

「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 113 年 4 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine (如 Sebivo); tenofovir disoproxil (如 Viread); tenofovir alafenamide (如 Vemlidy): (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1、108/2/1、108/5/1、109/1/1、109/7/1、110/3/1、111/3/1、111/9/1、112/10/1、113/1/1、<u>113/4/1</u>)</p> <p>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>1. ~3. 略</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月(或 IgM anti-HBc 為陰性)及 HBeAg(-)，且符合以下條件之一者，其療程至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月： (93/8/1、95/11/1、98/11/1、</p>	<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine (如 Sebivo); tenofovir disoproxil (如 Viread); tenofovir alafenamide (如 Vemlidy): (92/10/1、93/2/1、93/8/1、94/10/1、95/10/1、95/11/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1、108/2/1、108/5/1、109/1/1、109/7/1、110/3/1、111/3/1、111/9/1、112/10/1、113/1/1)</p> <p>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>1. ~3. 略</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月(或 IgM anti-HBc 為陰性)及 HBeAg(-)，且符合以下條件之一者，其療程至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並於檢驗血清 HBV DNA 連續三次，每次間隔 6 個月，均檢驗不出 HBV DNA 時停藥，每次療程至多給付 36 個月： (93/8/1、95/11/1、98/11/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>106/1/1、106/4/1、110/3/1、 112/10/1、113/1/1、<u>113/4/1</u>)</p> <p>(1) ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT<math>\geq</math> 2X)，且血清 HBV DNA<math>\geq</math>2,000 IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。惟 <u>Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Hepato-Ease、Barazer、Becavir</u> 等除上述條件外，應符合 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT<math>\geq</math> 2X)。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、112/10/1、113/1/1、<u>113/4/1</u>)</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F2，其 ALT 值半年有兩次以上（間隔大於 3 個月）大於正常值上限(ALT&gt;X)，且血清 HBV DNA<math>\geq</math> 20,000 IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。惟 <u>Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、</u></p>	<p>106/1/1、106/4/1、110/3/1、 112/10/1、113/1/1)</p> <p>(1) ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT<math>\geq</math> 2X) (<u>Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Hepato-Ease、Barazer、Becavir</u> 等則需 ALT 值半年有兩次以上(每次間隔 3 個月)大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT<math>\geq</math> 2X))，且血清 HBV DNA<math>\geq</math>2,000 IU/mL，或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。 (93/8/1、95/11/1、98/11/1、112/10/1、113/1/1)</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F2(<u>Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Hepato-Ease、Barazer、Becavir</u> 等則需肝纖維化程度大於或等於 F3)，其 ALT 值半年有兩次以上（間隔大於 3 個月）大於正常值上限(ALT&gt;X)，且血清 HBV DNA<math>\geq</math></p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Hepato-Ease、Barazer、Becavir</u>等除上述條件外，應符合肝纖維化程度大於或等於 F3。(110/3/1、112/10/1、113/1/1、113/4/1)</p> <p>註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4(FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F2 之定義為：(112/10/1)</p> <p>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) ≥ 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) ≥ 1.5。</p> <p>II. Fibrosis-4 (FIB-4) ≥ 2.1，計算公式為  <math display="block">\frac{[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})]}{[\text{Platelet count}(\text{10}^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]}</math></p> <p>5.~7. 略</p>	<p>20,000 IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患及類血友病患經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。(110/3/1、112/10/1、113/1/1)</p> <p>註：以肝臟纖維化掃描或 Fibrosis-4(FIB-4)證實等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F2 之定義為：(112/10/1)</p> <p>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) ≥ 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) ≥ 1.5。</p> <p>II. Fibrosis-4 (FIB-4) ≥ 2.1，計算公式為  <math display="block">\frac{[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})]}{[\text{Platelet count}(\text{10}^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]}</math></p> <p>5.~7. 略</p>

備註：劃線部分為新修訂規定