

## 「全民健康保險藥品給付規定」修正規定(草案)

## 第 9 章 抗癌瘤藥物 Antineoplastic drugs

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>9.34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1、<u>100/○○/1</u>)</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。 <u>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/○○/1)</u></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>9.34. Sorafenib (如 Nexavar) : (98/10/1)</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。</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>

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2章 心臟血管及腎臟藥物 Cardiovascular-renal drugs

(自100年○○月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>2.10. 抗心律不整劑 Antiarrhythmics</p> <p>2.10.1 Dronedarone (如 Multaq) (100/○○/1)</p> <p>1. Multaq 適用於最近6個月內有陣發性或持續性心房纖維顫動(AF)或心房撲動(AFL)，且目前處於竇性節律 (sinus rhythm) 狀態或即將接受治療成為正常節律的患者，可降低病患發生心血管疾病而住院的風險：</p> <p>(1)年齡<math>\geq 70</math>歲以上，曾有過心房纖維顫動 (AF) 或心房撲動 (AFL)之病患；</p> <p>(2)65<math>\leq</math>年齡<math>&lt; 70</math>歲，且帶有下列心血管相關危險因子之一的患者（例如：高血壓、糖尿病、曾發生過腦血管意外、左心房直徑<math>\geq 50\text{mm}</math>或左心室射出率【LVEF】<math>&lt; 40\%</math>）。</p> <p>2. 不得使用於有心衰竭住院診斷史病人。</p>	<p>2.10. 抗心律不整劑 Antiarrhythmics</p> <p>2.10.1 無</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>9.16. Topotecan (如 Hycamtin): (88/10/1、93/8/1、 98/11/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p><u>9.16.1 Topotecan 注射劑</u> <u>(88/10/1、93/8/1、98/11/1)</u></p> <p>1. 限卵巢癌及小細胞肺癌之 第二線化學治療(第一線治 療應包括白金化合物)。</p> <p>2. 與 cisplatin 併用適用於 治療經組織學檢查確定患 有第 IV-B 期復發性或持續 性子宮頸癌, 且不適合以外 科手術及(或)放射療法進 行治療的患者。(98/11/1)</p> <p><u>9.16.2 Topotecan 口服劑型</u> <u>(100/○○/1)</u> <u>限用於小細胞肺癌之第二線</u> <u>化學治療(第一線治療應包括</u> <u>白金化合物)。</u></p>	<p>9.16. Topotecan (如 Hycamtin <u>inj.</u>):(88/10/1、93/8/1、 98/11/1)</p> <p>1. 限卵巢癌及小細胞肺癌之 第二線化學治療(第一線治 療應包括白金化合物)。</p> <p>2. 與 cisplatin 併用適用於 治療經組織學檢查確定患 有第 IV-B 期復發性或持續 性子宮頸癌, 且不適合以外 科手術及(或)放射療法進 行治療的患者。(98/11/1)</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1章 神經系統藥物

## Drugs acting on the nervous system

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>1. 3. 4. 帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1、100/○○/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 如病人開始出現功能障礙，在使用 levodopa 之前或同時，得使用一種 dopamine agonist (ropinirole、pramipexole、pergolide、lisuride 及 <u>rotigotine</u>)，或 amantadine，或是 levodopa 併用 COMT 抑制劑 (entacapone：如 Comtan film-coated tab.)</p> <p>3. (略)</p> <p>4. (略)</p> <p>5. (略)</p> <p>6. <u>Rotigotine 貼片劑(如 Neupro Patch)</u>，<u>限用於原發性帕金森氏症，每日限用一片，且不得併用其他 dopamine agonist 之口服藥品(100/○○/1)</u></p>	<p>1. 3. 4. 帕金森氏症治療藥品：(91/11/1、93/2/1、95/9/1、96/9/1、97/7/1)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 如病人開始出現功能障礙，在使用 levodopa 之前或同時，得使用一種 Dopamine agonist (ropinirole、pramipexole、pergolide 及 lisuride)，或 amantadine，或是 levodopa 併用 COMT 抑制劑 (entacapone：如 Comtan film-coated tab.)</p> <p>3. (略)</p> <p>4. (略)</p> <p>5. (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 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

## 8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a (如 Pegasys)(92/11/1-C 肝) (94/11/1-B 肝) (96/10/1) (98/11/1) (99/5/1-B 肝、100/○○/1-B 肝)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I.~III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程）或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或</p>	<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a(如 Pegasys)(92/11/1-C 肝) (94/11/1-B 肝) (96/10/1) (98/11/1) (99/5/1-B 肝)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I.~III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程）或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療</p>

<p><u>tenofovir 300mg</u> 治療 12~36 個月。若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、telbivudine <u>600mg</u> 或 <u>tenofovir 300mg</u> 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1、99/5/1、<u>100/〇〇/1</u>)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程），或 lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、telbivudine <u>600mg</u> 或 <u>tenofovir 300mg</u> 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、telbivudine <u>600mg</u> 或 <u>tenofovir 300mg</u> 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1、<u>100/〇〇/1</u>)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(略)</p>	<p>12~36 個月。若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程為 12~36 個月。 (98/11/1、99/5/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程），或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(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

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs

(自 100 年○○月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7.3 Lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg)；entecavir 0.5mg (如 Baraclude)；telbivudine 600mg (如 Sebivo)；<u>tenofovir 300mg (如 Viread)</u>：(92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1) 以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、telbivudine <u>600mg</u> 或 <u>tenofovir 300mg</u> 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1、<u>100/○○/1</u>)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2~6(略)</p>	<p>10.7.3 Lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg)；Entecavir (如 Baraclude 0.5mg)；Telbivudine (如 Sebivo 600mg)：(92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg (+) 且已發生肝代償不全者；(98/11/1)</p> <p>(1)以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程 12-36 個月；(98/11/1)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2~6(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

## 第 1 章 神經系統藥物

## Drugs acting on the nervous system

(自 100 年○○月 1 日生效)(草案)

修正後給付規定	原給付規定
<p>1.1.6. Gabapentin、pregabalin、lidocaine 貼片劑 (97/12/1、98/4/1、98/9/1、100/○○/1)</p> <p>限使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(97/12/1、98/4/1)</li> <li>2. Gabapentin 口服製劑，限每日最大劑量為 3,600mg，且日劑量超過 2,400mg 時，需於病歷記載理由。臨床症狀改善，應逐步調低劑量。限使用 Neurontin、Gapatin、Gatine、Gaty、Carbatin。(97/12/1、98/4/1、98/9/1)</li> <li>3. Lidocaine 貼片劑(限使用 Lidopat Patch)：(98/9/1) <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)限每日最大劑量為 3 片，且日劑量超過 2 片時，需於病歷記載理由。臨床症狀改善，應逐步調低劑量。限使用 Lidopat Patch。(98/9/1)</li> <li>(2)Lidopat 貼片劑不得與 gabapentin 或 pregabalin 成分口服製劑併用。</li> </ol> </li> <li>4. Pregabalin 口服製劑，限每日最大劑量為 600mg。(100/○○/1)</li> </ol>	<p>1.1.6. Gabapentin、lidocaine 貼片劑 (97/12/1、98/4/1、98/9/1)</p> <p>限使用於帶狀疱疹皮膚病灶後神經痛，並符合下列條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 使用其他止痛劑或非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品治療後仍無法控制疼痛或有嚴重副作用者。(97/12/1、98/4/1)</li> <li>2. Gabapentin 成分口服製劑，限每日最大劑量為 3,600mg，且日劑量超過 2,400mg 時，需於病歷記載理由。臨床症狀改善，應逐步調低劑量。限使用 Neurontin、Gapatin、Gatine、Gaty、Carbatin。(97/12/1、98/4/1、98/9/1)</li> <li>3. Lidocaine 貼片劑，限每日最大劑量為 3 片，且日劑量超過 2 片時，需於病歷記載理由。臨床症狀改善，應逐步調低劑量。限使用 Lidopat Patch。(98/9/1)</li> <li>4. Lidopat 貼片劑不得與 Gabapentin 成分口服製劑併用。(98/9/1)</li> </ol>
<p>1.3.2. 抗癲癇劑 Antiepileptic drugs</p> <p>1.3.2.1. 略</p>	<p>1.3.2. 抗癲癇劑 Antiepileptic drugs</p> <p>1.3.2.1. 略</p>

1.3.2.2. Gabapentin (如 Neurontin cap) ; vigabatrin (如 Sabril) ; tiagabine (如 Gabitril) ; pregabalin(如 Lyrica) : (89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1、97/1/1、97/10/1、100/○○/1)

限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)

1.3.2.2. Gabapentin (如 Neurontin cap) ; vigabatrin (如 Sabril) ; tiagabine (如 Gabitril) : (89/9/1、89/2/1、93/6/1、96/3/1、97/1/1、97/10/1)

限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)。

備註：劃線部份為新修訂之規定。