

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。