

醫院以病人為中心門診整合照護計畫

106年2月9日健保醫字第1060001379號公告修訂
107年6月21日健保醫字第1070008162號公告修訂

壹、計畫依據

依各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果辦理。

貳、計畫說明

多重慢性病患乃是我國醫療照護系統中最重要之資源使用者，且隨著我國人口結構之逐年老化，多重慢性病的盛行率將逐年升高，其醫療照護課題也將愈趨重要。就提高慢性醫療照護品質及控制醫療成本之觀點而言，如何改變現行醫療照護模式，使成為適合多重慢性病患之整合性醫療照護模式，乃當務之急。

參、目的

- 一、提供多重慢性病人適切、效率、良好品質之醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全。
- 二、配合總額支付制度，提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合。
- 三、對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

肆、計畫期間：107年1月至107年12月。

伍、預算來源

由全民健保年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。

陸、推動策略

- 一、透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免因重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，而影響民眾健康並耗用醫療資源。
- 二、民眾不須登記或簽署同意文件，不限制民眾就醫醫療院所。

柒、執行方式：

- 一、參與計畫之醫院(或整合團隊)：106年已參與本計畫承辦醫院(或整合團隊)。若服務內容變動，需檢附修訂後計畫書(如附件1)向各分區業務組報備。

二、主要運作模式如下列所示，請於檢附計畫書時填寫(可複選)，並說明實際運作方式及其內容。開設整合門診者，每週至少1診次，每診次至少3小時，且於門診應診時刻表及明顯處張貼說明：

- (一) 高齡醫學或失智症整合門診〔A〕：由醫院整合治療團隊，提供失智症或65歲以上高齡病患一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為K)
- (二) 三高疾病整合門診〔B〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患高血糖、高血脂、高血壓疾病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為L)
- (三) 罕見疾病或重大傷病整合門診〔F〕：由醫院整合治療團隊，提供罹患罕見疾病或重大傷病患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態即為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為G)
- (四) 主責照護整合模式〔D〕：無法開設整合門診，惟可指定由主責醫師負責整合，如需照會其他科，仍由主責醫師診療，綜整開立處方箋，並於病歷上記載以備查詢。本項限地區醫院內科、家醫科申報，並於診間外牆張貼「本門診提供整合照護服務」。
- (五) 其他整合門診〔E〕：由醫院整合治療團隊，提供非屬以上(一)至(三)之患者一次看診之診療服務，其門診名稱及型態亦為「○○整合門診」。(同診間多科醫師共同照護者為M)

三、照護對象：

(一) 重點照護對象

106年參與本計畫醫院(或整合團隊)已收案之重點照護對象。
106年重點照護對象條件如附件2。

(二) 自行收案照護對象

參與本計畫醫院(或整合團隊)得於整合門診自行選定整合照護之對象如下：

1. 不在106年所收案之重點照護名單中，罹患2種(含)以上慢性病，需2科以上治療之慢性病人、重大傷病或罕見疾病病人。(例如慢性病中青光眼、視網膜變性同為眼科診治疾病，不得申報整合照護註記)。

2. 保險人於計畫期間另外選定或醫院提報經保險人分區業務組確立之就醫異常或高診次病人。
3. 醫院前一年自行收案照護對象。
4. 非前述對象，但成立整合門診，確實進行整合照護服務，報經分區業務組核定同意之病人。

四、本計畫採計之醫療費用範圍，係指西醫醫院門診、西醫基層門診及門診透析之申請點數加部分負擔，包含交付機構之申報點數，且排除下列之案件：

(一) 中醫門診、牙醫門診、代辦案件、居家照護與精神疾病社區復健。

(二) 慢性病連續處方箋調劑、診察費為0之案件件數不計。

五、同一分區業務組轄區醫院，得選擇採院際共同整合照護方式，就各醫院依本計畫柒、三、(一)擇定之「重點照護對象」共同照護。

(一) 採院際共同整合照護方式醫院，應推派單一醫院為主責醫院，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口、經費撥付等事宜。

(二) 應於計畫書內一併檢送各整合醫院之參加同意書。

(三) 整合團隊於計畫執行期間若發生個別醫院退出情形，須由主責醫院向轄區分區業務組提出申請，退出之醫院當年度整合成效獎勵費用不予核付。

六、整合團隊之個別醫院，於計畫執行期間亦受本計畫壹拾、退場機制規範。

七、本計畫玖、三、(四)之各項整合成效指標計算，如參加醫院中途申請退出計畫，或整合團隊之單一指標合併計算，未達該項成效評量指標時，該項指標費用不予核發。

捌、參與計畫之醫院資格

醫院於執行年之前一年起，無全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法（以下稱特管辦法）第38條至第40條中各條所列違規情事之一且經保險人處分者（以第一次處分函所載停約或終止特約日認定，含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）。惟為保障保險對象就醫權益，保險人各分區業務組得視違規情節及醫院所提計畫之內容，可另予考量。

玖、費用申報及支付方式

- 一、照護對象當次就診罹患2種(含)以上疾病，依本計畫門診整合模式就醫者，該筆案件於申報醫療費用時，於「特約醫事服務機構門診醫療服務點數及醫令清單」之「d13」欄位填報本計畫柒、二之照護模式註記，其餘欄位依照原方式申報。另案件分類非為04、06、09及E1案件者，不得申報整合照護模式註記。
- 二、整合照護對象如於整合門診由多科醫師共同看診或以會診他科醫師方式提供整合照護時，可申報多筆診察費。(請於各診察費醫令項目之p16醫事人員欄填報該醫師ID)
- 三、費用核付：

(一) 個案門診整合費

1. 照護對象當年度申報整合照護模式註記者，每人次支給「個案門診整合費」120點，如獲得國民健康署「高齡友善健康照護機構」之認證，每人次門診整合費增加10點，每人全年最多支給4次費用；惟依本計畫柒、三、(二)「自行收案照護對象」最高支給人次數不得超過本計畫柒、三、(一)「重點照護對象」收案支給個案門診整合費人次數(含當年重點照護名單未就醫死亡人數)。
2. 醫師提供整合照護，應於個案之就醫當日病歷中，由負責整合之醫師於其診斷下，簡述整合之科別、疾病別或藥品、處置或檢查類別等，以備查核。未於病歷中載明以上整合簡述資料者，不得申報整合照護模式註記。

(二) 「同診間多科醫師共同照護者」個案門診整合費加成

整合門診由2位(含)以上醫師於「同診間」共同看診(限申報 K、L、M、G 照護模式)且申報2筆(含)以上之診察費者，每人次「個案門診整合費」再額外支給60點，惟每人全年最多支給4次費用。

(三) 失智症門診照護家庭諮詢費用

1. 本計畫失智症病患經神經科或精神科專科醫師確診評估有諮詢需要，且患者之失智症評估結果，符合臨床失智症評量表(Clinical Dementia Rating, CDR)值 ≥ 1 或簡易心智量表(Mini-Mental State Examination, MMSE) ≤ 23 者，醫院得提供諮詢服

務，申報本項費用。

2. 每次諮詢須填報諮詢溝通內容及規定(如附件3)，併入病患病歷記錄留存。
3. 支付點數：
 - (1) 每次諮詢服務時間15分鐘(含)以上，未達30分鐘者：支付300點，申報編號 P5201C。
 - (2) 每次諮詢服務時間30分鐘(含)以上：支付500點，申報編號 P5202C。
 - (3) 同院每位病人每年最多支給2次費用。註：前項「諮詢服務時間」不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。
4. 本項併門診醫療費用申報，非當日執行，請比照排程檢查案件作業方式申報。醫令類別填「0」，醫令執行時間起迄請填報諮詢服務時間至年月日時分。

(四) 整合成效獎勵費

1. 照護對象屬本計畫柒、三、(一)「重點照護對象」，且當年度申報整合照護模式註記達2次(含)以上者，依以下7項「整合成效指標」計算獎勵費用，每人全年最高支付1,000點。
2. 7項整合成效指標之定義詳附件4，其計分方式如下：
 - 1~6項指標每項最高以10分計算，指標7為加分項目，最高10分，惟7項指標合計最高以60分計算。) 指標1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)
 - 指標2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)
 - 指標3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)
 - 指標4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率。
 - 指標5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率。
 - 指標6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率。
 - 指標7：照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率(以上各類疾病照護人數須達20人(含)以上者，方列入成效計算)。

指標1計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 1.5%				成長率 > 1.5%
	前25百分位數	前26~50百分位數	前51~75百分位數	高於75百分位數	
得分	10	8	6	4	0

指標2~6計分方式如下：

參與醫院 成長率及分位數	成長率 ≤ 0			成長率 > 0
	前25百分位數	前26~50百分位數	高於50百分位數	
得分	10	8	6	0

指標7計分方式如下：

高血壓或糖尿病 等病人之可避免 住院率	可避免住院 率=0	可避免住院率 > 0	
		前10百分位數	前11~15百分位數
得分	10	6	4

3. 整體整合成效獎勵費 = 1,000點 * 7項指標分數累計值 / 60 * 該醫院(或整合團隊)符合獎勵人數。

4. 指標1~6成效評量之比較基期為執行年之前一年同期。指標7成效評量值以計畫執行期結果計算。

5. 當年該院如已申報該個案參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件時，該個案不列入成效計算。

(五) 本計畫「失智症門診照護家庭諮詢費」先以每點1元支付，年度結束時併本計畫其他各支付項目費用辦理結算。

(六) 本計畫除失智症門診照護家庭諮詢費外，其餘各項費用不併門診醫療費用申報，由保險人各分區業務組依計畫執行結果核定後核付，每年於年度結束後辦理結算，如預算不足，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元，並於追扣補付系統辦理帳務處理。

四、保險人各分區業務組如審查發現整合照護個案病歷中未載明整合簡述資料，或整合後仍發現有重複用藥或處置時，得核扣該個案之「個案門診整合費」人次費用，並依情況，請醫院提出說明或改善措施及列為下年度參與本計畫之資格參考。

壹拾、退場機制

醫院於計畫執行期間因違反特管辦法致受停約處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）以第一次處分函日期所載停約或終止特約日起同步終止本項計畫，惟為保險對象醫療照護之延續性，分區業務組得視違規情節，可另予考量。凡經終止本計畫者，各項支付費用不予核付。

壹拾壹、執行配套措施

一、參與本計畫之醫院(或整合團隊)目標管理點數額度調整：由保險人各分區業務組與轄區醫院依現行作業原則共同議定，惟對於本計畫之效益應予考量。

二、計畫管理機制：

(一)保險人研議總體計畫架構模式、指標之開發與計算、行政授權與協調。

(二)保險人各分區業務組受理及輔導轄區醫院申請計畫與觀察輔導醫院之執行，核發費用，並得進行實地訪視瞭解其計畫實際執行情形。

(三)各計畫參與醫院提出計畫之申請，推動整合照護模式，並參與保險人各分區成果分享活動。

三、監測指標：不列入「整合成效獎勵費」之計算。

(一)照護對象院內(或整合團隊)固定就診率：監控本計畫實施後，門診病人跨院或跨層級流動。

公式：
$$\frac{\text{計畫期間照護對象院內(或整合團隊)就醫次數}}{\text{照護對象在全部西醫門診就診次數}}$$

(二)雲端藥歷查詢率：

公式：
$$\frac{\text{整合照護病人查詢雲端藥歷之人數}}{\text{醫院整合照護收案總人數}}$$

(三)健康存摺下載率：整合照護病人下載健康存摺之人數/醫院整合照護收案總人數

(四)自行收案對象整合成效指標分析

公式：比照本計畫玖、三、(四)之指標公式

(五)保險人提供名單中未收案對象醫療利用變化：

公式：比照本計畫玖、三、(四)之指標公式

壹拾貳、計畫實行評估

- 一、保險人分區業務組得不定時至參加計畫醫院實地訪查或以立意抽樣審查方式確定計畫內容是否落實，以作為未來是否准予續辦之考量。
- 二、保險人將於本期計畫執行9個月後，進行整體執行成效之評估，作為研修參考。
- 三、本計畫所核付之款項，請參與醫院應用於鼓勵執行本計畫之整合單位或相關人員。

壹拾參、訂定與修正程序

本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。屬執行面之修正，由保險人逕行修正公告。

附件1

_____醫院(院所代號：_____)
____年「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」

提報日期：

一、 執行計畫內容：

(一) 主要開設整合門診照護模式

- 高齡醫學或失智症整合門診(A) 或(K)
- 三高疾病整合門診(B)或(L)
- 罕見疾病或重大傷病整合門診(F)或(G)
- 主責醫師整合模式(D)(請敘明科別_____)
- 其他整合門診 (E)或(M)

(其他整合門診請逐項敘明門診名稱、照護目的及內容)

(二)請敘明以上門診預訂每週開診時段；另整合門診如由2位(含)以上醫師於同診間共同看診情形，請將其開診時段、醫師數及預計每診人次，另外區分註明。(請檢附最新應診時刻表、網路相關說明及張貼處照像資料供參，如有異動，須通知保險人各分區業務組)

(三)整合照護病人掛號、看診、用藥諮商標準作業流程

(四)整合門診或主責醫師如會診他科醫師，綜合評量發現有用藥處置重複情形，請敘明聯繫處理之方式

(五)辦理本計畫除醫師外，其他醫事人員參與情形說明：

(六)辦理醫師及醫事人員整合照護相關教育訓練：

(預訂辦理日期及次數)

(七)整合照護宣導方式：

二、 整合式照護醫療需求評估方式說明

三、 成效評核獎勵經費運用方式(部分應用於個案管理、衛教或藥物整合建議相關費用所需)

附件2

醫院以病人為中心門診整合照護計畫重點照護對象收案條件(106年)

由保險人依下列條件順序，擷取前一年之申報資料，提供病患名單：

- 一、罹患失智症病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 二、罹患重大傷病或罕見疾病病患看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 三、罹患高血糖、高血脂、高血壓至少2種以上患者，且前1年慢性病門診就診次數均超過6次(含)以上之該院(或整合團隊)忠誠病患。
- 四、65歲以上罹患2種(含)以上慢性病，需2科(含)以上看診之該院(或整合團隊)忠誠病患。

註1：前1年係指執行年前2年10月至執行年前1年9月。

註2：該院(或整合團隊)忠誠病患係以該病患在該院(或整合團隊)就醫之慢性病(案件分類為04、06者)、失智症、重大傷病或罕見疾病門診就診次數達一定次數且占各該類疾病跨院所總門診就醫次數比率超過50%以上者優先認定，惟如未有醫院超過50%，則以超過40%且占率較高之醫院認定之。

註3：前述就醫次數之計算，不計中、牙醫、代辦案件、居家與精神疾病社區復健、申報費用為0之代檢案件、慢性病連續處方箋調劑等。

註4：排除對象包括已參與「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「全民健康保險區域醫療整合計畫」、「早期療育門診醫療給付改善方案」、糖尿病論質照護個案及死亡者。

註5：慢性病定義：就醫資料中主次診斷屬於主管機關公告慢性病範圍診斷，且每種慢性病給藥日數全年累計超過60日。

註6：重大傷病及罕見疾病定義：計畫執行前2年之各年就醫資料中主次診斷均有主管機關公告該等疾病範圍之診斷。

註7：高血糖、高血脂及高血壓(三高)之定義如下：

1.年度申報主診斷碼為三高相關疾病且領有三高藥品之門診次數兩次以上且合計給藥天數大於60天或住院一次以上者。

2.診斷碼(ICD-10-CM)：

高血壓：I10~I15、I674。

高血脂：E7130、E752、E753、E755~E756、E77、E780~E789(不含 E7871及 E7872)、E881、E882、E8889。

高血糖：E08 ~E13、R730、R739、R81、R824。

3. 藥品(ATC)：

降血壓：C07(排除 C07AA05)、C02CA、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA。

降血脂：C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX。

降血糖：A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK。

註8：失智症定義：

主診斷代碼(ICD-10-CM)為 F01-F05、F1027、F1097、F1327、F1397、F1827、F1897、F1927、F1997、G30、G31及 G91。

註9：65歲以上老人之年齡以就醫年月-出生年月 \geq 780月計算。

附件3 失智症門診照護諮詢溝通記載內容及規定如下：

- 一、病人姓名及臨床失智症評量表(CDR)或簡易心智量表(MMSE)評量結果。
- 二、依需要簡要敘述病況、照護技巧指導、藥物或營養諮詢、家屬心理支持、社會資源運用等內容。
- 三、諮詢服務之日期及起迄時間至分。
- 四、提供服務者職稱及簽章(除醫師外，亦包含社工師或其他醫事人員)。
- 五、接受諮詢服務者簽章及其與病人關係(接受諮詢服務者包括病人或主要照護者，且至少有1位家屬參與)。

註：諮詢服務時間不包括醫師診療及失智症評估量表填報時間。

附件4 成效指標定義

指標1：照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用(院內與院外)

A1. 計畫期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用

＝加總符合獎勵照護對象費用年月醫療費用/12個月/符合獎勵
照護對象人數。

B1. 基期期間(院內與院外)平均每人每月醫療費用

＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月醫療費用/12個月/符合
獎勵照護對象人數。

$$X=A1/B1-1$$

指標2：照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數(院內與院外)

A2：計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象西醫門診就醫次數(院
內與院外)/月/人

＝加總符合獎勵照護對象費用年月西醫門診就醫次數/12個月/
符合獎勵照護對象人數。

B2：基期期間(院內與院外)照護對象西醫門診就醫次數(院內與院
外)/月/人

＝加總符合獎勵照護對象基期費用年月西醫門診就醫次數/12個
月/符合獎勵照護對象人數。

$$X=A2/B2-1$$

指標3：照護對象平均每人每月西醫門診藥品項數(院內與院外)

A3：計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥
品項數/月/人

＝加總[計畫期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診
開立不同用藥品項數加總(計算範例詳備註)/實際申報費用
年月月數]/符合獎勵照護對象人數

B3：基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象開立之西醫門診用藥品項數/月/人

=加總[基期期間(院內與院外)符合獎勵照護對象在西醫門診開立不同用藥品項數加總/實際申報費用年月月數]/符合獎勵照護對象人數

$$X=A3/B3-1$$

指標4：照護對象全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

A4：計畫執行期間全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

B4：比較基期之全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血脂藥物-不同處方用藥日數重複率

=分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象全國跨院所降血脂藥物之給藥日數。

$$X=A4/B4-1$$

說明：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血脂藥物(口服)給藥案件。降血脂藥物(口服)係指 ATC 前五碼=C10AA、C10AB、C10AC、C10AD、C10AX，且醫令代碼第8碼為1。
2. 給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6。

指標5：照護對象全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

A5：計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

B5：基期計畫執行期間全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血壓藥物-不同處方用藥日數重複率

=分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血壓藥物之給藥日數總和。

$$X=A5/B5-1$$

說明：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血壓藥物(口服)給藥案件。降血壓藥物(口服)係指 ATC 前三碼=C07(排除 C07AA05)或 ATC 前五碼為 C02AC、C02DB、C02DC、C02DD、C03AA、C03BA、C03CA、C03DA、C08CA(排除 C08CA06)、C08DA、C08DB、C09AA、C09CA，且醫令代碼第8碼為1。
2. 給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)。

指標6：照護對象全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

A6：計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

B6：比較基期計畫執行期間全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

※全區跨院所口服降血糖藥物-不同處方用藥日數重複率

=分母符合獎勵照護對象照護對象中同 ID 跨院所不同處方之開始用藥日期與結束用藥日期間有重疊之給藥日數/符合獎勵照護對象照護對象全國跨院所降血糖藥物之給藥日數總和。

$$X=A6/B6-1$$

說明：

1. 門診(西醫基層+西醫醫院)之降血糖藥物(口服)給藥案件。降血糖藥物(口服)係指 ATC 前五碼為 A10AB、A10AC、A10AD、A10AE、A10BA、A10BB、A10BF、A10BG、A10BX、A10BH、A10BJ、A10BK，且醫令代碼第8碼為1者。
2. 給藥案件：給藥天數不為0或藥費不為0或處方調劑方式為1、0、6)。

指標7：整合照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率

A7：15歲以上該類病人住院主診斷為糖尿病或高血壓住院件數

B7：15歲以上該類病人整合照護人數

$$X=A7/B7$$

說明：

1. 分子(A7)排除轉診、生產 MDC14、MDC15、同日進出之住院個案，高血壓並排除心血管手術案件。
2. 15歲以上係指就醫年月減出生年月 ≥ 180 月。

備註：

1. 「照護對象人數」指計畫執行期間醫院申報「重點照護對象」整合照護模式註記達2次(含)以上且未申報參加保險人其他計畫方案 P 碼醫令案件者(但本計畫給付之失智症門診照護家庭諮詢費用醫令代碼 P5201C、P5202C，不予扣除)。
2. 符合納入計算範圍之門診費用受理日期小於等於次年1月底。
3. 各指標計算結果，以四捨五入取至小數點以下第4位(如：0.00005 \approx 0.0001)列計。
4. 指標3—加總[計畫期間(院內與院外)每人每月開立西醫門診不同藥品之品項數加總/實際申報藥品之費用年月月數]公式計算範例：
(1)各個病患計畫期間藥品品項數之計算：

假設甲病患201804、201805開立藥品如下：

費用年月	藥品項目代號	院所
201804	A047792177	A
201804	B024603100	B
201804	B024708100	C
201805	A047792177	A
201805	B024708100	A
201805	B024708100	B
201805	B023016100	A
201805	B024603100	B

則甲病患費用年月201804開3種品項；201805開4種品項。

(2)各個病患計畫期間(院內與院外)各費用年月西醫藥品品項數統計如下：

費用年月	201804	201805	201806	201812
甲病患藥品品項數	3	4	6	未就醫且未領藥
乙病患藥品品項數	2	10	2	3
丙病患藥品品項數	0	0	0	0
丁病患藥品品項數	3	2	0	4

(3)[計畫期間(院內與院外)每人每月西醫門診開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]:

甲病患計算結果 $= (3+4+6)/3=4.33333\dots$ ，因有一個月未就醫，故實際申報費用年月月數為3，而不是4。

乙病患計算結果 $= (2+10+2+3)/4=4.25000$ 。

丙病患計算結果 $=0$ 。

丁病患計算結果 $= (3+2+4)/3=3$ ，因有一個月未開藥，實際申報費用年月月數為3，而不是4。

(4)加總[計畫期間(院內與院外)西醫門診每人每月開立不同藥品之品項數加總/實際申報費用年月月數]

$$=4.33333\dots+4.25000+0+3 =11.58333\dots$$