

重複用藥費用管理(上) ——本質還是核扣

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

健保署長期重視民眾用藥安全，於104年9月起分階段執行「門診特定藥品重複用藥^①費用管理方案」，目前的藥品管理範圍為12大類慢性疾病藥品，其中在第一階段的降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調、抗憂鬱症及安眠鎮靜與抗焦慮等6類用藥部分，103年至106年用藥日數重疊率降幅介於50%~64%，約節省3.4億元藥費；在第二階段新增納管的抗血栓、心臟疾病、抗癲癇、前列腺肥大、痛風治療及緩瀉劑等6類用藥部分，統計105年第4季至107年第2季用藥日數重疊率降幅介於13%~22%。惟發現尚有全面管控之必要，因此從明(108)年1月起，鎖定各級西醫醫療院所開立60大類藥品，當病人跨院或同院就醫卻出現重複開給同成分同劑型之藥品，並符合該方案所認定的重複用藥情形，即予核扣該筆藥費^②。健保署表示，為極積全面管理重複用藥，健保署應用科技技術已於107年9月起全面提供「健保醫療資訊雲端查詢系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)^③」，即時回饋病人餘藥資訊，節省醫師瀏覽大量資訊之時間與精力，在開立藥品及檢驗檢查時可避免重複處方與檢查所帶來的風險，提升病人用藥安全與醫療效率。此外，民眾就醫時也可主動提醒醫師藥師幫忙查詢自己的用藥情形，經與醫師討論用藥情況，以提升就醫安全及品質。亦可透過健保署建置之健康存摺，查詢自身就醫及用藥歷程，做好自我健康管理，如有疑義可洽詢社區醫師或社區藥局藥師作諮詢，以避免重複用藥或藥物不良反應。(「108年1月起擴大

60類藥品重複用藥核扣方案^④，全面守護民眾用藥安全」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年11月5日。)

「○先生請坐，請問你有對任何藥物過敏嗎？」雖然背後已經張貼「如有對藥物過敏或懷孕，請告知醫師」的告示，醫師仍然習慣先詢問初診病人，並仔細記錄；如果沒有藥物過敏史也會以病人否認字眼記載。

「ㄟ...有鼻子過敏、皮膚過敏…」病人回答。

「鼻子過敏是體質！皮膚過敏是怎麼一回事？」醫師一邊問、一邊記錄。

「喔！是吃蝦子後皮膚會癢。」初診病人進一步說明。

「這個跟吃藥沒有關係，你有沒有吃藥後眼睛腫起來，還是皮膚起疹子的情形？」醫師用比喻方式問。

「倒是沒有這種經驗。」

「那應該是沒有過敏，不過個人體質隨時都可能改變，萬一吃過藥後有剛才講的情形，還是要馬上停藥並打電話來詢問。」醫師再一次強調。

「什麼情形？」

「吃藥後眼睛腫起來，還是皮膚起疹子的情形…」醫師回答前，心理早有準備，大部分病人都沒認真聽醫療人員的講解，除非真實情形發生在自己身上。

「喔！我記起來了，謝謝！」

「那你今天來看診是哪裡不舒服？」醫師眼見這位初診病人還蠻有禮貌，所以就直接詢問病情。

「就是一直咳嗽，咳了一兩個月都不會好。」

「喉嚨會癢癢的嗎？」

「有時會、有時又不會…」

「白天比較咳、還是晚上比較咳？」醫師已經習慣病人模稜兩可的回答。

「剛開始是白天比較咳，咳久了，變成白天、晚上都咳…」

「有沒有咳出痰？」

「有時有…有時沒有。」又是模稜兩可的回答。

「有咳出來時，是什麼顏色的痰？」醫師習慣慢慢切入問題的問診方式。

「大部分是白色，有時候是黃色甚至偏綠色。」

「是不是早上起床時比較會咳出黃色甚至偏綠色的痰？」

「是啊！醫師還真神…」病人露出笑容，接著說：「有時候還會帶血絲，這就是我改找你們這種專科的原因。」

「所以，你都看過哪些科？」

「我住家附近的小診所，就是一般科，什

麼病都看！」

「本診所也是小診所啊！」

「不太一樣吧！我是朋友介紹來的。」

「是這樣啊…剛才你說咳出的痰，有時候還會帶血絲，是不是早上第一口痰？」因為自稱是被介紹來的，所以醫師必須更謹慎些。

「對！對！都是早上第一口痰。」

「那是因為呼吸道太乾的關係，如果咳得太用力，黏膜表面的微血管就容易破裂，所以早上起床後的第一口痰有可能見到血絲。」

「原來如此！」

「如果喝過水後，呼吸道太乾的情況就會改善，所以再來就不容易痰中帶有血絲。」醫師都先如此解釋，再看看病人的反應。

「真的，我還以為肺部長了什麼東西才會咳血。」病人總算說出心中疑慮。

「有抽菸嗎？」

「有！一個月前就逐漸減少了，現在大概三、四天抽一包。」

「為什麼逐漸減少？會害怕嗎？」

「當然！怕死了！」

「會怕就好…但是，為什麼不徹底戒掉抽菸習慣？」

「聽人家說，戒菸後體重會增加，所以一直不敢完全戒掉。」

「他們不怕啊！會怕就自己徹底戒掉，體

重增加總比長出壞東西好吧？」醫師聽多了病人這種理由，所以自然脫口而出並建議：「更何況你又不是他們，不戒戒看，怎麼知道體重的變化？」

「你這種說法也有道理，我自己先戒戒看，不行再到○○醫院戒菸門診，聽說還蠻有效的。」

「戒菸最重要的是自己的意志力！有心戒菸一定會成功。」醫師想起幫自己父親戒菸的往事，接著問：「你怎知○○醫院有戒菸門診？」

「因為咳得太久會怕，所以就跑去○○醫院照X光。」病人誠實回答。

「自己去掛號、還是診所幫你轉診？」醫師仔細詢問。

「還是你內行，醫師！在◎◎小診所看了三、四次，吃了一、二個禮拜的藥都沒改善，所以診所醫師就幫我轉診到○○醫院照X光。」病人逐漸完整講述自己的就醫過程。

「在○○醫院照X光的結果報告是什麼？」醫師心中納悶為何都到醫院照過X光還來找基層醫師，接著問：「醫院醫師沒跟你解釋嗎？」

「有預約下禮拜門診看X光報告，還有抽血、驗痰結果…」能得到這麼多檢查，病人露出勝利的一抹微笑。

「都在醫院約診了，為何又到我們診所就醫？」醫師心想這種病人就是不懂珍惜健保資

源。

「就朋友介紹來的啊！他還告訴我說，有聽新聞在講，從診所就可以看到醫院檢查的報告了，很方便！」病人勝利的微笑更加明顯。

「這種喔…還沒有開始啦！現在只能看到幾種慢性病用藥的情形而已。」醫師心想這種便宜的事情，所有人都會記得很清楚。

「那請你幫我看看…◎◎小診所跟○○醫院都開什麼藥給我吃，是不是開錯了，不然怎麼都好不了？」

「你這種病不是慢性病…所以看不到…你吃過什麼藥…」醫師慢慢講以免病人誤會開錯藥，真的是秀才遇到兵。

「所以不是拿著健保卡就隨時可以看到自己所有的就醫情形？」病人有稍微收斂自己的笑容。

「當然不可能！不然你的醫療資訊就在雲端到處飛，被有心人士拿去利用都還不知道。」為了健保醫療雲端資訊的漏洞，醫師必須慎重澄清。

「難道前幾天家母接到欠繳健保費的電話，就是這樣洩漏的？聽說是詐騙…」

「也不是不可能？可以洩漏健保病人資料的管道很多，到底是不是詐騙？通常健保局會說，他們不會用電話通知繳費…」醫師說。

「原來健保不是單純、還很複雜！」（未完待續）

問題①：健保署為何會執行「門診特定藥品重複用藥」方案？

解答：經常有報載病人（註：保險對象）因跨院或跨科就醫而重複用藥，導致中毒或造成肝腎損傷等事件，且造成醫療資源的浪費。因此，健保署自民國100年起定期統計用藥重疊率指標，提供醫療院所自我管理。另於民國102年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統（註：健保藥品申報資料），供醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人最近三個月之完整用藥資訊，為病人用藥安全把關。重複用藥對民眾用藥安全的不利影響以及健保資源的浪費，一直以來都是民眾（註：保險對象）關心的重點，社會上大多數民眾都希望健保署能更積極地處理重複處方及重複領藥而造成浪費的情形，使健保資源能更合理分配，用所當用。健保署自民國104年7月份起，已先針對在同一家區域級以上醫院（包含醫學中心）重複處方及調劑之藥品，核扣其藥費及藥事服務費，地區醫院、基層診所及藥局，則於10月份起實施。（註：藥局部分再延至民國105年1月份起實施。理由：無法呈現虛擬代碼R003：經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。健保審字第1040036383號函，民國104年10月2日。）

為避免病人重複用藥造成身體危害，以及避免因回收重複領取之藥品造成之資源浪費及環保問題，醫療院所醫師對於此項方案多數表示，雖然須多花些許看診時間，仍願意配合。

另本署基於保險公平給付及不重複給付原則，當病人遺失藥物，本署不再重複給付，請保險對象應善盡保管用藥之責，並希望民眾先自我管理，以免醫師發現病人端還有超過10天的用藥而不願再處方相同藥品時，造成醫師與病人間關係的緊張。健保署也期盼民眾，為了健保的永續，讓我們的子孫也能夠享受健保的好，平時要注意自身健康，一定要使用藥品時，也不要圖自身方便或貪小便宜，重複就醫領取過量相同的藥品，讓大家一起為珍惜健保資源努力。（參考「避免重複用藥之危害與浪費，盼民眾與醫師一起努力」焦點新聞，中央健康保險署，民國104年9月8日。）

問題②：何謂「核扣方案」？如何實施？

解答：健保署於民國103年12月31日核定公告「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」（註：查詢雲端藥歷），自隔日起實施。目的：為鼓勵特約醫事服務機構提升網路頻寬，以利即時、迅速查詢病患於不同醫事機構間之醫療資訊，供處方參考，以確保保險對象就醫安全，以及提升醫療服務效率。補助：特約醫事服務機構應依特約層級別選擇申請裝設所需速率頻寬，例如基層診所及交付機構得選擇企業型或專業型光纖1M或2M以上之網路，達標即獲補助。（註：健保醫字第1030015136號公告，並自104年1月1日起實施）此即是為下一階段方案的準備工作，也就是「核扣方案」。

為了讓醫療院所能確實管理病人用藥，健保署自民國104年7月起針對慢性病降血壓、降血脂、降血糖、抗思覺失調、抗憂鬱及安眠鎮靜與抗焦慮等六類藥品分階段實施「門診特定藥品重複用藥之費用核扣方案」（簡稱核扣方案）。「核扣方案」的實施方式，是由健保署每季檢核各醫療院所的用藥重複明細送交醫療院所提報說明，無法合理說明重複處方原因者，則扣減醫療院所申報的藥費及藥事服務

費，如果民眾持處方箋至藥局領藥，藥師未發現處方箋中的藥品有重複而仍然調劑給民眾，將扣減藥局的藥事服務費。核扣方案對持慢性病連續處方箋提前10日內調劑或提前10日內就醫者則不計入重複用藥，另符合提前領藥規範或因病情變化需調整用藥之情形亦不計入。（參考「避免重複用藥之危害與浪費，盼民眾與醫師一起努力」焦點新聞，中央健康保險署，民國104年9月8日。）



方案說明—核扣對象

		一般處方、 慢連箋第1次 院所自行調劑案件	一般處方、 慢連箋第1次 交付藥局調劑案件	慢連箋第2、3 次調劑案件
處方醫事機構	藥費	√	√	
	藥事服務費	√		
調劑醫事機構	藥費			√
	藥事服務費		√	√

資料來源：「門診特定藥品重複用藥費用核扣方案」簡介，健保署 1040612

問題③：健保醫療資訊雲端查詢系統跨院重複開立醫囑主動提示功能(API)介紹。

解答：一、目的及好處：（一）開發健保醫療資訊雲端查詢系統「跨院重複開立醫囑主動提示功能」，醫師處方後，HIS系統將處方上傳至健保署系統，比對雲端藥歷單筆餘藥日數，並立即回饋重複處方藥品或檢驗(查)訊息呈現於診間電腦畫面。（二）省去醫師閱覽雲端藥歷大量資料的時間與力氣，避免重複處方藥品及檢驗(查)。二、作業方式：（一）不改變醫師看診模式（資料比對及訊息傳輸均由背端電腦處理）。（二）本署資訊組與HIS廠商合作開發本系統，打通介接院所端(HIS)與健保雲端資料庫，提供線上即時比對作業，及回傳訊息至HIS。（三）操作：1. 院所在HIS端開啟雲端系統後，按照既有的工作模式，在HIS畫面操作開立醫囑，輸入醫令名稱或醫令代碼，透過HIS端電腦處理，轉換成健保醫令代碼後，上傳至健保署雲端系統比對。2. 比對完成後，回傳提示訊息供診間醫師參考。3. 確定處方或修改處方→送出處方→完成。4. 目前測試結果每次約需1~3秒內完成。

是不是有這種好處及效率，恐怕還得配合硬體設備的等級。

問題④：核扣才是目的，以管理方案取代核扣方案是幌子？

解答：健保署為確保民眾（註：保險對象）用藥安全，自民國104年7月起分階段實施「同

醫事機構門診六類特定藥品重複用藥核扣方案」，期透過醫師及藥師的共同把關，除保障病人安全外，並提升醫師及藥師的專業地位，創造雙贏的局面。惟於實施過程中，健保署屢屢接獲民眾反映，部分醫事機構拒絕開立處方或提供調劑服務，影響民眾用藥權益。經了解，其常見原因可歸類為「醫事機構因誤解本方案而拒絕民眾」、「醫事機構經查詢民眾剩餘藥量高於10天」、「藥局對於有疑義之處方箋，請民眾洽詢原處方醫師確認慢性病連續處方箋之必要性，而病人無法接受」等三類。

爰此，為兼顧病人（註：保險對象）用藥安全及用藥權益，將「跨醫事機構門診六類特定藥品重複用藥核扣方案」實施期程，由原民國105年7月1日延至106年1月1日起實施，並採分階段逐步擴大，實施期程及適用醫事機構對象如下：（一）民國106年1月1日，醫學中心及區域醫院。（二）民國106年4月1日，地區醫院及基層診所。（三）民國106年7月1日，藥局。健保署為推動跨醫事機構重複用藥核扣作業，自民國105年3月起，即開始對醫事機構進行輔導，並加強民眾正確用藥宣導，在民國106年1月實施前，健保署會持續進行各項宣導及輔導作業。（以上出自「健保跨院重複用藥核扣方案延至106年1月1日起實施」焦點新聞，中央健康保險署，民國105年5月12日。）

所以從民國104年7月起分階段實施的「同醫事機構」到延至民國106年1月1日起分階段實施的「跨醫事機構」都是「重複用藥核

扣方案」，健保署隨後雖然將之改成「重複用藥費用管理方案」，仍不改其核扣本質，所以雖然在新聞稿的內容稱「費用管理方案」，但是標題仍是用「核扣方案」！而藥局比醫學中心及區域醫院晚半年、比地區醫院及基層診所晚三個月實施，也再一次默認「醫藥分業（工）」失敗，否則怎會有「重複用藥與藥師調劑脫鉤」這等怪事？正如楊前署長志良曾說「某種非健保給付費用」的名言一樣：披著羊皮的狼。不過，這次的狼是健保署、醫界則是一群散漫無主的羊！☹

