



溫和、堅定做醫改 請您一起來

www.thrf.org.tw

國內郵資已付
台北郵局許可證
台北字第1224號
雜誌
若無法投遞請退回

醫改 67

Vol.

2016年 編印

中華郵政北台字第7607號執照登記為雜誌交寄

出版：財團法人台灣醫療改革基金會 榮譽發行人：張荳雲、劉梅君 發行人：劉淑瓊 總編輯：金志善 主編：辜智芬 執行編輯：朱顯光、陳昭燕、沈珮涵 美編：宇川廣告設計 印刷：新巧設計印刷
會址：106台北市復興南路二段151巷8號3樓之5 電話：02-2709-1329 傳真：02-2709-1540 網址：www.thrf.org.tw e-mail：thrf@seed.net.tw 郵政劃撥捐款帳號：19623875 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會



線上閱讀

速修醫療法

P4-7

讓財團法人醫院 回歸醫療公益本業



本期重點

- 醫改報告
 - 105年醫改成果 P3
- 醫療社福金及治理專題
 - 【全國社工大調查、基層專業來發聲】結果出爐 P4-5
 - 醫改會對於<醫療法>的修法建議 P6
- 醫改看世界
 - 防杜醫院「假公益、真營利」，美國能、台灣不能?! P7
- 火線話題
 - 假日衝急診，民怨！醫苦！ P8-10
- 抗議政府向資方靠攏專題
 - 假簡化、真減人，醫院評鑑打假球！ P11-12
 - 我們不能接受制度扭曲及不作為，卻要由醫師來承擔苦果！ P13
- 深度論壇
 - 醫療品質沒有人力萬萬不能（楊哲銘教授） P14



請為台灣醫改 再添一把柴火

文/劉淑瓊（醫改會董事長）

轉眼，2016已到尾聲，這是感恩的時節，我要以誠摯的心，感謝這些年來每一位認同醫改理念、鼎力支持的好朋友！因為您的信任與鼓舞，即使資源十分困窘，醫改基金會的每一位工作夥伴每天都以努力再努力的鬥志、嚴謹再嚴謹的態度，用證據說話，揭露民眾就醫苦情與制度沉痾，實踐以人為本的醫療改革。

2016，是豐收的一年。儘管台灣的政治與經濟大環境照樣翻天覆地，醫改基金會仍維持著苙雲老師創會以來的一貫風格—做該做的事、說該說的話，雖千萬人吾往矣。到今年10月為止，除了接聽407通醫療爭議諮詢電話外，我們也召開了「假日急診塞爆」與「醫院評鑑打假球」兩場極具份量的記者會。感謝各方協力，醫改基金會不僅精準呈現長期存在的民怨、醫苦，成功地把議題端上政策討論的檯面，更在短期內追到了具體的成果。除此而外，倡議多年的「健保欠費與鎖卡脫勾」就在今年成真；明年起，醫院不能讓病人在急診等病床超過2天；108年底以前，藥品的說明書不再是艱澀的教科書。而，這些成果，若沒有您多年來慷慨無私的種種支持，我們做不到，因此，請為台灣、為醫改基金會、為我們自己拍拍手！

接下義工董事長，可以和各方志同道合的「俠客」共同為台灣更健康的醫療環境、更理想的醫療品質而打拼，真正做到「引領議題、擾動風潮、成功倡議」，是一件無比熱血而振奮的事。然而，我也面臨了醫改會成立15年來最艱困的處境—「米缸空了」。我們盡力把已經很低的行政支出降到更低，忍痛將深受大家歡迎的「醫改雙月刊」改成季刊，再改成年刊。最後，明知道倡議團體最需要的就是精銳的議題研發人才，但我卻必須很揪心地跟4位併肩奮鬥多年的夥伴說再見。人力不足，戰力自然受到影響，許多大家殷切期盼醫改會應該站出來講話的議題，我們只能先擺著。

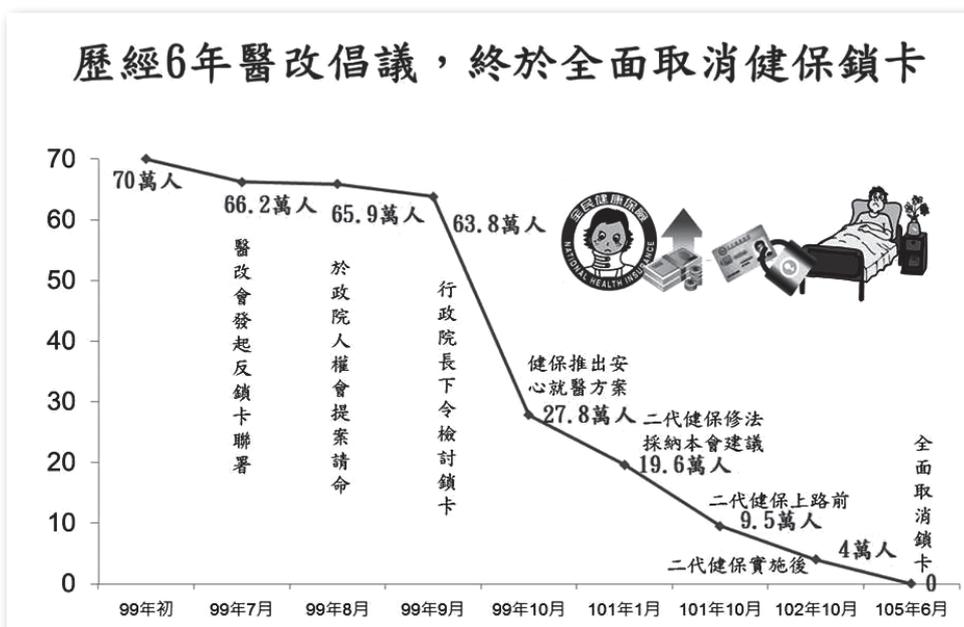
我自己的專長在社會福利的領域，深切理解，看得見的苦難，容易得到人們的同情，容易募到資源；然而，每個苦難的背後，其實都深藏著制度的問題，深信唯有透過政策倡議與制度變革，才能從源頭減少一個又一個的苦難，造福更多的人。

您堅定而持續的支持，對醫改會，對台灣很珍貴，很重要，我更誠摯地期盼，您可以幫忙找更多理念相契合的朋友，加入「醫改之友」的定期贊助及捐款行列，為台灣的醫改再添一把柴火！

105年醫改成果

文/朱顯光(醫改會副執行長)

- 新政府採納醫改會建言，宣布自105年6月起全面取消健保欠費鎖卡，幫助3-4萬名近貧民眾能救醫無礙，讓醫療窮人不再有，並藉此促成政府對惡意欠費者不再只靠鎖卡便宜行事，而更積極強化催收措施。
- 召開<假日衝急診>記者會，促成健保APP查詢假日看診名單功能改版升級，讓民眾能更聰明查詢附近診所就醫，解決假日急診室塞爆的醫苦、民怨。
- 促成政府同意公開兒童醫院急診即時資訊，強化兒科急診就醫相關資訊，讓生病的幼童能及時被送到有兒科急診能力與收治床位的醫院。
- 促成健保會通過首度增列健保藥局品質指標，讓民眾可聰明選擇優質藥局，避免民眾誤踩藥命的地雷，也讓用心好藥局能出頭。
- 出席多場護病比公聽會，促成政府同意按季公開所有醫院護病比數據。
- 召開<醫院評鑑打假球>記者會，促使政府重新將護病比列為評鑑重要項目，以避免血汗醫護造成病安不保及醫療崩壞。
- 監督政府如期於今年推動廣告藥品之外盒警語、QR code及說明書改裝計畫，給民眾看得懂、方便查的藥品資訊，提升自我用藥的安全。
- 督促政府公布衛生局調處SOP、作業表單，以提升各縣市醫糾處理效能，讓醫糾能不經過曠日廢時的訴訟煎熬而早日落幕。
- 完成全國社工大調查、建置醫院社福金資源地圖，並推動<醫療法>修法，讓醫院社福金能真正用在刀口，幫助弱勢急難病家。
- 發行第三版醫糾手冊、開闢線上醫糾諮詢系統，並啟用醫改會新版官網，讓醫改資訊更暢通、傳播更到位。



全國社工大調查、基層專業來發聲

結果出爐

感謝 聯合勸募 United Way 贊助

文/傅國峻 (醫改會實習研究員/北醫大醫法所研究生)
朱顯光 (醫改會副執行長)

醫療法規定醫療財團法人每年應提撥年度醫療收入結餘的百分之十以上，辦理醫療救濟、社區醫療服務及其他社會服務事項；同法也規定公立醫院也需提撥相關公益社福之經費，但是否真正用在刀口，常成為各界質疑與關注的焦點。

自2009年醫改會召開透視財團法人醫院財報黑幕記者會，揭露20億醫療救助金遭閒置以來(完整行動詳見下頁大事紀)，近期政府、立委及民團終於積極研議修改醫療法來強化醫院的公益責任。因此醫改會在聯勸贊助下，特別針對全國社工進行網路調查，聽聽基層社工心聲，帮助大家進一步思考〈醫療法〉該怎麼修，才能讓醫院社福金用在刀口、讓社工能連結。

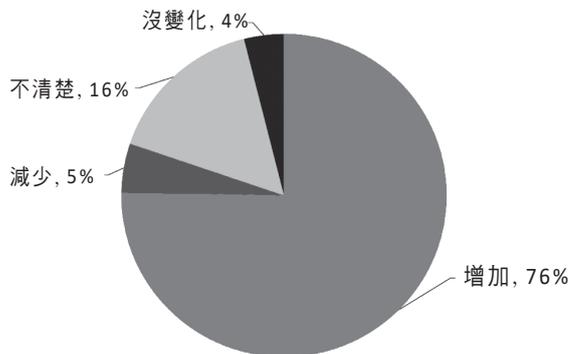
本調查中總共收到了262位社工專業人員回覆，55%的填答者具有社工師執照，41%在醫院服務。在醫院服務的填答者中，41%在財團法人醫院服務、42%在公立醫院服務。重要結果整理如下：

76% 社工認為病患或社區民眾對於醫療救助金的需求呈增加趨勢

高達76%社工認為這幾年醫院病患或社區民眾對於醫療救助金的需求，是呈明顯增加的趨勢，僅4%認為民眾醫療救助金的需求有減少的現象。進一步分析發現，在醫院第一線服務的社工，認為醫療需求逐年增加的比率更升高到84%。從這結果也提醒大

家，醫院社福金的餅應該要做大，同時使用管理與效能應該有更嚴謹的規範與設計，才能滿足日漸增加的需求。

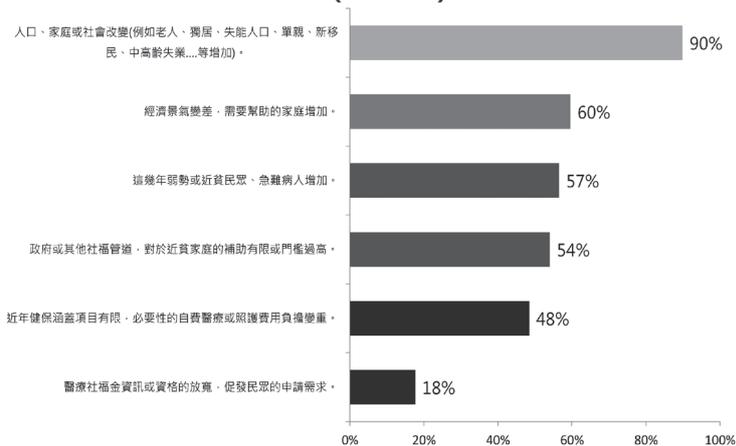
依您的觀察或了解，這幾年醫院病患或社區民眾對於醫療救助金的需求，有何明顯變化？
(N=262)



對醫療救助金需求增加的三大原因

前三名原因分別是「人口、家庭或社會改變(例如老人、獨居、失能人口、單親、新移民、中高齡失業...等增加)」、「經濟景氣變差導致需要幫助的家庭增加」、「這幾年弱勢或急難病人增加」。

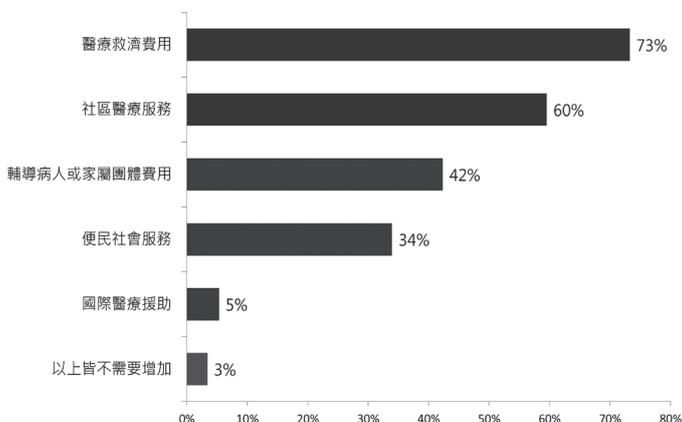
這幾年醫療救助金需求增加的原因為何？
(複選題)



醫療救助、社區服務兩項費用之比例或金額應該增加

根據醫療法施行細則第30條之一，醫院社福金應運用在扶助弱勢病人就醫、輔導病人或家屬、社區醫療保健、便民社會服務以及國際醫療援助此五個項目上。調查顯示高達7成以上(73%)社工認為醫院社福金中，用在**醫療救助費用**的比例或金額應該優先增加。另有六成的社工認為**社區服務費用**也應該增加。

您認為以下五種社福金中，哪些費用應優先增加其比例或金額？(複選)

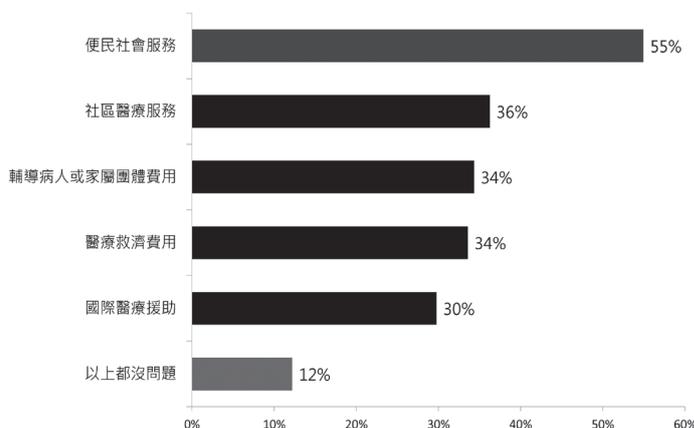


便民服務費用的定義或範圍過於模糊

僅12%社工認為醫療社福金費用沒有定義或範圍過於模糊的問題。超過一半以上的社工(55%)認為，便民社會服務費用

的定義或範圍過於模糊，應有更嚴謹的規範。社區醫療服務、輔導病人家屬、醫療救濟三項也各有三成以上社工認為不夠清楚。

您認為以下五種社福金中，哪些費用之定義或範圍可能過於模糊，而應該要有更嚴謹的規範？(複選)



醫院社福金資源透明化應是改革重點

過半社工(56%)認為社福金的申請規定或資格不夠透明，社工或社福團體往往不是很清楚醫院有哪些社福金補助可申請與運用。63%的受訪社工認為政府應修法要求醫院在官方網站、門診與急診佈告欄或護理站張貼明確的社福金補助標準與申請辦法，並提供給當地社福團體或社會局。顯見醫院社福金資訊透明化，應列為優先改革的重點。

醫改會推動醫院治理改革大事紀

醫改行動

2004.09
首度揭露醫院五鬼搬運弊端，要求政府訂出醫院財報準則及公開上網。

2009.04
揭露20億醫療救濟提撥金遭閒置、多家知名醫院財報遲未審核公開。

2011.06
推動二代健保陽光法案，要求公開健保特約醫院財報。

2013.12 揭露醫院「盈餘增卻減人事經費」、「公益支出難稽核」兩大亂象。
2014.03 召開「財團法人醫院≠財團醫院」記者會，分析董事會組成與關係人交易等治理爭議。

2004

2005

2007

2009

2010

2011

2013-14

2015-16

階段成果

促成醫療法修正，明訂醫療法人之財報格式、編製準則與相關罰則。

促成政府將醫療財團法人財報公開上網。

衛生署修訂「醫療法施行細則」30-1條，規範「醫療救濟提撥金」之使用範圍。

促成二代健保法通過一定規模以上的健保特約醫院由健保署上網公布財報。

促成立院通過主決議，並由行政院提出有關醫護加薪條款、改革董事會組成等強化醫院治理的「醫療法」修正草案(審議中)。

醫改會對於 醫療法的修法建議

文/沈珮涵(醫改會研究員)
朱顯光(醫改會副執行長)

原本應屬於非營利性質的長庚醫院，最近投入 10 億元打造全自費醫美健檢診所，引發熱議⁽¹⁾。此外，衛福部該不該同意馬偕醫院捐贈鉅額盈餘給屬於另個獨立法人的馬偕醫學院⁽²⁾? 還有高醫董事會被家族化把持、沒有公益董事參與治理等議題⁽³⁾，也在在都凸顯台灣醫院治理失靈、法規落伍無法有效規範等老問題。

許多人誤以為財團/教會/家族捐贈成立的法人醫院，就等於是財團/教會/家族的醫院。但其實當初捐贈成立醫院時，就享有抵稅待遇，捐贈出來就已成為「社會資產」。

財團法人醫院是社會公共財，社會在給予免稅之餘，該如何監督確保醫院有盡到其創設宗旨的醫療公益責任，同時醫院盈餘應用於提升醫療品質、改善醫護環境。在醫改會多次疾呼現行財團法人醫院的治理問題與內外控監管措施的鬆散後(詳見P5本會相關改革行動大事紀)，終於看到政府提出《醫療法》修正案。對此，醫改會也提出我們的修法版本，建議應推動5大重點改革：

一、訂定醫護加薪條款：

1. 應普選產生員工董事，並設薪資報酬委員會。
2. 醫院年度收入結餘優先辦理提升員工薪資待遇及補充短缺人力事項，並經薪資報酬委員會審議，報主管機關核備。

二、提升醫療公益責任：

1. 辦理社會服務事項之提撥基準，由「醫療收入結餘」擴大為「收入結餘」。
2. 規定由社會公正人士、病友代表等董事組成醫療公益委員會。

3. 定期上網公布辦理醫療公益之計畫成果、醫療費用減免或補助標準。

三、落實財務監督機制：

1. 醫療財團法人對外捐贈動產達一定數額或比率者應報經中央主管機關核准，並公布通過核准之結果與理由。
2. 明定醫療財團法人應於本法修正後五年內符合「土地房舍自有」規定，以有效解決醫院長期將盈餘用於向關係人企業租地、租樓之租金，導致醫院無法改善醫護待遇等弊端。
3. 主管機關應會同財政部、健保署，對年度盈餘免納稅捐之醫療財團法人進行專案查核。

四、強化董監事會治理：

1. 增設公益監察人。
2. 將「員工代表」及「病友代表」納入其董事會。

五、明定具體違規罰則：

為避免前列規定僅透過評鑑要求難收實效，明定各項違規之罰則。

* [1]:105.05.22中國時報報導：搶醫美大餅~長庚八方到齊 (<https://goo.gl/ubM64x>)
 * [2]:105.05.29民報報導：都是衛福部的錯?馬偕醫院澄清未以財務卡關馬偕醫學院(<https://goo.gl/CGfgKc>)
 * [3]:105.05.13民報報導：增設公益董事 防家族化「私校法修正公聽會」備受關注(<https://goo.gl/hy3gCl>)



▲105.10 醫改會製圖

防杜醫院假公益真營利， 美國能、台灣不能？！

--美國歐巴馬健保(ACA)對非營利醫院的公益規範

感謝 聯合勸募 United Way 贊助

文/朱顯光(醫改會副執行長)

各國都積極加強對非營利醫院之管理，強化其公益責任與財務治理監督，更積極思考如何強化非營利醫院所扮演的角色及任務，將其納入成為醫療改革的重要基石。美國正在推全民健保之醫改方案，其中對非營利醫院之管理規定很值得台灣參考，並反思台灣相較之下監管明顯不足之亂象，該如何修法改善。

美國國稅局(IRS)早就訂有完整的非營利醫院財務申報機制與免稅義務規定(Schedule H of Form 990)，醫院必須符合相關公益標準才能享有免稅資格。隨著歐巴馬總統推動全民健保醫改上路，更進一步通過強化非營利醫院在公益服務的資訊透明與課責機制之條文，例如要求由社區成員代表參與委員會之運作、監督管理盈餘用途等等。其中最值得台灣修法時參考的三大改革如下：

一. 立法評估醫院是否亂花公益支出

歐巴馬健保法(Obamacare)要求非營利醫院應先進行社區健康與公益需求評估的實證基礎，才能享有免稅優惠，而非任由醫院隨意提計畫、甚至亂花公益支出。並規定醫院必須將評估文件與執行情況資訊公開。若醫院未配合，將遭到 50,000 美元的高額罰金。

二. 醫院應公布公益成果報告

多數州要求非營利醫院應提出社區公益成果報告，做為免稅依據。

三. 明定醫療費用減免或補助方案 (financial assistance policy, FAP)

有 19 州要求非營利醫院應訂出明確的醫療費用減免或補助標準(FAP)。其中有 7 州已經建立統一的免費慈善醫療資格與補助標準。

聯邦的歐巴馬健保法案(ACA)要求非營利醫院應將醫院的「醫療減免或補助標準(FAP)」以各種不同語文公開於醫院明顯處，有些州則有更進一步要求：

- 有 17 個州要求醫院應將「醫療費用減免或補助標準」公布於醫院的住院櫃台、批價台、急診室及候診室等處。
- 有伊利諾等 5 個州要求醫院應將「醫療費用減免或補助標準」刊登於醫院網站。
- 德州要求非營利醫院應將醫院慈善醫療補助方案登於當地報紙。
- 加州要求醫院應以書面資料提醒急診醫師等第一線人員了解醫院的補助規定，以適時提供弱勢、沒保險或高額費用等民眾獲得適時補助。



*有關本文所參考之文獻資料，歡迎掃描QR-code上醫改會網站參閱。

假日衝急診，民怨！醫苦！

文/朱顯光（醫改會副執行長）



醫改會偕同急診醫學召開記者會，呼籲政府正視假日大醫院急診爆量、看診壅塞導致民眾抱怨連連、醫師叫苦連天的問題。

醫改會董事長劉淑瓊說，連假期間發生急診塞爆風暴時，醫改會就指出流感只是照妖鏡，反映出民眾假日如果身體不適不知道該先找誰諮詢幫忙，也不知道哪個診所有看診，只好直接往大醫院急診衝的辛苦。

例如，醫改會選在清明連假的兩週期間監測「全國 19 家醫學中心急診即時訊

息」發現，即使流感疫情已經降溫，醫學中心急診假日「等候看診人數」還是比平日多出了 85%，讓假日成了急診醫護的夢魘，嚴重影響急診品質。

急診醫學會秘書長顏瑞昇更以醫學中心第一線急診醫師身分現身說法，以具體數字反映假日急診看診超載的嚴重性，以及大醫院假日急診爆量會導致的「民怨醫苦」，他呼籲民眾不要有「只要假日生病先到急診，一定可以得到最好照護」的迷思。

醫改會執行長王梅影則進一步說明醫改會執行的兩大調查結果：

**全台民眾假日就醫需求經驗大調查--
依據醫改會委託台灣指標民調公司進行的全國民調發現：**

- (1)過去一年內，每5個家庭中就有1家，曾遇過家人在假日出現發燒、嘔吐、腹瀉、頭痛等症狀而有就醫需求之經驗，顯見民眾假日就醫需求與醫療諮詢之迫切性。
- (2)進一步詢問，當時第一步優先採取什麼行動？高達81%的民眾是先去看附近的診所，只有11%表示當初直接到大醫院急診。
- (3)進一步追問，有58%是因為不知道附近哪裡有開診的診所，26%則是因為無法自行判斷病情狀況的輕重，只好選擇到大醫院掛急診比較保險。

**針對家醫群的神秘客電訪調查--
醫改會以神秘客方式，於清明連假前夕，隨機抽樣6都有加入家醫群計畫的62家診所做電話諮詢，發現三大NG狀況：**

- (1) 一問攏不知：
醫師公會說假日有 6,578 家診所開診，但當我們的神秘客電詢家醫群診所時，高達 96% 的診所說不出假日可去哪裡看診，僅不到1/4會提供衛教指導，錯失了

扮演第一線守門與就醫指引的功能。

- (2) **急診衝衝衝：**
55%的家醫群診所，竟告訴民眾假日發燒，就直接到大醫院急診。
- (3) **熱線變斷線：**
56%的家醫群診所，沒有正確回答及教導病家如何利用會員24小時諮詢專線。

劉淑瓊指出，從民調裡可以清楚看到，民眾假日生病直衝急診室的原因在於，搞不清楚哪個診所開，也無法判斷症狀輕重，只好抱著「廟大和尚靈」、「大醫院急診一定有開」的心態往急診跑。

反觀英國 NHS「health choice」、加拿大卑詩省健保「Health Link」等網站，能清楚教導民眾如何判斷各種常見症狀該怎麼處理，也能清楚查詢就醫地圖。但台灣目前較完整的官方指引主要就是《民眾就醫指引參考手冊》、《健康達人 125》，仍停留在較傳統紙本手冊格式，且幾乎沒有再更新。台灣應該好好加油！

醫改會也呼籲，現行試辦 13 年的家醫群，應朝符合健保法第 44 條精神的論人計酬家庭醫師責任制轉型邁進，打破現行論量計酬及基層總額框架，承擔起社區醫療與分級醫療的權責。只有當每個家庭都有張清楚的假日就醫地圖、衛教指引、家醫團隊守護，才能有效解決假日急診塞爆之民怨醫苦。



《民眾自我照護就醫指南》PK

	英國 《NHS Choice ¹ 》	加拿大卑詩省 《HealthLinkBC ² 》	台灣 《健康達人 125 ³ 》
內容1—含括健康問題、症狀種類	勝 超過1,734種	勝 超過5,000種	125種
內容2—個別情況資訊	相同處 症狀、如何自我照護、何時該看醫生、如何預防、注意事項		
	勝 相異處 *增加可能有哪些合併症、特殊族群		
更新度	勝 最新：2015/4/30 (每2年更新一次)	勝 最新：2015/8/21	2006年初版後，未再更新
普及度/親民度	勝	勝	勝 您知道這本葵花寶典嗎？ 105.05 醫改會製表

資料來源：
¹英國NHS Choice：http://www.nhs.uk/Conditions/Pages/hub.aspx
²加拿大卑詩省HealthLinkBC：http://www.healthlinkbc.ca/healthtopics/
³台灣《健康達人125》：https://health99.hpa.gov.tw/media/public/pdf/40193.pdf



全台民衆 假日就醫需求經驗 大調查

結果一覽表

結果1

全台民眾假日就醫需求經驗大調查(1)



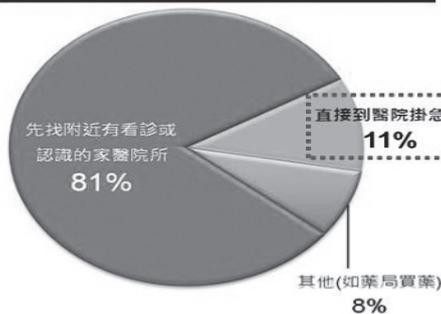
過去一年內，每**5**個家庭就有**1**家，
遇過家中成員在假日出現發燒、嘔吐、腹瀉、頭痛等症狀，
而有就醫需求之經驗。

資料來源：醫改會105年3月16日至19日委託台灣指標民調公司調查全台22縣市，隨機抽樣電訪1,070位，在95%信賴水準下，抽樣誤差為±3%。

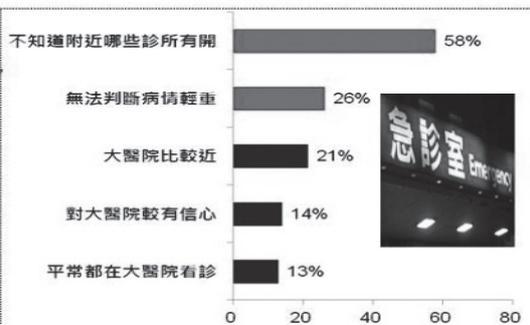
結果2

全台民眾假日就醫需求經驗大調查(2)

過去1年曾有假日就醫需求的民眾，
第一步先做什麼(單選)？



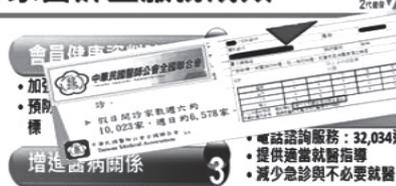
追問直接到醫院急診的原因(複選)？



資料來源：醫改會105年3月16日至19日委託台灣指標民調公司調查全台22縣市，隨機抽樣電訪1,070位，在95%信賴水準下，抽樣誤差為±3%。

針對家醫群的神秘客電訪調查 發現3大NG

家醫計畫服務成效



104年西醫基層總額執行成果報告時

醫師公會說：6,578家診所週日開診

健保署說：家醫計畫成效是

提供適當就醫指導，減少急診

資料來源：健保104年西醫基層總額執行成果報告

醫改神秘客電訪卻發現 3類NG家醫群診所

調查方式：
醫改會105
年3月18日
至4月1日神
秘客電訪全
台6都，隨
機抽樣62家
診所。

NG1
一問
攏不知

僅有**4%**的家醫群診所，能清楚告知假日去哪裡看診及
23%提供衛教指導

NG2
急診
衝衝衝

55%的家醫群診所告訴民眾假日發燒，就直接到大醫院急診

NG3
熱線
變斷線

56%的家醫群診所無法清楚說明社區醫療群的諮詢專線與功能

假簡化、真減人， 醫院評鑑打假球！

文/朱顯光（醫改會副執行長）



衛福部林奏延部長多次宣稱早在被任命、未上任前，就積極找專家來開會研議，要簡化醫院評鑑，以減少血汗醫護負擔。但沒想到最後要端出版本讓人大傻眼，paper work 沒簡化幾項，倒是 health worker 項目全被趁機減掉了！

因此醫改會偕同醫事專業團體召開聯合記者會，抗議新政府推動的醫院評鑑改革是打假球，全面假「簡化」之名、行放水之實，拿全民的就醫安全及醫護過勞的風險當賭注。

出席記者會的14大醫護團體指出，台灣醫護人力標準本就偏低，例如依據評鑑標準的人力每床配備的醫師僅美國的1/4、護理人員僅1/2、藥師僅1/8到1/17。此外包含檢驗、放射、復健、麻醉等專業，都長期處在人力不足，專業被嚴重壓縮及扭曲的窘境。

眼前這些人力標準都還沒提升到國際公認最起碼的安全底線，就直接從評鑑必要項目拿掉，想光靠要求各醫院每季公開上網公布人力數據，卻沒任何評鑑扣分機制，根本是大開倒車。

這次「假簡化、真減人」的版本，光以藥師、護理師為例，推估最多有可能讓醫院經營者每年可分別省下約89億及224億的人事成本，

這個大張旗鼓的「評鑑改革」，究竟是為誰而做的！

人力仍應列評鑑必要項目， 且持續監測防造假

經過大家抗議後，衛福部已重新公告把護病比納入評鑑項目，並於相關協調會上，口頭承諾要將其中七項必要的人力項目放回評鑑（但尚未正式公告），算是給予善意的回應，但我們不會就此鬆手，仍會繼續緊盯到底！

因此，醫改會及各醫事團體仍持續透過各管道施壓，爭取將人力項目繼續列為必要項目，更應該持續監測，只要發現人力負荷超標的醫院，評鑑就要降級，並列基層醫護擔任評鑑陪檢員、內部檢舉人保護機制，以防人力評鑑造假。千萬別再向醫院資方拋媚眼，把醫護勞安及病安推入高風險！



各大醫事團體的怒吼心聲

呼吸治療師全聯會—楊玲玲/理事長



呼吸治療師在醫院評鑑中，一直被漠視而未列入必要人力。衛生局的查核，也只提供正常班別的人力數目就過關，枉顧病人照護品質，呼吸治療師通勤的安全及違反勞基法之全年無休的待命。

語言治療師全聯會—蘇心怡/理事長



患者排語言治療常等候半年到一年，語言治療師也經常忙到下班刷卡後繼續留院評估，治療住院病患。一旦評鑑取消人力項目，對於患者等待時間，語言治療師的過勞情形，無疑是雪上加霜。

藥師全聯會—古博仁/理事長



台灣藥師僅有美國的1/8到1/17，日本醫院每床藥事人力為臺灣之 1.2 倍~1.5 倍，顯示臺灣醫院藥事人力被嚴重壓縮及扭曲。評鑑基準將最重要的結構人力刪除，沒有結構，如何能有品質？

醫事放射師全聯會—杜俊元/理事



台灣一位醫放師必須照顧 4,178 人，而美國 1 名放射師僅需照護 1,050 位、韓國只要照護 1,400 位。建議評鑑不應刪除人力項目且急診及門診量亦應納入醫院評鑑。

聽力語言學會—葉文英/副理事長



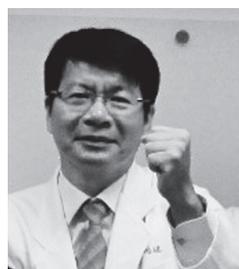
只要醫院評鑑基準不再考量合理的人力配置，醫院就可能不會增聘任何一位語言治療師與聽力師，受害的是誰呢？就是我們病友！

物理治療師全聯會—陳志明/理事



物理治療之治療需求及服務量逐年攀升，但新版醫院評鑑要刪除人力條文，恐致各醫院聘用物理治療人數降低，專業被嚴重壓縮及扭曲，將會嚴重影響醫療品質與病人安全。

醫事檢驗師全聯會—彭柏硯/秘書長



全國在評鑑醫院執業的醫檢師有 6,988 位，若醫院用設置標準用人只要 2,281 位醫檢師，殊難想像人力如果下修後，病患就醫的檢驗品質如何受到保障。

醫勞盟—黃寶玲/秘書



人力規章定入法律之前，評鑑條文不可刪除。簡化評鑑是正確的方向，但不應假簡化之名行減人之實，只有勞安，才有病安。

我們不能接受制度扭曲及不作為， 卻要由醫師來承擔苦果！

文/劉梅君（醫改會董事／政大勞工所教授）

一、資本主義體制與所有受僱者 勞動權益保障

醫師作為受僱的身份，如同其他受僱者一樣，納入勞基法，這是基本的勞動人權保障！不因特定職業的專業程度高低而有差異，也不因執業過程中享有相當程度的專業自主性，而可被排除於這套勞動保障法制之外，原因是資本主義雇傭關係底下受僱身份的脆弱性，包括人格-經濟-組織從屬的事實、勞資權力的不對等及「自由人」的虛假性等等，因而在民法之外，另起一套勞動法以之因應勞資權力失衡的事實。

醫療行業服務對象是「人」，沒有道理其勞動者不需獲得該有的勞動保障，蓋醫事人員若無勞動保障以至暴露在長工時高壓力的工作環境下，影響的不僅是這些執業的醫事人員的健康安危，更是其病患！因此保護醫事人員執業環境的合理，其重要性不言而喻！

二、人力短缺？真命題或偽命題

說理邏輯上，不可以因為會造成人力不足，所以不可適用勞基法。至於人力不足的說法，是錯誤，也是正確。錯誤在於，此種說法是建立在一切都沒改變的條件下，民眾看診行為沒變，醫院提供醫療行為沒變，則一定人力不足。

三、無法永續的現況

現行大量門診輕症患者、經濟性住院及滯留住院（後送系統及長照系統不足）病患，讓醫學中心嚴重超載，造成醫護過勞！正本清源之道是要落實家庭醫師制度、分級醫療、轉診制度，且健保支付制度也要從論量計酬改為論人計酬。

解決之道

適用勞基法後，在工時上可以由勞資雙方協商，而得不受法定工時的約束，如此可免民眾的擔憂，但我們最終是希望醫事人員不要過勞，因此分級醫療轉診制度的徹底實施、論人計酬制度的推動及教導民眾自我照護等作法，是導正現行醫療照護行為的重要制度手段。

醫師納入勞基法還未能落實，這是令人非常遺憾的一件事！退一步言，勞基法還有84條之一的運用。未來勞基法適用後，醫院醫師人力不足的解決之道就在基層人力。當然基層總額及醫院總額的作法必須打破，才能建立起雙方密切合作的雙向轉診制度（礙於版面限制，完整全文請上醫改會官網瀏覽。）



圖為本文作者105.06.06出席立法院
「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會

醫療品質沒有人力萬萬不能！

文/楊哲銘（北醫醫管所教授）

衛福部推醫院評鑑簡化，擬將現行評鑑標準列為必要項目的「醫事人力數量」刪除，醫改會和九大醫事團體質疑說，醫院人力不足照樣可過評鑑，是圖利醫院。

人力不是萬能但沒有人力萬萬不能，**將醫院評鑑標準中的醫事人力數量去除，對於醫療品質的促進不但沒有幫助，可能會有害。**

有多少人做多少事是最淺顯的管理概念。套用到現行醫療機構的管制法規架構來看，「**醫療機構設置標準**」是規範「**最少人力**」，「**醫院評鑑標準**」是規範不同醫療品質層級的「**最適人力**」。

過去雖然某些醫院會在評鑑前才做人力的增補，導致有數據造假的非議。但是這些年在人力計算標準不斷的修正下，已經精確到是看在職服務的人月數，也就是說評鑑前匆促補強的人力，換算成人月數還是會不足，所以幾乎杜絕了造假。以這個理由，**將醫事人力數量標準去除，有點像因為有人會作弊，就把考試廢了**，更何況現在作弊的可能性已經很低了。

因為醫事人力都是有執業證照登錄在縣市衛生局但是要每個月跟業務量比對查核，實務上超過主管機關的行政負荷。但醫療機構人力配置的合適性，不是社會大眾有辦法判斷的，更不可能成為病人的就醫指南，比

如以醫師或護理人員多寡來選擇就醫機構。所以每月公布於網路上，其實主要的功能就是增加透明度。

另外一種說法是評鑑標準需要精簡，數量化的結構性指標不再需要。這樣的說法也值得商榷，最需要精簡的其實是難以數量化的標準，現行評鑑就是因為虛無縹緲標準太多，造成大家各說各話，文書大戰血汗基層。

醫療品質管理大師 Avedis Donabedian 提出測量醫療品質的三大面向是結構、過程及結果，數量化的人力標準被歸類為結構指標，不能代表醫療過程或是結果好不好，但是醫療過程及結果不容易客觀測量，由開發這些測量指標的文獻汗牛充棟，就可以看出共識很難達成，**應該優先精簡的就是部分各說各話的過程及結果標準，而不是很明確的結構性指標。**

增加動態透明度就代表在評鑑時不需要有量的查核。**結構指標就好像是地基，光看地基沒有辦法評估蓋出來的大樓是不是有品質，但不代表就不用制定地基的標準並據以檢查，因為地基不好，大樓雖然乍看之下美輪美奐，早晚有傾倒的危機。**

（本文經作者同意轉載，特申謝忱。原文刊登於105.09.28蘋果日報蘋果論壇；礙於版面限制，完整全文請上醫改會官網瀏覽。）

我們支持台灣醫療改革基金會



以下依姓氏筆畫順序排列，更多專家推薦請上醫改會官網瀏覽。



前自由時報資深醫藥記者

王昶閱

每次有醫療議題，我們都會想到醫改會，他們站在民眾角度發聲倡議，作制度性的改革，最終獲益的也是我們自己及我們的家人。



長期投入護理勞權運動的基層護理人員

林美琪

醫改會是在政府、醫界、民眾間的第四方公正客觀的力量，成功地團結各種醫事人員團體，聚焦面對白色巨塔內血汗困境，共同維繫守護台灣健康。



前資深醫藥記者、前嘉義衛生局長

張耀懋

我真的佩服醫改會，為了維持中立、獨立性，不接受政府補助計畫案，大都由民眾捐款，才能得到聲譽；獲得醫療奉獻獎背後代表的是一種堅持。



醫勞小組執委、台大實習醫師

陳亮甫

醫改會其實並不是站在醫界的對立面。透過與醫改會互動讓我們更了解民眾就醫時的需求與想法，有助我們一起努力營造友善的醫病環境。



陽明大學公衛所副教授、醫改會董事

楊秀儀

台灣有很多「病友團體」服務個別病友，但醫改會是台灣唯一一個推動制度性、結構性改革，創造友善醫病環境的「病人權利團體」。



台大醫學院倫理中心主任、家醫科醫師

蔡甫昌

醫改會長期推動知情權益、無效醫療、用藥安全等病人權益，也關心血汗醫院問題，值得我們醫病雙方共同來支持。



醫勞盟常務理事、彰基兒科醫師

錢建文

對於醫事人員的勞動議題，我們合作很多，終於促成政府動起來要求，從評鑑、多方制度上的改變有一點點的成功。



護理產業工會理事長、陽明護理所教授

盧孳艷

醫改會是台灣第一個為基層醫事人員遭受到暴力站出來發聲的團體，分析問題、而且主張職場暴力是零容忍。