

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104



42

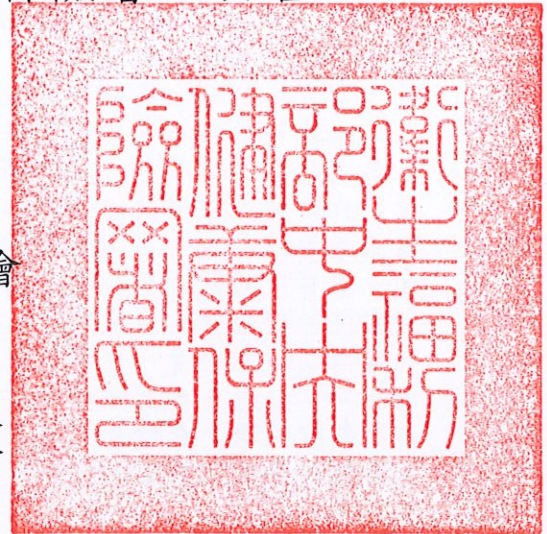
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國111年12月15日

發文字號：健保審字第1110672327號

附件：全民健康保險藥品已收載品項異動明細表及藥品給付規定修訂對照表各1份(請至本署全球資訊網自行下載)



主旨：公告含romiplostim成分藥品（如Romiplate）支付價格異動暨修訂部分藥品給付規定。

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：

- 一、「全民健康保險已收載品項異動明細表」如附件1。
- 二、修訂「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4節血液治療藥物Hematological drugs 4.3.2.1.Eltrombopag(如Revolade)及4.3.2.2.Romiplostim(如Romiplate)」部分規定，給付規定修訂對照表如附件2。  
(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載)



副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、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、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、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、中華民國診所協會全國聯合會、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、台灣藥品行銷暨管理協會、台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、本署企劃組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、台灣協和麒麟股份有限公司

署長李伯璋

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	KC009272B4	Romiplate 250ug injection	ROMIPLOSTIM 375 mcg	375 MCG	台灣協和麒麟股份有限公司	18,172	12,539	1.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第58次會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每瓶12,539元。 3.給付規定:適用通則及4.3.2.2.規定。	112/1/1

「藥品給付規定」修訂對照表

第4節 血液治療藥物 Hematological drugs

(自112年1月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>4.3.2.1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>1. (略)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：<u>(109/2/1、112/1/1)</u></p> <p>I. (略)</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. ~v. (略)</p> <p>III. (略)</p> <p><u>IV. 本藥品與 romiplostim 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> <p>2. 用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血，<u>需同時符合下列條件：</u>(108/6/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>(1)<u>不適合</u>接受幹細胞移植的病患。</p> <p>(2)已接受或<u>不適合</u>接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</p> <p>(3)(略)</p> <p><u>(4)本藥品與 romiplostim 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p>	<p>4.3.2.1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：<u>(109/2/1)</u></p> <p>I. (略)</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. ~v. (略)</p> <p>III. (略)</p> <p>2. 用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血(<u>限 eltrombopag</u>)需同時符合下列條件：<u>(108/6/1)</u></p> <p>(1)<u>不適於</u>接受幹細胞移植的病患。</p> <p>(2)已接受或<u>不適於</u>接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</p> <p>(3)(略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>4.3.2.2. Romiplostim(如 Romiplate) (108/6/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1、<u>112/1/1</u>)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合：<u>(112/1/1)</u></p> <p>I. 需接受計畫性手術或侵入性檢查並具出血危險者，且血小板 &lt; 80,000/uL。</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. 經麻醉科醫師評估無法耐受全身性麻醉。</p> <p>ii. 難以控制之凝血機能障礙。</p> <p>iii. 心、肺等主要臟器功能不全。</p> <p>iv. 有其他重大共病，經臨床醫師判斷不適合進行脾臟切除。</p> <p>III. 未曾接受脾臟切除患者須經事前審查同意使用，限用 <u>12</u> 週。</p> <p>(2)未曾接受脾臟切除且不適合進行脾臟切除之患者，並符合下列所有條件：<u>(112/1/1)</u></p>	<p>4.3.2.2. Romiplostim(如 Romiplate) (108/6/1)</p> <p>1. 限用於成年慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1)</p> <p>(1)未曾接受脾臟切除患者，且符合：</p> <p>I. 需接受計畫性手術或侵入性檢查並具出血危險者，且血小板 &lt; 80,000/uL。</p> <p>II. 具有下列不適合進行脾臟切除之其一條件：</p> <p>i. 經麻醉科醫師評估無法耐受全身性麻醉。</p> <p>ii. 難以控制之凝血機能障礙。</p> <p>iii. 心、肺等主要臟器功能不全。</p> <p>iv. 有其他重大共病，經臨床醫師判斷不適合進行脾臟切除。</p> <p>III. 未曾接受脾臟切除患者須經事前審查同意使用，限用 <u>8</u> 週。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>I. 長期血小板 &lt; 20,000/μL (三個月內至少兩次)，且有紫斑及出血紀錄者。</u></p> <p><u>II. 須排除下列共病：脾腫大 (Hypersplenism)、骨髓化生不良症候群(MDS)、再生不良性貧血、 HIV 或化學治療相關之血小板低下。</u></p> <p><u>III. 須經事前審查同意使用，首次申請限用三個月，如申請續用，之後每六個月須再次申請，血小板 &gt; 50,000/μL 者方得續用。</u></p> <p><u>IV. 本藥品與 eltrombopag 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p> <p><u>(3) 若曾接受脾臟切除患者，且符合下列所有條件：(112/1/1)</u></p> <p>I. 治療前血小板 &lt; 20,000/μL，或有明顯出血症狀者。</p> <p>II. 治療 12 週後，若血小板無明顯上升或出血未改善，則不得再繼續使用。</p> <p><u>(4) 每週劑量以 10 μg/kg 為上限。(112/1/1)</u></p> <p><u>(5) 治療期間，不得同時併用免疫球蛋白，且 eltrombopag 與 romiplostim 不得併用。</u></p>	<p><u>(2) 曾接受脾臟切除患者，且符合：</u></p> <p>I. 治療前血小板 &lt; 20,000/μL，或有明顯出血症狀者。</p> <p>II. 治療 8 週後，若血小板無明顯上升或出血未改善，則不得再繼續使用。</p> <p><u>2. 治療期間，不得同時併用免疫球蛋白，且 eltrombopag 與 romiplostim 不得併用。</u></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>2. <u>用於免疫抑制療法(IST)反應不佳的嚴重再生不良性貧血，需同時符合下列條件：(112/1/1)</u></p> <p><u>(1)不適合接受幹細胞移植的病患。</u></p> <p><u>(2)已接受或不適合接受抗胸腺細胞免疫球蛋白(ATG)治療之病患。</u></p> <p><u>(3)需經事前審查核准後使用。首次申請之療程以4個月為限，之後每6個月評估及申請，送審時需檢附血液檢查報告。</u></p> <p><u>(4)本藥品與eltrombopag僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用。</u></p>	

備註：劃線部分為新修訂規定