

郑州市人力资源和社会保障局文件

郑人社办〔2018〕252 号

郑州市人力资源和社会保障局 关于明确重特大疾病门诊病种和肺结核等 按病种付费有关问题的通知

各县（市、区）人力资源和社会保障局，市社会保险局，各有关单位：

为进一步提高我市重特大疾病医疗保障待遇，根据《关于转发国家医保局医保发〔2018〕17号文件将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有关问题的通知》（豫人社办〔2018〕142号）、《关于开展肺结核按病种付费工作的通知》（豫人社办〔2018〕84号）有关规定，将结肠癌等14个

重特大疾病门诊病种的门诊治疗纳入基本医疗保险统筹基金支付范围，同时将肺结核等 18 个病种纳入按病种付费范围，现就有关事项通知如下：

一、调整重特大疾病门诊病种医疗保障待遇

（一）增加重特大疾病门诊病种

1. 将豫人社办〔2018〕142 号文件中对应的结肠癌、直肠癌、黑色素瘤、套细胞淋巴瘤、小淋巴细胞淋巴瘤、慢性淋巴细胞白血病、胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症等 8 个病种纳入重特大疾病门诊病种范围。

2. 将豫人社办〔2018〕84 号文件中明确的初治肺结核、复治肺结核、结核性胸膜炎、单耐药肺结核、多耐药肺结核、耐多药肺结核等 6 个病种纳入重特大疾病门诊病种范围，享受此 6 种肺结核重特大疾病患者不再享受原门诊规定病种中结核病的肺结核待遇，此通知下发前，正进行标准化疗方案规则用药而尚未满疗程的肺结核患者，在社保经办机构重新备案后，其未完成的治疗可纳入对应的以上 6 个病种范围。

以上共 14 个病种均可随时申报，其限额标准内符合规定的门诊医疗费用纳入基本医疗保险统筹基金支付范围（见附件 1），不设起付线，其中城乡居民基本医疗保险统筹基金支付比例为 80%，职工基本医疗保险统筹基金支付比例为 85%。基本医疗保险乙类药品和乙类诊疗项目首付比例为 0%。已享受重特大疾病医疗保障门诊病种待遇的参保人员，住院治疗期间暂停享受重特

大疾病门诊病种待遇。

（二）增加治疗方法，调整限额标准

增加非小细胞肺癌、肾癌、肝癌、胃肠间质瘤、胰腺神经内分泌瘤、多发性骨髓瘤共 6 个原有重特大疾病门诊病种的治疗方法；调整慢性粒细胞性白血病限额标准（见附件 2）。

（三）其他事项

1. 调整的重特大疾病门诊病种同时纳入城乡居民基本医疗保险和职工基本医疗保险重特大疾病医疗保障范围。限额标准内应由大病保险、困难群众大病补充医疗保险、职工商业补充医疗保险和公务员医疗补助支付的费用，按现行规定执行。

2. 取消原重特大疾病门诊病种中的耐多药肺结核病种，统一按上述要求享受相关待遇。纳入重特大疾病门诊病种范围的肺结核病人实行定点就医，河南省胸科医院、郑州市第六人民医院为肺结核患者门诊就医定点医疗机构。一个疾病治疗过程，肺结核患者可自愿选择一家定点医疗机构就诊，原则上由一名主管医师（主治医师及以上职称）负责其诊疗。

3. 重特大疾病门诊病种除特殊规定外，原则上每 12 个月为一个周期，一个治疗周期结束后，仍需治疗的，应持诊断证明和重特大疾病门诊病种申请表重新申请。

4. 调整的重特大疾病门诊病种的就医管理、费用结算、经办管理、定点医疗机构管理、异地就医管理等相关事项及原有病种报销政策，仍按现行规定执行。

二、开展肺结核等 18 种疾病按病种付费工作

（一）纳入按病种付费的病种范围

将按照临床路径开展住院治疗的初治肺结核、复治肺结核、结核性胸膜炎、单耐药肺结核、多耐药肺结核、耐多药肺结核等 6 个病种纳入职工医保、城乡居民医保按病种付费范围；将唇裂、腭裂、乳腺癌、宫颈癌、肺癌、食管癌、胃癌、结肠癌、直肠癌、急性心肌梗塞、慢性粒细胞性白血病、重性精神病（包括双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症）等 12 个病种纳入职工医疗保险按病种付费范围。以上共计 18 个病种纳入按病种付费范围。

（二）定额标准

按病种付费的 18 个病种实行定额管理，住院医疗费用按相应的定额标准由基本医疗保险统筹基金和患者共同分担。定额标准包括住院诊疗过程中，按临床路径发生的所有医药费用。病种名称、定额标准及治疗方法见附件 3。医疗机构实际发生费用低于定额标准的，结余部分由医疗机构留用；实际费用超过定额标准的，超出部分由医疗机构承担。

（三）待遇水平

基本医疗保险统筹基金支付不设起付标准，药品、诊疗项目和服务设施首付比例为 0。住院医疗费用按相应定额标准实行按比例支付，统筹基金支付比例：在职职工一类、二类、三类定点医疗机构分别为 90%、85%、80%，退休人员 95%、90%、85%；

居民一类、二类、三类定点医疗机构分别为 80%、70%、65%。大病保险、困难群众大病补充医疗保险、职工商业补充医疗保险和公务员医疗补助支付比例按现行规定执行。

一个参保年度内，每一病种限享受一次按病种付费住院报销待遇。再次住院发生的医疗费用按基本医疗保险相关规定报销。

（四）就医管理

肺结核患者住院期间中止门诊待遇，出院后继续其门诊治疗，直至完成疗程。

（五）费用结算

1. 个人费用结算。按病种付费患者在治疗期限内发生的住院医疗费用，属于个人负担部分由本人持社保卡或现金与定点医疗机构直接结算。定点医疗机构应为患者开具发票，不再出具一日清单和费用汇总清单。

2. 定点医疗机构费用结算。按病种付费患者发生的住院医疗费用，社保经办机构按规定由统筹基金支付，属于大病保险、困难群众大病补充医疗保险、职工商业补充医疗保险和公务员医疗补助支付的，按现行规定执行。

（六）异地就医

按病种付费的住院病种，暂不纳入异地就医结算平台。

本通知自 2018 年 11 月 30 日起执行。

附件：1. 新增重特大疾病门诊病种治疗方法、限额标准及申

报资料

2. 原有重特大疾病门诊病种新增治疗方法、限额标准及申报资料
3. 郑州市按病种付费住院定额标准



2018年11月30日

新增重特大疾病门诊病种治疗方法、限额标准及申报资料

序号	病种名称	治疗方法	剂型	规格	限额标准	说明	申报资料
1	结肠癌	瑞戈非尼 (商品名“拜万戈”)	口服常释剂型	40mg*28片/盒	每4周限支付3盒	限支付瑞戈非尼费用,并符合以下条件者:转移性结肠癌三线治疗。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。4、证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
		西妥昔单抗 (商品名“爱必妥”)	注射剂	100mg (20ml) /支	1) 单周方案:首周给药剂量为400mg/m ² 体表面积,其后每周给药剂量为250mg/m ² 体表面积。2) 双周方案:每2周给药剂量为500mg/m ² 体表面积。	限支付西妥昔单抗费用,并符合以下条件者:RAS基因野生型的转移性结肠癌。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、K-RAS基因检测报告单。4、证实为转移性结肠癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
2	直肠癌	瑞戈非尼 (商品名“拜万戈”)	口服常释剂型	40mg*28片/盒	每4周限支付3盒	限支付瑞戈非尼费用,并符合以下条件者:转移性直肠癌三线治疗。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过一线及二线药物治疗的医嘱或其他使用证据。4、证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
		西妥昔单抗 (商品名“爱必妥”)	注射剂	100mg (20ml) /支	1) 单周方案:首周给药剂量为400mg/m ² 体表面积,其后每周给药剂量为250mg/m ² 体表面积。2) 双周方案:每2周给药剂量为500mg/m ² 体表面积。	限支付西妥昔单抗费用,并符合以下条件者:RAS基因野生型的转移性直肠癌。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、K-RAS基因检测报告单。4、证实为转移性直肠癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
3	黑色素瘤	维莫非尼 (商品名“佐博伏”)	口服常释剂型	240mg*56片/盒	每周限支付1盒	限支付维莫非尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、BRAF V600基因检测报告单。3、证实为不可切除或转移性黑色素瘤的相关检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
4	套细胞淋巴瘤	伊布替尼 (商品名“亿珂”)	口服常释剂型	140mg*90粒/盒	每45天限支付2盒	限支付伊布替尼费用,并符合以下条件者:既往至少接受过一种治疗的套细胞淋巴瘤(MCL)患者的治疗。	1、5年内病理组织学报告单(含免疫组化报告单或荧光原位杂交基因检测报告单)或流式细胞学检查报告单。2、既往使用过一种治疗方法的医嘱或其他使用证据。3、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
5	小淋巴细胞淋巴瘤	伊布替尼 (商品名“亿珂”)	口服常释剂型	140mg*90粒/盒	每月限支付1盒	限支付伊布替尼费用。	1、5年内病理组织学报告单(含免疫组化报告单)或流式细胞学检查报告单。2、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。

序号	病种名称	治疗方法	剂型	规格	限额标准	说明	申报资料
6	慢性淋巴瘤细胞白血病	伊布替尼 (商品名“亿珂”)	口服常释剂型	140mg*90粒/盒	每月限支付1盒	限支付伊布替尼费用。	1、骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。 2、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
7	胃肠道内分泌肿瘤	奥曲肽 (商品名“善龙”)	微球注射剂	30mg/瓶	每4周限支付1支	限支付奥曲肽微球注射剂费用, 按说明书用药。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、血清激素水平检查报告单或生长抑素受体检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
8	肢端肥大症	奥曲肽 (商品名“善龙”)	微球注射剂	20mg/瓶 30mg/瓶	每4周限支付1支 每4周限支付1支	限支付奥曲肽微球注射剂费用, 按说明书用药。	1、3个月内影像学检查报告单。2、生长激素检查报告单。3、胰岛素样生长因子-1 (IGF-1) 检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
9	初治肺结核	门诊治疗		6个月	850元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	
10	复治肺结核	门诊治疗		8个月	880元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	
11	结核性胸膜炎	门诊治疗		12个月	750元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	
12	单耐药肺结核	门诊治疗		6-18个月	850元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	
13	多耐药肺结核	门诊治疗		6-24个月	1200元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	
14	耐多药肺结核	门诊治疗		24个月	1670元/月	住院病历复印件 (加盖病历复印章) 或门诊病历原件及其相关检查结果、近期疾病诊断证明	

原有重特大疾病门诊病种新增治疗方法、限额标准及申报资料

序号	病种名称	治疗方法	剂型	规格	限额标准	说明	申报资料
1	非小细胞肺癌	阿法替尼 (商品名“吉泰瑞”)	口服常释剂型	40mg*7片/盒	每周限支付1盒	限支付阿法替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。并提供以下2条其中1条的医学资料:3、EGFR基因检测报告单、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。4、既往使用含铂化疗的医嘱、局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。
				30mg*7片/盒	每周限支付1盒		
		安罗替尼 (商品名“福可维”)	口服常释剂型	12mg*7粒/盒	每3周限支付2盒	限支付安罗替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、既往至少接受过2种系统化疗的医嘱。3、疾病进展或复发的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				10mg*7粒/盒	每3周限支付2盒		
		奥希替尼 (商品名“泰瑞沙”)	口服常释剂型	8mg*7粒/盒	每3周限支付2盒	限支付奥希替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、既往使用过酪氨酸激酶抑制剂治疗的医嘱或其他使用证据。3、疾病进展的局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。4、EGFR T790M基因检测报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				80mg*30片/盒	每月限支付1盒		
2	肾癌	克唑替尼 (商品名“赛可瑞”)	口服常释剂型	250mg*60粒/瓶	每月限支付1盒	限支付克唑替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、ALK或ROS1基因检测报告单。3、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				200mg*60粒/瓶	每月限支付1盒		
		塞瑞替尼 (商品名“赞可达”)	口服常释剂型	150mg*150粒/盒	每50天限支付1盒,每人限支付5盒	限支付塞瑞替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、ALK基因检测报告单。3、既往接受过克唑替尼治疗的医嘱或克唑替尼不耐受的诊断证明。4、证实为局部晚期或转移性非小细胞肺癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				5mg*28片/盒	每2周限支付1盒		
		阿昔替尼 (商品名“英立达”)	口服常释剂型	1mg*14片/盒	每周限支付4盒	限支付阿昔替尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过酪氨酸激酶抑制剂或细胞因子治疗的医嘱或其他使用证据。4、证实为疾病进展的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				200mg*30片/瓶	每月限支付4盒,每人限支付32盒		
2	肾癌	培唑帕尼 (商品名“维全特”)	口服常释剂型	200mg*30片/瓶	每月限支付4盒,每人限支付32盒	限支付培唑帕尼费用,并符合以下条件者: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。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、既往接受过细胞因子治疗的医嘱。4、证实为晚期肾细胞癌的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
		舒尼替尼 (商品名“索坦”)	口服常释剂型	12.5mg*28粒/瓶	每6周限支付4盒	限支付舒尼替尼费用,并符合以下条件者:不能手术的晚期肾细胞癌(RCC)。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、证实为不能手术的相关检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。

序号	病种名称	治 疗 方 法	剂 型	规格	限额标准	说 明	申 报 资 料
3	肝癌	瑞戈非尼 (商品名“拜万戈”)	口服常 释剂型	40mg*28片/盒	每4周限支付3盒	限支付瑞戈非尼费用, 并符合以下条件者: 肝细胞癌二线治疗。	1、5年内病理组织学报告单或同时提供以下三项阳性报告单 (1) 乙肝五项或丙肝抗体检测报告单。(2) 肝脏CT或MRI报告单。(3) 至少2次AFP检查报告单, 且间隔至少2个月。2、既往使用过一线药物治疗的医瞩。3、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
4	胃肠间质瘤	瑞戈非尼 (商品名“拜万戈”)	口服常 释剂型	40mg*28片/盒	每4周限支付3盒	限支付瑞戈非尼费用, 并符合以下条件者: 胃肠间质瘤三线治疗。	1、5年内病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过一线及二线药物治疗的医瞩或其他使用证据。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
		舒尼替尼 (商品名“索坦”)	口服常 释剂型	12.5mg*28粒/瓶	每6周限支付4盒	限支付舒尼替尼费用, 并符合以下条件者: 甲磺酸伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。	1、5年内病理组织学报告单和免疫组化检测报告单或基因检测报告。2、4周内影像学检查报告单。3、既往使用过伊马替尼治疗的医瞩或其他使用证据。4、伊马替尼治疗失败或不能耐受的相关检查报告单。5、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
5	胰腺神经内分泌瘤	舒尼替尼 (商品名“索坦”)	口服常 释剂型	12.5mg*28粒/瓶	每4周限支付3盒	限支付舒尼替尼费用, 并符合以下条件者: 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。	1、5年内病理组织学报告单。2、4周内影像学检查报告单。3、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
6	多发性骨髓瘤	伊沙佐米 (商品名“恩莱瑞”)	口服常 释剂型	4mg*3粒/盒	每4周限支付1盒	限支付伊沙佐米费用, 并符合以下条件者: 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。	1、骨髓细胞形态学检查报告单。2、流式细胞学检查报告单。3、免疫固定电泳检查报告单。4、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				3mg*3粒/盒	每4周限支付1盒		
				2.3mg*3粒/盒	每4周限支付1盒		
7	慢性粒细胞性白血病	尼洛替尼 (商品名“达希纳”)	口服常 释剂型	200mg*120粒/盒	每月限支付1盒, 每年限支付8个月	限支付尼洛替尼费用。	1、骨髓检查报告单或流式细胞学检查报告单。2、三级医疗机构开具的3个月内的疾病诊断证明。
				150mg*120粒/盒	每月限支付1盒, 每年限支付8个月		

注: 不能手术指患者的原发灶或转移病灶不能完成根治性手术。包括 (1) 初诊时只有原发灶且不能手术的患者; (2) 初诊时原发灶和转移病灶都不能手术的患者; (3) 初诊时原发灶或者转移病灶可以行减瘤术的患者, 术后原发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。

郑州市按病种付费住院定额标准

序号	病种名称	治疗方法	定额标准（元）	备 注
1	初治肺结核	住院治疗	8000元/次	
2	复治肺结核	住院治疗	10000元/次	
3	结核性胸膜炎	住院治疗	12000元/次	
4	单耐药肺结核	住院治疗	12000元/次	
5	多耐药肺结核	住院治疗	15000元/次	
6	耐多药肺结核	住院治疗	15000元/次	
7	唇裂	手术治疗	4500/次	1. 实行定额支付，费用标准为定价标准。 2. 医保基金支付后剩余部分由“微笑列车”项目资金资助。 3. 唇腭裂患者再次手术的医疗费用由微笑列车基金资助。
8	腭裂	手术治疗	5200/次	
9	乳腺癌	手术治疗	17300/次	
10	宫颈癌	手术治疗	33300/次	
11	肺癌	手术治疗	38100/次	
12	食管癌	手术治疗	47600/次	
13	胃癌	手术治疗	42700/次	
14	结肠癌	手术治疗	36500/次	
15	直肠癌	手术治疗	39900/次	

序号	病种名称	治疗方法	定额标准（元）	备 注
16	急性心肌梗塞	冠状动脉溶栓治疗	15000/次	1. 溶栓治疗入径条件：发病12小时内，符合冠状动脉溶栓治疗条件。 2. 介入治疗入径条件：急性期内符合介入治疗条件。 3. 介入治疗前进行冠脉溶栓的，限价标准相应增加15000元。冠脉溶栓后转上级医院介入治疗的，溶栓及介入治疗的两次住院费用均纳入按病种付费范围。
		冠状动脉介入治疗（1个冠脉支架）	37000/次	
		冠状动脉介入治疗（2个冠脉支架）	46000/次	
		冠状动脉介入治疗（3个及以上冠脉支架）	62500/次	
17	慢性粒细胞性白血病	造血干细胞移植（亲缘相合）	180000/次	
		造血干细胞移植（非亲缘、亲缘不合）	350000/次	
18	重症精神病（包括双相情感障碍、精神分裂症、持久的妄想性障碍、分裂情感性障碍、抑郁症）	内科治疗	见备注	1. 按床日限价（不含MECT费用）：住院21日内省级日均限295元；第22日至42日省级日均限250元；第43日至56日省级日均限190元；超过56日省级日均限110元。住院时间不超过120日。 2. 多参数监护无抽搐电休克治疗（MECT，诊疗项目编码311503005）为除外内容，其费用不计入日均限价，仍直接计入总住院费用，纳入按病种付费范围。实施该项目患者不得超过重症精神病入径患者总数的20%，且每个住院周期不超过12次。

注：1、各住院病种的限价标准含按规定方法治疗的全部住院医疗费用。

2、各病种治疗方式为手术治疗者，均包含腔镜手术等各种术式。

