

附件

实行医保报销事前审查的药品名单

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
1	利妥昔单抗	注射剂	乙类	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。	
2	硼替佐米	注射剂	乙类	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。	
3	阿比特龙	口服常释剂型	乙类	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。	
4	来那度胺	口服常释剂型	乙类	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。	
5	奥曲肽	微球注射剂	乙类	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
6	阿扎胞苷	注射剂	乙类	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

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
7	西妥昔单抗	注射剂	乙类	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
8	贝伐珠单抗	注射剂	乙类	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
9	尼妥珠单抗	注射剂	乙类	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
10	曲妥珠单抗	注射剂	乙类	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
11	帕妥珠单抗	注射剂	乙类	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
12	信迪利单抗	注射剂	乙类	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
13	厄洛替尼	口服常释剂型	乙类	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
14	阿法替尼	口服常释剂型	乙类	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
15	奥希替尼	口服常释剂型	乙类	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

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
16	安罗替尼	口服常释剂型	乙类	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
17	克唑替尼	口服常释剂型	乙类	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
18	塞瑞替尼	口服常释剂型	乙类	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
19	阿来替尼	口服常释剂型	乙类	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
20	培唑帕尼	口服常释剂型	乙类	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
21	阿昔替尼	口服常释剂型	乙类	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
22	索拉非尼	口服常释剂型	乙类	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
23	瑞戈非尼	口服常释剂型	乙类	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
24	舒尼替尼	口服常释剂型	乙类	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

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
25	阿帕替尼	口服常释剂型	乙类	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
26	呋喹替尼	口服常释剂型	乙类	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
27	吡咯替尼	口服常释剂型	乙类	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
28	尼洛替尼	口服常释剂型	乙类	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
29	伊布替尼	口服常释剂型	乙类	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
30	维莫非尼	口服常释剂型	乙类	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
31	芦可替尼	口服常释剂型	乙类	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
32	伊沙佐米	口服常释剂型	乙类	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

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
33	培门冬酶	注射剂	乙类	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
34	重组人血管内皮抑制素	注射剂	乙类	限晚期非小细胞肺癌患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
35	西达本胺	口服常释剂型	乙类	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
36	依维莫司	口服常释剂型	乙类	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
37	地塞米松	玻璃体内植入剂	乙类	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

序号	药品名称	剂型	医保属性	备注	协议有效期
38	康柏西普	眼用注射液	乙类	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
39	阿柏西普	眼内注射溶液	乙类	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
40	雷珠单抗	注射剂	乙类	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