

中華民國藥師公會全國聯合會

107年藥事照護計畫_鼓勵醫藥合作轉介獎勵辦法

107/03/26

一、源起：本會為建立醫師與藥師合作共同照護病人，特設此辦法期以鼓勵醫師轉介個案由社區藥師提供照護。本辦法於107年3月29日本會第13屆第19次常務會決議通過。

二、經費：40萬元

三、本會提供轉介相關辦法及表格，由各縣市藥師公會執行其會員及當地醫師進行說明及促進雙方轉介合作。

四、藥師轉介個案就診：鼓勵社區藥局以「社區藥局轉介病人就診單」（附表一）轉介有就醫需求的病人就診以搭建藥師與院所醫師之良好互信友善關係。

1. 轉介流程：藥師將轉介病人就診單給本會，由本會提交給合作之醫療院所相關公協會，再由該公協會派案給其會員。

2. 獎勵辦法及參與資格：本會於年度結束，公開抽出25名2000元禮券（或獎金），共計50,000元。統計各藥師所提交之轉介個案人數，轉介人數達5人者即可參加抽獎，之後每多轉介10人就多一次抽獎機會。

五、醫師轉介辦法之宣導及流程(參見表一)

(一)、醫師轉介流程：得由醫師或藥師啟動

1. 醫師啟動：由醫師評估病人需藥師專業輔導，提交轉介單(附表二)給本會，由本會派案給藥師提供服務。
2. 藥師啟動：藥師若發現病人需藥師專業照護，提供「高診次計畫」之轉介單(附表二)給醫師並溝通轉介事宜，且可協助醫師將「高診次計畫」之轉介單提交全聯會。
3. 本會將醫師或藥師轉交之轉介單，向健保分區業務組提出高診次計畫收案申請。
 - (1)若分區業務組同意列案，則派案給執行高診次計畫藥師提供輔導
 - (2)若分區業務組不同意列為高診次計畫個案，本會再行派案給有執行其他藥事照護計畫之藥局藥師提供服務。
 - (3)收案照護之藥師依各計畫所制訂之醫藥合作轉介機制，執行對個案之輔導。

六、獎勵醫師辦法

(一)、轉介個案之獎勵:

1. 獎勵金額: 300 元(等值禮券)/個案。
2. 獎勵給付原則，需完成下列事項，方予提供獎勵費用:
 - (1) 醫師轉介之個案，需同意且完成接受本會派案藥師所提供之藥事照護相關服務。
 - (2) 藥師照護前述個案，若有對該個案之問題與原轉介醫師提出建議，該轉介醫師應回復藥師建議。
3. 獎勵之個案人數:
 - (1) 每位醫師獎勵之轉介個案人數最多 5 名
 - (2) 全國獎勵個案數共計 1000 名(額滿為止)
4. 前述名額額滿截止後之獎勵辦法：
 - (1) 獎勵資格: 本年度轉介總人數 \geq 50 位個案之醫師
 - (2) 本會於 12 月底計算後提供名單並製作感謝狀給各縣市藥師公會，由縣市藥師公會舉辦大會等活動時，邀請出席並頒發感謝狀。
 - (3) 本會另編列經費給付補助縣市藥師公會邀請前述醫師之餐費，每位醫師 1000 元(經費不列入本辦法之額度)。

(二). 獎勵費用申請及給付流程

1. 本會製作請醫師簽收之領據，並將獎勵金之同值禮券給予提供醫師轉介個案服務之藥局。
2. 前述藥局將醫師簽收之領據寄回本會。

七、獎勵縣市藥師公會辦法：以是否有執行食藥署計畫分成 2 組競賽，由本會於年底統計各縣市本年度由醫師轉介之個案人數，取各組人數最多之前 3 名，第一名，獎金 2 萬；第二名，獎金 1 萬；第三名，獎金 5 千。未入圍前三名，轉介個案數大於 10 名(含)以上，獎金 2 千。

表一、107 年藥事照護計畫 獎勵醫師與藥師合作辦法(經費 30 萬元)

獎勵個案 案總數	轉介流程	特點	本會轉介個案計畫優先順序	
			(執行之計畫)縣市公會	
1000	1. 醫師填寫轉介單→醫師或藥師將轉介單提交→本會 2. 本會→提交健保署申請高診次計畫 (1) 健保署同意列案高診次計畫→本會派案給高診次計畫藥師 (2) 健保署不同意列案高診次計畫→本會派案給其他藥事照護計畫藥局 3. 藥師向轉介醫師詢問個案情形並聯絡個案接受照護→個案接受藥師服務。	1. 獎勵醫師轉介費用： 300 元/案 2. 個案須經藥師 收案 ，接受社區藥局藥師所提供之照護。 3. 若藥師對醫師所轉介之病人有需與原轉介醫師溝通事宜， 轉介醫師應回應藥師建議 ，方給予獎勵。	1	(健保署高診次計畫)全國所有縣市
			2	(食藥署計畫):宜蘭縣、新北市、桃園市、苗栗縣、台中市、台中市新、彰化縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、澎湖縣
			3	(無)台北市、基隆市、花蓮縣、台東縣、新竹縣、新竹市、嘉義市、台南市南瀛、台南市、高雄市第一、高雄市、屏東縣、金門縣、連江縣

社區藥局轉介病人就診單

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				
	藥師建議就診原因說明 <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。 <input type="checkbox"/> 病人希望就近就醫。 <input type="checkbox"/> 其他：_____							
社區藥局填寫資料欄	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	
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(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：
 電話：02-2595-3856 #133、#134 傳真：(02)2599-1052

健保高診次者藥事照護計畫

個案轉介單(醫師轉介給藥師)

107/03/12修訂版

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
	身分證號：		聯絡人：	
	聯絡電話：		住址：	
病人需藥師專業照護原因	<p>1. <input type="checkbox"/>年度就診次數異常(≥8次/月)，須瞭解高就診原因，視需要予以輔導</p> <p>2. <input type="checkbox"/>有多位醫師在開處方藥給病人，須整合用藥，確認適當性</p> <p>3. <input type="checkbox"/>個案持續一天使用七種藥品以上，須探討是否有交互作用、治療禁忌情形</p> <p>4. <input type="checkbox"/>個案有一些症狀懷疑是藥品不良反應，請確認並教育正確用藥</p> <p>5. 需評估藥品改變對個案影響情形，並提供新用藥品的諮詢服務</p> <p>5.1 <input type="checkbox"/>最近一個月才剛出院</p> <p>5.2 <input type="checkbox"/>最近三個月用藥有重要改變</p> <p>6. 有用藥配合度較差及用藥困難問題</p> <p>6.1 <input type="checkbox"/>個案療效不佳，懷疑常忘記按時吃藥或自行停藥，請提供配合度諮詢服務</p> <p>6.2 <input type="checkbox"/>個案對使用之特殊劑型或給藥器具或療效監測儀器有疑惑，請教育正確用法</p> <p>6.2 <input type="checkbox"/>個案認知有困難，不識字、語言困難、昏暈、失憶，請協助藥品分裝</p> <p>6.3 <input type="checkbox"/>個案肢體有困難，手不方便取藥、視力不好，請協助藥品分裝</p> <p>7. <input type="checkbox"/>個案使用安全性狹窄的藥品，需輔導其對副作用認知及正確用藥</p> <p>8. <input type="checkbox"/>請藥師持續追蹤與解決個案疑似的藥物治療問題</p> <p>9. <input type="checkbox"/>其他：描述_____</p>			
	簡述與上列勾選項目有關的疾病/症狀/檢驗數值及用藥情形			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：_____				

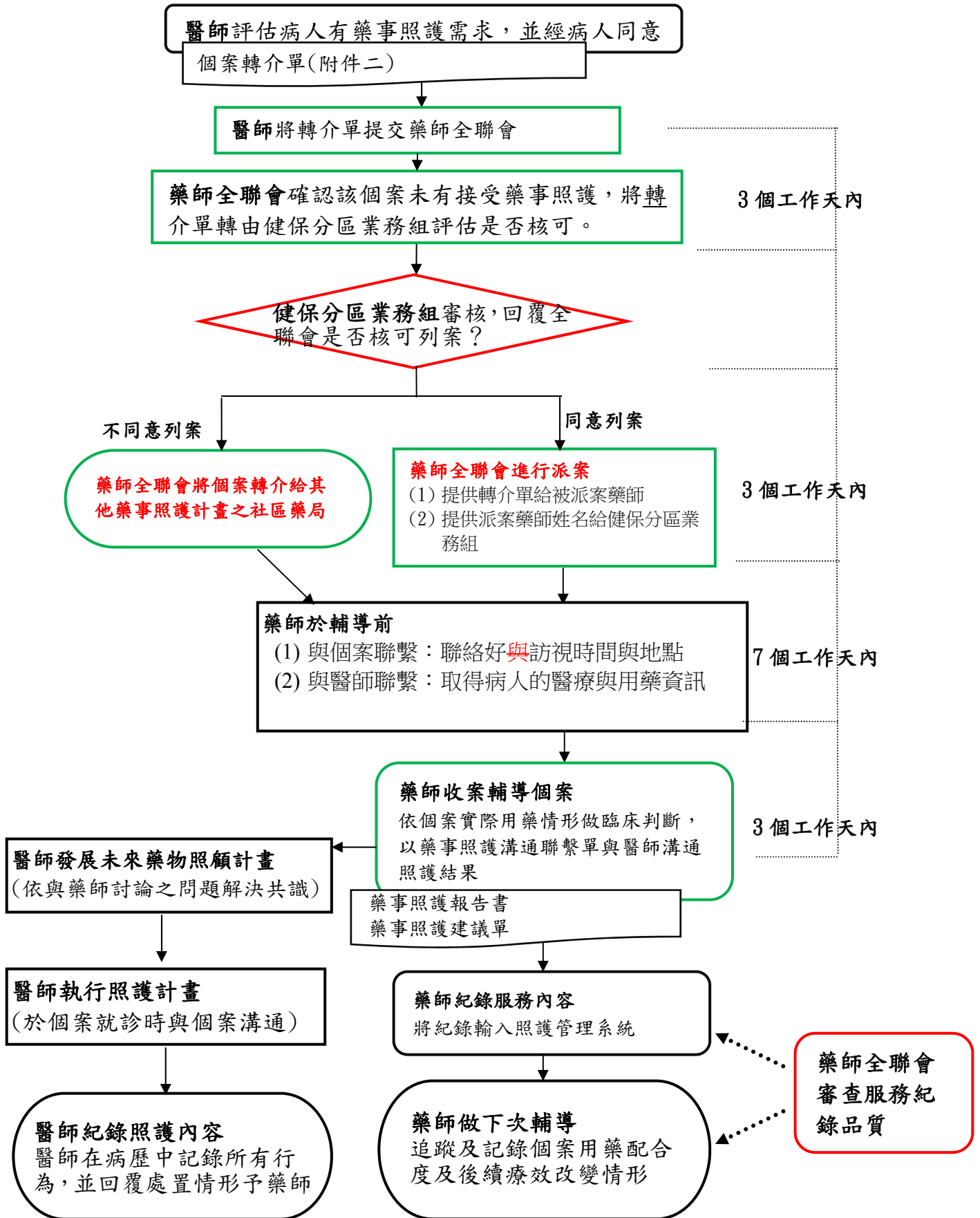
~~~~~以下由接受派案的藥師填寫回覆所屬健保分區業務組~~~~~

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

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

鼓勵醫師轉介個案給藥師提供服務辦法  
醫師轉介個案之派案及照護流程

2018/03/26



圖一、醫師轉介個案給藥師提供藥事居家照護之流程圖