

10.7.8. Sofosbuvir/ledipasvir (如 Harvoni) (107/1/1、107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、109/1/1、109/7/1、110/6/1、111/2/1、114/6/1)：

1. 限用於慢性病毒性 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。(109/1/1、109/7/1)
2. 限使用於 HCV RNA 或 HCV core Ag 為陽性之下列病患：(107/6/1、107/10/1、108/1/1、108/6/1、114/6/1))
 - (1) 病毒基因型第1型、第2型、第4型、第5型或第6型成人病患。
 - (2) 12歲以上且未併有失代償性肝硬化之病毒基因型第1型兒童患者(111/2/1)。
3. 給付療程如下，醫師每次開藥以4週為限。(108/1/1)
 - (1) 給付12週。
 - (2) 下列情況需合併 ribavirin 治療，給付12週：
 - I. 若為先前使用 interferon、ribavirin 且合併或未合併蛋白酶抑制劑治療失敗，且具代償性肝硬化(Child-Pugh score A)者。
 - II. 肝功能代償不全(Child-Pugh score B 或 C)者。
 - III. 無肝功能代償不全之基因型第1型或第4型肝臟移植者。
4. 限未曾申請給付其他同類全口服直接抗病毒藥物(direct-acting anti-viral, DAAs)，且不得併用其他 DAAs，惟若曾接受本項藥品或其他 DAAs 第一次治療且符合下列情形之一者，可再治療一次（一個療程）：(110/6/1)
 - (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) 接受第一次治療結束後第12週，血中偵測不到病毒，目前血中又再次偵測到病毒者。