

信阳市医疗保障局文件

信医保办〔2022〕8号

信阳市医疗保障局 关于调整信阳市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

各县（区）医疗保障局，市医保中心、有关定点医疗机构：

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（2021年）〉的通知》豫医保〔2021〕72号精神，确保国家谈判药品等惠民政策及时落地，为进一步规范我市基本医疗保险门诊特定药品和重特大疾病用药（以下简称“特药”）管理，现就有关事项通知如下：

一、支付范围及标准

将2021年国家谈判药品目录中索磷维伏片等74种药品纳

入我市特药管理支付范围。调整艾尔巴韦格拉瑞韦片等 23 种特药限定支付范围。将沙库巴曲缬沙坦钠片调出特药支付范围。我市特药医保支付限额标准见附件 1。

二、实行分类管理

经专家反复论证，结合我市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、待遇水平

将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。统筹基金支付比例为城乡居民 80%，城镇职工 85%。属于基本医疗保险乙类药品和乙类诊疗项目的医疗费用，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。符合城乡居民大病保险、医疗救助等支付规定的费用，由大病保险、医疗救助按规定支付；符合城镇职工大额医疗保险和公务员医疗补助等支付规定的费用，按规定支付。享受特药医保支付待遇的参保人员，住院期间不重复享受特药医保支付相关待遇政策。

除耐多药结核病，慢性肾功能不全引起的贫血、高钾血症外，享受特药医保支付待遇的参保人员，原则上不再享受相关病种门诊慢性病待遇。

四、就医管理

（一）定点就医。特药实行定点管理，我市特药定点医疗

机构见附件 4。一个参保年度内，参保人员可自愿选择一家特药定点医疗机构就诊。

（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，报市医保中心备案后，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）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、三级医疗机构开具的 3 个月内的疾病诊断证明及其他相关申报资料，到选定的定点医疗机构领取《河南省医疗保障门诊特定药品申请表》，由责任医师填写并签署意见后，到医疗机构医保办（科）办理申报备案手续。对于一类特药中的急（抢）救药品，特殊情况下，定点医疗机构可为符合申报条件的参保人员采取先诊治后申报的方式，在医院先行备案，治疗结束后可携带相关资料到各医保经办机构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。

异地安置退休人员、异地长期工作人员和异地长期居住人员申请特药待遇时，应按照上述流程，选择一家参保地特药定点医疗机构办理申报备案手续。

就医流程、评估、费用结算及服务与监督参照信医保办〔2021〕19 号文件执行。

本通知自 2022 年 2 月 1 日起执行。2022 年 2 月 1 日起至本通知印发前发生的符合门诊特药使用条件的医疗费用，由各医保经办机构按规定进行追溯报销。

- 附件：1. 信阳市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
2. 信阳市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
3. 调出门诊特定药品名单
4. 信阳市门诊特定药品定点医疗机构



附件 1

信阳市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	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	玛巴洛沙韦片	一类	20mg*2 片	每次限支付 1 盒（体重＜80kg），每年限支付 2 盒。	48 小时内确诊甲型或乙型流感感染的检测报告或诊断证明。	本品适用于 12 周岁及以上单纯性甲型和乙型流感患者，包括既往健康的患者以及存在流感并发症高风险的患者。
			40mg*2 片	每次限支付 1 盒（体重≥80kg），每年限支付 2 盒。		
			40mg*1 片	每次限支付 2 盒（体重≥80kg），每年限支付 4 盒。		
2	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	一类	0.5g*1 瓶	每次限支付 1 瓶	1. 确诊或高度怀疑心血管病的证据；2. 4 周内常规超声心动图检查报告单。	用于常规超声心动图显影不够清晰者，增强显像效果，增加病变识别率及病变定性的准确性，增强左心室内膜边界的识别。
3	注射用全氟丁烷微球	一类	16μl*1 支	每次限支付 1 支	确诊或高度怀疑肝脏肿瘤的证据。	本品仅用于诊断使用：注射用全氟丁烷微球是一种超声造影剂，用于肝脏局灶性病变血管相和 Kupffer 相的超声成像。
4	环泊酚注射液	一类	20ml:50mg*1 支	每次限支付 1 支	1 周内行门诊消化道内镜检查申请单（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。	本品适用于：消化道内镜检查中的镇静；全身麻醉诱导。
			5ml:50mg*1 支			
5	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	一类	36mg*1 支	每次限支付 1 支	1 周内行门诊胃镜、结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）。	本品适用于胃镜、结肠镜检查的镇静。
			25mg*1 支			
6	注射用苯磺酸瑞马唑仑	一类	25mg*1 支	每次限支付 1 支	1 周内行门诊结肠镜检查申请单（附门诊病历或其他相关检查资料）。	本品适用于结肠镜检查的镇静。
7	水合氯醛/糖浆组合包装	一类	（水合氯醛浓缩液 1.342g：1g/糖浆 9ml）*1 盒	每次限支付 1 盒组合包装	1 周内行镇静、催眠的门诊检查（含临床操作）申请单。	儿童检查、操作前的镇静、催眠。
8	醋酸艾替班特注射液	一类	3ml:30mg*1 支	每次限支付 1 支	确诊遗传性血管性水肿（HAE）急性发作的临床证据。	用于治疗成人、青少年和≥2 岁儿童的遗传性血管性水肿（HAE）急性发作。
9	咪达唑仑口服溶液	一类	0.2% (10ml:20mg)*1 支	每次限支付 1 支	1 周内行镇静/抗焦虑/遗忘的门诊诊疗（含治疗性操作）、手术申请单。	用于儿童诊断或治疗性操作前以及操作过程中的镇静/抗焦虑/遗忘；也可用于儿童术前镇静/抗焦虑/遗忘。

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	索磷维伏片	二类	(每片含索磷布韦 400mg 维帕他韦 100mg 和 伏西瑞韦 100mg) *28 片	每 4 周限支付 1 瓶 每人限支付 3 瓶	1. HCV RNA 检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 既往使用直接抗病毒药物治疗的医嘱或其他使用证据; 4. 肝功能 Child-Pugh 分级; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	本品适用于治疗既往接受过含直接抗病毒药物 (DAA) 方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化 (Child-PughA) 的成人慢性丙型肝炎病毒 (HCV) 感染。
11	达诺瑞韦钠片	二类	100mg*28 片	每 4 周限支付 2 瓶 每人限支付 6 瓶	1. HCV RNA 检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因 1b 型慢性丙型肝炎成人患者 (用法用量详见盐酸拉维达韦片说明书)。
12	盐酸拉维达韦片	二类	200mg*14 片	每 4 周限支付 2 瓶 每人限支付 6 瓶	1. HCV RNA 检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	盐酸拉维达韦片联合利托那韦强化的达诺瑞韦钠片和利巴韦林, 用于治疗初治的基因 1b 型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。盐酸拉维达韦片不得作为单药治疗。
13	磷酸依米他韦胶囊	二类	100mg*28 粒	每 4 周限支付 1 盒 每人限支付 3 盒	1. HCV RNA 检查报告单; 2. 肝功能检查报告单; 3. 基因分型检查报告单; 4. 提供非肝硬化的临床依据; 5. 肝脏超声检查或影像学检查报告单。	磷酸依米他韦胶囊需与索磷布韦片联合, 用于治疗成人基因 1 型非肝硬化慢性丙型肝炎。磷酸依米他韦胶囊不得作为单药治疗。
14	司美格鲁肽注射液	二类	1. 5ml*1 支	每 4 周限支付 1 支	1. 确诊为 2 型糖尿病的证据; 2. 二甲双胍和/或磺脲类药物降糖效果不佳证据。	本品适用于成人 2 型糖尿病患者的血糖控制: 在饮食控制和运动基础上, 接受二甲双胍和/或磺脲类药物降糖仍控制不佳的成人 2 型糖尿病患者。适用于降低伴有心血管疾病的 2 型糖尿病成人患者的主要心血管不良事件 (心血管死亡、非致死性心肌梗死或非致死性卒中) 风险。
			3. 0ml*1 支			
15	艾塞那肽注射液	二类	1. 2ml*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; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的 BMI ≥ 25 的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			2. 4ml*1 支			
16	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; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的 BMI ≥ 25 的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
17	利司那肽注射液	二类	10 μg 剂量注射笔 (绿色): 0. 05mg/ml, 3ml*1 支	初始 2 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; 3. BMI ≥ 25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的 BMI ≥ 25 的患者, 首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			20 μg 剂量注射笔 (紫红色): 0. 10mg/ml, 3ml*1 支	每 4 周限支付 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
18	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4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；3. BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
19	度拉糖肽注射液	二类	0.75mg:0.5ml*1支	每4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；3. BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			1.5mg:0.5ml*1支			
20	聚乙二醇洛塞那肽注射液	二类	0.5ml:0.1mg*1支	每4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；3. BMI≥25。	限二甲双胍等口服降糖药或胰岛素控制效果不佳的BMI≥25的患者，首次处方时需由二级及以上医疗机构专科医师开具处方。
			0.5ml:0.2mg*1支			
21	二甲双胍恩格列净片（I）	二类	（每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg）*60片	每30天限支付1盒	1. 确诊为2型糖尿病的证据；2. 正在接受恩格列净和/或盐酸二甲双胍治疗的医嘱或其他相关证据。	本品配合饮食控制和运动，适用于正在接受恩格列净和盐酸二甲双胍治疗的2型糖尿病成人患者，用于改善这些患者的血糖控制。
			（每片含盐酸二甲双胍500mg与恩格列净5mg）*30片	每30天限支付2盒		
22	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HBVDNA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。
23	恩替卡韦口服溶液	二类	0.005% (210ml:10.5mg)*1瓶	成人：每6周限支付4瓶 儿童：每6周限支付2瓶	1. 乙肝五项或HBV DNA检查报告单；2. 肝功能检查显示血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）升高或其他证明肝脏有活动性病变的证据；3. 肝脏彩超或影像学检查报告单。	恩替卡韦适用于病毒复制活跃，血清丙氨酸氨基转移酶（ALT）持续升高或肝脏组织学显示有活动性病变的慢性成人乙型肝炎的治疗（包括代偿及失代偿期肝病患者）。也适用于治疗2岁至<18岁慢性HBV感染代偿性肝病的核苷初治儿童患者，有病毒复制活跃和血清ALT水平持续升高的证据或中度至重度炎症和/或纤维化的组织学证据。
24	人凝血因子IX	二类	500 IU/10 ml*1瓶	每年限支付12万	凝血酶原时间、活化部分凝血活酶时间、纤维蛋白原、凝血酶时间、凝血因子VIII/IX活性检测报告单。	用于凝血因子IX缺乏症（B型血友病）患者的出血治疗。

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
25	海曲泊帕乙醇胺片	二类	2.5mg*14 片 3.75mg*14 片 5mg*14 片	慢性原发免疫性血小板减少症： 每 4 周限 10600 元	慢性原发免疫性血小板减少症(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。	1. 本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)成人患者，使血小板计数升高并减少或防止出血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的 ITP 患者。 2. 本品适用于对免疫抑制治疗（IST）疗效不佳的重型再生障碍性贫血（SAA）成人患者。基于一项 II 期单臂试验的结果附条件批准本适应症。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性临床试验的结果。
				重型再生障碍性贫血： 每 4 周限 21200 元	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；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。	
26	甲苯磺酸多纳非尼片	二类	0.1g*40 片	每月限支付 3 盒	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。	本品用于既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。
27	盐酸恩沙替尼胶囊	二类	25mg*7 粒 100mg*14 粒	每 4 周限 11167 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. 接受过克唑替尼治疗后进展的或者对克唑替尼不耐受的证据；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。	适用于此前接受过克唑替尼治疗后进展的或者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）患者的治疗。
			25mg*30 粒 100mg*60 粒	每月限 11965 元		
28	甲磺酸伏美替尼片	二类	40mg*28 片	每 4 周限支付 2 盒	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. 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；4. EGFR T790M 基因检测报告单。	本品用于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性肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。该适应症是基于一项包括 220 例不可手术切除的局部晚期或转移性、经第一/第二代 EGFR TKI 治疗进展并伴有 EGFR T790M 突变阳性、或原发性 EGFR T790M 突变阳性 NSCLC 患者的 IIb 期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性随机对照试验证实本品的临床获益。
29	达可替尼片	二类	15mg*30 片	每月限支付 3 瓶	1. 病理组织学报告单；2. 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；3. EGFR 基因检测报告单。	单药用于表皮生长因子受体（EGFR）19 号外显子缺失突变或 21 号外显子 L858R 置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。

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
30	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：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。	本品适用于治疗：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。上述适应症分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本品的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。
31	阿齐沙坦片	二类	20mg*10 片	每月限支付 3 盒	确诊为高血压的证据。	高血压。
			40mg*10 片			
32	氨氯地平叶酸片（II）	二类	（每片含苯磺酸氨氯地平 5mg(以氨氯地平计)与叶酸 0.8mg）*7 片	每 4 周限支付 4 盒	1. 确诊为原发性高血压的证据；2. 血浆同型半胱氨酸检测报告单。	用于治疗伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压。氨氯地平降低血压，叶酸降低血同型半胱氨酸水平，升高血叶酸水平。
			（每片含苯磺酸氨氯地平 5mg(以氨氯地平计)与叶酸 0.8mg）*14 片	每 4 周限支付 2 盒		
			（每片含苯磺酸氨氯地平 5mg(以氨氯地平计)与叶酸 0.8mg）*28 片	每 4 周限支付 1 盒		
33	氟唑帕利胶囊	二类	50mg*36 粒	每月限支付 5 盒	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. 获得经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。	1. 用于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患者的治疗。2. 用于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。

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
34	帕米帕利胶囊	二类	20mg*30 粒	每月限支付 6 盒	1. 病理组织学报告单；2. 既往使用二线及以上化疗的医嘱或其他使用证据；3. 胚系 BRCA 基因检测报告单。	用于既往经过二线及以上化疗的伴有胚系 BRCA（gBRCA）突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 113 例既往经过二线及以上化疗的伴有 gBRCA 突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者中开展的开放性、多中心、单臂、II 期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确证性试验证实本品在该人群的临床获益。
			20mg*60 粒	每月限支付 3 盒		
			20mg*90 粒	每月限支付 2 盒		
35	阿贝西利片	二类	50mg*14 片	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；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。	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腺癌：1. 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；2. 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。
			100mg*14 片			
			150mg*14 片			
36	甲磺酸艾立布林注射液	二类	2ml:1mg*1 支	每 3 周限支付 5 支	1. 病理组织学报告单；2. 既往接受过至少两种化疗方案，且包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物的医嘱或其他使用证据；3. 证实为局部晚期或转移性乳腺癌的相关检查报告单。	本品适用于既往接受过至少两种化疗方案的局部晚期或转移性乳腺癌患者。既往的化疗方案应包含一种蒽环类和一种紫杉烷类药物。
37	马来酸奈拉替尼片	二类	40mg*180 片	每月限支付 1 瓶 每人限支付 12 瓶	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。	适用于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。
38	索凡替尼胶囊	二类	50mg*42 粒	每 4 周限支付 4 盒	1. 病理组织学报告单；2. 影像学检查报告单。	本品单药适用于无法手术切除的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好（G1、G2）的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。
39	达雷妥尤单抗注射液	二类	400mg/20ml*1 瓶 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 12626 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 12626 元。	联合治疗：1. 骨髓细胞学、免疫固定电泳或蛋白电泳等检查报告单；2. 既往接受过一线治疗的医嘱或其他使用证据。 单药治疗：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。	本品适用于：1. 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。2. 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。

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
40	泊马度胺胶囊	二类	1mg*7 粒	每 4 周限支付 9 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. 既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂）的医嘱或其他使用证据，且在治疗期间或治疗结束 60 天内出现疾病进展的证据。	本品与地塞米松联用，适用于既往接受过至少两种治疗（包括来那度胺和一种蛋白酶体抑制剂），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		
			4mg*7 粒	每 4 周限支付 3 盒		
			4mg*14 粒	每 8 周限支付 3 盒		
			4mg*21 粒	每 4 周限支付 1 盒		
41	阿帕他胺片	二类	60mg*120 片	每月限支付 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。	1. 转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌（mHSPC）成年患者。2. 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。
42	达罗他胺片	二类	300mg*120 片	每月限支付 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。	适用于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。
43	注射用维迪西妥单抗	二类	60mg*1 支	每 2 周限支付 3 支	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 种或以上系统化疗的医嘱或其他使用证据；4. 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。	本品适用于至少接受过 2 个系统化疗的 HER2 过表达局部晚期或转移性胃癌（包括胃食管结合部腺癌）的患者，HER2 过表达定义为 HER2 免疫组织化学检查结果为 2+ 或 3+。该适应症是基于一项 HER2 过表达的局部晚期或转移性胃癌患者（包括胃食管结合部腺癌）的 II 期单臂临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全获批将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品在该人群的临床获益。
44	氨吡啶缓释片	二类	10mg*28 片	每 4 周限支付 2 盒	1. 相关的神经影像学、神经电生理或脑脊液检查报告；2. 步行障碍 EDSS 评分在 4-7 分之间。	本品用于改善多发性硬化合并步行障碍（EDSS 评分 4-7 分）的成年患者的步行能力。
			10mg*56 片	每 4 周限支付 1 盒		
45	阿加糖酶 α 注射用浓溶液	二类	3.5mg(3.5ml)*1 瓶	每 2 周限支付 4 瓶	需提供以下其中一项：α-半乳糖苷酶活性检测报告单、GLA 基因检测报告单、血浆 lyso-Gb3 检测报告单或病理组织学报告单。	本品用于确诊为法布雷病（α-半乳糖苷酶 A 缺乏症）患者的长期酶替代治疗。本品适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在 0-6 岁儿童中的安全性和有效性。

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
47	注射用利培酮微球(II)	二类	25mg*1 支	每 2 周限支付 1 支	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。	用于治疗急性和慢性精神分裂症以及其它各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。可减轻与精神分裂症有关的情感症状。
			37.5mg*1 支			
			50mg*1 支			
48	环硅酸锆钠散	二类	10g*1 袋	纠正阶段：48 小时限支付 6 袋 维持阶段：每 30 天限支付 30 袋	1 周内血钾检查报告单及心电图检查报告单。	本品适用于治疗成人高钾血症。使用限制：因起效迟缓，本品不应该用于危及生命的高钾血症的紧急治疗。
			5g*1 袋	维持阶段：每 30 天限支付 30 袋		
49	氯苯唑酸软胶囊	二类	61mg*30 粒	每月限支付 1 盒	1. 病理学检查报告单和前体蛋白鉴定或磷酸基示踪剂的核素检查报告单；2. 基因检测报告单。	本品适用于治疗成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心脏病（ATTR-CM），以减少心血管死亡及心血管相关住院。
50	注射用泰它西普	二类	80mg*1 支	每周限支付 2 支	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 ≥ 8 ；3. 免疫学检查：ANA 阳性或抗 DNA 抗体增高或抗 Sm 抗体阳性。	本品与常规治疗联合，适用于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 ≥ 8 ）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。该适应症是基于一项接受常规治疗仍具有高疾病活动的系统性红斑狼疮成年患者的 II 期临床试验结果给予的附条件批准。本适应症的完全获批将取决于确证性随机对照临床试验能否证实本品在该患者人群的临床获益。
51	乌司奴单抗注射液	二类	45mg/0.5ml*1 支	斑块状银屑病（体重 $\leq 100\text{kg}$ ）：首次及第 4 周末各限支付 1 支，以后每 12 周限支付 1 支，每年限支付 6 支。	斑块状银屑病 ：1. 确诊为斑块状银屑病的诊疗依据；2. 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。 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 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。	1. 斑块状银屑病：本品适用于对环孢素、甲氨蝶呤（MTX）或 PUVA（补骨脂素和紫外线 A）等其他系统性治疗不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者。2. 克罗恩病：本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α （TNF- α ）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	斑块状银屑病（体重 $>100\text{kg}$ ）：首次及第 4 周末各限支付 1 支，以后每 12 周限支付 1 支，每年限支付 6 支。 克罗恩病 ：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。		

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
52	乌司奴单抗注射液(静脉输注)	二类	130mg/26ml*1 支	诱导用药： 体重≤55kg，限支付 2 支； 体重>55kg 至≤85kg，限支付 3 支； 体重>85kg，限支付 4 支。	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 拮抗剂治疗应答不足、失应答或无法耐受的证据。	本品适用于对传统治疗或肿瘤坏死因子 α（TNF-α）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。
53	依奇珠单抗注射液	二类	80mg/ml*1 支	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。	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。	本品用于治疗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。
54	芍麻止痉颗粒	二类	2.5g*1 袋	5-12 岁： 每 4 周限支付 168 袋，限支付 8 周。 13-18 岁： 每 4 周限支付 252 袋，限支付 8 周。	1. 头部核磁共振检查报告单；2. 脑电图检查报告单； 3. Tourette 综合征（抽动-秽语综合征）的相关临床表现证据。	
55	桑枝总生物碱片	二类	50mg*24 片	起始剂量：前 4 周限支付 4 盒。 维持剂量： 第 5-24 周，每 4 周限支付 7 盒，限支付 35 盒。	确诊为 2 型糖尿病的证据。	
56	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他使用证据；4. 排除其他继发性血小板减少症的相关证据。	本品适用于既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的成人和 12 岁及以上儿童慢性免疫性（特发性）血小板减少症（ITP）患者，使血小板计数升高并减少或防止出血。本品仅用于因血小板减少和临床条件导致出血风险增加的 ITP 患者。
			25mg*28 片	每 4 周限支付 3 盒		
57	苯环喹溴铵鼻喷雾剂	三类	5ml:5mg*1 瓶	每 4 周限支付 4 盒 每年限支付 4 盒	1. 1 周内包含变应性鼻炎相关临床症状与体征的病历（如喷嚏、清水样涕、鼻塞、鼻痒等；鼻粘膜苍白、水肿、鼻腔水样分泌物等）；2. 1 周内免疫球蛋白 IgE 检查报告单；3. 鼻内镜检查或鼻粘膜激发试验报告单或皮肤点刺试验阳性结果报告单。	本品适用于改善变应性鼻炎引起的流涕、鼻塞、鼻痒和喷嚏症状。
			10ml:10mg*1 瓶	每 4 周限支付 2 盒 每年限支付 2 盒		
58	马来酸阿伐曲泊帕片	三类	20mg*10 片 20mg*15 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。	限择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者。

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
59	奥妥珠单抗注射液	三类	1000mg(40ml)*1瓶	1. 与苯达莫司汀联合方案（4周为1个周期）：第1个周期，限支付3瓶；第2-6个周期，每个周期限支付1瓶；共支付8瓶。 2. 与CHOP联合方案或与CVP联合方案（3周为1个周期）：第1个周期，限支付3瓶；第2-8个周期，每个周期限支付1瓶；共支付10瓶。 3. 维持治疗：每2个月限支付1瓶，共支付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. 肿瘤分期证据或部分缓解证据；3. 与化疗联合使用需提供相关医嘱或其他使用证据；4. 单药维持治疗时，需提供本品与化疗联合使用达到完全或部分缓解证据。	本品与化疗联合，用于初治的II期伴有巨大肿块、III期或IV期滤泡性淋巴瘤成人患者，达到至少部分缓解的患者随后用奥妥珠单抗维持治疗。
60	诺西那生钠注射液	三类	5ml:12mg*1支	负荷剂量：第0、14、28、63天各限支付1支。维持剂量：每4个月限支付1支。	1. 家族史符合常染色体隐性遗传方式证据；2. 心肌酶谱检查报告单；3. 肌电图检查报告单；4. SMN基因检测报告单或肌活检查报告单。	本品用于治疗5q脊髓性肌萎缩症。
61	注射用盐酸兰地洛尔	三类	50mg*1支	每次限支付1支	1. 24小时内心电图报告单；2. 需纠正快速心律失常的相关证据。	1. 手术过程中发生的下列快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速。2. 手术后循环系统动态监护时发生的快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速。3. 心功能不全患者发生下列快速性心律失常的治疗：心房纤颤、心房扑动。
62	海博麦布片	三类	10mg*14片	每4周限支付2盒	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。	本品作为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，可降低总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）、载脂蛋白B（ApoB）水平。
			20mg*14片	每4周限支付2盒		
			10mg*20片	每40天限支付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
63	依洛尤单抗注射液	三类	1ml:140mg*1 支	1. 动脉粥样硬化性心血管疾病：每 2 周限支付 1 支或每月限支付 3 支。 2. 原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常：每 2 周限支付 1 支或每月限支付 3 支。 3. 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。 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。	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。
64	阿利西尤单抗注射液	三类	75mg/1ml*1 支	每 2 周限支付 1 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。	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。
			150mg/1ml*1 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
65	克霉唑阴道膨胀栓	三类	0.15g*2粒 0.15g*4粒 0.15g*10粒	每次限支付1周共7粒	4周内阴道分泌物检查报告单或阴道分泌物真菌培养报告单。	用于念珠菌性外阴阴道病。
66	环孢素滴眼液（II）	三类	0.4ml:0.2mg*1支	每月限支付60支 每人限支付3个月	1.泪液分泌时间检查报告单；2.泪膜破裂时间检查报告单；3.角膜地形图检查报告单；4.角膜荧光素染色检查报告单。	本品可促进干眼症患者的泪液分泌，适用于与角结膜干燥症相关的眼部炎症所导致的泪液生成减少的患者。
67	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。	适用于2岁及以上轻度至中度特应性皮炎患者的局部外用治疗。
			60g*1支	每次限支付2支 每年限支付1次		
68	化湿败毒颗粒	三类	5g*1袋	每次限支付24袋 每年限支付2周	1.确诊为急性呼吸道感染的证据；2.脉案。	化湿解毒，宣肺泄热。用于湿毒侵肺所致的疫病，症见发热、咳嗽、乏力、胸闷、恶心、肌肉酸痛、咽干咽痛、食欲减退、口中粘腻不爽等。
69	宣肺败毒颗粒	三类	10g*1袋	每次限支付14袋 每年限支付28袋	1.确诊为急性呼吸道感染的证据；2.脉案。	宣肺化湿，清热透邪，泻肺解毒。用于湿毒郁肺所致的疫病。症见发热，咳嗽，咽部不适，喘促气短，乏力，纳呆，大便不畅；舌质暗红，苔黄腻或黄燥，脉滑数或弦滑。
70	关黄母颗粒	三类	9g*1袋	每4周限支付90袋 每年限支付170袋	1.确诊为女性更年期综合征的证据；2.脉案。	补益肝肾，滋阴降火。用于女性更年期综合征（绝经前后诸证）中医辨证属肝肾阴虚证，症见烘热汗出，头晕，耳鸣，腰膝酸软或足跟痛，少寐多梦，急躁易怒等。
71	康替唑胺片	三类	400mg*20片	限支付10天共2盒	1.1周内细菌培养和药敏试验报告单；2.经验性治疗应提供相关治疗证据。	本品适用于治疗由对本品敏感的金黄色葡萄球菌（甲氧西林敏感和耐药的菌株）、化脓性链球菌或无乳链球菌引起的复杂性皮肤和软组织感染。为减少细菌耐药的发生，确保康替唑胺及其他抗菌药物的疗效，本品应仅用于治疗已确诊或高度怀疑由敏感菌引起的感染。本品不适用于治疗革兰阴性菌感染。如确诊或怀疑合并有革兰阴性菌感染，建议联合应用抗革兰阴性菌药物进行治疗。在选择或调整抗菌药物治疗方案时，应考虑进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对本品的敏感性。如果没有这些试验的药敏数据做参考，则应根据当地细菌耐药性和抗菌药物敏感性等流行病学情况进行经验性治疗。在获得以上药敏结果之前可以先使用本品进行治疗，获得药敏结果后再选择进行针对性的病原治疗。

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
72	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	三类	(250ml:苹果酸奈诺沙星 0.5g 和氯化钠 2.25g) *1 袋	每天限支付 1 袋限支付 2 周共 14 袋	1. 1 周内细菌培养和药敏试验报告单; 2. 经验性治疗应提供相关治疗证据。	为减少耐药菌的产生, 保证奈诺沙星及其他抗菌药物的有效性, 本品只用于治疗已证明或高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方案时, 应考虑细菌培养和药敏试验的结果。如果没有这些试验的数据做参考, 则应根据当地流行病学和病原菌敏感性进行经验性治疗。 在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌, 确定其对本品的敏感性。在获得以上检验结果之前可以先使用本品进行治疗, 得到检验结果之后再选择适当的治疗方法。 在此类中的其他药物相同, 使用本品进行治疗时, 在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗菌药物持续敏感, 并在细菌出现耐药性后能够及时发现。 本品可用于治疗对奈诺沙星呈现敏感的肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、副流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌以及肺炎支原体、肺炎衣原体和嗜肺军团菌所致的成人(≥18 岁)社区获得性肺炎。 在使用本品时可依据患者病情严重程度及耐受性选用注射剂或口服制剂, 也可选用治疗初期予以注射剂静脉输注, 病情趋缓解后继以口服给药的序贯疗法。
73	注射用两性霉素 B 胆固醇硫酸酯复合物	三类	50mg*1 支	每次限支付 2 周共 42 支	1. 1 周内真菌培养和药敏试验报告单; 2. 不能使用有效剂量两性霉素 B 或已经接受过两性霉素 B 治疗无效的的证据或医嘱。	本品适用于患有深部真菌感染的患者; 因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量的两性霉素 B 的患者, 或已经接受过两性霉素 B 治疗无效的患者均可使用。

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
74	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	三类	0.125g*1 支	成人：限支付 5 天共 40 支 儿童：限支付 5 天共 35 支 新生儿和婴儿：限支付 5 天共 10 支	阿米巴病：1. 确诊肠道和肝脏严重的阿米巴病的证据；2. 不宜口服给药的证据。 敏感厌氧菌感染：1. 1 周内细菌培养和药敏试验报告单；2. 经验性治疗应提供相关治疗证据；3. 不宜口服给药的证据。	为减少耐药菌的产生，保证磷酸左奥硝唑酯二钠、左奥硝唑、奥硝唑及其他抗菌药物的有效性，磷酸左奥硝唑酯二钠只用于治疗或预防已证明或高度怀疑由敏感细菌引起的感染。在选择或修改抗菌药物治疗方案时，应考虑细菌培养和药敏试验结果。如果没有这些试验的数据做参考，则应当根据当地流行病学和病原菌敏感性进行经验性治疗。在治疗前应进行细菌培养和药敏试验以分离并鉴定感染病原菌，确定其对该抗菌药物的敏感性，在获得以上药敏结果之前可以先使用该抗菌药物进行治疗，得到药敏结果后再选择进行针对病原菌的治疗。 在治疗期间应定期进行细菌培养和药敏试验以掌握病原菌是否对抗菌药物持续敏感，并在细菌出现耐药性后能够及时发现。 本品仅适用于不宜口服给药的患者。本品适应症为： 1. 本品适用于治疗肠道和肝脏严重的阿米巴病。2. 本品适用于治疗奥硝唑敏感厌氧菌引起的手术后感染。3. 本品适用于预防外科手术导致的敏感厌氧菌感染。

附件 2

信阳市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	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
1	艾尔巴韦格拉瑞韦	口服常释剂型	（每片含艾尔巴韦 50mg 和格拉瑞韦 100mg）*28	每 4 周限支付 1 盒 每人限支付 3 盒	HCV RNA 检查报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎（CHC）感染。
2	索磷布韦维帕他韦	口服常释剂型	（每片含 400mg 索磷布韦和 100mg 维帕他韦）*28	每 4 周限支付 1 盒 每人限支付 3 盒	HCV RNA 检查报告单。	本品用于治疗成人慢性丙型肝炎病毒（HCV）感染。
3	来迪派韦索磷布韦	口服常释剂型	（每片含 90mg 来迪派韦和 400mg 索磷布韦）*28	每 4 周限支付 1 盒 每人限支付 3 盒	HCV RNA 检查报告单。	本品适用于治疗成人和 12 至<18 岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。
4	罗沙司他	口服常释剂型	20mg*3	每月限 1928 元	4 周内肾功能检查和血常规检查报告单。	本品适用于慢性肾脏病(CKD)引起的贫血，包括透析及非透析患者。
			50mg*3			
5	信迪利单抗	注射剂	10ml:100mg	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嘱或其他使用证据。 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. 证实为晚期或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌的相关检查报告单。 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晚期或复发性鳞状细胞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医嘱或证据。 肝癌：1. 病理组织学报告单；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. 联合贝伐珠单抗的医嘱或证据。	1. 本品适用于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。本适应症是基于 一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的有条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实信迪利单抗治疗相对于标准治疗的显著临床获益。2. 信迪利单抗联合培美曲塞和铂类化疗，用于未经系统治疗的表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的晚期或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌的治疗。3. 信迪利单抗联合吉西他滨和铂类化疗，用于不可手术切除的晚期或复发性鳞状细胞非小细胞肺癌的一线治疗。4. 信迪利单抗联合贝伐珠单抗，用于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。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
6	替雷利珠单抗	注射剂	10ml:100mg	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嘱或复发、难治的证据。 尿路上皮癌：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。 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. 联合紫杉醇和卡铂的医嘱或证据。 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。 肝癌：1. 病理组织学报告单；2. 既往全身系统治疗的医嘱或证据。	1. 经典型霍奇金淋巴瘤：本品适用于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。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。 2. 尿路上皮癌：本品适用于 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。本适应症是基于一项单臂临床试验的客观缓解率和缓解持续时间结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。 3. 非小细胞肺癌：本品联合紫杉醇和卡铂用于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。本品联合培美曲塞和铂类化疗用于表皮生长因子受体（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。 4. 肝细胞癌：本品适用于至少经过一种全身治疗的肝细胞癌（HCC）的治疗。本适应症是基于一项 II 期临床试验的客观缓解率和总生存期结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验能否证实本品治疗相对于标准治疗的显著临床获益。
7	特瑞普利单抗	注射剂	80mg/2ml	每 4 周限支付 6 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；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：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。	1. 本品适用于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. 本品适用于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。* 3. 本品适用于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。 *以上适应症在中国是基于单臂临床试验的客观缓解率结果给予的附条件批准。本适应症的完全批准将取决于正在开展中的确证性临床试验能否证实中国患者的长期临床获益。
			240mg/6ml	每 4 周限支付 2 支	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。	

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
8	安罗替尼	口服常释剂型	12mg*7	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. 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；4. 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。	1. 用于既往至少接受过 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. 用于腺泡状软组织肉瘤、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. 用于既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 119 例既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者的 II 期临床试验的结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性试验证实本品在该人群的临床获益。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髓样癌患者的治疗。该适应症是基于一项包括 91 例晚期甲状腺髓样癌的 IIB 期临床试验结果给予的附条件批准。该适应症的完全批准将取决于正在进行的确定性试验证实本品在该人群的临床获益。
			10mg*7			
			8mg*7			
9	尼洛替尼	口服常释剂型	50mg*120	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。	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。
			200mg*120	每月限支付 1 盒 每 13 个月限支付 8 盒		
			150mg*120			

序号	药品名称	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	口服常释剂型	80mg*64	每月限支付 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。 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。 华氏巨球蛋白血症：1. 病情诊断证明书；2. 血清蛋白电泳；3. 骨髓细胞检查报告；4. 既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。	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。分别基于一项单臂临床试验的客观缓解率结果附条件批准上述适应症，完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。3. 既往至少接受过一种治疗的成人华氏巨球蛋白血症（WM）患者。基于一项单臂临床试验的主要缓解率结果附条件批准上述适应症，完全批准将取决于正在开展中的确证性随机对照临床试验结果。
11	尼拉帕利	口服常释剂型	100mg*30	每月限支付 3 盒	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缓解的证据；4. 晚期确诊证据或停药超过 6 个月出现复发的相关检查报告单。	1. 本品适用于晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。2. 本品适用于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。
			100mg*60	每 2 月限支付 3 盒		
12	西妥昔单抗	注射剂	100mg（20ml）	1. 单周方案： 首周给药剂量为 400mg/m²体表面积，其后每周给药剂量为 250mg/m²体表面积。 2. 双周方案： 每 2 周给药剂量为 500mg/m²体表面积。	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. K-RAS 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. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单；3. K-RAS 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. 病理组织学报告单；2. 影像学 检查报告单；3. 证实为复发和/或转移性疾病的检查报告单。4. 联合铂类和氟尿嘧啶化疗的医嘱或证据。	1. 本品用于治疗 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌：与 FOLFOX 或 FOLFIRI 方案联合用于一线治疗；与伊立替康联合用于经含伊立替康治疗失败后的患者。2. 本品用于治疗头颈部鳞状细胞癌：与铂类和氟尿嘧啶化疗联合用于一线治疗复发和/或转移性疾病。

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
13	阿帕替尼	口服常释剂型	250mg*30	每月限支付 3 盒	胃腺癌或胃-食管结合部腺癌： 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。 肝癌： 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医嘱或相关证据。	1. 本品单药用于既往至少接受过 2 种系统化疗后进展或复发的晚期胃腺癌或 胃-食管结合部腺癌患者。患者接受治疗时应一般状况良好。2. 本品单药用于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。
			250mg*10	每月限支付 9 盒		
			375mg*10	每月限支付 5 盒		
			425mg*14	每月限支付 5 盒		
14	埃克替尼	口服常释剂型	125mg*21	每 4 周限支付 4 盒	一线治疗： 病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告单。 二线治疗： 1. 病理组织学报告单； 2. 既往接受过一个化疗方案（含铂类）失败后的局部晚期或转移性证据。 辅助治疗： 1. 病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告单； 2. 手术后需要使用本品辅助治疗的医嘱或其他证据。	1. 本品单药适用于治疗表皮生长因子受体（EGFR）基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）患者的一线治疗。2. 本品单药可适用于治疗既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞 肺癌（NSCLC），既往化疗主要是指以铂类为基础的联合化疗。3. 本品单药适用于 II-III A 期伴有表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变非小细胞肺癌（NSCLC）术后辅助治疗。4. 不推荐本品用于 EGFR 野生型非小细胞肺癌患者。
15	贝利尤单抗	注射剂	120mg	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）。	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≥8； 3. 免疫学检查：ANA 阳性或抗 DNA 抗体增高或抗 Sm 抗体阳性。	本品与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗 dsDNA 抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分≥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。
			400mg	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）。		
16	度普利尤单抗	注射剂	300mg	首次 2 支 后续每 4 周限支付 2 支	1. 确诊为中重度特应性皮炎证据，包括症状和实验室检查报告单； 2. 传统治疗无效、禁忌或不耐受的证据； 3. 16 周后评估无效的患者停止使用。	限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。
			200mg			
17	戈舍瑞林	缓释植入剂	3. 6mg	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. 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。	
			10. 8 mg	每 12 周限支付 1 支		
			3. 6mg	每 4 周限支付 1 支	乳腺癌： 1. 病理组织学报告单； 2. 性激素检查报告单。	
			3. 6mg	每 4 周限支付 1 支 每人限支付 6 支	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。	

序号	药品名称	剂型	规格（支/盒/瓶）	限额标准	申报资料	限定支付范围
18	舒尼替尼	口服常释剂型	12.5mg*28	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。 胃肠间质瘤： 1. 病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告；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。 胰腺神经内分泌瘤： 1. 病理组织学报告单；2. 4 周内影像学检查报告单。	限 1. 不能手术的晚期肾细胞癌（RCC）；2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤（GIST）；3. 不可切除的，转移性高分化进展期胰腺神经内分泌瘤（pNET）成人患者。
			12.5mg*14	每 6 周限支付 8 盒		
			12.5mg*28	每 4 周限支付 3 盒		
			12.5mg*14	每 4 周限支付 6 盒		
19	恩扎卢胺	口服常释剂型	40mg*112	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；4. 雄激素剥夺治疗（ADT）失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）的证据。	限雄激素剥夺治疗（ADT）失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）成年患者的治疗。
			40mg*28	每 4 周限支付 4 盒		
20	维 A 酸	口服常释剂型	20mg*10	每月限支付 3 盒	1. 骨髓检查报告单；2. 初诊提供特异性染色体检查报告单和 PML/RARa 融合基因检查报告单；3. 继续治疗提供特异性染色体检查报告单或 PML/RARa 融合基因检查报告单；4. 限支付维 A 酸和复方黄黛片费用。	
21	吉非替尼	口服常释剂型	250mg*10	每月限支付 3 盒	病理组织学报告单、EGFR 基因检测报告。	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。
			250mg*30	每月限支付 1 盒		
22	吡非尼酮	口服常释剂型	200mg*63	每 4 周限支付 4 盒	肺 CT 检查报告单。	限特发性肺纤维化。
			100mg*54	每月限支付 10 盒		
23	利鲁唑	口服常释剂型	50mg*24	每 60 天限支付 5 盒	电生理、神经病理学或神经影像学等检查报告单。	
			50mg*56	每 4 周限支付 1 盒		

附件 3

调出门诊特定药品名单

序号	药品名称	备注
1	沙库巴曲缬沙坦钠片	1. 以沙库巴曲缬沙坦计 50mg、100mg、200mg：用于射血分数降低的慢性心力衰竭（NYHA II-IV 级，LVEF ≤40%）成人患者，降低心血管死亡和心力衰竭住院的风险。沙库巴曲缬沙坦钠片可代替血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB），与其他心力衰竭治疗药物合用。 2. 以沙库巴曲缬沙坦计 100mg、200mg：用于治疗原发性高血压。

附件 4

信阳市门诊特定药品定点医疗机构

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
1	玛巴洛沙韦片	流感	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
2	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球 注射用全氟丁烷微球		信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
3	环泊酚注射液	内镜检查镇静 全身麻醉诱导	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
4	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑 注射用苯磺酸瑞马唑仑	胃镜、结肠镜检查的镇静	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
5	水合氯醛/糖浆组合包装咪达唑仑口服溶液		信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
6	醋酸艾替班特注射液	血管性水肿	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区
7	索磷维伏片 达诺瑞韦钠片 盐酸拉维达韦片 磷酸依米他韦胶囊	慢性丙型肝炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区 信阳市第五人民医院（信阳市传染病医院）

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
8	司美格鲁肽注射液、艾塞那肽注射液、利拉鲁肽注射液、利司那肽注射液、贝那鲁肽注射液、度拉糖肽注射液、聚乙二醇洛塞那肽注射液、二甲双胍恩格列净片（I）	2 型糖尿病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
9	艾米替诺福韦片	慢性乙型肝炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区 信阳市第五人民医院（信阳市传染病医院）
10	恩替卡韦口服溶液	慢性乙型肝炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区 信阳市第五人民医院（信阳市传染病医院）
11	人凝血因子Ⅸ 人凝血因子Ⅷ 重组人凝血因子Ⅷ 重组人凝血因子Ⅸ 重组人凝血因子Ⅶa 人凝血酶原复合物等	血友病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
12	海曲泊帕乙醇胺片	慢性原发免疫性血小板减少症重型再生障碍性贫血	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
13	甲苯磺酸多纳非尼片	肝 癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区 信阳市第五人民医院（信阳市传染病医院）息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院信阳市肿瘤医院
14	盐酸恩沙替尼胶囊 甲磺酸伏美替尼片 达可替尼片	非小细胞肺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
15	奥布替尼片	套细胞淋巴瘤 小淋巴细胞淋巴瘤 慢性淋巴细胞白血病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
16	阿齐沙坦片 氨氯地平叶酸片（II）	高血压	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
17	氟唑帕利胶囊 帕米帕利胶囊	上皮性卵巢癌输卵管癌 原发性腹膜癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
18	阿贝西利片 马来酸奈拉替尼片	乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
19	甲磺酸艾立布林注射液	乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
20	索凡替尼胶囊	胰腺神经内分泌瘤 非胰腺神经内分泌瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
21	达雷妥尤单抗注射液	多发性骨髓瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
22	泊马度胺胶囊	多发性骨髓瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
23	阿帕他胺片 达罗他胺片	前列腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
24	注射用维迪西妥单抗	胃 癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
25	氨吡啶缓释片	多发性硬化合并步行障碍	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
26	阿加糖酶 α 注射用浓溶液	法布雷病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
27	甘露特钠胶囊	阿尔茨海默病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
28	注射用利培酮微球(II)	精神分裂症	信阳市第六人民医院（信阳市精神病医院）
29	环硅酸锆钠散	高钾血症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
30	氯苯唑酸软胶囊	成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心脏病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
31	注射用泰它西普	系统性红斑狼疮	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
32	乌司奴单抗注射液 乌司奴单抗注射液 (静脉输注)	银屑病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
		克罗恩病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
33	依奇珠单抗注射液	银屑病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
34	芍麻止痉颗粒	Tourette 综合征 (抽动-秽语综合征)	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
35	桑枝总生物碱	2 型糖尿病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
36	艾曲泊帕乙醇胺片	慢性免疫性(特发性) 血小板减少症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
37	苯环喹溴铵鼻喷雾剂	变应性鼻炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
38	马来酸阿伐曲泊帕片	慢性肝病相关血小板减少 症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市第五人民医院、信阳市肿瘤医院
39	奥妥珠单抗注射液	滤泡性淋巴瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
40	诺西那生钠注射液	5q 脊髓性肌萎缩症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
41	注射用盐酸兰地洛尔	1. 术中/术后心律失常 2. 心功能不全引起的快速 心律失常	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
42	海博麦布片 依洛尤单抗注射液 阿利西尤单抗注射液	原发性高胆固醇血症 动脉粥样硬化性心血管 疾病预防	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
43	依洛尤单抗注射液	纯合子型家族性高胆固醇血症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
44	克霉唑阴道膨胀栓	念珠菌性外阴阴道病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
45	环孢素滴眼液（Ⅱ）	干眼症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
46	克立硼罗软膏	特应性皮炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
47	化湿败毒颗粒	湿毒	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
48	宣肺败毒颗粒	湿毒	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
49	关黄母颗粒	女性更年期综合征	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、信阳市第一人民医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
50	康替唑胺片	细菌感染	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
51	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	细菌感染	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
52	注射用两性霉素 B 胆固醇硫酸酯复合物	真菌感染	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
53	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	细菌感染阿米巴病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
54	信迪利单抗注射液	经典型霍奇金淋巴瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		非鳞状非小细胞肺癌 鳞状非小细胞肺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
		肝癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、信阳市第五人民医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
55	替雷利珠单抗注射液	经典型霍奇金淋巴瘤尿路上皮癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		非鳞状非小细胞肺癌鳞状非小细胞肺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
		肝癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、信阳市第五人民医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
56	特瑞普利单抗注射液	黑色素瘤尿路上皮癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		鼻咽癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
57	盐酸安罗替尼胶囊	小细胞肺癌软组织肉瘤 甲状腺髓样癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		非小细胞肺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
58	尼洛替尼胶囊	慢性髓性白血病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
59	泽布替尼胶囊	套细胞淋巴瘤 小淋巴细胞淋巴瘤 慢性淋巴细胞白血病 华氏巨球蛋白血症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
60	西妥昔单抗注射液	结肠癌直肠癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		头颈部鳞状细胞癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
61	甲磺酸阿帕替尼片	胃癌、肝癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、信阳市第五人民医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
62	注射用贝利尤单抗	系统性红斑狼疮	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市第五人民医院
63	度普利尤单抗注射液	特应性皮炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
64	醋酸戈舍瑞林缓释植入剂	前列腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
		乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
		子宫内膜异位症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
65	注射用曲妥珠单抗	乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
		胃癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
66	帕妥珠单抗注射液	乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
67	尼妥珠单抗注射液	鼻咽癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
68	注射用硼替佐米	多发性骨髓瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
		套细胞淋巴瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
69	注射用雷替曲塞	结肠癌直肠癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
70	注射用醋酸奥曲肽微球	胃肠胰内分泌肿瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
		肢端肥大症	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院

序号	药品名称	病种名称	定点医疗机构
71	阿达木单抗注射液	类风湿关节炎强直性脊柱炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
		银屑病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
72	地舒单抗注射液	骨巨细胞瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
73	司库奇尤单抗注射液	银屑病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
		强直性脊柱炎	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
74	氟维司群注射液	乳腺癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市第一人民医院、信阳市第二人民医院、信阳市第三人民医院、信阳市第四人民医院、信阳市肿瘤医院、信阳市中医院、罗山县人民医院、潢川县人民医院、息县人民医院、息县中心医院、淮滨县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、新县人民医院
75	注射用卡瑞利珠单抗	经典型霍奇金淋巴瘤	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
		肝癌 非鳞状非小细胞肺癌 食管鳞癌	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、信阳市第五人民医院、信阳市肿瘤医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院、信阳市肿瘤医院
76	重组人血小板生成素注射液	实体瘤化疗所致严重血小板减少症特发性血小板减少性紫癜	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院
77	本维莫德乳膏	银屑病	信阳市中心医院、信阳市人民医院、解放军第 990 医院信阳院区、信阳市中医院、息县人民医院、光山县人民医院、商城县人民医院

