

武汉市医疗保险中心文件

武医险〔2020〕17号

关于印发《武汉市基本医疗保险特殊药品 使用管理办法》的通知

各医保经办机构、各定点医药机构：

现将《武汉市基本医疗保险特殊药品使用管理办法》印发给你们，请遵照执行。

武汉市医疗保险中心
2020年3月30日



武汉市基本医疗保险特殊药品 使用管理办法

为进一步规范我市基本医疗保险特殊药品的使用管理，根据《市医保局市人社局关于转发〈省医疗保障局省人力资源和社会保障厅关于做好国家基本医疗保险工伤保险和生育保险药品目录实施工作的通知〉的通知》（武医保发〔2019〕75号）和《关于印发〈协议期内国家谈判药品支付信息表〉的通知》（武医保药〔2019〕1号）文件精神，制定本办法。

一、特殊药品的范围

（一）《国家基本医疗保险工伤保险和生育保险药品目录》中使用周期长且疗程费用高的谈判药品（50个品种）。

（二）《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录》中“埃克替尼、吉非替尼、伊马替尼、达沙替尼、硼替佐米、阿比特龙、利妥昔单抗、来那度胺”（8个品种）。

二、特殊药品的待遇标准

基本医疗保险参保人员（以下简称参保人员）住院或门诊治疗重症（慢性）疾病使用特殊药品（以下简称特药）时，符合特药限定支付范围的费用，按照规定的医保支付标准和先行自付比例自付后，再按我市乙类药品的支付管理规定执行。

其中，参保人员在门诊使用尚未纳入我市门诊治疗重症（慢性）疾病范围的特药时，基本医疗保险统筹基金参照门诊慢性疾

病的支付比例执行。

三、特殊药品的使用管理

建立特殊药品使用的定点医院、责任医师、定点药店管理机制，规范用药，合理施治。

（一）定点管理

1. 定点医院。

定点医院为设有特药适用专业学科的三级定点医疗机构。

定点医院负责对参保人员相关疾病进行诊疗和病情评估，对其特药待遇资格进行认定和备案。负责对参保人员进行各项医保政策和特药治疗流程的宣教和咨询。定点医院要加强本院的特药责任医师的管理，确定责任医师后通过医保信息系统报市医保中心备案，并在院内公示供参保人员选择。

各新城区人民医院可为经特药定点医院认定了特药待遇资格的参保人员提供后续用药服务。

2. 责任医师。

责任医师为特药定点医院具备特药治疗疗效评估和不良反应处置等能力、相关专业高级职称的执业医师。

负责对参保人员的用药申请给予评估和认定。负责参保人员治疗各阶段的医疗服务，包括：诊断、开具处方、随诊跟踪等。负责定期对参保人员病情进行复查评估，及时调整特药使用剂量和疗程，或终（中）止特药治疗。

3. 定点药店。

定点药店应具备以下条件：具有门诊治疗重症（慢性）疾病售药服务资格；具备中国医药商业协会认定的零售药店经营特殊疾病药品服务规范达标认证；具备2名以上执业药师，能够指导患者用药，对肿瘤靶向治疗不良反应有一定的预判能力；具有健全的药品质量管理体系，具备生物制剂冷链配送的硬件条件，建立了冷链配送管理制度，能对冷链配送过程进行全过程的监督管理；具备与医保信息系统联网运行的能力及完善的计算机管理系统；诚信经营，近三年无不良信用记录。

定点药店负责为参保人员提供特药售药服务，应建立特药供应管理制度，设置特药服务岗位，指定专人负责特药销售、保管、备案和统计等管理工作。应为参保人员建立特药使用档案，留存申请表（原件）和相关病历资料（复印件）、社会保障卡（以下简称社保卡）和身份证复印件等资料。应完整记录参保人员特药使用信息并上报医保经办机构。

（二）用药管理。参保人员使用特药，实行待遇资格备案和定期复查评估。

1. 资格备案。参保人员首次用药，需进行资格备案，流程如下：

（1）选定医院、医师和药店。参保人员在全市范围内选择一家定点医院进行治疗，并选定治疗的责任医师；同时选择一家特药定点药店购药。参保人员需到选定的定点医院医疗保险办公室（以下简称医保办）进行备案，填报《武汉市医疗保险特殊药

品使用申请表》(以下简称申请表), 并附报相关资料。

(2) 用药申请。参保人员持申请表和相关资料到责任医师处进行用药申请。责任医师根据参保人员提交的病历资料对其用药申请给予评价, 并相应填写申请表。对不符合用药条件的, 责任医师应说明理由。

(3) 用药建档。定点医院医保办审核参保人员的申请表和相关病历资料, 为符合用药条件的参保人员办理系统登记, 并建立参保人员特药用药档案。

2. 复查评估。责任医师应根据参保人员使用特药的治疗情况提出复查评估意见, 参保人员应根据责任医师意见进行复查。责任医师如实记录《武汉市医疗保险特药使用评估表》, 医保办确认后将评估情况录入医保结算系统, 将评估表及相关资料存档。参保人员不按时复查(超过复查时限一个月), 将暂停特药待遇资格, 经复查评估达不到临床用药标准的, 不再享受特药待遇。

3. 参保人员变更特药定点医院, 应持本人社保卡和申请表到原定点医院办理注销后, 再到新的定点医院办理登记。

(三) 用药流程

1. 院内用药。

办理了特药待遇资格备案手续的参保人员在特药定点医院就医。在住院期间使用特药的, 符合特药限定支付范围的, 持社保卡直接结算。

在门诊治疗重症和慢性疾病时使用特药的, 应持社保卡和门

诊（重症）病历到责任医师处就诊，责任医师根据病情开具处方，在病历上如实记录病情、开药时间和用法用量等，参保人员在定点医院配药并持社保卡直接结算。

2. 处方外配。参保人员在定点医院门诊治疗重症（慢性）疾病，持责任医师开具的处方在定点药店购药。流程如下：

（1）参保人员持责任医师处方到定点医院医保办办理用药登记。医保办将处方信息录入医保结算系统，打印“武汉市基本医疗保险药品外配处方”（以下简称外配处方），并加盖公章。

（2）参保人员凭社保卡、外配处方和门诊重症病历到定点药店购药，持社保卡直接结算。

（3）特药定点药店责任药师应核对购药者身份和处方信息，并做好用药登记。参保人员在登记表签字确认。药师在药盒上盖章后发药，在纸质处方上盖章后存档。参保人员所购药品为注射剂的，药师应在处方上注明用药时间和地点。

定点药店要加强外配处方的审核，发现处方问题，应及时和定点医院沟通，对不符合医保支付规定的处方应拒绝医保配药，并对参保人员做好政策宣传和解释工作。

四、特殊药品的现金报销

参保人员在住院和门诊治疗重症和慢性疾病期间，因各种原因不能直接持社保卡结算，用现金垫付的符合规定的特药费用，可到各医保经办机构办理报销。医保经办机构收到完整申报资料后按规定完成审核和结算。参保人员需提交的申报资料如下：

（一）填报《武汉市医疗保险医疗费用申报表》，并附费用报销申请报告、社保卡和身份证的原件和复印件（留存）。

（二）填报特药使用申请表，并附相关疾病的病理检查报告和基因检测报告等。

（三）费用资料和相关的医疗文书，包括：费用发票（原件），费用明细清单。报销住院费用的，还需提交出院小结、长期医嘱和临时医嘱；报销门诊治疗费用的，还需提交门诊（重症）病历原件及复印件（有用药记载）；报销药店购药费用的，还需提交处方原件或复印件（加盖医院医保办或药店公章）、门诊或住院病历原件及复印件（有用药记载）。

五、特殊药品的监督管理

（一）特药定点医院要做好参保人员特药待遇资格备案、病情复查评估、处方外配审核等工作。要严格按照特药限定使用范围，选择符合条件且工作责任心强、职业道德修养好、熟悉医保政策的医师为特药责任医师。要根据临床用药需求备齐特殊药品，不得要求住院患者到门诊或其他医药机构自费购买特殊药品，一经查实，从定点医院结算费用中相应追回参保人员购药费用，并将违规情形纳入年度信用等级评定处理。

（二）特药定点药店要严格执行特药有关管理规定和要求。根据参保人员登记情况备齐特殊药品，做好参保人员外配处方审核、用药信息的登记和配药等各项工作。特药定点药店未按规定和要求配药的费用，医保基金不予支付，并根据违规情形，依法

依规进行相应处理。

(三) 各医保经办机构要加强对特药使用的监管，将责任医师纳入医保医师管理。重点加大对责任医师降低认定标准、扩大使用范围、不规范医疗、人证卡不符或不实、虚假诊治等费用的审核。重点查处参保人员未按要求进行登记或就医、冒名顶替、弄虚作假等违规使用特药的行为。经查实的违规费用医保基金不予支付，并根据违规情形，依法依规进行相应处理。

六、本办法自 2020 年 1 月 1 日起实行。

- 附件：
1. 武汉市基本医疗保险特殊药品目录
 2. 武汉市医疗保险特殊药品使用申请表
 3. 武汉市医疗保险特殊药品使用评估表
 4. 武汉市医疗保险特殊药品使用登记表

附件一

武汉市基本医疗保险特殊药品目录

药品分类	序号	药品名称	备注	先自付比例	参照门慢	备注
抗癌药	1	阿扎胞苷	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 2-3%伴多系发育异常的治疗。	20%		
	2	西妥昔单抗	限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。	20%		
	3	阿昔替尼	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。	20%		
	4	阿法替尼	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。	20%		
	5	奥希替尼	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。	20%		
	6	安罗替尼	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。	20%		
	7	克唑替尼	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。	20%		
	8	拉帕替尼	限 HER2 过表达且既往接受过包括蒽环类、紫杉类、曲妥珠单抗治疗的晚期或转移性乳腺癌。	30%		未续约成功
	9	尼洛替尼	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。	20%		
	10	培唑帕尼	限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。	20%		

11	瑞戈非尼	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。	20%		
12	舒尼替尼	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。	20%		
13	塞瑞替尼	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患者。	20%		
14	维莫非尼	治疗经 CFDA 批准的检测方法确定的 BRAFV6 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤。	20%		
15	伊布替尼	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。	20%		
16	培门冬酶	儿童急性淋巴细胞白血病患者的一线治疗。	20%		
17	伊沙佐米	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。	20%		
18	氟维司群	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。	25%		未续约成功
19	雷替曲塞	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。			
20	贝伐珠单抗	限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。	20%		
21	尼妥珠单抗	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。	20%		
22	曲妥珠单抗	限以下情况方可支付：1. HER2 阳性的转移性乳腺癌；2. HER2 阳性的早期乳腺癌患者的辅助和新辅助治疗，支付不超过 12 个月；3. HER2 阳性的转移性胃癌患者。	20%		
23	帕妥珠单抗	限以下情况方可支付，且支付不超过 12 个月：1. HER2 阳性的局部晚期、炎性或早期乳腺癌患者的新辅助治疗。2. 具有高复发风险 HER2 阳性早期乳腺癌患者的辅助治疗。	20%		
24	信迪利单抗	限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典霍奇金淋巴瘤的患者。	20%		
25	厄洛替尼	限表皮生长因子受体（EGFR）基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌患者。	20%		
26	阿米替尼	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。	20%		
27	索拉非尼	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。	20%		

28	阿帕替尼	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。	20%		
29	呋喹替尼	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。	20%		
30	吡咯替尼	限表皮生长因子受体 2 (HER2) 阳性的复发或转移性乳腺癌患者的二线治疗。	20%		
31	芦可替尼	限中危或高危的原发性骨髓纤维化 (PMF)、真性红细胞增多症继发的骨髓纤维化 (PPV-MF) 或原发性血小板增多症继发的骨髓纤维化 (PET-MF) 的患者。	20%		
32	奥拉帕利	限铂敏感的复发性上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌患者。	20%		
33	重组人血管内皮抑制素	限晚期非小细胞肺癌患者。	20%		
34	西达本胺	限既往至少接受过 1 次全身化疗的复发或难治的外周 T 细胞淋巴瘤 (PTCL) 患者。	20%		
35	依维莫司	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. 无法手术切除的、局部晚期或转移性的、分化良好的、进展期非功能性胃肠道或肺源神经内分泌肿瘤患者。4. 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-Am1) 成人患者。5. 不能手术的结节性硬化症相关的室管膜下巨细胞星型细胞瘤的患者。	20%	是	
36	埃克替尼	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌	0%		
37	吉非替尼	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌	0%		
38	伊马替尼	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的患者；有急性淋巴细胞白血病诊断并有费城染色体阳性的检验证据的儿童患者；难治的或复发的费城染色体阳性的急性淋巴细胞白血病成人患者；胃肠间质瘤患者。	0%		
39	达沙替尼	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者	0%		
40	硼替佐米	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。	0%		
41	阿比特龙	限转移性去势抵抗性前列腺癌、新诊断的高危转移性内分泌治疗敏感性前列腺癌。	0%		
42	利妥昔单抗	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；支付不超过	0%		

		8 个疗程。			
	43	来那度胺	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。	0%	
专科 用药	44	奥曲肽	限胃肠胰内分泌肿瘤、肢端肥大症，按说明书用药。	20%	
	45	重组人干扰素 β -1b	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	30%	未续约成功
	46	麦格司他	限 C 型尼曼匹克病患者。	20%	是
	47	司来帕格	限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压(WHO 第 1 组)的患者。	20%	是
	48	重组人凝血因子 VIIa	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 FVII 缺乏症患者。4、具有 GPIIb-IIIa 和/或 H1A 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。	20%	是
	49	波生坦	32mg/片（分散片）限 3-12 岁特发性或先天性肺动脉高压患者；125mg/片限 WHO 功能分级 II 级-IV 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。	20%	是
	50	利奥西呱	限以下情况方可支付：1. 术后持续性或复发性慢性血栓栓塞性肺动脉高压（CTEPH）或不能手术的 CTEPH，且（WHO FC）为 II-III 的患者；2. 动脉性肺动脉高压（PAH）且（WHO FC）为 II-III 患者的二线用药。	20%	是
	51	马昔腾坦	限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压(WHO 第 1 组)的患者。	20%	是
	52	贝达喹啉	限耐多药结核患者。	20%	是
	53	德拉马尼	限耐多药结核患者。	20%	是
	54	艾考恩丙替	限艾滋病病毒感染。	20%	是
	55	特立氟胺	限常规治疗无效的多发性硬化患者。	20%	是
	56	阿达木单抗	限以下情况方可支付：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的中重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。	20%	是

57	英夫利西单抗	限以下情况方可支付：1. 诊断明确的类风湿关节炎经传统 DMARDs 治疗 3-6 个月疾病活动度下降低于 50%者；诊断明确的强直性脊柱炎（不含放射学前期中轴性脊柱关节炎）NSAIDs 充分治疗 3 个月疾病活动度下降低于 50%者；并需风湿病专科医师处方。2. 对系统性治疗无效、禁忌或不耐受的重度斑块状银屑病患者，需按说明书用药。3. 克罗恩病患者的二线治疗。4. 中重度溃疡性结肠炎患者的二线治疗。	20%	是	
58	地拉罗司		20%	是	

说明：1、参照门慢管理，是指特殊药品限定治疗病种尚未纳入武汉市门诊重症（慢性）疾病范围的，参保人员在门诊使用时，基本医疗保险统筹基金参照门诊慢性病的报销比例支付。

2、未续约成功的药品，对 2019 年 12 月 31 日前已经开始使用的参保患者，按原政策规定执行至 2020 年 6 月 30 日。

附件二

武汉市医疗保险特殊药品使用申请表

						申请时间： 年 月 日	
姓名		性别		年龄		照片	
社保卡号		身份证号					
人员类别	职工医保 <input type="checkbox"/>		居民医保 <input type="checkbox"/>				
工作单位		家庭住址		联系电话			
申请使用特药名称							
特药定点医院	名称：		编号：				
责任医师	姓名：		工号：				
特药定点药店							
申请人签字（患者本人）							
以上内容有患者本人或监护人填写							
疾病诊断				确诊时间	年 月 日		
申请使用特药名称							
特药定点医院意见	用药依据						
	用法用量						
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。					
	责任医师意见	签名： 签章：					
	医保办意见	(盖章)					
特药定点药店	(盖章)						

说明：1、本表一式三份，特药定点医院、特药定点药店和参保人员各留存一份。

2、本表格用于参保人员首次使用特殊抗肿瘤药品进行备案时填报。

3、本表中的特药定点医院是指我市三级定点医疗机构，包括部分科室定点的医疗机构；特药定点药店是指具有门诊重症服务资格的定点零售药店。

4、附报：社保卡和身份证的原件和复印件（2张）、近期1寸免冠彩色登记照片3张、相关疾病的病理检查报告和基因检测报告、出院小结、门诊病历等病历资料。

附件三						
武汉市医疗保险特殊药品使用评估表						
				申请时间： 年 月 日		
姓名		性别		年龄		照片
社保卡号		身份证号				
人员类别		职工医保 <input type="checkbox"/>	居民医保 <input type="checkbox"/>			
工作单位		家庭住址		联系电话		
使用特药名称						
特药定点医院	名称：		编号：			
责任医师	姓名：		工号：			
特药定点药店						
申请人签字（患者本人）						
以上内容有患者本人或监护人填写						
疾病诊断				确诊时间		
特药名称				使用起始时间		
特药定点医院 意见	当前治疗方案					
	是否需要继续使用 该特药	是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>				
	用法用量					
	复查建议	请于_____年_____月_____日前，进行病情复查和用药评估。				
	责任医师意见	签名： 签章：				
	医保办意见	(盖章)				
特药定点药店	(盖章)					
说明：1、本表一式三份，特药定点医院、特药定点药店和参保人各留存一份。						
2、本表用于参保人员使用特殊抗肿瘤药品后定期进行复查评估时填报。						
3、本表中的特药定点医院是指我市三级定点医疗机构，包括部分科室定点的医疗机构；特药定点药店是指具有门诊重症服务资格的定点零售药店。						
15	4、附报：社保卡和身份证的原件和复印件（2张）、近期1寸免冠彩色登记照片3张、相关疾病病历资料。					

