

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓
承辦人：鄭舜介
電話：(02)2752-7286#134
傳真：(02)2771-8392
電子信箱：jie@tma.tw

受文者：各縣市醫師公會

發文日期：中華民國99年6月7日

發文字號：全醫聯字第0990001186號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明

主旨：轉知「全民健康保險藥品給付規定—第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」，業經中央健康保險局於99年6月1日以健保審字第0990051353號令修正發布，並自99年7月1日生效，請查照。

說明：依據行政院衛生署中央健康保險局99年6月1日健保審字第0990051353A號書函副本（如附件）辦理。

正本：各縣市醫師公會
副本：中華民國醫師公會全國聯合會校對章

理事長 李明濱

副本

收文編號	收文日期	歸檔日期
1468	99.6.02	17:00

檔號：

保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 書函

機關地址：台北市信義路3段140號

傳真：(02)27027723

聯絡人及電話：賴小姐(02)27065866轉1552

電子信箱：lsy888w@mail.nhi.gov.tw

10688

台北市安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國99年6月1日

發文字號：健保審字第0990051353A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令稿合「全民健康保險藥品給付規定—第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定電子檔、發布令掃描檔、法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表電子檔

主旨：「全民健康保險藥品給付規定—第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」，業經本局於中華民國99年6月1日以健保審字第0990051353號令修正發布，茲檢送發布令（含附件）1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心（請刊登公報）

副本：行政院法規委員會、行政院衛生署法規委員會、行政院衛生署醫事處、行政院衛生署全民健康保險小組、行政院衛生署食品藥物管理局、全民健康保險監理委員會、全民健康保險爭議審議委員會、行政院衛生署醫院管理委員會、台北市政府衛生局、高雄市政府衛生局、行政院國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、福建省連江縣政府、福建省金門縣政府、台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、台灣區製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、台灣醫院協會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、本局資訊組、本局企劃組（請刊登健保電子報及本局全球資訊網）、本局醫務管理組、本局各分區業務組（請轉知轄區醫事機構）（以上均含附件）

行政院衛生署中央健康保險局稅務(2)

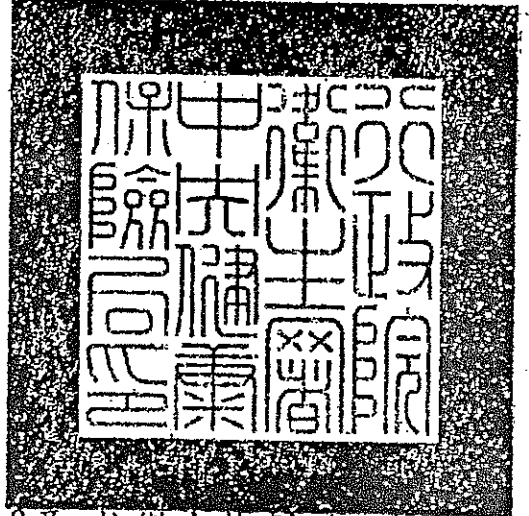
行政院衛生署中央健康保險局

檔 號：


保存年限：

行政院衛生署中央健康保險局 令

發文日期：中華民國99年6月1日
發文字號：健保審字第0990051353號
附件：如附



修正「全民健康保險藥品給付規定—第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定，並自中華民國九十九年七月一日生效。

附修正「全民健康保險藥品給付規定—第10章 抗微生物劑 Antimicrobial agents 10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs」給付規定 

局長 鄭守夏

「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

10.7. 抗病毒劑 Antiviral drugs

修正後給付規定	原給付規定
<p>10.7.3 Lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg); Entecavir (如 Baraclude 0.5mg); Telbivudine (如 Sebivo 600mg): (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) 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)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒或 bilirubin\geq 2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+): (98/11/1)</p> <p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。(98/11/1)</p>	<p>10.7.3 Lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg); Entecavir (如 Baraclude 0.5mg); Telbivudine (如 Sebivo 600mg): (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)</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) 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)</p> <p>註：肝代償不全條件為 prothrombin time 延長\geq3 秒或 bilirubin\geq 2.0mg/dL，prothrombin time 延長係以該次檢驗 control 值為準。</p> <p>2. 慢性 B 型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+): (98/11/1)</p> <p>(1) 接受非肝臟之器官移植後，B 型肝炎發作者，可長期使用。(98/11/1)</p>

<p>(2) 接受癌症化學療法中，B型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使用。(95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 接受癌症化學療法，經照會消化系專科醫師同意後，可於化學療法前1週開始給付使用，直至化學療法結束後6個月，以預防B型肝炎發作。 (98/11/1)</p> <p>(5) <u>肝硬化病患，可長期使用。</u> (99/7/1)</p> <p>註：<u>肝硬化條件為需同時符合下列二項條件：(99/7/1)</u></p> <p>(一)<u>HBsAg (+)且血清HBV DNA \geq 2,000IU/mL者。</u></p> <p>(二)<u>診斷標準：</u></p> <p>1、<u>肝組織切片 (Metavir F₄ 或 Ishak F₃ 以上，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)；或</u></p> <p>2、<u>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。</u></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12至36個月。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</p>	<p>(2) 接受癌症化學療法中，B型肝炎發作者，經照會消化系專科醫師同意後，可長期使用。 (93/2/1、94/10/1、98/11/1)</p> <p>(3) 接受肝臟移植者，可預防性使用。(95/10/1、98/11/1)</p> <p>(4) 接受癌症化學療法，經照會消化系專科醫師同意後，可於化學療法前1週開始給付使用，直至化學療法結束後6個月，以預防B型肝炎發作。 (98/11/1)</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12至36個月。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 \leq ALT < 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陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為12至36個月。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 (-) 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</p>
---	---

<p>($2X \leq ALT < 5X$)，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 陽性之患者，符合前述條件者，其給付療程為 12 至 36 個月。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 (-) 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 ($ALT \geq 2X$)，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(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、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. <u>之 1 至 3 項</u>。(98/11/1、99/5/1、99/7/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsara Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1、</p>	<p>($ALT \geq 2X$)，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(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、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. 1-2。(98/11/1、99/5/1)</p> <p>10.7.4. Adefovir dipivoxil (如 Hepsara Tablets 10mg) ; Entecavir (如 Baraclude 1.0mg) (95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1)</p>
--	--

<p style="text-align: center;"><u>99/7/1)</u></p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、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)</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、<u>99/7/1)</u></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、<u>99/7/1)</u></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、<u>99/7/1)</u></p> <p>2. <u>若停藥後復發，得以合併療法再治療一次，療程為3年；或以干擾素再治療1年。(99/7/1)</u></p> <p>3. 慢性B型肝炎表面抗原(HBsAg)帶原者：</p> <p>(1) <u>肝硬化之病患。(99/7/1)</u></p> <p>(2) <u>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、</u></p>	<p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 經使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 100mg)、entecavir 0.5mg、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)</p> <p>(1) 得以原治療藥物再加上 adefovir 進行合併救援治療 (rescue therapy) 2年；(95/9/1、95/10/1、97/8/1、98/11/1、99/5/1)</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 2年；(98/11/1、99/5/1)</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)</p> <p>2. 慢性B型肝炎表面抗原(HBsAg)帶原者接受非肝臟之器官移植後發作或接受肝臟移植者，於持續接受免疫抑制劑時，長期使用 lamivudine(限使用 Zeffix tablets 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，得改用本品治療。(95/10/1、97/8/1、99/5/1)</p>
--	---

附表

<p>97/8/1、99/5/1) <u>上述病患長期使用 lamivudine(限 使用 Zeffix tablets 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。</u> (95/10/1、97/8/1、99/5/1、 99/7/1)</p>	
---	--

備註：劃線部份為新修訂之規定。