

## 「藥品給付規定」修訂對照表

## 第9節 抗癌瘤藥物 Antineoplastics drugs

(自 108 年 12 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>9.74. Cabozantinib (如 Cabometyx): (108/12/1)</p> <p>1. 適用於先前經抗血管新生療法 (anti-angiogenic therapy) 治療無效的晚期腎細胞癌病人。</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用, 每次申請療程以 3 個月為限, 送審時需檢送影像資料, 每 3 個月評估一次。</p> <p>3. 每日限用 1 粒。</p>	(無)
<p>9.34. Sorafenib(如 Nexavar): (98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1、107/7/1、108/6/1、<u>108/12/1</u>)</p> <p>1. 晚期腎細胞癌部分： (1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不适合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1) (2) 無效後則不給付 temsirolimus。(108/12/1)</p>	<p>9.34. Sorafenib(如 Nexavar): (98/10/1、100/6/1、101/8/1、104/6/1、105/11/1、106/1/1、107/7/1、108/6/1)</p> <p>1. 晚期腎細胞癌部分： (1) 晚期腎細胞癌且已接受 interferon-alpha 或 interleukin-2 治療失敗，或不適合以上兩種藥物治療之病患。不适合以上兩種藥物治療之病患，須符合 cytokine 禁忌症者得直接使用 sorafenib。但須列舉出所符合之禁忌症及檢附相關證明。(100/6/1) (2) 無效後則不給付 temsirolimus 及其他酪胺酸激酶阻斷劑</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>(3)需檢送影像資料,每3個月評估一次。(104/12/1)</p> <p>2.(略)</p> <p>3.(略)</p>	<p><u>(tyrosine kinase inhibitor, TKI)</u>。</p> <p>(3)需檢送影像資料,每3個月評估一次。(104/12/1)</p> <p>2.(略)</p> <p>3.(略)</p>
<p>9.58. Axitinib(如 Inlyta)： (106/1/1、<u>108/12/1</u>)</p> <p>1. 治療已接受過 sunitinib 或 cytokine 治療失敗的晚期腎細胞癌病患。</p> <p>2. 無效後則不給付 temsirolimus。 (<u>108/12/1</u>)</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用,每次申請之療程以3個月為限,送審時需檢送影像資料,每3個月評估一次。</p>	<p>9.58. Axitinib(如 Inlyta)： (106/1/1)</p> <p>1. 治療已接受過 sunitinib 或 cytokine 治療失敗的晚期腎細胞癌病患。</p> <p>2. 無效後則不給付 temsirolimus <u>及其他酪胺酸激酶阻斷劑(tyrosine kinase inhibitor, TKI)</u>。</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用,每次申請之療程以3個月為限,送審時需檢送影像資料,每3個月評估一次。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定