

106 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)106 年度全民健康保險醫療費用總額協商暨第 2 屆 105 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品觀念，避免藥品重複使用，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；以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達該區初選名單人數之 20%，則該分區業務組終止執行本計畫。
- 四、照護個案收案條件：
 - (一)前一年(104 年 10 月~105 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)且經保險人分區業務組認定需輔導者，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)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. 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。

(三)醫師主動轉介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：106年1月1日至106年12月31日。

六、預算來源：106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4,000萬元。

七、預期目標及成效：

(一)106年預期收案人數至少為5,000人。

(二)預期輔導成效：以照護個案開始接受輔導至106年12月31日，與前一年同期比較，門診醫療費用降低15%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：由藥師全聯會隨機挑選25%之收案人數進行問卷滿意度調查個案對照護藥師的滿意度，病人回答滿意人數達80%以上。

3. 提升個案配合度之比率達20%以上：以「個案用藥配合度測量表」(附件5)評估藥師照護介入，改善個案配合度由低提升為中、高或由中提升為高之比率。

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，或前一年度(申報資料須滿

12個月)平均每日調劑處方箋40張(含)以下之1人藥事人員執業之本保險特約藥局，且104年及105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。為增加培訓課程與醫師交流溝通之多面性，得邀請醫師共同參與課程或研討會等，以增加雙方之正面交流。

(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「藥事照護行為規範」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、屬本計畫第四項收案條件(一)及(三)者派收案、輔導與結案

之程序：

(一) 派收案條件及程序：

1. 藥師全聯會將保險人分區業務組派案之保險對象資料（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）派案予參與本計畫之藥事人員，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。藥師全聯會得協助派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協助派案並應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。保險人分區業務組可協助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. 考量保險對象應有足夠時間接受藥事照護，故最後收案截止

時間為106年7月31日，除屬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外，均不得延長。以最後收案截止日計算分區收案率(收案人數/分區業務組提供初選名單)，若低於20%，該分區停止辦理本計畫。

5. 106年4月30日前未完成第1次聯繫之保險對象，應於106年5月31日前進行重新配對派案，但派案日期仍不得晚於106年6月30日。藥師全聯會應於106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。
6. 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)。
7. 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。
8. 屬本計畫第四項收案條件(三)醫師主動轉介之個案，須由醫師填寫轉介單提供給藥師全聯會，由藥師全聯會向轉介醫事機構所屬之分區業務組書面申請，並經分區業務組同意後，納入本計畫之收案人數(個案轉介單如附件3)。

(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. 若屬本計畫第四項收案條件(三)，由醫師主動轉介之個案，藥師應於訪視後，將訪視結果與轉介醫師討論，並將書面結果回復保險人分區業務組及藥師全聯會。

3. 藥事人員於訪視輔導時，應出示藥師全聯會所製備之證件。
 4. 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。
 5. 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。
 6. 藥事人員遇有醫師重複開立同一成份或同一類別之藥品，應填具「藥事照護溝通聯繫單」(如附件6)回饋處方醫師參考，並請處方醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可與處方醫師討論用藥事宜，保險人分區業務組得協助藥事人員與處方醫師之溝通，並由藥師全聯會蒐集及統計資料，作為未來推動醫師轉介之具體溝通之參考資料。
 7. 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。
 8. 屬本計畫第四項收案條件(一)、(三)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。以最後收案截止日計算，若分區業務組收案率未達該區初選名單人數之20%，則該分區業務組終止執行本計畫，已收案對象應予以結案。

- (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)及(三)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）、106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. 前開支付點數，最高以每點1元支付，若有超支，則以浮動點值支付。

3. 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15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4)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 106 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或收案人數少於 5 位(含)，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107年1月20日前未申報106年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以107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（106年8月30日前）及期末（107年4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之「藥師持續藥事照護成果表」(樣張如附件 7)。

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-全民健康保險用藥安全關懷函（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，盡量會先與您聯絡。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

106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 128，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-全民健保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 128）。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 106 年 月 日

附件 3-健保高診次者藥事照護計畫
個案轉介單(醫師轉介給藥師)

轉介機構基本資料	機構名稱：		聯絡電話：		
	機構地址：		傳真號碼：		
	轉介醫師姓名：		E-mail：		
個案基本資料	姓名：	年齡：__歲	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否同意轉介	
	身分證號：	聯絡人：		關係：	
	聯絡電話：	住址：			
個案需藥師專業照護原因	1. <input type="checkbox"/> 年度就診次數異常(≥8次/月)，須瞭解高就診原因，適需要予以輔導 2. <input type="checkbox"/> 有多位醫師在開處方藥給病人，須整合用藥，確認適當性 3. 需評估藥品改變情形，以對病人提供新用藥品的諮詢 3.1 <input type="checkbox"/> 最近一個月才剛出院 3.2 <input type="checkbox"/> 最近三個月用藥有重要改變 4. 有配合度困難問題 4.1 <input type="checkbox"/> 使用特殊用藥器具或療效監測儀器使用 4.2 <input type="checkbox"/> 認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶 4.3 <input type="checkbox"/> 肢體有困難，手不方便取藥、視力不好 5. <input type="checkbox"/> 使用安全性狹窄的藥品，需輔導病人對副作用認知及確定用藥之正確性 6. <input type="checkbox"/> 有藥師後續持續追蹤的疑似藥物治療問題 7. <input type="checkbox"/> 其他：描述				
簡述與個案特質有關的疾病、症狀、用藥或希望藥師協助之重點			轉介人員簽章： (請加蓋機構章)		
			轉介日期：__年__月__日		
備註	*本轉介單請 E-mail(pharmacist@hinet.net.tw)或傳真(FAX:02-25991052)至藥師公會全國聯合會，代為轉交健保分區業務組。若經健保分區業務組核可，被指派照護藥師將會與您聯絡，以瞭解個案情形。				
(本欄位由保險分區業務組填寫審查結果回覆藥師全聯會，由藥師全聯會派案或轉知醫師不予列案原因)					
審查單位：_____分區業務組 回覆日期：__年__月__日					
審查結果： <input type="checkbox"/> 核可列案，請進行派案 <input type="checkbox"/> 不予列案，原因說明：_____					
聯絡人：_____，電話：_____，傳真：_____					

~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

|                                                                    |         |  |        |      |    |
|--------------------------------------------------------------------|---------|--|--------|------|----|
| 接受派案藥師資料                                                           | 藥師姓名：   |  | 執業藥局資料 | 藥局名稱 |    |
|                                                                    | 聯絡電話：   |  |        | 藥局地址 |    |
|                                                                    | E-mail： |  |        | 藥局電話 | 傳真 |
| 本人依本計畫輔導程序之相關規定，已於__年__月__日接獲照護通知後7日內與轉介醫師聯繫及了解個案情形，並訂於__月__日訪視個案。 |         |  |        |      |    |
| 回覆保險分區業務組及藥師全聯會並副知轉介醫師之日期：__年__月__日                                |         |  |        |      |    |

## 附件 4-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 |  | 職業：                                                       |
| 居住地點 | 地址： |       |  | 身高___公分                                                   |
|      |     |       |  | 體重___公斤                                                   |
|      |     |       |  | BMI ___kg/m <sup>2</sup>                                  |

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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第 次訪視個案 | <input type="checkbox"/> 於 年 月 日 時開始第一次做居家訪視。<br><input type="checkbox"/> 個案不願接受照護，原因：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 本次訪視發現/解決之問題                     | <input type="checkbox"/> 個案目前 $\geq 14$ 天給藥日的慢箋有___張，最近一次的就醫序號?_____。<br><input type="checkbox"/> 共有多少項醫療問題/疾病?___項<br><input type="checkbox"/> 個案須長期使用的處方藥有___種，短期使用的處方藥有___種<br><input type="checkbox"/> 共使用非醫師處方的藥 ___種<br><input type="checkbox"/> 共使用中藥___種<br><input type="checkbox"/> 共使用保健食品 ___種<br><input type="checkbox"/> 藥事人員給予用藥教育___項<br><input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題 ___張<br><input type="checkbox"/> 發現有藥物治療相關問題___項 |
| 本次訪視提供之其他服務項目<br>(沒有就不要勾選)       | <input type="checkbox"/> 協助處理/清理醫師處方的藥 ___種及中藥、非醫師處方的藥、保健食品共 ___種<br><input type="checkbox"/> 評估個案是否有協助將用藥整理成七日藥盒之需求<br><input type="checkbox"/> 轉介就醫<br><input type="checkbox"/> 陪同就醫<br><input type="checkbox"/> 提供社會資源的資訊<br><input type="checkbox"/> 其他:_____                                                                                                                                                                              |



療效、副作用監測指標與數值(血壓、脈搏、血糖、生化檢驗、尖端呼氣流量等)

|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 指標 \ 日期 | / | / | / | / | / | / | / | / |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|         |   |   |   |   |   |   |   |   |

藥師照顧時發現的疑似藥物治療問題與改善建議：

|        | (AA 碼)<br>描述牽涉藥品/用法與問題是什麼 | (BB 碼)<br>描述如何解決, 寫出藥物之變化 |
|--------|---------------------------|---------------------------|
| 醫師處方用藥 |                           |                           |
|        |                           |                           |
| 個案用藥行為 |                           |                           |
|        |                           |                           |

本次評值病人的疾病控制情形/治療效果：

| 醫療問題<br>(疾病) | 目前療效代碼 | 目前療效結果之描述<br>(最好能呈現療效指標的數據) |
|--------------|--------|-----------------------------|
|              |        |                             |
|              |        |                             |
|              |        |                             |

追蹤上次處置或建議事項的結果

| 上次日期 | 事項 (AABB 碼) | 追蹤問題解決情形 (請附 CC 碼) |
|------|-------------|--------------------|
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |
| /    |             |                    |

書寫報告藥師簽名：\_\_\_\_\_



藥品治療問題之代碼：(AA 碼)

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

◇ 編碼 00 其他/沒有藥品治療問題，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：沒藥品治療問題，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 換用另一種藥品   | 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 更改藥品數量    | 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 認識開始或改變藥品治療的時機  |
| 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)**

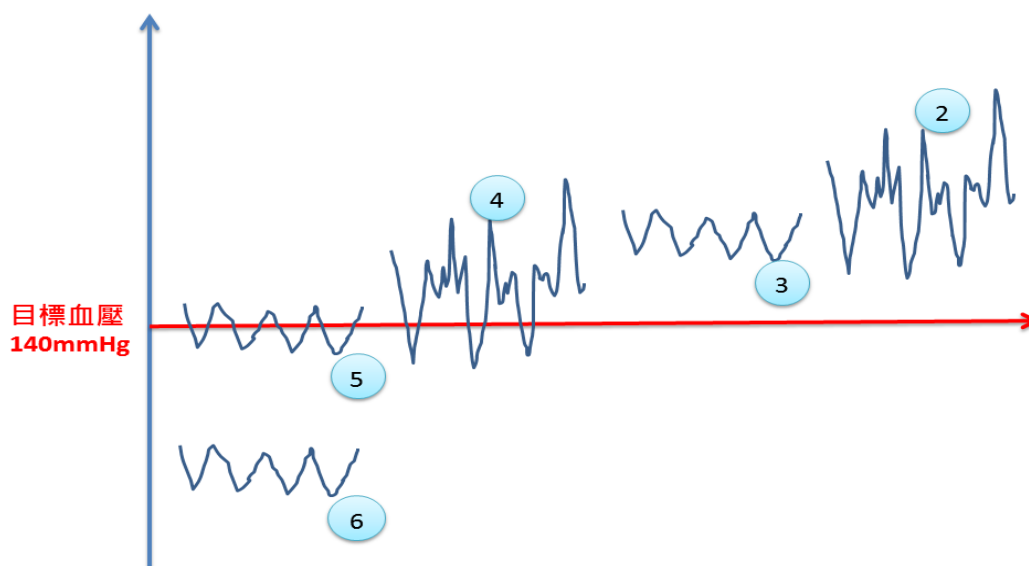
|                     |                      |
|---------------------|----------------------|
| 51 減少門診就診次數         | 61 仍經常去門診，沒減少就診次數    |
| 52 較依指示時間服用藥品       | 62 仍不按指示時間服用藥品       |
| 53 給藥技巧更正確          | 63 給藥技巧仍不正確          |
| 54 較不會忘記服藥          | 64 仍較會忘記服藥           |
| 55 較正確使用 OTC 藥/保健食品 | 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，且不再需要藥品治療。                                             |
| 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，但仍需藥品治療，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，須強化藥品治療的品質，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，應再強化藥品治療的品質，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。此時應積極強化藥品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



### 附件 5-用藥配合度測量表

| 用藥配合度 問題                        | 病人回答<br>是(1分)否(0分)                                    |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1.請您回想過去一週內，有沒有任何原因，未按時服藥？      | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2.您會因領的藥跟上次不一樣，而影響服藥意願嗎？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3.針對您目前的用藥，是否會自行調整藥品或藥量？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 4.請問您的飲食/生活習慣，和用藥時間無法配合嗎？       | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 5.您會因為藥物太複雜，而忘記怎麼服用這些藥嗎？        | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 6.請問您會不會因為不知道這個藥是治療什麼的，而影響服藥意願？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 總分                              | 分                                                     |

總分 0 分=高配合度；1-2 分=中配合度；3-6 分=低配合度

## 附件 6-藥事照護溝通聯繫單

個案姓名：\_\_\_\_\_ 性別：男女 出生年月日：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_  
醫師姓名：\_\_\_\_\_ 服務單位：\_\_\_\_\_醫院/診所；科別：\_\_\_\_\_科

尊敬的\_\_\_\_\_醫師，您好：

我是參與『健保署高診次者藥事照護計畫』之\_\_\_\_\_藥師，此張建議書是在執行藥事照護時，發現到您所照顧之個案有疑似的藥物治療問題，茲提供解決問題之方案給您參考，也歡迎您給予回覆意見或能來電與我討論，共同為個案健康而努力，謝謝您!!

病情概況：

| 疑似藥物治療問題之描述 | 藥師意見欄 |
|-------------|-------|
|             |       |

參考資料來源：

藥師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

回覆藥師 e-mail：\_\_\_\_\_ 傳真電話：\_\_\_\_\_

-----  
醫師回覆內容：

回覆醫師簽名：\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

藥師書寫疑似藥物治療問題與回應編碼(AABBCC)：

## 附件 7-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 |                                | 最後一次照顧看到病情結果    | 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 |   | 項        |                                |                 | 民國      年      月      日 |        | 次     |                                | 項          |  |  |  |
|                | 有哪些疾病(視需要增加下列行數)        |   |          | 疾病控制情形<br>(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<br>(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) 藥師發現到哪些藥品治療問題    |   |          |                                | (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  |
| 臺北     | 連江縣   |                                  | 南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉         |
| 北區     | 桃園縣   | 復興鄉                              |                         |
| 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)              |

## 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<br>(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。<br>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)，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，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                                                                         |