

「藥品給付規定」修訂對照表

第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自114年6月1日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、111/2/1、<u>114/6/1</u>): 1. 限用於慢性病毒性C型肝炎患者，並依據「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。(109/1/1、109/7/1) 2. 限使用於 HCV RNA <u>或 HCV core Ag</u> 為陽性之下列病患：(107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、<u>114/6/1</u>) (1) 病毒基因型第1型、第2型、第4型、第5型或第6型成人病患。 (2) 12歲以上且未併有失代償性肝硬化之病毒基因型第1型兒童患者 (111/2/1)。 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若曾接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療且符合下列情形之一者，可再治療一次 (一	10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、111/2/1): 1. 限用於慢性病毒性C型肝炎患者，並依據「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。(109/1/1、109/7/1) 2. 限使用於 HCV RNA 為陽性之下列病患：(107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1) (1) 病毒基因型第1型、第2型、第4型、第5型或第6型成人病患。 (2) 12歲以上且未併有失代償性肝硬化之病毒基因型第1型兒童患者 (111/2/1)。 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若曾接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療且符合下列情形之一者，可再治療一次 (一

修訂後給付規定	原給付規定
個療程)：(110/6/1) (1) 接受第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。	個療程)：(110/6/1) (1) 接受第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。
10. 7. 10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret) (107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1、109/7/1、109/8/1、110/6/1、111/2/1、<u>114/6/1</u>)： 1. 限用於成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。 (109/1/1、109/7/1) 2. 限使用於 HCV RNA <u>或 HCV core Ag</u> 為陽性及無肝功能代償不全之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型12歲以上病患。 (108/1/1、108/6/1、109/8/1、111/2/1、<u>114/6/1</u>) 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若符合下列情形之	10. 7. 10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret) (107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1、109/7/1、109/8/1、110/6/1、111/2/1)： 1. 限用於成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。 (109/1/1、109/7/1) 2. 限使用於 HCV RNA 為陽性及無肝功能代償不全之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型12歲以上病患。(108/1/1、108/6/1、109/8/1、111/2/1) 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若符合下列情形之

修訂後給付規定	原給付規定
一者，可再治療一次（一個療程）：(110/6/1) (1) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。 (3) 接受其他 DAAs 第一次治療，於治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值（即下降未達100倍）發生在108年1月1日前者。	一者，可再治療一次（一個療程）：(110/6/1) (1) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。 (3) 接受其他 DAAs 第一次治療，於治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值（即下降未達100倍）發生在108年1月1日前者。
10. 7. 11. Sofosbuvir/velpatasvir（如 Epclusa）(108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、112/5/1、<u>114/6/1</u>)： 1. 限用於慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。(109/1/1、109/7/1、112/5/1) 2. 限使用於 HCV RNA 或 HCV core Ag 為陽性之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型12歲以上且體重至少30公斤之兒童	10. 7. 11. Sofosbuvir/velpatasvir（如 Epclusa）(108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、112/5/1)： 1. 限用於慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。(109/1/1、109/7/1、112/5/1) 2. 限使用於 HCV RNA 為陽性之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型12歲以上且體重至少30公斤之兒童與成人病患。

修訂後給付規定	原給付規定
與成人病患。(112/5/1、<u>114/6/1</u>) 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若符合下列情形之一者，可再治療一次 (一個療程)：(110/6/1、112/5/1)。 (1) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。 (3) 接受未含 NS5A 抑制劑之 DAAs 第一次治療，於治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達100倍) 發生在108年1月1日前者。 (4) 失代償性肝硬化 (Child-Pugh B 或 C) 病患，先前接受含 NS5A 抑制劑之 DAAs 第一次治療失敗者 (治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者)。	(112/5/1) 3. (略) 4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若符合下列情形之一者，可再治療一次 (一個療程)：(110/6/1、112/5/1)。 (1) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。 (3) 接受未含 NS5A 抑制劑之 DAAs 第一次治療，於治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達100倍) 發生在108年1月1日前者。 (4) 失代償性肝硬化 (Child-Pugh B 或 C) 病患，先前接受含 NS5A 抑制劑之 DAAs 第一次治療失敗者 (治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者)。

修訂後給付規定	原給付規定
(112/5/1)	(112/5/1)
10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir (如 Vosevi): (110/9/1、<u>114/6/1</u>) 1. 限用於成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。 2. 限使用於 HCV RNA <u>或 HCV core Ag</u> 為陽性，且未併有肝硬化或併有代償性肝硬化 (Child-Pugh A 級) 之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型病患。 <u>(114/6/1)</u> 3. (略) 4. 限未曾申請給付本藥品且曾接受其他全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs) 第一次治療並符合下列情形之一者： (1) 接受第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受第一次治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達100倍) 發生在108年1月1日	10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir (如 Vosevi): (110/9/1) 1. 限用於成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。 2. 限使用於 HCV RNA 為陽性，且未併有肝硬化或併有代償性肝硬化 (Child-Pugh A 級) 之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型病患。 3. (略) 4. 限未曾申請給付本藥品且曾接受其他全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs) 第一次治療並符合下列情形之一者： (1) 接受第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。 (2) 接受第一次治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達100倍) 發生在108年1月1日

修訂後給付規定	原給付規定
前者。	前者。

備註：劃線部分為新修訂規定