

附件1

特殊药品目录

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
1	麦格司他	口服常释剂型	*	限C型尼曼匹克病患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
2	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
3	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
4	罗沙司他	口服常释剂型	*	限慢性肾脏病引起贫血的患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
5	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
6	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）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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
7	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
8	沙库巴曲缬沙坦	口服常释剂型	*	限慢性心力衰竭（NYHA II-IV级）患者，首次处方时应有射血分数降低的证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
9	奥曲肽	微球注射剂	5800元（20mg/瓶）； 7911元（30mg/瓶）	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
10	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
11	贝达喹啉	口服常释剂型	*	限耐多药结核患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
12	德拉马尼	口服常释剂型	*	限耐多药结核患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
13	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患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
14	丙酚替诺福韦	口服常释剂型	17.98元（25mg/片）	限慢性乙型肝炎患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
15	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
16	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
17	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
18	艾考恩丙替	口服常释剂型	43元（每片含150mg艾维雷韦，150mg考比司他，200mg恩曲他滨，10mg丙酚替诺福韦）	限艾滋病病毒感染。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
19	雷替曲塞	注射剂	669元（2mg/支）	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
20	阿扎胞苷	注射剂	1055元（100mg/支）	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。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
21	西妥昔单抗	注射剂	1295元 (100mg(20ml)/瓶)	限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
22	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
23	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
24	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
25	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
26	信迪利单抗	注射剂	2843元 (10ml:100mg/瓶)	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
27	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
28	阿法替尼	口服常释剂型	160.5元 (30mg/片); 200元 (40mg/片)	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。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
29	奥希替尼	口服常释剂型	300元 (40mg/片); 510元 (80mg/片)	限既往因表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展, 并且经检验确认存在EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
30	安罗替尼	口服常释剂型	357元 (8mg/粒); 423.6元 (10mg/粒); 487元 (12mg/粒)	限既往至少接受过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。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
31	克唑替尼	口服常释剂型	219.2元 (200mg/粒); 260元 (250mg/粒)	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。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
32	塞瑞替尼	口服常释剂型	198元（150mg/粒）	接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
33	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
34	培唑帕尼	口服常释剂型	160元（200mg/片）； 272元（400mg/片）	限晚期肾细胞癌患者的一线治疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
35	阿昔替尼	口服常释剂型	60.4元（1mg/片）； 207元（5mg/片）	限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌（RCC）的成人患者。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
36	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
37	瑞戈非尼	口服常释剂型	196元（40mg/片）	1.肝细胞癌二线治疗；2.转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
38	舒尼替尼	口服常释剂型	155元（12.5mg/粒）； 263.5元（25mg/粒）； 359.4元（37.5mg/粒）； 448元（50mg/粒）	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。	2019年1月1日至2020年12月31日	国家谈判
39	阿帕替尼	口服常释剂型	115元（250mg/片）； 156.86元（375mg/片）； 172.63元（425mg/片）	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
40	呋喹替尼	口服常释剂型	94.5元（1mg/粒）； 378元（5mg/粒）	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
41	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
42	尼洛替尼	口服常释剂型	76元 (150mg/粒); 94.7元 (200mg/粒)	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
43	伊布替尼	口服常释剂型	189元 (140mg/粒)	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
44	维莫非尼	口服常释剂型	112元 (240mg/片)	治疗经CFDA批准的检测方法确定的BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
45	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
46	伊沙佐米	口服常释剂型	3229.4元 (2.3mg/粒); 3957.9元 (3mg/粒); 4933元 (4mg/粒)	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
47	培门冬酶	注射剂	1477.7元 (2ml:1500IU/ 支); 2980元 (5ml:3750IU/ 支)	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
48	奥拉帕利	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患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
49	重组人血管内皮抑制素	注射剂	490元 (15mg/3ml/支)	限晚期非小细胞肺癌患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
50	西达本胺	口服常释剂型	343元 (5mg/片)	限既往至少接受过1次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤 (PTCL) 患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
51	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
52	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
53	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
54	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
55	阿达木单抗	注射剂	1290元（40mg/0.4ml 预填充式注射笔，40mg/0.4ml 预填充式注射器，40mg/0.8ml 预填充式注射笔，40mg/0.8ml 预填充式注射器）	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病患者，需按说明书用药。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
56	英夫利西单抗	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、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
57	他氟前列素	滴眼剂	74.8元（2.5ml：37.5μg/支）		2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
58	地塞米松	玻璃体内植入剂	4000元（0.7mg/支）	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
59	康柏西普	眼用注射液	4160元（0.2ml/支）	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
60	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。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
61	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. 继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：1. 需三级综合医院眼科或二级及以上眼科专科医院医师处方；2. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或OCT（全身情况不允许的患者可以提供OCT血管成像）证据；4. 每眼累计最多支付9支，第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
62	地拉罗司	口服常释剂型	*		2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
63	复方黄黛片		10.19元(0.27g/片)	限初治的急性早幼粒细胞白血病。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
64	食道平散		163元(10g/瓶)	限中晚期食道癌所致食道狭窄梗阻的患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
65	参一胶囊		6.18元(每粒含人参皂苷Rg3 10mg)	限原发性肺癌、肝癌化疗期间使用。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
66	司维拉姆	口服常释剂型	*	限透析患者高磷血症。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
67	碳酸镧	咀嚼片	*	限透析患者高磷血症。	2020年1月1日至2021年12月31日	国家谈判
68	托伐普坦	口服常释剂型	99元（15mg/片）； 168.3元（30mg/片）	限以下情况方可支付：1. 明显的高容量性和正常容量性低钠血症（血钠浓度<125mEq/L，或低钠血症不明显但有症状且限液治疗效果不佳），包括伴有心力衰竭/肝硬化以及抗利尿剂激素分泌异常综合征的患者。2. 其他利尿剂治疗效果不理想的心力衰竭引起的体液潴留。	2018年1月1日至2020年6月30日	国家谈判未续约
69	拉帕替尼	口服常释剂型	66.7元（250mg/片）	限HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。	2018年1月1日至2020年6月30日	国家谈判未续约

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
70	氟维司群	注射剂	2306元 (5ml: 0.25g/支)	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。	2018年1月1日至 2020年6月30日	国家谈判 未续约
71	重组人干扰素 β -1b	注射剂	590元 (0.3mg/支)	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	2018年1月1日至 2020年6月30日	国家谈判 未续约
72	利妥昔单抗	注射剂		限复发或耐药的滤泡性中央型淋巴瘤(国际工作分类B、C和D亚型的B细胞非霍奇金淋巴瘤), CD20阳性III-IV期滤泡性非霍奇金淋巴瘤, CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤; 支付不超过8个疗程。		谈判转乙类
73	来那度胺	口服常释剂型		限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者, 并满足以下条件: 1、每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付; 2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。		谈判转乙类
74	硼替佐米	注射剂		限多发性骨髓瘤、复发或难治性套细胞淋巴瘤患者, 并满足以下条件: 1、每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付; 2、由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方。		谈判转乙类
75	替格瑞洛	口服常释剂型		限急性冠脉综合症患者, 支付不超过12个月。非急性期限二线用药。		谈判转乙类
76	阿比特龙	口服常释剂型		限转移性去势抵抗性前列腺癌、新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。		谈判转乙类
77	人凝血因子VIII	注射剂				常规乙类
78	重组人凝血因子VIII	注射剂		限儿童甲(A)型血友病; 成人甲(A)型血友病限出血时使用		常规乙类
79	重组人凝血因子IX	注射剂		限儿童乙(B)型血友病; 成人乙(B)型血友病限出血时使用		常规乙类
80	重组人血小板生成素	注射剂		限实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症或特发性血小板减少性紫癜		常规乙类

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
81	艾曲泊帕乙醇胺	口服常释剂型		限既往对糖皮质激素、免疫球蛋白治疗无效的特发性血小板减少症		常规乙类
82	咪唑立宾	口服常释剂型		限器官移植和工伤保险		常规乙类
83	吗替麦考酚酯	口服常释剂型		限器官移植和工伤保险		常规乙类
84	麦考酚钠	口服常释剂型		限器官移植和工伤保险		常规乙类
85	西罗莫司	口服常释剂型 口服液体剂		限器官移植和工伤保险		常规乙类
86	比卡鲁胺	口服常释剂型				常规乙类
87	氟他胺	口服常释剂型				常规乙类
88	雌莫司汀	口服常释剂型				常规乙类
89	重组人Ⅱ型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	注射剂		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		常规乙类
90	戈利木单抗	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。		常规乙类
91	托珠单抗	注射剂		限全身型幼年特发性关节炎的二线治疗；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。		常规乙类
92	吉非替尼	口服常释剂型		限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌		常规乙类

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
93	伊马替尼	口服常释剂型		限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。		常规乙类
94	埃克替尼	口服常释剂型		限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌		常规乙类
95	达沙替尼	口服常释剂型		限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者		常规乙类
96	培美曲塞	口服常释剂型		限局部晚期或转移性非鳞状细胞型非小细胞肺癌；恶性胸膜间皮瘤		常规乙类