

「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案—藥師居家照護」

試辦方案

初稿(98 年 9 月 2 日)

壹、前言

所謂高診次就診的民眾為每季門診次數 ≥ 50 次之保險對象，依健保局分析，一般多為異常、頻繁就醫者，主要是癌症疼痛、焦慮症等病患。過去健保局多以輔導、勸說為主，但是對於勸導不聽的病患，健保局會指定該病患到「特定的醫療院所」接受治療，否則不予給付。或者採高診次「部分負擔」方式，最早是在民國 88 年 8 月上路，當時規定一年門診超過 24 次者，以後每次加收 50 元（超過 65 歲的老人則自 49 次起算），一年看病超過 157 次者，則加收 100 元部分負擔。但不論是指定該病患到「特定的醫療院所」接受治療，或是高診次「部分負擔」方式，依據健保局經驗對減少和改善高診次民眾就醫次數無實質的幫助。因此，需另外設計由專業人員評估和人性化的關懷和照護的制度，以達到真正實質的改善現況。

健保局長期監測整年就醫次數超過 200 次，或是單季就醫超過 50 次的異常頻繁就醫病患。依據中央健康保險局 97 年共有 2,284 人的就醫次數超過 200 次，幾乎等於每天到醫療院所報到，平均就醫次數 244 次。98 年度 1 至 6 月份異常就醫統計每季門診次數 ≥ 50 次之保險對象歸戶人數約 1,926 人。既然就醫就會領取藥物，依健保局統計，這些人領取了高達 253 萬天份的藥物，他們平均藥費就占平均醫療費用的 26%，總藥費每季更是高達 32,410,274 元，而每季總醫療費用共 122,348,163 元（詳見表一），亦即這些高診次病患每年之健保支付約 619,033,748 元，造成健保財務面的收支無法平衡及醫療資源浪費。

目前社會上約有八百萬慢性病患者，他們可以隨意去找任何醫院或診所的醫師看診，每位專科醫師都很負責地為病患診斷，並開出最適合病患的處方藥。但若病患有三個慢性病，去看三位醫師，每位醫師都開三個藥，但他們都不知道其他醫師開了何藥，因此，病患所吃的九個藥是否有重複用藥、交互作用、治療禁忌等問題存在？沒有任何一位醫療人員知道。

表一：98 年度 1 至 6 月份-- 每季門診次數≥50 次之保險對象分析總表

就醫次數 組距	歸戶 人數 (A)	總藥費(B)	平均藥費 (C)=(B)/(A)	總醫療費用 (D)	平均醫療費用 (E)=(D)/(A)	占率 (G)=(C)/(E)
101 次以上	434	12,429,987	28,641	45,095,605	103,907	28%
91 次~100 次	10	319,560	31,956	870,335	87,034	37%
81 次~90 次	12	209,104	17,425	668,856	55,738	31%
71 次~80 次	54	777,211	14,393	3,167,486	58,657	25%
61 次~70 次	203	2,537,962	12,502	10,311,235	50,794	25%
50 次~60 次	1,213	16,136,450	13,303	62,234,646	51,306	26%
合計	1,926	32,410,274	16,828	122,348,163	63,524	26%

(資料來源：中央健康保險局提供資料)

而民眾是否又看中醫師買中藥、買電台藥在家吃，各醫療人員還是不知道。許多高診次就醫之患者，可能對疾病治療認知不夠，缺乏醫療相關問題諮詢對象，或因為藥物治療問題的存在，藥物治療未達到治療目標，有副作用出現，所以一直尋求醫療照顧而形成高門診就診的個案。藥師公會極希望能貢獻心力協助這些民眾達到理想的藥物治療目標，解除心裡疑惑或壓力，進而改善高就診情形。

藥師在社區傳統的專業角色是調劑處方、提供民眾自我照顧所需的產品。但台灣的藥師法在民國 95 年 3 月經總統公告增修第 15 條的第八款專業職責：藥事照護相關業務。因此，藥師的專業職責從前述調劑功能，現增加一項直接照顧民眾藥物治療的專業功能。藥事照護就是：藥師負責地進行病情與用藥評估、擬定與執行照顧計畫、療效追蹤，以確保病患藥物治療都符合適應症、有效、安全及配合度高，進而提升其生活品質。

所謂藥師直接照顧個別病患的藥物治療，是指藥師主動去收集病患所有疾病與藥物治療的資訊，判斷出是否有藥物治療問題的存在，擬定並執行照顧計畫，而經由持續追蹤療效去照顧病患解決這些問題，期望保護民眾用藥安全並達到健康目標。這種全人照顧，以病人所有疾病與所有用藥為導向的執業，可協助保障病患用藥安全，降低健保局的藥費支出，以及減少醫療資源的浪費(降低門急住診次數)，是藥師對全民及國家的貢獻。

面對健保高就診或高藥品使用量的患者，正是藥師從居家照顧模式可貢獻的所在。因為藥師可運用充分時間來瞭解民眾在家的用藥狀況，解除民眾對疾病治療或用藥的疑惑，經藥師重整所有該吃的藥品變為餐包(或藥盒)形式，可增加民眾用藥的正確性與配合度，同時經由發現藥物治療問題與解決，來增加用藥的安全性。這些過程需要對民眾執行許多自我照顧的教育，就醫與用藥觀念的指導，因而導正其就醫行為。若需要，藥師可代表民眾與醫師溝通其用藥問題，而讓醫師處方更合適民眾使用的藥品。另外，藥師可為民眾準備藥歷書面資料，讓民眾就醫時，能拿出給醫師知道他在家所服用的所有藥品。

為促使醫療資源有效應用，藥物治療能達到更好目標，中央健康保險局研擬開創論人計酬的前瞻性支付制度，鼓勵藥師長時間輔導個別民眾就醫與用藥的觀念，並導入個案管理之模式，制定醫療利用與醫療品質之指標等，來監測高診次民眾就醫行為之改變。為此，中央健康保險局特邀請中華民國藥師公會全國聯合會組成「藥事執業發展小組」，借重其專業及臨床實務經驗，共同規劃高診次民眾或高藥品使用量民眾的照護模式與支付方式。在規劃與執行支付方式之過程，除收集其他國家如澳洲、日本與美國的類似制度與支付制度外，再考量台灣以下現狀訂定本試辦計畫：

- 一、 現有醫療架構下，如民眾接受度，醫師配合度，財務體制是否能充分配合；
- 二、 財務風險分攤之能力及責任歸屬；
- 三、 藉支付制度提升照護體系運作效率的能力，以及誘因充分度；
- 四、 民眾藥物治療問題之發生率、解決問題之藥物與醫療費用節省等藥物流行病學之考量。

由於至目前為止，台灣尚無類似藥事照護之制度與實際運作經驗，如能透過本試辦計畫之運做與評估，驗證成效之達成，找出改善之方向與未來可擴展之服務，使民眾之藥物治療能獲得整體性與高品質之照護，並為規劃未來更多跨專業合作之服務模式的參考，是本試辦計畫最大之期許。

貳、計畫目的

- 一、健保局為高診次民眾增加一項福利專案，派藥師到居家執行藥事照護。成立「藥事執業發展小組」規劃藥師執業模式，制定醫療利用與醫療品質之指標，追蹤測量與記錄成效，從制度面建立完整的服務體系來提升照護品質。
- 二、整合社區藥局與醫院之藥師人力，建立執行與支援之服務架構與財務誘因，運用個案管理模式執行居家藥事服務，以降低高診次或高藥品使用量民眾之就醫行為或藥品使用量，促使醫療資源的合理使用。
- 三、評估不同階段支付制度，如論次計酬或論人計酬，對於高診次或其他服務之運作及成效之影響，以作為日後各類服務之品質監控與支付方式之設計參考。

參、計畫內容

一、參與試辦計畫之人員、資格與工作性質

（一）初期「藥事執業發展小組」全職人員與資格如下表

第一期		
職稱	學、經歷	備註
主任	具碩士或 PharmD 學位者，藥學執業與管理相關領域 10 年以上	具有醫院藥局管理經驗者優先

教師	具碩士或 PharmD 學位者，藥學執業與管理相關領域工作 3 年以上	有藥物治療學教育經驗者優先
教師	大學畢業具藥師身分，藥學執業與管理相關領域工作 5 年以上	有醫院執業經驗者優先
助理	資訊管理相關工作 1 年以上	

於藥師公會全聯會設立專業全職並穩定的教育及發展規劃人力，請他們規劃長照藥師培訓課程之設計與教學；規劃藥事照護執業模式，並從制度面管理此試辦計畫；參考國外類似服務藥師執業法規，擬定台灣藥師執業將面臨的法規條文修正；建立長照藥師執業作業規範與準則，確保所有作業的責任歸屬與權利義務；擬定藥師執業的電腦記錄軟體與成效評估的方法，前導性測試以建立未來執業之依據；設計專業服務的支付制度與收費標準；當作所有長照藥師的學術支援後盾。

（二）居家照護藥師

藥師公會全聯會認為一般藥師有足夠能力執行調劑之專業功能，但要能在長照體系直接照顧民眾之藥物治療，必須通過疾病治療導向之藥事照護再訓練，通過甄審及格，才能參與藥事照護之專業行為。因此，本計畫擬採用經由藥師公會全聯會培訓甄審及格的「長照藥師」來執行長照體系藥事照護之專業服務。他們可能來自社區藥局、醫院藥局、或為了照顧家庭而無法全職工作的藥師、或公務退休但仍期望貢獻的藥師。經過二個月集訓，以充分了解長照藥師的角色，如何執行藥事照顧，如何記錄藥師服務，並呈現出服務成效。甄審辦法由藥師公會全聯會另定之。

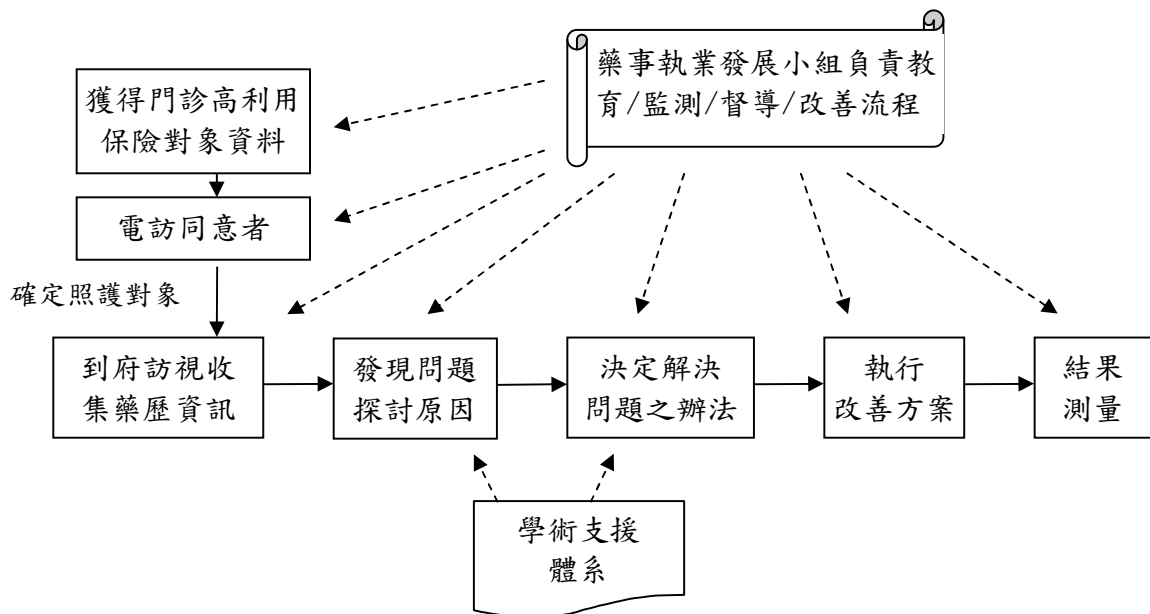
（三）社區藥局或醫院

長照藥師必須要有執業登錄處所，才能成為服務申報與健保給付之對象。執行居家照顧之長照藥師可以兼職於社區藥局或醫院藥局，因此登錄在該處所。

(四) 醫院藥師參與學術支援體系

藥師公會全聯會邀請區域教學醫院以上層級之藥師建立學術支援體系，針對長照藥師所收集資訊，來協助發現問題並討論出最佳解決問題之執行方案，由長照藥師來執行。每一位長照藥師應有一位醫院藥師來協助照顧計畫之擬定，以增加長照藥師藥事照護之執行能力，並確保專業判斷之正確性，增加執行方案之可信度或被接受性。

二、執行架構



三、執行流程

(一) 健保局台北市與北區分局提供高診次與高藥品使用量之民眾資訊

試辦計畫第一年請健保局提供台北縣市、基隆市及宜蘭地區之民眾資訊；第二年提供北、中、南三區域的十二縣市高就診之民眾名單與連絡方式。健保局事先通知該批民眾健保局所設計的新福利方案，也就是讓他們享受額外的藥師服務，會有藥師到他們家中提供照顧，希望一年內能解除他們對醫療與用藥的疑惑，增加服藥配合度，協助達到醫療目標進而提升其健康。高診次之定義；前一年的六個月期間有 50 次以上門住診記錄之民眾。高藥品使用量之定義；前一年的六個月期間持續用

藥之品項數達八個藥(含)以上者。

- (二) 由甄審及格長照藥師先登錄執業處所後，與該社區藥局合作，並選定該區域附近之名單上民眾，與藥師公會全聯會簽約，採論人計酬模式做健保給付。

(1) 建立藥師以病人為中心之照護模式，不採論次計酬，而以持續照顧病患達到治療目標為宗旨。藥師須與醫療團隊互動與溝通，培養照顧病人之默契。(2) 藥師服務之目標：發現藥物治療問題加以解決，降低藥物使用品項，增加病患服藥配合度，增加病患認知在家如何自我照顧，進而降低就醫門急診次數為前一年相同累積月數的 80% 以下。未達此目標者，藥師服務費減 80%。(3) 由藥師公會全聯會依長照藥師居住區域分配名額，藥師針對名單連絡家訪時間後做初次訪視，篩選出可溝通且願意合作之病患，成為確定之照護對象。與藥師公會全聯會簽約開始照護該病患。**初次訪視採論次計酬**。(4) 每一位民眾一年至少訪視十二次。以一個月至少一次為原則。(5) 每次訪視之後須書寫訪視追蹤報告，當作有進行訪視之依據。同時登錄於網路藥事照護系統。(6) 應建立藥歷檔，交予病患一份，當作民眾就醫時給醫師之參考。(7) 每一位藥師一年照顧民眾以 100 人為上限。照顧每位病患一年可獲得 6000 元酬勞(論人計酬)。

- (三) 學術支援之醫院藥師

長照藥師每照護一位民眾可諮詢醫院支援藥師一年三次。採論次計酬方式支付諮詢費。

- (四) 發展網路電腦化藥事照護記錄體系，建立藥歷以及各種介入活動與成效記錄

建立兩套網路登錄體系；管理系統與個案管理系統。個案管歷系統包括有病患藥歷檔、所有發現之藥物治療問題、建議解決方案、醫師回應記錄、電腦自動判定適當劑量/重複用藥/交互作用等功能、列印個人藥歷功能、列印單次服務內容功能、列印用藥指導單張功能等。管理系統由藥事執業發展小組使用，系統性整理出藥物治療問題的所有案件與

影響成效，成效指標的統計。

(五) 計畫執行成效評估

可從健保局獲得病患之前一年各月就診門急診次數、一年各月總藥費及一年各月總醫療花費資料。一年照顧結束後再獲得執行計畫期間的相同資料。兩者可做比對。由於研究執行與結果呈現可能不到一年，可比較兩年同一時段的六～八個月之數據。(1) 觀察高診次民眾就診次數是否降低，是否與前一年比能降低 10% 醫療花費。(2) 觀察民眾使用藥物品項數是否降低，是否與前一年比能降低 10% 藥費。(3) 藥物治療問題的個數是否降低(介入前後比)。(4) 是否有更多民眾達到藥物治療目標(用藥符合適應症、有效、安全、配合度提高)。。

四、支付標準

(一) 藥師初次訪視以確定民眾是否參與、同時衛教用藥觀念

採論次計酬，每次居家訪視 600 元(包含車資與誤餐)。

(二) 學術支援之醫院藥師諮詢費

採論次計酬，每次探討藥物治療問題並提出解決方案 300 元。必須提供諮詢記錄並分析該解決方案可節省多少醫療資源的使用金額。

(三) 長照藥師照護一位高診次或高藥品使用量民眾

採論人計酬，每一位藥師一年照顧民眾以 100 人為上限。照顧每位病患一年可獲得 7200 元酬勞。分攤給社區藥局的金額，由藥師公會全聯會約定，從此費用支出。

(四) 「藥事執業發展小組」規劃管理費

每年一次議定金額，由藥師公會全聯會做成本估算提出申請。

(五) 網路電腦化藥事照護記錄體系建置於維持費

每年一次議定金額，由藥師公會全聯會做成本估算提出申請。

五、醫療費用之申報與給付

(一) 長照藥師的論人計酬

若長照藥師將執業登錄於社區藥局，由社區藥局一年提出兩次申報。第一次在開始照顧的第三個月；第二次在照顧的第十個月。健保局依照藥師公會全聯會所提報的照護民眾、負責照護之長照藥師、所登錄之社區藥局資料做審核，第一次給付全額的 70% ($\$6,000 \times 0.7 = 4,200$ 元)。第二次依據降低門急診就醫次數是否達前一年相同累積月數的 90% 以下。未達此目標者，藥師服務費減 20%，而給付與第一次的差額部份 ($\$6,000 \times 0.2 = 1,200$, $6,000 - 4,200 - 1,200 = 600$ 元)。若達目標，則全額再給付剩餘 30% ($\$6,000 \times 0.3 = 1,800$ 元)。

(二) 學術支援之醫院藥師諮詢費

由藥事執業發展小組審核諮詢記錄，完整者，由公會向健保局提出申請，轉發給學術支援藥師。

(三) 藥師初次訪視費

由藥事執業發展小組審核諮詢記錄，完整者，由公會向健保局提出申請，轉發給長照藥師。

(四) 「藥事執業發展小組」規劃管理費

每年一次由藥師公會全聯會提出申請。

(五) 網路電腦化藥事照護記錄體系建置與維持費

每年一次由藥師公會全聯會提出申請。

六、品質監控指標

(一) 結構指標

1. 長照藥師與醫院學術支援藥師之專業資格與經歷。
2. 長照藥師及醫院學術支援藥師與所照顧民眾之比例，各從事本計畫藥事照護相關工作之時數。

3. 各藥師該年度執行繼續教育之時數。

(二) 過程指標

1. 長照藥師對學術支援藥師諮詢之服務品質，依諮詢記錄評估。
2. 個案管理之案件登錄完整性。
3. 與醫師溝通改變處方的接受度。

(三) 結果指標

1. 用健保申報資料庫分析之指標
 - (1) 民眾門急住診次數。
 - (2) 民眾使用健保醫療資源之金額。
 - (3) 民眾使用健保給付藥品之品項數。
 - (4) 民眾藥費金額。
2. 用藥師服務記錄呈現之指標
 - (1) 藥物治療問題個數。
 - (2) 民眾達到藥物治療目標個數。
 - (3) 解決藥物治療問題所節省的藥品費用。
 - (4) 民眾服藥配合度(每月藥盒有幾次未服用 / 該服用次數)。
3. 是否有民眾的家屬也要求藥師提供服務？每月多少新個案？
4. 民眾對藥師服務之滿意度。