

# 中華民國診所協會全國聯合會函

會址：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  
Email：tmca103@gmail.com  
聯絡人：陳汶均

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國106年11月16日

發文字號：(106)診協全聯會第1060036號

速別：普通件

附件：

**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。

**說明：**

一、第三條，設立會員 24 小時緊急諮詢專線

(一)、本會認為諮詢專線不應提供涉及醫療行為之服務。理由如下：

1、諮詢專線不應涉及提供醫療行為之服務。因為若需要判斷病情之輕重及危急與否；或者需給予診療之意見，包括「醫療專業諮詢及個人自我照護之建議」等，均屬於醫療行為，非醫師均不得執行醫療行為。

2、若設立24小時緊急諮詢專線，是為了執行醫療行為，則應由醫師擔任。而若由醫師執行電話診療業務時，亦應符合遠距醫療法相關規範。

(若由醫師值班，建議請衛福部指派衛生局及衛生所醫師兼任，或請主管機關另行編列經費，提供醫師值班之費用。避免由醫院來指派醫師擔任，否則可能無法落實分級醫療)

3、除醫師外之其他醫事人員，以及非醫事人員，均不能單憑電話而判斷病情，及給予醫療建議，否則恐觸犯密醫罪。

4、綜上，本會建議諮詢專線不應提供涉及醫療行為之服務。

(二)、本會認為諮詢專線由一般行政人員執行即可，亦不需要專任。

理由如下：

1、諮詢專線的主要功能為提供諮詢及協助就醫，包括提供就醫地點並協助聯繫，提供掛號及門診預約等，均為一般櫃檯服務可提供

之服務。

- 2、綜上，本會認為諮詢專線由一般行政人員執行即可，亦不需要專任。

## 二、第四條醫療群應建立醫療照護品質提升及轉診機制

- (一)、本會認為基層醫師並不宜提出與合作醫院間之轉診及合作計畫。理由如下：

- 1、第二項提到基層診所醫師必須建立基層診所醫師間平行轉診機制，並提出與合作醫院間之轉診及合作計畫。由於基層醫師並沒有權責去限制合作醫院之作為，提出計畫者若無執行之權責，實屬無意義行為。

- (二)、本會認為不應明文規定收案會員之優先權利。理由如下：

- 1、全民健保應提供全民平等地醫療服務，不宜因為任何人的身份而給予差別待遇。
- 2、若由醫療院所主動提供所有病人便利地就醫環境，是自發性提昇品質。若因規定會員就有掛號優先權或類似權利，則為不公平對待，違反全民健保設置之本意。
- 3、依現行條文會員之產生主要是就醫次數較高或費用較高者，難道本計畫希望讓病人因為差別待遇，為了爭取成為會員而努力？
- 4、綜上，本會認為不應明文規定收案會員之優先權利，但可鼓勵醫療院所主動提供優質醫療環境。

## 三、第五條成立計畫執行中心

- (一)、本會建議執行中心亦可由各縣市診所協會或由本會成立。

理由如下：

- 1、診所協會由基層醫師組成，適合協助推動本計畫。
- 2、本會由各縣市診所協會聯合組成，適合成立聯合執行中心，推動本計畫。
- 3、綜上，本會建議執行中心亦可由各縣市診所協會或由本會成立，並且應予獎勵以利推動分級醫療。

## 四、第八條應設置專任個案管理人員至少乙名

- (一)、本會認為不應規定設置專任個案管理人員。理由如下：

- 1、相關之個案管理工作，並不需要專任人員才能推動。諸如此類條文限制需要專任人員等，都是不必要的，只是增加本計畫推動的困擾，無助於推動本計畫。
- 2、社區醫療群由基層醫療主導，本意是忠誠病患由各基層醫師收案好好照顧。若反而規定全部交由專任個管師，方向上是偏離由各位基層醫師照顧的本意，本會認為不符本計畫實施之精神。
- 3、綜上，本會認為不應規定設置專任個案管理人員。

## 五、第九條參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

(一)、本會認為醫師因執登地點異動時，應仍可繼續收案。

理由如下：

- 1、第九條第二項之規定，若醫師因離職或歇業而退出舊診所，視同自動退出計畫，因而無法於一年內繼續收案。這項限制並不合理建議取消。
- 2、承上，醫師於舊診所離職，而加入新的診所，或至新地點重新設立新診所，不應視為自動退出計畫。並應設有機制可以讓醫師繼續照顧忠誠之會員病人。
- 3、綜上，本會認為醫師因執登地點異動時，應仍可繼續收案。

## 六、第十條費用申報及支付方式

(一)、本會認為費用申報及支付應重新通盤檢討。理由如下：

- 1、第十條第四項之規定，參與醫療給付改善方案之個案，不予支付個案管理費。但接受長照2.0服務之個案，依收案月份按比例支付個案管理費。以上條文對長照個案似有重複給付之狀況。
- 2、承上，若同一病患有參與醫療給付改善方案，又接受長照2.0服務，應如何計算？
- 3、綜上，本會認為應重新通盤檢討費用申報及支付。

## 七、第十一條計畫評核指標

(一)、本會反對用百分位來做為指標之參考值。理由如下：

- 1、百分位是相對值，不是絕對值。試舉成健檢查率為例，修正條文以 $\geq 60$ 百分位得份100%。卻未想到有可能大家都執行很好或大家都執行很差的問題。若萬一所有診所的檢查率都接近100%，則有可能99%就落到60百分位以下，難道也不能得分。顯然這

是不合理的。

- 2、另舉一例在非慢性基層會員就醫情形。採用 $\leq 40$ 百分位做為指標，則意指專看感冒的耳鼻喉科及小兒科在此項之得分必定敬陪末座。顯然這也是很不合理的。
- 3、綜上，本會認為應該用絕對值來做為指標之參考值。且應考量不同科別之差異。

(二)、本會認為應重新通盤檢討各項指標。理由如下：

- 1、門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日再次因同疾病就診率，本項針對專看感冒的耳鼻喉科及小兒科在此項之得分必定敬陪末座。非常不公平，應予檢討，建議訂定各科別不同之指標值，或取消本項指標。
- 2、18歲以下會員急診率，對兒科明顯不利。亦明顯不公平。
- 3、假日開診並公開開診資訊。假日開診並不符合政府推動勞工一例一休之重要政策。且醫界配合實施假日開診實有一定難度，不宜逕自調高假日開診率之指標。
- 4、使用轉診交換系統。目前健保署與診所之間的連結與資訊交換仍不是很便利，不應加重其執行的比率難度。