

## 藥品給付規定通則

- 一、本保險醫事服務機構申報之藥品，以收載於本標準者為限。
- 二、本保險醫療用藥，由保險人就各醫事服務機構已申報之藥品品項及其藥價審查之。  
但因急救使用未經報備之藥品，可事後再報保險人備查。
- 三、本保險處方用藥，醫師得按保險對象病情需要，每次開給七日以內之藥量。保險人指定之慢性疾病得一次給予三十日以內之用藥量。住院治療之保險對象於出院必須攜回藥品時，其給藥量規定同上。
- 四、注射藥品之使用原則：
  - (一) 注射藥品使用時機，應以經醫師診斷後，判斷病情需要且病人不能口服，或口服仍不能期待其有治療效果，記明於病歷表者，方得為之。(86/1/1)
  - (二) 因病情需要，經醫師指導使用方法由病人持回注射之藥品包括：
    1. Insulin。
    2. CAPD 使用之透析液。
    3. CAPD 使用之抗生素及抗凝血劑（至多攜回二週）。
    4. Desferrioxamine（如 Desferal）。
    5. 慢性腎臟功能衰竭，使用紅血球生成素（至多攜回二週，如因特殊病情需要，需敘明理由，得以臨床實際需要方式給藥，惟一個月不超過 20,000U（如 Eprex、Recormon）或 100mcg（如 Aranesp、Mircera）為原則）。(98/9/1)
    6. 治療白血病使用之  $\alpha$ -interferon（至多攜回二週）。
    7. G-CSF（如 filgrastim；lenograstim）（至多攜回六天）。(98/11/1)
    8. 生長激素（human growth hormone）（至多攜回一個月）。
    9. 門診之血友病人得攜回二~三劑量（至多攜回一個月）第八、第九凝血因子、繞徑治療藥物、第十三凝血因子備用，繼續治療時，比照化療以「療程」方式處理，並查驗上次治療紀錄（如附表十八之一——全民健康保險血友病患者使用第八、第九凝血因子在家治療紀錄等）及申報費用時上傳上述治療紀錄表電子檔。醫療機構、醫師開立使用血液製劑時，應依血液製劑條例之規定辦理。(86/9/1、92/5/1、100/4/1、108/10/1、109/2/1)
    10. 於醫院內完成調配之靜脈營養輸液（TPN），可攜回使用。(85/10/1、93/12/1)
    11. 肢端肥大症病人使用之 octreotide、lanreotide（如 Sandostatin、Somatuline 等）至多攜回一個月，另 octreotide（如 Sandostatin 等）需個案事前報准（93/12/1）。lanreotide inj 30 mg（如 Somatuline）每次注射間隔兩週（88/6/1），octreotide LAR（如 Sandostatin LAR Microspheres for Inj.）每次注射間隔四週（89/7/1）。
    12. 結核病病人持回之 streptomycin、kanamycin 及 enviomycin 注射劑（至多攜回二週）。(86/9/1)
    13. 抗精神病長效針劑（至多攜回三個月）。(87/4/1、109/6/1)
    14. 低分子量肝凝素注射劑：金屬瓣膜置換後之懷孕病患，可准予攜回低分子量肝

凝素注射劑自行注射，但至多攜回兩週。(90/11/1)

15. Apomorphine hydrochloride 10mg/mL (如 Apo-Go Pen)：限使用於巴金森氏病後期產生藥效波動 (on-and-off) 現象，且經使用其他治療方式無法改善之病患使用，每人每月使用量不得超過 20 支。(91/2/1、99/11/1)

16. 罹患惡性貧血 (pernicious anemia) 及維生素 B12 缺乏病患，如不能口服者或口服不能吸收者，得攜回維生素 B12 注射劑，每次以一個月為限，且每三個月應追蹤一次。(91/4/1)

17. 患者初次使用 aldesleukin (如 Proleukin Inj) 治療期間 (第一療程)，應每週發藥，俾回診觀察是否有無嚴重之副作用發生。第一療程使用若未發生嚴重副作用，在第二療程以後可攜回兩週之處方量。(91/12/1)

18. 慢性病毒性 B 型肝炎、慢性病毒性 C 型肝炎所使用之長效型干擾素或短效型干擾素，至多攜回四週之使用量。(92/10/1)

19. 類風濕關節炎病患使用 etanercept；adalimumab 注射劑，需個案事前審查核准後，並在醫師指導下，至多可攜回四週之使用量。(93/8/1)

20. 含 exenatide 成分注射劑。(103/9/1)

21. 含 liraglutide 成分注射劑。(103/9/1)

22. 含 teriparatide 成分注射劑。(103/9/1)

23. 含 interferon beta-1a 成分注射劑。(103/9/1)

24. 含 interferon beta-1b 成分注射劑。(103/9/1)

25. 含 glatiramer 成分注射劑。(103/9/1)

(三) 電解質及營養靜脈補充輸液之使用，應說明理由並有明確需要，以積極治療為目的，始得為之。

(四) 癌症病人使用之 morphine 及化學治療藥品，於院內經醫師或藥師完成調劑作業後，亦可由病人攜回使用。(85/10/1)

五、使用抗微生物製劑，應優先選用全民健康保險醫療常用第一線抗微生物製劑品名表 (附表一) 所列者為限。但經微生物培養及藥物敏感試驗確實有效或病情需要者，依本保險規定之抗微生物製劑使用原則用藥。

六、維生素、荷爾蒙及白蛋白製劑等類藥品之使用，門診以附表三-A 及三-B 所列醫治病症，住院以特殊病症或施行大手術後必須積極治療者為原則，凡作一般營養補給者，不予給付。

七、本保險處方用藥，需符合主管機關核准藥品許可證登載之適應症，並應依病情治療所需劑量，處方合理之含量或規格藥品。(85/1/1、86/1/1、94/6/1)

八、內服液劑之使用原則：(94/11/1、97/3/1、97/12/1)

(一) 12 歲(含)以下兒童得使用內服液劑(97/3/1)。

(二) 不適合服用固型製劑之病人，如施行管灌飲食等，得依病情需要使用內服液劑(97/12/1)。

(三) 非為兒童或吞嚥困難患者所設計之內服液劑，得依病情需要使用(97/12/1)。

九、本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付(87/4/1)：

- (一) 為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別（或作用機轉）之藥品，視為重複用藥。
- (二) 為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別（或作用機轉）之藥品，而未能增加療效；或其併用不符合一般醫學學理，且無文獻佐證者。
- (三) 但下列情形除外：
  - 1. 長短效的藥品搭配使用或不同劑型配合使用，且其使用方法符合各項藥品藥動學或藥理性質之特色者。
  - 2. 緊急傷病情況下之合併使用者，且其併用符合一般醫學學理。
  - 3. 本標準藥品給付規定有特別規定者。

十、下列藥品為本保險界定之「無積極療效藥品」，不建議使用：

- (一) 無藥品許可證，或許可證過期，或經主管機關再評估後未通過者。
- (二) 醫學專科教科書未列舉，或載明不適用者。
- (三) 醫學專科治療手冊未列舉，或載明不適用者。
- (四) 對藥品療效之原始文獻（primary data）之評論未收載於「臨床醫學電腦資訊系統」（Computer Clinical Information System），或未給予正面評價者。