

# 衛生福利部中央健康保險署 公告

104

台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國110年10月18日

發文字號：健保審字第1100060699號

附件：全民健康保險藥品已收載品項異動明細表及藥品給付規定修訂對照表各1份(請至本署全球資訊網自行下載)



主旨：公告異動含cabozantinib成分藥品（如Cabometyx）共3品項支付價格及修訂其藥品給付規定，修訂含sunitinib成分藥品（如Sutent）、含pazopanib成分藥品（如Votrient）之給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第9節抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.74.Cabozantinib(如Cabometyx)、9.31.Sunitinib（如Sutent）及9.41.Pazopanib（如Votrient）」部分規定，給付規定修訂對照表如附件2。（附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國

國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、劑  
 中華生公會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國製藥發展協會、  
 公會、台灣研發型私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署企劃組（請刊登  
 協會、台灣私立醫務管理組、本署各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）  
 健保電子報）及藥材組、法商益普生股份有限公司、台灣諾華股份有限公司、美時化學製藥股  
 份有限公司、輝瑞大藥廠股份有限公司、台灣諾華股份有限公司

衛生福利部中央  
 健康保險署投訴(2)

# 署長李伯璋

衛生福利部中央  
 健康保險署投訴(2)

「藥品給付規定」修訂對照表

第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 110 年 12 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9. 74. Cabozantinib (如 Cabometyx) : (108/12/1、110/12/1)</p> <p><u>1. 適用於未曾接受過治療的中度/重度 風險晚期腎細胞癌病人。</u> (110/12/1)</p> <p><u>(1)無效後則不給付 temsirolimus。</u></p> <p><u>(2)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減 量為原則，若嚴重耐受性不佳，可 以換其他 TKI。</u></p> <p><u>2. 適用於先前經抗血管新生療法 (anti-angiogenic therapy)治療無 效的晚期腎細胞癌病人。</u></p> <p><u>3. 須經事前審查核准後使用，每次申 請療程以 3 個月為限，送審時需檢 送影像資料，每 3 個月評估一次， 無疾病惡化方可繼續使用。</u> (110/12/1)</p> <p><u>4. 病患於第一線使用本藥物後再復發 或惡化時，不得再次申請使用。</u> (110/12/1)</p> <p><u>5. 每日限用 1 粒。</u></p>	<p>9. 74. Cabozantinib (如 Cabometyx) : (108/12/1)</p> <p>1. 適用於先前經抗血管新生療法 (anti-angiogenic therapy)治療無 效的晚期腎細胞癌病人。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用，每次申 請療程以 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>3. 每日限用 1 粒。</p>
<p>9. 31. Sunitinib (如 Sutent) : (98/2/1、98/5/1、99/1/1、</p>	<p>9. 31. Sunitinib (如 Sutent) : (98/2/1、98/5/1、99/1/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>99/2/1、101/5/1、102/1/1、 104/12/1、<u>110/12/1</u>)</p> <p>1. 腸胃道間質腫瘤(略)</p> <p>2. 晚期腎細胞癌：(99/1/1、 <u>110/12/1</u>)</p> <p>(1)可用於第一線治療晚期或轉移性腎 細胞癌，即病理上為亮細胞癌 (clear cell renal carcinoma)。</p> <p>(2)無效後則不給付 temsirolimus。 <u>(110/12/1)</u></p> <p>(3)需檢送影像資料，每三個月評估一 次。(104/12/1)</p> <p>(4)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減 量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以 換其他 TKI。</p> <p>3. (略)</p>	<p>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)可用於第一線治療晚期或轉移性腎 細胞癌，即病理上為亮細胞癌 (clear cell renal carcinoma)。</p> <p>(2)無效後則不給付 temsirolimus <u>及其 他酪胺酸激酶阻斷劑</u> (tyrosine kinase inhibitor, TKI)。</p> <p>(3)需檢送影像資料，每三個月評估一 次。(104/12/1)</p> <p>(4)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減 量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以 換其他 TKI。</p> <p>3. (略)</p>
<p>9. 41. Pazopanib (如 Votrient)： (101/8/1、104/4/1、106/3/1、 <u>110/12/1</u>) 附表九之十三</p> <p>1. 腎細胞癌：<u>(106/3/1、110/12/1)</u></p> <p>(1)可用於第一線治療晚期或轉移性腎 細胞癌，其病理上為亮細胞癌 (clear cell renal carcinoma)。</p> <p>(2)本品使用無效後，不得申請使用 temsirolimus。<u>(110/12/1)</u></p>	<p>9. 41. Pazopanib (如 Votrient)： (101/8/1、104/4/1、106/3/1) 附表 九之十三</p> <p>1. 腎細胞癌：</p> <p>(1)可用於第一線治療晚期或轉移性腎 細胞癌，其病理上為亮細胞癌 (clear cell renal carcinoma)。</p> <p>(2)本品使用無效後，不得申請使用 temsirolimus <u>或其他酪胺酸激酶阻</u></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(3)需檢送影像資料，每三個月評估一次。(106/3/1)</p> <p>(4)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他 TKI。</p> <p>2.(略)</p>	<p><u>斷劑 (tyrosine kinase inhibitor, TKI)</u> 等藥品。</p> <p>(3)需檢送影像資料，每三個月評估一次。(106/3/1)</p> <p>(4)病人若對藥物產生耐受性不佳 (intolerance)，則以原來藥物減量為原則，若嚴重耐受性不佳，可以換其他 TKI。</p> <p>2.(略)</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	BC27511100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 20MG	CABOZANTINIB 20mg		法商益普生股份有限公司台灣分公司	5,494	4,395	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50次(110年6月)會議結論辦理。2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每粒4,395元。3.給付規定:適用通則及9.74.規定。	110/12/1
2	BC27512100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 40MG	CABOZANTINIB 40mg		法商益普生股份有限公司台灣分公司	5,494	4,395	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50次(110年6月)會議結論辦理。2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每粒4,395元。3.給付規定:適用通則及9.74.規定。	110/12/1
3	BC27513100	CABOMETYX FILM-COATED TABLET 60MG	CABOZANTINIB 60mg		法商益普生股份有限公司台灣分公司	5,494	4,395	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50次(110年6月)會議結論辦理。2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價為每粒4,395元。3.給付規定:適用通則及9.74.規定。	110/12/1