



基層第一線

04

2016秋季號/季刊

- 醫藥分業／醫藥分業後續追蹤
- 決戰立法院／為什麼當時要決戰立法院？
- 報告包大人／急診壅塞，要對症下藥找病因

封面專題

急診壅塞，要 分級醫療來解決



醫政廣場》

P22 紓解醫療耗竭與崩壞

P30 政府應積極遏止惡性醫療競爭

P34 捍衛資源分配正義

導正倒金字塔型的醫療體系



發行／中華民國診所協會全國聯合會
地址／40462台中市北區中清路一段638號2樓

Glimet F.C.Tab 利控糖

Glimepiride 2mg / Metformin 500mg

雙效合一 · 強利控糖 · 完美達標



- Glimet[®] 為TFDA核准之第一家學名藥，品質優良領先同業
- Glimepiride 是Metformin的最佳組合
- 雙重藥理作用，可達到理想的血糖控制
- 美國糖尿病學會建議：合併有心血管疾病的第2型糖尿病患理想選擇用藥
- 一天一次，提供完整有效的血糖控制
- 衛福部通過生體相等性(Bioequivalence)試驗，品質確保與原廠相同

Reference :

1. Am J Med 2000; 108:15S-22S
2. Diabetes Care 2012; 35: 1364-1379
3. Diabetologia 2012; 55:1577-1596
4. UKPDS 28
5. Glimet F.C.Tab仿單

桃市藥廣字第 10509002 號
衛部藥製字第 058071 號

僅限醫療專業人士參閱

詳細處方資料備索
使用前請詳閱說明書警語及注意事項



信東生技股份有限公司
www.sintong.com

地址：桃園市介壽路22號
電話：(03) 3612131~3612136
FAX：桃園：(03) 3670029 台北：(02) 23519839
免付費諮詢專線電：0800-231525

目錄 CONTENT



02 | 理事長的話 文／曾梓展

04 | 監事長的話 文／鄭煒達

08 | 秘書長的話 文／林釗尚

從麥當勞事件談起

12 | 分享與媒體的互動經驗 文／陳俊宏

醫政廣場

14 | 從亞大附設醫院抗議事件談起 文／魏重耀

17 | 誰是醫療費用最佳守門人？ 文／陳宗獻

19 | 維護社會保險機制 依法落實健保法第43條 文／張惠東

22 | 紓解醫療耗竭與崩壞 文／曾家琳

30 | 政府應積極遏止惡性醫療競爭 文／洪宗賢

31 | 新醫院設立，不該成為基層診所的憂患！ 文／蔣世中

34 | 捍衛資源分配正義 導正倒金字塔型的醫療體系
文／朱顯光

醫藥分業

37 | 醫藥分業後續追蹤 文／管灶祥

決戰立法院

41 | 為什麼當時要決戰立法院？ 文／王正坤

報告包大人

45 | 寧補不足，遑論加薪 文／蔡明忠

46 | 急診壅塞，要對症下藥找病因 文／陳宗獻

診所經營管理

47 | 談診所人事管理 文／曾崇芳

好文轉載

51 | 「審查、核刪」是健保制度必要之惡嗎？ 文／李志宏

各地診協介紹

54 | 雲林縣診所協會成立回顧記實 文／塗勝雄

56 | 活動花絮

■ 基層第一線 2016年秋季號（季刊）

理事長兼發行人／曾梓展

召集人／魏重耀

秘書長／林釗尚

總編輯／王弘傑

本刊特約攝影／王維弘、林經凱

編輯、設計／創造力國際事業有限公司

發行日期／2016年10月出刊

發行所／中華民國診所協會全國聯合會

地址／40462台中市北區中清路一段638號2樓

電話／04-2359 0028 傳真／04-2359 0318

網址／<http://www.tmca.com.tw>

E-mail／tmca103@gmail.com

中華郵政台中雜字第2137號登記證 登記為雜誌交寄

五大委員會

醫療政策暨法規委員會／
夏保介

國際事務委員會／鄭煒達

文宣編輯委員會／魏重耀

媒體公關委員會／曾崇芳

資訊網路委員會／陳俊宏

理事／謝溫國（台中市）

理事／易文仁（台中市）

理事／連哲震（彰化縣）

理事／陳信成（彰化縣）

理事／林經凱（南投縣）

理事／羅大恩（嘉義市）

理事／蔡瑞頒（台南市）

理事／曾寧遠（花蓮縣）

監事長／鄭煒達（台中市）

常務監事／彭業聰（山海屯）

監事／張延互（台中市）

監事／蔡梓鑫（彰化縣）

監事／夏保介（雲林縣）

監事／汪威達（台南市）

監事／謝正毅（高雄市）

二大行動小組

恢復醫師調劑權行動小組／
管灶祥

分級醫療雙向轉診行動小組
／陳信利

文書副秘書長／管灶祥

活動副秘書長／陳俊宏

學術副秘書長／鄭元凱

理監事

理事長／曾梓展（台中市）

常務理事／魏重耀（山海屯）

常務理事／廖慶龍（彰化縣）

常務理事／紀乃正（基隆市）

常務理事／塗勝雄（雲林縣）

常務理事／張富全（台南市）

常務理事／賴聰宏（高雄市）

理事／倪小雲（新北市）

理事／陳志宏（新竹市）

理事／陳成福（山海屯）

理事／陳俊宏（山海屯）

理事／管灶祥（山海屯）

理事／廖文鎮（台中市）

秘書處

秘書長／林釗尚（山海屯）

副秘書長／紀乃正（基隆市）

副秘書長／倪小雲（新北市）

副秘書長／鄭集鴻（新竹市）

副秘書長／周肇銘（山海屯）

副秘書長／廖文鎮（台中市）

副秘書長／吳祥富（彰化縣）

副秘書長／林經凱（南投縣）

副秘書長／塗勝雄（雲林縣）

副秘書長／林俊鵬（嘉義市）

副秘書長／蔡瑞頒（台南市）

副秘書長／張榮州（高雄市）

副秘書長／江躍辰（花蓮縣）

總幹事／陳汶均

※感謝黃致仰醫師、林育慶醫師、林恆圭醫師、魏嘉慶醫師
協助本期編輯及校稿



診聯會拜訪衛福部，左起：周志浩署長，蔡淑鈴副署長，石崇良司長，林釗尚祕書長，魏重耀常理，塗勝雄常理，林奏延部長，曾理事長，蔡森田次長，陳俊宏理事，曾崇芳主委。

理事長的話

文／曾梓展

向大家報告弟自三月接任理事長至今(8月底)診聯會已陸續完成幾項承諾。例如：與衛福部醫事司健保署及醫師公會全聯會已建立起通暢的溝通管道，同時完成了官網的建置與刊物《基層第一線》的發行。我們參與了數場醫療政策與法規的會議，也與中部四大媒體記者及數家電台有良好的互動關係。此外透過北中南各地診所協會的開會及聯誼，將大家團結在一起。誠摯地感謝，診聯會的一切業務在眾多幹部的努力運作之下，平順地在軌道上運行。

■抗議媒體錯誤報導

3月6日自由時報大幅報導健保署去年經電腦過濾篩選後稽查803家有異常的醫療院所，其中共有383家違規，就據以認定有4成8的診所不合格。弟於當天就馬上打電話向該報總部及該文記者提出嚴正抗議。

因為不合格率應該以全體醫療院所為母數(含西、中、牙、藥)，換算後不合格率只有1.38%。媒體

的不當報導會誤導民眾同時嚴重傷害基層醫師的形象，破壞醫病之間的信任關係。隔天該報發出澄清報導，避免了進一步傷害基層醫界的士氣。

■爭取醫師調劑權心得

爭取醫師調劑權是本屆診聯會最重要的政策主軸之一，由於醫藥分工已成世界潮流，要完全恢復醫師調劑權已不可求。所以本會定調為“以病人自主權益為中心，擴大醫師緊急調劑權”為訴求重點，也就是病人有權自主決定跟誰領藥。依據藥事法第102條第二項，醫師只在下列二種情形下可以調劑：1.無藥事人員執業之偏遠地區(目前規範1.8km內無藥事人員)2、在醫療急迫情形下(僅限醫療機構內為急迫醫療處置)。但上述二種情形都值得檢討：第一項限制過於嚴苛例如偏遠距離訂定1.8km的依據為何？對老弱婦孺殘障重症民眾自行領藥應考量其合理步行時間。此外新制勞基法施行之後藥局休息日、及藥師的休息時段、以及在偏鄉的藥局規模、藥品種類是否齊全都需考慮。第二項何謂

醫療急迫情形？依過去健保署函釋，「病情危急、需立即給藥治療」是謂醫療急迫情形，由醫師認定即可親自調劑。但食藥署卻另文函釋「立即給藥，是僅限當日甚至當次的給藥。」本會認為立即給藥，並不應僅限當日或當次，這種過於嚴苛的規定完全違背對病人權益的考量。除此之外當病人因個人因素，環境因素以致領藥確有困難時，應該可以尊重「病人自主意願」，由病人提出具結，請求醫師調劑。例如病人至附近藥局調劑，曾經遭遇過領不到藥的實際狀況，或已知該時段無藥事人員上班，根本無法領藥，或病人極為耗弱領藥有困難時都得以由醫師緊急給藥。整理了上述的說帖，弟及診聯會幹部開始密集拜訪立委。除了致贈本會顧問聘書，同時也向立委詳細陳述本會立場。總計依次拜訪的立委有：王育敏、黃秀芳、劉建國、林靜儀、蔣萬安、李彥秀、陳宜民、蔡其昌、江啟臣、洪慈庸、盧秀燕、張廖萬堅、黃國書、何欣純以及林俊憲等15位，總結心得有了以下結論：

1. 立委們都認同醫藥分工，所以醫師是否有調劑權已成為政治議題(與醫師是否有調劑天職及世界各國的規定已無關)。而立委們也有藥界的強大壓力，故不願輕啟調劑權協商。

2. 立委們對緊急調劑權的兩項符合要件多認為不合理，但對本會主張卻也有侵犯到藥師調劑權的疑慮。

3. 對於新制勞基法實施，診所或藥局藥師下班或請假以致於診所無法調劑藥物或釋出藥物處方箋時，蔡其昌副院長務實地提出「職務代理人」的建議：在某些條件之下，醫師得代理藥師的調劑工作。最後有少數立委同意將擇期召開公聽會，邀請醫、藥、官員及學者專家來共同研商「緊急調劑權」的合理化。

■持續推動分級醫療

健保開辦後，政府只實施醫療費用總額制卻



不落實健保法第43條的分級醫療，導致西醫基層持續萎縮(占率自95年的24.6%預估將降至109年的20.7%)以及病人不分輕重症湧向大醫院造成大醫院醫療工作血汗，急診病人擁塞等亂象，重症醫療的崩解將指日可待。所以診聯會不斷地在各種場合發聲，呼籲衛福部要落實健保法第43條的分級醫療。為了凸顯制度不合理，在亞大附醫的抗議事件中，我們也不斷強調：不當交通車的招攬病人也正是落實分級醫療的結果。我們的努力終於有了回應，最近李柏璋署長及林奏延部長於私下及公開場合都承諾要於年底之前提出辦法來推動分級醫療，我們將樂觀等待並且不斷地努力與全聯會及各醫療產業團體，持續推動合理的分級醫療制度，使台灣的健保制度能扭轉乾坤，趨於合理完善，謝謝大家的支持。

PROFILE 本文作者



曾梓展

- 展弘耳鼻喉、小兒科聯合診所院長
- 中華民國診所協會全國聯合會理事長
- 台中市醫師公會監事
- 前台中市診所協會理事長



醫師能否恢復調劑權

文／鄭煒達

醫師能否恢復調劑權？這是一個逐漸浮出的問題，值得醫藥界再度的思考，隨著新制度的推行，居家照護，安寧照護的推動，醫藥適度的合作，應是更好的選項。

法令條文如何說明

醫師法第 11 條：

醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑，並囑由衛生醫療機構護理人員、助產人員執行治療。前項但書所定之通訊診察、治療，其醫療項目、醫師之指定及通訊方式等，由中央主管機關定之。

醫師法第 12 條：

醫師執行業務時，應製作病歷，並簽名或蓋章及加註執行年、月、日。前項病歷，除應於首頁載明病人姓名、出生年、月、日、性別及住址等基本資料外，其內容至少應載明下列事項：

- 一、就診日期。
- 二、主訴。
- 三、檢查項目及結果。
- 四、診斷或病名。
- 五、治療、處置或用藥等情形。
- 六、其他應記載事項。

病歷由醫師執業之醫療機構依醫療法規定保存。

醫師法第 12-1 條：

醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。

醫師法第 13 條：

醫師處方時，應於處方箋載明下列事項，並簽名或蓋章：

- 一、醫師姓名。
- 二、病人姓名、年齡、藥名、劑量、數量、用法及處方年、月、日。

醫師法第 14 條：

醫師對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、執業醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日。

醫師法第 15 條：

醫師診治病人或檢驗屍體，發現罹患傳染病或疑似罹患傳染病時，應依傳染病防治法規定辦理。

醫師法第 28 條：

未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者，處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但合於下列情形之一者，不罰：

- 一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。
- 二、在醫療機構於醫師指示下之護理人員、助產人員或其他醫事人員。
- 三、合於第十一條第一項但書規定。
- 四、臨時施行急救。

醫療法第 66 條：

「醫院、診所對於診治之病人交付藥劑時，應於容器或包裝上載明病人姓名、性別、藥名、劑量、數量、用法、作用或適應症、警語或副作用、醫療機構名稱與地點、調劑者姓名及調劑年、月、日」。

藥事法第 102 條：

「醫師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在中央或直轄市衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」

藥事法施行細則第 50 條：

「本法第一百零二條第二項所稱醫療急迫情形，係指醫師於醫療機構為急迫醫療處置，須立即使用藥品之情況。」

全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法第 3 條，緊急傷病醫療範圍：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、鼻出血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、突發性體溫不穩定者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病病人有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。
- 十一、生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。
- 十二、應立即處理之法定傳染病或報告傳染病。

優良藥品調劑作業規範第 52 條：

符合藥事法第一〇二條醫師得親自為藥品調劑者，準用本規範之有關規定。

藥品優良調劑作業準則第 24 條：

醫師依本法第一百零二條之規定得親自為藥品調劑者，準用本準則之有關規定。

綜合以上的法條說明，我們知道偏遠地區或醫療急迫情形，醫師親自調劑應該是可以考慮。

再者要考量的是病人的權益

首先是一例一休的推行，及假日加班費的計算，當假日工作的成本上升時，如缺乏足夠的病人時，診所可能沒有能力聘請藥師，即使診所接近社區，有其便民性，但看診完如無法調劑，尤其是急症，病患及其家屬需再找藥局調劑，如缺藥還要外調，等數個小時，缺乏急迫性的用藥，如因而延誤治療，造成併發症或不幸的後果，應該由誰負責？醫師？藥師？國賠？坐在辦公室想出來的計劃缺乏實務考量，總有需要修正的點。

有人說將病人帶來看診以後一切就好了！但是實際的考量，如果你帶一個行動不便的老人來看診後，還要開車或坐車到半公里以外的藥局去調劑，同時要等兩三個小時後才拿到藥才可以回家，這樣這一天就耗掉了，以家屬的考慮，會選擇大醫院去看，一次完成，還是到基層的診所，耗盡時間才能開始治療？這樣基層的便利及優勢，就消失了，而我們健保制度下的轉診作業，就無法提升！我在基層訪視時，與一些資深的醫師談過，他們擁有豐富的經驗與醫療智慧，能提供病人優質的醫療服務，但因年紀已大，看診時數減少，業務量下降，無足夠的經費聘請藥師，已漸漸的淡出醫療業務，這是很可惜的，如果能維持醫師應有的緊急調劑權，這些醫師應該能為社區的病人服務，甚至在偏遠地區為病人服務。

今年度由華航的罷工開始，行政院主導一假一例的推動，客運業也要求假日減班，但大家的就

醫方便性，是誰來提供？假日參加活動時，朋友常提到等一下要看病，台灣醫療的方便，可能是全球其他地區，無法可以相比的，但是當勞動成本上升時，各位週遭的朋友可曾想過，以後星期六日，可能找不到診所幫各位服務了。

如果全國的診所，因營運成本大增，因假日看診的風險大增，而放棄假日看診，影響所及，可能全國的民眾都會有所感，這個趨勢，醫療行政長官，不可輕忽。

住在台灣的每一個人民，都有公平的就醫機會，包括醫療普及就醫治療的方便性，我們的政府，我們的衛生福利部，當有這個責任，照顧基層的民眾，原先的衛生所與群醫制度，建立了台灣的基層醫療，但是在國家的各個角落，仍有很多民眾需要優質的醫療服務來照顧他們的健康，基層醫師可以提供更方便的醫療服務，只要適度的開放醫師原有的緊急調劑權，讓就診民眾的醫療，可以一氣呵成，台灣民眾的就醫權，就可以大大提升。

所以我的主張，為了住在台灣每個角落病人的福祉，保障每個人民的就醫權與公平性，應該適度修法再度恢復醫師的緊急調劑權，讓醫師能親自調劑，以保障病人就醫的方便，這是我最大的目標。

PROFILE 本文作者



鄭煒達

- 台中市診所協會理事長
- 中華民國診所協會全國聯合會監事長
- 台中市醫師公會理事

ROYAL RIVERSIDE
SHEFFIELD, UK

醫師優惠
專案

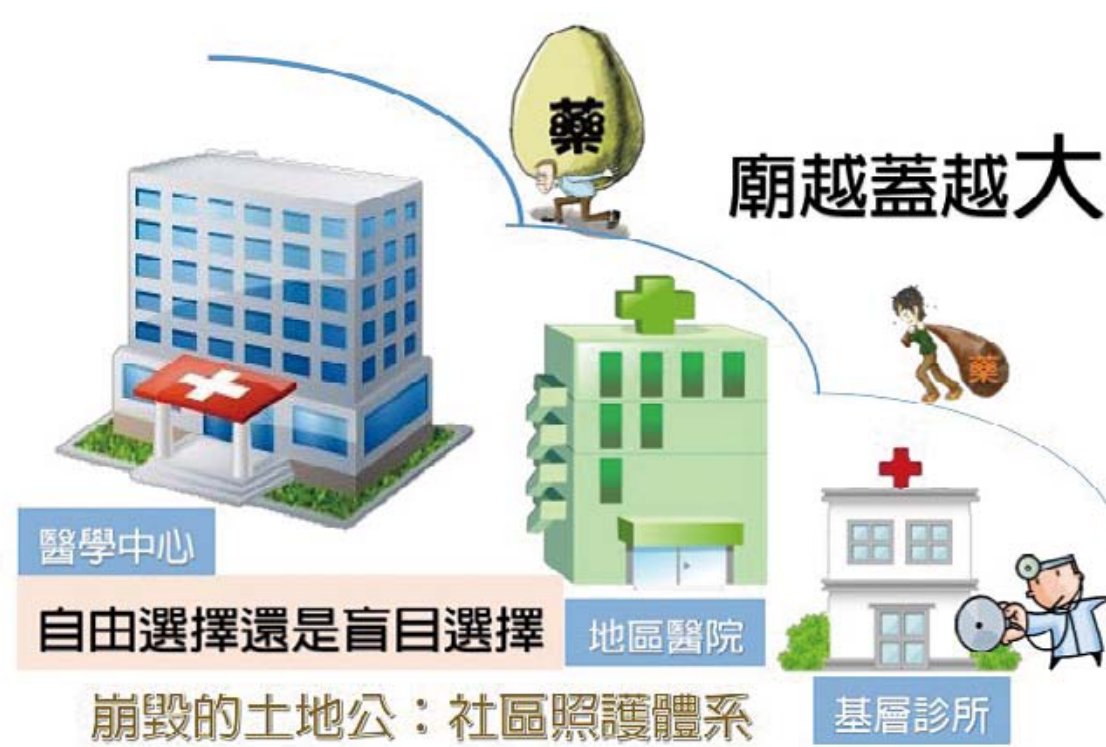
用台北停車位的價格
到英國當包租公
保證年收益達11%

只要新台幣255萬元起，
即可擁有英國第五大城—Sheffield精華地段房產，
專業的物業管理，內附豪華精緻裝潢，輕鬆當房東！

請洽／吳先生
0984-163-355

掃描QR code
觀看更多資訊

創造力國際
Creative International



再論分級醫療

文／林釗尚

衛 福部健保署 7 月 20 日下午首度公開全台各醫療院所護理人員照護病患比例排行，2015 年「護病比」最高的前 5 家醫學中心，分別為中國醫藥大學附設醫院、台大醫院、台南奇美醫院、台中榮總、花蓮慈濟醫院。中國附醫在去年 12 個月中，有 10 個月的護病比超過 1：9，顯示血汗護理人員超量工作的困境。而新上任的健保署長李伯璋日前接受媒體專訪時表示，解決血汗醫院，關鍵在落實分級醫療，未來將提升大醫院急重症給付標準，但治療感冒等輕症，則是中小型院所的給付會優於大醫院，讓健保給付更趨合理。大醫院的人力應集中在急症、重症、難症、罕症，人力就這麼多，如果連感冒等小病都要看，血汗醫院永遠無解，且健保的餅就這麼大，現在民眾把健保視為福利，民眾拚命用，醫院不做收入又會減少，做太多點值又被稀釋，陷入惡性循環。

真的很感謝署長點出目前台灣被視為全世界最好的健保制度需要再改革之重點，臺灣允許民眾自由就醫，每年有近 9000 萬人次在醫院門／急診

就醫，其中 16%（1300 萬人次）是小病就醫。換言之，平均每天有多達 3.4 萬人次小病是在醫院就醫。這是臺灣健保越級就醫的『常態』，這就造成醫學中心平日即一床難求，急診常塞爆；再加上今年流感大爆發造成各大醫院常塞爆，一床難求，導致急診醫護人員過度血汗，這根本的原因和民眾直接到大醫院看病的習慣有關，**民眾不管小病或大病，都習慣往大醫院跑，也使得社區醫院病患越來越少，部分小醫院經營困難、紛紛倒閉，間接影響偏鄉民眾的就醫權益。**而這些就醫習慣養成的根本原因就是分級醫療無法落實及健保署未能落實健保法 43 條未經轉診實施定率部份負擔有關，所以我們強力要求健保署應落實健保法 43 條。這是健保署一開始就失職便宜行事未「依法行政」，醫界只是要求「該做未做」的而已。

如此的制度就造成台灣醫療與國外有明顯差異存在，這可由醫勞盟曾家琳醫師的田野觀察及研究報告：「台灣的專科醫師做太多國外家庭醫師的事，台灣家庭醫師做太多國外專科護理師的工作，

台灣急診做很多國外門診／住院的事，台灣門診做很多國外自我保健的事，台灣醫院做很多國外基層門診及社區預防保健的事。」用這些話來形容台灣醫療與國外的差異再貼切不過。

會有如此與世界先進國家不同的台灣健保醫療制度主要是因：

一、健保給付制度

如果回溯 20 年前，健保開辦之初，依照全民健康保險法精神，同病同酬給付，也許很多區域醫院、地區醫院和診所在相同經費下，也發展出個別特色與口碑，在某些疾病有與醫學中心相同品質，民眾就近就醫。但現今的制度是同病不同酬，醫學中心獨享有較多資源，造成全台社區醫院從原本的 568 家，到現在只剩下 324 家。許多小鎮醫院，急診室關了、手術房熄燈了、病房也荒廢變倉庫！這種現象，已經嚴重影響偏鄉民眾的就醫權利！彰化縣北斗卓醫院的院長卓建志，特別挺身而出呼籲小英總統、救救偏鄉醫療。今年 61 歲的卓建志，是彰化縣北斗鎮卓醫院的院長，在故鄉執業 30 年的時光，怎麼也沒想到，有一天會面臨無病患可醫的窘境。

二、過低的部分負擔收取金額

部分負擔收取金額過低，缺乏誘因，民眾小病還是直接到大醫院看病。因目前只收定額部分負擔。去醫學中心未轉診收 360 元，經轉診收 210 元（只相差 150 元），去區域醫院未轉診收 240 元，經轉診收 140 元（只相差 100 元），去地區醫院未轉診收 80 元，經轉診收 50 元（只相差 30 元）（見附件 1）。這對經濟地位高及依法免部分負擔者，無誘因。應依照健保法第 43 條「不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十」。根據社區醫院協會統計，2013 年全國每次門診平均費用，醫學中心為 3050 元，區域醫院 2155 元，

地區醫院 1342 元，西醫診所 556 元；若完全依照健保法第 43 條提高門診部分負擔規定，並以 2013 年門診平均費用試算，民眾沒轉診、直接上大醫院看病，門診部分負擔將達 1525 元，比現行的 360 元高出約 3.2 倍。

這個制度就造成某些號稱醫學中心的醫院其初級照護比率，103 年竟高達 19.6%（資料來自醫改會），這就有點失去醫學中心存在的意義，因為初級照護的患者（指在基層或地區醫院可處理的病患案件）在醫學中心平均約 15%。醫學中心治療急重症患者才是。醫改會副執行長朱顯光指出，萬芳醫院、花蓮慈濟、林口長庚、三軍總醫院、奇美醫院、馬偕醫院、國泰醫院、台北榮總等 6 間醫院的因為收治太多輕症患者，每年總計造成 9 億元的超額，「如果這些病症轉到小醫院，健保每年可省下 4 億元」。

誰的責任

一、教育部

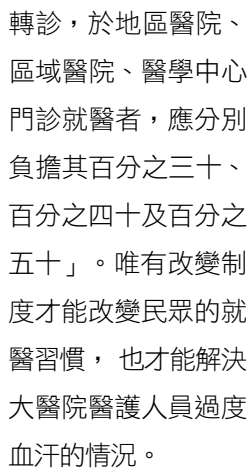
要改變分級醫療根深蒂固觀念，非得由教育著手，如何教、怎麼教、誰來教都是問題，況且緩不濟急。

二、健保署

根據全民健康保險轉診實施辦法第 3 條、第 5 條（見附件 2），醫院與診所雙向轉診，也就是醫學中心不僅把轉診而來的已穩定患者轉回去，包括所有不必在該等級院所治療的患者，都應該往下轉到適當層級，區域醫院與地區醫院亦同。健保署應該以適當行政力量介入。

三、基層醫師

轉診病人是基層醫師最熟練的天職，在民眾還沒有能自行判定就醫層級前，患者應先到附近診所，經由診所醫師（gate keeper）適當轉診才得以到醫學中心地區醫院區域醫院治療，或在疫情爆發時，由主管機構主導但由基層醫師支援，開設守門



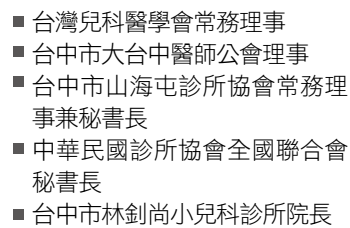
人 (gate keeper) 中心，協助患者選擇正確層級，亦為不錯辦法。

一、現行的健保制讓層級越高的醫院，得以在同一病症上領取較高的點數，以急性上呼吸道感染為例，2014 年申報的門診案件計算，醫學中心申請 1386 點比地區醫院申請平均每件 886 點多領了 500 元，區域醫院申請 1110 點也比診所申請約 450 點多領 650 元，造成大型醫學中心紛紛搶著「拚門診」、「看輕症」。醫改會副執行長朱顯光指出，要能改革此一問題，應由落實《健保法》第 42 條「同病同酬」的精神做起，讓不同層級的醫院在治療同一病症時都領一樣的給付。

診所醫師 (gate keeper) 適當轉診才得到到醫學中心區域醫院治療，過度強調『民眾自由就醫權』，勢必付出的代價就是如今年初流感大爆發造成大醫院急診塞爆及醫院醫護人員過度血汗的情況一再重演。

解決血汗醫院，關鍵在落實分級醫療，建議提升大醫院急重症給付標準並落實「同病同酬」，促使健保給付更趨合理。讓大醫院有更多的人力及財力資源投入急重症醫療，而不是靠過多的初級醫療門診收入去養重症醫療，這是解決血汗醫院的根本方法。

林釗尚



醫院層	西醫門診		急 診	牙 醫	中 醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210 元	360 元	450 元	50 元	50 元
區域醫院	140 元	240 元	300 元	50 元	50 元
地區醫院	50 元	80 元	150 元	50 元	50 元
診 所	50 元	50 元	150 元	50 元	50 元

第3條：特約醫院、診所辦理保險對象轉診，應基於醫療上之需要，並符合醫療法之規定。

保險對象經轉診治療後，其病情已無需在接受轉診之特約醫院、診所繼續接受治療，亦無第十一條所定情形，而仍有追蹤治療之必要時，得回原診治、前項接受轉診之醫院、診所或其他適當之特約醫院、診所，接受後續追蹤治療。

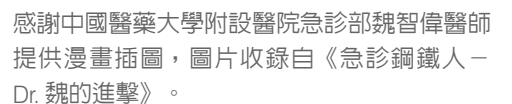
特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為需要轉診之保險對象，提供適當就醫安排，並視需要，保留一定名額予轉診之病人。

第 44 條：保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。

前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、

附件四：民國 84 年頒布的全民健康保險法第 51 條
內文（已刪除）

「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。」





由麥當勞事件 分享與媒體的互動經驗

文／陳俊宏

現今的醫療環境，已不再有昔日單純又良善的醫病關係。有了健保後，民眾就醫變得方便多了，民眾的消費意識也漸漸抬頭，再加上許多商業行為的推波助瀾下，現今的醫師在行醫方面常常面臨不必要的困擾與委屈。而且由於醫師的工作時間太長，遇到不合理的情況也頂多在自己的line群組中發發牢騷，對於問題的解決無濟於事。也常常因此造成會員與公會協會間的誤解。有鑑於此，診協全聯會這一屆在曾理事長的帶領下，特別重視與媒體的互動，希望藉由媒體的力量，一方面擴大醫界影響力，也希望任何對醫界有負面影響的事件，媒體都能做到平衡報導。於是在3/15日，診全聯邀請中部四大報醫藥記者（蘋果、自由、聯合、中國）餐敘，並於當日成立新聞line群組，平時就可以互通資訊，交換心得。

5/24日傍晚，麥當勞出了一則廣告。內容是一位彪形大漢的太太即將生產，因為陣痛躺在病床

上顯得很不舒服。這位著急的彪形大漢，一邊拿出手機錄影，一邊對醫師叫囂，「叫院長來啦！」、「是不會打催生喔！」。廣告末了，身上刺青的彪形大漢，摟著瘦弱的醫師肩膀，說自己是新手爸爸，然後送上一杯咖啡表示歉意。

麥當勞運用強烈反差情緒及圖像來營造戲劇效果，塑造出溫馨的企業形象，但是卻傳遞了相當錯誤的觀念，把醫療過程當成取悅病人的普通消費行為。彷彿只要「心急」，一旦醫護人員的言行無法立即讓病患或家屬百分百滿意，就能對醫護人員叫囂，事後再端杯咖啡道個歉就了事。這個廣告在FB及line上一出現，所有的醫護人員群情譁然。以麥當勞在年輕一代的影響力，如果這邏輯深入一般人的觀念中，以後的醫病關係将更加對立。

隔天早上在理事長的指示下，我們立刻擬定強烈的遣責聲明，並以「一杯道歉咖啡，不能彌補莽撞的就醫行為！」、「抗議消費醫療行為，來達



到商業廣告目的」為標題，在下午3:30，趕在截稿之前，邀請之前已經有相當互動的4大報記者美女為我們發聲。因為是第一次辦記者會，許多細節不是很清楚。由於事先已將我們的訴求明白地跟各位記者溝通，也獲得記者們的認同，甚至記者也幫我們買好麥當勞咖啡當道具，以營造新聞畫面效果。並想好萬一麥當勞不回應，後續該怎們辦？

幾經一番溝通後，終於我們如願地趕在發稿之前把我們的訴求成功的傳達出去。

在記者會新聞見報後，同一時間有另外2個醫事團體也發表新聞稿，他們的內容比較溫和，而我們的措辭則嚴厲許多。中間也有會員私底下反應不宜太過與麥當勞這種國際企業過度為敵，但基於維護整個醫界的尊嚴，我們義不容辭。就在稍後時間，也許是許多人已在麥當勞的FB上留言抗議，再加上我們發起了不道歉就拒買的活動，當天晚上麥當勞終於發出道歉聲明稿。雖然內容不能盡如人意，但在不到6小時之內主導一個議題，並能讓一個會傷害到未來醫病關係的廣告下架並道歉，我們確實從這件事獲得許多寶貴的經驗。

從這次的經驗，到往後的光田急診醫護人員被暴力圍毆記者會，和亞大附醫抗議事件，在此我分享跟媒體朋友互動的注意事項：

1. 首先要跟媒體朋友平時就建立溝通聯繫管道。
現在的新聞都有時效性，最好在事發當時就要迅速回應。若在市發隔天再回應，往往新

聞的熱度及震撼性會大打折扣。而且新聞稿要選在截稿前出來，才能迅速被發布。

2. 新聞的內容要詳列主軸，最好言簡意賅，記者朋友常說要小學3年級的水準就好，容易讓民眾快速了解。另外要做標題，大字報的字要大，內容要少。並且要先爭取記者的認同，比較能事半功倍，自己的意見也比較能被宣揚。

3. 開記者會新聞稿（書面及電子檔）一定要先準備好，並留聯絡人電話以便記者朋友提問。當天受訪對象，盡量同一人，以免對外發言多頭馬車。要想好簡單口號，把訴求突顯出來。喊口號時，喊完動作要暫停給記者們充分的攝影時間。

4. 我們自己也要準備一台錄影機，以提供畫面給來不及參與的記者朋友。

媒體是一個很好宣達自己理念的工具，但水能載舟亦能覆舟，每一個新聞事件完都要有重新歸零的心態，而且任何題材能不能正確的依照我們的意思被宣達，是一種藝術。除了取決於事件本身外，遇到有爭議性的題材，被揭露的對象其政商關係良好與否？與媒體高層是否熟識？這些各種勢力的角力，都會影響到新聞報導的結果。所以一個成功的新聞事件，事先的好好評估與溝通，記者會充分的準備，平時多了解媒體高層生態，這些基本缺一不可。

PROFILE 本文作者



陳俊宏

- 東勢長頸鹿小兒科院長
- 大台中醫師公會秘書長
- 中華民國診所協會全國聯合會理事
- 山海屯診所協會監事



從亞大附醫抗議事件談起

文／魏重耀

今年8月1日位於台中市霧峰區的亞洲大學附屬醫院正式開幕營運，在此之前的幾個月，台中市山海屯診所協會邀請了亞大附醫首任許永信院長與同仁，和霧峰、大里、太平、烏日的開業醫師聯誼會會員、公會協會幹部等，餐敘聯誼。

在地醫界同仁也對於亞大附醫提供大台中屯區民眾的急、重症醫療服務的可近性，表達歡迎之意，並期盼攜手發揮分級醫療精神，善用有限的珍貴醫療資源，守護地區民眾健康。

席間許院長也表示新設立的亞大附醫是提供急、重症醫療服務的醫院，將以醫學中心等級的品質為目標。掛號費只對民意代表優惠，不會沿路發交通車搭載民眾、病患。

亞大附醫正式營運前，開始在霧峰五福社區等各地社區活動中心，舉辦健康講座和專車參訪

醫院活動。8月1日正式營運當日，政界、醫界等各界人士獲邀同往祝賀。然而，其間不斷有民眾反映，在家旁社區中心直接坐上開往醫院的交通車，除了有貼心的咖啡、點心，掛號費不含部分負擔只有50元。醫院門診表上也詳列了一日許多班次、許多條路線的交通車資訊，免費提供民眾搭乘。

前此，南投縣醫師公會曾正式發公文，反對跨縣市交通車招攬病患，憂心更不利於在地、偏鄉醫療體系的建構，更加惡化資源不足地區的醫療可近性。

在有限健保資源下，要有合理分配，依法守法的分級醫療絕對是首要必要條件。也因此，長期致力於提升社區醫療服務的診所協會，在接獲民眾、會員反映之後，義不容辭的必須對此進行瞭解、溝通、協調，有問題就要解決問題。

況且，這會是全国性的問題，中華民國診所協會全國聯合會有足夠的高度、衝勁，推動落實分級醫療，維護、提升社區醫療。尤其曾梓展理事長正義堅毅，帶領行動團隊積極勇於任事，令人激賞。就在半日之內，全國各地診所協會的醫界好夥伴們，透過群組網絡熱烈響應，紛紛提供建言。林釗尚秘書長、陳俊宏副秘書長、管灶祥理事等堅強團隊幹部第一時間火速進行，僅僅16小時後的8月2日中午十二點，在醫院大門口聚集了4、50位醫師、記者，紅布條、頭巾、標語牌、新聞稿、麥克風等，一次到位。台中市山海屯、台中市、彰化縣、南投縣、雲林縣等診所協會理事長及幹部們，紛紛到場和在地的屯區聯誼會醫師們站在一起。

之後，許永信院長誠懇的邀請大家參觀醫院，並在會議室接待。表明醫界大家都是同學或朋友，不然就是同學的朋友、朋友的朋友，什麼都可以溝通。曾梓展理事長表示，今天前來，是表達分級醫療大家有責任努力落實。因此，免費交通車、低於診所的掛號費是大家關切和憂慮的。大台中醫師公會蔡其洪理事長肯定亞大附醫投入屯區急、重症醫療的用心，也希望能和當地基層診所和諧合作，造福民眾。大台中醫師公會陳宗獻榮譽理事長希望關於交通車，一是只適合載送衛生主管機關公告的偏鄉地區的弱勢民眾，二是診所有轉送需求的病患。

台中市山海屯診所協會魏重耀理事長建議，新

開業醫療院所掛號費優惠方面，長久以來都是一個月，以免除不當惡性競爭，以提升品質。協會更肩負會員的託負，希望儘速圓滿解決。台中市診所協會鄭煒達理事長贊同亞大有心發展重症、高端醫療，有國際視野，也應和基層社區醫療區隔，落實分級。

彰化縣診所協會廖慶龍理事長舉例剛參訪的日本一所醫院，他們急診大門一個月只開啟6次，只接受分級轉診的病患，專注真正的急、重症醫療。南投縣醫師公會許鵬飛理事長說明偏鄉醫療及院所的困境，因不當的交通車載送後，導致本地院所關閉，反而造成民眾連平時急診、門診都求醫無門。

雲林縣診所協會夏保仁理事長及新任的塗勝雄理事長都表示，六大醫院系統都在雲林開分院，台大醫院並沒有交通車接送，但最受民眾信賴，經營最好，因為專注急、重症。有些本土宗教醫院到處開交通車，大開門診部門、聯合診所，侵蝕基層總額，造成民眾、醫院服務醫師、診所醫師三輸的局面。許多縣市衛生局也都發出公文，





明示醫療機構病患交通車路線，必須是以官方認定的偏遠地區為限，否則即屬不當招攬。

台中市政府市政顧問劉茂彬醫師表示，基層醫師的憂心和建言，今天有明確表示，祈望雙方能持續溝通，儘速圓滿解決。大台中山海屯霧峰醫師聯誼會會長蔡振生醫師表示，歡迎亞大提供在地急、重症服務，也希望落實分級醫療，才會讓診所的社區醫療能夠安心、永續發展，和醫院分工合作。也有會員反映，在舊省議會站，一天 17 班次，太多了。

據了解，亞大附醫新營運的掛號費訂定，應是該院社區公關組參考當地狀況制定。許永信院長在和大家交換意見後表示，掛號費問題將會調整，只是時間上暫無法確定。交通車路線是應許多地方民意代表反映請求，到社區活動中心定點服務，方便民眾，路線也是以無公車行駛路線為主，交通車問題會再溝通協調。

有別於過去民眾的抗議或醫師的抗議官署，

這大概是台灣第一次醫師團體到醫院表達訴求的活動。也許民眾不太懂得白袍的心聲，診所和醫院的關係、溝通、互信是怎麼回事？也許認為是茶壺內風暴的利益之爭？其實醫界也本應更加團結，並藉由良好溝通管道來達成共識與合作。

但正本清源之道，還是在於主管機關本應盡乎職責、依法行政，取締違規的不當招攬。健保署更應依法落實分級醫療的法定部分負擔，建立民眾正確合理的就醫觀念，儘速依法調

整目前讓病人無感的越級就醫部分負擔。

實施分級分流醫療、雙向轉診，除了讓有限的健保資源能夠合理分配之外，更能建構健全、強化的基層社區醫療體系，而免於崩壞。避免逛大醫院的小病大看、輕症重看、沒病也看，造成的門診大賣場塞爆、急診亂象。進而消除血汗醫療，減少醫糾、醫療暴力等等畸型現象。醫院本以專注於急、重症、教學研究為目的，和診所的基層醫療照護不同。分工合作、各司所長，才是全民之福。

PROFILE 本文作者



魏重耀

- 台中市山海屯診所協會理事長
- 台中市大台中醫師公會理事
- 中區健保局婦產科分科委員會召集人
- 台中市沙鹿區魏重耀婦產科診所院長

健保制度，不要打棒球（連好壞球都要裁判）
要打足球（只要不越位，讓球員自由發揮）



不勞健保署操心的支付方式

誰是醫療費用最佳守門人？

文／陳宗獻

「制度，是一切的一切，決定資源的重分配。」長期在社區醫療努力的陳宗獻理事長，振聲發聵地強調。台灣在健保實施後，就醫可近性堪稱全球最方便，但客觀來分析，基層醫療表現及格嗎？如果以國際公認肺炎、糖尿病、高血壓心臟病、慢性腎臟疾病與氣喘的可避免住院疾病指標來說，台灣在前兩項疾病，並沒有我們想像地那麼好。

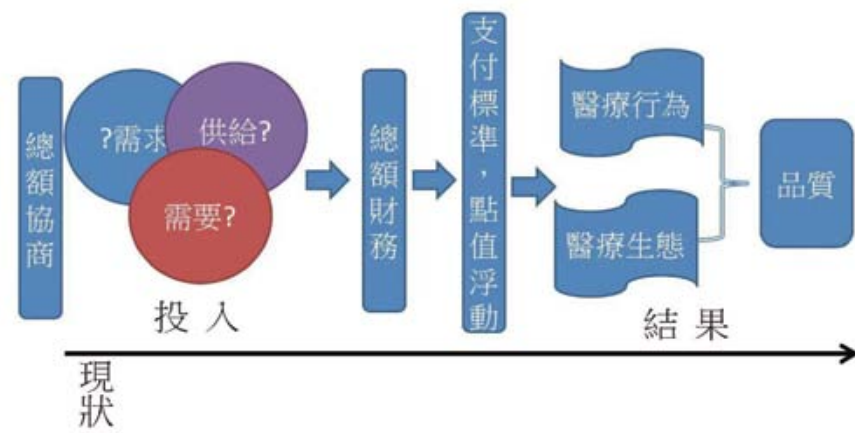
國家的醫療照顧責任是傷病與失能防治。醫療資源分配應該要參考失能防治，而非只是被動治療傷病。台灣每年因為各種傷病校正損失工作能力分布，肺癌、肝癌與大腸癌三種癌症加總共

造成失能約 9%，比較起來，背痛也造成 9% 的失能，後者卻沒有被好好重視。

健保實施 20 年，醫療制度並沒有太大改變。疾病型態與比例也在改變中，多重慢性病的複雜度增加。基層診所數目增多，醫師也很努力看診，卻是與醫院競爭治療傷病，看診迅速但也確實，處理了患者求助的表面問題。醫院以設施競賽來競爭患者，人滿為患，醫護血汗工作，飽吸健保資源，患者卻是一床難求。醫療政策，見樹不見林，機構為了生存，趨吉避凶。

這些挑戰都需要新的制度，陳理事長在台灣醫院協會主辦的分級醫療及雙向轉診綜合研討會

台灣：「論量計酬下的總額支付制度」



中強調，「醫療社區守門人應由第一線基層醫師擔任，搭配雙向轉診制度。行之多年的加強稽核與不予支付指標，不能解決現有健保困境。」

筆者在研討會後，試圖了解醫療守門人的制度，試著搜尋關鍵字，守門人與醫療守門人。有些資料認為，「守門人」的角色側重於「把關」。相較於「管理者」，「守門人」較淡化主導決策角色。至於搜尋醫療守門人，台灣除了常見自殺防治守門人外，制度說明並不多。倒是中華人民共和國新華社 2016 年 06 月 06 日有一篇，《讓家庭醫生成為百姓“健康守門人”——國家衛計委有關負責人解讀家庭醫生簽約服務指導意見》提到，「優質的家庭醫生簽約服務能夠使家庭醫生成為居民健康的守門人、醫療費用的守門人、人文關懷的守門人。」醫療守門人如果觸及醫療費用的控制，同時就是將健保的財務風險轉由醫療提供者承擔。有些醫師懷疑，在面對患者給予醫療建議或處置時，混雜著考量財務是否虧損，是違反人性並危及醫師倫理。

有些醫療管理專家認為，醫療費用持續膨脹的部分原因，來自醫療領域中的資訊不對稱，醫生掌握資訊優勢，發生「供方誘導需求」行為。

筆者多年來試圖在健保各項數據中，釐清或量化這種疑慮，毫無結果。台灣基層總額支付制，成功轉移健保財務風險給基層醫師，對消除「供方誘導需求」卻沒有幫助。完整積極的總額支付制，內涵在於『協商』。不僅協商多少錢，也要協商提供服務類別與目標數量，而非無限地提供服務後，再來全體費用打折支付。

健保法第 44 條有關家庭責任醫師制度，以法律明定應採論人計酬為實施原則，計算當年度之給付總

額。論人計酬（Capitation）根據登記在各個醫療院所的人頭數，事先計算並支付一段期間的照護費用總額給各個醫療院所，醫療院所必須在這筆費用額度內，照顧好其名單內的被保險人的健康與就醫需要，並自負盈虧。醫療院所藉維護被保險人的健康，減少其就醫次數或病痛的嚴重度，獲得利潤。讓醫療提供者有積極從事預防保健、減少醫療浪費的誘因。健康影響常是久遠，以年度給付是否合理？舉例而言，新藥預期可以減少十年後醫療支出，但制度卻要醫療費用守門人只看一年內損益。文末分享常用來自娛的賠本三部曲，好醫師先積極鼓勵成員癌症篩檢，找出無症狀患者治療，用光當年給付總額還賠進老本（如果有的話）或倒閉。論人計酬雖可以消除「供方誘導需求」，但如果沒有謹慎財務風險規劃，醫療院所破產可能不是新聞。

PROFILE 本文作者



陳宗猷

- 大里陳內小兒科診所院長
- 中華民國診所協會全國聯合會顧問

維護社會保險機制
依法落實健保法第 43 條

分級醫療必要性人人皆知，依法有據，不該不做

講述／國立台北大學法律學院張惠東助理教授 整理／張瑩瑛

■法律條文依據

憲法第 157 條（衛生保健事業之推行），國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。

全民健康保險第 43 條（保險對象門診費用自行負擔之比率）規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

台灣遲遲無法落實分級醫療及雙向轉診制度，主要是肇因於法律沒有確實執行，以至於產生許多醫療問題。目前從憲法、全民健保法到全民健康保險轉診實施辦法，都已制定了相關法規，甚至衛生福利部醫事司也制訂了更細緻的「提升急診暨轉診品質計畫」。無論是法律法規、行政命令或計畫，其實都很單純，只需要依法執行、不牴觸法律的精神和規定就對了，但現在分級醫療及雙向轉診制度的問題在於「脫靶」、沒有確切落實，導致醫療機構的病患本來應該要

是金字塔型，目前的現實狀況卻變成是倒金字塔，導致醫學中心人滿為患，病人愈來愈多。醫療從業人員畸型的服務型態，許多中小型醫院活不下去，只好轉而發展別的相關事務。

所以我們不是欠缺法規的規定，不是沒有立法的問題，而是有法規了，已經立法了，卻沒有落實法規的規定。

■回報制度未建立

為什麼會如此？我想「民意」所趨，還有制



國立臺北大學法律學院張惠東助理教授認為無法落實分級醫療及雙向轉診制度，主要是法律沒有確實執行。

度沒有落實可能是重要的原因。

舉例來說，直接到台大醫院看診，頂多再多收 360 元的掛號費，負擔不大，加上民眾有「大醫院看診比較厲害」的迷思；因此，不經過家庭醫師轉診，直接到醫學中心去看病的病人比比皆是。

基層醫師方面，不願意實施轉診制度的原因在於「沒有建立回報制度」。衛生福利部曾經請學者、專家研究之後提出相關報告指出，基層醫師不願意實施轉診制度，在於病人轉診之後就像斷了線的氣球，無法掌握後來就醫的情況。回報制度未建立，病人就像消失一般，讓基層醫師充滿不安全感，也擔心轉診之後的責任歸屬問題，所以寧願不實施轉診。

垂直及水平整合， 提供最好的醫療服務

總而言之，回歸全民健康保險第 43 條立法的目的，無非是希望建立分級醫療制度之後，可以彼此互利，透過垂直和水平的整合方式，建構完

整的醫療體系，雙向連結、落實雙向轉診，以提供民眾最好的醫療服務。可惜的是，因為受到民意的壓力，沒有嚴格要求，使效果打了折扣，但其實原因並不是沒有制訂相關法律的問題，而是在於沒有依法行政，沒有落實法律規定。

所以，最佳的問題因應對策除了依法行政，整合落實就醫部分負擔之外；還應考慮某些疾病必須強制轉診；並透過法律工具打破目前的惡性循環，重新教育民眾建立正確觀念：不是醫院愈大品質就愈好，也不是基層醫療院所病就看不到，這些都是民眾必須瞭解的基本就醫觀念。唯有真正落實分級醫療及雙向轉診制度，才是提升醫療品質、維護人民權利的根本之道。

PROFILE



張惠東

- 國立臺北大學法律學院助理教授
- 臺法比較法學會會長
- 臺灣能源法學會常務理事

他山之石 - 法國的就醫經驗與醫療制度

過去我曾經在法國唸書，待了七年的時間，當時我的房東就是一位醫師，記得第一次身體不舒服找他看病，房東提醒我必須先打電話預約。但因為是第一次去，我當時不清楚規定，所以他破例幫我看診，只是他要我先去外面晃晃，一個半小時後再過去找他。

看診的時候，他問我有什麼症狀，我跟他說就是流鼻水、咳嗽…，他把資料輸入電腦，然後開立處方箋，接著告訴我去外面的任何一間藥房拿藥，並跟我收 25 歐元，依當時的匯率計算，大約新台幣 750 元，房東還說因為認識算我比較便宜…。

還有一次經驗是我的同學，他很喜歡滑雪，當時在法國不小心摔斷腿，送到法國當地的醫院，安排一個星期後照 x 光，檢查之後倘若需要開刀，大概還要一個月後才會輪到他。他當天很著急地從法國打電話回家，他的父親知道後，要他馬上買飛機票回台灣。他回到台灣一下飛機，就被送到醫院去，馬上就安排開刀，治療一星期之後，才又飛回法國去了…。

上面兩個例子都是我在法國的經驗，跟在台灣的完全不同。在法國，大部分的病患都必須先由家庭醫師看診之後，如果需要轉診，由家庭醫師開轉診單，才能轉到其它的醫療院所，否則大醫院是不會直接收治病人的。

法國有四成三屬於基層的家庭醫師

以上是我在法國的就醫經驗，還有幾個關於法國醫療制度的數字，提供給大家參考：

2700 一法國所有醫療機構家數。

414000 一法國所有醫療機構病床總數。

216000 一法國醫師總人數，其中 9 萬 5 千名是基層的家庭醫師。

62 一法國由國家提供公共醫療服務超過 62%，純粹私人醫院只佔 23%。

法國有 95000 名基層的家庭醫師，大約佔了醫師總數大約四成三的比例；所以，大部分的病患都必須先由家庭醫師看診，有需要再開轉診單。雙向轉診在推行公醫制度的法國是很嚴格的，除非是急診，但也要符合急診相關要件，否則大醫院的醫師不會浪費時間在沒有轉診的病人身上，甚至會找警衛請病人出去。光這一點台灣就不太可能做到，原因是怕病人抱怨服務不佳因此流失客群。

另外，法國由國家提供公共醫療服務超過 62%，服務於這些醫療機構的醫師算是公務員。因為有國家當「靠山」，且法國的醫療服務屬於公共服務，醫療法是公法。所以如果有醫療糾紛，除非有特殊狀況，否則基本上也是屬於國家賠償的範疇，所以法國的醫師比較不需要擔心「醫療糾紛所導致的責任全部都由醫師個人承擔」這種事。

編按：法國國家賠償無如我國對於醫師（「算是公務員」）之違法行為，賠償責任係採「國家代位」責任，即由國家或公法人承擔賠償責任，並保有對醫師（「算是公務員」）之求償權；法國對於醫師執行職務執行醫療業務時，因故意或過失不法侵害人民自由或權利者，醫師亦可免除責任。

在法國，醫療費用的給付方式，是由病患先給付給醫師，醫師收了費用之後，開立相關單據，病患再回家填寫單子檢附醫師的單據，再向法國的健保局申請退費。所以即使有糾紛，也是病患和健保局之間的問題，跟台灣不一樣，台灣不是由病患先繳錢再退費，而是由醫師去跟健保局請款。

此外，法國的醫師公會很強勢，自律性很高；連醫事行政機關都必須尊重醫師公會的決議，醫師公會也編纂了「醫師自律倫理法典」，如果醫師違反規定，由醫師公會先出面處理。很多台灣的問題，如果像法國一樣，先透過醫師自律的組織來處理的話，可以減少很多溝通的成本。

整體來看，法國是大陸法系的國家，跟台灣一樣，從憲法到法律、命令位階的整體型態都和台灣很相近，他山之石，可以攻錯，透過跟外國制度的比較，希望可以讓我們的醫療法制及實務運作更加完善。



回歸各層級功能單位定位 疏解醫療耗竭與崩壞 分級醫療重整，不要大家都在做別人的事

講述／台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

記錄及文字整理／梁雲芳 校稿／曾家琳

講者介紹：

臺北醫學大學公共衛生學系畢業後，就讀高雄醫學院學士後醫學系，並在台大醫院家庭醫學部接受住院醫師訓練。專科醫師訓練結束後到基層衛生所、診所服務五年，隨後公費留學赴德國、荷蘭做社會福利與健康體系的研究，之後再到英國牛津大學老年學研究中心擔任訪問學者。回台後一改過去基層門診為主的工作型態，成為住院專責的主治醫師（Hospitalist），在台大整合醫學科的急診後送病房服務至今。

醫療院所分級制度是屬於國家健康照護醫療服務政策的基礎。目前的分級準則是依據醫療院所的專業醫事人員、設備、醫療服務不同，可分為醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層院所。基於牽涉層級的廣泛，講者透過跨專業訓練、跨文化醫療工作、以及跨國健康照護體系比較的經驗，作為本文論述的基礎，以協助讀者能從不同層級角度探究醫療如何回歸各層級功能，同時分析為何國內的醫療分級制度與英國、德國等國家相比，雖然是有民眾就醫自由，但實屬於無效率且不均衡的醫療體系的緣由。

■國內醫療分級處於失衡狀態

從田野觀察與政策分析兩個面向，將台灣的醫療體系和和國外醫療分級制度做比較，得出一個「失衡」觀察。體系失衡來自兩大觀點：

一、專業人員分工的觀點

台灣專科醫師做太多國外家庭醫師的事務，台灣家庭醫師做太多國外專科護理師的事務。同時，台灣醫師也做了很多在國外藥局或是病人自己在家就可以自己照護的事務。台灣的醫學中心心臟專科醫師看單純高血壓連續處方三個

月的病人，新陳代謝及內分泌科醫師看糖尿病病人等等，這些連續處方在歐洲分級醫療體系都是由基層醫師開立；而台灣基層醫師最常見的自癒性疾病，例如上呼吸道感染，在歐洲的基層診所也看不到，甚至旅遊用藥、家庭常備藥都是在歐美藥師就可以提供協助。

二、醫療院所分級的觀點

台灣醫學中心以及區域醫院急診壅塞，因為台灣的急診部門做了很多門診以及住院的事，許多病人跑到急診拿藥，也有很多病人

花一個星期的時間住在急診，等待病床；同時，台灣門診提供很多國外應該自我保健的疾病；而台灣醫院開了很多門診，做了很多國外基層門診以及社區預防保健篩檢的工作。

我國的醫療分級是 1970 年代後期建構的醫療體系，當初是將台灣醫療層級分為三級，其實應該醫療要分四級，其中最初級是自我照護、社區照護、長照的社會安全體系。但是隨著政治、經濟的迭變，醫療體系產生很大質變，尤其是 1995 年全民健保實施以來，我看到的是品牌醫療體系的崛起，醫療院所紛紛以連鎖方式經營，比如台大醫院在金山、新竹、雲林地區設立分院，榮總則是將分院設在宜蘭、桃園、玉里等地，看似總院與分院的垂直整合醫療體系，實則駐點經營，各自獨立，並沒有上下整合區域醫療體系的機制。

要建構永續經營的醫療體系，必須周延考慮所有面向，依據加拿大諮議局（The Conference Board of Canada）針對衛生及醫療保健永續經營（sustainable health and health care）策略計畫，必須有六大支柱，包括有效的疾病預防健康促進、有效的健康及健康照護體系、引導期待行為的財源模式、影響力的創新和創新的科技、適當的發展安排及人力支持、考慮健康決定因素的策略，WHO 對於永續經營的策略規畫，一樣提出必須具備周延計畫。其中因為台灣缺乏引導期待行為的財務模式以及沒有有效健康照護體系兩大因素，造成台灣的分級醫療與先進國家井然有序的健康照護體系有天壤之別。

■缺乏有效率健康照護體系是失衡關鍵

目前台灣醫療分級的缺失關鍵在於缺乏有效率的健康照護體系，由於醫事人力沒有完善配置，無法善盡有效率的健康管理，最後會影響民眾的健康維護。全民健保實施二十年，民眾滿意比例達八成，不滿意近二成，看似滿意度很高，卻是醫療體系市場化、商品化加上不穩定的醫病關係的結果。因為無效沒有分工的醫療及照護體系，

民眾得不到有品質且連續性的醫療服務。以門診及急診為例，台灣病人平均門診時間小於五分鐘，歐美國家則為 15 至 30 分鐘；急診轉病房待床的時間，歐美國家病人只需 6 至 24 小時就會進入病房，但是台灣的病人，需等待的時間很長，平均是 1 到 7 天。

全球醫療滿意度高的國家不是只有台灣，丹麥、荷蘭、英國等公醫制度或社會保險制度國家醫療的滿意度都有七成五。就筆者近身觀察德國、英國的醫療照護制度，縱使公共醫療資源的分配限制了民眾選擇醫師的自由權，每個人都必須先到註冊的家庭醫師診所看病，也不時有醫護罷工的新聞報導，但是歐洲民眾對於急、重症的醫療照護需求，仍然有不錯的滿意度。

近兩年來，有不少討論台灣醫療體系及制度的聲音，康健雜誌 2015 年曾做過民眾就醫態度大調查，雖有五成二的民眾支持家庭醫師和分級醫療，但為什麼民眾不願意都到基層診所就醫？最大原因是擔心誤判（見下頁表一），其實醫師比民眾更擔心誤判和醫療糾紛。由於國內沒有強制民眾就醫需先由基層醫師把關（gate keeper），導致醫療分級制度出現混亂，從醫學中心急診壅塞排行榜可見一斑（見下頁表二）。

面對醫療分級制度失衡出現的就醫混亂，究竟該如何解決？講者認為衛福部採取的消弭混亂對策是飲鳩止渴的作法，並沒有落實醫療分級精神。其中有一項政策是希望醫師端利用健保署提供的「健保雲端藥歷系統」了解民眾是否重覆用藥，達到降低健保資源的浪費，但為什麼是各科醫師都要看守重覆用藥的關卡，而不是一個整合性的家庭醫師協助病人所有藥物的開立？另外健保署給付急診端醫師將病患轉診至下游醫院就醫，也給付醫學中心的醫師到轉診醫院一週兩次的方式。但是這種作法仍舊無法有效改善醫療分級制度失衡的混亂。

目前台灣健康支出佔 GDP 的 6.2%，而全民健保預算五千八百億元，住院預算占 35%，門診預算占 65%。相對地，英國公醫制做比較，兩者比例恰恰相反，英國公醫預算每年約 100 億英鎊，

表一、引自康健雜誌 2015.7

原 因	百分比 (%)
覺得診所的醫師能力不足，可能誤判病情	29.5
看病很不方便、不自由	24.9
擔心診所醫療設備不足	17.2
擔心診所醫師該轉診卻不轉診	5.9
要重新適應新制度很麻煩	5.7
其他、拒答、不知道等	16.7

表二、引自聯合報 2016.2.25



近 70 億的醫療支出會用在住院、社區健康維護的項目，門診支出只占 20 億。在此提出數字比較的原意並不是要在預算大餅中，爭取哪一個重要或哪一個不重要，而是在表達制度設計時，在考慮急、重症就醫狀況或人力配置的比重時，台灣的「重門診，輕住院」的醫療制度設計是有些問題，這也同時是急性醫療崩壞，照護人力過勞的原因之一。

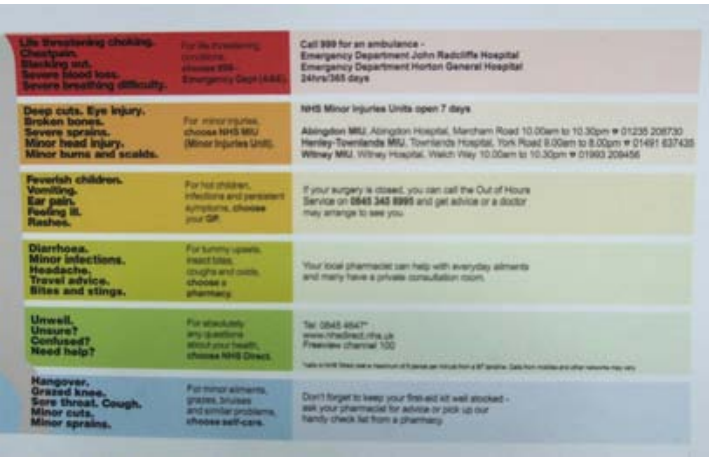
要探討台灣的醫療資源分配，可以從國人年平均看診率、住院時間一探究竟。1995 年健保開辦之初，每人每年平均門診次數為 10.56 次，到了二十年後的今天，年均看診已提高到 15 次，但是歐洲國家這二十年間每人每年平均門診次數只

增加 1 次，至於住院時間，歐洲人平均為 6 天，台灣人提高到 12 天。另外，國內大型醫院家數愈來愈多，小型醫院卻愈來愈少，導致民眾愈來愈依賴到大型醫院就診。

國外醫療守門人 (gate keeper) 值得借鏡參考

重視健康人權議題，我們要思考的不只是民眾有接受政府照顧健康的權利，同時應涵括民眾接受公共醫療資源時，也有由國家分配以達成公共秩序的義務。歐洲各國醫療公共資源分配設立 gate keeper（基層醫師把關）制度，也是經過許多討論、研議後的結論，民眾對於健康知能的理解也是。以英國的國民健康服務（National Health Service,NHS）醫療制度為例，NHS 是採用光譜顏色的衛教資料，指導民眾如何就醫，民眾只要進入 NHS 網站，就可以得到很清楚找到完整的就醫資訊（表三）。光譜顏色共有六種顏色，從顏色就可以了解該如何處置病情：紅色是危及生命的情況，必須打 999，到急診室急救；橙色是外傷情況，如果有較深的切割傷、眼睛受傷、骨折、嚴重扭傷、小的頭部外傷、小的傷口、輕微或較小的外傷，民眾需選擇到輕傷中心（Minor Injury Unit, MIU）就醫；如果有兒童發燒、嘔吐、耳痛、感覺不適（生病）、皮膚疹症狀，請選擇家庭醫師（GP）看診，光譜顏色是黃色；黃綠色是不用

英國 NHS 民眾就醫分級原則



表三、英國 NHS 民眾就醫分級原則（對照上頁照片）

分級 (舉例)	處理等候時間 (建議)
第一類 (紅) 危及生命的噎到、窒息、胸痛、昏倒、嚴重失血、嚴重的呼吸困難、危及生命的情況。	請電 999，到急診 (A&E)。 24 小時 /365 天。
第二類 (橙) 較深的切割傷、眼睛受傷、骨折、嚴重的扭傷、小的頭部外傷、小的傷口、輕微或較小的外傷	請選擇 NHS Minor Injury Unit MIU。 一週七天，時間 10.00 am 到 10.30 pm。
第三類 (黃) 兒童發燒、嘔吐、耳痛、感覺不適 (生病)、皮膚疹	兒童發燒持續症狀，請選擇家庭醫師 GP，如果您的 GP 已經休息，請電門診時間外的服務專線 0845-...XXXXXX。
第四類 (黃綠) 腹瀉、輕微感染、頭痛、旅遊建議、蚊蟲叮咬	腸胃不適咳嗽、感冒，請選擇藥局。 藥局可以處理每天常見的問題，也有獨立的諮詢室。
第五類 (綠) 不適、不確定、需要協助，有切確的問題	請找 NHS Direct 電話 0845 XXXXX 網址：www.nhsdirect.nhs.uk。
第六類 (藍) 宿醉、膝蓋擦傷、喉嚨痛、咳嗽、輕微刀割、輕微拉傷。	每日常見問題，擦傷挫傷及其他類似問題，請選擇自我照護。不要忘記儲備急救箱，向藥局諮詢或索取必備清單。

就醫的情況，若是出現腹瀉、輕微感染、頭痛、旅遊建議、叮咬、腸胃不適、咳嗽、感冒症狀，請到藥局諮詢及處理；如果屬於身體不適、不確定，但有確切、需要協助的問題，請直接向 NHS 諮詢；至於宿醉、膝蓋擦傷、喉嚨痛、咳嗽、輕微刀割、輕微拉傷每日常見問題，或有擦傷、挫傷及其他類似問題，NHS 請民眾選擇自我照護，NHS 也會提醒不要忘記儲備急救箱，向藥局諮詢或索取家中必備清單。

在醫療院所實際的場域，NHS 非常重視公共醫療資源分配的公共秩序，幾乎所有急診及輕症中心的醫療院所門口都會張貼民眾就醫原則及宣傳海報（表四），所以急診中心幾乎不會有輕症病人，而輕症中心也看不到輕微症狀，需自我照護的患者。另外，NHS 也會在網站上提供民眾如何就醫選擇的資訊，如果有民眾不了解要到哪兒就醫，只要在 NHS 網站上輸入個人郵遞區號，網站頁面上就會出現距離居住附近一英里的註冊家庭醫師資料，方便民眾可以選擇到哪間家庭醫師看診，網站上也會將揭露，民眾可能會被轉介的醫院，包括醫院介紹、治療項目、民眾評比。在

NHS 大力的衛教宣傳下，英國民眾普遍認同，並且接受公共醫療的分配，民眾上醫院接受治療時，會感受到井然有序的就醫品質，不會有忙碌、嘈

表四、英國 NHS 的就醫宣傳



資料來源：網路

表五、急診病患五級分類標準

分級（舉例）	處理等候時間（建議）
第一級：復甦急救（例如車禍大量出血、意識不清）	須立即急救
第二級：危急（例如車禍出血，但生命穩定）	10 分鐘
第三級：緊急（例如輕度呼吸窘迫、呼吸困難）	30 分鐘
第四級：次緊急	60 分鐘
第五級：非緊急	120 分鐘

雜聲。當然也有很少數民眾仍有上急診中心使用醫療資源的情事發生，因此 NHS 不斷宣傳急診中心不是提供全方位的醫療措施的地方，要民眾重視分級醫療制度。

目前台灣也有急診病患檢傷分類級標準（表五），但這其實是急診就醫的順位，並不是真正民眾分級就醫的指南。由於長期沒有妥善教育民眾公共醫療資源就醫分配原則的結果，致使民眾無法獲得有效期待，急診就醫環境不僅壅塞，還十分混亂，與傳統菜市場紛擾、嘈雜沒有兩樣，台灣門診的就醫環境與急診室相同，同屬混亂狀態。分級醫療的失敗主要原因是台灣醫院營運模式為自負盈虧，非常重視營運本益比，而門診給付收入比住院給來得高，因此影響醫院營運結構，尤其是大型醫學中心，並不會重視上下轉診垂直整合的醫療體系。然而英國、德國、荷蘭等的歐洲國家，一向重視醫療分級制度的轉診體系，以五百床的兩間牛津大學醫學中心為例，每間會有兩百床是要給基層經急診轉診病人以及急診後送往住院病人使用，加上三家的社區醫院，病人在上轉或下轉的就醫動向有非常清楚的規範。

至於歐洲的基層家庭醫師體系除了和醫院進行垂直整合，也與長照體系結合，例如在宅跨團隊醫療以及負責護理之家病人醫療需求。荷蘭的

保險給付基層診所每一通電話 5 歐元的診療費，多人執業成立電話諮詢中心（call center），每一個基層醫師負責大約 2000 人的健康。而英國 NHS 則提供網頁提供民眾查詢就醫問題以及就醫指南，並提供不清楚尋找自我治療或是診所治療的民眾諮詢電話。另外以德國成熟的社會保險制度國家為例，雖然不是公醫制度，但是會以基層專科醫師做銜接，並結合，所以基層乳房外科醫師可以為一般女性民眾做乳房攝影，婦產科開業醫師進行產檢。至於荷蘭的護理之家很特殊，有長期照護專科醫師固定駐診，國家以稅收為財源規劃，只要病人生活功能下降開始接受護理之家長期照護之後，護理之家的住民皆由護理之家的專科醫師負責所有的藥物以及治療，不再送到外面的醫院，住民的治療目標就是照護（caring）而非治療（curing），所以預立善終的治療計畫是社會普遍的共識。

相較歐洲，台灣的醫療資源尚無法做到有效分配，避免無效醫療，同時不同專科間以及醫病之間也沒有建立像歐洲一樣以維持生活品質作為醫療目的的共識。目前台灣每年有 300 多萬人的出院人次，其中有 10% 病人已走入生命末期，他們多屬護理之家、癌症末期以及衰弱老人，其死亡可以預期在近期數月內發生。如果整體醫療資源能夠銜接順暢，包含醫療團隊落實分級轉診、社區照顧資源的上下整合及民眾醫療識能的提升，是可以將醫療資源有效分配到每一位民眾的身上。雖然國人教育程度很高與歐洲相當，但民眾的醫療識能卻普遍不足及落後。在臨床上，我們常看到一些社會福利困境，有月領 18%，共約六萬元的九十多歲病人，已屬四肢攣縮，毫無意識臥病在床。站在病人家屬端，他們願意每個月花費一萬元，要求使用氣切插管方式來維持基本生命，而住進呼吸治療中心。但是從醫師端立場判定這樣的醫療行為，已屬無效醫療，卻無法拒絕家屬的要求。所以醫療資源有效的運用及照護網的建立，必須包含民眾醫療識能的提升、社會安全面的整體考量、建立公共醫療資源的使用規範共識，才能改變目前面對的醫療難題。

台灣健康體系面臨的六大問題

這二十年來台灣的醫療體系除了給付面改革，引用總額制度、DRG，並沒有重大的體系改革計畫。但是台灣的老化速度太快，健保成立時全人口只有 7.7 % 的老人，現在有 12.7%，預期在 2025 年老年人口則高達 20%。按照目前的醫療模式和就醫行為是無法應付未來的醫療支出，勢必要儘早必須透過政策，及早因應面對即將來臨的超高齡人口。醫療體系不是供給面、財務面的問題而已，還有社會安全層面。所以建議從上層到下層都需要做良性溝通及有效分工，像健保署與醫事司是兩個中央專責單位，或許要重新思考業務內容的調整。目前健保署及醫事司的網站頁面均為與行政流程相關的資訊，很少有與民眾相關的就醫資訊與建議。台灣健康照護體系應該打破各自為政的經營模式，走向體系整合的照護；而衛生相關單位應該要提供便民的就醫地圖及網絡，讓民眾能夠快速獲得醫療資源及了解如何面對及應用。而且要開放民眾自主討論平台，接納更為廣泛的民眾意見，以瞭解究竟台灣國民健康的社會連帶責任要包含哪些醫療服務。

歸納起來，台灣健康體系目前面臨到六大面向的永續經營危機：

一、醫療照護面

醫藥發展的分級醫療沒有落實執行，難以將家庭責任醫師作為民眾健康第一線的守門員，難以整合次專科的醫療資源，無法達到「以病人為中心」、「以生活品質為醫療目的」的治療目標。

二、病人需求面

台灣老年人口快速增加，2018 年比率達 14%，正式進入老年社會，2025 年將達到 20%。但是國人健康識能不足，又過度仰賴醫療資源進行老年照護，如何提升民眾自我健康知能是當務之急，如此才能有效避免醫療資源浪費在無效治療上面，達到健康老化的目的。

三、健保制度面

台灣缺乏強制性的家庭醫師制度，以致無法落實分級轉診、並合理改善給付，來達成健康

促進的醫療資源整合。如何發揮健保制度的綜效，有賴醫界人士的共同討論及取得共識。

四、服務經營面

台灣的醫療院所一向重視績效導向管理，導致醫學中心重視門診醫療及教學研究，忽略臨床服務應與基層的合作，而基層醫療又動能與規模不足，無法做好社區健康把關責任。

五、醫療勞動面

目前台灣醫療現狀是醫務過勞、醫師分佈不均，護理及其他跨團隊醫療人力不足，關於人力的運用，皆必須透過制度改變進行調整，才能發揮最大的效益。

六、社會安全面

目前國內的社會安全層面屬於片斷式社會照護網，無法支應老年人口急遽增加的未來醫療資源，需要各個層面一起規劃完整的社區照護網，以面對即將到來的老年社會問題。

全民健康保險其實僅完成全民健康照護體系的全民財務分擔，但是分級醫療是醫療服務提供者的再造，其實是健康改革更重要的基礎工程。台灣醫療究竟要如何回歸各層級功能單位定位，來疏解醫療耗竭與崩壞。在面臨急速老化的外在因素下，國外發展經驗可以作為參考，需要大家一起共同積極討論醫療專業分工以及醫院分級分工，以回歸全人醫療模式的社區照護，並建立永續的健康照護體系。

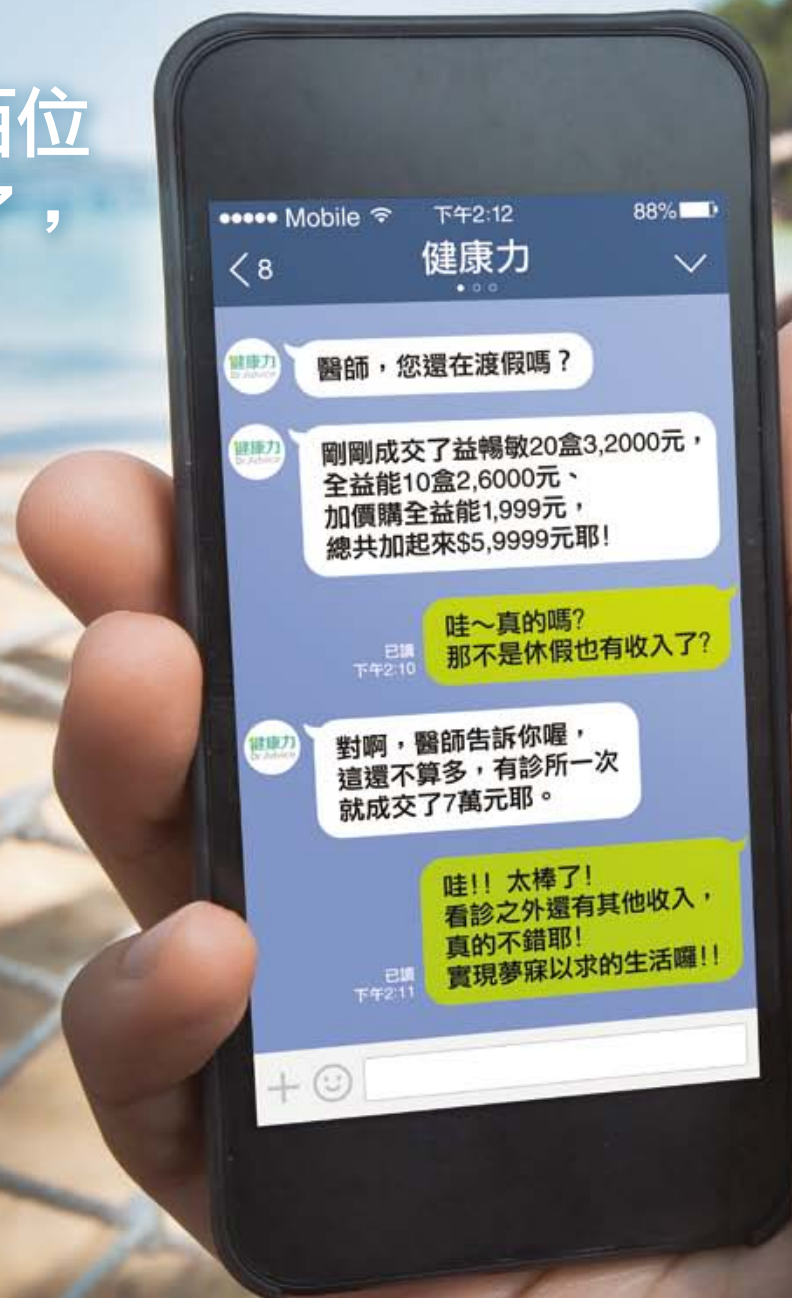
PROFILE

曾家琳



- 醫勞盟理事
- 台大醫院家庭醫學部住院醫師
- 板橋衛生所服務醫師
- 天給天佑婦兒科診所醫師
- 台大醫院家庭醫學部兼任主治醫師
- 台大醫院創傷醫學部整合醫學科主治醫師

已有超過百位
醫師加入了，
那你呢？



加入健康力 掌握持續性收入 退休金輕鬆累積 共創醫病雙贏

健保制度的衝擊，醫師收入受到影響，現在你也可以透過行動，打破既有限制，為自己創造持續性的收入，運用健康力的事業平台，您只需專注於醫療專業，商業運作交給健康力，為診所營運創造另一種可能。健康力是最多醫師信任的保健品牌，我們的商品由專家嚴選，高規格的把關機制為台灣的保健食品樹立更高標準的里程碑，不但醫師放心推薦，病人也安心使用，甚至有許多病人在搭配醫師的醫療策略下，得到更好的保健效果，病人感謝醫師，醫病關係更加提升。已有超過百位醫師加入健康力的商業模式，單打獨鬥，不如團隊合作，千億明星商機與最大專業通路的結合，商機已經近在咫尺，給診所一個永續經營的機會。

健康力
Dr.Advice

醫師信任的
保健品牌

來電
諮詢 02-7733-3822



健康力網站

讓錢自動流進來 的致富關鍵

分享會

一家診所 $\neq$ 品牌 $\neq$ 通路
500家診所聯盟 = 品牌 + 通路

「品牌通路」是創投資金最愛的投資標的，
串連健康產業，馬雲投資十億人民幣正在大陸做的事，
台灣健康力一年前已經開始實現了，
黃千芬已經在台灣整合了150家診所，打造「健康力品牌通路」，
健康力透過差異化商業模式，架構出診所、電銷、商城、職域、
海外合作五大經營版塊，預計2020年IPO。
在馬雲眼中，診所資源整合可以創造30倍投資價值，您怎可缺席？

報名專線請洽

02-7733-3822 林小姐

主辦單位：健康力股份有限公司

黃千芬 健康力股份有限公司董事長

學經歷：

世新大學傳播管理研究所	／碩士
創造力國際事業有限公司	／董事長
敏鷹保險經紀人股份有限公司	／董事長
健康力股份有限公司	／董事長
今周刊	／業務行銷顧問
中醫師公會全聯會	／公關顧問



政府應積極遏止惡性醫療競爭

文／洪宗賢

健保二十年來，一直以服務量為醫療機構服務給付基礎。導致不論大小醫院診所，都積極拼衝服務量。政府單位視而不見，主要是更多醫院，就更多服務量，民眾的就醫方便性提高，「滿意度」也高。即使醫療服務品質不佳，民眾「換一家再一次」，所費也不多。故政府對於已經明顯的醫療惡性競爭，一直是怠惰處理。

如今回頭看：以量給付、惡性醫療競爭，就是「轉診失敗，醫護過勞，健保支出暴增無法遏制」的問題根源。首先，分級給付卻無就診限制，於是醫院越大，賺得越多，醫學中心看一堆輕症病患享有更高給付，造成健保輕症給付擴大（在診所低給付就可以處理的感冒，健保要給付高額給醫學中心）；其次，以量給付基礎，造成大醫院不願把病患下轉，轉診制度徹底失敗；最後，醫院競爭病患，包括利誘救護體系送病人到醫院，以各式名目減免掛號費，提供免費交通車。這些都造成大醫院醫師門診量暴增，一方面醫護過勞，二方面病患輕重症夾雜（在完整分級醫療，病症一步步由各級醫師篩檢），會增加醫療事故比例。

可是大醫院營利導向，在享有較高給付，還要擴大病患，以吃掉更大的健保大餅。而傷害分區分級醫療設計，會增加的健保支出成本，無形中是由全民負擔！民眾只高興減少負擔，增加方便，卻看不見醫療環境惡化。

分級給付的目的，原本是彌補醫學中心因就醫限制所造成病人數減少，處理重症耗費較多，維護較多設備成本較高。如今，各大醫院院長引以為傲的，都是「高度擴張的門診量」！至於設備，台

灣幾乎地區醫院就配有電腦斷層、核磁共振攝影，舉世罕見。這些都已經是擺明的事實，政府應該有積極的管控手段！

首先，檢討分級醫療，要面對現實：轉診醫療已經失敗。除非大型醫院可以接受就醫限制，提高下轉病患比例，遏制門急診蓄意擴張，否則應檢討分級給付是否有必要性！其次，醫院不合比例的服務量擴大（可以每醫師平均服務量作為指標）、輕症服務量高，應視為醫護過勞，不符合醫療社會角色。並以健保給付或評鑑手段，作為負面表現指標，強迫醫院檢討改進。最後，對於醫院不正常的醫院行銷，假借各種名義吸引病患，掛號減免，專車接送，或誇大並假借醫療新聞的醫療行銷，政府都應該積極處理。

而民眾也應該了解：醫療秩序不正常，醫療惡意競爭，民眾表面上享受到便利，可是輕症到大醫院就醫，傷害的是健保給付正義；而大醫院輕重症夾雜，醫護過勞且醫療陷阱比例會提高；政府放任醫院到處開，造成健保支出無法遏制的膨脹，這些都是飲鴆止渴之惡。當台灣健保稱頌高滿意度，高唱永續經營之際，這些危機已經不斷在擴大！

PROFILE 本文作者

洪宗賢



- 衛生福利部臺中醫院骨科主治醫師（現任）
- 台中榮總骨科住院醫師及總醫師
- 國際內固定學會（AO Foundation）會員暨臨床指導員
- 中華民國骨科創傷醫學會會員



新醫院設立，不該成為基層診所的憂患！

文／蔣世中

亞洲大學附屬醫院 8 月 1 日開幕，提供 480 個病床數，為霧峰、大里、太平及烏日等區居民提供急重症醫療照顧服務。但亞大醫院門診掛號費（50 元）卻比基層診所（100 至 150 元）還便宜，且派交通車巡迴鄉間載送病人，不免有削價競爭之嫌，嚴重破壞分級醫療的精神。中彰投基層醫師為此於亞大醫院悲情訴求，期待善意回應。

類似的情形屢屢出現在台灣各地，分級醫療宛如天方夜譚，新政府首先應該落實健保法第 43 條，未經轉診其部分負擔比率，於地區醫院、區域醫院、醫學中心分別為 30%、40%、50%。讓民眾小病到診所，大病才轉診到各級醫院。才不會像現在大醫院擠爆，而小醫院診所關門，付出的代價是犧牲了大醫院的診療品質，也犧牲了社區民眾就醫的可近性。

其次，對於醫院的設立，應依各地區醫療資源現況，重新檢討訂定合理的評估指標。例如：地區性的醫護比、床位數、診所數…等，都應列入新設醫院的評估指標；對於醫院另設立門診部或分院，更需要將當地區醫療資源分配情形納入

檢討，因為台灣幅員小，例如台北市與新北市民眾，跨縣市就醫情形普遍，這些都必須一併考量。至於法人依法得設立一家診所的情形，與醫院設立門診部之性質相同，屬於醫院的擴充，應依醫院設立或擴充許可辦法規定辦理，請領「醫院」之開業執照（推動修正醫療機構設置標準第 13 條），歸屬健保醫院總額。

若新政府無法實施相關配套措施來落實分級醫療，那建議乾脆直接取消分級醫療中的基層醫療院所層級，直接將各地區基層診所收編，成立財團法人醫院聯合門診中心，或財團法人 - 附設診所（超大型聯合診所），以符合台灣目前財團法人醫院「一網打盡」流刺網招攬病人，造成基層院所萎縮倒閉的醫療實況。

PROFILE 本文作者

蔣世中



- 蔣小兒科診所院長
- 台北市醫師公會監事
- 前醫師公會全國聯合會副書長

敏鷹保經 醫師信任的 醫責品牌

發生醫療糾紛怎麼辦？敏鷹保經是醫師信任的醫責品牌，不僅保費優惠，理賠服務更是站在醫師角度協助調解爭議，所協助的案件已超過百件，投保醫師業務責任保險，請指名敏鷹，讓專業的理賠服務，陪伴醫師執業。

全程陪伴

協調溝通

為醫師爭取最大權益

承保件數領先業界
投保的首選

站在醫師角度
處理爭議

理賠案例一

某醫師為病人洗腎，過程中病人死亡，家屬欲提出訴訟，敏鷹保經在第一時間派員協助處理，並與保險公司居中協調，幫助醫師獲得合理醫責理賠，醫師得以安心執業。

理賠案例二

一醫師為病人做檢查，發生醫療爭議，敏鷹保經站在醫師立場協助和解談判，與病患達成共識，並為醫師爭取最大權益，使案件得以圓滿處理，不但醫病關係提升，也得到醫師高度肯定。

理賠案例三

一懷孕35周孕婦，早期破水入院急救後成植物人，家屬欲提出訴訟，漫長的協調程序歷時多年，和解金亦達數百萬，敏鷹保經不僅全程陪伴，更協助醫師控制損失，讓醫療爭議的傷害降到最低。

敏鷹「醫師業務責任險福利專案」 相同保障內容，保費非常優惠

醫師公會全國聯合會為醫師會員爭取福祉

商品名稱：華南產物醫師業務責任保險 商品文號：105.08.10〈105〉華產企字第264號函備查

本專案四大特色

1 由全聯會理事會議表決通過
中華民國醫師公會全國聯合會經過一年的評估與過濾，最後通過理監事會的表決同意推薦本福利專案給全國醫師會員。

2 保費非常優惠，保障跟著醫師走
會員專屬福利，相同保障內容，保費優惠且投保方便簡單，分為五大類費率保費，可視保障需求選擇最適方案，不限單一執業地點，與醫院保障不相抵觸。

3 敏鷹獨家銷售
本專案乃敏鷹與醫師公會合作推出，由敏鷹精選優質產險公司提供保單並承保。本專案乃以醫師公會全體會員為計價基礎，因此可享受優惠價格。

4 設置法律顧問，提供法律諮詢
一發生醫療爭議，承保公司隨即有專業團隊全程協助處理；且與病患以協助調解爭議為優先處理原則。

乙類保險期間年度最高保障1,250萬， 參考保費僅需11,500，超值優惠

■單位：新臺幣／元

類別	保額100萬／ 250萬	保額200萬／ 500萬	保額300萬／ 750萬	保額400萬／ 1000萬	保額500萬／ 1250萬
甲類最低保費	1,900	3,700	4,600	5,400	5,900
乙類最低保費	5,000	7,500	9,500	10,500	11,500
丙類最低保費	6,200	9,300	11,700	13,000	14,200
丁類最低保費	7,900	11,700	14,800	16,300	18,000
戊類最低保費	13,600	20,400	25,900	28,600	31,300

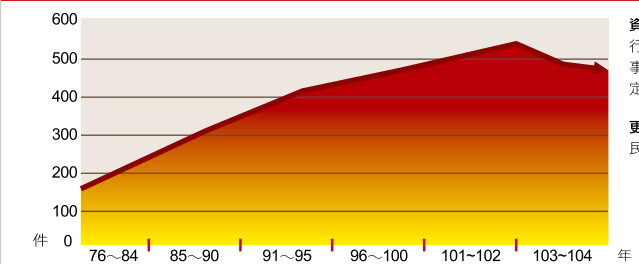
●專案有效期限至105年12月31日

※消費者於購買前，應詳閱各種銷售文件內容，本商品之預定費用率（預定附加費用率）最高30.7%，最低30.7%；如要詳細了解其他相關資訊，請洽本公司業務員、服務據點（免付費電話：0800-010-850）或網站（網址：<http://www.south-china.com.tw>），以保障您的權益。

醫事鑑定案件數量居高不下

綜觀行政院衛生福利部「醫事審議委員會醫事鑑定小組」接受醫事鑑定工作的案件數量統計，以每年完成鑑定的案件數來看，76-84年間平均每年約為156件，85-90年平均每年約310件，96-100年平均每年約為488件，而101-102年平均每年約為538件，103-104年平均每年約480件，29年間醫事鑑定案件數量居高不下，且有持續增長的趨勢。

近29年間醫事鑑定案件數



資料來源：
行政院衛生署醫
事處受託醫事鑑
定案件數統計

更新日期：
民國105年6月23日



分級醫療大家談系列

捍衛資源分配正義 導正倒金字塔型的醫療體系

文／朱顯光（台灣醫療改革基金會副執行長）
辜智芬（台灣醫療改革基金會研究員）

健保醫院總額每 3 元就有 1 元進醫學中心口袋，但並不是每家醫學中心都以照顧急重難症或住院為主。台灣醫學中心高達 26 家，遠超過每 200 萬人配置一家醫學中心的標準，整個台灣最多只需要 11-12 家「正港的醫學中心」；但，即使有超過一倍的醫學中心，為何重症病患仍然門診一號難求、住院一床難求？急診室要像難民營？

衛福部掛保證通過的醫學中心，身為醫療金字塔體系領頭羊，並享較高的健保支付標準，理應依據「醫學中心任務指標基準」，將重心放在為急重難症患者提供住院服務。但醫改會發現，醫學中心平均每一百名門診患者，有 14.5 名是基層院所可處理的輕症，醫學中心空享加成給付，卻未盡到提供急重難症醫療服務的重責。

■同樣都是感冒，給付卻不同？

醫改會分析這些超標的輕症門診量，年年耗掉健保 9 億元，相當於 34 萬次門診量。但同樣單純只看急性上呼吸道感染的門診病患，在醫學中心平均

每人醫療點數就比地區醫院多出 56%（每件多 500 點），印證學界所說「升級效應」確實存在，難怪多家醫院的目標都是擠破頭升級成醫學中心。

若能將超額 9 億元的初級輕症轉到地區醫院，健保可以省下 4 億元。更重要的是如能轉到基層，將有助減少醫學中心重症一號難求，讓醫學中心的醫師能有更多時間，仔細照顧重症或住院病患。而節省的健保支出，除減緩健保走向財務懸崖外，也能撥到鼓勵優質的基層團隊或家醫群，或用來調整急重症的支付標準。

現行健保法雖有規定採「同病同酬」原則支付門診費用，但健保開辦這 20 年來卻從來沒有落實，

不僅導致同病不同酬的亂象，也造成不同病同酬逆向淘汰的負作用，醫學中心看感冒跟複雜心臟病的診察費都是 228 元，等同變相鼓勵醫院避重就輕衝門診，也委曲了處理疑難雜症的醫療人員。

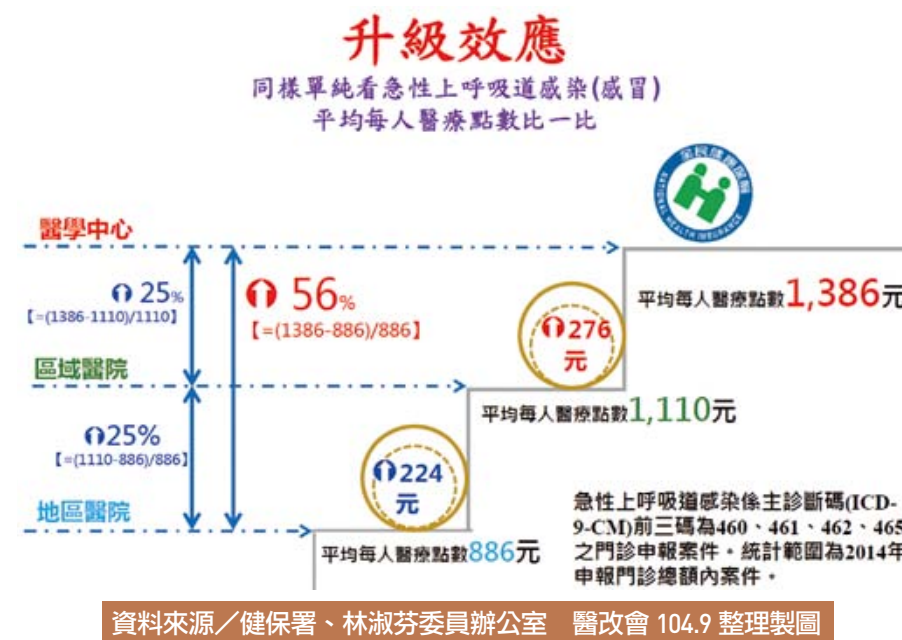
■「準醫學中心」政策的荒謬

近日又傳政府打算新增「準醫學中心」層級；衛福部雖聲稱這只是給予未申請上醫學中心之區域醫院頭銜上的榮耀，仍會照原本區域醫院標準支付健保費用。

就算政府【支付標準照舊、醫中家數不變】等承諾不會跳票或日後翻盤，這樣的設計還有個更根本的問題，因為政府的責任，應該是打破民眾對於

醫學中心「廟大和尚靈」的迷思，增強大家對於基層與分級醫療的信心，而不是在掛個準醫學中心的招牌，誘發民眾升級就醫，助長大醫院品牌之磁吸或升級效應，這等於是打臉政府自己所說的分級醫療與強化在地基層醫療口號。

醫療資源的分配在評鑑扭曲引導之下，已呈現倒金字塔型。評鑑真正要改的重點，應該是明確訂出醫學中心門診／住診費用比例、建立輕症比例過高的核扣機制，並建立醫學中心淘汰退場機制，而不是在創造出「準醫學中心」，變相鼓勵大家繼續擠破頭往金字塔頂端升級搶資源，而無視金字塔最重要的基層底端被掏空崩盤之危機。



註1／有關附圖所列升級效應之數據資料來源，係健保署於 2015/08/28 擷取自健保署二代倉儲系統門診、交付機構明細檔後，提供給林淑芬立委辦公室，再由林淑芬立委辦公室於 104 年 9 月提供給醫改會之資料，特此致謝。

註2／有關附圖所列升級效應之數據，健保署提供數據之急性上呼吸道感染係主診斷碼（ICD-9-

CM）前三碼為 460、461、462、465 之門診申報案件。其中 461 代碼內的 4618、4619 常用於醫院醫師在處理鼻竇炎或診所轉診案例時用來做術前評估或鼻竇電腦斷層，惟礙於健保提供資料格式限制，作者製圖分析時無法將此二碼排除，特此說明；也謝謝本刊審稿委員的審查建議與提醒。



醫改會的建議

醫改會主張落實健保法第 42 條同病同酬（別讓大醫院看感冒比診所領更多）、43 條（分級轉診之部分負擔）、44 條建立家庭責任醫師制度等三條文同步配套推動，達到分級醫療目標。其中現行試辦 13 年的家醫群，應朝符合健保法第 44 條精神的論人計酬家庭醫師責任制轉型邁進，打破現行論量計酬及基層總額框架，讓基層團隊能夠壯大，承擔

起社區醫療與分級醫療的權責。

最後，醫改會也要提醒民眾，別把醫學中心當成看輕症的大型門診中心，以免將來你我遇到急重難症沒人醫！

* 更多有關醫學中心不務正業破壞分級醫療之問題與數據分析，歡迎上醫改會網站 / 議題倡議專欄瀏覽（www.thrf.org.tw）。



醫藥分業後續追蹤

文／管灶祥

大事記

一、105 年 2 月 28 日

本會曾梓展理事長接任後隨即成立二大行動小組，其中之一為「恢復醫師調劑權」小組。

二、105 年 4 月 27 日

本會召開醫療政策法規會議，就恢復醫師調劑權之方案提出討論。方案一為「爭取緊急調劑權」；方案二為「修正藥事法 102 條」，會後決議採方案一。並修正方案名稱為：「病人自主請求調劑的權益」。

三、拜會立委進度追蹤

1.105-04 月起，曾理事長率幹部密集拜會衛環委員會及醫藥相關之立委。共計 15 位：王育敏、黃秀芳、劉建國、林靜儀、蔣萬安、李彥秀、陳宜民、蔡其昌、江啟臣、洪慈庸、盧秀燕、張廖萬堅、黃國書、何欣純以及林俊憲等 15 位。

2. 溝通狀況：

理事長與與會幹部透過實際的溝通，大部份立

委均認同關於緊急調劑的相關規定，例如 1.8 公里的限制並不合理，而且藥局沒開病患確有可能領不到藥，對病人會有影響。而在醫療急迫情形下僅限當次給藥也可檢討。但多數立委亦認為醫藥分業的大政策已定，擔心若醫師有調劑權會對藥師的工作權有很大影響，藥師一定不會同意。所以要提案修改 102 條很難。

部份立委例如代表醫界的林靜儀立委，認同醫療急迫狀況下的調劑，例如對弱勢族群例如婦女、老人、小孩等等，這些病人應該可以自主請求調劑。她願意為病人的權益努力。

蔡其昌立委（副院長）也有獨特觀點。蔡立委表示他對此案相當了解，調劑權對藥師影響太大藥師一定會抗爭，故提出一種職務代理人的概念，例如藥師請假時可指定醫師為職務代理人。類似醫師取得藥師的授權代理就可調劑。蔡認為這樣的條件藥界可能會接受。



局確實可能沒有進貨，甚至藥師做主建議替代。

檢討上述狀況，所謂合理的藥事服務，應考慮合理距離、合理的服務時段、並應具備適當規模等等。而且政策也應避免單一服務提供者可能造成壟斷，以及不當區域競合等不利因素。

第二項

「在醫療急迫情形下」，何謂醫療急迫情形？（本會建議，採病人自主的觀念，由病人來提出需求）

1、「病情危急、需立即給藥治療」，這種醫療急迫情形係由醫師認定。

說明：依衛署函釋，「病情危急、需立即給藥治療」是醫療急迫情形，由醫師認定即可親自調劑。但食藥署另曾函釋「立即給藥，是僅限當日甚至當次的給藥。」

本會認為**立即給藥，並不僅限當日或當次**。這種過於嚴苛的規定完全違背對病人權益的考量。

2、「非病危」的狀況，是否也屬於「醫療急迫情形」？

例如下列狀況：

(1)、病人的狀況需當場領藥：病人因個人因素，環境因素等等，應該可以尊重「病人自主意願」，由病人提出具結，請求醫師調劑。**例如：**獨居老人、無交通工具、已經生病身體不舒服不適再奔波等。

(2)、病人在外面領不到藥：病人曾至附近藥局調劑，曾經遭遇過領不到藥的實際狀況。或已知該時段無藥事人員上班，根本無法領藥等等。此狀況得由病人提出具結，請求醫師調劑。

PROFILE 本文作者



管灶祥

- 群享診所院長
- 中華民國診所協會全國聯合會理事

1、以「病人自主」的權益為中心。當病人領藥確有



江啟臣立委認為由醫界提調劑權案，涉及醫界與藥界。除非醫界及藥界有共識，否則連署提案很難過關，因立委面對雙方都有壓力。但若是由「病人團體」，提出實際領藥不便的狀況。則立委會「監督」主管機關（衛福部）想對策解決「民眾」的問題。可能比較能協調解決的方案。

四、105 年 7 月 7 日調劑權公聽會

林靜儀立委原本預定召開調劑權公聽會，但因颱風作罷。待未來擇期再開。

本會方案說明： 病人自主請求調劑的權益

（病人有權自己決定跟誰領藥）

- 一、提出問題**
- 病人看診完要領藥，若現實上確有困難，應由病人自主決定跟誰領藥，醫師得應病人請求而調劑，並不違法。
- (1)、實例一**
- 診所有聘藥師，週邊無藥局。診所藥師臨時請假，醫師看診後無法給藥。病人需長途跋涉，諸多不便。
- (2)、實例二**
- 診所未聘藥師，週邊有藥局。醫師處方釋出，但藥局的藥師未上班，或藥局沒有醫師處方藥物，病人領不到藥。需另尋他處。
- (3)、實例三**
- 病人身體已極度不適。想請醫師調劑卻有違法疑慮。

二、本會建議方案

以「病人自主」的權益為中心。當病人領藥確有困難時，病人得「請求」醫師調劑。範例：如本會

提出之「緊急調劑請求書」

三、法規檢討

因藥事法第 102 條第二項提到醫師只在下列二種情形下可調劑：

1、無藥事人員執業之偏遠地區（目前規範 1.8km 內無藥事人員）

2、在醫療急迫情形下（僅限醫療機構內為急迫醫療處置）

上述二種情形都值得檢討，說明如下：

第一項

無藥事人員執業之偏遠地區（1.8公里內無藥事人員）

本項限制過於嚴苛。部份偏遠地區病人猶如次等公民。

- 1. 檢討距離**
- 訂定 1.8km 的依據？民眾自行領藥應考量其步行時間。（台灣人步行速率約為 4.5km/hr 換算約 75m/min）。若步行 5 分鐘可領藥，此距離約為 375m。1.8km 採用步行約 24 分鐘。**請問病人已經有病在身，我們忍心叫病人再多走 24 分鐘才能領到藥物？**
- 2. 檢討藥局休息日及藥師的休息時段**
- 即使 1.8km 內有藥事人員執業，亦無法保證藥局有營業或藥師有上班。例如藥局未營業時段，或藥師休息時段，或藥師外出時，都可能找不到藥師。

3. 檢討藥局規模、藥品種類不全

藥局規模有限，可能並沒有非常齊全的藥物品項。或限於成本不提供部份藥物，特別在藥價連續調降的現況尤其如此。醫師處方給病人的藥物，藥

日期	診聯會行程
3月10日	全聯會 - 第10屆第15次基層醫療委員
3月13日	海峽兩岸中小企業聯合促進會 - 會員大會
3月15日	診聯會網路資訊委員會 - 記者午餐會
3月20日	高雄市醫師公會 - 會員大會
3月27日	台南市診所協會 - 會員大會
4月10日	診聯會第二屆第二次理監事會議
4月10日	山海屯診所協會 - 會員大會
4月15日	拜會王育敏立委並致贈顧問證書
4月16日	全聯會 - 分級醫療及雙向轉診綜合研討會
4月17日	高雄市診所協會台中 - 嘉義知性浪漫之旅
4月17日	中部縣市醫師公會 105 年度第一次幹部建誼
4月19日	衛福部 - 中醫師可否開具心電圖，X光及檢驗會議
4月19日	拜會衛福部醫事司 - 王宗曦司長、商東福副司長
4月20日	拜會洪慈庸立委並致贈顧問證書
4月24日	全聯會 - 西醫基層醫療服務審查執行會
4月24日	基隆市診所協會 - 會員大會
4月27日	醫事司「醫療機構設置標準」會議
4月27日	診聯會 - 醫政與法規委員會
5月3日	拜會立委黃秀芳立委並致贈顧問證書
5月9日	拜會劉建國立委並致贈顧問證書
5月9日	拜會林靜儀立委並致贈顧問證書
5月11日	拜會蔡其昌副院長並致贈顧問證書
5月12日	健保署 - 安全針具會議
5月12日	全聯會 - 分級醫療會議
5月13日	拜會立委張廖萬堅立委並致贈顧問證書
5月13日	拜會立委黃國書立委並致贈顧問證書
5月16日	拜會立委江啟臣立委並致贈顧問證書
5月18日	門診特定藥品重複用藥費用核扣方案 - 說明會

日期	診聯會行程
5月18日	拜會立委李彥秀立委並致贈顧問證書
5月18日	拜會立委陳宜民立委並致贈顧問證書
5月18日	拜會立委蔣萬安立委並致贈顧問證書
5月19日	拜會立委何欣純立委並致贈顧問證書
5月22日	花蓮診所協會 - 會員大會
5月22日	彰化縣診所協會 - 會員大會
5月25日	回應麥當勞不當廣告 抗議聲明記者會
6月5日	新時代力量台中辦公室成立茶會
6月5日	新竹市診所協會會員大會
6月14日	全聯會 - 健保診所簽約書因應小組會議
6月14日	拜會立委盧秀燕立委
6月26日	診聯會 - 第二屆第三次理監事聯席會議
6月26日	台中市診所協會會員大會
6月27日	全聯會 - 健保合約因應小組會議 第一次會議
7月1日	全聯會 - 健保合約因應小組 第二次會議
7月3日	雲林縣診所協會會員大會
7月7日	衛福部 - 診所設置標準表 護理人員配置相關會議
7月14日	106 年度全民健康保險西醫基層總額預算項目季成長率專案小組第 2 次會議
8月2日	診聯會抗議亞大附醫派車攔客如流刺網
8月4日	106 年度全民健康保險西醫基層總額預算項目季成長率專案小組第 2 次會議
8月9日	參加衛福部「106 年西醫基層總額協商因素與專款項目計畫」會議
8月9日	拜會李伯璋署長
8月12日	拜會立委林俊憲立委並致贈顧問證書
8月14日	診聯會第二屆第四次理監事聯席會議
8月14日	高雄市診所協會會員大會
8月23日	全聯會 - 基層醫療委員會議



為什麼當時要決戰立法院？ 王正坤為恢復醫師調劑權發聲始末

口述／王正坤 文字整理／梁雲芳

自民國 86 年醫藥分業以來，藥師剝奪了醫師的調劑權，醫界、藥界攻防藥事法第 102 條第一項及第二項法律條文的纏鬥戰已近二十年，雖然截至目前，該法條文未曾更動，但站在醫界立場，這是獨厚藥界，打壓醫界的惡法，勢必重新檢討及修定，絕不輕言妥協，若行政、立法部門依舊罔顧醫師立場，偏袒藥師公會的法令解釋，醫界將會持續不斷號召醫師端、民眾端，為不得限制醫師交付藥品的固有職權及強制剝奪病人領藥的選擇權進行合理爭取。

回顧過往纏鬥征戰的歷史，最令醫界動容的戰役，當屬台南市醫師公會在 92 至 94 年期間，由理事長王正坤領軍台南醫界人士策畫及投入的「決戰立法院」，冀望透過立法程序「修正藥事法 102 條」，使醫師恢復調劑權，即使最後在程序委員會被封殺，無法進入立法院院會，依舊為醫界義無反顧，絕不輕言退縮的風骨樹立典範。本刊特約編輯群特別針對當年爭取調劑權的過程，以及對未來中華民國診所協會全國聯合會接續投入的兩大層面進

行訪談，期望王正坤醫師提供寶貴建議，讓接棒者再次為捍衛醫師權益繼續奮鬥不懈。

「決戰立法院」因果始末

如果不是醫師固有的調劑權莫名其妙被藥事法 102 條給刪除，甚至祭出罰則管理醫師，王正坤醫師不會以台南市醫師公會理事長身分出來抗爭，但是面對藥師公會為了爭奪一年幾千億藥品市場的利潤，採用立法手段，將所有利潤順理成章框入利益圈，再不擇手段進行排他的作法，他義務反顧決定要為醫界討回公道。

王正坤表示：「藥師公會看到一年藥品市場有幾千億元營業額，如果全部由醫院、診所醫師管控，他們就無法享有龐大的藥品利潤，因此提出各種措施方案，希望和藥品相關的制定，如藥價總額、藥師調劑費制定，全部交由藥師公會辦理，之後再透過立法院議事運作，通過具有排他性、片面性的藥事法第 102 條，結果台南市自費診所的醫師就不斷受到台南市衛生局的取締，理由是診所沒

捐款贊助-診所協會全國聯合會

捐款支持診協全聯會 成為我們強力的後盾

銀行：合作金庫 永安分行 代號：006

帳號：1715-871-800653

戶名：中華民國診所協會全國聯合會

匯款後請來信 (tmca103@gmail.com)

告知：姓名、地址、匯款日期金額及帳戶最後五碼，我們將盡快寄送收據給您。





有聘用藥師，由醫師自行給藥，已經違反藥事法規定，必須接受罰鍰處分。」

民國 86 年實施醫藥分業不久後，全國各地沒有聘用藥師的診所，多少都有接獲檢舉受到該地區衛生局的取締，台南市衛生局的取締異常嚴重，而且專挑自費診所，王正坤高度懷疑是藥師團體所發動的攻勢，一方面是藉取締之名，通知所有健保診所開業醫師必須聘用藥師，否則就會違反規定，而且無法獲得健保給付，另一方面則有警示意義，台南市自費診所的開業醫師多為曾在台南署立醫院服務多年的名醫，處罰六萬以上不等的罰鍰，是揭露法律的規定，無論是自費或健保診所皆須聘請藥師才能開業，否則違法。受到罰鍰處分的眾多醫師皆認為，自費診所並沒有加入健保制度，醫療費用也是由病人自行支付，並沒有花費到健保給付，要不要聘請藥師應由診所自行決定，豈會無端捲入違法事端，自然不認同藥事法第 102 條的規定，於是向台南市醫師公會投訴法令的粗暴。

不只自費診所遭到台南市衛生局的違法罰鍰處分，就連健保診所要聘請藥師一樣受到藥師公會無盡的阻撓。最離譜的是薪資費用漫天要價，早、中二診的開價四至六萬元不等，至於早、中、晚三診的開價，甚至要到 9 萬元以上，再來就是不配合醫師看診時

間，許多藥師只願意上早、中二診的班，因為晚上要接孩子下課，不希望夜間到診所調劑，致使夜間藥師缺口嚴重，原來醫師希望藥師團體提出改善之道，換來的卻是衛生局前往診所稽查是否有夜間藥師調劑之實，沒有藥師的健保診所一樣遭到罰鍰處分。

制定藥師法第 102 條的原始精神是在保障、維護醫療團隊每一位成員的權益，未料該法實施後卻成為偏袒藥師、打擊醫師，忽略病人調劑權請求的干擾惡法。衛生局連番幾次稽查、開單的干擾作法令醫師痛苦不堪，希望恢復醫師固有調劑權，不致有身陷險境之虞的抗議聲愈來愈高漲。「連美國都不會限制醫師的調劑權，醫師本來就有調劑權。但是在台灣執業的醫師，沒有跟病人說明如何使用藥物的權利？台灣藥師公會的勢力太龐大了，多數成員同時擁有藥師、公會理監事及藥商的身分，理事長握有法令解釋權，根本不聽醫師伸張固有權利的解釋，只是不斷重申一切依法行事。」王正坤曾向藥師公會提出修法解套作法，顯然沒有得到善意回應。一切必須回到立法院，從修法或訂立新法著手，唯有獲得大多數立法委員的同意三讀通過後，才有望恢復醫師固有調劑權。



議事攻防愈挫愈勇

立法院號稱最高民意殿堂，是不同思維、價值辯證及智慧群聚激盪的地點。王正坤早年參與社會街頭運動，自然知道任何一條法律條文的通過都是議事攻防的結果，醫界要提出修法，藥界一定會全力阻擋，因此必須尋求立法委員的認同與支持。「當時以蔡煌瑯、黃昭順為首，有不少立法委員挺藥界，因為藥師公會與藥商在立法院著墨很深。但是，挺醫界的立法委員不多，以錢林慧君、李俊毅最為賣力，在人數不多的情況下，必須善用議事潛規則進行攻防戰。」王正坤很感謝錢林慧君、李俊毅兩位挺醫界的立委，錢立委經常主動提供提案建議，李立委還特別挪出一個星期天的時間指導他了解立法院生態及議事運作的潛規則，讓他及參與修法的醫界人士懂得如何運用戰術進行搶攻（「決戰立法院」詳實資料可參考社團法人台南市醫師公會網站）。

當時錢林慧君、李俊毅採用的戰術，是將此案進入程序委員會，直接進行一讀表決，不需要拖延時間辦辦公聽會，以免提案會被拖到消失無蹤。只不過每次到程序委員會提案，都會遇到藥界立委的反對。縱使難關重重，王正坤鏗而不舍，就是希望一讀通過，只是努力未得成果。後來還發動包裹表決，希望用 10 多個法案，只表決一次的方式過關。只是每當錢立委或李立委提出後，挺藥商的立

委仍會以技術性阻擾法案通過，致使決戰立法院的修法終究無望。

攻防過程雖然艱辛，但是凝聚全國一萬多個醫師的關注，再怎麼辛苦都值得。而台南市醫師公會幾十位理監事絕無二言、萬眾一心的鼎力支持，才能讓他無後顧之憂，放手一搏。另外台南市四百位醫師傾囊捐款四百多萬元力挺法案通過，更讓王正坤備覺感動。如今看到曾梓展理事長領軍的中華民國診所協會全國聯合會，願意為恢復醫師調劑權展開各項推動，他自然是伸出相挺之手，傾囊相助攻防策略。

持續推動法案是合法途徑

醫師固有的調劑權，在藥事法 102 條通過後不但限縮，稍一不慎還會遭到各地衛生局稽查，認為有違醫療急迫情況而罰鍰。自此之後，推動恢復醫師調劑權已成為醫界重要事件。目前醫界對於恢復調劑權有兩派聲音，一派是修法，一派是訂立新法。王正坤以過來人身分建議，兩者都很難推動，但是修法會稍微容易些。「法案推動是一場政治角力，支持與反對力量常會僵持不下，法案推動恐怕不會很順利，所以要踏穩每一個腳步，堅定的走下去。」首先要不厭其煩與立委密切溝通，建立綿密人脈，讓他們了解日本、美國醫師皆有調劑權，醫師擁有調劑權並不犯法。再者需熟悉立法院議事潛規則，持續推動法案。唯有長期凸顯「醫師擁有調劑權是天職」、「調劑無罪」、「醫師能開藥，也能給藥」等訴求，全修法或訂立新法才有機會過關。

PROFILE 本文受訪者



王正坤

- 藝群皮膚科診所院長
- Dr.FreeVenus 藝群保養品創辦人

捐款怎麼用？為醫界發聲專款專用

四百位醫師捐款的四百多萬元用在哪裡？
王正坤採取的作法是專款專用，專為醫界發出不鳴之聲而用。

用途 1 恢復醫師調劑權決戰立法院文宣費用

民國 92 ～ 94 年，王正坤出版了十集的決戰立法院文宣，每集約有 10 頁，寄給全國約一萬位診所醫師，每次印製費用與郵寄費用約花費 10 萬元。總共寄發 10 次文宣，花費約一百多萬元，剩下的三百多萬款項一毛都沒有動用，這些捐款都是醫師的民脂民膏。

用途 2 抗議《藥師法》修正草案「獨厚藥師」的電視廣告費用

民國 103 年 5 月份，為了抗議行政院衛生福利部修正《藥師法》草案「獨厚藥師、打壓醫師」的作法，再次動用了兩百萬元購買三立、中天、民視等各大電視頻道打廣告：「藥師法 11 條違憲！立法委員不要修法圖利奸商！台南市醫師公會敬上」，「還好有這筆十幾年前剩餘的款項，才能讓台南市醫師快速發動揭露藥師公會逾越本分的抗爭活動。」王正坤很欣慰。

藥師法第十一條規定「藥師經登記領照執業者，其執業處所應以一處為限」，該法限制藥師不能支援醫院、診所、藥局，引來嘉義、台南、台中等地區多位藥師的抗議，於是官司一路從行政訴訟打到大法官釋憲。王正坤表示，台南市醫師公會也在九十八年提出藥師支援申請，但被台南市健保局駁回。當時駁回理由是依藥師法第十一條解釋。後續，因為沒有醫師提供個案，台南市醫師並沒有發動訴訟或提起大法官釋憲。接著，有其他縣市的藥局藥師提出行政訴訟與大法官釋憲。民國一〇二年七月，大法官釋憲七一號解釋，宣布藥師法第

11 條違憲，應於即日起一年失效。

藥師法第 11 條違憲，行政院及立法委員必須在法力失效以前提出修訂版本，王正坤從各項資料發現藥師公會遊說立法委員提出不利民眾及藥師的版本。藥師法第 11 條論及的是「禁止藥師支援」單一情事，是對職業自由做了不必要的限制，所以只能就藥師支援一事進行修訂。但是藥師公會提出的修法版本逾越本分，不僅限縮藥師只能在醫院、診所調度，限制民眾領藥自由，還擴大藥師工作範圍，可以宅配藥物、支援安養院和藥癮戒治等工作，以及擴大藥師申請健保費用。面對藥師公會無限上綱的作法，王正坤忿忿不平，在修法之前，發起走上台北火車站「抗議奸商藥事法違憲」街頭運動，阻擋藥師公會的修法版本。

103 年 5 月 17 日起三天，在各大電視台頻打廣告，呼籲立法委員不要修法圖利奸商，此舉激怒立法委員與藥商，紛紛打電話向各縣市醫師公會施壓，怎麼說「我們是奸商？」王正坤反駁：「我們又沒有說你是奸商，你有看到自己的名字嗎？」5 月 18 日，且透過網路、LINE 呼籲全國醫師前往台北火車站抗議，獲得全國醫師迴響，各縣市醫師公會理事長紛紛加入，讓這場抗議活動備受矚目。

藥師法第 11 條修正草案於 103 年 6 月 27 日三讀通過，是依行政院版本進行部分修正，雖未符合釋憲旨意，但未出現逾越本分的情事。只是經過一番政治角力後，藥師支援順暢了嗎？王正坤的回答是「趨於順暢」。以台南市為例，最初實施時仍有衝撞、杯葛，不是藥師支援次數不足，就是藥師公會派不出人力。後經溝通、磨合，支援作法雖有改進，但嫌隙仍在，距離以病人為中心的醫藥分工尚有一段路要走。對未來的建議是「多磨合、多溝通，善意多一點，嫌隙就會少一點」。

寧補不足，遑論加薪

文／蔡明忠

媒體報導健保署挹注 104 億經費，用於調高醫院及基層診所 150 項醫療服務項目的支付點數，媒體標題居然是「為醫護加薪」。104 億這數字乍看不少，事實內情則非如此。以基層診所診察費為例，此次只有每日前 30 人次調升 12 點（換算「點值」大約 10.8 元左右），和今年勞動條件改變造成的成本增長，根本無法相提並論。

健保醫療服務只要超過總額，一律打折給付。每年醫院折付達 200-250 億，基層診所每年折付亦達 80-100 億元。換言之，以診所為例，平均每家診所每年被扣減 80 萬元，這就是外界很難理解的「總額支付制度」，也是造成內、外、婦、兒、急診五大皆空的主因之一。

民國 91 年健保全面實施「總額支付」以來，每年所有「成長率」都用來填以上的爛帳。此次只是首度將兩年前（103 年）的成本增加費用（西醫醫療服務成本指數），切出來補嚴重偏低的診察費，醫療困境完全不變，醫界實無所謂「加薪」的感覺。特此提出說明，以澄清外界誤解。

「醫療服務成本指數」的計算，過去長期與健保實際醫療服務成本脫節，甚至曾經計算出違反醫療實際成本的「負成長」結果，造成整體總額成長率不公不義。因此全聯會歷經 8 年奔走呼籲，終於在 104 年檢討相關公式指標時獲得修正，將長期失真的人事成本等指數得以校正，這是回歸正義，並非「天上掉下來的禮物」。

對於健保署此次同意從成長率中提撥一定金額先調整部分支付點數的做法，醫界予以肯定，顯然健保署已重視醫院及基層診所長期支付點數偏低

的事實，但媒體報導讓外界誤認為『醫護加薪』，顯然與事實不符。

隨著人口老化等因素，國內醫療支出不斷攀升，年增率早已破 7%，然而台灣健保每年總額成長率都只能限縮在 4% 左右。臺灣健保支付醫師診察費等支付標準，長期受到健保總額不足的影響，支付標準名列世界倒數幾名，平均只有國外的 3 分之 1 到 5 分之 1。在此醫療環境險峻的困境下，政府應有義務一肩扛起調整醫師等醫事人員人力成本給付重擔，主動調高支付標準，實不宜混淆視聽。

長期以來，醫院及基層診所為共體時艱，在健保總額不足之下，每年吸收三百億的健保財務缺口，仍然提供充足完善的醫療服務。但台灣醫療手術、檢查費用低廉世界聞名，在總額打折下更是雪上加霜，造成四大皆空是不爭的事實。未來更希望政府正視這個問題。

※ 本文轉載自
■ 中時新聞網 - 健保署挹注百億為醫護加薪？醫界不領情 2016/04/20
■ 三立新聞網 - 健保加碼 104 億，為醫護加薪？內情是？ 2016/04/21

蔡明忠醫師時任中華民國醫師公會全國聯合會第十屆秘書長

PROFILE 本文作者



蔡明忠

- 衛福部全民健康保險爭議審議會委員
- 衛福部全民健康保險會委員
- 中華民國診所協會全國聯合會顧問
- 豐安診所院長

別牽拖了！ 急診壅塞，要對症下藥找病因

文／陳宗獻

應該是弄不清家醫制度的目的與內容，醫改會誤將假日急診塞車問題，倒果為因的歸責於家醫群診所不知假日輪值名單，而讓民眾找不到診所。

臺灣允許民眾自由就醫，依據 103 年度醫院總額門診初級照護資料，醫院門診總人次 9419 萬中，有 2041 萬人次屬於應該在基層醫療就醫的初期照護；換言之醫院門診有 21.6% 是小病就醫。這是臺灣健保越級就醫的『常態』，天天如此，非僅假日。

目前多數醫院假日沒開診，小病看急診的成本（自行負擔）差距又小，如果原本習於小病看醫院的 5.5 萬人次，假日都改看急診，每人花 15 分鐘，估算：每個假日會耗掉 1060 位急診室醫師的工作時間，和 2000 位以上的護理人力在『急診看小病』之上。

急診擠爆要從制度面檢討，而非頭痛醫頭腳痛醫腳，叫診所醫生 7-11。強調『民眾自由就醫權』，勢必付出的代價是 -- 把醫療這個高度專業的問題，丟給民眾自行判斷在何時、何地，及看哪一科、看什麼病…當然會焦慮不安。這是大家必須共同面對的問題。更是 10 幾年來，家庭醫師制度舉步維艱的原因之一。要解決問題必須深探成因，對症下藥，不能倒果為因，胡亂指控。

家庭醫師計劃是健保署透過檔案分析，將最需要連續照護的族群指定給他們最常就醫的診所（約近三成診所加入）。目前納入家庭醫師計劃的

病人約 240 萬人，包括如慢性病（尤其是多重慢性病）、高就診率病人、老年…，這類病人比一般人更需要長期由固定專業醫師提供治療、衛教、以改變飲食等生活形態。被指定的診所及基層醫師擔任的是『軟性家庭醫師』的角色。也就是這些醫師必須在『民眾自由就醫』不變之下，設法提高『民眾固定就醫比例』，健保署會定期考核這些指標。很清楚的事實『家庭醫師計畫』是企圖在普遍小病大看，浪費醫療資源沒有人願意處理的沈疴下，健保署不得不推出的急救包。

家醫制度是讓基層醫師們組成團隊照顧過去在診所忠誠就醫的老人、慢性病、尤其多重慢性病，但不包含偶而生病的大多數民眾，也根本『等』不到習慣小病大看的病人上門。家醫計劃亦訂有超過每年 0.145%『急診率』扣分的指標，而大多數家庭醫師計畫醫療群多能達到這個指標。但這個計劃先天上完全缺乏制度支持，和英美等先進國家的分級醫療有天壤之別。希望醫改會既然強調自由就醫，就別牽拖了，冷靜想辦法一起解決急診擠爆的問題。

PROFILE 本文作者



陳宗獻

- 大里陳內小兒科診所院長
- 中華民國診所協會全國聯合會顧問

談診所人事管理

優質的診所護理師及行政人員管理 -
從選人、用人、育人、留人到辭人談起

文／曾崇芳

筆者不才，曾於東海大學工工系高階醫療管理在職專班修習「現代人力資源管理」課程，加上開業診所十三年的經驗，針對診所護理師管理，在此分享一些心得，希望能對診所負責人經營管理提供一些參考。

我想大家一定有以下疑問

- 1、徵才時可透過哪些管道，哪一種效果最好？
 - 2、若是使用網路徵才，是否有特別的方式或設定，可以吸引條件較佳的員工加入？
 - 3、談待遇時建議以月薪、時薪計算或是以節為計算？
 - 4、如何去抓一個合理的待遇區間？
 - 5、勞資雙方是否要簽合約？或是口頭協議即可？合約內容需要包含哪些項目？
 - 6、對於員工的背景及過去工作狀況如何透過管道得知？
 - 7、如何訓練員工及如何留住員工？
- （以上由慶耀診所院長林恆圭醫師所提出）

要回答以上問題是有些困難的，也不容易在此用文字敘述清楚，因為有些牽涉到法律相關問題及個資層面，無法以言傳，只能由診所管理者慢慢體會。筆者認為可以從幾個方面來思考以上問題（參考現代人力資源管理內容），包括：人事規劃與招募、測試與甄選、面談候選人、員工訓練與發展、績效管理與評估、前程管理建立、策略性薪酬計劃、績效給付與財務獎勵、福利；要完成以上之工作必須對政府相關法令規定有所了解，包括勞基法、勞工保險條例及勞工保險條例實行細則、就業保險法、民法、勞委會函釋、性別工作平等法等，此乃診所經營的最基本要求。筆者曾參加由 2016 台中市診所協會主辦的經營實戰班（台中市診所協

會及中興大學合辦之課程），其中有一堂由尚昇管理顧問公司陳沅昇管理師所授課，主題是「優質的診所人事管理」，讓我更了解以上的法令，避免在管理診所人事時，產生不必要的法律糾紛及違反法律之規定，且能符合勞工安全檢查規定。以下就幾個部份來說明：

人事規劃與招募

診所的工作相對於醫院是單純的，如果排除醫師跟藥師的工作外，其他的部分則包括掛號、跟診、護理工作（打針、換藥、協助醫師診治病人）、行政工作、管理衛材及檢驗報告。以分工及各司其職的角度來看，配合門診時間及門診量去訂出所需要的人員及工作內容，此乃人事的規劃重點。在不同的時期招募不同人員，可能是行政為主、可能是護理工作為主等等。現代的網路科技發達，大家都透過網路來招募員工，最常見的網路招募為 104、1111、123 或 518 人力銀行，至於報紙雜誌則效果不彰。曾有醫師抱怨刊登了三個月的報紙徵才，都沒有人來電詢問。除此之外因地制宜，若你是在離學校附近（護理專科學校或一般大學），可以招募工讀生，必要時可與學校連絡看看如何在學校網站上招募員工；更直接的方式有些診所，會直接在診所外頭貼上徵人啟事，也是不錯的選擇；亦可拜託



員工介紹適當的親朋好友來診所服務。通常員工介紹之新同事，因為是經過員工之認可，且新同事也熟悉此診所工作內容及待遇，通常此種方式招募進來的員工 CP 值比較高且不易流動，為了獎勵員工介紹新人，診所應設立推薦新同事獎金。

■測試及甄選

診所招募來的員工很難做測試，從管理學的角度來講，測試是一個評量員工多元特質及工作能力的依據，進而能參加面談。但是一般診所很難做到如此，因此藉由個人的履歷資料，包括畢業的學校、工作的年資、曾經待過的單位、家庭狀況、興趣及個人的自我介紹等等，可以達到初步的了解，如此可以來評斷是否通過甄選而成為面談的候選人。近年來以筆者之經驗，診所招募的員工尤其是護理人員，因為應徵人數不多，實在很難作有效的徵選與評比。

■面談候選人

面談的執行可以包括個人式與集體式面談兩種，但是診所比較適合個人式的面談，面談的第一印象占很大的因素，文獻中告訴我們，面談者經常在和應徵者交談的最初幾分鐘內甚至一開始時，很容易依據前幾分鐘的面談或履歷資料即下判斷。另一項研究曾估計約有 85% 的案例中，面談者在開始面談之前即第一印象，也就是面談者的申請表格及外觀作出雇用是否的決定。診所的面試通常以院長或院長夫人為主要，因為他們是最了解診所營運的人，至於要如何面試，筆者提供自己的經驗參考，診所的規模若是護理及行政人員小於五人以下，則面試時徵選的人，最好是短期一兩年內不會因為個人因素而變動的為佳；若五到十人的規模則其中三分之一的人力，可以找工讀生或是短時間（半年一年內）會做異動的人；若十人以上的大診所，則各種人才都應該招募進來，畢竟目前的市場環境很欠缺護理人員，可以作各種不同的組合搭配，如此可以善用所有的人員。若診所規模已到達一定程度，例如聯合診所及多位醫師執業診所，則可以請護理長幫忙，作面談候選人的幫手，畢竟面

談候選人是很花時間的，請護理長面試完幾位後作口頭報告，從中選擇適合診所的員工，也是不錯的方法。

■員工的訓練與發展

- 以管理學的角度來看有五個步驟：
- 一、需求分析（need analysis）：確認達成特定工作績效所需要的技能，評估訓練者的技術，以及發展具體、可衡量的知識與績效目標。
 - 二、引導性設計（instructional design）：決定、蒐集與設計訓練技術內容，包括工作手冊，實習及各項活動等；在診所可以做出不同工作內容標準流程及工作手冊，以方便員工學習。
 - 三、驗證（validation）：此時依訓練計劃作簡報並由評審員來鑑定，在診所評審員通常是院長或院長夫人。
 - 四、執行訓練計畫：實際的訓練全體員工。
 - 五、評估（evaluation）：管理人員評估計畫的成敗。以筆者之經驗，診所很難 做到如此詳細的步驟。但我們以內兒科診所為例，員工訓練以掛號、跟診及護理工作為主要外，配合診所行政工作，每個診所行政工作約三到六個月輪調一次。如此每個員工除了掛號、跟診及護理工作，又能負責一些行政事務，經過一年半到兩年的訓練，每個人都可以具備診所護理長的能力，有能力統籌診所護理及行政工作，如此若有員工離職其他人皆可承接離職人員的行政工作。以下為一般內兒科或家庭醫學科診所行政工作分配供大家參考（表一）。



■績效管理和評估

此部分診所其實很難達到，何謂績效管理及評估？員工的訓練是否達到滿意及績效是否良好，

必須設定目標、訓練員工、評估及獎酬員工，這些過程目的是在確保員工能夠達到診所的策略目標。至於如何評量可以用很多方面，筆者提供一些管理學角度參考：

- 一、依品質：精確，完整而可接受的工作績效。
 - 二、依生產力：在指定時間內生產的數量與效率。
 - 三、依工作知識：工作上所表現的專業知識與技能。
 - 四、依可靠度：員工完成工作及追蹤可被信任的程度。
 - 五、依有效度：員工的時間觀念遵守公作休息 / 午餐時間及整體參與的紀錄。
 - 六、依獨立性：工作無人監管的情況下完成工作的程度。
- 但診所績效管理及評估可由診所負責人作初步的評量，亦可以徵詢藥師、資深護理人員及合作醫師意見，甚至參考病人的反應作為意見。

■前程管理

提供員工所需要的前程規劃是需要的，前程

規劃幫助員工了解其未來發展的前程選擇為何，其中包括他所能接受最具吸引的選擇，並且讓員工在面臨前程發展的過程中，瞭解其所具備的技能，員工能夠快速而有機會的達成目標。診所是一個小單位，很難讓員工有前程管理的感受，但是在留人角度下，診所管理者必須謹慎面對這個部分。除了上述診所的護理同仁必須配合學習行政工作，達到學習診所管理之目的，也就是說診所的經營者可以不用管理護理及行政工作，統籌由診所護理長負責。至於晉升護理長的決策，通常應該依年資級、才能或是結合兩種為基礎，一般診所成長的過程，通常到十二年是最頂點（參考筆者碩士論文：基層小兒科診所經營分析，有的會持續到二十年），在這個過程中人員的配置會從五個以下，發展至十人以上的小團隊，可以設立白班的組長，晚班的組長及護理長之職位，如此讓他們有前程管理及晉升的感覺，既然有階級之差，薪資就要作些調整，去達到護理同仁薪資及職位上的滿足。

表一、內兒科或家庭醫學科診所行政工作分配表

	衛材檢驗	疫苗	行政（非健保）	行政（健保）
行政分區	1. 月初整理檢驗單（成健未看報告通知）	1. 月初 1 號交報表（依衛生所規定）	1. 薪資	1. 成健
	2. 月中申報完歸檔	2. 週一、四早上點疫苗、叫貨	2. 排班	2. 兒健
	3. 衛材點貨叫貨維修，每週兩次	3. 週二不斷電測試	3. 支出表統計	3. 勞保
	4. 衛材更換廠牌告知醫師（名片、水、糖果、喉糖、水電、電池）	4. 配合需要領疫苗	4. 開會安排	4. 健保
	5. 診所內物品採買	5. 月底結算疫苗報表	5. ENT 治療台的清潔維護	5. 新進人員
	6. 診所書報區醫療雜誌超過六個月丟	6. 冰箱保持整齊、名牌更新	6. 衛教單等單張影印	6. 離職人員
	7. 相機換藥傷口存檔		7. 管理診所備用金	7. 在職離職證明
	8. 每月 1 日冷氣清潔		8. 海報製作張貼	8. 轉診單回覆整理
	9. 泡消溶液定期更換		9. 讀卡機	9. 檢驗申報列印
				10. 護士服、藥師服、床單送洗

■建立策略性薪酬計畫

管理學上員工的薪酬如何作計劃，步驟一是先作薪資調查：薪資調查可以從同行、同科作一些比較；此外也要向醫院詢問，了解區域性及科別的薪資；或者參考網路政府專業機構的薪資調查，如此可以定下診所護理或行政人員薪資，如果招募困難時必須調整薪資，如此才容易招募到新人才；步驟二工作評價：診所工作評價法方面，有護士執照及沒有護士執照（行政人員）評價是不一樣的，此外有經驗與無經驗是不一樣的，以上可以當作個別薪資上的參考；第三部份是將類似工作分成數個給付等級；步驟四決定每個給付等級的定價—訂定工資曲線表；第五個步驟調整給付率，通常員工最高與最低的比率最好不要超過兩三成。不過一般診所沒有那麼複雜，可以由年資、負責的職位及兼作不同的工作，來作不同的薪資階級。

■績效給付與財務獎勵

利潤分享計畫使多數員工能夠分享診所的利潤，如此一來或許可以增加員工的向心力或持續為診所服務。一般診所可用年終獎金、三節獎金來作為獎勵，或者是用診所的淡旺季之分，作為薪資及獎勵之調整，如此可以激勵員工，辛苦之餘可以得到額外的報酬，例如：有些診所會從每個月的看診人數乘以一定的金額，額外撥出一筆獎金作為獎勵（但是有些診所在旺季時，並不是以此作獎勵，而是以增加兼職人力來減少工作負擔）。

■福利

目前政府的法規勞基法中已經有很多的福利措施，有些診所會多設自費疫苗福利金、聚餐基金、生日禮金、旅遊基金、婚喪喜慶禮金等，這些都是不錯的福利措施。通常診所開業的初期因為經營資金壓力（投資金額大及初期門診量少），診所管理者提供這些福利都比較少，而且斤斤計較，但隨診所經營越來越久，則診所額外福利會越來越增加，拿捏上則因個別診所而不同。

以上分享乃是針對診所護理及行政人員一選人、用人、育人、留人之參考，至於診所「辭人」

部分，員工要離職最好是能順利離開，免得造成勞資糾紛，該給的資遣費、不休假獎金及一切診所規定福利都應該要給付。

前一陣子跟幾位資深前輩討論，前輩心得是倘若診所經營15年以上，對護理人員及行政人員的管理通常是「無為而治」，至於為何如此？筆者看法是因為他們經營的過程中，經歷不同階段的

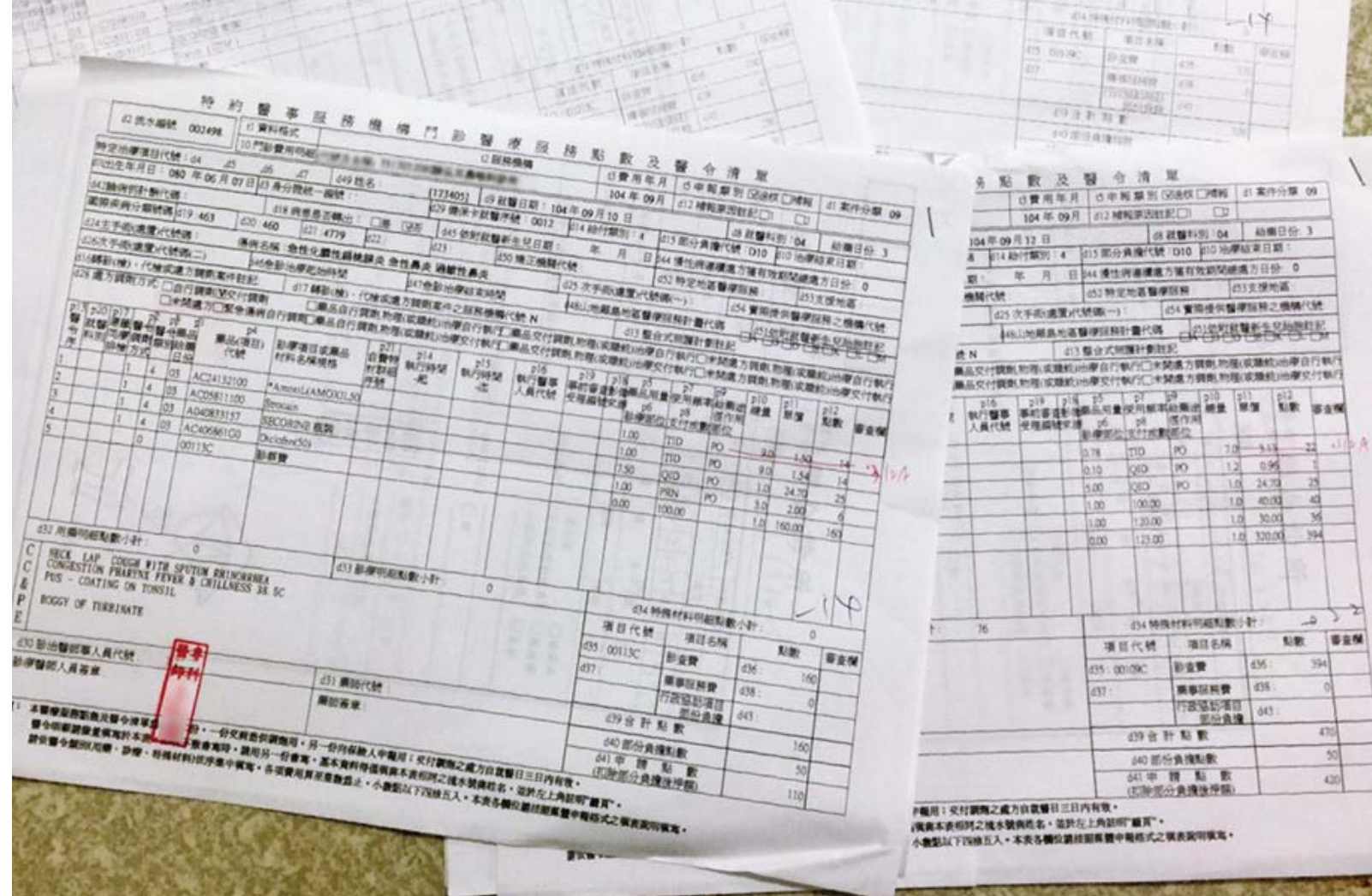
選人、用人、育人及留人的難關，15年中已建立員工能接受的制度，診所每個員工各司其職，管理者及員工之間默契十足，這可能是前輩所說的「無為而治」，值得擔心的是因管理者面臨年老體衰、職業倦怠、衝勁不足及守成為主，造成開創性不足，或許也是診所慢慢衰退的原因。至於剛開業的診所醫師要更用心，畢竟現在診所面對的長官，包括健保局、衛生局、疾管局、管制藥品管理局、都發局、消防局及勞保局等等，在診所經營初期會面臨不同問題，診所負責人要不斷的學習成長，在管理員工方面上必須不斷的修正，如此診所及員工才能不斷成長蛻變，所有大小事才能迎刃而解。

以上都是筆者在修習「現代人力資源管理」中及經營診所多年所得到的知識分享，但實際的案例必須你跟同業之間互相討論及切磋，在管理的過程中或許會有挫折，但每個事件都是你成長的原動力，希望你能成為一個好的管理者，也希望你的員工都能在你的管理下快樂的生活，服務病患。

PROFILE 本文作者

曾崇芳

- 崇芳小兒科家庭醫學科聯合診所院長
- 台灣兒科醫學會理事
- 台中市診所協會理事
- 中華民國診所協會全國聯合會媒體公關委員會主委



「審查、核刪」是健保制度必要之惡嗎？

文／李志宏

宜蘭汪醫師因不滿健保署的健保審查過度核刪，申報72萬點卻被核刪高達30萬點，民國105年7月11日下午在健保署臺北業務組門口「絕食抗議」，並揚言「既然敢出來，就沒有打算回去」。此事件雖然在健保署發表「健保審查制度改革、公開具名提升品質」善意新聞稿後平和落幕，但是類似事件不會就此結束，因為健保署在新聞稿第一段就承認「為使醫療資源合理使用，實施醫療費用審查與核刪被視為必要之惡」。審查制度的存在既然為了「合理使用醫療資源」，但是醫療的使用者是保險對象，健保審查後認定不符合健保法規者，沒有理由讓醫療服務提供者單獨承擔此「必要之惡」！



宜蘭市和信診所醫師汪立偉，因不滿健保被核刪，至健保署北區業務組絕食抗議。



■ 不予支付（即核刪）的代碼與理由

《全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法》第 19 條：「保險醫事服務機構申報非屬於住院診斷關聯群（以下稱診斷關聯群）之案件，經審查有下列情形之一者，應不予支付不當部分之費用，並載明理由：…（共 17 款）」這 17 款成為核刪（即不予支付）時的主要代碼，亦即被核刪特約醫事服務機構經常抱怨之所在；完整的審查制度除有不予支付代碼外，更應「載明理由」，可惜在訓練審查醫師時並未予重視，健保事後審查制度的紛紛擾擾，與審查醫師的訓練不確實、不落實不無關係！

■ 曾為審查醫師的經驗談

基層總額支付制度開始實施之際，筆者就被醫學會推薦當審查醫師，開啟從前輩醫師（多數是醫學中心教授或主治醫師）學習審查經驗，因為當年本身已經自行開業，所以才有機會逐漸轉換基層診所的審察標準。筆者審查的核心價值是：因為並非親自診察病人，所以書面審查更要謹慎！至於審查的基本原則，必先檢視健保局（當年稱局）所提供的統計資料，包括平均每件用藥費用、平均每件診療點數、平均每件申報總點數、未申報藥費件數（單純處置費或不需用藥）、與前六個月、去年同期申報人次及申報總點數的比較等等客觀數據。如果在同儕平均值以下，就隨手翻

一、二件看看；如果超過同儕一定額度以上，就會仔細審查書面資料，被核刪的項目除附上不予支付代碼外，並敘明理由；即便病歷製作完整卻不合理者，例如抽審 20 件中卻有超過 10 件有清除耳垢的處置，就請行政人員通知醫事服務機構該項處置「超過同儕甚多」，並視情況持續抽審三到六個月，讓醫師有改善其中報品質的機會，非以核刪當成唯一的武器！或許因為筆者有核心價值、審查基本原則，所以申請復審的案件不多；二年後更在不知情的情況下被聘為「審畢後審查醫師」，有機會一窺其他分區的審查案件，期間曾有與一位南部的審查醫師「筆戰核刪理由」的經驗。可是這種身分維持不到二年，因為筆者的法學訓練告訴自己凡事要遵守「正當法律程序」，所以就主動跟健保局要求審畢後審查醫師的「聘書」，最後當不成黑官只能去職，就逐漸淡出初審審查醫師行列，至今已超過五年，應可以公開當年的審查醫師經驗。

■ 醫療費用誰該負責

所謂核刪就是健保「不予支付」，問題是保險對象（病人）已經使用了、也好了，不予支付的醫療費用歸誰負責？一代健保法第 42 條：「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。」此條變成二代健保法第 54 條：「保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經保險人審查認定不符合本法規定者，其費用不得向保險對象收取。」醫療費用的責任由「自行負責變成不得收取」，法條文字則由「合憲變成違憲」，其緣由出在民國 98 年的健保合約談判，筆者與施肇榮常務理事聯手代表全聯會出席，要求健保局同步將核刪（不予支付）資料寄給保險對象，當年官署答應帶回

去研究，做為下一次合約談判的備忘錄，可惜我們不是下一次合約談判的代表，結果官署卻修法！

■ 結語

審查後核刪（不予支付）的問題本質，並不是健保制度下的必要之惡！重點在於「不予支付」身上，既然是健保不予支付，應將這部分的醫療費用回歸到醫療服務提供者與使用者間法律關係，依照《民法》債權債務的關係處理！

※ 轉載自 2016 年第 60 卷第 8 期 台北市醫師公會會刊

PROFILE 本文作者



李志宏

- 雙合耳鼻喉科聯合診所負責醫師
- 健保署台北信義門診中心特約主治醫師
- 監察院醫務室特約主治醫師
- 台北市醫師公會第 15、16、17 屆基層醫療委員會委員
- 東吳大學法律學系醫事法律講座兼任講師
- 中華民國藥事品質改革協會第 2 屆、第 3 屆理事
- 台北市醫師公會第 17 屆理事
- 台北市醫師公會第 17 屆會員服務副召集委員



雲林縣診所協會成立回顧記實

文／塗勝雄



民國八十四年三月全民健保倉促上路改變了整體醫療生態與環境，基層醫師感受到財團醫院蠶食鯨吞的壓力，於是北部成立中華民國基層醫療協會，高雄成立中華民國基層醫師協會，台南成立中華民國開業醫師協會，台中也成立台中市診所協會。接著彰化縣、南投縣診所協會紛紛成立。我們雲林縣也在籌備會主委簡光甫醫師與黃英家醫師、蘇訓正醫師的策劃下，並得到彰化縣李武波醫師的指導協助，終於在民國九十年七月八日雲林縣診所協會正式誕生！當時請到德高望重的殷偉哲醫師擔任創會的理事長，協會的會址就設在殷醫師的診所二樓。

協會創立時，剛好基層總額支付制度開始實施，每月只需看診 25 天，給付也按照每日合理門診

量來計算。診所協會協調各診所週末週日輪流看診，藉以提昇醫師的生活品質。為了提昇診所的競爭力，協會與雲科大醫管中心合作，針對會員需求，設計診所管理訓練課程。同時共同採購流感疫苗，由各分區負責人配送至各診所。

民國九十二年健保局開始每年撥款伍百萬元試辦家庭醫師整合照護計劃（社區醫療群），協會與公會積極配合政策，率先在山線和海線分別成立「雲頂」、「雲海」兩個醫療群。包山包海，成為全國最早成立的醫療群。

同年，健保局調降簡表藥價給付，由三天壹百元降到七十五元，大砍將近三成。各地醫師公會對健保局這種粗暴的作法無不提出嚴正的抗議。我們公會賴靖文理事與當時健保局張鴻仁總經理有

同窗的情誼，加上協會蘇慶章醫師及夫人與立委林國華極為熟識。於是由當時醫師公會理事長廖鴻彬出面，商請林國華立委與尹伶瑛立委邀請健保局張鴻仁總經理和國稅局局長南下署立雲林醫院召開公聽會，研議診所執行業務所得成本核定。就是因為張鴻仁總經理聲明診所藥費無差價，診所所得僅來自診察費。因此國稅局局長最後同意，將原本執行數十年的診所醫師執行業務所得必要成本從 72% 調高至 78%。於是，報稅的所得即由 28% 降到 22%，這 6% 的空間讓醫師能因應藥價調降的衝擊。可以說這次執行業務稅率的調降，雲林縣醫師公會與診所協會諸位前輩醫師發揮了成就最後臨門一腳的關鍵角色，也造福了全國的醫師，少繳許多冤枉稅。

當年健保局張鴻仁總經理是醫師出身，深感基層在大醫院的軍備競賽，大肆擴張點值之下，基層申請的點值將大幅萎縮甚至倒閉。於是推出基層總額的政策，也保住了基層院所生存的空間。想想當年前輩醫師能發揮影響力，造就出有利於基層的政策。甚至利用藥價調降的危機，化危機為轉機，爭取到調降所得稅率的成果。這是何等睿智的行為，也讓我們後輩醫師大大受惠。

最近這十幾年，健保局一樣大砍藥價，同樣也把簡表藥費由 75 元調降到 66 元。只見醫界逆來順受，看不到醫界有爭取到什麼對大家有利的事。難道真的是一代不如一代，還是醫師的影響力已江河日下！現在的基層的處境，可以說是暴風雨前的寧靜。雖然基層總額已切割出來，但是醫院魔爪伸向基層，院前診所充斥，車載病人搶市。種種惡性競爭下，診所申請的健保總服務點值（佔率）已由 34% 降到 26%。可以說，大家可分的餅已經越來越小。是我們不夠聰明，還是不夠努力？與前輩醫師的成就相比，我們似乎一事無成。當年，便利商店大肆擴張，最後終於把全國的柑仔店（個人經營的雜貨店）全部消滅。這是財團消滅個體戶最出名的範例。

親財團的政府有替這些柑仔店著想嗎？有給他們一點機會嗎？那麼，診所沒有可能變成下一個柑仔店？全家就是你家！這麼有吸引力的口號每天在電視上催眠著民眾。假如財團醫院或院前診所都像便利商店那麼方便，又到處都有，就在家附近。看病有專車接送，健檢還送便當。進入便利醫院，就可以得到整套完整的服務。那麼診所就變成柑仔店，完全沒有競爭力。

其實，台北市已經是這種情況了，一條捷運線上有五六家醫學中心，大部分的醫師都是在醫院工作，很多診所每天服務不到三十個病人。為什麼會變成這樣？因為，健保署知法玩法，健保法明文規定要實施分級轉診，未經轉診的病人需負擔一定比率的自付額。健保署在財團的壓力下，把定率改為不成比率的定額，公然圖利財團醫院，造成現在醫學中心看小病的亂像。而且診所長期缺乏強有力的組織，替他們發聲，幫他們去影響立委，要求健保署要依法行政。我們雲林縣診所協會成立至今也已經邁入了第十七年，其他縣市也有超過二十年的。雖然都有相當的規模，但是影響力要與醫院醫學中心相比，可能還有點距離。現在我們診所協會全聯會已開始實質運作，展現行動力。但是，醫療生態的改變是時時刻刻在變化！希望大家能學習前輩醫師們的智慧，把握改革的機會。時間是不等人的！一旦錯過了改變的機會，或是選擇了錯誤的方向，可能就會造成無法挽回的後果。

PROFILE 本文作者



塗勝雄

- 雲林縣診所協會理事長
- 中華民國診所協會常務理事
- 西醫基層服務審查南區分會委員



活動花絮



圖1.山海屯診所協會會員大會。 圖2.台中市診所協會會員大會。
圖3.高雄市診所協會會員大會。 圖4.台南市診所協會會員大會。
圖5.雲林縣診所協會會員大會。 圖6.基隆市診所協會會員大會。
圖7.新竹市診所協會會員大會。 圖8.彰化縣診所協會會員大會。
圖9.花蓮縣診所協會會員大會。

FOSAMAX PLUS
alendronate/colecalciferol
福善美保骨錠®
Powered for Bone Strength



BONE CARE
PAIN MANAGEMENT

快速且持續的止痛效果

在一項評估起始作用的臨床研究中：^a

ARCOXIA® (etoricoxib)
服藥後24分鐘即緩解疼痛
止痛效果持續長達24小時

ARCOXIA
(etoricoxib, MSD)



美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司
110台北市信義區信義路五段106號12樓
電話(02) 6631-6000
Copyright © 2015 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A. All rights reserved.
北市衛藥廣字第104070153號
衛署藥輸字第024480號
衛署藥輸字第023983號
衛署藥輸字第023981號
衛署藥輸字第023982號

OSTE-1038703-0002 05/14

萬克適® 錠60, 90 及 120公絲
ARCOXIA® Tablets 60, 90 and 120 mg (etoricoxib, MSD)

適應症：骨關節炎(OA)與類風濕性關節炎(RA)之表徵與症狀的急性治療、治療急性痛風性關節炎、治療原發性經痛、治療僵直性脊椎炎、牙科術後疼痛、婦科術後疼痛。
說明：應依據個別病人的整體危險性評估結果，來決定是否給予COX-2選擇性抑制劑類藥物。
禁忌症：ARCOXIA®禁用的患者：1.對本品之任何成分過敏。2.充血性心臟衰竭(NYHA II-IV)。3.已知患有缺血性心臟病、週邊動脈疾病和/或腦血管疾病(包括最近做過冠狀動脈繞道手術或血管修復手術)。4.血壓持續高於140/90 mmHg且無法有效控制之高血壓病人。

a. ARCOXIA 120 mg 只能用於急性症狀期(最多使用8天)
使用前詳閱說明書警語及注意事項



必達定®

殺菌漱口藥水 125ml

有效預防 口腔感染
 如嘴破、口瘡、牙科手術等

- ✓ 360° 口腔殺菌無死角
- ✓ 不易刺激黏膜，不易染色


 內 郵資已付
 臺北郵局許可證
 臺北字第6734號
 無法投遞時請退回
 雜誌
 中華郵政台中雜字
 第2137號登記證
 登記為雜誌交寄