

勸募活動

服務成果報告

本會經臺北市社會局於民國 110 年 7 月 6 日以北市社團字第 1103086019 號函核准辦理勸募，勸募期間自 110 年 7 月 7 日起至 110 年 12 月 31 日止，共計募得 1,194,823 元，並自 110 年 7 月 7 日起至 111 年 2 月 16 日止，已全數實際支應於本會推動提升台灣醫療品質，及相關醫療政策改革倡議之用。

一、使用概況說明

(一)本會專職人員薪資

(二)下列議題專案之費用：

1. 改革多重慢性病人的整合照護
2. 監督全民健康保險之政策改革
3. 推動改革醫院治理及醫療弊端
4. 提供醫療爭議諮詢與關懷服務

(三)執行民眾就醫安全宣導，教育宣導之電子報設計費、印刷費等。

(四)補充：因逢新冠肺炎疫情，本年度之服務策略與教育宣導多採線上互動、出版方式進行。

二、服務成果說明及照片

(一)改革多重慢性病人的整合照護

1. 健保署自 98 年起試辦「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、105 年擴大辦理該計畫，企圖解決多重慢性病人高就醫次數、高用藥品項數、重複或不當治療用藥與處置、未將醫院忠誠病人落實分級醫療等問題，總計投入約 45 億元專款。然而至今執行率卻不到 5 成，照護人數更從 105 年 55 萬人，直落至 109 年 20 萬人不到，只占整體多重慢性病人的 5%。
2. 與劉建國立委辦公室、林楚茵立委辦公室、陳椒華辦公室合作，向健保署索取「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」之背景數據、執行成效及監測指標結果，綜整健保會總額評核資料結果後，發現：利用過門診整合的病人，不論在門診點數、急診次數，或是藥品項數，都沒有顯著改善。進一步地，健保署卻沒有積極輔導醫院

發展合適的整合模式。因此導致於門診整合發展多走向簡易可操作模式、但卻無法實質改善民眾看診科別多、用藥多、醫囑多的困境。

四種常見醫院門診整合照護模式

常見整合照護模式	說明
僅資訊整合 (易)	最低限度的資訊整合，將多科藥品整合在一張處方箋
門診時段集中 (易)	病人掛一次號，在集中的時段看完多個專科
單一整合門診	開設整合門診，由整合醫師做疾病、用藥及個管整合
多專科共同看診	病人在一診間，有多位專科醫師共同看診，人事成本高

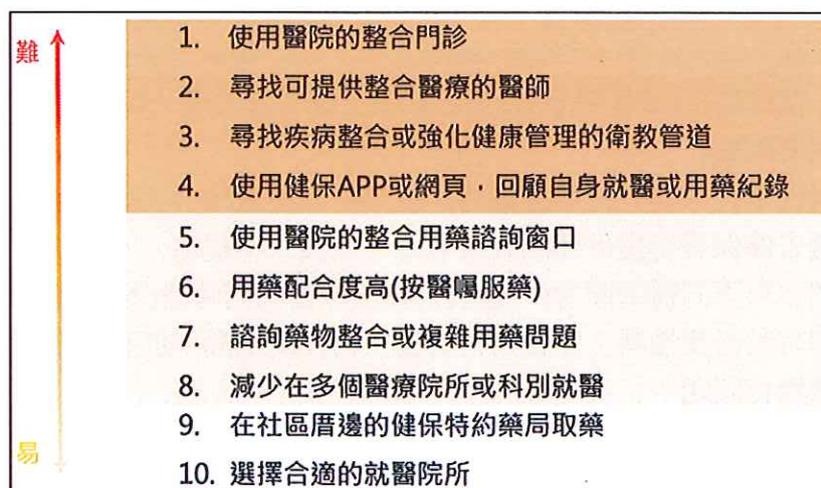
未改善病人多科看診、用藥多、醫囑多

3. 召開整合醫療焦點團體，並針對推動整合門診或其他創新整合模式的醫院，進行個別諮詢或搜集其推動的流程與實務經驗，以及統整其對「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」改善建議。以下為整合醫療焦點團體執行流程：
 - (1) 籌備暨前期調查：發放前期調查問卷以聚焦討論：根據資料盤點結果，彙整多重慢性病人使用整合醫療的困境，進一步製作前期調查問卷，發放給焦點團體參與者，及提供焦點團體主持人參考，以聚焦後續討論方向與內容。
 - (2) 召開整合醫療焦點團體：根據前期調查問卷結果，充實焦點團體資料與討論題綱，召開 4 場焦點團體(病友場、綜合場)，邀集醫事人員、醫療專業團體、病友團體、學者專家等，計 17 人次參與。為了為了增加焦點團體成果的豐富性、多元性，每場焦點團體的與會者均採異質性的組合，除病友場外，綜合場的每 1 場次均含醫事人員、病人或照顧者代表。



(3) 服務產出：

A. 前調問卷成果整理民眾就醫可近性困境



B. 製作焦點團體重點彙整，列舉病人端、醫師端、醫院端、健保端的困境：

a. 多重慢性病人端	
困境	<ul style="list-style-type: none"> i. 病人不信任整合醫療醫師或體系 ii. 病人就醫耗時多、科別多、用藥多 iii. 病人沒有不想整合，但是現在沒有看整合門診的誘因 iv. 多重慢性病人可能因用藥複雜，而降低藥物順從度，但仍缺乏藥物諮詢管道 v. 多重慢性病人用藥、就醫資訊來源不可靠(如藥袋標示難理解) vi. 多重慢性病人跨區、跨科或跨層級取藥，常有連續性問題(如缺藥、不信任三同) vii. 多重慢性病人經常是忠誠病人，較易延續就醫習慣
建議	<ul style="list-style-type: none"> i. 諮詢藥師、增加藥品資訊可及性及完整性 ii. 提供病人端就診誘因

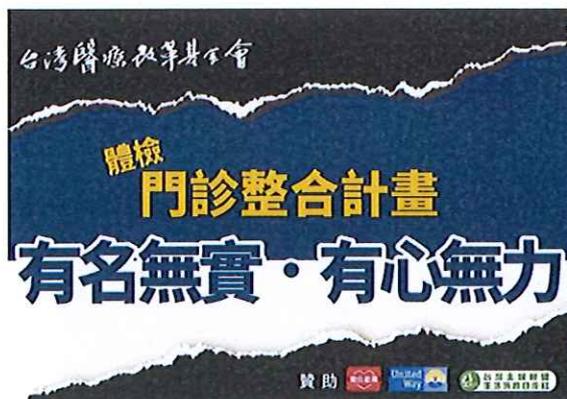
b. 醫師端	
困境	<ul style="list-style-type: none"> i. 處方單價壓力，受限專科(小總額)政策 ii. 病況較複雜，而致看診時間較長，無法衡量而有業績壓力 iii. 現行門診整合雖有合併門診的美意，但是比起住院看診整合來說，醫師更認為門診看診整合較困難 iv. 醫師從事整合、支付制度誘因不足 v. 雲端藥歷可協助藥物整合，但系統警示恐干擾醫師判斷，常徒具形式 vi. 部分用藥的存在開藥限制，僅特定專科可開特定藥物，等於仍需保留專科診 vii. 即使協助民眾整合，也要顧慮醫院需留住病人，或病人即使下轉是否方便取藥，又會不會回到就有專科化的就醫習慣
建議	<ul style="list-style-type: none"> i. 需提高誘因、獎勵

	<ul style="list-style-type: none"> ii. 匯聚內部力量、多元化團隊、資源雨露均霑 iii. 改變醫療團隊，以個案管理取代分科管理
--	--

c. 醫院端	
困境	<ul style="list-style-type: none"> i. 一個離均值(病程是變動的)，影響指標成效表現，致醫院會盡可能排除困難個案 ii. 與民眾在未建立信賴關係時，從疾病治療末端介入難度高 iii. 過去健保署有提供建議收案名單，但後來不提供 iv. 門診有不同醫師照會(一個病人讓很多醫師同時看診)雖陣容豪華，但真的有其必要性嗎？照會通常會發生再住院期間，亦不宜貿然照會，容易複雜化問題 v. 誘因不足，醫院寧願自斷手腳，來達到門診減量目標
建議	<ul style="list-style-type: none"> i. 操作面上，針對行動不便、住院病人優先收案較為容易(臺大案例)，可因地制宜 ii. 醫囑系統整合外，可加強在個案系統的整合(中榮案例)

d. 健保端	
困境	<ul style="list-style-type: none"> i. 自 108 年起未提供各院建議收案照護名單，中小醫院找不到收案族群 ii. 欠缺輔導醫院發展整合模式貼近民眾需求、醫院可行的方式 iii. 計畫獎勵點值可補整合門診無法衡量，而致醫師診察費的損失，但是卻未必能夠補到醫院聘請團隊人力，故很多醫院雖做整合門診，但人力卻沒有到位 iv. 不同整合體系都在病人身上作用，但是彼此卻沒有交集(病人做門診整合，又做居家整合，甚至還有安寧、長照等)
建議	<ul style="list-style-type: none"> i. 檢討指標目的與內容 ii. 建議：檢討獎勵與制度誘因

4. 為促使各界正視多重慢性病人就醫困境、病人安全及醫療品質，邀請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟(醫勞盟)召開「有名無實，有心無力：體檢醫院門診整合照護計畫」記者會，揭露在政策計畫設計不周下，醫療端的「四沒有」造成醫院想做也「有心無力」，更造成整合門診「有名無實」的現況，並公布全國《多重慢性病人就醫現況調查》、點出病人醫療需求沒有被整合的「三多」困境。共有 7 家媒體採訪、8 則報導露出。



三多 四沒有	整合 要加油	醫病 有意願	政策 要到位
-----------	-----------	-----------	-----------

- 線上平台與醫改會官方網站，教育民眾與宣導慢性病醫療的聰明就醫。以臉書粉絲專頁或官方網站討論、宣導特定醫療整合議題，如健保 APP 雲端藥歷問題、藥物整合等，共計 5 則。
- 與台灣病友聯盟吳鴻來理事長、宜蘭縣愛胰協會劉苑菁理事長、台灣年輕藥師協會周子鈞理事長、岡山社區醫療群王宏育醫師、北投社區醫療群洪德仁醫師，共 5 個專業團體／個人和和合作，以多重慢性病人「看不見的整合需求」為題，製作 5 集線上專題，分享實務經驗與專業意見。《醫改許願池》第 1 集到第 5 集，在所有平台的總觸及人次逾 2 千人次，並在全台約 200 個醫療類頻道中，《醫改許願池》節目甫上線就名列臺灣醫療類 Podcast 頻道收聽名次第 20 名。

主題	目的	時間
EP1 多重慢性病族群的就醫挑戰	多重慢性病人的就醫需求及困境	9 月
EP2 糖尿病用藥難配合？面對糖友的第一線觀察	<ol style="list-style-type: none"> 1. 解構多重慢性病「用藥複雜、不遵醫囑」現象 2. 醫療團隊與制度設計能夠介入的模式有哪些 	10 月
EP3 藥吃多不當，小心不治病反致病	<ol style="list-style-type: none"> 1. 藥事照護、用藥整合的諮詢資源及功能 2. 多重慢性病的用藥需求與困境 	10 月
EP4 現代的疾病管理大師—社區醫療群	社區醫療群與家庭醫師，在推動病人疾病照護、管理的現況及困境	12 月
EP5 打破都市中醫醫療偏鄉的先鋒	居家醫療在整合照護推動的現況及困境	12 月



醫改許願池
THRF OPEN MIC

台灣醫療改革基金會 醫改許願池

這是台灣醫療改革基金會的Podcast頻道。醫改會自2001年成立以來，戮力推動台灣具品質與正義的醫療環境。我們的改革始於虛心聆聽病患與民眾的聲音，尋找制度深處的病源。因此我們將透過這個頻道，邀請各界專家交流，共同剖析醫療新聞、時事議題，陪伴您關心台灣醫療改革的大小事，聆聽台灣醫療與社會的真實脈動。

歡迎寫小紙條給醫改會Podcast編輯台，告訴我們你想聽什麼：
問卷：pse.ls/3ku33n 信箱：thrf@seed.net.tw

關於醫改會：
官網：thrf.org.tw
FB：facebook.com/thrf.org.tw

◎ <https://player.soundon.fm/p/0f7a023d-cb06-4903-9409-8b224846550a>

7. 發行產出慢性聰明就醫指引文宣，並於官網露出，提供有需要的民眾下載使用，內容包含：
- (1) 盤點多重慢性病在就醫困境上的樣態：就醫時間多、用藥問題多、看診科別多、就醫費用多、健康風險多。
 - (2) 整理出在多重慢性病族群中，點出什麼樣的對象須要使用整合服務，來達到藥物整合或協助共病管理。
 - (3) 提供民眾簡易可善用的官方查詢管道或善用鄰近厝邊的藥局、信賴的院所等資源。

多重慢性病整合醫療服務需求

問口問

- 醫院醫師、診所醫師或醫護人員，能不能協助多重慢性病患者用藥整合？
- 診所醫師或醫護人員，院內有沒有開設多重慢性病患者門診，提供慢性病患者服務？
- 醫院的藥師人員，有沒有與醫師醫藥科、整合醫藥科專門診？

動手查

請到少會醫製合會 請問問(Q&A)

您可使用醫製合會的民眾用藥諮詢服務，進入網頁後，點選「民眾專區」，填寫「關於請問問(Q&A)、諮詢表格」，可匿名諮詢。

如果您或您的家屬經常在診所看診...

中央健康保險署 > 健保服務 > 健保醫事計畫 > 家庭醫製合服務計畫

您可以詢問您的家庭醫師或專科診所，尋求多重慢性病患者整合服務共病管理。

如果您或您的家屬經常在醫院看診...

中央健康保險署 > 院所查詢 > 醫院以病人為中心門診整合服務計畫

部分醫院有參與健保的「醫製以病人為中心門診整合服務計畫」，提供「整合門診」。您可選擇您所在「區或科」，選擇您或代碼選擇「醫製整合門診模式」後，致電聯絡該區的窗口，或確認您正在就醫的醫院，有沒有「醫製整合門診模式」，優先使用內用資源。

醫製合會服務對象及服務內容說明(醫製以病人為中心門診) 財團法人台灣醫療改革基金會 劉淑華

醫製以病人為中心門診之原則：

服務對象：_____ 醫製以病人為中心門診：

服務地點：_____

服務時間：(日) _____ (夜) _____ 行數：_____

E-mail：_____

服務時間：☐ 週一至週五 ☐ 週六 ☐ 週日

統一編號：_____

服務提供方式：
☐ 每月服務 ☐ 不定期服務
服務年時：☐ 長期 ☐ 短期

您可以選擇下列服務方式

服務對象類別

郵政信箱：10621875
地址：財團法人台灣醫療改革基金會 (臺北市南港區 新港街11號)

服務費用類別

☐ 全額 ☐ NSA ☐ 部分 NSA ☐ 0 自付全額

服務項目：

治療時間：_____月/日/星期_____

服務人員：_____ (專科醫師/藥師/護理)

☐ 醫師/藥師/護理/其他專業人員
☐ 醫師/藥師/護理/其他專業人員 (由醫師/藥師/護理/其他專業人員)

☐ 300元 ☐ 500元 ☐ 1000元 ☐ 2000元 ☐ 其他：_____元
(請註明：由健保支付/由民眾支付/由保險公司支付)

服務內容

服務：147-20-03595-1 醫製以病人為中心門診
地址：財團法人台灣醫療改革基金會
電話：02-2708-1540 (總機)
傳真：02-2708-1541 (總機)
地址：臺北市南港區新港街11號 郵政信箱：10621875 郵政信箱：10621875

多重慢性病患者管理

多重慢性病患者 整合照護 1次搞定



財團法人台灣醫療改革基金會
地址：財團法人台灣醫療改革基金會
電話：02-2708-1540 (總機)
傳真：02-2708-1541 (總機)
地址：臺北市南港區新港街11號 郵政信箱：10621875 郵政信箱：10621875

認識多重慢性病患者就醫的潛在危險

- 每5.5位病人，就有1位是多重慢性病人，且用藥量是一般人的**2至6倍**。
- 多重慢性病人平均每人每月開出處方數是**7至8張**，很可能是多重用藥族群。
- 與一般人比較，多重慢性病人就醫次數多**2倍**，花費的醫療費用多**3倍**，每人每年花費約10萬元的醫療費用。
- 就醫的用到門診整合資源的多重慢性病患者約**5%**，多數病人仍處於多科看診或各自就醫的情境中，造成疾病控制與健康管理上的困境。

發展目標統計，多重慢性病人占65歲以上老人滿65歲的佔比是6.4%，不但是老年人專利，且醫療會演進，多重慢性病人就醫次數會多到多科，平均看診時間長達8.3小時，甚至最多花到13小時以上，會對醫療產生重大負擔。

誰需要多重慢性病患者整合醫療

您或您的家屬符合下列條件嗎？如果您或您的家屬符合下列條件，那可能就有需要多重慢性病患者整合醫療的需要，可以詢問您或您的家屬就醫的醫院，或向醫製以病人為中心門診醫師人員，是不是能協助整合藥物，或協助共病管理及整合。

- ☐ 覺得每月要花很多時間、看很多診次，甚至連開醫院、跨科就醫困難。
- ☐ 醫製以病人為中心門診(長期用藥)族群，醫製以病人為中心門診有顯著作用，或是有藥物過敏。
- ☐ 因為用藥太多，擔心會有藥物交互作用，或自行停藥、加減、漏藥。
- ☐ 忘記藥名，或是搞不清楚藥物的正確用法及用法。
- ☐ 除了西醫醫師的藥之外，同時也服用中藥或某種補品(如維他命)。

審視我的就醫紀錄

我正在吃的慢性藥物： 我有慢性處方藥

1.	是	否
2.	是	否
3.	是	否
4.	是	否
5.	是	否

我服用的藥科有： 獨立藥品

1.	項
2.	項
3.	項
4.	項

若您或家人在最近3個月中，有3種以上慢性病、醫2位醫師以上、每月2張以上的慢性病處方藥物，藥品項數達到10種等任一狀況，可以就醫醫師或藥方，給您使用整合醫療服務。

8. 撰寫 111 年度中央政府總預算提案 1 式，提供黨團參考。醫改會撰寫相關預算提案，凍結部分公務預算，要求政府改善的內容為：「家庭醫師整合照護計畫」接聽量未達收案會員數的百分之一，使用率極低。且從 108 年健保署公布的家庭醫師整合性照護計畫之監測指標跟執行成效，其中門診雙向轉診率、每 10 萬人潛在可避免急診件數均未達到政策設定的目標，而「提昇基層醫療服務量能」抑是健保署「推動分級醫療、落實雙向轉診」6 大策略之一，為政府當前重要之醫療政策，顯示在諮詢專線實施成效有檢討改善空間。

111 年度中央政府總預算案(社會福利及衛生環境委員會公務預算部分)

提案表

單位名稱：衛生福利部中央健康保險署 預算書頁次：38 頁

() 歲入 - () 增列 () 減列數：_____ 萬 _____ 千元 *>凍結50萬元*

(V) 歲出 - () 減列數：_____ 萬 _____ 千元 (V) 凍結數：十分之二 *葉鏡蘭*

第 19 款 4 項 3 目 第 06 節 06 健保政策規劃與推廣 科目(計畫)名稱：健保業務

用途別：_____ 本年度預算數：_____ 萬 _____ 千元 *2,300,066 千元*

案由：
 鑑於推動分級醫療、鼓勵民眾自我照護及回歸基層社區照護，中央健康保險局「家庭醫師整合照護計畫」與「層進好醫生」政策，據知計畫目標之一為建立「全天候(24 小時)健康諮詢專線」，希望透過諮詢專線達到「提供適當就醫指導」、「減少急診與不必要就醫」。然依據近年全民健康保險各部門總額評核會議資料顯示，該諮詢專線 107 年接聽 38,119 通、108 年接聽 45,668 通、109 年接聽 43,708 通，接聽量均未達該方案收案會員數的百分之一，使用率明顯不足。且從 108 年健保署公布的家庭醫師整合性照護計畫之監測指標跟執行成效，其中門診雙向轉診率、每 10 萬人潛在可避免急診件數均未達到政策設定的目標，而「提昇基層醫療服務量能」亦是健保署「推動分級醫療、落實雙向轉診」六大策略之一，顯示我國基層醫療措施實施成效有檢討改善空間。

是故，中央健康保險署應邀集學者專家與民間團體，並參酌國際經驗，積極研議提出改善措施加強落實基層醫療相關政策措施，同時需檢討方案實施多年以來成效依然不佳之處，並提出具體改善政策或研擬草案方向，爰提案凍結部分預算，俟衛生福利部中央健康保險署提出專案報告送立法院衛生環境及社會福利委員會並檢閱後，始得動支。

提案人：*葉鏡蘭* 

PMJ

247

588

(二) 監督全民健康保險之政策改革

1. 就「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」提出，「慢性病連續處方箋釋出率」之指標修正意見。
2. 實際參與健保相關會議(全民健康保險會、健保總額協商會議、健保費率審議前諮詢會議、公民審議會議等)，或提供書面諮詢意見，至少 15 次。
3. 針對 110 年上半年起健保署釋出「部分負擔」調整的措施，發表本會意見指出：政府一方面宣稱為了遏制醫療浪費，取消部分項目的免部分負擔與調高多項部分負擔；另一方面則公布擬擴大享免部分負擔的族群。健保政策改革應透過大數據來檢視、

加以實證部分負擔政策預期效果，不應沒有充分的數據說明與整體規劃，提出的方案也未對醫療浪費、分級醫療問題的核心。觸及人次約 5 百人次。

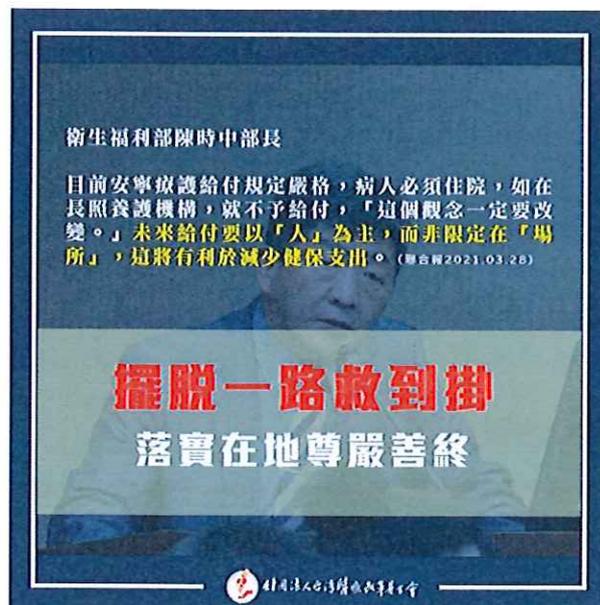
健保署近日多次拋出「部分負擔」調整的措施，一方面宣稱為了遏制醫療浪費，取消部分項目的免部分負擔與調高多項部分負擔；另一方面則公布擬擴大享免部分負擔的族群。一下要加收、一下可減免等零散資訊，不但讓民眾霧裡看花，也難解決政府過往屢屢祭出「以價制量」手段，卻成效有限，且甚至連必要的醫療需求都可能一併降低的問題。

醫改會認為，回到健保署拋出部分負擔改革政策之初，是為了「減少醫療浪費」，而健保署坐擁大數據，可用的策略也很多，不應在數據說明與整體規劃上睡覺，挑一條阻力最小的路走，卻沒有直指醫療浪費、分級醫療問題的核心。

尤其現在許多民眾生病時，看診、拿藥、檢查可能都在同一間醫院，開什麼藥、做什麼檢查也需經過醫師診斷評估。且醫療涉及高度專業等資訊落差，僅從病人端下手可謂治標不知本。因此，若要避免醫療浪費的行為，更應從強化務實檢討與政策引導來著手，包含檢討針對近年來主管機關積極宣揚雲端藥歷、疾病照護成果，但卻在減少重複用藥和檢驗檢查方面成效不彰？並務實思考有哪些改善措施，如強化雲端藥歷、藥品/療程給付管理、修訂藥品或慢箋調劑開立準則等。

除此之外，民眾的衛教與健康識能的提升也很重要，這部分國健署與健保署責無旁貸，降低民眾誤信網路不當醫療資訊的狀況，同時強化推動家庭醫師制度，讓民眾在健康照護或疾病管理上也有諮詢的管道，多管齊下才能真正改善醫療浪費的癥結。

4. 針對健保「中長期改革」，衛生福利部提出，希望健保與公衛、長照有更好的連結。本會指出，要如何兼顧尊嚴與健保，我們認為在減少無效醫療的部分，衛福部除了思考擴大安寧給付場域以外，也應強化社區安寧與機構安寧推動的誘因、後援與支持，解決像是受訓人員實務信心不足、欠缺供需媒合機制、推動模式缺乏彈性、管制藥品取得等困境，才能有效提升安寧資源使用的在地性、可近性。觸及人次達 764 人次。



5. 針對 111 年度健保總額協商，發表醫改會的倡議意見，包含：總額協商之上下限與分配、協商項目之設計、公平性(如住院整合照護)。觸及人次達 750 人次。

在明年度(2022)總額協商項目中，最受各界關注的莫過於照護司所提的「住院整合照護服務試辦計畫」。在台灣近年面臨高齡化與少子化所衍生的高扶老比衝擊，住院整合照護(全責護理)的議題，已有近八成的超支持率(yahoo 2018年民調)，在本土疫情爆發之際，推動住院整合照護也期望能減少醫院人流，以利感染控制以及降低病安風險。

多處都顯示民意在相關的需求不僅真實且迫切，相關部門應該盡快著手進行政策規劃，並設法解決各式難題。然而，從相關部會報告中，並未看到有與醫院、照服團體與相關單位的充分溝通，且隨著健保財務每況愈下、左支右絀，健保中長期的改革政策也應有更細緻的規劃與設計，卻也未在相關方案中窺見，於此，還存在兩個重要問題有待被解決：

1. 使用者的公平性問題

住院照護無論納入健保或是使用其他公務預算財源，都會衍生程度不一的公平性問題；就好比加拿大的住院照護也是納入健保，也同樣有無論自付額再低，仍會有社會底層家庭付不出來，進而可能被阻擋在政策之外的疑慮。依現行每床每日只需自付900元、健保支付750元的規劃，如果住院時間達一個月，就須負擔近3萬的照護費，即非一般家庭所能負擔；而無力負擔的民眾，仍會需要共擔這項健保支付的費用。因此，這些問題應當被正視，並由主政者提出配套解決，或者就算無法絕對公平，也應設法將爭議降到最低，由政府規劃真正可行，且絕大多數民眾都可負擔的方案；對於實在無法負擔的弱勢民眾，擬定配套的救濟措施。無論住院照護是否納入健保，使用者(包括民眾、政府甚至雇主)都應在精算之後，讓醫院、照服員等服務提供者獲得合理的勞動條件與報酬。

2. 政策上路後的人力與勞動保障是否到位

近年政府大力推動長照2.0，照服人力長的速度仍趕不上需求人數，倘若政策貿然上路，難保不會有申請後卻等不到人的情況發生，而有長照與醫院的人力競爭現象。另一方面，醫院所收治的住院病人主要以急性為主，相較長照機構多照顧慢性且穩定的長者，醫院的照顧壓力與風險也更具挑戰。住院照護若沒有更好的誘因以及保障制度，就算照服人力充足，仍然是為德不卒。雖現行較具規模的醫院大多已有看護聘僱系統可供有需求的病家申請，但上網登記後，往往等到手術開完並已漸漸恢復，甚至到出院前仍等不到轉介的看護人影，即便是自行尋找仲介，來的移工可能是非法看護。

參考資料來源：

1. 健保會第5屆第4次委員會議資料(住院整合照護服務試辦計畫見Pp.100-107)

<https://dep.mohw.gov.tw/nhic/cp-1655-62955-116.html>

2. 新聞連結：<https://new7.storm.mg/article/4002812>



社保司表示，過往協商空間僅1%至2%，明年度協商空間約有3.1%是近年最大範圍，未來會著重於增聘護理人力、遠距醫療、建置慢性病防治平台、照顧服務平台等。醫改會提醒，協商空間擴大也代表，隨疫情檢視與評估各部門推動健保政策目標或專案計畫的執行方案及其成效，更為重要；而衛福部作為主管機關，也應善盡監督之責。

國發會委員會議通過「111年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」成長率為1.272%至4.4%。成長率下限是考量投保人口結構、醫療成本、投保人口數成長率等因素，經既定公式計算而得。考量健保整體財務狀況、經濟成長與民眾負擔能力等因素，並兼顧健保中長期改革政策推動需要及疫情衝擊，同意給付費用成長率上限訂為4.4%。

- 針對健保高診次就醫病患問題，本會從高診次就醫統計趨勢來看，發現過往健保署提醒及關懷機制，約半數的族群未收實效，應進行舊案的族群分析，並應評估轉由其他專業資源介入的可行性。觸及人數達 1,763 人次



(三) 推動改革醫院治理及醫療弊端

- 搜集各家醫療院所 93 年至 109 年的財務報告，瞭解各醫療財團法人健保來源、非健保來源收入；社會服務支出金額與比例；以及，醫療服務費用細項與占比等，並製作醫院治理報告 1 式。
- 粉絲專頁倡議政府應積極說明與解釋醫院財報內容，健保署除財報公開，也應比對分析護病比、人事費用等相關指標與資料供全民進行審視與監督；更重要的是，加速延宕很久的《醫療法》修法。即便是非業務結餘，也是因本業而衍生的收益，因此，應修法以醫院總收入為基礎，提撥社福金、一定比例改善醫護環境與勞動條件等，才能彰顯財團法人醫院的「公益性」與「非營利性」。並針對疫情期間，有醫院要求醫護人員回捐防疫津貼的作法，要求制度進行檢討與改革。觸及人次達 1,026 人次，媒體露出 1 次。

健保署今早公布醫療院所的財務報告，內容包含醫務結餘與整體結餘等。依〈全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法〉，自102年至今已公布了七個年度的財務報告。但檢視財報揭露的主要目標：「讓全民共同查閱監督，以利民眾更加瞭解院所之經營情形，期使醫療資源之配置與運用更具效益。」實際成效為何？

在今年公布的醫院財報中，未見政府公開醫院結餘的 #流向追蹤，民間也難以從現有的公開資訊中，#監督醫療資源的配置與運用，並瞭解究竟醫院在醫事勞動、醫療環境的改善方面，到底做了多少？醫改會這幾年也一再呼籲，健保署不應只公開財報，卻不去分析醫院結餘用在何處。尤其，主管機關有責任監督財團法人醫院的結餘流向，及其使用的適切性、合理性。遑論每年公布結餘達一定規模的醫療院所增無減，更凸顯其重要性。

實際而言，健保署除財報公開，也應比對分析護病比、人事費用等相關指標與資料供全民進行審視與監督；更重要的是，加速延宕很久的《#醫療法》修法。即便是非業務結餘，也是因本業而衍生的收益，因此，應修法以醫院總收入為基礎，#提撥社福金、#一定比例改善醫護環境與勞動條件等，才能彰顯財團法人醫院的 #公益性 與 #非營利性。

此外，距上次《醫療法》與醫療財團法人治理的修法提案已相隔四年之久，近年還陸續發生有醫院爆發急診醫師離職潮、某醫院發生財務掏空等事件，卻未見主管機關在制度上有任何亡羊補牢的作為，再次顯示修法之迫切，以及公開結餘流向追蹤的重要。本會也肯定林淑芬委員，於本屆提出《醫療法》的部分條文修正草案，期盼政府盡速促成修法，改善醫院治理與血汗醫護等問題。

相關連結：

1. 醫院賤賠都無感！基層醫護及民團籲公布這三項才是重點

<https://udn.com/news/story/7266/5353712>

2. 林淑芬立委提案「醫療法部分條文修正草案」 <https://reurl.cc/6ykOGV>

近日發生有醫院要求，參與防疫的第一線人員需回捐部分防疫津貼等不合理的現象。醫改會認為，類似爭議往往基於權力關係或人際壓力，多數醫事人員即便認為不合理，也只得配合，更經常是有苦難言。對此，主管機關應核實防疫人員收到津貼或獎金之狀況，適時介入異常利用情形。

事實上，正是有許多醫事人員在崗位上努力不懈，台灣才會有防疫成功的資本。因此，醫事人員有無得到合理待遇，應更加重視。

藉這起事件也反映出，醫事人員的薪資、獎金或津貼分配，頻有津貼發放不透明、薪資發生不合理調整，甚至醫護質疑獎金不合理縮水等爭議傳出。「打地鼠式」的管理方式絕非對症下藥的解方。根本上，仍須從制度面著手：

一、衛福部應該定期整理各醫院結餘、員工數、加薪或獎金等改善血汗醫護費用及其比例，公開讓各界監督檢驗。

二、應修法要求醫院設立薪酬或勞動權益委員會，並將基層勞工董事、公益董監事列為當然委員，合理討論醫院結餘與防疫津貼的分配及使用。

新聞連結：<https://udn.com/news/story/7314/5932590>

3. 針對醫療過程的病人隱私問題，就部分院所侵犯隱私與性自主的不當行為，教育民眾自保作法、倡議醫療機構應注意病人隱私，診療過程的特殊檢查及處置，應依病人及處置之需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。尤其，精神科、身心科在醫療處置、諮商晤談時有其特殊性，更不應有侵犯身體自主的事件發生。觸及人數達 1,271 人次。

近日傳出在知名精神科診所傳出性侵害的醫療糾紛事件，並遭檢察官起訴。針對惡意利用醫病權力不對等，以及罔顧被害人因心理健康求助醫師的需求，所做的診間不當侵害，醫改會嚴正譴責。該行為不僅危害醫病間的信賴關係，更恐加惡被害人的身心狀況，造成難以回復的創傷。

依據衛福部頒布的《醫療機構醫療隱私維護規範》，醫療機構應注意病人隱私，診療過程的特殊檢查及處置，應依病人及處置之需要，安排適當人員陪同，且有合適之醫事人員在場，並於檢查及處置過程中隨時觀察、注意隱私之維護。尤其，精神科、身心科在醫療處置、諮商晤談時有其特殊性，更不應有侵犯身體自主的事件發生。

醫改會建議民眾，在醫療院所就醫時，如有涉及隱私的檢查或處置，可主動提醒醫師要有第三方人員或護理師陪同，若院所未能配合，病人也可當場表示拒絕，以保護自身安全與權益。

#醫療隱私維護規範

#身體自主權

#診間暴力

譴責診間性侵 捍衛身體自主

4. 針對南部某醫院在違反相關實(見)習醫學生原則，發表倡議並要求檢討，讓醫學生來執行臨床醫療業務，恐危害民眾對教學醫院以及醫病關係的信任。觸及人次達 1,948 人次，媒體露出 7 次。

大學校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習實施原則

一、教育部（以下簡稱本部）為督導大學校院（以下簡稱大學）醫學系健全新制醫學系臨床實習制度，提供良好臨床學習環境，提升醫學臨床實習之課程品質，維護醫學生學習品質及身心安全等權益，使醫學生能結合學術理論與實務，培養對工作場域與專業倫理之正確認知及保障病人健康與被照護之安全性，特訂定本實施原則。

二、本實施原則，用詞定義如下：

(一) 新制醫學系醫學生：指自一百零二學年度起入學之大學醫學系及一百零四學年度起入學之學士後醫學系之醫學生。

(二) 臨床實習：指大學安排醫學系五年級、六年級及學士後醫學系三年級、四年級醫學生於教學醫院進行實習之課程。

(三) 實習機構：指經衛生福利部評鑑通過之教學醫院，並與設有醫學院、系之大學簽約，提供醫學生進行臨床實習訓練之醫療機構。

(四) 實習指導教師：指設有醫學院、系之大學教師受聘指導實習學生者。

(五) 臨床指導老師：指實習機構之主治醫師及住院醫師，於臨床實習時實際指導實習學生者。

三、醫學生臨床實習屬大學課程之一部分，其目的在於透過臨床醫學實習及訓練，培養成為醫師應具備之臨床知識、技能、態度及行為。大學應在確保醫學臨床教育品質及保障醫學生及病人身心安全之前提下，與實習機構共同規劃推動醫學生臨床實習課程，並提供醫學生臨床實習之指導、資源及行政支持。



台灣醫療改革基金會

2021年11月9日 · 6

近日南部有教學醫院違規由大二醫學生進行微創手術缝合，醫改會認為，在違反相關實(見)習醫學生原則下，讓醫學生來執行臨床醫療業務，恐危害民眾對教學醫院以及醫病關係的信任。

為了使醫療專業與經驗得以傳承，教學醫院會提供實(見)習醫學生培訓及研究等機會，如病人能夠在可接受的範圍積極參與，亦是對醫療專業人才的培育貢獻一份心力。但臨床醫療業務涉及病人安全與醫療品質，因此依照教育部「大學校院辦理新制醫學系醫學生臨床實習原則」規定，醫學系五年級、六年級，或後醫系三年級、四年級醫學生才具備臨床實習資格，且臨床實習課程應建立在確保「醫學臨床教育品質」及「保障病人身心安全」之前提，並在醫療團隊的監督下，才能實行臨床醫療業務。即使是實(見)習醫學生，也應告知病人實(見)習身分、教學門診或計畫，並取得同意。

醫師養成非易事，教學醫院提供醫病相互學習的場域，在相關臨床實習與教學計畫即應更遵循既有規範，才不會危害醫病關係的互信，同時保障工作場域的專業倫理與病人安全。

新聞連結：
<https://tw.appledaily.com/local/20211109/L.....>
顯示更多

編輯

16

【2問成大醫院】

發生爭議的醫學生，本身還在基礎醫學訓練的階段，不符合教育部所規範臨床實習醫學生的資格，無論技術優劣與否，或有沒有醫師在旁指導監督，都不應執行臨床醫療實務，此舉等同於破壞病人對教學醫院的信任關係。

針對成大醫院回應，醫改會仍有2點質疑，該院有義務與責任向大眾說清楚講明白：

- 1.該名學生既然不符合臨床實習資格，是以何種身份或資格在手術室執行醫療行為？
- 2.有沒有違反院內手術室人員進出管控或管理規範，讓這名學生進入？

新聞連結：<https://www.cna.com.tw/news/ahel/202111090115.aspx>

5. 針對單次醫材重處理，據重消指引，未來在階段性管理之過渡期間內，僅須由各醫院自行設置專責委員會，負責擬定、執行重處理醫材之風險、功能評估、稽核等管理事項即可。本會呼籲衛福部，應該積極完善重消單次醫材的管理政策，才能協助民眾保障自身就醫權益，安心使用重消醫材。觸及人次達 645 人次。



台灣醫療改革基金會

2021年8月12日 · 🌐

...

今年5月甫上路的《醫材法》，雖已明定醫材刊載資訊與消費救濟制度，重處理單次醫材也有階段性管制；醫改會在過去重處理醫材上，也一直不斷呼籲應強化民眾知的權益，但從去年11月衛福部公告的重消指引中，供醫療院所參考〈自費項目同意書範本〉內容規範，僅能讓民眾知道自費品項是否屬於「重處理單次醫材」，而缺乏其他像是重消次數、重處理的安全效期等資訊。

因此，衛福部應該積極完善重消單次醫材的管理政策，才能協助民眾保障自身就醫權益，安心使用重消醫材。

延伸閱讀：<https://www.facebook.com/thrf.org.tw/posts/3315937231850271>

長達3年的過渡期間，單次醫材重處理，僅須由各醫院自行設置專責委員會，負責擬定、執行重處理醫材之風險、功能評估、稽核等管理事項即可。但，問題是：各醫療院所皆不具有醫材製造商資格，如何確保單次醫材經重處理後的品質、安全性、功能性不變，實在無從考證！此外，衛福部並未針對這些規範提供參考指標與重處理標準，僅進行單一醫院資訊的審核，可見政府在此草案之中，僅進行計畫發布，卻不肩負任何責任。各醫院針對每一項重處理的單次醫材，所使用的消毒、滅菌方式都不同，群龍無首。若發生任何不良反應，民眾恐求助無門。

6. 就衛福部在欠缺社會溝通下，發表放寬國際醫療修法，提出 3 點質疑，包含政策內與與正當性、目的及必要性、配套措施設計等問題，並邀集公眾參與討論。觸及人次達 2,441 人次

#即刻留言【呼籲 #撤銷 國際醫療放寬修法預告】

👉國際醫療放寬，我們準備好了嗎？👉

🗣️務必前往公共政策網路參與平台留下您的擔憂！

🗣️也可以在本文下方留下您的疑慮！

我們堅決反對衛福部在未拿出具體實證資料評估及邀集各界研議，並向大眾公開說明對國人醫療的影響評估報告，就刪除原有對國際醫療病床限制與不得挪用醫事人力之條文，罔顧人民就醫權與醫事人員勞動權。邀請團體與個人在2月17日預告期截止之前，一起到 **#公共政策網路參與平台** **#留言** 並 **#分享**：

「我反對國際醫療放寬修法，保障人民就醫權與醫事人員勞動權。」

讓衛福部聽見人民的聲音 🗣️🗣️：<https://reurl.cc/Ez3bq1>

去年年末，在萊豬、防疫與健保調漲多重議題炒得沸沸揚揚之際，衛福部卻於12月14日公告修正〈醫院設立或擴充許可辦法〉，欲研擬放寬國際醫療事宜。然而60天預告截止日，正巧剛好年節也已放完，也正如此，這段期間國人更難關注到此預告。

其中，值得注意的是，這次預告條文中的第13條，修正內容包含：(1)刪除原條文「國際醫療病床設置床數不得逾急性一般病床數十分之一」的限制，以及(2)刪除原條文中「辦理國際醫療不得挪用非國際醫療的醫事人力」等單獨人力配置規定。

放寬國際醫療並非新議題，在服貿事件時，醫事司就曾在2014年提出國際醫療評估影響報告，當時就有點出貿然放寬，恐會加重醫護人力缺口、健保資源瓜分與將醫療產業更導向營利走向等問題。而醫改會過往也曾召開「觀光醫療迎貴賓，健保病患靠邊站」記者會。針對衛福部預告，醫改會鄭重提出三大質疑：

🔴🔴**質疑一**🔴🔴 國際醫療住院需求極低，放寬病床設置限制的基礎何在？

①依據衛福部國際醫療統計專區資料顯示，每年約30多萬國際醫療服務總人次，前十大來源國中，以「中國大陸」為最大宗，約占3-4成，過去甚至有近7成。

②近年國際醫療服務型態，7成為門診、2-3成的人為健康檢查，僅2%的住診需求。

🔴🔴**質疑二**🔴🔴 各類院所均全面放寬的目的與必要性為何？

①若鬆綁是為了因應國際疫情下，強化檢疫量能，那為何不採國際醫療專區、或特定類別的院所放寬、或是另立專法來因應？各種可行方案的影響評估報告在哪裡？

②醫學中心、教學醫院或公立醫院等享有公共資源及稅賦優惠，應優先照顧國人。

🔴🔴**質疑三**🔴🔴 避免加速五大皆空、醫護過勞與國人就醫排擠效應之配套在哪裡？

①病床與醫事人力，關乎民眾健康福祉與醫事人員勞動待遇，卻為辦理國際醫療，廢除「不得有任何減損國人就醫權之情事」之內容。在現今護病比仍吃重且醫事人力不均、不足的狀況未解，若再撥出有限人力與資源，執行較有商機的醫療觀光，恐惡化現有醫事人力困境。

②配合觀光旅遊，國際醫療需求多以短日的健檢套餐為主，在人力配置與檢驗檢查設備未有完善規範之下，恐有排擠效應，而造成國人排檢、讀報告的時程延長、壓縮醫師可提供每位病人諮詢、診斷的時間。根據他國經驗，未來即使招攬國外急救難症診治，在貿然大幅放寬下仍有可能排擠國人就醫權益及病床分配。據此，政府應提出相關說明。

③醫事司劉越萍司長表示：「期待國際醫療使醫院整體收益變好，醫事人員待遇提高。」但是，依據國際醫療服務的前十大科別，最多的為健檢中心、次高為內科、第三為婦產科。後兩者是「五大皆空」的科別，在專科人力分布不均、留任率、醫護血汗勞動等問題未解決前，貿然使國內及國際醫療之間，醫事人力得以互相挪用，如何確保醫護過勞不會雪上加霜？如何確保國際醫療收益提高時，院方會優先提高醫事人員勞動待遇？如何把關同集團的醫療服務組織，不會挪移健保與自費申報的項目，而形成惡化醫療品質的隱憂？這些都是醫事司應公開說明的部分。

雖然台灣防疫成績備受國際肯定，在這波未完的疫情下，卻也凸顯台灣醫療諸多困境，在此時預告放寬國際病床數與人力限制，卻未提出相關評估報告或配套，令人質疑其正當性、合理性與必要性。衛福部醫事司應拿出具體實證資料評估及邀集各界研議，並向大眾公開說明對國人醫療的影響評估報告。

在2月17日預告期截止之前，呼籲民眾一起到公共政策網路參與平台留言：「我反對國際醫療放寬修法，保障人民就醫權與醫事人員勞動權。」

公共政策網路參與平台：<https://reurl.cc/Ez3bq1>

在公共政策網路參與平台留下您的擔憂！

(四) 提供醫療爭議諮詢與關懷服務

1. 透過多重慢性病人醫療爭議案例、既有資料等，舉辦 8 場共與 43 位年輕醫師討論在多重慢性病人的醫療過程中，如何強化醫病溝通，以促進思考醫病溝通間的核心面

向，以及反思溝通理念與醫療實務間的重要性與可行性，並且瞭解醫界對於整合醫療服務的看法與建議。部分場次因應 COVID-19 防疫政策，採線上方式辦理。



2. 請益專家學者，討論多重慢性病人醫療爭議的樣態與類型，並且提出解決方案，滾動修正諮詢服務內容。
3. 針對慢性病人醫療爭議個案，調查其對醫改會回復意見與建議之滿意度、後續處理進度、困境與需協助的地方，以及搜集病家對「慢性聰明就醫指引」的內容建議。結果綜整如下：
 - (1) 關懷機制、調處服務品質亟待未來監督：案家反映經常沒有感受到醫院的關懷小組有做院內關懷，少部分也認為衛生局的調處服務，不能夠實際有所幫助。民眾雖表示滿意醫改會提供的建議，但對醫療爭議處理機制卻存在不信任，顯示關懷機制、調處服務品質亟待未來監督。
 - (2) 案家建議，應有一個在病人(家)遇到醫療爭議時，能在各階段協調過程中給予協助、陪伴及輔導的平台。
 - (3) 前述案家建議亦納入本方案「慢性聰明就醫指引」，如何找到整合門診資源、關懷服務或支持團體，以及作為未來方案研議之參考。
4. 就 110 年衛福部醫事司提出之《醫療事故預防與爭議處理法》草案，召開專家諮詢會議 3 場次，並提出醫改會草案版本。
5. 本會協助財團法人藥害救濟基金會主持之「醫療爭議處理品質提升計畫」研擬政策品質指標，參與 3 次諮詢會議，並提供書面諮詢、指標審查意見。
6. 參與「醫療事故關懷服務辦理績優表揚計畫」，並獲機構團體組特優，由本會劉淑瓊董事長與黃莉蓉醫病關係組召集人兩位代表受獎。此獎為衛福部為獎勵各界長期致力於醫療事故關懷及爭議協處之個人、機構、專業團體及公務機關，以達建立學習典範及促進醫病關係和諧之目的，第一次所辦理的績優表揚項目。這也是政府部門對醫改會投入醫療爭議關懷服務 20 載的肯定。

機構團體組



特優

財團法人台灣醫療改革基金會

獲獎單位：財團法人台灣醫療改革基金會

設立「醫療爭議諮詢專線」及線上諮詢系統 20 年，至 109 年底已接聽 9 千多通醫療爭議諮詢、轉接上萬名病人及家屬。時至今日，醫療爭議處理資訊與諮詢資源仍有缺，這樣的服務對無助的病人有如浮木般的希望。藉由諮詢提供支持、分析與指引處理方向後，促進病家與醫療達成溝通和解，亦提升病家在縣市衛生局調處的成立率。

該會將諮詢服務累積的經驗整理成實業參考手冊，早在 95 年即完成國內第一本教導病家如何面對及處理醫療爭議的專書「醫療爭議處理參考手冊」，在網路上供民眾免費下載。隨著法令、政策的更新，以及醫療環境持續變化，在 107 年完成第四版修訂。

深入了解病家接受醫療服務的困境與問題後，該會也轉化這些資訊與知識回饋給醫界，透過 PGY 訓練，協助年輕醫師理解醫療爭議發生的核心問題，以爭議案例作為情境，並強化醫病溝通技巧，需求訓練課程至 110 年 6 月共辦理 81 場。

此外，推動多項行動呼籲政府正視醫療爭議，包括公布全台醫療醫事糾紛申訴管道、舉辦醫療爭議處理專業論壇、發生受害者互助的「醫事糾紛醫學會」等，自 101 年起倡議「醫療事故預防及爭議處理法」，未曾缺任何相關法規草案之修訂，並針對行政草案提出修訂版本。

27



7. 發表 1 則倡議、宣導文章，提到醫改會《醫療事故預防與爭議處理法》立法已邁入第 10 個年頭，該法強調除採訴訟外紛爭解決機制外，不責難醫師個人。而是應透過醫療現場的「根本原因分析」，還原真相與醫療過程。最終，應採「組織除錯」方式，擬定院方應改善的事項，或加強醫事人員訓練，預防醫療爭議再發生。觸及人次 449 人次。

衛福部於農曆年前拋出「[#醫療事故預防及爭議處理法](#)」草案，預告期至 3 月 31 日結束。除了延續過往的版本外，在這次的草案中也看到，新增強化保密、鼓勵道歉與通報等條文，也包含一定規模的醫療機構需設有醫療保險、醫療責任基金等保障機制的條文。

醫改會認為一個對的制度，正是應該朝向醫療事故發生後，能夠即時通報、引入雙向關懷機制，以及由第三方公正單位評析與調解。更重要的是，並借助發生爭議的醫院，將其分析內部改善經驗，提供給其他醫院來參考與借鏡，並學習、防堵錯誤再發生。

然而，近五年光是浮上檯面的醫療糾紛訴訟案件已達兩千多件、調處案件三千多件，更陸續發生產檢檢體錯置事件、教學醫院接連爆出洗腎烏龍、未落實三讀五對流程致打錯疫苗等多起病安事件。而這些都是在法案推動未果的這幾年當中發生，每個案件背後就隱藏著痛苦的病家與疲於奔命的醫事人員，但在預防、除錯與保障機制未法制化之前，現行仍多以處罰或賠償為目的，這也是造成防禦性醫療的原因之一。

我們推動此部法案立法十個年頭來，也見證此部法從過去的簡稱《醫糾法》到《醫事法》，到現在改稱為《醫預法》，其目的就是希望此法可以達到「[#預防錯誤再發生](#)」、「[#預防事故變爭議](#)」、「[#預防爭議變訴訟](#)」三道預防機制。

大家可以在草案預告期結束前來檢視及共思，將您的意見提供給本會，這部避免醫病法三輪的法案究竟該怎麼設計，才能真正完善一部正向及有效預防的醫療爭議處理機制法案。

◎ 衛福部預告醫預法草案連結：<https://join.gov.tw/...../0d64e1bb-0bb2-494f-91ba.....>

📖 延伸閱讀

1. 為什麼我們需要《醫療事故預防及爭議處理法》 <https://www.thrf.org.tw/initiative/2344>
2. 醫改期刊第 69 期：《醫療爭議處理法》專題 <https://www.thrf.org.tw/journalissue/category/228>



公共政策
網路參與平臺

若人參政，您也可以！

JOIN.GOV.TW

預告：「醫療事故預防及爭議處理法草案」- 眾開講- 公共政策網路參與平臺