

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 110 年 5 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab (如 Humira) ; golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; certolizumab (Cimzia) ; baricitinib (如 Olumiant) ; opinercept (如 Tunex) ; infliximab ; peficitinib (如 Smyraf) ; <u>upadacitinib(如 Rinvoq)</u> (92/3/1、93/8/1、 93/9/1、98/3/1、99/2/1、 100/12/1、101/1/1、101/6/1、 102/1/1、102/4/1、102/10/1、 103/12/1、106/4/1、106/11/1、 107/9/1、108/3/1、108/5/1、 109/8/1、109/9/1、109/12/1、 110/3/1、<u>110/5/1</u>) : 成人治療部 分 1. 限內科專科醫師且具有風濕病專 科醫師證書者使用於類風濕關節 炎病患。 2. 經事前審查核准後使用。 3. (略)	8. 2. 4. 2. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab (如 Humira) ; golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; certolizumab (Cimzia) ; baricitinib (如 Olumiant) ; opinercept (如 Tunex) ; infliximab ; peficitinib (如 Smyraf) (92/3/1、93/8/1、 93/9/1、98/3/1、99/2/1、 100/12/1、101/1/1、101/6/1、 102/1/1、102/4/1、102/10/1、 103/12/1、106/4/1、106/11/1、 107/9/1、108/3/1、108/5/1、 109/8/1、109/9/1、109/12/1、 110/3/1) : 成人治療部分 1. 限內科專科醫師且具有風濕病專 科醫師證書者使用於類風濕關節 炎病患。 2. 經事前審查核准後使用。 3. (略)

修訂後給付規定	原給付規定
4. 使用劑量： (1)(略) (2)使用 baricitinib 或 <u>upadacitinib</u> 時，劑量用法之調整應參照藥物仿單，<u>且</u>每日限用 1 錠。使用 peficitinib 時，劑量用法之調整應參照藥物仿單，每日 100mg~150mg（且限每日最大劑量 150mg）。(107/9/1、<u>110/3/1、110/5/1</u>) (3)(略) 5. ~9. (略) ◎附表十三~附表十五：(略)	4. 使用劑量： (1)(略) (2)使用 baricitinib 時，劑量用法之調整應參照藥物仿單，每日限用 1 錠。(107/9/1) (3)(略) 5. ~9. (略) ◎附表十三~附表十五：(略)

備註：劃線部分為新修訂規定