

第 1 章 神經系統藥物

Drugs acting on the nervous system

修正後給付規定	原給付規定
<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品 (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) (90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1)</p> <p><u>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/ /):</u></p> <p>(1)年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。</p> <p>(2)類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。</p> <p>(3)合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。</p> <p>(4)同時併有腎上腺類固醇之患者。</p> <p>(5)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。</p> <p>(6)同時併有抗凝血劑者。</p> <p>(7)肝硬化患者。</p> <p>2. 使用本類製劑之病患不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑 (如 misoprostol)</p>	<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品 (如 celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide) (90/7/1、97/9/1) etoricoxib (96/1/1)</p> <p><u>1. 本類製劑之使用需合乎衛生主管機關許可之適應症範圍，並符合下列條件之一者：</u></p> <p>(1)年齡大於等於六十歲之骨關節炎病患。</p> <p>(2)類風濕性關節炎、僵直性脊髓炎、乾癬性關節炎等慢性病發炎性關節病變，需長期使用非類固醇抗發炎劑者。</p> <p>(3)合併有急性嚴重創傷、急性中風及急性心血管事件者 (97/2/1)。</p> <p>(4)同時併有腎上腺類固醇之患者。</p> <p>(5)曾有消化性潰瘍、上消化道出血或胃穿孔病史者。</p> <p>(6)同時併有抗凝血劑者。</p> <p>(7)肝硬化患者。</p> <p>2. 使用本類製劑之病患不得預防性併用乙型組織胺受體阻斷劑、氫離子幫浦阻斷劑及其他消化性潰瘍用藥，亦不得合併使用前列腺素劑 (如 misoprostol)</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

<p>1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</p> <p>1.2.1. 選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate ; fluoxetine ; paroxetine ; sertraline ; venlafaxine HCl ; milnacipran ; mirtazapine ; citalopram ; escitalopram ; duloxetine 等製劑) : (88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1、99/ /) 使用時病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。</p> <p>1.2.1.1. Bupropion HCL : (92/1/1、99/ /) 作為戒菸治療者不予給付。</p>	<p>1.2. 精神治療劑 Psychotherapeutic drugs</p> <p>1.2.1.選擇性血清促進素再吸收抑制劑 (SSRI) 及血清促進素及正腎上腺素再吸收抑制劑 (SNRI) 抗憂鬱劑」(fluvoxamine maleate ; fluoxetine ; paroxetine ; sertraline ; venlafaxine HCl ; milnacipran ; mirtazapine ; citalopram ; escitalopram ; duloxetine 等製劑) : (88/12/1、89/10/1、91/5/1、92/6/1、93/5/1、94/2/1、94/12/1) 使用時需符合衛生主管機關核准之適應症，病歷上應詳細註明診斷依據及使用理由。</p> <p>1.2.1.1. Bupropion HCL (如 <u>Wellbutrin S-R Tab. 150mg</u>) : (92/1/1) 作為戒菸治療者不予給付。</p>
<p>1.2.2.2. Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine 、 olanzapine 、 risperidone 、 quetiapine 、 amisulpride 、 ziprasidone 、 aripiprazole 、 paliperidone 等) : (91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件(95/10/1、97/5/1、99/ /) :</p> <p>(1) 開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：醫療理由或診斷，以及臨床整體評估表 (Clinical Global</p>	<p>1.2.2.2.Second generation antipsychotics (簡稱第二代抗精神病藥品，如 clozapine 、 olanzapine 、 risperidone 、 quetiapine 、 amisulpride 、 ziprasidone 、 aripiprazole 、 paliperidone 等) : (91/9/1、92/1/1、92/7/1、94/1/1、95/10/1、97/5/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需合乎衛生主管機關許可之適應症範圍，並需符合下列條件 (95/10/1、97/5/1) :</p> <p>(1) 開始使用「第二代抗精神病藥品」時需於病歷記載：</p>

<p>Impression, 簡稱 CGI) 之分數。</p> <p>(2) 經規則使用六至八週後, 需整體評估其療效, 並於病歷記載: 臨床整體評估表之分數。</p> <p>(3) 日劑量超過下列治療劑量時, 需於病歷記載理由:</p> <p>clozapine 400 mg/day risperidone 6 mg/day olanzapine 20 mg/day quetiapine 600 mg/day amisulpride 800mg/day (92/1/1) ziprasidone 120mg/day (92/7/1) aripiprazole 15mg/day (94/1/1) paliperidone 12mg/day (97/5/1)</p> <p>2. 本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)</p> <p>3. Olanzapine 用於預防雙極性疾患復發時, 限 lithium、carbamazepine、valproate 等藥品至少使用兩種以上, 治療無效或無法耐受副作用時使用。(95/10/1)</p>	<p>醫療理由或診斷, 以及臨床整體評估表 (Clinical Global Impression, 簡稱 CGI) 之分數。</p> <p>(2) 經規則使用六至八週後, 需整體評估其療效, 並於病歷記載: 臨床整體評估表之分數。</p> <p>(3) 日劑量超過下列治療劑量時, 需於病歷記載理由:</p> <p>clozapine 400 mg/day risperidone 6 mg/day olanzapine 20 mg/day quetiapine 600 mg/day amisulpride 800mg/day (92/1/1) ziprasidone 120mg/day (92/7/1) aripiprazole 15mg/day (94/1/1) paliperidone 12mg/day (97/5/1)</p> <p>2. 本類藥品不得使用於雙極性疾患之鬱症發作。(95/10/1)</p> <p>3. Olanzapine 用於預防雙極性疾患復發時, 限 lithium、carbamazepine、valproate 等藥品至少使用兩種以上, 治療無效或無法耐受副作用時使用。(95/10/1)</p>
--	--

備註: 劃線部份為新修訂之規定。

修正後給付規定	原給付規定
<p>1.3.2.3. Topiramate (如 Topamax) (90/9/1、92/11/1、93/6/1、94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1)</p> <p>限下列病患使用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。 2. 用於預防偏頭痛之治療 (94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1、99/ /) <ol style="list-style-type: none"> (1).限符合國際頭痛協會偏頭痛診斷標準並有以下任一狀況之偏頭痛患者，且對現有預防藥物療效不佳或無法忍受副作用或有使用禁忌者使用。 <ol style="list-style-type: none"> I. 即使使用急性藥物，反覆發作偏頭痛已嚴重影響到患者的日常生活。 II.特殊病例，如偏癱性偏頭痛、基底性偏頭痛、偏頭痛之前預兆時間過長或是偏頭痛梗塞等。 III.偏頭痛發作頻繁，每星期 2 次(含)以上。 (2).Topiramate 每日治療劑量超過 100mg 時，需於病歷詳細記載使用理由。 	<p>1.3.2.3. Topiramate (如 Topamax) (90/9/1、92/11/1、93/6/1、94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1)</p> <p>限下列病患使用：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助治療 (add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。 2. 用於預防偏頭痛之治療(<u>限許可證已核准適應症之藥品</u>) (94/3/1、94/9/1、95/1/1、99/5/1) <ol style="list-style-type: none"> (1).限符合國際頭痛協會偏頭痛診斷標準並有以下任一狀況之偏頭痛患者，且對現有預防藥物療效不佳或無法忍受副作用或有使用禁忌者使用。 <ol style="list-style-type: none"> I. 即使使用急性藥物，反覆發作偏頭痛已嚴重影響到患者的日常生活。 II.特殊病例，如偏癱性偏頭痛、基底性偏頭痛、偏頭痛之前預兆時間過長或是偏頭痛梗塞等。 III.偏頭痛發作頻繁，每星期 2 次(含)以上。 (2).Topiramate 每日治療劑量超過 100mg 時，需於病歷詳細記載使用理由。

第 5 章 激素及影響內分泌機轉藥物
Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

修正後給付規定	原給付規定
<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑) (92/1/1、93/4/1、95/4/1、98/5/1、99/2/1)</p> <p>1. 本類藥品限用於前列腺癌、中樞性早熟、子宮內膜異位症及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例。 (85/1/1) (98/5/1)</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例需經事前審查核准後依下列規範使用(98/5/1、99//):</p> <p>(1) 中樞性早熟</p> <p>I 診斷：中樞性早熟 (central precocious puberty, CPP) LHRH 測驗呈 LH 反應最高值≥ 10 mIU/mL 且合併第二性徵。包括特發性 (Idiopathic CPP, ICPP) 和病理性 (Pathologic CPP, PCPP)</p> <p>II.治療條件：</p> <p>i. 年齡：開始發育的年齡，女孩≤ 7歲，男孩≤ 8歲。</p> <p>ii. 骨齡加速：較年齡至少超前二年。</p> <p>iii. 預估成人身高需兼具下列 3 條件：(95/4/1)</p> <p>a. 女≤ 153公分，男≤ 16</p>	<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑)(92/1/1、93/4/1、95/4/1、98/5/1、99/2/1)</p> <p>1. 本類藥品限用於前列腺癌、中樞性早熟、子宮內膜異位症及停經前(或更年期前)之嚴重乳癌病例。 (85/1/1) (98/5/1)</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例<u>應以衛生署已許可適應症之藥品為限，且需經事前審查核准後依下列規範使用</u> (98/5/1)：</p> <p>(1) 中樞性早熟</p> <p>I 診斷：中樞性早熟 (central precocious puberty, CPP) LHRH 測驗呈 LH 反應最高值≥ 10 mIU/mL 且合併第二性徵。包括特發性 (Idiopathic CPP, ICPP) 和病理性 (Pathologic CPP, PCPP)</p> <p>II.治療條件：</p> <p>i. 年齡：開始發育的年齡，女孩≤ 7歲，男孩≤ 8歲。</p> <p>ii. 骨齡加速：較年齡至少超前二年。</p> <p>iii. 預估成人身高需兼具下列 3 條件：(95/4/1)</p>

<p>五公分</p> <p>b. 比標的身高 (target height, TH) 至少相同或較矮; $TH = \frac{【父親身高 + 母親身高 + 11 (男) - 11 (女)】}{2}$。</p> <p>c. 在追蹤六至十二個月期間, 骨齡增加與年齡增加比率 ≥ 2.0, 且預估身高 (PAH) 減少至少五公分。</p> <p>iv. PCPP 中合併中樞神經疾病者, 不受 ii、iii 之限制。</p> <p>III. 治療劑量及使用法: GnRH analogue 最高 3.75mg, 每三至四週注射一次 (途徑依藥廠規定)</p> <p>IV. 治療監測: 身高和體重至少每三個月測量一次, 骨齡至少每六至十二個月測定一次。</p> <p>V. 繼續治療條件: i. 生長速率 ≥ 2 公分/年, ii. 骨齡: 女小於十四歲, 男小於十五歲。</p> <p>VI. 使用醫師: 限小兒內分泌或新陳代謝專科醫師。</p> <p>VII. 限區域醫院以上層級之醫院使用。</p> <p>(2) 停經前 (或更年期前) 之嚴重乳癌, 須完全符合以下二點: (86/9/1、99/2/1)</p> <p>I. 荷爾蒙接受體陽性。 II. 無法忍受其他荷爾蒙製劑 (tamoxifen、megestrol 等), 且為停經前婦女有轉移性乳癌</p>	<p>a. 女 \leq 一五三公分, 男 \leq 一六五公分</p> <p>b. 比標的身高 (target height, TH) 至少相同或較矮; $TH = \frac{【父親身高 + 母親身高 + 11 (男) - 11 (女)】}{2}$。</p> <p>c. 在追蹤六至十二個月期間, 骨齡增加與年齡增加比率 ≥ 2.0, 且預估身高 (PAH) 減少至少五公分。</p> <p>iv. PCPP 中合併中樞神經疾病者, 不受 ii、iii 之限制。</p> <p>III. 治療劑量及使用法: GnRH analogue 最高 3.75mg, 每三至四週注射一次 (途徑依藥廠規定)</p> <p>IV. 治療監測: 身高和體重至少每三個月測量一次, 骨齡至少每六至十二個月測定一次。</p> <p>V. 繼續治療條件: i. 生長速率 ≥ 2 公分/年, ii. 骨齡: 女小於十四歲, 男小於十五歲。</p> <p>VI. 使用醫師: 限小兒內分泌或新陳代謝專科醫師。</p> <p>VII. 限區域醫院以上層級之醫院使用。</p> <p>(2) 停經前 (或更年期前) 之嚴重乳癌, 須完全符合以下二點: (86/9/1、99/2/1)</p> <p>I. 荷爾蒙接受體陽性。 II. 無法忍受其他荷爾蒙製劑 (tamoxifen、megestrol 等), 且為</p>
--	---

<p>者。</p> <p>(3).本品使用於子宮內膜異位症之規定：(87/10/1、98/5/1)</p> <p>I 經客觀診斷之第二期(含)以上子宮內膜異位症 (AFS 修訂之評分標準 (以下簡稱 rAFS)，需附手術紀錄及病理報告證明)；且符合下列各項條件之一者，需經事前審查核准後使用 GnRH analogue。</p> <p>i. 肝機能不全 (ALT 或 AST 大於正常值三倍)、腎功能不全 (creatinine > 2 mg %)、鬱血性心臟病，不適用各種荷爾蒙藥物治療者。</p> <p>ii. 曾使用各種荷爾蒙藥物治療，引起藥物過敏或不可逆之藥物不良反應者。</p> <p>II. 前項藥物治療以連續六個月為上限。</p>	<p>停經前婦女有轉移性乳癌者。</p> <p>(3).本品使用於子宮內膜異位症之規定：(87/10/1、98/5/1)</p> <p>I 經客觀診斷之第二期(含)以上子宮內膜異位症 (AFS 修訂之評分標準 (以下簡稱 rAFS)，需附手術紀錄及病理報告證明)；且符合下列各項條件之一者，需經事前審查核准後使用 GnRH analogue。</p> <p>i. 肝機能不全 (ALT 或 AST 大於正常值三倍)、腎功能不全 (creatinine > 2 mg %)、鬱血性心臟病，不適用各種荷爾蒙藥物治療者。</p> <p>ii. 曾使用各種荷爾蒙藥物治療，引起藥物過敏或不可逆之藥物不良反應者。</p> <p>II. 前項藥物治療以連續六個月為上限。</p>
---	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

第 9 章抗癌瘤藥物 Antineoplastics

新修正給付規定	原給付規定
<p>9.4.Gemcitabine (如Gemzar) (92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1)</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及胰臟癌病患。 2. 晚期膀胱癌病患。(92/12/1) 3. Gemcitabine 與 paclitaxel 併用，可使用於曾經使用過 anthracycline 之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患。(94/10/1) 4. 用於曾經使用含鉑類藥物 (platinum-based) 治療後復發且間隔至少 6 個月之卵巢癌，作為第二線治療。(96/5/1、99//) 	<p>9.4.Gemcitabine (如Gemzar) (92/12/1、93/8/1、94/10/1、96/5/1)</p> <p>限用於</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 晚期或無法手術切除之非小細胞肺癌及胰臟癌病患。 2. 晚期膀胱癌病患。(92/12/1) 3. Gemcitabine 與 paclitaxel 併用，可使用於曾經使用過 anthracycline 之局部復發且無法手術切除或轉移性之乳癌病患。(94/10/1) 4. 用於曾經使用含鉑類藥物 (platinum-based) 治療後復發且間隔至少 6 個月之卵巢癌，作為第二線治療，<u>且限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品。</u>(96/5/1)

9.11.Tegafur成分製劑：

1. 限轉移性胃癌、轉移性直腸癌、轉移性結腸癌、轉移性乳癌之病患使用（89/10/1、97/12/1）。
2. 頭頸部鱗狀上皮癌(98/3/1)。
3. 與 cisplatin 併用治療轉移及末期肺癌。
4. 直腸癌、結腸癌第Ⅱ、Ⅲ期患者之術後輔助性治療，且使用期限不得超過2年(94/10/1、97/12/1)

9.11.Tegafur成分製劑：

1. 限轉移性胃癌、轉移性直腸癌、轉移性結腸癌、轉移性乳癌之病患使用（89/10/1、97/12/1）。
2. 以下疾病限行政院衛生署許可證已核准適應症之藥品（93/4/1、98/3/1）。
 - (1) 頭頸部鱗狀上皮癌。
 - (2) 與 cisplatin 併用治療轉移及末期肺癌。
3. 直腸癌、結腸癌第Ⅱ、Ⅲ期患者之術後輔助性治療，且使用期限不得超過2年(94/10/1、97/12/1)

<p>9.14.Doxorubicin hydrochloride liposome injection (如 Lipo-Dox、Caelyx)：(91/3/1、93/8/1、93/11/1)</p> <p>限用於下列適應症:(99/ /)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 用於治療曾接受第一線含 platinum 及 paclitaxel 化學治療而失敗者或再復發之進行性或轉移性卵巢癌病人。(91/3/1) 2. 用於治療 CD4 數量低下 (< 200 CD4 lymphocyte/mm³) 和粘膜、皮膚或內臟有病變的 AIDS related Kaposi's Sarcoma 的病人。(91/3/1) 3.用於單一治療有心臟疾病風險考量之轉移性乳癌患者。(93/11/1) 	<p>9.14.Doxorubicin hydrochloride liposome injection (如 Lipo-Dox、Caelyx)：(91/3/1、93/8/1、93/11/1)</p> <p>限用於<u>行政院衛生署核准</u>之下列適應症：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 用於治療曾接受第一線含 platinum 及 paclitaxel 化學治療而失敗者或再復發之進行性或轉移性卵巢癌病人。(91/3/1) 2. 用於治療 CD4 數量低下(< 200 CD4 lymphocyte/mm³) 和粘膜、皮膚或內臟有病變的 AIDS related Kaposi's Sarcoma 的病人。(91/3/1) 3.用於單一治療有心臟疾病風險考量之轉移性乳癌患者。(93/11/1)
---	---

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

新修正給付規定	原給付規定
<p>10.6.3.2.Itraconazole注射劑 (如 Sporanox inj)：(96/6/1、96/8/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一線治療藥物 amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以 14 日為限。 2. 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病(包括隱球菌腦膜炎)的病人，並以 14 日為限。 3. 經感染症專科醫師會診確認需要使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。(96/8/1、99/ /) 	<p>10.6.3.2.Itraconazole注射劑 (如 Sporanox inj)：(96/6/1、96/8/1)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於第一線治療藥物 amphotericin B 治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症、組織漿病菌之第二線用藥使用，以 14 日為限。 2. 限用於第一線治療藥物無法使用或無效的免疫功能不全及中樞神經系統罹患隱球菌病(包括隱球菌腦膜炎)的病人，並以 14 日為限。 3. <u>符合行政院衛生署核准之適應症，因病情需要</u>，經感染症專科醫師會診確認需要使用者(申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料)。(96/8/1)
<p>10.6.6. Caspofungin Injection劑型 (如 Cancidas Injection 50mg)：(92/8/1、94/1/1、96/7/1)</p> <p>限符合下列規定之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. 經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於 fluconazole 無效或有嚴重副作用者。(99/ /) 	<p>10.6.6. Caspofungin Injection劑型 (如 Cancidas Injection 50mg)：(92/8/1、94/1/1、96/7/1)</p> <p>限符合下列規定之一：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 限用於其他黴菌藥物治療無效或有嚴重副作用之侵入性麴菌症、侵入性念珠菌感染症之第二線用藥。 2. <u>符合衛生署之適應症範圍且</u>經感染症專科醫師認定需使用者，惟治療食道念珠菌感染限用於 fluconazole 無效或有嚴重副作用者。