

附件 2

2026 年度赣惠保全自费特定高额药品遴选申请 材料清单

序号	材料名称	具体要求
1	报名表	原件彩色扫描件或电子版
2	申报信息表	原件彩色扫描件或电子版
3	药品说明书	原件彩色扫描件或电子版
4	药品注册证	复印件扫描件或电子版
5	江西市场供应情况	原件彩色扫描件或电子版
6	药物经济学证据（证明材料）	复印件扫描件或电子版，需提供药物经济学研究证据（包括发表论文或研究报告）
7	药品参与慈善计划项目的情况说明书	申报药品已开展并覆盖江西的慈善援助项目。提供药品慈善援助项目情况说明材料（自拟，原件）；内容包括但不限于项目开展时间、项目网址、援助待遇、援助条件、援助指定医院、援助指定取药点
8	企业授权书	原件彩色扫描件或电子版
9	重特大疾病药品服务计划书	计划书应包含对患者进行健康管理和教育、患者健康服务等。
10	优惠方案申报表	指企业对赣惠保项目定向提供的优惠方案，按要求填写
11	履约承诺函	参与优惠条件磋商填写

填报要求：

- 1、生产企业应在申报材料的每页上加盖企业公章；
- 2、进口产品、港澳台产品的一级代理企业视同生产企业；
- 3、涉及到的外文资料均须有经过公证的中文翻译件。

2026 年度赣惠保全自费特定高额 药品遴选申报

药企名称：_____

申报药品名称：_____

申报适应症：_____

2026 年度赣惠保全自费特定高额药品遴选报名表

填报日期：

填报单位：（盖章）

序号	药品名称		剂型	规格	生产厂家	授权人	联系方式
	通用名	商品名					

填表说明：

根据申报适应症填写，一个适应症填写一个表。

2026 年度赣惠保全自费特定高额药品遴选申报信息表

每张申报信息表对应一个通用名称药品。信息填写须真实有效。请按以下项目要求填写相关信息，若无相关信息请注明“无”并说明原因。

一、药品基本信息

(一) 药品中文通用名:
(二) 药品英文通用名:
(三) 药品生产企业名称:
(四) 药品生产企业地址:
(五) 商品名(中文):
(六) 商品名(英文):
(七) 剂型:
(八) 规格(示例: 25mg*7 粒, 40mg/4ml):
(九) 药品单价(分剂型、规格不同单独列明):
(十) 该适应症国内获准上市时间:
(十一) 适应症(填写此次遴选申报的适应症, 若药理作用部位不同应分开填写):
(十二) 用药线数(示例: 纳武利尤单抗用于非小细胞肺癌的二线治疗, 此处写“二线”):
(十三) 作用靶点及占比(示例: 厄洛替尼的作用靶点为 EGFR 突变, 此处写“EGFR”)

突变”）：

（十四）申报适应症在该瘤种中的适用人群比例（请列明测算方法及说明，示例：85%（非小细胞肺癌占肺癌的85%））：

（十五）说明书用法用量：

（十六）规范治疗情况下，

药品月平均治疗费用： 元

药品年治疗费用（不考虑慈善援助）： 元，

药品年治疗费用（除慈善援助/多元支付项目后的自费部分）： 元。

（十七）中位无进展生存时间（PFS）（如无该指标、但有其他准确的临床评价指标统计数据，请详细列明，如OS、ORR、5年生存率、TTP、OS、DCR等数值）：

（十八）药品质量层次（原研/仿制）：

（十九）是否有指南推荐： _____
(是/否，如是请列明来自哪个指南及具体的指南推荐情况)；是否曾纳入优先审批程序 (是/否)

（二十）中国大陆地区患病人数：_____万人（疾病名称），年新发病率：_____ /10万，是否属于罕见病药物_____ (是/否)。

（二十一）平均用药周期（DOT）：

（二十二）治疗终止条件：

填写说明：第（十四）（十七）项需备注数据来源。

二、药品销售及慈善赠药情况：

	申请药品名（商品名）	
	对应病种	
	覆盖地区	江西
2024 年	患者数（人）	
	患者每人平均药品使用量（支/盒，不包含慈善捐助）	
	患者平均自付费用（万元）	
	药品销量（支/盒，不含慈善捐赠）	
	获得慈善捐助人数（人）	
	获得慈善捐助人次（人次）	
	慈善捐助量（支或盒）	
2025 年 预测值	药品销售金额（万元）	
	患者数（人）	
	患者每人平均药品使用量（支/盒，不包含慈善捐助）	
	患者平均自付费用（万元）	
	药品销量（支/盒，不含慈善捐赠）	
	获得慈善捐助人数（人）	
	获得慈善捐助人次（人次）	
	慈善捐助量（支或盒）	
	药品销售金额（万元）	

2026 年 预测值	患者数 (人)	
	患者每人平均药品使用量 (支/盒, 不包含慈善捐助)	
	患者平均自付费用 (万元)	
	药品销量 (支/盒, 不含慈善捐赠)	
	获得慈善捐助人数 (人)	
	获得慈善捐助人次 (人次)	
	慈善捐助量 (支或盒)	
	药品销售金额 (万元)	

填表说明：

注：此处填写数据为实际江西全人群整体销售数据或者预测数据，无需考虑赣惠保参保率。

三、是否有药理作用和功效类似的竞品： (是/否) ,
如是请列明：

序号	竞品药品通用名称	是否医保目录内	对比优势说明
1			
2			

3			
...			

(此表可延伸，需填写医保目录内外竞品药品所有品种)

我公司承诺上述信息真实、准确、完整，并愿就真实性承担
责任。

法人代表签字：_____

公司名称（盖章）：_____

填报日期：____年__月__日

药品说明书
(此页附药品说明书原件)

药品注册证

(此页附药品注册证原件)

申报药品江西市场供应情况

(请根据本次申报药品在江西的供应情况填写)

药店或者医院名称	城市	联系电话	是否为多元支付 项目指定药房

药物经济学证据

(提供证明材料)

药品多元支付/慈善援助情况说明

项目名称：
参与方式（官网网址或申请链接）：
申请条件：
待遇（援助计划、报销比例等）：
开展地区：
项目启动时间：
项目终止时间：
限定处方医疗机构（是/否）：
限定购药药房（是/否，如）
参与项目后，药品年治疗费用

注：该项目为自愿申报。如未填写或未提供本材料，则视为无此类项目，药品治疗费用按“药品基本信息”填写内容参与保险精算。

2026 年度赣惠保药品遴选授权书

本授权书声明：

注册于_____（公司地址）的_____公司（公司名称）的在下面签字的_____（法人代表姓名、职务）代表本公司授权_____（被授权人所在单位）的在下面签字的_____（被授权人的姓名）为公司的合法代理人，负责本次 2026 年度赣惠保特定高额药品遴选中提交资质文件、确认申报相关信息、签订协议及售后服务等工作，并以本企业名义处理一切与之有关的事务。

本授权书授权期限为 2025 年 12 月 12 日至 2026 年 12 月 31 日。

生产（供应）企业名称（盖章）_____

法人代表签字或盖章_____

被授权人签字或盖章_____

被授权人联系方式_____

职 务_____

注：身份证需加盖企业公章。

被授权人的居民身份证明复印件

被授权人居民身份证复印件粘贴处

注：在整个遴选过程中，只有此被授权人能够进行签字确认、参与申报遴选、签订协议等事宜。

被授权人居民身份证复印件粘贴处

注：在整个遴选过程中，只有此被授权人能够进行签字确认、参与申报遴选、签订协议等事宜。

重特大疾病药品服务计划书

(提供服务计划书, 具体要求请见附件一申请材料清单)

2026 年度赣惠保全自费特定高额药品遴选优惠

方案申报表

药品通用名	药品商品名	剂型	规格	生产厂家
申报适应症				
优惠条件	<input type="checkbox"/> 价格优惠 <input type="checkbox"/> PAP 最优方案 <input type="checkbox"/> 增加赠药援助 <input type="checkbox"/> 提供患教服务 <input type="checkbox"/> 企业员工团体参保 <input type="checkbox"/> 提供风险共担方案 <input type="checkbox"/> 其他优惠条件			
方案具体介绍（请企业按要求自主填写）				
一、 价格优惠：说明优惠幅度，开始时间及具体实施方案等；				
二、 PAP 最优方案：说明目前全国最优方案，并承诺对赣惠保参保人实行最优方案或对赣惠保参保人取消药品慈善援助限制（包括但不限于取消低收入（低保）限制、取消赠药周期限制、取消一次性购药限制）；				
三、 增加赠药援助：说明对赣惠保参保人提供的赠药或价格折算的具体方案，提供该药品中位服药时间或平均用药周期等信息；				
四、 提供患教服务：说明对赣惠保项目提供患教服务的年度预算金额及具体可落地的方案。				

五、企业员工团体参保：承诺以企业集中参保形式为江西在职职工参保赣惠保，说明在江西员工数，明确对接人及公司参保流程。

六、提供风险共担方案：说明企业可提供的风险共担机制及可落地的方案等；

七、其他优惠条件：说明具体的优惠条件及可落地的方案等；

填写说明：

1. 如同一企业涉及不同药品、不同适应症请分别填写
2. 申报信息表请逐页加盖企业公章

履约承诺函

致赣惠保项目组：

我公司郑重承诺

1. 本次特定药品遴选提交的申报的资料准确、真实、有效。
2. 切实履行在此次药品遴选中磋商确定的优惠条件。

具体的优惠条件为：

如发生违约，由赣惠保项目组向省、市医保局及各保险公司体系通报违约情况，在下一轮的药品遴选工作中对涉及企业的所有产品一票否决。

授权人签字确认（公司公章）：

时间： 年 月 日