副本

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106年3月15日
發文字號：健保審字第1060053987號
附件：給付規定修正對照表乙份(請自本署全球資訊網下載)

裝

主旨：公告修正含bevacizumab成分藥品(如Avastin)之藥品給付規定。

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：修正「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節抗癌瘤藥物Antineoplastics drugs 9.37.Bevacizumab (如Avastin)」部分規定，給付規定修正對照表如附件(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>公告，請自行下載)。

訂

副本：行政院、法規會、衛生福利部生利會、衛生福利部及社會福利部、健康福利部醫政司、保險司、健康福利部心理衛生會、利益會、公共衛生司、管理衛生福利部附屬醫療機構、國民健康會、商業司、國家醫藥品管理局、全民健康會、全國公會、國民政府連絡會、中華民國醫學會、腦會、醫藥品管理局、社會公會、中華民國藥師公會、腦會、醫藥品管理局、社會公會、中華民國藥師公會、腦會、醫藥品管理局、社會公會、中華民國藥師公

「藥品給付規定」修正對照表

第 9 節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

（自 106 年 4 月 1 日生效）

修正後給付規定	原給付規定
9.37.Bevacizumab（如 Avastin）： （100/6/1、101/05/1、106/4/1） 1.轉移性大腸或直腸癌： (1)Bevacizumab 與含有 irinotecan/ 5-fluorouracil/ leucovorin 或 5-fluorouracil/ leucovorin 的化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。 (2)使用總療程以 36 週為上限（106/4/1）。 (3)須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以 18 週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。(106/4/1) 2.惡性神經膠質瘤(WHO 第 4 級) - 神經膠母細胞瘤： (1)單獨使用可用於治療曾接受標準放射線治療且含 temozolomide 在內之化學藥物治療失敗之多型性神經膠母細胞瘤(Glioblastoma multiforme)復發之成人患者。(101/05/1)	9.37.Bevacizumab（如 Avastin）： （100/6/1）(101/05/1)附表九之十 1.轉移性大腸或直腸癌： (1)Bevacizumab 與含有 irinotecan/ 5-fluorouracil/ leucovorin 或 5-fluorouracil/ leucovorin 的化學療法合併使用，作為轉移性大腸或直腸癌患者的第一線治療。 (2)使用總療程以 24 週為上限。 2.惡性神經膠質瘤(WHO 第 4 級) - 神經膠母細胞瘤： 單獨使用可用於治療曾接受標準放射線治療且含 temozolomide 在內之化學藥物治療失敗之多型性神經膠母細胞瘤(Glioblastoma multiforme)復發之成人患者。(101/05/1)

(2)須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以12週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。	3.本藥須經事前審查核准後使用，每次申請事前審查之療程以12週為限，再次申請必須提出客觀證據（如：影像學）證實無惡化，才可繼續使用。

備註：劃線部份為新修正之規定