

## 「藥品給付規定」修訂對照表

## 第8節 免疫製劑 Immunologic agents

(自110年3月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1、109/7/1) ; peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1、106/1/1、106/4/1、109/7/1、<u>110/3/1</u>) :</p> <p>1. 用於慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者</p> <p>I. ~ III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入治療計畫且經完成治療後停藥者：經6個月觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療 (一個療程)；或以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg、</p>	<p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1、109/7/1) ; peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) (92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1、106/1/1、106/4/1、109/7/1) :</p> <p>1. 用於慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者</p> <p>I. ~ III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入治療計畫且經完成治療後停藥者：經6個月觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療 (一個療程)；或以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg <u>或</u></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>tenofovir <u>disoproxil</u> 或 <u>tenofovir alafenamide</u> 再治療。惟若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用1粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir <u>disoproxil</u> 再治療。(98/11/1、99/5/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1、<u>110/3/1</u>)</p> <p>V. 符合10.7.3之1及3至4項條件納入治療計畫經完成治療後停藥者：經觀察3至6個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療（一個療程），或以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg、<u>tenofovir disoproxil</u> 或 <u>tenofovir alafenamide</u>。惟若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用1粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir <u>disoproxil</u> 再治療。(98/11/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1、<u>110/3/1</u>)</p>	<p>tenofovir <u>300mg</u> 再治療。惟若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用1粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir <u>300mg</u> 再治療。 (98/11/1、99/5/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1)</p> <p>V. 符合10.7.3之1及3至5項條件納入治療計畫經完成治療後停藥者：經觀察3至6個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療（一個療程），或以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 再治療。惟若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用1粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir <u>300mg</u> 再治療。 (98/11/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>VI. (略)</p> <p>(2)用於慢性病毒性C型肝炎治療時:(略)</p> <p>(3)醫事服務機構及醫師資格:(略)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限interferon alpha-2a (如Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1) :(略)</p>	<p>VI. (略)</p> <p>(2)用於慢性病毒性C型肝炎治療時:(略)</p> <p>(3)醫事服務機構及醫師資格:(略)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限interferon alpha-2a (如Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1) :(略)</p>

壹、備註：劃線部分為新修訂規定