平凉市本级城镇职工医疗保险

谈判药品经办规程(暂行)

第一章 总 则

第一条 为加强和规范城镇职工基本医疗保险谈判药品管理，进一步保障参保职工的切身利益、确保基金安全，根据《中华人民共和国社会保险法》、《平凉市城镇职工基本医疗保险市级统筹实施办法》（平政办发〔2019〕84号）、《关于推进落实国家谈判药品有关政策规定的通知》（平医保〔2019〕48号）、《关于做好2019年国家药品目录谈判药品管理使用有关事宜的通知》（甘医保发〔2020〕2号）、《关于做好谈判药品仿制药医保报销工作的通知》（平医保函〔2020〕63 号）文件，制定本规程。

第二条 本规程所称谈判药品是指国家层面牵头进行价格谈判并纳入2019版国家药品目录的协议期内谈判药品，共118种（其中西药95种，中药23种）（附件1）。

第三条 使用谈判药品实行定医疗机构、定零售药店、定责任医师的“三定”管理。

1.经遴选确定，甘肃医学院附属医院等12家医疗机构和15家零售药店为平凉市使用谈判药品定点医药机构（附件2）。谈判药品定点医药机构全市范围内共享互认。

2.实行定点医疗机构“以药定医”责任，定点医院应实行处方治疗医生责任制，责任医生必须为相关临床科室副主任职称以上级别医师，市本级定点医药机构须将责任医师名录（附件3）报市医保中心备案。

第二章 审批备案及购药

第四条 住院使用谈判药品：本地、异地就医参保人员住院期间使用谈判药品由经治医院审批，不需医保经办机构单独备案，使用谈判药品费用与住院费用一并结算，因特殊原因需外购谈判药品的，由经治定点医疗机构责任医师开具外购处方，不需经办机构单独审批备案，参照急诊费用与当期费用一并结算。

第五条 门诊使用谈判药品，实行单独审批单独备案，备案有效期一年，期满后，重新备案。

第六条 参保人员申请门诊用药时，需要向定点医疗机构提供以下资料：

1.住院病历复印件或门诊病历及治疗方案;

2.诊断建议（证明）书，以及专门机构特殊化验指标结果报告单;

3.使用抗肿瘤靶向药物的患者，以基因检测结果为指征的，应提交具备基因检测技术资质单位出具的基因检测报告。

第七条 审批备案流程：

1.经过定点医疗机构医师鉴定、医保科复核，符合条件的发给《甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册》（附件4）;

2.市医保中心在《谈判药品审核备案表》（附件4-1）原件上加注意见盖章存档，建立电子档案;

3.市医保中心向参保人员出具备案表复印件，作为报销凭证之一。

第八条 门诊在统筹区域内购买谈判药品的，患者需持《谈判药品使用情况登记表》（附件4-2），由具备谈判药品处方资质的医院医师填写后方可购药；在统筹区域外购买谈判药品的，必须由具备谈判药品处方资质的医院医师开具《市本级职工基本医疗保险外购药品备案表》（附件5），经医院医保科复核后，在市医保中心驻政务大厅109窗口备案；因特殊原因未及时办理审核备案手续先行使用谈判药品的，经参保地或就医地指定医疗机构责任医师鉴定和评估，确实符合医保限定支付标准的，在补办备案审核手续后以参保地谈判药品政策报销。

第九条 合规异地转诊就医参保患者需门诊使用谈判药品的，须经就医地指定医疗机构责任医师鉴定和评估，出具谈判药品使用诊疗方案，经参保地医保经办机构审核备案后，可在就医地或在参保地指定医药机构购药使用，以参保地政策进行报销。

第十条 经过审核备案后，参保患者持社保卡、《甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册》到指定医药机构购药，责任医师或执业药师核对参保患者身份、真实记录病情、开具处方，并在《甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册》上记录用药时间和剂量。原则上谈判药品一次开药量应控制在30日用量内。

第十一条 使用2种以上谈判药品。参保患者经审核使用肿瘤靶向治疗药品，原则上一个年度内基本医疗保险只支付1 种药品的医疗费用。如确需使用2种以上药品的，须由定点医疗机构指定专家审定并经市医保中心审核后方可支付。

第三章 待遇标准

第十二条 城镇职工住院和门诊使用谈判药品合并年度最高支付限额5万元，超过5万元部分基本医疗保险统筹基金不予支付。谈判药品限额不挤占职工基本医疗保险统筹基金最高支付限额。

第十三条 住院期间使用谈判药品（含住院期间门诊购买的谈判药品），由个人自付10%后，按乙类药品纳入住院医疗费用报销。

第十四条 门诊使用谈判药品，不设起付线，在各谈判药品规定的年度限用剂量以内，由统筹基金按70%比例单独结算。属于门诊慢特病范围的，不挤占门诊慢特病限额，但不得将谈判药品剩余自付部分纳入门诊慢特病重复享受报销政策。

第十五条 对2019年12月31日前已按规定开始使用4种未续约成功的谈判药品（氟维司群、拉帕替尼、托伐普坦、重组人干扰素β-1b）的医保患者，医保基金可继续支付至 2020年6 月30 日止（以发票出具日期为准）。

第十六条 谈判药品仿制药参照同通用名称的谈判药品管理及支付政策。原则上，谈判药品仿制药品价格低于谈判药品的，纳入医保基金支付范围；价格高于谈判药品的，不纳入医保基金支付范围。

第十七条 以上谈判药品不纳入指定医疗机构费用总控、药占比、个人自付比例、次均费用等考核指标范围。

第四章 审核结算

第十八条 住院使用谈判药品，定点医疗机构须单独记录和上传谈判药品费用明细。

第十九条 异地就医患者使用谈判药品的，因特殊原因未能直接结算，将住院资料交至定点医疗机构审核结算（甘肃医学院附属医院、平凉市第二人民医院），定点医疗机构于次月将《平凉市本级城镇职工医保谈判药品费用审核结算单》（附件6）、《平凉市本级城镇职工医保谈判药品费用支付汇总表》（附件7）报送至市医保中心经办窗口，市医保中心按月汇总拨付。

第二十条 参保人员门诊使用谈判药品费用，由审批使用谈判药品的定点医疗机构（甘肃医学院附属医院、平凉市第二人民医院、平凉市崆峒区中医医院、平凉市第四人民医院）结算，结算周期可依照门诊慢特病经办规程执行。报销所需的资料：

1．患者本人身份证或社保卡原件、身份证和银行卡复印件；

2.《谈判药品审核备案表》复印件、《谈判药品使用情况登记表》原件；

3.定点医疗机构出具的发票，加盖医院红章的电子处方；定点零售药店载明药品名称、规格及数量的发票及电脑小票；异地定点医疗机构载明药品名称、规格及数量的发票；

4.外购谈判药品的，需提供《市本级职工基本医疗保险外购药品备案表》原件；

5.代办人除携以上资料外，还需提供代办人身份证原件及复印件。

第二十一条 市医疗保险中心收到定点医药机构结算资料后，在15个工作日内审结，填写《平凉市本级城镇职工医保谈判药品费用审核结算支付表》（附件8），向定点医院拨付相关医疗费用。

第二十二条 定点医药机构收到拨付款项后，在5个工作日内转账至患者银行卡中。

第二十三条 谈判药品协议有效期到期时，参保人员仍在住院治疗并在住院期间使用该谈判药品的，本次治疗出院前所使用的该药品纳入结算范围；住院期间门诊购买谈判药品的，门诊发票日期在谈判药品协议有效期内的，予以支付，超过有效期的，个人自付。

第二十四条 本规程发布之前已按门诊慢特病备案使用谈判药品的，在审核报销时，按照本规程单独审核报销谈判药品医疗费用。

第二十五条 本规程所涉及的谈判药品由城镇职工基本医疗保险统筹基金支付，单独结算。

第二十六条 谈判药品不予支付的情形：

1.门诊未审批而使用谈判药品的；

2.不符合医保限定支付范围而参保患者自行购买或责任医师开具了谈判药品的；

3.参保患者在非指定医药机构购买使用谈判药品的；

4.经责任医师评估病情不需要继续使用谈判药品，但参保人员仍自行购买谈判药品的；

5.医保基金不予支付的其他情形。

第五章 附 则

第二十七条 本规程参保人员指市本级城镇职工基本医疗保险参保人员，经办机构指平凉市医疗保险中心。

第二十八条 本规程所指谈判药品于2021年2月28日到期，2020版国家药品目录3月1日正式启动后，按新目录执行。谈判药品协议有效期按国家药品目录及有关政策规定起止时间执行。

第二十九条 本规程执行过程中，遇国家、省、市政策调整的，市医保中心将根据实际运行情况进一步调整完善。

第三十条 本规程由市医疗保险中心负责解释，自2021年2月1日起施行。

附件：1.协议期内谈判药品名单

2.平凉市基本医疗保险谈判药品定点医疗机构名单（2-1）

平凉市基本医疗保险谈判药品定点零售药店名单（2-2）

4.甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册、谈判药品审核备案表（4-1）、谈判药品使用情况登记表（4-2）

5.市本级职工基本医疗保险外购药品备案表

附件1

协议期内谈判药品

（一）西 药

| 药品分类  代 码 | 药品分类 | | | | | 编号 | 药品名称 | 剂型 | 医保支付标准 | 备注 | 协议有效期 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| XA | 消化道和代谢方面的药物 | | | | |  |  |  |  |  |  |
| XA02 |  | 治疗胃酸相关类疾病的药物 | | | | | |  |  |  |  |
| XA02B |  |  | 治疗消化性溃疡病和胃食道反流病的药物 | | | | | |  |  |  |
| XA02BC |  |  |  | 质子泵抑制剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 1 | 艾普拉唑 | 注射剂 | 156元（10mg/支） | 限有说明书标明的疾病诊断且有禁食医嘱或吞咽困难的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XA05 |  | 胆和肝治疗药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XA05B |  |  | 肝脏治疗药，抗脂肪肝药 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 2 | 甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠 | 注射剂 | 40元(100ml/瓶)； 81.16元(250ml/瓶) | 限肝功能衰竭或无法使用甘草酸口服制剂的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 3 | 精氨酸谷氨酸 | 注射剂 | 54元(200ml:20g/瓶) | 限肝性脑病。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XA10 |  | 糖尿病用药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XA10B |  |  | 降血糖药物，不含胰岛素 | | | | |  |  |  |  |
| XA10BF |  |  |  | α-葡萄糖苷酶抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 4 | 阿卡波糖 | 咀嚼片 | \* |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XA10BJ |  |  |  | 胰高血糖素样肽-1(GLP-1)类似物 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 5 | 艾塞那肽 | 注射剂 | \* | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 6 | 利拉鲁肽 | 注射剂 | \* | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 7 | 利司那肽 | 注射剂 | \* | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XA10BK |  |  |  | 钠葡萄糖协同转运蛋白2(SGLT-2)抑制剂 | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 8 | 达格列净 | 口服常释剂型 | 2.56元（5mg/片）； 4.36元(10mg/片) | 限二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 9 | 恩格列净 | 口服常释剂型 | \* | 限二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 10 | 卡格列净 | 口服常释剂型 | \* | 限二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XA16 |  | 其他消化道及代谢用药 | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 11 | 麦格司他 | 口服常释剂型 | \* | 限C型尼曼匹克病患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB | 血液和造血器官药 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XB01 |  | 抗血栓形成药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XB01A |  |  | 抗血栓形成药 | | |  |  |  |  |  |  |
| XB01AC |  |  |  | 血小板凝聚抑制剂，肝素除外 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 12 | 司来帕格 | 口服常释剂型 | \* | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB01AD |  |  |  | 酶类 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 13 | 重组人组织型纤溶酶原激酶衍生物 | 注射剂 | 1399元 （18mg/10ml/支） | 限急性心肌梗死发病12小时内使用。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 14 | 重组人尿激酶原 | 注射剂 | 508元（5mg(50万IU)/支） | 限急性心肌梗死发病12小时内使用。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB02 |  | 抗出血药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XB02B |  |  | 维生素K和其他止血药 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 15 | 重组人凝血因子Ⅶa | 注射剂 | \* | 限以下情况方可支付：1.凝血因子Ⅷ或Ⅸ的抑制物>5BU的先天性血友病患者。2.获得性血友病患者。3.先天性FVII缺乏症患者。4.具有 GPIIb-IIIa和/或HLA抗体和既往或现在对血小板输注无效或不佳的血小板无力症患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB03 |  | 抗贫血药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XB03B |  |  | 维生素B12和叶酸 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 16 | 罗沙司他 | 口服常释剂型 | \* | 限慢性肾脏病引起贫血的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB05 |  | 血液代用品和灌注液 | | | |  |  |  |  |  |  |
| XB05A |  |  | 血液和相关制品 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 17 | 羟乙基淀粉130/0.4电解质 | 注射剂 | \* | 限低血容量性休克或手术创伤、烧伤等引起的显著低血容量患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XB05B |  |  | 静脉注射液 | | |  |  |  |  |  |  |
| XB05BA |  |  |  | 胃肠外营养液 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 18 | 多种油脂肪乳(C6～ 24) | 注射剂 | \* | 限经营养风险筛查，明确具有营养风险的肝功能不全（严重肝功能不全者除外）患者的二线用药。消化道有功能患者使用时不予支付。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 19 | 复方氨基酸(18AA- Ⅴ-SF) | 注射剂 | 30元（100ml/瓶）； 70.08元（250ml/瓶）；133.16元（500ml/瓶） | 限经营养风险筛查，明确具有营养风险的患者。消化道有功能患者使用时不予支付。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XC | 心血管系统 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XC01 |  | 心脏治疗药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XC01E |  |  | 其他心脏疾病用药 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 20 | 重组人脑利钠肽 | 注射剂 | 445元（0.5mg/支） | 限二级及以上医疗机构用于规范治疗效果不佳的急性失代偿性心力衰竭短期治疗，单次住院支付不超过3天。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XC02K |  |  | 其他抗高血压药 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 21 | 波生坦 | 口服常释剂型 | \* | 32mg/片（分散片）限3-12岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限WHO功能分级II级- IV级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 22 | 利奥西呱 | 口服常释剂型 | \* | 限以下情况方可支付：1.术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的CTEPH，且（WHO FC）为II-III的患者； 2.动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为 II-III患者的二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 23 | 马昔腾坦 | 口服常释剂型 | \* | 限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压（WHO第1组）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XC03 |  | 利尿剂 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XC03X |  |  | 其他利尿剂 | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 24 | 托伐普坦 | 口服常释剂型 | 99元（15mg/片）； 168.3元（30mg/片） | 限以下情况方可支付：1.明显的高容量性和正常容量性低钠血症（血钠浓度<125mEq/L，或低钠血症不明显但有症状且限液治疗效果不 佳），包括伴有心力衰竭/肝硬化以及抗利尿剂激素分泌异常综合征的患者。2.其他利尿剂治疗效果不理想的心力衰竭引起的体液潴留。 | 2018年1月1日至2020年6月30日 |
| XC09 |  | 作用于肾素-血管紧张素系统的药物 | | | | | |  |  |  |  |
| XC09C |  |  | 血管紧张素Ⅱ拮抗剂的单方药 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 25 | 阿利沙坦酯 | 口服常释剂型 | 2.62元（80mg/片)； 6.08元（240mg/片） |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XC09D |  |  | 血管紧张素Ⅱ拮抗剂的复方制剂 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 26 | 沙库巴曲缬沙坦 | 口服常释剂型 | \* | 限慢性心力衰竭（NYHA II-IV级）患者，首次处方时应有射血分数降低的证据。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XH | 除性激素和胰岛素外的全身激素制剂 | | | | | | |  |  |  |  |
| XH01 |  | 垂体和下丘脑激素及类似物 | | | | | |  |  |  |  |
| XH01C |  |  | 下丘脑激素 | | |  |  |  |  |  |  |
| XH01CB |  |  |  | 抗生长激素 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 27 | 奥曲肽 | 微球注射剂 | 5800元（20mg/瓶)； 7911元（30mg/瓶) | 限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| XJ | 全身用抗感染药 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ01 |  | 全身用抗菌药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ01M |  |  | 喹诺酮类抗菌药 | | | |  |  |  |  |  |
| XJ01MB |  |  |  | 其他喹诺酮类药 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 28 | 奈诺沙星 | 口服常释剂型 | 16.2元（250mg/粒） | 限二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ01X |  |  | 其他抗菌药 | | |  |  |  |  |  |  |
| XJ01XD |  |  |  | 咪唑衍生物 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 29 | 吗啉硝唑氯化钠 | 注射剂 | 97元（0.5g： 100ml/瓶） | 限二线用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ02 |  | 全身用抗真菌药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ02A |  |  | 全身用抗真菌药 | | | |  |  |  |  |  |
| XJ02AC |  |  |  | 三唑类衍生物 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 30 | 泊沙康唑 | 口服液体剂 | \* | 限以下情况方可支付：1.预防移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念球菌感染。2.伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。3.接合菌纲类感染。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ04 |  | 抗分枝杆菌药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ04A |  |  | 治疗结核病药 | | |  |  |  |  |  |  |
| XJ04AK |  |  |  | 其他治疗结核病药 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 31 | 贝达喹啉 | 口服常释剂型 | \* | 限耐多药结核患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 32 | 德拉马尼 | 口服常释剂型 | \* | 限耐多药结核患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ05 |  | 全身用抗病毒药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XJ05A |  |  | 直接作用的抗病毒药 | | | | |  |  |  |  |
| XJ05AF |  |  |  | 核苷及核苷酸逆转录酶抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 33 | 丙酚替诺福韦 | 口服常释剂型 | 17.98元（25mg/片） | 限慢性乙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ05AP |  |  |  | 用于治疗HCV感染的抗病毒药物 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 34 | 艾尔巴韦格拉瑞韦 | 口服常释剂型 | \* | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 35 | 来迪派韦索磷布韦 | 口服常释剂型 | \* | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 36 | 索磷布韦维帕他韦 | 口服常释剂型 | \* | 限经HCV基因分型检测确诊为基因1b型以外的慢性丙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ05AR |  |  |  | 艾滋病毒感染的抗病毒药物 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 37 | 艾考恩丙替 | 口服常释剂型 | 43元（每片含150mg艾维雷韦，150mg考比司他， 200mg恩曲他滨，10mg丙酚替诺福韦） | 限艾滋病病毒感染。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XJ05AX |  |  |  | 其他抗病毒药 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 38 | 重组细胞因子基因衍生蛋白 | 注射剂 | 325元（10μg/瓶） | 限HBeAg阳性的慢性乙型肝炎患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL | 抗肿瘤药及免疫调节剂 | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01 |  | 抗肿瘤药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01B |  |  | 抗代谢药 | |  |  |  |  |  |  |  |
| XL01BA |  |  |  | 叶酸类似物 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 39 | 雷替曲塞 | 注射剂 | 669元（2mg/支） | 限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL01BC |  |  |  | 嘧啶类似物 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 40 | 阿扎胞苷 | 注射剂 | 1055元（100mg/支） | 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。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
| XL01X |  |  | 其他抗肿瘤药 | | |  |  |  |  |  |  |
| XL01XC |  |  |  | 单克隆抗体 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 41 | 西妥昔单抗 | 注射剂 | 1295元（100mg(20ml)/瓶） | 限RAS基因野生型的转移性结直肠癌。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 42 | 贝伐珠单抗 | 注射剂 | \* | 限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 43 | 尼妥珠单抗 | 注射剂 | \* | 限与放疗联合治疗表皮生长因子受体（EGFR）表达阳性的III/IV期鼻咽癌。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 44 | 曲妥珠单抗 | 注射剂 | \* | 限以下情况方可支付：1.HER2阳性的转移性乳腺癌；2.HER2阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过12个月；3.HER2阳性 的转移性胃癌患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 45 | 帕妥珠单抗 | 注射剂 | \* | 限以下情况方可支付，且支付不超过12个月： 1.HER2阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗。2.具有高复发风险HER2阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 46 | 信迪利单抗 | 注射剂 | 2843元 （10ml:100mg/瓶） | 限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患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL01XE |  |  |  | 蛋白激酶抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 47 | 拉帕替尼 | 口服常释剂型 | 66.7元（250mg/片） | 限HER2过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。 | 2018年1月1日至2020年6月30日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 48 | 厄洛替尼 | 口服常释剂型 | \* | 限表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 49 | 阿法替尼 | 口服常释剂型 | 160.5元（30mg/片）； 200元（40mg/片) | 1.具有EGFR基因敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌，既往未接受过EGFR-TKI治疗。 2.含铂化疗期间或化疗后疾病进展的局部晚期或转移性鳞状组织学类型的非小细胞肺癌。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 50 | 奥希替尼 | 口服常释剂型 | 300元（40mg/片）； 510元（80mg/片) | 限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。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 51 | 安罗替尼 | 口服常释剂型 | 357元（8mg/粒)； 423.6元（10mg/粒)； 487元（12mg/粒) | 限既往至少接受过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。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 52 | 克唑替尼 | 口服常释剂型 | 219.2元（200mg/粒）；  260元（250mg/粒) | 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或 ROS1阳性的晚期非小细胞肺癌患者。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 53 | 塞瑞替尼 | 口服常释剂型 | 198元（150mg/粒） | 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）阳性局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 54 | 阿来替尼 | 口服常释剂型 | \* | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 55 | 培唑帕尼 | 口服常释剂型 | 160元（200mg/片)； 272元（400mg/片) | 限晚期肾细胞癌患者的一线治疗和曾经接受过细胞因子治疗的晚期肾细胞癌的治疗。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 56 | 阿昔替尼 | 口服常释剂型 | 60.4元（1mg/片）； 207元（5mg/片) | 限既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败的进展期肾细胞癌(RCC)的成人患者。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 57 | 索拉非尼 | 口服常释剂型 | \* | 限以下情况方可支付：1.不能手术的肾细胞癌。2.不能手术或远处转移的肝细胞癌。3.放射性碘治疗无效的局部复发或转移性、分化型甲状腺癌。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 58 | 瑞戈非尼 | 口服常释剂型 | 196元（40mg/片） | 1.肝细胞癌二线治疗；2.转移性结直肠癌三线治疗；3.胃肠道间质瘤三线治疗。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 59 | 舒尼替尼 | 口服常释剂型 | 155元（12.5mg/粒)； 263.5元（25mg/粒)； 359.4元（37.5mg/粒)； 448元（50mg/粒) | 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。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 60 | 阿帕替尼 | 口服常释剂型 | 115元（250mg/片）； 156.86元（375mg/片）；172.63元（425mg/片） | 限既往至少接受过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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 61 | 呋喹替尼 | 口服常释剂型 | 94.5元（1mg/粒）； 378元（5mg/粒） | 限转移性结直肠癌患者的三线治疗。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 62 | 吡咯替尼 | 口服常释剂型 | \* | 限表皮生长因子受体2（HER2）阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 63 | 尼洛替尼 | 口服常释剂型 | 76元（150mg/粒)； 94.7元（200mg/粒) | 限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，或对既往治疗（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。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 64 | 伊布替尼 | 口服常释剂型 | 189元（140mg/粒） | 1.既往至少接受过一种治疗的套细胞淋巴瘤（MCL）患者的治疗;2.慢性淋巴细胞白血病/小淋巴细胞淋巴瘤（CLL/SLL）患者的治疗。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 65 | 维莫非尼 | 口服常释剂型 | 112元（240mg/片） | 治疗经CFDA批准的检测方法确定的BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。 | 2019年1月1日至 2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 66 | 芦可替尼 | 口服常释剂型 | \* | 限中危或高危的原发性骨髓纤维化（PMF）、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化（PPV-MF）或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化（PET-MF）的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL01XX |  |  |  | 其他抗肿瘤药 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 67 | 伊沙佐米 | 口服常释剂型 | 3229.4元（2.3mg/粒)； 3957.9元（3mg/粒)；4933元（4mg/粒) | 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.与来那度胺联合使用时，只支付伊沙佐米或来那度胺中的一种。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 68 | 培门冬酶 | 注射剂 | 1477.7元（2ml:1500IU/支）； 2980元（5ml:3750IU/支) | 儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。 | 2019年1月1日至2020年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 69 | 奥拉帕利 | 口服常释剂型 | \* | 限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 70 | 重组人血管内皮抑制素 | 注射剂 | 490元（15mg/3ml/支） | 限晚期非小细胞肺癌患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 71 | 西达本胺 | 口服常释剂型 | 343元（5mg/片） | 限既往至少接受过1次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤（PTCL）患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL02 |  | 内分泌治疗用药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XL02B |  |  | 激素拮抗剂及相关药物 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 72 | 氟维司群 | 注射剂 | 2306元（5ml： 0.25g/支） | 限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。 | 2018年1月1日至2020年6月30日 |
| XL03 |  | 免疫兴奋剂 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XL03A |  |  | 免疫兴奋剂 | | |  |  |  |  |  |  |
| XL03AA |  |  |  | 集落刺激因子 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 73 | 硫培非格司亭 | 注射剂 | \* | 限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少合并发热的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL03AB |  |  |  | 干扰素类 | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 74 | 重组人干扰素β-1b | 注射剂 | 590元（0.3mg/支） | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 | 2018年1月1日至2020年6月30日 |
| XL04 |  | 免疫抑制剂 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XL04A |  |  | 免疫抑制剂 | | |  |  |  |  |  |  |
| XL04AA |  |  |  | 选择性免疫抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 75 | 托法替布 | 口服常释剂型 | \* | 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，并需风湿病专科医师处方。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 76 | 特立氟胺 | 口服常释剂型 | \* | 限常规治疗无效的多发性硬化患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 77 | 依维莫司 | 口服常释剂型 | \* | 限以下情况方可支付：1.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 （中度分化或高度分化）进展期胰腺神经内分泌瘤成人患者。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源神经内分泌肿瘤患者。4.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。5.不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XL04AB |  |  |  | 肿瘤坏死因子α（TNF-α）抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 78 | 阿达木单抗 | 注射剂 | 1290元（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） | 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、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 79 | 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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XN | 神经系统药物 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XN01 |  | 麻醉剂 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XN01B |  |  | 局部麻醉剂 | | |  |  |  |  |  |  |
| XN01BB |  |  |  | 酰胺类 | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 80 | 利多卡因 | 凝胶贴膏 | 19元（700mg/片） | 限带状疱疹患者。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XN05 |  | 精神安定药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XN05A |  |  | 抗精神病药 | | |  |  |  |  |  |  |
| XN05AH |  |  |  | 二氮卓类、去甲羟二氮卓类和硫氮杂卓类 | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 81 | 喹硫平 | 缓释控释剂型 | \* |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XN06 |  | 精神兴奋药 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XN06A |  |  | 抗抑郁药 | |  |  |  |  |  |  |  |
| XN06AB |  |  |  | 选择性5-羟色胺再摄取抑制剂 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 82 | 帕罗西汀 | 肠溶缓释片 | 2.07元（12.5mg/片）；3.52元（25mg/片） |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XN07 |  | 其他神经系统药物 | | | |  |  |  |  |  |  |
| XN07X |  |  | 其他神经系统药物 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 83 | 尤瑞克林 | 注射剂 | \* | 限新发的急性中度缺血性脑卒中患者，应在发作48小时内开始使用，支付不超过21天。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XR | 呼吸系统 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XR03 |  | 用于阻塞性气道疾病的药物 | | | | | |  |  |  |  |
| XR03A |  |  | 吸入的肾上腺素能类药 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 84 | 乌美溴铵维兰特罗 | 吸入粉雾剂 | 219元（(乌美溴铵62.5μg,维兰特罗25μg)\*30吸） | 限中重度慢性阻塞性肺病。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 85 | 茚达特罗格隆溴铵 | 吸入粉雾剂用胶囊 | \* | 限中重度慢性阻塞性肺病。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XR03D |  |  | 治疗阻塞性气道疾病的其他全身用药物 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 86 | 奥马珠单抗 | 注射剂 | \* | 限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-肾上腺素受体激动剂治疗后，仍不能有效控制症状的中至重度持续性过敏性哮喘患者，并需IgE （免疫球蛋白E）介导确诊证据。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XS | 感觉器官药物 | | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XS01 |  | 眼科用药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XS01E |  |  | 抗青光眼制剂和缩瞳剂 | | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 87 | 他氟前列素 | 滴眼剂 | 74.8元 （2.5ml：37.5μg/支） |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XS01L |  |  | 眼血管病用药 | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 88 | 地塞米松 | 玻璃体内植入剂 | 4000元（0.7mg/支） | 限视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿患者，并应同时符合以下条件：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.首次处方时病眼基线矫正视力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，每个年度最多支付2支。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 89 | 康柏西普 | 眼用注射液 | 4160元（0.2ml/支） | 限以下疾病：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）引起的视力损害；3.脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害。应同时符合以下条件：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.首次处方时病眼基线矫正视力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1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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 90 | 阿柏西普 | 眼内注射溶液 | \* | 限以下疾病：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）引起的视力损害。应同时符合以下条件：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.首次处方时病眼基线矫正视力 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1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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 91 | 雷珠单抗 | 注射剂 | \* | 限以下疾病：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）引起的视力损害；3.脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；4.继发于视网膜静脉阻塞 （RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。应同时符合以下条件：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.首次处方时病眼基线矫正视力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1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。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XV | 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XV03 |  | 其他治疗药物 | | |  |  |  |  |  |  |  |
| XV03A |  |  | 其他治疗药物 | | |  |  |  |  |  |  |
| XV03AC |  |  |  | 铁螯合剂 | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 92 | 地拉罗司 | 口服常释剂型 | \* |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XV03AE |  |  |  | 高血钾和高磷血症治疗药 | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 93 | 司维拉姆 | 口服常释剂型 | \* | 限透析患者高磷血症。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 94 | 碳酸镧 | 咀嚼片 | \* | 限透析患者高磷血症。 | 2020年1月1日至2021年12月31日 |
| XV08 |  | 造影剂 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| XV08C |  |  | 磁共振成像造影剂 | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 95 | 钆特醇 | 注射剂 | 106.89元（10ml/支）；145.8元(15ml/支)； 181.72元（20ml/支） |  | 2020年1月1日至2021年12月31日 |

备注：企业申请价格保密的，医保支付标准一栏标识为\*。

（二）中成药

| 药品分类  代码 | 药品分类 | | | | | 编号 | 药品名称 | 医保支付标准 | 备注 | 协议有效期 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ZA | 内科用药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZA03 |  | 泻下剂 | |  |  |  |  |  |  |  |
| ZA03B |  |  | 润肠通便剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 1 | 芪黄通秘软胶囊 | 2.1元(0.5g/粒) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA04 |  | 清热剂 | |  |  |  |  |  |  |  |
| ZA04B |  |  | 清热解毒剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 2 | 冬凌草滴丸 | 0.19元(40mg/丸) | 限放疗后急性咽炎的轻症患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA04C |  |  | 清脏腑热剂 | | |  |  |  |  |  |
| ZA04CA |  |  |  | 清热理肺剂 | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 3 | 痰热清胶囊 | 4.3元(0.4g/粒) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA06 |  | 化痰、止咳、平喘剂 | | | |  |  |  |  |  |
| ZA06C |  |  | 清热化痰剂 | | |  |  |  |  |  |
| ZA06CA |  |  |  | 清热化痰止咳 | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 4 | 金花清感颗粒 | 9.26元(5g/袋) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 5 | 麻芩消咳颗粒 | 4.79元(8g/袋) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 6 | 射麻口服液 | \* |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA09G |  |  | 益气养阴剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 7 | 参乌益肾片 | 1.44元(0.4g/片) | 限慢性肾衰竭患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 8 | 芪黄颗粒 | 7.5元(5g/袋) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA09H |  |  | 益气复脉剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 9 | 注射用益气复脉(冻干) | 16.5元(0.65g/瓶) | 限二级及以上医疗机构冠心病心绞痛及冠心病所致左心功能不全II- III级的患者，单次住院最多支付 14天。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA12 |  | 祛瘀剂 | |  |  |  |  |  |  |  |
| ZA12A |  |  | 益气活血剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 10 | 八味芪龙颗粒 | 2.93元(6g/袋) | 限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 11 | 杜蛭丸 | 6.49元(5g/25粒) | 限中风病中经络恢复期患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 12 | 脑心安胶囊 | 1.38元(0.3g/粒) | 限中重度脑梗塞、冠心病心绞痛患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 13 | 芪丹通络颗粒 | 4.16元(8g/袋) |  | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 14 | 芪芎通络胶囊 | 0.69元(0.5g/粒) | 限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA12G |  |  | 化瘀宽胸剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 15 | 西红花总苷片 | 16.5元(12mg/片) | 限化疗产生心脏毒性引起的心绞痛患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 16 | 注射用丹参多酚酸 | 58.5元(0.13g/支) | 限二级及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZA12H |  |  | 化瘀通脉剂 | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 17 | 血必净注射液 | 22.08元(10ml/支) | 限二级及以上医疗机构重症患者的 急救抢救。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 18 | 银杏内酯注射液 | 19.68元(2ml/支) | 限二级及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 19 | 银杏二萜内酯葡胺注射液 | 93.7元(5ml/支) | 限二级及以上医疗机构脑梗死恢复期患者，单次住院最多支付14天。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZC | 肿瘤用药 | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ZC01 |  | 抗肿瘤药 | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 20 | 复方黄黛片 | 10.19元(0.27g/片) | 限初治的急性早幼粒细胞白血病。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 21 | 食道平散 | 163元(10g/瓶) | 限中晚期食道癌所致食道狭窄梗阻的患者。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
| ZC01 |  | 肿瘤辅助  用药 | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | 乙 | 22 | 参一胶囊 | 6.18元(每粒含人参皂 苷Rg3 10mg) | 限原发性肺癌、肝癌化疗期间使用。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |
|  |  |  |  |  | 乙 | 23 | 注射用黄芪多糖 | 200元(250mg/支) | 限二级及以上医疗机构肿瘤患者，单次住院最多支付14天。 | 2020年1月1日至 2021年12月31日 |

备注：企业申请价格保密的，医保支付标准一栏标

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2-1  平凉市基本医疗保险谈判药品定点医疗机构名单   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **定点医院名称** | **注册地址** | **联系电话** | | 1 | 甘肃医学院附属医院 | 平凉市崆峒东路296号 | 0933-8639090 | | 2 | 平凉市第二人民医院 | 平凉市东大街79号 | 0933-8213055 | | 3 | 泾川县人民医院 | 泾川县安定街130号 | 0933-3321034 | | 4 | 灵台县人民医院 | 灵台县东大街151号 | 0933-3621404 | | 5 | 崇信县人民医院 | 崇信县新西街 | 0933-6121063 | | 6 | 华亭市第一人民医院 | 华亭县西华镇刘磨村 | 0933-7728056 | | 7 | 庄浪县人民医院 | 庄浪县水洛镇东关街35号 | 0933-6624594 | | 8 | 静宁县人民医院 | 静宁县城关镇中街167号 | 0933-2526291 | | 9 | 庄浪县中医医院 | 庄浪县中医医院 | 0933-6621615 | | 10 | 庄浪县南湖中心卫生院 | 庄浪县南湖镇寺巷路1号 | 0933-6641057 | | 11 | 平凉市崆峒区中医医院 | 平凉市崆峒区中山街109号 | 0933-8212978 | | 12 | 平凉市第四人民医院 | 平凉市崆峒区西兰东路101号 | 0933-8613955 | |
| 附件2-2  平凉市基本医疗保险谈判药品定点零售药店名单   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **序号** | **定点零售药店名称** | **注册地址** | **联系电话** | | 1 | 平凉市泰康药业有限责任公司 | 平凉市崆峒区中山街59号 | 15809441956 | | 2 | 平凉市泰康药业有限责任公司第一分店 | 平凉市崆峒区西大街四中巷2号 | 15809441956 | | 3 | 平凉市新生药业连锁有限责任公司  三分部 | 崆峒区崆峒中路143号 | 13034176699 | | 4 | 新世纪医药大厅 | 崆峒区崆峒中路1号 | 13830321905 | | 5 | 国药控股甘肃有限公司 平凉慢病管理专业药房 | 平凉市天正润园2号楼9号商铺 | 15193316020 | | 6 | 泾川县华陇药业有限责任公司 | 泾川县北新街新景花园1号 楼下商铺 | 0933-3322996 | | 7 | 益众康药业有限公司 | 灵台县西大街 | 13993342861 | | 8 | 平凉市新生药业连锁有限责任公司 二十一分部 | 灵台县新世纪花园Ｃ区10号门店 | 0933-3604918 | | 9 | 静宁县大众医药连锁有限公司 | 静宁宁县工业园区中邦路高速路口 | 15097058898 | | 10 | 平凉市新生药业连锁有限责任公司 三十一分部 | 静宁县德顺花园南侧北二环路 | 15379215758 | | **序号** | **定点零售药店名称** | **注册地址** | **联系电话** | | 11 | 华亭县润华商贸有限责任公司 百姓平价大药房鸿昊店 | 华亭县莲花湖北段1号门面房 | 13119338139 | | 12 | 平凉市新生药业连锁有限责任公司 十二分部 | 泾川县新景花园小区1号楼15号 | 18193321988 | | 13 | 华亭县西域医药有限公司一分店 | 华亭县城南大街金华大厦一楼 | 0933-7726936 | | 14 | 平凉市新生药业连锁有限责任公司 五十一分部 | 崇信县锦屏镇滨河路1号新世纪 商业街东B段8-9号门面 | 15693375408 | | 15 | 崇信县华龙药业有限公司 | 甘肃省平凉市崇信县青年路 | 13830380008 | |

附件4

甘肃省谈判药品门诊使用诊疗手册

甘肃省医疗保障局 印制

附件4-1

谈判药品审核备案表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人信息** | 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 | | |  | 医保类别 | |  |
| 社会保障号（身份证号） | | | |  | | | | | | | |
| 工作单位(家庭住址） | | | |  | | | | | | | |
| 指定的医疗机构 | | | |  | | | | | | | |
| 联系人 | |  | | 联系电话 | |  | | | | | |
| **谈判药品**  **使用计划** | 名称 | | | | 剂型 | | | 规格 | | | 单价 | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |
|  | | | |  | | |  | | |  | |
| **责任医师**  **意 见** | **责任医师临床使用依据** | | | | | | | | | | | |
| （盖章）  责任医师（副主任医师以上签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **定点医疗**  **机构意见** | （盖章）  医疗机构医保办负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| **医保经办**  **管理机构**  **意 见** | （盖章）  负责人（签字）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

附件4-2

谈判药品使用情况登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **使用时间** | **名称** | **剂型** | **规格** | **用药数量** | **单价** | **药品总费用** | **用药调整意见** | **责任医师或执业药师签字** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件5

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市本级职工基本医疗保险外购药品备案表 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 社会保障号 |  |
| 参保单位 |  | 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 诊断病种 |  | | | | | | |
| 外购药品 | 药品名称 （通用名+商用名） | | 剂型 | 每日 用量 | 购买 总量 | 处方医师 申请意见 | 科主任 意见 |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 定点医院意见 | | | | | | 医保经办机构备案意见 | |
| 药剂科意见（签字）： 医保科（签章）：     年 月 日（盖章） 年 月 日（盖章） | | | | | | 年 月 日（盖章） | |