

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

106/09/14 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管理措施，其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。

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

「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。

(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)實施對象：

醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所。

(二)實施藥品範圍：

針對慢性病**同成分同劑型**之口服藥品，包含降血壓、降血脂、降血糖(不分口服及注射)、抗思覺失調、抗憂鬱症安眠鎮靜與抗焦慮、抗血栓用藥、

前列腺肥大用藥、抗癲癇用藥、心臟疾病用藥、緩瀉劑及痛風治療用藥等十二類藥品。

(三)實施時程：費用年季 106 年第 4 季起。

(四)重複用藥費用核扣對象：

核扣對象（慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋）

案件類型		院所自行調劑	交付藥局調劑
核扣對象		一般案件、慢連箋案件 跨(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 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
	處方院所 藥費	V	V

四、管理方式

(一) 管理對象

1. 「同一個案、同成份核價劑型」不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數超過閾值管理日數(當季 90 日加管理區間日數 30 日)之案件，列為重複用藥異常管理。

2. 重複用藥天數計算

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^{註1}，若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範^{註2}，不計入重複用藥。

註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）。

註2：提前領藥規範係依「全民健康保險醫療辦法」第24條規定；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。

3. 不列入重複計算項目，相關作業邏輯說明詳第8頁附件2。

(二) 費用核扣原則

1. 針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數超過閾值管理日數(90+30=120 天)案件計算「核扣天數」。

核扣天數(c)=不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數(a)-閾值管理日數(b)

2. 重複用藥天數之各醫事機構占率

重複用藥天數之^{各醫事機構}占率(e)=重複用藥天數^{各醫事機構}÷重複用藥總天數

3. 重複用藥之核減藥費

重複用藥之核減藥費=核扣天數(c) x 重複用藥天數之各醫事機構占率(e)
x 各醫事機構該醫令每日平均藥費最小值

五、作業方式：

1. 按季執行，經電腦檢核後逕予核定各醫事機構前季重複用藥之核減藥費，分區業務組一併提供保險醫事服務機構前季之「○○院所用藥重複明細表」或檔案供保險醫事服務機構自我管理。
2. 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。

(三)作業時程：

啟動特定藥品用藥重複檢核程式

執行單位：健保署排程啟動

執行時間：每季第 2 個月 3 日



提供保險醫事服務機構前季特定藥品用藥重複核定結果暨明細表

執行單位：健保署(各分區業務組)

執行時間：每季第 2 個月 10 日前

六、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

□ 十二類藥品範圍(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。
- ✓ 抗血栓用藥(口服)：ATC 前三碼=B01，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 前列腺肥大用藥(口服)：ATC 前四碼=G04C，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 抗癲癇用藥(口服)：ATC 前三碼=N03，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 心臟疾病用藥(口服)：ATC 前三碼=C01，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 緩瀉劑(口服)：ATC 前三碼=A06，且醫令代碼第 8 碼為 1。
- ✓ 痛風治療用藥(口服)：ATC 前三碼=M04，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	N	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。

請按時繳納投保單位補充保險費

二代健保實施後，投保單位除負擔現有的保險費外，如每月所支付薪資總額(所得稅格式代號 50)逾其受僱者每月投保金額總額時，應按補充保險費率計算補充保險費。

例如單位發放年終獎金或績效獎金時，記得要將獎金併入發放當月支付薪資總額中計算，因發放當月薪資總額會大於受僱者投保金額總額，需計繳投保單位補充保險費喔！

每月補充保險費之繳費期限為次月月底，並得寬限 15 日。若貴單位有應繳之投保單位補充保險費，提醒您，請儘速繳納以免產生及累計滯納金。

☆☆投保單位補充保險費計算公式：

=====

$$\boxed{(\text{每月支付之薪資所得總額} - \text{受僱員工當月投保金額總額}) \times 1.91\%}$$

※註：「薪資所得總額」指凡符合所得稅法第 14 條第 1 項第 3 類所定薪資所得，各種在職務上或工作上取得之薪資所得合計額；包括薪金、俸給、工資、津貼、歲費、各項獎金、紅利及各種補助費等。

=====

如有相關疑義請電洽本署高屏業務組承辦人(07-2315151 轉 6011 或 6012)，或撥打健保署免付費服務專線 0800-030-598，感謝您。