

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

商品名：Kerendia® film-coated tablets 10 mg、20 mg

學名：Finerenone

事由：

1. 有關台灣拜耳股份有限公司(以下簡稱建議者)提出之 finerenone 成分藥品 Kerendia®(以下簡稱本品)給付用於第二型糖尿病相關的慢性腎臟病成年病人建議案,前經民國 111 年 12 月健保藥品專家諮詢會議討論,會議結論為建議納入給付,並且建議以具有慢性腎臟病適應症之 Forxiga Film-coated tablets 為核價參考品。
2. 針對健保藥品專家諮詢會議結論,今建議者函文提出申覆,更新建議價格與給付規定,以及財務影響推估資料等,爰此衛生福利部中央健康保險署再次函請財團法人醫藥品查驗中心(以下簡稱查驗中心)進行評估,以供後續研議參考。

完成時間：民國 112 年 06 月 07 日

評估結論

一、主要醫療科技評估組織之給付建議

1. 加拿大 CADTH:於民國 112 年 3 月公告的報告建議給付 finerenone 用於合併第二型糖尿病及慢性腎臟疾病病人,主要考量為可降低腎臟衰竭惡化風險與心血管事件,建議給付條件包含:
 - 腎絲球過濾率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)須為 25 ml/min/1.73m² 以上,且白蛋白尿須至少 30 mg/g (3 mg/mmol)。停止治療時機為 eGFR 小於 15 ml/min/1.73m² 或白蛋白尿數值相較於基期上升。
 - 不得用於美國紐約心臟協會(New York Heart Association, NYHA)功能性分級為第二級至第四級的病人或是接受礦物性皮質素受體拮抗劑(mineralocorticoid receptor antagonist, MRA)的病人。
 - 成本效果改善至可接受的範圍內。
2. 澳洲 PBAC:至民國 112 年 5 月 19 日止,尚無相關評估報告可供參考。
3. 英國 NICE:於民國 112 年 3 月公告的報告建議給付 finerenone 於第三期及第四期慢性腎臟疾病合併有白蛋白尿及第二型糖尿病成人病人,主要考量為相較於標準治療可改善腎臟功能及延緩疾病惡化,建議給付條件包含:
 - 必須接受最大可忍受之標準治療劑量,包含如 angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) 或 angiotensin-receptor blockers (ARB) 及 sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors。
 - eGFR 須為 25 ml/min/1.73m² 以上。

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

二、財務影響

- 建議者根據本次建議之給付規定，預估本品給付於「經 ACEI 或 ARB 穩定劑量治療 3 個月以上且符合腎功能條件之第二型糖尿病病人」後之臨床地位為新增關係；在用藥人數推估上，建議者參考查驗中心前份報告設定符合腎功能條件之病人比例，並針對「UACR 30-300mg/g 且 eGFR<60mL/min/1.73m²」病人族群另增加符合視網膜病變之比例；此外，建議者認為本品可節省透析及心衰竭住院費用，故引用查驗中心前份報告中敏感度分析之數據進行計算。
- 本報告認為建議者在推估病人數時部分參數為參考查驗中心報告係為合理，然在 UACR<300mg/g 病人中符合視網膜病變之比例上，本報告經驗證後認為有低估疑慮，故依國內文獻進行調整；在其他醫療費用節省部分，建議者引用查驗中心報告之數據有誤植情形，且本報告認為計算節省費用時所引用的臨床試驗數據能否外推至本案目標族群具有不確定性，應保守看待，故本報告僅在敏感度分析中列計相關節省費用。
- 建議者與查驗中心之未來五年推估結果如後表。

項目	建議者推估 (112 至 116 年)	查驗中心推估 (113 至 117 年)
本品使用人數	25,000 人至 71,000 人	26,000 人至 79,000 人
本品年度藥費 (藥費財務影響)	2.99 億元至 8.59 億元	3.21 億元至 9.55 億元
其他醫療費用節省	0.37 億元至 3.61 億元	-
整體財務影響	第一年增加 2.62 億元至 第五年增加 4.98 億元	第一年增加 3.21 億元至 第五年增加 9.55 億元
敏感度分析之 財務影響	-	第一年增加 2.81 億元至 第五年增加 5.99 億元 (若考量其他醫療費用節省)

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

一、背景

Kerendia® film-coated tablets 10 mg、20 mg(可申達膜衣錠)之有效成分為 finerenone(以下簡稱本品)，目前經主管機關許可之適應症為「用於第二型糖尿病(T2D)相關的慢性腎臟病(CKD)的成年病人，可降低持續性腎絲球過濾率(eGFR)下降、末期腎病(ESKD)、心血管死亡、非致命性心肌梗塞以及因心衰竭住院的風險」。

台灣拜耳股份有限公司(以下簡稱建議者)曾於 2022 年 8 月向衛生福利部中央健康保險署(以下簡稱健保署)提出本品給付用於第二型糖尿病相關的慢性腎臟病成年病人之建議案，而該案經財團法人醫藥品查驗中心(以下簡稱查驗中心)於 2022 年 10 月 7 日完成醫療科技評估報告後，於 2022 年 12 月健保署藥品專家諮詢會議提案討論，會議主要結論為建議納入給付範圍，並且建議以具有慢性腎臟病適應症之 Forxiga Film-coated tablets 為核價參考品。

針對 2022 年 12 月藥品專家諮詢會議結論，建議者於 2023 年 4 月函文健保署提出申覆，維持建議支付價並提供還款協議、更新建議給付規定與財務影響評估資料，並提供英國與加拿大醫療科技評估組織評估報告。建議者本次再建議之給付規定與專家諮詢會議初核之給付規定對照如下表所示，建議者根據 FIDELIO 試驗之收案條件，將原先初核之 eGFR 25-60 mL/min/1.73 m² 修訂為 eGFR 25-75 mL/min/1.73 m²，並且建議刪除「1 年之內 eGFR 下降>5 mL/min/1.73 m²」之限制。

建議者再建議之給付規定	專家諮詢會議建議之給付規定
<p>Finerenone(如 Kerendia)：</p> <p>適用於第二型糖尿病成年病人，且符合下列各項條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經 ACE inhibitors 或 ARBs 穩定劑量治療 3 個月以上，且血鉀濃度<5 mmol/L 2. 巨量白蛋白尿(UACR ≥ 300 mg/g)，且 eGFR 25-<u>75</u> mL/min/1.73 m² 或微量白蛋白尿(UACR 30-300 mg/g)，eGFR 25-60 mL/min/1.73 m²，且有糖尿病視網膜病變。 3. 1 年之內 eGFR 下降>5 mL/min/1.73 m²，且排除其它如 	<p>Finerenone(如 Kerendia)：</p> <p>適用於第二型糖尿病成年病人，且符合下列各項條件：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經 ACE inhibitors 或 ARBs 穩定劑量治療 3 個月以上，且血鉀濃度<5 mmol/L 2. 巨量白蛋白尿(UACR ≥ 300 mg/g)，且 eGFR 25-60 mL/min/1.73 m² 或微量白蛋白尿(UACR 30-300 mg/g)，eGFR 25-60 mL/min/1.73 m²，且有糖尿病視網膜病變。 3. 1 年之內 eGFR 下降>5 mL/min/1.73 m²，且排除其它如

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

建議者再建議之給付規定	專家諮詢會議建議之給付規定
脫水、藥物、感染、阻塞等原因所致。 4. 每日限用 1 粒。	脫水、藥物、感染、阻塞等原因所致。 4. 每日限用 1 粒。

針對建議者重新提交之建議資料，健保署於 2023 年 5 月再次函請查驗中心進行評估，以供後續研議參考。

二、療效評估

查驗中心 2022 年 10 月 7 日針對本品完成之醫療科技評估報告已有提供療效評估意見，故本報告不另贅述，惟針對主要醫療科技評估組織之給付建議，建議者本次另有提供英國與加拿大醫療科技評估組織較近期公告之評估報告，因此本報告以下就主要醫療科技評估組織之給付建議進行更新與重點整理，以供後續研議參考。

(一) CADTH/pCODR(加拿大)

至 2023 年 5 月 19 日止，於 CADTH 之公開網頁，鍵入關鍵字 finerenone，查獲一份與本案藥品相關之評估報告於 2023 年 3 月公告[1]，摘述重點內容如後。

1. 給付建議

加拿大藥物專家委員會(Canadian Drug Expert Committee, CDEC)建議給付 finerenone 用於合併第二型糖尿病及慢性腎臟疾病病人，且須符合下列條件：

- 腎絲球過濾率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)須為 25 ml/min/1.73m² 以上，且白蛋白尿須至少 30 mg/g (3 mg/mmol)。停止治療的時機為 eGFR 小於 15 ml/min/1.73m² 或白蛋白尿數值相較於基期上升。
- 不得用於美國紐約心臟協會(New York Heart Association, NYHA)功能性分級為第二級至第四級的病人或是接受礦物性皮質素受體拮抗劑(mineralocorticoid receptor antagonist, MRA)的病人。
- 成本效果改善至可接受的範圍內。

2. 建議理由

CDEC 建議給付 finerenone，是因為 finerenone 可降低腎臟衰竭惡化風險與

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

心血管事件。然而，廠商須降價至可接受之範圍內。

3. 參考品

angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI)，或 angiotensin-receptor blockers (ARB)合併 sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors。(除非病人有無法耐受上述藥品之情形)。

4. 相對療效及安全性

- 委員會參酌的證據資料為 FIDELIO 及 FIGARO 試驗。
- 雖然兩個試驗都有約 53%及 58.5%的試驗偏離(protocol deviation)，不過兩組在試驗偏離的比例上屬平衡的。
- 委員會諮詢之專家認為，目前現行之標準治療為 ACEI 或 ARB 合併 SGLT-2 抑制劑，並且專家認為 finerenone 與 SGLT-2 抑制劑之合併在生理學上是合理的，因為 SGLT-2 抑制劑可降低高血鉀風險，而 finerenone 之副作用為高血鉀；雖然，目前缺乏兩者之直接比較文獻，然而，有項正在進行之第二期臨床試驗(CONFIDENCE 試驗)，試驗為比較合併 finerenone 及 SGLT-2 抑制劑，與單獨個別藥品之相對療效，或許能帶來更多兩者合併使用之額外效益結論。
- FIDELIO 及 FIGARO 試驗均為以複合式指標進行檢定力與收案樣本數設定之研究，因此，複合式指標內個別結果之兩組差異存在不確定性(如腎臟衰竭比例、腎臟相關死亡事件、心血管相關死亡事件、非致死性心肌梗塞、非致死性中風及心衰竭住院)。
- 1 篇間接比較研究結果顯示 SGLT-2 抑制劑相較於 finerenone 能顯著降低腎臟功能惡化及心臟衰竭住院之風險。然而，該研究具有多項之研究限制，包含納入之 8 篇研究中，僅有 1 篇為 finerenone(FIDELIO 試驗)；研究作者無探討試驗間病人族群特性之差異，尤其是存在可能的心腎風險差異，因此，最終委員會無法根據這篇研究，歸納出進一步之結論。

5. 其他臨床議題

- 臨床醫師認為在目前之標準治療下，仍存在持續進展至腎臟衰竭與心血管事件之病人族群，並且可能因此受益於 finerenone 之使用，並且臨床醫師認為 SGLT-2 抑制劑與 finerenone 具有不同之作用機轉，共同降低病人之心腎風險。
- 臨床醫師認為 finerenone 的使用時機為，當使用最大可耐受劑量的標準治療後，仍具有顯著之殘留蛋白尿、腎功能下降或是無法耐受 SGLT-2

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

抑制劑的病人(如：低血壓、急性腎臟損傷)。

(二) PBAC(澳洲)

至 2023 年 5 月 19 日止，查無本案相關之更新資料報告。

(三) NICE(英國)

至 2023 年 5 月 19 日止，於 NICE 之公開網頁，鍵入關鍵字 finerenone，查獲 1 份與本案藥品相關之評估報告於 2023 年 3 月 23 日公告[2]，摘述重點內容如後。

1. 給付建議

NICE 建議給付 finerenone 於第三期及第四期慢性腎臟疾病合併有白蛋白尿及第二型糖尿病之成人病人，並且須符合以下條件：

- 必須接受最大可忍受之標準治療劑量，包含如 angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) 或 angiotensin-receptor blockers (ARB) 及 sodium-glucose cotransporter-2 (SGLT2) inhibitors。
- 腎絲球過濾率(estimated glomerular filtration rate, eGFR)須為 25 ml/min/1.73m² 以上。

2. 建議理由

臨床證據顯示合併 finerenone, 標準治療±SGLT-2 抑制劑能改善腎臟功能及延緩疾病惡化相較於標準治療，並且，廠商提供之成本效果分析雖然具有不確定性，然而 NICE 認為不確定性均落在可接受之範圍內。最終，有鑑於 finerenone 與 SGLT-2 抑制劑間無直接比較之療效證據，因此，建議給付作為標準治療(包含 SGLT-2 抑制劑)之額外治療選項。

3. 參考品

- Finerenone 與 SGLT-2 抑制劑之相對臨床位置：專家認為 finerenone 及 SGLT-2 抑制劑之使用時機為 ACEI/ARB 後之接續性使用。委員會認為在臨床路徑上，為根據病人個別情形，finerenone 可用於 SGLT-2 抑制劑之前或同時使用。
- SGLT-2 抑制劑為合適的比較品：實證資料審查小組(ERG) 建議能有不同情境之證據模型，有鑑於 finerenone 之治療路徑多元，包含 finerenone

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

與 SGLT-2 抑制劑之間接比較以及 finerenone 額外加入包含 SGLT-2 抑制劑之標準治療的比較。委員會認同 SGLT-2 抑制劑為合適的比較品，然而，因為缺乏兩者間的比較資訊；因此，認為 finerenone 屬於 SGLT-2 抑制劑之附加治療(add on)，或是當無法耐受 SGLT-2 抑制劑之選擇。

4. 相對療效與安全性

- 臨床未被滿足需求：專家認為同時具有慢性腎臟病(CKD)及第二型糖尿病(T2DM)的病人相較於僅有慢性腎臟病的病人，有更高的共病症發生風險，如末期腎臟疾病，以及因為更高之心血管風險，造成死亡風險的升高。專家強調額外治療選項加入的重要性，有鑑於即使已使用 CKD 及 T2DM 的標準治療，病人仍會發生腎功能惡化之情形，以及腎功能不好進一步惡化糖尿病相關之周邊血管病變。
- 委員會認為雖然廠商建議給付之病人腎功能範圍(eGFR 25 至 60 ml/min/1.73 m²)，並非涵蓋所有慢性腎臟病分期 3 至 4 期(eGFR 15 至 60 ml/min/1.73 m²)。廠商根據的是 FIDELIO 試驗的納入條件，並且，試驗進行過程中，試驗允許病人 eGFR 降至 25 以下，只是 eGFR 15 至 25 病人須根據血鉀數值進行調整，因此，委員會認同廠商之建議給付條件。
- 委員會提及在主要複合式療效指標中，僅有一個組成指標具有顯著性，然而，因為試驗之檢定力為根據所有主要複合式指標事件數進行設定，因此，可能不具有足夠之檢定力，證明各個組成指標之兩組顯著性差異。並且，因為樣本數不足以檢定各個組成指標顯著性，也無法去證明複合式指標內各個指標間是否存在交互作用。
- 委員會認同雖然 FIGARO 試驗與廠商建議給付之腎功能族群有部分不同之處，然而因為 FIDELIO 試驗存活曲線中，有很多設限資料(censor)，並且相關指標之事件數不多，因此，委員會最終認為 FIDELIO 試驗為合適的證據資料，並且，FIGARO 試驗可作為補充之證據資料。
- 委員會認為 finerenone 的主要副作用為高血鉀，並且根據專家之意見，認同高血鉀屬於輕度到中度之副作用，在臨床之處置上無額外特別須注意之處。

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

三、經濟評估

(一) 建議者推估

建議者本次新提交之財務影響分析，主要為參考查驗中心前次報告、國內文獻與專家意見限縮目標族群人數，以及依公司內部推估調整本品市佔率。考量建議者本次提出之財務影響分析架構與前次無太大差異，故本報告僅說明建議者本次調整之處及所推估的未來五年（2023 年至 2027 年）數據如後：

1. 目標族群人數推估

在第二型糖尿病病人數部分，建議者之推估與前次相同；接著參考查驗中心前次報告，估計第二型糖尿病病人中 UACR 30-300mg/g 且 eGFR<60mL/min/1.73m² 的比例約 7.51%，以及依據國內文獻[3]設定前述病人合併糖尿病視網膜病變的比例為 21.5%，沿用前次報告設定其中 70%會接受 ACEI/ARB 治療，推估未來五年目標族群中 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人數約為第一年 27,580 人至第五年 31,920 人。

另外，參考查驗中心前次報告，估計第二型糖尿病病人中 UACR>300mg/g 的比例約 13%，根據專家意見推估其中 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 的比例約 70%，再依前次報告設定前述病人 70%會接受 ACEI/ARB 治療，推估未來五年目標族群中 UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 的病人數約為第一年 155,460 人至第五年 179,910 人，預估未來五年目標族群人數合計約為第一年 183,040 人至第五年 211,830 人。

2. 本品使用人數推估

建議者依內部推估，預測未來五年市場滲透率於 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人族群為第一年 5%至第五年 25%，推估本品使用人數為第一年 1,380 人至第五年 7,980 人；於 UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 病人族群的市場滲透率為第一年 15%至第五年 35%，推估本品使用人數為第一年 23,320 人至第五年 62,970 人。預估未來五年本品使用人數合計為第一年 24,700 人至第五年 70,950 人。

3. 本品年度藥費

建議者依據前次推估方式，考量本品 10mg 及 20mg 使用占比後計算加權平均每日藥費，再依處方持有率及建議支付價，推估未來五年本品於 UACR

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人族群之年度藥費約第一年 0.17 億元至第五年 0.97 億元；UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 病人族群之年度藥費約第一年 2.82 億元至第五年 7.63 億元。綜上，未來五年本品年度藥費合計約第一年 2.99 億元至第五年 8.59 億元。

4. 其他醫療費用

建議者參考查驗中心前次報告的敏感度分析，以所推估之本品使用人數與可節省之其他醫療費用估算平均每人可節省費用，預估可節省其他醫療費用約第一年 0.37 億元至第五年 3.61 億元。

5. 財務影響

建議者預期本品納入健保給付後，年度藥費等同藥費財務影響，約為第一年 2.99 億元至第五年 8.59 億元；若考慮節省其他醫療費用，未來五年對健保的財務影響約為第一年 2.62 億元至第五年 4.98 億元。

(二) 查驗中心之評論與校正

由於建議者之財務影響分析架構與前次申請大致相同，本報告已於前次評估報告中詳述，故本次僅針對調整之處進行評論，如後：

1. 目標族群人數推估

建議者沿用前次申請之數據，以 2016 年至 2020 年全民健康保險醫療統計年報糖尿病門診人數進行糖尿病病人數推估，本報告查證發現健保醫療統計已更新至 2021 年數據，故改採用 2017 年至 2021 年之數據，並調整推估年度為 2024 年至 2028 年。

在 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變目標族群人數部分，建議者參考查驗中心前次報告設定 UACR 30-300mg/g 且 eGFR < 60mL/min/1.73m² 的比例約 7.51%，惟本次建議給付條件中 eGFR 之範圍是 eGFR 25-60mL/min/1.73m²，與建議者之設定雖不完全相符，但本報告參考國內研究[4]推估出 UACR 30-300mg/g 且 eGFR < 30mL/min/1.73m² 的病人比例較低，因此認為建議者之設定尚可接受。在糖尿病視網膜病變比例的部分，本報告檢視建議者引用之文獻，發現建議者將 28.9% 誤植為 21.5%，且文獻中的比例為第二型糖尿病病人中 UACR 30-299mg/g 且有視網膜病變的比例，並未考量 eGFR 條件對參數可能的影響，本報告另參考國內文獻[5]顯示，UACR 30-299.9mg/g 且 eGFR 30-59.9mL/min/1.73m² 的第二型糖尿病病人中有視網膜病變的比例約

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

39.4%，故改以此比例進行後續估算。重新推估未來五年目標族群中 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人數約為第一年 51,790 人至第五年 59,430 人。

在 UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 目標族群人數部分，建議者依專家意見推估 UACR ≥ 300mg/g 的病人中 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 的比例約 70%，本報告參考國內研究[4]，推估 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 的比例可能約介於 52%至 88%之間，故認為建議者之設定尚屬合理。重新推估未來五年目標族群中 UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 的病人數約為第一年 159,280 人至第五年 182,780 人。

綜上，預估未來五年目標族群人數合計約為第一年 211,070 人至第五年 242,210 人。

2. 本品使用人數推估

本報告之評論與前次報告相同，暫依建議者設定之市場滲透率，推估未來五年於 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人族群之本品使用人數約第一年 2,590 人至第五年 14,860 人，於 UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 病人族群的本品使用人數約第一年 23,890 人至第五年 63,970 人。預估未來五年本品使用人數合計為第一年 26,480 人至第五年 78,830 人。

3. 本品年度藥費

本報告之評論與前次報告相同，同建議者之設定計算每人藥費，推估未來五年本品於 UACR 30-300mg/g 且 eGFR 25-60mL/min/1.73m² 合併糖尿病視網膜病變的病人族群之年度藥費約第一年 0.31 億元至第五年 1.8 億元，UACR ≥ 300mg/g 且 eGFR 25-75mL/min/1.73m² 病人族群之年度藥費約第一年 2.89 億元至第五年 7.75 億元。未來五年本品年度藥費合計約第一年 3.21 億元至第五年 9.55 億元。

4. 其他醫療費用

建議者參考查驗中心前次報告的敏感度分析，估算可節省之透析及心衰竭住院費用，惟建議者將前次報告推估第五年可節省其他醫療費用約 10.03 億元，誤植為 10.3 億元進行後續估算。本報告於其他醫療費用推估之評論及調整與前次報告相同，將其他醫療費用節省對整體財務影響之推估呈現於敏感度分析。

5. 財務影響

財團法人醫藥品查驗中心 醫療科技評估報告補充資料

本報告預估本品若納入健保給付，年度藥費等同健保藥費的財務影響，未來五年對健保之財務影響約為第一年 3.21 億元至第五年 9.55 億元。

6. 敏感度分析

本報告於敏感度分析中納入其他醫療費用節省，推估可節省其他醫療費用約第一年 0.4 億元至第五年 3.55 億元，預估未來五年整體財務影響約第一年 2.81 億元至第五年 5.99 億元。

財團法人醫藥品查驗中心

醫療科技評估報告補充資料

參考資料

1. Finerenone (Kerendia). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). <https://www.cadth.ca/finerenone>. Published 2023. Accessed May 19, 2023.
2. Finerenone for treating chronic kidney disease in type 2 diabetes. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). <https://www.nice.org.uk/guidance/ta877>. Published 2023. Accessed May 19, 2023.
3. Chiang SC, Lee JK, Chen CH, et al. Justifying the high prevalence of microalbuminuria for type 2 diabetic patients in Taiwan with conditional probability approach--a DEMAND II study. *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA* 2011; 74(1): 3-10.
4. Pan CF, Chuang SM, Lin KC, et al. Risk associated with estimated glomerular filtration rate and albuminuria for PAD among patients with type 2 diabetes. *Journal of investigative medicine : the official publication of the American Federation for Clinical Research* 2021; 69(6): 1182-1188.
5. Chen YH, Chen HS, Tarng DC. More impact of microalbuminuria on retinopathy than moderately reduced GFR among type 2 diabetic patients. *Diabetes care* 2012; 35(4): 803-808.