

全民健康保險藥品新收載品項明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	許可證字號	建議價	初核價格	初核說明	生效日期
1	BC265702E2	Posanol 18mg/mL Concentrate for Solution for Infusion	Posaconazole 18MG/ML	16.7ML	衛部藥輸字第026570號	13,504	10,241	1.本案藥品為新劑型新藥。 2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第24次（106年2月）會議結論及廠商106年3月14日默沙東MA字第1060314001號函及所附供貨意願回復單辦理。 3.給付規定：適用通則及10.6.10.規定。	106/5/1

「藥品給付規定」修正對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 106 年 5 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
10.6.10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1、<u>106/5/1</u>) 1. 限下列條件之一使用： (1)對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少 7 天，感染惡化或未改善) (2)對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染 (oropharyngeal candidiasis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症 3 天，非黴菌血症型感染 7 天，食道念珠菌病 14 天，感染惡化或未改善) 限使用口服懸液劑劑型。(104/7/1) (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重(grade III、IV)急性植體宿主反應(acute graft versus host reaction, GVHD)，而接受高劑量免疫抑制劑(prednisolone 使用劑量超過	10.6.10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1) 1. 限下列條件之一使用： (1)對 amphotericin B 或 itraconazole 或 voriconazole 治療無效或不能忍受之成人侵入性麴菌病 (invasive aspergillosis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少 7 天，感染惡化或未改善) (2)對 itraconazole 或 fluconazole 治療無效或不能忍受之成人口咽念珠菌感染 (oropharyngeal candidiasis) 的第二線用藥。(無效的定義是先前用有效抗黴菌劑的治療劑量至少治療一段時間：持續性黴菌血症 3 天，非黴菌血症型感染 7 天，食道念珠菌病 14 天，感染惡化或未改善) 限使用口服懸液劑劑型。(104/7/1) (3)用於造血幹細胞移植接受者因發生嚴重(grade III、IV)急性植體宿主反應(acute graft versus host reaction, GVHD)，而接受高劑量免疫抑制劑(prednisolone 使用劑量超過

0.8mg/kg/day)治療之高危險病人
(口服劑型限用於 13 歲以上病人、
注射劑限用於 18 歲以上病人)，做
為預防侵入性黴菌感染，使用期間
以 3 個月為限。(106/5/1)

(4)急性骨髓性白血病 (acute
myelogenous leukemia)或高危險骨
髓化生不良症候群(myelodysplastic
syndrome) 病人接受誘導性化學治
療者，給付條件如下：(104/7/1)

I. 用於初診斷之誘導性化學治
療、誘導失敗進行第二次誘導性
化學治療，或復發病患進行復發
後第一次誘導性化學治療者。

II. 誘導性化學治療需使用
「cytarabine (Ara-C) 7 天及
anthracycline 類藥物 3 天」或「高
劑量 Ara-C」、或「老年人 (>60
歲)使用 cytarabine (Ara-C) 5
天及 anthracycline 類藥物 2
天」、或較上述療法更強的化學
治療。

III. 自化學治療第一天開始使用，當
絕對嗜中性白血球數 (absolute
neutrophil count, ANC) 大於
 $500/\text{mm}^3$ ，或出現侵入性黴菌感
染時應停止使用。每次療程投予
posaconazole 預防以一個月為
限，最多給付 2 次誘導性化學治

0.8mg/kg/day)治療之 13 歲以上高危
險病人，做為預防侵入性黴菌感
染，使用期間以 3 個月為限。

(4)急性骨髓性白血病 (acute
myelogenous leukemia)或高危險骨
髓化生不良症候群(myelodysplastic
syndrome) 病人接受誘導性化學治
療者，給付條件如下：(104/7/1)

I. 用於初診斷之誘導性化學治
療、誘導失敗進行第二次誘導性
化學治療，或復發病患進行復發
後第一次誘導性化學治療者。

II. 誘導性化學治療需使用
「cytarabine (Ara-C) 7 天及
anthracycline 類藥物 3 天」或「高
劑量 Ara-C」、或「老年人 (>60
歲)使用 cytarabine (Ara-C) 5
天及 anthracycline 類藥物 2
天」、或較上述療法更強的化學
治療。

III. 自化學治療第一天開始使用，當
絕對嗜中性白血球數 (absolute
neutrophil count, ANC) 大於
 $500/\text{mm}^3$ ，或出現侵入性黴菌感
染時應停止使用。每次療程投予
posaconazole 預防以一個月為
限，最多給付 2 次誘導性化學治

療療程。 <u>IV. 口服劑型限用於 13 歲以上病人、注射劑限用於 18 歲以上病人。(106/5/1)</u> 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。 <u>3. 注射劑限用於無法口服之病人。(106/5/1)</u>	療療程。 2. 使用本藥須經感染症專科醫師會診確認需要使用，申報費用時需檢附會診紀錄及相關之病歷資料。
---	---

備註：劃線部分為新修訂之規定