



本署全球資訊網)、本署企劃組(請刊登健保電子報)、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事機構)、本署醫審及藥材組、台灣諾華股份有限公司、台灣乳房醫學會

衛生福利部中央  
健康保險署技對單(6)

# 署長李伯璋



「藥品給付規定」修訂對照表

第9節 抗癌藥物 Antineoplastics drugs

(自109年4月1日生效)

修訂後給付規定	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、106/3/1、108/10/1、<u>109/4/1</u>):</p> <p>1. 治療經 VEGF-targeted 療法無效後之晚期腎細胞癌患者。</p> <p>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:(102/1/1) (略)</p> <p>3. 使用於無法切除、局部晚期或轉移之胃腸道或肺部來源之非功能性神經內分泌腫瘤成人病患,需同時符合下列條件:(108/10/1) (略)</p> <p>4. 與 exemestane 併用,作為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<u>荷爾蒙接受體陽性、HER2 受體陰性且尚未出現器官轉移危急症狀 (visceral crisis)之轉移性乳癌病人</u>的治療,<u>且使用本品無效後,不得申請 CDK4/6 抑制劑藥品</u> (104/9/1、<u>109/4/1</u>)。</p>	<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、106/3/1、108/10/1):</p> <p>1. 治療經 VEGF-targeted 療法無效後之晚期腎細胞癌患者。</p> <p>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:(102/1/1) (略)</p> <p>3. 使用於無法切除、局部晚期或轉移之胃腸道或肺部來源之非功能性神經內分泌腫瘤成人病患,需同時符合下列條件:(108/10/1) (略)</p> <p>4. 與 exemestane 併用,作為<u>已無適當之化學治療可供選擇</u>,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,屬於荷爾蒙接受體陽性、HER2 受體陰性且尚未出現<u>其他器官症狀</u>之病人的<u>第一線治療</u> (104/9/1)。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>5. 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。初次申請時需檢送病理報告及影像報告，之後每 3 個月申請一次，再次申請時需檢附影像資料及前次治療結果評估資料證實無惡化，才可繼續使用。(104/12/1、108/10/1)</p> <p>6. 限每日最大劑量為 10mg。 (108/10/1)</p>	<p>5. 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。初次申請時需檢送病理報告及影像報告，之後每 3 個月申請一次，再次申請時需檢附影像資料及前次治療結果評估資料證實無惡化，才可繼續使用。(104/12/1、108/10/1)</p> <p>6. 限每日最大劑量為 10mg。 (108/10/1)</p>
<p>9. 72. CDK4/6 抑制劑 (如 ribociclib; palbociclib) : (108/10/1、108/12/1、109/4/1)</p> <p>1. 限用於與芳香環轉化酶抑制劑併用，做為停經後乳癌婦女發生遠端轉移後之第 1 線內分泌治療，須完全符合以下條件： (1) 荷爾蒙接受體為強陽性：ER 或 PR &gt;30%。 (2) HER-2 檢測為陰性。 (3) 經完整疾病評估後未出現器官轉移危急症狀 (visceral crisis)。</p> <p>2. 經事前審查核准後使用，核准後每 24 週須檢附療效評估資料再次申請，若疾病惡化即必須停止使用。</p> <p>3. 使用限制：</p>	<p>9. 72. CDK4/6 抑制劑 (如 ribociclib; palbociclib) : (108/10/1、108/12/1)</p> <p>1. 限用於與芳香環轉化酶抑制劑併用，做為停經後乳癌婦女發生遠端轉移後之第 1 線內分泌治療，須完全符合以下條件： (1) 荷爾蒙接受體為強陽性：ER 或 PR &gt;30%。 (2) HER-2 檢測為陰性。 (3) 經完整疾病評估後未出現器官轉移危急症狀 (visceral crisis)。</p> <p>2. 經事前審查核准後使用，核准後每 24 週須檢附療效評估資料再次申請，若疾病惡化即必須停止使用。</p> <p>3. 使用限制：</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(1) ribociclib 每日最多處方 3 粒。</p> <p>(2) palbociclib 每日最多處方 1 粒。</p> <p>(3) 本類藥品僅得擇一使用，唯有在耐受不良時方可轉換使用。本類藥品使用總療程合併計算，以每人給付 24 個月為上限。</p> <p>4. <u>若先前使用 everolimus 無效後，不得再申請本類藥品。(109/4/1)</u></p>	<p>(1) ribociclib 每日最多處方 3 粒。</p> <p>(2) palbociclib 每日最多處方 1 粒。</p> <p>(3) 本類藥品僅得擇一使用，唯有在耐受不良時方可轉換使用。本類藥品使用總療程合併計算，以每人給付 24 個月為上限。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	BC25165100	Afinitor 5mg tablets	Everolimus 5mg		台灣諾華股份有限公司	636	572	1.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42次(109年2月)會議紀錄辦理。2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每粒572元。3.給付規定:適用通則及9.36.1.規定。	109/04/01
2	BC25166100	Afinitor 10mg tablets	Everolimus 10mg		台灣諾華股份有限公司	1,235	1,111	1.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42次(109年2月)會議紀錄辦理。2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每粒1,111元。3.給付規定:適用通則及9.36.1.規定。	109/04/01