

「門診透析總額聯合執行委員會」100年第4次委員會會議紀錄

時間：100年11月16日下午2時

地點：中央健康保險局9樓第一會議室(台北市信義路3段140號9樓)

出席委員：

王委員惠玄	王惠玄	朱委員益宏	羅永達 ^代
吳委員三江	楊孟儒 ^代	李委員素慧	林元灝
阮委員明昆	阮明昆	林委員文源	林文源
林委員水龍	郭長豐 ^代	張委員孟源	張孟源
梁委員淑政	梁淑政	許委員玫玲	許玫玲
郭委員正全	郭正全	陳委員雪芬	陳雪芬
陳委員瑞瑛	陳瑞瑛	陳委員誠仁	江培群 ^代
陳委員漢湘	吳志仁 ^代	游委員開雄	張智剛 ^代
葉委員明峯	葉明峯	廖委員秋燭	廖秋燭
蔡委員淑鈴	蔡淑鈴	鄭委員集鴻	鄭集鴻
謝委員武吉	王秀貞 ^代	謝委員輝龍	謝輝龍
蘇委員清泉	蔡宗昌 ^代		

(依據姓氏筆劃順序排序)

列席單位及人員：

行政院衛生署	周雯雯
全民健康保險醫療費用協定委員會	林宜靜、邱臻麗
行政院衛生署國民健康局	
台灣腎臟醫學會	林慧美、范姜允珍
台灣醫院協會	陳俞文、林佩荻、陳雅華
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏
本局臺北業務組	賴香蓮、蔡慧珠
本局北區業務組	林麗雪
本局中區業務組	謝婉碧

本局南區業務組	李麗娟
本局高屏業務組	蔡秀珍
本局東區業務組	張瑋玳
本局醫審及藥材組	劉家慧
本局承保組	
本局資訊組	姜義國
本局醫務管理組	林阿明、李純馥、張溫溫、孫嘉敏、 張桂津、鄭正義、劉立麗、楊耿如、 洪于淇、吳慧玲、張淑雅、高豐渝

主席：黃召集人三桂

紀錄：李健誠

壹、主席致詞：(略)

貳、本委員會 100 年第 3 次委員會會議紀錄，請參閱(不宣讀)確認(略)

參、報告事項：

報告事項第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 100 年第 3 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：

- 一、有關「長期依賴呼吸器患者合併洗腎處置之合理性」，請台灣腎臟醫學會於明(101)年度第 1 次會議中報告相關共識或看法。
- 二、餘洽悉。

報告事項第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：門診透析總額執行概況報告。

決定：

一、於下次會議新增：

(一)透析病人平均就醫次數。

(二)每年新增腹膜透析人數。

(三)Early_CKD 和 Pre-ESRD 參與院所數。

二、餘洽悉。

報告事項第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：100年第2季門診透析總額點值結算報告。

決定：

一、確認100年第2季點值，如下表：

季別	浮動點值	平均點值
100Q2	0.82983558	0.84416766

二、依全民健康保險法第50條規定，一併辦理點值公布、結算事宜。

報告事項第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關101年「門診透析總額聯合執行委員會」召開會議事宜案。

決定：101年度會議時間，訂如下表：

次數	1	2	3	4	5
會議日期	101.2.15. 星期三.2PM	101.5.16. 星期三.2PM	101.8.15. 星期三.2PM	101.11.14. 星期三.2PM	101.11.28. 星期三.2PM
會議名稱	101年 第1次會議	101年 第2次會議	101年 第3次會議	101年 第4次會議	101年 第1臨時會
會議地點	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂	18F 大禮堂

報告事項第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年「門診透析預算採日曆數分配四季預算」案。

決定：101 年四季預算分配情形，內容詳下頁附表：

101年度門診透析總額按「日曆數」推估預算增減情形

年度	101年			
	按日曆數推估 預算(百萬元)	預算增減 (百萬元)	100年日曆數 占率	天數
第一季	7,752	332	24.86%	31
				29
				31
				91
第二季	7,752	-82	24.86%	30
				31
				30
				91
第三季	7,837	-46	25.14%	31
				31
				30
				92
第四季	7,837	-205	25.14%	31
				30
				31
				92
合計	31,176	0	100.00%	366

備註：

一、實際預算數係指該年度實際預算。

二、按日曆推估預算=(按該季日數/該年度總日數)*該年度實際預算。

肆、討論事項

討論事項第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年門診透析服務保障項目及操作型定義，提請 討論。

結論：

- 一、血液及腹膜透析之藥費及藥事服務費採每點 1 元計算。
- 二、腹膜透析之追蹤處理費(58011C 及 58017C)採每點 1.1 元支付。

討論事項第二案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(簡稱品保方案)門診透析總額支付制度醫療服務品質指標，及積極性目標值，提請討論。

結論：參考「行政院衛生署100年度慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標項目修正後報署核定。

討論事項第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：研訂「全民健保 101 年 Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」(草案)乙案，提請 討論。

結論：

- 一、衛教護理人員之認證，仍維持由台灣腎臟醫學會辦理單一認證。
- 二、完整複診衛教及照護費(P3403C)改成「2次申報間至少間隔77天」即可申報費用600點一次。(原為間隔84天)

三、GFR計算公式原採MDRD公式計算，若「國人GFR公式」開發完成，則以新版公式為計算基準。

四、餘洽悉。

臨時提案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關101年門診透析預算協定增加1%如何動用案，提請討論。

結論：

本案今日討論無共識，請將今日委員意見彙整後，詢問其他單位意見，如仍無共識，再洽詢費協會本案處理原則及方式。

伍、討論事項之與會人員發言摘要，詳如附件。

陸、散會：下午4時15分

附件--「討論事項」之與會人員發言摘要

討論事項第一案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年門診透析服務保障項目及操作型定義，提請 討論。

羅委員永達(朱益宏代理人)

腹膜透析的保障項目追蹤處理費(58011C及58017C)採每點1.1元支付，何時才會檢討？因為當時的時空背景是要鼓勵使用腹膜透析，但在推行保障若干年後，各項分析顯示腹膜透析並沒有想像中的好，對病人來說就是多了一項選擇的透析方式，不知保障到何時才能結束？

陳委員雪芬

不贊成改變現有結算方式，推廣腹膜透析就是讓病人多一項選擇，而且目前浮動的部份僅3億左右，因此建議維持原樣。

黃召集人三桂

99年以前腹膜透析是保障每點1.2元，於100年調降成每點1.1元，衛生署有政策上的鼓勵，先維持原樣保障處理較合適。

羅委員永達(朱益宏代理人)

因為沒有相關的成本分析，先維持原樣，建議未來到達某種穩定的程度，再作繼續保障與否之討論。

案由：修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」(簡稱品保方案)門診透析總額支付制度醫療服務品質指標，及積極性目標值，提請討論。

羅委員永達(朱益宏代理人)

死亡率的積極性目標有分「小於一年死亡率」和「大於一年死亡率」，不知其意義為何？因為隨著人體老化，隨著年齡增加，每年死亡率是以0.7的速率成長，老化的程度直接影響著死亡率，因此隨著台灣人口老化愈趨嚴重，是否有將此項因素考慮校正？

吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

死亡率的定義一直都很有分歧，當然老化也會是死亡率的因素之一，目前的資料都先收載為主，再來考慮合理性，還沒有真正用統計方式來校正。

羅委員永達(朱益宏代理人)

這樣定義不清楚會造成的影響，並非醫療院所透析處置不好，而是定義釐清有問題影響。

郭委員正全

住院率也會有定義上的問題，應該用主診斷碼判定，例如白內障或其他疾病住院，順便接受透析治療，在住院率上就沒有關聯，所以建議主診斷碼特別標註，比較清楚。

王委員惠玄

此獎勵計畫是要鼓勵透析院所品質提升，不知能否提供相關獎勵分配情形，讓大家了解實際獎勵院所的情形；計劃中，尿素氮指標現況都能達到96%以上，計畫積極性目標值仍訂定在95%的標準，是否有達到獎勵標準之積極性目的，是否有實證數據，讓大家參考。

吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

指標的監測，一方面是鼓勵，一方面是提醒醫療院所品質的重要性，在點值不高的前提下，此獎勵計畫類似在抓後段透析品質不佳的院所，事實上台灣的透析品質相較其他國家已很好，在大家都很努力的情況下，又要懲罰後段班，在資金有限的現況，是否能體諒腎臟醫師的辛勞？

楊委員孟儒(吳三江代理人)

品質指標中，腹膜透析者其B肝和C肝轉陽率幾乎不可能，因為其為腹膜透析，所以此項幾乎是送分項目，C型肝炎的潛伏期為6~12個禮拜，經常是住院輸血轉陽，或是在其他地方感染，追蹤數月後轉陽，如果將其歸在透析中，似乎不妥。

郭委員正全

所有總額如醫師公會、牙醫師公會都有接辦部門，而台灣腎臟醫學會並非專職接辦門診透析之部門，而是在此合議制的委員會中，請醫學會提供專業的意見，所以不能太苛求，是否健保局能提供研究計劃等來協助，如此比較客觀。

黃召集人三桂

本案尊重台灣腎臟醫學會訂定之標準，按此方案報署實施。

討論事項第三案

提案單位：本局醫務管理組

案由：研訂「全民健保101年Pre-ESRD預防性計畫及病人衛教計畫」（草案）乙案，提請討論。

張委員孟源

此計畫的修訂並無詢問過全國醫師公會全聯會意見，基層診所也希望能有規劃參與的機會。

黃召集人三桂

本計畫草案資料在會議前一個禮拜已寄送給各委員們，委員如有修訂意見，在會議中都可以提出討論。

林委員文源

草案第三頁的GFR計算公式係採美國NKF的Levey團隊1999年發展的公式，事實上因為有人種上的差異，故歐洲、日本、英國等國家在利用此公式計算時，都還會依各地差異因素再加以校正，不知何時會有台灣本土性的校正公式？以避免不同人種的差異，造成計算GFR的落差，而造成診斷偏差。

吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

第一點，學會也經常收到醫師詢問，此公式算出來的數值，是高估還是低估？雖然會有人種、公式上的差異，但仍須要有科學化的根據，黃尚志醫師藉由日本的研究來作，那才是真正的資料，學會也在等待此項成果，不過要澄清的是，各國都有在作自己的校正，但是在國際上討論，仍舊使用美國的MDRD公式，因此台灣有CKD Stage 3a和3b的劃分，即有所校正；第二點，衛教護理人員的認證，要新增台灣腎臟護理學會乙段，就學會觀點，Pre-ESRD計畫目的是由跨領域和跨專業的醫療團隊負責，有其專業觀點及不可取代

性，慢性腎臟病患照護計畫皆有固定的計劃主持人，若是在執行計畫上有疑慮，很自然都會向學會溝通和建議，所以學會有其主要醫學專業的重要性，故認為採原單一護理衛教人員認證，比較洽當，畢竟橫向整合(跨部會)是較困難的；第三點，約10年前，護理學會、腎臟護理學會和營養師學會就有合作照護慢性腎臟病患，之後國健局、健保局等政府單位的資源投入，直到99年才敢辦「認證」這件事情，表示台灣腎臟醫學會有其歷史來源，且在專業上是已經很成熟的，另位也包含安寧照護、腎臟移植、資料庫建立和國際討論等，甚至醫學會內部也有腎臟護理小組，建議仍由台灣腎臟醫學會單一認證較好。

張委員孟源

我也贊同單一化認證，不過台灣腎臟醫學會的護理衛教人員訓練課程費用是比較貴的，建議要有配套措施，以減少基層院所的負擔。

阮委員明昆

我替偏遠地區的小護士發表心聲，照護慢性腎臟病的護理人員都比較資深，因為關乎到生命的重要性，因此多了一項認證，會讓這些護理人員兩個認證都去參加，且認證課程大多排定在假日執行，無形中增加了護理人員許多財務和體力負擔，建議仍以台灣腎臟醫學會之單一認證為主。

羅委員永達(朱益宏代理人)

我也支持單一認證，不過仍有兩項建議：第一點，增加課程場次，請腎臟醫學會承諾，讓中南部或偏遠地區的護理人員上課能有更多場次之選擇；第二點，收費的部分可否再調降，畢竟此類在職繼續大多會鼓勵參加，但是收費太高會變成財務負擔。

吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

第一點，CKD照護的教材都已經製作完畢，學會希望保有主軸的立場，和許多醫學會來合辦教育課程，增加各地方的教育訓練場次，第二點，台灣腎臟醫學會不只有學術研究，也包含醫療院所管理和長官指示項目等工作，因此收費上已算是基本收費。

黃召集人三桂

謝謝各位委員的意見，第一點，考量中南部或偏遠地區人員教育訓練的方便性，請學會協助辦理增加教育訓練場次，第二點，考量護理人員的薪水，在收費方面希望能夠再做合理之調降。

王委員惠玄

台灣腎臟醫學會對於eGFR已有提出新的公式，兩星期前也達到共識，屆時如有新的方法，建議此計畫採用新的計算公式和數值。

鄭委員集鴻

計畫第六頁，原「複診衛教及照護費(P3403C)：限Stage 3b、4、5及蛋白尿病患申報（收案後至少間隔84天方能申報）」，因為要配合糖尿病照護方案，建議修改成間隔77天方能申報，不然會造成抽血時間重複等問題，修改成77天可增加病人就醫便利性及節省醫療資源，且醫生開藥上也會比較有彈性。

黃召集人三桂

eGFR若有新的計算公式則此計畫採用新的計算公式和數值，複診衛教及照護費(P3403C)收案後的申報規範，則修改為收案後至少間隔77天方能申報。

臨時提案

提案單位：本局醫務管理組

案由：有關 101 年門診透析預算協定增加 1%如何動用案，提請 討論。

林委員宜靜(葉委員明峯代理人)

協商過程中，付費者代表擔心透析外包的情形會日趨嚴重，因此在協商年度前是否能擬出機制，對於醫事服務提供者自行經營之透析業務能有所支應，也能改善透析外包之情形，請各位委員提供意見討論。

林委員元灝(李委員素慧代理人)

想請教外包的定義為什麼？

蔡組長淑鈴

101年透析成長率1%要鼓勵非外包的院所，相對就是外包之透析院所成本花費較低，因此要將多新增預算支應成本較高的非外包院所，也藉由此預算導引，讓外包市場縮小，不讓醫療行為受外包廠商約制，現在最大問題就是「何謂外包？」，因為外包的範圍有大有小，有包儀器、包材料等等，就健保局立場真的無資料能判定醫療院所為何種外包方式，因為資訊不透明，造成難以區隔成本高低支出之醫療院所，如果明年想要動用此1%的經費，勢必在會議中要有所討論。

郭委員正全

以前有「門前藥局」政策，當時健保局也無法分辨出來，造成院所要作切結動作，假如認定非外包之透析切結，事後被發現與事實不符，則就將費用歸還，不知此想法行不行得通？

陳委員雪芬

此項決議有問題，「配合衛生署核心醫療業務不得外包之政策」，基

本上衛生署指得應該是其轄下的署立醫院的核心醫療業務不得外包，所以我們當然支持署立醫院的做法。但是如果解釋擴展至所有透析院所，院所會不會承認有所謂「外包」就有疑慮，實際上的無法驗證，在點值結算作業上會造成很大困難。

林委員元灝(李委員素慧代理人)

事實上，先前署立醫院出了許多問題都和外包有相關，因此此項政策是為了避免利益輸送，但是對於私人機構醫院來說，就不是利益輸送問題，而是正常的商業行為，對於執行同樣醫療行為，同樣的醫療品質，卻有作如此區分，是相當不公平的！

黃召集人三桂

以前我去過阮明昆醫師的診所，是否請阮委員發表意見，跟你一樣的院所就是沒有外包。

阮委員明昆

在法令上，一位診所醫師就要負責院所的事務，包含外包的部分，因此若認定一間診所為外包，法理上仍舊是屬於負責醫師的財產，外包廠商不能干涉，因此在私人機構認定上就很有問題，而經濟部網站應該可以找到某家上市公司或外商資料，但在認定上依舊會有法律上的疑慮。

蔡組長淑鈴

網站有查詢到，但是是否能依此認定，也很存疑，因為廠商對院所的合約是否都相同，並不知道是藥水、材料、機器或人員的合約，這項議題在「外包的範圍」下，以醫院來說，透析部門為外包就是屬於外包，診所部分，外包應該屬於最大範圍的規範，也就是受雇醫師的類型。

吳委員志仁(陳理事長漢湘代理人)

臺灣的法令禁止非醫師人員作負責人，這跟美國不同，所以儘管醫師也是受雇的，依舊是掛負責人，因此就無法有直接證據，而現在擔心的是因為這項定義問題，造成1%成長率無法獲得。

蔡組長淑鈴

這是最擔心的問題，100年零成長已造成點值嚴重滑落，也希望1%成長盡快回到總額預算內，先前的門前藥局以藥師當負責人，實行切結的方式，事後卻造成很多爭端，因此不要再用此方法實行，避免最後變成法律行為，讓許多院所吃上官司。

林委員元灝(李委員素慧代理人)

與費協會協商總額成長率時，就有提到廠商經營的問題。實際上，廠商有實質經營權，能夠出報表報告經營成果的洗腎家數約占全部家數的22.5%，其中診所家數的占率約可達30%的總診所數；若以病人總數來算，廠商的實際經營占率是14.6%。

另外有一些是屬於耗材採購合約、外包機器和耗材以降低成本，實際經營者仍是醫生。這些和廠商實際經營的洗腎室，外人很難去區分。

是否請健保局跟廠商溝通，讓家數整合，不然要去區分是很難的。

羅委員永達(朱益宏代理人)

當時消費者代表是要修理大型廠商所想出的方法，而目前節省成本是整個醫療院所管理者的共識，事實上在診所、地區醫院和部分區域醫院因找不到腎臟科醫師，所以會找醫師來合作支援，如此算不算外包？他沒有和廠商合作，這部份就變得模糊不清，另外設備維修的部份，很多都只能外包給廠商維護，建議費協會還是儘快將1%成長率滾入總額，不然卡在定義上，界定

出外包了，也不一定會有成效。

林委員元灝(李委員素慧代理人)

為何現在廠商有一定之占率，從民國96年開始，廠商約只有10%，後因透析點值不斷下降，造成廠商已達20%占率，許多院所經營不善，就將業務賣給廠商，造成現在的結果，但是現在卻倒果為因，因此未來給付該如何執行，值得大家深思討論，不然未來廠商外包情形，只會愈來愈嚴重。

蔡組長淑鈴

所以要是現在還釐不清楚，則廠商占率會愈來愈嚴重，爭議的地方是其為上市公司，有股東、股票，形同另一個營利事業，醫療本來就不該是上市、上櫃，有業績成效和分紅的，這才是監察委員關注的地方，所以才要試著去分別出來，不是說很困難就都給予相同給付，還要要求1%的成長率。

鄭委員集鴻

首先看到這種政策方向是相當窩心的，表示政府要鼓勵自行經營管理院所醫師的辛勞，不過討論一段時間，在認定上就有相當的爭議，實際上，誰有外包大家心知肚明，但是是誰敢負責指明是誰？建議政府單位可以找徵信社，這是開玩笑的做法，或是把這筆錢設置成獎學金的方式，讓真正非外包而自行經營的院所可以來申請，核定後給予經費，另外就是經營上的困難，造成新進醫師不敢開業，全都變成受雇醫師，因此也可將這筆錢當作新開業醫師之獎勵費用看待，類似的方式來鼓勵醫師經營醫療行為之方向。

黃召集人三桂

如何認定，有人認為或許可由院所和健保局合約的存摺還有大、小章有沒有在醫師的身邊，就知道了，但實務執行面恐有困難。

張委員智剛(游委員開雄代理人)

如果外包業務太多，確實會影響到醫師自行執業的一項因素，我認為還是要有基本的篩檢標準，從律師的觀點來看，非律師人員即不可執行律師業務，所以掛的都是律師，那要如何去查明是否為律師，從資金也無法看出來，只能從執行業務的方式來管控，因為要開庭審刑事案件一定要律師執行。目前這裡是牽扯到預算的問題，也並非要去訂罪名，而是要能訂出篩檢標準，來界定說這1%成長率是否能給予，是否可去查驗有無內部合約或是剛剛主席講的存摺和大、小章，當然健保局不可能一一去查驗這些存摺，所以要透過醫師們的幫忙來訂出一個篩檢標準，讓這費協會瞭解1%的成長率預算能鼓勵自行開業的醫師。

王委員惠玄

醫療保險給付有多種模式，但是還未曾有以商業關係來區隔保險給付的費率，第一是因為沒有法律基礎，健保局的簽約條件不像大陸有分陸資、台資等等，透過事前審核和平時的嚴密監督，可以確認這家醫院的身分、分紅等等資訊，所以在健保特約合約和醫療院所公平競爭的原則上，在醫療法、健保法或其他公司法等，各種法規上都沒有基礎，用外包或非外包來區別保險給付，；第二點，從務實面來講，如何去查核？也許大家都心知肚明，但是給付牽涉到誰是黑貓、誰是白貓時，除非沒有任何人為方法可以去改變，否則就無法區分，更何況現在的商業關係是介於黑與白之間，從管理的角度，除非能清楚將合約關係一一查證，而切結書真偽也是有所存疑的，未來引發之訴訟是打不完的，而要追回的給付費用人力，是由健保局支應？還是耗用法務體系的資源？在醫療服務上，為何醫師會被迫將自己的專業和心血轉給他人，是健保局強調要求效率經營的逐步後果，醫療服務經營到某種經

濟規模，就需要有管理專業的介入，很可惜醫師可能沒有管理專業或管理資源，所以出現訓練有素的管理公司或廠商來協助，衡量之下，自然就有理性的選擇，讓醫師能專心作醫療，不去分心作人事財務庶務等等，這種情形可以被當作是非簽約條件嗎？當然不行。剛剛有提到服務病人的利潤變成營利上市公司股東分紅的情形，但醫師家屬週年慶刷大筆金額，誰知道？我們只由上市、上櫃有分紅的機構，不管私人經營診所或非財團法人或非公立醫院在國稅局認定都屬於營利事業，難道我們要分營利點值或非營利機構點值嗎？還不如回到保險的基礎為「cost-based」，請藥材小組調查藥價基準，調查交易的費用，以此交易進貨成本做cost-reimbursement，否則用此商業模式來區分，既無法律基礎，也無實務面的執行方案，只是增加大家困擾和後續糾紛而已。

謝委員輝龍

第一點，為什麼透析外包會一直成長，很多受完專科訓練的醫生都被外包單位雇用，造成有心經營的院所找不到腎臟專科醫生，這種情況下要把外包壟斷掉，不太可能。為什麼外包占率會從10%上升到20%，相信很多總醫師成為腎臟專科醫師後就進入外包體系了，而聽說有不少醫學中心的腎臟教授也有參與這些公司；第二點，核心醫療事業不得外包，這是評鑑中一直要去查的，但經營者一定會做到讓評鑑查不出來是外包單位，畢竟核心醫療被查出來是外包，該項評鑑馬上有問題，在這前提上要從資料中查出院所是否外包，絕對不可能，所以要從根源破解，讓經營者能找到適合的人才招攬，但目前洗腎這一塊是非常困難的。

陳委員雪芬

是否可由此委員會達成協議，我們支持這種說法，但是不要影響點值結

算的事宜。因為若依目前說法1%成長率要和前面所提綁在一起才能拿到成長率，恐怕會有問題，此案應提回費協會中討論，尋求解套。若沒在源頭把如何可行說清楚，就算再召開臨時會也是沒有共識與結論的。

陳委員瑞瑛

不管是部份外包或全部外包，關係到藥水、材料或醫護人員等等，是一定有合約在的，像部份公立醫院的外包，就是如此作法，都有清楚的合約，這方面診所是比較困難，而醫院有很多部門，尤其公立醫院沒有合約在，經費是拿不到的，審計單位會查證，以先前的門前藥局，也是找個藥師當負責人，最後因為藥事服務費，搞成刑事案件，所以才有切結方式，而1%的成長率經費是由醫院和診所合起來運用，全部支應沒有外包的，這個費用該如何付？如何結算？是很難做到的，一定釐不清。

黃召集人三桂

本案討論到現在仍沒有共識，請將今日委員意見彙整後，詢問其他單位意見，於下一次的臨時會，將本案再提出討論，如仍無共識，再洽詢費協會本案處理原則及方式。