

附件 5

基本医疗保险单行支付药品病种及用药认定标准

通用名	剂型	适用范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
重组人凝血因子 VIIa	注射剂	限以下情况方可支付：1.凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU 的先天性血友病患者。2.获得性血友病患者。3.先天性 FVII缺乏症患者。4.具有 GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。	先天性血友病	1.实验室检查符合先天性血友病；2.凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU。	1.病情诊断证明书(包括病人当前出血情况或者拟手术计划)；2.检查报告须符合下列两项：1)凝血因子VIII或IX的活性降低，2)凝血因子VIII或IX的抑制物>5BU。	1.出血停止即停药，不超过3周，2.术前一天使用(一般2支)，术后止血即停止使用。
			获得性血友病	实验室检查符合获得性血友病	1.病情诊断证明书(包括病人当前出血情况或者拟手术计划)；2.凝血因子、凝血功能检查符合获得性血友病。	
			先天性 FVII 缺乏症	FVII活性检测或基因检测符合先天性 FVII缺乏症	1.病情诊断证明书(包括病人当前出血情况或者拟手术计划)；2.VII因子活性检测或基因检测报告。	
			血小板无力症	具有 GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症。	1.病情诊断证明书(包括病人当前出血情况或者拟手术计划)； 2.成人：GPIIb-IIIa 和/或 HLA 抗体检查报告；儿童(先天性)：GPIIb-IIIa 基因检测； 3.既往或现在对血小板输注无效或不佳的病史资料。	

曲妥珠单抗	注射剂	限以下情况方可支付： 1.HER2 阳性的乳腺癌手术后患者，支付不超过 12 个月。2.HER2 阳性的转移性乳腺癌。3.HER2 阳性的晚期转移性胃癌。	乳腺癌	乳腺癌术后：1.病理学诊断符合乳腺癌（I-IIIa 期）；2.HER2 阳性表达（免疫组化+++或 FISH 阳性）；3.既往有乳腺癌手术史；4.支付不超过 12 个月。 转移性乳腺癌：1.病理学或影像学检查符合转移性乳腺癌（IIIb-IV 期）；2.HER2 阳性表达（免疫组化+++或 FISH 阳性）。	乳腺癌术后：1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达。 转移性乳腺癌：1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达；4.影像学检查报告。	6-8 周
			胃癌	1.病理学诊断符合胃癌；2.HER2 阳性表达（免疫组化+++或 FISH 阳性）；3.晚期转移性胃癌（IIIb-IV 期）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.HER2 阳性表达；4.证明为晚期转移性胃癌的影像学或病理学资料	6-8 周
泊沙康唑	口服液 体剂	限以下情况方可支付：1.预防移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染。2.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。3.接合菌纲类感染。	重度粒细胞缺乏	1.实验室检查符合重度粒细胞缺乏；2.预防移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染。	1.病情诊断证明书：移植后（干细胞及实体器官移植）或恶性肿瘤重度粒细胞缺乏；2.侵袭性曲霉菌和念球菌检查报告；3.血常规报告。	13 天
			口咽念珠菌病	实验室检查符合伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病	1.病情诊断证明书；2.伊曲康唑或氟康唑治疗无效的病史资料；3.口咽念珠菌阳性检查报告。	13 天
			接合菌纲类感染性疾病	实验室检查符合接合菌纲类感染	1.病情诊断证明书；2.接合菌纲类感染阳性检查报告。	13 天
贝伐珠单抗	注射剂	限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。	转移性结直肠癌	1.病理学诊断符合转移性结直肠癌；2.IIIb-IV 期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告。	6-8 周

			非鳞非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非鳞非小细胞肺癌；2.IIIb-IV期	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.影像学检查报告。	6-8周
尼妥珠单抗	注射剂	限与放疗联合治疗表皮生长因子受体(EGFR)表达阳性的III/IV期鼻咽癌。	鼻咽癌	1.病理学诊断符合鼻咽癌；2.EGFR 表达阳性；3.III-IV期；4.与放疗联合治疗。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.EGFR 阳性表达报告；4.放疗联合治疗方案。	8周
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；最多支付8个疗程。	弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤	1.病理学诊断符合弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤；2.免疫组化：CD20阳性。	1.病情诊断证明书（包括以利妥昔单抗为基础的联合化疗方案）；2.病理学检查；3.免疫组化：CD20阳性。	不超过8个化疗周期
			滤泡性非霍奇金淋巴瘤	1.病理学诊断符合滤泡性非霍奇金淋巴瘤；2.免疫组化：CD20阳性；3.III-IV期。	1.病情诊断证明书（需注明III-IV期）；2.病理学检查；3.免疫组化：CD20阳性；4.证明为III-IV期的病理学或影像学检查报告。	
			滤泡性中央型淋巴瘤	1.病理学诊断符合国际工作分类B、C和D亚型的B细胞非霍奇金淋巴瘤；2.复发或耐药。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.复发或耐药的病史资料；包括前期治疗方案及反应。	
厄洛替尼	口服常释剂型	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌；2.EGFR基因检测敏感突变；3.晚期（IIIb-IV期）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.EGFR基因检测敏感突变；4.影像学检查报告。	6-8周
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	肾细胞癌	1.病理学诊断符合肾细胞癌；2.不能手术。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.不能手术的病史资料。	不超过3个月

		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。	肝细胞癌	1.病理学诊断或影像学诊断符合肝细胞癌；2.不能手术或远处转移（远处转移指IV期）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查或影像学报告；3.不能手术的：需提供病史资料；远处转移的：需提供影像学或病理学检查报告。	
			分化型甲状腺癌	1.病理学诊断符合分化型甲状腺癌；2.放射性碘治疗无效局部复发或转移。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.放射性碘治疗无效局部复发的：需提供病史资料；放射性碘治疗无效转移的：需提供影像学或病理学检查报告。	
拉帕替尼	口服常释剂型	限HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。	乳腺癌	1.病理学诊断符合乳腺癌； 2.HER2阳性过度表达（免疫组化+++或FISH阳性）；3.晚期或转移（IIIb-IV期）；4.既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查； 3.HER2阳性过度表达检测报告；4.既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗的病史资料，药品使用至少两个周期（病史资料包括：认定机构出院病情证明书有蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗的用药记录或本人姓名的购药发票；如无上述资料，须提供认定机构认定医生出具的门诊病情证明书，需注明有相应药物的用药记录）； 5.影像学检查报告	3个月
阿帕替尼	口服常释剂型	限既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或胃-食管结合部腺癌患者。	胃腺癌	1.病理学诊断符合胃腺癌；2.既往接受过2种系统化疗后进展或复发；3.晚期（IIIb-IV期）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告	6-8周

			胃-食管结合部腺癌	1.病理学诊断符合胃-食管结合部腺癌；2.既往接受过2种系统化疗后进展或复发；3.晚期(IIIb-IV期)。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受过至少两种系统化疗后疾病进展或复发的病史资料；4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告。	6-8周
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；3.与来那度胺联合使用不予支付。	多发性骨髓瘤	1.骨髓细胞学和(或)病理学检查符合多发性骨髓瘤；2.不与来那度胺联用。	1.病情诊断证明书；2.骨髓细胞学和(或)病理学检查；3.本次化疗方案(需不含来那度胺)。	每个疗程4-8周(年轻人4周，老年人8周)，每2个疗程需提供治疗有效的证据方可继续支付
			复发或难治性套细胞淋巴瘤	1.病理学诊断符合复发或难治性套细胞淋巴瘤；2.不与来那度胺联用。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.本次化疗方案(需不含来那度胺)；4.复发或耐药的病史资料；包括前期治疗方案及反应。	复发的套细胞淋巴瘤 每个疗程3周，延续性治疗每个疗程5周，每2个疗程需提供治疗有效的证据方可继续支付
重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌；2.晚期(IIIb-IV期)。	1.病情诊断证明书(需注明联合化疗方案)；2.病理学检查；3.影像学检查报告。	6-8周
西达本胺	口服常释剂型	限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。	复发或难治外周T细胞淋巴瘤(PTCL)	1.病理学诊断符合外周T细胞淋巴瘤(PTCL)；2.既往至少接受过一次全身化疗；3.复发或难治。	1.病情诊断证明书(诊断为外周T细胞淋巴瘤)；2.病理学检查；3.既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的病史资料。	3个月

阿比特龙	口服常释剂型	限转移性去势抵抗性前列腺癌。	转移性去势抵抗性前列腺癌	1.病理学诊断符合前列腺癌； 2.去势抵抗性前列腺癌；3.病理学或影像学提示有转移证据。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查符合前列腺癌；3.血清睾酮达到去势水平（ $<50\text{ng/dl}$ 或 $<1.7\text{nmol/L}$ ）；4.PSA 间隔 1 周，连续 3 次 PSA 上升，较最低值升高 50%以上；5.证明有转移的影像学或病理学检查报告；6.持续雄激素剥夺治疗后进展的病史资料。	12 周
氟维司群	注射剂	限芳香化酶抑制剂治疗失败后的晚期、激素受体（ER/PR）阳性乳腺癌治疗。	乳腺癌	1.病理学诊断符合乳腺癌； 2.ER/PR 激素受体阳性；3.既往芳香化酶抑制剂治疗失败。4.晚期乳腺癌（IIIb-IV期）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查； 3.ER/PR 受体阳性报告；4.芳香化酶抑制剂治疗失败的病史资料，用药至少 3 个月（病史资料包括：认定机构出院病情证明书有芳香化酶抑制剂的用药记录或本人姓名的购药发票；如无上述资料，须提供认定机构认定医生出具的门诊病情证明书，需注明有相应药物的用药记录）；5.影像学检查报告。	3 个月
重组人干扰素 β -1b	注射剂	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	多发性硬化	1.相关检查符合多发性硬化； 2.常规治疗无效。	1.病情诊断证明书；2.影像学（头颅或脊髓 MRI）；3.VEP 或 ABR 电生理检查报告；4.常规治疗无效的病史资料。	不超过 3 个月（含 3 个月）
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	肾细胞癌	1.病理学诊断符合肾细胞癌； 2.既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败；3.晚期（IIIb-IV期）；4.成人患者（年龄 ≥ 18 周岁）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的病史资料；4.证明为晚期的影像学或病理学检查报告。	12 周

		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.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。	胰腺神经内分泌瘤	1.病理学诊断；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；3.成人患者（年龄≥18周岁）。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查；3.不可切除的：需提供病史资料；局部晚期或转移性的：需提供影像学或病理学检查报告。	12周
			肾血管平滑肌脂肪瘤	1.病理学或影像学诊断为结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤（TSC-AML）；2.无需立即手术；3.成人患者（年龄≥18周岁）。	1.病情诊断证明书；2.病理学诊断或影像学符合结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤特征；3.无需立即手术的病史资料。	12周
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；3.与硼替佐米联合使用不予支付。	多发性骨髓瘤	1.骨髓细胞学和（或）病理学检查符合多发性骨髓瘤；2.曾接受过至少一种疗法；3.不与硼替佐米联合使用；4.成年患者（年龄≥18周岁）。	1.病情诊断证明书；2.骨髓细胞学和（或）病理学检查符合多发性骨髓瘤；3.本次化疗方案（需不含硼替佐米）；4.曾接受过至少一种疗法的病史资料。	一个疗程28天，每2个疗程需提供治疗有效的证据方可继续支付

康柏西普	眼用注射液	限 50 岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，并符合以下条件：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.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及 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，每个年度最多支付 4 支。	湿性年龄相关性黄斑变性	1.年龄 50 岁以上；2.病眼基线矫正视力 0.05-0.5；3.血管造影及 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据。	1.病情诊断证明书；2.血管造影及 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）检查报告；3.病眼基线矫正视力 0.05-0.5。	核心期每月一次，共计 3 个月，之后视病情而定
雷珠单抗	注射剂	限 50 岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，并符合以下条件：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.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及 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，每个年度最多支付 4 支。	湿性年龄相关性黄斑变性	1.年龄 50 岁以上；2.病眼基线矫正视力 0.05-0.5；3.血管造影及 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）证据。	1.病情诊断证明书；2.血管造影及 OCT（全身情况不允许的患者可以提供 OCT 血管成像）检查报告；3.病眼基线矫正视力 0.05-0.5。	核心期每月一次，共计 3 个月，之后视病情而定

			成人乙型血友病	1.血液学检查符合成人乙型血友病；2.成年患者（年龄≥18周岁）；3.出血时。	1.病情诊断证明书；2.凝血因子和凝血图检查报告；3.出血相关病史资料。	
阿扎胞苷	注射剂	成年患者中 1.国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危骨髓增生异常综合征（MDS）；2.慢性粒-单核细胞白血病（CMML）；3.按照世界卫生组织（WHO）分类的急性髓系白血病（AML）、骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常的治疗。	骨髓增生异常综合征	1.血液及骨髓检查符合骨髓增生异常综合征；2.中危-2 及高危；3.年龄≥18 周岁。	1.病情诊断证明书；2.血常规+骨髓细胞形态学或细胞遗传学或分子生物学检查报告；3.国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危。	6-8 个月
			慢性粒-单核细胞白血病	1.血液及骨髓检查符合慢性粒-单核细胞白血病；2.年龄≥18 周岁。	1.病情诊断证明书；2.血液及骨髓检查报告。	
			急性髓系（性）白血病	1.血液及骨髓检查符合急性髓系（性）白血病；2.年龄≥18 周岁；3.骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常。	1.病情诊断证明书；2.血液及骨髓检查报告；3.骨髓原始细胞为 20-30%伴多系发育异常。	

尼洛替尼	口服常释剂型	限治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期成人患者，或对既往治疗（包括伊马替尼）耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+CML）慢性期或加速期成人患者。	慢性髓性白血病	1.血液及骨髓检查符合慢性髓性白血病；2.年龄≥18周岁；3.费城染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性；4.符合下列之一：（1）新诊断慢性期患者；（2）慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药或不耐受；（3）加速期患者。	1.病情诊断证明书；2.血液及骨髓检查报告；3.费城染色体阳性和（或）BCR/ABL融合基因检查阳性；4.符合下列之一：（1）新诊断慢性期患者；（2）慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药或不耐受的病史资料；（3）加速期患者。	3个月
伊布替尼	口服常释剂型	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。	套细胞淋巴瘤	1.病理学诊断符合套细胞淋巴瘤；2.既往至少接受过一种治疗。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.既往至少接受过一种治疗的病史资料。	3个月
			慢性淋巴细胞白血病	血液及骨髓细胞形态学或流式细胞学检查符合慢性淋巴细胞白血病。	1.病情诊断证明书；2.血常规；3.骨髓细胞形态学或流式细胞学检查报告。	3个月
			小淋巴细胞淋巴瘤	病理学诊断符合小淋巴细胞淋巴瘤。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告。	3个月

伊沙佐米	口服常释剂型	1.每 2 个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付;2.由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方;3.与来那度胺联合使用时,只支付伊沙佐米或来那度胺中的一种。	多发性骨髓瘤	1.骨髓细胞形态学或病理学检查或 M 蛋白检查结果符合多发性骨髓瘤; 2.符合下列条件之一: 贫血、肾功能损害、高钙血症、骨损害、骨髓浆细胞≥60%、受累轻链/非受累轻链>100、PET-CT 或核磁共振 (MRI) 提示病灶>5 毫米。	1.病情诊断证明书; 2.骨髓细胞形态学或病理学检查或 M 蛋白检查结果; 3.符合下列条件之一: 贫血、肾功能损害、高钙血症、骨损害、骨髓浆细胞≥60%、受累轻链/非受累轻链>100、PET-CT 或核磁共振 (MRI) 提示病灶>5 毫米。	2-4 个月
培门冬酶	注射剂	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	急性淋巴细胞白血病	1.血液及骨髓检查符合急性淋巴细胞白血病; 2.年龄<18 周岁。	1.病情诊断证明书; 2.骨髓细胞形态学或病理学检查或流式细胞学检查报告。	3 个月
西妥昔单抗	注射剂	限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。	转移性结直肠癌	1.病理学诊断符合转移性结直肠癌; 2.RAS 基因中 KRAS 和 NRAS 检测结果同时为野生型; 3.IV 期。	1.病情诊断证明书; 2.病理学检查报告; 3.影像学检查报告; 4.RAS 基因检测报告。	6-8 周
阿昔替尼	口服常释剂型	限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人患者。	肾细胞癌	1.病理学诊断符合肾细胞癌; 2.年龄≥18 周岁; 3.既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败; 4.RECIST 标准评估为进展。	1.病情诊断证明书; 2.病理学检查报告; 3.肿瘤进展符合 RECIST 标准; 4.既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的病史资料。	4-12 周
培唑帕尼	口服常释剂型	晚期肾细胞癌患者的一线治疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。	肾细胞癌	1.病理学诊断符合肾细胞癌; 2.一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗; 3.IIIb-IV 期。	1.病情诊断证明书; 2.病理学检查报告; 3.影像学检查报告; 4.一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗的病史资料。	3 个月

瑞戈非尼	口服常释剂型	1.肝细胞癌二线治疗；2.转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。	肝细胞癌	1.病理学诊断或影像学检查符合肝细胞癌；2.一线药物治疗病史。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查或影像学报告符合肝细胞癌；3.一线药物治疗失败或不能耐受的病史资料；4.肝功能 Child 分级 A-B 级报告。	4-8 周
			转移性结直肠癌	1.病理学诊断符合转移性结直肠癌；2.一线、二线药物治疗病史；3.IV期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	
			胃肠道间质瘤	1.病理学诊断符合胃肠道间质瘤；2.一线、二线药物治疗病史。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	
舒尼替尼	口服常释剂型	1.不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2.甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；3.不可切除的，转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）成人患者。	肾细胞癌	1.病理学诊断符合肾细胞癌；2.不能手术；3.IIIb-IV期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.不能手术的病史资料。	3 个月
			胃肠间质瘤	1.病理学诊断符合胃肠间质瘤；2.甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的病史资料。	
			胰腺神经内分泌瘤	1.病理学诊断符合胰腺神经内分泌瘤；2.不可切除；3.病理学检查、影像学检查符合转移性高分化进展期；4.年龄≥18 周岁。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.不可切除的病史资料。	

奥曲肽	微球注射剂	胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	肢端肥大症	1.血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1 测定符合肢端肥大症；2.影像学检查；3.肢端肥大症临床表现。	1.病情诊断证明书；2.血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1 检测报告；3.影像学检查报告；4.肢端肥大症临床表现的病历资料。	3 个月
			胃、肠、胰内分泌肿瘤	1.病理学诊断符合胃、肠、胰内分泌肿瘤；2.免疫组织化学标志物检测符合胃、肠、胰内分泌肿瘤；3.影像学检查或内镜检查。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学或内镜检查报告；4.免疫组织化学标志物检测报告。	
阿法替尼	口服常释剂型	1.具有 EGFR 基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过 EGFR-TKI 治疗。2.含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌；2.EGFR 基因检测敏感或突变；3.既往未接受过 EGFR-TKI 治疗；4.IIIb-IV 期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.EGFR 基因检测敏感突变；4.影像学检查报告。	8-12 周
			肺鳞癌	1.病理学诊断符合肺鳞癌；2.含铂化疗期间或化疗后疾病进展；3.IIIb-IV 期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.含铂化疗期间或化疗后疾病进展的病史资料；4.影像学检查报告。	8-12 周
安罗替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌；2.既往至少接受过 2 种系统化疗后出现进展或复发；3.IIIb-IV 期。	1.病情诊断证明书；2.病理学检查报告；3.影像学检查报告；4.既往至少接受过 2 种系统化疗出现进展或复发病史资料。	6-9 周

奥希替尼	口服常释剂型	限既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌； 2.既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展； 3.EGFR T790M 突变阳性； 4.IIIb-IV期； 5.年龄≥18 周岁。	1.病情诊断证明书； 2.病理学检查报告； 3.影像学检查报告； 4.EGFR T790M 突变阳性报告； 5.表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展的病史资料。	8-12 周
克唑替尼	口服常释剂型	限间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者或 ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌； 2.符合下列两项之一：（1）生物分子标志物检测 alk 阳性；（2）生物分子标志物 ROS1 阳性； 3.IIIb-IV期。	1.病情诊断证明书； 2.病理学检查报告； 3.影像学检查报告； 4.符合下列两项之一：（1）生物分子标志物检测 alk 阳性；（2）生物分子标志物检测 ROS1 阳性（FISH 或 PCR 或 NGS 方法）。	8-12 周
塞瑞替尼	口服常释剂型	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（NSCLC）患者。	非小细胞肺癌	1.病理学诊断符合非小细胞肺癌； 2.克唑替尼治疗后进展或者对克唑替尼不耐受； 3.生物分子标志物检测 alk 阳性； 4.IIIb-IV期；	1.病情诊断证明书； 2.病理学检查报告； 3.影像学检查报告； 4.克唑替尼治疗后进展或者对克唑替尼不耐受的病史资料； 5.生物分子标志物检测 alk 阳性。	8-12 周
维莫非尼	口服常释剂型	治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。	黑色素瘤	1.病理学诊断符合黑色素瘤； 2.经 CFDA 批准的检测方法确定 BRAF V600 突变阳性； 3.不可切除或转移性黑色素瘤。	1.病情诊断证明书； 2.病理学检查报告； 3.影像学检查报告； 4.经 CFDA 批准的检测方法确定 BRAF 检测 V600 突变阳性； 5.不可切除的患者需提供不可切除的病史资料。	8-12 周

