

收文編號	1040039
收文日期	104. 2. 5 - 104. 2. 5
組別	
主送簽核	

檔 號：
保存年限：

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

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行委員會北區分會

發文日期：中華民國104年2月5日
 發文字號：健保桃字第1043020067A號
 速別：
 密等及解密條件或保密期限：
 附件：如主旨

主旨：檢送北區西醫基層總額專業審查篩選指標第39項『三高用藥日數重疊率』--用藥重疊日數計算之參考範例、ATC碼查詢操作手冊、104年醫療費用審查管控項目及監控指標內容，暨說明用藥重疊率與重複用藥核扣日數計算之差異(如附件)，詳如說明，請協助轉知會員，請查照。

說明：

- 一、依103年12月23日西醫基層共管會議建議事項暨本署104年度推動重要業務辦理。
- 二、旨揭轉知事項分述如下，請一併轉知會員於VPN下載：
 - (一)用藥重疊日數之計算，署本部配合相關反映意見作修正，茲製作參考範例及查詢ATC碼操作手冊。
 - (二)全民健康保險異常申報篩選審查管控項目中，「精神科社區復健及照護機構物理治療醫療利用」及「用藥品項數」2項專案業自103年10月起正式執行，另有5項專案(基層適用23項指標)於104年1月(費用月)上線執行。
 - (三)重申6類藥品(含三高及三類精神科用藥)重複用藥核扣自104年1月起執行，相關操作型定義業於104年1月12日上傳VPN供院所參考(函諒達)。
 - (四)用藥重疊率與用藥重複率之計算說明。
- 三、基於病人用藥安全之考量，請持續積極輔導所屬會員上健



保醫療資訊雲端藥歷系統查詢病人近3個月用藥情形，避免產生重複用藥及藥害情形。另為提升院所查詢或資料讀取之速度，請協助輔導會員參與本保險「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」（本組費用二科諮詢窗口：03-4339111轉3053王小姐）。

正本：桃園市醫師公會、新竹縣醫師公會、新竹市醫師公會、苗栗縣醫師公會、中華民國醫師公會全國聯合會西醫基層醫療服務審查執行委員會北區分會

衛生福利部中央健康保險署北區業務組核對章

署長黃三桂

本案依分層負責規定授權組室主管決行



重要事項彙整表

- 一、 西醫基層總額專業審查篩選指標第 39 項『三高用藥日數重疊率』—用藥重疊日數計算之參考範例.....1
- 二、 ATC 碼查詢操作手冊.....2
- 三、 104 年醫療費用審查管控項目及監控指標內容.....6
- 四、 用藥重疊率與重複率之差異9
- 五、 重申六類藥物(三高及三類精神科用藥)重複用藥費用核扣方案10

用藥日數重疊率操作型定義—重疊用藥日數之計算參考範例

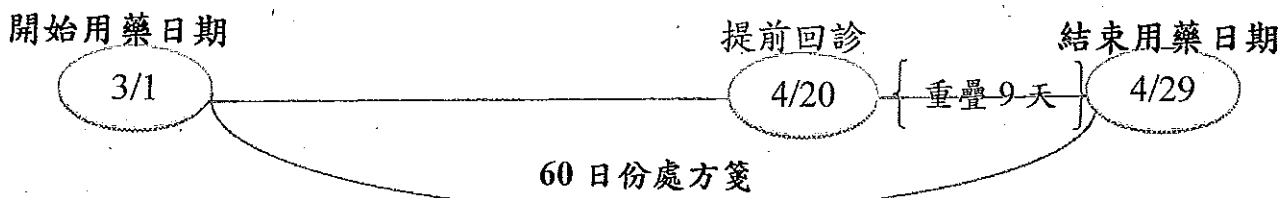
- 1、重疊率=各該類藥物之重疊用藥日數(分子)÷各該類藥物總給藥日數(分母)
- 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數。
 - 分母：各案件之給藥日數總和。
 - 給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份。
 - 開始用藥日期=就醫日期
 - 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1

2、103/12/5 定義修訂內容：

- (1).藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。
- (2).藥局申報資料不納入計算。
- (3).增加排除特定治療項目 H3。
- (4).放寬給藥天數 ≥ 21 天(慢性病領藥)即可扣除 10 天重複。

3、重疊用藥日數之計算範例：

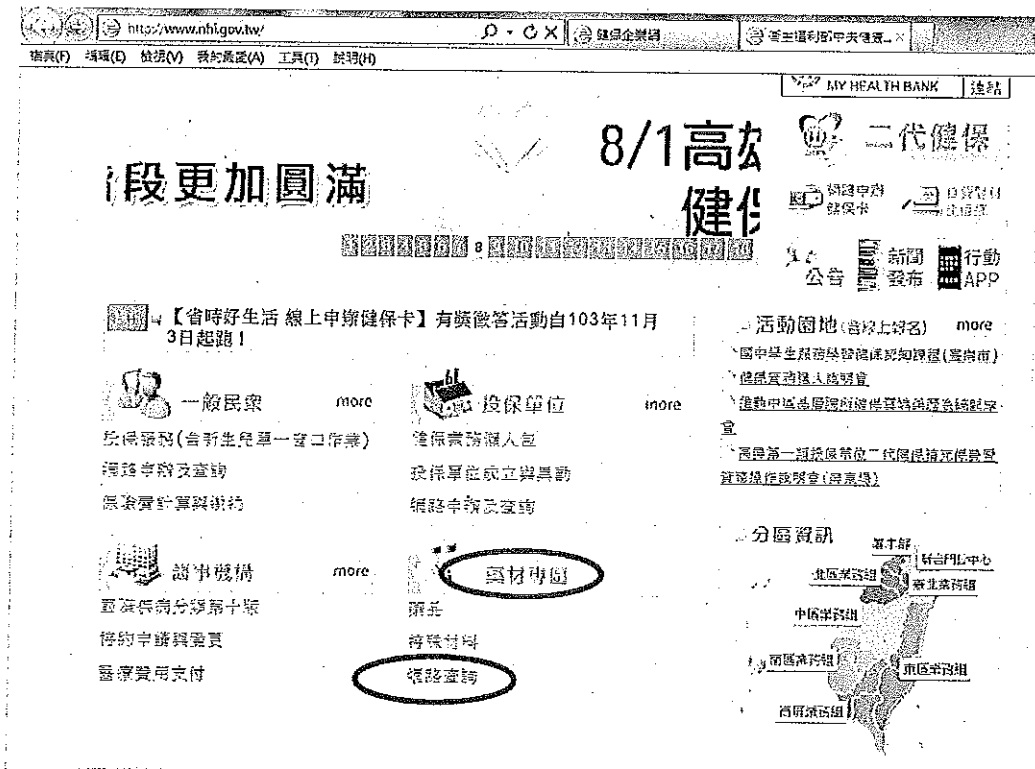
EX：李君於 3/1 就醫領取 60 日（分 2 次調劑）之慢性病連續處方箋，則開始用藥日期為 3/1，結束用藥日期為 4/29 [=開始用藥日期(3/1)+給藥日數(60 天)-1]，若李君提前於 4/20 回診開給與上次相同藥品 42 日（分 2 次調劑）之慢性病連續處方箋，則重疊用藥日數為 9 天（4/20-4/29）可以扣除。



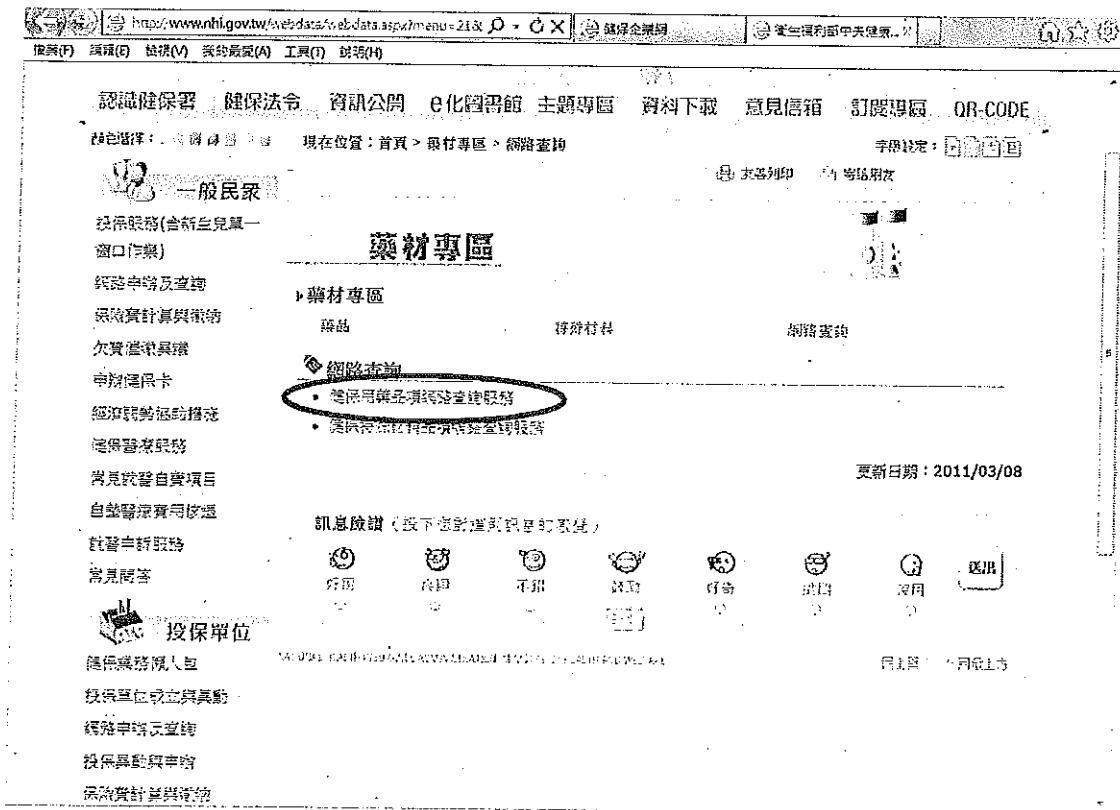
- 4、若牽涉到同 ID、同院所下，該筆給藥日數 ≥ 21 天，且該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生，則在此原因下該筆用藥允許 10 天的空間不計入重疊日數；此外，依據一般民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常皆會提早 1 天就醫領藥，故於指標計算上，一般處方箋同意扣除 1 天重複部分。
- 5、兩案件 ATC 前五碼完全相同才視為用藥重疊(C07 為前三碼完全相同才視為用藥重疊，C07AA05 除外)。
- 6、若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

ATC code 查詢操作手冊

步驟 1 上本署全球網 <http://www.nhi.gov.tw/>



步驟 2 點選『藥材專區』_『網路查詢』(如上圖紅圈註記處)



步驟3 點選『健保用藥品項網路查詢服務』(如上圖紅圈註記處)

健保用藥品項查詢

查詢條件

藥品名稱(中文):	請輸入藥品名稱(中文)
藥品名稱(英文):	請輸入藥品名稱(英文)
健保代碼:	請輸入健保代碼
劑型:	請輸入劑型
藥品分類:	請輸入藥品分類
品質條件分類:	請輸入品質條件分類
成分名稱:	請輸入成分名稱
成分含量(數量):	請輸入成分含量(數量)
成分含量(單位):	請輸入成分含量(單位)
規格量(數量):	請輸入規格量(數量)
規格量(單位):	請輸入規格量(單位)
藥商:	請輸入藥商
單複方:	請輸入單複方
生效日期:	年 月
不適合吞服口服定劑、藥劑之製劑:	請輸入製劑
獎勵:	請輸入獎勵類別

查詢顯示方式

- 只顯示最後一筆資料
- 顯示歷次異動的詳細資料
- 每次顯示 10 筆
- 無異動
- 開始查詢
- 重新選擇

*注意: 成分含量(數量)、規格量(數量)、成分含量(單位)、規格量(單位) 請輸入英文

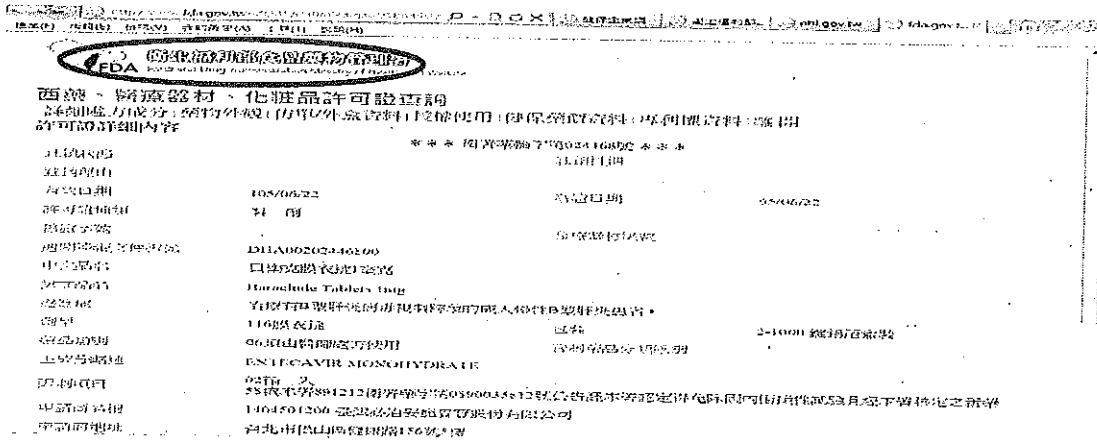
步驟4 輸入『藥品名稱』(中文或英文)或『成分名稱』或『健保代碼』後按『開始查詢』(如上圖紅圈註記處)(本例輸入中文名稱『貝樂克』)

* 本網頁之藥品連結視窗，係由衛生福利部食品藥物管理署提供服務，若有使用疑問請洽諮詢服務專線(02)2787-8200。

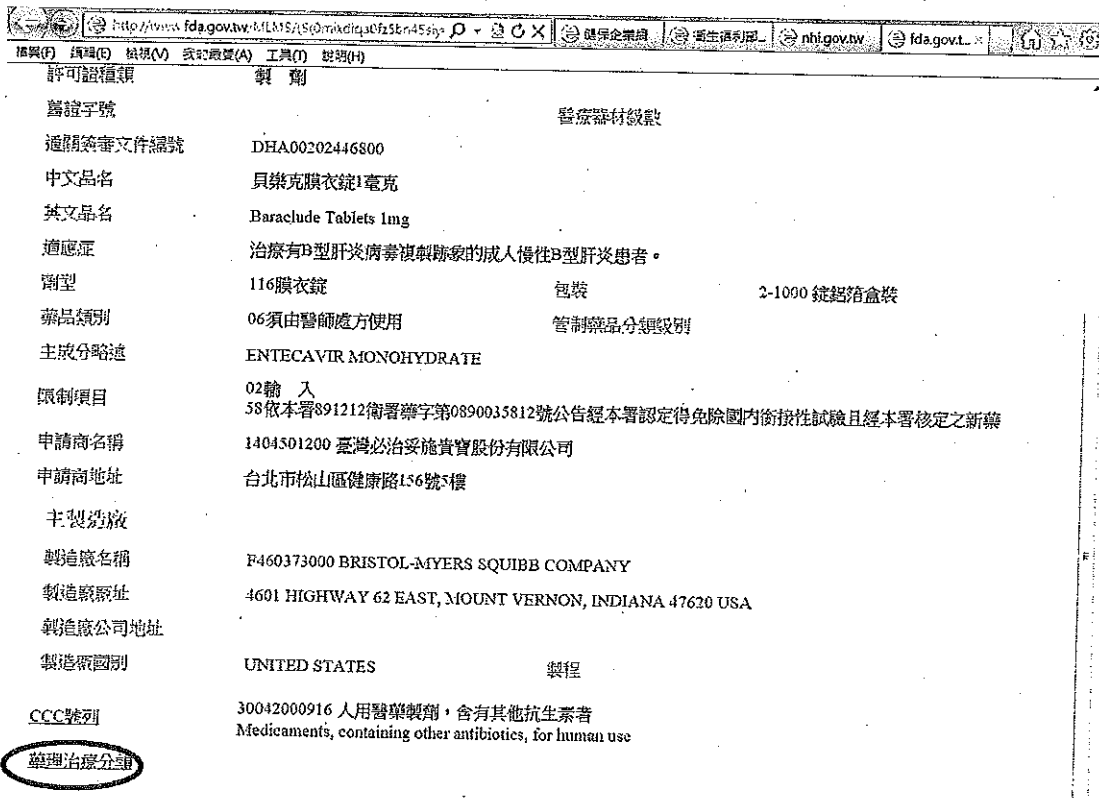
共有2筆 (友善列印另開視窗)

異動	藥品代碼	藥品名稱(英文)	藥品名稱(中文)	成分	成分含量	規格量	單複方	價格	起迄	藥商
	B02J468100	BARACLUDGE TABLETS 1MG	貝樂克膜衣錠 1 毫克	ENTECAVIR	1 MG		單方	184	103.05.01 迄今	臺灣必治妥
	B02J469100	BARACLUDGE TABLETS 0.5MG	貝樂克膜衣錠0.5毫克	ENTECAVIR	0.5 MG		單方	161	103.05.01 迄今	臺灣必治妥

步驟5 左鍵按『藥品代碼』(如上圖紅圈註記處)連結至衛生福利部食品藥物管理署網頁



步驟6 頁面往下拉，左鍵按『藥理治療分類』(如上圖紅圈註記處)



步驟 7 藥品代碼 (如上圖紅圈註記處) 按左鍵連結至衛生福利部食品藥物管理署
 網頁, 即可查得 ATC 碼如下圖 (如下圖紅圈註記處)。



藥理治療分類

藥 碼

*** 衛署藥輸字第024468號 ***
 藥理治療分類(ATC碼)

主次	代碼	英文名	中文名
主	J05AF10	Anti-infectives for systemic use / Antivirals for systemic use / Direct acting antivirals / Nucleoside and nucleotide reverse transcriptase inhibitors / Entecavir	

藥理治療分類(AHFS/DI碼)

主次	代碼	英文名	中文名
主	08183200	Anti-infective agents/Antivirals/Nucleosides and nucleotides	

ODS系統基層診所各專案指標之說明

專案代碼	專案名稱	指標代碼	指標名稱	篩選條件或計算公式
0002	精神科社區復健及照護機構物理治療醫療利用	000201	最近三個月跨院所家數 ≥ 3 家 施行物理治療	※指標定義：同左欄
		000202	前月就醫(含跨院所)施行物理治療費用及次數均 \geq 前三個月平均跨院所施行物理治療費用及次數之全國95百分位	
		000203	前月就醫(含跨院所)施行物理治療費用 \geq 前三個月平均(含跨院所)施行物理治療費用之全國97百分位	
		000204	前月就醫(含跨院所)施行物理治療頻次 \geq 前三個月平均(含跨院所)施行物理治療次數之全國97百分位	
		000205	前月就醫(跨院所)施行物理治療次數 $>$ 前月日曆日數	
0003	用藥品項數	000301	單一處方用藥品項超過8項之案件	※排除條件： (1)案件分類為04、05、06、08、A3、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、HN、02、E1 (2)藥品給藥日份 > 14 天、立刻使用(STAT)及需要時使用(PRN)之藥品 (3)重大傷病(部分負擔代碼為001) (4)整合式照護計畫案件(註記為A、B、D、E、Y)
		000302	平均每張處方用藥品項數大於5項	
0004	用藥管控項目	0004001	同院所同日申報相同藥品	
		0004002	每人每月同院所用藥合計 ≥ 3900 顆	※排除條件： 1.罕見疾病個案、特定治療項目(代碼為H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD) 2.同月領取二次以上相同用藥且間隔大於20天之最後一次ORDER_QTY醫令總量(最後一次就醫日-第一次就醫日 > 20)；再分以下狀況： 【狀況1】若當月有2筆領取相同用藥，則以第二筆減第一筆判斷是否 > 20 日【狀況2】若當月有多筆(> 2 筆)領取相同用藥，則以最後一筆減第一筆判斷是否 > 20 日
		0004003	同院所同個案半年開立慢性病連續處方箋 ≥ 13 張	同左欄
		0004004	同院所同個案同月開立慢性病連續處方箋 ≥ 4 張	同左欄
		0004005	一次領取慢箋(全年 ≥ 7 次)	※排除條件：
		0004006	三高藥費管控(總開藥天數 ≥ 550 日)	代辦案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA)

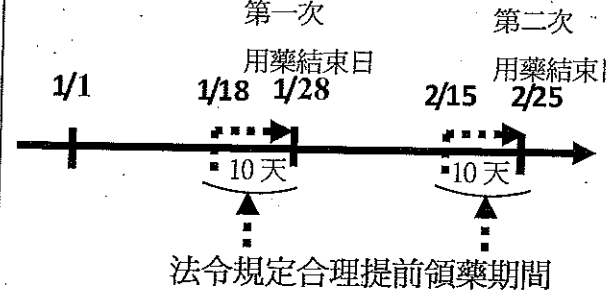
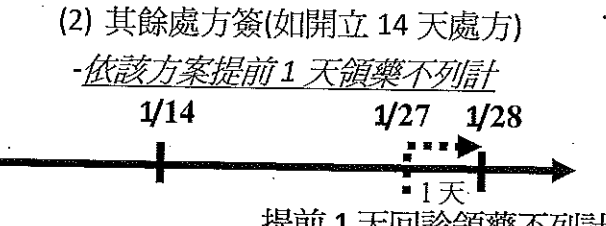
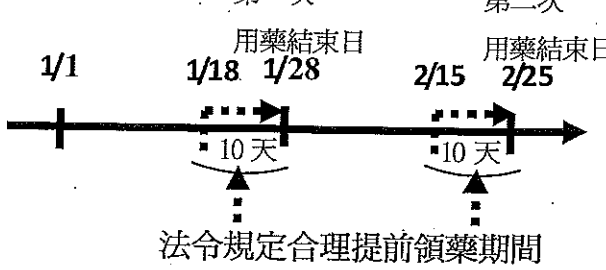
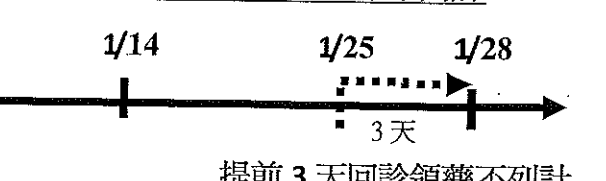
ODS系統基層診所各專案指標之說明

專案代碼	專案名稱	指標代碼	指標名稱	篩選條件或計算公式
		0004008	鎮靜安眠藥物_每半年歸戶_每人DDD_病患歸戶DDD>10倍	1.排除條件： 代辦案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA) 2.藥品：NIMETAZEPAM、FLUNTRAZEPAM、ZOLPIDEM 3.計算：每件DD超過WHO ATC/DDD Index建議倍數>5倍 (1)每日劑量 (DD) = 醫令總量*藥品成份含量/加總藥品給藥日份 (2)藥品WHO ATC/DDD Index建議量之5倍數
		0004009	Zolpidem首次就醫開藥>7日	1.排除條件： 代辦案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA)、慢箋領藥08案件 2.首次就醫定義：「半年內未曾就醫」
		0004010	婦產科≤10歲病人骨盆發炎使用抗生素	1.排除條件： 代辦案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA)、慢箋領藥08案件 2.10歲含以下女性=「就醫年月」-「出生年月」≤120個月且ID第2碼為2
		0004011	同處方開立≥3種口服抗生素	*排除條件： 代辦案件(案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA)
		0004012	急性上呼吸道感染抗生素用藥比率>6%院所	
		0004013	鼻竇炎抗生素使用<7日	
		0004015	首次使用statin選用高價藥(單價>同類藥品價格25百分位)	
		0004016	feburic使用不符藥品給付規定	
0006	門診就醫次數管理	0006001	門診同院所同日就醫≥4次者	1.列計案件為診察費>0且案件分類01、02、03、04、06、09、C1、D4、E1 2.排除部份負擔代碼001、902、903案件 3.排除轉診(檢)註記"5"、"6"、"7"、"8" 4.按病患身分證號歸戶
		0006002	門診同院所當月就醫≥8次者	
0007	復健治療管控項目	0007001	西醫門診腦血管疾病中度複雜以上復健次數(排除職災及早療案件)≥180次	1.排除：門診代辦案件及年齡6歲(含)以下早療案件 年齡定義：就醫年月-出生年月後取年份,年齡0-6歲之案件(小於84個月) 2.計算方式： (1)0007001 施行中度複雜以上之復健醫令(A)、施行所有復健治療醫令(B) 中度複雜以上復健治療執行率=中度複雜以上醫令數(A)/所有復健治療醫令數(B)*100% (2)0007002 治療次數：同院所、同保險對象ID、同出生日期，分別計算施行各治療類別(物理、職能、語言)醫令數加總 (3)0007003 計算方式：每一案件以病患往前追蹤治療起始時間，計算"起始時間"至"就醫年月"間月份數
		0007002	西醫門診年復健次數(排除職災及早療案件)≥180次	
		0007003	西醫門診中度複雜以上復健治療執行率(排除職災及早療案件)≥全國90百分位	

ODS系統基層診所各專案指標之說明

專案代碼	專案名稱	指標代碼	指標名稱	篩選條件或計算公式
0008	醫師本人及其眷屬、員工自家看診	0008001	最近連續3個月自家就診次數>7次且每月自家就診次數>2次	※排除案件： 1.案件分類：05、A1、A2、A3、A5、A6、A7、B1、B6、B7、B8、B9、BA、C4、D1、D2、D3、D4、HN、14、16、25 2.同一療程案件(診察費=0)、轉代檢案件(申請點數+部分負擔=0、轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記:5、6、7、8)、補報原因註記2 3.重大傷病(代碼001)、代辦三歲以下兒童就醫(代碼902)、代辦健保IC卡新生兒依附註記方式就醫者(代碼903)
		0008002	醫師自我診治困難項目	1.篩選條件：醫師ID=病人ID 2.指標定義： (1)自家就診率=自家就診人數/該院所歸戶人數 (2)平均就醫次數=自家就診件數/自家就診人數 (3)就診點數占率=自家就診點數/該院所申報醫療費用點數 (4)最近連續3個月自家就診次數>閾值1且最近3個月每月自家就診次數>閾值2之異常ID門診申報案件：審查費用當期之前3個月門診申報案件
0009	安養住民醫療利用	0009001	安養住民每季門診就醫(含跨院跨區)≥12次者	1. 列計案件： (1)0009001：案件分類01、04、08、09、E1 (2)0009002：診察費>0且案件分類01、04、09、E1 2.排除主、次診斷碼前三碼為癌症及年齡6歲以下(早療)案件 ICD-9-CM癌症疾病相關診斷前三碼140~208、V58.0、V58.1 ICD-10-CM癌症疾病相關診斷前三碼：C00~C26、C30~C34、C37~C41、C43~C58、C60~C86、C88、C90~C96、C4A、C7A、C7B、D03、D3A、D45、E31、J91、R18、Z51 年齡定義：就醫年月(就醫日期或交付機構案件之調劑日)-出生年月，年齡0~6歲之案件(小於84個月) 3. 按病患身分證號歸戶
		0009002	安養住民每季門診醫療費用(含跨院跨區)≥20,000點者	

表一 「用藥重疊率」及「用藥重複核扣」日數計算之差異

	(1710)同院所門診同藥理用藥日數重疊率-降血壓藥物	特定藥品門診案件重複用藥費用核扣方案(以降血壓為例)
藥品定義	降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(但需排除C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第 8 碼為 1。	1. 同左 2. 同成份同核價劑型(藥品分類分組代碼前 11 碼相同)才視為用藥重複。
資料範圍	1. 排除代辦案件：A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。 2. 排除任一特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者。 3. 排除案件 02(急診)、A2(精神復健)案件。 4. 排除同一療程及排程檢查：醫令檔 CHR_MARK 為 2、3(排除醫令即可)。 5. 排除安胎案件：主診斷前 3 碼為 640、641、644。 6. 藥局給藥案件刪除原案件分類為 08 條件。藥局申報資料不納入計算。	1. 除 2.列計，其餘 1 至 5 同左。 【特定治療項目代碼為 H3、H6、H8、H9、HA、HB、HC、HD 者列計，雖屬合理性提前領藥可不計重複用藥，但病人已取藥所以用藥區間應累加，所以此類案件不排除】 6. 藥局納入計算。包含 08 條件。
計算方式	<p>1. 公式：重疊給藥日數/總給藥日份</p> <p>➢ 分子：同院同 ID 同藥理不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間重疊之日數。</p> <p>➢ 分母：各案件之給藥日數總和。</p> <p>2. 給藥日數：醫令檔之醫令給藥日份。</p> <p>3. 開始用藥日期=就醫日期</p> <p>4. 結束用藥日期=開始用藥日期+給藥日數-1</p> <p>(1) 連續處方籤(2 次 28 天慢簽) -依法令規定得提前 10 天領藥 -以第一次用藥結束日計算下次領藥起日</p>  <p>(2) 其餘處方籤(如開立 14 天處方) -依該方案提前 1 天領藥不列計</p> 	<p>1. 計算重複日數</p> <p>(1) 連續處方籤(前後兩筆給藥日數均≥21 天)：可提前 10 天領取藥物</p> <p>(2) 其餘處方籤：寬限提前 3 天回診開立處方</p> <p>2. 其餘詳細如該方案</p> <p>(1) 連續處方籤(2 次 28 天慢簽) -依法令規定得提前 10 天領藥 -以第一次用藥結束日計算下次領藥起日</p>  <p>(2) 其餘處方籤(如開立 14 天處方) -依該方案提前 3 天領藥不列計</p> 

特定藥品門診案件重複用藥費用核扣方案

一、緣起

本署自 100 年起即開始監控特定藥品重複用藥指標，並定期提供院所資訊自我管理，另為讓醫師處方時能了解病人跨院用藥情形，並於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統。依現行醫師處方時已能掌握病人完整用藥資訊下，仍重複開立處方，本署將自費用年月 104 年 1 月起進行重複用藥費用核扣方案。

二、法源依據

(一) 重複用藥不予支付之依據

1. 「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 條第 9 款：
保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有用藥種類與病情不符或有重複者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由。
2. 「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」之藥品給付規定通則第 9 條：本保險處方用藥有下列情況者視為重複用藥，不予給付(87/4/1)：
 - (1) 為達相同之治療目的，使用兩種以上同一治療類別（或作用機轉）之藥品，視為重複用藥。
 - (2) 為達相同之治療目的，使用兩種以上不同治療類別（或作用機轉）之藥品，而未能增加療效；或其併用不符合一般醫學學理，且無文獻佐證。
 - (3) 但下列情形除外：
 - a. 長短效的藥品搭配使用或不同劑型配合使用，且其使用方法符合各項

藥品藥動學或藥理性質之特色者。

b. 緊急傷病情況下之合併使用者，且其併用符合一般醫學學理。

c. 本標準藥品給付規定有特別規定者。

(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) 實施範圍：

針對下列慢性病之藥品，若屬同院重複用藥逕予行政核減；屬跨院重複用藥採先輔導半年後續以行政核減作業方式(操作型定義詳附件 1)：

- (1) 降血壓藥物(口服)同成份同核價劑型重複
- (2) 降血脂藥物(口服)同成份同核價劑型重複
- (3) 降血糖藥物(不分口服及注射) 同成份同核價劑型重複
- (4) 抗思覺失調藥物同成份同核價劑型重複
- (5) 抗憂鬱症藥物同成份同核價劑型重複
- (6) 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)同成份同核價劑型重複

(二) 費用核扣原則：

依病人、處方(調劑)日期歸戶排序，逐筆判斷醫師處方時病人歸戶之用藥剩餘日數，若處方時病人仍有餘藥，但符合本保險提前領藥規範，則不計入重複用藥；不符合者，依下列公式核減，重複用藥核減金額＝該醫令處方(調劑)

劑)用藥區間與病人用藥剩餘區間重疊日數*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）。
2. 提前領藥規範係指本方案第二項法源依據所列（三）之4相關規定；另為考量目前院所藥歷系統查詢病人用藥資訊受限於領藥時間與IC卡上傳時間差及院所下載資料即時性差影響，還有不可歸責於院所之病人提早就診等因素，為避免爭議，一般案件若提前10日領藥亦不歸屬重複用藥。但所有領藥日數皆列入用藥剩餘日數內計算。
 - a. 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。
 - b. 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) 作業方式：採核定後行政追扣作業方式

1. 每季第二個月初分區業務組即可下載前季「○○院所用藥重複明細暨說明表」（詳附件2）提供院所填報說明，可以VPN、電子檔或書面等多種管道整批或單家下載讓院所說明個案重複用藥原因。
2. 院所說明內容採從寬處理，符合常理即暫不核減，未說明者若屬同院重複則逕以追扣方式行政核扣；若屬跨院重複，費用年月104年1月至6月先輔導半年，自費用年月104年7月後逕以追扣方式行政核扣。

四、目前西醫基層總額自 102 年 11 月 1 日起已新增「西醫院所門診高血壓慢性病連續處方箋用藥日數重複率」、「西醫院所門診高血脂慢性病連續處方箋用藥日數重複率」及「西醫院所門診糖尿病慢性病連續處方箋用藥日數重複率」等三項不予支付指標，為避免重複核減，配合本方案施行日（費用年月 104 年 1 月）暫停執行。

附件 1：6 類藥品報表操作型定義

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_降血壓藥物【醫令日數(不含藥局調劑)】

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_降血脂藥物【醫令日數(不含藥局調劑)】

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_降血糖藥物【醫令日數(不含藥局調劑)】

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_抗思覺失調藥物【醫令日數(不含藥局調劑)】

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_抗憂鬱症藥物【醫令日數(不含藥局調劑)】

(0000).同成份劑型用藥日數重複報表_安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)【醫令日數(不含藥局調劑)】

□藥品定義(參考 DA 指標 1710~1712、1716~1718)：

- ✓ 降血壓藥物(口服)：ATC 前三碼=C07(但需排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02AC、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C02KX、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA、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、A10BX。
- ✓ 抗思覺失調藥物：ATC 前五碼=N05AA、N05AB、N05AD、N05AE、N05AF、N05AH、N05AL、N05AN、N05AX。
- ✓ 抗憂鬱症藥物：ATC 前五碼=N06AA、N06AB、N06AG、N06AX。
- ✓ 安眠鎮靜藥物(不含抗焦慮藥物)：ATC 前五碼為 N05BA、N05BE、N05CC、

N05CD、N05CF、N05CM。

□資料範圍：

門診(西醫基層+西醫醫院+藥局)申報資料中「醫令類別」為1且「藥費」不為0且「藥品(項目)代號」為10碼之藥品項目【篩選實際調劑之案件】。

- ✓ 排除代辦案件：門診排除案件分類為A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1、D2、HN、BA。
- ✓ 排除案件分類為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：醫令檔 CHR_MARK 為2、3(排除醫令即可)。
- ✓ 排除安胎案件：主診斷前3碼為640、641、644。

□資料來源：本署倉儲系統。

□欄位增置說明

- ✓ 案件類型：「2：慢箋處方調劑案件」—西醫基層及西醫醫院「案件分類為08」或「轉診(檢)、代檢或處方調劑案件註記為2」或「就醫序號為IC02(第2次)或IC03(第3次)或IC04(第4次)」案件、藥局「案件分類為2」或「原處方服務機構之案件分類為08」者；其餘案件皆屬「1：當次處方調劑案件」。
- ✓ 歸責院所：案件類型為「2：慢箋處方調劑案件」者，本欄位皆為調劑院所(申報之院所或藥局)，其餘案件則為原處方院所(西醫基層及西醫醫院為申報之醫事機構代號、藥局為原處方服務機構代號)
- ✓ 調劑日期之設定如下：

1.西醫基層和西醫醫院之「2：慢箋處方調劑案件」者其調劑日期為治療結束日期，倘若為空值則取就醫日期。

2.西醫基層和西醫醫院其餘案件之調劑日期為就醫日期。

3.藥局則以「調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期」設定。

✓ 用藥起迄相關欄位

1.「品項用藥起日」、「品項用藥迄日」：各藥品醫令用藥起迄日；各藥品之「品項用藥起日」依下列邏輯分別設定，「品項用藥迄日」則皆為品項用藥起日+藥品給藥日數-1；若藥品給藥日數=0，則品項用藥迄日=品項用藥起日。

2.「案件用藥起日」、「案件用藥迄日」：各案件同成分同劑型用最大區間之起迄日；同一案件下若為同成分同劑型（藥品分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同）則取「品項用藥起日」最小值視為「案件用藥起日」；取「品項用藥迄日」最大值視為「案件用藥迄日」。

3.「連續用藥起日」、「連續用藥迄日」：同 ID 連續性用藥最大區間之起迄日，「連續用藥起日」設定邏輯依下列說明，「連續用藥迄日」=「案件用藥迄日」。

✓ 計算 103Q1 時，需往前勾稽一個月(10212)的資料一併觀察，並依 ID、調劑日期、歸責院所、案件類型、流水號排序後，依逐筆醫令判斷其用藥是否重複。

✓ 兩案件同成份同核價劑型(即藥品分類分組代碼 DRUG_GROUP_CODE 前 11 碼相同)才視為用藥重複。

✓ 若兩筆(或多筆)處方的開始用藥日期相同時，以清單檔之流水號(SEQ_NO)較大的那筆視為發生用藥重疊；較小的那筆則視為未發生用藥重疊。

✓ 用藥重複判斷邏輯

1. 每位 ID 的第一筆案件之「品項用藥起日」=調劑日期；「連續用藥起日」=「案件用藥起日」。

2. 自 ID 第二筆案件後即以調劑日期比對前一筆「連續用藥迄日」

(1). 無重複用藥情事

調劑日期 > 前一筆前一筆「連續用藥迄日」，「品項用藥起日」=調劑日期；
「連續用藥起日」=「案件用藥起日」。

(2). 合理性提前領藥，不計重複日數，但案件用藥起迄日是接續前一筆計算

a. 調劑日期 ≤ 前一筆「連續用藥迄日」且任一特定治療項目代碼為 H3、H6、

H8、H9、HA、HB、HC、HD—本筆「品項用藥起日」=前一筆「案件用藥迄日」+1；「連續用藥起日」=前一筆連續用藥起日。

b. 前一筆「連續用藥迄日」-10 日 ≤ 調劑日期 ≤ 前一筆「連續用藥迄日」

且該筆給藥日數 ≥ 21 天，且前一筆案件給藥日數 ≥ 21 日【該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數 ≥ 21 天的用藥比對所產生】—在此原因下用藥允許提前 10 天領藥的空間，本筆「品項用藥起日」=前一筆「案件用藥迄日」+1；「連續用藥起日」=前一筆連續用藥起日。

c. 前一筆「連續用藥迄日」-3 日 ≤ 調劑日期 ≤ 前一筆「連續用藥迄日」—

依據民眾實際就醫習慣，為避免斷藥無藥可吃，通常會提早幾天就醫領

藥，因考量診次掛號問題，故以3天為限，本筆「品項用藥起日」=前一筆「案件用藥迄日」+1；「連續用藥起日」=前一筆連續用藥起日。

(3).提前領藥，計算重複日數及核扣金額，因病人已拿到藥品，所以案件用藥起迄日是接續前一筆計算

a. 調劑日期<前一筆「連續用藥迄日」-10日且該筆給藥日數>=21天，且前一筆案件給藥日數>=21日【該筆給藥產生重疊的原因是與另一筆給藥日數>=21天的用藥比對所產生】一本筆「品項用藥起日」=前一筆「案件用藥迄日」+1；「連續用藥起日」=前一筆連續用藥起日。「重複日數」=(前一筆「連續用藥迄日」-10日)-調劑日期+1；本筆歸責院所若與前一筆歸責院所相同，「重複用藥核減金額」=藥品金額/藥品用藥日數*重複日數【因資料擷取範圍皆屬申報藥費案件，所以可以直接使用院所申報之藥品金額來計算】，若歸責院所不同「重複用藥核減金額」=0。

b. 調劑日期<前一筆「連續用藥迄日」-3日一本筆「品項用藥起日」=前一筆「案件用藥迄日」+1；「連續用藥起日」=前一筆連續用藥起日。「重複日數」=(前一筆「連續用藥迄日」-10日)-調劑日期+1；若本筆歸責院所若與前一筆歸責院所相同「重複用藥核減金額」=藥品總量/藥品用藥日數*重複日數*單價，若歸責院所不同「重複用藥核減金額」=0。

附件 2：○○院所 ○年第○季用藥重複明細暨說明表

身分證號	歸黃醫事機構代碼	歸黃醫事機構名稱	案件分類	流水號	就醫日期	治療結束日期	成分劑型	醫令代碼	數量	單價	醫令金額	醫令給藥天數	是否符合提前領藥	個案用藥開始日期	個案用藥結束日期	重複用藥天數	核減金額
A100000000		A	08	211	1030916	1030916	ATENOLOL, 一般錠劑膠	AB294781G0	28	2.0	56	28		2014/09/16	2014/10/13	0	0
A100000000		A	08	211	1030916	1030916	DILTIAZEM, 一般錠劑膠	A0103581G0	56	2.0	112	28		2014/09/16	2014/10/13	0	0
A100000000		A	08	212	1030916	1030916	ATENOLOL, 一般錠劑膠	AB294781G0	28	2.0	56	28	Y	2014/09/16	2014/11/11	0	0
A100000000		A	08	212	1030916	1030916	DILTIAZEM, 一般錠劑膠	A0103581G0	56	2.0	112	28	Y	2014/09/16	2014/11/11	0	0
A100000000		A	04	313	1030920	0	DILTIAZEM, 一般錠劑膠	A0103581G0	28	2.0	56	28	N	2014/09/20	2014/10/17	28	56
A100000000		A	08	212	1030920	0	ATENOLOL, 一般錠劑膠	AB294781G0	28	2.0	56	28	N	2014/09/20	2014/10/17	28	56