

「藥品給付規定」修訂對照表
第8節 免疫製劑 Immunologic agents
(自114年10月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
8. 2. 4. Etanercept(如 Enbrel); adalimumab (如 Humira) ;golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; infliximab ; certolizumab (如 Cimzia) ; ixekizumab(如 Taltz) ; brodalumab(如 Lumicef) ; filgotinib(如 Jyseleca) ; secukinumab (如 Cosentyx) (92/3/1、93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、100/12/1、101/1/1、101/6/1、101/10/1、102/1/1、102/2/1、102/4/1、102/10/1、103/9/1、103/12/1、105/9/1、105/10/1、109/12/1、111/5/1、112/5/1、113/10/1、114/7/1、<u>114/10/1</u>) 8. 2. 4. 1. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab(如 Humira) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; secukinumab (如 Cosentyx) (94/3/1、101/12/1、102/1/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1、111/2/1、113/10/1、114/7/1、<u>114/10/1</u>) : 兒童治療部分 1. Etanercept 限使用於4歲以上具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。adalimumab、tocilizumab	8. 2. 4. Etanercept(如 Enbrel); adalimumab (如 Humira) ;golimumab (如 Simponi) ; abatacept (如 Orencia) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz) ; infliximab ; certolizumab (如 Cimzia) ; ixekizumab(如 Taltz) ; brodalumab(如 Lumicef) ; filgotinib(如 Jyseleca) ; secukinumab (如 Cosentyx) (92/3/1、93/8/1、93/9/1、98/3/1、99/2/1、100/12/1、101/1/1、101/6/1、101/10/1、102/1/1、102/2/1、102/4/1、102/10/1、103/9/1、103/12/1、105/9/1、105/10/1、109/12/1、111/5/1、112/5/1、113/10/1、114/7/1) 8. 2. 4. 1. Etanercept(如 Enbrel) ; adalimumab(如 Humira) ; tocilizumab (如 Actemra) ; tofacitinib (如 Xeljanz <u>oral solution</u>) ; secukinumab (如 Cosentyx) (94/3/1、101/12/1、102/1/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1、111/2/1、113/10/1、114/7/1) : 兒童治療部分 1. Etanercept 限使用於4歲以上具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者。adalimumab、tocilizumab 及

及 tofacitinib 限使用於2歲以上具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者（101/12/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1、111/2/1、113/10/1、<u>114/10/1</u>）。secukinumab 限使用6歲以上具有接骨點發炎相關型關節炎患者（114/7/1）。 2. 限具有風濕病專科醫師證書之內科專科醫師或具有小兒過敏免疫專科醫師證書之小兒科專科醫師處方。（<u>114/10/1</u>） 3. ～7.（略） ◎附表十六：（略） ◎附表十六之二：（刪除）	tofacitinib <u>oral solution</u> 限使用於2歲以上具有活動性多關節幼年型慢性關節炎患者（101/12/1、102/10/1、105/10/1、108/1/1、111/2/1、113/10/1）。 secukinumab 限使用6歲以上具有接骨點發炎相關型關節炎患者（114/7/1）。 2. 限具有風濕病專科醫師證書之內科、<u>小兒科</u>專科醫師或具有小兒過敏免疫專科醫師證書之小兒科專科醫師處方。 3. ～7.（略） ◎附表十六：（略） ◎附表十六之二：（刪除）
--	---

備註：劃線部分為新修訂規定