

单行支付药品的适用病种及用药认定标准

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
1	维得利珠单抗	注射剂	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。	溃疡性结肠炎	1. 相关检查符合中重度活动性溃疡性结肠炎；2. 二线治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 肠镜检查报告；3. 粪便检查报告；4. 血沉(ESR)；5. 血常规；6. C反应蛋白；7. 一线治疗的病史资料。	14周
				克罗恩病	1. 临床表现、影像学或内镜检查、病理学检查综合判断确诊克罗恩病，并除其他原因所致肠道疾病； 2. 经Harvey和Brashow标准判断成人克罗恩病活动指数（简化CDAI）为中、重度活动期（≥8分）或Best CDAI指数≥221； 3. 符合以下情况之一： 1) 经传统治疗无效（激素或免疫抑制剂治疗无效的患者）、不耐受、应答不充分、失应答和其他生物制剂治疗无效； 2) 激素依赖； 3) 成人有预后不良的高危因素（符合其中两项及以上）包括：伴肛周病变；肠道受累长度超过100cm；伴食管、胃、十二指肠病变；发病年龄<40岁；首次发病即需要激素治疗。 4) 术后有复发高危因素的CD患者； 5) 瘻管型CD患者； 4. 二线治疗。	1. 病情诊断证明书； 2. 影像学或内镜检查检查报告； 3. 病理学检查报告； 4. Harvey和Brashow标准判断成人克罗恩病活动指数（简化CDAI）为中、重度活动期（≥8分）或Best CDAI指数≥221； 5. 相关病史资料或检查报告符合以下情况之一： 1) 经传统治疗无效（激素或免疫抑制剂治疗无效的患者）、不耐受、应答不充分、失应答或其他生物制剂治疗无效； 2) 激素依赖； 3) 成人有预后不良的高危因素（符合以下其中两项及以上）包括：伴肛周病变；肠道受累长度超过100cm；伴食管、胃、十二指肠病变；发病年龄<40岁；首次发病即需要激素治疗。 4) 术后有复发高危因素的CD患者； 5) 瘻管型CD患者。 6. 一线治疗的病史资料。	14周
2	阿伐曲泊帕	口服常释剂型	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。	血小板减少症	1. 择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病病史；2. 血小板减少；3. 年龄≥18岁。	1. 病情诊断证明书；2. 择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病病史资料；3. 血常规。	2周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
3	度普利尤单抗	注射剂	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。	特应性皮炎	1. 符合特应性皮炎诊断标准；2. 对传统治疗无效、有禁忌或不耐受；3. SCORAD $\geq$ 25分。	1. 病情诊断证明书；2. 提供以下资料之一：①血清总IgE升高和/或外周嗜酸性粒细胞升高和/或过敏原特异性IgE阳性(过敏原特异性IgE检测2级或2级以上阳性)检查报告，②特应性疾病个人史和/或家族史的病史资料；3. 对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎病史资料。	16周
4	兰瑞肽	缓释注射剂（预充式）	限肢端肥大症，按说明书用药。	肢端肥大症	1. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1测定符合肢端肥大症；2. 影像学检查；3. 肢端肥大临床表现。	1. 病情诊断证明书；2. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1检测报告；3. 影像学检查报告；4. 肢端肥大临床表现的病历资料。	3个月
5	可洛派韦	口服常释剂型	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。	慢性丙型肝炎	1. 病史资料、检查报告等符合慢性丙型肝炎诊断标准；2. HCV-RNA阳性；3. 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。	1. 病情诊断证明书（含与索磷布韦联用的治疗方案）；2. 血常规、肝肾功能、HCV-RNA、HCV基因型、AFP和上腹部彩超。	12周
6	奈韦拉平齐多拉米双夫定	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。	艾滋病	HIV 抗体筛查试验阳性或待确定和 HIV 补充试验阳性（抗体补充试验阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量大于5000 拷贝/mL）。	1. 病情诊断证明书；2. HIV 抗体筛查试验和HIV 补充试验。	3个月
7	艾博韦泰	注射剂	限艾滋病病毒感染。	艾滋病	HIV 抗体筛查试验阳性或待确定和 HIV 补充试验阳性（抗体补充试验阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量大于5000 拷贝/mL）。	1. 病情诊断证明书；2. HIV 抗体筛查试验和HIV 补充试验。	3个月
8	伊尼妥单抗	注射剂	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。	乳腺癌	1. 病理学或影像学检查符合转移性乳腺癌（IIIb-IV期）；2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3. 与长春瑞滨联合的治疗方案；4. 既往已接受过1个或多个化疗方案。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学或影像学检查；3. HER2阳性表达报告；4. 与长春瑞滨联合治疗的方案；5. 既往已接受过1个或多个化疗方案病史资料。	6-12周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
9	替雷利珠单抗	注射剂	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。	经典型霍奇金淋巴瘤	1. 病理学诊断符合经典型霍奇金淋巴瘤； 2. 既往接受过二线系统化疗；3. 复发或难治。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受过二线系统化疗、复发或难治的病史资料。	6个月
				尿路上皮癌	1. 病理学诊断符合尿路上皮癌；2. PD-L1高表达；3. 含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展；4. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. PD-L1高表达的相关检查报告；4. 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；5. 影像学检查报告。	3个月
10	特瑞普利单抗	注射剂	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。	黑色素瘤	1. 病理学诊断符合黑色素瘤；2. 既往接受全身系统治疗失败；3. 不可切除或转移性黑色素瘤。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 既往接受全身系统治疗失败病史资料；5. 不可切除的病史资料（已转移无需提供）。	8-12周
11	卡瑞利珠单抗	注射剂	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。	经典型霍奇金淋巴瘤	1. 病理学诊断符合经典型霍奇金淋巴瘤； 2. 既往接受过二线系统化疗；3. 复发或难治。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受过二线系统化疗、复发或难治的病史资料。	6个月
				肝细胞癌	1. 病理学诊断或影像学诊断符合肝细胞癌；2. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗；3. 晚期（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查或影像学报告；3. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的病史资料。	不超过2个月
				非鳞状非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非鳞状非小细胞肺癌； 2. 联合培美曲塞和卡铂的一线治疗方案； 3. EGFR基因检测突变阴性和生物分子标志物检测ALK阴性；4. 不可手术切除；5. 局部晚期或转移（无法手术的IIIa期或IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告；4. EGFR基因突变阴性和生物分子标志物检测ALK阴性检查报告；5. 联合培美曲塞和卡铂的一线治疗方案；6. 不可手术的病史资料。	6-12周
				食管鳞癌	1. 病理学诊断符合食管鳞癌；2. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告；4. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的病史资料。	8周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
12	氟马替尼	口服常释剂型	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。	慢性髓性白血病	1. 血液及骨髓检查符合慢性髓性白血病； 2. Ph染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性；3. 慢性期患者；4. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书（提示慢性髓细胞白血病慢性期患者）；2. 血常规；3. Ph染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性；4. 骨髓涂片报告。	3个月
13	阿美替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展；3. EGFR T790M 突变阳性；4. IIIb-IV期；5. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. EGFR T790M 突变阳性报告；5. 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的病史资料。	8-12周
14	泽布替尼	口服常释剂型	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。	套细胞淋巴瘤	1. 病理学诊断符合套细胞淋巴瘤；2. 既往至少接受过一种治疗；3. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 既往至少接受过一种治疗的病史资料。	3个月
				慢性淋巴细胞白血病	1. 血液及骨髓细胞形态学或流式细胞学检查符合慢性淋巴细胞白血病；2. 既往至少接受过一种治疗；3. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 血常规；3. 骨髓细胞形态学或流式细胞学检查报告；4. 既往至少接受过一种治疗病史资料。	3个月
				小淋巴细胞淋巴瘤	1. 病理学诊断符合小淋巴细胞淋巴瘤；2. 既往至少接受过一种治疗；3. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 既往至少接受过一种治疗病史资料。	3个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
15	曲美替尼	口服常释剂型	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。	黑色素瘤	1. 病理学诊断符合黑色素瘤；2. BRAF V600 基因突变阳性；3. 联合甲磺酸达拉非尼治疗方案；4. 符合下列之一：①不可切除或转移性黑色素瘤；②III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. BRAF V600 基因突变阳性检查报告；4. 影像学检查报告；5. 联合甲磺酸达拉非尼治疗方案；6. 提供下列病史资料之一：①不可切除或转移性黑色素瘤；②III期黑色素瘤患者完全切除后。	8-12周
16	达拉非尼	口服常释剂型	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。	黑色素瘤	1. 病理学诊断符合黑色素瘤；2. BRAF V600 基因突变阳性；3. 联合曲美替尼治疗方案；4. 符合下列之一：①不可切除或转移性黑色素瘤；②III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. BRAF V600 基因突变阳性检查报告；4. 影像学检查报告；5. 联合曲美替尼治疗方案；6. 提供下列病史资料之一：①不可切除或转移性黑色素瘤；②III期黑色素瘤患者完全切除后。	8-12周
17	仑伐替尼	口服常释剂型	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。	肝细胞癌	1. 病理学诊断或影像学诊断符合肝细胞癌；2. 既往未接受过全身系统治疗；3. 不可切除。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查或影像学报告；3. 既往未接受过全身系统治疗且不可切除的病史资料。	不超过2个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
18	恩扎卢胺	口服常释剂型	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。	前列腺癌	1. 病理学诊断符合前列腺癌；2. 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；3. 去势抵抗性前列腺癌；4. 病理学或影像学提示有转移证据；5. 年龄 ≥ 18 周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 证明有转移的影像学或病理学检查报告；4. 血清睾酮达到去势水平（ $< 50\text{ng/dl}$ 或 $< 1.7\text{nmol/L}$ ），并出现下列两种情况之一：①间隔1周以上连续3次PSA上升，较最低值升高50%以上；②影像学进展：新发病灶的出现，包括骨扫描提示2处或以上的新发骨转移灶，或者是应用RECIST标准评价的新发软组织病灶；5. 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病史资料。	3个月
19	尼拉帕利	口服常释剂型	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。	卵巢癌	1. 病理学诊断符合卵巢癌；2. 含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3. 复发距上次含铂化疗时间大于6个月；4. 年龄 ≥ 18 周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 铂敏感的病史资料。	12周
				输卵管癌	1. 病理学诊断符合输卵管癌；2. 含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3. 复发距上次含铂化疗时间大于6个月；4. 年龄 ≥ 18 周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 铂敏感的病史资料。	
				原发性腹膜癌	1. 病理学诊断符合原发性腹膜癌；2. 含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3. 复发距上次含铂化疗时间大于6个月；4. 年龄 ≥ 18 周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 铂敏感的病史资料。	

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
20	地舒单抗	注射剂	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。	骨质疏松	1. 临床表现、体格检查、影像学等相关检查符合骨质疏松；2. 符合以下三条标准之一：①DXA骨密度测定有效部位T-值 $\leq$ 2.5并且发生了脆性骨折；②DXA骨密度测定有效部位T值 $\leq$ -3.0；③腰椎QCT骨密度有效绝对值 $\leq$ 80mg/cc；3. 绝经后妇女。	1. 病情诊断证明书；2. 骨密度检查报告；3. 影像学检查报告；4. 绝经的病史资料（55岁及以上无须提供）。	6个月
				骨巨细胞瘤	1. 病理学诊断符合骨巨细胞瘤；2. 不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍病史资料。	3个月
21	西尼莫德	口服常释剂型	限成人复发型多发性硬化的患者。	多发性硬化	1. 相关检查符合多发性硬化；2. 复发型的客观依据；3. 年龄 $\geq$ 18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学(头颅或脊髓MRI)；3. 视觉诱发电位（VEP）或听觉脑干诱发电位（ABR）或躯体感觉诱发电位（SEP）电生理检查报告或脑脊液检查报告；4. 复发的病史资料。	3个月
22	芬戈莫德	口服常释剂型	限10岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。	多发性硬化	1. 相关检查符合多发性硬化；2. 复发型的客观依据；3. 年龄 $\geq$ 10周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学(头颅或脊髓MRI)；3. 视觉诱发电位（VEP）或听觉脑干诱发电位（ABR）或躯体感觉诱发电位（SEP）电生理检查报告或脑脊液检查报告；4. 复发的病史资料。	3个月
23	巴瑞替尼	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。	类风湿性关节炎	1. 符合2009年ACR标准；2. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性；3. 手或腕的X片或CT显示骨质侵蚀或骨质疏松或MRI显示明确的骨髓水肿；4. 传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
24	贝利尤单抗	注射剂	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。	系统性红斑狼疮	1. 符合2009年ACR标准；2. 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；3. 年龄 ≥ 18 周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 自身抗体、补体免疫检查报告；3. SELENA-SLEDAI评分表或病史资料。	6个月
25	依那西普	注射剂	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。	类风湿性关节炎	1. 符合2009年ACR标准；2. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性；3. 手或腕的X片或CT显示骨质侵蚀或骨质疏松或MRI显示明确的骨髓水肿；4. 传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				强直性脊柱炎	1. 符合1984年修订的纽约标准；2. 强直性脊柱炎（不含放射学阴性中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学检查；3. NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
26	司库奇尤单抗	注射剂	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。	强直性脊柱炎	1. 符合1984年修订的纽约标准；2. 强直性脊柱炎（不含放射学阴性中轴性脊柱关节炎）NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学检查；3. NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				斑块状银屑病	1. 符合斑块状银屑病诊断标准；2. 对传统治疗无效、禁忌或不耐受；3. PASI≥3、BSA≥3%或DLQI≥6。	1. 病情诊断证明书；2. 临床表现；3. 对阿唯A或甲氨蝶呤或环孢素等免疫抑制剂或光疗或其他传统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块型银屑病病史资料。	16周
27	尼达尼布	口服常释剂型	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。	间质性肺疾病	1. 病理学或影像学检查符合间质性肺疾病；2. 特发性肺纤维化（IPF）或系统性硬化病病史。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学或影像学检查报告；3. 特发性肺纤维化（IPF）或系统性硬化病病史资料。	3个月
28	氘丁苯那嗪	口服常释剂型	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。	亨廷顿舞蹈病	1. 临床症状、体征、认知障碍、家族史等符合亨廷顿舞蹈病；2. 基因检查Huntingtin蛋白基因突变。	1. 病情诊断证明书；2. 基因检查报告。	12周
				迟发性运动障碍	1. 患者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史；2. 临床表现符合迟发性运动障碍；3. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；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病史资料；3. 相应临床表现病史资料。	12周
29	依达拉奉氯化钠	注射剂	限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。	肌萎缩侧索硬化	1. 临床表现符合肌萎缩侧索硬化；2. 神经电生理测定出现神经源损害并排除肌肉无力和萎缩的其他周围神经病。	1. 病情诊断证明书；2. 神经电生理检查报告。	28天

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
30	奥曲肽	微球注射剂	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	肢端肥大症	1. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1测定符合肢端肥大症；2. 影像学检查；3. 肢端肥大临床表现。	1. 病情诊断证明书；2. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1检测报告；3. 影像学检查报告；4. 肢端肥大临床表现的病历资料。	3个月
				胃、肠、胰内分泌肿瘤	1. 病理学诊断符合胃、肠、胰内分泌肿瘤；2. 免疫组织化学标志物检测符合胃、肠、胰内分泌肿瘤；3. 影像学检查或内镜检查。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学或内镜检查报告；4. 免疫组织化学标志物检测报告。	
31	西妥昔单抗	注射剂	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。	转移性结直肠癌	1. 病理学诊断符合转移性结直肠癌；2. RAS基因中KRAS基因和NRAS基因同时为野生型；3. IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. RAS基因检测报告。	6-8周
32	奥希替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 符合下列条件之一：（1）EGFR外显子19缺失或外显子21（L858R）置换突变的一线治疗；（2）既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，且检验EGFR T790M 突变阳性；3. IIIb-IV期；4. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 提供下列检查及病史资料之一：（1）EGFR外显子19缺失或外显子21（L858R）置换突变检查报告和一线治疗病史资料；（2）EGFR T790M 突变阳性报告和表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展的病史资料。	8-12周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
33	安罗替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 既往至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 既往至少接受过2种系统化疗出现进展或复发病史资料。	6-9周
				小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合小细胞肺癌；2. 既往至少接受过2种化疗方案治疗后出现进展或复发。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 既往至少接受过2种化疗方案治疗后出现进展或复发病史资料。	6-9周
				软组织肉瘤	1. 病理学诊断符合腺泡状软组织肉瘤或透明细胞肉瘤或其他软组织肉瘤；2. 其他软组织肉瘤须满足以下条件：（1）既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发；（2）IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发病史资料（限其他软组织肉瘤患者提供）。	6-9周
34	克唑替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 符合下列两项之一：（1）生物分子标志物检测ALK阳性；（2）生物分子标志物ROS1阳性；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 符合下列两项之一：（1）生物分子标志物检测ALK阳性；（2）生物分子标志物检测ROS1阳性（FISH或PCR或NGS方法）。	8-12周
35	塞瑞替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 生物分子标志物检测ALK阳性；3. IIIb-IV期；	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 生物分子标志物检测ALK阳性报告。	8-12周
36	培唑帕尼	口服常释剂型	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌；2. 一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗的病史证明资料。	3个月
37	阿昔替尼	口服常释剂型	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌；2. 年龄≥18周岁；3. 既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败；4. RECIST标准评估为进展。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 肿瘤进展符合RECIST标准；4. 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病史资料。	4-12周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
38	瑞戈非尼	口服常释剂型	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。	肝细胞癌	1. 病理学诊断或影像学诊断符合肝细胞癌； 2. 一线药物治疗病史。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查或影像学报告； 3. 一线药物治疗失败或不能耐受的病史资料； 4. 肝功能Child分级A-B级报告。	4周-8周
				转移性结直肠癌	1. 病理学诊断符合转移性结直肠癌； 2. 一线、二线药物治疗病史； 3. IV期。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 影像学检查报告； 4. 一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	
				胃肠道间质瘤	1. 病理学诊断符合胃肠道间质瘤； 2. 一线、二线药物治疗病史。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	
39	尼洛替尼	口服常释剂型	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。	慢性髓性白血病	1. 血液及骨髓检查符合慢性髓性白血病； 2. 年龄≥18周岁； 3. 费城染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性； 4. 符合下列之一： （1）新诊断慢性期患者； （2）慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药或不耐受； （3）加速期患者。	1. 病情诊断证明书； 2. 血液及骨髓检查报告； 3. 费城染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性； 4. 符合下列之一： （1）新诊断慢性期患者； （2）慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药或不耐受的病史资料； （3）加速期患者。	3个月
40	伊布替尼	口服常释剂型	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。	套细胞淋巴瘤	1. 病理学诊断符合套细胞淋巴瘤； 2. 既往至少接受过一种治疗。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 既往至少接受过一种治疗的病史资料。	3个月
				慢性淋巴细胞白血病	血液及骨髓细胞形态学或流式细胞学检查符合慢性淋巴细胞白血病。	1. 病情诊断证明书； 2. 血常规； 3. 骨髓细胞形态学或流式细胞学检查报告。	3个月
				小淋巴细胞淋巴瘤	病理学诊断符合小淋巴细胞淋巴瘤。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告。	3个月
				华氏巨球蛋白血症	病理学诊断符合淋巴浆细胞淋巴瘤和（或）免疫固定电泳发现单克隆免疫球蛋白。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告和（或）免疫固定电泳报告。	3个月
41	维莫非尼	口服常释剂型	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。	黑色素瘤	1. 病理学诊断符合黑色素瘤； 2. 经CFDA批准的检测方法确定BRAF V600 突变阳性； 3. 不可切除或转移性黑色素瘤。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 影像学检查报告； 4. 经CFDA批准的检测方法确定BRAF检测V600 突变阳性； 5. 不可切除的病史资料。	8-12周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
42	伊沙佐米	口服常释剂型	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。	多发性骨髓瘤	骨髓细胞形态学和（或）病理学检查符合多发性骨髓瘤。	1. 病情诊断证明书；2. 骨髓细胞形态学和（或）病理学检查。	每个疗程4-8周（年轻人4周，老年人8周），每3-4个疗程需提供治疗有效的证据方可继续支付
43	培门冬酶	注射剂	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	儿童急性淋巴细胞白血病	1. 血液及骨髓检查符合急性淋巴细胞白血病；2. 年龄<18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 骨髓细胞形态学或病理学检查或流式细胞学检查报告。	3个月
44	奥拉帕利	口服常释剂型	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。	卵巢癌	1. 病理学诊断符合（gBRCAm或sBRCAm）上皮性卵巢癌；2. 符合下列之一：（1）限携带胚系或体细胞BRCA突变晚期初治成人（年龄≥18周岁）患者；（2）复发距上次含铂化疗时间大于6个月；3. 一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. BRCA突变检查报告（仅初治成人患者提供）；5. 铂敏感的病史资料（仅复发成人患者提供）。	12周
				输卵管癌	1. 病理学诊断符合输卵管癌；2. 符合下列之一：（1）限携带胚系或体细胞BRCA突变晚期初治成人（年龄≥18周岁）患者；（2）复发距上次含铂化疗时间大于6个月；3. 一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. BRCA突变检查报告（仅初治成人患者提供）；5. 铂敏感的病史资料（仅复发成人患者提供）。	12周
				原发性腹膜癌	1. 病理学诊断符合原发性腹膜癌；2. 符合下列之一：（1）限携带胚系或体细胞BRCA突变晚期初治成人（年龄≥18周岁）患者；（2）复发距上次含铂化疗时间大于6个月；3. 一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. BRCA突变检查报告（仅初治成人患者提供）；5. 铂敏感的病史资料（仅复发成人患者提供）。	12周
45	麦格司他	口服常释剂型	限C型尼曼匹克病患者。	C型尼曼匹克病	1. 临床表现；2. 基因突变（NPC1 和/或NPC2）；3. 血常规。	1. 病情诊断证明书；2. 基因检测显示（NPC1 和/或NPC2）突变；3. 临床表现；4. 血常规。	6个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
46	司来帕格	口服常释剂型	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	肺动脉高压	1. WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）；2. 右心导管检查或至少2次超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书；2. 右心导管检查或至少2次超声心动图。	不超过12个月
47	重组人凝血因子VIIa	注射剂	限以下情况方可支付： 1. 凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU的先天性血友病患者。2. 获得性血友病患者。3. 先天性FVII缺乏症患者。4. 具有GPIIb-IIIa和/或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。	先天性血友病	1. 实验室检查符合先天性血友病；2. 凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU。	1. 病情诊断证明书（包括病人当前出血情况或者拟手术计划）；2. 检查报告须符合下列两项：1）凝血因子VIII或IX的活性降低，2）凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU。	1. 出血停止即停药，不超过3周； 2. 术前一天使用（一般2支），术后止血即停止使用。
				获得性血友病	实验室检查符合获得性血友病	1. 病情诊断证明书（符合获得性血友病，病人当前出血情况或者拟手术计划）；2. 凝血因子、凝血功能检查。	
				先天性FVII缺乏症	FVII活性检测或基因检测符合先天性FVII缺乏症	1. 病情诊断证明书（包括病人当前出血情况或者拟手术计划）；2. VII因子活性检测或基因检测报告。	
				血小板无力症	具有GPIIb-IIIa和/或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。	1. 病情诊断证明书（包括病人当前出血情况或者拟手术计划）；2. 成人：GPIIb-IIIa和/或HLA抗体检查报告；儿童（先天性）：GPIIb-IIIa抗原（CD41和/或CD61）减低或缺乏，或血小板聚集功能试验异常，或基因检测符合血小板无力症；3. 既往或现在对血小板输注无效或不佳的病史资料。	
48	波生坦	口服常释剂型	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。	肺动脉高压	1. 符合下列之一：（1）3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者；（2）WHO功能分级II级-IV级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者；2. 右心导管检查或超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书；2. 右心导管检查或2次以上超声心动图。	不超过12个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
49	利奥西呱	口服常释剂型	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），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	肺动脉高压	1. （WHO FC）为 II-III患者。2. 符合下列两项之一：（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；（2）动脉性肺动脉高压（PAH）二线用药。	1. 病情诊断证明书；2. 右心导管检查或至少2次超声心动图；3. 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的病史资料；4. 动脉性肺动脉高压需提供3个月以上一线药物治疗病史，提示治疗效果不佳或病情进展心功能恶化。	不超过12个月
50	马昔腾坦	口服常释剂型	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。	肺动脉高压	1. WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者；2. 右心导管检查或超声心动图符合肺动脉高压。	1. 病情诊断证明书；2. 右心导管检查或至少2次超声心动图。	不超过12个月
51	泊沙康唑	口服液体剂	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球菌感染。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。	重度粒细胞缺乏	1. 实验室检查符合重度粒细胞缺乏；2. 预防移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染。	1. 病情诊断证明书；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；2. 侵袭性曲霉菌和念球菌检查报告；3. 血常规报告。	13天
				口咽念珠菌病	实验室检查符合伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病	1. 病情诊断证明书；2. 伊曲康唑或氟康唑治疗无效的病史资料；3. 口咽念珠菌阳性检查报告。	13天
				接合菌纲类感染性疾病	实验室检查符合接合菌纲类感染	1. 病情诊断证明书；2. 接合菌纲类感染阳性检查报告。	13天
52	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	结核病	药物敏感性检测报告符合耐多药结核病。	1. 病情诊断证明书；2. 耐多药结核病的药物敏感性检测报告；3. 耐多药的病史资料。	24周
53	德拉马尼	口服常释剂型	限耐多药结核患者。	结核病	药物敏感性检测报告符合耐多药结核病。	1. 病情诊断证明书；2. 耐多药结核病的药物敏感性检测报告；3. 耐多药的病史资料。	24周
54	艾尔巴韦格拉瑞韦	口服常释剂型	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。	慢性丙型肝炎	1. 病史资料、检查报告等符合慢性丙型肝炎诊断标准；2. 现HCV-RNA阳性；3. HCV基因型为1b型。	1. 病情诊断证明书；2. 血常规、肝肾功能、HCV-RNA、HCV基因型、AFP和上腹部彩超。	12周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
55	来迪派韦索磷布韦	口服常释剂型	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。	慢性丙型肝炎	1. 病史资料、检查报告等符合慢性丙型肝炎诊断标准；2. 现HCV-RNA阳性；3. HCV基因型为1b型。	1. 病情诊断证明书；2. 血常规、肝肾功能、HCV-RNA、HCV基因型、AFP和上腹部彩超。	12周（如有肝硬化失代偿可延长到24周）
56	索磷布韦维帕他韦	口服常释剂型	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。	慢性丙型肝炎	1. 病史资料、检查报告等符合慢性丙型肝炎诊断标准；2. 现HCV-RNA阳性；3. 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。	1. 病情诊断证明书；2. 血常规、肝肾功能、HCV-RNA、HCV基因型、AFP和上腹部彩超。	12周（如有肝硬化失代偿可延长到24周）
57	艾考恩丙替	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。	艾滋病	HIV 抗体筛查试验阳性或待确定和 HIV 补充试验阳性（抗体补充试验阳性或核酸定性检测阳性或核酸定量大于5000 拷贝/mL）。	1. 病情诊断证明书；2. HIV 抗体筛查试验和HIV 补充试验。	3个月
58	雷替曲塞	注射剂	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	结直肠癌	1. 病理学诊断符合结直肠癌；2. 氟尿嘧啶不能耐受（须符合下列之一：①胃肠道反应WHOIII-IV级；②骨髓抑制WHOIII-IV级；③心脏毒性：用药后出现心肌缺血或心律失常，表现为心绞痛或心肌酶谱变化或心电图的变化；④有心脏病病史经评估不能耐受氟尿嘧啶；3. III-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告；4. 氟尿嘧啶不能耐受病史资料。	6-12周
59	贝伐珠单抗	注射剂	限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。	转移性结直肠癌	1. 病理学诊断符合转移性结直肠癌；2. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告。	6-8周
				非鳞非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非鳞非小细胞肺癌；2. IIIb-IV期	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告。	6-8周
60	尼妥珠单抗	注射剂	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。	鼻咽癌	1. 病理学诊断符合鼻咽癌；2. EGFR表达阳性；3. III-IV期；4. 与放疗联合治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. EGFR阳性表达报告；4. 放疗联合治疗方案。	8周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
61	曲妥珠单抗	注射剂	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。	乳腺癌	转移性乳腺癌： 1. 病理学或影像学检查符合转移性乳腺癌（IIIb-IV期）； 2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）。 早期乳腺癌： 1. 病理学诊断符合乳腺癌（I-IIIa期）； 2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）； 3. 支付不超过12个月。	转移性乳腺癌： 1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查或影像学检查报告；3. HER2阳性表达。 早期乳腺癌： 1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. HER2阳性表达。	6-12周
				胃癌	1. 病理学诊断符合胃癌或胃食管结合部癌；2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3. 转移性胃癌（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. HER2阳性表达；4. 证明为转移性胃癌的影像学或病理学资料。	6-12周
62	帕妥珠单抗	注射剂	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。	乳腺癌	1. 病理学诊断符合乳腺癌；2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3. 符合下列之一：①局部晚期、炎性或早期乳腺癌（I-IIIa期）患者的新辅助治疗；②具有高复发风险早期乳腺癌（I-IIIa期）患者的辅助治疗；4. 支付不超过12个月。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. HER2阳性表达；4. 新辅助治疗后须有局部晚期、炎性或早期的影像学检查或病历资料；辅助治疗须具有高复发风险早期病历资料。	6-12周
63	信迪利单抗	注射剂	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。	经典型霍奇金淋巴瘤	1. 病理学诊断符合经典型霍奇金淋巴瘤； 2. 既往接受过二线系统化疗；3. 复发或难治。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受过二线系统化疗、复发或难治的病史资料。	6个月
64	厄洛替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. EGFR基因检测敏感突变；3. 晚期（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. EGFR基因检测敏感突变；4. 影像学检查报告。	6-8周
65	阿来替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 生物分子标志物检测ALK阳性；3. 局部晚期或转移（无法手术的IIIa期或IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 生物分子标志物检测ALK阳性。	3个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
66	索拉非尼	口服常释剂型	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌；2. 不能手术。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 不能手术的病史资料。	不超过3个月
				肝细胞癌	1. 病理学诊断或影像学诊断符合肝细胞癌；2. 不能手术或远处转移（远处转移指IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查或影像学报告；3. 不能手术的：需提供病史资料；远处转移的：需提供影像学或病理学检查报告。	
				分化型甲状腺癌	1. 病理学诊断符合分化型甲状腺癌；2. 放射性碘治疗无效局部复发或转移。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 放射性碘治疗无效局部复发的：需提供病史资料；放射性碘治疗无效转移的：需提供影像学或病理学检查报告。	
67	阿帕替尼	口服常释剂型	限既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者。	胃腺癌	1. 病理学诊断符合胃腺癌；2. 既往接受过2种系统化疗后进展或复发；3. 晚期（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4. 证明为晚期的影像学或病理学检查报告	6-8周
				胃-食管结合部腺癌	1. 病理学诊断符合胃-食管结合部腺癌；2. 既往接受过2种系统化疗后进展或复发；3. 晚期（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4. 证明为晚期的影像学或病理学检查报告。	6-8周
68	呋喹替尼	口服常释剂型	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	结直肠癌	1. 病理学诊断符合结直肠癌；2. 一线、二线药物治疗病史；3. IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	6-12周
69	吡咯替尼	口服常释剂型	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。	乳腺癌	复发性乳腺癌 : 1. 病理学或影像学检查符合复发性乳腺癌；2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3. 一线药物治疗病史。 转移性乳腺癌 : 1. 病理学或影像学检查符合转移性乳腺癌（IIIb-IV期）；2. HER2阳性表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3. 一线药物治疗病史。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学或影像学检查；3. HER2阳性表达；4. 一线药物治疗病史资料。	6-12周
70	芦可替尼	口服常释剂型	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。	原发性骨髓纤维化	1. 骨髓病理学检查符合原发性骨髓纤维化（纤维化分级≥1级）；2. 中危或高危。	1、病情诊断证明书；2. 骨髓病理学检查。	6个月
				继发性骨髓纤维化	1. 骨髓病理学检查符合继发性骨髓纤维化（纤维化分级≥1级）；2. 真性红细胞增多症或原发性血小板增多症。	1、病情诊断证明书；2. 骨髓病理学检查；3. 继发性骨髓纤维化需提供真性红细胞增多症或原发性血小板增多症病史资料。	

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
71	重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. 晚期（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书（需注明联合化疗方案）；2. 病理学检查；3. 影像学检查报告。	6-8周
72	西达本胺	口服常释剂型	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。	复发或难治外周T细胞淋巴瘤（PTCL）	1. 病理学诊断符合外周T细胞淋巴瘤（PTCL）；2. 既往至少接受过一次全身化疗；3. 复发或难治。	1. 病情诊断证明书（诊断为外周T细胞淋巴瘤）；2. 病理学检查；3. 既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的病史资料。	3个月
73	硫培非格司亭	注射剂	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。	中性粒细胞减少症	1. 前次化疗史；2. 血常规检查符合重度中性粒细胞减少；3. 发热表现。	1. 病情诊断证明书；2. 前次化疗的病史资料；3. 血常规；4. 发热的病历或体温记录资料。	4周
74	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。	类风湿性关节炎	1. 符合2009年ACR标准；2. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3. 手或腕的X片或CT显示骨质侵蚀或骨质疏松或MRI显示明确的骨髓水肿；4. 传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
75	特立氟胺	口服常释剂型	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	多发性硬化	1. 相关检查符合多发性硬化；2. 常规治疗无效。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学(头颅或脊髓MRI)；3. 视觉诱发电位（VEP）或听觉脑干诱发电位（ABR）或躯体感觉诱发电位（SEP）电生理检查报告或脑脊液检查报告；4. 常规治疗无效的病史资料。	3个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
76	依维莫司	口服常释剂型	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌；2. 既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败；3. 晚期（IIIb-IV期）；4. 成人患者（年龄≥18周岁）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的病史资料；4. 证明为晚期的影像学或病理学检查报告。	12周
				胰腺神经内分泌瘤	1. 病理学诊断符合胰腺神经内分泌瘤；2. 不可切除、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；3. 成人患者（年龄≥18周岁）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. 不可切除的：需提供病史资料；局部晚期或转移性的：需提供影像学或病理学检查报告；进展期需提供疾病进展期病历资料。	12周
				胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤	1. 病理学诊断符合非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤；2. 无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期。	1. 病情诊断证明书；2. 无法手术切除的：需提供病史资料；局部晚期或转移性的、分化良好的：需提供影像学或病理学检查报告；进展期需提供疾病进展期病历资料。	12周
				肾血管平滑肌脂肪瘤	1. 病理学或影像学诊断为结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤（TSC-AML）；2. 不需立即手术；3. 成人患者（年龄≥18周岁）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学或影像学检查；3. 无需立即手术的病史资料。	12-16周
				巨细胞星型细胞瘤	1. 病理学或影像学诊断符合结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤；2. 不能手术。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学或影像学检查；3. 不能手术的病史资料。	12-16周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
77	阿达木单抗	注射剂	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。	类风湿性关节炎	1. 符合2009年ACR标准；2. 经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3. 手或腕的X片或CT显示骨质侵蚀或骨质疏松或MRI显示明确的骨髓水肿；4. 传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				强直性脊柱炎	1. 符合1984年修订的纽约标准；2. 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%。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学检查；3. NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				斑块状银屑病	1. 符合斑块状银屑病诊断标准；2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受；3. PASI $\geq$ 3、BSA $\geq$ 3%或DLQI $\geq$ 6。	1. 病情诊断证明书；2. 临床表现；3. 对阿唯A或甲氨蝶呤或环孢素等免疫抑制剂或光疗或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性中重度斑块型银屑病病史资料。	16周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
				类风湿性关节炎	1. 符合2009年ACR标准；2. 经传统DMARDs治疗 3-6个月疾病活动度下降低于50%。	1. 病情诊断证明书；2. 类风湿因子阳性或抗环瓜氨酸抗体阳性或抗角蛋白抗体阳性；3. 手或腕的X片或CT显示骨质侵蚀或骨质疏松或MRI显示明确的骨髓水肿；4. 传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				强直性脊柱炎	1. 符合1984年修订的纽约标准；2. 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%。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学检查；3. NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%病史资料。	24周
				斑块状银屑病	1. 符合斑块状银屑病诊断标准；2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受；3. PASI $\geq$ 3、BSA $\geq$ 3%或DLQI $\geq$ 6。	1. 病情诊断证明书；2. 临床表现；3. 对阿唯A或甲氨蝶呤或环孢素等免疫抑制剂或光疗或其他系统治疗无效、禁忌或不耐受的慢性重度斑块型银屑病病史资料。	14周

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

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
78	英夫利西单抗	注射剂	个月疾病活动度下降低于50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。	克罗恩病	1. 临床表现、影像学或内镜检查、病理学检查综合判断确诊克罗恩病，并除其他原因所致肠道疾病； 2. 经Harvey和Brashow标准判断成人克罗恩病活动指数（简化CAI）为中、重度活动期（≥8分）或Best CAI指数≥221。儿童CD疾病活动指数（PCDAI）为中/重度（≥31分）； 3. 符合以下情况之一： 1) 经传统治疗无效（激素或免疫抑制剂治疗无效的患者）； 2) 经英夫利西单抗诱导缓解成功后使用英夫利西单抗做维持缓解； 3) 成人有预后不良的高危因素（符合以下其中两项及以上）包括：伴肛周病变；肠道受累长度超过100cm；伴食管、胃、十二指肠病变；发病年龄<40岁；首次发病即需要激素治疗。儿童有预后不良的高危因素（符合以下其中一项及以上）包括：内镜下见深溃疡；经正规诱导治疗后病情仍持续活动；广泛肠道受累；明显生长迟缓，身高Z评分>-2.5；严重骨质疏松；发病早期出现肠道狭窄和/或透壁病变；严重肛周病变。 4) 术后有复发高危因素的CD患者； 5) 瘻管型CD患者； 4. 成年患者（年龄≥18周岁）或儿童患者（年龄≥6周岁）。 5. 二线治疗。	1. 病情证明书； 2. 影像学或内镜检查检查报告； 3. 病理学检查报告； 4. Harvey和Brashow标准判断成人克罗恩病活动指数（简化CAI）为中、重度活动期（≥8分）或Best CAI指数≥221，儿童CD疾病活动指数（PCDAI）为中/重度（≥31分）的评分表或病史资料； 5. 相关病史资料或检查报告符合以下情况之一： 1) 经传统治疗无效（激素或免疫抑制剂治疗无效的患者）； 2) 经英夫利西单抗诱导缓解成功后使用英夫利西单抗做维持缓解； 3) 成人有预后不良的高危因素（符合以下其中两项及以上）包括：伴肛周病变；肠道受累长度超过100cm；伴食管、胃、十二指肠病变；发病年龄<40岁；首次发病即需要激素治疗。儿童有预后不良的高危因素（符合以下其中一项及以上）包括：内镜下见深溃疡；经正规诱导治疗后病情仍持续活动；广泛肠道受累；明显生长迟缓，身高Z评分>-2.5；严重骨质疏松；发病早期出现肠道狭窄和/或透壁病变；严重肛周病变。 4) 术后有复发高危因素的CD患者； 5) 瘻管型CD患者。 6. 一线治疗的病史资料。	24周
				溃疡性结肠炎	1. 相关检查符合中重度溃疡性结肠炎； 2. 二线治疗。	1. 病情诊断证明书；2. 影像学检查报告；3. 粪便检查报告；4. 血沉（ESR）；5. 血常规；6. C反应蛋白；7. 免疫学检查；8. 一线治疗的病史资料。	24周

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
79	奥马珠单抗	注射剂	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哮喘患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。	过敏性鼻炎	1. 临床表现或肺功能检查或支气管激发试验支持过敏性鼻炎哮喘；2. 经中到大剂量的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；3. 中至重度持续性过敏性鼻炎哮喘；4. IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。	1. 病情诊断证明书；2. IgE检测报告；3. 经中到大剂量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病史资料；4. 中至重度持续性过敏性鼻炎哮喘的病史资料。	4个月
80	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。	视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿诊断标准。	1. 病情诊断证明书；2. 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）检查报告；3. 病眼基线矫正视力0.05-0.5。	3个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
81	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。	湿性年龄相关性黄斑变性	1. 年龄50岁以上； 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 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）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。	1. 病情诊断证明书；2. 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）检查报告；3. 病眼基线矫正视力0.05-0.5。	核心期每月一次，共计3个月，之后视病情而定
				糖尿病性黄斑水肿	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合糖尿病性黄斑水肿诊断标准。		核心期每月一次，共计3个月，之后视病情而定
				脉络膜新生血管病	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合脉络膜新生血管病诊断标准。		治疗一次之后视病情而定

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
82	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。	湿性年龄相关性黄斑变性	1. 年龄50岁以上； 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 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）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。	1. 病情诊断证明书；2. 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）检查报告； 3. 病眼基线矫正视力0.05-0.5。	核心期每月一次，共计3个月之后每2个月一次。
				糖尿病性黄斑水肿	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合糖尿病性黄斑水肿诊断标准。		核心期每月一次，共计5个月之后每2个月一次。

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
83	雷珠单抗	注射剂	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. 继发性视网膜静脉阻塞（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。	湿性年龄相关性黄斑变性	1. 年龄50岁以上； 2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 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）证据符合湿性年龄相关性黄斑变性诊断标准。	1. 病情诊断证明书；2. 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）检查报告； 3. 病眼基线矫正视力0.05-0.5。	核心期每月一次，共计3个月，之后视病情而定
				糖尿病性黄斑水肿	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合糖尿病性黄斑水肿诊断标准。		核心期每月一次，共计3个月，之后视病情而定
				脉络膜新生血管病	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合脉络膜新生血管病诊断标准。		治疗一次之后视病情而定
				视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿	1. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；2. 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）证据符合视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿诊断标准。		3个月

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
84	地拉罗司	口服常释剂型		β-地中海贫血	1. 病史资料、实验室检查符合β-地中海贫血诊断标准；2. 输血病史；3. 血清铁蛋白（SF）>1000ug/L为开始治疗的标准，500-1000ug/L为维持治疗的标准。	1. 病情诊断证明书；2. 输血的病史资料；3. 血常规、血红蛋白电泳和（或）地贫相关基因检测；4. 血清铁蛋白。	3-6个月
				输血依赖性 疾病所致的 铁过载	1. 病史资料、实验室检查符合输血依赖性 疾病诊断标准；2. 输血病史；3. 血清铁蛋 白（SF）>1000ug/L为开始治疗的标准， 500-1000ug/L为维持治疗的标准。	1. 病情诊断证明书（其他输血依赖性疾 病：包括髓系肿瘤、恶性淋巴瘤、再生障 碍性贫血、其他遗传性贫血）；2. 输 血的病史资料；3. 血清铁蛋白。	3-6个月
85	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌；2. EGFR基因检测敏感或突变；3. 既往未接受过EGFR-TKI治疗；4. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. EGFR基因检测敏感突变；4. 影像学检查报告。	8-12周
				肺鳞癌	1. 病理学诊断符合肺鳞癌；2. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展的病史资料；4. 影像学检查报告。	8-12周
86	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌；2. 不能手术；3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 不能手术的病史资料。	3个月
				胃肠间质瘤	1. 病理学诊断符合胃肠间质瘤；2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的病史资料。	
				胰腺神经内分泌瘤	1. 病理学诊断符合胰腺神经内分泌瘤；2. 不可切除；3. 病理学检查、影像学检查符合转移性高分化进展期；4. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查报告；3. 影像学检查报告；4. 不可切除的病史资料。	

序号	通用名	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
87	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。	骨髓增生异常综合征	1. 血液及骨髓检查符合骨髓增生异常综合征；2. 中危-2及高危；3. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 血常规+骨髓细胞形态学或细胞遗传学或分子生物学检查报告；3. 国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2及高危。	6-8个月
				慢性粒-单核细胞白血病	1. 血液及骨髓检查符合慢性粒-单核细胞白血病；2. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书；2. 血液及骨髓检查报告。	
				急性髓系（性）白血病	1. 血液及骨髓检查符合急性髓系（性）白血病；2. 年龄≥18周岁；3. 骨髓原始细胞为20-30%伴多系发育异常。	1. 病情诊断证明书；2. 血液及骨髓检查报告；3. 骨髓原始细胞为20-30%伴多系发育异常。	
88	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。	乳腺癌	1. 病理学诊断符合乳腺癌；2. ER/PR激素受体阳性；3. 既往芳香化酶抑制剂治疗失败；4. 晚期乳腺癌（IIIb-IV期）。	1. 病情诊断证明书；2. 病理学检查；3. ER/PR激素受体阳性报告；4. 芳香化酶抑制剂治疗失败的病史资料（病史资料包括：认定机构出院病情证明书有芳香化酶抑制剂的用药记录或本人姓名的购药发票；如无上述资料，须提供认定机构认定医生出具的门诊病情证明书，需注明有相应药物的用药记录）；5. 影像学检查报告。	3个月