

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 109 年 11 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、<u>109/11/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a(如 Rebif)、teriflunomide 14mg(如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、<u>Peginterferon beta-1a</u> (如 Plegridy)：(91/4/1、97/8/1、100/10/1、107/7/1、107/10/1、<u>109/11/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2. 初次使用 teriflunomide、dimethyl fumarate 及 <u>Peginterferon beta-1a</u> 時需經事前審查核准後使用。 (<u>109/11/1</u>)</p> <p>3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p>(1)有視神經及脊髓發作。</p> <p>(2)出現下列 2 種以上症狀：</p> <p>i 脊髓侵犯大於 3 節。</p> <p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽</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)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a(如 Rebif)、teriflunomide 14mg(如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)：(91/4/1、97/8/1、100/10/1、107/7/1、107/10/1)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2. 初次使用 teriflunomide 及 dimethyl fumarate 時需經事前審查核准後使用。</p> <p>3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：(100/10/1)</p> <p>(1)有視神經及脊髓發作。</p> <p>(2)出現下列 2 種以上症狀：</p> <p>i 脊髓侵犯大於 3 節。</p> <p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽</p>

修訂後給付規定	原給付規定
性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。	性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。

備註：劃線部分為新修訂規定