

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定（草案）

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

（自 100 年○○月 1 日生效）

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.4. 巨環類 Macrolides (如 erythromycin、azithromycin、clarithromycin、roxithromycin)：(90/11/1、93/9/1、97/12/1、98/10/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (1)<u>Azithromycin</u></p> <p>a. <u>錠劑膠囊劑(如 Zithromax Capsules)</u>：使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。對於「<u>禽結核桿菌 (Mycobacterium avium-intracellulare complex, MAC)</u>」感染患者，使用期限及劑量則不受上述之限制。 (<u>100/○○/1</u>)</p> <p>b. <u>口服液劑(如 Zithromax Powder for Oral Suspension)</u>：使用期間不得超過 3 日，每日最大劑量 500mg。</p> <p>(2)<u>Azithromycin 長效製劑</u> (如 Zmax extended release powder for oral suspension) 限單次投予，每次最大劑量為</p>	<p>10.4. 巨環類 Macrolides (如 erythromycin、azithromycin、clarithromycin、roxithromycin)：(90/11/1、93/9/1、97/12/1、98/10/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. (1)<u>Azithromycin</u> (如 Zithromax) 使用期間不得超過三日，每日最大劑量 500mg。</p> <p>(2)<u>Azithromycin</u> (如 Zmax extended release powder for oral suspension) 限單次投予，每次最大劑量為 2g；</p>

<p>2g；不受全民健康保險藥品給付規定通則八之限制。 (97/12/1)</p> <p>3. <u>(1) Clarithromycin (如 Klaricid Tab、Klaricid Paediatric Suspension)</u>：使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。對於「<u>非結核分枝(耐酸)桿菌 (NTM)</u>」感染患者，每日得使用 1000mg，且得持續使用 6 個月以上。 (93/9/1、100/〇〇/1)</p> <p><u>(2) Clarithromycin (如 Klaricid Tab)</u> 用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用總量以 28 顆 (每顆 250mg) 為限；依比例換算使用 clarithromycin 500mg 者，則使用總量以 14 顆為限。 (98/10/1)</p> <p>4. <u>Roxithromycin(如 Rulid)</u>：使用期間不得超過 10 日，每日最大劑量 500mg。(100/〇〇/1)</p> <p>5. 本類製劑應儘量避免合併使用其他抗生素，用於治療「<u>非結核分枝(耐酸)桿菌 (NTM)</u>」者不在此限。(100/〇〇/1)</p>	<p>不受全民健康保險藥品給付規定通則八之限制。 (97/12/1)</p> <p><u>(3) Clarithromycin (如 Klaricid Tab、Klaricid Paediatric Suspension) 及 roxithromycin (如 Rulid)</u> 使用期間不得超過十日，每日最大劑量 500mg。(93/9/1)</p> <p>3. Clarithromycin (如 Klaricid Tab) 用於消化性潰瘍之胃幽門桿菌消除治療，使用總量以二十八顆 (每顆 250mg) 為限；依比例換算使用 clarithromycin 500mg 者，則使用總量以十四顆為限。(98/10/1)</p> <p>4. 本類製劑應儘量避免合併使用其他抗生素。</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 抗癌藥物 Antineoplastics drugs

（自 100 年○○月 1 日生效）

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.24. Gefitinib (如 Iressa): (93/11/1、96/8/1、96/11/1、100/○○/1) 附表九之一</p> <p>1. 限單獨使用於</p> <p>(1) <u>具有 EGFR-TK 基因突變之局部侵犯性或轉移性(即第ⅢB 期或第Ⅳ期)之肺腺癌病患之第一線治療。</u>(100/○○/1)</p> <p>(2) <u>先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之肺腺癌。</u>(96/11/1、100/○○/1)</p> <p>(2) <u>先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第三線用藥。</u> (刪除)(100/○○/1)</p> <p>2. 需經事前審查核准後使用：</p> <p>(1) <u>用於第一線用藥：檢具確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，及 EGFR-TK 基因突變檢測報告。</u>(100/○○/1)</p> <p>(2) <u>用於第二線用藥：檢具確實患有肺腺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療之證明，及目</u></p>	<p>9.24. Gefitinib (如 Iressa): (93/11/1、96/8/1、96/11/1) 附表九之一</p> <p>1. 限單獨使用於</p> <p>(1) 先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之<u>腺性非小細胞肺癌之第二線用藥。</u> (96/11/1)</p> <p>(2) <u>先前已使用過 platinum 類及 docetaxel 或 paclitaxel 化學治療後，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第三線用藥。</u></p> <p>2. 需經事前審查核准後使用：</p> <p>(1) 用於第二線用藥：檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學</p>

前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluatable) 的病灶亦可採用。(96/11/1、100/○○/1)

~~(2)用於第三線用藥：檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluatable) 的病灶亦可採用。(刪除)(100/○○/1)~~

(3)每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月需再次申請，再次申請時並需附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，需追蹤胸部 X 光、電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週需追蹤其作為評估藥效的影像(如胸部電腦斷層)。

治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluatable) 的病灶亦可採用。(96/11/1)

(2)用於第三線用藥：檢具確實患有非小細胞肺癌之病理或細胞檢查報告，並附曾經接受第一線及第二線化學藥物如 platinum (cisplatin 或 carboplatin) 與 taxanes (paclitaxel 或 docetaxel) 治療之證明，及目前又有疾病惡化之影像診斷證明(如胸部 X 光、電腦斷層或其他可作為評估的影像)，此影像證明以可測量 (measurable) 的病灶為優先，如沒有可以測量的病灶，則可評估 (evaluatable) 的病灶亦可採用。

(3)每次申請事前審查之療程以三個月為限，每三個月需再次申請，再次申請時並需附上治療後相關臨床資料，如給藥四週後，需追蹤胸部 X 光、電腦斷層等影像檢查一遍，評估療效，往後每四週做胸部 X 光檢查，每隔八週需追蹤其作為評估藥效的影像(如胸部電腦斷層)。

<p>3. 醫師每次開藥以兩週為限，每兩週應回門診追蹤一次。</p> <p>4. 本藥品與 erlotinib (如 Tarceva) 不得併用。(96/8/1)</p> <p>5. 若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 erlotinib (如 Tarceva)。(96/8/1) (刪除) (100/○○/1)</p> <p>備註 1：非小細胞肺癌病患的第二線治療用藥之定義為：病患需先經第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療後，因疾病惡化，此時所給予之治療即為第二線用藥。(96/11/1) (刪除) (100/○○/1)</p> <p>備註 2：非小細胞肺癌病患的第三線治療用藥之定義為：病患需先經第一線化學藥物治療後，因疾病惡化，再經第二線不同的化學藥物治療之後，若疾病再度惡化，此時所給予之治療即為第三線用藥。(刪除) (100/○○/1)</p>	<p>3. 醫師每次開藥以兩週為限，每兩週應回門診追蹤一次。</p> <p>4. 本藥品與 erlotinib (如 Tarceva) 不得併用。(96/8/1)</p> <p>5. <u>若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 erlotinib (如 Tarceva)。(96/8/1)</u></p> <p>備註 1：非小細胞肺癌病患的第二線治療用藥之定義為：病患需先經第一線含鉑化學治療，或 70 歲(含)以上接受過第一線化學治療後，因疾病惡化，此時所給予之治療即為第二線用藥。(96/11/1)</p> <p>備註 2：<u>非小細胞肺癌病患的第三線治療用藥之定義為：病患需先經第一線化學藥物治療後，因疾病惡化，再經第二線不同的化學藥物治療之後，若疾病再度惡化，此時所給予之治療即為第三線用藥。</u></p>
<p>9. 29. Erlotinib (如 Tarceva)：(96/6/1、96/8/1、97/6/1、100/○○/1) 附表九之二</p> <p>1. ~4. (略)</p> <p>5. 若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 gefitinib (如 Iressa)。(96/8/1) (刪除) (100/○○/1)</p> <p>備註(略)</p>	<p>9. 29. Erlotinib (如 Tarceva)：(96/6/1、96/8/1、97/6/1) 附表九之二</p> <p>1. ~4. (略)</p> <p>5. <u>若使用本藥品治療失敗或無法忍受其副作用，不得替換使用 gefitinib (如 Iressa)。(96/8/1)</u></p> <p>備註(略)</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 100 年○○月 1 日生效）

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. ○. <u>Bevacizumab (如 Avastin) :</u> <u>(100/○○/1)</u></p> <p>1. <u>Bevacizumab 與含有</u> <u>irinotecan/ 5-fluorouracil/</u> <u>leucovorin 或 5-fluorouracil/</u> <u>leucovorin 的化學療法合併使</u> <u>用，作為轉移性大腸或直腸癌患者</u> <u>之第一線治療。</u></p> <p>2. <u>本藥需經事前審查核准後使用，每</u> <u>次申請事前審查之療程以 12 週為</u> <u>限，再次申請必須提出客觀證據</u> <u>(如：影像學) 證實無惡化，才可</u> <u>繼續使用。使用總療程以 24 週為</u> <u>上限。</u></p>	<p>9. ○. 無</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。