

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)27026324

聯絡人及電話：何容甄(02)27065866轉2633

10478

台北市中山區建國北路2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99年8月19日

發文字號：健保審字第0990051445A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9章抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.21.fludarabine (如Fludara Oral, Film-Coated Tablet及Fludara Lyophilized IV Injection)」規定電子檔、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 9.21.fludarabine(如Fludara Oral, Film-Coated Tablet及Fludara Lyophilized IV Injection)」，業經本局於中華民國99年8月19日以健保審字第0990051445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)

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署食品藥物管理局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本局資訊組、本局企劃組(請刊登健保電子報及本局全球資訊網)、本局醫務管理組、本局臺北業務組(請轉知轄區醫事機構，以下同)、本局北區業務組、本局中區業務組、本局南區業務組、本局高屏業務組、本局東區業務組(以上均含附件)

行政院衛生署中央健康保險局(5)

擬

行政院衛生署中央健康保險局

人會醫療政策與藥價委員會

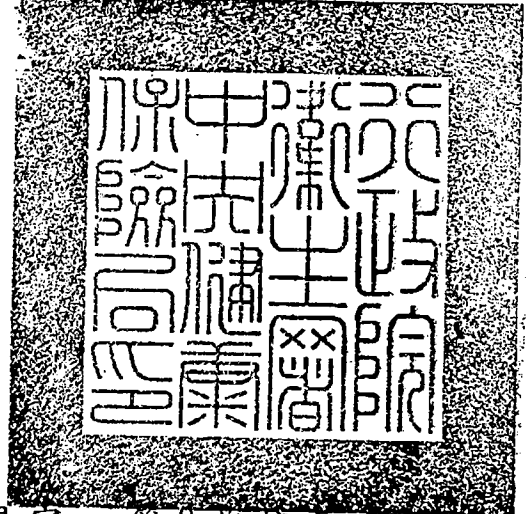
公刊會訊。黃聖惠 杜文憲

中華民國西藥代理商業同業公會 收文章
99年8月23日 8時45分 436 號

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99年8月19日
發文字號：健保審字第0990051445號
附件：如附



修正「全民健康保險藥品給付規定—第9章抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.21.fludarabine(如Fludara Oral, Film-Coated Tablet及Fludara Lyophilized IV Injection)」部分規定，並自中華民國九十九年十月一日生效。

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 9.21.fludarabine(如Fludara Oral, Film-Coated Tablet及Fludara Lyophilized IV Injection)」給付規定

行政院衛生署中央
健康保險局 授對字第0990051445號

局長 戴桂英

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自 99 年 10 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.21. Fludarabine (如 Fludara Oral, Film -Coated Tablet 及 Fludara Lyophilized IV Injection) : (92/12/1、93/3/1、94/10/1、<u>99/10/1</u>)附表八之一</p> <p>1. 用於 <u>B 細胞慢性淋巴性白血病 (CLL)</u> 病患的起始治療及 CLL 與低惡性度 <u>B 細胞非何杰金氏淋巴瘤 (Indolent B-Cell NHL)</u> 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。</p> <p>2. 以本品作為第一線治療，限用於 (94/10/1)</p> <p>(1) Rai Stage III/IV (或 Binet C 級) 之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或 Binet A/B 級) 併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癥等) 的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者。</p> <p>(2) 每次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p>	<p>9.21. Fludarabine <u>phosphate</u> (如 Fludara Oral, Film -Coated Tablet 及 Fludara Lyophilized IV Injection) : (92/12/1、93/3/1、94/10/1)附表八之一</p> <p><u>9.21.1. Fludara Oral, Film-Coated Tablet : (92/12/1)</u></p> <p>1. 用於 <u>β-細胞慢性淋巴性白血病 (CLL)</u> 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法治療都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化進展的病人。</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用。</p> <p><u>9.21.2. Fludara Lyophilized IV Injection : (91/4/1、93/3/1、94/10/1)</u></p> <p>1. 用於 <u>β-細胞慢性淋巴性白血病 (CLL)</u> 病患的起始治療及 CLL 與低惡性度非何杰金氏淋巴瘤 (<u>LG-NHL</u>) 病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。</p> <p>2. 以本品作為第一線治療，限用於 (94/10/1)</p> <p>(1) Rai Stage III/IV (或 Binet C 級) 之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或</p>

	<p>Binet A/B 級) 併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癍症等) 的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者。</p> <p>(2) 每次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p>
--	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

附表八之一 全民健康保險使用抗癌藥品 Fludarabine 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： 年 月 日		受理編號： 年 月 日		緊急傳真日期： 年 月 日	
名稱	保險對象	姓名	出生	原受理時填用編號	預定實施日期	病歷號碼	申請醫師身分證號
醫療機構代號	身分證號	身分證號	科別	<input type="checkbox"/> 門診 <input type="checkbox"/> 住院	預日		
ICD-9 代碼	疾病名稱	使用日期		年 月 日 至 年 月 日			
藥品名稱及代碼	申請類別	給付規定		健保局核定欄			
Fludara Oral, Film-Coated Tablets <input type="checkbox"/> B023585100	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	<input type="checkbox"/> 用於β細胞慢性淋巴性白血病(CLL)病患的起始治療及 CLL 與低惡性度非何杰金氏淋巴瘤(LG-NHL)病患，歷經至少一種標準內容的烷化基藥劑(alkylating agent)的治療方法都無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化的病人。 <input type="checkbox"/> 作為第一線治療，限用於 Rai Stage III/IV (或 Binet C 級)之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II (或 Binet A/B 級)併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癱症等)的病人時，需經過至少一種標準的烷化基藥劑治療無效或病情惡化者。每次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。		<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"/> 未附病理切片報告或細胞學檢查報告 <input type="checkbox"/> 未附使用其他抗癌藥物無效之記錄 <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) <input type="checkbox"/> 補附資料再審，請補充以下資料 _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____			
Fludara Lyophilized IV Injection <input type="checkbox"/> B022732248	<input type="checkbox"/> 第一次申請 <input type="checkbox"/> 治療後再次申請	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。 1. 原受理編號「原審核對象」之審核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。 2. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。 3. 原審核對象如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。 4. 原審核對象如有異議，得於收到複核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. 原審核對象如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。 6. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。 7. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。		申請數量 用法用量			
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「原審核對象」之審核結果如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。 3. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。 4. 原審核對象如有異議，得於收到複核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. 原審核對象如有異議，得於收到複核通知之日起六十日內向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。 6. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。 7. 原審核對象如有異議，得於收到複核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。						
醫務機構	醫院	申請日期：年 月 日		行政院衛生署 日期章戳		中央健康保險局	
醫務機構	醫院	承辦人	複核	科長	審查醫師 決行		
醫務機構	醫院	申請日期：年 月 日	文號：				