

## 衛生福利部 函

地址：11558台北市南港區忠孝東路六段  
488號

聯絡人：王素華

聯絡電話：(02)23959825#3003

電子信箱：wsh@cdc.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年1月18日

發文字號：衛授疾字第1120300012A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：（ ）

附件：「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」及「抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業」各1份 (11203000122-1.pdf、11203000122-2.pdf)

主旨：檢送本部修正之「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」及「抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業」（如附件1及2），並自112年2月1日起實施，請轉知愛滋診療醫師依修訂之作業規範辦理，請查照。

說明：

- 一、旨揭處方使用規範本部業於112年1月18日以衛授疾字第1120300012號公告在案。
- 二、本次修訂係因應抗愛滋病毒藥品「亞翠佩(Atripla®)」不再供應，爰修正處方使用規範，將該藥品自第一線推薦處方移除，並增列合併結核病(TB)或潛伏結核感染(LTBI)治療時之注意事項，因治療TB或LTBI除可使用之第一線處方之外，若需變更使用第二線處方，符合「愛滋病檢驗及治療指引」所列建議處方可採行政審查，並在TB或LTBI治療結束後應轉換回第一線處方。另同步修訂「抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業」相關內容。
- 三、旨揭使用規範及審查作業相關檔案，請逕至本部疾病管制



署全球資訊網(傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒(愛滋病毒)感染/治療照護項下)下載。

四、另，台灣愛滋病學會111年12月26日修訂之「愛滋病檢驗及治療指引」第三章「成人愛滋病毒感染者之伺機性感染疾病預防及治療指引」可至本部疾病管制署全球資訊網(傳染病與防疫專題/傳染病介紹/第三類法定傳染病/人類免疫缺乏病毒(愛滋病毒)感染/重要指引及教材項下)下載，或至該學會網站(<http://www.aids-care.org.tw/journal/treatment.php>)下載查閱。

正本：人類免疫缺乏病毒指定醫事機構及藥局

副本：地方政府衛生局、台灣愛滋病學會、臺灣感染症醫學會、財團法人台灣紅絲帶基金會、社團法人台灣關愛之家協會、社團法人台灣露德協會、台灣世界快樂聯盟、社團法人中華民國愛滋感染者權益促進會、社團法人台灣愛之希望協會、社團法人中華民國台灣懷愛協會、社團法人台灣同志諮詢熱線協會、社團法人台北市日日春關懷互助協會、財團法人護理人員愛滋病防治基金會、社團法人中華民國醫務社會工作協會、中華民國社會工作師公會全國聯合會、社團法人中華民國台灣女童軍總會、社團法人世界和平婦女會台灣總會、財團法人台灣關愛基金會、財團法人台北市愛慈社會福利基金會、社團法人台灣愛滋病護理學會、社團法人台灣預防醫學學會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣長期照護專業協會、社團法人台灣愛滋關懷協會、衛生福利部中央健康保險署

2023/01/18  
15:28:06  
電文  
交換章

<p><b>第一線推薦處方</b></p> <p>三合一口服藥</p> <p>1. 2NRTI/NNRTI  <b>TDF/FTC/EFV</b>  TAF/FTC/RPV  TDF/3TC/DOR</p> <p>2. 2NRTI/II  ABC/3TC/DTG  TAF/FTC/BIC</p> <p>二合一口服藥</p> <p>II/NRTI  DTG/3TC</p>
<p><b>第一線替代處方</b></p> <p>1. 藥價在 13,200 元/月以下含三種藥品成分之口服處方組合</p> <p>2. 藥價在 10,800 元/月以下且核准使用於初服藥者之二合一口服藥</p>
<p><b>第二線處方</b></p> <p>藥價超過 13,200 元/月之口服處方組合</p>
<p><b>注意事項：</b></p> <p>一、本規範將依預算核給、藥品上市及藥價調整情形適時檢討。</p> <p>二、斜線/表示複方，(數字)表示每日劑量。各藥品成分簡稱、學名及商品名之對照表如後附。</p> <p>三、處方前專業審查之案件，包括：(1)初次使用本規範之第二線處方，(2)第二線處方通過審查後，每次變更處方超過前次處方費用者，(3)使用不足三種藥品成分之口服處方組合 (第一線處方及採處方後當期審查之二合一口服藥除外)。</p> <p>四、二合一口服藥(DTG/RPV)，轉換處方前不需提出前項專業審查，採處方後當期審查。病患轉換使用後應於下一次回診時檢測病毒量，以監測治療狀況；若該次檢測超過「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定之次數，其費用由其他管道支付。</p> <p>五、<u>如因治療結核病(TB)或潛伏結核感染(LTBI)需變更使用第二線處方，符合「愛滋病檢驗及治療指引」所列建議處方可採行政審查，並在 TB 或 LTBI 治療結束後應轉換回第一線處方。</u></p> <p>六、有關藥品使用注意事項，請參照台灣愛滋病學會所訂之「愛滋病檢驗及治療指引」。</p>

## 現行抗人類免疫缺乏病毒藥品處方類型一覽表

簡稱	全名	中文
NRTI	nucleoside reverse-transcriptase inhibitors	核酸反轉錄酶抑制劑
NNRTI	non- nucleoside reverse-transcriptase inhibitors	非核酸反轉錄酶抑制劑
II	integrase inhibitor	嵌入酶抑制劑

## 抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範藥品名稱對照表

簡稱	學名	商品名
TDF/FTC/EFV	Tenofovir Disoproxil Fumarate/ Emtricitabine/Efavirenz	Atripla
ABC/3TC/DTG	Abacavir/Lamivudine/Dolutegravir	Triumeq
TAF/FTC/BIC	Tenofovir Alafenamide/ Emtricitabine/Bictegravir	Biktarvy
TAF/FTC/RPV	Tenofovir Alafenamide/ Emtricitabine/ Rilpivirine	Odefsey
TDF/3TC/DOR	Tenofovir Disoproxil Fumarate/ Lamivudine/Doravirine	Delstrigo
DTG/3TC	Dolutegravir/ Lamivudine	Dovato
DTG/RPV	Dolutegravir/ Rilpivirine	Juluca

# 抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業

106年2月4日訂定

112年2月1日修訂

## 一、緣起：

依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第十六條，106年2月4日起愛滋感染者確診後開始服藥兩年內之醫療費用由疾病管制署公務預算支應，兩年後則依全民健康保險規定辦理。

本審查作業，包括處方前之專業審查及處方後之當期審查。處方前專業審查作業，統一由疾病管制署依據「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」規定辦理；處方後當期審查作業則納入中央健康保險署現有當期案件審查機制，依全民健康保險法、全民健康保險藥物給付項目及支付標準及相關規定辦理。

## 二、依據：

衛生福利部「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」。

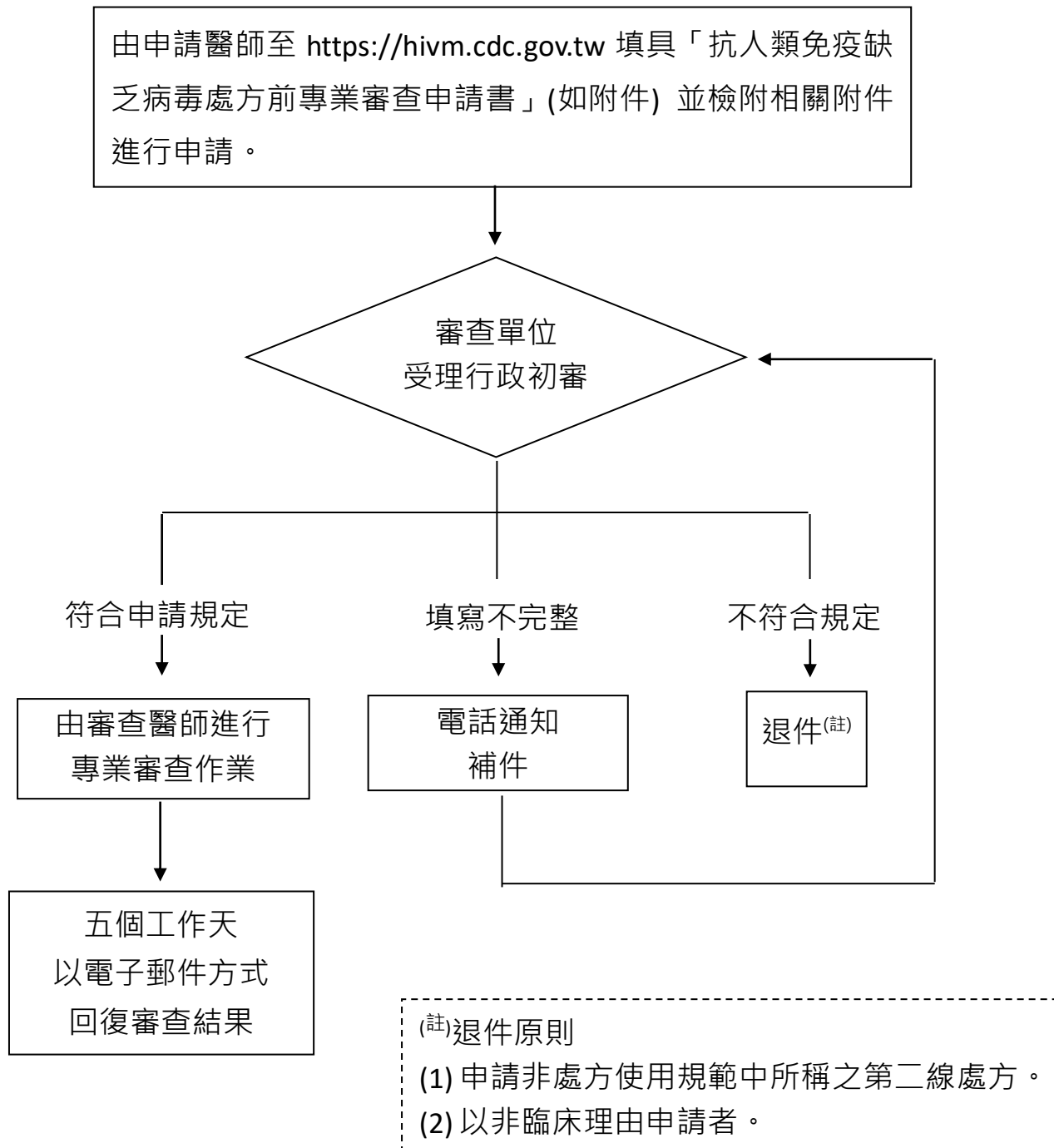
## 三、處方前專業審查：

### (一) 應審查之案件：

1. 「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」所列之第二線處方，即藥費超過新臺幣(以下同)13,200元/月之口服處方組合。
2. 前項通過審查或原免審之處方，變更處方之藥費超過前次處方費用之處方組合。
3. 藥物成份不足三種之處方組合，包含單一藥物成分(monotherapy)及兩種藥物成分(dual therapy)；若後續改變處方，仍不足三種成份，應再次提出申請。但第一線推薦處方及採處方後當期審查之二合一口服藥(DTG/RPV)除外。

(二) 申請及專業審查作業：

1. 申請流程



## 2. 注意事項：

- (1) 經審查通過之案件，僅因故變更就醫醫院，不用重新申請。
- (2) 使用第二線處方者，應檢具近一年內之 **HIV 抗藥性報告、治療史及相關檢驗報告** 等文件進行送審。

(三) 符合應申請專業審查而未提出或未經審查同意者，將不予支付處方費用。

(四) 臨床有急迫用藥需求，須先行使用第二線處方之處理方式：

### 1. 符合急迫需求之緊急處方條件：

- (1) 患者合併有慢性 B 型肝炎，已使用含 tenofovir、lamivudine 或是 emtricitabine 之藥物，需更改處方時。
- (2) 正接受 ART 治療中，已知有明確抗藥性報告時。
- (3) 患者已服藥中，臨床醫師認定因嚴重副作用僅適合更換為二線用藥者(超過 13,200 元)。
- (4) 因其他非愛滋藥物與愛滋治療藥物會產生藥物交互作用而影響治療時<sup>(註)</sup>。
- (5) 患者免疫狀況差，CD4 cell count <200mm<sup>3</sup> 或是正合併有伺機型感染 (AIDS-defining illness)。

(註)如因治療結核病(TB)或潛伏結核感染(LTBI)需變更使用第二線處方，符合「愛滋病檢驗及治療指引」所列建議處方可採行政審查，並在 TB 或 LTBI 治療結束後應轉換回第一線處方。

### 2. 申請方式：

如臨床有急迫用藥需求，需先行使用第二線處方者，應以電子郵件報備(請加密寄出，並以電話確認)後，先行緊急處方，並應於**開立處方後 7 日內**檢附文件補送提出申請(逾期不受理)，且相同處方以一次為限，並請註明急迫性之原由，審查單位將盡速審核回復，審查未通過者，將僅支付 14 日內之藥品費用，審查通過者，該次緊急處方至多支付 30 日之藥品費用。

#### 四、處方後當期審查

##### (一) 抽審之案件：

1. 單次住院醫療費用高於 50 萬元者。
2. 未依「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」規定轉換服用之二合一處方，且未經處方前專業審查者。
3. 使用第二線藥物成效不良：使用 12 個月後，病毒量未達 200copies/ml 以下。

##### (二) 注意事項：

轉換服用二合一處方(DTG/RPV)者，須於下一次回診進行病毒量檢查，以監測治療狀況；若該次病毒量檢測超過「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」規定之次數，其費用不予支付。



# 抗人類免疫缺乏病毒處方前專業審查申請書

附件

個案姓名：\_\_\_\_\_ 出生年月日：\_\_\_\_\_ 身分證字號：\_\_\_\_\_

申請醫院：\_\_\_\_\_ 申請醫師簽章：\_\_\_\_\_

聯絡人：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ 申請日期：\_\_\_\_\_

申請處方藥物	每顆劑量 (mg)	每日顆數

※是否為 B 型肝炎病毒帶原者？是 否（註：B 肝帶原者得申請含 TDF 處方）

## 不使用第一線處方的理由(可複選)

- 發生危及生命之過敏反應或嚴重的全身皮疹
- 具有抗藥性相關之病毒基因突變（需附抗藥性報告）
- 藥物交互作用（交互作用之藥物名稱\_\_\_\_\_適應症\_\_\_\_\_）
- 使用 ZDV 發生中度以上貧血(Hb<9.0g/dl)（檢驗日期及結果\_\_\_\_\_）
- 因 PVL 病毒量大於  $10^5$  而不使用 RPV
- 孕婦或兒童
- 其他理由（請具體說明\_\_\_\_\_）

第一線處方均不適用且有下列第\_\_點之急迫需求，已於\_\_年\_\_月\_\_日緊急開立第二線處方，並報備在案（註：需於開立處方 7 日內完成補件申請）

- 1.患者合併有慢性 B 型肝炎，已使用含 tenofovir，lamivudine 或是 emtricitabine 之藥物，需更改處方時。
- 2.正接受 ART 治療中，已知有明確抗藥性報告時。
- 3.患者已服藥中，臨床醫師認定因嚴重副作用僅適合更換為二線用藥者。
- 4.因其他非愛滋藥物與愛滋治療藥物會產生藥物交互作用而影響治療時<sup>(註)</sup>。
- 5.患者免疫狀況差，CD4 cell count  $<200\text{mm}^3$  或是正合併有伺機型感染(AIDS-defining illness)。

(註)如因治療結核病(TB)或潛伏結核感染(LTBI)需變更使用第二線處方，符合「愛滋病檢驗及治療指引」所列建議處方可採行政審查，並在 TB 或 LTBI 治療結束後應轉換回第一線處方。

申請理由補充說明：

## ※個案治療歷程

### 一、ART 處方使用歷程

※是否為初次服用雞尾酒療法者？ 是 否

※病患服藥順從性評估：\_\_\_\_\_

起訖時間	ART 處方	是否治療失敗或出現重大副作用、HIV 相關檢驗(如有，請說明以利審查)
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日		

### 二、檢驗報告及檢驗日期 ( 檢附最近 2 次之淋巴球數及病毒量 ):

檢驗日期及數值	檢驗項目	
	淋巴球 CD4	病毒量 PVL
年 月 日		
年 月 日		

核 定 欄	收到日		登錄日		
	專業審查 結果	<input type="checkbox"/> 同意。 <input type="checkbox"/> 不同意，理由：_____ 建議處方：_____			
	審查醫師簽名 ( 章 ):				
	承辦人		複核		決行

審查單位

回覆日