

醫院藥事服務費合理量計算原則問答集

103.12.18 更新

一、藥師人數

問題	健保署說明
1. 藥師人數，是否含藥劑生？	依據藥事法第 37 條略以，「藥品之調劑應由藥師為之，但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之。醫院之藥品調劑，應由藥師為之，但本法 82 年 2 月 5 日施行前已在醫院中服務之藥劑生，適用前項規定規定，並得以繼續或轉院任職。」爰此，凡執登於醫院之藥劑生得列入藥師人數之計算。
2. 藥師人數計算是否包含中醫和住院調劑的藥師？	藥師人數不含專職調劑中藥之藥師，另藥師用於調劑中藥之天數亦不得納入計算，其餘凡執登於醫院之藥師及藥劑生均得列入藥師人數之計算。
3. 非專職調劑中藥之藥師是否可列入藥師人數計算？	非專職調劑中藥之藥師可列入藥師人數計算，惟須扣除用於調劑中藥之天數。
4. <u>103 年 7 月 16 日已公布修正藥師法，執業於醫療機構及藥局之藥師經事先報准，得於執業處所外執行業務，支援藥師能否納入藥師人數計算？</u>	<u>依據衛生福利部 103 年 11 月 17 日衛部醫字第 1031668075 號函，專任藥師因傷病或其他個人因素請假者，如需以支援藥師替之，1 人請假，僅得由 1 人報備支援。爰此，已有補專任不足之意涵，故其天數應納入計算，惟人數不得納入計算。</u>
5. <u>藥師人數是要以當月 1 號執登人數為主嗎？若某醫院 7 月 1 日執登人數為 10 人，但是 7 月 15 日增聘 3 人，離職 1 人，應登錄人數 12 人或是 10 人？</u>	<u>是，藥師登錄人數是以當月 1 日執登人數為準。VPN 系統填列之藥師人數係為計算每人每月平均工作天數之基準，醫院藥師可能有離職及新進之狀況，故人數計算係以每月 1 日 HMA 登錄之藥師人數為基準。</u>
6. <u>建議藥師人數之登錄，不要檢核每月 1 日執登的人數，例如若醫院 8 月 2 日新增聘多位藥師，總工作日數加總再平均起來，很可</u>	<u>VPN 系統填列之藥師人數係作為計算每人每月平均工作天數之基準，考量醫院藥師可能有離職及新進之狀況，故藥師人數計算係採每月 HMA 登錄之藥師人數為基準。若有醫院於該月 1 日後</u>

問題	健保署說明
<u>能會超過當月天數，而且大醫院也不清楚每月1日執登藥師人數是多少？</u>	<u>方新增聘多位藥師，致VPN登錄之藥師人數超過HMA第1日登錄藥師人數，請各分區業務組與醫療院所確認後，由各分區業務組逕行判斷其填報資料之正確性。</u>

二、每月總工作人日數

問題	健保署說明
1. 當月天數是指實際的月份天數（如2月28天，7月31天），還是都是23天？	當月天數係指實際的月份天數，如1月有31天。
2. 若有填報VPN系統是否就不會用「HMA檔藥師人數」及「每月工作天數23天」計算？	若醫院已於VPN系統填報藥師人數及總工作人日數，則以醫院登錄之資料進行藥事服務費合理量上限之計算；若醫院未於規定期限內登錄，則103年5~ <u>12</u> 月以HMA檔每月第1天之藥師人數及每月23天計算， <u>104</u> 年 <u>1</u> 月起，未登錄之院所其藥師總工作天數以0計。
3. 部分工時藥師其工作時數，是否可計算到小數點第幾位（四捨五入）？因為各醫院之部分工時藥師，有可能工作時數並非以8小時為計算單位。	部分工時藥師工作時數計算，請將該藥師每月總工作時數加總，工作滿8小時為1日，未滿4小時，以0.5天計，超過4小時未滿8小時，以1天計。如某部分工時藥師當月工作30小時，則計為4天。
4. 正職藥師工作天數計算方式是比照上述算法？還是逐日計算？當日加班超過8小時以1天計？舉例：一正職藥師當月某一日工作6小時、某一日工作4小時、某一日加班1小時工作時數共9小時，請問工作天數（6+4+9）÷8=2，還是逐日計算則為1+0.5+1=2.5天。	正職藥師 <u>計算方式</u> ： <u>1. 可採</u> 日計，當日工作未滿4小時， <u>得</u> 以0.5日計，超過4小時 <u>（不含4小時）</u> ，以1日計。例如一正職藥師當月某一日工作6小時、某一日工作未滿4小時、某一日加班1小時工作時數共9小時，則工作天數1+0.5+1=2.5天。 <u>2. 比照部分工時藥師，採每月工作時數加總計算。</u>

問題	健保署說明
	<u>正職藥師工作天數計算方式已修正為以日計或比照部分工時藥師，惟每位藥師當月僅能擇一種方式計算工作天數。</u>
5. <u>依前述說明，正職藥師 8 小時之後加班不能算，若遇農曆過年，醫院為讓民眾提前領慢箋，藥師必須加班完成，此規定不甚合理。</u>	<u>有關正職藥師每日工作天數及跨日工作天數計算部分，其工作天數計算方式得比照部分工時藥師。</u>
6. 每月工作天數，是否可再外加合理之加班時數（不含定量 23 天），因各醫院藥師均可能有需要加班執行調劑業務的機會，而依據勞委會規定，每月加班時數不得高於 46 小時，所以是否可以在工作天數的計算上，酌情予以增加部份加班時數產生的工作天數。	藥師工作天數係由醫院於次月 <u>15</u> 日前至本署於 VPN 登錄 <u>系統</u> ，登錄藥師人數、實際總工作人日數，並由系統自動計算每人每月平均工作天數。其中每人每月平均工作天數不得超過當月 <u>日曆</u> 天數（例如 1 月有 31 天）。
7. 藥師每月工作人日數計算務請於 VPN 建置登錄平台由醫院自行登錄（包括人數、總工作人日數欄位），並增加檢核機制，以維護院所上傳資料之正確性；若未登錄或違反檢核邏輯，亦採系統自動計算方式計算醫院每月合理調劑量，避免以人工方式計算，增加錯誤率。	<ol style="list-style-type: none"> 1. <u>VPN 登錄期限由次月 5 日展延至次月 15 日止，若該月 15 日適逢國定假日或例假日，則順延至下一個工作日。</u> 2. <u>若醫院登錄之平均工作天數超過當月實際天數，系統會自動檢核而不予登錄。若醫院未登錄，則 103 年 5~12 月為緩衝期，由系統自動改以當月第 1 天 HMA 檔登錄之藥師人數及每人每月工作 23 天計算；104 年 1 月起，無特殊理由未登錄之醫院其藥師總工作天數以 0 計算。</u> 3. <u>另，因 HMA 檔登記之藥師人數為一動態資料庫，難以設定自動檢核邏輯，故若醫院登錄之藥師人數超過該院當月第 1 天 HMA 檔</u>

問題	健保署說明
	<p><u>登記之藥師人數，則由本署各分區業務組依該院填報資料計算之每人每月平均上班天數，按比例扣除總工作人日數，例如該院 VPN 填報之藥師人數為 16 人，總工作人日數為 368 人日，平均每人每月工作天數為 23 天，HMA 系統之藥師人數為 15 人，則按比例扣除後，該院該月藥師總工作人日數為 345 人日 (368 人日-23 天*1 人)。</u></p>
<p>8. 醫院自行登錄 VPN 平台只要登錄人數、總工作人日數及平均工作天數 3 個欄位？能否建議提供登錄畫面及計算範例？</p>	<p>醫院於 VPN 登錄平台只需要登錄藥師人數、總工作人日數，平均工作天數由程式自動計算，VPN 登錄畫面已建立完成，<u>醫院同仁可至 VPN 系統下載專區/醫務行政/醫務行政作業使用者手冊參閱。</u></p>
<p>9. VPN 登錄後資料可否異動？若可異動，有無相關記錄檔可查詢？</p>	<p>醫院於 VPN 登錄後，可於次月 <u>15</u> 日前異動登錄之資料，本署將以最後一筆登錄資料作為合理量計算依據。</p>
<p>10. 「檢核邏輯：平均工作天 ≤ 當月 <u>日曆</u> 天數」違反邏輯是否無法登錄。</p>	<p>若醫院違反檢核邏輯將無法登錄資料。</p>
<p>11. 若有醫院都不登錄，有無任何後續處理措施？</p>	<p>103 年 5~<u>12</u> 月為緩衝期，未登錄之醫院，其合理量由系統自動改以當月第 1 天 HMA 檔登錄之藥師人數及每人每月工作 23 天計算。<u>104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師總工作人日數以 0 計算，如有特殊理由則由分區認定。</u></p>
<p>12. 藥師工作天數計算：是否應以實際調劑天數計算？例如：HMA 檔醫院登錄藥師 6 人，實際調劑且申報費用人數僅 4 人，每人每月調劑 20 天，<u>1 人調劑 4 天其</u></p>	<p>藥師工作天數請以實際調劑天數計算，以問題案例而言，藥師人數應扣除未執行調劑之藥師，故人數為 5 人，總工作天數=4*20+4=84 天。</p>

問題	健保署說明
<u>餘 16 天執行與調劑無關之行政業務</u> ，1 人僅登錄於該院未調劑，請問應計算的”人數”與”天數”為何？	
13. <u>若醫院於 VPN 登錄資料後，發現登錄錯誤，又已逾登錄期限應如何處理？</u>	<u>依據 103 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議決議，自 104 年 1 月起，若無特殊理由未於 VPN 登錄，則該院該月藥師</u>
14. <u>登錄問題係屬行政疏失，對於未登錄或登錄錯誤乙節宜有補救程序，建議比照試辦計畫未登錄勾稽並產製報表，即時提供醫院補登錄、補正，以於 60 日內效期核付醫療費用。</u>	<u>總工作人日數以 0 計算，如有特殊理由則由分區認定。醫院若發現登錄資料錯誤或未於規定期限內至 VPN 登錄，可於次月 1 日前行文說明原因並請各分區業務組協助更正。</u>

三、納入原則

問題	健保署說明
1. <u>門診包裹案件是否包含洗腎案件？</u>	<u>洗腎案件包裹費用不需另外申報藥事服務費之不另計價代碼，故本案所稱之包裹案件不含洗腎案件。</u>
2. <u>醫事類別：15(腹膜透析案件)之藥服費是否納入計算？其折付順序為何？</u>	<u>醫院藥事服務費計算範圍僅限於醫事類別為 12(門診西醫醫院)、22(住診西醫醫院)，其他醫事類別暫不列入計算。</u>
3. <u>包裹案件優先納入合理量調劑量範圍，請詳述「優先」定義及計算方式。</u>	<p>1. 因包裹案件藥事服務費申報時係以不另計價之診療項目申報，故優先不折付，惟其醫令量仍納入計算。</p> <p>2. 包裹案件包括 DRG 案件 (<u>住診案件分類為 5</u>)、論病例計酬案件 (<u>門診案件分類為 C1；住診案件分類為 2</u>)、住院安寧案件 (<u>住診案件分類為 6</u>)、呼吸照護案件 (<u>門診案件分類為 A1、A6 且給付類別為 9；住診案件分類為</u></p>

問題	健保署說明
	<p><u>4 且給付類別為 9 或住診案件分類為 1，給付類別為 9，且有申報 P 碼者）及乳癌案件（門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號（一）~（四）任一為 N、C、R；住診案件分類為 4 且病患來源為 N、C、R）等。</u></p>
<p>4. 超出每月合理量調劑部份：優先折付門、急診處方案件，其次為住診，最後為特殊處方。「優先」折付之詳細定義為？（如：門、急診處方案件中各類藥事服務費醫令折付順序）</p>	<p>優先折付係指若醫院申報之藥事服務費超出合理量，則先從門、急診案件點數最低之診療項目開始折付，若門診案件折付完，醫院申報之特殊處方及住診處方仍超出合理量，則先住診案件點數最低之診療項目開始折付，以此類推。<u>惟若醫院自行申報折付案件，可自行選擇非包裹項目折付。</u></p>
<p>5. 有無其他排除條件？（如：收容對象醫療服務計畫-矯正機關內門診（特定治療項目為 JA）... 等試辦計畫）</p>	<p>藥事服務費合理量計算方式僅排除代辦案件。另中醫藥事服務費因醫令代碼不同，亦不列入計算，因此計算藥師總工作天數時，應扣除藥師調劑中藥之天數。</p>
<p>6. 區域與地區醫院層級中若住院處方有單一劑量（每人每日 40 件）與非單一劑量（每人每日 50 件）並存時，其住院處方每人每日的計算標準為何？</p>	<p>所有案件均以門、急診每人每日合理調劑量進行加權及計算，故住院處方之單一劑量與非單一劑量之加權權重不同，計算時以各自之權重計算之。</p>
<p>7. 各種處方權重認定，如門診處方內有一般藥品及特殊藥品，其應歸類於門診處方或特殊藥品處方等疑義？</p>	<p>門診處方係指門診藥事服務費一節，包括支付代碼 05201A、05205A、05209A、05222A、05226B~05229B。 特殊處方係指放射藥品、全靜脈營養、化學腫瘤藥品等藥事服務費，包括支付代碼 05219B~05221A。</p>
<p>8. 精神科住院處方定義，請詳述擷取資料條件（如：勾稽欄位... 等）。</p>	<p>1. 急性精神病床及精神科加護病房定義：申報急性精神一般病床（03055K~03057B）、急性精神經濟病床（03061K~03063B）或精神科</p>

問題	健保署說明
	<p>加護病床（03014K、03025B）之案件。</p> <p>2. 慢性精神病床及精神科日間病房定義：申報 04001A、04002B、04004C、04007C、04010A~04015C 等住院費用之案例。</p> <p>3. 若同筆案件中同時申報急性精神病床/精神科加護病房及慢性精神病床/精神科日間病房，則納入慢性精神病床/精神科日間病房案件。</p>
<p>9. 請問醫院申報門、住、洗腎的時間不同時，若採按月結算，要何時採合併結算？REA 何時啟動檢核？</p>	<p>按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四條之規定，保險醫事服務機構當月份之醫療服務案件費用申報，應於次月 20 日前為之，故本署將於<u>次次月 1 日</u>啟動 <u>REA</u> 檢核。</p>
<p>10. <u>住診病患易有跨月住院之問題，應如何計算及歸屬？</u></p>	<p><u>將以醫院申報之費用年月作為計算基礎，例如病人 103 年 6 月 29 日入院，7 月 2 日出院，醫院於費用年月 103 年 7 月申報，故該筆資料將納入 103 年 7 月之合理量計算範疇。</u></p>
<p>11. <u>住院藥事服務費係以申報費用年月作為計算基礎，但住院及急診易有跨月申報的問題，雖說每月都有這種情況，但每月跨月申報的調劑量並不相同，例如 6 月藥師合理量剩餘 1 萬多張；但 7 月卻超額 1 萬多張要被追扣，此係因為跨月申報，是否可將藥師剩餘合理量挪至它月使用？</u></p>	<p><u>為實施醫院藥事服務費合理量，本署業於 103 年編列 3.08 億元用於調整醫院藥事服務費之支付標準，其目的係為保障藥師之合理工作量，故不宜將剩餘合理量挪用至他月。</u></p>
<p>12. <u>針對專收長期住院病患（如呼吸照護病患）之院所按申報規定，為 60 天以上申報一次，其合理量如何計算？</u></p>	<p><u>有關專收使用呼吸器等長期住院病患之呼吸照護醫院，請醫院按照申報費用年月之申報比率登錄藥師人數及總工作人日數，並請分區業務組加總 2 個月 HMA 登錄之藥師人數，核對醫院 2 個</u></p>

問題	健保署說明
	<u>月於 VPN 填報之藥師人數。</u>
13. <u>預防保健案件（案件分類 A3）</u> <u>都會順便開藥，其藥費及藥事服務費屬健保給付，是否應納入計算或從寬不計？</u>	預防保健案件屬代辦案件，依「 <u>醫院藥事服務費合理量計算原則</u> 」規定應排除不計。
14. <u>代辦案件之定義為何？</u>	1. <u>門診案件分類為 A3、B1、B6~B9、BA、C4、D1、D2。</u> 2. <u>住診案件分類為 A1~AZ、B1~BZ、C1~CZ、D1~DZ。</u>
15. <u>包裹案件之定義為何？</u>	1. <u>DRG 案件：住診案件分類為 5。</u> 2. <u>論病例計酬案件：門診案件分類為 C1；住診案件分類為 2。</u> 3. <u>住院安寧案件：住診案件分類為 6。</u> 4. <u>呼吸照護案件：門診案件分類為 A1、A6 且給付類別為 9；住診案件分類為 4 且給付類別為 9，或住診案件分類為 1，給付類別為 9，且有申報 P 碼者。</u> 5. <u>乳癌案件：門診案件分類為 E1 且特定治療項目代號(一)~(四)任一為 N、C、R；住診案件分類為 4 且病患來源為 N、C、R。</u>
16. <u>按支付標準第六節調劑通則第八點第(一)項前項藥事服務費合理量計算原則(一)門、急診處方：</u> <u>係指本節各項門診藥事服務費診療項目。若醫院醫師至 IDS 看診並調劑，則申報 05204D、05225D、05208D、05212D，請問醫師調劑的案件須計算合理</u>	<u>爰 05204D、05225D、05208D、05212D 屬診所及藥局申報之藥事服務費醫令代碼，非本次醫院藥事服務費合理量計算範圍，爰此，該等案件不納入藥事服務費合理量之計算。</u>

問題	健保署說明
<u>量嗎?</u>	
17. <u>按支付標準第六節調劑通則第三點、醫院牙科門診申報本節門診藥事服務費用，應按調劑人員及處方類別，限申報 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 等項，牙科門診藥事服務的項目是否列入合理量計算?</u>	<u>爰 05203C、05204D、05224C、05225D、05207C、05208D、05211C 及 05212D 屬診所及藥局申報之藥事服務費醫令代碼，且牙醫門診之醫事類別 13，均非本次醫院藥事服務費合理量計算範圍，爰此，該等案件不納入藥事服務費合理量之計算。</u>
18. <u>TW-DRG 案件或一般案件，因部分負擔代碼改變之切帳案件(醫令類別為：Z)，則該筆藥事服務費醫令量是否應排除不計?</u>	<u>藥事服務費合理量算已排除醫令類別為 Z 之案件醫令數，以避免重複計算。</u>

四、計算原則

問題	健保署說明
1. 門、住診分開計算折付合理量?	合理量計算方式採門急診、住診及特殊處方合併計算，合併方式係將所有處方以每人每日合理量進行加權。
2. 計算範例所指〔醫院實際申報案件數〕，是指流水號個案數，還是指藥事服務費申報數量?	〔醫院實際申報案件數〕係指藥事服務費各項診療代碼之申報醫令量。
3. 請問其藥事人員合理調劑量的結算時間為何?(每月或每季)	<u>醫院</u> 藥事服務費合理量之計算方式採按院按月結算。

問題	健保署說明
4. 綜合醫院有精神科住院處方調劑時，其合理調劑量計算是與一般的住院處方合併計算（其精神科住院處方權重又為何？）或是分開計算（若採此方式其藥師人力 VPN 如何分開計算？）	綜合醫院精神科住院處方之合理量與一般住院處方均須透過每人每日合理量加權轉換為門診處方量後，合併計算。各種處方之合理調劑量請參考全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第六節調劑章節之通則七。
5. 精神科醫院住院處方有其它計算方式嗎？	精神科醫院住院處方合理量訂定，係參考精神科醫院評鑑基準及評量項目之 C 級設置標準。
6. <u>地區醫院特殊處方之每人每日合理量為何？</u>	<u>地區醫院特殊處方之每人每日合理量建議比照醫學中心及區域醫院每人每日 15 件，本項提案已提報 103 年全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議第 3 次臨時會通過。</u>
7. <u>按支付標準規定，地區醫院藥事人員合理調劑量計算，「住院處方每人每日 50 件；如採單一劑量每人每日 40 件。門、急診處方每人每日 100 件。」係指每一個藥師除調劑門診每日 100 件之外，還可調劑住院處方每人每日 50 件？或是一個藥師只能調劑門診每日 100 件？住院處方要另外藥師調劑？</u>	<u>本項支付標準所訂係為每人每日最高之合理量，以地區醫院為例，若該院某藥師僅調劑住診單一劑量處方，則其每日最多可調劑 50 件，若再調劑門診處方，則應五折支付。</u>
8. <u>醫院申報調劑合理量計算是否依每位藥事人員分別計算？</u>	<u>醫院藥事服務費合理量計算，係採按月按院計算所有藥事人員之合理量。</u>
9. <u>精神科醫院之計算檢核邏輯是否與西醫醫院相同？</u>	<u>精神科醫院之計算檢核邏輯與西醫醫院相同，惟其精神科住院處方之每人每日合理量與西醫醫院有所不同。</u>
10. <u>若醫院同日申報一般藥服費及特殊藥品調劑費，應以一般藥服</u>	<u>醫院藥事服務費合理量計算，係依據醫院申報之藥事服務費醫令數，故醫院若同時申報住院藥事</u>

問題	健保署說明
<u>費為基準計算或是特殊藥品調劑費計算或二者各算1件？</u>	<u>服務費及特殊處方藥事服務費，則各以1件計算。</u>
<u>11.05201A 門診一般處方給藥（7日以內）醫學中心給付50點，05213K 住院非單一劑量處方（UDD）醫學中心給付46點，本院已全面UDD，但依規定精神科日間住院及急診暫留依支付標準不得申報UDD，只能申報05213K，依健保署折付順序，由門急診處方先扣，再扣住院，再扣特殊處方，可否優先扣05213K（46點最低的藥服費先扣）？</u>	<u>醫院自行申報折付案件，可自行選擇非包裹項目折付。本署所定之折付順序係用於醫院未自行申報折付，由本署協助計算須折付案件之數量時使用。</u>
<u>12.有關調劑章節支付通則提到藥事人員合理調劑量，係經參考財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會公告醫院評鑑基準及評量項目之藥事人員C級設置標準；但經查評鑑基準在計算人力時，病床數得考量年平均佔床率，且四捨五入取至整位...等，但此次公告在支付標準通則中皆無提及如何計算，如何邏輯計算人力及申報費用？</u>	<u>本署係依據醫院申報之藥事服務費醫令量計算合理量件數，若醫院有當日有空床或病患無須使用藥物之情形，則依規定不應申報藥事服務費醫令，故已考量佔床率之問題。</u>

五、申報方式

問題	健保署說明
1. 折付是由醫院計算，還是由健保署計算，醫院依照正常狀況申報？	由醫院自行計算須折付之醫令數量，建議可從門、急診等藥事服務費點數較低之診療項目開始折付，本署將另於醫令自動化審查子系統(REA)

問題	健保署說明
2. 折付的方式是以門、急診藥事服務費點數少的開始折付嗎？	建立檢核邏輯。惟為免醫院作業不足，103年5月由健保署統一執行藥事服務費合理量報表，針對超出合理量部分進行折付，並由分區追扣費用，醫院不需自行計算須折付之案件數，折付順序為門診、住診、特殊處方。
3. 如果折付要由醫院自行申報，有無新增之藥事服務費代碼，還是點數直接打5折申報？	藥事服務費若超過該院當月合理調劑量，請醫院自行將支付成數以5折申報，如原成數為1、1.2、1.3、1.6（本項為兒童加成項目）則以0.5、0.6、0.65、0.8申報。
4. 超出合理量的折付門診處方案件係採支付標準最低者或依醫院申報最低點數者？（因有兒童加成項目）或依就醫日期排序核減？	藥事服務費若超過該院當月合理調劑量，請醫院自行選擇非包裹項目折付； <u>若醫院未自行申報折付，REA將優先以門診案件加成後點數較低者開始折付。</u>
5. <u>若藥事服務費申報件數超出合理量範圍，住院及特殊處方案件之折付方式為何？是否應還原成實際申報件數？</u>	<p>1. <u>藥事服務費因門診、住診及特殊處方之權重不同，故必須先將所有案件數依權重換算成門診案件數，用以計算是否該院調劑案件數是否超出合理量。</u></p> <p>2. <u>若需要折付住院或特殊處方案件，則應先將門診案件數還原成住院或特殊處方實際申報件數後，再計算應折付支金額。</u></p>

其他

問題	健保署說明
1. 目前「醫院藥事服務費合理量計算原則」針對件數計算以外，建議提供後端核檢方式及計算合理量程式以利辦理核付作業。	未來將比照門診合理量，於醫令自動化審查子系統（REA）建立檢核邏輯。

問題	健保署說明
<p>1. 目前「醫院藥事服務費合理量計算原則」針對件數計算以外，建議提供後端核檢方式及計算合理量程式以利辦理核付作業。</p>	<p>未來將比照門診合理量，於醫令自動化審查子系統（REA）建立檢核邏輯。</p>
<p>2. 原「申請住院單一劑量藥事服務作業實地訪查」之藥事人力計算方式為扣除門診之藥事人力後，再依醫院評鑑藥事人力標準核算醫院申請實施單一劑量藥事服務作業之藥事人員數，本次合理調劑量計算次序為特殊藥品、住院處方、門急診處方，未來住院單一劑量藥事服務作業藥事人力計算及訪查是否變更？</p>	<p>未來「申請住院單一劑量藥事服務作業實地訪查」需再評估其作業之必要性，因為此次新增應能取代各界對藥師合理調劑量之要求。</p>