

「藥品給付規定」修訂對照表

第10節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

(自108年2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 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (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、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1、<u>108/2/1</u>)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 略</p> <p>2. 慢性B型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+):(98/11/1) (1)~(7) 略 <u>(8) 確診為肝癌並接受根除性治療且HBV DNA \geq 2000 IU/mL，可長期使用，直至肝癌復發且未能再次接受根除性治療止。</u> <u>(108/2/1)</u></p> <p><u>註：</u></p>	<p>10.7.3.Lamivudine 100mg(如 Zeffix); entecavir (如 Baraclude); telbivudine 600mg (如 Sebivo); tenofovir 300mg (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、100/6/1、102/2/1、104/12/1、106/1/1、106/4/1、107/2/1)</p> <p>限用於參加「全民健康保險加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」之下列慢性病毒性B型肝炎患者：</p> <p>1. 略</p> <p>2. 慢性B型肝炎病毒帶原者 HBsAg(+):(98/11/1) (1)~(7) 略</p>

<p>a. <u>根除性治療包括手術切除、肝臟移植、射頻燒灼 (radiofrequency ablation) 及局部酒精注射。</u></p> <p>b. <u>已符合肝硬化給付條件可長期使用者，不在此限。</u></p> <p>3. ~7. 略</p>	<p>3. ~7. 略</p>
---	-----------------

備註：劃線部分為新修訂之規定