

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：鄭舜介
電話：(02)2752-7286#114
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jie@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國98年12月23日

發文字號：全醫聯字第0980006617號

速別：普通件

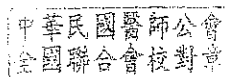
密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：轉知「全民健康保險藥品給付規定－第9章抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.18 Trastuzumab (如Herceptin)」，業經中央健康保險局於98年12月14日以健保審字第0980083131號令修正發布，並自99年1月1日生效，請查照。

說明：依據中央健康保險局98年12月14日健保審字第0980083131A號書函副本(如附件)辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：



理事長

李明濱

上網公告
鄭舜介
98.12.25

副本

| | | | |
|------|------|----------|------|
| 收文編號 | 3904 | 98.12.14 | 1900 |
| 歸檔編號 | | | |

檔 號：
保存年限：

中央健康保險局 書函

機關地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：杜安琇(02)27065866轉1554
電子信箱：

10688
台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國98年12月14日

發文字號：健保審字第0980083131A號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿含「全民健康保險藥品給付規定—第9章抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.18. Trastuzumab (如Herceptin)」規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險藥品給付規定—第9章抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.18. Trastuzumab (如 Herceptin)」，業經本局於中華民國九十八年十二月十四日以健保審字第0980083131號令修正發布，茲檢送發布令(含附件)1份，請 查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署藥政處、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本局稽核室、本局資訊處、本局企劃處(請刊登健保電子報及本局全球資訊網)、本局醫務管理處、本局台北分局(請轉知轄區醫事機構，以下同)、本局北區分局、本局中區分局、本局南區分局、本局高屏分局、本局東區分局、本局醫審暨藥材小組(以上均含附件)

中央健康保險局
校對章(3)

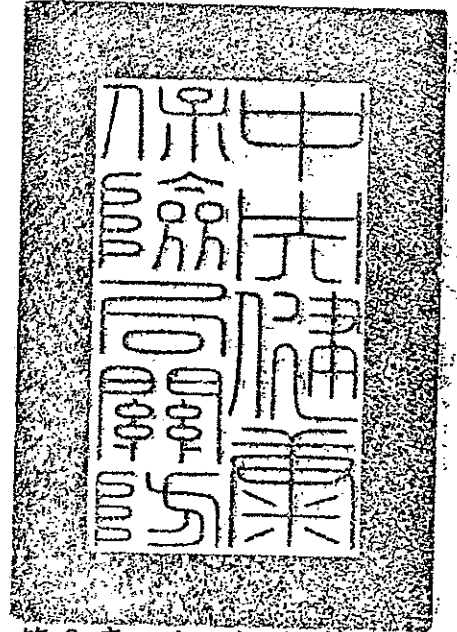
中央健康保險局

檔 號：
保存年限：

中央健康保險局

令

發文日期：中華民國98年12月14日
發文字號：健保審字第0980083131號
附件：如附



修正「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.18.Trastuzumab (如 Herceptin)」給付規定，並自中華民國九十九年一月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.18.Trastuzumab (如 Herceptin)」給付規定

中央健康保險局
檢 對 章 (3)

總經理 鄭守夏

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 99 年 1 月 1 日生效)

| 修正後給付規定 | 原給付規定 |
|---|--|
| <p>9.18. Trastuzumab (如 Herceptin) : (91/4/1、93/8/1、95/2/1、<u>99/1/1</u>) 附表七之一</p> <p>1. <u>早期乳癌(99/1/1)</u></p> <p>(1) <u>經外科手術、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，且腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。</u></p> <p>(2) <u>使用至多以一年為限，一年申請量以 13 小瓶為限(每小瓶 440mg)。</u></p> <p>2. <u>轉移性乳癌</u></p> <p>(1) <u>單獨使用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(91/4/1、99/1/1)</u></p> <p>(2) <u>與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現(IHC 3+或 FISH+)者。(93/8/1、95/2/1、99/1/1)</u></p> <p>(3) <u>轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用。(99/1/1)</u></p> <p>3. 經事前審查核准後使用。</p> | <p>9.18. Trastuzumab (如 Herceptin) : (91/4/1、93/8/1、95/2/1) 附表七之一</p> <p>1. 單獨使用於治療腫瘤細胞上有過度 HER2 表現，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。(91/4/1)</p> <p>2. 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 IHC Test3 或 FISH(+)者。(93/8/1、95/2/1)</p> <p>3. 經事前審查核准後使用。</p> |

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表七之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Trastuzumab 申請表

| | | | | | | | |
|---|--------|---|--|---|---------------|--|----------|
| 申請類別： <input type="checkbox"/> 送核 <input type="checkbox"/> 補資料 <input type="checkbox"/> 申復 <input type="checkbox"/> 資料異動 | | 受理日期：_____ | | 受理編號：_____ | | 緊急傳真日期：_____ | |
| 醫事機構名稱 | 保險對象姓名 | 出生 | 原受理時填用 (申復) <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院 | 病歷號碼 | 預定日期 | 實施日期 | 申請醫師身分證號 |
| ICD-9 代碼 | 身分編號 | 科別 | 使用日期 | | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 藥品代碼 | 疾病名稱 | 健保局核定欄 | | | | | |
| 成分類別 | 給付規定 | <input type="checkbox"/> 早期乳癌 經外科手術、化學療法(術前輔助治療或輔助治療)治療後，具 HER2 過度表現(IHC 3+ 或 FISH+)，且腋下淋巴結轉移之早期乳癌患者，作為輔助性治療用藥。使用至多一年為限，一年申請量以 13 小瓶為限(每小瓶 440mg)。 <input type="checkbox"/> 轉移性乳癌 單獨用於治療腫瘤細胞上有 HER2 過度表現(IHC 3+ 或 FISH+)，曾接受過一次以上化學治療之轉移性乳癌病人。 <input type="checkbox"/> 與 paclitaxel 或 docetaxel 併用，使用於未曾接受過化學治療之轉移性乳癌病患，且為 HER2 過度表現(IHC 3+ 或 FISH+)者。 <input type="checkbox"/> 轉移性乳癌且 HER2 過度表現之病人，僅限先前未使用過本藥品者方可使用。 | | | | | |
| 1. 申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書(應勾註申復，並填明原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書)。 4. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 5. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 6. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 7. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 | | 申請數量 | | <input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 _____ <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症 <input type="checkbox"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷 <input type="checkbox"/> 未附治療計劃(預計使用上述藥物之劑量及預計使用次數) <input type="checkbox"/> 相關檢驗、檢查報告不全(如影像診斷報告或腫瘤標誌) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下 _____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ | | | |
| | | 注意 1. 申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各地分局申請審核。 2. 復時填寫，初次送核不須填寫。 3. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書(應勾註申復，並填明原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書)。 4. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 5. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 6. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 7. 原審核定事項如有異議，得於收到通知之日起六十日內，重行填寫申復申請書。 | | 申請數量 | | 中央健康保險局 日期章戳 審查醫師 科課長 複核 承辦人 文號：_____ | |