

103 年「全民健康保險高診次藥事照護」試辦計畫

- 一、依據：全民健康保險會(以下稱健保會)103 年度全民健保醫療費用總額協商暨第 1 屆 102 年第 3 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訪視，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、收案條件(給付對象)：
 - (一) 前 1 年(10110~10209)申報門診就醫次數 ≥ 90 次(排除牙醫、中醫、復健及精神科就醫次數)者，排除已參加「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」及重大傷病、死亡者後，依序篩選：
 1. 具有 2 種以上慢性疾病者，其在 ≥ 2 家院所領取 ≥ 13 張慢性病連續處方箋者，列入第一優先輔導個案。
 2. 藥費在前 50 百分位且就醫院所家數 ≥ 6 家者，列入第二優先輔導個案。
 3. 半數以上處方箋之藥品品項 ≥ 6 種者，列入第三優先輔導個案。
 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) 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個案。
- 五、實施期間：103 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日。
- 六、預算來源：103 年全民健保醫療費用總額協商其他部門預算之(非屬各部門總額支付制度範圍)項目 2. 全民健保高診次民眾

就醫行為改善方案-藥師居家照護，全年經費 5,400 萬元。

七、預期目標及成效：

- (一) 103 年預期輔導對象至少為 7,000 人。
- (二) 預期輔導成效：以個案開始輔導至 103 年 12 月 31 日，與前 1 年同期比較，門診醫療費用降低 14% 以上。
- (三) 監測指標：對藥師回應比率 (CC%)：目標達 50 %。(公式：所有個案 CC 的量 / 所有個案 BB 的量)。備註：BB：建議醫師或病人用藥事項代碼。CC：醫師或病人回應藥師建議事項代碼。

八、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 101 年及 102 年兩年未有停止、終止特約或不予特約之紀錄，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，其輔導之保險對象，門診醫療費用與前 1 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。

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) 選收案程序：

1. 藥師全聯會將保險人分區業務組提供之輔導對象資料（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輔導對象及對應之藥事人員（所轄保險人分區業務組必要時亦參與協調）。可考量依地緣關係配對照護之輔導對象，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、藥事人員及其輔導對象名單後，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輔導對象屬於偏遠地區之個案，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。
2. 保險人應發送關懷函（樣張如附件 1）予輔導對象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、聯絡電話及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。
3. 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，配合提供輔導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輔導對象。
4. 藥事人員不得拒絕指定收案名單或無故中斷輔導。
5. 最後收案截止時間為 103 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個

案，不在此限。另 103 年 4 月 30 日前未完成第 1 次聯繫之個案，於 103 年 5 月 31 日前進行重新配對選案，但選案日期仍不得晚於 103 年 6 月 30 日。藥師全聯會應於 103 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後，其所輔導之個案停止輔導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，應注意特殊個案之排除程序及為保障個案隱私，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）。
7. 保險人分區業務組除提供已配對之輔導對象最近 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外，另於 7 月及 10 月分別提供上開欄位之資料，以利藥事人員評估其輔導成效並修正輔導之方向。

（二）輔導程序：

1. 進行輔導前，藥事人員應將個案用藥情形彙整完整藥歷及個案相關資料，預作準備，以建立完整資料提供保險對象更適之藥品專業輔導。
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。若遇有保險對象申訴或疑義時，保險人得向藥師全聯會調閱上開資料查核。
4. 輔導次數上限：每位輔導對象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；藥事人員輔導每一個案，全年

以申請 8 次藥事照護服務費為上限，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」回饋醫師參考，並請醫師依所附回執聯填寫回復；必要時，藥事人員可陪同輔導對象就醫與醫師討論用藥事宜。
 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各區最新收案人數及藥事人員人數或相關輔導數據予保險人。
 7. 藥事人員輔導訪視個案之地點，應以保險對象之要求地點為優先考量，訪視地點得為保險對象家中、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，輔導期間輔導對象如為死亡、昏迷、失蹤、遷移（指輔導對象遷移至其他分區）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個案、藥事人員及藥局負責人，以了解藥事人員執行藥事居家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：

1. 採「論次計酬」支付，每一保險對象每月以訪視 1 次為原則、全年申請 8 次為上限。各項支付點數如下：
 - (1) 至保險對象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) 由保險對象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」）。每次至少 30 分鐘，並應完成書面報告及註明輔導起訖時間。

(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）、103 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」），但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，每點支付金額皆為 1 元。

3. 每位藥事人員收案人數以 140 位個案為上限。

(二) 申報方式：藥事人員於每月 20 日前，須將上個月所有藥事照護個案的資料(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，並作為給付藥事人員相關費用之依據。另若資料有訪視時間重疊或其他涉虛浮報之疑義，保險人分區業務組應依全民健保之相關規定辦理。

(三) 對於僅接受第一次訪視、拒絕後續輔導之個案，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 次藥事居家照護費，惟此類個案將不列為收案名單，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：以藥事人員收案輔導個案之個別開始輔導當月起至 103 年 12 月之門診醫療費用與前 1 年同期比較，其門診醫療費用下降達 16% 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：以本計畫之經費扣除論次計酬費用為總獎勵金額，惟以本計畫經費之5%為上限。若本計畫總節省點數之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) 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，保險人除不予支付是項費用外，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104年1月20日前未申報103年度本計畫之費用者，不予支付，另年度補報案件則以104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輔導對象未遇而改為訪視其家屬親友等且申報費用者，不予支付。
 5. 上開未盡事宜，則依全民健康保險法相關法規辦理。

十四、其它事項：

- (一) 輔導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，以確保輔導對象之隱私。
- (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. 該藥事人員經保險對象申訴(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. 藥事人員因輔導對象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：執行成果報告應包含基本架構與實施方式、輔導資料、輔導對象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，並針對輔導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 個案詳細輔導過程及用藥情形暨輔導結果與成效(附件 4)。藥師全聯會應於期中(103 年 8 月 30 日前)及期末(104 年 3 月 1 日前)報告執行成果報告予保險人，並於健保會提報執行情形。

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事人員拜訪您，除了提供您用藥之諮詢服務以外，還幫您整理藥品來保障您的用藥安全。
- 三、前開藥事人員，攜帶有中華民國藥師公會全國聯合會核發識別證件，姓名為○○○，以利辨識，聯絡電話為○○○○○○○○○○。該位藥事人員在訪視前，會先與您電話聯絡。您可與該位藥事人員約定在您家中、指定之公開場所或至該藥師執業之○○○藥局洽談。另為確保藥事人員提供醫療服務之正確性，也請您於接受藥事人員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。
- 四、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

103 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居家照護之目的，我已瞭解參加健保署的「藥事照護」試辦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 103 年 月 日

附件 3-藥事照護報告書

個案基本資料：

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：
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		訪視起迄時間/地點：	
藥師提出報告日期：			

項目	原因/內容/發現之問題
<input type="checkbox"/> 第 次訪視個案	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"/> 個案不願接受照護，原因：
<input type="checkbox"/> 第 次訪視發現/解決之問題	<input type="checkbox"/> 個案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 ≥ 14 為慢箋， < 14 天為短期用藥) <input type="checkbox"/> 共有多少項醫療問題/疾病？ 項 <input type="checkbox"/> 個案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、非醫師處方的藥、保健食品共 種 <input type="checkbox"/> 將藥品整理成七日藥盒(沒有就不要勾選) <input type="checkbox"/> 發現有藥物治療相關問題 項 <input type="checkbox"/> 填寫與醫師溝通之用藥問題 張

醫師診斷	藥師訪視後發現之醫療問題與家庭環境狀況

藥師發現到的病人用藥問題(配合度/儲存/用藥技巧)、對病人(照顧者)之教育事項

(AA 碼)病人用藥問題描述	(BB 碼)教育事項

對醫師之建議：

病人疾病控制/追蹤療效之議題	藥師之建議
(AA 碼)藥物治療問題之描述	(BB 碼)藥師建議之解決辦法

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。

**若有未列出之問題種類，請告知中華民國藥師公會全聯會(以下稱藥師全聯會)督導，以更新版本。

* 藥事人員建議醫師用藥之溝通事項 (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

* 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 醫師採用治療性取代
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。

* 與個案溝通內容 (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	

* 個案回應結果 (CC 碼)

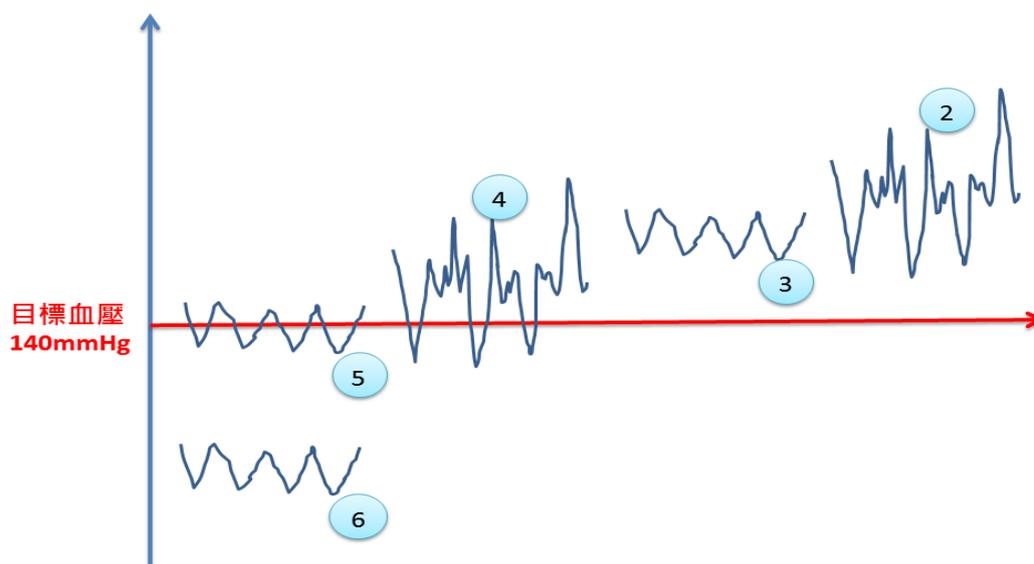
51 減少門診就診次數	61 仍經常去門診，沒減少就診次數
52 較依指示時間服用藥品	62 仍不按指示時間服用藥品
53 給藥技巧更正確	63 給藥技巧仍不正確
54 較不會忘記服藥	64 仍較會忘記服藥
55 較正確使用 OTC 藥/保健食品	65 仍不正確使用 OTC 藥/保健食品
56 會使用促進健康/預防疾病措施	66 仍不會使用促進健康/預防疾病措施
57 具有較正確用藥知識	67 仍沒有正確用藥知識
58 使用較正確生活形態/自我照顧	68 仍未改善生活形態/自我照顧
59 能依醫囑正確用藥	69 仍不能依醫囑正確用藥

**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:_____

個案剛開始狀況	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 (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				個案對藥師的態度							

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/個案行為改變情形			
	醫師處方用藥	1	()		()			()		
		2	()		()			()		
		3	()		()			()		
個家用藥行為	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【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 (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)，P4104C(特約藥局)
△d38	藥事服務費點數	P4101C填1,000，P4102C填1,200，P4104C(個案至藥局接受藥事服務)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