

「藥品給付規定」修正對照表

第 9 節 抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 104 年 12 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9. 30. Dasatinib (如 Sprycel) : (98/1/1、102/4/1、104/12/1)</p> <p>限用於</p> <p>1. 第一線使用(102/4/1、104/12/1) : 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。</p> <p>2. 第二線使用(104/12/1) : (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) 需檢送病歷及對 imatinib 耐受性不良或無效的證明(104/12/1)。</p>	<p>9. 30. Dasatinib (如 Sprycel) : (98/1/1、102/4/1)</p> <p>附表九之四</p> <p>限用於</p> <p>1. 第一線使用(102/4/1) : (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。 (2) 需經事前審查核准後使用。</p> <p>2. 第二線使用 : (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。</p>
<p>9. 31. Sunitinib (如 Sutent) : (98/2/1、98/5/1、99/1 /1、99/ 2 /1、101/5/1、102/1/1、104/12/1)</p> <p>1. 腸胃道間質腫瘤(略) :</p> <p>2. 晚期腎細胞癌 : (99/1/1)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 需檢送影像資料，每三個月評估一次。 (104/12/1)</p> <p>(4) (略)</p> <p>3. 進展性，無法切除或轉移性分化良好之胰臟神經內分泌腫瘤的成人病患，須同時符合下</p>	<p>9. 31. Sunitinib (如 Sutent) : (98/2/1、98/5/1、99/1 /1、99/ 2 /1、101/5/1、102/1/1) 附表九之五</p> <p>1. 腸胃道間質腫瘤(略) :</p> <p>2. 晚期腎細胞癌 : (99/1/1)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) 需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以三個月為限，送審時需檢送影像資料，每三個月評估一次。</p> <p>(4) (略)</p> <p>3. 進展性，無法切除或轉移性分化良好之胰臟</p>

修正後給付規定	原給付規定
列條件：(101/5/1) (以下略)	神經內分泌腫瘤的成人病患，須同時符合下列條件：(101/5/1) (以下略)
<p>9.32.1. Nilotinib 200mg (如 Tasigna 200mg) (98/6 /1、99/1/1、104/12/1)</p> <p>1. 限用於治療對 imatinib 400MG (含)以上耐受性不良或治療無效的「慢性期或加速期費城染色體(Philadelphia chromosome)陽性的慢性骨髓性白血病(CML)成年患者」。</p> <p>2. 必須檢附耐受性不良或治療無效的證明。(104/12/1)</p> <p>3. Nilotinib 與 dasatinib 不得合併使用。</p> <p>9.32.2. Nilotinib 150mg (如 Tasigna 150mg) : (101/7/1、104/12/1) <u>限用於新確診之慢性期費城染色體陽性的慢性骨髓性白血病。</u>(104/12/1)</p>	<p>9.32.1. Nilotinib 200mg (如 Tasigna 200mg) (98/6 /1、99/1/1)</p> <p>1. 限用於治療對 imatinib 400MG (含)以上耐受性不良或治療無效的「慢性期或加速期費城染色體(Philadelphia chromosome)陽性的慢性骨髓性白血病(CML)成年患者」。</p> <p>2. 經事前審查核准後使用，送審時必須檢附耐受性不良或治療無效的證明。</p> <p>3. Nilotinib 與 dasatinib 不得合併使用。</p> <p>9.32.2. Nilotinib 150mg (如 Tasigna 150mg) : (101/7/1) 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。 2. 經事前審查核准後使用。</p>
<p>9.34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/12/1)</p> <p>1. 晚期腎細胞癌部分：</p> <p>(1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1)</p> <p>(2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3) 需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。(104/12/1)</p> <p>2. 晚期肝細胞癌部分：(101/8/1) (略)</p>	<p>9.34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1、100/6/1、101/8/1)附表九之七</p> <p>1. 晚期腎細胞癌部分：</p> <p>(1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不適合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1)</p> <p>(2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3) 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。</p> <p>2. 晚期肝細胞癌部分：(101/8/1) (略)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.36.1. Everolimus 5mg 及 10mg (如 Afinitor 5mg 及 10mg) (100/2/1、102/1/1、104/9/1、104/12/1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療使用 sunitinib 或 sorafenib 治療失敗之晚期腎細胞癌病患。 2. 使用於胰臟神經內分泌腫瘤成人病患，需同時符合下列條件(以下略):(102/1/1) 3. 與 exemestane 併用，作為已無適當之化學治療可供選擇，而先前已使用過非類固醇類之芳香環酶抑制劑治療無效，而未曾使用 exemestane 之轉移性乳癌(以下略)(104/9/1)。 4. <u>除晚期腎細胞癌之外，其他疾病需經事前審查核准後使用，每次申請之療程以 3 個月為限。(104/12/1)</u> 5. <u>送審時需檢送影像資料，每 3 個月評估一次。(104/12/1)</u> 	<p>9.36.1. Everolimus 5mg 及 10mg (如 Afinitor 5mg 及 10mg) (100/2/1、102/1/1、104/9/1):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 治療使用 sunitinib 或 sorafenib 治療失敗之晚期腎細胞癌病患。 2. 使用於胰臟神經內分泌腫瘤成人病患，需同時符合下列條件(以下略):(102/1/1) 3. 與 exemestane 併用，作為已無適當之化學治療可供選擇，而先前已使用過非類固醇類之芳香環酶抑制劑治療無效，而未曾使用 exemestane 之轉移性乳癌(以下略)(104/9/1)。 4. 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。

備註：劃線部份為新修訂之規定