

衛生福利部中央健康保險署 公告

104



42

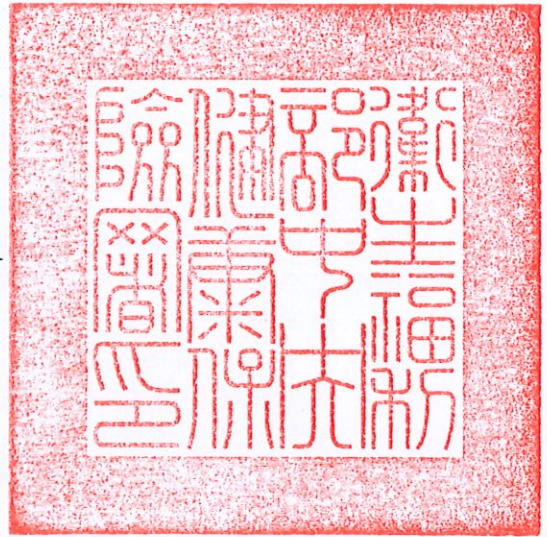
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國113年2月27日

發文字號：健保審字第1130051648號

附件：「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」及「藥品給付規定修訂對照表」各1份
(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告修訂含mepolizumab成分藥品（如Nucala）之給付規定暨異動健保支付價。

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、「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」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 8.2.17. Mepolizumab（如Nucala）」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>最新消息>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、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司台灣分公司

署長 石崇良



全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

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	KC01015255	Nucala Powder for Solution for Injection	mepolizumab 100 MG	100 MG	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司臺灣分公司	32,811	29,165	1.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65次會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價格為每支29,165元。 3.給付規定：適用通則及8.2.17.規定。	113/4/1
2	KC01144209	Nucala Solution for Injection 100mg/mL	mepolizumab 100 MG/ML	1 ML	荷商葛蘭素史克藥廠股份有限公司臺灣分公司	32,811	29,165	1.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65次會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價格為每支29,165元。 3.給付規定：適用通則及8.2.17.規定。	113/4/1

「藥品給付規定」修訂對照表
第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents
(自 113 年 4 月 1 日生效)

建議修訂給付規定	原給付規定
<p>8.2.17. Mepolizumab (如 Nucala) : (113/4/1)</p> <p>1. 用於經診斷為嗜伊紅性肉芽腫併多發性血管炎(eosinophilic granulomatosis with polyangiitis, EGPA)之 18 歲以上成人病人，且需符合下列條件之一：</p> <p>(1)復發型嗜伊紅性肉芽腫併多發性血管炎：<u>過去 2 年內，曾經於使用口服類固醇 prednisolone 至少每天 7.5mg 或等價當量 (equivalent) 之情況下復發 (如：增加口服類固醇劑量、或開始/增加免疫抑制劑治療、或住院等)。</u></p> <p>(2)難治型嗜伊紅性肉芽腫併多發血管炎：<u>過去 6 個月經傳統誘導治療 (如：cyclophosphamide、或 azathioprine、或 methotrexate、或 mycophenolate mofetil、或口服類固醇 prednisolone 每天 15mg 以上等) 至少 3 個月，仍未達疾病緩解 (未達緩解定義：口服類固醇 prednisolone 無法降至每天 7.5mg 以下或等價當量)。</u></p>	<p>無</p>

2. 需經事前審查核准後使用，使用 52 週後評估符合下列任一條件可續用：

(1) 以 mepolizumab 治療 52 週期間，曾經達成疾病緩解（緩解定義：無 EGPA 病徵，且口服類固醇 prednisolone 可降至每天 5mg 以下），或

(2) 於 52 週評估時，口服類固醇劑量相較於 mepolizumab 治療前劑量降低 50% 以上，或

(3) 以 mepolizumab 治療 52 週期間，EGPA 未復發（如：增加口服類固醇劑量、或開始/增加免疫抑制劑治療、或住院等）。

備註：診斷為嗜伊紅性肉芽腫併多發血管炎之定義：曾經發生氣喘伴隨嗜伊紅性白血球增多，且診斷報告須附上組織切片檢查報告，確認出現 EGPA 病徵。

備註：劃線部份為新修訂規定。