

衛生福利部中央健康保險署 函

機關地址：(北區業務組)桃園市中壢區中山東路3段525號
傳真：(03)4381833
聯絡人及電話：林千婷(03)4339111轉3060
電子信箱：C110529@nhi.gov.tw

300

新竹市東區民主路160號4樓之三

受文者：新竹市藥師公會

發文日期：中華民國105年1月14日
發文字號：健保桃字第1043021280A號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：見說明

主旨：為辦理「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」，藥局自105年1月（費用月）起執行同院重複用藥核扣，請協助宣導轄區會員，請查照。

說明：

- 一、「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」之作業方式及時程詳如附件，業置本署「健保資訊網服務系統(VPN)」院所資料交換區，請協助轉知會員。
- 二、為旨揭方案推動順利，本署與藥事團體每2週召開「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」溝通說明會，藥事團體提出之健保雲端藥歷系統待改善問題業已建置完成，摘述如下，請協助宣傳會員善加利用：
 - (一)新增「ATC代碼(5碼)」資訊，供醫事機構依自身需求勾選後呈現在畫面上(內設無勾選)。
 - (二)新增「同成分總給藥日數大於領藥區間警示」欄位，警訊顯示"Y"時，表示同成分總給藥日數大於領藥區間。
 - (三)新增「R001~R004註記」資訊，供藥局對民眾說明時用藥參考。
- 三、另請轉知會員利用健保雲端藥歷系統查詢病人用藥資訊，以避免重複處方影響病人用藥安全。
- 四、旨揭方案如有疑義或建議，請電洽費用承辦人員(藥局：



通告(藥局)

主旨：為避免重複處方影響病人用藥安全，本署訂定「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」，藥局自 105 年第 1 季起進行同院核扣，請查照。

說明：

- 一、「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」之作業方式及作業時程詳如附件。
- 二、上開方案之相關作業說明摘述如下：

(一) 核減邏輯

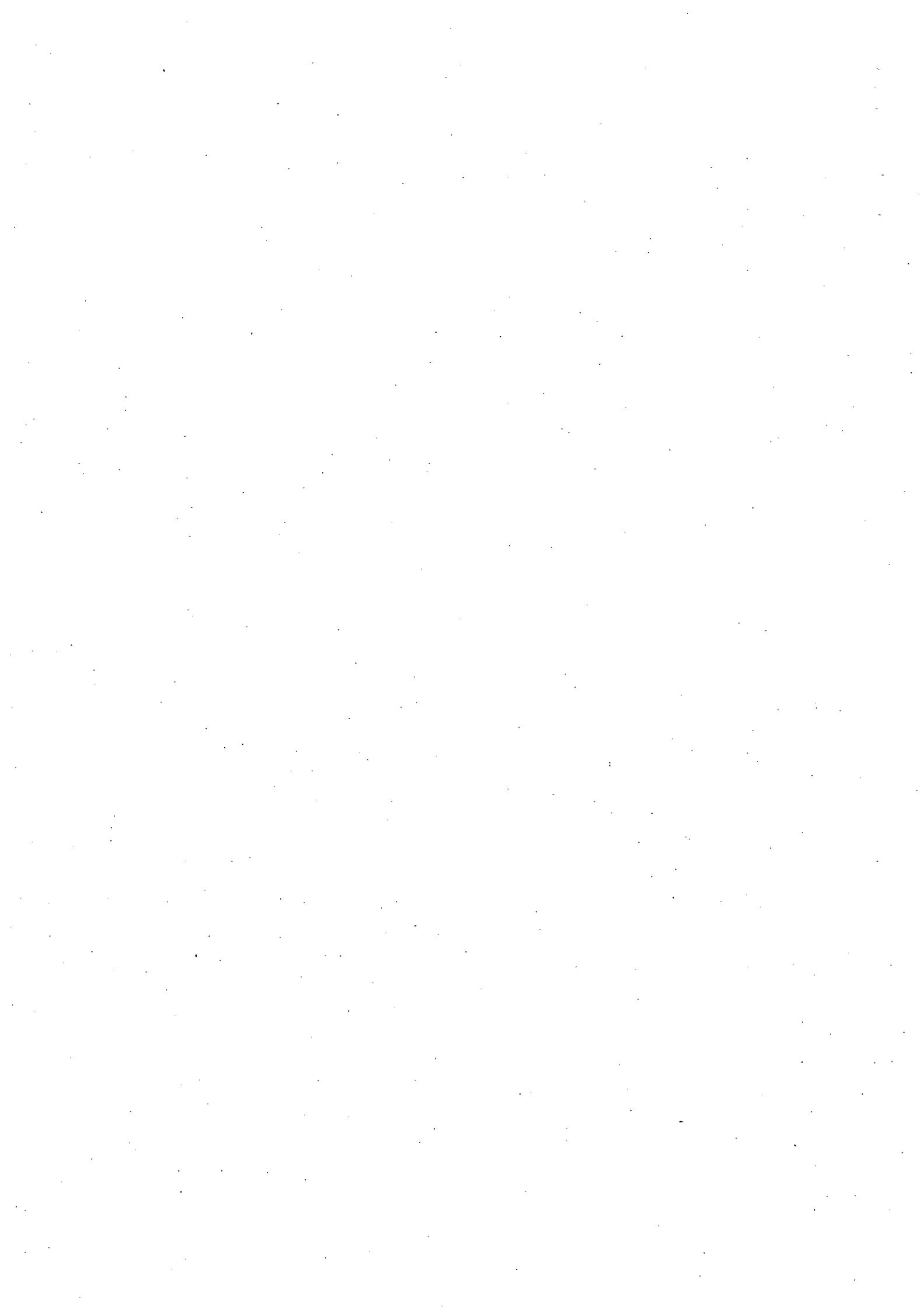
1. 104 年 9 月 16 日健保醫字第 1040033701 號函所釋：「保險對象因處方箋或藥品遺失、毀損，就醫重複領取相同藥品，自即日起本保險不予給付」。
2. 104 年 10 月 28 日健保醫字第 1040080563 號書函通知修改虛擬醫令代碼 R001 及 R002 之中文說明及新增代碼 R004。
3. 104 年 11 月 16 日健保醫字第 1040034164 號公告修訂「健保卡存放內容」及「健保卡資料上傳作業說明」並自 105 年 1 月 1 日起新增上傳補卡者之「實際就醫(調劑或檢查)日期」。

(二) 為醫師處方或藥師(藥劑生)調劑時辨識重複用藥資訊，於健保雲端藥歷系統新增下列欄位：

1. 新增「ATC 代碼(5 碼)」資訊，供醫事機構依自身需求勾選後呈現在畫面上（內設無勾選）。
2. 新增「同成分總給藥日數大於領藥區間警示」，警訊顯示 "Y" 時，表示同成分總給藥日數大於領藥區間。
3. 新增「R001~R004 註記」資訊，供藥局對民眾說明時用藥參考。

- 三、本署建置健保雲端藥歷系統供醫師處方或藥師(藥劑生)調劑時查詢病人用藥資訊，爰請善用該系統以掌握病人用藥資訊，並請衛教病人按時領藥。

- 四、對此方案有其他疑義或建議，請電洽費用承辦人員(藥局：3035~3036)或林小姐(分機 3060)。



門診特定藥品重複用藥費用核扣方案—醫事機構說明版

104/12/18 版

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，本署將自費用年月 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。

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			
104年第2季		輔導	輔導	輔導	輔導
104年第3季					
104年第4季	同保險醫事 服務機構 處方核扣	同保險醫事 服務機構 處方核扣	同保險醫事 服務機構 處方核扣	同保險醫事 服務機構 處方核扣	同保險醫事 服務機構 處方核扣
105年第1季					
105年第2季					同保險醫事 服務機構 處方且同藥 局調劑核扣
105年第3季			跨保險醫事服務機構處方(調劑)核扣		

(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，則依下列公式核減：

重複用藥之藥事服務費 = 該案件申請之藥事服務費。

重複用藥之藥費 = 該醫令處方(調劑)區間與病人餘藥區間重疊日數 *

該醫令每日平均藥費。

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）：

表 1：同保險醫事服務機構核扣階段

案件類型 核扣對象		院所自行調劑	交付藥局調劑	
處方 院所	藥費	V	V	
	藥事服 務費	V		
交付 藥局	藥費			V
	藥事服 務費		V	V

表 2：跨醫事機構核扣階段

案件類型		院所自行調劑	交付藥局調劑	
核扣對象	一般案件、慢速箋案件 跨(同)保險醫事服務機構處方(調劑) 重複用藥案件	一般案件、慢速箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構處方 重複用藥案件	慢速箋第2次(含以後) 跨(同)藥局調劑 重複用藥案件	
處方 院所	藥費	V	V	
	藥事服 務費	V		
交付 藥局	藥費			V
	藥事服 務費		V	V

(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。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

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「特定藥品用藥重複明細暨說明表」

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



保險醫事服務機構填復前季特定藥品用藥重複說明

- ✓ 下載 VPN 檔案填復後上傳或線上逐筆填復
(詳「用藥重複費用核減方案 VPN 上傳說明」)
- ✓ 保險醫事服務機構以書面填復

執行單位：保險醫事服務機構

執行時間：每季第3個月1日前



審查保險醫事服務機構填復之特定藥品用藥重複說明

執行單位：健保署(各分區業務組)

執行時間：每季第3個月20日前



核算前季特定藥品用藥重複結果並統計

執行單位：健保署排程啟動

執行時間：每季第3個月21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

執行單位：健保署(各分區業務組)

執行時間：每季第3個月30日前

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：

- 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）。
- 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：

- 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」
- 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 個月用藥量案件)
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 個月用藥量案件)

(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」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
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	
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：

- 「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。
- 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。

3035~3036)或林小姐(分機3060)。

正本：桃園市藥師公會、新竹縣藥師公會、新竹市藥師公會、苗栗縣藥師公會、桃園市藥劑生公會、新竹縣藥劑生公會、新竹市藥劑生公會、苗栗縣藥劑生公會



署長黃三桂

