

河南省医疗保障服务中心文件

豫医保中心〔2023〕16号

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

省直各参保单位、有关定点医药机构：

为贯彻落实《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）精神，更好地满足参保人员合理用药需求，进一步提高参保人员用药保障水平，现就调整省直职工基本医疗保险门诊特定药品（以下简称“特药”）及“双通道”管理药品有关事宜通知如下：

一、支付范围及标准

将 2022 年国家谈判药品目录中洛拉替尼片等 35 种药品纳入省直职工门诊特药管理支付范围及“双通道”管理药品范围（具体见附件 1）；调整注射用甲苯磺酸瑞马唑仑等 50 种特药相关支付限额标准及申报资料（具体见附件 2）。

本次新增及调整限定支付范围的药品中，限定支付范围为空的，均按照药品企业法定适应症进行支付管理；对不同企业同一通用名称法定适应症不同的药品，应按照本企业法定适应症进行支付管理。在满足参保人员合理用药前提下，不超出该药品规定用量的基础上，同一生产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。

二、分类管理

经专家论证，结合省直国家医保谈判药品管理实际，对特药实行分类管理。病程较短、急（抢）救类以及镇静检查类药品按照一类管理；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，本次新增及调整特药定点医疗机构见附件 3 和附件 4。特药除特殊规定外，原则上一年为一个治疗周期，一个治疗周期内，参保人员可自愿选择一家特药定点医药机构就医购药。

(二) 确定责任医师。凡具有相关专业主治医师及以上职称、责任心强且有一定特药临床使用经验的医保医师，经所在特药定点医疗机构推荐，报省医疗保障服务中心备案后，确定为责任医师。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。

(三) “双通道”就医管理。完成特药待遇认定的参保人员，可选定一家省直特药定点医疗机构就诊取药直接结算，或选定一家省直“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或纸质处方后，持医保电子凭证或社保卡到选定的定点医药机构取药直接结算。

待遇水平、就医流程、评估、费用结算及服务与监督按照豫医保中心〔2021〕17号文件执行。

本通知自2023年4月15日起执行。

附件：1. 2023年度驻郑省属定点医药机构门诊特定药品（新增）医保支付限额标准及申报资料
2. 2023年度驻郑省属定点医药机构门诊特定药品（调整）医保支付限额标准及申报资料
3. 河南省省直职工门诊特定药品（新增）定点医疗

机构名单

4. 河南省省直职工门诊特定药品（调整）定点医疗机构名单



附件1

2023年度驻郑省属定点医疗机构门诊特定药品（新增）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	限額标准	申报资料	限定支付范围
1	曲前列尼尔注射液	二类	20ml:1.20mg*1支 20ml:50mg*1支	皮下注射： 每4周限支付2支 每4周限支付1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)。
2	注射用罗普司亭	二类	250μg*1瓶	每4周限支付4瓶	1.血小板计数检查报告单； 2. 胸膜超声检查报告单； 3. 既往使用过皮质类固醇、免疫球蛋白治疗的医嘱或其他使用证据； 4. 排除他综合征血小板减少症(ITT)患者。	限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白治疗不佳的成人(≥18周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITT)患者。
3	注射用罗特西普	二类	25mg*1瓶	每3周限支付3瓶	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. 确诊为β-地中海贫血的证据。	限β-地中海贫血成人患者。
4	拉那利尤单抗注射液	三类	300mg/2ml (150mg/ml)*1支	每4周限支付2支	确诊遗传性血管性水肿(HAE)的临床证据。	限12岁及以上患者预防遗传性血管性水肿(HAE)发作。
5	阿布昔替尼片	二类	100mg*14片 200mg*14片 50mg*14片	正常剂量(100mg/日)： 每4周限支付2盒 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。 剂量调整(50mg/日)： 每4周限支付2盒	1.确诊为难治性、中重度特应性皮炎证据，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患者。
6	对氨基水杨酸肠溶颗粒	二类	4g*12袋	成人：每4周限支付17盒 儿童：每4周限支付6盒	1.4周内胸部影像学检查报告单； 2. 细分杆菌培养加药敏试验或分子生物学检查报告单。	
7	多拉米替片	二类	(多拉韦林100mg、拉米夫定300mg和富马酸替诺福韦*30片 咀嚼300mg)*30片	每30天限支付1盒	1.HIV筛查试验报告或血HIV RNA>5000拷贝/ml报告； 2. 提供NNRTI类耐药、拉米夫定或替诺福韦病毒耐药性的既往或现有证据。	限艾滋病。
8	阿兹夫定片	二类	1mg*35片 3mg*35片	HIV-1感染： 每5周限支付3瓶 每次限支付1瓶 HIV-1感染： 每5周限支付1瓶	HIV-1感染： HIV筛查试验报告和血HIV RNA≥100000拷贝/ml报告。 新型冠状病毒肺炎： 确诊为普通型新型冠状病毒肺炎的证据，包括实验室或影像学等相关检查报告单。	
9	来特莫韦片	二类	240mg*28片	每4周限支付2盒，每人限支付7盒	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。	
10	来特莫韦注射液	二类	12ml：240mg*1瓶	每日限支付2瓶，每人限支付100天	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。	
11	优替德隆注射液	二类	5ml:1.50mg*1支	每3周限支付5支	1.病理组织学报告单； 2.既往接受过至少一种化疗方案，且包含一种癌环类或一种紫杉类药物的医嘱或其他使用证据； 3.证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	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。

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	注射用恩美曲妥珠单抗	二类	100mg*1瓶 160mg*1瓶	与160mg联用 早期乳腺癌： 每3周限支付1瓶，每3周限支付1个周期，共14周期，每人限支付4个周期，共14周期 晚期乳腺癌： 每3周限支付1瓶	病理组织报告单或免疫组化检查报告单或发光原位杂交(FISH)基因检查报告单；1.病理组织报告单；2.免疫组化检查联合曲线单抗为基础的治疗的医嘱或其他使用证据；3.既往使用过紫杉烷类药物的相关部门出具的医嘱或处方；4.证实为早期乳腺癌或曲妥珠单抗治疗的医嘱或其他使用证据；5.既往使用过紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；6.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。	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.既往接受过治疗后仍残存侵袭性病灶的HER2阳性的早期乳腺癌患者；3.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；4.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；5.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；6.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方。
13	注射用维布妥昔单抗	二类	50mg*1支 160mg*1瓶	与100mg联用 早期乳腺癌： 每3周限支付1瓶，每3周限支付1个周期，共14周期，每人限支付4个周期，共14周期 晚期乳腺癌： 每3周限支付1瓶	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；1.证实为以下任意1项的经典型霍奇金淋巴瘤(R/R chl)；(2)复发或难治性非霍奇金大细胞淋巴瘤(R/R DLBCL)；(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(pecALCL)；(4)既往接受过系统性治疗的蕈样真菌病(MF)。	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.既往接受过治疗后仍残存侵袭性病灶的HER2阳性的早期乳腺癌患者；3.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；4.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；5.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方；6.既往接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的医嘱或处方。
14	洛拉替尼片	二类	100mg*30片 25mg*90片	每30天限支付1盒	病理组织学报告单；2. ALK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。
15	布格替尼片	二类	30mg*28片 90mg*28片 180mg*28片	调整剂量(120mg/日)： 与90mg/片联用，每4周限支付1盒 调整剂量(60mg/日)： 每4周限支付2盒 调整剂量(90mg/日)： 每4周限支付1盒 调整剂量(120mg/日)： 与30mg/片联用，每4周限支付1盒 维持剂量(180mg/日)： 每4周限支付2盒 每4周限支付1盒	1.病理组织学报告单；2. ALK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。
16	塞沃替尼片	二类	200mg*21片 10mg*60粒	每3周限支付2盒(体重<50公斤) 每3周限支付3盒(体重≥50公斤)	病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.既往使用过针对治疗后疾病进展或不耐受标准铂化疗的证据；4.局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	限含铂治疗后疾病进展或不耐受标准含铂治疗的患者。
17	奥雷巴替尼片	二类	50mg*30片 50mg*90片	每30天限支付1盒 每30天限支付1瓶 每30天限支付1瓶	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基因检查报告单；3.1315突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。	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。
18	瑞派替尼片	二类	100mg*28片 100mg*14片 50mg*7片	每4周限支付4盒 每4周限支付8盒 每人前3天限支付2盒	1.病理组织学报告单和免疫组化检测报告单；2.流式免疫学分型；3.染色体核型分型；4. PCR融合基因、FISH探针或基因突变检测报告单；5.与阿扎胞苷联合使用时需提供相关医嘱或其他使用证据。	限成人急性髓系白血病患者。
19	维奈克替尼片	二类	10mg*14片	每4周限支付4盒 每4周限支付8盒 每人前3天限支付2盒	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.流式免疫学分型；3.染色体核型分型；4. PCR融合基因、FISH探针或基因突变检测报告单；5.与阿扎胞苷联合使用时需提供相关医嘱或其他使用证据。	限成人急性髓系白血病患者。

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	注射用卡非佐米	二类	60mg*1瓶	每4周限支付6瓶	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：1.每个疗程需提供治疗有效的证据；2.可微纯支付；2.由三级医院血液专科或血液科医师处方。
21	羟乙磺酸达尔西利片	二类	50mg*42片 125mg*21片 150mg*21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.既往接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据；4.证实为复发或转移性乳腺癌的相关检查报告单；5.与氟维司群联合使用的相关医嘱或其他使用证据。	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、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。
22	瑞维鲁胺片	二类	80mg*84片	每4周限支付1盒	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。	限转移性激素敏感性前列腺癌（mHSPC）患者。
23	注射用醋酸地加瑞克	二类	80mg*1瓶 120mg*1瓶	维持剂量： 首次4周限支付1瓶 起始剂量： 首次4周限支付2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。
24	奥法妥木单抗注射液	二类	20mg/0.4ml*1支	初始剂量： 前3周限支付4支 维持剂量： 从第4周开始，每4周限支付1支	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告。	限成人复发型多发性硬化（RMS）。
25	乌帕替尼缓释片	二类	15mg*28片 15mg*7片 30mg*28片	每4周限支付1盒 每4周限支付1盒 每4周限支付4盒 特应性皮炎(应答不佳： 每4周限支付1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)应答不佳或不适宜继续治疗的证据。包括症状和实验室检查报告单；2.活动性银屑病关节炎成年患者的二线治疗；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、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(COARD)应答不佳或不耐受的证据。类风湿关节炎：1.确诊为中重度活动性类风湿关节炎成年患者的二线治疗。 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。	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年患者的二线治疗；3.中重度活动性类风湿关节炎成年患者的二线治疗。
26	阿普米司特片	二类	10mg*4片 30mg*19片	每盒包含：10mg*4片 30mg*40片	滴定剂量：20mg*4片 维持剂量：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。
27	伊奈利珠单抗注射液	二类	100mg (10ml)*1瓶	每30天限支付1瓶 初始剂量：首月限支付6瓶 后续剂量：每6个月限支付6瓶	1.抗水通道蛋白4 (AQP4) 抗体阳性的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。
28	古塞奇尤单抗注射液	二类	100mg /ml*1支 (预充笔式注射器)	120mg*1.4粒	初始剂量：首次4周限支付2支 后续剂量：每8周限支付1支 起始剂量：第1周限支付4支 调整剂量：每人限支付4盒	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。
29	富马酸二甲酯肠溶胶囊	二类	240mg*56粒	维持剂量：每4周限支付1盒	相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告。	限成人复发型多发性硬化（RMS）。
30	利司扑兰口服溶液用散	二类	60mg*1瓶	2月龄至2岁(不含)： 每30天限支付2瓶 2岁及以上： 每60天限支付5瓶	1.家族史符合常染色体隐性遗传方式证据；2.肌电图检查报告单；3.肌电图检查报告单；4. SINE基因检测报告单或肌电图检查报告单。	限2月龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症（SMA）。
31	利鲁唑口服混悬液	二类	300ml:1.5g*1瓶	每30天限支付2瓶	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	限肌萎缩侧索硬化（ALS）。

序号	药品名称	管理类别	规格	限額标准	申报资料	限定支付范围
32	美泊利珠单抗注射液	二类	100mg*1支	每4周限支付3支	确诊为嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)的证据，包括血常规、实验室检查、影像学检查报告单或病理组织学报告单。	
33	环孢素滴眼液(III)	三类	0.3ml : 0.3mg (0.1%)*30支	初始剂量： 前3个月：每4周限支付4盒 后续剂量： 每月限支付2盒	证实为角膜损伤的相关证据，包括角膜荧光素染色检查报告单、前节OCT检查等。	限4岁及以上儿童和青少年的严重性春季角结膜炎。
34	哌柏西利胶囊	二类	125mg*21粒 100mg*21粒 75mg*21粒	每4周最高支付限额4276元 每4周最高支付限额3605元 每4周最高支付限额2892元	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) 阴性的局部晚期或转移性乳腺癌。
35	枸橼酸托法替布缓释片	二类	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银屑病药 (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。	

附件2

2023年度驻郑省属定点医疗机构门诊特定药品（调整）支付限额标准及申报资料

序号	药品名称	管理类别	规格	限领标准	申报资料	限定支付范围
1	甲苯磺酸瑞马唑仑注射用	一类	36mg*1支 25mg*1支	每次限支付1支	胃镜、结肠镜检查：1周内行门诊胃镜、结肠镜检查申请单（门诊诊疗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.胃镜、结肠镜检查的镇静；2.全身麻醉的诱导和维持。
2	苯磺酸瑞马唑仑注射用	一类	25mg*1支	每次限支付1支	结肠镜检查：1周内行门诊结肠镜检查申请单（门诊诊疗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.结肠镜检查；2.全身麻醉诱导与维持。
3	贝那鲁肽注射液	二类	2.1ml*4.2mg*1支	初始4周：限支付3支 维持剂量：每两周限支付4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	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4盒	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）。
5	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg*28片	每4周限支付2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。 二线治疗：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(1858R)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.既往接受过含铂化疗后出现疾病进展，并经检测确认存在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。
6	注射用维迪西妥单抗	二类	60mg*1支	胃癌：每2周限支付3支 尿路上皮癌：每四周限支付2支	胃癌(包括胃食管结合部肿瘤)：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；3.既往接受过2种或以上系统治疗的医嘱或其相关证据；4.证实为局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部肿瘤)或转移性胃癌(包括胃食管结合部肿瘤)相关的相关检查报告单或诊断证明。 尿路上皮癌：1.病理组织学报告单；2.阻塞超声报告单；3.既往接受过含铂化疗的医嘱或其他使用证据；4.证实为局部晚期或转移性尿路上皮癌的相关检查报告单或诊断证明。	限：1.至少接受过2个系统治疗的HER2过表达局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部肿瘤)；2.既往接受过含铂治疗的局部晚期或转移性尿路上皮癌。
7	艾曲泊帕乙醇胺片	二类	25mg*14片	每4周限支付6盒	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相关证据。	限既往对糖皮质激素、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(CIP)患者。
8	地塞米松班玛体内植入剂	二类	0.7mg*1支	每次限5680元 25mg*28片	1.病眼基线矫正视力报告单；2.眼底血管造影、频域后节OCT或OCT血管成像检查报告单。	限视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿和糖尿病性黄斑水肿(DME)患者，并应同时符合以下条件： 1.需三线综合会诊眼科或二级及以上眼科专科医生处方；2.首次处方时病程最长不超过10.05-0.5；3.术前筛查后方可用，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5支，每个月度最多支付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
9	奧拉帕利片	二类	150mg*56片 每4周限支付2盒	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它使用证据；3.使用的化疗药物获得经临床证实的缓解的证据。 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它使用证据；3.使用的铂类化疗药物获得经临床证实的缓解的证据；4.停药超过3个月出现复发的相关检查报告单。 转移性去势抵抗型前列腺癌：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.同隔男双以仁连珠3次前列腺特异抗原检查报告单；5.既往使用内分泌治疗失败后转移性去势抵抗型前列腺癌的证据。	1.携带胚系或体细胞BRCA突变的(gBRCAm或sBRCAm)晚期上皮性卵巢癌或原发性腹膜癌患者在一线含铂化疗治疗后完全缓解或部分缓解后的维持治疗；2.铂敏感复发性上皮性卵巢癌或原发性腹膜癌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型前列腺癌患者。	
10	氘丁苯那嗓片	二类	6mg*28片 每4周限支付2盒，每4周最多支付8盒； 起始剂量：每4周限支付2盒，每4周最多支付4盒	亨廷顿有关的舞蹈病： 起始剂量：每4周限支付1盒，每4周最多支付4盒 成人迟发性运动障碍： 起始剂量：每4周限支付2盒，每4周最多支付4盒	亨廷顿有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍：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、抗帕金森药、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。
11	恩扎卢胺胶囊	二类	40mg*112粒 每4周限支付1盒 40mg*28粒 每4周限支付4盒	亨廷顿有关的舞蹈病： 维持剂量：每4周限支付1盒，每4周最多支付4盒 成人迟发性运动障碍： 维持剂量：每4周限支付1盒，每4周最多支付4盒	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检查报告单；3.同隔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.去势抵抗性前列腺癌(CRPC)的证据。	
12	甲磺酸阿美替尼片	二类	55mg*20片 每月限支付3盒	黑色素瘤： 1.病理组织学报告单；2.基因检测报告单；3.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。 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它使用证据；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。	1.表皮生长因子受体(EGFR)外显子19缺失或外显子21(0.858R)置换成突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗；2.既往EGFR酪氨酸激酶抑制剂TKI治疗后出现疾病进展，并经检测确认存在BRAF V600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。	
13	甲磺酸达拉非尼胶囊	二类	50mg*120粒 每月限支付3盒 75mg*120粒 每月限支付1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.提供下列相关检查资料之一：(1)不可切除或转移性黑色素瘤；(2)II期黑色素瘤患者完全切除后；4.联合曲美替尼治疗方案。 非小细胞肺癌： 1.病理组织学报告单；2.BRAF V600基因检测报告单；3.证实为转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单；4.联合曲美替尼的治疗方案。	1. BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤；联合曲美替尼适用于治疗BRAF V600 突变阳性的II期黑色素瘤患者；(2)II期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗；2. BRAF V600 突变阳性的II期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗；联合曲美替尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。	
14	甲磺酸仑伐替尼胶囊	二类	4mg*30粒 每月限支付3盒 分化型甲状腺癌： 与10mg联用，每月限支付1盒 10mg*30粒 分化型甲状腺癌： 与10mg联用，每月限支付2盒	肝癌： 每月限支付2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10mg联用，每月限支付2盒	肝癌：1.病理组织学报告单；2.肝脏CT或MRI检查报告单；3.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。	

序号	药品名称	管理类别	规格	限领标准	申报资料	限定支付范围
15	曲美替尼片	二类	0.5mg*30片	每月限支付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. 提供下列相关检查资料之一：(1)不可切除或转移性黑色素瘤患者：(2)II期黑色素瘤患者完全切除后：2. BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤的不可手术治疗：联合甲磺酸达拉非尼治疗方案；(3)II期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于BRAF V600 突变阳性的II期黑色素瘤患者：完全切除后的辅助治疗：3. BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。	限：1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤；联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者；2. BRAF V600 突变阳性的不可手术治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于BRAF V600 突变阳性的II期黑色素瘤患者：完全切除后的辅助治疗：3. BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。
16	盐酸安罗替尼胶囊	二类	2mg*30片	每月限支付1盒	非小细胞肺肿瘤：1.病理组织学报告单；2.既往至少接受过2种系统化治疗的医嘱；3.疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺肿瘤患者治疗：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化治疗的医嘱；3.疾病进展或复发的小细胞肺肿瘤：1.病理组织学报告单；2.既往接受过2种系统化治疗的医嘱；3.疾病进展或复发的小细胞肺肿瘤相关检查报告单。教研组组织学报告单：1.病理组织学报告单；2.腺癌状组织结构肉瘤，透明细胞肉瘤等以外的其他病理亚型需提供既往接受过同类化疗方案的医嘱及疾病进展或复发相关检查报告单。甲状腺肿瘤：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肿瘤的证据。	限：1.用于既往至少接受过2种系统化治疗后出现进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺肿瘤患者治疗：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，在开始盐酸安罗替尼治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展或复发的透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含奈环素治疗的转移性非小细胞肺癌治疗后进展或复发的其他晚期组织结构肉瘤患者治疗：3.用于既往至少接受过2种系统化治疗后出现进展或复发的其他晚期组织结构肉瘤患者治疗：4.用于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肿瘤患者的治疗。
17	盐酸可洛派韦胶囊	二类	12mg*7粒 10mg*87粒 8mg*7粒	每3周限支付2盒	每4周限支付1盒，限支付2周。 (协议有效期内，谈判企业负责购买盐酸可洛派韦胶囊的患者免费提供同疗程的索磷布韦片)	限基因 1、2、3、6 型成人慢性丙型肝炎。
18	依维莫司片	二类	5mg*30片	每月限支付2盒	肾癌：1.确诊为肾癌的相关检查报告单；2.既往接受过舒尼替尼或索拉非尼治疗的医嘱；3.证实为晚期肾癌的相关检查报告单。胰腺神经内分泌瘤：1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单。非功能性胃肠道或肺神经内分泌肿瘤：1.病理组织学报告单；2.相关的影像学检查报告单。肾血管平滑肌脂肪瘤：1.肾彩超或CT或MRI检查报告单；2.确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单。肾管膜下巨细胞星型细胞瘤：1.确诊为结节性硬化症的诊断证明或相关检查报告单；2.相关影像学检查报告单。乳腺癌：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.既往使用曲妥珠或阿那曲唑的医嘱或其他使用证据；4.证实为绝经后(含药物绝经)晚期女性乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。	限：1.既往接受舒尼替尼或索拉非尼治疗失败的晚期肾细胞癌成人患者；2.不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的肿瘤切除或局部晚期分化良好、进展期胰腺神经内分泌癌患者；3.无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺神经内分泌瘤(NET)成人患者；4.需要治疗干预于手术切除的结节性硬化症(TSC)相关的肾脏下巨细胞星形细胞瘤(SEGA)成人和儿童患者；5.用于治疗不能耐受手术治疗的结节性硬化症相关的肾脏平滑肌脂肪瘤(AML)成人患者；6.米非司酮或阿那曲唑治疗失败后的激素受体阳性、表皮生长因子受体-2阴性、绝经后女性乳腺癌患者。
19	康柏西普眼用注射液	二类	10mg/ml*30ml*1支 10mg/ml*0.2ml*1支	每次限533元 (含药品、玻璃体穿刺抽吸术、前房穿刺术、高倍显微镜、眼底血管造影及OCT费用) 10mg/ml*0.05ml*1支 (预充式)	1.病程基线矫正视力报告单；2.眼底血管造影、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)引起视力损害；3.脉络膜新生血管(CNV)导致视力损害；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))的黄斑水肿二级及以上；5.用于治疗眼科疾病的视力损伤，应同时符合以下条件：1.需三线综合治疗眼科疾病或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2年年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

序号	药品名称	管理类别	规格	限领标准	申报资料	限定支付范围
24	西妥昔单抗注射液	二类	100mg (20ml)*1支	1. 单周方案：首周给药剂量为400mg/m ² 体表面积，其后每周给药剂量为250mg/m ² 体表面积。 2. 双周方案：每2周给药量为500mg/m ² 体表面积。	结肠癌：1. 活检组织学报告单；2. 4周内影像学检查报告单；3. KRAS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。直肠癌：1. 活检组织学报告单；3. KRAS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。头颈部鳞状细胞癌：1. 活检组织学报告单；2. 影像学检查报告单。	限：1. RAS基因野生型的转移性结直肠癌；2. 头颈部鳞状细胞癌。
25	信迪利单抗注射液	二类	10ml:100mg*1支	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治疗的医嘱或/或其他使用证据。非鳞状非小细胞肺癌：1. 活检组织学报告单；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细胞非小细胞肺癌或相关检查报告单。小细胞肺癌：1. 活检组织学报告单；2. 证实为不可手术切除的局部晚期或转移性非小细胞肺癌或相关检查报告单。鼻咽癌：1. 活检组织学报告单；2. MRI检查报告单；3. 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；4. 既往未接受过的局部晚期、复发或转移性胃或食管鳞癌的证据。食管鳞癌：1. 活检组织学报告单；2. 证实为不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及食管交界处肿瘤的相关检查报告单。	限：1. 至少经过二线系统化治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)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；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、复发或转移性胃或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交界处肿瘤的一线治疗。
26	重组人血小板生成素注射液	二类	7500U/1ml*1支	每日限支付2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≤100×10 ⁹ /L；2. 定量评估治疗的相关证据。原发免疫性血小板减少症(ITP)：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免疫性血小板减少症(ITT)。
27	注射用奥马珠单抗	二类	150mg*1支	中至重度特异性哮喘：1. 血清IgE检测报告单；2. 频繁使用吸入型糖皮质激素和长效吸入型β ₂ 肾上腺素受体激动剂的医嘱或其他使用证据；3. 3周内胸部影像学或支气管激发试验检查报告单。慢性自发性荨麻疹：1. 确诊为慢性自发性荨麻疹诊断证明；2. 既往使用抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。	中至重度特异性过敏性哮喘：1. IgE检测报告单；2. 肾上腺素受体激动剂的医嘱或/或其他使用证据；3. 血清IgE检测报告单。慢性自发性荨麻疹：1. 确诊为慢性自发性荨麻疹诊断证明；2. 既往使用抗组胺药治疗的医嘱或其他使用依据。	限：1. 肾上腺素受体激动剂的医嘱或/或其他使用证据；2. 血清IgE检测报告单。慢性荨麻疹：1. 表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阳性或间变性淋巴瘤激酶(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的治疗；3. 表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的治疗；4. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌：5. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌的治疗；6. 局部晚期或转移性食管鳞癌的一线治疗；7. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌的治疗；8. 胃癌晚期或不可切除的局部晚期或转移性食管鳞癌的一线治疗。
28	卡瑞利珠单抗	二类	200mg*1支	经典型霍奇金淋巴、食管鳞癌(二线治疗)、肝癌、1. 活检组织学报告单；2. 肝脏CT或MRI检查报告单；3. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化治疗的晚期肝细胞癌的相关证据。	经典型霍奇金淋巴瘤：1. 病理组织学报告单；2. 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一线治疗；4. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌：5. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌的治疗；6. 局部晚期或转移性食管鳞癌的一线治疗；7. 既往接受过一线治疗后病灶未完全缓解或进展或不可耐受的晚期或转移性食管鳞癌的治疗；8. 胃癌晚期或不可切除的局部晚期或转移性食管鳞癌的一线治疗。	

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
29	舒尼替尼	二类	12.5mg*28粒	每6周限支付4盒	肾癌：1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.证实为不能手术的相关检查报告单。 胃肠道间质瘤：1.病理组织学报告单和免疫组织化学检测报告单或基因检测报告单；2.4周内影像学检查报告单；3.既往使用过伊马替尼治疗的医嘱或其他使用证据；4.伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。	
			12.5mg*14粒	每6周限支付8盒		
			12.5mg*28粒	每4周限支付3盒		
			12.5mg*14粒	每4周限支付6盒	胰腺神经内分泌肿瘤：1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报告单。	
30	阿法替尼	二类	40mg*7片	每4周限支付4盒	1.病理组织学报告单；2.提供以下2条其中1条的医学资料：(1) EGFR基因检测报告单、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)既往使用含铂治疗的医嘱、局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。	
31	吉非替尼	二类	250mg*10片 30mg*7片	每月限支付3盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	
32	厄洛替尼	二类	150mg*14片 150mg*7片	每月限支付2盒 每月限支付4盒	病理组织学报告单、EGFR基因检测报告。	
33	索拉非尼	二类	100mg*30片 200mg*30片	每月限支付1盒 每月限支付4盒	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。 肝癌：1.病理组织学报告单；2.肝脏CT或MRI检查报告单；3.证实为无法手术或远处转移的相关检查报告单。 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。	
34	阿比特龙	二类	250mg*120片 250mg*60片	每月限支付1盒 每月限支付2盒	1.病理组织学报告单；2.血清睾酮检测报告单；3.间隔1周及以上连续3次的前列腺特异抗原检查报告单或影像学检查报告单。	
35	托法替布	二类		5mg*28片	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抑制剂的医嘱及相关证据；3.对一种或多种TNF抑制剂治疗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(OAMD)的医嘱或相关证据；3.对一种或多种改善病情抗风湿药(OAMD)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。	

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	硼替佐米	二类	3. 5mg*1支 1. 0mg*1支 2. 5mg*1支	多发性骨髓瘤： 初治患者：第1-24周，每周限支付2支； 第25-54周，每周限支付1支 复发患者：每3周限支付1支 套细胞淋巴瘤： 每3周限支付3支	多发性骨髓瘤：骨髓细胞形态学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单。 套细胞淋巴瘤：1. 病理组织学报告单（含免疫组化报告单或免疫原位杂交基因检测报告单）或 流式细胞学检查报告单；2. 既往使用过其他治疗方法的医嘱或使用证据。 多发性骨髓瘤： 初治患者：第1-24周，每周限支付4支； 第25-54周，每周限支付1支 复发患者：每3周限支付8支 套细胞淋巴瘤：每3周限支付3支	
37	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	斑块状银屑病、强直性脊柱-多关节型幼年特发性关节炎(2岁以上体重≥30kg)： 每4周限支付2支 40mg/0. 8ml 预填充式注射笔 40mg/0. 8ml 预填充式注射器	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个月目前后相关实验室或影像学检查复查报告单。 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。 斑块状银屑病：1. 酒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。2. 系统治疗无效、禁忌或不耐受的证据。 多关节型幼年特发性关节炎：1. 酒诊为多关节型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. 既往使用MABPs治疗不佳的医嘱或其他使用证据。 银屑病：1. 酒诊为成年非感染性中间葡萄膜炎和全葡萄膜炎的相关证据，包括症状和实验室检查报告单；2. 影像学检查报告单；3. 既往使用糖皮质激素应答不充分、需要节制使用糖皮质激素，或不适合进行糖皮质激素治疗的医嘱或其使用证据。 儿童斑块状银屑病(4-17岁体重≥30kg)： 第2周起每4周限支付1支，每4周限支付2支 儿童斑块状银屑病(4-17岁体重≥30kg)： 第2周起每4周限支付1支，每4周限支付2支	多关节型幼年特发性关节炎(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 儿童斑块状银屑病(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 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周限支付1支，第4周起每4周限支付2支

序号	药品名称	管理类别	规格	限领标准	申报资料	限定支付范围
38	氟维司群	二类	5ml:250mg*1支	单药治疗：首月限支付4支，后续每月限支付2支与阿贝西利联合治疗：首月限支付6支，后续每月限支付2支	1.病理组织学报告单；2.免疫组化报告单；3.既往接受过抗雌激素治疗复发或进展的证据；4.与芳香化酶抑制剂联合使用需提供绝经期证据（含药物处方）；4.证实为晚期乳腺癌的相关检查报告单或诊断证明。	
39	伊马替尼	二类	100mg*12片(粒)	每月限支付10盒	慢性髓性白血病：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融合基因检测报告单。急性淋巴细胞白血病：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；3.既往使用过其他治疗方法的医嘱或处方用医嘱。	
40	阿扎胞苷	二类	100mg*80片(粒)	每月限支付2盒（“格列卫”每年限支付8盒）	1.骨髓涂片细胞学检查报告单；2.流式免疫学分型；3.染色体核型分型；4.PCR融合基因、FISH探针或基因突变检测报告单。	
41	注射用伊尼妥单抗	二类	50mg*1支	初始剂量：每周限支付6支；维持剂量：每周限支付3支。	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.证实为转移性乳腺癌的相关检查报告单；4.既往使用1个或多个化疗方案的医嘱或其他使用证据。	
42	拉米夫定多替拉韦片	二类	每片含拉米夫定300mg和多替拉韦50mg	每30天限支付1瓶	1.无逆转录病毒治疗患者提供HIV确诊报告；2.平稳转换患者提供抗逆转录治疗达到病毒抑制(HIV-1RNA<50拷贝/ml)。	
43	贝伐珠单抗	二类	100mg(4ml)*1瓶	结直肠癌： 每2周限支付不超过4瓶或每3周限支付不超过6瓶 非小细胞肺癌、上皮性卵巢癌、输卵管癌、宫颈癌、肝癌、原发性腹膜癌、宫颈癌、膀胱癌： 每3周限支付不超过11瓶 胶质母细胞瘤： 每2周限支付不超过7瓶	结直肠癌： 1.病理组织学报告单；2.4周内影像学检查报 告单；3.证实为转移性结直肠癌的相关检查报告单。 非小细胞肺癌： 1.病理组织学报告单；2.证实为不可切除的晚期、转移性或复发性非小细胞肺癌的相关检查报告单；3.联合卡铂和紫杉醇的治疗方案。 宫颈癌： 1.病理组织学报告单；2.病理组织学报告单；2.4周内影像学报告单；3.证实为复发性胶质母细胞瘤的证据。 膀胱癌： 1.病理组织学报告单；2.肝脏CT或MRI检查报告单；3.证实为未接受过全身系统性治疗不可切除的相关检查报告单。 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.证实为初次手术切除后的I期或IV期的相关检查报告单；3.联合卡铂和紫杉醇的治疗方案。 胶质母细胞瘤： 1.病理组织学报告单；2.影像学检查报告单；3.证实为特异性、复发性或转移性宫颈相关检查报告单；4.联合紫杉醇和铂或紫杉醇和拓扑替康的治疗方案。	
			400mg(16ml)*1瓶	胶质母细胞瘤： 每3周限支付不超过3瓶 非小细胞肺癌、上皮性卵巢癌、输卵管癌、宫颈癌： 每2周限支付不超过2瓶		

序号	药品名称	管理类别	规格	限领标准	申报资料	限定支付范围
44	阿贝西利	二类	50mg*14片 100mg*14片 150mg*14片	每4周限支付4盒 每4周限支付4盒 每4周限支付4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癌的相关检查报告单； 4.与芳香化酶抑制剂联合使用时提供绝经后女性患者的初始内分泌治疗； 5.与氟维司群联合使用时提供既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的证据。	本品适用于激素受体(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癌： 1.与芳香化酶抑制剂联合使用时作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗； 2.与氟维司群联合使用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。
45	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1支	每4周限支付3支 每4周限支付3支或每4周限支付3支 每4周限支付3支或每4周限支付3支 每4周限支付3支 每4周限支付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。 动脉粥样硬化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确诊证据）。 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（全脂检查报告单）； 2.基因检测报告单。	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，降低心脏病、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最有效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，单独用或联合他汀类药物治疗。 2.原发性高胆固醇血症：可作为饮食的辅助治疗，用于成年原发性高胆固醇血症（不含家族性和非家族性）或混合型血脂异常患者治疗，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.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。 4.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。 5.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。
46	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。 动脉粥样硬化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确诊证据）。	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，降低心脏病、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，单独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，单独用或与其他降脂疗法联合用药。 2.原发性高胆固醇血症：可作为饮食的辅助治疗，用于成年原发性高胆固醇血症（不含家族性和非家族性）或混合型血脂异常患者治疗，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。
47	来那度胺	二类	15mg*21粒 25mg*21粒 10mg*28粒 5mg*28粒 10mg*21粒	每4周限支付1盒 每4周限支付1盒 每5周限支付2盒 每5周限支付2盒 每4周限支付2盒	1.骨髓细胞形态学、免疫组化或蛋白电泳等检查报告单； 2.既往接受过至少一种疗法治疗的医嘱。	限曾接受过至少一种疗法的多发性骨髓瘤的成年患者，并满足以下条件： 1.每个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付； 2.由三级医院血液专科或血液科医院医师处方。
48	巴瑞替尼	二类	2mg*28片	每4周限支付2盒	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。	限诊断明确的类风湿关节炎经传统DMARDs治疗3-6个月疾病活动度下降低于50%者，并需风湿科医生处方。
49	地拉罗司	二类	125mg*28片 360mg*10片	每月限支付11盒 每月限支付10盒	提供以下资料之一： 1.血常规和血红蛋白电泳等检查报告单； 2.血清蛋白检查报告单和既往接受过输血治疗的医嘱。	右心导管检查或I期相关的影像学检查报告单。
50	安立生坦	二类	5mg*8片 10mg*14片	每30天限支付30片 每30天限支付30片	无	无

附件 3

河南省省直职工门诊特定药品（新增）定点医疗机构名单

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
1	曲前列尼尔注射液	肺动脉高压	河南省人民医院、河南省胸科医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、阜外华中心血管病医院、郑州市第五附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州市第七人民医院
2	注射用罗普司亭	慢性原发免疫性血小板减少症	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第五附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市第三人民医院
3	注射用罗特西普	β -地中海贫血	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市中心医院、郑州人民医院
4	拉那利尤单抗注射液	血管性水肿	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第三附属医院（河南省妇幼保健院）
5	阿布昔替尼片 乌帕替尼缓释片	特应性皮炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封市第五医院、开封市第一附属医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、新乡市第三人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军第八十三集团军医院、新乡市中心医院、新乡市第四人民医院、焦作市第四人民医院、焦作市第五人民医院、焦作市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
21	乌帕替尼缓释片	银屑病关节炎 类风湿关节炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医附属医院）、郑州中心医院、河南大学淮河医院、河南大学联勤保障部队第九八九医院、开封市中医院、新乡市第一人民医院、新乡市第三人民医院、河南科技大学附属洛阳中心医院、安阳市人民医院、中国人民解放军陆军第十八三集团军医院、濮阳市安阳县人民医院、濮阳市新乡市新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、焦作市第四人民医院、许昌市南区人民医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
22	阿普米司特片 古塞奇尤单抗注射液	银屑病	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院（河南中医附属医院）、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封一五五医院、开封市中医院、洛阳市第一人民医院、河南科技大学附属洛阳中心医院、中国人民解放军第十八三集团军医院、濮阳市安阳县人民医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、焦作市第四人民医院、许昌市第六人民医院（漯河市南区医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
23	伊奈利珠单抗注射液	视神经脊髓炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院
24	利司扑兰口服溶液用散	脊髓性肌萎缩症	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第三附属医院（河南省妇幼保健院）、河南中医药大学第一附属医院

注：1. 河南省儿童医院（郑州儿童医院）为门诊特定药品使用定点医疗机构。

4

单名医疗机构定点（调整）药品职工门诊直省河南省

定点医疗机构			
序号	药品名称	病种名称	
1	注射用 甲苯磺酸瑞马唑仑 注射用 苯磺酸瑞马唑仑	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市第一人民医院、郑州市第二人民医院、郑州市第三人民医院、郑州市中心医院、郑州市第七人民医院、郑州市中医院	
2	贝那鲁肽注射液	2型糖尿病	
3	盐酸恩沙替尼胶囊 甲磺酸伏美替尼片	非小细胞肺癌	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、河南中医学院第一附属医院、河南中医学院第二附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封市第一五五医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市中心医院（河南中医药大学第五附属医院）、河南省直第三人民医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第九人民医院、郑州市中医院
			郑州大学第一附属医院、郑州大学第一附属医院、河南省中医院、河南省中医学院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、郑州市第三人民医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、濮阳市濮阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、中国人民解放军陆军第九八八医院、新乡市第四人民医院、新乡市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院、商丘市第三人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院南区医院、漯河市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
4	注射用维迪西妥单抗	胃癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第一附属医院）、开封市中医院（河南中医药大学第二附属医院）、河南大学淮河医院、河南大学第二附属医院、开封市第一附属医院、洛阳市第一人民医院、中国人民解放军第三医院、河南科技大学第二附属医院、第九八九医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属医院）、新乡市第三人民医院、安阳市第三人民医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、中国人民解放军第二军医大学附属医院、焦作市焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院、许昌市心血管病医院、濮阳市南区人民医院、濮阳市第六人民医院（濮阳市心脑血管病医院）、许昌市心血管病医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、商丘市第二人民医院
5	艾曲泊帕乙醇胺片	尿路上皮癌 慢性免疫性(特发性)血小板减少症	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第三人民医院、郑州大学第三附属医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第三附属医院（河南中医药大学第二附属医院）、河南省妇幼保健院、河南省中医院（河南中医药大学第三附属医院）、郑州市第三人民医院
6	地塞米松玻璃体内植入剂	视网膜静脉阻塞的 黄斑水肿/ 糖尿病性黄斑水肿/ 原发性腹膜癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省妇幼保健院、郑州市第一附属医院、郑州市第二附属医院、郑州市第三附属医院（河南中医药大学第一附属医院）、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第三附属医院（河南中医药大学第二附属医院）、河南省妇幼保健院
7	奥拉帕利片	上皮性卵巢癌/输卵管癌/ 原发性腹膜癌	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市中心医院、郑州人民医院

定点医疗机构			
序号	药品名称	病种名称	
11	甲磺酸达拉非尼胶囊 曲美替尼片	非小细胞肺癌 黑色素瘤	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、河南省胸科医院、郑州大学第五附属医院、郑州大学第一附属医院、河南中医学院、河南中医药大学第二附属医院、郑州市中心医院、郑州市第二附属医院(河南中医药大学淮河医院)、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封市第一五五医院、开封市第三人民医院、中国人民解放军医学院、开封市第一人民医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市附属洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、新乡市第四人民医院、新乡市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
12			河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省中医院、河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)、河南中医学院、河南中医药大学淮河医院、郑州市中心医院、开封市第一五五医院、开封市第九八九医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市附属洛阳市中心医院、新乡市第二人民医院、新乡市第三人民医院、中国人民解放军医学院、中国人民解放军医学院、新乡市第一人民医院、新乡市第四人民医院、新乡市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
13	盐酸安罗替尼胶囊	小细胞肺癌/软组织肉瘤/甲状腺髓样癌 河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、 郑州市第三人民医院	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、河南省胸科医院、河南中医学院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第五附属医院、河南中医药大学第二附属医院、郑州市第一附属医院、郑州市中心医院、郑州市中医医院、河南淮河医院、开封市中心医院、开封一五五医院、开封市北海医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、安阳市人民医院、濮阳市安阳县地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、新乡市中心医院、新乡市第四人民医院、中国第二人民医院、中国人民解放军第十八八八医院二分户、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院南区医院、漯河市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第二人民医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
14	盐酸可洛派韦胶囊	慢性丙型肝炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第六人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
15	依维莫司片	肾癌 胰腺神经内分泌瘤 肾血管平滑肌脂肪瘤 室管膜下巨细胞星型细胞性非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、河南省中医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第二附属医院、河南省人民医院、河南省中医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州大学第五附属医院、河南中医药大学第二附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、郑州市第二附属医院、开封市第五人民医院、开封市第九八九医院、洛阳市第五人民医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市中心医院(郑州大学附属洛阳市中心医院)、安阳市人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、洛阳市安阳县地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军陆军第二十二人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、焦作市第六人民医院(焦作市心血管病医院)、许昌市第四人民医院、许昌市中心医院、许昌市南区医院、漯河市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
16	康柏西普眼用注射液	黄斑变性 糖尿病性黄斑水肿 脉络膜新生血管 视网膜静脉阻塞	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州市第二人民医院
17	地舒单抗注射液	骨巨细胞瘤	河南省人民医院、郑州市中心医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州市第三人民医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第二附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、郑州市第二附属医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
18	司库奇尤单抗 注射液	银屑病	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院、河南省中医院（河南中河医院）、郑州市中心医院、开封市第一五五医院、洛阳市第一人民医院、河南科技大学第二附属医院、新乡市中心医院、新乡市第三人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市军械集团军医院、新乡市第一人民医院、新乡市中心医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、焦作市第五人民医院、焦作市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市第一人民医院、许昌市中心医院南区医院、漯河市第六人民医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
	强直性脊柱炎		河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市中心医院、开封市第一五五医院、洛阳市第一人民医院、河南科技大学第二附属医院、新乡市第三人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、焦作市第五人民医院、焦作市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市第一人民医院、许昌市中心医院南区医院、漯河市第六人民医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
19	特瑞普利单抗 注射液	黑色素瘤 尿路上皮癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第三人民医院、郑州航海医院
		鼻咽癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州航海医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
20	替雷利珠单抗 注射液	经典型霍奇金淋巴瘤 尿路上皮癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省中医医院、郑州市中心医院、郑州人民医院、郑州陇海医院、郑州大学第五附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市淮河医院、开封市中心医院、开封市第一五五医院、开封市陇海医院、中国解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、非鳞状非小细胞肺癌、鳞状非小细胞肺癌
			河南省人民医院、河南中医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州大学第二附属医院、河南大学淮河医院、开封市第一五五医院、开封市第三人民医院、中国解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、安阳市人民医院、濮阳市安阳地区人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、新乡市中心医院、新乡市第九八八医院二分户、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院、许昌市南区医院、漯河市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
20	替雷利珠单抗注射液	成人实体瘤 鼻咽癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、郑州人民医院、郑州航海医院 河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院（河南中医药大学第一附属医院）、郑州航海医院
21	西妥昔单抗注射液	结肠癌 直肠癌	河南省人民医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封市淮河医院、河南大学淮河医院、开封市中心医院、开封一五五医院、开封市人民海医院、中国医药大学第一附属医院、洛阳市第一人民医院、新乡市第一人民医院、新乡市第三人民医院、安阳市人民医院、濮阳市安阳地区医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、安阳县人民医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、新乡市中心医院、新乡市第二人民医院、焦作市第二人民医院、中国人民解放军第九八八医院（漯河市第六人民医院）、焦作市第四人民医院、许昌市人民医院、中国人民解放军南区医院、漯河市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、商丘市第二人民医院、商丘市中心医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
22	信迪利单抗注射液	经典型霍奇金淋巴瘤 非鳞状非小细胞肺癌 鳞状非小细胞肺癌	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州市第三人民医院、郑州陇海医院、河南省胸科医院、河南中医学院、河南省中医院（河南中医药大学第五附属医院）、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、郑州人民医院、郑州陇海医院、河南大学淮河医院、郑州市第一人民医院、开封市第一人民医院、开封市五医院、开封市第一人民医院、洛阳市中心医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市附属洛阳中心医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、新乡市第一人民医院、新乡市第四人民医院、安阳市人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院二分户、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
23	重组人血小板生成素注射液	肝癌 食管鳞癌 食管癌	河南省人民医院、河南中医学院、河南省中医院（河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院）、郑州陇海医院、河南大学淮河医院、开封市第一人民医院、开封市五医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、新乡市第一人民医院、新乡市第三人民医院、安阳市人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八八医院二分户、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
		实体瘤化疗所致或原发免疫性血小板减少症	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州陇海医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
26	舒尼替尼	胃肠间质瘤 胰腺神经内分泌瘤	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州大学第三附属医院（河南省妇幼保健院）、河南省第三人民医院
27		肾癌 非小细胞肺癌	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第五附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市第一人民医院、郑州市中心医院、开封市渤海医院、中国人民解放军联勤保障部队第九八九医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、中国人民解放军陆军第八十三集团军医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳市中心医院）、安阳市人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳市中心医院）、焦作市第二人民医院、中国人民解放军陆军第九八八医院二分户、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院南区医院、漯河市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市三门峡医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
28	索拉非尼	肝癌	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南中医学院、开封市五五医院、开封市中医医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、中国人民解放军第二附属医院、郑州市第九人民医院(郑州大学附属洛阳中心医院)、新乡市第二人民医院、新乡市第四人民医院、新乡市第五人民医院、焦作市第二人民医院、许昌市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院
29	阿比特龙	肾癌 甲状腺癌	河南省人民医院、河南省肿瘤医院、郑州大学第一附属医院、河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)、河南省中医院(河南中医药大学第五附属医院)、河南省中医院(河南中医药大学第二附属医院)、郑州大学第一附属医院、河南省中医院、郑州人民医院
30	托法替布	前列腺癌 类风湿关节炎 强直性脊柱炎 银屑病关节炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南中医药大学第二附属医院、郑州市中心医院、河南大学淮河医院、开封市中心医院、开封市第五人民医院、开封市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、中国人民解放军第二附属医院、洛阳市第一人民医院(郑州大学附属洛阳中心医院)、新乡市第二人民医院、新乡市第五人民医院、新乡市第四人民医院、新乡市中心医院、新乡市人民医院、焦作市第一附属医院、焦作市第二附属医院、焦作市第三附属医院、焦作市第四人民医院、焦作市第五人民医院、焦作市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市第二人民医院、中国科学院南区医院、漯河市第六人民医院(漯河市心血管病医院)、许昌市中心医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
31	硼替佐米	多发性骨髓瘤 套细胞淋巴瘤	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州陇海医院 河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、开封市第一附属医院、洛阳市第三人民医院、郑州市陇海医院、河南大学淮河医院、开封市中心医院、洛阳市第九人民医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、安阳县人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、新乡市第五人民医院、新乡市第六人民医院（濮河市心血管病医院）、许昌市第一人民医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院
32	阿达木单抗	类风湿关节炎 强直性脊柱炎	河南省人民医院、河南中医都中医皮肤病医院、河南大学淮河医院、开封市中心医院、开封市第五人民医院、开封市第三人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、安阳县人民医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、新乡市第四人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、许昌市中心医院、许昌市第六人民医院（濮河市心血管病医院）、许昌市第三人民医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院 河南省人民医院、河南中医都中医皮肤病医院、河南大学淮河医院、开封市中心医院、开封市第五人民医院、开封市第三人民医院、河南科技大学第二附属医院、洛阳市第一人民医院、洛阳市中心医院（郑州大学附属洛阳中心医院）、安阳县人民医院、中国人民解放军陆军第八十八医院二分队、焦作市第四人民医院、焦作市第五人民医院、焦作市第六人民医院（濮河市心血管病医院）、许昌市第三人民医院、济源市第二人民医院
		儿童斑块状银屑病 多关节型幼年特发性关节炎	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第三附属医院（河南省妇幼保健院）、河南中医药大学第一附属医院、郑州市中心医院、河南中都中医皮肤病医院 河南省人民医院、河南中医药大学第二附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州市中心医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
32	阿达木单抗	葡萄膜炎 克罗恩病 儿童克罗恩病	河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第二附属医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市中心医院 河南省人民医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市中心医院 河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第三附属医院（河南省妇幼保健院）、河南中医药大学第一附属医院、河南省中医院（河南中医药大学第二附属医院）、郑州市中心医院
33			河南省人民医院、郑州大学第一附属医院、郑州大学第二附属医院、郑州大学第五附属医院、郑州大学第二附属医院、河南中医药大学第一附属医院、郑州市第一人民医院、开封市淮河医院、河南大学淮河保障部队第九八九医院、洛阳市中心医院、新乡市第一五五医院、郑州人民医院、开封市陇海医院、中国人民解放军勤务学院、洛阳市中心医院、新乡市第一人民医院、洛阳市第三人民医院、河南科技大学第二附属医院、濮阳市安阳地区医院、新乡市第一附属洛阳中心医院、安阳市人民医院、濮阳市第八十三集团军医院、新乡市第一人民医院、新乡市第二人民医院、中国人民解放军陆军第八十八医院、焦作市第四人民医院、焦作市第二人民医院、焦作市第四人民医院、焦作市第六人民医院（漯河市心血管病医院）、许昌市第二人民医院、许昌市第三人民医院、黄河三门峡医院、三门峡市中心医院、商丘市中心医院、商丘市第三人民医院、济源市第二人民医院 乳腺癌 氟维司群

注：1. 河南省儿童医院（郑州儿童医院）为门诊特定药品使用驻郑省属定点医疗机构。
2. 河南省肿瘤医院门诊输注中心整体搬迁至郑州航海医院，拟在河南省肿瘤医院新申请输注类门诊特定药品的参保人员可到郑州航海医院申请并享受相关待遇。

抄送：各省辖市、济源示范区医疗保障经办机构。

河南省医疗保障服务中心

2023年4月14日印发
