



中華民國診所協會 一本專屬基層診所的刊物

# 全國聯合會會刊

Taiwan Medical Clinics Association

創刊號

季刊 2015年 3月發行

理事長的話

診所協會全聯會的創立  
堅持醫療正義的目標

黑暗的盡頭  
就是光明的開始

對全聯會的期許  
骨科疾病之最新療法  
斯洛維尼亞  
與克羅埃西亞之旅

2015  
**強棒出擊**

**新年新氣象**  
**診所群聚量**

樂活生活

基層診所～開業醫的心聲～

醫療專業與公益並進

樂活提昇

診所醫師，您的名字不是弱者

人無遠慮，必有近憂

從新制合理門診量

談基層醫師的未來

衛福部：病患在乎的是醫病溝通



# 創刊號

中華民國診所協會全國聯合會  
Taiwan Medical Clinics Association

理事長兼發行人：陳聰波

編審委員會

召集人：魏重耀

顧問：藍毅生

編輯委員：管灶祥／顏炳煌／蔡牧樵

執編委員：連依萍／王嘉穗

發行所：中華民國診所協會全國聯合會

會址：台中市西屯區台灣大道四段771號

10樓

電話：04-23590028

傳真：04-23590318

E-MAIL：tmca103@gmail.com

發行：本期發行 12,000 本

理事長／陳聰波

常務理事／連哲震

常務理事／鄒永宏

常務理事／賴聰宏

常務理事／夏保介

常務理事／周天給

常務理事／林義龍

理事／廖大明

理事／丁鴻志

理事／陳國光

理事／鄭煒達

理事／陳成福

理事／魏重耀

理事／陳信成

理事／巫喜得

理事／陳信利

理事／羅大恩

理事／張金石

理事／張榮州

理事／潘志勤

理事／謝正毅

監事長／蘇榮茂

常務監事／曾梓展

監事／彭業聰

監事／蔡梓鑫

監事／塗勝雄

監事／楊忠錫

監事／周朝雄

秘書長／藍毅生

## 診所協會全聯會的創立

許多年來診所醫師們，多麼希望成立一個屬於診所的全國性組織，來為他們發聲，彼此來聯誼，也改善現在及未來的行醫環境，當然有許許多多的前輩醫師們努力過，但諸多因素下功敗垂成。此次診所協會全聯會能夠誕生，首先要感謝雲林縣醫師公會理事長陳夢熊醫師及雲林縣診所協會理事長夏保介的發起。三年前他們邀請台中市山海屯診所協會、台中市診所協會、彰化縣診所協會、嘉義市診所協會與會，會中各協會的理事長與重要幹部們一致決議，再次推動創立診所協會全國聯合會。會中並決定第二次會議由台中市山海屯診所協會主辦。兩個月後在台中市裕元酒店，除了上述各診所協會重要幹部參加外，並邀請了高雄市、臺南市、新北市、南投縣、基隆市等診所協會理事長及重要幹部參加，與會人員皆同意參與創立全國聯合會，一舉跨過了成立全國聯合會的門檻。同時，為全聯會取名為『中華民國診所協會全國聯合會』，以下簡稱診所協會全聯會。此次會中決定由台中市診所協會接棒主辦第三次會議，並向內政部遞件申請成立診所協會全聯會。經過了很多前輩醫師的努力下，終於將在民國 103 年 03 月 02 日 選舉診所協會全聯會第一屆的理監事併舉行成立大會。意味著每年我們都會記得這個日子，這個日子記載著診所醫師們多年來的努力，所立下了一個重要的里程碑。

很榮幸被選為診所協會全聯會第一任理事長，在此，簡介本人的學經歷。我民國 74 年畢業於國立陽明醫學大學醫學系，現就讀於中山醫學大學醫學研究所博士班。曾任台中榮總大腸直腸外科主治醫師，多次到美國的醫院與診所參訪及研究。現職為陳聰波診所的負責醫師。曾任台中市山海屯診所協會理事長、現任大台中醫師公會常務監事、中華民國醫師全聯會監事並兼西醫基層醫療服務審查執行委員會副主委及台中地方法院醫療糾紛調解委員。



# 堅持醫療正義的目標

藉此機會與各位學長們談談診所協會全聯會想要做哪些事情及如何運作？第一：本協會應爭取做為中央政府在制訂與基層民眾醫療相關的立法政策規定時，代表基層醫療民眾與政府溝通的平台與窗口之一，因為診所醫師是第一線面對民眾的醫療人員，最瞭解民眾的醫療需求，以減少醫療資源的浪費。本會應代表全國的診所醫師們及弱勢民眾出席全國基層醫療的各項會議，並有發言及建議之權。第二：建請政府落實醫療轉診制度的政策，使民眾的醫療一條鞭式，避免民眾逛街式的醫療，節省健保醫療的經費。第三：建請衛福部要使藥價合理化，使弱勢醫療民眾需要時，可使用到優質的藥品。第四：並主張診所的診察費要合理反應物價及員工薪資的調漲。第五：密切注意長照的立法內容，要求長照法立法時，其照護人員體系的環節中必須納入診所醫師，以減少政府的財政負擔，並請各地診所協會時常舉辦長照醫師的講習會，以便長期照護法實施時，國家有很多可用的長照醫師群，以利長照政策之推行。第六：巡迴各地舉辦診所醫師的學術研討會，邀請各地診所協會理事長或該地前輩醫師們擔任座長，向會員醫師們宣導醫學新知，使醫療資訊無時地的落差，並凝聚各地會員的向心力。

至於診所協會全聯會的運作方面，本人主張理事長虛位化，理事長只有對外的代表權，對內有溝通、協調、決策權。診所協會全聯會運作之權，屬全體理監事會及秘書處。財務方面必須透明化，收支由仿照我在台中市山海屯診所協會的作法，那就是一帳戶單一化，會務經費由財務長和會務人員及監事長共同處理。

協會非經常性必要支出以外的金錢，必須常務理監事會議或全體理監事會議通過，才能動支。第一屆理監事選舉，在團結和諧的氣氛下完成，各地診所協會皆有幹部擔任理監事，希望診所協會全聯會的會務能順利的運作及推行，同時也期待本會會員們能多參與診所協會全聯會的事務。相信有您的貢獻心力，診所協會全聯會將有美好的未來。希望診協全聯會的成立，不只是能夠表達基層醫師真正的心聲，也可為全國診所醫師們打造不一樣的未來，最重要的是關懷最基層弱勢族群的醫療問題，協助他們能得到最好的醫療照護，達成醫療正義的目標。

目前診所協會全聯會已於台中市設置辦公室，我們將會以此為基礎一步一腳印地不斷推動落實吾等當為之事。現下已在進行的項目包括：向疾病管制署爭取放寬流感疫苗注射認證、提高注射公費疫苗的診察費用、積極參與醫事司會議，向健保署爭取審查醫師聘用之事宜等。

雖然診所協會全聯會成立的時間很短，缺乏經費下，未來的路也許滿地荊棘，但天底下沒有不可能的事，希望診協全聯會全體理監事及全國診所醫師們共同努力，完成不可能的任務，就如同柯P，單槍匹馬在加上一群臨時拼湊的雜牌軍，就打敗百年老店，在此呼籲對現狀不滿的年輕醫師們，加入診所協會全聯會的運作，改變你們的將來，全國的診所醫師們，出來革命吧！

中華民國診所協會全國聯合會理事長

陳聰波 敬上

# 黑暗的盡頭，就是光明的開始？

## —談苦悶的健保分區點值



新北市健保診所協會理事長&診所協會全聯會常務理事

周天絳

小飛蟲，它看見窗外明麗的美景，努力地要從那片看不見的玻璃衝出去。但是，小飛蟲輸了，因為它不知道窗旁的門才是敞開的。這件事，它給我們什麼啟示，原來感覺像是光明的路，卻可能有看不見又無法克服的障礙。原來凡事都要運用理智，才能找到成功的出處！黃煌雄監察委員發表的全民健保總體檢，文中談到「健保點值一點一元如何保障？」全省各地區的代表也紛紛表示健保點值的不合理現象！

根據總額分配方式：於扣除品質保證保留款後，預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。但是，官方網站也明白指出：全民健保總額分配分區與不分區之優缺點比較中，若作分區分配，對醫療利用率較高地區之醫師衝擊較大，又指出以不分區分配預算可避免團體不和諧。反面來思考，不肯認分區分配必然造成團體的不和諧<sup>1</sup>，傷害彼此的感情。又退萬步想，醫療利用

率的定義廣泛，意義也較模糊，病患看診的權益竟然被所謂利用率犧牲（縮水）了。因此，個人認為目前全民健保總額分配的方式，實不足採。

從RBRVS ( Resources-based Relative Value Scale) 的精神，它乃是由利用醫療資源耗用相對價值，考量人力、物力、壓力、財力（如醫療機構的房屋租金、職員薪資的地區水平）等來客觀量化醫療給付。其中關於依據地理調整因子 (GAFs) 來調整支付，至今美國也已實施多年，足供我們參考。

1 請參閱<http://www.drfm.org.tw/890709%E5%9F%BA%E5%B1%A4%E7%B8%BD%E9%A1%8D/sld021.htm>

2 請參閱 Shi, et al.,2004, " Delivering Health Care in America, A Systems Approach ", Jones and Bartlett Publishers, Inc. , 213 . RBRVS= (TW)(1+RPC)(1+AST) 。

TW=醫師的工作投入(total work input by the physician)

RPC=專科相對執業成本指標(an index of relative specialty practice costs)

AST=專科訓練的機會成本之年攤還值指標 (an index of amortized value for the opportunity cost of specialized training)

之後，更將RBRVS 的定義修正為：RBRVS= (TW乘GAFw)+(RPC乘GAFp)+(RL乘GAFI)。

以下就美國部分地理調整因子（GAFs）比較表及當地調整支付金額計算表列如下（見圖一、二）<sup>3</sup>：

圖一：部分地理調整因子比較表：

**部分地理調整因子(GAFs)比較表(以1997年與1998年為例)**

Locality	No.	Locality Name	1999 CAF	1997 GAF	Difference	Percent Difference
2050	18	Los Angeles	1.104	1.103	0.001	0.1
10250	0	Mississippi	0.900	0.899	0.001	0.1
835	99	Rest of Oregon	0.934	0.933	0.001	0.1
5440	35	Tennessee	0.924	0.923	0.001	0.1
590	3	Fort Worth,TX	0.978	0.977	0.001	0.1
570	1	Delaware	1.015	1.015	0.000	0
640	0	Iowa	0.912	0.912	0.000	0
623	99	Rest of Michigan	1.013	1.013	0.000	0
655	0	Nebraska	0.894	0.894	0.000	0
16360	0	Ohio	0.973	0.973	0.000	0
973	20	Puerto Rico	0.794	0.794	0.000	0
900	18	Houston,TX	1.034	1.034	0.000	0
900	20	Beaumont,TX	0.973	0.973	0.000	0
836	2	Seattle,WA	1.023	1.023	0.000	0

資料來源：American Medical Association(1998).Medicare RBRVS:the physicians' guide.

衛生署（現為衛福部）於健保總額支付制度開辦時，為平衡「人口風險因子（年齡、性別結構、標準化死亡比）及轉診形態」對總額實際醫療利用率及地區的衝擊，而用「開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」（所謂S值）及「各地區校正人口風險後保險對象人數」（所謂R值）為分配參數，來達成「就醫公平性與促進醫療資源均衡分佈」之政策目標。但是，有學者認為：「由加拿大英屬哥倫比亞省總額預算調整所考慮之因素觀之，其所考慮之因素即多達十八個之多，其中固有過於抽象，或不適於我國國情者…」<sup>4</sup>。我國擬辦總額預算之初，參酌加拿大的總額預算方式者多，甚至採用其總額預算調整所考慮的因素。但事實上，有不適合我國情者，學者也提出了相當的批評。

我們從歷年來的浮動點值來看，難道還要堅持現在的分區分配方式嗎？當然為鼓勵醫師前往偏遠地區行醫，給予該地區適當的提升醫療費用點值，乃是必要及天經地義的事。但是，如同甲區的人民到乙區吃一碗味○家的牛肉麵，政府幫人民給乙區一碗是100元；乙區的人民到甲區吃一碗味○家同樣的牛肉麵，政府卻只須幫人民給甲區一碗80元，那甲區的味○家牛肉麵難道是縮水（餽水？）麵嗎！更有甚者，乙區卻要甲區肯認借一碗味○家的牛肉麵就是100元，甲

圖二：支付金額計算表：

**當地調整之支付金額計算**

service	work RVUs	work GPCI	practice cost RVUs	practice cost GPCI	PLI RVUs	PLI GPCI	total RVUs	conversion factor	local payment schedule
A	(2.00x1.02)+(3.00x1.10)+(0.30x1.08)=5.66						\$36.6873	\$207.65	
B	(5.12x1.02)+(4.14x1.10)+(0.53x1.08)=10.35						\$36.6873	\$379.71	
C	(0.58x1.02)+(0.39x1.10)+(0.03x1.08)=1.05						\$36.6873	\$38.52	
D	(27.60x1.02)+(32.30x1.10)+(3.51x1.08)=67.46						\$36.6873	\$2474.93	

資料來源：American Medical Association(1998).Medicare RBRVS:the physicians' guide.

區多無奈呀！美國甘迺迪曾在西柏林演講詞中：「如果世界上有人不自由，誰又自由了？」我們也能說：「如果台灣有地區健保給付點值不公平，誰又能說是公平了？」我們可參酌美國RBRVS精神，除針對地理因子作適當點值調整外，仍應依憲法精神做出實質、公平的合理給付機制<sup>5</sup>，不宜再往分區點值計算的死胡同衝撞！面對苦悶的現在健保分區點值，就讓我們走出這黑暗時光，邁向光明的未來吧！



3 請參閱莊逸洲、黃崇哲，醫療機構人力資源管理，頁293-294，華杏出版股份有限公司，2004年。

4 請參閱郭乃文：加拿大總額預算支付制度考察報告http://www.dryahoo.org.tw/%E6%AC%91%E7%8B%9C/E9%A0%81/%E7%86%81%E9%96%80%E8%A9%91%E9%8C/14.%E7%B8%BD/E9%A1%8D%E9%A0%90%E7%AE%97%E5%88%B6%E8%A1%8C%E4%B8%8D%E8%A1%8C%E5%BE%97%9E%80%9A%e9%83%ad%e4%bb%83%e6%96%87%e5%aa%0%e6%8b%bf%e5%a4%a7%e7%b8%bd%e9%aa%1%8d%e9%a0%90%e7%aa%e8%80%83%e5%af%9f%e5%a0%b1%e5%91%8a.htm

5 請參閱憲法第七條：中華民國人民，無分男女、宗教、種族、階級、黨派，在法律上一律平等。釋字第211號解釋憲法第七條所定的平等權，係為保障人民在法律上地位之實質平等。



# 對診協全聯會的期許

診所協會全聯會常務理事&前台中市診所協會理事長 林義龍



2014年3月2日是全國基層醫療機構的大日子，因為歷經三度籌組，屢挫屢起，終於克服萬難，當日假台中市展華會館舉行成立大會。現場冠蓋雲集，熱絡萬分，在振奮人心的氣氛中，中華民國診所協會全國聯合會（以下簡稱診聯會）順利誕生，理監事全部就位，理事長由台中市山海屯診所協會陳聰波醫師榮任。

診聯會的誕生固然值得基層慶祝與欣喜，但草創期筚路藍縷，前方橫亘萬般險阻，期待能人志士，折衝樽節，為基層奠基，為診所開太平。診聯會植基於一個不穩定的架構，為了代表性必須設計為聯合會的型態，可是又沒有法律規定的強制入會來支撐，完全靠各縣市診所協會的情義相挺。稍有閃失，就可能灰飛煙滅，會不成會，一切努力化為泡沫幻影。有朝一日，醫師公會全聯會若無法為基層發聲時，惟一可靠的就是診聯會。診聯會是診所最後的家，我們要好好呵護他，讓他成長，使他茁壯，變成捍衛診所權益最堅強的堡壘。期待診聯會戰士們枕戈待旦，隨時出擊，捷報頻傳！

攘外必先安內，診聯會草創期應厚植根基與形象促進，兩面齊頭並進。診聯會沒有多少時光可以蹉跎，因院前診所與法人附設診所紛紛設立，基層總額危機已迫在眉睫。

首要者乃鼓吹與協助未有診所協會的縣市快馬加鞭籌設成立，朝各縣市都有診所協會的目標快步邁進。根基既穩，則不愁診聯會有解體之虞，且更具代表性時，診聯會方更有力向各有關機關交涉爭取診所權益。其次診聯會應藉由舉辦醫師繼續教育研討會方式踏進各縣市，有診協之縣市採合辦方式，無診協之縣市由診聯會直接辦理，邀請當地基層共襄盛舉，並鼓吹號召成立診所協會。再其次應速建立網路聯繫系統，除網頁宣導基層醫療之外，開闢論壇供診所各路英雄好漢各抒己見，匯整共識，齊心合力創造基層執業藍海為願景。

近日禍起蕭牆，西醫基層審查執行會表決21：2通過修改章程，阻絕醫院醫師進入基層審查會之修正案，竟被少數另有居心，主張引進醫院醫師之人士，在醫師公會理事會翻案阻擋。診聯會的成立就是怕醫師公會全聯會有朝一日無法為診所發聲而準備，沒想到這一天居然這麼快就將來臨！我們除了要求那少數人士出來向全國基層醫師說明外，我們更加緊腳步，努力厚植實力，準備搶標健保署的西醫基層審查委託契約。如果醫師公會全聯會已經無力照顧我們，沒關係，挽起袖子，診聯會自己來。自家的事務自己理，自己的總額自己管，兄弟們，請各自就位，準備戰鬥啦，加油！



診所協會全聯會理事&前台中市診所協會理事長

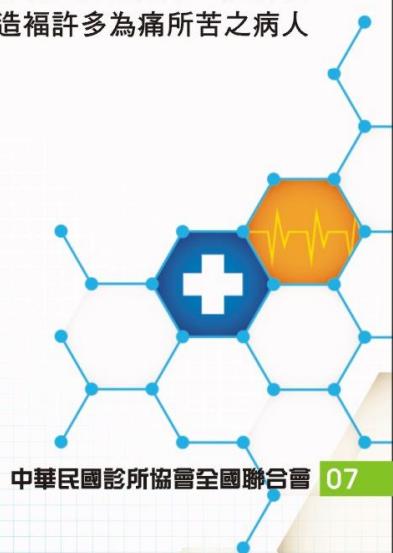
陳國光

# 骨科疾病 之最新療法

骨科疾病包括四肢、脊椎、關節的疾病，最常見為退化性關節炎，包含膝、髖、肩、踝關節，除了保守療法、藥物治療、復健治療以及玻尿酸關節注射外，現今最夯的是PRP治療。

何謂PRP治療呢？PRP就是富含血漿的血小板，是一種自體血液經過離心處理後，取富含血漿的血小板，再打入病患關節的一種注射療法。因血小板經離心處理後，血小板的濃度提高6倍以上，在關節內可以使關節軟骨回春、重生，恢復原有的功能，不像玻尿酸只是在軟骨上形成一層保護膜，而無法使軟骨重生。其做法為：取病患10CC的血液，經過15分鐘的專業離心機離心處理後，取上層含血漿的血小板，因含有生長因子，可以促進組織修復，達到治療退化性關節炎、創傷性關節炎之功效。此療法約可維持9—12個月，比玻尿酸時間長，是目前治療關節炎最新之療法，許多運動員及明星都曾使用過，效果不錯，我們的病人使用後反應也不錯，值得一試。

體外震波治療機是針對慢性疼痛部位給予高能量震波，促使微血管新生，達到組織再生及修復的功能。治療每次約20—30分鐘，達到疼痛緩解的作用；若用於骨組織的治療約需30—40分鐘，每周做一次，一個療程三次，可重覆再治療，是治療慢性疼痛的新利器。綜合以上，現今骨科、復健科或家醫科，對於PRP注射治療關節炎、肌腱炎及體外震波治療慢性疼痛、背痛都有良好的效果，是骨科門診治療的新利器，造福許多為痛所苦之病人，大家可多利用。





# 斯洛維尼亞與 克羅埃西亞之旅

診所協會全聯會監事 湲勝雄

窗外經過一個冬天旺季努力拼經濟後，在5－6月交界時，決定參加公會黃理事主辦的旅遊，好好犒賞自己。這個旅程號稱是亞得里亞海的翡翠與世界文化遺產之旅。後來發現我是我們同學中最早走這行程者，接著很多同學，同事也前撲後繼參加這個行程，可見其熱門的程度！

窗外先簡介一下其歷史與地理位置。奧匈帝國在第一次世界大戰落敗後，旋即崩潰。（歷史有念過，斐迪南大公即是在波赫共和國的賽拉耶佛被暗殺後，才爆發第一次世界大戰。）斯洛維尼亞，克羅埃西亞，賽爾維亞組成南斯拉夫王國。第二次世界大戰後，由六個加盟共和國組成南斯拉夫聯邦。其中，斯洛維尼亞是當中最富裕的一國，其於1991年6月25日經全民公投後宣布獨立。旋即與南斯拉夫發生「十日戰爭」，雙方基本上沒有傷亡，南斯拉夫撤退。1992年歐洲共同體承認其獨立，並接納其加入聯合國。而克羅埃西亞就沒那麼幸運，1991年6月25日公投宣布獨立後，隨即與賽爾維亞發生激烈戰鬥，許多象徵性的達爾馬琪亞文化遺產嚴重受損。1995年，在聯合國教科文組織及歐盟的？助下，才再度展現黃金年代的榮耀！

如果如果說希臘是愛琴海的明珠，則克羅埃希亞可以說是亞得里亞海的翡翠！克羅埃西亞擁有七大世界文化遺產：Diocletian's Palace, Split (1979) , Old City of Dubrovnik (1979, 1994) , Plitvice Lakes National Park ( 1979, 2000 ) , Historic city of Trogir (1997) , Basilica of Euphrasian in the Historic Centre of Porec (1997) , The Cathedral of St. James, Sibenik (2000) . Stari Grad Plain (2008) 容小弟我一一介紹。

窗外5／27我們公會同事和寶眷與扶輪社的好友們，搭了快一整日的飛機，終於抵達威尼斯。從威尼斯直接驅車前往斯洛維尼亞的波斯托納 (Postojna)，造訪歐洲最大的鐘乳石洞！巨大豐富多變的碳酸鈣溶岩洞窟，還有瀕臨絕種的蠑螈在此生存，讓造訪者無不讚嘆稱奇！順便一提，這偉大洞穴的開挖竟然是徵調第一次世界大戰各國的戰俘來興建的，所以裡面有座橋就叫俄國橋。不知這樣的戰俘算是幸運還是不幸？午後就前往阿爾卑斯山腳下一座美的令人感動的湖濱小鎮—布雷得（Lake of Bled）布雷得湖是由冰河

消退後所形成的湖泊，她晶瑩清澈的湖水，倒映著群山環繞的風姿，真是人間仙境。比對住在台灣島上的我們，拚命的污染自己安身立命的所在，只為了多賺點錢，竟不知失去的環境遠比得到的金錢珍貴百倍，真是無言！

住在如夢幻的仙境，整個人好像重活了過來，診所工作的疲憊完全消失無蹤。第二天，乘著人工划槳小船（為了不造成布雷得湖的污染），來到聳立在湖畔100公尺的布雷得城堡。（划船的人全部都保障給湖邊的住民，而且是世襲制的。有幸又遇到個大帥哥幫我們划槳，眾師奶們頓時陷入瘋狂，也算美事一樁！）登上湖中之島，島上的教堂，在斯洛維尼亞可是結婚的首選。抱著新娘爬上教堂前的99個階梯，更是一個當地的傳統。通過此一考驗，才能證明兩人的婚姻長長久久喔！（難怪當地都沒看到胖胖的少女，太胖可能嫁不出去！）午餐在建於11世紀的城堡用餐，感覺像回到中古世紀。來到此地，一定要品嚐香草卡士達蛋糕，吃起來口感綿密，相當好吃，是當地流傳已久的甜點。（人家甜點雖然有名，但就是僅此一家老店，天黑就關門了，太晚去就沒得吃。不像台灣，一有名氣就整條路都賣太陽餅，真是國情大不同！）

窗外離開布雷得湖，驅車來到首都，擁有「龍城」之稱的盧比安納 (Ljubljana) 搭乘纜車來到古樸的盧比安納城堡，充滿巴洛克風情的市政廣場，造型獨特的三重橋，熱鬧的傳統市集，令人目不暇接。城市、山青水秀的鄉野柔情，給這個蕞爾小國增添無限魅力。

窗外午後越過邊境，來到克羅埃西亞的首府薩格勒布 (Zagreb) 雖然是首都，人口也才二萬人，難怪其生活品質這麼優！這裡曾經孕育無數個歷史名人，也發明了雙塔尖聳的大教堂。行政中心所在的聖馬可教堂廣場，新古典風格的建築風格，古老純樸的街道巷弄與城門，整個城市散發出不同時期的濃郁的文化藝術氣息。晚上就住在百年老飯店 (Hotel Esplanade Zagreb)，這裡曾入住過無數的歷史名人，王公貴族。（如果在巴黎倫敦入住這種百年飯店，荷包可得大失血。還好，此地因長年戰亂，現在觀光剛起步，算是物超所值）飯店旁廣場正好有免費的音樂會，聽聽音樂會，看著馬路上，電車裏優雅的人們，不禁羨慕起他們的生活品質！



窗外斯拉夫民族雖然經過戰火的洗煉，但上蒼依然把群山打扮得峰巒翠，氣象萬千。如茵的草地，湍急的溪流瀑布，和碧青的湖泊，仿如人間的一處桃花園地。終於要造訪名列世界自然遺產的普利特維茲國家公園（Plitvice Lakes National Park）。這個國家公園擁有石灰岩和白雲石岩層，由黑河和白河匯出16個大小湖泊。這些大小不一的湖泊是碳酸鈣與苔蘚、藻類、細菌交互作用後產生沈積，多達92個瀑布隨季節變換而展現不同風貌。可貴之處就在於石灰岩地表都能看得到這些溶蝕作用，以及石灰華(travertine)多孔岩石如何與藻類、苔蘚和植物交互生長，成為一個特殊卻十分敏感的生態體系。而這種獨特景觀是從萬年前冰河時期結束到現在，從未受到干擾。也因此，十六湖國家公園於1979年進入世界自然遺產，是克羅埃西亞最早獲選的國家公園。如今仍在持續不停的進化著，每年湖底的石灰岩沈積物不斷堆高，未來將持續形成新的瀑布。欣賞此天造美景，建議先從上湖區，再行經下湖區，如此會有種倒吃甘蔗的感覺。下午漫走上湖區是最美不過的時光。

離開國家公園，接著前往宗教氣氛濃厚的古城札達爾（Zadar）。著名驚悚大師希區考克曾說札達爾擁有全世界最漂亮的日落！除美麗的落日外，海濱還有海風琴（Sea Organ）。它是在碼頭堤岸的步道下，安裝72根大小長短不一的共鳴管，隨著海浪衝擊力的強弱變化出不同的旋律，起伏不定的波浪，使每根管子進氣的時間不一，因而演奏出另類樂章。夜晚則有迷人的太陽系與行星燈光秀，讓這個老城竟又散發出一種現代感的氛圍！

接著我們造訪擁有悠久歷史的島城特羅吉爾（Historic city of Trogir），此城也是於1997年被列為世界文化遺產。早在西元前3世紀，西臘人不斷往Vis島上移民，西元前即在此定居，成為移民區一個卓越的典範。憑著這個年代久遠的基礎，保留了13-15世紀最完整無缺的建築群。無論是羅馬式，哥德式，文藝復興或巴洛克式，樣樣不缺，堪稱是建築史最完整的活教材。教堂多建於威尼斯共和國統治時期，融合了文藝復興與巴洛克的特色。其中又以聖羅浮教堂（Church of St. Lovre）最為特出。西門大門是建築師羅多凡（Radovan）的傑作，完成於西元1249年，是全克羅埃西亞最具代表性的羅馬哥德式作品。

參訪完古城，隨後我們一行搭乘跨海渡輪來到亞得里亞海洋光最充足第四大島哈瓦爾（Hvar）。此島於西元前四世紀，被來自帕洛斯島的古希臘愛奧尼亞人將其佔為殖民地，其遺址同時也成為一個自然保護區。史塔利古城平原（Stari Grad Plain），這裡的景觀以古老的石牆和邊牆，還有小型石砌居所為特色，歷經二十四個世紀後，依舊完好無損這處豐饒平原

的原始農業活動，為古代希臘人所使用的古老幾何系統土地區劃方法提供了最佳證明！所以於2008年被列為世界自然遺產。座落於亞得里亞海的這些無數小島，農業活動主要集中在生產葡萄與橄欖，這農耕型自希臘時代一直延續至今。湛藍的海灣深入蒼翠的田野中，而平靜無波的亞得里亞海，點綴著美麗的帆船與遊艇，真是幽雅的景緻啊！

離開哈瓦爾，抵達斯普利特（Split），克羅埃西亞的第二大城，是出身行伍的羅馬皇帝戴克里先的故里。皇城遺址（Diocletian's Palace, Split）於1979年名列世界文化遺，是唯一尚存的古羅馬帝國皇宮。此皇宮修建於西元三世，是其為自己打造退位後的皇宮，因Split離他的出生地（Aspalathos）不遠。歷經數代帝王，樣式雖屢被修改，但始終做為皇宮之用。在西元七世紀時，皇宮高大厚實的城牆卻淪為因斯拉夫人入侵而逃跑難民的避難所，卻也因而得以保存下來。現在所參觀地窖上皇宮殘餘的建築，斑駁的城牆，精美的雕刻，再難掩羅馬帝國皇宮的絕代風華！

接著造訪波赫共和國的一個中世紀小鎮慕斯達（Mostar），其意思是「看守橋的人」。在內雷特瓦河西岸是克羅埃西亞人，東岸則是伊斯蘭教的波斯尼亞人，兩岸的連結是一座美麗的古橋。此橋於1993年戰爭中被摧毀，2004年重建後的老橋是不同文化、種族和宗教社會之間和睦相處的象徵。

最後，終於來到杜布洛尼克老城（Old City of Dubrovnik）。此城可追溯到七世紀，其間經過拜占庭、威尼斯、匈牙利帝國的統治。15、16世紀時，它的藝術、建築、文學、科學的發展達到顛峰。1667年一場大地震毀去了城中大半建築，幸好根基雄厚的杜布洛尼克迅速從災難中站起來。1808年，拿破崙攻破堡壘，解散城邦。1991至1992年5月間，此城遭受南斯拉夫軍隊重砲轟？有超過2000顆炸彈落在城裏。1995年，在聯合國教科文組織和歐盟的協助下重建，再度展現黃金年代的榮耀，也成為世界文化遺產。走在古城的布拉卡大道，才能體會軍隊在城內行進的壯觀雄偉！繞著城牆上的步道走一圈，終於知道什麼叫做「固若金湯」。走進聖方濟修道院，裏面有一間最古老的藥局，至今仍在營業，眾師奶還一窩瘋的搶購玫瑰花露水，也為這趟美好的世界遺產之旅畫下了完美的句點！



# 樂活生活



18年前，小弟離開醫學中心，來台中市基層開業半年之後，心中就不斷地質疑自己，一天三節外加星期例假日的一節門診，這種全年無休式的工作型態，是我要的生活嗎？剛開始時，因怕被別人訕笑偷懶，以及同業的競爭壓力，不敢輕易的休診，直到自己感覺到桎梏的心靈，已經引發憂鬱症了，才下定決心要脫困。幸運地，找到志同道合的夥伴共同執業，從此才真正有餘力從事家庭與社交生活，並且積極安排心靈與戶外活動，凡舉音樂、心理課程、旅遊、登山、打球、滑雪…，在休閒與工作輪替之中，找回生命中的價值與歡樂。

中區四縣市的醫界前輩，早在95年起就首先推動診所月休四日的看診機制，當初的立意是想減少服務量及抑止惡性競爭，以提高健保點值，此外，也改善開業醫師的生活品質，久而久之，大家養成習慣之後，現在若要恢復天天看診的生活，相信許多人都無法適應。但可惜的是這套機制只在中區實施，並未成功地推廣到全國，剛好此次全聯會提出新版的診察費支付方案，改正了過去看診25天，申報30天的陋習，設計為申報上限25天的新制度，正好符合了推動大家適度地休息，樂活生活的生命價值，在此舉雙手大力贊同，也期盼全

國其他區的基層同業能共同支持，調整作息，適當地休診，不要作到累死自己，恰如順口溜：人在天堂，錢在銀行，老婆在教堂子女對簿公堂，那可真是人生最大的憾事了。

小弟相信，有許多基層醫師已將休閒生活安排得很棒，但也常見到不少同業無法跨出日夜連續看診的藩籬，如果樂在工作中，我們要給予敬業的掌聲，但如果常怨歎身不由己，那是否該嘗試做一些建設性的「改變」，以求身心靈的平衡呢？小弟於去年接任理事長之後，就積極推廣樂活生活的精神與活動。除了配合公會的球類運動及音樂藝術活動之外，也請幹部常常在協會內部舉辦各類生活講座，並於今年號召會員共同單車環島及泳渡日月潭。之後又相繼推動成立了登山社及杏林鐵馬社，前者的目標是明年號召熱血同儕齊登玉山，未來爬百岳，後者是延續鐵馬環島的毅力，繼續鍛鍊體魄，快樂生活。希望結合眾人之力，帶動風潮，讓基層醫師找到自己生命的熱力，小弟相信，唯有自由釋放的心靈，才有健康快樂的身體，在職場上才能持續發亮發光常常久久。

# 基層診所

## ～開業醫的心聲～

今天我們很高興看到診所協會全聯會終於成立了，而且運作順利進行。除了感謝陳理事長及全體理監事共同的努力之外，還要謝謝全國開業醫的診所醫師們大力的支持，才有今天全聯會的誕生。曾經擔任過基隆市診所協會理事長的我，感觸尤其深。

隨著時代的變遷，基層開業醫師所面臨的處境和以前不同，要有深刻的認識才不會被潮流所淘汰，七、八十年代，台灣尚在農業發展進入初步工業時代，急性病、感染性疾病蔓延，如肺結核、痢疾、肝炎盛行。如今九十年代迄今，反而是慢性疾病盛行，人口老化，六十五歲老人占總人口已達10%以上，糖尿病人口至少有150萬人，慢性阻塞性肺疾病，四十歲人口至少占六分之一。

台灣有高達250萬成年人，15歲以上患有慢性腎臟病，可以說慢性病的防治成為當代醫療重要課題，也是開業醫面對思考問題。

所以開業醫為求穩定的業務發展，可從糖尿病 CKD(Chronic kidney disease)、C.O.P.D ( Chronic obstructive pulmonary disease ) 氣喘、口腔癌，健保署慢性照護網著手，配合當地衛生單位或衛生所做成人健診服務，闔家歡健診、兒童健康檢查及成人流感疫苗注射，增加收入。不僅營造出社區的守門人，更進一步當社區健康的守護神，實施家庭醫師制度，面對現今的功利社會，更能減少醫療糾紛，何樂而不為？

診所協會全聯會理事&前基隆市診所協會理事長

廖大明

現今的環境，大醫院紛紛在地方經營聯合診所，這是大勢所趨，經濟自由的時代，以大吃小是很正常的，所以診所面臨的問題是如何自立自強，以小博大，相當吃虧，健保總額給付一直在縮水，尤其門診給付，十幾年來不變，當前的物價指數，已扶搖直上，二代健保費用也已超收數十億台幣，但門診診費還是原封不動，真是不可思議。

最後我希望開業醫師要有：（一）適當的休息時間、休閒生活。休息是為了走更長遠的路，不要為了看診累了自己的身體，人在天國，錢在銀行，成了遺產稅。（二）基層醫師要有不斷進修的念頭。醫學知識日新月異，不進則退，大醫院的繼續教育課程，要酌量聽課，才不會被病患問倒。（三）健康問題。最好每二、三年做健康檢查，一年一次的普通檢查，愛護自己才能保護別人，至關重要。

醫師看病，貴在求精求正確，視病猶親，視病患如家人，一團和氣，病情嚴重或非自己能力與設備所及，盡量轉診大醫院，確保轉診制度的落實。不僅確保病人求醫的權利，也減少不必要的醫療糾紛。

新的一年即將到來，我祝福全國的診所、開業醫師，醫業昌隆，快樂吉祥，家庭幸福美滿。

2014.12.27夜

# 醫療專業與公益並進 樂活提昇



高雄市醫師公會理事長&診所協會全聯會監事長

蘇榮茂



## 醫療暴力公訴罪通過後的期盼與自省 —醫師之執業尊嚴

醫療暴力事件是醫療人員心中的痛及潛在威脅，一旦發生，現場醫療人員所受到身心的傷害一輩子難忘，影響醫療人員未來醫療工作的心態及士氣，而且影響在醫療機構內就醫之病人及家屬的安全及權益，進一步影響五大科醫療人員的不足，進而影響醫療品質及民眾就醫權益，這絕對是社會之病，非國家之福。

所以，公會長久以來，一直督促及參與全聯會之相關法案活動，希望能修改及制定更完善的醫療法來保障各位醫師之執業權益及尊嚴。103年1月14日，立法院第八屆第4會期第18次會議，三讀通過修正醫療法第二十四條及第一百零六條條文，業於103年1月29日經總統公布施行：醫療法「第二十四條醫療機構應保持環境整潔、秩序安寧，不得妨礙公共衛生及安全。為保障病人就醫安全，任何人不得以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨礙醫療業務之執行，致生危害醫療安全或其設施。醫療機構應採必要措施，以確保醫事人員執行醫療業務時之安全。違反第二項規定者，警察機關應協助排除或制止之：如涉及刑事責任者，應移送該管檢察官偵辦。」醫療法「第一百零六條違反第二十四條第二項規定者，處新台幣三萬元以上五萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。毀損醫療機構或其他相同場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處三年以下有期徒刑、拘役或新台幣三十萬元以下罰金。對於醫事人員執行醫療業務時，施強暴、脅迫，足以妨害醫事人員執行醫療業務者，處三年以下有期徒刑、拘役或新台幣三十萬元以下罰金。犯前項之罪，因而致醫事人員於死者，處無期徒刑：致重傷者，處三年以上十年以下有期徒刑。」

在醫療法第24條，第106條修正通過後，將可進一步保障全國民眾就醫與醫護人員之安全，希望能讓醫療環境在零暴力的優質環境下，使得醫護人員能更細心、用心、耐心、無怨無悔地為病患提供最佳及最適宜的治療，來維護病人的健康，提升醫病間友善及信任的互動，帶給醫事人員執業安全及全民安心就醫的醫療環境。而當一旦遇到病人或家屬情緒上過度的反應時，除了請保全人員及警衛人員到場處理外，醫護人員應以平和的心，更耐心細心的解說溝通，以避免病家情緒性反應的惡化，引發不必要的暴力事件。因此期盼各醫療院所，平時要加強演練訓練各種突發事件的應對流程、態度及語言，讓“醫療場所零暴力”能夠確確實實的落實。



## 醫療糾紛調解經驗座談-預防勝於處理

2014年2月22日全聯會主辦醫療糾紛調解經驗座談，會中台北、台中、高雄三區各提出經驗討論分享。整體而言，在醫療糾紛調解過程中，要注意聆聽，要適當及適度的表示同情、不捨，拉近彼此間的距離，以取得雙方信任，如此才能成功的機會。北部之醫糾調解成功率最高，中部經由台中地方法院參與與協助，調解成功率亦成長許多。南部在高雄市地區，近年來在地方法院之院長及庭長的支持及推動下，希望能提昇醫糾調解之成功率。

作為一位調解員，要隨時抱著仁者之心、化解糾紛、減輕社會負擔，堵住訟源，也是善事一件，功德無量，不遜於築橋造路，造福世人。調解能讓雙方各讓一步最棒，其次先使一方讓步或包容也還不錯，所謂不滿意但勉強可以接受亦不錯。假若此次調解不成，雖有遺憾，但決不能讓雙方加深仇恨，才有再次調解的機會，更不能讓自己（調解員）介入紛爭中，”公親變事主”最要不得。調解員除



了要有法律常識外，更需要有充份的生活常識、社會經驗、社會歷練、細心分析，讓雙方聽得進調解員的見解，各自表達意見及不滿意的地方後，再與個別一方溝通，瞭解雙方的訴求及和解的條件，同時要告知醫療爭議之就醫病家及醫療人員雙方，保證決不將他們提出的條件內容及補償金額告知對方，以免成為未來法庭攻防的話題。當有一方或雙方提出和解條件時，應斟酌有無落差，再協調拉近雙方的認知落差，則成功率較大，另外道歉的方式是以口頭或登報行之，登報方式則要載明那些報社、版面多大及金額多少，以免造成困擾。



### 加強舉辦長期照顧之課程訓練

#### —Level I、II、III

未來台灣之老人化社會日趨明顯，長照是未來醫療照顧重要的一環，在全聯會蘇清泉理事長所領導的團隊努力下，終於讓醫師在長照制度內有參與的角色與機會。即在「第7條—有接受醫事照護之長照服務者應經醫師出具意見書並由照管中心或縣市政府評估」。長期照顧服務法已在103年元月6日及103年元月8日初審完畢，保留條文則留待黨團協商後再定案。而公會也積極的舉辦相關的訓練課程，在102年11月2日LeavI two長照訓練課程，與高雄市醫師公會視訊連線，讓更多的會員有機會取得LeavI one、LeavI two的訓練證明，目前公會並向全聯會蘇清泉理事長爭取續辦LeavI one、LeavI two、LeavI three的訓練課程，並與公會視訊連線方便會員報名參加取得訓練證明。



### 推動環保公益—壽山淨山活動

103年2月16日，下午1時30分會員集合於壽山動物園出入口，集合報到分發給每位參加者麵包、礦泉水及毛巾，並說明登山路線、安全注意事項及比賽規則，參加的人員公會會員醫師本人、夫人眷屬及子女，相當熱絡，當天的天氣也是非常溫和，氣溫適中不冷不熱，上山時看到秀麗景色及大自然的青翠，歷經數百年歲月留下的巨木、大榕樹及海底礁石。木板樓梯及木皮步道，走起來相當安全，即使碰到雨天防滑度還是相當高，因好友同行邊走邊聊天，精神輕鬆，忘卻登山的疲勞，越走越有精神，一轉眼已到折返站，看看時間才走了50分鐘而已，休息一陣子領取環保塑膠袋及手套，準備下山時，撿拾垃圾一路走來，在步道兩側的細縫處也可發現垃圾，要相當細心才可以發現，這次活動除了登山健身、增進聯誼友情及親情外，更把47公斤多的垃圾及廢棄物搬下山來，讓美麗的壽山，更增加一分生氣及活力，減少一分環保負擔，經由磅秤記錄最後選出20位“淨出高手”，每位高手獲得獎勵紅包一個，而每位參加者也獲得一個公會背包紀念品，此次活動能成功舉辦，得感謝公共關係委員會謝正毅召集人、楊榮超副召集人、所有公關福利委員、康總幹事及所有幹事的籌劃安排，更感謝徐新勇醫師及林和男幹事提前探勘路線及張貼路線指標，經由大家的團結合作及分工執行，讓這次有意義的活動圓滿完成。



### 樂活—持續推動提昇會員生活品質及身心健康活動

這顯示出登山客及遊客維護環境的公德心仍需提昇，而政府公園內的維護人員也需盡責維護。不過最後回到報到處整理垃圾時發現，除了紙屑、糖果、包裝紙、菸屁股外，還有人撿拾到巨大塑膠板、廢棄輪胎、帆布袋、塑膠椅…等，詢問怎麼可以找到這麼多大型垃圾，原來是在主幹道旁邊的支線，累積很多此類垃圾，由此可以看出公德心的教育還需加強，公園內維護人員工作時更需要深入支線，確實做好維護大自然的清潔。

公關福利委員將規劃安排舉辦高雄港半日遊活動，高雄港是台灣第一大港，也曾經是世界十大吞吐量之一的港口，而今吞吐量雖已逐漸下降，但港邊周遭建設美景持續不斷，包括紅毛港園區、中船造船廠、世貿園區高雄展覽館、高雄圖書總館的興建、中鋼大樓的完成、85大樓、國硯大樓、真愛碼頭、香蕉碼頭、旗津沿岸的造船廠…，等美景。

高雄港是台灣最大的國際港埠，港域遼闊，腹地廣大，扼台灣海峽與巴士海峽交匯之要衝，其西邊臨海有狹長沙洲（現為海鮮美食的旗津地區）為港灣的天然防波堤，加上南部氣候溫和、地理條件優良，港灣形勢成為天然良港。搭乘「觀光遊輪」了解高雄港的港灣形勢和港埠建設，最特殊的經驗就是從船上近觀港區各式的船舶，無論是商船、軍艦、貨輪和漁船，每個視野都有不相同的航海故事。高雄港半日遊，可體驗一趟海洋觀光休閒、文化之旅，全程大約二小時二十分鐘，由鹽埕真愛觀光碼頭出發，環繞高雄第一、二港口與整個旗津島，讓您直接體會港都忙碌的轉運中心作業、欣賞高雄港區的雄偉，更可以在遊艇上享受美食聯誼活動，讓大家用更深入及不同角度，來欣賞我們高雄國際港都的另一種美麗。



### 薪傳—培育未來人才-會員子女獎學金制度

為了鼓勵公會會員子女就讀大學院校的優秀人才進修，公會計劃每年編列經費預算，提供20名獎學金給公會會員就讀大學的子女。目前正擬定規劃完善之章程，預計在今年四月份理監事會議討論通過以後，即可以公告實施，請大家給予期待及支持。目前公會之財務在理監事及幹部的努力開源節流下，每年有多出一些盈餘的經費，可以作更有效的運用，在此感謝大家的努力及幫忙。有一句智者諺語”教育是人類升沈之樞紐”，我們希望公會之經費，取之於會員，用之於會員及其子女，為下一代優秀的人才提供獎勵，鼓勵他們向學及投入更深刻，更廣泛的學習，未來在各領域能夠發揮專才，對社會作出更好的貢獻，對我們高雄市醫師公會而言，也很高興能參與成為培育人才的搖籃，也希望未來這些優秀的新一輩子才能夠將這種精神往下傳承，一代傳一代，對更新一代的人才發展深入的關心及思考，醫界未來的路，台灣未來的路，才能愈走愈堅實而寬廣。

# 診所醫師， 您的名字不是弱者

診所協會全聯會監事&彰化縣診所協會秘書長

蔡梓鑫

晚輩在 18 年前（民國 85 年）開業時，那時健保剛開始，開業之初診所尚容易經營。但在診所裏每日應付病患，知能日益消磨，總想醫院醫師的知識能力日益提升，若有醫院醫師在附近開業，我診所業績必將被瓜分，隨時需有打包走人的準備，所幸之後有 5 家新診所在附近開業，雖有影響但都可以接受。而時間過得很快，開業過了十年後，健保總額已實施一段時間，點值日益下降，健保因虧損嚴重，各項審核趨緊，健保卡刷卡機使用，病歷列印電腦化…等等，幾乎各項政策每三月一小變每年一大變，窮於應付非醫療瑣碎事務處理，無法專心醫療業務而身心俱疲，有一種過一天算一天的感覺，但依然調整腳步，步伐雖較慢但算穩定。

個人覺得在基層開業的醫師，沒有在醫院工作的資源如學術演講、人脈資源、圖書資源、政策訊息等，但基層診所醫師亦有強項：

1. 所得與付出符合比例：有努力就能得到相似比例的報酬，可激勵自己全力以赴，且能控制各項支出，稅務優惠亦可增加效能。除健保外，若要多學多方位服務病患也沒限制，如開藥局做醫美減肥抗衰老等。
2. 工作團隊可掌握：雖然診所通常員工不多，但可直接指揮效率提高，擴充業務時增聘人力時效快速，旺季淡季可適時調整人力，亦可有夜間門診假日門診彈性上班。
3. 規劃自由工作環境：擁有自己的診所，工作環境自由規劃，有參與感且處處珍惜，可養成事事親力親為的習慣，在這動手的時代更是彌足珍貴的優點。

為因應各項大小政策變更頻繁，在幾年前中部各縣市基層診所醫師組織紛紛成立各縣市診所協會，在 103 年 3 月更進一步成立診所協會全國聯合會。此一基層醫師的集會組合，有幾個好處：

1. 匯集各地醫師集會增廣見聞：當各項政策改變時，各醫師集思廣益互通有無研商對策，並主動研議制定各項政策，以維護權益，如診所評鑑之事，就被阻擋下來。
2. 熟悉共同需求降低採購成本：平時有聯誼互動，知道共同的需求，累積足夠的醫師採購相同的藥品就可降低成本如疫苗採購。
3. 跨區域認識全國醫師增加力量：各種公共職位如公會或醫學會理監事選舉，基層醫師得以走出縣市全國串聯，力量積沙成塔頗有斬獲。

而在全民健保時代，診所幾乎都是簽約診所，各項明文法規已勢在必行，再加上總額限制，診所經營變動已不可擋，而各項專業人員的要求日增，更不是我們能一手包辦所有事情，以往帶著老婆就可以開業已經不可能了，此時若要放大個人感受，會覺得處處受制於人，被打壓無處申訴，終日心情煩悶，事業亦將如江河日下。診所醫師約莫佔醫師人數的 1/4，而健保預算支出中診所也佔約 1/5，診所醫師大家若能花一點時間參與公共事務，將會形成一個很有力量的團體。大家除了上班病人接觸外，多與外界互動，主動參加各協會、公會、醫學會聚會演講，時時接收新訊息，必能與時俱進，做一個快樂成功的診所醫師，那麼我們診所醫師必不是弱者。

# 『人無遠慮、必有近憂』



大台中醫師公會常務理事&中華民國診所協會全國聯合會秘書長

藍毅生

感佩前輩們的高瞻遠矚，十數年前就為基層醫療發展劃出未來走向及生存發展藍圖。早從最早的三三會，關心

基層醫療發展的諸多前輩們，就自動自發自掏腰包，每月擇第三週的星期三晚上，遠從雲嘉、南投、彰化來到台中，與台中縣市的夥伴們一同討論基層的醫療政策走向、分析健保財務規劃，及未來基層診所將會面臨的各種挑戰等，討論出來的結果常常做為全聯會基層醫療政策的重要參考依據。

其後更有擴大規模的中部四縣市基層幹部定期聯誼會，聚會中基層醫療的前輩們，更有志一同的立下組公司、組社團、組黨的短、中、長程計畫。眼見組公司、組社團的計畫一一實現，剩下的就是全力推動組黨之長程目標，以目前九合一選舉結果及氛圍，單一選區兩票制（一票選人、一票選黨），要能跨過爭取不分區立委席次也不是一件不可能的任務。端看全國醫療從業人員有沒有那種將臨深淵迫切求生存的信念。

在已實現的計畫中，雖然組公司的結果並不令人滿意，但是我們卻能很驕傲的對人說，全國基層診所踏出了成功的第一步---組成了『中華民國診所協會全國聯合會』。

老子道德經 64 章中有曰：「合抱之木、生於毫末、九層之台、起於累土、千里之行、始於足下……」。又如西藏精神領袖達賴喇嘛所說：「如果你知道去哪，全世界都會為你讓路。」觀今日台灣的醫療環境，在全民健保總額給付的框架約束下，既要承擔全國人口快速老化醫療費用必然增加的不可避免壓力。又要面對政黨、政客為討好選民不讓費率成長之實際處境。

接下來無論是醫院或基層診所都將面臨點值及實際收入每況愈下的困境。在各求生存的情況下，不能說是醫院侵蝕基層大餅或是基層診所蠶食醫院，但是大型院前診所一家一家的開，分院一區一區的設，及併購串聯駐點如漁網一般撒開卻是一個不爭的事實。

對醫院來說，雖然有醫學中心協會，區域醫院協會及地區醫院協會等等組織替其所代表的團體發聲，但是近年來他們均體認到醫師公會全國聯合會，才是代表台灣全體醫師向政府機關乃至全國發聲的唯一公認團體組織，醫院或醫療財團越來越積極介入地方醫師公會及全聯會的選舉運作，已是一種趨勢。就各地方公會來說，因醫院有自己的發聲管道，不必然需要經過全聯會去爭取自身權利，所以醫院雖然是執業醫師人數比較多，往往還是禮讓基層開業醫師任地方醫師公會理事長，到全聯會去為基層診所爭取應有的權利。不過，這種禮讓的氛圍已經慢慢在退散中，到目前已選舉結束的地方公會中，已有六個地方公會是由醫院醫師當理事長，前些日子全聯會基層執委會籌備會及主委選舉等，更有少數基層人士不知何故執意提案要讓醫院醫師進入基層委員會擔任委員，共同決定基層診所的審查執行制度，更讓人擔心醫院或財團醫院會為了替院前診所護航，特別利用選票交換方式，扶植一些基層診所之親醫院人士在基層執委會替醫院爭利、霸凌會議。

基於此，全國基層診所擁有並壯大真正屬於自己的發聲管道及和政府各機關部門對口接觸的團體組織刻不容緩。

目前診協全聯會雖然名稱為「中華民國診所協會全國聯合會」，但是實際的團體會員數只有十一個縣市，代表性仍然會受到政府、其他團體甚至全國民眾的質疑，透過各地方前輩幹部協助輔導尚未成立診所協會的縣市盡快成立地方基層診所的團體組織，是診協全聯會必須積極去推動的事務，因為太多的歷史經驗告訴我們「今天不做明天一定會後悔」、「人無遠慮，必有近憂」。診協加油！



# 從新制合理門診量 談基層醫師的未來

彰化縣診所協會理事長&診所協會全聯會常務理事 連招震

最近甫通過的合理門診量新制，是陳宗獻主委及許多基層前輩集思廣益、溝通協調的成果，其實在有限的總額框架下，在加上健保會裡醫界代表名額不對等，每年的總額成長談判想要獲得較高的成長率已經是日益困難了，既然消費者代表宣稱已經很滿意現在的醫療服務，不願意再額外多付費改善更好的醫療環境，那我們身為醫療提供者，面對要一塊給八毛的窘境，我們該如何重拾我們的醫師尊嚴，新制合理門診量，應該是我們基層踏出的第一步。

我常常在彰化縣內的基層醫師座談時，表達我的看法，現在我也把這看法與大家分享。當我們抱怨點值不停滑落、醫病關係不再和諧，其實除了健保制度要負部分責任之外，大家有沒有思考過，我們基層醫師其實也是推波助瀾的幫兇？當診所如雨後春筍般地設立，除了提供早中晚三節門診之外，更

有些醫師是佛心來著，為了上學的學童特別設立早安門診，提高了民眾的就醫便利性舉世無雙，但是當造成診所的普及性及便利性就像是滿街的便利商店時，民眾理所當然就不會把就醫當一回事，也不會把你這醫師當一回事，病人求診的心態就像是去逛便利商店一樣罷了。人性就是如此，太容易獲得的，棄之如敝屣，不會去珍惜；物以稀為貴，要費盡千辛萬苦才能得到的，往往才懂得珍惜。因此我們要反思，是否我們在打著為病患提供貼心便利服務的旗號時，其實病患並沒有因此更尊重我們、其實而我們的尊嚴反而更加被踐踏呢？





所以新制合理門診量只是撥亂反正的第一步，因為健保是總額制，既然是有限的資源，就不能放任以資本主義的自由競爭機制，而是必須加入適當管控以及合理分配的精神。我們希望能夠藉由支付標準的改變，讓醫師能有更多空閒的時間，可以用來進修，可以用來照顧自己健康，可以重拾年輕時的興趣，更可以彌補虧欠已久的親子關係...近期聽過一種說法，提到醫師的子女競爭力普遍比不上老師的子女，因為醫師鮮少有時間花在自己子女的課業上。我常開玩笑的說，這麼一來，醫師的子女當老師，老師的子女當醫師，如果醫師希望後代能克紹箕裘，可能要等孫子輩了。玩笑歸玩笑，如果醫師能有適當的休閒，能更注重自己的健康，能在醫術上更加精進，誰說不是病人之福？！

展望未來，陳主委希望以後能朝向每個月看診超過25天的部分不給付，我則希望

有朝一日我們基層醫師能像日本一樣，晚上七點鐘以後不看診。看看日本的醫師活得有多有尊嚴，對政府的政策有很大的影響力；反觀我們台灣的基層醫師，辛苦認真看診，收入打折不說，還常常被健保署及媒體有計畫的抹黑；醫師被血汗健保壓榨不說，還淪為全國犯罪率最高的團體。只是在當今的民粹氛圍下，恐怕還有很長的路要走。光是這次的新制合理門診量通過的過程中，就受到健保署及衛福部不斷地阻撓及刁難，他們在乎的只是民眾對健保的滿意度，對於醫師的訴求則感受不到他們的尊重。這次的新制合理門診量已然如此，更遑論未來超過25天部分不給付了。期待各位基層醫師能捐棄本位主義，凝聚共識，掙回我們醫師應有的尊嚴，改善日趨惡質的執業環境。若能如此，基層醫師才能盼得到春天，否則就只能沉淪在無窮無盡的冰河時期了。



## 病歷中文化

記者鄭涵文／台北報導 2015-01-11

# 衛福部：病患在乎的是醫病溝通

針對病歷中文化推動聯盟及醫改會的訴求，衛福部政務次長林奏延昨天表示，衛福部有計畫階段性推動病歷中文化，從未反對。醫師則表示，並非全面中文化就等同於尊重病人。

衛生福利部醫事司長王宗曦說，病歷中文化受到重視，反映的不純然是語言問題，而是民眾「更充分了解自己病情」的需求。根據調查，民眾真正在乎的不是用什麼語言寫病歷，是醫師有沒有足夠的時間好好解釋病情，降低產生誤會、糾紛的機率。

王宗曦指出，衛福部已成立「病歷及病人資訊諮詢會」，預計近日舉行第一次會議，討論病歷中文化的進度。同時，目前已有不少病歷格式，如出院病摘要等，規定用中文書寫，增加民眾可讀性；衛福部也不斷更新醫療名詞的翻譯字庫，供民眾查詢，很多病歷表單也有中文格式。

不過，病歷不只是患者醫療紀錄，也是醫

護人員之間溝通的工具，這些特定的病歷格式是否也要全面改用中文，引發討論。王宗曦說，用英文和專有名詞快速書寫，一直是西醫師的養成模式，突然要全翻成中文確實不易，也有醫師質疑：「若什麼都要落落長寫中文，哪來時間和病人溝通？」

台大醫院內科部主治醫師王治元說，像診斷證明書這類文件用中文書寫、言簡意賅，是很好的方向；但病歷格式眾多，不只給病人看，一味要求中文化對內容無實質幫助。

他舉例，有些描述翻譯成中文，將有落差，如「發炎」，英翻中後，意思不全然一樣，根本不到位。他認為，最重要的是讓醫師好好向病人解釋病情，並忠實保留每一份紀錄。就他觀察，贊成全面中文化的醫師恐不到百分之一。

全面中文化也影響與國際接軌，王治元舉例，日本的醫療全面日語化，在國際論壇上遇



到極大的交流困難；醫療全部中文化的大陸也漸意識到這個問題，開始英文化。

<法學鄭逸哲教授針對有些團體訴求衛生福利部應全面實施病歷中文化看法如下>：  
病歷僅就且僅能為醫療而存在，病歷如何記載，一以醫療目的為依歸。

使一一尤其嗣後閱讀的一一專業醫事人員，對其理解與解讀，不因人而異。如此，方能確保病歷記載所要傳達的訊息在專業醫事人員間，以「不歧異」而「準確」的方式流動，方能確保醫療處置的適當選擇，這才符合病患的最大利益，也才是維護「醫療人權」。

打著「醫療人權」的旗號，莽撞粗暴推動「病歷中文化」，不啻在搞「制度害人」，乃至於「制度殺人」！

稍對醫療臨床有點了解的人都知道，一一尤其一一病名和藥名，乃至於醫學新知，均以拉丁文和英文「符號」作為「專業語言」，這甚至超出中文、英文、德文或日文「生活語言」的概念，毋寧更類似於數學語言的「專業符號」，而非一般所理解的「英文」。其並非為你我「醫學素人」而存在，毋寧是為專業醫事人員「無障礙」溝通而存在，以利醫療目的的實現與醫學新知的傳遞。

推動任何關於醫療制度的修法或變革，務

必下足功夫去研究，更勿偏聽！人命關天！況乎涉及全民的人命！

根本不是中文化的問題！也不是德國醫生用德文，日本醫生用日文的問題！

病歷如何記載，不是這些問題，而是如何使其記載，「無歧異」的在專業醫事人員間被理解，以確保醫療處置被適當選擇，而維護病患的最大權益，使醫療人權被落實。

病歷是為醫療而存在，為專業醫療人員從事醫療溝通而存在；不是為「醫學素人」看得懂而存在，其實也不可能看得懂。

所謂反對「病歷中文化」，並非反對病歷中出現中文，而是不得「為中文而中文」。重點不在中文或英文，而是在不得制度化使病歷記載認知「歧異化」的措施。

回歸「專業裁量」，尊重「臨床裁量權」，局外絕對不要指三道四，指揮第一線的專業醫事人員如何記載病歷。只要其符合醫療目的，有助於醫療處置，就應由其自主進行。

把醫療外的目的，假藉「醫療人權」的旗號，恣意介入病歷記載形式，不僅欠缺其正當性，更是制度化醫療災難，乃至於醫療浩劫。慎哉！

# 伏帶疹® 活性帶狀疱疹疫苗

ZOSTAVAX®

[Zoster Vaccine Live(Oka/Merck)]

ZOSTER PREVENTION MADE POSSIBLE



## ZOSTAVAX® 適用於50-79 歲成人 幫助他們遠離帶狀疱疹的威脅

### 安全性資訊摘錄

#### 適應症

適應症：ZOSTAVAX適用於：預防50-79歲之成人帶狀疱疹(皮蛇)

說明：ZOSTAVAX適用於50-79歲之成人的免疫接種。ZOSTAVAX可與去活性流感疫苗同時接種。

#### 禁忌症

曾對此疫苗的任何成分(包括明膠)產生過敏反應。

曾對Neomycin(每劑泡製後的疫苗含有微量的Neomycin)產生過敏/類過敏反應。

Neomycin過敏常會出現接觸性皮膚炎的表徵。不過，因使用Neomycin而發生接觸性皮膚炎的病史並非接種活性病毒疫苗的禁忌。

因下列疾病而呈現原發性或後天性的免疫不全狀態：急性與慢性白血病、淋巴瘤、其他會侵犯骨髓或淋巴系統的疾病、HIV/AIDS所引起的免疫抑制、細胞性免疫功能不全。

免疫抑制治療(包括高劑量的皮質類固醇)；不過，ZOSTAVAX並不適用於正在使用局部外用性/吸入性皮質類固醇或低劑量之全身用皮質類固醇的患者，或是正在使用皮質類固醇做為補充治療劑的患者，如腎上腺功能不全的患者。

未經治療的活動性結核病。

懷孕。

注意事項

醫護人員應向患者詢問其對先前所接種的任何含VZV成分的疫苗是否曾發生哪些反應。

注射ZOSTAVAX後，曾有嚴重不良反應包括嚴重過敏性反應(anaphylaxis)發生。

和任何疫苗一樣，應預先做好適當的治療準備，包括腎上腺素注射劑(1:1000)，以便在發生過敏/類過敏反應時可立即使用。

在發燒>38.5°C(>101.3°F)的情況下，應考慮延後接種疫苗。

ZOSTAVAX在已知感染人類免疫不全病毒(HIV)且併有或未併有免疫抑制現象之成人中的安全性與預防效果，目前尚未確立。

和任何疫苗一樣，接種ZOSTAVAX並不一定能夠對所有的接種者產生保護作用。

#### 懷孕

ZOSTAVAX不可施用於孕婦，接種此疫苗後應避孕3個月。

#### 副作用

在ZEST研究中，曾發生下列極常見( $\geq 1/10$ )與常見( $\geq 1/100$ 但 $< 1/10$ )之疫苗相關注射部位不良經驗與全身性不良經驗的報告。有些不良經驗是徵詢而得的結果(接種後1至5天)。

神經系統疾患

常見：頭痛

全身性症狀與投藥部位反應

極常見：紅斑、疼痛、腫脹、搔癢

常見：血腫、溫熱感、硬結

肌肉骨骼及結締組織疾患

常見：四肢疼痛

**其他併發內容，處方前請詳閱藥品併發說明書。**

**使用前詳閱說明書警語及注意事項**

Copyright © 2015 Merck Sharp & Dohme LLC., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

衛署菌疫輸字第000873號 北市衛藥廣字第10403059號



美商默沙東藥廠股份有限公司台灣分公司

地址：台北市信義路五段106號12樓

電話：(02)66316000

VACC-1111440-0000 02/14