

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	KC00964248	ADCETRIS 50 mg powder for concentrate for solution for infusion	BRENTUXIMAB VEDOTIN 50 mg	50 mg	台灣武田藥品工業股份有限公司	118,324	93,060	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53次(含52次)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瓶93,060元。3.給付規定:適用通則及9.56.規定。	111/2/1

「藥品給付規定」修訂對照表

第 9 節 抗癌藥物 Antineoplastics drugs

(自 111 年 2 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9.56. Brentuximab vedotin(如 Adcetris)：(105/10/1、106/4/1、109/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限用於成人患者：</p> <p><u>1. 何杰金氏淋巴瘤(HL)：(111/2/1)</u></p> <p><u>(1)與 doxorubicin、vinblastine 和 dacarbazine 併用適用於先前未曾接受治療，且 IPS (International Prognostic Score)為 4-7 分的 CD30+ 第 IV 期何杰金氏淋巴瘤(HL)成人病人。(111/2/1)</u></p> <p><u>(2)CD30+何杰金氏淋巴瘤(HL)病患接受 ASCT 後仍具有高復發風險之病患：需先前未曾使用過本品，並於 ASCT 前具有下列任一危險因子者：(109/2/1)</u></p> <p><u>I. 對於第 1 線治療未達完全緩解。</u></p> <p><u>II. 第 1 線治療結束後 12 個月內復發或惡化。</u></p> <p><u>III. ASCT 前出現的復發具有淋巴結外侵犯。</u></p> <p><u>(3)治療復發或頑固型 CD30+何杰金氏淋巴瘤(HL)：</u></p> <p><u>I. 已接受自體幹細胞移植(ASCT)，或</u></p> <p><u>II. 無法使用 ASCT 或多重藥物化療，且</u></p>	<p>9.56. Brentuximab vedotin(如 Adcetris)：(105/10/1、106/4/1、109/2/1)</p> <p>限用於成人患者：</p> <p><u>1. 治療復發或頑固型 CD30+何杰金氏淋巴瘤(HL)：</u></p> <p><u>(1)已接受自體幹細胞移植(ASCT)，或</u></p> <p><u>(2)無法使用 ASCT 或多重藥物化療，且先前至少已接受兩種治療。</u></p> <p><u>2. 治療復發或頑固型全身性退行分化型大細胞淋巴瘤(systemic anaplastic large cell lymphoma；sALCL)。</u></p> <p><u>3. CD30+何杰金氏淋巴瘤(HL)病患接受 ASCT 後仍具有高復發風險之病患：需先前未曾使用過本品，並於 ASCT 前具有下列任一危險因子者：(109/2/1)</u></p> <p><u>(1)對於第 1 線治療未達完全緩解。</u></p> <p><u>(2)第 1 線治療結束後 12 個月內復發或惡化。</u></p> <p><u>(3)ASCT 前出現的復發具有淋巴結外侵犯。</u></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>先前至少已接受兩種治療。</p> <p>(4)須經事前審查核准後使用：</p> <p><u>I. 前述(1)之病患：首次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 2 個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以 6 個療程為上限。(111/2/1)</u></p> <p><u>II. 前述(2)之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附疾病無惡化之評估資料，若病情惡化即須停止使用。曾依本項核准使用之病患，若之後疾病惡化或復發後將不再給付本藥品。(109/2/1、111/2/1)</u></p> <p><u>III. 前述(3)之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 4 個療程；若病情惡化即須停止使用。(106/4/1、109/2/1、111/2/1)</u></p> <p><u>IV. 同一病患於前述 (1)、(2) 及 (3) 之終身給付療程數以總共 16 個療程為上限。(111/2/1)</u></p> <p>2. <u>全身性退行分化型大細胞淋巴瘤 (systemic anaplastic large cell lymphoma；SALCL)：(111/2/1)</u></p>	<p>4. 須經事前審查核准後使用：</p> <p><u>(1) 前述第 1 及 2 項之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 4 個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以 16 個療程為上限。(106/4/1、109/2/1)</u></p> <p><u>(2) 前述第 3 項之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附疾病無惡化之評估資料，若病情惡化即須停止使用。健保給付以 16 個療程為上限。曾依本項核准使用之病患，若之後疾病惡化或復發後將不再給付本藥品。(109/2/1)</u></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>(1)與 cyclophosphamide、doxorubicin 和 prednisone 併用適用於先前未曾接受治療且為 ALK 陰性的全身性退行分化型大細胞淋巴瘤(systemic anaplastic large cell lymphoma；sALCL)成人病人。(111/2/1)</u></p> <p><u>(2)治療復發或頑固型全身性退行分化型大細胞淋巴瘤(systemic anaplastic large cell lymphoma；sALCL)。</u></p> <p><u>(3)須經事前審查核准後使用：</u></p> <p><u>I. 前述(1)之病患：首次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 2 個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以 6 個療程為上限。(111/2/1)</u></p> <p><u>II. 前述(2)之病患：每次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 4 個療程；若病情惡化即須停止使用。(106/4/1、109/2/1、111/2/1)</u></p> <p><u>III. 同一病患於前述(1)及(2)之終身給付療程數以總共 16 個療程為上限。(111/2/1)</u></p> <p><u>3. CD30+皮膚 T 細胞淋巴瘤(CTCL)：</u> <u>(111/2/1)</u></p> <p><u>(1)單獨用於先前已接受照光療法與至少</u></p>	

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>一種靜脈注射型之全身性化學藥物治療的 CD30+皮膚 T 細胞淋巴瘤(CTCL) 成人病人，病人須診斷為蕈狀肉芽腫 (MF，第 II B 期或以上)、Sezary 症候群(SS)或原發性皮膚退行分化型大細胞淋巴瘤 (pcALCL)，且 CD30 需於超過 10%的腫瘤細胞呈現陽性。</u></p> <p><u>(2)須經事前審查核准後使用，首次申請療程以 4 個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付 2 個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以 6 個療程為上限。</u></p>	

備註：劃線部分為新修訂之規定