

「藥品給付規定」修正對照表

第5節 激素及影響內分泌機轉藥物

Hormones & drugs affecting hormonal mechanism

(自106年10月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
5.4.8. Pasireotide:(如 Signifor) (103/7/1、 <u>106/10/1</u>) 1. 限用於治療無法接受腦下垂體手術或已接受此手術未能治療的庫欣氏病 (Cushing's disease)患者。 2. 限內分泌及神經外科專科醫師使用。	5.4.8. Pasireotide:(如 Signifor) (103/7/1) 1. 限用於治療無法接受腦下垂體手術或已接受此手術未能治療的庫欣氏病 (Cushing's disease)患者。 2. 限內分泌及神經外科專科醫師使用。 <u>3. 須經事前審查核准後使用，每年須重新申請。</u>

備註：劃線部份為新修訂之規定

「藥品給付規定」修正對照表

第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自106年10月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif Micrograms)： (91/4/1、97/8/1、 100/10/1、<u>106/10/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。</p> <p>2. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：<u>(100/10/1)</u></p> <p>(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。 ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗 體陽性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性 硬化症診斷標準。</p>	<p>8.2.3.1. Interferon beta-1a (如 Rebif Micrograms)： (91/4/1、97/8/1、100/10/1)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. <u>初次使用時，需經事前審查。</u> (100/10/1)</p> <p>3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：<u>(100/10/1)</u></p> <p>(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。 ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗體 陽性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性 硬化症診斷標準。</p>
<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)： (92/3/1、92/12/1、93/3/1、 97/8/1、99/10/1、 100/10/1、<u>106/10/1</u>)</p> <p>限用於：</p> <p>1. 降低反覆發作型多發性硬化 症的發作頻率及嚴重度。 (100/10/1、<u>106/10/1</u>)</p> <p>2. 降低續發型多發性硬化症的</p>	<p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU)： (92/3/1、92/12/1、93/3/1、 97/8/1、99/10/1、100/10/1)</p> <p>限用於：</p> <p>1. 降低反覆發作型多發性硬化症 的發作頻率及嚴重度，<u>初次使 用時，需經事前審查。</u> (100/10/1)</p> <p>2. 降低續發型多發性硬化症的發</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>發作頻率及嚴重度。 (100/10/1、106/10/1)。</p> <p>3. 發生單一臨床症狀 (Clinically Isolated Syndrome) 疑似多發性硬化症的病患。使用時需符合下列規定：<u>(99/10/1、106/10/1)</u> 限神經科醫師申請使用，申請時必須附病歷及具2個以上 MS-like 病灶點之 MRI 影像，以確認符合 Clinical Isolated Syndrome (CIS)。</p> <p>4. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：<u>(100/10/1)</u> (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。 ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>	<p>發作頻率及嚴重度，<u>初次使用時，需經事前審查。</u> (100/10/1)。</p> <p>3. 發生單一臨床症狀 (Clinically Isolated Syndrome) 疑似多發性硬化症的病患。使用時需符合下列規定：<u>(99/10/1)</u> <u>(1) 需經事前審查核准後使用。</u> <u>(2) 限神經科醫師申請使用，申請時必須附病歷及具2個以上 MS-like 病灶點之 MRI 影像，以確認符合 Clinical Isolated Syndrome (CIS)。</u></p> <p>4. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包括：<u>(100/10/1)</u> (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。 ii NMO-IgG or Aquaporin-4 抗體陽性。 iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>
<p>8.2.11. Plerixafor (如 Mozobil)：<u>(102/12/1、106/10/1)</u></p> <p>1. 限用於須施行自體移植之非何杰金氏淋巴瘤或多發性骨髓瘤的病患，但驅動不佳者。為至少使用一療程之 G-CSF 合併化學治療的幹細胞驅動治療，收集數量每公斤體重</p>	<p>8.2.11. Plerixafor (如 Mozobil)：<u>(102/12/1)</u></p> <p>1. 限用於須施行自體移植之非何杰金氏淋巴瘤或多發性骨髓瘤的病患，但驅動不佳者。為至少使用一療程之 G-CSF 合併化學治療的幹細胞驅動治療，收集數量每公斤體重</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>CD34+細胞少於2百萬個才可申請使用。</p> <p>2. 原則上使用不超過2天(106/10/1)。</p> <p>3. 使用第2天應確實計算療程中已收集之 CD34+細胞總數，若仍未達每公斤體重2百萬個 CD34+細胞，方得再使用1天。</p>	<p>CD34+細胞少於2百萬個才可申請使用。</p> <p>2. <u>須經事前審查核准後使用</u>，原則上使用不超過2天。</p> <p>3. 使用第2天應確實計算療程中已收集之 CD34+細胞總數，若仍未達每公斤體重2百萬個 CD34+細胞，方得再使用1天。</p>