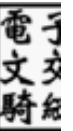


檔 號：

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

聯絡人：吳韻婕

電話：(02)27527286-154

傳真：(02)2771-8392

Email: yulia@.tma.tw

受文者：臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國106年12月19日

發文字號：全醫聯字第1060001901號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(1060001901\_Attach1.docx、1060001901\_Attach2.pdf、1060001901\_Attach3.doc)

主旨：為符合現行臨床所需，惠請 貴會再次審酌全民健康保險藥品給付規定建議內容，並依必要性排列優先順序，詳如說明段，請 查照惠復。

說明：

- 一、本會106年10月27日全醫聯字第1060001647號函諒達。
- 二、業已彙整各會回覆之全民健康保險藥品給付規定修正建議，計16項，併提供完整回覆資料供 貴會參考（詳附件一、二），爰請 貴會協助再次審酌資料完整性，以及針對彙整資料再次提供建議，且依其必要性填寫優先順序。若針對所列項目內容修正建議，擬請填寫全民健康保險藥品給付規定建議表（附件三）。
- 三、惠請於107年1月8日（星期一）前依全民健康保險藥品給付規定修正建議彙整表（附件一）回覆本會，俾利後續作業事宜，無任感荷。

正本：西醫基層審查執行會各分會、各縣市醫師公會

副本：



\*XC04101901\*

理事長 邱 泰 源



裝

訂



線

全民健康保險藥品給付規定修正建議彙整表

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
1	Quetiapine	Seroquel	口服	25mg、100mg	單方	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、99/10/1) 2. 本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)	修正	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、99/10/1) <u>2. quetiapine 得使用於雙極性疾患之鬱症發作。</u>	詳附表 1		
2			口服			1.2.3. Zaleplon、zolpidem、zopiclone 及 eszopiclone (98/1/1、98/5/1、98/10/1、102/11/1)	新增	1.2.3. Zaleplon、zolpidem、zopiclone、eszopiclone (98/1/1、98/5/1、98/10/1、102/11/1)、 <u>brotizolam、triazolam 及 flunitrazepam</u> 8. <u>以上藥品若非精神科、神經科專科醫師開立, 超過 6 個月必須照會精神科專科醫師。</u> 9. <u>關懷名單個案不得開立連續處方簽。</u> 10. <u>關懷名單個案必須轉精神科專科醫師評估治療。</u>	詳附表 2		
3			口服			1.3.3. 失智症治療藥品 4. 依疾病別及嚴重度, 另規定如下 I. 輕度至中度失智症: iii. 使用後每一年需重新評估, 追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗, 並於病歷記錄, 如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級, 則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、	修正	1.3.3. 失智症治療藥品 4. 依疾病別及嚴重度, 另規定如下: I. 輕度至中度失智症: iii. 使用後每一年需重新評估, 追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗, 並於病歷記錄, 如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步至 3 分, 則應停用此類藥	詳附表 3		

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
						<p>Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1、106/10/1)</p> <p>II. 中重度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症：</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 5 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p>		<p>品。</p> <p>II. 中重度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症：</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p>			

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
4	Acyclovir		口服	200mg、400mg、800mg	單方	10.7.1.1.全身性抗疱疹病毒劑 IX. 帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品(86/1/1、87/4/1)。	修正	10.7.1.1.全身性抗疱疹病毒劑 IX.帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部或生殖器周圍、 <u>50歲以上、皮疹 50 個水泡以上、或糖尿病</u> 之病人，可給予五日內之口服或外用藥品	詳附表 4		
5	Dapagliflozin、Empagliflozin		口服	5mg、10mg、25mg	單方	5.1.糖尿病用藥 Drugs used in diabetes 2.使用條件：(105/5/1) (2)TZD 製劑、DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑、以及含該 3 類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin 仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人，且 SGLT-2 抑制劑與 DPP-4 抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。	刪除	5.1.糖尿病用藥 Drugs used in diabetes 2.使用條件：(105/5/1) (2)TZD 製劑、DPP-4 抑制劑、SGLT-2 抑制劑、以及含該 3 類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin 仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人， <del>且 SGLT-2 抑制劑與 DPP-4 抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。</del>	詳附表 5		
6		高眼壓及青光眼用藥	外用			14.1.2.複方製劑：(92/2/1、101/12/1、104/4/1、106/2/1) 限經單一降眼壓藥物治療後，眼壓仍控制不良之患者第二線(含)以上用藥。(91/12/1、97/8/1、97/9/1、101/12/1)	新增	14.1.2.複方製劑：(92/2/1、101/12/1、104/4/1、106/2/1) 限經單一降眼壓藥物治療後，眼壓仍控制不良之患者第二線(含)以上用藥。(91/12/1、97/8/1、97/9/1、101/12/1) 眼壓大於 30mmHg 時，第一次藥物可以 Combine 兩種 1st line 藥或直接使用複方製劑或前列腺素衍生物類：(Prostaglandin analogues)第二線青光眼藥	詳附表 6		

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
7			外用			<p>14.5.人工淚液：(87/7/1、93/2/1)</p> <p>1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於5mm者。</p> <p>2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必須時之使用。</p>	修正	<p>14.5.人工淚液：(87/7/1、93/2/1)</p> <p>(1) 人工淚液眼藥水運用在眼部手術後或是輕微乾眼症病患使用。可依臨床觀察診斷(Tear film status,Punctate epithelial defect,等)或以Schirmer test&lt;10mm可開立。</p> <p>(2) 藥膏凝膠類例如Duratears、Vidisic gel、Liposic運用在嚴重乾眼症病患需Schirmer test&lt;5mm或Recurrent epithelial erosion病史或角膜上皮細胞病變才可以用。</p> <p>(3) 申報費用時,須檢附首次確定診斷及處方當次之病歷影本。</p> <p>(4) Schirmer test之濾紙因有接觸淚液不宜要求黏貼於病歷上。</p>	詳附表7		
8	Pregabalin	Lyrica	口服	75mg、150mg、3000mg	單方	<p>1.1.7.Pregabalin(如Lyrica)(101/2/1、102/2/1、105/1/1、106/3/1)</p> <p>1. 使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛,並符合下列條件:</p>	修正	<p>1.1.7.Pregabalin(如Lyrica)(101/2/1、102/2/1、105/1/1、106/3/1)</p> <p>1. 使用於帶狀疱疹神經痛或皮膚病灶後神經痛,並符合下列條件:</p>	詳附表8		
9	Gabapentin	Neurontin	口服	100mg、300mg、400mg、600mg、800mg	單方	<p>治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助療法。帶獎疱疹後神經痛。</p>	修正	<p>1.3.2.2.Gabapentin</p> <p>治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助療法。帶獎疱疹後神經痛。</p>	詳附表9		

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
10	Adalimumab	Humira	口服	400mg、800mg	單方	1.類風濕性關節炎 Humira 適用於患有中度至重度類風濕性關節炎，並且曾經對一種或超過一種的 DMARDs 藥物有不適當反應的成人患者，可減輕症狀與徵兆（包括主要臨床反應和臨床緩解）、抑制結構上損害的惡化（略）。	修正	8.2.4.3 1.增加復健科專科醫師亦可處方此藥品 3.需符合下列所有條件： (7)增加復健科專科醫師亦可開立	詳附表 10		
11	Human Immunoglobulin	Immunoglobulin	注射劑		單方	先天或後天免疫球蛋白低下併嚴重感染、免疫血小板缺乏性紫斑症、順崎病	新增	Immunoglobulin 每日 1g/kg 於切片證實抗體排斥之病患	詳附表 11		
12	Rituximab	Mabthers	注射劑		單方	淋巴瘤等惡性腫瘤、紅斑性狼瘡等免疫系統疾病	新增	腎移植病患經切片證實之抗體排斥	詳附表 12		
13	Rasagiline	Rankinson	口服	1mg/tablet	單方	1.3.4.帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1) 4.Rasagiline：(101/6/1) (1)可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。 (2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。	修正	1.3.4.帕金森氏症治療藥品： (91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1) 4.Rasagiline：(101/6/1) (1)可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa <u>或是其他抗帕金森藥物</u> 併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。 (2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。	詳附表 13		
14	Rotigotine	Neupro	口服	2mg、4mg、6mg、8mg/patch	單方	1.3.4.帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1) 6.Rotigotine 貼片劑（如 Neupro Patch），限用於原發性帕金森氏症，每日限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品 (100/6/1)	修正	1.3.4.帕金森氏症治療藥品： (91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/6/1、101/6/1) 6.Rotigotine 貼片劑之每日使用上限為 16mg/day。	詳附表 14		

編號	成分含量	商品名	劑型	規格劑量	單/複方	現行藥品給付規定	狀態	建議健保給付規定	附表	建議修正說明	優先順序
15	Sorafenib	Sorafenib	口服	200mg/Tab	單方	9.34.Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1)1 1.晚期腎細胞癌部分：(略) 2.晚期肝細胞癌部分：...(2)需經事前審查核准後使用， <b>每次申請之療程以2個月為限</b> ，送審時需檢送影像資料，每2個月評估一次。 3.用於放射性碘治療無效之局部晚期或轉移性的進行性(progressive)分化型甲狀腺癌....(2)需經事前審查核准後使用， <b>每次申請之療程以3個月為限</b> .....	修正	9.34.Sorafenib (如 Nexavar)：(98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1)1 「需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 <b>首次處方日算起2個月/3個月為限</b> 」	詳附表15		
16	Atomoxetine	Strattera	口服	10mg、18mg、25mg、40mg、60mg/Tab	單方	1.3.5.Methylphenidate HCl 緩釋劑型(如 Concerta Extended Release Tablets)；atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules)(93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1) 1.略 2.略 3.Atomoxetine HCl 原則上每日限使用1粒，惟每日劑量需超過60mg時，應於病歷中記載理由，則每日至多可使用2粒，每日最大劑量為100mg。(97/5/1)		1.3.5.Methylphenidate HCl 緩釋劑型(如 Concerta Extended Release Tablets)；atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules)(93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1) 3.Atomoxetine HCl 原則上每日限使用1粒，惟每日劑量需超過60mg時，應於病歷中記載理由， <del>一則每日至多可使用2粒</del> ，每日最大劑量為100mg。(97/5/1)	詳附表16		

註: 惠請依必要性排列優先順序，1代表第1重要、2代表第2重要、3代表第3重要、.....以此類推。

註: 若針對所列項目內容有修正，請填寫全民健康保險藥品給付規定建議表(附件三)。



## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 1)

106 年 11 月 8 日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Quetiapine	商品名	Seroquel	
劑型：	<input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量	25mg 100mg	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定：				
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、99/10/1)				
1. 本類製劑之使用需符合下列條件(95/10/1、97/5/1、99/10/1)：				
(1) 開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表 (Clinical Global Impression，簡稱 CGI) 之分數。				
(2) 經規則使用六至八週後，需整體評估其療效，並於病歷記載：臨床整體評估表之分數。				
(3) 日劑量超過下列治療劑量時，需於病歷記載理由：clozapine 400 mg/day risperidone 6 mg/day olanzapine 20 mg/day quetiapine 600 mg/day amisulpride 800mg/day (92/1/1) ziprasidone 120mg/day (92/7/1) aripiprazole 15mg/day (94/1/1) paliperidone 12mg/day (97/5/1)				
2. 本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)				
建議修訂給付範圍：				
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、99/10/1)				
1. 本類製劑之使用需符合下列條件(95/10/1、97/5/1、99/10/1)：				
(1) 開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表 (Clinical Global Impression，簡稱 CGI) 之分數。				
(2) 經規則使用六至八週後，需整體評估其療效，並於病歷記載：臨床整體評估表之分數。				
(3) 日劑量超過下列治療劑量時，需於病歷記載理由：clozapine 400 mg/day risperidone 6 mg/day olanzapine 20 mg/day quetiapine 600 mg/day amisulpride 800mg/day (92/1/1) ziprasidone 120mg/day (92/7/1) aripiprazole 15mg/day (94/1/1) paliperidone 12mg/day (97/5/1)				
2. quetiapine 得使用於雙極性疾患之鬱症發作。				

成分含量	Quetiapine	商品名	Seroquel																														
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量	25mg 100mg	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方																														
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由：																																	
<p><b>FDA-Approved Indications</b></p> <p>The table below shows information on FDA-approved indications for quetiapine IR and quetiapine ER. The most recent FDA approval (2009) is for quetiapine ER (Seroquel XR) as adjunctive treatment for major depressive disorder.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>FDA approved indications</th> <th>Quetiapine IR</th> <th>Quetiapine ER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Schizophrenia</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Adults</td> <td>Approved in 1997 Dose: 150-750 mg/day. BID, TID</td> <td>Approved in 2007 Dose:400-800 mg/day</td> </tr> <tr> <td>Adolescents (13-17 years)</td> <td>Dose: 400-800 mg/day. BID</td> <td>Not FDA approved</td> </tr> <tr> <td><b>Bipolar Disorder</b></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Bipolar Mania, Adults</td> <td>Approved in 2003 Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy/adjunct</td> <td>Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day, once a day Monotherapy/adjunct</td> </tr> <tr> <td>Bipolar Mania, Children and Adolescents (10-17 years)</td> <td>Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy</td> <td>Not FDA approved</td> </tr> <tr> <td><b>Bipolar Depression</b></td> <td><b>Approved in 2006</b> <b>Dose:300-600 mg/day</b> <b>Monotherapy</b></td> <td>Approved in 2008 Dose: 300 mg/day Monotherapy</td> </tr> <tr> <td>Maintenance Treatment</td> <td>Approved in 2008 Dose:400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex</td> <td>Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex</td> </tr> <tr> <td><b>Major Depressive Disorder</b></td> <td>Not FDA approved</td> <td>Approved in 2009 Dose: 150-300 mg/day Adjunct to antidepressants</td> </tr> </tbody> </table>				FDA approved indications	Quetiapine IR	Quetiapine ER	<b>Schizophrenia</b>			Adults	Approved in 1997 Dose: 150-750 mg/day. BID, TID	Approved in 2007 Dose:400-800 mg/day	Adolescents (13-17 years)	Dose: 400-800 mg/day. BID	Not FDA approved	<b>Bipolar Disorder</b>			Bipolar Mania, Adults	Approved in 2003 Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy/adjunct	Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day, once a day Monotherapy/adjunct	Bipolar Mania, Children and Adolescents (10-17 years)	Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy	Not FDA approved	<b>Bipolar Depression</b>	<b>Approved in 2006</b> <b>Dose:300-600 mg/day</b> <b>Monotherapy</b>	Approved in 2008 Dose: 300 mg/day Monotherapy	Maintenance Treatment	Approved in 2008 Dose:400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex	Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex	<b>Major Depressive Disorder</b>	Not FDA approved	Approved in 2009 Dose: 150-300 mg/day Adjunct to antidepressants
FDA approved indications	Quetiapine IR	Quetiapine ER																															
<b>Schizophrenia</b>																																	
Adults	Approved in 1997 Dose: 150-750 mg/day. BID, TID	Approved in 2007 Dose:400-800 mg/day																															
Adolescents (13-17 years)	Dose: 400-800 mg/day. BID	Not FDA approved																															
<b>Bipolar Disorder</b>																																	
Bipolar Mania, Adults	Approved in 2003 Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy/adjunct	Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day, once a day Monotherapy/adjunct																															
Bipolar Mania, Children and Adolescents (10-17 years)	Dose: 400-800 mg/day, BID Monotherapy	Not FDA approved																															
<b>Bipolar Depression</b>	<b>Approved in 2006</b> <b>Dose:300-600 mg/day</b> <b>Monotherapy</b>	Approved in 2008 Dose: 300 mg/day Monotherapy																															
Maintenance Treatment	Approved in 2008 Dose:400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex	Approved in 2008 Dose: 400-800 mg/day Adjunct to lithium or divalproex																															
<b>Major Depressive Disorder</b>	Not FDA approved	Approved in 2009 Dose: 150-300 mg/day Adjunct to antidepressants																															
如需修訂，建議健保給付規定：																																	
2. quetiapine 得使用於雙極性疾患之鬱症發作。																																	
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：																																	
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population）		備註：粗估																															

成分含量	Quetiapine	商品名	Seroquel	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	25mg 100mg	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
(a)	1000 人			
估計每人每月 cost(b):	366 元/人月		備註：seroquel 25:12.2 元	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)	366000 元/月		備註：	

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 1)

成分含量		商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 2)

106 年 11 月 8 日 建議單位：

優先順序：

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定：			
1. 2. 3. Zaleplon、zolpidem、zopiclone及eszopiclone (98/1/1、98/5/1、98/10/1、102/11/1)			
1. 使用安眠藥物，病歷應詳載病人發生睡眠障礙的情形，並作適當的評估和診斷，探討可能的原因，並提供衛教建立良好睡眠習慣。(98/5/1)			
2. 非精神科醫師、神經科專科醫師若需開立本類藥品，每日不宜超過一顆，連續治療期間不宜超過6個月。若因病情需長期使用，病歷應載明原因，必要時轉精神科、神經科專科醫師評估其繼續使用的適當性。(98/5/1、98/10/1)			
3. 精神科、神經科專科醫師應針對必須連續使用本藥的個案，提出合理的診斷，並在病歷上詳細記錄。(98/5/1、98/10/1)			
4. 依一般使用指引不建議各種安眠藥併用，應依睡眠障礙型態處方安眠藥，若需不同半衰期之藥物併用應有明確之睡眠障礙型態描述紀錄，且應在合理劑量範圍內。(98/5/1)			
5. 對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患，限處方7日內安眠藥管制藥品。(98/5/1)			
6. zaleplon成分藥品用於治療難以入睡之失眠病人，僅適用於嚴重，病人功能障礙或遭受極度壓力之失眠症患者，用於65歲以上病患時，起始劑量為每日5mg (98/1/1、98/10/1)			
7. 成人病患使用eszopiclone成分藥品之起始劑量為睡前1mg，最高劑量為睡前3mg，65歲以上病患之最高劑量為2mg。(102/11/1)			

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
<p>建議修訂給付範圍：</p> <p>1. 2. 3. Zaleplon、zolpidem、zopiclone、eszopiclone (98/1/1、98/5/1、98/10/1、102/11/1)、<b>brotizolam、triazolam及flunitrazepam</b></p> <p>1. 使用安眠藥物，病歷應詳載病人發生睡眠障礙的情形，並作適當的評估和診斷，探討可能的原因，並提供衛教建立良好睡眠習慣。(98/5/1)</p> <p>2. 非精神科醫師、神經科專科醫師若需開立本類藥品，每日不宜超過一顆，連續治療期間不宜超過6個月。若因病情需長期使用，病歷應載明原因，必要時轉精神科、神經科專科醫師評估其繼續使用的適當性。(98/5/1、98/10/1)</p> <p>3. 精神科、神經科專科醫師應針對必須連續使用本藥的個案，提出合理的診斷，並在病歷上詳細記錄。(98/5/1、98/10/1)</p> <p>4. 依一般使用指引不建議各種安眠藥併用，應依睡眠障礙型態處方安眠藥，若需不同半衰期之藥物併用應有明確之睡眠障礙型態描述紀錄，且應在合理劑量範圍內。(98/5/1)</p> <p>5. 對於首次就診尚未建立穩定醫病關係之病患，限處方7日內安眠藥管制藥品。(98/5/1)</p> <p>6. zaleplon成分藥品用於治療難以入睡之失眠病人，僅適用於嚴重，病人功能障礙或遭受極度壓力之失眠症患者，用於65歲以上病患時，起始劑量為每日5mg (98/1/1、98/10/1)</p> <p>7. 成人病患使用eszopiclone成分藥品之起始劑量為睡前1mg，最高劑量為睡前3mg，65歲以上病患之最高劑量為2mg。(102/11/1)</p>			
<p>應否修訂健保給付範圍：<input checked="" type="checkbox"/>應修訂 <input type="checkbox"/>不需修訂</p> <p>請敘理由：</p> <p>管制藥品依習慣性、依賴性、濫用性及社會危害性之程度，分四級管理，triazolam及flunitrazepam易造成違法使用與藥物濫用，早在民國90年7月3日起列為第三級管制藥物，需專科醫師積極把關；近年來有鑑於國人鎮靜安眠藥濫用及成癮嚴重，brotizolam已於105年12月1日起列入管制藥品關懷名單中，更應由專科醫師嚴格控管；故建議上述三種藥物一併列入給付規範第1.2.3.條。</p> <p>食品藥物管理署105-107年指定藥癮戒治機構，皆為醫院精神科或精神科診所，在藥物成癮治療方面，也屢次由衛生局宣導安眠藥使用過量就應轉精神科處理，故增列第8條：以上藥品若非精神科、神經科專科醫師開立，超過6個月必須照會精神科專科醫師。</p> <p>關懷名單個案為潛在的藥物濫用及藥物成癮患者，至少需每月回診評估用藥狀況，一旦開立慢簽會增加藥物濫用之風險且造成此類患者用藥更加難以管控，增列第9條：關懷名單個案不得開立連續處方簽。與第10條：關懷名單個案必須轉精神科專科醫師評估治療。</p>			

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
如需修訂，建議健保給付規定： <b>8. 以上藥品若非精神科、神經科專科醫師開立，超過6個月必須照會精神科專科醫師。</b> <b>9. 關懷名單個案不得開立連續處方簽。</b> <b>10. 關懷名單個案必須轉精神科專科醫師評估治療。</b>			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項 人口數（potential target population） (a)_____人	備註		
估計每人每月 cost(b): _____元/人月	備註：		
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月	備註：		

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 2)

成分含量		商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		



## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 3)

106 年 11 月 8 日 建議單位：

優先順序：

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
<p>現行藥品給付規定：</p> <p>1.3.3. 失智症治療藥品</p> <p>4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下：</p> <p>I. 輕度至中度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets 等 3 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。(98/1/1、99/5/1、102/8/1、106/10/1)</p> <p>II. 中重度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。惟 Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 2 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症：</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。惟 Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets、Ebixa Tablets 及 Evy Tablets 等 5 種藥品，使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較起步治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p>			

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
<p>建議修訂給付範圍：</p> <p>1.3.3. 失智症治療藥品</p> <p>4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下：</p> <p>I. 輕度至中度失智症：</p> <p>    iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步至 3 分，則應停用此類藥品。</p> <p>II. 中重度失智症：</p> <p>    iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症：</p> <p>    v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p>			
<p>應否修訂健保給付範圍：<input checked="" type="checkbox"/>應修訂 <input type="checkbox"/>不需修訂</p> <p>請敘理由：</p> <p>1. 不需要特別提出donepezil 的學名藥Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox，而沒有提出其他成分的學名藥。更何況donepezil目前不只這3個學名藥。另外此規定前半段「MMSE較前一次治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品」。而後半段特別針對Epalon Tablets、NEPES Tablets、Nomi-Nox Tablets等3種藥品之規定則為”MMSE較起步治療時減少2分(不含)以上或CDR退步1級，則應停用此類藥品”，兩者相矛盾。因此建議刪除「惟Epalon Tablets」之後的文字。</p> <p>2. 至於在中重度失智症與重度失智症也是類似情形失智症為一持續退化之疾病，即使藥物治療有效，病人仍會持續退化。例如治療中的病人連續幾年都緩慢退化但仍可維持在CDR 1分，一旦某次測驗CDR剛好由1分退化到2分，即要求病人停止對其有效且可治療其輕中度失智之藥物，並不合理。建議對輕中度失智症，取消CDR退步一分的規定，修改為CDR降至3分則不能開立。</p>			

成分含量		商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
<p>如需修訂，建議健保給付規定：</p> <p>4. 依疾病別及嚴重度，另規定如下：</p> <p>I. 輕度至中度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步至 3 分，則應停用此類藥品。</p> <p>II. 中重度失智症：</p> <p>iii. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 或 CDR 智能測驗，並於病歷記錄，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上或 CDR 退步 1 級，則應停用此類藥品。</p> <p>III. 重度失智症：</p> <p>v. 使用後每一年需重新評估，追蹤 MMSE 智能測驗，如 MMSE 較前一次治療時減少 2 分(不含)以上，則應停用此類藥品。</p>			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population）		備註	
(a)	人		
估計每人每月 cost(b):		元/人月	備註：
估計每月總花費(c)=(a)×(b)		元/月	備註：

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 3)

成分含量		商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限	專科醫師使用	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 4)

106 年 11 月 24 日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Acyclovir	商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	200mg, 400mg, 800mg <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定：			
10.7.1.1. 全身性抗疱疹病毒劑			
1. Acyclovir：(98/11/1、100/7/1)			
(1)使用本類製劑應以下列條件為限：			
I. 疱疹性腦炎。			
II. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝VI皮節，可能危及眼角膜者。			
III. 帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎S2皮節，將影響排泄功能者。			
IV. 免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。			
V. 新生兒或免疫機能不全患者的水痘感染。			
VI. 罹患水痘，合併高燒(口溫38℃以上)及肺炎(需X光顯示)或腦膜炎，並需住院者(85/1/1)。			
VII. 帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。			
VIII. 急性視網膜壞死症(acute retina necrosis)。			
IX. 帶狀疱疹發疹三日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予五日內之口服或外用藥品(86/1/1、87/4/1)。			
X. 骨髓移植術後病患得依下列規定預防性使用acyclovir：(87/11/1)			
A. 限接受異體骨髓移植病患。			
B. 接受高劑量化療或全身放射治療(TBI)前一天至移植術後第三十天為止。			
(2)其中I與VI應優先考慮注射劑型的acyclovir。疱疹性腦炎得使用14至21天。(95/6/1、100/7/1)			
2. Famciclovir；valaciclovir：(100/7/1、101/5/1)			
使用本類製劑應以下列條件為限：			
(1)帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯三叉神經第一分枝VI皮節，可能危及眼角膜者。			
(2)帶狀疱疹或單純性疱疹侵犯薦椎S2皮節，將影響排泄功能者。			
(3)免疫機能不全、癌症、器官移植等病患之感染帶狀疱疹或單純性疱疹者。			
(4)帶狀疱疹或單純性疱疹所引起之角膜炎或角膜潰瘍者。			
(5)急性視網膜壞死症(acute retina necrosis)。			
(6)帶狀疱疹發疹3日內且感染部位在頭頸部、生殖器周圍之病人，可給予5日內之口服或外用藥品。			
(7)骨髓移植術後病患得依下列規定用於預防復發性生殖器疱疹：(101/5/1)			
A. 限接受異體骨髓移植病患。			
B. 接受高劑量化療或全身放射治療(TBI)前一天至移植術後第30天為止。			
3. Acyclovir、famciclovir及valaciclovir除上述特別規定外，使用療程原則以10天為限，口服、注射劑及外用藥膏擇一使用，不得合併使用。(95/6/1、100/7/1、101/5/1)			

## 建議修訂給付範圍：

IX. 帶狀疱疹發疹三日內,且感染部位在頭頸部或生殖器周圍、50歲以上、皮疹50個水泡以上、或糖尿病之病人,可給予五日內之口服或外用藥品(86/1/1、87/4/1)。

應否修訂健保給付範圍：應修訂 不需修訂

請敘理由：

1. 以抗疱疹病毒劑治療帶狀疱疹,可減低急性疾病的嚴重度,也可使併發症Postherpetic neuralgia的病程縮短並降低嚴重度。
2. 依50-50-50 rule, 抗病毒製劑建議用於發疹50小時內、50歲以上與50個皮膚疹子以上的病人
3. 下列患者容易有Postherpetic neuralgia的後遺症：
  - a. 60歲以上
  - b. 三叉神經第一分枝即前頭、側頭、及眼睛附近
  - c. 皮疹程度嚴重,尤其是形成潰瘍者
  - d. 糖尿病患者
4. 帶狀疱疹的急性期給予抗病毒藥物,不僅讓病患獲得更好照護,預期也可節省後續併發症的醫療費用

參考資料：*Am Fam Physician.* 2005 Sep 15;72(6): 1075-1080.

如需修訂,建議健保給付規定：

IX. 帶狀疱疹發疹三日內,且感染部位在頭頸部或生殖器周圍、50歲以上、皮疹50個水泡以上、或糖尿病之病人,可給予五日內之口服或外用藥品(86/1/1、87/4/1)。

建議排外規定(不給付、不得併用其他藥物或禁忌)：

對 acyclovir 過敏者禁用,腎功能不佳應減量

估計合乎修訂給付規定範圍,使用本品項人口數(potential target population)  
(a) 50,000 人

備註:預估平均每 2-3 個月每位基層醫師有 1 位病人

估計每人每月 cost(b) 335 元/人月

備註:治療劑量 800mg, 每日 5 次,服用 5 日; 400mg, 6.7 元/#;  
 $6.7 \times 2 \times 5 \times 5 = 335$

估計每月總花費(c)=(a)×(b) 1,396,000 元/月

備註:  $335 \times 50000 / 12 = 1395833$

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據,敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 4)

成分含量	200mg, 400m, 800mg	商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄(資料)		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 800mg/每日 5 次*5 天		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 5)

106 年 11 月 24 日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Dapagliflozin、 Empagliflozin	商品名	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	5mg, 10mg, 25mg <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 5.1. 糖尿病用藥 Drugs used in diabetes 2. 使用條件：(105/5/1) (2)TZD製劑、DPP-4抑制劑、SGLT-2抑制劑、以及含該3類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的metformin仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人，且SGLT-2抑制劑與DPP-4抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。			
建議修訂給付範圍： 5.1. 糖尿病用藥 Drugs used in diabetes 2. 使用條件：(105/5/1) (2)TZD製劑、DPP-4抑制劑、SGLT-2抑制劑、以及含該3類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的metformin仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人 <del>且SGLT-2抑制劑與DPP-4抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。</del>			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由：			
如需修訂，建議健保給付規定： 5.1. 糖尿病用藥 Drugs used in diabetes 2. 使用條件：(105/5/1) (2)TZD製劑、DPP-4抑制劑、SGLT-2抑制劑、以及含該3類成分之複方製劑，限用於已接受過最大耐受劑量的metformin仍無法理想控制血糖之第二型糖尿病病人 <del>且SGLT-2抑制劑與DPP-4抑制劑及其複方製劑宜二種擇一種使用。</del>			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：  對 Dapagliflozin、Empagliflozin 過敏者禁用 除非有新的研究證據支持，否則目前 Dapagliflozin 不建議用於 eGFR<60 的患者，Empagliflozin 不建議用於 eGFR<45 的患者			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a) <u>10,000</u> 人		備註：	
估計每人每月 cost(b) <u>960</u> 元/人月		備註：	
估計每月總花費(c)=(a)×(b) <u>9,600,000</u> 元/月		備註：	

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。



全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 5)

成分含量		商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 6)

106 年 11 月 24 日 建議單位：

優先順序：

成分含量		商品名	高眼壓及青光眼用藥
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input checked="" type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 14.1.2.複方製劑：(92/2/1、101/12/1、104/4/1、106/2/1) 限經單一降眼壓藥物治療後，眼壓仍控制不良之患者第二線(含)以上用藥。(91/12/1、97/8/1、97/9/1、101/12/1)			
建議修訂給付範圍：			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由：			
如需修訂，建議健保給付規定：  增列:用藥 眼壓大於 30mmHg 時，第一次藥物可以 Combine 兩種 1st line 藥或直接使用複方製劑或前列腺素衍生物類：(Prostaglandin analogues)第二線青光眼藥。			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人		備註：因屬重分配用藥估計不會增加太多費用。	
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：因屬重分配用藥估計不會增加太多費用。	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：因屬重分配用藥估計不會增加太多費用。	

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 6)

成分含量	商 品 名	高眼壓及青光眼用藥
其 他 規 定		理 由 說 明
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限__眼科__專科醫師使用	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表	
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)	
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 單眼每 4 週一瓶, 雙眼每 2-3 週一瓶	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用	

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 7)

106 年 11 月 24 日 建議單位：

優先順序：

成分含量		商品名	
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input checked="" type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 14.5. 人工淚液：(87/7/1、93/2/1) 1. 乾眼症病患經淚液分泌機能檢查(basal Schirmer test)至少單眼淚液分泌少於 5 mm 者。 2. 因乾眼症導致角膜病變、暴露性角膜病變或其它相關之角膜病變必須時之使用。			
建議修訂給付範圍： (1) 人工淚液眼藥水運用在眼部手術後或是輕微乾眼症病患使用。可依臨床觀察診斷(Tear film status ,Punctate epithelial defect, 等)或以 Schirmer test <10mm 可開立。 (2) 藥膏凝膠類例如 Duratears、Vidisic gel、Liposic 運用在嚴重乾眼症病患需 Schirmer test<5mm 或 Recurrent epithelial erosion 病史 或角膜上皮細胞病變才可以用。 (3) 申報費用時，須檢附首次確定診斷及處方當次之病歷影本。 (4) Schirmer test 之濾紙因有接觸淚液不宜要求黏貼於病歷上。			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由：			
如需修訂，建議健保給付規定：			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）： 無			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人		備註：只有明定規範,不會增加太多費用。	
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：只有明定規範,不會增加太多費用。	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：只有明定規範,不會增加太多費用。	

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 7)

成分含量	商 品 名	
其 他 規 定		理 由 說 明
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表	
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)	
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 每用最多 2 瓶或 2 條	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____	
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用	

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表8)

106年11月21日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Pregabalin 75,150,300 mg	商品名	Lyrica 等3項	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	75,150,300 mg	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 使用於帶狀皰疹皮膚病灶後神經痛				
建議修訂給付範圍： 使用於神經痛或皮膚病灶後神經痛 1.1.7 1. 刪除字眼「帶狀皰疹」，改為神經痛或皮膚病灶後神經痛				
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 滿足臨床復健等專科醫療需求				
如需修訂，建議健保給付規定： 神經痛或皮膚病灶後神經痛。成人局部癲癇的輔助治療。纖維肌痛（fibromyalgia）。糖尿病周邊神經病變所引起的神經性疼痛。脊髓損傷所引起的神經性疼痛。				
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：				
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人			備註：	
估計每人每月 cost(b)_____元/人月			備註：	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月			備註：	

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表8)

成分含量	Pregabalin 75,150,300 mg	商品名	Lyrica 等3項
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表9)

106年11月21日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Gabapentin 100,300,400,600,800 mg 等5項	商品名	Neurontin 等5項	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量	100,300,400,600,800 mg 等5項	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方	
現行藥品給付規定： 治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助療法。 帶狀疱疹後神經痛。				
建議修訂給付範圍： 神經痛及治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助療法。 帶狀疱疹後神經痛。 1.3.2.2增加適應症「神經痛」。				
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 滿足臨床復健等專科醫療需求				
如需修訂， 建議健保給付規定： 神經痛及治療成人及三歲以上兒童局部癲癇發作之輔助療法。帶狀疱疹後神經痛。				
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：				
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人		備註：		
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：		
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：		

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。



全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表9)

成分含量	Gabapentin 100,300,400,600, 800 mg 等5項	商品名	Neurtontin 等5項
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表10)

106年11月21日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Adalimumab	商品名	Humira 等3項
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input checked="" type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	400,800 mg 等2項 <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 1.類風濕性關節炎 Humira 適用於患有中度至重度類風濕性關節炎，並且曾經對一種或超過一種的 DMARDs 藥物有不適當反應的成人患者，可減輕症狀與徵兆（包括主要臨床反應和臨床緩解）、抑制結構上損害的惡化（略）。			
建議修訂給付範圍： 增列復健科醫師可處方使用 8.2.4.3 1. 增加復健科專科醫師亦可處方此藥品 3. 需符合下列所有條件：(7) 增加復健科專科醫師亦可開立			
應否修訂健保給付範圍： <input type="checkbox"/> 應修訂 <input checked="" type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 滿足臨床其他專科醫療需求			
如需修訂，建議健保給付規定：			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人		備註：	
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：	

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表10)

成分含量	Adalimumab50 mg/ml, 100mg/ml 等2項	商品名	Humira 等2項
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表11)

106年11月27日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Human Immunoglobulin	商品名	Immunoglobulin
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input checked="" type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 先天或後天免疫球蛋白低下併嚴重感染、免疫血小板缺乏性紫斑症、川崎病			
建議修訂給付範圍： 腎移植病患經切片證實急性（或慢性）抗體排斥			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 移植病患若遇到排斥，會加速移植腎衰竭、壞死，經台大移植外科蔡孟昆醫師文獻之建議，免疫球蛋白對相關病患之治療及預後有實質幫助。			
如需修訂，建議健保給付規定： Immunoglobulin 每日1g/kg 於切片證實抗體排斥之病患			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a) <u>5</u> 人		備註：	
估計每人每月 cost(b) <u>108,000</u> 元/人月		備註：一個療程以每公斤1克計算	
估計每月總花費(c)=(a)×(b) <u>540,000</u> 元/月		備註：	

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表11)

成分含量	Human Immunoglobulin	商品名	Immunoglobulin
其他規定			理由說明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄(資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表12)

106年11月27日 建議單位：

優先順序：

成分含量	Rituximab	商品名	Mabthers
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input checked="" type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量		<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 淋巴瘤等惡性腫瘤、紅斑性狼瘡等免疫系統疾病			
建議修訂給付範圍： 腎移植病患經切片證實之抗體排斥			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 經文獻證實對腎移植後抗體排斥之病患有幫助，可增加移植腎存活率			
如需修訂，建議健保給付規定： Rituximab 375mg/m <sup>2</sup>			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項 人口數（potential target population） (a) <u>5</u> 人		備註：	
估計每人每月 cost(b) <u>38,887</u> 元/人月		備註：	
估計每月總花費(c)=(a)×(b) <u>194,435</u> 元/月		備註：	

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表12)

成分含量	Rituximab	商品名	Mabthers
其他規定			理由說明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 _____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input checked="" type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 13)

106 年 11 月 24 日 建議單位:

優先順序:

成分含量	Rasagiline	商品名	Rankinson
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	1mg/tablet <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： (1) 可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。 (2) 本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。			
建議修訂給付範圍： 建議刪除上述第二項給付規定限制 (本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。) 與修正第一條給付規定。			
應否修健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： Rasagiline 為長效的 B 型單氧化酶抑制劑(MAOB inhibitor)，於 2009 年於 NEJM 發表之雙盲、安慰地對照之臨床試驗 ADAGIO study 顯示，病患於症狀初期使用 0.5mg-1.0mg 皆可以顯著改善帕金森病患之動作症狀，並可延緩未來需要合併使用 levodopa 的時間點。唯試驗中並未限定病患僅能與 levodopa 使用，或不得與 dopamine agonist 或是 Amatadine 使用，而 dopamine agonist 更為年輕型帕金森氏症患者治療之建議首選藥物 (歐洲巴金森症治療 guideline: European Journal of Neurology 2013, 20: 5-15)。因此，建議刪除給付規定上述第二項限制 (本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用)，與修正第一條給付規定。以俾初期帕金森症患者獲得最佳的治療效益。			
如需修訂，建議健保給付規定： (1) 可單獨使用，每日最高劑量為 1 mg；或與 levodopa 或是其他抗帕金森藥物併用，rasagiline 每日最高劑量為 0.5 mg。 (2) <del>(2)本品不得與 levodopa 以外之其他帕金森氏症治療藥品併用。</del>			
建議排外規定(不給付、不得併用其他藥物或禁忌)：  無。			



成分含量	Rasagiline	商品名	Rankinson
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	1mg/tablet <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數(potential target population) (a) <u>40000</u> 人	備註： 根據截至 2011 年的台灣健保資料庫統計(Parkinsons Dis. 2016; 2016: 1859321. doi: 10.1155/2016/ 1859321. Epub 2016 Feb 18.)，截至 2011 年為止，台灣罹患帕金森氏症患者將近 40000 名。初期患者		
估計每人每月 cost(b) <u>1,425</u> 元/人月	備註：95NTD/tablet (1mg/tab)X0.5(0.5mg)X30=1,425NTD		
估計每月總花費(c)=(a)x(b) <u>57,000,000</u> 元/月	備註： 1425X40000=57,000,000NTD		

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全

民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 13)

成分含量	Rasagiline 1mg /Tab	商品名	Rankinson
其他規定			理由說明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用  <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 14)

106 年 11 月 24 日 建議單位:

優先順序:

成分含量	Rotigotine	商品名	Neupro	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量	2mg、4mg、 6mg、8mg /patch	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方	
現行藥品給付規定： Rotigotine 貼片劑（如 Neupro Patch），限用於原發性帕金森氏症，每日限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品(100/6/1)				
建議修訂給付範圍： 建議修正 Rotigotine 貼片劑之每日使用上限為 16mg/day，並刪除每日限一片之規定				
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 建議修正 Rotigotine 貼片劑之每日使用上限為 16mg/day（根據 CLEOPATRA-PD Study, 發表於 Lancet Neurol. 2007;6:513-20）。惟因單片 Neupro 劑型有 2mg/patch,4mg/patch,6mg/patch,8mg/patch。因此建議刪除每日限一片之規定。				
如需修訂，建議健保給付規定： Rotigotine 貼片劑之每日使用上限為 16mg/day。				
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：				
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人		備註：		
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：		
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：		

如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 14)

成分含量	Rotigotine 2mg、4mg、 6mg、8mg /patch	商品名	Neupro
其他規定		理由說明	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 限用於原發性帕金森氏 症，每日限用一片	建議修正 Rotigotine 貼片劑之每日使用 上限為 16mg/day (根據 CLEOPATRA-PD Study, 發表於 Lancet Neurol. 2007;6:513-20)。 惟因單片 Neupro 劑型有 2mg/patch, 4mg/patch, 6mg/patch, 8mg/patch。因此 建議刪除每日限一片之規定，建議改規 定為每日最高上限為 16mg。	
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 15)

106 年 11 月 24 日 建議單位:

優先順序:

成分含量	Sorafenib	商品名	Nexavar	
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用	規格劑量	200mg/Tab	<input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方	
現行藥品給付規定： 1.晚期腎細胞癌部分：(略) 2.晚期肝細胞癌部分：...(2)需經事前審查核准後使用， <u>每次申請之療程以 2 個月為限</u> ，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。 3.用於放射性碘治療無效之局部晚期或轉移性的進行性(progressive)分化型甲狀腺癌...(2)需經事前審查核准後使用， <u>每次申請之療程以 3 個月為限</u> .....				
建議修訂給付範圍：				
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 給付規定「需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月/3 個月為限」。以核准 2 個月為例，接獲核准後通知病人，再配合門診時間及病人能到院時間大約需 1~2 週，導致真正能處方藥品的時間大約只剩 6 週。 建議條文中明述「每次申請之療程以 <u>首次處方日算起 2 個月/3 個月為限</u> 」				
如需修訂，建議健保給付規定： 建議條文中明述「需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 <u>首次處方日算起 2 個月/3 個月為限</u> 」				
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：				
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項 人口數（potential target population） (a)_____人		備註：		
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：		
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：		

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 15)

成分含量	Sorafenib 20 mg	商品名	Nexavar
其他規定			理由說明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限 <u>2 個月或 3 個月</u>		給付規定「需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月/3 個月為限」。以核准 2 個月為例，接獲核准後通知病人，再配合門診時間及病人能到院時間大約需 1~2 週，導致真正能處方藥品的時間大約只剩 6 週。建議條文中明述「每次申請之療程以 <u>首次處方日算起</u> 2 個月/3 個月為限」
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一(附表 16)

106 年 11 月 24 日 建議單位:

優先順序:

成分含量	Atomoxetine	商品名	Strattera
劑型： <input checked="" type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	10mg、18mg、25mg、40mg、60mg/Tab <input checked="" type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定： 1.3.5.Methylphenidate HCl 緩釋劑型(如 Concerta Extended Release Tablets)；atomoxetine HCl (如 Strattera Hard capsules)(93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1) 1.略 2.略 3.Atomoxetine HCl 原則上每日限使用 1 粒，惟每日劑量需超過 60mg 時，應於病歷中記載理由，則每日至多可使用 2 粒，每日最大劑量為 100mg。(97/5/1)			
建議修訂給付範圍：			
應否修訂健保給付範圍： <input checked="" type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由： 『每日至多可使用 2 粒』與『每日最大劑量為 100mg』，雙條件令人無所適從，程式管控也難以處理。建議限制每日最大劑量為 100mg 就好，取消『每日至多可使用 2 粒』。以利劑量調整之執行。			
如需修訂，建議健保給付規定： 建議限制『每日最大劑量為 100mg』，取消『每日至多可使用 2 粒』。			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項人口數（potential target population） (a)_____人	備註：		
估計每人每月 cost(b)_____元/人月	備註：		
估計每月總花費(c)=(a)x(b)_____元/月	備註：		

\* 如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

全民健康保險藥品給付規定建議表之二(附表 16)

成分含量	Atomoxetine 10mg、18mg、25mg、 40mg、60mg/Tab	商品名	Strattera
其他規定			理由說明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input checked="" type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量 每日至多可使用 2 粒，每 日最大劑量為 100mg。		『每日至多可使用 2 粒』與『每日 最大劑量為 100mg』，雙條件令人 無所適從，程式管控也難以處理。 建議限制每日最大劑量為 100mg 就好，取消『每日至多可使用 2 粒』。以利劑量調整之執行。
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		



## 全民健康保險藥品給付規定建議表之一

\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 建議單位：

優先順序：

成分含量		商品名	
劑型： <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 注射劑 <input type="checkbox"/> 外用		規格劑量	<input type="checkbox"/> 單方 <input type="checkbox"/> 複方
現行藥品給付規定：			
建議修訂給付範圍：			
應否修訂健保給付範圍： <input type="checkbox"/> 應修訂 <input type="checkbox"/> 不需修訂 請敘理由：			
如需修訂，建議健保給付規定：			
建議排外規定（不給付、不得併用其他藥物或禁忌）：			
估計合乎修訂給付規定範圍，使用本品項 人口數（potential target population） (a)_____人		備註：	
估計每人每月 cost(b)_____元/人月		備註：	
估計每月總花費(c)=(a)×(b)_____元/月		備註：	

\*如有引用診斷標準或分類(分級)依據，敬請提供參考文獻或註明出處。

## 全民健康保險藥品給付規定建議表之二

成分含量		商 品 名	
其 他 規 定			理 由 說 明
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限_____專科醫師使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	事前專案審查核准後使用		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	制定本品項專用申報表		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	申報費用時檢附病歷紀錄 (資料)		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	限制每日(月)最大劑量		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	規定使用期限_____		
<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 限成人使用 <input type="checkbox"/> 限小兒科病患使用		