

「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」

104 年第 1 次會議紀錄

時間：104 年 3 月 4 日下午 2 時

地點：中央健康保險署 18 樓禮堂

主席：蔡副署長淑鈴

紀錄：張桂津

出席代表：

侯代表彩鳳	侯彩鳳	童代表瑞龍	童瑞龍
陳代表幸敏	陳幸敏	洪代表冠予	請假
吳代表志雄	陳瑞瑛代	林代表芳郁	請假
郭代表宗正	郭宗正	楊代表育正	林富滿代
謝代表文輝	謝文輝	翁代表文能	翁文能
黃代表遵誠	黃遵誠	郭代表守仁	郭守仁
朱代表益宏	請假	邱代表仲慶	王敏容代
游代表漢欽	游漢欽	賴代表文德	詹德富代
洪代表政武	洪政武	高代表瑞和	請假
張代表克士	張克士	林代表慧玲	林慧玲
羅代表永達	羅永達	黃代表啟宗	請假
謝代表景祥	謝景祥	陳代表威仁	蘇美惠代
蘇代表聖村	蘇聖村	劉代表淑芬	劉淑芬
謝代表武吉	謝武吉	張代表嘉訓	張嘉訓
趙代表有誠	趙有誠	陳代表宗獻	請假
黃代表忠智	黃忠智	龐代表一鳴	龐一鳴
周代表思源	李佳珂代	梁代表淑政	梁淑政
吳代表文正	吳文正	謝代表天仁	謝天仁
陳代表誠仁	陳誠仁	林代表昭吟	林昭吟
張代表國寬	張國寬	吳代表肖琪	吳肖琪
吳代表鏘亮	吳鏘亮	吳代表進興	吳進興

列席單位及人員：

衛生福利部

衛生福利部全民健康保險會

台灣醫院協會

周雯雯

魏璽倫

林佩菽

中華民國醫師公會全國聯合會	吳春樺		
中華民國護理師護士公會全國聯合會	梁淑媛		
中華民國物理治療師全國聯合會	朱世瑋		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會	請假		
中華民國藥師公會全國聯合會	蔡敬偉		
中華電信	巫建興		
本署臺北業務組	蔡翠珍	許寶華	賴燕貞
本署北區業務組	林麗雪		
本署中區業務組	陳雪姝		
本署南區業務組	朱秀芳		
本署高屏業務組	許碧升		
本署東區業務組	羅亦珍		
本署醫審及藥材組	曾玫富	詹素珠	詹淑存
本署資訊組	姜義國		
本署企劃組	請假		
本署醫務管理組	李純馥	陳真慧	劉林義
	林寶鳳	甯素珠	洪于淇
	劉立麗	楊耿如	蔡月媚
	楊秀文	邵子川	鄭正義
	李宜珊		

一、主席致詞：(略)。

二、確認「本會 103 年第 4 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

三、報告事項

(一)案由：本會 103 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

(二)案由：醫院總額執行概況報告。

決定：洽悉。

(三)案由：103 年第 3 季醫院總額點值結算報告案。

決定：醫院總額 103 年第 3 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

年季	點值	臺北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
103Q3	浮動點值	0.8357	0.8982	0.8901	0.8223	0.8996	0.8766	0.8693
	平均點值	0.9107	0.9382	0.9363	0.9058	0.9387	0.9284	0.9229

(四)案由：104 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」(草案)報告案。

決定：洽悉，修訂內容如附件 1，將依行政程序，報請衛生福利部核備後公告實施。

(五)案由：「104 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式」報告案。

決定：洽悉，修訂內容如附件 2，重點內容如下，未來將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行修訂，據以辦理 104 年度總額結算事宜。

1. 103 年新增診療項目未導入預算(2.81 億元)，自 104 年一般服務基期預算，每季扣減 281 百萬/4=70.25 百萬。
2. 104 年提升住院護理照護品質(0.568%，預算 20 億元)，自專款項目移列至一般服務，需本署於 104 年 6 月前提經健保會同意後動支預算，暫每季扣減 5 億元。

(六)案由：104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形報告案

決定：請各分區業務組於一個月內召開說明會，邀請轄區內醫療院所與中華電信人員參加，說明本方案相關之服務規格與服務品質保證，以提高參與率，並收集相關修訂意見供本署做為未來改善之參考。

(七)案由：「鼓勵民眾下載「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」報告案

決定：洽悉。

四、討論事項

案由：修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標案。

結論：

1. 本案除「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」修改為「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」與「手術傷口感染率」修改為「住院手術傷口感染率」外，其餘各項指標修訂依本提案會議資料所報修訂內容通過，詳如附件 3，新修訂重點摘要如下：
 - (1). 修訂同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率相關指標：「抗精神分裂症」更名為「抗思覺失調症」；修訂各指標內相關 ATC 碼，與修訂用藥日數重疊率之計算公式，於「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」放寬給藥日數為 ≥ 21 天，並於排除特定治療項目代號新增排除特定治療項目代號 H3（西醫-已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件。）
 - (2). 「十八歲以下氣喘病人急診率」之計算公式，修訂氣

喘用藥之 ATC 藥品分類碼。

(3). 新增「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「住院手術傷口感染率」、「急性心肌梗塞死亡率」等三項整體指標。

2. 將依行政程序，報衛生福利部修訂。

五、臨時提案

案由：衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 12 次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」案。

結論：藥事服務費改列為以浮動點值核付，本署將據以回復健保會。

備註：「中華民國區域醫院協會與台灣社區醫院協會於會後來函(104 年 3 月 9 日區社聯字第 001 號函)對本案提出復議案」。

六、與會人員與議題相關之發言摘要，如附件 4。

七、散會(下午 4 時 37 分整)。

一、本會 103 年第 4 次會議紀錄確認

主席

有關 103 年第 4 次委員會議紀錄，請委員確認內容，若無問題，上一次會議紀錄確認。

二、報告事項第一案「本會 103 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本會 103 年第 4 次委員會議結論事項辦理情形，各案均已公告實施，各位代表若無意見，本案洽悉。

三、報告事項第二案「醫院總額執行概況報告」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

有關醫院總額 103 年第 4 季執行報告，包括醫療供給與利用、初核核減率、安全針具申報情形與高雄石化氣爆分析，第 28 張投影片有關「提升住院護理照護品質」，目前因落後執行，所以預算執行數只有 14.9%，最後預算執行可達 100%；針對本報告，請各位代表提問。

張代表克士

有關高雄氣爆占高屏分區點數的占率，可否再說明？

主席

103 年第 4 季高屏分區較前一年同期增加的點數中，屬於高雄氣爆和登革熱所增加的點數，約占高屏分區該季所增加點數的二成。

張代表克士

高雄氣爆為公安意外，但政府部門(包括中央與地方)責無旁貸，這涉及事先督導、稽核、防範措施...等是否落實，以及事後環保局、消防局...等是否處理不當；同樣的，有關流感、登革熱甚至諾羅病毒...等，也涉及政府其他部門(如疾管署)的責任，是否已善盡各種防制措施，因此所產生的醫療費用不應完全由總額部門來承擔；也希望下次開會能提供相關數據。

謝代表文輝

1. 健保法有規定，若有疫情，由政府部門撥款支應，例如 92 年 SARS 即由行政院撥特別款項處理，而一般流感若未達相關標準，都是由健保給付，總額每年均常態來談成長率，而此次登革熱在高屏當地真的增加相當多的費用，是否可以用其他部門預算來支應，才不會衝擊總額的運作。
2. 有關因 103 年度新增診療項目未導入預算 2.81 億元，自第 3 季起每季扣減 1.405 億，當然今天的會議只能尊重健保會決議執行，但也提供一個思考的方向，往年編列本項預算，也沒有特別去檢討預算夠不夠，第 1 年預算通常都用不完，而第 2 年開始可能費用就超過編列的預算，大家也都不計較，那如果現在要計較，是不是第二年增加的費用，也要處理？今天有兩位新長官，新主席和新組長，是不是以後可以更公平地來處理，讓民眾與醫界都不吃虧。

陳代表瑞瑛

有關安全針具的統計，有醫令的才有統計，沒有申報的比這個多很多都沒有算進來，例如手術麻醉都是用安全針具，可是它是算在麻醉費，所以都不算；103 年預算 1 億，到 11 月執行率只有 54%，顯然是達不到，健保會看到的預算執行率就會偏低；健保署應該跟各醫院收集資料，以統計安全針具實際的使用量。

林代表富滿

去年的報告有把一般針具與安全針具的量一併呈現與計算使用的

比例，建議下次把兩者一併比較；安全針具主要是採購與使用困難的問題，目前在給付和廠商家數都有大幅改變，但是臨床使用上還是沒有那麼普遍。

羅代表永達

請問目前實施的論人計酬試辦計畫的相關資料，可在那邊找到執行情形？

謝代表武吉

1. 有關醫師數，是否可以分為主治醫師、總醫師？各層級的醫師數，是否可以分主治醫師有專科的有多少，沒有專科的有多少？
2. 本次有提供醫療服務利用近五年分析，件數與費用都有成長，為什麼我們件數與費用都沒有辦法往下減？目前每年就醫次數，西醫、中醫和牙醫合計就醫次數共 15.1 次，是不是能再改善？
3. 建議加強對民眾健康教育的宣導活動，以減少醫療不必要的支出。

主席

請醫務管理組，針對委員所提意見說明。

醫務管理組劉科長林義

1. 論人計酬試辦計畫從 101 年開始實施，預算編列於其他部門，每年均在健保會的年度評核會進行執行成果報告。
2. 有關氣爆與登革熱費用，健保會已同意氣爆費用由其他部門支應；另高雄衛生局來文，建議登革熱相關費用亦由其他部門支應，此為健保會權責，近期本署將提健保會討論，本案未來將依健保會決議辦理。

醫務管理組李副組長純馥

1. 有關醫師數的統計，目前健保的申報資料無法區分主治醫師、總醫師與住院醫師；至於醫師是否有專科，目前系統內是有建置各醫師的專科資格。
2. 針對民眾的衛生教育宣導，本署定期在本署全球資料網放置宣導海報與短片，也跟國健署合作相關宣導短片，也希望大家一起共襄盛舉，一起宣導；有關減少看診人次部分，是近幾年本署的辦理重點，也把高診次輔導規定，由每年就醫 100 次降為 90 次就

- 介入輔導，希望看診的人次可以減少，也謝謝委員的關心。
3. 有關安全針具，內含的部分過去也沒有申報，所以比較難知道是用了一般針具還是安全針具，也很難把現在的使用情形跟過去做比較；有關一般針具的比例，下次會議會提供給委員參考。
 4. 有關新醫療科技預算的執行情形，本署定期會提供相關資料供委員參考。

主席

1. 有關新醫療科技(包含新藥、新特材與新增支付項目)，大多有替代性，因此在擬訂會議時，會考慮該項新醫療科技項目的替代效應後，計算其淨增加的預算，非本會議討論範圍。
2. 有關登革熱之費用，高雄市衛生局已經來文建議，本署也將提健保會討論，就不在本會討論。

謝代表景祥

屆時請提供登革熱相關的申請件數與點數供參。

主席

建議要詳細提供登革熱的費用，區分前一年一般的費用跟 103 年因疫情而增加的費用，讓健保會委員可以獲得充份的資訊，以進行合理的討論。

謝代表天仁

病床數較前一年同期減少 609 床；健保會委員很在意一個問題，多給了護理照護的預算，可是床變少了，是那個層級減少病床，或是床太多沒有利用到，這是減少浪費是 OK，如果是護理人力不足關床，這我們要瞭解。建議要註記說明那個層級減少。

主席

各位代表，如果對於本報告案沒有其他意見，本報告案洽悉。

四、報告事項第三案「103 年第 4 季醫院總額點值結算報告」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為 103 年第 3 季醫院總額點值結算報告，若各位代表對 103 年第 3 季點值結算報告沒有其他意見，醫院總額 103 年第 3 季點值確認，並依全民健康保險法第 62 條規定辦理點值公布、結算事宜。

五、報告事項第四案『104 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」(草案)報告』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為「104 年「醫院總額結算執行架構偏遠地區醫院認定原則」(草案)報告」，符合醫院之浮動點數以較高之平均點值核付；彙整各分區意見與名單後，預計 104 年符合之醫院家數為 36 家(台北 6 家、北區 1 家、中區 11 家、南區 1 家、高屏 13 家及東區 4 家)，與去年醫院名單比較，新增屏安醫院、臺北榮總鳳林分院 2 家，各位代表如果沒有意見，本報告案洽悉，將依行政程序，報請衛生福利部核備後公告實施。

六、報告事項第五案『「104 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式」報告』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為「104 年醫院醫療給付費用總額地區預算分配及點值結算方式」報告，詳細資料與說明如附件 4，重點說明如本案說明項，請問各位代表有沒有要提問的，如果沒有，104 年醫院總額結算方式就依附件 4 辦理，未來亦將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行調整與修訂。

謝代表武吉

沒有提到跨區點值的處理？跨區點值，103 年由採前一季就醫分區浮動點值改為前一季全區浮動點值，這樣管控會比較不好，是不是要恢復到之前，跨區點值採前一季就醫分區浮動點值？

主席

有關跨區點值方式，依健保會決議辦理，請看會議議程 98 頁，103 年由改為前一季全區浮動點值，依慣例，104 年沒有修改就是照 103 年的方式辦理。

謝代表文輝

跨區點值，原本是採前一季就醫分區浮動點值，103 年改成採前一季全區浮動點值，以前沒有改也沒有特別討論，若有討論也沒有修改，是 102 年才翻盤，因此，若沒有更改，應該就這樣下去，除非有健保會委員有意見，提健保會討論，若有新決議就依新決議辦理。

陳代表瑞瑛

目前分區預算，先依門、住診 45%與 55%分配後，再各自依各分區門、住診的 R 值(人口風險因子)與 S 值(費用)分配，目前醫各層級實際門診比例大概都高於住診，是否門、住診比率是否會再調整？

醫務管理組劉科長林義

健保會在 103 年 4 月即針對門住診之比例有深入的專題報告與討論，會議決議暫不更動目前門住診比例。

主席

若代表對門、住診點值有疑問，請看第 43 頁，本署每季結算均有重新推算門、住診點值，103 年第 4 季門診每點支付金額為 0.93，住診每點支付金額為 0.91，若代表認為需調整門、住診比例，建議可於健保會協商總額時，提出討論；若各位代表沒有意見，本報告案洽悉，未來仍將依本會議與全民健康保險會相關會議決議進行修訂，據以辦理 104 年度總額結算事宜。

七、報告事項第六案『104 年「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」之推動及辦理情形報告』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案醫學中心與區域醫院是全數申辦，地區醫院申辦率 33.78%，先請龐組長補充說明一下。

龐代表一鳴

本案在各部門總額研商會議均提出報告，醫院總額的醫學中心與區域醫院已全數申辦，地區醫院申辦率已有 33.78%，所以應該是地區醫院會比較有疑慮；基層診所反應的意見，主要是針對技術、規格與收費情形，有些地區醫院之所以沒有申辦可能也是考量費用的問題，本方案擴充頻寬後，除了執行雲端藥歷外，也可以執行後面案子所提的「健康存摺」，另外，也已經有一些院所開始上傳檢驗與檢查的結果，對院所與民眾的幫助是很大的，所以，我們會先請本署資訊部門與中華電信巫經理跟大家說明，讓大家對這個方案有進一步瞭解。

陳代表瑞瑛

本方案編列 22 億元，醫院申辦要裝設 4M~10M，10M 是很大的流量，有些醫院是不需用到 10M，為了參與這個計畫不得不用到 10M，像台大雲林，5M 就夠了，根本不需要這麼大的頻寬。

龐代表一鳴

因為頻寬受限，本署有些業務其實推得不好，例如電子數位審查，本署與長庚醫院合作，結果發現頻寬不夠，代表說的頻寬足夠，是用原來的基礎和申報方式去評估，並沒有考量未來會遇到的問題和新增的功能，建議仍先請本署資訊部門與中華電信巫經理跟大家說明，讓大家有進一步瞭解。

主席

因為申辦本方案大家都有一些疑慮，所以特別邀請本署資訊部門孫科長與中華電信巫經理跟大家說明，包括為什麼需要這麼大的頻寬？為什麼申辦單價高？申辦後中華電信的服務品質可以保證到那裡等，讓大家可以瞭解本方案好的部分，可以儘快去申辦。

資訊組孫科長浩淳

1. 有關本方案費用部分：本方案去年就開始執行，剛開始彈性空間小，今年則採納大家的意見，申裝頻寬月租費部分，醫院在 4M~10M 之間可以選擇，月租費已經是本署跟中華電信議價後，依官網的定價打 4.4 折；其實是有加值的部分，如果今年申請 10M，中華電信是直接將速度提升到 30M，而網路均有加密。長庚醫院申辦後，經過多次調整，目前已有達到 30M 的效率了，醫院的傳輸速度改進很多。
2. 有關本方案頻寬與家用網路的差異：實際上是有一個專業技術與規格的差異，若需要本署可以提供資料；簡單舉兩個例子來跟大家說明，一是保證頻寬，本方案企業型，申請 4M 保證 10M

頻寬，申請 10M 保證 30M 頻寬，家用則沒有保證頻寬；二是申辦後的叫修服務，因為考量醫院並沒有休息的時間，中華電信保證隨時馬上派工處理，且一定要在 3~4 小時內完成，沒有假日不修的問題。

3. 有關申辦醫院有反應叫修後，中華電信派工來很多次才能修好，經我們去瞭解，因為大醫院本身就有上百台電腦連線，因此中華電信會先派人員處理線路問題，後來再派專業工程師來處理加密或微調等，所以才有多次到場處理的情形，本署亦要求中華電信一定要服務到底，不能再額外要求醫院多付費。另外，配合本方案，中華電信只能收月租費，也不能收裝機費。

主席

現在請巫經理來說明一下中華電信服務的保證部分。

中華電信巫經理

本案我們也是配合國家政策在推動，雲端藥歷與健康存摺等，我們也會後續配合健保署相關要求來推動；有關服務品質部分，如孫科長所言，並沒有收取裝機費，而且本方案並沒有綁約，一般家用都還會要求綁約兩年，因此，醫院都可以隨時做調整。另外，我們一定等醫院都設置完成，也調整完畢，才會起租，都有專人與客戶連繫與確認；因為配合醫院的作業不允許中斷，我們都會一再跟醫院做確認與路由的調整，全部都完成了才能讓醫院作切換，然後再觀察，這些細部的動作都是投入很多人力與醫院資訊部門配合。可能有一些部分未盡人意，我們也都要求相關部門做改善。

有關頻寬的選擇，今年的方案是較有彈性，以長庚為例，除了申報，還有辦理電子數位審查，有時候上傳資料就要花好多小時才傳得完，現在升速後，節省了很多上傳的時間。一般家用是上傳少，下載多，而本方案是提供上傳與下載雙向頻寬

服務，因此，每家醫院可以配合需求去選擇最適頻寬。

主席

透過本方案，可以讓健保署與各醫療院所間的資訊馬路可以擴寬，可以配合未來國家政策的推動，包含電子數位審查、雲端藥歷、健康存摺、檢驗與檢查結果上傳或出院病摺等，跨院資料分享，以提供更好的服務，中華電信也允諾，就算是偏遠還是外島地區，只要申辦他們一定協助開通；今年開始每個醫院也可以去選擇適合的頻寬，醫學中心與區域醫院已全數申辦，地區醫院申辦較少，在座有很多地區醫院的代表，再請回去跟會員宣導一下，這是未來的趨勢，醫院比診所更應該要走在前面，醫院的病人最複雜，多重疾病的病人也較多，有可能跨院看病，醫師應該要知道病人的藥歷，是用藥安全的一環。

羅代表永達

有些地區醫院的資訊不夠強，所以建置的時候會落東落西，而且建置本來就不用費用，有些地區醫院反應，申辦後，第 1 個人先去看，聽說中華電信不同材料的管理是分屬不同單位，每次叫修時工作人員就會說非屬他的工作項目，需另外叫修與派工，才能申請材料，建議是否可以設置一專門的團隊，一次做足，地區醫院才會有更高的誘因來申辦。

主席

請各分區業務組於一個月內邀請轄區內地區醫院與中華電信人員參與宣導說明會，說明本方案相關之申辦規定、申請規格與服務品質，以提高申辦率，並收集相關修訂意見供本署做為未來改善之參考。

張代表克士

我代表地區醫院的夥伴提問，有些地區醫院本身病人少、申

報資料很少，對於需要花錢擴充頻寬的誘因相對不足，但為了增加地區醫院的申辦率，是否可以比照有些體系醫院，以主要醫院申辦，其他合作的衛星醫院配合加入的方式，讓衛星醫院也能上傳資料獲得補助，以增加誘因並擴大地區醫院申辦的參與比率。

龐代表一鳴

目前是有一些同集團的醫院有這樣申辦，例如奇美醫院與台南奇美醫院就合併使用，可是他們是同體系，資料本來就可以互同分享；如果是不同體系，要考量個別醫院的資料是否同意分享給不同體系的醫院。

謝代表武吉

我有一個協會，申辦 10M 費用是 2 萬 3，為什麼這個方案要 29,172 元，請回去思考一下。另外，小型地區醫院，只有門診沒有住診，申報量小，不一定要用 4M，是否可以申辦 1~2M 就可以？請健保署再考量一下。

主席

仍請各分區業務組，收集相關修訂意見，若有未列於契約中的意見，亦提供本署資訊組做為未來修改之參考。

八、報告事項第七案『「鼓勵民眾下載「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」報告』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案乃為勵民眾下載「健康存摺」即時取得最近一年就醫資訊，做好自我健康管理，共同擲節醫療資源報告，先請醫務管理組龐組

長再跟大家補充說明。

龐代表一鳴

本案推出後，受到很大的迴響與指教，最多的意見是申請後要等一天，目前已修改為等 10 分鐘；第二個問題是要用自然人憑證，但是很多人沒有，未來本署將增加定點服務，先開放於各分區業務組辦公室或醫學中心，設置無人機服務，不需人工服務，最近相關硬體與軟體尚在準備中，此系統未來在推展到民眾在家裡用健保卡就可以查詢，另考量資安，未來健保卡亦有加密的動作，預計 5 月開始實施；而未來本系統亦會增加許多新功能，包括寫入檢驗(查)結果及出院病歷摘要等醫療資料，還有其它承保與跨機構的資料，例如：預防接種、成人健檢等，提供給被保險人參考。大家都是專家，亦請大家回去下載後，提供意見給本署一些批評與指教，讓新系統可以修得更好。

陳代表瑞瑛

請問，原來讓民眾在家裡使用自然人憑證自己查，現在要改成由民眾在醫院使用無人服務機自行下載醫療資訊，請問是用健保卡輸入密碼嗎？是否有考慮醫療隱私的問題？有什麼辦理依據？

醫務管理組林科長寶鳳

因目前健保卡尚無憑證功能，如果加上密碼比較不用擔心資安、個資外洩的問題，本署承保部門現正研究，是否未來採網路、書面等方式申請密碼後，就可以使用健保卡加密碼的方式，讓民眾在定點服務的無人機就可以下載個人醫療資料，亦可在保險對象不反對的情形下，由本署定期主動以電子郵件寄到保險對象個人信箱。

龐代表一鳴

補充說明，未來本署希望可以定期將一組密碼寄給被保險人，被保險人就可以據以上網下載個人就醫資訊，目前定點無人機的服務是屬於過渡期的措施，因此，會麻煩各醫院的時間不會太久。

謝代表武吉

健康存摺可以降低健保的浪費，我是非常贊成，我們似乎是要走向新加坡的個人儲蓄帳戶(Medical Service Account)，我希望，

能夠讓患者瞭解一個金額上限制，就醫時就可以知道金額上限在那裡，管理的效能會比較強。

林代表昭吟

有關醫療院所上傳資料問題，由民眾的觀點會很重視隱私議題，因此，前面中華電信除了保證服務品質，是不是也確保民眾資料的隱私？另外，請問目前建置的網路，是點對點的方式(健保署對醫療院所、健保署對民眾)嗎？如果是，那就比較可能顧及到資訊安全。另外，健康存摺的規劃，聽起來是一種民眾可以取得個人就醫紀錄，具有閱讀的功能，將來是不是也可能有寫入的功能，可以做為器官捐贈或安寧療護等等的申請或註記。

龐代表一鳴

健康存摺目前的功能是屬於消費者知的功能，知道就醫後，醫療院所申報的是什麼，知道健保 IC 卡登錄的資料是什麼，所以是受個資法保護，之所以本系統的可近性推展的比較慢，即是考慮資安；寫入的功能，必須透過其它系統，本系統尚無寫入功能。目前的資料很多，未來也朝著 open data 的方向設計，可能與民間的 APP 作結合，民眾可以將自己的健康資料轉入 APP 做為自為健康管理使用。

主席

補充說明，本方案的費用比較高，是因為考量資安，所以進這個網路的資料會全部加密處理。

黃代表遵誠

健康存摺的資料中，有疾病分類名稱，這是蠻專業的，雖然說強調並非診斷，但怕一般的民眾不瞭解，單純以疾病分類帶出的疾病名稱，對非專業者可能會有誤解，提醒健保署要注意一下，避免以後造成衍生的不必要的爭議，另外，也可能有 CODING 錯誤的問題，其它的還算好。

林代表慧玲

請問健康存摺的格式是什麼檔？另外，說明三有關提供給醫師開立處方參考，請問是如何提供？

醫務管理組林科長寶鳳

健康存摺的資料格式是 HTML 格式，資料可以存到 USB 或硬碟，或是列印出來，是 A4 的格式，民眾可以列印出來提供醫師參

考。未來也會發展為 XML 格式，提供相關健康有關之 APP 加值服務；有關疾病分類名稱部分，本署有在備註中加強說明疾病分類名稱並非診斷，而且是以申報時的疾病分類碼轉換出來的中文名稱，與醫師法所稱的診斷不同，實際診斷與詳細就醫資料需洽醫療服務機構。

主席

各位代表，如果對於本報告案沒有其他意見，本報告案洽悉，仍請各位代表可以先行試下載自己的健康存摺資料，依專業的觀點，提供使用的修正意見，俾便本署改善本系統，嘉惠民眾。

九、討論事項「修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標」與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本案為修訂「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」之專業醫療服務品質指標，之前也有先跟醫院協會溝通過，醫審及藥材組已說明，請各位代表提問。

童代表瑞龍

請問有關藥日數重疊率之計算公式，於「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」放寬給藥日數為 ≥ 21 天，請說明。

醫審及藥材組曾科長玫富

該指標所謂放寬給藥日數是指符合這個天數的才算慢性病連續處方箋案件，原本為 ≥ 28 天，因有醫院及藥學團體反映實務上慢性病連續處方箋案件未必均會給藥 ≥ 28 天，常有慢箋案件只給藥 21 天，故修正計算定義，給藥 ≥ 21 天者就以慢箋案件計算。

羅代表永達

「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」，分子是大於等於十項，兩者定義不同；「手術傷口感染率」指住院，門診不算，就名稱是否就改為「住院手術傷口感染率」。

主席

請醫審及藥材組併同修正。

林代表慧玲

「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」，分子分母定義為什麼使用「給藥」？

醫審及藥材組曾科長玫富

給藥係表示當次看診有處方用藥的案件才列入計算，給藥案件定義如會議資料附表所述。

蘇代表聖村

之前是平均每張處方箋，現改為每張處方箋開藥品項數大於十項之案件，健保署目前在推門診整合計畫，本來看 3 科，開了藥，每張處方箋藥品項數一定較低，但是如果是整合門診，原本看 3 次整成 1 次，把藥品都整合成一張，藥品項數一定較高，這樣就會影響醫院的指標數值較差。

主席

這個指標是公布總額的整體指標值，不會公告醫院個別指標值，不過，如果一個病人用藥品項數超過 10 項，若以病人用藥安全之觀點來看，是需要小心的，而整合門診是一定要做的；請理事長提供一下專業意見。

翁代表文能

我是外科醫師，外科的用藥本來就比較少，如果一個病人用藥品項數超過 10 項，是真的要小心，但是我同意可以整體監測，不要列出各醫院，未來再看監測結果來檢討分析，用藥品項數增加的原因。

謝代表景祥

「手術傷口感染率」中的傷口感染碼”9966”，”9981”等，我查了一下，”9981”是手術後出血，可否說明一下？指標名稱與定義不同，請再確認。

醫審及藥材組曾科長玫富

本指標亦是健保會的業務監理指標，定義是參採健保會委託研究的定義，本組之前亦有將指標定義請健保會確認過後才進行統計。

主席

請醫審及藥材組會後再與健保會確認該項指標定義，本案除「每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率」修改為「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」與「手術傷口感染率」修改為「住院手術傷口感染率」外，其餘各項指標修訂依本提案會議資料所報修訂內容通過，本提案結論如下：

1. 增修訂內容重點摘要如下：

- (1). 修訂同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率相關指標：「抗精神分裂症」更名為「抗思覺失調症」；修訂各指標內相關 ATC 碼，與修訂用藥日數重疊率之計算公式，於「允許慢性病連續處方箋提早拿藥」放寬給藥日數為 ≥ 21 天，並於排除特定治療項目代號新增排除特定治療項目代號 H3（西醫-已出海為遠洋漁船作業船員，提供切結文件，慢性病代領藥案件。）
- (2). 「十八歲以下氣喘病人急診率」之計算公式，修訂氣喘用藥之

ATC 藥品分類碼。

- (3). 新增「每張處方箋開藥品項數大於等於十項之案件比率」、「住院手術傷口感染率」、「急性心肌梗塞死亡率」等三項整體指標。
2. 將依行政程序，報衛生福利部修訂。

十、臨時提案『衛生福利部全民健康保險會第 1 屆 103 年第 12 次委員會議附帶決議略以：「對於需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡」』與會人員與議題相關之發言摘要

主席

本臨時提案為配合健保會 103 年第 12 次委員會議附帶決議辦理，本署在本次各總額研商會議均提出討論，各總額固定點值的項目要不要修正，醫院總額的部分，請看說明二，各層級固定點值占率，以 101 年資料為例，醫學中心、區域醫院、地區醫院推估分別為 44.0%、37.6%、42.4%，當然有更動的話，這個比例也會改變，這個包含醫院總額專款及其他部門補助偏鄉地區醫療品質提升計畫之費用。本案其它總額研商會議均提出討論，除西醫基層還沒有召開外，其它總額均傾向討論藥事服務費回歸浮動，醫院總額固定點值的項目比其它總額多，包含有藥品費、門診與住診之藥事服務費、門診手術、急救責任醫院之急診醫療服務點數、住診之手術費與麻醉費、促進供血機制合理方案等等，請各位代表集思廣益，提出意見。

陳代表瑞瑛

藥服費包含交付機構為 81 億，這個表的藥服費只有 72.8 億，是否不含交付機構？

醫務管理組劉科長林義

是，本表只列出醫學中心、區域醫院與地區醫院的藥服費，不含交付機構，若醫院總額確定將藥服費回歸浮動，醫院釋出處方到交付機構的部分會一併辦理。

吳代表肖琪

目前醫師與護理人員並未保障每點一元，因此考量公平性，我在健保會是反對藥師服務費保障每點一元，至於社區藥局要不要浮動，我持保留態度。

主席

本署會將本會議結論報到健保會，本(104)年的保障項目已報健保會同意實施，因此若有修改，也是明(105)年才實施。

林代表慧玲

請問本案為什麼討論藥服費回歸浮動，健保署政策應該傾向保障服務 (pay for service) 不是 pay for material，我不清楚為什麼現在轉而不保障藥師服務費。

童代表瑞龍

醫師費也是浮動的啊。

主席

各部門總額針對固定點值，都是分別在各部門總額研商會議討論，分別協商的結果，西醫基層與牙醫的藥服費都是浮動點值，門診透析、中醫與醫院的藥服費是固定點值，現在門診透析、中醫都同意改浮動，所以現在只剩醫院總額，要不要藥服費大家都改成浮動，其實剛剛吳教授也說，其它醫療人員的技術費都是浮動點值。

物理治療師全國聯合會朱世瑋先生

如果交付的處方箋是從醫院來，申報時會回歸醫院總額，交付的處方箋是從基層診所來，申報時會回歸基層診所，交付機構的點值是跟著總額走。

謝代表文輝

說明二各層級固定點值比例，地區醫院也沒有很低，是因為有加上偏鄉地區醫院的補助，可是那是特殊性的計畫補助，一般來講，應該要排除特殊性的計畫補助，排除後地區醫院的固定點值占率就偏低，我們知道，固定點值最大的比例是藥品，這我們又沒辦法改，一定要修健保法，這又有一些利益團體遊說，大概也很難通過，因此應該請就地區醫院層級的政策功能，多選擇一些該鼓勵它做的部分，給它每點一元保障。讓其固定點值比率與大醫院之相當，有比較公平的立足點。

謝代表武吉

請持續保障偏鄉地區醫院點值每點一元。

林代表慧玲

藥師是醫院內人力最緊的醫療人員，同樣工作量，相較於護理人力是美國 1/2，醫師是美國 1/4，藥師只有美國醫院配置藥事人力的 1/8 至 1/17，若取消藥服費保障每點一元，可能讓醫院更不願聘足夠藥師，導致醫院藥師的離職增加，影響會很大。

主席

1. 林代表意見列入書面意見，惟本會大多數代表建議將藥事服務費改列為以浮動點值核付，本署將彙整各總額整體會議結論後，回報健保會參考。
2. 若沒有其他臨時動議，本次會議結束，感謝各位代表與會，敬祝

大家元宵節愉快。