

「藥品給付規定」修訂對照表 (草案)

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 112 年 10 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)</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</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)</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</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>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、106/1/1、106/4/1、110/3/1、<u>112/10/1</u>）</p> <p>(1) <u>ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT\geq 2X)</u> (Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Baravir、Hepato-Ease、Barazer、Becavir 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\geq 2X))，且血清 HBV DNA\geq2,000 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、<u>112/10/1</u>）</p> <p>(2) <u>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-</p>	<p>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、106/1/1、106/4/1、110/3/1）</p> <p>(1) 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\geq 2X)，且血清 HBV DNA\geq2,000 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）</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F3 者，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$>$X)，且血清 HBV DNA\geq 20,000 IU/mL 或經由肝</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>Pro、Baravir、Hepato-Ease、Barazer、Becavir 等則需肝纖維化程度大於或等於 F3</u>，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>X），且血清 HBV DNA \geq 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)</p> <p>註：<u>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：</u> (112/10/1)</p> <p><u>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) \geq 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) \geq 1.5。</u></p> <p><u>II. Fibrosis-4 (FIB-4) \geq 2.1，計算公式為</u> $\frac{[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})]}{[\text{Platelet count}(\text{10}^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ }}$</p>	<p>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)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<u>ALT(U/L)]。</u> 5.~7.略	5.~7.略

備註：劃線部分為新修訂規定