

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104



42

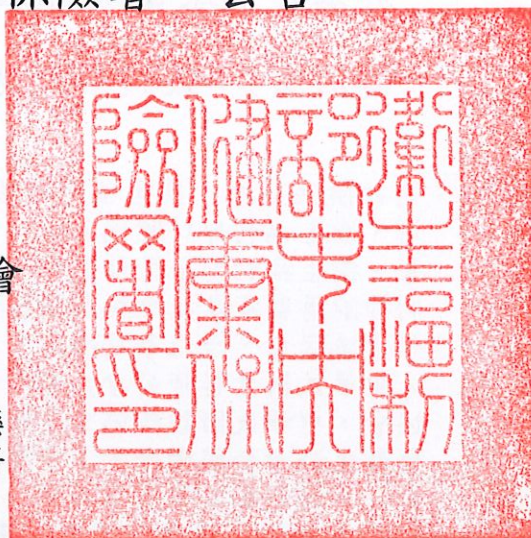
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年2月15日

發文字號：健保審字第1120051583號

附件：「全民健康保險新收載品項明細表」及「藥品給付規定修訂對照表」各一份(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告暫予支付含ozanimod成分藥品Zeposia capsules 0.23mg、0.46mg及0.92mg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Immunologic agents 8.2.3.1.Interferon beta-1a (如Rebif)、teriflunomide 14mg (如Aubagio)、dimethyl fumarate (如Tecfidera)、peginterferon beta-1a (如Plegridy)、ozanimod (如Zeposia) 給付規定，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(<https://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、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、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、本署企劃組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、台灣必治妥施貴寶股份有限公司



署長石崇良

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	VC00077100	Zeposia capsules 0.23 mg	Ozanimod HCl 0.25mg		台灣必治 妥施貴實 股份有限公司	-	864	1.本案藥品屬罕見疾病藥品。 2.依據藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第59次會議結論辦理。 3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	112/03/01
2	VC00078100	Zeposia capsules 0.46 mg	Ozanimod HCl 0.5mg		台灣必治 妥施貴實 股份有限公司	-	864	1.本案藥品屬罕見疾病藥品。 2.依據藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第59次會議結論辦理。 3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	112/03/01
3	VC00079100	Zeposia capsules 0.92 mg	Ozanimod HCl 1mg		台灣必治 妥施貴實 股份有限公司	-	864	1.本案藥品屬罕見疾病藥品。 2.依據藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第59次會議結論辦理。 3.給付規定：適用通則及8.2.3.1.規定。	112/03/01



「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 112 年 3 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、109/11/1、<u>112/3/1</u>)</p> <p>8. 2. 3. 1. Interferon beta-1a (如 Rebif)、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、peginterferon beta-1a (如 Plegridy)、 <u>ozanimod(如 Zeposia)</u>：(91/4/1、 97/8/1、100/10/1、106/10/1、 107/7/1、107/10/1、109/11/1、 <u>112/3/1</u>)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide、 dimethyl fumarate、peginterferon beta-1a <u>及 ozanimod</u> 時需經事前審 查核准後使用(109/11/1、 <u>112/3/1</u>)。 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1) (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。</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、109/11/1)</p> <p>8. 2. 3. 1. Interferon beta-1a (如 Rebif)、teriflunomide 14mg (如 Aubagio)、dimethyl fumarate (如 Tecfidera)、peginterferon beta-1a (如 Plegridy)：(91/4/1、 97/8/1、100/10/1、106/10/1、 107/7/1、107/10/1、109/11/1)</p> <p>1. 限用於復發型多發性硬化症。 2. 初次使用 teriflunomide、 dimethyl fumarate <u>及</u> peginterferon beta-1a 時需經事前 審查核准後使用(109/11/1)。 3. 不適用於視神經脊髓炎 (neuromyelitis optica, NMO)，包 括：(100/10/1) (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。</p>

<p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。</p> <p>iii 腦部磁振造影不符合多發性硬化症診斷標準。</p> <p>4. <u>Ozanimod 每日限用1粒，若治療無效，第二線治療藥物不得使用fingolimod。(112/3/1)</u></p> <p>5. <u>Interferon beta-1a、teriflunomide 14mg、dimethyl fumarate、peginterferon beta-1a、ozanimod 僅得擇一使用。(112/3/1)</u></p>	<p>ii NMO-IgG or Aquaporin-4抗體陽性。</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