



■ 本會會訊

一、106年7月份臨時委員會會議附帶建議，摘錄如下：

(一) 系爭項目之Morphine為成癮性麻醉藥品，為防範醫師未經審慎評估，即長期處方麻醉藥品予非癌症相關之慢性頑固性疼痛病人，導致病人成癮，本部食品藥物管理署已訂定「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品注意事項」，其中明訂「醫師診治該類病人應轉介至醫學中心或至少聘有麻醉(或疼痛)、精神、神經、內科及外科等專科醫師之區域級以上醫院進行診斷、評估及治療」、「醫院診治該類病人，應成立『管制藥品管理(委員)會』」、「使用藥品應以口服劑型為主，當該類病人不能口服或口服效果不佳時，可改用舌下劑、貼片劑或針劑」、「該類病人每次回診時，醫師至少應就下列事項詳細評估並記錄：1.疼痛狀況。2.藥品相關之副作用。3.生理、心理之功能及狀態。4.藥物相關之異常行為。」、「醫師未遵照相關使用規範、注意事項及用藥指引，經主管機關審核後，認係屬不正當行為者，將受違反相關規定處分」等。

(二) 經查本案非癌症病人，各次所申報項目均有Morphine藥品、空針、診察費、調劑費，施打Morphine當日之病歷均僅記載「A patient of L spine compression fracture s/p vertoplasty in ○○醫院, severe low back pain were noted, and received morphine for pain control」，惟健保署或係核刪空針，或係核刪診察費，鑑於核刪標準不一，加上全民健康保險藥物給付項目及支付標準及全民健康保險醫療費用審查注意事項等，並無前揭Morphine等成癮性麻醉藥品相關規範，爰建請健保署參考前開「醫師為非癌症慢性頑固性疼痛病人長期處方成癮性麻醉藥品注意事項」，檢討研議納入相關規定之可行性，以確保病人用藥安全，避免不必要爭議。

二、106年9月份委員會會議附帶建議，摘錄如下：

(一) 104年12月29日發布修正之全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下簡稱支付標準)第二部第二章第七節手術第8項十、前列腺之診療項目「雙極前列腺刮除術/汽化術 Biopolar TURP/TUVP - 切除之攝護腺重量 5至15公克(79413B)」，支付點數為11,759。次依102年2月7日發布修正之全民健康保險醫療費用審查注意事項(以下簡稱審查注意事項)第一部、壹、二、(七)、1.前列腺切除術(79404B、79405B、79406B、79411B、79412B)：「(1)必須附病理報告，報告內容必須含組織之重量，作為支付之依據。」。

(二) 查臨床判定切除組織之大小、重量，與病理報告描述之大小、重量，常有誤差，若前揭審查注意事項之前列腺切除術，係以病理報告所載組織重量，作為支付之依據，則審查注意事項僅列79404B、79405B、79406B、79411B、79412B共5項診療項目，並未包含前揭104年12月29日發布增訂之診療項目「雙極前列腺刮除術/汽化術 Biopolar TURP/TUVP (79413B)」，則究係以病理報告所載組織重量？抑或以手術紀錄所載組織重量作為支付依據，尚有疑義，爰建請健保署研議檢討前揭審查注意事項增列系爭項目之必要性。

(三) 又鑒於臨床術式之選擇常與醫學科技之發展息息相關，為確保有限健保醫療資源之有效利用，組織之重量反倒非衡量要項，爰建請健保署邀集相關醫學會通盤檢視各項前列腺術式之相關支付規範，評估以符合best practice(對不同病人群，不同臨床表徵，使用何種術式?)及以value-based health care支付(如：簡化目前多種術式成兩至三種category核付)之可行性，以杜爭議。

以上2則附帶建議，健保署回復辦理情形：

該署業於106年11月14日以健保審字第1060081152號令修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定(自106年12月1日生效)。

三、106年8月份委員會會議附帶建議，摘錄如下：

(一) 系爭項目「逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P.(33024B)」、「經內視鏡括約肌切開術 EST (56031B)」、「內視鏡逆行性膽管引流術 (56020B)」分列於行為時支付標準，有關特殊造影檢查之33024B，以及有關外科處置之56031B及56020B，健保署初、複核意見就系爭「逆行性膽道及胰管造影 (33024B)」，以「EST已包含 ERCP檢查，不應併報」為由，不予給付。

(二) 經查「逆行性膽道及胰管造影 E.R.C.P. (33024B)」，係為確定診斷之檢查，而「經內視鏡括約肌切開術EST (56031B)」則為疾病之治療，該診斷檢查與治療處置二項，若於同日執行，後者是否必然內含前者而不應併報前者？有無因不同日執行而有差異？鑒於前開支付標準就「經內視鏡括約肌切開術EST (56031B)」僅明列支付點數45,218點，至於內含項目為何？有無不可併報之情形？相關規範付之闕如，爰建請健保署檢討研議，俾利醫療院所有所遵循，減少不必要爭議。

健保署回復辦理情形：

一、「逆行性膽道及胰管造影」等4項診療項目(支付編號33024B、56031B-56033B)，業經105年第5次、105年第7次及106年第3次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」進行通盤檢討，會中獲與會專家共識，建議增訂56031B及56032B適應症、不得同時申報之規定及內含使用過程面特材，並建議明文規定於支付規範。

二、按前述建議，已於106年9月30日衛部保字第1061260461號令，修訂相關適應症、支付規範及支付點數，自106年10月1日生效實施。

■ 專文：特約醫事服務機構為規避合理調劑量違規申報藥事費用之裁罰爭議

特約醫事服務機構為規避合理調劑量違規申報藥事費用之裁罰爭議

文/吳憲明

亞洲大學兼任副教授

全民健康保險爭議審議會主任委員

【案例一】

一、事實

藥事人員A將其藥師證照租借予甲藥局(借牌)，登錄執業於甲藥局，而實際並未至甲藥局執行藥品調劑業務，甲藥局卻以A名義申報101年9月至103年9月期間未實際調劑之藥事服務費計156萬4,812點，健保署乃處甲藥局終止特約，自終止特約之日起1年內不得再申請特約，甲藥局負責藥事人員、負有行為責任藥事人員A於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付，另依全民健康保險特約醫事服務機構合約(以下簡稱特約合約)第17條規定核定追扣156萬4,812點[點值換算為新臺幣(下同)146萬1,668元]。

二、爭審

(一) 甲藥局不服，以其藥局租用A藥事人員證照作為申報合理調劑量之用，其藥局皆由負責藥師實際執行調劑業務，如以負責藥師1人調劑申報，溢領之藥事服務費僅78萬6,496點(點值換算為73萬4,654元)等理由，申請爭議審議。

(二) 案經衛生福利部全民健康保險爭議審議會(以下稱爭審會)審定：「申請審議駁回。」，審定理由略以：查甲藥局與健保署訂有特約合約，甲藥局申報費用時應盡誠實申

報之義務，A藥事人員於系爭之101年9月至103年9月期間，未至甲藥局執行調劑藥品業務，為不爭之事實，則甲藥局於前開期間以未實際調劑之藥事人員A名義申報藥事服務費即屬虛偽不當，健保署按申請人以無調劑行為人A名義申報調劑服務之件數，核算虛報藥事服務費點數達156萬4,812點，乃認定甲藥局之違規情節已該當全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（以下簡稱特約及管理辦法）第40條第1項第2款及第43條第4款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」及「第40條第1項第2款所稱情節重大情事，係指違約虛報點數超過25萬點。」之構成要件，並據以裁處及追扣虛偽不當申報之藥事服務費，尚無不合。

三、後續行政救濟

甲藥局主張其藥局租用A藥事人員執照以A名義申報藥事服務費，實際溢領金額應為73萬4,654元，健保署核定追扣金額146萬1,668元，其中72萬7,014元屬溢扣，應成立公法上不當得利，就追扣醫療費用向行政法院提起給付訴訟，訴請健保署應予返還，經法院判決駁回，理由如下：

（一）臺北高等行政法院104年度訴字第1632號判決要旨

按「合理調劑量」規定乃全民健康保險法為確保藥事人員調劑品質，保障保險對象用藥安全，所訂定之藥事人員調劑合理量之支付標準，依該規定藥事人員調劑次數愈多，其藥事服務費予以逐段遞減之支付方式，並藉由在合理調劑量內支付較高的藥事服務費，超出合理量，則給予較低藥事服務費的機制，保障民眾就醫時最基本的醫療（藥事調劑）品質。因此依法特約藥局應核實申報，即應以實際調劑業務之藥事人員申報藥事服務費用，始得向保險人受領健保給付之權利；反之若以特約藥局「非實際調劑」之藥事人員名義申報「合理調劑量」計算之給付藥事服務費，即屬以不正當行為及以虛偽之證明申報醫療費用，違反特約及管理辦法第40條第1項第2款之規定。

（二）最高行政法院105年度裁字第620號裁定要旨

經查原判決已就「為何本案中上訴人前開追扣之藥事服務費點數，要以上訴人實際使用A藥事人員名義申報之藥事服務費數點為準」之認事用法理由詳為說明，本件上訴理由難認對該判決之如何違背法令已有具體之指摘，應認其上訴為不合法。

【案例二】

一、事實

乙診所兼職藥事人員B於非執行調劑時段並未實際執行藥品調劑業務，乙診所卻以B名義申報102年1月1日至103年6月30日期間未實際調劑之藥事服務費計69萬2,976點，健保署乃處乙診所終止特約，自終止特約之日起1年內不得再申請特約，乙診所負責醫師、負有行為責任藥事人員B於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用、藥事相關費用，不予支付。

二、爭審

（一）乙診所不服，以其診所自開業以來一直是1位藥師，後來加入B藥師負責週一至週五夜診調劑，其診所於月初依電腦公司設定程式即申報上月資料，以申報之藥事服務費扣去實際應得之藥事服務費核算，實際溢領之藥事服務費合計僅13萬多元，健保署卻以白天出現B藥師之藥事服務費即列入違規，致其診所溢領藥事服務費金額暴增，而其診所白天另1位服務藥師應得之藥事服務費，是否應予歸還？等理由，申請爭議審議。

（二）案經爭審會審定：「申請審議駁回。」，審定理由略以，查乙診所藥事人員B系爭門診時段並未於乙診所執行藥品調劑業務，則乙診所以未實際調劑藥事人員B之名義申報藥事服務費即屬虛偽不當，健保署按乙診所申報藥事人員B調劑服務之件數核算虛報藥事服務費達69萬2,976點，認定前開違規情節已該當特約及管理辦法第40條第1項第2款及第43條第4款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」及「第40條第1項第2款所稱情節重大，係指違約虛報點數超過25萬點。」之構成要件，並據

以裁處，於法尚無不合。

三、後續行政救濟

乙診所不服，提起訴願，經訴願決定駁回後，循序提起行政訴訟，主張1.特約及管理辦法第40條所規定「終止特約」，逾越全民健康保險法第66條授權之範圍，違背授權明確性原則及法律保留原則；2.關於以B藥師錯誤登載於白日藥師部分，單純屬於表單填報錯誤，健保署未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3條第2項規定，敘明理由通知更正，逕認虛報，自屬違誤；3.本案於檢察官偵辦期間，健保署提出已申報點數及實際應申報點數之詳細計算式，再由已申報點數扣除實際應申報點數，得出其診所總計溢領點數應為14萬3,079點，換算金額為13萬3,354元，經檢察官調查肯認而認定事實後，同意給予負責醫師緩起訴處分；4.其診所實際上溢領之費用金額為13萬3,354元，依特約合約第10條第5項約定，健保署已扣之64萬6,748元醫療費用，於扣除13萬3,354元後，所餘之51萬3,394元，應予返還，爰訴請撤銷原處分、審定及訴願決定，健保署應給付51萬3,394元云云，經臺北高等行政法院105年度訴字第673號判決駁回，理由如下：

(一) 為健全保險醫事服務機構對於保險對象提供完善之醫療保健服務，全民健康保險法第66條第1項及第67條第1項授權主管機關訂定特約及管理辦法以為規範，其性質為法規命令，其位階與所授權之法律相同，並非無法律授權依據或未經法律明確授權，亦未逾越母法授權範圍或違反法律保留原則情事。

(二) 經查乙診所於藥事人員B非上班時段，以B名義不當申報其未實際調劑之藥事服務費共計69萬2,976點，從而，健保署認乙診所確有以不正當行為或虛偽之證明等虛報醫療費用，情節重大，爰依全民健康保險法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第2項、第43條第4款、第47條第1項等規定，及特約合約第20條第1項約定，乃以原處分核定乙診所終止特約，並自終止特約之日起1年內不得再申請特約，負責醫師於終止特約之日起1年內，對保險對象提供之醫事服務費用不予支付，揆諸前揭規定，並無違誤。

(三) 又原處分係以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報藥事服務為其要件，與刑事詐欺罪之犯罪構成要件並不相同；且二者之調查程序互殊，就事實認定及證據之證明力要求亦屬有別，原處分所為證據論斷亦符合論理法則及經驗法則，尚難徒以經緩起訴處分，即認原處分認定之事實有誤。

(四) 另揆諸上開規定係以「申報醫療費用」或「虛報點數」為其要件，而非以「溢報醫療費用」或「溢報點數」為其要件。易言之，只要執業時段、執業藥事人員或調劑點數等「申報」內容與實際情況不符，而非指「溢報」內容與實際情況不符，即為處分範圍，不得謂尚有點數核給，而予以扣除，更不能將保險醫事服務機構內之數名藥師合計，再平均計算其依合理調劑量所能申報之點數。至所舉溢領點數之多寡，實與上開規定所規範「申報」內容與實際情況不符之情形有別。

【案例分析】

按改制前中央健康保險局（於102年7月23日改制為健保署）於95年6月30日發布健保醫字第0950059861號令（自95年7月1日起實施），修正當時之全民健康保險醫療費用支付標準第2部第1章第6節調劑規定，明定特約藥局、基層院所藥事人員合理調劑量「每人每日」100件，超過部分不予給付藥事服務費，係希望藉由在合理調劑量內支付較高的藥事服務費，超出合理量不予給付藥事服務費的機制，藉以保障民眾就醫時最基本的醫療品質。又特約藥局、醫療院所與健保署訂有特約合約，於申報費用時即應盡誠實申報之義務，是特約藥局、醫療院所應依法核實申報費用，以實際執行調劑業務之藥事人員申報費用，始有受領健保給付之權利。

健保署在103年、104年間執行「清查藥事人員掛牌查核專案」，經資料分析發現某些藥事人員在民營事業機構加入全民健康保險，卻登錄在特約藥局、醫療院所執業，疑有掛(租)牌虛報醫療費用情事，乃派員訪查，發現部分特約藥局、醫療院所或事先以電腦設定個別藥事人員每日調劑量上限，或事後調整每位藥事人員之調劑張數，以取得藥事服務費較高之

支付點數等規避合理調劑量行為，健保署查證屬實後，認定該等以未實際執行調劑業務之藥事人員名義申報藥事服務費之違規行為，符合特約及管理辦法第39條第4款、第40條第1項第2款所定「以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用」之構成要件，爰按該等未實際執行調劑業務藥事人員名義申報之醫療費用，認列虛報點數，據以裁處停止特約1至3個月或終止特約。

查類如上開甲藥局、乙診所之爭議例，受處分之特約醫事服務機構對於系爭藥事人員於案關時段或日期，未實際執行調劑業務之事實，並不爭執，僅主張因不諳規定，電腦系統已預設每位藥師80張處方箋，非惡意虛報，健保署對於類此案件應先發函輔導改善，甚或主張確有由「其他藥事人員」執行調劑，健保署應按「實際調劑人員核算」給付藥事服務費云云。

然而，特約藥局、醫療院所與健保署訂有特約合約，本應遵守相關規範辦理全民健康保險醫療業務，依法、依約提供醫療服務，並應盡誠實申報之義務，已如前述，特約藥局、醫療院所申報藥事費用之電腦系統預先按合理調劑量設定分配申報藥事人員，其系統設計立意已難認符合核實申報之規定，且以未實際調劑之藥事人員名義申報較高點數之藥事服務費，顯係有意規避全民健康保險支付制度中有關合理調劑量之規範，虛報藥事服務費之情節不僅使健保署陷於錯誤而支付費用，除影響健保署管理之正確性外，更生損害於投保大眾就醫時之醫療品質；再查，該等爭議案件涉及違規申報藥事服務費之期間長達1年至數年之久，並非偶然申報錯誤所致，可責性不可謂不高，所辯各節，經爭審會審認均不足採，而維持健保署按特約藥局、醫療院所非實際執行調劑人員名義不當申報件數核算之藥事服務費，分別處以停止特約1至3個月或終止特約之核定，該等案件之審定結果，並遞經訴願決定及行政法院判決均予以支持肯認有案。

另特約保險醫事服務機構就其違反特約及管理事件之爭議，屢屢主張全民健康保險法僅授權主管機關就特約及管理事項制定相關辦法，健保署依特約及管理辦法處停（終）止特約，係以法規命令增加裁罰性法律所未規定之處罰，顯逾越母法之授權範圍、違反法律保留原則云云，惟此部分之疑義，業經司法院大法官釋字第753號解釋論明並未違憲，主要理由略以：全民健康保險特約內容涉及全民健康保險制度能否健全運作，攸關國家能否提供完善之醫療服務，以增進全體國民健康，事涉憲法對全民生存權與健康權之保障，屬公共利益之重大事項，而83年8月9日制定公布之全民健康保險法第55條第2項規定及100年1月26日修正公布之同法第66條第1項規定，已授權主管機關就上開事項得以法規命令為之，故尚與法律保留原則無違；而觀諸全民健康保險法第31條第1項、第42條、第52條、第55條第1項、第62條等相關規定內容，立法者業已就特約及管理辦法之內容，提供主管機關可資遵循之具體方針，違約之處理係屬一般契約之尋常內容，特約及管理辦法之管理一詞，客觀上應包含違約處理方式之決定在內，故可推知立法者有意授權主管機關，以特約及管理辦法規範保險醫事服務機構違約之處理，俾有效管理保險醫事服務機構，提供完善醫療服務之授權目的，爰認上開規定與法治國之法律授權明確性原則尚無違背，亦未逾越母法之授權範圍等語在案。

【結語】

未按全民健康保險法第81條第1項規定：「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因該事由已領取之醫療費用，得在其申報之應領醫療費用內扣除。」，特約藥局、醫療院所如有虛報行為涉及刑事責任者，經依法移送司法機關偵辦，除罰鍰部分需俟司法機關處理結果再行裁處外，健保署尚得依特約及管理辦法規定，處以停（終）止特約，並得依特約合約規定追扣醫療費用。本文希望藉由上開違規案例之分析，呼籲特約藥局、醫療院所應誠實申報醫療費用，切勿貪圖利益，以身試法。

法令條文摘錄：

一、全民健康保險法第81條第1項

「以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用者，處以其領取之保險給付、申請核退或申報之醫療費用二倍至二十倍之罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。」

二、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第40條第1項第2款

「保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人予以終止特約。但於特約醫院，得按其情節就違反規定之診療科別、服務項目或其全部或一部之門診、住院業務，予以停約一年：二、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，情節重大。」

三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第43條第4款

「第四十條第一項第二款、第四款所稱情節重大，指下列情事之一：四、違約虛報點數超過二十五萬點。」

四、三、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第47條第1項

「保險醫事服務機構受停約或終止特約，其負責醫事人員或負有行為責任之醫事人員，於停約期間或終止特約之日起一年內，對保險對象提供之醫事服務費用，不予支付。」

本報所刊登之內容皆屬於本會所有，若要轉載、再利用，應先經本會同意。

聯絡電話：:02-8590-7178 傳真：02-8590-7070 聯絡人：陳昭蓉

信箱：agselina633@mohw.gov.tw