

# 陕西省医疗保障局文件

陕医保发〔2020〕2号

---

## 陕西省医疗保障局 关于进一步完善国家谈判药品和部分 目录内常规药品支付管理政策的通知

各市（区）医疗保障局：

为贯彻落实党中央、国务院“把更多救命救急的好药纳入医保”的决策部署，我省先后将多种临床必需、疗效确切，但价格较为昂贵的国家谈判药品纳入我省医保支付范围，各地从方便参保人员用药、降低个人负担角度，结合实际制定出台了国家谈判药品支付政策和经办管理办法，在保障参保人员用药、提升基金使用效率方面取得了良好的效果。但仍存在国家谈判药品管理政策碎片化、地区之间待遇差异大、部分地区待遇水平过低、参保人员用药渠道不畅

等突出问题。为进一步完善谈判药品的分类支付和管理政策，提升待遇公平性和参保人员用药的可及性，根据《关于做好2019年国家医保谈判药品落地工作的通知》（医保发〔2019〕73号）、《关于做好〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2019年版）〉执行落实工作的通知》（陕医保发〔2019〕29号）精神，现就完善国家医保谈判药品和部分常规药品支付管理有关政策通知如下：

## 一、实行分类管理

根据我省国家谈判药品管理实际，经过专家论证将治疗重大疾病、临床必须、疗效确切、价格昂贵、治疗周期较长，用药人群和用药指征明确，适宜药店或门诊供应保障的麦格司他等71个国家谈判药品、利妥昔单抗等25个常规药品纳入特殊药品管理范围（附件1），实行专门的支付和管理政策，其中托伐普坦等4个国家谈判续约未成功药品支付有效期截至2020年6月30日。特殊药品管理范围依据我省实际情况进行动态调整。未纳入特殊药品管理范围的艾普拉唑等47个国家谈判药品（附件2），按照常规目录中乙类药品进行管理和支付。

## 二、规范支付政策

参保人员在住院、门诊和特殊药品定点零售药店发生的特殊药品费用，由医疗保险基金和参保人员共同承担。特殊药品费用不计起付线，按各地政策由个人先行支付一定比例后，纳入基本医疗保险统筹基金按比例支付。特殊药品不再单设支付限额，计入年度统筹基金支付限额，不得以门诊特殊疾病（慢性病）病种限额为由，

降低患者医保待遇。对基本医疗保险支付后剩余的费用，各地要充分发挥多层次医疗保障作用，将其纳入职工大额医疗补助、公务员医疗补助、城乡居民大病保险等支付范围。各地要分别统一城镇职工和城乡居民医保特殊药品保障水平，确保参保人员在定点医疗机构门诊和住院、在特药定点零售药店和定点医疗机构实际自付比例基本一致，确保特殊药品报销比例城镇职工医保不得低于 60%，城乡居民医保不得低于 50%，并根据基金承受能力、特殊药品使用情况动态调整。

参保人员住院发生的国家谈判药品中按乙类管理的药品费用，按各地现行乙类药品管理规定支付，不再单设个人自付比例。门诊和定点零售药店发生的药品费用，符合门诊特殊疾病（慢性病）政策规定的，按门诊特殊疾病（慢性病）基本医疗保险待遇支付。各地要根据统筹基金支付能力和参保人员医疗需求，按照《关于进一步完善城镇基本医疗保险门诊特殊疾病有关问题的通知》（陕人社发〔2009〕177号）相关内容，逐步更新完善门诊特殊疾病（慢性病）病种和待遇政策，方便患者使用和报销部分适于门诊治疗、使用周期较长但按乙类管理的谈判药品。

### 三、优化服务管理

对特殊药品继续实行“三定”管理（特殊药品定点医疗机构、特殊药品定点零售药店、定特殊药品责任医师）和“双通道”供药模式，具体管理办法由各地按照加强管理、规范使用、保障供应、精简材料、方便群众等原则制定。各地要进一步优化现有的经办流

程，适度扩大特殊定点医药机构范围，在保证特殊药品安全运输、储备和使用的前提下，每个县（区）至少确定一家特殊药品定点医药机构，进一步提高患者用药可及性和便利性。同时，要采取有力措施保障异地就医人员享受特殊药品医保报销待遇。国家谈判药品中按乙类管理的药品由各地区按现行乙类药品相关规定进行管理和经办服务。

各级医保经办机构要完善总额控制办法，严格落实特殊药品不占定点医疗机构医保总额控制指标要求，并根据上年度药品目录内药品配备和使用情况合理调整医保总额控制额度。要进一步规范特药定点零售药店管理，充分发挥定点零售药店在特药供应保障中的积极作用。要完善服务协议，将特药配备使用情况、服务管理、基金结算等内容纳入定点服务协议管理和定点医药机构考核评估范围，并与年终医保资金结算挂钩。

#### **四、认真组织落实**

完善特殊药品支付管理政策，是提升药品目录精细化管理能力和水平的重要举措，有利于进一步提高参保人员用药便捷性，提高患者待遇保障水平，增强我省医疗保障制度的公平性。各地要高度重视，统一思想，加强领导，严格按照本通知要求，细化政策措施，制定特殊药品经办管理规程，完善相关表格文本，明确具体经办程序，做好信息系统更新维护以及与定点医药机构数据衔接，确保参保人员待遇享受。各地应在本通知印发后1个月内出台本地细化政策文件和经办服务规程并向社会公布，同时报省医疗保障局医药服

务管理处备案。

各地在特殊药品政策落地过程中，如遇重大问题，应及时报告。原与本文件规定不符的，按本文件执行。

附件：1. 特殊药品目录

2. 按乙类药品支付管理的国家谈判药品目录



(此件公开)

## 特殊药品目录

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
1	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	国家谈判
2	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	国家谈判
3	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VII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GP IIb-IIIa和/或HLA抗体和既往或现在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	国家谈判
4	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	国家谈判
5	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	国家谈判
6	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）II（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	国家谈判
7	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	国家谈判
8	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	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
9	奥曲肽	微球注射剂	5800元 (20mg/瓶); 7911元 (30mg/瓶)	限胃肠膜内分泌肿瘤、肢端肥大症, 按说明书用药。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
10	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珠菌感染。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	国家谈判
11	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	国家谈判
12	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	国家谈判
13	奥马珠单抗	注射剂	*	限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型B <sub>2</sub> -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鼻炎患者, 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	国家谈判
14	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	国家谈判
15	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	国家谈判
16	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	国家谈判
17	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	国家谈判
18	艾考恩丙替	口服常释剂型	43元 (每片含150mg艾维 替韦, 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	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
19	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	国家谈判
20	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	国家谈判
21	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	国家谈判
22	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	国家谈判
23	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II/IV期鼻咽癌。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
24	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	国家谈判
25	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	国家谈判
26	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	国家谈判
27	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	国家谈判
28	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	国家谈判



序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
29	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	国家谈判
30	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	国家谈判
31	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	国家谈判
32	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	国家谈判
33	阿来替尼	口服常释剂型	*	限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阴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	国家谈判
34	培唑替尼	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	国家谈判
35	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	国家谈判
36	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	国家谈判
37	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	国家谈判
38	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腺样神经内分泌瘤(pNET)成人患者。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
39	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	国家谈判
40	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	国家谈判
41	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	国家谈判
42	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	国家谈判
43	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/小淋巴瘤细胞淋巴瘤 (CLL/SLL) 患者的治疗。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
44	维莫非尼	口服常释剂型	112元 (240mg/片)	治疗经FDA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	国家谈判
45	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	国家谈判
46	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. 由二级医院血液专科或血液专科医院医师处方; 3. 与米那度胺联合使用时, 只支付伊沙佐米或米那度胺中的一种。	2019年1月1日至 2020年12月31日	国家谈判
47	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	国家谈判
48	奥拉帕利	口服常释剂型	*	限铂敏感的复发上皮性卵巢癌、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	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
49	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	国家谈判
50	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	国家谈判
51	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	国家谈判
52	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	国家谈判
53	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	国家谈判
54	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肿瘤成人患者。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间质瘤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形细胞瘤的患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
55	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；2. 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；3. 诊断明确的银屑病经系统治疗无效、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	国家谈判
56	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；2. 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；3. 诊断明确的银屑病经系统治疗无效、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	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
57	他氟前列素	滴眼剂	74.8元 (2.5ml: 37.5 μg/支)		2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
58	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	国家谈判
59	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。	2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
60	阿柏西普	眼内注射液	*	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	国家谈判
61	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. 继发性视网膜静脉阻塞 (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	国家谈判
62	地拉罗司	口服常释剂型	*		2020年1月1日至 2021年12月31日	国家谈判
63	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	国家谈判
64	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	国家谈判

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
65	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	国家谈判
66	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	国家谈判
67	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	国家谈判
68	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/肝硬化以及利尿剂刺激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	国家谈判 未续约
69	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	国家谈判 未续约
70	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	国家谈判 未续约
71	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	国家谈判 未续约
72	利妥昔单抗	注射剂		限复发或耐药的滤泡性中央型淋巴瘤(国际工作分类B、C和D亚型的B细胞非霍奇金淋巴瘤)，CD20阳性III-IV期滤泡性非霍奇金淋巴瘤，CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤；支付不超过8个疗程。		谈判转乙类
73	来那度胺	口服常释剂型		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。		谈判转乙类
74	硼替佐米	注射剂		限多发性骨髓瘤、复发或难治性套细胞淋巴瘤患者，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。		谈判转乙类

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
75	普格瑞洛	口服常释剂型		限恶性肿瘤综合症患者，支付不超过12个月。非急性期限二线用药。		谈判转乙类
76	阿比特龙	口服常释剂型		限转移性去势抵抗性前列腺癌、新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。		谈判转乙类
77	人凝血因子VIII	注射剂				常规乙类
78	重组人凝血因子VIII	注射剂		限儿童甲(A)型血友病；成人甲(A)型血友病限出血时使用		常规乙类
79	重组人凝血因子IX	注射剂		限儿童乙(B)型血友病；成人乙(B)型血友病限出血时使用		常规乙类
80	重组人血小板生成素	注射剂		限实体瘤化疗后所致的严重血小板减少症或特发性血小板减少性紫癜		常规乙类
81	艾曲泊帕乙醇胺	口服常释剂型		限既往对糖皮质激素、免疫球蛋白治疗无效的特发性血小板减少症		常规乙类
82	咪唑立宾	口服常释剂型		限器官移植和工作保险		常规乙类
83	吗替麦考酚酯	口服常释剂型		限器官移植和工作保险		常规乙类
84	麦考酚钠	口服常释剂型		限器官移植和工作保险		常规乙类
85	西罗莫司	口服常释剂型 口服液体剂		限器官移植和工作保险		常规乙类

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	支付范围限制	协议有效期	备注
86	比卡鲁胺	口服常释剂型				常规乙类
87	氟他胺	口服常释剂型				常规乙类
88	雌莫司汀	口服常释剂型				常规乙类
89	重组人II型肿瘤坏死因子受体-抗体融合蛋白	注射剂		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		常规乙类
90	戈利木单抗	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。		常规乙类
91	托珠单抗	注射剂		限全身型幼年特发性关节炎的二线治疗；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。		常规乙类
92	青非替尼	口服常释剂型		限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌		常规乙类
93	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；胃肠道间质瘤患者。		常规乙类
94	埃克替尼	口服常释剂型		限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌		常规乙类
95	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性白血病患者		常规乙类
96	培美曲塞	口服常释剂型		限局部晚期或转移性非鳞状细胞型非小细胞肺癌；恶性胸膜间皮瘤		常规乙类

## 按乙类药品支付管理的国家谈判药品目录

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
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
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
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
4	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
5	阿卡波糖	咀嚼片	*		2020年1月1日至 2021年12月31日
6	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
7	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



序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
8	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
9	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
10	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
11	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
12	多种油脂脂肪乳(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
13	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
14	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
15	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
16	重组人尿激酶原	注射剂	508元（5mg/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

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
17	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
18	噻疏平	缓释控释剂型	*		2020年1月1日至 2021年12月31日
19	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
20	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
21	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
22	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
23	吗啉胍氯化钠	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
24	乌美溴铵维兰特罗	吸入粉雾剂	219元 (乌美溴铵62.5 μg, 维兰特罗25 μg)*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
25	昂达特罗格隆溴铵	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

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
26	重组人脑利鞘肽	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
27	乳特醇	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
28	芪黄通便软胶囊		2.1元(0.5g/粒)		2020年1月1日至 2021年12月31日
29	冬凌草滴丸		0.19元(40mg/丸)	限放疗后急性咽喉炎的轻症患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日
30	痰热清胶囊		4.3元(0.4g/粒)		2020年1月1日至 2021年12月31日
31	金花清感颗粒		9.26元(5g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日
32	麻杏消咳颗粒		4.79元(8g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日
33	射麻口服液		*		2020年1月1日至 2021年12月31日
34	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

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
35	芪黄颗粒		7.5元(5g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日
36	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
37	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
38	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
39	脑心安胶囊		1.38元(0.3g/粒)	限中重度脑梗塞、冠心病绞痛患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日
40	芪丹通络颗粒		4.16元(8g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日
41	芪苈通络胶囊		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
42	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
43	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

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期
44	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
45	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
46	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
47	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

