

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

107 年 12 月 20 日健保醫字第 1070017171 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

108 年 3 月 12 日健保醫字第 1080032861 號公告自 108 年 1 月 1 日起生效

壹、方案依據

依據全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、預算來源

本方案由醫院醫療給付費用總額專款「醫療給付改善方案」項下支應。

參、方案內容

一、方案目的

建立醫院端完整的藥事照護模式，加強藥師執行調劑以外的臨床藥事照護，其內容包含輔導個案正確服用藥品觀念外，同時協助醫師達到合理用藥，並強化民眾的用藥安全，間接減少醫療資源的浪費。

二、實施方法及進行步驟

(一)醫療服務提供者資格與申請程序：

1. 醫院資格：

(1) 醫學中心及區域醫院：具有加護病床，配置持續參與該加護病房臨床藥事照護之藥師。

(2) 地區醫院：具有可執行臨床藥事照護之藥師。

2. 執行藥師資格：需同時符合下列條件：

(1) 醫學中心及區域醫院：

A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿 2 年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

B. 過去 1 年中，實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月：須提出連續 6 個月，每個月至少 10 筆的加護病房病人實際照護的病歷或相當之臨床藥學服務相關紀錄為佐證。

(2) 地區醫院：

A. 具藥師資格並於醫院執業年資累計滿 2 年，或臨床藥學士/碩士班臨床藥學所/醫院藥學組畢業。

B. 實際提供藥事照護：須提出過去 1 年中至少 20 筆門診或

(一) 計劃

住院病人實際照護的病歷或相當之臨床藥事照護相關紀錄為佐證。

(3) 符合上述資格之藥師，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。

(4) 執行醫院及藥師資格申請表如附件 1、2。

(二) 照護(給付)對象

1. 醫學中心及區域醫院：加護病房病人。
2. 地區醫院：有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，並經發現有不適當的處方及用藥者。

(三) 藥師執行臨床藥事照護內容（每次均須有藥師簽核之書面或電子紀錄備查）

1. 提供用藥連貫性照護（medication reconciliation），確保病人在轉換不同照護單位時，有連貫性的照護。
2. 評估病人用藥，找出藥品治療問題（如：是否符合適應症、療效、安全性、疏於監測、遵醫囑性問題等）。
3. 新增或替代性藥品或停藥建議。
4. 病人用藥後之療效監測、藥物不良反應預防、偵測、評估與通報。
5. 執行藥品血中濃度監測。
6. 評估病人抗生素及其他藥品使用、劑量及頻次的適當性。
7. 辨識藥品交互作用。
8. 提供藥品諮詢。
9. 加護病房病人因疼痛、躁動和譫妄等症狀使用相關鎮靜止痛藥物之評估。

肆、醫療費用支付

一、預算分配：

(一) 醫學中心及區域醫院：每年 3,500 萬元。

(二) 地區醫院：每年 1,500 萬元。

二、給付項目及支付標準(詳附件 3)：

(一) 醫學中心及區域醫院：

1. 對入住加護病房病人提供符合實施方法及進行步驟之臨床藥事照護，醫院得申報「重症加護臨床藥事照護費(每日)(P6301B)」，每人日支付 220 點。

2. 每位病人每次臨床藥事照護介入紀錄至多申報 3 日之臨床藥事照護費，且申報總日數不得超過病人該次入住加護病房實際總日數。範例如下：

以藥師介入次數 計算申報日數	加護病房 住院總日數	可申報日數
3 次*3 日/次=9 日	12	9
3 次*3 日/次=9 日	5	5

3. 藥事照護介入紀錄須以 SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan) 撰寫型式書寫於病歷，始得申報重症加護臨床藥事照護費用。

(二) 地區醫院：

對於有 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，經發現有不適當的處方及用藥者，提供臨床藥事照護，並須於病歷記載相關照護內容，始得申報「門診臨床藥事照護費(P6302B)」，每件支付 100 點。

三、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明：

(一) 執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。

(二) 醫令類別：填報「G-專案支付參考數值」。

(三) 醫令單價、點數：填報「0」。

(四) 醫令執行時間起及迄需填報至年月日。

(五) 其餘未規定事項，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規定辦理。

四、結算方式：

(一) 本方案之「臨床藥事照護費」(P6301B 及 P6302B)，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。

(二) 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。於年度結束後進行全年結算，採浮動點值計算，惟每點支付金額不高於 1 元。

伍、觀察指標

申報本方案臨床藥事照護費之院所，應按月至健保資訊網服務系統(VPN)登錄觀察指標相關資料，填報內容如附件 4。

● 觀察指標：介入類別的分析以及醫師或其他醫事人員接受率。

分子：醫師或其他醫事人員接受之臨床藥事介入件數。

分母：臨床藥事介入件數。

陸、資訊公開

保險人得於全球資訊網公開參與本方案之醫院名單、獲得本方案臨床藥事照護費用及相關品質資訊供民眾參考。

柒、方案修訂程序

本方案之修訂，屬給付項目及支付標準者，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，由保險人逕行修正公告。