

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 112 年 3 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1、 107/7/1、107/10/1、108/7/1、 109/1/1、109/11/1、<u>112/3/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif)、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、peginterferon beta-1a (如 Plegridy)、 <u>ozanimod(如 Zeposia)</u>：(91/4/1、 97/8/1、100/10/1、106/10/1、 107/7/1、107/10/1、109/11/1、 <u>112/3/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide、 dimethyl fumarate、<u>peginterferon beta-1a 及 ozanimod</u>時需經事前審 查核准後使用(109/11/1、 <u>112/3/1</u>)。 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1) (1)有視神經及脊髓發作。 (2)出現下列2種以上症狀： i 脊髓侵犯大於3節。</p>	<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1、 107/7/1、107/10/1、108/7/1、 109/1/1、109/11/1)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif)、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、peginterferon beta-1a (如 Plegridy)：(91/4/1、 97/8/1、100/10/1、106/10/1、 107/7/1、107/10/1、109/11/1)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide、 dimethyl fumarate <u>及</u> peginterferon beta-1a 時需經事前 審查核准後使用(109/11/1)。 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1) (1)有視神經及脊髓發作。 (2)出現下列2種以上症狀： i 脊髓侵犯大於3節。</p>

<p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。</p> <p>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p> <p>4. <u>Ozanimod 每日限用1粒，若治療無效，第二線治療藥物不得使用fingolimod。(112/3/1)</u></p> <p>5. <u>Interferon beta-1a、teriflunomide 14mg、dimethyl fumarate、peginterferon beta-1a、ozanimod 僅得擇一使用。(112/3/1)</u></p>	<p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。</p> <p>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>
---	---

備註：劃線部分為新修訂規定