

附件 2

单行支付管理的药品名单（共 124 个）

| 序号 | 药品名称      | 剂型 | 医保支付标准                                                                  | 限定支付范围                                                                         | 有效期                                 | 备注    |
|----|-----------|----|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 1  | 艾诺韦林片     |    | 8.58 元（75mg/片）                                                          | 本品适用于与核苷类抗逆转录病毒药物联合使用，治疗成人 HIV-1 感染初治患者。                                       | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 2  | 拉米夫定多替拉韦片 |    | *                                                                       | 作为完整治疗方案用于无抗逆转录病毒治疗史，且对本品任一成分无已知耐药相关突变的 1 型人类免疫缺陷病毒（HIV-1）感染成人患者。              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 3  | 比克恩丙诺片    |    | *                                                                       | 本品适用于作为完整方案治疗人类免疫缺陷病毒 1 型（HIV-1）感染的成人，且患者目前和既往无对整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦产生病毒耐药性的证据。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 4  | 索磷维伏片     |    | *                                                                       | 本品适用于治疗既往接受过含直接抗病毒药物（DAA）方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化（Child-Pugh A）的成人慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 5  | 达诺瑞韦钠片    |    | 8.3 元（100mg/片）（协议有效期内，谈判企业负责向购买达诺瑞韦钠片的患者免费提供同疗程和相应剂量的利托那韦和利巴韦林，详见说明书）   | 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）。                    | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 6  | 盐酸拉维达韦片   |    | 51.12 元（0.2g/片）（协议有效期内，谈判企业负责向购买盐酸拉维达韦片的患者免费提供同疗程和相应剂量的利托那韦和利巴韦林，详见说明书） | 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。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 7  | 磷酸依米他韦胶囊  |    | *                                                                       | 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。                     | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 8  | 人凝血因子 IX  |    | *                                                                       | 用于凝血因子 IX 缺乏症（B 型血友病）患者的出血治疗。                                                  | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |

| 序号 | 药品名称      | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                      | 有效期                   | 备注    |
|----|-----------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------|
| 9  | 醋酸艾替班特注射液 |    | *      | 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。                                                                                                                                                                                                                         | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 10 | 海曲泊帕乙醇胺片  |    | *      | 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。<br>2. 本品适用于对免疫抑制治疗（IST）疗效不佳的重型再生障碍性贫血（SAA）成人患者。基于一项II期单臂试验的结果附条件批准本适应症。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性临床试验的结果。                                                  | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 11 | 甲苯磺酸多纳非尼片 |    | *      | 本品用于既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。                                                                                                                                                                                                                               | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 12 | 盐酸恩沙替尼胶囊  |    | *      | 适用于此前接受过克唑替尼治疗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。                                                                                                                                                                                     | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 13 | 甲磺酸伏美替尼片  |    | *      | 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证性随机对照试验证实本品的临床获益。 | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 14 | 达可替尼片     |    | *      | 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。                                                                                                                                                                                  | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |
| 15 | 奥布替尼片     |    | *      | 本品适用于治疗：1. 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者。2. 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者。上述适应症分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本品的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。                                                                                                    | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 新谈判准入 |

| 序号 | 药品名称       | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                            | 有效期                                 | 备注    |
|----|------------|----|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 16 | 奥妥珠单抗注射液   |    | *      | 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。                                                                                                                           | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 17 | 氟唑帕利胶囊     |    | *      | 1. 用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系 BRCA 突变（gBRCAm）的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。2. 用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 18 | 帕米帕利胶囊     |    | *      | 用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系 BRCA（gBRCA）突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 113 例既往经过二线及以上化疗的伴有 gBRCA 突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者中开展的开放性、多中心、单臂、II 期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性试验证实本品在该人群的临床获益。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 19 | 阿贝西利片      |    | *      | 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。                                                                                | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 20 | 甲磺酸艾立布林注射液 |    | *      | 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。                                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 21 | 马来酸奈拉替尼片   |    | *      | 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。                                                                                                                                         | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 22 | 索凡替尼胶囊     |    | *      | 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。                                                                                                                                       | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 23 | 达雷妥尤单抗注射液  |    | *      | 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。                                                                   | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |

| 序号 | 药品名称        | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                     | 有效期                                 | 备注    |
|----|-------------|----|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| 24 | 泊马度胺胶囊      |    | *      | 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。                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 25 | 阿帕他胺片       |    | *      | 1. 转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者。<br>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。                                                                                                                                   | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 26 | 达罗他胺片       |    | *      | 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。                                                                                                                                                                   | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 27 | 注射用维迪西妥单抗   |    | *      | 本品适用于至少接受过 2 个系统化疗的 HER2 过表达局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的患者，HER2 过表达定义为 HER2 免疫组织化学检查结果为 2+或 3+。该适应症是基于一项 HER2 过表达的局部晚期或转移性胃癌患者（包括胃食管结合部腺癌）的 II 期单臂临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全获批将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品在该人群的临床获益。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 28 | 诺西那生钠注射液    |    | *      | 本品用于治疗 5q 脊髓性肌萎缩症。                                                                                                                                                                                         | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 29 | 氨吡啶缓释片      |    | *      | 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。                                                                                                                                                                | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 30 | 阿加糖酶α注射用浓溶液 |    | *      | 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。                                                                                                                              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 31 | 氯苯唑酸软胶囊     |    | *      | 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脏病（ATTR-CM），以减少心血管死亡及心血管相关住院。                                                                                                                                                 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |
| 32 | 注射用泰它西普     |    | *      | 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。      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入 |

| 序号 | 药品名称            | 剂型 | 医保支付标准                                                    | 限定支付范围                                                                                                                                                                | 有效期                                 | 备注      |
|----|-----------------|----|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------|
| 33 | 乌司奴单抗注射液        |    | *                                                         | 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 $\alpha$ （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。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入   |
| 34 | 乌司奴单抗注射液（静脉输注）  |    | *                                                         | 本品适用于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。                                                                                           | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入   |
| 35 | 依奇珠单抗注射液        |    | *                                                         | 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。                                                                                                                                      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 新谈判准入   |
| 36 | 注射用维得利珠单抗       |    | *                                                         | 限中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。                                                                                                                               | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 37 | 马来酸阿伐曲泊帕片       |    | *                                                         | 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。                                                                                                                                      | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 38 | 度普利尤单抗注射液       |    | *                                                         | 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。                                                                                                                                  | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 39 | 醋酸兰瑞肽缓释注射液（预充式） |    | *                                                         | 限肢端肥大症，按说明书用药。                                                                                                                                                        | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 40 | 盐酸可洛派韦胶囊        |    | 119.5 元（60mg/粒）（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） | 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。                                                                                                                                   | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 41 | 奈韦拉平齐多拉米双夫定片    |    | 12.1 元（每片含奈韦拉平 0.2g，齐多夫定 0.3g 和拉米夫定 0.15g）                | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                             | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 42 | 注射用艾博韦泰         |    | 532 元（160mg/支）                                            | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                             | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |
| 43 | 注射用伊尼妥单抗        |    | *                                                         | 限 HER2 阳性的转移性乳腺癌：与长春瑞滨联合治疗已接受过 1 个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。                                                                                                                   | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付药品 |

| 序号 | 药品名称      | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 有效期                   | 备注      |
|----|-----------|----|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------|
| 44 | 替雷利珠单抗注射液 |    | *      | 1. 经典型霍奇金淋巴瘤：本品适用于至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。2. 尿路上皮癌：本品适用于PD-L1高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。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. 肝细胞癌：本品适用于至少经过一种全身治疗的肝细胞癌（HCC）的治疗。本适应症是基于一项II期临床试验的客观缓解率和总生存期结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。 | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 原单行支付药品 |
| 45 | 特瑞普利单抗注射液 |    | *      | 1. 本品适用于既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。* 2. 本品适用于既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗。* 3. 本品适用于含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。*<br>*以上适应症在中国是基于单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性临床试验能否证实中国患者的长期临床获益。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 2022年1月1日至2023年12月31日 | 原单行支付药品 |
| 46 | 注射用卡瑞利珠单抗 |    | *      | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2021年3月1日至2022年12月31日 | 原单行支付药品 |

| 序号 | 药品名称       | 剂型 | 医保支付标准                           | 限定支付范围                                                                                                                                                          | 有效期                                 | 备注          |
|----|------------|----|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
|    |            |    |                                  | 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。                                                              |                                     |             |
| 47 | 甲磺酸氟马替尼片   |    | 65 元（0.2g/片）;<br>38.24 元（0.1g/片） | 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。                                                                                                                               | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 48 | 甲磺酸阿美替尼片   |    | 176 元（55mg/片）                    | 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。                                                                      | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 49 | 曲美替尼片      |    | *                                | 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。 | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 50 | 甲磺酸达拉非尼胶囊  |    | *                                | 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。       | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 51 | 甲磺酸仑伐替尼胶囊  |    | *                                | 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。                                                                                                                                      | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 52 | 恩扎卢胺软胶囊    |    | *                                | 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。                                                                                                      | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 53 | 甲苯磺酸尼拉帕利胶囊 |    | *                                | 1. 本品适用于晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。2. 本品适用于铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。                                           | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 54 | 地舒单抗注射液    |    | *                                | 限绝经后妇女的重度骨质疏松; 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。                                                                                                                   | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号 | 药品名称       | 剂型 | 医保支付标准                                                                          | 限定支付范围                                                                                                                      | 有效期                                 | 备注          |
|----|------------|----|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 55 | 西尼莫德片      |    | *                                                                               | 限成人复发型多发性硬化的患者。                                                                                                             | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 56 | 盐酸芬戈莫德胶囊   |    | *                                                                               | 限 10 岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。                                                                                                | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 57 | 巴瑞替尼片      |    | *                                                                               | 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。                                                                 | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 58 | 注射用贝利尤单抗   |    | *                                                                               | 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。                      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 59 | 依那西普注射液    |    | *                                                                               | 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。      | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 60 | 司库奇尤单抗注射液  |    | *                                                                               | 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病者，需按说明书用药。 | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 61 | 乙磺酸尼达尼布软胶囊 |    | *                                                                               | 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。                                                                                    | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 62 | 氘丁苯那嗪片     |    | *                                                                               | 限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。                                                                                                     | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 63 | 依达拉奉氯化钠注射液 |    | 113.6 元（100ml：依达拉奉 30mg 与氯化钠 855mg/瓶）；<br>113.6 元（100ml：依达拉奉 30mg 与氯化钠 855mg/袋） | 限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。                                                                                                           | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 64 | 注射用醋酸奥曲肽微球 |    | *                                                                               | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。                                                                                                     | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号 | 药品名称     | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 有效期                                 | 备注          |
|----|----------|----|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 65 | 西妥昔单抗注射液 |    | *      | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 66 | 甲磺酸奥希替尼片 |    | *      | 限表皮生长因子受体（EGFR）外显子 19 缺失或外显子 21（L858R）置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者的一线治疗；既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 67 | 盐酸安罗替尼胶囊 |    | *      | 1. 用于既往至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者的治疗。对于存在表皮生长因子受体（EGFR）基因突变或间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、且至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发。2. 用于腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者的治疗。3. 用于既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 119 例既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的 II 期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性试验证实本品在该人群的临床获益。4. 用于具有临床症状或明确疾病进展的、不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 91 例晚期甲状腺髓样癌的 IIB 期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性试验证实本品在该人群的临床获益。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 68 | 克唑替尼胶囊   |    | *      | 限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者或 ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 69 | 塞瑞替尼胶囊   |    | *      | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号 | 药品名称      | 剂型 | 医保支付标准                                            | 限定支付范围                                                                                                                             | 有效期                                 | 备注          |
|----|-----------|----|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 70 | 培唑帕尼片     |    | 160 元（200mg/片）；<br>272 元（400mg/片）                 | 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。                                                                                              | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 71 | 阿昔替尼片     |    | *                                                 | 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。                                                                                       | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 72 | 瑞戈非尼片     |    | *                                                 | 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。                                                                                          | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 73 | 尼洛替尼胶囊    |    | *                                                 | 1. 用于治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期成人患者及 2 岁以上的儿童患者；2. 用于对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期或加速期成人患者以及慢性期 2 岁以上的儿童患者。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 74 | 伊布替尼胶囊    |    | *                                                 | 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。                                     | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 75 | 维莫非尼片     |    | *                                                 | 治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。                                                                                   | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 76 | 枸橼酸伊沙佐米胶囊 |    | *                                                 | 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。                                                | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 77 | 培门冬酶注射液   |    | 1477.7 元（2ml: 1500IU/支）；<br>2980 元（5ml: 3750IU/支） | 儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。                                                                                                                | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 78 | 奥拉帕利片     |    | *                                                 | 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。                 | 2021 年 3 月 1 日至<br>2022 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 79 | 麦格司他胶囊    |    | *                                                 | 限 C 型尼曼匹克病患者。                                                                                                                      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 80 | 司来帕格片     |    | *                                                 | 限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。                                                                                         | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号 | 药品名称            | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                 | 有效期                                 | 备注          |
|----|-----------------|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 81 | 注射用重组人凝血因子 VIIa |    | *      | 用于下列患者群体出血的治疗，以及外科手术或有创操作出血的防治：<br>1. 凝血因子 VIII 或 IX 的抑制物>5 个 Bethesda 单位（BU）的先天性血友病患者；预计对注射凝血因子 VIII 或凝血因子 IX，具有高记忆应答的先天性血友病患者；2. 获得性血友病患者；3. 先天性凝血因子 VII（FVII）缺乏症患者；4. 具有血小板膜糖蛋白 IIb - IIIa（GPIIb - IIIa）和/或人白细胞抗原（HLA）抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 82 | 波生坦片            |    | *      | 限 WHO 功能分级 II 级-IV 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。                                                                                                                                                                                                              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 83 | 波生坦分散片          |    | *      | 限 3-12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者。                                                                                                                                                                                                                                | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 84 | 利奥西呱片           |    | *      | 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。                                                                                                                                 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 85 | 马昔腾坦片           |    | *      | 限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。                                                                                                                                                                                                             | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 86 | 泊沙康唑口服混悬液       |    | *      | 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。                                                                                                                                                            | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 87 | 富马酸贝达喹啉片        |    | *      | 限耐多药结核患者。                                                                                                                                                                                                                                              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 88 | 德拉马尼片           |    | *      | 限耐多药结核患者。                                                                                                                                                                                                                                              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 89 | 艾尔巴韦格拉瑞韦片       |    | *      | 本品用于治疗成人慢性丙型肝炎（CHC）感染。                                                                                                                                                                                                                                 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 90 | 来迪派韦索磷布韦片       |    | *      | 本品适用于治疗成人和 12 至<18 岁青少年的慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。                                                                                                                                                                                                               | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号 | 药品名称      | 剂型 | 医保支付标准         | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 有效期                                 | 备注          |
|----|-----------|----|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 91 | 索磷布韦维帕他韦片 |    | *              | 本品用于治疗成人慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 92 | 艾考恩丙替片    |    | *              | 适用于治疗人类免疫缺陷病毒-1（HIV-1）感染的且无任何与整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦耐药性相关的已知突变的成人和青少年（年龄 12 岁及以上且体重至少为 35kg）。                                                                                                                                                                                                                                      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 93 | 尼妥珠单抗注射液  |    | 1435 元（50mg/瓶） | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 94 | 帕妥珠单抗注射液  |    | *              | 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。                                                                                                                                                                                                                                         | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 95 | 信迪利单抗注射液  |    | *              | 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类型霍奇金淋巴瘤的治疗。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的有条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实信迪利单抗治疗相对于标准治疗的显著临床获益。2. 信迪利单抗联合培美曲塞和铂类化疗，用于未经系统治疗的表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的晚期或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌的治疗。3. 信迪利单抗联合吉西他滨和铂类化疗，用于不可手术切除的晚期或复发性鳞状细胞非小细胞肺癌的一线治疗。4. 信迪利单抗联合贝伐珠单抗，用于既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 96 | 盐酸阿来替尼胶囊  |    | *              | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 97 | 甲磺酸阿帕替尼片  |    | *              | 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细胞癌患者。                                                                                                                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 98 | 呋喹替尼胶囊    |    | *              | 限转移性结直肠癌患者的三线治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号  | 药品名称          | 剂型 | 医保支付标准            | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                     | 有效期                                 | 备注          |
|-----|---------------|----|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 99  | 马来酸吡咯替尼片      |    | *                 | 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。                                                                                                                                                                                      | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 100 | 磷酸芦可替尼片       |    | *                 | 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。                                                                                                                                                | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 101 | 重组人血管内皮抑制素注射液 |    | 490 元（15mg/3ml/支） | 限晚期非小细胞肺癌患者。                                                                                                                                                                                                               | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 102 | 西达本胺片         |    | 343 元（5mg/片）      | 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。                                                                                                                                                                                 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 103 | 硫培非格司亭注射液     |    | *                 | 限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。                                                                                                                                                                                                  | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 104 | 特立氟胺片         |    | *                 | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。                                                                                                                                                                                                           | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 105 | 依维莫司片         |    | *                 | 限以下情况方可支付：1. 接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者。2. 不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的（中度分化或高度分化）进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者。3. 无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。4. 不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤（TSC-AML）成人患者。5. 不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 106 | 注射用英夫利西单抗     |    | *                 | 限以下情况方可支付：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。               | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号  | 药品名称        | 剂型 | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                          | 有效期                                 | 备注          |
|-----|-------------|----|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
| 107 | 注射用奥马珠单抗    |    | *      | 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患者，并需 IgE（免疫球蛋白 E）介导确诊证据。                                                                                                                                                                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 108 | 地塞米松玻璃体内植入剂 |    | *      | 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。                                                                                     | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 109 | 康柏西普眼用注射液   |    | *      | 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。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 110 | 阿柏西普眼内注射溶液  |    | *      | 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。                        | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 111 | 雷珠单抗注射液     |    | *      | 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                                                         | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |

| 序号  | 药品名称       | 剂型             | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                              | 有效期                                 | 备注          |
|-----|------------|----------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------|
|     |            |                |        | 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。                                                                                                                                              |                                     |             |
| 112 | 泽布替尼胶<br>囊 |                | *      | 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。 | 2022 年 1 月 1 日至<br>2023 年 12 月 31 日 | 原单行支付<br>药品 |
| 113 | 雷替曲塞       | 注射<br>剂        |        | 限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。                                                                                                                                                                                                               |                                     | 原单行支付<br>药品 |
| 114 | 贝伐珠单抗      | 注射<br>剂        |        | 1. 转移性结直肠癌：贝伐珠单抗联合以氟嘧啶为基础的化疗适用于转移性结直肠癌患者的治疗；2. 晚期、转移性或复发性非小细胞肺癌：贝伐珠单抗联合以铂类为基础的化疗用于不可切除的晚期、转移性或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌患者的一线治疗；3. 复发性胶质母细胞瘤（rGBM）：贝伐珠单抗用于成人复发性胶质母细胞瘤患者的治疗。4. 肝细胞癌（HCC）：本品联合阿替利珠单抗治疗既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。                   |                                     | 原单行支付<br>药品 |
| 115 | 曲妥珠单抗      | 注射<br>剂        |        | 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。                                                                                                                                             |                                     | 原单行支付<br>药品 |
| 116 | 厄洛替尼       | 口服<br>常释<br>剂型 |        | 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。                                                                                                                                                                                                   |                                     | 原单行支付<br>药品 |
| 117 | 索拉非尼       | 口服<br>常释<br>剂型 |        | 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。                                                                                                                                                              |                                     | 原单行支付<br>药品 |

| 序号  | 药品名称  | 剂型     | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 有效期 | 备注      |
|-----|-------|--------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|
| 118 | 托法替布  | 口服常释剂型 |        | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     | 原单行支付药品 |
| 119 | 阿达木单抗 | 注射剂    |        | 1. 类风湿关节炎。本品与甲氨蝶呤合用，用于治疗：对改善病情抗风湿药（DMARDs），包括甲氨蝶呤疗效不佳的成年中重度活动性类风湿关节炎患者。本品与甲氨蝶呤联合用药，可以减缓患者关节损伤的进展（X 线显示），并且可以改善身体机能。2. 强直性脊柱炎。用于常规治疗效果不佳的成年重度活动性强直性脊柱炎患者。3. 银屑病。本品适用于需要进行系统治疗的成年中重度慢性斑块状银屑病患者。4. 克罗恩病。用于充足皮质类固醇和/或免疫抑制治疗应答不充分、不耐受或禁忌的中重度活动性克罗恩病成年患者。5. 葡萄膜炎。本品适用于治疗对糖皮质激素应答不充分、需要节制使用糖皮质激素、或不适合进行糖皮质激素治疗的成年非感染性中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎和全葡萄膜炎患者。6. 多关节型幼年特发性关节炎。本品与甲氨蝶呤合用，用于治疗对一种或多种改善病情抗风湿药（DMARDs）疗效不佳的 2 岁及 2 岁以上活动性多关节型幼年特发性关节炎患者。当患者无法耐受甲氨蝶呤治疗，或者连续使用甲氨蝶呤治疗效果不佳时，本品可作为单药治疗。本品尚未在此适应症的 2 岁以下患儿中进行过研究。7. 儿童斑块状银屑病。用于治疗对局部治疗和光疗疗效不佳或不适于该类治疗的 4 岁及 4 岁以上儿童与青少年的重度慢性斑块状银屑病。本品应只给予将会被密切监测并由医师定期随访的患者。8. 儿童克罗恩病：本品适用于对糖皮质激素或免疫调节剂（例如：硫唑嘌呤、6-巯基嘌呤、甲氨蝶呤）应答不足的 6 岁及以上的中重度活动性克罗恩病的患儿减轻症状和体征，诱导和维持临床缓解。 |     | 原单行支付药品 |
| 120 | 地拉罗司  | 口服常释剂型 |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     | 原单行支付药品 |

| 序号  | 药品名称 | 剂型     | 医保支付标准 | 限定支付范围                                                                                                                          | 有效期 | 备注      |
|-----|------|--------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---------|
| 121 | 阿法替尼 | 口服常释剂型 |        | 限 1. 具有 EGFR 基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过 EGFR-TKI 治疗；2. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。                                 |     | 原单行支付药品 |
| 122 | 舒尼替尼 | 口服常释剂型 |        | 限 1. 不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；3. 不可切除的，转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）成人患者。                                     |     | 原单行支付药品 |
| 123 | 阿扎胞苷 | 注射剂    |        | 限成年患者中 1. 国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危骨髓增生异常综合征（MDS）；2. 慢性粒-单核细胞白血病（CMML）；3. 按照世界卫生组织（WHO）分类的急性髓系白血病（AML）、骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常的治疗。 |     | 原单行支付药品 |
| 124 | 氟维司群 | 注射剂    |        | 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                                                                                             |     | 原单行支付药品 |