

中華民國基層醫療協會致 陳部長時中

劉家正 理事長

- 一、感謝 陳部長對基層醫療的重視與關心，甫上任便撥冗親臨基層醫療協會會址與本協會幹部會談交流，本協會倍覺溫暖，榮幸之至！希望部長本著重視基層醫療的初衷，日後有任何重大醫政議題，都能邀請基層醫療協會參與討論，基層醫療協會能反應最新最貼近基層醫師的意見。
- 二、有關當前基層醫療所面臨的課題與挑戰，本協會謹此亦向 陳部長直抒胸臆、報告心聲，建請 部長納入施政考量，無恧感荷。
- 三、長照 2.0，關注長照政策的發展，堅持基層醫師參與的必要性與重要性，建構由下而上之正三角形醫療體系。
 - (1) 據總統蔡英文競選白皮書表示，過去政府的長照政策有四不足：預算編列不足、照顧人力不足、鄉村資源不足及社區服務不足。新政府需要推動新的「建構長期照顧體系十年計畫」，以解決臺灣目前長照服務的困境。「長照十年 2.0 版」與之最大不同處在於，財源以稅收專款專用、服務輸送以社區照顧為主、人力供給以培訓足夠的本國長期照顧人力，藉以提升長期照顧品質與創造就業機會。
「長照十年 2.0 版」內容主要共分為六大項：
 - 一、推動住宅化、社區化的長照服務。
 - 二、強化公共醫療體系。
 - 三、培育質優量足的人力。
 - 四、縮短長期照顧的城鄉差距。
 - 五、穩定長期照顧財源。
 - 六、設置跨部門「長期照顧推動小組」。

- (2) 基層醫師是我們厝邊的好鄰居，社區從出生到終老的第一線照護是未來基層醫療照顧的潮流，基層醫師是醫療、中期照護及長照三者重要的整合及執行者，未來在預防醫學、醫療健康化、醫療社區化中扮演著任重道遠的專業角色。

四、務實分級診療，推行轉診制度。

放諸歐美各國，醫學中心定位都是以基層轉診病人+基礎與臨床醫學研究+教學為主，而非以不停的開設院內外門診中心來擴大營運；尤其是急診部更不會出現人滿為患的情況；國人健保醫療 20 年來吃到飽的心態將使情況雪上加霜，健保資源是全民的資源，不可因輕症排擠掉重症的美意。

建議：

1. 重新定位醫學中心，逐步轉變成只收其他層級轉診之重症病人，假日門診、夜間門診、早安門診、過年門診、颱風天門診全部關診，保留給重症治療用，穩定的輕症則逐步釋放給基層診所，研究教學比重增加。
2. 依法收取部分負擔。依健保法第 43 條規定，民眾應自行負擔門診費用 20%，不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔 30%、40%及 50%。多年來無法落實執行。目前民眾至醫院就醫，實際負擔門診費用僅 11%，與健保法規定有相當差距。應逐年調漲至

健保法標準。

3. 逐步回歸健保法第 43 條收取足額部分負擔，首先取消藥品部分負擔上限 200 元，取消連續處方免部分負擔，加收檢驗檢查費部分負擔，符合使用者付費的精神，由民眾和醫師共同把關，減少不必要的檢查和用藥。
4. 提供轉診獎勵措施：優先看診、優先住院、保障住院名額。

五、健保具名、多名審查，不如加強審查醫師培訓制度。人力節省、經費節省，更形制度化。

六、假日開診制：

與其追求開診率，不如重視地區需求性。

提高健保假日開診診察費，以應付一例一休人事成本的增加。

鬆綁藥師支援制，以利假日開診。

七、藥局私擅調劑配處方用藥給病人服用是普遍存在的事實，藥師已經侵犯醫師的診療和開立處方權。目前很多牙醫的診所並沒有釋出處方，將藥物直接交付病人。凡是非經醫師診療處方就私自配給處方藥即是密醫行為，建請衛生福利部嚴格稽查，以正視聽。

八、健保資源有限，新的醫療技術和新藥不斷推陳出新，健保總額的成長遠遠不及醫療費用的增加，建議健保署應主動宣導教育民眾如果要選擇較好的醫療，對於沒有健保給付的項目可以選擇全額自行付費或者對於有健保給付的項目但是不符合給付條件者可以自付差額。健保署面對民眾陳情時，總是回應都有給付，如此將造成民眾對醫療院所產生誤解。

九、自從蔡總統上任後，很重視台灣嚴重少子化演變成國安問題。嬰幼兒的預防保健、健康照護受到衛福部重視與積極推行。預防接種類別增多，服務量增多。基層醫療院所全力配合，然無償疫苗處置費益顯人力吃緊，無法提供優良服務。新政府衛福部積極處理，分段給與必要的疫苗接種處置費 100 元(雖然成本費 350 元)今年實施第一階段，一歲內給與 7 次疫苗接種處置費。期望明年開始能全面給付兒童公費疫苗處置費，讓基層醫療院所為兒童保健盡心盡力。