

平顶山市重特大疾病病种限额标准及实施办法

各县（市、区）社会医疗保险中心，有关定点医药机构：

为了提高我市重特大疾病医疗保障病种待遇水平，根据《河南省社会保障局关于印发第一批城乡居民重特大疾病医疗保障病种费用标准和特定药品（耗材）编码的通知》（豫社保〔2016〕17号）和《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）精神，经过专家论证和研究，按照省厅相关要求，现对我市重特大疾病医疗保障病种医保限额标准进行调整。现就有关事项通知如下：

一、限额标准及报销比例

（一）调整平顶山市重特大疾病医疗保障第一批门诊及住院病种医保限额标准，确定第二批门诊病种医保限额标准（见附件1、附件2）。

(二) 根据河南省人力资源和社会保障厅的统一部署，我市重特大疾病支付限额按照省直标准进行调整，不设起付线，乙类药品个人负担后，在职职工报销比例 85%，退休职工报销比例 90%。城乡居民基本医疗保险统筹基金报销比例 80%，农村贫困人口报销比例 85%。

二、就医管理

重特大疾病参保患者就医实行定点管理，重特大疾病中价格较贵的特殊用药（以下简称“特药”）实行“三定”管理，即定医疗机构、定责任医师、定零售药店。市社会医疗保险中心负责确定市直的重特大疾病定点医药机构，县（市、区）社会医疗保险中心负责本辖区内的重特大疾病定点医药机构，并报市社会医疗保险中心备案。我市有关定点医药机构可自愿申请并填写《平顶山市重特大疾病定点医药机构申请表》，由市、县（区）社会医疗保险中心组织专家评估确认后，成为平顶山市重特大疾病定点医药机构。

对平顶山市重特大疾病特药定点医药机构（以下简称“特药定点”）的管理如下：

（一）特药定点医疗机构管理

特药定点医疗机构要建立特药使用管理评估机制，按照参保患者的身体状况、病情变化、用药周期、临床需要、管理要求以及待遇支付期限等及时评估确定最新治疗方案，并根据最新评估方案及时调整治疗及用药。经评估达不到临床医学诊断标准和特药支付管理规定的参保患者，不再享受特药待遇。

（二）特药责任医师管理

特药责任医师原则上由特药定点医疗机构相关专业的主治医师以上职称、具有较高的专业技术水平且责任心强、医德高尚并有一定特药临床使用经验的医保医师担任。特药责任医师由特药定点医疗机构推荐，市、县（区）社会医疗保险中心组织有关专家对医师的临床经验和专业水平进行评估后确定。特药责任医师实行动态管理制度，有效期限为3年，有效期满后由市医疗保险经办机构重新认定。

特药责任医师负责对参保患者进行疾病诊断、复查评估和开具处方等服务，接诊过程中应认真核对有关材料（社会保障卡、身份证），做到人、卡、证相符，并根据适应症开具处方，不能超范围用药且每次开药量不得超过1个月。参保患者可在本人选择的特药定点医疗机构购药，或凭特药责任医师开具的特药外配处方到特药定点零售药店购药，特药定点医药机构医保办公室要对重特大疾病的处方做好审批、登记，随时备查。

（三）特药定点零售药店管理

参保患者在特药定点零售药店购药时必须出具特药责任医师开具的处方和病历，同时持本人社保卡及有效身份证件购药。特药定点零售药店要查验留存责任医师处方及患者病历复印件，确因特殊原因患者本人无法购药的，须由代理人提供患者和代理人的有效身份证原件，特药定点零售药店要认真做好相应信息登记。

（四）监督管理

特药定点医药机构要加强对参保患者就医购药行为的管理，对参保患者实行实名管理。对药品实行拆零销售且回收包

装盒，建立特药进销存台账，完整保存购销凭证，详细记录参保患者用药情况，并对相关资料存档备查。

建立特药责任医师诚信档案，将特药责任医师的服务纳入到特药定点考核管理和医保医师管理。对伪造评估材料、为不具备使用特药资格的参保人员进行评估并确认使用特药的，取消特药责任医师资格，同时取消医保医师资格。

平顶山市社会医疗保险经办机构及时向社会公布“三定”情况信息，方便参保患者就医购药，并接受社会监督，对特药使用中发现的异常情况进行调查，对违规行为进行及时处理。

三、本通知自 2018 年 4 月 1 日起执行。各地在工作中如有问题，请及时与市社会医疗保险中心联系。

- 附件：1、平顶山市重特大疾病医疗保障门诊病种限额标准
2、平顶山市重特大疾病医疗保障住院病种限额标准
3、平顶山市重特大疾病病种特殊用药（耗材）编码目录
4、平顶山市重特大疾病定点医药机构
5、平顶山市重特大疾病定点医药机构申请表
6、平顶山市重特大疾病申请表

2018年6月1日

平顶山市重特大疾病医疗保障门诊病种限额标准

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明
1	终末期肾病	—	门诊血液透析（含血液透析滤过）	7000元/月	1. 血液透析及血液透析滤过费用纳入支付范围的内容包括：管道及高通量透析器、穿刺针、消毒耗材和操作、门诊药物及相关检测治疗等费用。 2. 门诊腹膜透析补偿内容包括：透析液、碘伏帽、外接短管等透析耗材、门诊药物及相关检测治疗等费用。
		—	门诊腹膜透析	6000元/月	
2	血友病	≤6岁	凝血因子治疗	40000元/年	1. ≤18岁血友病患者在定点救治医院开展重组人凝血因子VIII、重组人凝血因子IX输注治疗的，在每个治疗周期内，城乡居民基金补偿前半个周期的药品费用，其余半个周期药品由相关慈善机构援助。慈善援助程序按相关慈善机构规定执行。 2. 所有血友病参保患者在血友病救治定点医院进行门诊凝血因子治疗的，均可即时结算医疗费用。 3. 血友病参保患者在异地就医定点医院进行凝血因子治疗无法直接结算的，凭购药收据/发票及有关病历资料，到参保地医保经办机构按规定报销。 4. 申请血友病的，还需提供凝血酶原时间、活化部分凝血酶时间、纤维蛋白原、凝血酶时间，凝血VIII/IX因子活性检测报告。 5. 所有凝血因子治疗均适用于重特大疾病中“血友病”的“凝血因子治疗”。
		>6岁	凝血因子治疗	80000元/年	
3	I型糖尿病	—	门诊胰岛素治疗	400元/月	限支付胰岛素费用
4	甲状腺机能亢进	—	门诊治疗	200元/月	限支付相关药物和检验项目费用
5	苯丙酮尿症	≤18岁	门诊血苯丙氨酸检测等检查及治疗性食品	14000元/年	1. 治疗性食品包括特殊奶粉、无/低苯丙氨酸米面、PKU专用蛋白粉等。 2. 专用药品包括盐酸沙丙蝶呤、神经递质前质（多巴、5-羟色氨酸）等。
	四氢生物蝶呤缺乏	≤18岁	门诊血苯丙氨酸检测等检查及治疗专用药品	累计支付不超过统筹基金年度最高支付限额	

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明
6	耐多药肺结核	—	门诊抗结核治疗	20000元/年	限支付抗结核药费用
7	再生障碍性贫血	—	门诊药物治疗	1250元/月	限支付相关药物费用
8	慢性粒细胞性白血病	—	伊马替尼 (片剂, 商品名“格列卫”) 100mg*60片/盒	每年限支付3个月 每月限支付2盒	中华慈善总会援助其余9个月药品
			伊马替尼 (片剂, 商品名“听维”、“格尼可”、“诺利宁”) 100mg*60片/盒	每月限支付2盒	
			达沙替尼 (片剂, 商品名“施达赛”) 50mg*60片/盒, 20mg*60片/盒	慢性期50mg*60片*1盒/月, 加速期或急变期另加20mg*60片*1盒/月	限对包括伊马替尼在内的治疗方案耐药或不耐受的慢性期、加速期、淋巴细胞急变期和髓细胞急变期的成人患者。
			达沙替尼 (片剂, 商品名“依尼舒”) 50mg*7片/盒, 20mg*7片/盒	慢性期50mg*7片*104盒/年, 加速期或急变期另加20mg*7片*104盒/年	限对伊马替尼耐药或不耐受的费城染色体阳性的慢性期、加速期和急变期(急粒变和急淋变)成年患者。
			尼洛替尼 (胶囊剂, 商品名“达希纳”) 200mg*120粒/盒, 150mg*120粒/盒	每15个月限支付3个月 每月限支付1盒	限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。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。其余12个月药品由中华慈善总会项目援助。

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明、
9	非小细胞肺癌	—	埃克替尼 (片剂, 商品名“凯美纳”) 125mg*21片/盒	每人限支付266天 (38盒)	1. 满266天后需继续治疗者, 可申请中国医药创新促进会援助。 2. 限省内三级医院门诊, 单次处方不超过30天量。
			吉非替尼 (片剂, 商品名“易瑞沙”、“艾瑞瑞可”) 250mg*10片/盒	每人限支付240天 每月限支付3盒	1. 满8个月后续需继续治疗者, 可申请中国初级卫生保健基金会援助。 2. 限省内三级医院门诊, 单次处方不超过30天量。
			厄洛替尼 (片剂, 商品名“特罗凯”) 100mg*30片/盒	每月限支付1盒	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
			厄洛替尼 (片剂, 商品名“特罗凯”) 150mg*7片/盒	每月限支付4盒	
10	胃肠间质瘤	—	伊马替尼 (片剂, 商品名“格列卫”) 100mg*60片/盒	每年限支付3个月 每月限支付2盒	中华慈善总会援助其余9个月药品
			伊马替尼 (片剂, 商品名“听维”、“格尼可”、“诺利宁”) 100mg*60片/盒	每月限支付2盒	
11	HER2阳性乳腺癌	—	曲妥珠单抗 (注射剂, 商品名“赫赛汀”) 440mg (20ml) /瓶	每21天限支付1瓶	限支付曲妥珠单抗费用, 并符合以下情况方可支付: 1. HER2阳性的乳腺癌手术后患者, 支付不超过12个月。2. HER2阳性的转移性乳腺癌。
			拉帕替尼 (片剂, 商品名“泰立沙”) 250mg*70片/盒	每21天限支付2盒	限支付拉帕替尼费用, 并符合HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。
			氟维司群 (注射剂, 商品名“芙仕得”) 5ml:0.25g/支	每月限支付2支	限支付氟维司群费用, 芳香化酶抑制剂治疗失败后的晚期、激素受体 (ER/PR) 阳性乳腺癌治疗。

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明
12	晚期胃癌	—	曲妥珠单抗 (注射剂, 商品名“赫赛汀”) 440mg (20ml) / 瓶	每21天限支付1瓶	限支付曲妥珠单抗费用, 并符合以下情况方可支付: HER2阳性的晚期转移性胃癌。
			阿帕替尼 (片剂, 商品名“艾坦”) 250mg*10片/盒	每月限支付9盒	限支付阿帕替尼费用, 既往至少接受过2种系统化疗后进展或复发的晚期胃癌或胃-食管结合部腺癌患者。
			阿帕替尼 (片剂, 商品名“艾坦”) 425mg*14片/盒, 375mg*10片/盒	每月限支付5盒	
13	III/IV期鼻咽癌	—	尼妥珠单抗 (注射剂, 商品名“泰欣生”) 10ml: 50mg/瓶	每月限支付8瓶	限支付尼妥珠单抗与放疗费用, 表皮生长因子受体 (EGFR) 表达阳性的III/IV期鼻咽癌。
14	外周T细胞淋巴瘤	—	西达本胺 (片剂, 商品名“爱谱沙”) 5mg*24片/盒	每月限支付2盒	限支付西达本胺费用, 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。
15	晚期肾癌	—	索拉非尼 (片剂, 商品名“多吉美”) 0.2g*60片/盒	每月限支付2盒	限支付索拉非尼费用, 并符合以下情况: 不能手术的肾细胞癌。
			依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 2.5mg*30片/盒	每月限支付4盒	限支付依维莫司费用, 并符合以下情况: 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。
			依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 5mg*30片/盒	每月限支付2盒	

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明、
16	胰腺神经内分泌瘤	—	依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 5mg*30片/盒	每月限支付2盒	限支付依维莫司费用, 并符合以下情况: 不可切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的(中度分化或高度分化)进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者。
		—	依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 2.5mg*30片/盒	每月限支付4盒	
17	肾血管平滑肌脂肪瘤	—	依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 5mg*30片/盒	每月限支付2盒	限支付依维莫司费用, 并符合以下情况: 不需立即手术治疗的结节性硬化症相关的肾血管平滑肌脂肪瘤(TSC-AML)成人患者。
		—	依维莫司 (片剂, 商品名“飞尼妥”) 2.5mg*30片/盒	每月限支付4盒	
18	多发性骨髓瘤	—	来那度胺 (片剂, 商品名“瑞复美”) 10mg*21片/盒	每21天限支付2盒	限支付来那度胺费用。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2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专科医院医师处方; 3. 与硼替佐米联合使用不予支付。
		—	来那度胺 (片剂, 商品名“瑞复美”) 25mg*21片/盒	每21天限支付1盒	
19	前列腺癌	—	阿比特龙 (片剂, 商品名“泽珂”) 250mg*120片/盒	每月限支付1盒	限支付阿比特龙费用, 转移性去势抵抗性前列腺癌。

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明
20	多发性硬化	—	重组人干扰素β-1b (注射剂, 商品名“倍泰龙”) 0.3mg/支	每月限支付15支	限支付重组人干扰素β-1b费用, 限常规治疗无效的多发性硬化患者。
21	黄斑变性	—	门诊手术治疗 康柏西普 (眼用注射液, 商品名“朗沐”) 10mg/ml 0.2ml/支	7000元/次	限支付康柏西普费用和手术费用, 限50岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者, 并符合以下条件: 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. 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及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, 每个年度最多支付4支。
			门诊手术治疗 雷珠单抗 (眼用注射液, 商品名“诺适得”) 10mg/ml 0.2ml/支、10mg/ml 0.165ml/支 (预充式)	7100元/次	限支付雷珠单抗费用和手术费用, 限50岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者, 并符合以下条件: 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. 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及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, 每个年度最多支付4支。
22	肌萎缩侧索硬化	—	利鲁唑 (片剂, 商品名“协一力”) 50mg*24片/盒	每月限支付2盒	限支付利鲁唑费用。
		—	利鲁唑 (片剂, 商品名“力如太”) 50mg*56片/盒	每月限支付1盒	
23	原发性免疫球蛋白缺乏症	—	静注人免疫球蛋白 (pH4)	每月限支付6瓶	限支付静脉注射用人免疫球蛋白 (PH4) 费用。

序号	病种名称	限定年龄	治疗方法	限额标准	说明
24	特发性肺纤维化	—	吡非尼酮 (胶囊剂, 商品名“艾思瑞”) 0.1g*54粒/瓶	每月限支付7瓶	限支付吡非尼酮费用。
25	肝癌	—	索拉非尼 (片剂, 商品名“多吉美”) 0.2g*60片/盒	每月限支付2盒	限支付索拉非尼费用, 不能手术或远处转移的肝细胞癌。
26	甲状腺癌	—	索拉非尼 (片剂, 商品名“多吉美”) 0.2g*60片/盒	每月限支付2盒	限支付索拉非尼费用, 放射性碘治疗无效的局部复发或转移性、分化型甲状腺癌。
27	急性早幼粒细胞白血病	—	维A酸 (片剂, 10mg*20片/盒)	每月限支付3盒	限支付维A酸和复方黄黛片费用, 限初治的急性早幼粒细胞白血病。
		—	复方黄黛片 (片剂, 商品名“柏雪康”) 0.27g*100片/盒	每月限支付6盒	

注: 1. 限定年龄以“周岁”计算, 按照公历的年、月、日, 从周岁生日的第二天起算。如: 出生至2周岁生日前均为≤1岁, 7周岁生日第二天起均为>6岁。
2. 新增药品(耗材)须经省社会保障局与相关生产经营企业谈判协商后统一纳入。

平顶山市重特大疾病医疗保障住院病种限额标准

序号	病种名称		限定年龄	治疗方法	限额标准（元）	备注
1	儿童急性淋巴细胞白血病	标危组	≤14岁	内科治疗	70100/3年（不含抗感染药物及血液制品费用）	1. 不受重特大疾病保障政策享受次数限制。 2. 限价标准为3年治疗全过程住院医疗费用限价。 3. 治疗期间的抗感染药物及血液制品单独实行费用限价，限价标准为5万元。因病情需要超出控制标准的，须向同级医保经办机构提出申请，由医保经办机构组织专家审查批准后方可继续用药。病情紧急的，可先行用药，并在2个工作日内向医保经办机构说明病情。
		中危组	≤14岁	内科治疗	120500/3年（不含抗感染药物及血液制品费用）	
2	儿童急性早幼粒细胞白血病		≤14岁	内科治疗	70500/3年（不含抗感染药物及血液制品费用）	
3	儿童先天性房间隔缺损		≤14岁	手术治疗	27800/次	
				介入治疗	22500/次	
4	儿童先天性室间隔缺损		>1岁-≤14岁	手术治疗	27800/次	
			≤1岁	手术治疗	42800/次	
			≤14岁	介入治疗	26700/次	
5	儿童先天性动脉导管未闭		≤14岁	手术治疗	16600/次	新生儿、小婴儿（3个月以下）需急诊或限期手术者手术治疗费用限价标准为省级26600元。
			≤14岁	介入治疗	20700/次	
6	儿童先天性肺动脉瓣狭窄		≤14岁	手术治疗	27500/次	新生儿、小婴儿（3个月以下）需急诊或限期手术者手术治疗费用限价标准为省级47500元。
			≤14岁	介入治疗	22500/次	

7	完全型心内膜垫缺损	≤14岁	手术治疗	52900/次	
8	部分型心内膜垫缺损	≤14岁	手术治疗	37800/次	
9	主动脉缩窄	≤14岁	手术治疗	43200/次	
10	法乐氏四联症	≤1岁	手术治疗	53500/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	48500/次	
11	房间隔缺损合并室间隔缺损	≤1岁	手术治疗	44600/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	34600/次	
12	室间隔缺损合并右室流出道狭窄	≤1岁	手术治疗	42900/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	32900/次	
13	室间隔缺损合并动脉导管未闭	≤1岁	手术治疗	44300/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	34300/次	
14	室间隔缺损、动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄	≤1岁	手术治疗	50800/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	40800/次	
15	房、室间隔缺损合并动脉导管未闭	≤1岁	手术治疗	50800/次	
		>1岁-≤14岁	手术治疗	45800/次	
16	唇裂	—	手术治疗	4500/次	1. 实行定额支付, 费用标准为定价标准。 2. 医保基金支付后剩余部分由“微笑列车”项目资金资助。
17	腭裂	—	手术治疗	5200/次	3. 唇腭裂患者再次手术的医疗费用由微笑列车基金资助。

18	乳腺癌	—	手术治疗	17300/次	
19	宫颈癌	—	手术治疗	33300/次	
20	肺癌	—	手术治疗	38100/次	
21	食管癌	—	手术治疗	47600/次	
22	胃癌	—	手术治疗	42700/次	
23	结肠癌	—	手术治疗	36500/次	
24	直肠癌	—	手术治疗	39900/次	
25	急性心肌梗塞	—	冠状动脉溶栓治疗	15000/次	1. 溶栓治疗入径条件：发病12小时内，符合冠状动脉溶栓治疗条件。 2. 介入治疗入径条件：急性期内符合介入治疗条件。 3. 介入治疗前进行冠脉溶栓的，限价标准相应增加15000元。冠脉溶栓后转上级医院介入治疗的，溶栓及介入治疗的两次住院费用均纳入重特大疾病保障范围。
		—	冠状动脉介入治疗（1个冠脉支架）	37000/次	
		—	冠状动脉介入治疗（2个冠脉支架）	46000/次	
		—	冠状动脉介入治疗（3个及以上冠脉支架）	62500/次	
26	慢性粒细胞性白血病	—	造血干细胞移植（亲缘相合）	180000/次	
		—	造血干细胞移植（非亲缘、亲缘不合）	350000/次	

27	重性精神病（包括双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症）	—	内科治疗	见备注	1. 按床日限价（不含MECT费用）：住院21日内省级日均限295元；第22日至42日省级日均限250元；第43日至56日省级日均限190元；超过56日省级日均限110元。住院时间不超过120日。 2. 多参数监护无抽搐电休克治疗（MECT，诊疗项目编码311503005）为除外内容，其费用不计入日均限价，仍直接计入总住院费用，按重特大疾病保障政策补偿。实施该项目患者不得超过重性精神病入院患者总数的20%，且每个住院周期不超过12次。
28	耐多药肺结核	—	内科治疗	15000/次	
29	双侧重度感音性耳聋	语前聋限≤6岁 语后聋限≤14岁	人工耳蜗植入术	61400/次	
30	尿道下裂	≤14岁	阴茎直伸术和尿道下裂尿道成形术	20000/次	
			尿痿修补术/尿道狭窄切开术	13500/次	
31	先天性幽门肥厚性狭窄	≤3个月	手术治疗	20800/次	
32	发育性髋脱位	≥2岁-≤8岁	手术治疗	31200/次	
33	脊髓栓系综合征/脊髓脊膜膨出	≤14岁	手术治疗	44200/次	

注：1、限定年龄以“周岁”计算，按照公历的年、月、日，从周岁生日的第二天起算。如：出生至2周岁生日前均为≤1岁，7周岁生日第二天起为>6岁
2、各住院病种的限价标准含按规定方法治疗的全部住院医疗费用。
3、各病种治疗方式为手术治疗者，均包含腔镜手术等各种术式。

平顶山市重特大疾病种特殊用药（耗材）编码目录

序号	支付类别	编码	中文名称	剂型	备注	项目类型	费用类别
1	乙类	XL01XEY059A001G01	伊马替尼（格列卫100mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病或胃肠间质瘤门诊治疗	药品	西药费
2	乙类	XL01XEY059A001G02	伊马替尼（昕维100mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病或胃肠间质瘤门诊治疗	药品	西药费
3	乙类	XL01XEY059A001G03	伊马替尼（诺利宁100mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病或胃肠间质瘤门诊治疗	药品	西药费
4	乙类	XL01XEY059A001G04	伊马替尼（格尼可100mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病或胃肠间质瘤门诊治疗	药品	西药费
5	乙类	XL01XEN092E001G01	尼洛替尼（达希纳200mg）	硬胶囊	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
6	乙类	XL01XEN092E001G02	尼洛替尼（达希纳150mg）	硬胶囊	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
7	乙类	XL01XED246A001G01	达沙替尼（施达赛50mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
8	乙类	XL01XED246A001G02	达沙替尼（施达赛20mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
9	乙类	XL01XED246A001G03	达沙替尼（依尼舒50mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
10	乙类	XL01XED246A001G04	达沙替尼（依尼舒20mg）	片剂	限慢性粒细胞性白血病门诊治疗	药品	西药费
11	乙类	XB02BBR019B001	人纤维蛋白原	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
12	乙类	XB02BBR019B003	人纤维蛋白原	注射用无菌粉末	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
13	乙类	XB02BBR019B014	人纤维蛋白原	冻干粉针	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
14	乙类	XB02BDC110B001	重组人凝血因子VIIa	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
15	乙类	XB02BDC111B001	重组人凝血因子VIII	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费

序号	支付类别	编码	中文名称	剂型	备注	项目类型	费用类别
16	乙类	XB02BDC147B001	重组人凝血因子IX	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
17	乙类	XB02BDR011B001	人凝血酶原复合物	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
18	乙类	XB02BDR011B014	人凝血酶原复合物	冻干粉针	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
19	甲类	XB02BDR012B001	人凝血因子VIII	注射剂	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
20	甲类	XB02BDR012B003	人凝血因子VIII	注射用无菌粉末	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
21	甲类	XB02BDR012B014	人凝血因子VIII	冻干粉针	限血友病门诊凝血因子治疗	药品	西药费
22	乙类	XA16AXS241A001	盐酸沙丙蝶呤	片剂	限四氢生物蝶呤缺乏症	药品	西药费
23	乙类	XYX01294002	二羟苯丙氨酸（多巴）	口服常释剂型	限四氢生物蝶呤缺乏症	药品	西药费
24	乙类	XYX01294003	5-羟色氨酸	口服常释剂型	限四氢生物蝶呤缺乏症	药品	西药费
25	乙类	XL01XEA274A001	埃克替尼（凯美纳125mg）	片剂	限非小细胞肺癌门诊治疗	药品	西药费
26	乙类	XL01XEJ008A001	吉非替尼（易瑞沙、伊瑞可250mg）	片剂	限非小细胞肺癌门诊治疗	药品	西药费
27	乙类	XL01XEE006A001G01	厄洛替尼（特罗凯150mg）	片剂	限非小细胞肺癌门诊治疗	药品	西药费
28	乙类	XL01XEE006A001G02	厄洛替尼（特罗凯100mg）	片剂	限非小细胞肺癌门诊治疗	药品	西药费
29	乙类	XL01XEA288A001G01	阿帕替尼（艾坦250mg）	片剂	限晚期胃癌门诊治疗	药品	西药费
30	乙类	XL01XEA288A001G02	阿帕替尼（艾坦375mg）	片剂	限晚期胃癌门诊治疗	药品	西药费
31	乙类	XL01XEA288A001G03	阿帕替尼（艾坦425mg）	片剂	限晚期胃癌门诊治疗	药品	西药费
32	乙类	XJ06BAJ215B001	静注人免疫球蛋白（pH4）	注射剂	限原发性免疫球蛋白缺乏症门诊治疗	药品	西药费
33	乙类	XJ06BAJ215B002	静注人免疫球蛋白（pH4）	注射液	限原发性免疫球蛋白缺乏症门诊治疗	药品	西药费

序号	支付类别	编码	中文名称	剂型	备注	项目类型	费用类别
34	乙类	XJ06BAJ215B003	静注人免疫球蛋白 (pH4)	注射用无菌粉末	限原发性免疫球蛋白缺乏症门诊治疗	药品	西药费
35	乙类	XJ06BAJ215B005	静注人免疫球蛋白 (pH4)	注射用溶液剂	限原发性免疫球蛋白缺乏症门诊治疗	药品	西药费
36	乙类	XJ06BAJ215B014	静注人免疫球蛋白 (pH4)	冻干粉针	限原发性免疫球蛋白缺乏症门诊治疗	药品	西药费
37	乙类	XL01XCQ110B001	曲妥珠单抗 (赫赛汀440mg)	注射剂	限HER2阳性乳腺癌或晚期胃癌门诊治疗	药品	西药费
38	乙类	XL01XEL335A001	拉帕替尼 (泰立沙250mg)	片剂	限HER2阳性乳腺癌门诊治疗	药品	西药费
39	乙类	XL02BAF641B002	氟维司群 (芙仕得0.25g)	注射液	限HER2阳性乳腺癌门诊治疗	药品	西药费
40	乙类	XL01XCN048B002	尼妥珠单抗 (泰欣生50mg)	注射液	限III/IV期鼻咽癌门诊治疗	药品	西药费
41	乙类	XL01XXX228A001	西达本胺 (爱谱沙5mg)	片剂	限外周T细胞淋巴瘤门诊治疗	药品	西药费
42	乙类	XL01XES225A001	索拉非尼 (多吉美0.2g)	片剂	限晚期肾癌、肝癌或甲状腺癌门诊治疗	药品	西药费
43	乙类	XL04AAY270A001G01	依维莫司 (飞尼妥5mg)	片剂	限晚期肾癌、胰腺神经内分泌瘤或肾血管平滑肌脂肪瘤门诊治疗	药品	西药费
44	乙类	XL04AAY270A001G02	依维莫司 (飞尼妥2.5mg)	片剂	限晚期肾癌、胰腺神经内分泌瘤或肾血管平滑肌脂肪瘤门诊治疗	药品	西药费
45	乙类	XL04AXL344E001G01	来那度胺 (瑞复美10mg)	硬胶囊	限多发性骨髓瘤门诊治疗	药品	西药费
46	乙类	XL04AXL344E001G02	来那度胺 (瑞复美25mg)	硬胶囊	限多发性骨髓瘤门诊治疗	药品	西药费
47	乙类	XL02BBA292A001	阿比特龙 (泽珂250mg)	片剂	限前列腺癌门诊治疗	药品	西药费
48	乙类	XL03ABC139B001	重组人干扰素β-1b (倍泰龙0.3mg)	注射剂	限多发性硬化门诊治疗	药品	西药费

序号	支付类别	编码	中文名称	剂型	备注	项目类型	费用类别
49	乙类	XS01LAK119B023	康柏西普（朗沐0.2ml）	眼用注射液	限黄斑变性门诊手术治疗	药品	西药费
50	乙类	XS01LAL328B002G01	雷珠单抗（诺适得0.165ml）	注射液	限黄斑变性门诊手术治疗	药品	西药费
51	乙类	XS01LAL328B002G02	雷珠单抗（诺适得0.2ml）	注射液	限黄斑变性门诊手术治疗	药品	西药费
52	乙类	XN07XXL068A001G01	利鲁唑片（协一力50mg）	片剂	限肌萎缩侧索硬化门诊治疗	药品	西药费
53	乙类	XN07XXL068A001G02	利鲁唑片（力如太50mg）	片剂	限肌萎缩侧索硬化门诊治疗	药品	西药费
54	乙类	XL04AXB209E001	吡非尼酮（艾思瑞0.1g）	硬胶囊	限特发性肺纤维化门诊治疗	药品	西药费
55	甲类	XL01XXW004A001	维A酸	片剂	限急性早幼粒细胞白血病门诊治疗	药品	西药费
56	乙类	ZC01AAF0817	复方黄黛片（柏雪康0.27g）	片剂	限急性早幼粒细胞白血病门诊治疗	药品	中成药费

PKU治疗性食品（包括特殊奶粉、无/低苯丙氨酸米面、PKU专用蛋白粉等；限苯丙酮尿症）

1	乙类	9999990001100y	PKU专用奶粉		含奶粉、营养粉等特殊奶粉。 限苯丙酮尿症	诊疗项目	耗材费
2	乙类	9999990001200y	PKU专用蛋白粉		限苯丙酮尿症	诊疗项目	耗材费
3	乙类	9999990001300y	PKU专用米		含营养米、营养米粉、淀粉米等无/低苯丙氨酸米类食品。限苯丙酮尿症	诊疗项目	耗材费
4	乙类	9999990001400y	PKU专用面		含面条、面条粉、自发粉等无/低苯丙氨酸面类食品。限苯丙酮尿症	诊疗项目	耗材费
5	乙类	9999990001500y	PKU专用小食品		含曲奇饼干、小馒头饼干、脆皮酥卷等无/低苯丙氨酸零食。限苯丙酮尿症	诊疗项目	耗材费

平顶山市重特大疾病定点医药机构

序号	医疗机构名称	医疗机构级别	重特大疾病开展病种名称
1	平顶山市第一人民医院	三级	<p>门诊病种：终末期肾病；血友病；I型糖尿病；甲状腺机能亢进；再生障碍性贫血；慢性粒细胞白血病；非小细胞肺癌；结肠间质瘤；HER2阳性乳腺癌；晚期胃癌；III/IV期鼻咽癌；外周T细胞淋巴瘤；晚期肺癌；胰腺神经内分泌瘤；肾血管平滑肌脂肪瘤；多发性骨髓瘤；前列腺癌；黄斑变性；原发性免疫球蛋白缺乏症；特发性肺纤维化；甲状腺癌；肝癌；急性早幼粒细胞白血病。</p> <p>住院病种：儿童急性淋巴细胞白血病；儿童急性早幼粒细胞白血病；儿童先天性房间隔缺损；儿童先天性室间隔缺损；儿童先天性动脉导管未闭；儿童先天性肺动脉瓣狭窄；完全型心内膜垫缺损；部分型心内膜垫缺损；主动脉缩窄；法乐氏四联症；房间隔缺损合并室间隔缺损；室间隔缺损合并右室流出道狭窄；室间隔缺损合并动脉导管未闭；室间隔缺损、动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄；房、室间隔缺损合并动脉导管未闭；唇裂；腭裂；乳腺癌；宫颈癌；肺癌；食管癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；急性心肌梗塞；尿道下裂。</p>
2	平顶山市第二人民医院	三级	<p>门诊病种：终末期肾病；I型糖尿病；甲状腺机能亢进；非小细胞肺癌；胃肠间质瘤；HER2阳性乳腺癌；晚期胃癌；III/IV期鼻咽癌；外周T细胞淋巴瘤；晚期肺癌；胰腺神经内分泌瘤；肾血管平滑肌脂肪瘤；多发性骨髓瘤；前列腺癌；多发性硬化；黄斑变性；肌萎缩侧索硬化；原发性免疫球蛋白缺乏症；特发性肺纤维化；甲状腺癌；肝癌。</p> <p>住院病种：儿童先天性房间隔缺损；儿童先天性室间隔缺损；儿童先天性动脉导管未闭；儿童先天性肺动脉瓣狭窄；完全型心内膜垫缺损；部分型心内膜垫缺损；室间隔缺损合并右室流出道狭窄；法乐氏四联症；房间隔缺损合并室间隔缺损；室间隔缺损合并动脉导管未闭；室间隔缺损、动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄；房、室间隔缺损合并动脉导管未闭；唇裂；腭裂；乳腺癌；宫颈癌；肺癌；食管癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；急性心肌梗塞；尿道下裂；先天性幽门肥厚性狭窄；发育性髋脱位；脊髓栓系综合征/脊髓脊膜膨出。</p>

3	中国人民解放军第一五二中心医院	三级	<p>门诊病种：终末期肾病；血友病；I型糖尿病；甲状腺机能亢进；再生障碍性贫血；慢性粒细胞白血病；非小细胞肺癌；胃间质瘤；HER2阳性乳腺癌；晚期胃癌；III/IV期鼻咽癌；外周T细胞淋巴瘤；晚期肺癌；胰腺神经内分泌瘤；肾血管平滑肌脂肪瘤；多发性骨髓瘤；前列腺癌；特发性肺纤维化；甲状腺癌；肝癌；急性早幼粒细胞白血病；黄斑变性。</p> <p>住院病种：儿童急性淋巴细胞白血病；儿童急性早幼粒细胞白血病；儿童先天性房间隔缺损；儿童先天性室间隔缺损；儿童先天性主动脉瓣关闭；儿童先天性肺动脉瓣狭窄；部分型心内膜垫缺损；主动脉缩窄；法乐氏四联症；房间隔缺损合并室间隔缺损；室间隔缺损合并右室流出道狭窄；室间隔缺损合并动脉导管未闭；室间隔缺损、动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄；房、室间隔缺损合并动脉导管未闭；唇裂；腭裂；乳腺瘤；宫颈癌；食管癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；尿道下裂；发育性髋脱位；脊髓栓系综合征/脊髓脊膜膨出。</p> <p>门诊病种：终末期肾病；血友病；I型糖尿病；甲状腺机能亢进；再生障碍性贫血；慢性粒细胞白血病；非小细胞肺癌；胃间质瘤；HER2阳性乳腺癌；晚期胃癌；III/IV期鼻咽癌；外周T细胞淋巴瘤；晚期肺癌；胰腺神经内分泌瘤；肾血管平滑肌脂肪瘤；多发性骨髓瘤；前列腺癌；特发性肺纤维化；甲状腺癌；肝癌；急性早幼粒细胞白血病；黄斑变性；多发性硬化；苯丙酮尿症；耐多药肺结核；肌萎缩侧索硬化；原发性免疫球蛋白缺乏症。</p>
4	平煤神马医疗集团总医院	三级	<p>住院病种：儿童先天性房间隔缺损；儿童先天性室间隔缺损；儿童先天性动脉导管未闭；儿童先天性肺动脉瓣狭窄；完全型心内膜垫缺损；部分型心内膜垫缺损；主动脉缩窄；法乐氏四联症；房间隔缺损合并室间隔缺损；室间隔缺损合并右室流出道狭窄；室间隔缺损合并动脉导管未闭；室间隔缺损、动脉导管未闭并肺动脉瓣狭窄；房、室间隔缺损合并动脉导管未闭；唇裂；腭裂；乳腺瘤；宫颈癌；食管癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；急性心肌梗塞；双侧重度感音性耳聋；尿道下裂；先天性幽门肥厚性狭窄；发育性髋脱位；脊髓栓系综合征/脊髓脊膜膨出。儿童急性淋巴细胞白血病；儿童急性早幼粒细胞白血病；慢性粒细胞白血病；重性精神病；耐多药肺结核。</p>
5	平顶山市中医院	三级	<p>门诊病种：晚期胃癌；肝癌。</p> <p>住院病种：乳腺癌；宫颈癌；肺癌；食管癌；胃癌；结肠癌；直肠癌；急性心肌梗塞；发育性髋脱位。</p>

6	平顶山市妇幼保健院	二级	<p>门诊病种：苯丙酮尿症；HER2阳性乳腺癌；晚期胃癌；肝癌；前列腺癌；多发性硬化；甲状腺癌；I型糖尿病；甲状腺机能亢进；非小细胞肺癌。</p> <p>住院病种：宫颈癌；尿道下裂；结肠癌；直肠癌；乳腺癌；发育性髋脱位；先天性幽门肥厚性狭窄。</p>
7	平顶山市新华区人民医院	二级	<p>门诊病种：慢性粒细胞性白血病；外周T细胞淋巴瘤；血友病；多发性骨髓瘤；再生障碍性贫血；I型糖尿病。</p> <p>住院病种：儿童急性淋巴细胞白血病；儿童急性早幼粒细胞白血病。</p>
8	国大药房中心店重特大疾病门诊部		涵盖所有重特大疾病门诊用药。

平顶山市重特大疾病 定点医药机构

申 请 表

申请单位：_____

申请时间：_____

平顶山市社会医疗保险中心印制

单位名称						
机构代码				法人代表		
所有制形式				机构类别		
医院等级				是否省直慢性病定点		
单位地址						
申请病种名称						
医保管理部门						
联系人				联系电话		
卫生技术人员构成		总人数		高级职称	中级职称	初级职称
	医生					
	护士					
	医技人员					
	其他人员					
	合计					
重点科室设置及病床数	科室	床位数	科室	床位数	科室	床位数

申请说明（基本情况，医院特色，上年度申请病种收治情况）

申请说明

