

绵阳市人力资源和社会保障局文件

绵人社办〔2018〕285号

绵阳市人力资源和社会保障局 关于贯彻四川省将 17 种抗癌药纳入基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围 相关文件精神的通知

各县市区人力资源和社会保障局、各园区劳动保障中心（人社局），市社保局、市医保局、市人社信息中心：

根据省人社厅《关于转发〈国家医疗保障局关于将 17 种抗癌药纳入基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知〉的通知》（川人社办发〔2018〕177 号）和省医保局《关于做好阿扎胞苷等 17 种抗癌药品经办管理工作的通知》（川医险办

〔2018〕42号)文件精神,现就17种抗癌药纳入基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围相关事宜通知如下:

一、新增17种抗癌药的适用主体、适用范围、药品分类管理模式、医院专项管理、异地支付管理和供药药店的结算管理参照我市现行36种国家谈判药品相关规定执行。

二、新增17种抗癌药基本医保统筹年度支付金额纳入我市36种国家谈判药品基本医保年度最高支付累计限额。

三、新增17种抗癌药的医保支付标准、限定支付范围、适用病种、认定标准、所需证明材料和治疗评估周期按照川医险办〔2018〕42号文件执行。

四、新增17种抗癌药的险种报销比例、支付方式和事前审批管理按照绵人社办〔2017〕274号文件规定的类别确定:

(一)基本医保支付比例:职工医保60%,居民医保40%。

(二)支付方式:门诊、日间、住院。

(三)需要事前审批。

五、原有36种国家谈判药品和新增17种抗癌药的药品病种认定、治疗方案申请和变更用表统一按照川医险办〔2018〕42号文件附件2规定的样表执行,与该文件不一致的表格不再使用。

六、参保人员因工伤产生的17种抗癌药按照乙类药品类别不计自付比例,由工伤保险基金支付。

七、本文件自2018年11月1日起执行,2018年11月1日至本文件出台前参保人员发生的符合基本医保支付条件的17种

抗癌药费用，经认定机构进行资格认定后，持购药发票、病种认定表等相关资料到参保地医保局申请报销，具体审核事项按照川医险办〔2018〕42号文件补报相关规定执行。

各地在执行文件中遇到重大问题，应及时向上级主管部门反映。

- 附件：1. 《关于转发〈国家医疗保障局关于将17种抗癌药纳入基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录乙类范围的通知〉的通知》（川人社办发〔2018〕177号）
2. 《关于做好阿扎胞苷等17种抗癌药品经办管理工作的通知》（川医险办〔2018〕42号）

绵阳市人力资源和社会保障局
2018年11月7日

四川省人力资源和社会保障厅 四川省卫生和计划生育委员会 文件

川人社办发〔2018〕177号

四川省人力资源和社会保障厅 四川省卫生和计划生育委员会 关于转发《国家医疗保障局关于将17种抗癌药 纳入基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品 目录乙类范围的通知》的通知

各市（州）人力资源和社会保障局，卫生和计划生育委员会：

现将《国家医疗保障局关于将17种抗癌药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〔2018〕17号）转发你们，并结合我省实际提出以下工作要求，请遵照执行。

一、完善医保支付管理办法

将阿扎胞苷等17种抗癌药品纳入《四川省基本医疗保险、工

伤保险和生育保险药品目录（2018年版）》乙类范围，按药品单行支付保障方式管理。各地要及时完善医保支付管理办法。要严格执行17种抗癌药品支付标准，明确基本医疗保险基金和参保人员分担比例，不得自行调整限定支付范围。四川省医疗保险管理局负责统一制定国家谈判药品（含17种抗癌药品和36个国家谈判药品，下同）的使用认定标准，及时维护更新药品编码数据库，搭建四川省国家谈判药品异地就医即时结算系统平台。

二、保障药品有效供应

17种抗癌药品实行直接挂网采购，按照国家医疗保障局统一规定的支付标准作为采购价，药品集中采购机构应在2018年10月底前完成相关药品挂网工作。各挂网药品企业应按照我省药品集中采购工作要求办理直接挂网相关事宜，并保障药品供应。各医疗机构应根据诊疗范围和临床需求，调整优化肿瘤药品种类，及时采购、配备国家谈判药品和其他抗癌药品，为患者提供用药指导，制定用药方案。医保经办机构要大力推进具备条件的定点药店和医药公司提供国家谈判药品配送服务，探索将更多治疗需要的药品纳入单行支付保障方式管理，发挥定点药店和医药公司在保障药品供应方面的积极作用。

三、加强药品使用监督管理

各级医保经办机构对按规定需要“事前审核”的抗癌药品，要严格执行四川省医疗保险管理局下发的用药认定标准，实行实名制管理。对用量大、费用高的药品要纳入智能监控系统进行重点监控和费用分析。各级卫生部门要组织开展抗癌药品使用监测，完善肿瘤等重大疾病规范化诊疗，强化药事管理，促进合理用药。

四、实行总额控制单独核算

各地要建立科学的费用分担机制，合理调控总额预算，因国家谈判药品纳入药品目录等政策原因，导致医疗机构 2018 年实际发生费用超出总额控制指标的，年底清算时要单独核算并给予必要调整。在制定 2019 年总额控制指标时，要综合考虑国家谈判药品合理使用的因素。已经开展医疗保险支付方式改革试点的统筹地区，要科学评估国家谈判药品对疾病诊断分组、病组权重系数、费用影响因子等参数的影响，及时修正并完善费用支付标准。

国家谈判药品尤其是抗癌药品纳入医保目录乙类范围，是贯彻落实党中央、国务院对抗癌药品专项降价的决策部署。各地要加强组织领导，坚持“三医联动”，形成部门合力，确保按期执行；要抓好工作落实，理顺药品供应、使用和结算流程，加强使用管理，促进规范用药，提高医保基金使用效率，让参保群众得到实惠；要加强政策宣传及解读，正确引导舆论，妥善回应社会关切，争取各方的配合及支持。执行中遇有重大问题，要及时向上级主管部门汇报。

本通知自 2018 年 11 月 1 日起执行。

四川省人力资源和社会保障厅



四川省卫生和计划生育委员会

2018 年 10 月 22 日



国家医疗保障局文件

医保发〔2018〕17号

国家医疗保障局关于将 17 种抗癌药纳入 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

各省、自治区、直辖市、新疆生产建设兵团医保局（办）、人力资源社会保障厅（局），卫生计生委：

党中央、国务院高度重视减轻人民群众用药负担问题，习近平总书记多次强调让改革发展成果更多更公平惠及全体人民。李克强总理就抗癌药降价问题多次作出重要批示，并召开国务院常务会议进行部署。为落实好国家抗癌药税收政策调整工作部署，切实降低患者用药负担，经商人力资源社会保障部、国家卫生健康委等部门，现将有关事项通知如下：

一、通过谈判将抗癌药纳入医保支付范围是落实党中央、国

务院要求的重要举措，各地要统一思想，提高认识，确保把好事办好。特别是在机构改革期间，要加强统筹协调，按规定时限落实，让群众尽早得到实惠。

二、我局组织专家按程序与部分抗癌药品进行谈判，将阿扎胞苷等 17 种药品（以下统称“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（2017 年版）》（以下简称药品目录）乙类范围，并确定了医保支付标准（名单附后）。各省（区、市）医疗保险主管部门不得将谈判药品调出目录，也不得调整限定支付范围。目前未实现城乡居民医保整合的统筹地区，也要按规定及时将这些药品纳入新型农村合作医疗支付范围。

三、附表“医保支付标准”一栏规定的支付标准包括基本医保基金和参保人员共同支付的全部费用，基本医保基金和参保人员分担比例由各统筹地区确定。规定的支付标准有效期截至 2020 年 11 月 30 日，有效期满后按照医保支付标准有关规定进行调整。有效期内，如有通用名称药物（仿制药）上市，我局将根据仿制药价格水平调整该药品的支付标准并另行通知。如出现药品市场实际价格明显低于现行支付标准的，我局将与企业协商重新制定支付标准并另行通知。

四、各省（区、市）药品集中采购机构要在 2018 年 10 月底前将谈判药品按支付标准在省级药品集中采购平台上公开挂网。医保经办部门要及时更新信息系统，确保 11 月底前开始执行。

五、各统筹地区要采取有效措施保障谈判药品的供应和合理

使用。因谈判药品纳入药品目录等政策原因导致医疗机构 2018 年实际发生费用超出总额控制指标的，年底清算时要给予合理补偿，并在制定 2019 年总额控制指标时综合考虑谈判药品合理使用的因素。同时，要严格执行谈判药品限定支付范围，加强使用管理，对费用高、用量大的药品要进行重点监控和分析，确保医保基金安全。执行中遇有重大问题，要及时反馈我局。

附件：阿扎胞苷等 17 种抗癌药名单



信息公开选项：主动公开

国家医疗保障局办公室

2018年10月8日印发

附件

阿扎胞苷等 17 种抗癌药名单

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围
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	TX32	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。
XL01X	其他抗肿瘤药								
XL01XC	单克隆抗体								
				乙	TX33	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。
XL01XE	蛋白酶抑制剂								
				乙	TX34	阿法替尼	口服常释剂型	200 元(40mg/片); 160.5 元(30mg/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。
				乙	TX35	阿昔替尼	口服常释剂型	207 元(5mg/片); 60.4 元(1mg/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。
				乙	TX36	安罗替尼	口服常释剂型	487 元(12mg/粒); 423.6 元(10mg/粒); 357 元(8mg/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。

药品分类代码	药品分类				编号	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围
					乙 TX37	奥希替尼	口服常释剂型	510元(80mg/片); 300元(40mg/片)	限既往因表皮生长因子受体(EGFR)酪氨酸激酶抑制剂(TKI)治疗时或治疗后出现疾病进展,并且经检验确认存在 EGFR T790M 突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。
					乙 TX38	克唑替尼	口服常释剂型	260元(250mg/粒); 219.2元(200mg/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。
					乙 TX39	尼洛替尼	口服常释剂型	94.7元(200mg/粒); 76元(150mg/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。
					乙 TX40	培唑帕尼	口服常释剂型	272元(400mg/片); 160元(200mg/片)	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。
					乙 TX41	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。
					乙 TX42	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(NSCLC)患者。
					乙 TX43	舒尼替尼	口服常释剂型	448元(50mg/粒); 359.4元(37.5mg/粒); 263.5元(25mg/粒); 155元(12.5mg/粒)	1. 不能手术的晚期肾细胞癌(RCC);2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤(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。
					乙 TX44	维莫非尼	口服常释剂型	112元(240mg/片)	治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。
					乙 TX45	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。

药品分类代码	药品分类			编号	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围	
XL01XX				其他抗肿瘤药					
				乙	TX46	伊沙佐米	口服常释剂型	4933元(4mg/粒); 3957.9元(3mg/粒); 3229.4元(2.3mg/粒)	1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付;2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方;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。
				乙	TX47	培门冬酶	注射剂	2980元(5ml:3750IU/支); 1477.7元(2ml:1500IU/支)	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。
XH	除性激素和胰岛素外的全身激素制剂								
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	TX48	奥曲肽	微球注射剂	7911元(30mg/瓶); 5800元(20mg/瓶)	胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症,按说明书用药。

信息公开选项：主动公开

抄送：省医保局。

四川省人力资源和社会保障厅办公室

2018年10月22日印发

四川省医疗保险管理局文件

川医险办〔2018〕42号

四川省医疗保险管理局 关于做好阿扎胞苷等17种抗癌药品 经办管理工作的通知

各市（州）医疗保险管理局：

根据国家医疗保障局《关于将17种抗癌药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〔2018〕17号）和四川省人力资源和社会保障厅、四川省卫生和计划生育委员会《关于转发国家医疗保障局〈关于将17种抗癌药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〉的通知》（川人社办发〔2018〕177号）（以下简称《通知》）精神，为切实降低我省参保人员用药负担，提高基本医疗保险基金的使用效能，现就经办管理工作通知如下。

一、17种抗癌药品统一按单行支付保障方式管理

根据《通知》精神，将阿扎胞苷等17种抗癌药品纳入《基本

医疗保险统筹基金单行支付药品目录》(见附件 1),按药品单行支付保障方式管理。四川省参保人员使用单行支付药品的管理模式按照四川省医疗保险管理局《关于实施 36 种国家谈判药品有关问题的通知》(川医险办〔2017〕46 号)和四川省医疗保险管理局《转发人社部社保中心〈关于加强 36 种国家谈判药品落实工作的函〉的通知》(川医险办〔2017〕56 号)执行。统一全省经办单行支付药品病种治疗方案申请表等样表,其样表内容各市(州)可根据管理需要适当增加(见附件 2)。

二、认定标准的确定

省医保局组织相关专家讨论制定参保患者的认定和用药标准,全省统一执行(见附件 3)。

三、特殊药品异地结算协同平台管理

目前省医保局正在建设“特殊药品异地协同平台”,实现单行支付药品的异地使用管理及联网直接结算。各市(州)要及时更新信息系统,平台建成后各市(州)要主动对接,通过该平台对单行支付药品进行单独结算、监测和管理,上传特殊药品的认定、治疗、结算的相关资料和数据,实现数据互传共享。平台建成前各市(州)参保人员暂按本地报销政策进行手工报销。

四、费用结算

单行支付药品属于基本医疗保险统筹基金支付部分由供药机构与各市(州)医保局进行结算;参保人员个人负担的费用由个人与供药机构进行结算。

五、17 种抗癌药品的补报

17种抗癌药品在2018年11月1日至本地具体政策出台前，参保人员发生的符合基本医疗保险支付条件的该类药品费用，经认定机构进行资格认定后，持购药发票、病种认定表等相关资料到本地医保局申请报销，医保局应严格按照国家谈判价格和本地医疗保险政策规定进行审核报销。

（一）时间的认定

门诊使用抗癌药品，以购药发票日期为补报确定时间；住院使用抗癌药品，以实际使用药品日期为报销确定时间（需提供当日费用清单）。

（二）发票的认定

在中华人民共和国境内（不含港、澳、台）购药、住院取得的谈判药品发票均可纳入补报。

（三）支付价格的确定

抗癌药品在结算时，以国家规定的支付标准按市（州）确定的支付比例进行结算。在实际结算时，抗癌药品价格高于国家规定的支付标准，以国家支付标准按各市（州）确定的支付比例进行结算；抗癌药品价格低于国家规定的支付标准，以发票实际价格按各市（州）确定的支付比例进行结算。

六、封顶线累计

17种抗癌药品以2018年11月1日费用发生时间开始计算，纳入本年度封顶线的累计。

七、工作要求

（一）提高认识。17种抗癌药品的执行是切实保障参保人员

临床用药需求和减轻重特大疾病患者医疗费用支出的重要举措。请各地高度重视，提高认识，严格按照通知要求抓好贯彻落实。

(二) 加强管理。严格遵照相关文件要求，参保人员要如实申报，不得弄虚作假。以欺诈、伪造材料或其他手段骗取医疗保险基金的，医保局将配合社保行政部门追回骗取的医疗保险基金。

- 附件：1. 四川省基本医疗保险统筹基金单行支付药品目录
2. 四川省基本医疗保险统筹基金单行支付药品病种认定表样表（样表一、样表二、样表三）
3. 四川省基本医疗保险单行支付药品病种及用药认定标准（附名词解释）

四川省医疗保险管理局
2018年10月22日



四川省医疗保险管理局办公室

2018年10月22日印发

四川省基本医疗保险统筹基金单行支付药品目录

药品分类代码	药品分类				编码	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围
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	TX32	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。
XL01X		其它抗肿瘤药							
XL01XC		单克隆抗体							
				乙	TX33	西妥昔单抗	注射剂	1295元（100mg（20ml）/瓶）	限RAS基因野生型的转移性结肠癌。
XL01XE		蛋白激酶抑制剂							
				乙	TX34	阿法替尼	口服常释剂型	200元（40mg/片）； 160.5元（30mg/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。
				乙	TX35	阿昔替尼	口服常释剂型	207元（5mg/片）； 60.4元（1mg/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。
				乙	TX36	安罗替尼	口服常释剂型	487元（12mg/粒）； 423.6元（10mg/粒）； 357元（8mg/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。
				乙	TX37	奥希替尼	口服常释剂型	510元（80mg/片）； 300元（40mg/片）	限既往因表皮生长因子受体（EGFR）酪氨酸激酶抑制剂（TKI）治疗时或治疗后出现疾病进展，并且经检验确认存在EGFR T790M突变阳性的局部晚期或转移性非小细胞肺癌成人患者。
				乙	TX38	克唑替尼	口服常释剂型	260元（250mg/粒）； 219.2元（200mg/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。

药品分类代码	药品分类					编码	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围
					乙	TX39	尼洛替尼	口服常释剂型	94.7元(200mg/粒); 76元(150mg/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。
					乙	TX40	培唑帕尼	口服常释剂型	272元(400mg/片); 160元(200mg/片)	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。
					乙	TX41	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。
					乙	TX42	塞瑞替尼	口服常释剂型	198元(150mg/粒)	接受过克唑替尼治疗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(NSCLC)患者。
					乙	TX43	舒尼替尼	口服常释剂型	448元(50mg/粒); 359.4元(37.5mg/粒); 263.5元(25mg/粒); 155元(12.5mg/粒)	1. 不能手术的晚期肾细胞癌(RCC); 2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的胃肠间质瘤(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。
					乙	TX44	维莫非尼	口服常释剂型	112元(240mg/片)	治疗经CFDA批准的检测方法确定的BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。
					乙	TX45	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。
XL01XX				其他抗肿瘤药						
					乙	TX46	伊沙佐米	口服常释剂型	4933元(4mg/粒); 3957.9元(3mg/粒); 3229.4元(2.3mg/粒)	1. 每2个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续支付; 2. 由三级医院血液专科或血液专科医院医师处方; 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。
					乙	TX47	培门冬酶	注射剂	2980元(5ml:3750IU/支); 1477.7元(2ml:1500IU/支)	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。
XH	除性激素和胰岛素外的全身激素制剂									
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	TX48	奥曲肽	微球注射剂	7911元(30mg/瓶); 5800元(20mg/瓶)	胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症, 按说明书用药。

四川省基本医疗保险单行支付药品病种认定表 (样表一)

本人申请	姓名		性别		年龄		身高		体重	
	身份证号码				单位名称				医保编码	
	认定机构名称					参保地医保经办机构名称				
	申请认定的病种									
认定机构意见	认定通过的病种									
	认定未通过病种									
	建议治疗方案					填表说明				
	药品通用名									
	药品商品名									
	剂量					单次用药剂量				
	频次					如每日一次、每周两次等				
	给药途径					如口服、静脉注射等				
	一次治疗周期天数(天)					一次治疗所需的天数				
	治疗周期数					需要治疗的周期数				
治疗周期(天)					治疗周期=一次治疗周期天数*治疗周期数					
医保经办机构意见	<p>1、通过病种认定的参保人员，应及时到定点医疗机构申请治疗，认定后超过6个月未进行治疗或出现中断治疗达到6个月以上的，均应重新申请认定；</p> <p>2、认定机构需建签名台账或实行电子签名；</p> <p>3、此表可打印给参保人员留存；</p> <p>4、治疗周期(天)参照不超过《四川省基本医疗保险36种国家谈判药品单行支付药品病种及用药认定标准》中每个药品治疗评估周期，且不超过一个治疗年度。</p> <p style="text-align: right;">经办机构签章：_____</p> <p style="text-align: right;">认定通过时间 _____ 年 月 日</p>									
患者签名			联系电话				联系地址			

四川省基本医疗保险单行支付药品病种治疗方案申请表 (样表二)

本人申请	身份证号码		姓名		性别		年龄	
	医保编码		单位名称		身高		体重	
	治疗机构名称		参保地医保经办机构名称		已认定病种			
治疗机构意见	病情诊断							
	治疗方案			填表说明		医生签章 年 月 日		
	药品通用名							
	药品商品名							
	剂量			单次用药剂量				
	频次			如每日一次、每周两次等				
	给药途径			如口服、静脉注射等				
	一次治疗周期天数(天)			一次治疗所需的天数				
	治疗周期数			需要治疗的周期数				
	治疗周期(天)			治疗周期=一次治疗周期天数*治疗周期数				
	药品使用疗效评估							
	肿瘤类别		免疫、血液类别					
	完全缓解	<input type="checkbox"/>	病情好转	<input type="checkbox"/>				
部分缓解	<input type="checkbox"/>	病情无变化	<input type="checkbox"/>					
稳定	<input type="checkbox"/>	病情反复	<input type="checkbox"/>					
进展	<input type="checkbox"/>	病情恶化	<input type="checkbox"/>					
无效	<input type="checkbox"/>	其它						
其他					年 月 日			
医保经办机构意见	<p>1、审核有效期为 年 月 日至 年 月 日，期间使用核准通过的单行支付药品费用可以纳入审核结算。（有效期结束时间=开始时间+治疗周期（天），且不超过一个治疗年度）；</p> <p>2、审核有效期内如用药及治疗发生变化，请及时到治疗机构进行疗效评估，通过疗效评估并上传新的治疗方案后产生的重特大药品费用可以纳入审核结算；</p> <p>3、审核期满后需要继续治疗的，须重新办理治疗方案申请手续；</p> <p>4、治疗机构须建签名台账或实行电子签名；</p> <p>5、此表可打印给参保人员留存。</p> <p style="text-align: right;">经办机构签章：</p> <p style="text-align: right;">经办日期： 年 月 日</p>							
患者签名		联系电话		联系地址				

四川省基本医疗保险单行支付药品病种治疗方案变更申请表 (样表三)

姓名		性 别		年 龄		医 保 编 码			
身份证号码				单位名称					
医疗机构名称				参保地医保经办机构名称					
申请病种				医生签章	年 月 日				
病情诊断及变更原因									
原药品项目编码	原药品项目名称	用法用量			现药品项目编码	现药品项目名称	用法用量		
		用法	用量	周期			用法	用量	周期
变更原因 (由认定、治疗医生填写)	<input type="checkbox"/> 疾病进展 (须留存疾病进展相关检查报告)								
	<input type="checkbox"/> 原药品不耐受 (须留存药品不耐受相关资料)								
	<input type="checkbox"/> 其他 (请注明原因)								
	医生签名: _____								
治疗机构意见	签章: _____ 年 月 日								
医保经办机构意见	通过变更治疗方案需上传医保经办机构后开始生效。 <div style="text-align: right;">经办机构签章: _____</div> <div style="text-align: right;">经办日期: _____ 年 月 日</div>								

四川省基本医疗保险单行支付药品病种及用药认定标准

药品名称	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
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。	骨髓增生异常综合征	1. 血液及骨髓检查符合骨髓增生异常综合征; 2. 中危-2及高危; 3. 年龄 > 18周岁。	1. 病情诊断证明书; 2. 血常规+骨髓细胞形态学或细胞遗传学或分子生物学检查报告; 3. 国际预后评分系统 (IPSS) 中的中危-2及高危。	6-8个月
			慢性粒-单核细胞白血病	1. 血液及骨髓检查符合慢性粒-单核细胞白血病; 2. 年龄 > 18周岁。	1. 病情诊断证明书; 2. 血液及骨髓检查报告。	
			急性髓系(性)白血病	1. 血液及骨髓检查符合急性髓系(性)白血病; 2. 年龄 > 18周岁; 3. 骨髓原始细胞为20-30%伴多系发育异常。	1. 病情诊断证明书; 2. 血液及骨髓检查报告; 3. 骨髓原始细胞为20-30%伴多系发育异常。	
尼洛替尼	口服常释剂型	限治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。	慢性髓性白血病	1. 血液及骨髓检查符合慢性髓性白血病; 2. 年龄 > 18周岁; 3. 费城染色体阳性和 (或) BCR/ABL融合基因检查阳性; 4. 符合下列之一: (1) 新诊断慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药者; (2) 慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药者; (3) 加速期患者。	1. 病情诊断证明书; 2. 血液及骨髓检查报告; 3. 费城染色体阳性和 (或) BCR/ABL融合基因检查阳性; 4. 符合下列之一: (1) 新诊断慢性期患者; (2) 慢性期患者且既往接受过伊马替尼治疗出现耐药者; (3) 加速期患者。	3个月

药品名称	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
伊布替尼	口服常释剂型	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。	套细胞淋巴瘤	1. 病理学诊断符合套细胞淋巴瘤; 2. 既往至少接受过一种治疗。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 既往至少接受过一种治疗的病史资料。	3个月
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。	慢性淋巴细胞白血病 小淋巴细胞淋巴瘤 多发性骨髓瘤	血液及骨髓细胞形态学或流式细胞学检查符合慢性淋巴细胞白血病。 病理学诊断符合小淋巴细胞淋巴瘤。 1. 骨髓细胞形态学或病理学检查结果符合下列条件之一: 贫血、肾功能损害、高钙血症、骨损害、骨髓浆细胞 $\geq 60\%$ 、受累轻链/非受累轻链 > 100 、PET-CT或核磁共振提示病灶 > 5 毫米。	1. 病情诊断证明书; 2. 血常规; 3. 骨髓细胞形态学或流式细胞学检查报告。 1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告。	3个月 2-4个月
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。	急性淋巴细胞白血病	1. 血液及骨髓检查符合急性淋巴细胞白血病; 2. 年龄 < 18 周岁。	1. 病情诊断证明书; 2. 骨髓细胞形态学或病理学检查或流式细胞学检查报告。	3个月
西妥昔单抗	注射剂	限RAS基因野生型的转移性结肠直肠癌。	转移性结肠癌	1. 病理学诊断符合转移性结肠癌; 2. RAS基因检测结果为野生型; 3. IV 期。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. RAS基因检测报告。	6-8周

药品名称	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌; 2. 年龄≥18周岁; 3. 既往接受过一种酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗失败; 4. RECIST标准评估为进展。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 肿瘤进展符合 RECIST标准; 4. 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病史资料。	4-12周
培唑帕尼	口服常释剂型	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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌; 2. 一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗; 3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 一线治疗或曾经接受过细胞因子治疗的病史资料。	3个月
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。	肝细胞癌	1. 病理学诊断或影像学检查符合肝细胞癌; 2. 一线药物治疗病史。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 一线药物治疗失败或不能耐受的病史资料; 4. 肝功能Child分级A-B级报告。	4-8周
			转移性结直肠癌	1. 病理学诊断符合转移性结直肠癌; 2. 一线、二线药物治疗病史; 3. IV期。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 一线、二线药物治疗失败或不能耐受的病史资料。	
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。	肾细胞癌	1. 病理学诊断符合肾细胞癌; 2. 不能手术; 3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 不能手术的病史资料。	3个月
			胃间质瘤	1. 病理学诊断符合胃间质瘤; 2. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的病史资料。	
			胰腺神经内分泌瘤	1. 病理学诊断符合胰腺神经内分泌瘤; 2. 不可切除; 3. 病理学检查、影像学检查符合转移性高分化进展期; 4. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 不可切除的病史资料。	

药品名称	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
奥曲肽	微球注射剂	胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	肢端肥大症	1. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1测定符合肢端肥大症； 2. 影像学检查； 3. 肢端肥大症临床表现。	1. 病情诊断证明书； 2. 血清生长激素（GH）或胰岛素样生长因子（IGF）-1检测报告； 3. 影像学检查报告； 4. 肢端肥大症临床表现病历资料。	3个月
			胃、肠、胰内分泌肿瘤	1. 病理学诊断符合胃、肠、胰内分泌肿瘤； 2. 免疫组化标志物检测符合胃、肠、胰内分泌肿瘤； 3. 影像学检查或内镜检查。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 影像学或内镜检查报告； 4. 免疫组化标志物检测报告。	
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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌； 2. EGFR基因检测敏感或突变； 3. 既往未接受过EGFR-TKI治疗； 4. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. EGFR基因检测敏感突变； 4. 影像学检查报告。	8-12周
			肺鳞癌	1. 病理学诊断符合肺鳞癌； 2. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展； 3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 含铂化疗期间或化疗后疾病进展的病史资料； 4. 影像学检查报告。	8-12周
安罗替尼	口服常释剂型	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌； 2. 既往至少接受过2种系统化疗后出现进展或复发； 3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书； 2. 病理学检查报告； 3. 影像学检查报告； 4. 既往至少接受过2种系统化疗出现进展或复发病史资料。	6-9周

药品名称	剂型	限定支付范围	适用病种	认定标准	所需证明材料	治疗评估周期
奥希替尼	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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌; 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; 3. EGFR T790M 突变阳性; 4. IIIb-IV期; 5. 年龄≥18周岁。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. EGFR T790M 突变阳性报告; 5. 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的病史资料。	8-12周
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。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌; 2. 符合下列两项之一: (1) 生物分子标志物检测a1k阳性; (2) 生物分子标志物ROS1阳性; 3. IIIb-IV期。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 符合下列两项之一: (1) 生物分子标志物检测a1k阳性; (2) 生物分子标志物检测ROS1阳性(FISH或PCR或NGS方法)。	8-12周
塞瑞替尼	口服常释剂型	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(NSCLC)患者。	非小细胞肺癌	1. 病理学诊断符合非小细胞肺癌; 2. 克唑替尼治疗后进展或者对克唑替尼不耐受; 3. 生物分子标志物检测a1k阳性; 4. IIIb-IV期;	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告; 3. 影像学检查报告; 4. 克唑替尼治疗后进展或者对克唑替尼不耐受的病史资料; 5. 生物分子标志物检测a1k阳性。	8-12周
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。	黑色素瘤	1. 病理学诊断符合黑色素瘤; 2. 经CFDA批准的检测方法确定BRAF V600 突变阳性; 3. 不可切除或转移性黑色素瘤。	1. 病情诊断证明书; 2. 病理学检查报告的检测方法确定BRAF检测 V600 突变阳性; 5. 不可切除的患者需提供不可切除的病史资料。	8-12周

名词解释

(一) 病情诊断证明书: 3 个月以内出院病情证明书或住院病情证明书或认定机构具有资质的认定医师出具的门诊病情诊断证明书(原件盖章)。

(二) 治疗评估周期: 治疗评估周期是指一次治疗所需的时间, 本次治疗周期期满后需继续治疗的, 进行疗效评估后, 重新申请治疗方案进入下一周期。

(三) 病史资料: 病史资料指认定机构有相应记录的出院病情证明书或住院病情证明书或门诊病情证明书、病历等资料(需加盖认定机构病情证明专用章)。

(四) 不能手术: 患者的原发灶或转移病灶不能完成根治性手术。包括以下四类: (1) 初诊时只有原发病灶且不能手术的患者; (2) 初诊时原发病灶和转移病灶都不能手术的患者; (3) 初诊时原发病灶或者转移病灶可以行减瘤术的患者, 术后原发病灶或者转移病灶在影像学上仍可见残留病灶且不能手术; (4) 既往原发病灶手术切除过, 用药治疗时已经复发或者转移的不能手术患者。

(五) 疾病进展: 肿瘤进展须符合 RECIST 标准。

备注: 本《认定标准》中所指恶性肿瘤, 均特指原发病灶的恶性肿瘤, 非转移病灶。

信息公开选项：主动公开

抄送：全市定点医疗机构。

绵阳市人力资源和社会保障局办公室

2018年11月7日印发
