

」之後，積極發展精神疾病社區照護模式，透過各種社區或居家照護、復健服務，降低病患住院日數，協助患者於社區或家庭中維持正常生活。

三、相較於歐美先進國家，我國精神疾病照護體系典範轉移進展緩慢，無論醫療、照護資源、專業人力分布、專業人員培訓仍以「機構化」為主體，社區照護仍未普及化，缺乏病患出院後所需之追蹤服務及社區照護資源。據學者研究指出，我國精神疾病患者出院一年內再住院率達 20%，許多病患反覆出入院，輾轉於各醫療機構，學界稱之為「旋轉門效應」。

四、國內精神衛生資源集中於醫療機構，醫院慢性精神病床健保支付點數遠高於復健機構，無法提供設置社區精神復健機構之足夠誘因，社區化照護及復健服務發展停滯不前，我國精神病患長期住院天數遠高於歐美先進國家。上述精神衛生體系現況問題，103 年監察院業已糾正在案。

五、多年來精神病患傷人事件層出不窮，人倫悲劇時有所聞。除病患因情緒不穩定產生激烈行為外，社區照護資源不足，病患家庭遂必須承擔主要照顧責任，家屬因缺乏外部協助、照護技巧不足、長期照顧壓力下與病患發生衝突，也是悲劇事件發生原因。

六、鑒於國際精神疾病照護典範普遍已朝向社區化發展，且國內民間團體、學界多次從實務需求及學理層面倡議精神衛生體系改革，為提升國內精神病患醫護品質，建請衛福部正視社區照護模式對精神病患之助益，重新檢討精神衛生體系資源配置，充裕社區照護服務資源，於半年內提出具體改善方案。

提案人：	楊玉欣	蘇清泉	陳鎮湘	李貴敏	劉建國
連署人：	王育敏	江惠貞	徐少萍	吳育仁	盧嘉辰
	林郁方	呂學樟	吳育昇	蔣乃辛	賴士葆
	陳根德	林滄敏	廖正井	紀國棟	詹凱臣
	李桐豪	賴振昌			

主席：本案作如下決定：「函請行政院研處。」請問院會，有無異議？（無）無異議，通過。

進行第十五案，請提案人蘇委員清泉說明提案旨趣。

蘇委員清泉：（14 時 4 分）主席、各位同仁。本院委員蘇清泉、黃昭順等 13 人，鑑於現行全民健康保險支付藥事服務費之標準，在醫院部分，門診一般處方給藥支付最高 47 點，慢性病處方給藥 28 天以上最高 69 點，住院特殊處方外最高支付 88 點；在基層診所部分，一般處方給藥支付最高 45 點，慢性病處方給藥 28 天以上最高 66 點，且實際給付費用隨總額點值浮動，無論醫院或基層診所的藥事服務費實屬偏低。再者，此項支付標準之成本，僅包含處方確認、處方查核、藥品調配、核對及交付藥品、用藥指導、藥歷管理及藥品耗損、包裝、倉儲、管理等費用，並未涵蓋藥師用藥安全把關的「判斷性服務」專業項目。為真實反映藥師專業的「判斷性服務」的成本，故建請衛生福利部應儘速於一個月內召開評估，提高健保支付藥師服務費的標準 50~100% 之可行性，以肯定藥師專業。是否有當，敬請公決。

第十五案：