

云南省医疗保障局文件 云南省人力资源和社会保障厅文件

云医保〔2019〕166号

云南省医疗保障局 云南省人力资源和社会保障厅 关于落实 2019 年国家基本医疗保险工伤保险 和生育保险药品目录有关问题的通知

各州（市）医疗保障局、人力资源和社会保障局：

根据国家医保局、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）、《关于调整规范〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉部分药品名称等通知》（医保发〔2019〕64号）和《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）要求，为落实好2019年《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《国家目录》），保证

新旧药品目录平稳过渡，提高全省参保人员用药待遇，现将有关问题通知如下：

一、全省城镇职工基本医疗保险、城乡居民基本医疗保险和工伤保险参保人员从2020年1月1日起统一执行《国家目录》（附件1），凡例、药品通用名、药品分类、剂型和限定支付范围等按照国家规定执行。各州、市不得调整目录或用变通的方法增减目录内药品。

二、我省现行基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录中超出《国家目录》范围的药品，根据国家相关规定，要在3年内逐步剔除，停止报销。在停止报销前，暂按《2016年城乡居民基本用药范围》和《2018年版基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》规定执行。2020年6月30日，首先停止报销第一批国家重点监控合理用药药品（附件2）。

三、参保人员使用目录内西药、中成药及中药饮片发生的费用，基本医疗保险支付时区分甲、乙类；工伤保险和生育保险支付时不分甲、乙类，其中工伤保险参保人员因伤治疗用药实行全额报销。

《国家目录》内甲类药品，按照基本医疗保险的规定全额纳入报付范围，各统筹区不得另行设定个人自付比例。《国家目录》内乙类药品，城镇职工基本医疗保险个人先自付比例全省统一执行3%；城乡居民基本医疗保险个人先自付比例按《云南省人力资源和社会保障厅云南省卫生健康委关于统一城乡居民基本医疗

保险待遇有关问题的通知》（云人社发〔2016〕310号）的规定执行。

国家免费提供的抗艾滋病病毒药物和国家公共卫生项目涉及的抗结核病药物、抗疟药物和抗血吸虫病药物，参保人员使用且在公共卫生支付范围的，基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金不予支付。

四、国家谈判药品执行全国统一的支付标准，支付标准包括基本医疗保险基金和参保人员共同支付的全部费用。国家谈判药品按照乙类药品管理，参保人员个人先自付比例全省统一，后续根据基金承受能力、实际使用情况等因素适时调整。具体谈判药品支付标准和参保人员先自付比例见附表3。对有通过一致性评价仿制药的目录新准入药品，以及有仿制药的协议到期谈判药品，医疗保障部门原则上根据仿制药价格水平调整该药的支付标准，也可以将该药品通用名纳入集中采购范围。

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，实行过渡期管理，过渡期为6个月，过渡期内医保、工伤保险基金可继续支付，于2020年6月30日停止报销。

五、对经国家有关部门批准上市的民族药品，省医疗保障局会同人力资源社会保障部门根据基金负担能力及用药需求，经相应的专家评审程序纳入我省基金支付范围。

六、中药饮片属于《国家目录》准入范围的，基本医疗保险、工伤保险基金予以支付的；属于《国家目录》不予支付范围

的，基本医疗保险、工伤保险和生育保险基金不予支付。其余原先我省纳入支付范围的中药饮片实行过渡期政策，暂时按原来报销政策执行；省医疗保障局会同省人力资源社会保障厅将根据基金负担能力及用药需求，另行制定中药饮片纳入我省基金支付的办法和程序。

七、经省级药品监督管理部门批准的治疗性医院制剂，由定点医疗机构向省医疗保障局申报，经相应专家评审认定，纳入基金支付范围。各统筹地区要规范医院制剂管理，按照有关规定限于特定医疗机构使用。

八、《国家目录》通过云南省医疗保障局门户网站、微信公众平台，省人力资源和社会保障厅门户网站发布。《国家目录》新增药品品种和甲乙类变更品种的数据信息由省医疗保障局统一审核和维护，于2019年底推送全省。各统筹区医保部门要及时更新本地数据库并通知定点医疗机构下载更新，保证参保人员2020年1月1日享受待遇。省人力资源和社会保障厅要及时更新省级数据库，各州（市）人力资源和社会保障局应及时在省人力资源和社会保障厅门户网站下载使用最新药品目录。

2020年5月1日起启用全国统一的《国家目录》标准数据库，实现西药、中成药、中药饮片、医院制剂的编码统一管理。各统筹区要按照省医疗保障局统一部署做好新数据库实施的各项准备工作，积极稳妥地做好新旧药品数据库的衔接过渡。

九、《国家目录》内药品纳入省级药品集中采购范围，国家

谈判药品 2019 年 12 月底前在省级集中采购平台上直接挂网。

十、根据《国家目录》管理规定以及相关部门制定的处方管理办法、临床技术操作规范、临床诊疗指南和药物临床应用指导原则等，省医疗保障局统一制定《国家目录》限定支付条件药品的审核支付细则。各统筹区要按照审核支付细则完善智能监控系统，将定点医药机构执行使用《国家目录》情况纳入定点服务协议管理和考核范围，加强临床依据的核查，对费用高、用量大的药品要进行重点监控和分析。

十一、全省要建立医保协议医师制度，细化医保医师管理，加强对医师开具处方资格的核定管理。参照国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室印发的《关于印发第一批国家重点监控合理用药药品目录（化药和生物制品）的通知》（国卫办医函〔2019〕558 号）要求，由具有相应资质的医师开具的中成药处方和中药饮片处方，基金方可按规定支付。

十二、各统筹区要做好执行《国家目录》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，确保平稳过渡。在《国家目录》落实过程中，遇有重大问题应及时分别向省医疗保障局、省人力资源和社会保障厅报告。

附件：1. 国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（凡例、西药、中药、中药饮片，请自行在云南省医疗保障局、云南省人力资源和社会保障厅网

站查询下载)

2. 第一批国家重点监控合理用药药品（停用品种）
3. 国家谈判药品品种及支付情况
4. 国家医保局、人力资源社会保障部关于调整规范〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录〉部分药品名称等通知

云南省医疗保障局

云南省人力资源和社会保障厅

2019年12月24日

附件2

第一批重点监控合理用药药品（停用品种）

编号	药品名称	药品剂型
1	单唾液酸四己糖神经节苷脂（神经节苷脂）	注射剂
2	脑苷肌肽	注射剂
3	奥拉西坦	注射剂
	奥拉西坦	口服常释剂型
4	磷酸肌酸钠	注射剂
5	小牛血清去蛋白	注射剂
	小牛血清去蛋白	口服常释剂型
	小牛血清去蛋白	眼用凝胶
6	前列地尔	注射剂
	前列地尔	干乳剂
	前列地尔	尿道栓
7	曲克芦丁脑蛋白水解物	注射剂
8	复合辅酶	注射剂
9	丹参川芎嗪	注射剂
10	转化糖电解质	注射剂
11	鼠神经生长因子	注射剂
12	胸腺五肽	注射剂
13	核糖核酸Ⅱ	注射剂
14	依达拉奉	注射剂
15	骨肽	注射剂
	骨肽	口服常释剂型
16	脑蛋白水解物	注射剂
	脑蛋白水解物	口服常释剂型
	脑蛋白水解物	口服液体剂
17	核糖核酸	注射剂
18	长春西汀	注射剂
	长春西汀	口服常释剂型
19	小牛血去蛋白提取物	注射剂
	小牛血去蛋白提取物	眼用凝胶
	小牛血去蛋白提取物	滴眼剂
20	马来酸桂哌齐特	注射剂

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	个人先行自付比例	
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管反流病的药物								
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忌症或吞咽困难的患者。	2020年1月1日至2021年12月31日		10%
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		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		10%
		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		10%
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		10%
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 \geq 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		10%
		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 \geq 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		10%
		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 \geq 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		10%
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)		2020年1月1日至2021年12月31日		10%
		乙 9	恩格列净	口服常释剂型	*		2020年1月1日至2021年12月31日		10%
		乙 10	卡格列净	口服常释剂型	*		2020年1月1日至2021年12月31日		10%
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		10%
XB	血液和造血器官药								
XB01	抗血栓形成药								
XB01A	抗血栓形成药								
XB01AC	抗血栓形成药								
		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		10%
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		10%

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	个人先行自付比例
	乙	甲							
XB02	抗出血药		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	10%
XB02B		维生素K和其他止血药							
			15	重组人凝血因子VII _a	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	10%
XB03	抗贫血药								
XB03B		维生素B12和叶酸							
			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	10%
XB05	血液代用品和灌注射液								
XB05A		血液和相关制品							
			17	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	10%
XB05B	静脉注射液								
XB05BA		胃肠外营养液							
			18	多种油脂脂肪乳(C6~24)	注射剂	*	限营养风险筛查，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	10%
			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	10%
XC	心血管系统								
XC01		心脏治疗药							
XC01E		其他心脏病用药							
			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	10%
XC02K		其他抗高血压药							
			21	波生坦	口服常释剂型	*	32mg/片（分散片）限3-12岁特异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	10%
			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	10%
XC03		利尿剂							
XC03X		其他利尿剂							
			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	10%

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	个人先行自付比例
	乙	甲							
XC09				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/肝硬化以及利尿剂利尿剂治疗综合征的患者。2. 其他利尿剂治疗综合征的患者。3. 其他利尿剂治疗综合征的患者。4. 利尿剂引起的液体潴留。	2018年1月1日至2019年12月31日	10%
XC09C				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/肝硬化以及利尿剂利尿剂治疗综合征的患者。2. 其他利尿剂治疗综合征的患者。3. 其他利尿剂治疗综合征的患者。4. 利尿剂引起的液体潴留。	2018年1月1日至2019年12月31日	10%
XC09D				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/肝硬化以及利尿剂利尿剂治疗综合征的患者。2. 其他利尿剂治疗综合征的患者。3. 其他利尿剂治疗综合征的患者。4. 利尿剂引起的液体潴留。	2018年1月1日至2019年12月31日	10%
XH				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, 首次处方时应射血分数降低的证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XH01				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, 首次处方时应射血分数降低的证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XH01C				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, 首次处方时应射血分数降低的证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XH01CB				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, 首次处方时应射血分数降低的证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XJ				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	30%
XJ01				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	30%
XJ01M				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	30%
XJ01MB				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	30%
XJ01X				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	10%
XJ01XD				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	10%
XJ02				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	10%
XJ02A				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	10%
XJ02AC				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	10%
XJ04				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	10%
XJ04A				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	10%
XJ04AK				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	10%
XJ05				贝达喹啉	口服常释剂型	*	限耐药肺结核患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XJ05A				贝达喹啉	口服常释剂型	*	限耐药肺结核患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XJ05AF				贝达喹啉	口服常释剂型	*	限耐药肺结核患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%

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	个人先行自付比例
XJ05AP		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	10%
				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	10%
		乙	35	来迪派韦素磷布韦	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	10%
		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	10%
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)	限艾滋病毒病病毒感染。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
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HBsAg阳性的慢性乙型肝炎患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XL	抗肿瘤药及免疫调节剂								
XL01	抗肿瘤药								
XL01B	抗肿瘤药								
XL01BA	抗肿瘤药								
		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	30%
XL01BC	抗肿瘤药								
		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	30%
XL01X	其他抗肿瘤药								
XL01XC	其他抗肿瘤药								
		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	30%
		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	30%
		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	30%
		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阳性的转移性乳腺癌患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	30%
		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	30%
XL01XE	蛋白激酶抑制剂	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	30%

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	个人先行自付比例	
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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, 并且经实验室确认存在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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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肿瘤 (pNET) 成人患者。	2019年1月1日至2020年12月31日		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%
			乙	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		30%

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	个人先行自付比例
			乙	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	30%
			乙	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	30%
			乙	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	30%
			乙	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	2020年1月1日至2021年12月31日	30%
XL01XX				其他抗肿瘤药					
			乙	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	30%
			乙	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	30%
			乙	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	30%
			乙	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	30%
			乙	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	2020年1月1日至2021年12月31日	30%
XL02				内分泌治疗用药					
XL02B				激素拮抗剂及相关药物					
			乙	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	2018年1月1日至2019年12月31日	30%
XL03				免疫兴奋剂					
XL03A				免疫兴奋剂					
XL03AA				集落刺激因子					
			乙	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	10%
XL03AB				干扰素类					
			乙	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	10%
XL04				免疫抑制剂					
XL04A				免疫抑制剂					
XL04AA				选择性免疫抑制剂					
			乙	托法普布	口服常释剂型	*	限诊断明确的类风湿关节炎传统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	30%

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	个人先行自付比例
			乙	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	30%
			乙	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或转移性、分化良好的（中度分化或高度分化）进展期髓样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神经内分泌肿瘤患者。4.不需立即手术平滑肌瘤脂肪瘤（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	30%
XL04AB				肿瘤坏死因子α（TNF-α）抑制剂					
			乙	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	30%
			乙	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.克罗恩病患者的一线治疗。4.中重度溃疡性结肠炎患者的一线治疗。	2020年1月1日至2021年12月31日	30%
XN	神经系统药物								
XN01	麻醉剂								
XN01B	局部麻醉剂								
XN01BB	酰胺类								
XN05	精神安定药		乙	利多卡因	凝胶贴	19元（700mg/片）	限带状疱疹患者。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XN05A	抗精神病药								
XN05AH	二氮卓类、去甲羟二氮卓类和硫氮卓卓类								
XN06	精神兴奋药		乙	唑硫平	缓释控释剂型	*		2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XN06A	抗抑郁药								
XN06AB	选择性5-羟色胺再摄取抑制剂		乙	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	10%
XN07	其他神经系统药物								
XN07X	其他神经系统药物		乙	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	10%

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	个人先行自付比例
	呼吸系统	用于阻塞性气道疾病的药物							
XR									
XR03		用于阻塞性气道疾病的药物							
XR03A		吸入的肾上腺素能类药物							
			乙 84	乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂	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	10%
			乙 85	茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂	吸入粉雾剂	*	限中重度慢性阻塞性肺病。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XR03D		治疗阻塞性气道疾病的其他全身用药物							
			乙 86	奥马珠单抗注射液	注射液	*	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哮喘患者,并需IgE (免疫球蛋白E) 介导确证证据。	2020年1月1日至2021年12月31日	10%
XS									
XS01		感觉器官药物							
XS01E		眼科用药							
			乙 87	他氟前列腺素滴眼剂	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	10%
XS01L		眼血管病用药							
			乙 88	地塞米松玻璃体内植入剂	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	10%
			乙 89	康柏西普眼用注射液	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	10%

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	个人先行自付比例	
	乙	90	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	10%	
	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	10%	
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	10%	
XV03AE	高血压和高磷血症治疗药								
	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	10%	
	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	10%	
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	10%	

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	个人先行自付比例
ZA	内科用药							
ZA03	泻下剂							
ZA03B		润肠通便剂						
ZA04	清热剂		1	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	40%
ZA04B		清热解毒剂						
ZA04C		清肺腑热剂	2	冬凌草滴丸	0.19元(40mg/丸)	限放疗后急性性咽炎的轻症患者。	2020年1月1日至 2021年12月31日	40%
ZA04CA		清热理肺剂						
			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	40%
ZA06		化痰、止咳、平喘剂						
ZA06C		清热化痰剂						
ZA06CA		清热化痰止咳	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	40%
			5	麻苈消咳颗粒	4.79元(8g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日	40%
			6	射麻口服液	*		2020年1月1日至 2021年12月31日	40%
ZA09G		益气养阴剂						
			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	40%
			8	芪黄颗粒	7.5元(5g/袋)		2020年1月1日至 2021年12月31日	40%
ZA09H		益气复脉剂						
			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	40%
ZA12	祛瘀剂							
ZA12A		益气活血剂						
			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	40%
			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	40%

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	个人先行自付比例
		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	40%
		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	40%
		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	40%
ZA12G	化痰宽胸剂						
		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	40%
		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	40%
ZA12H	化痰通脉剂						
		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	40%
		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	40%
		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	40%
ZC	肿瘤用药						
ZC01	抗肿瘤药						
		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	30%
		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	30%
ZC01	肿瘤辅助用药						
		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	40%
		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	40%

备注:企业申请价格保密的,医保支付标准一栏标识为*。

国家医保局 人力资源社会保障部 文件

医保发〔2019〕64号

国家医保局 人力资源社会保障部 关于调整规范《国家基本医疗保险、工伤保险和 生育保险药品目录》部分药品名称等的通知

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）：

近期，国家药品监督管理局对部分药品的名称进行了变更。为加强药监部门相关政策衔接，推动做好《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》的落地实施，经研究，现决定对目录中部分药品名称等内容进行调整规范，请遵照执行。

一、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》西药部分第 179 号“缓解消化道不适症状的复方 OTC 制剂”中

“复合乳酸菌胶囊”名称变更为“复合乳酸菌肠溶胶囊”。“备注”部分的内容保持不变。

二、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》西药部分第1119号“布地奈德福莫特罗”的药品名称变更为“布地奈德福莫特罗（I）”和“布地奈德福莫特罗（II）”。

三、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中成药部分第934号“消癌平丸（片、胶囊、颗粒、口服液）”的药品名称变更为“消癌平丸（胶囊、颗粒、口服液）、消癌平片（通关藤片）”。“备注”部分的内容保持不变。

四、《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》凡例第二十一条“中成药部分药品处方中含有的‘麝香’是指人工麝香，‘牛黄’是指人工牛黄。含天然麝香、天然牛黄、体内培植牛黄、体外培育牛黄的药品不予支付。”更改为“中成药部分药品处方中含有的‘麝香’是指人工麝香，‘牛黄’是指人工牛黄、培植牛黄和体外培育牛黄。含天然麝香和天然牛黄的药品不予支付。”

特此通知。



云南省医疗保障局办公室

2019年10月24日印发

