



聯絡地址：臺北市信義區信義路5段7號27樓A室
聯絡電話：(O) 02-6631-9900
聯絡人：劉素君

27 F., No. 7, Sec. 5, Xinyi Rd.,
Xinyi Dist., Taipei City 11049,
Taiwan (R.O.C.)
Phone 02 6631 9900
Web www.viatris.com

台灣邁蘭有限公司 函

受文者：天主教聖馬爾定醫院

速別：速件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 111 年 09 月 27 日

發文字號：邁蘭銷字第 1110927-1 號

主旨：Elidel® 1% Cream (醫立妥® 乳膏 1%) 健保給付規定說明。

說明：

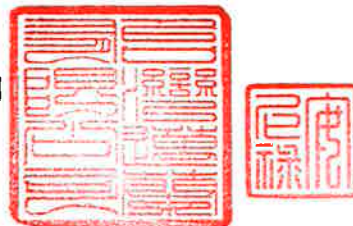
- 一、台灣邁蘭有限公司品項 Elidel® 1% Cream (醫立妥® 乳膏 1%) 健保給付規定與健保價已於 110 年 12 月 1 日放寬變更生效。
- 二、此次放寬主要針對敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)的給付說明，詳細規範說明請參考附件 1。

順頌時祺

副 本：久裕企業股份有限公司

附件 1：台灣邁蘭有限公司公文(邁蘭銷字第 1101129-1 號)

台灣邁蘭有限公司
負責人 安尼祿



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



專
公
司

「藥品給付規定」修訂對照表

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自 110 年 12 月 1 日生效)

修訂給付規定	原給付規定
13.11.Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、<u>110/12/1</u>) 限 2 歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、<u>重度異位性皮膚炎，或<u>敏感性皮膚部位</u>(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)</u>異位性皮膚炎之下列病患第二線使用： (94/3/1、95/7/1、<u>110/12/1</u>) 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. <u>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)</u>異位性皮膚炎部分：成人每月不超過 30gm，孩童每月不超過	13.11.Pimecrolimus (Elidel 1%) : (92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1) 限 2 歲以上孩童、青少年及成人且患部面積>30%之中、<u>重度異位性皮膚炎</u>之下列病患第二線使用：(94/3/1、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。 (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)

<u>不超過 20gm，且不得與全身用藥分開計算。(110/12/1)</u> <u>4.~7. (略)</u> <u>8. 與 tacrolimus 併用時 (99/12/1、110/12/1)：</u> (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。 <u>(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：成人每月兩者合併用量不超過 30 gm；孩童每月兩者合併用量不超過 20gm。(110/12/1)</u> <u>(4)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。</u>	<u>3.~6. (略)</u> <u>7. 與 tacrolimus 併用時 (99/12/1)：</u> (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。 <u>(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。</u>
--	--

備註：劃線部分為新修訂規定