

「藥品給付規定」修訂對照表

第 8 節 免疫製劑 Immunologic agents

(自 109 年 7 月 1 日生效)

修訂後給付規定	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、<u>109/7/1</u>);</p> <p>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、106/1/1、106/4/1、<u>109/7/1</u>):</p> <p>1. 用於慢性病毒性 B 型或慢性病毒性 C 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎治療時： I. ~ VI. (略)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時： I. ~ III. (略)</p> <p>(3) <u>醫事服務機構及醫師資格：</u> <u>(109/7/1)</u></p> <p><u>I. 醫院：</u></p> <p>i. <u>有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。</u></p> <p>ii. <u>醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關</u></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) ;</p> <p>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、106/1/1、106/4/1) :</p> <p>1. <u>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。</u></p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I. ~ VI. (略)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時： I. ~ III. (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。</u></p> <p><u>iii. 前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有 B 型或 C 肝炎感染者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。</u></p> <p><u>II. 基層院所：</u></p> <p><u>i. 須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。</u></p> <p><u>ii. 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得開立處方，惟離島地區(如金門縣、連江縣、澎湖縣、台東縣蘭嶼鄉、台東縣綠島鄉)內科醫師之基層院所，亦得開立處方。</u></p> <p><u>◎附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表</u></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)： (1)~(9)(略)</p> <p>8. 2. 6. 2. Peginterferon alpha-2b (如 Peg-Intron) (92/10/1、94/10/1、109/7/1)；interferon alfacon-1 (如 Infergen)(93/7/1、94/10/1、</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)： (1)~(9)(略)</p> <p>8. 2. 6. 2. Peginterferon alpha-2b (如 Peg-Intron)(92/10/1、94/10/1)；interferon alfacon-1 (如 Infergen) (93/7/1、94/10/1、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p data-bbox="220 181 544 226">98/11/1、109/7/1)</p> <p data-bbox="156 248 791 353">1. 限用於下列慢性病毒性 C 型肝炎患者，且應與 ribavirin 併用：</p> <p data-bbox="156 501 791 925">(1) 限 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，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)，以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。</p> <p data-bbox="156 947 791 1052">(2) 療程依 Viral kinetics 區分如下： (略)</p> <p data-bbox="156 1075 639 1120">2. 醫事服務機構及醫師資格：</p> <p data-bbox="197 1137 368 1182">(109/7/1)</p> <p data-bbox="188 1205 352 1249">(1) 醫院：</p> <p data-bbox="225 1267 791 1373">I. 有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。</p> <p data-bbox="220 1395 791 1753">II. 醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。</p> <p data-bbox="220 1776 791 2067">III. 前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有 B 型或 C 型肝炎感染者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。</p> <p data-bbox="188 2089 424 2134">(2) 基層院所：</p>	<p data-bbox="884 181 1038 226">98/11/1)</p> <p data-bbox="820 248 1455 488">1. 限用於參加「<u>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</u>」之下列慢性病毒性 C 型肝炎患者，且應與 ribavirin 併用。</p> <p data-bbox="820 501 1455 925">2. 限 ALT 值異常者，且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性，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)，以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化，且無肝功能代償不全者。</p> <p data-bbox="820 947 1455 1052">3. 療程依 Viral kinetics 區分如下： (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>I. 須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。</u></p> <p><u>II. 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得開立處方，惟離島地區(如金門縣、連江縣、澎湖縣、台東縣蘭嶼鄉、台東縣綠島鄉)內科醫師之基層院所，亦得開立處方。</u></p> <p>◎附表三十四：<u>肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表</u></p>	

備註：畫線部分為新修訂之規定

「藥品給付規定」修訂對照表

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 109 年 7 月 1 日生效)

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.7.2. Ribavirin 膠囊劑 (如 Robotrol、Rebetol) (93/2/1、93/7/1、93/8/1、95/11/1、98/11/1、100/4/1、<u>109/7/1</u>):</p> <p>1. 限用於下列慢性病毒性 C 型肝炎患者且應與 interferon-alfa 2a 或 interferon-alfa 2b 或 interferon alfacon-1 或 peginterferon alfa-2b 或 peginterferon alfa-2a 合併治療:</p> <p>(1) 限 ALT 值異常者, 且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性, 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), 以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化, 且無肝功能代償不全者。(98/11/1)</p> <p>(2) 療程依 Viral Kinetics 區分如下: (98/11/1)</p> <p><u>I.</u> (略)</p> <p><u>II.</u> (略)</p> <p><u>III.</u> (略)</p> <p><u>IV.</u> (略)</p> <p>2. <u>醫事服務機構及醫師資格:</u> (<u>109/7/1</u>)</p>	<p>10.7.2. Ribavirin 膠囊劑 (如 Robotrol、Rebetol) (93/2/1、93/7/1、93/8/1、95/11/1、98/11/1、100/4/1):</p> <p>1. 限用於參加「<u>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</u>」之下列慢性病毒性 C 型肝炎患者且應與 interferon-alfa 2a 或 interferon-alfa 2b 或 interferon alfacon-1 或 peginterferon alfa-2b 或 peginterferon alfa-2a 合併治療:</p> <p>限 ALT 值異常者, 且 Anti-HCV 與 HCV RNA 均為陽性, 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), 以 METAVIR system 證實輕度纖維化大於或等於 F1 及肝炎變化, 且無肝功能代償不全者。(98/11/1)</p> <p>2. 療程依 Viral Kinetics 區分如下: (98/11/1)</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) (略)</p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>(1)醫院：</u></p> <p><u>I. 有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。</u></p> <p><u>II. 醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。</u></p> <p><u>III. 前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有B型或C肝炎感染者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。</u></p> <p><u>(2)基層院所：</u></p> <p><u>I. 須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。</u></p> <p><u>II. 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得開立處方，惟離島地區(如金門縣、連江縣、澎湖縣、台東縣蘭嶼鄉、台東縣綠島鄉)內科醫師之基層院所，亦得開立處方。</u></p> <p><u>◎附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表</u></p>	

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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>1. ~7. (略)</p> <p>8. <u>醫事服務機構及醫師資格：</u> (109/7/1) (1)醫院： I. <u>有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。</u> II. <u>醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。</u> III. <u>前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有 B 型或 C 型肝炎感染</u></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)</p> <p>限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」之下列慢性病毒性 B 型肝炎患者：</p> <p>1. ~7. (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。</u></p> <p><u>(2)基層院所：</u></p> <p><u>I. 須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。</u></p> <p><u>II. 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得開立處方，惟離島地區(如金門縣、連江縣、澎湖縣、台東縣蘭嶼鄉、台東縣綠島鄉)內科醫師之基層院所，亦得開立處方。</u></p> <p><u>◎附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表</u></p>	
<p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hespera Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) ; tenofovir disoproxil (如 Viread) ; tenofovir alafenamide (如 Vemlidy) : (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、108/5/1、<u>109/7/1</u>)</p> <p><u>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</u></p> <p>1. ~5. (略)</p> <p><u>6. 醫事服務機構及醫師資格：</u> <u>(109/7/1)</u></p>	<p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hespera Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) ; tenofovir disoproxil (如 Viread) ; tenofovir alafenamide (如 Vemlidy) : (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、99/7/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、108/5/1)</p> <p><u>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：</u></p> <p>1. ~5. (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>(1)醫院：</u></p> <p><u>I. 有消化系內科或消化系兒科專科醫師之醫院。</u></p> <p><u>II. 醫師資格為前開醫院之消化系內科專科醫師、消化系兒科專科醫師、血液病專科醫師、腫瘤內科專科醫師、癌症相關科醫師及符合器官移植手術資格之專任或兼任專科醫師。</u></p> <p><u>III. 前開非消化系專科醫師，需先照會消化系專科醫師，惟愛滋病毒感染患者併有B型或C肝炎感染者，得由其照護之感染症內科專科醫師開立處方。</u></p> <p><u>(2)基層院所：</u></p> <p><u>I. 須具有消化系內科或消化系兒科專任專科醫師之基層院所。</u></p> <p><u>II. 肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區，具有消化系內科或消化系兒科兼任專科醫師之基層院所，亦得開立處方，惟離島地區(如金門縣、連江縣、澎湖縣、台東縣蘭嶼鄉、台東縣綠島鄉)內科醫師之基層院所，亦得開立處方。</u></p> <p><u>◎附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表</u></p>	

修訂後給付規定	原給付規定
<p>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、<u>109/7/1</u>)：</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>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)：</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」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。(109/1/1)</p> <p>2. ~4. (略)</p>
<p>10.7.7. Elbasvir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、<u>109/7/1</u>)：</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>10.7.7. Elbasvir/grazoprevir (如 Zepatier) (106/8/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1)：</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」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。(109/1/1)</p> <p>2. ~4. (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>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、<u>109/7/1</u>):</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>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):</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」之慢性病毒性 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)</p> <p>2. ~4. (略)</p>
<p>10.7.9. Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、<u>109/7/1</u>):</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>10.7.9. Sofosbuvir (如 Sovaldi) (107/1/1、107/6/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1):</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」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。(109/1/1)</p> <p>2. ~4. (略)</p>
<p>10.7.10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret)(107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1、<u>109/7/1</u>):</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>10.7.10. Glecaprevir/pibrentasvir (如 Maviret)(107/8/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/4/1):</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」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。(109/1/1)</p> <p>2. ~4. (略)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>10.7.11. Sofosbuvir/velpatasvir (如 Epclusa) (108/6/1、109/1/1、<u>109/7/1</u>):</p> <p>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、<u>109/7/1</u>)</p> <p>2. ~4. (略)</p>	<p>10.7.11. Sofosbuvir/velpatasvir (如 Epclusa) (108/6/1、109/1/1):</p> <p>1. 限用於參加「<u>全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫</u>」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。(109/1/1)</p> <p>2. ~4. (略)</p>

備註：畫線部分為新修訂之規定

附表三十四：肝炎治療醫療資源不足地區及山地離島地區一覽表

分區別	縣市別	鄉鎮區別
臺北	新北市	烏來區、石門區、坪林區、萬里區、雙溪區
	宜蘭縣	南澳鄉、大同鄉
	金門縣	所有鄉鎮區
	連江縣	所有鄉鎮區
北區	桃園市	復興區
	新竹縣	五峰鄉、尖石鄉
	苗栗縣	泰安鄉
中區	台中市	和平區、大安區
	彰化縣	大城鄉、芳苑鄉、埤頭鄉、福興鄉、線西鄉、田尾鄉、埔鹽鄉、溪州鄉
	南投縣	國姓鄉、信義鄉、仁愛鄉
南區	雲林縣	所有鄉鎮區
	嘉義市	所有鄉鎮區
	嘉義縣	所有鄉鎮區
	台南市	排除中西區、安平區、安南區及南區，其餘原台南縣鄉鎮區域持續列為醫療資源不足地區
高屏	高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區
	屏東縣	琉球鄉、新園鄉、霧台鄉、枋山鄉、獅子鄉、三地門鄉、車城鄉、來義鄉、春日鄉、泰武鄉、長治鄉、崁頂鄉、萬巒鄉、麟洛鄉、瑪家鄉、牡丹鄉
	澎湖縣	所有鄉鎮區
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉
	台東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、綠島鄉