或其他使用证据。 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瞩或其他使用证据。	本品适用于治疗：1. 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者。2. 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者。上述适应症分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本品的完全批准将取决于正在开展的确定性随机对照临床试验结果。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
31	阿齐沙坦片	二类	20mg*10片	每月限支付3盒	确诊为高血压的证据。	高血压。
			40mg*10片			
32	氨氯地平叶酸片 (II)	二类	(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*7片	每4周限支付4盒	1. 确诊为原发性高血压的证据；2. 血浆同型半胱氨酸检测报告单。	用于治疗伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压。氨氯地平降低血压，叶酸降低血同型半胱氨酸水平，升高血叶酸水平。
			(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*14片	每4周限支付2盒		
			(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)*28片	每4周限支付1盒		
33	氟唑帕利胶囊	二类	50mg*36粒	每月限支付5盒	铂敏感：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用过二线及以上化疗、铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 停药超过6个月出现复发的相关检查报告单；4. 胚系BRCA基因检测报告单。 维持治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往使用过铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3. 获得经临床证实缓解的证据或停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	1. 用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。2. 用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
34	帕米帕利胶囊	二类	20mg*30粒	每月限支付6盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用二线及以上化疗的医嘱或其他使用证据；3. 胚系BRCA基因检测报告单。	用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA (gBRCA)突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括113例既往经过二线及以上化疗的伴有gBRCA突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者中开展的开放性、多中心、单臂、II期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性试验证实本品在该人群的临床获益。
			20mg*60粒	每月限支付3盒		
			20mg*90粒	每月限支付2盒		
35	阿贝西利片	二类	50mg*14片	每4周限支付4盒	1. 病理组织学报告单；2. 激素受体 (HR)、人表皮生长因子受体2 (HER2) 基因检测报告单；3. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单；4. 与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据；5. 与氟维司群联合使用需提供既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	本品适用于激素受体 (HR) 阳性、人表皮生长因子受体2 (HER2) 阴性的局部晚期或转移性乳腺癌：1. 与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗；2. 与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。
			100mg*14片			
			150mg*14片			

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
36	甲磺酸艾立布林注射液	二类	2ml:1mg*1支	每3周限支付5支	1.病理组织学报告单;2.既往接受过至少两种化疗方案的医瞩或其他使用证据;3.证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	本品适用于既往接受过至少两种化疗方案的局部晚期或转移性乳腺癌患者。既往的化疗方案应包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物。
37	马来酸奈拉替尼片	二类	40mg*180片	每月限支付1瓶 每人限支付12瓶	1.病理组织学报告单;2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检查报告单;3.既往使用过曲妥珠单抗的医瞩或其他使用证据;4.证实为早期乳腺癌的相关检查报告单。	适用于人类表皮生长因子受体2(HER2)阳性的早期乳腺癌成年患者,在接受含曲妥珠单抗辅助治疗之后的强化辅助治疗。
38	索凡替尼胶囊	二类	50mg*42粒	每4周限支付4盒	1.病理组织学报告单;2.影像学检查报告单。	本品单药适用于无法手术切除的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好(G1、G2)的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。
39	达雷妥尤单抗注射液	二类	400mg/20ml*1瓶 100mg/5ml*1瓶	1.与来那度胺联合方案或单药治疗: 第1-8周,每周限支付1次; 第9-24周,每2周限支付1次; 从第25周起,每4周限支付1次; 每次限支付12626元。 2.与硼替佐米联合方案: 第1-9周,每周限支付1次; 第10-24周,每3周限支付1次; 从第25周起,每4周限支付1次; 每次限支付12626元。	联合治疗:1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单;2.既往接受过一线治疗的医瞩或其他使用证据。 单药治疗:1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单;2.既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂治疗的医瞩或其他使用证据,且出现疾病进展的证据。	本品适用于:1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者。2.单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者,患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展。
40	泊马度胺胶囊	二类	1mg*7粒 1mg*14粒 1mg*21粒 4mg*7粒 4mg*14粒 4mg*21粒	每4周限支付9盒 每8周限支付9盒 每4周限支付3盒 每4周限支付3盒 每8周限支付3盒 每4周限支付1盒	1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单;2.既往接受过至少两种治疗(包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂)的医瞩或其他使用证据,且在治疗期间或治疗结束60天内出现疾病进展的证据。	本品与地塞米松联用,适用于既往接受过至少两种治疗(包括来那度胺和一种蛋白酶体抑制剂),且在最后一次治疗期间或治疗结束后60天内发生疾病进展的成年多发性骨髓瘤患者。
41	阿帕他胺片	二类	60mg*120片	每月限支付1盒	1.病理组织学报告单;2.血清睾酮检查报告单;3.间隔1周及以上连续3次前列腺特异性抗原检查报告单或影像学检查报告单。	1.转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌(mSPC)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。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
42	达罗他胺片	二类	300mg*120片	每月限支付1盒	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	适用于治疗有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌（NM-CRPC）成年患者。
43	注射用 维迪西妥单抗	二类	60mg*1支	每2周限支付3支	1.病理组织学报告单；2.免疫组化报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检测报告单；3.既往接受过2种或以上系统化疗的医瞩或其他使用证据；4.证实为局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的相关检查报告单或诊断证明。	本品适用于至少接受过2个系统化疗的HER2过表达局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的患者，HER2过表达定义为HER2免疫组织化学检查结果为2+或3+。该适应症是基于一项HER2过表达的局部晚期或转移性胃癌患者（包括胃食管结合部腺癌）的II期单臂临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全获批将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品在该人群中的临床获益。
44	氨吡啶缓释片	二类	10mg*28片 10mg*56片	每4周限支付2盒 每4周限支付1盒	1.相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告；2.步行障碍EDSS评分在4-7分之间。	本品用于改善多发性硬化合并步行障碍（EDSS评分4-7分）的成年患者的步行能力。
45	阿加糖酶α注射液	二类	3.5mg (3.5ml)*1瓶	每2周限支付4瓶	需提供以下其中一项：α-半乳糖苷酶活性检测报告单、GLA基因检测报告单、血浆lyso-Gb3检测报告单或病理组织学报告单。	本品用于确诊为法布雷病（α-半乳糖苷酶A缺乏症）患者的长期酶替代治疗。本品适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在0-6岁儿童中的安全性和有效性。
46	甘露特钠胶囊	二类	150mg*42粒	每4周限支付4盒	1.认知测评报告单（简易智能精神状态检查量表（MMSE）或蒙特利尔认知评估量表（MoCA））；2.影像学检查：磁共振海马成像（冠状位）报告单；3.阿尔茨海默病生物标志物检查报告单；4.排除其他常见的老年期神经与精神障碍。	用于轻度至中度阿尔茨海默病，改善患者认知功能。
47	注射用 利培酮微球（II）	二类	25mg*1支 37.5mg*1支 50mg*1支	每2周限支付1支	具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构出具的诊断证明或严重精神障碍管理治疗工作室（严重精神障碍患者管理项目办）出具的在管证明。	用于治疗急性期和慢性精神分裂症以及其它各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。可减轻与精神分裂症有关的情感症状。
48	环硅酸钠散	二类	10g*1袋 5g*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 维持阶段：每30天限支付30袋	1周内血钾检查报告单及心电图检查报告单。	本品适用于治疗成人高钾血症。使用限制：因起效迟缓，本品不应该用于危及生命的高钾血症的紧急治疗。
49	氯米唑酸软胶囊	二类	61mg*30粒	每月限支付1盒	1.病理学检查报告单和前体蛋白鉴定或磷酸基示踪剂的核素检查报告单；2.基因检测报告单。	本品适用于治疗成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病（ATTR-CM），以减少心血管死亡及心血管相关住院。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
50	注射用泰它西普	二类	80mg*1支	每周限支付2支	1. 临床症状及影像学检查报告和实验室检查确诊资料；2. SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ；3. 免疫学检查：ANA阳性或抗DNA抗体增高或抗Sm抗体阳性。	本品与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。该适应症是基于一项接受常规治疗仍具有高疾病活动的系统性红斑狼疮成年患者的II期临床试验结果给予的附条件批准。本适应症的完全获批将取决于确证性随机对照临床试验能否证实本品在该患者人群的临床获益。
51	乌司奴单抗注射液	二类	45mg/0.5ml*1支	斑块状银屑病（体重 $\leq 100\text{kg}$ ）： 首次及第4周末各限支付1支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支。	斑块状银屑病：1. 确诊为斑块状银屑病的诊疗依据；2. 既往接受过系统性治疗且不应答、有禁忌或无法耐受的医瞩或其他证据。 克罗恩病：1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗的医瞩或其他使用证据；3. 传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	1. 斑块状银屑病：本品适用于对环孢素、甲氨蝶呤（MTX）或PUVA（补骨脂素和紫外线A）等其他系统性治疗不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者。2. 克罗恩病：本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。
			90mg/1.0ml*1支	斑块状银屑病（体重 $> 100\text{kg}$ ）： 首次及第4周末各限支付1支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支。 克罗恩病： 第8周末限支付1支，以后每8周限支付1支或每12周限支付1支。		
52	乌司奴单抗注射液 (静脉输注)	二类	130mg/26ml*1支	诱导用药： 体重 $\leq 55\text{kg}$ ，限支付2支； 体重 $> 55\text{kg}$ 至 $\leq 85\text{kg}$ ，限支付3支； 体重 $> 85\text{kg}$ ，限支付4支。	1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗的医瞩或其他使用证据；3. 传统治疗或肿瘤坏死因子 α 拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。
53	依奇珠单抗注射液	二类	80mg/ml*1支	首次限支付2支，后续每2周限支付1支，共支付8支。 维持剂量：每4周限支付1支。	确诊为中度至重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。	本品用于治疗适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者。
54	芍麻止痉颗粒	二类	2.5g*1袋	5-12岁： 每4周限支付168袋，限支付8周。 13-18岁： 每4周限支付252袋，限支付8周。	1. 头部核磁共振检查报告单；2. 脑电图检查报告单；3. Tourette综合征（抽动-秽语综合征）的相关临床表现证据。	
55	桑枝总生物碱片	二类	50mg*24片	起始剂量：前4周限支付4盒。 维持剂量： 第5-24周，每4周限支付7盒，限支付35盒。	确诊为2型糖尿病的的证据。	

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
56	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	25mg*14片 25mg*28片	每4周限支付6盒 每4周限支付3盒	1. 血小板计数检查报告单；2. 脾脏超声检查报告单； 3. 既往使用过糖皮质激素、免疫球蛋白等药物治疗的 医嘱或其他使用证据；4. 排除其他继发性血小板减少 症的相关证据。	本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不 佳的成人和12岁及以上儿童慢性免疫性（特发性）血小板 减少症（ITP）患者，使血小板计数升高并减少或防止出 血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增 加的ITP患者。
57	米环唑溴铵鼻 喷雾剂	三类	5ml:5mg*1瓶 10ml:10mg*1瓶	每4周限支付4盒 每年限支付4盒 每4周限支付2盒 每年限支付2盒	1. 1周内包含变应性鼻炎相关临床症状与体征的病历 （如喷嚏、清水样涕、鼻塞、鼻痒等；鼻粘膜苍白、 水肿、鼻腔水样分泌物等）；2. 1周内免疫球蛋白IgE 检查报告单；3. 鼻内镜检查或鼻粘膜激发试验报告单 或皮肤点刺试验阳性结果报告单。	本品适用于改善变应性鼻炎引起的流涕、鼻塞、鼻痒和喷 嚏症状。
58	马来酸 阿伐曲泊帕片	三类	20mg*10片 20mg*15片	每次限支付1盒	1. 既往确诊慢性肝病证据；2. 确诊择期手术或诊断性 操作的检查申请单；3. 2周内血常规检查报告单。	限择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病相关血小板减少 症的成年患者。
59	奥妥珠单抗注射液	三类	1000mg (40ml)*1瓶	1. 与来达莫司汀联合方案 (4周为1个周期)； 第1个周期，限支付3瓶； 第2-6个周期，每个周期限支付1瓶； 共支付8瓶。 2. 与CHOP联合方案或与CVP联合方案 (3周为1个周期)； 第1个周期，限支付3瓶； 第2-8个周期，每个周期限支付1瓶； 共支付10瓶。 3. 维持治疗：每2个月限支付1瓶，共 支付12瓶。	1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细 胞学检查报告单；2. 肿瘤分期证据或部分缓解证据； 3. 与化疗联合使用需提供相关医嘱或其他使用证据； 4. 单药维持治疗时，需提供本品与化疗联合使用达到 完全或部分缓解证据。	本品与化疗联合，用于初治的II期伴有巨大肿块、III期 或IV期滤泡性淋巴瘤成人患者，达到至少部分缓解的患者 随后用奥妥珠单抗维持治疗。
60	诺西那生钠注射液	三类	5ml:12mg*1支	负荷剂量： 第0、14、28、63天各限支付1支。 维持剂量：每4个月限支付1支。	1. 家族史符合常染色体隐性遗传方式证据；2. 心肌酶 谱检查报告单；3. 心电图检查报告单；4. SMN基因检测 报告单或肌活检检查报告单。	本品用于治疗5q脊髓性肌萎缩症。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
61	注射用 盐酸兰地洛尔	三类	50mg*1支	每次限支付1支	1. 24小时内心电图报告单；2. 需纠正快速心律失常的相关证据。	1. 手术过程中发生的下列快速性心律失常的紧急治疗：心房颤动、心房扑动、窦性心动过速。2. 手术后循环系统状态监护时发生的快速性心律失常的紧急治疗：心房颤动、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：心房颤动、心房扑动。
62	海博麦布片	三类	10mg*14片	每4周限支付2盒	1. 高胆固醇血症的确证证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。	本品作为饮食控制以外的辅助治疗，可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂（他汀类）联合用于治疗原发性（杂合子家族性或非家族性）高胆固醇血症，可降低总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、载脂蛋白B（Apo B）水平。
			20mg*14片	每4周限支付2盒		
			10mg*20片	每40天限支付2盒		
63	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1支	1. 动脉粥样硬化性心血管疾病： 每2周限支付1支或每月限支付3支。 2. 原发性高胆固醇血症或 混合型血脂异常： 每2周限支付1支或每月限支付3支。 3. 纯合子型家族性高胆固醇血症： 每月限支付3支。	动脉粥样硬化性心血管疾病事件预防：确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据。 原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常：1. 高胆固醇血症的确证证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。 纯合子型家族性高胆固醇血症：1. 高胆固醇血症的确证证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。	1. 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风险的成人患者中，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、或者与其他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。3. 纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或12岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗法和其他降低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）治疗（例如他汀类药物、依折麦布、LDL分离术）合用，用于患有纯合子型家族性高胆固醇血症（HoFH）且需要进一步降低LDL-C的患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
64	阿利西尤单抗注射液	三类	75mg/1ml*1支	每2周限支付1支	动脉粥样硬化性心血管疾病事件预防：确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病证据。 原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常：1. 高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2. 基因检测报告单。	1. 心血管事件预防：在确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。2. 原发性高胆固醇血症（包括杂合子型家族性胆固醇血症）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（杂合子型家族性胆固醇血症）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。
			150mg/1ml*1支			
65	克霉唑阴道膨胀栓	三类	0.15g*2粒 0.15g*4粒 0.15g*10粒	每次限支付1周共7粒	4周内阴道分泌物检查报告单或阴道分泌物真菌培养报告单。	用于念珠菌性外阴阴道病。
66	环孢素滴眼液（II）	三类	0.4ml:0.2mg*1支	每月限支付60支 每人限支付3个月	1. 泪液分泌时间检查报告单；2. 泪膜破裂时间检查报告单；3. 角膜地形图检查报告单；4. 角膜荧光素染色检查报告单。	本品可促进于眼症患者的泪液分泌，适用于与角结膜干燥症相关的眼部炎症所导致的泪液生成减少的患者。
67	克立硼罗软膏	三类	30g*1支 60g*1支	每次限支付4支 每年限支付1次 每次限支付2支 每年限支付1次	确诊为轻中度特应性皮炎的证据，包括症状和实验室检查报告单。	适用于2岁及以上轻度至中度特应性皮炎患者的局部外用治疗。
68	化湿败毒颗粒	三类	5g*1袋	每次限支付24袋 每年限支付2周	1. 确诊为急性性呼吸道感染感染的证据；2. 脉案。	化湿解毒，宣肺泄热。用于湿毒侵袭肺所致的疫病，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。
69	宣肺败毒颗粒	三类	10g*1袋	每次限支付14袋 每年限支付28袋	1. 确诊为急性性呼吸道感染感染的证据；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，大便秘结，舌质暗红，苔黄腻或黄燥，脉滑数或弦滑。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
70	关黄母颗粒	三类	9g*1袋	每4周限支付90袋 每年限支付170袋	1. 确诊为女性更年期综合征的证据；2. 脉案。	补益肝肾，滋阴降火。用于女性更年期综合征(绝经前后诸证)中医辨证属肝肾阴虚证，症见烘热汗出，头晕，耳鸣，腰膝酸软或足跟痛，少寐多梦，急躁易怒等。
71	康替唑胺片	三类	400mg*20片	限支付10天共2盒	1. 1周内细菌培养和药敏试验报告单；2. 经验性治疗应提供相关治疗证据。	本品适用于治疗由对本品敏感的金黄色葡萄球菌（甲氧西林敏感和耐药的菌株）、化脓性链球菌或无乳链球菌引起的复杂性皮肤和软组织感染。 为减少细菌耐药药的发生，确保康替唑胺及其他抗菌药物的疗效，本品应仅用于治疗已确诊或高度怀疑由敏感菌引起的感染。本品不适用于治疗革兰阴性菌感染。如确诊或怀疑合并有革兰阴性菌感染，建议联合应用抗革兰阴性菌药物进行治疗。 在选择或调整抗菌药物治疗方案时，应考虑进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原体，确定其对本品的敏感性。如果没有这些试验的药敏数据做参考，则应根据当地细菌耐药性和抗菌药物敏感性等流行病学情况进行经验性治疗。在获得以上药敏结果之前可以先使用本品进行治疗，获得药敏结果后再选择进行针对性的病原治疗。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
72	苹果酸奈诺沙星 氯化钠注射液	三类	(250ml:苹果酸奈诺沙星0.5g和氯化钠2.25g)*1袋	每天限支付1袋 限支付2周共14袋	1.1周内细菌培养和药敏试验报告单; 2.经验性治疗应提供相关治疗证据。	为减少耐药菌的产生,保证奈诺沙星及其他抗菌药物的有效性,本品只用于治疗已证明或高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方案时,应考虑细菌培养和药敏试验的结果。如果没有这些试验的数据做参考,则应根据当地流行病学和病原菌敏感性进行经验性治疗。 在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌,确定其对本品的敏感性。在获得以上检验结果之前可以先使用本品进行治疗,得到检验结果之后再选择适当的治疗方法。 在此类中的其他药物相同,使用本品进行治疗时,在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗菌药物持续敏感,并在细菌出现耐药性后能够及时发 现。 本品可用于治疗对奈诺沙星呈现敏感的肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、副流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌以及肺炎支原体、肺炎衣原体和嗜肺军团菌所致的成人(≥ 18 岁)社区获得性肺炎。 在使用本品时可依据患者病情严重程度及耐受性选用注射剂或口服制剂,也可选用治疗初期予以注射剂静脉输注,病情趋缓解后继续以口服给药的序贯疗法。
73	注射用两性霉素B胆固醇硫酸酯复合物	三类	50mg*1支	每次限支付2周共42支	1.1周内真菌培养和药敏试验报告单; 2.不能使用有效剂量两性霉素B或已经接受过两性霉素B治疗无效的证 据或医嘱。	本品适用于患有深部真菌感染的患者;因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量的两性霉素B的患者,或已经接受过两性霉素B治疗无效的患者均可使用。

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

门诊特定药品（调整）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	艾乐巴韦格列拉瑞韦	口服常释剂型	（每片含艾乐巴韦50mg和格列拉瑞韦100mg）*28	每4周限支付1盒 每人限支付3盒	HCV RNA检测报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎（HCV）感染。
2	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	HCV RNA检测报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。
3	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	HCV RNA检测报告单。	本品适用于治疗成人12至18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。
4	罗沙司他	口服常释剂型	20mg*3 50mg*3	每月限1928元	4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	本品适用于慢性肾脏病（CKD）引起的贫血，包括透析及非透析患者。
5	信迪利单抗注射液	注射剂	10ml:100mg	每3周限支付2支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过二线系统化疗的医瞩或其他使用证据。</p> <p>非经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. EBER和ALK基因检测报告单；3. 证实为晚期或复发性非经典型淋巴瘤非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>鳞状非小细胞肺癌：1. 病理组织学报告单；2. 证实为不可手术切除的晚期或复发性鳞状非小细胞肺癌的病理学检查报告单；3. 联合吉西他滨和铂类化疗的医瞩或证据。</p> <p>肝细胞癌：1. 病理组织学报告单；2. 既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的医瞩；3. 联合贝伐珠单抗的医瞩或证据。</p>	<p>1. 本品适用于至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗。本适应症是基于在一线临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的有条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展的确定性随机对照临床试验验证安维迪和单抗治疗相对于标准治疗的显著临床获益。</p> <p>2. 信迪利单抗联合培美曲塞和铂类化疗，用于未经系统治疗的表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阳性和向变异性淋巴瘤淋巴瘤的晚期或复发性非经典型霍奇金淋巴瘤的治疗。</p> <p>3. 信迪利单抗联合吉西他滨和铂类化疗，用于不可手术切除的晚期或复发性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。</p> <p>4. 信迪利单抗联合贝伐珠单抗，用于既往接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗。</p>

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
6	替雷利珠单抗	注射剂	10ml:100mg	每3周限支付2支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤：1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医瞩或复发、难治的证据。</p> <p>原发灶：1.病理学检查报告；2. PD-L1 高表达的免疫组化报告；3. 含铂化疗失败后新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。</p> <p>鳞状非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的病理检查报告单；3. 联合紫杉醇和铂的医瞩或证据。</p> <p>非鳞状非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2. EGFR 和 ALK 基因检测报告单；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病理检查报告单。</p> <p>肝癌：1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医瞩或证据。</p>	<p>1. 经典型霍奇金淋巴瘤：本品适用于至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症对于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。2. 原发灶：本品适用于 PD-L1 高表达的含铂化疗失败后新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症对于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。3. 非小细胞肺癌：本品联合紫杉醇和卡铂用于不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。本品联合培美曲塞和铂类化疗用于表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。4. 肝癌：本品适用于至少经过一种全身治疗的肝细胞癌（HCC）的治疗。本适应症是基于一项 II 期临床试验的客观缓解率和总生存期结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。</p>
7	特瑞普利单抗	注射剂	80mg/2ml 240mg/6ml	<p>每4周限支付6支</p> <p>每4周限支付2支</p>	<p>黑色素瘤：1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医瞩；3. 证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。</p> <p>鼻咽癌：1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3. 既往接受过二线及以上系统治疗失败导致复发/转移性鼻咽癌的相关检查报告单。</p> <p>尿路上皮癌：1.病理学检查报告单；2. 含铂化疗失败后新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。</p>	<p>1. 本品适用于既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。* 2. 本品适用于既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗。* 3. 本品适用于含铂化疗失败后新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。* *以上适应症在中国是基于单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性临床试验能否证实中围患者的长期临床获益。</p>
8	安罗替尼	口服常释剂型	12mg*7 10mg*7	<p>每3周限支付2盒</p>	<p>非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往至少接受过2种系统化疗的医瞩；3. 疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化疗的医瞩；3. 疾病进展或复发的非小细胞肺癌相关检查报告单。</p> <p>软组织肉瘤：1.病理组织学报告单；2. 腹腔镜软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以外的其他病理亚型需提供既往接受过恶变类化疗方案的医瞩或疾病进展或复发相关检查报告单。</p> <p>甲状腺癌：1.病理组织学报告单；2.既往放射性碘治疗的医瞩或甲状腺同位素扫描报告单；3. 甲状腺彩超或CT检查报告单；4. 疾病进展和不可切除的局部晚期或转移性甲状腺癌的证据。</p>	<p>1. 用于既往至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者的治疗。对于存在表皮生长因子受体（EGFR）基因突变或间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的靶向药物靶向治疗。* 2. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者以及既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的软组织肉瘤患者。* 3. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者以及既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 4. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 5. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 6. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 7. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 8. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 9. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 10. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 11. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 12. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 13. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 14. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 15. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 16. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 17. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 18. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 19. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 20. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 21. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 22. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 23. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 24. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 25. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 26. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 27. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 28. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 29. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 30. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 31. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 32. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 33. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 34. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 35. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 36. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 37. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 38. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 39. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 40. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 41. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 42. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 43. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 44. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 45. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 46. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 47. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 48. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 49. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 50. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 51. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 52. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 53. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 54. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 55. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 56. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 57. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 58. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 59. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 60. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 61. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 62. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 63. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 64. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 65. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 66. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 67. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 68. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 69. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 70. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 71. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 72. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 73. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 74. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 75. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 76. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 77. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 78. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 79. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 80. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 81. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 82. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 83. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 84. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 85. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 86. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 87. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 88. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 89. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 90. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 91. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 92. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 93. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 94. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 95. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 96. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 97. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 98. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 99. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现进展或复发的非小细胞肺癌患者。* 100. 本品适用于既往接受过2种系统化疗后出现</p>

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
10	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瞩或其他使用证据。 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瞩或其他使用证据。 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瞩或其他使用证据。 华氏巨球蛋白血症：1.病情诊断证明书；2.血清蛋白电泳；3.骨髓细胞检查报告；4.既往使用过一种治疗方法的医瞩或其他使用证据。	1.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者；2.既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者；分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果附条件批准上述适应症。完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。3.既往至少接受过一种治疗的成人华氏巨球蛋白血症（WM）患者；基于一项单臂临床试验的主要缓解率结果附条件批准上述适应症。完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。
11	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瞩或其他使用证据；3.使用铂类化疗药物获得临床证实缓解的证据；4.晚期确诊证据或停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。	1.本品适用于晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。2.本品适用于铂敏感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。
12	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。 头颈部鳞状细胞癌：1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为复发和/或转移性疾病的检查报告单；4.联合铂类和氟尿嘧啶化疗的医瞩或证据。	1.本品用于治疗RAS基因野生型的转移性结直肠癌；与FOLFOX或FOLFIRI方案联合用于一线治疗；与伊立替康联合用于经含伊立替康治疗失败后的患者。 2.本品用于治疗头颈部鳞状细胞癌；与铂类和氟尿嘧啶化疗联合用于一线治疗复发和/或转移性疾病。
13	阿帕替尼	口服常释剂型	250mg*30 250mg*10 375mg*10	每月限支付3盒 每月限支付9盒 每月限支付5盒	胃癌或胃-食管结合部腺癌：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种或以上系统化疗的医瞩；3.证实为进展或复发的晚期胃癌的相关检查报告单或诊断证明。 肝癌：1.病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。（2）肝超声CT或MRI报告单。（3）至少2次AFP检测报告单，且间隔至少2个月；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝癌的医瞩或相关证据。	1.本品单药用于既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃癌或胃-食管结合部腺癌患者。患者接受治疗时应一般状况良好。2.本品单药用于既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝癌患者。

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
			425mg*14	每月限支付5盒		
14	埃克替尼	口服常释剂型	125mg*21	每4周限支付4盒	<p>一线治疗：病理组织学报告单、EGFR基因检测报告单。</p> <p>二线治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往接受过一个化疗方案（含铂类）失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。2. 本品单药适用于治疗既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）。既往治疗主要是以铂类为基础的联合化疗。3. 本品单药适用于T1-T11a期伴有表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变非小细胞肺癌（NSCLC）术后辅助治疗。4. 不推荐本品用于EGFR野生型非小细胞肺癌患者。</p>	1. 本品单药适用于治疗表皮生长因子受体（EGFR）基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。2. 本品单药适用于治疗既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）。既往治疗主要是以铂类为基础的联合化疗。3. 本品单药适用于T1-T11a期伴有表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变非小细胞肺癌（NSCLC）术后辅助治疗。4. 不推荐本品用于EGFR野生型非小细胞肺癌患者。
15	贝利尤单抗	注射剂	120mg 400mg	<p>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）。</p> <p>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）。</p>	<p>1. 临床症状及影像学检查报告单和实验室检查确诊资料；</p> <p>2. SELENA-SLEDAI评分≥ 8；3. 免疫学检查：ANA阳性或抗DNA抗体增高或抗Ssa抗体阳性。</p>	本品与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗dsDNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分 ≥ 8 ）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）5岁及以上患者。
16	度普利尤单抗	注射剂	300mg 200mg	首次2支 后续每4周限支付2支	<p>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、耐受或不耐受的证据；</p> <p>3. 16周后评估无效的患者停止使用。</p>	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。
17	戈舍瑞林	缓释植入剂	3.6mg 10.8 mg 3.6mg 3.6mg	<p>每4周限支付1支</p> <p>每12周限支付1支</p> <p>每4周限支付1支</p> <p>每4周限支付1支 每人限支付6支</p>	<p>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。</p> <p>乳腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 性激素检查报告单。</p> <p>子宫内腺肌瘤症：半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。</p>	
18	舒尼替尼	口服常释剂型	12.5mg*28 12.5mg*14 12.5mg*28 12.5mg*14	<p>每6周限支付4盒</p> <p>每6周限支付8盒</p> <p>每4周限支付3盒</p> <p>每4周限支付6盒</p>	<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>胃肠道间质瘤：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瞩或其他使用证据；4. 伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。</p> <p>胰腺神经内分泌肿瘤：1. 病理组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单。</p>	<p>限1. 不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠道间质瘤（GIST）；3. 不可切除的、转移性高分化进展期胰腺神经内分泌肿瘤（pNET）成人患者。</p>

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
19	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次前列腺特异性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。
			40mg*28	每4周限支付4盒		
20	维A酸	口服常释剂型	20mg*10	每月限支付3盒	1.骨髓检查报告单; 2.初诊提供特异性染色体检查报告单和PML/RARa融合基因检查报告单; 3.继续治疗提供特异性染色体检查报告单或PML/RARa融合基因检查报告单; 4.限支付维A酸和复方黄黛片费用。	
21	吉非替尼	口服常释剂型	250mg*10	每月限支付3盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。
			250mg*30	每月限支付1盒		
22	吡非尼酮	口服常释剂型	200mg*63	每4周限支付4盒	肺CT检查报告单。	限特发性肺纤维化。
			100mg*54	每月限支付10盒		
23	利鲁唑	口服常释剂型	50mg*24	每60天限支付5盒	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	
			50mg*56	每4周限支付1盒		

附件3

调出门诊特定药品名单

序号	药品名称	备注
1	沙库巴曲缬沙坦钠片	1. 以沙库巴曲缬沙坦计50mg、100mg、200mg：用于射血分数降低的慢性心力衰竭（NYHA II-IV级，LVEF ≤40%）成人患者，降低心血管死亡和心力衰竭住院的风险。沙库巴曲缬沙坦钠片可代替血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素II受体拮抗剂（ARB），与其他心力衰竭治疗药物合用。 2. 以沙库巴曲缬沙坦计100mg、200mg：用于治疗原发性高血压。