

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：葉祝玫

聯絡電話：02-27065866 分機：3021

傳真：02-27027723

電子郵件：A110514@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國114年9月30日

發文字號：健保審字第1140120698號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

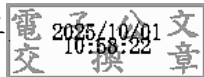
附件：如主旨 (A21030000I_1140120698_doc2_Attach1.PDF、
A21030000I_1140120698_doc2_Attach2.pdf)

主旨：檢送衛生福利部疾病管制署修正之「抗人類免疫缺乏病毒
處方審查作業」一份（附件），並自114年9月16日實施，
請轉知愛滋診療醫師依修訂之作業規範辦理，請查照。

說明：依衛生福利部疾病管制署114年9月16日疾管慢字第
1140300664號函（副本）辦理。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會

副本：本署各分區業務組



衛生福利部疾病管制署 函

地址：10050台北市中正區林森南路6號
聯絡人：曾毓珊
聯絡電話：(02)23959825#3172
電子信箱：mnt1234@cdc.gov.tw

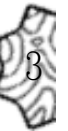
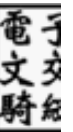
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國114年9月16日
發文字號：疾管慢字第1140300664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處方審查作業」(11403006641-1.pdf)

主旨：檢送本署修正之「抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業」
(下稱審查作業)，請轉知愛滋診療醫師及相關人員依循辦理，請查照。

說明：

- 一、因應Fostemsavir(商品名：Rukobia®)納入健保給付，該藥品為HIV-1多重抗藥治療藥品，臨床上如有需要可提處方前專業審查。另查國內多重抗藥治療藥品尚有Lenacapavir(商品名：Sunlenca®)，亦已取得我國藥品許可證，刻正申請納入健保給付程序中。
- 二、由於前揭多重抗藥治療藥品無法單獨使用，需與其他抗愛滋病毒藥品合併使用，且藥價較其他第一線處方昂貴，個案狀況較為複雜，爰針對使用該類藥品之案件，建立獨立之審查及檢討機制，以提高愛滋治療成效。
- 三、有關旨揭審查作業之修正內容，說明如下：
 - (一)考量多重抗藥治療藥品之申請案件，較為複雜且藥價較高，需有獨立之審查及檢討機制，故於注意事項中增列「針對多重抗藥治療藥品之申請案件，應檢具個案歷次



總收文 114.09.16



1140120698

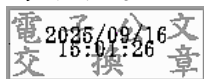
治療歷程、病毒量檢測、抗藥性檢驗報告及服藥順從性評估等資料進行送審，由愛滋多重抗藥專業審查小組進行審查，如審查通過應依審查意見配合完成相關事項後，方能開立」。

(二)另因該藥品須與其他抗愛滋病毒藥品合併使用，申請使用後應持續評估個案治療順從性，並定期檢討病毒量控制情形與治療成效，故於注意事項中增列「使用多重抗藥治療藥品，應持續評估個案治療順從性；另針對使用多重抗藥治療藥品處方達6個月，但成效不佳者(病毒量未達200 copies/ml以下)，須提報審查小組重新審查，評估是否調整治療處方，以兼顧治療效益與妥善運用珍貴之醫療資源」。

四、有關旨揭審查作業，請逕至本署全球資訊網(首頁>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)下載。

正本：人類免疫缺乏病毒指定醫療院所

副本：地方政府衛生局、衛生福利部中央健康保險署、台灣愛滋病學會、台灣感染症醫學會、社團法人台灣愛滋病護理學會、財團法人護理人員愛滋病防治基金會、財團法人台灣紅絲帶基金會、社團法人台灣露德協會、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、社團法人台灣預防醫學學會、社團法人中華民國愛滋病感染者權益促進會、社團法人台灣同志諮詢熱線協會、社團法人台灣你不是一個人實踐協會、社團法人臺灣感染誌協會、社團法人臺灣基地協會



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

113 年 4 月 1 日修訂

113 年 4 月 10 日修訂

114 年 9 月 16 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等規定辦理。

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」。

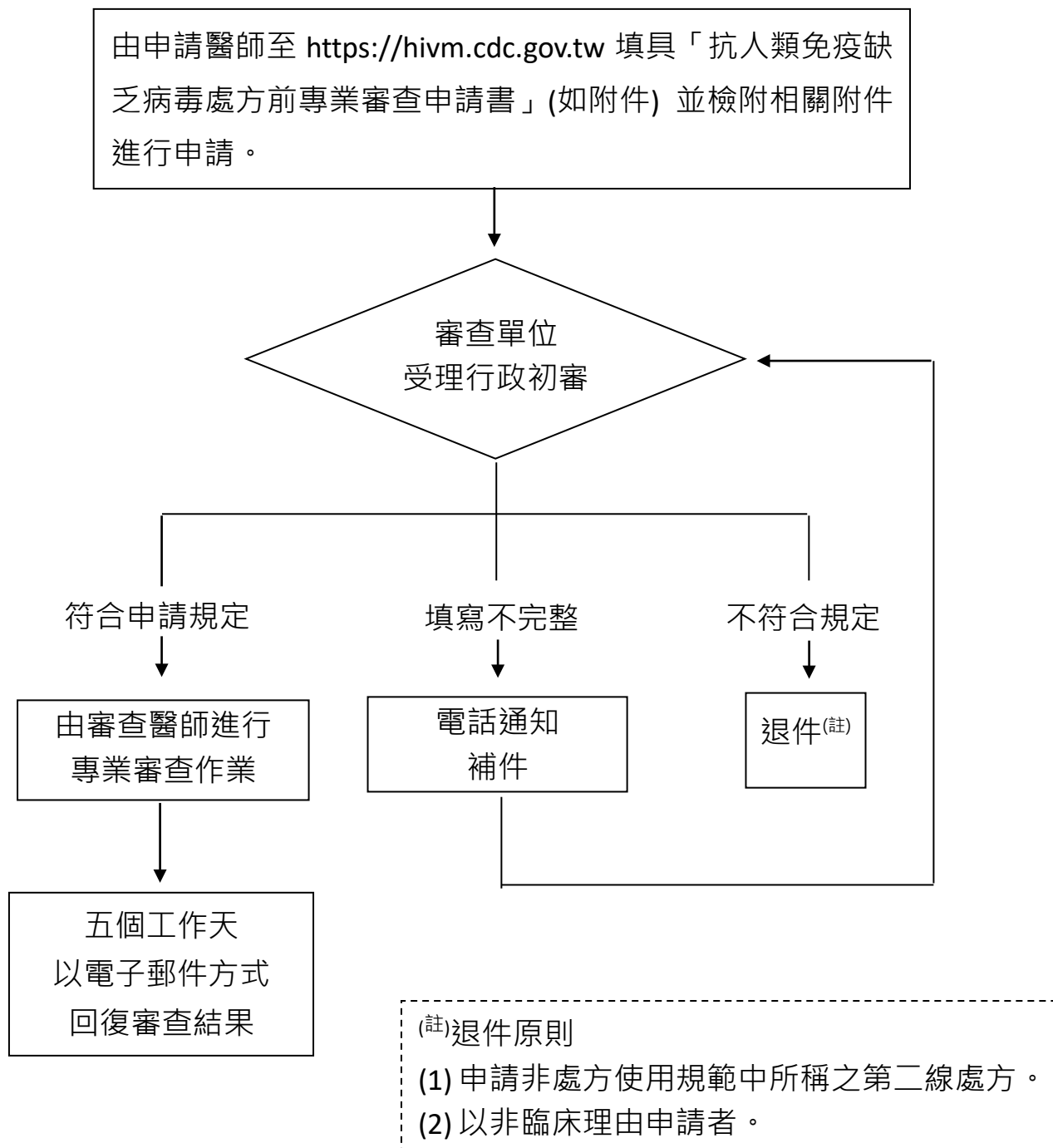
三、處方前專業審查：

（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口服處方組合，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。
- 4.使用長效針劑後，因故轉換回口服處方且超過前次口服處方藥價界限之處方組合。然，後續若再次轉換使用同一成分長效針劑，在符合該長效針劑使用條件下，不需再提出申請。

(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；申請長效針劑者，須證明或由疾病管制署行政檢核為潛伏結核感染(LTBI)檢驗陰性或已完成 TB/LTBI 治療。使用長效針劑未依時程延遲回診，將增加治療失敗之風險，凡 1 年內超過 1 個月以上延遲回診超過 2 次者，停止續用長效針劑，如後續有使用之需求，應重新提出申請。
- (3) 針對多重抗藥治療藥品之申請案件，應檢具個案歷次治療歷程、病毒量檢測、抗藥性檢驗報告及服藥順從性評估等資料進行送審，由愛滋多重抗藥專業審查小組進行審查，如審查通過應依審查意見配合完成相關事項後，方能開立。
- (4) 使用多重抗藥治療藥品，應持續評估個案治療順從性；另針對使用多重抗藥治療藥品處方達 6 個月，但成效不佳者(病毒量未達 200 copies/ml 以下)，須提報審查小組重新審查，評估是否調整治療處方，以兼顧治療效益與妥善運用珍貴之醫療資源。

(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，須先行使用口服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^(註)。
- (5) 患者免疫狀況差，CD4 cell count <200mm³ 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，需先行使用口服第二線處方者，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」規定轉換使用之口服二合一處方，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：

轉換使用口服二合一處方(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：_____

申請處方藥品	使用方式(口服/針劑)	每次使用劑量	使用頻率

※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
- ☐經醫師評估需使用長效針劑(原因:_____)，且潛伏結核感染(LTBI)檢驗陰性或已完成 TB/LTBI 治療者（檢附最近一次 BMI 數值_____）
- ☐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__日緊急開立口服第二線處方，並報備在案（註：需於開立處方 7 日內完成補件申請）

- 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。
- 正接受 ART 治療中，已知有明確抗藥性報告時。
- 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。
- 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^(註)。
- 患者免疫狀況差， $CD4\ cell\ count < 200mm^3$ 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	☐ 同意。 ☐ 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