

全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議
109 年第 4 次會議紀錄

時間：109 年 11 月 25 日(三)下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡淑鈴副署長

紀錄：張毓芬

出席代表（依姓氏筆劃排列）：

代表姓名	出席代表	代表姓名	出席代表
申斯靜代表	申斯靜	郭守仁代表	請假
朱文洋代表	朱文洋	郭宗正代表	請假
朱益宏代表	朱益宏	郭錫卿代表	郭錫卿
吳志雄代表	請假	陳石池代表	黃雪玲(代)
吳科屏代表	吳科屏	陳振文代表	陳振文
吳淑芬代表	吳淑芬	陳智芳代表	郭莉娜(代)
吳鏘亮代表	吳鏘亮	程文俊代表	游進邦(代)
周思源代表	周思源	童瑞龍代表	童瑞龍
孟令妤代表	孟令妤	黃遵誠代表	黃遵誠
林欣榮代表	林欣榮	劉建良代表	李妮真(代)
林芳郁代表	林靜梅(代)	劉淑芬代表	劉淑芬
林恒立代表	林恒立	劉碧珠代表	劉碧珠
林鳳珠代表	林鳳珠	謝文輝代表	謝文輝
林錫維代表	林錫維	謝景祥代表	謝景祥
邱仲慶代表	邱仲慶	謝輝龍代表	謝輝龍
邱寶安代表	邱寶安	鍾飲文代表	請假
唐宏生代表	請假	顏鴻順代表	請假
張克士代表	張克士	羅永達代表	羅永達
張國寬代表	張國寬	嚴玉華代表	嚴玉華
張德明代表	李偉強(代)	蘇主榮代表	蘇主榮
梁淑政代表	梁淑政	蘇東茂代表	請假

列席單位及人員：

衛生福利部社會保險司
衛生福利部全民健康保險會
台灣醫院協會

中華民國醫師公會全國聯合會
中華民國護理師護士公會全國聯合會

中華民國物理治療師公會全國聯合會

中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會

中華民國藥師公會全國聯合會

本署臺北業務組

本署北區業務組

本署中區業務組

本署南區業務組

本署高屏業務組

本署東區業務組

本署醫審及藥材組

本署企劃組

本署資訊組

本署財務組

本署醫務管理組

黃泰平、周雯雯

陳燕鈴、盛培珠

陳志強、董家淇、王秀貞、

吳亞筑、許雅淇、林佩菽、

顏正婷、曹祐豪

吳韻婕

請假

陳奕穎

宋佳玲

洪鈺婷

許寶華、周珈卉

吳秋芬

楊惠真

郭俊麟

黃梅珍

詹蕙嘉、林祉萱

曾玫富、連恆榮、許明慈、

詹淑存、郭乃文、張荃惠、

羅惠文

王智廣、陳泰諭

請假

黃千華

劉林義、韓佩軒、蔡翠珍、

洪于淇、張作貞、陳依婕、

黃怡娟、蕭晟儀、鄭正義

壹、主席致詞：(略)

貳、上次會議紀錄確認

參、報告事項：

第一案

報告單位：本署醫務管理組

案由：本會歷次會議決定事項辦理情形。

決定：洽悉；全數解除列管。

第二案

報告單位：本署醫務管理組

案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

第三案

報告單位：本署醫務管理組

案由：109 年第 1-2 季醫院總額點值結算報告。

決定：

一、109 年第 1-2 季採合併結算，一般服務部門點值確認如下表：

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
109Q1-109Q2	浮動點值	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492
	平均點值	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707

二、一般服務部門、專款及其他部門中涉及「當季」係指 109 年第 1-2 季結算點值；「前一季」及「最近一季」係指 108 年第 4 季結算點值。

三、依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

四、各季結算說明表已置於本署全球資訊網，請查閱參考。

第四案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案。

決定：110 年醫院部門研商議事會議時程如下，請各位代表預留時間：

會議名稱	第 1 次	第 2 次	第 3 次	第 4 次	臨時會
會議日期	3 月 3 日 (星期三)	5 月 26 日 (星期三)	8 月 25 日 (星期三)	11 月 24 日 (星期三)	12 月 8 日 (星期三)

第五案

報告單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額一般服務預算四季重分配。

決定：洽悉，110 年醫院總額一般服務預算四季重分配，比照 109 年採近 3 年(106-108 年)每季醫療申報點數的占率平均分配，各季預算占率如下：第 1 季 23.989296%、第 2 季 24.958707%、第 3 季 25.398451%、第 4 季 25.653546%。

第六案

報告單位：本署醫務管理組

案由：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案。

決定：

一、洽悉。

二、修訂重點如下：

(一)增列行政院性別平等委員會建議，會議代表任一性別不得少於三分之一為原則。

(二)明列代表代理人及列席單位出席規範。

(三)刪除與全民健康保險法 61 條重複之資訊公開相關規定。

三、研商議事會議代表應親自出席，如因故無法出席，指派順

位代理人出席後，請務必做到交班事宜。

四、俟各總額確認後，依法定程序公告修訂。

肆、討論事項

第一案

提案單位：本署醫務管理組

案由：110 年醫院總額一般服務點值保障項目。

決議：

一、通過 110 年一般服務保障項目(同 109 年)，如下：

(一)門診、住診之藥事服務費(每點 1 元支付)

(二)門診手術(每點 1 元支付)

(三)住院手術費、麻醉費(每點 1 元支付)

(四)血品費(每點 1 元支付)

(五)主管機關公告之緊急醫療資源不足地區急救責任醫院之急診醫療服務點數(每點 1 元支付)

(六)地區醫院急診診察費(每點 1 元支付)

(七)經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院

(註:以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。)

註：藥費依藥物給付項目及支付標準辦理。

二、本案報全民健康保險會同意後實施。

第二案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、施行鄉鎮：

- (一) 維持 109 年醫院承作之 31 個鄉鎮。
- (二) 110 年雲林縣莿桐鄉承作單位調整為醫院層級。

二、修正巡迴計畫相關規定如下：

- (一) 本方案七(一)申請資格 3. 巡迴計畫(4)E. 「巡迴計畫之延續」後段「方案核定日」，明確定義原核定執行 109 年巡迴計畫之院所，依相關規定向當地衛生主管機關辦理報備核准後，可延續至「110 年度公告日當月底止」。
- (二) 配合前述「巡迴計畫之延續」規定修訂，將原延續巡迴計畫之院所，須「符合 110 年度之規定」文字調整至本方案七(二)申請流程 1.(1)條文中。
- (三) 依現行辦理方式，說明休診日無須向保險人報備。
- (四) 特定治療項目代號 E5(全民健康保險週產期論人支付制度試辦計畫)、E8(高血壓醫療給付改善方案試辦計畫)已停止辦理，修正本方案附件 7(門診醫療費用點數申報欄位)。

第三案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」(下稱品保款)。

決議：

一、本案通過，修訂重點如下：

- (一) 計算基礎由「申報」醫療點數改為「核定」醫療點數。
- (二) 「建立安寧緩和醫療跨院際合作(支援家數、支援次數)」獎勵指標於「疫情期間」不統計，所稱「疫情期間」以「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」三級開設時間(109 年 1 月 20 日)為準。
- (三) 地區醫院之品保款分配方式：考量受疫情影響，110 年基本獎勵占比仍比照 109 年維持 60%，品質精進獎勵則不計分(0%)。
- (四) 依現行辦理方式，凡停止或終止特約之期間為跨年度者，該期間涵蓋之年度，均不予核發品保款。

(五) 敘明各項指標係採年指標計算。

(六) 指標序號 5「清淨手術抗生素使用率_4 日以上(負向指標)之指標名稱配合「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」(下稱品質確保方案)，修正為「清淨手術術後使用抗生素超過三日比率(負向指標)」。

二、有關建議前項指標序號 5「同次住院除清淨手術外尚有執行其他手術醫令時，應予以排除於計算範圍內」一節，因涉品質確保方案之計算公式，請台灣醫院協會研擬明確之操作型定義後提案討論。

第四案

提案單位：本署醫務管理組

案由：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」。

決議：本案通過，修訂重點如下：

一、醫療服務提供者資格：

(一) 同意放寬醫學中心及區域醫院之執行藥師資格，由「連續 6 個月」改為「至少 6 個月」。

(二) 醫院資格審查申請總表新增「報備支援」之區分欄位。

二、為提升地區醫院執行率及鼓勵地區醫院參與本方案，調升地區醫院之「門診臨床藥事照護費(P6303B)」，從每件 100 點至每件 150 點。

三、地區醫院之藥師照護對象為 2 種以上慢性病且用藥品項達 5 項以上之門診病人，其 5 項藥品由原「限同一張處方開立」調整為「不限同一張處方開立」，並可經由雲端藥歷、兩科以上門診處方箋查詢不同張處方，並於健保資訊網服務系統 VPN 登錄個案臨床藥事照護介入種類。配合本次調整，後續本署將與中華民國藥師公會全國聯合會討論 VPN 新增非同張處方之相關欄位註記事宜。

伍、散會：下午 4 時 30 分

陸、與會人員發言實錄詳附件。

全民健康保險醫療給付費用醫院總額 109 年第 4 次研商議事會議 與會人員發言實錄

本會上次會議紀錄確認

主席

各位代表，還有醫管組、分區業務組的同仁，大家午安，今天要開的是醫院總額的今年的第 4 次研商議事會議，現在人數過半會議就正式開始，請各位代表翻開上次的會議紀錄，從第 5 頁到第 7 頁的部分，大家有沒有意見？好，如果沒有問題，會議紀錄就確定，接下來報告事項第一案。

報告事項第一案：本會歷次會議決定事項辦理情形

主席

好，本案 2 項解除列管，特別是第 2 項大家非常關心，最近也確定了，就是今年第 1 季第 2 季是半年結，再來就是季結，這個時間會在今天的點值確定之後，就開始辦理上半年的點值結算，好，大家有沒有問題？來，請。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我想要提第 1 項的部分，就是自動化檢查，那時候的自動化檢查看起來比較偏向醫令支付標準，但是最近我們有看到醫材部分，但是也不太很清楚，之前都沒有告訴我們，我知道醫材有些規定，當初醫材沒有說要去搭配執行人員，可能很多院所都還來不及申報醫材配合執行人員，如果有規定醫材要配執行人員，應該要有輔導期不要直接核扣，我們現在陸續接到一些品項，可不可以把那些品項一樣給我們這些院所，我們可以先做準備因應，設一個期限給我們進行改正，再開始進行核扣，以上。

主席

好，請醫審及藥材組跟大家說明進度，玫富專委。

醫審及藥材組曾玫富專門委員

本項原來是列管醫療支付標準中有特殊教育訓練資格規定的項目，之前醫學中心協會有來函提出 10 項建議，主要是報備資訊系統及報備作業的修訂建議，署內的權責單位已經在處理，今年底就會修正好上線，方便醫院報備的作業。經盤點醫療支付標準有特殊教育訓練資格規定計 90 幾項，後來發現有些規定可能支付標準需要做檢討修訂，這些執行有疑義的都暫時不作檢核，我們有統計 109 年第 3 季有 62 項報備還沒有完成的只剩下 0.2%，剩 60 幾個醫生還沒有完成報備，這 62 項的執行應該是沒有問題的，而且也保留緩衝期，我們在 9 月 29 日就已經發函了，但是從 110 年的 1 月才開始做檢核，其實已經容留 1 季分區輔導，以及醫院準備報備的時間，這是醫療支付標準的部分。

另外藥品特材部分最近確實有要執行專科別、性別、年齡別的檢核，這些檢核事實上已經行之多年，只是進一步增加盤點藥品特材的部分，只有其中一項 LVAD 特材有醫師的特殊教育訓練資格規定，這項也已發函通知醫院協會要週知會員要報備，也是從 110 年的 1 月才開始做檢核，也已保留輔導緩衝期，因為執行 LVAD 這個項目的醫生很少，依支付標準規定報備應不會有執行困難，以上說明，謝謝。

主席

這次醫令自動化審查，支付標準不僅醫療給付項目還有藥物，一開始先做醫療給付項目的盤點整理，藥品跟特材也有類似的支付規定，陸續納入 REA 檢核。剛剛雪玲代表提到要給大家緩衝時間，藥品跟特材，這個部分我們會記錄下來，將來輔導還要有足夠的時間給院所做準備，然後真的經過輔導還是不合格，最後才會用核扣的方式來進行，這一點就列入會議紀錄。

再來我要補充隨著這次的大盤點，確實也發現有一些原來我們支付標準規定已經不合時宜的，例如原來執行醫師是需要認證的，例如最近有檢討過 ERCP，其實現在學會已不再辦認證，可是我們規定一直在，藉由這次盤點才知道，這個也做了修正，這些都是好事，至少大家一起更新，使支付標準能夠趕上大家臨床一線的作業。其他大家還有沒有意見？請朱代表。

朱益宏代表

主席，剛剛提到的就是對於一些支付標準或是藥品特材，有限定醫事人員資格，我覺得未來新的項目進來，可能署方真的要慎重，因為往例都是專科醫學會或是申請單位提出來，這個只能限某某人做，在開會討論的時候因為大家可能也不清楚怎麼回事，然後他們又是所謂的專家，專家自己訂說專家只有我們做，結果確實在上一次共同擬訂會議又有發現，107年通過的項目限某一專科醫學會來做，然後這個專科醫學會根本沒有發認證，但是他來申請只有我能做，我覺得確實造成大家的困擾，所以我覺得未來在新的項目要進來的時候，如果還有鎖說某些特殊資格才能做，署方要認定，因為第1關是署裡面跟專科醫學先接觸，如果你們都沒有意見直接送到共擬會議，共擬會議很難去處理這個事情，以上做一個補充，謝謝。

主席

剛剛舉的例子也是 ERCP，原來專科醫學會有授權次專科醫學會去做醫師認證，可是前2年開始就不再認證了，重點是這樣。

朱益宏代表

但那個是107年才通過啊！通過之後就說不做認證了？

主席

對，一開始前1、2年有認證，去年開始不認證，所以像這樣的情形是需要協會來告訴我們，確實也因為這樣改了規則，不過我們會寫在支付標準的任何文字，都經過專家會議及共擬會議的把關，最後才公告，這個過程當中就是學會專家們有協助我們層層的把關，到共擬的時候還有委員再做 confirm，所以確實當下都是可行的，可是過1年2年該醫療擴散的非常快，能夠做這件事情的人非常多，後來也就變成常規訓練，就沒有特別認證，像這樣的情形也需要一線臨床告訴我們，特別學會這邊。好，這個部分以後對於認證會再 double check，好，大家還有沒有其他意見？好，如果沒有的話我們這個辦理情形就確定，接下來第二案。

報告事項第二案：醫院總額執行概況報告

主席

這個部分大家有沒有意見？請朱代表。

朱益宏代表

想請教一下，在今年度看起來好像藥品費用成長率特別高，但扣掉 C 肝、罕病等好像成長率還好，到底這個藥費的成長率是那一個造成，因為其他的這些項目都在專款，除了愛滋用藥，到底那類藥物超出當初我們的預算，整體藥費成長那麼高，是不是再進一步說明？

主席

還有沒有要詢問的？請謝代表。

謝輝龍代表

簡報第 12 頁，地區醫院增加 1,102 床裡面，我比較好奇的是，地區醫院裡面有一個中區南投基督教增加 165 床，這沒有經過南投縣醫審會，為什麼會突然報說增加，請相關單位說明。

主席

還有沒有那位代表還有意見？請朱代表。

朱益宏代表

剛剛謝代表提到的新增醫院病床數，我記得各分區都有統計未來或明年度或多久，預計再增加多少床？是不是看怎麼樣的時間彙整以後讓大家知道，不然現在看到都是已經發生的，比如說北區可能在明年度有增加 1 千多床，但我們也沒有先知道，是不是在我們這個會議什麼時間能夠把預計比如明年度發生的，或預計下個月發生或在什麼時候發生，新增各分區的新增病床數，也能夠跟大家說明一下，以上。

主席

還有嗎？請李代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

其實我看今年跟去年不管是那個分區，特別台北跟北區增加比較多是住院的床數，收入增加比較多也是住院的部分，可是我剛剛看投影片第 13 頁占床率的部分，醫學中心去年 75% 今年 68%，你看後面數字不一致，後面看到住院的人日減少不到 1%，跟臨床上看到是不一致，我不太認為是我的醫院特別高，應該醫學中心都差不了太多。

主席

請看第 24 張投影片，每件醫療點數是 7.1%，其實病人數真的是下降（-3.6%）。

李偉強代表(張德明代表代理人)

為什麼會差這麼多？占床率掉 1%、2%都很大，可是我覺得我不知道平均占床率才 60 幾%。

主席

你們不覺得你們占床率下降？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

我不覺得的掉這麼多，我們都有 80%以上。

李偉強代表(張德明代表代理人)

我每天都在監控床位利用率，全國醫中不太可能會掉到這麼多。

主席

這個是醫學中心平均數，你們這 2 家很特別，看一下第 24 張投影片，占床率下降代表病人數少，確實病人數是少（-3.6%），然後件數也是變少，可是單價變高，所以整體醫療點數正成長 4.8%，可是你們覺得台大跟北榮的占床率應該沒有那麼低，其他的醫學中心呢？

邱仲慶代表

從地區到醫學中心，都 80 幾%，我覺得計算的公式有問題。

李偉強代表(張德明代表代理人)

看第 3 季的點值就知道。

林靜梅代表(林芳郁代表代理人)

我們跟新北市衛生局有一個群組，每天都有 10 到 15 床，問我們可不可以協助調床的訊息。

主席

所以意思是你的占床率也很高。

林靜梅代表(林芳郁代表代理人)

我們自己算起來大概將近 90%。

主席

長庚呢？

游進邦代表(程文俊代表代理人)

這是計算公式的問題，你的分母是什麼你的分子是開放的床數，假如分母是用現行開放床數就是 90 幾%，但是假如是未申請登記床數。

主席

因為我們這個公式算法沒變過，這裡的註 2 有講分母是醫院申報的病床，占床率依日曆天數乘上病床數，然後分子才是真正有申報占床的日數，所以是不是你們有些分母之定義不同？

李偉強代表(張德明代表代理人)

分母一定顯然是用登記，不是實際開放數，當然從以前到現在都是一樣的 base，可是這個數字出來為什麼醫學中心第 3 季會掉這麼多，其實感覺起來不是這樣子。

主席

所以你們登記病床數與跟開放床數不同，開放病床數資訊我們不知道，可能只有醫院知道。

李偉強代表(張德明代表代理人)

衛生局知道，我們都要跟衛生局報備。

主席

可是我們這個公式沒有變過。

朱益宏代表

地區醫院還有空床，可以轉給地區醫院。

主席

其實不要看 13 頁看 24 頁就好，不管有多少床(可用床跟不可用床)，我們只看分子不看分母，住院的部分第 24 張投影片就是看分子(實際的申報量)，也許你們覺得占床率很高，可能原來的分母也變小了，在這個 moment，所以只看實際的申報量也是看到病人數在第 3 季整體而言是有比較少的。

門診的部分第 17 張投影片，第 3 季人數已經快要回穩了(-1.9%)，整

體點數也是每件的單價高，推估出來整體醫療點數還是正成長。
好，剛剛有幾個問題要回答的，朱代表的 2 個問題跟剛剛謝代表的 1 個問題，請醫管組回應。

醫務管理組吳科屏副組長

藥費的部分，我們初步看一下是跟肺癌用藥有增加，109 年 4 月新納入 Tagrisso，所以是跟這些新藥增加有關係。

朱益宏代表

所以是新藥造成的。

醫務管理組吳科屏副組長

特別幾款的新藥，另外剛剛有提到說增加預計要開放的床數報告，因為核准跟登記的時間及後續什麼時候開放，其實時間點都不一樣，所以希望用什麼樣的方式呈現？因為不知道他什麼時候開放？都不是很準。

朱益宏代表

像臺北區前 2 年就預計有 2,000 多床，對當地衝擊很大，我覺得其實就是說，像床數增加這麼多，那你現在都是事後告訴我們增加這麼多，那都是既成的事實，如果預計增加的時候讓所有委員都知道，有機會當然可以透過去跟衛生福利部那邊去反映一些事情。

但如果我們都沒有這些資料，然後偶爾看到某一個分區講說那一區怎麼樣，分區都有在討論，但床數開放這種政策，很多都是衛福部要負責的，所以我覺得就是說如果可以，就你們所知的資料彙整，當然這是預估嘛，所以大家也不會預期這數字會很準，但是讓大家知道明年度可能的情形，看是區分為上、下半年，也不用每一季追蹤，就做一個簡單的說明，補在這個報告裡面即可。

主席

還有一個問題就是南投的地區醫院增加床數，請中區同仁說明。

中區業務組楊惠真視察

各位大家好，我補充在第 12 頁簡報病床數的部分，在去(108)年 10 月 1 日南基變更為南投基督教醫院，因為代號變更了，所以署本部這

邊的病床數才會增加 165 床，那事實上他原來應該是舊代號病床數 123 床，變更代號後為 165 床，所以實際的床數是增加 42 床而非 165 床，以上報告。

主席

所以這邊實際上是增加 42 床，因為是換代號的關係，這個就請醫管組留意。好，剛剛有在討論說預計開放病床數的資訊，我們再評估一下，因為如果分區去瞭解之後回報，若是有失準，我們也是有責任的，因為不知道市場上可能喊了好多床，可是後來可能去申請的時候，第 1 階段、第 2 階段分別申請，很多醫院就是這個樣子，看起來規模很大，可是第 1 期只開放了 100 床，可是這過程我們就不知道他們的策略是什麼，這個時候會不會造成太大的影響，這個我覺得我們再研議，因為不知道會不會有其他策略的影響？

李偉強代表(張德明代表代理人)

想請教簡報第 10 頁跟第 11 頁，這邊都有很詳細的病床變動的資訊，但是為什麼要在這邊注意這個訊息呢？因為我看了各個區的病床數加加減減，大部分都是加，減大多是在整修的關係，可是現在不管是 R 值或 S 值也好，或者討論什麼也好，其實從來沒有把各分區病床的加減當做一個 factor，但是大家都知道很重要。

今天你看臺北區點值大多是六區裡面最低的或是倒數第 2 低的，可是你看臺北區的床位增加很多，這也是事實，總額也沒有因此而改變，我們這個委員會也沒有辦法決定病床數加減，我們只是看著這個數字，其實我覺得這個真的很重要，我知道這是衛福部決定床位數的開放，而且 99 床以下的地方衛生局同意的，我們這邊完全無法自主，他今天這邊加個 20 床，那邊加個 30 床，一加起來就好幾百床了，然後我們使用量就變大，點值就下降，我們這邊只能承受後面的結果，或許這些資訊愈來愈清楚之後，在適當場合把這個 factor 將來去校正各區的總額分配的時候，其實這個真的是一個重要的因素。在我們每次討論 R 值、S 值時，在醫院總額分配的公式裡面應該要加入這些真正反應的參數。

主席

謝謝李代表，大家還有意見要提出的嗎？好，申代表。

申斯靜代表

我們知道在第3季開始，每件的醫療費用都有成長，在簡報的第20頁案件分類+分區別，像在支付制度試辦計畫裡頭大幅度的減少，不知道是什麼特殊原因造成成長率-29.2%的情形？最後我想知道的是「愛滋確診服藥滿2年後案件」，其實在疫情之後，還是會看得到就是說到現在第3季這樣的成長情形，是不是還在我們預算的管控之列？這2個是我想確認的，謝謝。

主席

好，醫管組先回應。

醫務管理組吳科屏副組長

這部分主要是因為B、C肝方案從7月份取消了，原本是在這邊申報的，現在改成申報慢性病的影響。

申斯靜代表

所以簡報第19頁慢性病的成長，也是因為B、C肝移過去的原因嗎？

醫務管理組吳科屏副組長

部分是這樣的影響。

主席

好，那大家還有沒有其他的問題，其實疫情對醫院總額第2季的影響比較顯著的，第3季也開始疫情影響降低了，到了第4季應該會恢復正常，在這裡大家就比較能夠放心，但是因為不管怎麼樣，總額是不會變的。

剛剛李代表有提到供給面，在計算各區總額的時候確實供給面都沒有考慮，只有考慮需求面，那一個區如果床數很多，也不見得都是當區的病人來就醫，可能跨區的病人就醫，所以在總額預算最後就是會將病人回歸各區的總額，所以是用病人為導向去回算總額，也就是說病人若是中區跨區到台北來住醫院，他用的錢是中區的費用，只是是臺北來提供，所以是這個觀點。

當然也可能臺北的床數很多，病人比較容易住院，可近性造成住院的機率高一點，因此耗用的資源就多一點，不過確實這一點在總額預算現在沒有考慮到這一點，也就是不要因為病床數多，而誘發需求，造

成點數的虛增，那這個概念就收納讓未來討論，其他大家還有沒有意見？如果沒有的話，這個報告案就到這裡，下一案。

報告事項第三案：109 年第 1 季~2 季醫院總額點值結算報告

主席

好，那這部分就是要確認第 1-2 季合併的點值，也就是今年第 1-2 季是合併結算，也只有一個共用點值，這不一樣。請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

請教一下，因為 109 年第 1-2 季的平均點值跟浮動點值，我看了一下有 3 個分區浮動點值>平均點值，可以解釋一下這是什麼原因？

主席

其他代表還有沒有問題要提出？朱代表。

朱益宏代表

因為點值結算以後，就會進行追扣補付了，我想請問有關暫付的這部分，特別是追扣，署方要怎麼處理？這個是不是在這邊做說明？第 2 個就是稅務的問題，署方目前是希望怎麼處理？以上兩點，謝謝。

主席

還有其他代表有問題要提的嗎？如果沒有我們就先回答點值的部分。

醫務管理組劉林義專門委員

隨著總額公式愈來愈複雜，其實沒有浮動點值一定低於平均點值的這件事情，主要影響最大的就是請大家翻到報 3-33 頁，因為有很多都是屬於跨區的問題，跨區就會牽涉到前一季的點值是如何的情形，那可以看到醫院總額這邊的跨區採用的是前 1 季全區浮動點值(0.87940496)，這個就會影響到這次的浮動點值，因為我們的平均點值跟浮動點值算法的公式，大家可以參考報 3-41 頁，浮動點值的計算公式就在這裡，平均點值的計算公式就在頁次報 3-42 頁，其實已經沒有像我們以前的概念就是說，以前很簡單就是藥費就是 1 元/點，那通常浮動就會低於 1 元/點，所以大家就會認為說浮動就會低於 1 元/點，可是現在已經摻雜了這麼多的因素在裡面，所以已經很

難講說浮動一定會低於平均，其實這個在牙醫部門那邊更多分區已經有這樣的情形。

主席

可是牙醫的藥費很少，請游代表。

游進邦代表(程文俊代表代理人)

主席，剛剛講的是跨區結算的問題，因為以往跨區結算在沒有疫情的時候，都一季結算一次，剛好是今年有疫情的原因，所以上半年一起結算，也因為疫情的關係，造成點值大幅度的提升，浮動點值就將近1元/點，各分區大概都是這樣子，可是你的跨區結算，按照公式最近一季全國平均的浮動點值是低的，其實這在跨區結算上對各個業務組的影響力非常的大，有沒有辦法做一些補救，不然這對淨流入的業務組是吃虧的。

主席

我們也不過是2季一起結，其實雙方都一樣，不過這次還是疫情的影響，整個點數下降，浮動的占率就高了，所以跨區的占率就相對突顯出來，因為跨區又用前一季，然後前一季公告的點值又是低的，所以本來那個因素不是很大，是在這樣子的情況之下，一來一往，就被突顯出來了，可是因為我們前一季的浮動點值能夠有的資料，就是去年的，也沒有其他可以再替代的也很難校正，今年就是很特別。

醫務管理組劉林義專門委員

因為我們都是採前一季，所以下一季的點值就會校正回來了。

主席

下一季又會循環回來，第2個問題就是追扣補付，請林義專委說明。

醫務管理組劉林義專門委員

剛才在進行追蹤事項的時候就有說明，就是說因為這一次是採上半年結算，假如這一次的點值確定之後，我們預定在12月就會進行追扣補付作業，那當然就是因為之前有提升暫付款，先給大家渡過經營的危機，所以可能要追回來的款項會比較多，那我們現在已經有報部了，那就是第1個大家可以採分期付款，是不是可以給大家有個免息

的部分，不過這部分還沒有簽核確定，目前還在報部呈核中。第 2 個就是分期照辦法規定是最多可以分 12 期，可是辦法裡面也有規定說至少是要到 1 個月，就是最近 3 個的月的平均 1 個月以上才能分期，當然這一塊我們也會儘量爭取彈性空間，以上說明。

主席

稅務非我們主管業務。

羅永達代表

昨天我們社協有去拜訪賦稅署，那賦稅署署長有針對我們很多醫院是屬於自然人經營的，在我們稅法他是一種現金制，現在很糟糕的是，你前一年給他的暫付款比較高，然後他用今年去結算，扣完之後他明年可能是虧損的，因為他是自然人經營所以沒有辦法。

昨天和他們(賦稅署)說的時候有提到，是不是由(健保)署裡提供調整的扣繳憑單，就是我之前給你多少錢，這裡面那些是暫付款，他們希望署裡能幫忙，昨天賦稅署是這樣告訴我們，我們也想轉達說賦稅署可以幫這個忙，到時候署方給我們調整的錢哪些是暫付款，而不是全額。

剛剛主席講到未來可以分期繳，這樣問題更大，因為我們前半年 12 月底最晚 1 月底扣款，原則上以 12 月 31 日為準，他的現金制就是這樣算，如果還款分成 12 個月，這件事會拖得非常長，這是非常複雜的事，今年才遇到而且大家都沒有這樣經驗，我們拜託署方跟賦稅署做進一步的聯繫，法人可能比較沒有問題，自然人跟社團法人比較有這方面的問題，兩方做個溝通，將來因應每個醫院狀況不一樣也可以做適當調整。

主席

請醫管組說明。

醫務管理組吳科屏副組長

如果你在 109 年 12 月底前還款就是 109 年的稅，其實我們之前有和他們電話聯繫過，如果來不及，在明(109)年 3 月中以前還，我們還來得及在扣繳憑單跟他們做修正，這樣他才來得及將列在 109 年的金額扣掉，如果 3 月以後再來還暫付款就到 110 年，如果他們列到 109

年的稅，等於是你先繳錢之後再退稅，會是用這樣的方式。就是110年3月以後，等於所得稅繳了然後它們需要3個月的作業時間才能退稅，相對而言對院所是比較麻煩而且我們也要去額外去做更正。

羅永達代表

這真的很複雜，連我們協會要發文給會員也不知道如何發文，我想各區每家醫院的狀況都不一樣，能不能署方跟賦稅署聯繫內容做成會議記錄給所有的醫院，明年每家醫院都會有這個問題，甚至財團法人也有這問題，所以可不可以把協商的結果讓我們知道，否則現在很多人都在問這個問題。

醫務管理組吳科屏副組長

原則上我們會等部裡核定分期作業後，會連同剛剛說明部分，一併請各分區轉給大家。

朱益宏代表

昨天賦稅署的說法是，因為最後醫院實際健保收入多少錢是根據署方給的資料，我們有提到署方現在給的是暫付款後來扣掉怎麼辦？他說扣掉如果署方有更正資料，他們並沒有說要3月以前，醫院就可以拿這更正資料去跟他申請退稅，但是署方如果沒有申請更正，如果署方作法就是今年多給你就從明年的應付直接扣給你，那樣他就無法申請更正，就會變成今年度多報稅，所以變成明年虧損無法扣抵，因為自然人是無法扣抵，所以就是產生今年給我的錢是暫付，我還要還給你，雖然分了12期但是還是要還，可以我今年要繳稅，明年你少給我，我是虧損的，但是我又沒辦法抵。

這部分賦稅署說健保署要出具更正的資料，醫院就可以去跟他退稅，他並沒有說要3月以前更正，3月之後不行更正，這細節麻煩健保署跟賦稅署去協調，我覺得這是暫付，明明醫院跟署方已經談好我今年多拿錢，我分12期，那你們今年出的資料是不是直接扣掉，然後明年還錢，用這種方式處理，這個確實要幫醫院去思考，確實在賦稅署目前的執行方式是這樣子，還是希望雙方協調好，不要讓醫院明明拿到只是暫付款，是要退款的，然後還要去繳稅，結果明年明明是虧損，然後也不能去扣抵，因為賦稅署就是看健保署出具的資料來課稅，如果今年是多出去，明年確實更正，然後就會允許醫院去做退稅

更正。

醫務管理組吳科屏副組長

健保署出具的資料一定是根據事實處理，在我們作帳，醫療院所一定有還，那跟你還款時間有關。剛剛也有說明，其實我們一開始就問賦稅署要做怎樣的稅務處理，因為會去配合所得稅課徵的期程，剛剛這些我們都問到了，因為所得稅是5月開始，一定要他們作業來得及，如果你要列入109年稅基去處理，至少你要在110年3月中前，一定要跟我們健保署來把費用還掉，你還掉當然我們能夠出具證明去給醫療院所去做沖抵，你如果是3月以後當然是來不及，因為賦稅署需要作業時間，是這樣子的問題。

分區也有提到有些院所急著想還錢，因為有稅務的問題也希望在109年還，這些流程我們都有想到，後續我們在分期攤還這邊，也盡量避免後續的困擾。

朱益宏代表

我覺得是這樣，如果是3月前還，我們也希望署方跟賦稅署談，因為現在分期可以12個月，因為某些醫院他的還款金額比較大，尤其是地區私人醫院財務衝擊相當大，因為我們昨天去跟他談，他並沒有說3月前更正，他只有說只要健保署出具更正，就可以再去跟他們去做更正，因為醫院都是5月報稅，健保署明年2、3月會出具證明給醫院跟你說你今年領了多少錢，他是說你今年如果健保署有給你一個更正資料，醫院可以拿這個資料才去跟他申請更正報稅資料，然後就可以去做退稅動作，如果署方說3月以後不行，我覺得是不是可以拜託署方通融，在財務作業方面給醫院最大的彈性，不然分期分了12期，明明這錢我都已經說要還了，只是我現在沒有錢分12期還給你，如果在3月底前沒有還，對不起你今年通通要繳稅，我覺得這樣的美意會打折扣。

昨天賦稅署並沒有說要在一定的期限內，或許是他沒有表達清楚或我們不瞭解，所以拜託署跟賦稅署再去確定一下，如果真的有期限也沒有關係，可是要公告讓我們知道，在幾月之前都還完了稅就怎樣，以後你們的稅要怎樣做，讓醫院自己有選擇，以上。

主席

請謝代表。

謝文輝代表

其實你講的跟科屏副組長沒甚麼落差，如果不想還完，就是3月底前還，未來就不用辦退稅先繳，如果3月以後還，署裡還是會出具證明，你就要去拿這資料去更正本來多繳的，自己就比較麻煩，這個就跟醫院講，讓他們自己選擇。署裡一定會出具證明，本來給你多少，後來你又還多少，剛剛已經講得很清楚，如果今年3月還完就算109年的稅，3月以後他這邊就沒有辦法更改，就要先多繳，5月繳完再去更正明年的事，

朱益宏代表

跟謝代表說明，我們比較擔心依照健保署的作業，3月以後就不會出具更正的證明，然後就從你的應付帳款直接去扣掉，會變成明年是少付給你，如果這樣就沒有辦法辦理退稅，因為你沒有出具證明，但是今年多給就多了，明年就是少給，這樣沒有出具證明醫院就沒有辦法去退稅，我們希望能夠讓醫院選擇，如果今年去做更正明年去做這樣處理，醫院就可以拿你們更正資料去退稅，我們只是擔心署方不出具這更正的證明，然後多付的錢就從明年應付的錢去扣除，然後明年的錢就是少給你，這樣對醫院報稅就產生困擾，所以我們希望在署方行政財務作業考量許可下，跟賦稅署再協調，尤其是分期付款的這些醫院，能夠出具更正的證明，好讓醫院可以依據這證明去申請退稅。

主席

好，請謝代表。

謝輝龍代表

我想暫付要追扣回去是天經地義的事，但是對於第一、二季業績確實下降的醫院，如果依照點值結算全部追扣回去的話，對地區醫院是很大的傷害，對一些業績下降的醫院，在結算當下考量對地區醫院的衝擊會不會很大，然後那我們自己去預估的話，現在要追扣回去的話，占暫付額裡面將近76%，這是一個非常無比沈重的負擔，因為我們固定成本都還在，尤其人事成本不可能因為業績下降而降下來，而且人事成本每年都會一直增加，如果用這樣的核扣方式對地區醫院追扣回

去以後，他在營運方面會產生很大的問題，這絕對是疫情造成的絕對不是醫院自己把服務量降低，結算要去考慮到對地區醫院比較合理的追扣，我想這樣地區醫院才有辦法生存。

主席

好，等一下請醫管組跟大家說明，有關也有去爭取公務預算來支應的標準，讓大家知道，好，其他大家還有沒有意見？如果沒有問題，就請醫管組來說明有關紓困的部分。

醫務管理組吳科屏副組長

紓困的這一部份，部長跟我們署長其實都相當關心，所以這一陣子都有在做密集的討論，目前初步會規劃就醫療院所今年申報醫療費用跟去年同期比較，如果沒有到去年同期的8成的話，會補到去年8成，而且這些部分會去排除掉藥品跟特材的費用，不過這個目前還沒有核定下來。

主席

這個標準是所有的醫療機構都共用的，不是只有對地區醫院，就是各層級通通共用，但是醫院的部分，藥費跟特材費也是要扣掉的。現在正在修改紓困的辦法，要有法源才可以去動用公務預算，所以修改辦法之後，如果通過，那今年部的紓困預算結餘款就打算來補這一塊。這個跟健保的結算是分開的，是不一樣的，健保的結算照結，如果那個部分有走成功的話，部分的公務預算就會進來，但不是每一家都有達到標準，這個就用實際數據來認定。

地區醫院有四間，區域以上的沒有，因為都回復了，所以沒有影響這麼大，基層達到這個標準的就很多，特別是小兒科、耳鼻喉科、復健科，這幾個科別的診所病人數幾乎腰斬，所以他們這次紓困會得到比較多的協助。

好，有關稅務的部分我們了解了，剛剛期待本署再跟賦稅署再做最後的確定，假定有獲得最大努力的結果，我們就用書面給分區業務組再轉知各個轄區的醫院了解，那大家自己去因應。這個訊息最好能夠快一點，因為這個訊息一旦能讓醫院知道，也會決定醫院想要用什麼方式來還款，要分幾期、或是一次還款對醫院比較好，他們能夠做自己的評估，所以這件事情就麻煩醫管組能夠優先去跟賦稅署去做最大的

交涉，然後結果趕快 PASS 給醫院，那不管它是對獨資的醫院有影響或是法人的醫院有影響，醫院自己最清楚，只要把這個資訊回給醫院，醫院再跟分區談追扣、補付，就是在追扣的時候他們要採取什麼樣的策略，這個時間點應該是在 12 月左右，所以多留一點時間去給醫院考慮。那請醫管組盡速來辦這個事情。

吳淑芬代表

如果方便的話，是不是可以盡快在 12 月初，如果告知是在 12 月底，那說真的很多地區醫院沒有辦法，因為 12 月就要追扣。

主席

好，我們會盡快，那由你們去決定，因為最後要跟分區談應該也是 12 月中下旬的時候；好，大家還有沒有什麼問題？如果沒有的話，這個案子就確定，下一案。

報告事項第四案：110 年「全民健康保險醫療給付費用總額醫院部門研商議事會議」召開會議時程報告案

主席

這是明年的開會日期，請代表把時間預留，請問有沒有問題，如果沒有問題就確認，下一案。

報告事項第五案：110 年醫院總額一般服務預算四季重分配

主席

好，四季重分配，大家有沒有意見？所以 110 年採計的是 106-108 年的平均占率分配，沒有意見就通過，下一案。

報告事項第六案：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事作業要點」修訂案

主席

這是任一性別每一個會議不要少於 1/3，請大家推派的代表顧及到性別平等，另外既然成為代表就麻煩盡量親自出席，因為我們也有規定出席人數不到 1/2 不能開會，希望大家都能按照規定準時出席，另外像專家代表是沒有代理人，如果真的是代理人出席，務必做到真正的代理，也要跟真正的代表說明今天的開會的會議內容，不要只有代理

人知道而真正代表不知道，而下一次會議代表出席又反映他都不知道，這樣也不好，因為每一位代表都有它背後所屬的團體，這個大家有沒有意見，只是重申，沒有意見就確定，討論事項第一案。

討論事項第一案：110 年醫院總額一般服務點值保障項目

主席

點值保障項目大家有沒有意見，請朱代表。

朱益宏代表

剛剛前面的報告案，我看會議資料報 6-4 頁，各團體推派代表及代理人時任一性別以不低於 3 分之 1 為原則，所以各團體推派都要 1/3，這對團體推派會造成困難。

主席

我們主要都是團體推派。

朱益宏代表

我的意思是很多團體推派這個會議，每個團體都要 1/3 這會有點困擾，如果是整體會議不超過 1/3 為原則，這樣比較好。如果是要求每個推派團體不管是正代表或順位代表任一性別不能低於 1/3，或許在推派時會有一些困擾，所以在修正辦法時，不要規定各團體任一性別都要符合這 1/3 的規定，不然推派真的會有問題，到時候不符合這個規定，我們推派不出人來怎麼辦。

主席

性平是希望整體有任一性別有超過 1/3，如果不行就真的不行，各自推派代表是沒有一定，所以我們這邊寫的是「為原則」，因為每個團體都盡量考慮性別平等。

朱益宏代表

聽懂。如果是跨性別者以後是不是要納入參考。

主席

要讓我們知道代表的性別，不然我們也不清楚。

好，保障點值的項目，大家有沒有意見，沒有就討論事項第二案。

討論事項第二案：修訂「110 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」

主席

修正內容都已說明，請問大家有沒有意見，請謝代表。

謝輝龍代表

我們知道巡迴醫療對偏鄉非常重要，而且有巡迴醫療的縣市它的就醫、交通非常不方便，醫院去承作這些地方，包括醫師、藥師、護理師的費用，那些地方看診的費用又加 2 成。但是我們要出去的人員不只醫師、藥師、護理師，另外還有司機及行政人員，回來還有申報的後台作業人員，其實這些費用滿多的，我希望能夠補助，這是第一點。

第二點，巡迴醫療對健保署整體費用管控是有幫助的，如果病人回到醫院去看病，包括藥費、藥服費、檢驗檢查等費用，跟醫院裡面的差距是滿大的，所以反而巡迴醫療對健保整體費用是降的滿大的，這對健保整體的費用是有幫助的，用這種角度去看的話，應該要鼓勵巡迴醫療，有牽涉到人事部分的費用要再調高。醫院協會的建議絕對是合理的，署方現在還是建議不調高，我是建議巡迴醫療還是在服務人，以成本計算而言我們是不符成本，但這是社會責任。我想署裡再去評估有關人事費用，都要酌於調整給付，不然包括司機、行政人員、電腦設定這些都會增加醫院的成本。

主席

其他代表還有沒有意見，請李代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

其實巡迴醫療真的要花蠻多人力及時間，其實對於偏鄉離島地區這也是慢慢轉型的時機，這些人力經費真的是純粹作醫療而已，我建議健保署某些狀況開始可以作一些遠距醫療等，以上。

主席

偏鄉真的醫師不足而且沒有開業的醫療機構，所以才會啟動巡迴醫療，其實這也已是長期的方案，我們能夠補這些論次的費用都是要總額協商的，他並不是在總額內，是額外再去爭取的。為了爭取巡迴醫

療 IDS 費用，每年也要和付費者溝通，事實上我們也是長期是增加的，確實我們診次、偏鄉也一直在增加，也代表我們城鄉差距也一直在擴大之中，所以這個部分我們也會一直極力爭取，如果未來有爭取到也可以分配給大家，因為沒有足夠的預算就去調高這些費用，就會變成點值浮動，所以兩全之下還是要看費用餘裕才能決定能不能調整，我們也非常感謝大家能夠協助我們。

另外李代表所提的遠距醫療，我們計畫已經通過了，也是從 IDS 地區的皮膚科、耳鼻喉科、眼科開始試作，因為在地端比較多一般科及家醫科醫師，都是涵蓋 primary care，所以次專科醫師比較缺乏的部分。

我們就看這次遠距的會診能不能夠成功，大家的感覺如何，民眾覺得安不安全，然後醫療責任大家也沒有顧慮，這卻很重要，假定這步能走成，遠距醫療有機會會慢慢擴大，但是如果利用率還是相當低，就代表在地端醫師也不太想要去會診，或許病人也不接受這樣的會診。未來還是要滾動式檢討，不過我們也期待明年遠距醫療即將公告，希望多一點醫院參與嘗試看看，特別是現在已經在偏鄉提供醫療服務的醫院，或者你和偏鄉的服務醫療機構本來就有合作關係的，都試著看看。

一開始我們也是有論量、論診次的選擇，因為已經有幾個試辦點走在前面的經驗，這個需要相互謀合一段時間，特別是在地段的醫師需要去操作一些東西，也能把資料傳送給遠端的會診醫師去診斷，這也是需要逐步去檢討。

還有一件事情大家也是相當重視的，就是醫療責任的問題，所以這次遠距計畫有提到兩邊病歷紀錄都要書寫，雖然最後由在地端申報費用，理論上完整病歷是在地端，但是遠地端有會診，所以會診也要寫病歷，如果將來有問題的話，兩邊病歷可以拿出來對照，這樣大家會覺得比較安全，特別是醫療存在很多不確定性，不去做都不知道，如何做到安全有效率，我們需要逐步來看。

這案大家還有沒其他意見，沒有的話我們就這樣修正，謝謝醫院協會給的建議，如果可以採納就採納，沒有採納就留供參考。

討論事項第三案：修訂「醫院總額品質保證保留款實施方案」

主席

好，請看討 3-1 頁，一項一項大家來確定，第一項就是要用申報的點數還是核定的點數；討 3-2 頁就是列出來這兩者的差距，請問，我們要用申報還是核定？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

這是我們醫學中心提出來的，當初我們看到的，其實過去在 107 年之前也都是一直用核定的，比如說像攤扣或是什麼也都是用核定的，因為核定才是他真正獲得的申報數。

其實申報數有時候可能報錯、誤報，或是有可能審查刪除，有些申報不合理，那些不能用申報數來看，那些不合理的部分就沒有被排除，所以之前我們在做任何方案，大部分都是看核定，這個部分過去也都是用核定，所以我們當初提出來的時候也沒有去看數字，所以我們覺得理論上應該要用核定會比較好，我們是希望能夠用核定。

主席

討 3-2 頁最上面前三行，申報跟核定的差異主要是在核定點數是為當年度納入結算的點數，包括申復、爭議審議、核減、攤扣、追扣補付，所以剛剛雪玲代表就是認為這樣比較正確？就是希望用核定點數，其他代表同意嗎？這一項就改成核定點數。

接下來我們就討論清淨手術抗生素使用率，四日以上或是超過三日的比率，因為這個就差一天，定義是一樣的但是文字不一樣，我們要用四日以上或是超過三日的比率？

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

這我們沒有意見，我們醫中提出來的意見是在統計的時候，我們是對那個分子的定義有一些疑問，我們可以看討 3-3 頁上面括號 2 最後面有寫到，依醫令碼第一碼 6、7、8 的醫令，其實這個指標在看的時候，是用那個 ICD10 分類碼的處置碼來看，但是在做分子的時候是把所有只要做過 6、7、8，因為其實清淨手術好像就是膝關節或是耳科的一些手術，但是清淨手術不太需要吃抗生素，當成指標我們是會去做監控，我們自己在看的時候發現有些醫師就會不及格，我們就會去看為什麼會有這樣的個案，其實他就是在清淨手術的當下，他同時併做其他的手術，他就會落在分子定義的 6、7、8 裡面，6、7、8 是整

個手術章節的醫令都在裡面，所以只要他做了任何一個清淨手術併做其他手術的時候，他就有可能抗生素會使用比較多，那這其實就不符合，我們是希望單純的清淨手術能夠去監控抗生素不要開那麼多，當然分子在這樣的個案的時候，他就會不及格，這個比例上就會跳上來，因為同時併做其他手術在我們醫學中心會比較多，所以我們是希望在手術碼的部分在做分子的時候，是不是針對醫令碼是膝關節手術、耳鼻喉科手術，單純只有做單項手術，就是 and 要排除其他 6、7、8 的手術，這樣就合理，其實這樣定義還蠻簡單，只是他這次的住院手術部分只有這幾項，只有單純的手術沒有併做其他手術，這樣就 ok，其實定義並沒有很複雜。

主席

就是兩個問題，一個名稱，我們是不是就統一還是使用品質確保方案的超過三日的比率，就不要動；那要排除一些醫令代碼，醫審組 ok 嗎？

醫審及藥材組詹淑存專員

討 3-7 頁有現在品保方案裡面的指標定義，還有本署說明的地方也有講分子的範圍，我們大概都是在每年的 1 月，會函文給台灣醫院協會對於品保方案是不是有修正建議，那個時候就看條文是要排除在分母或是分子，這邊都可以提進來。

主席

好，這個就是給我們來配合做修改，最好是品保方案跟品保款的定義是一樣的。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

定義是一樣的，只是名稱是不一樣的，

主席

現在名稱也要一樣，然後排除的條件也要一樣，這樣好不好？不要兩邊產生不一樣的數據。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

因為這個也是年指標，雖然在 1 月 2 月才提出，我們是不是全年採計

的？

主席

對，好，這一項也通過了，有沒有不同意見？如果沒有我們就確定。再來就是地區醫院的部分，這邊地區醫院有沒有意見？

朱益宏代表

地區醫院這邊我們是希望暫時維持 109 年修正後的方案，因為疫情怎樣還不知道。

主席

現在不是都慢慢恢復正常了嗎？

朱益宏代表

但是現在不知道冬季會不會再有什麼狀況，所以我們是希望說如果真的要解除，就比照指揮中心解除以後我們再來做調整，這是第一點；第二點就是說有一家東區醫院跟你們反映，我們不知道是那家醫院所以我們沒有辦法做輔導，如果有可能的話，是不是讓我們知道？因為確實就是現在開的課比平常少，我覺得不能用例外的某一家醫院，他去上了課，那他上了什麼課我們也不知道，是不是他們醫院自己開的課自己來上，我們也不知道，那這樣子說，就要做其他的處理，我覺得不適當，所以如果可以，我們也可以輔導他加入我們 TCHA 的指標，因為我們也希望我們這個指標越多地區醫院參與，他的信效度會更好，分區那邊如果不方便讓地區醫院協會知道，那分區那邊也可以再跟他商量一下是不是參加，有這麼多指標都可以參加，而且上課只有一次，到底上完課對它的效益是怎樣，我們不知道，但是指標的話是每一個月都要提報，所以品質管控的效果會更好，以上。

主席

好，那就是兩個問題，一個就是還是維持 109 年百分之六十用指標計畫，因為相關的學協會辦的活動也少了，所以這個同意。然後時間就是疫情中心三級的解除時間，再來的話就是那家醫院我們就請東區去輔導，如果不行就請社區醫院去輔導，這樣可以嗎？

朱益宏代表

可以。

主席

東區先去處理，因為也不知道他希不希望讓你知道，如果不行，他也願意曝光，那我們就請協會去輔導，因為只有一兩家的問題。

然後第四的部分就是安寧緩和醫療跨院際的合作，這個部分是不是大家同意在疫情期間我們就不列入計算？可以就通過，這個案子大家還有沒有其他意見？如果沒有我們就下一案。

討論事項第四案：修訂「全民健康保險提升醫院用藥安全與品質方案」

主席

好，謝謝，這個方案是 108 年開始的，到現在一年多的時間，但這個計畫收案的件數沒有很多，有完整一年的有 2,869 件，109 年又有新冠肺炎的影響，因此前半年只有 1,500 件，那全年估計是會比 108 年增加，不過這些有申報的案件，確實發現有不適當處方，然後回饋給醫師去更改的，是真的有正向結果，藥師也有整理出來一個報告，所以這個是值得鼓勵的，就是說我們來啟動臨床藥師，特別是從 ICU 開始來做，這件事情確實是有必要的。

我們依序來看看，有幾項問題要討論，第一就是說要不要放寬刪除「連續」兩個字，這個我們是同意的，大家同意那這個就確定了。另外一個就是同意報備支援這件事情，這個大家有沒有意見？如果沒有意見那這個也是同意的。

再來就是調升點數的這一部分，當時是藥事服務費的兩倍，我們最近有在討論說藥事服務費的調整，將來如果有調整，我們這個地方還是用兩倍，再做微調就好了，那將來的調整可能也不會到 150 點，如果我們的藥事服務費，有通過共擬會議有修正，這個地方的兩倍，我們就併同修正，但是跟提案單位所想要的可能不完全一樣，這個部分大家有沒有意見？請朱代表。

朱益宏代表

主席，這個案子總共 5 千萬的經費，從 108 年開始他就分成地區醫院的 1,500 萬預算、醫學中心跟區域醫院的 3,500 萬，那使用的目的也

不一樣，醫學中心跟區域醫院是用於 ICU 的藥師服務，地區醫院是慢性病的門診藥師服務，地區醫院在 108 年實際上在經費的執行率事實上也不高，那 109 年第 1 季、第 2 季剛剛在點值結算的時候，總共 1,500 萬，才用掉 1,200 元，所以事實上這個變成你有錢放在這邊，事實上就是用不完，所以剛剛醫管那邊說經費其實是足夠的，調整的話是足夠的。

剛剛主席也講了這個方案對重複用藥其實是有幫忙的，我們在執行起來，其實地區醫院的藥師他做的事情也不少，以前是一張處方箋，那藥師公會他認為說病人可能看了不同科，有不同處方箋，可能也發現有重複用藥，確實在臨床上有這個問題，所以才希望開放雲端，就是下面要討論的，那我覺得這個對整體地區醫院在去篩檢慢性病重複用藥其實是有幫忙的，而且預算也足夠，那我不理解為什麼醫管組這邊對於地區醫院要放寬的提案都不同意。

第二，100 點增加到 150 點，其實預算是足夠的，這個錢在地區醫院都是回到藥師身上，在藥師公會我們在討論的時候，醫學中心的藥師說這個錢都是醫院收走，ICU 說他們都拿不到，那我們地區醫院很多在執行的時候，這個錢其實是回到藥師身上的，而且對於臨床的慢性病人確實是有幫忙的。

第三個，預算事實上是足夠的，遠遠的還多了，那我實在是不明瞭為什麼說放緩的理由，而且 108 年執行到現在時間不夠，但現在 108 年預算執行率明明就很低，109 年看起來更低，那為什麼不先放寬，那以後真的量很大了以後我們再來評估它的效果，如果他的效果確實很好，量又大，那我們再來檢討，有必要我們也可以用浮動點值的方式去處理，但我覺得這個案子不是錢的問題，主要是鼓勵地區醫院藥師，他們願意出來去擔當慢性病人重複用藥守護的這件事情，所以我們才希望說，貴署不同意的兩項都是針對地區醫院的藥師，我希望真的可以給地區醫院的藥師多一點鼓勵，以上。

主席

謝謝，請謝代表。

謝文輝代表

因為這個計畫做一年多，顯然署裡長官很肯定它是有效益的，通常我

們醫院在推的方案發覺有正面效益，為什麼動不了？就是誘因不夠，在醫院管理方面大概就是增加誘因，因為它有正面效益，我們期待它發揮最大的效果，這個其實沒有財務風險，現在地區醫院的這個今年累計只做了一千多塊，那根本就是沒有人要做，其實現在藥師大家都缺，地區醫院是藥師不夠、藥事服務費都會被扣，其實是沒有人要做，其實我是覺得連 150 點大概都不會有很大誘因，但是總是一個嚐試，而且他沒有財務的風險，即使做了很多，但我們裡面規定得很清楚，它就變成浮動點值，它那個財務預算絕對不會被打掛，它就像是一個總額制一樣，他現在還訂一個，如果做得少，點值超過一塊錢，也以一塊錢為準，顯然像今年的執行績效是沒有人想做的，現在我們肯定他說有正面的效果，那沒有人想做，我想增加誘因是一個重要的因素，也許提高 150 點，要不然 200 點，因為它是產生一個正面效益，有預算在那裏，卻沒有辦法做，要把它剩下來，又覺得它很有正面效益，那是有一點矛盾，所以我是覺得可以嘗試，因為你看，今年兩季都只有一千多塊，那根本就是沒有人要做嘛！

主席

好，謝謝，還有沒有人有意見？李代表。

李偉強代表(張德明代表代理人)

提高到 150 點，我沒有特別的意見，我們應該還是要有一個退場機制，假設我這個提高到 150 點還是多少，量還是很低，在某個預期範圍以下，不管它效應多好，它曲高和寡，這個試辦計畫就要有一個退場機制，我覺得這樣會比較好一點。

第二個就是說，在這次的這個總額協商裡面有提到，非協商是要提高福利，這邊包含藥師我覺得 10%，那當然還有其他的，大概就是往這個方向去走，這邊有沒有什麼特別的重複，我不知道，但如果兩個是完全不重複的，我覺得其實我沒有什麼其他特別的建議了，我覺得就是退場的機制可以考慮一下。

主席

請朱代表。

朱益宏代表

其實這個方案我們已經跟藥師公會討論很多次，其實我們還有一個要求但是在討論的時候藥師公會沒有答應，就是我們希望放寬地區醫院的藥師在執行這個方案，其實他是有一個門檻。

主席

執業滿 2 年。

朱益宏代表

不是所有的藥師都可以做這件事情，所以我們有跟藥師公會要求放寬參與這個計畫的資格，藥師公會基於品質的考量他沒有同意，我覺得確實這個點數誘因不夠強，地區醫院藥師又忙很多事情，包括社區、門診及其他事情，加上地區醫院藥師遞補又很困難，你不給他足夠的誘因，當然他就不願意參加。

第二個，如果誘因夠但門檻很高，讓地區醫院藥師想參加的人沒辦法參加，這也不是辦法。如果這部分今天先開放，讓我們觀察一下結果，如果真的有甚麼困難，或許我們協會和藥師公會再協商一下，了解到底是什麼狀況，或許也請藥師公會協助和會員瞭解一下，是因為地區醫院的資格太嚴格還是有甚麼其他因素，我們總是要針對問題來解決，而不是像李代表說的地區醫院執行率不好，那就地區醫院退場就好了，這樣也不對，是不是還是請所有的委員，針對地區醫院的這個方案能夠予以同意，謝謝。

主席

其他代表還有沒有意見，請謝代表。

謝輝龍代表

我想這對慢性病病人的確是很好的政策，如果藥師關懷可以把 2 種以上慢性病病人可以適當整合化，包括重複用藥或交互作用這些，我想確實可以杜絕，我想誘因確實不足，來會議之前我有詢問我們家的藥師到底我們一年執行個案多少，我們有 6 位藥師是符合條件的，但是我們 108 年收案才 100 位，今年到目前為止收案還不到 200 位，所以這意味誘因不夠，我們藥師會說很忙不去做，這樣很可惜，我是覺得我們把費用調高到 150 點增加誘因，或許把這些好的東西會去執行，我想這對病人的用藥安全確實是有幫助的。

主席

謝謝，還有嗎？請藥師公會郭代表。

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

感謝大家對藥師專業服務的肯定，在這個方案裡面雖然目前地區醫院門診臨床藥師的服務執行量偏低，其實公會已經規劃接下來會有一系列的教育訓練及宣導，透過這樣去提升藥師共識以及了解大家執行上困難，另外也是希望醫院協會、地區醫院協會也可以從上而下鼓勵藥師來做，公會這面就從下而上，兩方面一起努力去鼓勵藥師可以把這方面臨床專業服務做得更好，更可以呈現我們藥師的價值。

主席

這個計畫一開始，醫學中心及區域醫學是從加護病房病人開始，因為設置標準在加護病房的配備本來就有臨床藥師，而且在裡頭早就發揮臨床藥師的功能，我們有給付，所以是從那邊開始的。

當然除了加護病房其他的地方需不需要臨床藥師，當然就是從這邊開始走，如果不錯當然就是擴大，擴大當然也是需要足夠的臨床藥師，也不是每個醫院都有足夠的臨床藥師，這件事情也就是一個供需的問題，看來藥師公會全聯會非常希望把這件事情的品質做好，所以它們從教育訓練、認證部分去把關，所以在時間就是遞延開始的，合格的臨床藥師才開始來嘗試，所以這都是開始，所以開始的量真的沒有很多，因為這樣的定義對地區醫院臨床藥師又太嚴格，它們也沒有這種藥師，所以就放寬另外一種條件給地區醫院。

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

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。

主席

其實也是有某種限制，重點是希望具有某專長的人進來做這件事情，得到結果會比較符合期待，這樣也是 OK。看起來大家對於地區醫院的建議沒有採納，地區醫院有兩個，一個就是那些處方要放進來，這個部分我們的擬辦是從精神科，這樣大家覺得還不夠，要全面放寬為不限同一處方，請依婕科長說明。

醫務管理組陳依婕科長

討 4-3 頁，(三)有關放寬地區醫院照護對象，目前於問答輯明訂 5 種藥品以同一處方為限。藥師全聯會建議這 5 種藥品不限於「同一處方」改以「雲端藥歷或 2 科以上門診處方」來做整合，以上是藥師全聯會建議。

主席

是地區醫院或藥師全聯會建議？

醫務管理組陳依婕科長

藥師全聯會來函轉地區醫院建議。

主席

剛剛這個第一點的訴求是不是我們就同意，就放寬不限同一處方，這樣可以嗎？有沒有執行上的困難。

醫務管理組陳依婕科長

因為我們可能會遇到實務上藥師來問我們雲端藥歷要如何查詢相關的紀錄，執行面上細節的問題，可能需要地區醫院或藥師全聯會一起幫我們解決。原本我們處方是 5 項限同一藥品，如果放寬的話，是不是未來不同科的多張處方，但還是要限同一院所開立的，這樣藥師才有辦法去做整合。因為雲端藥歷有可能是他院跨院開立的處方。

朱益宏代表

我是覺得其實署方做的雲端藥歷就是希望醫師也要看，藥師是 double check，也是希望藥師看，所以在這個方案沒有這個道理，只有你們醫院內部的處方，地區醫院很多已經在院內已經在整合，對慢性病就是一個或二個醫師，他不像醫學中心或區域醫院分很多科，很多在地區醫院已經做某種程度的整合門診，那你現在規定都不行，只能在你醫院看，那你推動這個方案又打了一個折扣，所以我覺得要放寬在雲端藥歷，當然雲端藥歷的監測也是要符合時間性，比如一般慢性病是一個月或三個月的期限內他有去看，藥師也去查了雲端藥歷之後，發現有整合然後去做了一些處理，應該要給他獎勵。

你不能說半年前藥或一年前的藥我看到了，對不起，我也來整合一下，藥都吃完了也都沒有用，所以我覺得用處方的日數還在他的期限

內或是用其他條件去綁住，我認為雲端藥歷應該要開放讓他可以去查詢去整合，這才有意義。

第二我要回應地區醫院的資格，不是只有剛剛講到的兩年，還有過去一年至少有 20 筆相關資料，這 20 筆對地區醫院是個很高的門檻。所以剛剛講得要講完全，不要只講一半，講一半好像二年好像很容易達到，二年對地區醫院的藥師確實不難，但是前一年要有 20 筆臨床照護對地區醫院門檻非常高，所以我們本來希望把這個門檻再降低，但是藥師公會全聯會也有一些品質的考量，所以我們才跟他談先從雲端藥歷這邊先做整合，也希望明年地區醫師和藥師公會全聯會可以一起舉辦各地區醫院藥師的繼續教育，這樣提升地區醫院藥師參與及本質學能。這是我們和藥師公會全聯會達成的共識是這樣子，所以希望署方能支持。

主席

請藥師公會的郭代表回應我們同仁剛剛的說法，如果不限同一處方改用雲端藥歷或兩科以上的門診處方，這要如何執行？因為雲端藥歷你在何時查，雲端資料之完整性也不是 100%，所以我們也無法事後採認這件是否符合的狀況，確實是執行上會有一點困難。

還有用藥的處理在跨院我們覺得是對的，但是跨院你很難改變跨院醫師的行為。

朱益宏代表

可以改變本院。

主席

對，可以改變本院。如果跨院的藥是交互作用，那個藥要換，改變本院的話也沒有辦法處理到這個案，所以我希望藥師公會全聯會從用藥安全，因為當時計畫是藥師公會全聯會提的，特別是你剛剛提的 20 筆，也是他們提的，所以我們還是尊重藥師公會全聯會提的，不知道藥師公會的郭代表對地區醫院的看法還有剛剛同仁的說明，包括雲端藥歷、2 種以上的門診處方或是跨院執行上的困難，有沒有意見。

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

雲端藥歷的紀錄就是 3 個月，當然 3 個月跨院重複用藥的問題在地區

醫院一定有可能會遇到。但是就系統上的申報，好像沒有地方註記 by 不同醫院的紀錄，除非系統上有一些可以註記的欄位。

主席

如果增加註記，有沒有辦法解決這個問題，請藥師公會郭代表。

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

如果系統上有欄位是可以註記的。

醫務管理組陳依婕科長

現在是要註記他是跨院的嗎？

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

比如就是重複用藥，就是依據何時查詢雲端藥歷到其他院所有重複用藥的那一筆資料。

主席

所以就是要記得蠻詳細，請羅代表。

羅永達代表

因為我本身也是藥師公會聘的審查專家，從他一開始審查委員的篩選，他所有藥師的認證，包括機構的認證，其實都是很嚴格，我們一天到晚接到認證的這件事情，這件事情從頭都是很嚴謹。

第二件事，藥師的職責本來就是 double check，很多醫師開了沒有注意到，所以雲端交互作用裡面本來就要 double check 這件事情，所以雲端藥歷本來就應該這樣做，只是我們以前沒有這樣做。

第三，我們在申請的時候本來就要填表，我們在申請這筆錢的時候本來就有一張表格，只是表格裡面目前沒有欄位去註明這件事情，我想這個東西應該不會很難，你只要去註記何時看到這 2 筆互相的交互作用或重複，你本來就是交替要寫這些東西，現在只是多個欄位把雲端的東西寫出來而已，所以增加欄位是這整個的重點，我覺得這東西對執行上不會太困難，而且是應該鼓勵去推行這個東西。

主席

現在就是重點要把資訊提出來，而且要聯繫醫師，請張教授。

張國寬代表

癥結點在於誘因不足，所以後端的雲端查詢我覺得不是重點，因為實務上沒有病人的健保卡你要去查雲端有困難，實務上藥師臨床發藥就很忙，還要他多去查詢一個雲端藥歷真的有困難，話說回來現在三高病人很多，要找到同一個處方箋 5 筆以上，這個問題應該不大，我覺得優先從第一個提高誘因來解決，後面那個就自然解決。

主席

提高誘因，所以後面處方箋的定義不用改嗎？還是維持原本 5 種藥品以同一處方為限。

張國寬代表

現在三高慢性病病人那麼多，要找到 5 筆以上不難，頂多可以考慮同一院所的不同處方。我是認為要即時去讀這雲端藥歷，我想對臨床藥師而言應該有難度。

謝輝龍代表

這個講法我不覺得，事實上地區醫院我們每次都在看雲端，有時候字很小我們沒辦法看，時常是藥師發覺重複用藥，然後打電話跟我們提醒你這筆藥是重複用藥，所以是不是要把他砍掉。所以獎勵有誘因對用藥安全品質是有幫助的，我覺得應該要把他放寬，雲端藥歷應該把它納入到裡面，事實上沒有困難只要註記就好。

醫務管理組吳科屏副組長

現在有一個問題是，你會去查重複用藥，是說我現在開的藥和雲端藥歷有重疊，那你這個藥就不開了，就不會有要註記到前面的重複的問題。

朱益宏代表

不是註記到前面，意思是我是申請這筆費用時，我註記是從那邊看到，我不是要註記前面這筆重複，而是我要去申請這筆費用時，告訴你到底是那裡重複。

醫務管理組吳科屏副組長

所以不是從雲端上註記，而是在你的資料做註記。

朱益宏代表

是。

醫務管理組吳科屏副組長

因為剛剛提到是在雲端做註記，如果是這樣子當然沒有疑問。

主席

這個計畫本來就有一個 VPN 登錄，後面有附資格審查或是 VPN 應登錄資料，還有建議的內容。好，現在有 2 種說法，剛剛張教授提地區醫院照護對象 5 種藥品以同一處方為限，就已經很多。到底是地區醫院的符合的臨床藥師時間不夠或是其他，這是一種，那這是錢不足或是供給不足或時間不夠去做這件事情，這都是可能的結果，所以剛剛專家代表張教授所提，如果錢多一點是不是有人要去做，這是假設，但是地區醫院認為你只放寬一點範圍就會有人去做，但是如果你合格藥師還是不足，放寬也沒有時間去做，這結果也一樣。

朱益宏代表

但是你還是要放寬，因為這是正面。

主席

如果放寬，VPN 登錄內容也要寫得很詳細才有意義，才能去評估，其實這件事情要去評估，不是只有藥師詳細填列，是有沒有改善醫師的行為比較重要，所以他的評估是經由藥師的建議後因此而改變行為，然後讓不好的事情沒有發生，預防不好的事情不再發生，這才是本案的效益，這才是比較有效益的部分，目前比較有效益是 ICU 比較多，地區醫院也是案件數比較不多所以要繼續累積精進。

地區醫院的訴求有 2 個，一個是範圍放寬，VPN 去改，讓他詳細去填未來再評估成效，這點依婕科長可以嗎？

醫務管理組陳依婕科長

現在 VPN 填的資料請大家看討 4-24 頁，就有 VPN 登錄相似的畫面，現在有分臨床藥師的介入類別，最後一個欄位是醫師或其他醫事人員是否接受這個介入建議，這是目前的畫面，如果後續要放寬，也要和藥師公會全聯會討論要如何修正才能達成成效。

主席

藥師公會的代表這邊可以嗎?如果我們今天通過也要你們專業的建議，然後我們再去改 VPN 格式，讓大家可以去填列，也要列入未來教育訓練的內容，特別是對地區醫院藥師的教育訓練，這個執行上有沒有問題?

郭莉娜代表(陳智芳代表代理人)

我們再努力和署方合作看如何修改，謝謝。

主席

我們今天要先確定方向，然後細節兩邊再談，這個部分我們就先同意讓地區醫院去發揮，當然成效不好就滾動式檢討，這是第一點就先確定，藥師公會這邊也 OK，科長這邊後續也可以去改。

第二點，誘因部分現在是建議 150 點，剛剛有提到是藥服費 2 倍，如果藥服費有調這也會調，現在顯然是直接改成 150 點，大家有沒有意見?

吳淑芬代表

主席，真的希望能夠同意。

主席

這是要共識。

吳淑芬代表

其實門診的藥事服務費我們藥師看到都很打擊，同樣都是臨床經驗 2 年的藥師，都有證書及臨床經驗，一個是 220 點另一個是 100 點，真的叫做自尊心的打擊，這是藥師跟我反映的部分。

主席

這是額外的，本來藥事服務費就應該做這件事情，當然我們量很大，當時有一個支付標準，這是又額外加上去的，這並不是原來那個，不要把他倒過來講，只是可不可以藉這個計畫額外再多加一點。

吳淑芬代表

謝謝。

主席

大家有沒有意見，確實是預算還有餘裕，如果大家都同意的話就是共

識，那就調到 150 點。

黃雪玲代表(陳石池代表代理人)

還是要監控一下量，不然暴量會影響預算。

主席

我們來監控量，不足就再來處理，請朱代表。

朱益宏代表

這部分也麻煩藥師公會代表回去反映一下，第一，謝謝主席及各位代表的支持，地區醫院的 2 個案子都修正通過。第二，108-109 年總共累積地區醫院執行醫院 95 家，參與的家數真的不多，總計參與地區醫院的藥師不到 300 位，所有層級包含醫中區域總共 655 位，所以之前我們是希望能夠對藥師門檻能夠再放寬，但這部分也請藥師公會全聯會回去可以再思考一下，如何透過教育訓練讓更多地區醫院執業藥師能夠參與這個計畫，至少讓參與的藥師跟家數都可以增加，地區醫院協會也很樂意跟藥師公會來配合，也鼓勵我們 200 多家會員來參加這個方案，以上要拜託全聯會這邊協助，因為確實參加家數也不夠多，現在誘因增加了，是否大家一起來努力。

主席

這就留供未來繼續探討，那本案修正通過，這個案子大家還有沒有意見，各位有沒有臨時動議，沒有的話今天會議就到這裡，謝謝大家。