

国家医保局人力资源社会保障部

关于将 2019 年谈判药品纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》乙类范围的通知

医保发〔2019〕65 号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团医疗保障局，人力资源社会保障厅（局）：

为贯彻落实党中央、国务院决策部署，根据 2019 年国家医保药品目录调整工作安排，国家医保局会同人力资源社会保障部组织专家按程序开展了 2019 年国家医保药品目录准入谈判，共 97 个药品谈判成功（附件 1）并确定了支付标准，纳入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》（以下简称目录）乙类范围。为做好谈判药品落地工作，确保广大参保患者切实受益，现将有关事项通知如下：

一、及时将谈判药品纳入基金支付范围

谈判药品是《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的重要组成部分，各省（区、市）医疗保障、人力资源社会保障部门要按规定及时将谈判药品纳入本省基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金支付范围，并按照《国

国家医保局、人力资源社会保障部关于印发《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的通知》（医保发〔2019〕46号，以下简称46号文）要求，与常规准入药品于2020年1月1日起同步实施。谈判药品在协议期内按照乙类药品有关规定支付，各地不得将谈判药品调出目录，也不得调整限定支付范围。

各地医疗保障、人力资源社会保障部门要及时对46号文公布的《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》“协议期内谈判药品部分”进行更新，其中新增70个药品，续约成功27个药品，续约未成功4个药品（附件2）。

二、执行全国统一的支付标准

本次谈判确定了97个药品全国统一的支付标准。支付标准包括了基金和参保人员共同支付的全部费用，基金和参保人员分担比例由各统筹地区确定。协议有效期截至2021年12月31日，有效期满后按照医保有关规定调整支付标准。有效期内，如有同通用名药物（仿制药）上市，医保部门将根据仿制药价格水平调整该药品的支付标准，也可以将该通用名纳入集中采购范围。如出现国家重大政策调整或药品市场实际价格明显低于现行支付标准的，国家医保局将与企业协商重新制定支付标准并另行通知。

鉴于部分药品企业对谈判确定的支付标准申请了保密，协议期间各地医保、人力资源社会保障部门不得在公开发文、新闻宣传等公开途径中公布其支付标准。

三、加强供应保障和使用管理

各省（区、市）药品集中采购机构要在 2019 年 12 月底前将谈判药品在省级药品集中采购平台上直接挂网。各统筹地区要采取有效措施保障谈判药品的供应和合理使用。要严格执行谈判药品限定支付范围，加强使用管理，对费用高、用量大的药品要进行重点监控和分析，确保基金安全。

各地医保部门要根据临床合理用药需求，指导定点医疗机构及时采购、合理使用目录内药品，可结合不同医疗机构实际用药变化情况对其年度医保总额作合理调整。要加强对目录调整后医疗机构用药行为的监测分析，重点是新调入药品费用情况及整体药品费用变化情况。国家医保局将适时收集汇总各地数据，具体要求另行部署。

对部分 2017 年谈判准入、本次谈判中未能成功续约的药品，各地区要高度重视，认真研究，采取有效措施做好临床用药的替代衔接，合理保障群众用药连续性。对 2019 年 12 月 31 日前已经开始使用未能成功续约药品的患者，各地可制定最长不超过 6 个月的过渡期，过渡期内医保基金可继续

支付，同时指导定点医疗机构适时替换治疗药品。各地要做好目录政策宣传解读和患者解释说明工作，争取社会各界理解和支持。

目录执行中遇有重大问题，各地要及时向国家医保局和人力资源社会保障部反馈。

附件：1. 97 种谈判成功药品名单. pdf

2. 更新后的《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》“协议期内谈判药品部分”. pdf

国家医保局 人力资源社会保障部

2019 年 11 月 22 日

附件 1:

97 种谈判成功药品名单

序号	类别	药品名称
一、新增 70 个药品名单		
1	西药	艾考恩丙替片
2	西药	艾尔巴韦格拉瑞韦片
3	西药	来迪派韦索磷布韦片
4	西药	索磷布韦维帕他韦片
5	西药	丙酚替诺福韦片
6	西药	重组细胞因子基因衍生蛋白注射液
7	西药	盐酸阿来替尼胶囊
8	西药	呋喹替尼胶囊
9	西药	注射用雷替曲塞
10	西药	奥拉帕利片
11	西药	马来酸吡咯替尼片
12	西药	帕妥珠单抗注射液
13	西药	信迪利单抗注射液
14	西药	芦可替尼片
15	西药	波生坦片
16	西药	利奥西呱片
17	西药	马昔腾坦片
18	西药	司来帕格片
19	西药	麦格司他胶囊
20	西药	特立氟胺片
21	西药	苹果酸奈诺沙星胶囊
22	西药	贝达喹啉片
23	西药	德拉马尼片
24	西药	利多卡因凝胶贴膏
25	西药	乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂
26	西药	茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂用胶囊
27	西药	注射用奥马珠单抗

序号	类别	药品名称
28	西药	阿达木单抗注射液
29	西药	托法替布片
30	西药	注射用英夫利西单抗
31	西药	注射用尤瑞克林
32	西药	注射用重组人组织型纤溶酶原激酶衍生物
33	西药	罗沙司他胶囊
34	西药	阿卡波糖咀嚼片
35	西药	艾塞那肽注射液
36	西药	达格列净片
37	西药	恩格列净片
38	西药	卡格列净片
39	西药	利司那肽注射液
40	西药	甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠注射液
41	西药	精氨酸谷氨酸注射液
42	西药	注射用艾普拉唑
43	西药	沙库巴曲缬沙坦片
44	西药	地拉罗司分散片
45	西药	羟乙基淀粉 130/0.4 电解质注射液
46	西药	硫培非格司亭注射液
47	西药	阿柏西普眼内注射溶液
48	西药	地塞米松玻璃体内植入剂
49	西药	他氟前列素滴眼液
50	西药	多种油脂肪乳 (C6~24) 注射液
51	西药	复方氨基酸注射液 (18AA—V—SF)
52	西药	钆特醇注射液
53	中成药	冬凌草滴丸
54	中成药	金花清感颗粒
55	中成药	麻芩消咳颗粒
56	中成药	射麻口服液
57	中成药	痰热清胶囊
58	中成药	血必净注射液

序号	类别	药品名称
59	中成药	八味芪龙颗粒
60	中成药	杜蛭丸
61	中成药	芪苈通络胶囊
62	中成药	脑心安胶囊
63	中成药	芪黄通秘软胶囊
64	中成药	参乌益肾片
65	中成药	芪黄颗粒
66	中成药	芪丹通络颗粒
67	中成药	西红花总苷片
68	中成药	注射用丹参多酚酸
69	中成药	注射用益气复脉（冻干）
70	中成药	食道平散
二、续约成功的 27 个药品名单		
1	西药	尼妥珠单抗注射液
2	西药	贝伐珠单抗注射液
3	西药	盐酸厄洛替尼片
4	西药	重组人血管内皮抑制素注射液
5	西药	注射用曲妥珠单抗
6	西药	依维莫司片
7	西药	甲苯磺酸索拉非尼片
8	西药	甲磺酸阿帕替尼片
9	西药	西达本胺片
10	西药	碳酸镧咀嚼片
11	西药	碳酸司维拉姆片
12	西药	阿利沙坦酯片
13	西药	注射用重组人凝血因子Ⅶa
14	西药	富马酸喹硫平缓释片
15	西药	盐酸帕罗西汀肠溶缓释片
16	西药	吗啉硝唑氯化钠注射液
17	西药	泊沙康唑口服混悬液
18	西药	注射用重组人尿激酶原

序号	类别	药品名称
19	西药	利拉鲁肽注射液
20	西药	注射用重组人脑利钠肽
21	西药	康柏西普眼用注射液
22	西药	雷珠单抗注射液
23	中成药	银杏二萜内酯葡胺注射液
24	中成药	银杏内酯注射液
25	中成药	参一胶囊
26	中成药	注射用黄芪多糖
27	中成药	复方黄黛片

附件2:

协议期内谈判药品部分
(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

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
					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/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

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
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

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
					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2019年12月31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										

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
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

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
					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（10 μg/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

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
					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2019年12月31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

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
					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

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
					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

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
					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2019年12月31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2019年12月31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

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
					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										

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
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62.5 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
				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								

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
					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 β 2-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
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：37.5 μ g/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

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
					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

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
					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

协议期内谈判药品部分

（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						

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
					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	八味茛龙颗粒	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	茛丹通络颗粒	4.16元(8g/袋)		2020年1月1日至2021年12月31日
					乙	14	茛芎通络胶囊	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

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
					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识为*。