

开封市医疗保障局文件

汴医保办〔2022〕58号

开封市医疗保障局 关于增加门诊特定药品及“双通道”管理药品 的通知

各县（区）医疗保障局，局属各单位，各相关定点医药机构：

根据《河南省医疗保障局关于调整门诊特定药品及“双通道”管理药品的通知》精神，为更好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，现将注射用伊尼妥单抗等19种药品纳入我市门诊特定药品及“双通道”管理药品范围。相关政策仍按《开封市医疗保障局关于调整完善医疗保障门诊特定药品管理相关政策的通知》（汴医保〔2022〕13号）执行。

本通知自2022年10月1日起执行。

附件：增加门诊特定药品及“双通道”管理药品名单

2022年9月1日

附件

增加门诊特定药品及“双通道”管理药品名单

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
1	注射用伊尼妥单抗	注射剂	限 HER2 阳性的转移性乳腺癌：与长春瑞滨联合治疗已接受过 1 个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。
2	阿扎胞苷	注射剂	限成年患者中 1. 国际预后评分系统（IPSS）中的中危-2 及高危骨髓增生异常综合征（MDS）；2. 慢性粒-单核细胞白血病（CMML）；3. 按照世界卫生组织（WHO）分类的急性髓系白血病（AML）、骨髓原始细胞为 20-30% 伴多系发育异常的治疗。
3	贝伐珠单抗	注射剂	1. 转移性结直肠癌：贝伐珠单抗联合以氟嘧啶为基础的化疗适用于转移性结直肠癌患者的治疗；2. 晚期、转移性或复发性非小细胞肺癌：贝伐珠单抗联合以铂类为基础的化疗用于不可切除的晚期、转移性或复发性非鳞状细胞非小细胞肺癌患者的一线治疗；3. 复发性胶质母细胞瘤（rGBM）：贝伐珠单抗用于成人复发性胶质母细胞瘤患者的治疗。4. 肝细胞癌（HCC）：本品联合阿替利珠单抗治疗既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者。
4	注射用英夫利西单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1. 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；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；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。
5	重组人 II 型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	注射剂	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；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；并需风湿病专科医师处方。限成人重度斑块状银屑病。
6	艾考恩丙替片	片剂	适用于治疗人类免疫缺陷病毒-1（HIV-1）感染的且无任何与整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦耐药性相关的已知突变的成人和青少年（年龄 12 岁及以上且体重至少为 35kg）。
7	奈韦拉平齐多拉米双夫定片	片剂	限艾滋病病毒感染。

序号	药品名称	剂型	限定支付范围
8	注射用艾博韦泰	注射剂	限艾滋病病毒感染。
9	比克恩丙诺片	片剂	本品适用于作为完整方案治疗人类免疫缺陷病毒 1 型（HIV-1）感染的成人，且患者目前和既往无对整合酶抑制剂类药物、恩曲他滨或替诺福韦产生病毒耐药性的证据。
10	艾诺韦林片	片剂	本品适用于与核苷类抗逆转录病毒药物联合使用，治疗成人 HIV-1 感染初治患者。
11	拉米夫定多替拉韦片	片剂	作为完整治疗方案用于无抗逆转录病毒治疗史，且对本品任一成分无已知耐药相关突变的 1 型人类免疫缺陷病毒（HIV-1）感染成人患者。
12	安立生坦	口服常释剂型	
13	吡非尼酮	口服常释剂型	限特发性肺纤维化
14	利鲁唑	口服常释剂型	
15	伊马替尼	口服常释剂型	限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。
16	达沙替尼	口服常释剂型	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者
17	静注人免疫球蛋白（PH4）	注射剂	限原发性免疫球蛋白缺乏症；新生儿败血症；重型原发性免疫性血小板减少症；川崎病；全身型重症肌无力；急性格林巴利综合征
18	维 A 酸	口服常释剂型	
19	血友病凝血因子治疗（人凝血因子Ⅷ、重组人凝血因子Ⅷ、重组人凝血因子Ⅸ、人凝血酶原复合物等）		