

中區西醫基層總額共管會 113 年第 2 次會議資料

時間：113 年 6 月 21 日 13:00

地點：中央健康保險署中區業務組 10 樓第 1 會議室

出席：

中區分會：

臺中市醫師公會：王博正(請假)、羅倫樛(請假)、蔡景星、葉元宏、
施英富、蘇主光、高嘉君、高大成、陳正和、
林義龍、曾崇芳(請假)、林煥洲、林恒立(請假)

臺中市大臺中醫師公會：魏重耀(請假)、藍毅生(請假)、彭業聰(請假)、
顏炳煌、林宜民、陳儀崇、管灶祥(請假)、
陳俊宏(請假)、黃致仰、蔡其洪、林釗尚、
陳振昆

彰化縣醫師公會：蔡梓鑫、巫喜得、吳祥富、林育慶、
林峯文、連哲震(請假)、孫楨文

南投縣醫師公會：洪一敬、張志傑、陳宏麟(請假)、蕭志界

中區業務組：

陳墩仁、賴大年、蘇彥秀、陳麗尼、張黛玲、游姿媛、林裕能、
曾憶玲、游韻真、張凱瑛、蘇恒萱、徐向慧、陳映瑄、洪瑜禪、
李哲宇、許欣婷、黃金元、林昱

列席：廖文鎮、易文仁、鄭元凱、陳詩旻、謝育凡、顏佩珊

主席：丁組長增輝

廖主任委員慶龍

紀錄：陳之菁

壹、主席致詞

貳、決議事項追蹤報告

序號	決議事項追蹤	承辦單位	辦理情形
1	家醫計畫如有重大改變，中區業務組將召開說明會宣導。 (112 年第 4 次會議)	中區業務組	1. 已於 113 年 4 月 11 日辦理家醫計畫修訂說明會。 2. 計畫公告放置於全球資訊網/健保醫療計畫/家醫計畫/醫療院所專區/歷年公告。
2	有關「提升基層護理人員照護品質加計」之調薪認定係與 111 年 12 月比較，薪資調升幅度達健保投保金額提升一級即符合，署本部預計於 113 年 4 月提供資料給分區確認，執行細節確認後轉知轄區診所。 (113 年第 1 次會議)	中區業務組	113 年第 1 季費用，署本部已完成結算，將於 6 月 28 日撥付。

參、報告事項：

一、「家庭醫師整合照護計畫」辦理情形

(一) 本組 113 年核定同意續辦醫療群共計 138 群，較 112 年少 12 群(有 9 群不符續辦標準，另有 6 群併成 3 群)。

(二) 各縣市別參與情形(表 1)

1、台中市 46 群，減少 4 群(負成長 8%)；大台中 47 群，減少 5 群(負成長 9.6%)；彰化縣 32 群，減少 2 群(負成長 5.9%)；南投縣 13 群，減少 1 群(負成長 7.1%)，總群數較 112 年減少 12 群(負成長 8%)。

2、診所共計 1,385 家，減少 17 家(負成長 1.2%)。

3、醫師共計 1,867 位，增加 46 人(正成長 2.5%)。

(三) 轄區擇定醫療群 2.0 版本共 86 群占 62.3%，其中台中市 21

群、大台中 28 群、彰化縣 28 群、南投縣 9 群，以彰化縣參與占率最高(87.5%)(表 2)。

(四) 相關輔導及配合事項

- 1、112 年評核指標屬輔導級計 11 群，已發函通知執行中心，請於 6 月底前提具執行改善計畫書至本組備查。
- 2、評核指標大於 90 分之醫療群計 58 群，其中 536 家診所符合自行收案加收 100 名之資格，第二階段自收會員上傳期間為 113 年 6 月 19 日至 7 月 2 日止，請於期限內完成上傳。

表 1、各縣市醫療群分布及診所、醫師參與情形

112 年				113 年			群數 成長 率	診所 數成 長率	醫師 數成 長率
縣市別	群數	家數	醫師數	群數	家數	醫師數			
台中市	50	462	594	46	454	619	-8.0%	-1.7%	4.2%
大台中	52	468	622	47	453	632	-9.6%	-3.2%	1.6%
彰化縣	34	319	411	32	327	421	-5.9%	2.5%	2.4%
南投縣	14	153	194	13	151	195	-7.1%	-1.3%	0.5%
總計	150	1,402	1,821	138	1,385	1,867	-8.0%	-1.2%	2.5%

表 2、各縣市擇定醫療群版本之情形

縣市別	擇定醫療群版本		總計
	1.0	2.0	
台中市	25	21	46
大台中	19	28	47
彰化縣	4	28	32
南投縣	4	9	13
總計	52	86	138

二、「全民健康保險在宅急症照護計畫」推動情形

- (一)「全民健康保險在宅急症照護計畫」於 113 年 5 月 24 日公告，相關資料及計畫內容可於本署全球資訊網「首頁/最新消息/法規公告」查詢下載。
- (二)參與院所資格：
 - 1. 參與居整計畫之特約院所。
 - 2. 參與支付標準第五部第一章居家照護及第三章安寧居家療護之特約院所。
 - 3. 依特管法第 21 條規定，報保險人同意至照護機構提供一般西醫門診服務並參與衛福部「減少照護機構住民至醫療機構就醫方案」之特約院所。
- (三)本組已於 113 年 6 月 5 日辦理該計畫說明會。
- (四)依計畫規定有意願參與之院所須由「主責院所」於公告後 1 個月內將計畫書送分區業務組辦理審核，擇優參與計畫。請有意願參與之院所組成照護小組，由主責院所於 6 月 24 日之前以正式公文函送計畫書及相關佐證文件予本組醫管科。
- (五)計畫書格式 WORD 檔及團隊成員成員清冊 EXCEL 檔，已公告於 VPN/院所資料交換區，可逕行下載使用。
- (六)有關教育訓練 4 小時實體課程，居家護理服務協會、居家醫療醫學會、醫療產業管理發展學會及在宅醫學會等單位於 6 月份在台中及彰化有開設課程，可逕洽學會報名或了解開課時程。

三、鼓勵每月醫療費用申報總表改線上確認 快速省時免郵寄

- (一)總表線上確認方式：於 VPN/醫務行政/申請「76-申報總表線上確認」作業。申請核可後，以該院所負責人之「醫事人員卡、或健保卡、或自然人憑證」登入 VPN，進入【醫療費用申報總表線上確認】畫面執行「確認」，即完成總表線上確認。
- (二)線上確認完成後由系統於隔日自動受理，若院所於申報上傳五日內(不含假日)確認完成，則受理日為上傳日期；若超過五日

才確認，則受理日為確認日期。申報上傳超過一日未確認，系統將於每日 mail 通知院所。

- (三) 於 113 年 3 月 1 日請各縣市醫師公會輔導後截至 113 年 6 月 5 日止新增 104 家申請，轄區尚未申請家數共 1,231 家(54%)；台中市 470 家(54%)、大台中 380 家(54%)、彰化縣 263 家(53%)、南投縣 118 家(52%)，請各醫師公會轉知院所踴躍改為費用申報總表線上確認作業。

四、113 年 9 月 1 日全面單軌實施「健保卡資料上傳格式 2.0 作業」

- (一) 113 年 5 月 27 日健保醫字第 1130110147 號公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」提升院所智慧化資訊機制獎勵項目回溯自 113 年 1 月 1 日起，以「健保卡資料上傳格式 2.0」版本上傳每日就醫資料，每家獎勵 10,000 點，112 年已有獎勵者不予重複獎勵。
- (二) 113 年 9 月 1 日將全面單軌實施，截至目前為止(113 年 6 月 11 日)，尚有 164 家診所(7.1%)未改版，以臺中市 71 家最多，其次為大臺中 58 家(表 3)。尚未完成改版名單，將轉請各醫師公會協助輔導會員盡快改版。

表 3、中區西醫基層健保卡資料上傳格式 2.0 改版縣市家數分布

	特約家數	改版家數	改版率%	未改版家數	未改版率%
縣市	(H)	(A)	(A/H)	(B)	(B/H)
臺中市	862	791	91.8	71	8.2
大臺中	705	647	91.8	58	8.2
彰化縣	500	487	97.4	13	2.6
南投縣	229	207	90.4	22	9.6
中區	2,296	2,132	92.9	164	7.1

五、中區西醫基層重複用藥管理方案 112 年第 4 季追蹤

- (一) 本轄區重複用藥有 1,470 家、183 萬點(比疫情前 108Q4 成長 35.2%)，重複用藥點數占率 0.21%高於全署 0.20%及中區醫院

0.12%(表 4)；各縣市中以臺中市重複用藥點數 65 萬點(占率 0.24%)最高(表 5)。

- (二) 依方案重複點數大於 1,000 點逕予核減計 452 家診所、152.3 萬點。另本組於 112 年 11 月 23 日函請重複用藥點數 1 萬點以上診所限期改善(共計 46 家)，將追蹤 113 年第 2 季情形，如仍未改善將依相關規定處以違約記點一點。
- (三) 診所可至「VPN/保險對象管理」查詢「重複用藥輔導報表」供改善參考，並請善用健保雲端系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)，避免重複用藥，以撙節醫療資源。

表 4、112 年第 4 季西醫基層重複用藥方案核扣情形

分區別	112Q4				112Q4 較 108Q4	
	重複用藥		重複用藥家數	核扣家數	重複用藥增加點數	增加核扣家數
	重複用藥點數	點數占率 %				
臺北	2,304,137	0.24	1,904	565	700,136	140
北區	1,249,275	0.20	881	260	359,664	48
中區	1,833,558	0.21	1,470	452	477,668	117
南區	902,276	0.14	1,003	240	312,062	89
高屏	1,471,520	0.18	1,235	371	476,025	137
東區	252,366	0.24	153	56	79,631	0
全署	8,013,132	0.20	6,646	1,944	2,405,186	531

註：1. 重複用藥增加點數=112Q4 重複用藥點數-108Q4 重複用藥點數。

2. 全署醫院重複用藥點數占率 0.15%、中區醫院 0.12%。

表 5、112 年第 4 季中區西醫基層各縣市重複用藥方案核扣情形

縣市別	112Q4				112Q4 較 108Q4	
	重複用藥		重複用藥家數	核扣家數	重複用藥增加點數	增加核扣家數
	重複用藥點數	點數占率 %				
臺中市	655,224	0.24	506	153	77,121	104
大臺中	593,555	0.20	482	156	82,368	43
彰化縣	395,542	0.20	323	96	61,191	18
南投縣	189,237	0.19	159	47	21,215	-48
中區	1,833,558	0.21	1,470	452	241,895	117

註：重複用藥增加點數=112Q4 重複用藥點數-108Q4 重複用藥點數。

六、西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開

- (一) 112 年全年西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開指標項目，中區有 5 項指標超出參考值，詳如表 6。
- (二) 本案前已於 112 年第 3 次共管會針對季指標高於同儕者，轉請中區分會協助輔導在案，113 年 5 月再次發函輔導，後續將追蹤指標改善情形，必要時將進行專業審查，以了解合理性。

表 6、112 年西醫基層總額整體性醫療品質指標

指標名稱	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	112 年 監測 目標值	111 年 中區
門診抗生素使用率	15.10%	12.87%	13.91%	12.10%	11.46%	14.34%	13.68%	12.23%
門診 Quinolone、 Aminoglycoside 類 抗生素藥品使用率	0.55%	0.57%	0.75%	0.55%	0.50%	0.35%	0.65%	0.74%
同院所門診同藥理 用藥日數重疊率- 降血壓(口服)	0.07%	0.06%	0.08%	0.06%	0.06%	0.07%	0.07%	0.07%
同院所門診同藥理 用藥日數重疊率- 安眠鎮靜(口服)	0.22%	0.12%	0.25%	0.21%	0.12%	0.19%	0.22%	0.26%
跨院所門診同藥理 用藥日數重疊率- 安眠鎮靜(口服)	0.78%	0.49%	0.99%	0.72%	0.64%	0.64%	0.90%	0.98%

七、112 年中區安眠鎮靜處方用藥異常案件，將辦理回溯性審查

- (一) 統計中區西基 108 年至 112 年安眠鎮靜類藥物使用人數由 8.7% 增加至 10.0%，用藥量成長 33.7%，多數為開立 BZDs 類藥品。分析 112 年「同病人同院處方累計用藥日數」，有少數(0.1%)病人累計用藥日數超過 541 日；亦有 0.03%處方同時開立 5 項以上安眠鎮靜藥品，詳如表 7、表 8。
- (二) 上述兩項極端用藥個案，將辦理回溯性審查，了解用藥合理性。

表 7、112 年中區安眠鎮靜藥品處方累計用藥日數

用藥日數 分組	同院_西基	
	總入院數	人數占率
180 日以下	380,860	73.5%
181-360 日	98,688	19.0%
361-540 日	38,366	7.4%
541-2154 日	603	0.1%
總計	518,517	100.0%

表 8、112 年中區每張處方安眠鎮靜藥品品項數分布

每張處方 品項數	西基	
	張數	張數占率
1 項	1,970,956	74.3%
2 項	578,378	21.8%
3 項	93,928	3.5%
4 項	9,451	0.4%
5-8 項	814	0.03%
總計	2,653,527	100.0%

八、健保雲端系統 2.0 上線

- (一) 113 年 4 月 17 日正式上線，優化改版包含新增入口網頁、強化搜尋功能、重整並分類頁籤呈現及操作方式、依照使用者需求設定預設頁籤及欄位，提高使用友善性。另放寬醫事人員登錄權限，使健保雲端系統深入第一線各職類的醫事人員使用。
- (二) 為利院所熟悉介面，暫予新舊系統併行，1.0 版本訂於 114 年 1 月 1 日 0 時起停止對外服務。若有相關疑問，請至本署健保資訊網服務系統 VPN / 下載專區 / 健保醫療資訊雲端查詢系統，下載相關文件。

九、「113 年度西醫醫療資源不足地區改善方案」尚有 4 個鄉鎮，無院所申請，請鼓勵會員提出申請

- (一)彰化縣福興鄉及社頭鄉、南投縣中寮鄉及國姓鄉為本署公告方案施行區域，承作單位為基層診所，惟自公告日(113 年 2 月 16 日)迄今，仍無診所提出申請，請鼓勵會員提出申請。
- (二)依方案規定，若於 113 年 6 月底前，仍未有診所提出申請，將開放由醫院申請。

十、西醫基層總額點值 112 年第 4 季結算及113 年第 1 季預估報告

(一)112 年第 4 季點值結算之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	平均點值 排名
台北	0.8130	0.8622	6
北區	0.8669	0.9055	5
中區	0.8735	0.9097	4
南區	0.9084	0.9367	2
高屏	0.9019	0.9315	3
東區	1.0634	1.0414	1
全署	0.8637	0.9019	

(二)113 年 1 季點值預估之各分區一般服務浮動及平均點值

分區別	浮動點值	平均點值	平均點值 排名
台北	0.8172	0.8661	6
北區	0.8586	0.9016	5
中區	0.8892	0.9205	4
南區	0.9177	0.9429	2
高屏	0.8860	0.9220	3
東區	1.0523	1.0350	1
全署	0.8655	0.9041	

- 十一、「專案輸注液」之申報及健保支付作業說明會，本組已於 113 年 6 月 19 日辦理，相關內容詳附件 2、3，如有疑義請洽費用承辦人

本署最新公告及支付品項，置於全球資訊網「專案輸液專區」，網址：<https://www.nhi.gov.tw/ch/lp-3673-1.html>，請院所上網參閱。

十二、113 年醫事服務機構企業誠信暨職場法律問題研討會議，請鼓勵會員踴躍參加

本組訂於 113 年 7 月 24 日(星期三)於本組 4 樓會議廳，辦理「113 年醫事服務機構企業誠信暨職場法律問題研討會議」，議程分為兩階段，第一階段由臺灣南投地方檢察署黃元冠檢察長主講「虛報健保費用之倫理法律案例研討」，第二階段由本組醫務管理科主講「健保常見違規樣態及法規說明」，會中安排與醫界代表及檢察長意見交流，請鼓勵會員踴躍參加。

十三、健保違規態樣案例分享（詳簡報）

十四、西醫基層總額醫療費用申報概況報告

肆、提案討論

提案一

提案單位：中區業務組

案由：因應西醫基層總額整體性醫療品質資訊公開指標管理，增修「中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則」中必審指標項目編號 8 新增項目及抽審閾值，及免除抽審原則之條件，提請討論。

說明：

- 一、為有效管理門診 Quinolone、Aminoglycoside 類抗生素藥品使用，本組將增列為「編號 8 必審指標-同院用藥日數重疊率」之抽審項目中增列「門診 Quinolone、Aminoglycoside 類抗生素藥品使用率」，並修訂抽審閾值為「112 年(前一年)第四季全國 P98 值」，爾後各指標抽審閾值，定期於每年 6 月更修為「前一年第四季全國 P98 值」，而擷取資料期間由前前季修改為前季。
- 二、另中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則中貳之二中(三)診所最近 12 個月內 4 次含以上（註）隨機審查樣本平均核減率小於 2% 時，予主動免除當月一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。本組新增免除抽審項目「必審指標-監控值不分科排名達中區整體 P95 以上者」。故條文內容修正如下：

三、免除抽審原則

診所最近 12 個月內 4 次含以上（註）隨機審查樣本平均核減率小於 2% 時，予主動免除當月「必審指標-監控值不分科排名達中區整體 P95 以上者」及「一般抽審指標審查」，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。（詳附件 1）

決議：照案通過。

伍、臨時動議

提案單位：中區分會

案由：農民健康保險被保險人，因實際從事農業工作遭遇職業傷病，其就醫費用建議比照勞工保險職業傷病診治由農保給付。

決議：轉請本署研參。

陸、散會

附件 1 中區西醫基層總額審查指標與抽樣原則修正對照表

修訂時間：113 年 6 月 21 日

修正項目	現行內容	修正內容
修訂必審指標 8-指標閾值	同院用藥日數重疊率項目： 降血脂用藥 \geq 全國 P98(1.80%)、 降血糖用藥 \geq 全國 P98(1.73%)、 降血壓用藥 \geq 全國 P98(1.62%)、 抗憂鬱症用藥 \geq 全國 P98(2.15%)、 抗思覺失調用藥 \geq 全國 P98(4.00%)、 安眠鎮靜用藥 \geq 全國 P98(3.96%)	同院用藥日數重疊率項目： 降血脂用藥 \geq 全國 P98(0.91%) 降血糖用藥 \geq 全國 P98(1.69%) 降血壓用藥 \geq 全國 P98(1.05%) 抗憂鬱症用藥 \geq 全國 P98(3.45%) 抗思覺失調用藥 \geq 全國 P98(3.28%) 安眠鎮靜用藥 \geq 全國 P98(2.50%) 門診 Quinolone、Aminoglycoside 類 抗 生 素 使 用 率 \geq 全 國 P98(14.01%) 註：參考「醫療品質資訊公開指標」訂立，閾值則於每年 6 月修改為前一年第四季全國 P98 值。
修訂必審指標 8-資料期間	前前季	前季
修訂排除抽審指標	(三) 診所最近 12 個月內 4 次(含)以上 (註)隨機審查樣本平均核減率 $\leq 2\%$ 時，予主動免除當月一般抽審指標審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。	三、免除抽審原則 診所最近 12 個月內 4 次(含)以上 (註)隨機審查樣本平均核減率 $\leq 2\%$ 時，予主動免除當月「必審指標-監控值不分科排名達中區整體 P95 以上者」及「一般抽審指標」之審查，惟其他專案審查及檔案分析異常者除外。

附件 2 專案輸注液之特約院所申報及健保支付說明

1130606

一、適用藥品：

專案輸注液

(截至113年6月1日生效如附表8項，後續新增品項請查詢健保署全球資訊網，網址 <https://gov.tw/Qs7>，路徑：首頁>健保服務>健保藥品與特材及醫療服務>健保藥品>其他藥品相關事項>專案輸注液專區)

二、醫療費用申報

(一)申報及補報方式依現行規定及相關作業辦理。

(二)門診：

1. 門診醫療費用點數申報格式與現行相同。

2. 門診醫療費用點數申報格式醫令清單段

(1)醫令類別(p3)：

A. 現行醫療服務給付項目及支付標準規定內含項目，如手術、治療處置之一般材料費，原無須申報藥品，因應本專案如前開醫療服務中有使用上開輸注液，請另以醫令類別「G. 專案支付參考數值」填報，且總量(p10)、單價(p11)及點數(p12)必填，例如：治療處置項目85218C「角膜內注射」。

B. 餘維持現行醫療服務支付或申報方式，以「1：用藥明細」或「4. 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」申報。

(2)藥品(項目)代號(p4)：請依適用藥品之健保代碼填寫。

(3)藥品批號(p25)：非必填，若填寫以適用藥品之批號為限。

(三)住院：

1. 住院醫療費用點數申報格式與現行相同。

2. 住院醫療費用點數申報格式醫令清單段

(1)醫令類別(p2)：

A. 現行醫療服務給付項目及支付標準規定內含項目，如手術、治療處置之一般材料費，原無須申報藥品，因應本專案如前

開醫療服務中有使用上開輸注液，請另以醫令類別「G. 專案支付參考數值」填報，且總量(p16)、單價(p17)及點數(p18)必填，例如：手術項目74203C「直腸裂傷或損傷之修補」。

B. 餘維持現行醫療服務支付或申報方式，以「1：用藥明細」或「4. 不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」申報。

(2) 醫令代碼(p3)：請依適用藥品之健保代碼填寫。

(3) 藥品批號(p27)：非必填，若填寫以適用藥品之批號為限。

(四) 其他有關特約、支付標準、受理、暫(核)付、轉檔之基本邏輯檢查及平衡、申復等作業，與現行之相關規定相同。

(五) 現行醫療服務給付項目及支付標準規定內含項目之輸注液，於提供醫療服務之次月一日起六個月內補報部分醫令。

三、醫療費用審查

(一) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定。

(二) 比對食藥署提供予本署之廠商回報依食藥署指示配送至醫院之總量，超過部分不予支付。

四、購藥新增成本之差額補付方式

(一) 自健保署完成特約院所每月醫療服務費用申報資料受理之次日加15天內，依特約院所申報適用藥品各品項之數量(包含醫令類別為1、4、G)乘上購藥新增成本差額計算後加總之金額，以補付方式暫付95%申報費用。

(二) 已完成醫療費用核定之院所於次月1日啟動購藥新增成本差額核定程序，15個日曆天內完成補付(追扣)作業。

(三) 差額核定後補付(追扣)金額計算：

$$\Sigma(\text{適用藥品各品項之核定數量} \times \text{購藥新增成本差額}) - \text{購藥新增成本差額之暫付金額}$$

附件 3 專案輸注液之特約院所申報及健保支付說明 問答集(院所版)

113/6/7版

項次	問題	說明
1	因應本次短缺專案輸注液之健保支付，採取措施和以往有何不同？	<p>為於短時間內從國外調貨並盼簡化廠商與醫院間之相關作業程序，以使廠商能儘速供應，穩定國內必要醫療供需，本次因應專案輸注液採取措施，重點說明如下：</p> <p>(1) 廠商不提供專案輸注液之藥價差。</p> <p>(2) 專案輸注液使用後（包含論量支付與內含於醫療給付項目之藥品）儘速於次月申報費用，若未及申報，可於6個月內補報。</p> <p>(3) 現行內含於醫療服務給付項目及支付標準（如手術、治療處置）內原無須申報藥品，因應本專案請於醫令類別填報「G.專案支付參考數值」。餘請依原申報方式填報「1：用藥明細」或「4.不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。</p> <p>(4) 其他相關資訊請至健保署官網之專案輸注液專區（https://gov.tw/Qs7；路徑首頁＞健保服務＞健保藥品與特材及醫療服務＞健保藥品＞其他藥品相關事項＞專案輸注液專區），或健保資訊服務網系統（VPN）下載專區之「醫療費用申報」服務項目下查詢。</p>
2	本專案預訂期間為何？	<p>預訂期間為113年6月至10月。實際期間依食藥署評估市場供需穩定，即取消專案進口藥品之健保代碼及支付價格，回歸一般合約採購作業。</p>
3	若院所有本專案輸注液需求，如何反映？	<p>(1) 本專案輸注液由食藥署妥善分配，或協調媒合國內替代藥品廠商供應，有需求之院所可至食藥署西藥供應資訊平台（https://dsms.fda.gov.tw/）通</p>

項次	問題	說明
		報。 (2) 食藥署於上述平台公布大包裝生理食鹽水供應方式 (https://gov.tw/gcW ；路徑為首頁>最新消息>2024/06/03大包裝生理食鹽水供應方式)。
4	哪些藥品適用本專案？	請至健保署官網之專案輸注液專區查詢 (https://gov.tw/Qs7 ；路徑首頁>健保服務>健保藥品與特材及醫療服務>健保藥品>其他藥品相關事項>專案輸注液專區)
5	專案輸注液申報費用方式有何不同？	(1) 現行內含於醫療服務給付項目及支付標準（如手術、治療處置）內原無須申報藥品，因應本專案請於醫令類別填報「G.專案支付參考數值」。 餘請依原申報方式填報「1：用藥明細」或「4.不得另計價之藥品、檢驗(查)、診療項目或材料」。 (2) 現行醫療服務給付項目及支付標準規定內含項目之輸注液，若未及於次月申報，得於提供醫療服務之次月一日起六個月內補報部分醫令。 (3) 詳細醫療費用申報方式請見「專案輸注液之特約院所申報及健保支付說明」第二項。
6	院所申報專案輸注液費用時，單價應如何填報？	單價可於健保署官網下列路徑查詢填報： (1) 「健保用藥品項網路查詢服務」公布「價格」欄位值 (https://gov.tw/2yf ；路徑為首頁>健保服務>健保藥品與特材>健保藥品>健保藥品品項查詢>健保用藥品項網路查詢服務)。 (2) 健保用藥品項查詢檔公布「藥價參考金額」欄位值 (https://gov.tw/7AU ；路徑為首頁>健保服務>健保藥品與特材及醫療服務>健保藥品>健保藥品品項查詢>健保用藥品項>健保用藥品項查詢檔)。
7	專案輸注液健保支	(1) 專案輸注液之健保支付價，詳「健保用藥品項

項次	問題	說明
	付價為何？健保支付價與項次3之申報單價間差額如何支付？	<p>網路查詢服務」(https://gov.tw/2yf) 公布「備註」欄位。以藥品代碼 X000302277查詢結果為例，「備註」欄位說明：「健保支付價為每袋63元，保險醫事服務機構申報25元，補付保險醫事服務機構購藥新增成本差額38元」。</p> <p>(2) 醫療費用申報及購藥新增成本之差額補付方式，請分別參考「專案輸注液」之特約院所申報及健保支付說明第二項及第四項。</p>
8	若多位個案共用一袋專案輸注液，如何拆分申報？	依「專案輸注液之特約院所申報及健保支付說明」辦理，如醫療服務中有使用專案輸注液，請另以醫令類別「G.專案支付參考數值」填報，且總量、單價及點數必填，請院所依實際使用量申報。
9	本專案購藥新增成本之差額何時撥付院所？	<p>(1) 即時補付：</p> <p>自健保署受理院所費用申報資料之次日加15天內，依院所申報各品項之數量(包含醫令類別為1、4、G)乘上購藥新增成本差額計算後加總之金額，以補付方式暫付95%申報費用。</p> <p>(2) 差額核定後補付(追扣)：</p> <p>已完成醫療費用核定之院所於次月1日啟動購藥新增成本差額核定程序，15個日曆天內完成補付(追扣)作業。</p>
10	本專案輸注液之醫療費用如何審查	<p>(1) 依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定。</p> <p>(2) 比對食藥署提供予本署之廠商回報依食藥署指示配送至醫院之總量，超過部分不予支付。</p>