

# 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	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管反流病的药物						
XA02B	质子泵抑制剂						
		乙	1	注射用艾普拉唑钠	63.00元(10mg/支)	限：1.预防重症患者应激性溃疡出血；2.消化性溃疡出血。	2024年1月1日至 2025年12月31日
		乙	2	奥美拉唑碳酸氢钠干混悬剂(II)	4.15元(奥美拉唑40mg和碳酸氢钠1680mg/袋)	限活动性良性胃溃疡。	2025年1月1日至 2026年12月31日
		乙	3	安奈拉唑钠肠溶片	*	限十二指肠溃疡。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XA02BX	其他治疗消化性溃疡病和胃食管反流病的药物						
		乙	4	替戈拉生片	*	限：1.反流性食管炎；2.十二指肠溃疡。	2025年1月1日至 2026年12月31日
		乙	5	盐酸凯普拉生片	5.68元(10mg/片(按C22H25FN2O4S计))	限：1.十二指肠溃疡；2.反流性食管炎。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XA04	止吐药和止恶心药						
		乙	6	甲磺酸多拉司琼注射液	13.60元(1ml:12.5mg/支)； 66.82元(5ml:100mg/支)		2025年1月1日至 2026年12月31日
		乙	7	昂丹司琼口溶膜	*		2025年1月1日至 2026年12月31日
		乙	8	奈妥匹坦帕洛诺司琼胶囊	*		2025年1月1日至 2026年12月31日
XA05	胆和肝治疗药						
XA05B	肝脏治疗药，抗脂肪肝药						
		乙	9	门冬氨酸鸟氨酸颗粒	1.70元(1g/袋)； 3.95元(3g/袋)	限因急、慢性肝病如肝硬化、脂肪肝、肝炎所致的高血氨症。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XA06	治疗便秘药物						
		乙	10	磷酸钠盐散	*		2025年1月1日至 2026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	11	芦比前列酮软胶囊	4.52元(24μg/粒)	限成人慢性特发性便秘的治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	12	复方聚乙二醇(3350)电解质散	3.72元(6.9g/袋)	限2岁至11岁儿童慢性便秘。	2024年1月1日至2025年12月31日
XA07	止泻药、肠道消炎药、肠道抗感染药								
XA07E	肠道抗炎药								
				乙	13	美沙拉秦肠溶缓释胶囊	5.03元(0.375g/粒)		2024年1月1日至2025年12月31日
XA10	糖尿病用药								
XA10A	胰岛素及其类似药物								
XA10AC	胰岛素及其类似物，中效								
				乙	14	德谷门冬双胰岛素注射液	*	限其他胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XA10AE	胰岛素及其类似物，长效								
				乙	15	德谷胰岛素利拉鲁肽注射液	*	限血糖控制不佳的成人2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	16	甘精胰岛素利司那肽注射液(I)	*	限血糖控制不佳的成人2型糖尿病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	17	甘精胰岛素利司那肽注射液(II)	*	限血糖控制不佳的成人2型糖尿病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	18	依柯胰岛素注射液	*	限其他胰岛素或口服药难以控制的2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XA10B	降血糖药物，不含胰岛素								
XA10BA	双胍类								
				乙	19	盐酸二甲双胍缓释片(IV)	1.17元(1.0g/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
XA10BD	口服复方降糖药								
				乙	20	西格列汀二甲双胍缓释片(II)	3.47元(每片含磷酸西格列汀50mg(以C16H15F6N5O计)和盐酸二甲双胍1000mg)		2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	21	达格列净二甲双胍缓释片(I)	*		2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	22	恒格列净二甲双胍缓释片(I)	*	限2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026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	23	恒格列净二甲双胍缓释片(II)	*	限2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XA10BH						二肽基肽酶-4(DPP-4)抑制剂			
				乙	24	磷酸瑞格列汀片	*		2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	25	苯甲酸福格列汀片	*		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	26	考格列汀片	*		2025年1月1日至2026年12月31日
XA10B						胰高血糖素样肽-1(GLP-1)类似物			
				乙	27	贝那鲁肽注射液	*	限2型糖尿病。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	28	度拉糖肽注射液	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	29	聚乙二醇洛塞那肽注射液	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	30	司美格鲁肽注射液	*	限：1.成人2型糖尿病患者的血糖控制：在饮食控制和运动基础上，接受二甲双胍和/或磺脲类药物治疗血糖仍控制不佳的成人2型糖尿病患者；2.降低伴有心血管疾病的2型糖尿病成人患者的主要心血管不良事件(心血管死亡、非致死性心肌梗死或非致死性卒中)风险。	2024年1月1日至2025年12月31日
XA10BK						钠葡萄糖协同转运蛋白2(SGLT-2)抑制剂			
				乙	31	脯氨酸恒格列净片	*	限成人2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	32	脯氨酸加格列净片	*	限2型糖尿病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XA10BX						其他降血糖药			

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
				乙	33	西格列他钠片	2.92元(16mg/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	34	多格列艾汀片	5.39元(75mg/片)	限2型糖尿病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XA16	其他消化道及代谢用药								
				乙	35	麦格司他胶囊	*	限C型尼曼匹克病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	36	阿加糖酶α注射用浓溶液	*	限法布雷病(α-半乳糖苷酶A缺乏症)患者的长期酶替代治疗,适用于成人、儿童和青少年。尚未确定本品在0-6岁儿童中的安全性和有效性。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	37	酒石酸艾格司他胶囊	381.00元(84mg/粒(按C23H36N2O4计))	限经CYP2D6基因型检测为弱代谢型(PMs)、中间代谢型(IMs)或快代谢型(EMs)的I型戈谢病(GD1)成年患者。	2024年1月1日至2025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								
XB01AB	肝素类								
				乙	38	贝米肝素钠注射液	35.90元(0.2ml:2500IU(抗Xa)); 46.45元(0.2ml:3500IU(抗Xa))		2024年1月1日至2025年12月31日
XB01A	血小板凝聚抑制剂, 肝素除外								
				乙	39	司来帕格片	*	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	40	贝前列素钠缓释片	*	限WHO功能分级I级-III级的肺动脉高压(PAH, WHO第1组)的患者,以改善患者的运动能力。	2025年1月1日至2026年12月31日
XB01AD	酶类								
				乙	41	注射用阿替普酶	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	42	注射用重组人TNK组织型纤溶酶原激活剂	3333.03元(1.0×10E7IU/16mg/支)	限急性心肌梗死发病6小时内、急性缺血性卒中4.5小时内的溶栓治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XB01AX	其他抗血栓形成药								
				乙	43	注射用甲磺酸萘莫司他	10.60元(10mg/支); 36.34元(50mg/支)		2025年1月1日至2026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
XB02	抗出血药								
XB02B	维生素K和其他止血药								
				乙	44	注射用重组人凝血因子 VIIa	*	限下列患者群体出血的治疗，以及外科手术或有创操作出血的防治：1.凝血因子VIII或IX的抑制物 > 5个Bethesda单位(BU)的先天性血友病患者；预计对注射凝血因子VIII或凝血因子IX，具有高记忆应答的先天性血友病患者；2.获得性血友病患者；3.先天性凝血因子VII(FVII)缺乏症患者；4.具有血小板膜糖蛋白IIb-IIIa(GP IIb-IIIa)和/或人白细胞抗原(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。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	45	重组人血小板生成素注射液	*	限实体瘤化疗后所致的血小板减少症或原发免疫性血小板减少症(ITP)。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	46	注射用尖吻蝮蛇血凝酶	*		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	47	海曲泊帕乙醇胺片	*	限：1.既往对糖皮质激素、免疫球蛋白等治疗反应不佳的慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)成人患者；2.对免疫抑制治疗(IST)疗效不佳的重型再生障碍性贫血(SAA)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	48	注射用罗普司亭	*	限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	49	芦曲泊帕片	*	限计划接受手术(含诊断性操作)的慢性肝病伴血小板减少症的成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	50	注射用罗普司亭N01	1475.00元(250μg/瓶)； 2507.50元(500μg/瓶)	限对其他治疗(例如皮质类固醇、免疫球蛋白)治疗反应不佳的成人(≥18周岁)慢性原发免疫性血小板减少症(ITP)患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	51	重组人凝血酶	373.00元(5000IU/支)	限成人经标准外科止血技术(如缝合、结扎或电凝)控制出血无效或不可行，促进手术创面渗血或毛细血管和小静脉出血的止血。	2025年1月1日至2026年12月31日
XB03	抗贫血药								

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
XB03A			铁制剂						
				乙	52	异麦芽糖酐铁注射液	*	限口服铁剂无效或无法口服补铁；或临床上需要快速补充铁。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	53	羧基麦芽糖铁注射液	*	限治疗≥1周岁儿童及成人缺铁患者：口服铁剂治疗无效时；无法口服补铁时；临床上需要快速补充铁时。	2025年1月1日至2025年12月31日
XB03B			维生素B12和叶酸						
				乙	54	甲氧聚二醇重组人促红素注射液	*	限因慢性肾脏病引起的贫血，且正在接受红细胞生成刺激剂类药品治疗的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XB03X			其他抗贫血制剂						
				乙	55	注射用罗特西普	*	限β-地中海贫血成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	56	达依泊汀α注射液	*	限接受血液透析的成人慢性肾脏病患者(CKD)的贫血。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	57	恩那度司他片	8.97元(1mg/片)； 15.25元(2mg/片)； 25.93元(4mg/片)	限非透析的成人慢性肾脏病(CKD)患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	58	培莫沙肽注射液	*	限因慢性肾脏病引起的贫血，包括：1.未接受红细胞生成刺激剂(ESA)治疗的成人非透析患者；2.正在接受短效促红细胞生成素治疗的成人透析患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XB05			血液代用品和灌注液						
XB05A			血液和相关制品						
				乙	59	琥珀酰明胶电解质醋酸钠注射液	100.00元(500ml:20g/袋)	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。	2024年1月1日至2025年12月31日
XB05B			静脉注射液						
XB05B			胃肠外营养液						
				乙	60	多种油脂肪乳注射液(C6~24)	*	需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2024年1月1日至2025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	61	中长链脂肪乳/氨基酸(16)/葡萄糖(36%)注射液	90.00元(625ml/袋[中长链脂肪乳注射液125ml; 复方氨基酸(16)注射液250ml; 复方葡萄糖(36%)注射液250ml]); 153.00元(1250ml/袋[中长链脂肪乳注射液250ml; 复方氨基酸(16)注射液500ml; 复方葡萄糖(36%)注射液500ml])	需经营养风险筛查, 明确具有营养风险, 且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	62	结构脂肪乳(20%)/氨基酸(16)/葡萄糖(13%)注射液	*	需经营养风险筛查, 明确具有营养风险, 且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	63	小儿多种维生素注射液(13)	*	限与肠外营养药物配合使用时支付, 单独使用不予支付。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	64	注射用多种维生素(13)	84.00元(5ml/瓶)	限与肠外营养药物配合使用时支付, 单独使用不予支付。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	65	ω-3甘油三酯(2%)中/长链脂肪乳/氨基酸(16)/葡萄糖(36%)注射液	171.76元(625ml/袋[125ml: ω-3甘油三酯(2%)中/长链脂肪乳注射液,250ml:复方葡萄糖(36%)注射液,250ml:复方氨基酸(16)注射液]); 292.00元(1250ml/袋[250ml: ω-3甘油三酯(2%)中/长链脂肪乳注射液,500ml:复方葡萄糖(36%)注射液,500ml:复方氨基酸(16)注射液])	需经营养风险筛查, 明确具有营养风险, 且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	66	中长链脂肪乳/氨基酸(16)/葡萄糖(30%)注射液	184.68元(1250ml/袋[中长链脂肪乳注射液250ml; 复方氨基酸(16)注射液500ml; 复方葡萄糖(30%)注射液500ml]); 251.90元(1875ml/袋[中长链脂肪乳注射液375ml; 复方氨基酸(16)注射液750ml; 复方葡萄糖(30%)注射液750ml])	需经营养风险筛查, 明确具有营养风险, 且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2024年1月1日至2025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	67	复方氨基酸(16AA)/葡萄糖(12.6%)电解质注射液	*	需经营养风险筛查,明确具有营养风险,且不能经饮食或“肠内营养剂”补充足够营养的住院患者方予支付。	2024年1月1日至2025年12月31日
XB05D		腹膜透析液							
				乙	68	艾考糊精腹膜透析液	*		2025年1月1日至2026年12月31日
XB05X		静脉注射液添加剂							
				乙	69	门冬氨酸钾镁木糖醇注射液	38.35元(250ml:门冬氨酸1.7g与钾0.228g与镁84mg与木糖醇12.5g/袋)	限洋地黄中毒引起的心律失常患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XB05Z		血液透析和血液滤过							
				乙	70	枸橼酸钠血滤置换液	*		2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	71	磷/碳酸氢钠血滤置换液	*	限:1.连续性肾脏替代治疗(CRRT)期间用于急性肾损伤的治疗;2.肾脏替代治疗启动后,当pH、钾和磷酸盐浓度恢复正常时的急性后期治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XB06		其他血液系统用药							
XB06A		其他血液系统用药							
XB06AC		遗传性血管性水肿药物							
				乙	72	拉那利尤单抗注射液	*	限12岁及以上患者预防遗传性血管性水肿(HAE)发作。	2025年1月1日至2026年12月31日
XC	心血管系统								
XC01		心脏治疗药							
XC01D		用于心脏疾患的血管扩张药							
				乙	73	维立西呱片	*	限心力衰竭失代偿经静脉治疗后病情稳定的射血分数降低(射血分数<45%)的症状性慢性心力衰竭成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XC01E		其他心脏疾病用药							
				乙	74	注射用重组人脑利钠肽	424.98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。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	75	丹参酮II A磺酸钠注射液	11.90元(2ml:10mg/支)		2025年1月1日至2026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	76	玛伐凯泰胶囊	*	限纽约心脏协会(NYHA)心功能分级Ⅱ-Ⅲ级的梗阻性肥厚型心肌病(oHCM)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XC02	抗高血压药								
XC02K	其他抗高血压药								
				乙	77	波生坦片	*	限WHO功能分级Ⅱ级-Ⅳ级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XC03	利尿药								
XC03D	保钾利尿药								
				乙	78	非奈利酮片	*	限2型糖尿病相关的慢性肾脏病成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	79	依普利酮片	1.23元(25mg/片); 2.09元(50mg/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
XC07	β-受体阻滞剂								
XC07A	β-受体阻滞剂								
XC07AB	选择性β-受体阻滞剂								
				乙	80	注射用盐酸兰地洛尔	168.00元(50mg/支)	限：1.手术过程中发生的下列快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速；2.手术后循环系统动态监护时发生的快速性心律失常的紧急治疗：心房纤颤、心房扑动、窦性心动过速；3.心功能不全患者发生下列快速性心律失常的治疗：心房纤颤、心房扑动。	2024年1月1日至2025年12月31日
XC08	钙通道阻滞剂								
XC08C	主要作用于血管的选择性钙通道阻滞剂								
XC08CA	二氢吡啶衍生物类								
				乙	81	氨氯地平叶酸片(Ⅱ)	1.58元(每片含苯磺酸氨氯地平5mg(以氨氯地平计)与叶酸0.8mg)	限伴有血浆同型半胱氨酸水平升高的原发性高血压。	2024年1月1日至2025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	82	阿利沙坦酯片	*	限轻、中度原发性高血压。	2024年1月1日至2025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	83	美阿沙坦钾片	*		2025年1月1日至 2026年12月31日
XC09D		血管紧张素 II 拮抗剂的复方制剂							
				乙	84	阿利沙坦酯氨氯地平片	*	限原发性高血压。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XC10		调节血脂药							
XC10A		单方调节血脂药							
XC10AB		贝特类							
				乙	85	非诺贝酸片	1.18元(35mg/片)		2025年1月1日至 2026年12月31日
XC10AX		其他调节血脂药							
				乙	86	海博麦布片	6.37元(10mg/片); 10.82元(20mg/片)	限饮食控制以外的辅助治疗，可单独或与HMG-CoA还原酶抑制剂(他汀类)联合用于治疗原发性(杂合子家族性或非家族性)高胆固醇血症。	2024年1月1日至 2025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	87	依洛尤单抗注射液	*	<p>限：1.降低心血管事件的风险：在已有动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中以及冠脉血运重建的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平；在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或其他降脂疗法联合用药；3.纯合子型家族性高胆固醇血症：用于成人或12岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症。可与饮食疗法和其他降低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)治疗(例如他汀类药物、依折麦布、LDL分离术)合用，用于患有纯合子型家族性高胆固醇血症(HoFH)且需要进一步降低LDL-C的患者。</p>	2024年1月1日至2025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	88	阿利西尤单抗注射液	*	限：1.心血管事件预防。在确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病的成人患者中，降低心肌梗死、卒中、需要住院的不稳定性心绞痛的风险。通过：与最大耐受剂量的他汀类药物联合用药，伴随或不伴随其他降脂疗法，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或与其他降脂疗法联合用药；2.原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性)和混合型血脂异常：可作为饮食的辅助疗法，用于成人原发性高胆固醇血症(杂合子型家族性和非家族性)或混合型血脂异常患者的治疗，以降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平。在接受最大耐受剂量的他汀类药物治疗仍无法达到LDL-C目标的患者中，与他汀类药物、或者与他汀类药物及其他降脂疗法联合用药，或者在他汀类药物不耐受或禁忌使用的患者中，单独用药或其他降脂疗法联合用药。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	89	托莱西单抗注射液	*	限在接受中等剂量或中等剂量以上他汀类药物治疗，仍无法达到低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)目标的原发性高胆固醇血症(包括杂合子型家族性和非家族性高胆固醇血症)和混合型血脂异常的成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XC10B			复方调节血脂药							
XC10BA			与其他血脂调节剂组方的HMG-CoA还原酶抑制剂							
					乙	90	瑞舒伐他汀依折麦布片(I)	*	限：1.他汀类药物单药治疗LDL-C无法达标的成人原发性(杂合子型家族性或非家族性)高胆固醇血症或混合性高脂血症患者；2.降低纯合子型家族性高胆固醇血症(HoFH)患者的TC和LDL-C水平。	2025年1月1日至2026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	91	依折麦布阿托伐他汀钙片(II) *		限：1.他汀类药物单药治疗LDL-C无法达标的成人原发性(杂合子型家族性或非家族性)高胆固醇血症或混合性高脂血症患者；2.降低纯合子型家族性高胆固醇血症(HoFH)患者的TC和LDL-C水平。	2025年1月1日至2026年12月31日
XD	皮肤病用药								
XD01	皮肤用抗真菌药								
				乙	92	盐酸奈康唑乳膏	22.50元(1%(10g:0.1g)/支)		2024年1月1日至2025年12月31日
XD05	治疗银屑病药								
				乙	93	本维莫德乳膏	138.00元(10g:0.1g/支)	限成人轻至中度稳定性寻常型银屑病的局部治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XD11	其他皮肤科制剂								
				乙	94	度普利尤单抗注射液	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	95	克立硼罗软膏	*	限3月龄及以上的轻度至中度特应性皮炎患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
				乙	96	阿布昔替尼片	*	限其他系统治疗(如激素或生物制剂)应答不佳或不适宜上述治疗的难治性、中重度特应性皮炎成人和12岁及以上青少年患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XG	泌尿生殖系统药和性激素								
XG01	妇科抗感染药和抗菌剂								
XG01A	抗感染药和抗菌剂，与皮质激素类的复方制剂除外								
XG01AF	咪唑衍生物								
				乙	97	克霉唑阴道膨胀栓	7.98元(0.15g/粒)	限念珠菌性外阴阴道病。	2024年1月1日至2025年12月31日
XG03	性激素和生殖系统调节药								
XG03D	孕激素类								
XG03DA	孕-4-烯衍生物类								
				乙	98	黄体酮注射液(II)	14.86元(1.112ml:25mg/瓶)	限辅助生殖技术(ART)中黄体酮的补充治疗，适用于不能使用或不能耐受阴道制剂的女性。	2025年1月1日至2026年12月31日
XH	除性激素和胰岛素外的全身激素制剂								

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
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 99	醋酸兰瑞肽缓释注射液(预充式)	*	限：1.肢端肥大症患者；2.不可切除、高分化或中分化、局部晚期或转移性胃肠胰神经内分泌瘤(GEP-NETs)的成人患者；3.类癌综合征成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XH02	全身用皮质激素类						
			乙 100	布地奈德肠溶胶囊	*	限具有进展风险的原发性免疫球蛋白A肾病(IgAN)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XJ	全身用抗感染药						
XJ01	全身用抗菌药						
XJ01A		四环素类					
			乙 101	注射用甲苯磺酸奥马环素	*		2025年1月1日至2026年12月31日
			乙 102	甲苯磺酸奥马环素片	*		2024年1月1日至2025年12月31日
XJ01D		其他β-内酰胺类抗菌药					
XJ01DB		第一代头孢菌素					
			乙 103	注射用头孢唑林钠/氯化钠注射液	34.10元(粉体室1.0g；液体室100ml:0.9g/袋)		2025年1月1日至2026年12月31日
XJ01DC		第二代头孢菌素					
			乙 104	注射用头孢西丁钠/氯化钠注射液	21.50元(粉体室：按头孢西丁(C16H17N3O7S2)计1.0g；液体室：氯化钠注射液100ml：0.9g/袋)； 26.05元(粉体室：按头孢西丁(C16H17N3O7S2)计2.0g；液体室：氯化钠注射液100ml：0.9g/袋)		2024年1月1日至2025年12月31日
XJ01DD		第三代头孢菌素					
			乙 105	盐酸头孢卡品酯颗粒	*		2025年1月1日至2026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	106	注射用头孢他啶/氯化钠注射液	29.60元(粉体室1.0g; 液体室100ml:0.9g); 39.82元(粉体室2.0g; 液体室100ml:0.9g)		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	107	注射用头孢他啶/5%葡萄糖注射液	29.20元(粉体室1.0g; 液体室50ml:2.5g/袋)		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	108	注射用头孢地嗪钠/5%葡萄糖注射液	24.20元(粉体室:1.0g(按C <sub>20</sub> H <sub>20</sub> N <sub>6</sub> O <sub>7</sub> S <sub>4</sub> 计)液体室:40ml:葡萄糖2g/袋); 30.64元(粉体室:2.0g(按C <sub>20</sub> H <sub>20</sub> N <sub>6</sub> O <sub>7</sub> S <sub>4</sub> 计)液体室:40ml:葡萄糖2g/袋)		2024年1月1日至 2025年12月31日
				乙	109	注射用头孢地嗪钠/氯化钠注射液	23.90元(粉体室:1.0g(按C <sub>20</sub> H <sub>20</sub> N <sub>6</sub> O <sub>7</sub> S <sub>4</sub> 计)液体室:40ml:氯化钠0.36g/袋); 30.13元(粉体室:2.0g(按C <sub>20</sub> H <sub>20</sub> N <sub>6</sub> O <sub>7</sub> S <sub>4</sub> 计)液体室:40ml:氯化钠0.36g/袋)		2024年1月1日至 2025年12月31日
				乙	110	注射用头孢他啶阿维巴坦钠/氯化钠注射液	326.00元(粉体室2.5g(C <sub>22</sub> H <sub>22</sub> N <sub>6</sub> O <sub>7</sub> S <sub>2</sub> 2.0g与C <sub>7</sub> H <sub>11</sub> N <sub>3</sub> O <sub>6</sub> S 0.5g); 液体室100ml:0.9g/袋)		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	111	注射用头孢哌酮钠舒巴坦钠/氯化钠注射液	20.10元(粉体室1.0g(C <sub>25</sub> H <sub>27</sub> N <sub>9</sub> O <sub>8</sub> S <sub>2</sub> 0.5g与C <sub>8</sub> H <sub>11</sub> NO <sub>5</sub> S 0.5g), 液体室100ml:氯化钠0.9g/袋); 23.67元(粉体室2.0g(C <sub>25</sub> H <sub>27</sub> N <sub>9</sub> O <sub>8</sub> S <sub>2</sub> 1g与C <sub>8</sub> H <sub>11</sub> NO <sub>5</sub> S 1g), 液体室100ml:氯化钠0.9g/袋)		2025年1月1日至 2026年12月31日
XJ01DI				其他头孢菌素和青霉素类					
				乙	112	注射用头孢比罗酯钠	*	限成人以下感染方予支付: 1.医院获得性肺炎(HAP), 但呼吸机相关性肺炎(VAP)除外; 2.社区获得性肺炎(CAP)。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XJ01G				氨基糖苷类抗菌药					

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	
XJ01GB			其他氨基糖苷类					
			乙	113	妥布霉素吸入溶液	253.60元(5ml:300mg/支)	限成人伴肺部铜绿假单胞菌感染的支气管扩张症。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ01M			喹诺酮类抗菌药					
XJ01M			其他喹诺酮类药					
			乙	114	苹果酸奈诺沙星氯化钠注射液	84.80元(250ml:苹果酸奈诺沙星(按C <sub>20</sub> H <sub>25</sub> N <sub>3</sub> O <sub>4</sub> 计)0.5g和氯化钠2.25g/袋)	限对奈诺沙星呈现敏感的肺炎链球菌、金黄色葡萄球菌、流感嗜血杆菌、副流感嗜血杆菌、卡他莫拉菌、肺炎克雷伯菌、铜绿假单胞菌以及肺炎支原体、肺炎衣原体和嗜肺军团菌所致的成人(≥18岁)社区获得性肺炎。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ01X			其他抗菌药					
XJ01X			咪唑衍生物					
			乙	115	注射用磷酸左奥硝唑酯二钠	25.18元(0.125g/支); 72.77元(0.5g/支); 123.71元(1.0g/支)	限: 1.肠道和肝脏严重的阿米巴病; 2.奥硝唑敏感厌氧菌引起的手术后感染; 3.预防外科手术导致的敏感厌氧菌感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ01XX			其他抗菌药					
			乙	116	康替唑胺片	*	限对本品敏感的金黄色葡萄球菌(甲氧西林敏感和耐药的菌株)、化脓性链球菌或无乳链球菌引起的复杂性皮肤和软组织感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ02			全身用抗真菌药					
XJ02A			全身用抗真菌药					
XJ02AA			抗生素类					
			乙	117	注射用两性霉素B胆固醇硫酸酯复合物	396.00元(50mg/支)	限患有深部真菌感染的患者; 因肾损伤或药物毒性而不能使用有效剂量的两性霉素B的患者, 或已经接受过两性霉素B治疗无效的患者均可使用。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ02A			三唑类衍生物					
			乙	118	硫酸艾沙康唑胶囊	*	限侵袭性曲霉病或侵袭性毛霉病的成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	119	奥特康唑胶囊	*	限重度外阴阴道假丝酵母菌病(VVC)。	2025年1月1日至2026年12月31日
XJ04			抗分枝杆菌药					



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
XJ04A		治疗结核病药					
XJ04AA		氨基水杨酸及其衍生物					
			乙	120	对氨基水杨酸肠溶颗粒	26.60元(4g/袋(按C7H7NO3计))	2025年1月1日至 2026年12月31日
XJ05		全身用抗病毒药					
XJ05A		直接作用的抗病毒药					
XJ05A		核苷及核苷酸逆转录酶抑制剂					
			乙	121	艾米替诺福韦片	*	限慢性乙型肝炎成人患者。 2024年1月1日至 2025年12月31日
			乙	122	恩替卡韦颗粒	1.72元(0.5mg/袋)	限乙型肝炎。 2025年1月1日至 2026年12月31日
XJ05A		用于治疗HCV感染的抗病毒药物					
			乙	123	来迪派韦索磷布韦片	*	限成人和12至<18岁青少年的慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。 2024年1月1日至 2025年12月31日
			乙	124	索磷布韦维帕他韦片	*	限成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。 2024年1月1日至 2025年12月31日
			乙	125	盐酸可洛派韦胶囊	113.53元(60mg/粒)(协议有效期内,谈判企业负责向购买盐酸可洛派韦胶囊的患者免费提供同疗程的索磷布韦片)	限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。 2025年1月1日至 2026年12月31日
			乙	126	索磷维伏片	*	限既往接受过含直接抗病毒药物(DAA)方案、无肝硬化或伴代偿性肝硬化(Child-Pugh A)的成人慢性丙型肝炎病毒(HCV)感染。 2024年1月1日至 2025年12月31日
			乙	127	达诺瑞韦钠片	8.30元(100mg/片(以C35H46FN5O9S计))(协议有效期内,谈判企业负责向购买达诺瑞韦钠片的患者免费提供同疗程和相应剂量的利托那韦和利巴韦林,详见说明书)	限与盐酸拉维达韦片等联合用于治疗初治的非肝硬化的基因1b型慢性丙型肝炎成人患者。 2024年1月1日至 2025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	128	盐酸拉维达韦片	51.12元(0.2g/片(以C42H50N8O6计))(协议有效期内,谈判企业负责向购买盐酸拉维达韦片的患者免费提供同疗程和相应剂量的利托那韦和利巴韦林,详见说明书)	限初治的基因1b型慢性丙型肝炎病毒感染的非肝硬化成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	129	磷酸依米他韦胶囊	*	限与索磷布韦片联合,用于治疗成人基因1型非肝硬化慢性丙型肝炎。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	130	奥磷布韦片	*	限基因1、2、3、6型成人慢性丙型肝炎。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ05A					艾滋病病毒感染的抗病毒药物					
					乙	131	艾考恩丙替片	*	限艾滋病病毒感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	132	比克恩丙诺片	*	限艾滋病病毒感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	133	艾诺韦林片	8.58元(75mg/片)	限艾滋病病毒感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	134	拉米夫定多替拉韦片	*	限艾滋病病毒感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	135	多拉米替片	*	限艾滋病病毒感染。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	136	阿兹夫定片	4.99元(1mg/片); 11.58元(3mg/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	137	艾诺米替片	24.15元(每片含艾诺韦林0.15g,拉米夫定0.3g,富马酸替诺福韦二吡呋酯0.3g)	限艾滋病病毒感染。	2024年1月1日至2025年12月31日
XJ05A					其他抗病毒药					
					乙	138	盐酸阿比多尔颗粒	2.90元(0.1g/袋)	限流感重症高危人群及重症患者的抗流感病毒治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	139	来特莫韦注射液	*	限用于接受异基因造血干细胞移植(HSCT)的巨细胞病毒(CMV)血清学阳性的成人受者[R+]预防巨细胞病毒感染和巨细胞病毒病。	2025年1月1日至2026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	140	氢溴酸氘瑞米德韦片	*	限轻中度新型冠状病毒感染 (COVID-19)的成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	141	来瑞特韦片	*	限轻中度新型冠状病毒感染 (COVID-19)的成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	142	先诺特韦片/利托那韦片组合包装	479.00元/盒(先诺特韦片0.375g/利托那韦片0.1g,每盒30片)	限轻中度新型冠状病毒感染 (COVID-19)成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	143	阿泰特韦片/利托那韦片组合包装	*	限轻中度新型冠状病毒感染 (COVID-19)的成年患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	144	玛巴洛沙韦干混悬剂	*	限5至12岁以下单纯性甲型和乙型流感儿童患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	145	马立巴韦片	*	限治疗造血干细胞移植或实体器官移植后巨细胞病毒(CMV)感染和/或疾病,且对一种或多种既往治疗(更昔洛韦、缬更昔洛韦、西多福韦或膦甲酸钠)难治(或不伴基因型耐药)的成人患者。	2025年1月1日至2026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								
XL01BC	嘧啶类似物								
				乙	146	注射用紫杉醇聚合物胶束	*	限联合铂类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、不可手术切除的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01D	细胞毒类抗生素及相关药物								
XL01DB	萘环类及相关药物								
				乙	147	示踪用盐酸米托蒽醌注射液	*	限甲状腺手术区域淋巴结或乳腺癌前哨淋巴结的示踪。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	148	盐酸米托蒽醌脂质体注射液	2970.00元(10ml:10mg/瓶)	限既往至少经过一线标准治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL01DC	其他细胞毒类药物								
				乙	149	优替德隆注射液	*	限既往接受过至少一种化疗方案的复发或转移性乳腺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01E	蛋白激酶抑制剂								
XL01E	表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂								

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	150	盐酸埃克替尼片	*	限：1.表皮生长因子受体(EGFR)基因具有敏感突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者的一线治疗；2.既往接受过至少一个化疗方案失败后的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)；3.II-III A期伴有表皮生长因子受体(EGFR)基因敏感突变非小细胞肺癌(NSCLC)术后辅助治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	151	甲磺酸阿美替尼片	*	限：1.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；2.既往经EGFR酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在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。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01E							B-Raf丝氨酸-苏氨酸激酶(BRAF)抑制剂			
					乙	152	维莫非尼片	*	限BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	153	甲磺酸达拉非尼胶囊	*	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； 3.BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01E							间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂			

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	154	盐酸阿来替尼胶囊	*	限：1.间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的IB期至ⅢA期非小细胞肺癌患者术后辅助治疗；2.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。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	155	布格替尼片	*	限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌(NSCLC)患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	156	洛拉替尼片	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01E							丝裂原活化蛋白激酶(MEK)抑制剂			
					乙	157	曲美替尼片	*	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；3.BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗BRAF V600突变阳性的转移性非小细胞肺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	158	硫酸氢司美替尼胶囊	*	限3岁及3岁以上伴有症状、无法手术的丛状神经纤维瘤(PN)的I型神经纤维瘤病(NF1)儿童患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL01E							细胞周期蛋白依赖性激酶(CDK)抑制剂			

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	159	阿贝西利片	*	限：1.联合内分泌治疗(他莫昔芬或芳香化酶抑制剂)用于激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性、淋巴结阳性，高复发风险且Ki-67≥20%的早期乳腺癌成人患者的辅助治疗。2.激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性的局部晚期或转移性乳腺癌；与芳香化酶抑制剂联合使用作为绝经后女性患者的初始内分泌治疗；与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	160	琥珀酸瑞波西利片	*	限激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌，与芳香化酶抑制剂联合用药作为女性患者的初始内分泌治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL01EJ							Janus相关激酶(JAK)抑制剂			
					乙	161	磷酸芦可替尼片	*	限：1.中危或高危的原发性骨髓纤维化(PMF)(亦称为慢性特发性骨髓纤维化)、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)的成年患者；2.对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上急性移植物抗宿主病(急性GVHD)或慢性移植物抗宿主病(慢性GVHD)患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
XL01E							血管内皮生长因子受体(VEGFR)酪氨酸激酶抑制剂			
					乙	162	呋喹替尼胶囊	*	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL01E							Bruton酪氨酸激酶(BTK)抑制剂			
					乙	163	泽布替尼胶囊	*	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.成人慢性淋巴细胞白血病(CLL)/小淋巴细胞淋巴瘤(SLL)患者；3.成人华氏巨球蛋白血症(WM)患者；4.联合奥妥珠单抗用于既往接受过至少二线系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤(FL)成人患者。	2025年1月1日至2025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	164	阿可替尼胶囊	*	限：1.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；2.既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤(MCL)患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	165	奥布替尼片	*	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；3.既往至少接受过一种治疗的成人边缘区淋巴瘤(MZL)患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XLO1E				其他蛋白激酶抑制剂						
					乙	166	恩曲替尼胶囊	*	限：1.12岁及以上，经充分验证的检测方法诊断为携带神经酪氨酸受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤：患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者；2.ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	167	瑞派替尼片	*	限既往接受过3种或以上激酶抑制剂(包括伊马替尼)的晚期胃肠间质瘤(GIST)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	168	甲磺酸氟马替尼片	34.31元(0.1g/片)； 58.33元(0.2g/片)	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。	2025年1月1日至2026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	169	盐酸安罗替尼胶囊	*	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的治疗。对于存在表皮生长因子受体(EGFR)基因突变或间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的患者，在开始本品治疗前应接受相应的标准靶向药物治疗后进展、且至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发；2.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的治疗；3.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的治疗；4.具有临床症状或明确疾病进展的、不可切除的局部晚期或转移性甲状腺髓样癌患者的治疗；5.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	170	甲磺酸阿帕替尼片	*	限：1.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；2.既往接受过至少一线系统性治疗后失败或不可耐受的晚期肝细胞癌患者；3.不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	171	马来酸吡咯替尼片	*	限：1.表皮生长因子受体2(HER2)阳性的复发或转移性乳腺癌患者；2.表皮生长因子受体2(HER2)阳性早期或局部晚期乳腺癌患者的新辅助治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	172	甲苯磺酸多纳非尼片	*	限：1.既往未接受过全身系统性治疗的不可切除肝细胞癌患者；2.进展性、局部晚期或转移性放射性碘难治性分化型甲状腺癌患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	173	盐酸恩沙替尼胶囊	*	限间变性淋巴瘤激酶(ALK)阳性的局部晚期或转移性的非小细胞肺癌(NSCLC)患者。	2024年1月1日至2025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	174	甲磺酸伏美替尼片	*	限：1.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；2.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。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	175	索凡替尼胶囊	*	限无法手术切除的局部晚期或转移性、进展期非功能性、分化良好(G1、G2)的胰腺和非胰腺来源的神经内分泌瘤。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	176	赛沃替尼片	*	限含铂化疗后疾病进展或不耐受标准含铂化疗的、MET外显子14跳变的局部晚期或转移性NSCLC成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	177	奥雷巴替尼片	*	限：1.对一代和二代酪氨酸激酶抑制剂耐药和/或不耐受的慢性髓细胞白血病慢性期成年患者；2.T315I突变的慢性髓细胞白血病慢性期或加速期的成年患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	178	甲磺酸贝福替尼胶囊	*	限：1.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；2.既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	179	伏罗尼布片	*	限与依维莫司联合，用于既往接受过酪氨酸激酶抑制剂治疗失败的晚期肾细胞癌(RCC)患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	180	谷美替尼片	*	限具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌。	2024年1月1日至2025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	181	阿伐替尼片	*	限携带血小板衍生生长因子受体 $\alpha$ (PDGFRA)外显子18突变(包括PDGFRA D842V突变)的不可切除或转移性胃肠道间质瘤(GIST)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	182	伊鲁阿克片	*	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。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	183	盐酸卡马替尼片	*	限未经系统治疗的携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	184	盐酸特泊替尼片	*	限携带间质上皮转化因子(MET)外显子14跳跃突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	185	戈利昔替尼胶囊	*	限既往至少接受过一线系统性治疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(r/r PTCL)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	186	甲磺酸瑞厄替尼片	*	限既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	187	甲磺酸瑞齐替尼胶囊	*	限既往经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检测确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者的治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	188	瑞普替尼胶囊	*	限ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	189	舒沃替尼片	*	限既往经含铂化疗治疗时或治疗后出现疾病进展,或不耐受含铂化疗,并且检测确认存在表皮生长因子受体(EGFR)20号外显子插入突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	190	枸橼酸依奉阿克胶囊	*	限未经过间变性淋巴瘤激酶(ALK)抑制剂治疗的ALK阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)患者。	2025年1月1日至2026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					
					乙	191	富马酸安奈克替尼胶囊	*	限ROS1阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	192	硫酸拉罗替尼胶囊	*	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经生长酪氨酸受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤：患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	193	硫酸拉罗替尼口服溶液	*	限经充分验证的检测方法诊断为携带神经生长酪氨酸受体激酶(NTRK)融合基因且不包括已知获得性耐药突变的实体瘤：患有局部晚期、转移性疾病或手术切除可能导致严重并发症的患者，或无满意替代治疗或既往治疗失败的患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	194	妥拉美替尼胶囊	*	限含抗PD-1/PD-L1治疗失败的NRAS基因突变的晚期黑色素瘤患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	195	伯瑞替尼肠溶胶囊	*	限：1.具有间质-上皮转化因子(MET)外显子14跳变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌患者；2.既往治疗失败的具有PTPRZ1-MET融合基因的IDH突变型星形细胞瘤(WHO4级)或有低级别病史的胶质母细胞瘤成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F			单克隆抗体和抗体药物偶联物							
XL01F			CD20抑制剂							
					乙	196	奥妥珠单抗注射液	*	限与化疗联合，用于初治的Ⅱ期伴有巨大肿块、Ⅲ期或Ⅳ期滤泡性淋巴瘤成人患者，达到至少部分缓解的患者随后用奥妥珠单抗维持治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL01F			CD38抑制剂							

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	197	达雷妥尤单抗注射液	*	限：1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者；2.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者；3.单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者，患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	198	达雷妥尤单抗注射液(皮下注射)	*	限：1.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米、美法仑和泼尼松联合用药治疗不适合自体干细胞移植的新诊断的多发性骨髓瘤成年患者；2.与来那度胺和地塞米松联合用药或与硼替佐米和地塞米松联合用药治疗既往至少接受过一线治疗的多发性骨髓瘤成年患者；3.与泊马度胺和地塞米松联合用药治疗既往接受过至少一线治疗(包括来那度胺和蛋白酶体抑制剂)的多发性骨髓瘤患者；4.单药治疗复发和难治性多发性骨髓瘤成年患者，患者既往接受过包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂的治疗且最后一次治疗时出现疾病进展；5.新诊断的原发性轻链型淀粉样变患者。本方案不适合也不推荐用于患有NYHA III B级或IV级心脏疾病或Mayo III B期的原发性轻链型淀粉样变患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F					HER2抑制剂					
					乙	199	曲妥珠单抗注射液(皮下注射)	*	限：1.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；2.HER2阳性的转移性乳腺癌。	2024年1月1日至2025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	200	注射用恩美曲妥珠单抗	*	限：1.接受了紫杉烷类联合曲妥珠单抗为基础的新辅助治疗后仍残存侵袭性病灶的HER2阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗；2.限接受了紫杉烷类和曲妥珠单抗治疗的HER2阳性、不可切除局部晚期或转移性乳腺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	201	注射用德曲妥珠单抗	*	限：1.既往接受过一种或一种以上抗HER2药物治疗的不可切除或转移性HER2阳性成人乳腺癌患者；2.既往在转移性疾病阶段接受过至少一种系统治疗的，或在辅助化疗期间或完成辅助化疗之后6个月内复发的，不可切除或转移性HER2低表达(IHC 1+或IHC 2+/ISH-)成人乳腺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F				EGFR抑制剂						
					乙	202	西妥昔单抗注射液	*	限：1.RAS基因野生型的转移性结直肠癌；2.头颈部鳞状细胞癌。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	203	西妥昔单抗β注射液	780.00元(100mg(10ml)/瓶)	限与FOLFIRI方案联合用于一线治疗RAS/BRAF基因野生型的转移性结直肠癌。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F				PD-1/PD-L1抑制剂						

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	204	替雷利珠单抗注射液	*	<p>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的治疗；2.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；3.不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；4.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、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌的一线治疗；5.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、既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)成人患者，以及EGFR和ALK阴性或未知的，既往接受过含铂方案化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性鳞状NSCLC成人患者；6.联合依托泊苷和铂类化疗用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；7.用于不可切除或转移性肝癌患者的一线治疗；8.至少经过一种全身治疗的肝癌的治疗；9.不可切除或转移性微卫星高度不稳定型(MSI-H)或错配修复基因缺陷型(dMMR)的成人晚期实体瘤患者；既往经过氟尿嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康治疗后出现疾病进展的晚期结肠癌患者；既往治疗后出现疾病进展且无满意替代治疗方案的其他晚期实体瘤患者；10.既往接受过一线标准化疗后进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞状细胞癌的治疗；11.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞状细胞癌的一线治疗；12.复发或转移性鼻咽癌的一线治疗；13.联合氟尿嘧啶类和铂类药物化疗用于局部晚期不可切除的或转移性的胃或胃食管结合部腺癌的一线治疗。</p>	2025年1月1日至 2025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	205	特瑞普利单抗注射液	*	<p>限：1.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；2.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；3.既往接受过二线及以上系统治疗失败的复发/转移性鼻咽癌患者的治疗；4.局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；5.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.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、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；7.联合化疗围手术期治疗，继之本品单药作为辅助治疗，用于可切除ⅢA-ⅢB期非小细胞肺癌(NSCLC)的成人患者；8.联合阿昔替尼用于中高危的不可切除或转移性肾细胞癌患者的一线治疗；9.联合依托泊苷和铂类用于广泛期小细胞肺癌(ES-SCLC)的一线治疗；10.联合注射用紫杉醇(白蛋白结合型)用于经充分验证的检测评估PD-L1阳性(CPS≥1)的复发或转移性三阴性乳腺癌(TNBC)的一线治疗。</p>	2025年1月1日至2025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	206	信迪利单抗注射液	*	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的治疗；2.非鳞状非小细胞肺癌：(1)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、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；(2)表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂(EGFR-TKI)治疗失败的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗；3.不可手术切除的局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)的一线治疗；4.既往未接受过系统治疗的不可切除或转移性肝细胞癌的一线治疗；5.不可切除的局部晚期、复发或转移性食管鳞癌的一线治疗；6.不可切除的局部晚期、复发或转移性胃及胃食管交界处腺癌的一线治疗。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	207	注射用卡瑞利珠单抗	*	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/或仑伐替尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝细胞癌患者的治疗；3.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；5.既往接受过二线及以上化疗后疾病进展或不可耐受的晚期鼻咽癌患者的治疗；6.局部复发或转移性鼻咽癌患者的一线治疗；7.不可切除局部晚期/复发或转移性食管鳞癌患者的一线治疗；8.局部晚期或转移性鳞状非小细胞肺癌患者的一线治疗；9.不可切除或转移性肝细胞癌患者的一线治疗。	2025年1月1日至2026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	208	恩朗苏拜单抗注射液	*	限既往接受含铂化疗治疗失败的PD-L1表达阳性(CPS $\geq$ 1)的复发或转移性宫颈癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	209	赛帕利单抗注射液	*	限：1.既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性且PD-L1表达阳性(CPS $\geq$ 1)的宫颈癌患者；2.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成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F							其他单克隆抗体和抗体药物偶联物			
					乙	210	注射用维布妥昔单抗	*	限以下CD30阳性淋巴瘤成人患者：1.复发或难治性系统性间变性大细胞淋巴瘤(R/RsALCL)；2.复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤(R/RcHL)；3.既往接受过系统性治疗的原发性皮肤间变性大细胞淋巴瘤(pcALCL)或蕈样真菌病(MF)。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	211	泽贝妥单抗注射液	*	限CD20阳性弥漫大B细胞淋巴瘤，非特指性(DLBCL，NOS)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	212	瑞帕妥单抗注射液	*	限国际预后指数(IPI)为0~2分的新诊断CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤(DLBCL)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	213	尼妥珠单抗注射液	1230.00元(50mg/瓶)	限：1.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；2.与同步放化疗联合治疗局部晚期头颈部鳞癌。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	214	注射用伊尼妥单抗	*	限接受过1个或多个化疗方案的HER2阳性转移性乳腺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	215	依沃西单抗注射液	*	限经表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗进展的EGFR基因突变阳性的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌(NSCLC)患者的治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	216	卡度尼利单抗注射液	*	既往接受含铂化疗治疗失败的复发或转移性宫颈癌患者的治疗。	2025年1月1日至2026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	217	注射用维泊妥珠单抗	*	限：1.既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者；2.不适合接受造血干细胞移植的复发或难治性弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01F				单克隆抗体和抗体药物偶联物的复方						
					乙	218	帕妥珠曲妥珠单抗注射液(皮下注射)	*	限：1.HER2阳性、局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者(直径>2cm或淋巴结阳性)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；3.既往未接受过针对转移性乳腺癌的抗HER2治疗或者化疗的HER2阳性、转移性或不可切除的局部复发性乳腺癌患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL01X			其他抗肿瘤药							
XL01X			其他抗肿瘤药							
					乙	219	重组人血管内皮抑制素注射液	472.85元(15mg/3ml/支)	限晚期非小细胞肺癌患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	220	西达本胺片	275元(5mg/片)	限：1.既往至少接受过一次全身化疗的复发或难治的外周T细胞淋巴瘤(PTCL)患者；2.联合R-CHOP(利妥昔单抗、环磷酰胺、阿霉素、长春新碱和强的松)用于MYC和BCL2表达阳性的既往未经治疗的弥漫大B细胞淋巴瘤(DLBCL)患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	221	甲苯磺酸尼拉帕利胶囊	*	限：1.晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌成人患者对一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；2.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。	2024年1月1日至2025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	222	氟唑帕利胶囊	*	限：1.既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA突变(gBRCAm)的铂敏感复发性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌的患者；2.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；3.晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌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。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	223	帕米帕利胶囊	*	限既往经过二线及以上化疗的伴有胚系BRCA(gBRCA)突变的复发性晚期卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	224	注射用维迪西妥单抗	*	限：1.至少接受过2个系统化疗的HER2过表达局部晚期或转移性胃癌(包括胃食管结合部腺癌)；2.既往接受过含铂化疗且HER2过表达局部晚期或转移性尿路上皮癌。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	225	维奈克拉片	*	限成人急性髓系白血病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	226	注射用卡非佐米	*	限与地塞米松联合适用于治疗复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，患者既往至少接受过2种治疗，包括蛋白酶体抑制剂和免疫调节剂。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	227	羟乙磺酸达尔西利片	*	限：1.激素受体(HR)阳性、人表皮生长因子受体2(HER2)阴性局部晚期或转移性乳腺癌患者；2.与芳香化酶抑制剂联合使用作为初始内分泌治疗；3.与氟维司群联合用于既往曾接受内分泌治疗后出现疾病进展的患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	228	林普利塞片	*	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	229	度维利塞胶囊	*	限既往接受过至少两种系统性治疗的复发或难治性滤泡性淋巴瘤成人患者。	2024年1月1日至2025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	230	塞利尼索片	*	限：1.既往接受过治疗且对至少一种蛋白酶体抑制剂，一种免疫调节剂以及一种抗CD38单抗难治的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者；2.既往接受过至少两线系统性治疗的复发或难治性弥漫性大B细胞淋巴瘤(DLBCL)成人患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
					乙	231	磷酸索立德吉胶囊	*	限不宜手术或放疗，以及手术或放疗后复发的局部晚期基底细胞癌(BCC)成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	232	注射用埃普奈明	*	限既往接受过至少2种系统性治疗方案的复发或难治性多发性骨髓瘤成人患者，既往含免疫调节剂方案难治的患者不宜接受本联合方案治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL02	内分泌治疗用药									
XL02A	激素类及相关药物									
					乙	233	醋酸戈舍瑞林缓释植入剂	*		2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	234	注射用醋酸曲普瑞林微球	1000.00元(3.75mg/瓶)	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	235	注射用戈舍瑞林微球	*	限：1.需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者；2.可用激素治疗的绝经前期及围绝经期妇女的乳腺癌。	2025年1月1日至2025年12月31日
XL02B	激素拮抗剂及相关药物									
					乙	236	阿帕他胺片	*	限：1.转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者；2.有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	237	达罗他胺片	*	限：1.治疗有高危转移风险的非转移性去势抵抗性前列腺癌(NM-CRPC)成年患者；2.联合多西他赛治疗转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	238	瑞维鲁胺片	*	限转移性激素敏感性前列腺癌(mHSPC)患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	239	注射用醋酸地加瑞克	*	限需要雄激素去势治疗的前列腺癌患者。	2025年1月1日至2026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	
XL03		免疫兴奋剂						
XL03A		免疫兴奋剂						
XL03A		集落刺激因子						
			乙	240	硫培非格司亭注射液	*	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	241	艾贝格司亭 α 注射液	*	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	242	拓培非格司亭注射液	1437.65元 (1.0mg(4.0 × 10 <sup>7</sup> U)/0.5mL/支(预充式)); 2437.00元 (2.0mg(8.0 × 10 <sup>7</sup> U)/1.0mL/支(预充式)); 1427.65元 (1.0mg(4.0 × 10 <sup>7</sup> U)/0.5mL/支(西林瓶式)); 2427.00元 (2.0mg(8.0 × 10 <sup>7</sup> U)/1.0mL/支(西林瓶式))	限前次化疗曾发生重度中性粒细胞减少的患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL04		免疫抑制剂						
XL04A		免疫抑制剂						
XL04A		选择性免疫抑制剂						
			乙	243	艾加莫德 α 注射液	*	限乙酰胆碱受体 (AChR) 抗体阳性的成人全身型重症肌无力 (gMG) 患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	244	注射用泰它西普	*	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 ≥ 8) 的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮 (SLE) 成年患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	245	甲磺酸贝舒地尔片	*	限对糖皮质激素或其他系统治疗应答不充分的12岁及以上慢性移植抗宿主病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL04A		肿瘤坏死因子 α (TNF-α) 抑制剂						

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	246	依那西普注射液	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL04AC				白介素抑制剂						
					乙	247	司库奇尤单抗注射液	*	限：1.符合系统治疗或光疗指征的中度至重度斑块状银屑病的6岁及以上患者；2.常规治疗疗效欠佳的强直性脊柱炎的成年患者；3.既往传统的改善病情抗风湿药(cDMARDs)疗效不佳或不耐受的活动性银屑病关节炎成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	248	乌司奴单抗注射液	*	限：1.对环孢素、甲氨喋呤(MTX)等其他系统性治疗或PUVA(补骨脂素和紫外线A)不应答、有禁忌或无法耐受的成年中重度斑块状银屑病患者；2.对其他系统性治疗或光疗应答不足或无法耐受的6岁及以上儿童和青少年(体重60公斤至100公斤)中重度斑块状银屑病患者；3.对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	249	乌司奴单抗注射液(静脉输注)	*	限对传统治疗或肿瘤坏死因子 $\alpha$ (TNF- $\alpha$ )拮抗剂应答不足、失应答或无法耐受的成年中重度活动性克罗恩病患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	250	依奇珠单抗注射液	*	限：1.适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块型银屑病成人患者；2.常规治疗疗效欠佳的活动性强直性脊柱炎成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	251	古塞奇尤单抗注射液	*	限适合系统性治疗的成人中重度斑块状银屑病。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	252	佩索利单抗注射液	*	限成人泛发性脓疱型银屑病(GPP)。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	253	替瑞奇珠单抗注射液	*	限适合系统治疗或光疗的中度至重度斑块状银屑病成人患者。	2024年1月1日至2025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	254	注射用司妥昔单抗	*	限人体免疫缺陷病毒(HIV)阴性和人疱疹病毒8型(HHV-8)阴性的多中心Castleman病(MCD)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	255	萨特利珠单抗注射液	*	限≥12岁青少年及成人患者水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL04AE							鞘氨醇-1-磷酸(S1P)受体调节剂			
					乙	256	盐酸奥扎莫德胶囊	*	限成人复发型多发性硬化。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL04AF							Janus相关激酶(JAK)抑制剂			
					乙	257	乌帕替尼缓释片	*	限：1.12岁及以上患者难治性、中重度特应性皮炎的二线治疗；2.活动性银屑病关节炎成人患者的二线治疗；3.中重度活动性类风湿关节炎成人患者的二线治疗；4.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性溃疡性结肠炎成人患者；5.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受或禁忌的中度至重度活动性克罗恩病成人患者；6.对非甾体抗炎药(NSAID)应答不佳且存在客观炎症征象(表现为C反应蛋白[CRP]升高和/或磁共振成像[MRI]异常)的活动性放射学阴性中轴型脊柱关节炎(nr-axSpA)成人患者；7.对一种或多种TNF抑制剂应答不佳或不耐受的活动性强直性脊柱炎(AS，放射学阳性中轴型脊柱关节炎)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	258	氟可来昔替尼片	*	限适合系统治疗或光疗的成年中重度斑块状银屑病患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL04AG							单克隆抗体			
					乙	259	奥法妥木单抗注射液	*	限成人复发型多发性硬化(RMS)。	2025年1月1日至2026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	260	注射用贝利尤单抗	*	限：1.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≥8)的活动性、自身抗体阳性的系统性红斑狼疮(SLE)5岁及以上患者；2.与常规治疗联合用于活动性狼疮肾炎成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	261	伊奈利珠单抗注射液	*	限抗水通道蛋白4(AQP4)抗体阳性的视神经脊髓炎谱系疾病(NMOSD)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	262	注射用维得利珠单抗	*	限：1.对传统治疗或肿瘤坏死因子α(TNFα)抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性溃疡性结肠炎的成年患者；2.对传统治疗或TNFα抑制剂应答不充分、失应答或不耐受的中度至重度活动性克罗恩病的成年患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XL04AH						哺乳动物雷帕霉素靶蛋白(mTOR)激酶抑制剂			
				乙	263	西罗莫司凝胶	*	限成人和6岁及以上儿童患者的结节性硬化症相关面部血管纤维瘤。	2024年1月1日至2025年12月31日
XL04AJ						补体抑制剂			
				乙	264	依库珠单抗注射液	*	限：1.阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)的患者；2.非典型溶血性尿毒症综合征(aHUS)的患者；3.抗乙酰胆碱受体(AChR)抗体阳性的难治性全身型重症肌无力(gMG)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	265	盐酸伊普可泮胶囊	*	限既往未接受过补体抑制剂治疗的阵发性睡眠性血红蛋白尿症(PNH)成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XM	肌肉-骨骼系统药物								
XM01	抗炎和抗风湿药								
XM01A	非甾体类抗炎和抗风湿药								
XM01AE	丙酸衍生物								
				乙	266	右酮洛芬氨丁三醇注射液	39.65元(2ml:50mg/支)	限成人不适合口服给药的急性中度至重度术后疼痛。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	267	酮洛芬凝胶贴膏	8.68元(每贴(14cm*10cm)含膏体13g,含酮洛芬30mg)	限骨关节炎。	2024年1月1日至2025年12月31日
XM05	治疗骨病的药物								



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
XM05B		影响骨结构和矿化的药物					
			乙 268	米诺膦酸片	2.73元(1mg/片(按C9H12N2O7P2·H2O计))		2025年1月1日至2026年12月31日
			乙 269	纳鲁索拜单抗注射液	*	限不可手术切除或手术切除可能导致严重功能障碍的骨巨细胞瘤成人患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XM09		其他肌肉-骨骼系统疾病用药					
			乙 270	诺西那生钠注射液	*	限5q脊髓性肌萎缩症。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙 271	利司扑兰口服溶液用散	*	限治疗16日龄及以上患者的脊髓性肌萎缩症(SMA)。	2025年1月1日至2026年12月31日
			乙 272	丁甘交联玻璃酸钠注射液	980.00元(3ml:60mg/支(按玻璃酸钠计))	限对非药物保守治疗及单纯止痛药物治疗(如对乙酰氨基酚)疼痛缓解效果欠佳的膝骨关节炎(OA)成人患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XN	神经系统药物						
XN01		麻醉剂					
XN01A		全身麻醉剂					
XN01AX		其他全身麻醉药					
			乙 273	环泊酚注射液	*	限：1.非气管插管的手术/操作中的镇静和麻醉；2.全身麻醉诱导和维持；3.重症监护期间机械通气时的镇静。	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙 274	注射用磷丙泊酚二钠	*	限成人全身麻醉的诱导。	2025年1月1日至2026年12月31日
XN01B		局部麻醉剂					
XN01B		酰胺类					
			乙 275	布比卡因脂质体注射液	224.71元(10ml:133mg/瓶); 382.00元(20ml:266mg/瓶)	限：1.12岁及以上的患者单剂量浸润产生术后局部镇痛；2.成人肌间沟臂丛神经阻滞产生术后区域镇痛。	2024年1月1日至2025年12月31日
XN02		镇痛药					
XN02A		阿片类					
XN02AA		天然阿片碱					
			乙 276	盐酸氢吗啡酮缓释片	8.04元(4mg/片); 13.66元(8mg/片); 39.48元(32mg/片)	限成人重度疼痛。	2025年1月1日至2026年12月31日
XN02AX		其他阿片类药					

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
					乙	277	富马酸奥赛利定注射液	23.85元(1ml:1mg); 40.54元(2ml:2mg); 139.00元(10ml:10mg); 322.31元(30ml:30mg)		2024年1月1日至 2025年12月31日
					乙	278	富马酸泰吉利定注射液	*	限腹部手术后中重度疼痛。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XN02B			其他解热镇痛药							
XN02BG			其他解热镇痛药							
					乙	279	普瑞巴林缓释片	2.76元(82.5mg/片); 4.70元(165mg/片); 7.99元(330mg/片)		2025年1月1日至 2026年12月31日
					乙	280	苯磺酸克利加巴林胶囊	*	限：1.治疗成人糖尿病性周围神经病理性疼痛；2.带状疱疹后神经痛。	2025年1月1日至 2026年12月31日
					乙	281	苯磺酸美洛加巴林片	*	限成人糖尿病性周围神经病理性疼痛。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XN03		抗癫痫药								
XN03A		抗癫痫药								
					乙	282	地西洋鼻喷雾剂	*	限6岁及以上儿童和成人癫痫患者的丛集性癫痫发作/急性反复性癫痫发作的急性治疗。	2024年1月1日至 2025年12月31日
					乙	283	布立西坦片	4.24元(25mg/片); 7.21元(50mg/片)	限16岁及以上癫痫患者部分性发作的单药治疗和添加治疗。	2025年1月1日至 2026年12月31日
					乙	284	司替戊醇干混悬剂	18.88元(250mg/袋); 32.10元(500mg/袋)	限婴儿严重肌阵挛性癫痫(SMEI, Dravet综合征)患者。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XN05		精神安定药								
XN05A		抗精神病药								
XN05AD			丁酰苯生物类							
					乙	285	氟哌啶醇口服溶液	39.00元(100ml:200mg/瓶)	限：1.急、慢性各型精神分裂症、躁狂症、抽动秽语综合症的成人患者；2.13至17岁青少年精神分裂症患者；3.6至17岁儿童和青少年孤独症或广泛性发育障碍的攻击行为；4.10至17岁儿童和青少年的抽动障碍。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XN05AX			其他抗精神病药							

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
				乙	286	注射用利培酮微球(II)	*	限急性和慢性精神分裂症以及其他各种精神病性状态的明显的阳性症状和明显的阴性症状。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	287	氟丁苯那嗪片	*	限治疗成人：与亨廷顿病有关的舞蹈病；迟发性运动障碍。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	288	棕榈帕利哌酮酯注射液(3M)	*	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	289	注射用阿立哌唑	*		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	290	棕榈帕利哌酮酯注射液(6M)	*	限接受过棕榈酸帕利哌酮酯注射液(3M)至少3个月充分治疗的成人精神分裂症患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XN05B			抗焦虑药						
XN05BA			苯二氮卓衍生物						
				乙	291	氯巴占片	2.11元(10mg/片); 3.59元(20mg/片)	限2岁及以上Lennox-Gastaut综合征(LGS)患者癫痫发作的联合治疗。	2025年1月1日至2026年12月31日
XN05C			催眠药和镇静药						
				乙	292	注射用甲苯磺酸瑞马唑仑	*	限：1.非气管插管手术/操作中的镇静和麻醉；2.全身麻醉的诱导和维持。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	293	注射用苯磺酸瑞马唑仑	*	限：1.结肠镜检查；2.全身麻醉诱导与维持。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	294	水合氯醛/糖浆组合包装	25.11元(水合氯醛浓缩液0.671g :0.5g/糖浆(稀释液)4.5ml/瓶); 42.68元(水合氯醛浓缩液1.342g :1g/糖浆(稀释液)9ml/瓶)	限儿童检查、操作前的镇静、催眠。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	295	咪达唑仑口服溶液	*	限：1.儿童诊断或治疗性操作前以及操作过程中的镇静/抗焦虑/遗忘；2.儿童术前镇静/抗焦虑/遗忘。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	296	咪达唑仑口颊粘膜溶液	*		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	297	地达西尼胶囊	*	限失眠患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	298	水合氯醛糖浆	46.50元(10ml:1g/支)	限儿童检查、操作前的镇静、催眠。	2025年1月1日至2026年12月31日
XN06			精神兴奋药						

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
XN06A		抗抑郁药					
XN06AB				选择性5-羟色胺再摄取抑制剂			
			乙	299	盐酸氟西汀口服溶液	62.80元(70ml:0.28g/瓶)	2024年1月1日至2025年12月31日
XN06AX		其他抗抑郁药					
			乙	300	盐酸曲唑酮缓释片	3.74元(75mg/片); 6.36元(150mg/片)	2025年1月1日至2026年12月31日
			乙	301	琥珀酸地文拉法辛缓释片	3.95元(25mg/片(按C16H25NO2计)); 6.72元(50mg/片(按C16H25NO2计))	2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	302	盐酸托鲁地文拉法辛缓释片	*	2025年1月1日至2026年12月31日
XN06B		用于儿童注意缺陷障碍伴多动症和促智的精神兴奋药					
			乙	303	盐酸可乐定缓释片	9.88元(0.1mg/片)	限6-17岁儿童和青少年的注意缺陷多动障碍(ADHD)。 2024年1月1日至2025年12月31日
XN06D		抗痴呆药					
XN06DX		其他抗痴呆药					
			乙	304	甘露特钠胶囊	*	限轻度至中度阿尔茨海默病。 2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	305	盐酸美金刚口溶膜	1.64元(5mg/片); 2.78元(10mg/片)	2025年1月1日至2026年12月31日
XN07		其他神经系统药物					
XN07X		其他神经系统药物					
			乙	306	注射用尤瑞克林	*	限轻-中度急性血栓性脑梗死,应在发作48小时内开始使用,支付不超过21天。 2024年1月1日至2025年12月31日
			乙	307	依达拉奉右莰醇注射用浓溶液	29.68元(5ml/依达拉奉10mg与右莰醇2.5mg/瓶)	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。 2025年1月1日至2026年12月31日
			乙	308	丁苯酞软胶囊	3.24元(0.1g/粒)	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。 2025年1月1日至2026年12月31日
			乙	309	丁苯酞氯化钠注射液	102.16元(100ml:丁苯酞25mg与氯化钠0.9g/支)	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。 2025年1月1日至2026年12月31日
			乙	310	氯苯唑酸软胶囊	*	限成人野生型或遗传型转甲状腺素蛋白淀粉样变性心脏病(ATTR-CM)。 2024年1月1日至2025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	311	利鲁唑口服混悬液	*	限肌萎缩侧索硬化(ALS)。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	312	盐酸替洛利生片	*	限发作性睡病成人患者。	2025年1月1日至2025年12月31日
XR	呼吸系统									
XR01		鼻部制剂								
XR01A		减轻充血药及其他鼻局部用药								
					乙	313	苯环喹溴铵鼻喷雾剂	*	限变应性鼻炎。	2024年1月1日至2025年12月31日
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	314	乌美溴铵维兰特罗吸入粉雾剂	*	限慢性阻塞性肺病(COPD)。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	315	茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂用胶囊(茚达特罗格隆溴铵吸入粉雾剂)	*	限成人慢性阻塞性肺疾病(COPD)。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	316	格隆溴铵福莫特罗吸入气雾剂	*	限慢性阻塞性肺疾病。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	317	布地格福吸入气雾剂	*	限慢性阻塞性肺疾病。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	318	氟替美维吸入粉雾剂	*	限慢性阻塞性肺疾病。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	319	倍氯福格吸入气雾剂	*	限慢性阻塞性肺病。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	320	茚达格莫吸入粉雾剂(II)	*	限未能充分控制的成年哮喘患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	321	茚达特罗莫米松吸入粉雾剂(II)	*		2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	322	茚达特罗莫米松吸入粉雾剂(III)	*		2025年1月1日至2026年12月31日
XR03D		治疗阻塞性气道疾病的其他全身用药物								
XR03DC		白三烯受体拮抗剂								
					乙	323	孟鲁司特钠口溶膜	4.26元(4mg/片); 5.05元(5mg/片)	限：1.1岁至14岁儿童哮喘的预防和长期治疗；2.2岁至14岁儿童季节性过敏性鼻炎和常年性过敏性鼻炎。	2024年1月1日至2025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
XR03DX			其他阻塞性气管病系统用药						
				乙	324	注射用奥马珠单抗	*	限：1.经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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的6岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据；2.H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	325	美泊利珠单抗注射液	*	限：1.成人和12岁及以上青少年重度嗜酸性粒细胞性哮喘(SEA)的维持治疗；2.成人嗜酸性肉芽肿性多血管炎(EGPA)。	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	326	注射用奥马珠单抗α	*	限经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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的15岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	327	奥马珠单抗注射液	*	限：1.经吸入型糖皮质激素和长效吸入型β2-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的6岁及以上患者，并需IgE(免疫球蛋白E)介导确诊证据；2.H1抗组胺药治疗后仍有症状的成人和青少年(12岁及以上)慢性自发性荨麻疹患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XR06		全身用抗组胺药							
				乙	328	盐酸非索非那定干混悬剂	0.93元(15mg/袋)； 1.58元(30mg/袋)		2025年1月1日至2026年12月31日
XS	感觉器官药物								
XS01		眼科用药							
XS01H		局部麻醉药							
				乙	329	盐酸利多卡因眼用凝胶	33.90元(5ml:0.175g/支(按C14H22N2O·HCl计))		2024年1月1日至2025年12月31日
XS01L		眼血管病用药							

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
					乙	330	地塞米松玻璃体内植入剂	*	限：1.视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿；2.糖尿病性黄斑水肿(DME)。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。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	331	康柏西普眼用注射液	*	限: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)(视网膜分支静脉阻塞(BRVO)或视网膜中央静脉阻塞(CRVO)的黄斑水肿引起的视力损伤。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、康柏西普、法瑞西单抗的药品支数合并计算。	2024年1月1日至2025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	
XV01	肠内营养剂								
				乙	337	肠内营养乳剂(SP)	*	需经营养风险筛查，明确具有营养风险，且应为不能经饮食补充足够营养的患者方予支付。	2025年1月1日至2026年12月31日
XV02	其他营养剂								
				乙	338	多种微量元素注射液(Ⅲ)	*	限与肠外营养药物配合使用时支付，单独使用不予支付。	2024年1月1日至2025年12月31日
XV03	其他治疗药物								
XV03A	其他治疗药物								
XV03A C						铁螯合剂			
				乙	339	地拉罗司颗粒	*	限：1.年龄大于2岁的β-地中海贫血患者；2.10岁及10岁以上非输血依赖性地中海贫血综合征患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XV03A E	高血钾和高磷血症治疗药								
				乙	340	环硅酸锆钠散	*	限成人高钾血症。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	341	蔗糖羟基氧化铁咀嚼片	*	限：1.接受血液透析(HD)或腹膜透析(PD)的成人慢性肾脏病(CKD)患者；2.12岁及以上CKD4-5期(定义为肾小球滤过率 < 30 mL/min/1.73 m <sup>2</sup> )或接受透析的CKD儿科患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XV03A	用于抗肿瘤治疗的解毒剂								
				乙	342	注射用盐酸曲拉西利	*	限既往未接受过系统性化疗的广泛期小细胞肺癌(在接受含铂类药物联合依托泊苷方案治疗前给药)患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XV03A X	其他治疗药物								
				乙	343	盐酸纳呋拉啡口崩片	*	限现有治疗疗效不理想的血液透析患者的瘙痒症。	2025年1月1日至2026年12月31日
XV04	诊断用药								
XV04C	其他诊断试剂								

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	344	重组结核杆菌融合蛋白(EC)	65.00元(0.3ml/瓶); 96.11元(0.5ml/瓶); 163.38元(1.0ml/瓶); 31.03元(0.1ml/支 预灌封注射器)		2025年1月1日至 2026年12月31日
XV08		造影剂								
XV08D		超声造影剂								
					乙	345	注射用全氟丙烷人血白蛋白微球	*		2024年1月1日至 2025年12月31日
					乙	346	注射用全氟丁烷微球	*	限肝脏局灶性病变血管相和Kupffer相的超声成像。	2024年1月1日至 2025年12月31日
					乙	347	八氟丙烷脂质微球注射液	*		2024年1月1日至 2025年12月31日
XV09		放射性药物								
					乙	348	治疗用碘[131I]化钠胶囊	见备注2(每粒胶囊含碘[131I]的放射性活度为37-3700MBq)		2024年1月1日至 2025年12月31日

备注1: 企业申请价格保密的, 医保支付标准一栏标识为\*。

备注2: 治疗用碘[131I]化钠胶囊的获批规格为37-3700MBq(1-100毫居), 支付阶梯价格方案如下:

规格(毫居)	阶梯内单价(元/毫居)	计算举例
1-10	59.00	1毫居价格为1*59=59.00 10毫居价格为10*59=590.00
11-50	0.8*59.00=47.20	11毫居价格为590.00+47.20*(11-10)=637.20 50毫居价格为590.00+47.20*(50-10)=2478.00
51-100	0.65*59.00=38.35	51毫居价格为2478.00+38.35*(51-50)=2516.35 100毫居价格为2478.00+38.35*(100-50)=4395.50

# 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								
ZA01		解表剂							
ZA01B		辛凉解表剂							
				乙	1	牛黄清感胶囊	0.63元(0.3g/粒)		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	2	银翘清热片	2.90元(0.36g(相当于饮片 1.22g)/片)		2025年1月1日至 2026年12月31日
ZA01C		表里双解剂							
				乙	3	小儿豉翘清热糖浆	5.85元(每支装10ml(相当于饮片 7.462g))		2025年1月1日至 2026年12月31日
ZA03		泻下剂							
ZA03B		润肠通便剂							
				乙	4	芪黄通便软胶囊	1.83元(0.5g/粒)	益气养血，润肠通便。用于功能性便秘证属虚秘者。	2024年1月1日至 2025年12月31日
				乙	5	济川煎颗粒	11.26元(每袋装7g(相当于饮片 21.82g))		2025年1月1日至 2026年12月31日
ZA04		清热剂							
ZA04B		清热解毒剂							
				乙	6	冬凌草滴丸	0.18元(40mg/丸)	清热解毒,消肿散结,利咽止痛。用于热毒壅盛所致的咽喉肿痛、声音嘶哑；急性扁桃体炎、急性咽炎轻症见上述证候者。	2024年1月1日至 2025年12月31日
				乙	7	金银花口服液	2.94元(10ml/支)； 5.00元(20ml/支)		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	8	蓝芩口服液	5.66元(10ml/支(每1ml相当于饮片 2.12g))		2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	9	清肺排毒颗粒	20.60元(15g(相当于饮片49g)/袋)		2025年1月1日至 2026年12月31日
ZA04C		清脏腑热剂							

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
ZA04C			清热理肺剂					
				乙	10	痰热清胶囊	4.09元(0.4g/粒)	2024年1月1日至2025年12月31日
ZA04C			清利肠胃湿热剂					
				乙	11	枳实总黄酮片	2.49元(每片重0.29g(含枳实总黄酮95mg))	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA06	化痰、止咳、平喘剂							
ZA06B			理肺止咳剂					
ZA06B			宣肺止咳剂					
				乙	12	小儿荆杏止咳颗粒	10.71元(5g(相当于饮片18.33g)/袋)	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	13	九味止咳口服液	4.15元(10ml/支(每1ml相当于饮片2.14g))	2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	14	小儿紫贝宣肺糖浆	86.70元(100ml/瓶(每1ml相当于饮片0.72g))	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA06C			清热化痰剂					
ZA06C			清热化痰止咳					
				乙	15	金花清感颗粒	8.90元(5g(相当于饮片17.3g)/袋)	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	16	化湿败毒颗粒	9.90元(5g(相当于饮片17.13g)/袋)	2024年1月1日至2025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	17	宣肺败毒颗粒	*	宣肺化湿，清热透邪，泻肺解毒。用于湿毒郁肺所致的疫病。症见发热，咳嗽，咽部不适，喘促气短，乏力，纳呆，大便不畅；舌质暗红、苔黄腻或黄燥，脉滑数或弦滑。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	18	散寒化湿颗粒	8.28元(每袋装10g(相当于饮片48g))	散寒化湿、宣肺透邪、辟秽化浊、解毒通络。用于寒湿郁肺所致疫病，症见发热，乏力，周身酸痛，咳嗽，咯痰，胸闷憋气，纳呆，恶心，呕吐，腹泻，大便粘腻不爽；舌质淡胖齿痕或淡红，舌苔白厚腻或腐腻，脉滑或濡。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZA06C							清热化痰止惊			
					乙	19	小儿牛黄清心散	2.36元(0.3g/袋)； 4.01元(0.6g/袋)	限高热神昏的急救、抢救时使用。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA09		扶正剂								
ZA09C		滋阴剂								
					乙	20	一贯煎颗粒	9.22元(每袋装12g(相当于饮片15.55g))		2025年1月1日至2026年12月31日
ZA09G		益气养阴剂								
					乙	21	参乌益肾片	1.27元(0.4g/片)	限慢性肾衰竭患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	22	桑枝总生物碱片	3.92元(50mg/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	23	通脉降糖胶囊	0.46元(0.4g/粒)		2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	24	参龙宁心胶囊	0.35元(0.5g/粒)	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	25	芪蛭益肾胶囊	2.17元(0.38g(相当于饮片2.86g)/粒)		2025年1月1日至2026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	26	注射用益气复脉(冻干)	15.92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。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZA10	安神剂								
ZA10A	养心安神剂								
				乙	27	益肾养心安神片	1.97元(0.4g(相当于饮片1.4g)/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZA12	祛瘀剂								
ZA12A	益气活血剂								
				乙	28	杜蛭丸	6.33元(5g/25粒)		2024年1月1日至2025年12月31日
ZA12C	养血活血剂								
				乙	29	丹红注射液	4.94元(2ml/支); 16.92元(10ml/支); 28.76元(20ml/支)	限二级及以上医疗机构。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZA12G	化瘀宽胸剂								
				乙	30	注射用丹参多酚酸	54.41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。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	31	注射用丹参多酚酸盐	27.19元(每瓶装50mg(含丹参乙酸镁40mg)); 46.23元(每瓶装100mg(含丹参乙酸镁80mg)); 78.59元(每瓶装200mg(含丹参乙酸镁160mg))	限二级及以上医疗机构。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA12H	化瘀通脉剂								
				乙	32	血必净注射液	22.08元(10ml/支)	限二级及以上医疗机构。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	33	丹灯通脑软胶囊	0.62元(0.55g/粒)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZA12I	活血消癥剂								

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	34	蛭蛇通络胶囊	1.65元(0.5g/粒)	益气活血，息风通络。用于中风病中经络(轻中度脑梗塞)恢复期气虚血瘀证。症见半身不遂，偏身麻木，口舌歪斜，舌强语蹇，自汗、气短乏力，脉沉细涩或弦。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA13	理气剂								
ZA13A	疏肝解郁剂								
				乙	35	解郁除烦胶囊	1.85元(0.4g(相当于饮片1.55g)/粒)		2025年1月1日至2026年12月31日
				乙	36	参葛补肾胶囊	4.35元(每粒装0.32g(相当于饮片3.6g))	益气、养阴、补肾。适用于轻、中度抑郁症中医辨证属气阴两虚、肾气不足证，症见情绪低落、多思善虑、言语动作减少、目光迟滞、健忘、食少、心悸胆怯、少寐多梦、心烦，舌质淡红或偏红、舌苔白或花剥，脉细弱等。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZA13B	疏肝和胃剂								
				乙	37	七蕊胃舒胶囊	3.01元(0.5g(相当于饮片0.5g)/粒)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZA16	祛湿剂								
ZA16B	清热除湿剂								
				乙	38	虎贞清风胶囊	2.99元(每粒装0.40g(相当于饮片2.33g))	清热利湿，化痰利浊，滋补肝肾。用于轻中度急性痛风性关节炎。中医辨证属湿热蕴结证，症见关节疼痛、肿胀、发热、活动受限、口渴、烦闷不安，舌红、苔黄或黄腻、脉滑数。	2024年1月1日至2025年12月31日
				乙	39	秦威颗粒	8.26元(12g(相当于饮片30g)/袋)	清热除湿祛风，活血通络止痛。用于急性痛风性关节炎风湿郁热证，症见关节疼痛、关节肿胀、关节局部发热、口渴喜饮，舌质红、苔黄、脉滑数。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZA16F	清热通淋剂								
				乙	40	广金钱草总黄酮胶囊	4.76元(每粒装0.2g(含广金钱草总黄酮提取物133mg))	清热祛湿，利尿排石。用于输尿管结石中医辨证属湿热蕴结证者。	2024年1月1日至2025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	
ZA17		化浊降脂剂								
					乙	41	降脂通络软胶囊	0.70元(50mg/粒)	活血行气，降脂祛浊。用于高脂血症属血瘀气滞证者，症见胸胁胀痛、心前区刺痛、胸闷、舌尖边有瘀点或瘀斑、脉弦或涩。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZB	外科用药									
ZB01		清热剂								
ZB01B		清热解毒剂								
					乙	42	黄蜀葵花总黄酮口腔贴片	1.75元(每片重75mg(含黄蜀葵花总黄酮提取物20mg))	清心泄热。用于心脾积热所致轻型复发性口腔溃疡(轻型复发性阿弗他溃疡)，症见口腔黏膜溃疡局部红肿、灼热疼痛等。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	43	连榆烧伤膏	100.00元(25g/支)	清热解毒，生肌止痛。用于浅Ⅱ°、深Ⅱ°烧烫伤创面的治疗，用药面积不宜超出体表面积的1%。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	44	儿茶上清丸	1.39元(每丸重0.14g(相当于饮片0.16g))	清热退火，解毒敛疮，止痛。用于轻型复发性阿弗他溃疡上焦实热证。症见：口舌生疮，溃疡疼痛，口渴欲饮，口粘口臭，舌质红，舌苔黄或黄腻，脉弦洪或弦数。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZC	肿瘤用药									
ZC01		抗肿瘤药								
					乙	45	复方黄黛片	9.94元(0.27g/片)	限初治的急性早幼粒细胞白血病。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	46	康莱特注射液	128.90元(100ml:10g/支)	限二级及以上医疗机构。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	47	康艾注射液	11.73元(5ml/支); 19.94元(10ml/支); 33.90元(20ml/支)	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。	2025年1月1日至2026年12月31日
					乙	48	淫羊藿素软胶囊	17.00元(每粒0.4g(含淫羊藿素100mg))	限不适合或患者拒绝接受标准治疗,且既往未接受过全身系统性治疗的、不可切除的肝细胞癌，患者外周血复合标志物满足以下检测指标的至少两项：AFP≥400 ng/mL；TNF-α < 2.5 pg/mL；IFN-γ ≥ 7.0 pg/mL。	2024年1月1日至2025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
ZC02	肿瘤辅助用药								
				乙	49	注射用黄芪多糖	171.18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。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZD	妇科用药								
ZD01	理血剂								
ZD01B	活血化瘀剂								
				乙	50	温经汤颗粒	12.00元(每袋装10g(每袋相当于饮片20g))		2025年1月1日至2026年12月31日
ZD03	扶正剂								
				乙	51	芪胶调经颗粒	20.00元(每袋装8g(相当于饮片14.08g))	益气补血、止血调经。用于上环所致经期延长中医辨证属气血两虚证，症见经血过期不净，月经色淡，神疲乏力，头晕眼花，少腹坠胀，舌淡苔薄白、脉细弱。	2024年1月1日至2025年12月31日
ZE	眼科用药								
ZE02	扶正剂								
				乙	52	通络明目胶囊	2.17元(0.4g/粒)	限2型糖尿病视网膜病变单纯性型。	2025年1月1日至2026年12月31日
ZF	耳鼻喉科用药								
ZF02	鼻病								
				乙	53	益气通窍丸	7.58元(每20丸重3g(相当于饮片9.12g))		2025年1月1日至2026年12月31日
ZG	骨伤科用药								
ZG01	活血化瘀剂								
				乙	54	五虎口服液	11.31元(10ml/支)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZG03	补肾壮骨剂								
				乙	55	玄七健骨片	2.82元(0.45g(相当于饮片2.83g)/片)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZD	妇科用药								
ZD03	扶正剂								

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	56	关黄母颗粒	4.28元(9g(相当于饮片4.8g)/袋)	补益肝肾，滋阴降火。用于女性更年期综合征(绝经前后诸证)中医辨证属肝肾阴虚证，症见烘热汗出，头晕，耳鸣，腰膝酸软或足跟痛，少寐多梦，急躁易怒等。	2024年1月1日至2025年12月31日
					乙	57	坤心宁颗粒	9.30元(6g(相当于饮片20g)/袋)		2025年1月1日至2026年12月31日
ZI	民族药									
ZI01		藏药								
					乙	58	如意珍宝片	1.79元(0.5g/片)		2025年1月1日至2026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\*。

## 竞价药品部分

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	医保支付标准	备注	支付标准有效期
XA	消化道和代谢方面的药物								
XA10	糖尿病用药								
XA10B	降血糖药物，不含胰岛素								
XA10BD	口服复方降糖药								
				乙	1	西格列汀二甲双胍缓释片	3.49元(磷酸西格列汀50mg(以C16H15F6N5O计)和盐酸二甲双胍500mg/片); 5.93元(磷酸西格列汀100mg(以C16H15F6N5O计)和盐酸二甲双胍1000mg/片)		2024年1月1日至 2025年12月31日
				乙	2	二甲双胍恩格列净片(Ⅲ)	1.05元(每片含盐酸二甲双胍850mg和恩格列净5mg)	限2型糖尿病患者。	2025年1月1日至 2026年12月31日
				乙	3	二甲双胍恩格列净片(Ⅵ)	1.74元(每片含盐酸二甲双胍1000mg与恩格列净12.5mg)	限2型糖尿病患者。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XA10BH	二肽基肽酶-4(DPP-4)抑制剂								
				乙	4	氢溴酸替格列汀片	3.50元(20mg/片)		2024年1月1日至 2025年12月31日
XA11	维生素类								
				乙	5	骨化三醇口服溶液	48.90元(10ml:10μg/瓶); 66.70元(15ml:15μg/瓶)	限：1.绝经后骨质疏松；2.慢性肾功能衰竭，尤其是接受血液透析患者之肾性骨营养不良症；3.术后甲状旁腺功能低下；4.特发性甲状旁腺功能低下；5.假性甲状旁腺功能低下；6.维生素D依赖性佝偻病；7.低血磷性维生素D抵抗型佝偻病等。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XA16	其他消化道及代谢用药								
				乙	6	尼替西农胶囊	36.46元(2mg/粒); 73.53元(5mg/粒); 125.00元(10mg/粒); 212.50元(20mg/粒)	限成人和儿童酪氨酸血症 I 型(HT-1)。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XB	血液和造血器官药								

药品分类代码	药品分类		编号	药品名称	医保支付标准	备注	支付标准有效期
XB05	血液代用品和灌注液						
XB05B	静脉注射液						
XB05B	影响电解质平衡的						
			乙	7	复方电解质醋酸钠葡萄糖注射液	30.75元(250ml/袋); 52.28元(500ml/袋)	2024年1月1日至 2025年12月31日
XB05C	灌洗液						
			乙	8	山梨醇甘露醇冲洗剂	168.16元(3000ml/袋)	限经尿道前列腺切除术及其他泌尿外科手术的术中冲洗。 2024年1月1日至 2025年12月31日
XC	心血管系统						
XC10	调节血脂药						
XC10A	单方调节血脂药						
XC10A	贝特类						
			乙	9	非诺贝特酸胆碱缓释胶囊	1.36元(45mg(按C17H15ClO4计)/粒); 3.15元(135mg(按C17H15ClO4计)/粒)	限：成人控制饮食基础上：1.降低重度高甘油三酯血症患者甘油三酯(TG)水平；2.原发性高胆固醇血症或混合型血脂异常患者的治疗。 2025年1月1日至 2026年12月31日
XJ	全身用抗感染药						
XJ01	全身用抗菌药						
XJ01D	其他β-内酰胺类抗菌药						
XJ01DD	第三代头孢菌素						
			乙	10	注射用头孢曲松钠/氯化钠注射液	20.00元(粉体室:按头孢曲松(C18H18N8O7S3)计1.0g; 液体室:氯化钠注射液100ml:0.9g/袋); 23.50元(粉体室:按头孢曲松(C18H18N8O7S3)计2.0g; 液体室:氯化钠注射液100ml:0.9g/袋)	2024年1月1日至 2025年12月31日
			乙	11	注射用头孢他啶阿维巴坦钠	340.00元(2.5g(头孢他啶2.0g与阿维巴坦0.5g)/瓶)	2024年1月1日至 2025年12月31日
XJ01X	其他抗菌药						
XJ01XX	其他抗菌药						
			乙	12	磷酸特地唑胺片	108.91元(200mg/片)	限急性细菌性皮肤及皮肤软组织感染。 2024年1月1日至 2025年12月31日
XL	抗肿瘤药及免疫调节剂						

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	医保支付标准	备注	支付标准有效期
XL01		抗肿瘤药							
XL01B			抗代谢药						
XL01BC			嘧啶类似物						
					乙 13	曲氟尿苷替匹嘧啶片	55.36元(每片含曲氟尿苷15mg与盐酸替匹嘧啶7.065mg/片); 69.00元(每片含曲氟尿苷20mg与盐酸替匹嘧啶9.420mg/片)	限: 既往接受过氟嘧啶类、奥沙利铂和伊立替康为基础的化疗, 以及既往接受过或不适合接受抗血管内皮生长因子(VEGF)治疗、抗表皮生长因子受体(EGFR)治疗(RAS野生型)的转移性结肠癌(mCRC)患者。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XL04		免疫抑制剂							
XL04A			免疫抑制剂						
D			钙神经素抑制剂						
					乙 14	他克莫司颗粒	15.43元(1mg/袋)	限: 1.预防儿童肝脏或肾脏移植术后的移植物排斥反应; 2.治疗儿童肝脏或肾脏移植术后应用其他免疫抑制药物无法控制的移植物排斥反应。	2025年1月1日至 2026年12月31日
XN	神经系统药物								
XN03		抗癫痫药							
XN03A			抗癫痫药						
XN03AG			脂肪酸衍生物						
					乙 15	氨己烯酸口服溶液用散	29.00元(500mg/袋)	限婴儿痉挛症。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XN05		精神安定药							
XN05A			抗精神病药						
XN05AX			其他抗精神病药						
					乙 16	丁苯那嗪片	7.59元(12.5mg/片); 12.90元(25mg/片)	限亨廷顿病相关的舞蹈症。	2024年1月1日至 2025年12月31日
XN05C		催眠药和镇静药							
XN05CM			其他催眠镇静剂						

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	医保支付标准	备注	支付标准有效期
				乙	17	盐酸右美托咪定氯化钠注射液	27.27元(20ml:盐酸右美托咪定80μg(按C13H16N2计)与氯化钠0.18g/支); 55.00元(50ml:盐酸右美托咪定0.2mg(按C13H16N2计)与氯化钠0.45g/瓶); 93.50元(100ml:盐酸右美托咪定0.4mg(按C13H16N2计)与氯化钠0.9g/瓶)	限: 1.重症监护患者插管和机械通气时的镇静; 2.非插管患者术前和/或术中以及其他程序镇静。	2024年1月1日至2025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	18	草酸艾司西酞普兰口服溶液	3.18元(按C20H21FN2O计:5ml:5mg/瓶); 5.40元(按C20H21FN2O计:10ml:10mg/瓶); 36.19元(按C20H21FN2O计:120ml:120mg/瓶); 61.52元(按C20H21FN2O计:240ml:240mg/瓶)		2024年1月1日至2025年12月31日
XN07	其他神经系统药物								
XN07X	其他神经系统药物								
				乙	19	氯苯唑酸葡胺软胶囊	255.85元(20mg/粒)	限成人转甲状腺素蛋白淀粉样变性多发性神经病I期症状患者。	2025年1月1日至2026年12月31日
XR	呼吸系统								
XR01	鼻部制剂								
XR01A	减轻充血药及其他鼻局部用药								
XR01AD	皮质激素类								
				乙	20	氮萘斯汀氟替卡松鼻喷雾剂	89.60元(每瓶120喷,每喷含盐酸氮萘斯汀137μg和丙酸氟替卡松50μg)	限12岁及以上单一鼻用抗组胺药或糖皮质激素治疗效果不佳的中至重度季节性过敏性鼻炎和常年性过敏性鼻炎患者。	2024年1月1日至2025年12月31日
XR05	咳嗽和感冒制剂								

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	医保支付标准	备注	支付标准有效期
XR05C			不含复方镇咳药的祛痰药						
				乙	21	吸入用盐酸氨溴索溶液	8.50元(2ml:15mg/支)		2024年1月1日至 2025年12月31日