

財團法人台灣醫療改革基金會

投資醫療改革願景 齊心共好醫療環境

勸募活動

## 服務成果報告

本會經臺北市社會局於民國 111 年 7 月 6 日以北市社團字第 1103183210 號函核准辦理勸募，勸募期間自 111 年 4 月 1 日起至 111 年 12 月 31 日止，共計募得 1,275,725 元，並自 111 年 4 月 1 日起至 112 年 2 月 28 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. 敦促全民健康保險之政策改革
2. 推動改革醫院治理及醫療弊端
3. 提供醫療爭議諮詢與關懷服務
4. 監督醫療爭議通報暨處理機制

(三) 執行勸募活動之設計費、印刷費等

(四) 補充：因逢新冠肺炎疫情，本年度之服務策略與宣導多採線上方式進行。

### 二、 服務成果說明及照片

(一) 監督全民健康保險之政策改革

1. 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、總額成長說明會、健保座談會等)，或專家諮詢會，至少 33 場。
2. 本會於全民健康保險會會議提出以下訴求：
  - (1) 監督分級醫療政策的轉診執行成效、醫療照護品質，及其支付誘因的合理性等，並在門診減量政策因疫情暫緩後，要求衛福部檢討並提出分級

醫療的新對策。

- (2) 對於全民健保特約醫療院所的急診壅塞情形，要求主管機關介入輔導。
- (3) 關注多重慢性病人的就醫權益與醫療品質，要求健保署精進門診整合照護資源。
- (4) 監督醫院「住院整合試辦計畫」的推動情形，提出醫改會版本的多元品質監測指標(包含照護品質指標、病人安全指標、滿意度、收費情形、聘雇情形、護理人員及照服人員勞動調查等)，並納入年度決定事項。
- (5) 要求檢討試辦逾 20 年的「家庭醫師整合性照護計畫」。
- (6) 要求加速整體醫療支付項目的總檢討，與落實住院 DRGs，並納入年度決定事項。

### 3. 部分負擔調漲新制：

- (1) 本會針對健保署於 2 月 17 日透過媒體釋出欲調漲部分負擔的訊息，呼籲署方應強化公眾溝通，檢討審視部分負擔收費標準合理性與公平性。並針對健保署後續溝通消極且未提出實證基礎與論述說明，恐會造成「分級國民」的醫療生態發表嚴正譴責。尤其在官方論述下，連持慢篋病人或是假日苦尋不到合適就醫院所的民眾，反都成了咬破布袋的老鼠，部分負擔調漲將苦七成國人。觸及人次達 4227 人次。

調整方案影響金額總計及 對民眾及外單位影響金額				
		修訂委託合規(億元)		
		民衆	政府單位	合計
調整高額部分負擔(含指住直付核算方案)： 以比平20%核定費吸收，並訂定上限200元、 300元 影響人數：1,285萬人		51.2	3.6	54.8
低價藥(齊)過份負擔： 以10%、20%核定費吸收，複蓋率、核轉率及 未經轉付者不計上線 影響人數：1,318萬人		61.6	3.9	65.5
美基盈部分負擔： 扶助參保率及開設定期 影響人數：117萬人		1.1	0.05	1.2
合計		114.0	7.5	121.5

**衛生署時代說…**

**「使用者付費」不符健保精神**

**常看病者多交保險費，合理嗎？**

**【使用者付費】與健保基本精神不符**  
其實健保取盈取盈，有人建議「化「使用者付費」的概念，讓常看病者多付錢以擴大健保財源；這項名義和民眾僅是社會保險、互惠互助方式，背離社會公平性的精神，有所違背，這就奸詐是要一個在工作上，在社會地位上相對優勢的重病或慢性病患者，多負擔一點保險費，這樣的作法不是改善全民健保財務最佳方式。

**全民健保的「最低付費」與「自助互助」**  
全民健保其實由全國國民，以互助互保的方式，集合大家的力量，收入多寡其實不重要，重要的是個人對健保的負擔能力而應作出區隔，以好瞭解個人族群，一旦要照顧身體的時，所產生的經濟問題，並現代化的健保何以受到保障的一種社會保險制度。

全民健保的宗旨主要來自誠實，為了體育「最低付費」與「自給互補」，所以是以均等能力的名稱，來做為依循ICU費用的依據，這和商業保險無依據「危險責任」或「使用者付費」來收取保險費的原則，两者之間是不一樣的；因此，若為肥角第健保的社會方式用在健保上，該生重病的人多付錢，讓生重病的人付更多的錢，會失去健保社會以保障民眾共同負擔的本質。

- (2) 急診部分負擔在 2017 年早已調漲過，監察院的調查報告也顯示就醫行為的效果並不持久，沒有經濟壓力的人仍會有醫療濫用的可能，但卻可能會形成經濟弱勢的就醫障礙。針對欲調漲多項部分負擔之措施，健保署身為保險人有管理與監督之責，但保險人確存在很多「應做而未做」

的研究，因此醫改會盤點近期各界要求健保署應公開的十大資訊，強化公眾溝通。觸及人次達 783 人次。

### 盤點各界要求健保署應公開的資訊

- 1) 歷次(2002, 2005, 2017)部分負擔調整後，其醫療利用轉變、政策成效分析與影響報告
- 2) 慢性病連續處方箋開立率與釋出率近年趨勢及檢討報告
- 3) 慢性病連續處方箋上開立不可替代藥之現況
- 4) 不同疾病就醫需求或民眾就醫習慣，在政策調整後會增加多少醫療費用
- 5) 應就受草案影響為高風險的特定群體，如經濟上的邊緣戶、領慢藥的病人、多重慢性病人等，提出就醫可近性、公平性的風險評估報告
- 6) 提出在健保重大政策調整實施(如費率調整、部分負擔調整)後，不同層級在五級檢傷分級之急診醫療利用情況
- 7) 假日與夜間不同檢傷分級之統計與變化，及基層假日開診率等趨勢與檢討報告
- 8) 教育民眾自我照護與就醫識能的指引
- 9) 近年檢驗(查)支付費用上升，對於健保總額財務影響之原因分析、評估報告與改革
- 10) 針對藥品與檢驗(查)，非必要(並不一定重複)的統計報告

 健用法人台灣醫療政策基金會

(3) 於三月與衛福部部長溝通部分負擔調整案，本會比較部分負擔的現制及研擬中的新制，向部長提出四點觀察。並於會後將溝通意見與部長允諾研議採納項目撰寫貼文，觸及人次達 591 人次。

**1. 急診部分負擔調漲之配套：健保署未分析病人假日就醫困境，邀請提升假日基層開診率之作為。**

科別	現行急診各級分級		調整後各級分級		
	第1-2級	第3-5級	第1-2級	第3級	第4-5級
教學中心	450元	550元	300元	550元	800元
區域醫院	300元	200元	300元	300元	600元
社區醫院	150元		150元		
診療費用	150元		150元		

調查影響金額：上漲 1.5 倍  
影響人數：117 萬人

資料來源：2020/2/25 第五屆 111 年第 2 季健保急診基層開診率調查報告

**2. 一般藥品部分負擔：草案收費看似與現制差異不大，但大醫院主要收治急重症症，藥費超過千元的民眾不知道有多少，若民眾還要負擔慢藥及檢驗(查)的部分負擔，則有擴大就醫經濟障礙的可能**

科別	現行(未變) 不分級費 100%自付全收：上開 200%	草案(未變)	
		單科中心、區域醫院 (上半 20%，上加 200%)	單科門診、20% (100%自付收：上開 收取 20% + 上加 200%)
牙科	0	0	20.8%
101-200	20	20.80	20.8%
201-300	40	40.80	40.8%
301-400	60	60.80	60.8%
401-500	80	80.80	80.8%
501-600	100	100.80	100.8%
601-700	120	120.80	120.8%
701-800	140	140.80	140.8%
801-900	160	160.80	160.8%
901-1,000	180	180.80	180.8%
1,001-1,100	200	200.80	
1,101-1,200		220.80	
1,201-1,300		240.80	
1,301-1,400		260.80	
1,401-1,500		280.80	
1,501-1,600		300.80	

資料來源：健改會



3. 慢築部分負擔：李伯璋署長2/20投書，國人慢築平均每件藥費985元，以此估算，持「單張」慢築的民眾平均一年累計可能會增加760-1560元，恐會影響民眾持慢築之意願，健保反而因小失大。

類別 次數	規則	卓美(定期+定額)		卓美(定期+定額)	
		不分別 級距 級距 (比率35%、上限300) 免收	醫學中心、區域醫院 (00以上免收、以下 免收35%；上限200)	醫學中心、區域醫院 (比率35%、上限300) 免收	醫學中心、區域醫院 (00以上免收、以下 免收35%；上限200)
第一次進場	100	100	100	100	100
第二次進場	100	免收	免收	免收	免收
第三次進場	100	免收	免收	免收	免收
行動牙科門診初診	100	100	100	100	100
全科計部分負擔	150	250	250	250	250

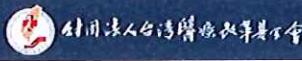
► 台灣慢性病罹患不僅被醫界視為後段班，根據世界衛生組織（WHO）訂定「慢性病早死率」指標，台灣民眾罹患慢性病早死（活得不過70歲）比率高達12%，遠高於新加坡的9.5%、日本8.3%、韓國7.3%；不健康壽命時間也一週不斷上升。  
► 諸如進階扶植社不可替代性基層扶植社也未被納入該項架構之記載。



4. 檢驗(查)部分負擔：個人檢驗(查)醫療利用前三名，分別是超音波、磁振造影、電腦斷層，腹部超音波部分負擔在草案下，會落在藍底收費的範圍，但針對冠狀動脈內超音波、磁振造影、電腦斷層，則都會達到草案的最高收費上限(紅底)

屆數 費用(GT)	規則	卓美(定期+定額)			
		不分別 級距 未轉診 轉診	未轉診 轉診	轉診 轉診	是區域 診所
2004下		405下	205下	405下	免收
201-2009		405-100	205-5	405-100	203-5
100		20	100	20	100
150	免收	300	150		150
200			200		100
250			400	250	200
300以上				300	

自改合規表



- (4) 針對3月16日衛福部預告修正健保部分負擔費用，預告期僅14天，且草案內容僅採納醫界訴求，對民眾端呼籲的聲音，甚至先前承諾付費者代表的訴求，並未在呈現在修正的版本當中。嚴正呼籲衛福部暫緩公告實施。觸及人次達3560人次。
- (5) 號召20多個民間倡議、病友、勞工團體發表聯合聲明，反對衛福部貿然實施健保部分負擔調漲修正草案。強調任何國內重大且有效的健保政策，應建立在就醫公平性與充分公眾討論的情況下制定，而不是立基在空有與現實不符、與研究相悖的假設上。聲明觸及人次達8273人次。

<p align="center"><b>财团法人台湾医疗改革基金会 函</b></p> <p>主旨：06 在本支票夹中插入1份单页之函文          例：第1432700122          例：第1432700150          e-mail：1432700150          寄送人：财团法人台湾医疗改革基金会</p> <p>收文者：卫生福利部社会司          俊文日期：中华民国 111 年 03 月 30 日          邮文地址：复兴东路 111 号 00000003 例          说明：          内容：民防医改基金会员机构已函</p> <p>主旨：本会针对「全民健康保险体检对象门诊就医品、门诊检验检查、急诊就医自行负担」修正草案，本着之意愿如说明，敬请 查照。</p> <p>说明：</p> <p>一、 依据 财团 111 年 3 月 16 日财团字第 1110110368 虑函处理，          二、 本会针对修正草案内容，提出以下三點不同意见：</p> <p>(一) 根據監督檢討委員會(委員：105 例)105 年調查為診斷和治療費異常過度成長之報告顯示，該政策僅具抑制效果，然，對於未作單獨評估，但卻以統一標準來評估，係他人奉行著此政策工具於醫學中心或区域医院，瞭解大醫院急診量，需更多政策引導。然，針對提高急診診察費部分，降低急診費、提高急診費制度，強化区域医院急诊费，並未有具體之配套机制。然去去年，基層诊所过日门诊率不到 2 成，研究已顯示，民众较少以自己判断疾病程度而急诊就医分层。且，急诊分级标准尚未反映就诊量程度，更可能造成急诊就诊之医疗资源信息化，不适宜作为门诊部分单独立之数据，若以此做为收费标准之基础，形成医疗陷阱机制或限制日门诊就医需求的机制。</p> <p>(二) 因核税免部分设置政策设计之目的，乃希望暴露院内医师立刻视察能力处方，藉以减少浪费资源而须承担法律风险，且避免患者过度只为自己门诊诊疗费用。然，核税患者投诉表达，不在线外的区域医院基层而至大医院就诊，主要消费者或核医基层，视线上核税不可替代文字，核税医师此单抵扣制。且，核税之管理不宜比照一般药品。</p>	<p>一般基底的动机為血清检测状态及治疗或改善，而慢性病药物则在医系未必有明显不相符的情况下，精神性医系致较高领薪情况，「控制肾脏的预防照护」(the value prevention care)可维持部分肾脏，避免本帮助慢性病患者控制病情的医药械减少使用，反而提高患者存活在避免的冒险支出，如割肾保肾将影响，況，民不才具肾脏治疗者尚有自身照顾度之先见知识，提高部分分量并存有效手段，甚至孩童化慢性病照护品质评价称号之劣势。</p> <p>(五) 行政部门的内部审核办法（章）自行责成金額，於「医学中心区域医疗」「地区医疗/基层诊所」，以及精修筛查，根本不问精修与否，然，分派预算之目的乃让大有预算专注照护质量，但往往被预算给与愿意替基层医疗负责（章）需求较少以致为多，虽然许多病患希望转诊诊疗，预算分配医疗者亦未进行定期而快，此，现因高补助基金，造成医嘱预算执行较少，而医嘱完成和费用增加有显著相关；加以，许多检测（章）项目因健保署支付标准规定，须经核定检测（章）始得给予用医，治疗或诊断治疗效果等，此毫无法自主决定，行政医疗诊所为「必要」，甚至是「定期」，也恐因医方之立场，而丢弃粗陋医病，且如其就其预算审查。</p> <p>三、 健保需求有其特殊性，如同全民健康保险的政策应具严谨基础，並建立在制度化合理化预算分配性的基础上，二阶段体质化之官方文宣，对此政策才较为关键，这就好像是要一个在工作上，泰卦静止但又相对弱的重心或民众内心需要，多良性一致的解决方案，这样的作法不改善全民健康理财指责的方式。」现阶段的医嘱部分直接政策，因不利人口、疾病、经济特征，而有不同程度的就医需求，譬如患者多静虚，除缺省者，而高者、多重慢性病，进寅户之就医经验真缺，反而有违全民健康保险「自助互助」、「鼓励分享」之精神。</p> <p>四、 根據 财团所提之保障特色，係以「爱心账户」支付款载入帐承之部分责任，然此帐户并非核定帐，且适用范围、申领方式等，不得取以核税金额或医署所适用，也不易持续其预算目标，暨恐行医不定，也不能只因核税降低而获利，保障制度未到位，而形成医患分离现象指涉之医界的权益控管降低，违反其拒绝或减少必要医疗之情境，如此便失去往医同时，希望减低医患监督的本意。</p> <p>五、 国内外研究皆显示，部分负担政策非属医疗，有同时降低医疗服务的品质，且损害就医品质，此政策于核税运用在医患上并非</p>
--	--

費、較普遍應用，以及有替代品且較便宜、有效之情況。並針對加收段落及提高必要醫藥費部分的試算報告，況「此方案加收多項藥品，其費用有付額度，將占財源額部及總額約2%，各項也多呼籲，據保險費率較低之面，通常都把核保支付制度，推動健保改革才可能有效，貴局實部部分負擔改革，為惡化慢性病藥品費用不利孕婦醫療之推動，更恐會讓台灣醫藥費用貧富兩極化的情況更形惡化，導向『分級民眾』之說贊不民主感，特 請轉正視，不當挑供政策施行下的民怨民苦，無日現行公告之修正草案。

立本：衛生福利部社會司  
日本：村友法人在日本財政省審查委員會

董事長劉淑瓊

- (6) 呼應高雄市醫師公會投書，正逢疫情嚴峻，部分負擔新制上路恐加重醫病溝通成本與染疫風險，建議應延後半年再實施。並公布本會蒐集常見三高慢性病病人在慢箋部分負擔新制下，可能會增加多少費用。觸及人數 1105 人次



- (7) 為期瞭解部分負擔調整案上路後，為民眾帶來的衝擊或影響。醫改會於第 7 次健保會委員會議(7/29)上，向署方建議補充可行、且健保署曾操作過的監測指標共 18 項，優化相關的監測措施。

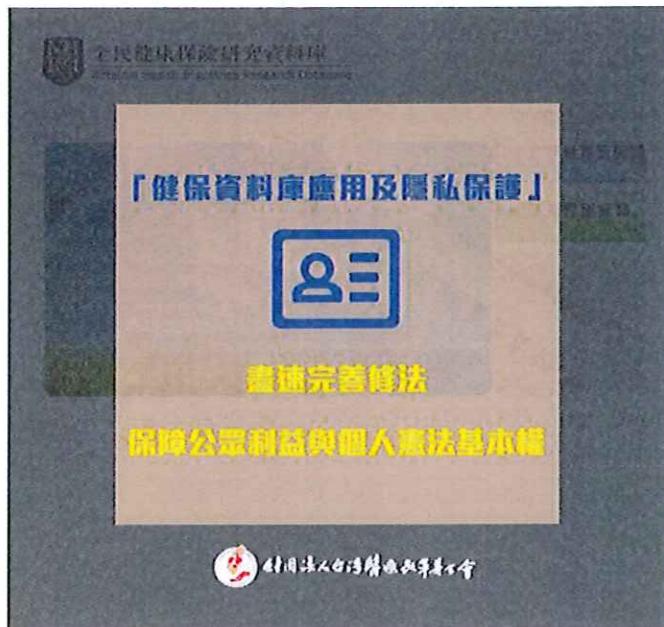
議題		醫改會建議案	
1.1	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
1.2	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
1.3	平均門戶處置率及部分負擔率之變動		
1.4	多發慢性病人口數、總人口內的百分比部分負擔率之變動		
1.5	為免抑制定期開藥需求並達到每年門牌部分負擔率之變動		
1.6	新增慢性病及定期開藥者行藥率與健保負擔率之變化		
1.7	慢性病藥費負擔率之變化		
2.1	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
2.2	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
2.3	門牌處置率及部分負擔率之變動		
3.1	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
3.2	平均每次門診藥物數、藥費、開銷發生費用之變化		
3.3	總身分費率之變動		
3.4	總身分費率之變動		
4.1	各項監測指標統計項目及指標細分統計第一、二、三類占率		
4.2	各項監測指標統計項目及指標細分統計第一、二、三類占率		
4.3	地區監測統計項目及指標細分統計之比率		
4.4	各項監測指標統計項目及指標細分統計之比率		



(8) 針對 112 年度健保總額協商發表會後聲明。源於協商項目有適法疑慮，支付標準應由署方通盤檢討。且過程有違協商精神，醫院與西醫基層兩部門評估資料近 1/4 不完整。呼籲總額協商項目的編列應該回歸健保精神、遵守總額協商原則。更於後續，針對總額協商亂象，會同多位建保會付費者委員代表，拜會衛福部薛瑞元部長，希望可以維持健保會總額協商功能，堅守健保精神。部長並於會中作出三點重申，並承諾下一年度協商前，會把關總額項目及其格式之完整性，並加強各司署的提案與評估能力。



4. 健保資料庫對政策規劃與醫療研究至為重要，也涉及民眾就醫資料應用的知情同意與問責權益。尤其經憲法法庭宣判違憲。呼籲全民應共同關注「健保資料庫」釋憲案。針對醫療資料的使用，應衡量資料使用與權益侵害的比例，並設立第三方個資應用專責機構來把關，盡速完善修法，才能保障公眾利益與個人憲法基本權。兩篇呼籲發文累計觸及人次達 1493 人次。



## (二)推動改革醫院治理及醫療弊端

### 1. 強化醫事人員勞動保障

- (1) 針對政府卻核准 3 校增設後醫系並拉長公費生服務年數至 10 年，發表增設公費醫學系難改醫療分布不均困境之聲明。台灣的醫師人力不患寡而患不均，因此此公告不僅引發各界質疑衛福部政策溝通不足、配套不全的爭議，而過往讓人詬病的勞動待遇、專業生涯與其他軟硬體資源未到位的困境，仍懸而未決。顯見，偏鄉資源與勞動條件的問題根源未解，以增設後醫系來補長照、補偏鄉，恐怕是引鳩止渴。因此強烈呼籲政府應正視造成醫療資源分布不均跟偏鄉留不住人力的根源。聲明觸及人數達 12850 人次。

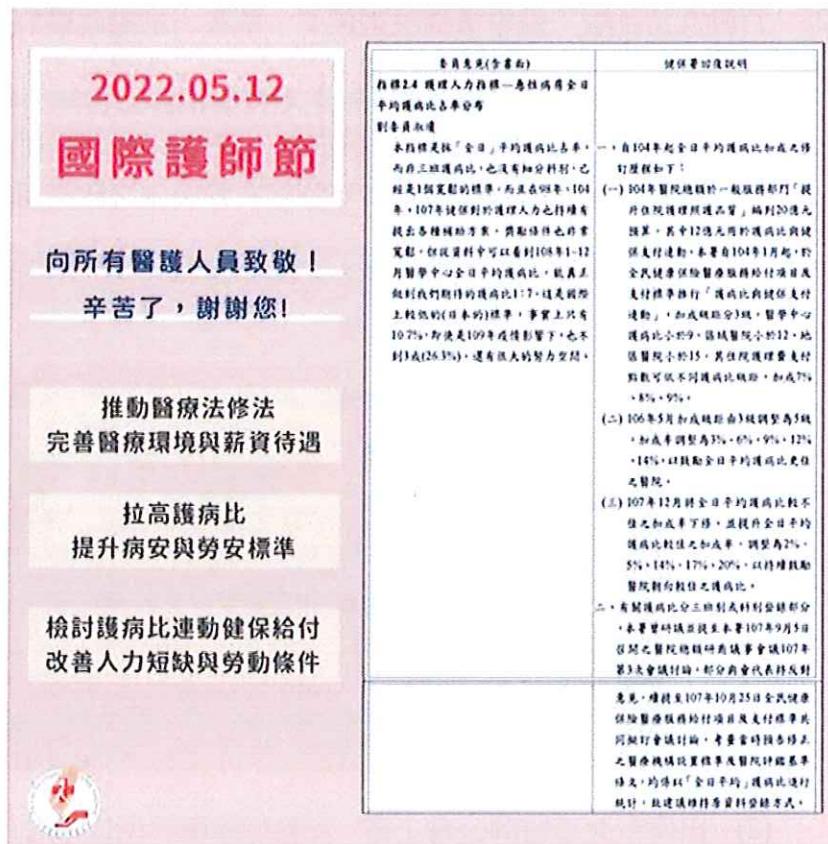
## 醫療人力不患寡患不均 公費醫學系難成解方

縣市別	鄉鎮別	醫師數	每位醫師服務人口數
嘉義縣	大埔鄉	0	無醫師
金門縣	烏坵鄉	0	無醫師
台中市	大安區	1	18864
新竹縣	橫山鄉	1	12547
金門縣	金寧鄉	3	11023
新竹縣	芎林鄉	2	9936
雲林縣	大埤鄉	2	9302
新北市	石碇區	1	7565
嘉義縣	六腳鄉	3	7399
新竹縣	寶山鄉	2	7310
新北市	萬里區		7236
高雄市	田寮區		6919
金門縣	金沙鎮		6800
宜蘭縣	五結鄉		
新北市	坪林區		
彰化縣	芳苑鄉		
彰化縣	埔鹽鄉		
金門縣	烈嶼鄉		
苗栗縣	三灣鄉		
苗栗縣	造橋鄉	2	5982
南投縣	國姓鄉	3	

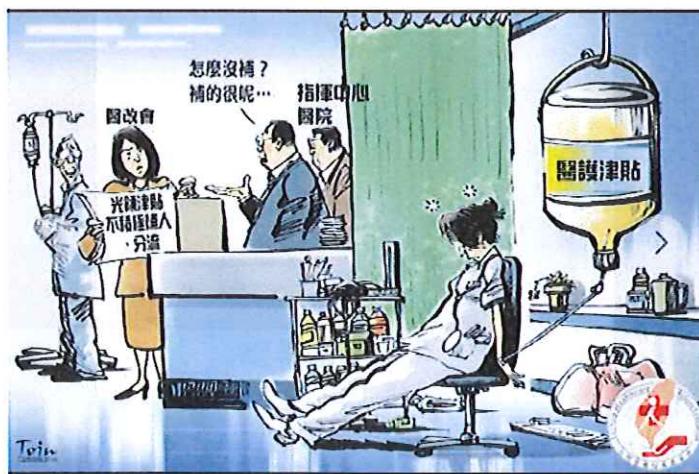
與醫療資源過剩區域的服務人口數差異近百倍



- (2) 呼籲政府應訂定改革血汗醫護時間表，積極拉三班高護病比，提升勞安與病安標準，並重新檢討實施多年的護病比連動健保給付獎勵之規定，以及完善《醫療法》修法，強化財團法人醫院的勞動待遇、公益性及非營利性。聲明觸及人數達 522 人次。



(3) 呼籲指揮中心不應放寬專責病房護病比，恐加惡護理勞動、照護負擔與病人安全困境。聲明觸及人數達 560 人次。



**【不只是津貼補償，更長改革現行勞動體制】**  
疫情嚴峻未到，現行醫護服務則是得靠很多醫護人員挨來，而非單純加津貼就能解決人力不足與緊張的問題，要如何把醫護量能保留到最後一步，更牽動著許多人的健康與生命，本會認為相關單位應儘速著手改變下列4點：

1. 設立並公布各院所的三班護病比，依照護病需求較多的院所，強化分流、分級醫療與人力精足程序。
2. 打破過去只邀請經營者或公會大老為主的作法，廣結基層工會與相關團體之參與，並落實會議透明公開。
3. 參照英美修法，納入吹哨人保護條款等多元機制，除規範最低護病比外，另訂「吹哨人保護條款」以保護護理人員與醫護機構反護病比或其他僥幸惡意安全事件。
4. 教導立法拂曉促衛福部儘速拖延已久之三班護病比1:7、健保追動支付，以及《醫療法》修正案有關《醫護加薪條款》之修法，顯示較少

- (4) 醫療機構是職場暴力的高風險場所，針對勞動部 7 月 26 日頒布《醫療機構職場不法侵害預防指引》，發表相關建議。觸及人數達 346 人次。
- (5) 出席陳椒華立委所舉辦的醫師納入適用勞動基準法公聽會，呼籲相關單位應加速相關修法，強化醫師勞權與職業保障。

## 2. 行動支持部版「醫療機構設置標準」草案，推動就醫無障礙

- (1) 參與吳玉琴委員舉行的「堅定支持衛福部預告診所無障礙設標」聯合記者會，與障礙者團體、社福團體共同呼籲，衛生福利部要堅守就醫公平，落實新設診所應建構基本無障礙友善設施之政策目標。

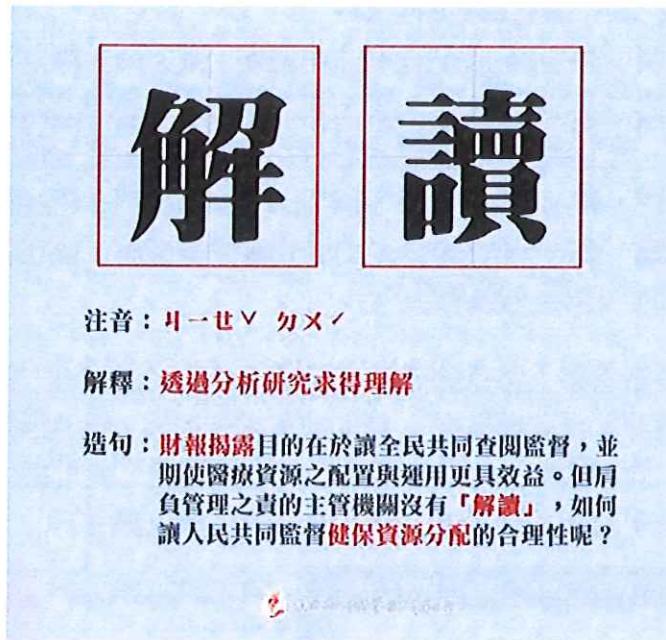


- (2) 出席台北市醫師公會主辦「友善無障礙診所成果暨政策精進座談會」，並向醫事司劉越萍司長提出三點政策改善建議，包含：強化資源連結、設置 FAQ/指引或經驗交流平台、建立分級分類的實證基礎。



## 3. 強化醫院財報資訊透明與揭露

- (3) 針對健保署 6 月 23 日上線「財務報告視覺化」網頁之介面與資訊，提出兩項待改進意見。以遵循二代健保資訊透明公開原則，讓全民共同查閱及監督，與更加瞭解院所的經營情形。觸及人數 346 人次。
- (4) 就健保署 7 月公布「109 年健保收入超過 2 億元之 227 家醫療院所財務報告」。僅探究各醫院收支結餘的排序。建請健保署針對醫學中心於疫情期间，醫務收入仍大幅增加的數據等結構性的變化，向大眾進行說明，回歸財報揭露目的。觸及人數達 290 人次。



### (三)提供醫療爭議諮詢與關懷服務

- 召開 8 場與 PGY 年輕醫師訓練，與 31 位年輕醫師採焦點團體方式討論。透過病人(家)或醫事人員發生的醫療爭議案例、既有資料等，與年輕醫師討論在醫療爭議的處理過程中，有什麼現有訴訟外爭議處理資源，與如何強化關懷表達、醫病溝通，以促進醫病關係間的和諧、減少爭議與訴訟發生的機會，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。



- 電話與線上提供醫療爭議諮詢服務，服務 404 位醫療爭議當事人。提供病家醫療諮詢，協助釐清爭議點、訴求。並適時轉介醫爭病家非訟化社會資源，依案例狀況轉介院內關懷、衛生局、社會局、健保署、法扶、藥害救濟、生產事故救濟、預防接種救濟等。
- 針對全年度執行個案進行滿意度調查，結果綜整如下：

- (1) 有九成的案家滿意專員的協助。
  - (2) 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。
  - (3) 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。
4. 統整醫療爭議當事人常見的需求、困境，以及提供解決方案、流程圖，編撰「醫療爭議非訟化處理指引」。輔助有需求的民眾，能透過相關指引找到爭議處理資源、關懷服務、專業評析資源或支持團體。此份指引同步於官網、一站處理醫療爭議等平台露出，無償提供民眾下載使用。



5. 舉辦 4 場線上專題講座，藉著主持人提問，與來賓雙向溝通、討論醫療爭議當事人的需求、疑問或困難，並且透過生動的案例分享，對聽眾進行教育宣導，以促進醫病關係和諧。邀請中華民國診所協會全國聯合會陳宏麟理事長、台灣醫病和諧推廣協會王志嘉理事長、高雄市政府衛生局黃志中局長、醫改會醫病關係組召集人暨醫院評鑑暨醫療品質策進會前組長王莉蓉老師、台灣老人福利機構協會吳素霞秘書長，共 5 個專業團體或個人合作，以「醫病間不可承受之重」為題，製作 4 集線上專題講座，分享實務經驗與專業意見。



#### (四) 監督醫療爭議通報暨處理機制

1. 參與 111 年度「醫療事故爭議處理品質提升計畫」專家諮詢小組會議，提供預防除錯與評鑑等相關建言。
2. 向 12 位醫療處理的學者專家、實務工作者，或利害關係團體的代表者進行深度訪問。聚焦現行醫爭處理機制之困境，包含醫療爭議當事人的困境與需求、院內醫療爭議處理流程(雙向關懷、根本原因分析、除錯學習)、資源轉介、訴訟外爭議處理機制(Alternative Dispute Resolution, ADR)。並比較「醫療事故預防及爭議處理法」立法前各方草案版本、三讀後實施版本的差異，彙整法令未涵蓋卻亟待倡議的爭議處理建設或措施，以及法令實施前尚待整備與完善的配套措施。舉辦圓桌論壇，邀請中華民國診所協會全國聯合會、中華民國醫務社會工作協會、台灣老人福利機構協會、國立陽明交通大學公共衛生研究所、國立陽明交通大學科技法律研究所、國立台北護理健康大學健康事業學系、高雄市政府衛生局、臺灣臺北地方法院、台灣婦女健康暨泌尿基金會、台灣醫病和諧推廣協會、藥害救濟基金會、主婦聯盟消費者合作社、國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、花蓮慈濟醫院等，彙整醫療爭議處理的困境與「醫療事故預防及爭議處理法」整備作業需加強與重視的措施。並綜整建言給政府，以加速完善「醫療事故預防及爭議處理法」整備。



### 「醫預法上路前的整備與展望」論壇

活動時間：2022/12/20(二) 上午 09:00-12:00

活動地點：立法院群賢樓 801 會議室

主辦單位：台灣醫療改革基金會、立法委員吳玉琴國會辦公室、立法委員陳椒華  
國會辦公室、立法委員賴香伶國會辦公室

贊助單位：中華社會福利聯合勸募協會、台灣主婦聯盟生活消費合作社

時間	議程
08:30-09:00	報到
09:00-09:30	記者會
09:30-09:40	開場：劉淑瓊-台灣醫療改革基金會董事長
09:40-10:40	圓桌論壇一、非訴訟的糾紛處理程序 1. 非訟化資源轉介與調處機制 2. 鑑定先行及醫療爭議調解委員會 3. 醫事審議的定位與困境
	主持兼與談人：楊秀儀－國立陽明交通大學公共衛生研究所教授兼科主任 與談人：黃志中－高雄市政府衛生局局長 姚念慈－臺灣臺北地方法院法官 李毅－花蓮慈濟醫院院長室醫務秘書、品管中心主任 黃閔照－台灣婦女健康暨泌尿基金會執行長
10:40-10:50	茶憩時間
10:50-11:50	圓桌論壇二、關懷與內部檢討機制 1. 醫療機構關懷機制的健全與支持系統 2. 醫療爭議及事故檢討改善機制與落實
	主持兼與談人：王志嘉－台灣醫病和諧推廣協會理事長 與談人：黃鈺煥－藥害救濟基金會副執行長 廖熏香－國立臺北護理健康大學健康事業管理系助理教授、醫院 評鑑暨醫療品質策進會前副執行長 溫信學－中華民國醫務社會工作協會理事長
11:50-12:00	結語

- 拜會立法院委員辦公室，吳玉琴委員辦公室、陳椒華委員辦公室、賴香伶委員辦公室等，並於 12 月 20 日召開《終結醫病煎熬，加速醫預法整備》記者會。於體制內、體制外雙管齊下倡議與遊說。共有

7家媒體採訪、10則報導露出，促成衛生福利部醫事司回應與檢討「醫療事故預防及爭議處理法」整備情形(參回應各界期待，穩健推動「醫療事故預防及爭議處理法」施行)。



4. 吳玉琴委員當周於社福衛環委員會上，公開向衛福部薛瑞元部長質詢記者會訴求與論壇專家們所談之困境，獲部長承諾將加快相關整備之速度。

立法院 議事轉播IVOD  
樹原樹路多媒體隨選視訊系統

新流程 | 網站導覽 | 意見易服 | 告示專區 |  
請輸入關鍵字

最新實況 | 會議預報 | 會議隨選

首頁 > 請議便函 > 影片播放

會議隨選

88 以委員會名(委員發言資料)

依姓名

依類別

依地區

88 以主委單位查詢

88 進階查詢

12:22 樂點18:09 2024年3月20日 13:05

林政齊林浩(十六席總召集人)  
《醫療事故預防及爭議處理法》(簡稱醫預法)因子法修訂、系統建置等整備不及，可能延到2024年才上路。台灣醫療改革基金會今天(20日)與跨黨派立委共同呼籲加速委員資料庫、教育訓練等整備，讓《醫預法》盡速實施，早日緩解醫病衝突。

12:22 樂點18:09 2024年3月20日 13:05 立法委員吳玉琴

觀看時間：[持] [一分] 前往 跳/倒轉時間：[0] [5] [10] [15]

