

# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第三十三條、第四十四條之一修正總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱本標準）之修正，為本（一百一十一年）年第四次修正。

本次修正係為使沖洗用生理食鹽水之收載兼顧合理成本，增訂該藥品基本價。另，為加速新藥之收載，提升民眾使用新藥之可近性，針對不同臨床效益，明定保險人得以協議訂定藥費返還方式，爰修正本標準第三十三條及第四十四條之一，其修正要點如下：

- 一、沖洗用生理食鹽水基本價，比照大型輸注液之基本價，增訂五百毫升以上未滿一千毫升為新臺幣二十五元、一千毫升以上為新臺幣三十五元。  
（修正條文第三十三條）
- 二、現行其他協議方案係保險人以病人接受協議藥品治療後之療效結果、財務結果或共同分攤方案為基礎，要求廠商返還協議藥品申報藥費之一定比率金額或負擔初始治療期間之藥費及產生之額外費用，為增加協議方案之彈性，增訂返還藥費方式得以協議定之，以回歸契約原則。（修正條文第四十四條之一）



# 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第三十三條、第四十四條之一修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
<p>第三十三條 新品項藥品基本價之核價方式如下：</p> <p>一、劑型別基本價如下，但經醫、藥專家認定之劑型或包裝不具臨床意義者，不適用之：</p> <p>(一) 錠劑或膠囊劑，為<u>新臺幣一點五元</u>；具標準包裝，為<u>新臺幣二元</u>。</p> <p>(二) 口服液劑，為<u>新臺幣二十五元</u>。</p> <p>(三) 一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液，為<u>新臺幣二十二元</u>、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為<u>新臺幣二十五元</u>、一千毫升以上之大型輸注液，為<u>新臺幣三十五元</u>。</p> <p>(四) 含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為<u>新臺幣二十五元</u>。</p> <p>(五) 前二目以外之其他注射劑，為<u>新臺幣十五元</u>。</p> <p>(六) 栓劑，為<u>新臺幣五元</u>。</p> <p>(七) 眼用製劑，為<u>新臺幣十二元</u>。一日以內用量包裝之眼藥水，為<u>新臺幣四元</u>。</p> <p>(八) 口服鋁箔小包（顆粒劑、粉劑、懸浮劑），為<u>新臺幣六元</u>。</p> <p>(九) 軟膏或乳膏劑，為<u>新臺幣十元</u>。</p> <p>(十) <u>五百毫升以上未滿一千毫升之沖洗用生理</u></p>	<p>第三十三條 新品項藥品基本價之核價方式如下：</p> <p>一、劑型別基本價如下，但經醫、藥專家認定之劑型或包裝不具臨床意義者，不適用之：</p> <p>(一) 錠劑或膠囊劑，為一·五元；具標準包裝，為二元。</p> <p>(二) 口服液劑，為二十五元。</p> <p>(三) 一百毫升以上未滿五百毫升之輸注液，為二十二元、五百毫升以上未滿一千毫升之大型輸注液，為二十五元、一千毫升以上之大型輸注液，為三十五元。</p> <p>(四) 含青黴素類、頭孢子菌素類抗生素及雌性激素之注射劑，為二十五元。</p> <p>(五) 前二目以外之其他注射劑，為十五元。</p> <p>(六) 栓劑，為五元。</p> <p>(七) 眼用製劑，為十二元。一日以內用量包裝之眼藥水，為四元。</p> <p>(八) 口服鋁箔小包（顆粒劑、粉劑、懸浮劑），為六元。</p> <p>(九) 軟膏或乳膏劑，為十元。</p> <p>二、同分組基本價按下列條件之最高價格核價：</p> <p>(一) 同分組最高價藥品價格之○·八倍，與同分組之 PIC/S GMP 品項之最低價，二項方式取其最低價。</p>	<p>一、載明貨幣單位以新臺幣計之。</p> <p>二、為使沖洗用生理食鹽水之收載兼顧合理成本，爰比照大型輸注液，增訂第一款第十目沖洗用生理食鹽水之基本價。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p><u>食鹽水，為新臺幣二十五元、一千毫升以上之沖洗用生理食鹽水，為新臺幣三十五元。</u></p> <p>二、同分組基本價按下列條件之最高價格核價：</p> <p>(一) 同分組最高價藥品價格之<u>零點八倍</u>，與同分組之 PIC/S GMP 品項之最低價，二項方式取其最低價。</p> <p>(二) 劑型別基本價。</p> <p>(三) 以同藥品分類之核價方式核算之藥價。</p> <p>(四) 原品項之現行健保支付價。</p> <p>三、下列品項不適用前二款之核價方式：</p> <p>(一) 指示用藥。</p> <p>(二) 含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液。</p> <p>(三) 健保代碼末二碼為99之品項。</p>	<p>(二) 劑型別基本價。</p> <p>(三) 以同藥品分類之核價方式核算之藥價。</p> <p>(四) 原品項之現行健保支付價。</p> <p>三、下列品項不適用前二款之核價方式：</p> <p>(一) 指示用藥。</p> <p>(二) 含葡萄糖、胺基酸及脂肪乳劑之三合一營養輸注液。</p> <p>(三) 健保代碼末二碼為99之品項。</p>	
<p>第四十四條之一 其他協議方案得視個案情況，選擇下列各款之一或併行，<u>返還保險人相關藥費，返還方式得以協議定之</u>：</p> <p>一、依療效結果為基礎者：</p> <p>(一) 改善整體存活確保方案：</p> <p>1. 病人存活期低於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，返還病人使用該協議藥品之申報藥費。</p> <p>2. 病人存活期高於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，但低於該協議藥品之整體存活期中位數者，返還病人使用該協議藥品申報藥費之一定比率金額。</p>	<p>第四十四條之一 其他協議方案得視個案情況，選擇下列各款之一或併行，返還保險人相關藥費：</p> <p>一、依療效結果為基礎者：</p> <p>(一) 改善整體存活確保方案：</p> <p>1. 病人存活期低於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，返還病人使用該協議藥品之申報藥費。</p> <p>2. 病人存活期高於臨床對照組中整體存活期中位數最大者，但低於該協議藥品之整體存活期中位數者，返還病人使用該協議藥品申報藥費之一定比率金額。</p> <p>(二) 延緩疾病惡化確保方</p>	<p>現行其他協議方案係保險人以病人接受協議藥品治療後之療效結果、財務結果或共同分攤方案為基礎，要求廠商返還協議藥品申報藥費之一定比率金額或負擔初始治療期間之藥費及產生之額外費用，為增加協議方案之彈性，增訂廠商返還方式，得視個案情況，於協議中定之，以回歸契約原則。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>(二) 延緩疾病惡化確保方案：廠商返還病人使用該協議藥品超過疾病無惡化存活期中位數後之申報藥費。</p> <p>(三) 臨床療效還款方案：廠商返還病人使用該協議藥品於可評估效果指標日之內之申報藥費之一定比率金額。</p> <p>二、依財務結果為基礎者：</p> <p>(一) 固定折扣方案：由廠商提出返還固定比率之申報藥費。</p> <p>(二) 藥費補助方案：由廠商負擔初始治療期間之藥費，或特定有額外劑量或頻率之用法用量，所產生之額外費用。</p> <p>(三) 藥品搭配方案：搭配其他藥品合併治療病人時，由廠商返還搭配藥品申報藥費之一定比率金額。</p> <p>三、協議共同分攤方案：同成分不同廠牌或同藥理分類藥品設定共同分攤之還款方案，依各藥品申報藥費之比率，分攤各廠商償還額度。</p> <p>其他協議藥品經保險人收載納入給付後，保險人得要求廠商於一定期限內提供藥品使用療效之實證評估資料；給付規定如有異動時，應重新檢討該藥品支付價格，必要時得重新簽約。</p> <p>前項藥品支付價格之檢討方式，依本標準新藥核價方式擇一調整支付價格，或一定比率調降支付價格，其他同成分藥品支付價格併同檢討，並提藥物擬訂會議討論。</p>	<p>案：廠商返還病人使用該協議藥品超過疾病無惡化存活期中位數後之申報藥費。</p> <p>(三) 臨床療效還款方案：廠商返還病人使用該協議藥品於可評估效果指標日之內之申報藥費之一定比率金額。</p> <p>二、依財務結果為基礎者：</p> <p>(一) 固定折扣方案：由廠商提出返還固定比率之申報藥費。</p> <p>(二) 藥費補助方案：由廠商負擔初始治療期間之藥費，或特定有額外劑量或頻率之用法用量，所產生之額外費用。</p> <p>(三) 藥品搭配方案：搭配其他藥品合併治療病人時，由廠商返還搭配藥品申報藥費之一定比率金額。</p> <p>三、協議共同分攤方案：同成分不同廠牌或同藥理分類藥品設定共同分攤之還款方案，依各藥品申報藥費之比率，分攤各廠商償還額度。</p> <p>其他協議藥品經保險人收載納入給付後，保險人得要求廠商於一定期限內提供藥品使用療效之實證評估資料；給付規定如有異動時，應重新檢討該藥品支付價格，必要時得重新簽約。</p> <p>前項藥品支付價格之檢討方式，依本標準新藥核價方式擇一調整支付價格，或一定比率調降支付價格，其他同成分藥品支付價格併同檢討，並提藥物擬訂會議討論。</p>	

