

# 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

# Vol. 63

2015 · 第四季

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、劉梅君 發行人：劉淑瓊 總編輯：金志善 主編：李芸婷 執行編輯：朱顯光、陳昭燕、沈珮涵、辜智芬、余天佑、潘柏翰 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

## 醫學中心

PP.3-5

## 門診肥胖指數出爐



f 台灣醫療改革基金會 🔍 台灣醫療改革基金會

Toin  
Cartoons 2015

### 本期重點

#### ■ 火·線·話·題

選情小確幸？健保大利空！  
醫療爭議追蹤調查結果分析  
政府打算修法解決急診壅塞，醫改會怎麼看  
健保追追追 護理/急診獎勵金，用在刀口嗎？

P2  
P8  
P9下  
P12

#### ■ 醫·改·教·室

小病、拿藥不跑醫學中心，病人有哪些聰明選擇？

P6

#### ■ 聰·明·就·醫

申請「健康存摺」

P7下

#### ■ 深·度·論·壇

濫用急診當然不對，但全額收費制卻可能  
讓醫療糾紛更加嚴重 (金冠成醫師、陳亮甫同學)

P11

#### ■ 我·眼·中·的·醫·改·會

對台灣醫改會的肯定與期許 (新生報社論)

P14



# 選情小確幸？健保大利空！

針對政府於10月宣布預計從105年起「調降股利、利息、租金等收入的補充保費」，醫改會、督保盟、醫勞盟、人民火大聯盟、公醫時代、醫勞小組、醫聯盟、高教工會等團體，及前衛生署長楊志良、政大特聘教授郭明政於104年10月18日共同開記者會並發起連署，要求政府收回成命，把決定權交回健保主人的手中。

1. 健保每一分錢來自民衆，民衆才是「健保主人」，但是這次減免決策卻只聽金管會、無視健保會。只圖利用錢滾錢的資本利得，對長期撐起健保半邊天的「薪水族」，公平嗎？
2. 四年前二代健保修法時，政府信誓旦旦說要收取補充保費是因為過去都是「以薪水來計收健保費，薪水以外所得，均未納入計算，造成很多所得，不需計繳保費，這樣對以薪水作為主

要收入的上班族，顯然有失公平」，沒想到才實施2年，卻又做出如此粗糙又自打嘴巴的決策，無法接受！

3. 來自健保，為何不回歸健保？面對幼兒急診無人醫、血汗醫護、新藥給付不足、偏鄉同卡不同命等諸多健保沉痾，政府都說沒錢，現在好不容易才累積盈餘可以改善，卻要抽健保銀根、救自家選情，這樣對嗎？



(照片由左至右分別為：人民火大聯盟代表顧玉玲、公醫時代與醫勞小組代表陳宗延、督保盟召集人黃淑英、高教工會理事長／醫改會董事劉梅君、前衛生署長／醫改會董事楊志良、醫改會董事長劉淑瓊、醫勞盟秘書長賴奕菁、政大特聘教授郭明政、醫聯盟代表／物理治療師公會全國聯合會秘書長歐育志)

## 醫學中心門診肥胖指數出爐

# 醫改會：別讓醫學中心淪為 輕症門診中心

文/潘柏翰（醫改會研究員）

臺灣目前有26家醫學中心，遠遠超過200萬人配置1家的標準。而依據「醫學中心任務目標基準」，醫學中心的重心應放在為急重難症患者提供住院服務，但令人困惑的是：即使有超過1倍的醫學中心，為何重症病患仍然門診一號難求、住院一床難求，急診室要像「難民營」？

醫改會參照專家建議，設計了「門診肥胖指數」來檢視各大醫學中心門診發展之情形。分析發現，平平都叫醫學中心，卻有人過度拚門診、看輕症，肥了門診、瘦了急重難症。

### 未落實「同病同酬」，醫學中心看感冒比小醫院每件多500元

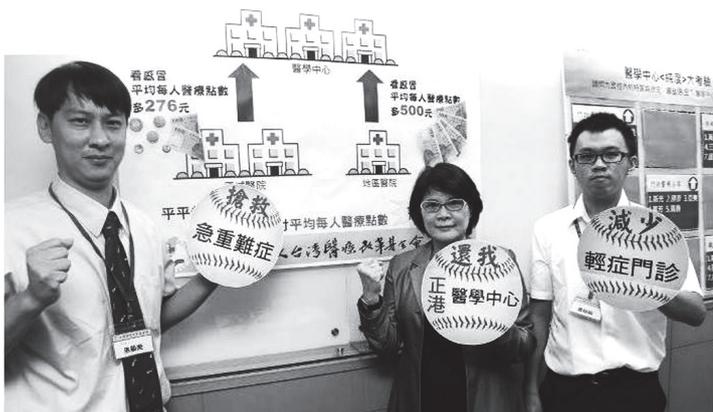
醫改會分析健保數據也發現單純只看急性上呼吸道感染（俗稱感冒，且已排除共病）的門診病患，在醫學中心平均每人醫療點數就比地區醫院多出500點（多出56%），印證學界所謂的「升級效應」確實存在，無怪乎多家醫院的目標都是擠破頭升級為醫學中心。

這些超過醫學中心平均值的初級照護疾病如轉到小醫院看，健保可以省下4億元。更重要的是如能轉到基層，有助減少大醫院重症一號難求，讓醫學中心的醫師能有更多時間，仔細照顧重症或住院病患。節省的健保支出，除減緩健保走向財務懸崖外，也能撥到鼓勵優質的基層團隊或家醫群，或用來調整急重症的支付標準。

### 醫改會的訴求

醫改會也呼籲民眾，別把醫學中心當成看輕症的大型門診中心，以免將來你我遇到急重難症沒人醫！醫改會並主張：

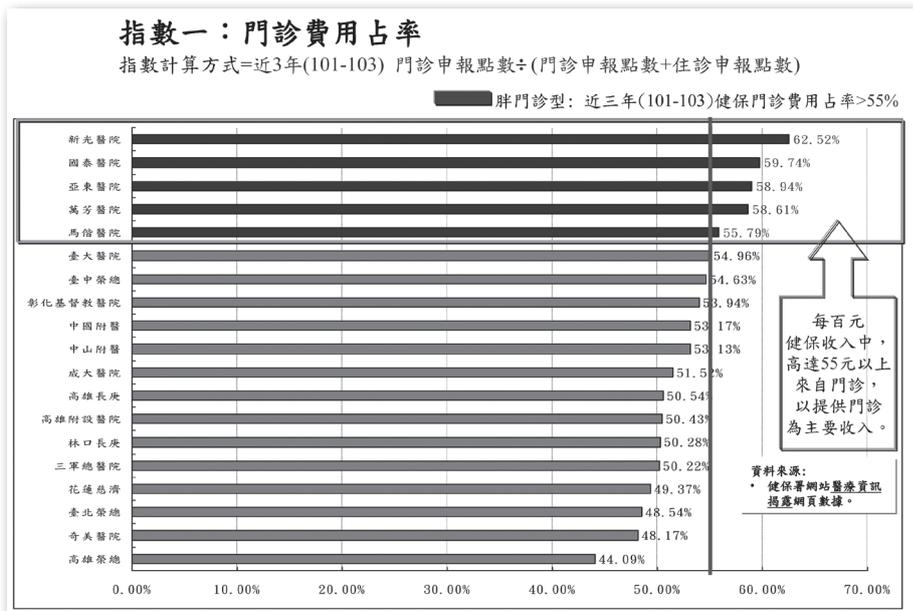
1. 健保署明確訂出醫學中心門診／住診費用比例；
2. 健保署建立輕症比例過高的核扣機制；
3. 衛福部應儘速破除「同病不同酬」、「不同病同酬」支付弊端，並建立醫學中心淘汰退場機制。



## 指數(1) 門診費用占率：代表每100元健保收入有多少來自門診。

### 結果

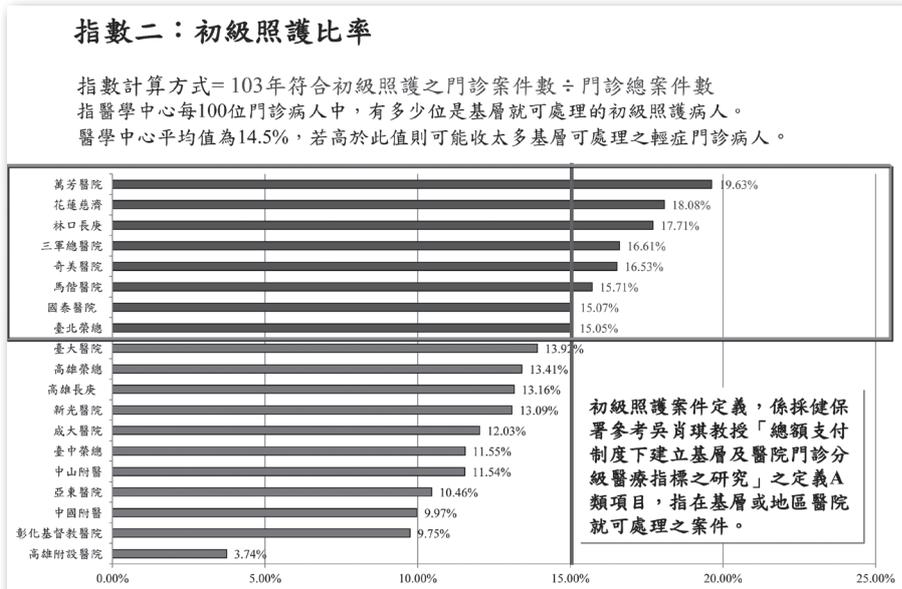
新光、國泰、亞東、萬芳與馬偕等5家醫院，每百元健保收入高達55元以上來自門診，以提供門診為主要收入來源，可稱為「胖門診」醫學中心。



## 指數(2) 初級照護比率：每百位門診病患中，有多少位是在基層就能處理的輕症病人。

### 結果

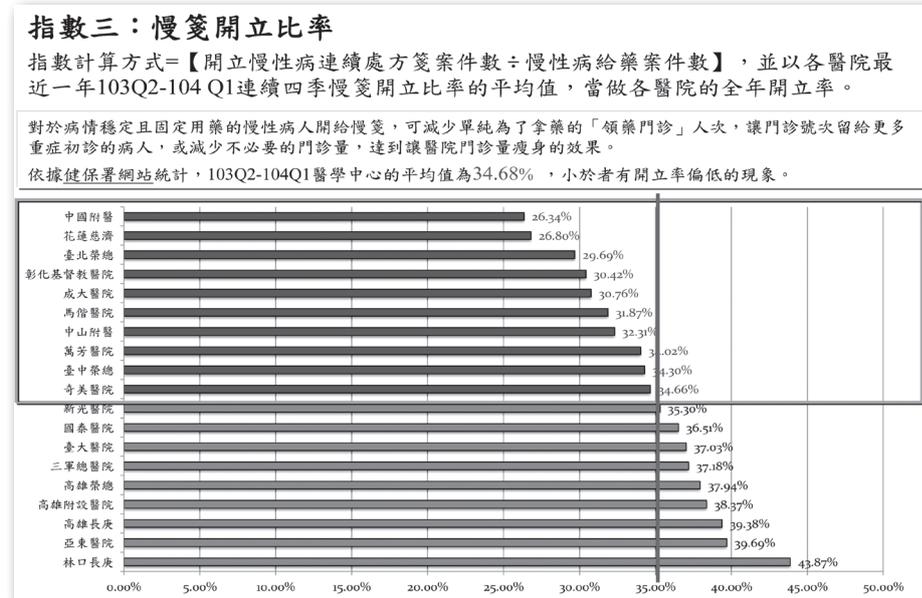
醫學中心平均每百位門診病患中，有14.5位是在基層就能處理的輕症。超過醫學中心平均值的有萬芳、慈濟、林口長庚、三總、奇美、馬偕、國泰、北榮。



## 指數(3) 慢箋開立比率：如果對於病情穩定且固定用藥的慢性病患開給慢箋，可減少單純為了拿藥的「領藥門診」人次，讓門診號次留給更多重症初診的病患，或減少不必要的門診量。

### 結果

近一年103Q2-104Q1醫學中心慢箋開立率的平均值為34.68%，低於此指標值有中國、慈濟、北榮、彰基、成大、馬偕、中山、萬芳、中榮、奇美。



## 記者會後的迴響

### 政 府 篇

政府回應	醫改會再回應
<p>《衛福部》</p> <p>醫學中心的定位，不單純只是照顧急重症病患，還要兼顧地區醫療照護、醫護人員的教育訓練、社區服務與國外學術交流，因此醫學中心要不要退場，需從整體因素面做考量。</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 依據「醫學中心任務指標基準」，提供重、難症醫療列為第一項任務指標，政府有責任要求醫學中心，優先達成此任務。</li> <li>2. 被醫改會點名門診、看輕症的醫學中心，多集中在醫療資源充沛的都會地區，理應較無兼顧地區醫療之迫切任務，反可能壓縮該地區基層醫療發展。此外，醫護教育訓練、社區服務等任務，也多可由各地「非醫學中心」的院所來承擔。</li> </ol>
<p>《健保署》</p> <p>上呼吸道感染分很多種，不能單純就病因劃分，「就像一般人感冒，與癌症病患的感冒，根本不能相提並論」。</p>	<p>醫改會此次計算升級效應（以感冒為例），資料來源為健保署，在定義上僅包含主診斷碼為急性上呼吸道感染，已排除共病、癌症治療順便看感冒等情形，就是單純比較看上呼吸道感染的病人。</p>

### 醫 界 篇

#### 衛福部立台北醫院急診科主治醫師金冠成：

醫學中心被輕症病人淹沒已經是大家都知道的事情了，醫改會用統計數字把這樣的想法具體化呈現出來並且把責任歸因於健保制度給付應該是值得大家鼓勵的。可以討論這樣的統計方法能否反應現實，但認為醫改會是仇醫團體而否定其言論實在不是討論事情的方式。

令我更不解的是，當醫院為了在健保制度下生存（輕重症都要看）而壓榨醫療人員，而醫改會指出問題所在，醫療人員反而替醫院找理由、指責醫改會不食人間煙火。壓榨醫療人員、罔顧病人安全的不是病人、不是醫改會。制定制度的人和制度下賺飽飽的醫院才是大魔王。

\* 本文經作者同意轉載，特申謝忱。原文刊載104.09.18  
金冠成醫師臉書

# 小病、拿藥不跑醫學中心，病人有哪些聰明選擇？

文/辜智芬、朱顯光（醫改會研究員、副執行長）

您知道嗎？在台灣各大醫學中心門庭若市的門診中，每100位健保病人就有15人是來看感冒、濕疹等在診所或地區醫院就能處理的病症，更有不少是只為了單純拿高血壓固定用藥的「領藥門診」。難怪台北市長柯P接受雜誌訪問大嘆：「台大醫院看感冒，很奇怪耶！」

其實像是急性上呼吸道感染、高血壓、接觸性皮膚炎、濕疹等，稱為初級照護疾病（Primary Care），多數在厝邊診所及在地小型醫院就能得到妥善照護。罹患這些疾病的民眾可以有其他聰明選擇，不但可以減輕到醫學中心漫長等候看診、拿藥之苦，也可以節省自己的荷包。

## 1. 請家醫群團隊協助

### ● 什麼是家醫群團隊？

家醫群是由5家以上的診所與支援醫院所組成的社區醫療團隊。平時可建立完整的家庭醫療資料，而當疾病發生時，家庭醫師可立即掌握或追蹤病情，擔任健康守門員，並提供24小時醫療諮詢電話、幫忙聯繫轉診及整合用藥。

### ● 如何利用？

請撥打健保署專線：0800-030-598或上健保署網站查詢「社區厝邊好醫師」：首頁>一般民衆>網路申辦及查詢>家庭醫師整合性照護計畫院所查詢。

## 2. 利用慢性病連續處方箋

### ● 那些病症可利用？

健保署公告的慢性病共有100種，包括上述提到的初級照護疾病，民眾若已經由醫師確認屬於病情穩定的慢性病患者，可長期使用同樣藥品治療時，可請醫師開慢箋，有效期間最長90日。

### ● 該如何開口？

您可以委婉地詢問醫師，「我的病屬於慢性病嗎？」、「是否能開給我慢箋？」、「我能改成每2到3個月回診追蹤就好嗎？」如有任何問題，也可以透過醫院藥局或健保

藥局的藥師幫忙與醫師溝通。

## 3. 學會挑選厝邊附近的基層院所

不少病人跑到大醫院看門診，是因不知道基層院所的看診專長、時段或該挑哪家院所，只好抱著「廟大和尚靈」到大醫院報到。我們建議可用3種秘訣：

### (1) 查詢看診時段與科別

上健保署網站查詢：首頁>一般民衆>健保醫療服務>健保特約醫事機構查詢及首頁>一般民衆>健保醫療服務>看診時段查詢服務。

特約醫療院所看診時段查詢

資料更新日期：1041015 共71983人

查詢條件

1.年度季別：104年度

2.分區業務組：全部

3.縣市：全部

4.鄉鎮市區：

5.地址：

6.特約類別：地區醫院 ← 請選擇地區醫院、診所

7.醫事機構名稱：全部 機構名稱

8.醫事機構代碼：醫學中心 機構代碼

9.診療科別：區域醫院 ← 請選擇看診的專科

10.診療時段：地區醫院 上午 下午 晚上 ← 請選擇看診的時段

診所

查詢顯示方式 每次顯示 10 筆

開始查詢 重新選擇

### (2) 查詢醫療品質

基層院所處理輕症之醫療品質，未必會比大醫院差。您可以電詢健保署相關品質指標（如開慢箋的比例、重複用藥率、糖尿病檢查執行率、上呼吸道感染就診後未滿七日再次就診率），作為挑選就醫院所的參考。

### (3) 請醫學中心的醫師幫忙轉介

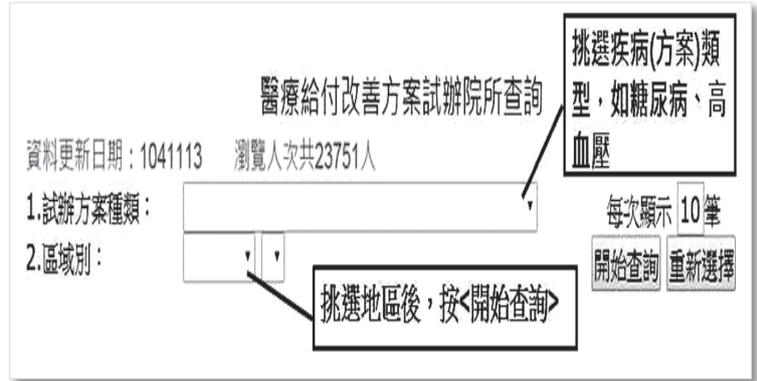
如果您覺得病情穩定或已經完成檢查，大醫院的醫師也認為可以轉到基層院所追蹤治療時，您可請醫師幫忙轉介，於銜接照顧上亦可多一層保障。

### 4. 【加入醫療給付改善方案，或挑選獲得獎勵的地區醫院或診所】

如果您是糖尿病、氣喘、高血壓、腎病、乳癌、思覺失調症等病患，可選擇參加健保醫療給付改善方案，獲得更周全的完整照護。依據健保評核獎勵的結果也顯示，許多基層院所在這幾類疾病照護的成果，比起醫學中心不遑多讓，您可研究居家附近獲獎的基層院所當作健康照護的守護神。

●如何加入「健保醫療給付改善方案 (<http://goo.gl/fkJTOi>)」，並查詢居家附近獲獎的基層醫療院所？

請撥打健保署專線：0800-030-598，或上健保署網站查詢「醫療給付改善方案」：首頁 > 一般民眾 > 醫療給付改善方案專區 > 查詢各試辦院所名單。



## 申請「健康存摺」， 手機上網就能查詢用藥/檢查/病歷摘要！

聰明就醫

文 / 李芸婷 (醫改會研究員)

現代人愈來愈重視健康管理，尤其是高齡病家的「重複用藥」讓人最為費心，如果想清楚知道每位醫師開給您哪些用藥、醫材或申報金額，也不想大費周章到醫院申請檢查結果或出院病歷摘要，您只要用自然人憑證或健保卡上健保署網站申請「健康存摺」，就能輕鬆用手機查詢囉！

健康存摺紀錄您看了哪些醫生、醫生的診斷、用藥及檢查紀錄，也可申請住院病歷摘要、檢驗報告等(完整內容請看圖1)。讓您除了有效健康管理，轉診時可節省重複述說就醫過程，或進行檢查耗費的時間與金錢，大家趕快申請，輕鬆當個「自我健康管理師」吧！(可直接掃描圖2的QR code，下載健保行動快易通APP申辦與查詢)

▲圖1

▲圖2

# 醫療爭議追蹤調查結果分析

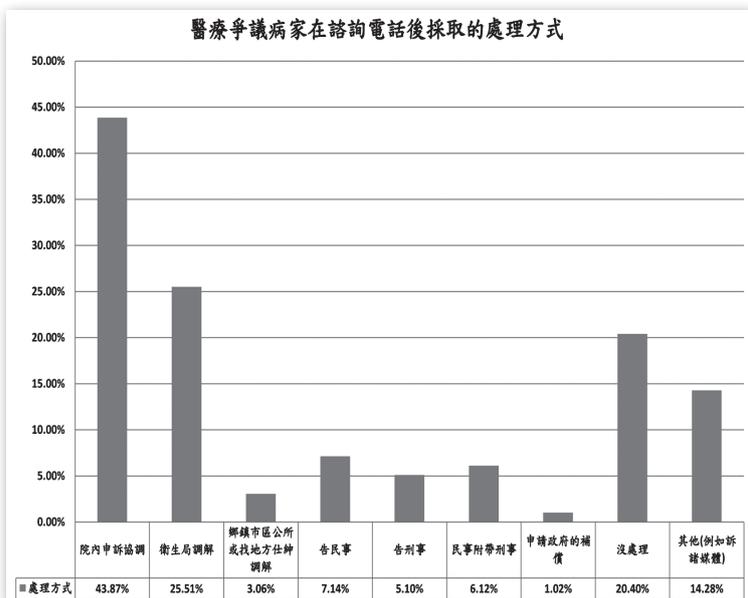
文/潘柏翰（醫改會研究員）

醫改會成立至今已受理超過5千件醫療爭議。104年我們在聯合勸募贊助下，針對接受過醫療爭議諮詢病家，進行後續處理情形追蹤調查，希望能瞭解病家處境與服務需求、接受諮詢後處理進展，並做為制定《醫糾法》之依據。

這次追蹤調查是以遭遇到中度至重度醫療不幸事件，並於102年1月至104年6月間曾來電諮詢的病家為對象。由醫改會專職員工搭配受過訓練之研究生，在104年6月至10月以電話進行訪談，合計完成106個家庭的訪談。

由於對每個遭受醫療傷害病家的訪談，都是在痛苦傷口與回憶下進行，但為了避免類似的悲劇再次發生，家屬在訪談中都努力地收拾悲傷情緒堅強地回應我們的詢問及發表對制度改革之期待，讓我們能完成這些調查，並繼續讓醫療爭議處理機制更健全，我們衷心感激。重要結果分析如下：

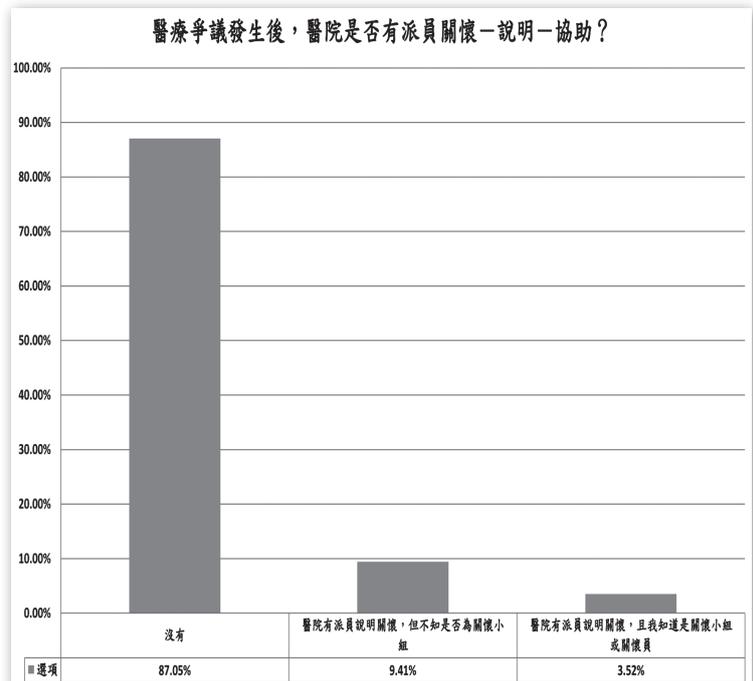
## ■ 不到5成病家選擇院內申訴、衛生局調解



1. 調查對象：102年1月至104年6月向醫改會求助之醫療爭議病家 (n=98) 2. 調查方式：電話訪問 3. 調查時間：104年6-10月

儘管各界不斷倡導與推動能透過院內協調或衛生局調處方式來處理醫糾，但調查顯示，曾來電本會諮詢的病家中，會利用院內申訴、衛生局調解等兩大管道者均不到5成（前者為43%、後者為25%，本題為複選），另有7%會考慮告民事。這結果值得各界深思，如何有效強化院內關懷與衛生局調處機制與效能，讓民眾更願意或更方便申請利用，才能真正落實非訟管道處理醫糾之目標，讓事件早日落幕。

## ■ 8成7病家沒遇過院內關懷機制



1. 調查對象：102年1月至104年6月向醫改會求助之醫療爭議病家 (n=85) 2. 調查方式：電話訪問 3. 調查時間：104年6-10月

在醫院內關懷機制方面，高達87%的醫療爭議病家在醫療爭議發生後，沒有遇過醫院派員關懷—說明—協助，比率高到令人擔憂。

院方有派員關懷的病家當中，對關懷小組的滿意度僅有40%，而不滿意的比例則為46%。對院內關懷小組不滿意的主因為「沒

提供必要的協助或承諾」(25%)，「缺乏同理心或溝通技巧，專業性不夠」(12%)。

此調查結果顯示，當前院內的關懷機制不到位，也戳破部分醫界或政府官員常說「就算沒有醫糾法立法，現在已經能有效推動院內關懷」之說詞。希望各界正視這問題，真心透過立法或評鑑制度，給資源也給訓練，把院內關懷機制確實建置完善。

## ■ 7成醫療爭議最後都是不了了之

詢問最後處理結果時，以「沒結果而不想處理」(71%)最多、「已告一段落有結果，且不會繼續處理」(44%)次之。此數據結果與

本會97年對病家的追蹤調查中，有41%的病家最後是不了了之相比之下來得更高，病家求助無門的困境仍然長期存在。

## ■ 結語

從此次調查結果來看，仍需努力思考如何提高病家採取非訴訟化處理管道的使用率。多數醫療爭議病家在過程中，仍遭遇許多困難、也浮現了相關的照護或心理需求，此為未來改革醫療爭議處理機制時，不可不重視的面向。

感謝聯合勸募贊助本調查，我們衷心期待《醫糾法》能早日立法完成，讓醫療爭議從不可承受之重，早日走向雙贏之黎明契機。

# 政府打算修法解決急診壅塞 醫改會怎麼看

文／辜智芬（醫改會研究員）

衛福部於104年8月19日預告修訂〈健保醫療辦法〉，祭出三大自費措施，希望能解決急診塞車。針對不符急診要件卻跑急診、經急診治療可返家卻不出院者，得自付費用等兩項措施，醫改會表示支持。

至於第三項「無病床、宜轉院、要自費」條款，規定無病床可收治宜轉院之急診病患，經通知後仍滯留急診或拒不出院者，應由保險對象自行負擔費用乙案，醫改會認為在實證數據與配套措施未到位前，不宜貿然實施，以免徒增醫病衝突、民怨等破壞醫病關係，又無法解決急診壅塞問題，茲詳細說明如下。

## 醫改會對急診三大自費措施之態度

三大自費措施（草案）	醫改會態度	補充意見
1.不符急診要件卻跑急診得自費	✓ 支持	建議明訂以「不適當出院狀況」、支付標準表中急診定義及適用範圍等作為認定標準；醫院應同時通知病人與健保署。
2.經急診治療可返家卻不出院者得自費	✓ 支持	
3.無病床、宜轉院、要自費	✗ 反對	應等實證數據與配套到位再議。

## 醫改會為何不支持將急診室裡無病床且宜轉院的病人改收自費

### 一、住院上不去而滯留急診，未必是因為「無病床」

醫改會透過深度訪談醫界及進行網路調查，並對照國際報告後，發現醫學中心延誤急診病人轉入住院病床，導致病人「上不去」而塞在急診滯留的「3大關卡」為住院收床潛規則、醫護不足關病床、區域網絡難成形，而非單純「無病床」。(如下圖1)

### 二、「病房空床數-急診等床數」難以對應查證、病床調度不透明等疑慮未釐清

醫改會分析醫學中心釋出「病床空床數-急診等床數」數據更新時間不一致、資訊不足，更有醫院表明此數據僅供參考之用，讓人質疑如何判斷該院有無病床、建議病人轉院。

急診醫學會前理事長陳維恭於101年2月4日接受聯晚採訪時，曾針對急診壅塞指出：「各大醫院急診轉住院的比率偏低，大部分病房都留給門診患者，是國內醫學中心急診住院壅塞的主因」。

依據近期媒體報導，台大急診醫師揭露因收床制度不透明、病房分配不正義，才導致急診壅塞。

### 三、無病床而滯留急診比率最高的是檢傷一、二級病人，卻可能最不宜轉院

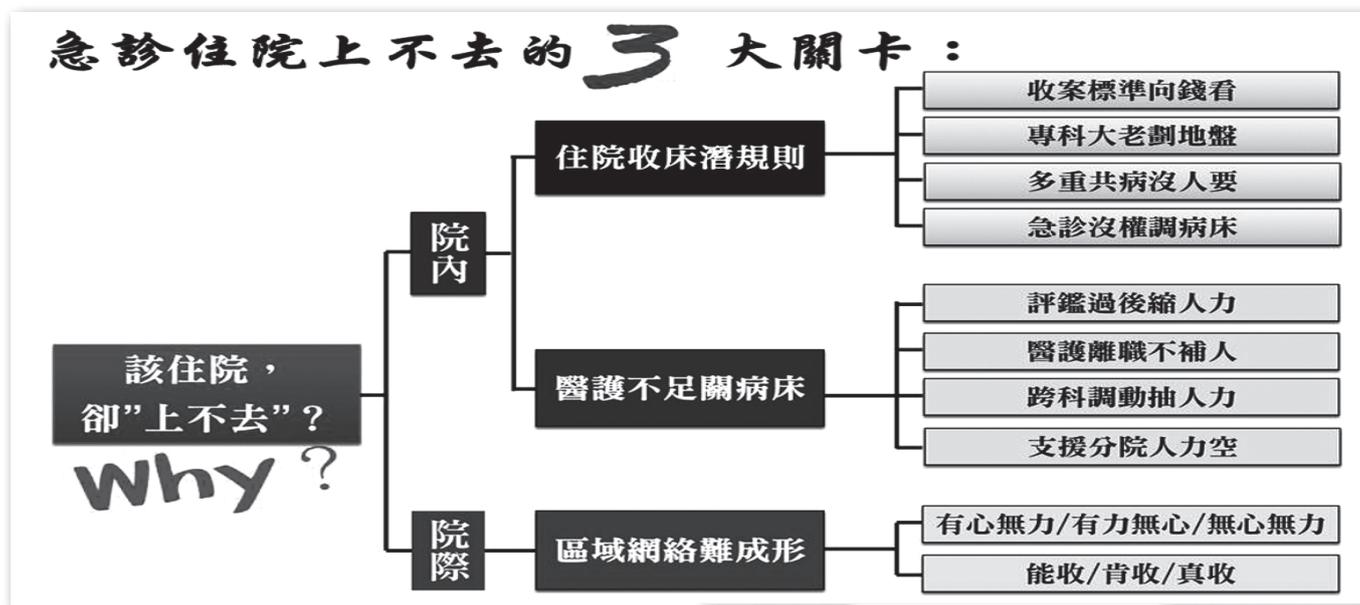
本會分析發現最緊急的檢傷一級病患，滯留急診超過2天的比率高達5.4%，累計全年3,742位一級病患等床超過2天。該如何判定亟需重度級急救醫院救治的病人宜轉院、不轉就自費？

### 四、僅四家醫院有轉院協調員、轉院試辦計畫成效尚未出爐

衛福部針對急診壅塞醫院，如台大、林口長庚、高雄長庚、台中榮總等四家醫學中心增設「轉診協調員」，預計把情況穩定的急診病人轉院到其他醫院，建議待此試辦計畫結果出爐後再研議。

### 五、透過實證數據，才能對症下藥

建議衛福部應該先依據立法院衛環會6月8日「如何改善急診壅塞」的專案報告會議決議，仔細分析急診壅塞前五名醫院之「病房床位運用原則」、「全院急診壅塞緊急應變方案」及近兩年〈緊急醫療能力分級評定作業自評資料表〉的「1.4.2急診病人收治住院比例」、「1.4.3急診住院占全院住院比例」、「1.4.8檢傷一、二級病人處理時效」等數據後，再邀各界公開研議。



▲圖1

# 濫用急診當然不對， 但**全額收費制** 卻可能讓醫療糾紛更加嚴重

文/金冠成(衛生福利部立台北醫院急診科主治醫師)  
陳亮甫(台大醫學系學生)

近期健保署為改善急診壅塞、制止輕症民眾濫用急診狀況，擬修訂《全民健康保險醫療辦法》這一則行政命令當中的條文，讓「應該出院卻滯留急診」或是「輕症不該來急診看診」的民眾，必須接受強制轉院或全額支付費用。

此舉回應了醫界長期以來對於「急診因為便宜而被濫用」的抱怨，以及近期對於急診壅塞的關注，但作為第一線急診人員，這個大膽的作法也著實令人憂心。首先患者來到急診的病況往往多變難以捉摸，縱使有各種指導方針告訴醫師何謂安全指標，卻不是每位病人的狀況都符合教科書上的描述。

其次，收費制度其實是將患者、家屬與醫護更推上糾紛的懸崖，假若真有醫師依憑自身信心做出某個病人必須退掛、轉院或是離院，否則就得全額自費的判斷，那麼可以預想的是急診室將會爆發更多的衝突甚至暴力事件。

再者，調高費用設立了一道門檻將部分民眾阻絕於外，所以我們會看到將救護車當計程車使用的不當就醫行為，也會看到急重症長者被子女揹著進醫院（因為擔心救護車要收費）。

姑且先不論自費是不是造成對弱勢的

排除，能夠跨過這道價差門檻的民眾，難保不會一進醫院就嚷著「我付錢，快給我看牙痛」之類的話，若是事後治療效果不如預期，又提高了醫療訴訟的可能性，因為「消費者」更有了一種「買到貴的不良品」心態，而想要取得補償。

在上述種種考量之下，急診醫師恐怕還是依循舊規，不論輕重病症皆收治，偶爾善意勸導民眾可以到中小型醫院急診就醫。但健保署卻據此法令而有了尚方寶劍，更加輕易對急診的某些治療、檢查予以核刪，醫師不會因為拚命診療完大批病患而更獲經濟利益，還要擔心有沒有縱放輕症，最後可能還得面臨來自醫院的業績壓力，因為遭受一定量的核刪。

整起事件下來，作為第一線人員沒有親臨政府的德澤，反而更加感受到自己的無地自容。而我們也想說，衛福部全然憑藉著健保署的掌櫃心態，以為透過財政控制就可以解決問題，這是徹底謬誤的答題方向。

(本文經作者同意轉載，特申謝忱。礙於版面限制略有刪減，原文刊登於104.09.01 The News Lens關鍵評論網)

# 健保追追追——

## 護理、急診獎勵金，用在刀口嗎？

文/醫改會研發組

### 護理篇

醫改會長期追蹤健保護理補助款成效不彰問題，並揭露醫院領取獎勵金卻沒補護士，且高達八成醫學中心「三班護病比」評鑑結果不合格，促成健保終止「醫院很補、不補護士」的護理獎勵金專案預算，改回歸設計三班護病比連動的支付制度。但健保署於104年9月重新推出花全民12億元健保費，補貼醫院提高護理費之方案，居然還是屈服於醫院經營者，令人失望。

#### ●說好的三班1:7變全日1:15

連動支付=根本不動也能拿錢？！

依據健保署公布的支付標準修正案，把當初馬英九總統承諾、多位立委決議要求的三班護病比1:7，改成全日平均1:15(醫學中心則為1:9)，就有額外獎勵。

也就是8成以上的區域醫院、地區醫院維持現狀，不用額外增加人力就可多領錢，有的醫學中心把原本1:7的人力標準倒退到1:9，甚至減人也都可能拿到加成獎勵。這設計讓我們不得不批評，健保署號稱護理補助款採用護病比〈連動給付〉，其實〈連動都不動〉，既不符有加人或有進步才獎勵的精神，也讓各界期待能提升的夜班人力標準，被「全日平均」稀釋而威脅病安。

#### ●拿住院護理獎勵金 醫院卻補門診護士

過去政府或醫院都宣稱，領住院護理獎勵後，護理人力有「淨增加」；但醫護工會卻反映，人力吃緊狀況未有效改善。令人困惑的是，所補的護理人力，到底都補到哪裡去了？

醫改會追蹤發現，根據健保署104年全民健保醫院總額專案計畫執行成果報告，102到103年醫院護理人力不全增加在住院。增加前三名分別在急性病房增加274人、門診增加243人、手術室增加197人，也就是補在門診的護士數幾乎與住院部門不相

上下。進一步發現，門診護理人員成長率達2.5%，急性病房卻僅0.8%。醫改會看到這結果不禁納悶：說好要提升「住院」照護品質的計畫，為何急性病房護理人力的增加率遠不及門診？門診護理人力的增長難道能夠改善住院護理人力的血汗情形嗎？

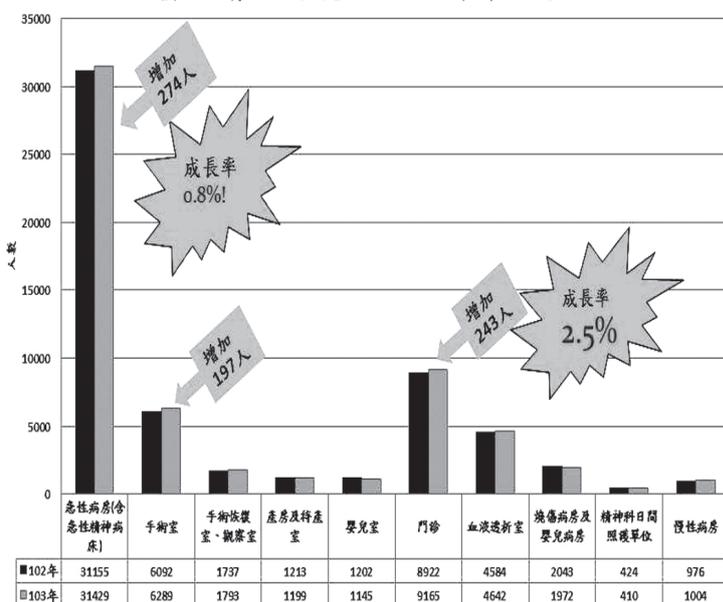
#### ●結果沒說要公開 資訊透明開倒車

此外，衛福部今年以「三班護病比為試評鑑而非正式項目」為理由，不願公布103年度三班護病比調查資料；健保支付標準提高後，也沒配套規定要公布各醫院護病比數據與加成金額，讓人難以監督。

前衛生署長林芳郁院長說：「產業這樣血汗，醫療不會更進步」。我們借用這話，不得不說「健保這樣幫醫院經營者，醫療不會更進步」。請問護理與醫勞團體，你們真的能接受這方案嗎？該是大家繼續團結行動的時候了！

醫改會無法認同以提升住院護理照護品質為名的計畫，其結果卻是「補門診不補住院」。合理的補助方案應視護理人力的增長是否改善過勞的現象後才給予獎助，而不是只顧灑錢而讓任憑醫院經營者挑容易達成的方式執行。

醫院增加的護理人力到哪去了？



資料來源：104年全民健保醫院總額專案計畫執行成果報告

## 急診篇

健保署歷年在總額外，共加碼編列11.2億做為解決急診塞車之「急診品質提升方案」獎勵金，但一樣也是問題多多。

### ●成效不彰、才發出1.65億

多數醫院成績都不理想，以急診往往塞得像難民營的醫學中心為例，19家醫學中心只有8家獲獎。就算是得獎醫院，幾項急診滯留的數據，仍難令人滿意。例如台大、中榮兩院，需要住院的一到三級急診病人中，能在8小時住院者居然不到四成；三總急診室需要轉加護病房的病人中，不到50%能在6小時內轉入。

醫院名稱	維持獎 (急診壅塞率≤1%)	進步獎 (急診壅塞率>1%)	完成急診重大疾病人照進入加護病房<6小時之比率	檢傷一、二、三級急診病人轉入病房<8小時之比率	檢傷四、五級急診病人離開醫院<4小時之比率
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	V		57.1%	83.2%	97.7%
國立臺灣大學醫學院附設醫院		V	78.8%	37.8%	90.3%
三軍總醫院附設民眾診療服務處		V	49.4%	68.4%	87.4%
臺北榮民總醫院		V	100.0%	56.6%	88.5%
醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院		V	85.8%	40.2%	90.5%
臺中榮民總醫院		V	64.8%	34.3%	67.3%
奇美醫療財團法人奇美醫院台南分院	V		-	100.0%	-
高雄榮民總醫院		V	80.7%	49.1%	77.2%

▲健保103年急診品質提升方案撥付急診處置效率維持獎及進步獎勵金醫院名單及指標表現(資料來源：健保署<http://goo.gl/9v3yKG>)

### ●重症急診滯留比率反更惡化

101年剛實施獎勵方案時，醫學中心急診重症病患6小時進ICU比率為68.8%，但到103年時能順利進入ICU比率反降至68.2%。

### ●指標三擇一，退步也能領獎

決定獎勵金的指標有3個：「急診重症病患6小時進ICU比率」、「第1、2、3級相對較嚴重病患在8小時內轉入病房的比率」、「第4、5級急診病人在4小時內離開醫院的比率」；只要其中有一項進步8%至10%，就可獲得獎金。這樣的設計導致有些醫院在「第1、2、3級相對較嚴重病患在8小時內轉入病房的比率」、「第4、5級急診病人在4小時內離開醫院的比率」表現好，結果最重要的重症病患急診「急診重症病患6小時進ICU比率」卻退步往下掉，仍可拿獎勵金。我們呼籲該重新檢討指標，並以急重症優先。

### 急診人力跳票，請立委別被唬弄！

鑑於急診與重症人力不足，常是導致急診滯留原因，為此立委提案要求衛福部公布急診護病比等資料。沒想到官員當場竟說評鑑條文並沒有急診護病比的規範。但事實真相卻是，評鑑條文明明就有規範急診護病比，我們整理如下圖，請大家來評理，繼續追追追。

#### 臨時提案

根據台灣醫療改革基金會調查顯示，九成以上急診及加護病房的基層醫護人員均反映實際照護理人力，根本不符合現行醫院評鑑規定，且八成以上有實際遇過或聽聞過醫學中心加護病房技術性「開床」作為；且健保署103年度醫院總額評核報告《急診品質提升方案》中亦顯示，醫學中心有三成重症病患應該入住加護病房而無法於6小時內入住。考量延遲入住恐造成病患死亡率上升，爰請衛福部應於一個月內將重度級急救責任醫院的急診人力評鑑結果、急診及加護病房護病比以及近兩年《緊急醫療能力分級評定作業自評資料表》的「6.2加護病房床位調度機制」、「6.3.1在急診等候轉入加護病房超過6小時以上的人次、月平均於急診等候轉入加護病房時間、月平均急診停留」等數據，上網公開，並將紙本資料送至立法院社會福利及衛生環境委員會。

提案人：劉建國

連署人：

真相是

以衛福部官員說，目前並無規範急診及ICU護病比!!

103年度醫院緊急醫療能力分級評定作業申請中度級急救責任醫院具備部分重度級章節能力適用版-103.09核定

條號	1.1.3	自評我評量結果-中度級	<input type="radio"/> 符合 <input type="radio"/> 不符合
評定基準	人力配置，急診部門應配置足夠之醫師及護理人員，24小時在急診室值班	自評我評量結果-重度級	【本欄免評】
評分說明	<p><b>【重度級】</b></p> <p>1.應有5名以上專任醫師，其中一半以上需具有急診醫學科專科醫師資格。如前3年急診病人就診人次年平均大於2萬人次，則每增加5千人次應增加1名專任醫師。</p> <p>2.前3年每月平均留觀人次每600人次應增加1名專任醫師(以健保申報留觀人次為計算基準)。</p> <p>3.急診室應有急診室主任醫師。</p> <p>4.急診室應有急診室護理人員。</p> <p>5.前3年每日平均急診就診人次每10人次應有護理人員1名，觀察室登記之急診觀察病床每床應有護理人員0.5名。如留觀病人數超過登記之急診觀察病床數時，應有全院醫護人力調度支援機制，以維持急診運作及照護品質。</p>		

立委被官員唬弄了嗎？  
急診室合理的護病比在這

# 對台灣醫改會的

## 肯定與期許

文/新生報社論

台灣醫術和健保備受各界肯定，但仍有很大改善空間。近來醫療和藥物糾紛層出不窮，使醫界改革呼聲又起，這需要一個大公無私非營利團體，挺身而出扮演這舉足輕重的角色。

大家都耳有所聞，在白色巨塔裡，存在著許多感人至深的小故事，可惜也隱匿著若干醜聞，這些缺憾需要把它曝露出來，設法加以導正和補強。國內就有個小團體正在努力推動這項討人厭亦受人敬重的志業，那就是台灣醫療改革基金會。初始時，醫改會經常挑戰積習已久的權威，醫界覺得它是麻煩製造者，經過十多年鏗而不捨奮鬥，終於熬出了名氣，彰顯出「並非對立，只是不同立場」，完全在塑造台灣公平正義的醫療環境，使國人享受到更高品質的醫療生活。

醫改會創設於民國91年，由一群志同道合，不求名利的學者、專家和志工們所組成，憑著一股傻勁、熱忱，以及使命感，投入這吃力不討好的行列，他們謙稱不是「打虎英雄」，只是捍衛「公義小兵」，但這些日子裡，他們汗沒有白流，力沒有白出，他們繳出了一份傲人成績單，成功推動藥袋、病歷、收據與手術同意書等改革，同時為鎖卡族請命，舉辦「醫院暴力零容忍」記者會，致力保障醫事人員合法權益，終結醫療糾紛夢魘，創造「血汗醫院」新名詞，協助案主尋求支援管道，他們做了太多有益大眾福祉的工作，贏得社會不少掌聲與回響。102年創會董事長張苙雲榮獲「吳尊賢愛心獎」，她一直秉持著「用證據說話」的

初衷，使該會提出的任何建言，都經得起考驗。102年又榮獲第24屆醫療奉獻獎團體獎，可謂居功厥偉，實至名歸。誠如該會幕後推手姚克明顧問所說：「我們感激社會大眾做我們的後盾，也感謝政府機構及醫界對我們的寬容與配合；我們在振奮之餘不會忘記創會的初衷—建立一個公平正義的醫療環境。」不過，落實這完美理想路程仍很遙遠，幸好該會已奠定了紮實根基，社會必須給他們加油打氣，讓他們為醫療大環境打開一扇更透明的天窗。

我們不是認為他們做的不夠，而是希望他們做得更好，但願該會今後能在下述三方向多費點心力：

- 一、繼續公正舉發杏林偏差行為：社會需要揚善，卻不該隱惡，密契爾說：「扔掉爛蘋果，才能聞到好蘋果芬香」，社會要有一些「傻瓜」，來守護公理和正義的圍牆。
- 二、要網羅個案實例和確鑿證據，來證實醫療改革的正當性和急迫性，俾供各方參採實施。
- 三、提供有建設性的醫療改革意見—把醫界盲點拆穿，讓有關單位知道該如何對症下藥，謀求補救辦法。

(本文經報社同意轉載，特申謝忱。原文刊載於104.05.04台灣新生報社論)

# 志工名錄

	服務內容與日期 (104/06/01-104/08/31)	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	林弘哲、查耀期、洪詩婷、張育瑜、張哲恩、陳晴芬、魏奕杰 (台灣大學社工系)
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	吳翠雯、張素貞、康之友黃耀欽

# 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

- |   |  |   |  |   |   |
|---|--|---|--|---|---|
| <b>250,000</b><br>中華社會福利聯合勸募協會  | <b>3,600</b><br>葉慶鴻  | <b>2,000</b><br>黃今鈺<br>鍾美玉<br>蕭敏慧   | <b>1,000</b><br>王華榮<br>沈玉美<br>周惠玲<br>洪美雲<br>許文超<br>陳玉潔<br>陳怡琴<br>程善慈<br>黃慧娜<br>楊斐如<br>鄭勵堅<br>蘇慶元<br>林煥博<br>劉士豪<br>劉沛岭  | <b>800</b><br>冒恩聖   | <b>300</b><br>李德達<br>李權城<br>汪秋蓉<br>姚立倫<br>許元豪<br>許瑞玲<br>鄭滿足 |
| <b>37,000</b><br>張芷雲  | <b>3,000</b><br>貓女兒-妹妹<br>王春梅<br>郭姿利<br>黃青苑<br>趙魁成<br>鄭綜程<br>羅軍偶<br>伊慶春<br>吳思華<br>李玉春<br>李嬌瑩<br>孟嘉仁<br>林昭吟<br>林教授<br>林惠珠<br>邱獻璋<br>洪美玟<br>洪教授<br>洪綾君<br>洪德仁<br>蔡穎穎<br>翁菴菲<br>張振武<br>張詩怡<br>曹麗娟<br>梁麗真<br>許木柱<br>許甘霖<br>許亮標<br>許美洋<br>陳培祺<br>陳盛泉<br>陳慧書<br>陶利瑄<br>曾琴音<br>楊榮宗<br>楊筱雲<br>劉孔中<br>劉慧敏<br>蔡進明<br>鄭雅文<br>薛亞聖<br>謝邦昌 | <b>1,900</b><br>楊青岳   | <b>900</b><br>成令方<br>吳全峰<br>吳延晃<br>李易羣<br>林玉蓉<br>林先生<br>柳凱宏<br>孫健忠<br>許一玲<br>許維理<br>陳帛青<br>陳芙嫩<br>陳春福<br>曾纓閔<br>黃梵璋<br>劉志偉<br>劉嘉安<br>蔡靜坤<br>蕭女士<br>蕭慧雯<br>錢建文<br>薛貴霞<br>薛鳴忠<br>魏寶戀 | <b>700</b><br>陳龍吟<br>黃靖雅  | <b>200</b><br>AFAA Taiwan 體適能協會<br>台哥大5180-陳先生<br>曹維序       |
| <b>29,530</b><br>官居正  | <b>1,800</b><br>陸小姐  | <b>1,500</b><br>儀美科技有限公司<br>尹裕君<br>王瑞琦<br>吳志宗<br>吳淑慈<br>林錦良<br>張菊惠<br>張馨予<br>張縉鏐<br>陳如容<br>陳美霞<br>陳醫師<br>陳麗蓉<br>陸志龍<br>黃姝慈<br>黃慧如<br>溫怡明<br>劉國志<br>歐人彰<br>蔡甫昌<br>鄭怡玟<br>謝宗學 | <b>650</b><br>陳小姐  | <b>600</b><br>李昭華<br>夏女士<br>張建文<br>葉女士<br>鄭芝芸<br>謝瑞芳                          | <b>210</b><br>正彥商行  |
| <b>15,000</b><br>高雅慧<br>廖容敏   | <b>1,300</b><br>魏坤程  | <b>1,281</b><br>林南薰   | <b>500</b><br>成令方<br>吳全峰<br>吳延晃<br>李易羣<br>林玉蓉<br>林先生<br>柳凱宏<br>孫健忠<br>許一玲<br>許維理<br>陳帛青<br>陳芙嫩<br>陳春福<br>曾纓閔<br>黃梵璋<br>劉志偉<br>劉嘉安<br>蔡靜坤<br>蕭女士<br>蕭慧雯<br>錢建文<br>薛貴霞<br>薛鳴忠<br>魏寶戀 | <b>500</b><br>那米哥國際股份有限公司<br>白品鍵<br>李榮忻<br>林昭禎<br>馬艷華<br>郭玉芬<br>彭南順<br>林昭禎    | <b>120</b><br>郭勇志   |
| <b>12,000</b><br>任文香<br>蔡瑞淇   | <b>1,200</b><br>劉邦淦  | <b>1,200</b><br>劉邦淦   | <b>400</b><br>賀明雪<br>夏慧凝   | <b>400</b><br>賀明雪<br>夏慧凝  | <b>110</b><br>蘇香蘭   |
| <b>10,000</b><br>中華民國中醫師公會全國聯合會<br>財團法人前瞻文教基金會<br>吳蕙華<br>殷允美<br>陳雅儀<br>馮女士<br>詹火生 | <b>1,100</b><br>陳麗光  | <b>1,100</b><br>陳麗光   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>賀明雪<br>夏慧凝  | <b>100</b><br>善心人士<br>陳菊妹<br>楊秋郁                            |
| <b>9,000</b><br>江明修   | <b>1,000</b><br>古沛博<br>吳景誼   | <b>1,000</b><br>古沛博<br>吳景誼  | <b>400</b><br>賀明雪<br>夏慧凝   | <b>400</b><br>賀明雪<br>夏慧凝  | <b>50</b><br>宋承鴻<br>李佳純<br>陳壹豪<br>葉凱文                       |
| <b>7,757</b><br>劉淑瓊   | <b>1,000</b><br>吳景誼  | <b>1,000</b><br>吳景誼   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士 | <b>1</b><br>5011無名氏   |
| <b>6,000</b><br>益實實業股份有限公司<br>Amy<br>丘昌泰<br>高純琇<br>游標榮<br>葉品言<br>謝慧變              | <b>1,000</b><br>吳景誼  | <b>1,000</b><br>吳景誼   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士 | <b>1</b><br>5011無名氏   |
| <b>5,000</b><br>余玉眉<br>林寶玉<br>過容  | <b>1,000</b><br>吳景誼  | <b>1,000</b><br>吳景誼   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士 | <b>1</b><br>5011無名氏   |
| <b>4,500</b><br>王國羽<br>侯英男  | <b>1,000</b><br>吳景誼  | <b>1,000</b><br>吳景誼   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士 | <b>1</b><br>5011無名氏   |
| <b>4,000</b><br>許蓓文<br>黃文志  | <b>1,000</b><br>吳景誼  | <b>1,000</b><br>吳景誼   | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士  | <b>300</b><br>高雅族服裝行<br>吳曾美容<br>尤紹鴻<br>方秀娥<br>林久傳<br>林苑莘<br>林哲宇<br>潘虹仔<br>巫女士 | <b>1</b><br>5011無名氏   |



104年6月1日~104年8月31日

企業捐助：278,710元 總募款金額：770,659元  
 一般捐助：181,331元 總支出：1,303,110元  
 醫改之友：310,618元 餘 絀：-532,451元

104年累計餘絀：-1,672,260元

# 捐款、扣稅只要 e 指搞定



本會為簡化報稅程序及達節能省碳之效，已加入財政部國稅局推動之「綜合所得稅扣除額單據電子化作業」，若您需要上傳本年度之捐款總額於稽徵單位平台，煩請於 104 年 12 月 31 日前來電 (02)2709-1329 轉分機 19 或來信 [thrf@seed.net.tw](mailto:thrf@seed.net.tw)，告知「捐款人姓名」並提供「身分證字號」，以利完成申報作業，謝謝您。（為避免個資外洩的疑慮，建議您盡可能來電告知。）

「綜合所得稅扣除額單據電子化作業」，會將扣除額資料電子化，以提供納稅人查詢及下載。換言之，未來捐助者報稅時，可利用自然人憑證上網或親向稅捐稽徵機關，申請查詢課稅年度之所得及扣除額資料，捐款扣除額部份不必再附上本會寄出之紙本憑證，可直接在線上完成申報。

本會仍會於每年三月間寄發年度捐款證明給您，歡迎您多加利用。  
其他關於捐助本會更多訊息，歡迎參考本會官網。



## 財團法人台灣醫療改革基金會 捐款單 63



5180-43 即時捐



勸募許可文號：北市社團字第 10349057300 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

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



為家人、為自己 您生活的必修學分

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

