

# 附件 1

## 特定药品名录

| 序号 | 药品名称           | 24 版目录限定支付范围                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 治疗病种 | 费用限额 |
|----|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|
| 1  | *奥妥珠单抗注射液      | 限与化疗联合，用于初治的Ⅱ期伴有巨大肿块、Ⅲ期或Ⅳ期滤泡性淋巴瘤成人患者，达到至少部分缓解的患者随后用奥妥珠单抗维持治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 抗癌药  | ／    |
| 2  | *达雷妥尤单抗注射液     | 限：1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者；2.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者；3.单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者，患者既往接受过包括蛋白酶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。                                                                                                                                                       | 抗癌药  | ／    |
| 3  | *甲磺酸艾立布林注射液    | 限既往接受过至少两种化疗方案的局部晚期或转移性乳腺癌患者。既往的化疗方案应包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物。                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 抗癌药  | ／    |
| 4  | *注射用维迪西妥单抗     | 限：1.至少接受过 2 个系统化疗的 HER2 过表达局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部腺癌)；2.既往接受过含铂化疗且 HER2 过表达局部晚期或转移性尿路上皮癌。                                                                                                                                                                                                                                                         | 抗癌药  | ／    |
| 5  | *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。                                                                                                                                                                                                                                                        | 抗癌药  | ／    |
| 6  | *信迪利单抗注射液      | 限：1.至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；2.非鳞状非小细胞肺癌： (1)表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗； (2)表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的 EGFR 基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗；3.不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；4.既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗；5.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的一线治疗。 | 抗癌药  | ／    |
| 7  | *尼妥珠单抗注射液      | 限：1.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；2.与同步放化疗联合治疗局部晚期头颈部鳞癌。                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 抗癌药  | ／    |
| 8  | *重组人血管内皮抑制素注射液 | 限晚期非小细胞肺癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 抗癌药  | ／    |
| 9  | *西妥昔单抗注射液      | 限：1.RAS 基因野生型的转移性结直肠癌；2.头颈部鳞状细胞癌。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 抗癌药  | ／    |
| 10 | *注射用伊尼妥单抗      | 限接受过 1 个或多个化疗方案的 HER2 阳性转移性乳腺癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 抗癌药  | ／    |

|    |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |   |
|----|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 11 | *替雷利珠单抗注射液  | 限：1.至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；2.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；3.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；4.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；5.表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者，以及 EGFR 和 ALK 阴性或未知的，既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性鳞状 NSCLC 成人患者；6.联合依托泊苷和铂类化疗用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；7.用于不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗；8.至少经过一种全身治疗的肝细胞癌的治疗；9.不可切除或转移性微卫星高度不稳定型(MSI-H)或错配修复基因缺陷型(dMMR)的成人晚期实体瘤患者：既往经过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗后出现疾病进展的晚期结直肠癌患者；既往治疗后出现疾病进展且无满意替代治疗方案的其他晚期实体瘤患者；10.既往接受过一线标准化疗后进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的治疗；11.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的一线治疗；12.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；13.联合氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于局部晚期不可切除的或转移性的胃或胃食管结合部腺癌的一线治疗。 | 抗癌药 | ／ |
| 12 | *特瑞普利单抗注射液  | 限：1.既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗；2.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；3.既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗；4.局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；5.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴性、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；7.联合化疗围手术期治疗，继之本品单药作为辅助治疗，用于可切除IIIA-IIIB 期非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者；8.联合阿昔替尼用于中高危的不可切除或转移性肾细胞癌患者的一线治疗；9.联合依托泊苷和铂类用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；10.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)用于经充分验证的检测评估 PD-L1 阳性(CPS≥1)的复发或转移性三阴性乳腺癌(TNBC)的一线治疗。                                                                                                                                                                                                                                                             | 抗癌药 | ／ |
| 13 | *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/或仑伐替尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗；3.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；5.既往接受过二线及以上化疗后疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌患者的治疗；6.局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；7.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌患者的一线治疗；8.局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌患者的一线治疗；9.不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 抗癌药 | ／ |
| 14 | *地舒单抗注射液    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 抗癌药 | ／ |
| 15 | *注射用醋酸奥曲肽微球 | 限胃肠道内分泌肿瘤。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 抗癌药 | ／ |

|    |             |                                                                                                                                                                                                           |     |   |
|----|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 16 | *盐酸埃克替尼片    | 限：1.表皮生长因子受体(EGFR)基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗；2.既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)；3. II-III A 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。                                                  | 抗癌药 | / |
| 17 | *注射用醋酸地加瑞克  | 限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。                                                                                                                                                                                        | 抗癌药 | / |
| 18 | *优替德隆注射液    | 限既往接受过至少一种化疗方案的复发或转移性乳腺癌患者。                                                                                                                                                                               | 抗癌药 | / |
| 19 | *注射用恩美曲妥珠单抗 | 限：1.接受了紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗；2. 限接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的 HER2 阳性、不可切除局部晚期或转移性乳腺癌患者。                                                                                                 | 抗癌药 | / |
| 20 | *注射用卡非佐米    | 限与地塞米松联合适用于治疗复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，患者既往至少接受过 2 种治疗，包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂。                                                                                                                                            | 抗癌药 | / |
| 21 | *注射用维布妥昔单抗  | 限以下 CD30 阳性淋巴瘤成人患者： 1.复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤(R/R sALCL)；2.复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤(R/R cHL)；3.既往接受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤(pcALCL)或蕁样真菌病(MF)。                                                                             | 抗癌药 | / |
| 22 | 曲妥珠单抗       |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 23 | 贝伐珠单抗       |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 24 | 培门冬酶注射液     |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 25 | 氟维司群        |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 26 | 利妥昔单抗       |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 27 | 阿扎胞苷        |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 28 | 硼替佐米        |                                                                                                                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 29 | *奥布替尼片      | 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；3.既往至少接受过一种治疗的成人边缘区淋巴瘤(MZL)患者。                                                                                             | 抗癌药 | / |
| 30 | *泊马度胺胶囊     | 限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。                                                                                                                                   | 抗癌药 | / |
| 31 | *盐酸恩沙替尼胶囊   | 限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌(NSCLC)患者。                                                                                                                                                                | 抗癌药 | / |
| 32 | *甲磺酸伏美替尼片   | 限：1.表皮生长因子受体(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；2.既往因表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。                               | 抗癌药 | / |
| 33 | *达可替尼片      | 限表皮生长因子受体(EGFR)19 号外显子缺失突变或 21 号外显子 L858R 置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗。                                                                                                                              | 抗癌药 | / |
| 34 | *阿贝西利片      | 限：1.联合内分泌治疗(他莫昔芬或芳香化酶抑制剂)用于激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性、淋巴结阳性，高复发风险且 Ki-67≥20%的早期乳腺癌成人患者的辅助治疗。2.激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌：与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗；与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。 | 抗癌药 | / |

|    |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |     |   |
|----|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 35 | *马来酸奈拉替尼片  | 限人类表皮生长因子受体 2(HER2)阳性的早期乳腺癌成年患者，在接受含曲妥珠单抗辅助治疗之后的强化辅助治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 抗癌药 | ／ |
| 36 | *氟唑帕利胶囊    | 限：1.既往经过二线及以上化疗的伴有胚系 BRCA 突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的患者；2.铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3.晚期中上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。                                                                                                                                                                                                     | 抗癌药 | ／ |
| 37 | *帕米帕利胶囊    | 限既往经过二线及以上化疗的伴有胚系 BRCA(gBRCA)突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 抗癌药 | ／ |
| 38 | *阿帕他胺片     | 限：1.转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者；2.有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |
| 39 | *达罗他胺片     | 限：1.治疗有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者；2.联合多西他赛治疗转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 抗癌药 | ／ |
| 40 | *甲苯磺酸多纳非尼片 | 限：1.既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者；2.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 抗癌药 | ／ |
| 41 | *索凡替尼胶囊    | 限无法手术切除的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好(G1、G2)的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 42 | *盐酸阿来替尼胶囊  | 限：1.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的IB 期至IIIA 期非小细胞肺癌患者术后辅助治疗；2.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 抗癌药 | ／ |
| 43 | *呋喹替尼胶囊    | 限转移性结直肠癌患者的三线治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 抗癌药 | ／ |
| 44 | *马来酸吡咯替尼片  | 限：1.表皮生长因子受体 2(HER2)阳性的复发或转移性乳腺癌患者；2.表皮生长因子受体 2(HER2)阳性早期或局部晚期乳腺癌患者的新辅助治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 45 | *磷酸芦可替尼片   | 限：1.中危或高危的原发性骨髓纤维化(PMF)(亦称为慢性特发性骨髓纤维化)、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化(PPV-MF)或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化(PET-MF)的成年患者；2.对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的 12 岁及以上急性移植物抗宿主病(急性 GVHD)或慢性移植物抗宿主病(慢性 GVHD)患者。                                                                                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |
| 46 | *奥拉帕利片     | 限：1.携带胚系或体细胞 BRCA 突变的(gBRCAm 或 sBRCAm)晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；2.同源重组修复缺陷(HRD)阳性的晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在一线含铂化疗联合贝伐珠单抗治疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3.铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；4.携带胚系或体细胞 BRCA 突变(gBRCAm 或 sBRCAm)且既往治疗(包括一种新型内分泌药物)失败的转移性去势抵抗性前列腺癌成人患者的治疗。                                                                      | 抗癌药 | ／ |
| 47 | *甲磺酸奥希替尼片  | 限：1.IB-IIIA 期存在表皮生长因子受体(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗，患者须既往接受过手术切除治疗，并由医生决定接受或不接受辅助化疗；2.具有表皮生长因子受体(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；3.既往经 EGFR 酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检测确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性 NSCLC 成人患者的治疗；4.联合培美曲塞和铂类化疗药物用于具有表皮生长因子受体(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗。 | 抗癌药 | ／ |

|    |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |     |   |
|----|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 48 | *盐酸安罗替尼胶囊 | 限：1.既往至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者的治疗。对于存在表皮生长因子受体(EGFR)基因突变或间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、且至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发；2.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.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；4.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；5.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。 | 抗癌药 | ／ |
| 49 | *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。                                                                                                                                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 50 | *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。                                                                                                                                                                                                                                                                  | 抗癌药 | ／ |
| 51 | *培唑帕尼片    | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |
| 52 | *瑞戈非尼片    | 限：1.肝细胞癌二线治疗；2.转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。                                                                                                                                                                                                                                                                      | 抗癌药 | ／ |
| 53 | *尼洛替尼胶囊   | 限：1.新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)慢性期成人患者及2岁以上的儿童患者；2.既往治疗(包括伊马替尼)耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)慢性期或加速期成人患者以及慢性期2岁以上的儿童患者。                                                                                                                                                                                       | 抗癌药 | ／ |
| 54 | *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。                                                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 55 | *维莫非尼片    | 限 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。                                                                                                                                                                                                                                                                              | 抗癌药 | ／ |
| 56 | *西达本胺片    | 限：1.既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)患者；2.联合 R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)用于 MYC 和 BCL2 表达阳性的既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)患者。                                                                                                                                                                                    | 抗癌药 | ／ |
| 57 | *依维莫司片    | 限：1.既往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(NET)成人患者；4.需要治疗干预但不适于手术切除的结节性硬化症(TSC)相关的室管膜下巨细胞星形细胞瘤(SEGA)成人和儿童患者；5.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；6.来曲唑或阿那曲唑治疗失败后的激素受体阳性、表皮生长因子受体-2 阴性、绝经后晚期女性乳腺癌患者。              | 抗癌药 | ／ |
| 58 | *甲磺酸氟马替尼片 | 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。                                                                                                                                                                                                                                                                             | 抗癌药 | ／ |
| 59 | *甲磺酸阿美替尼片 | 限：1.表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗；2.既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。                                                                                                                                                 | 抗癌药 | ／ |
| 60 | *泽布替尼胶囊   | 限：1.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者；2.成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者；3.成人华氏巨球蛋白血症(WM)患者；4.联合奥妥珠单抗用于既往接受过至少二线系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤(FL)成人患者。                                                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |

|    |             |                                                                                                                                                                                                                                |     |   |
|----|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 61 | *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；3.BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。 | 抗癌药 | ／ |
| 62 | *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；3.BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。          | 抗癌药 | ／ |
| 63 | *甲苯磺酸尼拉帕利胶囊 | 限：1.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.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。                                                                                                                    | 抗癌药 | ／ |
| 64 | *甲磺酸阿帕替尼片   | 限：1.既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌患者；3.不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。                                                                                                                             | 抗癌药 | ／ |
| 65 | *洛拉替尼片      | 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。                                                                                                                                                                                             | 抗癌药 | ／ |
| 66 | *布格替尼片      | 限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌(NSCLC)患者。                                                                                                                                                                                     | 抗癌药 | ／ |
| 67 | *赛沃替尼片      | 限含铂化疗后疾病进展或不耐受标准含铂化疗的、MET 外显子14 跳变的局部晚期或转移性 NSCLC 成人患者。                                                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 68 | *羟乙磺酸达尔西利片  | 限：1.激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌患者；2.与芳香化酶抑制剂联合使用作为初始内分泌治疗；3.与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。                                                                                                                       | 抗癌药 | ／ |
| 69 | *瑞维鲁胺片      | 限转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)患者。                                                                                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 70 | *奥雷巴替尼片     | 限：1.对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药和/或不耐受的慢性髓细胞白血病慢性期成年患者；2.T315I 突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。                                                                                                                                                    | 抗癌药 | ／ |
| 71 | *维奈克拉片      | 限成人急性髓系白血病患者。                                                                                                                                                                                                                  | 抗癌药 | ／ |
| 72 | *瑞派替尼片      | 限既往接受过3种或以上激酶抑制剂(包括伊马替尼)的晚期胃肠间质瘤(GIST)成人患者。                                                                                                                                                                                    | 抗癌药 | ／ |
| 73 | *哌柏西利胶囊     | 限激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌。                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 74 | 阿昔替尼片       |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 75 | 枸橼酸伊沙佐米胶囊   | 限治疗已接受过至少一种既往治疗的多发性骨髓瘤成人患者。                                                                                                                                                                                                    | 抗癌药 | ／ |
| 76 | 甲磺酸仑伐替尼胶囊   |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 77 | 恩扎卢胺软胶囊     |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 78 | 厄洛替尼        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 79 | 阿法替尼        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 80 | 舒尼替尼        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 81 | 来那度胺        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 82 | 索拉非尼        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 83 | 伊马替尼        |                                                                                                                                                                                                                                | 抗癌药 | ／ |

|     |                  |                                                                                                                                                                                   |     |   |
|-----|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 84  | 吉非替尼             |                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 85  | 达沙替尼             |                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 86  | 阿比特龙             |                                                                                                                                                                                   | 抗癌药 | ／ |
| 87  | *林普利塞片           | 限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。                                                                                                                                                 | 抗癌药 | ／ |
| 88  | *琥珀酸瑞波西利片        | 限激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体 2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌,与芳香化酶抑制剂联合用药作为女性患者的初始内分泌治疗。                                                                                                            | 抗癌药 | ／ |
| 89  | *泽贝妥单抗注射液        | 限 CD20 阳性弥漫大 B 细胞淋巴瘤,非特异性(DLBCL, NOS)成人患者。                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 90  | *塞利尼索片           | 限: 1.既往接受过治疗且对至少一种蛋白酶体抑制剂,一种免疫调节剂以及一种抗 CD38 单抗难治的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者; 2.既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫性大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。                                                                | 抗癌药 | ／ |
| 91  | *瑞帕妥单抗注射液        | 限国际预后指数(IPI)为 0~2 分的新诊断 CD20 阳性弥漫大 B 细胞性非霍奇金淋巴瘤(DLBCL)成人患者。                                                                                                                       | 抗癌药 | ／ |
| 92  | *淫羊藿素软胶囊         | 限不适合或患者拒绝接受标准治疗,且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌,患者外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项: AFP $\geq$ 400 ng/mL; TNF- $\alpha$ $<$ 2.5pg/mL; IFN- $\gamma$ $\geq$ 7.0 pg/mL。                              | 抗癌药 | ／ |
| 93  | *甲磺酸贝福替尼胶囊       | 限: 1.表皮生长因子受体(EGFR)外显子 19 缺失或外显子 21(L858R)置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的一线治疗; 2.既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。 | 抗癌药 | ／ |
| 94  | *度维利塞胶囊          | 限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。                                                                                                                                                 | 抗癌药 | ／ |
| 95  | *盐酸米托蒽醌脂质体注射液    | 限既往至少经过一线标准治疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤(PTCL)成人患者。                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |
| 96  | *伏罗尼布片           | 限与依维莫司联合,用于既往接受过酪氨酸激酶抑制剂治疗失败的晚期肾细胞癌(RCC)患者。                                                                                                                                       | 抗癌药 | ／ |
| 97  | *阿可替尼胶囊          | 限: 1.既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者; 2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。                                                                                                 | 抗癌药 | ／ |
| 98  | *磷酸索立德吉胶囊        | 限不宜手术或放疗, 以及手术或放疗后复发的局部晚期基底细胞癌(BCC)成年患者。                                                                                                                                          | 抗癌药 | ／ |
| 99  | *曲妥珠单抗注射液(皮下注射)  | 限: 1.HER2 阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗, 支付不超过 12 个月; 2.HER2 阳性的转移性乳腺癌。                                                                                                                     | 抗癌药 | ／ |
| 100 | *恩曲替尼胶囊          | 限: 1.12 岁及以上, 经充分验证的检测方法诊断为携带神经生长因子受体酪氨酸激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤: 患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者,或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者; 2.ROS1 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。                     | 抗癌药 | ／ |
| 101 | *谷美替尼片           | 限具有间质-上皮转化因子(MET)外显子 14 跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌。                                                                                                                                        | 抗癌药 | ／ |
| 102 | *阿伐替尼片           | 限携带血小板衍生生长因子受体 $\alpha$ (PDGFRA)外显子 18 突变(包括 PDGFRA D842V 突变)的不可切除或转移性胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。                                                                                           | 抗癌药 | ／ |
| 103 | *伊鲁阿克片           | 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。                                                                                                                                         | 抗癌药 | ／ |
| 104 | *醋酸兰瑞肽缓释注射液(预充式) | 限: 1.不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠胰神经内分泌瘤(GEP-NETs)的成人患者; 2.类癌综合征成人患者。                                                                                                                  | 抗癌药 | ／ |

|     |                 |                                                                                                                                                          |     |   |
|-----|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|---|
| 105 | *依沃西单抗注射液       | 限经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗后进展的 EGFR 基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗。                                                                           | 抗癌药 | / |
| 106 | *恩朗苏拜单抗注射液      | 限既往接受含铂化疗治疗失败的 PD-L1 表达阳性(CPS≥1)的复发或转移性宫颈癌患者。                                                                                                            | 抗癌药 | / |
| 107 | *卡度尼利单抗注射液      | 既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性宫颈癌患者的治疗。                                                                                                                             | 抗癌药 | / |
| 108 | *帕妥珠单抗注射液(皮下注射) | 限: 1.HER2 阳性、局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者(直径>2cm 或淋巴结阳性)的新辅助治疗; 2.具有高复发风险 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗; 3.既往未接受过针对转移性乳腺癌的抗 HER2 治疗或者化疗的 HER2 阳性、转移性或不可切除的局部复发性乳腺癌患者。           | 抗癌药 | / |
| 109 | *注射用德曲妥珠单抗      | 限: 1.既往接受过一种或一种以上抗 HER2 药物治疗的不可切除或转移性 HER2 阳性成人乳腺癌患者; 2.既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的,或在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后 6 个月内复发的,不可切除或转移性 HER2 低表达(IHC 1+ 或 IHC2+/ISH-)成人乳腺癌患者。 | 抗癌药 | / |
| 110 | *西妥昔单抗注射液       | 限与 FOLFIRI 方案联合用于一线治疗 RAS/BRAF 基因野生型的转移性结直肠癌。                                                                                                            | 抗癌药 | / |
| 111 | *盐酸特泊替尼片        | 限携带间质上皮转化因子(MET)外显子 14 跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。                                                                                                   | 抗癌药 | / |
| 112 | *戈利昔替尼胶囊        | 限既往至少接受过一线系统性治疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤(r/rPTCL)成人患者。                                                                                                           | 抗癌药 | / |
| 113 | *注射用埃普奈明        | 限既往接受过至少 2 种系统性治疗方案的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者,既往含免疫调节剂方案难治的患者不宜接受本联合方案治疗。                                                                                         | 抗癌药 | / |
| 114 | *甲磺酸瑞厄替尼片       | 限既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。                                                     | 抗癌药 | / |
| 115 | *甲磺酸瑞齐替尼胶囊      | 限既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。                                                     | 抗癌药 | / |
| 116 | *瑞普替尼胶囊         | 限 ROS1 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。                                                                                                                     | 抗癌药 | / |
| 117 | *舒沃替尼片          | 限既往经含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展,或不耐受含铂化疗,并且检测确认存在表皮生长因子受体(EGFR)20 号外显子插入突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者。                                                             | 抗癌药 | / |
| 118 | *枸橼酸依奉阿克胶囊      | 限未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的 ALK 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。                                                                                                  | 抗癌药 | / |
| 119 | *富马酸安奈克替尼胶囊     | 限 ROS1 阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。                                                                                                                     | 抗癌药 | / |
| 120 | *盐酸卡马替尼片        | 限未经系统治疗的携带间质上皮转化因子(MET)外显子 14 跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。                                                                                            | 抗癌药 | / |
| 121 | *注射用盐酸曲拉西利      | 限既往未接受过系统性化疗的广泛期小细胞肺癌(在接受含铂类药物联合依托泊苷方案治疗前给药)患者。                                                                                                          | 抗癌药 | / |
| 122 | *注射用维泊妥珠单抗      | 限: 1.既往未经治疗的弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者; 2.不适合接受造血干细胞移植的复发或难治性弥漫大 B 细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。                                                                         | 抗癌药 | / |
| 123 | *注射用紫杉醇聚合物胶束    | 限联合铂类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小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗。                                                                         | 抗癌药 | / |
| 124 | *硫酸拉罗替尼胶囊       | 限经充分验证的检测方法诊断为携带神经生长酪氨酸受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤:患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者,或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。                                                 | 抗癌药 | / |



|     |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |       |
|-----|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| 125 | *硫酸拉罗替尼口服溶液      | 限经充分验证的检测方法诊断为携带神经节苷脂受体酪氨酸激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤;患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者,或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。                                                                                                                                                                                                                 | 抗癌药   | ／     |
| 126 | *赛帕利单抗注射液        | 限:1.既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性且PD-L1表达阳性(CPS≥1)的宫颈癌患者;2.至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤成人患者。                                                                                                                                                                                                                                          | 抗癌药   | ／     |
| 127 | *纳鲁索拜单抗注射液       | 限不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 抗癌药   | ／     |
| 128 | *妥拉美替尼胶囊         | 限含抗PD-1/PD-L1治疗失败的NRAS基因突变的晚期黑色素瘤患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 抗癌药   | ／     |
| 129 | *伯瑞替尼肠溶胶囊        | 限:1.具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者;2.既往治疗失败的具有PTPRZ1-MET融合基因的IDH突变型星形细胞瘤(WHO4级)或有低级别病史的胶质母细胞瘤成人患者。                                                                                                                                                                                                              | 抗癌药   | ／     |
| 130 | *达雷妥尤单抗注射液(皮下注射) | 限:1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者;2.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者;3.与泊马度胺和地塞米松联合用药治疗既往接受过至少一线治疗(包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂)的多发性骨髓瘤患者;4.单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者,患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展;5.新诊断的原发性轻链型淀粉样变患者。本方案不适合也不推荐用于患有NYHA IIIB级或IV级心脏病或Mayo IIIB期的原发性轻链型淀粉样变患者。 | 抗癌药   | ／     |
| 131 | *甲磺酸贝舒地尔片        | 限对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上慢性移植物抗宿主病患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 抗癌药   | ／     |
| 132 | *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炎)NSAIDs充分治疗3个月疾病活动度下降低于50%者。                                                                                                                                                                                                                           | 风湿免疫类 | 3.6万元 |
| 133 | *司库奇尤单抗注射液       | 限:1.常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者;2.既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的活动性银屑病关节炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |
| 134 | 阿达木单抗            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |       |
| 135 | 注射用英夫利西单抗        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |       |
| 136 | *巴瑞替尼片           | 限:1.诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者;2.对一种或多种既往传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的2岁及以上活动性幼年特发性关节炎患者,包括:(1)多关节型幼年特发性关节炎(多关节型类风湿因子阳性[RF+]或阴性[RF-],扩展型少关节炎),(2)附着点炎相关关节炎,(3)幼年银屑病关节炎。可单药使用或与甲氨蝶呤联合用药。                                                                                                                            |       |       |
| 137 | *乌帕替尼缓释片         | 限:1.活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗;2.中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗;3.对非甾体抗炎药(NSAID)应答不佳且存在客观炎症征象(表现为C反应蛋白[CRP]升高和/或磁共振成像[MRI]异常)的活动性放射学阴性中轴型脊柱关节炎(nr-axSpA)成人患者;4.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的活动性强直性脊柱炎(AS,放射学阳性中轴型脊柱关节炎)成人患者。                                                                                                                       | 红斑狼疮  | 8万元   |
| 138 | *依奇珠单抗注射液        | 限:1.适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者;2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |       |
| 139 | *注射用贝利尤单抗        | 限:1.在常规治疗基础上仍具有高疾病活动(例如:抗ds-DNA抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI评分≥8)的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5岁及以上患者;2.与常规治疗联合用于活动性狼疮肾炎成人患者。                                                                                                                                                                                                         |       |       |
| 140 | *注射用泰它西普         | 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。                                                                                                                                                                                                                           |       |       |

|     |                 |                                                                                                                                           |           |        |
|-----|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------|
| 141 | *司库奇尤单抗注射液      | 限：符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的 6 岁及以上患者。                                                                                                      | 皮肤类疾病     | 3.5 万元 |
| 142 | *乌司奴单抗注射液       | 限：1.对环孢素、甲氨喋呤(MTX)等其他系统性治疗或 PUVA(补骨脂素和紫外线 A)不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者；2.对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的 6 岁及以上儿童和青少年(体重 60 公斤至 100 公斤)中重度斑块状银屑病患者。 |           |        |
| 143 | *依奇珠单抗注射液       | 限：1.适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者；2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人患者。                                                                                   |           |        |
| 144 | *古塞奇尤单抗注射液      | 限适合系统治疗的成人中重度斑块状银屑病。                                                                                                                      |           |        |
| 145 | 阿达木单抗           |                                                                                                                                           |           |        |
| 146 | 注射用英夫利西单抗       |                                                                                                                                           |           |        |
| 147 | *阿普米司特片         | 限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。                                                                                                         |           |        |
| 148 | *注射用奥马珠单抗       | 限：H1 抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12 岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。                                                                                               |           |        |
| 149 | *奥马珠单抗注射液       | 限：H1 抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12 岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。                                                                                               |           |        |
| 150 | *替瑞奇珠单抗注射液      | 限适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者。                                                                                                               |           |        |
| 151 | *氩可来昔替尼片        | 限适合系统治疗或光疗的成年中重度斑块状银屑病患者。                                                                                                                 |           |        |
| 152 | *佩索利单抗注射液       | 限成人泛发性脓疱型银屑病(GPP)。                                                                                                                        | 泛发性脓疱型银屑病 | 8 万元   |
| 153 | *注射用维得利珠单抗      | 限：1.对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF $\alpha$ )抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性溃疡性结肠炎的成年患者；2.对传统治疗或 TNF $\alpha$ 抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性克罗恩病的成年患者。   | 炎症性肠病类    | 7.5 万元 |
| 154 | *乌司奴单抗注射液(静脉输注) | 限对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。                                                                   |           |        |
| 155 | *乌司奴单抗注射液       | 限：对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。                                                                   |           |        |
| 156 | 阿达木单抗           |                                                                                                                                           |           |        |
| 157 | 注射用英夫利西单抗       |                                                                                                                                           |           |        |
| 158 | *乌帕替尼缓释片        | 限：1.对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者；2.对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病成人患者。                                            |           |        |
| 159 | *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。                                                                                                   | 肺动脉高压类    | /      |
| 160 | *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。                                                                                                    |           |        |
| 161 | *波生坦分散片         | 限 3-12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者。                                                                                                                   |           |        |
| 162 | *利奥西呱片          | 限：1.术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压(CTEPH)或不能手术的 CTEPH，且(WHO FC)为II-III的患者；2.动脉性肺动脉高压(PAH)且(WHO FC)为II-III患者的二线用药。                                  |           |        |
| 163 | *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。                                                                                                   |           |        |
| 164 | *曲前列尼尔注射液       | 限肺动脉高压(PAH，WHO 分类 1)。                                                                                                                     |           |        |
| 165 | 安立生坦            |                                                                                                                                           |           |        |
| 166 | *贝前列素钠缓释片       | 限 WHO 功能分级 I级-III级的肺动脉高压(PAH，WHO 第 1 组)的患者，以改善患者的运动能力。                                                                                    |           |        |

|     |              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |
|-----|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|
| 167 | *地塞米松玻璃体内植入剂 | 限：1.视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)。应同时符合以下条件：1.需三级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。                                                                                                                               | 眼科类   | /          |
| 168 | *阿柏西普眼内注射液   | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害。应同时符合以下条件：1.需三级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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。                                                                                     |       |            |
| 169 | *康柏西普眼用注射液   | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞(RVO)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤。应同时符合以下条件：1.需三级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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。 |       |            |
| 170 | *雷珠单抗注射液     | 限：1.50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿引起的视力损害。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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。                                 |       |            |
| 171 | *法瑞西单抗注射液    | 限：1.糖尿病性黄斑水肿(DME)；2.新生血管性(湿性)年龄相关性黄斑变性(nAMD)；3.继发于视网膜分支静脉阻塞(BRVO)的黄斑水肿。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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。                                                                |       |            |
| 172 | 乙磺酸尼达尼布软胶囊   | 限：1.特发性肺纤维化(IPF)；2.系统性硬化病相关间质性肺疾病(SSc-ILD)；3.具有进行性表型的慢性纤维化性间质性肺疾病。                                                                                                                                                                                                                                            | 肺纤维化类 | 8.5 万元     |
| 173 | *来迪派韦索磷布韦片   | 限成人和12至<18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                                                               | 丙肝类   | 单人最多支付12周量 |
| 174 | *索磷布韦维帕他韦片   | 限成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |            |
| 175 | *盐酸可洛派韦胶囊    | 限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |
| 176 | *索磷维伏片       | 限既往接受过含直接抗病毒药物(DAA)方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化(Child-Pugh A)的成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。                                                                                                                                                                                                                                           |       |            |
| 177 | *达诺瑞韦钠片      | 限与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因1b型慢性丙型肝炎成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |            |
| 178 | *盐酸拉维达韦片     | 限初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |            |
| 179 | *磷酸依米他韦胶囊    | 限与索磷布韦片联合，用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |            |
| 180 | *奥磷布韦片       | 限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |            |

|     |                  |                                                                                                                                                                                                                                  |               |            |
|-----|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------|
| 181 | *艾考恩丙替片          | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        | 艾滋病类          | 2 万元       |
| 182 | *奈韦拉平齐多拉米双夫定片    | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 183 | *注射用艾博韦泰         | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 184 | *比克恩丙诺片          | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 185 | *艾诺韦林片           | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 186 | *拉米夫定多替拉韦片       | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 187 | *多拉米替片           | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        |               |            |
| 188 | *阿兹夫定片           |                                                                                                                                                                                                                                  |               |            |
| 189 | *艾诺米替片           | 限艾滋病病毒感染。                                                                                                                                                                                                                        | 多发性硬化类        | 10 万元      |
| 190 | *奥法妥木单抗注射液       | 限成人复发型多发性硬化(RMS)。                                                                                                                                                                                                                |               |            |
| 191 | *西尼莫德片           | 限成人复发型多发性硬化的患者。                                                                                                                                                                                                                  |               |            |
| 192 | *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。                                                                                                                                                                                                     |               |            |
| 193 | *氨吡啶缓释片          | 限多发性硬化合并步行障碍(EDSS 评分 4-7 分)的成年患者。                                                                                                                                                                                                |               |            |
| 194 | *富马酸二甲酯肠溶胶囊      | 限成人复发型多发性硬化(RMS)。                                                                                                                                                                                                                |               |            |
| 195 | 特立氟胺片            | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。                                                                                                                                                                                                                 |               |            |
| 196 | *盐酸奥扎莫德胶囊        | 限成人复发型多发性硬化。                                                                                                                                                                                                                     |               |            |
| 197 | *德拉马尼片           | 限耐多药结核患者。                                                                                                                                                                                                                        | 耐多药肺结核        | 6.7 万元     |
| 198 | 富马酸贝达喹啉片         | 限耐多药结核患者。                                                                                                                                                                                                                        | C型尼曼匹克病       | 13.5 万元    |
| 199 | *麦格司他胶囊          | 限 C 型尼曼匹克病患者。                                                                                                                                                                                                                    |               |            |
| 200 | *氘丁苯那嗪片          | 限治疗成人：与亨廷顿病有关的舞蹈病；迟发性运动障碍。                                                                                                                                                                                                       | 亨廷顿病成人迟发性运动障碍 | 10 万元      |
| 201 | 依达拉奉氯化钠注射液       | 限肌萎缩侧索硬化(ALS)。                                                                                                                                                                                                                   | 肌萎缩侧索硬化       | 1.7 万元     |
| 202 | *利鲁唑口服混悬液        | 限肌萎缩侧索硬化(ALS)。                                                                                                                                                                                                                   |               |            |
| 203 | *醋酸兰瑞肽缓释注射液（预充式） | 限：肢端肥大症患者。                                                                                                                                                                                                                       | 肢端肥大          | 6 万元       |
| 204 | *注射用醋酸奥曲肽微球      | 限肢端肥大症。                                                                                                                                                                                                                          |               |            |
| 205 | *注射用罗普司亭         | 限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18 周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)患者。                                                                                                                                                                      | 血小板减少         | 6.2 万元     |
| 206 | *海曲泊帕乙醇胺片        | 限：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。                                                                                                                                                                                  |               |            |
| 207 | *艾曲泊帕乙醇胺片        | 限：既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和 6 岁及以上儿童慢性免疫性(特发性)血小板减少症(ITP)患者。                                                                                                                                                                     |               |            |
| 208 | *注射用罗普司亭 N01     | 限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18 周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)患者。                                                                                                                                                                      | 重型再生障碍性贫血     | 17 万元      |
| 209 | *海曲泊帕乙醇胺片        | 限：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。                                                                                                                                                                                           |               |            |
| 210 | *艾曲泊帕乙醇胺片        | 限：既往对免疫抑制治疗缓解不充分的重型再生障碍性贫血(SAA)患者。                                                                                                                                                                                               |               |            |
| 211 | 地拉罗司             |                                                                                                                                                                                                                                  | 铁质积聚          | 8.5 万元     |
| 212 | *注射用重组人凝血因子VIIa  | 限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：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。 | 血友病           | 15 万元      |
| 213 | *人凝血因子IX         | 限儿童乙(B)型血友病；成人乙(B)型血友病限出血时使用。                                                                                                                                                                                                    |               |            |
| 214 | *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。                                                                                                                                                                                                 | 肝病类           | 单次申请 5 日用量 |

|     |                       |                                                                                                     |                         |         |
|-----|-----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------|
| 215 | *泊沙康唑口服混悬液            | 限：1.预防移植后(干细胞及实体器官移植)及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念珠菌感染；2.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病；3.接合菌纲类感染。                    | 真菌感染                    | 5 万元    |
| 216 | *硫酸艾沙康唑胶囊             | 限侵袭性曲霉病或侵袭性毛霉病的成人患者。                                                                                |                         |         |
| 217 | *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。                                                                | 中重度特应性皮炎                | 8 万元    |
| 218 | *阿布昔替尼片               | 限其他系统治疗(如激素或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮炎成人和 12 岁及以上青少年患者。                                         |                         |         |
| 219 | *乌帕替尼缓释片              | 限：12 岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗。                                                                       |                         |         |
| 220 | *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哮喘的 6 岁及以上患者，并需 IgE(免疫球蛋白 E)介导确诊证据。 | 哮喘类                     | 6 万元    |
| 221 | *注射用奥马珠单抗 $\alpha$    | 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哮喘的 15 岁及以上患者，并需 IgE(免疫球蛋白 E)介导确诊证据。 |                         |         |
| 222 | *奥马珠单抗注射液             | 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哮喘的 6 岁及以上患者，并需 IgE(免疫球蛋白 E)介导确诊证据。 |                         |         |
| 223 | *美泊利珠单抗注射液            | 限：成人和 12 岁及以上青少年重度嗜酸粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗。                                                               |                         |         |
| 224 | *诺西那生钠注射液             | 限 5q 脊髓性肌萎缩症。                                                                                       | 脊髓性肌萎缩症                 | 20 万元   |
| 225 | *利司扑兰口服溶液用散           | 限治疗 16 日龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。                                                                        |                         |         |
| 226 | *阿加糖酶 $\alpha$ 注射用浓溶液 | 限法布雷病( $\alpha$ -半乳糖苷酶 A 缺乏症)患者的长期酶替代治疗,适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在 0-6 岁儿童中的安全性和有效性。                      | 法布雷病                    | 32.2 万元 |
| 227 | *氯苯唑酸软胶囊              | 限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)。                                                                 | 转甲状腺素蛋白淀粉样变性心肌病         | 20 万元   |
| 228 | *醋酸艾替班特注射液            | 限成人、青少年和 $\geq 2$ 岁儿童的遗传性血管性水肿(HAE)急性发作。                                                            | 急性遗传性血管性水肿              | 5.2 万元  |
| 229 | *拉那利尤单抗注射液            | 限 12 岁及以上患者预防遗传性血管性水肿(HAE)发作。                                                                       | 非急性遗传性血管性水肿             | 26.8 万元 |
| 230 | *伊奈利珠单抗注射液            | 限抗水通道蛋白 4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)成人患者。                                                          | 视神经脊髓炎谱系疾病              | 20 万元   |
| 231 | *萨特利珠单抗注射液            | 限 $\geq 12$ 岁青少年及成人患者水通道蛋白 4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)。                                           |                         |         |
| 232 | *注射用罗特西普              | 限 $\beta$ -地中海贫血成人患者。                                                                               | $\beta$ -地中海贫血          | 10 万元   |
| 233 | *地拉罗司颗粒               | 限：1.年龄大于 2 岁的 $\beta$ -地中海贫血患者；2.10 岁及 10 岁以上非输血依赖性地中海贫血综合征患者。                                      |                         |         |
| 234 | *美泊利珠单抗注射液            | 限：成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)。                                                                              | 成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎           | 18.8 万元 |
| 235 | *来特莫韦注射液              | 限用于接受异基因造血干细胞移植(HSCT)的巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的成人受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病毒病。                                     | 造血干细胞移植治疗预防巨细胞感染和巨细胞病毒病 | 10 万元   |
| 236 | *来特莫韦片                | 限用于接受异基因造血干细胞移植(HSCT)的巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的成人受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病毒病。                                     |                         |         |
| 237 | *马立巴韦片                | 限治疗造血干细胞移植或实体器官移植后巨细胞病毒(CMV)感染和/或疾病，且对一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缙更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的成人患者。            |                         |         |

|     |                 |                                                                                                                 |               |         |
|-----|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------|
| 238 | *艾加莫德α注射液       | 限乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的成人全身型重症肌无力(gMG)患者。                                                                            | 重症肌无力         | 26 万元   |
| 239 | *依库珠单抗注射液       | 限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；2.非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。                      |               |         |
| 240 | *依库珠单抗注射液       | 限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；2.非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。                      | 阵发性睡眠性血红蛋白症   | 20 万元   |
| 241 | *盐酸伊普可泮胶囊       | 限既往未接受过补体抑制剂治疗的阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)成人患者。                                                                           |               |         |
| 242 | *依库珠单抗注射液       | 限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；2.非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。                      | 非典型溶血性尿毒症     | 13 万元   |
| 243 | *盐酸替洛利生片        | 限发作性睡病成人患者。                                                                                                     | 发作性睡病         | 3.2 万元  |
| 244 | *硫酸氢司美替尼胶囊      | 限 3 岁及 3 岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的 I 型神经纤维瘤病(NF1)儿童患者。                                                          | 神经纤维瘤病        | 27 万元   |
| 245 | *酒石酸艾格司他胶囊      | 限经 CYP2D6 基因型检测为弱代谢型(PMs)、中间代谢型(IMs)或快代谢型(EMs)的 I 型戈谢病(GD1)成年患者。                                                | 戈谢病           | 28 万元   |
| 246 | *西罗莫司凝胶         | 限成人和 6 岁及以上儿童患者的结节性硬化症相关面部血管纤维瘤。                                                                                | 面部血管纤维瘤       | 2.5 万元  |
| 247 | *注射用司妥昔单抗       | 限人体免疫缺陷病毒(HIV)阴性和人疱疹病毒 8 型(HHV-8)阴性的多中心 Castleman 病(MCD)成人患者。                                                   | Castleman 病   | 23 万元   |
| 248 | *玛伐凯泰胶囊         | 限纽约心脏协会(NYHA)心功能分级II-III级的梗阻性肥厚型心肌病(oHCM)成人患者。                                                                  | 肥厚型心肌病        | 16.5 万元 |
| 249 | *司替戊醇干混悬剂       | 限婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet 综合征)患者。                                                                                | 婴儿严重肌阵挛性癫痫    | 3.5 万元  |
| 250 | *氟哌啶醇口服溶液       | 限：1.急、慢性各型精神分裂症、躁狂症、抽动秽语综合症的成人患者；2.13 至 17 岁青少年精神分裂症患者；3.6 至 17 岁儿童和青少年孤独症或广泛性发育障碍的攻击行为；4.10 至 17 岁儿童和青少年的抽动障碍。 | 精神类疾病         | 1.87 万元 |
| 251 | *注射用阿立哌唑        |                                                                                                                 |               |         |
| 252 | *棕榈帕利哌酮酯注射液(6M) | 限接受过棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)至少 3 个月充分治疗的成人精神分裂症患者。                                                                        |               |         |
| 253 | *布地奈德肠溶胶囊       | 限具有进展风险的原发性免疫球蛋白 A 肾病(IgAN)成人患者。                                                                                | 原发性免疫球蛋白 A 肾病 | 4.65 万元 |

注：标有“\*”的药品为单独支付药品。

