

副本

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

104

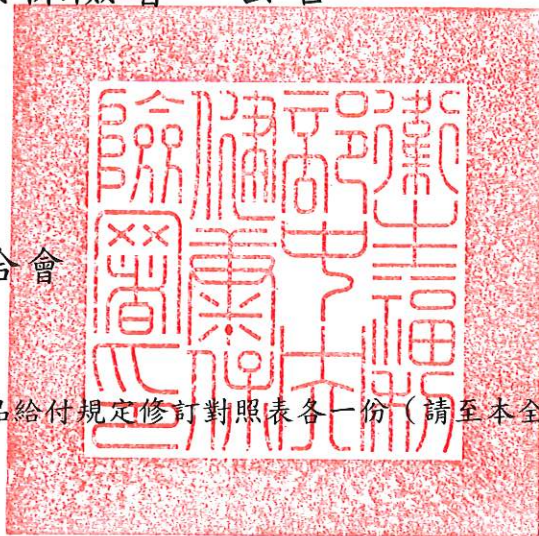
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年4月7日

發文字號：健保審字第1090053970號

附件：全民健康保險藥品新收載品項明細表及藥品給付規定修訂對照表各一份（請至本全球資訊網擷取）



主旨：公告暫予支付含ertugliflozin / sitagliptin複方成分藥品 Steglujan 5/100mg film-coated tablets暨修訂藥品給付規定第5節部分規定

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5節 激素及影響內分泌機轉藥物Hormones & drugs affecting hormonal mechanism 5.1.6.含empagliflozin及linagliptin之複方製劑(如Glyxambi)、5.1.7.含dapagliflozin及saxagliptin之複方製劑(如Qtern)」及5.1.8.含ertugliflozin及sitagliptin之複方製劑(如Steglujan)」給付規定，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、衛生福利部心理及口腔健康司、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、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

全民健康保險藥品新收載品項明細表

附件1

| 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  | BC27463100 | STEGLUJAN 5/100 MG F.C. TABLETS | Ertugliflozin L-PGA 5MG<br>SITAGLIPTIN (AS MONOHYDRATE PHOSPHATE SALT)<br>100MG |     | 美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司 | --   | 34.80 | 1.本案藥品為新複方新藥。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42次（109年2月）會議結論辦理。3.給付規定：適用通則及5.1.8.規定。 | 109/5/1 |

## 「藥品給付規定」修訂規定

## 第5節 激素及影響內分泌機轉藥物

## Hormones &amp; drugs affecting hormonal mechanism

(自109年5月1日生效)

| 修訂後給付規定   | 原給付規定   |
|---|---|
| <p>5.1.6.含 empagliflozin 及 linagliptin 之複方製劑(如 Glyxambi)(108/1/1、<u>109/5/1</u>)</p> <p>1.每日限處方1粒。</p> <p>2.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin，且併用 empagliflozin 或 linagliptin 治療<u>至少6個月</u>，糖化血色素值(HbA1c)仍<u>高於7.5%</u>者。</p> | <p>5.1.6.含 empagliflozin 及 linagliptin 之複方製劑(如 Glyxambi)(108/1/1)</p> <p>1.每日限處方1粒。</p> <p>2.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin，且併用 empagliflozin 或 linagliptin 治療，糖化血色素值(HbA1c)仍<u>未低於8.5%</u>者。</p> |
| <p>5.1.7.含 dapagliflozin 及 saxagliptin 之複方製劑(如 Qtern)(108/11/1、<u>109/5/1</u>)</p> <p>1.每日限處方1粒。</p> <p>2.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin，且併用 dapagliflozin 或 saxagliptin 治療<u>至少6個月</u>，糖化血色素值(HbA1c)仍<u>高於7.5%</u>者。</p>   | <p>5.1.7.含 dapagliflozin 及 saxagliptin 之複方製劑(如 Qtern)(108/11/1)</p> <p>1.每日限處方1粒。</p> <p>2.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin，且併用 dapagliflozin 或 saxagliptin 治療，糖化血色素值(HbA1c)仍<u>未低於8.5%</u>者。</p>   |
| <p>5.1.8.含 ertugliflozin 及 sitagliptin 之複方製劑(如 Steglujan) (<u>109/5/1</u>)</p> <p>1.<u>每日限處方1粒</u>。</p> <p>2.限用於已接受過最大耐受劑量的 metformin，且併用</p>   |   |

|   |  |
|---|--|
| <u>ertugliflozin 或 sitagliptin 治療至少6個月，糖化血色素值(HbA1c)仍高於7.5%者。</u> |  |
|---|--|

備註：劃線部分為新修訂規定