

多基層第一線

06 2018 冬季號

- **醫政廣場**/談健保藥品價格的不合理之處
- **流威專欄**/開放流感快篩到基層施作的紛擾
- **各地診協介紹**/桃園市、新竹縣診所協會成立紀要



目 錄 CONTENT

編輯室報告

01 I 一路走來,診聯會一直為您發聲 文/王弘傑

理事長的話

02 | 承先啟後,繼往開來 文/曾梓展

監事長的話

05 | 感謝與期許 文/鄭煒達

心心性

07 | 大醫院要「逐年減少健保給付門診人數比例」 文/林釗尚

【健保22年基層的困境與未來-紀實】

- 10 | 第一場:健保盲點與基層困境的法律觀」 紀錄 / 梁雲芳
- 14 | 壯大基層與落實分級醫療 紀錄 / 梁雲芳
- 17 | 第二場: 壯大基層與落實分級醫療 紀錄 / 梁雲芳
- 25 | 第三場:健保如何永續經營 紀錄 / 梁雲芳
- 30 | 部長、署長及委員對本研討會之回應 紀錄 / 梁雲芳

醫政廣場

- 34 | 尊重醫師原有調劑權,醫師得為藥師代理人 文/林釗尚
- 36 | 瓦解部分負擔的布列敦森林 文/黃致仰
- 38 | 談健保藥品價格的不合理之處 文/張延亙

流感專欄

- 41 I 開放流感快篩到基層施作的紛擾 文/許惠春
- 43 | 流感快篩改公費,醫師難為! 文/林恆圭

社區醫療群

46 | 走入社區-診所唯一的路 文/蔡梓鑫

各地診協介紹

- 50 | 桃園市診所協會成立紀要 文/蕭敦仁
- 52 | 新竹縣診所協會成立紀要 文/麥建方

各診協動態報導

54 | 新北健保診所協會江蘇參訪 文/倪小雲·林雪蓉

本屆工作成果報告

- 58 | 本屆診聯會工作成果報告 文/管灶祥
- 68 | 活動照片



■基層第一線 2018年2月 NO.6

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

編輯委員 / 林育慶、林恆圭、張延亙、黃致仰、

塗勝雄、楊玉隆、管灶祥、魏嘉慶。

(依姓氏筆劃排列)

特約撰稿/梁雲芳

設計印刷 / 基盛印刷事業有限公司

發行日期 / 2018年2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

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

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 / 黃致仰 活動副秘書長 / 陳俊宏 學術副秘書長 / 鄭元凱

顧問

邱泰源 蔡明忠 陳宗獻 蘇清泉 林義龍

智庫顧問

施肇榮 蔣世中 李志宏 陳夢熊

秘書處

秘書長/林釗尚(大臺中) 副秘書長/紀乃正(基隆市) 副秘書長/倪小雲(新北市) 副秘書長/卿集鴻(新竹市) 副秘書長/鄭集錦(新大寺中) 副秘書長/廖文鎮(前安神) 副秘書長/吳祥經 (南安縣) 副秘書長/經勝(高麗縣) 副秘書長/蔡昌吳(在蓮縣) 總幹事/陳汶均

理監事

理 事 長 / 曾梓展 (台中市) 常務理事 / 魏重耀 (大臺中) 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(大臺中)

理 事 / 陳俊宏 (大臺中) 理 事 / 管灶祥 (大臺中)

理 事/廖文鎮(台中市)

理事/謝溫國(台中市)理事/易文仁(台中市)

理 事 / 勿又1_ (音中巾) 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 / 祭 場 (台 南 巾) 理 事 / 曾 寧 遠 (花 蓮 縣)

監事長/鄭煒達(台中市)

常務監事 / 彭業聰 (大臺中)

告事/張延亙(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)

/ 注 (化連縣)

總編輯 / 王弘傑

時光荏苒,轉眼間診協全聯會本屆的團隊 上任即將滿二年,大家為了追求更美好的基層 醫療,任期內做了許多的奮鬥。本期內容有二 大主軸:

主軸一是「健保22年基層醫療的困境與 未來」研討會紀實。本研討會由魏重耀常務理 事、曾梓展理事長、各診協理事長、顧問及核 心幹部們歷經三個月的反覆思辯,以下列三個 層面來討論基層醫療未來走向。第一是「從法 律的觀點來看目前健保基層診所的困境」。第 二層面為「如何壯大基層與落實分級醫療」, 從支付面、供給面及制度面來討論這個議題。 第三個方向為「健保如何永續經營」,保險與 福利是不同的制度,健保到底是社會保險還是 福利?官方方向未能確定。目前健保的分級醫 療推不動,醫療資源分配成倒金字塔,如何 在此危機中做好正確的決策,為本研討會的目 標。感謝衛福部陳時中部長、李伯璋署長、 邱泰源理事長、林靜儀委員及數百位基層診所 協會的幹部及醫師的參與。希望此研討會能促 成健保政策在對的時機,往對的方向走,也相 信在最能傾聽醫界聲音的陳部長及李署長領導 下,健保政策的改革應該是指日可待。

第二主軸為「醫政廣場」。首篇絕妙好文 為釗尚秘書長針對藥事法第102條,醫師有親 自調劑藥物的權力,只是被限縮,從各種法律 層面來分析並提出建議,期盼未來的診聯會能 夠繼續爭取醫師調劑權,讓基層診所的方便性 及可近性不因藥師上班時間牽制而受影響。黃 致仰醫師及張延亙醫師分別針對藥品的部分負 擔,從經濟學的角度及醫療政策的角度提出探 討,供執政者好好思考。很多事情不能只有從 政策面去做,要思考到經濟面及人性的角度, 不可一再的壓縮醫療機構的生存空間,讓醫療 人員在總額折付的限制下,持續無止境的提供 醫療服務。錯誤的政策是將醫療推向崩壞造成 五大皆空的元兇,希望決策當局能在藥品政策 中好好思考。

本屆任期即將在本刊發行後告一段落,很 感謝各位夥伴的幫忙,特別感謝文書副秘書長 黃致仰醫師出錢出力,不僅惠賜稿件並傾力協 助校對。另外感謝管灶祥理事、林育慶醫師、 楊玉隆醫師、林恆圭醫師、魏嘉慶醫師等協助 每期專題的構思及審稿,最後感謝曾梓展理事 長、魏重耀召集人、林釗尚秘書長及陳汶均總 幹事的協助,才能成就這本討論醫療政策的雜 誌。希望《基層第一線》能讓醫界對醫療政策 不只是抱怨,而是能夠提出實質對民眾健康有 幫助的建言,供決策者參考並落實改善醫療環 境。











理事長的話 承先啟後,繼往開來

文/曾梓展

成功的醫療政策研討會

各位親愛的會員及基層夥伴們,歷經了三個多月的腦力激盪、規劃設計及演練安排,在本會全體核心幹部的努力之下,我們終於如願以償地完成了自創會以來首度大型全國的醫療政策研討會。我們很榮幸邀請到了關心我們的衛福部陳時中部長、李伯璋署長、醫師公會全聯會邱泰源理事長、林靜儀立法委員、台中市衛生局呂宗學局長、中區方志琳組長等長官,還有全國許多縣市醫師公會的理事長、幹部別上我們自己全國14個診所協會的理事長與幹部們,以及關心此議題的會員來共襄盛舉本次活動不但凝聚了基層的共識,展現大團結帶別走醫療界的產、官、學及媒體的重視;更希望藉此研討會的成功,能夠據經

營以及基層的命脈打開一條生存之路,我們這次活動的目的就達到了!

多方面的活動參與

最近這半年多來(五月至十一月)弟及幹 部積極地出席了許多不同的會議及活動,簡略 報告如下:

- 1. 五月參加衛福部的「醫療費用收費標準核定作業參考原則」會議。會中大幅放寬自費醫療的費用上限(原本是醫學中心健保支付標準兩倍以下的範圍,現在已不再限制),改由地方衛生主管機關依權職來核定收費。
- 六月及八月醫事司召開兩次「遠距醫療之法規限制」研商會議,目前爭議頗多尚未定案。
- 3. 受邀參加藥師公會全聯會舉辦的「社區藥局未來執業型態與藥政管理趨勢探討」研討



會,在會中與藥師公會全聯會代表舌槍唇 戰,為醫師的緊急調劑權努力溝通。

- 4. 七月疾管署召開「愛滋病防治及感染者權益 保障及雲端藥歷溝通會議」,原本會議結論 建議不開放愛滋病人的病歷給基層診所知 曉,但經弟向疾管署抗議之後,八月又重新 召開一次溝通會議,最後決議還是全面開放 愛滋病人的病歷給全部醫療院所,保障了我 們對任何病人皆能知悉病情的合法權益。
- 5. 由於今年醫療資源不足地區的健保收入成本仍然是0.78(資源不足地區保障一點一元),盧秀燕立委於七月再度邀請本會參加税務協商會議,要求賦稅署對偏鄉醫療資源不足地區的健保收入成本應該以0.8來核定,賦稅署已同意。
- 6. 在七至九月多次參加全聯會的107年基層總

額的預算協商會議,因為付費者代表不合理的封殺我們的需求,我們全力支持全聯會的 "協商破局"之決議,另行在衛福部內部繼續為基層爭取更多的資源。

- 7. 弟因職務之故多次受邀參加台中榮總舉辦的 醫院及基層診所有關分級醫療、居家醫療以 及網路醫療等座談會,也參加了台中榮總醫 院內的共識營,獲益良多。
- 邀請衛福部社保司商東福司長前來本會演講 有關衛福部的健保財務及未來三代健保的規 劃方向。



- 1. 十月參加新北市健保診所協會舉辦的兩岸醫療訪問團,行程包括赴蘇州參訪以增廣見聞,對大陸官方規劃的分級醫療印象深刻。
- 10. 受邀至成大醫學院為醫學系學生上課,主題是:「認識醫療相關組織--如何為基層醫師爭取權益」。

上述工作都是因診所協會全聯會的成立 後,經大家的努力以致聲名鵲起,受到衛福部 等長官的重視,才能多次參加衛福部的各種與 基層有關的政策會議;除此之外本會也受到了 社會各界矚目,而能受邀參與各類相關活動。 本會將擴大更多的幹部參與政策制定智囊團及 工作的分享,藉此將寶貴的經驗與成長的智慧 繼續傳承下去,這絕對是本會未來努力的重大 工作項目之一!

中部醫療群執行中心

106年初在台中市診所協會新成立了一個醫療群執行中心,總共號召了一百多位基層醫師組成了12群的醫療群來聯合運作,成效備受好評。107年我們擴大規模,以診所協會全聯會聯合台中市及大台中診協的力量,分別在兩區各號召了14及17個醫療群來合署辦公,成為一個規模31群的中部地區大型醫療群執行中心。我們的構想是藉由合署辦公、分別或聯合活動,建立資源共享、團結合作的模式,以籌設一個完全由基層診所來主導執行中心的典範。我們期待未來經由這個執行中心的務實運作,除了將家醫整合照護計劃做好之外,也能夠集

中力量來聯合爭取居家醫療資源,以共同面對 未來的醫療及長照制度的變化與挑戰。

新診協成立擴大參與

很開心的向大家報告,今年六月及十一月 桃園市診所協會及新竹縣診所協會相繼成立。 恭喜桃園市的蕭敦仁醫師及新竹縣的麥建方醫 師分別當選創會理事長。因為他們的熱心奔走 與無私的付出,凝聚了當地基層醫師的團結支 持之心,一起創建了診所協會,不但打開了全 國知名度,也受到地方政府及媒體的重視。我 們堅決相信:經由診協全聯會與各地的診所協 會相互提攜,相互支持才能真正地「壯大基 層」,讓基層診所有個堅實的靠背來永續經 營。此外,我們也團結聯手並積極地為我們基 層的會員創造更多的福利,鼓勵大家走入社區 參與社會活動,提升基層的社會形象,增進民 眾對診所的信任感。讓我們一起努力打拼吧!

PROFILE 本文作者

現伯

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

經歷

▲台中市診所協會理事長



監事長的話感謝與期許



文/鄭煒達



身為診所協會全聯會(簡稱診全聯)的監察人,兩年很快就過了,這兩年在曾梓展理事長的領導之下,診全聯迅速蓬勃發展,串起全國的診所協會,同時診全聯的理監事積極的參與各地診所協會的會員大會及會議,也讓全國診所動起來,對於即將卸任的我,對未來接任的團隊有下列期許,希望未來的理事長能延續推動曾理事長的政策並擴大,讓更多的診所醫師能夠參與,以解決基層診所執業的困境:

1.繼任的理事長及理監事團隊的目標,能持續協助尚未成立診所協會的縣市,讓全國每一個縣市都能成立診所協會,並加入診所協會 全國聯合會。

- 2. 106年12月3日的研討會造成很大的迴響,衛生福利部部長、健保署署長及各界長官嘉賓都蒞臨指導,會中討論了居家醫療及經驗分享,同時並積極的討論分級醫療,由各地區診所協會理監事參與討論,提出基層的困境,借此研討會活動,將意見立即反映給決策高層參考,也盼未來這樣的活動能夠持續,讓基層的生存空間能夠更好。
- 3. 籌措經費也是未來積極推動的目標,除了會費收入及理監事的捐款外,大家可以努力去構思,如何挹注更多財源,讓各個地區的診所協會在經費方面不會有很大的負擔,可透過舉辦全國性的活動,動員相關的廠商,從醫藥、汽車、金融甚至房地產,只要對會員有幫助的都可以引進或合作介紹給會員認識,提升會員的福利,並讓診全聯的經費充足,以支持活動的推動與品質。
- 4. 除了診所協會的參與之外,也期望質與量的 提升;我在台中市診所協會理事長任內,與



大台中診所協會合組了「台中市診所協會醫療群執行中心」,一年下來已有了顯著的成果,107年開始我們將以「中部醫療群執行中心」推廣到其他縣市,如彰化、南投、雲林、新竹、苗栗,慢慢地擴大,未來的居家醫療、長照都與醫療群息息相關,若能串建全省的醫師一起來參與,從政策執行到推動及組織的建立,醫藥及設備的團購,讓這股強大的力量,影響並受惠全國的開業醫師,我想這個目標是可行的,冀望下任的理事長也能加入這個「中部醫療群執行中心」的團隊,慢慢把執行中心的業務擴大,即使在今年無法完全整合,但能列入成為下年度目標,期望診全聯下任的團隊能繼續推動。

5. 台灣的醫療在世界首屈一指,醫療產業的輸出可以讓診所在健保以外有新的活路,全國診所的生存除了健保、居家醫療以外,應以團體的方式推動自費的市場,甚至往海外輸出,目前西向在政府政策之下已非可行的重點,但有意願西進的診所,亦可透過診協全聯會的協助,來取得大陸醫師資格申請,讓國內診所的醫師有到對岸執業的機會,在對

岸建立診所及診療中心。同時也可經由團隊 的運作,讓台灣的醫療有走向世界的機會; 再者配合政府的南向政策,可由診全聯邀請 有南向經驗的醫師及學者一起成立團隊,協 助有意願至東南亞開業的醫師,不管是獨資 或合資都是可行的方式,讓醫師有機會在東 南亞落地生根,這些期待對於診所醫師是相 當重要的,期望接下來的團隊能繼續推動。

PROFILE 本文作者

現任

- ▲台中市診所協會顧問
- ▲中華民國診所協會全國聯合會監事長
- ▲台中市醫師公會監事
- ▲台灣兒科醫學會常務理事
- ▲鄭煒達診所院長

經歷

▲台中市診所協會理事長



鄭煒達 醫師



人醫院要「逐年減少健保 給付門診人數比例」

文 / 林釗尚

健保已實施22年了,卻沒有同步做好分級 醫療與雙向轉診,主要原因是台灣目前醫療制 度無法限制民眾輕症或鼓勵民眾優先到基層院 所就醫,這是分級醫療最大的問題!

為落實分級醫療,衛福部健保署去年訂出 分級醫療六大策略中,原本要求區域醫院、醫 學中心輕症收治件數必須較去年下降10%,超 出部分不予給付,但根據健保署監測全台區域 醫院、醫學中心發現,有些醫院輕症比率突然 快速下降大於10%,但整體門診量未改變,無 法達到原本的目標;所以近期又研擬分級醫療 新措施,預計今年起,要求醫學中心、區域醫 院門診量逐年減二%,目標五年內減少十%, 超過部分可能不予給付;若以去年門診量計 算,恐有高達七百萬人次會受影響。

依據健保署統計,醫學中心總門診量從 二〇一〇年的二五六二萬件成長至去年三〇 六九萬件,區域醫院更從三三四六萬件成長至 四一一四萬件;而醫學中心收治上呼吸道感 染、結膜炎、擦傷、皮膚黴菌病等診所可以處 理診治的初級照護率約十二%至十四%不等, 區域醫院更近二十%,平均每五至八名病人就 有一名輕症,這反而會排擠需要大醫院處理的 重症患者。 目前台灣的民眾就醫型態與習慣,與國外 先進國家截然不同。許多歐美國家,民眾生病 時會先找家庭醫師,必要時,家庭醫師會把需 進一步診療的病患轉診到醫院。如此,醫院與 診所各司其職,診所成為提供病患初級及全面 性照護的第一站,而醫院則更有餘力專注發展 重症治療與臨床醫學研究。

但根據健保署資料統計,目前全台每日門 診量高達100萬件,但從各層級特約院所門診 量的占率,2006年醫學中心、區域醫院、地區 醫院和基層診所分別是8.4%、10.2%、11.2%及 70.2%;如果趨勢維持不變,到了2020年各層 級的占率,將分別來到11.5%、15.2%、8.4%及 64.8%,换言之,屆時每天會有超過四分之一 的門診量湧向醫學中心與區域醫院,而基層院 所提供的診療服務則大幅萎縮。如此一來,診 所、地區醫院、區域醫院與醫學中心反而成為 不穩定的倒金字塔,此時醫院持續收治過多的 輕症病患,勢必會排擠到其他急、重症病人的 救治,不僅醫療支出會加速成長,而病人卻無 法獲得應有的照顧,如此絕非全民之福, 一定 要重新扭轉已嚴重失衡的醫療生態,才可以確 保健保永續經營,讓全體民眾都能受惠。

分級醫療基層準備好了!

要達成分級醫療的目標,就要鼓勵民眾分級就醫及適度限制病人就醫層級。以目前基層診所的密集度普及狀況來看,資源與能量是足夠的,因為:

- 1. 台灣的診所醫師與國外不同,乃在開業醫師 大多是專科醫師,能提供給患者的治療都是 專業的;若需要檢驗的項目,也都有配合的 醫事檢驗所可做,所以支援檢驗的設備是足 夠的,只是卡在基層總額預算限制,讓基層 醫師綁手綁腳(有些檢查項目限制只能在醫 院做,基層診所做了則有可能被核刪,而有 做白工的情況),無法施展在醫院學有專精 的各次專科領域的十八般武藝。
- 2. 加上今年開放基層檢驗跨表表別,擴大診所服務範疇,更提升了基層的服務量能,讓民眾不會因某些檢查、檢驗或處置,因為原本是B表限制於醫院執行,而僅能至醫院就醫。所以開放基層檢驗跨表,這對於壯大基層服務能力是有幫助的,都是朝分級醫療努力的方向,只是建議健保署及健保會編列足額的基層總額預算,不要擠壓到其他原本的總額,更不要讓基層診所在開放基層表別項目做的檢查,因爆量申報又被七折八扣,甚至對折,這真的是情何以堪,
- 3. 而且基層醫師長期在地方耕 耘,病人數較大醫院少很多, 通常對病人比較熟悉,看久了 多數與病人變成朋友,也對病 人的家庭成員及生活習性比較 了解。家庭醫生對患者的身體 狀況及生活習慣通通都一清二 楚,哪些藥會比較有效,哪些

也是讓大家最擔心的。

抗生素可以吃或不可以吃都明瞭。比較能夠做到3C2A一即周全性(comprehensive)、持續性(continuing)、協調性(coordinated)、可近性(accessible)與負責性(accountable)的全人醫療照護。

分級醫療的精神是患者有病先找在基層的家庭醫師。但目前一切以民粹為導向的政策,也有人認為若擴張醫學中心門診,甚至鼓勵醫學中心設立門診、聯合醫院對病人來說也沒有不好,在民眾是受歡迎的,但長期對整個醫療環境一定是受害的,反而造成血汗醫療及五大皆空。因為目前的基層診所,就像便利商店一樣分布廣泛數量眾多,就醫相當便利有效率;而大醫院數量少很多,畢竟醫院需要較大範圍的人口數才能滿足設置需求,跟大賣場有點像。但社會資源是有限的,試想像全台灣便利商店全部消失只剩大賣場的狀況,民眾買東西真的會比較方便嗎?

所以在台灣理想中的醫療分級制度設計,應該是患者應先到附近診所就診,若需至區域醫院或醫學中心,才經由診所醫師(gate keeper)轉診到醫學中心或區域醫院進一步診斷與治療。這是最有效率的,也是最佳的分工狀況。



但台灣目前分級醫療的最大的困難在於:

- 1. 民眾就醫行為難改變。
- 2. 難以扭轉醫院目前大多數計算醫師薪酬的業績制。
- 3. 還有救治急重症健保給付點數過低,導致醫學中心或區域醫院還是要靠門診去養住院,而不能光憑治療急重症病人即能存活。有鑑於此,今年健保署醫院總額提撥新台幣60億元用於調高重症支付標準,其中最大宗的是投入15.96億元用於調高各醫院加護病房住院診察費,投入13.46億元調高外科手術支付標準,投入25.13億元調高麻醉、產科、兒科及內科支付標準及5.45億元用於調高急診支付點數,藉此鼓勵各醫院多費心照顧急重症患者。並且放寬急診診察費例假日加成時間,由原規定例假日「週六之中午12時起至週日24時止加成20%」,強為「週六零時起至週日24時止加成20%」,藉此鼓勵各醫院多費心照顧急重症患者。

國外大醫院的制度,平時門診並無病患自 行就診,而是靠基層診所醫師轉介。在台灣此 種醫療診病文化似乎尚未形成,這就是分級醫 療最難做到的部分。

建議衛福部健保署應持續朝分級醫療架構推動,落實推動醫學中心、區域醫院門診量逐年減二%,目標五年內減少十%,超過部分可能不予給付的政策,最終應該是輕症均不予給付或與基層給付相同。另外也要大額提高轉診患者的給付,而且亦應適度限制病人就醫層級,這是分級醫療成功與否的關鍵。

PROFILE 本文作者

現任

- ▲中華民國診所協會全國聯合會秘書長
- ▲臺中市大臺中診所協會理事長
- ▲臺中市大臺中醫師公會理事
- ▲台灣兒科醫學會理事
- ▲林釗尚小兒科診所院長



林釗尚 醫師





健保22年 研討會 基層醫療的困境與未來

2017.12月3日 星期日 14:00-18:00

地點/ 南山人壽教育訓練中心 台中市烏日區成功西路300號



中華民國診所協會全國聯合會主辦

指導單位:



衛生福利部中央健康保險署



中華民國醫師公會全國聯合會

健保22年

基層醫療的困境與未來研討會

文/梁雲芳

民國一〇六年十二月三日下午二點,中 華民國診所協會全國聯合會邀集全國各地診所 協會舉辦「健保22年基層的困境與未來」研 討會,分別針對「健保盲點與基層困境的法律 觀」、「壯大基層與落實分級醫療」、「健保 如何永續經營」三大主題進行研討,計有從北 部宜蘭、基隆到南部高雄、澎湖,再到東部花 蓮、西部雲林、嘉義等三百多位診所醫師蒞臨 研討會現場,健保署署長李伯璋、立委林靜儀 全程參與,衛生福利部部長陳時中、中華民國 醫師公會全國聯合會理事長暨現任立委邱泰源 也到場致意。透過此研討會的舉辦,本會冀盼 中央主管機關能夠重視基層醫療的困境,儘速 提出解決方案,讓整體醫療資源的分配更有效 率,以利基層醫師成為民眾健康的守門人。健 保署長李伯璋並表達戮力落實分級制度,務實

修法訂出民眾可負擔的比率。

本次研討會共有來自全國各地學者、醫師提出報告及建言,中央與會主管也提出善意回應,本刊匯整精華內容,分別以三大主題刊載,供本會會員參閱。

主題1:健保盲點與基層困境的法律觀

主持兼引言人:蔡明忠醫師/

前醫師公會全國聯合會秘書長



全民健康保險(簡稱全民健保)是強制性保險,法源依據《中華民國憲法增修條文》實施的全民醫療保險制度,二十二年前,時值民國八十四年一月一日,行政院衛生署正式成立中央健康保險局,三月一日全面實施全民健康保險。

全民健保的核心價值是「就醫平權」,各個社會階層均霑享有醫療服務的保障,只是一路走來已屆成人年齡的健保制度爭議不斷,尤其是全民健保實施後,醫療院所的收入與健保給付之間的分配不均,例如:基層醫療總額、基層醫療院所浮動點值給付、轉診制度無法落實、民眾部份負擔過低等困境都是爭議焦點,本主題是從法律觀點探討全民健保實施迄今,為何會形成基層醫療的困境,以期回歸到健保法規的基本制定面。

與談人: 張惠東教授/

國立臺北大學法律學院

主題:基層健保的錯誤與困境



我國與法國公醫制度比較

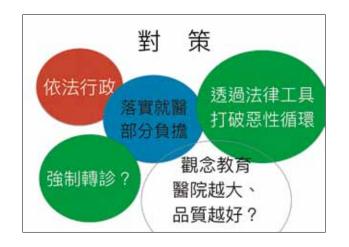
中華民國與法國都是根據憲法主張推行公醫制國家,中華民國憲法第157條曾提及「國家為增進民族健康,應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」,與法國憲法精神相同,但兩國醫療給付有很大不同。台灣民眾就醫時,只需支付個人醫療費用,中央健保署再採用計酬制

度支付給醫療院所。法國民眾需先支付所有醫療費用,再由公醫部門與民眾結算所須負擔費用,醫師不用處理任何醫療行政作業。

法國民眾需要住院時,必須持有家庭醫師、診所醫師開立的轉診單前往醫院,沒有轉診單,病人不能住院。病人充分享有安靜就醫環境,住院期間全由醫護人員照護,親朋好友不用到院陪同。

雙向轉診關鍵在於沒有落實

法國民眾沒有家庭醫師開立的轉診單,住院的難度可用「門兒都沒有」説明。在台灣,健保署制定的轉診實施條文規定完備,為何沒有做到?關鍵在於沒有落實。





與談人:李志宏醫師/

診所協會全國聯合會智庫顧問

主題:分級醫療知多少?



分級醫療權責尚未釐清

健保署從民國一〇六年四月推動分級醫療,未經轉診,門診費用將漲六〇元,但從TVBS一〇六年十一月十七日播出的「直擊臺大醫院半夜排隊掛號現象」新聞,顯示健保署以價制量的醫療分級制度,目前尚未落實。醫療法第88條已明文規定分級醫療,立法機關是衛福部醫事司,再交由中央健保署,擬定六大策略及24項配套措施進行分級醫療推動,顯見分級醫療管轄單位應是醫事司,而非健保署,必須釐清。

各國雙向轉診制度簡介

英國:是NHS公醫制,實施全科醫生GP守門人制度。採「基層首診、雙向轉診」,90%病人在初級診療階段就可以治癒,其他10%重、急症患者需由GP、地區性綜合醫院進行雙向轉診做二級治療,包含住院及出院的醫療服務,三級治療是接受二級治療轉診的病人,由專科醫院及教學醫院負責。

日本:採區域醫療層級式分級診療,劃 分一次、二次、三次醫療圈,一次提供門診服務,二次提供住院服務,三次提供高階住院服務。需持診所醫生轉診單才能到上一級醫療機構治療,直接跳過一次,選擇二、三次醫療圈治療,全部自費外,還需繳納一筆費用,金額不等。 大陸:採基層首診、雙向轉診分級診療制度。目前大陸上海、東莞、青島的醫院及專科醫院已不設門診,只接受疑難雜症病人及住院病人。

美國:採家庭醫師制度,是以價格為導向的轉診治度。

台灣:採取的部分負擔,難道是分級醫療?分級醫療核心是「基層首診,雙向轉診」,期待霧茫茫的健保早日變晴天。

與談人:施肇榮醫師/

前醫師公會全聯會常務理事暨醫 事法規副召委

主題:部分負擔暨轉診制度



部份負擔執行不力

部份負擔實施目的,一是於強化病人責任,降低道德危害,減少醫療資源不當使用。 二是健全財務。財務短絀已是健保難以解決的 沉疴,部份負擔可抑制醫療費用快速上升。部 份負擔是依照六項原則規畫,協助分級醫療及 轉診制度的實施是其中一項,但實施過程,出 現不少執行不力問題,例如:為減輕需經常 就醫的弱勢族群經濟負擔,取消高診次部份負 擔;實施20%檢查檢驗部分負擔、上限300元 後,民眾檢驗率並未下降,因而取消;每次每 年門診次數超過12次,即應採行自負額制度, 100年刪除條文。

依法行政沒有例外

轉診制度已有法源基礎,就應落實,不應

例外為原則,原則淪為例外。不經轉診,病人 應自行負擔其百分之三十、百分之四十及百分 之五十,至於需不需要修正,依法行政之後, 視實施狀況後再行討論。

與談人:黃品欽律師/

大願法律事務所

主題:健保盲點與基層困境的法律觀



重視健保詐欺五大查覈調查流程

目前基層院所涉及健保詐欺案件數目日 漸增多,全民健康保險醫事服務機構及管理辦 法第39條規定若有以下五款違規情事會有罰 則,基層最常見的違規情事有兩大項目,一是 虛報,二是不實申報,常見型態有補卡又多刷 卡、診所已給藥,藥局又申報費用、病人未進 診間、病人檢舉等。

醫師涉及健保詐欺,多半是醫師給病人方 便引起。以精神科醫師案例説明,因醫病關係 融洽,病人掛號後,未進入診間,已將藥單開 好,病人取藥後即離去。後稽查人員登門後, 依照五大流程處理:訪談病人→稽查診所情況 →訪談醫師、員工→做出裁罰→移送地檢署。

這位醫師與不少醫師看法相似,誤以為罰則出爐後,繳完罰鍰就可以再行看診,未料不久後,已經移送地檢署。審理時發現訪談病人時留下的記錄,與病人做證陳述不同,最後是不起訴。

全民健康法第81條規定「處以二倍至二十倍之罰鍰」及「其涉及刑責者,移送司法機關辦理」,至於移送地檢署的裁罰,則由法官裁定。 另依據全民健康保險醫事服務機構及管理辦法第39條規定「予以停約一個月至三個月」。

免於觸法保平安作法

為免於觸法困擾,「進診間、説説話、寫下來」是必要看診過程,不可輕忽。稽查人員到訪時,需留意五大流程每一細項及謹慎對話,因為每一句話都會製成筆錄,影響未來判決。





報告人:黃啟嘉醫師/

醫師公會全聯會基層委員會召委

主題: 壯大基層與落實分級醫療



基層醫療的追求、口號及特色



基層醫療人、物力不比醫院,基層醫療追求的是「財務健全、行政簡便、專業尊重」。 感謝健保署李伯璋署長與全聯會邱泰源理事長 迅速回應協助解決許多基層醫療的行政簡化需求,同時建議健保署應制定財務、行政簡化懶 人包,任何相關行政措施先與相關資訊廠商開會,再請他們指導基層醫師進行操作,省時省力,又可快速達成行政目標。

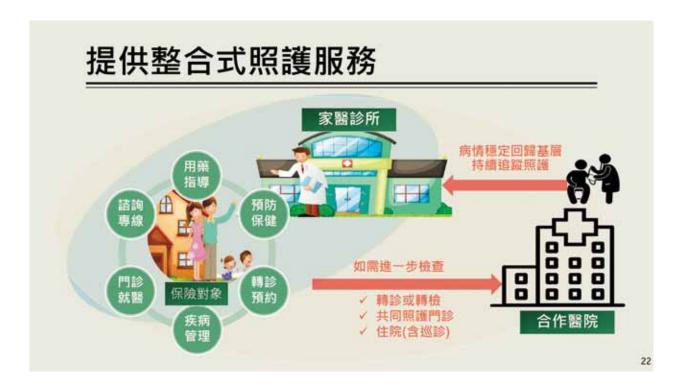
台灣就醫太便利,導致基層診所醫師看病專業不受病人的尊重,致使從早看到晚,甚至 犧牲假日生活,西醫基層希望未來採用七十% 預約門診制,這是民眾自我健康管理意識的進步,以及對醫療專業的尊重,期望基層夥伴朝此一目標前進。 分級醫療應要從病人觀點來談,病人會問:「為什麼要到診所就醫?」而我們的説明是:「如果大家都去大醫院看病,大醫院還需要開很多家,但大醫院的經營成本很高,你繳交的健保費用相對會增加。」所以基層醫療的口號是:「到診所看病,方便、便宜,又有品質」。

基層門診與醫院門診性質不同,診所是全面性照顧,而且是從生活習慣、全家人病史、維護人際關係做起,但醫院門診性質比較不適合做深度的人文關懷及全面性照顧。

總額預算公式化檢討之必要性

西醫基層健保總額預算採用總額上限制,由於總額固定,需預先依據醫療服務之成本及預估服務量之成長率,設定健康保險支出的年度預算總額,其中最重要的是成長率,公式為「前一年度全民健保醫療給付費用X(1+當年全民健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值)」。這幾年醫界花了不少時間去瞭解總額支付制度中的「非協商因素」,其中有下列兩項,是本屆全聯會在邱泰源理事長指示研究後提出的變動訴求。

第一項是:人口結構改變率。一〇六年,在全聯會邱泰源理事長指示下,本會針對人口結構對醫療費用之影響率、投保人口預估成長率兩大因素做了研究,原本公式為「1+人口結構對醫療費用之影響率+醫療服務成本指數改變率)X(1+投保人口預估成長率)」,最後建議人口結構對醫療費用之影響的改變從「現行的五歲為一組,改以一歲為一組」來計算,此項改變,可以提高公式對人口老化的敏感



度,以一年為一組,可以反映即時的醫療費用 的成長。

第二項是:投保人口預估成長率。目前是 採用國發會公布「人口推計」中的人口總增加 數之「中推計」數值,建議改採「最近一年可 取得實際投保人口數成長率」,因為實際投保 人數,更可以反映實質健保醫療需求。

有些醫院醫師會以為全聯會大多只是爭取 基層醫師的權益,其實兩者是相輔相成,全聯 會的公式修正貼近實際醫療現況時,公道會還 給醫院及基層所有的醫師。此外,全聯會秉持 邱泰源理事長的指示,深信有健全的醫院執業 環境,基層醫師才有好的專業後盾,有良好的 基層執業環境,醫院醫師才有好的社會後盾, 醫院及基層的醫師一榮俱榮,一辱俱辱。對於 全聯會而言,無論醫院,還是基層醫師的權 益,都是不可推卸的責任。

落實分級醫療需從慢性病做起四大作法

分級醫療的落實,需從慢性病做起,該怎

麼做?以下提出四大作法提供作為參考。

一是「為兼顧慢性病照護及照護品質,需有財務挹注」。健保統計資料發現,基層申報件數及費用占率不成比例,代表西醫基層以平均二〇%左右的低廉費用,需支持平均三七%的醫療件數,顯然不合理,如果慢性病到基層醫療,又需照護品質,必須有財務挹注。

二是「開放基層表別」。西醫基層醫療主張以「可壯大基層醫療」、「後續可在基層院所繼續治療」及「排除院前診所為軍備競賽施行之項目」為開放原則,目的是該讓基層醫生實施的醫療就應留在基層後續治療。衛福部公告自一〇六年五月一日起實施「18005C,超音波心臟圖(包括單面、雙面)」等二十五項開放表別項目,包括檢驗、檢查、處置、手術項目、流感快篩造予開放,以擴大基層服務量能。原來流感快篩並不開放給兼任醫師執行,是擔心院前診所的競爭,後來發現會對許多診所造成衝擊,所以全聯會從善如流之下也開放。

此外為了配合分級醫療政策,落實醫療體



家醫計畫-106年執行情形1/2 預算數 11.8@ 15.00 4億 (33.89%) 414 494 (+80) 526 112 (27.05%) 報65數 診所數 3,067 3,590 (+533) 4,063 1,006 (32.9%) 收索人數 2,503,757 约413萬人 (+80MA) (58.61%)

系分工,中央健康保險署鼓勵特約醫事服務機構建立轉診合作機制,一〇七年增列西醫基層一點二九億元預算用於轉診個案,另編列「基層總額轉診型態調整費用」一三點五億元,鼓勵基層醫師務必讓慢性病人留在基層診所接受全人的照顧,目前分級醫療對基層醫療的可能衝擊已經編列預算,希望基層醫師持續耕耘轉診計畫。

三是「轉診制度尚需努力」。醫院轉診 概況可分為「視同轉診案件」、「接受轉診案 件」,但視同轉診案件並不是真正轉診,占有 率卻高達八三%,接受轉診案件只有一七%, 所以看到轉診數字時,需要釐請兩者之間的不 同,也就是説轉診概況仍需努力。至於接受轉 診之來源,基層轉診仍是最主要的來源。

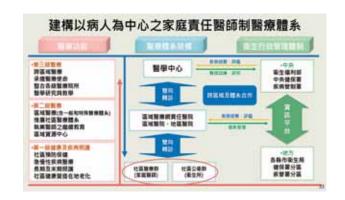
四是「部分負擔回歸定率制」。全民健康保險法第四十三條規定,「不經轉診,於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者,應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十」,但該法案並沒有真正執行,提議如果降為百分之十、百分之二十及百分之三十,當然降多少比例可以討論,至少可以變成可以執行的法律條文,請大家思考。

一〇六年家醫計畫執行情形

中央健康保險署為擴大醫療群參與家醫計畫,放計畫,積極推展社區醫療群參與家醫計畫,放

寬次醫療區組群條件,一〇六年上半年家醫計畫收案人數、醫師數和診所數不但大幅增加,甚至超過預期人數,今年五月份精算財務後,發現點值預算增加四億多元,收案人數竟增加一五三萬件,病案超收結果,基層醫療總額點值大幅度下滑低至〇點四,全聯會及時向署長反映後,署方從善如流及時採取暫緩第二批收案的作業。才沒有讓一〇六年家醫計畫財務出現崩盤現象,對於署方的及時回應,全聯會致最大謝忱。

一〇七年總額預算進行協商時,原本估計家醫財務計畫為八點五億,西醫基層希望增加到十三億,目的是彌補今年收案人數超收,點值下降的情況,雖然最後協商破裂,但在場學者專家都支持我們的作法,畢竟數字清楚顯現實際的收案人數,本來就該支付。目前瞭解陳部長簽署的是全聯會版本,但必須跟所有基層醫師呼籲,必須積極執行各項家醫計畫,讓民眾得到更完備的醫療照護。





主題2:壯大基層與落實分級醫療

主持兼引言人:魏重耀醫師/

大台中醫師公會副理事長



為提高醫療照護品質、減少醫療資源浪費,讓健保永續經營,分級醫療是相當重要的措施,前提是必須透過良好分流分工體系壯大基層醫療,提供民眾更好的醫療照護品質,來自花蓮縣、基隆市、新北市、桃園市、新竹縣、台中市、大台中、彰化縣、南投縣、嘉義市、台南市、商雄市资的協會十四位理事長,展現「基層準備好了」的實力,分別以三個面向呈現具體而微的作法,一是支付面,題綱是「強化基層醫療功能」,三是供給面,題綱是「強化基層醫療功能」,三是制度面,題綱是「分級醫療的基石」,第三是制度面,題綱是「分級醫療的基石」,冀盼衛福部正視基層醫療發展,提供相對醫療資源,攜手壯大基層及落實分級醫療。

支付面/踏出分級醫療第一步: 推動慢性病回歸基層

與談人:陳宏麟醫師/

南投縣西醫診所協會理事長

主題:慢性病 vs.基層



台灣醫療照護品質全球排名落後

2017年5月知名醫學期刊《刺胳針(The Lancet)》發布最新全球醫療照護品質排行,包括腦血管疾病、缺血性心臟病、糖尿病、慢性腎臟病等慢性病,在一九五個國家中,台灣位居第四十五名,比起鄰近日本排名十一、新加坡第二十一、南韓第二十三來得差,醫界一片譁然。

慢性病有兩大特點,一是沒有感覺的 「漸」,等到發生時,就會出現「驚」,包括 醫療成本上升的驚。慢性病需要長期性醫治, 必須從預防做起,且需長時期關懷及支持,包含飲食、運動、量測血糖等方面的建立,台灣全球醫療照護品質排行落後,顯見關懷及支持的作法必須有所調整。

慢性病在基層醫治值得期待

基層醫療醫治慢性病的作法值得期待,因為可近性、持續性的特性剛好符合這方面的需求,可以實現從出生到臨終的全方位關懷,當有新藥發展時,糖尿病、肺阻塞等慢性病患者,可以透過基層醫療的整合照護,就近得到完整照顧。以本人經營診所為例,糖尿病患者採取百分百收案的盡責度,與地區醫院、衛生機構做比較,ABC達標度名列前茅,基層醫療的分佈藍圖是「基層的住院部在醫院,醫院的門診部在基層」,既是如此,基層醫師就必須得到合理的待遇。





健保 等一費 調好 成是當院 等,是 的慢 然 , 是性疾 錢性 人 照 不, 但 成 醫 無 類 之 浪 強 顧 要 就 是 為 療

資源,就是花錢,因此基層診所需與醫院合作才是王道,以下是本人的期待,供大家參考:用「義中求利,利中行義」追求院所之間的平衡,用「偶遇轉型,信任關係」追求醫療服務品質,用「存以善心、施以良方」獲取病人的口碑、用「在地醫療、國際品質」的態度行醫。

與談人:塗勝雄醫師/

雲林縣診所協會理事長

主題:慢性病連續處方箋存與廢



慢性病連續處方箋有必要檢討

慢性病連續處方箋的開立,是依據全民 健保慢性病連續處方箋調劑作業要點所規定, 「特約醫療機構醫師經確認慢性病患之病情穩 定,僅須長期使用同一處方藥品治療時,得開 給連續處方箋」,但已於九十二年廢除,目前 還在使用,有違反醫師法第十一條之嫌:「醫 師非親自診察,不得施行治療、開給方劑或交 付診斷書。」違反理由是醫師法位階高於處方 箋調劑作業要點。而且慢性病連續處方箋違反 使用者付費原則,對非慢性病患非常不公平。

慢性病連續處方箋原是病情穩定的鼓勵措施,目前卻已成節省看診支出的手段,一位糖尿病患者,未遵從醫囑控制飲食,糖化血色素九點二,要求醫師開立慢性病連續處方箋,A醫師婉拒開立,病患轉而求診B醫師,B醫師為顧及醫病關係,開立連續處方箋,請問如此作法真的對病人有益嗎?另外有些病人的慢性病藥物不只一種,常有五、六種,病人真的會服用嗎?藥物濫用對健保制度沒有傷害嗎?

回歸醫師臨床裁量權創造三贏做法

患者的病情已經穩定,又何必要求病患第 二、三次前來醫院診所藥局拿藥?本人建議應 是回歸醫師臨床裁量權,如果確定病情穩定,就可開予一~三個月的處方箋,藥品部份付擔 上限 二百元,也不會增加病患負擔。健保署提 案慢性病連續處方箋藥品免部分負擔,最快明 年三月取消,基層醫師會鼎力支持,本人認為 這是創造「健保平衡、醫界安心、民眾健康」 的三贏作法之一,期待未來有更多良善做法。

與談人:麥建方醫師/

新竹縣診所協會創會理事長

主題:基層與醫院慢性病照護



基層準備好慢性病照護的證明

慢性病患者常有共病情形,例如糖尿病患者常有高血壓、肥胖、心血管疾病、慢性腎病等,可以透過社區照護平台給予完整治療。將慢性病病人的照護留在社區照護平台,可以節省醫療資源,這是基層準備好慢性病照護的明確證明。

九十一年慢性病人基層診療平均花費的醫藥費用為八九二元,到了一〇六年上升到一,五〇八元,上升幅度六九%,反觀醫院更高,從一,二四九元上升到三,一〇六元,上升幅度一四八%。再從慢性病收件數來看,八十九年到九十九年數字比較,醫院從一,四三一萬件上漲到一,八六〇萬件,上升幅度二九.九%,醫藥費用卻增加四八%。基層診所從六六〇萬件上

漲到一,三二二萬件,上升幅度一○一%,但耗 用的醫藥費用為一○○%,並沒有增加。

期待政府也準備好了

從中國醫藥大學要到新竹縣設立研究中心 及附設醫院公開揭露的內容做説明,「營運第 一年門診量約二七.○萬人次,第二、三年門診 量除依開床規模成長外,門診人次成長目標以 五○%及三五%快速成長」,新竹縣人口平均 門診使用率五百多萬次,中國醫藥大學三年內 要拿走十分之一,計五十四萬人次的門診量, 另外新竹縣、市地區,已經有署立新竹、,馬 偕、國泰、榮民、東元、國軍等大型醫院、馬 修、國泰、榮民、東元、國軍等大型醫院、馬 作、國泰、榮民、東元、國軍等大型醫院、 大經 院、台大楠雅分院、元培醫大、竹北特色醫療 園區等進駐,且全數集中在新竹交流道五公里 圓徑內,未來會產生何種狀況?政策面是否有 將錢放在對的地方,基層院所非常關心。

供給面/強化基層醫療功能 從「認知」走向「參與及同儕合作」: 提高醫療群的覆蓋率及全人、整合照護

與談人:紀乃正醫師/

基隆市診所協會創會理事長

主題:如何以醫療群來壯大基層



壯大基層核心關鍵是關心及深耕社區

關心及深耕社區是壯大基層的核心關鍵,

民眾才有可能將個人健康及醫療服務完全交給 醫師。民國九十三年七堵社區成立醫療群中 心,因而搭起走入社區醫療的橋樑,深獲民眾 的信賴。社區醫療中心是由十二家診所、四家 合作醫院共同組成,針對社區民眾需求,承辦 醫療資源缺乏地區改善方案的醫療服務,包括 成立糖尿病病友會、社區運動班、成立兩支志 工隊,有一支是向日葵志工隊,會用電話提醒 病友血糖量測、回診預約。另外與三家老人養 護中心合作,開辦居家醫療服務。

在七堵社區醫療群中心深耕之下,提供健 康促進、疫苗注射、疾病篩檢、疾病治療、長 期照護,免費健檢服務等完善社區醫療服務。

社區醫療服務難題期盼解決

社區醫療服務遇到的難題有抽審與核刪, 另外時間成本很高,給付又偏低、進行醫療服 務的場地難覓,甚至會遇到醫院的競爭、會打 電話質疑,以上的難題,期望政府重視及給予 補助及協助。

與談人:林煥洲醫師/

台中市診所協會理事長

主題:分級醫療現況一國家健保政策「雙向轉診,壯大基層」



中部地區醫療群雙向轉診壯大基層實例

中部地區醫療群覆蓋率達七十%,比例很高,一〇六年一月成立以台中市診所協會主辦的醫療群之後,依據推動分級醫療政策第四大策略「強化醫院與診所醫療合作服務,提供連續性照護」,積極展開互訪及雙向轉診制度。台中榮總胸腔科傅彬貴醫師首開邀約醫療群基層醫師加入line照顧群組做法,開始進行轉診、回覆收案及追縱訊息的作業,之後中國醫藥大學附設醫院急診部、澄清醫院、臺中醫院相繼成立line轉介照顧群組,中榮社區醫學科林綺詩主任,更透過line群組下轉社區服務個案給基層醫師接手照護,這是新穎轉診方式。

上轉人數增加,下轉人數卻變少

一〇六年統計,上半年醫學中心收治轉 診十六萬件,下轉地區醫院、診所兩千五百多 件,區域醫院收治轉診十三萬件,下轉一千多 件,數量更少,建議透過醫院評鑑制度,促進 醫院下轉的回轉率。

全國基層醫療準備好落實分級醫療制度

分級醫療制度的落實,有助門診減量。 從報導中獲悉健保署宣布,明年起全國一一〇 家醫學中心、區域醫院的門診量須逐年減少 二%,目標五年減少一〇%,期待落實。目前 全國已有二十一個醫師公會,十四個診所協 會,未來還會有苗栗、屏東縣的陸續加入,已 超過三分之二,代表基層診所已經準備好了。 制度面/分級醫療的基石 推動家庭醫師制度/社區醫療群共照制 度:從參與到改變執業型態

與談人:賴聰宏醫師/

高雄市診所協會榮譽理事長

主題:基層醫療如何作為民眾健康照護的

第一個接觸點



以病人為中心的「全人」醫療照護

基層診所是初級照護單位,是一個以病 人為中心的「全人」的醫療照護,包含衛生促 進、疾病預防、健康維持、病人衛教、急慢性 病的各種診斷及治療,必須具備協調能力、特 殊照顧及診斷服務,是一個非政府型態組織機 構,基層診所與地區醫院不再是上而下的轉診 關係,反而是協助合作關係,負責對病人持續 性的後續照護工作。

目前的基層診所必須從衛生服務轉變為初級照護,因為持續性、綜合性的全人治療是改善醫病關係的核心。而在傳統大型醫院的門診並沒有建立醫病關係,無法對病人做到貼近照護,因此門診照護和醫療機構中的全科與專科醫師必須整合至初級照護中心的網路,基層診所醫師需負責所有人群的健康問題,同時賦予基層醫師行政管理權和採購(服務)權,增強他們作為協調其他各級照護服務機構的角色。

基層醫師是健康照護的樞紐

基層診所是整個健康照護系統的樞紐,同

時是醫療和長照之間的橋樑,照管中心或照管 人員可以與初級照護中心的工作人員做整合, 讓民眾順利進入長照體系或醫療體系。

與談人:蕭敦仁醫師/

桃園市診所協會創會理事長

主題:真正有功能的醫療群-虛擬醫院



從基層門診萎縮困境到推動虛擬醫院

從「95~106年各層門住合計點數一占率趨勢的統計」發現,基層點數從二四.六%降至二〇.七%,區域醫院從二七.〇%上升至三三.〇%,醫學中心也從三一.八%上升至三四.五%;門診件數情況一樣,急診、輕症都集中在區域醫院、醫學中心。桃園市診所協會成立之初,就是瞭解基層困境,因此明定「壯大基層,診所永續經營」的宗旨,同時提出「強化院所平行轉診,展開院際合作」會員專屬權益,就是要透過大家力量壯大基層。

健保署提出壯大基層的六大策略,多半是 要靠民眾、醫院及政府的群力投入,只有「提 昇基層醫療服務能量」的這項策略,必須靠基 層的自立自強,其中第三項「鼓勵診所朝向多 科聯合執業,提供一站式聯合服務」的項目, 給了我們另類思考。診所多半提供單科醫療服 務,短期之內要組合多科聯合醫療服務是有困 難,但基層開業醫師都是訓練有素的專科醫 師,只要彼此有共識,就可以組成真正有互補 功效的醫療群。

設立虛擬醫院有七大好處

跳脱傳統框架的虛擬醫院呈現了,設立虛擬醫院有七大好處,一是訓練有素的專科醫師看診,而且有診所的便利性,二是群內醫師定期分享專科資訊,共同照顧醫療群病患,三是跨平台資訊系統,分享轉診訊息,四是相互轉診,享有相互回饋機制,五是群內診所共榮,打造虛擬品牌,六是落實平行轉診,七是建東的是,虛擬醫院具有「彼此合作、彼此分潤」的核心價值。當虛擬醫院認真執行後,基層醫院的量能一定會提高,但是問題又會回到「總額不變,點值下降」、「受到同儕競爭壓力開始退縮」的惡性循環,期盼政府提高基層總額,壯大基層醫療。



作風市 |診|所|協|會| Taoyuan Medical Clinics Association

虚擬醫院團隊

1.耳鼻喉科:暈眩 2.精神科:難治失眠、精神病 3.消化系内科: 胃鏡、大腸鏡、 腹部超音波,BC肝治療 4.心臟内科:心臟超音波 5.家鷗科:家庭整體照護 6.眼科: 眼底鏡、陳細燈 7.新陳代謝科:甲狀腺超音波 8.神經内科: 神經傳導試驗 9.小兒科: 疫苗施打 10.婦產科:不孕症、調經… 11.直腸外科: 悲痛結紮 12.泌尿外科: 性功能障礙 13.一般外科: 縫合傷口、換藥 14.骨額、X片… 15.復健科:復健治療 16.…

與談人:廖慶龍醫師/

彰化縣診所協會理事長

主題:「診所協會」整合的醫療群一分級 醫療真正有功能的醫療群



基層醫療整合醫療群實踐案例

分級醫療是解決健保困境的共識,只是從 期望到失望,再到絕望,最後彰化縣診所協會 決定走自己的路,兩年前開始以有步調、有節 奏、有計畫作法協助醫療群走入社區,做法共 有三部曲。

首部曲是「走入醫療群」,花了兩年時間走入三十三個醫療群,發現醫療的問題及困境,例如醫糾、同儕競爭、層級競爭…等,因此思考彰化縣診所協會整合的醫療群,必須走出自己的路。

第二部曲是走入社區,「厝邊醫師守護您的健康」,而且是「精準走入社區」,整合縣內的婦產科診所,走入婦女會、婦聯會做子宮頸篩檢;整合縣內小兒科醫師,走入校園、社區發展協會、扶輪社、宮廟、教會做腸病毒、施打疫苗的衛教,也租用公益頻道時段,開播「厝邊醫師來開講」節目,傳遞正確醫療知識等。

第三部曲是整合醫療群,目前協會做的是醫療群整合-2.0醫療群,有別於單兵作戰-1.0醫療群的做法,這是區域性醫療群的整合,行政業務統一,執行衛教、預防保健、再教育資源,依照社區需求,如長照、居家、安寧、PAC進行醫療資源整合,而且會依科別調度人力,並進行垂直、水平的轉診,

社區經營是由診所發動的分級醫療

若用軍隊管理説明,診所經營是單兵作 戰,單一醫療群是營隊作戰,但兩者贏的機率 渺茫,失敗機率提高,診所協會整合各醫療 群的點線面作法是一種軍團作戰,不只整合 三十三個醫療群,還整合非醫療群,贏的機率 是大勝,彰化診所協會不只準備好了,而且是 進行式,期望公部門給予法源及財務資源,未 來的路會走得更好、更穩。



学化縣部所協會 診所協會 2.0

與談人:陳俊宏醫師/

大台中醫師公會秘書長、 大台中診所協會醫療群主委

主題:從醫療群整合一居家醫療到長照 2.0,看見基層的未來



從基層隱憂中脫困

中央政府及台中市政府目前正在推動長照 2.0計畫,照理說基層醫師配合政策執行,應 該駕輕就熟,但介入長照服務十七個項目後, 發現不少隱憂。例如:醫療群執行中心隸屬醫 院,出現資訊不對等的問題、醫院成立ABC社 區服務機構時,完全沒有將基層醫師納入,會 加速基層醫療的邊緣化、長照2.0有不少包裹式 計畫,非專業容易取代專業,基層醫師專業聲 音會被忽略、長照事務繁多,小規模診所能否 適應萬變的長照政策?

大台中診所協會醫療群參與長照2.0計畫

雖有不少隱憂,但參與長照2.0計畫後,基層醫師的軟實力被看見了。台中市有一萬七千多名需要居家醫療病患,從病人出院以後,就必須展開跨專業領域的無縫接軌居家照顧,基層醫師、藥師、營養師、居家護理師等各個醫療專業,必須透過居家醫療的照護網絡,深入社區的每一個角落。一〇六年九月份,大台中診所協會三十三個醫療群的三百多位醫師,成立line照護群組,正式走出診間,深入民間進行居家照護。截至目前,大台中診所協會醫療群已與四十多家居家護理所結盟,服務了三、四百位居家照護的個案病例。

基層醫療服務能量再發揮

基層醫療在社區有不少優點,可近性高, 機動性強,服務時間長,醫師長期在社區經營 讓民眾有信任感,只要深入家庭,從點、線、 面進行擴充,就可以發揮基層服務的量能。

總結:陳宗獻醫師/

前基層總額委員會主委

主題:踏出分級醫療第一步



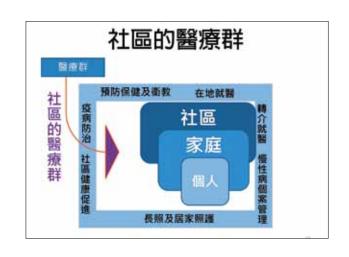
推動慢性病回歸基層

診所協會全國聯合會與十四個診所協會, 最近經密集討論後,認為分級醫療已達關鍵時 刻。第一個是Right time,人口老化而基層醫 療對慢性病的照護品質的表現優越。第二個是 Right place,透過基層醫療照顧慢性病,可以 節省費用,合理化資源分配。第三個是Right care,在前文「慢性病V.S基層」已有説明,建 議以支付或評鑑手段政策性的推動,使慢性病 回歸基層。包括:六個月以上穩定的慢性病患 者要下轉基層、上轉到醫院的慢性病要二個月 內回轉、次診斷為重大傷病者不需要下轉、等 等都是可以考慮的方式。

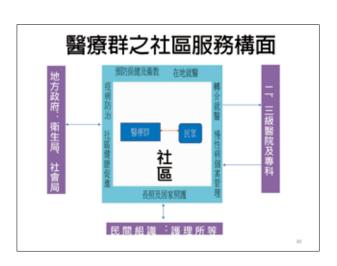
活化社區醫療群正是時機

以往談到醫療群,均偏重醫療整合。事實上,疫病防治、社區健康促進、長照及居家照護、預防保健及衞教等,都可以在醫療群走入社區後,得到落實。社區化的醫療群,可以在

地就醫,照護到每一位民眾的就醫需求,當民 眾重病治療後,可以透過轉介就醫到基層醫療 做個案管理,在長照及居家照護方面,也可以 透過社區醫療群的協助,達到長照2.0目標。基 層已經充分準備好了,期待政府能在資源上、 政策上鼓勵醫療群的擴大及整合,進而改變台 灣社區照護的樣貌。







主題3:健保如何永續經營

主持兼引言人:林義龍醫師/

診所協會全國聯合會顧問

主題:健保永續經營之挑戰與機會



健保22年來,以最低廉費用辦出滿意度 最高的健康保險,台灣健保奇蹟,舉世稱頌, 因為「保費低廉,就醫自由」,只是來台取經 後,並沒有國家跟進!原因是醫療機構淌血經 營,體制內外之改革勢在必行。

保險與福利是不同的制度,健保需先定性才能永續經營。另外健保尚有諸多阻礙健保永續經營的障礙,例如:總額依點值支付醫療費用,雖已立法,但有無違憲可能?健保會組成不公,致使協商淪為不平等協商,正義不得彰顯?

健保困境極其艱難,如何脱困是最大的挑戰。目前健保分級醫療推不動、醫療資源呈金字塔倒置,是危機卻也是轉機。在對的時間,挑對的人,做對的事,這就是機會。本主題是從全民健保的定位做建立共識的切入,再探討健保如何永續經營的做法,包括:總額支付不等於健保財務、健保供需雙方需建立平等協商架構、借鏡新加坡醫療儲蓄帳戶、調整門診藥費部分負擔,以期健保好還要更好。

與談人:陳志宏醫師/

新竹市診所協會理事長

主題:全民健保是保險還是福利



全民健保需先建立見解共識

兩位前任衛生署署長對於健保是保險,還 是福利見解不同。葉金川認為是社會保險,必 須收支平衡、永續經營;楊志良則從憲法增修 條文提出健保是社會福利。路線與方向截然不 同,作法自然不同,需先確立共識,才能擬定 相應的解決方案。

社會保險與商業保險不同,全民健保是政府高度介入的社會保險,有強制性、公平性, 在追求利潤方面無法與商業保險比擬,如果對 社會保險不盡滿意,應教育民眾必須從商業保 險角度琢磨。

社會保險與商業保險之比較

	社會保險	商業保險
目的	社會安全	追求利潤
公平性	社會的公平	個人的公平
計費基礎	社區費率(經濟能力)	經驗費率(風險)
選擇性	一律納保	拒保高危險性
投保	強制性	任意性
政府的責任	高度介入	訂規章與監督

社會保險與福利之比較

	福利	社會保險
支付	税收	社會保險
服務提供者	國家、公立(公醫制度)	1989
mx .	英國(國民健康股務) 義大利、選典 紹、漢、丹麥	德國、日本、瑞士、法國、台灣 美國的Medicare(老人保險)
原則	社會公平性	量能付費、社會適當性
行政成本	為單一保險人、低成本	組合多書・成本高: 反之亦然
税金支付/補助	#980%DLE	主要約20%~40%不等

兩者可從經費來源做比較,八〇%補助來 自稅收支付就是社會福利政策,英、義、瑞 典、丹麥、紐、澳為代表;政府補助占二〇~ 四〇%,其餘由民眾自行支付就是社會保險, 德、日、瑞士、法、台灣為代表。

兼顧永續經營及醫療品質的全民健保

社會保險、社會福利都可以做到永續經營,若要兼顧永續經營及醫療品質,社會保險是可行方向,以新竹地區為例,目前已有台大新竹、馬偕、國泰、榮民、仁慈、東元等大型醫院,未來更有中國醫藥大學、台大生醫分院、特色醫院園區等進駐,一旦政府打開社會福利方便之門,用税收補助健保,一定會造成醫療品質低落,期待政府重視社會保險的實施。

與談人:羅大恩醫師/

嘉義診所協會創會理事長

主題:總額支付不等於健保財務一合法?

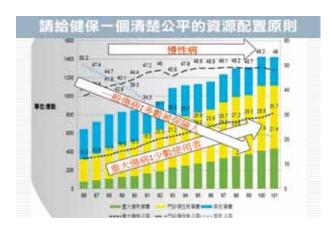
合情?合理?合憲?



健保給付制度公平嗎?

全世界健保支付制度有論量計酬制、總額預算制、論疾病計酬制、論人計酬制,各有優缺點。目前台灣採取總額預算制,有公平性及點值合理性的問題。健保資源有限,分配時需注重「效益」及「公平」,前者是「錢要花在刀口上」,後者是「繳費相同,醫療服務一

致」,但從八十一年到一〇一年健保支出統計數據,可以發現明顯不公平總額,健保資源配置有慢性病、一般傷病及重大傷病三大區塊,慢性病醫療支出呈微幅上揚,被保險人最多的一般傷病,支出比例卻不斷往下掉,而少數人的重大傷病,支出比例不斷上揚。代表健保支出的資源配置不公平,總額增加的預算均花費在少數保險人使用的重大傷病區塊。



點值負擔失去公平性

健保財務逐年惡化,致使點值負擔失去公平性。健保實施初期,申請點值與總額給付差距不大,但之後差距愈來愈大,到一〇三年時,已經差額四五〇億元,我們不應該任由此缺口無上限的擴大,應該要有個上限。總額制度資源分配呈扭曲現象,一是民眾就醫自由,沒有落實分級醫療,二是醫療支付制度的不合理,新藥的給付呈現毫無上限的機制。到底是保險誘發需求,還是民眾有真正的醫療需求,兩者界限並不清楚。再加上不公平、非理性的總額協商,造成點值浮動,無底線的折付,因而出現「重門診、輕住院、四大皆空」的低落醫療品質。

改變支付制度健保會更好

健保品質關鍵在財務,活化財務最重要的

做法是改變支付制度,有三大作法:一是從弱勢保改為強勢保,也就是說,目前健保是包山包海,應改變健保為醫療保障。例如醫療項目有一萬項,健保給付只要七、八千項即可,如此,健保財務及點值即可以穩定,而非浮動。二是成立台灣版個人儲蓄帳戶,目的是民眾也必須分攤健保財務風險,以利分辦是保險誘發醫療需求,或是真正有醫療需求而投保。三是成立國家重大疾病基金,針對弱勢民眾支付其因重大疾病產生的醫療費用,以確保健保財務穩定,符合健保的公平性。

與談人: 鄭熙騰醫師/

台南市診所協會理事長

主題:建立健保供需雙方平等的協商架構



健保總額預算協商破局的下一步思考

民國一〇七年度健保總額預算協商,基 層代表與付費者代表談判,但是過程極度不合理,導致破局、放棄協商,必須嚴肅思考未來協商該怎麼走?。

依據全民健保會組成及議事辦法第五條規定,「健保委員會任期二年,以連任一次為原則」,第七條規定,「健保會委員任期內親自出席委員會議達三分之二之次數,為續聘之必要條件。健保會委員有下列行為未達解聘之條件者,列為下屆是否續聘重要參考:一、違反議事規則或阻撓議事之進行。二、發言侮辱他

人或進行人身攻擊。三、破壞公家財物或暴力 之肢體動作。四、妨害他人在議事上之發言、 提案或表決」。我們提出以下不公平對待: 「健保會委員的遴聘沒有任期,不符合民主精 神」、「寬鬆代理人制度,容易產生弊端」, 另外協商過程中,基層醫師都會感受到某些委 員有「發言侮辱他人或進行人身攻擊」行為, 但是仍然連任。

第十五條的代理人制度也是不公平對待, 「委員未能親自出席會議時,除專家學者及公正人士外,得指派代理人;受指派之代理人, 列入出席人數,並得發言及參與表決」,代理 人身分沒有嚴謹規範,卻可以享有委員權利, 非常不合理。

第九條規定協議分配保險醫療給付費用 總額時,應「符合對等協議之精神」,但協商 時,對等精神已蕩然無存,而是由少數委員大 砍預算總額,卻還明列在辦法之中。期望健保 署規畫醫療政策或目標時,應於協商前先跟付 費者代表溝通。

非協商因素成長率要貼近真實狀況

非協商因素成長率長期失真低估,之前多位理事長早已反映,邱泰源理事長也籲請國發會重視檢討,迄今仍未回應,期望非協商因素成長率應即時反應,貼近真實狀況。

總額應採目標制

目前總額預算採上限制,但又設下各種指標管控醫療品質,各屆理事長雖盡心爭取,然而非但沒有改善,還經常回推放大核刪,這種又要馬兒好,又要馬兒不吃草的制度,可能會讓醫界大崩亂。總額上限制採點值折付的方式

給付醫療費用,嚴重踐踏醫師的尊嚴與專業,期待診察費一點一元的作法早日到來。在未能 爭取適當的成長率時,可刪減部分健保給付項 目,以維持健保永續經營。

與談人:林釗尚醫師/

大台中診所協會理事長

主題:是否採取新加坡醫療儲蓄帳戶?



新加坡醫療儲蓄帳戶值得借鏡?

新加坡醫療財務有政府補貼(subsidy)、 醫療儲蓄帳戶(medical savings account)、 保險三大部分,

其中又以民眾必須自行吸收部分醫療成本 的醫療儲蓄為主,可分個人儲蓄及中央公積金 的強制儲蓄制度,一般門診治療費用需由個人 儲蓄負擔支付,只有部分門診及急症或住院, 由強制儲蓄的公積金支付。

醫療儲蓄帳戶制度分為保健儲蓄計畫(Medisave)、健保雙全計畫(Medishield)、保健基金計畫(Medifund)三種,Medisave是原始制度,雇主每個月提撥一筆費用到帳戶中,民眾可以自行存款,並允許親屬之間挪用,也可視為遺產轉給受益人。MediShield是新加坡政府開辦的社會保險,保費相對低廉,會直接由Medisave帳戶中扣款,以支應急重症時無法支付的醫療費用,但有條件限制。Medifund是為失業者、獨居老人與低收入戶等弱勢族群救濟制度。

新加坡醫療儲蓄帳戶有其優點,最大的好處是基於提高個人責任,減少免費醫療的浪費,實施十五年成果不錯,九〇%醫療儲蓄帳戶的金額沒有支出,淨資產成長三五〇%,政府醫療支出大幅度降低,一九六五年五一%,一九八四年四三%,一九九五年二〇%,值得借鏡。

新加坡醫療儲蓄帳戶也不是沒有缺點,由 於Medisave中的金額主要決定人民個別收入, 會形成龐大的心理壓力,缺乏整體社會互助精 神。

民眾需學習珍惜健保醫療資源

我國賦予健保制度的定位與新加坡不同, 新加坡是有限責任,我們是無限責任,對整體 醫療財務支出調控相對不利,應學習民眾必須 自行吸收部分的「使用者付費」作法,珍惜健 保醫療資源。

與談人:王火金醫師/

新北市健保診所協會理事長

主題:是否合理調整門診藥費部分負擔?



醫療費用控制史

全球醫療保險制度其實是一部醫療費用控制史,醫療控制又可分需求及供給兩大面向,健保部份負擔就是需求面的項目之一,供給面則是品質、數量及價格。台灣實施的醫療保險制度是全民社會保險制度,八十四年三月一日

實施,後來發現健保支出節節上升,因此實施 總額支付制度,八十七年牙醫先行實施,接著 是八十九年的中醫總額,九十年西醫也開始實 施總額支付,其中包含門診基本部分負擔、門 診藥品部分負擔、復健物理治療部分負擔、住 院部分負擔。門診基本部分負擔一〇六年四月 十五日有修正,這是為落實轉診制度,民眾若 未經轉診的門診負擔會提高。

各國的門診藥品部分負擔

台灣健保門診藥品部分負擔為二〇%, 一百元以下不用另行負擔,一〇一~一千元需 負擔二〇%,但不包含衛生署公告的一百種慢 性病連續處方箋、接受牙醫醫療服務者及接受 全民健保醫療費用支付標準另所規定者。英國 藥劑費採自負額制。法國藥劑費採自付三五% 至六五%,是核退制。德國藥劑依包裝大小, 但保健及輕症用藥不給付。丹麥的藥劑費自付 二五%至五〇%。日本藥品費部分負擔,以藥 品種類計算,職域健康保險自付二〇%。

國人藥品浪費情況嚴重

衛福部健保署委請醫院協助收集一個月 病人藥品回收量,目的是瞭解國人浪費藥品的 情況,一〇六年十月四日統計回收近五·八公 噸,換算一年超過六十九公噸,研究也顯示民 眾回收藥品僅佔三十六·一%,估計全年被丟 掉藥品至少一九三公噸,以一般膠囊計算,被 丟掉的藥至少逾五億顆。藥品浪費同樣會浪費 醫藥總額及污染環境。

合理調整門診藥費部分負擔三項結論

結論一:慢性病處方箋藥費採收取定額二 〇%。原本要提出收取定額二五%,結果健保 署已於開會前擬定一〇七年三月份採收取定額 二〇%,診所協會全聯會全力支持。結論二是 部分負擔不要有上限。結論三是提高藥品部分 負擔。 與談人: 李伯璋署長/

衛生福利部中央健康保險署

主題: 健保如何永續經營



健保署重視醫界的不滿意度聲音

106年國人對於整體全民健保的滿意度為 八五點八,但是醫師對全民健保滿意度為三〇 點二,不滿意度為三八點七,健保署非常重視 問題癥結,也會逐步解決。

究竟健保財務資源用在哪裡?可以用健保大數據進行分析,六五%是用在醫院、診所門診醫療,三五%是用在重症住院醫療。在西醫門診部分,三四.八%用在藥費支出,檢驗檢查費及非檢查及手術其他診療費占三六%,二二%用在醫療人員。當檢驗檢查費、藥費不斷比例升高時,醫療人員費用比例就會降低。

健保總藥費、慢性病總醫療費用節節升高,至於大家有提到部分負擔的比重,如果太高會增加民眾的負擔,所以會研究怎麼做才好,到底是百分之十、二十及百分之三十,還是百分之十、二十五及百分之三十。健保藥物有一萬六千多種,其中六八四項目占總藥費的八〇%,健保署一定會合理化管理,同時希望基層醫師積極配合藥物控管。

雲端分享醫療資訊指日可期

醫療生態要改,需大家共同努力,未來 醫療資訊可透過垂直整合作業,在健保雲端藥 歷系統即可分享。病人在醫學中心、區域醫院 做的影像檢查,基層診所在不用增加設備情況 下,使用調閱方式同步看到結果,提高與病人 溝通的效果,同時落實分級醫療的目標。

■研討會綜合論壇

面對來自全國基層醫療醫事人員提出來的當前困境,並對現行展開的積極作法,以 及未來醫療政策更有效率的建言,到場參與研討會的衛生福利部部長陳時中、健保署署 長李伯璋,以主管機關之責表達肯定立場,同時給予幾項允諾;立委林靜儀、中華民國 醫師公會全國聯合會理事長暨現任立委邱泰源相繼發表與基層醫療站在同一陣線,持續 爭取基層醫療權益的支持立場。

衛福部長陳時中 對基層醫療的保證、勉勵

衛福部陳時中部長到場聽取基層醫師心聲,並針對基層醫療提出的期 盼當場説明。凡基層醫療因配合執行衛福部政策衍生而來的問題,衛福部 一定會負責到底,而且會保護醫界總額的權益,這是確定政策,籲請醫界放 心。至於小兒科疫苗處置費給付,該給的衛福部一定會給付。

至於總額上限制出現的不平等協商、委員不理性發言等問題,他表示依據相關數據統計、尚未到不合理的地步,目前總額上限制分為兩段計算模式,前段採取「量出為入」,衛福部已經做得不錯,接下來要執行的「量入為出」,需經由保險精算,確實估計該年度的保費收入後,以限制下一年度醫療費用的法定公式,但是並沒有執行,致使民眾的需要被忽略,形成不合理的總額,導致醫療資源及行為的扭曲,最後傷害到民眾權益。陳部長允諾會向國發會提出制定量入為出的法定公式,讓雙方代表在已經確認的基礎下討論需求,比較有可能達成具體共識。此外,他提到目前「收支連動」財務架構的做法雖然立意良好,但在同一個委員會下,要調整支出,勢必會增加保險費率,付費者代表對調漲必須承擔利益團體與社會輿論壓力,造成「收支不動」結果,一定要透過修法才能做根本的改變。

新加坡醫療儲蓄帳戶是成功的健保制度,但與全民健保不同,台灣不容易實施。 要從極端社會福利體系走入個人負責體系,難度很高,全民健保的精神是不是要拋棄?其中的「量能付費」是精神之一,不會因為身分別、身體狀況的不同,繳交不同的保費,必須要透過思辨過程,才有可能改變。

健保署署長李伯璋 推動醫療生態改變需醫界支持

健保署署長李伯璋表示醫療生態要改變,需經醫療政策一步一步推動, 感謝不少醫界人士的支持,同時給予建言,並請大家務必信任,相信在共同 努力下一定可以達成。關於健保使用者付費已經研擬合理修法比率進行調整, 對於民眾的衛教部份會善盡溝通宣導責任,努力落實分級制度。健保是台灣的驕傲,一定要持續向前,不合理的制度一定要修訂,最近有醫師再度提到「尿液微量白蛋白檢查核刪」情事,會再經整體的評估,不合理之處一定會做修訂。健保制度實施,病患數目應是愈少愈好,點值給付會比較合理,也不會出現血汗醫療情形,所以一定會努力推動各項改革。

立委邱泰源 與基層醫療站在同一陣線

邱泰源立委感謝衛福部長陳時中對基層醫療的支持,提出醫療法第82 條除罪化條例的修正,以及小兒科醫師替兒童打預防針應給付合理的健康 諮詢費用,為醫師爭取應有尊嚴及適當的回饋。他表示未來會提出更多法 案,並與醫界一起共同討論,讓醫療制度更趨合理化,比如論病計酬、家庭醫 師計畫不能只有組織架構,必須配合合理點值的規畫,才能將慢性病病人留在社區 好好照顧。

基層醫療提出的全人、全面性的照護醫療,他大力支持,並呼籲基層醫療更需積極推廣,才能爭取到更多的醫療資源,同時要廣泛與各家醫院進行合作,讓醫界更為重視社區醫療。他回覆新竹縣診所協會理事長麥建方提出的疑慮,一定會先行拜會中國醫藥大學附設醫院及臺大醫院討論分級醫療的共識,要讓新竹縣樹立「醫院只看重難症,不看門診」的典範。

立委林靜儀 持續推動醫療改革

立委林靜儀針對分級醫療解釋成「大病看大醫院,小病看小醫院」很不 以為然,她認為病人需要就醫時,都應由家庭醫師、基層診所醫師,提出第 一線的診斷和諮詢,給予基本處置,當醫師判斷有需要進一步治療再轉診,

而不是由病人自行判斷小病或大病。林立委贊成陳時中部長合理調整診療費及維 繫點值的作法,但需要的是時程推進,不太可能一步到位。

對於雙向轉診,林立委感受到與兩年前不一樣的氛圍,因為之前召開的檢討會, 衛福部代表質疑基層醫療沒有辦法照顧好同時有糖尿病、高血壓的慢性病患者。今日 會議她聽到基層醫師發出「我們」準備好的聲音,代表這是重要的推手,非常支持慢 性病利用雙向轉診回到基層醫療得到合理照護。但她建議下轉資訊的整合傳遞必須由 公部門及醫界攜手整合,無論是診所、醫院或民眾都必須充分獲得。

林委員一向堅持取消自費醫療院所的收費上限,這是病人的自由選擇,但她也瞭解每次在討論醫療政策,就有民間團體不贊成!「貧窮人怎麼辦?」然而全民健保是保險制,與社會福利不能混為一談,必須區隔處理。她對於陳時中部長到任後積極對健保、醫療及醫政進行改革的推動,給予支持,同時希望醫界一起努力。

傳統診所拚e化

豐智慧診所大商機!

提升競爭力 搶佔醫療平台大商機

健保總額制度下,診所經營面對挑戰,

智慧醫療浪潮來襲,大型醫院服務推陳出新,

小診所如何提升競爭力,在趨勢浪頭上持續躍進?

健康力的診所轉型方案,

協助您透過App與系統的優化,升級為智慧診所,

加上與北醫大學大數據研究中心的卓越數據分析。

有效提升服務,讓醫病關係更緊密。

診所轉型的成功關鍵在整合力,

健康力已有200家合作診所,2018年即將邁向500家

醫聯網是物聯網最有效的延伸,

隨著健康力醫聯網的逐步擴展,加上大數據行鎖,

商機可望無限延伸,共享結盟利益與效益。

健康力診所轉型方案 翻轉未來





健康力App**串起醫病關係**看診更便利**居家照顧零距離**

健康力App串連起醫師、病人與診所,是醫病關係最好的溝通橋樑,只要透過網路與物聯網裝置的連結,例如手 機或穿戴裝置,即可免費下載與使用,包括24小時預約掛號、醫療百科資訊、慢箋領藥提醒、用藥提醒、疫苗接 種推播、爪壓、爪糖、體溫、體重、居家紀錄、健檢報告儲存電子化等等。各項醫療照顧與追蹤服務,都能零距 離提供,診所也能透過健康力App,佈建智慧醫療服務,提升診所競爭力,服務更升級。



掃描檢查報告,立 即儲存於App;慢 箋領藥、疫苗接種 推播服務;疾病風 險預測,適時調整 生活型態。

● 預約掛號●

24小時線上預約 掛號,看診進度 查詢、醫療院所



● 醫療百科 ●

各種保健資訊查 詢、教你吃出健 康,提供完整及健 康的保健資訊。

▶居家量測

民衆透過App,在家自 行測量血壓、血糖、體 溫、體重,數據直接上 傳雲端,健康評估與用 藥調整更有依據。

● 回診追蹤 ●

綜合評估健康狀 態,精準用藥,量 身訂做保健方案。

健康力 健康平台的整合專家

◆營收1路成長

代謝、調節血脂、 護眼與□腔保健。

◆200位醫師推薦

))

2017年,保健食品 嚴謹的把關機制,提 健康力App,唯 網路、商城、電 全台共200家合作 營收成長三倍,商供安全、專業、高品 品涵蓋健字號雙認 質的商品,獲得超過 康產業與系統平 證過敏調節、促進 200位醫師推薦,最 台,各大媒體爭 多醫師信任。

◆整合3大領域

一整合診所、健 銷、異業合作等 診 所 , 規 模 最 相報導。

◆4大平台數據

超過6位數。

◆邁向5百家

每年新增會員數 多,2018年邁向 500家。

全台說明會歡迎洽詢 02-7733-3822 林小姐



文 / 林釗尚

被限縮的醫師調劑權·違反憲法保障人 民工作權

依藥事法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」,顯然可知法律仍承認醫師具有調劑權,只是被限縮住。調劑行為的專業上,因應健保實施的醫藥分工制度,以「主管機關公告無藥事人員執業之偏遠區域或醫療急迫情形」為限。依全民健康保險法31條第二項、第三項「醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。…第一項藥品之交付依藥事法第102條之規定辦理。」即是把健保給付的醫事服務費用的請領,交由藥師行使,可知此乃配合全民健保實施醫藥分工之政策,規範健保給付費用之原則與形式,是執業的分工而非涉及醫師與藥師專業的分別。

再依醫師法第11至14條法規條文説明:

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。

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。

醫師亦有交付藥品之義務。所以醫師依其 專業在藥品之調劑、交付應該也是憲法所保障 之工作權。因此全民健康保險之實施所推動之 醫藥分工政策仍應尊重醫師工作權利。

現況

目前醫師的緊急調劑權依藥事法第102條 第二項只在二種情形下醫師可調劑

- 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

但這樣無法執行以病人為中心的調劑權。 尤其是一例一休後診所或藥局的藥師因臨 時病假、特休假及週六或變形工時的休息日例 假日無法上班,致醫師看診後無法給藥造成病 人不便。(也直接影響醫師開診的意願)。

4大建議

建議1:無藥事人員執業之偏遠地區修正為500 公尺內無藥事人員的地區。

原本1.8公里要檢討,這對患者超不方便, 常常發生的情況是本來1.8公里內無藥局,患者 可在診所自行調劑拿藥,但附近1.7公里開了一 藥局,就造成診所無法自行調劑(鄉下病患少 也聘請不到藥師),就要釋出處方到1.7公里外 的藥局領藥,造成患者罵聲連連,建議依據民 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。

建議2: 建議應讓醫師緊急調劑時能開立三天的口服藥,因食藥署曾函釋緊急調劑是「立即給藥是僅當次的給藥。」這種嚴格的規定並非出自於病人權益的考量。

例如患者高燒在診所只能打針或給 Cataflam st一次,因醫師只能調劑stat一次,無 法開2-3天口服藥,超級不適的患者還要去找其 他藥局才能領到3天藥,這種嚴格的規定並非出 於病人權益的考量。應讓醫師緊急調劑時能開3 天藥給患者,才是病人為中心的觀念。

建議3: 建議病人可自主提出醫療急迫狀況之需求,讓醫師可因應病人需求行使緊急調劑權,以方便獨居老人、無交通工具、已經生病身體不舒服的患者方便領藥,不用再奔波。

建議4:目前醫師的緊急調劑權限制在「主管機關公告無藥事人員執業之偏遠區域或醫療急迫情形為限」才有,但依醫師法醫師也應該具備原有之調劑權。

所以當藥師請假時藥師可以找「醫師」擔任 調劑之代理人簽具代理文件。讓「醫師」可以做 為藥師的代理人,在藥師同意的時段代為調劑。 若藥師因故請假不能配合時,醫師仍得為調劑行 為,如此也可保障患者身體健康權利。如此醫藥 合作也能促進推動家醫整合計畫。

因為醫師代行時不請領藥事人員藥事服務 費用,醫師仍會將調劑工作的權益釋放給藥師 行使,不會產生醫師與藥師搶飯碗之情事。如 此在醫藥合作原則下,調劑工作自然以藥事人 員為主。

建議於修改藥事法102條為: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。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區域或醫療急迫情形為限外。

藥事人員因故請假無法配合時,得由醫師以「代理人」代行之,在藥師同意的時段代為調劑。

PROFILE 本文作者

現任

- ▲中華民國診所協會全國聯合會秘書長
- ▲臺中市大臺中診所協會理事長
- ▲臺中市大臺中醫師公會理事
- ▲台灣兒科醫學會理事
- ▲林釗尚小兒科診所院長



林釗尚 醫師



文/黃致仰

保險制度中「部分負擔」(cost-sharing)的機制,主要是強化被保險人的個人責任,降低道德危害,減少醫療資源不當使用。(注1)。部分負擔有兩難設計,太高的負擔比例,造成經濟上的就醫障礙,無法達到健保照顧全民的美意,太低的負擔比例,造成民眾不珍惜健保資源。

網路上有患者以同一病症,至不同醫院與診所就診,再公開發表心得評比醫師,供網友參考,難保將來不會出現教導捏造病史,誘導醫師安排不必要檢查的粉絲團。依據藥師公會全國聯合會推估,光是(台灣)一年要丟的廢棄藥都一百多噸(注2),顯示目前的部分負擔設計,無法達到強化被保險人的個人責任,降低道德危害,減少醫療資源不當使用的目的。

我國過去公、勞、農保時代,除了公保六種疾病有10%門診藥費部分負擔外,其餘皆無部分負擔規定。目前健保設計,檢查診療費完全不計部分負擔,診察費依院所層級及是否轉診定額收取診察費部分負擔,藥費超過百元以上才收取藥費部分負擔,每超過百元加20元,每張處方上限200元,連續處方箋不收,對某

些特殊身分別完全免部分負擔。連續處方箋其 實是很難理解的設計!醫師親自診治後,獲得 比平常高的診察費1次,處方藥物天數是21-31 天,但患者還可以在其後指定日期照樣調劑1-3 次。醫師診治一次,開給一張處方箋,為什麼 天數不是42或是124天?第二次拿藥沒有經過醫 師看診,難道是由藥師診治嗎?為推廣慢性病 連續處方,卻以豁免部分負擔的金錢誘因,來 引誘被保險人。由於減少1-3次的回診,掛號費 部分負擔藥品部分負擔,價差可能高達千元以 上(150*3+50*3+200*4=1400),尚且不包括 往來看病、親朋陪診的時間成本。有時候在患 者強力要求,或是醫者憐憫患者經濟狀況,或 為達成上級設定指標,讓醫師及患者陷入醫療 風險,把不適合一次給42到124天數藥量的患 者,勉強給予連續處方箋,反而導致患者疾病 控制不良。

如同1944年7月在美國新罕布希爾州的布 列敦森林協議,現行制度所有的藥品完全依支 付價錢計算部分負擔,猶如各國貨幣固定匯率 無法因地制宜、彈性管理。若有心要依政策計 劃引導醫療方向,建議藉由政策鼓勵某些藥品 品項給予較低部分負擔比例,療效較差的藥物 賦予較高部分負擔比例,即不同藥品賦予不同 負擔比率,而且可依政策隨時間浮動。

如果希望被保險人對於每一藥物支出有 感,但又不至於造成財務負擔,可考慮使用帳 戶制。依年齡別、性別差異設有每年基本額 度,不同種類慢性病再加額度,重大傷病、福 保與榮民不同身分再加不同額度,有健康行為 如不抽菸、定期健檢、癌篩及打預防針,甚至 聽健康演講、參加運動健行活動都可以增加額 度。願意固定就診或遵從分級就診醫療也增加 額度,使用不完剩餘額度可以轉給家人。如 此,徹底杜絕反正不要錢、不用白不用的浪費 心態;可以不用花錢、但要知道花多少錢。讓 被保險人真實體會費用支出並珍惜健保資源, 以另一種型態的費用守門人(gatekeeper)出 現,讓健康管理計畫真正導入民眾就醫行為。 讓台灣健保不只是醫療保險,而是真正的健康 保險。

注1

https://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/ Attach_15554_1_EE0001-079-108.pdf

注2

http://www.daai.tv/daai-web/news/topic_content.php?cls=833

新北市衛生局簡任技正李佳琪:「一年檢收數量 三千公斤,到今年的話大概可以少於一千公斤,透 過這樣的檢收服務去達到一些用藥安全衛教的功 能,另外也推廣居家的廢棄藥品自行處理的正確方 式。」

中華民國藥師公會全國聯合會理事長 李蜀平:「光 是一年要丟的廢棄藥都一百多噸,多少是用藥不當 重複拿藥。」



圖1.在澳門餐廳品嘗馳名水蟹粥,每包紙巾還 要收費葡幣2元

PROFILEY本文作者

現任

- ▲中華民國診所協會全國聯合會 文書副秘書長
- ▲臺中市大臺中醫師公會理事
- ▲臺中市大臺中診所協會理事
- ▲建志耳鼻喉科診所院長



黃致仰 醫師

健保藥品價格調降 絕非全民之福

文/張延亙

106年度的藥價調降,如期的在四月一日開始實施,預期減少藥費支出57.1億元,總計調降7331項藥品,調升332項。健保署為節省醫療支出,與穩定點值,自102年起,每年就前一年藥費超出目標值部分,作為預期藥價調整額度,來調整藥品之支付價格,這就是所謂的藥價支出目標制。因為105年度藥費支出,超出目標值額度為57.1億,因此藥價調整目標也是57.1億。

健保署對於臨床治療不可或缺的藥品,及 罕見疾病用藥並不會調整藥價。同時為兼顧藥 品合理成本,設有調降下限價格,低於該價格 即不再調降。所謂的「藥品合理成本」,包括 處方錠劑1元,點滴22元,抗生素注射劑15元, 藥膏10元,塞劑5元等。

年年藥價調整的結果,導致救命的藥,比一顆糖果還便宜;補充營養的點滴,價格竟不如一瓶罐裝水……。 這麼「好康」的價格,真的是消費者的福音嗎?過低的藥價給付,會不會逼得藥廠不顧藥品安全,變更包裝、主成分,只為削減成本;醫院採購藥品,也不再以藥效為優先考量。健保、醫院、藥廠,形成一層壓一層的殘酷食物鏈。廉價醫療,雖然為全民省了荷包,但賠上的是你我的醫療品質與用藥安全。





圖1

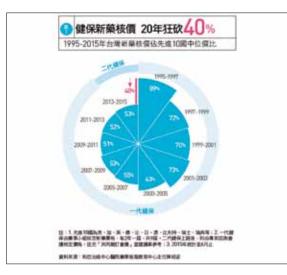




圖3 圖4

根據衛服部的資料,台灣的藥價支出比 OECD 34國平均還要低35%(圖1),藥價之 低早已名聞全球。健保使用量前20名之藥品價 格,也遠低於世界各國(圖2),而健保的新藥 核價,經過健保20年來不斷的調降,更只有先 進10國的中位數價格的一半(圖3)。照理説, 健保署對於藥價的控制已經非常完美,獨步全 球了,但是仍然未能阻止藥費成長的趨勢(圖 4)。原因在於人口的老化,以及新藥、新科技 的不斷導入,大量的高貴藥物納入健保給付, 如治療三高的新藥、癌症標靶治療藥物及新的 抗病毒藥物等。而健保的政策,如禁止使用分 裝藥水、藥膏等,也會增加藥價的支出。然而 透過「藥價支出目標制」調整健保給付價格, 控制藥價支出,是否是最好的方法?而當藥價 被極度壓縮,就會產生種種不可思議的現象。

首先是藥價比糖果還低,以大家最常使用 的普拿疼為例,最低被調降到0.17元,不知道 0.17元的藥品可以要求怎樣的品質,病人知道 他吃的普拿疼核價只有0.17元嗎?再以老人家常用的氧化鎂為例,原本核價0.18元,已屬偏低,又被調到0.17元,這樣真的能省到多少藥費支出嗎?再者,一瓶點滴,要打到血管裡面,需要經過滅菌消毒的過程,居然比路邊的手搖茶還便宜。

製造藥品的原料,會受到國際原物料價格波動的影響,過低的藥價,造成許多藥物的健保給付價甚至低於進貨成本,以腹痛最常用的藥物Buscopan為例,因近幾年原物料價格高漲,健保給付價只有1.5元,大多數醫院診所的進貨成本早已高於此價格。健保局當然無法控制藥品原物料價格,所以,醫療院所到底(要)被迫換藥?還是忍痛做賠本生意?有些藥品更在一夕之間,藥價被調為0元,完全不考慮醫療院所的庫存問題,這種損失誰要負責?

當藥價不斷的被調降,廠商沒有利潤時, 要嘛選擇不做,甚至撤出台灣。而當利潤不合 理的低,還有廠商要做時,並不是佛心來著, 反而才是我們需要擔心的。如果您是老闆,價格不斷打折,成本又高時,品質要不要打折?但是,政府卻要我們相信:「品質不會變」。當然,我們不是不相信政府的認證,我們只是擔心,以這麼低的價格,政府監測機制再怎麼綿密,可能也抵不過廠商的應變機制與『生存壓力』。

其次是台灣可能變成外商眼中的"奧客",因為所有要進入台灣的藥品,都要擔心被嚴重「價格破壞」一番,尤其台灣佔全球的市場比率不大時,很多新藥好藥或許就自然而然不進入台灣了。新的藥物愈來愈多,尤其是糖尿病、心血管疾病等慢性病藥物推陳出新,醫師當然也希望病人儘量使用好一點的藥物,副作用少一點,售價自然會高一些。在藥價支出目標制之下,只能盡量使用便宜的藥,或許便宜的藥未必不好,然而,一直使用舊的老藥,整個治療趨勢和觀念必定跟不上國際的趨勢和腳步。

最後,過低的健保藥價,也會影響國內 生技產業的發展。當生技業者好不容易通過臨 床三期的試驗,取得藥證,由於健保新藥價格 只有先進10國藥價中位數的一半,要在哪裡上 市,業者心中當然自有打算。因此形成了台灣 上市公司生產新藥,無法造福國人,這都和過 低的健保價有關。

台灣已經是全世界藥價最低的國家了,健 保署無視此一事實,仍然每年逕行調降藥價, 真的需要嗎?除了藥價目標制之外,有沒有其 他的方法。其實健保署也知道,每年被浪費的 藥物,非常可觀,如何從民眾端來節省藥費支 出,可能比不斷調整藥價,影響醫療品質來的 有效,而且可行。今年起健保署喊出的醫療分級,調高急診及醫學中心部分負擔,以及壯大基層或許是一個開始。若能進一步調高藥品部分負擔上限,不限於200元,及取消連續處方箋免部分負擔的規定,乃至於允許藥品差額負擔,才是抑制藥價成長的有效方法。

當然要改變這些討好民眾的政策,非常不容易。就像年金改革一樣,都會面臨選票的考量及既得利益者非常大的壓力。但是,今天不做,明天就會後悔。經濟學的問題,使用經濟學的方法來解決,才是最有效,代價最少的方法。不用經濟學的方法解決,而用政治的方法,勢必要在其他地方,付出代價。沒有從民眾端來控制藥費的成長,所有的方法都無效,因為廉價醫療,無節制、無管控的醫療浪費,只會造成藥品品質低落,醫生病人無藥可用,乃至於醫療漸漸落後的結果。當然,官員們引以為傲的醫療奇蹟,將如曇花一現,不會再有。

PROFILE 本文作者 現任 - 台中市永安診所院長 - 台中市診所協會常務理事 - 診所協會全聯會監事 - 內科醫學會理事

開放流感快節到基層施作的紛擾

文/許惠春

健保局為了呼應李署長主張的壯大基層服務,導引部分湧向醫學中心看診的輕症民眾,回歸社區醫療。自106年五月一日起,開放了25種檢查處置項目,也就是跨表服務,由原本限制在醫院施行的B項,更改為基層院所亦可施做的C項。其中引起最多網路平台上爭論的就屬流行性感冒病毒A及B抗原檢查,即14065C及14066C兩項。表面上是增加基層醫師在處理流行期間的診斷方法,開放之後醫師們應該支持才是,沒想到反而像投石入池,後續的蕩漾餘波更是當初極力爭取此獨立預算的全聯會幹部委員們始料不及的。

在開放基層可以使用健保申報檢驗之前, 一般診所在面對症狀符合流感病人的快篩檢驗 是收取約350~400元/次的自費檢查費。一般臨 床醫師在建議病人自費檢驗之前,心中一定會 經過下面六個層面的考量才會推薦:

- 臨床症狀的極度符合、陽性機率至少有七成 到八成以上的把握。
- 2. 流感快篩檢查是病人災難性的痛苦,雖然時間只有1~2分鐘,通常是把一根7~8公分的棉枝深深插入鼻孔、直達病人的鼻咽部,拿取黏液合併血漬,此時病人常是齜牙裂嘴、雙眼圓瞪、眼淚鼻涕直流、痛苦不堪。
- 病人願意而且負得起此檢查費用(花費時間 解釋檢查的必要性)

- 4. 看診會中斷5~10分鐘,尤其是篩檢幼兒或是 充滿蠻力的國高中生、常常需要連哄帶騙、 甚至更多的人力支援。
- 5. 病人在檢查過程中克制不住的打噴嚏及咳嗽,會噴得醫師全身沾滿高濃度的病毒黏液,使醫護人員暴露在感染的高風險中。
- 6. 等待10~20分鐘後如果檢查結果是陰性,但 是臨床症狀又極度吻合,很難向病人解釋清 楚,甚至會讓病人懷疑醫師的判斷力是否有 誤,因為病人通常不瞭解檢查的偽陰性及偽 陽性。

如果你充滿魅力又有良好的醫病關係,也 能收到自費400元的檢查費,或許可以放心地進 行快篩,但歸入健保申報之後卻只能申報300點 (A+B),再加上點值稀釋以後可能到手的只 剩下200~300元,又要面臨抽審核刪的風險, 所以網路上的反應迄今仍然是意態闌珊、普遍 不看好、甚至質疑開放的必要性。

自五月迄今已接近一個月,再加上正巧遇 上五月份流感的小流行,根據本人的觀察,發 燒一來就特別強調"健保有給付"而主動要求做 流感快篩的病人(所謂奧客)其實沒有比以前 多,但是後續經過媒體的宣傳以及年底可能出 現的大流行,是否會改變這個現象,則有待觀 察。至少目前仍然在慎選病人後"鼓勵"病人 自費快篩。 而且往年在醫院端本來就有流感快篩健保給付,現在只是擴大至基層施作,並非全新的政策,在醫院的醫師並不會因此感到困擾,基層醫師又何必多慮?其實做快篩有點麻煩(參考上述的決定替患者做快篩前六個不同面向的考量點),比起幫病人做其他的檢查或治療申請的費用並沒有特別高,如果真的有醫師情願冒風險花時間做快篩只為了多賺那一百多塊(税前)的利潤,我們也不需要太苛責這份用心與投身流感防疫的熱情!更何況太高的比率快篩又要面臨抽審核扣的風險。

我認為新竹的麥醫師看法最積極正面,也 許可以作為大家的另外一種參考,特別節錄如 下:

- 1. 我們基本的態度是:再沒有新的財源或在目前僅有的少量資源挹注下,開放新的支付項目,包括流感快篩或新增公費疫苗等,理論上應該先用於補足既往不足的點值,再來談開放新支付項目。
- 2. 既然已經開放成健保給付、木已成舟,大家 應該尊重協商前輩的苦心,而且這是新的特 別預算,不排擠原有的基層總額。目的是強 化基層的競爭力也符合署長的用心,我們還 是先以正面的態度處理。理論上今年的申報 是明年預算的基礎,如果大家不申報,預算 將會萎縮。
- 請大家用平常心面對,不積極衝量也不消極抵制,按照適應症申報,讓常態依照常態呈現。
- 4. 目前全聯會的抽審門檻是5%,但應該會進行 動態調整,依流行期而變動,疾管局網站自 有公開的呼吸道流行監測週報參考。

後記:

此篇文章完稿於開放流感快篩後的一個 月、流感正如火如荼地肆虐中。醫師們面對發 高燒的門診病患,到底該不該使用快篩當成 診斷流感的必要步驟?或是使用公費克流感藥 物?紛紛擾擾、爭吵不休。更何況全聯會初步 釋出的訊息是5%的門檻,做多了總是要面臨抽 審核刪,甚至還有點值下降的隱憂。

經過各地基層醫師的一再反應,106年6 月25日全聯會西醫基層醫療服務執行會終於從 善如流,點頭答應放寬百分之五的抽審門檻, 由各地分會自行設定抽審比例、同時也開放支 援醫師亦比照專任醫師,可以施作流感快篩及 申報。至此,大家的共識終於有了比較一致的 方向,當然這一波的流行也逐漸接近尾聲了。 等到年底時統計出各地快篩申報的數量及點值 稀釋的真正金額後,也許大家可以再度好好思 考,若在門診遇到發燒的病人時,到底是不是 要多作流感快篩了!

*根據最新的西醫基層申報統計,106年5-6月全台申請的流感A+B型抗原檢查共接近18萬點,似乎仍然在控制中,並未過量或失控,就讓我們拭目以待吧!

PROFILE 本文作者

現任

- ▲博新小兒科家庭醫學科診所院長
- ▲兒科醫學會監事
- ▲新北市醫師公會理事
- ▲永和區醫師聯誼會會長



許惠春 醫師

流感快篩改公費,醫師難為!!

文/林恆圭

健保署為擴大基層服務內容,落實分級醫療,因此從106年五月起陸續開放基層申報一些原本只允許醫院申請的檢查項目(即B表降C表),讓病人不需要到醫院就可以安排相關的檢查或檢驗。原始的用意立意良善,基層診所也樂觀其成,但開放實施後卻屢有怨聲,因為開放開始的時間適逢流感流行期,基層醫師們擔心申報過量會造成點值稀釋及篩檢陰性被核刪,另一方面,醫師也要面對民眾端在沒有適應症的情況下要求快篩檢驗,常常面臨左右為難,因此本文將討論開放後這幾個月所造成的一些問題與基層醫師的擔憂。

1. 症狀不典型或不符合適應症之患者要求快篩,醫師很為難!

基層兒科醫師在門診常常遇到一種狀況: 學校老師要求家長帶小孩來篩檢。在流感流 行期間,學校老師因為學生發燒擔心流感傳 染力強而要求家長帶學生到診所做快篩,這時 候就會出現幾個選項的排列組合:症狀典型 (+)、快篩(+)、接觸史(+)、重症相關 症狀(+)。

a. 症狀典型者

如果症狀典型,其實就可以考慮做快篩, 問題是就算快篩陽性,沒有接觸史或其他重症 相關症狀,基本上也不符公費克流感的開立標 準,不過這種情況還算好處理,可以開立自費 克流感請病人自行購買即可,如果症狀典型, 又合併有接觸史或重症相關症狀,對醫師來講 大概用藥上也沒問題,可以開立公費克流感, 但這樣的病人要不要做快篩呢?不做會被病人 質疑你的診斷是否百分百正確,做了又擔心審 查委員會說已經都符合公費克流感開立的標 準,沒有做快篩的必要性。

b. 症狀不典型者

另外還有一種情況是:醫師認為不符合 適應症而要求病人自費快篩,遭患者至健保署 申訴。另外還有一種狀況是症狀不明顯,病患 要求做快篩,而醫師評估不符合適應症,因此 要求病患自費做快篩。病患雖一開始已填具自 費同意書,但因媒體大肆報導快篩已有健保給 付,而完全不顧自己其實並不符合適應症,逕 行到健保署申訴,而最後健保署要求醫師退費 給病人的事件屢見不鮮,叫醫師情何以堪!

2. 經費不到位最後爆量打折!醫師做白工!

因為此次健保署開放降表的項目眾多,而 經費又非常有限,所以基層醫師也很擔心申報 過量時經費不足而給付打折,做一個賠一個。 根據兒科醫學會理事麥建方醫師估算,此次開 放跨表申報,經費先撥2.5億,如果所有經費都 拿來做快篩,約可以做88.33萬人次,如果分配 給所有有做快篩的健保特約診所,估計每年做 100人次就會爆量,等於每個診所每個月平均做 超過10件就有爆量之虞。可想而知,2.5億是肯 定不夠的。

前山海屯診所協會理事長魏重耀醫師多年 來參與過無數次與健保協商新增治療及檢驗項 目,他認為在與健保協商新增治療及檢驗項目 時,常常經費都不到位,原因是一些醫改團體 及消基會給健保署壓力,造成經費不足,最後 到頭來又算到醫師身上。做爆量的部份只好用 點值下降,嚴格抽審核刪及放大回推等不合理 方式把帳算到醫師頭上,所以醫界應該要知道 有多少資源做多少事,不然常常會落得政策立 意良善,但執行上反而讓醫師兩邊不是人。但 另一方面,少子化的結果,台灣人口幾乎快呈 現負成長,但人口結構老化的結果導致需要使 用醫療服務的人口比例一直增加,整體醫療費 用也大幅擴張,而醫師人數也是持續增加中, 所以未來的趨勢應該是每位醫師服務的平均病 人量一定會鋭減。理想而言,希望的是每一位 醫師都不要自我設限,能幫病人做的服務或檢 查不管是在醫院或是在診所,盡量能幫病人完 成,讓每位病人能有更好的服務內容及品質, 醫師對每位病患提供醫療服務的給付也要相對 提高,這樣才是長久之計。所以健保署開放多 一些檢驗項目給基層診所申報,以基層的想法 是樂觀其成,但重點是要跟健保署爭取充餘的 經費。但經費充不充裕牽涉到政治、選舉、民 代,很多時候民粹的結果最後就是把醫師犧牲 掉了。

3. 無訂定明確適應症,未將開放降表之相關訊息發文給臨床醫師,增加醫師 行政作業,又擔心結果陰性會被核刪

流感快篩開放健保申報後,健保署並未 針對流感快篩開放基層後制定明確的適應症, 導致醫師無所適從。另外也有許多醫師抱怨並未收到開放快篩的相關公文,常常都是自行看報紙,社群媒體或聽病人說才知道快篩已經可以公費申報,造成醫師端與病人認知上的不同與困擾。另一方面,之前流感快篩自費時,篩檢結果只要記錄於病歷內即可,可是開放公費後,醫師必需將結果拍照存證,紙本病歷上也要針對適應症做更精確的描述,因此必須花更多的行政作業時間,造成醫師怨聲載道。也很多醫師擔心快篩結果若是陰性,會被放大回推,而這樣的案例其實在醫院部分已經發生過了,所以基層醫師的擔心不是沒有道理。

根據2016年5月31日蘋果日報報導,彰化 基督教醫院兒科錢建文醫師於流感爆發期間收 治類流感病人並開立流感快篩檢查,事後卻被 健保署核刪快篩費用300元,並依規定統計計算 後,擴大核刪金額為2萬3302元,暴增76倍。 筆名「女醫師」也因此在臉書《篠舞醫師的s 日常》上發文痛批「醫師被白嫖完還要交保護 費」。

4. 他山之石:牙醫師公費:塗氟及臼齒 溝窩封填補助,超過補助費用一律改 自費。快篩也可以比照辦理嗎?

根據106年1月22日自由時報的報導,衛福部補助六歲至九歲塗氟及臼齒溝窩封填補助因今年編列經費不足,預估於106年第三季將會用罄今年度補助款,造成基層牙醫抱怨。牙醫師公會的做法是繼續積極爭取補助,如果真的經費不足,在經費用完時衛服部會發文給牙醫師公會,請所有牙醫師即刻起病人塗氟及臼齒溝窩封填一率改為自費,這樣既不會有爆量點值下降問題,大家也都有一個統一的標準。流感快篩是否能在經費用完後由醫師公會通知所有會員改為自費?這是一個很難解的議題。

a. 經費來源不同

因為塗氟及臼齒溝窩封填補助的經費來 源為國民健康局,而且項目為預防保健。相反 的,流感快篩的經費來源為健保署,項目為健 保疾病給付範圍,因此不能混為一談。

b. 不衝量無法將真實狀況呈現,影響日後跟健 保署協商的總額。 總之醫界能做的真的只能走一步算一步, 密切觀察未來包括健保署的態度,民眾觀感, 醫界態度三方角力的變化,也期待醫師公會或 診所協會在與健保署協商時能夠爭取到充裕的 經費,期望對民眾的健康與醫師的付出達到雙 贏的局面。

結論

流感快篩及其他降表項目開放後何去何從?會有什麼樣的可能結局,所有的基層醫師都非常關心,一方面樂觀其成,一方面又擔心到頭來做白工一場空。

有以下結局

結局一:點值浮動,快篩每例給付慘不忍

睹,不敷成本引發醫界抗議。

結局二:提前喊停,明年追加預算。

結局三:快篩回歸自費市場,引發民怨。

PROFILE 本文作者

現任

▲慶燿聯合診所負責醫師

經歷

- ▲中華民國小兒科專科醫師
- ▲中華民國過敏免疫學會專科醫師
- ▲臺灣過敏氣喘及風濕病學會專科醫師
- ▲兒童急診專科醫師
- ▲臺中榮總兒童醫學部過敏免疫科主治醫師



林恆圭 醫師

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準106年度開放25項表別限制項目之 106年5-11月醫療費用申報統計表

序號	醫令代碼	醫令名稱	含材料費 支付點數 (點) A	申報家數 (家)	申報醫令量 (件) B	去年同期 跨表申報 醫令量(件) C	預算執行 點數(點) A*(B-C)
15	14065C	流行性感冒A 型病毒抗原	150	2,347	281,427	522	42,135,750
16	14066C	流行性感冒B 型病毒抗原	150	2,316	278,521	522	41,699,850

註:感謝-中華民國醫師公會全國聯合會 資料提供

◎資料來源中央健康保險署二代倉儲系統門診醫令檔(資料擷取日期:107.1.2)。

◎資料擷取條件:申報資料之醫令代碼前5碼為表格醫令代碼之前5碼。

◎西醫基層係醫事類別為11(門診西醫診所)。

■走入社區一診所唯一的路

文 / 蔡梓鑫



廖慶龍理事長走入社區演講,與社區居民互動。

診所協會走入家醫群

104/5/3彰化縣診所協會廖慶龍理事長就任後,即思考如何多與會員互動,多聽取各診所醫師的建議,並宣導各項法令規章,解決各項執業的難題,故提出診所協會必須到本縣各區與會員加強互動的想法。彰化縣診所數有570家左右,醫師約有780人,參加診所協會的會員有400位之譜,有些多人診所至少有1位代表參加,所以滲透率甚高,幾乎涵蓋了有活動力的診所。

在10幾年前,當時彰化縣診所協會的開會模式是一個月選一個晚上到彰化市來開會,員林、鹿港、溪湖的前輩晚上下診後再驅車來開會,回到家時都半夜1、2點了,在10年前蔡明忠理事長就任後,變更為彰化、員林、溪湖、北斗,約略是劃分為北彰化、大員林區、東南彰化、西南彰化4區,由協會理事長帶著幹部到各區與會員座談,有些地區因應各區會員要求改為中午開會,使協會會員能就近或約20分鐘內來開會,至今甚多的前輩都覺得此項分區開會,節省了會員很多時間。10年匆匆而過,

彰化縣診所協會歷經巫喜得理事長、連哲震理事長一直延續分區座談,然而健保規定日益繁複,會員們應付不暇,加以新開業診所不易,年輕新血補充困難,熱心的前輩們體力日衰,中午休息時間或晚上疲累而開會熱情漸減,每月的彰醫午夜談資料豐富清楚,加以通訊設備發達Line群組興起,即時反應即時溝通,診所醫師們不出門開會約略已知醫療之大小事,所以分區開會出席的會員日漸減少,拜託會員前輩到場來開會,是捧捧場的性質居多了。

彰化縣診所協會廖慶龍理事長就任後, 即想做變革,得知現在參加家庭醫師群試辦計 畫的基層診所每月都要定期開會,就有了「會 員在那裡,我們就到那裡」的想法,將診所協 會各區座談合併家醫群開會。依各醫療的運作 不同參與也不同,不影響各醫療群的運作,若 有特殊議題耽擱半小時,若沒議題打個招呼, 會員沒有建議快閃走人。聽取各診所醫師的建 議,並宣導各項法令規章,解決各項執業的難 題,甚至知道會員在哪裡開會路過打招呼也是 與會員互動的方式,不增加會員開會負擔效果 良好。其方式如下:

 上健保署網站搜尋:全彰化有32醫療群, 230家診所共350個醫師參與,不論是會員或 非會員覆蓋率大增。聯絡醫療群負責人及了 解開會所在地,醫療群的組織方式有些是醫 院主導,如彰基、秀傳、部彰、何醫院、郭 醫院,有些是診所醫師自發性組成自請秘書 工作,有些是由顧問公司組織散布各地的醫 師而成。



廖慶龍理事長及張文宗前輩走入社區 演講的立牌廣告

2.每一個月彰醫午夜談前,會員收到一份資料,內有廖理事長親自整理:

第一部分為報告事項,蒐集一個月以來的 的各方來文,如健保署、疾管署、國健局、衛 生局等,選出重要事項宣布傳達,或是全聯會 及健保署中區執行會的開會結論也一併報告。

第二部分是討論事項,討論此時正醞釀的 各項政策,收集會員意見統整因應之道,或會 員面臨問題的解決之道或暫無法解決問題的如 何變通之道。獲致良好成果如下:

- 1. 擴大深入經營各地區:經過一年來的運作, 彰化縣診所協會再伸觸角進入各地區,由4分 區擴大到10幾區了,如以往沒到的二林、鹿 港、和美及秀水,並深入經營如彰化市、員 林市接觸了更多會員。如此分區座談因會議 在中午,如果仍有會員不方便前來,則由來 聽的幹部帶來到各區醫療群Line群組,如此 擴散力量更大了。
- 2. 宣導政策收集資料更廣泛:適巧近來,先有

- 勞動相關法規的變更、區域醫療整合計畫的 阻擋、及長照居家醫療如何加入等議題,會 員的興趣非常高。
- 3. 與會員面對面的接觸和通訊媒體溝通有很大的不同:現時Line群組雖然方便即時利於通知事項,然多人討論時流於片斷無法聚焦,幹部將此結論於聚會時報告清楚易懂,探訪會員民意功能無可取代。

診所醫師走入社區

由來已久,彰化縣的前輩走入社區的各式活動一直持續進行中,如許守道前輩領導的幼兒園遊戲式發育遲緩篩檢活動廣為各方好評;蔡明忠前輩主辦的國民中小學學童體檢活動,效率一流;各診所配合衛生所每年各社區流感疫苗設站注射,便利社區民眾。

而近年來由於醫療環境競爭激烈,各地新成立及擴編的醫院如雨後春筍般不斷湧現,而挾其龐大資源壓縮各地診所的生存空間,交通車流刺網四處流竄搜羅病人,與各醫學中心合作大打先進醫療科技牌,並派出護理人員密布村里廣設服務站,已鯨吞蠶食診所賴以生計的初級照護病患。診所協會在廖慶龍理事長規劃提出「診所醫師走入社區」,彰化各鄉鎮診所醫師走入社區兩大計劃持續進行。

- 診所醫師進入社區衛教:診所協會已取得彰化縣衛生局106年度40場。遍佈各鄉鎮市村里,各村里向衛生局申請,轉到診所協會秘書處尋找醫師,或由各醫師主動尋找各適合的村里長或發展協會理事長,並代為聯絡各村里及衛生局,準備布條各項用品,完成衛教活動,向衛生局請領費用。一年來已完成超過100場演講活動。
- 2. 製播衛教節目深入社區:彰化縣診所協會與



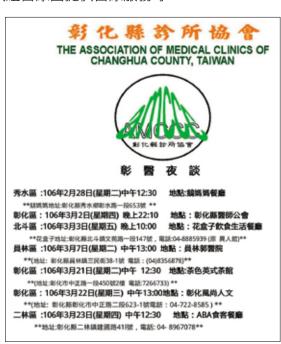
蔡梓鑫秘書長率先參與公益頻道「厝邊醫生來開講」節目錄影現場,今年總共製播三十一集,成效卓著。

公益電視台(彰化縣有線電視第3台)合作錄 製「厝邊醫生來開講」節目,攝影棚地點在 縣政府三樓。基本規格是棚內坐談(多少人 沒限制),有主持人,不足一小時則輔以外 拍,可邀約專家學者,錄影時間可協商。主 題故事腳本及經費自籌,每一場由一位醫師 負責,節目內容形式有彈性可自行決定,節 目版權歸醫師所有,頻道人員負責錄影後製 播出,可幫忙做手版。而若可達一定的攝影 品質,亦可錄好送電視臺剪接配音。本節目 播出為每週一集,依拍攝順序逐週播出,節 目將固定於3月起,每星期一、三、六,共三 天,早上10點及晚上7點播出,也上youtube 協助宣傳並隨時可以收看。節目到8月已播18 集,錄影完畢26集,預排有31集,並於6月 起引進虛擬攝影棚,節目背景型態加變化, 事先前置準備完備並徵得醫師同意,也嘗試 採用網路直播,收視群大為擴增。

此一活動可邀訪外賓參與,增加協會人 脈,如副縣長、立法委員、處長、兒科醫學會 秘書長,都曾一起錄影。各科負責人去詢問適 當醫師錄影,發掘優秀年輕人才為協會注入活 力,平時與頻道人員接觸,協會會員有活動如 失智老人關懷站成果展亦來採訪播出,為診所 協會增添活動範圍。

陸陸續續另外亦有多種型式走入社區活動,如參與民生國小新生入學闖關活動,迎接

媽祖入境設立救護站,慶安宮200週年慶前往義診,青商總會在建國科大舉辦運動會的支援救護工作等,都是走入社區可做的工作。而配合長照機構社團村里C據點,主動結合附近診所共組醫療團提供醫療服務等。



彰醫午夜談結合家醫群,各分區排程概況。

PROFILE 本文作者

現任

- ▲中華民國診所協會全國聯合會監事
- ▲彰化縣診所協會秘書長
- ▲彰化陽光小兒科診所負責醫師



蔡梓鑫 醫師

百敏析 B≝oIC™

本土過敏原 晶片一秀

台灣特有 過敏原 小黑蚊 / 芋頭

少量 血清 100µl 的

血清量



大量 篩檢

同時檢測40項 過敏原

品質 管控

內建校正曲線

檢驗 快速

BioIC





■桃園診所協會成立感言

文/蕭敦仁

桃園診所協會在今年(106)6月25日成立了,成為台灣第13個地方協會,回想幾個月來的準備工作,真是百感交集,決定為文記之,一則可作為籌備期間的紀念,二則可做為未來各縣市要成立協會時的參考。

個人雖然擔任桃園市醫師公會理監事多年,但大多是跟著前輩醫師腳步前進,貢獻自己一點棉薄之力罷了,從來不知「診所協會」有何重要性?直到去年12月偶遇診協全聯會曾梓展理事長,在展哥的諄諄教誨中,了解各地診所協會成立的必要性,也應允展哥擔任桃園診所協會的發起人。一開始先向醫界大老請益,受到時任醫師公會理事長的陳志忠醫師大力支持,與多位前任理事長的贊同,並邀請桃

園龍潭資深前輩,也是現任桃園市議員的閻中傑醫師應允當創會理事長,但後來閻醫師因個人生涯規劃之故,把創立桃園市診所協會這個任務又交回我手上;回首觀看創立之初的line群組僅3人(蕭敦仁醫師、秘書長姜博文醫師、與總幹事藍淑貞),我們3月29日開第一次會議,商討邀請那些人當發起人,邀約完成後行文社會局報備,接到市政府核准函後,於5月19日開完第一次籌備會議確定成立宗旨,並依規定登報徵求會員入會,緊接著於6月5日召開第二次籌備會,確定組織章程;最後發函所有診所,廣邀基層醫師入會,在眾志成城下,桃園診協順利在6月25日成立,當日已繳費會員數152人,而line群組已達380人。



回首醞釀期3個月,籌備期3個月,與實際運 作3個月,心得分享如下:

- 1. 確認成立縣市診所協會的重要性,以及與醫師 公會的不同角色扮演,讓所有基層醫師了解; 同時站在公眾利益立場,保障會員權益,如此 才會有醫師願意繳費參加。個人的感受是:診 協會員間的關係都是平等的,比較像扶輪社等 社會團體,幹部都要有服務精神才能成事,共 創更美好的基層未來。
- 2. 診所協會的成立,最重要的是要獲得醫師公會的支持、衛生局的接納、與市長的重視,如此才能運作順利,因此如何與各相關團體協商與向前輩請益是重點,必須多所著墨。當然,身為台灣第13個成立的診所協會是幸福的,因為除了診協全聯會的協助外,各地區診所協會幹部都會傾力相助,真是感恩。
- 3. 成立診所協會後,各會員、各科別、各診所的需求包羅萬象,若要全部服務,人力物力並不允許,但也深深了解診協的任重道遠,我們第一屆全體理監事會秉持服務的心,在全聯會與其他各地診協的協助,桃園市衛生局的指導下,用心服務診協會員,共創更優質的基層執業環境。

最後再次感謝這一年來,在桃園診所協會醞 釀、成立、與運作過程中協助我們的所有人,感 恩有你! 壯大基層,翻轉醫療,我們準備好了!

PROFILE 本文作者

現仟

- ▲桃園市診所協會創會理事長
- ▲桃園市內壢敦仁診所院長
- ▲中華民國肥胖研究學會 理事長
- ▲教育部部定助理教授

經歷

▲衛福部立桃園醫院內科主治醫師



蕭敦仁 醫師



桃新竹縣診所協會成立紀要 麥理事長的話

文/麥建方

時光荏苒,後學來到新竹,也已經15年。 原本以為只是師長指派支援,沒想到因緣際 會,落地生根,就這麼待了下來。

進入基層醫療,轉眼已經十多年,正好 見證了大新竹區由醫療稀缺地區躍進為百花爭鳴。初到新竹時,我們竹北開業醫師有個「竹 北自救會」; 説是自救,但是醫療環境尚可, 倒是常常聚會,吃吃喝喝,非常融洽。新竹市 也有開業醫師聯誼會,後學也曾參與,認識很 多令人欽敬的前輩。這幾年大型醫院除原有 的台大新竹分院、竹北東元醫院、新竹國軍醫 院、竹東榮民醫院、署立竹東醫院、湖口仁慈 醫院之外,更增加了新竹馬偕醫院、新竹國泰 醫院。如今竹北地區將再增加中國附醫與台大 醫院竹北分院,以及交大特色醫療園區,大新 竹地區的醫療生態急遽改變,甚至磁吸苗栗與 南桃園就醫人口,是一項成就,卻似乎也是一 項危機。

分級醫療、全人照護、社區醫療在宅服 務與長照計畫,是目前火熱的醫療議題,政府







有心推動解決方案,但卻看不到章法。以解決 民眾就醫需求而言,將新竹縣三大財團醫院集 中於竹北交流道方圓兩公里之內,密度直逼台 北市信義計畫區百貨公司群,是否背離了分級 醫療與社區醫療精神?面對服務量體驚人、預 計年門診成長率超過50%的大型財團醫院,小 型醫院與獨力經營的私人診所面對的到底是生 存空間的極度壓縮?還是能在競合過程中摸索 出最適比例,真正讓急重症患者不必再舟車勞 頓,而輕症或穩定慢性病患者仍然能就近社區 照護,我們不止應該繼續觀察,更應該集思廣 益,提出解決方案。舉例而言,官方提出壯大 基層的解決方案中,一方面開放跨表申報讓基 層有更多服務品項、另一方面由醫學中心下轉 基層病人,其開立同等級藥物處處受限,這種 矛盾現象,我們必須建立對話窗口,才能協助 政府制定的政策接到地氣,貼近民眾需求。

面對如Sogo或101般巨大的財團式醫療機構,個人診所若沒有連繫與發聲管道,終將如傳統柑仔店逐漸被時間洪流吞噬。如我們能轉型為7-11般的基層連鎖醫療解決方案,對於民

眾、對於政府、對於我們自身,都會是更好的 一條路。

這麼多年過去,基層醫療環境也在財團醫院大軍壓境後漸漸遇到困境,瀰漫著螺旋向下的氛圍。看看其他縣市,一樣面臨著險峻的挑戰,基層院所因著挑戰而凝聚,因著凝聚展現力量,因著力量得到了話語權。所以,我們也應奮起,重新凝聚夥伴,重新凝聚情感,重新凝聚力量。

有一個有趣的數學算式:(1*1*1*1···.) 不論幾次,還是1。但只要多0.01, (1.01*1.01*1.01···.)70次後終將大於2。如果 願意加碼到0.1,(1.1*1.1*1.1···.)只要七次就 會大於2。感謝諸多前輩提攜,願意給後學機 會,發起新竹縣診所協會。短短數月有一半行 政區三分之一的診所前輩願意加入一起努力。 我們成立之後將是全國第14個診所協會。只要 每個夥伴,願意在辛苦的臨床工作之餘,撥給 我們百分之一甚至更多的熱情,我們的能量, 將會是沛然莫之能禦的大江大水。

謝謝諸位前輩指導與引薦,後學斗膽接下 發起人職務。為了走訪新竹縣各行政區,我第 一次認真看了新竹縣地圖,就像一個昂揚的龍 首,北有鵬南有鯤,難怪新竹風大人才多。我 們成立之後,將是全國第14個診所協會。因著 新竹的風,因著新竹的地靈人傑,我們必將摶 扶搖直上九千里。

感恩再感恩!

PROFILE 本文作者

現付

- ▲新竹縣診所協會創會理事長
- ▲新竹縣醫師公會理事
- ▲台灣兒科醫學會理事
- ▲麥建方小兒科診所院長



麥建方 醫師

新北市健保診所協會江蘇參訪團經驗分享

文/倪小雲・林雪蓉



本協會於民國94年成立至今,本著替基層 醫療單位服務的精神為宗旨,及拓展新北市健 保診所協會業務為主軸,讓協會有充分發揮效 能的機會,且能引領著會員邁向更專業化與國 際觀的領域;故今年特別規劃了江蘇參訪團, 跨出了侷限的領域,帶領這群醫界菁英及產業 優秀人才,接軌宏觀的國際眼界;所謂醫療無 國界,各國家都有其先進與優越的醫療制度及 技術,我們藉著「他山之石」取經的心情,探 訪江蘇省的基層醫療單位及養護機構,了解不 同國家的醫療管理制度,與因地制宜的風俗民 情,印證了「行萬里路勝讀萬卷書」的道理!

受到二十世紀60年代嬰兒潮的影響,以及 1980年起推動長達36年之久的一胎化政策, 加諸醫藥與社會經濟發展造就的壽命延長, 中國大陸老年人口呈現「基數大、比例高、 增速快、壽齡長、空巢多」等現象,因而中國政府將醫療健康服務與養老產業等,納入其國家經濟和社會發展第十三個五年規劃綱要(十三五)。本次江蘇行,即期望透過參訪,實際了解江蘇省基層醫療體系運作,以及長期照顧體系之發展趨勢,做為我們參考與借鏡。

江蘇省是全中國最早進入人口高齡化的省分。2015年底,江蘇常住人口共7,973萬人,其中60歲以上老年人口1,719萬人(佔總人口22.1%);在最近幾年,老年人口以平均每年增加71萬人的速度急遽成長中。依據大陸人口研究學者預測,江蘇將在2027年進入人口高齡化的重度狀態,並在2052年達到高齡化高峰,該時老年人口預估高達2,743萬人。

本次行程含括江蘇省3個市,各具特色;分別為江蘇省人口最多的蘇州市(1,100萬人):

人口最少的鎮江市(320萬人);以及在市級中高齡化比例第2高的無錫市(人口653萬,60歲以上老年人口逾26%,65歲以上長者亦超過17%)。

五天行程,實地參訪3個社區衛生服務中心(姑蘇區潤達、姑蘇區留園街道、以及無錫新安街道),2個安養與護理長期照顧機構(鎮江新區護理院暨敬老院、無錫市社區福利中心暨老年休養中心);並與機構負責人進行討論交流。

在醫療體系方面,「分級醫療」及「家醫 簽約制度」為中國近年推動國家醫改政策的二 大核心。中國幾乎沒有基層診所,近10年來, 中國陸續將原有衛生院或部分社區醫院改制為 社區衛生服務中心,肩負第一線社區醫療與公 共衛生角色。每一個社區衛生服務中心均與三 甲醫院(相當於台灣的醫學中心)合作,以三 甲醫院作為後送核心醫院。



就本次參訪的3家社區服務中心來看,每一中心的服務人口介於4.4萬至6.7萬;中心之工作團隊,包括:醫師、護理人員、藥師、醫檢師、健康管理師、心理諮商師、及營養師等專業人員,約80-90位;其中專任醫師人數介於12-21人,約五成是全科醫師,其餘則依社區特性而有中醫師、牙醫師、婦產科、小兒科、



復健科等各科醫師;另外合作之核心醫院也會 依照社區健康需求,派醫師至中心開設內分泌 科、神經內科、眼科、骨科等等專科門診。

在轉診方面,除了中心內部的跨科平行轉 診之外;透過醫聯體系資訊管理系統,中心與 核心醫院間形成緊密上下垂直轉診。中心可以 透過系統,直接幫病患在核心醫院預約門診、 住院及特殊檢查等。部分中心亦設有病房,例 如無錫新安街道衛生服務中心設138床,經核心 醫院治療穩定之病人即可直接轉回中心住院。

蘇州的核心醫院必須優先收治中心轉診病患,中心轉診之一般病患若需住院,平均約3-5天可入住;至於未經中心轉診,直接至核心醫院就診之一般病患,則平均待床時間7-10天。

另外,透過視頻遠程會診,核心醫院亦提 供專業診療指導與建議。

無錫新安街道社區衛生中心進一步與核 心醫院無錫人民醫院合作,設立24小時急診分 站,受緊急救護體系110統一管理,急診病患可



就近送至中心,透過影像訊息平台,由核心醫 院遠端指導、遠程會診。

此外,中心均設有檢驗科與醫學影像科, 有相當完備之儀器設備。除急診之外的一般生 化檢驗,均外送至政府設立的檢驗中心。至於X 光及核子醫學等檢查,則在中心操作,影像透 過資訊網路傳輸至核心醫院,由專科醫師判讀 並開立報告。

在家庭醫師簽約涵蓋率方面,中國設定之國家目標值,2017年重點人群簽約率須達60%,一般人口達30%;至2020年則須達到全覆蓋。此政策推展至2016年底止,全中國家庭醫師簽約率為32.14%,重點人群簽約率44.8%。為推展家醫簽約制,政府額外給付中心收案管理費:收案費人民幣20元/人年,管理費人民幣100元/人年。

無錫新安街道社區衛生服務中心表示,無錫已經達到全覆蓋,每一位民眾必須有一個簽約的服務中心;除急診之外,核心醫院門診只接受中心轉診之病患,亦即採取強制轉診之措施。蘇州雖尚未達簽約全覆蓋,但透過前述轉診快速通道、診療連貫性之設計、以及不同層級自付額之差異,強化民眾簽約意願。

在公共衛生領域方面,社區衛生服務中心 擔負嬰幼兒疫苗注射、老人健康檢查、癌症篩 檢、社區衛教、重症精神個案的追蹤管理及其 他政府專案健康計畫等等工作。凡是公共衛生 業務均由政府編列預算支應;至於醫療部分, 則由醫保及民眾自負額或政府專案支付,醫療 收入另外採績效制度計算。

在長期照顧方面,自2011年以後的30年裡,中國高齡化趨勢勢必加速發展,出現斷崖式之人口結構;未來步入老年階段的群體中,80%以上將是獨生子女的父母,因此「純老家庭」現象會越來越明顯。以江蘇為例,2016年江蘇老年人口中,空巢老人(獨居老人或僅與配偶同住之老人)就已經高達51%。因此可預見的未來,不論是機構式或社區式的長期照顧服務需求勢必龐大。

依據2017年10月24日江蘇省民政廳發布的「老年人口信息白皮書」,江蘇市政府正推動「社區日間照顧養老服務體系達標工程」、「醫養融合推進工程」等13項養老服務;「居家養老、醫養深度融合、政府主導及市場主體」為未來重點面向。依據規劃,江蘇養老機構在2020年將實現醫療衛生服務全覆蓋,每個



縣(市區)建有一所以上老年人護理院或老年 康復醫院,老人護理院至少達200所以上。

本次參訪的鎮江新區星瑞護養院即是新設立之「公辦民營」安養養護機構,委託台灣瑞光健康事業集團經營,全院524床(包括醫療護理床位100床)。參訪之另一機構「無錫市社會中心園區老年休養中心」園區,則包括「公辦公營」及「公辦民營」不同模式,共有400床(包括200床全護理床位)。園區設有一公辦民營、規模100床之二級綜合醫院,以高齡科為主,除提供園區住民醫療照護,亦開放一般民眾。

前述安養機構之住民房間設置以2人房為主,亦有單人房、4人及6人房。2人房收費人民幣2,000元/人月,伙食及水電空調另計,估算一人月約需人民幣3,000元;單人套房若含伙食水電等則約4,000人民幣/人月。至於養護部分,護理費用及耗材費用則需另計。相較於台灣安養機構,一般單人套房收費約新台幣

20,000 - 28,000元, 其收費似乎不算低。

2016年,中國65歲以上的老年人口達1.5億,為唯一一個全球老年人口過億的國家。這個龐大的醫療健康與長期照顧市場,到底是風險?還是機會呢?

經過上述專業知性之旅後,接著來介紹 感性溫馨觀光行程,本次活動透過內地國台辦 及工作人員的邀約,在他們盛情接待下,使每 位團員都能平安參訪,盡情觀光,行程也圓滿 完成,真的不虛此行;所謂「千里結緣」,雖 然兩地隔海相望,熱情卻絲毫不受影響;本協 會在此表達十二萬分的感謝。我們這次能成團 參訪,首先要感謝診協全聯會曾梓展理事長率 領核心幹部大力支持,及來自雲林、台南、北市 東等地各位理事長熱情相挺,更要感謝新北市 前衛生局林雪蓉局長(現敦聘為本協會顧問) 的眷顧,及新北市醫師公會現任林震洋總幹事 親臨指導,還有支持協會的各地醫師仕紳親友 們,要感謝的人太多了,在此表達衷心感謝有 您們真好!

PROFILE 本文作者

現任

- ▲新北市健保診所協會常務監事
- ▲診協全聯會理事
- ▲新北市仁民診所院長
- ▲家庭醫學專科醫師
- ▲國光醫療群專任醫師



倪小雲 醫師

PROFILE 本文作者

現石

- ▲新北市健保診所協會顧問
- ▲新北市醫師公會顧問
- ▲財團法人肝病防治學術基金會顧問
- ▲前新北市衛生局長
- ▲前桃園縣衛生局長



林雪蓉 顧問

▮診聯會第二屆工作成果報告

文/管灶祥

診聯會第二屆理監事在105.2.28就職後,當日隨即在梓展理事長領導下成立各委員會,並具體擬定本屆三大重點目標及六大運作方向,召開會刊編輯會議等。三大重點目標均成立專案小組,包括推動分級醫療及各項利於基層之政策、恢復醫師調劑權、並協助各地新設立診所協會。另外,理事長亦擬定本會六大運作方向包括:建立與主管機關良好關係及溝通管道;建置官網;定期發行刊物;研究醫療政策(利於基層者);參與國際事務;與媒體良性互動。回顧這二年的任期,當初擬定的運作方向及重點目標,團隊均盡力為之,大部份順利達成,並有具體成效,茲簡述如下:

三大重點目標

- 1. 分級醫療及各項利於基層之政策:本會積極 推動各項利於基層之政策,首重分級醫療及 部份負擔定率制,希望基層醫療資源能妥善 發揮效益。健保署亦認同分級醫療之重要性 並推出各項方案。雖然目前成效尚不明顯, 但已讓各界體認分級醫療、壯大基層之必要 性。本會並於106年12月3日舉辦「健保22年 基層的困境與未來」研討會。有關本會各項 主張之詳細內容,請參考附表一「本會發函 摘錄」,及附表二「大事紀一」。
- 2. 恢復醫師調劑權:本會積極拜會立委及主管機關溝通醫藥分業政策,並數度發函列舉目前醫藥分業對患者造成的不便,請衛福部重新檢討藥事資源缺乏之認定標準(不宜以

- 1.8公里認定等)。促成林靜儀立委召開醫藥 分業之公聽會。106年拍攝 YouTube微電影 《無辜的等藥人》,訴諸民眾之認同。惜因 本案涉及層面甚廣,目前尚無明顯成效。
- 3. 協助各地新設立診所協會:本會由各縣市診協組成,故責無旁貸要與各縣市診所協會良性互動並建立基層之共識。由於部份縣市沒有診協,故訂定重要目標為協助新設診協。經過不斷地努力及眾位先進之協助,桃園市診所協會於106年6月25日成立;新竹縣診所協會於106年11月23日成立。並均加入本會成為會員,再添基層生力軍。本會積極參與各縣市診所協會之活動,請參考附表四「大事紀三」。

六大運作方向

- 1. 建立與主管機關良好關係及溝通管道:本會初期並未獲主管機關重視,例如基層相關會議本會並不經常獲邀出席。但經過發函爭取及頻繁溝通,政府相關部門,包括衛福部、健保署及醫師公會全聯會,在舉辦各項與基層相關重要會議時,均會邀請本會出席,或請本會給予建議,足可證明本會已建立與主管機關良好關係及溝通管道。另本會亦積極拜會立委,讓立委了解基層醫療的狀況,也透過立委爭取基層之權益。這部份狀況可參考附表二「大事紀一」。
- 2. 建置官網:官網由本人承辦,委託網蒐公司設計,於105年3月底建置完成。(網站:

www.tmca.com.tw) °

- 3. 定期發行刊物:刊物由王弘傑醫師擔任主編,刊名「基層第一線」於105年6月起定期發行迄今共三期,預計第四期於107年1月出刊。
- 4. 研究醫療政策:本會推動各項壯大基層之政策,特別是分級醫療,具體地說,本會致力於推動依健保法第43條之部份負擔定率制。本會積極設法爭取基層權益,也積極參加基層相關會議,主張對基層有利之政策。各項發函內容請參考附表一「本會發函摘錄」,及附表二「大事紀一」
- 多與國際事務:本會鼓勵參與國際事務,本 會理事赴菲義診,106年10月參加江蘇參訪 團。
- 6. 與媒體良性互動:有感於媒體重要性,本會 設有媒體公關委員會,並有專屬媒體line群 組。在這二年任內,已經有多次投書、發表 聲明、接受報紙採訪、雜誌專訪、電視專 訪,以及召開記者會等等之實務經驗。已初 步達成善用媒體管道替基層發聲之方向。請 參考附表三「大事紀二」

超額完成特別任務

1. 減輕税負,提高執業費用率2%:

梓展理事長及本會團隊積極為全國診所爭取權益,從105年6月起,透過向盧秀燕立委及賦税署之發文,以及多次相關稅務會議之爭取,終於取得佳績,順利將105年度西醫師執行業務費用率從78%調整為80%。讓全國基層診所減輕稅負。可謂是本屆任內給與全國基層診所醫師最直接感受的成果。

2. 獲得認同,並增加本會捐款收入:

本會存在目的,無庸置疑是為了基層診所的最大利益,但我們的作為是否能讓會員有感呢?短短二年任期內,在梓展理事長、釗尚秘書長帶領下,眾多理監事及秘書處同仁們群策群力,盡力達成當初就職時立下的志願,確實獲得諸多基層會員先進們的認同與鼓勵,更直接收到諸多先進們慷慨解囊,捐款贊助本會活動經費,此實始料未及。故將本屆捐款收入,列入超額完成的特別任務。各會員先進的認同與支持是本會堅實的基礎。未來診聯會將繼續茁壯,持續為基層發聲,替基層爭取更多應有之權益。也期待各位基層的兄弟姐妹們安居樂業,萬事如意!

PROFILE 本文作者

現任

- ▲中華民國診所協會全國聯合會理事
- ▲臺中市大臺中醫師公會理事
- ▲臺中市大臺中診所協會理事
- ▲群享診所院長



管灶祥 醫師

附表一、本會發函摘錄

發文日期	受文者	主旨	本會主張簡述
105.3.11	正本:衛生福利部、衛福部中央健康 保險署 副本:中央健康保險署-各分區(組)	主旨:建請貴署本季抽審指標 酌予調整,並啟動風險平衡基 金以補總額點值,以因應本波 嚴峻大爆量的流感疫情。	因流感疫情爆發,建議健保 署調整抽審指標。 並啟動風險平衡基金
105.3.11	正本:衛生福利部、衛生福利部中央 健康保險署。 副本:各縣市衛生局等	主旨:建請貴部函知各衛生局 及健保署各分區(組),若有 關於基層診所之醫療業務及醫 糾調解等會議時,應行文轄區 內的診所協會,以利診所協會 派員參加並配合貴局各項業務 之推展。	建議衛生局及健保署若有關 於基層診所之醫療業務及醫 糾調解等會議,應行文各地 診所協會,以利協會派員參 加
105.4.15	正本:衛生福利部、衛生福利部食品 藥物管理署 副本:中華民國醫師公會全國聯合 會、各縣市衛生局等	主旨:惠請函釋藥品「分裝」 定義,並請明示藥膏、藥水之 調配並不需由「藥物製造工 廠」為之。	本會主張藥物完成品的「分裝」,並非藥物加工製造過程中未完成品的「分裝」。 故藥品分裝並不需由藥物製造工廠為之。
105.4.19	正本:衛生福利部中央健康保險署 副本:衛生福利部中央健康保險署各 分區業務組	主旨:敬請貴署提供本會105 年第一季流感疫情診所申報相 關統計資料,及以後每一季本 會基層診所健保申報相關資 料。	請健保署提供流感疫情相關統計資料
105.4.19	正本:衛生福利部 副本:衛生福利部中央健康保險署等	主旨:建議貴部明定傳染病疫 情爆發時之合理具體補助辦 法。	建議衛福部明定傳染病疫情 爆發時之合理具體補助辦 法,而非由健保總額(醫 界)吸收
105.5.3	正本:衛生福利部醫事司	主旨:建議「醫療機構設置標準」第九條附表(七)診所設置標準表(附件一),有放射線診斷設施者,依醫院設置標準辦理即可,不須另外規定空間大小,請查照。	本會主張X光設置標準不受 30m2之限制

105.5.23	正本:衛生福利部 醫事司 副本:中華民國醫師公會全國聯合會	主旨:復貴部衛部醫字第 1051663499A號函。本會堅決 反對貴部公告之醫療法施行細 則第四十六條之一修正草案, 詳如説明。	該草案涉及危急病人之定 義。其中有需於30分鐘內施 予醫療救治或措施等語本會 認為明定30分鐘可能讓時間 因素容易形成醫療過失,故 予反對
105.6.7	正本:衛生福利部醫事司 副本:中華民國醫師公會全國聯合會	主旨:復貴部衛部醫字第 1051663553號函。本會贊成 貴部公告之「醫療機構設置標 準」第九條附表(七)修正草 案,詳如説明段。	該草案明訂診所僅設置一間 診察室者,得視需要設置護 理人員 本會認為降低診所設置必要 標準是可行的,故予贊成
105.6.21	正本:立法委員盧秀燕國會研究室	主旨:對於健保診所,懇請財 政部調整所頒定執行業務者費 用標準。	本會發文盧立委,透過盧立 委要求財政部調整執行業務 者費用標準建議全民健保收 入部份從每點0.78元調整至 每點0.8元
105.6.28	正本:衛生福利部 副本:中華民國醫師公會全國聯合 會、本會立委顧問	主旨:嚴正抗議貴部漠視本會 代表性且忽視基層醫界意見及 心聲。請貴部未來召開有關 基層醫療議題會議時,應一併 邀請本會參與貢獻意見,請查 照。	抗議衛福部在基層醫療議題並未邀請本會參加
105.6.29	正本:各縣市診所協會	主旨:建請各縣市診所協會建立立法院溝通管道,詳如説明段。	建議各縣市診所協會應建立立法院溝通管道
105.7.04	正本:衛生福利部、衛生福利部中央 健康保險署 副本:中華民國醫師公會全國聯合 會、各縣市醫師公會、各縣市 診所協會	主旨:為達成分級醫療、轉診制度目標,建請衛福部及中央健康保險署落實健保法第43條第1項定率制規定,不經轉診者部份負擔應予提高,請查照。	建請衛福部及健保署落實部 份負擔定率制 特別針對未經轉診者,應予 提高部份負擔
105.7.04	正本:各縣市診所協會	主旨:惠請各縣市診所協會提 供推動分級醫療的具體做法之 意見。	發文收集各縣市診協對於推 動分級醫療意見
105.7.04	正本:衛生福利部疾病管制署 副本:中華民國醫師公會全國聯合會 等	主旨:建請將流感疫苗的疫苗 管理者資格認證期間延長為3 年,並恢復數位課程可線上認 證,詳如説明段。	本會主張減少基層醫師不必 要負擔。 故建議延長疫苗課程認證效 期 並建議恢復線上數位課程

105.7.19	正本:財政部賦税署 副本:立法委員盧秀燕國會研究室	主旨:對於健保診所,懇請財政部調整所頒定執行業務者費用標準。	正式發文財政部,要求調整 執行業務者費用標準 全民健保收入部份從每點 0.78元調整至每點0.8元
105.7.27	正本:衛生福利部 副本:衛生福利部中央健康保險署、 中華民國醫師公會全國聯合會 等	主旨:為均衡保險醫事服務提 供者與保險醫事服務使用者代 表數額,建請 貴部檢討全民健 康保險會代表名額,請 查照。	本會建議衛福部應檢討健保會名額。 應均衡醫事服務提供者與使用者代表數額
105.8.01	正本:衛生福利部 副本:衛生福利部中央健康保險署、 中華民國醫師公會全國聯合會等	主旨:有關部分醫院派發交通 車不當招攬病患造成醫療資源 浪費,並違反分級醫療、轉診 制度的目標;建請衛福部及中 央健康保險署儘速落實健保法 第43條第1項定率制規定,不 經轉診者部份負擔應予提高, 請查照。	再次發文衛福部要求落實部份負擔定率制。 本會反對醫院派交通車不當 招攬病患
105.9.12	正本:衛生福利部 副本:中華民國醫師公會全國聯合會	復貴部 衛部醫字第 1050126862號函。本會反對將 「診所」納入營建署「既有公 共建築物無障礙設施替代改善 計畫作業程序及認定原則」之 草案,詳如説明段。	本會反對診所納入營建署無障礙草案診所以門診為主且科別屬性差異甚大,不需全部符合無障礙設施標準
105.11.07	正本:中華民國醫師公會全國聯合 會、衛福部中央健康保險署	主旨:為推動分級醫療,提供 病人更便利的轉診服務,本會 提供「全民健康保險轉診實施 辦法」修訂意見,請卓參。	本會提供轉診實施辦法的修訂意見
106.01.16	正本:中華民國醫師公會全國聯合會副本:各縣市診所協會	主旨:建請貴會邀請本會代表 列席基層醫療服務相關會議。	爭取列席基層醫療服務相關 會議以利爭取基層權利
106.01.16	正本:衛生福利部中央健康保險署副本:衛生福利部中央健康保險署各分區(組)等	主旨:建請貴署邀請西醫基層代表列席基層醫療服務相關會議。	爭取列席基層醫療服務相關 會議以利爭取基層權利
106.01.16	正本:衛生福利部醫事司 副本:衛生福利部食品藥物管理署 衛生福利部中央健康保險署等	主旨:建請檢討無藥事人員執業之偏遠地區認定方式。	不應僅以1.8公里範圍內有藥事人員即認為藥事資源充足應檢討合理距離、藥局規模、服務時間及假日等條件

106.01.16		衛生福利部醫事司 中華民國醫師公會全國聯合會	主旨:建請檢討醫師親自診察 定義及通訊診察之方式,並建 議通訊診察不限定於山地、離 島、偏僻地區。	醫師親自診察應採實質診察 説,而非形式診察説 通訊診察應不限於山地、離 島及偏僻地區
106.03.13		衛生福利部醫事司衛生福利部中央健康保險署等	主旨:建請貴司檢討醫院設立 診所狀況及醫師報備支援制 度。	反對醫院設立診所侵蝕基層 總額
106.03.28	正本:	衛生福利部、衛生福利部中央 健康保險署	主旨:為落實分級醫療,敬請 貴 署即日起,對於新設立醫 院直接落實健保法第43條之規 定。	主張落實部份負擔定率制,可從新設醫院開始
106.05.04		衛生福利部中央健康保險署 衛生福利部醫事司	主旨:建請 貴署補助健保資訊 網行動網路費用。	建請健保署補助醫療院所行 動網路費用
106.05.04		衛生福利部中央健康保險署 衛生福利部醫事司等	主旨:建請 貴署採用感應式 讀卡技術。	建議健保署採用感應式讀卡技術
106.05.15		行政院農業委員會 衛生福利部醫事司、中華民國 醫師公會全國聯合會等	主旨:建請 貴會修正「植物醫師法」之法規名稱,避免使用「醫師」乙詞,以符社會通念及現行法規,請 查照。	反對農委會使用「植物醫 師」混淆視聽
1106 05 2/1		衛生福利部中央健康保險署 立法院、衛生福利部醫事司等	主旨:建請修正「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第13條規定,健保給付項目得自費。	建議修改特管第13條,讓健 保給付項目得自費
106.05.24		何欣純立委辦公室 勞動部、衛生福利部醫事司等	主旨:本會支持勞基法「一例一休」應予修正之提案。	支持提案修正勞基法一例一 休案,增加彈性
11060703		衛生福利部中央健康保險署 立法院、衛生福利部醫事司等	建請貴署修正「全民健康保險 醫事服務機構特約及管理辦 法」第13條規定,保險給付項 目在特定狀況時得囑保險對象 付費。	特管13建議案接獲回函,再次重申需修正特管13條。 舉實例如:如病患遣失藥品時,依健保署重複用藥不予給付之規定,得囑保險對象自費。

106.07.04	正本:衛生福利部中央健康保險署 副本:立法院、衛生福利部醫事司等	主旨:有關「全民健康保險醫 療辦法」修正草案,本會提出 意見如説明段。	提出全民健康保險醫療辦法 之修正意見
106.07.21	正本:衛生福利部 副本:中華民國醫師公會全國聯合會 等	主旨:有關醫療機構辦理開 (歇)業或登記事項變更之程 序簡化意見。	本會拜會陳時中部長後,提 案將醫療機構辦理開(歇) 業或登記事項變更之程序簡 化意見
106.07.24	正本:衛生福利部 疾病管制署 副本:中華民國醫師公會全國聯合會 等	主旨:建請 貴署依法行政,並應重視愛滋患者權益保障!	本會反對愛滋病患者就醫時 隱匿資訊。因醫師未獲充足 資訊則可能誤判病情,因而 影響病患之權益
106.08.02	正本:衛生福利部醫事司	主旨:有關醫事檢驗師法第九條之1修正草案本會之意見。	醫事檢驗部門之名稱多為醫院內部使用,並不涉及民眾辦識問題。建議不宜以法律強制規定改名
106.09.11	正本:衛生福利部中央健康保險署 副本:衛生福利部醫事司等	主旨:建請貴署更正名稱,將 「合理門診量」改為「門診診 察費折付」制度!	本會主張更名,「門診診察費折付」不應該叫做「合理門診量」,應該就叫做「門診診察費折付」
106.09.14	正本:財政部賦税署 副本:立法委員盧秀燕國會辦公室	主旨:懇請貴署調整執行業務 者費用標準,將醫療資源不足 地區改善方案的費用率比照一 般全民健康保險收入之費用 率!	建議調整醫缺地區的費用率為每點0.8元
106.10.23	正本:勞動部 副本:衛生福利部、衛生福利部中央 健康保險署	主旨:本會對「天然災害發生 時之出勤及工資給付」之意 見,詳如説明。	本會認為天災非雇主責任, 衛福部及健保署應檢討天災 發生時之給付制度及服務規 範
106.11.08	正本:衛生福利部醫事司、衛生福利 部中央健康保險署 副本:立法院	主旨:本會對遠距醫療法之意 見,提請卓參!	本會對遠距醫療法,支持 「實質診察説」。但因健保 為總額制,建議健保不予給 付遠距醫療
106.11.14	正本:衛生福利部 副本:中華民國醫師公會全國聯合會	主旨:敬復本會對中醫師公會 全聯會擬具之「醫事檢驗、x 光檢查單及心電圖之常規檢查 項目建議表」之意見,詳如説 明段,請卓參。	原則同意兼具醫師資格之中 醫師得開立常規檢查項目。 部份項目(藥物濃度、免疫 學)建議不列入
106.11.16	正本:衛生福利部中央健康保險署	主旨:本會對於家醫整合照顧計畫107年草案之意見,提請卓參。	本會提出多項意見例如諮詢 專線應不能涉及醫療建議 (除非醫師執行否則為密 醫),故一般行政人員應可 擔任等等,詳如本會函文。

附表二 大事紀一 (二大重點目標、二大運作方向之整理)

PD 1X — .	ノくチャルし	(二人里和日保)二人连吓力问之走进了
年度	日期	目標一:推動分級醫療及各項利於基層之政策 目標二:恢復醫師調劑權 方向一:建立與主管機關良好關係及溝通管道 方向四:研究醫療政策
105年	4月15日	拜會王育敏立委並致贈顧問證書
105年	4月16日	全聯會-分級醫療及雙向轉診綜合研討會
105年	4月19日	衛福部-中醫師可否開具心電圖,X光及檢驗會議
105年	4月19日	拜會衛福部醫事司-王宗曦司長、商東福副司長
105年	4月20日	拜會洪慈庸立委並致贈顧問證書
105年	4月24日	全聯會-西醫基層醫療服務審查執行會
105年	4月27日	醫事司「醫療機構設置標準」會議
105年	5月3日	拜會立委黃秀芳並致贈顧問證書
105年	5月9日	拜會劉建國立委並致贈顧問證書
105年	5月9日	拜會林靜儀立委並致贈顧問證書
105年	5月11日	拜會蔡其昌副院長並致贈顧問證書
105年	5月12日	全聯會-分級醫療會議
105年	5月13日	拜會立委張廖萬堅並致贈顧問證書
105年	5月13日	拜會立委黃國書並致贈顧問證書
105年	5月16日	拜會立委江啟臣並致贈顧問證書
105年	5月18日	門診特定藥品重複用藥費用核扣方案-説明會
105年	5月18日	拜會立委李彥秀並致贈顧問證書
105年	5月18日	拜會立委陳宜民並致贈顧問證書 - 「新聞」
105年	5月18日	拜會立委蔣萬安並致贈顧問證書
105年	5月19日	拜會立委何欣純並致贈顧問證書
105年	6月5日	新時代力量台中辦公室成立茶會
105年	6月14日	全聯會-健保合約因應小組會議
105年	7月7日	衛福部-診所設置標準表 護理人員配置相關會議
105年	7月14日	106年度全民健保西醫基層總額預算項目季成長率專案小組會議
105年	8月9日	衛福部「106年西醫基層總額協商因素與專款項目計畫」會議
105年	8月9日	拜會李伯璋署長
105年	8月12日	拜會立委林俊憲並致贈顧問證書
105年	4月20日	拜會蔣萬安立委並致贈顧問證書
105年	9月21日	邱理事長及曾理事長立法院拜會行程
105年	9月22日	衛福部-修正「醫療機構設置標準」、醫療法第58條相關事宜會議
105年	9月23日	衛福部-「全民健康保險會106年度總額協商會議」
105年	10月5日	拜訪林奏延部長
105年	10月6日	藥品查驗登記審查準則修訂溝通會議
105年	10月14日	全聯會-兒童預防保健特約醫事服務機構跨院所重複申報事宜會議
105年	10月20日	健保署推動健保法43條分級醫療公聽會
105年	10月21日	醫藥分業公聽會-林靜儀立委辦公室
105年	11月23日	分級醫療六大策略補充會議
105年	11月25日	分級醫療六大策略行不行公聽會-劉建國立委
105年	12月17日	採訪健保署蔡副署長淑鈴
106年	1月5日	健保署-初級照護專家學者篩選項目
106年	1月13日	「醫療刑責合理化」公聽會
106年	1月18日	「勞基法新制對醫療照護影響暨因應」公聽會
106年	2月6日	健保署「全民健康保險轉診實施辦法修訂會議」
106年	2月7日	健保署醫管組-「初級照護會議」

106年	2月22日	衛福部-「遠距醫療法規專家會議」
106年	2月24日	衛福部-假日開診協調平台會議
106年	4月19日	YouTube微電影上架-無辜的等藥人
106年	4月25日	拜會衛福部陳時中部長
106年	5月19日	衛福部-「醫療費用收費標準核定作業參考原則」會議
106年	6月5日	衛福部-「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」研商會議
106年	6月23日	遠距醫療法規研商會議
106年	6月24日	分級醫療與居家醫療與長照醫院與基層診所研討會議台中榮總
106年	7月6日	拜會何欣純立委並交付連署書
106年	7月10日	愛滋病防治及感染者權益保障暨雲端藥歷事宜溝通會議 1
106年	7月25日	遠距醫療法規研商會議
106年	8月8日	愛滋病防治及感染者權益保障暨雲端藥歷事宜溝通會議 2
106年	8月22日	勞基法新制施行後對醫療照護影響暨因應 立法院公聽會
106年	9月21日	107年全民健保總額協商會議
106年	9月28日	勞動部-勞基法座談會
106年	10月3日	診聯會演講:建構全人照顧的健康體系座談會-商東福司長
106年	11月8日	醫策會-107-108年度病安目標編修會議
106年	12月3日	診聯會全國研討會-「健保22年基層的困境與未來」
106年	12月14日	醫策會-「107-108年度診所病人安全目標編修工作小組會議」
106年	12月19日	「醫事爭議處理法草案研商會議」
106年	12月26日	醫師公會全聯會-「醫事爭議處理法草案」研商會議
106年	12月28日	健保署-「精進電子轉診平台提升轉診效率」溝通會議

附表三 大事紀二 (四大運作方向之整理)

年度	日期	方向二:建置診聯會網站 方向三:發行會刊-基層第一線 方向五:參與國際事務 方向六:與媒體良性互動
105年	2月28日	基層第一線編輯會議、網站建置會議、各委員會成立
105年	3月13日	海峽兩岸中小企業聯合促進會-會員大會
105年	3月15日	診聯會網路資訊委員會-記者午餐會
105年	3月底	建置診聯會官網 http://www.tmca.com.tw
105年	5月23日	回應麥當勞不當廣告- 抗議聲明記者會
105年	6月	基層第一線2016年夏季號出刊 (診聯會刊第3期)
105年	8月2日	抗議亞大附醫不當招攬-紅布條抗議活動
105年	10月	基層第一線2016年秋季號出刊 (診聯會刊第4期)
105年	10月23日	陳俊宏理事赴菲律賓義診
105年	10月24日	發表聲明:民間監督健保聯盟發言不當(黃淑芬、滕西華、謝天仁)
105年	12月13日	基層第一線編輯會議
106年	1月22日	中天電視-林釗尚秘書長談一例一休
106年	2月19日	219反空污大遊行
106年	3月6日	發表聲明:冠脂妥事件藥師公會沈采穎藥師發言不當
106年	5月	基層第一線2017年夏季號出刊 (診聯會刊第5期)
106年	5月25日	召開「拒買麥當勞」記者會,促麥當勞醫療暴力廣告下架
106年	6月4日	基層第一線編輯會議
106年	10月10日	2017新北市健保診所協會江蘇參訪

附表四 大事紀三 (重點目標三之活動整理)

年度	日期	目標三:與各診協良性互動,協助新設立診所協會
105年	3月27日	台南市診所協會-會員大會
105年	4月10日	山海屯診所協會-會員大會
105年	4月24日	基隆市診所協會-會員大會
105年	5月22日	花蓮診所協會-會員大會
105年	5月22日	彰化縣診所協會-會員大會
105年	6月5日	新竹市診所協會-會員大會
105年	6月26日	參加台中市診所協會-會員大會
105年	7月3日	參加雲林縣診所協會-會員大會
105年	8月14日	參加高雄市診所協會-會員大會
105年	12月18日	彰化縣診所協會-望年會
105年	12月28日	彰化縣醫師公會-望年會
106年	1月4日	雲林縣診所協會聯合尾牙忘年會
106年	1月8日	新北市健保診所協會-會員大會
106年	1月8日	台中市診所協會-忘年會
106年	1月15日	台南市診所協會-忘年會
106年	1月22日	山海屯診所協會-尾牙忘年會
106年	2月7日	彰化縣醫師公會-春酒
106年	3月26日	南投縣診所協會-會員大會
106年	4月9日	台南市診所協會-會員大會
106年	5月7日	彰化縣診所協會-會員大會
106年	5月21日	台中市大台中診所協會理事長交接及晚宴
106年	6月11日	台中市診所協會-會員大會
106年	6月18日	新竹市診所協會-會員大會
106年	6月25日	桃園市診所協會成立大會
106年	7月16日	雲林縣診所協會-會員大會
106年	9月24日	高雄市診所協會-會員大會
106年	11月23日	新竹縣診所協會成立大會
106年	12月17日	台中診所協會、大台中診所協會尾牙聯歡晚會
106年	12月24日	高雄市診所協會聯合尾牙忘年會

■診聯會106年6-12月活動花絮

















106.12.03 健保22年基層的困境與未來研討會



















健康生活 彩色人生

無毒 無味 不過敏 會呼吸的塗料豐富家的色彩



改善室內空汙遠離毒牆壁

每到東北季風來臨的季節,台灣的室外空氣 污染經常是呈現紫爆的情形,成為國人健康的殺 手。現代人待在室內時間普遍較戶外長,室內空 氣品質卻同樣拉警報,因為房子所使用的建材及 塗料潛藏危險因子,其中添加的有機溶劑、甲醛、 塑化劑及各種化學合成添加劑,會逸散至室內空 氣中,當這些有害物質總含量超標時,連呼吸都 得小心翼翼,遑論住得安心與健康呢?

KEIM 德國凱恩礦物塗料台灣代理胡靜怡指出,目前全球室內塗料以乳膠漆為大宗,一般的室內漆是以合成樹脂及有機色料製作,有些產品會含有甲醛、揮發性有機溶劑(VOC)、塑化劑及各種化學添加劑,當這些化學物質逸散在空氣

中,就會對身體造成負面影響。

胡靜怡提到,一般室內漆逸散至空氣中的甲醛、揮發性有機溶劑、塑化劑及各種化學添加劑等,其刺鼻的氣味需保持通風下歷經至少二週才稍減,驚人的是,雖然聞不到味道,但化學毒性持續揮發的時間可長達 10 年。這些有害物質是影響健康與引發過敏的元兇之一,會產生打噴嚏、流眼淚、呼吸不順暢、蕁麻疹等症狀,同時也干擾身體運作,造成免疫系統失調,甚或是有誘發癌症等病變,尤其是孕婦和小孩更要留意。

綠建材不代表無毒

多數人認為「綠建材」是打造健康好宅的要 件,可讓室內空氣品質維持在舒適的程度,胡靜

怡則指出盲點,所謂的綠建材是指單一產品中的 甲醛及揮發性有機溶劑的逸散量符合綠建材標準, 不代表完全「零逸散」;換句話說,就算單一建 材 (用品)符合綠建材安全值,大量使用或多種 材料混合使用時,空氣中的甲醛及有機溶劑的逸 散總量仍可能超標,危害身體健康。

胡靜怡舉例説明,「綠建材」是以單位面積 的逸散量為標準,以居住空間有六個面來看,牆 壁的塗料加上傢俱、地毯、窗簾等所散發出的甲 醛、甲苯,就有可能超標,應該儘可能採用逸散 量為零的塗料,健康才能有保障。

市面上雖有標榜採用低化學味、低 VOC 的頂 級安全原料製成的室內漆,但還是化學合成製造, 建議使用者明辨,選用零甲醛、零塑化劑、揮發 性有機物 VOC 近乎零的塗料。

零甲醛、零塑化劑、VOC含量全球最低

超過 140 年歷史的 KEIM 德國凱恩礦物塗料, 是世界上唯一不生產乳膠漆的廠商,100% 德國製 造、原裝進口。因為原料萃取自天然礦物,以「水 玻璃」和「天然礦物色粉」調和,非石化原料、 樹脂合成,才能擁有零甲醛、零塑化劑、VOC含 量近乎零的塗料,也因為塗料中的總有機物含量 低於 5%,方可符合德國無機礦物塗料標準。

如何給家人健康安全的居家環境

台灣目前對礦物塗料並無明確規範,建議 使用者在購買塗料時先從網路上查明塗料的主要 成份即可分辨出是否為有機物含量小於 5% 的礦 物塗料。另外外罐包裝上均有註明揮發性有機物 VOC 的含量標示亦可作為選購參考。

KEIM 德國凱恩礦物塗料因為其特殊礦物原料 成分,不需要人工合成添加物來防止發霉變質, 所以不會釋放出有害物質影響健康,無毒、無味、



台北 四季和安婦幼診所



台北 麥當勞叔叔之家

不過敏,也不誘發病變,居家環境、人體健康有 保障。

提供給生病孩童來台北看病期間住宿的麥當 勞叔叔之家,與四季和安婦幼診所的育嬰室,均 使用 KEIM 德國凱恩礦物塗料,以提供病童與新 生兒一個健康無毒的環境。許多使用凱恩塗料的 用者均表示,在裝修一開始考慮預算的關係,所 以只在主臥室或兒童房使用凱恩塗料,但是在裝 修工程完成後,發現使用凱恩塗料的空氣與氣味, 真的比其他的空間來得乾淨無味,認真比較起來 其實成本真的多不了多少,未來再整修或新屋裝 修的時候,會全面採用凱恩塗料,讓大人與小孩 都可以安心生活在一個健康無毒的居家環境。

診所





購買、租賃

全自動錠劑分包機

全自動錠劑分包機 XANA2040EU-1360與XANA 100 是診所藥局調劑作業的最佳幫手,本公司提供租賃方式,讓您以最實惠的價格使用機器,節省人力,提高用藥安全品質,減少病人候藥時間。

■展弘耳鼻喉科診所、順風耳鼻喉科診所、聯恩診所、聯心診所等,醫療院所皆採用本公司產品。





■特別捐款與捐款收入 7/6

- 1 11-	-4 1 + 4	4 -1		-4 1+ 4	4 4-
入帳日期	診所協會	金額	入帳日期	診所協會	金額
106/5/12	蔡俊逸醫師	10,000	106/12/01	林釗尚秘書長	22,000
106/6/05	趙善楷醫師	10,000	106/12/01	陳宗獻顧問	10,000
106/6/06	游能俊醫師	20,000	106/12/04	廖文鎮理事	10,000
106/6/06	歐忠貴醫師	3,000	106/12/04	連哲震理事	10,000
106/6/12	林明震醫師	20,000	106/12/04	蔡梓鑫監事	10,000
106/6/12	林淑華醫師	3,000	106/12/04	林煥洲理事長	10,000
106/6/14	許明哲醫師	10,000	106/12/04	廖慶龍理事長	10,000
106/6/16	胡進忠醫師	10,000	106/12/04	吳順國理事長	10,000
106/7/05	林育慶醫師	3,000	106/12/04	曾崇芳主委	10,000
106/7/24	歐忠貴醫師	5,000	106/12/05	陳俊宏理事	12,000
106/7/26	顏炳煌醫師	10,000	106/12/06	陳宏麟理事長	10,000
106/08/02	藍毅生理事長	20,000	106/12/06	黃致仰理事	10,000
106/08/04	蔡牧樵醫師	10,000	106/12/06	魏重耀常理	10,000
106/08/05	陳伯修醫師	5,000	106/12/06	顏炳煌秘書長	10,000
106/09/05	張金石醫師	5,000	106/12/08	曾梓展理事長	50,000
106/09/28	林釗尚秘書長交通費回捐	790	106/12/12	藍毅生理事長	10,000
106/10/12	黄建志聯合診所	100,000	106/12/14	陳相國執行長	50,000
106/10/21	劉茂彬醫師	10,000	107/01/01	蔡俊逸醫師	20,000
106/11/27	黃錫鑫醫師	20,000	107/01/31	丁鴻志醫師	10,000
合計					568,790



捐款贊助-診所協會全國聯合會

捐款支持診協全聯會 成為我們堅強的後盾

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

電 話: (04) 2359 0028

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。

什麼樣的年節好禮可以爲自己帶來幸福,爲孩子帶來希望? 當然是義美食品特別贊助的「甜粿」、「核棗糕」及「手工薄片禮盒」 買這三款好禮,支持「人本三重青少年基地」邁進第17年

♣ 財團法人人本教育文教基金會

好禮

少年基地」。十六年來,近 年基地」**學習、生活、為自**

義美食品用心用情的食材

希望您吃得閒心健康

□而涓滴匯流的疼愛也會蘊積在孩子心中。

陪伴青少年長長久久・

成為孩子們穩定長大的能量!



義賣價: 每組 1000 元

義美如意八寶年糕(甜粿)+義美如意原味年糕(甜粿)

義美年糕系列不添加任何防腐劑,拜拜最誠意,吃得最安心 規格:八寶甜粿 600g/盒,如意原味甜粿 720g (2 盒 1 組) 保存期限: 常溫 40 天



核棗糕相傳原本為武則天的養生聖品, 經改良後演變成現今的庶民美食。 果乾的香氣融合麥芽糖,並搭配滿滿的核桃顆粒,香氣滿溢、甜軟不膩, 頂級美味滿足您挑剔的味蕾。

手工薄片禮盒

嚴選香脆杏仁及天然海藻糖,手工製成 香酥薄脆的薄片,每一片都是值得您細細品嚐的絕佳滋味!





疼惜咱\囝仔,請您趕快來訂購!

(02) 23670151#234

三重青少年基地部落格:

http://teenager.pixnet.net/blog

人本三重青少年基地