

「藥品給付規定」修正對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 106 年 1 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (如 Viread): (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、<u>106/1/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg(+)且已發生肝代償不全者，<u>以 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg、telbivudine 600mg、或 tenofovir 300mg 治療，其給付療程如下：(98/11/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1、<u>106/1/1</u>)</u></p> <p><u>(1)HBeAg 陽性病患治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月治療。</u></p> <p><u>(2)HBeAg 陰性病患治療至少二年，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 時可停藥，每次療程至多給付 36 個月。</u></p>	<p>10.7.3. Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (如 Viread): (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)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及慢性 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. HBsAg(+)且已發生肝代償不全者；<u>(98/11/1)</u></p> <p><u>(1)以 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg、或 telbivudine 600mg、或 tenofovir 300mg 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1、100/6/1、102/2/1、104/12/1)</u></p> <p><u>(2)HBeAg 陽性病患若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給付最多 12 個月治療。(98/11/1)</u></p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>註：</p> <p>I. 肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒 或 bilirubin (total)\geq 2. 0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值 為準。</p> <p>II. Entecavir 每日限使用 1 粒。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1) (1)~(6)(略)</p> <p>3. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於(或等 於)正常值上限 5 倍以上(ALT\geq 5X)，符合前述條件者，其給付療 程為<u>治療至 e 抗原轉陰並再給付最 多 12 個月</u>。(98/11/1、99/5/1、 106/1/1)</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值 上限 2 至 5 倍之間(2X\leqALT<5X)， 且血清 HBV DNA\geq20,000 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 陽性之患者，符合前述條件者，其 給付療程為<u>治療至 e 抗原轉陰並再 給付最多 12 個月</u>。(93/8/1、 95/11/1、98/11/1、99/5/1、 106/1/1)</p> <p>5. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(-)</p>	<p>註：</p> <p>I. 肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒 或 bilirubin\geq2. 0mg/dL， prothrombin time 延長係以該 次檢驗 control 值為準。</p> <p>II. Entecavir 每日限使用 1 粒。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+)：(98/11/1) (1)~(6)(略)</p> <p>3. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+) 超過 3 個月，且 ALT 值大於(或等 於)正常值上限 5 倍以上(ALT\geq 5X)，符合前述條件者，其給付療 程為 <u>12 至 36 個月</u>。若治療療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者，則可再給 付最多 12 個月治療。(98/11/1、 99/5/1)</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(+) 超過 3 個月，其 ALT 值介於正常值 上限 2 至 5 倍之間(2X\leqALT<5X)， 且血清 HBV DNA\geq20,000 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 陽性之患者，符合前述條件者，其 給付療程為 <u>12 至 36 個月</u>。若治療 療程 36 個月內有 e 抗原轉陰者， 則可再給付最多 12 個月治療。 (93/8/1、95/11/1、98/11/1、 99/5/1)</p> <p>5. HBsAg(+)超過 6 個月及 HBeAg(-)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>超過3個月，且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\geq2X)，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陽性之患者，符合前述條件者，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時可停藥，每次療程至多給付36個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1、106/1/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現lamivudine 100mg、entecavir、telbivudine抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之B型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如10.7.4.之1至4項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>7. 符合第2至5項條件者，若使用entecavir，劑量為每日0.5mg。(104/12/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如Hepsera Tablets 10mg) ; Entecavir (如Baraclude 1.0mg) ; tenofovir 300mg (如Viread) : (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1、</p>	<p>超過3個月，且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\geq2X)，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陽性之患者，符合前述條件者，其療程為12至36個月。(93/8/1、95/11/1、98/11/1)</p> <p>6. 若上述治療中出現lamivudine 100mg、entecavir、telbivudine抗藥性病毒株，可改換對於抗藥株有效之B型肝炎抗病毒藥劑治療，治療藥物及療程之規定詳如10.7.4.之1至4項。(98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>7. 符合第2至5項條件者，若使用entecavir，劑量為每日0.5mg。(104/12/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如Hepsera Tablets 10mg) ; Entecavir (如Baraclude 1.0mg) ; tenofovir 300mg (如Viread) : (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p><u>106/1/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg 或 1.0mg、telbivudine 治療或預防B型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值(1 log IU/mL)，以下條件擇一給付：(98/11/1、99/5/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>(1) 得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療(rescue therapy) 3年；(95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2) 改用 entecavir 1.0mg(僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療3年；(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3) 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療1年。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(4) 改用 tenofovir 300mg 單一藥物治療3年。(104/12/1)</p> <p>(5) 原已接受其他口服抗病毒藥物救援治療，治療期間出現抗藥株，或治療未達預期之病毒學反應，得改以 tenofovir 單一</p>	<p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療<u>試辦</u>計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg 或 1.0mg、telbivudine 治療或預防B型肝炎發作出現抗藥株(指於治療中一旦HBV DNA 從治療期間之最低值上升超過一個對數值(1 log IU/mL)，以下條件擇一給付：(98/11/1、99/5/1、102/2/1、104/12/1)</p> <p>(1) 得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療(rescue therapy) 3年；(95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(2) 改用 entecavir 1.0mg(僅限於 lamivudine 產生抗藥性之病人)單一藥物治療3年；(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(3) 以 Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 或 interferon alpha-2b (如 Intron A) 或 peginterferon alfa-2a (如 Pegasys) 治療1年。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>(4) 改用 tenofovir 300mg 單一藥物治療3年。(104/12/1)</p> <p>(5) 原已接受其他口服抗病毒藥物救援治療，治療期間出現抗藥株，或治療未達預期之病毒學反應，得改以 tenofovir 單一</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>藥物救援治療，並給付其原救援治療剩餘之期間。 (104/12/1)</p> <p>2. 若停藥後復發，得以合併療法或 tenofovir 單一藥物再治療，或以干擾素再治療 1 年。<u>以口服抗病毒藥物治療之給付療程依 HBeAg(+) 或 HBeAg(-) 而定：HBeAg(+) 病患治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月；HBeAg(-) 病患治療至少二年，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 時可停藥，每次療程至多給付 36 個月。前述再次復發時得再接受治療，不限治療次數。</u> (99/7/1、104/12/1、106/1/1)</p> <p>3. 慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者： (1) 肝硬化之病患。(99/7/1) (2) 接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4. 之 1 項。 (95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p> <p>4. 臨床上若產生多重抗藥病毒株時</p>	<p>藥物救援治療，並給付其原救援治療剩餘之期間。 (104/12/1)</p> <p>2. 若停藥後復發，得以合併療法或 tenofovir 單一藥物再治療<u>一次，療程為 3 年；或以干擾素再治療 1 年。</u>(99/7/1、104/12/1)</p> <p>3. 慢性 B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 帶原者： (1) 肝硬化之病患。(99/7/1) (2) 接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植，須持續接受免疫抑制劑時。(95/10/1、97/8/1、99/5/1) 上述病患長期使用 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine，以治療或預防 B 型肝炎發作，若出現抗藥性病毒株者，治療藥物及療程之規定詳如 10.7.4. 之 1 項。 (95/10/1、97/8/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1)</p> <p>4. 臨床上若產生多重抗藥病毒株時</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>可給予 tenofovir 300mg 單一藥物治療，或合併 entecavir 1.0mg 及 tenofovir 300mg 治療 3 年。 (104/12/1)</p> <p>註：多重抗藥病毒株指病毒對 lamivudine、telbivudine、entecavir 或 adefovir 產生二種(含)藥物以上之抗藥性。 (104/12/1)</p>	<p>可給予 tenofovir 300mg 單一藥物治療，或合併 entecavir 1.0mg 及 tenofovir 300mg 治療 3 年。 (104/12/1)</p> <p>註：多重抗藥病毒株指病毒對 lamivudine、telbivudine、entecavir 或 adefovir 產生二種(含)藥物以上之抗藥性。 (104/12/1)</p>

備註：劃線部份為新修正之規定。

「藥品給付規定」修正對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 106 年 1 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a (如 Pegasys)(92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1、<u>106/1/1</u>)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者</p> <p>I. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常值上限五倍以上 (ALT\geq5X)，且無肝功能代償不全者。療程為 12 個月。 (98/11/1、105/10/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒或 bilirubin (total)\geq2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>II. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間 (2X</p>	<p>8.2.6. 短效干擾素、長效干擾素：</p> <p>8.2.6.1. Interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A) (92/10/1)；peginterferon alfa-2a (如 Pegasys)(92/11/1-C 肝、94/11/1-B 肝、96/10/1、98/11/1、99/5/1-B 肝、100/6/1-B 肝、102/2/1、105/10/1)：</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者</p> <p>I. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，且 ALT 值大於 (或等於) 正常值上限五倍以上 (ALT\geq5X)，且無肝功能代償不全者。療程為 12 個月。 (98/11/1、105/10/1)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒或 bilirubin (total)\geq2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>II. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (+) 超過三個月，其 ALT 值介於正常值上限二至五倍之間 (2X</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p> \leqALT<5X)，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 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為 12 個月。(98/11/1、105/10/1) </p> <p> III. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (-) 超過三個月，且 ALT 值半年有兩次以上 (每次間隔三個月) 大於或等於正常值上限二倍以上 (ALT \geq 2X)，且血清 HBV DNA \geq 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，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。療程為 12 個月。(98/11/1) </p> <p> IV. 符合上述 I、II、III 條件納入治療計畫且經完成治療後停藥者：經 <u>6 個月</u> 觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 <u>interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療 (一個療程)</u>；或以 <u>lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 再治療</u>。惟若 </p>	<p> \leqALT<5X)，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 陽性並有慢性肝炎變化，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全者，可接受藥物治療，療程為 12 個月。(98/11/1、105/10/1) </p> <p> III. HBsAg (+) 超過六個月及 HBeAg (-) 超過三個月，且 ALT 值半年有兩次以上 (每次間隔三個月) 大於或等於正常值上限二倍以上 (ALT \geq 2X)，且血清 HBV DNA \geq 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，無 D 型或 C 型肝炎合併感染，且無肝功能代償不全之患者。療程為 12 個月。(98/11/1) </p> <p> IV. 符合上述 I、II、III 條件納入治療計畫且經完成治療後停藥者：經 <u>一年</u> 觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 <u>Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療一次 (一個療程)</u> 或 <u>lamivudine 100mg 或 entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療 12~36 個月</u>。若有肝代償不全者 </p>

修正後給付規定	原給付規定
<p>有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用 1 粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 再治療。 (98/11/1、99/5/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 1 及 3 至 5 項條件納入治療計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療（一個療程），或以 lamivudine 100mg、entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 再治療。惟若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine 100mg、entecavir 1.0mg(每日限使用 1 粒)、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 再治療。 (98/11/1、100/6/1、102/2/1、106/1/1)</p> <p>VI. 上述IV及V停藥復發者再以口服抗病毒藥物治療之給付療程依 HBeAg(+)或 HBeAg(-)而定： HBeAg(+)病患治療至 e 抗原轉陰並再給付最多 12 個月； HBeAg(-)病患治療至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV DNA，並</p>	<p>則應儘速使用 lamivudine 100mg 或 entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1、99/5/1、100/6/1、102/2/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入治療計畫經完成治療後停藥者：經觀察 3 至 6 個月，復發且符合上述 I、II、III 條件且無肝代償不全者，可使用 interferon alpha-2a、interferon alpha-2b 或 peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程），或 lamivudine 100mg 或 entecavir 0.5mg 或 telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine 100mg 或 entecavir 0.5mg、telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg 治療，療程為 12~36 個月。 (98/11/1、100/6/1、102/2/1)</p>

修正後給付規定	原給付規定
<p><u>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 時可停藥，每次療程至多給付 36 個月。再次復發時得再接受治療，不限治療次數。</u> <u>(106/1/1)</u></p> <p>(2)用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(略)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1)：(略)</p>	<p>(2)用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(略)</p> <p>2. 限用於下列癌瘤病患「限 interferon alpha-2a (如 Roferon-A) 及 interferon alpha-2b (如 Intron A)」(93/4/1、97/8/1)：(略)</p>

備註：劃線部份為新修正之規定。