

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

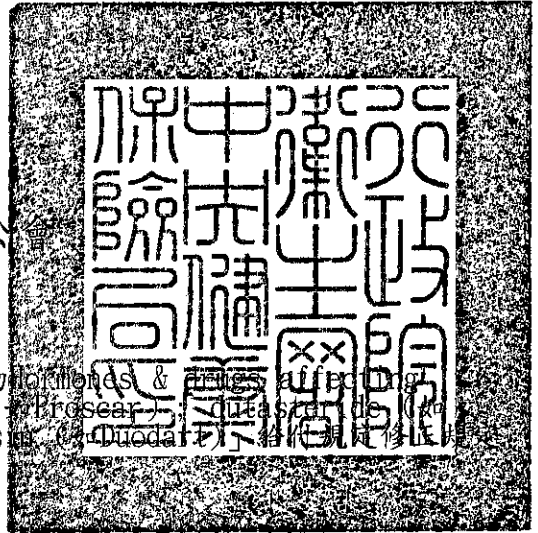
台北市中山區建國北路二段92號9樓

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102年11月8日

發文字號：健保審字第1020036511號

附件：藥品給付規定第5節激素及影響內分泌機轉藥物 Hormones & drugs affecting hormonal mechanism 5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) 及 5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart) 給付規定修正對照表



留用

主旨：公告修正含 testosterone 5-alpha reductase inhibitor 製劑之藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第5節激素及影響內分泌機轉藥物 Hormones & drugs affecting hormonal mechanism 5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) 及 5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart)」部分規定，給付規定修正對照表如附件。

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、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、社團法人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、臺灣製藥工業同業公會、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、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、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、本署資訊組（請刊登本署全球資訊網）、本署企劃組（請刊登健保電子報）、本署醫務管理組、台灣泌尿科醫學會、本署台北業務組（請轉知轄區醫事機構，以下同）、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組（以上均含附件）

衛生福利部中央  
健康保險署核對章(6)

# 署長黃三桂



全民健康保險藥物給付項目及支付標準-第六編第八十三條

「藥品給付規定」修正規定

第5節 激素及影響內分泌機轉藥物

Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

(自102年12月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>5.2.2. 含 testosterone 5-alpha reductase inhibitor 製劑 (101/3/1)</p> <p>5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) (86/1/1、87/4/1、93/10/1、101/3/1、<u>102/12/1</u>) :</p> <p>1. 限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或經腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)前列腺大於 <u>30mL</u> 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參考值之病人，需經病理診斷無前列腺癌，<u>無法接受切片檢查者，應於病歷詳載原因</u>方可使用。(102/12/1)</p> <p>2. 服藥後第一年，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)或尿流速儀(uroflow-metry) 檢查，需證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。(102/12/1)</p> <p>5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart) (101/3/1、<u>102/12/1</u>) :</p> <p>1. 限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 或經腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)前列腺大於 <u>30mL</u> 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常參</p>	<p>5.2.2. 含 testosterone 5-alpha reductase inhibitor 製劑 (101/3/1)</p> <p>5.2.2.1 Finasteride (如 Proscar) ; dutasteride (如 Avodart) (86/1/1、87/4/1、93/10/1、101/3/1、) :</p> <p>1. 限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 測量前列腺大於 <u>20公克</u> 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，前列腺特異抗原 (PSA) 高於正常值之病人，需經病理診斷無前列腺癌方可使用。</p> <p>2. 服藥後第一年，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或尿流速儀 (uroflow-metry) 檢查，需證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。</p> <p>5.2.2.2. Dutasteride + tamsulosin (如 Duodart) (101/3/1) :</p> <p>1. 限良性前列腺肥大且有阻塞症狀，經直腸超音波前列腺掃描 (TRUS of prostate) 測量前列腺大於 <u>20公克</u> 或最大尿流速 (Qmax) 小於 15 mL/sec 之病人，前列腺特異抗原 (PSA) 高於<u>正常值</u>之病人，需經病理診斷無前列腺癌，且已使用其他攝護肥大症之藥品但症狀沒有改善或無法耐受之病人方可使用。</p>

<p><u>考值之病人，需經病理診斷無前列腺癌，無法接受切片檢查者，應於病歷詳載原因，且已使用其他攝護肥大症之藥品但症狀沒有改善或無法耐受之病人方可使用。(102/12/1)</u></p> <p>2. 服藥後第一年，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或腹部超音波測量(僅限無法實施直腸超音波前列腺掃描者)或尿流速(uroflow-metry)檢查，需證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。(102/12/1)</p>	<p>2. 服藥後第一年，每半年需作直腸超音波前列腺掃描或尿流速儀(uroflow-metry)檢查，需證明前列腺有縮小或尿流速有增加，方得繼續使用。</p>
---	---

備註：劃線部份為新修訂之規定