

「藥品給付規定」修正對照表  
 第8節 免疫製劑 Immunologic agents  
 (自105年10月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：                      8.2.6.1. Interferon alpha-2a                      (如 Roferon-A) 及 interferon                      alpha-2b (如 Intron A)                      (92/10/1)；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)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強                      慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」                      之下列慢性病毒性 B 型或慢性病                      毒性 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者                      I. HBsAg (+) 超過六個月及                      HBeAg (+) 超過三個月，且                      ALT 值大於 (或等於) 正常值                      上限五倍以上 (ALT ≥ 5X)，                      且無肝功能代償不全者。療                      程為<u>12</u>個月。(98/11/1、  <u>105/10/1</u>)</p> <p>註：肝代償不全條件為                      prothrombin time 延長 ≥ 3                      秒或 bilirubin                      (total) ≥ 2.0mg/dL，                      prothrombin time 延長係</p>	<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：                      8.2.6.1. Interferon alpha-2a                      (如 Roferon-A) 及 interferon                      alpha-2b (如 Intron A)                      (92/10/1)；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)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強                      慢性 B 型及 C 型肝炎治療<u>試辦計</u>                      畫」之下列慢性病毒性 B 型或慢                      性病毒性 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者                      I. HBsAg (+) 超過六個月及                      HBeAg (+) 超過三個月，且                      ALT 值大於 (或等於) 正常值                      上限五倍以上 (ALT ≥ 5X)，                      且無肝功能代償不全者。療                      程為<u>6</u>個月。(98/11/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為                      prothrombin time 延長 ≥ 3                      秒或 bilirubin                      ≥ 2.0mg/dL，prothrombin                      time 延長係以該次檢驗</p>

<p>以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>II. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間 (<math>2X \leq ALT &lt; 5X</math>)，且血清 HBV DNA <math>\geq 20,000</math> IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為<u>12</u>個月。 (98/11/1、105/10/1)</p> <p>III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入<u>治療</u>計畫且經完成治療後停藥者：(略)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入<u>治療</u>計畫經完成治療後停藥者：(略)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(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>control 值為準。</p> <p>II. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間 (<math>2X \leq ALT &lt; 5X</math>)，且血清 HBV DNA <math>\geq 20,000</math> IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為<u>6</u>個月。 (98/11/1)</p> <p>III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入<u>試辦</u>計畫且經完成治療後停藥者：(略)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入<u>試辦</u>計畫經完成治療後停藥者：(略)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(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>
---	---

備註：劃線部分為新修訂之規定。