

## 「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

## 第 8 章 免疫製劑 Immunologic agents

(自 100 年 6 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators</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、<u>100/6/1-B 肝</u>):</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I.~III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程）或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、<u>telbivudine 600mg 或</u></p>	<p>8.2. 免疫調節劑 Immunomodulators</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):</p> <p>1. 限用於參加「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性 B 型或 C 型肝炎患者。</p> <p>(1) 用於慢性病毒性 B 型肝炎患者 I.~III. (略)</p> <p>IV. 符合上述 I、II、III 條件納入試辦計畫且經完成治療後停藥者：經一年觀察期，復發且符合上述 I、II、III 條件者，無肝代償不全者，可使用 Interferon alpha-2a、interferon alpha-2b、peginterferon alfa-2a 再治療一次（一個療程）或 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg <u>或</u> telbivudine 治療</p>

<p><u>tenofovir 300mg</u> 治療 12~36 個月。若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、<u>telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg</u> 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1、99/5/1、100/6/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦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 (限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 <u>telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg</u> 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg、<u>telbivudine 600mg 或 tenofovir 300mg</u> 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1、100/6/1)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(略)</p>	<p>12~36 個月。若有肝代償不全者則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 <u>telbivudine</u> 治療，療程為 12~36 個月。 (98/11/1、99/5/1)</p> <p>V. 符合 10.7.3 之 3 至 5 項條件納入試辦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(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 <u>telbivudine</u> 治療 12~36 個月，若有肝代償不全者，則應儘速使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)或 entecavir 0.5mg 或 <u>telbivudine</u> 治療，療程為 12~36 個月。(98/11/1)</p> <p>(2) 用於慢性病毒性 C 型肝炎治療時：(略)</p>
--	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。

「全民健康保險藥品給付規定」修正規定

第 10 章 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 100 年 6 月 1 日生效)

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs</p> <p>10.7.3 Lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg); entecavir <u>0.5mg</u> (如 Baraclude); telbivudine <u>600mg</u> (如 Sebivo); <u>tenofovir 300mg</u> (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、<u>100/6/1</u>)</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；(98/11/1)</p> <p>(1) 以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine <u>600mg</u> 或 <u>tenofovir 300mg</u> 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1、<u>100/6/1</u>)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2. ~6. (略)</p>	<p>10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs</p> <p>10.7.3 Lamivudine (限使用 Zeffix tablets 100mg); Entecavir (如 Baraclude <u>0.5mg</u>); Telbivudine (如 Sebivo <u>600mg</u>): (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)</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；(98/11/1)</p> <p>(1) 以 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg 或 telbivudine 治療，療程 12~36 個月；(98/11/1)</p> <p>(2) (略)</p> <p>2. ~6. (略)</p>

備註：劃線部份為新修訂之規定。