

# 陕西省医疗保险管理中心

陕医保中心函〔2018〕80号

## 关于17种国家谈判抗癌药医疗费用 现金报销有关问题的通知

省级各参保单位：

为切实减轻参保患者用药负担，根据《关于将17种国家谈判抗癌药纳入省级医疗保险支付范围的通知》（陕医保中心函〔2018〕74号）等文件规定，对因系统调试、办理资格备案等原因，未能实时结算的新纳入省级医保的17种抗癌药，符合要求的费用暂按照现金报销有关规定执行，现就有关申报事宜通知如下：

### 一、结算范围

2018年11月30日至12月31日，省本级参保患者在本地未能实时结算且符合17种抗癌药支付范围内的费用（见附件）。

### 二、申报材料

1. 按照陕医保中心函〔2018〕74号文件要求，提供申报备案材料。

2. 住院费用：发票报销联（已实时结算的提供住院发票医保联）、费用明细清单、费用支出结算表（已实时结算的提供）、加盖公章的病历复印件（包括病案首页；出、入院记录；长期和临时医嘱），住院期间在定点药店购药费用，并须提供购药发票及清单；门诊及药店费用：发票报销联（含费用明细清单）、门诊病历、处方。

3. 本人联系电话，身份证、银行卡复印件并注明开户行名称（社保卡已开通银行金融功能可不提供）。

4. 受理时间：发文之日起至2019年6月30日

申报地点：省医保中心结算业务窗口

咨询电话：89538025 89538023

### 三、相关要求

1. 17种抗癌药须严格按照《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）文件及我省相关规定在限定范围内使用并支付结算。

2. 异地就医患者在就医地发生的合规费用，申报材料同本地一致，其他管理按照《关于省级医疗保险参保人员医疗费用报销有关问题的通知》（陕医保中心函〔2011〕30号）文件相关规定执行。



附件

### 17 种抗癌药品适用范围、适用病种和申报材料

| 序号 | 通用名   | 剂型     | 适用范围  | 适用病种  | 申报材料  |
|----|-------|--------|---|---|---|
| 1  | 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 | 1. 骨髓增生异常综合征; 2. 慢性粒-单核细胞白血病; 3. 急性髓系白血病、骨髓原始细胞多系发育异常 | 1. 骨髓检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明                           |
| 2  | 西妥昔单抗 | 注射剂    | 限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌   | 转移性结直肠癌   | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明           |
| 3  | 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   | 非小细胞肺癌  | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明           |
|    |       |        |   | 含铂化疗过的非小细胞肺癌  | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受含铂化疗资料       |
| 4  | 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. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受相关治疗资料       |
| 5  | 安罗替尼  | 口服常释剂型 | 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   | 非小细胞肺癌  | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受 2 种系统化疗无效资料 |

|    |      |        |  |                            |   |
|----|------|--------|--|----------------------------|---|
| 6  | 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. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明 6. 既往表皮生长因子受体酪氨酸激酶抑制剂治疗资料 |
| 7  | 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. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明                           |
| 8  | 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慢性期或加速期成人患者                 | 慢性髓性白血病                    | 1. 骨髓检查报告 (费城染色体阳性) 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明                                 |
| 9  | 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. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受细胞因子治疗资料                     |
| 10 | 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<br>转移性结直肠癌<br>胃肠道间质瘤  | 1. 病理检查或影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受过一线治疗资料                      |
| 11 | 塞瑞替尼 | 口服常释剂型 | 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。                               | 非小细胞肺癌                     | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明 6. 接受过克唑替尼治疗资料            |
| 12 | 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道间质瘤 (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<br>胃肠道间质瘤<br>胰腺神经内分泌瘤 | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往诊治相关资料                         |

|    |      |        |   |                     |  |
|----|------|--------|---|---------------------|--|
| 13 | 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. 病理检查和影像学检查报告 2. 基因检测报告 3. 入院记录 4. 出院小结 5. 诊断证明          |
| 14 | 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. 骨髓检查报告或流式细胞术检测报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受过其他治疗资料 |
|    |      |        |   | 慢性淋巴细胞白血病, 小淋巴细胞淋巴瘤 | 1. 骨髓检查报告或流式细胞术检测报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明                |
| 15 | 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 | 多发性骨髓瘤              | 1. 骨髓检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明 5. 既往接受过其他治疗资料           |
| 16 | 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  | 儿童急性淋巴细胞白血病         | 1. 骨髓检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明                          |
| 17 | 奥曲肽  | 微球注射剂  | 胃肠道内分泌肿瘤、肢端肥大症, 按说明书用药  | 胃肠道内分泌肿瘤            | 1. 病理检查和影像学检查报告 2. 入院记录 3. 出院小结 4. 诊断证明                    |
|    |      |        |   | 肢端肥大症               | 1. 入院记录 2. 出院小结 3. 诊断证明                                    |