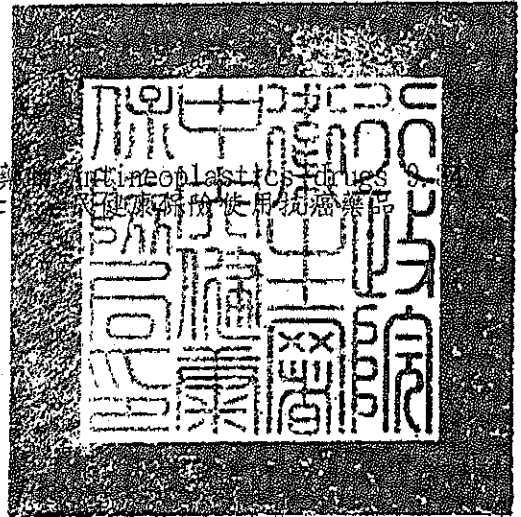


行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國101年7月17日

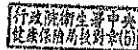
發文字號：健保審字第1010005966號

附件：「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib (如 Nexavar)」規定暨附表九之七 Sorafenib申請表



修正「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib (如 Nexavar)」部分規定，並自中華民國一百零一年八月一日生效。

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 9.34. Sorafenib (如 Nexavar)」部分規定



局長 **戴桂英** 休假
副局長 李 丞 華 代行

「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 101/8/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. 34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1、100/6/1、<u>101/8/1</u>) 附表九之七</p> <p><u>1. 晚期腎細胞癌部分：</u></p> <p>(1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1)</p> <p>(2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</p> <p><u>2. 晚期肝細胞癌部分：(101/8/1)</u></p> <p>(1) 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之</p>	<p>9. 34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1、100/6/1)附表九之七</p> <p><u>1. 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。</u> (100/6/1)</p> <p><u>2. 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)</u></p> <p><u>3. 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</u></p>

晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：

I. 肝外轉移（遠端轉移或肝外淋巴結侵犯）的 Child-Pugh A class 患者。

II. 大血管侵犯（腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一分支）的 Child-Pugh A class 患者。

(2) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表九之七：全民健康保險使用抗癌藥品 Sorafenib 申請表

申請類別： 醫療機構		<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：		
名稱	保險對象	姓名	出生	原學理編號 (申復時填用)	預日	實施日期	預定日期	申請醫師 身分證號	病歷號碼	年	月	日	至	年	月	日
代號	身分證 第一分 編號	科別	疾病名稱	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	申請數量	使用日期	用法用量	健保局核定欄								
ICD-9 代碼	申請類別	給付規定														
藥品名稱及代碼	<p>1. 晚期腎細胞癌部分：</p> <p>(1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。</p> <p>(2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。</p> <p>2. 晚期肝細胞癌部分：</p> <p>(1) 轉移性或無法手術切除且不適合局部治療或局部治療失敗之晚期肝細胞癌，並符合下列條件之一：</p> <p style="margin-left: 20px;">I. 肝外轉移(遠端轉移或肝外淋巴結侵犯)的 Child-Pugh A class 患者。</p> <p style="margin-left: 20px;">II. 大血管侵犯(腫瘤侵犯主門靜脈或侵犯左/右靜脈第一分支)的 Child-Pugh A class 患者。</p> <p>(2) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 2 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 2 個月評估一次。</p>															
Nexavar <input type="checkbox"/> B024727100	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<p><input type="checkbox"/> 同意備查。</p> <p><input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為</p> <p><input type="checkbox"/> 不同意</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合適應症。</p> <p><input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症</p> <p><input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。</p> <p><input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷</p> <p><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)</p> <p><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、病理切片、細胞學檢查報告)</p> <p><input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料</p> <p><input type="checkbox"/> 其他：</p>														

<p>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審核。</p> <p>2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。</p> <p>3. 應事前審查之項目未依規定事前申請核准者，不予給付費用；事前申請核准之個案，日後如經審定保險對象或醫事服務機構有不符合全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。</p> <p>4. 對核定結果如有異議，得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，並填明原受理編號)向原核定單位申請複核。</p> <p>5. 對複核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保爭議審議委員會申請審議。</p> <p>6. 對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送核，否則不予受理。</p> <p>7. 保險醫事服務機構如因事出緊急，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。</p>	<p>行政院衛生署 中央健康保險局</p> <p>日期章戳</p>	<p>審查醫師</p>
<p>醫事服務機構</p>	<p>申請日期： 年 月 日</p> <p>文號：</p> <p>承辦人</p>	<p>復核</p> <p>科長</p> <p>決行</p>