

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函



地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27026324  
聯絡人及電話：賴彥壯(02)27065866轉3065  
電子信箱：A110998@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國105年9月22日  
發文字號：健保審字第1050036307號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：新修訂之核扣方案1份(1050036307-1.docx)

主旨：檢送新修訂之「門診特定藥品重複用藥費用管理方案-醫事機構說明版」乙份（詳附件），請協助轉知所屬會員，並請繼續善用雲端藥歷系統資訊，以確保民眾用藥安全，請查照。

說明：

- 一、原方案（門診特定藥品重複用藥費用核扣方案）自104年7月起逐步擴大實施，感謝醫藥界及民眾共同努力，對於不合理重複用藥之情形已有顯著改善；惟本方案之精神非以核扣為目的，而是透過各保險醫事服務機構的處方或調劑作業，來確保民眾用藥安全，故將原方案名稱修訂為「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」。
- 二、對於旨揭方案之管理方式，本署基於「尊重專業自主」及「減輕行政作業、回歸醫療實務」的原則，調整如下：
  - (一)同醫事機構階段部分：
    - 1、由「逐筆管理重複用藥」方式調整為同儕醫事機構閾值管理」方式。
    - 2、所謂同儕醫事機構閾值管理，即醫事機構當季之重複





裝



訂

線

用藥占率超過同儕閾值且當季重複用藥合計金額超過3,000元者，方納入需填寫重複用藥說明之醫事機構。

3、重複用藥占率公式之分子為：醫事機構於一季內有發生門診特定六類藥品重複用藥藥費總金額，其分母為：醫事機構於一季內門診特定六類藥品申報藥費總金額。

4、重複用藥占率閾值，以104年第4季各層級之醫事機構重複用藥占率第90百分位為基準，適用期間為104年第3季至105年第4季，各層級閾值如下：

- (1)醫學中心：0.5805%。
- (2)區域醫院：0.4273%。
- (3)地區醫院：0.5934%。
- (4)基層診所：1.2866%。
- (5)藥局：0.9214%。

5、本署每季仍持續提供「特定藥品用藥重複明細」供各醫事機構參考，對於納入管理之醫事機構，需於指定期限內對前述明細資料填復說明，俾憑本署辦理後續事宜。

(二)跨醫事機構階段部分：該階段涉及「民眾就醫與用藥習慣」及「醫事機構把關民眾用藥安全」兩層面，分述如下：

1、有關醫事機構部分，將由「逐筆管理重複用藥」方式調整為「建置管理指標篩選經回饋資訊後，仍開立重複處方者抽樣審查」方式。



2、有關「民眾就醫與用藥習慣」部分，則納入相關病人輔導作業辦理。

(三)藥事服務費核扣部分：由原「單項藥費受核減則該件之藥服費亦連動核減」做法，調整為「整件藥費受核減則該件之藥服費整筆才予以核減」。

三、為持續改善重複用藥之情況，請貴會協助轉知所屬會員，本署除將持續於VPN系統上提供每季重複用藥資料供各醫事服務機構參考外，也請各醫事服務機構善用雲端藥歷系統資訊，以避免重複用藥。

四、本案副知本署各分區業務組，請持續監控跨院重複用藥情形，並篩選異常資料轉知醫事服務機構，加強輔導善用雲端藥歷系統，以避免重複用藥。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會

副本：本署各分區業務組（均含附件）

2016-09-22  
交 15:44 章

# 門診特定藥品重複用藥費用管理方案—醫事機構說明版

104/05/27 訂定

104/12/18 修訂

105/05/11 修訂

105/09/07 修訂

## 一、緣起

本署自 100 年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，另於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供現行醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，是以，本署自費用年月 104 年 7 月起分階段實施門診特定藥品重複用藥之費用核扣方案；惟本方案之精神非以核扣為目的，而是透過各保險醫事服務機構的處方或調劑作業，來確保民眾用藥安全，故將原方案名稱修訂為「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」。

## 二、法源依據

### (一)重複用藥不予支付之依據

「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 19 條，保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：「……九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥份量與病情不符。……十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」

### (二)重複用藥核扣歸責對象之依據

1. 「全民健康保險法」第 64 條：醫師開立處方交由其他保險醫事服務機構調劑、檢驗、檢查或處置，經保險人核定不予給付，且可歸責於醫師時，該費用應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之。
2. 「全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）」第 17 條第 7 款：乙方申請之藥事費用，有其他應可歸責於乙方之事由者，由乙方負責，

經甲方查核發現已核付者，應予追扣。

3.前述法源依據（一）亦適用於特約藥局。

### (三)慢性病用藥處方及調劑相關規定

#### 「全民健康保險醫療辦法」

- 1.第 14 條：保險對象罹患慢性病，經診斷須長期使用同一處方藥品治療時，除管制藥品管理條例所規定之第一級及第二級管制藥品外，醫師得開給慢性病連續處方箋。前項慢性病範圍，如附表。同一慢性病，以開一張慢性病連續處方箋為限。
- 2.第 22 條：本保險處方用藥，每次以不超過七日份用量為原則；對於符合第十四條第二項慢性病範圍之病人，得按病情需要，一次給予三十日以內之用藥量。
- 3.第 23 條：本保險處方箋有效期間，自處方箋開立之日起算，一般處方箋為三日（遇例假日順延），慢性病連續處方箋依各該處方箋給藥日數計，至多九十日；處方箋逾期者，保險醫事服務機構不得調劑。  
同一慢性病連續處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依前條規定。
- 4.第 24 條：保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。前項保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。

### 三、方案內容

(一)實施範圍：

針對慢性病之降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖(不分口服及注射)、抗思覺失調(口服)、抗憂鬱症(口服)及安眠鎮靜與抗焦慮(口服)等六類藥品同成分同劑型重複用藥採分階段核扣作業，時程如下：

層級 費用年季	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層院所	特約藥局
104年第1季	輔導	輔導	輔導	輔導	輔導
104年第2季					
104年第3季	同保險醫事 服務機構階 段—同儕閾 值管理	同保險醫事 服務機構階 段—同儕閾 值管理	同保險醫事 服務機構階 段—同儕閾 值管理	同保險醫事 服務機構階 段—同儕閾 值管理	
104年第4季					
105年第1季 以後					
106年第1季 起	<p>跨醫事服務機構階段—</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>醫事機構部分，建置經回饋資訊後仍重複開立處方之管理指標，並篩選該醫療費用案件列為立意樣本審查。</li> <li>民眾就醫與用藥習慣部分，納入相關病人輔導作業辦理。</li> <li>本署每季仍持續提供「特定藥品用藥重複明細」，供各保險醫事機構作為病人用藥安全及品質參考。</li> </ol>				

(二)費用核扣原則：

依病人、同成分同劑型、處方(調劑)日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方(調劑)時病人歸戶之餘藥日數，若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥；不符合者，則下列公式核減：

$$\text{重複用藥之藥費} = \text{該醫令處方(調劑)區間與病人餘藥區間重疊日數} * \text{該醫令每日平均藥費。}$$

重複用藥之藥事服務費 = 若當次處方所有調劑藥品皆重複且核扣者，亦一

併核扣該案件申請之藥事服務費。

1. 病人歸戶後之用藥剩餘日數係為以病人為中心，將所有領藥紀錄皆納入計算，包含依規定可提前領藥之案件（出國、出海船員、罕病病人等）。
2. 提前領藥規範係指「全民健康保險醫療辦法」第 24 條規定（如下列(1)、(2)兩點）；另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於 10 日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。
  - (1) 預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。
  - (2) 持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。

(三) 重複用藥費用核扣對象（慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋）：

1. 同保險醫事服務機構階段

核扣對象		案件類型	院所自行調劑	交付藥局調劑	
			一般案件、慢連箋案件 同保險醫事服務機構 處方(調劑) 重複用藥案件	一般案件、慢連箋第 1 次 同保險醫事服務機構 處方重複用藥案件	慢連箋第 2 次(含以後) 同保險醫事服務機構處方 由同藥局重複調劑 重複用藥案件
處方 院所	藥費		V	V	
	藥事 服務費 (備註)		V		
交付 藥局	藥費				V
	藥事 服務費 (備註)			V	V

備註：當次處方內所有調劑藥品皆被核減時，該件藥事服務費不予支付；如當次處方內所調劑之藥品僅部分品項因重複用藥被核減時，該件藥事服務費仍支付。

## 2.同儕閾值管理

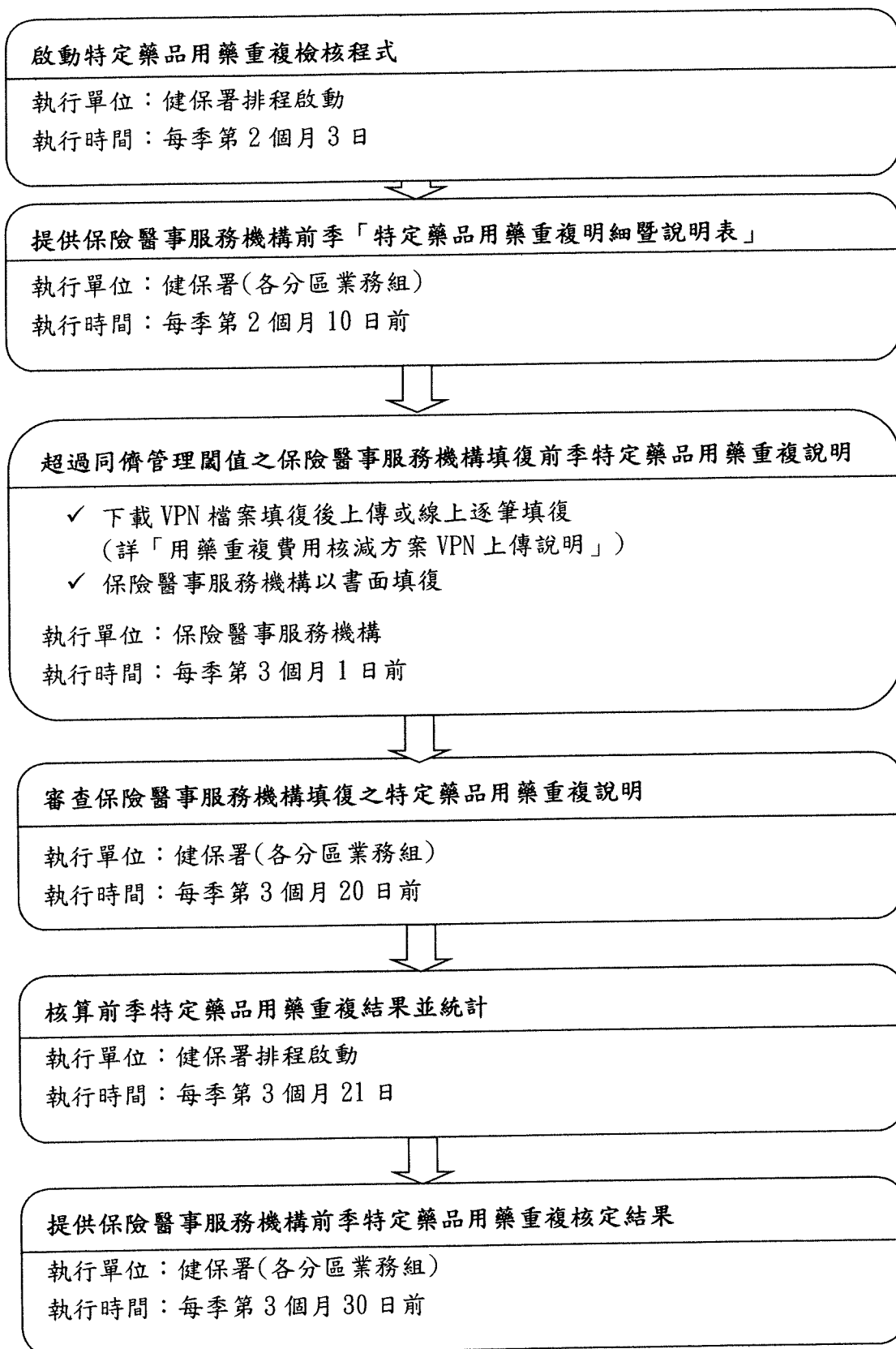
- (1) 保險醫事機構當季之重複用藥占率超過同儕閾值且當季重複用藥合計金額超過 3,000 元者，方納入需填寫重複用藥說明之醫事機構。
- (2) 重複用藥占率公式之分子為：醫事機構於一季內有發生門診特定六類藥品重複用藥藥費總金額，其分母為：醫事機構於一季內門診特定六類藥品申報藥費總金額。
- (3) 重複用藥占率閾值，以 104 年第 4 季各層級之醫事機構重複用藥占率第 90 百分位為基準，適用期間為 104 年第 3 季至 105 年第 4 季，各層級閾值如下；106 年第 1 季起適用之各層級閾值，另行訂定後公布。
  - A. 醫學中心：0.5805%。
  - B. 區域醫院：0.4273%。
  - C. 地區醫院：0.5934%。
  - D. 基層診所：1.2866%。
  - E. 藥局：0.9214%。
- (4) 本署每季仍持續提供「特定藥品用藥重複明細」供各保險醫事機構參考，對於納入管理之保險醫事機構，需於指定期限內對前述明細資料填復說明，俾憑辦理後續事宜。

### (四)作業方式：

1. 本專案按季執行，分區業務組提供保險醫事服務機構前季之「○○院所  
用藥重複明細暨說明表」或檔案供保險醫事服務機構填報說明。超過  
管理閾值之保險醫事服務機構可以 VPN 或書面等管道回復個案重複  
處方原因，由分區業務組審查後核定。
2. 保險醫事服務機構未說明之個案，則逕予追扣。
3. 若保險醫事服務機構對核定結果有疑義，可循一般申復與爭議審議流  
程作業。



(五)作業時程：



#### 四、相關附件

附件 1：門診特定藥品定義

附件 2：作業邏輯說明

## 附件 1：門診特定藥品定義

### □六類藥品範圍(後續會依重疊率定義調整)：

- ✓ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(但需排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX(排除 C02KX01、C02KX02)、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 降血脂藥物(口服)：ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 降血糖藥物(不分口服及注射)：ATC 前五碼=A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BH、A10BX。
- ✓ 抗思覺失調藥物(口服)：ATC 前五碼=N05AA、N05AB(排除 N05AB04)、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN(排除 N05AN01)、N05AX，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 抗憂鬱症藥物(口服)：ATC 前五碼=N06AA(排除 N06AA12、N06AA02)、N06AB、N06AG，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 安眠鎮靜與抗焦慮藥物(口服)：ATC 前五碼為 N05BA(排除 N05BA09)、N05BB、N05BC、N05BD、N05CC、N05CD、N05CF、N05CM，且醫令代碼第 8 碼為 1。

### □資料範圍：

- ✓ 排除代辦案件
- ✓ 排除 02(急診)、A2(精神疾病社區復健)的案件。
- ✓ 排除同一療程及排程檢查
- ✓ 排除安胎案件

## 附件 2：作業邏輯說明

### 一、虛擬代碼

#### (一)檢核邏輯說明

代碼	處方(調劑)時若有餘藥 是否視為重複用藥	當件領藥日數是否 併入餘藥日數累算	生效日期
R001	Y	接續計算	105 年 1 月 1 日起
R002	N	接續計算	即日起
R003	N	重新計算	即日起
R004	Y	接續計算	即日起

R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件，提前回診，且經院所查詢健保雲端藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品

R002：因醫師請假因素，提前回診，醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查

R003：因病情變化提前回診，經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。

R004：其他非屬 R001~R003 之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查

#### (二)申報方式：

1. 保險對象就醫有 R001~R004 者，如為交付調劑處方，則「全民健康保險門診交付處方箋」或「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」應呈現渠等虛擬醫令代碼，供特約藥局辨識（自 104 年 10 月 28 日發文後即日生效）。
2. 特約藥局所受理之交付處方案件，「全民健康保險門診交付處方箋」或「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」有 R001~R004 虛擬醫令代碼，醫療費用案件應辦理申報，且健保卡亦應辦理上傳，避免資訊比對作業出現異常（自費用年月 104 年 11 月 1 日起適用）。

#### (三)依據：

1. 104 年 9 月 16 日健保醫字第 1040033701 號函釋：「保險對象因處方箋或藥品遺失、毀損，就醫重複領取相同藥品，自即日起本保險不予給付」
2. 104 年 10 月 28 日健保醫字第 1040080563 號書函通知修改虛擬醫令代碼 R001 及 R002 之中文說明及新增代碼 R004。
3. 104 年 11 月 16 日健保醫字第 1040034164 號公告修訂「健保卡存放內容」及「健保卡資料上傳作業說明」並自 105 年 1 月 1 日起新增上傳補卡者之「實際就醫（調劑或檢查）日期」。

## 二、提前領藥規範

### (一)慢性病連續處方箋提前領藥檢核邏輯說明

費用申報資料中任一特定治療項目代碼申報下列代碼視為提前領藥案件不計重複用藥核扣，「特定藥品用藥重複明細暨說明表」上之提前領藥註記為『A1』，但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。

1. H8(持慢性病連續處方箋領藥，預定出國，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件)
2. HA(持慢性病連續處方箋領藥，返回離島地區，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件)
3. HB(持慢性病連續處方箋領藥，已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥量案件)
4. HC(持慢性病連續處方箋領藥，已出海為國際航線船舶作業船員，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥案件)
5. HD(持慢性病連續處方箋領藥，罕見疾病病人，提供切結文件，一次領取2個月或3個月用藥案件)

### (二)提前10日領藥檢核邏輯說明

1. 「保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑」之計算，上次給藥期間屆滿當日不計，即自屆滿日之前一日起計算10日。例如慢性病連續處方箋上次給藥期間屆滿日為10月30日，則自10月20日起得再次調劑。
2. 另依「全民健康保險醫療辦法」第23條第1項規定，慢性病連續處方箋之有效期間依該處方箋總給藥日數計算，未逾總給藥屆滿日者，仍可領取各次用藥，惟第2次、第3次領藥，仍須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得再次調劑。所稱上次給藥期間係指病人領藥後之用藥期間。例如病人以慢性病連續處方箋調劑每次30日，第1次調劑日期為6月1日，給藥屆滿日為6月30日，得自6月20日起領取第2次用藥，若病人於6月25日領取第2次用藥，因未逾第1次給藥屆滿日(6月30日)，不影響第3次領藥期程，而其給藥期間為7月1日至7月30日，故依其第2次給藥屆滿日7月30日，得自7月20日起領取第3次用藥。倘若病人逾第1次給藥屆滿日、於7月5日始領取第2次用藥，則第3次領藥當遞延自7月24日起方得再次調劑。

例：開立慢性病連續處方箋(每次 30 日)調劑時程說明表

型態	領藥日期	給藥期間	下次可領藥期間
第 2 次調劑 提前領藥	第 1 次調劑：6/1	6/1~6/30	6/20~8/29
	第 2 次調劑：6/25	7/1~7/30	7/20~8/29
	第 3 次調劑：7/24	7/31~8/29	
第 2 次調劑 延後領藥	第 1 次調劑：6/1	6/1~6/30	6/20~8/29
	第 2 次調劑：7/5	7/5~8/3	7/24~8/29
	第 3 次調劑：7/24	8/4~9/2	

(三)依據：

1. 「全民健康保險醫療辦法」第 24 條：保險對象持慢性病連續處方箋調劑者，須俟上次給藥期間屆滿前十日內，始得憑原處方箋再次調劑。前項保險對象如預定出國、返回離島地區、為遠洋漁船船員出海作業、國際航線船舶船員出海服務或罕見疾病病人，得於領藥時出具切結文件，一次領取該慢性病連續處方箋之總給藥量。
2. 104 年 11 月 5 日本署解釋『須俟上次給藥期間屆滿前十日內』之計算方式。