

开封市社会医疗保险中心

关于转发《河南省医疗保障服务中心关于调整 2025 年河南省基本医疗保险门诊特定药品相关支付标准的通知》的通知

各县区医疗保障经办机构，有关定点医药机构：

现将《河南省医疗保障服务中心关于调整 2025 年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〔2025〕2 号）转发给你们，请遵照执行。

一、统一申报标准。

凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、二级及以上医疗机构开具的 3 个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，按照参保地申报流程完成特药待遇认定。

二、严格政策落实。

各级医保经办机构要高度重视，做好政策宣传解读，按照文件要求指导定点医药机构做好待遇解释工作，切实提升我市门诊特定药品结算服务水平。

附件：《河南省医疗保障服务中心关于调整 2025 年河南省基本医疗保险门诊特定药品相关支付标准的通知》



河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2025〕2号

河南省医疗保障服务中心 关于调整 2025 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（2024 年）〉的通知》（豫医保办〔2024〕89 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 2024 年国家谈判药品目录中贝前列素钠缓释片等 42 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；调整本维莫德乳膏等 48 种特药相关支付标准（见附件 2）；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，药品目录内医保限定支付范围为空白的，要按照药品企业法定适应症进行管理。

二、待遇水平

参保人员使用特药限额标准内符合规定的门诊医疗费纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，不设起付标准。此次纳入的特药首自付比例统一按豫医保办〔2024〕89 号规定执行，参保人员需按规定的首自付比例负担一定费用后，再由统筹基金支付。医保统筹基金支付特药费用数额计入基本医保统筹基金年度最高支付限额。特药合规费用按规定纳入城乡居民大病保险、职工医保大额医疗费补充保险、公务员医疗补助等支付范围。支付比例按各统筹区特药相关政策执行。享受特药医保支付待遇的参保人员，住院治疗期间不重复享受特药医保支付相关待遇。

为保障参保患者待遇公平性，享受特药医保支付待遇的参保人员，原则上同时间段内不重复享受相关病种的门诊慢性病待遇。

三、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。

四、就医管理

（一）申报备案。凡病情符合使用特药的参保人员，携带本人确诊病历复印件（加盖病历复印章）或门诊病历、三级医疗机构（各统筹区可根据实际情况放宽医疗机构级别）开具的3个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，按照参保地申报流程完成特药待遇认定。

对于一类特药中的急（抢）救药品，特殊情况下，符合申报条件的参保人员可采取先诊治后申报的方式，在医疗机构治疗结束后可携带相关资料到参保地医保经办窗口补办相关手续并按照零星报销结算流程给予手工结算。

（二）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，完成特药待遇认定的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，原则上双通道定点零售药店和特药定点医疗机构需在同一统筹区内选择。参保人员在选定的特药定点医疗机构经责任医师按照相应药品的取药周期开具电子处方后，持医保电子

凭证到选定的定点零售药店购药。

（三）**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。

（四）**联合用药要求。**除文件中已明确规定可联合使用的不同药品及用于治疗实体瘤骨转移的相关药品外，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。

（五）**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》（见附件 3），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。

(六) 全省待遇互认。参保人员因跨统筹区就业、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》(见附件4)。转入地医保经办机构通过医保信息系统核实无误后，可在系统中将剩余待遇信息直接变更至转入地。

就医流程、评估、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2025年1月1日起执行。2025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. 河南省门诊特定药品剂型变更申请表
4. 河南省门诊特定药品待遇转移申请表



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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	贝前列素钠缓释片	二类	片剂	60μg*100片	每50天限支付不超过3盒	肺动脉高压：右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限WHO功能分级Ⅰ级-Ⅲ级的肺动脉高压(PAH，WHO第1组)的患者，以改善患者的运动能力。
2	注射用罗司司亭N01	二类	注射剂	250μg*1瓶	每4周限支付4瓶	慢性原发性血小板减少症(ITP)：1.血小板计数检查报告单；2.脾脏超声检查报告单；3.既往使用过皮质类固醇或免疫球蛋白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。	限对其他治疗(例如如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18周岁)慢性原发性血小板减少症(ITP)患者。
3	玛伐凯泰胶囊	二类	胶囊剂	2.5mg*28粒	起始剂量：每4周限支付1盒，限支付12周 维持剂量：每4周限支付不超过6盒	梗阻性肥厚型心肌病：1.4周内常规超声心动图检查报告单；2.连续多普勒检查报告单；3.纽约心脏协会(NYHA)心功能分级Ⅱ-Ⅲ级的病史资料或其他相关证据；4.证实为梗阻性肥厚型心肌病的相关证据。	限纽约心脏协会(NYHA)心功能分级Ⅱ-Ⅲ级的梗阻性肥厚型心肌病(oHCM)成人患者。
				5mg*28粒	维持剂量：每4周限支付不超过3盒		
				10mg*28粒	维持剂量：每4周限支付1盒		
				15mg*28粒			
4	托莱西单抗注射液	三类	注射剂	150mg*1支	2周方案：每2周限支付1支 4周方案：每4周限支付3支 6周方案：每6周限支付4支	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）。	限在接受中等剂量或中等剂量以上他汀类药物治疗，仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)目标的原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常的成人患者。
5	布地奈德肠溶胶囊	二类	胶囊剂	4mg*120粒	30天为一个周期，每周期限支付1瓶，限支付不超过10个周期	原发性免疫球蛋白A肾病：1.肾脏组织免疫病理检查报告单；2.尿蛋白或血肌酐检查报告单；3.证实为原发性免疫球蛋白A肾病的相关证据。	限具有进展风险的原发性免疫球蛋白A肾病(IgAN)成人患者。
6	马立巴韦片	二类	片剂	0.2g*56片	常规剂量： 每4周限支付2盒，限支付8周共4盒 剂量调整： 与卡马西平合用的剂量： 每4周限支付4盒，限支付8周共8盒 与苯妥英钠或苯巴比妥合用的剂量： 每4周限支付6盒，限支付8周共12盒	巨细胞病毒感染和/或疾病：1.行造血干细胞移植术或实体器官移植的相关证据；2.巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的证据；3.一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缬更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的病史资料或其他相关证据。	限治疗造血干细胞移植或实体器官移植后巨细胞病毒(CMV)感染和/或疾病，且对一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缬更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(伴或不伴基因型耐药)的成人患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
7	盐酸卡马替尼片	二类	片剂	200mg*120片	每30天限支付1盒	非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3.提供未经系统治疗的病史资料或其他相关证据; 4.局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限未经系统治疗的携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
8	盐酸特泊替尼片	二类	片剂	225mg*60片 225mg*30片	每30天限支付1盒 每30天限支付2盒	非小细胞肺癌: 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。	限携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
9	戈利昔替尼胶囊	二类	胶囊剂	0.15g*30粒	每30天限支付1盒	外周T细胞淋巴瘤: 1.确诊外周T细胞淋巴瘤的相关检查报告单; 2.既往至少接受过一线系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	限既往至少接受过一线系统性治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(rPTCL)成人患者。
10	甲磺酸瑞厄替尼片	二类	片剂	100mg*20片	每30天限支付5盒	非小细胞肺癌: 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嘱或其他使用证据; 4.证实为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。	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)成人患者的治疗。
11	甲磺酸瑞厄替尼胶囊	二类	胶囊剂	30mg*30粒	每30天限支付不超过6盒	非小细胞肺癌: 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嘱或其他使用证据; 4.证实为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。	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)成人患者的治疗。
12	瑞普替尼胶囊	二类	胶囊剂	40mg*60粒 40mg*120粒	起始剂量: 首2周限支付1瓶 维持剂量: 每30天限支付4瓶 维持剂量: 每30天限支付2瓶	非小细胞肺癌: 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ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。
13	舒沃替尼片	二类	片剂	150mg*14片	每4周限支付不超过4盒	非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3.提供既往含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展或不耐受含铂化疗的病史资料或其他相关证据; 4.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。	限既往经含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展,或不耐受含铂化疗,并且检测确认存在表皮生长因子受体(EGFR)20号外显子插入突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者。
14	枸橼酸依奈阿克胶囊	二类	胶囊剂	100mg*28粒	每4周限支付不超过12盒	非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性检测报告单; 3.提供未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的病史资料或其他相关证据; 4.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。	限未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的ALK阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。
15	富马酸安奈克替尼胶囊	二类	胶囊剂	0.1g*28粒	每4周限支付不超过6盒	非小细胞肺癌: 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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	硫酸拉罗替尼胶囊	二类	胶囊剂	100mg*56粒	成人和体表面积$\geq 1.0m^2$的儿童患者： 每4周限支付1瓶	实体瘤： 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病的证据；（2）既往治疗失败的证据。	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经营养酪氨酸受体激酶(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病的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。
17	硫酸拉罗替尼口服溶液	二类	口服溶液剂	(50ml:1.0g)*1瓶	成人和体表面积$\geq 1.0m^2$的儿童患者： 每30天限支付6瓶 体表面积$<1.0m^2$的儿童患者： 根据实际体表面积，每30天限支付不超过5瓶	实体瘤： 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病的证据；（2）既往治疗失败的证据。	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经营养酪氨酸受体激酶(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病的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。
18	妥拉美替尼胶囊	二类	胶囊剂	3mg*56粒	每4周限支付不超过4盒	黑色素瘤： 1.病理组织学报告单；2.NRAS基因检测报告单；3.含抗PD-1/PD-L1治疗失败的病史资料或其他相关证据；4.证实为晚期黑色素瘤的相关检查报告单。	限含抗PD-1/PD-L1治疗失败的NRAS基因突变的晚期黑色素瘤患者。
19	伯瑞替尼肠溶胶囊	二类	胶囊剂	100mg*60粒	非小细胞肺癌： 每30天限支付不超过2盒 胶质母细胞瘤： 每30天限支付不超过3盒	非小细胞肺癌： 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。 胶质母细胞瘤： 1.病理组织学报告单；2.PTBRZ1-MET融合基因阳性检测报告单；3.既往治疗失败的病史资料或其他相关证据；4.提供下列相关资料之一：（1）证实为IDH突变星形细胞瘤(WHO4级)的相关检查报告单；（2）证实为有低级别别病史的胶质母细胞瘤的相关检查报告单。	限：1.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患者；2.既往治疗失败的具有PTBRZ1-MET融合基因的IDH突变型星形细胞瘤(WHO4级)或有低级别别病史的胶质母细胞瘤成人患者。
20	达雷妥尤单抗注射液 (皮下注射)	二类	注射剂	1800mg(15ml)*1瓶	多发性骨髓瘤： 1.与来那度胺联合方案或与泊马度胺联合方案或单药治疗： 第1-8周，每周限支付1瓶； 第9-24周，每2周限支付1瓶； 从第25周起，每4周限支付1瓶 2.与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合方案： 第1-6周，每周限支付1瓶； 第7-54周，每3周限支付1瓶； 从第55周起，每4周限支付1瓶 3.与硼替佐米联合方案： 第1-9周，每周限支付1瓶； 第10-24周，每3周限支付1瓶； 从第25周起，每4周限支付1瓶 原发性轻链型淀粉样变： 第1-8周，每周限支付1瓶； 第9-24周，每2周限支付1瓶； 从第25周起，每4周限支付1瓶； 每人限支付不超过2年	多发性骨髓瘤： 联合治疗： 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.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）。 单药治疗： 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.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。 原发性轻链型淀粉样变： 1.血/尿单克隆蛋白或游离轻链报告单；2.病理组织学报告单（含刚果红染色阳性）。	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.与泊马度胺和地塞米松联合用药治疗既往接受过至少一线治疗(包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂)的多发性骨髓瘤患者；4.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；5.新诊断的原发性轻链型淀粉样变患者。本方案不适合也不推荐用于患有NYHA III级或IV级心脏病或Mayo III B期的原发性轻链型淀粉样变患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
21	注射用德曲妥单抗	二类	注射剂	100mg*1瓶	每3周限支付不超过4瓶	HER2阳性乳腺癌: 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)基因检测报告单; 3.既往接受过一种或一种以上抗HER2药物治疗的病史资料或其他相关证据; 4.证实为不可切除或转移性乳腺癌的相关检查报告单。 HER2低表达乳腺癌: 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)基因检测报告单; 3.证实为不可切除或转移性乳腺癌的相关检查报告单; 4.提供下列相关资料之一: (1)既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的病史资料或其他相关证据; (2)在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后6个月内复发的病史资料或其他相关证据。	限: 1.既往接受过一种或一种以上抗HER2药物治疗的不可切除或转移性HER2阳性成人乳腺癌患者; 2.既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的,或在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后6个月内复发的,不可切除或转移性HER2低表达(HIC 1+或IHC 2+/SH-)成人乳腺癌患者。
22	西妥昔单抗β注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	起始剂量: 首周限支付不超过8瓶 维持剂量: 每周限支付不超过5瓶	结肠癌: 1.病理组织学报告单; 2.4周内影像学检查报告单; 3.RAS/BRAP基因检测报告单; 4.证实为转移性结肠癌的相关检查报告单; 5.联合FOLFIRI的治疗方案。 直肠癌: 1.病理组织学报告单; 2.4周内影像学检查报告单; 3.RAS/BRAP基因检测报告单; 4.证实为转移性直肠癌的相关检查报告单; 5.联合FOLFIRI的治疗方案。	限与FOLFIRI方案联合用于一线治疗RAS/BRAP基因野生型的转移性结直肠癌。
23	恩朗苏拜单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	每2周限支付3瓶	宫颈癌: 1.病理组织学报告单; 2.PD-L1表达阳性(CPS≥1)的检查报告单; 3.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 4.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。	限既往接受含铂化疗治疗失败的PD-L1表达阳性(CPS≥1)的复发或转移性宫颈癌患者。
24	赛帕利单抗注射液	二类	注射剂	120mg(4ml)*1瓶	每2周限支付2瓶	宫颈癌: 1.病理组织学报告单; 2.PD-L1表达阳性(CPS≥1)的检查报告单; 3.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 4.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。 经典型霍奇金淋巴瘤: 1.病理组织学报告单; 2.既往经过二线系统化疗的医瞩或其他使用证据; 3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。	限: 1.既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性且PD-L1表达阳性(CPS≥1)的宫颈癌患者; 2.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成人患者。
25	依沃西单抗注射液	二类	注射剂	100mg(10ml)*1瓶	每3周限支付不超过15瓶	非鳞状非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.基因检测报告单; 3.提供经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗后进展的病史资料或其他相关证据; 4.证实为局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的相关证据; 5.联合培美曲塞和卡铂的治疗方案。	限经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗后进展的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。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
26	卡度尼单抗注射液	二类	注射剂	125mg(10ml)*1瓶	每2周限支付不超过4瓶	宫颈癌: 1.病理组织学报告单; 2.既往接受含铂化疗治疗失败的病史资料或其他相关证据; 3.证实为复发或转移性宫颈癌的相关证据。	既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性宫颈癌患者的治疗。
27	注射用维泊妥珠单抗	二类	注射剂	30mg*1瓶	3周为一个周期, 每周周期限支付不超过5瓶, 限支付6个周期, 不超过30瓶	弥漫大B细胞淋巴瘤: 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.提供下列相关资料之一: (1)既往未经全身系统治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤的病史资料或其他相关证据; (2)不适合接受造血干细胞移植的相关证据和证实为复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤的相关证据。	限: 1.既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者; 2.不适合接受造血干细胞移植的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。
28	帕妥珠曲妥珠单抗注射液(皮下注射)	二类	注射剂	负剂量(15ml)*1瓶	负荷剂量: 前3周限支付1瓶 维持剂量: 每3周限支付1瓶 (早期乳腺癌的辅助和新辅助治疗; 每人限支付不超过12个月, 每人限支付不超过17瓶)	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; 3.4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、炎性或早期乳腺癌(直径>2cm或淋巴结阳性)的相关证据; (2)证实为具有高危复发风险早期乳腺癌的相关证据; (3)既往未接受过抗HER2治疗或者化疗的病史资料和证实为转移性或不可切除的局部复发乳腺癌的相关证据。	限: 1.HER2阳性、局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者(直径>2cm或淋巴结阳性)的新辅助治疗; 2.具有高危复发风险HER2阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗; 3.既往未接受过针对转移性乳腺癌的抗HER2治疗或者化疗的HER2阳性、转移性或不可切除的局部复发乳腺癌患者。
29	重组人血管内皮抑制素注射液	二类	注射剂	(15mg/3ml)*1支	3周为一个周期, 每周周期限支付14支, 限支付4个周期, 共56支	非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.证实为Ⅲ/Ⅳ期非小细胞肺癌的相关检查报告单; 3.联合NP的治疗方案。	限晚期非小细胞肺癌患者。
30	注射用埃普奈明	二类	注射剂	100mg(8,000,000IU)*1瓶	每4周限支付不超过40瓶	多发性骨髓瘤: 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.既往接受过至少2种系统性治疗方案的病史资料或其他相关证据; 4.证实为复发或难治性多发性骨髓瘤的相关证据。	限既往接受过至少2种系统性治疗方案的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者, 既往含免疫调节剂治疗方案难治的患者不宜接受本联合方案治疗。
31	甲磺酸贝舒地尔片	二类	片剂	0.2g*30片	每30天限支付1盒	慢性移植物抗宿主病: 1.移植手术记录或移植相关病程记录; 2.既往使用过糖皮质激素或其他系统治疗应回答不充分的病史资料或其他相关证据。	限对糖皮质激素或其他系统治疗应回答不充分的12岁及以上慢性移植物抗宿主病患者。
32	氟可来昔替尼片	二类	片剂	6mg*7片 6mg*28片	每4周限支付4盒 每4周限支付1盒	银屑病: 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成年中重度斑块状银屑病病患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
33	注射用维得利珠单抗	二类	注射剂	300mg*1支	前6周限支付3支, 后续每8周限支付1支	溃疡性结肠炎: 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(TNFα)抑制剂等医嘱或其他使用证据; 3.传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)抑制剂应答不充分; 失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。 克罗恩病: 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(TNFα)抑制剂等医嘱或其他使用证据; 3.传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限: 1.对传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性溃疡性结肠炎的成年患者; 2.对传统治疗或TNFα抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性克罗恩病的成年患者。
34	盐酸伊普可泮胶囊	二类	胶囊剂	200mg*56粒	每4周限支付1盒	阵发性睡眠性血红蛋白尿症: 1.血常规检查报告单; 2.流式细胞学检查报告单; 3.提供既往未接受过补体抑制剂治疗的病史资料或其他相关证据。	限既往未接受过补体抑制剂治疗的阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)成人患者。
35	纳鲁索单抗注射液	二类	注射剂	120mg(1.6ml)*1瓶	首4周限支付不超过6瓶 后续每4周限支付不超过2瓶	骨巨细胞瘤: 1.病理组织学检查报告或能够确诊的影像学报告单; 2.不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的证据。	限不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤成人患者。
36	司替戊醇干混悬剂	二类	口服混悬剂	250mg*30袋 500mg*30袋	<6岁儿童: 每30天限支付不超过6盒 6岁≤儿童<12岁: 每30天限支付不超过10盒 ≥12岁儿童和青少年: 每30天限支付不超过14盒 <6岁儿童: 每30天限支付不超过3盒 6岁≤儿童<12岁: 每30天限支付不超过5盒 ≥12岁儿童和青少年: 每30天限支付不超过7盒	婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征): 1.确诊为婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)的相关证据; 2.与氯巴占和丙戊酸联合使用的医嘱或其他使用证据。	限婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)患者。
37	注射用阿立哌唑	二类	注射剂	0.3g*1支 0.4g*1支	每月限支付1支	精神分裂症: 具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构出具的诊断证明或严重精神障碍管理治疗工作办公室(严重精神障碍患者管理项目办)出具的在管证明。	
38	棕榈帕利哌酮酯注射液(6M)	二类	注射剂	(3.5ml:700mg)*1支 (5.0ml:1000mg)*1支	每6月限支付1支	精神分裂症: 1.具有精神障碍诊疗资质的医疗卫生机构出具的诊断证明或严重精神障碍管理治疗工作办公室(严重精神障碍患者管理项目办)出具的在管证明; 2.既往接受过棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)至少3个月充分治疗的用药依据。	限接受过棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)至少3个月充分治疗的成人精神分裂症患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
39	法瑞西单抗注射液	二类	注射剂	0.05ml(6mg)*1瓶	每次限5488元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	糖尿病性黄斑水肿(DME)、新生血管性(湿性)年龄相关性黄斑变性(nAMD)、继发性视网膜分支静脉阻塞(BRVO)的黄斑水肿: 1.眼底基线矫正视力报告单; 2.眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限: 1.糖尿病性黄斑水肿(DME); 2.新生血管性(湿性)年龄相关性黄斑变性(nAMD); 3.继发性视网膜分支静脉阻塞(BRVO)的黄斑水肿。 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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。
40	地拉罗司颗粒	二类	颗粒剂	180mg*30袋	β-地中海贫血: 每30天限支付不超过11盒 非输血依赖性地中海贫血(NTDT)综合征: 每30天限支付不超过6盒	β-地中海贫血、非输血依赖性地中海贫血(NTDT)综合征: 提供以下资料之一: 1.血常规和血红蛋白电泳检查报告单; 2.血清铁蛋白检查报告单和既往接受过输血治疗的医嘱。	限: 1.年龄大于2岁的β-地中海贫血患者; 2.10岁及10岁以上非输血依赖性地中海贫血综合征患者。
41	注射用盐酸曲拉西利	二类	注射剂	300mg*1瓶	3周为一个周期, 每周期限支付不超过6瓶, 限支付不超过6个周期, 不超过36瓶	降低骨髓抑制发生率: 1.病理组织学报告单; 2.既往未接受过系统性化疗的病史资料或其他相关证据; 3.证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单; 4.提供含铂类药物联合依托泊苷的治疗方案。	限既往未接受过系统性化疗的广泛期小细胞肺癌(在接受含铂类药物联合依托泊苷治疗方案治疗前给药)患者。
42	氯苯唑酸葡胺软胶囊	二类	胶囊剂	20mg*14粒 20mg*30粒	每4周限支付2盒 每30天限支付1盒	转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病: 1.病理组织学报告单或基因检测报告单; 2.证实为多发性神经病期的相关证据。	限成人转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病(期)症患者。

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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	本维莫德乳膏	二类	乳膏剂	10g*0.1g*1支	每周限支付4支，最多支付12周48支	银屑病： 确诊为轻中度稳定性寻常型银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。	限成人轻至中度稳定性寻常型银屑病的局部治疗。
2	克立硼罗软膏	三类	软膏剂	30g*1支	每次限支付4支，每年限支付1次	特应性皮炎： 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3月龄及以上的轻度至中度特应性皮炎患者。
3	阿布昔替尼片	二类	片剂	100mg*14片	正常剂量(100mg/日)： 每4周限支付2盒	特应性皮炎： 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(如激素或生物制剂等)应答不佳或不适宜此类治疗的病史资料或其他相关证据。	限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难治性、中重度特应性皮炎成人和12岁及以上青少年患者。
					剂量调整(200mg/日)： 每4周限支付4盒，每人限支付12周，共12盒		
					剂量调整(200mg/日)： 每4周限支付2盒，每人限支付12周，共6盒		
4	醋酸兰瑞肽缓释注射液（预充式）	二类	缓释注射液（预充式）	50mg*14片	剂量调整(50mg/日)： 每4周限支付2盒	肢端肥大症： 1.3月内影像学检查报告单；2.生长激素(GH)检查报告单；3.胰岛素样生长因子-1(IGF-1)检查报告单。 胃肠胰神经内分泌瘤： 1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.血清激素水平检查报告单或生长抑制素受体检查报告单；4.证实为不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠胰神经内分泌瘤的相关证据。 类癌综合征： 1.病理组织学报告单；2.实验室检查报告单；3.影像学或内镜检查报告单。	限：1.肢端肥大症患者；2.不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠胰神经内分泌瘤(GEP-NETs)的成人患者；3.类癌综合征成人患者。
					肢端肥大症： 前3个月： 每4周限支付1支*90mg 维持期： 每4周限支付1支*120mg； 或每4周限支付1支*90mg； 或每6周限支付1支*120mg； 或每8周限支付1支*120mg		
					胃肠胰神经内分泌瘤、类癌综合征： 每4周限支付1支*120mg		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
5	多拉米替片	二类	片剂	(多拉韦林100mg、拉米夫定300mg和富马酸替诺福韦二吡呋酯300mg)*30片	每30天限支付1盒	艾滋病: HIV确诊试验报告或血HIVRNA>5000拷贝/ml报告。	限艾滋病病毒感染。
6	来特莫韦注射液	二类	注射剂	12ml:240mg*1瓶	每日限支付2瓶, 每人限支付100天	巨细胞病毒感染、巨细胞病: 1.行异基因造血干细胞移植术的相关证据; 2.巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的证据。	限于接受异基因造血干细胞移植(HSCT)的巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的成人受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病。
7	维莫非尼片	二类	口服常释剂型	240mg*56片	每4周限支付4盒	黑色素瘤: 1.病理组织学报告单; 2.BRAF V600基因检测报告单; 3.证实为不可切除或转移性黑色素瘤患者。	限BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。
8	盐酸阿来替尼胶囊	二类	口服常释剂型	150mg*224粒	每4周限支付1盒 (非小细胞肺癌辅助治疗: 每人限支付不超过2年)	非小细胞肺癌: 1.病理组织学报告单; 2.ALK基因检测报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1) 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; (2) 证实为 I B期至 III A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。	限: 1.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的 I B期至 III A期非小细胞肺癌患者术后辅助治疗; 2.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。
9	磷酸芦可替尼片	二类	片剂	5mg*60片	骨髓纤维化: 每30天限支付4盒 移植抗宿主病: 每30天限支付2盒	骨髓纤维化: 1.骨髓检查报告单; 2.血常规检查报告单。 移植抗宿主病: 1.移植手术记录或移植相关病程记录; 2.既往使用过糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的历史资料或其他相关证据。	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(PV-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岁及以上急性移植抗宿主病(急性GVHD)或慢性移植抗宿主病(慢性GVHD)患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
10	泽布替尼胶囊	二类	胶囊剂	80mg*64粒	每4周限支付2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: 骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 小淋巴细胞淋巴瘤: 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。 华氏巨球蛋白血症: 1.病情诊断证明书; 2.血清蛋白电泳; 3.骨髓检查报告单。 滤泡性淋巴瘤: 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.既往接受过至少二线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; 4.联合奥妥珠单抗的治疗方案。	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; 4.联合奥妥珠单抗用于既往接受过至少二线系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤(FL)成人患者。
11	阿可替尼胶囊	二类	胶囊剂	100mg*60粒	每4周限支付1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: 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慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者; 2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。
12	奥雷巴替尼片	二类	片剂	10mg*60片	每30天限支付1盒	慢性髓系白血病: 1.骨髓涂片细胞学检查报告单; 2.染色体分析; 3.PCR融合基因或FISH融合基因检查报告单; 4.提供以下资料之一: (1) T315突变基因检测报告单和既往使用过任何酪氨酸激酶抑制剂耐药的证据; (2) 对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药的或/或不耐受的慢性期慢性髓细胞白血病的的相关证据。	限: 1.对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药和/或不耐受的慢性髓细胞白血病成年患者; 2.T315突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。
13	甲磺酸贝福替尼胶囊	二类	胶囊剂	25mg*40粒	每30天限支付3盒	非小细胞肺癌: 一线治疗: 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。 疾病进展: 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嘱或其他使用证据; 4.证实为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。	限: 1.表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(T858R)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; 2.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	伊鲁阿克片	二类	片剂	60mg*30片 60mg*90片	每30天限支付不超过3盒 每30天限支付1盒	非小细胞肺癌: 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。	限同变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
15	替雷利珠单抗注射液	二类	注射剂	10ml:100mg*1支	非小细胞肺癌： 新辅助治疗： 每3周限支付2支，限支付12周，共8支 辅助治疗： 每6周限支付4支，限支付48周，共32支 其他适应症： 每3周限支付2支	经典型霍奇金淋巴瘤： 1.病理组织学报告单；2.既往经过二线系统化疗的医瞩或其他使用证据；3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。 原路上皮癌： 1.病理学检查报告单；2.PD-L1高表达的相关检查报告单；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或其他相关证据；4.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关证据。 鳞状非小细胞肺癌： 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。 非鳞状非小细胞肺癌： 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.联合培美曲塞和铂类的治疗方案。 鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）： 1.病理组织学报告单；2.提供既往含铂化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性的相关证据。 非鳞状非小细胞肺癌（既往含铂治疗）： 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不可耐受的局部晚期或转移性的相关证据。 广泛期小细胞肺癌： 1.病理组织学报告单；2.证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合依托泊苷和铂类的治疗方案。 肝癌： 一线治疗： 1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实为不可切除或转移性肝癌的相关检查报告单。 非一线治疗： 1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.既往接受过索拉非尼或仑伐替尼或含奥沙利铂全身化疗的医瞩或其他使用证据。 成人实体瘤： 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瞩或其他使用依据（结直肠癌需提供本条）；5.提供疾病进展的其他晚期实体瘤的相关检查报告单。 食管鳞状细胞癌： 一线治疗： 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物的治疗方案。 二线治疗： 1.病理组织学报告单；2.既往经过一线标准化疗的医瞩或其他使用证据；3.提供疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的相关检查报告单。 鼻咽癌： 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.提供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。 胃癌（包括胃食管结合部腺癌）： 1.病理组织学报告单；2.提供局部晚期不可切除的或转移性的胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的相关检查报告单；3.联合氟尿嘧啶类和铂类药物的治疗方案。	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肉瘤(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肉瘤(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.联合依托泊苷和铂类化疗用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；7.用于不可切除或转移性肝癌细胞癌患者的一线治疗；8.至少经过一种全身治疗的肝癌细胞癌的治疗；9.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晚期实体瘤患者；10.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；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；12.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；13.联合氟尿嘧啶类和铂类药物用于局部晚期不可切除的或转移性的胃或胃食管结合部腺癌的一线治疗。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
16	特瑞普利单抗注射液	二类	注射剂		黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌： 每4周限支付6支 食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、肾癌、广泛期小细胞肺癌、三阴性乳腺癌： 每3周限支付3支 ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌： 每3周限支付51支	黑色素瘤：1.病理组织学报告单；2.既往全身系统治疗的医嘱或其他使用证据；3.证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。 鼻咽癌： 一线治疗：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；4.证实为局部复发或转移性鼻咽癌的相关检查报告单；3.既往接受过二线及以上治疗；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的相关证据；4.证实为复发/转移性鼻咽癌的相关检查报告单。 尿路上皮癌：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12个月内进展的病史资料或其他相关证据；3.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关检查报告单。 食管鳞癌：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.联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。 非鳞状非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.EGFR和ALK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.联合培美曲塞和铂类的治疗方案。 ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.证实为可切除ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌的相关检查报告单；3.提供围手术期的病史资料或其他相关证据。 肾癌：1.确诊为肾癌的相关检查报告单；2.证实为中高危的不可切除或转移性肾癌的相关检查报告单；3.联合阿昔替尼的治疗方案。 广泛期小细胞肺癌：1.病理组织学报告单；2.证实为广泛期小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合依托泊苷和铂类的治疗方案。 三阴性乳腺癌：1.病理组织学报告单；2.PD-L1阳性(CPS≥1)相关检查报告单；3.ER、PR、HER2阴性检查报告单；4.证实为复发或转移性三阴性乳腺癌的相关检查报告单；5.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)的治疗方案。	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、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；7.联合化疗围手术期治疗，继之本品单药作为辅助治疗，用于可切除ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者；8.联合阿昔替尼用于中高危的不可切除或转移性肾细胞癌患者的一线治疗；9.联合依托泊苷和铂类用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；10.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)用于经充分验证的检测评估PD-L1阳性(CPS≥1)的复发或转移性三阴性乳腺癌(TNBC)的一线治疗。
				80mg/2ml*1支	黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌： 每4周限支付6支 食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、肾癌、广泛期小细胞肺癌、三阴性乳腺癌： 每3周限支付3支 ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌： 每3周限支付51支		
16	特瑞普利单抗注射液	二类	注射剂		黑色素瘤、鼻咽癌（三线及以上治疗）、尿路上皮癌： 每4周限支付2支 食管鳞癌、非鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、肾癌、广泛期小细胞肺癌、三阴性乳腺癌： 每3周限支付1支 ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌： 每3周限支付17支		
				240mg/6ml*1支			

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
17	注射用 卡瑞利珠单抗	二类	注射剂	200mg*1支	肝癌（一线治疗）、经典型霍奇金淋巴瘤、食管鳞癌（二线治疗）、鼻咽癌（三线单药治疗）： 每2周限支付1支 肝癌（非一线治疗）、非鳞状非小细胞肺癌、鳞状非小细胞肺癌、鼻咽癌（一线治疗）、食管鳞癌（一线治疗）： 每3周限支付1支	经典型霍奇金淋巴瘤：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；3.证实为复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的相关证据。 肝癌： 一线治疗：1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.证实为不可切除或转移性肝癌的相关检查报告单；4.联合中磺酸阿帕替尼的治疗方案。 非一线治疗：1.肝脏CT或MRI报告单；2.提供下列相关检查资料之一：（1）病理组织学报告单；（2）至少2次AFP检查报告单，且间隔至少1个月以上；（3）乙肝五项或丙肝抗体检测报告单；3.既往接受过索拉非尼治疗或仑伐替尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝癌患者的一线治疗；3.表皮生长因子受体(EGFR)基因突变的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。	限：1.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；2.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)用于MYC和BCL2表达阳性的既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)患者。
18	尼妥珠单抗 注射液	二类	注射剂	10ml:50mg*1瓶	鼻咽癌：每4周限支付8瓶 头颈部鳞癌：每周限支付4瓶，限支付8周，共32瓶	鼻咽癌：1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的相关检查报告单；3.联合紫杉醇和顺铂的治疗方案。 二线治疗：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局部晚期或转移性食管鳞癌的相关检查报告单。 鼻咽癌： 三线单药治疗：1.病理组织学报告单；2.既往经过二线及以上化疗的医嘱或其他使用证据；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。 一线治疗：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。 鳞状非小细胞肺癌：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；3.联合紫杉醇和卡铂的治疗方案。	限：1.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；2.与同步放疗联合治疗局部晚期头颈部鳞癌。
19	西达本胺片	二类	口服常释剂型	5mg*24片	外周T细胞淋巴瘤：每4周限支付2盒 弥漫大B细胞淋巴瘤： 联合治疗：每人限支付18周共4盒（每次处方量不得超过1盒） 单药维持：每人限支付24周共6盒（每次处方量不得超过1盒）	外周T细胞淋巴瘤：1.确诊外周T细胞淋巴瘤的相关检查报告单；2.既往至少接受过一次全身化疗的医嘱或其他使用证据。 弥漫大B细胞淋巴瘤：1.病理组织学报告单；2. MYC和BCL2阳性检查报告单；3.既往未经全身系统治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤的病史资料或其他相关证据；4.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)的治疗方案。	限：1.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；2.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)用于MYC和BCL2表达阳性的既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)患者。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
20	氟唑帕利胶囊	二类	胶囊剂	50mg*36粒	每30天限支付5盒	卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌： 铂敏感：1.病理组织学报告单；2.既往使用过二线及以上化疗、铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3.停药超过6个月出现复发的相关检查报告单；4.胚系BRCA基因检测报告单。 维持治疗：1.病理组织学报告单；2.既往使用过铂类化疗药物的医嘱或其他使用证据；3.获得临床证实缓解的证据或停药超过6个月出现复发的相关检查报告单。 晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：1.病理组织学报告单；2.证实为晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的证据；3.一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解的病史资料或其他相关证据。	限：1.既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的患者；2.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；3.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达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
21	注射用卡非佐米	二类	注射剂	60mg*1瓶	每4周限支付6瓶	多发性骨髓瘤：1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.既往至少接受过2种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。	限与地塞米松联合适用于治疗复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，患者既往至少接受过2种治疗，包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂。
22	塞利尼索片	二类	片剂	20mg*12片	多发性骨髓瘤：每3周限支付2盒 弥漫大B细胞淋巴瘤：每4周限支付2盒	多发性骨髓瘤：1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.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；4.证实为复发或难治性多发性骨髓瘤的证据。	限：1.既往接受过治疗且至少一种蛋白酶体抑制剂，一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者；2.既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫性大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。
				20mg*16片	多发性骨髓瘤：每4周限支付2盒 弥漫大B细胞淋巴瘤：每8周限支付3盒	弥漫大B细胞淋巴瘤：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.证实为复发或难治性弥漫性大B细胞淋巴瘤的证据；3.既往接受至少两线系统性治疗的医嘱或其他使用证据。	
23	注射用戈舍瑞林微球	二类	注射剂	3.6mg*1瓶	每4周限支付1瓶	前列腺癌：1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.提供下列相关资料之一：（1）间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单；（2）影像学检查报告单。 乳腺癌：1.病理组织学报告单；2.性激素检查报告单。	限：1.需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者；2.可用激素治疗的绝经前期及绝经期妇女的乳腺癌。
24	依那西普注射液	二类	注射剂	25mg*1支	每4周限支付8支	类风湿关节炎：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个月前后相关实验室或影像学检查报告单。 强直性脊柱炎：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个月前后相关实验室或影像学检查报告单。	限诊断明确的类风湿关节炎传统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)。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
25	司库奇尤单抗注射液	二类	注射剂	150mg*1支	强直性脊柱炎、银屑病关节炎： 首次4周限支付5支， 后续每4周限支付2支	强直性脊柱炎： 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。 银屑病： 确诊为中重度斑块状银屑病证据，包括症状和实验室检查报告单。 银屑病关节炎： 1.确诊为活动性银屑病关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1.符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的6岁及以上患者；2.常规治疗疗效欠佳的重直性脊柱炎的成年患者；3.既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的的活动性银屑病关节炎成人患者。
					银屑病： 首次4周限支付10支， 后续每4周限支付2支		
26	乌帕替尼缓释片	二类	片剂	15mg*28片	强直性脊柱炎、银屑病关节炎维持治疗： 每4周限支付1支 银屑病： 首次4周限支付5支， 后续每4周限支付1支	强直性脊柱炎： 1.确诊为活动性银屑病关节炎的证据，包括症状和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)应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 银屑病关节炎： 1.确诊为活动性银屑病关节炎的证据，包括症状和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)应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 类风湿关节炎： 1.确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 中轴型脊柱关节炎： 1.确诊为活动性中轴型脊柱关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单或其他相关证据。 强直性脊柱炎： 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 克罗恩病诱导治疗： 每4周限支付3盒，共支付9盒 溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量： 每4周限支付1盒	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抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 5.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 6.对非甾体抗炎药(NSAID)应客不佳且存在客观炎症征象(表现为C反应蛋白(CRP)升高和/或磁共振成像(MRI)异常)的活动性放射学阴性中轴型脊柱关节炎(mr-axSpA)成人患者；7.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的的活动性强直性脊柱炎(AS，放射学阳性中轴型脊柱关节炎)成人患者。
					特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎、中轴型脊柱关节炎、强直性脊柱炎： 每4周限支付1盒 溃疡性结肠炎诱导治疗： 每4周限支付3盒，共支付9盒 克罗恩病诱导治疗： 每4周限支付3盒，共支付9盒 溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量： 每4周限支付1盒		
27	美泊利单抗注射液	二类	注射剂	30mg*28片	特应性皮炎、银屑病关节炎、类风湿关节炎、中轴型脊柱关节炎、强直性脊柱炎： 每4周限支付4盒 溃疡性结肠炎诱导治疗： 每4周限支付12盒，共支付36盒 克罗恩病诱导治疗： 每4周限支付12盒，共支付36盒 溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量： 每4周限支付4盒	强直性脊柱炎： 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。 银屑病： 确诊为中重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。 银屑病关节炎： 1.确诊为活动性银屑病关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。 类风湿关节炎： 1.确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 中轴型脊柱关节炎： 1.确诊为活动性中轴型脊柱关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单或其他相关证据。 强直性脊柱炎： 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 克罗恩病诱导治疗： 每4周限支付3盒，共支付9盒 溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量： 每4周限支付1盒	限：1.成人和12岁及以上青少年重度嗜酸性粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗；2.成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎(ECPA)。
					特应性皮炎(应客不佳)、溃疡性结肠炎和克罗恩病(难治性、重度或广泛性)： 每4周限支付1盒		
27	美泊利单抗注射液	二类	注射剂	100mg*1支	强直性脊柱炎、银屑病关节炎维持治疗： 每4周限支付1支 银屑病： 首次4周限支付5支， 后续每4周限支付2支	强直性脊柱炎： 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。 银屑病： 确诊为中重度斑块状银屑病的证据，包括症状和实验室检查报告单。 银屑病关节炎： 1.确诊为活动性银屑病关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。 类风湿关节炎： 1.确诊为中重度活动性类风湿关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 中轴型脊柱关节炎： 1.确诊为活动性中轴型脊柱关节炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单或其他相关证据。 强直性脊柱炎： 1.确诊为活动性强直性脊柱炎的证据，包括症状和实验室检查报告单和影像学报告单；2.对一种或多种TNF抑制剂应客不佳或不满意的病史资料或其他相关证据。 克罗恩病诱导治疗： 每4周限支付3盒，共支付9盒 溃疡性结肠炎、克罗恩病维持剂量： 每4周限支付1盒	限：1.成人和12岁及以上青少年重度嗜酸性粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗；2.成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎(ECPA)。
					特应性皮炎(应客不佳)、溃疡性结肠炎和克罗恩病(难治性、重度或广泛性)： 每4周限支付1盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
28	康柏西普 眼用注射液	二类	眼用注射液	10mg/ml*0.2ml*1支	每次限5333元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)、糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害、脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害、继发于视网膜静脉阻塞(RVO)视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤； 1.病眼基线矫正视力报告单； 2.眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限: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)视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤。 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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。
				10mg/ml*0.05ml*1支 (预充式)			
29	雷珠单抗注射液	二类	注射液	10mg/ml 0.2ml*1支	每次限5830元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD)、糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害、脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害、继发于视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿引起的视力损害； 1.病眼基线矫正视力报告单； 2.眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限：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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。
				10mg/ml 0.165ml*1支 (预充式)			
30	注射用 醋酸奥曲肽微球	二类	微球注射液	30mg*1支	每4周限支付1瓶	胃肠道内分泌肿瘤： 1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.血清激素水平检查报告单或生长抑素受体检查报告单。 肢端肥大症： 1.3月内影像学检查报告单；2.生长激素检查报告单；3.胰岛素样生长因子-1(IGF-1)检查报告单。	限胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症。
				20mg*1支			
31	来特莫韦片	二类	片剂	240mg*28片	每4周限支付2盒，每人限支付7盒	巨细胞病毒感染、巨细胞病毒病： 1.行异基因造血干细胞移植术的相关证据；2.巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的证据。	限于接受异基因造血干细胞移植(HSCT)的巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的成人受者[R+] 预防巨细胞病感染和巨细胞病病毒。
				240mg*14片	每4周限支付4盒，每人限支付14盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
32	甲磺酸奥希替尼片	二类	片剂	40mg*30片	每30天限支付1盒	非小细胞肺癌： 单药治疗： 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；（3）既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗出现疾病进展的病史资料或其他相关证据，且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。 联合治疗： 1.病理组织学报告单；2.EGFR基因检测报告单；3.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；4.联合培美曲塞和铂类化疗药物治疗的医嘱或其他使用证据。	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；4.联合培美曲塞和铂类化疗药物用于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。
				80mg*30片			
33	巴瑞替尼片	二类	口服常释剂型	2mg*28片	类风性关节炎、幼年特发性关节炎（体重≥30kg）： 每4周限支付2盒 幼年特发性关节炎（体重10kg-30kg）： 每4周限支付1盒	类风性关节炎： 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个月前后相关实验室或影像学检查报告单。 幼年特发性关节炎： 1.确诊为幼年特发性关节炎的相关证据，包括症状和实验室检查报告单；2.影像学检查报告单；3.对一种或多种既往在传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的病史资料或其他相关证据。	限：1.诊断明确的类风性关节炎传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者；2.对一种或多种既往传统合成或生物DMARDs应答不佳或不耐受的2岁及以上活动性幼年特发性关节炎患者，包括：（1）多关节型幼年特发性关节炎(多关节型类风因子阳性IRF+)或阴性IRF-，扩展型少关节炎(2)附着点炎相关关节炎(3)幼年银屑病关节炎。可单药使用或与甲氨蝶呤联合用药。
				15mg*21粒	每4周限支付1盒		
34	来那度胺	二类	口服常释剂型	25mg*21粒	每4周限支付1盒	多发性骨髓瘤： 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.与地塞米松联合使用的医嘱或其他证据；4.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病史资料或其他相关证据；（2）既往接受过至少一种疗法治疗的证据。 滤泡性淋巴瘤： 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.与利妥昔单抗合用，既往接受过治疗的医嘱。	
				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	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
35	阿柏西普 眼内注射液	二类	眼内注射液	4mg*1支	每次限5980元 (含药品、玻璃体穿刺抽液术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用)	50岁以上的湿性年龄相关性黄斑水肿(DME)引起的视力损害: 1.眼底血管造影或频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限: 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70.05-0.5; 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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。
36	奥拉帕利片	二类	片剂	150mg*56片 150mg*60片 100mg*60片	300mg用量: 每4周限支付2盒 250mg用量 (与100mg*56片联用): 每4周限支付1盒 300mg用量: 每30天限支付2盒 250mg用量 (与100mg*60片联用): 每30天限支付1盒 200mg用量: 每30天限支付2盒 250mg用量 (与150mg*60片联用): 每30天限支付1盒 200mg用量: 每4周限支付2盒 250mg用量 (与150mg*56片联用): 每4周限支付1盒	晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌: 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病史资料或其他相关证据; (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的病史资料或其他相关证据。 铂敏感复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌: 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临床证实的缓解的证据; 4.停药超过6个月出现复发的病史资料或其他相关证据。 转移性去势抵抗性前列腺癌: 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.提供下列相关资料之一: (1)间隔1周及以上连续3次前列腺特异性抗原检查报告单; (2)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。	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。
37	富马酸二甲酯肠溶胶囊	二类	胶囊剂	120mg*14粒 240mg*56粒 240mg*60粒	起始剂量: 第1周限支付1盒 调整剂量: 每人限支付4盒 维持剂量: 每4周限支付1盒 维持剂量: 每30天限支付1盒	多发性硬化: 1.相关的神经影像学检查报告单; 2.神经电生理或脑脊液检查报告单。	限成人复发型多发性硬化(RMS)。

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
38	泊马度胺胶囊	二类	胶囊剂	1mg*7粒	每4周限支付9盒	多发性骨髓瘤： 1.骨髓检查报告单；2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；3.既往接受过至少两种治疗(包括来那度胺和蛋白酶抑制剂)的医嘱或其他使用证据，且在治疗期间或治疗结束后60天内出现疾病进展的证据。	限既往接受过至少两种治疗(包括来那度胺和蛋白酶抑制剂)，且在最后一次治疗期间或治疗结束后60天内发生疾病进展的成年多发性骨髓瘤患者。
				1mg*14粒	每8周限支付9盒		
				1mg*21粒	每4周限支付3盒		
				3mg*21粒	每4周限支付1盒		
				4mg*7粒	每4周限支付3盒		
				4mg*14粒	每8周限支付3盒		
39	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	片剂	4mg*21粒	每4周限支付1盒	慢性免疫性(特发性)血小板减少症(TTP)： 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或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。 重型再生障碍性贫血(SAA)： 1.全血细胞减少，网织红细胞绝对值减少的证据；2.骨髓至少一个部分重度减低，骨髓小粒非造血细胞增多的证据；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(TTP)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*14片	慢性免疫性(特发性)血小板减少症： 每4周限支付6盒 重型再生障碍性贫血： 每4周限支付12盒		
				25mg*28片	慢性免疫性(特发性)血小板减少症： 每4周限支付3盒 重型再生障碍性贫血： 每4周限支付6盒		
				25mg*10片	慢性免疫性(特发性)血小板减少症： 每30天限支付9盒		
40	马来酸 奈拉替尼片	二类	片剂	40mg*180片	每30天限支付1瓶 每人限支付12瓶	早期乳腺癌： 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.既往使用过曲妥珠单抗的医嘱或其他使用证据；4.证实为早期乳腺癌的相关检查报告单。	限人类表皮生长因子受体2(HER2)阳性的早期乳腺癌成年患者，在接受含曲妥珠单抗辅助治疗之后的强化辅助治疗。
				40mg*60片	每30天限支付3盒 每人限支付36盒		
41	阿法替尼	二类	口服常释剂型	40mg*7片	每4周限支付4盒	非小细胞肺癌： 1.病理组织学报告单；2.提供下列相关资料之一：（1）EGFR基因检测报告单和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；（2）既往使用含铂化疗的医嘱和局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	
				30mg*7片			
				30mg*14片			
				40mg*14片	每4周限支付2盒		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
42	氟丁苯那嗪片	二类	片剂	6mg*28片	每4周限支付2盒, 每4周最多支付8盒	亨廷顿有关的舞蹈病: 1.基因检查报告; 2.有相应临床表现证据。 成人迟发性运动障碍: 1.有相应临床表现证据; 2.服用抗精神病药物或服用抗抑郁药或抗帕金森药或抗癫痫药或抗组胺药的证据。	限治疗成人; 与亨廷顿病有关的舞蹈病; 迟发性运动障碍。
				9mg*28片	每4周限支付2盒, 每4周最多支付4盒		
				12mg*28片	每4周限支付1盒, 每4周最多支付4盒		
43	利奥西呱片	二类	口服常释剂型	0.5mg*42片	每2周限支付不超过5盒	肺动脉高压: 1.右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单; 2.动脉性肺动脉高压患者需提供既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。 肺动脉高压: 1.右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单; 2.动脉性肺动脉高压患者需提供既往使用过一线药物治疗的医嘱或其他使用证据。	限: 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。
				1.0mg*42片	每2周限支付不超过2盒		
				2.5mg*42片	每4周限支付2盒		
				2.5mg*84片	每4周限支付1盒		
44	醋酸戈舍瑞林缓释植入剂	二类	缓释植入剂	3.6mg*1支	每4周限支付1支	前列腺癌: 1.病理组织学报告单; 2.血清睾酮检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1) 间隔1周及以上连续3次前列腺特异抗原检查报告单; (2) 影像学检查报告单。 乳腺癌: 1.病理组织学报告单; 2.性激素检查报告单。 子宫内膜异位症: 半年内的病理组织学报告单或影像学检查报告单。	
				10.8 mg*1支	每12周限支付1支		
				3.6mg*1支	每4周限支付1支 每人限支付6支		
45	波生坦片	二类	口服常释剂型	125mg*56片	每4周限支付1盒	肺动脉高压: 右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限WHO功能分级 II 级-IV 级的肺动脉高压 (WHO第1组)的患者。
				125mg*30片	每30天限支付2盒		
46	安立生坦	二类	口服常释剂型	5mg*1片	每30天限支付30片 调整剂量: 每30天限支付不超过60片	肺动脉高压: 右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	
47	重组人血小板生成素注射液	二类	注射剂	7500U/1ml*1支	每2日限支付4支, 最多支付2周28支	实体瘤化疗后所致的血小板减少症: 1.血小板 $\leq 100 \times 10^9/L$; 2.实体瘤化疗的相关证据。 原发性免疫性血小板减少症(PTP): 1.血小板计数; 2.脾脏超声检查报告单; 3.使用激素或存在出血风险的相关证据; 4.排除其他继发性血小板减少症的相关证据。	限实体瘤化疗后所致的血小板减少症或原发性免疫性血小板减少症(ITP)。
				15000U/1ml*1支	每2日限支付2支, 最多支付2周14支		

序号	药品名称	管理类别	剂型	规格(支/盒/瓶)	限额标准	申报资料	限定支付范围
48	达雷妥尤单抗注射液	二类	注射剂	100mg/5ml*1瓶	1.与来那度胺联合方案或单药治疗: 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11095元 2.与硼替佐米联合方案: 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11095元 3.与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合方案: 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11095元	多发性骨髓瘤: 联合治疗: 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.提供下列相关资料之一: (1)既往接受过一线治疗的医瞩或其他使用证据; (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)。 单药治疗: 1.骨髓检查报告单; 2.免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单; 3.既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂治疗的医瞩或其他使用证据,且出现疾病进展的证据。	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。

备注: “每人限支付”指“每人终身限支付”。

附件3

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			
参保地经办机构/定点医疗机构意见（盖章） 年 月 日			

附件4

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
转入地经办机构意见（盖章） 年 月 日			

注：此表由转入地医保经办机构留存，变更前需核对审批信息中最小取药周期是否已取药。

