

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

104



42

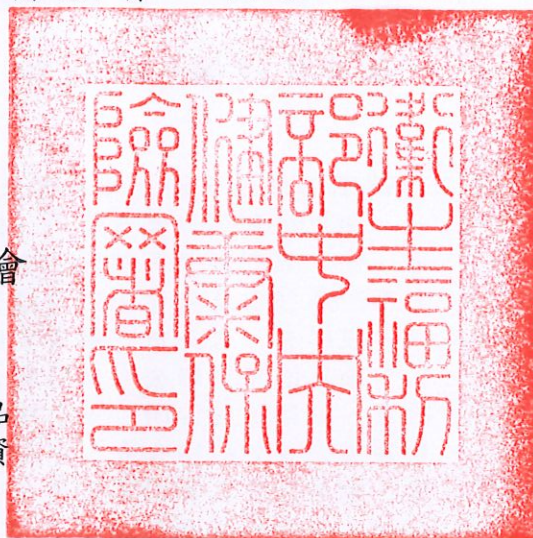
台北市中山區民權東路一段67號5樓

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9月15日

發文字號：健保審字第1120672429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肝用藥共17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 agents 10.7.3.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、十全實業股份有限公司、中國化學製藥股份有限公司新豐工廠、台灣諾華股份有限公司、永信藥品工業股份有限公司、香港商吉立亞醫藥有限公司台灣分公司、培力藥品工業股份有限公司、勝群藥業股份有限公司、鴻汶醫藥實業有限公司、臺灣必治妥施貴寶股份有限公司

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	BA24469100	Baraclude Tablets 0.5mg	ENTECAVIR 0.5MG		臺灣必治妥施貴寶股份有限公司	102	100	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。	112/10/1
2	BA24468100	Baraclude Tablets 1mg	ENTECAVIR 1MG		臺灣必治妥施貴寶股份有限公司	146	143	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。	112/10/1
3	AC59723100	BESANO F.C. TABLETS 0.5MG	ENTECAVIR 0.5MG		培力藥品工業股份有限公司	87	85	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。	112/10/1
4	AC59671100	BESANO F.C. TABLETS 1.0MG	ENTECAVIR 1MG		培力藥品工業股份有限公司	131	128	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。	112/10/1
5	AC58369100	BOCANON FILM-COATED TABLETS 0.5MG	ENTECAVIR 0.5MG		勝群藥業股份有限公司	92	90	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。	112/10/1
6	AC58600100	BOCANON FILM-COATED TABLETS 1MG	ENTECAVIR 1MG		勝群藥業股份有限公司	129	126	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。	112/10/1
7	AC60531100	Encaver F.C. Tablets 0.5mg "S.C."	ENTECAVIR 0.5MG		十全實業股份有限公司	89	87	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。	112/10/1
8	BC27700100	ENTECAVIR SANDOZ FILM COATED TABLETS 0.5MG	ENTECAVIR 0.5MG		台灣諾華股份有限公司	84	82	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。	112/10/1
9	BC27701100	ENTECAVIR SANDOZ FILM COATED TABLETS 1MG	ENTECAVIR 1MG		台灣諾華股份有限公司	122	119	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。	112/10/1
10	AC58335100	ENTIGIN FILM COATED TABLETS 0.5MG	ENTECAVIR 0.5MG		永信藥品工業股份有限公司	89	87	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。	112/10/1
11	AC58334100	ENTIGIN FILM COATED TABLETS 1MG	ENTECAVIR 1MG		永信藥品工業股份有限公司	132	129	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。	112/10/1
12	AA57322100	ENVIR F.C. TABLETS 0.5MG(30粒/鋁箔盒裝)	ENTECAVIR 0.5MG		中國化學製藥股份有限公司新豐工廠	92	90	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。	112/10/1
13	AC57856100	ENVIR F.C. TABLETS 1MG	ENTECAVIR 1MG		中國化學製藥股份有限公司新豐工廠	128	125	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。	112/10/1

全民健康保險藥品已收載品項異動明細表

14	BC27086100	Vemlidy film-coated Tablets	tenofovir alafenamide 25MG		香港商吉立亞醫藥有限公司台灣分公司	130	128	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。	112/10/1
15	BC27829100	Apo-Tenofovir F.C. Tablets 300mg	TENOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE) 245MG		鴻汶醫藥實業有限公司	89	87	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。	112/10/1
16	AC60206100	HUCANON TABLETS 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE) 245MG		勝群藥業股份有限公司	92	90	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。	112/10/1
17	AC60219100	VIPROOF FILM COATED TABLETS 300MG	TENOFOVIR DISOPROXIL (FUMARATE) 245MG		永信藥品工業股份有限公司	89	87	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。	112/10/1

「藥品給付規定」修訂對照表（草案）

第 10 節 抗微生物劑 Antimicrobial agents

（自 112 年 10 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)</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>	<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)</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>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、<u>112/10/1</u>）</p> <p>(1) <u>ALT 值大於或等於正常值上限 2 倍以上(ALT ≥ 2X)</u> (Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-Pro、Baravir、Hepato-Ease、Barazer、Becavir 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 ≥ 2X))，且血清 HBV DNA ≥ 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。（93/8/1、95/11/1、98/11/1、<u>112/10/1</u>）</p> <p>(2) <u>肝纖維化程度大於或等於 F2</u>(Fofnir、Hepwin、Sebivo、Ricovir、Hepuri、Virclean、Teno B、Tenof、Viread、Livepro、Lamidine、Hepar-</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）</p> <p>(1) 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 ≥ 2X)，且血清 HBV DNA ≥ 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。（93/8/1、95/11/1、98/11/1）</p> <p>(2) 肝纖維化程度大於或等於 F3 者，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 &gt; X)，且血清 HBV DNA ≥ 20,000 IU/mL 或經由肝</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<p><u>Pro、Baravir、Hepato-Ease、Barazer、Becavir 等則需肝纖維化程度大於或等於 F3</u>，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&gt;X），且血清 HBV DNA <math>\geq</math> 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。 (110/3/1、112/10/1)</p> <p>註：<u>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：</u> (112/10/1)</p> <p><u>I. 肝臟纖維化掃描 transient elastography (Fibroscan) <math>\geq</math> 8Kpa 或 Acoustic Radiation Force Impulse elastography (ARFI) <math>\geq</math> 1.5。</u></p> <p><u>II. Fibrosis-4 (FIB-4) <math>\geq</math> 2.1，計算公式為</u>  <math display="block">\frac{[\text{Age}(\text{years}) \times \text{AST}(\text{U/L})]}{[\text{Platelet count}(\text{10}^9/\text{L}) \times \sqrt{\text{ }}</math></p>	<p>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。(110/3/1)</p>

修訂後給付規定	原給付規定
<u>ALT(U/L)]。</u> 5.~7.略	5.~7.略

備註：劃線部分為新修訂規定