

105.11.25 「分級醫療六大策略行不行」公聽會 中華民國醫師公會全國聯合會本會代表參考資料

「分級醫療」推動與策略，關乎民眾的就醫權益、就醫習慣改變、醫療服務提供型態改變與醫療費用、資源重分配。因應健保署提出之六大策略，本會提出之核心重點為落實家庭醫師責任醫師制、各項策略應有確實、合理的配套方案及引導民眾正確就醫應從教育做起。

(一)提升基層醫療服務量能

1. 需有總額預算支應，方能提升擴大範疇之服務項目，如：家醫計畫、開放表別等；家醫計畫應擴大基層醫師加入及增加收案對象；開放表別項目增加，應著重基層可以處理的服務項目，而非導向軍備競賽。
2. 醫療可近性、服務品質的提高與強化轉檢(由診所轉檢至醫院，檢驗報告須回診所)更是提升基層醫療服務量能的根本，而非「類醫院」的診所服務。

(二)導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔

1. 同意部分負擔回歸健保法，但需審慎研議，不建議以檢傷分類區分，因民眾不一定有能力可以判斷疾病輕重症，應避免增加醫病之間的暴力衝突。
2. 除利用電子資訊系統轉診，應鼓勵醫院成立轉診窗口(櫃台)。
3. 應讓民眾了解在地化醫療的服務，及宣導家庭醫師的優點。

(三)調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務

1. 同意本項策略，但應先鼓勵民眾至基層就醫。並釐清「輕症」的定義與案件範圍，輕症≠初級照護、primary care。
2. 挹注 60 億元調整醫院重症項目，須確實執行。
3. 區域級以上醫院之調降輕症案件之比例應循序漸進，不宜採不予分配之方式，建議可參考合理量方式，依件數增加而費用遞減給付，達到輕症服務減少之目的。

(四)強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護

1. 不應局限於現在的雙向轉診或是社區醫療群，須合作的面向不只是醫療服務，更應從教學資源開放與社區資源整合來加強。
2. 轉診、轉檢應有完整配套流程，包含對口單位、病患追蹤等。
3. 資訊平台建置確實可以提供好的資訊，但署方往往在時效性與安全性

讓院所執行上非常困難。

4. 加強家醫計畫，鼓勵基層醫師與醫院有共同照護門診，亦鼓勵醫院醫師至診所報備支援。

(五)提升民眾自我照護知能

此項策略應要從教育面和宣導面著手，從學校教育、教材就應該要納入自我照護的知識和能力。

(六)加強醫療財團法人管理

1. 可執行性有待商榷。
2. 應澄清基層醫療與大型醫院的角色定位。
3. 同意應限制醫療法人醫院附設診所，建議醫院支援診所之醫師人數應明確訂定計算以「月」為單位、報備系統應置超額預警機制等。以避免造成院所不公平競爭。

健保署「推動分級醫療策略及配套」意見回復彙整表

統計至 105.11.23 中午

六大策略	意見彙整
一、提升基層醫療服務量能	支持
	無效
	要提升基層醫療服務量能，需有總額配套增加，以免基層點值稀釋，協商編列 6 億是否足夠，應有科學依據，最好有保障點值。
	壯大基層服務量，要從診所看診業務延伸服務到居家醫療到在宅安寧...，不能列入基層總額，擠壓基層總額，而且因此減少的急重症和無效醫療費用回歸基層醫療，而不是留在醫院。
	診所多屬單一專科，即使擴大服務範疇或多科聯合職業，服務模式仍有其限制。建議鼓勵基層診所醫師均有家庭醫學專科之訓練資歷(不一定要取得家庭醫學專科醫師資格，但宜接受家庭醫學專科之訓練課程，並取得學分證明)。
	1. 初級照護是否等於輕症？民眾常常分不清楚什麼是小病、什麼是大病？如何讓民眾知道自己應該到那裡看病
	2. 台灣目前並非沒有分級醫療。根據健保署公告數據：104 年全年各層級門診人次佔率，最高為基層診所 67%，依序為區域醫院 13.3%，醫學中心 10.4%，及地區醫院 9.3%。病人某種程度上已經做了分級，但仍有進步的空間，多數醫學中心也支持分級醫療的持續改革，但需以尊重病人的意願及選擇為前提。
	3. 目前健保定義及統計各醫療院所的「初級照護」，在定義及方法上有諸多不足之處，請健保署在最短時間內委託學者專家重新定義初級照護，並且邀請相關醫學領域專家共同檢視其適當性，修訂完成後重新試算各醫院 105 年的確實初級照護比率做為基準。且初級照護定義未明確，初級照護不建議以診斷進行區分(如背痛可能有 UNDER DX、發燒可能未明原因診斷、乾癬有部位差異)。建議全聯會聯合其他醫學會重新定義初級照護之適當性。
	由各科醫學會提報 B 碼，可以開放為 C 碼項目，列入年度總額協商，給予合理費用。
	骨科部份：有很多'B'碼的手術碼，可以開放為'C'碼
	基本上基層醫療的特色不在於所謂的設備的尖端與先進，更不是在於開放更多的醫院所能做的檢查或是治療，這樣做，只是把基層醫療給醫院化，反而摧毀了基層醫療的原始功用。基層醫療應該要有的提升是來自於：醫療可近性的提高，也就是讓民眾更容易使用到基層醫療；一般醫療品質的提升：不在於更多更昂貴的檢查或處置，而是基本該有醫療都可以提供與處理，因此，檢驗與調劑就是基層醫師本身應該要有的能力，讓醫師可以有機會讓患者在最簡便的方式得到該有的基本檢查與治療。基層醫療和醫院不同，醫院講就的是分工合作，基層醫療的醫師卻是必須要親力親為為主，尤其要有完整的醫療權，才能夠讓病患及時獲得完整的診療，這是醫師最基本的行醫方式，也是對患者最輕便的方式了。
	1. 開放支付標準項目仍應考量判讀品質，醫師是否受過相關訓練或專科別，以維持品質。
	2. 家庭整合醫師整合制度應更著重在個案照護，各診所掌握病患就醫狀況，既然收案個案多為診所忠誠個案，應有所限制，個案應從診所就診後才能轉診至醫院，如此才能達實質家醫制。
	3. 質方面全面開展基層醫療群與大型醫院之合作關係，雙向轉診—予經濟動機，在職教育學分宜再加強。

六大策略	意見彙整
	<p>需修改基層的支付制度、審查規定與抽審指標，例如：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫院病患轉至基層繼續治療，某些用藥如 Plavix 目前限制過嚴、Aricept 限神經專科醫師使用等、心臟超音波檢查限醫院才能檢查.... 等等，都需要修改以讓基層能照顧這些病人。 2. 現行的不予支付指標規定需先使用過 Aspirin，當不能忍受後，才能使用 Ticlopidine，若直接開立便遭行政核刪，當醫院病患轉至基層繼續拿此類藥時，就會抵觸此規定了。這規定需要修改。 3. 醫院的慢性病人轉至基層，會導致藥費成長比率快速，將使這些院所成為被抽審的對象，變成是另一種處罰，所以這類的抽審指標應修改。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 建議診所轉檢醫院(不經醫院門診)，結果直接回到診所(診所軍備競賽只利院前診所與連鎖診所不利基層發展) 2. 無障礙空間不宜「強制」診所施行 <ol style="list-style-type: none"> 1. 為擴大診所的服務範疇要開放基層表別，立意良善，但核准與否是由各分區基層委員會及分區業務組共同決定，應同時考慮附近醫療院所是否可提供相同的檢查，以及是否可提供後續的積極治療，否則容易淪為檢查而檢查，檢查浮濫。 2. 106 年度編列 15.8 億元的家庭醫師整合性照護計畫，應做到：擴大基層醫師的加入(目前只有 25% 基層醫師加入)、增加收案對象(收案對象目前限制每位醫師 1000 名患者)、訂定完整的評核指標，以提升照護品質。
二、導引民眾轉診就醫習慣與調整部分負擔	<p>支持</p> <p>落實分級醫療減少醫學中心、區域醫院初級照護，保留醫院特約門診、縮減或停止一般普遍門診、黃昏門診、夜間門診，阻擋醫院借人和名目開院前診所，或掛人頭式的診所。</p> <p>調整部分負擔可以持續</p> <p>鼓勵民眾轉診，除可以利用調整部分負擔外，轉診之方便性是重要因素，除了利用電子資訊系統轉診(政府應有制式規畫)，鼓勵醫院成立單一窗口方便轉診民眾看診。</p> <p>落實健保法的分級轉診還有優減掛號費，更重要是政府撥款宣導家庭責任醫師的優點。拍短片，去宣導落實“轉診制度”的好處，如民眾到大醫院不知自己要看那一科別，不用過長候診時間，不用花太多金錢。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 依檢傷分類級數不同與就醫時段不同而有不同之部分負擔，將增加醫院、醫護與病人、家屬之間的爭議衝突，甚至增加急診暴力事件。 2. 至醫中急診依檢傷分類 3、4、5 級部分負擔調高至 550 元；晚上 12 時至隔日早上 6 時，第 3 至 5 級不予調高部分負擔，恐將增加夜間急診病人。建議晚上 12 時至隔日早上 6 時，只有第 3 級不予調高部分負擔，因為檢傷分類 4、5 級病人，不必然非得立即看急診。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 病人沒有能力判斷輕症，醫師沒有辦法拒絕病人 2. 不建議用時間及檢傷分類區分急診部分負擔。檢傷分類級數是在急診時初步判斷病人緊急程度。就醫學專業角度不建議設定時間區分急診 3. 應尊重病人的就醫習慣。原來已經在大型醫院就診的長期就醫慢性病患 <p>落實健保法第 42、43 條，實施家庭責任醫師制度。</p> <p>區域醫院部份負擔，只調高 50 元，太低。會壓縮診所調高掛號費的空間(看病的價差不大，病患還是會往醫院跑)。建議部份負擔調高 150 元。</p> <p>民眾的就醫習慣除了費用之外，是否能夠在基層醫療獲得方便、即時與適當的醫療，才是民眾更在意的事情。因此，除了對部分負擔回歸建法規定之外，也應該要讓民眾了解，方便在地化的醫療，才是真正對民眾有利</p>

六大策略	意見彙整
	<p>的。因為每個地方都會因為當地的環境與氣候等有不同的疾病型態與疾病類型；因此，只有在地的醫師最了解在地的醫療問題，政府應該要宣導這個政策，同時也應該要針對如果是在自己同一鄉鎮市區的診所就醫的患者減少部分負擔，鼓勵患者就進醫療。同時獎勵至偏遠地區開立診所的醫療機構，給予偏遠加給與保障。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 調整部分負擔短期內有效，但時間久了仍然無法解決民眾就醫習慣。 2. 民眾很難就自身的疾病判斷符合哪一類檢傷，建議訂定規範或原則，在民眾無法認知情況下就不同檢傷分類不同部分負擔對民眾無感，民眾只知道生病了要就醫。 3. 濫用急診對策案例教育時段 4. 開關急診公用電視 5. 調高輕症使用急診之費用 6. 經濟誘因點選給予基層夜診中心津貼 <p>贊成『加強對病患的衛教』與『調升部分負擔』</p> <p>教育民眾看病的正確方式，醫療資源是昂貴的。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 確實執行健保法第 43 條的規定，鼓勵民眾至基層診所就醫，若未經轉診直接到醫學中心、區域醫院就診，其門診及急診的部分負擔應大幅增加，而對於弱勢族群可考慮適當減免。 2. 目前假日基層開診率星期六約 90%、星期天約 25-30%，應該已足夠應付民眾的需求，如果要求星期天開診要提高其診察費必須要在總額以外來增加，以免影響點值。 <p>落實健保法 43 條分級醫療部分負擔</p>
<p>三、調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務</p>	<p>支持，但要相對應減少輕症服務。尤其是 108 年(三年後)醫師就要納入勞基法，依馬偕劉董事長估算要增加 30%醫師人力，才能承擔現行工作量，但醫師須長期養成，根本來不及，屆時只有減少 30%工作量才能因應，外界當然希望大醫院減的是輕症服務，而非急重症。但依現行部裡核定大醫院 10%或此配套的醫學中心 20%，區域醫院 10%的初級照護，都不到大醫院總服務量能的 1%，因此屆時會不會讓急重症患者成為人球叭叭走，是要深深擔憂的。(有大醫院的服務醫師笑著質疑說看起來是玩假的，依人性，屆時大醫院經營者人力不足時，一定是優先裁撤人力密集的病床和重症服務)因此應擴大釋出輕症的範圍：像穩定的慢性病、無合併症的闌尾炎、疝氣、一般骨折、生產...等，大家有共識的輕症都應盡速納入釋出項目的清單。</p> <p>有效策略應確實進行</p> <p>慢性病患者已固定於醫院看診，若有輕症，仍建議可至醫院家醫科或一般內科看診，已達全人照護目標</p> <p>調高重症給付前，應先降低輕症服務量，要先規定降低一定比例，才可調高重症給付。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛福部 105 年 11 月 9 日核定公告發布之 106 年醫院總額，一般服務總金額之決定事項：「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配。」健保署不宜片面將醫學中心之目標降為 80%。 2. 106 年編列 60 億元提升重、難症給付，以上健保不予分配的部分，務必對等用在提高重、難症支付標準，不宜挪至它用。 3. 醫療法規定，醫院不得拒絕求診的病人，如要改變就診現況，健保署需向民眾公告輕、重疾病適合的就醫層級。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 應維持初級照護案件比率不得超過 105 年 90%原案。106 年醫學中心之初級照護案件比率，應維持不得超過 105 年 90%的原案，這也是付費者代表的原意，改革應循序漸進，驟然太大的改變，不僅衝擊醫院

六大策略	意見彙整
	<p>也影響病人的就醫習慣。</p> <ol style="list-style-type: none"> 建議初級照護比率應排除範圍。應排除假日基層未開診期間之就診件數。診斷應排除有重大傷病、處置、手術及政府政策(登革熱、流感、癌篩、預防保健、CDC)者。應排除家庭醫師整合性照護計畫之輕症轉診。應排除原來已經在大型醫院就診的長期就醫慢性病患。 回歸醫院門、住診的重、難症支付給付。醫院急重難症的給付過低，才是分級醫療不能落實的主因，若醫院因初級照護比率超過規定上限，健保不予支付的部分，應回歸醫院門住診的重難症支付，非挪做它用。健保 106 年編列 60 億元提升重、難症給付，目前這些錢該如何適當分配尚無定論，但務必用在提高重、難症上，才能加速落實分級醫療。 <p>贊成。</p> <p>對於醫院當然要以重症或罕見疾病為主，尤其是醫學中心更是如此，而社區醫院應該是以急症以及介於輕症和極重症之間的疾病為主。但是在導引醫學中心減少輕症服務的時候，也應該要加強病患端的宣導，避免民眾的誤解；同時以及導引醫學中心走向尖端醫療，精準醫療的研究與開發，同時做好相關醫療的教學與國際化的程度，這個政策是整體的政策，不應該分開來看，政府應該要有更高更遠的眼光來導引國內的醫學中心變成產業的研發與教學基地，同時將成果變成提振台灣國際醫療產業的能力。</p> <p>同意。民眾就醫習慣未改變或未限制，民眾至醫院就醫，醫院很難拒絕病患，醫病關係緊張，健保署將降低初級照護的壓力由醫學中心、區域醫院承擔，甚至採不予分配總額嚴厲的手段，對醫院非常不合理且不公平。</p> <p>建議醫院應逐年依設定的指標，逐漸把輕症下轉至基層院所</p> <p>醫學中心及區域醫院本來就應該朝向教學研究及急重難症的照護醫療、治療，以漸進的方式來減少對輕症的服務是可行的方式，只是事前對於輕症的定義應由衛福部及醫院溝通協商，同時應對民眾多加以宣導。</p> <p>仿效基層實施合理門診量，及合理門診診次，避免醫院投入太多人力於輕症門診。</p>
<p>四、強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護</p>	<p>落實雙向轉診，診所轉醫院一定要掛得上號，且有優先權(保留前 20%名額給轉診患者)且宣導轉診的好處(專門轉診櫃台，保留優先看診名額且有名額，醫師比較可以了解病情)轉診醫院病人，最後要轉回診所，單(轉診單)回人回。</p> <p>持續</p> <p>改善目前居家醫療整合照護，行動診間所需攜帶之資訊設備，應改善流程及網路暢通。</p> <p>強化診所與醫院合作，若醫院在診所周邊開設醫院門診(非醫療偏遠地區)額度回歸該醫院，不能侵蝕基層總額，放任門前診所成長。</p> <p>要達到連續性照護，宜有一套妥善完整轉診制度，包含上轉、下轉流程及對口單位，病患追蹤及關懷。</p> <p>而醫院與診所醫療合作服務，可藉定期聚會，討論病例，以改善缺失，彌補不足之處。</p> <ol style="list-style-type: none"> 落實整合性照護計畫。醫學中心之初級照護案件比率應排除家庭醫師整合性照護計畫之輕症轉診案件 鼓勵區域醫療整合。促進基層與醫院間垂直水平合作，以提供連續性照護。 民眾就醫習慣不易改變，調高門診部分負擔並不等於能促使就醫者分級轉診。 <p>建立家庭責任醫師制度，由家庭醫師轉介、轉院、轉診，並由合作醫院聘為兼任主治醫師。</p>

六大策略	意見彙整
	值得鼓勵，不容易執行，因為競合的關係及開立商業保險診斷書的關係。外傷的病患，除了受傷後幾天的急性期外，基層診所都可以處理，卻因換藥/拆線/開診斷書等理由，繼續往醫院看診，浪費。
	醫院和診所的醫療合作服務，不應該局限於現在的雙向轉診或是社區醫療群而已，所必須合作的面向不只是醫療服務，更應該要從教學資源的開放與社區資源整合來加強。當然醫療服務的合作是很基本與重要的，如果要做好這塊除了雙向轉診與醫療群的合作之外，半開放的醫院與互相的支援合作計畫才能夠提供連續性的照護。譬如部分要跨表的檢查，可以讓診所的醫師釋出處方箋直接到醫院處理，或是讓醫師可以直接和醫院連絡安排病患到醫院由原本醫師處理，如此不但不用浪費更多的醫療設備成本，提高醫療設備的使用率，也讓民眾可以更安心在基層醫療看診。
	1. 醫院與診所的合作關係一直維持且持續，資訊平台建置確實可以提供好的資訊，但健保署往往在時效性與安全性讓院所執行上非常困難，舉雲端批次下載，上傳資料有 2-3 天的時間差，有時無法查詢到資料；另外每家醫院都須分別請病患簽立同意書，當健保署內容新增又須要重新簽立，對於院所而言增加許多作業，也造成病患不悅。 2. 本院現有合作之基層醫療群，合作情況良好宜以對策鼓勵擴大，以給付提昇誘發動機。
	擴大家醫照護計畫參與院所
	目前的家庭醫師整合性照護計畫，基層醫師被合作醫院聘為兼任主治醫師，可提升良好的共同照護門診、病房巡診，而醫院轉診資訊平台的建立，可提供病人連續性、完整性的醫療服務。同時建議合作醫院的專科醫師可到基層診所報備支援，以提升基層診所的照護能力。
	加強轉檢，讓醫院設備能開放給基層病患利用，鼓勵基層醫師參與門診診療。
五、提升民眾自我照護知能	長期進行，不必強調
	鼓勵民眾選擇家庭責任醫師，進行健康促進、健康及疾病管理。
	健保署補助各診所辦衛教演講。
	1. 依據醫療法規定，醫院不得拒絕求診的病人。如要改變就診現況，健保署需向民眾公告輕、重疾病適合的就醫層級。並且教育大家那些是屬於所謂的輕症，應優先到基層診所就醫。 2. 家庭醫學科醫師在推動分級醫療所扮演的角色？
	1. 在大、中、小學教材中加入健康照護知能，並列入為必修、必考項目。 2. 因健保署「健康九九」廣為推展，列為鄉、鎮、區，各地衛生所重點工作項目。
	這個要從教育面和宣導面著手，從國小的基本教育就應該要納入自我照護的知識和能力，到了國中和高中更要上一些簡易的護理與健康照護的知識；同時要宣導健康生活習慣，變成一種國民的基本禮儀與常識。
	1. 長久以來健保署都是用宣導方式讓民眾知道訊息，多數民眾仍然不知道這些資訊，這些策略仍然無法提升民眾認知。 2. 同上述二、
	1. 建議所有的家醫計畫的基層醫師都可以參加疫苗注射，目前疫苗注射僅限某些科別、醫療院所參與，以致施打率難以提升。 2. 建議衛福部就全民健保總額約 6 千億，提撥 0.1% 即 6 億，即可免費為全國民眾全面疫苗接種，如此可以減少很多傳染病，節省下的醫療費用遠大於 6 億元。
	無法，說說而已
	即時性管理財團法人醫療院所之擴展。
六、加強醫療財團法人管理	

六大策略	意見彙整
	可以讓醫療財團不要一直買地蓋醫院嗎？減少大者恆大的現象嗎？然後讓醫療財團把利潤分給員工，減少血汗的形象嗎？
	醫院不得以交通車載送方式不當招攬輕症病人，宜排除同一體系內，不同院區間之接送、轉送病人服務。
	澄清基層醫療與大型醫院的角色定位。政府推行重要衛生醫療政策(預防保健、疾病篩檢、社區服務、登革熱、流感、癌篩)時，醫院需研擬計畫積極配合(醫中任務五)。需帶動其他醫院之醫療水準提升，並輔導或協助區域內醫院執行山地離島偏遠地區醫療服務(醫中任務二)
	醫學中心太多，不宜再開放財團法人，設立超大型醫院及聯合門診中心。
	醫療財團法人的財產屬於公共財產，因此政府有責任導引其行為合乎國家與社會的需求，不應該放任變成吸金的機構。所以首先應該要讓董事會產生的成員必須有勞方代表的董事、學界代表的董事和獨立董事。其次鼓勵與輔導大型醫學中心把重心轉移到針對重大疾病和罕見疾病的治療與研究，同時透過這些研究朝向尖端醫療與精準醫療開發新的技術與能力，之後進行教學與成利國際化的事業，將醫學中心變成研發與創育中心，來開展更大的醫療市場。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 這些策略修法、限制、規範都完全無法推動分級醫療，主要的問題點仍然是就醫的民眾而不是醫療財團法人的院所。 2. 各醫療財團逐步納入社區、公益甚至邀請外國專家為以 NGO 法人模式走向脫離家族與利益集團之財團法人。
	<ol style="list-style-type: none"> 1. 建議衛生福利部應將已設立之「醫院附設門診部」改為醫院執照。 2. 針對醫師支援報備規範建議修正：(1)醫院支援診所之醫師人數應明確訂定計算以「月」為單位，且專任醫師須整個月皆有執業登記。(2)支援時段限制須以周、以實際開診時數計算。(3)報備系統應置超額預警機制。
	建議限制醫療法人醫院附設診所，應在醫療資源不足的地區，而且依法只限一家(例如：某某醫院附設診所)至於目前最為基層在意的是，由醫療法人醫院出資成立診所，由其院內醫師當負責醫師，而由醫院無限制派遣很多醫師去支援，故此造成不公平競爭，而且影響基層點值甚大，建議嚴格限制基層診所的支援醫師人數及時段，限制以每「月」為單位。
	財團法人夾財力優勢，又有免付稅保障，公立醫院拿政府補貼，應以公益性質為主，不應以醫療為獲利工具，應以重症醫療為主，謹守分級醫療政策，更不應核准一條龍式的醫療集團，廣設門診否則醫療資源將掌握在少數集團手中!要落實財團法人的公益性質，財務必須透明。