「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

（自 115 年 12 月 1 日生效）

修訂後給付規定	原給付規定
10.7.7.Elbasvir/grazoprevir（如 Zepatier）(106/8/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、115/12/1)：（刪除）	10.7.7.Elbasvir/grazoprevir（如 Zepatier）(106/8/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1)： 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 型或第 4 型成人病患。(107/6/1、108/1/1、108/6/1) 3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。(108/1/1) (1)基因型第 1a 型且治療前未帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株： I.給付 12 週。 II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑(protease inhibitor)合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。 (2)基因型第 1a 型且治療前帶有 NS5A 抗藥性相關多形性病毒株，需合併 ribavirin 治療，給付 16 週。 (3)基因型第 1b 型： I.給付 12 週。

修訂後給付規定	原給付規定
	II.若為先前使用 interferon/ ribavirin/蛋白酶抑制劑合併治療失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。 (4)基因型第 4 型： I.給付 12 週。 II.若為先前使用 interferon/ ribavirin 合併治療中發生病毒學失敗者，需合併 ribavirin 治療，給付 16 週。 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 第一次治療並符合下列情形之一者，可再治療一次（一個療程）：(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。
10.7.8.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、114/6/1、114/12/1、115/12/1）： 1.~2.(略) 3.本藥品療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。(108/1/1、115/12/1)	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、114/6/1、114/12/1）： 1.~2.(略) 3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。(108/1/1)

修訂後給付規定	原給付規定
(1)每療程 12 週。（108/1/1、115/12/1）	(1)給付 12 週。
(2)下列情況需合併 ribavirin 治療，每療程 12 週：（108/1/1、115/12/1） I.~III. (略)	(2)下列情況需合併 ribavirin 治療，給付 12 週： I.~III. (略)
4.不得併用其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）。（107/1/1、110/6/1、115/12/1）	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。 5.高風險族群（監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者）病人，若符合前述規定即可接受治療，以治療三次為限。（114/12/1）
10.7.9.Sofosbuvir（如 Sovaldi）(107/1/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、115/12/1)： 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。(107/1/1、109/1/1、109/7/1) 2.限使用於 HCV RNA 為陽性及無肝功	10.7.9.Sofosbuvir（如 Sovaldi）(107/1/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1)： 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

修訂後給付規定	原給付規定
能代償不全之病毒基因型第 2 型成人病患。(107/6/1、108/1/1、108/6/1)	功能代償不全之病毒基因型第 2 型成人病患。(107/6/1、108/1/1、108/6/1)
3.需合併 ribavirin 治療，每療程 12 週，醫師每次開藥以 4 週為限。(108/1/1、115/12/1)	3.需合併 ribavirin 治療，每人給付療程 12 週，醫師每次開藥以 4 週為限。(108/1/1)
4.不得併用其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）。（107/1/1、115/12/1）	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。
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、114/6/1、114/12/1、115/12/1）：	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、114/6/1、114/12/1）：
1.~2. (略)	1.~2. (略)
3.本藥品療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。（107/8/1、108/1/1、109/4/1、110/6/1、115/12/1）	3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。（108/1/1、109/4/1、110/6/1）
(1)未曾接受治療之患者，每療程 8 週。（107/8/1、108/1/1、109/4/1、109/8/1、115/12/1）	(1)未曾接受治療之患者，給付 8 週。（109/4/1、109/8/1）
(2)曾接受含(peg)interferon 及 ribavirin 及合併或不合併 sofosbuvir 治療組合之患者：（107/8/1、110/6/1、115/12/1）	(2)曾接受含(peg)interferon 及 ribavirin 及合併或不合併 sofosbuvir 治療組合之患者：（110/6/1）
I.基因型第 1、2、4、5 或 6 型：	I.基因型第 1、2、4、5 或 6 型：
i.無肝硬化者，每療程 8 週。（107/8/1、115/12/1）	i.無肝硬化者，給付 8 週。
ii.具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，每療程 12 週。（107/8/1、	ii.具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，給付 12 週。

修訂後給付規定	原給付規定
115/12/1） II.基因型第 3 型，且無肝硬化或具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，每療程 16 週。（107/8/1、115/12/1） (3)曾接受含 NS5A 抑制劑或 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療之基因型第 1 型患者：（107/8/1、115/12/1） I.若曾接受 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療，但未曾接受 NS5A 抑制劑治療者，每療程 12 週。（107/8/1、115/12/1） II.若曾接受 NS5A 抑制劑治療，但未曾接受 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療者，每療程 16 週。（107/8/1、115/12/1） 4.不得併用其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）。（107/8/1、110/6/1、115/12/1）	II.基因型第 3 型，且無肝硬化或具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，給付 16 週。 (3)曾接受含 NS5A 抑制劑或 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療之基因型第 1 型患者： I.若曾接受 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療，但未曾接受 NS5A 抑制劑治療者，給付 12 週。 II.若曾接受 NS5A 抑制劑治療，但未曾接受 NS3/4A 蛋白酶抑制劑治療者，給付 16 週。 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） (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

修訂後給付規定	原給付規定
	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。 5.高風險族群（監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者）病人，若符合前述規定即可接受治療，以治療三次為限。（114/12/1）
10.7.11.Sofosbuvir/velpatasvir（如 Epclusa）（108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、112/5/1、114/6/1、114/12/1、115/12/1）： 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。(108/6/1、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 公斤之兒童與成人病患。(108/6/1、112/5/1、114/6/1) 3.本藥品療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。（108/6/1、110/6/1、112/5/1、115/12/1） (1)未曾接受全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)或曾接受 DAAs 治療，未併有或併有代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，每療程 12 週。（108/6/1、115/12/1）	10.7.11.Sofosbuvir/velpatasvir（如 Epclusa）（108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、112/5/1、114/6/1、114/12/1）： 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 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 公斤之兒童與成人病患。(112/5/1、114/6/1) 3.給付療程如下，醫師每次開藥以 4 週為限。（110/6/1、112/5/1） (1)未曾接受全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)或曾接受 DAAs 治療，未併有或併有代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，給付 12 週。

修訂後給付規定	原給付規定
(2)未曾接受 DAAs 或曾接受 DAAs 治療（含 NS5A 抑制劑之 DAAs 治療失敗者除外），併有失代償性肝硬化(Child-Pugh score B 或 C)者，需合併 ribavirin 治療，每療程 12 週。(108/6/1、112/5/1、115/12/1)	(2)未曾接受 DAAs 或曾接受 DAAs 治療（含 NS5A 抑制劑之 DAAs 治療失敗者除外），併有失代償性肝硬化(Child-Pugh score B 或 C)者，需合併 ribavirin 治療，給付 12 週。(112/5/1)
(3)曾接受含 NS5A 抑制劑之 DAAs 治療失敗，併有失代償性肝硬化(Child-Pugh score B 或 C)者，需合併 ribavirin 治療，每療程 24 週。(112/5/1、115/12/1)	(3)曾接受含 NS5A 抑制劑之 DAAs 治療失敗，併有失代償性肝硬化(Child-Pugh score B 或 C)者，需合併 ribavirin 治療，給付 24 週。(112/5/1)
4.不得併用其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）。（108/6/1、110/6/1、112/5/1、115/12/1）	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

修訂後給付規定	原給付規定
	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）
	5.高風險族群（監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者）病人，若符合前述規定即可接受治療，以治療三次為限。（114/12/1）
10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir（如Vosevi）：（110/9/1、114/6/1、114/12/1、115/12/1）	10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir（如Vosevi）：（110/9/1、114/6/1、114/12/1）
1.限用於曾接受其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）之成人慢性病毒性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。（110/9/1、115/12/1）	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或HCV core Ag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。（110/9/1、114/6/1）	2. 限使用於HCV RNA或HCV core Ag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。（114/6/1）
3.本藥品療程如下，醫師每次開藥以4週為限。（110/9/1、115/12/1）	3.給付療程如下，醫師每次開藥以4週為限。
(1)基因型1、2、3、4、5、6，且曾接受含NS5A抑制劑治療失敗者，每療程12週。（110/9/1、115/12/1）	(1)基因型1、2、3、4、5、6，且曾接受含NS5A抑制劑治療失敗者，給付12週。

修訂後給付規定	原給付規定
(2)基因型 1a 或 3，且曾經接受含 sofosbuvir 但無 NS5A 抑制劑治療失敗者，每療程 12 週。（110/9/1、115/12/1）	(2)基因型 1a 或 3，且曾經接受含 sofosbuvir 但無 NS5A 抑制劑治療失敗者，給付 12 週。
4.不得併用其他全口服直接抗病毒藥物（direct-acting anti-viral, DAAs）（110/9/1、115/12/1）	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 日前者。 5.高風險族群（監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者）病人，若符合前述規定即可接受治療，以治療三次為限。（114/12/1）

備註：劃線部分為新修訂規定

「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」部分內容修訂對照表

修訂後內容	現行內容
一、~五、(略) 六、個案登錄及管控作業： （一）～（八）略 （九）每位個案須符合藥品給付規定，除非有特殊情況，每次療程僅能選用一種治療組合。 （十）～（十三）(略)	一、~五、(略) 六、個案登錄及管控作業： （一）～（八）略 （九）高風險族群（監獄受刑人、注射藥癮者、愛滋病毒帶原者/愛滋病人、發生危險性行為者）病人每位至多給付三個療程，其他個案至多給付二個療程為限，並須符合藥品給付規定，除非有特殊情況，每次療程僅能選用一種治療組合。 （十）～（十三）(略)
C 型肝炎全口服新藥健保給付病人使用同意書範本 本人＿＿＿＿＿＿＿＿，在健保資源有限下，因醫療需要並配合健保政策，經醫師說明 C 型肝炎全口服新藥健保給付所訂定之給付規定，本人充分瞭解內容並同意遵守相關規定： 1.~7. (略)。	C 型肝炎全口服新藥健保給付病人使用同意書範本 本人 ＿＿＿＿＿＿＿＿，在健保資源有限下，因醫療需要並配合健保政策，經醫師說明 C 型肝炎全口服新藥健保給付所訂定之給付規定，本人充分瞭解內容並同意遵守相關規定： 1.~7. (略) 8.每人至多給付二個療程為限，並須符合藥品給付規定。

修訂後內容	現行內容
(餘略)	(餘略)

備註：劃線部分為新修訂規定