

# 南阳市医疗保险中心文件

宛医保经办（2024）2号

## 关于转发河南省医疗保障服务中心调整 2024年度河南省基本医疗保险门诊特定 药品相关支付标准的通知

各县（市、区）医疗保障经办机构：

现将《河南省医疗保障服务中心关于调整2024年度河南省基本医疗保险门诊特定药品相关支付标准的通知》（豫医保中心〔2024〕5号）转发给你们，请认真贯彻执行。



# 河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2024〕5号

---

## 河南省医疗保障服务中心 关于调整2024年度河南省基本医疗保险门诊 特定药品相关支付标准的通知

各省辖市、济源示范区医疗保障经办机构，有关定点医药机构：

为贯彻落实《河南省医疗保障局 河南省人力资源和社会保障厅关于执行〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2023年）〉的通知》（豫医保办〔2023〕104号）要求，确保国家谈判药品等惠民政策及时落地，决定对纳入我省基本医疗保险门诊特定药品（以下简称“特药”）相关支付标准进行明确，现就有关事项通知如下：

### 一、支付范围及标准

将 2023 年国家谈判药品目录中酒石酸艾格司他胶囊等 46 种药品纳入我省特药及“双通道”管理范围，具体支付标准见附件 1；调整注射用甲磺酸瑞马唑仑等 41 种特药相关支付标准（见附件 2）；将艾尔巴韦格拉瑞韦片调出特药支付范围（见附件 3）；相关药品支付标准全省统一执行。

我省特药的审批和支付均应符合药品法定适应症及医保限定支付范围，医保限定支付范围为空的，要按照药品企业法定适应症进行管理。

特药首自付比例统一按豫医保办〔2023〕104 号要求执行，支付比例按各统筹区特药相关政策执行。

## **二、分类管理**

我省特药实行分类管理，对于病程较短、急（抢）救类以及镇静检查类等药品按照一类管理；治疗周期较长、用药人群和用药指征明确的药品按照二类管理；联合用药、预防性用药、用药指征广泛的药品按照三类管理。

## **三、就医管理**

（一）定点就医。特药实行定点管理，各统筹区自行确定特药定点医药机构，同时做好相关定点医药机构的监管。

除特殊规定外，原则上特药一年为一个治疗周期，一个治疗周期内，参保人员可在参保地或就医地自愿选定一家特药定点医疗机构就医购药，或在参保地或就医地选定一家“双通道”定点零售药店的同时选定一家特药定点医疗机构作为处方流转，由特

药定点医疗机构责任医师开具处方后，持医保电子凭证到选定的定点零售药店购药。

**(二) 责任医师管理。**定点医疗机构相关责任医师经所在特药定点医疗机构推荐，报同级医保经办机构备案后，确定为责任医师。原则上一类特药责任医师需由具有相关专业主治医师及以上职称医保医师担任；二类特药责任医师需由具有相关专业副主任医师及以上职称医保医师担任；三类特药责任医师需同时由两名具有相关专业的副主任医师及以上职称医保医师担任。各统筹区可根据辖区内医疗资源实际情况，适当放宽责任医师级别。

**(三) 联合用药要求。**参保人员因同一疾病需同时使用2种及以上特药的，应有国家颁布或推荐的临床诊疗指南及药品说明书等为依据，且至少经2名特药责任医师评估后签字确认。

**(四) 同通用名药品管理。**同一通用名称的药品，不同企业法定适应症不一致的，应按照相应企业法定适应症范围进行支付管理。在满足参保人员合理用药前提下，不超出药品规定用量的基础上，同一通用名称相同企业不同规格的药品可联合使用，但应优先将经济适用的大规格药品参与联用。

参保人员因病情需要等原因需更换同一通用名称相同适应症不同剂型药品的，无需重新申报备案，填写《河南省门诊特定药品剂型变更申请表》（附件4），经责任医师评估签字确认后，提交至参保地医保经办机构或相关定点医疗机构进行核准，核准通过的可直接对新剂型药品进行审批。



(五) 全省待遇互认。参保人员因跨统筹地区就业、户籍或常住地变动，按规定在省内办理基本医疗保险关系转移接续的，其特药待遇在全省范围内互认，无需重新申报备案，可直接向转入地医保经办机构提交《河南省门诊特定药品待遇转移申请表》(附件5)，核实无误的可将待遇信息直接变更至转入地。

待遇水平、申报备案、就医流程、费用结算及服务监督等按照各统筹区相关政策规定执行。

本《通知》自2024年1月1日起执行。2024年1月1日至本通知印发前参保人员发生的符合特药使用条件的医疗费用，各参保地经办机构可为参保人员追溯认定相关待遇并报销相关费用。

- 附件：1. 河南省新增门诊特定药品医保支付标准  
2. 河南省调整门诊特定药品医保支付标准  
3. 河南省调出门诊特定药品名单  
4. 河南省门诊特定药品剂型变更申请表  
5. 河南省门诊特定药品待遇转移申请表

2024年1月31日

## 附件1

## 河南省新增门诊特定药品医保支付标准

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	酒石酸艾格司他胶囊	二类	84mg*20粒	CYP2D6 EMs和IMs: 每30天限支付3盒 CYP2D6 PMs: 每60天限支付3盒	1. 基因检测报告单; 2. 生化检查报告单; 3. $\beta$ -葡萄糖苷酶活性检测报告单。	限经CYP2D6基因型检测为弱代谢型(PMs)、中间代谢型(IMs)或快代谢型(EMs)的I型戈谢病(GD1)成年患者。
2	芦曲泊帕片	三类	3mg*7片	每次限支付1盒	1. 既往确诊慢性肝病证据; 2. 确诊择期手术或诊断性操作的检查申请单; 3. 2周内血常规检查报告单。	限计划接受手术(含诊断性操作)的慢性肝病伴血小板减少症的成年患者。
3	甲氧聚二醇重组人促红素注射液	二类	100 $\mu$ g/0.3ml*1支	促红细胞生成素(依泊汀 $\alpha$ 或 $\beta$ 剂量 $\leq$ 16000或者达依泊汀 $\alpha$ 剂量 $\leq$ 80): 每月限支付2支 促红细胞生成素(依泊汀 $\alpha$ 或 $\beta$ 剂量 $>$ 16000或者达依泊汀 $\alpha$ 剂量 $>$ 80): 每月限支付4支	1. 4周内肾功能检查和血常规检查报告单; 2. 正在使用红细胞生成刺激剂类药品治疗的证据。	限因慢性肾脏病引起的贫血, 且正在接受红细胞生成刺激剂类药品治疗的患者。
4	恩那度司他片	二类	4mg*7片	每4周限支付8盒	4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	限非透析的成人慢性肾脏病(CKD)患者。
5	培莫沙肽注射液	二类	1ml:4.0mg*1支	1. 未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的非透析患者: 初始剂量: 每4周限支付1支 调整剂量: 每4周限支付2支 2. 正在接受利血宝治疗的透析患者: 初始剂量: 利血宝剂量 $\leq$ 6000: 每4周限支付1支 利血宝剂量 $>$ 6000: 每4周限支付2支 调整剂量: 每4周限支付2支	1. 4周内肾功能检查和血常规检查报告单; 2. 透析患者提供正在接受短效促红细胞生成素治疗的证据。	限因慢性肾脏病引起的贫血, 包括: 1. 未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的成人非透析患者; 2. 正在接受短效促红细胞生成素治疗的成人透析患者。
6	奥磷布韦片	二类	100mg*42片	每4周限支付4盒, 每人限支付12周, 共12盒	1. HCV RNA阳性检查报告单; 2. 基因分型检查报告单。	限基因 1、2、3、6 型成人慢性丙型肝炎。
7	艾诺米替片	二类	(每片含艾诺韦林0.15g, 拉米夫定0.3g, 富马酸替诺福韦二吡呋酯0.3g)*30片	每30天限支付1瓶	HIV确诊试验报告或血HIVRNA $>$ 5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
8	盐酸米托蒽醌脂质体注射液	二类	10ml:10mg*1瓶	每4周限支付4瓶, 每人限支付24周, 共24瓶	1. 确诊外周T细胞淋巴瘤的相关检查报告单; 2. 既往至少经过一线标准治疗的医嘱。	限既往至少经过一线标准治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)成人患者。
9	泽贝妥单抗注射液	二类	100mg(10ml)*1瓶	每3周支付不超过7瓶, 每人限支付18周, 不超过42瓶	1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单; 2. 证实为CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤的相关证据。	限CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤, 非特异性(DLBCL, NOS)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	瑞帕妥单抗注射液	二类	100mg(10ml)*1瓶	<b>单独使用:</b> 每3周支付不超过7瓶, 每人限支付18周, 不超过42瓶 <b>与500mg联用:</b> 每3周支付不超过2瓶, 每人限支付18周, 不超过12瓶	1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单; 2. 提供国际预后指数(IP1)的分值; 3. 证实为CD20阳性非霍奇金淋巴瘤的相关证据。	限国际预后指数(IP1)为0~2分的新诊断CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤(DLBCL)成人患者。
			500mg(50ml)*1瓶	<b>单用或与100mg联用:</b> 每3周限支付1瓶, 每人限支付18周共6瓶		
11	曲妥珠单抗注射液(皮下注射)	二类	600mg(5ml)*1瓶	每3周限支付1瓶	1. 病理组织学报告单; 2. 免疫组化报告单或荧光原位杂交(FISH)基因检测报告单。	限: 1. 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; 2. HER2阳性的转移性乳腺癌。
12	琥珀酸瑞波西利片	二类	200mg*63片	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单; 2. 激素受体(HR)、人表皮生长因子受体2(HER2)基因检查报告单; 3. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单; 4. 与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据(含药物绝经)。	限激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌, 与芳香化酶抑制剂联合用药作为女性患者的初始内分泌治疗。
13	甲磺酸贝福替尼胶囊	二类	25mg*40粒	每30天限支付3盒	1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医瞩或其他使用证据; 4. 证实为疾病进展的局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展, 并且经检测确认存在EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
14	硫酸氢司美替尼胶囊	二类	10mg*60粒	每30天支付不超过4盒	1. 基因检测报告单或染色体分析报告单; 2. 确诊为丛状神经纤维瘤(PN)的1型神经纤维瘤病的证据: 影像学或病理组织学检查报告单; 3. 证实为无法手术的相关证据。	限3岁及3岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的1型神经纤维瘤病(NF1)儿童患者。
			25mg*60粒	每30天支付不超过2盒		
15	伏罗尼布片	二类	100mg*20片	每30天限支付3盒	1. 病理组织学报告单; 2. 4周内影像学检查报告单; 3. 与依维莫司联用的医瞩或其他使用证据; 4. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂且治疗失败的证据; 5. 证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。	限与依维莫司联合, 用于既往接受过酪氨酸激酶抑制剂治疗失败的晚期肾细胞癌(RCC)患者。
16	阿可替尼胶囊	二类	100mg*56粒	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单)或流式细胞学检查报告单; 2. 既往使用过一种治疗方法的医瞩或其他使用证据。	限既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。
17	恩曲替尼胶囊	二类	200mg*90粒	<b>成人和体表面积(BSA)≥1.51m<sup>2</sup>的年满12岁儿童:</b> 每30天限支付1盒 <b>剂量调整(400mg/天)和体表面积(BSA)为1.11-1.50m<sup>2</sup>的年满12岁儿童:</b> 每45天限支付1盒 <b>剂量调整(200mg/天):</b> 每90天限支付1盒	<b>实体瘤:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 4周内影像学检查报告单; 4. 提供下列相关资料之一: (1) 证实为局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的证据; (2) 既往治疗失败的证据。 <b>非小细胞肺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限: 1. 12岁及以上, 经充分验证的检测方法诊断为携带神经节苷脂受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤; 患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者, 或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者; 2. ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
18	谷美替尼片	二类	50mg*24片	每4周限支付7盒	1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌。
19	阿伐替尼片	二类	100mg*30片	每30天支付不超过3瓶	1.病理组织学报告单；2.免疫组化检测报告单或基因检测报告单；3.4周内影像学检查报告单；4.证实为不可切除或转移性胃肠道间质瘤的相关检查报告单。	限携带血小板衍生生长因子受体α(PDGFRα)外显子18突变(包括PDGFRA D842V突变)的不可切除或转移性胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。
			300mg*30片	每30天限支付1瓶		
20	伊鲁阿克片	二类	60mg*30片	每30天支付不超过3盒	1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4.既往接受过克唑替尼治疗后疾病进展或对克唑替尼不耐受的证据。	限既往接受过克唑替尼治疗后疾病进展或对克唑替尼不耐受的间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。
			60mg*90片	每30天限支付1盒		
21	林普利塞片	二类	20mg*120片	每30天限支付1瓶	1.病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单；2.既往接受至少两种系统性治疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为复发或难治性滤泡性淋巴瘤的相关检查报告单。	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。
22	度维利塞胶囊	二类	25mg*56粒	每4周限支付1盒	1.病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单；2.既往接受至少两种系统性治疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为复发或难治性滤泡性淋巴瘤的相关检查报告单。	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。
23	塞利尼索片	二类	20mg*12片	每3周限支付2盒	1.骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2.既往接受过治疗且至少使用一种蛋白酶体抑制剂、一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗的证据；3.证实为复发或难治性多发性骨髓瘤的证据。	限既往接受过治疗且对至少一种蛋白酶体抑制剂、一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗难治的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者。
			20mg*16片	每4周限支付2盒		
24	磷酸索立德吉胶囊	二类	200mg*10粒	每30天限支付3盒	1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.证实为局部晚期基底细胞癌的相关检查报告单；4.提供下列相关资料之一：(1)不宜手术或放疗的证据；(2)手术或放疗后复发的证据。	限不宜手术或放疗，以及手术或放疗后复发的局部晚期基底细胞癌(BCC)成年患者。
			200mg*30粒	每30天限支付1盒		

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
25	注射用醋酸曲普瑞林微球	二类	3.75mg*1瓶	每4周限支付1瓶	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。
26	注射用戈舍瑞林微球	二类	3.6mg*1瓶	每4周限支付1瓶	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。
27	艾贝格司亭α注射液	二类	20mg(1.0ml)*1支	每3周限支付1支	1.前次进行非髓性恶性肿瘤化疗的医嘱或其他使用证据；2.证实为重度中性粒细胞减少的证据。	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
28	拓培非格司亭注射液	二类	2.0mg(8.0×10 <sup>-7</sup> U)/1.0ml*1支	每3周限支付1支	1.前次进行非髓性恶性肿瘤化疗的医嘱或其他使用证据；2.证实为重度中性粒细胞减少的证据。	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。
29	艾加莫德α注射液	二类	400mg/20ml*1瓶	<b>体重≤40kg:</b> 每周限支付1瓶，每个治疗周期(共4周)限支付4瓶 <b>40kg&lt;体重≤80kg:</b> 每周限支付2瓶，每个治疗周期(共4周)限支付8瓶 <b>体重&gt;80kg:</b> 每周限支付3瓶，每个治疗周期(共4周)限支付12瓶	1.乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的检查报告单；2.证实为全身型重症肌无力的相关检查报告单或其他证据。	限乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的成人全身型重症肌无力(gMG)患者。
30	盐酸奥扎莫德胶囊	二类	每盒包含： 0.23mg*4粒 0.46mg*3粒	<b>初始剂量：</b> 第1周限支付1盒	相关的神经影像学或神经电生理或脑脊液检查报告。	限成人复发型多发性硬化。
			0.92mg*28粒	<b>维持剂量：</b> 每4周限支付1盒		



序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
31	依库珠单抗注射液	二类	300mg(30ml)*1瓶	<p><b>成人及体重≥40kg儿童：</b>  <b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)：</b>            初始4周限支付8瓶            维持治疗：每2周限支付3瓶  <b>非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)和难治性全身型重症肌无力(gMG)：</b>            初始4周限支付12瓶            后续每2周限支付4瓶</p> <p><b>体重&lt;40kg儿童：</b>  <b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)和非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)：</b>  <b>体重30至&lt;40kg</b>            起始期：前2周限支付4瓶            维持期：后续每2周限支付3瓶  <b>体重20至&lt;30kg</b>            起始期：前2周限支付4瓶            维持期：后续每2周限支付2瓶  <b>体重10至&lt;20kg</b>            起始期：前1周限支付2瓶            维持期：后续每2周限支付1瓶  <b>体重5至&lt;10kg</b>            起始期：前1周限支付1瓶            维持期：后续每3周限支付1瓶</p>	<p><b>阵发性睡眠性血红蛋白尿症：</b>            1. 血常规检查报告单；2. 流式细胞学检查报告单；3. 同时提供以下两项阳性的检查报告单：Ham试验、糖水试验、蛇毒因子溶血试验、尿潜血（或尿含铁血黄素）等试验。</p> <p><b>非典型溶血性尿毒症综合征：</b>            1. 血常规和尿常规检查报告单；2. 肾功能和肝功能检查报告单；3. 证实为非典型溶血性尿毒症综合征的相关检查报告单或其他证据。</p> <p><b>难治性全身型重症肌无力：</b>            1. 乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的检查报告单；2. 激素或免疫抑制剂治疗效果不佳或不耐受的医嘱或其他证据；3. 证实为全身型重症肌无力的相关检查报告单或其他证据。</p>	<p>限：1. 阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；            2. 非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；            3. 抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。</p>
32	佩索利单抗注射液	一类	450mg(7.5mL)*1瓶	每次限支付2瓶	确诊为泛发性脓疱型银屑病的证据，包括症状，皮肤镜或病理组织学检查报告单。	限成人泛发性脓疱型银屑病(GPP)。
33	替瑞奇珠单抗注射液	二类	100mg(1ml)*1支	<p><b>初始剂量：</b>前4周限支付2支  <b>维持剂量：</b>每12周限支付1支</p>	确诊为中度至重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。	限适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者。
34	注射用司妥昔单抗	二类	<p>100mg*1瓶</p> <p>400mg*1瓶</p>	<p>按照实际体重计算  <b>体重≤70kg：</b>            每3周支付不超过8瓶  <b>体重&gt;70kg(与400mg联用)：</b>            每3周支付不超过2瓶</p> <p>按照实际体重计算  <b>体重≤70kg：</b>            每3周支付不超过2瓶  <b>体重&gt;70kg(与100mg联用)：</b>            每3周限支付2瓶</p>	<p>1. 确诊为多中心Castleman病(MCD)的证据，包括症状和实验室检查报告单；2. 人体免疫缺陷病毒(HIV)和人疱疹病毒8型(HHV-8)的检查报告单。</p>	限人体免疫缺陷病毒(HIV)阴性和人疱疹病毒8型(HHV-8)阴性的多中心Castleman病(MCD)成人患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
35	萨特利珠单抗注射液	二类	120mg(1ml)*1支	<b>负荷剂量:</b> 前4周限支付3支 <b>维持剂量:</b> 每4周限支付1支	1. 抗水通道蛋白4 (AQP4) 抗体阳性检查报告单; 2. 确诊为视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD) 的证据包括实验室或MRI 检查报告单。	限≥12岁青少年及成人患者水通道蛋白4(AQP4) 抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)。
36	西罗莫司凝胶	二类	0.2%(10g:20mg)*1支	<b>6-11岁儿童:</b> 每30天限支付2支 <b>成人和≥12岁的儿童:</b> 每25天限支付2支	1. 确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单; 2. 相关病理学或影像学检查报告单。	限成人和6岁及以上儿童患者的结节性硬化症相关面部血管纤维瘤。
37	盐酸可乐定缓释片	二类	0.1mg*21片	每3周支付不超过4瓶	确诊为注意缺陷多动障碍的证据, 包含SNAP-IV 问卷和Weiss 问卷和症状, 实验室或影像学等相关检查报告单。	限6-17岁儿童和青少年的注意缺陷多动障碍(ADHD)。
38	盐酸普洛利生片	二类	4.5mg*30片	<b>初始剂量:</b> 第1周限支付1盒	确诊为发作性睡病的证据, 包括临床表现和多导睡眠图并排除其他疾病。	限发作性睡病成人患者。
			18mg*30片	<b>维持剂量:</b> 每30天限支付2盒		
39	注射用奥马珠单抗 α	二类	75mg*1瓶	<b>4周给药方案</b> 75mg用量(单独使用): 每4周限支付1瓶 225mg用量(与150mg联用): 每4周限支付1瓶 <b>2周给药方案</b> 225mg用量(与150mg联用): 每2周限支付1瓶 375mg用量(与150mg联用): 每2周限支付1瓶	1. IgE检查报告单; 2. 既往使用吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据; 3. 4周内胸部影像学检查报告单; 4. 支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单。	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鼻炎的15岁及以上患者, 并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据。
			150mg*1瓶	<b>4周给药方案</b> 150mg用量(单独使用): 每4周限支付1瓶 225mg用量(与75mg联用): 每4周限支付1瓶 300mg用量(单独使用): 每4周限支付2瓶 <b>2周给药方案</b> 225mg用量(与75mg联用): 每2周限支付1瓶 300mg用量(单独使用): 每2周限支付2瓶 375mg用量(与75mg联用): 每2周限支付2瓶		
40	奥马珠单抗注射液	二类	1.0ml:150mg*1支	<b>慢性自发性荨麻疹:</b> 每4周限支付2支 <b>中至重度持续性过敏性鼻炎:</b> <b>4周给药方案</b> 150mg用量: 每4周限支付1支 300mg用量: 每4周限支付2支 450mg用量: 每4周限支付3支 600mg用量: 每4周限支付4支 <b>2周给药方案</b> 300mg用量: 每2周限支付2支 450mg用量: 每2周限支付3支 600mg用量: 每2周限支付4支	<b>中至重度持续性过敏性鼻炎:</b> 1. IgE检查报告单; 2. 既往使用吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据; 3. 4周内胸部影像学检查报告单; 4. 支气管舒张试验或支气管激发试验检查报告单。 <b>慢性自发性荨麻疹:</b> 1. 确诊为慢性自发性荨麻疹诊断证明; 2. 既往使用H1抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。	限: 1. 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鼻炎的6岁及以上患者, 并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据; 2. H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
41	氟轻松玻璃体内植入剂	二类	0.18mg*1支	每眼3年限支付1次，每次限29768元 (含药品、相关检查及操作费用)	确诊为累及眼后段的慢性非感染性葡萄膜炎的相关证据，包括症状、实验室和影像学等相关检查报告单。	限累及眼后段的慢性非感染性葡萄膜炎。
42	蔗糖羟基氧化铁咀嚼片	二类	0.5g*30片	常规剂量： 每30天限支付4瓶 调整剂量： 每30天限支付6瓶	1.4周内肾功能检查和血常规检查报告单；2.4周内电解质及血清磷报告单；3.成人患者需提供接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的医嘱或证据；4.儿童患者需提供CKD4-5期(定义为肾小球滤过率<30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )的相关报告单或接受透析的医嘱或证据。	限：1.接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的成人慢性肾脏病(CKD)患者；2.12岁及以上CKD4-5期(定义为肾小球滤过率<30mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )或接受透析的CKD儿科患者。
			0.5g*90片	常规剂量： 每30天限支付1瓶 调整剂量： 每30天限支付2瓶		
43	淫羊藿素软胶囊	二类	0.4g*60粒	每30天限支付6瓶	1.病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单： (1)乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；(2)肝脏CT或MRI检查报告单；(3)至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.证实为不适合或患者拒绝接受标准治疗，且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌的证据；3.外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项：AFP≥400 ng/mL；TNF-α<2.5 pg/mL；IFN-γ≥7.0 pg/mL。	限不适合或患者拒绝接受标准治疗，且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌，患者外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项：AFP≥400 ng/mL；TNF-α<2.5 pg/mL；IFN-γ≥7.0 pg/mL。
44	尼替西农胶囊	二类	5mg*60粒	每30天最高支付限额26471元	1.提供下列相关资料之一：(1)血酪氨酸增高和血或尿琥珀酰丙酮增高的检查报告单；(2)FAH基因检测报告单；2.AFP检查报告单。	限成人和儿童酪氨酸血症I型(HT-1)。
45	曲氟尿苷替匹嘧啶片	二类	(每片含曲氟尿苷15mg与盐酸替匹嘧啶7.065mg)*20片	每4周最高支付限额5520元	1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单；4.提供下列相关资料之一：(1)既往接受过氟嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗；(2)既往接受过或不适合接受血管内皮生长因子(VEGF)治疗、抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗(RAS野生型)的转移性结直肠癌(mCRC)患者。	限：既往接受过氟嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗，以及既往接受过或不适合接受抗血管内皮生长因子(VEGF)治疗、抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗(RAS野生型)的转移性结直肠癌(mCRC)患者。
			(每片含曲氟尿苷20mg与盐酸替匹嘧啶9.420mg)*20片			
46	丁苯那嗪片	二类	12.5mg*112片	CYP2D6广泛型与中间型代谢者： 每4周最高支付限额1701元 其他亨廷顿病相关的舞蹈症： 每4周最高支付限额851元	1.基因检查报告；2.有相应临床表现证据。	限亨廷顿病相关的舞蹈症。

## 附件2

## 河南省调整门诊特定药品医保支付标准

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	一类	36mg*1支 25mg*1支	每次限支付1支	非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉： 1周内行非气管插管手术/操作的检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）。 全身麻醉的诱导和维持：需全身麻醉诱导和维持的医嘱或相关资料。	限：1. 非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉；2. 全身麻醉的诱导和维持。
2	艾塞那肽注射液	二类	1. 2ml*1支 2. 4ml*1支	每4周限支付1支	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素，且控制效果不佳证据。	限2型糖尿病。
3	利拉鲁肽注射液	二类	3ml:18mg*1支	初始4周：限支付2支 维持剂量：每4周限支付3支	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 既往使用过口服降糖药或胰岛素，且控制效果不佳证据。	限2型糖尿病。
4	甲苯磺酸多纳非尼片	二类	0.1g*40片	肝细胞癌：每30天限支付3盒 分化型甲状腺癌：每60天限支付9盒	肝细胞癌：1. 病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；（2）肝脏CT或MRI检查报告单；（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2. 证实无法手术切除的检查报告单。 分化型甲状腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 甲状腺彩超或CT检查报告单；3. 证实为进展性、局部晚期或转移性放射碘难治性分化型甲状腺癌的证据。	限：1. 既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者；2. 进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。
5	奥布替尼片	二类	50mg*30片	每30天限支付3盒	套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单）或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 慢性淋巴细胞白血病：1. 骨髓细胞学检查报告单或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。 小淋巴细胞淋巴瘤、边缘区淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	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；3. 既往至少接受过一种治疗的成人边缘区淋巴瘤（MZL）患者。
6	阿贝西利片	二类	50mg*14片 100mg*14片 150mg*14片	每4周限支付4盒	早期乳腺癌：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单）；2. 激素受体（HR）和人表皮生长因子受体2（HER2）基因检查报告单；3. 淋巴结阳性检查报告单；4. 联合内分泌治疗（他莫昔芬或芳香化酶抑制剂）的医嘱或其他使用证据。 局部晚期或转移性乳腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 激素受体（HR）和人表皮生长因子受体2（HER2）基因检查报告单；3. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单；4. 与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据（含药物绝经）；5. 与氟维司群联合使用需提供既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	限：1. 联合内分泌治疗（他莫昔芬或芳香化酶抑制剂）用于激素受体（HR）阳性、人表皮生长因子受体2（HER2）阴性、淋巴结阳性，高复发风险且Ki-67≥20%的早期乳腺癌成人患者的辅助治疗。2. 激素受体（HR）阳性、人表皮生长因子受体2（HER2）阴性的局部晚期或转移性乳腺癌；与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗；与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
7	达雷妥单抗注射液	二类	100mg/5ml*1瓶 400mg/20ml*1瓶	<p><b>1. 与来那度胺联合方案或单药治疗:</b> 第1-8周, 每周限支付1次; 第9-24周, 每2周限支付1次; 从第25周起, 每4周限支付1次; 每次限支付9956元。</p> <p><b>2. 与硼替佐米联合方案:</b> 第1-9周, 每周限支付1次; 第10-24周, 每3周限支付1次; 从第25周起, 每4周限支付1次; 每次限支付9956元。</p> <p><b>3. 与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合方案:</b> 第1-6周, 每周限支付1次; 第7-54周, 每3周限支付1次; 从第55周起, 每4周限支付1次; 每次限支付9956元。</p>	<p><b>联合治疗:</b> 1. 骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 2. 提供下列相关资料之一: (1) 既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据; (2) 不适合自体干细胞移植的证据(新诊断的多发性骨髓瘤成年患者)。</p> <p><b>单药治疗:</b> 1. 骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 2. 既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂治疗的医嘱或其他使用证据, 且出现疾病进展的证据。</p>	<p>限: 1. 与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者; 2. 与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者; 3. 单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者, 患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展。</p>
8	达罗他胺片	二类	300mg*120片	每30天限支付1盒	<p><b>非转移性去势抵抗性前列腺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 血清睾酮检查报告单; 3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。</p> <p><b>转移性激素敏感性前列腺癌:</b> 1. 病理组织学报告单; 2. 血清睾酮检查报告单; 3. 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单; 4. 证实为转移性激素敏感性前列腺癌的相关证据。</p>	<p>限: 1. 治疗有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者; 2. 联合多西他赛治疗转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者。</p>
9	海博麦布片	三类	10mg*14片	每4周限支付2盒	<p>1. 高胆固醇血症的确诊证据(全血脂检查报告单、影像学检查报告单); 2. 基因检测报告单。</p>	<p>限饮食控制以外的辅助治疗, 可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂(他汀类)联合用于治疗原发性(杂合子家族性或非家族性)高胆固醇血症。</p>
		20mg*14片	每4周限支付2盒			
		10mg*20片	每40天限支付2盒			
		10mg*7片	每4周限支付4盒			



序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1支	动脉粥样硬化性心血管疾病、原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常： 每4周限支付2支或每月限支付3支 纯合子型家族性高胆固醇血症： 每月限支付3支	动脉粥样硬化性心血管事件预防：确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据。 原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常：1.高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2.基因检测报告单（原发性高胆固醇血症需提供）。 纯合子型家族性高胆固醇血症：1.高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2.基因检测报告单。	限：1.降低心血管事件的风险：在已有动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平；在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；3.纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或12岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗法和其他降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)治疗(例如他汀类药物、依折麦布、LDL分离术)合用，用于患有纯合子型家族性高胆固醇血症(HoFH)且需要进一步降低LDL-C的患者。
			1ml:140mg*2支	动脉粥样硬化性心血管疾病、原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常： 每4周限支付2支或每2月限支付6支 纯合子型家族性高胆固醇血症： 每2月限支付6支		
11	阿利西尤单抗注射液	三类	75mg/1ml*1支	每4周限支付4支	动脉粥样硬化性心血管事件预防：确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的证据。 原发性高胆固醇血症和混合型血脂异常：1.高胆固醇血症的确诊证据（全血脂检查报告单、影像学检查报告单）；2.基因检测报告单（原发性高胆固醇血症需提供）。	限：1.心血管事件预防。在确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子型家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药。
			75mg/1ml*2支			

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
12	乌司奴单抗注射液	二类	45mg/0.5ml*1支	<b>斑块状银屑病（体重≤100kg）：</b> 首4周限支付2支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支	<b>斑块状银屑病：</b> 1. 确诊为斑块状银屑病的诊疗依据；2. 提供下列相关资料之一：（1）既往接受过系统性治疗且不应答、有禁忌或无法耐受的医嘱或其他证据；（2）对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的相关证据（限6岁及以上儿童和体重60公斤至100公斤的青少年）。 <b>克罗恩病：</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗或肿瘤坏死因子α拮抗剂等治疗的医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗或肿瘤坏死因子α拮抗剂等治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	限：1. 对环孢素、甲氨喋呤(MTX)等其他系统性治疗或PUVA(补骨脂素和紫外线A)不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者； 2. 对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的6岁及以上儿童和青少年(体重60公斤至100公斤)中重度斑块状银屑病患者； 3. 对传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。
			90mg/1.0ml*1支	<b>斑块状银屑病（体重&gt;100kg）：</b> 首4周限支付2支，以后每12周限支付1支，每年限支付6支 <b>克罗恩病：</b> 第8周末限支付1支，以后每8周限支付1支或每12周限支付1支		
13	克立硼罗软膏	三类	30g*1支	每次限支付4支 每年限支付1次	确诊为轻中度特应性皮炎的证据，包括症状和实验室检查报告单。	限2岁及以上轻度至中度特应性皮炎患者。
14	依奇珠单抗注射液	二类	80mg/ml*1支	<b>银屑病：</b> 首次限支付2支，后续每2周限支付1支，共支付8支 维持剂量：每4周限支付1支 <b>强直性脊柱炎：</b> 首次限支付2支，后续每4周限支付1支	<b>银屑病：</b> 确诊为中度至重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。 <b>强直性脊柱炎：</b> 1. 既往使用NSAIDs治疗4周的医嘱或其他使用证据；2. 使用NSAIDs治疗4周相关实验室或影像学检查报告单。	限：1. 适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者；2. 常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人患者。
15	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	25mg*14片	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症：</b> 每4周限支付6盒 <b>重型再生障碍性贫血：</b> 每4周限支付12盒	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症(ITP)：</b> 1. 血小板计数检查报告单；2. 脾脏超声检查报告单；3. 既往使用过糖皮质激素、免疫球蛋白等药物治疗的医嘱或其他使用证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。 <b>重型再生障碍性贫血(SAA)：</b> 1. 全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少；2. 骨髓至少一个部分重度减低，骨髓小粒非造血细胞增多；3. 排除全血细胞减少的其它疾病。	限：1. 既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和6岁及以上儿童慢性免疫性(特发性)血小板减少症(ITP)患者；2. 既往对免疫抑制治疗缓解不充分的重型再生障碍性贫血(SAA)患者。
			25mg*28片	<b>慢性免疫性(特发性)血小板减少症：</b> 每4周限支付3盒 <b>重型再生障碍性贫血：</b> 每4周限支付6盒		

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	奥拉帕利片	二类	150mg*56片 100mg*56片	每4周限11500元	<p><b>晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解的证据；（2）既往使用一线含铂化疗联合贝伐珠单抗治疗达到完全缓解或部分缓解证据。</p> <p><b>铂敏感复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：</b>1.病理组织学报告单；2.既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3.使用铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据；4.停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。</p> <p><b>转移性去势抵抗性前列腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.血清睾酮检查报告单；4.间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单；5.既往使用内分泌治疗失败后转移性去势抵抗性前列腺癌的证据。</p>	限：1.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；2.同源重组修复缺陷（HRD）阳性的晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者在一线含铂化疗联合贝伐珠单抗治疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；3.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；4.携带胚系或体细胞BRCA突变（gBRCAm或sBRCAm）且既往治疗（包括一种新型内分泌药物）失败的转移性去势抵抗性前列腺癌成人患者的治疗。
17	枸橼酸伊沙佐米胶囊	二类	4mg*3片 3mg*3片 2.3mg*3片	每4周限支付1盒	1.骨髓细胞形态学检查报告单；2.流式细胞学检查报告单；3.免疫固定电泳检查报告单；4.既往接受至少一种治疗多发性骨髓瘤的证据。	限治疗已接受过至少一种既往治疗的多发性骨髓瘤成人患者。
18	甲磺酸阿帕替尼片	二类	250mg*30	<p><b>胃癌或胃-食管结合部腺癌、肝癌（非一线治疗）：</b> 每30天限支付3盒</p> <p><b>肝癌（一线治疗）：</b> 每30天限支付1盒</p>	<p><b>胃癌或胃-食管结合部腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种或以上系统化疗的医嘱；3.证实为进展或复发的晚期胃癌的相关检查报告单或诊断证明。</p> <p><b>肝癌：</b> <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；（2）肝脏CT或MRI报告单；（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.证实为不可切除或转移性肝细胞癌的相关证据。 <b>非一线治疗：</b>1.病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；（2）肝脏CT或MRI报告单；（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌的证据。</p>	限：1.既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃癌或胃-食管结合部腺癌患者；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌患者；3.不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。
			250mg*10	<p><b>胃癌或胃-食管结合部腺癌、肝癌（非一线治疗）：</b> 每30天限支付9盒</p> <p><b>肝癌（一线治疗）：</b> 每30天限支付3盒</p>		
			375mg*10	肝癌（非一线治疗）：每30天限支付6盒		
			425mg*14	胃癌或胃-食管结合部腺癌：每4周限支付4盒		
19	磷酸芦可替尼片	二类	5mg*60	<p><b>原发性骨髓纤维化：</b>每30天限支付4盒</p> <p><b>急性移植物抗宿主病：</b>每30天限支付2盒</p>	<p><b>原发性骨髓纤维化：</b>1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.血常规检查报告单。</p> <p><b>急性移植物抗宿主病：</b>1.移植手术记录；2.既往使用过糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的证据。</p>	限：1.中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）（亦称为慢性特发性骨髓纤维化）、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）的成年患者；2.对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上急性移植物抗宿主病（急性GVHD，aGVHD）患者。
20	罗沙司他胶囊	二类	20mg*3	每月限1793元	4周内肾功能检查和血常规检查报告单。	限慢性肾脏病（CKD）引起的贫血。
			50mg*3			

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
21	马来酸吡咯替尼片	二类	80mg*14片 80mg*100片	复发或转移性乳腺癌：每3周限7446元 早期或局部晚期乳腺癌：每3周限支付7446元，每人限支付18周	复发或转移性乳腺癌：1.病理组织学报告单；2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单；3.证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单；4.既往接受过蒽环类或紫杉类化疗的证据。 早期或局部晚期乳腺癌：1.病理组织学报告单；2.免疫组化检查报告单或荧光原位杂交（FISH）基因检查报告单；3.证实为早期或局部晚期乳腺癌的相关检查报告单；4.与曲妥珠单抗和多西他赛联合使用的证据。	限：1.表皮生长因子受体2（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者；2.表皮生长因子受体2（HER2）阳性早期或局部晚期乳腺癌患者的新辅助治疗。
22	盐酸安罗替尼胶囊	二类	12mg*7粒 10mg*7粒 8mg*7粒	每3周限支付2盒	非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往至少接受过2种系统化疗的医嘱；3.疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。 小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化疗的医嘱；3.疾病进展或复发的非小细胞肺癌相关检查报告单。 软组织肉瘤：1.病理组织学报告单；2.腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以外的其他病理亚型需提供既往接受过蒽环类化疗方案的医嘱及疾病进展或复发相关检查报告单。 甲状腺髓样癌：1.病理组织学报告单；2.甲状腺彩超或CT检查报告单；3.疾病进展和不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌的证据。 分化型甲状腺癌：1.病理组织学报告单；2.既往放射性碘治疗的医嘱或甲状腺同位素扫描报告单；3.证实为进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌的证据。	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的治疗。对于存在表皮生长因子受体（EGFR）基因突变或间变性淋巴瘤激酶（ALK）阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、且至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发；2.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的治疗；3.既往至少接受过2种化疗方案治疗后进展或复发的非小细胞肺癌患者的治疗；4.具有临床症状或明确疾病进展的、不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌患者的治疗；5.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。
			12mg*14粒 10mg*14粒 8mg*14粒	每3周限支付1盒		
			12mg*28粒 10mg*28粒 8mg*28粒	每6周限支付1盒		
23	乙磺酸尼达尼布软胶囊	二类	150mg*30粒	每30天限支付2盒	特发性肺纤维化：肺CT检查报告单。 系统性硬化病相关间质性肺疾病：1.确诊为系统性硬化病的病历及免疫学检查报告单；2.肺CT检查报告单。 慢性纤维化性间质性肺疾病：1.确诊为进行性表型的慢性纤维化性间质性肺疾病的病历及免疫学检查报告单；2.肺CT检查报告单。	限：1.特发性肺纤维化（IPF）；2.系统性硬化病相关间质性肺疾病（SSc-ILD）；3.具有进行性表型的慢性纤维化性间质性肺疾病。
			150mg*60粒	每30天限支付1盒		
			100mg*30粒	每30天限支付2盒		
			100mg*60粒	每30天限支付1盒		

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
24	泽布替尼胶囊	二类	80mg*64粒	每月限支付2盒	<p><b>套细胞淋巴瘤：</b>1.病理组织学报告单（含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单）或者流式细胞学检查报告单；2.既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。</p> <p><b>慢性淋巴细胞白血病：</b>骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。</p> <p><b>小淋巴细胞淋巴瘤：</b>病理组织学报告单（含免疫组化报告单）或流式细胞学检查报告单。</p> <p><b>华氏巨球蛋白血症：</b>1.病情诊断证明书；2.血清蛋白电泳；3.骨髓细胞检查报告。</p>	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.成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者；3.成人华氏巨球蛋白血症（WM）患者。
25	地舒单抗注射液	二类	120mg(1.7ml)*1支	<p><b>骨巨细胞瘤：</b> 首4周限支付3支 后续每4周限支付1支</p> <p><b>实体肿瘤骨转移、多发性骨髓瘤：</b> 每4周限支付1支</p>	<p><b>骨巨细胞瘤：</b>1.病理组织学检查报告或能够确诊的影像学报告单；2.不能手术或手术切除导致严重功能障碍的证据。</p> <p><b>实体肿瘤骨转移：</b>1.病理学检查报告单；2.证实为实体肿瘤骨转移的相关检查报告单。</p> <p><b>多发性骨髓瘤：</b>骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。</p>	
26	特瑞普利单抗注射液	二类	80mg/2ml*1支	<p><b>黑色素瘤、鼻咽癌（三线治疗及以上）、尿路上皮癌：</b>每4周限支付6支</p> <p><b>食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）：</b>每3周限支付3支</p>	<p><b>黑色素瘤：</b>1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医嘱；3.证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。</p> <p><b>鼻咽癌：</b> <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.联合顺铂和吉西他滨的治疗方案。 <b>三线及以上治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.既往接受过二线及以上系统治疗失败导致复发/转移性鼻咽癌的相关检查报告单。</p> <p><b>尿路上皮癌：</b>1.病理学检查报告单；2.含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗13个月内进展的病史资料。</p> <p><b>食管鳞癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除的局部晚期或复发或转移性食管鳞癌的相关检查报告单；3.联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2. EGFR和ALK基因检查报告单；3.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状细胞非小细胞肺癌的相关检查报告单；4.联合培美曲塞和铂类的治疗方案。</p>	限：1.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；2.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；3.既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗；4.局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；5.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.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、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。
			240mg/6ml*1支	<p><b>黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌：</b>每4周限支付2支</p> <p><b>食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）：</b>每3周限支付1支</p>		



序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
27	替雷利珠单抗注射液	二类	10ml:100mg*1支	每3周限支付2支	<p><b>经典型霍奇金淋巴瘤：</b>1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医嘱或复发、难治的证据。</p> <p><b>尿路上皮癌：</b>1.病理学检查报告；2.PD-L1高表达的相关检查报告；3.含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗12个月内进展的病史资料。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合紫杉醇和卡铂或注射用紫杉醇（白蛋白结合型）和卡铂的治疗方案。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.EGFR和ALK基因检查报告单；3.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单；4.联合培美曲塞和卡铂的治疗方案。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）：</b>1.病理组织学报告单；2.提供既往含铂化疗后疾病进展或晚期或转移的相关证据。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）：</b>1.病理组织学报告单；2.EGFR和ALK基因检查报告单；3.提供既往含铂化疗后疾病进展或转移或晚期的相关证据。</p> <p><b>肝癌：</b>1.病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；（2）肝脏CT或MRI检查报告单；（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.既往全身系统治疗的医嘱或证据。</p> <p><b>成人实体瘤：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.4周内影像学检查报告单；4.既往接受过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗的医嘱或其他使用依据（结直肠癌需提供本条）；5.证实为疾病进展或晚期的相关检查报告单。</p> <p><b>食管鳞状细胞癌：</b>  <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.提供不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的相关检查报告单；3.联合紫杉醇和铂类药物或含氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案。  <b>二线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.既往经过一线化疗的医嘱或其他使用证据；3.证实疾病进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞状细胞癌的相关检查报告单。</p> <p><b>鼻咽癌：</b>1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实复发或转移性鼻咽癌的相关检查报告单；4.联合吉西他滨和顺铂的治疗方案。</p> <p><b>胃癌(包括胃食管结合部腺癌)：</b>1.病理组织学报告单；2.PD-L1高表达的相关检查报告；3.证实为局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的相关检查报告单或诊断证明；4.联合氟尿嘧啶和铂类药物的治疗方案。</p>	<p>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的治疗；2.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；3.不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；4.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、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；5.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、既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者，以及EGFR和ALK阴性或未知的，既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性鳞状NSCLC成人患者；6.至少经过一种全身治疗的肝细胞癌的治疗；7.不可切除或转移性微卫星高度不稳定型(MSI-H)或错配修复基因缺陷型(dMMR)的成人晚期实体瘤患者；既往经过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗后出现疾病进展的晚期结直肠癌患者；既往治疗后出现疾病进展且无满意替代治疗方案的其他晚期实体瘤患者；8.既往接受过一线标准化疗后进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的治疗；9.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；10.PD-L1高表达的局部晚期不可切除的或转移性的胃或食管结合部腺癌的一线治疗；11.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的一线治疗。</p>
28	信迪利单抗注射液	二类	10ml:100mg*1支	每3周限支付2支	<p><b>经典型霍奇金淋巴瘤：</b>1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p><b>非鳞状非小细胞肺癌：</b>  <b>一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告；3.提供不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌相关证据；4.联合培美曲塞和铂类的治疗方案。  <b>非一线治疗：</b>1.病理组织学报告单；2.基因检测报告；3.提供表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌相关证据；4.联合贝伐珠单抗、培美曲塞和顺铂的治疗方案。</p> <p><b>鳞状非小细胞肺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合吉西他滨和铂类化疗的治疗方案。</p> <p><b>肝癌：</b>1.病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单：（1）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；（2）肝脏CT或MRI检查报告单；（3）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少2个月；2.既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的证据；3.联合贝伐珠单抗的治疗方案。</p> <p><b>食管鳞癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的相关检查报告单；3.联合紫杉醇和顺铂或氟尿嘧啶和顺铂的治疗方案。</p> <p><b>胃及胃食管交界处腺癌：</b>1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的相关检查报告单；3.联合含氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案。</p>	<p>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的治疗；2.非鳞状非小细胞肺癌：（1）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、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；（2）表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗；3.不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；4.既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗；5.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的一线治疗。</p>

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
29	注射用贝利尤单抗	二类	120mg*1支	前6周, 每2周限支付5支, 最多支付15支。 后续每4周限支付5支(以体重60kg计)。	<b>系统性红斑狼疮(SLE)</b> : 1. 临床症状及影像学检查报告和实验室检查确诊资料; 2. SELENA-SLEDAI评分 $\geq 8$ ; 3. 免疫学检查: ANA阳性或抗DNA抗体增高或抗Sm抗体阳性。 <b>活动性狼疮肾炎</b> : 1. 临床症状和实验室检查确诊资料; 2. 与常规治疗联合使用的相关证据	限: 1. 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 $\geq 8$ )的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5岁及以上患者; 2. 与常规治疗联合用于活动性狼疮肾炎成人患者。
			400mg*1支	前6周, 每2周限支付2支, 最多支付6支。 后续每4周限支付2支(以体重80kg计)。		
30	注射用卡瑞利珠单抗	二类	200mg*1支	<b>不可切除或转移性肝细胞癌一线、经典型霍奇金淋巴瘤、食管鳞癌(二线治疗)、鼻咽癌(单药治疗)</b> : 每2周限支付1支 <b>晚期肝细胞癌(非一线治疗)、非鳞状小细胞肺癌、鳞状非小细胞肺癌、局部复发或转移性鼻咽癌、食管鳞癌(一线治疗)</b> : 每3周限支付1支	<b>经典型霍奇金淋巴瘤</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 既往经过二线系统化疗的医瞩或复发、难治的证据。 <b>肝癌</b> : <b>一线治疗</b> : 1. 病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单: (1) 乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; (2) 肝脏CT或MRI检查报告单; (3) 至少2次AFP检查报告单, 且间隔至少2个月; 2. 证实为不可切除或转移性肝细胞癌的相关检查报告单; 3. 联合甲磺酸阿帕替尼的治疗方案。 <b>非一线治疗</b> : 1. 病理组织学报告单或者同时提供以下三项阳性报告单: (1) 乙肝五项或丙肝抗体检测报告单; (2) 肝脏CT或MRI检查报告单; (3) 至少2次AFP检查报告单, 且间隔至少2个月; 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的相关证据。 <b>非鳞状非小细胞肺癌</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. ALK和EGFR基因检测报告单; 3. 证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单; 4. 联合培美曲塞和卡铂的治疗方案。 <b>食管鳞癌</b> : <b>一线治疗</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为不可切除的局部晚期或复发或转移性食管鳞癌的相关检查报告单; 3. 联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。 <b>二线治疗</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 既往经过一线系统化疗的医瞩或其他使用证据; 3. 证实疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性的相关检查报告单。 <b>鼻咽癌</b> : <b>三线单药治疗</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 既往经过二线及以上化疗的医瞩或其他使用证据; 3. 证实为疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌的检查报告单。 <b>一线治疗</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 证实为局部复发或转移性晚期鼻咽癌的相关检查报告单; 4. 联合顺铂和吉西他滨的治疗方案。 <b>鳞状非小细胞肺癌</b> : 1. 病理组织学报告单; 2. 证实为局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的相关检查报告单。	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. 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; 5. 既往接受过二线及以上化疗后疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌患者的治疗; 6. 局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗; 7. 不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌患者的一线治疗; 8. 局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌患者的一线治疗; 9. 不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。
31	来那度胺	二类	15mg*21粒	每4周限支付1盒	<b>多发性骨髓瘤</b> : 1. 骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 2. 与地塞米松联合使用的医瞩或其他证据; 3. 提供下列相关资料之一: (1) 提供此前未经治疗且不适合接受移植的证据; (2) 既往接受过至少一种疗法治疗的证据。 <b>滤泡性淋巴瘤</b> : 1. 病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单; 2. 与利妥昔单抗合用, 既往接受过治疗的医瞩。	限: 1. 与地塞米松合用, 治疗此前未经治疗且不适合接受移植的多发性骨髓瘤成年患者; 2. 与地塞米松合用, 治疗曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者; 3. 与利妥昔单抗合用, 治疗既往接受过治疗的滤泡性淋巴瘤(1-3a级)成年患者。
			25mg*21粒	每4周限支付1盒		
			10mg*28粒	每5周限支付2盒		
			5mg*28粒	每5周限支付1盒		
			5mg*21粒	每4周限支付1盒		
			10mg*21粒	每4周限支付2盒		

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
32	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	二类	12.5mg*1支	每4周限支付16支	<b>类风湿关节炎</b> : 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单。 <b>强直性脊柱炎</b> : 确诊为活动性强直性脊柱炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单。 <b>斑块状银屑病</b> : 确诊为重度斑块状银屑病的证据, 包括症状和实验室检查报告单。	
			25mg*1支	每4周限支付8支		
33	羟乙磺酸达尔西利片	二类	50mg*42片	每4周限支付1盒	1. 病理组织学报告单; 2. 激素受体 (HR)、人表皮生长因子受体2 (HER2) 基因检查报告单; 3. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单; 4. 与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据 (含药物绝经); 5. 与氟维司群联合使用需提供既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	限: 1. 激素受体 (HR) 阳性、人表皮生长因子受体2 (HER2) 阴性局部晚期或转移性乳腺癌患者; 2. 与芳香化酶抑制剂联合使用作为初始内分泌治疗; 3. 与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。
			125mg*21片			
			150mg*21片			
34	乌帕替尼缓释片	二类	15mg*28片	<b>特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎</b> : 每4周限支付1盒 <b>溃疡性结肠炎诱导治疗</b> : 每4周限支付3盒, 共支付6盒 <b>克罗恩病诱导治疗</b> : 每4周限支付3盒, 共支付9盒 <b>溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量</b> : 每4周限支付1盒	<b>特应性皮炎</b> : 1. 确诊为难治性、中重度特应性皮炎的证据, 包括症状和实验室检查报告单; 2. 其他系统治疗 (如激素或生物制剂) 应答不佳或不适宜上述治疗的证据。 <b>银屑病关节炎</b> : 1. 确诊为活动性银屑病关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对一种或多种改善病情抗风湿药 (DMARD) 应答不佳或不耐受的证据。 <b>类风湿关节炎</b> : 1. 确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据, 包括症状、实验室检查报告单和影像学报告单; 2. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的证据。 <b>溃疡性结肠炎</b> : 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 既往使用过一种或多种TNF抑制剂且应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎。 <b>克罗恩病</b> : 1. 影像学或结肠镜检查报告单; 2. 既往使用过一种或多种TNF抑制剂且应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病。	限: 1. 12岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗; 2. 活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗; 3. 中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗; 4. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者; 5. 对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病成人患者。
			15mg*7片	<b>特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎</b> : 每4周限支付4盒 <b>溃疡性结肠炎诱导治疗</b> : 每4周限支付12盒, 共支付24盒 <b>克罗恩病诱导治疗</b> : 每4周限支付12盒, 共支付36盒 <b>溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量</b> : 每4周限支付4盒		
			30mg*28片	<b>特应性皮炎 (应答不佳)、溃疡性结肠炎和克罗恩病 (难治性、重度或广泛性)</b> : 每4周限支付1盒		
35	利司扑兰口服溶液用散	二类	60mg*1瓶	<b>16日龄至&lt;2月龄</b> : 每30天限支付1瓶 <b>2月龄至2岁 (不含)</b> : 每30天限支付2瓶 <b>2岁及以上</b> : 每60天限支付5瓶	1. 家族史符合常染色体隐性遗传方式的证据; 2. 心肌酶谱检查报告单; 3. 心电图检查报告单; 4. SMN基因检测报告单或肌活检查报告单。	限治疗16日龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症 (SMA)。

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
36	甲磺酸奥希替尼片	二类	40mg*30片	每30天限支付1盒	<p><b>非小细胞肺癌:</b> 1.病理组织学报告单; 2. EGFR基因检测报告单; 3. 提供下列相关资料之一: (1) 证实为IB-IIIA期且既往接受过手术切除治疗的非小细胞肺癌的相关证据; (2) 提供局部晚期或转移性非小细胞肺癌一线治疗的相关证据。</p> <p><b>非小细胞肺癌疾病进展治疗:</b> 1.病理组织学报告单; 2. 既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用证据; 3. 疾病进展的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单; 4. EGFR T790M基因检测报告单。</p>	<p>限: 1. IB-IIIA期存在表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(L858R)置换突变的非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗, 患者须既往接受过手术切除治疗, 并由医生决定接受或不接受辅助化疗; 2. 具有表皮生长因子受体(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; 3. 既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展, 并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性NSCLC成人患者的治疗。</p>
			80mg*30片			
37	培唑帕尼	二类	200mg*30片	每30天限支付4盒	1.病理组织学报告单; 2.4周内影像学检查报告单; 3.证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。	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。
38	阿普米司特片	二类	每盒包含: 10mg*4片、20mg*4片、30mg*19片	滴定剂量: 前2周限支付1盒	确诊为中度至重度斑块状银屑病证据, 包括症状和实验室检查报告单。	限符合接受光疗或系统性治疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成人患者。
			30mg*60片	维持剂量: 每30天限支付1瓶		
			10mg*4片	滴定剂量: 前6天限各支付1盒		
			20mg*4片			
			10mg*12片			
			30mg*56片	维持剂量: 每4周限支付1盒		
39	环泊酚注射液	一类	20ml:50mg*1支	每次限支付1支	1周内行非气管插管的手术/操作检查申请单(附门诊病历或其他相关检查资料)或行门诊全麻下手术(含临床操作)申请单。	<p>限: 1.非气管插管的手术/操作中的镇静和麻醉; 2.全身麻醉诱导和维持; 3.重症监护期间机械通气时的镇静。</p>
			5ml:50mg*1支			
40	尼洛替尼	二类	50mg*120粒	每月限支付4盒, 每13个月限支付32盒。	1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析、PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单。	<p>限: 1.新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病(Ph+CML)慢性期成人患者及2岁以上的儿童患者; 2.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以及慢性期2岁以上的儿童患者。</p>
			200mg*120粒	每月限支付1盒, 每13个月限支付8盒。(“艾瑞帝”无慈善赠药, 每月限支付1盒)		
			150mg*120粒			
			150mg*40粒	每月限支付3盒, 每12个月限支付18盒		
			200mg*40粒			

序号	药品名称	管理类别	规格	限额标准	申报资料	限定支付范围
41	注射用英夫利西单抗	二类	100mg*1瓶	<p><b>类风湿关节炎：</b> 首次支付不超过3瓶，第2周和第6周各支付不超过3瓶。后续每隔8周支付不超过3瓶。</p> <p><b>强直性脊柱炎：</b> 首次支付不超过4瓶，第2周和第6周各支付不超过4瓶。后续每隔6周支付不超过4瓶。</p> <p><b>斑块状银屑病：</b> 首次支付不超过4瓶，第2周和第6周各支付不超过4瓶。后续每隔8周支付不超过4瓶。</p> <p><b>克罗恩病和溃疡性结肠炎：</b> 儿童及成人(以实际体重计)首次支付不超过4瓶，第2周和第6周各支付不超过4瓶。后续每隔8周支付不超过4瓶。</p>	<p><b>类风湿关节炎：</b> 1. 既往使用DMARDs治疗3-6个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用DMARDs治疗3-6个月前相关实验室或影像学检查报告单。</p> <p><b>强直性脊柱炎：</b> 1. 既往使用NSAIDs治疗3个月的医嘱或其他使用证据；2. 使用NSAIDs治疗3个月前相关实验室或影像学检查报告单。</p> <p><b>斑块状银屑病：</b> 1. 确诊为重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单；2. 既往系统性治疗的医嘱或其他证据；3. 系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。</p> <p><b>克罗恩病：</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p><b>溃疡性结肠炎：</b> 1. 影像学或结肠镜检查报告单；2. 既往接受过传统治疗等医嘱或其他使用证据；3. 传统治疗效果不佳、不耐受或有医学禁忌的证据。</p>	

附件 3

## 河南省调出门诊特定药品名单

序号	药品名称	限定支付范围
1	艾尔巴韦格拉瑞韦片	

## 附件 4

## 河南省门诊特定药品剂型变更申请表

姓 名		身份证件号码	
联系电话		参保类别	
定点医疗机构名称			
是否双通道		双通道药店名称	
已审批药品通用名		药品对应病种名称	
已审批药品规格 (多规格的用“,” 隔开)		拟变更药品规格 (多规格的用“,” 隔开)	
已审批药品商品名 (无商品名的 填写厂家名称)		拟变更药品商品名 (无商品名的 填写厂家名称)	
已审批药品剂型		拟变更药品剂型	
新剂型用法用量			
治疗期限	年 月 日至 年 月 日		
更换剂型申请摘要：			
责任医师签名： 年 月 日			
经办机构/医疗机构意见（盖章） 年 月 日			

附件 5

## 河南省门诊特定药品待遇转移申请表

姓 名		身份证件号码	
联系电话		原参保地	
原定点医疗机构名称		原参保类别	
已审批药品通用名		已审批药品商品名 (无商品名的 填写厂家名称)	
药品对应病种名称		已审批药品规格 (多规格的用“,” 隔开)	
用法用量			
原治疗期限	年 月 日至 年 月 日		
新选定医疗 机构名称			
是否双通道		双通道药店名称	
本人(受托人) 签名		填表日期	年 月 日
经办机构意见 (盖章) 年 月 日			

注：变更前需核对审批信息中最小取药周期是否已取药。



