

随州市医疗保障局文件 随州市卫生健康委员会文件

随医保发〔2020〕22号

市医疗保障局市卫生健康委员会 关于印发《国家谈判药品基本医疗保险支付 管理办法（试行）》的通知

各县、市、区医疗保障局、卫生健康局，市医疗保障服务中心，
市直各定点医药机构：

为保障 114 种协议期内国家谈判药品（以下简称国谈药品）
的供应和使用，根据《省医疗保障局省人力资源和社会保障厅关
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）〉实施工作的通知》（鄂医保发〔2019〕77 号）（以下简称
2019 版药品目录）和《市医疗保障局市人力资源和社会保障局关

于转发<省医疗保障局省人力资源和社会保障厅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）实施工作的通知>的通知》（随医保发〔2020〕1号）等有关文件精神，我们制定了《国家谈判药品基本医疗保险支付管理办法（试行）》（以下简称《办法》），现印发给你们，请各地严格执行。



随州市医疗保障局



随州市卫生健康委员会

2020年6月30日

随州市国谈药品基本医疗保险支付管理办法(试行)

为加强和规范国谈药品使用管理,提高参保人员用药保障水平,根据《省医疗保障局省人力资源和社会保障厅关于做好<国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录(2019年版)>实施工作的通知》(鄂医保发[2019]77号)和《市医疗保障局市人力资源和社会保障局关于转发<省医疗保障局省人力资源和社会保障厅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)实施工作的通知>的通知》(随医保发[2020]1号)文件精神,特制定本办法。

一、国谈药品范围

(一)《2019版药品目录》中协议期内谈判药品部分(114个品种,见附件1、附件2);

(二)今后国家、省医疗保障局新纳入的谈判药。

二、附件1国谈药品的支付管理和使用(45种)

国谈药品附件1共45个品种。对住院按备注栏中限定的支付范围由个人按规定的先行自付比例自付后再按乙类药品支付的办法执行;对可在医院门诊治疗或购药的16个品种按规定的先行自付比例自付后再按特殊慢性病门诊医疗待遇执行;对定点零售药店购药医保基金一律不予支付。

三、附件2国谈药品的支付管理和使用(69种)

国谈药品附件 2 共 69 个品种，统一纳入医保基金支付范围，参保人员使用附件 2 中的国谈药品，按规定的先行自付比例自付后，再按以下支付管理办法执行。

（一）支付条件

1、符合《2019 版药品目录》中限定的支付范围和国家、省其他相关政策文件规定；

2、符合享受国谈药品支付待遇条件的参保人员，应持《随州市（职工、居民）国谈药品使用资格审批表》（见附件 3）到参保地医保服务中心窗口备案登记；

3、参保人员在定点门诊（或定点零售药店）使用（或购买）国谈药品时需二级以上定点医疗机构责任医师开具的处方，住院使用国谈药品时需二级以上定点医疗机构责任医师开具的处方或签字的医嘱。

4、符合享受国谈药品支付待遇条件的参保对象，在参保地医保服务中心报销国谈药品门诊（或药店）购药费用时，需提供国谈药品定点医疗机构（或定点零售药店）的原始费用发票、费用明细、责任医师处方复印件。

（二）支付方式方法

符合国谈药品使用条件的参保对象，先按市医疗保障局（随医保发[2020]1 号）文件规定的自付比例自付后，在备注栏限定的支付范围内，住院按乙类药品支付办法执行，定点医疗机构门诊和定点国谈药品零售药店按重大疾病的医疗待遇标准支付。

参保人员在市外医疗机构门诊使用或零售药店购买国谈药品，必须在参保地医保服务中心备案登记，医疗机构须是就医地二级及以上定点医疗机构，零售药店须是就医地向社会公布的国谈药品定点零售药店，其支付办法按以上规定予以支付。

（三）建立国谈药品管理机制

为强化国谈药品的管理，建立定点医疗机构、责任医师、定点零售药店管理机制，规范用药，合理施治。

1. 建立定点医疗机构管理机制

全市设有肿瘤疾病临床科室和与国谈药品相关的临床科室的二级及以上定点医疗机构必须向市医疗保障局提出申请作为国谈药品使用的定点医疗机构，并向社会公示。

2. 建立责任医师管理机制

对国谈药品的使用实行责任医师管理制。在确定的可使用国谈药品的定点医疗机构中，选择肿瘤科和相关临床科室中职业素养好、专业技术水平高、具有副高以上职称的医师作为责任医师，并向社会公示。责任医师由定点医疗机构分管医保的领导审定，同级医疗保障部门审核，上报市医疗保障局备案。市直医疗机构直接报送市医疗保障局。责任医师负责对符合享受国谈药品待遇条件的参保对象在定点医疗机构住院和门诊或定点零售药店使用或购买国谈药品时，开具处方。

3. 建立定点零售药店管理机制

随州城区可选择3--4家、广水应山城区可选择1--2家、随县

可选择1家信誉好、服务周到的定点零售药店作为国谈药品定点零售药店。国谈药品定点零售药店应具备的条件：

- (1) 总经营面积达120平方米以上，设立国谈药品专柜；
- (2) 有完善的管理制度和规范的国谈药品进货渠道；
- (3) 具备1名以上执业药师常年在岗工作；
- (4) 能保障国谈药品供应。

符合上述条件的定点零售药店申请后经市医疗保障局审定，方可确定为国谈药品定点零售药店，并向社会公示。

四、相关要求

(一) 加强国谈药品保障。定点医疗机构要做好国谈药品的供应保障工作，不得以医疗费用控费、医保费用控费、“药占比”和医疗机构基本用药目录及基药占比考核等为由影响国谈药品的供应保障。定点医疗机构要将国谈药品设立专帐，单独核算，不得将其纳入相关科室药占比进行考核。各级卫生健康行政部门要统筹解决辖区医疗机构药占比问题，不得将国谈药品的使用纳入药占比、基药占比进行考核。各级医疗保障部门要开通国谈药品绿色支付和结算渠道，对医疗机构使用国谈药品的费用结算每月结算一次，做到定期结算及时支付。对定点医疗机构使用的符合医疗规范的国谈药品列入医保基金总额预付之外进行单独核算。

(二) 规范临床用药行为。各级卫生健康行政部门要严格按照疾病诊疗规范和药物临床应用指南，督促医疗机构按照疾病诊疗规范和诊疗能力配备必需药品，充分发挥临床药师作用，进一

步强化合理用药考核。定点医疗机构要按照处方管理办法，定期对国谈药品处方实施专项点评，并对点评结果进行院内公示。要持续跟踪监测国谈药品临床使用情况，将监测结果和处方点评情况与科室、医师的绩效挂钩，促进合理用药。

（三）严格落实政策规定。各医疗保障经办机构要及时调整医保结算信息系统，做好与定点医药机构的信息系统对接，确保患者及时结算医疗费用。同时，要加强对国谈药品使用的监管，采取有效措施，指导定点医药机构做好临床用药的替代衔接，保障参保患者用药的连续性。对医疗机构超出限定使用范围、无故缺供断供的行为，医疗保障行政主管部门将在医保总额指标、医药机构绩效考核、医保定点资格、医疗机构负责人目标责任考核等方面予以惩戒。

五、本《办法》自2020年7月1日起实施。原《随州市医疗保障局随州市卫生健康委员会关于印发<随州市特殊药品基本医疗保险支付管理办法（试行）>的通知》（随医保发〔2019〕7号）中的57种特殊药品有44种（附件1和附件2的药品名称栏中有下划线的药品）已纳入国谈药品，按本《办法》管理；有9种药品（利妥昔单抗、硼替佐米、阿比特龙、来那度胺、伊马替尼、达沙替尼、吉非替尼、埃克替尼、替格瑞洛）已列入《2019版药品目录》中西药部分，按《2019版药品目录》的规定执行；有4种药品（拉帕替尼、氟维司群、重组人干扰素 β -1b、托伐普坦）为2018年国谈到期药品，《2019版药品目录》也未将其列入，属

目录外药品，医保基金不予支付。

六、本办法由市医疗保障局负责解释。

附件：1. 45 种协议期内谈判药品医保支付信息表

2. 69 种协议期内谈判药品医保支付信息表

3. 随州市（职工、居民）国谈药品使用资格审批表

附件1

协议期内谈判药品医保支付信息表

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否可医院住院使用	是否可医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
内科用药（中药）	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	6	射麻口服液		*		2020年1月1日至2021年12月31日	25%	是	否	否
	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	25%	是	是	否
	8	芪黄颗粒		7.5元(5g/袋)		2020年1月1日至2021年12月31日	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	是	否
	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	25%	是	是	否
	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	25%	是	是	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	是	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	25%	是	否	否
	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	20%	是	否	否
	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	20%	是	否	否

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否可 医院住 院使用	是否可医 院门诊治 疗或购药	是否可 药店购 药
肿瘤用药（中药）	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	10%	是	否	否
	21	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	25%	是	否	否
	22	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	25%	是	否	否
消化道的药物和代谢	23	阿卡波糖	咀嚼片	*		2020年1月1日至2021年12月31日	25%	是	是	否
	24	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	25%	是	否	否
血液和造血器官药	25	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	25%	是	否	否
	26	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	20%	是	否	否
	27	羟乙淀粉 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	25%	是	否	否
	28	复方氨基酸（18AA-V-SF）	注射剂	30元（100ml/瓶）； 70.08（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	25%	是	否	否
心血管系统	29	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	25%	是	否	否
	30	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	20%	是	是	否
全身用抗感染药	31	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	25%	是	否	否
	32	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	25%	是	是	否
	33	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	25%	是	是	否
	34	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	25%	是	是	否
	35	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	25%	是	是	否
	36	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	25%	是	是	否

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否可 医院住 院使用	是否可医 院门诊治 疗或购药	是否可 药店购 药
神 经 系 统 药 物	37	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	25%	是	否	否
	38	唑硫平	缓释控释剂型	*		2020年1月1日至 2021年12月31日	25%	是	是	否
	39	帕罗西汀	肠溶缓释片	2.07（12.5mg/片）； 3.52元（25mg/片）		2020年1月1日至 2021年12月31日	20%	是	是	否
	40	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	25%	是	否	否
呼 吸 系 统	41	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	25%	是	是	否
	42	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	25%	是	是	否
感 觉 器 官	43	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	25%	是	否	否
其 他	44	地拉罗司	口服常释剂型	*		2020年1月1日至 2021年12月31日	25%	是	否	否
	45	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	25%	是	否	否

备注：1. 企业申请价格保密的，医保支付标准一栏标识为*。

2. 加下划线的药品（11种）为原57种特殊药品（随医保发【2020】7号）中的药品。

协议期内谈判药品医保支付信息表

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
（肿瘤用药）	1	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	25%	是	是	是
	2	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	25%	是	是	否
	3	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	25%	是	是	否
	4	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	25%	是	是	否
	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	25%	是	是	否
	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	20%	是	是	否
	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	25%	是	是	否
	8	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	25%	是	否	是
	9	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	25%	是	否	是
	10	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	25%	是	是	是

消化和代谢方面的药物

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
血液和造血器官药	11	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	25%	是	是	是
	12	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FVIII缺乏症患者。4、具有GP11b-IIIa和/或HLA抗体和既往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	20%	是	是	否
	13	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	25%	是	是	是
	14	多种油脂脂肪乳(C6~24)	注射剂	*	限经营养风险评估，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	25%	是	是	否
	15	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	25%	是	是	是
心血管系统	16	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	25%	是	是	是
	17	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	25%	是	是	是
	18	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	25%	是	是	是
	19	奥曲肽	微球注射剂	5800元（20mg/瓶）； 7911元（30mg/瓶）	限胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	2019年1月1日至2020年12月31日	25%	是	是	否
除性激素和胰岛素外的全身激素制剂										

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
全身用抗感染药	20	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	25%	是	是	是
	21	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	20%	是	是	否
	22	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	25%	是	是	是
	23	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	25%	是	是	是
	24	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)	限艾滋病病毒感染者。	2020年1月1日至2021年12月31日	25%	是	是	是
	25	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肠直肠癌患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	25%	是	是	否
抗肿瘤药及免疫调节剂	26	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	25%	是	是	否
	27	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肠癌。	2019年1月1日至2020年12月31日	25%	是	是	否
	28	贝伐珠单抗	注射剂	*	限晚期转移性结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	25%	是	是	否
	29	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	25%	是	是	否
	30	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	25%	是	是	否

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行支付比例	是否可医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
抗肿瘤药及免疫调节剂	31	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. 具有高危复发风险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	25%	是	否
	32	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霍奇金淋巴瘤的患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	25%	是	否
	33	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	25%	是	是
	34	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	25%	是	是
	35	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	25%	是	是
	36	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	25%	是	是
	37	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。	2019年1月1日至 2020年12月31日	25%	是	是
	38	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	25%	是	是
	39	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	25%	是	是
	40	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	25%	是	是

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
抗肿瘤药及免疫调节剂	41	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	25%	是	是	是
	42	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	25%	是	否	否
	43	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	25%	是	是	是
	44	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道间质瘤(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	25%	是	是	是
	45	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	25%	是	否	否
	46	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	25%	是	是	否
	47	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	25%	是	是	是
	48	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	25%	是	是	是
	49	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	25%	是	是	是
	50	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	25%	是	是	是

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否可医院使用	是否可医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
抗肿瘤药及免疫调节剂	51	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	25%	是	是	是
	52	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住院医师处方; 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	25%	是	是	是
	53	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第一线治疗。	2019年1月1日至 2020年12月31日	25%	是	是	否
	54	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	25%	是	是	是
	55	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	25%	是	是	否
	56	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	25%	是	是	是
	57	硫酸非格司亭	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	25%	是	是	否
	58	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	25%	是	是	是
	59	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	25%	是	是	是

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
抗肿瘤药及免疫调节剂	60	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	25%	是	是	是
	61	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	25%	是	是	否
	62	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、禁忌或不耐受的中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	25%	是	是	否
	63	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	25%	是	是	否

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否医院使用	是否医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
感觉器官药物	64	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	25%	是	是	否
	65	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	25%	是	否	否
	66	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	25%	是	是	否

分类	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	备注	协议有效期	乙类先行自付比例	是否可医院使用	是否可医院门诊治疗或购药	是否可药店购药
感觉器官药物	67	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	25%	是	否	否
	68	司维拉坦	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	25%	是	是	是
	69	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	25%	是	是	是

备注：1. 企业申请价格保密的，医保支付标准一栏标识为*。

2. 加下划线的药品（33种）为原57种特殊药品（随医保发【2020】7号）中的药品。

附件 3

随州市（职工、居民）国谈药品使用资格审批表

姓名		性别		年龄		
社保卡卡号		身份证号				
联系方式		住址				
疾病名称						
确诊医疗机构名称						
申请使用的特殊药品名称及用法						
鉴定依据：（请责任医师填写符合特殊药品医保支付信息表中的支付依据） 						
责任医师意见： 签名： 年 月 日				定点医疗机构医保办意见： 签名： 盖章： 年 月 日		

1. 请责任医师指导申请者将符合特殊药品医保支付信息表中的支付依据原件或复印件（如：出院小结、基因检测报告、诊断证明等）附在表后。

