

# 衛生福利部指定維持治療執行機構參與「美沙冬跨區給藥服務」作業規範

109 年 12 月 24 日訂定

114 年 3 月 19 日修正

## 壹、美沙冬跨區給藥之服務內容與服務流程

### 一、跨區給藥服務之目的

- (一) 藉由美沙冬跨區給藥服務之提供，降低個案服藥障礙，提升治療便利性，並改善個案生活品質，強化治療成效。
- (二) 促進治療機構完善美沙冬跨區給藥服務流程，提升美沙冬治療服務品質。

### 二、「跨區給藥」定義

指維持治療執行機構（下稱治療機構），針對短暫無法持續於原維持治療機構服藥之美沙冬個案，以釋出有效「美沙冬管理藥品專用處方箋（如附件 1）」之方式，個案持該有效處方箋，即可至其他治療機構，由他機構依該處方箋調劑，並服用美沙冬，而無須經過原治療機構結案、轉診，他機構重新開案、初診評估等程序。

### 三、執行機構

有意願提供美沙冬跨區給藥服務之指定維持治療執行醫院（限有提供美沙冬維持治療者）。

### 四、執行方式及流程

- (一) 治療機構應於機構內公告「美沙冬跨區給藥服務計畫」之計畫內容（含服務流程及費用收取標準等），以利美沙冬個案知悉該醫療服務，並視其需求提出申請。
- (二) 個案申請跨區給藥服務之流程及配合事項：
  - 1. 申請流程：具跨區給藥需求個案，應於跨區給藥起始日前至少 2 個工作天，向原治療機構提出申請，由該治療機構評估個案治療情形及審核個案是否符合申請資格，通過審核者，始提供跨區給藥服務。

2. 申請跨區給藥之個案條件：

(1) 申請跨區給藥服務之個案，應符合下列所有條件：

- A. 於同一治療機構接受美沙冬治療達 3 個月以上，無連續缺席 14 天等中斷治療情事。
- B. 最近 1 週服藥劑量調整未逾 10%（劑量相對標準）。
- C. 最近 2 週平均出席率高於 70%。
- D. 治療期間無重大違規事件。
- E. 無身心疾病需緊急處置。
- F. 承諾遵守轉出機構及轉入機構，對於跨區給藥服務所訂定之各項規定及收費標準。

(2) 個案若急需跨區給藥服務，惟未能符合上開所有條件，轉出機構可就該單一事件與轉入機構溝通協調，轉入機構有絕對決定權，決定是否受理該個案當次跨區給藥服務之申請。

3. 其餘應配合事項：已完成跨區給藥服務申請程序之跨區給藥服務，個案若因故未依原訂時間至轉入機構服藥，且未事先取消，將停權 3 個月不得提出跨區給藥服務之申請。

(三) 跨區給藥服務流程（如附件 2），及治療機構應配合事項：

1. 轉出機構（申請跨區給藥服務個案之原治療機構）：

- (1) 確實評估與篩選跨區給藥需求個案是否符合跨區給藥申請資格。
- (2) 確認個案申請跨區服藥期間，務必在原治療機構處方有效期限內。
- (3) 確認並提醒個案於跨區給藥期間內，美沙冬劑量應依專用處方劑量服用，不得變更調整。
- (4) 經評估符合提供跨區給藥服務個案，於本部「藥酒癮醫療個案管理系統」（下稱藥酒癮系統），進行跨區給藥轉介作業。
- (5) 俟轉入機構於藥酒癮系統確認跨區給藥轉介單後，列印個

案跨區給藥期間之「美沙冬管制藥品專用處方箋」(並加蓋醫師職章)，轉交並囑託個案妥善保管並攜帶前往轉入機構服藥。

(6) 個案結束跨區給藥服務，回原治療機構服藥時，應主動瞭解個案該次跨區給藥期間之服藥情形。

2. 轉入機構(申請跨區給藥服務個案欲跨區服藥之治療機構):

(1) 轉入機構於接獲轉出機構之跨區給藥轉介單後，於 1 個工作天內，完成審查評估，並回復轉出機構評估結果。

(2) 提供跨區給藥服務流程：

A. 以附有照片之雙證件或臉部辨識確認個案身分，並確認跨區給藥之美沙冬管制藥品專用處方箋之有效性。

B. 於個案服藥前，進行簡易身體狀況評估。

C. 依個案之美沙冬管制藥品專用處方箋劑量調劑並給藥(以不調整劑量為原則)。

D. 於藥酒癮系統登載並維護當日跨區給藥紀錄。

(3) 跨區給藥服務之中止及特殊事件之處理原則：

A. 個案於接受跨區給藥服務期間，若有下列情形，轉入機構得中止該次跨區給藥服務：

(a) 無法確認個案身分，或個案未出示有效之美沙冬管制藥品專用處方箋。

(b) 給藥前，個案之身體狀況評估異常，且 15 分鐘後再次評估仍未穩定者。

(c) 個案不願配合轉入機構相關程序與規定。

(d) 服藥時有違反社會秩序，或滋事等情事，且不聽勸阻。

(e) 違反管制藥品相關規範，不當使用、攜帶、轉讓及販售管制藥品等。

(f) 個案要求調整服藥劑量，或未依約至轉入機構服藥。

(g) 個案主動提請中止。

(h) 其他突發狀況，經轉入機構認定不適合進行當次跨區

給藥。

- B. 轉入機構若確定中止個案之該次跨區給藥服藥，應即（至遲於次一工作日）通知個案之轉出機構。
- C. 遇有其他不適合提供跨區給藥服務之情形，轉入機構得視個案實際狀況，予以適當處置（如協調並轉介個案接受門診或急診處置、轉回原治療機構...等）。

## **貳、維持治療機構參與跨區給藥服務之申請程序**

- 一、有意提供跨區給藥服務之維持治療醫療機構，依醫療法訂定跨區給藥服務之相關費用，並報請地方衛生主管機關核定後，檢附「參與美沙冬跨區給藥服務申請表（如附件3）」及自訂收費項目及標準核定文件，向地方衛生主管機關提出申請。
- 二、由地方衛生主管機關檢附治療機構之申請表及相關文件函送本部辦理。

## 附件 1、美沙冬管制藥品專用處方箋（樣張）

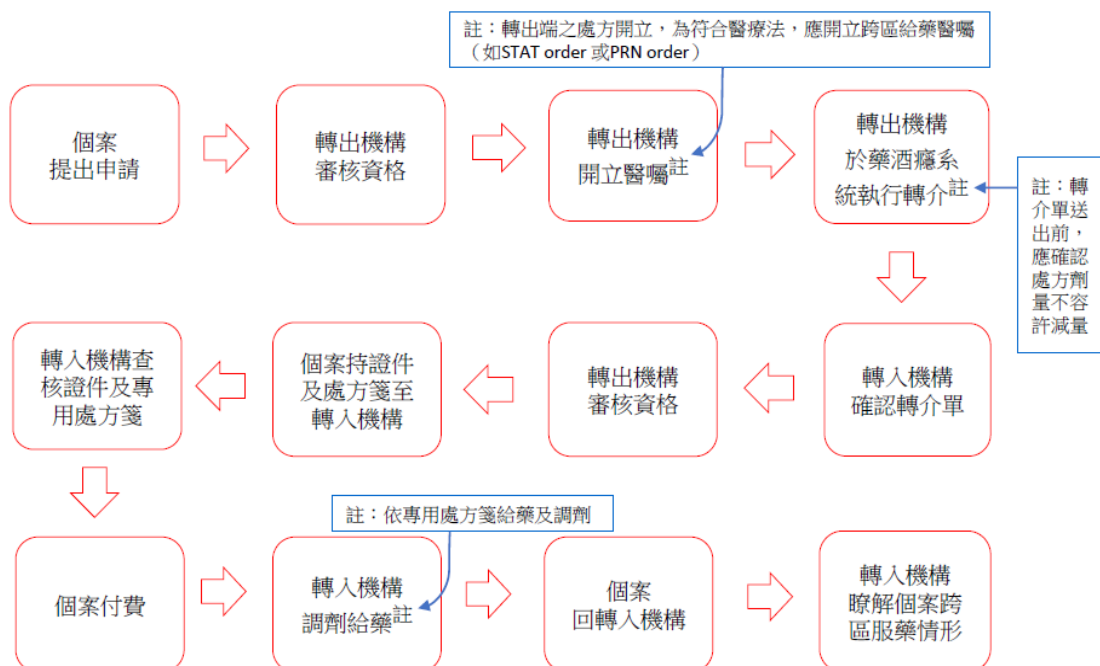
美沙冬專用處方箋

姓名	陳	性別	男	身分證號	P1	病歷號	75
		生日	1973/04/26			個案編號	15
地址	縣 鎮 里 路 巷 號						
疾病名稱	F11.200pioid dependence, uncomplicated					處方日期	2025/03/11
管制藥品名稱及規格(劑型、劑量)	用量	單位	用法	單次調劑日數	單次調劑處方量		
美沙冬	1.80	cc	PO	每天用一次	1.80cc		
開立處方機構名稱/地址	處方醫師姓名及簽章			調劑人員專業證書字號及簽章			
醫院 / 縣 鎮 路 號	唐						
	管制藥品使用執照號碼			調劑日期			
	M0325765			2025/03/17			
	醫師聯絡電話			調劑機構名稱			
服藥機構/地址	個案聯絡電話			院			
院/市 區 街 號 里	09			領受人簽章			
	異地給藥						

註：1.「處方醫師姓名及簽章」應於開立該處方箋之醫師相同。

2.單位調劑處方量為個案接受跨區給藥服務期間之服藥劑量，轉入機構應依此劑量調劑，並交個案領受及服用，不得增減。

## 附件 2、美沙冬跨區給藥執行流程



附件 3、參與美沙冬跨區給藥服務申請表

申請時間：\_\_年\_\_月\_\_日

醫療機構	名 稱			
	地 址			
	電 話			
跨區給藥 主要聯絡人	姓 名		職 稱	
	電 話			
	電 郵			
跨區給藥服務 轉介單 受理窗口及時間	平日	聯絡人		
		電話		
		受理時間		
	假日	聯絡人		
		電話		
		受理時間		
美沙冬 給藥時間 【請註明服務之 起訖時間】	平 日 (週一至週五)		週__至週__； __：__至__：__	
	假 日 (週六及週日)		週六：__：__至__：__ 週日：__：__至__：__	
	其 他 (如：國定假日、 春節...等)			

美沙冬跨區給藥 收費項目及標準 (備註)	轉入費用	<input type="checkbox"/> 掛號費_____元/次 <input type="checkbox"/> 跨區給藥服務費_____元/天 <input type="checkbox"/> 其他：(若有，請說明項目及費用)
	轉出費用	<input type="checkbox"/> 掛號費_____元/次 <input type="checkbox"/> 跨區給藥轉出評估費_____元/次 <input type="checkbox"/> 其他：(若有，請說明項目及費用)
美沙冬跨區給服務 個案配合及注意事項 <b>【請說明其他應配合或特殊規定】</b>		

備註：

1. 掛號費係貴機構製作個案身分資料，俾便執行各項跨區給藥業務的行政費用。
2. 機構跨區給藥服務之收費項目及標準，請於申請前依醫療法第 21 條報請衛生主管機關核定之，並檢附核定文件。
3. 依據本部 106 年 6 月 6 日衛部心字第 1061760853 號函，「美沙冬跨區給藥轉出評估費」及「美沙冬跨區給藥服務費」之收取原則建議如下：
  - (1) 「美沙冬跨區給藥轉出評估費」：採單次計費，於轉出機構對申請跨區給藥個案，完成當次轉出評估作業後收取，每人次建議收取上限為新台幣 300 元。
  - (2) 「美沙冬跨區給藥服務費」：採每人日計費，由轉入機構依個案實際接受跨區給藥服務之天數收取，每人日建議收取上限為 150 元。