

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107年8月9日

發文字號：全醫聯字第1070001065號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文(1070001065_Attach1.ods)

主旨：衛生福利部中央健康保險署修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分規定，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、107年7月19日健保審字第1070052160號公告異動含verapamil HCl成分藥品「U-Sodin Injection 2.5mg/ml (verapamil)」及「Verpamil 2.5mg/ml Injection」共3品項之支付價格。
- 二、107年7月24日健保審字第1070050709號公告異動含L-asparaginase成分藥品Leunase Injection(10,000 K.U.)共1品項之支付價格。
- 三、107年7月26日健保審字第1070035740號函有關107年8月份全民健康保險藥品價格之異動情形(共105項)，資料置於該署全球資訊網/藥材專區/藥品/健保用藥品項，請自行下載。
- 四、107年7月30日健保審字第1070010083號函有關信東生技股份有限公司之「舒壓膜衣錠100公絲(阿廷諾)(衛署藥



XC04101065



製字第034359號，批號6C03044)」，（健保代碼：AB34359100、AB343591G0）經主管機關認定係屬第二級危害回收，請轉知所屬會員或醫療機構，對於涉及之相關品項於處方時應多加留意。

五、107年7月31日健保審字第1070058706號函通知該保險健保用藥品項之異動情形(如附件)。治療罕見疾病慢性肉芽腫病之含interferon gamma 1b成分藥品「Immukin 0.1mg/0.5ml」，其健保支付價自107年8月1日生效，業置於該署全球資訊網/藥材專區/藥品/健保用藥品項/2. 健保用藥品項異動檔，可自行下載。

六、附件頁數過多，為響應節能減碳活動，敬請自行於該署全球資訊網公告欄擷取。

正本：各縣市醫師公會

副本：

理事長 邱 泰 源

裝



訂

線

全民健康保險藥品價格明細表

附件

項次	發文號	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	1070058706	X000167206	IMMUKIN (INTERFERON GAMMA 1B) 0.1MG/0.5ML	INTERFERON GAMMA 1B 100MCG	0.5ML	吉帝	--	4,325.00	1.屬一般學名藥。2.有收載同規格藥品。3.按下列條件之最低價格暫予支付每支4325.0元 (1) 同規格一般學名藥最低價：4325.0元("臺灣百靈佳股格翰"IMUKIN(INTERFERON GAMMA 1B)100UG(3MIU)/0.5ML/X000032255)；(2) 同規格BA/BE學名藥最低價：無；(3) 同規格原廠藥最低價X80%：無；(4) 廠商建議價格：5743.0元。	107/08/01