

案情摘要

系爭項目為「Sevikar(BC24929100)」及「Diovan(BC23373100)」，病人提前就醫，申請人未查證病人餘藥日數即重複開立相同藥品處方，核與規定不符。

衛部爭字第 1113402998 號

審定	
主文	申請審議駁回。
事實	申請人以其請求事項不服健保署之複核為由，申請審議，本部依申請人檢附到部之現有相關病歷資料審議。
理由	依據 全民健康保險法第6條及全民健康保險爭議事項審議辦法第23條之規定。
	卷證 申請書及所附相關文件資料【該所附相關文件資料，若係於申請爭議審議階段始提出者，該新提出之資料，本部依全民健康保險醫療費用審查注意事項總則貳、一、(四) 5. 前段規定意旨，不予認列。】
	審定理由 一、 相關規定 (一) 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 19 條第 9 款、第 10 款、第 17 款 「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：九、用藥種類與病情不符或有重複。十、用藥份量與病情不符。…十七、其他違反相關法令或醫療品質不符專業認定。」 (二) 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，每次以不超過七日份用量為原則。 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。」 第 24 條 「同一慢性病連續處方箋，應分次調劑。 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。」 (三) 全民健康保險特約醫事服務機構合約 第 1 條第 1 項 「甲乙雙方應依照全民健康保險法、全民健康保險法施行細則、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險醫療辦法、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法、全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法、行政程序法、

行政罰法、其他相關法令及本合約規定辦理全民健康保險醫療業務。」

第 17 條第 1 項第 4 款

「乙方申請之醫療費用，有下列各款情形之一者，由乙方負責，經甲方查核發現已核付者，應予追扣：四、其他應可歸責於乙方之事由者。」

(四) 行為時「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」(以下簡稱重複用藥費用管理方案)三、(二).(四).(五).

三、方案內容

(二)實施藥品範圍：

「針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品」

(四)重複用藥費用核扣對象：

核扣對象(慢性病連續處方箋以下簡稱慢連箋)

案件類型 核扣對象		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
處方院所	藥費	V	V

(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 1}，若病人仍有餘藥，但符合提前領藥規範^{註 2}，不計入重複用藥；不符合者，列入重複用藥日數計算。

註 1：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)。

註 2：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。

註 3：相關作業邏輯詳附件 2。

附件 2：作業邏輯說明一、虛擬代碼(一)檢核邏輯說明

代碼	處方(調劑)時若有餘藥是否視為重複用藥	當件領藥日數是否併入餘藥日數累算
R001	Y	接續計算
R002	N	接續計算

R003	N	重新計算
R004	N	接續計算
R005	N	重新計算
R006	N	接續計算
R007	N	重新計算
R008	N	接續計算

R001：因處方箋遺失或毀損，提供切結文件，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。

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。

R003：經醫師專業認定需要改藥或調整藥品劑量或換藥者。

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，提供切結文件或於病歷中詳細記載原因備查。

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。

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。

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。

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。

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案件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。」。

二、 健保署審核意見

(一) 初核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，門診特定藥品跨院重複用藥費用核扣方案，追扣重複用藥費用總計 16,069 點。

(二) 複核：依「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組追扣補付核定總表」顯示，申復受理 4,437 點，同意補付 2,972 點。不予補付理由略為：「重複用藥檢核邏輯認知落差」。

三、 申請理由要旨

(一) ○○○案：當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤。且病人於 109 年 10 月 28 日就診當時查藥歷即已知有在服用 Sevikar，

但因有餘藥故請病人於 109 年 11 月 11 日再行回診開藥，而未於 10 月 28 日開藥。

(二) ○○○案：病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋。

四、健保署提具意見要旨

(一) 該署健保醫療資訊雲端查詢系統「雲端藥歷」頁籤(以下簡稱雲端藥歷)可提供院所於開立處方時，查詢病人就醫前二日之最近 6 個月門、住診(5 個月申報資料+最新 1~2 個月的健保卡上傳資料)開藥及領藥紀錄(資料來源含括本院、他院及社區藥局)，並可使用「門診特定藥品遵醫囑應餘用藥日數」查詢鈕，顯示「同成分同劑型」藥品之「同成分用藥結束日期」及「遵醫囑應餘用藥日數」，以避免當次開藥重複，另可選擇「圖形化查詢畫面」，以圖形化呈現之用藥資訊及時間序列。

(二) 申請人主要爭點為「當診電腦查核無餘藥，可能是當時健保雲端有誤或病人長期在門診追蹤治療高血壓，門診時醫師並未發現有藥物重複過多，因此持續開立慢箋」，然經查對各案件主張理由與檢附資料，申請人院所確實了解重複用藥管理方案，並有該署提供個案重複用藥明細表供查證，另有雲端藥歷系統供醫師開立處方時查詢個案用藥及餘藥相關資訊。

(三) 針對爭議審議個案說明如下：

1. ○○○：藥品 BC24929100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 10 月 23 日。109 年 10 月 20 日提早於他院開立處方，領藥 30 日，藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。

(2)109 年 11 月 11 日申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 109 年 11 月 22 日，餘藥 12 日。該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 12 日予以扣除。

2. ○○○：藥品 BC23373100，重複用藥歷程如下：

(1)109 年 9 月 24 日申請人診所開立慢性連續處方箋，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 10 月 21 日。109 年 10 月 17 日提早於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 109 年 11 月 18 日，因餘藥未大於 10 日本筆無重複用藥。109 年 12 月 6 日於藥局領取處方，領藥 28 日，藥量可使用至 110 年 1 月 2 日。

(2)109 年 12 月 17 日於申請人診所開立處方，領藥 28 日，前次藥量可使用至 110 年 1 月 2 日，至此，該項藥品依規定列入重複用藥計算，總計 17 日予以扣除。

(四) 申請人指稱已查詢雲端藥歷卻無重複用藥訊息，惟經查確實有重

複用藥情事，故維持原核定不予補付。

五、 審定理由

- (一) 按健保署為確保民眾用藥安全，自 100 年起即設定用藥重疊率指標定期提供院所自我管理，於 102 年開發以病人為中心之健保雲端藥歷系統供醫師處方及藥事人員調劑時能掌握病人完整用藥資訊，並於 104 年 7 月(費用年月)起分階段實施重複用藥費用管理方案，自 108 年第 4 季起針對給藥日份 7 日(含)以上之全藥類藥品列入管理，先予敘明。
- (二) 查卷附資料，本件係健保署執行「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」爭議案，健保署發現申請人醫院申報保險對象○○○等案 109 年第 4 季醫療費用，有慢性病連續處方[如：治療血管相關用藥 Sevikar(BC24929100)、降血壓藥物 Diovan(BC23373100)]重複用藥之情形，與前揭規定不符，乃核減 109 年 11 月至 12 月份門診特定藥品用藥重複日數之藥品費用計 16,069 點，申復補付 2,972 點，申請人就不同意補付中之 2 案，計 241 點，向本部申請審議。
- (三) 經查「衛生福利部中央健康保險署-臺北業務組特定藥品用藥重複明細表-跨(同)醫事機構」資料，健保署係以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，當次給藥日數大於(含)7 日，經病人歸戶，其手邊餘藥大於 10 天者，納入核扣案件，但符合提前領藥規範，不計入重複用藥，並依前開重複用藥費用管理方案之費用核扣原則核扣系爭藥品費用，茲就系爭保險對象姓名、流水號、醫令代碼、給藥日數、前次連續用藥結束日期、(提前)領藥(就醫)日期、餘藥日數、重複用藥天數及核減藥費情形，綜整臚列如下表：

保險對象姓名	流水號	醫令代碼	給藥日數	前次連續用藥結束日期	(提前)領藥(就醫)日期	餘藥日數	重複用藥天數	核減藥費
○○○	593 (他院)	BC24929100	30	-	109/9/24	0	0	-
	523 (他院)		30	109/10/23	109/10/20	4	0	-
	9073 (系爭)		28	109/11/22	109/11/11	12	12	126

- (四) 本件除經健保署提具意見論述甚詳外，承上表所示，以○○○案(流水號 9073)為例，申請人診所開立系爭「Sevikar(BC24929100)」藥品，前次處方箋連續用藥結束日期為 109 年 11 月 22 日，惟病人卻提前於 109 年 11 月 11 日就醫並領取相同

		<p>藥物，餘藥日數計 12 日，已超過前開重複用藥費用管理方案所定餘藥日數(小於等於 10 日)2 日，則健保署依前揭規定及重複用藥費用管理方案之費用核扣原則，不予給付系爭費用，核屬有據；○○○案，不符規範領藥日數情形亦類如上表所示，經核亦無不妥。</p> <p>六、綜上，均無法顯示需給付所請費用之正當理由，原核定並無不合，應予維持。</p>
--	--	---