

全民健康保險高診次者藥事照護計畫

醫藥合作轉介個案機制

2018/01/04

壹、緣起

依據 107 年全民健保高診次者藥事照護計畫，計畫書第四條收案條件(三)，醫師認定需要藥師專業輔導轉介保險對象；第十條輔導程序，藥師輔導個案期間，個案屬慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後轉介至社區醫療群或社區醫院接受診療服務。

貳、相關資料公告及查詢辦法

藥師公會全聯會網頁公告「全民健康保險高診次者藥事照護計畫」計畫內容、社區藥局轉介個案就診單、醫師轉介個案給藥師照護流程及相關表單供下載，並放置本計畫社區藥局以供查詢。

肆、名詞定義：

- 一、本機制所稱之「社區藥局」皆指經健保署審核通過參加本計畫資格之健保特約藥局
- 二、本機制所稱之「藥師」皆指經健保署審核通過參加本計畫資格之藥事人員

伍、辦法及流程：

一、醫師轉介個案辦法及流程(附圖一)：

醫師在病人就診時，認為病人有符合「個案轉介單」(附件一)中之「轉介照護原因」狀況，需有藥師來協助解除病人對用藥的疑惑或對安全性的疑慮，可以在徵求病人同意後填寫轉介單，與病人溝通轉介，由健保署委託社區藥局藥師來作藥事居家照護。

- (一). 醫師將轉介單提供給藥師公會全聯會，並得於信函中註明優先轉介之藥局。
- (二). 全聯會核對個案未有藥師提供居家照護，於收到轉介單 3 日內提供轉介單向健保分區業務組提出申請。
- (三). 健保分區業務組評估是否核可收案結果，回復藥師全聯會。
- (四). 藥師全聯會接獲健保分區業務組審核結果後 3 個工作天內，依病人是否可列案之結果完成下列事項。

1. 對經健保署審查不予列案者，回復醫師不予收案原因。
2. 經健保署審查同意列案者，依病人地緣派案其住處附近的藥局。

(五). 被指派接案的藥師應於接獲指派後 7 個工作天內與個案電話聯繫，決定訪視時間與地點，並與醫師聯繫取得病人的醫療與用藥資訊。

(六). 藥師提供個案第一次的照護：

1. 藥師訪視個案後 3 個工作天內，依訪視記錄做臨床判斷，提出藥物治療問題及解決之意見後，將訪視輸入藥師公會全聯會所建置的照護管理系統並列印藥事照護報告書(附件二)提供轉介醫師參考，若有需與醫師溝通之藥物治療問題，則另以藥事照護溝通單(附件三)。
2. 醫師與藥師討論居家訪視的報告內容，針對問題之解決取得共識，於個案看診時與個案溝通以執行照護計畫，並回復藥師有關溝通聯繫之藥物治療問題的處置情形。

(七). 藥師提供個案第二次(含)以後的照護：依本計畫之輔導相關程序進行，遇有醫師重複開立同一成分或同一類別之藥品，應填具藥事照護溝通聯繫單回饋處方醫師參考。

二、 藥師轉介個案辦法及流程

(一). 藥師對於下列情形得建議病人到社區醫療群或社區醫院接受診療服務

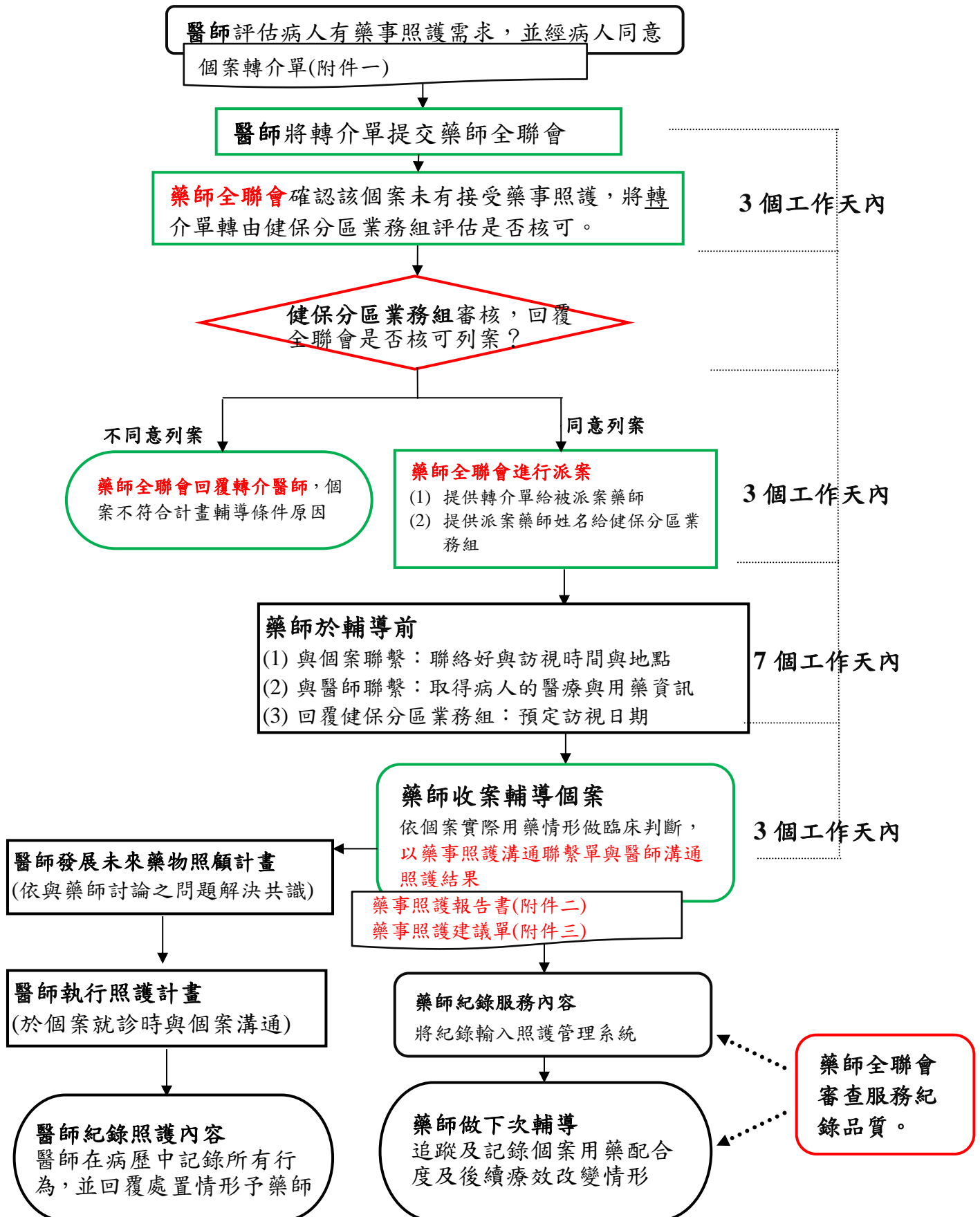
1. 藥師輔導個案期間，個案屬慢性病且病情穩定且於區域醫院層級(含)以上就醫者，藥師得評估個案狀況後進行轉介。
2. 當民眾到社區藥局購買 OTC 藥品、保健食品或諮詢健康相關問題，藥師若發現需要就診，也可建議個案到醫療院所就診。

(二). 藥師轉介個案可用「社區藥局轉介病人就診單」(附件四)，在該轉介單中記錄該民眾就診應告知醫師之資訊，提供病人於就診時提供醫師參考。藥師提供轉介病人就診單，並應影印一份自行留底。

(三). 醫師於個案看診後，回復轉介藥局有關對病人的處置情形，以及對藥師後續提供藥事照護的建議。

醫師轉介個案給藥師照護之流程圖

2017/12/28



健保高診次者藥事照護計畫

個案轉介單(醫師轉介給藥師)

107/01/02

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：		
病人基本資料	姓名：		生日：__年__月__日	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：		
病人需藥師專業照護原因	01. <input type="checkbox"/> 年度就診次數異常(≥8次/月)，需瞭解高就診原因，視需要予以輔導。				
	02. <input type="checkbox"/> 同時使用五種藥品以上，需進行藥物交互作用、治療禁忌等評估。				
	03. <input type="checkbox"/> 病人多科看診，需整合用藥。				
	04. <input type="checkbox"/> 請協助追蹤病人用藥反應，必要時與原轉介單位溝通。				
	05. <input type="checkbox"/> 有三高或其他慢性疾病，需指導自我照護與用藥正確性。				
	06. <input type="checkbox"/> 最近三個月用藥有改變，須做用藥諮詢並做療效/用藥相關問題追蹤。				
	07. <input type="checkbox"/> 甫出院未達三十天，須做用藥諮詢並做療效/用藥相關問題追蹤。				
	08. <input type="checkbox"/> 請做配合度諮詢服務。				
	09. <input type="checkbox"/> 病人有用藥相關問題，請執行用藥指導。				
	10. <input type="checkbox"/> 病人有不識字、語言困難、昏暈、失憶等認知狀況，請協助或確認病人可適當用藥。				
	11. <input type="checkbox"/> 病人有不方便取藥、視力不好、聽力障礙等狀況，請協助或確認病人可適當用藥。				
	12. <input type="checkbox"/> 其他需求：請描述 _____				
	與上列勾選有關的疾病/症狀及用藥之簡述				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 (100pharmcare@gmail.com) 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                                |         |  |        |      |    |

疑似藥物治療問題編碼表(AABBCC)

| 疑似藥物治療問題(AA)  |                   | 疑似藥物治療問題(AA) |                             |
|---------------|-------------------|--------------|-----------------------------|
| ◇ 有需增加藥品治療    |                   | ◇ 藥品不良反應     |                             |
| 11            | 有未治療的狀況或疾病        | 61           | 藥品-藥品交互作用                   |
| 12            | 應給予預防性藥品治療        | 62           | 病人對此藥品過敏                    |
| 13            | 需合併另一藥來加強療效       | 63           | 劑量調整速度太快                    |
|               |                   | 64           | 對病人不安全(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           |
| ◇ 應刪除不需要的藥品   |                   | 66           | 使用不安全藥品(如疑似用藥產生倚賴、成癮或濫用)    |
| 21            | 此藥沒有適應症存在         | 67           | 不正確給藥方式                     |
| 22            | 重覆用藥(同一種藥或同一藥理分類) |              |                             |
| 24            | 用來治療另一藥可避免的副作用    | 護理人員給藥缺失     |                             |
| 25            | 缺乏可支持的檢驗數據        | 71           | 沒有給藥                        |
| 26            | 採用非藥品處置更恰當        | 72           | 給錯藥品                        |
|               |                   | 73           | 劑量或用法錯誤                     |
| ◇ 藥品選擇不適當     |                   | 74           | 給錯服藥時間                      |
| 31            | 藥品劑型不適當           | 75           | 給藥速率太快                      |
| 32            | 有治療禁忌             |              |                             |
| 33            | 有配伍禁忌             |              |                             |
| 34            | 病人對藥品有耐受性或抗藥性     | 自我照護知識不正確    |                             |
| 35            | 還有更有效、安全、方便或便宜的藥  | 81           | 疾病與就醫知識不正確                  |
| 36            | 吃藥時間過於複雜          | 82           | 自我照護技巧/生活型態不佳               |
| 37            | 可選用單一成分藥，不需用到複方藥  | 83           | 使用 OTC 藥/保健食品/中草藥知識不正確      |
| 38            | 從前用此處方藥品療效不彰      |              |                             |
| 39            | 不符合此適應症           | 服藥配合度差       |                             |
|               |                   | 91           | 幾種用藥給藥時間太複雜                 |
| ◇ 藥品在體內的量可能不足 |                   | 92           | 服藥觀念不正確                     |
| 41            | 劑量過低，或血中濃度不夠      | 93           | 不瞭解正確服藥方法                   |
| 42            | 給藥間隔太長            | 94           | 常忘記服藥                       |
| 43            | 治療期間不足            | 95           | 無法吞下或給藥                     |
| 44            | 因交互作用造成劑量降低       | 96           | 應做自我生理監測                    |
| 45            | 給藥方式造成藥量進入體內太少    | 97           | 藥品儲存方式不適當                   |
| 46            | 選用藥品廠牌不恰當         |              |                             |
| ◇ 藥品在體內的量可能過高 |                   |              |                             |
| 51            | 劑量過高              |              |                             |
| 52            | 給藥間隔太短            |              |                             |
| 53            | 治療期間過長            |              |                             |
| 54            | 因交互作用造成劑量過高       |              |                             |
| 55            | 病人肝腎功能不佳          |              |                             |

| 藥師建議醫師用藥之溝通內容(BB) |                                       |    |                            |
|-------------------|---------------------------------------|----|----------------------------|
| 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(總量)                          | 22 | 向原處方醫師確認                   |
| 16                | 建議改變用藥間隔                              | 23 | 建議生化、血液或療效監測               |
| 醫師回應結果(CC)        |                                       |    |                            |
| 11                | 醫師增加藥品來治療                             | 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 | 醫師採用非藥品療法                  |
| 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                                  | 27 | 醫師已逾一個月未回應                 |
| 與病人溝通內容(BB 碼)     |                                       |    |                            |
| 51                | 疾病與就醫知識/對就醫看門診之建議                     | 58 | 自我照護技巧/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                              |    |                            |
| 病人回應結果(CC 碼)      |                                       |    |                            |
| 51                | 減少門診就診次數/疾病或就醫知識較正確                   | 61 | 仍經常去門診，沒減少就診次數/疾病或就醫知識未有改進 |
| 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/自我照護                        | 68 | 仍未改善生活形態/自我照護              |
| 59                | 能依醫囑正確用藥                              | 69 | 仍不能依醫囑正確用藥                 |



整合後之居家目前用藥檔案 (醫師的處方藥、指示用藥、中藥、保健食品)：

| 醫療院所/科別/醫師 | 治療之疾病/使用目的 | 商品名<br>含量/劑型 | 學名 | 劑量/用法/<br>起始日期 | 服用不正<br>確註記<br>(註) | 還有餘藥品<br>項註記(註) |
|------------|------------|--------------|----|----------------|--------------------|-----------------|
|            |            |              |    |                |                    |                 |
|            |            |              |    |                |                    |                 |
|            |            |              |    |                |                    |                 |
|            |            |              |    |                |                    |                 |
| 自備         |            |              |    |                |                    |                 |
| 自備         |            |              |    |                |                    |                 |
| 自備         |            |              |    |                |                    |                 |

備註:只在使用不正確(含用法不明)及有過剩藥品之品項做註記

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)

| 日期<br>指標 | / | / | / | / | / | / | / | / |
|----------|---|---|---|---|---|---|---|---|
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |
|          |   |   |   |   |   |   |   |   |

病人整體疾病控制與用藥問題簡述

|  |
|--|
|  |
|--|

藥師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<br>方用藥 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 其他醫<br>療人員 | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 病人         | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
| 照顧者        | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |
|            | ( )                       | ( )                      |



**本次評值病人的疾病治療效果：**

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

**本次訪視所提供之其他服務項目：**

1. 是否提供用藥分裝服務？  
 否  
 是，個案條件： 多科醫師開處方  用藥用法複雜  配合度有疑義
2. 是否提供餘藥檢核服務？  
 否  
 是，個案條件： 有超過30日用量的慢性病剩藥  有非慢性病用藥超過14日用量藥的剩藥  有症狀解除後無需再使用，或開封已超過半年，且已過期或不知藥品保存有效期限之處方、非處方藥、中草藥或健康食品
3.  陪同就醫
4.  提供社會資源的資訊
5.  轉介就醫
6.  轉介不同職類醫事人員  牙醫  護理師  營養師  社工師  其他：\_\_
7.  其他：\_\_\_\_\_

書寫報告藥師簽名：

### 藥事照護建議單

2018/01/02

|                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 病人姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生年月日：__ / __ / __ 電話：_____ |
| 醫師姓名：_____ 院所名稱：_____ 科別：_____                                                                   |

Dear \_\_\_\_\_ 醫師，您好：

我是\_\_\_\_\_藥局\_\_\_\_\_藥師，本聯繫單是在執行藥事照護時，發現病人有疑似藥物治療相關疑問。茲提供相關資訊，敬請回覆意見，共同為民眾健康與用藥安全而努力。謝謝您！

病人概況(Subjective、Objective)，藥師如何發現問題：

| 藥物治療相關疑問之描(Assessment)                   | 藥師建議 (Care Plan)                         |
|------------------------------------------|------------------------------------------|
| AA 碼：                                    | BB 碼：                                    |
| <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> | <br><br><br><br><br><br><br><br><br><br> |

參考資料來源：藥品仿單 其他：\_\_\_\_\_

藥師：\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_ 日期： 年 月 日

藥師 E-mail：\_\_\_\_\_ 傳真：\_\_\_\_\_

藥師書寫醫師回應 CC 碼：\_\_\_\_\_ .

-----  
醫師回覆內容：

回覆醫師：\_\_\_\_\_ 年 月 日

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計  
使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：02-2595-3856 #133、#134

社區藥局轉介病人到**地區醫院**或**社區醫療群**之診所就診單

2017/12/14 版

|                  |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                           |     |   |
|------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------|-----|---|
| 病人基本資料           | 姓名                                                                  |                                                                                                                                                                                                                        |      | 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齡： | 歲 |
|                  | 身份證號                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |      | 聯絡人                                                       | 關係： |   |
|                  | 聯絡電話                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |      | 住址                                                        |     |   |
| 社區藥局填寫資料欄        | 藥師建議就診原因說明                                                          | <input type="checkbox"/> 病人屬於慢性病且病情穩定且區域醫院層級(含)以上就醫者。<br>慢性疾病名稱：_____，_____，_____<br><input type="checkbox"/> 病人因購買保健食品，藥師發現可能有需要醫師診斷的醫療問題。<br><input type="checkbox"/> 病人希望就近就醫。<br><input type="checkbox"/> 其他：_____ |      |                                                           |     |   |
|                  | 病人概況(Subjective、Objective)，藥師如何發現問題：                                |                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                           |     |   |
|                  | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 檢附目前用藥及過敏藥品記錄 | 建議日期：_____年___月___日                                                                                                                                                                                                    |      |                                                           |     |   |
|                  | 藥局基本資料                                                              | 藥局名稱                                                                                                                                                                                                                   |      | 藥局地址                                                      |     |   |
|                  |                                                                     | 藥師姓名                                                                                                                                                                                                                   | 聯絡電話 | E-MAIL                                                    | 傳真  |   |
| 建議就診醫療院所/科別      | 醫師姓名                                                                | 醫療院所地址                                                                                                                                                                                                                 |      |                                                           |     |   |
| 就診醫療院所回覆欄<br>(註) | 處理情形                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                           |     |   |
|                  | 建議事項                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |      |                                                           |     |   |
|                  | 院所名稱                                                                |                                                                                                                                                                                                                        |      | 聯絡電話                                                      |     |   |
|                  | 醫師姓名                                                                | 科別                                                                                                                                                                                                                     | 醫師簽章 | 回覆日期                                                      |     |   |

註：煩請貴院所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。

本表單為中華民國藥師公會全國聯合會為承辦政府藥事照護相關計畫所設計  
 使用表單或計畫相關問題，聯絡窗口：02-2595-3856 #133、#134