





「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。            (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<math>\geq</math>5X)，且無            肝功能代償不全者。療            程為<u>12</u>個月。            (98/11/1、105/10/1)            註：肝代償不全條件為            prothrombin time            延長<math>\geq</math>3秒或            bilirubin (to-            tal)<math>\geq</math>2.0mg/dL，            prothrombin time            延長係以該次檢驗            control 值為準。            II. HBsAg (+) 超過六個月            及 HBeAg (+) 超過三個            月，其 ALT 值介於正常</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 型肝炎治療試            辦計畫」之下列慢性病毒性 B            型或慢性病毒性 C 型肝炎患            者。            (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<math>\geq</math>5X)，且無            肝功能代償不全者。療            程為<u>6</u>個月。(98/11/1)            註：肝代償不全條件為            prothrombin time            延長<math>\geq</math>3秒或            bilirubin  <math>\geq</math>2.0mg/dL，            prothrombin time            延長係以該次檢驗            control 值為準。            II. HBsAg (+) 超過六個月            及 HBeAg (+) 超過三個            月，其 ALT 值介於正常</p>

<p>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、 <u>105/10/1</u>)</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>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 al- pha-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。