

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9月16日

發文字號：全醫聯字第0990002025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1章神經系統藥物、第5章激素及影響內分泌機轉藥物、第9章抗癌瘤藥物、第10章抗微生物劑」，業經中央健康保險局於99年9月9日以健保審字第0990074769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9月9日健保審字第0990074769A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

第1頁 共1頁
99. 9. 17 8159

上網
鄭華介
99.9.17

副本

收文編號	日期	歸檔編號
2373	99.9.18	12:00

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：黃雪珠(02)27065866轉2643

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9月9日

發文字號：健保審字第0990074769A號

速別：速件

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1章神經系統藥物、第5章激素及影響內分泌機轉藥物、第9章抗腫瘤藥物、第10章抗微生物劑」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1章神經系統藥物、第5章激素及影響內分泌機轉藥物、第9章抗腫瘤藥物、第10章抗微生物劑」，業經本局於中華民國99年9月9日以健保審字第0990074769號令修正發布，茲檢送發布令(含附件)各1份，請查照。

說明：

- 一、全民健康保險藥品給付規定之通則七已明訂：本保險處方用藥，需符合中央衛生主管機關核准藥品許可證登載之適應症，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品；茲取消全民健康保險藥品給付規定各章節中訂有「符合適應症範圍」或「限許可證已核准適應症」之文字。
- 二、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）

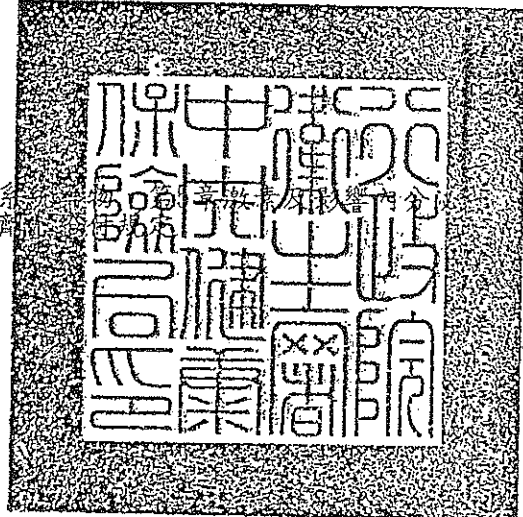
行政院衛生署中央
健康保險局 技對字(4)

行政院衛生署中央健康保險局



行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年9月9日
發文字號：健保審字第0990074769號
附件：修正「全民健康保險藥品給付規定—第1章神經系統藥物、第5章機轉藥物、第9章抗腫瘤藥物、第10章抗微生物劑」



修正「全民健康保險藥品給付規定—第1章神經系統藥物、第5章激素及影響內分泌機轉藥物、第9章抗腫瘤藥物、第10章抗微生物劑」部分給付規定，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1章神經系統藥物、第5章激素及影響內分泌機轉藥物、第9章抗腫瘤藥物、第10章抗微生物劑」給付規定

行政院衛生署中央
健康保險局核對章(4)

局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第1章 神經系統藥物

Drugs acting on the nervous system

(自 99 年 10 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品 (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) (90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1、99/1/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)： <u>(以下略)</u></p>	<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品 (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) (90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需<u>合乎衛生主管機關許可之適應症範圍</u>，並符合下列條件之一者：</p>
<p>1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</p> <p>1.2.1. 選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate； fluoxetine； paroxetine； sertraline； venlafaxine HCl； milnacipran； mirtazapine； citalopram； escitalopram； duloxetine 等製劑)：(88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1、99/1/1) <u>使用時病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。</u></p> <p>1.2.1.1. Bupropion HCL： <u>(92/1/1、99/10/1)</u> 作為戒菸治療者不予給付。</p>	<p>1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</p> <p>1.2.1. 選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」 (fluvoxamine maleate； fluoxetine； paroxetine； sertraline； venlafaxine HCl； milnacipran； mirtazapine； citalopram； escitalopram； duloxetine 等製劑)：(88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1) <u>使用時需符合衛生主管機關核准之適應症</u>，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。</p> <p>1.2.1.1. Bupropion HCL (<u>如 Wellbutrin S-R Tab. 150mg</u>)：(92/1/1) 作為戒菸治療者不予給付。</p>

<p>1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole、paliperidone 等)：(91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1、99 / /))</p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件 (95/10/1、97/5/1、99/10/1)：</p> <p>(以下略)</p>	<p>1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine、olanzapine、risperidone、quetiapine、amisulpride、ziprasidone、aripiprazole、paliperidone 等)：(91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需<u>合乎衛生主管機關許可之適應症範圍</u>，並需符合下列條件 (95/10/1、97/5/1)：</p>
<p>1.3.2.3. Topiramate (如 Topamax) (90/9/1、92/11/1、93/6/1、94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1、99 / / 1)</p> <p>限下列病患使用：</p> <p>1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>2. 用於預防偏頭痛之治療 (94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1、99/10/1)</p> <p>(以下略)</p>	<p>1.3.2.3. Topiramate (如 Topamax) (90/9/1、92/11/1、93/6/1、94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1)</p> <p>限下列病患使用：</p> <p>1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>2. 用於預防偏頭痛之治療(<u>限許可證已核准適應症之藥品</u>) (94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1)</p>

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物

Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

(自 99 年 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑) (92/1/1、93/4/1、95/4/1、98/5/1、99/2/1、99/10/1))</p> <p>1. 本類藥品限用於前列腺癌、中樞性早熟、子宮內膜異位症及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例。 (85/1/1) (98/5/1)</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例需經事前審查核准後依下列規範使用(98/5/1、99/10/1)： (以下略)</p>	<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑)(92/1/1、93/4/1、95/4/1、98/5/1、99/2/1)</p> <p>1. 本類藥品限用於前列腺癌、中樞性早熟、子宮內膜異位症及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例。 (85/1/1) (98/5/1)</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例應以衛生署已許可適應症之藥品為限，且需經事前審查核准後依下列規範使用(98/5/1)：</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

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics

(自 99 年 月 1 日生效)

新修正給付規定	原給付規定
<p>9.4. Gemcitabine (如 Gemzar) (92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1、99/10/1)</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (略) 2. (略) 3. (略) 4. <u>用於曾經使用含鉑類藥物 (platinum-based) 治療後復發且間隔至少 6 個月之卵巢癌，作為第二線治療。(96/5/1、99/10/1)</u> 	<p>9.4. Gemcitabine (如 Gemzar) (92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1)</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. (略) 2. (略) 3. (略) 4. 用於曾經使用含鉑類藥物 (platinum-based) 治療後復發且間隔至少 6 個月之卵巢癌，作為第二線治療，<u>且限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品。(96/5/1)</u>
<p>9.11. Tegafur 成分製劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限轉移性胃癌、轉移性直腸癌、轉移性結腸癌、轉移性乳癌之病患使用 (89/10/1、97/12/1)。 2. 頭頸部鱗狀上皮癌 (93/4/1、98/3/1、99/10/1)。 3. 與 cisplatin 併用治療轉移及末期肺癌。 4. <u>直腸癌、結腸癌第 II、III 期患者之術後輔助性治療，且使用期限不得超過 2 年 (94/10/1、97/12/1)</u> 	<p>9.11. Tegafur 成分製劑：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限轉移性胃癌、轉移性直腸癌、轉移性結腸癌、轉移性乳癌之病患使用 (89/10/1、97/12/1)。 2. <u>以下疾病限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品 (93/4/1、98/3/1)。</u> <ol style="list-style-type: none"> (1) 頭頸部鱗狀上皮癌。 (2) 與 cisplatin 併用治療轉移及末期肺癌。 3. 直腸癌、結腸癌第 II、III 期患者之術後輔助性治療，且使用期限不得超過 2 年 (94/10/1、97/12/1)

<p>9.14.Doxorubicin hydrochloride liposome injection (如 Lipo-Dox、Caelyx)：(91/3/1、93/8/1、93/11/1、99/1/1))</p> <p><u>限用於下列適應症：(99/10/1)</u></p> <p>(以下略)</p>	<p>9.14.Doxorubicin hydrochloride liposome injection (如 Lipo-Dox、Caelyx)：(91/3/1、93/8/1、93/11/1)</p> <p>限用於<u>行政院衛生署核准</u>之下列適應症：</p>
--	---

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 99 年 10 月 1 日生效)

新修正給付規定	原給付規定
<p>10.6.3.2.Itraconazole注射劑 (如 Sporanox inj)：(96/6/1、96/8/1、99/10/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (略)</p> <p>3. <u>因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)</u>。(96/8/1、99/10/1)</p>	<p>10.6.3.2.Itraconazole注射劑 (如 Sporanox inj)：(96/6/1、96/8/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (略)</p> <p>3. <u>符合行政院衛生署核准之適應症</u>，因病情需要，經感染症專科醫師會診確認需要使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。(96/8/1)</p>
<p>10.6.6. Caspofungin Injection劑型 (如 Cancidas Injection 50mg)：(92/8/1、94/1/1、96/7/1、99/10/1)</p> <p>限符合下列規定之一：</p> <p>1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。</p> <p>2. <u>經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於 fluconazole 無效或有嚴重副作用者</u>。(99/10/1)</p>	<p>10.6.6. Caspofungin Injection劑型 (如 Cancidas Injection 50mg)：(92/8/1、94/1/1、96/7/1)</p> <p>限符合下列規定之一：</p> <p>1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。</p> <p>2. <u>符合衛生署之適應症範圍且經感染症專科醫師認定需使用者</u>，惟治療食道念珠菌感染限用於 fluconazole 無效或有嚴重副作用者。</p>