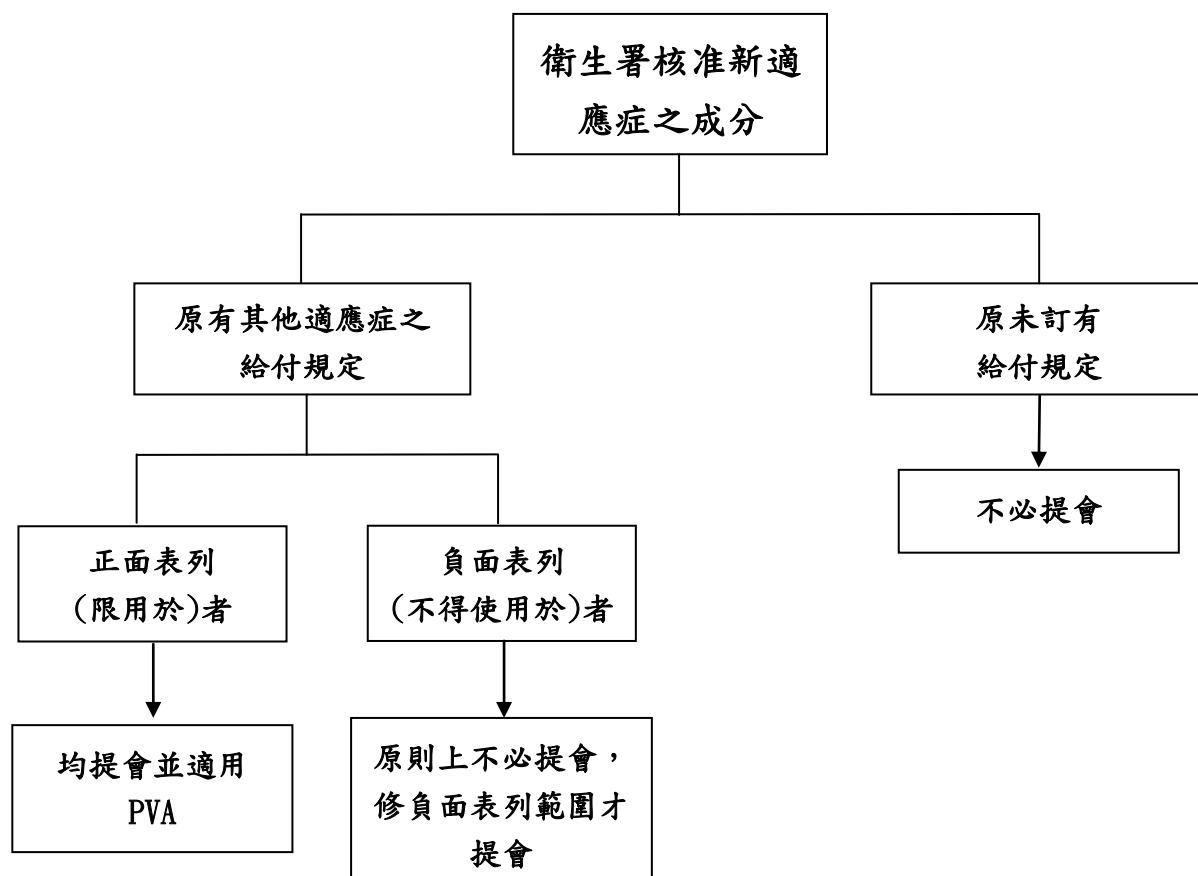


藥價基準已收載藥品因擴增適應症提送
全民健康保險藥事小組會議審議處理原則(草案)



「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自○○年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
9. 36. Everolimus : (100/2/1、<u>○○/○○/1</u>) <u>9. 36.1 Everolimus 5mg 及 10mg</u> <u>(如 Afinitor 5mg 及 10mg) : (100/2/1)</u> 治療使用 sunitinib 或 sorafenib 治療失敗之晚期腎細胞癌病患。需經事前審查核准後使用(<u>附表九之九</u>)，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。(100/2/1) <u>9. 36.2 Everolimus 2.5mg 及 5mg</u> <u>(如核發罕藥藥證之 Afinitor 2.5mg 及 5mg) : (○○/○○/1)</u> <u>治療患有結節性硬化症 (tuberous sclerosis)</u> <u>相關腦室管膜下巨細胞星狀細胞瘤(SEGA: subependymal giant cell astrocytoma)</u>且須介入治療但不適合接受	9. 36. Everolimus (<u>如 Afinitor</u>) : (100/2/1) <u>附表九之九</u> 1. 治療使用 sunitinib 或 sorafenib 治療失敗之晚期腎細胞癌病患。 2. 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限，送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。

<u>治療性外科切除手術的</u> <u>患者，每次申請之療程以</u> <u>1 年為限，申請續用時需</u> <u>檢送影像資料，若有疾病</u> <u>惡化之證據，則不予同意</u> <u>使用。(〇〇/〇〇/1)</u>	
---	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自○○年○○月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
9.○○. Lenalidomide (如 <u>Revlimid):(○○/○○/1)</u> <u>附表八之五</u> 1. <u>與 dexamethasone 合併使用於先 前已接受至少一種治療失敗之多 發性骨髓瘤患者。</u> <u>(1)每人以 12 個療程為上限(每療 程為 4 週)。</u> <u>(2)每天限使用 1 粒。</u> <u>(3)使用 4 個療程後，必須確定 paraprotein (M-protein)未 上升 (即表示對藥物有反應或 為穩定狀態)或對部分 non-secretory type MM 病人 以骨髓檢查 plasma cell 為療 效依據，方可繼續使用。</u> 2. <u>須經事前審查核准後使用，每次 申請事前審查之療程以 4 個療程 為限，每 4 個療程須再次申請。</u> 3. <u>本品不得與 bortezomib 合併使 用。</u>	無

備註：劃線部分為新修訂規定

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自○○年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
9. 28. Bortezomib (如 Velcade for Injection): (96/6/1、98/2/1、99/3/1、99/9/1、100/10/1、101/6/1、<u>○○/○○/○○/1</u>) 附表九之三 限用於 1. 合併其他癌症治療藥品使用於多發性骨髓瘤病人: (99/3/1、100/10/1、101/6/1、<u>○○/○○/1</u>) (1)~(4) (略)。 <u>(5)本品不得與 lenalidomide 合併使用。(○○/○○/1)</u> 2. 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人: (98/2/1) (1)~(4) (略)。	9. 28. Bortezomib (如 Velcade for Injection): (96/6/1、98/2/1、99/3/1、99/9/1、100/10/1) 附表九之三 限用於 1. 合併其他癌症治療藥品使用於多發性骨髓瘤病人: (99/3/1、100/10/1、101/6/1) (1)~(4) (略)。 2. 曾接受過至少一種治療方式復發或無效後的被套細胞淋巴瘤 Mantle Cell Lymphoma (MCL) 病人: (98/2/1) (1)~(4) (略)。

備註：劃線部分為新修訂規定

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 14 章 眼科製劑 Ophthalmic preparations

(自〇〇年〇〇月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
14. 7. 前列腺素衍生物類： latanoprost (如 Xalatan)； isopropyl unoprostone (如 Rescula)；travoprost (如 Travatan)；bimatoprost (如 Lumigan)；<u>tafluprost(如 Taflotan)</u>及其複方製劑 (如 Xalacom、Duotrav) 等： (93/2/1、97/9/1、<u>〇〇/〇〇 /1</u>) 1. 限對 β-blockers 使用效果 不佳或不適用之青光眼病患 使用。宜先以單獨使用為原 則。 2. 療效仍不足時，得併用其他 青光眼用藥。 3. 每三週得處方一瓶。	14. 7. 前列腺素衍生物類： latanoprost (如 Xalatan)； isopropyl unoprostone (如 Rescula)；travoprost (如 Travatan)；bimatoprost (如 Lumigan)及其複方製劑 (如 Xalacom、Duotrav) 等： (93/2/1、97/9/1) 1. 限對 β-blockers 使用效果 不佳或不適用之青光眼病 患使用。宜先以單獨使用為 原則。 2. 療效仍不足時，得併用其他 青光眼用藥。 3. 每三週得處方一瓶。

備註：劃線部分為新修訂規定

全民健康保險藥品給付規定修正規定(草案)

第 9 章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自○○年○○月 1 日生效)

新修正給付規定	原給付規定
9.○. <u>Tegafur + gimeracil + oteracil 複方口服製劑 (如 TS-1) : (○○/○○/1)</u> <u>須檢附手術及檢驗報告，經事前審查核准後，得使用於下列病人：</u> (一)<u>罹患 TNM Stage II (排除 T1)、IIIA 或 IIIB 胃癌且接受過胃癌根治性手術 (D2 淋巴廓清術) 的成年病人。</u> (二)<u>治療無法切除的第 IV 期胃癌。</u>	無

備註：劃線部份為新修訂之規定。

全民健康保險藥品給付規定修正規定(草案)

第9章 抗腫瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自○○年○○月1日生效)

新修正給付規定	原給付規定
9.30. Dasatinib (如 Sprycel) : (98/1/1、<u>○○/○○/1</u>) 限用於： <u>1. 第一線使用：</u> <u>(1)治療新診斷的費城染色體陽性之慢性期慢性骨髓性白血病的成人。</u> <u>(2)需經事前審查核准後使用。</u> <u>2. 第二線使用：</u> <u>(1)治療患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</u> <u>(2)治療患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，且對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。</u> <u>(3)需經事前審查核准後使用，送審時需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明。</u>	9.30. Dasatinib (如 Sprycel) : (98/1/1) 限用於： 1. 治療患有慢性、加速或急性期慢性骨髓性白血病，對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。 2. 治療患有費城染色體陽性急性淋巴性白血病，且對先前經 imatinib 400mg(含)以上治療後有抗藥性或無耐受性的成人。 3. 需經事前審查核准後使用，送審時需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明。

備註：劃線部份為新修訂之規定。