

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

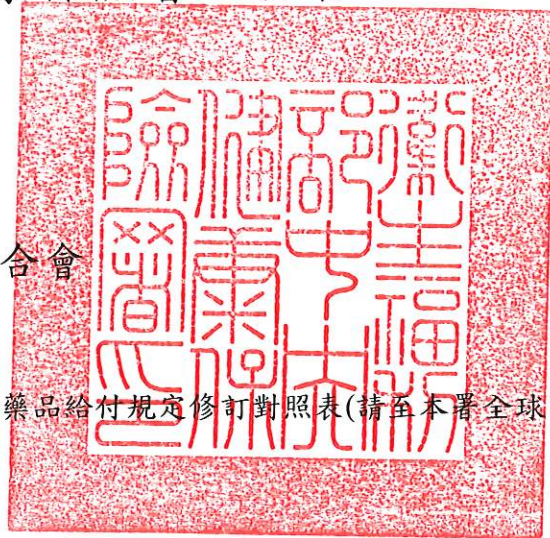
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國110年5月28日

發文字號：健保審字第1100056470號

附件：1.全民健康保險已收載品項異動明細表 2.藥品給付規定修訂對照表(請至本署全球資訊網下載)



主旨：公告異動含venetoclax成分藥品（如Venclexta）支付價暨修訂其給付規定。

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節抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs 9.71. Venetoclax（如Venclexta）」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、國中生、公會協健、政健民社台牙華公會、會保本、院健康會北醫公會、台、電署、法司康福市師國全製中灣台子醫、規、保利電公診國藥華研報審、會衛險機腦會所聯工民發私）及、生會構商全協合業國型立、藥、衛生會業全中、業藥技療署組、福利衛生會業全中、業藥技療署組、部社福、公會聯華會業藥所務瑞、法保部方、中會國中業展會理商、規險全政中華、開華公協、組艾、會司民府華民中發民會會台、伯、衛衛康生國基民製製國社教署藥、生保局醫層國藥藥聯團會各品、利爭國公師師研究展會人療區限、部部議防會協公協協、中院業公、事品議軍國、全、華民協組台、物、局合華聯灣北國學、請分、司藥會醫聯中國台台民國會（灣、生理生台、國會品西藥藥署知司、福署福灣社基、行銷代理會劃區、部衛生台、國會品西藥藥署知司、心附資人療民管商業台（事、理福屬訊中協國理業同業醫刊構、及利醫學華會藥協同業醫院登）

衛生福利部中央健康保險署投對章(1)

署長李伯璋

全民健康保險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	規剂量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	BC27357100	Venclexta Film-Coated Tablets 10mg	VENETOCLAX 10 MG		瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司	186.00	143.00	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49次(110年4月)會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付於急性骨髓性白血病·廠商同意支付價由每錠186元調降為每錠143元。 3.給付規定:適用通則及9.71.規定。	110/07/01
2	BC27358100	Venclexta Film-Coated Tablets 50mg	VENETOCLAX 50 MG		瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司	931.00	716.00	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49次(110年4月)會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付於急性骨髓性白血病·廠商同意支付價由每錠931元調降為每錠716元。 3.給付規定:適用通則及9.71.規定。	110/07/01
3	BC27359100	Venclexta Film-Coated Tablets 100mg	VENETOCLAX 100 MG		瑞士商艾伯維藥品有限公司台灣分公司	1,676.00	1,344.00	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49次(110年4月)會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付於急性骨髓性白血病·廠商同意支付價由每錠1,676元調降為每錠1,344元。 3.給付規定:適用通則及9.71.規定。	110/07/01

「藥品給付規定」修訂對照表

第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自110年7月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9. 71. Venetoclax (如 Venclexta) : (108/9/1、110/7/1)</p> <p>1. 單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)患者。</p> <p>(1) 限先前曾接受至少 1 種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 (如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加 bendamustine 等) 的治療 2 個療程以上仍惡化或復發者。</p> <p>(2) 開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：</p> <p><u>I.</u> 進行性的血液相惡化至 Hb< 10.0gm/dL 或 PLT<100K/uL，且無其他原因可以解釋。</p> <p><u>II.</u> 脾臟腫大超過左肋骨下緣 6cm。</p> <p><u>III.</u> 淋巴結腫大，最長徑超過 10cm。</p> <p><u>IV.</u> 周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50%以上，或倍增時間 (doubling time) 小於 6 個月。</p> <p><u>V.</u> 出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。</p>	<p>9. 71. Venetoclax (如 Venclexta) : (108/9/1)</p> <p>單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)患者。</p> <p>1. 限先前曾接受至少 1 種包括 alkylating agent 與 anti-CD20 (如 R-CVP、R-CHOP、rituximab 加 bendamustine 等) 的治療 2 個療程以上仍惡化或復發者。</p> <p>2. 開始使用前之疾病狀態需出現下列任一情形：</p> <p>(1) 進行性的血液相惡化至 Hb< 10.0gm/dL 或 PLT<100 K/uL，且無其他原因可以解釋。</p> <p>(2) 脾臟腫大超過左肋骨下緣 6cm。</p> <p>(3) 淋巴結腫大，最長徑超過 10cm。</p> <p>(4) 周邊血液淋巴球在 2 個月內增加 50%以上，或倍增時間 (doubling time) 小於 6 個月。</p> <p>(5) 出現自體免疫併發症，且經類固醇治療無效。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>VI. 出現具症狀的淋巴結外病灶。</p> <p>(3) 需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL(International Workshop on CLL)最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。</p> <p>(4) Venetoclax 與 ibrutinib 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。</p> <p>(5) 每日至多處方 4 粒。</p> <p>2. 併用低劑量 cytarabine，使用於無法接受高強度化學治療之初診斷急性骨髓性白血病(AML)病人： (110/7/1)</p> <p>(1) 需具有下列 I. 或 II. 的條件之一：</p> <p><u>I. 75 歲以上。</u></p> <p><u>II. 18 歲以上但未滿 75 歲時，需 ECOG performance status 為 2 或 3，且符合下列任一條件者：</u></p> <p><u>A. 具有心臟衰竭治療病史，且 left ventricle</u></p>	<p>(6) 出現具症狀的淋巴結外病灶。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用，每 3 個月需再次申請。再次申請時需檢附療效評估資料，若未達 iwCLL(International Workshop on CLL)最新定義之 partial remission 或 complete remission，則不予給付。</p> <p>4. Venetoclax 與 ibrutinib 二者僅能擇一使用，唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。二者使用總療程合併計算，以全部 24 個月為上限。</p> <p>5. 每日至多處方 4 粒。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>ejection fraction (LVEF) < 50%。</u></p> <p><u>B. 具慢性肺部疾病史，且 DLCO < 65%。</u></p> <p><u>C. 具肝功能異常：</u> <u>Bilirubin level 在 1.5-3.0 倍正常值間。</u></p> <p><u>(2) 需未曾因骨髓化生不良症候群 (myelodysplastic syndrome, MDS) 接受過 azacitidine 治療者。</u></p> <p><u>(3) 需經事前審查核准後使用，每 2 個療程需再次申請；再次申請時需檢附療效評估資料，若病情惡化應即停止使用。</u></p> <p><u>(4) 每日至多處方 6 粒，最多給付 4 個療程。</u></p>	

備註：劃線部分為新修訂規定