

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

104



42

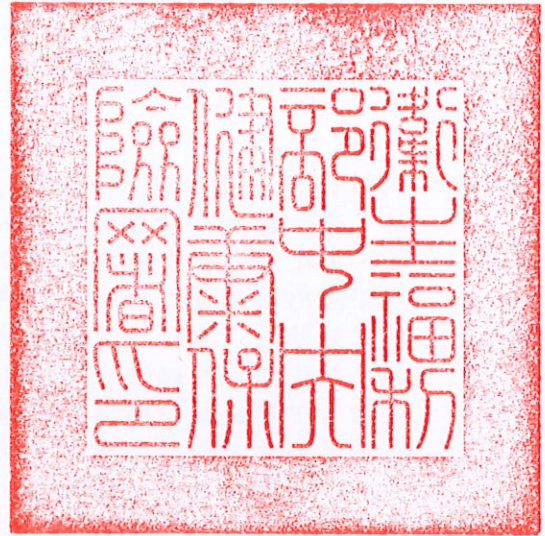
台北市中山區民權東路一段67號5樓

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年11月22日

發文字號：健保審字第1120673023號

附件：全民健康保險藥品已收載品項明細表及藥品
給付規定修訂對照表各1份(請至本署全球資
訊網自行下載)



主旨：公告異動B型肝炎用藥Baravir F.C. Tablets 0.5mg及1mg共2品
項之支付價格暨修訂其藥品給付規定。

依據：全民健康保險法第41條暨全民健康保險藥物給付項目及支付
標準。

公告事項：

- 一、「全民健康保險藥品已收載品項異動明細表」如附件1。
- 二、修訂「全民健康保險藥物給付項目及支付標準—第六編第八
十三條之藥品給付規定第10節抗微生物劑 Antimicrobial
agents10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix)；entecavir (如
Baraclude)；telbivudine (如 Sebivo)；tenofovir disoproxil (如
Viread)；tenofovir alafenamide (如 Vemlidy)」部分規定，給
付規定修訂對照表如附件2。(附件電子檔已置於本署全球資

訊網(<https://www.nhi.gov.tw>)，路徑為：首頁>健保法令>最

新全民健保法規公告，請自行下載)

副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、地方政府衛生局、國防部軍醫局、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、社團法人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、中華民國診所協會全國聯合會、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、台灣藥品行銷暨管理協會、台灣製藥工業同業公會、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、台灣研發型生技新藥發展協會、社團法人中華民國學名藥協會、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、本署企劃組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、意欣國際有限公司

署長 石崇良

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

項次	健保代碼	藥品名稱	成分及含量	規格量	藥商名稱	原支付價	初核價格	初核說明	生效日期
1	AC59750100	BARAVIR F.C. Tablets 0.5mg	ENTECAVIR 0.5MG		意欣國際有限公司	86	76	1.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第63次會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價格。 3.給付規定:適用通則及10.7.3.規定。	113/1/1
2	AC60109100	BARAVIR F.C. Tablets 1mg	ENTECAVIR 1MG		意欣國際有限公司	124	110	1.依全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議藥品部分第63次會議紀錄辦理。 2.本案藥品擴增給付範圍，廠商同意調整支付價格。 3.給付規定:適用通則及10.7.3.規定。	113/1/1

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自 113 年 1 月 1 日生效)

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、109/7/1、110/3/1、111/3/1、111/9/1、112/10/1、<u>113/1/1</u>)</p> <p>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>1. ~3. 略</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月(或 IgM anti-HBc 為陰性)及 HBeAg(-)，且符合以下條件之一者，其療程至</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、109/7/1、110/3/1、111/3/1、111/9/1、112/10/1)</p> <p>用於慢性病毒性 B 型肝炎患者之條件如下：</p> <p>1. ~3. 略</p> <p>4. HBsAg(+)超過 6 個月(或 IgM anti-HBc 為陰性)及 HBeAg(-)，且符合以下條件之一者，其療程至少二年，治療期間需檢驗血清 HBV</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>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、106/4/1、110/3/1、112/10/1、<u>113/1/1</u>）</p> <p>(1) ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT\geq 2X) (Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenofovir、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Baravir、Hepato-Ease、Barazer 等則需 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 \geq2,000 IU/mL，或經由肝組織切片（血友病惠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。 （93/8/1、95/11/1、98/11/1、112/10/1、<u>113/1/1</u>）</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F2(Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、</p>	<p>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、106/4/1、110/3/1、112/10/1）</p> <p>(1) ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT\geq 2X) (Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenofovir、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Baravir、Hepato-Ease、<u>Barazer、Becavir</u> 等則需 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 \geq2,000 IU/mL，或經由肝組織切片（血友病惠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。（93/8/1、95/11/1、98/11/1、112/10/1）</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F2(Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p>Teno B、Tenofovir、Viread、Livepro、Lamivudine、Hepa-Pro、Hepato-Ease、Baraclude、Becavir 等則需肝纖維化程度大於或等於 F3)，其 ALT 值半年有兩次以上（間隔大於 3 個月）大於正常值上限(ALT>X)，且血清 HBV DNA \geq 20,000 IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患者及類血友病患者經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。(110/3/1、112/10/1、113/1/1)</p> <p>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 F2 之定義為： (112/10/1)</p> <p>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) \geq 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) \geq 1.5。</p> <p>II. Fibrosis-4 (FIB-4) \geq 2.1，計算公式為 [Age(years) \times AST(U/L)]</p>	<p>Teno B、Tenofovir、Viread、Livepro、Lamivudine、Hepa-Pro、<u>Baraclude</u>、Hepato-Ease、Baraclude、Becavir 等則需肝纖維化程度大於或等於 F3)，其 ALT 值半年有兩次以上（間隔大於 3 個月）大於正常值上限(ALT>X)，且血清 HBV DNA \geq 20,000 IU/mL 或經由肝組織切片（血友病患者及類血友病患者經照會消化系專科醫師同意後，得不作切片）證實 HBcAg 陽性。(110/3/1、112/10/1)</p> <p>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 F2 之定義為： (112/10/1)</p> <p>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) \geq 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) \geq 1.5。</p> <p>II. Fibrosis-4 (FIB-4) \geq 2.1，計算公式為 [Age(years) \times AST(U/L)]</p>

修訂後給付規定	原給付規定
$\frac{1}{[\text{Platelet count}(10^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]}$ 5.~7.略	$\frac{1}{[\text{Platelet count}(10^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ALT}(\text{U/L})}]}$ 5.~7.略

備註：劃線部分為新修訂規定