

贵州省新农合管理中心

黔合管中心发〔2019〕1号

关于将阿比特龙等 26 种特殊药品纳入 新农合药物目录的通知

各市、自治州新农合管理部门，贵安新区住房公积金和社会保障服务中心，仁怀市、威宁县新农合管理部门，各省级新农合定点医疗机构：

为深入贯彻落实习近平总书记以人民为中心的发展思想、李克强总理有关抗癌药降价等批示精神，结合实际，经研究，决定将阿比特龙等 26 种特殊药品（具体见附表）纳入新农合药物目录，现将有关事项通知如下：

一、省新农合信息平台统一发布以上药品编码，各新农合管理部门要督促辖区新农合信息平台运维单位抓紧时间完成以上药品的配置工作，确保参合患者看病就医政策范围内费用能即时结算。并要严格按照国家规定的支付范围限制，不得调整限制支付范围。

二、阿比特龙等 26 种特殊药品仅限于在我省二级（包括二级）以上医院且具有相关疾病救治能力的新农合定点医疗机构使用，各有关新农合定点医疗机构要采取有效措施保障特殊药品的供应和合理使用，并要严格按照特殊药品的管理，积极主动加强相关药品的采购和配备，保障参合人员基本用药需求。如各种原因导致医院无药的，省医疗保障部门将拓展进药渠道，医院可按规定向具有特殊药品的单位进药，或由患者按要求向其购药，具体事项另文通知。

三、各新农合管理部门要将特殊药品对应治疗的疾病纳入新农合重大疾病管理范围，参合患者因疾病救治需要使用特殊药品时，新农合补偿不区分门诊和住院，在扣除个人先行支付比例后产生的政策范围内费用（见附表），新农合基本医疗保险报销比例统一为 75%，并纳入住院统筹基金年度封顶线计算；经基本医疗保险保险后，个人自付费用符合大病保险规定的政策范围内费用纳入赔付范围，实行年度累计。涉及慈善机构或相关援助项目赠药的，由定点救治医疗机构按有关赠药规定执行。

四、各有关新农合定点医疗机构要对我省有用药需求的参合患者和具有开具处方资格的医生加强管理，科学规范建立台账管理制度，做到医生、患者、药品及用量的一致性。各级新农合管理部门要充分利用信息化智能监控功能，认真审核非即时结报参合人员的报账凭证，切实杜绝各种欺诈骗保行为的发生，保障基金安全。

五、本通知中涉及与我省 25 种新农合重大疾病保障病种中有关特殊保障药品价格不一致的，执行最低价格标准，报销比例按原政策执行。各地要对费用高、用量大的特殊药品要进行重点监控和分析，在执行过程中，遇到重大问题要及时报告。

六、今后国家和省有新规定的，从其规定。

本通知于 2019 年 7 月 1 日起执行。

联系方式：汪明华 钟鹏 0851- 85948296

附表：阿比特龙等 26 种特殊药品纳入新农合保障范围
名单



抄送：中国移动贵州分公司 贵州电信康信公司 安徽
晶奇公司 重庆竞达公司

附表：

阿比特龙等 26 种特殊药品纳入新农合保障范围名单

序号	药品名称	剂型	医保支付标准	使用资格及医保支付限定条件	个人先行自付比例
1	重组人凝血因子 VIIa	注射剂	5780 元 (1mg (50KIU) /支)	限：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。	30%
2	曲妥珠单抗	注射剂	7600 元 (440mg (20ml) /瓶)	限：1. HER2 阳性的乳腺癌手术后患者，支付不超过 12 个月； 2. HER2 阳性的转移性乳腺癌； 3. HER2 阳性的晚期转移性胃癌。	30%
3	贝伐珠单抗	注射剂	1998 元 (100mg (4ml) /瓶)	限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。	30%
4	尼妥珠单抗	注射剂	1700 元 (10ml: 50mg/瓶)	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。	30%
5	厄洛替尼	口服常释剂型	195 元 (150mg/片) 142.97 元 (100mg/片)	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌。	30%
6	索拉非尼	口服常释剂型	203 元 (0.2g/片)	限：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。	30%
7	拉帕替尼	口服常释剂型	70 元 (250mg/片)	限 HER2 过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉醇、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。	30%
8	阿帕替尼	口服常释剂型	136 元 (250mg/片) 185.5 元 (375mg/片) 204.15 元 (425mg/片)	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。	30%

9	硼替佐米	注射剂	6116 元 (3.5mg/瓶) 2344.26 元 (1mg/瓶)	限多发性骨髓瘤、复发或难治性套细胞淋巴瘤患者，并满足以下条件：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不予支付。	30%
10	阿比特龙	口服常释剂型	144.92 元 (250mg/片)	限转移性去势抵抗性前列腺癌。	30%
11	氟维司群	注射剂	2400 元 (5ml: 0.25g/支)	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。	30%
12	重组人干扰素 β -1b	注射剂	590 元 (0.3mg/支)	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	30%
13	依维莫司	口服常释剂型	148 元 (5mg/片) 87.05 元 (2.5mg/片)	限：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. 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。	30%
14	康柏西普	眼用注射液	5550 元 (10mg/ml 0.2ml/支)	限 50 岁以上湿性年龄相关性黄斑变性患者，并符合以下条件： 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. 病眼基线矫正视 0.05-0.5； 3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影及 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，每个年度最多支付 4 支。	30%

15	雷珠单抗	注射剂	5700 元 (10mg/ml 0.2ml/支、10mg/ml 0.165ml/支 (预充 式))	限 50 岁以上湿性年龄相关性黄斑 变性患者，并符合以下条件：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. 病眼基线矫正视 0.05-0.5； 3. 事前审查后方可用，初次申请 需有血管造影及 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，每个 年度最多支付 4 支。	30%
16	复方黄黛片	口服常释剂 型	10.5 元 (0.27g/片)	限初治的急性早幼粒细胞白血 病。	30%
17	参一胶囊	口服常释剂 型	6.65 元 (含人参皂苷 Rg3 10mg/粒)	限原发性肺癌、肝癌化疗期间同 步使用。	30%
18	雷替曲塞	注射剂		适用于晚期大肠癌。	30%
19	培美曲塞	注射剂		限局部晚期或转移性非鳞状细胞 型非小细胞肺癌；恶性胸膜间皮 瘤。	15%
20	特立帕肽	注射剂		限重度骨质疏松 (骨折一次及以 上) 的患者。	30%
21	抗人 T 细胞猪免 疫球蛋白	注射剂		适用于抗宿主反应、再生障碍性 贫血。	30%
22	抗人 T 细胞兔免 疫球蛋白	注射剂		限器官移植排斥反应高危人群的 诱导治疗；急性排斥反应的治疗； 重型再生障碍性贫血。	30%
23	兔抗人胸腺细胞 免疫球蛋白	注射剂		限器官移植排斥反应高危人群的 诱导治疗；急性排斥反应的治疗； 重型再生障碍性贫血。	30%
24	来那度胺	口服常释剂 型	866 元 (10mg/片) 1101.99 元 (25mg/片)	限曾接受过至少一种疗法的多发 性骨髓瘤的成年患者，并满足以 下条件：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. 与硼替佐米联合使用不予支 付。	30%

25	西达本胺	口服常释剂型	385 元（5mg/片）	限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。	30%
26	雷沙吉兰	口服常释剂型		适用于原发性帕金森病患者的单药治疗，或伴有剂末波动患者的联合治疗（与左旋多巴合用）。	30%

注：本表中“医保支付标准”一栏规定的支付标准包括新农合基本医疗保险基金和参合人员共同支付的全部费用。