

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：陳昌志(02)27065866轉1556

10478

台北市中山區建國北路二段87號10樓之1

受文者：中華民國西藥代理商商業同業公會

發文日期：中華民國101年5月15日

發文字號：健保審字第1010003798A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8章 免疫製劑 Immunologic agents
8.2.4.2. Etanercept (如Enbrel); adalimumab (如Humira); golimumab (如
Simponi); abatacept (如Orencia)：成人治療部分」規定電子檔暨附表十五：全
民健康保險使用etanercept; adalimumab; golimumab; abatacept申請表、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8章 免疫製劑 Immunologic agents 8.2.4.2. Etanercept（如 Enbrel）；adalimumab（如Humira）；golimumab（如 Simponi）；abatacept（如Orencia）：成人治療部分」部分規定，業經本局於中華民國101年5月15日以健保審字第1010003798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）

行政院臺北全公協藥聯協企區、政監台國台會師究製國所局轄組行險、公藥研國全院本知務、保會會會師國藥民會療、轉業處康員員學醫民製華公醫請區事健委委訊牙華性中業立網南醫民理導資國中發、同私訊組局署全管輔學民、開會業灣資務本生、院兵醫華會國公商台球業、衛局醫官灣中協民業藥、全北組院理署役台、療華同西會局台務政管生除、會醫中業國協本局業行物衛退府合層、工民院登本區件、藥院軍政聯基會藥華醫刊、中附會品政國縣國國合製中灣請組局含員食行院門全民聯區、台理本均委署、政金會華國灣會、組管、上規生會行省公中全台公會訊務組以法衛員、建師、會、業公資醫務署院委局福醫會公會同業局局業組生政議生、國協生協業同本本區務衛行審衛府民師劑理商業、北業院、議府政華醫藥管理商會局區政組爭政縣中層國暨代理協報本東行小險市江、基民銷藥代所子、局、險保雄連會國華行西藥院電本會保康高省公民中品市西療保同、員康健、建業華、藥北國醫健下組委健民局福同中會國台民會登以務規民全生、業、合民、華教刊、業法全、衛局商會聯華會中灣請構屏院署會府醫醫聯國中協、台機高政生員政軍電聯全、展會、組事局行衛委市部市國會會發合會劃醫本

行政院衛生署中央
健康保險局校對章(3)

行政院衛生署中央健康保險局

醫療政策與藥價委員會

2. 子 會 聖 5/17, 2012

梁進盈 5/19/2012

第 1 頁 共 1 頁

中華民國西藥代理商商業同業公會 收文章

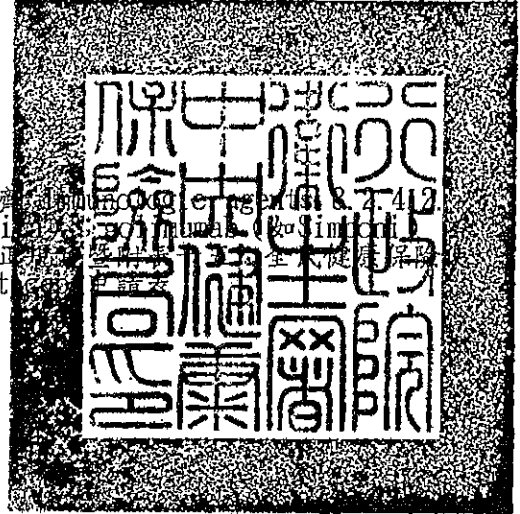
101年5月17日10時45分248號

行政院衛生署中央健康保險局 令

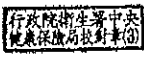
發文日期：中華民國101年5月15日

發文字號：健保審字第1010003798號

附件：「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑
Etanercept (如Enbrel)；adalimumab (如Humira)；golimumab (如Simponi)；abatacept (如Orencia)：成人治療部分」修正
用etanercept；adalimumab；golimumab；abat



修正「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑
Immunologic agents 8.2.4.2. Etanercept (如
Enbrel)；adalimumab (如Humira)；golimumab (如
Simponi)；abatacept (如Orencia)：成人治療部分」
部分規定，並自中華民國一百零一年六月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定—第8章 免疫製劑
Immunologic agents 8.2.4.2. Etanercept (如
Enbrel)；adalimumab (如Humira)；golimumab (如
Simponi)；abatacept (如Orencia)：成人治療部分」
部分規定 

局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

(自 101/6/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
8. 2. 4. Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira); <u>golimumab (如 Simponi);</u> <u>abatacept (如 Orencia):</u> (92/3/1、93/8/1、93/9/1、 98/3/1、99/2/1、100/12/1、 101/1/1、101/6/1)	8. 2. 4. Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira): (92/3/1、93/8/1、93/9/1、 94/3/1、98/3/1、98/11/1、 99/1/1、99/2/1、100/7/1、 101/1/1)
8. 2. 4. 2. Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira); golimumab (如 Simponi); <u>abatacept (如 Orencia)</u> (92/3/1、93/8/1、93/9/1、 98/3/1、99/2/1、 100/12/1、101/1/1、 <u>101/6/1): 成人治療部分</u>	8. 2. 4. 2. Etanercept (如 Enbrel); adalimumab (如 Humira); golimumab (如 Simponi) (92/3/1、93/8/1、 93/9/1、98/3/1、99/2/1、 100/12/1、101/1/1): 成 人治療部分
1. (略) 2. (略) 3. (略) 4. (略) 5. (略) ◎附表十三：28 處關節疾病活動 度 (Disease Activity Score, DAS 28)評估表 ◎附表十四：疾病修飾抗風濕病藥 物 (DMARDs) 之標準目劑量暨	1. (略) 2. (略) 3. (略) 4. (略) 5. (略) ◎附表十三：28 處關節疾病活動 度 (Disease Activity Score, DAS 28)評估表 ◎附表十四：疾病修飾抗風濕病藥 物 (DMARDs) 之標準目劑量暨

治療劑量之定義 ◎附表十五：全民健康保險使用 etanercept；adalimumab； golimumab；abatacept 申請表	治療劑量之定義 ◎附表十五：全民健康保險使用 etanercept；adalimumab； golimumab 申請表
---	---

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表十五 全民健康保險使用 etanercept ; adalimumab ; golimumab ; abatacept
申請表〈第一頁〉

醫院代號		醫院名稱		申請日期	
病人姓名		性別		出生日期	
身分證號		病歷號碼		使用期間	自 年 月 日
藥品代碼		用法用量			至 年 月 日

☐ 符合美國風濕病學院 1987 年類風濕關節炎分類標準中之診斷條件

☐ 符合連續活動性關節炎之條件（間隔至少一個月的二次 DAS28 積分皆大於 5.1）
28 處關節疾病活動度評估〈Disease Activity Score, DAS 28〉

（請附當時關節腫脹之相關照片或關節 X 光檢查報告）

	評估時間 年 月 日 DAS28 積分：				評估時間 年 月 日 DAS28 積分：			
	右		左		右		左	
	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹	觸痛	腫脹
肩關節	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
手肘關節	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
手腕關節	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MCP 關節 I	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MCP 關節 II	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MCP 關節 III	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MCP 關節 IV	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
MCP 關節 V	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
姆指指間關節	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIP 關節 II	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIP 關節 III	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIP 關節 IV	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
PIP 關節 V	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
膝關節	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
觸痛關節之總數(左邊+右邊)								
腫脹關節之總數(左邊+右邊)								
紅血球沉降速率	毫米/小時				毫米/小時			
整體健康狀態評估								

整體健康狀態評估(general health assessment)： 100 mm 圖像模擬量表中所呈現的整體健康狀態。

附表十五 全民健康保險使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept
申請表〈第二頁〉

☐ 符合標準 DMARDs 療法失敗(定義請參照 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 使用規範，續用申請時免填)		
DMARDs 名稱	劑量	使用期間
Methotrexate	_____mg/week	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
Hydroxychloroquine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
Sulphasalazine	_____g/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
IM Gold	_____mg/week	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
D-penicillamine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
Azathioprine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
Leflunomide	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
Cyclosporine	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
是否合併使用 prednisolone	Prednisolone 劑量	使用期間
☐ 是 ☐ 否	_____mg/day	_____年_____月_____日至_____年_____月_____日
經過 DMARDs 藥物六個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
DMARDs 藥物合併使用 prednisolone，經三個月充分治療後，病患之 DAS 28 積分：_____ (若以 DMARDs 藥物不合併使用 prednisolone 申請者，則無須填寫此欄位)		
若 DMARDs 藥物治療未達標準目標劑量(standard target dose)，請說明藥物引起之副作用： _____ _____		
☐ 符合「需排除或停止 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 使用之情形」		
☐ 是 ☐ 否	是否有 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 仿單記載之禁忌情形。	
☐ 是 ☐ 否	婦女是否正在懷孕或授乳。	
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患活動性感染之疾病。	
☐ 是 ☐ 否	病患是否具有高度感染機會之情形，其中包括 1. 慢性腿部潰瘍，2. 曾罹患結核病〈已經接受過完整療程的抗結核藥物患者，應進行詳細的評估，以免結核病再度復發；在開始治療之前，亦應考慮患者的危險/效益比〉，3. 過去 12 個月內曾罹患感染性關節炎者，4. 人工關節受到感染〈該人工關節未除去前，不可使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept〉，5. 頑固性或復發性的胸腔感染疾病，6. 具有留置導尿管之情形。	
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患惡性腫瘤或癌前狀態之腫瘤	
☐ 是 ☐ 否	病患是否罹患多發性硬化症(multiple sclerosis)	

附表十五 全民健康保險使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept
申請表〈第三頁〉

☐ 是 ☐ 否	使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 療效：經過 DMARDs 藥物 6 個月治療後或合併使用 prednisolone 3 個月治療後 DAS28 總積分下降程度大於等於(≥)1.2，或總積分仍小於 3.2 者。
☐ 是 ☐ 否	使用 etanercept；adalimumab；golimumab；abatacept 發生懷孕或不良事件(包括：惡性腫瘤、該藥物引起的嚴重毒性、嚴重的感染性疾病)

申請醫師（簽名蓋章）：_____

內科專科醫師證書：內專字第_____號

醫事機構章戳：

風濕病專科醫師證書：中僂字第_____號

