

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

104

台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國109年10月14日

發文字號：健保審字第1090062659號

附件：全民健康保險藥品新收載品項明細表及藥品給付修訂規定對照表(請至本署全球資訊網自行下載)



主旨：公告暫予支付含peginterferon beta-1a成分藥品Plegridy 63、94、125mcg solution for injection共3品項暨其藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品新收載品項明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八十三條之藥品給付規定第8節免疫製劑8.2.3.1. Peginterferon beta-1a (如Plegridy)規定」，給付規定修訂對照表如附件2。(附件電子檔已置於本署全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最新全民健保法規公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、

中華民國衛生福利部中央健康保險署

中華民國診所協會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商商業同業公會、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本署資訊組（請刊登本署全球資訊網）、本署企劃組（請刊登健保電子報）、本署醫務管理組、本署各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）、本署醫審及藥材組、衛采製藥股份有限公司

衛生福利部中央
健康保險署投對章(2)

署長李伯璋 出差

副署長 蔡淑鈴 代行



全民健康保險藥品新收載品項明細表

附件

初核說明	生效日期
1.本案藥品為新複方新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第45次（109年8月）會議結論辦理。3.給付規定：適用通則及5.1.規定。	109/11/1

全民健康保險藥品新收載品項明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	YC00019277	Plegridy 63MCG solution for injection	Peginterferon beta-1a 63MCG/0.5ML	0.5ML	衛采製藥股份有限公司	--	5,782.0	1.本案藥品為新成分新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第45次109年8月)會議。3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	109/11/1
2	YC00020277	Plegridy 94MCG solution for injection	Peginterferon beta-1a 94MCG/0.5ML	0.5ML	衛采製藥股份有限公司	--	8,627.0	1.本案藥品為新成分新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第45次109年8月)會議。3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	109/11/1
3	YC00021277	Plegridy 125MCG solution for injection	Peginterferon beta-1a 125MCG/0.5ML	0.5ML	衛采製藥股份有限公司	--	10,326.0	1.本案藥品為新成分新藥。2.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第45次109年8月)會議。3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	109/11/1

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 109 年 11 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1、 107/7/1、107/10/1、108/7/1、 109/1/1、<u>109/11/1</u>)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a(如 Rebif)、teriflunomide 14mg(如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、<u>Peginterferon beta- 1a</u> (如 Plegridy)：(91/4/1、 97/8/1、100/10/1、107/7/1、 107/10/1、<u>109/11/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide、dimethyl fumarate 及 <u>Peginterferon beta-1a</u> 時需經事前審查核准後使用。 (<u>109/11/1</u>)</p> <p>3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1)</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</p>	<p>8.2.3. 多發性硬化症治療藥品 (91/4/1、92/3/1、92/12/1、 93/3/1、94/10/1、96/7/1、 97/8/1、99/10/1、100/5/1、 100/10/1、101/9/1、102/10/1、 107/7/1、107/10/1、108/7/1、 109/1/1)</p> <p>8.2.3.1. Interferon beta-1a(如 Rebif)、teriflunomide 14mg(如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)：(91/4/1、97/8/1、 100/10/1、107/7/1、107/10/1)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide 及 dimethyl fumarate 時需經事前審查 核准後使用。</p> <p>3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1)</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</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>性。</p> <p>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>	<p>性。</p> <p>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p>

備註：劃線部分為新修訂規定