

「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

(自 111 年 2 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>藥品給付規定通則</p> <p>一、~十、(略)</p> <p>十一、給付規定中年齡用詞統一使用「以上」、「以下」、「未滿」文字，並以阿拉伯數字呈現，定義如下(111/2/1)：</p> <p><u>(一) ○歲以上(包含○歲當日)。</u></p> <p><u>(二) ○歲以下(包含○歲當日)。</u></p> <p><u>(三) ○歲至未滿○歲(未滿○歲係不包含○歲當日)。</u></p>	<p>藥品給付規定通則</p> <p>一、~十、(略)</p>
<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品，屬下列成分之口服製劑： celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide (90/7/1、97/9/1)、etoricoxib (96/1/1、99/10/1)、含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑(101/10/1) (106/12/1) <u>(111/2/1)</u></p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)：</p> <p>(1) <u>60歲以上</u>之骨關節炎病患。 (celecoxib 可用於 <u>50歲以上</u>之骨關節炎病患) (106/12/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(2)~(7)(略)。</p> <p>2. ~4. (略)。</p>	<p>1.1.5. 非類固醇抗發炎劑 (NSAIDs) 藥品，屬下列成分之口服製劑： celecoxib、nabumetone、meloxicam、etodolac、nimesulide (90/7/1、97/9/1)、etoricoxib (96/1/1、99/10/1)、含 naproxen 及 esomeprazole 複方製劑(101/10/1) (106/12/1)</p> <p>1. 本類製劑之使用需符合下列條件之一者(99/10/1)：</p> <p>(1) <u>年齡大於等於六十歲</u>之骨關節炎病患。(celecoxib 可用於 <u>年齡大於等於五十歲</u>之骨關節炎病患) (106/12/1)</p> <p>(2)~(7)(略)。</p> <p>2. ~4. (略)。</p>
<p>1.1.9. Fentanyl citrate 口頰溶片或口頰錠(108/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於突發性疼痛(breakthrough pain)，並已接受過口服 morphine 至少 60mg/day、oxycodone 至少</p>	<p>1.1.9. Fentanyl citrate 口頰溶片或口頰錠(108/10/1)</p> <p>1. 限用於突發性疼痛(breakthrough pain)，並已接受過口服 morphine 至少 60mg/day、oxycodone 至少</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>30mg/day、hydromorphone 至少 8mg/day、或 fentanyl 貼片劑至少 25/mcg/hr 或其他等止痛劑量之類鴉片藥物達一星期(含)以上之 <u>18 歲以上</u> 癌症患者(111/2/1)。</p> <p>2. (略)。</p>	<p>30mg/day、hydromorphone 至少 8mg/day、或 fentanyl 貼片劑至少 25/mcg/hr 或其他等止痛劑量之類鴉片藥物達一星期(含)以上之 <u>18 歲(含)</u> 以上癌症患者。</p> <p>2. (略)。</p>
<p>1. 3. 2. 4. Levetiracetam (101/6/1、102/10/1、108/5/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 一般錠劑膠囊劑 (如 Keppra Film-Coated Tablets): (97/1/1、101/6/1)</p> <p>(1) 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療 (add on therapy) 或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>(2) <u>12 歲以上</u> 病患之肌抽躍性癲癇發作之輔助治療(111/2/1)。</p> <p>2. 緩釋錠劑膠囊劑: (101/6/1、108/5/1)</p> <p>限使用於 <u>16 歲以上</u> 病患之局部癲癇發作之輔助治療(111/2/1)。</p> <p>3. ~4. (略)。</p>	<p>1. 3. 2. 4. Levetiracetam (101/6/1、102/10/1、108/5/1)</p> <p>1. 一般錠劑膠囊劑 (如 Keppra Film-Coated Tablets): (97/1/1、101/6/1)</p> <p>(1) 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療 (add on therapy) 或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>(2) <u>十二歲以上青少年與成人</u> 病患之肌抽躍性癲癇發作之輔助治療。</p> <p>2. 緩釋錠劑膠囊劑: (101/6/1、108/5/1)</p> <p>限使用於 <u>十二歲以上</u> 病患之局部癲癇發作之輔助治療。</p> <p>3. ~4. (略)。</p>
<p>1. 3. 2. 5. Lamotrigine (如 Lamictal) (97/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限下列病患使用：</p> <p>1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>2. 限使用於 18 歲以上且為雙極性疾患者，並依下列原則使用(111/2/1)：</p> <p>(1)~(3)(略)。</p>	<p>1. 3. 2. 5. Lamotrigine (如 Lamictal) (97/10/1)</p> <p>限下列病患使用：</p> <p>1. 限用於其他抗癲癇藥物無法有效控制之局部癲癇發作之輔助性治療(add on therapy)或作為第二線之單一藥物治療。</p> <p>2. 限使用於 18 歲以上 <u>成人</u> 且為雙極性疾患者，並依下列原則使用：</p> <p>(1)~(3)(略)。</p>
<p>1. 3. 5. Methylphenidate HCl 緩釋劑型 (如 Concerta Extended Release Tablets、Methydrur Sustained Release Capsules); atomoxetine HCl</p>	<p>1. 3. 5. Methylphenidate HCl 緩釋劑型 (如 Concerta Extended Release Tablets、Methydrur Sustained Release Capsules); atomoxetine HCl</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(如 Strattera Hard capsules) (93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1、109/9/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限 <u>6 歲以上至 18 歲</u> 以下，依 DSM 或 ICD 標準診斷為注意力不全過動症患者，並於病歷上詳細記載其症狀、病程及診斷。(96/9/1、106/3/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>2. 如符合前項規定且已使用本類藥品治療半年以上，而 <u>18 歲以上</u> 仍需服用者，需於病歷上詳細記載以往病史及使用理由。(96/9/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>3. (略)。</p>	<p>(如 Strattera Hard capsules) (93/9/1、96/5/1、96/9/1、97/5/1、106/3/1、109/9/1)</p> <p>1. 限六歲至十八歲(含)，依 DSM 或 ICD 標準診斷為注意力不全過動症患者，並於病歷上詳細記載其症狀、病程及診斷。(96/9/1、106/3/1)</p> <p>2. 如符合前項規定且已使用本類藥品治療半年以上，而十八歲後仍需服用者，需於病歷上詳細記載以往病史及使用理由。(96/9/1)</p> <p>3. (略)。</p>
<p>2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra): (100/4/1、100/7/1、103/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限用於</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 治療 <u>60 歲以上</u> 患有不穩定型心絞痛或非 ST 段升高型心肌梗塞(UA/NSTEMI) 且不適合接受緊急(120 分鐘內)侵入性治療(PCI)者，其症狀開始時間需在 24 小時之內，且血清肌酸酐需小於 3.0 mg/dL。(103/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>3. (略)。</p>	<p>2.1.4.1. Fondaparinux (如 Arixtra): (100/4/1、100/7/1、103/2/1)</p> <p>限用於</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 治療年齡 <u>大於或等於 60 歲</u> 患有不穩定型心絞痛或非 ST 段升高型心肌梗塞(UA/NSTEMI) 且不適合接受緊急(120 分鐘內)侵入性治療(PCI)者，其症狀開始時間需在 24 小時之內，且血清肌酸酐需小於 3.0 mg/dL。(103/2/1)</p> <p>3. (略)。</p>
<p>2.1.4.2. Rivaroxaban(如 Xarelto) (101/1/1、102/2/1、103/5/1、104/12/1、105/5/1、110/7/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限用於</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 非瓣膜性心房纖維顫動病患，須符合下列條件之一：(102/2/1、103/5/1、105/5/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(1)~(3)(略)。</p> <p>(4)<u>75 歲以上</u>。(111/2/1)</p> <p>(5)<u>65 歲以上未滿 75 歲</u>且合併有糖尿</p>	<p>2.1.4.2. Rivaroxaban(如 Xarelto) (101/1/1、102/2/1、103/5/1、104/12/1、105/5/1、110/7/1)</p> <p>限用於</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 非瓣膜性心房纖維顫動病患，須符合下列條件之一：(102/2/1、103/5/1、105/5/1)</p> <p>(1)~(3)(略)。</p> <p>(4)<u>年齡 75 歲(含)以上</u>。</p> <p>(5)<u>年齡介於 65 歲至 74 歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>病、高血壓或冠狀動脈疾病。 (<u>111/2/1</u>) (6)~(7)(略)。 3.(略)。</p>	<p>(6)~(7)(略)。 3.(略)。</p>
<p>2.1.4.3. Apixaban (如 Eliquis) (103/6/1、106/4/1、<u>111/2/1</u>) 限用於 1. 非瓣膜性心房纖維顫動病患： (1)須符合下列條件之一： I.~III.(略)。 IV. <u>75歲以上</u>。(111/2/1) V. <u>65歲以上未滿75歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。 (111/2/1) (2)~(3)(略)。 2.(略)。</p>	<p>2.1.4.3. Apixaban (如 Eliquis) (103/6/1、106/4/1) 限用於 1. 非瓣膜性心房纖維顫動病患： (1)須符合下列條件之一： I.~III.(略)。 IV. <u>年齡75歲(含)以上</u>。 V. <u>年齡介於65歲至74歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。 (2)~(3)(略)。 2.(略)。</p>
<p>2.1.4.4. Edoxaban(如 Lixiana)： (105/9/1、<u>111/2/1</u>) 限用於 1. 非瓣膜性心房纖維顫動病患： (111/2/1) (1)須符合下列條件之一： I.~III.(略)。 IV. <u>75歲以上</u>。(111/2/1) V. <u>65歲以上未滿75歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。 (111/2/1) (2)~(3)(略)。 2.(略)。</p>	<p>2.1.4.4. Edoxaban(如 Lixiana)： (105/9/1) 限用於 1. 非瓣膜性心房纖維顫動病患： (1)須符合下列條件之一： I.~III.(略)。 IV. <u>年齡75歲(含)以上</u>。 V. <u>年齡介於65歲至74歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。 (2)~(3)(略)。 2.(略)。</p>
<p>2.1.5. 直接凝血酶抑制劑(Direct thrombin inhibitors)： Dabigatran(如 Pradaxa) (101/6/1、104/12/1、107/9/1、<u>111/2/1</u>) 1. 用於非瓣膜性心房纖維顫動病患： (1)須符合下列條件之一(<u>111/2/1</u>)： I.~III.(略)。 IV. <u>75歲以上</u>(111/2/1)。</p>	<p>2.1.5. 直接凝血酶抑制劑(Direct thrombin inhibitors)： Dabigatran(如 Pradaxa) (101/6/1、104/12/1、107/9/1) 1. 用於非瓣膜性心房纖維顫動病患： (1)須符合下列條件之一： I.~III.(略)。 IV. <u>年齡75歲(含)以上</u>。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>V. <u>65 歲以上未滿 75 歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病(111/2/1)。</p> <p>(2)~(3)(略)。</p> <p>2. ~3. (略)。</p>	<p>V. <u>年齡介於 65 歲至 74 歲</u>且合併有糖尿病、高血壓或冠狀動脈疾病。</p> <p>(2)~(3)(略)。</p> <p>2. ~3. (略)。</p>
<p>2. 10. 1. Dronedarone (如 Multaq) (100/8/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. Multaq 適用於最近 6 個月內有陣發性或持續性心房纖維顫動(AF)或心房撲動(AFL)，且目前處於竇性節律 (sinus rhythm) 狀態或即將接受治療成為正常節律的患者，可降低病患發生心血管疾病而住院的風險(111/2/1)：</p> <p>(1)<u>70 歲以上</u>，曾有過心房纖維顫動 (AF) 或心房撲動(AFL)之病患；</p> <p>(2)<u>65 歲以上未滿 70 歲</u>，且帶有下列心血管相關危險因子之一的患者 (例如：高血壓、糖尿病、曾發生過腦血管意外、左心房直徑$\geq 50\text{mm}$或左心室射出率【LVEF】$< 40\%$)。</p> <p>2. (略)。</p>	<p>2. 10. 1. Dronedarone (如 Multaq) (100/8/1)</p> <p>1. Multaq 適用於最近 6 個月內有陣發性或持續性心房纖維顫動(AF)或心房撲動(AFL)，且目前處於竇性節律 (sinus rhythm) 狀態或即將接受治療成為正常節律的患者，可降低病患發生心血管疾病而住院的風險：</p> <p>(1)<u>年齡≥ 70 歲以上</u>，曾有過心房纖維顫動 (AF) 或心房撲動(AFL)之病患；</p> <p>(2)<u>65\leq 年齡< 70 歲</u>，且帶有下列心血管相關危險因子之一的患者 (例如：高血壓、糖尿病、曾發生過腦血管意外、左心房直徑$\geq 50\text{mm}$或左心室射出率【LVEF】$< 40\%$)。</p> <p>2. (略)。</p>
<p>2. 13. 2. Tolvaptan (如 Jinarc)(108/7/1、109/10/1、<u>111/2/1</u>)：</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 初次使用限用於已出現病情迅速惡化跡象之第 3 期慢性腎臟病的<u>18 歲以上，50 歲以下</u>自體顯性多囊性腎臟病 (ADPKD) 患者，且腎臟影像呈雙側/瀰漫性水泡，病情須符合下列至少一項 (109/10/1、<u>111/2/1</u>)：</p> <p>(1)一年之內 eGFR 下降≥ 5.0 mL/min/1.73 m² 或五年內 eGFR 每年下降$\geq 2.5\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$，且排除其它如脫水、藥物、感染、阻塞等原因所致。</p> <p>(2)htTKV 符合 Mayo 分期 1C-1E disease</p> <p>3. ~4. (略)。</p>	<p>2. 13. 2. Tolvaptan (如 Jinarc)(108/7/1、109/10/1)：</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 初次使用限用於已出現病情迅速惡化跡象之第 3 期慢性腎臟病的<u>18-50 歲</u>自體顯性多囊性腎臟病 (ADPKD) 患者，且腎臟影像呈雙側/瀰漫性水泡，病情須符合下列至少一項(109/10/1)：</p> <p>(1)一年之內 eGFR 下降≥ 5.0 mL/min/1.73 m² 或五年內 eGFR 每年下降$\geq 2.5\text{mL}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$，且排除其它如脫水、藥物、感染、阻塞等原因所致。</p> <p>(2)htTKV 符合 Mayo 分期 1C-1E disease</p> <p>3. ~4. (略)。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>4. 2. 1. Human Albumin : (<u>100/8/1</u>、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 本保險對象因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限 (96/6/1、104/11/1、<u>111/2/1</u>):</p> <p>(1) 休克病人擴充有效循環血液量 I (略)。</p> <p>II <u>70 歲以上及 2 歲以下</u>或併有心衰竭的休克病人，無法忍受太多靜脈輸液時，可一開始即使用白蛋白溶液，每一病人用量限 50 gm。(111/2/1)</p> <p>(2) 病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低病人</p> <p>I 血清白蛋白濃度低於 2.5 gm/dL</p> <p>i. ~iv(略)。</p> <p>v. 蛋白質流失性腸症(protein-losing enteropathy) (104/11/1)</p> <p>依下列規範使用：</p> <p>(i) 經內視鏡或手術或病理報告證實為蛋白質流失性腸症；或糞便 alpha-1-antitrypsin 升高。</p> <p>(ii) <u>18 歲以下</u>(111/2/1)。</p> <p>II~III(略)。</p> <p>2. (略)。</p>	<p>4. 2. 1. Human Albumin : (100/8/1)</p> <p>1. 本保險對象因病使用 Human Albumin 以符合下列適應症為限 (96/6/1、104/11/1):</p> <p>(1) 休克病人擴充有效循環血液量 I (略)。</p> <p>II <u>70 歲以上老人及二歲以下幼兒</u>或併有心衰竭的休克病人，無法忍受太多靜脈輸液時，可一開始即使用白蛋白溶液，每一病人用量限 50 gm。</p> <p>(2) 病危、有腹水或水腫併有血清白蛋白濃度偏低病人</p> <p>I 血清白蛋白濃度低於 2.5 gm/dL</p> <p>i. ~iv(略)。</p> <p>v. 蛋白質流失性腸症(protein-losing enteropathy) (104/11/1)</p> <p>依下列規範使用：</p> <p>(i) 經內視鏡或手術或病理報告證實為蛋白質流失性腸症；或糞便 alpha-1-antitrypsin 升高。</p> <p>(ii) <u>滿 18 歲以內兒童</u>。</p> <p>II~III(略)。</p> <p>2. (略)。</p>
<p>4. 3. 2. 1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於 <u>6 歲以上</u>之慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1、108/6/1、109/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(以下略)</p>	<p>4. 3. 2. 1. Eltrombopag (如 Revolade)(108/6/1、109/2/1)</p> <p>1. 限用於 <u>6 歲(含)</u>以上之慢性自發性(免疫性)血小板缺乏紫斑症(ITP)且對於其他治療(例如：類固醇、免疫球蛋白等)失敗患者，且符合下列情況之一者使用：(105/8/1、106/4/1、108/6/1、109/2/1)</p> <p>(以下略)</p>
<p>4. 3. 4. Icatibant (如 Firazyr) : (109/6/1、<u>111/2/1</u>)</p>	<p>4. 3. 4. Icatibant (如 Firazyr) : (109/6/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>1. (略)。</p> <p>2. 限用於 <u>2 歲以上</u> 之體內 C1 酯酶抑制劑不足之 HAE 患者於急性發作時進行症狀治療，並符合下列臨床標準： (111/2/1) (以下略)</p>	<p>1. (略)。</p> <p>2. 限用於 2 歲(含)以上之體內 C1 酯酶抑制劑不足之 HAE 患者於急性發作時進行症狀治療，並符合下列臨床標準： (以下略)</p>
<p>5.4.1.1. 生長激素 (Somatropin) (111/2/1)：</p> <p>1. ~3. (略)。</p> <p>4. 透納氏症候群病人使用生長激素治療的原則： (1)~(2)(略)。 (3)開始治療條件： I <u>6 歲以上</u>(111/2/1)。 II 身高低於第三百分位以下且生長速率一年小於四公分，需具有資格申請生長激素治療的醫療機構身高檢查，每隔三個月一次，至少六個月以上之紀錄。(96/11/1) III 骨齡 <u>14 歲以下</u> (請檢附骨齡 X 光片) (111/2/1) (4)(略)。 (5)繼續治療條件 (每年評估一次)： I 骨齡 <u>14 歲以下</u>(111/2/1)。 II. ~III. (略)。</p> <p>5. 用於治療 SHOX 缺乏症患者使用生長激素治療的原則：(104/6/1) (1)(略)。 (2)開始治療條件： I. 年齡 <u>6 歲以上</u>(111/2/1)。 II. 身高低於第三百分位以下且生長速率一年小於四公分，需具有資格申請生長激素治療的醫療機構身高檢查，每隔三個月一次，至少六個月以上之紀錄。 III. 骨齡：男性 <u>16 歲以下</u>、女性 <u>14 歲以下</u>(請檢附骨齡 X 光片) (111/2/1)</p>	<p>5.4.1.1. 生長激素 (Somatropin)：</p> <p>1. ~3. (略)。</p> <p>4. 透納氏症候群病人使用生長激素治療的原則： (1)~(2)(略)。 (3)開始治療條件： I <u>年齡至少六歲</u>。 II 身高低於第三百分位以下且生長速率一年小於四公分，需具有資格申請生長激素治療的醫療機構身高檢查，每隔三個月一次，至少六個月以上之紀錄。(96/11/1) III <u>骨齡 ≤ 14 歲</u> (請檢附骨齡 X 光片) (4)(略)。 (5)繼續治療條件 (每年評估一次)： I <u>骨齡 ≤ 14 歲</u>。 II. ~III. (略)。</p> <p>5. 用於治療 SHOX 缺乏症患者使用生長激素治療的原則：(104/6/1) (1)(略)。 (2)開始治療條件： I. <u>年齡至少六歲</u>。 II. 身高低於第三百分位以下且生長速率一年小於四公分，需具有資格申請生長激素治療的醫療機構身高檢查，每隔三個月一次，至少六個月以上之紀錄。 III. 骨齡：男性 <u>≤ 16 歲</u>、女性 <u>≤ 14 歲</u>(請檢附骨齡 X 光片) (3)(略)。 (4)繼續治療條件(每年評估一次)：</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(3)(略)。</p> <p>(4)繼續治療條件(每年評估一次)：</p> <p>I. 骨齡：男性 <u>16歲以下</u>、女性 <u>14歲以下</u>(請檢附骨齡 X 光片) (<u>111/2/1</u>)</p> <p>II. ~ III. (略)。</p> <p>(5)(略)。</p>	<p>I. 骨齡：男性 ≤ 16 歲、女性 ≤ 14 歲(請檢附骨齡 X 光片)</p> <p>II. ~ III. (略)。</p> <p>(5)(略)。</p>
<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑) (<u>92/1/1</u>、<u>93/4/1</u>、<u>95/4/1</u>、<u>98/5/1</u>、<u>99/2/1</u>、<u>99/10/1</u>、<u>100/2/1</u>、<u>106/2/1</u>、<u>109/2/1</u>、<u>110/12/1</u>、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例需經事前審查核准後依下列規範使用(<u>98/5/1</u>、<u>99/10/1</u>)：</p> <p>(1)中樞性早熟</p> <p>I. (略)</p> <p>II. 治療條件：</p> <p>i. 年齡：開始發育的年齡，女孩 <u>7歲以下</u>，男孩 <u>8歲以下</u>(<u>111/2/1</u>)。</p> <p>ii. ~iv. (略)。</p> <p>III. ~IV. (略)。</p> <p>V. 繼續治療條件：</p> <p>i. 生長速率 ≥ 2 公分/年，</p> <p>ii. 骨齡：女 <u>14歲以下</u>，男 <u>15歲以下</u> (<u>111/2/1</u>)。</p> <p>VI. ~ VII. (略)。</p> <p>(2)~(4)(略)。</p>	<p>5.5.1. Gn-RH analogue (如 Buserelin ; Goserelin ; Leuprorelin ; Triptorelin ; Nafarelin(acetate)等製劑) (<u>92/1/1</u>、<u>93/4/1</u>、<u>95/4/1</u>、<u>98/5/1</u>、<u>99/2/1</u>、<u>99/10/1</u>、<u>100/2/1</u>、<u>106/2/1</u>、<u>109/2/1</u>、<u>110/12/1</u>)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 本類製劑用於中樞性早熟、乳癌及子宮內膜異位症病例需經事前審查核准後依下列規範使用(<u>98/5/1</u>、<u>99/10/1</u>)：</p> <p>(1)中樞性早熟</p> <p>I. (略)</p> <p>II. 治療條件：</p> <p>i. 年齡：開始發育的年齡，女孩 ≤ 7 歲，男孩 ≤ 8 歲。</p> <p>ii. ~iv. (略)。</p> <p>III. ~IV. (略)。</p> <p>V. 繼續治療條件：</p> <p>i. 生長速率 ≥ 2 公分/年，</p> <p>ii. 骨齡：女 <u>小於十四歲</u>，男 <u>小於十五歲</u>。</p> <p>VI. ~ VII. (略)。</p> <p>(2)~(4)(略)。</p>
<p>5.5.7. Mecasermin (如 Increlex 注射劑) (<u>98/5/1</u>、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. Primary IGF-I deficiency</p> <p>(1)診斷：GH-IGF axis 有明確的基因突</p>	<p>5.5.7. Mecasermin (如 Increlex 注射劑) (<u>98/5/1</u>)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. Primary IGF-I deficiency</p> <p>(1)診斷：GH-IGF axis 有明確的基因突</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>變 (即 homozygotes 或 compound heterozygotes) (請檢附檢驗報告)。</p> <p>(2)開始治療條件：</p> <p>I. <u>2 歲以上(111/2/1)</u>。</p> <p>II. ~VIII. (略)。</p> <p>3. Isolated growth hormone deficiency type IA (GHD-IA)</p> <p>(1)診斷：GH1 gene 有明確的脫失突變 (deletion) (請檢附檢驗報告)</p> <p>(2)開始治療條件：</p> <p>I. <u>2 歲以上(111/2/1)</u>。</p> <p>II. ~VI. (略)。</p> <p>4. ~5. (略)。</p> <p>6. 繼續治療條件：</p> <p>(1)<u>男童骨齡未滿 16 歲，女童骨齡未滿 14 歲</u>，且骨端尚未癒合患者 (111/2/1)。</p> <p>(2)~(3) (略)。</p>	<p>變 (即 homozygotes 或 compound heterozygotes) (請檢附檢驗報告)。</p> <p>(2)開始治療條件：</p> <p>I. <u>年齡至少二歲</u>。</p> <p>II. ~VIII. (略)。</p> <p>3. Isolated growth hormone deficiency type IA (GHD-IA)</p> <p>(1)診斷：GH1 gene 有明確的脫失突變 (deletion) (請檢附檢驗報告)</p> <p>(2)開始治療條件：</p> <p>I. <u>年齡至少二歲</u>。</p> <p>II. ~VI. (略)。</p> <p>4. ~5. (略)。</p> <p>6. 繼續治療條件：</p> <p>(1)<u>男童骨齡 < 16 歲，女童骨齡 < 14 歲</u>，且骨端尚未癒合患者。</p> <p>(2)~(3) (略)。</p>
<p>6. 2. 4. Montelukast sodium (如 Singulair Coated Tab、Singulair Chewable Tabs)：(90/7/1、107/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於 <u>6 歲以上</u>「輕度至中度持續性支氣管哮喘」疾患(111/2/1)。</p> <p>2. ~3. (略)。</p> <p>6. 2. 5. Montelukast sodium 4mg(如 Singulair Chewable Tab. 4mg、Singulair oral granules 4mg)：(92/1/1、100/7/1、107/2/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>須符合下列各項條件：</p> <p>1. 限用於「輕度至中度持續支氣管哮喘病患」。</p> <p>2. Chewable Tab. 4mg 限用於 <u>2 歲以上未滿 6 歲</u>、oral granules 4mg 限用於 <u>6 個月以上未滿 6 歲</u>(111/2/1)。</p> <p>3. ~4. (略)。</p>	<p>6. 2. 4. Montelukast sodium (如 Singulair Coated Tab、Singulair Chewable Tabs)：(90/7/1、107/2/1)</p> <p>1. 限用於 <u>六歲以上之小兒及成人</u>「輕度至中度持續性支氣管哮喘」疾患。</p> <p>2. ~3. (略)。</p> <p>6. 2. 5. Montelukast sodium 4mg(如 Singulair Chewable Tab. 4mg、Singulair oral granules 4mg)：(92/1/1、100/7/1、107/2/1)</p> <p>須符合下列各項條件：</p> <p>1. 限用於「輕度至中度持續支氣管哮喘病患」。</p> <p>2. Chewable Tab. 4mg 限用於 <u>二歲~五歲</u> 嬰幼兒、oral granules 4mg 限用於 <u>6 個月~五歲</u> 嬰幼兒。</p> <p>3. ~4. (略)。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>6.2.6. Omalizumab (如 Xolair) : (97/6/1、100/6/1、103/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於 (1)(略)。 (2)<u>6歲以上未滿13歲</u>兒童經胸腔內科或小兒科或過敏免疫專科醫師診斷為「<u>重度持續性氣喘</u>」病患，需符合下列條件。(100/6/1、<u>111/2/1</u>) I.~IV.(略)。</p>	<p>6.2.6. Omalizumab (如 Xolair) : (97/6/1、100/6/1、103/10/1)</p> <p>1. 限用於 (1)(略)。 (2)<u>6至12歲</u>兒童經胸腔內科或小兒科或過敏免疫專科醫師診斷為「<u>重度持續性氣喘</u>」病患，需符合下列條件。 (100/6/1) I.~IV.(略)。</p>
<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白(<u>111/2/1</u>) : 限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等)</p> <p>1. 靜脈注射劑： (1)~(2)(略)。 (3)免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP)且於懷孕或分娩期間，或急性免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP) <u>18歲以下</u>兒童。 (107/4/1、108/6/1、<u>111/2/1</u>) (4)~(7)略。 (8)急性發炎性去髓鞘多發性神經根病變(Guillain Barré症候群)：(107/12/1、<u>111/2/1</u>) I.~II.(略)。 III. 使用於 <u>18歲以上</u>病人(111/2/1) i.~ii.(略)。 (9)(略)。 2.(略)。</p>	<p>8.1.3. 高單位免疫球蛋白： 限符合下列適應症病患檢附病歷摘要 (註明診斷，相關檢查報告及數據，體重、年齡、性別、病史、曾否使用同一藥品及其療效…等)</p> <p>1. 靜脈注射劑： (1)~(2)(略)。 (3)免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP)且於懷孕或分娩期間，或急性免疫血小板缺乏性紫斑症(ITP) <u>≤18歲</u>兒童。(107/4/1、108/6/1) (4)~(7)略。 (8)急性發炎性去髓鞘多發性神經根病變(Guillain Barré症候群)：(107/12/1) I.~II.(略)。 III. 使用於 <u>18歲(含)以上</u>成人病人 i.~ii.(略)。 (9)(略)。 2.(略)。</p>
<p>8.2.4.1. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab(如 Humira) ; tocilizumab (如 Actemra) (94/3/1、101/12/1、102/1/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1、<u>111/2/1</u>) : 兒童治療部分</p> <p>1. Etanercept 限使用於 <u>4歲以上</u>具有活</p>	<p>8.2.4.1. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab(如 Humira) ; tocilizumab (如 Actemra) (94/3/1、101/12/1、102/1/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1) : 兒童治療部分</p> <p>1. Etanercept 限使用於 <u>4歲(含)以上</u>的</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>動性多關節幼年型慢性關節炎患者。adalimumab 限使用於 <u>2 歲以上</u> 具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者 (101/12/1、105/10/1、108/1/1、111/2/1)。tocilizumab 限使用於 <u>2 歲以上</u> 的活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。(102/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>2. ~7. (略)。</p>	<p><u>兒童</u>具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。adalimumab 限使用於 <u>2 歲(含)以上</u> 具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者 (101/12/1、105/10/1、108/1/1)。tocilizumab 限使用於 <u>2 歲(含)以上</u> 的活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。(102/10/1)</p> <p>2. ~7. (略)。</p>
<p>8. 2. 4. 7. 2. Adalimumab (如 Humira)、infliximab (如 Remicade) (105/10/1、106/5/1、108/10/1、<u>111/2/1</u>): 兒童治療部分</p> <p>1. ~2. (略)。</p> <p>3. <u>6 歲以上</u>, 經診斷為小兒克隆氏症且領有重大傷病證明, 並排除第 6 項之情形及符合下列條件之一; 且申請時應附上影像診斷評估報告(<u>111/2/1</u>)。</p> <p>(以下略)</p>	<p>8. 2. 4. 7. 2. Adalimumab (如 Humira)、infliximab (如 Remicade) (105/10/1、106/5/1、108/10/1): 兒童治療部分</p> <p>1. ~2. (略)。</p> <p>3. <u>六歲(含)以上</u>, 經診斷為小兒克隆氏症且領有重大傷病證明, 並排除第 6 項之情形及符合下列條件之一; 且申請時應附上影像診斷評估報告。</p> <p>(以下略)</p>
<p>8. 2. 4. 8. Abatacept 靜脈注射劑 (如 Orencia IV) (101/10/1、102/1/1、104/8/1、108/1/1、<u>111/2/1</u>): 用於幼年型慢性關節炎治療部分</p> <p>1. 給付條件:</p> <p>(1) 限用於曾經接受抗腫瘤壞死因子拮抗劑(如 etanercept)治療, 但未達療效或無法耐受之 <u>6 歲以上</u> 有幼年型慢性關節炎之患者。(108/1/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(2)(略)。</p> <p>2. ~6. (略)。</p>	<p>8. 2. 4. 8. Abatacept 靜脈注射劑 (如 Orencia IV) (101/10/1、102/1/1、104/8/1、108/1/1): 用於幼年型慢性關節炎治療部分</p> <p>1. 給付條件:</p> <p>(1) 限用於曾經接受抗腫瘤壞死因子拮抗劑(如 etanercept)治療, 但未達療效或無法耐受之 <u>6 歲(含)以上</u> 有幼年型慢性關節炎之<u>兒童</u>患者。(108/1/1)</p> <p>(2)(略)。</p> <p>2. ~6. (略)。</p>
<p>8. 2. 4. 9. 2. Infliximab (如 Remicade) (107/8/1、108/10/1、<u>111/2/1</u>): 兒童治療部分</p> <p>1. 限具有消化系專科醫師證書之內科、兒科專科醫師處方使用。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>3. <u>6 歲以上</u>, 經診斷為小兒潰瘍性結腸炎, 並符合下列條件之一(<u>111/2/1</u>):</p>	<p>8. 2. 4. 9. 2. Infliximab (如 Remicade) (107/8/1、108/10/1): 兒童治療部分</p> <p>1. 限具有消化系專科醫師證書之內科、兒科專科醫師處方使用。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用。</p> <p>3. <u>六歲(含)以上</u>, 經診斷為小兒潰瘍性結腸炎, 並符合下列條件之一:</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(以下略)</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1、109/7/1) ; peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1、106/1/1、106/4/1、109/7/1、110/3/1、111/2/1) :</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. (1)~(5)(略)。</p> <p>(6) <u>70 歲以下</u>，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤(low grade non-Hodgkin' s lymphoma)，且具有高腫瘤負荷(high tumor burden)之病患。(89/1/1、111/2/1)</p> <p>(7)~(9)(略)。</p>	<p>(以下略)</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1、109/7/1) ; peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1、106/1/1、106/4/1、109/7/1、110/3/1) :</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. (1)~(5)(略)。</p> <p>(6) <u>小於七十歲以下</u>，罹患中、晚期之低度非何杰金氏淋巴瘤(low grade non-Hodgkin' s lymphoma)，且具有高腫瘤負荷(high tumor burden)之病患。(89/1/1)</p> <p>(7)~(9)(略)。</p>
<p>8.2.8. Palivizumab (如 Synagis)(99/12/1、102/7/1、106/4/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限符合下列條件之一：</p> <p>1. 出生時懷孕週數未滿 <u>31 週</u>之早產兒。(106/4/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>2. 併有慢性肺疾病(Chronic Lung Disease ; CLD)之早產兒(<u>35 週以下</u>)(<u>111/2/1</u>)。</p> <p>3. <u>1 歲以下</u>患有血液動力學上顯著異常之先天性心臟病童。需符合以下條件(<u>111/2/1</u>)：</p> <p>(以下略)</p>	<p>8.2.8. Palivizumab (如 Synagis)(99/12/1、102/7/1、106/4/1)</p> <p>限符合下列條件之一：</p> <p>1. 出生時懷孕週數小於或等於 30 週之早產兒。(106/4/1)</p> <p>2. 併有慢性肺疾病(Chronic Lung Disease ; CLD)之早產兒(小於或等於 35 週)。</p> <p>3. <u>一歲以下</u>患有血液動力學上顯著異常之先天性心臟病童。需符合以下條件：</p> <p>(以下略)</p>
<p>9.24. Gefitinib(如 Iressa):(93/11/1、96/8/1、96/11/1、100/6/1、101/5/1、101/10/1、103/5/1、106/11/1 108/6/1、108/11/1、109/4/1、109/6/1、109/10/1、</p>	<p>9.24. Gefitinib(如 Iressa):(93/11/1、96/8/1、96/11/1、100/6/1、101/5/1、101/10/1、103/5/1、106/11/1 108/6/1、108/11/1、109/4/1、109/6/1、109/10/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限單獨使用於</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2) 先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 <u>70 歲以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之肺腺癌。(96/11/1、100/6/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>2. (略)。</p>	<p>1. 限單獨使用於</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2) 先前已使用過第一線含鉑化學治療，或 <u>70 歲(含)以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之肺腺癌。(96/11/1、100/6/1)</p> <p>2. (略)。</p>
<p>9. 26. Pemetrexed(如 Alimta)： (95/3/1、95/7/1、97/11/1、98/9/1、103/4/1、103/9/1、106/11/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2) 以含鉑之化學療法治療或 <u>70 歲以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍失敗之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌病患(顯著鱗狀細胞組織型除外)之單一藥物治療。(95/7/1、97/11/1、98/9/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(以下略)</p>	<p>9. 26. Pemetrexed(如 Alimta)： (95/3/1、95/7/1、97/11/1、98/9/1、103/4/1、103/9/1、106/11/1)</p> <p>1. 限用於</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2) 以含鉑之化學療法治療或 <u>70 歲(含)以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍失敗之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌病患(顯著鱗狀細胞組織型除外)之單一藥物治療。(95/7/1、97/11/1、98/9/1)</p> <p>(以下略)</p>
<p>9. 27. Cetuximab (如 Erbitux)： (96/3/1、98/7/1、98/8/1、99/10/1、101/12/1、104/11/1、106/1/1、106/4/1、107/6/1、110/6/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分： (98/7/1、99/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(1) 限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者，且符合下列條件之一：</p> <p>I. <u>70 歲以上</u>(<u>111/2/1</u>)；</p> <p>(以下略)</p>	<p>9. 27. Cetuximab (如 Erbitux)： (96/3/1、98/7/1、98/8/1、99/10/1、101/12/1、104/11/1、106/1/1、106/4/1、107/6/1、110/6/1)</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 口咽癌、下咽癌及喉癌治療部分： (98/7/1、99/10/1)</p> <p>(1) 限與放射線療法合併使用於局部晚期之口咽癌、下咽癌及喉癌患者，且符合下列條件之一：</p> <p>I. <u>年齡 ≥ 70 歲</u>；</p> <p>(以下略)</p>
<p>9. 29. Erlotinib (如 Tarceva)： (96/6/1、96/8/1、97/6/1、101/5/1、101/10/1、102/4/1、</p>	<p>9. 29. Erlotinib (如 Tarceva)： (96/6/1、96/8/1、97/6/1、101/5/1、101/10/1、102/4/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>102/11/1、103/5/1、106/11/1、108/6/1、108/11/1、109/4/1、109/6/1、109/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限單獨使用於 (1)~(2)(略)。 (3) 先前已使用過 platinum 類第一線化學治療，或 <u>70 歲以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第二線用藥。(97/6/1、<u>111/2/1</u>) (以下略)</p>	<p>102/11/1、103/5/1、106/11/1、108/6/1、108/11/1、109/4/1、109/6/1、109/10/1)</p> <p>1. 限單獨使用於 (1)~(2)(略)。 (3) 先前已使用過 platinum 類第一線化學治療，或 <u>70 歲(含)以上</u> 接受過第一線化學治療，但仍局部惡化或轉移之腺性非小細胞肺癌之第二線用藥。 (97/6/1) (以下略)</p>
<p>9.36.2. Everolimus 2.5mg 及 5mg(如 Votubia)：(102/1/1、106/4/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. (略)。 2. 結節性硬化症併有腎血管肌脂肪瘤之成年病患，且需符合以下條件(106/4/1、<u>111/2/1</u>)： (1) 限 <u>18 歲以上</u> 病人，其腎血管肌脂肪瘤最長直徑已達 4cm(含)以上且仍有持續進展之證據，且曾有發生臨床上有意義之出血或確認病灶有血管瘤(aneurysm)直徑$\geq 5\text{mm}$ 者，病灶不只一處，且經腎臟或泌尿專科醫師評估無法以外科手術或動脈栓塞治療，或經動脈栓塞治療或外科手術後無效或復發者(<u>111/2/1</u>)。 (2)~(4)(略)。</p>	<p>9.36.2. Everolimus 2.5mg 及 5mg(如 Votubia)：(102/1/1、106/4/1)</p> <p>1. (略)。 2. 結節性硬化症併有腎血管肌脂肪瘤之成年病患，且需符合以下條件(106/4/1)： (1) 限 <u>18(含)歲以上</u> 病人，其腎血管肌脂肪瘤最長直徑已達 4cm(含)以上且仍有持續進展之證據，且曾有發生臨床上有意義之出血或確認病灶有血管瘤(aneurysm)直徑$\geq 5\text{mm}$ 者，病灶不只一處，且經腎臟或泌尿專科醫師評估無法以外科手術或動脈栓塞治療，或經動脈栓塞治療或外科手術後無效或復發者。 (2)~(4)(略)。</p>
<p>10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑(如 Fluzole powder for oral suspension)：(108/12/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限用於 <u>12 歲以下</u> 或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用(<u>111/2/1</u>)： 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 (以下略)</p>	<p>10.6.1.3. Fluconazole 口服液劑(如 Fluzole powder for oral suspension)：(108/12/1)</p> <p>1. 限用於 <u>12 歲(含)以下</u> 兒童或吞嚥困難患者，併下列條件之一使用： 念珠球菌局部或全身感染、囊珠菌感染。 (以下略)</p>
<p>10.6.7. Micafungin Injection 劑型(如</p>	<p>10.6.7. Micafungin Injection 劑型(如</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>Mycamine for Injection) : (96/4/1、97/10/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限用於</p> <p>1. 治療 16 歲以上的食道念珠菌感染 (<u>111/2/1</u>)。</p> <p>2. ~3. (略)。</p>	<p>Mycamine for Injection) : (96/4/1) (97/10/1)</p> <p>限用於</p> <p>1. 治療 16 歲以上<u>成人</u>的食道念珠菌感 染。</p> <p>2. ~3. (略)。</p>
<p>10. 6. 10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1、106/5/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>1. 限下列條件之一使用： (1)~(3)(略)。</p> <p>(4) 急性骨髓性白血病 (acute myelogenous leukemia)或高危險骨髓 化生不良症候群(myelodysplastic syndrome) 病人接受誘導性化學治療 者，給付條件如下：<u>(104/7/1、111/2/1)</u></p> <p>I. (略)。</p> <p>II . 誘導性化學治療需使用 「 cytarabine(Ara-C)7 天 及 anthracycline 類藥物 3 天」、或「高 劑量 Ara-C」、或「老年人(<u>60 歲以上</u>) 使用 cytarabine (Ara-C)5 天 及 anthracycline 類藥物 2 天」、或較上 述療法更強的化學治療(<u>111/2/1</u>)。</p> <p>(以下略)</p>	<p>10. 6. 10. Posaconazole (如 Posanol) : (101/1/1、104/7/1、106/5/1)</p> <p>1. 限下列條件之一使用： (1)~(3)(略)。</p> <p>(4) 急性骨髓性白血病 (acute myelogenous leukemia)或高危險骨髓 化生不良症候群(myelodysplastic syndrome) 病人接受誘導性化學治療 者，給付條件如下：<u>(104/7/1)</u></p> <p>I. (略)。</p> <p>II . 誘導性化學治療需使用 「 cytarabine(Ara-C)7 天 及 anthracycline 類藥物 3 天」、或「高 劑量 Ara-C」、或「老年人(<u>>60 歲</u>)使 用 cytarabine (Ara-C)5 天 及 anthracycline 類藥物 2 天」、或較上 述療法更強的化學治療。</p> <p>(以下略)</p>
<p>10. 7. 8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1、 107/10/1、108/1/1、108/6/1、 109/1/1、109/7/1、110/6/1、 <u>111/2/1</u>) :</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 限使用於 HCV RNA 為陽性之下列病患： (107/6/1、107/10/1、108/1/1、 108/6/1)</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2)<u>12 歲以上</u>且未併有失代償性肝硬化之 病毒基因型第 1 型兒童患者 (<u>111/2/1</u>)。</p>	<p>10. 7. 8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1、 107/10/1、108/1/1、108/6/1、 109/1/1、109/7/1、110/6/1) :</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 限使用於 HCV RNA 為陽性之下列病患： (107/6/1、107/10/1、108/1/1、 108/6/1)</p> <p>(1)(略)。</p> <p>(2)<u>12 歲(含)以上</u>且未併有失代償性肝硬 化之病毒基因型第 1 型兒童患者。</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10. 7. 10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret) (107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1、109/7/1、109/8/1、110/6/1、<u>111/2/1</u>)：</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 限使用於 HCV RNA 為陽性及無肝功能代償不全之病毒基因型第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型 <u>12 歲以上</u>病患。(108/1/1、108/6/1、109/8/1、<u>111/2/1</u>)</p>	<p>10. 7. 10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret) (107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1、109/7/1、109/8/1、110/6/1)：</p> <p>1. (略)。</p> <p>2. 限使用於 HCV RNA 為陽性及無肝功能代償不全之病毒基因型第 1 型、第 2 型、第 3 型、第 4 型、第 5 型或第 6 型 <u>12 歲(含)以上</u>病患。(108/1/1、108/6/1、109/8/1)</p>
<p>(本項刪除)</p>	<p>10. 8. 4. Telithromycin (如 Ketek)：(93/10/1)</p> <p>限用於成人(18 歲以上)之慢性支氣管炎的急性惡化或輕度至中度社區性肺炎。</p>
<p>13. 10. Tacrolimus (如 Protopic Ointment)：(91/12/1、93/8/1、95/7/1、99/12/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限 <u>2 歲以上</u>因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積 >30% 之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用(95/7/1、<u>111/2/1</u>)：</p> <p>(以下略)</p>	<p>13. 10. Tacrolimus (如 Protopic Ointment)：(91/12/1、93/8/1、95/7/1、99/12/1)</p> <p>限 <u>二歲以上孩童、青少年及成人</u>因為潛在危險而不宜使用其他傳統治療、或對其他傳統治療反應不充分、或無法耐受其他傳統治療且患部面積 >30% 之中、重度異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：</p> <p>(以下略)</p>
<p>13. 11. Pimecrolimus (Elidel 1%)：(92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、110/12/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>限 <u>2 歲以上</u>且患部面積 >30% 之中、重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1、110/12/1、<u>111/2/1</u>)</p> <p>(以下略)</p>	<p>13. 11. Pimecrolimus (Elidel 1%)：(92/11/1、93/8/1、94/3/1、95/7/1、99/12/1、110/12/1)</p> <p>限 <u>2 歲以上孩童、青少年及成人</u>且患部面積 >30% 之中、重度異位性皮膚炎，或敏感性皮膚部位(頭頸部、眼瞼、耳後區、生殖器、皮膚彎曲處、腋下、鼠蹊部)異位性皮膚炎之下列病患第二線使用：(94/3/1、95/7/1、110/12/1)</p> <p>(以下略)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定

*統一用阿拉伯數字

*統一用「以上、以下、未滿」等法定文字，不使用符號

*拿掉「年齡」贅字

*以仿單適應症為主

*如有疑慮的品項，在適應症一欄備註：「備註：因給付規定與仿單適應症不相符，故需確認是否一併修正」。