

一、讀者意見

A. 您最喜歡《醫改季刊54期》中的哪篇文章：

1. ☐ 搶救5大急重症醫療網破洞；
2. ☐ 119跨縣市運送，醫改會怎麼看；
3. ☐ 搶救醫護崩壞的三大承諾跳票，全民健保恐走向病安懸崖；
4. ☐ 中風、心肌梗塞等急重症該送哪家醫院搶救；
5. ☐ 醫療收費標準新規上路 - 自費不得超過健保價兩倍；
6. ☐ 不求真相的醫糾強制調解；
7. ☐ 醫改志工的心情告白
8. ☐ 其他：_____

B. 請勾選您對於《54期醫改季刊》的評價：

	非常好	好	普通	差	極差
1. 封面設計					
2. 內文排版					
3. 文章內容					
4. 印刷品質					

C. 您閱讀《醫改季刊》的頻率是：

1. ☐ 每期必讀 / 2. ☐ 經常閱讀 / 3. ☐ 很少閱讀 / 4. ☐ 沒有閱讀，原因是_____（若選4. 沒有閱讀，則跳答二、基本資料）

D. 您通常花多久時間閱讀《醫改季刊》：

1. ☐ 1-5分鐘 / 2. ☐ 5-10分鐘 / 3. ☐ 10分鐘以上

E. 閱讀《醫改季刊》是否對您有幫助：

1. ☐ 有 / 2. ☐ 沒有，原因是_____

F. 醫改季刊已有電子版，比紙本更即時，您是否需要改訂閱電子報？

1. ☐ 否 / 2. ☐ 是，E-mail：_____

G. 其他給醫改會的建議：

二、基本資料

A. 姓名：_____

B. 電話：_____

C. 性別：1. ☐ 男 / 2. ☐ 女

D. 年齡：1. ☐ 未滿20歲 / 2. ☐ 20-64歲 / 3. ☐ 65歲以上

E. 身分：

1. ☐ 一般民衆 / 2. ☐ 醫療人員 / 3. ☐ 學者 / 4. ☐ 媒體 / 5. ☐ 其他

F. 您通常從何處取得閱讀《醫改季刊》：

1. ☐ 訂閱戶 / 2. ☐ 醫院 / 3. ☐ 書店 / 4. ☐ 圖書館 /
5. ☐ 捷運站 /
6. ☐ 其他_____

寄出時敬請沿線對折

財團法人台灣醫療改革基金會 捐款單 54.

是的，我願意加入醫改999行列，相挺醫改久久！

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

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：147-20-035591-1 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號三樓之5

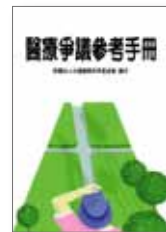
「就醫安全知識」為家人、為自己 您生活的必修學分

■ 就醫平安福傳單



以上出版品如有需要 歡迎請至醫改會網站下載

■ 醫療爭議參考手冊



■ 醫改季刊



■ 就醫寶典



購書資訊請洽醫改會

版權所有 請尊重著作權

facebook 醫改會



溫和、堅定做醫改 請您一起來

www.thrf.org.tw



醫改季刊 Vol. 54 2013.07

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：張笠雲 發行人：劉梅君 總編輯：劉淑瓊 主編：李芸婷 執行編輯：朱顯光、張雅婷、陳思佳、張銘芳、陳昭燕 美編：物外不遷設計工作室 印刷：新巧設計印刷
會址：106台北市復興南路二段151巷8號三樓之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

搶救5大急重症破網拒當健保二等公民

P2-4

本期重點

■ 火·線·話·題

119跨縣市運送，醫改會怎麼看
搶救醫護崩壞的三大承諾跳票全民健保恐走向病安懸崖

P5

P6-9

■ 聽·明·就·醫

中風、心肌梗塞等急重症該送哪家醫院搶救？
醫療收費標準新規上路-自費價不得超過健保價兩倍

P10上

P10下

■ 把·愛·傳·出·去

醫改志工的心情告白

P11

■ 101年度財務報告

P12

■ 深·度·論·壇

不求真相的醫糾強制調解(台大法律學院 林鈺雄教授)

P13-14

■ 填讀者問卷抽好禮

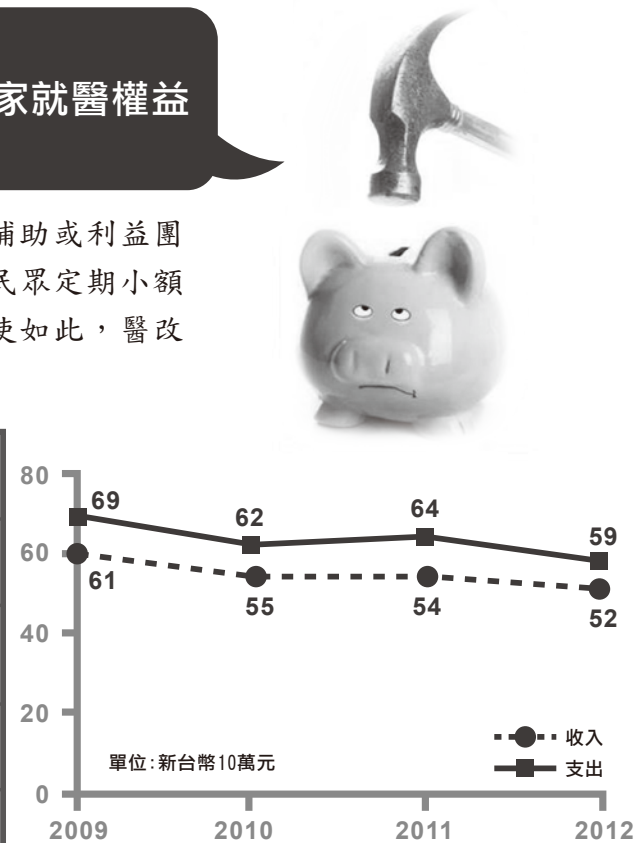
P15-16

※感謝台南地方法院檢察署贊助本期印製（本刊使用再生紙，請珍惜資源，閱讀後將關懷傳遞下一個人）

誠摯邀請您加入贊助醫改的行列！
讓我們一起建構台灣醫藥安全平台、喚醒大家就醫權益意識、提升整體醫療品質

醫改會為了維持言論中立，堅持不拿衛生機關的補助或利益團體的指定用途捐款。雖然有來自各方，認同醫改會的民眾定期小額捐款，但連年的赤字仍使得會裡的財務日益沈重。即使如此，醫改會仍堅守推動品質與正義醫療環境的崗位！

郵政劃撥	劃撥帳號：19623875 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會
銀行電匯	帳號：147-20-035591-1 華南銀行懷生分行 戶名：財團法人台灣醫療改革基金會
線上捐款	智邦公益館： http://www.17885.com.tw/modules/group/group_content.php?Serial=5&tab=about
手機捐款	台灣大哥大：手機輸入「518043」 亞太電信：手機輸入「59016」
綠哈比義賣網	購買義賣商品，撿便宜又做公益： http://www.greenhappy.com.tw/Product_List.asp?wj=n&LstFlt_Target=83



火·線·話·題

搶救5大

急重症醫療網破洞 記者會

■ 張銘芳 (醫改會研究員)

醫改會屢接獲急重症民眾送錯急診室、錯失黃金搶救期的申訴電話。進一步分析衛生署所認定的五大急重症資源分布，發現12縣市長期沒有「夠格」能及時搶救中風、心肌梗塞、重大外傷、高危險妊娠或新生兒重症的專責醫院（參頁四上表格），也未有制度化的轉診後送機制，形成有健保無急重症醫療的「悲慘世界」。醫改會呼籲衛署立即重建緊急醫療網架構，並檢討相關急診政策盲點，別再讓病患錯失黃金搶救時間。

台灣幾乎人人都有張健保卡，平日看病看似方便，但一旦遭遇急重症時，卻往往「同卡不同命」。就算119救護車送往當地急診室，也不見得有醫師與病床可以做緊急治療或手術；轉送途中又要承擔病情延誤和管線脫落的風險，讓醫師很ㄟㄚ、病人也很驚！

急重症醫療資源區域不正義

許多民眾常誤以為有急診室的醫院都有能力及及時處理中風、心肌梗塞、新生兒呼吸窘迫等「急重難症」，甚至救護車也只送「最近」的責任醫院。但其實這類急重症應該要送到「重度級」急救醫院或經認證的「特殊照護中心」。如果「急病」亂投醫、送錯急診室的結果，往往可能沒有碰對急救專科，或是沒有當班的專科醫師團隊可立即執行治療，最後病患只能轉診，以致後續治療結果不佳或造成後續龐大的醫療資源耗費。

現行緊急醫療網政策盲點多

當初衛生署就是考量急重難症的搶救需要特殊專長，才辦理急救責任醫院分級，讓重度級醫院承擔任務；並在沒有重度級醫院的縣市，補助成立5大類急重症的特殊照護中心。但多年下來，衛生署至少花4-5億元補助，卻仍有半數縣市出現死角，還有拿補助的醫院卻通不過認證，政策成效令人質疑。

且衛生署長期以縣市為單位來規畫緊急醫療網、消極等待醫院來申請補助等錯誤政策，導致許多縣市、甚至幅員較廣的縣市仍出現急重症搶救破洞。醫改會認為根本改革之道是，衛生署確實盤點資源後，打破縣市疆界、而以車程30-60分鐘的生活圈為範圍，結合健保局在各地建立一張清楚的「急重難症搶救動線地圖」，甚至結合GPS定位與APP軟體等功能，建置各地最適當的黃金搶救動線，讓119、病家與當地醫院都能清楚遵循。



同卡不同命

各地心聲與迴響

- 苗栗彭先生：小民的無奈真的是如此。親友手術開刀被限制，無法確實被照護，因此丟命的真的很多。（醫改會臉書留言）
- 五大急重症救治能力缺三項的新竹縣衛生局長殷東成說，縣內急重症患者只能轉往林口長庚等醫學中心。（2013/03/22 蘋果日報）
- 被醫改會評比五大急重症救治能力缺了四項的宜蘭縣民楊青樺說：有二等公民的感覺。（2013/03/22 蘋果日報）
- 南投縣議員廖志城說，南投縣的面積太大，雖然佑民、秀傳和埔基等醫院的單項醫療能力提升，但路程太遠，很多縣民遇上重症，直接轉送台中、彰化的醫學中心，反而比較快。（2013/03/26 聯合報）

全國逾半縣市(12縣市) 沒有完整的五大急重症「特照中心」或「重度級醫院」

急重症 破洞數	縣市別	腦中風 救治能力	急性冠心病 救治能力	重大外傷 救治能力	周產期照護 救治能力	兒童重症照 護救治能力
5	連江縣、澎湖縣、金門縣	×	×	×	×	×
4	宜蘭縣	×	1家	×	×	×
4	嘉義市	1家	×	×	×	×
3	新竹縣	×	×	1家	1家	×
3	南投縣	1家	×	×	×	1家
3	雲林縣	×	×	×	1家	1家
3	台東縣	×	1家	1家	×	×
2	苗栗縣	1家	1家	1家	×	×
2	屏東縣	1家	1家	1家	×	×
2	新竹市	1家	×	×	1家	1家

醫改會2013.3製表

註1:標示 **×** 者表示該縣市既無重度級急救醫院，也沒有經認證能處理該急重症的特照中心。

註2:參考資料來源：衛生署公告「102年度急救責任醫院名單」及「101年度醫院特殊照護中心認證合格名單」(瀏覽日期：2013.3.20)。

註3:全國共有22縣市，未列於本表的其他10縣市則至少有一家重度級醫院，能處理所有各類急重症。

心臟病高居國內十大死因第二名

- 台灣心臟病死亡率近年由下降反轉為上升，但死亡率最高的五縣市中，有3縣市沒專責醫院。
- 醫療資源還算充沛的新竹市，100年心臟病死亡率高居全國第二，是否與當地沒有經官方認證的心臟病專責醫院有關，值得注意。

腦血管疾病高居國內 十大死因第三名

- 腦中風若能在發病內三小時施打血栓溶解劑，可以大幅降低腦部的血流堵塞的殘障程度。
- 腦血管死亡率最高的台東、花蓮與新竹縣三縣市中，僅花蓮有專責醫院。
- 本島四個沒有專責醫院的縣市，腦血管死亡率都遠高於全國平均值。

■ (照片左起為醫改會副執行長陳美嫻、執行長劉淑瓊、董事長劉梅君、台東達仁鄉衛生所主任徐超斌醫師)

新北市長推119救護車可跨縣市運送病患 醫改會怎麼看？

新北市長朱立倫指示，轄內119救護車，自102年6月起可視情況跨縣市載往病患指定的醫院，台中市也研議跟進。此措施引發正反兩面不同意見，底下就整理醫改會與急重症專家意見，希望能引發更多回響與討論。

醫改會意見

- ✗ 依民眾任意指定醫院、輕症跨區送治
- ✓ 以生活圈建置明確的急重症黃金搶救動線作為遵循依據
- ✗ 將「最近的醫院就是適當的選擇」奉為鐵律
- ✓ 應送「具有適當救治能力的醫院中，其距離最近者」

119救護車是救命的公共財，可自行送醫者本就不該濫用，一般傷患則應依「緊急醫療救護法」送往當地最近責任醫院。

但最多爭議與糾紛則是遇到腦中風、心肌梗塞、重大創傷等「分秒必爭」的急重症時，119不敢或不願「撈過界」送往鄰近縣市真正夠格的重度級醫院，只送在地醫院當接駁轉院站，再由民眾自費不貲的民間救護車進一步轉院治療或手術，導致病情延誤。

因此，打破119不跨縣市運送急重症病患的潛規則，確實是值得肯定的方向。但重點不是依民眾指定醫院，而是讓急重症送醫能打破縣市疆界，以30-60分鐘左右車程的生活圈為範圍，建置各區明確且適當的黃金搶救動線，並可結合App或GPS等功能讓救護員或病家自行送醫都能清楚遵循，並減少爭議。

以幅員廣闊的新北市為例，金山、萬里的急重症病患直接送基隆，坪林、汐止、三重可直送台北市的醫學中心，泰山及林口送桃縣的長庚醫院。相信能透過跨縣市急重症聯防的搶救動線規劃(例如建立北北基桃急重症聯網)，應能及時搶救更多寶貴生命。

(完整內容登於102.5.31聯合報論壇，可上醫改會網站www.thrf.org.tw瀏覽)

急重症專家怎麼看

台大創傷醫學部柯文哲主任、許立民醫師

(右圖前排右二及右一)

- 透過消防救護員於現場進行檢傷分類，作為輕重症分流之依據
- 輕症病患以送就近責任醫院為原則
- 嚴重病患優先送至第一級創傷中心是當今世界的趨勢
- 打破縣市以生活圈建立「都會區30分鐘、鄉村區域60分鐘」急重症救命圈
- 都會區(如北北基桃)應重劃重度級醫院的責任範圍，爭取急重症病患黃金搶救期



搶救醫護崩壞的三大承諾跳票 全民健保恐走向病安懸崖

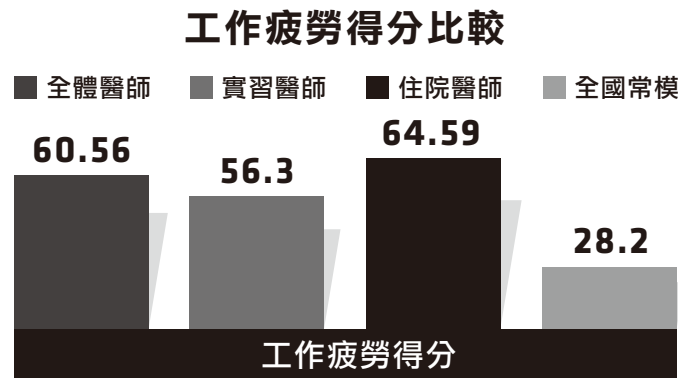
包含馬英九總統曾於100年公開承諾的「合理三班護病比」、「人力納入評鑑必要項目並公開」，以及「住院及實習醫師納入勞基法」等三大搶救醫護崩壞的官方承諾連年跳票。醫改會認為健保已加碼超過149億元改善醫護人力，醫院實在沒道理再叫窮而延宕，衛署應盡速提出三大承諾的「完工」時程表。

跳票 1

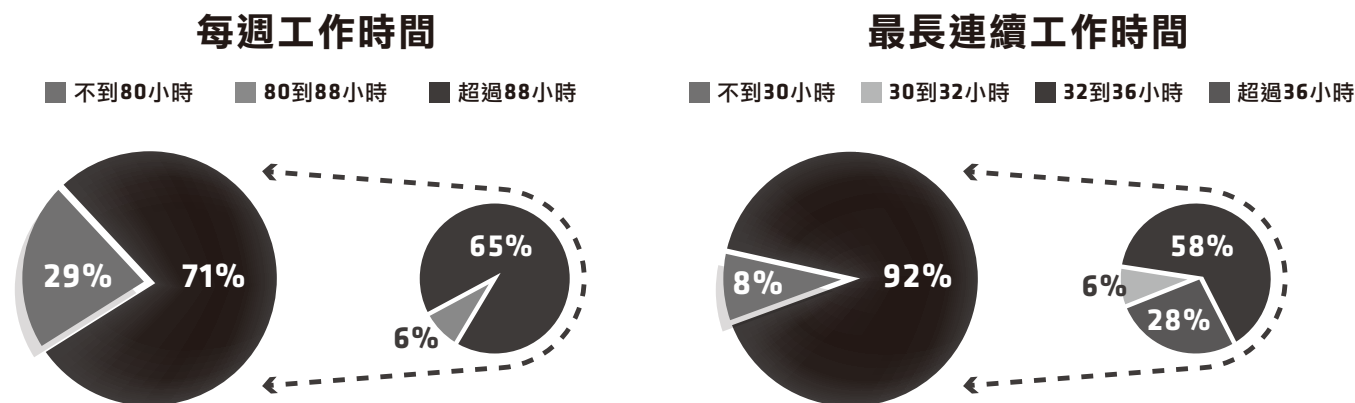
住院及實習醫師納入勞基法

→醫師工時過長，過失犯錯率直線上升

因過勞所導致的醫療疏失在國內已經不是罕見的狀況，根據調查¹，醫師們工作疲勞的狀況，皆在全國常模的2倍以上！



過勞這麼頻繁，是因為有7成以上的醫師工作每周超過80個小時，甚至有超過9成連續工作超過30個小時。試問，大家敢讓這麼疲憊的醫師開藥或開刀嗎？



¹醫師工作環境問卷調查(2012) 醫師勞動條件改善小組問卷調查部



李芸婷(醫改會研究員)



(圖片擷取自網路)

跳票 2

早班/小夜/大夜三班護病比

→大夜班1:13 VS.1:20 住院奪命風險恐增56%!

醫改會依據美國醫療照護研究暨品質局(the Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)在2007年發布的技術評估實證報告²，推算衛署所提兩個版本，推估最高可能讓住院病人的相對死亡風險提高56%，每千位住院病人中增加84位治療失敗、35位管線意外脫落的案件。

²<http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf> (請參閱該報告第2頁及第27頁)

		護理版(合理版) -- 每位護士照護幾床病人	衛署版本			
			每位護士照護幾床病人	可能增加的奪命風險 (相對於護理版)	每千位住院病人可能增加的治療失敗人數 (相對於護理版)	每千位住院病人可能增加的管路意外脫落人數 (相對於護理版)
地區醫院	白班	8	10-11人	16-24%	24-36人	10-15人
	小夜	13	15人	16%	24人	10人
	最恐怖! 大夜	13	20人	56%	84人	35人
區域醫院	白班	6	8-9人	16-24%	24-36人	10-15人
	小夜	10	13人	24%	36人	15人
	大夜	13	16-18人	24-40%	36-60人	15-25人
醫學中心	白班	5	7人	16%	24人	10人
	小夜	10	10-12人	0-16%	0-24人	0-10人
	大夜	13	14-17人	8-32%	12-48人	5-20人

馬英九總統早於民國100年護師節公開支持護病比1:7，衛生署也於101年推出「護理改革近中程計劃書」，承諾訂出三班護病比做為醫院評鑑標準。但已過兌現期5個月後，衛署竟在102年4月的會議上，以仍待收集數據為由改成先試行兩年再上路。不僅罔顧護理人員勞動權益，病安問題更是令人捏把冷汗！

跳票 3

人力納入必要評鑑並公開

→65%醫院的醫師工時評鑑勉強通過或不及格

醫改會分析100年醫院評鑑結果發現，65%的醫院在「醫師工作量」的評鑑項目僅低空掠過或不及格(其中7%為不及格)、74%的醫院在「護理時數」低空掠過或不及格(其中2.5%為不及格)，足以顯示醫院資方在工作時數上不合理的壓榨員工。

100年醫院評鑑人力項目成績分布百分比分析
多數醫院的人力成績僅在一般水平以下(勉強及格或不及格)

2.4.7加護病房人力	17.9%	66.07%	14.3%	1.8%
2.3.7護理時數	2.5%	73.80%	18.0%	8.2%
1.3.7護產人力配置	0.0%	64.80%	22.9%	12.3%
1.3.2醫師工作量	7.0%	57.90%	29.8%	5.3%
1.3.1醫師人力配置	0.0%	63.90%	15.6%	20.5%

■ 不及格(D) ■ 一般水準以下/勉強及格(C) ■ 一般水準(B) ■ 一般水準以上(A)

衛生署不僅仍不願把人力項目皆列為評鑑必要項目(不及格就死當)，竟還修改醫院評鑑成績的資訊公開方式，把原本可以上網查到各醫院重要人力項目成績(ABC等級)，變成只能看到醫院是否通過而無法比較成績，實在是開資訊公開的倒車。

■ 提高人事成本 ≠ 增加醫院經營負擔

許多研究³都指出合理的護病比可有效減少醫院感染率及併發症的發生，反而可降低醫院成本，改善醫院經營與健保財務。美國加州實施嚴格的護病比規定後，也沒有1家醫院因此倒閉；日本在健保DRG住院1:7的差別支付方案後，也促成各醫院爭相搶聘護士以改善醫護崩壞。反觀台灣，健保歷年已累計加碼149億元補貼醫院聘請醫護人員，醫院經營者不該再以增加人事成本會讓醫院倒閉的言論來混淆視聽、反對改革。

■ 醫改會強力呼籲：

1. 衛生署應立即上網公布歷年各醫院的人力評鑑明細、健保護理方案所收集到的各醫院護病比數據，別再以仍需收集資料為由繼續以試評方式延宕正式上路的時程。
2. 勞委會與衛生署一個月內提出醫護納入勞基法與評鑑必要項目的時程表。
3. 健保會應研議更積極的醫護補助款監督與總額減列機制，以挽救健保走向病安懸崖。

■ 醫、護、病三方醫改團體聯盟，呼籲政府官方正視過勞對病安的危險性及重要性



³Ten reason we need safe staffing limits
(http://www.massnurses.org/files/file/Legislation-and-Politics/Safe_Staffing_Reasons.pdf)



醫改會執行長
劉淑瓊

醫改會連續第三年在勞動節前夕為醫護勞動條件崩壞恐危及病人安全發聲，但今年特別沉痛。因為過去兩年血汗醫院記者會及醫護上街頭所爭取到的官方承諾全都跳票，評鑑資訊公開甚至開倒車。許多研究指出合理的護病比可降低醫院感染及併發症的，反而可降低醫院成本，改善醫院經營與健保財務。更何況健保歷年已累計加碼149億元補貼醫院聘請醫護人力，醫院不該再以增加人事成本會讓醫院倒閉的言論來反對改革。

安全就醫必須建立在足夠醫護人力的基礎上。美國當初就是因為發生住院醫師過勞而發生判斷錯誤而導致病人致死悲劇後，積極頒布訂定醫師工時上限的Libby Zion Law。因此，限制醫師工時過長不只為了醫師勞動權益，更是為了維護病患安全。醫師為了爭取納入勞基法已經努力了15年，請勞委會務必正視這個問題的嚴重性。回歸由勞委會主責將醫師納入勞基法才是正道。



醫勞盟理事長
張志華



醫勞小組代表
陳秉暉

一般人會認為醫療疏失的發生是因為實習醫師或住院醫師技術不夠精良所致。然而，醫勞小組在對全國兩百多位住院醫師及實習醫師做了一項調查後發現，因過勞造成的醫療疏失與傷害，或照護品質不佳並不是罕見的狀況。從統計資料中即可看出，每週工作時間超過80小時的醫師出現過勞相關的關醫療疏失和次級照護品質的比率，明顯高於每週工作時間不到80小時的醫師，對醫病雙方都是很大的傷害。

健保護理方案已額外提撥70多億鼓勵增聘護士，衛署竟還提出明顯偏向醫院資方的兩種試評版本，同意大夜班1位護士最多可照護20名病人。此外，評鑑已實施多年，健保也已收集許多護病比的數據，負責醫院評鑑的醫策會與撥發補助款的健保局竟不敢直接把各醫院實際護病比資料公開在陽光下供大家檢視。衛生署不願正視人力不足恐增加醫糾的系統性風險，甚至最後轉嫁由醫護人員自行承擔面對，實在讓人難以接受。



護理產業工會理事長
盧荳艷

■ 聰・明・就・醫

中風、心肌梗塞等急重症該送哪家醫院搶救？

■ 張銘芳(醫改會研究員)

近年來常有名人或民眾因突發心肌梗塞等急症，最後送醫搶救不及的憾事登上新聞版面。提醒大家，中風、心肌梗塞、重大外傷事故等急重症都有黃金搶救期，應盡快送到經衛生署認證有能力處理的專責醫院救治，別誤以為先送到醫院就安心，或有急診的中大型醫院就有能力搶救急重症。

醫改會建議，應優先送往醫院緊急醫療能力分級評定為「重度級急救責任醫院」，或經衛生署認證為某類急重症「特殊照護中心」的中度級醫院。

醫改會小叮嚀

- 1 急救責任醫院分成一般級、中度級、重度級。一般級可提供簡單的24小時急診，較複雜的急症可前往中度級醫院，這兩類醫院可以處理九成以上急診，民眾不必一窩蜂跑大醫院。
- 2 重度級醫院對五大急重症都有收治能力；「特殊照護中心」則是依醫院專長有所分類，最好事前詢問確認清楚。

可至醫改會或衛生署網頁查詢關鍵字「特殊照護中心」、「急救責任醫院名單」

醫療收費標準新規上路

醫療自費價不得超過健保價兩倍

■ 張雅婷(醫改會研究員)

到醫院診所就醫，對於自費項目(例如植牙、無痛分娩或自費標靶藥)有疑慮時，常不知該如何查證，收費更是一國多制、毫無標準可言。

經醫改會督促，衛生署終於公布「醫療費用收費標準核定作業參考原則」，規範各地衛生局醫療收費標準的原則如下，讓自費不得瞞天喊價：

- 醫療院所各種收費項目都得先經衛生局審查，並公布於院所網站/櫃台。如收費項目未經衛生局核備，就屬於巧立名目收費，可向衛生局檢舉並要求退費。
- 如屬健保給付的項目(例如醫師診察費、處方藥)，但因爲病人無健保身分、不符健保給付條件等因素需自費者，自費價不得超過該項在醫學中心等級之健保價2倍。(Ex1:檢傷第一級的急診診察費健保價爲918，則自費價不應超過1836元。Ex2:婦科超音波健保價爲450，則自費價不應超過900元。)

醫改會小叮嚀

- 1 健保給付項目及健保價，可到健保局網站查詢(<http://ppt.cc/ASz5>)。或撥0800-030598。
- 2 衛署新規定並無明定各縣市新標準上路期限，如有疑問可先上網查詢(<http://ppt.cc/mXU0>)。

■ 把・愛・傳・出・去

醫改志工的心情告白

■ 李亦鵬(政治大學社會學系)



(照片左一為本文作者)

醫改會的各位師長、學長姐：

一直想寫封信感謝醫改會卻拖到現在，真是十分歉疚。

雖然我一週只來一個下午，而且大部份時間只是作些雜事，不過有時幸運可以跟課、跟會，有時只是偷聽討論。這些於我一點一滴都是收穫，我時不時會不自覺拿來咀嚼。

我很欽佩醫改會的在每個議題的深耕，以及超越簡單對立的遠見，而最崇敬之處在於敢破敢立。不只點出問題，而在之後不但能提出有建設性且實際的改善之道，更甚能據此以超乎我想像專業的方式行動不懈。截然不同於多數社會學著作，能讓人看到問題卻不至絕望，甚至能看到希望。這樣的格局和生命力是課堂上未曾見過，也是我所嚮往。或許辦公室裡不時的笑聲正能為這種踏實而正面的態度下個絕佳的註腳。

(現在想來真是慚愧)當初到醫改會時多少帶著懷疑和社會學的傲慢。萬萬想不到投入了時間和精神後，改變的竟是自己。看到了自己的天真與不足，也重新找回念書的初心和熱情。不過，更值得高興的當然是結識如此難得的團隊。或許不深，我仍深深珍惜。由衷感謝一半來的開照，能與如此專業、熱情、親切的團隊結識乃至於共事，真的非常榮幸。希望我以後也能在類似的團隊工作！此致敬禮

亦鵬 民國102年1月2日 於台

財団法人台灣醫療改革基金會

資產負債表

中華民國101年12月31日及100年12月31日 單位:新台幣元

	101年12月31日		100年12月31日	
	金額	百分比	金額	百分比
資產				
流動資產				
現金及約當現金	2,090,838	17%	2,860,642	23%
應收捐贈款	0	0%	0	0%
預付款項	162,263	1%	167,178	1%
其他流動資產	2,790	0%	6,893	0%
流動資產合計	2,255,891	18%	3,034,713	24%
基金及投資				
基金	10,000,000	81%	10,000,000	81%
基金及投資合計	10,000,000	81%	10,000,000	81%
固定資產				
辦公設備	73,523	1%	73,523	1%
累計折舊	(37,194)	0%	(25,134)	0%
固定資產淨額	36,329	0%	48,389	0%
其他資產				
存出保證金	117,000	1%	124,000	1%
其他資產合計	117,000	1%	124,000	1%
資產總計	12,409,220	100%	13,207,102	106%
負債				
流動負債				
其它應付款	335,356	3%	469,946	4%
其他流動負債	0	0%	0	0%
流動負債合計	335,356	3%	469,946	4%
其他負債				
代收款	37	0%	0	0%
流動負債合計	37	0%	0	0%
淨資產				
無限制用途	2,073,827	17%	2,737,156	22%
暫時限制用途	0	0%	0	0%
永久限制用途	10,000,000	81%	10,000,000	81%
淨資產總計	12,073,827	100%	12,737,156	100%
負債及淨資產總計	12,409,220	100%	13,207,102	100%

營運活動表

中華民國101年12月31日及100年12月31日 單位:新台幣元

	合計			
	101年		100年	
	金額	百分比	金額	百分比
收入				
社會資助:				
受贈收入	5,068,333	98%	5,230,879	96%
孳息收入	123,030	2%	190,916	4%
小計	5,191,363	100%	5,421,795	100%
收入合計	5,191,363	100%	5,421,795	100%
成本與費用				
資訊透明化	1,288,322	25%	1,545,696	29%
醫病關係	1,095,032	21%	642,967	12%
醫療品質	1,426,136	27%	1,781,966	33%
管理費用	671,122	13%	794,291	15%
活動公關	1,191,654	23%	1,269,253	23%
教育推廣	153,517	3%	356,061	7%
成本與費用合計	5,825,783	112%	6,390,234	118%
業外利益與損失				
利益				
兌換損益	(28,909)	-1%	0	0%
利益合計	(28,909)	-1%	0	0%
淨資產變動(餘總)	(663,329)	-13%	(968,439)	-18%
期初淨資產餘額	12,597,573		13,566,012	
期末淨資產餘額	11,934,244		12,597,573	



功能別費用表

中華民國101年度 單位:新台幣元

費用性質	費用合計	作業服務費用						後勤行政費用	
		資訊透明化	醫病關係	醫療品質	活動公關	教育推廣	小計	管理費用	小計
薪資	3,706,163	837,056	644,165	1,076,988	739,089	-	3,297,298	408,865	408,865
租金	401,800	64,201	69,699	74,699	64,800	64,200	337,599	64,201	64,201
文具用品	94,025	15,797	15,465	17,326	17,857	11,452	77,897	16,128	16,128
旅運費	19,648	2,535	2,946	6,270	3,045	2,163	16,959	2,689	2,689
郵電費	204,950	67,079	45,181	15,479	41,297	14,280	183,316	21,634	21,634
修理保養及保固費	56,015	9,336	9,336	9,337	9,336	9,335	46,680	9,335	9,335
印刷裝訂與廣告費水	362,702	94,096	115,760	15,501	105,491	15,501	346,349	16,353	16,353
水電費	58,529	10,073	10,043	9,601	9,602	9,607	48,926	9,603	9,603
職工保險費	363,002	84,500	70,110	87,422	80,172	-	322,204	40,798	40,798
公共關係費	9,132	317	317	317	7,551	317	8,819	313	313
一般服務費	48,824	6,034	7,814	5,946	22,143	-	41,937	6,887	6,887
專業服務費	269,850	51,545	61,543	67,723	51,150	18,944	250,905	18,945	18,945
規費	-	-	-	-	-	-	-	-	-
會費	10,192	368	366	368	366	366	1,834	8,358	8,358
折舊費用	12,060	-	-	-	-	-	-	12,060	12,060
伙食費	151,200	36,000	30,600	30,600	32,400	-	129,600	21,600	21,600
職工福利	16,000	2,667	2,667	2,667	2,666	2,666	13,333	2,667	2,667
什項費用	39,101	6,718	9,020	5,892	4,689	4,686	31,005	8,096	8,096
用設備零件及耗材	2,590	-	-	-	-	-	-	2,590	2,590
環境美化	-	-	-	-	-	-	-	-	-
費用合計	5,825,783	1,288,322	1,095,032	1,426,136	1,191,654	153,517	5,154,661	671,122	671,122



(照片左二文為本文作者)

不求真相的醫糾強制調解

林鈺雄 (台灣大學法律學院教授)

假使病患走進醫院切除大腸息肉，卻死在手術台上。請問家屬最想要的是什麼？如果是真相，抱歉！目前很難，未來《醫糾法》若立法通過，就更難了。

專業資訊的極度不對等，是醫病關係的基本結構；真相還原及因此而來的民、刑責任界定，關鍵在於一套既公正又專業的鑑定制度。我國雖設醫事審議委員會（醫審會）職司醫糾鑑定，但撇開業務超量及外界「醫醫相護」的質疑不談，該會僅接受法院及檢察機關的鑑定委託。訴諸司法程序是病患及家屬接近真相的唯一途徑；醫糾案件湧入司法，本來就是制度使然！

不幸，醫糾訴訟是一條看不到盡頭的黑暗隧道。以刑案為例，等一審判決，平均就要耗時3年，何況之後還有上訴程序。醫糾案件幾乎是必送鑑定，而造成審判延宕的主因，在於鑑定程序及其結果的「浮動性」。法院送請醫審會或醫院鑑定，來回一次約需半年到1年。若鑑定結果模稜兩可或因醫病一方不服而再送鑑定（以上兩者都是家常便飯），一個審級難免耗時數年，結果更是難以預料。簡言之，醫療鑑定制度失能，造成訴訟拖延和審判結果的「不確定性」，這對醫病雙方都是莫大的折磨。

醫療糾紛在德國

如何減少醫病雙憂的不確定性？有無訴訟外探求醫糾真相的替代途徑？以德國為例，各邦皆設置醫療鑑定調解會（簡稱鑑調會）。這是一種以醫病雙方「同意」為前提，並「結合」醫療鑑定和任擇調解的獨立委員會，通常由資深醫師、該醫糾科目專業醫師及法律人（例如退休法官）三方組成。

文接下頁...

處理流程大致如下：

一、醫病任何一方皆可提出書面聲請，只要對方同意，鑑調會審查形式要件後，即會啟動程序。

二、釐清事實及進行鑑定，這是關鍵，首先調閱病歷及相關醫療資料，其次進行鑑定並評估報告，醫病雙方於聽取意見程序時，有據實陳述的配合義務。

三、製作鑑調結果意見書，若涉保險，亦會由責任保險人參與提議理賠方式。

儘管鑑調會並非強制程序，但德國醫糾實務，無論醫方或病方，都是以免費的鑑調程序取代法院做為解決紛爭的首選途徑，並解決大多數的醫糾案件。根據北德醫師公會一項年度調查顯示，鑑調會「避免訴訟率」高達九十一%，這是指經鑑調會處理的醫糾案件，超過九成不再提起民

事訴訟，案件就此終結。提起刑事訴訟的案件更少，一般而言，後續仍有民、刑事訴訟的醫療糾紛，幾乎都是經過醫鑑會確認醫方有疏失的案件。此外，這些每年發佈的疏失原因統計，也成為德國醫院及醫師改進醫療程序與方式的重要參考。

現今在德國，這個以醫病雙方「自願參與」為前提的非訟途徑，每年處理上萬件醫療糾紛，如二〇一一年便終結了一一〇三三件醫糾聲請案，相當於我國地檢署整整十年的終結總量。一言以蔽之，「順理」才能「成章」，由於鑑定先行，事實出爐後，責任隨之明朗，調解結果自然會被醫病雙方共同接受。簡言之，制度精神即是「不鑑定就沒真相、沒真相就不調解」。

台灣的醫糾法-沒專業鑑定難服眾

回頭看我國的調解草案。醫糾非訟化的本意甚佳，但草案卻徹底背離「鑑定先行」和「自願調解」這兩個關鍵前提，等於是強迫醫病雙方去搓圓仔湯。此外，由於欠缺事實真相做為責任判準，醫病雙方皆進退失據，調解失敗率可想而知，因此草案又擬以包含政府出資在內的補償手段，來提高調解成效，說穿了就是塞錢叫病患閉嘴，敲納稅人的竹槓來彌補制度設計的缺失。同樣一筆錢，為何不用在刀口上，大刀闊斧改革我國的醫糾鑑定制度？立法者，請亡羊補牢，別再歧路亡羊了！

本文原分屬於兩篇文章－「不求真相的醫糾強制調解」、「醫療糾紛在德國」分別刊載於蘋果日報與自由時報(全文請上醫改會網站www.thrf.org.tw瀏覽)。承蒙作者同意摘錄整併轉載，以作為台灣推動醫療糾紛處理改革與立法之參考，特申謝忱。

詳見林鈺雄，初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度——兼論解決醫療糾紛之立法原則，月旦法學雜誌第217期，2013年6月，頁207以下。

志·工·名·錄

特別感謝

102/03：新主張創意工作坊，善心捐贈A4影印紙14包。

102/05：中壢市陳喬風女士，善心協助招募捐贈物品。

102/05：中壢市邱聰進先生，善心捐贈USB風扇、USB披肩、USB保暖手套等物品一批，供綠哈比義賣網站義賣。

志工服務

	服務內容與日期 (102/3/1-102/5/31)	姓名 (依筆劃排序)
大專研發型 志工	蒐集議題資料、立院公報整理、 電子報季刊文章撰寫	林佩萱 (台大公衛系、社工系) 廖昱軒 (中國文化大學法律系) 陳品元、陳慕芳、魏滿佐 (台灣大學社工系) 黃柔翹 (台大政治研究所) 呂紹維、林章汎、湯仲平、黃瑞祥、萬義斌、劉計宏、蔡雨霖、蕭輔元 (台北商業技術學院企業管理系)
行政志工	文書公文處理、網路新聞整理、網 拍物整理PO網、協助相關活動進行 、黏貼文宣品	張素貞小姐、莫璐琳小姐、郭嫻娟小姐 呂紹維、林章汎、湯仲平、黃瑞祥、萬義斌、劉計宏、蔡雨霖、蕭輔元 (台北商業技術學院企業管理系)

填問卷抽好禮！

《醫改季刊》讀者意見調查

親愛的讀者，感謝您閱讀《醫改季刊54期》(本刊自101年7月起由《醫改雙月刊》改為《醫改季刊》)。為讓本刊物的品質與時俱進，敬請您協助填寫本問卷，供我們參考改進，**醫改會將從回收的問卷中抽取20位得獎者致贈好禮一份(得獎者為台北縣市民衆，請親至醫改會領取；外縣市民衆以掛號寄發)。**

敬請於2013年8月15日前完成問卷，並且由以下方式擇一回函：

1. 郵寄至106台北市大安區復興南路二段151巷8號3樓之5
2. 傳真至 (02) 2709-1540
3. 掃描後e-mail至thrf@seed.net.tw
4. 上網填答：http://ppt.cc/9xSV

請翻至後面一頁填寫

感謝您的回饋，您的意見是我們進步的力量！

寄出時敬請沿線對折

請自行
黏貼
郵票

1 0 6 — 6 5

台灣醫療改革基金會

收

台北市大安區復興南路二段151巷8號3樓之5

捐·款·名·錄

感謝您為台灣醫療的付出

▼ 100,000 床的世界床業股份有限公司	▼ 3,600 張明郁	▼ 2,200 鍾京佑	▼ 1,400 無名-亞太590	▼ 900 欸奇有限公司 黃梵瑾 劉志偉 劉嘉安 蔡靜坤 鄭芝芸 蕭慧雯 謝瑞芳 謝雅芳 謝瑞芳 魏寶戀 羅秋琴	▼ 400 黃靖雅 董重麟 趙光亮	▼ 150 財團法人台灣媒體觀察教育基金會 陳家欣
▼ 93,350 成長文教基金會附設鞋子兒童 實驗劇團	▼ 3,000 Marie-Claude Pelchat 伊慶春 何一先 吳忠華 呂煥明 李玉春 李嬌瑩 李德治 李權芳 孟嘉仁 林昭吟 林淑端 林煥博 邱獻璋 洪美玟 洪靜儀 徐瑤佩 蔡穎穎 張振武 許木柱 許甘霖 許美洋 許崇源 許嘉猷 陳文玲 陳培祺 陳盛泉 陳慧書 陶利瑋 楊榮宗 萬大機械工廠 漢朝實業有限公司	▼ 2,000 王日升 周桂田 邱清勝 梁麗真 黃淑玲 趙鈺成	▼ 1,000 吳淑慈 呂文傑 李先居 林有忠 胡洪琳 張益雲 陳如容 陳美霞 陳國忠 邱慧靜 陳慧芬 陳俊民 陳鏡文	▼ 780 蘇欣謹	▼ 300 李芸婷 李貴清 李德達 李權城 邱耀馨 康正一 康玉慧 張可欣 許瑞玲 陳秀卿 黃煜祿 黃增佳 黃貴霞	▼ 140 劉羽寬
▼ 15,000 中華民國中醫師公會全國聯合會 張俊彥 廖容敏	▼ 14,020 官應正	▼ 1,800 林繼志	▼ 999 郭瑞金	▼ 620 陳育閏	▼ 220 王俊智	▼ 130 侯念佐
▼ 10,000 宋岱陽 劉貞歸	▼ 9,000 江明修	▼ 1,500 尹裕君 王浣耘 王瑞琦 吳志宗 吳曾美蓉 吳毓馨 李吉清 周瑋 林昭禎 林錦良 洪綾君 翁宛菲 張菊惠 張馨予 莊燕如 陳俊吉 陳敬忠 陳維德 陳麗光 陳麗香 陸志龍 曾淑芬 曾櫻閔 黃琇吟 黃慧如 溫怡明 儀美科技有限公司	▼ 900 成令方 何怡萱 吳全峰 李易榮 李春燕 李昭華 李祐傑 李麗卿 周佩玲 林玉蓉 林金堂 柳凱宏 夏慧凝 孫健忠 馬艷華 張建文 張茂桂 張紹鏞 許一玲 許元豪 陳正哲 陳常青 陳春福 曾琴香	▼ 600 吳延晃 姚立倫 夏珍妮 張智雅 蕭婷 錢建文	▼ 200 林麗清 許乃木 陳宜貞 陳昭蓉	▼ 120 謝淑瑛 鄺歌鎮
▼ 6,000 林東龍 林知遠 肯夢國際股份有限公司 施淑芳 益實實業股份有限公司 高純瑋 高雅慧 曹純經 游標榮 葉品言 謝慧雯	▼ 5,000 李瑋珠 張其恒	▼ 4,610 無名氏	▼ 430 李佩菱	▼ 427 林南薰	▼ 100 台哥大5180-陳先生 周秋惠 陳胡雲 嘉義真如禪寺 廖沛真 蔡宜倩 蔣青頤 蕭佳穎 藍詩婷	▼ 80 李慧儀
▼ 4,500 王國羽 侯英男	▼ 4,000 丘昌泰 劉淑瑾	▼ 2,778 郭素香	▼ 2,300 林美余	▼ 540 臺中市立后綜高級中學	▼ 500 王竹璵 朱宗恩 張世雄 陳金益 彭柏凱 劉士豪 蔡宛臻 鄭惠心	▼ 50 江明錦 李瑞珍 林鈺喬
▼ 3,900 陳天璽						▼ 30 匿名 謝伯宗
						▼ 10 PEGGY

■ 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，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。