

林金龍

SY46

現職：臺南市立安南醫院-委託中醫醫藥大學興建經營行政副院長
經歷：中央健康保險局 醫務管理處、北區、台北分局 經理
台北醫學大學 衛政與健康照護研究中心執行長
中美聯合實業股份有限公司總經理

健保給付制度的歷史

林金龍

臺南市立安南醫院-委託中醫醫藥大學興建經營 行政副院長

台灣的全民健康保險(以下簡稱全民健保)開辦於1995年3月1日。全民健保將開辦前非屬工作人口的眷屬、榮民及無職業者，含婦女、學生、孩童、老人等，納入保險範圍，讓人人享有平等就醫的權利。在此前提下，凡具有中華民國國籍，在臺灣地區設有戶籍滿6個月以上的民眾，以及在臺灣地區出生之新生兒，都必須參加全民健保。全民健保歷經數次修法，逐步擴大加保對象，包括新住民、長期在臺居留的外籍人士、僑生及外籍生、軍人等均納入健保體系。二代健保施行後，將矯正機關之受刑人亦納入健保納保範圍內，而達到真正的全民健保。

全民健保運作架構，以收取投保單位、保險對象及政府補助之保險費，作為保險財源。保險對象如因傷病、生育等需要醫療服務時，由全民健保特約醫事服務機構提供醫療服務，提供醫療服務的保險特約醫療機構，依據「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」(以下簡稱支付標準)、全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下簡稱藥品支付)申報醫療費用，保險人依據審查辦法辦理申報醫療費用之審核及支付。目前全民健保提供的醫療服務包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目；醫療支付的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、手術、麻醉、藥劑、材料、處置治療、護理及保險病床等。截至2021年6月底止，全民健保特約醫療院所合計21,594家，占全國所有醫療院所總數的92.58%；特約藥局6,716家、居家護理機構722家、精神復健機構231家、助產機構19家、醫事檢驗所208家、物理治療所32家、醫事放射所10家、職能治療所4家及居家呼吸照護所8家。2020年平均每人每年門診就醫次數14.2次，平均每百人住院次數14.1次，全國每人每年平均住院日數1.3日。

全民健保支付制度採第三者付費機制，故醫療費用支付制度扮演重要的角色。全民健保實施時，係沿用「勞工保險診療費用支付標準表(甲乙丙表)」，並以論量計酬(Fee-for-Service)方式為主。但因當時的勞工保險，對於生育係以分娩費及生育補助的現金給付方式辦理，全民健保將生育改以醫療給付，即因甲乙丙表的支付項目與點數不完整而造成許多不平衡的情形，之後也因為有多位熱心的婦產科專科醫師及台灣婦產科醫學會學會的不斷努力爭取，全民健保在婦產科的支付標準才逐漸完備。

全民健保實施的25年間，陸續因保險給付範圍調整及給付制度的改變而多次進行支付制度或支付標準的修訂，該類修訂，大致歸納為三大類：屬於總體性質的修訂、單項或特定類別的修訂或調整及特定醫療給付改善方案等。

1998 年起全民健保陸續推動牙醫、中醫、西醫基層、醫院等部門總額支付制度，至2002 年起全面採行總額預算支付制度 (Global Budget Payment System)。透過支付制度設計以增進醫療服務體系整合，如論病例計酬 (CasePayment)、論質計酬 (Pay-for-PerformanceP4P) 方案、山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (IDS)、家庭醫師整合照護計畫等。加上2010 年1 月1 日起實施全民健保住院診斷關聯群支付制度 (Taiwan Diagnosis Related Groups, TwDRGs)，並於2014 年7 月1 日起實施第2 階段TwDRGs。至此，涉及總體性質的全民健保支付制度修訂，大致都已實施。

屬於單項或特定類別的全民健保支付標準修訂或調整，自全民健保截至2021 年6 月，支付標準共計有4,605 項診療項目，經統計2004 年至2021 年6 月，共計106 次公告調整支付標準，共修訂2,664 項診療項目的支付點數。其中重要的調整，如2017 年以醫院總額部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算，用於調整急重症項目 (共60 億元) 之支付點數。為提高西醫基層診所服務量能，自2017 年起至2021 年對基層醫療機構陸續開放表別項目，其中2017 年開放「流行性感冒A 型病毒抗原」等25 項診療項目、2018 年起開放「陰道式超音波」等9 項診療項目、2019 年起開放「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」等11 項診療項目、2020 年起開放「部分凝血活酶時間」等17 項診療項目及2021 年起開放「無壓迫性試驗」等5 項診療項目至基層院所執行等。

全民健保特定醫療給付改善方案，係全民健保另一項特色，主要是透過調整支付醫療院所醫療費用方式，引導醫療服務提供者提供整體性醫療照護發展，並以醫療品質及效果做為支付依據。自2001 年10 月起，分階段實施子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等5 項醫療給付改善方案。子宮頸癌方案自2006 年起業務移由國民健康署辦理，2006 年於西醫基層診所試辦高血壓醫療給付改善方案，2007 年更擴及醫院執行。自2008 年起實施結核病醫療給付改善方案，導入支付標準全面實施辦理。2010 年1 月新增思覺失調症、慢性B 型肝炎帶原者與C 型肝炎感染者等2 項論質方案，2011 年1 月再新增初期慢性腎臟病論質方案(該方案已自2016 年4 月起導入支付標準全面實施辦理)。2015 年孕產婦全程照護醫療給付改善方案從衛生福利部醫療發展基金回歸至健保署;2015 年10 月新增早期療育門診醫療給付改善方案，2017 年新增慢性阻塞性肺病方案，2019 年新增提升醫院用藥安全與品質方案。糖尿病方案因執行成效良好，於2012 年10月導入支付標準全面實施。

謝卿宏

SY47

台灣婦產科醫學會 博物館館長
台灣婦產科醫學會 院士
台灣婦產科醫學會 第 19 屆理事長
部定副教授
茂盛醫院 泌尿婦科主任

健保申報技巧及申報陷阱

謝卿宏

台灣婦產科醫學會 第十九屆理事長

1. 要充分了解「全民健康保險法」，下載列印一份。隨時可以翻閱參考。
2. 要閱讀並充分了解「全民健康保險支付標準」所有檢驗、檢查、處置、與手術，尤其是手術通則。
3. 每期的學會會訊一定要看，尤其是有關健保醫政的公文或公告，此外，前輩醫師整理刊在會訊的健保申報技巧，一定不能錯過，而且要列印建檔。
4. 要知道，熟悉學會的基層和醫院的審查共識，絕對不能擴大解釋。
5. 執業時的任何申報千萬不可作假，也不可以訛傳訛，聽信同業路邊消息，若有疑慮，一定要跟學會確認。

錯誤的訊息：如 可以用超音波檢查子宮的受孕囊胚代替驗孕，申報驗孕。

無法內診或沒有內診，用超音波替代，卻申報 55021C。

6. 沒有做的處置，一定不能申報；做了手術、處置或檢查、檢驗，就據實申報。若遇到被不合理核刪，只要自己合於學理與支付標準之規定，一定要據理力爭，甚至尋求學會幫助。
7. 健保永遠影響我們的執業，若有任何資料，一定要收集起來，一定要用一個專用卷宗或資料夾，依照時間順序、種類(如申報資料、法令、健保統計資料---**最重要**、公文等)放好；只要當醫師，有朝一日一定會有參考價值。
8. 多參加學會活動，發現問題、提出問題，並思考解決對策，大家集思廣益，共同創造學會服務會員的廣度與深度，提升婦女健康照護醫療品質。
9. 一般而言，我們在申復時，常會講學理，引經據典爭取；但是，進入訴訟時(以健保來說是行政訴訟)，就是要講事實、講對不對、講是非、講有沒有違法(講誰是誰非、講誰違法)，法律絕對不是從醫學引經據典來講學理的地方。

結論：申復時也要像訴訟一樣，根本不要(不必)講學理，只跟審查醫師講事實、指出審查醫師的不對、指出審查醫師的非、指出審查醫師違法之處。

10. **問題：**打官司時，您會找醫法雙修的律師嗎？

葉光芃 SY48

現職：彰基婦產部主治醫師

台灣健康空氣行動聯盟發起人(2011)暨創會理事長(2016-)

台灣婦產科醫學會環境與婦女健康委員會創會召集人(2019-)

經歷：彰基婦產部主任

台灣婦產科醫學會人力委員會創會召集人(1998-2010)

慈林教育基金會董事

2011 醫療事故之預防及不責難補償制度國際研討會總策劃

民報 Taiwan People News 董事

台灣婦產科內視鏡暨微創醫學會理事長(2014-2016)

立足醫業 心懷天下 為台灣 為地球 醫師能做什麼？

每個年代每個世代都有當時天大的社會問題、國家困境，醫師可試從醫師視角發現病灶，提出處方，採取行動，協助社會及國家做出正面的改變。

我出生成長在一個沒有言論集會結社自由的戒嚴時期(1949– 1987)，在鄉下做童工長大。我試將自己的人生粗分成三階段：

一、生涯前期：自我探索、學習成長、困惑的憤青期 (1971-1985)，橫跨我的北醫學生(北部觀)、左營當兵(南部觀)，及彰基住院醫師(中部觀)階段

歷經台灣退出聯合國(1971)、蔣中正逝世(1975)、宜蘭立委選舉作票郭雨新事件(1975)、中壢事件(我在現場)(1977)、台灣長老教會人權宣言(1977) (使台灣成為新而獨立國家)、及台美斷交(1978)、美麗島事件(1979)、228 林義雄宅祖孫慘案美麗島大審(1980)等重大事件的衝擊，年輕氣盛的我對於台灣的主權定論、戒嚴的正當性，及選舉作票充滿憤怒與質疑，卻只能握拳，並透過大量閱讀黨外雜誌，及訂閱南部發行的民眾日報台灣時報，尋求解答，無法進一步做什麼，總覺自己很無能！

二、生涯中期：為台灣民主打拼期(1986-2004)，由彰化縣做起，為民代及公職候選人助選

- 1) 總策劃及主導百位彰基醫師敬向父老鄉親推薦楊文彬選國代的一封信：被媒體譽為翻轉選情、成功的文宣
- 2) 全力輔選翁金珠一路由國代轉戰立委、連任立委，至 2002 年選上彰化縣長
- 3) 2002 年舉辦一場慈林音樂會，並請吳音寧編製「歷史不曾走遠」一書，為林義雄的「台灣民主運動館」募款
- 4) 擔任彰化阿扁之友會副會長(1999 2003)

三、生涯中後期：略盡醫師社會責任期(1996-)，透過醫學會及台灣健康空氣行動聯盟(ACT 及 CAN)

(一) 經由 TAOG、TAMIG、SUMROC 等醫學會的參與，協助突破醫病困境(1996-)

- 1) 1998 在 TAOG 創立婦產科人力委員會：關切少子女化，給付低，醫糾等三議題。
- 2) 2010 舉證健保給付對婦產科不公的資料，委請黃淑英立委於 7/21 舉行記者會，隨即為蘋果日報引用而寫成 7/22 蘋論「健保給付竟有性別差異！」，引發社會關注，健保署被要求到立院專案報告，促成給付之調高。
- 3) 1997/1 深受芬蘭 Harrki-Siren “A nationwide analysis of laparoscopic complications” 論文啟蒙；2003 年 SARS 期間因多位醫護染疫殉職，更強烈感受到「醫病本是命運共同體」，而行文阿扁總統及立委提三呼籲：1. 訂 2003 年為台灣病人人權元年 2. 成立病人保險協會 3. 採北

歐的不責難補償制度 (No Blame Compensation, NBC) · 因而促成立委賴清德草擬出 NBC 賴版草案(參考瑞典 NBC)。

- 4) 2011 主辦「醫療事故之預防及不責難補償制度國際研討會」· 獲台大法學院副院長陳聰富、台大公衛學院院長陳為堅、彰基院長郭守仁、成大附醫院長林炳文、秀傳黃明和古鳴洲正副總裁、各醫學會理事長—TAOG 謝卿宏、黃閔照、TAMIG 宋永魁、龔福財、APAGE 李奇龍、SUMROC 謝景璋、謝豐舟、台灣麻醉醫學會謝宜哲、賴清德、翁岳生、蘇永欽等大力相挺加持；及護理師公會全聯會、外科醫學會、北市牙醫師公會及牙醫師公會全聯會陳時中、柯文哲之參與。除了一整天會議及二天的座談，也南下至成大與醫學生座談。此會除了邀請瑞典法律顧問及丹麥醫師來台現身說法，主要目的是介紹北歐 NBC 不只適用在生產救濟，亦適用於麻醉、內外婦兒牙科、感染等併發症。

(二) 試從空氣看台灣、氣候看天下而創立台灣健康空氣行動聯盟(2011 ACT, Air Clean Taiwan)及 Climate Air Nature (CAN) · 期間透過數十場遊行、超過百場記者會之初效如下：

- 2011/4 主辦「國光石化萬人餐會」、編印「PM2.5 與健康」手冊，促成蘇貞昌、蔡英文、馬英九簽署同意台灣 PM2.5 立法管控；5/7 母親節當天，獲 TAOG 謝卿宏理事長及黃閔照祕書長的加持，加開了一場成功的記者會，對 PM2.5 的立法管控起了很大的作用
- 2012 年起 ACT 每年公佈 PM2.5 /PM10 等空品年報，促成政院及地方政府重視空污防制
- 2013 年：政院宣布自 1 月 1 日起台灣正式依法管控 PM2.5，採用年均標準 $15\mu\text{g}/\text{m}^3$
- 2014 年：1 月 ACT 公佈 2013 年 PM2.5 年報，次日自由時報下標「PM2.5 有管控沒成效」大肆報導，2 月環署長被告知去職
- 2015 年：促成中彰投嘉縣市政府成立「空污防制委員會」，於全台共舉辦 11 場反空污遊行，促成中火減煤四成，其中，年底「無煤家園」遊行，李遠哲及三黨副總統參選人陳建仁等全數出席，促成政院成立「能源及減碳辦公室」
- 2016 年：918 彰化遊行，促成彰化台化廠即刻停煤至今
- 2017 年：610 斗六遊行促成六輕減煤兩成；2 月「呼吸平權 健康平權」「終結一個天空 兩個台灣」及 12 月「反歧視 節能救台灣」遊行，促成政院全面翻修空污法
- 2018 年：2018/11 選前北市、高雄、台中三場遊行促成政院停建深澳燃煤電廠
- 2019 年：響應瑞典少女 Thunberg Friday for Future 罷課行動，主辦四場「台灣零碳排 囡仔有未來」氣候行動，年底遊行副總統參選人賴清德、張善政出席
- 2020 年：88 父親節醫療人員著白袍於台中市議會前排字，訴求台灣 NET 0 CARBON
- 2021 年：44 兒童節，陳其邁市長出席「高雄零碳排 囡仔有未來」遊行，4/22 蔡總統宣佈台灣 2050 淨零碳排。12 月於台北舉行非「褐」家園 (無化石燃料家園) 遊行
- 2022/6：於行政院陳情：台灣能源要獨立、應戒斷依賴煤油氣 (烏俄戰爭的啟發)

小結：一路走來，感謝我的病人，以及提攜我、支持我、給我機會的貴人和一起奮戰的夥伴們！

1. 不責難補償制度能為醫病建構更和諧安全的醫療環境，宜擴及內外婦兒牙等科別。
2. 加嚴台灣空品標準：台 PM2.5 年均標準 15 是 WHO 2021 空品新指引 $5\mu\text{g}/\text{m}^3$ 的 3 倍。
3. 台灣呼吸極不平權，對南部人極不公平：空污影響每個器官、每個細胞，會過胎盤，影響胎兒；今年 1-6 月 PM2.5 濃度，北北基桃與嘉南高屏分別為 11 與 $21\mu\text{g}/\text{m}^3$ ，南北差距高達 $10\mu\text{g}/\text{m}^3$
4. 地球發燒，氣候緊急：極熱、旱澇、野火已非新聞，主要肇因於人類使用過多的煤油氣等化石燃料。減碳是你我的責任，如果我們不關心地球，地球就會來關心我們，就讓我們從自身做起！
5. 歡迎加入 TAOG 的環境與健康小組，一起來關心呼吸自由、健康平權、氣候正義。

洪聖惠 SY49

現職：團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 副執行長
台灣擬真醫學教育學會 理事

學歷：國立台灣大學健康政策與管理研究所 博士
國立台灣大學護理學研究所 碩士

經歷：國泰綜合醫院品質管理部 副主任
國立台灣大學醫學院附設醫院 護理部護理師

醫療爭議事件的根本原因分析

Sheng Hui Hung, M.S., Ph.D.
Deputy Executive Officer, Joint Commission of Taiwan, Taipei

長久以來醫療專業人員常將治療視為個人責任，當醫療環節一旦發生錯誤，個人往往需擔負最大的責任，也常受外界質疑是否囿於專業不足導致錯誤未能及時發現，而衍生出所謂的醫療錯誤或醫療疏失。

其實，醫療環節上的錯誤絕大多數是來自於不良的系統設計、作業流程或工作條件等，人員僅是在特殊條件下被誘導製造結果上的疏失。衛生福利部於 104 年公布生產事故救濟條例，其中第 22 條醫療機構及助產機構應建立機構風險事件管控與通報機制，針對重大生產事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報及接受查察。

根本原因分析(Root Cause Analysis, RCA)是一種回溯性失誤分析之工具，利用結構化、系統化方式檢視醫療不良事件，主要內涵是將事件調查分析重點放在整個系統及過程的改善，而非個人行為上的咎責，經由 RCA 的分析，可瞭解造成失誤的過程及原因，探討人為因素的影響，除了顯而易見的失效，更深入挖掘潛藏的問題、甚或監督、組織層面的影響，進而檢討及改善程序以避免失誤再重複發生。透過 RCA 調查結果找出根因，進而發展改善行動計劃，實際進行系統性的改善，從中汲取經驗及學習，並追蹤成效，以有效杜絕問題。醫療同仁應了解 RCA 的本質與精神，以正向開放的態度、系統性宏觀的視野來看待異常事件，以營造更正向之病安文化。

李詩應

SY50

現職：西園醫院神經科 主治醫師

輔仁大學社科院 專技副教授

CDPET 執行長

台灣高院、台北地院等法院 調解委員

台北市衛生局 調處委員

經歷：美國哈佛醫學院附屬教學醫院布列根及婦女醫院神經疾病中心研究員

醫病大和解

李詩應醫師、法學碩士、法學博士候選人
西園醫療財團法人西園醫院神經科、東吳大學法律系

預計回答以下三個問題：1.為何需要看醫病大和解？2.醫病大和解內容摘要？3.如何從閱讀醫病大和解獲益？

1.為何需要看醫病大和解？心力交瘁是必然的、關懷為趨勢所向、同儕調解的同儕支援、自我支援。

2.醫病大和解內容摘要？從整體（巨觀、中觀與微觀）看醫病關係、衝突管理、敘事著手及永續關懷、支援力、覺察力與轉換力。

3.如何從閱讀醫病大和解獲益？以關懷他人為出發，學習如何自保與互相關懷，理解認識人性、改變自己並改變文化。

關鍵詞：醫病關係、醫療爭議、心力交瘁、同儕支援、同儕調解、關懷式調解

潘恆新

SY51

現任：新光、為恭、宏其婦幼醫院主治醫師

經歷：台灣婦產科醫學會理事

台灣福爾摩沙婦女泌尿醫學會理事

台灣婦產科醫學會會員代表

台灣婦女泌尿暨骨盆腔醫學會理事

台灣婦產科醫學會法制暨醫療糾紛處理委員會召集人

婦產科醫師對醫療判例的省思

俗話說男怕入錯行女怕嫁錯郎，醫師入行後，如果行醫生涯，出現突發狀況，病人或家屬認為你的醫療品質不適當，有時就會遇到醫療糾紛，整個心情就會像坐溜滑梯一樣，上上下下，怕整個人生被死當！所以，當住院醫師在訓練時，不僅要練好一身好功夫，解釋病情也要知道，符合邏輯，知道如何安撫！各位未來的精英大夫，你的功夫不是像在市場買豆腐，隨便買就隨便有！這個時候就必須要向前輩學習以及多看看別的人慘痛的經驗，就可以趨吉避凶，走向人生的坦途！醫療糾紛在行醫生涯中，多多少少都會遇得到，有時候是要靠一個人和，還有為病人著想的心態！今舉一些例子來提醒各位後進。我們都知道自從醫藥分業後，有些開業醫的門前藥局，人與人的相處難免有摩擦，所以必須學習人和忍耐，如果這時候我們跟周遭的朋友們有不愉快，明槍易躲暗箭難防，以下這個案例就是有關於吃藥的問題，雖然不是什麼大糾紛，可是也會讓人燒腦，案件如下：目前衛生福利部所核准的適應症為「懷孕前期（小於七週）子宮內孕之人工流產」。使用此藥施行人工流產，只限於婦產科醫師在公私立醫療院所執行，病人須簽妥同意書，並在婦產科醫師面前服用，方法為：一次服用 mifepristone 600mg，36~48 小時後回診，口服前列腺素 misoprostol 400μg 來誘發子宮收縮，若 3 小時內未見出血，再服用前列腺素 misoprostol 200μg 加強子宮收縮。服用前列腺素後，病人應留置醫療院所觀察至少 3 小時；在 mifepristone 服用 2 週內，病人應確實回診追蹤，以確定胚胎完全排出，考量 mifepristone 可能具有濫用傾向，及避免濫用後嚴重的併發症，衛生福利部業已將之列為第四級管制藥品嚴格管理。依「管制藥品管理條例」規定，該藥品需由醫師開立處方箋，至領有核發管制藥品登記證之藥局、診所或醫院，方可取得。若非經醫師處方，擅自購買取得者，均屬非法行為。根據釋字 778 字解釋：實施醫藥分業政策。此項政策乃立法選擇，釋憲機關原則上應予尊重，在未變更此項政策之前，有關機關應本於系爭規定一之立法意旨，儘速貫徹社區藥局之可近性與方便性，以保障民眾得及時取得藥師調劑藥品服務之權益。於上開制度未臻完備前，有關機關亦應配合醫藥分業實際發展程度，衡酌系爭規定一醫師得例外調劑藥品之範圍是否足敷病人醫療權益維護之最高利益，適時檢討並為合理之調整。在本次解釋之系爭規定合憲部分，許多討論均鎖定藥事法第 102 條基於貫徹醫藥分業政策，並未過度限制醫師之調劑工作權因此被認定合憲。然而，醫療體系的建立與運作，除考量「醫師工作權」與「藥師工作權」以外，基於憲法所保障的「病人健康權」，才是醫療工作的核心。醫藥分業政策的規劃和執行，若僅淪於醫藥工作權之爭，卻未將病人健康權列為優先，未能考量病人對於醫事人員的可信任性、藥事服務之可接近性與可獲得性、以及對於所處方之藥品與病人病情之關連性等，忽略病人的用藥需求，只一再強調醫藥分業藥師單純「把關」的角色，卻無視醫師既然有專業能力可以開

給藥方，自然亦有充分之專業能力可以抓藥、調劑，強行採取分業，則制度面是否已經做最適當的均衡而能提供保障病人健康權之服務品質，實有疑義。

醫師公會全聯會於 108 年 4 月 10 日回覆司法院詢問時，即已明確表達醫藥最核心的價值及公共利益是「病人的權益」；且在強調病人自主、以病人為中心的醫療倫理方向上，病人究應由醫師或藥師處取得醫師處分箋上所示藥品，涉及病人之財產權及選擇交易對象自由，並兼有避免不當、不合理處方用藥之機會，故病人之「知藥」加上「自由選擇調劑」，實為重要公共利益。醫師是民眾「知藥」之主要訊息來源，不僅是對於藥物本身，尚包含藥物與病人體質間、疾病之間之適合程度，均非藥師單純從藥物或處方簽上即可明瞭醫師開立之依據。醫藥分業政策下之系爭規定要求病人不能在其診治醫師處拿藥，只能在藥師處或藥局拿藥，對病人造成更大之不便；且就病人言，病人因而失去選擇由醫師給藥之可能，此一醫藥分業下系爭規定之適用卻適得其反，而生限制病人之自由選擇調劑之結果。另外還有臨床上幾個案例將會在現場報告的時候，再跟各位說清楚！希望各位住院醫師都能夠平安順利。