

临医保发〔2021〕14号

临沂市医疗保障局 关于做好国家谈判药品落地工作的通知

各县区医疗保障局，各定点医药机构：

为保障广大参保患者使用国家谈判药品的可及性、便捷性，根据山东省医疗保障局、山东省人力资源和社会保障厅《关于执行〈国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2020年）〉贯彻执行工作的通知》（鲁医保发〔2021〕3号），现就做好国家谈判药品落地工作通知如下。

一、调整我市“双渠道”保障药品范围。经市级相关专家论证评审，从2019年国家医保谈判成功药品、2020年国家医保谈判成功药品、2020年国家药品目录中常规准入的药品中，选择临床必需、疗效确切、价格昂贵的德谷门冬双胰岛素等116个药品

列入临沂市“双渠道”保障药品目录（以下简称“双渠道”保障药品，具体明细见附件1），实行“双渠道”购药模式，并纳入我市医保支付范围，支付标准和执行价格按照国家相关规定执行。同时，将原实行“双渠道”购药模式的康柏西普等5个药品（见附件2）调出“双渠道”保障药品目录，并实行三个月的过渡期，过渡期限为2021年3月1日至2021年5月31日。各有关定点医疗机构要切实做好相关药品的配备工作。

二、对注射用艾普拉唑等98个国家谈判药品由定点医疗机构负责用药保障（见附件3）。全市具备条件的定点医疗机构要根据临床需求、患者要求和诊疗能力配备谈判药品，优化用药结构，不得以医保费用总控、药占比和药品品种数量等为由影响谈判药品的采购配备。

三、对医保定点医疗机构和特药定点零售药店“双渠道”保障的药品，按照“三定”（即定责任医师、定医疗机构和定特药定点零售药店）管理办法执行。对于定点医疗机构没有备药的，实行外配处方制度，患者购药凭责任医师处方和《临沂市“双渠道”保障药品申请备案表》（以下简称《备案表》，见附件4），持本人身份证（代办人须持本人身份证和患者身份证）和医保电子凭证（过渡期内可使用社保卡）到特药定点零售药店购药。对于定点医疗机构有备药的，按现行医疗保险政策及医疗机构规定采购、配备、使用药品，由医疗机构医保部门负责审核报销，不实行“三定”管理。

四、开具“双渠道”保障药品的责任医师，应负责参保患者的

诊断、用药申请、病情评估、开具处方、随诊跟踪及宣传解释等工作。要严格把握药品适应症、限定支付范围，按规定开具处方，并填写《备案表》。对超医保限定支付范围用药的，应事先向患者做好解释说明，并签订超范围用药自费知情同意书；责任医师要向参保患者提供两联处方，并在处方上真实记录开药时间和剂量用法等。特药定点零售药店应负责核对参保患者有效身份证明、外配处方信息，核对无误的，进行配药结算；核对资料有误的，医保基金不予支付。外配处方及《备案表》应存档两年并做好登记以备核查。

五、患者住院期间外购“双渠道”保障药品的，开药量仅限当次住院使用量，外配处方的费用合并到住院医疗费用，参保患者持购药发票到定点医疗机构结算报销，特药费用纳入责任医师所在医疗机构总额控制管理，年终医保经办机构将根据特药使用情况，对医疗机构基金总额进行适当调整。住院期间外购“双渠道”保障药品能否合并到住院医疗费用报销事项，纳入定点医疗机构年终考核，与医保基金总额控制指标挂钩。对未能实现住院期间外购“双渠道”保障药品合并到住院医疗费用报销的，定点医疗机构自行采购配备“双渠道”保障药品，确保患者住院期间用药需求。

六、“双渠道”保障药品在门诊慢特病使用时，定点医药机构要实行联网直接结算报销，参保人员只需支付个人负担部分，统筹基金支付部分由医保定点医药机构与医保经办机构结算。2022年将适时取消“双渠道”保障药品，住院患者所需药品由医疗机构

配备，门诊慢特病患者用药通过电子处方流转模式，在慢特病定点零售药店即时结算。

七、各县区医保局要严格执行谈判药品的限定支付范围，做好谈判药品医保支付的审核监督，维护基金安全，同时对谈判药品的配备、使用和基金支付情况进行动态统计监测。

本通知自 2021 年 3 月 1 日起执行。“双渠道”保障药品名单随国家药品目录及我市实际适时调整。

- 附件： 1.临沂市“双渠道”保障药品名单
2.调出“双渠道”保障药品名单（医疗机构负责保障）
3.医疗机构负责保障的国家谈判药品名单
4.临沂市“双渠道”保障药品申请备案表

临沂市医疗保障局
2021 年 3 月 15 日

（此件主动公开）

（联系科室：待遇保障科）

附件 1

临沂市“双渠道”保障药品名单

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
1	德谷门冬双胰岛素	注射剂	限其他胰岛素或口服药难以控制的 2 型糖尿病患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
2	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
3	维得利珠单抗	注射剂	限中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
4	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
5	艾多沙班	口服常释剂型	限华法林治疗控制不良或出血高危的非瓣膜性房颤、深静脉血栓、肺栓塞患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
6	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
7	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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
8	阿伐曲泊帕	口服常释剂型	限择期行诊断性操作或者手术的慢性肝病相关血小板减少症的成年患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
9	多种油脂乳(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
10	复方氨基酸(18AA-V-SF)	注射剂	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
11	复方氨基酸(14AA-SF)	注射剂	限需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或使用“肠内营养剂”补充足够营养的住院儿童患者方予支付。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
12	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
13	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
14	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
15	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
16	本维莫德	乳膏剂	限轻中度稳定性寻常型银屑病患者的一线治疗，需按说明书用药。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
17	度普利尤单抗	注射剂	限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
18	奥曲肽	微球注射剂	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
19	兰瑞肽	缓释注射剂（预充式）	限肢端肥大症，按说明书用药。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
20	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
21	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
22	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
23	丙酚替诺福韦	口服常释剂型	限慢性乙型肝炎患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
24	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	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

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
26	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
27	可洛派韦	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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
28	重组细胞因子基因衍生蛋白	注射剂	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
29	雷替曲塞	注射剂	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	紫杉醇	脂质体注射剂	限 1. 卵巢癌的一线化疗及以后卵巢转移性癌的治疗、作为一线化疗，也可与顺铂联合应用；2. 用于曾用过含阿霉素标准化疗的乳腺癌患者的后续治疗或复发患者的治疗。3. 可与顺铂联合用于不能手术或放疗的非小细胞肺癌患者的一线化疗。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
31	西妥昔单抗	注射剂	限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
32	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
33	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
34	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
35	伊尼妥单抗	注射剂	限 HER2 阳性的转移性乳腺癌：与长春瑞滨联合治疗已接受过 1 个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
36	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
37	信迪利单抗	注射剂	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
38	替雷利珠单抗	注射剂	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治疗；PD-L1 高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗 12 个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
39	特瑞普利单抗	注射剂	限既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
40	卡瑞利珠单抗	注射剂	限 1. 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患者的治疗。2. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗。3. 联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体（EGFR）基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗。4. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗。	2021年3月1日至 2022年12月31日
41	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
42	氟马替尼	口服常释剂型	限费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期成人患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日
43	奥希替尼	口服常释剂型	限表皮生长因子受体（EGFR）外显子 19 缺失或外显子 21（L858R）置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者的一线治疗；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的治疗。	2021年3月1日至 2022年12月31日
44	阿美替尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至 2022年12月31日
45	安罗替尼	口服常释剂型	限 1. 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。2. 既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者。3. 腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日
46	克唑替尼	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或 ROS1 阳性的晚期非小细胞肺癌患者。	2021年3月1日至 2022年12月31日
47	塞瑞替尼	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（NSCLC）患者的治疗。	2021年3月1日至 2022年12月31日
48	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
49	培唑帕尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至 2022年12月31日
50	阿昔替尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至 2022年12月31日
51	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

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
52	瑞戈非尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
53	阿帕替尼	口服常释剂型	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
54	呋喹替尼	口服常释剂型	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
55	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
56	尼洛替尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
57	伊布替尼	口服常释剂型	限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；3. 华氏巨球蛋白血症患者的治疗，按说明书用药。	2021年3月1日至2022年12月31日
58	泽布替尼	口服常释剂型	限：1. 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者。2. 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
59	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
60	维莫非尼	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
61	曲美替尼	口服常释剂型	限1. BRAF V600突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于BRAF V600突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日
62	达拉非尼	口服常释剂型	限1. BRAF V600突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合曲美替尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合曲美替尼适用于BRAF V600突变阳性的III期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日
63	仑伐替尼	口服常释剂型	限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
64	伊沙佐米	口服常释剂型	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
65	培门冬酶	注射剂	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
66	奥拉帕利	口服常释剂型	限携带胚系或体细胞 BRCA 突变的 (gBRCAm 或 sBRCAm) 晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
67	重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
68	西达本胺	口服常释剂型	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
69	恩扎卢胺	口服常释剂型	限雄激素剥夺治疗 (ADT) 失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌 (CRPC) 成年患者的治疗。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
70	尼拉帕利	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成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
71	戈舍瑞林	缓释植入剂		2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
72	地舒单抗	注射剂	限绝经后妇女的重度骨质疏松；限不可手术切除或者手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
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
74	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
75	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
76	西尼莫德	口服常释剂型	限成人复发型多发性硬化的患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
77	芬戈莫德	口服常释剂型	限 10 岁及以上患者复发型多发性硬化 (RMS) 的患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
78	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

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
79	巴瑞替尼	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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
80	贝利尤单抗	注射剂	限与常规治疗联合，适用于在常规治疗基础上仍具有高疾病活动（例如：抗 ds-DNA 抗体阳性及低补体、SELENA-SLEDAI 评分 \geq 8）的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮（SLE）成年患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
81	阿达木单抗	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。	2020 年 1 月 1 日至 2021 年 12 月 31 日
82	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
83	依那西普	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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
84	司库奇尤单抗	注射剂	限以下情况方可支付：1. 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. 对传统治疗无效、有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。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
85	尼达尼布	口服常释剂型	限特发性肺纤维化（IPF）或系统性硬化病相关间质性肺疾病（SSc-ILD）患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
86	棕榈帕利哌酮酯（3M）	注射剂	限接受过棕榈酸帕利哌酮注射液（1 个月剂型）至少 4 个月充分治疗的精神分裂症患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
87	依达拉奉氯化钠	注射剂	限肌萎缩侧索硬化（ALS）的患者。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
88	乌美溴铵维兰特罗	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
89	格隆溴铵福莫特罗	吸入气雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日
90	布地格福	吸入气雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。	2021 年 3 月 1 日至 2022 年 12 月 31 日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
91	氟替美维	吸入粉雾剂	限中重度慢性阻塞性肺病。	2021年3月1日至2022年12月31日
92	丙卡特罗	粉雾剂		2021年3月1日至2022年12月31日
93	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
94	地拉罗司	口服常释剂型		2020年1月1日至2021年12月31日
95	复方黄黛片		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
96	食道平散		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
97	参一胶囊		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
98	筋骨止痛凝胶			2021年3月1日至2022年12月31日
99	阿扎胞苷	注射剂	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。	
100	阿法替尼	口服常释剂型	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。	
101	舒尼替尼	口服常释剂型	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。	
102	利妥昔单抗	注射剂		
103	硼替佐米	注射剂		
104	阿比特龙	口服常释剂型		
105	来那度胺	口服常释剂型		
106	地西他滨	注射剂		

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
107	达沙替尼	口服常释剂型		
108	吉非替尼片	薄膜衣片		
109	埃克替尼	口服常释剂型		
110	重组人凝血因子 IX	注射剂		
111	伊马替尼	口服常释剂型		
112	注射用培美曲塞二钠	注射用无菌粉末		
113	托珠单抗	注射剂		
114	戈利木单抗	注射剂		
115	紫杉醇（白蛋白）	注射剂	限联合化疗失败的转移性乳腺癌或辅助化疗后 6 个月内复发的乳腺癌患者	2021 年 3 月 1 日起执行
116	氟维司群注射液	注射剂	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。	2021 年 3 月 1 日起执行

附件 2

调出“双渠道”保障药品名单（医疗机构负责保障）

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
1	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
2	地塞米松	玻璃体内植入剂	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
3	康柏西普	眼用注射液	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；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
4	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
5	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

附件 3

医疗机构负责保障的国家谈判药品名单

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
1	注射用艾普拉唑	注射剂	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	富马酸伏诺拉生片	口服常释剂型	限反流性食管炎的患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
3	甲磺酸多拉司琼注射液	注射剂	限放化疗且吞咽困难患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
4	甘草酸单铵半胱氨酸氯化钠注射液	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
5	精氨酸谷氨酸注射液	注射剂	限肝性脑病。	2020年1月1日至2021年12月31日
6	门冬氨酸鸟氨酸颗粒	颗粒剂	限肝性脑病。	2021年3月1日至2022年12月31日
7	利那洛肽胶囊	口服常释剂型	限成人便秘型肠易激综合征 (IBS-C)。	2021年3月1日至2022年12月31日
8	阿卡波糖咀嚼片	咀嚼片		2021年3月1日至2022年12月31日
9	艾塞那肽注射液	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	利司那肽注射液	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
11	贝那鲁肽注射液	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
12	度拉糖肽注射液	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。	2021年3月1日至2022年12月31日
13	聚乙二醇洛塞那肽注射液	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。	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
14	达格列净片	口服常释剂型	限二线用药。	2020年1月1日至2021年12月31日
15	恩格列净片	口服常释剂型	限二线用药。	2020年1月1日至2021年12月31日
16	卡格列净片	口服常释剂型	限二线用药。	2020年1月1日至2021年12月31日
17	艾托格列净片	口服常释剂型	限二线用药。	2021年3月1日至2022年12月31日
18	麦格司他胶囊	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
19	盐酸乙酰左卡尼汀片	口服常释剂型	限临床确诊的糖尿病周围神经病变患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
20	铝镁匹林片(II)	口服常释剂型		2021年3月1日至2022年12月31日
21	注射用重组人组织型纤溶酶原激酶衍生物	注射剂	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
22	注射用重组人尿激酶原	注射剂	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
23	注射用阿替普酶	注射剂	限急性心肌梗死发病12小时内、脑梗死发病3小时内的溶栓治疗,超过说明书规定用药时限的不予支付。	2021年3月1日至2022年12月31日
24	注射用重组人TNK组织型纤溶酶原激活剂(冻干粉针)	注射剂	限急性心肌梗死发病6小时内使用。	2021年3月1日至2022年12月31日
25	注射用尖吻蝮蛇血凝酶	注射剂	限出血性疾病治疗的二线用药;预防使用不予支付。	2021年3月1日至2022年12月31日
26	罗沙司他胶囊	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
27	羟乙基淀粉130/0.4电解质注射液	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
28	盐酸奥普力农注射液	注射剂	限其他药物治疗不佳的急性心力衰竭的短期静脉治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
29	注射用重组人脑利钠肽	注射剂	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
30	丹参酮IIA磺酸钠注射液	注射剂	限明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者，支付不超过14天	2021年3月1日至2022年12月31日
31	阿利沙坦酯片	口服常释剂型		2020年1月1日至2021年12月31日
32	米拉贝隆缓释片	缓释控释剂型		2021年3月1日至2022年12月31日
33	苹果酸奈诺沙星胶囊	口服常释剂型	限二线用药。	2020年1月1日至2021年12月31日
34	西他沙星片	口服常释剂型	限二线用药。	2021年3月1日至2022年12月31日
35	小儿法罗培南钠颗粒	颗粒剂	限头孢菌素耐药或重症感染儿童患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
36	头孢托仑匹酯颗粒	颗粒剂	限儿童患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
37	吗啉硝唑氯化钠注射液	注射剂	限二线用药。	2020年1月1日至2021年12月31日
38	艾考恩丙替片	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。	2020年1月1日至2021年12月31日
39	奈韦拉平齐多拉米双夫定片	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。	2021年3月1日至2022年12月31日
40	注射用艾博韦泰	注射剂	限艾滋病病毒感染。	2021年3月1日至2022年12月31日
41	盐酸阿比多尔颗粒	颗粒剂	限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日
42	法维拉韦片(又称:法匹拉韦片)	口服常释剂型	限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日
43	盐酸艾司氯胺酮注射液	注射剂	限用于与镇静麻醉药联合诱导和实施全身麻醉。	2021年3月1日至2022年12月31日
44	利多卡因凝胶贴膏	凝胶贴膏	限带状疱疹患者。	2020年1月1日至2021年12月31日
45	吡仑帕奈片	口服常释剂型		2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
46	盐酸鲁拉西酮片	口服常释剂型		2021年3月1日至2022年12月31日
47	富马酸喹硫平缓释片	缓释控释剂型		2020年1月1日至2021年12月31日
48	氘丁苯那嗪片	口服常释剂型	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。	2021年3月1日至2022年12月31日
49	布南色林片	口服常释剂型		2021年3月1日至2022年12月31日
50	水合氯醛灌肠剂	灌肠剂	限儿童。	2021年3月1日至2022年12月31日
51	盐酸帕罗西汀肠溶缓释片	肠溶缓释片		2020年1月1日至2021年12月31日
52	注射用尤瑞克林	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
53	依达拉奉右莰醇注射用浓溶液	注射剂	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。	2021年3月1日至2022年12月31日
54	丁苯酞软胶囊	口服常释剂型	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作72小时内开始使用，支付不超过20天。	2021年3月1日至2022年12月31日
55	丁苯酞氯化钠注射液	注射剂	限新发的急性缺血性脑卒中患者在发作48小时内开始使用，支付不超过14天。	2021年3月1日至2022年12月31日
56	盐酸左沙丁胺醇雾化吸入溶液	雾化吸入溶液		2021年3月1日至2022年12月31日
57	他氟前列素滴眼液	滴眼剂		2020年1月1日至2021年12月31日
58	布林佐胺噻吗洛尔滴眼液	滴眼剂	限二线用药。	2021年3月1日至2022年12月31日
59	布林佐胺溴莫尼定滴眼液	滴眼剂	限二线用药。	2021年3月1日至2022年12月31日
60	碳酸司维拉姆片	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
61	碳酸镧咀嚼片	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
62	钆特醇注射液	注射剂		2020年1月1日至2021年12月31日
63	钆布醇注射液	注射剂		2021年3月1日至2022年12月31日
64	牛黄清感胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
65	柴芩清宁胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
66	疏清颗粒			2021年3月1日至2022年12月31日
67	芪黄通便软胶囊			2020年1月1日至2021年12月31日
68	清胃止痛微丸			2021年3月1日至2022年12月31日
69	熊胆舒肝利胆胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
70	冬凌草滴丸		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
71	金银花口服液			2021年3月1日至2022年12月31日
72	热炎宁合剂			2021年3月1日至2022年12月31日
73	蓝芩口服液	▲		2021年3月1日至2022年12月31日
74	痰热清胶囊			2020年1月1日至2021年12月31日
75	鸡骨草胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
76	利胆止痛胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
77	五味苦参肠溶胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
78	小儿荆杏止咳颗粒			2021年3月1日至2022年12月31日
79	连花清咳片			2021年3月1日至2022年12月31日
80	金花清感颗粒			2020年1月1日至2021年12月31日
81	麻芩消咳颗粒			2020年1月1日至2021年12月31日
82	射麻口服液			2020年1月1日至2021年12月31日
83	小儿牛黄清心散		限高热神昏的急救、抢救时使用。	2021年3月1日至2022年12月31日
84	缓痛止泻软胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
85	甘海胃康胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
86	百令胶囊	▲	限器官移植抗排异、肾功能衰竭及肺纤维化。	2021年3月1日至2022年12月31日
87	参乌益肾片		限慢性肾衰竭患者。	2020年1月1日至2021年12月31日
88	芪黄颗粒			2020年1月1日至2021年12月31日
89	桑枝总生物碱片			2021年3月1日至2022年12月31日
90	通脉降糖胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
91	参龙宁心胶囊		限冠心病和成年人恢复期病毒性心肌炎出现的轻度或中度室性过早搏动见上述证候者。	2021年3月1日至2022年12月31日
92	注射用益气复脉(冻干)		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

序号	药品名称	剂型	限定支付范围	协议有效期
93	八味芪龙颗粒		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
94	杜蛭丸		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
95	脑心安胶囊		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
96	芪丹通络颗粒			2020年1月1日至2021年12月31日
97	芪芎通络胶囊		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
98	心脉隆注射液		限二级及以上医疗机构慢性心力衰竭患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
99	痰藜皂苷胶囊		限中风病中经络（轻中度脑梗死）恢复期患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
100	丹红注射液		限二级及以上医疗机构并有明确的缺血性心脑血管疾病急性发作证据的重症抢救患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
101	蛭蛇通络胶囊		限中风病中经络（轻中度脑梗塞）恢复期气虚血瘀证。	2021年3月1日至2022年12月31日
102	西红花总苷片		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
103	注射用丹参多酚酸		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
104	注射用丹参多酚酸盐		限二级及以上医疗机构并有明确冠心病稳定型心绞痛诊断的患者。	2021年3月1日至2022年12月31日
105	血必净注射液		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
106	银杏内酯注射液		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
107	银杏二萜内酯葡胺注射液		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
108	丹灯通脑软胶囊			2021年3月1日至2022年12月31日
109	芍麻止痉颗粒			2021年3月1日至2022年12月31日
110	川芎清脑颗粒			2021年3月1日至2022年12月31日
111	降脂通络软胶囊		限高脂血症属血瘀气滞证者。	2021年3月1日至2022年12月31日
112	康莱特注射液		限二级及以上医疗机构中晚期肺癌或中晚期肝癌。	2021年3月1日至2022年12月31日
113	康艾注射液		限二级及以上医疗机构说明书标明恶性肿瘤的中晚期治疗。	2021年3月1日至2022年12月31日
114	注射用黄芪多糖		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
115	五虎口服液			2021年3月1日至2022年12月31日
116	安儿宁颗粒			2021年3月1日至2022年12月31日
117	红花如意丸			2021年3月1日至2022年12月31日
118	如意珍宝片			2021年3月1日至2022年12月31日

附件 4

临沂市“双渠道”保障药品申请备案表

姓名		性别		年龄	
工作单位			身份证号		
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/> 离休人员 <input type="checkbox"/> 居民医保 <input type="checkbox"/>		联系电话		
定点医院			特药定点药店		
申请人签字（患者或监护人）：			申请日期： 年 月 日		
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断			病理诊断		
确诊时间	年 月 日		药品使用 起始时间	年 月 日	
药品通用名			药品商品名		
定点医疗机构意见	治疗方案：			责任医师签字（章）：	
	药品用法用量：				
	是否符合医保支付范围： 是 否 医保具体支付范围：				
外出配药 审核意见			医院医保部门盖章： 年 月 日		
特药定点药店配药记录	执业药师签字（章）：			特药定点药店盖章： 年 月 日	

注：1. 本表一式三份，医保经办机构、定点医院、特药定点零售药店各一份。2. 定点医院医保部门对在本机构意见及外出配药审核意见审核后签署“同意”并盖章；无此意见的，定点医院及特药定点零售药店不得给予配药。