「藥品給付規定」修正規定 第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents (自107年1月1日生效)

修正後給付規定	原給付規定
10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (★ Harvoni)	無
<u>(107/1/1):</u>	
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」之成人慢性病毒性 C 型肝炎患者。	
2. 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月、HCV RNA 為陽	
性之病毒基因型第1型、第4型、第5型或第6型	
成人病患,且需符合下列條件之一:	
(1)經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證	
實,等同 METAVIR system 纖維化大於或等於	
F3;或超音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲	
張,或超音波診斷為肝硬化併脾腫大。	
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F3之定義為:	
I.肝臟纖維化掃描 transient	
elastography (Fibroscan)≧9.5Kpa 或	
Acoustic Radiation Force Impulse	
elastography (ARFI)≧1.81m/sec∘	
II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25,計算公式	
為[Age(years) x AST(U/L)] /	
[Platelet count(10 ⁹ /L) x	
$\sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}$ °	
(2)基因型第1型或第4型之肝臟移植者。	
3. 給付療程如下,醫師每次開藥以4週為限。服藥後	
<u>需定期監測病毒量,使用4週後病毒量未能下降超</u>	

過二個對數值(即下降未達 100 倍)者,應停止治療,給付不超過 6 週。

- (1)給付12週。
- (2)下列情况需合併 ribavirin 治療,給付 12 週:
 - 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. 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。
- 10.7.9. Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1):
 - 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」之成人慢性病毒性C型肝炎患者。
 - 2. 限使用於 Anti-HCV 陽性超過六個月、HCV RNA 為陽性、無肝功能代償不全之病毒基因型第2型成人病患,且需符合下列條件:

經由肝組織切片或肝臟纖維化掃描或 FIB-4 證實, 等同 METAVIR system 纖維化大於或等於 F3;或超 音波診斷為肝硬化併食道或胃靜脈曲張,或超音波 診斷為肝硬化併脾腫大。

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 F3 之 定義為:

I.肝臟纖維化掃描 transient

elastography (Fibroscan)≥9.5Kpa 或
Acoustic Radiation Force Impulse
elastography (ARFI)≥1.81m/sec。

II.Fibrosis-4 (FIB-4)≥3.25,計算公式
為[Age(years) × AST(U/L)] /

[Platelet count(10⁹/L) ×

√ALT(U/L)]。

- 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。服藥後需定期監測病毒 量,使用 4 週後病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達 100 倍)者,應停止治療,給付不超過 6 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。

備註: 劃線部分為新修正之規定。