

台灣大昌華嘉股份有限公司 函

地址：台北市內湖區堤頂大道二段 407 巷 22 號 10 樓
傳真：(02)8752-6100
聯絡人：周欣怡
聯絡方式：(02)8752-6666 轉 307
E-MAIL: candy.chou@dksh.com

受文者：天主教中華聖母修女會醫療財團法人

發文日期：中華民國 110 年 12 月 10 日

發文字號：嘉標字第 110-582 號

附件：原廠公文影本、健保給付規定新舊對照表

主旨：本公司代理台灣邁蘭有限公司之品項「Elidel® 1% Cream（醫立妥®乳膏 1%）」
健保給付規定與健保價變更通知，請查照。

說明：

一、本公司代理台灣邁蘭有限公司之品項「Elidel® 1% Cream（醫立妥®乳膏 1%）」
健保給付規定與健保價將於 12 月 1 日放寬變更生效。

二、Elidel 醫立妥健保給付規定變更，新給付條文如下，並將新舊對照表列於
附件：13.11.Pimecrolimus（Elidel 1%）：（92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、
99/12/1、110/12/1）限 2 歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、
重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位（頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、
皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部）異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：
（94/3/1、95/7/1、110/12/1）

1.成人患部面積 30%~50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不
超過 60gm。（94/3/1、99/12/1）

2.孩童患部面積 30%~50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期
不超過 30gm。（99/12/1）

3.敏感性皮膚部位（頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、
鼠蹊部）異位性皮膚炎部分：成人每月不超過 30gm，孩童每月不超過不超
過 20gm，且不得與全身用藥分開計算。（110/12/1）

4.使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。

5.以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用
30 公克。（93/8/1）

6.不可合併紫外線治療。（93/8/1）

7.與 tacrolimus 併用時 (99/12/1)：

(1)成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積 >50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。

(2)孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積 >50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。

(3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。

三、Elidel 醫立妥健保價也隨之調整如下：

健保碼	品名	原給付價	新給付價
BC23645329	Elidel 醫立妥 10g	346	276
BC23645335	Elidel 醫立妥 15g	435	394
BC23645343	Elidel 醫立妥 30g	792	747

四、特此說明，敬請轉知相關單位，並請繼續支持本公司為禱。

台灣大昌華嘉股份有限公司
負責人：伍安得

聯絡地址：114025 台北市民權東路 6 段 160 號 8 樓之 3
聯絡電話：(O) 02-6603-1688
聯絡人：劉素君

8F-3, No. 160, Sec. 6,
Min Chuan E. Rd. Taipei, Taiwan
Phone 02 6603 1688
F a x 02 2791 0928
W e b www.viatris.com

台灣邁蘭有限公司 函

受文者：全國醫事藥事機構

速別：速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 110 年 11 月 29 日

發文字號：邁蘭銷字第 1101129-1 號

主旨：Elidel® 1% Cream (醫立妥® 乳膏 1%) 健保給付規定與健保價變更通知。

說明：

一、台灣邁蘭有限公司品項 Elidel® 1% Cream (醫立妥® 乳膏 1%) 健保給付規定與健保價將於 12 月 1 日放寬變更生效。

二、Elidel 醫立妥健保給付規定變更，新給付條文如下，並將新舊對照表列於附件：

13.11.Pimecrolimus (Elidel 1%)：(92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、110/12/1)

限 2 歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1、110/12/1)

1.成人患部面積 30%~50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 60gm。(94/3/1、99/12/1)

2.孩童患部面積 30%~50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 30gm。(99/12/1)

3.敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎部分：成人每月不超過 30gm，孩童每月不超過不超過 20gm，且不得與全身用藥分開計算。(110/12/1)

4.使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。



5.以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。
(93/8/1)

6.不可合併紫外線治療。(93/8/1)

7.與 tacrolimus 併用時(99/12/1)：

(1)成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。

(2)孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。

(3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。

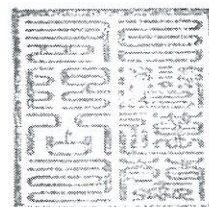
三. Elidel 醫立妥健保價也隨之調整如下：

健保碼	品名	原給付價	新給付價
BC23645329	Elidel 醫立妥 10g	346	276
BC23645335	Elidel 醫立妥 15g	435	394
BC23645343	Elidel 醫立妥 30g	792	747

順頌時祺

副 本：台灣大昌華嘉股份有限公司
附件 1：健保給付規定新舊對照表

台灣邁蘭有限公司
負責人 安尼祿



第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

13.1. (刪除)(104/6/1)

13.2. Cadexomer iodine (如 Iodosorb powder): (87/4/1)

限慢性腿部潰瘍病例及慢性感染性潰瘍傷口使用，每日用量超過一包時，需檢附傷口照片以利審查。

13.3. Calcipotriol 外用製劑: (87/4/1、89/2/1、94/3/1、94/5/1、99/12/1、109/10/1)

13.3.1. Calcipotriol 外用單方製劑 (87/4/1、89/2/1、94/3/1、99/12/1)

限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 30gm 或 30mL 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 或 30mL 者，應於病歷詳細記錄理由。

13.3.2. 含 calcipotriol 及類固醇之外用複方製劑 (如 Daivobet) (94/5/1、99/12/1、109/10/1)

1. 限確經診斷為尋常性牛皮癬 (psoriasis) 之病例使用，使用量以每星期不高於 30gm 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。

2. 若因病情需要需連續使用超過 8 週者，應於病歷詳細記錄理由。(109/10/1)

13.3.3 與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。(99/12/1)

13.4. Isotretinoin 口服製劑 (如 Roaccutane): (86/9/1、87/4/1、94/3/1)

1. 限皮膚科專科醫師使用。

2. 需檢附病人之服藥同意書 (詳附表十)，以及經傳統治療無效之病歷資料或治療前之照片，經事前審查核准後使用。

3. 每次申請以一療程為限，若需再次療程，請檢附原來照片與最近照片再次申請事前審查核准後使用 (每一療程最高總劑量為 100 mg - 120 mg/kg，於四至六個月完成)。

13.5. Acitretin (如 Neotigason): (87/11/1)

申報費用時需檢具病患同意書 (附表十一)，並檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.6. Methoxsalen 製劑: (87/11/1)

限皮膚科專科醫師使用於 PUVA 治療 (配合紫外線照射)，申報費用時需檢送含確定診斷之詳細病歷資料，俾利審查。

13.7. Doxepin HCl cream (如 Ichderm): (88/6/1)

限成人使用，每次處方不超過七天。

13.8. Tazarotene 外用製劑: (91/4/1、99/12/1、101/2/1)

1. 限乾癬之病例使用。

2. 使用量以每星期不高於 30gm 為原則。若因病情需要，使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記載理由。(99/12/1)

3. 與 calcitriol (或 calcipotriol) 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，



若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記載理由。
(99/12/1)

13.9. Calcitriol (如 Silkis ointment) : (92/11/1、93/9/1、99/12/1)

1. 限用於小於 35%體表面積之輕度至中重度乾癬之病例，使用量以每星期不高於 30gm 為原則，若因病情需要使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。其面積計算:依照 rule of nines 計算法。(同 13.10 備註 1)
2. 與 tazarotene 併用，兩者合計總量每星期不超過 30gm 或 30mL，若因病情需要兩者合併使用量需超過每星期 30gm 者，應於病歷詳細記錄理由。
(99/12/1)

13.10. Tacrolimus (如 Protopic Ointment) : (91/12/1、93/8/1、95/7/1、99/12/1)

限二歲以上孩童、青少年及成人因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(95/7/1)

1. 成人患部面積 30%-50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 60gm。
(99/12/1)
2. 孩童患部面積 30%-50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 30gm。(99/12/1)
3. 面積計算：成人依照 rule of nines(詳備註 1)，由部位乘予大約比例之總和，兒童依比例(備註 2，Barkin 公式)修訂。
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。
(93/8 /1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8 /1)
7. 與 pimecrolimus 併用時 (99/12/1)：
 - (1)成人：患部面積 30%-50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。
 - (2)孩童：患部面積 30%-50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。
 - (3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。

備註 1：Rule of nines 計算法：頭頸 9%，兩上肢 18%，軀幹 18%，背 18%，兩下肢 36%，陰部 1%。

備註 2：兒童患部面積計算如附表十七 (From Roger M. Barkin)

13.11. Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、110/12/1)

限 2 歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1、110/12/1)

1. 成人患部面積 30%-50%，每星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 60gm。
(94/3/1、99/12/1)

2. 孩童患部面積 30%~50%，每兩星期不超過 30gm；患部面積>50%，每星期不超過 30gm。(99/12/1)
3. 敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎部分：成人每月不超過 30gm，孩童每月不超過不超過 20gm，且不得與全身用藥分開計算。(110/12/1)
4. 使用一個月後，症狀若無改善，應改用其他藥物治療。
5. 以三個月為一個療程，作間歇性長期治療者，若需繼續治療，每月限使用 30 公克。(93/8/1)
6. 不可合併紫外線治療。(93/8/1)
7. 與 tacrolimus 併用時(99/12/1)：
- (1)成人：患部面積 30%~50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，兩者每星期合併用量不超過 60gm。
- (2)孩童：患部面積 30%~50%，每兩星期兩者合併用量不超過 30gm；患部面積>50%，每星期兩者合併用量不超過 30gm。
- (3)若因病情需要兩者合併使用量需超過限制者，應於病歷詳細記錄理由。
- 13.12. Amorolfine (如 Amocoat)：(99/4/1)
1. 限用於皮真菌、酵母菌及黴菌引起之甲癬。
2. 每年限使用一瓶 5mL。
3. 許可證類別若變更為指示用藥，將不予給付。
- 13.13. Podophyllotoxin (如 Wart Del Cream)：(102/9/1)
1. 限皮膚、泌尿、婦產專科醫師或經病理診斷確認，使用於生殖器疣(包括外生殖器及肛門附近)之治療。
2. 每次限給付乙支(5gm)，一個月內不得重複處方，每次療程間應相隔至少 3 個月，治療期間不得與其它冷凍、電燒、雷射治療合併申報。
3. 若病灶侵犯生殖器部位超過 50%，每療程處方之總劑量以 10gm 為上限，並且需於病歷上詳載，併得合併申報冷凍、電燒或雷射治療。
- 13.14. Ingenol (如 Picato)：(105/11/1)
- 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
1. 限用於局部性治療 25cm² 的連續治療面積內，4 個(含)以上病灶數量。
2. 須經皮膚科醫師診斷為光化性角化症，並附照片備查。
3. 療程：
- (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； 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。
- (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。
- (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。

13.15. Permethrin 外用製劑：(106/9/1)

1. 每人每次限用 1 支(30gm)，需要時得於 7 天後再使用一支。
2. 半年內需使用第 3 次時，須經皮膚科醫師確診處方。

13.16. Ivermectin (如 Stromectol)：(107/8/1)

1. 限鏡檢呈陽性之確診的疥瘡病患使用，須附照片備查。
2. 結痂性疥瘡患者，可合併外用疥瘡藥物治療，但需附照片備查，且每次處方時，限仍有新典型臨床病灶及鏡檢呈陽性者。

13.17. Dupilumab (如 Dupixent)：(108/12/1、109/8/1)

1. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性重度之異位性皮膚炎患者。

(1)所稱”慢性”重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 20 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator's Global Assessment (IGA):3-4。

註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。

(2)所稱治療無效，指 3 個月內連續兩次治療後嚴重度仍符合上列第(1)點情況，且兩次評估之間相隔至少 4 週。

I. 治療必須包括足量之照光治療及包括以下三種系統性(全身性)治療之至少二種，包括 methotrexate、azathioprine、cyclosporin。

II. 照光治療應依學理，如光化療法(PUVA)及窄頻 UVB(nb-UVB)必須每週至少 2 次，療程達 12 週。申請時必須附病歷影印及詳細照光劑量紀錄。

III. Methotrexate 合理劑量需達每週 15mg。Azathioprine 為 2mg/kg/d。

Cyclosporin 為 5mg/kg/d。足量治療至少各分別使用 12 週無效或是有客觀證據產生不良反應(如相隔至少 4 週，兩次肝功能 AST/ALT >2.5 UNL，白血球低於 4000/ μ L，高血壓或腎功能異常，或是至少兩次經培養確診之皰疹性皮膚炎)或有禁忌症後，且不應同時合併使用兩種或以上傳統用藥。

2. 需經事前審查核准後使用。

(1)初次申請時，以 6 個月為 1 個療程，持續使用時每 6 個月需再申報一次，且應於期滿前 1 個月提出，並於申請時檢附照片。

(2)Dupilumab 起始劑量 600mg (300mg 注射兩劑)，接著以 300 mg 隔週注射一次，且於 16 週時，須先行評估，至少有 EASI50 療效方可使用。

(3)初次申請後每 6 個月須再次申請續用，續用時，與初次治療前之療效達 EASI50 方可使用，續申請時需檢附照片。停藥超過 3 個月再申請者，視同新申請案件，否則視為續用案件。

(4)若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。

3. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括：

(1)懷孕或正在授乳的婦女。

(2)寄生蟲（蠕蟲）感染。

4. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，如果發生下列現象應停止治療：

(1)不良事件，包括：

I. 惡性腫瘤。

II. 懷孕與授乳期間。

III. 寄生蟲（蠕蟲）感染。

(2)療效不彰：患者經過6個月治療（初次療程）後未達療效者，療效定義指 EASI 改善未達 50%。

5. 暫緩續用之相關規定：

(1)暫緩續用時機：使用生物製劑治療1年後符合 $EASI \leq 20$ 者。

(2)暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50%復發或 $EASI \geq 20$ （需附上次療程治療前、後，及本次照片）。

◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】(108/12/1)

◎附表三十二之一：全民健康保險異位性皮膚炎使用 Dupilumab 生物製劑申請表 (109/8/1)

13.18. Nadifloxacin 外用製劑(如 Nadixa) (110/6/1)

1. 限用於傳統外用抗生素治療無效之毛囊炎及尋常性鬚瘡，不得合併其他局部抗生素藥膏使用。

2. 臉部每個月限用一條（25gm）。



