**全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案**

**(子方案一)臨床藥事照護方案**

**問答集**

1080423第一版

1080618第二版

1100201第三版

 1140324第四版

| 項次 | 問題(Q) | 說明(A) |
| --- | --- | --- |
| 申報方式 |
| 1 | 符合方案執行資格之藥師，經何程序始得申報本方案之臨床藥事照護費？ | 符合方案執行資格之藥師，需由醫院藥事主管推薦後，由執行醫院函文將資料送至中華民國藥師公會全國聯合會(以下稱藥師全聯會)，再由藥師全聯會負責召集審查會議，邀請藥師全聯會、社團法人臺灣臨床藥學會及台灣醫院協會（需有各層級）推薦代表進行審查，並由藥師全聯會將審核通過名單函送保險人核備後，始得申報本方案之臨床藥事照護費。 |
| 2 | 已審核通過之藥師更換執業地點，是否該重新審核？ | 1. 藥師若更換執業地點，新執業地點之醫院應檢具相關證明向藥師公會全國聯合會提出更改執業地點之報備~~。~~，並由藥師公會全國聯合會提供保險人審查參考。
2. 因提供門診臨床藥事照護，照護內容異於一般/重症加護病床臨床藥事照護，故若屬前述照護內容之更換，須再重新向藥師公會全國聯合會提出藥師資格審核。
 |
| 3 | 本子方案P6301B~~及~~、P6302B及P6303B屬哪種費用類別？ | 本子方案P6301B~~及~~、P6302B及P6303B皆屬於治療處置費。 |
| 4 | 含本方案P碼之案件，案件分類應如何申報案件分類？  | 皆按原案件分類申報。 |
| 5 | 醫令類別與單價該如何申報？ | 1. 申報醫令編號「P6301B、P6302B及P6303B」時，其醫令類別請填報「G-專案支付參考數值」。
2. 因本署將按季辦理本方案P碼之費用結算作業，故P碼申報方式如下：
3. 醫令單價、點數：請填報0。
4. 總量及成數：按申報邏輯規範，若醫令代碼為G，醫令總量及成數也必需填報0。
5. 醫令執行醫事人員代號：執行臨床藥師ID(需與VPN登錄的執行臨床藥師ID相同)。
6. 醫令執行時間-起及執行時間-迄，需填報至年月日。
 |
| 6 | 若原案件為DRG案件，是否可以單筆補報本方案醫令？ | 可以。 |
| 7 | 病人入住加護病床期間，若藥師照護介入3日，應如何申報？ | 若1次介入欲申報3人日，請報3筆「P6301B」，為清楚是哪一天介入，3筆「P6301B」的執行起日及執行迄日都一樣，才能視為同一次介入。例如：3/1介入照護，欲申報3人日，即報3個「P6301B」，執行起日皆為3/1、執行迄日皆為3/3。 |
| 8 | 病人入住一般病床期間(30日以內)，應如何申報？ | 入住30日以內者，每位病人每次一般病床臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日，請報1筆「P6303B」，最高得報3筆。

|  |  |
| --- | --- |
| 一般病床入住日數 | 可申報日數 |
| 1 | 1 |
| 2 | 2 |
| 3 | 3 |
| 4~30 | 3 |

 |
| 9 | 病人入住一般病床期間(超過30日)，應如何申報？ | 入住超過30日者，每30日至多申報1筆「P6303B」。

|  |  |
| --- | --- |
| 一般病床入住日數 | 可申報日數 |
| 31 | 3+1 |
| 60 | 3+1 |
| 61~90 | 3+2 |

依此類推 |
| ~~8~~10 | 一般/重症加護病床住院病人若同日接受兩次臨床藥事照護介入應如何申報？ | 1. 同病人同日多次之臨床藥事照護介入僅得認定為1次介入，如：A病患1/5上午、下午各有一次臨床藥事照護介入，以1次介入認定。
2. 1次介入至多可申報3人日之重症加護臨床藥事照護費。若不同天介入照護後的申報人日有重疊，1天仍僅給付1人日之重症加護臨床藥事照護費（ex：若3/1介入，申報3人日(即為3/1、3/2、3/3) ;藥師另於3/3介入，申報3人日(3/3、3/4、3/5)，因3/3重疊，故僅給付5人日: 3/1、3/2、3/3、3/4、3/5）。
3. 1次介入至多申報1人日之一般病床臨床藥事照護費。
 |
| ~~9~~11 | 轉出~~ICU~~一般/重症加護病床當日可否算一天 | 1. 比照「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫」規定：凡轉入各階段之日，不論何時，均作一天論，轉出該階段或出院之日，不論何時，其當日不予計算支付點數。舉例如下：

病患3/1轉入~~ICU~~一般/重症加護病床、3/7轉出~~ICU~~一般/重症加護病床，總介入照護天數最多可申報6日(3/7轉出~~ICU~~一般/重症加護病床當天不能算)。1. 延續上題範例，若藥師係於3/6介入照護，則僅可申報1天。
 |
| ~~10~~12 | 若病人於不同~~ICU~~類型一般/重症加護病床轉移，該如何申報？ | 若為同院同天轉入轉出不同類型~~ICU~~一般/重症加護病床，分兩筆登錄VPN，以加護病床為例如下：病患於3/1入住燒傷加護病床、3/5轉入一般加護病床，並於3/10轉出，則於VPN登錄兩筆資料：第1筆ICU起日為3/1、ICU迄日為3/4，藥事介入照護可申報4日。第2筆ICU起日為3/5、迄日為3/10，藥事介入照護可申報5日。(3/10轉出ICU當天不能算)。 |
| ~~11~~13 | 每次臨床藥事照護於申報日數上有何規範？ | 1. 每位病人每次重症加護臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3日之臨床藥事照護費，且須為連續3日。
2. 每位病人的重症加護臨床藥事照護費申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。
3. 每位病人每次的一般病床臨床藥事照護介入紀錄至多申報1日之臨床藥事照護費；住院30日以內者，每次住院至多申報3次，超過30日者，超過部分每30日內至多申報1次之臨床藥事照護費。
 |
| ~~12~~14 | 「重症加護臨床藥事照護費」及「一般病床臨床藥事照護」是否於病人入住~~加護~~病房或住院期間，每日固定支付之費用？ | 「重症加護臨床藥事照護費」及「一般病床臨床藥事照護」以每日為申報單位，惟仍應視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務，始得申報，並非入住~~加護~~病房或住院案件每日固定支付此一費用。 |
| ~~13~~15 | 本方案費用與藥事服務費是否僅能擇一申報？ | 本方案是提供病人用藥連續性的臨床藥事照護，包含提供病人藥品諮詢、評估病人用藥的適當性、監測病人用藥後之療效及藥物不良反應預防及評估等，有別於「藥事服務費」所著重之處方的確認、調劑及交付，故兩者可同時申報，互不影響。 |
| VPN資料登錄 |
| ~~14~~16 | 如何進行VPN登錄？ | VPN登錄方式分為「單筆登錄」與「批次上傳」，批次上傳請以CSV檔案格式匯入，第一列為標題名稱，第二列起為臨床藥事照護介入資料。 |
| ~~15~~17 | 為何顯示「此醫~~療~~院~~所~~代號無此試辦計畫特約核可醫事人員！」之訊息？ | 1. 本計畫需依方案規範之醫療服務提供者資格及申請程序向藥師全聯會申請，並由藥師全聯會函送審核通過名單予保險人，經保險人分區業務組完成院所及參與人員之系統維護後，始得於VPN登錄。
2. 若出現此訊息：
3. 可向藥師全聯會確認院所或參與人員是否通過審核。
4. 若確認已通過審核，可向保險人分區業務組洽詢系統是否已完成維護。
 |
| ~~16~~18 | 「醫師或其他醫事人員是否接受」在批次上傳的代碼 | ~~接受為「1」； 不接受為「 0 」~~1. 醫事人員:

醫師「A」；藥師「B」；護理師「C」；營養師「D」；其他醫事人員「E」1. 是否接受:

是「1」； 否「0 」。 |
| ~~17~~19 | ~~ICU~~一般/重症加護病床入住起日及~~ICU~~病床入住迄日填報方式 | 1. 「~~ICU~~一般/重症加護病床入住起日」必須≧該名照護藥師於HMA註記計畫生效起日(例如：若病人入住日為1/25，藥師計畫生效4/1，故病人入住起日最早只能從4/1開始) 。
2. 「~~ICU~~一般/重症加護病床入住迄日」必須是實際轉出~~ICU~~一般/重症加護病床的日期。
 |
| ~~18~~20 | 批次上傳是否要上傳流水號？ | 不用，流水號會由系統自動帶出。 |
| ~~19~~21 | ~~ICU~~一般/重症加護臨床照護及門診臨床照護分別能登錄幾筆藥事照護資料？ | 1. ~~ICU~~一般/重症加護臨床照護:可登錄多筆介入之藥事照護資料。
2. 門診臨床照護：只能登錄一筆，故請以最主要之照護內容登錄。
 |
| ~~20~~22 | 醫院~~所~~須按月至VPN登錄資料~~，門診的部分~~有規定期限嗎？ | 門診部分請配合該月費用申報時程，VPN登錄資料之完整性，會影響後續費用補付作業，若於該季補付作業時，申報資料無VPN資料可對應者，將不予補付。惟若係~~ICU~~一般/重症加護病床入住期間為跨季者，會等VPN登錄完整資料後，於轉出~~ICU~~一般/重症加護病床該季併同補付。如: ~~ICU~~一般/重症加護病床入住起日為3/5、迄日為5/20，因VPN資料將到5/20才能登錄完整，故整個期間內的臨床藥事服務費會於~~108~~Q2補付。 |
| ~~21~~23 | 若於同醫院~~所~~、藥師、照護個案及同~~ICU~~一般/重症加護病床入住起迄時間，資料如何入檔？會隨提供方式不同而異嗎？ | 若以批次上傳方式，會完全取代原VPN已上傳資料。若以單筆登打方式，會於原VPN已入檔資料項下增列新上傳項目。 |
| ~~22~~24 | VPN上傳資料若有錯誤，院所可否自行修正或刪除？ | 院所可搜尋單筆資料後，予以修正或刪除。 |
| 費用結算方式 |
| ~~23~~25 | 「臨床藥事照護費」(P6301B~~及~~、P6302B及P6303B）費用結算方式？  | 本方案「臨床藥事照護費」(P6301B~~及~~、P6302B及P6303B）係於全民健康保險醫院醫療給付費用總額「醫療給付改善方案」專款項下支應。預算按季均分，以浮動點值計算，且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。若全年各項預算分配尚有結餘時，則於年度結束後，進行該項預算分配之全年結算~~，採浮動點值計算~~，惟每點支付金額不高於1元。 |
| ~~24~~26 | 門診臨床藥事照護給付對象是否包含居家醫療整合照護病人？ | 門診臨床藥事照護給付對象為門診病人，並未包含居家醫療整合照護病人。 |
| ~~25~~ | ~~門診臨床藥事照護之照護對象為2種以上慢性病且用藥品項達5項以上之門診病人，如何界定用藥品項達5項？(1100201修)~~ | ~~5項藥品不限為同一張處方開立，經藥師查對個案處方或查詢雲端藥歷，發現有用藥或處方不適當者，皆可進行照護。~~ |