

健保藥品—用藥量七日為原則

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

特約醫院或診所對保險病人的處方用藥，每次開給以不超過七日份的用量為原則，對慢性病人一次開給三十日以內的用藥量^①。醫師如果未註明處方不可替代，藥師或藥劑生可以價格不高於原處方藥品，而且同成分、同劑型、同含量的任何廠牌藥品替代^②。藥品的處方或替代，要以收載在藥物給付項目及支付標準的品項為限^③。醫師可將處方箋交付保險對象到特約藥局調劑，並且可依病情需要，開給慢性病連續處方箋，其適用疾病範圍，由主管機關另訂。慢性病連續處方箋的有效期間是以該處方箋總給藥日數計算，最長為九十日，並應分次調劑，每次調劑最多給予30日以內的用藥量。持有慢性病連續處方箋的保險對象，如果無法到原處方的特約醫療院所調劑，而且所在地區又無特約藥局時，可以依規定到其他特約醫院或衛生所調劑領藥^④。（摘錄自「首頁>一般民眾>健保醫療服務>健保用藥>處方用藥說明」，衛生福利部中央健康保險署官網，更新日期：民國103年1月17日。）「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」已收載藥品因擴增適應症提送「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」處理原則。（摘錄自「首頁>藥材專區>藥品>藥品給付規定」，衛生福利部中央健康保險署官網，更新日期：民國102年8月5日。）

「你們這個診所這麼搞的，為什麼開抗生素還只給三天，不是應該開滿一個療程？」一位打扮時髦、講國語的女人，也不知是打從何處來，帶著一位年輕、像是教英文的男老外到

診所，一進門就劈哩啪啦講了一堆不明究理的話。

「這位小姐，請您慢慢講，有什麼需要我們幫忙的？」受過無數無理病人訓練的櫃台姑娘早就練就一身回話功力。

「就三天前來你們診所就醫，你們醫師開了抗生素，為什麼只給三天？不是要給一個療程嗎？」氣呼呼的女人仍然歇斯底里似地對著櫃台姑娘吼。

「那請妳把健保卡給我們，好幫妳查詢。」櫃台姑娘低聲下氣地跟她要就醫憑證，也就是健保卡。

「哪有什麼健保卡？我們是自費看診的…」

「喔，那請告訴我妳的姓名及出生年、月、日。」

「不是我看，是他看！」這位女人指著年輕男老外，並用英文問他，接著回答：「1994年3月8日」

「那就是民國83年3月8日。」櫃台姑娘將西曆改成國曆並查資料，的確是三天前來就醫的新病人。

「怎麼了？」醫師聽到掛號處有吵雜聲，不禁拉高嗓門問。

「他們在吵為何抗生素只開三天？我已經暫時先用自費方式掛號了…」櫃台姑娘進到診察室小聲將背景簡單說一下。

「是健保身分嗎？」醫師問。

「不是！是外國人，初診是另一位醫師看的。」櫃台姑娘再將病人的身分及就醫情形概略說一下。

「好吧！妳不用再跟他們說，請他們進來吧！」醫師當機立斷說。

「醫師我跟你說，你們開藥怎麼只開三天，還是抗生素哩，不是應該開一個療程的份量嗎？」女人對著醫師講，不過語氣緩和許多了。

「喔！是這樣，讓我看看病歷如何記載？」醫師慢條斯理地回答，並打量著。

「是不是？病歷就記載只給三日吧…」女人在說此時老外嘖哩呱啦地不知對她說什麼，女人接著問：「那天不是你看的診吧？」語氣帶點威脅口吻。

「的確不是我！是另一位醫師當班，不過病歷記載病人主訴症狀只有二、三天，所以開三日的藥，通常加上休息及多補充水份即可好轉，給藥日數很合理啊，難道有問題嗎？」醫師仔細解釋理由並觀察到病人並無病容，而且聲音宏亮。

「症狀只有二、三天嗎？已經二、三週了！你們的病歷記錯了…」

「喔！記錯了嗎？你要不要問一下病人本身？」醫師對於病歷記載非常慎重，所以必須如此問，至於是否由自己來問，就視情況而定。

「就是…二、…三週…」女人回答得有

些心虛，以為醫師聽不懂英語。

「喔！那妳需要幾天的藥才算是一個療程？」其實醫師聽得懂病人的回話，所以改成只問這個女人。

「拜託，你是醫師，怎會問我這個問題？」女人似乎見笑轉生氣而嗓門大。

「我們的建議妳無法接受，當然問妳了，不過要請妳先掛號。」醫師仍保持著紳士態度，看她的下一步要做什麼。

「為什麼要掛號？」女人這句話讓醫師嚇到了。

「不掛號？難道妳只要拿藥、不診察？」醫師不假思索問。

「…？…？」雙方僵住了，老外則楞在一旁，似乎真不懂中文。

「好吧！要拿藥、不診察就算一天一百元藥費。」醫師打破沉默。

「為什麼那麼貴？」女人也是不假思索問，似乎錢才是問題所在。

「那麼貴…」醫師心裡盤算要如何應付這位奧客而再度陷入沉默，等一會兒才說：「好吧！只要抗生素就便宜了…」

「這女人真的很盧！」藥師對著櫃台姑娘說。

「就是嘛！我看那個老外也沒這麼不講理。」櫃台姑娘呼應藥師。

「你猜，這麼會應對病人的醫師會如何處理？」藥師問。

「他通常是用轉診處理奧客…然後加上『妳這病太複雜，我把妳轉到醫院給我的老師看…』這類的話，聽說是跟某位醫院主任學的。」較資深的櫃台姑娘說。

「什麼『病態』？」藥師愈聽愈糊塗。

「是病…太複雜了！不是『病態』。」櫃台姑娘哈哈大笑，心想真的是病態。

「還真是軟…又有智慧。」藥師回應。

「不過這位老外是自費身分，難道還可用轉診招數？」櫃台姑娘也好奇。

「單子出來了快拿來看。」藥師見印表機開始活動，答案即將揭曉。

「唉…藥品一樣、價格減半。」櫃台姑娘有些許失望。

「好吧！我趕緊調劑給她，然後聽聽醫師怎麼講。」藥師回應後就調劑。

「唉！一天碰到一個就夠倒楣了…」等他們離開後，醫師開始講話了。

「我以為醫師會將病人轉診。」櫃台姑娘問。

「不是真正有病…怎麼轉？轉給誰？不過就是一位貪小便宜的女人，病人本身還好，會講實話。」醫師聽得懂女人跟老外的對話。

「她剛才一直強調療程，給藥真的有療程嗎？」藥師年輕、所以困惑。

「健保用藥，每次以不超過七日份用量為原則，沒有療程的規定。所謂療程是藥界販賣

藥品者所造的行話，為的是想多推銷藥品。」醫師中古、所以知情。

「如果有療程，我就不需要幫你治療，你直接吃藥就好了…」櫃台姑娘學醫師的口氣還真像，接著說：「我幫你治療，就是要幫你減少服藥天數，不然你看這麼多鼻涕，你要多吃多少藥？」櫃台姑娘學這語氣到底。

「說得也是，我是藥師自己也儘量少吃藥，很難理解別人為何喜歡吃藥？」

「不就是健保吃藥…免錢啊！」櫃台姑娘說。

「這才是問題所在，我阿公、阿嬤的抽屜藥一堆，也不吃，每次都是我看到後才幫他們整理，然後丟掉一大堆過期的藥品。」藥師談起自家的經歷。

「我家也一樣，要丟掉還捨不得。」櫃台姑娘回應。

「免費ㄟ…尚貴！」醫師說。

「聽說健保藥費支出中每年有300億是被丟掉的，真的嗎？」藥師問。

「那個已經是十年前的資料了，某位監察委員所調查的資料，現在可能不止此數目，沒想到妳還知道這個數字。」藥師年輕，所以由醫師仔細回答。

「既然這樣，一般感冒給三天藥正常啊，為何這女人這麼盧？」藥師說。

「你們可以留意我們的病人，除了服用成藥無效的外，還有一大半是服用上次剩下的藥

覺得還沒完全好才就醫，是不是？」醫師問大家。

「是啊！你都跟病人講感冒好了就不用吃藥，自己停藥就好，教育病人保護自己才是你診療的重點。」櫃台姑娘資深，所以知曉醫師診療特質，然後再補上一句：「所以醫師回家都可以睡上一好覺，對不對！」

「難怪時時有病人問我這顆藥、那顆藥是什麼作用？」藥師恍然大悟。

「就是啊…什麼療程、感冒幾天會好等等，都是自己身體決定、無關藥品。」

「妳問一下醫師，開藥不用再看一下病人嗎？」那個女人又回來了！

問題①：健保保險對象的處方用藥規定為何？

解答：《全民健康保險醫療辦法》第22條：「本保險處方用藥之用量規定如下：一、處方用藥，每次以不超過七日期用量為原則。二、符合第十四條第二項慢性病範圍之保險對象，除腹膜透析使用之透析液，按病情需要，得一次給予三十一日以下之用藥量外，其餘按病情需要，得一次給予三十日以下之用藥量。三、慢性病連續處方箋，每次調劑之用藥量，依前款規定，總用藥量至多九十日。」

根據第一款規定，一般情況下醫院醫師都依「七日期」用量為原則，但是診所醫師卻是依「三日期」用量為默契！在這種原則與默契

的交錯下，無怪乎健保保險對象會盲目地湧向醫院，因為可以取得更多的「備藥」，反正健保藥品都是「免錢」的東西，多拿一些備著也無妨！這種現象可以反觀自己家族長者、或仔細詢問病人用藥情形即可得知答案，筆者不相信健保署不知此現象？

關於「慢性病連續處方箋」，係依據《全民健康保險醫療辦法》第24條第一項：「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。」第二項：「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。」不知道當年為何、又由誰「協調」出如此違法又奇怪的「連續」方式？《藥師法》第18條前段：「藥師對於醫師所開處方，祇許調劑一次，…」所以「應分次調劑」必定違反此規定！且同一慢性病連續處方箋由不同藥師調劑所衍伸出來的虛、偽、假的後果層出不窮，主管機關（食藥署及健保署）亦無能力查核，可謂是「健保毒瘤」之一！

問題②：藥師或藥劑生可以替代藥品調劑的規定為何？其責任歸屬又為何？

解答：雖然依據《藥師法》第17條：「藥師調劑，應按照處方，不得錯誤，如藥品未備或缺乏時，應通知原處方醫師，請其更換，不得任意省略或代以他藥。」但是另依據《全民健康保險醫療辦法》第26條：「醫師處方之藥物未註明不可替代者，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥物價格之同成分、同劑

型、同含量其他廠牌藥品或同功能類別其他廠牌特殊材料替代，並應告知保險對象。」意思是規範藥師（藥劑生）的法律規定「不得任意省略或代以他藥」，規範健保醫療的法律規定藥師（藥劑生）「得以相同價格或低於原處方藥物價格…其他廠牌藥品」或「同功能類別其他廠牌」替代，健保規定獨大、無視專業法規的傲慢姿態，可見一斑！

另依據《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。」既然醫師開立處方交由藥師（藥劑生）調劑、並「得以相同價格或低於原處方藥物價格替代」…可歸責於醫師時、則「應自該醫師所屬之醫療機構申報之醫療費用核減之」！

這是什麼樣的「歸責」？健保制度就是全無「規則」！

問題③：何謂「收載在藥物給付項目及支付標準」的品項？

解答：《全民健康保險法》第62條第一項：「保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。」並依《全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法》第18條第一項第三款：「保險人應就保險醫事服務機構申報之醫

療費用案件，依下列項目進程序審查：…三、醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準正確性之核對。…」對所申報之醫療費用進行事後審查；另依同法第25條第一項辦理事前審查。

就藥物給付項目及支付的標準，衛生福利部依據《全民健康保險法》第41條第二項訂定《全民健康保險藥物給付項目及支付標準》，原則上，每年檢討一次。依此標準，全民健康保險支付及給付之藥物，以記載於本標準者為限（第2條）；未收載於本標準之品項，由藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，檢具本保險藥物納入給付建議書，向保險人建議收載，新藥品項建議書應含財務衝擊分析資料，經保險人同意後，始得納入支付品項（第4條）第一項前段。

就給付項目及支付標準的擬定，衛生福利部依據《全民健康保險法》第41條第四項訂定《全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法》，為擬訂事項應至少每二個月召開一次「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」，並於必要時召開臨時會（第2條）。代表出席包括：一、主管機關及其所屬藥物管理機關代表各一人（由該機關指派）。二、專家學者九人，其中具專科醫學背景者至少四人（由保險人遴選，即健保署遴選）。三、被保險人代表三人（由保險人洽請相關團體推薦後遴選之）。四、雇主代表三人（由保險人洽請相關團體推薦後遴選



之)。五、保險醫事服務提供者代表人數如下：(一)中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會，各一人。(二)台灣醫院協會一人。(三)醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所，各二人(由相關團體推派)。(第4條第一項、第二項)藥物提供者得經由相關團體推派代表三人，列席會議，表達其意見，但無表決權。(第4條第三項)

所以要檢討「藥物給付項目及支付標準」，醫界代表亦有責任！

問題④：可到其他特約醫院或衛生所調劑領藥的條件與規定為何？

解答：依據《全民健康保險醫療辦法》第15條第一項：「保險對象持特約醫院、診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。但保險對象因故無法至原處方醫院、診所調劑，且有下列情形之一者，得至其他特約醫院或衛生所調劑：一、持慢性病連續處方箋，且所在地無特約藥局。二、接受本保險居家照護服務，經醫師開立第一級或第二級管制藥品處方箋。」第一項：「前項處方箋，以交付一般藥品處方箋、慢性病連續處方箋或管制藥品專用處方箋併用時，保險對象應同時併持於同一調劑處所調劑。」

對於藥品調劑，法律的規定重點在場所、不是人員，好像場所會調劑、人卻不會調劑，

豈不怪哉？而且上述規定「無特約藥局時…只能到其他特約醫院或衛生所」調劑，難道沒有其他特約診所、還是診所藥師(藥劑生)不會調劑？

後記：上一篇文章中《全民健康保險辦法》係《全民健康保險醫療辦法》之誤，漏掉「醫療」二字，特此更正並致歉！🇹🇼

