

全民健康保險藥事小組第9屆第3次(100年5月)會議紀錄

時間：100年5月5日上午9時15分、5月12日上午9時15分

地點：行政院衛生署中央健康保險局9樓第1會議室

出席人員：如會議簽到單

主席：陳召集人燕惠

紀錄：黃宇君

壹、主席致詞(略)

貳、上次會議紀錄確認(略)

參、報告事項

報告案

案由：全民健康保險藥事小組待審議案件進度報告。

決定：洽悉。

肆、提案討論

提案一

案由：有關多發性硬化症治療藥品 interferon beta 用於視神經脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)之給付疑義乙案，提請討論。

結論：

- 一、因多發性硬化症治療藥品 interferon beta 用於視神經脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)會造成病情嚴重惡化，為避免臨床誤用，故恢復該藥品之事前審查，並修正給付規定如附表一。
- 二、健保給付之多發性硬化症治療藥品尚有 glatiramer 及 natalizumab，該二種成分藥品是否也不適用於 NMO 之治療，須比照 interferon beta 修正給付規定，請諮詢學會意見後，再提會討論。

提案二

案由：有關「衛采製藥股份有限公司」建議修訂本保險給付規定 3.2.1 Mecobalamin 末梢神經障礙治療劑乙案，提請討論。

結論：有關 mecobalamin 用於治療不限種類之末梢性神經病變仍需更多臨床療效證據支持，不同意放寬不限種類之末梢性神經病變。然慢性

多發性神經障礙(chronic polyneuropathy)已經有具體支持的文獻建議，同意修正給付規定如下（詳附表二）：

限符合以下條件之一使用：

1. 糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵（須於處方上敘明）。
2. 經神經科專科醫師診斷或經神經傳導（NCV）檢查證實之慢性多發性神經病變。

提案三

案由：有關「永豐化學工業股份有限公司」申請調高抗感染劑 Penicillin G Sodium Injection "Y.F." 300 萬單位(A014756216 及 A015845216) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：本案藥品現為治療具感受性 *Staphylococcus pneumoniae* 引起之梅毒及鏈球菌心內膜炎之首選藥物（amoxicillin 及 cefazolin 療效較不及 penicillin），應屬必要藥品，同意依每瓶生產成本 20.36 元加算 25%，調整健保支付價為每瓶 25.4 元（ $20.36 \text{ 元} \times 1.25 = 25.4 \text{ 元}$ ），並請廠商切結所送之成本分析資料無誤。

提案四

案由：有關「臺灣默克股份有限公司」申請抗腫瘤藥物 cetuximab（如 Erbitux）擴增給付於口腔癌乙案，提請討論。

結論：

- 一、依據 2008 年 New England Journal Medicine 之臨床試驗報告，該試驗共收納之復發及/或轉移性頭頸部鱗狀細胞癌患者，腫瘤原發部位在口腔之頭頸部鱗狀細胞癌患者僅占其中約 20%。該研究針對不同腫瘤原發部位之患者進行次群組分析，其中口腔癌之次群組，接受 cetuximab 加上內含鉑金類(platinum)藥品之化學療法之患者，相較單獨使用內含鉑金類藥品之化學療法治療者，雖然在整體群活期中位數(11 個月 vs. 4.4 個月，hazard ratio 0.26-0.67)及無惡化存活期中位數(6.1 個月 vs. 2.8 個月，hazard ratio 0.21-0.55)

有達到統計上的差異，但次群組之分析，統計人數由原本 442 名患者驟減至 88 名，人數減少約 80%，使樣本數較顯不足，因此難以證明此次群組分析之表現能夠代表整體口腔癌患者之狀況。此外，該研究報告亦指出，各次群組分析之結果並不建議用於決定其各別之效益程度。

二、綜上所述，在有更明確的以口腔癌患者作為主研究對象之試驗報告，以證實 cetuximab 之療效前，本案暫不擴增給付於口腔癌之結論。

提案五

案由：有關「台灣默克股份有限公司」申請抗腫瘤藥物 cetuximab（如 Erbitux）放寬給付於轉移性直腸結腸癌之第一線治療乙案，提請討論。

結論：

- 一、依據 2009 年 New England Journal Medicine 之文獻報告，針對侷限於肝臟轉移之結腸直腸癌且 K-ras 基因為原生型(wild type)之次族群分析顯示，使用 cetuximab 合併化學療法相較單獨使用化學療法對存活期的增加有限(無疾病惡化存活期為 14.6 個月對 9.5 個月、整體存活期為 24.9 個月對 21 個月，均未達統計學上的差異)。
- 二、另依據 2010 年 Lancet Oncology 之文獻報告，該研究所有收案病患均接受 cetuximab 合併化學治療，並無單獨接受化學療法之對照組，無法證實加上 cetuximab 治療可以增加肝臟轉移病患之肝腫瘤切除率。
- 三、綜上所述，本案藥品在未有更充分證據能證實療效前，暫不同意放寬給付規定。

提案六

案由：有關台灣東洋藥品工業股份有限公司申復 TS-1 Capsules 20mg 及 25mg (tegafur 20/25mg+gimeracil 5.8/7.25mg+oteracil potassium 19.6/24.5mg, B025243100 及 B025242100)用於胃癌術後

輔助性化療，用於罹患 TNM Stage II（排除 T1）、IIIA 或 IIIB 胃癌且接受過胃癌根治性手術的成年患者及治療無法切除的晚期胃癌及給付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品之核價方式仍維持本藥事小組第 8 屆第 21 次(99 年 12 月)會議之結論，屬第 2B 類新藥，以 Xeloda Tablets 150mg (B022408100, 100/4/1 生效之新價格為每粒 32.6 元) 及 Xeloda Tablets 500MG (B022409100, 100/4/1 生效之新價格為每粒 108 元) 為核價參考品，依仿單所載使用劑量以療程劑量比例法，重新計算初核 TS-1 Capsules 20mg 之健保支付價為每粒 115 元 $[(32.6 \text{ 元}) \times 4 + (108 \text{ 元} \times 2) \div 3 = 115 \text{ 元}]$ ，TS-1 Capsules 25mg 再依規格量換算法計算，初核為每粒 129 元 $(115 \text{ 元} \div 20 \times 25 \times 0.9 = 129 \text{ 元})$ 。
- 二、因本案藥品有提升治療存活率(survival rate)之臨床意義，再分別給予 10%加算，核定 TS-1 Capsules 20mg 為每粒 126 元 $[115 \text{ 元} \times (1+10\%) = 126 \text{ 元}]$ 、TS-1 Capsules 25mg 為每粒 141 元 $[129 \text{ 元} \times (1+10\%) = 141 \text{ 元}]$ 。
- 三、給付規定訂定如下（如附表三）：
 - （一）限使用於下列病人：
 1. 罹患 TNM Stage II（排除 T1）、IIIA 或 IIIB 胃癌且接受過胃癌根治性手術（D2 淋巴廓清術）的成年病人。
 2. 治療無法切除的第 IV 期胃癌。
 - （二）須經事前審查核准後使用。

提案七

案由：有關「台灣東洋藥品工業股份有限公司」申復祛痰用長效錠劑 Guaphen SR Tablet (guaifenesin 600mg, A048603100)之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、同意本案藥品納入全民健康保險藥價基準收載，屬第 2B 類新藥。

二、廠商未提出長效型 guaifenesin 可使服藥順從性增加之證據，且含 guaifenesin 成分藥品缺乏實證醫學證明其療效，故本案仍維持本藥事小組第 7 屆第 14 次會議結論，以同成分、同核價劑型之最近似規格一般學名藥最低價以 Chintan Tablets "C.M." 340mg (N001007100，每粒 0.77 元) 為核價參考品，採規格量換算法，核定每粒為 1.22 元 ($0.77 \text{ 元} \times 600 \div 340 \times 0.9 = 1.22 \text{ 元}$)。

提案八

案由：有關「世育興業股份有限公司」申請治療高血脂症藥品 Nidadd Sustained Release Tablets 500mg (niacin, A055405100) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品屬第 2B 類新藥，同意納入全民健康保險藥價基準收載。
- 二、因本案藥品可能作為使用 statin 類降血脂藥品後再附加使用 (add on) 之藥品，對健保財務可能造成衝擊，故請健保局諮詢相關醫學會對給付規定之意見後，再提會討論。

提案九

案由：有關「瑩碩生技醫藥股份有限公司」申請輕度至中度急性疼痛之短期止痛用藥 Norxicam Rapid F.C. Tablets (lornoxicam, 4mg 及 8mg, A055579100 及 A055578100) 之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、同意本案藥品納入全民健康保險藥價基準收載，屬第 2B 類新藥。
- 二、核價方式：以 Cataflam 50mg Sugar-Coated Tablets (B020158100，每粒 1.28 元) 為核價參考品，依國際藥價比例法換算，核定 Norxicam Rapid F.C. Tablets 4mg 為每粒 1.07 元 ($1.28 \text{ 元} \times 0.84 = 1.07 \text{ 元}$)，Norxicam Rapid F.C. Tablets 8mg 則依規格量換算法，核定為每粒 1.92 元 ($1.07 \text{ 元} \times 2 \times 0.9 = 1.92 \text{ 元}$)。

提案十

案由：有關「行政院衛生署旗山醫院」申請修正神經系統藥物 botulinum

toxin type A 用於成人中風後之手臂痙攣病患之給付規定為可由地區醫院以上（含）之復健科專科醫師診斷經事前審查核准後由復健科或神經內科醫師注射乙案，提請討論。

結論：考量偏遠地區民眾就醫方便性，同意 botulinum toxin type A 用於成人中風後之手臂痙攣病患，可由地區醫院以上（含）之神經內科或復健科專科醫師診斷經事前審查核准後使用，並修正給付規定如附表四。

提案十一

案由：有關「信隆藥品股份有限公司」申請將 Atropine Sulfate Tablets (atropine, 0.4mg, N013928100) 列為必要藥品，提高健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、臨床上沒有所謂「慢性」之有機磷中毒，而有機磷急性中毒引起之呼吸抑制等症狀，則必須以注射 atropine 治療，而無法以口服 atropine 製劑預防，故 atropine 口服製劑非屬有機磷或有機汞中毒之必要藥品。
- 二、經分析健保特約醫事服務機構之醫令申報資料，本案藥品多被使用於止癢，查臨床上已有許多替代藥品可供治療選擇，本案藥品非屬必要藥品，故無法同意調高健保支付價格。

提案十二

案由：有關「行政院衛生署食品藥物管理局」（以下簡稱 TFDA）建議訂定 carbamazepine(CBZ) 成分藥品給付條件乙案，提請討論。

結論：本案 TFDA 及中央健康保險局已分別擬訂相關加強醫師處方應行注意事項，並函知醫療院所，但為更有效提醒處方醫師並避免「適應症外使用 (off label use)」所產生之嚴重藥害，同意訂定給付規定如附表五。

提案十三

案由：有關「荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司」申復抗癌瘤新藥 Tykerb

Tablets 250mg (lapatinib 250mg, B024878100) 未能納入健保給付乙案，提請討論。

結論：

- 一、廠商再提供之資料，結論僅為對於特定次族群病人，可能有提高存活率之「趨勢」，而尚無明確之療效證據，故維持第 7 屆第 21 次、第 8 屆第 3 次、第 8 屆第 12 次及第 8 屆第 21 次等歷次藥事小組會議結論，暫不納入健保給付。
- 二、依目前健保給付規定，一旦 Herceptin 治療失敗後即不可能再給付 Herceptin，因此廠商所提之經濟分析中認定 Tykerb 可取代相當量的 Herceptin 使用之假定不盡正確，因而使得廠商所預估的預算衝擊勢必有所增加，因此，基於藥物使用增加存活的效果及整體預算衝擊的高度不確定性，建議暫緩給付。
- 三、本案請廠商於有更明確之文獻報告，以證明併用 lapatinib 及 capecitabine 較單獨使用 capecitabine 或 trastuzumab 可改善整體存活期或相對療效後，再重新申請。

提案十四

案由：有關「歐舒邁克有限公司」申請抗感染劑 Flucolin Capsules 250 mg (flucloxacillin 250mg, A052575100) 之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、全民健康保險藥價基準已收載抗菌範圍與適應症相同之藥品，本案藥品屬第 2B 類新藥，同意納入該基準收載。
- 二、核價方式：以作用機轉、藥物動力學及抗菌範圍均類同之單方口服製劑 cloxacillin 250mg (A019756100，每粒 1.5 元) 為核價參考品，依療程劑量比例法計算，因二者之療程劑量比例大致為 1:1，故核定 Flucolin Capsules 250mg 為每粒 1.5 元。
- 三、給付規定：比照 cloxacillin 列屬全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑 (詳附表六)。

提案十五

案由：有關「荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司」申請成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)治療劑 Revolade 25mg film-coated tablets (eltrombopag 25mg, B025272100)之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品為第一個在台灣上市之血小板生成藥物 (TPO, thrombopoietin)，也是全球第一個口服小分子非肽類的血小板生成藥物，同意本案藥品列屬第 1 類突破創新新藥，納入全民健康保險藥價基準收載。
- 二、核價方式：同意廠商申請價核定為每粒 1,344 元。
- 三、給付規定：由於符合行政院衛生署核准本案藥品適應症之病患人數可能超過廠商所估計之人數，對健保造成之財務風險頗大，收載之初宜僅限於用於「脾臟切除後且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者，或對於不適合進行脾臟切除之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者」於合併血小板數目嚴重低下時仍必須接受外科手術者，日後再檢討放寬給付規定，故本案藥品訂定給付規定如下(詳附表七)：

限符合下列三項條件

- (一)用於脾臟切除後且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者，或對於不適合進行脾臟切除之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者；
- (二)合併血小板數目嚴重低下 (<20,000/cumm) 且必須接受外科手術治療者。
- (三)限用 6 週，須經事前審查核准後使用。

提案十六

案由：有關「歐舒邁克有限公司」申復消化用複方藥品 Digestable

F.C. Tablets (bile salts 75mg+pancreatin 700mg, A055262100)
之健保核價乙案，提請討論。

結論：

- 一、行政院衛生署核可之仿單建議本案藥品之用法用量為一日三次，廠商申請之每日藥費亦以每日 3 粒計，經健保醫令申報資料分析結果，廠商所提之參考品 Dimotil Repe Tablets ” Meider” (含 pancreatin 212mg)，目前之使用頻次為每日 2.67 顆，雖本案藥品 pancreatin 之劑量 700mg 為該參考品所含劑量之三倍多，但並未造成臨床用法等比例之改變，也就是未能降低病人之使用頻次。
- 二、本案藥品維持本藥事小組第 8 屆第 22 次(100 年 1 月)之會議結論，屬第 2B 類新藥，以 Combizym E. C. Tablet (B014461100，每粒 2.83 元) 為核價參考品，採療程劑量法，核定為每粒 2.83 元。

提案十七

案由：有關「台灣諾華股份有限公司」申請巴金森氏症治療藥品 Stalevo Film-Coated Tablets 75/18.75/200mg 及 Stalevo Film-Coated Tablets 125/31.25/200mg (levodopa 75/125mg+carbidopa 18.75/31.25mg+entacapone 200mg, B025149100 及 B025148100) 共 2 品項健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、全民健康保險藥價基準已收載同成分、不同含量組合之複方製劑，即 levodopa/carbidopa/entacapone 為 100/25/200mg, 150/37.5/200mg, 50/12.5/200mg 及 200/50/200mg 等 4 個品項，本案藥品屬第 2B 類新藥，同意納入該基準收載。
- 二、本複方製劑主要是增加劑量組合之種類，方便給藥之選擇，故以同廠牌相同複方組成、不同含量之最低價品項 Stalevo Film-Coated Tablets 100/25/200mg (B024171100，每粒 28.7 元) 為核價參考品，核定為每粒 28.7 元。未來核價及價格調整時，可將各種組合歸為同分組。

提案十八

案由：有關「台灣諾華股份有限公司」申請糖尿病治療藥品 Galvus Tablets 50mg (vildagliptin 50mg, B025306100) 健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

- 一、本案藥品為新成分新藥，全民健康保險藥價基準已收載同作用機轉 (dipeptidyl peptidase 4 inhibitors; DPP-4) 且同適應症之藥品 sitagliptin (如 Januvia)，屬第 2B 類新藥，同意納入該基準收載。
- 二、核價方式：以 Januvia 100mg F.C. Tablets (B024668100, 每粒 34 元) 為核價參考品，查 Januvia 100mg F.C. Tablets 每日 1 粒之劑量相當於本案藥品每日 2 粒之劑量，依採療程劑量比例法計算，核定 Galvus Tablets 50mg 為每粒 17 元【 $34 \text{ 元} \times (1/2) = 17 \text{ 元}$ 】。
- 三、鑑於在臨床試驗時 vildagliptin 每日一次使用 100mg 之劑量，曾發現有肝臟酵素異常之情形，且於行政院衛生署核准之仿單上記載本案藥品若與 sulphonylurea 合併使用時，每日 vildagliptin 100mg 之劑量，並沒有較每日 vildagliptin 50mg 有效，故訂定給付規定為 vildagliptin 若與 sulphonylurea 合併使用時，vildagliptin 每日建議劑量為 50mg (詳附表八)。
- 四、附帶決議：核價參考品 Januvia® (sitagliptin) 100mg 於收載之第三年，須重新檢討支付價格及價量協議，屆時本案藥品應一併檢討並連動調整支付價格、價量協議及訂定相關給付規定。

提案十九

案由：有關「香港商高德美有限公司台灣分公司」申請新複方痤瘡治療劑 Epiduo 0.1%/2.5% Gel 5gm 及 15gm (adapalene 1mg/gm+benzoyl peroxide 25mg/gm, B025156321 及 B025156335) 之健保支付價格乙案，提請討論。

結論：

一、全民健康保險藥價基準已收載同劑型之個別單方成分藥品，本案藥品屬第 2B 類新藥，同意納入該基準收載。

二、核價方式：以各單方藥品 Differin Gel 0.1% (adapalene 1mg/gm, 15gm, B022587335, 每支 123 元)及 benzoyl peroxide 總含量相近及年度使用量最高之 Akana Cream (benzoyl peroxide 50mg/gm, 7gm, A029949324, 每支 67 元)為核價參考品，兩者之健保支付價合計×70%，換算核定包裝規格為 15 gm 之 Epiduo 0.1% /2.5% Gel 為每瓶 133 元 $[(123+67) \times 0.7 = 133 \text{ 元}]$ ；包裝規格為 5gm 之 Epiduo 0.1%/2.5% Gel 再依規格量換算法核定為每瓶 49.2 元 $(133 \text{ 元} / 15 \times 5 \div 0.9 = 49.2 \text{ 元})$ 。

三、訂定給付規定如下(詳附表九)：

本複方痤瘡治療劑不得與其他外用含 adapalene, benzoyl peroxide、tretinoin、isotretinoin 及 azaleic acid 成分之痤瘡治療藥物同時使用。

伍、散會 (會議於 5 月 12 日中午 12 時 30 分結束)

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif Micrograms)： (91/4/1、97/8/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. <u>需事前審查核准後使用。(100/○○/1)</u> 3. <u>不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/○○/1)</u> <u>(1) 有視神經及脊髓發作。</u> <u>(2) 出現下列 2 種以上症狀：</u> <u>i 脊髓侵犯大於 3 節</u> <u>ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性</u> <u>iii 腦部磁共振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</u></p>	<p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif Micrograms)： (91/4/1、97/8/1) 限用於復發型多發性硬化症。</p>
<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)：(92/3/1、92/12/1、93/3/1、97/8/1、99/10/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>1. 限用於： (1) 降低反覆發作型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 (2) 降低續發型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 (3) 發生單一臨床症狀 (Clinically Isolated</p>	<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)： (92/3/1、92/12/1、93/3/1、97/8/1、99/10/1) 限用於： 1. 降低反覆發作型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 2. 降低續發型多發性硬化症的發作頻率及嚴重度。 3. 發生單一臨床症狀 (Clinically Isolated</p>

<p>Syndrome) 疑似多發性硬化症的病患。限神經科醫師申請使用，申請時必須附病歷及具 2 個以上 MS-like 病灶點之 MRI 影像，以確認符合 Clinical Isolated Syndrome (CIS)。 (99/10 /1、<u>100/〇〇/1</u>)</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。 <u>(100/〇〇/1)</u></p> <p>3. <u>不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/〇〇/1)</u></p> <p><u>(1) 有視神經及脊髓發作。</u></p> <p><u>(2) 出現下列 2 種以上症狀：</u></p> <p><u>i 脊髓侵犯大於 3 節</u></p> <p><u>ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性</u></p> <p><u>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</u></p>	<p>Syndrome) 疑似多發性硬化症的病患。使用時需符合下列規定：(99/10 /1)</p> <p>(1) 需經事前審查核准後使用。</p> <p>(2) 限神經科醫師申請使用，申請時必須附病歷及具 2 個以上 MS-like 病灶點之 MRI 影像，以確認符合 Clinical Isolated Syndrome (CIS)。</p>
--	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第3章 代謝及營養劑 Metabolic & nutrient agents

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>3.2.1. Mecobalamin 製劑：(85/4/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p><u>限符合以下條件之一使用：</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵（<u>須於處方上敘明</u>）。 2. <u>經神經科專科醫師診斷或經神經傳導(NCV) 檢查證實之慢性多發性神經病變(chronic polyneuropathy)。(100/○○/1)</u> 	<p>3.2.1. Mecobalamin 製劑：(85/4/1)</p> <p>限糖尿病併發周邊神經病變並具有臨床神經學病徵（需於處方上敘明），或經神經傳導（NCV）檢查證實之病例使用</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

全民健康保險藥品給付規定修正規定(草案)

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. ○ <u>Tegafur-gimeracil-oteracil</u> <u>複方製劑 (如 TS-1 capsules):</u> <u>(100/○○/1)</u></p> <p>1. 限使用於下列病人： (1) 罹患 TNM Stage II (排除 T1)、IIIA 或 IIIB 胃癌且接受過胃癌根治性手術 (D2 淋巴廓清術) 的成年病人。 (2) 治療無法切除的第 IV 期胃癌。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p>	無

備註：劃線部分為新修訂規定

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第1章 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>1. 6. 2. 1. Botox (90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>1.~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂痙攣： (93/1/1、94/6/1、98/3/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)<u>限地區醫院以上(含)神經內科或復健科專科醫師診斷及注射。</u> (94/6/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>(3)~(6) (略)</p>	<p>1. 6. 2. 1. Botox (90/1/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1)</p> <p>1.~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂痙攣： (93/1/1、94/6/1、98/3/1)</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)限經區域以上(含)教學醫院神經內科或復健科專科醫師診斷為成人中風後之手臂痙攣病患，經事前審查核准後可由地區醫院以上(含)之復健科或神經內科醫師注射。(94/6/1)</p> <p>(3)~(6) (略)</p>
<p>1. 6. 2. 2. Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>1.~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂痙攣： (93/1/1、94/6/1、98/3/1、100/○○/1)</p> <p>(1)(略)</p>	<p>1. 6. 2. 2. Dysport (91/2/1、93/1/1、94/6/1、98/3/1、98/5/1)</p> <p>1.~3. (略)</p> <p>4. 使用於成人中風後之手臂痙攣： (93/1/1、94/6/1、98/3/1)</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)限經區域以上(含)教學醫院神</p>

<p>(2) <u>限地區醫院以上(含)神經內科或復健科專科醫師診斷及注射。</u> (94/6/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>(3)~(6) (略)</p>	<p>經內科或復健科專科醫師診斷為成人中風後之手臂痙攣病患，經事前審查核准後可由地區醫院以上(含)之復健科或神經內科醫師注射。(94/6/1)</p> <p>(3)~(6) (略)</p>
--	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 1 章 神經系統藥物 Drugs acting on the nervous system

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>1.3. ○. Carbamazepine (100/○○/1)</p> <p>1. 使用於新病患：</p> <p>(1) 處方使用 carbamazepine 成分藥品之前，應先檢查病患 IC 健保卡是否已註記曾檢測帶有 HLA-B 1502 基因，檢測結果為陽性者，不得開立 carbamazepine 成分藥品之處方。</p> <p>(2) 醫師欲為病患處方 carbamazepine 成分藥品前，應先詢問病患是否對該藥品有過敏病史，若為不確認者或未檢測者，宜先行作 HLA-B 1502 基因檢測。</p> <p>2. 使用於舊病患：</p> <p>若病患已服用 4 個月以上，且確認未曾出現喉嚨痛、嘴巴破或皮膚症狀(如分散的斑點或斑丘疹症狀)等類似 Steven-Johnson 症候群或其他不良反應時，可依病情繼續處方治療，但仍需提醒病患注意上述症狀之發生。</p> <p>3. 醫師為病患處方使用 carbamazepine 成分藥品，以日劑藥費申報者，應依規定詳實申報處方明細。</p>	無

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)
 第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents
 (自 100/○○/1 生效)

附表一 全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表

修正後給付規定	原給付規定
<p style="text-align: center;">口 服</p> amoxicillin (以下略) trimethoprine/sulfamethoxazole <u>Flucloxacillin (100/○○/1)</u>	<p style="text-align: center;">口 服</p> amoxicillin (以下略) trimethoprine/sulfamethoxazole 無
<p style="text-align: center;">注 射</p> (略)	<p style="text-align: center;">注 射</p> (略)

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)
 第 4 章 血液治療藥物 Hematological drugs
 (自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>4. 1. <u>○. Eltrombopag (如 Revolade)</u> <u>(100/○○/1)</u> 限符合下列三項條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>用於脾臟切除後且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者，或對於不適合進行脾臟切除之成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)患者；</u> 2. <u>合併血小板數目嚴重低下 (< 20,000/cumm)且必須接受外科手術治療者。</u> 3. <u>限用 6 週，須經事前審查核准後使用。</u> 	無

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物

Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>5.1. 糖尿病用藥 Drugs used in diabetes</p> <p>5.1.1.~5.1.3 (略)</p> <p><u>5.1.○. Vildagliptin(如 Gulvas)</u></p> <p><u>(100/○○/1)</u></p> <p><u>若與 sulphonylurea 合併使用時，vildagliptin 每日建議劑量為 50mg。</u></p>	<p>5.1. 糖尿病用藥 Drugs used in diabetes</p> <p>5.1.1.~5.1.3 (略)</p> <p>5.1.○. 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 13 章 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自 100/○○/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p><u>13. ○. Adapalene/benzoyl peroxide</u> <u>(如 Epiduo 0.1%/2.5% Gel) :</u> <u>(100/○○/1)</u> <u>本複方痤瘡治療劑不得與其他</u> <u>外用含 adapalene, benzoyl</u> <u>peroxide、tretinoin、</u> <u>isotretinoin 及 azaleic acid</u> <u>成分之痤瘡治療藥物同時使用。</u></p>	<p>無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。