

臺灣臨床藥學會第14屆第3次會員代表大會暨2018年度學術研討會
推動藥事照護價值的具體實現
Promoting the Realization of the Value of Pharmaceutical Care



臺灣健保署給付醫院藥事服務及臨床藥事照護之現況

Current Status of Reimbursements from NHIA for Pharmaceutical Services and Pharmaceutical Care in Taiwan

沈麗娟 博士

中華民國藥師公會全國聯合會 醫院藥師委員會 主委
臺灣臨床藥學會 常務理事
臺大藥學專業學院 院長/教授



107.10.25 通過
108.01公告實施

2019臨床藥事照護全民健保常態給付新紀元

◎文／賴振格

藥事照護 (Pharmaceutical Care) 是以病人為中心，以照護結果為導向的臨床工作，藥師執行藥事照護必須與病人和病人的其他醫療服務提供者共同合作，以促進健康、預防疾病、評估和監控藥物的使用或修改建議，確保治療方案的藥物安全與有效性。

全民健康保險於1995年3月1日開辦迄今23年，有關藥事作業的給付費用，僅有在健保給付項目與支付標準第二部第一章第六節的調劑藥事服務費一個項目，其費用包含調劑過程的處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等事務性工作，因此藥事服務費應屬藥師從事處方調劑的勞務報酬。

2007年，藥師法修法增列「藥事照護相關業務」，開啟藥師對病人提供臨床藥事照護的義務與責任。2009年，藥師公會全國聯合會理事長連瑞猛在健保局費用協定委員會（健保會前身）中提出藥師執行居家臨床藥事照護的訴求，獲得委員們的支持，始於2010年由健保局（健保署前身）提出「全民健康保險高診次保險對象藥事居家照護試辦計畫」，開啟社區藥局藥師進行居家訪視，針對門診高利用（一年看診次數超過100次）的民眾，建立正確用藥觀

念，避免重複就醫和不當用藥行為，間接減少醫療浪費的居家臨床藥事照護。

然而，臨床藥事照護在醫院評鑑早已是評鑑委員查核的重點項目，目前除了藥物血中濃度監測、重症加護病房和一般病房的藥事照護之外，陸續增加了抗凝血劑、糖尿病藥師門診藥事照護、癌症病人化學治療首次療程指導管理、慢性阻塞性肺病吸入劑操作指導等諸多臨床藥事照護項目。醫院臨床藥師本於病人優先的專業責任，兢兢業業地提供無償的臨床藥事照護迄今。

「臨床藥事照護費用」健保常態給付，是歷屆全聯會理事長努力的目標之一。因此，理事長古博仁特邀台灣大學藥學專業學院院長沈麗娟擔任醫院藥師委員會主委，並邀請台灣臨床藥學理事長林慧玲共同參與醫院藥師委員會研議執行醫院臨床藥事照護內容與給付經費等具體方案。授權全聯會共擬會議代表，多次在全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議（共擬會議）發言、爭取共擬會議代表重視臨床藥事照護項目。

106年9月1日健保署召開106年共擬會議第三次臨時會，討論「應用106年醫院總額醫療服務成本指數改變率預算（29.67億元）調整支付標準案」時，全聯會以「提升醫院重症加護病房、一般

病房、抗凝血劑藥師門診藥事照護、癌症病人化學治療首次療程指導管理」等五大項藥事照護，總經費預算8億元（點）的「提升醫院醫療服務品質方案」於會議時提出程序問題，要求併案討論的提議。經出席代表充分討論後，全聯會的提案列入臨時動議，最後決議全聯會再提出具體提案內容及財務影響評估，將併同107年總額協商確定後辦理。同年，立法委員劉建國關心臨床藥事照護與提升民眾用藥安全之關聯性，11月2日於立法院舉辦「提升藥事服務、造福全民用藥環境」公聽會。結論之一，由全聯會擬定新增臨床藥事照護內容與細節，呈報健保署研議，以建構安全的用藥環境。

107年第2次共擬會議於107年6月14日召開。健保署於107年醫院總額「醫療給付改善方案」項下編列預算專款5000萬元，由全聯會提出新增「全民健康保險重症加護臨床藥事照護給付方案」。因與會醫院協會代表對於重症加護臨床藥事照護給付方案有調整建議，因此會議決議，全聯會與醫院團體再行討論，重新擬定可行方案。107年9月3日健保署召開「新增『全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案』」討論會議，經全聯會與醫院協會充分討論將預算5000萬元，拆分醫學中心及區域醫院合計3500萬元，執

行重症加護臨床藥事照，地區醫院1500元，執行醫院門診臨床藥事照護。並對臨床藥事照護人員資格、項目內容等達成共識。

107年第3次共擬會議於107年10月25日召開，健保署醫管組提案，新增「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」，會議僅於執行人員資格及臨床藥事照護佐證資料等局部文字討論修正後，決議正式同意。健保署將依程序陳報衛生福利部核定後，自108年1月起公告實施。

107年10月25日通過的醫院臨床藥事照護費是屬於專款常態給付項目，是健保對各層級醫院藥師以病人為中心提供臨床藥事照護的肯定，是古博仁運籌帷幄爭取藥師專業價值的新里程碑，他將帶領本屆全聯會團隊邁向下一里路的目標前進。

最後，身為全聯會共擬會議代表，誠摯感謝台灣藥學會理事長林慧玲、全聯會醫院藥師委員會主委沈麗娟及全體委員會委員們無數次會議，研議「提升醫院用藥安全與品質方案」的努力與付出，全聯會秘書長曾中龍及秘書處同仁相關資料的彙整，特別感謝理事長古博仁的充分授權，方能開創歷史性的里程碑。

（本文作者為全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議代表／全聯會政策執行長）

藥事照護重要里程碑 **milestones**



爭取醫院臨床藥事照護給付里程碑 milestones

2019臨床 藥事照護 全民健保 常態給付

2017
09.01

提升醫療品質給付方案：重症加護病房、一般住院、抗凝血門診
癌症病人首次衛教 健保會共擬會議併入107總額協商處理

2017
11.01

立法院公聽會「提升藥事服務，造福全民用藥環境」

2018
06.14

重症加護病房臨床藥事照護給付方案 5000 萬
健保會共擬會議討論未通過

2018
09.03

新增「提升醫院用藥與品質方案」討論會議，各級醫院
3500 萬及 1500 萬

2018
10.25

通過「提升醫院用藥與品質方案」：重症加護病房及門診臨床藥
事照護給付 健保共擬會議

醫院臨床藥事照護發展





臺灣藥學教育演進

1953	1957	1960	1970	1983	1986	1992	1993	1996	1999	2000	2003	2009	2013	2014	2015
臺大藥學系設立，為臺灣第一個藥學系 醫院藥局改為藥劑室，從此開始承擔教學任務	高雄醫學大學成立藥學系	臺北醫學大學成立藥學系	臺大藥學系設立藥學研究所，招收碩士班學生	臺大藥學研究所增設博士班	國防醫學院成立藥物化學研究所	臺大藥學系開授社區藥局實習課程	臺大藥學研究所增設醫院藥學組碩士班 成功大學臨床藥學研究所碩士班成立	嘉南藥理學院改制成立藥學系	高雄醫學大學成立藥學院 大仁科技大學改制成立藥學系	臺大醫學院成立臨床藥學研究所 臺北醫學大學成立藥學院	中國醫藥學院改制成立藥學院	臺大藥學系首屆六年制招生，四和六年制並行	臺大藥學專業學院設立 臺大藥劑部建立「臨床教師」制度，聘任藥師 為醫學院臨床教師 臺北醫學大學附設醫院增設六年制	臺大藥學系全面六年制招生 成功大學成立藥學系	首屆臺大六年制 Pharm. D. 學生畢業



- 製錠與製劑工作逐漸轉由 GMP 藥廠接手，分期完成廢除製錠及大部分的製劑工作
- 藥劑科開始接手小兒全靜脈營養輸液調製

1984



- 率先全國開始「外科加護病房臨床藥學服務」
- 藥劑科開始接手癌症化療調製

1991



- 臺大藥學研究所增設醫院藥學組碩士班
- 開始接受醫院藥學組碩士班學生臨床專科實習

1993

醫院臨床藥事照護發展

臨床藥事照護

NTUH in 2017

22 臨床專責藥師加入 28 個團隊
全面加護病房及一般優先病房臨床藥事照護

- | | | | | | |
|--------|---------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------|
| ■ SICU | ■ CCU | ■ PICU | ■ MICU | ■ Family Medicine | ■ Burn Center |
| ■ SCCU | ■ ERICU | ■ PSICU | ■ Geriatrics | ■ Hematology | ■ Stroke Center |
| ■ RCC | ■ TPN | ■ NICU | ■ Infection | ■ Nephrology | ■ Psychology |
| | | ■ Post-acute care | ■ NST | ■ Anticoagulant | ■ Oncology |





醫療機構設置標準

設標	門診 (多少張日處方箋一名藥師)	急診 (多少張日處方箋一名藥師)	住院病房： 急性一般、急性精神、慢性一般病房 (多少床一名藥師)	加護病房 (多少床一名藥師)	特殊製劑調製 (多少張日處方箋一名藥師)
現行設標	開院時 ≥1 人	三班人力	UDD 40床 非UDD50床	20床	開院時 ≥1人
	開業後一年：100張				≥1人



藥事服務費支付通則摘要-1

- ❖ 藥事服務費成本：包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用

住院藥事服務費(天)			
05213K	醫中	非單一劑量處方	51
05214A	區域		39
05215B	地區		35
05216K	醫中	單一劑量處方	104
05217A	區域		90
05218B	地區		79
05219C	地區組以上	放針注射口處方之藥事服務費(工)	225

醫療機構的意外事故— 醫療傷害與藥品相關問題 (DRP)

- 美國3.7% 住院病人
發生過嚴重醫療傷害

Brennan et al. N Engl J Med 1991;324:370-6.

- 19% 醫療傷還直接由
DRP造成 (ADR 與失
誤)

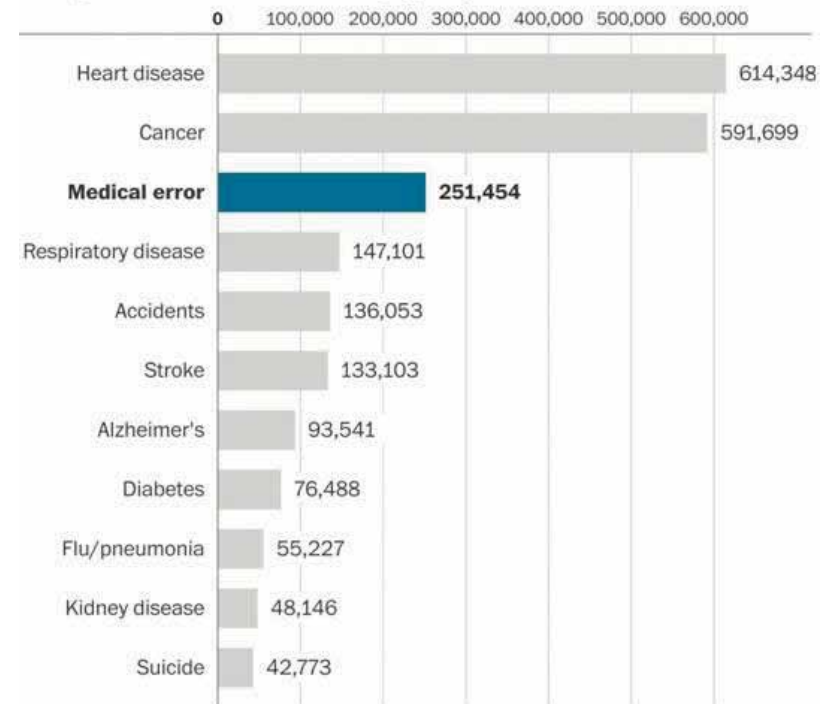
Leape et al. N Engl J Med 1991;324:377-84.

- 醫療失誤是美國第三
大死因

Makary MA. BMJ 2016;353:i2139

Death in the United States

Johns Hopkins University researchers estimate that medical error is now the third leading cause of death. Here's a ranking by yearly deaths.



Source: National Center for Health Statistics, BMJ

THE WASHINGTON POST

臺灣某醫學中心每年 26萬3千筆 藥物治療因藥師介入而改變

	錯誤造成藥品 不良事件* 美國醫院 1995	錯誤攔 截率*	跡近錯誤 臺灣某醫學中心 2016	錯誤	錯誤攔 截率
醫師開方	56%	<u>48%</u>	57542 (99.55%) 6081 ppm 205161 (電腦攔截)	12 (5.3%) 1.27 ppm	<u>99.99%</u>
謄寫/確 認	6%	<u>33%</u>	—	—	—
藥師調劑	4%	34%	201 (0.35%) 14.53 ppm	13 (5.8%) 0.94 ppm	<u>99.87%</u>
護理給藥	34%	<u>0-2%</u>	62 (0.1%)	200 (88.9%)	<u>23.67%</u>

*Bates et al. JAMA. 1995;274:29-34

- 2016年處方總數約950萬筆，藥師建立資料庫，利用電腦攔截處方約100萬次，電腦攔截比率10.5%。¹²
- 約20萬4千筆（20.5%）因電腦提示修正，另因藥師本人介入而修正的處方約5萬8千筆。共約26萬3千筆。開方錯誤率2.8%，但都是medication near misses。¹²

藥師用藥安全守門員

臺灣**所有醫學中心(未算區域及地區醫院)**，
每年醫師因藥師利用電腦及藥師本人介入而
修改的處方高達**500萬筆**以上處方，其中藥
師本人專業介入而修正的處方**100萬筆**以上。





加護病房(重症病人)臨床藥事照護：

J Exp Clin Med 2014;6(4):139-142



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Experimental and Clinical Medicine

journal homepage: <http://www.jecm-online.com>



ORIGINAL ARTICLE

The Outcome of Clinical Pharmacists' Interventions in a Taiwanese Hospital on Pharmacoeconomics and Cost Saving



Tzu-Hsuan Lu¹, Yen-Ying Lee^{1,2}, Shin-Chia Tsai^{1,2}, Hsiu-Yu Chien^{1,2}, Jui-Chia Chang^{1,2},
Ju-Huei Tseng¹, Wuan-Jin Leu^{1,2*}

¹ Department of Pharmacy, Shuang Ho Hospital, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

² School of Pharmacy, College of Pharmacy, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

- 臺灣ICU藥師介入半年

- 介入建議 共460件

- 醫師接受建議並修正處方占 89.3 %

- 避免藥品不良反應 NTD. 3,692,019 ~ 9,110,880

- Benefit/cost ratio 3.4 – 8.4



一般病房臨床藥事照護 腎臟病房

- 臺灣一家醫學中心
- 一位藥師介入1年前 vs 後
 - 介入建議 824 vs 1977 (增加2.4倍)
 - 主動建議 40 vs 253 (增加6.3倍)
 - 節省藥品費用 NTD. 52,072 vs 144,138
 - 避免藥品不良反應 NTD. 3,383,700 vs 7,342,200 (節省4 千萬元)
 - Benefit/cost ratio 4.92-9.36
 - 平均住院日減少 2 天

抗凝血藥師門診臨床藥事照護

- 台灣一家醫學中心，成立抗凝血藥師門診
- 以保險給付者的角度進行藥物經濟學分析
 - ICER: NT\$410749/QALY < 1 GDP NT\$631142
 - Very cost-effective
 - 健保署應該給付抗凝血藥師門診



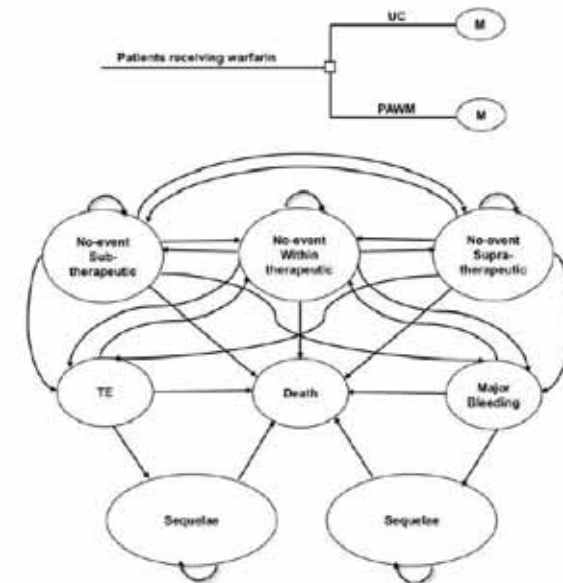
International Journal for Quality in Health Care, 2017, 29(6), 817–825
doi: 10.1093/intqhc/mxx109
Advance Access Publication Date: 22 August 2017
Article



Article

Cost-effectiveness of the pharmacist-assisted warfarin monitoring program at a Medical Center in Taiwan

JEN-YU CHANG^{1,†}, CHI-CHUAN WANG^{2,3,†}, HAO-CHENG KANG²,
LI-JUAN SHEN^{1,2,3}, and CHIH-FEN HUANG^{2,3}



應立即給付臨床藥事照護費用

節省健保支出，增進民眾用藥安全

- 重症加護住院臨床藥事照護
- 一般住院臨床藥事照護
- 抗凝血藥師門診臨床藥事照護
- 癌症病人化學治療首次療程指導管理





30 年沒有專業給付的服務

106.11.02「提升健保藥事服務，造福全民用藥環境」公聽會議程表

時間	議程
09:30-10:00	報到
10:00-10:10	主席 劉建國委員致詞&介紹出席人員
10:10-10:20	業務單位報告:(10 分鐘) 1. 衛生福利部中央健康保險署
10:20-11:00	專家學者報告:(各 5 分鐘) 1. 陽明大學衛生福利研究所 許銘能教授 2. 台灣大學藥學專業學院 沈麗娟院長 3. 台灣大學臨床藥學研究所 林慧玲教授 4. 台灣藥學會 李志恆理事長 5. 國防醫學院藥學系 葉明功教授 6. 嘉南藥理大學藥學系 王四切教授
11:00-11:45	團體發言 (每位 3 分鐘) 1. 台灣在宅醫療學會 張凱評秘書長 2. 台灣醫療改革基金會 朱顯光副執行長 3. 藥師公會全聯會 古博仁理事長

立法院公聽會結論

(二) 是否應新增「臨床藥事照護」給付項目？

結論如下：

1. 倘獲適當預算，請健保署與藥師公會全國聯合會就新增「臨床藥事照護」給付項目之內容及細節進行溝通，以建構安全的用藥環境。
2. 對於已有實證之 4 項臨床藥事照護費用，應立即編列預算及規劃時程，逐年實施，第一年至少進行「重症加護住院臨床藥事照護給付」，二年內完成其他 3 項：「一般住院臨床藥事照護」，「抗凝血藥師門診臨床藥事照護」，「癌症病人化學治療首次療程指導管理」。
3. 未來參考日本保險藥事照護給付規範進行全面臨床藥事照護規劃及費用給付。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳依璇(02)27065866轉2646
電子信箱：A110789@nhi.gov.tw

受文者：中華民國藥師公會全國聯合會

發文日期：中華民國106年12月1日
發文字號：健保醫字第1060055896號
類別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：為研議新增「重症加護住院臨床藥事照護」診療項目支付標準，請貴會惠予提供相關資料，請查照。

說明：

- 一、依立法委員劉建國國會辦公室106年11月10日檢送「提升健保藥事服務費，造福全民用藥環境」公聽會會議紀錄函辦理。
- 二、請貴會提供旨揭項目之中英文名稱、診療項目概要說明、主要臨床功能及目的、療效比較（安全性、生活品質改善等）、臨床資訊比較（住院天數、產生合併症及併發症之機率、再住院/再急診之比率等）、建議支付點數、預估年執行量、執行頻率與相關文獻等資料，以利本署辦理後續事宜。

正本：中華民國藥師公會全國聯合會

副本：立法委員劉建國國會辦公室



中華民國藥師公會全國聯合會 函

機關地址：104 臺北市武權東路一段六十七號五樓
電 話：02-25933853 傳 真：02-25991052
電子信箱：pharmacist@msa.hinet.net
承辦人：洪鈺婷(分機127)

受文者：衛生福利部中央健康保險署

送別：普通件

密等及解密條件：

發文日期：中華民國106年12月29日

發文字號：(106)國藥師博字第1062911號

附件：

主旨：檢陳本會就「重症加護住院臨床藥事照護」診療支付標準資料如
附件，敬請 鑒察。

說明：復 貴署106年12月1日健保醫字第106065896號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：本會文存

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 古博仁

臺大醫院 2018 年藥事照護成效研究國際研討會

2018 NTUH Outcomes Research in Pharmaceutical Care Symposium

為慶祝台灣大學九十周年校慶，特舉辦藥事照護成效研究國際研討會。本研討會以「藥事照護成效研究」為主軸：上午邀請英國 Warwick Centre for Applied Health Research & Delivery, University of Warwick 學者 Richard Lilford 教授與陳彥甫首席研究員分享「成效研究方法學」之應用與經驗；下午為「國內現況與政策」以及專家分享「國內藥事照護執行與成效」。期許與會者經由本會提升對藥事照護成效研究之了解與重視。

日期：民國 107 年 01 月 12 日（星期五）9:00-17:00

地點：國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院 B1 會議廳(100 臺北市中正區中山南路 8 號)

費用：免費。

名額：200 名。

學分：藥事人員繼續教育積分 5.5 點、公務人員學分 5 小時。

喜迎臺灣大學九十周年校慶 臺大醫院舉辦 藥事照護成效研究國際研討會

臺大醫院藥劑部的定位不僅是服務本院病人，更希望影響全臺灣的藥事服務，以成為藥事執業之領導者自勉。過去在翠華講座的支持下，從2014年起每年舉辦至少兩場的全國藥事服務工作坊，分享本院之標竿服務模式與內容，獲熱烈回響。此次有幸獲得安斯泰來醫學研究發展基金會贊助，在喜迎臺灣大學九十周年校慶期間，在臺大醫院、臺大藥學專業學院、臺灣臨床藥學會、與藥師公會全聯會大力支持下，於2018年1月12日在臺大兒童醫院B1會議廳舉辦「臺大醫院2018年藥事照護成效研究國際研討會」。研討會當天來自英國、全臺北中南共有九位講者及超過200位藥師共同參與，此次研討會以藥事照護為主軸，並涵蓋國內現況、成效研究、與經驗分享三大面向。

貴賓致詞

研討會一開始，邀請到臺大醫院孫瑞昇副院長、健保署李伯璋署長、臨床藥學會林慧玲理事長親臨致詞，藥師公會全聯會古博仁理事長因





全民健康保險醫療服務給付項目 及支付標準共同擬訂會議

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

107 年第 3 次會議紀錄

時 間：107 年 10 月 25 日（星期四）下午 2 時

地 點：中央健康保險署 18 樓大禮堂

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案

支付標準

通則

- 一、 本支付標準適用對象，為符合本方案所訂接受臨床藥事照護之個案。
- 二、 「重症加護臨床藥事照護給付費」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才得申報，並非入住加護病房或住院案件每日固定支付此一費用。
- 三、 「門診臨床藥事照護給付費」以個案每次門診就醫為申報單位，惟仍應符合本方案之收案對象，且視病人病情需要，由符合執行資格之藥師提供服務才得申報，並非每次門診就醫固定支付此一費用。

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
P6301B	重症加護臨床藥事照護給付費（每日） 註： 1. 須由本方案申請核備通過之藥師提供藥事評估始得申報。 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。 3. 申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 4. 須以SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Plan)撰寫型式書寫於病歷，始得申報。			V	V	220
P6302B	門診臨床藥事照護給付費（每件） 註： 1. 需由本方案核備通過之藥師，對於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，提供臨床藥事照護者始得申報。 2. 申報本項費用，應至本署健保資訊網服務系統（VPN）登錄臨床藥事照護介入種類。 3. 須於病歷記載相關照護內容，始得申報。		V			100

全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案（草案）

107 年 X 月 X 日健保醫字第 107XXXXXXXX 號公告訂定

壹、計畫依據

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、計畫內容

一、計畫目的

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. 執行藥師人員資格：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，須實際參與加護病房團隊照護至少連續 6 個月，並提出連續 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. 過去 1 年中提出至少 20 筆門診或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聯會（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、
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，審核通過者。

(4) 執行醫院藥師資格申請表如附件 1、2。

(二) 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. 加護病房病人疼痛、躁動和譫妄等相關鎮靜止痛藥物之評估。

肆、醫療費用支付

一、預算總額分配：

- (一) 醫學中心及區域醫院：3,500 萬元。
- (二) 地區醫院：1,500 萬元。

二、醫學中心及區域醫院支付標準：

- (一) 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給付費（每日）(P6301B)」，每次支付 220 點。

- (二) 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 件*3 日/件=9 日	12	9
3 件*3 日/件=9 日	5	5

- (三) 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給付費用。

三、地區醫院支付標準：

對於 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，提供臨床藥事照護服務，以提升用藥安全並減少重複給藥，醫院得申報「門診臨床藥事照護給付費 (P6302B)」，每件支付 100 點。

四、醫療服務點數清單及醫令清單填表說明（暫定）：

（一）案件分類：

1. 住院案件填報【4-支付制度試辦計畫】。
2. 門診案件填報【E1-醫療給付改善方案及試辦計畫】。

（二）不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記—僅住院案件需填報本欄位：

填報【6-試辦計畫、安寧療護案件】。

（三）特定治療項目代號—僅門診案件需填報本欄位：

填報【EF-提升醫院用藥安全與品質方案】。

（四）執行醫事人員代號：填報執行之藥師 ID。

（五）其餘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。

五、 結算方式：

- (一) 本方案之各項「臨床藥事照護給付費」，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，並按季暫以每點一元支付。
- (二) 年度結束後，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且每點支付金額不高於1元。

五、 結算方式：

- (一) 本方案之各項「臨床藥事照護給付費」，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，並按季暫以每點一元支付。
- (二) 年度結束後，併上開專款項下其他方案費用，進行全年結算，採浮動點值計算，且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

保險人得公開參與本方案之醫院名單及相關品質資訊供民眾參考，並得於保險人全球資訊網公開獲得臨床藥事照護給付費用之醫院名單，供各界查詢。

柒、計畫修訂程序

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。

健保資訊網服務系統 VPN—應登錄之資料

- 一、個案及執行藥師資訊：個案 ID、入住加護病房且申報臨床藥事照護之起迄日期(醫學中心及區域醫院)、就醫日期(地區醫院)、提供臨床藥事照護之藥師 ID。
- 二、臨床藥事照護介入種類，以及醫師或醫事人員接受情形：
登錄該次臨床藥事照護藥師之介入種類與次數，以及醫師或其他醫事人員是否接受該項介入。

■ 臨床藥事照護介入類別(4 大類及 23 小項)以及醫師或其他醫事人員是否接受

項目	分類	建議處方	主動建議	建議監測	用藥連貫性	醫師或其他醫事人員是否接受
給藥問題(速率、輸注方式、濃度或稀釋液)	V					
適應症問題	V					
用藥禁忌問題(包括過敏史)	V					
藥品併用問題	V					
藥品交互作用	V					
疑似藥品不良反應	V					
藥品相容性問題	V					
其他	V					
不符健保給付規定	V					
用藥劑量/頻次問題	V	V				
用藥期間/數量問題(包含停藥)	V	V				
用藥途徑或劑型問題	V	V				
建議更適當用藥/配方組成	V	V				
藥品不良反應評估		V				
建議用藥/建議增加用藥		V				
建議藥物治療療程		V				
建議靜脈營養配方		V				
建議藥品療效監測				V		
建議藥品不良反應監測				V		
建議藥品血中濃度監測				V		
藥歷審核與整合					V	
藥品辨識/自備藥辨識					V	
病人用藥遵從性問題					V	

臺灣之藥學教育

- 2000年以後，所有藥師的養成教育全面為4年或5年的大學教育—Bpharm（藥學學士）
- 2009年起，臺大開始六年制藥學教育；2017年4所國立大學每年約招收130名學生，均為六年制，畢業授予PharmD學位（臨床藥學學士）。台北醫學大學30名學生為六年制，計每年16%新生為六年制學生，其他學校也陸續申請成立六年制中。
- 2006年至今，醫院提供畢業後訓練提升藥師專業能力。
- 雖原來四年制畢業生已經可以提供藥事服務，PharmD畢業生可進一步提供臨床藥事照護。

智慧藥局與自動化的影響

- ◆ 國外智慧藥局
 - ◆ ADC、carousel、robotic arm、藥盒調配機
- ◆ 智慧藥局可以降低調劑與給藥錯誤，包含
 - 電腦應用於整個MMU流程
 - 整個配送系統與自動調配機的結合
- ◆ 推動智慧藥局(自動化)或可節省一些勞務人力，但**不足以補足臺灣醫院藥事人員之人力缺口**
- ◆ 智慧藥局**無法於數年內完成**
 - **必須全院電腦系統整合**
 - 自動化系統非常昂貴，國內缺乏研發意願、能力與資金
 - 需要健保給付、藥政與評鑑制度的配合
 - 以藥廠原包盒裝藥品及條碼給門診病人藥品之政策
 - 化療藥品自動化需要大包裝的調製包裝
 - 需要求藥廠藥品直接包裝每顆每支藥品都有條碼的政策

建議（一）

國家應有全國性前瞻藥事執業發展規劃

- 藥事執業型態：如
 - 智慧藥局政策規劃；勞務工作由智慧藥局、自動化及協助人員；
 - 藥師主要從事臨床藥事照護、藥事管理
- 醫院藥師職涯發展規劃：
 - 專業能力的階級認證
 - 專科藥師的養成與認證：如日本已有的中藥專科藥師；美國現行的門診照護藥學、核醫藥學、營養支持藥學、腫瘤藥學、藥物治療學、精神科藥學、重症加護藥學、兒科藥學等。
- 醫療機構與社區藥局合作確保用藥連貫性以及長照用藥的管理。
- 臨床藥事照護給付制度
 - 包括給付藥師減少病人用藥品項、藥師門診、加護病房服務、病人用藥教育。

建議（二）

- ◆ 醫事司與醫策會應讓藥師參與評鑑有關藥品管理與使用條文的制定
- ◆ 師法日本，健保署調降藥價必須同時調升醫師診察費與藥事服務費，並給付臨床藥事照護費。
- ◆ 解決醫院藥師不足問題，要求藥師人力不足之醫院
 - ◆ 健保依照『醫院藥事服務費合理量計算原則』給付，或全面釋出門診處方
 - ◆ 短期要求聘任足夠藥師，急診與特殊藥品調製人力符合勞基法
 - ◆ 改善藥師待遇。
 - ◆ 醫院建立新進藥師可以成長學習的環境，改善就業前景。
 - ◆ 落實醫藥分業，診所不得聘藥師，醫師不得擁有藥局
 - ◆ 沒有完全醫藥分業，以及政策確保技術人員不可擁有藥師相同權利之前，不宜開放技術員

醫院藥師委員會撰寫超過40頁的計畫書， 召開了十數次的會議

20180306v

臨床藥事照護費用給付申請

安全、經濟、有效的藥物治療是臺灣醫療迫切的需要

臺灣藥師公會全國聯合會、臺灣臨床藥學會、台灣藥學會

三會共同提出

一、前言

全民健康保險推動二十多年，「藥事服務費」一直以包裹式給付藥品調劑費用，未能顧及藥師在專業上，更多以病人為中心的臨床藥事照護，諸如藥物不良反應評估、用藥連續性評估、藥物血中濃度監控、抗生素管控、靜脈營養處方評估、抗凝血用藥管理以及癌症病人/器官移植病人等。若能透過藥師充分發揮專業，評估處方完整性與落實用藥適當性，並透過建置資訊用藥系統管控機制等努力，將可協助全民健康保險更有效控制藥品支出且促進藥物最佳化的使用，減少



中華民國藥師公會全國聯合會 開會通知單

ity

機關地址：臺北市民權東路一段六十七號五樓

電話：02-25953856 傳真：02-25991052

電子信箱：pharma.cist@msa.hinet.net

聯絡人：李彥儀 專員(123)

醫院藥師委員會顧問、委員、 及邀請專家

出席者：王明賢、王繼娟、吳建志、李建立、李韋瑩、林子舜、林育菁、林慧玲、
張豫立、許派洲、郭莉娜、陳世欽、陳琦華、楊秀琄、葉鳳英、劉文雄、
鄧新棠、鄭奕帝、賴振榕、謝政智、簡素玉、蘇慧真、李宜勳、黃莉蓉
(按姓氏筆畫排列，敬稱略)

列席者：古博仁理事長、章修績輔導常務、黃昭勳輔導常務、社團法人台灣臨
床藥學會、陳志麟輔導常務



總結

- 臨床藥事照護給付讓藥師可以透過專業得到給付，不需藉由藥品調劑。
- 爭取臨床藥事照護給付仍是為了民眾用藥安全，且肯定及鼓勵藥師的專業發展。
- 臨床藥事照護給付的任務才開始，有賴藥師們展現專業知識及技能。
- 政策的形成有賴眾志成城，一棒接一棒。
- 多參與公會、學會事務。我們就是公會，我們就是學會。

