

「藥品給付規定」修訂對照表

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自 115 年 6 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>13.17. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) ; <u>lebrikizumab (如 Ebglyss) :</u> (108/12/1、109/8/1、111/8/1、 112/4/1、112/6/1、112/8/1、 113/2/1、113/8/1、114/6/1、 <u>115/6/1)</u></p> <p>13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo) ; <u>lebrikizumab (如 Ebglyss)</u> (113/2/1、113/8/1、114/6/1、 <u>115/6/1)</u> (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。 (1)初次申請時，以 6 個月為 1 個 療程。經評估需續用者，每 6 個月需再次提出事前審查申請 續用評估，且應於期滿前 1 個 月提出，並於申請時檢附照 片。 (2)初次申請經核准，於治療滿 6 個月後，經評估需續用者，申 請續用時，需檢附照片證明初 次申請治療 6 個月後，與初次 治療前之療效達 EASI 50 方可 申請使用。停藥超過 3 個月再 申請者，視同新申請案件，否 則視為續用案件。 (3)使用劑量：(112/4/1、</p>	<p>13.17. Dupilumab (如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib (如 Cibinqo) : (108/12/1、109/8/1、111/8/1、 112/4/1、112/6/1、112/8/1、 113/2/1、113/8/1、114/6/1)</p> <p>13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1、113/8/1、114/6/1) (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. ~2. (略)</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。 (1)初次申請時，以 6 個月為 1 個 療程。經評估需續用者，每 6 個月需再次提出事前審查申請 續用評估，且應於期滿前 1 個 月提出，並於申請時檢附照 片。 (2)初次申請經核准，於治療滿 6 個月後，經評估需續用者，申 請續用時，需檢附照片證明初 次申請治療 6 個月後，與初次 治療前之療效達 EASI 50 方可 申請使用。停藥超過 3 個月再 申請者，視同新申請案件，否 則視為續用案件。 (3)使用劑量：(112/4/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>112/6/1、112/8/1、113/8/1、<u>115/6/1</u>)</p> <p>I. dupilumab： i.~ii.(略)</p> <p>II. upadacitinib：每日 1 次 15mg 或 30mg。(112/4/1) i.~ii.(略)</p> <p>III. abrocitinib：(112/6/1、113/8/1) i.~ii.(略)</p> <p><u>IV. lebrikizumab：(115/6/1)</u></p> <p><u>i. 限使用於 12 歲以上且體重至少 40 公斤。</u></p> <p><u>ii. 起始劑量為第 0 週及第 2 週以皮下注射給予 500mg (限 250mg 注射兩劑)，第 4 週起皮下注射給予 250mg，每 2 週一次直到第 16 週，之後維持劑量 250mg 每 4 週一次。</u></p> <p><u>iii. 於 16 週時，須先行評估，至少要有 EASI 50 療效方可使用。</u></p> <p>(4)若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。</p> <p>(5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體 (anti-HBc Ab) 及 anti-HCV 資料 (若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(112/6/1)</p> <p>(6)Upadacitinib 及 abrocitinib 僅能擇一使用。唯有在出現無</p>	<p>112/6/1、112/8/1、113/8/1)</p> <p>I. dupilumab： i.~ii.(略)</p> <p>II. upadacitinib：每日 1 次 15mg 或 30mg。(112/4/1) i.~ii.(略)</p> <p>III. abrocitinib：(112/6/1、113/8/1) i.~ii.(略)</p> <p>(4)若患者曾核准使用治療乾癬之生物製劑，需等到乾癬症狀消失後，至少兩年才能提出申請。或申請前須切片確定排除乾癬診斷並經皮膚科專科醫師確立診斷。</p> <p>(5)使用 abrocitinib 時，宜紀錄患者 HBsAg、B 型肝炎核心抗體 (anti-HBc Ab) 及 anti-HCV 資料 (若 HBsAg 檢驗為陽性，宜加作 HBV DNA)。(112/6/1)</p> <p>(6)Upadacitinib 及 abrocitinib 僅能擇一使用。唯有在出現無</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>法忍受其副作用時方可互換。 (113/8/1)。</p> <p>4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括： (1)~(3) (略)</p> <p>5. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，如果發生下列現象應停止治療： (1)~(2) (略)</p> <p>6. 暫緩續用之相關規定： (1)暫緩續用時機：使用 <u>dupilumab</u> 治療 1 年後，或使用 <u>abrocitinib</u>、<u>upadacitinib</u>、<u>lebrikizumab</u> 2 年後符合 EASI ≤ 16 者。(111/8/1、114/6/1、115/6/1) (2)暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50%復發或 EASI ≥ 16 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。(111/8/1)</p> <p>7. <u>Dupilumab</u>、<u>upadacitinib</u>、<u>abrocitinib</u> 及 <u>lebrikizumab</u> 不得併用；<u>upadacitinib</u> 及 <u>abrocitinib</u> 不得併用 <u>cyclosporin</u>。(112/4/1、112/6/1、115/6/1)</p> <p>◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】 (108/12/1)</p> <p>◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病人異位性皮膚炎使用生物</p>	<p>法忍受其副作用時方可互換。 (113/8/1)。</p> <p>4. 需排除使用的情形應參照藥物仿單資訊，重要之排除使用狀況包括： (1)~(3) (略)</p> <p>5. 需停止治療應參照藥物仿單之禁忌情形，如果發生下列現象應停止治療： (1)~(2) (略)</p> <p>6. 暫緩續用之相關規定： (1)暫緩續用時機：使用 <u>生物製劑</u> 治療 1 年後，或使用 <u>abrocitinib</u>、<u>upadacitinib</u> 2 年後符合 EASI ≤ 16 者。 (111/8/1、114/6/1)</p> <p>(2)暫緩續用後若疾病再復發，可重新申請使用，須符合至少有 50%復發或 EASI ≥ 16 (需附上次療程治療前、後，及本次照片)。(111/8/1)</p> <p>7. <u>Dupilumab</u>、<u>upadacitinib</u> 及 <u>abrocitinib</u> 不得併用；<u>upadacitinib</u> 及 <u>abrocitinib</u> 不得併用 <u>cyclosporin</u>。</p> <p>◎附表三十二：異位性皮膚炎面積暨嚴重度指數【Eczema Area and Severity Index (EASI)】 (108/12/1)</p> <p>◎附表三十二之一：全民健康保險 12 歲以上病人異位性皮膚炎使用生物</p>

修訂後給付規定	原給付規定
製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)	製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)

備註：劃線部分為新修訂規定。