

副本

文  
時間 108 12 17  
收文 編號 1082740

# 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108年12月13日  
發文字號：健保審字第1080065386號

附件：全民健康保險藥品新收載品項明細表及藥品給付規定修訂對照表各1份(請至本署全球資訊網自行下載)

主旨：公告暫予支付含Cladribine成分藥品Mavenclad Tablets 10mg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Immunologic agents 8.2.3.5. cladribine (如Mavenclad)」部分規定，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：行腔全及、國中、公會協本署有  
政健民社台牙華公會、會署各限  
院康健會北醫民會、台、全分公  
法司康福市師國全製中灣台球區司  
規、保利電公診國藥華研資訊業  
會衛險機腦會所聯工民發私訊務  
、生會構商全協合業國型立網組  
、衛生管理同聯全、業藥技、請  
生利衛理會業全、業藥技、請  
福部生會業全、業藥技、請  
利社福、公會聯華會業藥所署知  
部會利地會、合民、同發協企轄  
法保部方、中會國中業展會劃區  
規險全政中華、開華公協、組醫  
會司民府華民中發民會會台(事  
、健衛國民國華性國全、灣請機  
、衛生保局醫層國藥藥聯團會登)  
福福險、師醫藥研發合法醫健、  
利利爭國公師師研究展會人療保本  
部部議防會協公協協、中院電署  
醫食審部全會會會會中華所子醫  
事品議軍國、全、華民協報審  
司藥會醫聯中國台台民國會)及  
、物、局合華聯灣北國學、藥  
衛管衛、會民合藥市西名本本材  
生理生台、國會品西藥藥署署組  
福署福灣社基、行藥代協醫醫、  
利、利醫團層中銷代理會訊務台  
部衛部學法醫華暨理商、組管灣  
心生附資人療民管商業台(理默  
理福屬訊中協國理業同業醫刊、股  
及利醫學華會藥協同業醫、股  
口部療會民、劑會業公院登本份

# 署長李伯璋 出差

副署長 蔡淑鈴 代行

承辦人	副署長	秘書長	業務常務	主任	連署長

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	廠商建議價	支付價格	初核說明	生效日期
1	VC00058100	Mavenclad Tablets 10mg	Cladribine 10mg		台灣默克股份有限公司	89,865	72,424	1.本案藥品為新劑型之新藥。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38次(108年6月)會議結論辦理。3.給付規定：適用通則及8.2.3.5.規定。	109/01/01

## 「藥品給付規定」修訂對照表(草案)

## 第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 109 年 1 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、<u>109/1/1</u>)</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>(略)</p> <p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU) : (略)</p> <p>8.2.3.3. Glatiramer acetate (如 Copaxone injection) : (略)</p> <p>8.2.3.4. Natalizumab (如 Tysabri) : (略)</p> <p>8.2.3.5. Fingolimod 0.5mg(如 Gilenya)、<u>cladribine (如 Mavenclad)</u> : (101/9/1、 102/10/1、<u>109/1/1</u>)</p> <p>1. 限用於雖已接受乙型干擾素或 glatiramer 治療，相較於前一</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、<u>109/1/1</u>)</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>(略)</p> <p>8.2.3.2. Interferon beta-1b (如 Betaferon 8MIU) : (略)</p> <p>8.2.3.3. Glatiramer acetate (如 Copaxone injection) : (略)</p> <p>8.2.3.4. Natalizumab (如 Tysabri) : (略)</p> <p>8.2.3.5. Fingolimod 0.5mg(如 Gilenya) : (101/9/1、 102/10/1)</p> <p>1. 限用於雖已接受乙型干擾素或 glatiramer 治療，相較於前一</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>年度復發率仍不變或反而上升之高度活躍型復發緩解之多發性硬化症病人(highly active relapsing - remitting multiple sclerosis 即 前一年有一次以上復發或是前兩年有兩次以上復發)，但排除使用於：</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)(略)</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用，每年需重新申請，併應提出整個用藥期間的復發情形。 (102/10/1)</p> <p>3. <u>Cladribine 限給付兩年。</u> (109/1/1)</p> <p>4. <u>Fingolimod 使用兩年後，年度復發率(average annual relapse)無法減少時應停止本藥品之治療。(102/10/1、109/1/1)</u></p> <p><u>註：年度復發率無法減少之定義為：</u></p> <p><u>採計使用 fingolimod 藥物後一年至兩年復發次數之數據 (以最近一年或兩年之復發次數除以 1 或 2 來計算)，較諸更先前一年或兩年之年復發率皆無再減少</u></p>	<p>年度復發率仍不變或反而上升之高度活躍型復發緩解之多發性硬化症病人(highly active relapsing - remitting multiple sclerosis 即 前一年有一次以上復發或是前兩年有兩次以上復發)，但排除使用於：</p> <p>(1)(略)</p> <p>(2)(略)</p> <p>2. 須經事前審查核准後使用，每年需重新申請，併應提出整個用藥期間的復發情形。(102/10/1)</p> <p>3. 使用兩年後，年度復發率(average annual relapse)無法減少※時應停止本藥品之治療。 (102/10/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>時。(102/10/1)</u></p> <p>5. 個案在停藥觀察期間復發且為高度活躍型復發緩解之多發性硬化症病人(highly active relapsing - remitting multiple sclerosis)可再申請並經事前審查核准後使用。 (102/10/1)</p>	<p>4. 個案在停藥觀察期間復發且為高度活躍型復發緩解之多發性硬化症病人(highly active relapsing - remitting multiple sclerosis)可再申請並經事前審查核准後使用。 (102/10/1)</p> <p><u>※年度復發率無法減少之定義：</u> <u>採計使用 fingolimod 藥物後一年至兩年復發次數之數據（以最近一年或兩年之復發次數除以 1 或 2 來計算），較諸更先前一年或兩年之年復發率皆無再減少時。</u> (102/10/1)</p>

備註：劃線部分為新修訂規定