

全民健康保險醫療費用協定委員會  
第 184 次委員會議事錄

中華民國 101 年 7 月 20 日

# 全民健康保險醫療費用協定委員會第 184 次委員會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 7 月 20 日上午 9 時 30 分

貳、地點：中央健康保險局臺北業務組901會議室

參、出席委員：

王委員德明

何委員語

李委員明濱

孫委員茂峰

孫委員碧霞

翁委員文能

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員紹元

陳委員錦煌

黃委員偉堯

黃委員建文

葉委員宗義

葉委員明峯

蔡委員登順

鄭委員淑芳

謝委員天仁

謝委員武吉

簡委員慧娟

蘇委員清泉

張副秘書長孟源(代)

施特別顧問純全(代)

郭秘書長正全(10:30 以後代)

呂秘書長月榮(代)

李科員惠涓(代)

劉副秘書長碧珠(11:50 以後代)

肆、請假委員：

林委員啟滄

凌委員月霞

許委員怡欣

廖委員本讓

鄭委員聰明

伍、列席人員：

行政院衛生署  
中央健康保險局

梁組長淑政  
黃副局長三桂  
蔡組長淑鈴  
林副組長阿明  
柯副主任委員桂女  
林執行秘書宜靜  
張組長友珊

全民健康保險監理委員會  
本會

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：陳燕鈴

柒、主席致詞

介紹本會新任委員，翁委員文能代表台灣醫院協會出席，渠為林口長庚紀念醫院院長，歡迎加入。

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案：確認本會上(第 183)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會上(第 183)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：二項追蹤事項結案。

第三案：本會重要業務報告。

第四案：中央健康保險局報告「100 年及 101 年醫院、西醫基層總額用於提升艱困科別醫師待遇之支付標準調整執行情形」。

第五案：中央健康保險局報告「100 年及 101 年推動促進醫療體系整合計畫(論人計酬、醫院以病人為中心整合照護試辦計畫)執行情形」。

第六案：中央健康保險局報告「醫院及西醫基層財務風險監控情形」。

第七案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

#### 拾、臨時提案

提案人：何委員語

連署人：葉委員宗義、陳委員錦煌、蔡委員登順、葉委員明峯

案由：建請衛生署和勞委會共同協商研擬開放外籍基層護理人力政策，補國內各層級醫院護理人力不足困境，以免促使醫院關閉病床，妨害人民就醫權益及就醫照顧品質，提請 討論。

決議：建請衛生署進行外籍基層護理人力開放引進之可行性研究。

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、散會：下午12時50分。

本會第 184 次委員會議  
與會人員發言實錄

壹、主席致詞、議程確認、報告事項第一案「確認本會上(第 183)次委員會議議事錄」及報告事項第二案「本會上(第 183)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、各位委員早。本會應出席委員人數 27 人，現已出席人數達 15 人，超過半數，宣布會議開始。
- 二、首先向各位介紹新任委員，翁委員文能，渠目前是林口長庚紀念醫院院長，代表台灣醫院協會(醫學中心協會)出席本會，歡迎翁院長。
- 三、進行議程確認，請林執行秘書宜靜說明。

林執行秘書宜靜

請翻到議程資料的首頁，本(第 184)次議程報告事項共七案，第一至三案為例行性報告，第四至六案為健保局的專題報告，第七案則是醫療費用支出情形，亦為例行性報告。以上說明。

江主任委員東亮

- 一、對今日所列議程，請問有無詢問意見？若無意見，則依今天所列議程確認。
- 二、接下來進行報告事項，首先確認上次會議紀錄，請宣讀。

同仁宣讀(略)

江主任委員東亮

上次及上上次委員會議，對 102 年度總額的協商架構、通案性原則及協商程序等三份重要文件，委員會已討論達成共識。請問委員對上次的會議紀錄有無文字修正？若無意見，則紀錄確定。進行報告事項第二案，委員會議追蹤事項之辦理情形報告。

林執行秘書宜靜

- 一、請委員翻到議程資料第 14 頁，第 183 次委員會議追蹤事項係有關「中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」

乙案，依本會上次會議決議，預算不同意動支。經函報衛生署，於 6 月 29 日答復本會：對本會決議予以尊重，並感謝委員之審議意見。至委員對本案另有之建議意見，衛生署已轉請中醫藥委員會參考。爰此，本案建議結案。

二、請再翻到議程資料第 15 頁，係針對 101 年度總額協定事項及相關計畫的後續辦理情形進行整理及報告。有關 101 年度各方案執行進度的重點說明，請委員參看第 16 至 27 頁資料，大部分的計畫、方案都已如期進行，相關計畫的執行結果及成效評估，也會在 7 月份的評核會議報告。目前還有幾項尚未完成，說明如下：

(一)第 20 頁西醫基層的「調整支付標準」，及第 23 頁醫院的「調整支付標準」部分，是去年 9 月份協商時，對外、婦、兒等艱困科別，給予一些經費用以調整支付標準，目前進度是健保局醫療給付協議會議已通過，但相關費用分配情形還須報署核定，至於細節部分，待會兒報告事項第四案再請健保局說明。

(二)第 22 頁醫院部門「醫療給付改善方案」辦理情形的第 4 點，新增「推動呼吸照護醫療給付改善方案」，目前健保局除配合國衛院「長期使用呼吸器病人之臨床照護共識」論壇外，未來將根據整體討論情形，作為方案研議的依據，目前方案還在擬訂中。

(三)第 23 頁醫院部門「確保血品安全及品質」乙項，協商時談到 1.98 億元用於增加 NAT 的檢查，以提高血品安全；健保局在 6 月 20 日醫療給付協議會議討論本案時，血液基金會與醫院代表對於成本的估算有所疑議，因此，目前尚報請衛生署核定中，還未執行完畢。

(四)第 26 頁第 4 項「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」，其辦理情形的第 2 點「調整呼吸器試辦計畫居家收案條件」部分，當初協商時有給成長率，後來經健保局召

開專家會議評估，認為目前的收案條件不宜再放寬，所以，本項暫時不會執行。

- (五)第 26 頁第 5 項「推動促進醫療體系整合計畫」，其辦理情形第 3 點，101 年新增「醫院垂直整合方案」，目前方案還在擬議中，健保局今日也有補充說明，列在今日補附資料的第 1 頁，說明之前社區醫院協會曾經提供建議方案，局目前已請台灣醫院協會提供方案供參，也會彙整各界相關建議，再進行後續擬議。
- (六)第 26 頁第 7 項「門診透析服務新增預算之運用」，101 年協商 1% 成長率用於調整非外包經營的透析院所，委員會並針對非外包經營透析院所的適用條件訂定內容，健保局則於 5 月 16 日透析執委會通過切結書，目前由各分局轉請院所辦理中。
- (七)所以，整個 101 年的方案，有部分計畫還沒完成，但其相關執行進度將於 9 月份協商時，提供委員更詳細的資料，以利委員協商 102 年總額時納入考慮。爰此，針對 101 年方案的追蹤，建議結案。以上說明。

江主任委員東亮

對於以上追蹤事項，請問有無詢問意見？若無其他異議，均予結案。

## 貳、報告事項第三案「本會重要業報告」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

現在進行報告事項第三案。

林執行秘書宜靜

請委員翻到議程資料第 29 頁「本會重要業務報告」：

- 一、第一項為活動預告，7 月 30 及 31 日將舉行總額執行成果發表暨評核會議，歡迎委員踴躍參加，還未報名的委員，幕僚同仁會再詢問大家。
- 二、另有一會議預告，最近幾天委員應該也已收到通知，8 月 31 日星期五下午兩點，將舉辦監理暨費協兩會聯席座談會，這次主題係請健保局提報健保新制財務推估，含補充保險費金額的試算。請委員預留時間與會。
- 三、台灣醫院協會於 6 月 25 日來函，其相關內容在第 30 頁，醫院協會表示，101 年醫院提升住院護理照護品質專款項目之決議事項，以 101 年護理人力較 100 年淨增加 3,000 人為目標，醫院協會依據健保局 6 月份專題報告資料，認為以近三年護理人力的成長情形，100 年只增加約 1,700 位，若 101 年要增加到 3,000 位，可能有窒礙難行之處，所以來函向委員反應。有關方案實際上的執行狀況，在協商 102 年總額時，會再提供大家參考，建議在討論新年度總額時，再請大家考慮。
- 四、另針對大家比較關心的科別發展問題，整理相關參考資料在第 34 至 38 頁，這部分向委員稍做說明：
  - (一)請委員翻到第 34 頁，這是從醫師公會全聯會對台灣地區醫師執業狀況的例行統計資料進行整理。台灣地區每年增加的執業醫師大約 1 千多位，成長率 3%，就大家特別關心的幾個科別來看，比較 2000-2005 年及 2005-2010 年的年化成長率，婦產科之前為-0.6%，2005-2010 年則比較

好，是 0.4%；兒科的年化成長率是 2.7%及 1.7%；外科醫師，在 2000-2005 年的年化成長率為 0.6%，2005-2010 年是 1.6%，看起來有上升的趨勢。有幾個科別的成長率較高，如泌尿科、神經外科、整型外科等，和內科系的精神科、復健科等。另外大家關心的內科，2000-2005 年的年化成長率是 2.2%，2005-2010 年則是 2.6%，看起來也是呈現上升趨勢。以上是醫師執業登記的狀況。

(二)第 35 頁是醫師領取專科醫師證照情形。衛生署醫事處發給專科醫師證照的人次，全國整體在 2000-2005 年及 2005-2010 年的年化成長率分別為 4.8%及 3.6%；婦產科看起來比全國低，是 2.3%及 1.3%；兒科在 2000-2005 年是 6.4%，高於全國，在 2005-2010 年是 3.6%，與全國相較呈持平狀態；外科領證人數在 2000-2005 年及 2005-2010 年的年化成長率分別是 3.4%及 2.6%；內科是 5.0%及 3.6%。相較於執業登記，外、婦、兒三科的領證人數有比較好的成長狀況，這可能與醫事處有進行專科醫師訓練容額管控有關。

(三)第 36 頁表 3 是將執業醫師人數除以領證醫師人次的比值，換言之，就是符合專科醫師資格者，有多少比例真正在該科執業，婦產科在 2000 年是 91%，也就是 100 位領證者，有 91 位從事婦產科，但 2010 年則降至 75%；兒科在 2000 年是 98%，2010 年是 75%；外科在 2010 年只有 57%，相當低；內科在 2010 年則有 96%，這幾個科別是領證的人次比較多，但真正執業的比較少，但有幾個科別大於 100%，像耳鼻喉科、眼科、精神科、皮膚科、神經科、復健科、放射線科等，科別執業人數比領證人次還多，稍微跟大家說明，因為在執業科別登記部分，有些是住院醫師，目前還在專科受訓階段，尚未領到專科醫師證照，但已經在這個科別領域執業，所以執業人數會比領證

人次多。這幾個大於 100%的科別，也是目前比較熱門的科別。

(四)第 37 頁表 4 是將婦產科、兒科及外科與其相關的服務量做比較。在婦產科部分，第 4 項指標嬰兒/醫師比，2000-2005 年及 2005-2010 年的年化成長率分別為-7.1%及-4.6%；在兒科部分，15 歲以下人口數/醫師比、15 歲以下門診件數/醫師比及 15 歲以下住診件數/醫師比，都呈現負成長的狀態；在外科部分，門診手術處置次數/醫師比是呈負成長狀況，住診手術處置次數/醫師比則呈現正成長狀況。

(五)第 38 頁表 5 是從勞委會職類別薪資調查中，整理台灣 2003-2011 年受雇醫師、護理人員及全國受雇員工的薪資狀況，整體受雇醫師與全國薪資比的倍數大約是 2.5 至 3.4 倍，護理人員薪資 3 萬多元，與全國比大概是 1 倍左右，即相等。就年化成長率來看，受雇醫師經常薪資年化成長率為 1.3%，護理人員為 1.1%，全國則為 0.5%。以上整理相關統計數據，提供委員參考。

五、議程資料第 29 頁，附錄有幾份資料提供委員參考：

(一)說明四是 5 月 30、31 日醫師公會全聯會舉辦醫療資源不足地區及家醫群的訪查活動，會務同仁參加後，將參訪情形、在地醫師的建議，及兩會委員的建議等，整理在附錄一。

(二)說明五是衛生署及健保局的相關公告，放在附錄二~十二，請委員參閱。以上說明。

江主任委員東亮

一、各位委員，費協會成立十幾年，事實上，我相信在座委員對於協商都是老手。不過，我願意在這邊跟大家分享一件事情，協商時，我想非常重要的一件事情，就是要把資訊、資料準備齊全，大家要是能夠多瞭解一些，就可以讓協商比較

順利。上次我們也談過，不是各位跟主席協商，而是醫療院所與付費者之間的協商，就我們的立場，很願意幫助使協商更為順利，所以準備了一些資料，而這些資料也會陸陸續續提供給各位。

二、另一方面，從上個月開始，也請健保局對於委員關心的議題進行報告，下個月也會有。報告中，如果各位有需要再瞭解的部分，在我們能力範圍可以做到，或者請別人幫忙，像這次特別除了署、健保局之外，很感謝醫師公會全聯會及勞委會願意提供資料，我們儘可能將資料備齊，提供各位參考，希望有助於協商，這是我們的用意。

三、如果沒有其他意見，第三案是不是就先這樣？

謝委員武吉

我知道現在是到第三案，但要請教一下第二案的第 26 頁，有關「推動促進醫療體系整合計畫」中的第三點，「醫院垂直整合方案」：101 年新增方案，辦理中。請問是現在要報告，還是等一下？

江主任委員東亮

我們列在補附資料的第 1 頁，請健保局補充說明。

黃副局長三桂

建議於專題報告後，再一起說明。

江主任委員東亮

請問謝委員武吉同意等一下再一併討論？

謝委員武吉

好。

江主任委員東亮

如果委員沒有其他詢問意見，則進行報告事項第四案。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告『100年及101年醫院、西醫基層總額用於提升艱困科別醫師待遇之支付標準調整執行情形』」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

本案係由健保局報告「100年及101年醫院、西醫基層總額用於提升艱困科別醫師待遇之支付標準調整執行情形」，請蔡組長淑鈴。

蔡組長淑鈴報告(略)

江主任委員東亮

謝謝蔡組長淑鈴的報告。請問委員有無詢問意見。

謝委員武吉

請教一下，醫院總額在這部分的預算是14.78億，但合計執行約13.62億，差了1.12億，處理方式是要交回去，或者如何處理嗎？

林執行秘書宜靜

因為這是列在一般服務的成長率項目，不像專款沒用完就會被收回，一般服務的成長率是整體一起算。至於本項，只是估算單項可能花費多少，屬預估值而已。

蔡組長淑鈴

謝委員武吉提的是100年，已是去年。這個金額的差額已在一般點值稀釋掉，就是回歸一般預算，回歸到大家的點值。

江主任委員東亮

基本上來講，這些錢並沒有被保留，是在原來的經費中用掉。有無其他詢問意見？

謝委員武吉

簡報第4張投影片，101年醫院提升內、外、婦、兒科等艱困科別待遇，究竟被調整多少百分比？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、各位委員，大家好。有關外、婦、兒三個艱困科別，真的很感謝各位委員的支持，因為在全國，差不多小兒科滅絕的速度已經比新生兒減少的速度還要快，全國有 153 個鄉鎮沒有婦產科，這方面真的很謝謝大家。
- 二、我們希望補助這三科，相對的，其他科別因為這些科的調整點數有溯及至 1 月，造成今年 4 月份基層總額其他科別的浮動點值掉到 0.83，就是為了要補足這些艱困科別。健保局為試算科別，也花了很多心血，在此特別感謝。由衷希望今年總額協商時，對於其他弱勢科別如內科的診察費，也能適當地補助。

#### 江主任委員東亮

- 一、我覺得可能需要稍微更正，小兒科的執業人數並沒有滅絕，沒有那麼嚴重。請大家翻到第 37 頁表 4。我稍微說明，做這些表的目的，就是要讓大家瞭解目前的狀況。請看兒科那一系列，執業醫師數事實上是持續成長，比較 2010 年及 2000 年，增加大約 600 人，年成長率約 2%，這是醫師公會全聯會的資料，相信也是事實。
- 二、請大家再看表 2，兒科的領證人次，其實與全國領證人次成長率很接近。如果看過去 10 年，兒科領證的成長率是超過全國領證的成長率。大家曉得，領證就表示對兒科還有興趣，不然的話，就不會去唸，但有領證而沒去執業，就是市場與政策的問題。再看到表 3，領證與執業的人數比，兒科大概是 75%，意思是 100 個領證的人，只有 75 人去執業，但跟外科比起來還是較高，外科只有 57% 且呈現下降，這就表示大家對兒科仍有興趣，但為什麼不去執業？每個人可能會有 1、2 或 3 張證照，但不見得一定選擇兒科執業。這裡有個重要的原因，就是兒科的需求其實下降得非常快。
- 三、兒科是看 18 歲以下的人。我最近經過小兒科診所，看到裡面看板寫著，18 歲以下請看小兒科，這可能是醫師公會提供

的宣導資料。請各位看到表 4，新生嬰兒數，2000 年有 30 萬 7 千人，到 2010 年只有 16 萬 6 千多人，今年會比較好，將可回升到 20 萬，接近 21 萬人。但 15 歲以下人口下降率愈來愈快，2000-2005 年的年化成長率為-2.0%，2005-2010 年為-3.2%，其門診次數下降得更快，從-1.6%變成-4.1%，住診也在下降。每位醫生服務人口數，兒科從 2000 年的 1,948 人，到 2010 年降為 1,206 人。每個醫師一定要有適當人口讓他服務，不然收入會成問題。服務人口減少表示收入減少，收入減少表示他的生活方式可能需改變，這部分會影響整個市場運作。兒科執業人數緩慢增加，增加速度沒有整體醫師快，但其服務人口數是加速下降，表示兒科醫師收入的增加速度在遞減中，其收入比一般醫師來得少。至剛提到有些鄉鎮沒有婦產科醫師，其中涉及很多因素，或許可與醫師公會合作再進一步分析，讓大家瞭解情況。事實上不只是兒科，也有其他科別醫師增加的速度緩慢。

四、上次委員會議，有提供協商參考之重要指標及數據。整體醫師成長速度，每千人口西醫師執業人數在增加中，過去 10 年年均增加 2.3%，護理人員增加 4.2%，其速度比醫師快，問題是人口增加速度只有 0.4%。每個國民得到的，質是一回事，至少從量來看，平均而言，已有更多醫師及護理人員在提供醫療服務。

五、總體而言，某些科別面臨環境變化衝擊會較大，像兒科、婦產科醫師人數成長緩慢，很重要原因是市場規模成長較慢，且在下降中，其中引發我們需注意的問題，舉例來講，兒科住院率從 2000 年接近 8%至 2010 年增加為 9%，隨著醫療科技進步，住院率應會下降，但兒科住院率卻成長 16%，原因為何？好或不好？衛生署、健保局或醫師公會都應進一步了解原因。簡單說，兒科執業醫師數並未減少，也未有滅絕的情形，但兒科醫師執業環境、需求有明顯下降，這會造成執

業困難。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

謝謝主委說明。兒科住院率為何很高？台灣晚婚情況愈來愈嚴重，高齡產婦致新生兒先天性疾病愈來愈多，再加上兒科住院的普及率也提高。我國西醫師、牙醫師及中醫師合計之年化成長率，與 OECD 先進國家如美、日等國差不多，醫師的普及率已足夠，因此重點是不均而不是不足。議程資料第 34 頁，婦產科執業醫師數，2000-2005 年年化成長率 -0.6%，2005-2010 年為 0.4%，兒科則從 2.7% 變為 1.7%。新生兒數雖減少，但新生兒重症人數增加，兒科醫學會吳理事長美環強調很多小兒科住院是大家不想要的，因其健保給付低，且耗費醫師診療處置時間長(幼兒不太能合作或恐懼)，所以小兒重症住院是醫院的負擔，亦為將來需求增加之所在。

何委員語

- 一、主席、各位先進，嬰兒出生率一直下降，從 2000 年 30 萬人，到 2010 年 16 萬 6 千人，去年 18 萬多人，今年會破 20 萬人。19 歲以後一般會減少 7,000 至 8,000 人，其中包含因意外事故，如游泳、車禍而死亡，自殺及移民等。目前大專院校有 168 所，如全部招滿，學生要 28 萬多人，2000-2019 年勉強還可招收到學生，2019-2029 年恐有一半大專院校招不到學生，醫生、護理、理工科、高科技等優秀人才，可能會擠在前半段，那後面就沒有，未來醫師和護理人數的比例會愈來愈高，這是自然趨勢，2019 年醫師和護理人員數之成長可能會超過 8% 以上，這是社會結構轉變的現象，無法去扭轉。
- 二、另外，嬰兒問題很嚴重，日本兒童醫院現在很頭大，台灣不敢開辦兒童醫院，連最大慈善團體在 10 年前原規劃要在內湖成立兒童醫院，後來放棄，因為他們參訪日本兒童醫院後，發現醫院內有很多棄兒，其出生後有殘疾，家長養不起

就棄養在醫院，擔心所有殘障兒童、棄嬰會全部丟給他們，這也是個問題。兒科醫師，剛張副秘書長孟源提到嬰兒殘障或重症會愈來愈多，這是水質、空氣、濫用藥物問題所致，這些都須考量。

謝委員天仁

主席、各位委員，從議程資料第 37 頁可以瞭解到婦產科、兒科的艱困情形，但外科似未如原先認為的艱困。我們認為，外科的真正問題，在相關住診、手術支付標準偏低，此會造成醫學中心門診與住診的收入比例失衡，靠門診來挹注醫院的相關收入，這才是真正的大問題。據悉健保監理委員會有決議促請費協會注意門、住診比例問題，不知本會有無收到公文？相關資料都未看見。相信這有極大關聯，我認為這是最重要的，包括轉診相關措施，其與門、住診比例息息相關，我覺得應提出讓委員瞭解，如監理會有這樣的決議，費協會勢必要去執行。

謝委員武吉

- 一、非常感謝醫師公會提供「台灣地區執業醫師、醫療機構統計」資料，議程第 37 頁資料來源還有內政部全國人口統計資料、衛生署「醫療機構現況及醫院醫療服務量統計」及「全民健康保險統計」。想請教，這樣的數據資料有無與健保相關數據進行比對，如果可以與健保支付或相關數據進行比對，委員應該可以看的更明白。
- 二、剛謝委員天仁說，由數據看來外科醫師問題較不嚴重，但其實現在婦產科醫師的平均年齡已經上升至 52-54 歲，對於醫師執業人數的統計，建議也應該有年齡分布，連台大醫院都很難招到婦產科住院醫師，日後可能沒有年輕醫師，以後我們可能要聘請菲律賓、東南亞國家的婦產科醫師。現在就要未雨綢繆，瞭解問題，相關數據統計應該要再深入些，對後代子孫才有交代，不然只有數字，又沒有交代。

## 陳委員宗獻

外科執業環境急遽惡化，眾所皆知，醫療糾紛已經泛濫到不可思議的地步。有位民眾嚴重近視，為防視網膜剝離，開刀治療。右眼視力恢復正常，左眼有點模糊，經檢查發現眼底有線狀小疤，就這樣告醫師：「右眼感謝你的幫忙，左眼醫療疏失請賠 300 萬元。」這種環境，紅蘿蔔(獎勵)太小、棍棒(懲罰)太大，到底費協會能做到什麼程度？紅蘿蔔能大到什麼程度？我想在未來二代健保兩會合一，改善整體醫療環境也應屬健保會的職責之一。目前束手無策，外科新進執業醫師數減少，門診手術處置次數/醫師比之年化成長率，2000-2005 年及 2005-2010 年分別為-0.9%及-0.2%，即執行門診手術的比例一直下降。即使調高手術支付標準，衡量風險之後，外科醫師也未必願意執刀。這是大家要面對的問題。

## 謝委員武吉

建議婦產科醫師的統計，應該分為產科與婦科醫師。

## 江主任委員東亮

- 一、謝委員武吉，你講的我都贊成，可請醫師公會分開登記。綜合大家意見，很重要的觀念，醫療體系的運作，不是只有體系內的影響，還要考慮大環境的狀況，這非常重要。
- 二、謝委員武吉講得很好，要深入瞭解，最好有這些、那些資料，我也贊成，但要誰來做資料？費協會 1 年才 1 個研究計畫，本份資料是醫師公會及衛生署提供，費協會同仁認真整理，委員可向署長提議請國衛院研究健保議題，不要只研究基礎醫學，沒資訊怎麼決策，健保這麼重要，在此拜託蘇委員清泉。
- 三、我來費協會後，有兩件事很困惑，第一是委員每個月的兼職酬勞 3,000 元，決定健保這麼重要的事情才 3,000 元，立法委員不是這樣吧？你們一個月多少？還配有助理幫忙準備資料，我們的委員都沒助理。那天我在蘇委員清泉舉辦的公聽

會，講的就是希望各公會都應自己收集資料，以醫師收入問題為例，資訊要準備好，才有利於談判，費協會幕僚會盡力做，不周延處尚請見諒，也請謝委員武吉原諒，我們希望能做好，但費協會幕僚沒精力做那麼多，這是第二點。

四、長久來看，環境與市場影響很大，這部分單要以政策來影響，有困難，政策帶來的是短期效應，我們必須隨時調整政策，希望何委員語不要太悲觀，認為無法扭轉，交由市場機制即可，不然我們來開會時會很悲哀，我們也希望能做點事情，大家共同努力，借助我們的智慧使體系變好。

陳委員錦煌

主席，我講一下好嗎？

江主任委員東亮

請說。

陳委員錦煌

一、外行人講的，不知道大家能否聽懂。剛剛聽到謝委員武吉提到要婦、產分科，我同意。有次和雲林縣醫師公會陳理事長夢熊閒聊說，有婦科門診 1 天才看 8 個病人，產科有坐月子中心，以雲林縣虎尾鎮來說，生產還要拜託院長，先問有沒有床，所以產科哪有不好，生意很好，天主教醫院出來開業的林醫師，其聯合診所有坐月子中心，生意也非常好，這都可從健保局申報資料查到。

二、剛謝委員武吉說婦產科醫師平均年齡 52-54 歲，陳理事長夢熊已 60 多歲，還好他們過去有賺到，較沒關係，現在要餓肚子，這就是婦科的沒落。謝委員武吉的 IQ 很高，婦、產科分開看，我也覺得有道理。虎尾有很多家兒科診所，看病還要排隊排很長才看得到，甚至要用拜託的，生意很好。最近兒、內、外、婦產科給付都有加成，我都同意，看怎樣經營、如何服務患者，這是重點。嘉義縣醫師公會理事長是從

台大醫院婦產科出來的，卻在看老人病，台大栽培出來優秀的婦產科醫師竟沒病人可看，不是他不看診。謝委員武吉說，婦、產要分科，我覺得有道理，分開，可調降產科支付點數，婦科則調高，平均一下，讓大家都生存，以上是我的淺見。

葉委員宗義

現在已談到婦科和產科分開，我有個問題，站在商業立場來講，如業務已萎縮，又將科別分得更細，市場會變成怎樣？

謝委員天仁

- 一、主席曾提過可以整理相關收入資料，我認為今天提供的資料少了獨立執業醫師的平均收入，這或許有些困難，但單看點值實際上不準，要看整體平均收入才準，因預算增加有限，量增加，點值當然受到影響，應要看獨立執業醫師的平均收入，我認為這在協商時是很重要的資訊，這次有欠缺，我覺得這部分可再努力。
- 二、另剛提到醫院門、住診比例的公文，究竟監理會有無行文費協會處理？應清楚讓委員瞭解。

林執行秘書宜靜

並未收到監理會針對本項來文，我記得該項提案在監理會的會議紀錄是給相關主管機關參考。

柯副主任委員桂女

補充說明，謝委員天仁說的公文，因當天監理會決議是追蹤健保局，故是行文給健保局。

江主任委員東亮

請蘇委員清泉。

蘇委員清泉

- 一、我本來不想講話，想聽就好。我覺得費協會的委員很認真，

來一趟領這麼一點錢，大家還是很認真，真難得，費協會已經召開 184 次會議，這 10 幾年來也有很大的貢獻。我前幾天召開公聽會，討論明年起成立的全民健保會，目前委員名額預定為 33 位，其中醫界大約是 9 至 10 位。費協會委員人數 27 名，由醫界、付費者和政府代表各三分之一，未來健保會付費者代表則超過半數，所以付費者與專家學者代表名額會更多，醫界代表則完全沒增加，我擔心未來健保會付費者代表的聲音會很大，醫界的聲音相對較小。但健保會又很重要，就像大家說的，非常 powerful(有權力)，手上掌管這麼多錢，當然實質上，謝委員天仁講過，可以變動的部分大約只有 200 多億元，剩下的都確定了，但外界看起來以為 5、6,000 億元都是本會在掌控。

- 二、未來健保會委員的責任更大，開會不能只拿一本會議資料就來參加，因為大家背後都有代表的團體。我在前幾天的公聽會有提到，最近收到的推薦信有一大疊，都訴求要當委員，我只好辦公聽會，希望幫署長解套，也幫健保局解套，很多不同的團體，例如老盟、兒盟都想加入，我也覺得成員愈多元愈好，不要只有這幾個團體。目前農會、漁會、工會都還沒有整合，所以會再召開一次會議。這個委員會非常重要，期望未來每個委員都很認真，健保局也能提供詳細的資料，透過會前會或各種會議，讓委員充分瞭解資料內容，不然的話，可能會影響將來醫療發展走勢。
- 三、接下來要講的是，台灣醫療走到分產科和婦科這個地步，費協會和健保局也要擔負一部分責任，現在真的有問題，如果這個問題再繼續下去，真的會崩盤，我比較語重心長，尤其現在接受到的訊息層面又更廣。費協會的委員不要只在這裡談費用，這樣是不夠的，一定要考慮到將來，看數字不要只看表面，要明察暗訪，像監察委員一樣到鄉間去訪查也好，不過可能沒有行政經費。

江主任委員東亮

每月只有 3,000 元兼職酬勞，也沒有助理。

蘇委員清泉

經費可以去爭取，但編助理就比較困難。

江主任委員東亮

我覺得這是很重要的事情，國衛院一年 20 幾億，或許可以拿三分之一的錢來做健保研究，因為健保局的業務也很忙，需要有國家的獨立資料提供你們。

蘇委員清泉

一、最後再講一個議題，大家都很擔心婦產科，今年是龍年，明年是小龍年，今年希望可以出生 21 萬個嬰兒，明年也生 21 萬個。但是現在產科醫師的平均年齡真得很高，因為我的小孩也在當實習醫師，所以有機會接觸年輕醫師，他們的想法跟我們不一樣，真的很另類，他們直接跟你說，婦產科 out(出局)，如果走婦產科，產科 out(出局)。將來的婦產科專科醫師，不會走產科，因為產科風險太大，一天到晚被告，一個產婦來，醫師每小時要起來看一次，隔天很累，沒辦法做其他事情。大家要知道，一個產婦生產，不是只有生孩子而已，產前要觀察，稍微有動靜就找醫師，所以生產健保只支付一點點手術點數，和其產前觀察期醫師的付出，不能相比。如果遇到產程急迫，何時要剖腹產，何時要繼續讓產婦撐下去自然生產，對醫師來說，都很掙扎，這是產科醫師的痛苦。再者，順利生產就沒事，一旦發生問題，保證百分之百提告，就算不告也會有爭執。

二、法務部說，醫療糾紛去地檢署申告的案件沒有增加，起訴的案件也沒增加，定罪率很低，但那只是一部分，前面有問題的案件我們早就私下調解好了。例如我們醫院，一天到晚都會出現醫療糾紛，我不認為是糾紛，但病人認為是，像這類

需要協調處理的事件，和去法院相比，假設送地檢署的有 1 件，背後大概會有 49 至 50 件協調了結。所以糾紛天天都會產生，產科醫師最大的痛苦在這裡。我想未來當委員要認真一點，要瞭解問題，我對健保會真的寄望很大，以上，謝謝。

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

- 一、剛才主委說我有點悲觀，事實上我沒有悲觀，是悲觀嬰兒出生率太低，因為在經建會參加人力資源發展會議，討論十年的未來規劃，38 個法律都不鬆綁，人力資源怎麼發展？我對這個比較悲觀。
- 二、在很多開會的場合，有人說健保會倒，我說不會倒，因為有在座這麼優秀的人員在這裡開會，還有很好的制度和很多優秀的政府官員在領導。最重要的一點是，剛才蘇委員清泉講到對未來健保會悲觀，我從去年 3 月第一次擔任費協會委員到現在，我認為醫界要提出很多好的數據、訴求和說明，讓付費者能支持你們的構想和方案，這很重要，如果醫界每天只是用嘴巴在喊、在叫，看不出實質內容，要支持也很難。
- 三、一直提醒很多醫界的朋友，要把科別各方面實際的情形，讓付費者和社會大眾知道，這是最重要的。去年代表工總參加監理會多次會議，今年 4 月份才被正式任命擔任監理會委員，監理會當然也希望健保能夠健全發展，永續經營。費協會每位委員也很用心在做，不是為了 3,000 元的兼職費，我們做一筆生意就不止 3,000 元，所以還是關心健保的永續發展，希望全民健康和政府政策能造福社會大眾，是我們最重要的立場。

江主任委員東亮

- 一、我參與費協會以來，覺得每個委員都很講道理，而且很關心全民健保，令人感佩，但還是有值得改進的地方。我認為協商有三個要素，第一要素，也是最基本的，就是要有資料，要有訊息；第二要素，就是要有立場，在本會委員互動中，我沒有發現有敵對的立場，大家都是夥伴立場，這是很重要的觀念，本會能夠這麼和諧，夥伴立場很重要；第三要素，我也覺得很重要，就是剛何委員語在談的時候，讓我覺得一定要講的，我們協商時，最後的底線當然是錢的問題，但是如果只看到錢，是沒有辦法達成共識，因為我們要看的不只是「價錢」，還要看「價值」。價值要如何呈現，如何弄得清楚，事實上又回歸到第一個原則，資訊很重要。
- 二、我們的委員都有這樣的正義感，這對本會的經營運作，是很理想，唯一遺憾的是，我們需要更多資訊的時候有困難，因為每個委員都是兼職。這部分真的要拜託蘇委員清泉，當委員要資料時，要有人去準備。想想看，國衛院一年經費 20 幾億元，拿去做基礎研究，和中研院做一樣的事，何況健保局的研究經費也很少，20 幾億的經費應至少拿三分之一出來做健保、醫療體系相關的研究。

蘇委員清泉

今天下午與主計總處要談。

江主任委員東亮

請要堅持。

陳委員錦煌

剛提到 3,000 元是小錢，還有自己花錢的。我還是健保局醫療給付協議會議代表，開一次會就要自挑腰包付 690 元，車錢可以核銷，但我不會搭捷運，所以搭計程車，來回 300 元，不能報銷，加上從我家開車到高鐵站 70 公里來回，油錢要 210 元，停車費 180 元，我也從來沒報過，這麼久以來，我們也是替醫界做事

情。

江主任委員東亮

所以我覺得很感謝。

陳委員錦煌

還沒講完，開兩會聯席會議也要花 690 元，如果在台北分局開，從火車站走過來就不用錢，每次都要去健保局 18 樓，就要花 690 元。我擔任勞保監理會委員時，每個月還有 9,000 元，勞保基金沒健保多，業務也沒這麼多，委員還可以抽獎去澳洲，像我抽到加拿大沒去，勞委會待遇這麼好，不像健保局這麼吝嗇，把我們虐待成這樣。

江主任委員東亮

這和健保局無關。

陳委員錦煌

去健保局開會，每次要花 690 元，我們是付費者代表，又不是醫界，主席問的時候我們也幫醫界說很多話，所以有時候要肯定我們，賠錢來開會。

江主任委員東亮

剛才陳委員錦煌講到一件很重要的事情，他看到的其實是結果，也是原因，如何將原因和結果分析解釋，我覺得委員已經都很盡力，所以應該要有好的獨立機構，提供付費者和醫療提供者這些資訊。我們常常看到的是存活下來的，活不下去的早就看不到，我們看到現在存在的很好，不表示未來也可以活得很好。很多醫療院所，現在去看它，活得很好，但很多醫療院所早已走入歷史，這個部分可能需要更多資訊。因為時間關係，進入下一案，請健保局蔡組長淑鈴、林副組長阿明報告。

肆、報告事項第五案「中央健康保險局報告『100年及101年推動促進醫療體系整合計畫(論人計酬、醫院以病人為中心整合照護試辦計畫)執行情形』」、報告事項第六案「中央健康保險局報告『醫院及西醫基層財務風險監控情形』」及報告事項第七案「中央健康保險局報告『醫療費用支出情形』」與會人員發言實錄

蔡組長淑鈴報告「論人計酬試辦計畫執行情形」、林副組長阿明報告「醫院以病人為中心整合照護試辦計畫執行情形」(略)

江主任委員東亮

謝謝健保局的報告。委員對這兩份報告，是不是先針對第一案論人計酬的部分提問？

陳委員錦煌

第49頁有關計畫參與團隊及照護對象人數，這157,084人中，有彰化縣、新北市和台中市，為何彰化縣有，雲林縣沒有，是什麼原因？這15萬人如何分布，請健保局說明。

江主任委員東亮

陳委員錦煌的問題很好，誰可以參加？誰不可以參加？有沒有資格篩選？

蔡組長淑鈴

跟陳委員錦煌報告，論人計酬計畫是公開徵求的，醫療院所組團隊都可以來參加，只是雲林縣當時沒有人組團隊。

陳委員錦煌

為什麼？因為不好賺嗎？

蔡組長淑鈴

有意願的自由參加，再經過選擇，記得當時有20幾個團隊提計畫，經過評選後，現在試辦的是7個團隊。雲林縣因為沒有參加，所以也就沒有試辦。

江主任委員東亮

這個計畫明年會繼續，雲林這邊要組團隊就可以了。

蔡組長淑鈴

因為計畫是 3 年，預算也只有 3 億，如果有更多的團隊參加，不一定有足夠的預算。

陳委員錦煌

是要醫師公會組團隊才可以嗎？

蔡組長淑鈴

需要醫院和診所的整合團隊，不是醫師公會，如果只有診所會比較辛苦。

陳委員錦煌

那我們雲林縣醫院和那些醫師公會大概在睡覺忘記了吧！

江主任委員東亮

可以再去瞭解，請何委員語。

何委員語

一、第 55 頁未來方向，有提出國內外論人計酬支付制度相關文獻蒐集及探討。我在這邊有一個小小的建議，因為二週前，早、晚各接了一通電話，有個朋友的媽媽到美國德州去看女兒，心臟病急性發作到醫院住院，第二天他們打電話給我的時候，已經往生了，他們打電話給我，他要我幫忙打電話到德州代表處，請他們協助媽媽出院及返台事宜，所以我就打電話請負責領事還有其他職員幫忙，但我朋友告訴我，他們住院一晚，早上出院時結算醫藥費 900 多萬元，我的意思是今天健保這麼成功，老百姓還怨言一大堆，可否蒐集國外的案例。還有一個朋友最近也告訴我，他帶兒子到美國玩，只是發燒去看醫師拿藥，結果花了一萬多美金。為什麼在美國沒有保險的人費用這麼高，如果以這種情況在國內，健保費

用可能不到 20 萬，這些文獻應該可以收集，做為健保推動、說服民眾的案例，不然憑什麼要漲保費，要有案例比較能讓人信服，證明台灣的健保確實好到什麼程度，可以進行比較。

- 二、第二，我在中美洲時，發現他們醫院是集團式，每個患者要到醫院登記會員，登記後只能在這個醫院系統看病，不能到其他醫院系統，這個醫院系統就掌控了健保費用支出。最近蔡組長也在報上說，健保一年看病最高次數 1,078 次，像這種會員制度不可行？例如我登記長庚，只能在長庚體系的院所看病，不能跑到馬偕體系，這樣醫療費用的管控就會非常理想，但是也許對患者來講不方便。我認為推動健保這麼多年，也有很多讚美，為什麼有人一直講健保會倒，建議拿些個案來做見證，對推動健保應該有幫助。

江主任委員東亮

謝謝何委員語。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、對這個報告我想知道，第 13 張投影片有關整體門診和住院成長率，有無群內和群外就醫狀況的資料？這也許可以回答何委員語的一些看法。是不是群內在努力節儉，而群外在快速上升，如果是這樣的話，就是機制缺陷。要病人忠誠，靠拜訪、送小禮物不一定有效，政策最有效。
- 二、第 15 張投影片看到指標的達成有二個問題，第一個問題是風險指標適當與否，糖尿病臨床指標當然很重要，但假設有個群有 6 萬人，可裡面的少數糖尿病人的 outcome(結果)就決定了整個財務風險。第二、依目前全部 7 個試辦群指標達成率來看，未達成點數比率計算，大概有 40% 的風險，換句話說，如果我們的虛擬費用最高是 100 元，結果用掉 110 元，不足 10 元，這 7 個群要負擔其中 4 元的風險。到底太多或太少？從這裡衍生出另一個問題是風險校正，論人計酬

試辦計畫的風險校正是用去年的實際費用推估今年的虛擬費用。依據台灣一項研究報告，使用 20 萬人統計時，發現人口因素(性別、年齡)解釋力非常低，如果把疾病狀況加上(台灣門診診斷費用群)，再把費用高低加進去，提高風險校正力。讓團隊承擔較少的隨機風險(例如去年是癌症初期，現在已經變成癌症末期，這一年間會快速使用費用)。本計畫整體努力值得肯定，但品質指標和風險校正公式，需要多加強。

謝委員武吉

- 一、剛聽了健保局二位大長官，因為健保局是大健保局，衛生署是附設的小衛生署，健保局比衛生署還大，對大長官的努力給予肯定，但是對於政策的執行不敢苟同。簡單說，為何一代健保法第 33 條和新的健保法第 43 條明文規定的，健保局就是不執行不實施呢？這是很大的侮辱和諷刺。在年初收到大陸送我的資料，大陸醫保是結合鄉村城鎮職工保險與新農合保險，根據報告顯示截至 2010 年大陸醫保剩餘金額有 900 多億人民幣。人家大陸都能夠學習我們健保所發生的缺失且加以改善，但是我們自己卻做不到，認為我們台灣健保實在不該把老百姓當成提款機。
- 二、請問林副組長阿明，有關「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，在議程資料第 26 頁「推動促進醫療體系整合計畫」項下...

江主任委員東亮

那是第 2 部分，先處理第 1 部分論人計酬計畫的報告。

謝委員武吉

剛剛不是說兩項一起？

江主任委員東亮

雖然是兩項一起報告，但剛才也說先處理第 1 部分，再看「醫院

以病人為中心門診整合照護計畫」，不然穿插在一起，不容易討論。請黃委員偉堯。

黃委員偉堯

關於論人計酬，是期望透過以人為單位提供照顧，並能降低醫療利用，且讓健康狀況提升或持續保持。因此，此計畫有無類似健康結果(outcome)的指標，讓我們看論人計酬下健康狀況是否維持原來的水準或更好；進一步可以完整地比較不同方案之間的優劣。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

剛剛蔡組長淑鈴報告的資料，看起來成效相當不錯。我的看法是，論人計酬和論量計酬是以不同角度在促進醫療效率，這單元計畫沒辦法中間做彈性調整嗎？假使覺得做得不錯，可否再擴張相關範圍？不要等到 3 年後再檢討，這部分可否檢討？至於相關預算，費協會可以再考慮。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

對於論人計酬試辦計畫，剛才何委員語也提出的南美洲目前推動情況，論人計酬應該要先有醫療體系的成立，剛才也說大陸開始走這條路，為什麼台灣沒辦法處理，裹足不前。台灣百姓 2,300 多萬人，現在才 15 萬人參加論人計酬試辦計畫，可商議處真的實在太多，如果只用一個長庚醫院做論人計酬試辦計畫，差不多 100~200 萬人，已經超過 15 萬人，所以我覺得處理論人計酬計畫的方向要大改革，不是小規模處理，如同剛才主席所講，希望論人計酬計畫是大方向，其餘的，我等一會再講。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

只有一點請教，我最關心的洗腎，請問是「論人計酬」或「論量計酬」比較好？洗腎病人共有 68,000 多人，一年預算 310 億，請健保局說明如何可以省錢，又可以服務洗腎病人。

江主任委員東亮

好，等一下再回答。請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

- 一、究竟是否要趕快實施論人計酬計畫，牽涉兩個問題，第 1 個問題是「虛擬總額」對或不對，如果虛擬總額採風險校正，沒校正妥適的話，不是多給就是少給，用前一年的費用是不行的，用前 3 年可能還可以，但其實都缺乏 evidence-based (實證基礎)。我認為先試辦，將來再將機制完整檢討，才最重要。
- 二、用長庚醫院試辦論人計酬計畫會不會成功？一定很成功，最簡單的原因是台灣的論人計酬與國外不一樣，國外的論人計酬採登記制的正三角形體制。我們則醫院的忠誠病人也可試辦。若我是長庚醫院院長，只要讓病人簽不急救同意書，就會省下非常多費用。
- 三、base (基礎)愈大、費用越高，利潤與存活機會就愈大，base (基礎)越小，存活愈困難，像屏東基督教醫院就會令人擔心，超過 13% 的住院費用！建議先試辦。

江主任委員東亮

- 一、有很多議題，希望健保局在評價自己的計畫時列入考量。還有一點，陳委員錦煌所說，洗腎部分是否列入論人計酬？
- 二、綜合說明幾個重點，再請健保局回應：
  - (一)事實上論人計酬計畫早在 1996~1997 年，行政院提健保

體制改革版，當時我在行政院擔任顧問時已提出，曾送各位一本我寫的小書裡面有列，因此，概念其實很早就提出，到最近才實施。

- (二)論人計酬計畫是楊前署長志良在任時推動的。何委員語提的模式是採會員制，要登記，而健保局現在做的，沒有登記制，因為登記制常會出現一個現象，柿子挑好的吃，即挑健康的病人。規模越小，可能挑好病人的情況、機率越大，這部分是美國開始做 HMO(health maintenance organization, 健康維護組織)有的現象。台灣目前所做的糖尿病論質計畫也如此，醫院、診所醫生挑選病人的情況非常嚴重，比較難處理的病人都不在計畫中。
- (三)基本上，目前的論人計酬計畫，醫院不能挑病人，由健保局挑病人給醫院，可避免醫院挑病人的問題，是一個改良的方法。且目前計畫中，最多參與人口數是 6 萬，即澄清醫院團隊，事實上，風險校正差不多至少要 30 萬人，才比較穩定，6 萬人其實相當不穩定，這也是陳委員宗獻或其他人擔心的問題。
- (四)論人計酬計畫有兩個很重要的財務機轉部分：一是以年齡、性別做風險校正，讓大家起跑點相同，不然收重症跟輕症病人的費用一樣，這樣醫院為何要收治重症病人，這部分已經在做，即論人計酬計畫不能選擇病人；另一是風險管理，納保人口越少，風險越大，所以需要風險管理，剛剛談的很多問題都包含在內，而風險管理又包含小風險管理，若超過危險時，只支付 50%，這是一種方法，還有其他方法要考慮，因為風險越小時，只要有一個病人像何委員語所提的需醫療費用 900 萬時，支付 50% 也很大，這部分請健保局回去再想想，特別是如何擴大基礎。剛剛有委員提到是否要把基礎增大，我

覺得謝委員天仁講得很好，費協會明年協商時，應把這些事項考慮進去，如何健全論人計酬試辦計畫？基礎要多大？除了風險校正外，還要風險管理，這些事項就不請健保局回答。

(五)黃委員偉堯提出，應對 outcome (結果)進行評估，我覺得很好，不過從台灣實際經營情形，最好是將三層級醫院整合，越級就醫是謝委員武吉最關心的，2005 年之前，醫療費用每年成長 4~6%，其中 1/3，差不多 2% 左右，是因病人從基層跑到大醫院，醫學中心現已 20 幾家，如果論人計酬計畫把體系資源運用情形變好，可省下很多經費，民眾不需越級就醫，感冒到蘇委員清泉的大醫院或到小琉球的衛生所去看，結果是一樣，為什麼？因為小琉球衛生所是由蘇委員清泉的醫院醫師支援。另外，這牽涉到謝委員武吉今天可能詢問醫院垂直整合的問題，等一下請健保局回答。

(六)品質部分，要看用藥減少及健康改進情形，不過有無實質的健康改進，在 1、2 年內較難看出，可是仍要列入，請健保局都列入考量。論人計酬試辦計畫已執行一年，各位聽過報告後，有比較清楚的印象，請委員在今年協商健保局提出計畫時，提出認為應納入的部分，供健保局改進計畫的參考。

三、剛剛謝委員天仁提出關於門診與住院費用比例問題，造成比例改變有很多原因，不見得門診(或住院)比例高就代表好或不好。美國當時推動論人計酬，希望增加門診利用，減少住院，能在門診照顧的病人，不要到醫院住院，能在家裡照顧的病人，不要到門診，這是原始用意。但也請各位小心留意，設計一個指標出來，會帶動大家往指標走，可能不一定達到原先的目的。

蘇委員清泉

在此呼應主席，他提了很多次，表面數字值得更深入的研究，像北醫許委員怡欣、長榮黃委員偉堯，甚至江主委東亮的團隊都可更深入地研究。您剛才所講的意思是，健保局沒有很多研究經費？國衛院不是有很多進行公共衛生的...。

江主任委員東亮

是進行臨床基礎醫學研究。

蘇委員清泉

這樣如何處理？

江主任委員東亮

健保研究需要資源。

蘇委員清泉

好，若有需要，我來幫忙，大概需要多少？

江主任委員東亮

最少要 8 億。

蘇委員清泉

事實上研究都實報實銷，想從中賺什麼錢，我看不可能，只是讓研究經費較充裕。

江主任委員東亮

一、是國家需要有更多的健保研究經費，這是國家制度的問題，請蘇委員清泉在立法院對此制度要堅持。

二、請健保局針對問題回應，連同謝委員武吉所提垂直整合的方案一併說明。

蔡組長淑鈴

一、何委員語所詢健保局委託研究，係收集其他國家論人計酬的經驗，包括體系內就醫的經驗。

二、陳委員宗獻提到投影片第 12~13 張，雖然未再區分團隊外之

醫療利用情形，但整體與團隊內的 difference(差異)就是團隊外的利用情形。從投影片第 13 張可看出整體情形，住院費用無法控制，另外，團隊外的門診次數也會削減團隊內的成績。

- 三、再談到如何設定虛擬總額，不是三言兩語講得完，雖然我們採用過去最近一年的就醫費用，但可能今年健康的人明年不健康，或今年很不健康的人明年變健康，所以用過去一年的基礎就隱含風險校正，至於要精確風險校正的部分，我們已納入委託研究。
- 四、有關臨床指標部分，初期是先採用糖尿病部分，另外還有讓團隊可以自選臨床指標，例如腎臟病指標等，最後納入評量的有健保局指定的指標，也有自選指標，應可涵蓋較多元臨床面向。
- 五、陳委員錦煌所提，洗腎到底以論人或論量計酬較好，其實病人都是 regular(規律)洗腎，不管論人或論量，多不影響病人權益。
- 六、謝委員天仁提到明年是否擴大，包括主委提到現在試辦 15 萬人，照護人口規模較小，其實是受限於團隊承擔量就這麼多，若要擴大，團隊也要擴大，才能承擔，因此要鼓勵形成團隊，這也是台灣最欠缺，現在醫療體系破碎，大家各自為政，沒有集中化形成團隊，以後可能須以其他方式繼續鼓勵形成團隊。先做以上回應。

江主任委員東亮

謝謝。有關謝委員武吉的問題？

陳委員錦煌

稍等一下，請教蔡組長淑鈴，洗腎用論人或論量計酬都一樣嗎？

蔡組長淑鈴

一樣。不管以論人或論量計酬支付洗腎，費用一樣，風險固定。

陳委員錦煌

瞭解。

江主任委員東亮

請問謝委員武吉，您的意見？

謝委員武吉

- 一、請看議程資料第 26 頁，「推動促進醫療體系整合計畫」之辦理情形「3.醫院垂直整合方案：101 年新增方案，辦理中(資料後附)」，後面有附資料嗎？我已找出費協會第 175 次會議紀錄，當時主席是楊主任委員銘欽，決議新增醫院垂直整合計畫，到現在已超過半年，為何還未執行？
- 二、上週剛好主席請假，所以延到今天開會，因為開會前 14 天要提案，因此台灣社區醫院協會才會選在 7 月 4 日發文，對於各項作業的時間點，我其實都有周詳仔細的考慮過，凡是我已經鎖定要處理的，我就一定會處理到底，不用擔心。健保局在 7 月 11 日函請台灣醫院協會，是給台灣醫院協會不是我們，可能看我們社區醫院協會是小咖，看不起我們小咖。給醫院協會的發文內容為：「為促進分級醫療及推動垂直整合，請貴會提供醫院垂直整合之可行方案，敬請查照。」台灣醫院協會在 7 月 18 日回復健保局：「待本會收集相關資料、方案後再提供意見。」以上發文內容的意思是會蒐集其他相關意見，是回覆意見不是提供方案，方案如何擬定還是要請健保局提出草案。
- 三、在此要說明一些事，醫院垂直整合方案是去年協商就決定的，台灣社區醫院協會在 101 年 7 月 4 日以 101095 號函費協會，很感謝費協會幕僚馬上和我們協會聯繫，表示配合 101 年度協定方案進度追蹤案，將請健保局說明。

四、台灣社區醫院協會發文的原因是現已 7 月下旬，坦白跟主席講，一個月有上旬、下旬，6 月 30 日跟 7 月 1 日，我特地挑 7 月 1 日以後才下手。

江主任委員東亮

您真用心。

謝委員武吉

一、若要處理事情，我絕對很用心。

二、台灣社區醫院協會會發文的原因是：第一，現在已經是 101 年 7 月上旬，年度已過一半，但至今都無公告任何方案；第二，本案執行與醫院總額有不可切割的關係，健保局也從未就此案與醫院團體召開相關研議會議。所以訴求很簡單，本項屬專款專用，已協定編列預算，不應讓我們努力協商的結果付諸流水，做白工。由報告資料來看，各總額方案皆已公告，最早在 100 年 12 月 31 日，最慢於今年 6 月 30 日，但只有醫院垂直整合方案到現在還沒有方案，本案其實是 100 年協商時健保局主動提出的項目，健保局業務繁忙，但能力不容小看，既然在協商前已預知要執行，為何迄今仍未有任何草案、公告、討論？令人匪夷所思。健保局於 101 年 7 月 11 日發送的公文(健保醫字第 1010073414 號函)，主旨為「為促進分級醫療及推動醫院垂直整合，請貴協會惠予提供醫院垂直整合之可行性方案。」說明二並提到，有關補助醫師支援促進垂直整合之方式，曾於「全民健康保險『研擬轉診實施方案』專案小組」會議討論，惟會中未獲共識。健保局未提出分級醫療與轉診制度的研議方案，只簡單改為轉診實施方案，當時有委員提出質疑，健保局也未回應。剛才提到台灣醫院協會已回復健保局相關方案，關於垂直整合我個人過去亦曾提出見解、方法，送交健保局局長參考，惟迄今亦未獲得相關回復，不知原因為何？是文章寫得不好，或是意見不好，也請給予指導，要如何做才是。

- 三、預算要用於使民眾獲得更良善的照護，不希望該預算被收回，本預算可保留，並請健保局儘速擬訂草案，召開研商會議。醫院垂直整合方案，目前個人獲知的方向為基層垂直整合，這行不通，因為需要醫療法鬆綁，醫師跟著病人走才能垂直整合，如果醫師不能跟著病人走，是不可行的。垂直整合如果確實推動達到效益，就要修改醫療法，此點我曾經與衛生署前任楊志良署長談過，垂直整合主要是要讓醫師動病人不動，讓醫師可以跟著病人走，雙向轉診現在還沒做，在這之前應該要先做垂直整合，剛才提到健保法第 33 條、二代健保法第 43 條為何無法執行？無法執行時，需先以垂直整合方案來處理。跟主席報告，垂直整合有分：1. 基層的垂直整合，剛才已講過行不通；2. 門診的垂直整合，3. 住院垂直整合，4. 中期照護的垂直整合，5. 安寧照護在社區的垂直整合，這樣系統的垂直整合，涵蓋一個虛線，就是已經達到轉診制度的目標，這樣垂直整合才有辦法執行，接下來才能進行分級醫療，分級醫療後才能做到 capitation (論人計酬)。
- 四、剛才何委員語說的論人計酬制度，我很認同，如果健保局到現在都不想進行垂直整合方案，或有任何原因、看法造成方案無法執行，應提出大家好好討論，讓方案能順利執行，不要說我們不想執行垂直整合方案，這樣就不對，健保局去年已提出垂直整合方案經費需求，應該要好好執行。別的計畫、方案都可執行，為何本方案到現在無法執行，試問健保局有無草案？100 年就已經知道要做的事情，到現在健保局都提不出草案！真的太離譜了！健保局是故意延宕的嗎？實在匪夷所思。
- 五、我還聽說，本會這次行文健保局及衛生署，健保局向署長報告要將公文存查，署長說不行，需要好好思考才能處理，這我是聽別人說的，是不是事實我不知道。我覺得醫院垂直整合是個很好的方案，醫院垂直整合要先做，二代健保第 43

條才可執行。

江主任委員東亮

謝謝謝委員武吉。請何委員語。

何委員語

- 一、謝委員武吉 7 月 1 日以後才提出，我們委員會年底就要結束，明年會不會當委員都不知道，要研究他的案子可能後來發現用不上，希望明年再繼續提好了。
- 二、另外，剛剛有提到洗腎是以論人計酬，但洗腎也有品質的差異，好的洗腎材料，透析率有百分之九十幾，病人可能 3~4 小時就洗好，若過濾網品質差，買到二等貨，透析率只有百分之七十幾，說不定要洗 5~6 小時，而且對病人越不利，透析率越高，如有 95%、96%，對病人是最好的方法。
- 三、另建議針對呼吸器依賴訂個辦法，不知道法律上同不同意，我一直認為呼吸器依賴患者也花了健保 100 多億，我們應該訂一個辦法，例如：呼吸器使用 3 年內免費，超過 3 年者，另外 3 年要自付 50%，再過 3 年要自付 75%，第 10 年要自付 100%，要不然現在遺贈稅降到 10%，以前有錢人在遺贈稅 40~50% 時，就快點把呼吸器掛上去，掛了 10 年，慢慢把財產移轉，到最後都不必繳遺產稅，這是不合法的，而且政府一方面支付呼吸器的費用，另一方面遺產稅又短收，二邊都吃虧，這些都是不合理的現象。我認為政府幫忙 3 年免費應該仁至義盡，而且已很有責任。

江主任委員東亮

- 一、基本上，委員們都很關心這些事情，也很努力，特別是謝委員武吉準備很多資料。在 101 年度總額協定事項，「醫院垂直整合方案」列在其他預算之「推動促進醫療體系整合計畫」，與其他 2 項計畫（論人計酬及醫院以病人為中心整合照護試辦計畫）編列經費 9.5 億。有關謝委員武吉提出的 5

項整合，看來 3 項整合計畫還不夠多。

二、其他部分請健保局回答。先回答洗腎部分，洗腎項目是論量計酬，而且比較固定，洗腎病人可被列入在論人計酬試辦計畫的範圍內，沒有被排除。請問陳委員錦煌這樣說明是否清楚？

陳委員錦煌

請教一下，剛才何委員語提到的濾網好壞，該如何處理？是否要帶我們參觀院所，要不然費用不知怎麼給，以後要協商透析預算，是否要知道院所使用哪種濾網？並請何委員語協助指導，否則 300 多億的預算，每年都跟醫界協商，醫界也每年都來抗議，結果濾網好的花 4 小時，濾網差的花 6 小時，對患者也不公平，健保局對此也應該多注意。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

主席，剛剛的發言您似乎沒有在注意聽，有二個字非常重要，「新增」，為什麼沒有「新增」？請不要以偏概全。

江主任委員東亮

請健保局答覆。

黃副局長三桂

一、主席、各位委員，大家好。先補充剛何委員語提到的呼吸治療的問題，截至 100 年大約有 3 萬人是呼吸器依賴患者，經統計一年醫療費用大約 260 億，何委員語剛剛建議該類病人治療 3 年後，第 2 個 3 年要自行負擔醫療費用 50%，第 3 個 3 年再負擔 75% 之醫療費用，跟何委員語報告，依據健保局統計呼吸器依賴患者住院二年以上人數僅占 4.7% 約 1 千多人左右，健保局也曾嘗試規劃，是否讓是類病患家屬增加一

些負擔，但按照健保法規定，這些病人屬重大傷病範圍，凡屬重大傷病者一律免部分負擔，因此除非修法，否則沒有辦法。由於家庭結構及社會環境變遷，導致「社會性住院」病患增加。在相關法令規定訂定未完備前，健保局仍應依規定辦理，據了解，3萬個呼吸器依賴病人內，約有20%，6,000人是屬於沒有意識，這6,000個病人有的還在洗腎、化學治療、放射治療，這6,000個病人一年大約花費50億。健保局其實很瞭解實情，但在現行法律規定下，本局仍依規定處理，除非社會凝聚共識，才有辦法，本局刻就呼吸照護支付制度研議改革措施，這是對何委員語提到的部分補充說明。

二、第二，感謝委員武吉對醫院垂直整合方案的關心，其實在我們今天的報告，會議資料第49頁，有關論人計酬區域性的整合包含醫院及診所，這已涵括垂直整合的意義，因台灣醫療體系的背景，要在短時間內改變並不容易，所以我們只能用個試辦計畫，慢慢匍匐前進、改變，另一方面希望能藉衛生教育讓社會大眾了解。其實垂直整合方案也不是今年慢，第一年編了垂直整合方案，完全都沒有做。我們的立場是，希望計畫做得有意義，好的，才來做，不願意在還沒有把握時，就行動。另外，我們也很慚愧，健保局的同仁真的力有未逮，我們的業務真的太重，每年的行政經費都被統刪10%，現在連審查醫師費都編不出來，這也是我們難言之隱的一面，但不管如何，都謝謝委員武吉的提醒，我們會儘量在下半年度來規劃，謝謝。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、當委員3年多，聽過醫學中心代表陳瑞瑛主任曾經說過一句話，「我們也不要看那麼多病人，都快累死了」，這句話是她講的，可以去查紀錄。大型、人滿為患的醫院，患者可說

是一床難求，應該跟著醫師走到區域、社區醫院去，健保局要很認真、快速的進行，讓全國老百姓能夠不用去醫學中心，在醫學中心掛號、找醫師也很困難，還要等拿藥，老百姓就醫非常辛苦，台中榮總一天流量 1 萬多人，不熟悉的民眾早上就醫，傍晚才看好，我們的目標在哪裡？在轉診。

二、轉診會議我參加過 2、3 次，換湯不換藥，健保局早就有轉診機制，問題在如何落實，要落實二代健保法第 43 條，分級醫療比較重要，健保局工作做不完，最起碼先處理謝委員武吉關心的垂直整合方案，大醫院沒有病床，趕快轉院，跟著好醫師到區域、地區醫院，健保局錢讓他領，這樣才能紓解現況，這是我們外行人的見解，我能說到這樣，就知道老百姓看病的困難、辛苦。再來就是開刀的點數，最近看一些報告，獎勵金要給哪些人，你們規範好就好，若要訂定契約也沒關係，醫院間如何訂契約是他們的事情，最起碼要有帶頭的作用，做一天和尚要敲一天鐘，如何執行立法院通過的法令，執行也沒有違法，為何不敢做？我是付費者委員都敢說話，你們怕什麼？我覺得很納悶。

三、進行分級醫療，讓一些醫學中心看病困難的民眾，到區域、地區醫院就醫，病患就醫心情好，病情就減輕，我說了 3 年多，為何健保局不能用心做這件事，先垂直整合，接下來分級醫療，不能像立法委員說，用一個櫃檯來轉診，我也覺得立法委員跟我一樣都是外行人，相信副局長知道我的目標與希望，外行人說話，不懂的地方再請您補充。

江主任委員東亮

講得很清楚，請何委員語。

何委員語

我以為呼吸器治療都是使用 5~6 年、7~8 年的病患，但您剛說大部分都是 1~2 年，會後再請您提供相關資料給我參考，若涉及修

法，我們有個委員擔任立法委員，應該請他提案。

江主任委員東亮

各位委員，目前時間已超過 12 點，請委員先用餐，還有 2 個例行報告案，請林執行秘書宜靜說明。

謝委員武吉

主席，垂直整合方案還是要請健保局處理。

江主任委員東亮

健保局已說明。

陳委員錦煌

我這個外行人說的話也請黃副局長三桂回應。

江主任委員東亮

請健保局黃副局長三桂說明。

健保局黃副局長三桂

陳委員錦煌的意見很好，我們會納入參考。

陳委員錦煌

這樣大家就知道我講的對。

江主任委員東亮

陳委員錦煌您這樣講就不對了，剛才我就讚美您非常有智慧。

陳委員錦煌

謝謝。

林執行秘書宜靜

請委員翻開議程資料第 71 頁，第六案中央健康保險局報告「醫院及西醫基層財務風險監控」，依慣例如先提供書面資料，則不須口頭報告，若委員對內容有意見再提出詢問。第七案中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」，本次係提供書面資料，不進行口頭報告。

江主任委員東亮

委員對這二個報告案有無詢問？如果沒有的話，報告案結束。

伍、臨時提案「建請衛生署和勞委會共同協商研擬開放外籍基層護理人力政策，補國內各層級醫院護理人力不足困境，以免促使醫院關閉病床，妨害人民就醫權益及就醫照顧品質案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

本案是何委員語、葉委員宗義、陳委員錦煌及蔡委員登順提出的臨時動議。依據本會會議規範第 7 點，「委員會議時，討論事項討論完畢後，委員或本點第 2 項第 1 款第 2 目之相關單位得提出書面臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且符合第 6 點規定者為限」，第 6 點是關於費用協商部分。可否先請何委員語說明臨時提案的內容，再決定此提案是否要列入本次議程。

何委員語

- 一、主席、各位委員，本提案連署人再新增葉委員明峯。最近工業總會派我參加監察院調查處的「中等技職教育發展情形與未來定位的探討專案調查研究」會議，其中高職教育包含護理學校。請先看本案所提出之辦法：「1.建請衛生署和勞委會共同進行外籍基層護理人力開放引進可行性研究報告；2.周全詳盡的規劃開放外籍基層護理人力的配套措施計畫案，做好周全的準備規劃工作，以利有效順利的推動開放外籍基層護理人力的全盤政策；3.外籍基層護理工作人員納入中華民國護理師護士公會全國聯合會為會員，列冊追蹤並予做服務管理」。
- 二、在說明有提到最重要的科技大學問題，監察院這次的調查報告中，未來中等技職教育完全會被消滅掉，包含護理學校，為什麼？因為 12 年國教實施後，所有的學生都選中學，不選職業學校、護理學校，所以監察院才要召開諮詢會議，我是希望考量如何與教育部的科技大學結合以培訓護理人力，包含海外華僑子弟，如：緬甸、東南亞華人子弟，能夠來台

接受培訓的概念。

三、另在經建會參加 20 年人力資源發展方案的相關會議，也一直討論未來國家 20 年的人力發展，提出本案希望衛生署與勞委會編列預算，延請專家學者進行研究，研究結果作為未來政策制定之參考。

江主任委員東亮

針對何委員語的提案是否要列入本次議程，請委員表示意見，請謝委員天仁。

謝委員天仁

本案當然不能說與整個醫療體系無關，也不能說跟費協會完全無關，但在權責上，若由本會做此決議，我覺得有點怪，因不是我們的權責，如果屬本會權責，要促請其他機關辦理，當然提這樣的臨時動議我認為可以，但非屬本會權責，只是要促請其他機關注意，我認為有點越俎代庖。以現狀來講，有執照的護理師約 24 萬左右，實際執業的有 10 幾萬，沒有缺額的問題，人力會吃緊跟薪資、工作負擔有關，如果這樣就要由國外護理人員來補充我們不足的部分，我認為就業率會下降，所以本案是可以講，但不宜在費協會提案。

江主任委員東亮

好，有沒有其他的意見？請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

我要說的是另外的案子。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

我認為何委員語的提案語重心長，而且看得很遠，剛才何委員語特別說到，技職教育、職業學校很快就會消滅，這是最危險的一

環，一般在醫學中心、區域醫院、地區醫院或診所，護士的流動率可以說最低，為什麼？因為她們甘願做護士，但若是大學畢業的護理師，在那邊把屎把尿，就會不爽。所以很贊成何委員語的提案，無論從哪個角度，都要稱讚他。先知者總是寂寞，醫界也有兩個先知者，其中一個是謝斌，結果他們倆個講的話，現在都成為事實，先知者總是寂寞。我們不要反對他的看法，這可以從長計議。

江主任委員東亮

是否還有其他的意見？

陳委員錦煌

- 一、先說一下意見就要離開，等會一點鐘得到新竹，不走不行了。我簽名聯署的用意是因為護士只剩 13 萬人，最近因為關床，我也緊張，醫院不要關床就不會提案，我說話比較直接。台大是指標醫院還關床，那患者生病要住哪裡？難道再用擔架扛回家，我擔憂在此。
- 二、何委員語用心良苦，我代表勞工也簽名聯署，難道我頭腦壞了？但消基會代表謝委員天仁的看法我們也要尊重，只希望全國的醫院不要關床就好。台大、慈濟都在關床，證嚴法師全世界都在救濟，自己家醫院的護士跑光光，這樣有什麼面子。

江主任委員東亮

我們有兩種處理方法，因為有贊成也有反對意見。

何委員語

- 一、主席，我先補充。費協會會議規範規定提案主要是討論總額分配事情，這次討論雖不是錢的問題，可是未來協商總額時，護理界又要我們編列 20 億元護理補助款，我知道我們不會去刪減這 20 億，但我認為這是政府未來技職教育的發展方向，所以希望做成建議案，而非決議案，建議案可以轉

到各單位。

- 二、我在監察院監察委員會議時，也會提出本案，坦白講也會向監察委員說明現在的現象，也會在勞委員的外勞諮詢委員會議提案，我到任何單位開會都要提。至於要不要做？讓政府研究未來的發展方向再決定。

江主任委員東亮

請勞委會代表孫委員碧霞。

孫委員碧霞

- 一、現在要處理的是本案是否成案，當然有各方看法，但本案提出，即便是建議案，也是代表費協會的立場。剛剛何委員語提到，看到一些技職教育學校可能關門，希望有些配套措施，但本案基本目的是想要解決目前護理人力不足的問題。
- 二、就業服務法規定，聘僱外國人工作不能影響本國人就業、勞動條件、國民經濟發展與社會安定等。至於要不要引進外國人，目的事業主管機關要先表示立場，譬如製造業進用外勞，就是由經濟部先提出需求，外籍看護工則涉及內政部和衛生署，所以本案如果要勞委會主動作研究，行政程序上可能不合宜。到底要不要引進，衛生署要先有想法。
- 三、剛剛謝委員天仁也提到，我們現在並不缺護理人力，而是工作條件不佳，尤其是工時長、工資不是很理想，所以找不到人。依現行的就業服務法聘僱外國專業人員相關規定，外籍護理人力屬專門性或技術性人員，聘僱前提是要有台灣的護士執照，另外每月薪資不得低於 47,971 元，相較於本次議程提供的統計資料，護理人員目前平均薪資差不多 4 萬多元還要高。
- 四、另外是醫療及照顧品質問題，護理是照顧病人醫療需求，雖然已有外籍的家庭看護工，或機構看護工，不過畢竟是處理家事為主，只需較簡單的溝通。醫院聘僱外籍護士，語言溝

通、證照及薪資均需符合規定，所以需要衛生署進行評估。此外，即便進用外籍護理人員，也要遵守勞動基準法，也不可以降低薪資或超時工作。本案問題在於護理人員工作環境的改善，如果沒有改善，只是進用外籍人士，問題仍然存在。所以，我覺得護理人力問題還是要由衛生署作整體性研議。本提案是否可以另一種方式表達，這樣也比較符合費協會的立場。

### 江主任委員東亮

- 一、首先感謝何委員語及所有的委員對於護理人力議題的關心，雖然是人的問題，但是人的後面是錢的問題，更重要是病人照護的品質。不管本案等會的決議如何，總而言之，在討論的過程中，所有的關心，都會呈現在會議紀錄，這是第一點。
- 二、對於本案是否要成立，當意見有贊成也有反對時，是可以採用表決的方法。不過表決前，先跟大家說明可行的處理方式，一種方式是經過會議決議後，以費協會名義行文，代表是整體意見；另外一種是以轉請費協會個別委員名義行文相關單位，請他們對於個別委員的意見加以處理。進入表決前，可否再請何委員語表示意見。

### 何委員語

- 一、費協會的任務是在討論錢的議題，但我認為委員若只有關心錢，是很狹窄的面向，應該從醫療體制等更廣泛的面向思考才對，這是個人看法。
- 二、我認為本案不是馬上決定要引進外籍護理人員，剛剛所說，現在科技大學招不到學生，也可以跟東南亞合作，我是提出希望這些科技大學生存方向要怎麼走。我們也可以把國內人力不足的項目，重新規劃整個技職教育，與東南亞的大學合作。例如前兩年在那邊接受基礎訓練與中文課程，後兩年就

到台灣接受專業訓練與中文課程，最後還要實習一年，之後還要考台灣證照，通過後才分發到各醫院服務。雖然我想的細節還不是很嚴謹，但也想到這個過程。

三、現在很多的僑生都回來台灣工作，僑委會有修正規定，僑生若要留下來工作不用兩年，願意留下來就可以馬上工作。同樣道理，很多東南亞僑生也希望到台灣讀書，可是他們限於經濟問題，沒有辦法付學費，但是如果教育部願意推動，可以讓這些華僑子弟付很少的錢，回來台灣接受專業教育，也可以留在台灣提供服務，這是我的看法。所以提案中不只提到勞委會，勞委會是其中一個面向，最主要是衛生署及教育部，這需要整體規劃，以上是我的淺見。

江主任委員東亮

請劉副秘書長碧珠。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

看過何委員語的提案，非常感謝。在醫療界，現在的問題是護理人員不願意走臨床工作，技職學院的問題，上次開會也有提出，現在很多的護校畢業生，一路往上唸，唸到研究所後怎麼可能回來走臨床工作。至於品質問題，其實我覺得也不用擔心，以剛剛何委員語的建議，讓他們先接受教育和語言的訓練，考取執照後也讓護理師公會列管。

江主任委員東亮

現在先不討論詳細方案，只討論本案是否成立。

劉副秘書長碧珠(蘇委員清泉代理人)

若要解決護理人力根本問題，我們贊成。本案可解決醫院現在面臨人力不足的窘境。

葉委員宗義

本案關鍵在醫界要用人，還有一個問題是護理師公會，希望他們

兩個單位先討論，看如何較為適合。

郭秘書長正全(翁委員文能代理人)

我是醫學中心的代表，對於何委員語及其他委員連署本案，給予肯定，因為至少對於目前護理人力的匱乏有正向意義。

江主任委員東亮

請簡短一點，因為還要投票表決。

謝委員武吉

主席，費協會到現在都沒有用過投票，我建議還是不要投票，因為已經有四位委員提案或連署，剛剛又增加一位委員，有些委員已經先行離開，投票效益何在？大家可以先讓本案成立，於下次委員會再討論。

江主任委員東亮

請陳委員宗獻。

陳委員宗獻

真的非常欽佩何委員語，多面向關注此問題，本案牽涉的問題非常多，包括國外學歷，相關單位包括教育部、勞委會、衛生署等，這麼複雜的問題，如果以此版本做為我們版本，就同時...。

江主任委員東亮

現在不討論細節。

陳委員宗獻

我不贊成這樣做，我一定要講到細節，比如辦法中，「外籍工作人員納入中華民國護理師公會聯合會會員」，列入推動，是很多元的考慮，但光要納入所牽涉的相關法規、需要的相關研究就很多，所以我覺得這題目很大，大到不知道怎麼舉手表決。

江主任委員東亮

請護理師護士公會全聯會代表發言。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

我是護理師護士公會全聯會代表，非常謝謝何委員語提案，對於護理人力的關心。剛剛勞委會長官對於護理人力現況的問題都有很充分的解釋，主席說不再提理由，但我也覺得現在的場合用表決不合適，因為在場委員人數也不對，應該沒有達到法定人數。

江主任委員東亮

目前有 16 位委員在場，我再問一次，對於何委員語的提案，有無異議？若無異議，本議案就成立，若有異議就進行表決，好不好？(未有委員表示異議)本案成立，謝謝大家。何委員語有無再補充說明？

何委員語

只是說葉委員明峯也有連署簽名。

江主任委員東亮

我知道。現在本案已經成立，對於本議案，剛剛護理師護士公會全聯會有不同的意見說明書，請幕僚發給各位委員，請護理師護士公會全聯會秘書長說明。

呂秘書長月榮(陳委員玉枝代理人)

我們有書面說明。事實上這個提案，何委員語在監理委員會也提過，在此簡要說明。

一、依本會統計與衛生署資料，護理就業人數逐年增加，這幾年有許多資深護理人員轉任專科護理師與醫師助理的工作，統計起來光這兩類就超過 6 千多人，專科護理師與醫師助理是補醫師五大科人力不足的問題，另外有很多優秀的護理人員也轉行政職缺，這些人在醫院都有執業登記，但未從事臨床工作，如果讓這些資深護理人員回歸護理工作，事實上護理人力也不缺。

二、剛剛勞委會長官及各位委員都提到，目前大約有 10 萬的領

照護理人員沒有進入護理職場，我們應該先鼓勵他們回來，否則也會有就業問題，現在主要是工作職場照護量太大，工作環境不好，而不願意回來。

- 三、衛生署在今年護理師節慶祝會議時，提了十大改革方案，60項行動方案，都是要改善護理人員的工作環境，比如要補充護理的輔助人力如病患服務員，及提高待遇和夜班費，以鼓勵護理人員回流。最近也聽說公私立醫院都有提高薪資或夜班費，這些提高的醫院都有吸引護理人員回來。
- 四、聘請外籍專業技術人員的薪資待遇規定，以目前來說是4萬7千多元，若以此薪資聘請護理人員，相信護理人員也會願意回流。像台大醫院現在基本薪資4萬6千多元，跟正職人員一樣，秀傳醫院也一樣，提高後護理人員都有回流的現象。
- 五、以目前法規，護理人員法第55之3條，是可以讓外國人及華僑在台灣考執照及就業。目前所提方案，大學三、四年級到台灣接受訓練，期滿後還要實習一年，之後還要考台灣證照，這樣時間會拉得非常長，且能否考上證照也待商榷。
- 六、台灣的護理教育非常嚴謹與紮實，有基礎訓練及臨床實習，培養出來的人素質較高，相較於鄰近國家，我們大家都有交流，如果引進外國基層的護理人員，在臨床上可否承擔我們的工作？另外也有可能發生把現職的護理人員趕走，這是我們擔心的問題。
- 七、目前的問題，一方面是工作負荷，一方面是待遇，建議健保住院護理費給付與護理人力連動，像日本是依護理人力給付其護理費，譬如護理人力1比7是一個給付方案，護理人力1比10是一個給付標準，如果用這種方式，我想護理人力會回到職場，醫院也會願意多請護理人員。
- 八、最近有些醫院關床的問題，不是只有護理人員的問題，還有配合醫院評鑑，因為人力而造成床數減縮，所以關床到底是

應付醫院評鑑，還是因為醫師或護理人力問題，我們也覺得值得深入探討，所以不是只有因為護理人力而導致關床，以上報告。

江主任委員東亮

可否提一個建議，剛剛聽了委員的說明後，我覺得是這樣，何委員語希望能夠先進行研究，而不是要開放，我們要先分清楚。研究案需要有些資料幫助瞭解，剛剛陳委員宗獻說此議題太複雜，複雜就需要有人去研究、瞭解，不要在不知道的情形下就做決定。可否建議決議：「建請衛生署，勞委會及教育部進行外籍基層護理人力開放引進及海外建教合作可行性研究」。

孫委員碧霞

再次強調，此議題應由目的事業主管機關即衛生署先行研究，勞委會可以提供相關法令，如主管機關要求開放時，可以提案至本會跨國勞動力政策評估小組討論，勞委會不便主動研究開放，應該由衛生署先評估。

江主任委員東亮

只是建請，讓勞委會知道。

孫委員碧霞

如同陳委員宗獻的意見，本案牽涉很廣，有必要釐清確實的想法。例如，何委員語所提的建議現在已經在實施了，僑生在台灣念醫學系，畢業後考上執照，就可以在台灣執業，不曉得何委員語所講的是不是這樣的作法？還是有進一步的想法，所以，如果要研究，應該要由衛生署處理，因為能掌握全局，而且需要跟護理師公會或醫師公會等相關醫事團體進行人力盤點及改善工作環境，這樣可能比較務實。教育部或勞委會只能在衛生署提出看法後，才能進一步提出建議。

江主任委員東亮

可否限縮在衛生署就好。

蔡委員登順

贊成勞委會孫委員碧霞所提，為改善台灣護士品質及提升醫療品質，雖然媒體都大幅報導血汗護士、血汗醫院，這裡面有些不實的報導，本建議案如同剛剛主席建議，應該請主管機關衛生署來研究，做成結論後看如何實行政府政策，勞委會只是配合單位，這個案子朝這方向去發展才合理。

江主任委員東亮

何委員語可以嗎？

何委員語

沒有意見，我沒有辦法寫到很細節，因為我不是專家學者或教師。但如果衛生署、教育部共同進行研究案時，他們一定會來問我，到時我又會想到很多細節告訴他們，再由專家學者擬訂一套可行方案，甚至護理師公會意見也可納入研究報告。如果研究報告結論是不必開放外籍護士，每個護士政府要補貼多少錢，我也認為可行，沒有對、錯或一定要怎麼做的情形。如果勞委會認為不要把他列進去，也沒關係，這兩個月都在討論外籍勞工的事情，昨天我也參與討論很多案子。

江主任委員東亮

可否就給主管機關衛生署就好？請謝委員天仁。

謝委員天仁

還是要把話落在紀錄，我想本案提出，外界會有個印象，認為費協會在幫財團型醫院降低成本，打壓這些護理人員，我覺得這些是大家要考慮面對的，大家不會想這麼清楚說依照勞工專門技術人員規定薪資不得低於 47,971 元，只會想到外勞來時會把本勞的飯碗搶走，薪資大幅降低。所以我覺得轉衛生署還可以，弄到勞委會就會覺得很奇怪。

江主任委員東亮

一、就限制在衛生署可以嗎？若沒有意見，決議：「建請衛生署進行外籍基層護理人力開放引進之可行性研究」，各位沒有意見的話，就通過，可以嗎？(未有委員反對)

二、是否還有其他臨時動議？陳委員宗獻剛剛是否有事情。

陳委員宗獻

9月協商快要到了，我們發現衛生署最近公告修正一條法令：「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法」，裡面共有10幾項，附表中文字規定可執行機構：「應為醫院」，指這些項目應該在醫院施行。但我們發現4月16日公告中，已經把體外震波碎石機拿掉，換句話說診所也可以做。但目前的支付標準，體外震波碎石機沒有支付基層部分。這樣法令產生的效應非常大，到時就像洗腎一樣，可以成立一個連鎖公司，然後碎石機免費租給各診所，等做的時候再分帳，這樣下去很可怕。協商之前可否先有共識：衛生署沒有禁止，不代表診所就適合做，也不代表健保就要給付，請大家支持。

江主任委員東亮

你要變成提案還是...？

陳委員宗獻

下次會提案。

江主任委員東亮

這是預告案，陳委員宗獻說得很有道理，請陳委員於下次委員會議提案。今天會議到此結束，謝謝大家。