

健保給付規定：糖尿病藥物的爭議之處

臺北市立萬芳醫院 劉漢文醫師

由於台灣絕大多數人都是以健保身分就醫，醫療端必須熟悉健保制度和給付規定。糖尿病用藥的給付規定，從民國105年5月的大改版之後，又陸續有小幅度更動，連專科醫師都有人對其中的給付條件不清楚。本篇以目前在民國111年10月更新的版本，釐清其中容易讓人有疑問的地方。

口服降血糖藥成分，以最多四種為限

有人把複方劑型的口服血糖藥當成一種，再加其他單方口服藥開到四種。在5.1糖尿病用藥的使用條件說明中，已經很清楚的寫到是四種成分為限，複方藥要算兩種成分。

使用基礎胰島素控制不佳的病人，可以直接加腸泌素嗎？

在 5.1.3.2. 第 1 項 說明 liraglutide、dulaglutide、semaglutide 等腸泌素，要在使用最大耐受劑量 metformin 及 / 或 sulfonylurea 類藥物，加上 SGLT2 抑制劑、DPP4 抑制劑、兩者複方藥品、或胰島素，持續 6 個月後的 HbA1c 高於 8.5% 才給付。第 2 項說明提到當患者已接受前述口服降血糖藥物，及 / 或基礎胰島素仍未達理想血糖控制時，與口服降血糖藥物及 / 或基礎胰島素併用。

有人因此認為，是不是只要有基礎胰島素，就可以不用等 HbA1c 大於 8.5% 才能加腸泌素。

其實腸泌素本來不給付跟胰島素併用，第 2 項是在民國 105 年 8 月 liraglutide 開始給付跟基礎胰島素併用才新增的。HbA1c 要大於 8.5% 是民國 109 年 5 月開始的規定。所以就算是有用基礎胰島素的人，還是要符合第 1 項的規定。

腸泌素可以跟短效胰島素或預混型胰島素併用嗎？

延伸前段的說明，因為這三種腸泌素，只給付跟基礎胰島素併用，所以不能跟短效或預混型胰島素同時開立。

有心血管疾病的人，可以加 lixisenatide/insulin glargine 複方嗎？

因為在 5.1.2.2. 有提到 lixisenatide 單方，有人就以為可以依 5.1.2.2. 的第 3 項心血管疾病病人可不須使用 metformin 以外口服藥物來加上 lixisenatide/insulin 複方藥物。但是 5.1.2.2. 的第 3 項只有包含 liraglutide、dulaglutide、semaglutide 這三種在心血管預後試驗有實證的腸泌素。Lixisenatide/insulin glargine 複方的給付條件，是以 5.1.3.3. 為

主，不適用5.1.2.2.，HbA1c要大於8.0%才行。

Lixisenatide/insulin glargine 複方可以跟短效胰島素併用嗎？

因為在5.1.2.2.的腸泌素只能跟基礎胰島素併用，就會讓人以為lixisenatide/insulin glargine複方也不能跟短效胰島素併用。但是5.1.3.3.裡面只有提到不能跟SGLT2抑制劑或DPP4抑制劑併用，搭配短效胰島素沒有違反給付規定。

不同的SGLT2抑制劑/DPP4抑制劑複方可以直接轉換嗎？

由於台灣的SGLT2抑制劑DPP4抑制劑複方的仿單適應症，都是使用過其中一種成分後血糖控制不佳，所以健保給付規定不違反仿單的適應症，都要用過其中一種成分才能轉換成複方，當然也就不能複方之間互相轉換了。這可能是最有爭議的地方，但是問題是在仿單的適應症，除非仿單的適應症改變，不然給付規定不會放寬。

用在心衰竭的SGLT2抑制劑，可以合併DPP4抑制劑或腸泌素嗎？

Dapagliflozin 及 empagliflozin在民國111年陸續在特別條件下給付心衰竭患者使用。雖然在心衰竭的給付規定沒有特別寫，但是在糖尿病藥物的給付規定已經很清楚的寫SGLT2抑制劑和DPP4抑制劑及其複方宜兩種則一使用，腸泌素也不能跟SGLT2抑

制劑併用。

越清楚給付規定，越沒有模糊空間

有些人會在給付規定寫的沒那麼清楚的地方自己擴大解釋，或解讀成比較寬鬆。也有人不知道原來SGLT2抑制劑/DPP4抑制劑的複方不能直接轉換。制度下的臨床工作，應該要遵守共同的遊戲規則。如果覺得病人的健康不該被給付規定限制，別忘了還有自費的選擇。

