

「藥品給付規定」修訂對照表
第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs
(自115年9月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
9.20.Rituximab 注射劑(如 Mabthera,不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症):用於抗癌瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、103/9/1、104/6/1、106/9/1、111/6/1、113/2/1、113/12/1、115/5/1、115/6/1、115/8/1、<u>115/9/1</u>) 1.復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1)。 2.~3.(略) 4.作為濾泡性淋巴瘤患者於接受含 rituximab 誘導化學治療後產生反應(達 partial remission 或 complete remission)之病患,若在接受含 rituximab 誘導化學治療前有下列情形之一者,得接受 rituximab 維持治療,限用八劑,每三個月使用一劑,最多不超過二年。(97/2/1、104/6/1) (1)~(6)(略) 5.慢性淋巴球性白血病:(103/2/1、111/6/1、<u>115/8/1</u>) (1)Rai Stage III/IV(或 Binet C 級)之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II(或 Binet A/B 級)併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下	9.20.Rituximab 注射劑(如 Mabthera,不同劑型之適用範圍需符合藥品許可證登載之適應症):用於抗癌瘤部分(91/4/1、93/1/1、95/3/1、97/2/1、102/1/1、103/2/1、103/9/1、104/6/1、106/9/1、111/6/1、113/2/1、113/12/1、115/5/1、115/6/1、115/8/1) 1.復發或對化學療效有抗性之低惡度 B 細胞非何杰金氏淋巴瘤。(91/4/1)。 2.~3.(略) 4.作為濾泡性淋巴瘤患者於接受含 rituximab 誘導化學治療後產生反應(達 partial remission 或 complete remission)之病患,若在接受含 rituximab 誘導化學治療前有下列情形之一者,得接受 rituximab 維持治療,限用八劑,每三個月使用一劑,最多不超過二年。(97/2/1、104/6/1) (1)~(6)(略) 5.慢性淋巴球性白血病:(103/2/1、111/6/1) (1)Rai Stage III/IV(或 Binet C 級)之 CLL 病人。若用於 Rai Stage I/II(或 Binet A/B 級)併有疾病相關免疫性症候(如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下

修訂後給付規定	原給付規定
紫癥症等)的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者，且 CD20陽性細胞須大於50%。(除 Mabthera 以外，不受「需經過一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化，且 CD20陽性細胞須大於50%」限制，僅須符合具 CD20陽性細胞即可使用，做為第一線用藥需與 fludarabine 及 cyclophosphamide 併用)(111/6/1、115/8/1) (2)與化學療法併用，做為復發或頑固性的 CD20陽性慢性淋巴球性白血病病患的治療用藥，且 CD20陽性細胞須大於50%。(除 Mabthera 以外，不受「CD20陽性細胞須大於50%」限制，僅須符合具 CD20陽性細胞即可使用)(111/6/1、115/8/1) (3)初次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。 6.~ 8.(略) 9. Rituximab(除 Mabthera 以外)合併 lenalidomide(限使用 Revlimid 及 <u>Leavdo</u>)用於先前曾接受至少一線全身性治療之復發性或難治性濾泡性淋巴瘤成人病人，需符合 lenalidomide 之藥品給付規定。(115/5/1、115/8/1、<u>115/9/1</u>) 10. Rituximab 用於6、7、8、9及 Mabthera 用於1、4、5，需經事前審查核准後使用。(102/1/1、	紫癥症等)的病人時，需經過至少一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化者，且 CD20陽性細胞須大於50%。(除 Mabthera 以外，不受「需經過一種標準的烷化基劑治療無效或病情惡化，且 CD20陽性細胞須大於50%」限制，僅須符合具 CD20陽性細胞即可使用，做為第一線用藥需與 fludarabine 及 cyclophosphamide 併用)(111/6/1、115/8/1) (2)與化學療法併用，做為復發或頑固性的 CD20陽性慢性淋巴球性白血病病患的治療用藥，且 CD20陽性細胞須大於50%。(除 Mabthera 以外，不受「CD20陽性細胞須大於50%」限制，僅須符合具 CD20陽性細胞即可使用)(111/6/1、115/8/1) (3)初次申請最多六個(月)療程，再次申請以三個療程為限。 6.~ 8.(略) 9. Rituximab(除 Mabthera 以外)合併 lenalidomide(限使用 Revlimid)用於先前曾接受至少一線全身性治療之復發性或難治性濾泡性淋巴瘤成人病人，需符合 lenalidomide 之藥品給付規定。(115/5/1、115/8/1) 10. Rituximab 用於6、7、8、9及 Mabthera 用於1、4、5，需經事前審查核准後使用。(102/1/1、

修訂後給付規定	原給付規定
103/2/1、103/9/1、113/12/1、 115/5/1、115/6/1、115/8/1)	103/2/1、103/9/1、113/12/1、 115/5/1、115/6/1、115/8/1)
9. 43. Lenalidomide(如 Revlimid)： (101/12/1、106/10/1、 109/2/1、109/8/1、112/4/1、 114/10/1、115/3/1、115/4/1、 115/5/1、115/8/1、 <u>115/9/1</u>)	9. 43. Lenalidomide(如 Revlimid)： (101/12/1、106/10/1、 109/2/1、109/8/1、112/4/1、 114/10/1、115/3/1、115/4/1、 115/5/1、115/8/1)
1. 多發性骨髓瘤： (1)~(5)(略)	1. 多發性骨髓瘤： (1)~(5)(略)
2. 瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤： (114/10/1、115/3/1、115/4/1) (1)~(2)(略)	2. 瀰漫性大型 B 細胞淋巴瘤： (114/10/1、115/3/1、115/4/1) (1)~(2)(略)
3. Lenalidomide(限使用 Revlimid <u>及 Leavdo</u>)與 rituximab(除 Mabthera 以外)併用，治療先前曾 接受至少一線全身性治療之復發性 或難治性濾泡性淋巴瘤成人病人： (115/5/1、115/8/1、 <u>115/9/1</u>) (1)~(6)(略)	3. Lenalidomide(限使用 Revlimid) 與 rituximab(除 Mabthera 以外)併 用，治療先前曾接受至少一線全身 性治療之復發性或難治性濾泡性淋 巴瘤成人病人：(115/5/1、 115/8/1) (1)~(6)(略)

備註：劃線部分為新修訂規定