

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29
號9樓

承辦人：曾欣怡

電話：(02)2752-7286#122

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：cynthia@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年8月17日

發文字號：全醫聯字第0990001774號

速別：普通件

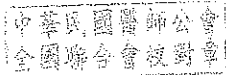
密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：轉知「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗腫瘤藥物
Antineoplastics drugs 9.28. Bortezomib (如Velcade
for Injection)」，業經中央健康保險局於99年8月11日以
健保審字第0990006426號令修正發布，並自99年9月1日生效，
請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年8月11日健保審字第
0990006426A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

99.8.19 47文 7139

上網公告
鄭華琴
8.19

副本

收文編號	收文日期	期歸檔編號
2077	99.8.19	1630

檔號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 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99年8月11日

發文字號：健保審字第0990006426A號

速別：普通件

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 9.28. Bortezomib (如Velcade for Injection)」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 9.28. Bortezomib (如Velcade for Injection)」，業經本局於中華民國九十九年八月十一日以健保審字第0990006426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、行政院衛生署食品藥物管理局、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、本局資訊組、本局企劃組(請刊登健保電子報及本局全球資訊網)、本局醫務管理組、本局臺北業務組(請轉知轄區醫事機構，以下同)、本局北區業務組、本局中區業務組、本局南區業務組、本局高屏業務組、本局東區業務組、本局醫審及藥材組(以上均含附件)

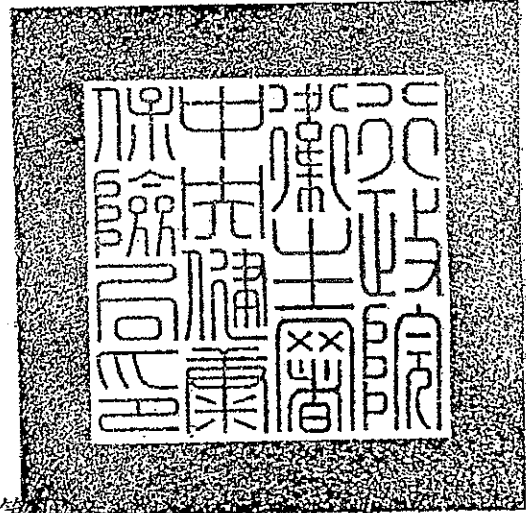
行政院衛生署中央健康保險局核對章(2)

行政院衛生署中央健康保險局

檔 號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年8月11日
發文字號：健保審字第0990006426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 9.28. Bortezomib (如Velcade
for Injection)」給付規定，並自中華民國九十九年九
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 9.28. Bortezomib (如Velcade
for Injection)」給付規定



局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 99 年 9 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.28. Bortezomib (如 Velcade for Injection): (96/6/1、98/2/1、99/3/1、99/9/1) 附表九之三</p> <p>限用於</p> <p>1. 曾接受過至少一種治療方式且已經接受或不適宜接受骨髓移植的進展性多發性骨髓癌病人 (99/3/1)</p> <p>(1) 每人以 8 個療程為<u>上限</u>。 (99/9/1)</p> <p>(2) 使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein) 未上升 (即表示為 response 或 stable status) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可使用後 4 個療程。</p> <p>2. 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人(98/2/1)。</p> <p>(1) 每人以 8 個療程為<u>上限</u>。 (99/9/1)</p> <p>(2) 每日最大劑量 1.5mg/m²/day；每個療程第 1,4,8,11 日給藥。</p> <p>(3) 使用 4 個療程後須再評估，確定有效後，則可再使用 4 個療程。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p>	<p>9.28. Bortezomib (如 Velcade for Injection): (96/6/1、98/2/1、99/3/1) 附表九之三</p> <p>限用於</p> <p>1. 曾接受過至少一種治療方式且已經接受或不適宜接受骨髓移植的進展性多發性骨髓癌病人 (99/3/1)</p> <p>(1) 每次使用以 8 個療程為限。</p> <p>(2) 使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein) 未上升 (即表示為 response 或 stable status) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可使用後 4 個療程。</p> <p>2. 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人(98/2/1)。</p> <p>(1) 以 8 個療程為<u>上限</u>。</p> <p>(2) 每日最大劑量 1.5mg/m²/day；每個療程第 1,4,8,11 日給藥。</p> <p>(3) 使用 4 個療程後須再評估，確定有效後，則可再使用 4 個療程。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表九之三 全民健康保險使用抗癌藥品 Bortezomib 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： _____年 ____月 ____日	受理編號： _____	緊急傳真日期： _____年 ____月 ____日	原受理時填用 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	預定日期 _____	實施日期 _____			
醫療機構名稱 代號	保險對象姓名 身分證號	出生日期 _____	科別 _____	原受理時填用 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	預定日期 _____	實施日期 _____			
ICD-9 代碼 _____	疾病名稱 _____	使用日期 _____年 ____月 ____日	申請數量 _____	原受理時填用 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	預定日期 _____	實施日期 _____			
藥品名稱及代碼 Velcade <input type="checkbox"/> B024510217	申請類別 <input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	給付規定 <input type="checkbox"/> 曾接受過至少一種治療方式且已經接受或不適宜接受骨髓移植的進展性多發性骨髓瘤病人 (1)每人以 8 個療程為上限。 (2)使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein) 未上升 (即表示為 response or stable status) 或對部分 non-secretory type MM 病人以骨髓檢查 plasma cell 為療效依據，方可使用後 4 個療程。 <input type="checkbox"/> 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人。 (1)每人以 8 個療程為上限。 (2)每日最大劑量 1.5mg/m ² /day；每個療程第 1,4,8,11 日給藥。 (3)使用 4 個療程後須再評估，確定有效後，則可再使用 4 個療程。	申請數量 _____	原受理時填用 <input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	預定日期 _____	實施日期 _____			
注意	事項	1. 本申請書限一人一案，由本保險特約醫事服務機構填報，不必備文，請逕向健保局各分區業務組申請。 2. 申請書應填寫「初次送核不須填寫」。 3. 應填明原受理編號，如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，向原核定單位申請複核。 4. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，向原核定單位申請複核。 5. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，向原核定單位申請複核。 6. 對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，向原核定單位申請複核。 7. 保險對象對核定結果如有異議，得於收到核定通知之日起六十日內，向原核定單位申請複核。					<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，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____	行政院衛生署 中央健康保險局 日期章戳 _____	審查醫師 _____
醫務機構	醫院	申請日期： _____年 ____月 ____日	文號： _____	承辦人 _____	複核 _____	科長 _____	決行 _____		