

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104028



42

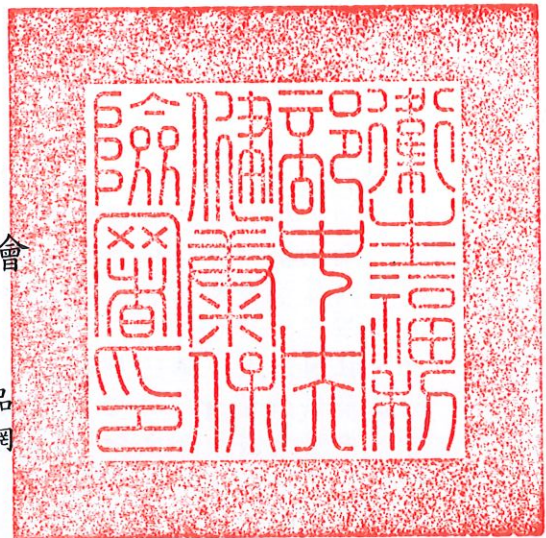
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國115年9月15日

發文字號：健保審字第1150056967號

附件：全民健康保險藥品新收載項目明細表及藥品
給付規定修訂對照表（請至本署全球資訊網
自行下載電子檔）



主旨：公告暫予支付含mogamulizumab成分藥品Poteligeo 4 mg/mL concentrate for solution for infusion 及其藥品給付規定暨修訂含brentuximab vedotin成分藥品給付規定。

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：

- 一、「全民健康保險藥品新收載項目明細表」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 9.139. Mogamulizumab（如 Poteligeo）及 9.56.Brentuximab vedotin（如Adcetris）」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 (<https://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁/最新消息/法規

公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商商業同業公會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、台灣藥物基因體學會、台灣醫藥品法規學會、台灣醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、財團法人醫藥品查驗中心(醫藥科技評估組)、中華民國基層藥師協會、台灣協和麒麟股份有限公司、台灣武田藥品工業股份有限公司

署長陳亮好

全民健康保險藥品新收載項目明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	廠商建議價	初核價格	初核說明	生效日期
1	KC01279221	Poteligeo 4 mg/mL concentrate for solution for infusion	mogamulizumab 4 mg/ml	5mL	台灣協和麒麟股份有限公司	35,956	35,955	1. 本案藥品為新成分新藥。 2. 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83次會議紀錄辦理。 3. 給付規定：適用通則及9.139.規定。	115/10/1

「藥品給付規定」修訂對照表
第9節抗腫瘤藥物 Antineoplastics drugs
(自115年10月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<u>9.139. Mogamulizumab(如 Poteligeo)：(115/10/1)</u> <u>1. 單獨用於先前已接受照光療法與至少一種注射型(含血管內注射、肌肉內注射、皮下注射等)之全身性化學藥物治療的蕁狀肉芽腫(MF，第ⅡB期或以上)或 Sezary 症候群(SS)成人病人。</u> <u>2. 須經事前審查核准後使用，首次申請療程以4個療程為限，再次申請應檢附前次治療結果評估資料。</u> <u>(1)若病人病情已達完全緩解，得再給付2個療程；若病情惡化即須停止使用。</u> <u>(2)若病情已達部份緩解或穩定，得再給付最多4個療程；若病情惡化即須停止使用。</u> <u>3. 每位病人限給付8個療程，每療程28天。</u> <u>4. 本藥品與 brentuximab vedotin 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用，二者使用總療程合併計算，以全部6個療程為上限。</u>	無
<u>9.56. Brentuximab vedotin(如 Adcetris)：(105/10/1、106/4/1、109/2/1、111/2/1、114/12/1、115/10/1) 限用於成人病人：</u> <u>1. ~2. (略)</u> <u>3. CD30+皮膚 T 細胞淋巴瘤(CTCL)：(111/2/1、114/12/1、115/10/1)</u>	<u>9.56. Brentuximab vedotin(如 Adcetris)：(105/10/1、106/4/1、109/2/1、111/2/1、114/12/1) 限用於成人患者：</u> <u>1. ~2. (略)</u> <u>3. CD30+皮膚 T 細胞淋巴瘤(CTCL)：(111/2/1、114/12/1)</u>

修訂後給付規定	原給付規定
(1)單獨用於先前已接受照光療法與至少一種注射型(含血管內注射、肌肉內注射、皮下注射等)之全身性化學藥物治療的CD30+皮膚T細胞淋巴瘤(CTCL)成人病人，病人須診斷為蕁狀肉芽腫(MF，第ⅡB期或以上)、Sezary症候群(SS)或原發性皮膚退行分化型大細胞淋巴瘤(pcALCL)，且CD30需於超過10%的腫瘤細胞呈現陽性。 (111/2/1、114/12/1) (2)須經事前審查核准後使用，首次申請療程以4個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解、<u>部份緩解或穩定</u>，得再給付2個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以6個療程為上限。 (111/2/1、<u>115/10/1</u>) (3)<u>本藥品與 mogamulizumab 僅得擇一使用，惟有在耐受不良時方可轉換使用，二者使用總療程合併計算，以全部6個療程為上限。</u> (115/10/1)	(1)單獨用於先前已接受照光療法與至少一種注射型(含血管內注射、肌肉內注射、皮下注射等)之全身性化學藥物治療的CD30+皮膚T細胞淋巴瘤(CTCL)成人病人，病人須診斷為蕁狀肉芽腫(MF，第ⅡB期或以上)、Sezary症候群(SS)或原發性皮膚退行分化型大細胞淋巴瘤(pcALCL)，且CD30需於超過10%的腫瘤細胞呈現陽性。 (111/2/1、114/12/1) (2)須經事前審查核准後使用，首次申請療程以4個療程為限，再申請應檢附前次治療結果評估資料。若病人病情已達完全緩解，得再給付2個療程；若病情惡化即須停止使用。健保給付以6個療程為上限。(111/2/1)

備註：劃線部份為新修訂規定