

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	BC26656100	Imbruvica Capsules 140mg	Ibrutinib 140mg		嬌生股份有限公司	2,260	1,922	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51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粒1,922元。3.給付規定:適用通則及9.61.規定。	111/1/1

「藥品給付規定」修訂對照表

第 9 節 抗癌藥物 Antineoplastics drugs

(自 111 年 1 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9. 61. Ibrutinib(如 Imbruvica)： (106/11/1、108/9/1、<u>111/1/1</u>)</p> <p>1. 用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。</p> <p>(1) 需經事前審查核准後使用。首次申請事前審查之療程以四個月為限，之後每三個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。</p> <p>(2) 若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。</p> <p>(3) 每位病人限給付 <u>20</u> 個月。 (<u>111/1/1</u>)</p> <p>(4) 每日至多處方 4 粒。(108/9/1)</p> <p>2. 單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)患者。(略)</p>	<p>9. 61. Ibrutinib(如 Imbruvica)： (106/11/1、108/9/1)</p> <p>1. 用於先前接受過至少一種化學或標靶治療方式無效或復發的被套細胞淋巴瘤病人。</p> <p>(1) 需經事前審查核准後使用。首次申請事前審查之療程以四個月為限，之後每三個月需再次申請，再次申請時應檢附前次治療結果評估資料，如影像學檢查報告。</p> <p>(2) 若疾病進展或無法耐受藥物副作用，則必須停止使用。</p> <p>(3) 每位病人限給付 <u>13</u> 個月。</p> <p>(4) 每日至多處方 4 粒。(108/9/1)</p> <p>2. 單獨使用於具有 17p 缺失的慢性淋巴球性白血病(CLL)患者。(略)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定