

驻马店市医疗保险中心文件

驻医保中心〔2023〕15号

关于转发河南省医疗保障服务中心 《关于开通第三批省内异地就医门诊特定 药品直接结算暨调整部分门诊特定药品的 通知》的通知

各县区医保经办机构：

现将河南省医疗保障服务中心《关于开通第三批省内异地就医门诊特定药品直接结算暨调整部分门诊特定药品的通知》（豫医保中心〔2023〕34号）转发给你们，请遵照执行。关于此次调整门诊特药的分类管理、待遇水平、就医管理、费用结算及服务与监督等按照我市基本医疗保险门诊特定药品相关文件执行。



河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2023〕34号

河南省医疗保障服务中心 关于开通第三批省内异地就医门诊特定药品 直接结算暨调整部分门诊特定药品的通知

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：

为进一步方便我省基本医疗保险参保人员享受异地就医直接结算服务，减少参保人员医疗费用垫付压力，更好地满足参保人员合理用药需求，现就开通第三批省内异地就医门诊特定药品直接结算暨调整部分门诊特定药品（以下简称“特药”）有关事宜通知如下：

一、第三批省内异地就医门诊特药范围

将曲前列尼尔注射液等33种特药（见附件1）纳入我省第三

批基本医疗保险省内异地就医门诊特药直接结算保障范围，实行全省统一待遇水平、统一经办流程、统一管理服务。

二、调整部分门诊特药支付范围及标准

调整注射用恩美曲妥珠单抗等 20 种特药相关支付限额标准及申报资料（见附件 2）。

三、就诊流程

各医疗保障经办机构要按照特药使用相关政策规定，为符合条件的本统筹区参保人员办理门诊特药待遇认定。

完成特药待遇认定的参保人员，可在省内选定一家特药定点医疗机构就诊，或选定一家当地“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电子处方后，持医保电子凭证到选定的定点医药机构取药。

参保人员应优先选择开通省内特药直接结算的定点医药机构取药，享受直接结算服务。非直接结算的，由个人现金垫付后，回参保地零星报销。

四、就医管理

特药定点医药机构应确保特药的供应，并积极向参保人员做好相关政策宣传和解释工作，不得以各种理由拒绝为参保人员提供异地就医直接结算服务。特药责任医师负责异地参保人员治疗各个阶段的医疗服务，包括诊断、评估、开具处方和随诊跟踪等。

此次新增省内异地就医门诊特药的保障水平、就医管理、费用结算等参照《河南省人力资源和社会保障厅关于做好我省城乡居民重特大疾病医疗保障工作的通知》（豫人社医疗〔2016〕15号）、《河南省社会保障局关于调整河南省重特大疾病医疗保障病种医保限额标准的通知》（豫社保〔2018〕22号）、《河南省医疗保障局关于规范完善我省重特大疾病医疗保障门诊特定药品使用管理工作的通知》（豫医保〔2020〕2号）、《河南省医疗保障局关于动态调整我省门诊特定药品及“双通道”管理药品的通知》（豫医保办〔2023〕18号）和《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（2022年）〉的通知》（豫医保办〔2023〕13号）等文件规定执行。

此次调整门诊特药的分类管理、待遇水平、就医管理、费用结算及服务与监督等按照《河南省医疗保障服务中心关于进一步规范河南省省直职工基本医疗保险门诊特定药品和重特大疾病用药管理的通知》（豫医保中心〔2021〕17号）、《河南省医疗保障服务中心关于调整河南省省直职工基本医疗保险门诊特定药品的通知》（豫医保中心〔2022〕4号）和《河南省医疗保障服务中心关于调整2023年度省直职工基本医疗保险门诊特定药品的通知》（豫医保中心〔2023〕16号）等文件执行。

本通知自2023年9月1日起执行。

附件：1. 第三批基本医疗保险省内异地就医直接结算特药

2. 河南省门诊特定药品（调整）医保支付限额标准
及申报资料



附件 1

第三批基本医疗保险省内异地就医直接结算特药

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
1	曲前列尼尔注射液	注射剂	限肺动脉高压 (PAH, WHO 分类 I)。
2	注射用罗普司亭	注射剂	限对其他治疗 (例如皮质类固醇、免疫球蛋白) 治疗反应不佳的成人 (≥ 18 周岁) 慢性原发免疫性血小板减少症 (ITP) 患者。
3	注射用罗特西普	注射剂	限 β -地中海贫血成人患者。
4	阿布昔替尼片	片剂	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、中重度特异性皮炎成人患者。
5	对氨基水杨酸肠溶颗粒	颗粒剂	
6	多拉米替片	片剂	限艾滋病。
7	阿兹夫定片	片剂	

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
8	来特莫韦片	片剂	
9	来特莫韦注射液	注射剂	
10	优替德隆注射液	注射剂	限既往接受过至少一种化疗方案的复发或转移性乳腺癌患者。
11	注射用恩美曲妥珠单抗	注射剂	限：1. 接受了紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗；2. 限接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的 HER2 阳性、不可切除局部晚期或转移性乳腺癌患者。
12	注射用维布妥昔单抗	注射剂	限以下 CD30 阳性淋巴瘤成人患者：1. 复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤 (R/R sALCL)；2. 复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤 (R/R cHL)；3. 既往接受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤 (pcALCL) 或蕈样真菌病 (MF)。
13	洛拉替尼片	片剂	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。
14	布格替尼片	片剂	限间变性淋巴瘤激酶 (ALK) 阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌 (NSCLC) 患者。
15	赛沃替尼片	片剂	限含铂化疗后疾病进展或不耐受标准含铂化疗的、MET 外显子 14 跳变的局部晚期或转移性 NSCLC 成人患者。

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
16	奥雷巴替尼片	片剂	限 T315I 突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。
17	瑞派替尼片	片剂	限既往接受过 3 种或以上激酶抑制剂（包括伊马替尼）的晚期胃肠道间质瘤（GIST）成人患者。
18	维奈克拉片	片剂	限成人急性髓系白血病患者。
19	注射用卡非佐米	注射剂	限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，包括蛋白酶抑制剂和免疫调节剂；1. 每 2 个疗程需提供治疗有效性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。
20	羟乙磺酸达尔西利片	片剂	限既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的激素受体（HR）阳性、表皮生长因子受体 2（HER2）阴性的复发或转移性乳腺癌患者。
21	瑞维鲁胺片	片剂	限转移性激素敏感性前列腺癌（mHSPC）患者。
22	注射用醋酸地加瑞克	注射剂	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。
23	奥法妥木单抗注射液	注射剂	限成人复发型多发性硬化（RMS）。
24	乌帕替尼缓释片	片剂	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。

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
25	阿普米司特片	片剂	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。
26	伊奈利珠单抗注射液	注射剂	限抗水通道蛋白4 (AQP4) 抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病 (NMOSD) 成人患者。
27	古塞奇尤单抗注射液	注射剂	限适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病。
28	富马酸二甲酯肠溶胶囊	胶囊剂	限成人复发型多发性硬化 (RMS)。
29	利司扑兰口服溶液用散	口服溶液用散	限2月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症 (SMA)。
30	利鲁唑口服混悬液	口服混悬剂	限肌萎缩侧索硬化 (ALS)。
31	美泊利珠单抗注射液	注射剂	
32	哌柏西利胶囊	胶囊剂	限激素受体 (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。
33	枸橼酸托法替布缓释片	缓释片	

河南省门诊特定药品（调整）医保支付限额标准及申报资料

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	注射用恩美曲妥珠单抗	二类	100mg * 1 瓶	<p>单独使用 早期乳腺癌： 每 3 周限支付 2 瓶， 每 3 周为 1 个周期， 每人限支付 14 个周 期，共 28 瓶 晚期乳腺癌： 每 3 周限支付 2 瓶 与 160mg 联用 早期乳腺癌： 每 3 周限支付 1 瓶， 每 3 周为 1 个周期， 每人限支付 14 个周 期，共 14 瓶 晚期乳腺癌： 每 3 周限支付 1 瓶</p>	<p>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. 既往使用过紫杉烷类联合曲妥珠 单抗为基础的辅助治疗的医嘱或 其他使用证据；4. 证实为早期乳腺 癌的相关检查报告单。 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. 既往使用过紫杉烷类和曲妥珠单 抗治疗的医嘱或其他使用证据；4. 证实为不可切除局部晚期或转移性 乳腺癌的相关检查报告单。</p>	<p>限：1. 接受了紫杉烷类联合曲妥珠单抗 为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶 的 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治 疗；2. 限接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗 治疗的 HER2 阳性、不可切除局部晚期 或转移性乳腺癌患者。</p>
			160mg * 1 瓶	<p>与 100mg 联用 早期乳腺癌： 每 3 周限支付 1 瓶， 每 3 周为 1 个周期， 每人限支付 14 个周 期，共 14 瓶 晚期乳腺癌： 每 3 周限支付 1 瓶</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
2	盐酸恩沙替尼胶囊	二类	25mg * 7粒 100mg * 14粒	25mg 与 100mg 联用, 每 4 周限支付 9328 元	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. 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。	限间变性淋巴瘤激酶 (ALK) 阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌 (NSCLC)。
3	甲磺酸仑伐替尼胶囊	二类	4mg * 30粒 10mg * 30粒	肝癌: 每月限支付 2 盒 (体重 < 60kg); 每月限支付 3 盒 (体重 ≥ 60kg) 分化型甲状腺癌: 与 10mg 联用, 每月限支付 1 盒 分化型甲状腺癌: 与 4mg 联用, 每月限支付 2 盒	肝癌: 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, 且 (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. 既往放射性碘治疗的医嘱单; 3. 甲状腺同位素扫描报告单; 4. 甲状腺彩超或 CT 检查报告单。	
4	甲磺酸阿美替尼片	二类	55mg * 20片	每月限支付 3 盒	一线治疗: 1. 病理组织学报告单; 2. 基因检测报告单; 3. 证实为局部晚期或者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者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 (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; 2. 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非小细胞肺癌成人患者的治疗。

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
5	曲前列尼尔注射液	二类	20ml: 20mg * 1支 20ml: 50mg * 1支	皮下注射： 每4周限支付5支 皮下注射： 每4周限支付2支	右心导管检查或4周内相关的影像学检查报告单。	限肺动脉高压（PAH，WHO分类1）。
6	阿达木单抗	二类	40mg/0.4ml 预填充式注射笔 40mg/0.4ml 预填充式注射器 40mg/0.8ml 预填充式注射笔 40mg/0.8ml 预填充式注射器	风湿关节炎、强直性脊柱、多发性幼年特发性关节炎（2岁以上体重≥30kg）： 每4周限支付2支 成人中重度斑块状银屑病： 第1周限支付2支， 第2周起每4周限支付2支 克罗恩病、儿童克罗恩病（6岁及以上，体重≥40kg）： 诱导治疗：第1周周限支付4支，第3周周限支付2支； 诱导治疗后：每4周周限支付2支； 儿童与青少年重度斑块状银屑病（4-17岁体重≥30kg）： 第1周限支付1支， 第2周起每4周限支付2支	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>成人中重度斑块状银屑病：1. 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；2. 提供局部治疗和光疗疗效不佳或不适于该类治疗的证据。</p> <p>儿童与青少年重度斑块状银屑病：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. 提供局部治疗和光疗疗效不佳或不适于该类治疗的证据。</p> <p>多发性幼年特发性关节炎：1. 确诊为多发性幼年特发性关节炎的实验室检查报告单；2. 影像学检查报告单；3. 既往使用DMARDs治疗不佳的医嘱或其他使用证据。</p> <p>克罗恩病、儿童克罗恩病（6岁及以上，体重≥40kg）： 诱导治疗：第1周周限支付4支，第3周周限支付2支； 诱导治疗后：每4周周限支付2支； 儿童与青少年重度斑块状银屑病（4-17岁体重≥30kg）： 第1周限支付1支， 第2周起每4周限支付2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
6	阿达木单抗	二类	20mg/0.2ml*1支	<p>多关节幼年特发性关节炎 (2岁以上体重 10Kg 至 30Kg)、儿童克罗恩病 (6岁及以上, 体重 17kg 至 <40kg) 维持治疗: 每 4 周限支付 2 支</p> <p>儿童与青少年重度斑块状银屑病 (4-17 岁体重 15kg 至 30kg): 第 1 周限支付 1 支, 第 2 周起每 4 周限支付 2 支</p> <p>儿童克罗恩病 (6岁及以上体重 17kg 至 <40kg): 第 1 周限支付 2 支, 第 3 周起每 4 周限支付 2 支</p>	<p>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 个月前前后后相关实验室或影像学检查报告单。</p> <p>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 个月前前后后相关实验室或影像学检查报告单。</p> <p>成人中重度斑块状银屑病: 1. 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。</p> <p>儿童与青少年重度斑块状银屑病: 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. 提供局部治疗和光疗疗效不佳或不适于该类治疗的证据。</p> <p>多关节幼年特发性关节炎: 1. 确诊为多关节幼年特发性关节炎的实验室检查报告单; 2. 影像学检查报告单; 3. 既往使用 DMARDs 治疗不佳的医嘱或其他使用证据。</p> <p>葡萄膜炎: 1. 确诊为成年非感染性中间葡萄膜炎、后葡萄膜炎和全葡萄膜炎的相关证据, 包括使用糖皮质激素检查报告单; 2. 既往使用糖皮质激素、或不适合进行糖皮质激素治疗的医嘱或其他使用证据。</p> <p>克罗恩病、儿童克罗恩病: 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>	

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	注射用 卡瑞利珠单抗	二类	200mg * 1支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤、食管鳞癌（二线治疗）、鼻咽癌（单药治疗）： 每2周限支付1支</p> <p>肺癌、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）： 每3周限支付1支</p>	<p>经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过二线系统治疗的医瞩或复发、难治的证据。</p> <p>肺癌：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) 乙型肝炎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/或含奥沙利铂系统治疗的晚期肝细胞癌的相关证据。</p> <p>非鳞状非小细胞肺癌：1. 病理组织学报告单；2. ALK和EGFR基因检测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。</p> <p>食管鳞癌：一线治疗：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。二线治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过一线系统治疗的医瞩或其他使用证据；3. 证实疾病进展或不可耐受的相关检查报告单。</p> <p>鼻咽癌：单药治疗：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过二线及以上治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。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晚期鼻咽癌的相关检查报告单。</p> <p>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。</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. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统治疗的晚期肝细胞癌的治疗；3. 表皮生长因子受体（EGFR）基因突变的、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；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的一线治疗；6. 局部复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；7. 不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；8. 局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗。</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
8	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg * 28 片	每 4 周限支付 2 盒	<p>一线治疗：1. 病理组织学报告单； 2. 基因检测报告单；3. 证实为局部晚期或者转移性非小细胞肺癌的相 关检查报告单。</p> <p>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。</p>	<p>限：1. 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；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，并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者的治疗。</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
9	替雷利珠单抗注射液	二类	10ml: 100mg * 1支	每3周限支付2支	<p>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复发、难治的证据。</p> <p>2. PD-L1高表达的含铂化疗失败非小细胞肺癌的一线治疗；3. 不可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非小细胞肺癌成人患者；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。</p>	<p>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；</p> <p>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鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；3. 不可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非小细胞肺癌成人患者；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。</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
9	替雷利珠单抗注射液	二类	10ml: 100mg * 1支	每 3 周限支付 2 支	<p>肝癌：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) 乙型肝炎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>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嘱或其他使用依据（结肠癌需提供本条）；5. 证实为疾病进展或晚期的相关检查报告单。</p> <p>食管鳞状细胞癌：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. 证实疾病进展或晚期的相关检查报告单。</p> <p>鼻咽癌：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。</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。</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
10	信迪利单抗注射液	二类	10ml: 100mg * 1支	每3周限支付2支	<p>经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. 既往经过二线治疗的医囑或其他使用证据。</p> <p>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鳞状细胞非小细胞肺癌的相关检查报告单。</p> <p>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。</p> <p>肝癌：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) 乙型肝炎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。</p> <p>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。</p> <p>食管胃交界处腺癌：1. 病理组织学报告单；2. 证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及食管胃交界处腺癌的相关检查报告单。</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. 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；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、复发或转移性胃及食管胃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
11	索拉非尼	二类	200mg * 30 片	每月限支付 4 盒	<p>肾癌：1. 确诊为肾癌的相关检查报告单；2. 证实为不能手术的诊断证明或影像学检查报告单。</p> <p>肝癌：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. 证实为无法手术或远处转移的相关检查报告单。</p> <p>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. 甲状腺彩超或 CT 检查报告单。</p>	
			200mg * 60 片	每月限支付 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
13	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) 基因检测报告单；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。	既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的激素受体 (HR) 阳性、人表皮生长因子受体 2 (HER2) 阴性的复发或转移性乳腺癌患者。
			125mg * 21 片			
			150mg * 21 片			
14	艾米替诺福韦片	二类	25mg * 30 片	每月限支付 1 瓶	1. 既往有乙型肝炎病史或 HBsAg 阳性持续 6 个月以上相关证据；2. 现 HBsAg 阳性和/或 HBV DNA 检测报告显示为慢性乙型肝炎相关证据。	本品适用于慢性乙型肝炎成人患者的治疗。
			25mg * 28 片	每 4 周限支付 1 盒		
15	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的确证，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。
			10mg * 12 片	滴定剂量：前 6 天 限支付 2 盒		
			30mg * 60 片	维持剂量：每 30 天 限支付 1 瓶		
			30mg * 56 片	维持剂量：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
16	枸橼酸托法替布 缓释片	一类	11mg * 30 片	每 30 天最高支付限 额 498 元	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、实验室检查报告单和影像学报告单；2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据；3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。 银屑病关节炎：1. 确诊为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. 既往使用过一种或多种抗风湿药 (DMARD) 的医嘱或相关证据；3. 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。 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、实验室检查报告单和影像学报告单；2. 既往使用过一种或多种 TNF 抑制剂的医嘱或相关证据；3. 对一种或多种 TNF 抑制剂应答不佳或不耐受的证据。	
17	尼洛替尼	口服 常释剂型	50mg * 120 粒 200mg * 120 粒 150mg * 120 粒 150mg * 40 粒 200mg * 40 粒	每 28 天最高支付限 额 465 元 每 月 限 支 付 4 盒， 每 13 个 月 限 支 付 32 盒 每 月 限 支 付 1 盒， 每 13 个 月 限 支 付 8 盒 每 月 限 支 付 3 盒， 每 12 个 月 限 支 付 18 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。 1. 用于治疗新诊断的费城染色体阳性的慢性髓性白血病 (Ph+CML) 慢性期成人患者及 2 岁以上的儿童患者；2. 用于对既往治疗 (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以及慢性期 2 岁以上的儿童患者。	

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	司库奇尤单抗注射液	二类	150mg * 1支	强直性脊柱炎： 首次 4 周限支付 5 支，后续每 4 周限支付 2 支 银屑病： 首次 4 周限支付 10 支，后续每 4 周限支付 2 支 强直性脊柱炎维持治疗： 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. 既往使用 NSAIDs 治疗 4 周的医嘱或其他使用 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：1. 银屑病：用于治疗符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的成年及体重 $\geq 50\text{kg}$ 的 6 岁及以上儿童患者；2. 强直性脊柱炎：用于常规治疗效果欠佳的强直性脊柱炎的成年患者。
19	奥拉帕利片	二类	150mg * 56 片 100mg * 56 片	每 4 周限 11500 元	上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌：1. 病理组学报告单；2. 既往使用铂类化疗药物的医嘱或其他获得经临床证实的缓解的证据；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。 转移性去势抵抗性前列腺癌：1. 病理组学报告单；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 次前列腺特异性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。	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. 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. 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。

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
20	厄洛替尼	二类	150mg * 14 片 150mg * 7 片 100mg * 30 片	每 4 周限支付 2 盒 每 4 周限支付 4 盒 每 30 天限支付 1 盒	病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告。	

