

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：黃佩宜
電話：(02)27527286#131
傳真：(02)2771-8392
Email：pei@mail.tma.tw

受文者：社團法人臺中市大臺中醫師公會

發文日期：中華民國112年3月3日

發文字號：全醫聯字第1120000264號

速別：普通件

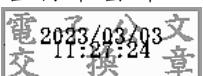
密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (1120000264_Attach1.xls)

主旨：轉知衛生福利部中央健康保險署公告修正「全民健康保險
提升用藥品質之藥事照護計畫」，並自公告日起生效，請
查照。

說明：依據衛生福利部中央健康保險署112年2月22日健保醫字第
1120103112號公告副本(如附件)辦理。

正本：各縣市醫師公會

副本： 2023/03/03 11:22:24

理事長 周慶明

副本

收文號 文 日期
0472 112. 2. 23 15:30

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

106646



1

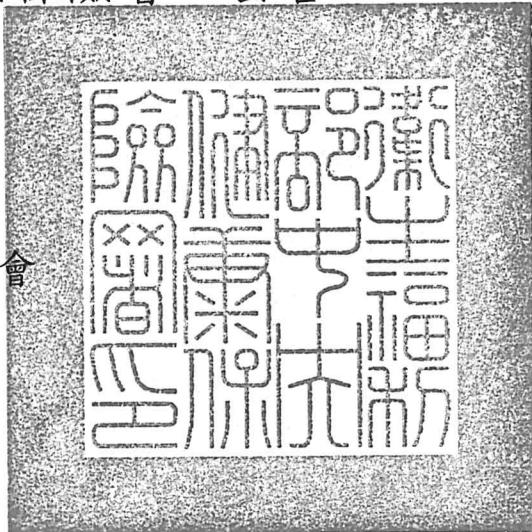
臺北市大安區安和路1段29號9樓

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年2月22日

發文字號：健保醫字第1120103112號

附件：如主旨



主旨：公告修正「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」如
附件，並自公告日起生效。

依據：衛生福利部112年2月17日衛部保字第1121260058號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署署長室、本署李副署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組、本署企劃組(請刊登本署電子報)(均含附件)

署長 石宗良

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫

110 年 10 月 21 日健保醫字第 1100013957 號公告訂定
112 年 2 月 22 日健保醫字第 1120103112 號公告修正

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定全民健康保險年度醫療給付費用總額事項。

貳、說明

健保署於民國一百零二年建立了「健保醫療資訊雲端查詢系統」，藥師透過前開系統，可以查看保險對象近三個月的醫師處方用藥資訊，俾減少重複用藥，進而降低醫療資源浪費。

本計畫短期目標透過系統性流程，建立個別化照護管理及藥師與醫師間雙向溝通與合作模式，即時提供保險對象相關藥事照護，長期目標為深化社區藥師專業價值，提升社區民眾用藥安全及品質，協助保險對象增進健康狀況。

參、目的

- 一、針對具有潛在用藥風險之保險對象進行藥事照護，協助發現並解決藥品治療問題。
- 二、輔導保險對象建立正確服用藥品觀念，避免藥品不當使用，提升療效與用藥安全。
- 三、建立醫事人員間溝通與合作模式，共同增進照護品質。

肆、預算來源

由全民健康保險醫療給付費用總額其他預算「提升用藥品質之藥事照護計畫」項下支應。

伍、參與資格及申請方式

一、參與計畫健保特約藥局及藥師資格

- (一)申請參與本計畫之特約藥局或藥師須於提出申請之日起前二年內，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）第三十八條至第四十條中各條所列違規情事之一者（含行政救濟程序中尚未執行處分者）。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。
- (二)參與本計畫之藥師第一年須通過中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師公會全聯會)培訓且符合其認證審查資格（依據藥師公會全聯會訂定之計畫執行）。
- (三)藥師公會全聯會審核參與計畫之藥師資格，對參與計畫之日起前二年內有違反藥師法第二十一條所列違規情事之一者，得不核發認證。

二、申請方式

- (一)參與計畫之特約藥局應彙整執業登記於該藥局且取得藥師公會全聯會認證之藥師名單，並檢附「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表（附件一），向藥師公會全聯會提出申請。
- (二)藥師公會全聯會應將核定推薦之名單，函送所屬保險人分區業務組。經保險人分區業務組確認藥師符合相關資格並同意後，函復申請特約藥局並副知藥師公會全聯會，由藥師公會全聯會轉知各縣市藥師公會。

陸、照護個案收案條件及收案程序

一、收案條件：

保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案：

- (一)跨院所處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。
- (二)同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。

(三)經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者。

二、收案注意事項：

(一)現階段中醫師開立之處方箋不列入本計畫收案條件。

(二)為避免資源重複配置，藥師於收案前須至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」查詢前開收案保險對象是否已在案，且須排除已參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位（如食品藥物管理署等）提供之藥事照護者；如有重複收案之情事，應以系統登錄日期為參照標準。

(三)符合收案條件且經評估有照護需要之保險對象，應簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」（下稱藥事照護同意書）（附件二），方能收案。

三、收案程序：

(一)藥師判斷性服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，經藥師評估保險對象具有潛在用藥相關問題，且符合本計畫照護個案收案條件者，簽署藥事照護同意書後即可收案。

(二)用藥配合度諮詢服務：藥師應依保險對象健保卡查詢「健保醫療資訊雲端查詢系統」，取得保險對象用藥紀錄，符合本計畫收案條件者，藥師以「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」（以下稱配合度量表）（附件三）與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果超過 12 分（不含），且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

(三)經醫師或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導之轉介保險對象，保險對象須至健保特約藥局，經藥師判斷確有本計畫藥事照護服務需要者，且簽署藥事照護同意書後，即可收案。

1.醫師可將「藥事照護計畫轉介單」（附件四）交予保險對象至參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。

2.保險人分區業務組徵詢保險對象同意後，可將「藥事照護計畫轉介單」交予參與本計畫之健保特約藥局，或逕提交藥師公會全聯會，由該會進行轉介。

柒、藥事照護內容及紀錄

一、藥師判斷性服務：

藥師依保險對象用藥問題，擬訂合適之照護計畫，如與醫師聯繫討論處方調整用藥劑量、項目或頻率、指導保險對象調整用藥時間等，並依規定完成紀錄。

(一)未涉處方調整案件：藥師就發現未涉及處方調整之相關用藥問題，如保險對象之用藥行為不適當、藥品儲存或使用方式、服藥時間或間隔不適當等(參考附錄 PCNE-DRP 分類系統 V9.1 中 C7 項次)，妥適向保險對象充分說明，並進行用藥指導及衛教後，藥師完成紀錄後即可結案。

(二)涉處方調整案件：

1.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定不調整者：藥師應按處方箋調劑並交付保險對象，且進行用藥指導及衛教，並於完成紀錄後結案。

2.處方內容經藥師聯繫原處方開立醫師並經其決定調整者：藥師應向保險對象充分說明後，於處方箋上註記與醫師聯繫時間及調整事項，並進行用藥指導及衛教，並完成紀錄後結案。

3.無法立即聯繫到原處方開立醫師：依保險對象狀況評估後，撰寫「用藥評估建議單」（附件五），記錄發現的藥品相關問題或疑慮。

(1)涉及危險性：應請保險對象攜帶「用藥評估建議單」儘速回原就醫院所由原處方醫師修正處方。藥師應追蹤該用藥評估建議單後續處理情形，並完成紀錄後即可結案。

(2)未涉危險性：積極聯繫原處方開立醫師未果【至少聯繫三次(含)

以上】後，妥適向保險對象充分說明，且依處方箋完成調劑後，將藥品及「用藥評估建議單」交付保險對象，並進行用藥指導及衛教，藥師完成紀錄後方可結案。

二、用藥配合度諮詢服務：

藥師針對收案之保險對象用藥配合度察覺問題（如錯過服藥時間、未依照醫囑服藥等）後，依規定完成配合度量表前測後，擬訂合適之照護計畫，並視保險對象情況進行追蹤，完成照護後，依規定記錄照護結果(含前、後測分數、電訪追蹤內容及時間等)。

(一)藥師利用配合度量表，與保險對象當面進行配合度測量，若測量結果總得分數為 12 分，表示保險對象用藥配合度良好，無須進行用藥配合度諮詢服務，反之，若配合度量表測量結果總得分數超過 12 分(不含)，則需藥師介入協助改善用藥狀況，以增加保險對象服藥之配合度 (medication adherence) 。

(二)藥師針對保險對象用藥配合度不佳的藥品，瞭解原因後，並擬訂配合度改善措施以及介入計畫，且於執行後記錄內容。

(三)為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成配合度量表施測（前測）三週後，需再次進行配合度量表施測（後測），後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。

(四)為有效提升保險對象用藥配合度，藥師得於前測與後測期間，以電話方式追蹤保險對象用藥情形並適時提供支持或調整介入措施，每次追蹤日期需與前、後測以及其他追蹤日期間隔達七日（含）以上。

(五)本項服務須完成前測與後測，才算完成一次服務，故該項服務收案截止日為計畫所屬經費年度結束前三週。

三、照護紀錄：

(一)藥師對保險對象相關用藥問題及介入建議，需按「歐洲藥事照護聯盟協會 (Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE) 之藥物相關問題分類 9.1 版 (Classification for Drug related problems, The PCNE Classification V 9.1) 」(詳參閱附錄) 分類系統進行分類與記錄。

(二)藥師完成照護後，應將保險對象藥事照護服務輔導紀錄，包含其用藥內容(含使用中的非處方箋用藥、保健品、中藥品等項目)、用藥問題、照護過程等，登打於藥師公會全聯會之「藥事照護系統」中(須記錄之欄位如附件六、附件七)；因故無法完成照護者，亦應於系統上註記原因。

捌、支付及費用申報、審查及核付作業：

一、給付項目及支付標準：本標準採結案後申報。各項支付點數如下：

| 編號 | 診療項目 | 支付點數 |
|--------|--|------|
| P4105C | <p>藥師判斷性服務</p> <p>註：</p> <p>1. 應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報。</p> <p>2. 每一保險對象六個月（含）內以申報 3 次為限。</p> <p>3. 每位藥師每年申報本項以 120 人次為上限，超過人次不予支付。</p> | 400 |
| P4106C | <p>用藥配合度諮詢服務</p> <p>註：</p> <p>1. 應將藥事照護紀錄至藥師公會全聯會之「藥事照護系統」登打完成，結案後始得申報，內容須涵蓋：</p> <p>(1)用藥配合度量表前測(當面進行)、後測(得採電話訪問)。</p> <p>(2)配合度改善措施及介入計畫，並記錄執行結果。</p> <p>2. 為確認保險對象用藥配合度改善情況，完成「配合度量表」前測三週後，須進行後測，後測之施測方式得視情況以電話訪問形式完成。</p> <p>3. 僅執行前測或追蹤，或未依規定時間進行後測，或不符合結案條件者，不予支付本項費用。</p> <p>4. 每一保險對象六個月（含）內以申報 3 次為限，每次申報須間隔一個月（含）以上。</p> <p>5. 每位藥師每年申報本項以 120 人次為上限，超過人次不予支付。</p> | 400 |

| | | |
|------------------|--|------------|
| P4107C P4108C | 用藥配合度諮詢服務—第一次追蹤 用藥配合度諮詢服務—第二次追蹤 註： 1.於用藥配合度諮詢服務前、後測期間內，得以電話方式追蹤及進行用藥提醒與衛教服務。 2.須與前測、後測日期、其他追蹤日期間隔達七日(含)以上。 3.每次收案以申報2次追蹤費（分別為P4107C、P4108C）為限。 | 100 100 |
| P4109C | 藥師判斷性服務—醫師共同照護費 註： 1.藥師判斷性服務中，獲醫師回應案件，支付醫師共同照護費。 2.同一照護案件，醫師轉介服務費（P4110C）及醫師共同照護費（P4109C）之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。 | 200 |
| P4110C | 醫師轉介服務費 註： 1.醫師轉介之個案，於結案後，支付本項費用。若轉介之個案，經藥師專業判斷無須進行本計畫相關藥事照護服務，或因故無法符合結案條件者，不支付本項費用。 2.同一照護案件，醫師轉介服務費（P4110C）及醫師共同照護費（P4109C）之支付醫師為同一醫療機構院所或同一人者，限擇一支付。 | 200 |

二、點值結算方式：預算按季均分及結算，並採浮動點值支付，惟每點支付金額不高於1元。當季預算若有結餘，則流用至下季。若全年預算尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

三、申報、審查及核付作業：

- (一)「藥師判斷性服務」及「用藥配合度諮詢服務」費用，應於結案後填報「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」(相關費用欄位說明詳附表)併每月醫療費用案件向所屬保險人分區業務組申請。
- (二)保險人分區業務組依「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」及藥師公會全聯會專業審查結果資料，辦理本計畫醫療費用審查及核付作業。藥師公會全聯會應確認前開結案個案已排除重複收案、參加其他藥事照護相關計畫及已接受其他單位(如食品藥物管理署)提供之藥事照護者。

(三)本計畫各年度之照護費用未於次年 1 月 20 日(含)前申報，則不予支付，另補報案件應於次年 2 月 20 日(含)前完成，否則不予支付。

(四)「藥師判斷性服務之醫師共同照護費」(P4109C)及「醫師轉介服務費」(P4110C)，由保險人依藥師公會全聯會提供名單，以補付系統辦理費用支付作業。

(五)藥師應於每月月底前，確認所有當月結案個案的照護紀錄已於藥師公會全聯會之藥事照護系統維護。藥師公會全聯會應於次月 10 日前將前開藥師維護資料內容彙整成電子檔，並函送至所屬保險人分區業務組。

(六)藥師公會全聯會之藥事照護系統之本計畫資料，應提供系統權限予保險人，以利後續相關資料彙整參照。

(七)藥師提供本計畫藥師判斷性服務及用藥配合度諮詢服務，應依「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」第九條及第十條規定，登錄於健保卡（就醫類別 AF；收案時登錄健保卡），並應於登錄後 24 小時內，將之上傳予保險人備查。

(八)藥師參與本計畫期間有下列情形之一者，保險人除不予支付費用外，並依全民健康保險相關規定辦理：

- 1.經保險人查有虛報、浮報之情事者。
- 2.藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。
- 3.藥師未依本計畫規定提供服務。

玖、計畫監測指標

由藥師公會全聯會以藥事照護系統內資料統計：

一、藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率達 70%。

公式：醫師回應藥師建議事項之項數總計／藥師建議事項之項數總計。

二、用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升之比率達 50%以上。

以「配合度量表」進行前、後測，評估藥師照護介入，個案用藥配合度之改變。

公式：後測顯示配合度較前測進步之總服務人次／配合度諮詢服務總人次。

三、年度預計服務人次至少達 30,000 以上。

四、執行藥師數至少達 150 人以上。

五、收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降 10%。

照護前：指收案日期前三個月(90 天)。

照護後：指結案日後三個月(90 天)。

拾、計畫管理、輔導機制

一、藥師公會全聯會得不定時以電話或實地輔導照護個案、藥師及藥局負責人，以了解藥師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。

二、保險對象資料受個人資料保護法保障，藥師公會全聯會暨相關藥師，皆應依相關規定辦理，以確保照護個案之隱私。

拾壹、退場機制

一、符合下列事項之一者，藥師應退出本計畫，且次年度亦不得參與本計畫：

(一)該藥師有藥師法第二十一條所列違規情事之一者，或經照護個案申訴（如額外收費、藉機推銷或未依本計畫規定事項辦理），且經保險人查證屬實者。

(二)計畫內容服務對象限定為照護個案本人或僅限面訪之服務時，藥師未依規定方式完成服務。

(三)執行本計畫相關事項時，違反或與相關醫療法規抵觸者。

(四)經保險人查有虛報、浮報之情事者。

(五)藥師由非具資格人員代為服務，經保險人查證屬實者。

二、特約藥局參與計畫期間，有特管辦法第三十八條至第四十條各款情形之一並經保險人處分者，以保險人第一次處分函所載停約日起，該藥局及其藥師終止參與本計畫。

三、上開未盡事宜，則依全民健康保險法及相關法規辦理。

拾貳、執行報告

一、藥師公會全聯會應於期中（當年9月1日前）及期末（次年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、照護個案性別年齡分布、效益評估、用藥問題及問題藥品統計彙整（含中草藥）、藥事照護執行之困難及解決對策、檢討與建議、結論及未來改善計畫等內容。

拾參、其他

本計畫規定未盡事項，依「全民健康保險特約醫事服務機構合約」及全民健康保險相關法規辦理。

拾肆、訂定與修正程序

本計畫由保險人與藥師公會全聯會共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，得由保險人逕行修正公告。

附件一

「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」申請表

健保特約藥局名稱：

醫事機構代碼：

聯絡人： 電子信箱：

健保特約藥局電話： 傳真電話：

健保特約藥局地址：

| 序號 | 姓名 | 身分證字號 | 聯絡電話及手機 | 電子郵件信箱 | 備註 |
|----|----|-------|---------|--------|----|
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |

(表格請依需求自行增減列)

共_____位藥師

本案所附資料業經藥局負責人確認內容屬實

負責人簽章：

藥局章：

註：請使用與健保署簽約時使用之相同用印大小章

全民健保保險對象參與「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」

同意書（樣張）

- 一、我已瞭解參加健保署的「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」能夠幫助我把關用藥安全，協助確認藥物是否發揮預期療效，我亦瞭解藥師執行此計畫，將教導我正確的用藥知識及注意事項，並可適時協助與我的醫師溝通用藥問題。
- 二、我同意在符合本計畫目的下，提供就醫資料（包括雲端藥歷資料、健保署提供之相關就醫資料、數據及用藥資訊等）；並同意藥師得依個人資料保護法及相關法規之規定，於執行本計畫之範圍內蒐集、處理，以及於中華民國藥師公會全國聯合會「藥事照護管理系統」紀錄上述資料。
- 三、我已知悉針對計畫之任何問題，可詢問提供照護服務之藥師，亦可致電中華民國藥師公會全國聯合會詢問（電話：02-25953856）。
- 四、我同意參與本計畫提供之藥事照護服務，並確認：
- 本人未參加其他藥事照護相關計畫；
- 本人未接受其它單位(如食品藥物管理署、護理及健康照護司等)提供之藥事照護。

此致 ○○○○藥局 ○○○藥師

立同意書人：姓名：

身分證字號：

出生年月日：

立同意書人簽名：_____

(親簽或手印)

中 華 民 國 年 月 日

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
遵循醫囑領藥與使用藥物量表

ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE (ARMS)

人們時常會錯過服藥時間，或是未依照醫囑服藥，因此我想藉由本問卷詢問您實際上服用藥物的情形。答案沒有對或錯，針對每個問題，請依「從未如此」、「有時如此」、「經常如此」或「總是如此」作答。

前測 後測 測驗日期：_____

| 量表問題 | 從未 如此 1分 | 有時 如此 2分 | 經常 如此 3分 | 總是 如此 4分 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1. 您有多常忘記服藥？ | | | | |
| 2. 您有多常決定不要服藥？ | | | | |
| 3. 您有多常忘記依照處方領藥？ | | | | |
| 4. 您有多常會用完藥之後未再取藥？ | | | | |
| 5. 在看醫生之前，您有多常會少服一劑藥？ | | | | |
| 6. 當您覺得狀況好轉時，您有多常會錯過服藥時間？ | | | | |
| 7. 當您感到身體不適時，您有多常會錯過服藥時間？ | | | | |
| 8. 您有多常會因疏忽而錯過服藥時間？ | | | | |
| 9. 您有多常會依照您的需求調整藥物劑量？(例如：增加或減少原本需服用的藥粒顆數) | | | | |
| 10. 當您應該一天服藥超過一次時，您有多常會忘記服藥？ | | | | |
| 11. 您有多常因為藥費過高而延後領藥？ | | | | |
| 12. 您有多常會提前計畫好，在藥物全部服用完畢之前領藥？ | | | | |
| 得分小計 | | | | |
| 總得分 | | | | |

【備註】

1. 計分方式：第 12 題應以相反方式計算得分。將各題得分加總，總分可能介於 12 到 48 之間，總分越低表示遵醫囑性程度越佳(越遵循醫囑領藥和服藥)。總分可視為連續量數，或依二分法分為 12 分或 >12 分。
2. 量表尺度建議：需在一特定期間內檢視(如一般箋可視過去一週、慢箋可檢視過去一個月或其他適合的評估區間)；「從未如此」在此期間內發生頻率可視為 0%，依此建議類推，「有時如此」為 1~50%、「經常如此」為 51%~99%、「總是如此」為 100%。

附件四

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護計畫轉介單

轉介日期： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|-----------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|-----------------------------------|-------------|------|--|--|--|------|--|------|--|---------------------------------|--|--|--|--|------|--|--|---------------------------------|--|--|---|----|--|-------|-----------------------|--|--|------|--|---------------------------------|-----------------------------------|----|--|------|--|--|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|-----------------------|----------|--|--|--|--|--|----------|----------|--|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| 轉 介 目 的 位 填 寫 欄 | 個案 基本 資料 | 個案姓名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 身分證字號 | | <input type="checkbox"/> 聯絡人 | | <input type="checkbox"/> 關係 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 聯絡電話 | | <input type="checkbox"/> 住址 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>1. 病人有用藥認知或用藥問題需專業協助。</p> <p>1.1 <input type="checkbox"/>請協助病人提升對藥品的認知或正確用藥。</p> <p>1.2 <input type="checkbox"/>病人有閱讀困難、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況。</p> <p>1.3 <input type="checkbox"/>病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況。</p> <p>1.4 <input type="checkbox"/>其他：(請描述) _____</p> <p>2. 病人因跨院所就診、甫出院或即將轉介至他院就醫，有以下相關用藥問題，需藥師協助輔導並回饋醫師</p> <p>2.1 <input type="checkbox"/>進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。</p> <p>2.2 <input type="checkbox"/>協助整合用藥</p> <p>2.3 <input type="checkbox"/>追蹤病人療效/用藥反應</p> <p>2.4 <input type="checkbox"/>其他：(請描述) _____</p> <p>3. 其他情況：(請描述)</p> <p>上述勾選特質相關的疾病/症狀及用藥等之簡述：</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; vertical-align: top; text-align: center;">健 保 署</td> <td style="width: 20%;">單位名稱</td> <td colspan="3"></td> <td style="width: 15%;">聯絡窗口</td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td>聯絡電話</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>E-mail</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="width: 10%; vertical-align: top; text-align: center;">單位 基本 資料 醫 療 院 所</td> <td colspan="3">機構名稱</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>醫事機構代碼</td> </tr> <tr> <td style="width: 10%; vertical-align: top; text-align: center;"><input type="checkbox"/>轉 介 醫 師</td> <td style="width: 15%;">姓名</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">身分證字號</td> <td colspan="3" rowspan="2" style="width: 25%; text-align: left;">*為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供</td> </tr> <tr> <td>聯絡電話</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>E-Mail</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>聯絡 窗口</td> <td>姓名</td> <td></td> <td>聯絡電話</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>藥局 名稱</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>藥局 電話</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>藥師 姓名</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"> <input type="checkbox"/> 若無合作社社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw </td> </tr> <tr> <td colspan="7" style="text-align: right;">轉介人員/醫師簽章：</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="width: 10%; vertical-align: top; text-align: center;">藥 局 回 覆 欄</td> <td style="width: 10%;">處理 情形</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>藥局 名稱</td> <td>聯絡 電話</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>藥師 姓名</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>回覆 日期</td> </tr> </table> | | | | | | | 健 保 署 | 單位名稱 | | | | 聯絡窗口 | | 聯絡電話 | | <input type="checkbox"/> E-mail | | | | 單位 基本 資料 醫 療 院 所 | 機構名稱 | | | <input type="checkbox"/> 醫事機構代碼 | | | <input type="checkbox"/> 轉 介 醫 師 | 姓名 | | 身分證字號 | *為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供 | | | 聯絡電話 | | <input type="checkbox"/> E-Mail | <input type="checkbox"/> 聯絡 窗口 | 姓名 | | 聯絡電話 | | | | <input type="checkbox"/> 藥局 名稱 | | <input type="checkbox"/> 藥局 電話 | | <input type="checkbox"/> 藥師 姓名 | | | <input type="checkbox"/> 若無合作社社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw | | | | | | | 轉介人員/醫師簽章： | | | | | | | 藥 局 回 覆 欄 | 處理 情形 | | | | | | 藥局 名稱 | 聯絡 電話 | | <input type="checkbox"/> 藥師 姓名 | | <input type="checkbox"/> 回覆 日期 |
| 健 保 署 | 單位名稱 | | | | 聯絡窗口 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡電話 | | <input type="checkbox"/> E-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 單位 基本 資料 醫 療 院 所 | 機構名稱 | | | <input type="checkbox"/> 醫事機構代碼 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 轉 介 醫 師 | 姓名 | | 身分證字號 | *為申報「醫師轉介費」所需資料，請務必提供 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡電話 | | <input type="checkbox"/> E-Mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 聯絡 窗口 | 姓名 | | 聯絡電話 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 藥局 名稱 | | <input type="checkbox"/> 藥局 電話 | | <input type="checkbox"/> 藥師 姓名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 若無合作社社區藥局，可逕提交予中華民國藥師公會全國聯合會協助媒合。 電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介人員/醫師簽章： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 藥 局 回 覆 欄 | 處理 情形 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 藥局 名稱 | 聯絡 電話 | | <input type="checkbox"/> 藥師 姓名 | | <input type="checkbox"/> 回覆 日期 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
用藥評估建議單

| | | | | | | |
|---|-------------------|---|----------|---|------|-----|
| 社區藥局填寫資料欄 | 病人基本資料 | 姓名 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齡：歲 | |
| | | 身分證字號 | 聯絡人 | | | 關係： |
| | | 聯絡電話 | 住址 | | | |
| | 藥師建議修改處方說明 | 【藥師請提供完整藥歷，以利醫師後續參考評估】 | | | | |
| 一、評估選項： <input type="checkbox"/> 1.適應症問題 <input type="checkbox"/> 2.重複用藥 <input type="checkbox"/> 3.交互作用 <input type="checkbox"/> 4.劑量過高 <input type="checkbox"/> 5.劑量過低 <input type="checkbox"/> 6.劑型不當 <input type="checkbox"/> 7.頻次問題 <input type="checkbox"/> 8.治療期間不適當 <input type="checkbox"/> 9.應監測 Lab data/ 執行 TDM <input type="checkbox"/> 10.不良反應/過敏 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____ | | | | | | |
| 二、建議內容/說明： <input type="checkbox"/> 1.增加品項 <input type="checkbox"/> 2.停藥 <input type="checkbox"/> 3.更改品項 <input type="checkbox"/> 4.降低劑量 <input type="checkbox"/> 5.增加劑量 <input type="checkbox"/> 6.更改劑型 <input type="checkbox"/> 7.調整頻次 <input type="checkbox"/> 8.改變治療期間 <input type="checkbox"/> 9.更改服藥時間 <input type="checkbox"/> 10.提醒回診執行生化、血液或療效監測 <input type="checkbox"/> 11.其他：_____ | | | | | | |
| 三、其他補充事項： | | | | | | |
| 藥局基本資料 | 藥局名稱 | 藥師姓名 | | | | |
| | 聯絡電話 | 傳真 | | | | |
| | 藥局地址 | 評估日期 | | | | |
| 就診醫療院所回覆欄 | 處理情形 | | | | | |
| | 建議事項 | 煩請貴院將回覆個案就診情形予轉介藥局，以利藥師後續提供個案照護，感謝您的協助！ | | | | |
| | 院所/科別 | | | 醫師 姓名及簽章 | | |
| 聯絡電話 | | | 回覆日期：年月日 | | | |

本表單為藥師全聯會承辦全民健康保險藥事照護相關計畫所設計，使用表單或計畫相關問題請洽：

電話：02-2595-3856 分機 128 傳真：02-2599-1052 E-Mail：ftpa02@taiwan-pharma.org.tw

附件六

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護紀錄表(判斷性服務)

藥事照護系統 照護紀錄區示意图(僅供計畫書參照使用)

列印日期： 年 月 日
 收案日期： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|------|---|---|----------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 機構名稱 | | | | | 機構代碼 | | | | | | | | | | | |
| 機構電話 | | () | | | 所屬公會 | | | | | | | | | | | |
| 個案基本資料 | 姓名 | | 身分證字號 | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生年月日 | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| | 居住地址 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡電話 | | () | | 手機號碼 | | | | | | | | | | | |
| | 生活習慣 | | <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | |
| | 識字 | | <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字 | | 主要照顧者 | | | | | | | | | | | |
| | 教育程度 | | <input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上) | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明： | | | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | | (如具參考性之測量值或其他資訊。) | | | | | | | | | | | | | | |
| 收案來源及條件 | | <input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件 | | | <input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上 <input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 醫師轉介 | | | 轉介日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 健保署轉介 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 用藥記錄 | 處方用藥 | | | | | | | | | | | | | |
| 非處方用藥品項/來源 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件檢核 | | <input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。 <input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|------------------------|---|----------------------------|--------|-------|
| 照護次數 | 第 次 | 記錄日期 | 年 月 日 | |
| 關聯用藥 | | | | |
| 問題(P) | | | | |
| 類別 | <input type="checkbox"/> 潛在問題 <input type="checkbox"/> 明顯問題 | | | |
| 代碼 | (僅填 1 項) | | | |
| 描述 | | | | |
| 原因(C) | | | | |
| 代碼 | (可填多項) | | | |
| 描述 | | | | |
| 介入(I) | | | | |
| 代碼 | (按「原因(C)」項目依續填寫對應「介入(I)」代碼) | | | |
| 描述 | | | | |
| 接受(A) | | | | |
| 代碼 | (按「介入(I)」項目依續填寫對應「接受(A)」代碼) | | | |
| 描述 | | | | |
| 結果(O) | | | | |
| 代碼 | (按「接受(A)」項目依續填寫對應「結果(O)」代碼) | | | |
| 描述 | | | | |
| 醫師聯繫狀況 | <input type="checkbox"/> 取得聯繫 (請填寫右側灰底欄位) | 醫 師 相 關 資 訊 | 姓名： | 機構名稱： |
| | | | 身分證字號： | 機構代碼： |
| | 與醫師共同照護日： 年 月 日 | | | |
| 執行藥師： 完成照護日期： 年 月 日 | | | | |

附件七

全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫
藥事照護紀錄表(配合度諮詢服務)

藥事照護系統 照護紀錄區出示示意(僅供計畫書參照使用)

列印日期： 年 月 日
收案日期： 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|---|-------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 機構名稱 | | | | 機構代碼 | | | | | | | | | | | | | | |
| 機構電話 | | () | | 所屬公會 | | | | | | | | | | | | | | |
| 個案基本資料 | 姓名 | | 身分證字號 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生年月日 | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 居住地址 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 聯絡電話 | () | | 手機號碼 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生活習慣 | <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 喝酒 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 識字 | <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 不識字 | | 主要照顧者 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 教育程度 | <input type="checkbox"/> 國小(含以下) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 大學/專科 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 家族病史 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備註 | (如具參考性之測量值或其他資訊。) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 收案來源及條件 | | <input type="checkbox"/> 藥局收案，收案條件 | | <input type="checkbox"/> 正在服用的藥品含跨院所處方用藥品項達十種(含)以上 <input type="checkbox"/> 同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 醫師轉介 | | 轉介日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 健保署轉介 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 用藥記錄 | 處方用藥 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 非處方用藥 品項/來源 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 附件檢核 | | <input type="checkbox"/> 已完成簽署「全民健保保險對象參與藥事照護同意書」並檢附之。 <input type="checkbox"/> 已完成照護紀錄。 <input type="checkbox"/> 如有填寫「用藥評估建議單」，請檢附影本。 <input type="checkbox"/> 如為轉介個案，請檢附轉介單。 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|---|----------------------|-------|------|---|--|
| 照護次數 | | 第 次 | | | |
| 照 護 紀 錄 | 關聯用藥 | | | | |
| | 前測 | | | | |
| | 施測日期 | 年 月 日 | 前測分數 | 分 | |
| | 介入/改善計畫 | | | | |
| | 追蹤#1・內容主述 | | | | |
| | (需與前測間隔 7 日以上(含)) | | | | |
| | 追蹤日期： 年 月 日 | | | | |
| | 追蹤#2・內容主述 | | | | |
| | (需與追蹤#1 間隔 7 日以上(含)) | | | | |
| | 追蹤日期： 年 月 日 | | | | |
| 後測 | | | | | |
| 施測日期 | 年 月 日 | 後測分數 | 分 | | |
| 改善狀況 | (依實際狀況紀錄照護後狀況) | | | | |
| 【備註】 | | | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 後測須與前次追蹤間隔 7 日以上(含)。 2. 後測須與前測間隔 21 日以上(含)。 3. 配合度諮詢服務必需完成前、後測，追蹤得視情況進行。 | | | | | |
| 執行藥師： | | | | | |
| 完成照護日期： 年 月 日 | | | | | |

附表

特約藥局申報「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」
費用欄位及填表說明

| 符號 | 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 |
| * | 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) |
| * | *d21 | 原處方服務機構代號 | 1. 醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C：請填 N。 2. 醫令代碼 P4109C：請填結案案件共同照護醫師所屬保險醫事服務機構代號。 3. 醫令代碼 P4110C：請填結案案件之轉介醫師所屬保險醫事機構代號。 |
| * | d1 | 案件分類 | 請填 D (藥事照護計畫)。 |
| * | 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 |
| * | d23 | 調劑/檢驗 (查) /物理 (職能) 治療日期 | 請填寫結案日期，前 3 碼為年份，中 2 碼為月份，後 2 碼為日數。 |
| * | 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 | 請填寫照護個案身分證統一編號或外籍居留證號。 |
| * | d7 | 就醫序號 | 請填 N |
| * | d15 | 部分負擔代碼 | 請填代碼 009。 |
| * | d25 | 醫事人員代號 | 請填輔導藥師之身分證統一編號。 |
| * | d16 | 申請點數 | 欄位 IDd18-欄位 IDd17 之點數。 |
| * | d17 | 部分負擔點數 | 請填 0 |
| * | d18 | 合計點數 | 申報之醫療服務費用加總。 |
| △ | 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 |
| △ | d5 | 給付類別 | 免填 |
| △ | d8-12 | 國際疾病分類碼 (一)~(五) | 免填 |
| △ | △d4 | 補報原因註記 | 補報者本欄為必填，送核案件免填。 |
| △ | d30 | 給藥日份 | 請填 0 |
| △ | d24 | 診治醫師代號 | 免填 |
| △ | d20 | 姓名 | 請填寫收案對象姓名 |
| △ | d35 | 連續處方箋調劑序號 | 免填 |

| | | | |
|---|-----|-----------|---|
| △ | d36 | 連續處方可調劑次數 | 免填 |
| △ | d37 | 藥事服務費項目代號 | P4105C (藥師判斷性服務) , P4106C (用藥配合度諮詢服務) 請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註 18 規定 |
| △ | d38 | 藥事服務費點數 | 藥事服務費之點數加總, 請參閱「特約交付機構醫療費用點數申報格式及填表說明」註 18 規定。 |
| * | p1 | 醫令類別 | P4105C、P4106C、P4107C、P4108C 請填 9(藥事服務), P4109C、P4110C 請填醫令類別 G(專案支付參考數值)。 |
| | p2 | 藥品(項目)代號 | 1. 限申報醫令代碼 P4105C、P4106C、P4107C、P4108C、P4109C、P4110C。 2. 申報醫令代碼 P4107C、P4108C 者, 同案件應有醫令代碼 P4106C 申報。 |
| * | P7 | 總量 | 醫令代碼 P4109C、P4110C: 請填 0。 |
| * | P8 | 單價 | 醫令代碼 P4109C、P4110C: 請填 0。 |
| * | P9 | 點數 | 醫令代碼 p4109C、P4110C: 請填 0。 |
| △ | p12 | 執行時間-起 | 1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C: 請填保險對象收案日期, 填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C: 請填保險對象追蹤日期, 填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C: 請填與醫師共同照護當天日期, 填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C: 請填轉介單之轉介日期, 填至年月日。 |
| △ | p13 | 執行時間-迄 | 1. 醫令代碼 P4105C 及 P4106C: 請填保險對象結案日期, 填至年月日。 2. 醫令代碼 P4107C 及 P4108C: 請填保險對象追蹤日期, 填至年月日。 3. 醫令代碼 P4109C: 請填與醫師共同照護當天日期, 填至年月日。 4. 醫令代碼 P4110C: 請填轉介單之轉介日期, 填至年月日。 |
| △ | P14 | 執行醫事人員代號 | 1. 醫令代碼 P4109C、P4110C: 本欄為必填欄位。 2. 醫令代碼 P4109C: 請填結案案件保險對象共同照護之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。 3. 醫令代碼 P4110C: 請填轉介醫師之醫師身分證統一編號或外籍居留證號。 |

藥物相關問題分類

V9.1

© 2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

目前這個分類系統被稱為 PCNE V9.1

通過一些調整，此版本可以與版本 8 相容

中文版翻譯人員：

王慧瑜¹，黃金舜²，葉明功^{3*}

1. 繁體中文版 翻譯人員

1. 奇美醫療財團法人奇美醫院

2. 台灣藥師全國聯合會 理事長

3. 台灣 國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授

校稿人員 葉明功 藥學博士；台灣國防醫學院藥學系暨生命科學研究所教授

Ming-Kung Yeh Ph.D/ Professor National Defense Medical Center

E-mail：mkyeh2004@gmail.com

簡介

1999 年 1 月歐洲藥事照護聯盟協會(PCNE)在工作會議期間，構建了一個藥物相關問題(DRPs)分類方案，而此分類方案是一整套工具中的一部分。這套工具包括分類系統、報告表格和案例的培訓或驗證。此分類系統是經過定期的驗證和調整的。目前 V9.0 版本是在 2020 年 2 月專家研討會制定的，與 V8 版本相容(做了一些適應性調整)。由於一些主要部分已被修訂，因此與 V8 之前的版本不再相容。

此分類系統可用於研究 DRPs 的性質、流行率和發生率，也可作為研究藥事照護成果過程中的一個指標。換言之，PCNE 可協助醫療保健專業人員在藥事照護過程中將藥物相關問題的資訊做成記錄。在這個分類系統中，藥物皆使用“藥”(drug)一詞，而其他人可能會使用“藥品”(medicine)一詞。PCNE-DRP 階層式的分類方式是以該領域中其他相類似工作為基礎的，與現行的其他系統的主要不同之處在於它將藥物相關問題的“問題”從“原因”中分離出來。品質控制專家將會發現，在本系統中所描述的“原因”其實就是人們常說的“用藥錯誤(Medication error)”。

以下 PCNE 對 DRP 的定義是此分類系統的基礎：

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

目前本分類系統的基本分類包括：[問題]的分類有 3 個主要方面，[原因]的分類有 9 個主要方面，[介入]的分類有 5 個主要方面。

然後，在這些主要分類之外，也有更詳細的分組，[問題]有 6 個分組，[原因]有 38 個分組，[介入]有 17 個分組，[介入方案的接受程度]有 10 個分組。這些分組可以被看作是對主要分類方面的進一步解釋。

在 2003 年，增加了一個指標來評價[問題]是否解決或解決到什麼程度，包含 4 個主要方面和 7 個分組。

基本分類 (Basic classification)

| | 編碼 V9.1 | 主要面向 |
|---------------------|------------|---|
| 問題 (包括潛在的) | P1 | 治療效果 已存在的（或潛在的）藥物治療效果（或無效）問題 |
| | P2 | 治療安全性 病人遭受，或可能遭受，來自藥物的不良事件 |
| | P3 | 其他 |
| 原因 (包括潛在問題的可能原因) | C1 | 藥物選擇 藥物相關問題的原因可能與藥物選擇有關 |
| | C2 | 藥物劑型 藥物相關問題的原因與藥物劑型有關 |
| | C3 | 劑量選擇 藥物相關問題的原因可能與劑量方案選擇有關 |
| | C4 | 治療療程 藥物相關問題的原因與治療療程有關 |
| | C5 | 調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調劑過程有關 |
| | C6 | 藥物使用過程 藥物相關問題的原因是與病人從醫療專業人員或從照護者取得藥品的流程有關，儘管（在藥物標籤上）已經有適當的說明 |
| | C7 | 病人相關 藥物相關問題的原因可能與病人和他的行為有關（故意的或無意的） |
| | C8 | 病人轉診相關 藥物相關問題產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉換或是同一醫療機構內的轉換相關。 |
| | C9 | 其他 |
| 計畫介入 | I0 | 未介入 |
| | I1 | 醫生層面 |
| | I2 | 病人層面 |
| | I3 | 藥物層面 |
| | I4 | 其他 |
| 介入方案的接受 | A1 | 介入被接受 |
| | A2 | 介入未被接受 |
| | A3 | 其他 |
| DRP 狀態 | O0 | 問題狀態不明 |
| | O1 | 問題已被解決 |
| | O2 | 問題已部分解決 |
| | O3 | 問題沒有解決 |

問題類別 (Problems)

| 主要面向 | 編碼 V9.1 | 問題 |
|--|------------|---------------------------------|
| 1. 治療效果 已存在的（或潛在的）藥物治療效果（或無效）問題 | P1.1 | 藥物治療無效 |
| | P1.2 | 治療效果不佳 |
| | P1.3 | |
| 2. 治療安全性 病人遭受或可能遭受的藥物不良事件 註：如果沒有具體的原因，可以跳過[原因]類別分類 | P2.1 | （可能）發生藥物不良事件 |
| 3. 其它 | P3.1 | 不必要的藥物治療 |
| | P3.2 | 不確定的問題或抱怨，需要進一步說明(請僅當無法明確分類時使用) |



潛在的問題



明顯的問題

原因類別(包括潛在問題的可能原因)

註：一個問題可以有多個原因

| 主要面向 | | 編碼 V9.1 | 原因 |
|---------------------------------|---|------------|-----------------------------|
| 處 方 與 藥 品 選 擇 | 1. 藥物選擇 (潛在) 藥物相關問題的原因與藥物選擇(由病人或醫療專業人員)有關 | C1.1 | 不適當用藥(依據指南或處方集判斷) |
| | | C1.2 | 無藥品適應症 |
| | | C1.3 | 不適當的藥品併用(或藥品與中草藥；或藥品與膳食補充劑) |
| | | C1.4 | 不適當的重複使用治療組合或有活性成分的藥物 |
| | | C1.5 | 儘管存在適應症，未給予藥物治療或沒有給與完整的藥物治療 |
| | | C1.6 | 同一適應症使用太多種不同的藥物/活性成分 |
| 品 選 擇 | 2. 藥物劑型 DRP的原因與藥物劑型有關 | C2.1 | 藥物劑型/配方不適宜(對該病人而言) |
| | 3. 劑量選擇 DRP的原因與劑量或服用量的選擇有關 | C3.1 | 藥物劑量過低 |
| | | C3.2 | 單一活性成分的藥物劑量過高 |
| | | C3.3 | 給藥頻次不足 |
| | | C3.4 | 給藥頻次過多 |
| 調 配 | 4. 治療療程 DRP的原因與治療療程有關 | C4.1 | 療程過短 |
| | | C4.2 | 療程過長 |
| | 5. 調劑 藥物相關問題的原因可能與醫囑和調配過程有關 | C5.1 | 處方藥物無法獲得 |
| | | C5.2 | 未提供必要的資訊，或提供錯誤資訊 |
| 使 用 | 6. 藥物使用過程 DRP的原因是與病人從醫療專業人員或從其他照護者取得藥品的流程有關，儘管已經有適當的說明(在藥物標籤/表單上上) | C6.1 | 醫療專業人員之給藥時間或給藥間隔不適當 |
| | | C6.2 | 醫療專業人員給與藥物劑量不足 |
| | | C6.3 | 醫療專業人員給予藥物過量 |
| | | C6.4 | 醫療專業人員未給與藥物 |
| | | C6.5 | 醫療專業人員給與了錯誤的藥物 |
| | | C6.6 | 醫療專業人員給藥途徑錯誤 |

| | | | |
|--------|---|-------|--------------------------------|
| 使 用 | 7.病人相關 DRP的原因可能與病人和他的行為有關（故意的或無意的） | C7.1 | 病人故意使用/服用少於醫囑的藥物，或出於任何原因完全不服用藥 |
| | | C7.2 | 病人服用了超出處方劑量的藥物 |
| | | C7.3 | 病人濫用藥物（沒有制約的過度使用） |
| | | C7.4 | 病人決定服用不必要的藥物 |
| | | C7.5 | 病人服用有藥物交互作用的食物 |
| | | C7.6 | 病人儲存藥物不適當 |
| | | C7.7 | 病人服藥時間或服藥間隔不適當 |
| | | C7.8 | 病人無意間以錯誤的方式服用/使用藥物 |
| | | C7.9 | 病人因生理因素無法依指示使用藥物/劑型 |
| | | C7.10 | 病人無法正確理解服藥說明 |
| | 8. 病人轉診相關 DRP產生的原因可能與病人在初級、二級和三級醫療機構的轉診或是同一醫療機構內的轉換相關。 | C8.1 | 藥物重整問題 |
| 9.其他 | | C9.1 | 沒有進行或沒有適當的療效監測（如TDM） |
| | | C9.2 | 其他原因；詳細說明 |
| | | C9.3 | 沒有明顯的問題 |

介入方案類(Interventions)

註：一個問題可能導致多個介入方案

| 主要面向 | 編碼 V9.0 | 介入 |
|-----------|------------|-------------|
| 未介入 | I0.1 | 未介入 |
| 1.醫生層面 | I1.1 | 僅知會醫生 |
| | I1.2 | 醫師要求資訊提供 |
| | I1.3 | 提供介入方案給醫師 |
| | I1.4 | 與醫師討論介入計畫 |
| 2.病人層面 | I2.1 | 病人(藥物)諮詢 |
| | I2.2 | (僅) 提供書面資料 |
| | I2.3 | 將病人轉介給處方醫生 |
| | I2.4 | 口述給家庭成員/照顧者 |
| 3.藥物層面 | I3.1 | 藥物調整為… |
| | I3.2 | 劑量調整為… |
| | I3.3 | 劑型調整為… |
| | I3.4 | 使用方法調整為… |
| | I3.5 | 停用藥物 |
| | I3.6 | 啟用新藥物 |
| 4.其它介入或行為 | I4.1 | 其它介入 (詳細說明) |
| | I4.2 | 副作用通報給相關部門 |

介入方案的接受類別(Acceptance)

註：每一個介入方案被接受的程度

| | 編碼 V9.1 | 執行情況 |
|----------------------|------------|--------------------|
| 1. 介入被接受(醫生或患者) | A1.1 | 接受介入方案並完全執行 |
| | A1.2 | 接受介入方案，部分執行 |
| | A1.3 | 接受介入方案，但並未執行 |
| | A1.4 | 接受介入方案，但不清楚是否執行 |
| 2. 介入未被接受(醫生或患者) | A2.1 | 未接受介入方案：不可行 |
| | A2.2 | 未接受介入方案：不贊同 |
| | A2.3 | 未接受介入方案：其它原因(詳細說明) |
| | A2.4 | 未接受介入方案：不清楚原因 |
| 3. 其它 (沒有接受情況的信息) | A3.1 | 提出介入方案，但不清楚是否被接受 |
| | A3.2 | 未提出介入方案 |

DRP 狀態類別

註：這部分反映了介入措施的結果。

一個問題(或者介入措施)只能產生一個解決問題的狀態

| | 編碼 V9.1 | 介入的結果 |
|--------|------------|----------------|
| 0.不詳 | O0.1 | 問題狀態不明 |
| 1.解決 | O1.1 | 問題已全部解決 |
| 2.部分解決 | O2.1 | 問題已部分解決 |
| 3.沒有解決 | O3.1 | 問題沒有解決，病人不合作 |
| | O3.2 | 問題沒有解決，醫生不合作 |
| | O3.3 | 問題沒有解決，介入無效 |
| | O3.4 | 沒有必要或沒有解決問題的可能 |

PCNE V9.1 藥物相關問題分類

輔助

© 2003-2019 歐洲藥事照護聯盟協會

此分類系統可免費用於藥事照護的研究與實踐，只需告知 PCNE 協會其使用和結果的驗證，該分類系統可提供 word 及 PDF 版本。

通訊處：info@pcne.org

此輔助文檔是用於協助 PCNE V9.1 分類系統的說明

在 PCNE 分類系統查詢或選擇編碼

藥物相關問題是指一個實際存在或可能存在的影響健康保健結果的藥物治療事件或情況。

使用 PCNE 分類系統時，重要的是需要將實際存在(或潛在的)的問題

(影響或可能影響治療結果的)原因區分開。通常這些藥物相關問題(DRPs)是由某種類型的錯誤引起的，例如處方錯誤、用藥錯誤或服用錯誤，也可能根本沒有錯誤。還有，某個用藥錯誤並不一定會導致 DRPs，因此可能沒有問題或問題可能是潛在發生的。原因通常是導致(或將導致)DRPs 的某些行為，其中最常見的就是用藥錯誤。某個原因或者原因和問題的混合通常會導致一種或多種的介入方案。

依據資訊需求的程度，此分類系統有兩種使用方式：如果僅用於研究目的，則系統中的“主要方面”的分類資訊就足夠了，如果是用於記錄藥事照護的實踐活動，則系統中的“亞組”資訊就非常的實用。

問題部分(P 編碼)

基本上，問題被定義為“在藥物治療過程中，預期或非預期的發生或可能發生的錯誤事件或狀況”。問題分類有 3 個主要方面。下面的描述有助於找到正確的問題點：

| | |
|------------------------------|-----|
| 臨床治療效果不及預期或沒有被治療 | 見P1 |
| 病人在正常劑量中發生藥物不良反應(ADR)或發生毒性反應 | 見P2 |
| 治療中似乎沒有任何錯誤，但有其他問題存在 | 見P3 |

原因部分(C 編碼)

每一個問題(或潛在問題)的發生都有原因，這原因是一種行動或行為(或缺少了某種行動或行為)，而導致潛在或真實的問題發生。一個問題可能有多個(潛在的)原因所導致。

| | |
|--|-----|
| 藥物相關問題的原因與藥物選擇有關 | 見C1 |
| 藥物相關問題的原因與劑型選擇有關 | 見C2 |
| 藥物相關問題的原因與劑量或給藥時間的選擇有關 | 見C3 |
| 藥物相關問題的原因與治療療程有關 | 見C4 |
| 藥物相關問題的原因與處方和調劑過程有關 | 見C5 |
| 藥物相關問題的原因是與患者從醫療專業人員或從照護者給藥流程有關，儘管(在藥物標籤上)已經有適當的說明 (主要用於醫院或家庭照護護理人員) | 見C6 |
| 藥物相關問題的原因與患者個性或其行為有關 | 見C7 |
| 藥物相關問題的原因與患者在不同治療場所或科室轉換相關(治療連續性) | 見C8 |
| 其他 | 見C9 |

介入方案類別(I 編碼)

一個問題通常會導致一個或多個介入措施來糾正產生該問題的原因。

| | |
|----------------------|-----|
| 有或可能沒有介入 | 見I0 |
| 通過開處方的醫生進行介入 | 見I1 |
| 通過患者、患者的護理人員或者親屬進行介入 | 見I2 |
| 直接通過調整藥物或調整藥物的使用方法介入 | 見I3 |
| 其它介入方案 | 見I4 |

介入建議的接受程度類別(A 編碼)

在這部分，你可以指出針對患者或開處方醫生的介入建議是否已被接受。

| | |
|-------------------------|-----|
| 干預已被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生) | 見A1 |
| 干預未被接受(被干預的人為患者或開處方的醫生) | 見A2 |
| 沒有介入方案或不知道方案是否被接受(沒有資訊) | 見A3 |

DRP 狀態類別(O 編碼)

這個部分在之前的版本中被稱為“結果”，它可用來記錄問題是否被解決。為了進行評估，最好能指明問題是否已經由一個具體的介入方案而被解決(編碼 I)，方案是否不被醫生或患者接收，部分接受還是完全被接受(編碼A)。

| | |
|---------|-----|
| 問題完全被解決 | 見O1 |
| 問題部分被解決 | 見O2 |
| 問題沒有解決 | 見O3 |