

鲁社保发〔2018〕17号

关于做好省直医疗保险高值药品经办管理服务工作的通知

各省直医疗保险参保单位、协议管理医药机构：

根据省人力资源社会保障厅《关于做好国家基本医疗保险和我省大病保险谈判药品管理服务工作的通知》（鲁人社字〔2018〕113号）和省社会保险事业局《关于做好大病保险特殊药品经办管理服务工作的通知》（鲁社保发〔2016〕38号）等文件要求，现就做好省直医疗保险高值药品经办管理服务工作的通知如下：

一、高值药品范围

综合考虑医疗机构备药、市场供应现状及药品特点，从国家和我省谈判纳入基本医疗保险药品目录的品种中，选取重组人凝血因子VIIa等27种药品作为高值药品（高值药品信息见附件1）。

二、购取药管理

(一) 属于高值药品范围的品种，定点医疗机构有备药的，按基本医疗保险政策及医疗机构规定购取、使用药品，由医疗机构医保部门负责审核，原则上不实行“三定”管理。

(二) 定点医疗机构没有备药的，参照鲁人社字〔2018〕113号和鲁社保发〔2016〕38号文件规定，实行“三定”管理。参保人员需选择一家定点医疗机构和一家定点特药零售药店（省直定点特药零售药店名单见附件2）作为高值药品服务医药机构，具体按以下流程执行：

1. 定点医疗机构责任医师协助参保人员填写《省直基本医保高值药品申请备案表》（以下简称《申请表》，格式见附件3），并开具处方（门诊大病患者需使用双处方）。

2. 参保人员携带《申请表》、处方和病历等材料到定点医疗机构医保部门办理高值药品审核备案，医疗机构医保部门在《申请表》上签署是否同意外出购药意见，必要时应审核病理结果、基因检测报告、影像报告等相关资料。

3. 参保人员凭《申请表》、处方和病历，持社保卡到选定的定点特药零售药店购取药。

三、药品结算及支付方式

对在定点医疗机构发生的费用实行即时联网结算。对在定点特药零售药店发生的费用，在未实现联网结算前，暂采用手工报销方式，按省直基本医疗保险政策规定支付。

（一）手工报销需提供的材料

1. 《省直基本医保高值药品申请备案表》;
2. 定点特药零售药店购药发票原件等。

（二）手工报销流程

相关材料由参保单位统一报送至省社保局医疗工伤保险服务处经办窗口（解放东路16号政务大厅），经审核后的合规费用按规定报销，费用拨付至参保人员所在单位，由单位拨付至本人。

四、医保基金不予支付的情形

- （一）超限定支付范围、违规超量用药和违规配药的；
- （二）使用高值药品按规定已进入赠药期，或因个人原因拒绝享受赠药的；
- （三）不按规定流程自行在药店购药的；
- （四）其他按相关规定不予支付的情形。

五、其他事项

（一）各定点协议管理医药机构和参保单位要做好政策宣传工作，确保医药服务人员和参保人员了解高值药品相关政策，自觉按规定配备及申请、使用药品。

（二）定点协议管理医疗机构应加强高值药品审核备案，可与定点特药零售药店就药品服务签订相关协议，做好药品供应保障、静脉药品输注等工作的衔接；定点特药零售药店应按规定配药、登记并留存相关材料，以备核查。在药店发生的药品费用单独核算，纳入责任医师所在医疗机构总额预算管理。

（三）省直医保将不断完善高值药品结算方式和管理办法，尽快将提供高值药品供应的定点特药零售药店纳入省直医保结算系统，实行即时联网结算。同时根据医疗需求、药品供应保障等情况，建立高值药品目录动态调整机制。

（四）对 2017 年 9 月 1 日起，因医疗机构高值药品备药有困难，发生的定点特药零售药店合规购药费用，经本人申请，对符合规定要求的，按照本通知规定执行。

对于异地就医参保人员在就医地发生的合规高值药品费用，参照本规定执行。

- 附件：1. 《高值药品信息表》
2. 《定点特药零售药店名单》
3. 《省直基本医保高值药品申请备案表》

山东省社会保险事业局

2018 年 7 月 2 日

高值药品信息表

序号	编号	药品名称	剂型	医保支付标准	限定支付范围
1	TX04	重组人凝血因子VIIa	注射剂	5780元（1mg（50KIU）/支）	限以下情况方可支付：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FVIII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。
2	TX09	泊沙康唑	口服液体剂	2800元（40mg/ml 105ml/瓶）	限以下情况方可支付：1. 预防移植后（干细胞及实体器官移植）及恶性肿瘤患者有重度粒细胞缺乏的侵袭性曲霉菌和念珠菌感染。2. 伊曲康唑或氟康唑难治性口咽念珠菌病。3. 接合菌纲类感染。
3	TX10	曲妥珠单抗	注射剂	7600元（440mg（20ml）/瓶）	限以下情况方可支付：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。
4	TX11	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。
5	TX12	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。
6	TX13	利妥昔单抗	注射剂	2418元（100mg/10ml/瓶） 8289.87元（500mg/50ml/瓶）	限复发或耐药的滤泡性中央型淋巴瘤（国际工作分类B、C和D亚型的B细胞非霍奇金淋巴瘤），CD20阳性III-IV期滤泡性非霍奇金淋巴瘤，CD20阳性弥漫大B细胞性非霍奇金淋巴瘤；最多支付8个疗程。
7	TX14	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。
8	TX15	索拉非尼	口服常释剂型	203元（0.2g/片）	限以下情况方可支付：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。
9	TX16	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。
10	TX17	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癌或胃-食管结合部腺癌患者。
11	TX18	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、每个疗程需提供治疗有效的证据后方可继续使用；2、由三级医院血液专科或血液专科住院医师处方；3、与来那度胺联合使用不予支付。
12	TX19	重组人血管内皮抑制素	注射剂	630元（15mg/2.4×10 ⁵ U/3ml/支）	限晚期非小细胞肺癌患者。

13	TX20	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。
14	TX21	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。
15	TX22	氟维司群	注射剂	2400元（5ml：0.25g/支）	限芳香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。
16	TX23	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。
17	TX24	依维莫司	口服常释剂型	148元（5mg/片） 87.05元（2.5mg/片）	限以下情况方可支付：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。
18	TX25	来那度胺	口服常释剂型	866元（10mg/粒） 1101.99元（25mg/粒）	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住院医师处方；3、与硼替佐米联合使用不予支付。
19	TX28	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.病眼基线矫正视力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。
20	TX29	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.病眼基线矫正视力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。
21	TZ03	复方黄黛片		10.5元（0.27g/片）	限初治的急性早幼粒细胞白血病。
22	759	注射用地西他滨	注射剂	不高于省谈判价格执行	限高危的骨髓增生异常综合征患者
23	799	达沙替尼	口服常释剂型	不高于省谈判价格执行	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病病患者
24	800	吉非替尼	口服常释剂型	不高于省谈判价格执行	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
25	798	埃克替尼	口服常释剂型	不高于省谈判价格执行	限EGFR基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
26	213	重组人凝血因子IX	注射剂	不高于省谈判价格执行	限儿童乙型血友病；成人乙型血友病限出血时使用
27	801	伊马替尼	口服常释剂型	不高于省谈判价格执行	限有慢性髓性白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据；胃间质瘤

附件 2

定点特药零售药店名单

序号	药店名称	地址
1	济南国药大药房有限公司和平路分公司	历下区和平路 47 号泉城新时代商业广场 1 号楼 1042
2	济南国药大药房有限公司经三路分公司	槐荫区经三路 182-3 号
3	济南润生新药特药大药房有限公司	市中区经七路 439 号
4	山东省齐天医药有限责任公司齐天药店	槐荫区经五纬七路 324 号山东省立医院保健楼东侧
5	山东省齐天医药有限责任公司齐天东城药店	高新区经十东路 9677 号山东省立医院门诊楼一层东
6	山东爱心卓尔大药房有限公司济南文化西路分公司	历下区趵突泉街道文化西路 44 号
7	济南国泰利民大药房有限公司	槐荫区济兗路 440 号 55 幢 114 室
8	济南上药众协大药房有限公司	市中区经七小纬二路 71 号一楼
9	仁和药房网（北京）医药科技有事故司济南第一药房	槐荫区经五路 185 号
10	济南海洲大药房有限公司五分店	槐荫区经五大纬六路 60 号楼 3-102
11	漱玉平民大药房连锁股份有限公司西门店	历下区趵突泉北路 22 号
12	漱玉平民大药房连锁股份有限公司工人新村药店	天桥区济洛路 121 号
13	老百姓大药房连锁（山东）有限公司解放桥店	历下区解放路 112 号历山东路 2 号一单元 101、201
14	老百姓大药房连锁（山东）有限公司槐荫店	槐荫区纬十路 32 号

附件 3

省直基本医保高值药品申请备案表

姓名		性别		年龄	
工作单位		身份证号			
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/> 离休人员 <input type="checkbox"/>	联系电话			
定点医院		定点药店			
申请人签字（患者或监护人）：		申请日期： 年 月 日			
以上内容由患者本人或监护人填写					
疾病诊断		确诊时间	年 月 日		
药品通用名及商品名		药品使用起始时间	年 月 日		
定点医疗机构意见	治疗方案： 药品用法用量： 是否符合医保支付范围： 责任医师签字（章）： _____ 医院医保办盖章： 年 月 日				
外出配药审核意见	_____ 医院医保办盖章： 年 月 日				
定点药店配药记录	执业药师签字（章）： _____ 药店盖章： 年 月 日				

注：1. 本表一式三份，医保经办机构、协议定点医疗机构、协议定点零售药店各一份；
 2. 如医院无备药的，医院医保部门在外出配药审核意见栏，签署同意外出配药并盖章，无此意见的，定点药店不得给予配药。

