

衛生福利部結核病防治費用補助要點

105年9月5日部授疾字第1050300815號

自一百零五年十月一日生效

一、衛生福利部（以下簡稱本部）為執行傳染病防治法第四十四條及第四十八條規定，加強結核病個案之治療品質、減少就醫障礙及抗藥性結核病菌之散播，以提高治療成功率；並降低受結核病菌感染者之發病率及阻斷疫情傳播，特訂定衛生福利部結核病防治費用補助要點（以下簡稱本要點）。

二、本要點補助對象：

- （一）在國內就醫診療結核病之病患。
- （二）接觸者。
- （三）潛伏結核感染者。
- （四）慢性傳染性肺結核病患。

前項所稱慢性傳染性肺結核病患係指在直接觀察治療（以下簡稱都治）下接受完整之二線藥物治療後，經檢驗結果仍為痰細菌學陽性，且無法選用足夠有效藥物治療，並經本部疾病管制署（以下簡稱疾管署）會議認定難以治癒，且有長期隔離療養之必要者。

三、本要點之醫療照護服務，由下列之指定醫療院所提供：

- （一）一般指定醫療院所：中央健康保險署（以下簡稱健保署）之特約醫療院所（含衛生所及慢性病防治所）。
- （二）專案指定醫院：
 - 1.經本部公告之慢性傳染性肺結核病患住院治療補助指定醫院。
 - 2.經疾管署公開評選合作辦理之多重抗藥性結核病醫療照護體系（以下簡稱照護體系）之醫事機構或法人組織。

四、補助給付應符合之條件：

- （一）醫療費用：疾管署中央傳染病追蹤管理系統內登記列管之名單，且於疾管署當年度公告之指定醫療院所就醫之本要點適用對象。
- （二）住院營養暨生活費：
 - 1.本國國民。
 - 2.於指定醫院住院之慢性傳染性肺結核病患，且遵從醫囑接受治療者。
- （三）都治費用：疾管署中央傳染病追蹤管理系統登記列管實施都治之本要點適用對象。

(四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：

1. 疾管署中央傳染病追蹤管理系統登記列管之個案。
2. 藥物敏感性試驗顯示符合下列任一條件：同時對 INH 及 RMP 抗藥或對 RMP 抗藥或對任三種抗結核藥物抗藥。
3. 接受指定醫院醫療照護者。

五、補助範圍：

- (一) 醫療費用：由疾管署和健保署每年協商因結核病診療之醫療補助項目和費用（含部分負擔及隔離治療期間膳食費）。
- (二) 住院營養暨生活費：補助住院期間每日新臺幣六百元（不包含出院當日費用）。
- (三) 都治費用：執行都治所需之費用（含人事費、交通、公衛驗痰、注射費及個案營養費等），由疾管署制訂。
- (四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：每案最高新臺幣一百六十萬元。

六、補助費用申請程序：

- (一) 醫療費用（除抗結核二線藥物外）委由健保署辦理，其申報流程比照全民健康保險相關規定辦理；抗結核二線藥物之供應則由醫療院所檢具結核病個案需使用之抗結核二線藥治療相關資料，向疾管署申請，經審查後供給。
- (二) 住院營養暨生活費委由指定醫院辦理，指定醫院應於每月五日前，檢具前一月之住院營養暨生活費印領清冊（附件8-1A）及病歷摘要等向疾管署申請核撥。
- (三) 都治費用：由縣（市）政府衛生局提報年度執行計畫，經疾管署審核後，核定補助經費額度並分期預撥費用。
- (四) 多重抗藥性結核病醫療照護專案費：照護體系按月檢送個案收案資料及領據，向疾管署申請經費核撥。

七、經費來源：由疾管署編列經費支付。

_____醫院	慢性傳染性肺結核病個案住院營養暨生活費印領清冊
---------	-------------------------

105.10.01版

順序號	身分證字號	姓名	登 記 日 期 審 查 日 期	判 定 為 慢 開 日 期	住 院 起 迄 日 期	住 院 日 數	營養暨生活費每人 日600元×住院日數	合 計	簽 章	備註

合計新臺幣 萬 仟 佰 元 整

院長 主計 單位主管 製表人 年 月 日

備註：

1. 慢性傳染性肺結核個案須遵從醫囑配合治療始可申請本項經費補助。
2. 本表每月五日前送衛生福利部疾病管制署慢性傳染病組（地址：100 台北市林森南路六號）審核，請影印一份自存。
3. 空白表格請自行影印使用。

慢性傳染性肺結核病患強制住院給付項目

類別	醫令代碼	項目名稱	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
診 察 費	02014K	隔離病床住院診察費(天)			V	415
	02015A			V	388	
	02016B		V		342	
	02006K	一般病床住院診察費(天)			V	393
	02007A			V	371	
	02008B		V		334	
病 房 費	03051B	負壓隔離病床--病房費	V	V	V	1989
	03052B	負壓隔離病床—護理費	V	V	V	1989
	03001K	急性一般病床--病房費(床/天)			V	598
	03002A			V	532	
	03004B		V		509	
	03026K	急性一般病床--護理費(床/天)			V	730
03027A			V	644		
03029B	V			585		
檢 查 費	32001C	胸腔檢查(包括各種角度部位之胸腔檢查) Chest view (including each view of chest film)	V	V	V	200
	32002C	註： 連續拍照第二張以上者，第一張 200 點，第二張以後一律八折支付，點數為 160 點。	V	V	V	160
	13025C	抗酸性濃縮抹片染色檢查 註： 1.適應症： (1) 懷疑分枝桿菌感染。 (2) 分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1) 需在負壓實驗室操作。 (2) 需附抗酸菌濃縮抹片染色檢查報告 (3) 不得與13006C同時申報。 (4) 限疾管署認可結核病檢驗機構執行	V	V	V	74

類別	醫令代碼	項目名稱	地區 醫院	區域 醫院	醫學 中心	支付 點數
	13026C	抗酸菌培養 (限同時使用固態培養基及具自動化偵測功能之液態培養系統) 註： 1.適應症： (1) 懷疑分枝桿菌感染。 (2) 分枝桿菌治療監控。 2.相關規範： (1) 需在負壓實驗室操作，且具自動化偵測之液態培養基系統。 (2) 需附抗酸菌培養報告。 (3) 不得與13012C同時申報。 (4) 限疾管署認可之結核病檢驗機構執行。	V	V	V	304
	13013C	抗酸菌鑑定檢查	V	V	V	200
藥品費		INH (含所有健保署核准支付之INH)	V	V	V	

備註：

- 1.胸腔檢查每名病患於每家醫院365日內僅可申報一次。
- 2.抗酸性濃縮抹片染色檢查、抗酸菌培養及抗酸菌鑑定檢查每名病患於每家醫院30日內僅可申報一次。

慢性傳染性肺結核病患指定醫院

編號	醫院所在縣市	醫院名稱	醫院代號
1	桃園縣	衛生福利部桃園醫院新屋分院	0132110519
2	新竹縣	國立臺灣大學醫學院附設醫院竹東分院	0433030016
3	臺中市	臺中榮民總醫院	0617060018
4	臺中市	衛生福利部臺中醫院	0117030010
5	彰化縣	衛生福利部彰化醫院	0137170515
6	嘉義市	衛生福利部嘉義醫院	0122020517
7	嘉義縣	臺中榮民總醫院灣橋分院	0640140012
8	臺南市	衛生福利部胸腔病院	0141270019
9	高雄市	高雄市立民生醫院	0102080017
10	高雄市	衛生福利部旗山醫院	0142030019
11	屏東縣	衛生福利部屏東醫院	0143010011
12	花蓮縣	財團法人佛教慈濟綜合醫院	1145010010
13	花蓮縣	衛生福利部花蓮醫院	0145010019
14	花蓮縣	臺北榮民總醫院鳳林分院	0645020015
15	臺東縣	衛生福利部臺東醫院	0146010013

備註：

本附表最新及完整資訊，可至疾管署全球資訊網（專業版首頁>傳染病介紹>結核病>防疫措施>工作指引及教材>衛生福利部法定傳染病醫療服務費用支付作業規範）下載。

無健保接觸者檢查給付項目

醫令代碼	項目名稱
12106C	結核菌素測驗
57112C	兒童結核菌素測驗
32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查) Chest view (including each view of chest film)
32002C	註：連續拍照第二張以上者，第一張 200點，第二張以後一律八折支付，點數為 160點。
E4003C	結核病接觸者檢查衛教諮詢及抽血
E4004C	丙型干擾素釋放試驗 (IGRA，不含試劑費)

備註：

1. 另門診診察費等相關申報作業依健保規定申報，由疾管署支付。
2. 其餘不給付項目費用應由病患自費。
3. 醫令代碼 E4003C 及 E4004C 自 105 年 3 月 1 日起適用。

無健保潛伏結核感染治療 (含副作用) 給付項目

分類	醫令代碼	項目名稱
檢驗	12106C	結核菌素測驗
	57112C	兒童結核菌素測驗
	09025C	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶 S-GOT (Glutamic-oxaiacetic-transaminase)
	09026C	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶 S-GPT (Glutamic-pyvuvic-transaminase)
	32001C	胸腔檢查 (包括各種角度部位之胸腔檢查) Chest view (including each view of chest film)
	32002C	註：連續拍照第二張以上者，第一張 200點，第二張以後一律八折支付，點數為 160點。
	27033C / 14032C (擇一)	B 型肝炎表面抗原放射免疫分析 (HBsAg) / B 型肝炎表面抗原 HBsAg - EIA/LIA (擇一)
	27034B / 14033C (擇一)	B 型肝炎表面抗體放射免疫分析 (Anti-HBs) / B 型肝炎表面抗體 Anti HBs (擇一)
	14051C	C 型肝炎病毒抗體檢查 (ANTI-HC (EIA) Ab)
	06006C	膽紅素檢查 (Bilirubin)
	09029C	膽紅素檢總量 (Bilirubin Total)
	09030C	直接膽紅素 (Bilirubin Direct)
	14049C	人類免疫缺乏病毒抗原抗體複合型篩檢試驗 (HIV ELISA/Combo Ag+Ab)
治療	E4005C	潛伏結核感染治療衛教諮詢
藥品		INH (含所有健保署核准支付之INH)

備註：

1. 門診診察費、藥事服務費等相關申報作業依健保規定申報，由疾管署支付。
2. 其餘不給付項目費用應由病患自費。
3. 如因潛伏結核感染治療引起之副作用，其相關醫療費用於次月 5 日前檢附無健保身分證證明單、當次就醫之病歷影本、門住診醫療費用明細表 (其正本需黏貼於支出憑證黏存單上，並依醫療單位內部審核流程先行核章。)、領據 (敘明撥款銀行名稱、通匯金融代號、帳戶名稱及帳號)，以書面方式向疾管署申報。
4. 「潛伏結核感染治療衛教諮詢」每名個案於每家醫院 365 日內僅可申報一次。
5. 醫令代碼 E4005C 自 105 年 3 月 1 日起適用。

結核病診療諮詢小組病例審查建議暨診療醫師回覆單

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 貴院病歷號：_____

於____年____月____日經_____縣（市）結核病診療諮詢委員審查相關病歷資料後，提供貴院診療建議如下，請參酌，並填寫貴院之回覆意見，傳真至_____縣（市）衛生局（FAX：0____--_____）

送審原因/補充說明	審查結果
<input type="checkbox"/> 1. 診斷疑義 <input type="checkbox"/> 2. 治療疑義 <input type="checkbox"/> 3. 個案完治疑義 <input type="checkbox"/> 4. 重開案 <input type="checkbox"/> 5. 申請免費藥 <input type="checkbox"/> 6. 強制隔離 <input type="checkbox"/> 7. 其他原因 說明： _____	<input type="checkbox"/> 1. 排除結核病 <input type="checkbox"/> 2. 確定結核病 <input type="checkbox"/> 3. 等痰報告或其他檢查下次再審 <input type="checkbox"/> 4. 確定因TB死亡 <input type="checkbox"/> 5. 確定非因TB死亡 <input type="checkbox"/> 6. MDR初次治療 <input type="checkbox"/> 7. 失敗再治 <input type="checkbox"/> 8. 繼續治療 <input type="checkbox"/> 9. 認定病情需延長住院 <input type="checkbox"/> 10. 不同意免費藥申請 <input type="checkbox"/> 11. 同意免費藥申請 <input type="checkbox"/> 12. 同意隔離治療 <input type="checkbox"/> 13. 解除隔離治療 <input type="checkbox"/> 14. 用藥種類增修 <input type="checkbox"/> 15. 用藥劑量增修 <input type="checkbox"/> 16. 可停止抗結核治療 <input type="checkbox"/> 17. 同意開案 <input type="checkbox"/> 18. 不同意開案 <input type="checkbox"/> 19. 可停止抗結核治療，但需持續追蹤X光與痰檢體2年後再議 <input type="checkbox"/> 20. 其他_____

委員審查意見：

審查委員簽名：_____

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回覆意見：

- 同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。
- 不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由請詳述填寫：

原診治醫師簽名：_____年____月____日 聯絡電話：_____

結核病診療諮詢小組困難個案面訪回覆單

縣市：

訪視日期：

個案姓名：

身分證號：

出生日：

面訪原因：

1.無病識感 2.副作用 3.服藥順從性不佳 4.其他_____

詳述個案情形：（請衛生所填寫）

委員訪視情形及建議：（請委員填寫）

委員簽名：

衛生福利部疾病管制署抗結核免費用藥申請單

請印雙面(正面)

申請醫院： 申請醫師簽章： 醫院聯絡人：
 聯絡電話： 傳真： 醫院地址：
 申請日期： 開始使用免費藥日期： (加入DOTS 有無)
 個案姓名： 出生年月日 身分證：
 體重：____kg (健保有無) 個案管理單位：

藥品名稱	單位	單次服用劑量 (單位數)	用法	天數	總量
Prothionamide (TBN) 250mg	錠				
Levofloxacin 750mg/500mg/100mg (請圈選)	錠				
Moxifloxacin 400mg	錠				
Cycloserine 250mg	膠囊				
Streptomycin 1gm (SM)	瓶				
Amikacin 250mg	瓶				
Kanamycin 1gm	瓶				
RHZ 75/50/150 mg (愛兒肺平-3)	錠				
RH 75/50 mg (兒立服-2)	錠				

申請免費藥理由：

- 多重抗藥性 (Isoniazid+Rifampin) 非多重抗藥性但有其他抗藥
藥物副作用：1皮膚過敏 2肝功能不佳 3其他_____
- 施打卡介苗產生不良反應
其他_____

※RHZ及RH可一次申請足量，故無須填寫此欄；但若病人中斷使用藥品，請將剩餘之RHZ/RH退還衛生福利部胸腔病院。

- 初次申請免費藥 (以30天為上限)
再次申請免費藥 (第__次申請)
情況已穩定，欲申請藥量共__天 (以60天為上限)，請至少每個月為病人看診一次。
經審查醫師建議後再次提出申請：是 否

※自主檢核是否依照申請方式檢附所需申請文件 (請確實勾選並核對)：

- 1.初次申請：詳附醫院病歷摘要 (內容須註明 個案用藥史 驗痰結果 藥物感受性試驗結果 (註明檢查醫院有無其他病史 生化檢驗 CXR)。
 2.再次申請 (由同一醫師審核)：詳述個案服藥情形生化檢驗治療後驗痰結果
每月檢附治療卡。
 3. RHZ/RH為一線用藥，故無須檢附醫院病歷摘要。

審核建議：

- 同意，依原申請資料給藥。
同意申請，但請再增加或修正藥物種類、劑量或治療時間如下：
不同意給藥，詳細說明：
建議送分子快篩。

____管制中心傳真：

____聯絡電話

免費藥建議劑量及用法

藥品	每日劑量 (最大劑量)	劑量 (50公斤以下)	劑量 (50公斤以上)	每月用量	包裝
TBN250mg	15-20 mg/kg (1 gm)	1# (bid)	1# (tid)	60-90#	1000#/瓶
Levofloxacin 500mg	7.5-10mg/Kg (500~1000 mg)	1# (qd)	1.5# (qd) 500-1000	30-45#	100#/盒
Moxifloxacin 400mg	400mg	1# (qd)	1# (qd)	30#	5#/盒
SM1gm (im)	15-20 mg/kg (1 gm)				10瓶/盒
Cycloserine250mg	10-15 mg/kg (1 gm)	1# (bid) 或 1# (tid)	1# (bid) 或 1# (tid)	60-90#	500#/瓶
Amikacin 250gm	15-20 mg/kg (1 gm)				25瓶/盒
Kanamycin 1gm (im)	15-20 mg/kg (1 gm)				10瓶/盒

註一：Streptomycin (SM) 用5cc空針抽3.4cc water打進vial搖勻 抽3cc=0.75gm 抽2cc=0.5gm

註二：本免費藥僅供應MDR-TB醫療照護體系及加入都治計畫病患使用。

兒童複方可溶錠RHZ及RH建議劑量及用法

藥品	劑量 (kg)				
	4-7	8-11	12-15	16-24	25+
RHZ 75/50/150mg	1# (tab)	2# (tab)	3# (tab)	4# (tab)	請參考成人劑量開立處方
RH 75/50mg					

使用注意事項:

- 藥品尚未取得我國藥證，故不符合申請藥害救濟的範圍，請各醫療院所在使用時，加強病人不良反應監測及通報；若經發現，請立即通知全國藥物不良反應通報中心，以保障病人權益。
- 為確保病人監護人知情同意之權利，藥品在使用前應先向其清楚說明與告知，並取得病人同意書；惟若情況緊急，亦應註於病歷，以供查考。

皮疹反應的處理方法

日期 (天)	藥物	劑量
a		
0	-	-
1	INH	50mg/day
2	INH	100mg/day
3	INH	300mg/day
4	+RMP	150mg/day
5	+RMP	300mg/day
6	+RMP	full dose
7	+EMB	200mg/day
8	+EMB	400mg/day
9	+EMB	full dose
10	+PZA	250mg/day
11	+PZA	500mg/day
12	+PZA	full dose

藥物性肝炎小量漸進式給藥試驗流程

日期 (天)	藥物	劑量	肝功能檢測
0	-	-	+
1	INH	100mg/day	
2	INH	200mg/day	
3~5	INH	full dose	+
6	+RMP	150mg/day	
7	+RMP	300mg/day	
8-10	+RMP	full dose	+
11	+PZA	250mg/day	
12	+PZA	500mg/day	
13	+PZA	full dose	+

a: 包含 ALT, AST, 以及 total bilirubin。

逐一加藥的過程中，可以同時使用足夠劑量的 EMB。若病人之藥物性肝炎嚴重或合併有黃疸，在成功地重新使用上 INH 及 RMP 之後，不建議嘗試加入 PZA。

病 歷 摘 要 (範 本)

一、基本資料

個案姓名：	總編號：
通報院所：	通報日期：
診斷醫師：	

二、疾病史

糖尿病 心臟病 HIV陽性 肝功能異常____ 腎功能異常____
 塵肺症 其他 _____

三、結核病用藥史 (一線藥)

四、抗結核免費用藥使用情形

(一) 抗結核免費用藥使用原因及日期

藥物副作用 ⇨ 診斷日期____ ⇨ 開始使用免費藥日期____
 多重抗藥性 ⇨ 診斷日期____ ⇨ 開始使用免費藥日期____

(二) 抗結核免費用藥使用種類、劑量及次數

藥 物	日 期	劑 量	次 數	藥 物	日 期	劑 量	次 數
TBN		250mg		SM		1g	
Levofloxacin		750mg		Amikacin		250 mg	
Levofloxacin		500mg		Kanamycin		1g	
Levofloxacin		100mg					
Moxifloxacin		400 mg					
Cycloserine		250mg					

五、藥物敏感試驗

日 期	檢 驗 單 位				
藥物敏感試驗	INH : S/R				
	EMB : S/R				
	RIF : S/R				
	PZA : S/R				
	SM : S/R				

六、痰塗片檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
痰塗片檢查	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性

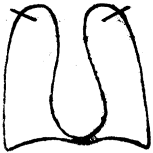
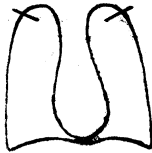
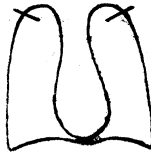
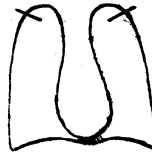
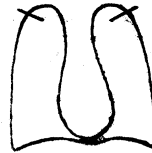
七、痰培養追蹤檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
痰培養檢查	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性	陰性/陽性

八、生化檢查結果（至少每三個月檢查一次）

檢查日期					
GOT					
GPT					
BUN					
Creatinine					
Uric acid					

九、CXR的治療結果（至少每三個月檢查一次）

日期:				
				

十、病程摘要

十一、歷次CXR

檢查日期：

貼上CXR

_____醫院 _____年 _____月抗結核免費藥品月報表

藥品	上月結存量	本月申請量	本月消耗量	本月結存量	次月需求量
Prothionamide (TBN) 250mg (錠)					
Levofloxacin 100mg (錠)					
Levofloxacin 500mg (錠)					
Levofloxacin 750mg (錠)					
Moxifloxacin 400mg (錠)					
Cycloserine (Cs) 250mg (膠囊)					
Streptomycin (SM) 1gm (瓶)					
Amikacin (AMK) 250mg (瓶)					
Kanamycin (KM) 1gm (瓶)					
Water for Inj 10ml 注射用水 (瓶)					
RHZ 75/50/150 mg (錠)					
RH 75/50 mg (錠)					

填表人：

電話：

主管：

收件住址：

收件人：

收件人聯絡電話：

衛生福利部疾病管制署申請抗結核免費藥品簽收單

醫院名稱：

日期：

藥名	廠商	包裝	批號	有效期	數量	備註
Prothionamide TBN 250mg						
Levofloxacin 100mg (錠)						
Levofloxacin 500mg (錠)						
Levofloxacin 750mg (錠)						
Moxifloxacin 400mg (錠)						
Cycloserine (Cs) 250mg (膠囊)						
Streptomycin (SM) 1gm (瓶)						
Amikacin (AMK) 250mg (瓶)						
Kanamycin (KM) 1gm (瓶)						
Capreomycin 1g/vial (瓶)						
Water for Inj 10ml 注射用水 (瓶)						
RHZ 75/50/150 mg (錠)						
RH 75/50 mg (錠)						

簽收人員：

簽收日期：

備註：收到藥品，請將此表簽收後傳真02-33936149，謝謝您！

抗結核免費用藥診療醫師回覆單

個案姓名：_____ 身分字號：_____ 申請醫院_____

於____年____月____日經結核病診療諮詢委員審查相關申請檢附資料後，提供貴院診療建議如下，請參酌，並填寫貴院之回覆意見，傳真至 區管制中心 (FAX：0____--_____)

審查結果：

1. 同意申請。
2. 同意申請，但請再增加或修正藥物種類、劑量或治療時間如附件。
3. 不同意給藥，詳細如附件。
4. 建議送分子快篩。

聯絡人：_____ 電話：_____

原診療醫師回覆意見：

- 同意上開諮詢委員意見，並據以診治病患。
- 不同意上開諮詢委員意見，不同意之理由請詳述：

原診治醫師簽名：_____ 年____月____日

聯絡電話：_____

疾病管制署統一採購之一般免費藥品申請須知

國內取得藥證							
Prothionamide 250mg、Levofloxacin 750/500/100mg、Moxifloxacin 400mg、Streptomycin 1gm、Cycloserine 250mg、Amikacin 250mg、(Kanamycin 1gm專案進口)							
申請原因	診治醫院	個案是否納入TMTC計畫		受理申請單位		都治種類	備註
		是	否	TMTC團隊	區管中心		
1.抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥） 2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核個案 3.其他（如：重開等）	TMTC體系醫院	V		V		V (DOTS-plus)	RR-/MDR-TB病人申請免費藥（無論是否納入團隊），務必進行DOTS-plus（每週至少5天，每天依治療處方頻率安排都治服務）。
			V	V		V (詳備註)	
	非TMTC體系醫療院所				V	V (詳備註)	
BCG不良反應者	所有醫療院所	不需納團隊			V	不需納都	

專案進口國內無藥證

PAS granules、Capreomycin 1 g/vial、Terizidone 250 mg/cap、Clofazimine 100 mg/cap

申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
		是	否			
1.抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥） 2.一線藥治療效果不良或副作用等非抗藥性結核個案 3.其他（如：重開等）	限TMTC 體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)	RR-/MDR-TB病人申請免費藥，無論是否納入團隊，務必進行DOTS-plus（每週至少5天，每天依治療處方頻率安排都治服務）。
			V	TMTC團隊	V (詳備註)	

RHZ 75/50/150 mg/tab、RH 75/50 mg/tab

申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫	受理申請單位	都治種類	備註
體重未滿25kg之 1.兒童結核病人 2.BCG不良反應者	所有醫療院所	不需納團隊	區管中心	不需納都	

Bedaquiline 100mg、Delamanid 50mg

申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
		是	否			
pre-XDR、XDR	TMTC 體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)	1.本項免費藥，限納入TMTC計畫之個案申請。 2.申請方式：醫院事先填具本署抗結核免費用藥申請單，向疾管署以書面申請（免備文），或提至疾管署每季召開之「多重抗藥性結核病醫療照護體系檢討暨困難治療個案討論會」病審同意，方可使用。

TMTC團隊醫院自行採購藥品之申請專案補助須知

Linezolid 600mg、Meropenem						
申請原因	診治醫院	個案是否納入 TMTC計畫		受理申請單位	都治種類	備註
		是	否			
抗藥性結核病人（含MDR-TB、RR-TB及任三種第一線抗結核藥物抗藥）	限TMTC體系醫院	V		TMTC團隊	V (DOTS-plus)	1. 本項免費藥，限納入 TMTC 計畫之個案申請。 2. 申請方式：醫院事先依特殊抗結核藥物專案補助申請流程（請備文），向疾管署申請同意，方可使用。