



# 基層第一線

05

2017夏季號/季刊

- 醫政廣場／落實分級醫療與協作平台：2017讓我們從COPD照護開始
- 醫藥分業／醫藥分業實施檢討公聽會綱要記實
- 報告包大人／「照拿藥」與「醫師親自診察」規定之法律探討

封面專題

我們的健保生病了

要靠**分級醫療**來改善



# 目錄

## CONTENT

- 03 | 編輯室報告：一路走來診聯會正在寫歷史 文／王弘傑
- 04 | 理事長的話 文／曾梓展
- 06 | 台中市診所協會 社區醫療執行中心 文／鄭煒達
- 08 | 分級醫療不落實：一個臺灣兩個世界 文／林釗尚
- 12 | 診聯會拜訪陳時中部長之摘要記錄 文／管灶祥

### 社區醫療

- 16 | 社區健康守護神、醫療群的運作、假日門診 文／紀乃正
- 18 | 診所假日開診 真可解決急診擁擠塞爆的問題嗎？  
文／蔡國麟

### 醫政廣場

- 22 | 分級醫療壯大基層 講者／李伯璋
- 24 | 推動分級醫療策略及配套 整理／張瑩瑛
- 29 | 落實分級醫療與協作平台：2017讓我們從COPD照護開始  
文／傅彬貴

### 醫藥分業

- 42 | 本會幹部參加醫藥分業公聽會意見表達內容 整理／梁雲芳
- 46 | 醫藥分業實施檢討公聽會綱要記實 整理／梁雲芳
- 50 | 真是抱歉 文／魏嘉慶
- 53 | 藥品調劑不是醫療人員的權利 文／李志宏

### 報告包大人

- 56 | 「照拿藥」與「醫師親自診察」規定之法律探討 文／楊玉隆

### 社區醫療群

- 62 | 如何改善家庭醫師計畫，壯大基層醫療 文／王宏育
- 66 | 大里社區醫療群運作經驗談 文／沈宗憲

### 診所經營篇

- 68 | 勞基新制上路，診所該如何因應?? 整理／林恆圭
- 72 | 一例一休的建議 文／林釗尚
- 73 | 20年開業生涯及心得感想 文／鄭集鴻

### 各地診協介紹

- 77 | 新竹市診所協會的成立感言 文／陳志宏
- 78 | 診所協會全聯會第二屆第二次  
會員代表大會活動花絮
- 80 | 各地診協通訊錄
- 81 | 診聯全聯會行事曆
- 82 | 第二屆特別捐款明細

## ■ 基層第一線 2017年夏季號（季刊）

理事長兼發行人／曾梓展

召集人／魏重耀

秘書長／林釗尚

總編輯／王弘傑

本刊特約攝影／王維弘、林經凱

編輯、設計／創造力國際事業有限公司

發行日期／2017年5月出刊

發行所／中華民國診所協會全國聯合會

地址／40462台中市北區中清路一段638號2樓

電話／04-2359 0028 傳真／04-2359 0318

網址／http://www.tmca.com.tw

E-mail／tmca103@gmail.com

中華郵政台中雜字第2137號登記證 登記為雜誌交寄

### 五大委員會

醫療政策暨法規委員會／

夏保介

國際事務委員會／鄭煒達

文宣編輯委員會／魏重耀

媒體公關委員會／曾崇芳

資訊網路委員會／陳俊宏

### 二大行動小組

恢復醫師調劑權行動小組／

管灶祥

分級醫療雙向轉診行動小組

／陳信利

文書副秘書長／管灶祥

活動副秘書長／陳俊宏

學術副秘書長／鄭元凱

### 理監事

理事長／曾梓展（台中市）

常務理事／魏重耀（山海屯）

常務理事／廖慶龍（彰化縣）

常務理事／紀乃正（基隆市）

常務理事／塗勝雄（雲林縣）

常務理事／張富全（台南市）

常務理事／賴聰宏（高雄市）

理事／倪小雲（新北市）

理事／陳志宏（新竹市）

理事／陳成福（山海屯）

理事／陳俊宏（山海屯）

理事／管灶祥（山海屯）

理事／廖文鎮（台中市）

理事／謝溫國（台中市）

理事／易文仁（台中市）

理事／連哲震（彰化縣）

理事／陳信成（彰化縣）

理事／林經凱（南投縣）

理事／羅大恩（嘉義市）

理事／蔡瑞頌（台南市）

理事／曾寧遠（花蓮縣）

監事長／鄭煒達（台中市）

常務監事／彭業聰（山海屯）

監事／張延互（台中市）

監事／蔡梓鑫（彰化縣）

監事／夏保介（雲林縣）

監事／汪威達（台南市）

監事／謝正毅（高雄市）

### 秘書處

秘書長／林釗尚（山海屯）

副秘書長／紀乃正（基隆市）

副秘書長／倪小雲（新北市）

副秘書長／鄭集鴻（新竹市）

副秘書長／周肇銘（山海屯）

副秘書長／廖文鎮（台中市）

副秘書長／吳祥富（彰化縣）

副秘書長／林經凱（南投縣）

副秘書長／塗勝雄（雲林縣）

副秘書長／林俊鵬（嘉義市）

副秘書長／蔡瑞頌（台南市）

副秘書長／蔡昌學（高雄市）

副秘書長／江躍辰（花蓮縣）

總幹事／陳汶均

※感謝黃致仰醫師、林育慶醫師、林恆圭醫師、魏嘉慶醫師、管灶祥醫師及楊玉隆醫師協助本期編輯及校稿。

## 編輯室報告： 一路走來診聯會正在寫歷史

時光有如白駒過隙，轉眼曾理事長所帶領的診聯會團隊已上任一年多。這期間大家為了追求更美好的基層醫療而努力，「基層第一線」盡力做好記錄這些歷史事件如醫藥分業公聽會、分級醫療公聽會、一例一休帶來的衝擊等。希望未來幾年後，新一輩基層醫師能藉此知道曾經做了哪些努力，並在既有基礎上繼續奮鬥。

本期專題主軸有二。

**一是針對醫藥分業政策的檢討：**從林靜儀立委主辦的醫藥分業公聽會報導起，讓大家知道醫藥分業對民眾造成多麼的不便，並反應醫藥各界對醫藥分業的看法，而李志宏前輩的「藥品調劑不是醫療人員的權利」，從醫師法及藥師法的角度說明醫療過程中，病人有絕對的權力選擇值得信任，有資格調劑的醫療人員，醫師或藥師都可，真是絕妙好文，令人拜讀再三。魏嘉慶醫師的「真是抱歉」一文也用生動的故事來說明醫師在醫藥分業遇到種種難題。希望衛福部及立委們看到本期文章後，能重新思考醫藥分業目前帶給民眾的就醫不便，進而調整配套措施。

**第二主軸為分級醫療探討：**感謝創造力編輯部門團隊張小姐及梁小姐協助記錄分級醫療公聽會的實況報導，及健保署李伯璋署長在2月26日會員大會的分級醫療演講重點記錄分享给大家。另外也邀請到台中榮總傅彬貴醫師以COPD為例跟大家分享如何建立雙向轉診網路，彬貴醫師是醫界的有心人，不只是臨床醫學博士目前也正在攻讀臺大公共衛生學院健康政策管理研究所博士班，希望大家讀了他的文章以後能對如何落實分級醫療有更多的省思。另外本期有幾篇探討社區醫療群如何運作的文章，希望大家能夠藉著社

區醫療群的運作來做好壯大基層醫療的努力，非常感謝王宏育前輩及沈宗憲院長在百忙之中的賜稿。

爭取醫師調劑權及分級醫療是診協全聯會這兩年來努力的目標，所以本刊花很多篇幅在探討這兩個議題，**但一例一休卻是很多診所開門營業面對最切身的問題。**釗尚秘書長用簡短有力的文筆提出基層診所的訴求，林恆圭醫師也很熱心的把義龍理事長對於一例一休的法律說明會紀錄整理給大家參考。**其實對需要輪班工作以提供民眾最好服務的醫療業來說，用每週工作40小時，七、日休一日的來取代一例一休是較明智的做法。**另外本期還有新竹市診所協會成立的心路歷程，以提供給未來想成立診所協會的各縣市做參考。

編輯室報告提供讀者了解本期雜誌內容設計的主軸，做一個簡略的導讀。一本雜誌的完成要感謝許多人的幫忙，特別要感謝致仰、恆圭、育慶、玉隆、嘉慶在構思及審稿方面給我很多的幫忙，另外也感謝曾理事長、魏召集人、釗尚秘書長及汶均總幹事、健康力張小姐在行政方面提供的諸多協助，希望這本雜誌能夠激發讀者對基層醫療政策有更多的省思及創意。

### PROFILE 本文作者



王弘傑醫師

### ■ 現任

- 《基層第一線》總編輯
- 《兒科最前線》副主編
- 台灣兒科醫學會監事
- 展弘聯合診所副院長





盧秀燕立委邀請財政部官員（左一、二）衛福部長官（右四）及本會代表釗尚（右一）俊宏（右二）共同研商診所稅制議題，成功提高健保執行業務成本為 80%。

## 理事長的話

文／曾梓展

**向**各位醫界前輩、好友們報告一個好消息：財政部已於 106 年 1 月 12 日公告“105 年執行業務者費用標準”，其中西醫師有關全民健康保險收入的點數成本，自 0.78 調高為 0.8 元。

首先最感謝的人是台中市區域立委盧秀燕委員，由於她的大力協助推動，再加上賦稅署及健保署官員的認同，邱泰源理事長的支持以及本會眾多幹部（釗尚、俊宏、重耀、灶祥、致仰等人）的共同努力，本會才有此榮幸完成此一艱鉅任務，希望藉此能為因一例一休困擾而士氣低迷的基層診所注入一股新的活力，對壯大基層有真正實質的助益。

### ■持續爭取恢復醫師調劑義務

去年 10 月 21 日林靜儀立委回應本會及醫界眾多基層診所的心聲，召開了“醫藥分業實施檢討公聽會”。本會派出大陣仗的幹部與會，並且邀請前南投縣律師公會理事長，以病患的角度來談限縮醫師調劑權，所造成病患領藥權益受損的事實。但感覺上當天醫、藥、官、學，仍為各說各話，沒有交集。

最後該會的結論有三項：

1. 繼續辦公聽會在醫藥分業議題上匯聚各方意見以及討論，並將邀請勞動部列席。
2. 請醫師公會全聯會及藥師公會聯合會建立醫藥專業協商平台。
3. 請衛福部醫事司及食藥署等有關機構，就其職掌對現行制度檢討及釋疑。

去年 12 月底勞基法開始實施一例一休的新規定，由於工作時數及時間缺乏彈性，使得許多單人診所（單人藥師）及偏鄉診所的執業，益發困難，因而被迫減診的診所為數不少。弟除了在各大媒體呼籲衛福部應適當恢復假日醫師緊急調劑權之外，也再度行文醫事司，要求重新檢討並且從寬認定藥事人員資源不足地區的標準，期盼讓這些有熱忱照顧病患的診所醫師能合法地恢復假日醫師緊急調劑權。

今年 1 月 18 日邱泰源委員等立委於立法院舉辦“勞基法新制對醫療照護影響暨因應公聽會”，本會秘書長釗尚代表出席，並發言強調：在例假日休



署長李伯璋（右三）及台中榮總傅彬貴醫師（右二）於會員大會中演講。

息日，藥師無法上班或不願加班時，應讓醫師恢復調劑權以服務偏遠地區民眾及解決假日緊急醫療的問題。在此議題上，本會將持續努力爭取不懈。

### ■支持衛福部分級醫療政策

去年 10 月 5 日，弟與本會核心幹部，連袂拜訪部長提出醫師調劑權、兒童疫苗費用、分級醫療等多項訴求。部長對本會非常重視，與會時同時邀請疾管署長、醫事司長、健保署副署長等多位長官同時出席。部長在會中特別強調推動分級醫療是部內一項重大的議題，將於年底前提出配套措施。緊接著 10 月 20 日由李伯璋署長主導之下，召開了一場“推動健保法 43 條分級醫療公聽會”。弟於該會中首先發言，強力支持衛福部應落實健保法 43 條的施行，此外也聆聽吸取到各界不同的意見，尤其對少數民間團體的反對聲浪，令人印象深刻。

會後不久健保署就公佈了推動分級醫療的 6 大策略，24 項配套辦法。之後本會顧問立委劉建國與黃秀芳委員在 11 月 25 日召開“分級醫療六大策略行不行”公聽會，弟與幹部及李卓倫教授也全程參與，強力發聲要求落實健保法的分級醫療制度。未來只要與

分級醫療相關的議題，本會都不會置身事外，為了台灣醫療體制的長治久安，為了基層的生存尊嚴，我們會全力以赴。

### ■南來北往，夙夜匪懈

過去五個月（8 月底至過年前），弟與本會眾多幹部及前輩們屢屢參加各部會與基層相關的會議，例如：9 月 22 日醫事司有關醫療院所設置標準會議，9 月 23 日的 106 年西醫基層總額協商會議，6 月 14 日及 10 月 11 日兩次參加由盧秀燕委員主持與財政部的討論會…等（請看行事曆）。

此外我們也積極與各地方的診所協會互動，除了親自出席各會的年度會員大會之外，也動員基層幹部大家互相參加各地區診協旺年會，期盼將全國各地的基層幹部與診所醫師們感情緊密地結合，團結一致。弟還是一本初衷，深深感謝各位醫界前輩好友們對本會的支持！

過去一年，本會已收到各地英雄豪傑的捐款，超過五十萬元。如此成績斐然，弟代表診聯會感恩在心。期盼基層的壯大能逐步實現，基層診所蓬勃發展，這才是全民之福。

#### PROFILE 本文作者



曾梓展醫師

#### ■現任

- 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





杏林醫田週年醫學研討會團隊，演講者與台中市診所協會社區醫療執行中心幹部合影。

## 台中市診所協會 社區醫療執行中心

文／鄭煒達

在大家的期待下，台中市診所協會的醫療群執行中心，再度組織起來，開始運作了。

### 起源

今年健保政策有新的變動，增加 4.2 億，作為推動醫療群發展。在台中市府顧問、同時兼任台中市診所協會監事劉茂彬醫師的建議下，有了新的考量，由診所協會秘書長廖文鎮幫忙聯絡推動，並邀請了大台中市醫師公會前理事長陳宗獻擔任執行顧問，診所協會全國聯合會理事長曾梓展擔任副執行顧問，山海屯診所協會理事會魏重耀也擔任副執行顧問。管理的架構建立好後，就開始邀請各位會員，參與醫療群執行中心的運作，同時我們也邀請到有經驗的個管師，協助醫療群的運作，以維持

照護品質，讓醫療群有永續發展的基礎。當然醫療群的運作與推動，秘書長的角色，最為重要。安排、聯絡、協調，讓一切就序，在此特別感謝秘書長的協助。而市政顧問劉茂彬同時擔任我們的顧問，協助執行中心與市政的連結，讓未來的居家安寧照護與日照政策有連結的機會。

1/12 台中市診所協會醫療群成立大會，邀請了各個執行中心參與成立大會，相互認識，並分享醫療服務的心得。未來醫療群的運作，將以四大宗旨為目標：

1. 不以營利為目標，減輕醫療群的執行費用。
2. 維持照護品質，讓參與的會員與診所，盡全力投入，年終能有最好的回饋。
3. 以台中市診所協會為執行中心。



左起：台中市診所協會洪東曉常理、鄭煒達理事長、夏幸賢醫師、潘世強監事。

4. 由參與的醫療群及會員集體運作，透過對話與交流，讓各基層的會員，能思考社區醫療的發展，以後才能參與居家醫療，安寧醫療，日照及長照的發展，在未來的醫療產業有參與的機會。

### 舉辦再教育活動

延伸 3 月 5 日《杏林醫田》經驗分享，與中山醫學大學附屬醫院合作，由黃建寧總院長安排，並邀請家醫科顏啟華主任協助辦理，主講有陽明大學社區健康照護研究所劉影梅教授討論社區醫療照護的規劃與發展，及高雄王宏育理事長談醫療群發展的理念與經驗分享，還有台灣老年精神醫學會張清基秘書長談失智症診斷與治療。當天可作為醫療群的再教育，希望各醫療群成員都能來開會，

同時提供有效的經驗分享，未來還能透過各成員的分工，分享照護經驗，如糖尿病眼底追蹤，居家及安寧照護的分享，讓醫療群能走入社區，進一步照顧需要的病人。

今年度醫療群的照護，特別加強了失智症的診斷與追蹤，除可提高診所的收入，但更重要的，病人多一層追蹤與關心，受到更好的照護，可謂醫病雙方都有雙贏的機會。其他加分題，我們也將在這一年度好好的指導與交換，讓醫療群的照護品質，得到大家的肯定。

醫療群執行中心的發展，大多是由醫院輔導成立，其次是顧問公司，由診所協會成立之執行中心，在台中市診所協會曾經出現過，後來移到診所協會外。今年我們的成立，是一個開端，基本上一個執行中心的運作，最好能超過 10 群，才能在財務的運作上維持平衡。所以未來彰化、南投區都可能組成醫療群執行中心，如因加入的群數規模，也可以加入台中市診所協會的執行中心。亦即未來全台灣的執行中心團隊，不需受限於縣市辦理，可以區域的方式組成，如同健保作業的區域管理，與診所協會全聯會保持密切的結合，或由診所協會全聯會來組織，參與未來居家安寧照護與日照作業，這樣基層醫療才能由被動地參與，變成積極的學習與規劃，對全民、對醫界應該是最好的演變，我們拭目以待。

### PROFILE 本文作者



鄭煒達醫師

### 現任

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





## 分級醫療不落實： 一個臺灣兩個世界

文／林釗尚

前陣子看到家醫科陳欣湄醫師在網路所寫的文章，文章提到：「在英國、德國，甚至其他歐洲國家，你禮拜天永遠也別想找到醫生，預約一個禮拜能看到病，算是你運氣好（通常要一個月），發燒感冒這種小病，更別指望醫師會治療你。

但到了台灣，一切都不一樣了…別說是禮拜天，連半夜急診醫師感冒也會幫你看。」

這位歐洲的友人也分享：「有一次我孩子腸胃炎，半夜掛急診（我對那天的醫師感到非常抱歉，如果在英國，我會直接被醫師罵，罵我浪費醫療資源…）但那晚的台灣醫師非但沒罵我，還很快的給我孩子治療。腸胃炎掛急診，不到一個小時就可以看到診，我簡直覺得神奇到不可思議！」

台灣就醫便利，國人動輒掛急診、愛跑大醫院，醫院中心急診部長年塞床嚴重。根據中央健康保險署公布最新統計，國內急診人數持續增加，103 年是 705 萬人次，104 年增加為 720 萬人次，

其中約3成、超過210萬人次全塞在各大醫學中心。林口長庚去年急診人次達 21 萬 5400 人次，排行第 1，其次是台北馬偕、中國附醫、奇美醫院以及高雄長庚。去年各醫學中心急診滯留超過 48 小時占率，台大醫院以 6.1% 蟬聯全台急診最塞醫院，約每 16 人就有一人超過兩天等不到床。其次依序為台中榮總（3.8%）、林口長庚（3.7%）、新光（3.6%）與亞東醫院（3.3%）。據近三年間的統計資料顯示，雖然部分醫院的急診滯留情況有一定的改善，但居全台之冠的台大醫院仍是不降反升。

這些都是分級醫療未能落實所造成，大病看大醫院、小病看小診所，這在國外很理所當然的制度，在全民健保開辦後就變成一個難以企及的「神話」，也成健保與醫療改革最大難題。新政府衛生團隊上任後，再將醫療分級列首要任務，但推動分級醫療並非單一面向可以解決，健保署初步擬定「壯大基層醫療服務量能」、「導引民眾轉診就醫

習慣與檢討部分負擔」、「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」、「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」、「提升民眾自我照護知能」、「加強醫療財團法人管理」等 6 大策略挽救。

一、關於第二個策略『導引民眾轉診就醫習慣與檢討部分負擔』此策略中檢討調整門診部分負擔。包括：

1、經轉診至醫學中心或區域醫院就醫者，調降門診部分負擔，醫學中心由 210 元降至 170 元，區域醫院由 140 元降至 100 元。地區醫院維持不變。未經轉診至醫學中心就醫者，調高門診部分負擔，由 360 元調升至 420 元。區域、地區醫院維持不變。

2、調整急診部分負擔，解決急診壅塞。

- (1) 至醫學中心急診：於完成急診治療後，醫院依檢傷分類為 3 級、4 級、5 級者的部分負擔，由 450 元調高至 550 元；檢傷分類為第 1 至 2 級者部分負擔，仍維持現況 450 元。
- (2) 另晚上 12 時至隔日早上 6 時，第 3 至 5 級不予以調高部分負擔，以確保急症患者能及時獲得適切之照護。

很感謝衛生福利部林部長與健保署李署長注意到此長期以來的問題，開出的「處方」仍是「以價制量」的老藥，雖是老藥，較有抗藥性，還是有效，因此還是極力贊成此改善分級醫療困境之好措施。

但此政策一推出，又引發民間監督健保聯盟等醫改團體的抨擊，認為未做好轉診制度配套、基層診所總額協商下，提高部分負擔對分級醫療未必有幫助。

而且在民間監督健保聯盟為此召開的記者會及

新聞稿中說到：「我國民眾自付額比例（36.8%），跟 OECD 國家比（OECD 國家平均約為 20% 上下，僅低於墨西哥（44.7%），成為第二高的國家，而家庭自付額的項目中，高達 62.6% 用於醫療照護的直接費用，又以門診為最大宗…」。但經查證健保署資料，以全國資料庫分析 104 年在全國西醫門診部分負擔僅為 7.2%。

而有關督保盟所指民眾自負額比例 36.8%，係為 103 年國民醫療保健支出項目「家庭自付費用」占國民醫療保健支出的比例。經查國民醫療保健支出項目包括：

- (1) 部門政府、民間非營利團體等公共支出。
- (2) 家庭自付費用，包括民眾自購健康食品、中西藥及清潔保健衛生用品等醫療用品支出。
- (3) 全民健保支出。

如今，民間監督健保聯盟的記者會新聞稿竟錯將民眾自購健康食品、中西藥及清潔保健衛生用品等「家庭自付費用」列為民眾全民健保醫療支出的自付額比例當中。事實上，民眾在診所的健保自行負擔比例僅 7.2%，跟 OECD 國家的 20% 比較，我國自付額的就是太低，按理應調高。所以結論會變成：「有為政府應拿出魄力，要求民眾提高部份負擔到先進國家水準。」這才是正確的結論。

回想上次健保門診部分負擔在 2005 年 7 月，地區醫院、區域醫院、與醫學中心部分負擔分別從 50 元、140 元與 210 元，增至 80 元、240 元與 360 元。但事實上，根據健保署統計，2006 年醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所門住診醫療費用占率分別為 31.8%、27.0%、16.6%、24.6%，如趨勢維持不變，預估至 2020 年各層級占率分別為 34.5%、33.0%、11.8%、20.7%。基層醫療確實嚴重萎縮，醫療體系嚴重失衡。這也代表單純調高





「分級醫療六大策略行不行」公聽會：左起—塗勝雄常理、曾梓展理事長、李卓倫教授、林釗尚秘書長、陳俊宏理事。

部分負擔的金額是無法改變台灣被扭曲的倒金字塔型的不穩定的醫療體系。

中研院士、林口長庚顧問級主治醫師廖運範直言：「過去的歷史軌跡就看得出來，健保部分負擔已經不是第一次漲，有用嗎？就好比計程車費一樣，剛開始調漲時或許會有影響，有人因而不搭車，但一陣子之後都回來了。如果調漲部分負擔的定率、可能較有效果，但那對貧困的人負擔太大，也不公平。」所以還是要回歸健保法 43 條收取定率部份負擔可能較有效，但現實的政治環境可能很難。因此關於這個「導引民眾轉診就醫習慣與檢討部分負擔」策略的建議：

### ■依健保法第 43 條第二項

一、『主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。』健保署應按實際醫療費用每年去調整部分負擔的金額，不應累計多年才微調。

- (1) 確實實施健保法 44 條家庭責任醫師登記制搭配轉診制，在民眾還沒有能自行判定就醫層級前，患者應先到附近診所，經由診所醫師（gatekeeper）適當轉診才得以到醫學中心地區醫院區域醫院治療。唯有改變制度才能改變民眾的就醫習慣，也才能解決大醫院醫護人員過度血汗的情況。
- (2) 將醫學中心及區域醫院急門診提高的部分負擔收費，其所增加的總金額，用於降低診所的部分負擔金額，也是可以導引民眾經由診所轉診就醫習慣的養成。

二、關於到另一策略「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」現今的論量計酬制度就造成某些號稱醫學中心的醫院其初級照護比率，103 年竟高達 19.6%，這就有點失去醫學中心存在的意義，醫學中心病患案件平均約 15% 是在基層或地區醫院可處理的初級照護患者，醫學中心應主力治療急重症患者才是。

所以在 106 年醫院總額非協商因素增加醫院給付 89.7 億元，其中 60 億元用於挹注調整重症支付標準。醫界不論基層或醫院層級都極力贊成的，而且一定要搭配逐年減少醫學中心及區域醫院初級照護服務量。依 106 年總協商結果，設定醫學中心初級照護服務量不得超過 105 年的 80%，區域醫院不得超過 90%，超過部分，不予分配總額。建議這個限制醫院輕症服務成長的策略，一定要搭配錢隨人走的制度，將這些患者在醫院的醫療花費額度回流到基層院所總額，否則在總額下，醫院的初級照護患者到基層院所包括診所及地區醫院，又會稀釋基層的點值，那也是不合理的。

### ■關於這個策略的建議

- (1) 這個策略一定要搭配健保法第 42 條（多元支付方式及醫療科技評估）『醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質、同酬為原則。』同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據，如疝氣手術在基層院所與醫院給付必須是一樣的，如此也可減少醫院的輕症照護率。
- (2) 政府視實際病人轉回到基層的情況，調整後續基層增加的總額支出，編列新的基層總額預算。回想小時候大家都在附近診所醫院看醫生，但如今我們鄉下北斗住家附近的小醫院都關門了，為什麼現在變這樣？醫療體制扭曲，地區醫院都快要不見了！造成這些現象，肇因於健保體制分級醫療的不落實，大小病都往醫學中心擠，醫學中心門診愈開愈多、愈開愈大，變得畸形。全世界很難找到如此景象，在一個捷運系統近竟有十家醫學中心，但偏鄉南

迴地區，卻是連小醫院也沒有的窘境，一個臺灣兩個世界，形成劫貧濟富的不公義。

要落實分級醫療，減少血汗醫療及改善偏鄉醫療的崩毀，民眾觀念也要更正，一定要改變民眾認為基層醫療品質較差的偏頗觀念。正如邱泰源理事長在「全國總動員宣導」所說的，要告訴民眾：「全國的基層醫療院所都是從大醫院出來的資深主治醫師、是師傅級的，大醫院裡頭的許多年輕醫師都是這些基層醫師的徒弟徒孫。」因基層醫師如同家庭醫師，可近性高、患者不會因為掛不到號小病拖成大病。這很重要。

現今的台灣醫療是臺北市以外的居民有疑難雜症，尤其是花東地區還必須長途跋涉，坐火車，坐飛機，辛辛苦苦到臺北求診。試問，這真的是我們想要的、全國獨厚臺北市的醫療？一個臺灣兩個世界，真的不是我們想要的。

#### PROFILE 本文作者



林釗尚醫師

#### ■現任

- 台灣兒科醫學會常務理事
- 台中市大台中醫師公會理事
- 台中市山海屯診所協會理事長
- 中華民國診所協會全國聯合會秘書長
- 台中市林釗尚小兒科診所院長





前排自左至右：商東福司長、周志浩署長、蔡淑鈴副署長、陳時中部長、吳秀梅署長、廖崑富副司長。  
後排自左至右：曾崇芳主委、林釗尚秘書長、曾梓展理事長、魏重耀常務理事、張延互監事、管灶祥理事、李志宏顧問。

# 診聯會拜訪陳時中部長之 摘要記錄

文／管灶祥

時間：106 年 4 月 25 日星期二下午 3 點至 4 點

地點：衛福部 304 會議室

參加人員：

主席：衛福部 陳時中部長

衛福部代表：社保司商東福司長、社保司梁淑政研究員、健保署蔡淑鈴副署長、食藥署吳秀梅署長、食藥署祁若鳳技正、食藥署黃琴曉科長、醫事司廖崑富副司長、醫事司呂念慈科長、疾管署周志浩署長。

診聯會代表：曾梓展理事長、魏重耀常務理事、林釗尚秘書長、管灶祥理事、張延互監事、曾崇芳主委、李志宏智庫顧問

## 一、全民健保的承保範圍 (曾梓展理事長說明)

- 1、若總額制不能改變，就應改變健保承保範圍，不宜包山包海。例如牙科植牙假牙均不納入承保範圍。目前西醫裡不納入健保給付的包括美容、減重等，是否可以檢討更多不宜納入健保給付之項目。
- 2、因為新藥新科技更加昂貴，若要納入健保需預留充份預算，並檢討民眾部份負擔（例如 C 肝），否則總額愈來愈不夠用。

### 建議

- 1、請檢討不宜納入健保給付之項目
- 2、新藥新科技若納入健保需重新檢討民眾部份負擔。

※ 因時間不夠，此議題無問答。

## 二、部份負擔制度的改革。 (林釗尚秘書長提問)

### 說明

- 1、目前連續處方簽免付部份負擔，已造成不宜開立連處的病人強勢要求醫師開立連處，弊已大於利。建議取消連處的優免。
- 2、目前藥品部份負擔上限 200 元。已經超過上限的病人會要求更多的藥物，反而不利於醫師合理開藥，建議提高甚至取消上限。
- 3、目前部份負擔僅診察及藥品費，建議增加檢驗／檢查的部份負擔，以利高價檢驗／檢查的管控合理性。
- 4、請檢討「試辦新醫院設立」時，可改採部份負擔定率制

### 建議

- 1、取消連處的優免部分負擔。
- 2、提高藥品部分負擔上限。
- 3、增加檢驗費的部分負擔。
- 4、請檢討試辦新醫院設立時，可改採部份負擔定率制

### 答

蔡淑鈴副署長表示

取消連處的優免，提高藥品部份負擔上限，這二個建議，原本在今年分級醫療六大策略裡就有提出研議，署本部也認同這個方向，包括第三項建議。但政策需逐步推動，故今年的策略沒有這幾項，署本部每年都會檢討部份負擔的政策，若有醫界的支持與健保會的認同明年可以提出來。

（註：未回應關於試辦新醫院設立可否採部份負擔定率制之提問）

## 三、合理解釋醫師(含牙醫) 緊急醫療調劑權 (魏重耀常務理事提問)

### 說明

目前醫師緊急調劑權，依食藥署函釋是「立即給藥，是僅當次的給藥。」這無法執行以病人為中心的醫療。包括牙醫給予術後止痛藥抗生素止血藥的問題。建議檢討

### 建議

- 1、無藥事人員執業之偏遠地區原規定為 1.8 公里，建議修正為 500 公尺內無藥事人員即符合。
- 2、建議醫師合理的緊急調劑由「醫事司」來研議合理解釋。且應符合以病人為中心的觀念。例如一次應能開立三天的口服藥。
- 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。

答

食藥署吳秀梅署長表示

希望醫師藥師共同合作，1.8 公里是醫藥有共識的。現在如果釋出處方而病人領藥真的有問題，可以聯絡藥師公會，藥師公會表示會介入處理，希望醫師們釋出處方。

陳時中部長表示

調劑權案就像「慢性病」一樣是多年沉痾，問題很多，醫藥界雙方都不滿意，歷年都會提出檢討。但因雙方立場問題，均無共識，甚至互不相讓。希望醫界藥界各退一步，多多溝通。

蔡淑鈴副署長表示

調劑權案健保署並無意見，但健保局推出的 app 已在搜集藥局的營業時間。未來包括地點、營業時間醫師可以用 app 查附近範圍的藥局。如果因為假日或夜間無藥師，可以用 app 搜尋附近有營業的藥局。



#### 四、建議診所變更負責人的程序簡化，不要完全比照新設立之規定 (管灶祥理事提問)

說明

1、目前診所變更負責人，等同新設立，必須依新制規定。但醫院變更負責人，得免派員履勘。  
(參考資料如下頁)

建議

診所若僅於原址單純變更負責人，其建築物主體無異動，所提供醫療服務項目亦無異動的狀況，建議得比照醫院負責人變更辦理，主管機關得免派員履勘，簡化行政程序，逕行發給開業執照。

答

醫事司廖崑富副司長表示

有關負責人變更，在貴會的提問裡相關程序是可以處理及簡化。例如醫師能否早上在甲診所歇業，下午在乙診所開業，這是可以的。但若涉及相關建管、消防法規，因為診所的場地有規範的標準，仍應照會建管消防相關單位。

陳時中部長表示

原則是「實質合法，程序簡化」。因公務員要依法行政，所以實質上要合法。如果合法但程序過於繁鎖，我們可以將程序簡化。故包括衛生局目前仍要填很多紙本表單，請醫事司協助各地衛生局儘快資訊化，讓各種申辦流程簡化，申辦時程縮短，儘量不要影響實質看診。

舊有建物不符合現行建管消防法規的問題，部長表示，因為實務上仍要依法行政，應予遵守。

#### 五、更全面性的公費疫苗接種處置費。 (曾崇芳主委提問)

說明

疾管署經過多次積極爭取財源，106 年起針對 1 歲以下（含）幼兒應接種之常規疫苗劑次，共計 12 劑次 7 診次，每診次補助 100 元。每年約需 1.4 億。

建議

1、建議擴大補助，疫苗的接種處置費應包括入學前的所有疫苗。  
2、建議補助應按每隻預防針去計算。不要以接種時程計算，這樣給付較不會亂。

答

疾管署周志浩署長表示

疾管署支持編列接種處置費。今年已爭取到經費。但主計處的經費編列有困難，甚至明年度接種處置費的預算就缺 2 億。這部份疾管署仍會繼續爭取；至於再擴大補助範圍的部分，目前確實力有未逮。

陳時中部長表示

主計處預算編列是整體性的，若接種處置費多一筆支出，相對在衛福部相關預算其他部份就會變少。這仍需整體考量，請大家諒解。

#### 六、全民健保會的委員人數檢討 (曾梓展理事長提問)

1、建議醫療提供者與付費者代表應同比率，主管機關及學術單位，應超然獨立於兩陣營之外。

答 健保會組成是大題目，且並非在此能有決議暫不討論。

#### 七、藥品健保價格不合理的問題。 (張延互監事提問)

說明

健保署近幾年以藥價支出目標制，來進行藥價調查並重新調整支付價格，表面上好像省了不少，卻已經發生藥價過低，砍到不少原廠藥已陸續退出台灣市場，而且新藥亦不願進來台灣。長期藥價不合理，只留低價藥。這非民眾之福。

建議

1、重新檢討藥價支出目標制的方案  
2、不應發生健保給付價格低於藥品進價的狀況

答 這個也是很大的題目，並非簡單討論可以決定。但衛福部會請健保署評估規畫，重新檢討相關方案。

重要後記

衛福部亦認為『此次拜會行程，因時間安排較為匆促，故多數議題來不及充份討論』。

本會深刻期盼能有機會再度訪問衛福部長官們，針對各項議題，更充份的討論。





◀ 友蚋醫療資源不足、偏遠山區巡迴醫療。  
▼ 足部護理。



## 社區健康守護神、醫療群的運作、假日門診

文／紀乃正

筆者是家庭醫學專科開業醫師，在同一地點開業將已滿二十年，自民國九十三年結合當地六家基層診所成立七堵社區醫療群，筆者自成立後擔任執行中心至今，醫療群成立以後每年度都承辦基隆市闔家歡健康節檢委辦案，每年接受檢查的社區民眾約三千人，除此以外本診所從民國九十九年起承辦衛福部健保署醫療資源不足偏遠地區巡迴醫療，每個月各有一次門診前往本市友蚋及瑪陵山區，每年服務九百人次門診。

每次提起這件事就覺得很幸運，我開業地點選在基隆市七堵區，風景秀麗、群山環繞卻連一間大醫院也沒有，每位開業醫師都具備十八般武藝，每間診所都開業得很成功，雖然時代改變，價值觀不一樣，但是社區居民對醫師照顧他們健康的努力，都讚譽有加且心存感激。

七堵社區醫療群的起源於：民國九十二年基隆市衛生局辦理「社區免費闔家歡健康檢查」，由原本小規模健檢想要擴大到全基隆市，每場需要六十名工作人員（含三位醫師、十名護士、十名檢驗師、七名行政人員及三十位以上的志工）來服務

三百位居民，光憑一家診所人力無法達成，因此希望我聯合社區內的診所來協助完成，這一年也是全國社區醫療群創立的第一年，本群雖然第一年來不及成立，隔年在我熱情的邀約下，再加上社區闔家歡健康檢查的結合，七堵社區醫療群終於正式成立開始運作，又剛好這一年基隆市衛生局成立糖尿病共照網，群內醫師每個都接受繼續教育、通過考試取得資格，開辦「糖尿病改善方案試辦計畫」，因為成效不錯引起醫策會董事長博生及台大陳慶餘教授的注意，經過他們兩位親臨指導之後，肯定我們對社區的醫療服務，民國九十五年特請台灣電視

公司到本群來拍攝全國第一支「社區醫療群」三十分鐘教學片，隔年又請台灣電視公司到本群來拍攝「厝邊好醫生」三十分鐘專輯，介紹本群在社區的糖尿病照護，這一年全國有十三個績優社區醫療群參與拍攝。

在社區的糖尿病照護，我診所收治了八百位糖尿病患者參與糖尿病改善方案試辦計畫，我們深感責任重大，也怕盡責度不足，所以在九十五年十一月十五日，辦完「慶祝世界糖尿病日千人健走」後順勢成立糖尿病病友會，到去年已滿十年，從最早目標：「建立病友心理支持系統」（與病友共學、共食、共樂），到現在目標：「積極介入照護、避免合併症」，我們讓多數的會員參與治療計畫，SMBG 自我血糖監測加上每日運動，成果慢慢展現出來，本社團（基隆市甜蜜家族關懷協會）今年世界糖尿病日榮獲衛生福利部頒「最佳支持團體獎」。

社區醫療群的運作成功與否有許多得評核指標，當中有「固定就診率」，幾年前在醫師公會全聯會強力運作下，每間診所每週都必須休一天，為了讓我們群內的家戶會員不會因為群內診所都休診，無法就醫必須掛急診，我自願「星期六休診、星期日開診」，讓會員們能在假日找得到群內的醫師看診；另外民國九十九年健保署退回新光醫院申請IDS 醫療資源不足偏遠地區巡迴醫療，因為這計畫的經費來源來自於西醫基層總額，承辦單位必須為基層診所，衛生局課長特別拜託我提出計畫來辦理巡迴醫療，其實在民國九十五年台視來拍攝家庭醫師專輯的時候，我已經構想將來要到瑪陵、友蚋這兩處山區服務，終於如願以償，現在我與我的醫療團隊每個月第二週週六前往友蚋山區、第四週週六前往瑪陵山區，為行動不便的老人進行疾病篩檢、診療、送藥及健康促進服務，時間過得很快今年已是第七年，因為可近性好病患沒有減少，反而增加。

有形的酬勞來自於健保署，無形的回報來自於



上圖 山巡照片瑪陵。

下圖 表揚志工。

四面八方，雖然我犧牲了與家人出遊的星期假日，為的是守護著社區民眾的健康，這些年來獲得社區居民的肯定，尊稱我為「社區健康守護神」，診所也鮮少醫療糾紛，我的兩位小孩分別就讀醫務管理研究所及醫學系，在不久的將來，我要將社區健康守護神的使命傳承給他們。

### PROFILE 本文作者



紀乃正醫師

#### ■ 現任

- 紀醫師診所負責醫師
- 七堵社區醫療群執行長
- 基隆市甜蜜關懷協會理事長
- 基隆市正好用關懷協會理事長
- 健保署偏遠地區巡迴醫療七堵區負責醫師

#### ■ 經歷

- 台北國泰醫院家庭醫學科主治醫師



# 診所假日開診 真可解決急診擁擠塞爆的問題嗎？

文／蔡國麟

## ■背景介紹

開辦於1995年的台灣全民健保制度強制全民入保，提供全包式、低自付、自由就醫型之社福式保險。被保險人一卡在手即可無限制地不必經過轉診跑遍全台各大小醫療院所，故本應治療重症之醫學中心及大型醫院像菜市場或大賣場般車水馬龍，人滿為患的在看小病。南部某大型宗教醫院還在院前大開院前診所，專門處理本院消化不了的超額門診又順便鯨吞基層總額，更派出定時定班交通車跨縣市攬客拼業績，極盡斂財之能事！如此出家人！吾等凡夫俗子也只能搖頭再加個驚嘆號。在缺乏就醫要件規範下，非急症病患濫用急診資源，不分平日或例假日，輕症掛急診，急診門診化，塞爆各大醫院急診室，帶給醫院急診室莫大之人力挑戰及健保制度之財務壓力。遂有要求增加基層醫療供給以降低民眾對急診依賴之說，但真能如官方所預期；民眾的就醫行為／習慣會因而改變嗎？

## ■文獻研讀

為求學術支援，立馬回第二母校：長榮醫管所請教老師，此行運氣真好，林教授傳給我一份他指導與急診就醫分類相關的博士論文。

從參考論文中得知，依據健保資料，台灣2002年全國急診就醫記錄中，50.41%疑為輕症者。國外相關研究報告非急症病患掛急診之比例從4.8%到高達90%；平均約32%，但從許多評估指標如診斷、所需之處置、人口統計資料、病患社經位階等因子，分析病患就醫行為後發現；基層醫療單位之供給量仍為一重要影響因子。故有要求基層診所假日開診以為分流，以減壓急診人力及健保財務負擔之說。然而，卻又有報告指出，沒有加入保險之民眾明顯比有加保者有較低掛急診之意願，足見經濟因素可能才是主因，國人濫用急診起因於健保太賤，太便宜了！行醫、開業快三十年，最常聽到輕症掛急診的病患表示其跑急診的原因就是不想等，反正那「小差額」差沒多少，方便不用等就好！回憶當年在高醫附院顧急診時，一些如感冒發燒（非高燒）或頭暈頭痛關節痛等輕症掛急診的病患，其掛急診的原因竟多為門診不好掛就改掛急診！

據參考之文獻，此輕症掛急診現象在都會區；醫師／人口比例較高之區域更明顯，該些區域基層診所家數及假日開診率甚高，但當地大型醫院急診依然人滿為患，民眾還是捨近求遠往大醫院跑！足見左右國人求醫行為之因素很多，但方便性或可近

性並非最主要之影響因子！

在數據分析上，本參考論文中針對健保資料庫自2005至2010年共收集749584人次之急診個案資料，依急診檢傷分類分組，分析其就診時之緊急程度，發現其中有高達53.04%；超過半數為非急症者，真正需緊急處置者只有13.95%，而33.01%被分類為中間族群。又依人口統計資料分析，此些輕症急診病患約三成為18歲以下，一半以上為女性，四成四以上為社經能力較優之軍公教或高階專業人員，且無共病或較少併發症之慢性病患具有較高機率以輕症掛急診；佔急診病患數六成。以上數據可見國人濫用急診之嚴重，與大型醫學中心比較，又以地區醫院最常出現濫用情況！

文中之基層醫療可近性分析發現：周末、假日之輕症急診較多，基層診所越少之地區，輕症急診較多，因生病但找不到基層診所而掛急診。這合乎大家的認知，但奇怪的是醫師密度高的地區，輕症急診人次卻反而較多，基層診所家數與醫師人數之效應相反，即本應有同向效應的兩項因子卻出現相反的結果！進一步分析發現，在診所數由少變多的過程中，當診所數上升到某種程度後輕症急診數在比例上之變化就不明顯了，故在診所林立的都會區，用增加可近性之方式期望能降低輕症急診率之效果可能不彰，而醫師密度高的地區，醫院急診室家數也較多，病患到急診更容易。在台灣這「病患天堂」，一卡在手隨便到那看都可以且低自付的制度下，輕症急診率是不可能下降的，這可以解釋為何醫師密度高的地區輕症急診人次卻反而較多的現象。故增加市區基層醫療之供給是沒用的，改善市郊及醫缺地區醫療供給，非只增加該區醫師人數，才能有效降低該地區之輕症急診率。

## ■建議

1、在政策設計上不應只聚焦於增加基層醫療之供給，應強化對病患之連續性照護機制。

2、改善市郊及醫缺地區醫療供給。

3、教育並引導非急症病患先到鄰近基層院所就醫而非直接跑急診，增大門急診掛號／自付額差距，以經濟手段從基本上改變民眾之就醫行為。

## ■文獻參考

The association between the availability of ambulatory care and non-emergency treatment in emergency medicine departments: A comprehensive and nationwide validation Chien-Lung Chan,a, Wender Lin,b, Nan-Ping Yang,c,d, Hsin-Tsung Huang,e,:

a Department of Information Management, College of Informatics, Yuan Ze University,

b Department of Health Care Administration, Chang Jung Christian University,

c Community Health Research Center & Institute of Public Health, National Yang-Ming University,

d Department of Geriatrics, Tao-Yuan General Hospital,

e Medical Affairs Division, Bureau of National Health Insurance,

## PROFILE 本文作者



蔡國麟醫師

## ■現任

- 高雄醫學院、台南市立醫院、麻豆新樓醫院家庭醫學科兼任主治醫師
- 台灣家庭醫學學會健保政策委員會委員
- 台南市醫師公會新豐區組長
- 台南市診所協會理事
- 台南市診所協會會訊編輯委員
- 台南地方法院調解委員
- 蔡國麟診所負責醫師





# 無毒無味塗料打造樂活宅

## 美學與健康並存 讓家煥然一新

### 改善室內空汙遠離毒牆壁

台灣的空氣污染指標經常是 WHO 標準的數倍，成為健康殺手。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、塑化劑等化學物質，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）及塑化劑，當這些化學物質逸散在空氣中，就會對身體造成負面影響，即使後來習慣刺鼻的味道聞不出來，威脅仍在，居住期間就像慢性自殺。

胡靜怡提到，使用一般室內漆，空氣中瀰漫甲醛、揮發性有機溶劑和塑化劑等，其刺鼻的氣味需保持通風下歷經至少二週才稍減，驚人的是化學毒性持續揮發竟長達 10 年。這些有害物質是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，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。

胡靜怡舉例說明，「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

KEIM 德國凱恩礦物塗料是世界上唯一不生產乳膠漆的廠商，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

胡靜怡提到，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。

超過 138 年歷史的 KEIM 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、不過敏，也不誘發病變，居家環境、人體健康有保障。

因為 KEIM 德國凱恩礦物塗料是德國製造、原裝進口，所以價格稍高，但是健康無價。目前的主要客戶多是醫生、過敏體質、重症患者、成員有老人與小孩的家庭，還有一些從歐美返國的新生家庭夫婦也會特別指定選用。

健康是無價的，對的事情就要堅持去做，這就是胡靜怡經營企業的理念。

### 塗料助劑添加原因與副作用

| 添加物           | 添加原因          | 副作用    |
|---------------|---------------|--------|
| 甲 醛           | 防腐劑           | 引發癌症   |
| 揮發性有機溶劑 (VOC) | 增加工作度、容易施工    | 造成器官病變 |
| 有機色料          | 色彩多樣、增加彩度     | 造成器官病變 |
| 塑化劑           | 防止乳膠固化、產生細緻觸感 | 誘發過敏反應 |
| 香 精           | 遮蓋樹脂氣味        | 誘發過敏反應 |
| 防霉劑           | 預防發霉          | 誘發過敏反應 |
| 防腐劑           | 預防腐敗          | 誘發過敏反應 |

### ！ 陳衛華醫師：聞不出油漆味道，毒害威脅仍在

油漆無處不在，舉凡傢俱、汽車、建築的表現都可以見到它的蹤跡，一般油漆會對身體產生不良的影響，宏信診所院長陳衛華醫師指出，油漆含有重金屬鉛、鎘和汞，刺鼻的味道主要由甲醛、苯、TVOC 等污染物所散發出來的，其中甲醛對皮膚及黏膜有刺激性作用，輕則導致呼吸道疾病如氣喘，重則造成孕婦的染色體異常或肚子裡的胎兒畸形，以及肺癌等嚴重後果；苯、甲苯或二甲苯則是造成血癌的元兇之一，尤其油漆工人吸入第一手汙染空氣，長期下來也對人體造成難以彌補的傷害。

「曾經請人到家中粉刷，對方從事油漆工作已五十多年，因為咳不停，幫他照了 X 光才發現一邊的肺已全部模糊，另一邊的肺有腫瘤。」陳醫師說，大多數的民眾都不知道，室內空氣汙染比室外嚴重 3-5 倍，如果家中剛油漆完，要打開窗戶讓氣味慢慢揮發，持續保持良好的通風條件，且要一段時間再進住，因為還有紗窗、沙發和其他木材傢俱都可能漆上亮光漆，就算已經聞不到刺眼難聞的裝潢味道，含有甲醛的建材毒害能力也不會因此消失，至少要一兩年之後副作用才會完全不見。

要預防油漆帶來的後遺症，陳醫師建議可考慮買空氣清淨機，但最好還是選擇頂級的環保油漆，曾有朋友新居落成，陳醫師一到現場就戴上防護型口罩，朋友說不知道油漆味道這麼重，當初是看顏色漂亮就選了，後來接受陳醫師的建議以環保油漆重新粉刷味道才消失，陳醫師說這是最好的做法，他也提醒市面上有許多標榜「無毒」油漆其實只是「少毒」，在選購前宜多加比較，以免身陷毒害環境而不自知。





## 分級醫療壯大基層

分級醫療必要性人人皆知，  
依法有據，不該不做

整理／張瑩瑛

中華民國診所協會全國聯合會於日前召開第二屆第二次會員代表大會，會中邀請到健保署李伯璋署長蒞臨，以「分級醫療壯大基層」為題進行一小時演講。李伯璋為國內腎臟移植權威，原任衛生福利部臺南醫院院長、財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長、成功大學外科教授。全民健保攸關國內醫療生態及全體民眾就醫權利，他承諾健保不能倒，一定會把健保做得更好。而且幽默表示，為了接任署長一職，已向成功大學申請提早退休，「做不好的話，我也沒有學校可以教了」。

### ■基層醫界關注問題

對於基層醫界很關心分級醫療的落實，李伯璋表示，曾在桃園市八德區開業，感同身受醫病之間的關係。就任以來也將分級醫療列為短期計畫，目前六大策略及相關 24 個配套措施業已展開。基層醫師最關心的點值給付，一定會透過各項醫療精準

數據及財務分析，落實基層醫療醫師合理給付。他以「用心、用情對待病人」勉勵診所醫師，務必做好醫療事務，一定要給予民眾最完整的醫療照顧。

基層醫界希望回歸《健保法》原先設計民眾應依法提升 20% 負擔，透過消費總額提升，落實點值不打折的給付。李伯璋回覆，目前使用者付費觀念尚未建立，如果是一步到位，部分負擔上調會有風險，必須考量經濟現況，社會政治等環境。目前健保署已在積極宣導分級醫療的好處，相信民眾感受醫療品質後，提升醫療負擔是指日可待。

另外醫院急診壅塞如何解決、全民健保居家照護與長期照顧是否要合併、電子轉診、健康存摺、雲端藥歷，一例一休、DRG 等醫療相關事務，李伯璋表示，目前都已在做調整，同時希望基層醫療醫師多做宣導及配合。

**急診調高費用**／急診壅塞問題目前雖有爭議，仍朝調漲檢傷分類為第三、四、五級的急診費用方



向進行。

**居家照護與長期照顧合併**／有關使用健保治療以後的出院準備、長期照顧是否需要掛勾，經過統計資料顯示及充分討論後，目前仍是回歸原狀，各有各的專責機構負責。

**電子轉診**／目前電子轉診資訊平台已經建置完成及使用，必填項目為「醫院」及「科別」。未來轉診病人到大醫院，不必再重新掛號、排隊。

**健康存摺**／健康存摺是便民措施，為落實民眾醫療資訊知情權，民眾可以自行上網查詢自己及親人就醫資訊，提升健康自主性。但目前有八成醫師尚未使用，建議務必多加使用，可以縮短醫病間資訊不對等，提升醫療安全。李伯璋提醒健康存摺仍屬民眾個資，仍需謹慎使用，避免有訴訟之爭。

**雲端藥歷**／雲端藥歷也是落實用藥安全及節省醫療資源的機制，只要透過資訊網路平台，就可以看到病人用藥情況，避免重複用藥及提升用藥安全。目前健保署已重新再調整寬頻，讓使用者更為便利。李伯璋請大家拭目以待，並籲請醫師善加利用。

**一例一休**／勞基法的一例一休已是全球趨勢，醫界及病人會有一段拿捏調整期。期待適應期儘量縮多，回歸正常就醫常態。

**DRG**／爭議多時的 DRG 住院診斷關聯群支付制度，有 89% 的醫師反對實施，目前已暫緩實施。



### ■署長的感謝

對於基層診所醫師願意協助政府解決民眾假日就診的便利性，李伯璋表達感謝之意。健保署已根據醫界提議，106 年 12 月 28 日啟用全民健保行動快易通 App 最新功能，結合 GoogleMap 地圖功能，只要在手機點一下，就能獲悉附近半徑 1 公里內，所有醫療院所位置及看診服務，方便民眾就醫。同時樂見診所根據民眾需要，尤其是偏鄉地區的民眾，協調相互支援的就診需求。以及透過醫療院所的良性競爭，自行考量星期六、星期日的看診服務。

最後他表示，未來仍會一如就任時所言「溝通、溝通、再溝通」，秉持「無欲則剛、奮力而為」的精神，誠心誠意將健保做得更好。

### PROFILE 本文講者



李伯璋署長

#### ■現任

■衛生福利部中央健康保險署署長

#### ■經歷

- 財團法人器官捐贈移植登錄中心董事長
- 台灣移植醫學會理事長
- 衛生福利部臺南醫院院長
- 國立成功大學醫學院外科學科教授
- 成大醫院外科主任





## 推動分級醫療策略及配套

### 「分級醫療六大策略行不行」公聽會記實

整理／張瑩瑛

台灣民眾迷信大醫院，連輕症也要跑到大醫院看診才安心，造成醫療資源的浪費，也為政府帶來沉重的負擔，尤其醫學中心因為塞爆急診而延誤重症的狀況屢見不鮮，加上城鄉醫療資源分配不均…，都是亟待解決的困境。

為了促進醫療資源均衡發展，2016年年底舉辦「分級醫療六大策略行不行」公聽會，主要討論衛福部於2016年10月辦理「推動健保法43條分級醫療」公聽會，聽取各界專家學者意見之後，初步擬定的六大策略及相關配套措施（如表一）。

衛生署副署長蔡淑玲在本次公聽會中精闡說明六大策略重點，她指出，分級醫療非短期可到位，需要民眾、醫界等整體的支持和配合，一步一腳印的長期推動才能成功。

究竟六大策略能否真正落實分級醫療？同時考量到民眾就醫習慣及診療的便利性？本次公聽會邀集專家學者集思廣益，蔡副署長也在會中回覆大家針對各策略所提出的意見與疑慮，茲將討論的重點整理如下：

#### 策略二 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔—調整急診部分負擔，紓解急診壅塞

1. 至醫學中心急診：於完成急診治療後，醫院依檢傷分類為3級、4級、5級者的部分負擔，由450元調高至550元；檢傷分類為第1至2級部分負擔，仍維持現況450元。
2. 另晚上12時至隔日早上6時，第3至5級不予以調高部分負擔，以確保急症患者能及時獲得適切之照護。

**討論重點：**檢傷分類標準及夜間急診部分負擔有爭議。

台灣急診醫學會認為，用檢傷分級或是時段來調整急診部分負擔並不恰當，所謂檢傷分級是利用醫院現有資源去做決定，通常是事後諸葛，沒有人可以在短時間判斷出急、重症，如果要求第一線的護理同仁三分鐘內就要作出判斷，可能會有衝突，使第一線的護理師成為醫療暴力的受害者。

另外，半夜十二點到六點掛急診不加價，會讓很多人從十一點多開始排隊，時間到了才掛號，或是為了時鐘準不準起爭執，造成第一線醫護人員的困

擾，包括台灣醫院協會、長庚醫院和慈濟醫院都持相同看法，有關急診的部分負擔標準必須審慎為之。

#### 針對上述意見，蔡副署長的回應是

目前急診的流程是由資深護理人員初步過濾，區分緊急程度以及疾病的嚴重度，至於檢傷分類為3級、4級、5級，確定是急診醫療結束之後再作處理，經過醫師診治之後判斷檢傷分類會更合理，而急診部分負擔也依據檢傷分類來支付。未來將推

出「檢傷分類APP」，以加強對民眾的宣導，也可先自我過濾檢視再安排就醫的途徑。

另外，大家很擔心病患會不會擠到夜間急診來看病，政策上路之後會立即監控，假設有心人士利用空窗期加重急診的負擔，將隨時修正。

#### 策略三 調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務—限制醫院輕症服務成長

逐年減少醫學中心及區域醫院初期照護服務量，設定醫學中心及區域醫院初級照護服務量，分

#### 表一 衛福部所擬定六大策略及相關配套

##### 策略1 提升基層醫療服務量能

1. 提升基層表別，擴大診所服務範疇（短、中程）  
編列15.8億擴大家庭醫師整合性照護計畫（短、中程）
2. 鼓勵診所朝向多科聯合執業，提供一站式整合性服務（中程）
3. 輔導基層診所規劃無障礙空間，建立友善就醫環境（中、長程）

##### 策略2 導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

1. 降低弱勢民眾就醫經濟障礙（短程）
2. 提高假日基層開診率、提供開診時段與急診就醫資訊查詢（短、中程）
3. 調整門診部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫（短程）
4. 調整急診部分負擔，紓解急診壅塞（短程）
5. 建置電子轉診單並監控非必要之轉診（短、中程）

##### 策略3 調高院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

1. 挹注60億元調高重症支付標準（短、中程）
2. 限制醫院輕症服務成長（短、中程）
3. 持續推動緊急療能力分級（短、中程）

##### 策略4 強化醫院與診所療合作服務，提供連續性服務

1. 建置轉診資訊交換平台（短、中程）
2. 建置居家照護資訊共享平台（短、中程）
3. 強化醫院出院準備及追蹤服務（短、中程）
4. 挹注1億元鼓勵醫師跨層級支援（短程）
5. 鼓勵診所及醫院共同照護（短、中程）
6. 挹注3億元試辦區域醫療整合計畫（中、長程）

##### 策略5 提升民眾自我照護知能

1. 加強宣導分級醫療（短、中程）
2. 加強自我健康管理（短、中、長程）
3. 宣導利用家醫群24小時電話諮詢服務（短、中程）

##### 策略6 加強醫療財團法人管理

1. 修法加強醫療財團法人監督管理（短程）
2. 限制醫療法人醫院附設診所知管理措施（短程）
3. 規範醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人（短程）



## 中華民國診所協會全國聯合會：降低基層財務風險，提升醫療品質

此次「分級醫療六大策略行不行」公聽會中，中華民國診所協會全國聯合會提出多項建言，理事長曾梓展說，全人照護與醫療是分級醫療和雙向轉診最終的目的，每個人從小到大都應該有一個或一群固定的家庭醫師照顧，這是重要的觀念和夢想，期盼衛福部未來所制定政策都朝這個方向來前進，讓家庭醫師照顧一生的健康。

針對壯大基層服務量能將面臨的四大問題與挑戰，秘書長林釗尚、理事陳俊宏提出看法，希望主管機關能夠協助解決，部分問題並獲得衛生署副署長蔡淑鈴的回應。目前基層醫療面臨的困境與做法如下述：

### 1. 降低基層財務風險，提升醫療品質

醫院和基層都是採用總額來分配財務，總額是 2016 年九月就確定，六大策略中，政府把服務量能導入基層，要提高服務量能，需要經濟支援，診所的財務基礎本來比較脆弱，必須有預算才能維持基本開銷與營運品質。

基層有每日門診量診察費遞減設計，平均每日前 1 到 30 人次是 330 點，接下來依病人數以 250 點、220 點、70 點甚至 50 點。在台灣，醫師是看愈多人錢愈少，若政府要擴大基層服務量能，就要調整合理的門診量，基層醫師才能服務更多病人。

### 針對上述意見，蔡副署長的回應是

105 年的協商總額時已將六大策略相關因素考慮進去，包括輕症回流到基層，用什麼基礎計算？預算是否足夠？事後都會監控，如果民眾的就醫行為有改變進而回流到基層，106 年基層總額也會成為日後訂目標的重要參考數據。

六大策略中將「挹注 60 億元調整重症支付標準」，秘書長林釗尚提出看法，他說，第一代健保規定同病同酬，二代健保則強調同病同品質同酬，如果在地區、區域醫院或診所進行疝氣手術，照健保法的精神，達到品質就該相同給付，這種做法對分級醫療的推動也有很大的幫助。

### 2. 合理的行政管控

目前存在許多不合理的現象，如一張處方箋最多只能開八顆藥、自家診所的員工看病超過 5 次就會被列入指標，還有最近連續三個月自家就診次數大於 7 次，且每月自家就診次數大於 2 次，也是抽審的指標，顯示出管控上面的不合理。

### 3. 周全的法律保障

幾乎大型診所都有藥師，但藥師也是人，有個人或家庭因素如有嬰假、進修…等，只要診所沒有藥師，就無法完成所有醫療行政作業，就算是釋出處方，在偏遠地區，要病人跑到幾百公尺以外去拿藥，甚至是沒有藥局，都是強人所難。所以，缺藥師時應有適時的支援，否則就該開放醫師有適當的調劑權。

### 4. 醫師要專心看病

看診時盯著電腦看，醫師除了思考病情，也在查閱看雲端藥力、是否重複用藥、或各區管控用藥…等等許多資訊，要讓基層發揮量能，希望政府機關能夠提供實質的鼓勵和幫助。

別不得超過 105 年的 80% 及 90%，超過部分，不予分配總額。

### 討論重點：輕重症的定義。

台灣醫院協會、台大醫院、陽明醫院、長庚醫院及慈濟醫院贊成初級照護的調整，前提是釐清「初級醫療」跟「輕症」的定義，再進行細部討論。

臺大醫院提到，依健保署的定義，初級醫療有 8603 項，其中還包括很嚴重的疾病如結核病、白喉…等。長庚醫院指出，診斷碼是初級照護的參考，但 2016 年開始實施的 ICD10 跟初步公告的 ICD9，診斷碼項目差距甚多，建議透過研究計畫先把初級照護的診斷碼清楚列出，同時教育民眾對於初期照護的認知，倘若因為政策壓力草率執行，將對醫院執行造成困擾。

## ■針對上述意見，蔡副署長的回應是

過去初級醫療有監控，隨著 ICD9、醫療環境的改變、各項疾病知識的增進以及治療方式等，初級醫療的定義也有改變，這部分將委託專家擬定草稿，並請國內醫學專家和各層級代表就專家提出的企畫案進行討論，取得共識之後，再來定義初級醫療、輕症與社區醫院應提供服務項目，同時也將徵詢社會各界的意見。

醫學中心能否拒絕病人或疏散病人，是第一線的醫護人員會遇到的難題，這個部份，還有賴醫師和醫院的勸導，才能讓病人下次就醫時回到正軌，健保署也再會加強宣導。

### 策略四 強化醫院與診所醫療合作服務、提供連續性照護—建置轉診資訊交換平台

病人至基層診所就醫後，如果需要轉診，可透過資訊平台將病人及病情資訊等，轉介至接受轉診

院所，以促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升效率與安全。

### 討論重點：病人轉診之後原就醫院所，就不知後續的變化。

中華民國醫師公會全國聯合會提到，醫療機構之間要合作，民眾的健康才能得到百分之百照顧，站在醫師立場，轉診很難落實的原因在於病人轉出去就沒有再轉回來，這是醫師共同的痛，建議主管機關應建立解決機制。

慈濟醫院指出，民眾到大醫院看診是基於「信賴」，這是關鍵，也是核心價值所在，如果讓民眾信任基層診所，就不會跑那麼遠去看病。

六大策略中，有關持續辦理跨層級醫院合作計畫，以促進醫師支援社區醫院，吸引民眾回歸社區就醫，醫事司副司長也提出說明，目前雙向轉診報備資源，從法規面看來沒有問題，醫師可以報備到基層診所支援，執行細節則要再討論。

### 策略五 提升民衆自我照護知能—加強宣導分級醫療

透過健保署網頁、官方臉書、LINE 等多元媒體通路及健保署分區業務組各項活動、全民健康保險季刊等，加強宣導分級醫療。並與網路插畫家合作，製作網路漫畫及宣導單張。

中華民國藥師公會全國聯合會指出，提升民眾自我照護的觀念對於醫療系統、健保制度的影響深遠，根據世衛組織於 2008 年發表報告指出，全世界慢性非傳染疾病（NCD）包括高血壓、癌症、糖尿病等，每年造成 3500 萬人死亡，占全球死亡人口的六成，在低收入國家甚至達到八成，但這些疾病有八成以上是可以預防的，制定 NCD 的預防機制刻不容緩。



## ■蔡副署長的回應

長期以來，民眾看病有自由選擇的權利，關鍵在於對醫院或基層醫師的信賴感與好惡，衛生署會在最短時間擬定宣導策略，讓民眾理解健康照護能力提升以及選擇就醫地點，必須需要在軌道上執行，醫療資源才不會浪費。

綜和上述，實施分級醫療的用意在於用最少資源取得最大的醫療品質和滿足，就好像到桃園可以坐高鐵，坐區間車也很快到達目的地，除非是台中以南的遠距離坐高鐵才比較有效率，設立醫學中心的目的在處理急、重症需求，如果讓輕症病人塞滿

醫學中心，使急重症病人受到排擠，無法得到充分的照顧，等於妨礙到大家的權益。

分級醫療影響民眾的就醫習慣，六大策略必須更審慎討論，同時有充裕的時間做準備，如果草率執行，只會招來民怨和煩惱。舉例來說，策略之一的提升基層醫療的服務量能，要考慮到無障礙空間、設備，以及民眾的教育…等問題，是需要逐步改進建立基礎的，蔡副署長說，目前已經跟醫師公會等各地的團體協商，以周全的準備落實政策，過程中若有問題隨時解決，醫療服務也不會中斷，以保障民眾就醫的權益。



## 落實分級醫療與協作平台： 2017 讓我們從 COPD 照護開始

文／傅彬貴

感謝王弘傑醫師及曾梓展理事長的邀請，希望我能根據於2017/2/26在診協全聯會發表的演說主題【分級醫療：基層賦能、雙向迴轉—從COPD共同照護網絡開始】，來撰寫文章，以向各位醫界先進報告推動這個制度的初衷與過程。本文內容，除了闡明背後的起心動念外，也將論述台灣目前醫療體系碎片化的事實，並告訴大家，我們想要做的不只是推動COPD照護，而更深遠的目的，是能夠讓政府部門能重視醫療照護碎片化所產生的無效能、醫療品質下降的後果，進而真正落實推動【分級醫療】，並利用台灣資訊產業的優勢，創造具有價值鏈的【協作平台】。

誠心而論，這不是一件容易推動的事情，特

別是在1996年健保實施總額制度以後，基層與醫院之間從各自發展的【併行關係】，變成了在總額大餅底下的【競爭關係】。總額給付政策介入歷經20年的發展，使台灣的醫療供給市場，轉變成【醫學中心、區域醫院快速成長而基層醫療佔率大幅下降】的畸形態勢，醫學中心與基層醫師之間壁壘分明，毫無互信基礎。更令人擔憂的是，台灣醫療體系，正在往【碎片化照護（Fragmented delivery system）】的模式發展（圖一），病患被切割成各式各樣的疾病片段，而不是往【持續性照護（Continued care delivery system）、全人照護】的方向進行。這樣的結果，依照美國Heartland Health Research Institute (HHRI)的研究，會產生25%的病安事件、30%的醫療浪費，以及

遠東集團

遠東商銀

建立信用 讓你更有價值

尊榮醫師  
專屬優惠

遠東商銀信用貸款

規劃您的資金需求 年利率最低 2% (浮)

活動期間：即日起至106/06/30止

●總費用年百分率之計算範例及重要注意事項：

| 貸款金額          | 貸款期間 | 貸款年利率          | 各期相關費用總金額 |
|---------------|------|----------------|-----------|
| NT\$2,000,000 | 5年   | 2.00%~2.25%(浮) | NT\$2,000 |

總費用年百分率：2.04%~2.29%

- 1.本廣告開列之年百分率係按主管機關規定之標準計算範例予以計算，實際貸款條件及相關費用仍以銀行提供之產品為準，且每一客戶實際之年百分率仍視其個別貸款條件及授信條件而有所不同。
- 2.總費用年百分率不等於貸款利率。
- 3.本總費用年百分率基準日為106年2月28日。
- 4.年百分率計算基準日及日後年百分率會依實際借款利率、利率調整等因素而變動。
- 5.相關條件以申請當時本行規定及契約書內容所載為準，本行將針對個別客戶條件給予查核，並保留核實與否之權利。
- 6.「浮動利率」為依本行定購指數利率加碼浮動計息。
- 7.本專案利率為2.25%(浮)，惟提款金額達NT\$200萬(含)以上之案件，利率適屆再減0.25%，利率最低2%(浮)。

版本號碼：1060302012

詳情請見遠東商銀官方網站www.feib.com.tw



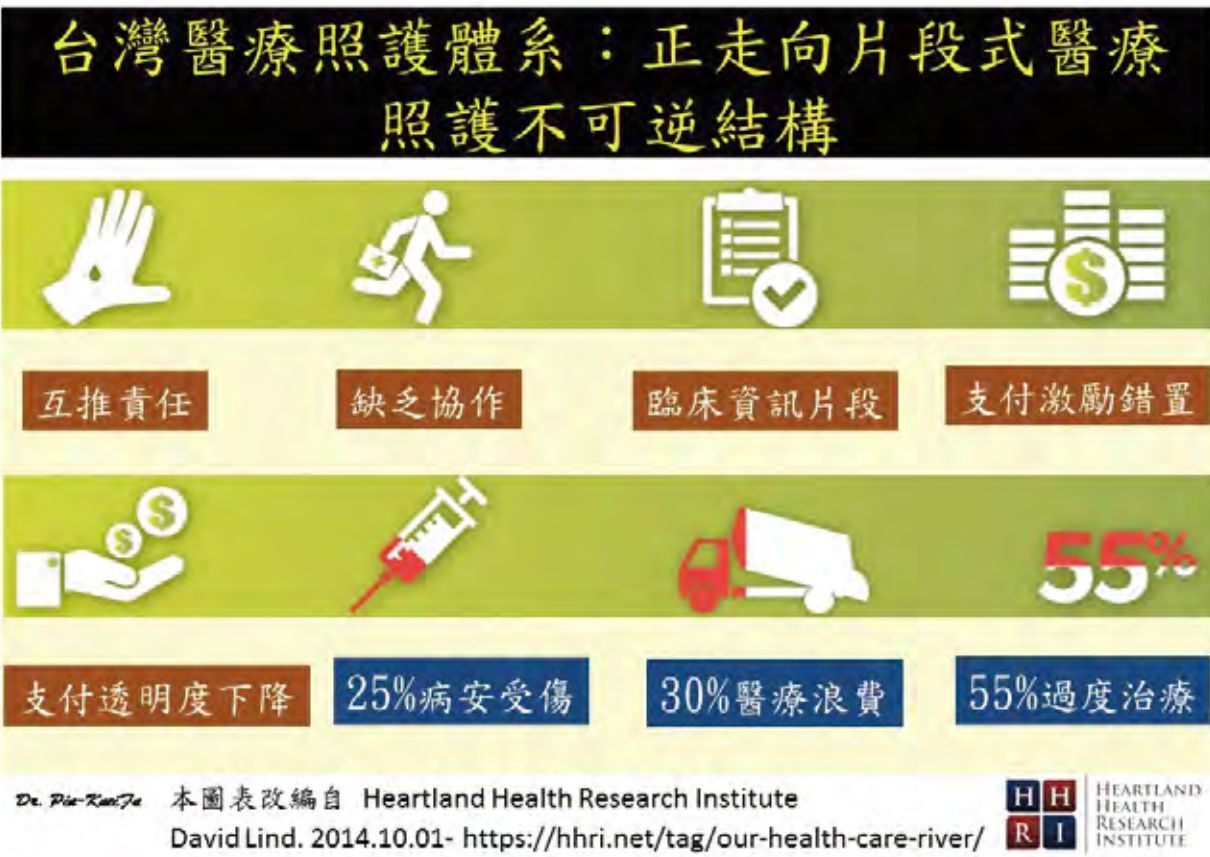
55% 的過度治療（圖一）。

大環境如此，底下的醫療生態系，難道只能隨波逐流，而毫無改變的可能？答案是否定的、且樂觀地、正向地認為：【在人本主義崛起、以分享代替掠奪的協作平台重建的時代，一切過往認為堅固不變的對立及格局，都將煙消雲散】。從 2016 年國際局勢來看，也應證如此，例如【英國的脫離歐盟公投，對大歐洲主義的挑戰】以及【美國川普當選美國第 45 任總統，對菁英統治集團的逆襲】等，再如健保署李伯璋署長從 2017/3/1 開始推動的【全國性的電子轉診平台】、衛福部陳時中部長於 2017/03/01 公告推動的【全民健康保險轉診實施辦法修正草案】以及全國多場分級醫療政策座談說明會的召開，這說明了我們熟悉的現況，並非一成不變。只

有努力朝著一個明確的目標、拋下彼此的成見及尋求大是大非的決心，在關鍵時刻的覺醒，才能影響政策制定者、發揮改變的力量，從而改變現狀與趨勢。

一、發心動念  
讓更多 COPD 的病患能得到  
更好的診斷與照顧

我是一位胸腔暨重症專科醫師，在胸腔醫學領域中，除了大家聞之色變的肺癌外（癌登資料顯示，一年將近有 9000 人死於肺癌<sup>1</sup>），慢性呼吸道疾病如 COPD（慢性阻塞性肺病，現正名為肺阻塞），是威脅台灣人民健康及死亡的大宗呼吸道疾病。104 年衛福部統計處公布的國人十大死亡原因統計



圖一 片段式醫療（Fragmented delivery system）所造成的影響及衝擊。

# 台灣COPD照護藥物使用調查

|                                                             | Total initiators | Years of index dates |           |           |
|-------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|-----------|-----------|
|                                                             |                  | 2001–2003            | 2004–2006 | 2007–2010 |
| Number of total bronchodilator prescriptions                | 21,235           | 11,162               | 5,712     | 4,451     |
| Pattern of bronchodilator treatments                        |                  |                      |           |           |
| By medication classes <sup>a</sup> , %                      |                  |                      |           |           |
| Oral xanthines                                              | 62.63            | 65.70                | 61.71     | 56.12     |
| Oral beta-2 agonists                                        | 47.54            | 50.07                | 47.99     | 40.62     |
| SABAs                                                       | 9.84             | 8.14                 | 10.21     | 13.61     |
| SAMAs                                                       | 8.78             | 8.68                 | 8.05      | 9.98      |
| LABAs                                                       | 1.14             | 2.02                 | 0.26      | 0.04      |
| LABA/ICS FDCs                                               | 4.41             | 2.54                 | 4.69      | 8.76      |
| LAMAs                                                       | 2.23             | 0.01                 | 2.12      | 7.93      |
| By regimens <sup>b</sup> , %                                |                  |                      |           |           |
| Oral bronchodilators alone                                  | 80.79            | 83.77                | 81.92     | 71.89     |
| Oral and inhaled bronchodilators in combination             | 7.82             | 4.80                 | 7.39      | 15.95     |
| Inhaled bronchodilators alone                               | 11.39            | 11.43                | 10.70     | 12.15     |
| Number of inhaled bronchodilator prescriptions              | 4,096            | 1,812                | 1,033     | 1,251     |
| Pattern of inhaled bronchodilator treatments                |                  |                      |           |           |
| By regimens <sup>b</sup> , %                                |                  |                      |           |           |
| Short-acting bronchodilators alone                          | 61.62            | 71.85                | 61.76     | 46.68     |
| Short-acting and long-acting bronchodilators in combination | 31.23            | 21.03                | 30.78     | 46.36     |
| Long-acting bronchodilators alone                           | 7.15             | 7.12                 | 7.45      | 6.95      |

Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2015;10:1769-79

表一 全民健康保險藥品給付規定 - 第六節呼吸道藥物

結果顯示，COPD 是十大死因的第七位，死亡率為 27.5%<sup>2</sup>，以 COPD 全人口盛行率 8-10% 作為推估，台灣至少有 200 萬人罹患 COPD，這樣的盛行率及總死亡人數，是遠超過肺癌。WHO 更是估計到了 2030 年，COPD 將成為全世界的 3 大死亡原因<sup>3</sup>。對於肺癌，我們有化療、標靶以及免疫治療等昂貴先進的治療（103 年健保署公布肺癌共花掉了 108 億<sup>4</sup>）；然而我們的醫療照護體系對於 COPD 的治療、支付及指引遵從度是輕忽到可怕的地步！！根據健保資料庫研究顯示，國人 40 歲以上成人中，平均每 6 人就有 1 人罹患 COPD，但就診率僅有 2%，且 80% COPD 病患的治療【還停留在 1998 年的治療指引，僅使用口服擴張劑（Theophylline）作為主要治療藥物】（表一）<sup>5</sup>。本人服務於台中榮總，常常會遇到 COPD 病患就診時，肺功能已經剩下不到一半（FEV1<50%）、動就很喘、或者 COPD 急性發作被插管收治於加護病房，但仔細檢視其 COPD 用

藥，發現病患只有使用 theophyllin 或者 Xanthium 等口服藥物治療，就覺得這樣的治療現況，是台灣健保醫療成就的負面警示、是【系統性醫療照護體系缺陷的結果】。

於是身為胸腔科醫師，我開始思考以下問題

1. 如果台灣 COPD 的病患可以被【早期診斷】，並開始介入戒菸、施打疫苗等【預防醫學】以及使用治療指引所建議的長效支氣管擴張劑【實證醫學治療】，會不會改變台灣 COPD 只有 2% 接受治療且 80% 單用口服藥物的現況？
2. COPD 的照護是否能比照糖尿病以及高血壓等慢性病，及早在基層醫療形成照護網路，透過讓【基層賦能，認識及熟悉 COPD】，提高民眾就診率？
3. 癌症照護以及糖尿病照護透過個案管理方式介入，獲得良好的成效；COPD 是否也可比照這個模式進行【個案管理】，提高病患藥物治療遵從性？



以上這三個問題的答案，我認為都是肯定的，涉及到三個核心觀念：【早期診斷、早期治療】、【基層醫療初級照護體系賦能】以及【疾病照護深化個案管理】。既然都是肯定的，那麼為什麼現行照護體系沒有？我們為什麼不做？

二、發現問題、尋求解決  
2016.07.27 與台中市診所協會座談

2016.07.27 台中市診所協會鄭煒達理事長邀請至協會演講「COPD 與氣喘重疊症候群(ACOS)」，在與基層同道分享的過程當中，發現基層醫師對於 COPD 相當的陌生，對於許多新的治療以及長效支氣管擴張劑缺乏使用經驗。在課後有熱烈討論及問與答，許多基層醫師反應了以下問題：

1.「全民健保藥品給付規定第六節呼吸道藥物只有簡單的一個表格，怎麼目前有這麼多好的治療可以用，我們都不清楚」（表二：第六節呼吸道藥物）

- 2.「一天用一次的長效藥物是很好啦，但是這些吸入藥物太貴了，一但被核刪、放大回推 100 倍，診所會不堪負荷」
- 3.「診所沒辦法做肺功能，轉介至醫院做肺功能，病患通常有去無回，直接被醫院接收走了」
- 4.「COPD 核心課程辦得太少，就算有辦，醫學中心的講師根本不了解基層的需求，內容講得很複雜、我們聽得很痛苦…」
- 5.「轉去醫院評估太麻煩，因為我們沒有個管師，就算傳醫師你可以幫忙診斷然後迴轉回診所，一個月要 1500 元的吸入型藥費，我真的不敢開下去…」
- 6.「中區基層有科總額限制，萬一傳醫師你都迴轉 COPD 病患到我們基層這裡看，我們中區科額度就破表了，到時點值又會下降、又會被加強核刪…」

上述基層同道所拋出來的問題，事實上不僅反映出目前台灣 COPD 照護的現況，相信在各系統

第 6 節 呼吸道藥物 Respiratory tract drugs

| 全民健康保險呼吸疾患吸入製劑給付規定表                  |                                                                                                                                                                |                          |                                                                                                                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                      | 固定劑量吸入劑(MDI)(918/1)                                                                                                                                            | 粉狀吸入劑(DPI)               | 液態吸入劑 (nebulizer)                                                                                                                |
| 乙二型擬交感神經劑 (β <sub>2</sub> -agonists) | 一、一般使用頻率每日四到六次。<br>二、每月最大劑量為 180 劑 (puff)。<br>三、不建議長期規則使用。<br>四、長效劑型每日兩次(BID)，限中度持續性以上之哮喘及中等嚴重以上之慢性阻塞性肺疾病患者使用，不建議急性發作時使用，每月至多使用一支，開立時病歷上應詳細記載氣喘發作狀況及尖峰呼氣流速之數據。 | 使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑 (MDI)。 | 一、阻塞性肺疾病急性發作時，每 20 分鐘至一小時使用一次。<br>二、急性症狀消失後恢復為每日四到六次。<br>三、視情況繼續居家使用，每次處方以一週為限。<br>四、每月最大劑量為 60 小瓶(vial)。                        |
| 抗膽鹼劑 (anticholinergics)              | 一、一般性使用為每日四到六次。<br>二、每月最大劑量為 180 劑 (puff)。<br>三、如配合儲備艙(spacer)或間歇液態吸入劑的使用，則每月使用劑量可以降低。                                                                         |                          | 一、阻塞性肺疾病急性發作時，每 20 分鐘至一小時使用一次。<br>二、急性症狀消失後恢復為每日四到六次。<br>三、視情況(本)繼續居家使用，每月最大劑量為 120 小瓶(vial)。                                    |
| 類固醇藥物吸入劑 (steroid inhalants)         | 一、維持劑量視個人而定，一般建議為每日 200-800 mcg。<br>二、病況不穩時可加倍劑量，三到五日後回復到 200-800 mcg 的建議維持劑量。<br>三、最大處方量每個月兩瓶，需註明上次取藥日期。                                                      | 使用劑量及調整方式同固定劑量吸入劑 (MDI)。 | 一、阻塞性肺疾病併有其他不適含口服、靜脈注射的狀況、具有人工呼吸道需要使用類固醇的狀況。<br>二、拔管後、使用固定劑量吸入劑或粉狀吸入劑效果不彰、或使用技巧無法配合等狀況使用。<br>三、適應症或狀況消失後應儘速改用其他劑型，一般使用以不超過一週為原則。 |

全民健康保險藥品給付規定-105年版 全民健康保險呼吸疾患吸入製劑給付規定表

表二 全民健康保險藥品給付規定 - 第六節呼吸道藥物

性疾病別上，也有同樣的狀況：

1.醫學中心胸腔科醫師與基層互動脫節，曲高和寡，許多新知無法有效傳遞、普及、擴散到基層院所。雖然因實證醫學進展，COPD 治療指引不斷翻新到 2017 年版，但基層對 COPD 的認知還停留在 1998 年的治療指引。胸腔暨重症加護醫學會有責任將相關知識透過系統性再教育、訓練種子教官，以清晰明瞭的方式普及推廣至基層。

2.基層受限於總額支付及核刪制度，無法 updateCOPD 治療。總額制度、分科審查，將醫療照護體系切割成一座座大大小小的穀倉<sup>6</sup>，每個人為了固守這個僅有的穀倉，所以彼此也在競爭及互相核刪。這樣的結果，造成 80% 台灣 COPD 病患只用口服擴張劑治療的現況。但這個看似省錢的結果，卻在後面病患急性發作或肺功能惡化時付出更多的醫療成本。這種支付制度在指標看起來是節省用藥支出，但實際上是一種落後指標，反而成為限制醫療照護進步的幫兇。

3.基層醫療與醫院形成競爭關係，病患照護缺乏連續性，醫療照護體系是競爭關係，而非合作關係。總的結果就是衝量思維、零和遊戲，病患沒有被好好的診斷及持續性照護治療，不斷的因為同樣的症狀逛醫院、逛診所，大量重複的檢查及藥物在這個過程中產生，形同醫療資源浪費。

綜上，COPD 無法在基層照護這個現象追根究柢下去，才發現這是一個盤根錯節的系統性問題。



圖二 2016.08.21 付出行動、開始推動 COPD 共同照護網路

與其抱怨半天等待別人改變，不如採取行動、思考可行的步驟，以改變現狀。否則意見談了半天，瞻前顧後，最後流於泛泛空談。

三、付出行動  
2016.08.21 開始規劃  
並推動 COPD 共同照護網

經過深思熟慮，我把這個行動方案向許惠恒院長報告，希望能在中榮這個公立醫學中心開始進行 COPD 轉介照護制度的規畫。許惠恒院長除了表示肯定這個方向外，也立即付出行動，針對基層所擔心制度面的問題，安排本人於 2016.06.23 與健保署中區業務組方志琳組長討論試辦方案事宜，並由院方給予必要的行政支援。於是在 2016.08.21 我們召開第一次 COPD 轉介規劃說明會議，會議主軸就是【基層醫療賦能、雙向轉診迴轉：建立 COPD 共同照護網路】（圖一）。當天除了鄭煒達理事長全程參與外，也來了將近 40 多位對這個議題有興趣的基層院所同道，除此之外，我也邀請台大健管所的老師董鈺琪副教授參與，董老師的專長是持續



性照護評估以及健保支付制度財務規劃，在會議當中也發表了一個關於支付制度設計與規劃演說，這些概念，獲得與會醫師的高度迴響與重視。

#### 四、重建台灣慢性病照護模式 基層醫療賦能、雙向迴轉

在 2016.08.21，我們提出 COPD 這類慢性疾病應有新的照護模式，就是【重建以合作代替競爭的分級醫療、轉診迴轉制度】。以 COPD 為例，社區民眾在基層就診時，醫師就健康促進的立場，應該可以順帶詢問《抽菸史》及《是否有咳嗽喘等症狀》。若上述兩項均為是，就可以轉診至醫院胸腔內科門診【進行標準及完整的肺功能及共病症評估】。過去由於基層醫師與被轉介醫師聯繫不佳，所以到底轉介病患最後診斷為何？穩定其是否迴轉回基層醫療等核心關鍵問題，均未被解決。目前在台中榮總，我們幾位胸腔內科醫師開始推動與基層醫療群雙向合作的機制。

基層醫師懷疑有 COPD 病患，第一次轉介至中榮後，我們就開始進行相關的肺功能、X 光片、血液檢查及共病症等評估，並在確診後除了給予病患合

適的支氣管擴張劑治療外，還要教會病人以及確定用藥吸入方式是否正確。第二個月回診後，要確定病患是否有相關副作用以及對藥物的遵從性及吸入方法的正確性，如果屬於穩定的 COPD，應在此次就診後，迴轉至原轉介醫師門診，三個月後再回台中榮總追蹤肺功能變化，爾後穩定期的病患每半年至一年回中榮追蹤 X 光片及肺功能即可（參見圖三 COPD 照護建議轉介流程）。這個模式，能讓迴轉的病患能夠繼續使用適當的長效型支氣管擴張劑，以符合治療指引，我們會附上肺功能報告及門診病歷給予病患帶回，若基層醫師真的遇到不合理的核刪，可以要求該申報案轉由胸腔內科專科醫師審核，以爭取您與病患的權益。

#### 這樣的制度，基本上是四贏局面：

- 1.【COPD 未被診斷或治療，以及初診斷時肺功能已經為中到重度或急性發作住院的比例會下降，且病患可以得到持續性的照護，所以病患贏】
- 2.【基層醫療更有信心能診療 COPD，並發展 COPD 其他業務如戒菸及疫苗施打，所以基層贏】
- 3.【醫學中心可以增加新病患的診斷的收入、肺復

原相關治療的發展以及優化 COPD 病患個管，所以醫院贏】

- 4.【健保署及健保支出可以因病患及早治療、適當治療，而降低因 COPD 急性發作、反覆住院、住進加護病房以及共病症的龐大醫療給付，所以國家財政支出贏】。

我們希望透過整合性照護方案，將節省下來支付急性發作及住院的費用，回頭

改善支付制度，以鼓勵形成照護網路系統的基層醫療及醫學中心，符合持續性照護、以病人為中心、全人照護的世界潮流。

#### 五、我們的成效與挑戰

2016.09.12 第一個轉介個案來自王景正醫師，截至 2016.2.15，5 個月內，我們的團隊已經接受了來自 30 多家診所轉介了 80 位病患，並迴轉了 32 位確診為 COPD 或者氣喘的病患回基層醫療。當中，新診斷兩位肺癌病患（4%）、30 位氣喘病患（40.1%）、26 位 COPD 病患（34.7%）、4 位間質性肺病（8%）以及 4 位塵肺病（5.2%）以及 4 位肺結核（5.3%）的病患。我們透過群組的協作平台，幫大家 update 包括 ERS（2016.9 歐洲呼吸道年會）以及 GOLD-2017COPD 治療指引。在這個群組內，許多好朋友如陳宏麟醫師、黃德金醫師、魏嘉慶醫師以及資深的前輩如黃錫鑫顧問、曾梓展理事長也給我們提供許多寶貴的建議，**這樣基層與醫學中心醫師的直接交流，是過去台灣在健保體系下競爭態勢中所未見的新型合作模式。**除了大家在專業上一起成長外，對於醫療衛生政策及支付制度的討論，也從過去的單兵作戰、抱怨為主的型態，轉變成集體協作、共擘策略的新模式。而我個人更是從中學習到許多寶貴的經驗，是關在醫學中心象牙塔內所學不到的合作模式，在此除了要感謝一路支持的基層夥伴外，也要告訴大家，我們一定會堅持繼續做下去。

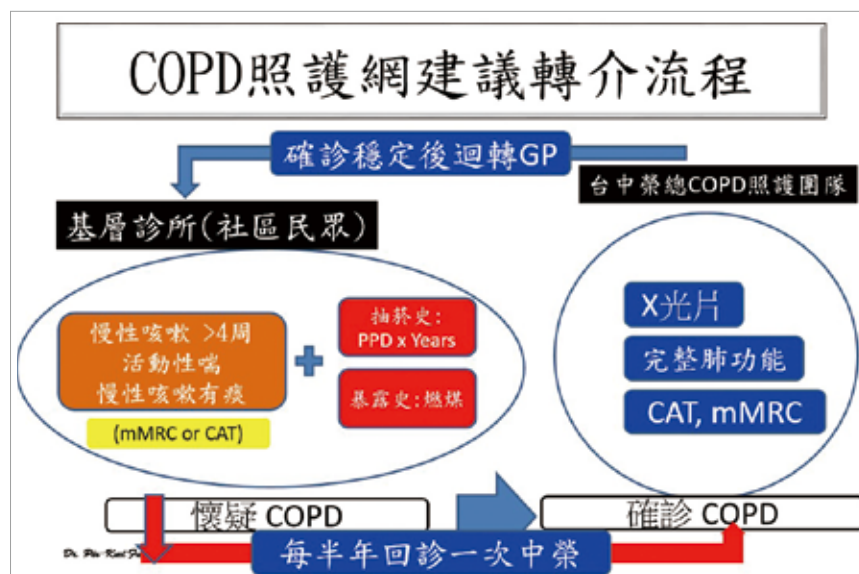
#### 六、政策風向轉變： 衛福部推動分級醫療、COPD 品質提升照護計畫通過

1.2016.11.18 衛福部發布新聞稿，健保會通過健保署六大策略及配套，全力推動分級醫療。  
「有鑑於台灣醫療體系的傾斜發展，已經到了必須

要改弦更張、重建分級醫療制度的時刻，中央健保署向衛生福利部全民健保會就**推動分級醫療策略及配套**提出專案報告。<sup>7</sup>」健保署指出：為強化健保體質、回歸正常的醫療生態，促使大型醫院回歸教學、研究及急重難症照護之本質，該署經彙集公聽會、立法院衛環委員會及專家學者意見，共擬定推動分級醫療的六大策略及配套，包括（一）壯大基層醫療服務量能、（二）導引民眾轉診就醫習慣與檢討部分負擔、（三）調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務、（四）強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護、（五）提升民眾自我照護知能、（六）加強醫療財團法人管理，上述作法均已務實考慮到民眾之就醫習慣，以及醫療院所提供診療服務之便利性。健保署擬出的方案是：【民眾經轉診至醫學中心或區域醫院就醫，調降門診部分負擔，醫學中心由 210 元降至 170 元，區域醫院由 140 元下調至 100 元，地區醫院維持不變；未經轉診至醫學中心看病，則調高門診部分負擔，由現行 360 元調升至 420 元，區域、地區醫院則維持不變】。

2016.12.16 健保署副署長蔡淑鈴說：【目前共有 3000 多家診所加入家醫群計畫，2017 預計將多投入 4 億元經費擴大規模，並且開放診所檢驗檢查，壯大基層。此外，過去轉診民眾須持轉診單到大醫院，容易搞丟病情也說不清楚，健保署已於著手設計「轉診資訊平台」，最快明年 1 月上路，讓醫師之間透過平台說明轉診病患狀況，資訊化解決溝通問題】。果然，在 2017.3.1 健保署開始推動全國性的【電子轉診系統】，衛福部亦同時公告修正【全民健康保險法第 43 條第 4 項】，以為落實分級醫療、壯大基層作準備工作。

綜上，顯見分級醫療、壯大基層已經是勢在必行的國家健保政策，風向變了。





## 轉診/持續性照護推動成功五要素

醫師理念

深度個管

共同照護、支付制度

資訊平台

社區鏈結

圖四 落實轉診及推動持續性照護成功五個要素。

### 2.2016.12.22 健保署醫務管理組通過「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」

此方案由台灣胸腔暨重症加護醫學會於 105 年 4 月 1 日提出，歷經 105 年 6 月 1 日、105 年 7 月 21 日的初步討論，於 105 年 10 月 25 日由健保署召集台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、中華民國呼吸治療師公會全聯會、台灣醫院協會及中華民國醫師公會全聯會共同討論，最後又歷經 105 年 10 月 27 日、11 月 11 日以及 12 月 1 日多次討論後，於 105 年 12 月 22 日最終定案。

#### A. 財務評估方面：

甲、按 106 年醫院及西醫基層總額協商結果，原「醫療給付改善方案」醫院新增 121.2 百萬元 (1 億 2 千萬) 預算，西醫基層新增 7.3 百萬 (730 萬)，其中新增「慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」

乙、收案人數推估：預計醫院收取 11,683 名病患，增加 19.2 百萬點 (1920 萬) 費用；基層收取 12,080 名病患，增加 6.7 百萬點 (670 萬) 費用，合計花費 25.9 百萬點 (2590 萬)

#### B. 指標部分：共有八項監測指標

甲、完整追蹤率 (持續性照護指標)

乙、出院後 14 日再入院 (照護面指標 -1)

丙、因 COPD 急診就診率 (照護面指標 -2)

丁、因 COPD 入院比率 (照護面指標 -3)

戊、因 COPD 入加護病房比率 (照護面指標 -4)

己、COPD 接受肺復原比率 (指引遵從面指標 -1)

庚、COPD 接受戒菸成功率 (指引遵從面指標 -2)

辛、COPD 接受正確藥物治療比率 (指引遵從面指標 -3)

#### C. 指標監測：

台灣胸腔暨重症加護醫學會將監測轉診/轉檢流程，並提供必要之協助

#### D. 繼續教育及衛教：

參與本方案院所將使用台灣胸腔暨重症加護醫學會公益提供之 COPD 病患自我照護教材及輔助工具。

## ■七、結論

2017 年已經到來，展望台灣醫療環境，我們仍充滿了許多挑戰。我們的契機是：【分級醫療、壯大基層】已經是既定的國家健保政策新方向。藉由推動及參與 COPD 持續性照護的歷程，我們發現《實踐是檢視理論的硬道理》、只有制度性的設計，才能解決系統性的問題。落實轉診及推動持續性照

護，要成功有以下五個要素：【醫師理念、深度個管、資訊平台、社區鏈結以及支付制度設計】，缺一不可 (圖四)。轉診平台資訊電子化是建立起全國的神經網路系統以鏈結基層與醫學中心等各醫療體系，也可以作為支付制度審查的依據。但最重要的是，醫師想法必須改變、必須真正認同持續性照護的重要性，並在基層與醫學中心之間以深化個管作為聯繫橋樑，才能各方面到位。政府應可以思考連續性照護後避免重複治療所節省下的醫療浪費，把這些錢先投入進行深度高效能資訊系統建置及鼓勵優化區域整合模式等基礎工程推動。

關於分級醫療的行政依據，本人的建議是：【回歸醫療法第 88 條：中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度...】。在分級醫療戰略目標確定下，實施細則就得靠落實《健保法第 42 條 (多元支付方式及醫療科技評估)、第 43 條 (自行負擔門診或急診費用) 以及第 44 條 (家庭責任醫師制度)》等基礎工程的逐步推

動，以朝向【對於社區民眾《建立家庭醫師轉介的守門員制度》、《讓醫學中心與診所形成夥伴關係，用制度規範及落實慢性穩定期病患下轉率》、《讓基層醫療賦能，依照治療指引給予民眾合適的治療》】的具體目標前進，如此健保才能永續發展、醫界才能跳脫出你輸我贏的賽局理論 - 囚徒困境 (Prisoner's Dilemma)<sup>8</sup> 以及次專科分科過細的穀倉效應 (The Silo Effect)<sup>6</sup>，為台灣民眾健康照護升級而一同努力。

分級醫療與協作平台，2017 讓我們從 COPD 照護開始！

#### PROFILE 本文作者



傅彬貴醫師

#### ■ 現任

- 台中榮總重症醫學部主治醫師
- 胸腔暨重症專科醫師
- 中國醫藥大學醫學博士
- 台大健康政策管理研究所博士班
- 中國醫藥大學、弘光科技大學合聘教育部定助理教授

1. 台灣癌症登記中心 . 癌症五年相對存活率 (肺癌) .2008；<http://tcr.cph.ntu.edu.tw/main.php?Page=A5B3>,2016.
2. 衛生福利部統計處 .104 年國人死因統計結果 .2016；<http://www.mohw.gov.tw/news/572256044>.
3. WHO.Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) .2016；<http://www.who.int/respiratory/copd/en/>.
4. 衛生福利部中央健保署新聞稿 . 健保公布 103 年前十名癌症醫療支出，近 3 年癌症藥費成長顯著 .2015.06.16；[http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu\\_id=544&No=1271](http://www.nhi.gov.tw/information/NewsDetail.aspx?menu=9&menu_id=544&No=1271).

5. Dong YH, Hsu CL, Li YY, Chang CH, Lai MS. Bronchodilators use in patients with COPD. International journal of chronic obstructive pulmonary disease. 2015；10：1769-1779.
6. Tett G. 穀倉效應：為什麼分工反而造成個人失去競爭力、企業崩壞、政府無能、經濟失控？：三采；2016.
7. 行政院衛生福利部中央健保署 . 推動分級醫療 衛福部健保會通過健保署六大策略及配套 .2016.11.18；<http://www.mohw.gov.tw/news/572558804>.
8. 維基百科 . 囚徒困境 .2016；<https://zh.wikipedia.org/wiki/%E5%9B%A%E5%BE%92%E5%9B%B0%E5%A2%83>.



# 診所發展 致富關鍵

健康力  
Dr.Advice

## 健康力醫聯網+ 帶您搶進百億明星商機

診所發展非懂不可的三大捷徑：雲端、數據、社群  
健康力為您串聯智能診所、健康管理、精準醫療、  
顧客關係經營與大數據行銷，打造全台灣最有實力和潛力的「醫聯網+」  
讓您的診所從治療服務，延伸為健康服務，  
從傳統診所轉型為智能診所，從勞力收入，跨足多通路收入，  
打造診所永續經營，不看診也有錢，  
現在立即加入，先搶先贏！



黃千芬 董事長  
健康力股份有限公司

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



說明會報名專線 02-7733-3822 林小姐

# 醫師信任的 保健品牌

健康力安全、無毒、功效的理念，獲得許多醫師高度認同，嚴謹的商品把關機制更樹立業界標竿，不但醫師放心推薦，病人也安心使用。許多病人在搭配醫師的醫療策略下得到很好的保健效果，病人感謝醫生，醫病關係更加提升，已有超過200位醫師加入健康力的商業模式，千億明星商機與最大專業通路的結合，加入健康力，掌握持續性收入，創造醫病雙贏！



李昭仁 李內科診所院長  
醫師公會全聯會副秘書長  
我信任健康力，所以願意放心推薦給病人，我相信透過醫界更多醫師的推廣，可以幫助更多病人。



黃仁享 仁享診所院長  
台南市醫師公會理事長  
醫師只要用心經營，這是一個非常好的退休計畫，在休診或是退休時仍保有持續性收入，事業永續經營。



蕭敦仁 敦仁診所院長  
醫師具備醫療專業，應該要把推薦權拿回來，加上專家顧問監督落實，品質與安全性不用擔心。



顏鴻順 聯安診所院長  
診所是很強大的通路，經由健康力的整合，讓診所不僅是治療，也能延續照顧的目標。



蔡其洪 蔡其洪耳鼻喉科診所院長  
大台中醫師公會理事長  
食安問題讓民眾擔心，健康力把關謹慎，讓我們推薦保健食品時，能真正幫助病人健康促進。



林國靜 林診所院長  
桃園市醫師公會監事  
台灣有一萬多家診所，大家把通路聯合起來，透過我們的專業為病人推薦好的保健品，是一件很有意義的事。



張嘉訓 張婦產科診所院長  
醫師公會全聯會常務理事  
健康力的合作模式，不但開創了醫界新藍海，也實現醫師的梦想，同時幫助病人照顧健康。



柯富揚 彰化縣中醫師公會理事長  
健康力從預防醫學的角度，替民眾全方位設想保健方案，民眾有保健食品需求，我會推薦健康力。

## 專家談健康力



前新北市衛生局長  
林雪蓉

健康力每項商品分階段查廠，出廠後還逐批檢驗，集合專業與醫師的力量，評選商品，健康力對高品質的堅持，可望成為國內食品業者的標竿，讓民眾獲得更多保障。

想進一步了解  
請立即洽詢：

02-7733-3822  
林小姐

健康力  
Dr.Advice



# 敏鷹保經 醫師信任的 醫責品牌

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

全程陪伴

協調溝通

為醫師爭取最大權益

承保件數領先業界  
投保的首選

站在醫師角度  
處理爭議

## 理賠案例一

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

## 理賠案例二

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

## 理賠案例三

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

**MMTS Life**  
We Make Things Happen

敏鷹保險經紀人股份有限公司  
MMTS LIFE INSURANCE BROKERS CO., LTD.

台北市內湖區瑞光路550號10樓  
電話：02-7733-3875 傳真：02-7733-3885  
網址：www.mmtslife.com

# 敏鷹「醫師業務責任險福利專案」 相同保障內容，保費非常優惠

醫師公會全國聯合會為醫師會員爭取福祉

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

## 本專案四大特色

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

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

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

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

## 乙類保險期間年度最高保障1,250萬， 參考保費僅需11,500，超值優惠

■單位：新臺幣／元

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

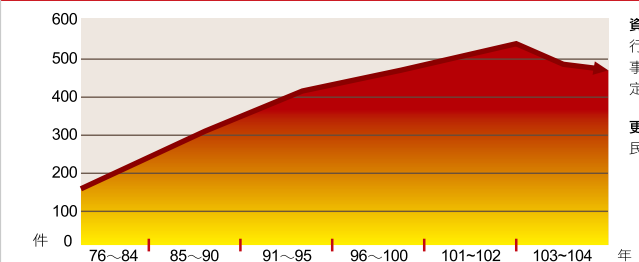
●專案有效期限至105年12月31日

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

## 醫事鑑定案件數量居高不下

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

## 近29年間醫事鑑定案件數



資料來源：  
行政院衛生署醫  
事處受託醫事鑑  
定案件數統計

更新日期：  
民國105年6月23日

**華南產物保險股份有限公司**  
SOUTH CHINA INSURANCE CO., LTD.

總公司：11071台北市信義區忠孝東路四段560號5樓  
電話：(02) 2758-8418（代表號） 免費申訴電話：0809-005-607  
公開資訊網頁：<http://www.south-china.com.tw>

**MMTS Life**  
We Make Things Happen

敏鷹保險經紀人股份有限公司  
MMTS LIFE INSURANCE BROKERS CO., LTD.

台北市內湖區瑞光路550號10樓  
電話：02-7733-3875 傳真：02-7733-3885  
網址：www.mmtslife.com





## 本會幹部參加醫藥分業公聽會 意見表達內容

整理／梁雲芳

本會曾梓展理事長、林釗尚秘書長、魏重耀常務理事、法律智庫顧問黃靖閔律師參與醫藥分業實施檢討公聽會先後上台表達意見，本刊整理為文，以供會員詳閱。

*Profile* 本會常務理事  
魏重耀醫師



“

在表達意見之前，先行播放一支在后里某診所拍攝的行動不便的年老病患獨自求醫，就診後拿了藥離開診所的影片，讓與會人士感同身受醫藥分業後，偏鄉民眾領藥不便的現狀。

這支影片是目前診所常遇到的現象，台灣有不少是單身居住，行動又不便的老人病患，好不容易獨自一人前來診所就醫，還好這間診所有自聘藥師，直接領藥後，可以自行離開。只是已經行動不便倍覺困難的他，萬一診所未聘藥師或遇到藥師請假，無法執行調劑業務時，老人家就必須要走到距離 1.8 公里以外的藥局領藥，路途太遙遠，情何以堪！

”

### 表達 1

政策設計要考量老幼殘弱的就醫方便性

透過這影片可以了解，老幼殘弱的就醫方便性受到挑戰。人生病時，身體已經很不舒服了，就診完，還必須再多走 24 分鐘以上的路程到藥局領藥，是不符合人民情感的法規。一般健康正常人平地步行速率約為每分鐘 75 公尺，1.8 公里需步行至少約 24 分鐘，政策設計讓身體不舒服的病人再走 24 分鐘到藥局領藥，很不合理。

### 醫師主張

重新檢討無藥事人員執業之偏遠地區的範圍，將 1.8 公里修正為 500 公尺。

### 表達 2

不能因藥師休假導致醫師無法看診  
而損害病患權益

之前有天在台中市遇到一位在埔里執業的醫師，詫異他怎麼會出現在台中？原來他診所的藥師住院兩個星期，他被迫關診。其實有不少偏鄉醫師都有相同困境，只要遇到藥師請假，又沒有替代藥師人選時，就會被迫停診而終止醫療服務，實在大大影響了本已醫療資源缺乏的偏鄉民眾就醫權。

### 醫師主張

目前緊急醫療調劑權的管理及解釋是由食藥署主導，不僅不合理，也是錯誤政令，食藥署掌握的是藥品製造、販售、調劑，並非醫療。緊急醫療的適用及規定應由具醫療實務專業的醫事司或醫療單位來解釋及管理，才不致因非專業的管理規定而危及病患，後果難測。

### 表達 3

給予病人就醫權利及請求調劑權

病人常會因下腹部疼痛、出血等緊急醫療情況，在藥師下班後的時段看病，因為醫師調劑權受到限縮，無法調劑給藥，如果心軟調劑給藥，就會違法了，醫藥分業應重視病人的請求調劑權，而不是忽略病人就醫權。

### 醫師主張

有關醫療急迫，病人就醫時已經是不舒服的狀態，建議病人可以自行提出緊急醫療的需求。

### 表達 4

尊重藥師的調劑權

藥師分業制定後，本會尊重藥師調劑權，但也不能因此剝奪醫師擁有的調劑權。醫師的調劑權不僅是權利，而且是義務。目前醫師執行醫療業務的法規有主管機關制定的醫療法、醫師法，以及次級單位制定的藥師法、護理法。醫療法第 18 條規定「醫療機構應置負責醫師一人，對其機構醫療業務，負督導責任」，醫師法第 14 條也載明醫師交付藥劑的明定事項，即使是藥事法第 102 條也規定「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」，以上法規明確說明醫師本來就擁有調劑權，只是第 102 條的但書條文限縮醫師調劑權，是非常不近情理的法規。

### 醫師主張

建議修定法令恢復醫師調劑權。



## Profile 本會法律智庫顧問 黃靖閔



黃靖閔律師是以民眾身分表達醫藥分業以後，個人就醫權利遭到損害的情況。

“

今天我是以一般民眾的身分做意見交換及分享。我有兩次被家庭醫師拒絕看診經驗，第一次是晚上接近十點，我的身體不舒服，打電話給家庭醫師。我在十點前抵達診所，他說明「藥師已經下班，無法給藥，你還要再看病嗎？」我驚訝不已，怎麼會有藥師下班，醫師卻不能調劑給藥的情形？

另外一次是小孩身體不舒服，我又打電話給家庭醫師，立即帶著孩子抵達診所，他又對我說同樣的情形，「抱歉！藥師下班了，無法給藥，還要再看嗎？」我才知道沒有藥師調劑，醫師不能給藥。

一般人的就醫經驗，醫師是醫療主要執行者，從診斷、問病、處置到給藥，是一套完整的步驟，怎麼變成藥師下班後，就不能進行完整的醫療處置？我的家庭醫師還告訴我，有幾位醫師同僚在藥師不在之下調劑藥物給病人，結果違法遭到檢舉、開罰。老實說，兩次遭到家庭醫師的拒絕看診，我的心裡很不是滋味。

面對醫藥分業的規定，我予以尊重，但醫界與藥界應該站在病人角色思考整個就醫過程，讓病人在醫治療程具備完整性、安全性及便利性。為甚麼法令制定時，會將醫師原則性的調劑權變成例外性？我認為立法的精神應該站在病人角度做考量及做廣泛討論，而非僵硬制定。

目前台灣醫糾頻繁，有些是醫師仁慈給藥而違規，有些是醫病之間針對醫療措施見解不同吃上官司，但站在全民立場，我們必須給予所有醫界人士一個有安全保障的醫療環境，讓他們用積極、主動、熱情的精神幫助病人脫離病痛之苦，而非採用不合乎民情的法規，讓主動醫療變成防禦性治療。

”

## Profile 本會理事長 曾梓展醫師



“

醫界並沒有反對醫藥分業，反而是支持，醫藥分業二十年有許多窒礙難行之處，今天提出來的目的是希望予以解決，並有合理改善作法。

”

### 困境 1 偏鄉地區的診所請不到藥師

目前偏鄉地區的診所請不到藥師的情況很嚴重，連藥界也認同問題的嚴重性。

#### 醫界主張

1. 建議無藥事人員之執業偏遠地區由現行 1800 公尺，修正為 500 公尺以內無藥事人員的地區。

2. 「山地鄉缺醫村醫療改善計畫」改善方案出爐後，藥界需提出相對藥師人力支援，改善目前藥師缺乏現況。

### 困境 2 忽略病人行使緊急調劑權的需求

即使醫界支持醫藥分業情況，法令也不應阻斷病人在緊急醫療情況下，由醫師診斷、處置及給藥的醫療措施。緊急醫療一定是病情很急迫，但是目前醫師調劑權的解釋權及管理卻由食藥署負責，並函釋緊急調劑是「立即給藥，是僅當次的給藥」，對於這種嚴格規定，而且非出自病人權益考量的解釋函，我們強烈提出不合理的訴求。在病人發生緊急病況，身體已經很不舒服，卻礙於法令，忽略以病人為中心行使緊急調劑權的需求。

#### 醫界主張

1. 緊急醫療調劑權的解釋權及管理應交由衛福部醫司事負責。
2. 醫師緊急調劑時，應開立三天的口服藥，才能符合以病人為中心的醫療，減少病人領藥的奔波勞苦。

#### 醫界主張

建議病人可以自主提出醫療急迫之需求，允許醫師可因應病人需求行使緊急調劑權，方便病人用藥及合理給藥。

## Profile 本會秘書長 林釗尚醫師



“

今天我以台中市山海屯診所協會祕書長發言，本協會有不少在偏鄉開業的診所，有一間在大肚山無藥事人員執業偏遠地區 1800 公尺開業診所，原本符合自行調劑法令，後因 1700 公尺地方新開一間藥局，診所醫師無法自行調劑，必須聘請藥師，但因在偏鄉地區，請不到藥師，只有將處方箋釋出，病人必須自行到 1700 公尺的藥局領藥，病人反應很不方便。

另外目前開業醫師診所一萬多家，但少有具藥品完整的藥局，很難符合病人用藥完整性及領藥方便性。我開的是小兒科診所，有聘用藥師，但有些小兒科診所規模小，只有釋出處方箋，病人常反映拿不到藥，一方面是小兒科藥品很細緻、品項又多，多半需要磨粉，有些藥師不願意調劑；另一方面是藥師常會在暑假期間或特休日請假 7～10 天，讓開業診所醫師被迫關門，目前已是通例，而非特例，卻仍然忽略病人就醫權利。

最後我要說明的是緊急醫療問題，因為食藥署的函釋關係，醫師調劑權被限縮了，病人已經很不舒服了，還需到有一段距離的藥局領藥，我的訴求是緊急醫療必須回歸醫事司掌理，並放寬給予三天藥物的解釋。

”





醫藥分業實施檢討公聽會，檢討醫藥分業實施後其滯礙難行之處，導致民眾尤其是偏鄉患者就醫權益受損，本會建議政府相關部會應修改法令，減少醫藥分業後造成民眾領藥不便的情形，以維護民眾就醫權益。

## 醫藥分業實施 檢討公聽會綱要記實

整理／梁雲芳

民國一〇五年十月二十一日，本會理事長曾梓展、秘書長林釗尚、常務理事魏重耀、常務理事塗勝雄、法律智庫顧問李志宏醫師及黃靖閔律師六人，共同出席林靜儀立委舉辦的「醫藥分業實施檢討公聽會」，分別表達醫藥分業實施後，法規條文不夠周延所衍生的窒礙難行之處，帶給醫師端及民眾端權益受損，並提出「保障醫師執行醫事權利及維護民眾就醫權益」主張，建議衛福部修定法令，讓條文更趨完備。

### ■追溯醫藥分業實施過程

將時光倒回民國八十二年，醫藥分業關鍵法條藥事法第 102 條通過的那一年。在藥商管理法修正為藥事法立法過程中，由於第 103 條中藥販賣業務，藥商非常重視，與中醫師僵持不下，而主管機關衛生署研判第 102 條條文尚不成熟，應該會有爭

議，通過可能性不大，並未特別提出討論。可是在 102 二讀通過，進入三讀的挑燈夜戰審議時，雙方發生激烈爭執，混亂場面中，有立委提出用第 102 條交換第 103 條臨時動議，結果尚未通過充分討論的藥事法第 102 條莫名其妙通過，致使醫藥分業有了法源依據。藥事法第 102 條條文規範：「醫

師以診療為目的，並具有本法規定之調劑設備者，得依自開處方，親自為藥品之調劑。全民健康保險實施二年後，前項規定以在省（市）衛生主管機關公告無藥事人員執業之偏遠地區或醫療急迫情形為限。」全民健康保險八十四年三月一日正式實施後，依藥事法第 102 條規定，實施兩年後的八十六年三月一日，醫藥分業正式開始實施。

醫藥分業用簡易概念描述，是指醫師和藥師各司其職、專業分工，兩者以病人為中心。醫師負責為病患診療、開處方，不調劑；藥師調劑處方藥，不開立處方；病人經醫師診斷，開立處方後，持著處方箋到藥局，交給藥師進行調劑。然而藥事法第 102 條通過之前，並沒有得到充分討論、協商，實施二十年後，在法令欠缺完備配套，又限縮醫師調劑權之下，形成醫師、藥師及病人皆輸的恐怖平衡現狀。

### ■各界代表聚集立法院表達意見

醫藥分業制度是依照歐洲、美國、日本、韓國等國作法，立法精神是為人民用藥安全進行把關，但是法令不夠周延，實施以後，出現不少窒礙難行之處，導致各界關注。身為婦產科醫師的民進黨立委林靜儀有鑒醫藥分業後，某些條款未臻符合實際醫療現狀，在立法院群賢樓 802 會議室召開醫藥分業實施檢討公聽會，邀請醫界、藥界、律師相關代表，包括本會、醫師公會全國聯合會、中醫師公會全國聯合會、基層醫療協會、高雄市醫師公會、雲林縣診所協會、雲林縣醫師公會、藥師公會全國聯合會、年輕藥師協會、臨床藥學會、藥劑生公會、新北市藥師公會、陽明大學醫學院、醫療勞動正義與病人安全促進聯盟、中華社區教育發展協會、勝鑒法律事務所、維權法律事務所，分別表達醫藥分業法令缺失現狀、調劑權認定、偏遠地區醫藥配套不足之意見。

林靜儀立委簡短說明醫藥分業制度在台灣近二十年，是否達到醫藥專業分工、保障民眾用藥安全的立法精神與目的？是否有窒礙難行部分或城鄉差距，都值得檢討。接著醫、藥代表依據登記順序發言，表達醫界、藥界及民眾的意見，本刊匯整醫界、藥界的綜合意見供會員參考。

### ■藥界立場綜合意見

#### 1. 不滿現行醫藥分業雙軌制

醫藥分業以來，藥界紛紛表示不滿現行雙軌制，中華民國藥師公會全聯會認為原本實施的是專業分工的單軌制醫藥分業，後來卻演變成目前的雙軌制，結果衍生諸多弊端，從雲端藥歷中就可以發現不少重覆用藥的問題。臨床藥學會則表達醫藥分業主要目的，並非以保障藥師工作權為主，而是強調不應該開放手上擁有權利的人設立藥局，而是要讓診斷及處方分開保存，以公開、透明的雙重確認用藥標準，確實維護病人用藥安全。台灣年輕藥師學會也說明雙軌制會因為醫藥互為僱主與勞工關係，形成工作權益與病人用藥安全、不合理開業之間的矛盾，若正確實施醫藥分業單軌制，醫、藥兩界是機構與機構之間的互動，就可避免此一問題的發生，同時可以降低醫師聘請不到藥師，藥師受到勞基法規範造成的休假後，沒有藥師給藥的情況。





### 2. 擔心醫界濫用調劑權

台灣年輕藥師學會說明，目前醫藥分業實施的是雙軌制，醫師與藥師之間會有聘用雇主關係，即使藥師查證處方箋有濫用、重覆用藥的情事發生，也有不知如何監督的矛盾現狀。藥劑生公會則是擔心醫師擁有部分調劑權後，是否又會走回實質調劑權的回頭路，在沒有藥師調劑下，也會出現未親自調劑的現象。

### 3. 反對放寬緊急調劑權

中華民國藥師公會全聯會表示，因為目前健保制度設計使然，讓擁有醫療主導權的醫師診療費偏低，建議回歸專業分工創造合理給付，提高醫師診療費改善目前現狀，而不是放寬部份調劑權提高所得，否則會讓整個制度更為紊亂。台灣年輕藥師學會也不同意放寬緊急調劑權，因為社區藥局配藥品項完整，而且有後送制度，醫師不用將不能給藥的責任擔在自己身上。

### 4. 偏鄉醫藥落差需回歸政策設計

台灣年輕藥師學會感謝醫界提出偏鄉醫藥落差的現況，根據 2000 年統計，全國醫師藥師比為 2：

1，偏鄉為 8：1，可見偏鄉真的缺乏藥師，只是民國 103 年衛福部辦理「山地鄉缺醫村醫療改善計畫」，提出醫師至偏鄉服務保障 30 萬底薪與健保給付點值，卻沒有對藥師提供任何誘因，所以醫界不能將偏鄉醫藥落差作為開放部份調劑權的訴求，而應針對偏鄉藥局設立做合理輔助，縮短醫藥落差。

## 醫師立場綜合意見

### 1. 醫藥分業阻礙偏鄉醫療發展

本會理事長曾梓展、秘書長林釗尚、常務理事魏重耀分別表達目前偏鄉醫療發展的困境，**而且醫療政策設計並沒有考量到老幼殘弱的就醫方便性，常會見到行動不便的病人看診後，還要再到另一個地點領藥**。高雄市醫師公會代表李世雄以激昂心情表達醫藥分業，限縮醫師調劑權以後，醫療困境比實施以前更令醫師無所適從，他在偏鄉服務二十多年，後因診所藥師離職，多方請託卻找不到藥師，交通不便主因，只好將處方箋釋出，未料相隔二十公尺的藥局並不配合調劑，加上藥局藥師又常休假，無法配合醫師門診時間，在無人協助調劑藥品之下，最終只好將經營二十多年的診所關閉。他激動解釋關診是迫不得已，卻真實反應醫藥分業限縮醫師調劑權的現狀，但是相關單位並不重視，或提出有效解決方案，他有很深的無力感。

### 2. 醫藥分業忽略以病人為中心的就醫權利

本會理事長曾梓展、秘書長林釗尚、常務理事魏重耀分別表達醫藥分業以後，未完全顧及病人就醫權利的意見，一方面是偏鄉地區診所請不到藥師，另一方面是藥師一請假，醫師被迫休診，忽略病人的充分就醫權利。台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟（醫勞盟）也指出，診所和藥局的交通距離不應用直線距離計算，應以病患真實移動距離評估，才是以病人為中心的醫療制度。

### 3. 不應限縮醫師調劑權

本會理事長曾梓展、秘書長林釗尚、常務理事魏重耀分別表達限縮醫師調劑權以後，**忽略病人行使緊急調劑的需求，而不是只給一次用藥，讓病人帶著病身一再進行治療**。中華民國醫師公會全國聯合會表示，未來醫療是要照顧病人，而不是治療病人，所以對於當次給藥的情況，應該放寬為三天比較合理。中華民國基層醫療協會一樣表示，在以照顧病人為中心前提下，不應該限縮醫師調劑權，而是共同合作及互相尊重，由醫師自己決定要不要使用調劑權。

### 4. 由藥師調劑中藥不合理

1. 中華民國中醫師公會全國聯合會指出，中西醫是兩個不同專業的醫療，即使擁有中、西醫的執照，也只能擇一執業，不能合併開業，業已經大法官釋憲。但是目前中藥藥物管理，允許藥師修習七個學分後就可以調劑中藥，而且可以在同一個單位同時調劑中藥及西藥，是非常奇怪現象，所以要談醫藥分業之先，應先將中西醫分工徹底談清楚。



本會提出三大訴求：

1. 建議無藥事人員執業之偏遠地區修正為 500 公尺
2. 建議應讓醫師緊急調劑時能開立三天的口服藥
3. 建議病人可自主提出醫療急迫狀況之需求



林靜儀立委。

## 林靜儀立委結論建議

醫藥分業實施 20 年，法規的問題一一浮上檯面，雙方進行幾輪溝通後，林靜儀立委提出以下建議：

1. 請醫師及藥師全國聯合會建立醫藥全國性協商平台，有關單位需負責釐清兩會建置的協商機制，再依此協商機制做出協商結果的法律效力。
2. 在各公會協助平臺合作過程，有法規窒礙難行、法令解釋不清、政策配合困難之處，辦公室團隊願意隨時提供與行政單位的協調，籲請相關單位就公聽會上提出有疑義法律用語定義釐清及檢討修正。
3. 公聽會提到法令解釋或主管單位的矛盾或不足，諭請食藥署、醫事司相關單位研商法令盤整和解釋，應考量該制度能否適用於全台灣。
4. 未來若有必要會持續辦理協調會或公聽會，讓醫療業務順暢，病患也才有更多保障。



左起—塗勝雄常理、魏重耀常理、曾梓展理事長；黃靖閔律師、林釗尚秘書長、顧問李志宏醫師。





## 真是抱歉

文／魏嘉慶

拜讀前全聯會陳主委宗獻的《豈止抱歉》FB一文，著實心有戚戚焉。後進在此 Echo 陳主委的疾呼！

醫界近二十年淪落至此，連基本要看病解痛、方便病患的行醫，都動輒違法，真是無語問蒼天。然而，針對陳主委所述案例，個人以為其實還好——能夠醫師自己親力親為，就可以合法解決的，都算是小事。文中案例，只要醫師願意親自應邀出診，事實上就可合法解決這對人瑞母子的病痛與不便。也杜絕了許多弊端。

身為一個中生代的醫師，一個家庭醫師，在開業前，備束脩向本會九代長老蔡篤隆醫師請教，長老指示：「年輕人剛出來，要跟眾多開業數十年，根基穩固的同行分食病人，著實不易。只能穩紮穩打，一步一步前進，除了視病猶親外，應邀出診，也是個方

法。」長老的教誨，小弟記在心裡，並且實踐之。

後進剛開業時，孤家寡人羅漢腳一個。對於一些臥病在床，孤苦無依的病人…等，若其或家屬有要求，在合理範圍內，就會出診去診治病人，並順便看看其居家環境，瞭解其家庭成員的狀況與互動。甚至，在與內人交往期間，也帶著她到一個患有小腦萎縮症不良於行的中年女性病人及一個患有 Systemic Amyloidosis 已臥病在床的中年男性家中出診，實際執行家庭醫師的理念。

應邀出診，到病人家看看，這樣的行醫理念，其實在日治時代，醫界前輩就已身體力行。去年，台北市政府提出方案也鼓勵醫師走出去，到病患家裡看看，另外，對於弱勢、重殘的病患，健保署也有試辦計劃，鼓勵醫師到病患家裡往診，後進也有加入這個居家照護計劃，除了增加些微收入外，也

真的實踐家醫理念（事實上，正規家醫住院醫師訓練課程裡，就有居家照護這科目）。

實務上，「醫療行為」義務涵蓋「診察、治療、開給處方，…調劑藥品、預後情形及可能之不良反應等」。所以相對於主委這案例，後進以為真正抱歉的應是：「對於特定狀況的病患，醫師無法自行給藥，完成完整診治。對於這些病患，我們應對其道歉。」

### 家庭醫師全人全家全程照顧否？

#### 案例一

某勞工階級病患 K，全家都是甲診所家庭會員。固定在甲診所看診，是甲診所的忠誠家庭會員。K 每日早出晚歸工作，賺取生活費養活一家。某星期二深夜，診所已關門休診正在收拾，藥師、護理師已下班。K 帶著其鼻頭長一顆疔子（carbuncle）的女兒來就診，希望甲診所負責醫師能發揮家庭醫師功能幫忙看診，並給藥膏治療。

#### 案例二

某律師公會理事長級人物 H，全家都是甲診所家庭會員。固定在甲診所看診，是甲診所的忠誠家庭會員。H 忙於公務，經常往來南北開會、開庭，連周日也是。但星期日，甲診所休診。某星期日深夜，H 因胯下癢得受不了，打電話給甲診所負責醫師，希望能發揮家庭醫師功能幫忙看診，並給藥膏治療。

#### 案例三

台商 P，在中國深圳附近開了間工廠，其經常往來世界各地做生意，全家都是甲診所家庭會員。

固定在甲診所看診，是甲診所的忠誠家庭會員。某星期二晚上七點半左右，P 打電話到診所給負責醫師甲，說明其剛回國，明天一早還得再出國，趕到其它國家談生意。其現在正在桃園機場，要趕回台中甲診所看診，希望診所能等他。

台商 P 下飛機後，坐高鐵，再搭計程車，趕到甲診所，已超過晚上九點半，診所已關門休診正在收拾，藥師、護理師已下班。台商 P 來就診，希望甲診所負責醫師，能發揮家庭醫師功能幫忙看診，並給藥物治療。

#### 案例四

某中秋節連續假期後，即 104 年 09 月 29 日星期二，該日因杜鵑颱風來襲，台中市在清晨五時多時宣布停班停課一天，但該日風平浪靜，許多已預約好的家庭會員前來求診。颱風天或連續假期，因無法預計颱風風雨狀況及為配合藥師個人活動安排，做適當的藥師人力調配。因應連續多日假期病患的需求，可否由醫師緊急調劑給病患？

#### 案例五

診所門診時間，藥師剛好肚子痛去上廁所、因為生理痛去休息室休息，因為小孩在學校受傷去接小孩…等，一些老病人，家庭會員習慣在診所看病取藥的，醫師不能合法幫忙直接給藥？病人非得等到藥師拉完、痛完，接完小孩後，才能給藥才合法，真是奇怪，醫師不能協助將藥給病人？曾經醫師 A、藥師 B 等公會幹部在衛生局開會，兩造聊天時提到，診所在我（醫師 A）來開會時，是關門的，您的藥局在您來開會時，都還是正常營業，那到底是誰在給藥呢？



## 結果

甲診所負責醫師，身為家庭醫師，犧牲奉獻，合法幫其看診，違法給藥或藥膏（違反藥事法）。有人回答，可以釋出處方啊！但真實的狀況是，深夜，若釋出處方，請病人一家庭會員到社區藥局領藥，但不知藥局有沒有開，或是好不容易找到了間有開的藥局，但沒有備甲診所的處方藥，或是找到了間有開的藥局，但以鼓吹病人買保健食品為主，或是找到了間有開的藥局，但不是藥師值班…等，有實際執行的困難與不便。

事實上，深夜，若釋出處方，請病人一家庭會員到社區藥局領藥，病人，會質疑甲診所醫師幹嘛自己從藥局拿出藥或藥膏就解決的事，什麼還要他到處奔波去領藥，是不是看不起他，故意找他麻煩，甲診所醫師反而好心被雷親。

事實上，一開始就拒絕病人，可以避免觸法。但又不符合家庭醫師—全人全家全程照顧的理念。所以，甲診所負責醫師，現在只要時間一到，趕緊放下鐵門，以免又有病患來求診，又讓自己陷入天人交戰、違法的困境。

所以，甲診所負責醫師，現在休診在社區散步走路時，都頭低低的，避免被病患認出，要求診療，又因而犯法。

藥事法第 102 條，二十多年來這樣的制度，不僅造成了醫藥對立，也讓醫病關係緊繃，更讓想為病患服務的熱血醫師違法。讓以往小鎮親切熟知病人家庭狀況的家庭醫師逐消失，轉由各專科診所、多人聯合診所取而代之，由以往的醫治病人，關心全家，到現在的單純醫病。

最近拜讀新北市謝坤川醫師《從一連串藥聯會攻擊醫界看全國政大會暨醫藥界指示用藥、自我藥療爭議》一文，內文提到：唯自 101 年 4 月 18 日台醫改會召開「揭露健保藥局五大藥命指數」記者會，指出七成藥局違責醫師處方後，隨即前食藥署署長葉明功公開建議藥界，應積極爭取指示用藥放寬比例，由現行的 25% 加到 85%，則藥師再也不用再擔心踩到法律的紅線。

對於現在這樣的醫療環境，這樣的法規，身為一個家庭醫師，後進對於本診所的病人、家庭會員，若有照顧不周的，說一聲：《真是抱歉！》

期望枱面上的領袖，不管其是否出身醫界，為了民眾的健康，為了讓熱血的醫師也能合法當個家庭醫師，請其像藥界的葉署長明功一樣，帶領大家爭取合理的醫師調劑比例，讓多數的基層醫師不用再擔心踩到法律的紅線啊！

※ 本文轉載自山海屯會刊

### PROFILE 本文作者



魏嘉慶醫師

#### ■ 現任

- 魏嘉慶診所院長

#### ■ 經歷

- 台中榮總家醫科
- 彰化榮家醫師



## 藥品調劑 不是醫療人員的權利

文／李志宏

民國 105 年 10 月 5 日診所協會全國聯合會曾梓展理事長、魏重耀常務理事率領重要幹部拜會衛生福利部林奏延部長，就「分級醫療」、「醫師緊急調劑權」、「健保簡表」及「公費疫苗注射處置費」等爭議議題表達立場，林部長除了「緊急調劑權」留下「需再進一步討論」外，其他議題都有具體回應。同月 14 日立法委員林靜儀於立法院群賢樓 801 會議室舉行「醫藥分業」公聽會，聽取各方意見，筆者於會場目睹偏鄉醫師找不到藥師調劑的激動吶喊，同時也見識到藥師公會的動員實力。

同年 12 月 21 日通過「一例一休」《勞動基準法》修法，醫院擬減少例假日的門診，衛生主管機關把腦筋動到基層診所，寄望診所提高假日開診率以紓解醫院急診的雍塞，所以有醫師藉機提出「假日緊急調劑權」。

以上種種都圍繞「調劑是權利」打轉，假設藥品調劑真是權利，這個權利究竟屬於誰？

### ■ 藥品調劑是義務、還是業務

何謂藥品？從平日常見的四物、十全來思考，



它們屬於（中）藥品嗎？一般市面上可以不需調劑就「販賣」嗎？再說，普拿疼、咳嗽藥水需要「調劑」嗎？《藥事法》第 6 條：「本法所稱藥品，係指左列各款之一之原料藥及製劑：一、載於中華藥典或經中央衛生主管機關認定之其他各國藥典、公定之國家處方集，或各該補充典籍之藥品…。」同法第 8 條第一項：「本法所稱製劑，係指以原料藥經加工調製，製成一定劑型及劑量之藥品。」第二項：「製劑分為醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥及固有成方製劑。」所以，藥品至少有中藥、西藥；中藥至少還分有成藥、固有成方製劑，西藥至少還分有醫師處方藥品、醫師藥師藥劑生指示藥品、成藥。如何釐清、處理這些藥品的相互關係，的確不容易。

### 《醫師法》規定交付藥劑、載明調劑者姓名都是醫師診察病人的義務

《醫師法》第三章是關於醫師「義務」的規定，其中第 11 條第一項前段：「醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」第 12-1 條：「醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。」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。」其中「開給方劑」、「向病人或其家屬告知其…用藥…及可能之不良反應」、「醫師對於診治之病人交付藥劑時，應…載明…調劑者姓名及調劑年、月、日。」這些都是醫師的「義務」，並非「權利」，既稱應載明調劑者姓名是《醫師法》中的規定，當然是指醫師本人「依自開處方、親自調劑」。

### 《藥師法》規定調劑藥品是藥師的八大業務之一

《藥師法》第 15 條第一項：「藥師業務如下：一、藥品販賣或管理。二、藥品調劑。三、藥品鑑定。四、藥品製造之監製。五、藥品儲備、供應及分裝之監督。六、含藥化粧品製造之監製。七、依法律應由藥師執行之業務。八、藥事照護相關業務。」所以「藥品調劑」只是藥師八大「業務」之一而已，既非八大業務之首，更非專屬「權利」！

### 調劑一詞的法律規定

雖然法院對於何謂「調劑」，曾在判決書認定屬「藥事專業」用語，法律既未特別界定其概念範圍，得依「藥事專業」確定之，無須授權。此點筆者不敢苟同，因為藥事相關法規並非藥師專屬法律，即便有授權、亦須合理化！

### 《藥事法》的規定

《藥事法》第 37 條第一項：「藥品之調劑，非依一定作業程序，不得為之；其作業準則，由中央衛生主管機關定之。」第二項：「前項調劑應由藥師為之。但不含麻醉藥品者，得由藥劑生為之。」由此看「調劑」似乎是藥師、藥劑生專屬，但是同法第 102 條第一項：「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。」變成醫師亦可「依自開處方、親自調劑」，顯然法律用語前後矛盾。

### 《藥品優良調劑作業準則》的規定——《藥事法》的子法規

《藥品優良調劑作業準則》第 3 條：「本準則所稱調劑，係指藥事人員自受理處方箋至病患取得藥品間，所為之處方確認、處方登錄、用藥適當性評估、藥品調配或調製、再次核對、確認取藥者交付藥品、用藥指導等相關之行為。」從文義看來，

好似都是「藥事人員」專屬，但同準則第 24 條：「醫師依本法第一百零二條之規定得親自為藥品調劑者，準用本準則之有關規定。」據此，「調劑」又似非「藥事人員」所專屬，醫師在某些條件下，亦準用之。

### 現行醫藥分工（業）係處所分工、非專業分工

民國 87 年 5 月 6 日衛署藥字第 87017106 號函釋說明二：「政府推動醫藥分業，係提供民眾有『知所服藥物』與『自由選擇調劑處所』之權利，現行法令雖未強制規定醫師『應釋出處方箋』，惟為尊重消費者之權利，仍請醫師公會輔導會員交付處方予病患，以便民眾持處方箋，自由選擇調劑處所，尊重民眾權利。」依此函釋說明，似乎藥品處方箋是「處所調劑」、非人員調劑，即便處所調劑有理，但是法律的規範卻相當鬆散！

### 調劑藥局並無營業時間、收費標準

《藥師法施行細則》第 7 條：「藥師執行本法第十五條第一項第二款所定藥品調劑業務，除依照本法第十二條、第十六條至第二十條及藥事法相關規定辦理外，並應在其作業處所標示受理調劑作業時間及佩戴藥師執業執照。其不在時，應有暫停受理調劑之標示。」在實務上，法律「標示受理調劑作業時間」的規範，多數藥局並未實踐；又《醫師法》第 20 條：「醫師收取醫療費用，應由醫療機構依醫療法規規定收取。」《醫療法》第 22 條第二項：「醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立收費項目收費。」在各醫療人員法規範中，僅有藥師法中「沒有收費標準」。

### 結語——如果藥品調劑是權利，權利人應該屬於病人

筆者於民國 85 年嘗試釋出慢性病處方箋（當年尚無連續處方箋），86 年 3 月 1 日起全面釋出處方箋給隔壁二等親經營的健保藥局，期間的波折非三言兩語可以道盡，總算到 90 年教師節被告知隔月起不再接受處方箋，所以筆者的慘痛經歷可以舉出百個以上醫藥分工注定失敗的理由。

其中最常聽見的抱怨是「病人願意在診所看病、不願意去藥局調劑（而被強迫推銷商品）」，因為醫藥分工一直忽略醫療應「以病人為中心」，必須以病人的醫療權益與用藥安全列為優先考量，醫療過程中的種種行為都是醫療人員對病人的義務、非權利，病人有絕對的權利選擇值得信任、有資格調劑的醫療人員，也就是醫師或藥師！

#### PROFILE 本文作者



李志宏醫師

#### 現任

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

#### 經歷

- 中華民國醫師公會全聯會第 9 屆公關委員會委員
- 醫師公會全聯會第 9 屆醫事法規委員會委員
- 醫師公會全聯會第 9、10 屆醫事法律智庫副執行長
- 中華民國醫師公會全聯會第 10 屆副秘書長





## 「照拿藥」與「醫師親自診察」規定之法律探討

文／楊玉隆

未親自診察義務在臨床實務上，常發生病患家屬代為拿藥、假日住院病人、平日由值班醫師看病人、被會診病人未親自診療而發生醫療糾紛等，也曾遇過假日家屬破口大罵今天主治醫師怎麼沒有來等醫病問題。未親自診察近年來最有名的案子應該是邱小妹人球案。目前我國法律規定，醫師之親自診察義務有兩個例外，允許醫師以通訊方式診察，並允許非醫師實行治療，包括偏遠地區與特殊急迫情形。至於開立診斷書並無例外，仍須醫師親自為之，但偏遠地區及特殊急迫情形都沒有適合的規範加以說明。

**醫**師法第 11 條第 1 項規定：「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。」第二項：「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。」親自診察在現行醫療體系的運作下，學說上可分為形式上的親自診察原則和實質意義的親自診察原則：形式上的親自診察原則代表醫師人到現場加以診察，實質意義的親自診察可能為醫師間的電話或其他聯絡方式溝通，但被會診或詢問的醫師並未到場，對於病人的狀況或許有一定的了解，但法律上目前採用的仍是形式上的親自診察原則。

而親自診察一定時間後，是否可再重複相同之醫療行為，其實在符合以下幾點時，衛生署的態度並不加以反對，目前應該適用於門診慢性處方，但住院病人仍不能適用。

而在行動不便病人的判定上，仍有很多的模糊空間，醫療與法律的看法就可能產生不少歧見。

### 以下中央衛生行政主管機關就醫師親自診察義務函釋規定

➊ 中央衛生行政主管機關就醫師親自診察義務規定不明確：

1.1982 年時衛生署表示，針對長期或慢性病患，病程進展較為穩定，醫師若確信可以掌握病情再開給相同方劑，即使病患未親自到醫療機構就診，而請他人代為拿藥，醫師可不須再次對病患親自施以診斷後再予開給，惟若有醫療疏失，其責任仍應由該醫師負責（行政院衛生署（71）年衛署醫字第 410269 號函。）所謂之「醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情」這是衛生署最早出現的函釋，其中違反的法律效果與責任歸屬，後續之法規命令並沒有說明。

2.1986 年衛生署表示，在糖尿病之情形，醫療機構得經醫師處方提供患者注射藥品，由其攜回自

行在家注射，以免患者頻頻往返於醫療機構接受注射之不便（行政院衛生署（75）年衛署醫字第 629155 號函。）。

3.2001 年 2 月 1 日衛署醫字第 0890035304 號函卻又稱：「醫療行為之執行，應以醫師親自診治病人為要件，以決定病人之治療方針或用藥；且病情隨時均可能發生不可預測之變化，因此，醫師對其診治病人，均應再次對之親自診察，始得開給方劑治療。病人掛號後，醫師未經診察，即指示藥事人員或非藥事人員依照上次看診結果之處方拿藥，醫師應屬違反醫師法第 11 條規定，該非藥事人員應係依違反藥師法第 24 條處罰；若非經醫師指示，診所其他人員逕依上次看診結果之處方拿藥，不論其是否為藥事人員，應認屬違反醫師法第 28 條規定，該診所及其負責醫師應以違反醫療法第 81 條及醫師法第 25 條規定處罰。」亦即，若慢性病人有到醫療機構就診，此時醫師就應親自診察，不得逕依上次看診結果指示藥事人員拿藥交付病患。

4.2003 年衛生署對「醫師親自診察」規定得（一）透過「電話或其他通訊方式」，進行掛號、問診與處方，並記載病歷；（二）慢性病患因故無法親自至醫療機構就醫者，委由他人向醫師陳述病情並領取方劑；（三）郵寄藥品及處方箋。（2003 年 5 月 23 日衛署醫字第 0920028173 號函。）

5.衛生署 2004 年表示「對於須長期服藥之慢性病人，因行動不便或出國等因素，無法親自到診，委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給相同方劑，尚無不可（行政院衛生署（93）年衛署醫字第 0930213429 號函釋。）。」

➋ 臺北市政府也針對「醫師親自診察」問題頒布了單行規章，「臺北市政府衛生局處理違反醫師法第



表一 臺北市政府衛生局處理違反醫師法第十一條規定認定原則

|   |                                                                                                         |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 一 | 臺北市政府衛生局為公平、明確處理醫師違反醫師法第十一條規定事件，統一認定標準，特訂定本原則。                                                          |
| 二 | 醫師對於須長期服藥之慢性病人（原已在該院所就醫，其慢性病症已載明病歷），因行動不便或出國等因素，無法親自到診，委請他人向醫師陳述病情，醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情，再開給「相同」方劑，不予處分。 |
| 三 | 醫師對於須長期服藥之慢性病人，無法親自到診，委請他人向醫師陳述病情，開立「不同」方劑，屬違反醫師法第十一條規定，應依同法第二十九條之規定處分。                                 |
| 四 | 醫師對於非慢性病患者或非行動不便之病患，以電話、視訊或其他非親自診察之方式，診斷開立方劑者，屬違反醫師法第十一條規定，應依同法第二十九條之規定處分。                              |
| 五 | 醫師如能證明就診當時非出於故意或過失，致無法辨識病患身分者，因不可歸責於醫師，依行政罰法第七條第一項規定，不予處分。                                              |

11 條規定認定原則」（2006 年 11 月 27 日臺北市政府衛生局 (95) 北市衛醫護字第 09539020100 號函），內容如表一。

三 全民健康保險醫療辦法第 10 條後段規定，須長期服藥之慢性病人，以有「因長期臥床，行動不便」或是「已出海為遠洋漁業作業，並有相關證明文件之特殊情況而無法親自就醫者」，且「繼續領取相同方劑」，雖無法親自就醫之病患，仍得享有健保醫療給付；簡言之，無法親自就醫者，若其符合「長期服藥之慢性病人、『醫師依其專業知識之判斷，確信可以掌握病情及開給相同方劑』」，但只限縮在兩種病人，即「行動不便」及「已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，並有相關證明文件」。除非吾人對醫師法第 11 條第 1 項作不同意涵的解釋，

否則衛生署以行政解釋容許長期服藥慢性病人委請他人向醫師陳述病情，實已超過該條可能的文義解釋範圍，無法以「目的性限縮」的解釋理論自圓其說，也與醫師法第 11 條第 1 項但書的文字有無法相容的衝突。

四 法院審判就醫師親自診察義務認定不一：

1. 高等法院台南分院 94 年度重上更（二）字第 278 號刑事判決認為：「醫師法第十一條之立法精神在規範醫師對從未診視過之患者，於病情不明情況下而予以處方之行為；若該患者已經詳細檢查，病情明顯，醫師任何處置皆有所本，即應不屬醫師法第十一條處罰之範疇。」
2. 最高法院 94 年度台上字第 2676 號判決另認為：「醫師法第十一條第一項前段規定：『醫師非親

自診察，不得施以治療、開給方劑或交付診斷書」；旨在強制醫師親自到場診察，以免對病人病情誤判而造成錯誤治療或延宕正確治療時機，尤以高危險性之病人，其病情瞬息萬變，遇病情有所變化，醫師自有親自到場診察之注意義務及作為義務，依正確之診察，給予妥適之處分治療，以保障醫、病雙方權益，因此，該規定能否限定解釋為醫師曾為病人診察，自認瞭解病情，病人之病情若有變化，亦可依以前診察之認知，省略再次診察之手續，逕指示醫師以外之醫療人員，例如護士逕為治療？非無疑竇，又護士所受訓練，偏重護理而非醫療，縱使經驗豐富之護士，亦不能取代醫師之診察。……惟依上開說明及卷內證據資料，上訴人向護士表明郭王月春病情有所變化、情況危急，被告等接獲護士之口頭報告後，雖指示護士給予藥物治療，雖其治療尚稱持續，然被告等僅據護士口頭報告病情變化，未親自診察，即指示護士給予藥物治療，是否適當？有無違反醫師法第 11 條第 1 項前段規定之親自診察義務？執行職務有無過失？又郭王月春手術後，若已獲儀器或護理人員之密 監視，能否排除醫師法第 11 條第 1 項前段規定之適用？原判決均未深究，即謂被告等已盡力而為，縱未親自看察，亦無過失等語；自屬違誤。」

五 學說理論就醫師親自診察義務見解不一：

1. 王皇玉教授指出醫師法第 11 條第 1 項但書對於「有急迫情形」訂有得以通訊方式進行急救診察的外規定，且違反親自診察義務至多構成過失，是否應負責任仍應進行因果關係之審查外，並認為醫師親自診察義務之範圍，應依據目前醫療結構現，以及避免誤診之目的解釋來限縮醫師法第 11 條第 1 項的適用範圍，而區分 種情況。一種

是醫師從未當面診察過，或是過去雖曾當面診察過，但從時間間隔來看，無法依先前診察而掌握當下病情之情形。此情況若醫師未親自問診而導致病人死亡，當然應負過失責任。但如果是另一種情形，即醫師正持續治療中的病人，從時空緊密關係，以及周邊醫療人員與醫療儀器的監控密度來看，醫師縱未到場，仍能依先前診察經驗，以及其他醫療人員或設備的監控之下，充分掌握病情，無誤診之虞，而給予投藥、治療，則並不違反醫師親自診察義務。王教授認為最高法院的該判決要求醫師「在有限時間內必須次次親自診治，實屬強人所難，亦忽略了現代醫療具有的團隊分工、互相支援性質」，而且在急救過程中，分秒必爭，醫師若在趕到現場之前，能先以通訊方式下達指令指揮現場人員急救，或判斷病患轉院的需要，或許反而是對病患更有利的作法。因此將醫師親自診察義務解釋為醫師一定要在現場診察，在行政管制面上，或可要求，但是用來作為刑法解釋的標準，並不妥當，應有修正之必要（參見王皇玉，論醫師的說明義務與親自診察義務—評九十四年度台上字第二六七六號判決，月旦法學雜誌，第一三七期，頁 278-280，2006 年。）。

2. 律師黃清濱博士採取「形式意義診察」見解，認為醫師法第 11 條「醫師親自診察原則」中所謂之診察的範圍，應解釋為傳統醫療行為。傳統醫療行為的定義係指：凡以





治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為之診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為之處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部之總稱。醫療行為之執行，應以醫師親自診治病人為要件，以決定病人之治療方針或用藥；且病情隨時均可能發生不可預測之變化，因此，醫師對其診治病人，均應再親自診察，始得開給方劑治療。這是醫師親自診察原則的核心領域。（參見黃清濱，東海大學法律學研究所博士論文，醫師親自診察原則之研究，103年1月，頁286。）

3. 王志嘉博士採取「實質意義診察」的見解，認為醫師法第11條之立法精神在規範醫師對從未診察過的患者，於病情不明情況下而予以處方之行為；若該患者已經詳細檢查，病情明顯，醫師任何處置應該皆為有所本，即應不屬醫師法第11條處罰的範疇。因為，醫院中每位醫師要照顧多位病人，此外有門診、開刀、特殊檢查以及與醫療有關的臨床及學術會議。因此病人的醫療工作乃為團隊工作，可以互相支援，並密切配合，

期能在有限之人力及時間內給予每位病人最好的照顧。（參見王志嘉，論醫師親自診察義務，軍法專刊第56卷第1期，頁196-197。）

本文認為行政機關「行政解釋」、全民健康保險醫療辦法第10條（法規命令），及「臺北市政府衛生局處理違反醫師法第11條規定認定原則」（地方自治的單行法規），都是位階較低的法規，是可以用來解釋法律，但是不能超過醫師法本身的文義及立法意旨。衛生行政主管機關過度對醫師法第11條適用範圍的限縮解釋，已過度且扭曲了立法意旨；而擴張醫師法第11條適用範圍亦不無問題，並可能有違背法律保留原則之虞，應該朝醫師法第11條修法的方向進行，透過修法及法規的明確授權來避免大家無所適從，應該是比較適當的方向。

醫師親自診察是不是就是醫師與病患當面接觸？話說我國醫師法（於1943年國民政府（32）渝文字第599號訓令制定公布）繼受國日本，該國醫師法相關法條是指「醫師應親自為病人診察，不可以委託他人代理」之意，並不是醫規定醫師診察須

以當面接觸病患為要件（日本国医師法 20 条:医師は、自ら診察しないで治療をし、若しくは診断書若しくは処方せんを交付し、自ら出産に立ち会わないで出生証明書若しくは死産証書を交付し、又は自ら検案をしないで検案書を交付してはならない。）但是我國之後相關「醫師親自診察」之解釋命令，均規定醫師診察病人，病人必須親自到診，或醫病雙方須以當面接觸為要件之說法，基本上已悖離「醫師應親自為病人診察，不可以委託他人代理」立法本旨。

本文認為，醫師法第11條所稱之「親自」，應與營養師法第13條所稱之「當面」作意義上的區隔。「當面」的範圍較為限縮，指病患所在的現場。而「親自」診察，應著重在醫師親自蒐集、接觸醫療生理資 並作成判斷，不假借他人判斷病情而言，亦即營養師法13條（營養師應親自執行業務，不得由他人代理；營養師執行前條第1項第1款、第2款業務時，應當面進行。）（營養師法第13條營養師業務如下：一、對個別對象健康狀況之營養評估。二、對個別對象營養需求所為之飲食設計及諮詢。三、對特定群體營養需求所為之飲食設計及其膳食製備、供應之營養監督。四、臨床治療飲食之設計及製備、供應之營養監督。

前項第三款所稱特定群體，係指需自團體膳食設施固定接受膳食之群體，其類別、人數、用膳餐次及營養師設置之相關規定，由中央主管機關定之。）所稱之「不得由他人代理」之義，因此空間範圍應較「當面」為廣，包括非當面的親自行為。

在醫師從未當面診察過，或是過去雖曾當面診察過，但從時間間隔來看，無法依先前診察而掌握當下病情之情形，「當面」診察病患有其必要性與合理性。至若醫師正持續治療中的病人，從時空緊密關係，以及周邊醫療人員與醫療儀器的監控密度來看，醫師縱未在场，仍能依先前診察

經驗，以及其他醫療人員或設備的監控之下，充分掌握病情，無誤診之虞，非「當面」診察而給予投藥、治療，則並不違反醫師親自診察義務。

本文認為對醫師法第11條規定「醫師親自診察」義務應做新的詮釋，「親自診察」應著重在實質意義診察，核心意旨在於醫師應親自接觸與判斷病患資料，不使他人代理，亦不以當面接觸病患為要件，但於執行初診、特殊或緊急醫療業務時，醫師應當面進行。至若使他人代為蒐集病患生理資 的行為，就個案病患的情況而言具有合理性，則醫師不論用何種方式接觸與判斷病患資料，亦均不致於違反親自診察義務。

本文提出修法建議即第1項後段加諸「但執行初診、特殊或緊急醫療業務時，應當面進行。」為前段所設醫師「親自」接觸分析判斷病患資料，且應當面接觸病患（病患本身亦為資料之一部分）之但書所列舉之情形，同時亦突顯第1項前段無須當面接觸病患之重要意涵。

| 本文建議版                                                                                                                                                                                                                | 現行條文                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>醫師法第 11 條</b></p> <p><b>醫師施行治療、開給方劑或交付診斷書，應親自診察，不得由他人代理。但執行初診、特殊或緊急醫療業務時，應當面進行。</b>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。</p> <p>前項所定之通訊診察、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。</p> | <p><b>醫師法第 11 條</b></p> <p>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。</p> <p>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。</p> |



楊玉隆醫師

PROFILE 本文作者

**■ 現任**

- 中華民國仲裁協會仲裁人
- 亞洲大學財經法律學系兼任助理教授
- 中華民國醫師公會全聯會醫事法規委員
- 台灣家庭醫學會理事
- 彰化縣醫師公會理事
- 彰化縣埔心鄉楊玉隆家庭醫師科診所負責醫師

**■ 學歷**

- 國立陽明醫學院醫學士
- 美國哈佛大學公共衛生碩士
- 國立中正大學法學博士





106 年 2 月 16 日，衛生局（黃志中局長）認證「厝邊好醫師」。



100 年 12 月 20 日，衛生署邱文達署長頒發社區醫療服務獎。



106 年 03 月 11 日，代表醫療群到台大第七講堂參加分級醫療討論。

## 如何改善家庭醫師計畫，壯大基層醫療

文／王宏育

為了健全基層醫療，衛福部及健保署希望擴大醫照護計畫，費用由 2016 年的 11.8 億增加到 2017 年的 15.8 億，「無功不受祿」，多拿這筆錢當然要付出代價，健保署希望擴大醫照護的涵蓋面（增加參與的診所數和被照顧的病人數），不過大部份的健保會委員，都希望「還能」「同時」提升照護品質，前者黃振國理事長很有研究，健保署也有許多數據，殆無疑問。後者要量化照顧品質不是一件容易的事情，本人意見如下：

1. 首先要說明：今日的大岡山醫療群，也不是無中生有，自從民國 93 年成立，一直在努力學習之中，其中最重要的是，民國 93 年健保

署高屏業務組有成立一個「家庭醫師照護計畫推動小組」，由各縣市推派 2~3 位熱心的執行長，加上「許課（長）」，「彭課（長）」等高屏業務組同仁，常常開會集思廣益，互取所長，舉辦了許多場次的「觀摩座談會」，邀請比較認真的醫療群（執行長）分享經驗，且都印製講義，還記得那個時候，大家都很有熱忱，幾乎全員參加。還有一次是把義大醫學院可以容納 600 人座的育成大樓一樓大廳包下來，甚至邀請到家庭醫學醫學會的龍頭，邱泰源理事長親自來幫大家上課，促進各醫療群多方面的進步（馬遠成醫師堅持…

…）。接著又發展了兩兩醫療群互相「實地」觀摩，令人印象最深刻的是岡山醫療群去觀摩鳳山醫療群（其合作醫院為鳳山醫院委託高雄長庚醫院經營），才發現鳳山醫療群都是邀請長庚醫院的教授級醫師演講，水準之高，刺激了岡山醫療群的學術活動品質提升，這些「老師們」都令大岡山醫療群心存感激。

2. 吾人認為家醫照護計畫也必須變更評分方式，否則把一些有特色的醫療群淘汰退場，變成笑話一則。舉例而言，本人忝為第十屆醫師公會全聯會老人長照小組委員，記得約兩年前，在小組第五次會議時，有兩位共同主席，陳亮恭教授和陳宗獻理事長，後者在會議中公開發言：大岡山醫療群做的很好，很在地化、社區化，可不可以率先做一個嘗試，甚至做一個模範，醫療群和居家照護做一個結合，這可能是一個很好的合作模式，結果呢？本人的醫療群有某位醫師到秀傳醫院的護理之家幫忙照顧老年人，在電腦選擇家醫照護計畫會員的制度之下，這些老人就變成他家醫照護的會員，住在護理之家的這些老人們，當然此較容易生病，比較容易跑急診，比較容易住院，這樣子就把整個醫療群的指標拖垮了，「最不合理的是我們的評分制度」，

前 40 名得滿分，後 60 名得零分，40 名和 41 名分別在天堂與地獄，運氣成分極大，所以也有可能因為醫療群內有一位醫師去做居家照顧，我們這組的指標原本是 35 名掉到 41 名，那就一敗塗地，永難翻身。類似此情況，輕者需要寫檢討報告書，才能留校察看，重者就被解散退出，您覺得這樣的評分標準公平嗎？

3. 台灣雖然不大，城鄉差距非常懸殊，家醫群目前有兩種型態，在台北、高雄、台中市區，有醫學中心，我們稱為都會區型。在岡山、旗山、埔里、新營我們稱為非都會區型。另外我還希望能提升「更需要被照顧」的偏遠地區，如高雄市的阿蓮區、內門區，甚至台東的太麻里，我們稱為偏鄉地區。這三種類型的醫療群，若其評分標準、方式都一樣，不但不合理，也非常不公平。
4. 本人強烈建議對 300 多個醫療群要有三種評分方式。若暫時做不到，也應該有一個 30% 比重的自我評分方式，供有特色醫療群發揮，可以幫助偏鄉、有創意的、先天條件不佳但非常優秀的醫療群、給予合理的評分待遇、至少不要莫名其妙「被」勒令退場。



101 年 9 月 19 日，至疾病管制局領取見疫勇為獎。



94 年 7 月 12 日，醫療群的醫師們在盧榮福理事長家 3 樓，利用乒乓球桌克難開會。



舉例來說，阿蓮區有 10 家診所，目前只有明成親子診所加入大岡山醫療群，若能由汪忠川醫師的健康診所主導，配合阿蓮區唯一的地區醫院（長佑醫院），加上明成診所大岡山醫療群的經驗，可以組織一個醫療群，提升當地的醫療水準，造福鄉里。只是，若依都會區型的觀點（現行規定），「假設」原來的醫療情況是 30 分，經過醫療群的努力，可能可以提升 100% 的水準，「加倍」的進步，那就變成 60 分，可惜的是還是無法達到健保署所訂的及格分數標準 65 分，還是會被淘汰，可見目前這個制度，對偏鄉地區很不公平。

吾人建議增設「自我評分標準」，占總分 30%，此部分可以完全尊重各個醫療群的自主性、獨立性，容許以文字、照片、影片等各種方式，自由發揮。健保署則聘請專家評分。可以舉幾個例子供大家參考：

1. 常常舉辦大型團體衛教活動，提醒民衆關心（維護）自己的身體健康。
2. 友善量血壓中心，在診所外貼上免費量血壓的標誌，減少中風的發生。
3. 強力推行病人及家屬簽署 DNR 意願書，減少末期醫療的浪費，這可以量化。
4. 更努力從事在宅醫療、居家照護、在宅安寧。
5. 定期舉辦畢業後再教育學術演講，提升醫療群醫師醫療品質。
6. 連假、年假、長假期，診所休診時段上網登錄，方便病人。
7. 醫療群多舉辦公益活動，例如大岡山醫療群曾經邀請岡山障福中心早療身障小朋友一日遊（頑皮世界、台南度小月餐），成人身障工坊青年到小琉球一日遊。
8. 醫療群醫師很認真參加「提升家醫群品質觀摩座談會（研習會）」。
9. 醫療群醫師常常到各處做醫學公衛演講（ex: 幫家扶中心新的寄養家庭雙親授課、到社會

局演講教導外配如何照顧小孩、警察局健康講座等），促進國民健康。

### 【註】

106 年有 9 位健保會委員到本人診所實地訪查，尤其干文男委員給家醫照護計劃、大岡山醫療群、本人診所很多指導。4 月 28 日下午在蓮潭會館綜合座談會，諸位委員都有精闢分析，很多建議、指導、鼓勵。尤其陳聰安教授對偏遠醫療部分，多所關心指導等。醫院協會林佩荻副秘書長提到：先前考察壠新醫院所合作的醫療群，也很傑出，但是和大岡山醫療群是很不一樣的形式，前者醫院主導，後者完全由診所的醫師主導，才點醒吾人：都會區型、非都會區型、偏鄉地區型，應該因地制宜，發展不同的特色，採取不同的評分標準，誰曰不宜？

### 《主編加註》

針對醫療群 24 小時緊急服務電話，患者常常記不得，王宏育醫師建議，健保局可以仿造 1999 專線的做法，全國統一用一個淺顯易記的號碼，再分區轉到配合的醫療單位（衛生局、執行中心、後送醫院）的值班醫護人員，以增加 24 小時緊急醫療服務電話使用率，更能降低民眾急診的求診率。

### PROFILE 本文作者



王宏育醫師

#### ■ 現任

- 醫師公會全國聯合會理事
- 醫師公會全聯會公共關係事務委員會副召集委員
- 醫師公會全聯會編輯委員會委員
- 高雄縣醫師公會常務理事
- 家庭醫師照護計劃岡山基層醫療群執行長
- 心路基金會董事
- 王宏育診所院長



大里社區醫療群開會實況。（105/11/18）

## 大里社區醫療群運作經驗談

文／沈宗憲

大里社區醫療群正式成立於 93 年 6 月 1 日，成員包含立人耳鼻喉科診所（耳鼻喉科，老年醫學科）、博生婦產科診所、陳建利診所（家醫，耳鼻喉科）、江宗龍小兒科診所、群欣診所（內科，腸胃病）、大里陳內小兒科診所（家醫，小兒科，內科）、雄安骨科診所，及沈宗憲診所（家醫，安寧緩和科，老年醫學科），顏安耳鼻喉科，鄭曜忠精神科診所等 10 家診所、18 位醫師。醫療群的宗旨乃期望能提升大里一帶社區居民的一般健康及慢性病照護品質，除了療癒一般病痛並能延緩慢性併發症發生，做好民眾的健康守門員。

另一方面在健保署的評核監督下，達到健全分級醫療，強化轉診機制，節省醫療資源的目的。

### ■ 家庭醫師執業環境的變遷

過去，一般開業醫師依照個別的專科領域開立屬於自己特色的專科診所，例如內外婦兒耳鼻喉等，一位專科醫師有時必須兼看其他較不專長的疾病，若病人的治療不成功，在缺少醫師主動轉介的情況下，容易變成逛診所或逛醫院的情形，隨著時空變化，醫療資源亟需整合樽節，為使病人得到妥善的照顧，且使診所與診所，診所與醫院間，能擺





加上子女為孝順父母常買一些保健食品給他們。然而，有些健康食品裡的成分跟老人正在服用的藥物會產生交互作用，此時，醫療群醫師就扮演關鍵角色。透過醫師仔細的詢問與檢視，並配合健保署雲端藥歷查詢系統，了解病人目前所用藥物，逐步降低老人重覆用藥或用藥不當的風險，也可減少醫療資源的浪費。

### 社區醫療群的未來任務 居家療護與安寧療護

目前大里社區醫療群已通過安寧療護醫師與護理師訓練，並有安寧緩和醫學會專科醫師資格，有能力配合即將實施之在宅居家療護及安寧療護，由於癌末病患身心靈遭受癌症末期各種症狀的折磨，除了在安寧病房接受先進的緩和治療外，喘息期回家療養若能與安寧居家療護銜接，對紓解醫院安寧團隊壓力，讓病人及家屬無後顧之憂，放心的回家休養，有問題時居家附近的社區醫療群醫師護理師可以持續治療，這將有助於我國安寧療護的完整發展，對民眾的照顧更添完善。

### 新住民的健康照護

家醫制度的持續推演，目前的家庭醫師尚面臨另一挑戰：新住民的健康照護。許多醫師在這幾年間都有察覺到，為數越來越多的外傭，外勞，以及外配新住民現身診間看病，從一般外傷，感冒，腸胃炎，便秘，關節肌肉疼痛，過敏皮膚病，甚至失眠，高血壓等。外配新住民使用國台語溝通大致上還好，外勞外傭則有些言語溝通不佳，常需仰賴翻譯，目前我們暫時使用 google 翻譯，也許以後還需要使用手機即時翻譯軟體輔助醫療，但面對較複雜的適應障礙，壓力的紓解與諮詢，如何克服語言障礙進行較深入的心理輔導，是個棘手的課題。在面對家戶病人的一對小兄妹來看診時，我腦海不

### 社區醫療群的重要任務之一 預防醫學

每年醫療群重要的評核指標，包括家戶會員實施成人預防保健的比例：必須高於一般應照護族群，也就是要求社區醫療群醫師必須鼓勵家戶會員定期接受健康檢查，早期發現異常早期採取相關措施，目前發現高血脂症的盛行率不盡飆升，代謝症候群比例也逐漸增加，高心血管疾病及腦中風風險者馬上接受治療或專科會診檢查，其餘較低風險者必須進行飲食調整及運動，並且安排追蹤及進一步檢查或相關會診，這有助於延緩或遏止慢性病三高的進行。

而除了一般抽血驗尿的成人健檢以外，社區醫療群還必須努力推動糞便潛血的大腸癌篩檢，及子宮頸抹片檢查，這也列入醫療群的評核指標。

再者，每年十月一日起老人流行性感冒疫苗，肺炎鏈球菌疫苗，都在醫療群各診所的踴躍參與下，與衛生主關機關通力合作，不管經由媒體，或由各診所電話催打，都獲得熱烈響應與民眾好評，而這也是醫療群的評分指標之一。以 105 年底迄今流行性感冒的流行被降低了許多，往年克流感及瑞樂沙的放寬使用對象會擴大至 3 月或 4 月底，今年竟然平靜到未發布，可見疫苗施打效果顯著。

簡而言之，預防保健是提升國民健康，進而節省醫療支出的重要方法，而社區醫療群就肩負著這個的重要任務。

### 社區醫療群的重要任務之二 個案疾病管理，避免重複用藥

台中市大里區人口約 20 餘萬人，老年人及幼兒佔大里社區醫療群服務對象最多。因此社區醫療群的醫師扮演非常重要的角色。老年人醫療問題複雜，且大多有多重疾病纏身，老人用藥就是目前亟待整合的問題，多數老人罹患 2 種以上慢性疾病，

脫惡性攻訐與競爭，轉而經由平行轉診或垂直轉診的方式，促進院際合作，共同照護病人，使病人的病情改善，不僅可提升國民健康，更可節省醫療支出。是以近來開業的各專科醫師紛紛加入當地的醫療群，從過去的單打獨鬥轉為團隊照護！舉大里社區醫療群 103 年度為例：除了品質評估指標 91.6 分獲得特優評等之外，當年度結算預估醫療費用（VC）減去實際醫療費用（AE），節省醫療費用達 1784 萬 5951 元，實是令人振奮！再則，社區醫療群的醫師每月召開個案討論會，由各醫師輪流報告並討論切磋，除了增進科際交流互相轉診之外，更有助於醫師醫學知識的拓展。

### 社區醫療群的運作

每年承接健保署交付給大里社區醫療群之最適收案名單（指定會員），使最需被優先照護的個案在本醫療群中，獲得完整的醫療照護。

在行政管理方面，建構資訊系統與健康管理系統，將家戶會員資料匯整上傳健保局申報，並進行各項品質指標作業，如疾病管理，轉診會診作業，個案討論月會，雲端藥歷查詢，預防保健業務與追蹤指標達成情形，家庭醫師認證及展延學分之教育訓練等。

在個案管理方面，提供 24 小時專線諮詢服務，轉診追蹤系統，個案衛教，與中國醫大社區醫學部共同發行「健康家庭」刊物，因病急診或住院時，有 24 小時簡訊通報服務等。

這些作業旨在增加病人對基層診所的認同，建立家庭醫師制度的規模，亦可使計畫預算做更有效益的運用，並可提升醫療品質，確保病患就醫的權益。

#### PROFILE 本文作者



沈宗憲醫師

#### ■ 現任

- 大里沈宗憲診所院長
- 大里社區醫療群執行中心





# 勞基新制上路，診所該如何因應??

整理／林恆圭

例一休上路後，因決議到施行時間倉促，各大公司、中小企業人資中心無不因此次的修法而忙得焦頭爛額。醫療業，尤其是診所，對此次的修法所造成的衝擊也是首當其衝，雖然醫師尚未納勞基法，但是診所的員工卻是屬於勞工，也因此診所經營者在雇用員工時，對於員工的權益、排班的規範、休假日的給予、甚或薪資發放，都必須按照新的遊戲規則來走。

因為篇幅有限，有些因應方式無法詳述於內容中，也期望會員們撥空能多參加相關講座，以期望能有更深入了解。

以下將本次修法的重點濃縮如下，希望本會會員對相關法令有基本的認識，也不至於被員工問到時沒有概念。畢竟診所經營不易，員工因溝通不良挾怨檢舉報復時有所聞，沒有醫師會希望違反相關法令而遭受裁罰，因此對於相關法令一定要有基本認識。

## ■本次修法重點

1. 勞工每 7 日中應有 1 日為例假日，1 日為休息日。
2. 提高休息日出勤工資並將出勤時數納入每月延長工時總數 (46 小時)、並受 1 日工時不得超過 12 小時之限制。
3. 國定假日回歸內政主管機關一致性規範。
4. 提升並強化勞工特別休假權益，提升資淺勞工之特別休假權益並保障新進勞工亦享有特別休假。
5. 輪班制勞工換班之休息時間至少應有 11 小時。

6. 雇主應於發給工資時，提供勞工工資各項目計算方式。
7. 強化保障申訴勞工之權益。
8. 提高罰則部分：
  - (1) 對於違反工資、工時等相關條文，提高罰鍰金額上限至新臺幣 100 萬元。
  - (2) 為強化雇主責任，增訂主管機關得依事業規模、違反人數或違反情節，加重其罰鍰至法定罰鍰最高額二分之一。

## 1. 勞工每 7 日中應有 1 日為例假，1 日為休息（第 36 條）

1. 適用例外：

|                                                               |
|---------------------------------------------------------------|
| <b>實施兩週變形工時</b><br>每 7 日中至少應有 1 日之例假日；每 2 週內之例假及休息日至少應有 4 日。  |
| <b>實施四週變形工時</b><br>每兩週中至少應有 2 日之例假日；每 4 週內之例假及休息日至少應有 8 日。    |
| <b>實施八週變形工時</b><br>每 7 日中至少應有 1 日之例假日；每 8 週內之例假及休息日至少應有 16 日。 |

特別提醒：除四週變形工時可以每 2 周休至少 2 日、4 週共休 8 日外，採用兩週及八週變形工時制，皆須每 7 日中至少休 1 日。診所醫療業固然適用變形工時，但

還是要經過勞資會議同意後才能實施，勞工人數在 3 人以上者，需選舉勞資代表，並 15 日內報當地勞工局備查，任期 4 年，勞資會議每 3 個月舉辦，會議紀錄不必行文備查（勞資會議實施辦法）。

## 2. 休息日工作之時間，應計入第 32 條第 2 項所定延長工作時間總數。（即延長之工作時間，一個月不得超過 46 小時、1 日工時不得超過 12 小時）；因天災、事變或突發事件例外不計入。

### 建議因應方式：

對大部診所而言，一例一休所帶來的最大衝擊，首當其衝的就是休息日及例假日若要開診時，所要增加支付的加班費。以下提供幾種方式供大家參考，希望對各診所的衝擊減到最少。

1. 規模為 5-10 人之診所，可以考慮以變形工時（變形工時排班規則詳見附錄 1）排班制每人每周排班 5 天，可減少另外發給加班費之人事費用成本增加。
2. 規模為 5 人以下之診所：
  - a. 考慮周休二日
  - b. 休息日聘用兼職人員
  - c. 休息日處方釋出
  - d. 休息日約診 執行只須由單人醫師就可完成之工作，如門診手術、檢查、或居家醫療。
  - e. 義工制
  - f. 家族化
  - g. 調整掛號費
3. 休息日當日減少員工工時
4. 重新與員工訂定勞動契約與薪資條件

## 3. 國定假日回歸內政主管機關相關之一致性規範（第 37 條）

刪除以下國定假日：中華民國開紀念之翌日（1 月 2 日）、革命先烈紀念日（3 月 29 日）、孔子誕辰紀念日（9 月 28 日）、先總統蔣公誕辰紀念日（10 月 31 日）、台灣光復節（10 月 25 日）、國父誕辰紀念日（11 月 12 日）、行憲紀念（12 月 25 日）。

## 4. 提升並強化勞工特別休假權益，提升資淺勞工之特別休假權益並保障新進勞工亦享有特別休假。（第 38 條）

1. 特休之調整如下

| 年 資        | 休假日數           |
|------------|----------------|
| 六個月以上一年未滿者 | 三日             |
| 一年以上二年未滿者  | 七日             |
| 二年以上三年未滿者  | 十日             |
| 三年以上五年未滿者  | 每年十四日          |
| 五年以上十年未滿者  | 每年十五日          |
| 十年以上者      | 每年加給一日，加至三十日為止 |

2. 特休日期由勞工排定之，但雇主基於企業經營上急迫需求或因個人因素，得與勞方協商調整。
3. 雇主應於勞工符合特休條件時，依法告知排假之事宜。
4. 勞工之特休因年度終結或契約止而未休之日數，雇主應發給資。
5. 雇主應將勞工每年特休之假期日及未數所發給資額，記載於勞工資清冊，並每年定期將其內容以書面通知。建議若非元月 1 日到職員工，以年資滿期之當月作為計算起點。

## 休假日，國定假日，例假日，特休之加班費計算 休假日之加班費計算

| 加班費       |                | 備註                                               |
|-----------|----------------|--------------------------------------------------|
| 第 1-2 小時  | 平日時薪 X 1 又 1/3 | 1. 四小時以內者，以四小時計。                                 |
| 第 3-12 小時 | 平日時薪 X 1 又 2/3 | 2. 逾四小時至八小時以內者，以八小時計。<br>3. 逾八小時至十二小時以內者，以十二小時計。 |



國定假日加班費計算

| 加班費                   |                      | 備註                                                                                                 |
|-----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 第 1-8 小時<br>(不論加班幾小時) | 平日時薪 x 8<br>(加發一日工資) | 1. 休假日得經勞資雙方同意與其他工作日對調。調移後之員休假日已成為工作日，勞工於該日出勤工作不生加倍發給工資問題<br><br>2. 國定假日適逢例假日或其他無須出勤之休息日，應於其他工作日補休 |
| 第 9-10 小時             | 平日時薪 x 1<br>又 1/3    |                                                                                                    |
| 第 11-12 小時            | 平日時薪 x 1<br>又 2/3    |                                                                                                    |

例假日加班費之計算

|      |                                     |                            |
|------|-------------------------------------|----------------------------|
| 加班條件 | 因天災、事變或突發事件，雇主認為有繼續工作之必要時           |                            |
| 處置   | 應於延長開始後 24 小時內通知工會；無工會組織者應報當地主管機關備查 |                            |
| 加班費  | 第 1-8 小時 (不論工作幾小時)                  | 平日時薪 x 8<br>(加發一日工資) 並補休一日 |
|      | 第 9-12 小時                           | 平日時薪 x 2                   |

特休加班費之計算

| 工作時間                  | 加班費                  |
|-----------------------|----------------------|
| 第 1-8 小時<br>(不論工作幾小時) | 平日時薪 x 8<br>(加發一日工資) |
| 第 9-10 小時             | 平日時薪 x 1 又 1/3       |
| 第 11-12 小時            | 平日時薪 x 1 又 2/3       |

5. 勞工工作輪班制之休息時間（第 34 條）勞工工作採輪班制者，更換班次時，至少應有 11 小時之休息時間

6. 工資各項目計算明細（第 23 條）

- 工資之給付應提供工資各項目計算方式明細
- 雇主應置備勞工工資清冊，將發放工資，工資各項目計算方式明細，工資總額等事項計入，工資清冊要保存五年。

7. 勞工申訴之保護（第 74 條）

- 雇主不得因勞工發現事業單位違反勞基法及其他勞法令規定時所為之申訴，而予以解雇、降調、減薪、損害其依法令、契約或習慣上應享有之權益，或其他不利之處分。
- 雇主為前項行為無法律上效力。

8. 違反部分條文罰鍰提高至 100 萬（第 79 條）

將違反下列行為罰鍰提高為處新台幣 2 萬元以上 100 萬元以下罰鍰

|                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>工時相關</b><br>正常工時（第 30 條第 1 項）、兩週彈性工時（第 30 條第 2 項）、八週彈性工時（第 30 條第 3 項）、加班之規定（第 32 條）、輪班制工作（第 34 條）、繼續工作 4 小時應有 30 分鐘之休息（第 35 條）                       |
| <b>工資相關</b><br>最低基本工資（21 條第 1 項）、工資之給付（第 21-23 條）、雇主不得因第 30 條第 1 項正常工時之修正而減少工資（第 30 條第 7 項）、工資照給、加倍發給（第 39 條）、限期給付工資（第 27 條）、假期或事假以外期間內工資給付最低標準（第 43 條） |
| <b>加班費計算</b><br>加班費之計算（第 24 條）                                                                                                                          |
| <b>應備置項目</b><br>工資各項目計算方式明細、勞工工資清冊並保存五年（第 23 條）、勞工出勤紀錄應逐日記載勞工出勤情形至分鐘（第 30 條第 6 項）                                                                       |

|                                                        |
|--------------------------------------------------------|
| <b>性別保護</b><br>不得有性別上之差別待遇（第 25 條）、女性夜間工作（第 49 條第 1 項） |
| <b>其他</b><br>勞工職災補償 勞工職災補償（第 59 條）                     |

附錄一：

「變形工時」無論怎麼排，務必參考且符合勞基法第 36 條的規定。

第三十六條

勞工每七日中應有二日之休息，其中一日為例假，一日為休息日。

雇主有下列情形之一，不受前項規定之限制：

- 依第三十條第二項規定變更正常工作時間者，勞工每七日中至少應有一日之例假，每二週內之例假及休息日至少應有四日。
- 依第三十條第三項規定變更正常工作時間者，勞工每七日中至少應有一日之例假，每八週內之例假及休息日至少應有十六日。
- 依第三十條之一規定變更正常工作時間者，勞工每二週內至少應有二日之例假，每四週內之例假及休息日至少應有八日。

雇主使勞工於休息日工作之時間，計入第三十二條第二項所定延長工作時間總數。但因天災、事變或突發事件，雇主使勞工於休息日工作之必要者，其工作時數不受第三十二條第二項規定之限制。

第三十條之一中央主管機關指定之行業，雇主經工會同意，如事業單位無工會者，經勞資會議同意後，其工作時間得依下列原則變更：

- 四週內正常工作時數分配於其他工作日之時數，每日不得超過二小時，不受前條第二項至第四項規定

- 之限制。
- 當日正常工作時間達十小時者，其延長之工作時間不得超過二小時。
- 女性勞工，除妊娠或哺乳期間者外，於夜間工作，不受第四十九條第一項之限制。但雇主應提供必要之安全衛生設施。

依中華民國八十五年十二月二十七日修正施行前第三條規定適用本法之行業，除第一項第一款之農、林、漁、牧業外，均不適用前項規定。

30 條第 2 項：『同意後，得將其二週內二日之正常工作時數，分配於其他工作日。其分配於其他工作日之時數，每日不得超過二小時。但每週工作總時數不得超過四十八小時。』

30 條第 3 項及第 4 項：『第一項正常工作時間，雇主經工會同意，如事業單位無工會者，經勞資會議同意後，得將八週內之正常工作時數加以分配。但每日正常工作時間不得超過八小時，每週工作總時數不得超過四十八小時。前二項規定，僅適用於經中央主管機關指定之行業。』

第 32 條第 2 項：『前項雇主延長勞工之工作時間連同正常工作時間，一日不得超過十二小時。延長之工作時間，一個月不得超過四十六小時。』

參考資料

- 林義龍醫師提供資料
- 醫師公會全聯會勞基法 Q&A
- 台中醫林會刊第 93 期「一例一休診所應變顧生存」鄭煒達醫師

PROFILE 本文作者



林恆圭醫師

■ 現任

- 慶耀聯合診所負責醫師

■ 經歷

- 台中榮總兒童醫學部過敏免疫科主治醫師





## 一例一休的建議

文／林釗尚

**臺**灣的醫療服務是全世界最好的，健保的滿意度最好，這都是建築在醫療院所日以繼夜的開診，常常是早上、下午、夜間都看診，這也是醫師過勞的現實狀態；這情況在今年一例一休的新規定實施後，將會改觀，因很多診所將會受限於一例一休的休息日加班規定而減少診次。

有人說，醫療行業是輪班制，可適用四週變形工時，不受一例一休影響，這句話頂多講對一半，因為若是輪班制的，就可以將週六及週日的例假日休息日調移到週一到週五，可是目前全國診所約一萬家，其中約 7000 家是單人單藥師診所，尤其是偏鄉地區幾乎都是單人單藥師診所。是無法適用四週變型工時的。

所以在一例一休後，診所藥師跟護理師的排班會出現問題，因大部分診所是一個人的診所，開診上班大部分是禮拜一到禮拜六，從以前到現在藥師護理師也是跟著這樣上班，但一例一休後，若要禮拜六來上班，就變成休息日上班，這樣的話，一個診所，單純週六一天，藥師護理師的休息日加班費成本就是平常日上班的三倍。這會造成診所週六日開診困難，就算醫療院所要支出高額加班費，但一例一休後，還是會造成原本人力短缺的診所更難找到人力，因藥師護理師也不願意星期六日來上班，所以會有人力需求的增加，尤其是單人診所或偏遠地方更是難上加難。

所以一例一休執行面的實際情況，應重新檢討，這沒有誰對、誰錯的問題，畢竟各行各業的特性不同，不能用「一竿子」法則。

### 訴求

**第一個：修正一例一休的休息日加班費時數計算不合理規定**，因一例一休的規定是若開診上班二

個半小時，就要給付四小時加班費，上兩診六小時要給付八小時加班費，這真的負擔太重了，真的要有更適合醫療業的條例。所以真心盼望修正現行一例一休的休息日加班費計算法令，建議醫療院所休息日加班的時數計算，改按實際上班時間計算，即上班一診三小時就給付三小時，上兩診六小時給付六小時，避免醫療院所因一例一休實施而減少在週六日為民眾的看診服務的診次。

### 第二：診所假日看診，非不為，是不能也！

建議修改法令，在假日休息日，藥師休息時，醫師得有緊急調劑權去為偏鄉地區民眾開診服務；因為在休息日，就算有診所要給藥師高額加班費，可是藥師也不一定要來上班；以避免發生阿公阿媽帶孫子看病還要跑到一公里外的藥局去領藥，也有可能領不到藥被打槍的情況。

醫師有假日休息日緊急調劑權才可鼓勵單人診所休息日假日開診，也可減少醫院急診血汗醫療，否則一例一休的政策與衛福部推動的提高假日開診率的政策是相違背的。

因單人診所假日看診，非不為，是不能也。

### PROFILE 本文作者



林釗尚醫師

#### ■ 現任

- 台灣兒科醫學會常務理事
- 台中市大台中醫師公會理事
- 台中市山海屯診所協會理事長
- 中華民國診所協會全國聯合會秘書長
- 台中市林釗尚小兒科診所院長



## 20 年開業生涯及心得感想

文／鄭集鴻

**目**前衛生福利部改善國內醫療六大策略中，提及鼓勵基層診所聯合執業，奉診協全聯會曾梓展理事長指示，要為會刊寫一篇有關聯合門診的文章，小弟今年剛好開業第 20 年，診所發展的模式恰好是聯合數個科別一起執業，在此將這些年的經驗和心得整理一下，為大家做報告。

我是在林口長庚醫院接受內科和腎臟科訓練，1997 年自行開業，在當時並無規定需要護理師及藥師，所以是名符其實的「一人」診所，因為有透析（洗腎）的業務，當然還是聘用了六名護理師，再加上一位行政人員就開啟了我的基層生涯。那時候，洗腎診所不多，洗腎點值也還不錯，大多數腎臟科醫師開業就只做洗腎業務，不看一般門診。個

人因為對腎臟科門診很有興趣，加上有一些粉絲病患從醫院跟來診所，於是就持續看下去了。

每位醫師開業，都會期望門庭若市，我當然也不例外，本來也想做內兒科的一般門診業務，大小通吃，但不知道是什麼緣故，民眾自動將我定位成「成人慢性病診所」，一般感冒急性症狀病患很少，小孩幾乎沒有。開業第二年冬天，全國流感爆發，那時，尚無流感疫苗施打，隔壁的耳鼻喉科診所每天看診三四百人，而我的診所仍然看不到感冒病患，從那之後，就接受事實專心做慢性病照護，以看腎臟病和糖尿病為主。

開業前五年，都是「一人醫師」診所，慢性病門診和洗腎業務兩頭忙，最多每週看診達 18 節，

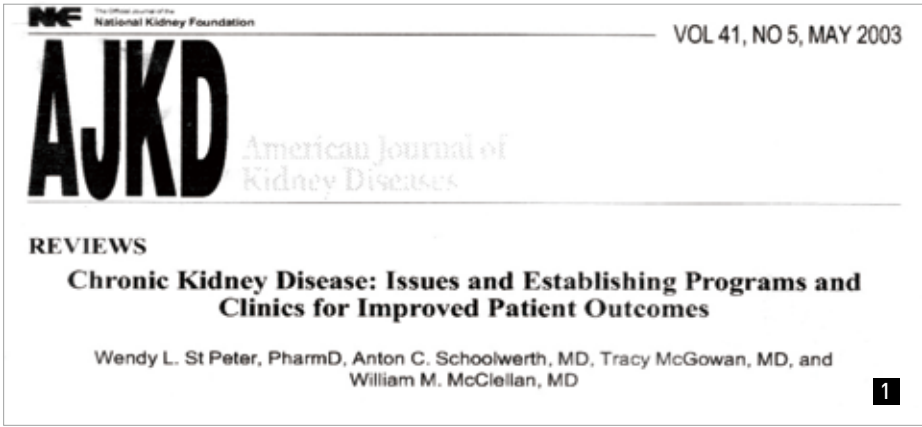


可以說沒有家庭生活，有一年暑假，竟然沒有帶小孩出去玩，說來真是愧疚，直到學弟加入，看診節數才逐漸減少。2003 年，在 American Journal of kidney Disease 看到一篇有關照護慢性腎病的文章（圖一）提及要將這類病患照顧好，應該組成一個多專業的團隊（multidisciplinary team），除了醫師以外應包括衛教師、營養師、藥師，甚至社工師。那時，醫藥開始分業，藥師已經聘僱，再將護理師轉成衛教師，又加入一位專任的營養師，腎病照護團隊就初步成形。次年，國民健康局開始推廣腎臟病健康促進機構，我們診所提出申請，也在第二年獲得認證，並且在 2008 年被評選為全國最佳腎病照護院所之一（圖二）。後來，因為越來越多腎病患者是因為糖尿病而導致，我也去上課，加入糖尿病照護網，並取得糖尿病衛教學會（CDE）衛教師資格，診所也被國健局評定為糖尿病健康促進機構，因為 DM 照護成果不錯，而榮獲特優獎的肯定。

開業的前 10 年，診所承租在住商混合的大樓之中（圖三），因為病患出入較多，常被住戶抱怨，經過腎友家屬介紹，標到一塊政府公有地，本想蓋一棟三層樓建築，夠做門診和洗腎業務就好，但是，

建築師認為土地價格昂貴，蓋三層樓很不划算，於是規畫成七個樓層（圖四），導致貸款倍增，債台高築，辛苦不堪。多了診間，又有營運壓力，多位醫界前輩建議找急性科別如耳鼻喉科或小兒科合作，業務成長會比較快，不過幾經深思還是以照護腎臟病患為主軸發展，找來心臟科、胃腸科、新陳代謝科和皮膚科醫師加入團隊，為腎友作完整照顧。

開業 20 年，剛好見證台灣健保醫療 20 年的畸形發展，原本規劃的分級轉診和住院、門診總額制，變成自由就醫，醫院、基層總額制，結果大型



醫院大小通吃，地區小醫院和診所經營日益艱困，服務量逐年萎縮。醫療的本質是診斷和治療，不是親切和方便，能夠幫病患做出正確診斷和有效治療才能得到病患的信任。因為總額的緣故，為了維護基層點值，大多診所醫師不願也不能做診斷的工作，僅憑臆斷在做症狀治療，也排斥用先進昂貴的藥物；如此一來，民眾自然對基層失去信心，只能往大型醫院跑，而大型醫院為了增加營收，也來者不拒，大肆擴張，形成醫療怪獸。醫院主要的任務應該是住院服務，是針對生命跡象不穩定，需要密集連續性治療的患者提供照護，只要病患生命跡象穩定，診斷和治療的工作應該都在基層診所盡量完成，基層醫師能夠幫病患做診斷和治療，才能得到信任和尊敬。衛福部林奏延部長和健保署李伯璋署長最近在推「強化基層能力」，個人非常認同，以 20 年經驗來看，基層一定可以把慢性病患包括腎友照護的很好，這類病患完全不需要在大型醫院就醫，尤其是醫學中心。

小弟目前也擔任台灣基層透析協會理事長，全國目前有 360 家洗腎診所，照護三萬二千位腎友。門診洗腎是一項穩定的慢性治療，腎友每隔兩天需

往返院所，所以應該要回歸社區，讓基層院所來執行這項任務；但是，目前各大醫學中心和區域醫院競相擴增洗腎床位，不僅背離應有的急重症照護任務，也浪費寶貴的醫療資源和社會成本。洗腎病患在基層治療，是醫療分級最好的示範，腎友往往有多重共病，可以在基層其他科別院所就醫，對基層的發展有實質幫助，期盼西醫基層院所不要為了點值之故而排斥腎友以及洗腎診所，只要洗腎病患能夠在基層得到各科完整的照護，就代表基層的能力已經提升，分級醫療就一定能夠落實，我們基層和整個台灣醫療就能穩健發展，長久守護國人健康。

PROFILE 本文作者



鄭集鴻醫師

■ 現任

- 安慎診所院長
- 台灣腎臟醫學會理事
- 台灣基層透析協會理事長

■ 經歷

- 署立新竹醫院內科主治醫師
- 林口長庚醫院腎臟科主治醫師





## 新竹市診所協會的成立感言

文／陳志宏

Apple 製造出來的 iPhone 在短短 10 年內改變了全世界，徹底改造了全世界人類的生活方式。健保 20 週年，也徹底顛覆了台灣的醫療體制，改變了原本純樸的醫病關係，重創六大皆空科別的人力資源。原來在國際間讚譽有加的台灣全民健保，竟然來自剝削全體醫療從業人員的血汗。

在那股醫療低氣壓的背景下，每天看診心情就像那每況愈下的點值，盪到谷底。就在這沈悶的寒冬裡，廖明厚兄帶來了一項令人振奮的消息……「聽說在中部的診所協會，獲得內政部的同意，成立了全國性的診所協會全聯會。」嗯！有全國性的組織，那力量肯定大得多。

當時新竹市醫師公會的理事長，雖然仍由基層醫師執掌，但是鄰近的桃園市以及新竹縣，理事長

卻都來自醫院。雖說不管來自醫院或基層，只要是肯做事的人才，大家都給予同樣的支持。但反映在實務上，當醫師們在執業中遇到問題需要與上級主管機關溝通反應時。醫院醫師們有醫院協會、財團醫院…等，可以有效率地直接溝通。至於單打獨鬥的診所醫師，所能仰賴的只有醫師公會而已。

於是在我們的大家長，吳國治理事長的高瞻遠矚間接鼓勵之下。在 104 年的開春之際，由林安復常務監事召集公會的基層幹部，邱國華、廖明厚、彭伊中、江昭東、鄭集鴻醫師和我。決定進行診所協會設立事宜。當時集鴻兄已是基層透析協會的理事長，是一個有相當活力且運作順暢的協會組織，便商請他的設立經驗及借用安慎診所的會議室，開始籌備事宜，會中推舉小弟擔任發起召集人。正

所謂初生之犢不畏虎，心想有這麼多好弟兄及有經驗的團隊幫忙之下，必定能夠水到渠成。於是在廖明厚醫師幫忙收集及草擬章程，開了兩次籌備會議，並備齊了 30 位發起人的醫師名冊。接下來便一鼓作氣，廣發英雄帖，定於

104 年 3 月 25 號舉行新竹市診所協會成立大會。正當大伙兒們為這件水到渠成的美事興高采烈地準備之際，一通來自社會處的電話，卻敲碎了大家的美夢。什麼，還得登報公開徵求會員，還得於成立大會 14 天前發函通知，一籌及二籌的開會日期及會議記錄均須函送社會處存查。這一項項的規定，在當時的我看來，真是嚴苛到不近人情。但畢竟官大學問大，也只能把成立大會改成誓師大會，然後照常舉行。因為……邀請函早就發出去了，箭在弦上，不得不發。當天除了柯建銘立委、陳聰波理事長親自前來祝賀之外，牙醫師公會黃啟祥理事長更是大方贊助了五萬元，除了稍解成立之初的燃眉之急，更奠定了診所協會與牙醫師公會的兄弟情誼。

最終，在社會處的認真監督下一切照規定辦事，在兩個月後的 520 當天，終於在同樣的地點，圓滿了早該在兩個月前就應該舉行的成立大會及理監事選舉。感謝曾梓展理事長、國光兄及延互兄的祝賀團，讓當天的陰雨天氣露出一線曙光。一波三折的過程，讓我忍不住對前來指導的社會處長官發發牢騷。「為什麼上級長官不能體諒人民團體設立初期的捉襟見肘，而能夠多多給予包容方便呢？」只見社會處長官慢條斯理的回答，就是因為萬事起頭難，常常有些人民團體成立之初便宜行事，造成日後團體內部若有人不滿，動輒提起成立無效之



本頁插圖 新竹市診所協會 LOGO。

訴，徒增內部的矛盾。真是一語驚醒夢中人，若是要能夠天長地久，就不要只在乎曾經擁有。

目前新竹市診所協會雖然只有六成的基層醫師加入，但是仍然擁有強烈的基層代表性，也是上級長官單位不能也不敢忽視的一個基層團體。因為診所協會一向都不是吃素的。

自從成立以來，利用周間中午舉辦的學術研討餐會，便成為會員聯誼聚會吸收新知的場合，場場爆滿，座無虛席。可說是診所協會的強項。除此之外，新竹市有一個整合各個醫事團體的平台—風城醫事團體聯誼會。是一個多功能的溝通平台，除了平時聯繫感情，有事互相幫忙外，也希望能共同舉辦對社會公益有貢獻的活動，進而強化醫界在社會正面的形象與影響力。（年輕 logo 的設計，正好展現我們新竹市診所協會是個充滿活力的組織，）

### PROFILE 本文作者



陳志宏醫師

### 現任

- 陳志宏眼科診所院長
- 新竹市診所協會理事長
- 新竹市醫師公會理事
- 診協全聯會理事



# 診所協會全聯會第二屆第二次會員代表大會活動花絮



第二屆第二次會員代表大會曾理事長致感謝詞。



高雄市診所協會。



新北市、山海屯診所協會。



感謝署長蒞臨本會演講。左起：李署長伯璋、林鈞尚秘書長、陳墩仁副組長。



會員大會提案進入表決。



感謝長官、貴賓蒞臨賜教，會員代表踴躍出席會員大會。



林靜儀立委。



美聲天使降臨台中—台南市醫師公會合唱團。



魅力四射國標舞表演，最有才的廖慶龍理事長伉儷。



這一年感謝所有一起打拼的弟兄們。



照顧健康、撫慰心靈，台中市醫師音樂協會 saxophone 表演。



台中市衛生局長呂宗學。



性感與動感的韓風舞蹈，山海屯診所協會醫師娘熱情演出。



從 COPD 雙向轉診談分級醫療，中榮傅彬貴醫師主講。



診聯會最強戰將。



診聯會最佳主持搭檔，曾崇芳、林筱珍醫師伉儷。



## 讓我們一起寫歷史

過去，診聯會很努力  
期待您的加入，有您的支持我們會更加賣力  
相信，未來一定越來越好



### 入會請洽各地診所協會

| 各地診所協會     | 理事長 | 電話                   | 總幹事/<br>秘書 | 會址                              |
|------------|-----|----------------------|------------|---------------------------------|
| 基隆市診所協會    | 王韋人 | 02-2429-3128         | 蔣玉玫        | 20045 基隆市仁愛區南榮路 143 號 (理事長診所)   |
| 新北市健保診所協會  | 王火金 | 02-2201-0706         | 楊媛如        | 24241 新北市新莊區新泰路 31 號 (理事長診所)    |
| 新竹市診所協會    | 陳志宏 | 03-525-1469          | 陳彥如        | 30041 新竹市東區東門街 94 號 (理事長診所)     |
| 台中市診所協會    | 鄭煒達 | 04-2329-8995         | 黃麗敏        | 40871 台中市南屯區文心路一段 306 號 10 樓之 4 |
| 台中市大台中診所協會 | 林釗尚 | 04-2529-9566         | 陳奕文        | 42054 台中市豐原區成功路 620 號 4 樓       |
| 彰化縣診所協會    | 廖慶龍 | 04-728-8513          | 謝佩娟        | 50051 彰化市南郭路一段 63 號 5 樓         |
| 南投縣西醫診所協會  | 陳宏麟 | 049-220-4118         | 劉碧優        | 54061 南投縣南投市祖祠路 6 巷 6 號         |
| 雲林縣診所協會    | 塗勝雄 | 05-536-2573          | 林詩瓊        | 64041 雲林縣斗六市府東街 41 號 2 樓        |
| 嘉義診所協會     | 羅大恩 | 05-223-4829          | 林慧珏        | 60049 嘉義市林森西路 200 號 (理事長診所)     |
| 台南市診所協會    | 鄭熙騰 | 06-331-2058          | 林淑瑜        | 70163 台南市東區裕德一街 2 號             |
| 高雄市診所協會    | 張榮州 | 07-236-4577          | 陳姿年        | 80055 高雄市新興區忠孝一路 251 號 (理事長診所)  |
| 花蓮縣診所協會    | 曾寧遠 | 038-337-909<br>分機 15 | 何佳蓉        | 97050 花蓮市林森路 236 之 20 號         |

### 診聯全聯會行事曆

| 日期        | 診聯會行程                                |
|-----------|--------------------------------------|
| 105/9/11  | 中區醫界與亞太董事長餐敘                         |
| 105/9/21  | 邱理事長及曾理事長立法院拜會行程                     |
| 105/9/22  | 衛福部—修正「醫療機構設置標準」、<br>醫療法第 58 條相關事宜會議 |
| 105/9/23  | 衛福部—<br>「全民健康保險會 106 年度總額協商會議」       |
| 105/9/29  | 全聯會—第十一屆<br>第一次醫學倫理暨紀律委員會            |
| 105/10/5  | 拜訪林奏延部長                              |
| 105/10/6  | 藥品查驗登記審查準則修訂溝通會議                     |
| 105/10/11 | 盧秀燕立委國會辦公室稅率會議                       |
| 105/10/14 | 全聯會—兒童預防保健特約醫事服務機構<br>跨院所重複申報事宜會議    |
| 105/10/19 | 臨時常務理監事聯席會議                          |
| 105/10/20 | 健保署推動健保法 43 條分級醫療公聽會                 |
| 105/10/21 | 醫藥分業公聽會—林靜儀立委辦公室                     |
| 105/10/23 | 陳俊宏理事赴菲律賓義診                          |
| 105/10/24 | 前進未知—<br>22 世紀的健康與醫療—陽明大學            |
| 105/11/23 | 分級醫療六大策略補充會議                         |
| 105/11/25 | 分級醫療六大策略—劉建國立委                       |
| 105/12/2  | 醫院評鑑醫療品質策進會                          |
| 105/12/6  | 全聯會—基層醫療委員會                          |
| 105/12/13 | 基層第一線編輯會議                            |
| 105/12/17 | 採訪健保署蔡副署長淑鈴                          |
| 105/12/18 | 彰化縣診所協會—望年會                          |
| 105/12/28 | 彰化縣醫師公會—望年會                          |

| 日期       | 診聯會行程                     |
|----------|---------------------------|
| 106/1/5  | 健保署—初級照護專家學者篩選項目          |
| 106/1/8  | 本會—第二屆第五次理監事會議            |
| 106/1/8  | 新北市健保診所協會會員大會             |
| 106/1/8  | 台中市診所協會—忘年會               |
| 106/1/13 | 「醫療刑責合理化」公聽會              |
| 106/1/15 | 台南市診所協會—忘年會               |
| 106/1/18 | 「勞基法新制對醫療照護影響暨因應」<br>公聽會  |
| 106/1/19 | 2/26 會員大會籌備會議             |
| 106/1/22 | 山海屯診所協會—尾牙忘年會             |
| 106/1/22 | 中天電視—秘書長談一例一休             |
| 106/2/6  | 健保署「全民健康保險轉診實施辦法修訂<br>會議」 |
| 106/2/7  | 健保署醫管組—「初級照護會議」           |
| 106/2/7  | 彰化縣醫師公會—春酒                |
| 106/2/14 | 全聯會—基層醫療委員會               |
| 106/2/19 | 219 反空污大遊行                |
| 106/2/22 | 衛福部—「遠距醫療法規專家會議」          |
| 106/2/24 | 衛福部—假開診協調平台會議             |
| 106/2/26 | 診聯會—第二屆第二次會員大會            |
| 106/3/24 | 立法院厚生會第二十五任會長交接典禮         |
| 106/3/26 | 南投縣診所協會—會員大會              |
| 106/4/6  | 第 11 屆第 5 次基層醫療委員會        |
| 106/4/9  | 第二屆第六次理監事會議               |
| 106/4/9  | 台南市診所協會會員大會               |
| 106/4/25 | 拜會衛福部陳時中部長                |

掃描 QrCode 觀賞微電影  
無辜的等藥人



輸入網址：<https://youtu.be/JaRUmpPUAmY>  
YouTube 搜尋：無辜的等藥人



# 第二屆特別捐款明細

| 入帳日期      | 費用科目              | 診所協會     | 金額       | 入帳日期         | 費用科目 | 診所協會                | 金額       |
|-----------|-------------------|----------|----------|--------------|------|---------------------|----------|
| 105/01/08 | 捐款收入<br>104/12/31 | 黃錫鑫醫師    | \$20,000 | 105/11/14    | 捐款收入 | 陳建州醫師               | \$20,000 |
| 105/02/28 | 捐款收入              | 陳聰波榮譽理事長 | \$5,000  | 105/11/16    | 捐款收入 | 陳國慶醫師               | \$5,000  |
| 105/04/02 | 捐款收入              | 楊朝弘醫師    | \$20,000 | 105/12/03    | 捐款收入 | 吳俊衍醫師               | \$35,000 |
| 105/04/03 | 捐款收入              | 曾崇芳醫師    | \$5,000  | 105/12/20    | 捐款收入 | 曾梓展理事長—<br>會刊廣告佣金回捐 | \$12,000 |
| 105/04/23 | 捐款收入—<br>贊助網頁     | 陳國光醫師    | \$75,000 | 105/12/20    | 捐款收入 | 王弘傑醫師—<br>會刊廣告佣金回捐  | \$12,000 |
| 105/05/19 | 捐款收入              | 黃建志醫師    | \$30,000 | 105/12/22    | 捐款收入 | 曾文星醫師               | \$20,000 |
| 105/10/13 | 捐款收入              | 黃致仰醫師    | \$5,000  | 105/12/22    | 捐款收入 | 尹德鈞醫師               | \$20,000 |
| 105/10/14 | 捐款收入              | 林溢多醫師    | \$10,000 | 105/12/23    | 捐款收入 | 朱俊盈醫師               | \$5,000  |
| 105/10/20 | 捐款收入              | 莊景琳醫師    | \$20,000 | 105/12/30    | 捐款收入 | 曾崇芳醫師—<br>代墊餐點費回捐   | \$1,620  |
| 105/10/25 | 捐款收入              | 藍毅生醫師    | \$20,000 | 106/01/09    | 捐款收入 | 林宜民醫師               | 30,000   |
| 105/10/26 | 捐款收入              | 黃勇學醫師    | \$6,000  | 106/01/10    | 捐款收入 | 蔡俊逸醫師               | 10,000   |
| 105/10/26 | 捐款收入              | 劉茂彬醫師    | \$20,000 | 106/01/10    | 捐款收入 | 彭錦桓醫師               | 6,000    |
| 105/10/27 | 捐款收入              | 林育慶醫師    | \$3,000  | 106/01/20    | 捐款收入 | 柯志昇醫師               | 20,000   |
| 105/10/28 | 捐款收入              | 呂 斌醫師    | \$20,000 | 106/01/20    | 捐款收入 | 林育慶醫師               | 3,000    |
| 105/10/28 | 捐款收入              | 曾崇芳醫師    | \$6,000  | 106/01/20    | 捐款收入 | 曾崇芳醫師               | 10,000   |
| 105/10/28 | 捐款收入              | 黃錫鑫醫師    | \$20,000 | 106/01/20    | 捐款收入 | 曾崇芳醫師               | 10,000   |
| 105/10/31 | 捐款收入              | 曾曉鐘醫師    | \$20,000 | 106/01/24    | 捐款收入 | 黃致仰醫師               | 20,000   |
| 105/11/01 | 捐款收入              | 陳寶全醫師    | \$2,000  | 106/02/17    | 捐款收入 | 曾光宏醫師               | 20,000   |
| 105/11/02 | 捐款收入              | 吳昆展醫師    | \$20,000 | 106/03/02    | 捐款收入 | 楊朝弘醫師               | 20,000   |
| 105/11/02 | 捐款收入              | 蔡俊逸醫師    | \$10,000 | 106/03/02    | 捐款收入 | 丁榮哲醫師               | 20,000   |
| 105/11/07 | 捐款收入              | 賴明偉復健科診所 | \$2,000  | 106/03/16    | 捐款收入 | 曾光宏醫師               | 2,000    |
| 105/11/08 | 捐款收入              | 台東醫師公會   | \$10,000 | 合計 \$640,620 |      |                     |          |

# 《基層第一線》廣告價目表

| 項目 | 版位         | 位置                 | 規格     | 定價 (NT) | 說明    |
|----|------------|--------------------|--------|---------|-------|
| 1  | 雜誌內頁       | 全內頁                | A4x1   | 30,000  | 單頁    |
| 2  |            |                    | A4x2   | 50,000  | 跨頁    |
| 3  |            | 1/2 內頁             | A4x1/2 | 20,000  | 半頁    |
| 4  |            |                    | A4x2   | 50,000  | 1+1 頁 |
| 5  |            | 學術文章 +DM<br>(廣告行銷) | A4x3   | 70,000  | 2+1 頁 |
| 6  |            |                    | A4x4   | 90,000  | 3+1 頁 |
| 7  |            |                    | A4x5   | 110,000 | 4+1 頁 |
| 8  | 封 底<br>封面裡 | 封底                 | A4x1   | 60,000  | 1 頁   |
| 9  |            | 封底裡                | A4x1   | 50,000  | 1 頁   |
| 10 |            | 封底裡跨頁              | A4x2   | 100,000 | 2 頁   |
| 11 |            | 封面裡                | A4x1   | 60,000  | 1 頁   |
| 12 |            | 封面裡跨頁              | A4x2   | 120,000 | 2 頁   |

意者請洽診聯會 / 總幹事—陳汶均 (04)2359-0028



## 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。





# Glimet F.C.Tab 利控糖

Glimepiride 2mg / Metformin 500mg

**雙效合一 · 強利控糖 · 完美達標**



國內  
郵資已付

臺北郵局許可證  
臺北字第6734號  
無法投遞時請退回

雜誌  
中華郵政台中雜字  
第2137號登記證  
登記為雜誌交寄

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

#### Reference :

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

桃市藥廣字第 10509002 號  
衛部藥製字第 058071 號

**僅限醫療專業人士參閱**

詳細處方資料備索  
使用前請詳閱說明書警語及注意事項



信東生技股份有限公司  
[www.sintong.com](http://www.sintong.com)

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