

中華民國藥師公會全國聯合會 函

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：winro1977@gmail.com

聯絡人：賴子瑜 督導（轉分機 138）

受文者：台北市藥師公會、新北市藥師公會、宜蘭縣藥師公會、
基隆市藥師公會

發文日期：中華民國 107 年 8 月 21 日

發文字號：(107) 國藥師博字第 1071953 號

速別：普通件

附件：附件一、說明會信函

附件二、約定事項書

主旨：107 年「社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統輔助藥事照護」計畫說明會，敬請 貴會協助轉知所屬健保社區藥局藥師出席參加。

時間：107 年 8 月 26 日(星期日)下午 13 時 00 分至 17 時 00 分

地點：新北市藥師公會(新北市三重區重新路五段 646 號 8 樓)

說明：

- 一、依據 107 年「社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統輔助藥事照護」計畫辦理，如附件一。
- 二、計畫目的為鼓勵社區藥局對領藥民眾進行雲端藥歷查詢，提供社區式藥事照護，以保障民眾用藥安全。
- 三、本說明會具有『4 小時藥事人員繼續教育學分』，歡迎有興趣的藥師踴躍參加。

副本：本會文存

理事長古博仁

107 年度社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統 輔助藥事照護計畫

用藥安全路 藥師來守護 台北區說明會盛大展開

敬愛的藥師，您好：

本會今年承接中央健康保險署委辦之 107 年「社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統輔助藥事照護計畫」，計畫目的為鼓勵社區藥局對領藥民眾進行雲端藥歷查詢，提供社區式藥事照護，以保障民眾用藥安全。主要目標分為兩部份：第一為餘藥檢核服務，探討居家餘藥留存因素以減少民眾用藥傷害，亦能教育民眾正確廢棄藥品清除的作法；第二為建立病人包含自費西藥品(含 OTC)、中草藥、保健食品等資訊並運用雲端藥歷製作完整藥歷檔案，評估是否有藥物治療問題。

本計畫將於 8 月 26(日)下午 13 點至新北市藥師公會辦理簽約說明會，而且本次說明會具有『4 小時藥事人員繼續教育學分』，歡迎有興趣的藥師誠摯地邀請您踴躍參加。

目前預定說明會時間地點如下：

#	場次	日期	時間	地點
1.	新北市	8/26(日)	13:00	新北市三重區重新路五段646號8樓

(全聯會保有異動時間之權利)

肅此奉達，順頌時祺

中華民國藥師公會全國聯合會

理事長古博仁

敬上 107.8.17

連絡電話：(02)2595-3856*138 傳真：(02)2599-1052

電子信箱 winro1977@gmail.com

聯絡人：賴子瑜 督導(分機 138)

107 年度「社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統
輔助藥事照護計畫」約定事項書

106.03.01

為辦理「107 年度社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統輔助藥事照護計畫」，_____藥局與中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥師全聯會)就相關事項約定如下：

- 一、 _____藥局為健保特約藥局。
- 二、 本約定事項書有效期限：自民國 107 年 8 月 26 日起至 107 年 11 月 15 日止。
- 三、 於本計畫執行期間，依「社區藥局運用健保醫療資訊雲端查詢系統輔助藥事照護計畫」內容執行，並遵守下列事項：
 1. 恪遵法令與規範：

遵守「優良藥局執業規範」、「藥師法」、「藥學倫理規範」、「全民健康保險特約醫事服務機構合約」、「個人資料保護法」…等相關規範或法律要求，並依藥師全聯會建立之藥事照護相關辦法，善盡職責，細心為個案服務。
 2. 資料儲存及保管方式：

所取得個案之資料，應依相關作業規範建檔並儲存於指定之資料庫，同時應依相關規範控管個案資料之存取。
 3. 資料利用目的與資料揭露對象：

非經個案簽訂契約或書面明示同意者外，不得向非本計畫規範之單位或人員揭露、轉介或交互運用個案資料。
 4. 申請批次下載注意事項

取得個案同意並簽署健保署所提供的「提供用藥資訊同意書」。
 5. 與個案溝通時，不得傷害醫師與個案之間的互信關係，並遵守藥師全聯會所訂定之「藥事照護行為規範」。
- 四、 提供「用藥安全」之服務費申請：
 1. 藥局應於民國 107 年 10 月 31 日前，上傳服務紀錄至社區式藥事照護管理系統，紀錄須完整並經全聯會品質審查通過，始得申請該筆服務費用。
 2. 該個案如已為「全民健康保險高診次者藥事照護」或食藥署藥事照護相關計畫所輔導之對象，則該筆用藥安全服務無法申請服務費用。
 3. 費用申請程序須依照藥師全聯會之相關規定，並由全聯會於年度計畫結

束時一次給付。

五、違反本約定事項書之處理：

如有不實執行/申報或違法舞弊情形，違反本約定事項書或相關法律之規定者，藥師全聯會或主管機關得逕自移付懲戒，或依相關法律規定為之。

此致

中華民國藥師公會全國聯合會

立書人：

簽約藥局	簽約藥事人員
藥局名稱：_____	藥事人員姓名：_____
藥局健保代碼：_____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 已參加本年度其它藥事照護相關計畫。
藥局地址：_____	藥師身分證統一編號：_____
_____	聯絡地址：_____ <input type="checkbox"/> 同簽約藥局地址
_____	藥師聯絡電話：_____
_____	藥師 e-mail：_____

中 華 民 國 1 0 7 年 月 日