南通市医疗保障局文件

通医保发〔2021〕49号

关于加强对药品、诊疗项目、特殊医用材料

医保限定支付范围管理的通知

各县（市）、区医疗保障局，市医疗保险基金管理中心，各定点医药机构：

为严格执行国家医疗保障局《基本医疗保险用药管理暂行办法》《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准》《江苏省医疗保险特殊医用材料目录》规定，落实《关于加强对<国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录>中限制支付类药品使用管理的通知》（苏医保函〔2021〕200号）要求，进一步加强对药品、诊疗项目、特殊医用材料医保限定支付范围管理，扎紧制度笼子，保障医保基金合理使用，促进临床合理医疗，维护参保人员医疗保障合法权益，现就有关事项通知如下：

一、提高对医保限定支付认识

加强对药品、诊疗项目、特殊医用材料医保限定支付范围监管，是保障医保基金合理有效使用，维护医保基金安全的重要举措。各地医疗保障部门、各定点医药机构要统一思想，提高认识，切实增强责任感使命感，采取措施，堵塞漏洞，严格落实药品、诊疗项目、特殊医用材料医保限定支付政策，守护医保基金安全，维护好广大参保人员的医疗保障权益。

二、正确理解医保限定支付范围

医保限定支付范围是医保基金是否支付的标准，参保患者符合药品、诊疗项目、特殊医用材料医保限定支付条件，才可由基本医疗保险基金支付。各地要准确理解医保限定支付规定的病种、人群、疗程、天数等条件，不得自行调整扩大或缩小医保限定支付范围。临床根据病情需要必须使用可不受医保限定支付范围限制，但要认真履行知情告知同意，费用患者自理，并由参保人员或家属签字同意。

三、严格执行医保限定支付政策

各地医保部门、各定点医药机构要严格执行药品、诊疗项目、特殊医用材料医保限定支付政策。对国家谈判药品中双通道管理及单行支付药品，要严格审核用药所需的相关疾病诊断报告，防止通过提供“假报告”骗取医疗保障待遇。对限二线使用的药品，要认真核对疾病治疗和用药过程，加强一线用药的配备和使用，杜绝直接使用二线药品进行治疗。对使用天数和使用量限定的药品、诊疗项目、特殊医用材料，要严格计算使用天数和使用量，防止临床超期限、超量使用。对限等级医疗机构和专科使用的药品、诊疗项目、特殊医用材料，要核对医疗机构和相应科室的资质，防止超医院等级和专业科室执业资质使用。对其他有医保限定支付范围的药品等，要加强审核，减少和杜绝违规支付行为发生。

四、加大医保限定支付政策培训力度

各地医保部门要加强对定点医药机构的指导和培训。各定点医药机构要健全组织机构，完善内部管理制度，认真梳理本单位使用有医保限定支付范围的药品、诊疗项目、特殊医用材料，加强医保限定支付的政策宣传解读，扎实做好医护人员的培训工作，提高医护人员对医保限定支付政策的认识和理解，压实医护人员严格执行医保限定支付政策的责任；在日常工作中要加强对参保患者的宣传，做好解释工作。

五、发挥信息系统在医保限定支付管理中的作用

各经办机构对可以通过医保信息系统直接控制限定支付范围的药品、诊疗项目、特殊医用材料，应尽可能通过医保信息系统直接控制；要加强医保智能监控系统建设，将相关医保限定支付政策规定转换为智能监控规则并不断完善，实现智能监控事前预防、事中提醒的功效。各定点医药机构要加强医保限定支付范围的药品、诊疗项目、特殊医用材料的信息化管理，在信息管理系统中，植入医保限定支付类使用监控规则，充分发挥信息系统的预警作用，在医护人员使用、结算医保限定支付药品等时，及时进行提醒和提示，防止超医保限定支付范围进行记账结算。

六、加强医保限定支付监督管理

各地医保部门要综合运用协议、行政、司法等手段，严查严处违反政策规定，违规使用限定支付类药品、诊疗项目、特殊医用材料的行为，维护医保基金安全。应采取多种方式对定点医疗机构进行监督检查，对发现的违规医保费用一律不予支付，将检查结果纳入年终协议执行情况考核内容；对于多次违规整改不力的定点医药机构或相关科室及违反《医疗保障基金使用监督管理条例》第三十八条规定的，从快做出处理；对定点医药机构或参保人员以骗取医疗保障基金为目的，通过伪造、变造虚假医学证明材料等手段骗取医保待遇，造成医保基金损失的，要按照《医疗保障基金使用监督管理条例》第四十条和第四十一条做出处理，并将该线索移交公安和纪检监察部门，实行联合惩戒。对涉及的医保医师，要严格按照医保医师管理办法进行约谈、记分、暂停医保服务直至取消医保医师资质。对医疗保障部门未履行法律法规规定的相关义务，造成医保基金损失的，要按照相关法律法规规定做出处理。

七、其他

各地要严格执行附件中关于药品、诊疗项目、特殊医用材料的医保限定支付范围。上级部门对相关医保限定支付范围有调整的，按照新规定执行。

附件：1.《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品

目录》及谈判药品中有医保限定支付范围的药品

2.《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品

目录》凡例

3.《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范

围及支付标准（20210727）》中有医保限定支付范

围的诊疗项目

4.《江苏省医疗保险特殊医用材料目录（20210727）》

中有医保限定支付范围的材料

南通市医疗保障局

2021年8月27日

（此件公开发布）

附件1

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中

有医保限定支付范围的药品目录

| 编号 | 药品名称 | 剂型 | 医保  等级 | 备注 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ★（16） | 埃索美拉唑（艾司奥美拉唑） | 注射剂 | 乙 | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者 |
| 17 | 艾普拉唑 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有十二指肠溃疡、反流性食管炎诊断患者的二线用药 |
| ★（15） | 奥美拉唑 | 注射剂 | 乙 | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者 |
| ★（18） | 兰索拉唑 | 注射剂 | 乙 | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者 |
| ★（20） | 泮托拉唑 | 注射剂 | 乙 | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者 |
| ★（26） | 二甲硅油 | 口服液体剂 | 乙 | 限胃肠镜检查和腹部影像学检查 |
| 27 | 西甲硅油 | 口服液体剂 | 乙 | 限胃肠镜检查和腹部影像学检查 |
| ★（36） | 多潘立酮 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童或吞咽困难患者 |
| ★（41） | 昂丹司琼 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗且吞咽困难患者 |
| ★（42） | 格拉司琼 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗且吞咽困难患者 |
| 43 | 帕洛诺司琼 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗且吞咽困难患者的二线用药 |
| ★（44） | 托烷司琼 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗且吞咽困难患者 |
| 48 | 促肝细胞生长素 | 注射剂 | 乙 | 限肝功能衰竭 |
| ★（49） | 多烯磷脂酰胆碱 | 注射剂 | 乙 | 限抢救或肝功能衰竭 |
| ★（50） | 复方甘草甜素（复方甘草酸苷） | 注射剂 | 乙 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者 |
| ★（51） | 甘草酸二铵 | 注射剂 | 乙 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者 |
| 52 | 谷胱甘肽 | 口服常释剂型 | 乙 | 限肝功能衰竭 |
| 53 | 还原型谷胱甘肽（谷胱甘肽） | 注射剂 | 乙 | 限药物性肝损伤或肝功能衰竭 |
| 55 | 门冬氨酸鸟氨酸 | 注射剂 | 乙 | 限肝性脑病 |
| 60 | 水飞蓟素 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中毒性肝脏损害 |
| 61 | 异甘草酸镁 | 注射剂 | 乙 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者 |
| 68 | 聚卡波非钙 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（75） | 蒙脱石 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| ★（78） | 洛哌丁胺 | 颗粒剂 | 乙 | 限儿童 |
| ★（80） | 美沙拉秦（美沙拉嗪） | 灌肠剂 | 乙 | 限直肠乙状结肠型溃疡性结肠炎急性发作期患者 |
| 83 | 双歧杆菌活菌 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| 84 | 双歧杆菌乳杆菌三联活菌 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（85） | 双歧杆菌三联活菌 | 口服散剂 | 乙 | ▲ |
| 86 | 双歧杆菌四联活菌 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| 95 | 重组赖脯胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 96 | 谷赖胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 97 | 赖脯胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 98 | 门冬胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 113 | 精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合 (50R) | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 114 | 精蛋白锌重组赖脯胰岛素混合 (25R) | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 115 | 门冬胰岛素30 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 116 | 门冬胰岛素50 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限其他短效胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者 |
| 118 | 重组甘精胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的2型糖尿病患者 |
| 119 | 地特胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的2型糖尿病患者 |
| 120 | 甘精胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限1型糖尿病患者；限中长效胰岛素难以控制的2型糖尿病患者 |
| 121 | 德谷胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限中长效胰岛素难以控制的2型糖尿病患者 |
| 131 | 二甲双胍维格列汀Ⅱ 二甲双胍维格列汀Ⅲ | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 132 | 利格列汀二甲双胍Ⅰ 利格列汀二甲双胍Ⅱ | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 133 | 西格列汀二甲双胍Ⅰ西格列汀二甲双胍Ⅱ | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 134 | 沙格列汀二甲双胍Ⅰ沙格列汀二甲双胍Ⅱ沙格列汀二甲双胍Ⅲ | 缓释控释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 140 | 阿格列汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 141 | 利格列汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 142 | 沙格列汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 144 | 西格列汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 149 | 硫辛酸 | 注射剂 | 乙 | 限有明确神经电生理检查证据的痛性糖尿病外周神经病变诊断的患者 |
| 156 | 阿法骨化醇 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中、重度骨质疏松；肾性骨病；甲状旁腺功能减退症 |
| ★（156） | 阿法骨化醇 | 口服液体剂 | 乙 | 限新生儿低钙血症 |
| 158 | 骨化三醇 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中、重度骨质疏松；肾性骨病；甲状旁腺功能减退症 |
| ★（158） | 骨化三醇 | 注射剂 | 乙 | 限肾透析并有低钙血症的患者 |
| 159 | 水溶性维生素 | 注射剂 | 乙 | 限与脂肪乳、氨基酸等肠外营养药物配合使用时支付，单独使用不予支付 |
| 160 | 碳酸钙D3 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（160） | 碳酸钙D3 | 颗粒剂 | 乙 | ▲ |
| 162 | 维生素AD | 口服液体剂 | 乙 | 限夜盲症、儿童佝偻病 |
| 163 | 硒酵母 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲；限有硒缺乏检验证据的患者 |
| 164 | 小儿碳酸钙D3 | 颗粒剂 | 乙 | 限儿童佝偻病 |
| 166 | 脂溶性维生素Ⅰ 脂溶性维生素Ⅱ | 注射剂 | 乙 | 限与脂肪乳、氨基酸等肠外营养药物配合使用时支付，单独使用不予支付 |
| 167 | 多种维生素(12) | 注射剂 | 乙 | 限与肠外营养药物配合使用时支付，单独使用不予支付 |
| 170 | 醋酸钙 | 口服常释剂型 | 乙 | 限慢性肾功能衰竭所致的高磷血症 |
| 172 | 硫酸锌 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲；限有锌缺乏检验证据的患者 |
| ★（172） | 硫酸锌 | 口服溶液剂 | 乙 | ▲；限有锌缺乏检验证据的患者 |
| 174 | 门冬氨酸钾镁 | 口服常释剂型 | 乙 | 限低钾血症引起的心律失常或洋地黄中毒引起的心律失常 |
| ★（174） | 门冬氨酸钾镁 | 注射剂 | 乙 | 限洋地黄中毒引起的心律失常患者 |
| ★（169） | 葡萄糖酸钙 | 颗粒剂 | 乙 | ▲ |
| 177 | 缓解消化道不适症状的复方OTC制剂 |  | 乙 | ◇；▲ |
| 179 | 乌司他丁 | 注射剂 | 乙 | 限急性胰腺炎、慢性复发性胰腺炎患者 |
| 180 | 腺苷蛋氨酸 | 口服常释剂型 | 乙 | 限肝硬化所致肝内胆汁淤积患者或妊娠期肝内胆汁淤积患者 |
| ★（180） | 腺苷蛋氨酸 | 注射剂 | 乙 | 限肝硬化所致肝内胆汁淤积或妊娠期肝内胆汁淤积，且无法口服的患者 |
| 181 | 特利加压素 | 注射剂 | 乙 | 限食管静脉曲张出血抢救 |
| ★（183） | 肝素 | 封管液 | 乙 | 限血液透析、体外循环、导管术、微血管手术等操作中及某些血液标本或器械的抗凝处理 |
| 190 | 贝前列素 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有慢性动脉闭塞的诊断且有明确的溃疡、间歇性跛行及严重疼痛体征的患者 |
| 192 | 沙格雷酯 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有慢性动脉闭塞的诊断且有明确的溃疡、间歇性跛行及严重疼痛体征的患者 |
| 193 | 替罗非班 | 注射剂 | 乙 | 限急性冠脉综合征的介入治疗 |
| ★（193） | 替罗非班氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限急性冠脉综合征的介入治疗 |
| 194 | 西洛他唑 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有慢性动脉闭塞症诊断且有明确的溃疡、间歇性跛行及严重疼痛体征的患者 |
| 195 | 依替巴肽 | 注射剂 | 乙 | 限急性冠脉综合征的介入治疗 |
| 196 | 吲哚布芬 | 口服常释剂型 | 乙 | 限阿司匹林不能耐受的患者 |
| 197 | 替格瑞洛 | 口服常释剂型 | 乙 | 限急性冠脉综合征患者，支付不超过12个月。非急性期限二线用药。 |
| 200 | 降纤酶 | 注射剂 | 乙 | 限急性脑梗死的急救抢救 |
| 201 | 纤溶酶 | 注射剂 | 乙 | 限急性脑梗死的急救抢救 |
| 204 | 阿加曲班 | 注射剂 | 乙 | 限有急性脑梗死诊断并有运动神经麻痹体征且在发作后48小时内用药 |
| 205 | 达比加群酯 | 口服常释剂型 | 乙 | 限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤患者 |
| 206 | 阿哌沙班 | 口服常释剂型 | 乙 | 限下肢关节置换手术患者 |
| 207 | 磺达肝癸钠 | 注射剂 | 乙 | 限下肢关节置换手术患者 |
| 208 | 利伐沙班 | 口服常释剂型 | 乙 | 限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者；下肢关节置换手术患者 |
| 210 | 奥扎格雷 | 注射剂 | 乙 | 限新发的急性血栓性脑梗死，支付不超过14天 |
| ★（213） | 氨基己酸 | 注射剂 | 乙 | 限治疗血纤维蛋白溶解亢进引起出血的患者 |
| ★（213） | 氨基己酸氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限治疗血纤维蛋白溶解亢进引起出血的患者 |
| 219 | 白眉蛇毒血凝酶 | 注射剂 | 乙 | 限出血性疾病治疗的二线用药；预防使用不予支付 |
| 221 | 聚桂醇 | 注射剂 | 乙 | 限消化道严重出血 |
| ★（222） | 卡络磺钠（肾上腺色腙） | 注射剂 | 乙 | 限无法口服卡络磺钠（肾上腺色腙）的患者 |
| ★（222） | 卡络磺钠（肾上腺色腙）氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限无法口服卡络磺钠（肾上腺色腙）的患者 |
| 223 | 矛头蝮蛇血凝酶 | 注射剂 | 乙 | 限出血性疾病治疗的二线用药；预防使用不予支付 |
| 224 | 人凝血酶原复合物 | 注射剂 | 乙 | 限手术大出血和肝病导致的出血；乙（B）型血友病或伴有凝血因子Ⅷ抑制物的血友病患者 |
| 225 | 人纤维蛋白原 | 注射剂 | 乙 | 限低纤维蛋白原血症致活动性出血 |
| 226 | 蛇毒血凝酶 | 注射剂 | 乙 | 限出血性疾病治疗的二线用药；预防使用不予支付 |
| 228 | 重组人凝血因子Ⅷ | 注射剂 | 乙 | 限儿童甲（A）型血友病；成人甲（A）型血友病限出血时使用 |
| 229 | 重组人凝血因子IX | 注射剂 | 乙 | 限儿童乙（B）型血友病；成人乙（B）型血友病限出血时使用 |
| 230 | 艾曲泊帕乙醇胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 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 |
| ★（232） | 右旋糖酐铁 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童缺铁性贫血 |
| 237 | 山梨醇铁 | 注射剂 | 乙 | 限不能经口服补铁的缺铁性贫血患者 |
| 238 | 蔗糖铁 | 注射剂 | 乙 | 限不能经口服补铁的缺铁性贫血患者 |
| ★（242） | 甲钴胺 | 注射剂 | 乙 | 限维生素B12缺乏的巨幼红细胞性贫血且有禁食医嘱或因吞咽困难等，无法使用甲钴胺口服制剂的患者 |
| ★（241） | 腺苷钴胺 | 注射剂 | 乙 | 限巨幼红细胞性贫血且有禁食医嘱或因吞咽困难等，无法使用腺苷钴胺口服制剂的患者 |
| 244 | 重组人促红素（CHO细胞） | 注射剂 | 乙 | 限肾性贫血、非骨髓恶性肿瘤化疗引起的贫血 |
| 245 | 重组人促红素-β（CHO细胞） | 注射剂 | 乙 | 限肾性贫血、非骨髓恶性肿瘤化疗引起的贫血 |
| 246 | 琥珀酰明胶 | 注射剂 | 乙 | 限低血容量性休克或手术创伤、烧伤等引起的显著低血容量患者 |
| 247 | 羟乙基淀粉（200/0.5）氯化钠羟乙基淀粉（130/0.4）氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限低血容量性休克或手术创伤、烧伤等引起的显著低血容量患者 |
| 248 | 人血白蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限抢救、重症或因肝硬化、癌症引起胸腹水的患者，且白蛋白低于30g/L |
| 251 | 复方氨基酸（15AA） | 注射剂 | 乙 | 限有明确的肝硬化、重症肝炎和肝昏迷诊断证据的患者 |
| 252 | 复方氨基酸 复方氨基酸（20AA） | 注射剂 | 乙 | 限有明确的肝硬化、重症肝炎和肝昏迷诊断证据的患者 |
| 253 | 复方氨基酸（6AA） | 注射剂 | 乙 | 限有明确的肝硬化、重症肝炎和肝昏迷诊断证据的患者 |
| 254 | 复方氨基酸（9AA） | 注射剂 | 乙 | 限肾功能不全的患者 |
| 257 | ω-3鱼油脂肪乳 | 注射剂 | 乙 | 限重度炎症及感染的患者 |
| 260 | 结构脂肪乳（C6-24） | 注射剂 | 乙 | 限肝功能不全（严重肝功能不全者除外）患者的二线用药 |
| 268 | 果糖 | 注射剂 | 乙 | 限因胰岛素抵抗无法使用葡萄糖的抢救患者，果糖总量每日不超过50g |
| ★（268） | 果糖氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限因胰岛素抵抗无法使用葡萄糖的抢救患者，果糖总量每日不超过50g |
| 278 | 丙氨酰谷氨酰胺 | 注射剂 | 乙 | 限有禁食医嘱的患者，并符合凡例对肠内外营养制剂的规定 |
| 294 | 伊布利特 | 注射剂 | 乙 | 限新发房颤转复 |
| 305 | 左西孟旦 | 注射剂 | 乙 | 限规范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗 |
| ★（308） | 单硝酸异山梨酯 | 注射剂 | 乙 | 限无法口服硝酸酯类药物的患者 |
| 310 | 葛根素 | 注射剂 | 乙 | 限视网膜动静脉阻塞或突发性耳聋患者，支付不超过14天 |
| 311 | 曲美他嗪 | 口服常释剂型 | 乙 | 限稳定性心绞痛患者的二线治疗 |
| ★（311） | 曲美他嗪 | 缓释控释剂型 | 乙 | 限稳定性心绞痛患者的二线治疗 |
| ★（317） | 可乐定 | 贴剂 | 乙 | 限持续使用可乐定，且有因禁食、吞咽困难等无法使用可乐定口服制剂的患者 |
| 319 | 川芎嗪 | 注射剂 | 乙 | 限急性缺血性脑血管疾病，支付不超过14天 |
| 320 | 银杏达莫 | 注射剂 | 乙 | 限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者，支付不超过14天 |
| 321 | 银杏叶提取物 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（321） | 银杏叶提取物 | 口服液体剂 | 乙 | ▲ |
| ★（321） | 银杏叶提取物 | 注射剂 | 乙 | 限缺血性心脑血管疾病急性期住院患者；限耳部血流及神经障碍患者。支付不超过14天 |
| 322 | 银杏蜜环 | 口服液体剂 | 乙 | ▲ |
| ★（337） | 托拉塞米 | 注射剂 | 乙 | 限需迅速利尿或不能口服利尿剂的充血性心力衰竭患者 |
| 344 | 法舒地尔 | 注射剂 | 乙 | 限新发的蛛网膜下腔出血后的患者，支付不超过14天 |
| 350 | 胰激肽原酶 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有糖尿病诊断且有微循环障碍临床证据的患者 |
| ★（350） | 胰激肽原酶 | 注射剂 | 乙 | 限有糖尿病诊断且有微循环障碍临床证据的患者 |
| 353 | 多磺酸粘多糖 | 软膏剂 | 乙 | 限由静脉输液或注射引起的血栓性静脉炎 |
| ★（354） | 七叶皂苷 | 注射剂 | 乙 | 限脑水肿的二线治疗，支付不超过10天 |
| ★（355） | 曲克芦丁 | 注射剂 | 乙 | 限新发的缺血性脑梗死，支付不超过14天 |
| 392 | 依那普利叶酸 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有明确同型半胱氨酸水平升高证据的原发性高血压 |
| 401 | 奥美沙坦酯氢氯噻嗪 | 口服常释剂型 | 乙 | 限对其它血管紧张素Ⅱ拮抗剂治疗不能耐受的患者 |
| 407 | 奥美沙坦酯氨氯地平 | 口服常释剂型 | 乙 | 限对其它血管紧张素Ⅱ拮抗剂治疗不能耐受或疗效不佳的患者 |
| 408 | 替米沙坦氨氯地平 | 口服常释剂型 | 乙 | 限对其它血管紧张素Ⅱ拮抗剂治疗不能耐受或疗效不佳的患者 |
| 422 | 依折麦布 | 口服常释剂型 | 乙 | 限他汀类药物治疗效果不佳或不耐受的患者 |
| 428 | 二硫化硒 | 外用液体剂 | 乙 | ▲ |
| 431 | 联苯苄唑 | 外用液体剂 | 乙 | ▲ |
| ★（431） | 联苯苄唑 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| 432 | 曲安奈德益康唑 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| 434 | 酮康唑 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| 435 | 益康唑 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| 439 | 重组牛碱性成纤维细胞生长因子 | 外用冻干制剂 | 乙 | 限Ⅱ度烧伤 |
| ★（439） | 重组牛碱性成纤维细胞生长因子 | 凝胶剂 | 乙 | 限Ⅱ度烧伤 |
| 441 | 重组人碱性成纤维细胞生长因子 | 外用冻干制剂 | 乙 | 限Ⅱ度烧伤 |
| ★（441） | 重组人碱性成纤维细胞生长因子 | 凝胶剂 | 乙 | 限Ⅱ度烧伤 |
| ★（478） | 硼酸 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| 483 | 过氧苯甲酰 | 软膏剂 | 乙 | ▲ |
| ★（483） | 过氧苯甲酰 | 凝胶剂 | 乙 | ▲ |
| 490 | 吡美莫司 | 软膏剂 | 乙 | 限轻中度特应性皮炎患者的二线用药 |
| 493 | 氢醌 | 软膏剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| 494 | 他克莫司 | 软膏剂 | 乙 | 限中重度特应性皮炎患者的二线用药 |
| 505 | 地诺前列酮 | 栓剂 | 乙 | 限生育保险 |
| 507 | 卡前列素氨丁三醇 | 注射剂 | 乙 | 限生育保险 |
| 512 | 阿托西班 | 注射剂 | 乙 | 限妊娠24周到33周，且有明确早产指征者的二线用药 |
| 531 | 炔雌醇环丙孕酮 | 口服常释剂型 | 乙 | 限多囊卵巢综合症 |
| 539 | 米非司酮 米非司酮Ⅱ | 口服常释剂型 | 乙 | 限生育保险 |
| 544 | 非那吡啶 | 口服常释剂型 | 乙 | 限膀胱镜检查使用 |
| 547 | 左卡尼汀 | 注射剂 | 乙 | 限长期血透患者在血透期间使用 |
| ★（547） | 左卡尼汀 | 口服液体剂 | 乙 | 限原发性肉碱缺乏症患者或因罕见病导致的继发性肉碱缺乏症患者（以国家相关部门公布的罕见病目录为准） |
| 557 | 重组人生长激素 | 注射剂 | 乙 | 限儿童原发性生长激素缺乏症 |
| 563 | 奥曲肽 | 注射剂 | 乙 | 胰腺手术，支付不超过7天；神经内分泌肿瘤类癌危象围手术期，支付不超过7天；肝硬化所致的食道或胃静脉曲张出血，支付不超过5天。 |
| 564 | 生长抑素 | 注射剂 | 乙 | 限胰腺手术，支付不超过5天；严重急性食道静脉曲张出血，支付不超过5天。 |
| 580 | 帕立骨化醇 | 注射剂 | 乙 | 限血透且有继发性甲状旁腺功能亢进的患者 |
| 581 | 西那卡塞 | 口服常释剂型 | 乙 | 限血透且有继发性甲状旁腺功能亢进的患者 |
| ★（583） | 多西环素 | 注射剂 | 乙 | 限无法使用多西环素口服制剂的患者 |
| 585 | 替加环素 | 注射剂 | 乙 | 限复杂性腹腔感染、复杂性皮肤及软组织感染、社区获得性肺炎的重症患者，以及多重耐药的鲍曼不动杆菌或碳青霉烯类耐药的肠杆菌感染患者（不包括中枢神经系统、尿路感染） |
| ★（587） | 阿莫西林 | 口服液体剂 | 甲 | 限儿童及吞咽困难患者 |
| ★（587） | 阿莫西林 | 颗粒剂 | 甲 | 限儿童及吞咽困难患者 |
| 601 | 哌拉西林舒巴坦 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 602 | 哌拉西林他唑巴坦 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 607 | 头孢硫脒 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据的患者 |
| 612 | 头孢替安 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 613 | 头孢美唑 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 614 | 头孢西丁 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 615 | 头孢米诺 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 618 | 拉氧头孢 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 621 | 头孢哌酮舒巴坦 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 624 | 头孢吡肟 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 625 | 头孢匹罗 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 626 | 氨曲南 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据或重症感染的患者 |
| 627 | 厄他培南 | 注射剂 | 乙 | 限多重耐药的重症感染 |
| 628 | 比阿培南 | 注射剂 | 乙 | 限多重耐药的重症感染 |
| 629 | 美罗培南 | 注射剂 | 乙 | 限多重耐药的重症感染 |
| 630 | 亚胺培南西司他丁 | 注射剂 | 乙 | 限多重耐药的重症感染 |
| 631 | 法罗培南 | 口服常释剂型 | 乙 | 限头孢菌素耐药或重症感染患者 |
| ★（631） | 法罗培南 | 颗粒剂 | 乙 | 限头孢菌素耐药或重症感染儿童患者 |
| ★（642） | 罗红霉素 | 颗粒剂 | 乙 | 限儿童 |
| ★（484） | 克林霉素棕榈酸酯 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童或经口鼻饲管途径给药 |
| 651 | 吉米沙星 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（652） | 莫西沙星 | 注射剂 | 乙 | 限有明确药敏试验证据的如下感染：急性窦炎、下呼吸道感染、社区获得性肺炎、复杂性腹腔感染 |
| ★（652） | 莫西沙星氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限下呼吸道感染、社区获得性肺炎；有明确药敏试验证据的如下感染：急性窦炎、复杂性腹腔感染 |
| 654 | 去甲万古霉素 | 注射剂 | 乙 | 限甲氧西林耐药阳性球菌感染；病原不明的中枢神经系统、心血管系统重症感染及菌血症 |
| 655 | 替考拉宁 | 注射剂 | 乙 | 限甲氧西林耐药阳性球菌感染的二线治疗 |
| 656 | 万古霉素 | 注射剂 | 乙 | 限甲氧西林耐药阳性球菌感染；病原不明的中枢神经系统、心血管系统重症感染及菌血症 |
| 657 | 多粘菌素B（多粘菌素） | 注射剂 | 乙 | 限有药敏试验证据支持的多重耐药细菌感染的联合治疗 |
| ★（453） | 夫西地酸 | 注射剂 | 乙 | 限甲氧西林耐药阳性球菌感染 |
| 659 | 左奥硝唑氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限二线用药 |
| 664 | 达托霉素 | 注射剂 | 乙 | 限有证据支持的金黄色葡萄球菌菌血症（含右心心内膜炎） |
| 668 | 利奈唑胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 限万古霉素治疗不可耐受的重症感染的二线治疗；限耐万古霉素的肠球菌感染 |
| ★（668） | 利奈唑胺葡萄糖 | 注射剂 | 乙 | 限万古霉素治疗不可耐受的重症感染的二线治疗；限耐万古霉素的肠球菌感染 |
| ★（671） | 两性霉素B | 脂质体注射剂 | 乙 | 限因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量两性霉素B的患者 |
| 673 | 伏立康唑 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有明确的重度免疫缺陷诊断并发严重真菌感染的临床证据；曲霉菌肺炎或中枢神经系统感染 |
| ★（673） | 伏立康唑 | 口服液体剂 | 乙 | 限有明确的重度免疫缺陷诊断并发严重真菌感染的临床证据；曲霉菌肺炎或中枢神经系统感染 |
| ★（673） | 伏立康唑 | 注射剂 | 乙 | 限有明确的重度免疫缺陷诊断并发严重真菌感染的临床证据；曲霉菌肺炎或中枢神经系统感染 |
| ★（674） | 伊曲康唑 | 口服液体剂 | 乙 | 限有HIV诊断或免疫缺陷患者口腔或食道真菌感染 |
| ★（674） | 伊曲康唑 | 注射剂 | 乙 | 限重症侵袭性真菌感染 |
| 676 | 卡泊芬净 | 注射剂 | 乙 | 限三唑类衍生物无效的念珠菌血症；其他治疗无效或不能耐受的侵袭性曲霉菌病的二线治疗 |
| 677 | 米卡芬净 | 注射剂 | 乙 | 限三唑类衍生物无效的念珠菌血症；其他治疗无效或不能耐受的侵袭性曲霉菌病的二线治疗 |
| 703 | 恩夫韦肽 | 注射剂 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 704 | 恩曲他滨 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 705 | 恩曲他滨替诺福韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 707 | 拉米夫定 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有活动性乙型肝炎的明确诊断及检验证据或母婴乙肝传播阻断 |
| 708 | 齐多夫定 | 口服液体剂 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| ★（708） | 齐多夫定 | 注射剂 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 709 | 替比夫定 | 口服常释剂型 | 乙 | 限有活动性乙型肝炎的明确诊断及检验证据或母婴乙肝传播阻断 |
| 711 | 利匹韦林 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 712 | 奥司他韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗 |
| ★（712） | 奥司他韦 | 颗粒剂 | 乙 | 限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗 |
| 713 | 帕拉米韦氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗 |
| 714 | 抗艾滋病用药 |  | 甲 | ◇ |
| 715 | 齐多拉米双夫定 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 716 | 洛匹那韦利托那韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染 |
| 717 | 阿比多尔 | 口服常释剂型 | 乙 | 限重症流感高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗 |
| 727 | A型肉毒毒素 | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| 728 | 静注人免疫球蛋白（pH4） | 注射剂 | 乙 | 限原发性免疫球蛋白缺乏症；新生儿败血症；重型原发性免疫性血小板减少症；川崎病；全身型重症肌无力；急性格林巴利综合征 |
| 729 | 人免疫球蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限麻疹和传染性肝炎接触者的预防治疗 |
| 733 | 人用狂犬病疫苗  （Vero细胞） | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| ★（733） | 人用狂犬病疫苗  （地鼠肾细胞） | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| ★（733） | 人用狂犬病疫苗  （鸡胚细胞） | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| ★（733） | 人用狂犬病疫苗  （人二倍体细胞） | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| 748 | 替莫唑胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 限多形性胶质母细胞瘤、间变性星形细胞瘤 |
| 750 | 培美曲塞 | 注射剂 | 乙 | 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 |
| 752 | 氟达拉滨 | 口服常释剂型 | 乙 | 限B细胞慢性淋巴细胞白血病或滤泡淋巴瘤 |
| ★（752） | 氟达拉滨 | 注射剂 | 乙 | 限B细胞慢性淋巴细胞白血病或滤泡淋巴瘤 |
| 755 | 地西他滨 | 注射剂 | 乙 | 限IPSS评分系统中中危-2和高危的初治、复治骨髓增生异常综合征患者 |
| 762 | 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 |
| ★（770） | 紫杉醇(白蛋白结合型) | 注射剂 | 乙 | 限联合化疗失败的转移性乳腺癌或辅助化疗后6个月内复发的乳腺癌患者 |
| 774 | 斑蝥酸钠维生素B6 | 注射剂 | 乙 | 限晚期原发性肝癌、晚期肺癌 |
| 775 | 榄香烯 | 口服液体剂 | 乙 | 限晚期食管癌或晚期胃癌改善症状的辅助治疗 |
| ★（775） | 榄香烯 | 注射剂 | 乙 | 限癌性胸腹水患者 |
| 785 | 伊达比星 | 注射剂 | 乙 | 限二线用药 |
| 794 | 利妥昔单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 795 | 埃克替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌 |
| 796 | 吉非替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌 |
| 797 | 伊马替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 798 | 达沙替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者 |
| 799 | 阿法替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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 |
| 800 | 舒尼替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 801 | 硼替佐米 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 806 | 甘氨双唑钠 | 注射剂 | 乙 | 限头颈部恶性肿瘤 |
| 821 | 阿比特龙 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 822 | 氟维司群 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 823 | 聚乙二醇化重组人粒细胞刺激因子 | 注射剂 | 乙 | 限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者 |
| 824 | 重组人粒细胞刺激因子 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗后的骨髓抑制 |
| ★（824） | 重组人粒细胞刺激因子（CHO细胞） | 注射剂 | 乙 | 限放化疗后的骨髓抑制 |
| 825 | 重组人粒细胞巨噬细胞刺激因子 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗后的骨髓抑制 |
| 826 | 聚乙二醇干扰素α-2a | 注射剂 | 乙 | 限丙肝、慢性活动性乙肝，连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| 827 | 聚乙二醇干扰素α-2b | 注射剂 | 乙 | 限丙肝、慢性活动性乙肝，连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| 828 | 重组人干扰素α-1b | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| 829 | 重组人干扰素α-2a | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| ★（829） | 重组人干扰素α-2a（酵母） | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| 830 | 重组人干扰素α-2b | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| ★（830） | 重组人干扰素α-2b  （假单胞菌） | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| ★（830） | 重组人干扰素α-2b  （酵母） | 注射剂 | 乙 | 限白血病、淋巴瘤、黑色素瘤、肾癌、多发性骨髓瘤、丙肝、慢性活动性乙肝。丙肝、慢性活动性乙肝连续使用6个月无效时停药，连续使用不超过12个月 |
| 831 | 重组人白介素-11 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗引起的严重血小板减少患者 |
| ★（831） | 重组人白介素-11（Ⅰ） | 注射剂 | 乙 | 限放化疗引起的严重血小板减少患者 |
| ★（831） | 重组人白介素-11（酵母） | 注射剂 | 乙 | 限放化疗引起的严重血小板减少患者 |
| 832 | 重组人白介素-2 | 注射剂 | 乙 | 限肾细胞癌、黑色素瘤、癌性胸腹腔积液 |
| ★（832） | 重组人白介素-2（Ⅰ） | 注射剂 | 乙 | 限肾细胞癌、黑色素瘤、癌性胸腹腔积液 |
| ★（832） | 重组人白介素-2（125Ala） | 注射剂 | 乙 | 限肾细胞癌、黑色素瘤、癌性胸腹腔积液 |
| ★（832） | 重组人白介素-2（125Ser） | 注射剂 | 乙 | 限肾细胞癌、黑色素瘤、癌性胸腹腔积液 |
| 838 | 胸腺法新 | 注射剂 | 乙 | 限工伤保险 |
| 840 | 吗替麦考酚酯 | 口服常释剂型 | 乙 | 限器官移植后的抗排异反应和Ⅲ-Ⅴ型狼疮性肾炎的患者 |
| ★（840） | 吗替麦考酚酯 | 口服液体剂 | 乙 | 限口服吞咽困难的器官移植后抗排异反应 |
| 841 | 麦考酚钠 | 口服常释剂型 | 乙 | 限器官移植后的抗排异反应 |
| 842 | 西罗莫司 | 口服常释剂型 | 乙 | 限器官移植后的抗排异反应 |
| ★（842） | 西罗莫司 | 口服液体剂 | 乙 | 限器官移植后的抗排异反应 |
| 843 | 抗人T细胞兔免疫球蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血 |
| 844 | 兔抗人胸腺细胞免疫球蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血 |
| 845 | 抗人T细胞猪免疫球蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限器官移植排斥反应高危人群的诱导治疗；急性排斥反应的治疗；重型再生障碍性贫血；原发性血小板减少性紫癜。 |
| 846 | 巴利昔单抗 | 注射剂 | 乙 | 限器官移植的诱导治疗 |
| 847 | 重组人Ⅱ型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白 | 注射剂 | 乙 | 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。限成人重度斑块状银屑病。 |
| 848 | 戈利木单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 849 | 托珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 852 | 吡非尼酮 | 口服常释剂型 | 乙 | 限特发性肺纤维化 |
| 853 | 咪唑立宾 | 口服常释剂型 | 乙 | 限器官移植后的排异反应 |
| 855 | 来那度胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 861 | 酮咯酸氨丁三醇 | 注射剂 | 乙 | 限手术后疼痛或严重急性疼痛的短期治疗 |
| ★（865） | 布洛芬 | 乳膏剂 | 乙 | ▲ |
| 868 | 氟比洛芬酯 | 注射剂 | 乙 | 限不能口服药物或口服药物效果不理想的术后镇痛 |
| 872 | 右旋布洛芬 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| 873 | 艾瑞昔布 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 874 | 帕瑞昔布 | 注射剂 | 乙 | 限不能口服药物或口服药物效果不理想的术后镇痛 |
| 879 | 艾拉莫德 | 口服常释剂型 | 乙 | 限活动性类风湿关节炎患者的二线治疗 |
| 880 | 氨基葡萄糖 | 口服常释剂型 | 乙 | 限工伤保险 |
| 884 | 汉防己甲素 | 口服常释剂型 | 乙 | 限单纯硅肺和煤硅肺 |
| ★（884） | 汉防己甲素 | 注射剂 | 乙 | 限单纯硅肺和煤硅肺 |
| 901 | 非布司他 | 口服常释剂型 | 乙 | 限肾功能不全或别嘌醇过敏的痛风患者 |
| 902 | 阿仑膦酸 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中重度骨质疏松 |
| 904 | 利塞膦酸 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中重度骨质疏松 |
| 905 | 氯膦酸二钠 | 口服常释剂型 | 乙 | 限癌症骨转移 |
| ★（905） | 氯膦酸二钠 | 注射剂 | 乙 | 限癌症骨转移 |
| 906 | 帕米膦酸二钠 | 注射剂 | 乙 | 限癌症骨转移 |
| ★（906） | 帕米膦酸二钠葡萄糖 | 注射剂 | 乙 | 限癌症骨转移 |
| 907 | 羟乙膦酸 | 口服常释剂型 | 乙 | 限中重度骨质疏松 |
| 908 | 伊班膦酸 | 注射剂 | 乙 | 限重度骨质疏松或恶性肿瘤骨转移并有明显癌痛的患者 |
| 909 | 因卡膦酸二钠（英卡膦酸二钠） | 注射剂 | 乙 | 限恶性肿瘤骨转移并有明显癌痛的患者 |
| 910 | 唑来膦酸 | 注射剂 | 乙 | 限重度骨质疏松或癌症骨转移 |
| 920 | 丙泊酚中/长链脂肪乳 | 注射剂 | 乙 | 限丙泊酚注射剂不能耐受的患者 |
| 929 | 左布比卡因 | 注射剂 | 乙 | 限布比卡因注射剂不能耐受的患者 |
| 937 | 纳美芬 | 注射剂 | 乙 | 限急救抢救 |
| ★（915） | 芬太尼 | 贴剂 | 乙 | 限癌症疼痛患者或其他方法难以控制的重度疼痛 |
| 943 | 纳布啡 | 注射剂 | 乙 | 限复合麻醉 |
| 945 | 丁丙诺啡 | 透皮贴剂 | 乙 | 限非阿片类止痛剂不能控制的慢性中重度疼痛的患者 |
| 959 | 利扎曲普坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限偏头痛急性发作患者的二线用药 |
| 960 | 舒马普坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限偏头痛急性发作患者的二线用药 |
| 961 | 佐米曲普坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限偏头痛急性发作患者的二线用药 |
| ★（973） | 左乙拉西坦 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| 980 | 屈昔多巴 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 986 | 罗匹尼罗 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（986） | 罗匹尼罗 | 缓释控释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 987 | 普拉克索 | 缓释控释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 989 | 雷沙吉兰 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 990 | 恩他卡朋 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 991 | 恩他卡朋双多巴  恩他卡朋双多巴Ⅱ  恩他卡朋双多巴Ⅲ  恩他卡朋双多巴Ⅳ | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（1000） | 齐拉西酮 | 注射剂 | 乙 | 限精神分裂症患者的急性激越症状 |
| ★（1005） | 奥氮平 | 口腔崩解片 | 乙 | 限吞咽困难的患者 |
| ★（1011） | 利培酮 | 微球注射剂 | 乙 | 限不配合口服给药患者 |
| ★（1012） | 帕利哌酮 | 注射剂 | 乙 | 限不配合口服给药患者 |
| ★（1054） | 哌甲酯 | 缓释控释剂型 | 乙 | 限由专科医生采用DSM-IV诊断标准作出明确诊断的儿童患者 |
| 1057 | 多奈哌齐 | 口服常释剂型 | 乙 | 限明确诊断的阿尔茨海默病 |
| ★（1057） | 多奈哌齐 | 口腔崩解片 | 乙 | 限明确诊断的阿尔茨海默病 |
| 1058 | 加兰他敏 | 口服常释剂型 | 乙 | 限明确诊断的阿尔茨海默病 |
| 1059 | 卡巴拉汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限明确诊断的阿尔茨海默病 |
| 1060 | 美金刚 | 口服常释剂型 | 乙 | 限明确诊断的中重度至重度阿尔茨海默型痴呆 |
| ★（1060） | 美金刚 | 口服溶液剂 | 乙 | 限吞咽困难且明确诊断的中重度至重度阿尔茨海默型痴呆 |
| 1061 | 利斯的明 | 贴剂 | 乙 | 限明确诊断的阿尔茨海默病 |
| ★（1070） | 胞磷胆碱（胞二磷胆碱） | 注射剂 | 乙 | 限出现意识障碍的急性颅脑外伤和脑手术后患者，支付不超过14天 |
| 1071 | 吡拉西坦 | 注射剂 | 乙 | 限脑外伤所致的脑功能障碍患者，支付不超过14天 |
| ★（1075） | 天麻素 | 注射剂 | 乙 | 限无法口服的血管神经性头痛或眩晕症患者，支付不超过14 |
| 1080 | 青蒿素类药物 |  | 甲 | ◇ |
| 1097 | 奥洛他定 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 1117 | 茚达特罗 | 粉雾剂 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（1120） | 多索茶碱 | 注射剂 | 乙 | 限无法口服且氨茶碱不能耐受的患者 |
| ★（1122） | 孟鲁司特 | 咀嚼片 | 乙 | 限儿童 |
| ★（1122） | 孟鲁司特 | 颗粒剂 | 乙 | 限儿童 |
| 1126 | 桉柠蒎 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（1123） | 氨溴索 | 注射剂 | 乙 | 限无法使用氨溴索口服制剂的排痰困难患者 |
| 1127 | 福多司坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（1124） | 溴己新 | 注射剂 | 乙 | 限无法使用溴己新口服制剂的排痰困难患者 |
| ★（1128） | 乙酰半胱氨酸 | 泡腾片 | 乙 | 限有大量浓稠痰液的慢性阻塞性肺病（COPD）患者 |
| 1131 | 右美沙芬 | 口服常释剂型 | 乙 | ▲ |
| ★（1131） | 右美沙芬 | 口服液体剂 | 乙 | ▲ |
| ★（1131） | 右美沙芬 | 颗粒剂 | 乙 | ▲ |
| ★（1131） | 右美沙芬 | 缓释混悬剂 | 乙 | ▲ |
| 1133 | 缓解感冒症状的复方OTC制剂 |  | 乙 | ◇；▲ |
| 1141 | 贝他斯汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（1143） | 地氯雷他定 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| ★（1148） | 西替利嗪 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| 1150 | 依美斯汀 | 缓释控释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| 1151 | 左西替利嗪 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（1151） | 左西替利嗪 | 口服液体剂 | 乙 | 限儿童 |
| 1157 | 牛肺表面活性剂 | 注射剂 | 乙 | 限新生儿 |
| 1158 | 猪肺磷脂 | 注射剂 | 乙 | 限新生儿 |
| ★（1163） | 加替沙星 | 眼用凝胶剂 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（652） | 莫西沙星 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药 |
| 1168 | 溴芬酸钠 | 滴眼剂 | 乙 | 限眼部手术后炎症 |
| 1173 | 贝美前列素 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药 |
| 1178 | 拉坦前列素 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药 |
| 1179 | 曲伏前列素 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药 |
| ★（494） | 他克莫司 | 滴眼剂 | 乙 | 限有眼睑结膜巨大乳头增殖的患者 |
| 1190 | 维生素A棕榈酸酯 | 眼用凝胶剂 | 乙 | 限有Sjogren's综合征、神经麻痹性角膜炎、暴露性角膜炎的患者 |
| ★（440） | 重组人表皮生长因子  （酵母） | 滴眼剂 | 乙 | 限有明确角膜溃疡或角膜损伤的患者 |
| 1192 | 肠内营养剂(SP) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1193 | 肠内营养剂(TP) | 口服粉剂 | 乙 | 限重症患者 |
| ★（1193） | 肠内营养剂(TP) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| ★（1193） | 肠内营养剂(TP) | 口服乳剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1194 | 肠内营养剂(TPF) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| ★（1194） | 肠内营养剂(TPF) | 乳剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1195 | 肠内营养剂(TPF-D) | 口服混悬剂 | 乙 | 限糖尿病患者 |
| ★（1195） | 肠内营养剂(TPF-D) | 乳剂 | 乙 | 限糖尿病患者 |
| 1196 | 肠内营养剂(TPF-DM) | 口服混悬剂 | 乙 | 限糖尿病患者 |
| 1197 | 肠内营养剂(TPF-FOS) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1198 | 肠内营养剂(TPF-T) | 乳剂 | 乙 | 限肿瘤患者 |
| 1199 | 肠内营养剂(TP-HE) | 乳剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1200 | 肠内营养剂(TP-MCT) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1201 | 肠内营养剂(TPSPA) | 口服混悬剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1202 | 肠内营养剂Ⅱ(TP) | 口服混悬剂 | 乙 | 限呼吸系统疾病患者 |
| 1203 | 肠内营养粉(AA) | 口服粉剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1204 | 短肽型肠内营养剂 | 口服粉剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1205 | 整蛋白型肠内营养剂 | 口服粉剂 | 乙 | 限重症患者 |
| 1206 | 肠内营养粉(AA-PA) | 口服粉剂 | 乙 | 限经营养风险筛查，明确具有营养风险的1岁以下住院患儿 |
| 1207 | 多种微量元素 多种微量元素Ⅰ多种微量元素Ⅱ | 注射剂 | 乙 | 限配合肠外营养用 |
| 1208 | 辅酶A | 注射剂 | 乙 | 限急救、抢救 |
| 1209 | 辅酶Q10 | 注射剂 | 乙 | 限急救、抢救 |
| 1212 | 三磷酸腺苷 | 注射剂 | 乙 | 限急救、抢救 |
| 1234 | 右丙亚胺（右雷佐生） | 注射剂 | 乙 | 限在使用多柔比星后并有心脏损害临床证据 |
| 1 | 艾普拉唑 | 注射剂 | 乙 | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者。 |
| 2 | 伏诺拉生 | 口服常释剂型 | 乙 | 限反流性食管炎的患者。 |
| 3 | 多拉司琼 | 注射剂 | 乙 | 限放化疗且吞咽困难患者。 |
| 4 | 甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者。 |
| 5 | 精氨酸谷氨酸 | 注射剂 | 乙 | 限肝性脑病。 |
| 6 | 门冬氨酸鸟氨酸 | 颗粒剂 | 乙 | 限肝性脑病。 |
| 7 | 利那洛肽 | 口服常释剂型 | 乙 | 限成人便秘型肠易激综合征(IBS-C)。 |
| 8 | 德谷门冬双胰岛素 | 注射剂 | 乙 | 限其他胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者。 |
| 10 | 艾塞那肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 11 | 利拉鲁肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 12 | 利司那肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 13 | 贝那鲁肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 14 | 度拉糖肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 15 | 聚乙二醇洛塞那肽 | 注射剂 | 乙 | 限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。 |
| 16 | 达格列净 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 17 | 恩格列净 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 18 | 卡格列净 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 19 | 艾托格列净 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 20 | 麦格司他 | 口服常释剂型 | 乙 | 限C型尼曼匹克病患者。 |
| 21 | 乙酰左卡尼汀 | 口服常释剂型 | 乙 | 限临床确诊的糖尿病周围神经病变患者。 |
| 22 | 维得利珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 23 | 司来帕格 | 口服常释剂型 | 乙 | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 |
| 25 | 重组人组织型纤溶酶原激酶衍生物 | 注射剂 | 乙 | 限急性心肌梗死发病12小时内使用。 |
| 26 | 重组人尿激酶原 | 注射剂 | 乙 | 限急性心肌梗死发病12小时内使用。 |
| 27 | 阿替普酶 | 注射剂 | 乙 | 限急性心肌梗死发病12小时内、脑梗死发病3小时内的溶栓治疗，超过说明书规定用药时限的不予支付。 |
| 28 | 重组人TNK组织型纤溶酶原激活剂 | 注射剂 | 乙 | 限急性心肌梗死发病6小时内使用。 |
| 29 | 艾多沙班 | 口服常释剂型 | 乙 | 限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。 |
| 30 | 重组人凝血因子 Ⅶa | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 31 | 重组人血小板生成素 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 32 | 尖吻蝮蛇血凝酶 | 注射剂 | 乙 | 限出血性疾病治疗的二线用药；预防使用不予支付。 |
| 33 | 阿伐曲泊帕 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 34 | 罗沙司他 | 口服常释剂型 | 乙 | 限慢性肾脏病引起贫血的患者。 |
| 35 | 羟乙基淀粉 130/0.4电解质 | 注射剂 | 乙 | 限低血容量性休克或手术创伤、烧伤等引起的显著低血容量患者。 |
| 36 | 多种油脂肪乳(C6～24) | 注射剂 | 乙 | 限经营养风险筛查，明确具有营养风险的肝功能不全（严重肝功能不全者除外）患者的二线用药。消化道有功能患者使用时不予支付。 |
| 37 | 复方氨基酸 (18AA-Ⅴ-SF) | 注射剂 | 乙 | 限经营养风险筛查，明确具有营养风险的患者。消化道有功能患者使用时不予支付。 |
| 38 | 复方氨基酸（14AA-SF | 注射剂 | 乙 | 限需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的住院儿童患者方予支付。 |
| 39 | 奥普力农 | 注射剂 | 乙 | 限其他药物疗效不佳的急性心力衰竭的短期静脉治疗。 |
| 40 | 重组人脑利钠肽 | 注射剂 | 乙 | 限二级及以上医疗机构用于规范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗，单次住院支付不超过3天。 |
| 41 | 丹参酮ⅡA | 注射剂 | 乙 | 限明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者，支付不超过14天 |
| 42 | 波生坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 43 | 利奥西呱 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 44 | 马昔腾坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 |
| 46 | 沙库巴曲缬沙坦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 47 | 本维莫德 | 乳膏剂 | 乙 | 限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的二线治疗，需按说明书用药。 |
| 49 | 奥曲肽 | 微球注射剂 | 乙 | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。 |
| 50 | 兰瑞肽 | 缓释注射剂  （预充式） | 乙 | 限肢端肥大症，按说明书用药。 |
| 51 | 奈诺沙星 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 52 | 西他沙星 | 口服常释剂型 | 乙 | 限二线用药。 |
| 53 | 小儿法罗培南 | 颗粒剂 | 乙 | 限头孢菌素耐药或重症感染儿童患者。 |
| 54 | 头孢托仑匹酯 | 颗粒剂 | 乙 | 限儿童患者。 |
| 55 | 吗啉硝唑氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限二线用药。 |
| 56 | 泊沙康唑 | 口服液体剂 | 乙 | 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。 |
| 57 | 贝达喹啉 | 口服常释剂型 | 乙 | 限耐多药结核患者。 |
| 58 | 德拉马尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 限耐多药结核患者。 |
| 59 | 丙酚替诺福韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 限慢性乙型肝炎患者。 |
| 60 | 艾尔巴韦格拉瑞韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 61 | 来迪派韦索磷布 韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 62 | 索磷布韦维帕他韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 63 | 可洛派韦 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 64 | 艾考恩丙替 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染。 |
| 65 | 奈韦拉平齐多拉米双夫定 | 口服常释剂型 | 乙 | 限艾滋病病毒感染。 |
| 66 | 艾博韦泰 | 注射剂 | 乙 | 限艾滋病病毒感染。 |
| 67 | 重组细胞因子基因衍生蛋白 | 注射剂 | 乙 | 限HBeAg阳性的慢性乙型肝炎患者。 |
| 68 | 阿比多尔 | 颗粒剂 | 乙 | 限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。 |
| 69 | 法维拉韦(法匹拉韦) | 口服常释剂型 | 乙 | 限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。 |
| 70 | 雷替曲塞 | 注射剂 | 乙 | 限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。 |
| 71 | 紫杉醇 | 脂质体注射剂 | 乙 | 限1.卵巢癌的一线化疗及以后卵巢转移性癌的治疗、作为一线化疗，也可与顺铂联合应用； 2.用于曾用过含阿霉素标准化疗的乳腺癌患者的后续治疗或复发患者的治疗。3.可与顺铂联合用于不能手术或放疗的非小细胞肺癌患者的一线化疗。 |
| 72 | 西妥昔单抗 | 注射剂 | 乙 | 限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。 |
| 73 | 贝伐珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。 |
| 74 | 尼妥珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 75 | 曲妥珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 76 | 伊尼妥单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 77 | 帕妥珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 78 | 信迪利单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 79 | 替雷利珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 80 | 特瑞普利单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 81 | 卡瑞利珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 82 | 厄洛替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 83 | 氟马替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 84 | 奥希替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 85 | 阿美替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 86 | 安罗替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 87 | 克唑替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 88 | 塞瑞替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 89 | 阿来替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 90 | 培唑帕尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 91 | 阿昔替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 92 | 索拉非尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 93 | 瑞戈非尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 94 | 阿帕替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 95 | 呋喹替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 限转移性结直肠癌患者的三线治疗。 |
| 96 | 吡咯替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 97 | 尼洛替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 98 | 伊布替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 99 | 泽布替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 100 | 芦可替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 101 | 维莫非尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 102 | 曲美替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 103 | 达拉非尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 104 | 仑伐替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 105 | 伊沙佐米 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 106 | 培门冬酶 | 注射剂 | 乙 | 儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。 |
| 107 | 奥拉帕利 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 108 | 重组人血管内皮抑制素 | 注射剂 | 乙 | 限晚期非小细胞肺癌患者。 |
| 109 | 西达本胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 110 | 恩扎卢胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 111 | 尼拉帕利 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 113 | 地舒单抗 | 注射剂 | 乙 | 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 |
| 114 | 硫培非格司亭 | 注射剂 | 乙 | 限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。 |
| 115 | 托法替布 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 116 | 特立氟胺 | 口服常释剂型 | 乙 | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 |
| 117 | 西尼莫德 | 口服常释剂型 | 乙 | 限成人复发型多发性硬化的患者。 |
| 118 | 芬戈莫德 | 口服常释剂型 | 乙 | 限10岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。 |
| 119 | 依维莫司 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 120 | 巴瑞替尼 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 121 | 阿达木单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 122 | 英夫利西单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 123 | 司库奇尤单抗 | 注射剂 | 乙 | 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患者，需按说明书用药。 |
| 124 | 依那西普 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 125 | 贝利尤单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 126 | 度普利尤单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 127 | 尼达尼布 | 口服常释剂型 | 乙 | 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。 |
| 128 | 艾司氯胺酮 | 注射剂 | 乙 | 限用于与镇静麻醉药联合诱导和实施全身麻醉。 |
| 129 | 利多卡因 | 凝胶贴膏 | 乙 | 限带状疱疹患者。 |
| 133 | 氘丁苯那嗪 | 口服常释剂型 | 乙 | 限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。 |
| 134 | 棕榈帕利哌酮酯 （3M） | 注射剂 | 乙 | 限接受过棕榈酸帕利哌酮注射液（1个月剂型）至少4个月充分治疗的精神分裂症患者。 |
| 136 | 水合氯醛 | 灌肠剂 | 乙 | 限儿童。 |
| 138 | 尤瑞克林 | 注射剂 | 乙 | 限新发的急性中度缺血性脑卒中患者，应在发作48小时内开始使用，支付不超过21天。 |
| 139 | 依达拉奉氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。 |
| 140 | 依达拉奉右莰醇 | 注射剂 | 乙 | 限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。 |
| 141 | 丁苯酞 | 口服常释剂型 | 乙 | 限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作72小时内开始使用，支付不超过20天。 |
| 142 | 丁苯酞氯化钠 | 注射剂 | 乙 | 限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。 |
| 143 | 乌美溴铵维兰特罗 | 吸入粉雾剂 | 乙 | 限中重度慢性阻塞性肺病。 |
| 144 | 茚达特罗格隆溴铵 | 吸入粉雾剂用胶囊 | 乙 | 限中重度慢性阻塞性肺病。 |
| 145 | 格隆溴铵福莫特罗 | 吸入气雾剂 | 乙 | 限中重度慢性阻塞性肺病。 |
| 146 | 布地格福 | 吸入气雾剂 | 乙 | 限中重度慢性阻塞性肺病。 |
| 147 | 氟替美维 | 吸入粉雾剂 | 乙 | 限中重度慢性阻塞性肺病。 |
| 150 | 奥马珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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哮喘患者，并需IgE（免疫球蛋白E）介导确诊证据。 |
| 152 | 布林佐胺噻吗洛尔 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药。 |
| 153 | 布林佐胺溴莫尼定 | 滴眼剂 | 乙 | 限二线用药。 |
| 154 | 地塞米松 | 玻璃体内植入剂 | 乙 | 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。 |
| 155 | 康柏西普 | 眼用注射液 | 乙 | 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。 |
| 156 | 阿柏西普 | 眼内注射溶液 | 乙 | 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。 |
| 157 | 雷珠单抗 | 注射剂 | 乙 | 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。 |
| 159 | 司维拉姆 | 口服常释剂型 | 乙 | 限透析患者高磷血症。 |
| 160 | 碳酸镧 | 咀嚼片 | 乙 | 限透析患者高磷血症。 |
| 22 | 复方芩兰口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 23 | 芩香清解口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 24 | 桑菊感冒丸（片、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| ★（14） | 双黄连注射液 注射用双黄连(冻干) |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构重症患者 |
| ★（15） | 银翘解毒液（合剂、软胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 38 | 九味双解口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 41 | 小儿豉翘清热颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| ★（45） | 玉屏风胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 50 | 复方香薷水 |  | 乙 | ▲ |
| 60 | 降脂通便胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| ★（58） | 三黄膏（丸） |  | 乙 | ▲ |
| 62 | 通便宁片 |  | 乙 | ▲ |
| 68 | 苁蓉通便口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 71 | 芪蓉润肠口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 78 | 当归龙荟丸（片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 82 | 清宁丸 |  | 乙 | ▲ |
| 83 | 上清丸（片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 86 | 黄栀花口服液 |  | 乙 | ▲ |
| ★（89） | 清开灵注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构并有急性中风偏瘫患者和上呼吸道感染、肺炎导致的高热患者 |
| 90 | 清热解毒片（胶囊、颗粒） |  | 甲 | ▲ |
| ★（87） | 板蓝根片（口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 95 | 穿心莲内酯胶囊（滴丸） |  | 乙 | ▲ |
| ★（88） | 穿心莲丸 |  | 乙 | ▲ |
| ★（96） | 胆木浸膏糖浆 |  | 乙 | ▲ |
| 98 | 复方板蓝根颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 99 | 复方双花片（颗粒、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 106 | 金莲花片（胶囊、颗粒、口服液、软胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 107 | 金莲清热胶囊（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 108 | 抗病毒胶囊（颗粒、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 111 | 蓝芩颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 112 | 莲必治注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| ★（90） | 清热解毒口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 115 | 清热散结片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 117 | 热毒宁注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构重症患者 |
| 119 | 喜炎平注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构重症患者 |
| 121 | 炎宁糖浆 |  | 乙 | 限儿童 |
| 123 | 玉叶解毒颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| ★（124） | 肿节风注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 132 | 痰热清注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构重症患者 |
| 135 | 鱼腥草注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 139 | 安络化纤丸 |  | 乙 | 限有乙肝导致肝硬化的明确诊断证据 |
| ★（153） | 茵栀黄注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构 |
| ★（162） | 苦黄注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 165 | 舒肝宁注射液 |  | 乙 | 限急性肝炎、慢性肝炎活动期的患者 |
| 193 | 小儿珠珀散（珠珀猴枣散） |  | 乙 | 限小儿发热痰鸣 |
| 213 | 香砂理中丸 |  | 乙 | ▲ |
| 214 | 参附注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构有阳气虚脱的急重症患者 |
| ★（222） | 杏苏止咳口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 232 | 金荞麦片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| ★（228） | 蛇胆陈皮液（口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 237 | 治咳川贝枇杷露（滴丸） |  | 乙 | ▲ |
| 238 | 标准桃金娘油肠溶胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 246 | 蛇胆川贝液 |  | 甲 | ▲ |
| 249 | 川贝枇杷膏（片、胶囊、颗粒、糖浆） |  | 乙 | ▲ |
| 252 | 牛黄蛇胆川贝液（片、胶囊、散、滴丸） |  | 乙 | ▲ |
| 254 | 芩暴红止咳颗粒（口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 255 | 清肺消炎丸 |  | 乙 | ▲ |
| ★（246） | 蛇胆川贝散（胶囊、软胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 263 | 小儿清热宣肺贴膏 |  | 乙 | 限急性支气管炎患儿 |
| 273 | 蜜炼川贝枇杷膏 |  | 乙 | ▲ |
| 274 | 润肺膏 |  | 乙 | ▲ |
| 279 | 喘可治注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构支气管哮喘急性发作的患者 |
| 283 | 固本咳喘片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| ★（294） | 止喘灵注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 297 | 安宫牛黄丸 |  | 甲 | 限高热惊厥或中风所致的昏迷急救、抢救时使用 |
| 298 | 紫雪、紫雪胶囊（颗粒） |  | 甲 | 限高热惊厥急救、抢救时使用 |
| 299 | 安脑丸（片） |  | 乙 | 限高热神昏、中风窍闭的急救、抢救使用 |
| 301 | 局方至宝丸 |  | 乙 | 限高热惊厥急救、抢救时使用 |
| 304 | 醒脑静注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有中风昏迷、脑外伤昏迷或酒精中毒昏迷抢救的患者 |
| ★（321） | 补中益气片（合剂、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| ★（322） | 参苓白术片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| ★（324） | 刺五加注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 325 | 黄芪片（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 326 | 十一味参芪片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 328 | 潞党参口服液 |  | 乙 | 限儿童 |
| 340 | 人参健脾丸(片） |  | 乙 | ▲ |
| 343 | 醒脾胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 344 | 延参健胃胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 346 | 养胃舒胶囊(片、颗粒、软胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 350 | 小儿厌食颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 353 | 养阴生血合剂 |  | 乙 | 限肿瘤放化疗患者且有白细胞减少的检验证据 |
| 354 | 益血生片(胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 357 | 复方阿胶浆 |  | 乙 | ▲；限有重度贫血检验证据 |
| 362 | 维血宁颗粒（合剂） |  | 乙 | ▲ |
| 366 | 六味地黄丸 |  | 甲 | ▲ |
| 367 | 知柏地黄丸 |  | 甲 | ▲ |
| 368 | 补肾固齿丸 |  | 乙 | ▲ |
| 369 | 苁蓉益肾颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| ★（366） | 六味地黄片（胶囊、颗粒、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 371 | 麦味地黄丸（片、胶囊、口服液) |  | 乙 | ▲ |
| ★（367） | 知柏地黄片(胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 372 | 左归丸 |  | 乙 | ▲ |
| 378 | 杞菊地黄丸（片、胶囊） |  | 甲 | ▲ |
| 380 | 六味五灵片 |  | 乙 | 限有转氨酶增高的慢性乙肝患者且经过中医辨证有符合说明书标明证候的 |
| 381 | 慢肝养阴片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| ★（378） | 杞菊地黄口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 382 | 天麻醒脑胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 386 | 阴虚胃痛片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 394 | 心脑欣片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 396 | 百令片 |  | 乙 | ▲；限器官移植抗排异、肾功能衰竭及肺纤维化 |
| 397 | 金水宝片（胶囊) |  | 乙 | ▲；限器官移植抗排异、肾功能衰竭及肺纤维化 |
| 398 | 宁心宝胶囊 |  | 乙 | ▲；限难治性缓慢型心律失常患者使用 |
| 399 | 至灵胶囊 |  | 乙 | ▲；限器官移植抗排异、肾功能衰竭及肺纤维化 |
| 402 | 人参归脾丸 |  | 乙 | ▲ |
| 403 | 人参养荣丸 |  | 乙 | ▲ |
| 405 | 补肾益脑丸(片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 415 | 生脉饮(党参方)、生脉片（颗粒）(党参方) |  | 乙 | ▲ |
| 422 | 虚汗停胶囊（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 424 | 益脑片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 425 | 振源片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 427 | 参芪消渴颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 428 | 麦芪降糖丸 |  | 乙 | ▲ |
| 429 | 参麦注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构并有急救、抢救临床证据或肿瘤放化疗证据的患者。 |
| 430 | 参松养心胶囊 |  | 甲 | 限有室性早搏的诊断证据 |
| 431 | 生脉饮、生脉胶囊（颗粒） |  | 甲 | ▲ |
| ★（431） | 生脉注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者 |
| ★（431） | 生脉饮口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 432 | 生脉饮(人参方) |  | 乙 | ▲ |
| 433 | 稳心片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | 限有室性早搏、房性早搏的诊断证据 |
| 441 | 九味镇心颗粒 |  | 乙 | 限有明确的焦虑症诊断证据 |
| 443 | 益心宁神片 |  | 乙 | ▲ |
| 444 | 枣仁安神胶囊（颗粒、液） |  | 乙 | ▲ |
| 445 | 六味安神胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 447 | 活力苏口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 449 | 养血安神片（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 450 | 百乐眠胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 452 | 乌灵胶囊 |  | 甲 | ▲ |
| 453 | 安神补脑片（胶囊、颗粒、液） |  | 乙 | ▲ |
| 472 | 大株红景天胶囊（片） |  | 乙 | 限有冠心病、心绞痛的明确诊断证据 |
| 476 | 龙生蛭胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 477 | 脉络通、脉络通片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | 限周围血管血栓性病变 |
| 481 | 脑心通丸（片、胶囊） |  | 乙 | 限中重度脑梗塞、冠心病心绞痛患者 |
| 496 | 龙加通络胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 501 | 香丹注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构 |
| ★（499） | 复方丹参喷雾剂 |  | 乙 | ▲ |
| 514 | 丹参注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者 |
| 524 | 脉络宁注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构 |
| 526 | 参仙升脉口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 537 | 红花注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有急救抢救临床证据的患者 |
| 539 | 苦碟子注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确冠心病、心绞痛、脑梗塞诊断的患者 |
| 541 | 脉平片 |  | 乙 | ▲ |
| 548 | 延丹胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 550 | 通心舒胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 552 | 血塞通注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构的中风偏瘫或视网膜中央静脉阻塞的患者 |
| ★（552） | 注射用血塞通(冻干) |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构的中风偏瘫或视网膜中央静脉阻塞的患者 |
| 553 | 血栓通注射液 |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构的中风偏瘫或视网膜中央静脉阻塞的患者 |
| ★（553） | 注射用血栓通(冻干) |  | 甲 | 限二级及以上医疗机构的中风偏瘫或视网膜中央静脉阻塞的患者 |
| ★（558） | 灯盏细辛注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性 发作证据的患者 |
| ★（551） | 灯盏花素注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者 |
| ★（551） | 注射用灯盏花素 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性 发作证据的患者 |
| 559 | 葛酮通络胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| ★（560） | 冠心宁注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构 |
| 565 | 三七通舒胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| ★（552） | 血塞通片（颗粒、胶囊、软胶囊、滴丸、分散片） |  | 乙 | ▲ |
| ★（553） | 血栓通胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 566 | 疏血通注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性脑血管疾病急性发作证据的重症患者 |
| 569 | 消栓通络片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 574 | 银杏叶丸（片、颗粒、胶囊、软胶囊、滴丸、口服液、酊） |  | 乙 | ▲ |
| 575 | 银杏酮酯片（颗粒、胶囊、滴丸、分散片） |  | 乙 | ▲ |
| 576 | 杏灵分散片 |  | 乙 | ▲ |
| 577 | 舒血宁注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的患者 |
| ★（325） | 黄芪注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构病毒性心肌炎患者 |
| 589 | 脑血疏口服液 |  | 乙 | 限出血性中风急性期及恢复早期 |
| 592 | 瓜蒌皮注射液 |  | 乙 | 在二级及以上医疗机构并有冠心病稳定型心绞痛明确诊断证据的患者 |
| 597 | 柴胡舒肝丸 |  | 乙 | ▲ |
| 605 | 越鞠丸 |  | 乙 | ▲ |
| ★（609） | 元胡止痛口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 633 | 枳术丸(颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 637 | 舒肝消积丸 |  | 乙 | ▲ |
| 641 | 健胃消食口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 642 | 胃痞消颗粒 |  | 乙 | ▲；限有明确诊断证据的萎缩性胃炎患者 |
| ★（641） | 健胃消食片 |  | 乙 | ▲；限儿童 |
| 647 | 化积颗粒（口服液） |  | 乙 | 限儿童 |
| 652 | 一捻金、一捻金胶囊 |  | 乙 | 限儿童 |
| ★（655） | 川芎茶调口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 668 | 强力定眩片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 671 | 全天麻片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 672 | 天菊脑安胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 698 | 川蛭通络胶囊 |  | 乙 | 限脑梗塞恢复期 |
| 710 | 祛风骨痛巴布膏 |  | 乙 | ▲ |
| 716 | 关节止痛膏 |  | 乙 | ▲ |
| 720 | 木瓜丸（片） |  | 乙 | ▲ |
| 722 | 万通筋骨片 |  | 乙 | ▲ |
| 723 | 威灵骨刺膏 |  | 乙 | ▲ |
| 753 | 肾康栓 |  | 乙 | 限有明确慢性肾功能衰竭诊断的患者 |
| ★（753） | 肾康注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构慢性肾功能衰竭的患者 |
| 754 | 通络祛痛膏 |  | 乙 | ▲ |
| 797 | 分清五淋丸 |  | 乙 | ▲ |
| 799 | 龙金通淋胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 800 | 双冬胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 802 | 海昆肾喜胶囊 |  | 乙 | 限慢性肾功能衰竭失代偿期非透析患者或尿毒症早期非透析 |
| 817 | 金天格胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 818 | 肾康宁片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 823 | 壮腰健肾丸（片） |  | 乙 | ▲ |
| 824 | 益肾化湿颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 833 | 绞股蓝总甙片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 834 | 绞股蓝总苷胶囊（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 867 | 龙珠软膏 |  | 乙 | ▲ |
| 877 | 五福化毒丸（片） |  | 乙 | 限儿童 |
| 884 | 马应龙麝香痔疮膏 |  | 甲 | ▲ |
| 890 | 肛安栓 |  | 乙 | ▲ |
| 891 | 槐榆清热止血胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 913 | 西黄丸（胶囊） |  | 乙 | 限恶性肿瘤 |
| 917 | 华蟾素片（胶囊) |  | 甲 | 限癌症疼痛 |
| ★（917） | 华蟾素注射液 |  | 甲 | 限癌症疼痛且吞咽困难者 |
| 918 | 平消片（胶囊） |  | 甲 | 限恶性实体肿瘤 |
| 919 | 艾迪注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构中晚期癌症 |
| 920 | 安替可胶囊 |  | 乙 | 限食管癌 |
| 921 | 参莲胶囊（颗粒） |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 922 | 慈丹胶囊 |  | 乙 | 限肝癌 |
| 924 | 复方红豆杉胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 925 | 复方苦参注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构中晚期癌症 |
| 926 | 肝复乐片（胶囊） |  | 乙 | 限肝癌 |
| 927 | 化癥回生口服液 |  | 乙 | 限中晚期肺癌和肝癌 |
| 928 | 回生口服液 |  | 乙 | 限中晚期肺癌和肝癌 |
| 929 | 金龙胶囊 |  | 乙 | 限肝癌 |
| 930 | 康莱特软胶囊 |  | 乙 | 限中晚期肺癌 |
| 931 | 威麦宁胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 932 | 消癌平丸(胶囊、颗粒、口服液）、消癌平片（通关藤片） |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 933 | 通关藤注射液（消癌平注射液） |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构中晚期癌症 |
| 934 | 鸦胆子油乳注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构中晚期癌症 |
| ★（934） | 鸦胆子油软胶囊（口服乳液） |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 935 | 紫龙金片 |  | 乙 | 限肺癌 |
| 936 | 贞芪扶正片（胶囊、颗粒） |  | 甲 | 限恶性肿瘤放化疗血象指标低下 |
| 937 | 艾愈胶囊 |  | 乙 | 限恶性肿瘤放化疗并有白细胞减少的检验证据 |
| 938 | 安康欣胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 939 | 参丹散结胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 940 | 参芪扶正注射液 |  | 乙 | 限二级及以上医疗机构；与肺癌、胃癌放化疗同步使用并有血象指标低下及免疫功能低下证据的患者 |
| 941 | 复方蟾酥膏 |  | 乙 | 限晚期癌性疼痛 |
| 942 | 槐耳颗粒 |  | 乙 | 限肝癌 |
| 943 | 健脾益肾颗粒 |  | 乙 | 限恶性肿瘤放化疗血象指标低下及免疫功能低下的患者 |
| 944 | 金复康口服液 |  | 乙 | 限原发性非小细胞肺癌 |
| 945 | 康力欣胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 946 | 芪珍胶囊 |  | 乙 | 限中晚期癌症 |
| 947 | 生白颗粒（口服液、合剂） |  | 乙 | 限恶性肿瘤放化疗期间白细胞检验指标明显低下 |
| 948 | 养血饮口服液 |  | 乙 | 限肿瘤放化疗患者 |
| 949 | 养正合剂 |  | 乙 | 限恶性肿瘤放化疗期间白细胞检验指标明显低下 |
| 950 | 养正消积胶囊 |  | 乙 | 限肝癌采用肝动脉介入治疗术后的辅助治疗 |
| 951 | 益肺清化膏 |  | 乙 | 限晚期肺癌 |
| ★（151） | 猪苓多糖注射液 |  | 乙 | 限恶性肿瘤化疗免疫功能低下 |
| 956 | 妇科调经片（胶囊、颗粒、滴丸） |  | 乙 | ▲ |
| 957 | 妇科再造丸（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 958 | 妇女痛经丸（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| ★（959） | 复方益母口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 960 | 经舒胶囊（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 963 | 经前舒颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 964 | 香附调经止痛丸 |  | 乙 | ▲ |
| 974 | 舒尔经片（胶囊、颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| ★（967） | 益母草注射液 |  | 乙 | 限生育保险 |
| 1003 | 盆炎净片（胶囊、颗粒、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 1006 | 妇阴康洗剂 |  | 乙 | ▲ |
| 1008 | 宫颈炎康栓 |  | 乙 | ▲ |
| 1014 | 妇必舒阴道泡腾片 |  | 乙 | ▲ |
| 1021 | 安坤颗粒（片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 1022 | 安坤赞育丸 |  | 乙 | ▲ |
| ★（1017） | 八珍益母膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1023 | 产复康颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1024 | 地贞颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1025 | 定坤丹（丸） |  | 乙 | ▲；限月经不调，行经腹痛 |
| 1026 | 女金丸（片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| ★（1019） | 乌鸡白凤颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1034 | 丹鹿胶囊 |  | 乙 | ▲；限乳腺增生 |
| 1040 | 乳宁丸（片、胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 1041 | 乳宁颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1043 | 乳增宁片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 1058 | 石斛夜光丸 |  | 甲 | ▲ |
| 1064 | 芪明颗粒 |  | 乙 | 限2型糖尿病视网膜病变单纯型 |
| 1065 | 芍杞颗粒 |  | 乙 | 限弱视 |
| 1067 | 双丹明目胶囊 |  | 乙 | 限2型糖尿病视网膜病变单纯型 |
| 1069 | 复方血栓通胶囊 |  | 甲 | ▲ |
| 1071 | 复方血栓通片（颗粒、软胶囊、滴丸） |  | 乙 | ▲ |
| 1102 | 金喉健喷雾剂 |  | 乙 | ▲ |
| 1107 | 清喉咽颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| ★（1132） | 云南白药酊（膏、气雾剂） |  | 甲 | ▲ |
| 1145 | 伤科灵喷雾剂 |  | 乙 | ▲ |
| 1148 | 消肿止痛酊 |  | 乙 | ▲ |
| 1149 | 肿痛气雾剂 |  | 乙 | ▲ |
| 1155 | 骨刺宁片（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 1157 | 活血舒筋酊 |  | 乙 | ▲ |
| 1158 | 颈通颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1165 | 归芪活血胶囊 |  | 乙 | ▲；限神经根型颈椎病 |
| 1170 | 骨通贴膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1172 | 骨友灵搽剂 |  | 乙 | ▲ |
| 1173 | 骨质宁搽剂 |  | 乙 | ▲ |
| ★（1150） | 活血止痛膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1174 | 六味祛风活络膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1176 | 镇痛活络酊 |  | 乙 | ▲ |
| 1177 | 正骨水 |  | 乙 | ▲ |
| 1178 | 正红花油 |  | 乙 | ▲ |
| ★（1164） | 治伤软膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1179 | 壮骨麝香止痛膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1182 | 仙灵骨葆胶囊 |  | 甲 | 限中、重度骨质疏松 |
| 1183 | 复方杜仲健骨颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| 1184 | 骨康胶囊 |  | 乙 | ▲ |
| 1191 | 抗骨质增生丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1192 | 龙牡壮骨颗粒 |  | 乙 | 限小儿佝偻病 |
| 1193 | 芪骨胶囊 |  | 乙 | 限女性绝经后骨质疏松症 |
| ★（1182） | 仙灵骨葆片(颗粒） |  | 乙 | 限中、重度骨质疏松 |
| 1196 | 壮骨关节丸（胶囊） |  | 乙 | ▲ |
| 1197 | 壮骨止痛胶囊 |  | 乙 | 限有原发性骨质疏松的诊断并有骨痛的临床症状 |
| 1199 | 全杜仲胶囊 |  | 乙 | 限肾虚腰痛 |
| 1200 | 金蝉止痒胶囊 |  | 甲 | 限荨麻疹 |
| 1203 | 疤痕止痒软化乳膏（软化膏） |  | 乙 | 限工伤保险 |
| 1205 | 斑秃丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1206 | 除湿止痒软膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1207 | 当归苦参丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1211 | 复方紫草油 |  | 乙 | ▲ |
| 1214 | 皮肤康洗液 |  | 乙 | ▲ |
| 1216 | 乌蛇止痒丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1217 | 消风止痒颗粒 |  | 乙 | 限儿童 |
| 1218 | 癣湿药水 |  | 乙 | ▲ |
| 1219 | 复方硫黄乳膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1220 | 蛇脂参黄软膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1221 | 银屑胶囊（颗粒） |  | 乙 | ▲ |
| 1241 | 诺迪康片（胶囊、颗粒、口服液） |  | 乙 | ▲ |
| 1243 | 七十味珍珠丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1246 | 仁青常觉 |  | 乙 | ▲ |
| 1259 | 消痛贴膏 |  | 乙 | ▲ |
| 1303 | 罗补甫克比日丸 |  | 乙 | ▲ |
| 1305 | 玫瑰花口服液 |  | 乙 | ▲ |
| 1313 | 益心巴迪然吉布亚颗粒 |  | 乙 | ▲ |
| **备注：** | **“▲”的药品，仅限参保人员门诊使用和定点药店购药时医保基金方予支付。** | | | |

附件2

国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险

药品目录（2020年）凡例

《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（简称《药品目录》）是基本医疗保险和生育保险基金支付药品费用的标准。临床医师根据病情开具处方、参保人员购买与使用药品不受《药品目录》的限制。工伤保险基金支付药品费用范围参照本目录执行。

凡例是对《药品目录》中药品的分类与编号、名称与剂型、备注等内容的解释和说明，是《药品目录》的组成部分，其内容与目录正文具有同等政策约束力。

一、目录构成

（一）《药品目录》西药部分、中成药部分、协议期内谈判药品部分和中药饮片部分所列药品为基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金准予支付费用的药品。其中西药部分1264个，中成药部分1315个（含民族药93个），协议期内谈判药品部分221个（含西药162个、中成药59个），共计2800个。

（二）西药、中成药和协议期内谈判药品分甲乙类管理，西药甲类药品395个，中成药甲类药品242个，其余为乙类药品。协议期内谈判药品按照乙类支付。

（三）中药饮片部分除列出基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金准予支付的品种892个外，同时列出了不得纳入基金支付的饮片范围。

（四）《药品目录》包括限工伤保险基金准予支付费用的品种6个；限生育保险基金准予支付费用的品种4个。工伤保险和生育保险支付药品费用时不区分甲、乙类。

二、编排与分类

（五）药品分类上西药品种主要依据解剖-治疗-化学分类（ATC），中成药主要依据功能主治分类，中药饮片按中 文笔画数排序。临床具有多种治疗用途的药品，选择其主要治疗用途分类。临床医师依据病情用药，不受《药品目录》分类的限制。

（六）西药部分、中成药部分、协议期内谈判药品分别按药品品种编号。同一品种只编一个号,重复出现时标注“★”，并在括号内标注该品种编号。药品排列顺序及编号 的先后次序无特别含义。

三、名称与剂型

（七）除在“备注”一栏标有“◇”的药品外，西药名 称采用中文通用名，未包括命名中的盐基、酸根部分，剂型单列。中成药名称采用中文通用名，剂型不单列。为使编排简洁，在甲乙分类、给药途径、备注相同的情况下，同一通用名称下的不同剂型并列，其先后次序无特别含义。

（八）西药剂型以《中国药典》“制剂通则”为基础进行合并归类处理，未归类的剂型以《药品目录》标注的为准。

合并归类的剂型见下表：

|  |  |
| --- | --- |
| 合并归类的剂型 | 包含的具体剂型 |
| 口服常释剂型 | 普通片剂（片、素片、肠溶片、包衣片、薄膜衣片、糖衣片、浸膏片、分  散片、划痕片）、硬胶囊、软胶囊（胶丸）、肠溶胶囊 |
| 缓释控释剂型 | 缓释片、缓释包衣片、控释片、缓释胶囊、控释胶囊 |
| 口服液体剂 | 口服溶液剂、口服混悬剂、干混悬剂、口服乳剂、胶浆剂、口服液、乳液  乳剂、胶体溶液、合剂、酊剂、滴剂、混悬滴剂、糖浆剂（含干糖浆剂） |
| 丸剂 | 丸剂、滴丸 |
| 颗粒剂 | 颗粒剂、肠溶颗粒剂 |
| 口服散剂 | 散剂、药粉、粉剂 |
| 外用散剂 | 散剂、粉剂、撒布剂、撒粉 |
| 软膏剂 | 软膏剂、乳膏剂、霜剂、糊剂、油膏剂 |
| 贴剂 | 贴剂、贴膏剂、膜剂、透皮贴剂 |
| 外用液体剂 | 外用溶液剂、洗剂、漱口剂、含漱液、胶浆剂、搽剂、酊剂、油剂 |
| 硬膏剂 | 硬膏剂、亲水硬膏剂 |
| 凝胶剂 | 乳胶剂、凝胶剂 |
| 涂剂 | 涂剂、涂膜剂、涂布剂 |
| 栓剂 | 栓剂、直肠栓、阴道栓 |
| 滴眼剂 | 滴眼剂、滴眼液 |
| 滴耳剂 | 滴耳剂、滴耳液 |
| 滴鼻剂 | 滴鼻剂、滴鼻液 |
| 吸入剂 | 气雾剂、粉雾剂、吸入剂、吸入粉雾剂、干粉吸入剂、粉吸入剂、雾化溶 液剂、吸入气雾剂、吸入（用）溶液、吸入（用）混悬液、（鼻用）喷雾剂、鼻吸入气雾剂、雾化吸入用混悬液、吸入（用）气雾剂、雾化液 |
| 注射剂 | 注射剂、注射液、注射用溶液剂、静脉滴注用注射液、注射用混悬液、注 射用无菌粉末、静脉注射针剂、注射用乳剂、乳状注射液、粉针剂、针剂  无菌粉针、冻干粉针、注射用浓溶液 |

、

（九）中成药剂型中，丸剂包括水丸、蜜丸、水蜜丸、糊丸、浓缩丸和微丸，不含滴丸；胶囊剂是指硬胶囊，不含软胶囊；其他剂型没有归并。

（十）除谈判药品外，《药品目录》收载的药品不区分 商品名、规格或生产厂家。通用名称中主要化学成分部分与《药品目录》中的名称一致且剂型相同，而酸根或盐基不同的西药，属于《药品目录》的药品。通用名中包含罗马数字的药品单独列出。

（十一）“备注”栏标有“◇”的药品，因其组成和适应症类似而进行了归类，所标注的名称为一类药品的统称。具体如下：

1.西药部分第177号“缓解消化道不适症状的复方OTC制剂”包括：复方颠茄氢氧化铝片、复方嗜酸乳杆菌片、复方碳酸钙咀嚼片、复方消化酶胶囊、复方胰酶散、复合乳酸菌肠溶胶囊、铝镁颠茄片、铝镁混悬液。

2.西药部分第714号“抗艾滋病用药”是指国家免费治疗艾滋病方案内的药品。

3.西药部分第1080号“青蒿素类药物”是指原卫生部《抗疟药使用原则和用药方案（修订稿）》中所列的以青蒿素类药物为基础的处方制剂、联合用药的药物和青蒿素类药物注射剂。

4.西药部分第1133号“缓解感冒症状的复方OTC制剂”包括的品种见下表：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 药品名称 | 序号 | 药品名称 |
| 1 | 氨酚伪麻胶囊 | 29 | 复方氨酚美沙糖浆 |
| 2 | 氨酚伪麻颗粒剂 | 30 | 复方氨酚那敏颗粒 |
| 3 | 氨酚伪麻美芬胶囊 | 31 | 复方氨酚葡锌片 |
| 4 | 氨酚伪麻美芬片 | 32 | 复方酚咖伪麻胶囊 |
| 5 | 氨酚伪麻美芬片(Ⅱ) | 33 | 复方氢溴酸右美沙芬糖浆 |
| 6 | 氨酚伪麻美芬片（Ⅱ）/苯酚伪麻片 | 34 | 复方锌布颗粒剂 |
| 7 | 氨酚伪麻美芬片（Ⅲ) | 35 | 复方盐酸伪麻黄碱缓释胶囊 |
| 8 | 氨酚伪麻那敏胶囊 | 36 | 复方愈创木酚磺酸钾口服溶液 |
| 9 | 氨酚伪麻那敏胶囊(夜用） | 37 | 复方愈酚喷托那敏糖浆 |
| 10 | 氨酚伪麻那敏片 | 38 | 咖酚伪麻片 |
| 11 | 氨酚伪麻那敏溶液 | 39 | 美酚伪麻片 |
| 12 | 氨咖麻敏胶囊 | 40 | 美敏伪麻口服液 |
| 13 | 氨咖愈敏溶液 | 41 | 美愈伪麻胶囊 |
| 14 | 氨麻苯美片 | 42 | 美愈伪麻口服溶液 |
| 15 | 氨麻美敏口服溶液剂 | 43 | 美愈伪麻口服液 |
| 16 | 氨麻美敏片 | 44 | 喷托维林氯化铵片 |
| 17 | 氨麻美敏片（Ⅱ） | 45 | 喷托维林氯化铵糖浆 |
| 18 | 氨麻美敏片（Ⅲ） | 46 | 扑尔伪麻片 |
| 19 | 贝敏伪麻片 | 47 | 双扑伪麻颗粒 |
| 20 | 布洛伪麻分散片 | 48 | 伪麻那敏胶囊 |
| 21 | 布洛伪麻胶囊 | 49 | 右美沙芬愈创甘油醚糖浆 |
| 22 | 布洛伪麻颗粒剂 | 50 | 愈创维林那敏片 |
| 23 | 布洛伪麻片 | 51 | 愈酚喷托异丙嗪颗粒 |
| 24 | 酚咖麻敏胶囊 | 52 | 愈酚维林片 |
| 25 | 酚咖片 | 53 | 愈酚伪麻片 |
| 26 | 酚麻美敏胶囊 | 54 | 愈美胶囊 |
| 27 | 酚麻美敏片 | 55 | 愈美颗粒剂 |
| 28 | 酚美愈伪麻口服液 | 56 | 愈美片 |

四、限定支付范围

（十二）医疗保险统筹基金支付《药品目录》内药品所发生的费用，必须由医生开具处方或住院医嘱，参保患者自行购买药品发生的费用，由个人账户支付或个人自付。儿童或有临床证据证明为智力障碍的成人参保人员，由医生处方或住院医嘱使用与目录药品名称和剂型相同的非处方药品 发生的费用，可以由统筹基金按规定支付。

（十三）“备注”栏中对部分药品规定了限定支付范围，是指符合规定情况下参保人员发生的药品费用，可按规定由基本医疗保险或生育保险基金支付。工伤保险支付药品费用时不受限定支付范围限制。经办机构在支付费用前，应核查相关证据。

1.“备注”一栏标有“▲”的药品，仅限参保人员门诊使用和定点药店购药时医保基金方予支付。

2.“备注”一栏标注了适应症的药品，是指参保人员出现适应症限定范围情况并有相应的临床体征及症状、实验室和辅助检查证据以及相应的临床诊断依据，使用该药品所发生的费用可按规定支付。适应症限定不是对药品法定说明书的修改，临床医师应根据病情合理用药。

3.“备注”一栏标注了二线用药的药品，支付时应有使用一线药品无效或不能耐受的证据。

4.“备注”一栏标为“限工伤保险”的药品，是仅限于工伤保险基金支付的药品，不属于基本医疗保险、生育保险基金支付范围。

5.“备注”一栏标为“限生育保险”的药品，是生育保险基金可以支付的药品，城乡居民参保人员发生的与生育有关的费用时也可支付。

（十四）协议期内谈判药品部分还规定了药品的支付标准及协议有效期，支付标准包括医保基金和参保人员共同支付的全部费用。

（十五）国家免费治疗艾滋病方案内的药品，不属于国家免费治疗艾滋病范围的参保人员使用治疗艾滋病时，基本医疗保险基金可按规定支付。

国家公共卫生项目涉及的抗结核病和抗血吸虫病药物，不属于国家公共卫生支付范围的参保人员使用时，基本医疗保险基金可按规定支付。

（十六）参保人员使用西药部分第 249-261 号“胃肠外营养剂”需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经 饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的重症住院患者方予支付。

（十七）参保人员使用西药部分第 1192-1205 号“肠内营养剂”，需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养的重症住院患者时方予支付。

（十八）中药饮片部分标注“□”的指单独使用时不予支付，且全部由这些饮片组成的处方也不予支付。

五、其他

（十九）中成药部分药品处方中含有的‘麝香’是指人工麝香，‘牛黄’是指人工牛黄、培植牛黄和体外培育牛黄。含天然麝香和天然牛黄的药品不予支付。

附件3

《江苏省基本医疗保险诊疗项目和医疗服务设施范围及支付标准（20210727）》中

有限定支付范围的诊疗项目

| 序号 | 收费项目编码 | 收费项目名称 | 国家医疗服务项目  代码 | 国家医疗服务项目名称 | 说明 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 110200001-a | 普通门诊诊察费（儿童专科晚间） | 001102000010000 | 普通门诊诊查费 | 限儿童专科医院 |
| 2 | 110200001-b | 普通门诊诊察费（儿童专科晚间） | 001102000010000 | 普通门诊诊查费 | 指综合性医院、中医院 |
| 3 | 110200002-e | 特需门诊诊察费 | 001102000010000 | 普通门诊诊查费 | 特需服务项目，限民营医疗机构收取 |
|  |  | 住院诊察费 | 001102000050000 | 住院诊查费 | 产科新生儿不得收取 |
| 4 | 1109-a | 传染（皮肤）病医院（病区）消毒费加收 | 321109000000100 | 传染（皮肤）病医院（病区）消毒费加收 | 限110900001收取 |
| 5 | 110900001-h | 母婴同室婴儿床位费A | 001109000010000 | 普通病房床位费 | 仅限符合条件的爱婴医院收取，且不得与新生儿床位费同时收取。 |
| 6 | 110900001-j | 母婴同室婴儿床费B | 001109000010000 | 普通病房床位费 | 仅限符合条件的爱婴医院收取，且不得与新生儿床位费同时收取。 |
| 7 | 110900001-k | 简易病床床位费 | 001109000010000 | 普通病房床位费 | 不得超过四人及以上多人间床位费价格的40% |
| 8 | 110900001-m | 陪护床 | 001109000010000 | 普通病房床位费 | 不得超过四人及以上多人间床位费价格的40% |
| 9 | 120300001 | 氧气吸入 | 001203000010000 | 氧气吸入 | 每天不超过65元 |
|  | 1204 | 4.注射 |  |  | 一次性输液器省定最高标准为每副1元；一次性注射器省定最高标准为每副0.7元（1毫升、2毫升、5毫升、10毫升）、1元（20毫升）、2.2元（50毫升），其中1毫升胰岛素注射专用空针每副2元；各地价格主管部门在省定标准范围内制定具体价格。 |
| 10 | 1204-a | 静脉用药集中调配 | 321204000000000 | 静脉用药集中调配 | 需符合《静脉用药集中调配质量管理规范》的要求，使用智能设备配置，暂限省级卫生健康部门验收通过的静脉用药调配中心（PIVAS）使用” |
| 11 | 120400002-a | 无痛采血 | 001204000020100 | 静脉注射(静脉采血) | 指使用激光仪采血仪,限采末梢血 |
| 12 | 120400014 | 储血费 | 003108000040000 | 采自体血及保存 | 限二级以上医疗机构收取，由血站直供的医疗机构不得加收储血费 |
| 13 | 120400016 | 肠外营养配置 | 321204000160000 | 肠外营养配置 | 限设立临床营养科，有具备临床医生资质的营养专业技术人员，有符合规范要求的配置室的医疗机构开展 |
| 14 | 121400002 | 低负压引流治疗 | 003114000600000 | 创面密封负压引流术 | 限儿科使用 |
|  | 1309 | 9.疾病健康教育 |  |  | 不得向住院病人收取 |
| 15 | 130900001 | 健康咨询 | 001309000010000 | 健康咨询 | 仅限无经费保障的社区医疗机构收取。 |
| 16 | 130900002 | 疾病健康教育 | 001309000020000 | 疾病健康教育 | 仅限无经费保障的社区医疗机构收取。 |
| 17 | 130900003 | 美沙酮维持治疗 | 003115030300000 | 脱瘾治疗 | 按《江苏省滥用阿片类物质成瘾者社区维持治疗工作方案》执行 |
| 18 | 1311 | 11.一般诊疗费 | 001101000010000 | 挂号费 | 限已实施基本药物零差率销售的基层医疗卫生机构收取。换药、针灸、理疗、推拿、血透等按疗程只收取一次一般诊疗费。不得加收躺椅费、留观诊查费、降温取暖费等其他任何费用。一次性注射器省定最高标准为每副0.7元（1毫升、2毫升、5毫升、10毫升）、1元（20毫升）、2.2元（50毫升），其中1毫升胰岛素注射专用空针每副2元；各地价格主管部分在省定标准范围内制定具体价格。 |
| 19 | 210200001-c | 磁共振平扫 | 002102000010000 | 磁共振平扫 | 限取得大型医用设备配置许可证的二级以上医疗机构开展 |
| 20 | 210200002-c | 磁共振增强扫描 | 002102000020000 | 磁共振增强扫描 | 限取得大型医用设备配置许可证的二级以上医疗机构开展 |
| 21 | 2503-b | 微量血快速生化检测 | 322503000000200 | 微量血快速生化检测 | 微流控法，限新生儿、因放化疗等原因造成的采血困难患者使用 |
| 22 | 250402002-c | 抗核抗体测定(ANA) | 002504020020000 | 抗核抗体测定(ANA) | 酶联免疫法且定性快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 23 | 250402003-b | 抗核提取物抗体测定(抗SSA抗体) | 002504020030000 | 抗核提取物抗体测定(抗ENA抗体) | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 24 | 250402003-c | 抗核提取物抗体测定(抗ENA-6S抗体) | 002504020030000 | 抗核提取物抗体测定(抗ENA抗体) | 酶联免疫法且定性快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 25 | 250402005-a | 抗中性粒细胞蛋白酶3抗体(PR3-ANCA）检测 | 002504020050200 | 抗中性粒细胞胞浆抗体测定(PR3-ANCA) | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 26 | 250402006-c | 抗双链DNA测定(抗IgG) | 002504020060000 | 抗双链DNA测定(抗dsDNA) | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
|
| 27 | 250402007-b | 抗线粒体抗体测定(AMA-M2) | 002504020070000 | 抗线粒体抗体测定(AMA) | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 28 | 250402016-b | 抗心磷脂抗体测定(IgM) | 002504020160200 | 抗心磷脂抗体测定(ACA)(IgM) | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 29 | 250402019-a | 抗肾小球基底膜抗体测定(GBM) | 002504020190000 | 抗肾小球基底膜抗体测定 | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 30 | 250402026-b | 抗胰岛素抗体测定 | 002504020260000 | 抗胰岛素抗体测定 | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 31 | 250402040-a | 抗肝/肾微粒体1型抗体(抗LKM-1抗体)测定 | 002504021070000 | 抗肝/肾微粒体1型抗体(抗LKM-1抗体)测定 | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 32 | 250402041-a | 抗环瓜氨酸肽(抗RA/CP)抗体测定 | 002504020410000 | 抗环瓜氨酸肽抗体(抗CCP抗体)测定 | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 33 | 250402042-a | 抗β2-糖蛋白I抗体测定 | 002504020420000 | 抗β2-糖蛋白1抗体测定 | 酶联免疫法且定量快速测定，限二级及以上医疗机构开展 |
| 34 | 250403003-a | 乙型肝炎病毒脱氧核糖核酸扩增定量检测 | 002504030030000 | 乙型肝炎DNA测定 | 超敏PCR法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
|
| 35 | 250403013-a | 丙型肝炎病毒核糖核酸扩增定量检测 | 002504030130000 | 丙型肝炎RNA测定 | 超敏PCR法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 36 | 250403068 | 人类免疫缺陷病毒-核糖核酸扩增定量检测 | 002504030680100 | 尿液人类免疫缺陷病毒I型(HIV-I)抗体测定(RNA定量测定) | 超敏PCR法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 37 | 250403092 | 新型冠状病毒核酸检测 | 002504030850000 | 新型冠状病毒核酸检测 | PCR法。限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。新冠肺炎疫情防控期间按照苏医保电传【2020】4号文执行 |
| 38 | 250501013-a | 结核分枝杆菌培养 | 322504031060000 | 结核分枝杆菌快速培养 | 噬菌体法。24小时内出报告。限生物安全备案P2+以上实验室开展 |
| 39 | 250501013-b | 结核分枝杆菌培养 | 322505010420000 | 结核分枝杆菌培养 | 快速培养，限生物安全备案P2+以上实验室开展，噬菌体法。24小时内出报告。 |
| 40 | 250501042 | 结核分枝杆菌耐药基因检测 | 322504030920000 | 结核分枝杆菌耐药基因检测 | 限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展 |
| 41 | 250502011 | 结核分枝杆菌药敏测定 | 002505020040000 | 结核菌药敏试验 | 限生物安全备案P2+以上实验室开展 |
| 42 | 250503013 | 化学药物用药指导的基因检测 | 002507000190300 | 化学药物用药指导的基因检测 | PCR法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 43 | 250503015 | 叶酸受体细胞分子检测 | 322505030150000 | 叶酸受体细胞分子检测 | 限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 44 | 250700001-a | 遗传性耳聋基因检测 | 002507000190200 | 遗传性耳聋基因检测 | 限经卫生部临床检验中心验收合格的临床基因扩增诊断实验室开展。 |
| 45 | 250700010-b | 胎儿染色体非整倍体无创基因检测 | 002507000100000 | 唐氏综合症筛查 | 限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室，且获得卫生计生委高通量基因测序产前筛查与诊断临床应用试点单位开展。 |
| 46 | 260000029 | 人组织相容性抗原（HLA位点）高分辨率检测 | 002600000220000 | 人组织相容性抗原I类(HLA－I)分型 | PCR-SSP法,用于器官及造血干细胞移植。限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展 |
| 47 | 260000029-a | 人组织相容性抗原（HLA位点）高分辨率检测 | 002600000220000 | 人组织相容性抗原I类(HLA－I)分型 | PCR-SSP法,用于器官及造血干细胞移植。限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展 |
| 48 | 260000030 | Septin9基因甲基化检测 | 322507000200000 | Septin9基因甲基化检测 | PCR荧光探针法，限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 49 | 270700006 | 荧光定量脱氧核糖核酸多聚酶链反应伴随诊断 | 002707000020000 | 印迹杂交技术 | 限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 50 | 270800007-a | 液基薄层细胞采集术 | 002708000040000 | 液基薄层细胞制片术 | 液基细胞学薄片技术(Thin Prep)、液基细胞学超薄片技术(Auto Cyte)180元/次，利普细胞特殊处理技术（LPT）120元/次，上述技术限二甲及二甲以上医疗机构 |
| 51 | 310401027 | 定向条件反射测定 | 003104010270000 | 定向条件反射测定 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限4周岁以下儿童。 |
| 52 | 310401028 | 助听器选配试验 | 003104010280000 | 助听器选配试验 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限中度以上听力减退，每年支付不超过2次。 |
| 53 | 310401029 | 电子耳蜗编程 | 003104010290000 | 电子耳蜗编程 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限重度、极重度听力减退，开机后，首年每月不超过4次，次年每月不超过1次，两年后每年不超过2次。 |
| 54 | 310401030 | 真耳分析 | 003104010300000 | 真耳分析 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。和助听器选配实验结合，每年支付不超过2次。 |
| 55 | 310401051 | 婴幼儿视觉强化测听 | 003115010030000 | 精神科C类量表测查 | 限三级医疗机构使用。 |
| 56 | 311203013 | 染色体芯片技术 | 323112030130000 | 染色体芯片技术 | 限符合《江苏省临床基因扩增检验技术管理规范（试行）》实验室开展。 |
| 57 | 311501004 | 儿童孤独症相关评估量表 | 003115010012300 | 精神科A类量表测查(儿童孤独行为检查量表) | 限三级医疗机构使用 |
| 58 | 311501005 | 儿童发育评估量表 | 003115010030000 | 精神科C类量表测查 | 限三级医疗机构使用 |
| 59 | 3301-a | 内镜下使用气管内管加收 | 323300000010000 | 辅助操作 | 限气管插管困难时用 |
| 60 | 330100001-a | 口腔局麻计算机控制麻醉 | 003301000010000 | 局部浸润麻醉 | 限口腔门诊使用 |
| 61 | 330100005-c | 麻醉监护下镇静术 | 003301000190000 | 麻醉监护下镇静术 | 暂限儿童专科使用 |
| 62 | 330100006 | 血液加温治疗 | 003301000060000 | 血液加温治疗 | 用于小婴儿、新生儿及早产低出生体重儿 |
| 63 | 330502020 | 电子耳蜗植入术 | 003305020200000 | 电子耳蜗植入术 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限重度、极重度听力减退，一个疾病过程支付不超过1次。 |
| 64 | 3402-a | 听力言语康复 | 003402000340000 | 言语训练 | 限符合苏人社发【2010】479号条件的城镇医保、新农合结算和个人费用结算 |
| 65 | 3402-b | 智力康复 | 323402000600000 | 智力康复 | 限符合苏人社发【2010】479号条件的城镇医保、新农合结算和个人费用结算 |
| 66 | 3402-c | 孤独症康复 | 323402000590000 | 孤独症康复 | 限符合苏人社发【2010】479号条件的城镇医保、新农合结算和个人费用结算 |
| 67 | 3402-d | 肢体康复 | 003402000200000 | 运动疗法 | 限符合苏人社发【2010】479号条件的城镇医保、新农合结算和个人费用结算 |
| 68 | 340200001 | 徒手平衡功能检查 | 003402000010000 | 徒手平衡功能检查 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变，一个疾病过程支付不超过3次。 |
| 69 | 340200002 | 仪器平衡功能评定 | 003402000020000 | 仪器平衡功能评定 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变，一个疾病过程支付不超过3次。 |
| 70 | 340200003 | 日常生活能力评定 | 003402000030000 | 日常生活能力评定 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算，在文中所列十八个康复项目具体实施中涉及的日常生活能力评定。一个疾病过程支付不超过4次。 |
| 71 | 340200005 | 手功能评定 | 003402000050000 | 手功能评定 | 限定支付范围：明确手功能障碍患者，总时间不超过90天，评定时间间隔不短于14天。 |
| 72 | 340200014 | 失认失用评定 | 003402000140000 | 失认失用评定 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变，一个疾病过程支付不超过3次。 |
| 73 | 340200020 | 运动疗法 | 003402000200000 | 运动疗法 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变导致的肌力、关节活动度和平衡功能障碍的患者，一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过2次（包括合并项目计算）。与偏瘫、脑瘫或截瘫肢体综合训练同时使用时只支付其中一项。 |
| 74 | 340200021 | 减重支持系统训练 | 003402000210000 | 减重支持系统训练 | 限定支付范围：由神经、肌肉、骨骼疾患导致的独立行走障碍者，支付不超过30天。 |
| 75 | 340200022 | 轮椅（技）功能训练 | 003402000220000 | 轮椅功能训练 | 限定支付范围：需要长期适用轮椅且能够自行操作的患者，支付不超过30天。 |
| 76 | 340200023 | 电动起立床训练 | 003402000230000 | 电动起立床训练 | 限定支付范围：住院期间，以减少卧床并发症为治疗目的或者以直立行走为康复目标，支付不超过30天。 |
| 77 | 340200024 | 平衡功能训练 | 003402000240000 | 平衡功能训练 | 限定支付范围：有明确的平衡功能障碍，一个疾病过程支付不超过90天。 |
| 78 | 340200025 | 手功能训练 | 003402000250000 | 手功能训练 | 限定支付范围：有明确的手功能障碍，一个疾病过程支付不超过90天。 |
| 79 | 340200026 | 关节松动训练 | 003402000260000 | 关节松动训练 | 限定支付范围：有明确的关节活动障碍，一个疾病过程支付不超过90天。 |
| 80 | 340200031 | 作业疗法 | 003402000310000 | 作业疗法 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变导致的生活、工作能力障碍。一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。 |
| 81 | 340200032 | 职业功能训练 | 003402000320000 | 职业功能训练 | 限定支付范围：法定就业年龄段且有就业意愿，经过PARQ医学筛查适合进行职业功能训练的患者，支付不超过90天。 |
| 82 | 340200034 | 言语训练 | 003402000340000 | 言语训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算限器质性病变导致的中、重度语言障碍。一个疾病过程支付不超过3个月；每日支付不超过1次。 |
| 83 | 340200035 | 儿童听力障碍语言训练 | 003402000350000 | 儿童听力障碍语言训练 | 限定支付范围：6岁以下听力障碍儿童，由取得听觉口语师资格的人员开展，以个别化训练为主要方式，每周最多支付一次，支付不超过一年。 |
|
|
| 84 | 340200037 | 吞咽功能障碍训练 | 003402000370000 | 吞咽功能障碍训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限中、重度功能障碍；限三级医院康复科或康复专科医院使用。一个疾病过程支付不超过3个月。 |
| 85 | 340200038 | 认知知觉功能障碍训练 | 003402000380000 | 认知知觉功能障碍训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限器质性病变导致的认知知觉功能障碍。一个疾病过程支付不超过3个月。 |
| 86 | 340200038-a | 认知知觉功能障碍训练 | 003402000380000 | 认知知觉功能障碍训练 | 针对有孤独症等心里发育障碍的儿童进行的治疗、训练，每次不少于30分钟。 |
| 87 | 340200039 | 社区康复测查 | 323402000390000 | 社区康复测查 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。社区康复患者接受综合检查和指导，每月不超过2次。 |
| 88 | 340200040 | 偏瘫肢体综合训练 | 003402000400000 | 偏瘫肢体综合训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。一个疾病过程支付不超过3个月。与运动疗法同时使用时只支付其中一项。 |
| 89 | 340200041 | 脑瘫肢体综合训练 | 003402000410000 | 脑瘫肢体综合训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。限儿童。3岁以前，每年支付不超过6个月；3岁以后，每年支付不超过3个月。支付总年限不超过5年。与运动疗法同时使用时只支付其中一项。 |
| 90 | 340200042 | 截瘫肢体综合训练 | 003402000420000 | 截瘫肢体综合训练 | 限符合苏人社发【2010】479号规定的适用对象结算。一个疾病过程支付不超过3个月。与运动疗法同时使用时只支付其中一项。 |
| 91 | 340200045-b | 营养风险筛查 | 001102000000100 | 诊查费(营养状况评估) | 暂限儿童专科使用 |
| 92 | 340200055 | 儿童口部感觉运动功能训练 | 323402000900000 | 儿童口部感觉运动功能训练 | 限三级医疗机构使用 |
| 93 | 340200062 | 感觉功能检查 | 323101000740000 | 感觉功能检查 | 限神经系统、骨关节系统损伤及疾病 |
|  | 36 | （一）疼痛诊疗类 |  |  | 仅限取得资质的二级以上医疗机构开展。未注明含麻醉的，麻醉费用另收。 |

附件4

《江苏省医疗保险特殊医用材料目录》（20210727）中

有医保限定支付范围的材料

| 收费项目编码 | 项目名称 | 特殊医用材料名称 | 说明 |
| --- | --- | --- | --- |
| 一、综合医疗服务类 |  |  |  |
| 1204 | 注射 |  |  |
| 1204-5 |  | 一次性止血带 | 包括点连式、连抽式，限传染性病人使用。 |
| 120400006-6 |  | 避光输液器 | 仅限精密过滤标识为：1.0µm、3.0µm和5.0µm |
| 120400006-12 |  | 不含DEHP成分输液器 | 适用于新生儿、青春期前男性、怀孕期和哺乳期妇女，脂溶性液体和药物的输注。 |
| 120400006-13 |  | 一次性使用精密过滤输液器 | 仅适用于门诊患者输注化疗药物使用，住院、急诊患者如需使用应严格按照输注药物的性质合理选择 |
| 120400007 | 小儿静脉输液 |  |  |
| 120400007-6 |  | 避光输液器 | 仅限精密过滤标识为：1.0µm、3.0µm和5.0µm |
| 120400007-11 |  | 超低密度聚乙烯输液器 | 用于以聚氧乙烯蓖麻油和乙醇作增溶剂的药物输注 |
| 120400007-12 |  | 不含DEHP成分输液器 | 适用于新生儿、青春期前男性、怀孕期和哺乳期妇女，脂溶性液体和药物的输注。 |
| 120400007-13 |  | 一次性使用精密过滤输液器 | 仅适用于门诊患者输注化疗药物使用，住院、急诊患者如需使用应严格按照输注药物的性质合理选择 |
| 120400011 | 中心静脉穿刺置管术 |  |  |
| 120400011-4 |  | 中心静脉置管术换药包 | 不得与中心静脉套件、测压套件重复 |
| 1206 | 换药 |  |  |
| 1206-4 |  | 长效抗菌剂 | 包括透明质酸钠凝胶,按平均分摊次数加收，病人自主选择 |
| 1206-5 |  | 长效抗菌膏 | 按平均分摊次数加收，病人自主选择 |
| 1206-11 |  | 功能性敷料 | 限国家医保局《医保医用耗材分类与代码数据库》中的创口敷料、疤痕敷料 |
| 120700001 | 雾化吸入 |  |  |
| 120700001-3 |  | 雾化器软管 | 限超声雾化时使用 |
| 1311 | 一般诊疗费 |  | 限已实施基本药物零差率销售的基层医疗卫生机构收取。 |
| 1311-4 |  | 一次性止血带 | 包括点连式、连抽式，限传染病人使用。 |
| 1311-13 |  | 避光输液器 | 仅限精密过滤标识为：1.0µm、3.0µm和5.0µm |
| 1311-16 |  | 超低密度聚乙烯输液器 | 用于以聚氧乙烯蓖麻油和乙醇作增溶剂的药物输注 |
| 二、医技诊疗类 |  |  |  |
| 2102 | 磁共振扫描(MRI) |  |  |
| 2102-1 |  | 胶片（包括各类介质、材质） | 指提供给病人的胶片，每个部位、每个项目超过5张以上的不再计收 |
| 2103 | X线计算机体层(CT)扫描 |  |  |
| 2103-1 |  | 胶片（包括各类介质、材质） | 指提供给病人的胶片，每个部位、每个项目超过3张以上的不再计收 |
| 22 | 超声检查 |  |  |
| 22-1 |  | 医用消毒超声藕合剂 | 限腔内、介入、眼科、创面限腔内、介入、眼科、创面体表感染灶的部位 |
| 22-2 |  | 超声耦合剂恒温定量加注器（含医用消毒超声耦合剂） | 限腔内、介入、眼科、创面体表感染灶的部位 |
| 三、临床诊疗类 |  |  |  |
| 31 | 临床各系统诊疗 |  |  |
| 310205008 | 电脑血糖监测 |  |  |
| 310205008-2 |  | 血糖试纸 | 自行购买的血糖试纸，电脑血糖监测不计收。 |
| 310511016 | 根管预备 |  |  |
| 310511016-1 |  | 机用镍钛锉 | 按实际使用分摊。仅限于使用机用镍钛锉预备，手用器械预备不得收费。 |
| 310701001 | 常规心电图检查 |  |  |
| 310701001-1 |  | 小儿用心电电极 | 仅限小于3岁的儿童常规心电图检查收取 |
| 310904008 | 便秘及腹泻的生物反馈治疗 |  |  |
| 310904008-1 |  | 行气通便贴 | 使用行气通便贴，不得收取治疗费 |
| 311000003 | 腹膜透析换液 |  |  |
| 311000003-1 |  | 碘液帽 | 仅指自行更换所需的碘液帽。腹膜透析换液已收费的不加收 |
| 311000010 | 血液灌流 |  |  |
| 311000010-2 |  | DNA免疫吸附柱 | 限红斑狼疮重症患者抢救使用 |
| 311203001 | 常规试管婴儿生殖技术 |  |  |
| 311203001-1 |  | 一次性使用超声探头穿刺支架 | 限“腔内B超引导下采卵术”使用 |
| 311400056 | 烧伤换药 |  |  |
| 311400056-4 |  | 长效抗菌膏 | 按平均分摊次数加收，病人自主选择 |
| 32 | 经血管介入诊疗 |  |  |
| 32-19 |  | 血管缝合器 | 限总股动脉使用 |
| 33 | 手术治疗 |  |  |
| 33-18 |  | 可吸收夹 | 限微创手术 |
| 33-19 |  | 锁扣夹 | 限微创手术 |
| 33-20 |  | 内窥镜血管采集系统用采集套管 | 限微创手术 |
| 33-21 |  | 肾网袋 | 限微创手术 |
| 33-22 |  | 射频针 | 限微创手术 |
| 33-27 |  | 一次性举宫器 | 限微创手术 |
| 33-28 |  | 子宫粉碎机刀头 | 限微创手术 |
| 33-29 |  | 胃减容困扎带 | 限微创手术 |
| 33-44 |  | 锯片 | 仅限口腔、颌面部手术用精细锯片，按2次使用分摊。 |
| 33-47 |  | 微创外科专用组织取出器 | 限微创手术 |
| 3304 | 眼部手术 |  |  |
| 3304-2 |  | 高负压积液盒 | 按实际使用分摊 |
| 3320 | 非血管介入术 |  |  |
| 3320-3 |  | 球囊 | 限非血管介入术 |
| 3320-5 |  | 鞘 | 限非血管介入术 |
| 3320-6 |  | 支架 | 限非血管介入术 |
| 3320-7 |  | 滤网 | 限非血管介入术 |
| 3320-8 |  | 压力泵 | 限非血管介入术 |
| 3320-9 |  | 消栓导线 | 限非血管介入术 |
| 3320-10 |  | 取石网篮 | 限非血管介入术 |
| 3320-11 |  | 引流管（造瘘管） | 限非血管介入术 |
| 3320-12 |  | 穿刺套件 | 限非血管介入术 |
| 3320-13 |  | 保护伞 | 限非血管介入术 |
| 3320-14 |  | 栓塞材料 | 限非血管介入术 |
| 3320-15 |  | 推送器 | 限非血管介入术 |
| 3320-16 |  | 一次性介入包 | 限非血管介入术 |
| 3320-17 |  | 止血阀 | 限非血管介入术 |
| 3320-18 |  | 抓捕器 | 限非血管介入术 |
| 六、非院内治疗用 |  |  |  |
| 100000000-4 |  | 一次性降温贴 | 使用降温贴不得收取特殊物理降温费用 |
| 100000000-5 |  | 牙龈炎冲洗器 | 使用牙龈炎冲洗器不得收取牙龈保护剂塞治费 |
| 100000000-10 |  | 医用输液报警器 | 不得用于住院病人 |
| 100000000-44 |  | 清香剂 | 限造瘘护理使用 |
| 100000000-45 |  | 腰带 | 限造瘘护理使用 |

抄送：江苏省医疗保障局。

南通市医疗保障局办公室 2021年8月30日印发