

武汉市医疗保险中心

关于基本医疗保险部分药品纳入三定管理的通知

各医保经办机构、各定点医药机构：

根据《市医保局关于印发〈协议期内国家谈判药品支付信息表〉的通知》（武医保药〔2021〕1号）文件规定，结合我市落实2020版国家医保药品目录有关工作实际，现就部分药品纳入医保三定管理有关事项通知如下：

一、对象和范围

纳入医保三定管理的药品，包括：2020年版国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录中适用于门诊治疗，使用周期长且疗程费用高的谈判药品71个品种，以及“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、阿法替尼、舒尼替尼、阿扎胞苷、氟维司群”12个品种。具体详见附件。

二、有关要求

根据《武汉市基本医疗保险特殊药品使用管理办法》（武医险〔2020〕17号）的规定，三定管理是指基本保险参保人员使用药品，医保基金支付实行“定医院、定医师、定药店”的管理方式。

（一）定点医院要根据临床用药需求备齐药品，医保办

要做好责任医师的培训和管理工作,加强参保人员用药资格和处方的审核,注射用药原则上应在院内配药和使用。

(二) 定点药店要严格执行药品管理规定和要求,要根据参保人员登记情况备齐药品,做好参保人员用药档案管理、处方审核和配药等工作。

(三) 定点医院和定点药店之间要加强沟通和协作,及时解决用药服务中遇到的问题,确保参保人员用药安全,共同做好参保人员用药服务。

(四) 各医保经办机构要加强对定点医院和定点药店的日常监督管理,对监督检查过程中发现的问题和违规行为要及时予以纠正和依法依规处理。

附:

武汉市基本医疗保险三定管理药品

武汉市医疗保险中心

2021年3月4日



附：

武汉市基本医疗保险三定管理药品

分类	序号	药品名称	剂型	备注
抗癌药	1	雷替曲塞	注射剂	限氟尿嘧啶类药物不耐受的晚期结直肠癌患者。
	2	西妥昔单抗	注射剂	限 RAS 基因野生型的转移性结直肠癌。
	3	贝伐珠单抗	注射剂	限晚期转移性结直肠癌或晚期非鳞非小细胞肺癌。
	4	尼妥珠单抗	注射剂	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。
	5	曲妥珠单抗	注射剂	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。
	6	伊尼妥单抗	注射剂	限 HER2 阳性的转移性乳腺癌：与长春瑞滨联合治疗已接受过 1 个或多个化疗方案的转移性乳腺癌患者。
	7	帕妥珠单抗	注射剂	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。
	8	信迪利单抗	注射剂	限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的患者。
	9	替雷利珠单抗	注射剂	限至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤的治疗；PD-L1 高表达的含铂化疗失败包括新辅助或辅助化疗 12 个月内进展的局部晚期或转移性尿路上皮癌的治疗。
	10	特瑞普利单抗	注射剂	限既往接受全身系统治疗失败的不可切除或转移性黑色素瘤的治疗。
	11	卡瑞利珠单抗	注射剂	限 1. 至少经过二线系统化疗的复发或难治性经典型霍奇金淋巴瘤患者的治疗。2. 既往接受过索拉非尼治疗和/或含奥沙利铂系统化疗的晚期肝癌患者的治疗。3. 联合培美曲塞和卡铂适用于表皮生长因子受体(EGFR)基因突变阴性和间变性淋巴瘤激酶（ALK）阴性的、不可手术切除的局部晚期或转移性非鳞状非小细胞肺癌（NSCLC）的一线治疗。4. 既往接受过一线化疗后疾病进展或不可耐受的局部晚期或转移性食管鳞癌患者的治疗。
	12	厄洛替尼	口服常释剂型	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。
	13	氟马替尼	口服常释剂型	限费城染色体阳性的慢性髓性白血病（Ph+ CML）慢性期成人患者。

14	奥希替尼	口服常释剂型	限表皮生长因子受体（EGFR）外显子 19 缺失或外显子 21（L858R）置换突变的局部晚期或转移性非小细胞肺癌（NSCLC）成人患者的一线治疗；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的治疗。
15	阿美替尼	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。
16	安罗替尼	口服常释剂型	限 1. 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。2. 既往至少接受过 2 种化疗方案治疗后进展或复发的小细胞肺癌患者。3. 腺泡状软组织肉瘤、透明细胞肉瘤以及既往至少接受过含蒽环类化疗方案治疗后进展或复发的其他晚期软组织肉瘤患者。
17	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。
18	塞瑞替尼	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（NSCLC）患者的治疗。
19	阿来替尼	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。
20	培唑帕尼	口服常释剂型	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。
21	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。
22	索拉非尼	口服常释剂型	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。
23	瑞戈非尼	口服常释剂型	限 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。
24	阿帕替尼	口服常释剂型	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。
25	呋喹替尼	口服常释剂型	限转移性结直肠癌患者的三线治疗。
26	吡咯替尼	口服常释剂型	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。
27	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（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。
28	伊布替尼	口服常释剂型	限 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；3. 华氏巨球蛋白血症患者的治疗，按说明书用药。

29	泽布替尼	口服常释剂型	限：1. 既往至少接受过一种治疗的成人套细胞淋巴瘤（MCL）患者。2. 既往至少接受过一种治疗的成人慢性淋巴细胞白血病（CLL）/ 小淋巴细胞淋巴瘤（SLL）患者。
30	芦可替尼	口服常释剂型	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。
31	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。
32	曲美替尼	口服常释剂型	限 1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合甲磺酸达拉非尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合甲磺酸达拉非尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
33	达拉非尼	口服常释剂型	限 1. BRAF V600 突变阳性不可切除或转移性黑色素瘤：联合曲美替尼适用于治疗 BRAF V600 突变阳性的不可切除或转移性黑色素瘤患者。2. BRAF V600 突变阳性黑色素瘤的术后辅助治疗：联合曲美替尼适用于 BRAF V600 突变阳性的 III 期黑色素瘤患者完全切除后的辅助治疗。
34	仑伐替尼	口服常释剂型	限既往未接受过全身系统治疗的不可切除的肝细胞癌患者。
35	伊沙佐米	口服常释剂型	限 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。
36	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。
37	奥拉帕利	口服常释剂型	限携带胚系或体细胞 BRCA 突变的（gBRCAm 或 sBRCAm）晚期上皮性卵巢癌、输卵管癌或原发性腹膜癌初治成人患者在一线含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗；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。
38	重组人血管内皮抑制素	注射剂	限晚期非小细胞肺癌患者。
39	西达本胺	口服常释剂型	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。
40	恩扎卢胺	口服常释剂型	限雄激素剥夺治疗（ADT）失败后无症状或有轻微症状且未接受化疗的转移性去势抵抗性前列腺癌（CRPC）成年患者的治疗。
41	尼拉帕利	口服常释剂型	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成人患者在含铂化疗达到完全缓解或部分缓解后的维持治疗。
42	阿比特龙	口服常释剂型	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。
43	达沙替尼	口服常释剂型	限对伊马替尼耐药或不耐受的慢性髓细胞白血病患者

	44	吉非替尼	口服常释剂型	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
	45	伊马替尼	口服常释剂型	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。
	46	来那度胺	口服常释剂型	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。
	47	利妥昔单抗	注射液	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8个疗程。
	48	阿法替尼	口服常释剂型	限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。
	49	舒尼替尼	口服常释剂型	限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。
	50	埃克替尼	口服常释剂型	限 EGFR 基因敏感突变的晚期非小细胞肺癌
	51	阿扎胞苷	注射液	限成年患者中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。
	52	硼替佐米	注射液	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。
	53	氟维司群	注射液	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。
专科 用药	54	麦格司他	口服常释剂型	限C型尼曼匹克病患者。
	55	维得利珠单抗	注射剂	限中度至重度活动性溃疡性结肠炎的二线用药或中度至重度活动性克罗恩病的二线用药。
	56	司来帕格	口服常释剂型	限WHO功能分级II级-III级的肺动脉高压(WHO第1组)的患者。
	57	重组人凝血因子VIIa	注射剂	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。

58	波生坦	口服常释剂型	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。
59	利奥西呱	口服常释剂型	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。
60	马昔腾坦	口服常释剂型	限 WHO 功能分级 II 级-III 级的肺动脉高压（WHO 第 1 组）的患者。
61	度普利尤单抗	注射剂	限对传统治疗无效、有禁忌或不耐受的中重度特应性皮炎患者，需按说明书用药。
62	奥曲肽	微球	限胃肠胰内分泌肿瘤，按说明书用药。限肢端肥大症，按说明书用药。
63	兰瑞肽	缓释注射剂（预充式）	限肢端肥大症，按说明书用药。
64	贝达喹啉	口服常释剂型	限耐多药结核患者。
65	德拉马尼	口服常释剂型	限耐多药结核患者。
66	艾考恩丙替	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。
67	奈韦拉平齐多拉米双夫定	口服常释剂型	限艾滋病病毒感染。
68	艾博韦泰	注射剂	限艾滋病病毒感染。
69	特立氟胺	口服常释剂型	限常规治疗无效的多发性硬化患者。
70	西尼莫德	口服常释剂型	限成人复发型多发性硬化的患者。
71	芬戈莫德	口服常释剂型	限 10 岁及以上患者复发型多发性硬化（RMS）的患者。
72	依维莫司	口服常释剂型	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-AML）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。
73	阿达木单抗	注射剂	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。

74	英夫利西单抗	注射剂	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。
75	司库奇尤单抗	注射剂	限以下情况方可支付:1. 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. 对传统治疗无效、有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。
76	尼达尼布	口服常释剂型	限特发性肺纤维化(IPF)或系统性硬化病相关间质性肺疾病(SSc-ILD)患者。
77	氘丁苯那嗪	口服常释剂型	限与亨廷顿病有关的舞蹈病或成人迟发性运动障碍。
78	依达拉奉氯化钠	注射剂	限肌萎缩侧索硬化(ALS)的患者。
79	地塞米松	玻璃体内植入剂	限视网膜静脉阻塞(RVO)的黄斑水肿患者, 并应同时符合以下条件: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. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5;3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或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5支, 每个年度最多支付2支。
80	康柏西普	眼用注射液	限以下疾病:1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD);2. 糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害;3. 脉络膜新生血管(CNV)导致的视力损害。应同时符合以下条件: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. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5;3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或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, 第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。
81	阿柏西普	眼内注射溶液	限以下疾病:1. 50岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性(AMD);2. 糖尿病性黄斑水肿(DME)引起的视力损害。应同时符合以下条件: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. 首次处方时病眼基线矫正视力0.05-0.5;3. 事前审查后方可用, 初次申请需有血管造影或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, 第1年度最多支付5支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。

82	雷珠单抗	注射剂	<p>限以下疾病：1. 50 岁以上的湿性年龄相关性黄斑变性（AMD）；2. 糖尿病性黄斑水肿（DME）引起的视力损害；3. 脉络膜新生血管（CNV）导致的视力损害；4. 继发于视网膜静脉阻塞（RVO）的黄斑水肿引起的视力损害。</p> <p>应同时符合以下条件：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. 首次处方时病眼基线矫正视力 0.05-0.5；3. 事前审查后方可用，初次申请需有血管造影或 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，第 1 年度最多支付 5 支。阿柏西普、雷珠单抗和康柏西普的药品支数合并计算。</p>
83	地拉罗司	口服常释剂型	