

「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」104年第1次

會議紀錄

時間：104年3月5日下午2時

地點：中央健康保險署18樓會議室(臺北市信義路3段140號18樓)

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：李宜珊

出席代表：

王代表正坤	(請假)	陳代表志明	陳志明
王代表錦基	戴昌隆 ^代	陳代表宗獻	陳宗獻
古代表博仁	古博仁	陳代表威仁	蘇美惠 ^代
何代表弘能	何弘能	陳代表炳榮	陳炳榮
何代表活發	何活發	陳代表晟康	陳晟康
吳代表國治	吳國治	陳代表夢熊	夏保介 ^代
吳代表進興	吳進興	彭代表瑞鵬	彭瑞鵬
李代表昭仁	李昭仁	黃代表振國	黃振國
李代表紹誠	李紹誠	黃代表啟嘉	黃啟嘉
周代表慶明	周慶明	楊代表芸蘋	楊芸蘋
周代表穎政	周穎政	廖代表慶龍	廖慶龍
林代表義龍	林義龍	潘代表仁修	潘仁修
林代表慶豐	林慶豐	蔡代表其洪	蔡其洪
徐代表超群	徐超群	蔣代表世中	蔣世中
張代表賜	張賜	盧代表榮福	盧榮福
張代表志傑	張志傑	謝代表武吉	林佩菡 ^代
張代表孟源	張孟源	藍代表毅生	藍毅生
張代表金石	張金石	羅代表世績	羅世績
張代表嘉訓	張嘉訓	譚代表慶鼎	譚慶鼎
張代表維仁	張維仁	龐代表一鳴	龐一鳴
梁代表淑政	梁淑政	蘇代表清泉	蘇清泉
莊代表維周	莊維周	蘇代表榮茂	蘇榮茂
莫代表振東	(請假)		

(依代表姓氏筆劃排序)

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

中華民國醫師公會全國聯合會

台灣醫院協會

中華民國藥師公會全聯會

中華電信公司

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

本署資訊組

本署企劃組

本署醫務管理組

孫嘉敏

魏璽倫、邱臻麗

吳春樺、陳哲維、陳宏毅

黃幼薰、劉俊宏、洪郁涵

吳心華、王秀貞

王韻婷

巫建興

賴香蓮、廖美惠、黃湘婷

盧珮茹

李菁萍

黃紫雲

林立人、陳惠玲

梁燕芳

王本仁、曾玟富、朱文玥

孫浩淳、姜義國、張齡芝

何恭政

李純馥、陳真慧、林寶鳳、

林淑範、劉林義、蔡月媚、

虞淑婷、蕭靜怡、李待弟、

楊秀文、洪于淇、劉立麗、

張桂津、鄭正義、楊耿如、

李宜珊

一、主席致詞：(略)

二、確認「103年第4次會議」會議紀錄。

決 定：確認。

三、報告事項：

(一)案 由：本會103年第4次會議結論事項辦理情形。

決 定：洽悉。

(二)案 由：西醫基層總額執行概況報告(一)。(全聯會)

決 定：洽悉。

(三)案 由：西醫基層總額執行概況報告(二)。(健保署)

決 定：

1. 有關安全針具使用情形，除呈現預算執行率外，亦請研議相關使用率指標。
2. 有關實施藥費支出目標制後，當年度不足部分，由其他費用勻支，造成浮動點值下降，本署將錄案研議，也建請醫界於總額協商時提案，尋求解決方法。
3. 有關中區因實施科別管理，造成分區科別分析失真，是否有檢討必要，請中區代表帶回研議。
4. 餘洽悉。

(四)案 由：西醫基層總額103年第3季點值結算結果報告案。

決 定：西醫基層總額103年第3季點值確認(如附表)，將依全民健康保險法第62條規定辦理點值公布、結算事宜。

項目	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
浮動點值	0.8678	0.9555	0.8858	0.9273	0.9588	1.0148	0.9061
平均點值	0.9062	0.9578	0.9189	0.9451	0.9666	0.9958	0.9335

(五)案 由：104年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形。

決 定：請各分區業務組於 1 個月內邀集西醫基層院所、藥局及中華電信公司召開說明會，並蒐集意見，若為與中華電信合約及資訊專業相關之意見，交由本署資訊組研議相關解決方案，若與鼓勵誘因相關之意見，交由本署醫管組研議相關方案，以利本方案順利推動。

(六)案 由：鼓勵民眾下載全民健康保險「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同擷節醫療資源。

決 定：請各代表率先下載使用，協助廣為宣導，並請回饋相關意見予本署，以利後續改版，期能擴大使用率。

四、討論事項：

(一)案 由：修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

決 定：通過本案，另請本署醫審及藥材組持續研擬「更具臨床意義之用藥品質」相關指標。

(二)案 由：「全民健康保險加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」醫療資源不足地區之定義修訂暨新增病毒量檢驗結果登錄等案。

決 定：延至下次會議討論。

(三)案 由：「西醫基層院所合理門診量」調整方案實施後之監控指標定義及異常情形處理方式案。

決 定：延至下次會議討論。

五、與會人員發言摘要，如附件。

六、散會：下午 4 點 55 分。

附件 本會 104 年第 1 次會議與會人員發言摘要

本會上次會議紀錄確認

蔡主席淑鈴

宣布本次會議開始，首先確認上次會議紀錄，請問委員有無意見。

陳代表宗獻

有關上次會議修訂「西醫基層合理門診量折付方案」，該方案從本(104)年 2 月 1 日開始實施，與會代表很關心此方案實施後，民眾假日就診的權益是否有所影響，所以通過監控方式，如會議紀錄中「定期監測醫定期監控醫院例假日急診量、診所每月看診天數的分布、診所例假日開診率與看診人數，若診所例假日開診率低於以往水準，則應恢復現制」，但監控指標之細節因上次會議時間關係來不及討論，例如其「例假日開診率低於以往水準」，因為開診率會隨時間變動，何謂以往水準沒有明確定義，像每年農曆新年的月份不同，去年為 1 月，今年為 2 月，而農曆新年各行各業休息，包括診所也較會休診，故今年 2 月的開診率會較低，本次會議討論事項第 3 案也有提案，屆時可進一步進行指標定義細節釐清。

林代表義龍

建議加一句「請中央健康保險署與中華民國醫師公會全國聯合會洽商訂定監控指標執行細節」。

蔡主席淑鈴

上次會議紀錄為「例假日開診率低於以往水準，則應恢復現制」，大方向應沒有問題，因為其中沒有提到細節，只有提到要監控急診量、診所每月看診天數的分布、診所例假日開診率與看診人數，並沒有提到以往水準是什麼，如以往是指多久前，是用平均數或中位數等，關於細節應該等今天第三案再討論，假定第三案討論後的結論與上次會議紀錄文字有所扞格，則於本次會議結束前均可再修正上次會議紀錄之文字。其他代表若無其他意見，則上次會議紀錄確定。

報告案第一案「本會 103 年第 4 次會議結論事項辦理情形」

林代表義龍

上次會議討論事項第一案「西醫基層總額一般服務案件之保障項目」，事實上只有藥費在健保法母法有規定要保障，其他保障項目在健保法並沒有保障，上次會議決議保障之項目(血品費、論病例計酬案件)基本上不符合母法規定。健保會第 1 屆 103 年第 12 次委員會議，附帶決議也提出需保障或鼓勵之醫療服務應回歸支付標準處理，建議除藥費外的保障項目之後都應回歸支付標準，假設血品費的點值為 0.85，就利用支付標準加成到 1 的方式來解決，不要在本會議做出違反母法之決議。

蔡主席淑鈴

健保法確實規定藥品依照成本支付，解釋成依核價以 1 點 1 元支付，其他未提到的項目保障 1 點 1 元是歷年來透過總額協商來決定，至於母法沒有提到的項目，因為政策因素或其他因素透過雙方協商方式決定保障是否違反母法，請法制單位研議，於下次會議提出。其他代表若無意見，則上次會議結論辦理情形確定。

報告案第二、三案「西醫基層總額執行概況報告-(中華民國醫師公會全國聯合會、中央健康保險署)」

陳代表宗獻

關於安全針具的執行率，分母是以預算金額計算，但我希望看到的是使用量，分母應該是有注射的總件數，分子是安全針具使用量。WHO 在 2012 年定義安全針具，我查今(2015)年的 guideline 尚未建立，我們立法為了保障醫護人員安全，並非保障病人安全，因為針具都是用完即丟。使用安全針具的目的，第一是預防扎傷，第二是避免重覆使用。目前的困難是很難看到什麼叫安全針具，例如什麼情況是用於預防扎傷，什麼情況用於避免重覆使用，也不知道重覆使用率，健保署當然是依據立法院通過的法律執行，統計出來的執行率 0.5%，不瞭解的人會以為執行率很差，實際上預防扎傷的方法很多，不一定要用安全針具，使用安全針具反而會造成很大的困擾及造成病人很大的

痛苦，這裡有專定學者和消費者代表，我先做說明，這裡的執行率 0.5% 是迫於無奈，因為很難統計，注射的費用包含在支付標準中，實際上也統計不出來，到底是使用安全針具量的占率重要，還是費用的占率比較重要，應該要考慮。

蔡主席淑鈴

請本署先說明執行率的計算方式，分子、分母為何，因為分母是有定義的，並非陳醫師剛剛說的分開考慮。

醫審及藥材組王專門委員本仁

這裡資料呈現的是預算執行率，將參考委員所提建議之計算方式，另外增分母用注射針具量，分子用安全針具的量來呈現，我們研究看看盡量朝這個方向來改善。

蔡主席淑鈴

目前雙方討論最大的差距在於沒有申報出來的部分，已經隱藏在包裹支付裡了，但醫界會認為我有使用安全針具，但分子沒有顯現出來，像醫院總額就會如此認為，但基層的注射率現在很低，抽血檢查沒有包含在分母裡，因為已包含在包裹支付中，不用另外申報。陳醫師所說的預防扎傷與避免重覆使用之目的無法從健保資料呈現。

陳代表宗獻

我想討論的並不是如何計算，重點在於 WHO 指出安全針具取代傳統針具是因為二種型態，且建議用於肌肉、皮下、皮內注射，對於靜派注射沒有 guideline，這種情況下強制使用安全針具很奇怪，恐怕全世界強制使用安全針具的也不多。

蔡主席淑鈴

安全針具執行率低，總額也會提報，付費者代表可能也會滿頭霧水，覺得為什麼付了錢卻不使用，也可能以為安全針具是對病人比較好，剛剛經過解釋知道其實是對醫護人員比較好，病人沒有影響，聽說目前因安全針具製作不太好，醫護人員不太喜歡使用，病人也不喜歡，可是總額協商時，安全針具經費已滾入基期。

陳代表宗獻

具體建議將安全針具滾入基期的錢扣回去，另提其他方案來保護醫護人員及病人的安全。

蔡主席淑鈴

今天就把陳代表的建議做成文字紀錄，安全針具連續 5 年都滾入基期的運作模式已經運作到最後幾年，已經加速滾入基期了，如果陳代表的意見也是大家共同的意見，那要處理兩件事，第一是有沒有違法，第二是要把安全針具的經費拿出來的話，要怎麼拿出來，請大家利用時間思考一下這兩個議題，再提到健保會討論。今天的會議是要追蹤執行率，執行率的分母是用過去申報的量計算出來，代表過去的經驗值。

蔣代表世中

請各位翻到會議資料 20 頁，主要提到藥費，最近藥價調整對藥界影響很大，但對醫界影響更大，102 年實施藥品目標制以來，基層的藥費成長率 7.0%，大總額以 4.52% 的成長率在成長，基層事實上只有 3% 多，基層總額的成長率中約有 1/3 是藥費的成長，這是不公平的，這些問題需要檢討，一律打折的支付對專業是不尊重的。建議以後超過藥品目標的部份應該用總額其他預算支付，不要用醫療專業的錢（診療費、診察費）來支付，請健保署及與會付費者代表及專家學者重視此問題。

藍代表毅生

請翻開全聯會報告資料第 25 張及第 54 張投影片，中區外科無論在件數、藥費、診療費、每件診療費、診察費、醫療費用都比其他區高，因為目前六區中只有中區實施虛擬的科總額，就是所有外科同仁做的服務都歸在外科，連外科醫師看的感冒也算在外科，其他區是依照就醫科別，所以會發現中區件數比臺北、北區都高，甚至高出近 3 倍，因為這是科管理才會產生這種結果。會議資料第 41 頁，有關中區西醫門診手術和其他專案也很明顯可以看到中區的成長貢獻度也比較高，可以比較真實顯現外科的生產力和其他區以就醫科別分類是不同

的，以上補充。

醫務管理組劉科長林義

有關蔣醫師提到藥費目標制超過部份可否由其他部門支應的建議，因為費用分配屬於健保會權責，建請提案至健保會，以上說明。

龐代表一鳴

- 一、健保對於科別沒有強制性規定什麼處置要報什麼科，審查時習慣上哪個診所會到哪一科去審查，這是特殊情況，藍醫師只是針對這個現象做說明。
- 二、蔣醫師所提建議層次太高，無法在這個會議討論。
- 三、102年藥費成長7.0%是因為前一年成長率是-4.6%，這是彈簧效應，看整體藥費成長率，基層成長率沒有比醫院高。

醫審及藥材組曾科長玫富

因為每兩年進行一次藥價調整，所以看藥費成長率要用年平均成長的概念，看20頁資料，藥費從99年至103年算年平均成長約在4%左右，藥費支出目標制也是2年為一期，不能用單一年份的成長率來看。

蔣代表世中

我知道藥費的成長是4%，但是基層總成長率只有2%-3%，所以藥費只要突出一點就影響很大，當然醫院影響比基層大沒錯，只是希望實質反應到專業的診察費能夠不要折付，實施目標制也可，都是總額制度，希望可以修正。

陳代表宗獻

看會議資料第20頁，藥費在99年和101年是負成長，這是因為藥價調查造成的結果，那時尚未實施藥費目標制，看實施目標制之102年與103年的成長是7%和4.6%，不再出現每2年掉一次的狀況。再來看會議資料第43頁，我比較擔心長期效果，103年藥費成長率是4.61%，貢獻度41.1%，藥費以這種速度成長，當年直接從診療費和診察費扣掉，到明年藥費再以4.61%打平，到後來就會變成專業報酬愈來愈低，明明專業部分在成長，可是點值卻愈低，我們在全國藥政

會議有提案，可是不知道會怎樣處理。在慢性病連續處方箋的做法是開3個月出去，不會每個月看到病人回來(看診)，90天看一次，一年才看到病人4次，或是病人看到藥費才150元就直接買藥，可能病人回診時，病況就變了，這樣對病人的健康不好，而且若回到法規面，藥師分次調劑是不對的，因為藥師法規定處方調劑一次。

黃代表振國

就103年度西醫基層總額執行概況報告第19頁，關於精神科部份，醫療服務點數的成長除了供給面增加外，主要的是需求面增加。近幾年來精神科醫療費用的高成長是全國各分區共管的重點，以臺北區為例，我們採用最嚴格的單一科別抽審管理，雖然件數約有12.32%的成長，並在嚴格管控之下診療費4.93%及藥費9.06%的成長，管控雖具成效，但對整體點值逐年下降的趨勢仍無助益。在83年健保開辦初期，精神及身心靈的健康問題還不被重視，精神疾病治療的需求在總額估量時，被嚴重低估，20年來在每年總額協商成長率時，僅考慮新科技的需求，忽略了因為社會變遷造成此類新的醫療需求。我很訝異每年總額協商時沒有詳實預估此醫療需求之成長性。精神專科醫師的成長量是有限的，但案件如雨後春筍增加，我們不能拒絕民眾來就醫，尤其臺北和北區是高度城市化的地區，大家可以看到精神科案件的高度成長，所以建議明年總額協商時，針對新文明病，全聯會和健保署應分析近20年精神科需求的成長率，將歷年低估的醫療費用列入下年度總額協商項目。

蔡主席淑鈴

- 一、剛剛蔣醫師提到的是DET實施之後，當年度不足的部份由其他費用勻支，造成浮動點值下降，這一項記錄下來，也建議蔣醫師明年協商，在討論DET檢討時提出。
- 二、藍醫師提到因為中區實施科別管理，所以申報方式和其他區不同，長期影響是分析研究的人若不瞭解這個申報方式不同，科別變項分析使用就會有偏差，這個問題蠻嚴重的，目前有2/3以上是專科醫師在基層執業，基層醫療的病人不會都是某科醫師所屬之科別，已經超越專科醫師的範圍，當然醫師都可以看病，事實上看全國需求，做科別分析反應需求時，只有中區使

用醫師專業科別來申報，以後就沒有辦法做全國科別分析，這恐怕是大問題，不能把因管理和申報的 definition 弄成不一樣，剛剛蔣醫師分析了這麼多科別，只有中區和其他區不一樣，應該必須檢討，六區應該一致。

三、黃醫師講的新增需求的部份必須納入協商，每年都有協商的機會，到時再各自表述。

四、其他代表有沒有意見，沒有，那這兩個報告案就洽悉。

報告案第四案「西醫基層總額 103 年第 3 季點值結算結果報告案」

蔡主席淑鈴

103 年第 3 季和 102 年第 3 季的點值很接近，請問有沒有意見。

陳代表宗獻

有兩個如果。如果沒有 921 大地震，中區點值就不會這麼低。如果臺北這種醫療資源豐沛地區不要開這麼多院前診所，臺北點值也不會這麼低。只是如果而已。

蔡主席淑鈴

這個提案是在看有沒有算錯，所有計算方式都在會議資料的附件，我們無法改變點值，純粹是依公式計算。至於各位代表對於點值不滿意，我們要先確定點值，否則無法辦理結算。

張代表孟源

點值會這麼低，我們臺北區也是苦主，剛剛主委也幫忙講兩個『如果』。我講『是否』，『是否』能夠改變點值會這麼低的現況，謝謝大家。

蔡主席淑鈴

有沒有對於這個數據有不一樣的意見，如果沒有，去年第 3 季的點值就確認，確認後辦理公布及結算。

報告案第五案「104 年鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案

之推動及辦理情形」

龐代表一鳴

這是去年總額協議結果有一筆費用做頻寬補助，今天是這麼多場總額研商議事會議以來最重要的會議，因為醫院部分，區域醫院及醫學中心已經裝設，少數地區醫院尚未裝設，西醫基層從推廣本方案以來，裝設家數不多，原來大家所質疑的就是費用的部份，請看會議資料第 67 頁(2)有關診所及交付機構，原來設計是用企業型的費率約每月 7,000 多元，大家覺得有些困難，現在調整成有專業型光纖可取代，這是和原來方案不太一樣的，為了因應未來網路上的需要，前幾次的總額(研商議事會議)討論，有一個基本問題，有部分代表質疑需要性的問題，在此澄清，有關需要性都是用目前申報資料的觀念來思考，健保剛開辦時，每月上傳一次，現在 IC 卡每天要上傳，現在也有檢驗數據上傳，也鼓勵大家使用雲端藥歷，有些診所使用雲端藥歷的成果也非常好，目前健保也推動數位審查，需要的頻寬愈來愈多，未來發展上頻寬會使用愈多，例如各業務組的付款通知、抽樣通知等都透過網路來做處理，需求會愈來愈多，大家在意的是服務和價格問題，實務上我們也聽到一些醫師反應裝機的情況不是很順利，今天也特地請資訊組和中華電信來做說明，各位遇到的問題也可以利用這個場合做溝通說明，今天說明不夠的部分，可能要再回去分區處理，今天分區的同仁和中華電話的代表也有來，先交換一下基本的意見。

資訊組孫科長浩淳

有關「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，之前在推動線路安裝上，基層診所也給我們很多回饋意見，今天就幾個大家很關心的議題部分再做一次說明，今天說明的資料如果大家會後有需要也可以進一步向我們索取。第一有關可以選擇頻寬的月租費部分，按照目前我們和中華電信簽訂的合約，按照中華電話目前官網公告的費率再打 44 折，這是公開的價格資料打 44 折，中華電信也承諾別的企業不太可能拿到這種價格，診所可讓院所選擇企業型和專業型，1M 或 2M，費用從 2000 多元到 7000 多元，如果裝設的是企業型 2M，實際是 3M，加量不加價。企業型的價格相對較高，因為健保網路是專用的網路，本來沒有網際網路的上網功能，所以中華電話有承諾租用企

業型的院所，額外贈送一條中華電信光世代 60M/20M 的安全上網功能，補充說明。有關之前診所反應目前推動企業型和專業型的價格和廣告上家用 ADSL 幾百元就吃飽，差別在哪裡，技術性規格不再說明，有關家用 ADSL 或家用型較便宜的線路可能說是 10M 或 20M，但這是不保證頻寬的，就像今天上高速公路，無法保證從臺北到高雄可以幾小時到達，可能離峰的時候大家會覺得速度很好，但是大家都在用的時候就會很慢，因為這是不保證頻寬的，而我們今天租用的企業型、專業型網路是保證頻寬，如果達不到頻寬，中華電信有義務調整修正到 OK 為止，像之前有些醫學中心租用了 30M，為什麼用起來只有 10M，所以我們有要求中華電信調整到 30M，這就是確保服務品質的作法，再來就是要求派工時間，一般家庭的派工時間是上班日才派工，如果星期五晚上出現問題，一般家用型的會告訴你下星期一才會處理，那何時會修好也不一定，因為要安排工班，但是企業型和專業型的服務有合約限定要馬上派工，而且企業型須在派工後 3 小時之內做修復，專業型要在派工後 4 小時之內修復，所以整個服務的時效會比較好。之前有些醫療院所聯繫中華電話時，反應為什麼叫中華電信來，一次施工不能完成，要第二次、第三次，我們先強調，第一我們有要求中華電信不能收取所謂的建置費、設定費，用過家用型的可能知道第一次加線都建置費、設定費，但這個案子不管去幾次都不能收這個費用，要建置完成才能開始收月費。那為什麼要去這麼多次，第一可能是醫療院所本身資訊系統比較複雜，中華電信第一次去將線路接好，若用戶如果覺得卡卡的，怪怪的，中華電信可能第二次再去處理好，並不是中華電信能力不夠，而是有些狀況，中華電話事先不知道。另外有院所可能說我剛裝璜好，中華電話接一條線路橫過去很醜，中華電信之前不知道這樣的狀況，但要幫忙處理這樣的需求。這是之前常接到的反應問題先做補充說明。

中華電信巫經理建興

誠如剛剛孫科長報告，目前鼓勵院所上傳之資料愈來愈多，必須考量安全性的等級，以往只考慮申報，現在還有很多檢驗資料，這類資料的安全性要更加重視，為了配合政策，除了現有的 VPN 之外，院所和署都有放一個加密設備，這個加密設備就是為了要保障通訊都是經過加密的，另外 VPN 的特性是專屬的，不會和 internet 混用，除非有

障礙，之前的使用經驗也不會有上傳塞車，中華電信也特別加強安全性與專屬性，像飛航網路也是用這套網路在做服務，安全等級非常高，不能被任意突破。再提到關於施工品質部分，孫科長也有提到因為有提供一條 internet，如果要讓這條 internet 取代診所現有的 internet 使用，就會有困難，因為我們的線路有經過資安控管，只能連出去，不能連進來，對於院所的一些應用如與 HIS 廠商連線、視訊監控或額外一些須要從外面連到診所裡面的應用就會受限，因為每一家診所狀況不同，困難度就會比較高，而且診所通常不會配置資訊人員，去到現場都是第一次接觸，要能一次施工的機會變低，因此，在健保署的建議下，才推出專業型，專業型相對單純，就是一條取代舊線路的線路再加上一個加密器，這樣就不會因為要釐清診所整個網路架構，而要花很多次，而且診所通常也不會只有一家廠商，可能監控有一家廠商、網路有一家廠商，要把所有廠商找來講清楚，難度也是很高的。假如診所的網路已經很複雜的，建議先申請專業型，讓服務先上，後續有必要再評估是否使用其他方案，先做這樣的補充。

蔣代表世中

聽得我實在很頭痛，從以前的 IC 卡到以前的 VPN，現在鑽一個洞又一個 VPN，全國的醫療院所協助政府進行全民健康的推動，為什麼不能加在現有的 VPN，全國的診所現在要裝一個鐵盒子，下次又有一個方案是不是又要再裝一個盒子，某些方面是不是中華電信為了賺錢而賺錢。一個方案就裝一個 VPN，診所像被機關槍掃射一樣一直在打洞。診所已經有 VPN、有 ADSL，什麼都有了，我們的看診台，只要有看診的，所有的線不下 30 條，不被電線煩死，只是被綁死而已，今天你的 VPN 為什麼不能用既有的 VPN 擴充，要加密不管加幾層，一次打夠，不要今天挖一個洞明天挖一個洞，以前 ADSL 還要去立法院陳情降價，VPN 又要陳情降價，這個方案還要再去找立法委員降價，中華電信是把全國醫療院所當成提款機？！以上報告。

張代表志傑

VPN 本來就是我們和健保溝通的橋樑，既然是和政府溝通用的，資料也是政府要的，應該要政府來付錢，不應該是醫療院所或基層來出錢，以前健保署是民營企業，所以只能由我們來出錢，現在健保署已

經是政府部門，我們和政府部門溝通還要我們自己出錢，這說不過去。第二，頻寬真的太貴，現在健保使用的 VPN 有點像高速公路，用一個隔欄圍一個車道，專門給健保來走，骨幹是同一條，並不是另外再建一條高速公路，銀行為什麼不用，銀行就像用保全車在高速公路上跑，你認為用一條專用道安全還是用保全車安全，其實都很安全，為什麼健保不放棄 VPN，我們也可以用保全車來跑，因為健保要控制整個醫療院所的資訊資源，現在檢驗也上傳了，我想健保署接下來應該會做 XML5 的線上電子病歷，強迫所有資料都即時上傳，只有到那時才有可能會需要這樣的頻寬，現在的頻寬 256K，要上傳下載所有的資料綽綽有餘。以目前的使用量，2M 夠我們南投縣所有的基層醫師使用，其實只要一家付 2M 的錢就夠用，現在卻要叫每一家都付 2M 的錢用 2M，這合理嗎，根本是浪費醫療資源，後續其實都是健保署在撈資料，關於中長期的建置，以後有機會再談，以上。

陳代表炳榮

關於雲端藥歷已經談了很多次，相信健保署會做妥善的處理。上次議事會議是(103年)11月20日，但是查詢系統方案是11月6日公布，在會議上討論到底是要虛應故事，還是只是給醫界的一個發洩空間，記得在上次會議，醫界代表已經提了很多，因為並不是所有科別都必須使用查詢系統，但健保署還是執意要做。剛剛陳主委提到兩個如果，張委員提到兩個是否，應該要提出我們醫界很多無奈，不管怎樣反應，最後還是無奈、無奈。針對查詢系統，在全聯會的委員會議，有位專家去做報告，其中提到一定要病患書面同意才能做，但是後來我去找資訊已經找不到，請健保署確認是否要病人書面同意，因為推動時沒有看到這個要求，若是為了要推動而隱瞞(需要病人書面同意)事實，最後又是醫師要遭殃，醫師沒有取得病人書面同意就查詢就違法。另外提到網路月租費的補助 104 年到 106 年，分別補助 50%、30%、20%，到 107 年就沒有了，而且也不是一定會得到這 50%、30%、20% 的補助，還要達到核付的指標，指標有查詢率、特定醫療網頁開啟率，我不知道特定醫療網頁指的是什麼，另外數位抽審是不是等於逼大家一定要做電子病歷，不然我不知道數位抽審是什麼意思，和現在的抽審制度是否不一，如果一定要做電子病歷，等於是畫個大餅讓大家都看，沒有人可以拿到這個補助款。希望健保署及消費代表能夠站在比

較公平的態度來看待，醫界一天到晚反應的事情都是無奈，有實際作業上的困難，希望大家可以瞭解，共同幫忙，醫療品質才能夠提高，我常常和會員說，健保制度絕對不會倒，因為憲法有規定國家要辦理健保制度，那第一個要死的是病患，第二個要死的就是醫界，希望健保署和消費者代表也幫醫界瞭解實際上的狀況，謝謝。

黃代表啟嘉

建議有關資訊的東西，健保署的步調不要太快，因為資訊一直在進步，相信它的發展將來也會滿足健保署很多需求，因為很多地方其實資訊的發展還沒到那個地方，做得太快，有些地方對醫療院所或對病患不見得有好處，剛剛可以看出要建置所謂的寬頻系統是為一個政策，以後所有的東西都要數位化，既然是政策，我建議不要用獎勵補助的方式，應該在總額協商時，由健保署提出在其他預算直接編列這項預算，普遍性支付滾入基期，就會有預算永久建置這個系統，因為這是健保署政策，也是民眾福利，健保署應該協助我們去說服消費者滾入基期，我們就全面來做，這是第一個。第二就是有關在處理任何獎懲，應該要從結果而不是從過程去做獎懲。我就很好奇有用雲端藥歷的人，是不是真的比沒有查詢的人用藥重複率比較低，也許查詢率100%，用藥重複率比查詢率0的人來得高，用這個來當獎懲並不合適。這個可以做個研究，資訊的東西弄高了之後是不是對醫療品質有影響，統計學上有沒有意義，這也要做專業研究，從結果來做獎懲可能比過程有沒有操作來做獎懲更好，以上回應。

陳代表宗獻

這是報告案，我們要說的是我提早參加，所以我沒辦法選專業型，因為我已經買了企業型。後來我才發現它要裝3條線還要鑽洞，有一家耳鼻喉科問我，是不是也應該要參加，我告訴他不要參加，因為你的房子去年才裝璜好，因為1條線就這麼大，這樣要3條，我的經驗是中華電信的服務沒有話說，來了很多很多次，總共3個月才搞定，因為我又有MOD、又有監控，但是真的所有的應用都有限制，為了資安的關係，我非常理解，上面寫說請全聯會協助，我不知道要從哪裡協助起，因為不知道每一家診所的狀況，真的要中華電信一家一家去克服，會非常慢，我們沒有阻擋，只是覺得很無奈，這真的很困難，既

然專業型的只要1條線再加上加密器，可不可以發展以現在的VPN加裝加密就好，這樣比較簡單就不用再鑽洞了，整個執行率會提高很多，中華電信也不必費這麼大的力量。

蘇代表清泉

這個案子我的建議是，這在醫院已經做得很普遍了，因為醫院的資料也多，金額也大，所以醫院也不得不配合，我個人站在醫院的角度看，這些東西是好的，包括雲端藥歷、資訊、關懷名單等等，可以看到別家醫療院開藥，看開藥有沒有重複，我在看門診時也會上雲端藥歷去看一看，不過蠻浪費時間的。第二是基層的VPN頻寬可能不夠，所以很難看雲端藥歷，健保署希望再加頻寬，要加3條線，再鑽3個洞，基層的資料應該沒有這麼龐大，可以當做一個努力的目標，建置的費用也需要補助，如果每個月有做的人額外再給予鼓勵，上傳的獎勵多一點，這個可以寬列，現在健保補充保費去年收了462億，趁這個機會把想建置的建置好，棍棒和胡蘿蔔一起來才有效，這個案子是報告案，我想應該是洽悉，然後繼續鼓勵，再來研究要補助與獎勵的部分如何爭取，甚至用第二預備金也沒有關係。

藍代表毅生

針對會議資料第70頁(3)應上傳項目及報告類別，如附件5，從77頁開始，我主要針對在第79頁項目74以後到項目115，醫院已經很普遍在做，不是牽涉獎勵5元的問題，因為診所和醫學中心無論在設備、人事各方面都是有差異的，我目前在台中地方法院當醫療專業調解委員，因為這牽涉到專科判讀認知的問題，資料上傳，我們常常遇到的問題是某婦產科診所上去，沒有診斷出來，後面的人看的時候。這些資料病患可以用自然人憑證可以下載，這樣認知，包括我自己做肛門鏡，肛門鏡並不是像FIBER的SCOPE來照，是用DIRECT直接這樣看，牽涉到我們敘述，敘述時就會牽涉到專科別和經驗別，有經驗和沒有經驗，在做超音波的診斷、判讀時，所有的項目都限定上傳時，會不會某些時候引發醫療糾紛不必要的風險，這也是要考慮的。

龐代表一鳴

一、藍醫師提的已經是後面那個案子，現行制度是上傳，有數據的

是上傳數據，有影像和檢查的是上傳報告是 TXT 內容，文字內容，上傳報告是有補助的，一件報告 5 元，剛剛蘇委員也提到，如果補助費用不夠的部份，可以透過其他機制來談，目前已經有些醫院開始上傳，目前的設計就是下一個案子要討論的健康存摺的系統，會逐漸擴充到可以查詢這個內容。至於未來有沒有可能到說透過雲端系統，基層醫師可以看到這個病人去醫院做了什麼檢查，可能也需要 CONSULT 這個報告，在臨床上，這對病人、醫師都是有幫助的，它的基礎建立在資料能夠傳過來，大家能夠看這個資料，當然還有像資安、隱私、醫療糾紛的問題，我們逐步用法律來克服，目前為止，剛剛講後段醫療院所互相分享，目前尚未實施，正在研議階段。

- 二、至於未來系統會怎麼發展，醫院的部分比較成熟，有幾家醫院已經開始試辦電子審查，如嘉義基督教醫院、長庚醫院，就是抽到專審時通知醫院，醫院透過電腦審查，甚至連在醫院的 CT、MRI 片子都能傳給審查醫師看，(上傳)量其實非常大，對醫院來說是非常方便的。
- 三、剛剛有人講這個案子送來就是圖利中華電信，那如果沒有送，是不是圖利全錄，因為要影印，圖利廠商、殘害森林，這是見仁見智的說法。事實上整個社會的發展方向是無紙化，我們也朝這樣來做處理。
- 四、最後建議回歸蘇理事長所下的結論，這是一個鼓勵大家宣導的案子，希望大家盡量使用，如果業務上，門診量真的很少，一個月只看個 1、20 件，用這個系統確實有困難，策略上我們也要求各業務組，對於業務量較大、醫師數較多、開藥較多的醫療院所優先推廣，這不是一個強制性系統，以上說明。

黃代表振國

我是基隆市醫師公會理事長，為了深入了解此項設備的優缺點，我已經申請了中華電信專業網路試用。我要呼應之前醫界前輩的講法，為什麼我們需要這樣的網路？當時曾被質疑過安全性的 VPN 網路已經用了 20 年，我問中華電信員工，你覺得現有的 VPN 安全嗎？他說安全。既然現有 VPN 網路安全性無虞，且符合大多數基層醫療所的需求，誠如剛剛健保署長官說的門診量如果一天只有 5、60 件，甚至不到 100

件，以我們的經驗，一天要上傳的資料不花幾分鐘。這幾天我用現有 VPN 努力的在查看病人的雲端藥歷，速度是 OK。但病人覺得黃醫師看診時怪怪的，為什麼花這麼多時間看電腦、不看病人。有關隱私權的案例，一位女性病患，原不希望其他醫師知道曾去婦產科就診，因查看雲端藥歷發現其今年卡號已經到 6 了，經詢問，她才很不好意思的說去看了婦產科。不管是病歷即時查詢系統或雲端藥歷，都是希望病人就醫能夠得到妥善的照顧，且以病人安全當做第一個要件。就像剛剛花蓮黃理事長所言，科技是無遠弗屆，現中華電信和各個電信業者都已在推行 100M 以上的光世代，今天我們講的企業型、專業型僅有 1 到 8M，我們的需求是安全性可靠的網路、而不是只講求速率快速，舊的系統很安全、速度也夠用，目前沒有必要浪費這個資源。我診所的 VPN，下載速率是 4M、上傳是 512K，一個月費用大約 600 多元。現在社會都已發展無線上網、速率已提升到 4G 朝 5G 邁進，我們的腳步還停留在需要固定網路線的舊思維。還有補助費用的部分，107 年後就不獎勵了，我和在場很多前輩一樣，感嘆當醫師不只要會看病還要有十八般武藝來應付科技的發展，今天著眼點是為了病人用藥安全，為什麼不從看病的品質為考量、去找出用藥重複性特別高的醫療院所，為須安裝的對象，而是讓一般平時已注重病人用藥安全且醫療品質非常好的醫師，強制做額外的網路升級動作。

古代表博仁

藥師公會代表發言，基本上我們支持雲端藥歷，去年中華電信也有到公會做說明，當時給我們的資訊是每個月 6000 元的上網費，一年 7 萬 2，社區藥局平均一個月不到 200 張處方箋的佔多數，以 200 張來算，等於平均一張花 30 元成本，再加上原有的 VPN，我們的點數是 40 多點再乘以浮動點值 0.85 左右，我們的專業費幾乎都給了電信公司，當然我們在討論時，我就認為社區藥局有沒有必要用這麼大的頻寬，如果沒有必要，訂定這種價格我私底下想是不是有圖利某某財團，在推廣上面確實是很大的障礙。我看到會議資料中，社區藥局申辦比率還有 2.13%，也就是 5737 家中有 212 家已跳下去了，診所部分大概 2718 元，是不是包括目前社區藥局，還是社區藥局一樣每月要花 6000 多元的費用，社區藥局只有看簡單的藥歷，有沒有必要用到這麼大的頻寬，這是我質疑的。我也希望政府在制定一些政策時

能夠通盤考慮，醫學中心量大，安全性有必要，地區醫院申辦比率也只佔 33.7%，診所 1.68%。費用的部分有補助，但到 107 年也沒有了，請問這些費用真的要讓業者這麼辛苦，所有的都是浮動點值，點值也是大家都不滿意，還要增加很多很多不必要的費用，所有的醫療人員都很苦，包括政府也很苦。

楊代表芸蘋

聽了很多醫師和很多代表講裝設的問題，我覺得這是立意很完善，很好的東西。我記得在健保會討論時說一年給 22 億，有委員說有需要花這麼多錢嗎，會不會圖利。那時第一個想到的就是會不會圖利，很多人都解釋說應該不會，健保署也一直在告訴我們內容是什麼，講得很清楚，這個用意我們真的很關心，用意是說在幫醫界解決問題，怎麼現在變成不是在幫你們解決問題，反而在製造你們的困擾。有一些醫院、診所已經裝設，是不是這段時間還在磨合期，大家還不熟悉的狀況之下還沒有感受到它的好處，是不是要一段時間過後，你們再看看這樣的狀況是真的對你們有幫助還是沒有幫助。真的沒有幫助的話，健保署這邊應該再好好討論一下，我們也可以在健保會再開會討論，剛剛陳代表要我們健保會關心，我們 2 位都是健保會，我們真的很關心，我們一直在聽你們的問題到底在哪裡，剛剛有代表講到有個 VPN 的線都可以上傳，為什麼還要再加這個東西，那我不懂，加了這個東西是不是比較好、還是比較慢，是為了防弊還是防速度慢還是怎麼樣，可是看起來應該不會啊，有雲端藥歷，有關懷名單，還有查詢率，雲端藥歷裝設照理說應該是對我們消費者有好處，你們可以幫我們把關，我們看錯科別、看錯醫院，你們都可以來支持我們，這對醫病雙方應該都好的，不是不好，可能就是剛開始磨合期有點困難，還有費用的問題，裝設的費用，蘇委員也講了費用是不是應該幫忙補助一下，這也應該，因為裝設是需要要花一點錢，剛剛講有打 44 折是裝設費，不是，那是完全由醫療院所負擔，也不用，那就沒有費用，不用補助啦。月租費我知道有補助，到 107 年沒有了。好的東西變成大家的怨言這麼多，這個問題我們有關心了，健保署這邊有沒有方式再來做進一步的瞭解，來關心你們，幫你們解決問題，我們可以討論。

陳代表宗獻

我再把實況說明一下，我改成企業型之後，我一個月要繳 7000 元，繳 7000 元後，原來的 VPN 可以廢掉，原來的 VPN400 多元變成 7000 元。

蔡主席淑鈴

我們本來這個報告案是想藉著各位幹部在的時候，好好把這件事情講一講，因為基層裝設的比率的確很低，要增進瞭解，沒想到迴響這麼多，剛剛蘇理事長也有說這件事情是一個好的政策，做了這個投資，最後希望得到資訊分享、醫療安全、效率提升等，當然過程中需要有裝置馬路的過程，大家還沒有看到未來可能的結果前，光是這一次的裝置，大家會有一些問題，所以我希望今天各分區業務組都在，各分區業務組在 1 個月內開說明會，邀請轄區基層院所、社區藥局等參加，特別也請轄區的中華電信到場說明，說明會需要達到幾個效果，第一向這些診所、藥局等說明清楚以外，也蒐集大家的意見，意見包括對於中華電信服務品質的意見，以及剛剛幾位代表也有提到關於查詢方案的誘因有意見等等，一併蒐集。這裡所列的價錢是本署和中華電信簽的的合約，如果合約有改善空間的，也需要本署與中華電信協商，所以需要把所有的意見都蒐集到，有關與中華電信的合約及包括剛剛有人認為現有 VPN 可不可以擴充等等與專業有關之意見責成資訊組研議；誘因的部分就由醫管組研議。務必使這件事可以往前推進。今天在座各位幹部其實是認同的，只是抱怨這個過程與價錢，我也希望在座各位幹部回去也可以多鼓勵，特別剛剛龐組長講說特別量大的、群體執業的，慢性病人很多的，更應該優先裝設，這樣才能看到病人在其他院所用藥的狀態，未來雲端也可能會上病人在其他院所的檢驗、檢查報告或其他報告，這對你們的醫療效率與品質提升一定會有幫助。這個報告案就討論到這裡。

陳代表炳榮

主席對不起，我剛剛提到的問題希望有個答案，或是在會後給我答案。第一是即時查詢系統的資訊是不是要有病患的書面同意書。第二，核付指標裡面有 4 點，第 2 點特定醫療網頁的開啟，特定醫療到底是指哪些。第三是數位抽審是不是指電子病歷的抽審。電子病歷的部分，曾經問過資訊廠商，電子病歷一年的維護費，診所大概 1 萬多

元，這 1 萬多元對診所來說是一個負擔，所以診所對電子病歷參與的比率這麼低。

醫務管理組林科長寶鳳

我先補充一點，剛剛陳醫師宗獻和古藥師博仁都有提到現在的月租費 7000 多元對診所與藥局來說都太貴了，陳醫師說 7000 多元沒有辦法改，其實我們資訊組有跟中華電信商量是可以改（降速）的，從企業型轉成專業型，月租費會從 7000 元變成 2000 多元，而且不用再付設定費，所以月租費都可以降到 2000 多元，沒有問題。

鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案的補助是要把 VPN 這條網路加寬，這條網路加寬後可以做很多事情，包括申報還有 IC 卡的上傳資料，很多與健保業務往來的資訊，都可以利用這條網路做雙向互動，雲端藥歷系統查詢也會用到這條網路，目前因為有憑證管理辦法授權，醫師只要有醫療需要，可以直接在線上查詢，不需要病人的授權，如果要下載，才需要病人的同意書，才能批次將資料下載做一些事前的管理。

有關數位化審查部分，分區已經在試辦，以前抽樣審查的樣本資料都是影印書面病歷資料送分區，採數位審查後這些資料都可以改用檔案傳到分區業務組進行審查，不用再影印病歷資料，這種數位化審查方式可以節省院方紙張費、影印費，人力等行政成本。

有關查詢關懷名單指標就是目前本署醫審及藥材組在推動的四級管制藥品管理計畫，如一些安眠藥領用 OUTLIER 的對象，本署醫審及藥材組會建置為關懷名單，當醫師處方到這些管制藥品時，會提醒醫師去查詢這位保險對象是不是屬於關懷名單的病人。以上補充。

蘇代表清泉

我再和大家報告一點，我現在有點擔心，在醫院只要醫師卡插了，病人卡插了，然後 VPN 一上，真的可以看到病人前次在哪家醫療院所就醫，前次藥品在哪裡領，領了什麼藥，甚至哪家健保藥局拿藥是不是 A 藥換 B 藥，這些病人資料一叫出來，連護士也看得到，我覺得這是嚴肅的問題，如果連 CT、MRI 這些精密的檢查報告都可以看得到的話，這是我比較擔心的，因為只要頻寬夠寬，資料可以全部進來，用 STILNOX、用那些地檢署有在追的藥都可以看得到，這個病人是不是

關懷名單都可以看得到，這會不會有侵犯到個人隱私問題，這個是開得太寬、開得太廣、開得太快，到時候會不會出現另一個問題。我們全聯會基層醫師會比較擔心，因為每一個都是個體戶比較多，一個人承擔這麼大的責任，例如病人以前吃某種藥產生過敏反應很嚴重 STEVEN JOHNSON 等等，你要讀要讀很久，好幾年前吃磺胺類的藥產生很嚴重過敏，萬一沒有讀到，變成醫師應注意而未注意，這樣這個基層醫師就太沈重了，開放這麼多，讓醫師非看完不可，如果醫師因為害怕一直在看病人的資料所以真的會像黃理事長講的看 20 分鐘資料，病人會質疑醫師到底在做什麼，看電腦看 20 分鐘還不幫我看病，這是科技的好處也是壞處。這個案子我覺得用鼓勵的方式是對的，可以讓病人不要重複用藥，我曾經看到一位病人吃 2、30 顆藥，3 餐加起來 4、50 顆藥，因為他看了 3 間診所和 1 間醫院，像這種個案可以讓醫師警惕，真的不要害到病人。

蔡主席淑鈴

謝謝蘇理事長今天來，及對這個案子的支持、鼓勵，但過程面有非常多需要溝通，對於誘因，大家覺得有意見也可以再蒐集、再修正。至於提醒將來隱私權的部分，法律的部分，健保署比各位更加審慎，我們推這件事情的過程中，每一步驟都會向法務單位諮詢，都會在法律的授權範圍內做每一件事情。讓分區業務組再加強和各區做說明會之後，蒐集大家整體的意見，如果推動過程中需要修改我們的辦法或有效修正與中華電信的合約避免浪費，我們都很願意做，這個報告先討論到這裡。

蘇代表清泉

講到個資法，我再補充一下，我沒有看過法務部這麼爛的，朝野立委都支持個資法，通過 3 年無法實施。醫療這一塊就無法實施，通過 3 年多了，施行細則還訂不出來，法務單位沒有這麼神，還是要健保署自己小心。

報告案第六案「鼓勵民眾下載全民健康保險健康存摺即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同擲節醫療資源」

龐代表一鳴

補充一下，這一案其實和上一個案子概念上有點重複了，這個案子不是全新的案子，現在每個被保險人就有權利向健保署申請個人就醫資料，要花錢，一次申請2年，有簡單版和複雜版。這個版的差異是系統比較簡單，資料比較精簡，簡單的是在家，用自然人憑證上網就可以下載，資料期間是1年。這個功能推出來後反應非常好，可是被批評也非常多，反應好的部分是原來申請要花錢，現在不用花錢，而且可以在家裡取得資料，使用非常方便。被批評的部分是很多人沒有自然人憑證，今天報告的系統是要用自然人憑證，未來設計會朝向用健保卡加上密碼就可以在家裡上網取得，現在正在研議密碼取得的方式，在可以使用健保卡取得資料之前，我們還推出定點服務版，民眾可以定點取得，在健保署各區辦公室和醫療院所，目前先推醫院，從醫學中心開始，醫學中心設定電腦無人區，民眾到醫院時操作取得相關資料，也可以到健保署的櫃台拿到資料，預計5月會推出IC卡加密碼的版本，以上是資料取得方便性之補充。再來是資料擴充性，未來會再補登檢驗資料，還有牙科的部分，哪顆牙齒被拔了、被補了、被修理了等等資料後續也會補充。這個系統因反應很好，上級長官指示未來和健保有關但資料不在健保署的資料，例如預防接種、成人健康檢查資料在疾管署和國健署的，也會後續登錄在健康存摺。這是宣導案，也讓大家瞭解這個系統，也可以宣導病人來使用，宣導病人使用之前，建議在座醫師回家也先用自然人憑證上健保署網站下載健康存摺，希望可以提供我們很多批評指教。未來健保署也會利用這些資料發展APP，提供民間的業者申請，希望將這些資料可以存在手機，利用APP轉成比較容易閱讀的資料，後續發展朝OPEN DATA的型式發展，這是未來展望。

蔡主席淑鈴

希望在座的幹部都當成自己是被保險人，瞭解過去一年就醫的狀態，去下載自己的健康存摺，然後給我們一些意見。

林代表義龍

這個立意很好，但是這個東西一推出，所有的商業保險公司馬上拿去利用，任何人要投保，他一定要求你登入去取得病歷給他看有沒有帶

病投保，這樣的案子一定會跑到大法官的手裡，在文明國家，讓每一位國民變成透明人，我相信大法官絕對反對。

陳代表宗獻

我碰到的例子是過年後，病人拿他的病歷來給我看，病歷從頭翻到尾就要一些時間，我向他解釋 γ -GTP就是脂肪肝，會不會變成癌症…總共用掉半個鐘頭，他是晚上來看診的第96個病人，我算一算診察費70點再乘以0.8幾，因為我是中區，實在是很傷感，因為民眾沒有讀取這些資料的能力與專業，所以一定要去請教醫師，我們是很樂意提供這種服務，但是這會影響到醫療服務，就是後面一堆病人要等很久，不必緊張的在哪邊很緊張，建議推動時增加一項相關醫療資訊徵詢，這要有特別的時間，特別的費用來做這種服務。

楊代表芸蘋

我今天來之前就先上網去找我的健康存摺，您剛剛講的沒有錯，要自然人憑證，我說自然人憑證早就該廢掉了，今天已經講了，不應該用自然人憑證，很多人沒有去申請，會很麻煩。這個對我們消費者是好事，剛剛又說5月份開始又有定點服務、健保卡加密碼，這個很好，可是就像剛剛陳宗獻委員講的，真的會造成醫師時間的浪費，這個沒有關係，如果健康存摺以後普遍性大到大家都在用的時候，我們在總額就來要求這個費用，只要大家都有用到，就不會太CARE這個錢，這不會花多少錢，頂多診察費再加一點或是另外編費用，這個以後可以再討論，只是現在剛開始還沒有用到這麼多的時候，先不用討論這個問題。還有剛剛林代表說商業保險確實會，我有碰到有人說要拿這個資料來加保，其實這個也不是不好，這是大家互相尊重，有個保障，保險公司也要有一個籌碼，你要保險但不能騙我你沒有什麼病，要保險會規定有什麼重大疾病不能保，有什麼慢性病就除外保險，保險公司用這個東西也是正常的，對消費者來說也是一個保障，所以我蠻鼓勵健康存摺。至於花醫師太多時間，需要諮詢費用，我不會反對，以上報告。

黃代表振國

一、我希望健保署在健康存摺能加註：因為涉及專業，資料請拿給

信賴的家庭醫師解讀。健保署提供的雲端藥歷是否有不同版本？聽方才蘇理事長所言，似乎蘇理事長使用的版本比較好，可以查詢雲端藥歷得知開立處方之特定醫療院所，而我的版本只能看到「本院處方」與「他院處方」，並未呈現是哪個醫院或哪個藥局調劑。所以如有升級版，可否提供參考。

二、建議關於管制藥品，例如病人有處方 stilnox，必須透過 VPN 做 stilnox 的查詢和雲端藥歷的查詢兩個動作，是不是請健保署的資訊單位改版，當處方 stilnox，管制藥需要查詢時，可同時開啟兩個視窗，以節省查詢時間且提高雲端藥歷查詢率。

蔡主席淑鈴

謝謝黃醫師，還有這麼多(代表要發言)，我們今天連討論案都還沒開始。

陳代表宗獻

我能不能呼籲一下，因為現在是 4:30，現在我們臺中有燈會，如果我沒有趕上 5:30 的車子就會很麻煩。討論提案的第 2 案真的有太多需要和署溝通，報告案是不是就此結束。

李代表紹誠

我只有點建議，關於內容部分，支付點數可不可以拿掉，這牽涉到醫師的安全，如果今天是要作奸犯科的人，去業績很好的診所一看支付點數多少，算診所一天大概有多少錢，我要綁票要勒索，絕對是要找這些肥羊，建議考量將健保支付點數這項拿掉。

蔡主席淑鈴

今天大家對於健康存摺或雲端藥歷的意見，我們會全部記錄下來，會整理考慮，其他總額同樣討論這個問題，只有西醫基層反應最熱烈，所以花掉蠻多時間，這個案子就討論到這裡，大家對於健康存摺的意見請繼續提供給我們，讓我們持續來精進，謝謝。進入討論事項第一案。

討論事項第一案有關修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質

確保方案」之專業醫療服務品質指標案，與會人員發言摘要

蔡主席淑鈴

修正的細目就是在附表 1 一直到第 93 頁劃線的部分，因為資料都有提前提供，現在請委員表示意見，這個部分之前也有和醫師公會、醫院協會做過討論，請問有沒有意見，是不是同意做這個修正，新增 2 項，在第 86 頁，第一是開藥品項數大於 10 項案件比率，另一個是剖腹產率。

蔣代表世中

關於新增的開藥品項數大於 10 項案件比率，我想基層有時都看 3、4 個科，要把開藥大於 10 項列入指標，像我們小兒科病人，拉肚子、吐、發燒，拉得一塌糊塗之後就尿布疹，接著眼睛又紅，西醫基層不像在醫院，醫院有明確的分科，基層是整合性，二者性質不一樣，用醫院的指標套在基層不合理。基層的醫師事實上也不太喜歡開這麼多藥，開這麼多藥對自己的成本也不見得好，可是很多情況下真的需要開這麼多藥，像我們小兒科，塞劑也算一項，不只小兒科，很多綜合性科的，像家醫科、整合科都是，如果基層這樣規定，就變成今天婦產科看完，明天去看小兒科，病人在 GO SHOPPING，所以開藥品項數大於 10 項案件比率暫時不應該執行。第二項新稱指標剖腹產率，因剖腹產牽涉到醫療糾紛與婦產科的專業，這樣限制，請婦產科醫師說明。

蔡主席淑鈴

我先補充，因為新增的項目都是整體指標不會落到某單一診所的指標，是全國西醫基層的指標，而且這是初步的監控，沒有閾值，沒有正向、負向的意義，純粹是給大家做為一個參考，剛剛蔣醫師講兒科，其實也不會去公布兒科，更不用說現在你們申報兒科的定義都不同，所以科別我們也不會去用，這是整體的指標，希望先做這樣的監測。至於這個指標在基層和醫院共用有沒有什麼問題，等數據公布出來，都可以再繼續檢討。最後一項，退三步想，給 10 個藥已經很嚴重了，必須知道給 10 個藥的比例在全國是怎樣，是不是可以讓它先成為整體的監控，等日後大家覺得要拆解合理時，可以再來發展，這樣可不

可以。

徐代表超群

對於剖腹產率，我覺得不是很恰當。國內剖腹產率和歐美國家比較起來並不高，而且是不是要剖腹產，是醫師專業上的考量，放在品質確保方案的監控指標，會造成我們婦產科開剖腹產是濫用的印象，等於婦產科醫師的專業無法自主決定是否做剖腹產。目前婦產科的醫療糾紛愈來愈多，如果考慮做剖腹產會增加比率而選擇不做剖腹產，萬一出了醫療糾紛，又是另一個問題，所以放在品質確保方案的監控指標不恰當。

張代表嘉訓

品質確保方案的監控指標在貴署是不是本來就有一個想法，認為多少比例是品質好的，有沒有這樣的數據來做為指標訂定的參考，如果沒有的話，去訂定這樣的品質指標其實意義不大，剖腹產的比例和產婦的照護品質是不是有相關性，是見仁見智，何副院長是我們婦產科醫學會理事長最清楚，這個拿來當指標，我不知道貴署意向是什麼，你希望追蹤一段時間，看看剖腹產率的變化而已，還是近幾年來有適應症的就是34%、35%，自行要求就是3%上下，加起來就是37%、38%，根本沒有太大變化，貴署現在剖腹產的給付和自然產都拉到一樣高，剖腹產的比率一樣沒有變，所以這個指標沒有必要拉進來，我個人持比較保守的態度，我認為這個指標意義並不大。

何代表弘能

醫師們過去在參與全民健康保險各項品質提升政策時，常碰到二種狀況：一種是原先只是協助資料收集，突然就成了指標要求事項；或原先是以優惠方案等措施鼓勵進行品質推動，但往往無預警就停止相關補助或獎勵。

以剖腹產率來說，近年來各國狀況其實變化並不大，且已開發國家除英國因制度影響外，剖腹產率均相對較高。我不清楚目前貴署針對剖腹產率的品質提升規劃的目的為何？是僅收集資料，或擬據以訂定明確的指標要求？

幾位醫師所提有關資訊資料上傳的問題，是醫界共通的疑慮。過往

貴署要求醫院提供資料，但並未說明收集資料的目的與後續規劃進程，僅以最初的優惠獎勵邀集大家協助，然後取消相關補助，將原先獎勵事項逕改為指標要求，將醫院在配合推動品質提升時投入的資源全部轉嫁為應支出的成本，成本不斷提升，健保點值卻長期不增反降，醫院經營壓力愈發沉重，一直以來惡性循環的狀況，其實也是很多國家政策推動的共通問題。

醫審及藥材組曾科長玫富

二代健保法之後有授權訂定全民健康保險醫療品質資訊公開辦法，我做品質資訊公開是 FOLLOW 子法規辦理，品保方案是總額支付制度實施時配合做整體品質監測管理，希望對外統計資料是一致的。會議資料第 95 頁有呈現，每張處方平均開藥品項大於等於 10 項的比率不是 BY 人歸戶，是看一次病就開到 10 顆以上藥品的案件比率，西醫基層目前整體發生這種情況的比率不高，像 103 年第 3 季是 0.08%，就是 1 萬件裡面有 8 件有這種情形。我再強調品保方案是整體性監測，至少讓全體保險對象知道實施總額支付制度後，有一些指標面向變化的情形如何，一般來說品保方案新訂的指標是暫不訂定參考值，是把整體的數據先呈現出來，讓全體保險對象能夠瞭解。至於剖腹產率數據在第 95 頁也有呈現，雖然變化不大，但還是有整體了解它變化的意義，這個指標至少區分出具適應症、自行要求，把一些不可歸責院所醫師的部份占的比例多少，讓大家了解，這只是做資訊公開，沒有大家想的要課責的情形。

蔡主席淑鈴

謝謝曾科長，這個項目是中性的資訊公開給民眾了解而已。剛剛何代表關心會不會一開始公開了，然後以後就要做什麼，應該沒有，純粹依照資訊公開辦法，選擇一些資訊，陸續向民眾公開。還有二位(代表要發言)，我在兩位發言之前，我先說明，因為今天報告案確實花的時間比較多，大家還有行程，是不是今天的會就開到 5:00，沒有討論完的就下一次再討論，如果大家覺得討論案二是很重要的，如果這個案子基本上是同意的，就減少發言時間，然後進行到討論案二，好不好。那就請張醫師和黃醫師。

張代表孟源

大家好，我發言一向很簡短。

第一，請大家看到第 90 頁，今天有訂正的就是糖化血色素改成糖化血紅素，其實 HbA1c 在 ADA 已經改成 A1C，所以不能只訂正中文不訂正英文，所以建議在 HbA1c 後面加 or A1c，這才是國際世界的潮流。

第二，是關於藥品品項的比例，在公式的部分，有分子分母，分母有排除，藥費不為 0 或給藥天數不為 0，我是覺得藥費為 0 或給藥天數為 0 也是一個診療，只是醫師判斷說不需要開藥。所以分母不應該排掉，既然需要是一個平均值，應該以整體的件數為主，謝謝。

黃代表振國

針對藥品項數大於 10 項案件比率這項指標，是指一個醫師看一次診的處方數目，其實我覺得更應該重視一個病人在不同醫師看診，是不是有重複用藥的問題，而且現在抽審的指標已經把排除慢性病以外品項大於 8 項的案件列入立意抽審，同一位醫師在處方時應會慎重考量處方箋及藥品之數量。當同一個病人到 3 個醫師處拿 10 幾種藥和在一個醫師處拿 10 種藥，你們覺得哪個安全？這項指標反而是負向的，會把病人推給另外的醫師看診或分次就醫，我覺得這個思考邏輯是不對的。

醫審及藥材組曾科長玫富

剛剛建議給藥品項分母無論有沒有給藥，只要有看診就算，因為這個指標在醫院部門也一樣有，分母通常是要有看病而且給藥，目前有看病而且給藥大概占看診案件的九成多，照定義應該是說每件有給藥的，才去看開了多少品項，所以分母應該這樣比較合理。另外抽審的部分有另外的條件考量，但是這個指標是純粹做整體性的現況公開，而且挑大於等於 10 項，因為看一次病開到 10 項以上，真的會讓人家懷疑給藥的適當性，所以是整體的監測。至於抽審，要去排東排西，是落實到抽審時另外的考慮。

蔡主席淑鈴

黃醫師提到一個重點，不管是一位醫師開藥和多位醫師開藥，病人還

是一次吃下去，就用藥安全上也是一個問題，我們現在是監測一次開幾種藥，我是不是這樣建議，指標因為是和醫院共用，還是先行公布，但是黃醫師和張醫師的建議，醫審及藥材組拿回去研究，什麼樣的指標對於落實病人用藥安全才真正比較有意義，這是有點難度，容許給我們一點時間，讓醫審及藥材組去研究一下如何兼顧黃醫師所說的狀況，再去發展更精確的指標，在這個指標還沒有發展出來前，先行放入這個共用的指標，如果可以的話，至少討論事項第一案通過。現在剩下5分鐘，請問各位代表要進入第二案嗎。我徵求大家的意見，因為大家歸心似箭，已經拿起包包了，好像今天有燈會的樣子。大家多數認為不要再討論，今天就開到這裡，沒有討論的部分就移到下次會議再討論，謝謝大家。