

副本

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)27027723

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業同業公會

發文日期：中華民國101年7月17日

發文字號：健保審字第1010005966A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一第9章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib（如Nexavar）」規定電子檔暨附表九之七：全民健康保險使用抗癌藥品Sorafenib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9章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib（如 Nexavar）」部分規定，業經本局於中華民國101年7月17日以健保審字第1010005966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）

院理北防北全公協藥聯協劃醫本
政監台國台會師究製國所企區、
行險、、、公藥研國全院局轄組、
保會會會師國藥民會療本知務
處康員員學醫民製華公醫、轉業
事健委委訊牙華性中業立)請區
醫民理導資國中發、同私網(南
署全管輔學民、開會業灣訊組局
生、院兵醫華會國公商台資務本
衛局醫官灣中協民業藥、全業、
院理署役台、療華同西會全北組
政管生除、會醫中業國協局台務
行物衛退府合層、工民院(登局業)
、藥院軍政聯基會藥華醫登本區件
會品政國縣國國合製中灣(請、中附
員食行院門全民聯區、台(組局含
委署、政金會華國灣會、組理本均
規生會行省公中全台公會訊管、上
法衛員、建師、會、業公資務組以
署院委局福醫會公會同業局醫務
政組爭政縣中層國暨代理協)局區
行小險市江、基民銷藥代所報本東
衛行審衛府民師劑理商業、本區務
院、議府政華醫藥管理商會、北業
會保康高省公民中品市西療電)本
員康健、建業華、藥北國醫保同、
委健民局福同中會國台民會健下組
規民全生、業、合民、華教登以務
法全、衛局商會聯華會中灣刊、業
院署會府醫腦合國中協、台請構屏
政生員政軍電聯全、展會、(機高
行衛委市部市國會會發合會組事局

行政院衛生署中央健康保險局

擬定二會醫政策與藥價委員會
刊會計。聖惠 1920.12

梁進盈 7/9/2012

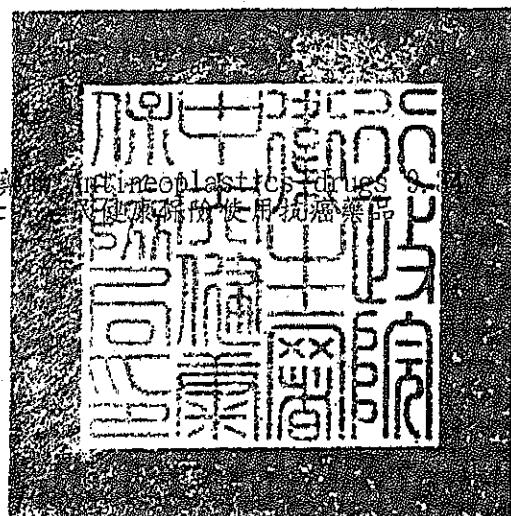
檔 號：
保存年限：

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



修正「全民健康保險藥品給付規定—第9章 抗癌瘤藥物
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 抗癌瘤藥物
Antineoplastics drugs 9.34. Sorafenib (如
Nexavar)」部分規定

行政院衛生署中央
健康保險藥品給付規定(9)

局長 戴桂英 休假
副局長 李丞華 代行

線

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定
 第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs
 (自 101/8/1 生效)

修正後給付規定	原給付規定
9. 34. Sorafenib (如 Nexavar)： <u>(98/10/1、100/6/1、101/8/1)</u> 附表九之七 <u>1. 晚期腎細胞癌部分：</u> <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。(100/6/1)</u> <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> <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> <u>2. 晚期肝細胞癌部分：(101/8/1)</u> <u>(1)轉移性或無法手術切除且不合局部治療或局部治療失敗之</u>	9. 34. Sorafenib (如 Nexavar)： <u>(98/10/1、100/6/1)附表九之七</u> <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。(100/6/1)</u> <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> <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>

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：全民健康保険使用抗癌藥品 Sorafenib 申請表

申請類別：		<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：
醫療機構 名稱 代號	申請人 姓名 身分統 一編號	性 名	出生	原受理 (申復時填用)	編 號	預定期	實施期	期
ICD-9 代碼	藥品名稱及 代碼	疾病名稱	科別	□ 住院	病歷號碼	申請醫師 身分證號		
		給付規定	使用日期	用法 用量	申請 數量	健保局核定欄		
Nexavar		□ 第一次申請 □ B024727100	1. 晚期腎細胞癌部分： (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。 (2)無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。 (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。 2. 晚期肝細胞癌部分： (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： 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。	<input type="checkbox"/> 同意備查。 <input type="checkbox"/> 使用劑量不符合常規，核定量為 _____ <input type="checkbox"/> 不同意。 <input type="checkbox"/> 不符合適應症。 <input type="checkbox"/> 不符合併用二種此類藥物之適應症。 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物耐受性不良或無效的證明。 <input type="checkbox"/> 未附目前是否為晚期或轉移之病歷。 <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) <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) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____				

注 意 事 項	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。 2. 「原受理編號」申復時填寫，初次送核不需填寫。 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全民健康保險給付規定者，亦不予給付費用。 4. 審核結果如有異議，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。 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保爭議審議委員會申請審議。 6. 對核定結果有異議者，應循上述申複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。 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。							
	醫事服務機構	醫院	印信	申請日期：	年 月 日	承辦人	複核	科長

審查醫師

行政院衛生署

日期章戳

中央健康保險局