

10.7.13.Sofosbuvir/ velpatasvir/ voxilaprevir (如 Vosevi) : (110/9/1、114/6/1)

1. 限用於成人慢性病毒性 C 型肝炎患者，並依據「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」辦理。
2. 限使用於 HCV RNA 或 HCV core Ag 為陽性，且未併有肝硬化或併有代償性肝硬化 (Child-Pugh A 級) 之病毒基因型第1型、第2型、第3型、第4型、第5型或第6型病患。(114/6/1)
3. 給付療程如下，醫師每次開藥以4週為限。
 - (1) 基因型1、2、3、4、5、6，且曾接受含 NS5A 抑制劑治療失敗者，給付12週。
 - (2) 基因型1a 或3，且曾經接受含 sofosbuvir 但無 NS5A 抑制劑治療失敗者，給付12週。
4. 限未曾申請給付本藥品且曾接受其他全口服直接抗病毒藥物 (direct-acting anti-viral, DAAs) 第一次治療並符合下列情形之一者：
 - (1) 接受第一次治療時中斷療程，且中斷原因屬專業醫療評估必須停藥者。
 - (2) 接受第一次治療完成時或治療結束後第12週，血中仍偵測到病毒者，或治療4週後之病毒量未能下降超過二個對數值 (即下降未達100倍) 發生在108年1月1日前者。