

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators

(自○○年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、<u>○○/○○/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (略) 8.2.3.2. Interferon beta-1b (略) 8.2.3.3. Glatiramer acetate (略) 8.2.3.4. Natalizumab (略) 8.2.3.5. <u>Fingolimod 0.5mg(如 Gilenya) : (○○/○○/1)</u></p> <p>1. <u>限用於雖已接受乙型干擾素或 glatiramer 治療，相較於前一年復 發率仍不變或反而上升之高度活躍 型復發緩解之多性硬化症病人 (highly active relapsing - remitting multiple sclerosis)，</u> 但排除使用於：</p> <p>(1)<u>EDSS (Expanded Disability Status Scale)大於 5.5 之患者。</u></p> <p>(2)<u>視神經脊髓炎(neuromyelitis optica, NMO)，包括：</u> I <u>有視神經及脊髓發作。</u> II <u>出現下列 2 種以上症狀：</u> i. <u>脊髓侵犯大於 3 節</u> ii. <u>NMO-IgG or Aquaporin-4 抗</u></p>	<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (略) 8.2.3.2. Interferon beta-1b (略) 8.2.3.3. Glatiramer acetate (略) 8.2.3.4. Natalizumab (略) 8.2.3.5. (無)</p>

<p style="text-align: center;"><u>體陽性</u></p> <p style="text-align: center;"><u>iii. 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</u></p> <p><u>2. 須經事前審查核准後使用，每年需重新申請。使用兩年後，年度復發率 (average annual relapse) 無法減少時，應停止本藥品之治療。</u></p>	
--	--

備註：劃線部分為新修訂規定

第9章 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自○○年○○月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. 3. Docetaxel : (87/7/1、92/11/1、93/8/1、95/8/1、96/1/1、99/6/1、100/1/1、<u>○○/○○/1</u>)</p> <p>1. 乳癌： (1)局部晚期或轉移性乳癌。 (2)與 anthracycline 合併使用於腋下淋巴結轉移之早期乳癌之術後輔助性化學治療。(99/6/1) (3)<u>早期乳癌手術後，經診斷為三陰性反應且無淋巴轉移的病人，得作為與 cyclophosphamide 併用 doxorubicin 的化學輔助療法。(○○/○○/1)</u></p> <p>2. 非小細胞肺癌：局部晚期或轉移性非小細胞肺癌。 3. 前列腺癌：於荷爾蒙治療失敗之轉移性前列腺癌。 4. 頭頸癌：限局部晚期且無遠端轉移之頭頸部鱗狀細胞癌且無法手術切除者，與 cisplatin 及 5-fluorouracil 併用，作為放射治療前的引導治療，限使用 4 個療程。(100/1/1)</p>	<p>9. 3. Docetaxel (如 Taxotere) : (87/7/1、92/11/1、93/8/1、95/8/1、96/1/1、99/6/1、100/1/1)</p> <p>1. 乳癌： (1)局部晚期或轉移性乳癌。 (2)與 anthracycline 合併使用於腋下淋巴結轉移之早期乳癌之術後輔助性化學治療。(99/6/1)</p> <p>2. 非小細胞肺癌：局部晚期或轉移性非小細胞肺癌。 3. 前列腺癌：於荷爾蒙治療失敗之轉移性前列腺癌。 4. 頭頸癌：限局部晚期且無遠端轉移之頭頸部鱗狀細胞癌且無法手術切除者，與 cisplatin 及 5-fluorouracil 併用，作為放射治療前的引導治療，限使用 4 個療程。(100/1/1)</p>

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 Antineoplastics drugs

(自○○年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. ○○. Bendamustine (如 Innomustine) (○○/○○/1)</p> <p>1. 以本品作為第一線治療，限用於 Binet C 級之慢性淋巴性白血病病人 (CLL) 或 Binet B 級併有免疫性症候 (如自體免疫性溶血、免疫性血小板低下紫癍症等) 相關疾病之 CLL 病人。</p> <p>2. 用於 B-細胞慢性淋巴性白血病 (CLL) 病患 Binet B 及 C 之第二線治療，在經歷至少一種標準內容的烷化基藥劑 (alkylating agent) 治療方法無效，或治療後雖有效但隨後疾病又繼續惡化進展的病人。</p> <p>3. 不得與 fludarabine 或 rituximab 合併使用。</p> <p>4. 須經事前審查核准後使用，每次申請最多六個 (月) 療程。</p>	(無)