「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents (自 113 年 7 月 1 日 生效)

修訂後給付規定

8.2.4.6. Etanercept (如

Enbrel); adalimumab (如

Humira); ustekinumab (如

Stelara); secukinumab (如

Cosentyx); ixekizumab(如

Taltz); guselkumab (如

Tremfya) ; brodalumab (如

Lumicef); risankizumab(如

Skyrizi); certolizumab (如

Cimzia); spesolimab (如

Spevigo) (98/11/1,

 $100/7/1 \cdot 101/5/1 \cdot$

101/12/1 \ 102/1/1 \

 $104/4/1 \cdot 105/9/1 \cdot 107/8/1 \cdot$

 $108/3/1 \cdot 108/4/1 \cdot 109/9/1 \cdot$

 $109/12/1 \cdot 110/5/1 \cdot$

 $110/7/1 \cdot 113/3/1 \cdot$

113/7/1):用於乾癬治療部分

8. 2. 4. 6. 1. Etanercept (如

Enbrel); adalimumab (如

Humira); ustekinumab (如

Stelara); secukinumab (如

Cosentyx); ixekizumab(如

Taltz); guselkumab (如

Tremfya) ; brodalumab (如

Lumicef); risankizumab(如

Skyrizi) ; certolizumab (如

Cimzia) (98/11/1 \cdot 100/7/1 \cdot

原給付規定

8.2.4.6. Etanercept (如 Enbrel);

adalimumab (如 Humira);

ustekinumab (如 Stelara);

secukinumab (如 Cosentyx);

ixekizumab(如 Taltz) ;

guselkumab (如 Tremfya) ;

brodalumab (如 Lumicef);

risankizumab(如 Skyrizi) ;

certolizumab (如 Cimzia)

 $(98/11/1 \cdot 100/7/1 \cdot 101/5/1 \cdot$

 $101/12/1 \cdot 102/1/1 \cdot 104/4/1 \cdot$

 $105/9/1 \cdot 107/8/1 \cdot 108/3/1 \cdot$

 $108/4/1 \cdot 109/9/1 \cdot 109/12/1 \cdot$

 $110/5/1 \cdot 110/7/1 \cdot 113/3/1)$:

用於乾癬治療部分

(略)

無

1

修訂後給付規定

原給付規定

 $101/5/1 \cdot 101/12/1 \cdot$

 $102/1/1 \cdot 104/4/1 \cdot 105/9/1 \cdot$

 $107/8/1 \cdot 108/3/1 \cdot 108/4/1 \cdot$

 $109/9/1 \cdot 109/12/1 \cdot$

 $110/5/1 \cdot 110/7/1 \cdot$

113/3/1):用於乾癬治療部分 (略)

 8. 2. 4. 6. 2. Spesolimab (如

 Spevigo) (113/7/1): 用於全身

 型急性發作膿疱性乾癬治療部分

- 1. 限皮膚科專科醫師及風濕免疫科 專科醫師使用。
- 2. 經確診為具有 IL36RN 突變之全 身型急性膿疱性乾癬,且符合以 下所有條件者:
 - (1)中重度之 GPP(GPPGA 總分≥ 3且 GPPGA 膿疱項目分數≥ 2)。
 - (2)伴有膿疱之紅腫部位侵犯體表面積>10%。
- 3. 需經事前審查核准後使用,申請 時需檢附所有病灶照片及 IL36RN 檢測報告,每次申請參考仿單建 議劑量,以一次給予 900 毫克為 原則。
- 4. 若於給予初始劑量的 1 週後急性 發作症狀持續 (GPPGA 總分≥2 且 GPPGA 單項膿疱評分≥2),可 再給予額外一劑 900 毫克。
- 5. 需檢附 IL36RN 突變檢測報告, 且需符合全民健康保險藥品給付 規定之通則十二。

無

備註:劃線部分為新修訂規定