

曲麦利尤单抗注射液

(商品名：英卓凡®)

阿斯利康（无锡）贸易有限公司

拟申请纳入商保创新药目录主适应症：

本品联合度伐利尤单抗适用于晚期或不可切除的**肝细胞癌（HCC）** 成人患者的一线治疗

审批编号：CN-185480；过期时间：2026-12-31

目录

药品基本信息

曲麦利尤单抗联合度伐利尤单抗（雷管方案）为**全球首个**获批用于**不可切肝细胞癌**一线治疗的双免疗法，**获美国FDA优先审评**¹

有效性

全球唯一*获批的在不可切除肝癌一线治疗中报告**6年OS率**数据的疗法²；中国港台人群³**中位OS近30个月** (HR 0.44)，**近50%患者生存超过3年**；获得国内外**指南一致推荐**

安全性

安全性好，停药率低：中国港台人群3-4级治疗相关不良反应（TRAE）仅17.9%，停药率仅5.4%³，**为长生存奠定基础**

创新性

全球首个且唯一*获批的以IgG2为载体的细胞毒性T淋巴细胞相关抗原4（CTLA-4）抑制剂，通过结构优化，提升靶点结合能力和稳定性，提升安全性^{5,6}，**奠定了单次足剂量给药模式的基础**

公平性

创新程度高、临床价值大、适保性强、基本医保目录内暂无可替代药品，符合商保创新药目录定位；**全程一次给药模式，用法用量明确，有效节约卫生资源利用**⁷，**对商保基金影响有限、风险可控**

HIMALAYA是一项随机、开放标签、全球III期研究，在16个国家的181个研究中心的1171例不可切除肝细胞癌患者，按 1:1:1 的比例随机分配接受雷管方案、度伐利尤单抗单药或索拉非尼。其中，141例来自中国港台亚组。主要终点：OS(雷管方案 vs 索拉非尼)。次要终点：OS(度伐利尤单抗 vs 索拉非尼)、PFS、TTP、ORR、DCR、DOR等。HIMALAYA中国港台亚组数据 (N=56)，病因学与中国大陆人群一致，HIMALAYA研究中国港台人群3年OS率达49.2%，3-4级TRAE 17.9%，亚组数据有一定局限性，请谨慎理解。

* “唯一”：截止至2026年6月1日统计

1. www.fda.gov/media/165826/download?attachment
2. Bruno Sangro, et al. ESMO 2025 Abstract 1494P
3. Lau G, et al. J Hepatol. 2025;82(2):258-267

4. Yau T, et al. ESMO Asia 2024 Abstract 1260; Qin SK, et al. 2025 ESMO GI, Abstract 157P
5. He M, et al. Oncotarget, 2017, 8(40): 67129–67139.

6. Brinkhaus M, et al. J Immunol, 2020, 205(12): 3456–3467.
7. Sah, J., Genestier, V., Qin, L. Value in Health, 2023, 26(12), S91

曲麦利尤单抗联合度伐利尤单抗（雷管方案）为全球首个获批用于不可切肝细胞癌一线治疗的双免疫疗法，获美国FDA优先审评

药物基本信息	
申报目录类别	商保创新药目录
通用名（商品名）	曲麦利尤单抗注射液（英卓凡®）
注册规格	300mg, 25mg; 当前国内仅商业上市300mg规格
说明书全部适应症	<ul style="list-style-type: none"> 不可切除的肝细胞癌（主适应症）：本品联合度伐利尤单抗适用于晚期或不可切除的肝细胞癌（HCC）成人患者的一线治疗。 转移性非小细胞肺癌：本品联合度伐利尤单抗和含铂化疗适用于表皮生长因子受体（EGFR）敏感突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的转移性非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗。
用法用量（详见说明书）	<p>不可切除的肝细胞癌：第1周期为曲麦利尤单抗联合度伐利尤单抗给药。后续为度伐利尤单抗单药维持治疗，每4周一次</p> <ul style="list-style-type: none"> 体重≥30kg的患者：曲麦利尤单抗300mg单次给药（全程仅用一次）；度伐利尤单抗1500mg，每4周一次 体重<30kg的患者：曲麦利尤单抗4mg/kg单次给药（全程仅用一次）；度伐利尤单抗20mg/kg，每4周一次 <p>转移性非小细胞肺癌：推荐的给药时间计划、度伐利尤单抗和化疗推荐剂量详见说明书</p> <ul style="list-style-type: none"> 体重≥30kg的患者：每个周期曲麦利尤单抗75mg给药，至最多5个周期 体重<30kg的患者：每个周期曲麦利尤单抗4mg/kg给药，至最多5个周期
中国大陆首次获批时间	2026年4月7日
是否为OTC药品	否

参照药品建议	
参照药品名称	空白
参照药选择理由	基本医保目录内暂无单药CTLA-4抑制剂及用于不可切肝细胞癌一线治疗的双免疫疗法。曲麦利尤单抗联合度伐利尤单抗为全球首个获批用于不可切肝细胞癌一线治疗的双免疫疗法，与基本医保目录内不可切肝细胞癌疗法错位补充

肝细胞癌在中国发病率居恶性肿瘤第4，死亡率第2，整体肝癌患者5年生存率仅14%，疾病负担重



中国肝细胞癌患者5年生存率低，为**14.4%**¹

(日本 30.1%，韩国 27.2%)



中国的肝细胞癌患者**初诊时候大部分都是中晚期**²

(中国肝细胞癌患者BCLC分期：中期36.7%，晚期17.6%)



中国肝癌**HBV感染率高**^{2,3}

(HBV肝细胞癌：中国超80%，北美23%，欧洲10%)



中国肝癌患者**肿瘤负荷大，异质性高**^{2,3}

(87.3%肿瘤直径超过3cm、中位直径6.7cm，23%伴门静脉侵犯或癌栓)



中国肝癌患者发病年龄**更加年轻化**^{2,4}

(中位发病年龄：中国54岁，全球64-69岁)

中国肝细胞癌临床未满足需求突出

- **发病高、死亡高**：肝细胞癌在中国发病率居恶性肿瘤**第4位**，死亡率居**第2位**
- **生存率低**：整体肝癌患者5年生存率**仅14%**，与“2030年总体癌症5年生存率不低于46.6%”的国家目标***存在差距**

*《健康中国行动—癌症防治行动实施方案(2023-2030年)》明确了“2030年，总体癌症5年生存率要不低于46.6%”的目标

1. Li Q, et al. 2022. Chin J Cancer Res. 34(6): 554-566.

2. Lin J, et al. 2022. Front Oncol. 12: 906778.

3. Park JW et al. Liver Int. 2015. 35(9): 2155-66.

4. Sharma R. Jpn J Clin Oncol. 2020. 50(12): 1370-1379.

HIMALAYA研究：全球唯一*不可切除肝细胞癌一线治疗6年OS率达17.1%，创造长生存新纪录

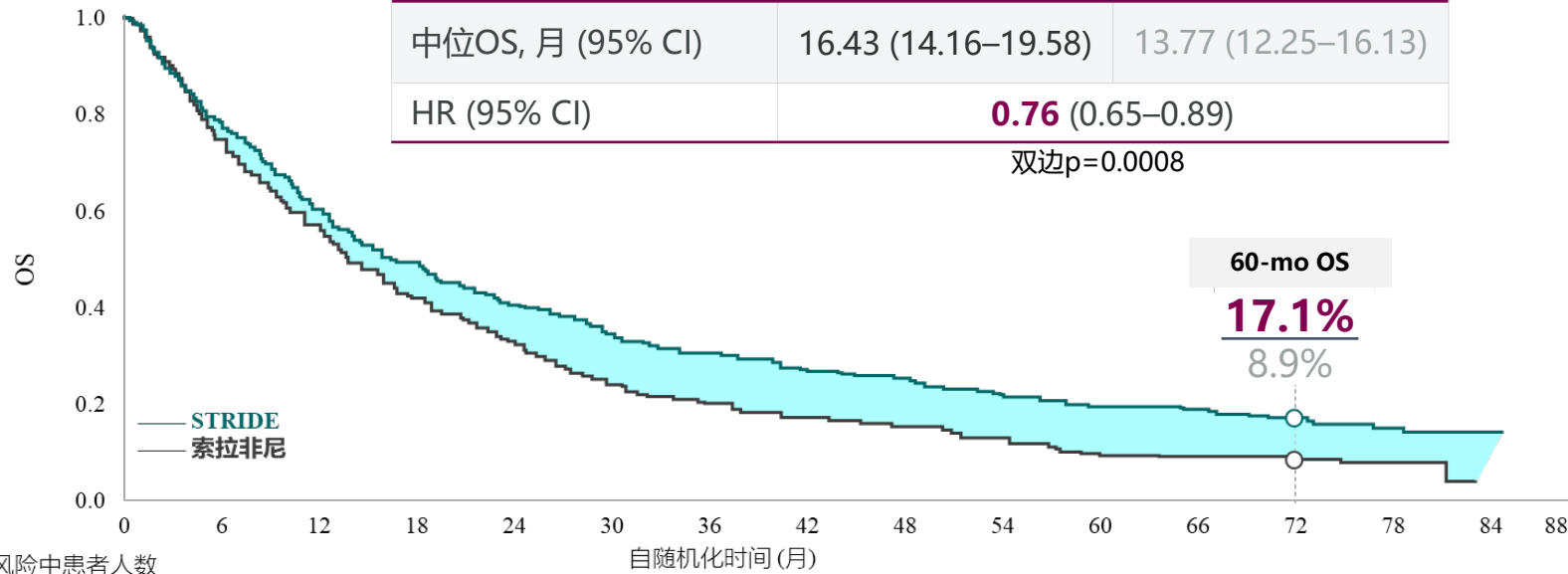
HIMALAYA全球人群OS

雷管方案
(n=393)

索拉非尼
(n=389)

中位OS, 月 (95% CI)	16.43 (14.16–19.58)	13.77 (12.25–16.13)
HR (95% CI)	0.76 (0.65–0.89)	

双边p=0.0008



处于风险中患者人数

	0	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84	88
STRIDE 393	393	308	235	190	158	131	104	89	83	72	64	60	41	17	2	0
索拉非尼 389	389	283	211	155	121	84	66	51	45	37	27	24	16	6	0	0

数据截止日期：2025年3月3日。在所有删失受试者中，STRIDE方案组的中位随访时间（范围）为71.28（6.18–85.03）个月，而索拉非尼组为38.31（0.03–83.29）个月。
OS：总生存期；HR：风险比；CI：置信区间

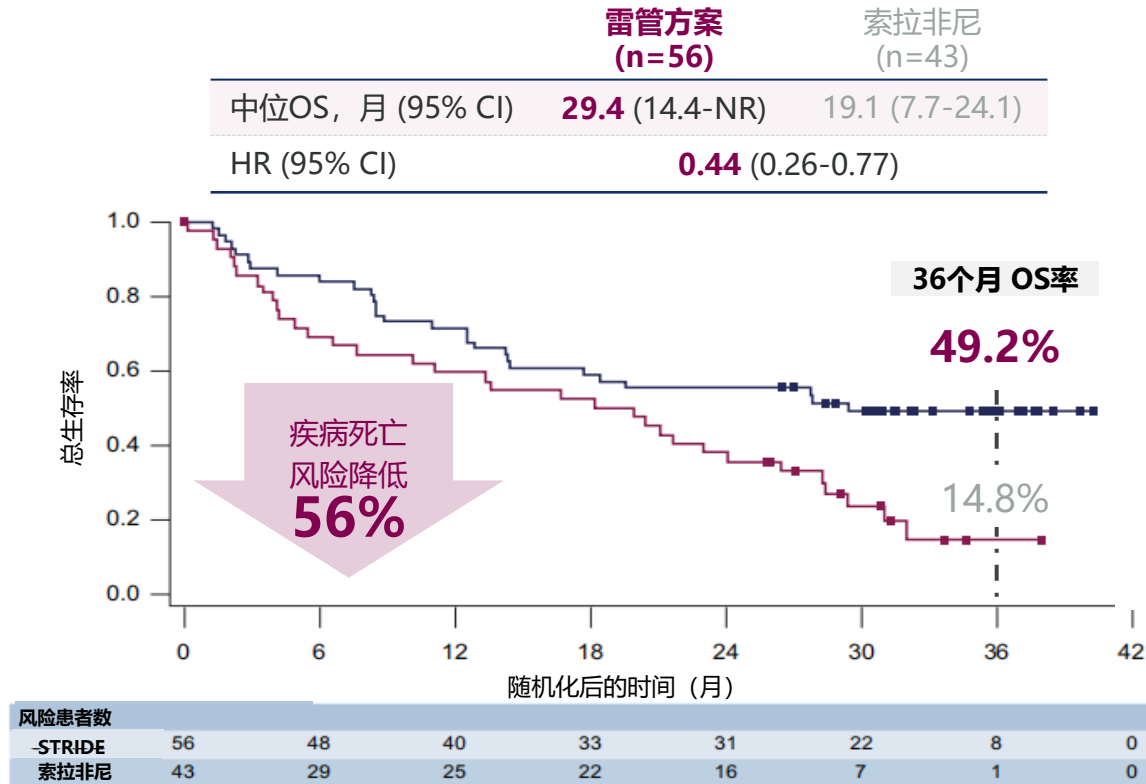
全球唯一*获批的在不可切除肝癌一线治疗中报告6年OS率数据的疗法：6年生存率高达17.1%，OS曲线呈现长拖尾效应，进一步拓宽长生存边界

HIMALAYA是一项随机、开放标签、全球III期研究，在16个国家的181个研究中心的1171例不可切除肝细胞癌患者，按 1:1:1 的比例随机分配接受雷管方案、度伐利尤单抗单药或索拉非尼。其中，141例来自中国港台亚组。主要终点：OS(雷管方案 vs 索拉非尼)。次要终点：OS(度伐利尤单抗 vs 索拉非尼)、PFS、TTP、ORR、DCR、DOR等。

*全球范围，截止至2026/6/1，在PubMed平台基于(((hepatocellular carcinoma[Title/Abstract]) OR (HCC[Title/Abstract])) AND ((randomized[Title/Abstract]) OR (randomised[Title/Abstract]))) AND (phase III[Title/Abstract])) NOT ((meta[Title/Abstract]) OR (systematic review[Title/Abstract]))检索筛选III期RCT研究
研究成功定义：研究主要终点达到统计学意义；

HIMALAYA研究-中国港台亚组：帮助近50%不可切除肝细胞癌患者实现生存期超过3年，mOS近30个月，疾病死亡风险降低56%

HIMALAYA中国港台人群OS¹



HIMALAYA中国港台人群HBV患者占比达**76.8%**，与中国大陆人群病因学一致²

- 雷管方案中国港台人群的3年生存率**近50%**，达索拉非尼组的**3倍以上**；
- 5年生存率³优势进一步扩大，达**23.1%**，是索拉非尼组5年生存率3.5%的**6.6倍**

HIMALAYA是一项随机、开放标签、全球III期研究，在16个国家的181个研究中心的1171例不可切除肝细胞癌患者，按 1:1:1 的比例随机分配接受雷管方案、度伐利尤单抗单药或索拉非尼。其中，141例来自中国港台亚组。主要终点：OS(雷管方案 vs 索拉非尼)。次要终点：OS(度伐利尤单抗 vs 索拉非尼)、PFS、TTP、ORR、DCR、DOR等。HIMALAYA中国港台亚组数据 (N=56)，病因学与中国大陆人群一致，HIMALAYA研究中国港台人群3年OS率达49.2%，3-4级TRAE 17.9%，亚组数据有一定局限性，请谨慎理解。

在中国香港和台湾亚组中，所有删失患者的中位随访时间(范围)如下：STRIDE方案为59.70个月(30.95-69.85)，索拉非尼方案为27.50个月(0.03-63.87)。
OS: 总生存期; NR: 未达到; HR: 风险比; CI: 置信区间

国内外权威指南高级别推荐雷管方案用于不可切除肝细胞癌一线治疗



中国临床肿瘤学会 (CSCO)
原发性肝癌诊疗指南 2024

GUIDELINES OF CHINESE SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (CSCO)
HEPATOCELLULAR CARCINOMA

中国临床肿瘤学会指南工作委员会 组织编写
人民卫生出版社
北京

2022至2024 CSCO指南持续最高级别推荐^{1,2}

- 度伐利尤单抗联合曲麦利尤单抗 (tremelimumab) (I级; 1A 类推荐)^a



中华人民共和国国家卫生健康委员会 医政司
National Health Commission of the People's Republic of China

工作动态

国家卫生健康委办公厅关于印发原发性肝癌诊疗指南(2026年版)的通知

国卫办医政函〔2026〕105号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：
为进一步提高原发性肝癌诊疗规范化水平，保障诊疗质量，维护患者健康权益，我委组织对《原发性肝癌诊疗指南(2024年版)》进行修订，形成了《原发性肝癌诊疗指南(2026年版)》。现印发给你们(见附件)，可在国家卫生健康委网站医政司栏目下载。请各地卫生健康委相关部门组织做好实施。

附件：原发性肝癌诊疗指南(2026年版)

国家卫生健康委办公厅
2026年5月30日

(标志公开形式：主动公开)

原发性肝癌诊疗指南(2026年版)³

- 度伐利尤单抗联合曲麦利尤单抗 (证据等级1, 推荐B)^b



NCCN National Comprehensive Cancer Network®

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

Hepatocellular Carcinoma

Version 2.2025 — October 22, 2025
NCCN.org

NCCN recognizes the importance of clinical trials and encourages participation when applicable and available. Trials should be designed to maximize inclusiveness and broad representative enrollment.

NCCN Guidelines for Patients® available at www.nccn.org/patients

2025 v2 NCCN指南⁴

- 度伐利尤单抗联合曲麦利尤单抗 (优选; 1类推荐)



ESMO 2025 SCIENCE WITH PURPOSE BEST PRACTICE

ANNALS OF ONCOLOGY FOUNDATION ONCOLOGY

SPECIAL ARTICLE

Hepatocellular carcinoma: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up⁵

A. Vogel^{1,2,3}, S. L. Chan⁴, L. A. Dawson^{5,6}, R. K. Kelley⁷, J. M. Llovet^{8,9,10}, T. Meyer^{11,12}, J. Ricke¹³, L. Rimassa^{14,15}, G. Sapsisochin¹⁶, V. Vilgrain^{17,18}, J. Zucman-Rossi¹⁹ & M. Ducreux^{20,21}, on behalf of the ESMO Guidelines Committee*

*Department of Gastroenterology, Hepatology and Endocrinology, Hannover Medical School, Hannover, Germany; ²Division of Hepatology, Toronto General Hospital, Toronto; ³Division of Medical Oncology, Princess Margaret Cancer Centre, Toronto, Canada; ⁴State Key Laboratory of Translational Oncology, Department of Clinical Oncology, Sir Yixiao Centre for Cancer, Prince of Wales Hospital, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China; ⁵Radiation Medicine Program, Princess Margaret Cancer Centre, University Health Network, Toronto; ⁶Department of Radiation Oncology, University of Toronto, Toronto, Canada; ⁷Yaelin Diller Family Comprehensive Cancer Center, University of California, San Francisco; ⁸Mount Sinai Liver Cancer Program, Division of Liver Diseases, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York, USA; ⁹Liver Cancer Translational Research Group, Liver Unit, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Hospital Clinic, Universitat de Barcelona, Barcelona; ¹⁰Instituto Catalana de Recerca i Educativa Avançats (ICREA), Barcelona, Spain; ¹¹Department of Oncology, Royal Free Hospital, London; ¹²UCL Cancer Institute, University College London, London, UK; ¹³Stirnkund und Poliklinik für Radiologie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Munich, Germany; ¹⁴Department of Biomedical Sciences, Humanitas University, Pieve Emanuele, Milan; ¹⁵Medical Oncology and Hematology Unit, Humanitas Cancer Center, IRCCS Humanitas Research Hospital, Rozzano, Milan, Italy; ¹⁶Department of Surgery, University of Toronto, Toronto, Canada; ¹⁷Centre de Recherche sur l'Inflammation U1149, Université Paris Cité, Paris; ¹⁸Department of Radiology, Beauguon Hospital, APHP Nord, Clamart; ¹⁹Centre de Recherche des Cordeliers, Université Paris Cité, Sorbonne Université, INSERM, Paris; ²⁰INSERM U1279, Université Paris-Saclay, Villejuif; ²¹Department of Cancer Medicine, Gustave Roussy, Villejuif, France

2025 ESMO指南⁵

- 度伐利尤单抗联合曲麦利尤单抗 (I, A类推荐; ESMO-MCBS v1.1 评分: 5)^c

a. 对于肝功能 Child - Pugh A 级的晚期HCC一线治疗推荐

b. 指南更新时间早于曲麦利尤单抗肝细胞癌适应症在国内获批时间

c. 对于肝功能良好且 ECOG PS 0-1 (BCLC B-C期) 的肝癌患者一线治疗

MCBS: 临床获益程度量表; MCBS将抗肿瘤临床研究分为治愈性目的和非治愈性目的。治愈性目的包括辅助/新辅助和其他潜在治愈性疗法的研究, 分为A、B、C三个等级。非治愈性目的研究, 依据终点的不同, 应用相应的量表进行分级, 最高为5级。分级越高, 临床获益越好。

1. CSCO肝细胞癌诊疗指南(2024)
2. CSCO肝细胞癌诊疗指南(2022)
3. 原发性肝癌诊疗指南 (2026年版)

4. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Hepatocellular Carcinoma. Version 2.2025
5. Vogel A, et al. Ann Oncol. 2025 May;36(5)491-506.

安全性好，停药率低：中国港台亚组3-4级TRAE仅17.9%，停药率仅5.4%，为长生存奠定基础

- 治疗安全性是不可切除肝细胞癌实现长生存的基础。治疗相关不良反应导致剂量调整、治疗中断或停药，**削弱长期生存获益**¹⁻³；长期不良事件将**增加患者症状负担**，影响日常活动和社会功能⁴
- 雷管方案组中国人群*的安全性*与全球人群一致，3-4级TRAE发生率低（中国港台亚组人群仅**17.9%**），且可管理，**安全性良好**⁵⁻⁶

曲麦利尤单抗安全性数据

HIMALAYA中国港台人群不良事件数据⁶

	雷管方案 (N = 56)	索拉非尼 (N = 42)
AE	55 (98.2%)	40 (95.2%)
3-4级AE	23 (41.1%)	18 (42.9%)
TRAE	44 (78.6%)	37 (88.1%)
3-4级TRAE	10 (17.9%)	14 (33.3%)
TRAE导致的停药	3 (5.4%)	5 (11.9%)

HIMALAYA是一项随机、开放标签、全球III期研究，在16个国家的181个研究中心的1171例不可切除肝细胞癌患者，按 1:1:1 的比例随机分配接受雷管方案、度伐利尤单抗单药或索拉非尼。其中，141例来自中国港台亚组。主要终点：OS(雷管方案 vs 索拉非尼)。次要终点：OS(度伐利尤单抗 vs 索拉非尼)、PFS、TTP、ORR、DCR、DOR等。HIMALAYA中国港台亚组数据 (N=56)，病因学与中国大陆人群一致，HIMALAYA研究中国港台人群3年OS率达49.2%，3-4级TRAE 17.9%，亚组数据有一定局限性，请谨慎理解。

AE：不良事件；TRAE：治疗相关不良事件

1. Cheng AL, Qin S, Ikeda M, et al. J Hepatol. 2022;76(4):862-873.
2. Llovet JM, Kudo M, Merle P, et al. Lancet Oncol. 2023;24(12):1399-1410.
3. Yau T, et al. Lancet. 2025;405(10492):1851-1864.
4. Meyer T, Fox R, Ma YT, et al. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2017;2(8):565-575.
5. Abou-Alfa GK, et al. 2022. NEJM Evid. 1(8): EVIDoa2100070
6. George Lau, et al. J Hepatol. 2025 Feb;82(2):258-267
7. Yau T, et al. ESMO Asia 2024 Abstract 1260
8. Qin SK, et al. 2025 ESMO GI, Abstract 157P

伊匹木单抗安全性数据

2026商保创新药目录品种**伊匹木单抗注射液**（国内另一获批上市的CTLA-4单药）联合纳武利尤单抗对比索拉非尼/仑伐替尼（CheckMate-9DW#研究）**安全性**结果显示

亚洲人群亚组⁷:

- 3-4级TRAE: **43%** vs 45%

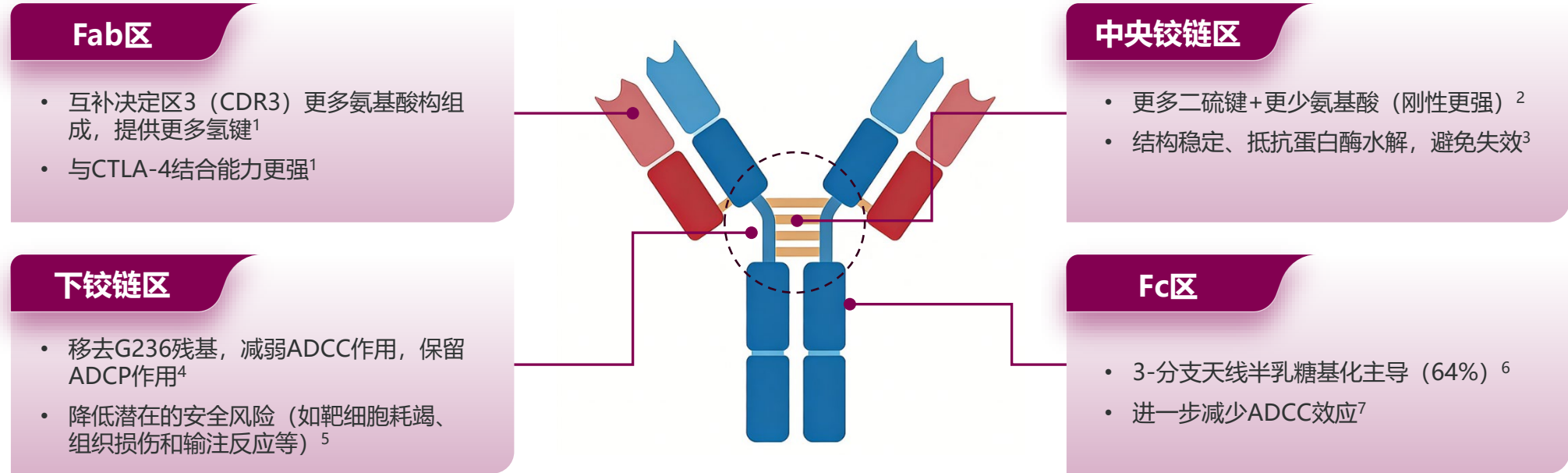
中国人群亚组⁸:

- 3-4级TRAE: **43%** vs 38%
- TRAE导致的停药: **20%** vs 13%




CheckMate-9DW是一项前瞻性、随机、阳性平行对照、开放标签的全球多中心III期临床试验，纳入来自25个国家、163个研究中心的668名不可切除肝细胞癌患者。患者按1:1随机接受纳武利尤单抗（1 mg/kg，每3周一次）联合伊匹木单抗（3 mg/kg，每3周一次），连续4周期后，随后接受纳武利尤单抗单药治疗（480 mg，每4周一次）；或由研究者选择口服仑伐替尼（根据体重每日8 mg或12 mg）或索拉非尼（每次400 mg，每日两次）。主要终点是OS

以上为非头对头研究不可直接比较
解读需谨慎

结构创新：全球首个且唯一*获批IgG2型CTLA-4单抗，结构优化实现疗效与安全性双赢



曲麦利尤单抗（IgG2抗体）全面结构优化：

-  核心决定区优化，具备更高的**CTLA-4结合能力**
-  通过铰链区优化，带来**更稳定的结构**；同时在保留抗体介导的免疫效应的同时，降低ADCC效应
-  通过Fc区优化进一步改善治疗**安全性**

ADCP是指抗体与靶细胞表面抗原结合后，通过Fc段招募具有吞噬功能的细胞（如巨噬细胞和树突状细胞），这些细胞将靶细胞包裹并内化，最终将其降解的过程。
ADCC是指抗体与靶细胞表面抗原结合后，通过Fc段与表达Fcγ受体的效应细胞（如自然杀伤细胞NK、巨噬细胞、中性粒细胞等）相互作用，激活这些细胞对靶细胞进行杀伤的过程。

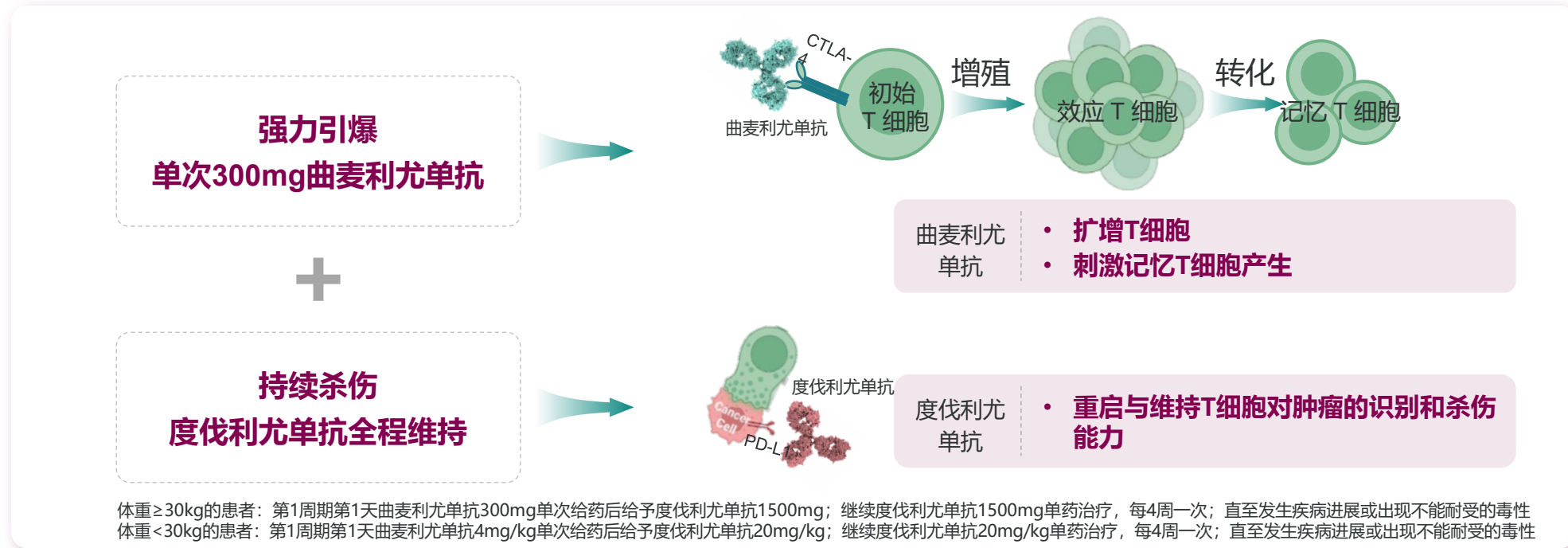
*截止2026年6月1日，包括中国、美国及欧盟已上市的4个CTLA-4单抗中，曲麦利尤单抗是唯一的IgG2单抗，其余3个（BMS Ipilimumab, 信达IBI310, 齐鲁turonralimab, QL1706组分）均为IgG1单抗

1. He M, et al. Oncotarget, 2017, 8(40): 67129–67139.
2. Vidarsson G, et al. Front Immunol, 2014, 5: 520.
3. Deveuve Q, et al. Front Immunol, 2020, 11: 168.

4. Brinkhaus M, et al. J Immunol, 2020, 205(12): 3456–3467.
5. Tam SH, et al. Antibodies (Basel), 2017, 6(3).
6. Wang W, et al. ACS Cent Sci, 2024, 10(11): 2048–2058.

7. Aoyama M, et al. MAbs, 2019, 11(5): 826–836.

疗法创新：曲麦利尤单抗以全程一次给药模式，实现雷管方案“强力引爆”与“持续杀伤” 重塑免疫微环境，为长生存获益奠定坚实基础



雷管方案为**全球首个**获批用于不可切肝细胞癌一线治疗的**双免疗法**，获美国FDA优先审评^{2,3}

根据欧洲肿瘤内科学会临床获益量表 (ESMO-MCBS) * scorecard, HIMALAYA研究在**非治愈性**评分体系中获**5分**、在**治愈性**评分体系中获**A级**，均为**最高等级**，提示雷管方案具有实质性的临床获益⁴

*ESMO-MCBS 是一项经验证的标准化评价工具，用于评估新型抗肿瘤治疗的临床获益幅度，主要反映疗法在生存获益、生活质量及毒性等方面的综合临床价值；同时，该工具会基于新出现的需求和已识别的局限持续更新与迭代⁵

1. Pardoll DM. Nat Rev Cancer. 2012; 12(4): 252-64.
2. www.fda.gov/media/165826/download?attachment
3. <https://www.astrazeneca.com/media-centre/press-releases/2022/tremelimumab-us-priority-review-imfinzi-combo.html#>
4. <https://www.esmo.org/guidelines/esmo-mcbs/esmo-mcbs-for-solid-tumours/esmo-mcbs-scorecards?scorecard=358>
5. Cherny NI, et al. Annals of Oncology, 2025, 36(8): 866-908

曲麦利尤单抗创新程度高、临床价值大、适保性高、基本目录内暂无可替代药品，符合商保创新药目录定位

符合商保创新药目录定位

创新程度高

适保性强

临床价值大

无法被医保目录
品种替代

- **符合商保人群需求**：肝细胞癌高发且预后差，公众认知度高，临床未满足需求突出，“雷管方案”符合创新诊疗方案的支付市场预期，可**广泛吸引风险意识强的群体参保**
- **风险稳定**：产品适应症指向疾病分类和分期明确，易于辨析风险类型设计适当的承保方案，风险敞口适当，同时核保便捷
- **风险可控**：**一次性给药模式**，用法用量明确，且能有效节约卫生资源利用¹，减少对应费用的商保赔付
- **商保准入基础良好**
 - 已具备较好的商保人群覆盖率：目前*联用药品度伐利尤单抗已广泛纳入全国近**140个**惠民保项目*，平均可惠及**93%**设置惠民保自费特药目录的地市，同时市场主流百万医疗产品特药目录均有列名；
 - 曲麦利尤单抗获批一个月即迅速准入到福建省级惠民保项目，预计后续逐渐纳入商保将为应用“雷管方案”的患者带来完整商保用药保障

- **基本医保目录内暂无同靶点同适应症的药品**

*截止2026年4月，药易云统计数据，同一年度同一惠民保因存在多个缴费档次对应不同保障方案的项目仅统计一次