

第 13 節 皮膚科製劑 Dermatological preparations

(自 113 年 8 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) : (108/12/1、109/8/1、111/8/1、 112/4/1、112/6/1、112/8/1、 113/2/1、113/8/1)</p> <p>13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent) ; upadacitinib(如 Rinvoq) ; abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1、 113/8/1) (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)</p> <p>(1)所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator's Global Assessment (IGA):3~4。 (111/8/1)</p> <p>註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮</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)</p> <p>13.17.1. Dupilumab(如 Dupixent);upadacitinib(如 Rinvoq); abrocitinib(如 Cibinqo) (113/2/1) (12 歲以上病人治療部分)</p> <p>1. (略)</p> <p>2. 限用於經照光治療及其他系統性(全身性)治療無效(治療需 6 個月的完整療程，得合併它院就診病歷)，或因醫療因素而無法接受照光治療及其他系統性(全身性)治療之全身慢性中重度之異位性皮膚炎患者。(111/8/1)</p> <p>(1)所稱慢性中重度之異位性皮膚炎，指病灶持續至少 6 個月，且 Eczema area severity index (EASI) ≥ 16 且異位性皮膚炎皮膚紅腫體表面積需 $\geq 30\%$ 且 Investigator's Global Assessment (IGA):3~4。 (111/8/1)</p> <p>註：Eczema area severity index (EASI)之異位性皮膚炎面積計算，只含皮膚紅腫濕疹部位，單純的皮</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。</p> <p>(2)~(3) (略)</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1、<u>113/8/1</u>)</p> <p>I. dupilumab：(略)</p> <p>II. upadacitinib：(略)</p> <p>III. abrocitinib：(112/6/1、<u>113/8/1</u>)</p> <p>i. 限使用於<u>12</u>歲以上，每日1次100mg或200mg。</p> <p>ii. 於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。</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</p>	<p>膚乾燥、脫皮、抓痕，不可列入計算。</p> <p>(2)~(3) (略)</p> <p>3. 需經事前審查核准後使用。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(3)使用劑量：(112/4/1、112/6/1、112/8/1)</p> <p>I. dupilumab：(略)</p> <p>II. upadacitinib：(略)</p> <p>III. abrocitinib：(112/6/1)</p> <p>i. 限使用於<u>18</u>歲以上，每日1次100mg或200mg。</p> <p>ii. 於16週時，須先行評估，至少有EASI 50療效方可使用。</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</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>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><u>(6)Upadacitinib 及 abrocitinib 僅能擇一使用。唯有在出現無法忍受其副作用時方可互換。</u> <u>(113/8/1)。</u></p> <p>4. ~7. (略)</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製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)</p> <p>13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent)： (113/2/1) (6 歲以上未滿 12 歲兒童治療部分) (略)</p>	<p>(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>4. ~7. (略)</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製劑申請表(109/8/1、111/8/1、113/2/1)</p> <p>13.17.2. Dupilumab (如 Dupixent)： (113/2/1) (6 歲以上未滿 12 歲兒童治療部分) (略)</p>

備註：劃線部分為新修訂之規定