

醫改季刊



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

66

Vol. 2016 · 第二季

中華郵政北台字第7607號執照登記為雜誌交寄

在財務與環保的雙重考量下，我們要忍痛跟許多15年來始終默默為我們加油的朋友們說抱歉，這是最後一期「醫改季刊」。往後我們會以電子報和年度工作報告的形式，持續向您說明醫改會的每一分努力。您的堅定支持，是醫改會持續前進的動力，是讓台灣不一樣的關鍵力量！誠摯敬邀您 捐款挺醫改！（請見P16）

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

拒絕球員兼裁判

P2-3

8成民衆要求由政府委託公正第三人進行生產事故調查

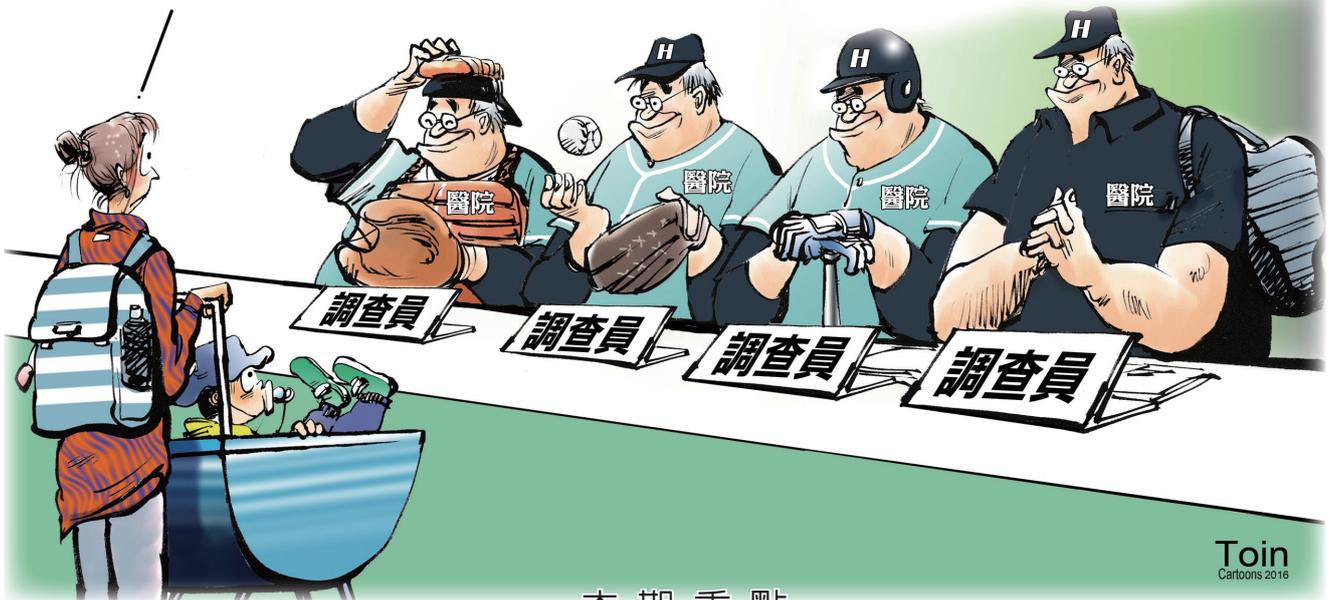
球員兼裁判！？
不敢面對真相嗎？

肇事者

院方代表

院方代表

非第三方



Toin
Cartoons 2016

本期重點

■ 火·線·話·題

新總統/新國會的醫改優先法案

解決急診壅塞 要疏導

自我照護不到位，感冒藥熱賣、看病次數爆量

全民花92億健保費，幫「醫院」還是「醫護」加薪？

醫改會出席DRGs 公聽會

■ 醫改信箱

擔心被換藥，教您三招自保！

P4

P5-6

P7

P8-9

P10

P6

■ 深·度·論·壇

台灣醫改當務之急：向「過度醫療」說不！

從藥師詐領健保事件 談門前藥局及雲端藥歷

■ 聰·明·就·醫

醫美手術不是任何醫師都可以做！

P11-12

P13-14

P14



線上閱讀



生產事故救濟條例 7月上路

8成民意要求修法

由公正第三人進行生產事故調查

文/朱顯光(醫改會副執行長)
潘柏翰(醫改會研究員)

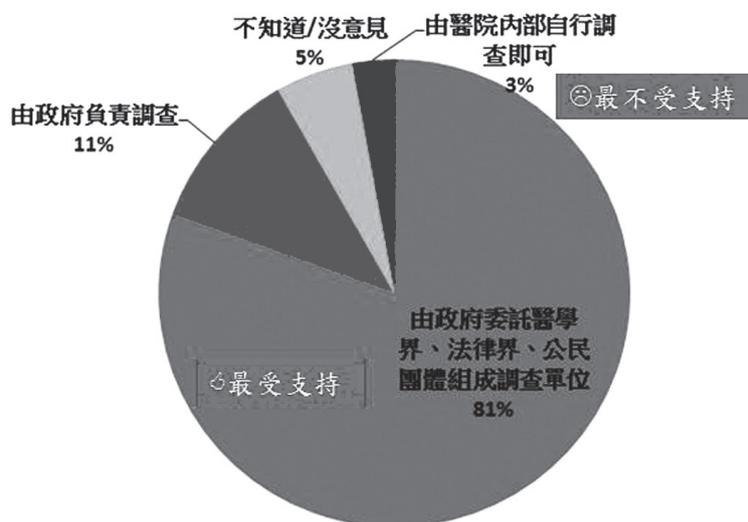
「生產事故救濟條例」經立法院三讀，並由總統於104年12月30日公布，該條例也明定生效實施日期為公布後半年，也就是即將於今(105)年7月上路實施。未來因生產導致死亡或重大傷害，不論是否有醫療疏失，將由國家提供最高200萬元救濟金。

但這項即將上路的法案，其中「獨立病安調查機制」的條文，竟遭衛福部封殺，將原本發生嚴重生產事故時，應由政府聘請社會公正人士成立調查小組之規

定，改成由醫院自行調查即可，形成國家只管出錢救濟，卻不負責病安調查的怪象，引發媒體擔憂本法恐成「免責法案」。

針對這項爭議，醫改會於去年12月委託台灣指標民調公司進行全國民調顯示，有高達8成的民眾認為應由政府委託公正第三人進行病安事件的調查。至於現行法條規定由醫院自行調查之作法，慘遭民意打臉，僅有2.9%民眾能接受。

問題：目前法律規定如果生小孩發生醫療傷害，不論醫師有沒有過失，政府會先出錢救濟民眾，但是醫院必須配合調查，您認為應該由誰來進行調查？



資料來源：醫改會於104年12月21至23日委託台灣指標民調公司調查全台22縣市，隨機抽樣電訪1,077位20歲以上民眾，在95%信賴水準之下，抽樣誤差為±3%。

因此，醫改會基於下列三點理由，呼籲立法院應趕緊於7月1日本條例上路前補正增列「建置獨立病安調查機制」條文，才能真正讓全民甘心出錢、母親安心生產。

醫改會的修法主張

<p>需要修法的三大理由</p>	<p>不到3%支持現行「由醫院自行調查」之條文， 8成民意支持「由政府組成公正第三人進行生產事故調查」。</p> <p>日本生產救濟制度設有公正的「原因分析委員會」、「再發防止委員會」等，難道台灣只能讓醫院自己球員兼裁判來調查？！</p> <p>衛福部主張可利用〈醫療法〉第26條對醫療機構「究責、法辦」的調查 ≠ 不責難的獨立病安調查，會讓醫界不敢誠實檢討除錯！</p>
<p>建議條文</p>	<p>第二十四條之一 生產事故發生屬中央主管機關公告之嚴重事故包含導致病人死亡或重大傷害、身心障礙等重大病人安全事件時，醫療機構應於二十四小時內通報，並由中央主管機關會同或指派地方主管機關立即成立專案調查小組，提出改善及防止錯誤之根本原因分析調查報告，並發布之。調查報告及相關文件，不得作為究責或訴訟之基礎。</p> <p>前項專案調查小組應為必要之調查或通知關係人到小組說明及提供資料，被調查之機關（構）、團體或有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。</p> <p>第一項通報方式、對象、專案調查小組成立層級、召集人與組成人員、運作方式、報告完成期限及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關擬訂，報請行政院核定。</p> <p>專案調查小組之召集人，應由社會公正人士擔任之。</p>

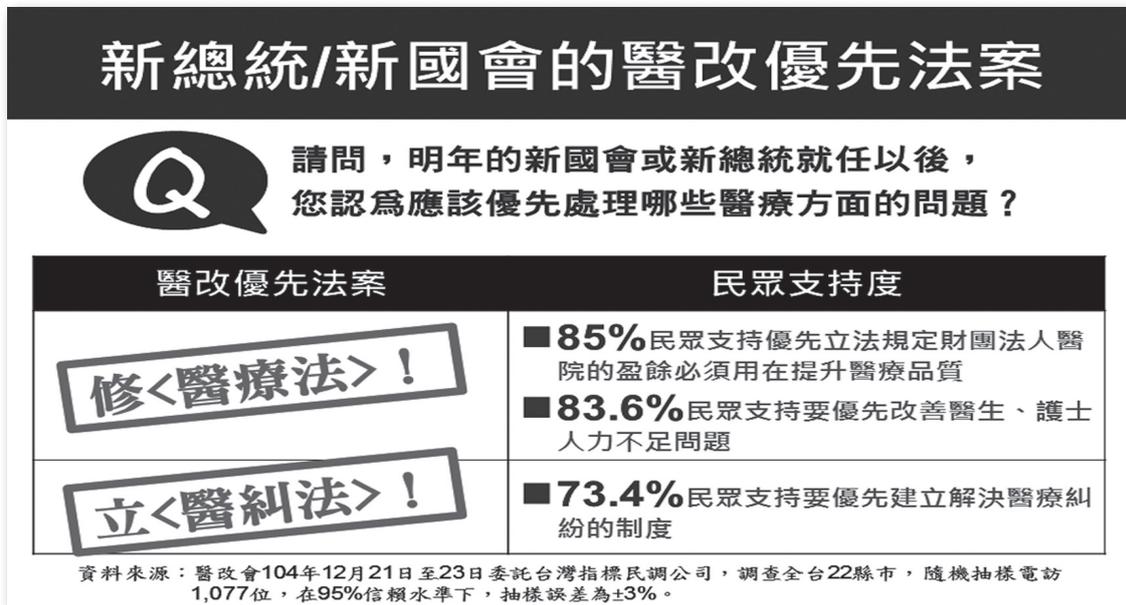
新官上任三把火

新政府應優先處理的兩大醫改法案

文/沈珮涵(醫改會研究員)

繼2月新國會上任，520新總統及內閣也走馬上任，並任命曾擔任衛福部政務次長的林奏延擔任新的衛福部長。面對與民眾生命健康息息相關的醫療、社會安全網絡等重要醫改議題，新政府該將哪些醫改優先法案放入施政藍圖，以解決民眾及醫界最期待、最關切的醫怨、民苦呢？

醫改會檢視蔡英文總統在大選時提出的醫療政策主張，並依據先前委託台灣指標民調公司進行的醫改政策民調結果，向新政府提出了兩大醫改優先法案的建議(如下圖)：



醫改會認為四年任期內推動這兩大法案，時間絕對夠用，就看新政府有無魄力。呼籲新政府與已經上任3個月的新國會應趕快回應民眾的期待、兌現選前承諾「強化醫療糾紛處理機制」、「保障醫事人員勞動條件，並確保病人安全」，速修《醫療法》以提升醫院治理的層次，在保障基層醫護的執業環境下、將醫院的經營導向真正以病人為中心；並有膽識重啟《醫糾法》的立法，給遭遇醫療糾紛無助的病家與一線醫護找出路，避免醫糾悲劇一再發生。

醫改會董事長劉淑瓊接受自由時報訪問時，也提出對於新任衛福部長的期許，建議林奏延部長要正視過去推動醫糾法等施政遭阻經驗，強化政策規劃與溝通能力，擴大開放民眾或第一線醫事人員參與政策，千萬

別「一罵就縮、一問就倒」。她也提醒部長須多花心力在預防保健、心理健康與社福領域，更盼總統、行政院長要尊重衛福部專業，並且排除利益團體壓力鼎力相挺，才能真正成功推行健保醫改新政！

蔡英文在2016大選時提出的醫療政策主張 (掃描QR-code)

① 有無表態要處理醫糾問題？

✓ 完善醫療糾紛處理機制，達到醫生和病人雙贏的目的。

② 建立醫糾處理機制的具體主張？

✓ 建立專業調解先行機制，由受過訓練的醫法專業者合作。
 ✓ 建立公正可信賴的醫事鑑定制度及遵守證據法則的偵查、審判。

資料來源：蔡英文主席政見：《2016總統大選蔡英文醫療政策主張》<http://iing.tw/posts/56>

解決急診壅塞 要疏導

文/辜智芬、沈珮涵（醫改會研究員）

面對這波流感爆發及大醫院急診一床難求所引發的醫療民怨，衛福部長接受立委質詢時表示要研擬修《醫療法》，讓大醫院急診壅塞時可拒收病患，以達到強制分流效果，引發各方論戰。醫改會認為，解決大醫院急診滿水位，靠「拒收」外，也要有「分流」，雙管齊下，才能啟動改變的契機，否僅圍堵不足以疏通洪水，最後註定如大禹爸爸治水失敗。況且建立有效的醫療分流制度，現行健保法第43、44條等家醫論人計酬制度立刻就能做，何須提修〈醫療法〉這種煙霧彈，來轉移政府不依法行政的疏失。

急診壅塞早就不是新鮮事， 流感只是照妖鏡

大醫院急診滿水位，早就不是新鮮事，流感爆發只是照妖鏡，讓政府未依法建立家醫群以落實分級醫療、醫院不重視急重難症人力血汗等沉痾一一現形。急診壅塞真正關鍵問題在於重症需要住院的病人上不去，在這波流感之前早就有3成重症病人無法於6小時內入住加護病房，以及檢傷1、2級的急重症病人在急診等床超過2天是家常便飯。依據醫改會調查，九成急重症醫護人員表示有遇過或聽過醫院在評鑑過後，因人力不足，加護病房技術性

關床，導致重症病人滯留急診之情形。試想，如果平時急重症人力就已緊繃而無戰備備援人力配置，一遇到流感爆發而重症增多時，急診不塞爆棚盤才怪；也難怪政府明明盤點說還有許多加護病房，醫院卻「有病床沒人力」而無法再收病人。

調高自負額只是做半套， 健保法43、44條應同步落實

此外，這波流感高峰期遇到春節及228連假，不少民眾是因為連假期間診所及小醫院都休診，只得往大醫院急診跑，不僅加重急診負荷，並恐造成交叉感染。常見的醫療民怨有：「當下就是很不舒服，不去看醫師，我也不知道怎麼辦？」、「我不能選擇生病的時間點，如果診所有開，我也知道哪間有開，我也不想去擠大醫院」等，如果政府早早就落實健保法44條規定，為落實轉診，應幫每個家庭建立一個家醫群團隊，並有假日輪值看診、24小時諮詢專線及重症轉診聯繫安排等服務，讓民眾能症狀諮詢、知道該去哪裡就醫，甚至平時就能扮演提醒施打流感疫苗等防疫尖兵，民眾又何苦愛跑大醫院承擔更多感染風險呢？可惜家醫制度只淪為健保試辦計畫，醫改會調查也發現只有18%民眾知道可利用；醫界更只想做半套，只要求

依照健保法43條提高自負額，卻不積極推動健保法44條所規定的論人計酬家醫群制度。

只想著幫台大等醫院急診「加鎖」，難解台灣無法落實分級醫療的枷鎖。與其大費周章修《醫療法》，不如趁4月醫學中

心評鑑，深入查察急重症醫護人力落差；並依法落實健保法第44條論人計酬家醫制、假日輪值看診，才是整治急診滿水位最有效的基礎工程，進一步修法規範大醫院急診不收四、五級輕症之管控措施，才可能相輔相成而奏效。

醫改信箱

擔心被換藥，教您三招自保！

文/朱顯光(醫改會副執行長)



每次隨著健保調整藥價，醫院常會出現換藥潮，該如何自保呢？

A 健保每次藥價調查時，常有醫院會因為價差或採購考量(例如廠商停產)，而出現換藥潮，讓病患擔心服用後，會不會藥效變差或是出現副作用。病人也常擔心，拿著原處方箋到藥局領藥時，會不會因為換藥的交接期，而出現缺藥、拿錯藥的情形。針對這些換藥擔憂，醫改會教您三招自保：

1 領藥時要仔細核對藥品外觀

領藥可注意藥品外觀、顏色、包裝等，和前次所領藥品是否相同。如有疑慮，先問清楚是否換廠牌？主成分或劑量是否相同？

2 留意不同廠牌藥品的賦形劑

如果遇到換藥，請記得跟藥師索取一份說明書(仿單)來確認不同廠牌的賦形劑(也就是藥效主成分以外的添加物)是否相同，這可能影響服藥後的吸收、藥效，甚至過敏等反應。

3 可送健保抽驗或通報不良反應

健保編有預算，可針對遭申訴換藥後藥效有疑義的產品進行抽驗，民眾可撥打02-27065866轉健保署藥材組洽詢。也可利用食藥署《藥品不良品及藥品療效不等通報》網站通報，網址為<https://qms.fda.gov.tw>。

自我照護不到位， 感冒藥熱賣、看病次數爆量

文/劉梅君（醫改會董事）
辜智芬（醫改會研究員）

媒體報導國人去年買感冒成藥花了20億，比去年成長3.4%，僅僅一年就吃下了6834萬顆感冒藥、46公噸熱飲粉末，以及相當30萬瓶1公升的寶特瓶裝容量的糖漿，針對這則數據及有醫師受訪回應，沒有就診就自行購買成藥是非常危險的行為，不僅不易達到治癒效果，還可能讓病情惡化，醫改會有不同的看法，我們呼籲：健保署與醫界應該宣導正確的衛教，來推展自我照護（self-care）的觀念與機制，而不是提醒民眾有感冒症狀應先去看診，以免扭曲健保資源的使用。

建立讓民眾信任的家醫團隊網絡

預防勝於治療、小症狀自我照護、及自癒性病不該濫用健保資源，向來是各國健康照護政策的主流方針。多數國家例如英國 NHS primary care trust 或美國 HMO 透過政府社區健康體系及家庭醫師提供衛生教育，讓民眾了解感冒時如何自我照護及何時該就醫，民眾真正需要的是位悉心衛教的醫師。因此，醫界及政府應該做的是正確衛教（如何判斷感冒，哪些只需多喝水休息，哪些需要再觀察，哪些得立刻就醫），而不是假「避免濫用成藥」之名，要民眾一有感冒症狀就去看診。

但台灣除了感冒藥熱賣的驚人數據

外，攤開健保統計發現國人平均每年看西醫門診 12次以上，每年花在急性上呼吸道感染的健保費高達215億元，門診每次看診的開藥比率也遠高於先進國家，此外，醫學中心平均每百位門診病患中，就有14.5位是在基層就能處理的輕症（例如感冒），這款台灣的「健保奇蹟」，實令人擔憂。民眾感冒自費買非處方藥，還反映許多問題。首先，顯示現行看診掛號費太貴，買感冒藥顯然便宜許多，也不用耗時排隊看診，比較「經濟划算」。其次，民眾服用非處方藥可能大多時候都有效，甚至比看醫生拿藥更快速有效，但可能忽略「藥即是毒、安全的指示藥也可能有風險」。因此，強化自我照護配套機制，應是醫改當務之急。

醫改會建議應盡快落實推動現行健保法第44條論人計酬家醫制度，建立讓民眾信任的衛教及諮詢團隊。並且應該儘速完成市售藥品外盒警語標示及盒內說明書「換裝」計畫，給民眾符合國際安全規格的藥品外盒和看得懂的說明書，強化自我照護能力及用藥風險保障機制，從而一方面提升民眾的健康知能，另一方面可以節約珍貴的健保資源。

（原文以「吃越多藥越健康？」為標題刊登於 105.3.27 自由時報自由廣場）

全民花92億健保費， 幫醫院還是醫護加薪？

文/劉淑瓊(醫改會董事長)
潘柏翰(醫改會研究員)

健保署宣布自醫院總額提撥92億元，調高門診及住院診察費等費用，希望藉此為醫事人員加薪，然而部分基層醫護卻認為總額並未增加，只是在既有的額度內挖東牆補西牆，稀釋其他費用的點值，因而揶揄政府是「詐騙集團」；另外也有人擔心這筆錢透過醫院分配，基層未必拿得到。醫改會認為，衛福部及健保署如何監督醫院如實分配這筆加碼的總額，不要重演「醫院很補、醫護卻不補」的老戲碼，才是關鍵所在。

根據健保會公布105年「醫院」總額大餅分配之決議：「醫療服務成本指數改變率所增加之預算(92億元)，原則用以調整支付標準，並以與醫事人員薪資連動……」。換句話說，進入醫院口袋的總額確實是增加的，而且要求要與醫事人員的薪資相勾連，達到加薪的效果。按照健保署公布的醫院財報，103年度有七成醫院光靠醫療本業就有結餘；如果再加上業外收益，更高達八成七的醫院賺錢，但相對地，人事費用的占率卻不升反降。

醫改會向來支持醫事人員應該得到合理的勞動條件與報酬，但我們不懂，既然有盈餘，為什麼不是由醫院來為醫護加薪，反而是全民為醫護加薪呢？退一步

說，如果真要用全民所繳交的健保費來替醫護加薪，健保署又有什麼機制來確保第一線醫事人員真的有「加到、加滿」呢？對此，醫改會提出兩項主張：

- 1 健保署應要求各醫院回報這筆新增經費的支用計畫，並建立稽核追蹤制度及檢舉與申訴平台，定期公布，並將以上結果作為年底協商總額的基礎。
- 2 建議衛福部與審計部應比照稽查護理補助款是否真用在護士身上之作法，帶頭稽查公立醫院。

問題源頭，部分財團以非營利的「財團法人」名義投入醫院經營，卻未將醫院盈餘用在提升醫療品質及人力薪酬，反而進入家族或企業口袋。醫改會呼籲應儘速通過躺在立法院的〈醫療法〉修正案，增設公益監察人、透過普選增列員工及病友董事，並設置「薪酬委員會」由各界共同參與決策，才能確保替醫護加薪的健保費，不再淪為看得到卻吃不到的總額大餅。

(原文以「92億 畫餅充飢」為標題刊登於105.04.22 自由時報自由廣場)



有圖有真相

大家來看看協商會議時，醫界代表怎麼說
請醫界代表既然在協商會議承諾支付標準調上去，一定會連動調高給醫事人員的抽成，就請反映在給醫事人員的薪資上吧！

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」

105年第2次臨時會會議紀錄

時間：105年1月28日（星期四）下午2時

朱代表益宏

剛剛我想何代表一直很在乎如果調這個錢，醫護人員是否拿的到
就我了解，醫院這邊大部分如果醫院的醫師是用抽成，一部分是底薪
薪其他抽成，抽成部分也是跟支付標準做連動，大部分是支付標準
的百分比，所以支付標準調上去，抽成一定會相對增加，在這邊跟
何代表報告，如果你不在這邊調整，事實上
也已經進到總額裡面，就是在點值上去反映
問題，如果不調整，那麼就是整體去反映他的
與其讓點值去反映，不如實際上該調整的項
對醫院經營上比較有幫助，這是第一點報告

紀錄：李筱婷

陳彥廷

何代表語

我的意見就是調給醫師的診察費能不能全部都支付給醫師？

陳代表志忠

我們原先就有按比例。

何代表語

我不管你比例多少，我的意思就是這次調整的診察費應該全部支
付給醫師跟醫護人員包括護理人員。

林代表淑霞

我想跟何代表說明一下，醫院因為屬性不同，有的是財團法人、
社團法人、公立機構及私人機構，所以薪資架構有一些不太一樣，
但是以本院財團法人為例，在住院診察費是100%提給醫師，門診則
是採一定的比例是因為醫院門診的服務量較大時間也較短，同時門
診也有一定的醫院成本，但是住院的部份是100%給醫師據我所知包

54

括長庚也幾乎雷同，這裡跟你作一個補充說明，至於公立機構，採
行的應該是公務人員的新薪資架構。

吳代表美環 (請假)

李代表飛鵬 (請假)

李代表紹誠 李紹誠

林代表淑霞 林淑霞

林代表富滿 陶屏(代)

資料來源：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」105年第2次臨時會會議紀錄

醫改會出席DRGs公聽會

文/沈珮涵(醫改會研究員)

DRGs支付制度第一、二階段已分別於99年、103年上路，今年健保總額額外加碼11億，原預計於今年3/1推動DRGs全面上路；因引起醫界反彈，政府決定暫緩，留待520新政府決定。2/22立法院民進黨團召開DRGs公聽會之發言重點：

醫改會認同支付制度改革，向來是維繫健保永續，並建立具有品質與正義的醫療環境的核心關鍵；設計合理的「同病同酬」支付制度，更是推動分級醫療的重要基礎。

我們建議未來DRGs的推動，應強化公開揭露(Disclosure)與鼓勵參與(Empowerment)機制，剛上任新國會或520要上任的新政府應確實把以下5項關鍵做好、做滿，而非停滯原地毫無改革作為：

一、提出DRGs前兩階段總體檢報告

內容包含DRGs實施後「一床難求」、「醫療人球」等醫療民怨或就醫痛苦之分析，以及健保支付點數/照護品質/服務效率之監測數據。

二、架設DRG爭議網上溝通平台

衛福部應直接在官網設置專區，針對各界疑慮或臨床個案爭議，拿出具體數據或改善措施，進行說明回應。而非放任各種錯誤資訊在坊間流傳，以訛傳訛，徒增醫病恐慌。

醫改小辭典1—什麼是”DRGs”：

DRGs 只是一套將臨床已發展成熟的臨床診斷治療模式進行標準化的支付制度，將同一類疾病、採取類似治療模式分在同一組，再依病人年齡、性別、合併症、出院狀況細分組，同分組給付相同費用。

三、公布與專業團體之會議紀錄與往來公文

公布過去政府與醫界(含全聯會、醫院代表與專業醫學會等)的專家諮詢或協商會議紀錄，整理各醫療專業社群提出之修正建議，而政府後續如何處理，或即便最後沒有採納的考量為何，以促進良性對話。

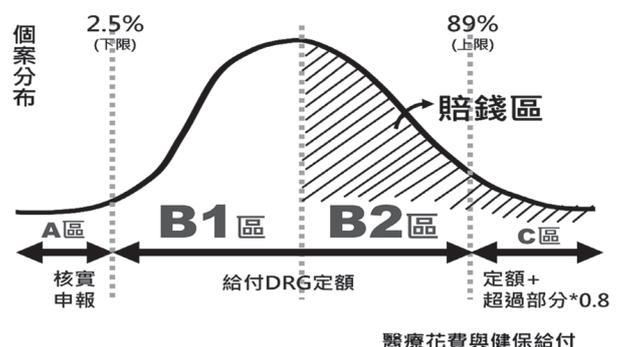
四、公布各醫院的DRG財報數字

實施第一、第二階段DRGs項目後，各醫院(尤其收治急重難症的醫學中心)在DRGs案件上落在所謂賠錢區(B2區、C區)的案件比例，以及實施DRGs項目所獲得給付點數與過去論量計酬下實際申報點值之比值；進而研議鼓勵收重症的醫院，並確實給予補貼至重症醫師的口袋。

五、建立完整的住院計畫及出院標準

應針對訂定各類DRG提出住院/出院SOP，並強化出院準備服務，以保障民眾權益。

醫改小辭典2—什麼是”賠錢區”：



台灣醫改當務之急： 向過度醫療說不

文/劉梅君（醫改會董事）

台灣雖有外國人稱羨不已，號稱「俗夠大碗」的健保制度。但你知道嗎？這款「台灣醫療奇蹟」是以每位國人平均每年看15次門診（世界第一）、每次門診吃4顆藥（歐美平均才1-2種）、每一百元醫療費中高達3元要民眾自費（是先進國家的兩倍）、醫學中心愈蓋愈大間但醫護人員忙得像戰鬥陀螺等為代價。除了讓健保支出年年提高，國人自付醫療費也逐年增加，讓台灣醫療面臨崩壞的嚴峻挑戰。

到底是什麼原因讓醫療費用不斷高漲？過度醫療及無效醫療絕對是重要元凶！根據健保局統計，民國103年門診超過百次者竟有3.3萬人；但民眾領了藥卻又不一定服用，導致每年丟棄藥品高達136公噸，疊起來約有五棟台北一〇一的高度。另有近1500億元的醫療支出是在病患往生前幾個月用掉的。更令人感嘆的是，很多臨終患者因為沒有簽署放棄急救聲明，送入加護病房後插上呼吸器、葉克膜、洗腎，徒增病患與家屬的痛苦。

除了健保過度醫療問題外，從醫改會每年醫糾申訴分析後更發現不少「過度自費醫療」的玄機。醫院為了增加利潤，誘發不必要的自費需求；甚至醫師手邊常收到醫院經營管理者所提供的「金雞母手術清單」、「醫師開藥或手術業績報表」，淪為「高級計件工」必須靠自費業績而非

醫療品質決定專業報酬。病患被「健保給付的手術或藥品比較爛」、「新藥、新手術、高價醫材一定比較好」、「不買昂貴藥等於不孝」等話術弄得暈頭轉向，甚至最後還不幸落得「人財兩失」，衍生醫療糾紛。

淪為商品市場買賣關係的醫療服務

究其原因，主要是醫療商品化、營利化的歪風使然。在扭曲的保險支付結構影響下，醫院爭相投入「軍備競賽」的行列，以取得醫療給付及市場的競爭優勢。當醫療成了資本家投資之標的，醫事專業自主性及執業倫理必然面臨極大威脅，在金錢利益的誘惑下，上演著浮士德與魔鬼的交易戲碼。政府及醫事專業團體的緘默與不作為，成了共犯結構，醫療公共性與公益本質終將淪喪。

對台灣醫改的啓示

吉卜森等所著《比生病更可怕的醫療陷阱》一書以美國真實案例，透過淺顯易懂的論證，帮助大家對過度醫療的風險有更深一層的認識。難能可貴的是，作者整理出避開醫療陷阱的二十項妙招，讓民眾在就醫時可以做出理性的判斷。本書更是

很好的「醫改探照燈」，作為他山之石，美國醫改及消費者團體、政府、醫界自律團體對此亂象的改革策略，凸顯出台灣政府與醫界對此議題的改革決心不足、步伐太慢、政策迷航。例如：

導正論量計酬的弊端：

作者揭示每一單位的醫療服務支付費用的計價方式（例如開愈多藥或手術，醫界能領愈多錢）會招致濫用及腐敗，讓健保財務失血而死。而不幸地，台灣主要就是採此方式。我們期許政府要有作者所稱「豪壯的勇氣」，拿出魄力推動論病例計酬、論品質計酬、論人計酬等健保改革。

提高部分負擔非妙計：

作者認為面對過度醫療問題，如果靠加重消費者財務負擔的解決辦法，就如同要求士兵自費買頭盔來控制國防支出一樣，是徒勞無功的失敗解法。相關研究已指證歷歷表示加強對醫療提供者的控管才是最有效的方法。對照日前健保局積極想藉提高各類病人部分負擔來抑制醫療花費的做法，美國的經驗可謂當頭棒喝。

公開醫院濫用與違規資訊：

作者認為最有效的做法，是公開各醫院醫療濫用的查核結果，並透過各類解讀分析，讓在地民眾與消費者團體來共同把關。但台灣健保的醫療品質、違規名單、自費財報，乃至醫院評鑑結果的各種資訊，醫界都還在設法建立各式「遮陽傘」，實在令人擔憂。

鑑定審查及防堵詐領機制：

美國各州醫務委員會對提供不必要醫療手術的醫師進行調查，甚至予以懲處或吊照。聯邦醫療保險與補助管理當局也積極依據《虛假申報法》成立防詐領熱線，並結合司法部調查；舉發者也可獲得財務上的獎勵，值得台灣學習。

醫改會呼籲政府應正視醫療資源浪費的問題外，也提醒民眾要積極看守自己的健康，學習聰明的自保方法，避免掉入醫療陷阱中。

（原文為Rosemary Gibson、Janardan Prasad Singh著，《比生病更可怕的醫療陷阱：別讓不必要的治療同時傷害你的健康和荷包》一書之推薦序）

從藥師詐領健保事件 談門前藥局及雲端藥歷

文/陳昭元(新北市藥師公會常務理事)

近日板橋區某藥局事件中^①，似乎容易讓民眾誤解藥師拿到健保卡就可以開藥拿到錢，實際上，藥師在健保制度中是屬於最末端的監控者，必須依照醫師開立的處方才能調劑處方藥，健保署只給付由醫師開立的處方藥品，經藥師調劑後領取藥事服務費，所以事件中藥師能至診所內拿到有醫師蓋章且能通過健保申報之處方，實非一般藥師所能，更讓人無法理解該診所醫師為何未發現自己的處方量暴增？其中是否有隱情？這藥局與診所之關係令人不解。

台灣存在藥師在醫師隔壁開業的門前藥局，主要原因在於民眾對於醫藥雙方的認知上是一體的，希望看完病後直接拿藥最方便。但就大多數國家（歐美各國及日本、韓國）均已推行完全分離的醫藥分業制度：

- 一、醫師給病人處方箋，病人可至任何健保藥局拿藥；而不是到醫師指定的藥局才能拿到藥。
- 二、藥師依法調劑處方箋，於調劑該處方前應對處方用藥做適當評估，除了保障用藥安全外，還有防止醫師受藥品利潤誘惑而開立出對病人無益甚至有傷害的藥物。

在加州藥師法第650.1條中，明確指出醫院或診所（開處方箋者）對藥局所在地的租賃限制其中一項提及：任何醫院或開處方

者，禁止將藥局的總收入或病患收費中以任何百分比、分數比或部分抽備方式索取租金。另外，藥學、醫學及醫院協會對違反上述規定者之雙方（出租及租賃者）均須禁止其營業。

反觀台灣是雙軌制醫藥分業的國家，也就是醫師得擁有藥局，試問藥師的老闆是醫師，員工敢監督老闆嗎？還是員工需幫老闆扛下所有責任？更嚴重的現象是目前某些藥廠或藥商只把藥品賣給醫師及醫師開的門前藥局，真正獨立的健保特約藥局卻買不到藥，讓擁有調劑權的藥師反而無藥品可調劑。反思，藥廠或藥商獨利醫師的藥品，一定是對民眾的身體有利嗎？醫師與廠商未能利益迴避，藥師又無法監督，只會導致民眾無用藥安全可言。

目前健保署所提供的「健保雲端藥歷系統」是指民眾就醫時在簽署「提供用藥資訊同意書」後，只要透過健保卡就可請醫師或藥師協助查詢用藥紀錄，包括處方來源及處方主要診斷、藥理作用、成分名稱、藥品健保代碼、藥品名稱、藥品規格量、藥品用法用量、病人就醫日期、慢性病連續處方箋領藥日期、藥品用量、給藥日數及單筆餘藥日數試算等資料，提供醫師處方開立或藥師藥物諮詢參考，同時也可查詢自己的健保卡是否被盜刷，特別是有些人因為有多種疾病可

能在不同醫院就醫，不同醫師、不同科別帶回多位醫師的處方藥物；有些藥品有很多作用，例如同一成分藥，既可降血壓也可幫助排尿，如此潛在重複用藥的風險，也浪費健保資源，更重要是用藥安全危機重重。

因此「健保雲端藥歷系統」可讓民眾用藥更安全。同時，每次民眾領藥時，藥師必須向民眾拿健保卡過卡才能看到病人的資料及申報調劑費用，也請民眾協助配合。

總之，違法者應受法律制裁，制度面的修正則需要民眾的了解與政府主動積極的立

法；「健保雲端藥歷系統」是健保署主動積極保護民眾用藥的政策，應鼓勵民眾積極的參與。

註① 新北市板橋區某藥局徵求民眾健保卡，過卡後提供一百八十元酬勞，涉嫌詐領健保費，衛生局並當場查獲藥師擅自開立處方箋，調劑管制藥品，將依違反醫師法與藥事法處辦。

（本文經作者同意轉載，特申謝忱。原文刊登於105.03.13自由時報自由廣場）

聰明就醫

醫美手術

不是任何醫師都可以做！

文/辜智芬（醫改會研究員）

為了解決醫美執業醫師資格及醫療爭議問題，在醫改會多次建議下，衛福部特別規定，非外科專科醫師轉醫美，需受訓一年才可動刀！

依據新修訂的「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，非外科訓練之專科醫師如果想要執行醫美手術，需要具備下列資格才能動刀，民眾千萬要睜大眼睛、看清楚動刀醫師資格！

（一）未受過一年外科訓練的醫師，必須補足相當於外科訓練一年時數的訓練課程，衛福部將清查每個醫美醫師曾接受過哪些訓練，以及實際做過那些手術，如果符合資料，就會頒授證明，並公布在網站。

（二）提出專科醫學會發給曾參與該項手術已達10例及參加學術講座達8小時之學習證明文件。

醫改會叮嚀

接受醫美時，可觀察診間是否公開該醫師具備上述資格證明。若無張貼或展示相關證明，記得主動開口詢問，請問醫師是否取得訓練認證、符合資格可進行這項手術。未確認醫師資格前，別貿然簽下手術同意書，以確保自身權益。如有相關資格爭議，請向醫美院所所在地之衛生局申訴或查證。

志工名錄

	服務內容與日期 (105/01/01-105/02/29)	姓名 (依姓名筆劃排列)
大專研發型志工	蒐集議題資料、 立院公報整理	張育庭 (中山醫醫社系)
行政志工	文書公文處理、 網路新聞整理、 協助相關活動進行、 黏貼文宣品	林大哥、吳翠雯、 張素貞

捐款名錄

醫改會完整財報，請上本會官網輸入「財務資訊公開」，即可搜尋查閱。

感謝您為台灣醫療的付出

387,240 中華社會福利聯合勸募協會	郭姿利 趙甦成	1,400 陳麗光	鄭怡玫 謝宗學 鐘文冠	陳小姐 謝瑪利
63,113 王梅影	2,400 葉慶鴻	1,300 張詩怡	600 國廉印刷有限公司 成令方 吳全峰 吳延晃 吳曾美容 李易榮 汪秋蓉 林玉蓉 林先生 孫健忠 張雪芬 許維理 陳帛青 陳芙嫻 陳春福 曾纓閔 黃梵璋 葉女士 劉志偉 蔡靜坤 蕭女士 蕭惠方 蕭慧雯 錢建文 薛貴霞 薛鳴忠 謝瑞芳 魏寶戀	400 冒恩聖 夏慧凝 張建文
27,000 中華元田會計師事務所	2,000 伊慶春 吳思華 李玉春 李嬌瑩 孟嘉仁 林昭吟 林教授 林惠珠 林煥博 邱獻璋 洪美玟 洪教授 洪德仁 桑穎穎 翁苑菲 張振武 曹麗娟 梁麗真 許甘霖 許美洋 陳培祺 陳盛泉 陳慧書 陶利瑄 曾琴音 楊筱雲 楊榮宗 劉孔中 劉淑瓊 劉慧敏 蔡進明 薛亞聖	1,000 儀美科技有限公司 尹裕君 王竹雄 王瑞琦 吳先生 吳志宗 吳淑慈 吳景誼 李女士 周志森 林昭禎 林錦良 夏女士 張菊惠 張馨予 陳如容 陳美霞 陳醫師 陳麗蓉 陸志龍 黃今鈺 黃姝慈 黃慧如 楊青岳 溫怡明 劉玉錦 劉國志 歐人彰 蔡甫昌	500 馬艷華	300 高雅族服裝行 方秀娥 林久傳 林苑苹 林哲宇 謝海
24,000 姚克明				200 巫女士 李德達 李權城 姚立倫 許瑞玲 陳瑞美 曾郁玲 鄭滿足
12,000 許亮標				120 郭勇志
10,000 王姿月 高雅慧 詹火生 廖容敏				100 台哥大S180-陳先生 台哥大S180-楊小姐 宋郭招 莊勝義 郭錦成 蔣青頤
8,690 官居正				
6,000 王春梅 江明修 高純琇				
5,000 中華民國中醫師公會全國聯合會 林寶玉				
4,000 益實實業股份有限公司 丘昌泰 曾醫師 游鼎堯 黃文志 葉品言 謝慧嫻				
3,000 王國羽 侯英男				
	1,800 陸小姐			
	1,596 善心人士			



105年1月1日~105年2月29日

企業捐助：425,140元 總募款金額：758,159元
 一般捐助：130,929元 總支出：1,235,820元
 醫改之友：202,090元 餘 絀：-477,661元

105年累計餘絀：-477,661元

■ 為維持客觀中立，本會不接受政府、利益團體之指定補助計畫，如果您認同我們的理念，歡迎加入「醫改之友」行列（捐款方式請參閱p.16），共同提升台灣醫療品質。
 ■ 歡迎讀者自付郵資或贊助印製本刊。請珍惜資源，閱讀後將關懷傳遞下一個人。

「醫改之路，你我同行」 公益影片出爐！

請加入「醫改之友」行列
定期捐款



掃描QRcode
線上看影片

一起為我們的未來打拼

www.thrf.org.tw



黃勝堅
台北市立聯合醫院院長



田秋堃
前立法委員



楊志良
前衛生署長

財團法人台灣醫療改革基金會 捐款單 66



勸募許可文號：北市社團字第10449749200號

捐款人姓名：_____ 身分證字號：_____

連絡地址：_____

連絡電話：(日)_____ (夜)_____ 行動：_____

E-mail：_____

收據抬頭：同捐款人 其他

因捐款人姓名會公布於醫改會官網與季刊中，如需匿名請勾選

統一編號：_____

收據寄發方式：每月寄發 年度彙總 線上申報(務必填寫身分證字號)

醫改電子報或季刊：電子報 季刊 皆不需要

您也可以選擇下列捐款方式！

郵政劃撥捐款

劃撥帳號：19623875 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會 請逕至郵局劃撥，謝謝您

銀行電匯

帳號：147-10-022393-7 華南銀行 懷生分行

戶名：財團法人台灣醫療改革基金會

匯款後，請記得將匯款單影本連同此捐款單，傳真至醫改會 (02)2709-1540 謝謝您！

信用卡捐款

卡別：VISA MASTER JCB 聯合信用卡

發卡銀行：_____

卡號：_____

信用卡有效期限：_____月/西元_____年

持卡人簽名：_____ (請與信用卡簽名一致)

我願意單筆捐款，捐款金額：_____元

我願意成為定期贊助人，每月固定捐款：_____元

※ 填妥請傳真 (02)2709-1540，謝謝您

※ 若要取消或變更捐款資料，請與本會聯絡，我們將盡快為您處理。



財團法人台灣醫療改革基金會

電話：(02)2709-1329 傳真：(02)2709-1540

106台北市復興南路二段151巷8號3樓之5

「就醫安全知識」

■ 就醫平安福傳單

為家人、為自己 您生活的必修學分

壹 手術篇 貳 藥袋篇 參 病歷篇 肆 兒童用藥篇 伍 老人用藥篇 陸 醫療收費篇 柒 醫病五溝通



醫療爭議處理參考手冊



醫改季刊



就醫寶典



以上出版品如有需要 歡迎請至醫改會網站下載

購書資訊請洽醫改會

