

重複用藥費用管理(下) ——又是陷阱嗎？

雙合耳鼻喉科聯合診所 李志宏

為嚴密守護民眾用藥安全，健保署實施之「門診特定藥品重複用藥管理方案①」將由現行之12大類擴大至60大類，範圍約涵蓋七成健保門診藥費。健保署並已開發主動提示系統，可供醫師門診時即時提醒病人家中餘藥情況；此外也建置了健康存摺APP，鼓勵民眾可自行下載APP，以了解自身或家人近三年醫療用藥情形②。經統計，107年第3季重複用藥金額已較第1季下降19%，然仍有約12萬人的長天期處方有重複用藥的情況，其中六成五是60歲以上老年人，70歲以上則近4成，且平均每人一季約多領近40天的藥品，值得多予以關心。另以重複用藥類別分析，降血壓類(15%)、安眠鎮靜類(10%)及抗血栓類(8%)藥品重複人數最多。為加強管理，從明(108)年1月起，健保署將原重複用藥管理範圍之12類藥品擴大為60類，針對開藥14天以上之慢性病用藥列入管理範圍③，短天期之急性用藥不受影響。另醫師如遇臨床上特殊情形，如病人持機票出國、離島地區居民、因病人病情變化調整用藥、系統連線異常或其他病人因素等，醫療院所可於開藥後申報虛擬醫令代碼(R001~006)，病人無需自費④。健保署表示，為保障所有用藥病人安全，避免重複服用過多藥品危害病人健康，該署將持續與醫師藥師一起為病人用藥把關，大家共同守護用藥安全。（「60類藥品重複用藥管理方案自108年元月上路，用藥安全大家一起來把關」焦點新聞，中央健康保險署，民國107年12月29日。）

「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？通常健保署會說，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！」病人回應。

「不然還有一種方式，就是透過健保署網站申請，即可下載與自身健康相關資訊，他們稱之為『健康存摺』…」醫師將藥品查詢責任推回給健保署及病人。

「健康存摺是什麼？有用嗎？」病人似乎一頭霧水。

「健保署表示，每個人可能有好幾本銀行存摺，而且對於自己有多少帳戶一清二楚，進出帳戶的金額也都一目瞭然，但對於健康情況，例如一整年到底看了幾次病、看了哪些科別、曾經吃過哪些藥、哪些檢查等資訊，卻經常無法掌握。」醫師引用健保署的比喻。

「所以在○○醫院X光報告，還有抽血、驗痰結果，我自己也看得到，不必再回醫院掛號的意思嗎？」病人提到不必再掛號時，語氣帶有疑惑。

「健保署聲稱，西、中、牙醫門診及手術、用藥資料係提供自登入日前2日起近三年特約醫院、診所及藥局等醫事機構申報及健保卡上傳之就醫資料，並於每日更新健保卡上傳資料之內容。」醫師根據健保署網站資訊轉述。

「所以，健康存摺都會有？」

「必須○○醫院已經上傳你要的那些就

醫資料，而且健保署已經更新資料，缺一不可！」醫師很堅定地回答。

「健保藥局推薦我買的藥，在健康存摺中也有記錄嗎？」

「是藥品還是保健食品？」

「ㄟ…藥品還是保健食品？我不知道，藥師講有很好的治療效果…」

「通常聲稱有療效者是藥品…但是只要是自己出錢買、不是健保給付的，都不會出現在健康存摺中！」醫師仍是很堅定地回答。

「那這個健康存摺對我的用處不大，我在藥局買藥的錢比在醫院、診所繳的錢，高很多、很多…」病人對健康存摺不了解，對出的錢倒是非常清楚。

「即便是門診檢查及手術結果也未必了解，只知道有做、沒做而已！」

「是喔！看得懂我就是醫師了，所以還是回醫院掛號聽醫師解釋檢查結果。」

「你這類咳嗽最有可能是過敏咳，只要能夠將痰咳出來就好了，早上第一口痰帶有血絲，可能是喉嚨太乾的緣故，可以嘗試起床後先喝一大杯水，再觀察結果；如果帶有血絲的痰不見了，暫時不需要多擔心。」醫師拉回話題解釋病人最擔心的症狀。

「需要吃藥嗎？」

「需要！尤其是化痰藥及支氣管擴張劑，讓痰咳出來就好了，沒有一種藥服用後會讓痰消失，都是靠咳嗽咳出來，就好了！等醫院檢

查結果報告出來，再由醫院醫師幫忙調整治療方針。」醫師進一步解釋。

「需要吃抗生素嗎？」

「需要！這類咳嗽本來是不需要服用抗生素，但是你咳得有點久，所以需要預防性抗生素，也是等檢查結果報告出來後再調整。」醫師一聽病人講抗生素，而不是講消炎ㄟ，要不有點常識、要不有充足準備，所以回答十分謹慎。

「不是有一定療程…」病人露出疑惑表情，接著說：「有診所醫師要我吃完二星期的療程。」

「喔！你當時的情況我並不了解，就你現在的症狀就是預防性抗生素即可，等檢查結果報告出來，再由醫院醫師來調整。」醫師碰到這種病人都要格外小心應對，稍不留意可能會傷到同儕，接著說：「麻煩你到那裡吹一下蒸氣，讓痰比較容易咳出來，吹蒸氣後就可以拿藥回家飯後服用。」

「還有什麼要注意的嗎？」

「有啊！最重要的最後講，就是不要吃冰的、甜的東西。」

「好的！謝謝！」病人道謝後走出診間。

「這病人不好應付嗎？醫師您花了不少時間解釋。」藥師依據處方箋調劑並囑咐服用劑量及方法後，對醫師說。

「的確不好應付！反正就是初診病人，多花一點時間解釋也是應該。」

「聽說無論花多少時間診察，診察費用的支付都一樣？」

「是啊！不像妳的藥事服務費，超過21日的就不一樣。」醫師對藥師說。

「就算不一樣，也沒多多少，不然我們也不會有這麼多受雇藥師；要是支付合理例如比照日本，大家都會爭先恐後去開健保藥局。」

「也是，費用只有日本的十五到二十分之一，難怪大多選擇受雇，因為醫師必須割捨診察費去補藥事服務費。」醫師很感慨地回應。

「不是診察費補藥事服務費，是藥價差補藥事服務費。」藥師很快表達意見。

「現在哪有多少藥價差，都已經殺價到見骨。然後，再來個什麼重複用藥管理方案，要開藥醫師整合病人在不同醫事機構、不同醫師所開的藥，美其名是用藥安全，骨子裡卻是對簽約的醫事機構白吃白喝…」

「是喔！你們醫師不是常講這是白々一么嗎？」藥師聽多醫師的抱怨，接著問：「尤其是您，從不看健保醫療資訊雲端查詢系統，就不怕被白々一么嗎？」

「目前不怕，雖然今年重複用藥管理方案已經進化到針對給藥日份7日以上之『全藥類』藥品；但是我們診所多屬急性病、少有慢性病人，即便如過敏性鼻炎、眩暈及耳鳴的病人，我都交代他們有症狀再服藥，藥吃得少身體才是健康！」

「沒錯！所以我也跟著您的說法跟病人說

明服藥方式。」其實藥師本對如此服藥方式感到困擾，不過久而久之，倒覺得這樣服藥才有理。

「我們有因為這個管理方案而被健保署核扣費用嗎？」醫師問。

「到目前，沒有！」

「除了本診所大多屬於非超過7日的藥品處方箋外，本方案尚須符合『當季重複用藥藥費1,000元以上者』，對我們診所而言，門檻算高。」醫師用方案中的核扣規則，對藥師簡單說明。

「這種重複用藥的管理，真的可以達到用藥安全的目的嗎？」

「本方案在用藥與管理間，還有『費用』二字，妳可以想想這與安全有啥關係？」其實醫師是蠻在意用藥問題，因為他從小接觸藥品。

「所以方案全名是什麼？」

「門診特定藥品重複用藥…費用…管理方案。」醫師慢慢地、清楚地講出「費用」二字，接著說：「健保費用管理歸健保署管理，用藥安全歸食藥署管理。」

「這就是您常講，健保署越權侵犯其他官署職權的意思嗎？」

「是啊！最常見的是衛生局，現在這個方案如果不談…用藥安全管理…不算是。況且，越權侵犯的反面意思是主管機關放棄職權、怠忽職守，更嚴重！」

「原來健保署只負責健保費用管理，我們還以為他們神通廣大！」

「重複用藥固然可惡，但是絕非開藥醫師單方的責任！」（全文完）

問題①：「門診特定藥品重複用藥管理方案」內容為何？

解答：一、實施對象：1. 醫學中心、區域醫院、地區醫院、西醫診所。2. 保險醫事機構之當季重複用藥藥費1,000元（含）以上者，方核扣該藥費。二、實施藥品範圍：針對給藥日份14日（含）以上之六十大類藥品，藥品類別詳見問題③。三、實施時程：費用年季108年第1季起。（註：費用年季108年第4季起改為給藥日份7日（含）以上之全藥類藥品。可見，健保署不改一貫「溫水煮青蛙」的行政手段。）四、重複用藥費用核扣對象：如圖一。五、費用核扣原則：1. 重複用藥日數計算依同一病人不同處方之同成分同劑型、處方（調劑）日期、就醫序號歸戶排序，逐筆判斷處方（調劑）時病人歸戶之餘藥日數（註：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、返回離島、出海船員、罕病病人或經保險人認定確有必要之特殊病人等〕。），

若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範（註：提前領藥規範係依《全民健康保險醫療辦法》第24條及第25條規定；另考量病人因病再次就醫，若餘藥日數小於等於10日則不計入重複用藥。但所有領藥日數皆列入總用藥日數內計算。），不計入重複用藥；不符合者，列入重複用藥日數計算。2. 上開重複用藥依下列公式核減：針對不符提前領藥規範或特定領藥原因之領藥日數計算重複用藥日數核扣重複藥費＝該醫令處方（調劑）區間重複用藥日數×該醫令每日平均藥費。（註：《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。」同法第25條：「保險對象持有效期間內之慢性病連續處方箋，有下列情形之一者，得出具切結文件，一次領取該處方箋之總用藥量：一、預定出國或返回離島地區。二、遠洋漁船船員出海作業或國際航線船舶船員出海服務。三、罕見疾病病人。四、經保險人認定確有一次領取該處方箋總用藥量必要之特殊病人。」）

核扣對象（慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋）

案件類型		院所自行調劑	交付藥局調劑
		一般案件、慢連箋案件 跨(同)保險醫事服務機構 處方(調劑)重複用藥案件	一般案件、慢連箋第1次 跨(同)保險醫事服務機構 處方重複用藥案件
核扣對象			
處方院所	藥費	V	V

圖一（資料來源：管理方案107/10/08版）



作業方式：一、按季執行，經電腦檢核後逕予核定各醫事機構前季重複用藥之核減藥費，分區業務組一併提供保險醫事服務機構前季之「○○院所用藥重複明細表」或檔案供保險醫事服務機構自我管理。二、若保險醫事服務機構對核定結果有疑義，可循一般申復與爭議審議流程作業。（參考「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」107/10/08版，中央健康保險署，108/03/04，新增R007版。）

問題②：什麼是「健康存摺」？保障何種健康？

解答：中央健康保險署已於全球資訊網建置「全民健保健康存摺」系統，民眾可即時、便利地取得個人最近一年就醫資訊，除了可利用該資料了解自身健康狀況，並進一步做好自我健康管理外，亦可提供該資料中之用藥資訊供醫師開立處方參考，縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全與效益，同時亦可了解自身一年來所自付的醫療費用，以及全民健保採互助機制幫忙支付醫療費用的情形。民眾只要持自然人憑證即可於該署全球資訊網查詢或下載個人最近一年的就醫資料，包括：門診或住院就醫院所名稱、就醫日期或住院日期、交付調劑、檢查或復健治療日期、疾病分類名稱（並非診斷）、醫療處置（手術）名稱、醫師處方之藥品、特材、檢查（驗）名稱及數量、健保支付點數及保險對象自付之部分負擔金額。（參考「健保署建置『全民健保健康存摺』系統民眾可即時取得個人最近一年就醫資訊」焦

點新聞，中央健康保險署，民國103年11月25日。）

健保署民國103年11月發布於全球資訊網建置「全民健保健康存摺」系統，旋即於同年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），並自隔日起實施。其施政目的不可言喻，問題是「全民健保健康存摺」究竟保障誰的健康？往後，健保署陸續與新光人壽（健保署黃三桂署長與新光人壽蔡雄繼總經理預訂於民國104年2月3日下午2時）共同召開「擁有健康存摺，點亮樂活人生」記者會、與中國人壽簽署「合作推廣健康存摺備忘錄」（民國104年7月）、與國泰人壽及三商美邦人壽簽署「合作推廣健康存摺備忘錄」（民國104年8月），為何都是人壽公司幫忙推廣？

問題③：開藥14天以上之慢性病用藥由12類重複用藥擴大為60類。

解答：原12類如下：1.降血壓藥物（口服），2.降血脂藥物（口服），3.降血糖藥物（不分口服及注射），4.抗思覺失調藥物（口服），5.抗憂鬱症藥物（口服），6.安眠鎮靜與抗焦慮藥物（口服），7.抗血栓用藥（口服），8.前列腺肥大用藥（口服），9.抗癲癇用藥（口服），10.心臟疾病用藥（口服），11.緩瀉劑（口服），12.痛風治療用藥（口服）。

60類增加者如下：制酸劑用藥（口服）、腸胃道用藥用藥（口服）、止吐用藥（口

服)、肝膽用藥(口服)、止瀉用藥(口服)、消化酵素用藥(口服)、維生素用藥(口服)、礦物質補充用藥(口服)、血友病藥物用藥(口服)、抗貧血藥物用藥(口服)、血液製劑用藥(口服)、週邊血管擴張劑用藥(口服)、牛皮癬用藥(口服)、抗生素用藥(口服)、婦科用藥(口服)、性荷爾蒙用藥(口服)、腦下垂體及下視丘用藥(口服)、甲狀腺用藥(口服)、鈣片用藥(口服)、抗菌藥用藥(口服)、肺動脈高血壓用藥(口服)、抗病毒藥物用藥(口服)、免疫球蛋白用藥(口服)、疫苗用藥(口服)、腫瘤製劑用藥(口服)、內分泌用藥(口服)、免疫活化及抑制劑用藥(口服)、抗發炎及風濕性用藥(口服)、關節肌肉止痛用藥(口服)、肌肉鬆弛用藥(口服)、骨骼相關用藥(口服)、麻醉用藥(口服)、止痛用藥(口服)、帕金森氏症用藥(口服)、神經性用藥(口服)、抗原蟲劑用藥(口服)、鼻用製劑用藥(口服)、支氣管阻塞性用藥(口服)、咳嗽及感冒用藥(口服)、抗組織胺用藥(口服)、眼科用藥(口服)、保健用藥(口服)、營養劑用藥(口服)、血管相關用藥(口服)、HMG CoA還原酶抑制劑用藥(口服)、複方降血糖用藥(口服)、神經調節及抗失智類用藥(口服)、尿失禁及性功能障礙用藥(口服)等48類。自健保費用108年第4季起，實施藥品範圍擴大對給藥日份7日(含)以上之「全藥類藥品」。所謂「全藥類藥品」係增加：口腔疾病用藥(口服)、皮

膚病抗真菌用藥(口服)、血管保護用藥(口服)、促進合成藥物(口服)、痤瘡用藥(口服)、抗感染和抗菌用藥(口服)、皮質類固醇用藥(口服)、抗分支桿菌用藥(口服)、耳科用藥(口服)及驅蟲用藥(口服)等十類。真的是無所不含、無所不包，例如原六十類中有抗生素用藥(口服)與全藥類藥品新增的「抗感染和抗菌用藥(口服)」有何不同？又例如原六十類中的保健用藥(口服)及營養劑用藥(口服)，為何有健保給付？健保署為這個「管理方案」所挖的坑洞，比「達文西根治性前列腺切除術以未列項比照」的健保坑洞更大，而且持續加大，不知會掉進多少健保特約醫事服務機構(含醫師)？

問題④：何謂「開藥後申報虛擬醫令代碼」(R001~006)？也是一種「未列項比照」嗎？

解答：健保署所發明的虛擬醫令代碼真的可以通行無阻？虛擬者，不符合或不一定符合事實的。意思就是真真假假、假假真真，健保署已有「達文西根治性前列腺切除術」以「未列項比照」申請支付造成「明顯違反規定」的新聞事件前科，難保再有以「虛擬醫令代碼」申請藥品支付，造成「明顯違反規定」的新聞事件發生？因為「未列項比照」亦是一種「虛擬醫令代碼」，不是嗎？

所謂虛擬醫令代碼如下：R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件【註：上開相關病人提供之切結文件，請醫事機構妥善保留備查】提前回診，且經院所查詢健保雲端



藥歷系統，確定病人未領取所稱遺失或毀損處方之藥品。(發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函) R002：因醫師請假因素，提前回診，醫事服務機構留存醫師請假證明資料備查。(發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函) R003：經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。(發文日期：104年4月1日，健保醫字第1040080435號函) R004：其他非屬R001~R003之提前回診或慢性病連續處方箋提前領取藥品或其他等病人因素，提供切結文件【註：上開相關病人提供之切結文件，請醫事機構妥善保留備查】或於病歷中詳細記載原因備查。(發文日期：104年10月28日，健保醫字第1040080563號函) R005：民眾健保卡加密或其他健保卡問題致無法查詢健保雲端資訊，並於病歷中記載原因備查。(發文日期：107年10月12日，健保醫字第1070036103號函) R006：配合分級醫療政策，病人由醫院轉診至院所後第1次就醫，並符合轉診申報規定之案件。(發文日期：107年12月4日，健保審字第1070015438號函)【註：R006所述符合轉診申報規定之案件，須符合下列任一條件：(1)申報「部分負擔代碼(D30)」且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享(註記為1)」(接受他院轉入)且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號(特約類別須為1至3)」之案件。(2)申報「部分負擔代碼(D30)」且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享(註記為1)」(接受他院轉

入)且「轉診、處方調劑或特定檢查資源共享案件之服務機構代號(特約類別須為1至3)」且有申報醫令代碼為01038C之案件。】。

以上，健保特約醫師可以一下子記住幾種虛擬醫令代碼的意思？不僅如此，今(108)年再增加：R007：配合衛福部食品藥物管理署公告藥品回收，重新開立處方給病人，並於病歷中記載原因備查。(發文日期：108年3月6日，健保審字第1080035014號函) R008：醫師查詢雲端或API系統提示病人有重複用藥情事，經向病人確認後排除未領藥紀錄，其餘藥天數小於(含)10天開立處方，並於病歷中詳細記載原因備查。(發文日期：108年8月7日，健保審字第1080035941號函)所謂病歷中詳細記載及備查，難道不是陷阱嗎？這讓筆者想起十餘年前「門前藥局」風暴中，所謂的「獨資證明」！

更有甚者，如為交付調劑處方，則「全民健康保險門診交付處方箋」或「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」應呈現渠等「虛擬醫令代碼」，供特約藥局辨識(發文日期：104年10月28日健保醫字第1040080563號函)。試問，如果辨識發生爭議、異議，責任歸屬何者？為何健保署、保險對象都不必負擔任何責任？