

診療報酬の引き上げと 患者窓口負担の軽減を求める要請署名にご協力下さい

<診療報酬の引き上げは喫緊の課題>

診療報酬は2002年以降繰り返されたマイナス改定の結果、医療機関は必要な医療提供に支障をきたし疲弊しています。初・再診料をはじめ、医療機関が患者さんに提供する医療水準を担保できるよう、医療従事者の技術を正しく評価するとともに、診療所や病院それぞれの医療施設の基盤強化のためにも診療報酬の引き上げは必要です。あわせて、次期改定に向けて、現場の実態にあわない不合理な改定項目の是正、改定内容について十分な周知期間の設定など、医療現場を混乱させない対応も求めます。

<患者さんが安心して受診できるように「患者窓口負担の軽減を」>

診療報酬の引き上げとともに、安心して受診できるように、患者窓口負担割合の軽減や高額療養費制度の患者負担限度額の引き下げなど「患者窓口負担の軽減」は、患者さんにとって切実な要求です。常に患者さんに寄り添う私たちが、強く求めていく必要があります。

保険医協会では下記の医師・歯科医師署名に取組みます。ご協力をお願いいたします。

記

◎署名用紙 … 先生ご自身の医師・歯科医師署名です。(ゴム印でも可)

※同じ医療機関に複数の医師・歯科医師が所属している場合、1枚の用紙に複数のお名前をご記入いただいても結構です。

◎返送方法 … FAXでご返信をお願いします。(愛知県保険医協会行き/FAX052-834-3512)

◎締め切り … 第1次分 10月13日(できる限り早めにお問い合わせ)、第2次分 11月10日

◎提出方法 … 賛同いただいたお名前を連名にして、保団連国会行動で、首相、厚労大臣、財務大臣、および地元選出衆参国會議員に提出します。

以上

<連絡先> この医師・歯科医師署名に関するお問い合わせは、愛知県保険医協会・署名係 までお願いします。
〒466-8655 名古屋市昭和区妙見町 19-2 TEL052-832-1346 FAX052-834-3512

医師・歯科医師署名 記入欄 FAX 052-834-3512

診療報酬の引き上げと患者窓口負担の軽減を求める要請署名

私たち医師・歯科医師は、患者・国民に必要な医療を提供するため、以下の事項を要望いたします。

- 一、国民に安全・安心で、必要な医療を提供するため、
診療報酬を、技術料を中心に医科・歯科とも10%以上引き上げること
- 一、新たな患者負担増の計画は中止し、患者窓口負担を軽減すること

住所

氏名

(複数の医師・歯科医師の記入も可)

医療機関名

(ゴム印可)

私のひと言 ※ひと言があればご記入ください