C型肝炎全口服新藥藥品給付規定

10.7.5.Daclatasvir（如Daklinza）及asunaprevir（如Sunvepra）(106/1/24、106/5/15、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1)：(刪除)

10.7.6.Ombitasvir/paritaprevir/ ritonavir（如Viekirax）及dasabuvir（如Exviera）(106/1/24、106/5/15、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1)：(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、115/12/1)：(刪除)：

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.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或HCV core Ag為陽性之下列病患：(107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、114/6/1))

(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.本藥品療程如下，醫師每次開藥以4週為限。(108/1/1、115/12/1)

(1)每療程12週。(108/1/1、115/12/1)

(2)下列情況需合併ribavirin治療，每療程12週：(108/1/1、115/12/1)

Ⅰ.若為先前使用interferon、ribavirin且合併或未合併蛋白酶抑制劑治療失敗，且具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者。

Ⅱ.肝功能代償不全(Child-Pugh score B或C)者。

Ⅲ.無肝功能代償不全之基因型第1型或第4型肝臟移植者。

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)

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)

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)

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)：

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 或 HCV core Ag 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、114/6/1))

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)

(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)

(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)

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)

ii.具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者，每療程12週。(107/8/1、

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，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)

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。(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)

(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)

(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)

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）

10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir（如 Vosevi)：(110/9/1、114/6/1、114/12/1、115/12/1）

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）
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）
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）
   (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）
   (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）
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）