

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

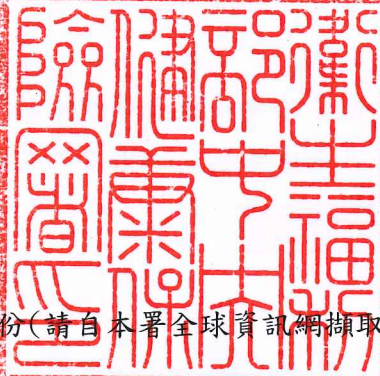
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國105年10月14日

發文字號：健保審字第1050065171號

附件：1. 新收載品項明細表 2. 給付規定修正對照表各乙份(請自本署全球資訊網擷取)



主旨：公告暫予支付含 ingenol 成分藥品 Picato Gel 150 mcg/g 及 Picato Gel 500 mcg/g 共 2 品項暨其藥品給付規定。

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、「全民健康保險藥品新收載品項明細表」如附件 1。
- 二、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第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations 13.14. Ingenol(如 Picato)」部分規定，給付規定修正對照表如附件 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>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、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部心理及口腔健康司、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、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、本署臺北業務組（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、禾利行股份有限公司

衛生福利部中央
健康保險署投對章(3)

署長李伯璋



「全民健康保險藥品新收載品項明細表」

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	許可證字號	建議價	初核價格	初核說明	生效日期
1	BC26609309	Picato Gel150 mcg/g	ingenol mebutate 150 mcg/g	1gm	衛部藥輸字第026609號	1,097	906	1.本案藥品為新藥。2.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21次(105年8月)會議結論、廠商105年10月7日聯(管)字第105100732號函暨回復單辦理。3.給付規定：適用通則及13.14. Ingenol(如Picato)規定辦理。	105/11/1
	BC26608309	Picato Gel 500 mcg/g	ingenol mebutate500 mcg/g	1gm	衛部藥輸字第026608號	1,645.5	1,359	1.本案藥品為新藥。2.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21次(105年8月)會議結論、廠商105年10月7日聯(管)字第105100732號函暨回復單辦理。3.給付規定：適用通則及13.14. Ingenol(如Picato)規定辦理。	105/11/1

「藥品給付規定」修正對照表

第13節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自105年11月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>13.14. Ingenol(如 Picato) : (105/11/1)</u></p> <p><u>限用於治療局部性、非過度角化 (non-hyperkeratotic)、非肥厚型 (non-hypertrophic)光化性角化症</u></p> <p><u>1. 限用於局部性治療 25 cm²的連續治療面積內，4個(含)以上病灶數量。</u></p> <p><u>2. 須經皮膚科醫師診斷為光化性角化症，並附照片備查。</u></p> <p><u>3. 療程:</u></p> <p><u>(1)150微克/克(0.015%)用於臉部或頭皮，每天一次、連續塗抹3天，每部位每一次療程限處方3支；</u></p> <p><u>500微克/克(0.05%)用於身軀或四肢，每天一次，連續塗抹2天，每部位每一次療程限處方2支。</u></p> <p><u>(2)若未達完全清除、或病灶復發或出現新病灶，須進行第二次療程，須 距第一次療程八週以上，一年內以兩療程為限。</u></p> <p><u>(3)於局部治療範圍處，八週內不得同時併用其他光化性角化症治療，如冷凍治療、雷射、電燒等。</u></p>	<p><u>13.14. 無</u></p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。

