

## 104 年「全民健康保險高診次者藥事照護」計畫

- 一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)104 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 1 屆 103 年第 9 次委員會議紀錄。
- 二、目的：為使醫療資源合理使用，針對門診高利用之保險對象進行藥事照護，輔導建立正確服用藥物觀念，避免藥物重複使用，強化用藥安全，間接減少醫療資源之浪費。
- 三、施行區域：全民健康保險保險人(以下稱保險人)六分區業務組所轄範圍。
- 四、照護個案收案條件：
  - (一)前一年(102 年 10 月~103 年 09 月)申報門診就醫次數 $\geq 90$  次(排除牙醫、中醫及復健就醫次數)者，依序篩選：
    1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 $\geq 2$  家院所領取 $\geq 13$  張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導對象。
    2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 $\geq 6$  家者，列入第二優先輔導對象。
    3. 半數以上處方箋之藥品品項 $\geq 6$  種者，列入第三優先輔導對象。
    4. 針對已連續 2 年收案輔導者，第 3 年起不得繼續輔導，但有特殊情況且經中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)及保險人分區業務組同意者，不在此限。
  - (二)居住於向保險人報備同意指派醫事人員提供醫療服務之照護機構住民，前一年(102 年 10 月~103 年 09 月)領有慢性病處方箋且平均每日服用藥品超過 10 個品項者。
  - (三)為避免資源重置，前開收案保險對象須排除下列情況：
    1. 參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」者。

2. 居家護理收案者。
3. 領有重大傷病證明卡者。
4. 受禁治產宣告或失去意識或無法以言語及行動表達及溝通且不能填寫同意書者。
5. 參加其他藥事居家照護相關計畫或方案，或已接受其他單位（如食品藥物管理署、護理及健康照護司等）提供之藥事照護（諮詢）者。

（四）西醫基層醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導轉介之保險對象。

五、實施期間：104年1月1日至104年12月31日。

六、預算來源：104年度全民健康保險其他預算及其分配「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥事居家照護」，全年經費5,400萬元。

七、預期目標及成效：

（一）104年預期收案人數至少為7,000人。

（二）預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至104年12月31日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低14%以上。

（三）監測指標：

1. 醫師及照護個案對藥師建議事項之回應比率達50%。

公式：醫師及照護個案回應藥師建議事項(CC碼)之項數總計／藥師建議事項(BB碼)之項數總計

BB：藥事照護報告書中所填寫「對醫師或照護個案建議事項」代碼

CC：藥事照護報告書中所填寫「醫師或照護個案對藥師建議回應結果」代碼

2. 照護個案對藥師照護的滿意度達80%以上：由藥師全聯會進行滿意度調查，隨機挑選25%之收案人數，以電訪方式直接詢問照護個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達80%以上。

3. 照護個案生活品質提升：以「EQ-5D-5L」生活品質問卷進行調查，效用分數平均上升 0.074。

4. 藥師協助照護個案將藥品整理成七日藥盒之比率達 30%。

八、本保險特約藥局及藥事人員申請資格：

- (一) 須為具藥事人員2人(含)以上之本保險特約藥局，且102年及103年兩年內未受保險人處分致停止、終止特約或不予特約，且其藥事人員未有依本計畫第十四項第二款之規定，被動退出本計畫之紀錄者。
- (二) 各藥事人員前一年度參與本計畫，其輔導之照護個案，門診醫療費用與前一年同期比較，成長超過10%者，不得申請，但經藥師全聯會及保險人分區業務組評估不可歸責於該藥事人員者，不在此限。
- (三) 參與計畫之藥事人員須通過藥師全聯會培訓且認證審核資格(依據藥師全聯會訂定之輔導計畫標準作業程序據以執行，訪視前之準備、禮儀、證件及電話預約；訪視時之自我介紹、輔導內容；訪視後之記錄)及接受疾病治療導向之藥事照護訓練。
- (四) 保險人各分區業務組應辦理訓練課程，課程應包含個人資料保護法、訪視注意事項及適時宣導方案。經藥師全聯會認證審核通過之藥事人員並應全程參與課程。
- (五) 藥師全聯會審核參與計畫之藥事人員資格，對有違反該會所訂定之「照護藥師行為規範」情節重大者，得不推薦參與本計畫。

九、申請程序：符合申請資格之藥事人員應檢送申請表，向藥師全聯會提出申請。藥師全聯會應將核定推薦之名單，函送所轄保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥事人員符合相關資格後，與該藥事人員所執業之特約藥局簽訂附約，並將已完成簽訂附約之藥事人員名單送藥師全聯會，由藥師全聯會轉知

各縣市藥師公會。

## 十、選收案、輔導與結案之程序：

### (一) 選收案條件及程序：

#### 1、屬本計畫第四項收案條件（一）者：

- (1) 藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象資料（包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、通訊地址、戶籍地址、聯絡電話、去年輔導藥師姓名）提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調保險對象及對應之藥事人員（所轄保險人分區業務組亦參與協調）。可考量依地緣關係配對照護之保險對象，但不能排除偏遠地區需要藥事照護之保險對象。各縣市藥師公會需彙整負責藥局代號、藥事人員及其保險對象名單後，送至藥師全聯會，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。若剩餘無藥師圈選之保險對象屬於偏遠地區之保險對象 $\geq 50\%$ ，則由藥師全聯會平均分配給各該分區內參與本計畫之所有藥事人員。藥師全聯會得協助選案之進行及指定該分區內所有參與本計畫藥事人員之偏遠地區輔導保險對象名單。藥師全聯會並得請各縣市藥師公會彙整選案後之負責藥局代號、藥事人員及其照護個案名單，由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。
- (2) 保險人應發送關懷函（樣張如附件1）予本計畫收案之照護個案並副知輔導之藥事人員。關懷函中敘明負責該對象之藥事人員姓名、聯絡電話、特約藥局名稱及地址等聯絡方式等相關事項及說明藥事人員來拜訪時需出示健保卡，以提供藥事服務。保險人分區業務組得洽請各相關特約醫療院所或特約藥局，配合提供保險對象之相關聯絡資料如電話、地址等，並同時知會

該院所該位保險對象已為本計畫之照護個案。

- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥事人員專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15日前將藥事人員及照護個案之最終收案名單送保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫者，應即停止輔導其所照護個案，並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
- (5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障保險對象隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
- (6) 保險人分區業務組提供已配對之保險對象最近2個月門診申報資料(包括對象姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導參考。

## 2、屬本計畫第四項收案條件（二）者：

- (1) 由藥師全聯會將保險人分區業務組提供之保險對象及照護機構資料（包括姓名、性別、出生年月日、年齡、優先順序、照護機構聯絡電話和通訊地址及去年輔導藥師姓名)提供參與本計畫之藥事人員選案，並轉請各縣市藥師公會協調照護個案及對應之藥事人員（所轄保險人分區業務組亦參與協調）。每一位藥事人員選案人數屬收案條件(一) 與收案條件(二)者之比率應以2：1為原則，並請藥師全聯會協調照護個案及對應

之藥事人員。由藥師全聯會函送所轄保險人分區業務組。

- (2) 因照護機構之住民已居住於該機構，故不另個別發送關懷函，由所轄分區業務組發函通知照護機構並副知藥師全聯會。函中須敘明負責輔導各該照護個案之藥事人員姓名、聯絡電話及聯絡方式等相關事項及代為向住民說明藥事人員將來拜訪提供藥事服務。
- (3) 藥事人員不得拒絕指定收案名單或中斷輔導。
- (4) 最後收案截止時間為104年7月31日，但屬西醫基層醫師或保險人分區業務組認為需要藥師專業輔導轉介之保險對象，不在此限。另104年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，於104年5月31日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於104年6月30日。藥師全聯會應於104年8月15日前將藥事人員及保險對象之最終收案名單送本保險人及各分區業務組。另藥事人員屬被動退出計畫者，應即停止輔導其所照護個案，並應由藥師全聯會轉介其他藥事人員繼續照護。
- (5) 藥事人員於收案時，應注意特殊保險對象之排除程序及為保障照護個案隱私，須完整說明輔導目的，確實徵得受訪者之同意，並簽立同意藥事人員輔導同意書（樣張如附件2）。
- (6) 保險人分區業務組提供已配對之照護個案最近2個月門診申報資料(包括姓名、電話、地址、就醫日期，中英文藥品名稱、藥品總量、就醫之醫事機構名稱及主、次診斷等)，供參與本計畫之藥事人員輔導之參考。

## (二) 輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將照護個案用藥情形彙整完整藥歷及照護個案相關資料，預作準備，以建立完整資料，提

供更適當之藥品專業輔導。

2. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
  3. 藥事人員須將訪視紀錄表上的資訊彙整，並上傳至藥師全聯會設置的電腦化照護管理系統。若遇有照護個案申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。另依據全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法第9條及第10條規定辦理，藥事人員須於提供藥事居家照護時，將健保卡過卡，並應於登錄後24小時內，將之上傳予保險人備查。
  4. 輔導次數上限：每位照護個案以每個月輔導不超過1次(含)為原則，但經藥事人員評估個案需密集輔導者，須另提報訪視報告書且說明原因，經藥師全聯會或保險人分區業務組評估核可者，不在此限；藥事人員輔導每一照護個案，全年以申請8次藥事服務費用為上限，但經保險人分區業務組專案同意者，不在此限。
  5. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥物，應填具「藥事人員居家訪視用藥建議書」回饋支援醫師參考，並請支援醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與支援醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與支援醫師之溝通。
  6. 藥師全聯會應自3月份起，定期於每個月20日固定以電子郵件提供最新收案人數、區域別及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
  7. 屬本計畫第四項收案條件（一）者，藥事人員輔導訪視之地點，應以照護個案之要求地點為優先考量，訪視地點得為照護個案家中、指定之公開場所或藥事人員執業之藥局。
- (三) 結案程序：年度結束即予結案，輔導期間照護個案如有死亡、昏迷、失蹤、遷移（指照護個案遷移至其他分區）及

其它不可抗力因素（如病人拒絕輔導者），經保險人同意後，或經保險人評估成效不佳者或其它不可抗因素（如藥事人員評估照護個案無需後續輔導）並經保險人分區業務組同意者，得予提前結案。

- （四）藥師全聯會得不定時以電話或實地訪視照護個案、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事照護所遭遇之障礙與問題，並適時提供適當之協助。

#### 十一、支付與申報方式：

- （一）支付方式：採論次計酬，每次至少30分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間，每位藥事人員每日輔導10位照護個案為上限，超過則不予支付。各項支付點數如下：

1. 屬本計畫第四項收案條件（一）之照護個案：

- （1）至照護個案家中或指定之公開場所訪視：每次支付1,000點（支付標準代碼為「P4101C」）。
- （2）由照護個案自行前往藥事人員執業之特約藥局接受照護；每次支付600點（支付標準代碼為「P4104C」）。
- （3）藥事人員之訪視地點屬「全民健康保險山地離島地區」（詳附表1）、104年「全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」者，每次支付1,200點（支付標準代碼為「P4102C」），惟藥事人員執業地區屬前述地區而至該地區提供本服務者，不適用之。

2. 屬本計畫第四項收案條件（二）之照護個案，每次支付700點（支付標準代碼為「P4103C」）。

3. 前開支付點數（含藥師獎勵金），最高以每點1元支付，但若有超支，則以浮動點值支付。

4. 每位藥事人員收案人數以140位照護個案為上限，超過則不予支付。

- （二）申報方式：藥事人員於每月20日前，須將上個月所有照護



個案的「藥事照護報告書」資料(如附件3)輸入藥師全聯會設置的照護管理系統，並由藥師全聯會每月20日統一將藥事人員上傳的訪視資料內容彙整成Excel電子檔，函送至所轄保險人分區業務組。藥事人員申報費用時，應依「特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明」(參見附表2)，向所轄保險人分區業務組申請費用，保險人分區業務組審查訪視紀錄報告資料後，始支付該次訪視服務費用。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組將依全民健保之相關規定辦理。

- (三) 對於僅接受第一次訪視，拒絕後續輔導或死亡之保險對象，藥事人員提出具病人簽名之首次訪視紀錄表首頁書面資料及拒訪原因並送保險人分區業務組備查，可申報1次訪視服務費，惟此類保險對象將不列為收案名單，但應納入成效評估，分析僅提供1次服務之原因。

## 十二、獎勵措施：

- (一) 獎勵資格：以藥事人員輔導之所有照護個案開始輔導至104年12月31日之門診醫療費用與前一年同期比較，其門診醫療費用下降達17%以上者。但藥事人員如中途退出本計畫者，則不予採計。
- (二) 總獎勵金額：以計畫之預算扣除論次計酬費用後之餘額為總獎勵金額，惟以預算之5%為上限。另若計畫總節省點數之70%低於前述上限值，則以該節省點數之70%為總獎勵金額之上限。
- (三) 個別藥事人員獎勵金計算公式：總獎勵金額\*(符合資格之個別藥事人員節省點數\*70%/所有符合資格之藥事人員總節省點數\*70%)。

## 十三、醫療費用審查及查核辦法：

- (一) 藥事人員於輔導期間有下列情形之一者，保險人除不予支

付費用外，並依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。

1. 經保險人查有虛報、浮報之情事者。
2. 藥事人員於訪視期間由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
3. 特約藥局於105年1月20日前未申報104年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以105年2月20日前為限。
4. 以電話或網路或其他非實地訪視方式或因照護個案未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。

(二) 上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

#### 十四、其它事項：

(一) 保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師全聯會暨相關藥事人員，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。

(二) 符合下列事項之一者，藥事人員應被動退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：

1. 該藥事人員經照護個案申訴(如服務態度不佳、額外收費、藉機推銷、未約定時間即直接拜訪、未佩戴證件或未依本計畫規定事項辦理)且經保險人查證屬實者。
2. 藥事人員因照護個案未遇而改為訪視其親屬或僅以電話提供藥事服務或未實際訪視且申報費用者。

#### 十五、執行報告：

(一) 藥師全聯會應於期中(104年8月30日前)及期末(105年3月1日前)提交執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。

(二) 執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、照護個案性別年齡分布及輔導後影響分析、效益評估(包括結構面、過程面、成果面，其成果包含經濟層面、臨床層

面、滿意度層面)、輔導困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等 10 項內容(另須就計畫預期目標之項目實施結果,以單獨章節詳述執行成果),並針對輔導照護個案重複用藥之問題及輔導結果,於期末報告以獨立章節提供 1/100 照護個案詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效(附件 4)。

十六、本計畫由保險人與藥師全聯會共同研訂,送健保會備查,並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之規定,得由保險人逕行修正公告。

附件 1-全民健康保險關懷函（樣張）

○○○先生（女士）您好：

- 一、感謝您撥冗閱讀這封信，本署非常關心您目前健康的情形，特致函表達問候之意，請依專業醫師診斷及治療用藥，注意身體健康。
- 二、近期本署將派專業藥師拜訪您，協助您預防因使用多種藥物而引起肝、腎功能障礙、暈眩、跌倒、胃痛等問題，此外還可教育您用藥知識，幫您整理藥品來保障您的用藥安全。此項服務完全免費，同時也有規範訪視藥師不得有推銷販售行為，請您安心接受訪視。
- 三、藥師拜訪您時，應攜帶有中華民國藥師公會全國聯合會核發識別證件以利您的辨識，他/她的姓名為○○○，聯絡電話為○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○，執業藥局名稱為：○○○○○○，執業藥局地址為：○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○。
- 四、該位藥師在訪視前，會先與您聯絡。您也可主動與他/她聯繫，約定在您家中、指定之公開場所或至他/她執業的藥局洽談。另為確保藥師提供醫療服務之正確性，也請您於接受服務時提供您的健保卡讓藥師能確認近期醫師所開給您的藥品資料，這不會增加您就醫刷卡次數。非常謝謝您的配合。
- 五、若對本服務有任何意見，歡迎您來電至中華民國藥師公會全國聯合會或本署業務組服務專線反映。

祝您 身體健康、萬事如意

衛生福利部中央健康保險署敬上

104年○月○日

※若有任何問題可電洽 中華民國藥師公會全國聯合會 藥事照護發展中心 02-25953856 轉分機 129，將會有專人為您服務。

○○業務組服務專線：請各分區業務組自行填寫

○○業務組傳真專線：請各分區業務組自行填寫

附件 2

## 全民健康保險保險對象參與藥事照護

### 同意書（樣張）

藥師已用宣導單張向我說明藥師進行訪視之目的，我已瞭解參加健保署的「藥事照護」計畫能夠幫助我用藥安全，增進藥物治療的效果。

藥師表示會教導我用藥知識，我願意提供相關就醫資料（包括由健保署提供之相關就醫資料）供藥師參考，藥師依相關法規維護及保障我的個人隱私。在我需要時能協助與我的醫師溝通用藥問題。我若有任何問題可向中華民國藥師公會全國聯合會\_藥事照護發展中心詢問（電話：02-25953856 轉 129）。因此，我同意參與此計畫，並同意藥師教導及協助我的用藥安全。

此致 中華民國藥師公會全國聯合會

立同意書人：\_\_\_\_\_.

民國 104 年 月 日

## 附件 3-藥事照護報告書

保險對象基本資料：

姓名		出生日期		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話		身分證字號		
住址			身高/體重	公分 公斤

照護藥師與執業藥局資料：

藥師姓名		執業藥局	
電話		地址	
E-mail		藥師提出報告日期：	
訪視起迄時間/地點：			

項目	原因/內容/發現之問題
第一次訪視紀錄	1. 依追蹤計畫， <input type="checkbox"/> 於__年__月__日__時開始第一次做居家訪視。 <input type="checkbox"/> 保險對象不願接受照護，原因：
<input type="checkbox"/> 第__次訪視發現/解決之問題	<input type="checkbox"/> 保險對象最近一個月共看幾次開慢箋的醫師門診：__次，共看幾次開短期用藥的醫師門診：__次(給藥日份 $\geq 14$ 為慢箋， $< 14$ 天為短期用藥) <input type="checkbox"/> 保險對象共有多少項醫療問題/疾病？__項 <input type="checkbox"/> 保險對象因慢性病須長期使用的處方藥有__種，因急性病短期使用的處方藥有__種 <input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用中藥__種 <input type="checkbox"/> 共使用保健食品__種 <input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育__項 <input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥__種，及中藥、非處方藥、保健食品共__種 <input type="checkbox"/> 有將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選) <input type="checkbox"/> 發現有疑似藥物治療相關問題__項 <input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥意見__張

醫師診斷	藥師訪視後發現之醫療問題與家庭環境狀況

--	--

病人高(主要)就診原因，對用藥的瞭解/期望/擔心/害怕/顧慮/喜好之議題

目前在家用藥檔案（醫師處方的藥、中藥、非醫師處方的藥、保健食品）：

醫療院所/科別/醫師	治療之疾病/醫療問題	商品名 含量/劑型	學名	劑量/用法/ 起始日期	實際用法

療效、副作用監測指標數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

指標 \ 日	/	/	/	/	/	/	/	/

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

	(AA 碼) 描述牽涉藥品/用法與問題是什麼	(BB 碼) 描述如何解決, 寫出藥物之變化
醫師處 方用藥	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )
保險對 象用藥 行為	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )

本次評值病人的疾病治療效果：

醫療問題 (疾病)	目前療效 代碼	追蹤改變 情形代碼	目前療效結果之描述
1.			
2.			
3.			

追蹤上次處置或建議事項的結果

上次日期	事項 (AABB 碼)	目前問題解決情形 (請附 CC 碼)
/		
/		
/		
/		
/		

書寫報告藥師簽名：



\*疑似藥物治療問題之代碼：(AA 碼)

<p>◇ 有需要增加藥物治療</p> <p>11 有未治療的急性狀況或疾病 12 應給予預防性藥物治療 13 需合併另一藥來加強療效 14 慢性病應服藥而醫師未開藥</p>	<p>◇ 藥品在體內的量可能過高</p> <p>51 劑量過高 52 給藥間隔太短 53 治療期間過長、藥量累積 54 因交互作用造成劑量過高 55 病患肝腎功能不佳</p>
<p>◇ 應刪除的不需要用藥</p> <p>21 此藥沒有適應症存在 22 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類) 23 此症狀不需藥物治療 24 用來治療另一藥可避免的副作用 25 缺乏可支持的檢驗數據 26 採用非藥品處置更恰當</p>	<p>◇ 藥品不良反應</p> <p>61 藥品-藥品交互作用 62 病患對此藥品過敏 63 劑量調整速度太快 64 對病患不安全(如疾病危險因子、懷孕、     哺乳、幼兒、老人) 65 在正常劑量下，產生不期望的藥理反應 66 使用不安全藥品 67 病患特異體質 68 不正確給藥方式</p>
<p>◇ 藥品選擇不適當</p> <p>31 藥品劑型不適當 32 有治療禁忌 33 有配伍禁忌 34 病患對藥品有耐受性或抗藥性 35 還有更有效、安全、方便的藥 36 吃藥時間過於複雜 37 可選用單一成分藥，不需用到複方藥 38 從前用此處方藥品治療失敗 39 不符合此適應症</p>	<p>◇ 病人服藥配合度差</p> <p>91 幾種用藥給藥時間太複雜 92 服藥觀念不正確 93 藥貴、不願意買 94 不瞭解正確服藥方法 95 常忘記服藥 96 無法吞下或給藥 97 應做 TDM/療效監測</p>
<p>◇ 藥品在體內的量可能不足</p> <p>41 劑量過低或血中藥品濃度不夠 42 給藥間隔太長 43 治療期間不足 44 因交互作用造成劑量降低 45 給藥方式造成藥量進入太少 46 藥品儲存方式不適當</p>	

◇編碼 00 其他/沒有藥物治療問題，但有教育病人正確就醫或自我照護做法。

◇編碼 01 其他/對醫師建議：沒藥物治療問題，但針對疾病控制或療效追蹤給醫師建議。

**\*藥事人員對醫師用藥之建議事項 (BB 碼)**

11 建議開始用某藥	17 建議改變治療期限
12 建議停用某藥	18 建議改變劑型
13 建議換用另一種藥品	19 建議更改給藥時間/用藥方法
14 建議改變劑量	21 建議以 BA/BE 學名藥替代
15 建議更改藥品數量	22 向原處方醫師確認用藥
16 建議改變用藥間隔	23 建議生化、血液或療效監測
	24 請教育病人需要按時用藥

**\*醫師之回應結果 (CC 碼)**

11 醫師增加一藥來治療	19 更改給藥時間
12 停用某藥	21 經討論維持原處方
13 換用另一種藥物	22 以 BA/BE 學名藥替代
14 更改劑量	23 醫師接受藥師意見做適當檢查/處置
15 更改藥物數量	24 醫師開始新治療法
16 更改用藥間隔/頻率	25 醫師沒接受意見，問題沒有解決
17 更改治療期限	26 健保署不給付
18 更改劑型	

\*\*若有未列出之介入事項或醫師回應結果種類，請告知藥師全聯會，以更新版本。

**\*藥事人員對照護個案之建議內容 (BB 碼)**

51 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議	58 自我照顧技巧/對生活形態之建議
52 用藥知識 (藥名/作用/劑量/用法/用藥時間須知/警語/保存/常見副作用)	59 認識開始或改變藥物治療的時機
53 用藥技巧	61 疾病突發時的處理步驟
54 對忘記服藥之處理	62 需要去門診/急診室治療的狀況
55 對同時使用 OTC 藥/食物/保健食品之建議	63 認識疾病長期控制不佳的狀況
56 促進健康/預防疾病措施	64 如何避免過敏原與刺激物
57 提供用藥教育資料	

**\*照護個案回應結果 (CC 碼)**

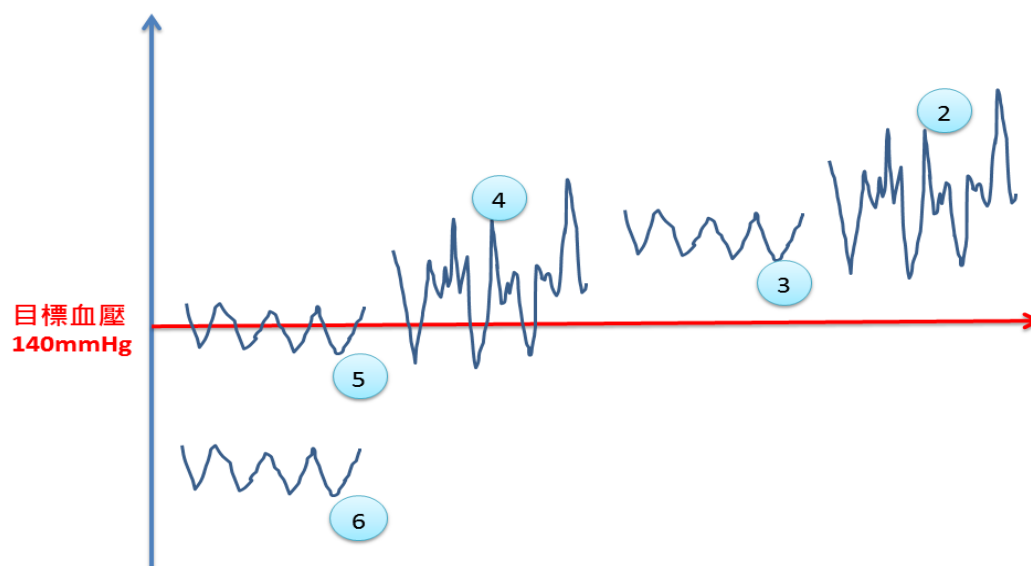
51 減少門診就診次數	61 仍經常去門診，沒減少就診次數
52 較依指示時間服用藥品	62 仍不按指示時間服用藥品
53 給藥技巧更正確	63 給藥技巧仍不正確
54 較不會忘記服藥	64 仍較會忘記服藥
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能依醫囑正確用藥	69 仍不能依醫囑正確用藥

\*\*若有未列出之介入事項或病人結果種類，請告知藥師全聯會督導，以更新版本。

目前疾病治療控制情形（目前療效代碼）

代碼	目前病況	描 述
7	完全治癒	病人所期望的治療目標已完全達成，且不再需要藥物治療。
6	治療已達目標，且病情穩定	病人所期望的治療目標已完全達成，且病情穩定，起伏不明顯，但仍需藥物治療，以維持穩定的病情。
5	最近治療曾多次達目標，且病情穩定	病人曾多次達到所期望的治療目標，病情雖穩定，起伏不明顯，但仍在「達標」與「未達標」之間來回擺盪。此時，須強化藥物治療的品質，以期穩定達標。
4	治療偶爾達標，但病情不穩定	病人僅偶爾達到所期望的治療目標，且病情不穩定，偶有不適症狀。須強化疾病的控制，以穩定病情。
3	治療未達標，但病情穩定	病人未曾達到所期望的治療目標，且療效指標一直穩定過高，有不適症狀。此時，應再強化藥物治療的品質，以期穩定達到治療目標。
2	治療未達標，且病情不穩定	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，常有不適症狀，起伏明顯。此時應積極強化藥物治療與疾病控制的品質，使病況朝正面發展。
1	病情糟糕，且有併發症狀	病人不但未曾達到所期望的治療目標，病情還很不穩定，起伏明顯，常有不適症狀，甚至出現疾病衍生的併發症，需其他醫療處置，以控制衍生出的併發症狀。

※前述疾病治療控制情形代碼示意圖



各種疾病/醫療問題治療效果追蹤改善情形(與之前比較，第一次訪視不寫)之類別與代碼

代碼	類別	描 述
4	已解決	此時，病患所期望的治療目標已成功地達到，藥物治療可以停止了。此狀態可代表最理想的療效結果，通常在急性病或急性醫療問題上可見到此結果。此時的行為是停止用藥。慢性病很難達此目標而停藥。
3	穩定	此時，病患所期望的治療目標已達到，繼續使用相同的治療藥物。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情穩定，但還需要使用藥物來控制住病情。仍須安排下一次追蹤時間。
2	已改善	此時，已看到正面的疾病進展，目前不需要改變藥物治療。這通常是慢性病的狀況，病患檢查結果或病情有進步，繼續使用相同藥物與劑量來控制病情。仍須安排下一次追蹤時間。
1	部份改善	此時，病患狀況有進展，但照顧計畫需要稍微調整一下，讓療效在下次追蹤時能發揮到最高點。譬如說：增加用藥劑量或改變給藥頻率。安排下次追蹤時間來觀察療效，並注意有無不良反應的出現
-1	未改善	此時，療效還沒看到明顯進展，但預期會有進展，因此繼續相同的治療。通常追蹤時間過短容易得到此結果。
-2	更糟	此時，儘管病患接受到好的照顧計畫，病患的狀況仍變壞。由於沒有達到治療目標，病患藥物治療需要改變。安排追蹤時間。
-3	失敗	此時，照顧計畫沒達到治療目標，停止現在療法，開始新治療法。安排追蹤時間。
-4	病患死亡	此時，病患在用藥期間死亡。藥師需注意是否有與藥物有關的因素與病患死亡有關，需記錄下來。

附件 4-藥師持續藥事照護成果表

照護藥師：

病人姓氏：

女士/先生

年齡：

居住縣市/區：\_\_\_\_\_

保險對象剛開始狀況	第一次照顧日期		共吃多少品項藥品		最後一次照顧日期	共照顧幾次		目前使用多少品項藥品		
	民國	年	月	日		民國	年	月	日	次
保險對象剛開始狀況	有哪些疾病(視需 要增加下列行數)		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼，並描述細節)			目前疾病		疾病控制情形 (請使用後面目前療效的代碼，並描述細節)		
	1		()			1		()		
	2		()			2		()		
	3		()			3		()		
	疾病控制狀況		/ =			疾病控制狀況		/ =		
形成高診次原因					保險對象對藥師的態度					
藥師照顧期間發現與解決的問題	(AA 碼) 藥師發現到哪些藥物治療問題			(BB 碼) 藥師建議如何解決			(CC 碼) 醫師處方修正/保險對象行為改變情形			
	醫師處方用藥	1	()			()				
		2	()			()				
		3	()			()				
	保險對象用藥行為	1	()			()				
		2	()			()				
3		()			()					

全民健康保險山地離島地區一覽表

分區業務組別	縣(市)別	山地鄉(區)	離島鄉(島)
臺北	宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉	
臺北	新北市	烏來區	
臺北	金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉
臺北	連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉
北區	桃園市	復興區	
北區	新竹縣	尖石鄉、五峰鄉	
北區	苗栗縣	泰安鄉	
中區	臺中市	和平區	
中區	南投縣	信義鄉、仁愛鄉	
南區	嘉義縣	阿里山鄉	
高屏	高雄市	茂林區、桃源區、那瑪夏區	東沙島、南沙島
高屏	屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉
高屏	澎湖縣		馬公市、湖西鄉、西嶼鄉、白沙鄉、望安鄉、七美鄉
東區	花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉、	
東區	臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉	蘭嶼鄉、綠島鄉
	小計	29 個山地鄉(區)	21 個離島鄉(島)

附表 2

## 特約藥局醫療費用點數申報格式及填表說明

欄位ID	資料名稱	申報填寫內容 (中文名稱及資料說明欄位)
*t1	資料格式	30
*d21	原處方服務機構代號	請填N
*t2	服務機構代號	請填寫藥局代碼(衛生福利部編定之代碼)
*t3	費用年月	前3碼為年份，後2碼為月份
*t5	申報類別	1或2 (1：送核，2：補報)
*d1	案件分類	請填D，D：藥事照護試辦計畫。
*d2	流水編號	藥局自行編號，最小值為1。
△d22	原處方服務機構之案件分類	免填
△d26-29	原處方服務機構之特定治療項目代號	免填
△d13	就醫科別	免填
△d14	就醫(處方)日期	免填
*d23	調劑/檢驗(查)/物理(職能)治療日期	請填寫訪視日期，前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數。 註：會與本署特約藥局檔勾稽
*d6	出生年月日	前3碼為年份，中2碼為月份，後2碼為日數
*d3	身分證統一編號	請填寫輔導對象身分證統一編號
△d8-12	國際疾病分類碼	免填
△d4	補報原因註記	補報者本欄為必填，送核案件免填
*d15	部分負擔代碼	請填009
△d31	特殊材料明細點數小計	請填0
△d35	連續處方箋調劑序號	免填
△d36	連續處方可調劑次數	免填
△p11	藥品給藥日份	請填0
△d24	診治醫師代號	免填
* d25	醫事人員代號	輔導藥師之身分證統一編號
△d33	用藥明細點數小計	請填0
△d37	藥事服務費項目代號	P4101C (一般地區訪視)，P4102C (屬山地離島、資源不足地區且藥事人員執業非屬前開地區而至該區之訪視者)，P4103C (藥師至照護機構服務) P4104C (保險對象至特約藥局接受輔導)
△d38	藥事服務費點數	P4101C填1,000，P4102C填1,200，P4103C填700，P4104C填600。
* d16	申請點數	不必填寫，電腦自動帶入
* d17	部分負擔點數	請填0
* d18	合計點數	不必填寫，電腦自動帶入
△d20	姓名	請填寫輔導對象姓名