

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：鄭舜介

電話：(02)2752-7286#134

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99年8月24日

發文字號：全醫聯字第0990001819號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

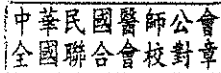
附件：如說明

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 9.27. Cetuximab (如 Erbitux)」，
業經中央健康保險局於99年8月19日以健保審字第
0990051444號令修正發布，並自99年10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19日健保審字第
0990051444A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

副本

收文編號	收文日期	歸檔編號
2136	99.8.20	550

檔號：
保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 書函

地址：台北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
聯絡人及電話：何容甄(02)27065866轉2633

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19日
發文字號：健保審字第0990051444A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章抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.27. Cetuximab(如Erbix)」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章抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.27. Cetuximab (如 Erbix)」，業經本局於中華民國99年8月19日以健保審字第0990051444號令修正發布，茲檢送發布令(含附件)各1份，請刊登行政院公報。

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、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、本局台北業務組(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(以上均含附件)

行政院衛生署中央
健康保險局核對章(4)

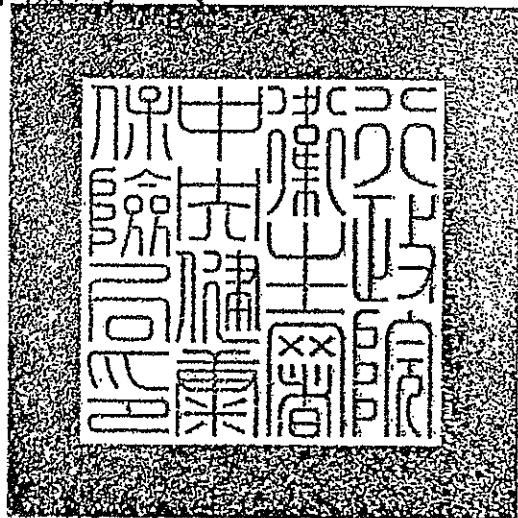
行政院衛生署中央健康保險局

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19日
發文字號：健保審字第0990051444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 9.27. Cetuximab (如 Erbitux)」部分規定，並自中華民國九十九年十月一日生效。

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 9.27. Cetuximab (如 Erbitux)」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 10 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.27. Cetuximab (如 Erbitux): (96/3/1、98/7/1、98/8/1、<u>99/10/1</u>) 附表七之三</p> <p>1.(略)</p> <p>2.口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分： (98/7/1、<u>99/10/1</u>)</p> <p>(1)限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者，且符合下列條件之一：</p> <p><u>I.年齡 ≥ 70 歲；</u> <u>II.Ccr < 50ml/min；</u> <u>III.聽力障礙者(聽力障礙定義為 500Hz、1000Hz、2000Hz 平均聽力損失大於 25 分貝)；</u> <u>IV.無法耐受 platinum-based 化學治療。</u></p> <p>(2)使用總療程以接受 8 次輸注為上限。</p> <p>(3)需經事前審查核准後使用。</p>	<p>9.27. Cetuximab (如 Erbitux): (96/3/1、98/7/1、98/8/1) 附表七之三</p> <p>1.(略)</p> <p>2.口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分： (98/7/1)</p> <p>(1)限與放射線療法合併使用，治療無法耐受 platinum-based 化學治療及 platinum 禁忌症之局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者。且病患須同時符合下列二項條件，方可使用：</p> <p><u>I. 年齡 ≥ 70 歲，或 Ccr < 50ml/min 或聽力障礙者。</u> <u>II. ECOG ≤ 2。</u></p> <p>(2)使用總療程以接受 8 次輸注為上限。</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。

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：			
醫療機構名稱	名稱	保險對象姓名	姓	出生	原受理編號 (原申復時填用)	門診	住院	病歷號碼	預定日期		
	代號		身分證號	科別					醫師身分證號		
ICD-9代碼		疾病名稱	使用日期		年 月 日至 年 月 日						
藥品名稱及代碼	申請類別	給付規定		用量	申請數量	健保局核定欄					
Erbtux <input type="checkbox"/> K000819248 <input type="checkbox"/> K000877238	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 直腸結腸癌治療部分： <input type="checkbox"/> Cetuximab 與 irinotecan 合併使用，治療已接受過含 5-fluorouracil (5-FU)、irinotecan 及 oxaliplatin 二藥以上之細胞毒性治療失敗、且具有表皮生長因子受體 (EGFR) 表現型且 K-ras 基因沒有突變的轉移性直腸結腸癌的病患。 <input type="checkbox"/> 本藥需經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 9 週為限，再次申請必須提出客觀證據(如：影像學)證實無惡化，才可繼續使用。使用總療程以 18 週為上限。 <input type="checkbox"/> 咽喉癌、下咽癌及喉癌治療部分： <input type="checkbox"/> 限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者，且符合下列條件之一： <input type="checkbox"/> I. 年齡 \geq 70 歲； <input type="checkbox"/> II. Ccr $<$ 50ml/min； <input type="checkbox"/> III. 聽力障礙者(聽力障礙定義為 500Hz、1000Hz、2000Hz 平均聽力損失大於 25 分貝)； <input type="checkbox"/> IV. 無法耐受 platinum-based 化學治療。 <input type="checkbox"/> 使用總療程以接受 8 次輸注為上限。				<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： _____					
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「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。 2. 應保險對象或醫事服務機構於收到核定通知之日起六十日內，重行填寫乙份申請書(應勾註申復，並填明原核定受理編號)向原核定單位申請複核。 3. 對原核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請審議。 4. 對複核定結果如有異議者，應循上述申復及爭議審議途徑申請複核或審議，不得以新個案重新申請審議。 5. 否則醫事服務機構報備。經報備後，應以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。 6. 因事出緊急，得以書面說明電傳保險人報備後，先行處理治療，並立即備齊應附文件備查。 7. 經報備後，應依專業審查結果辦理。		行政院衛生署 中央健康保險局 日期章戳		審查醫師 醫師					
醫事服務機構	醫院 印信	申請日期： 年 月 日		文號：		承辦人	複核	科長	決行		