

# 特殊族群消除 C 肝治療補助辦法

2025 年 1 月 21 日 訂定

2025 年 2 月 12 日 修訂

## 壹、計畫目的

為響應世界衛生組織（以下稱 WHO）所訂定之 2030 年消除病毒性肝炎目標，近年我國政府結合各界努力推展肝炎消除工作。C 型肝炎（下稱 C 肝）自 2015 年起有高治癒性的口服新藥問市且已納入健保給付項目，為 C 肝消除提供良好工具。

為達到我國 2025 年消除 C 肝目標，目前國內針對高風險特殊族群已提供篩檢公費補助及健保提供治療，其中矯正機關部分收容人在經濟上較為弱勢，因就醫費用之緣故，降低其接受篩檢及後續治療的意願，致防治成效受影響，亦增加感染他人之風險。

扶輪社長期以來秉持關懷與服務社會之重要宗旨，常年與地方衛生局合作於社區推動 C 肝篩檢及相關服務工作，亦主動積極倡議與宣導 C 肝防治，特別辦理補助特殊族群就醫治療費用，以提升特殊族群參加篩檢與治療意願，降低傳染風險。

## 貳、辦理單位

指導單位：衛生福利部國民健康署

主辦單位：國際扶輪（台灣各地區）、敏盛醫療體系

協辦單位：法務部矯正署及轄下各矯正機關，及承作醫療院所

## 參、申請補助單位

於矯正機關內辦理收容人 C 肝診治之醫療院所。

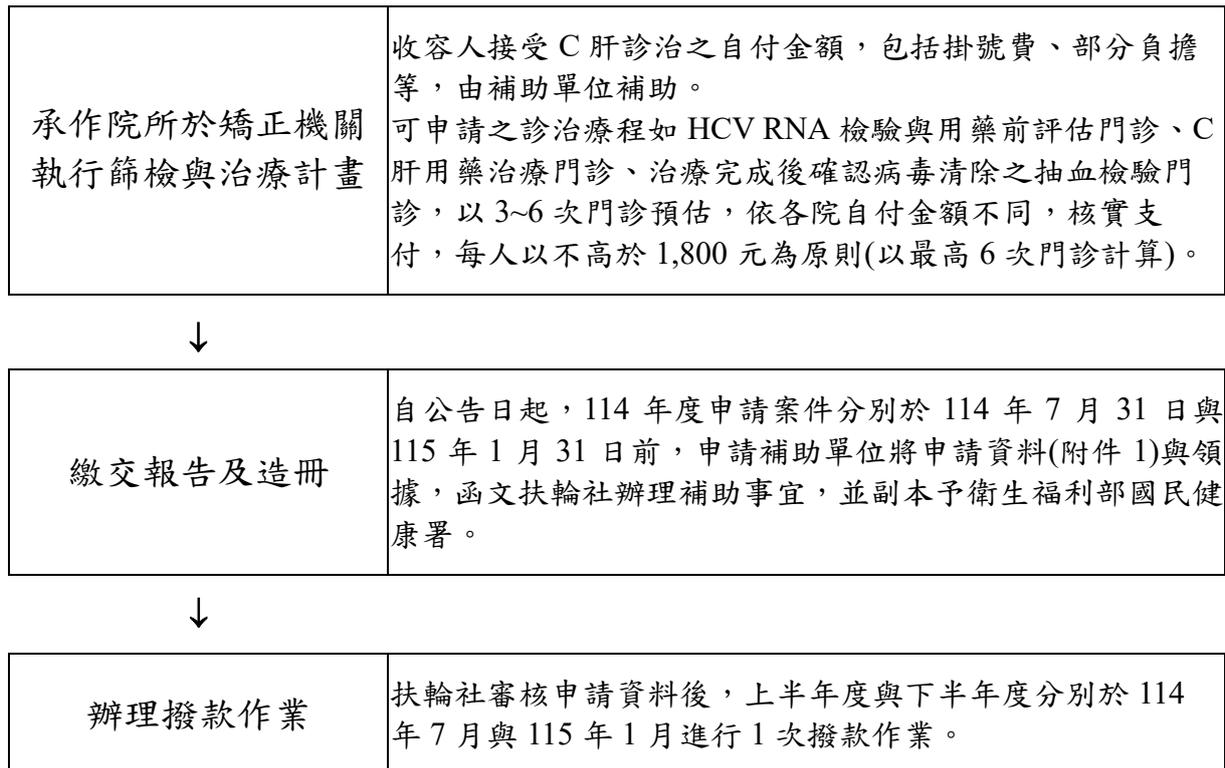
## 肆、補助辦法

- 一、本計畫實施期程自公告日起至 2025 年 12 月 31 日或本補助經費用罄為止。
- 二、扶輪社將補助 C 肝抗體陽性，願意接受治療之收容人，接受 C 肝診治療程之門診掛號費及部分負擔費用等自付金額。

三、可申請補助之 C 肝診治療程包括 C 肝抗體陽性後之 HCV RNA 檢驗與用藥前評估門診、C 肝用藥治療門診，與治療完成後確認病毒清除之抽血檢驗門診。

四、由申請補助單位繳交執行成果及造冊，檢附領據進行核實報支。扶輪社審核申請文件與領據後，進行撥款作業。

## 伍、申請流程



備註：

1. 相關就醫自付費用為估算，實際金額依承作醫院不同，核實支付。
2. 醫療院所彙總申請補助清冊後，於 114 年 7 月 31 日與 115 年 1 月 31 日前分別提出 1 次申請。
3. 申請資料(附件 1.)與申請金額證明(收容人病歷資料與就醫費用明細等)請保存 5 年以備查核。

## 陸、預期效益

由於矯正機關收容人及靜脈藥癮者皆為高風險感染者及傳播者，且目前 C 肝治癒率可達 99%。因此，提升該族群接受醫療照護是目前消除 C 肝所需之正向作為，也可幫助國內早日達到 WHO 消除 C 肝的目標。

### 特殊族群治療補助申請書

執行機構	
矯正機關	
執行概況	
執行期間：_____年_____月_____日 ~ _____年_____月_____日	
診治人數：_____人；診治人次數：_____人次	
申請補助總金額	
※給付方式(請勾選一項)	
<input type="checkbox"/> 匯入金融機構帳戶	
金融機構名稱：_____銀行(庫局) _____分行(支庫局)	
戶名：_____ 帳戶：_____	
<input type="checkbox"/> 匯入郵局帳戶	
局號：_____ 帳號：_____	
備註：	
一、金融機構(不包含郵局)及分支機構名稱請完整填寫，存摺之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。	
二、郵局帳戶之局號及帳號(均含檢號)不足7位者，請在左邊補零。	
三、隨文檢附領據，統一編號：_____。	

填表人簽章：

電話：

### C 肝診治就醫清冊(範本)

病歷號碼 (末 5 碼)	姓名	性別	看診日期	診治流程	自付金額	看診醫師
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	HCV RNA 檢驗		
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	用藥前評估		
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	門診用藥		
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	門診用藥		
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	門診用藥		
(demo)12345	王○明	男	2025/○○/○○	SVR12		
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
○○○○○						
<b>總計</b>					○○○○○ 元	

備註:

1. 本表格得視實際執行與人數增減調整，請一併提供電子檔案。
2. 申請金額證明(收容人病歷資料與就醫費用明細等)，請自行保存 5 年以備查核。
3. 收容人姓名請用隱碼表示，病歷號碼請提供末 5 碼。

造冊人簽章：

電話：