

全民健康保險醫療費用協定委員會
第 183 次委員會議事錄

中華民國 101 年 6 月 8 日

全民健康保險醫療費用協定委員會第 183 次委員會會議紀錄

壹、時間：中華民國 101 年 6 月 8 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

林委員啟滄

凌委員月霞

孫委員茂峰

孫委員碧霞

許委員怡欣

連委員瑞猛

陳委員玉枝

陳委員宗獻

陳委員明豐

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

廖委員本讓

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)

陳秘書健民(代)

蔡理事明忠(代)

陳特助瑞瑛(代)

李科員惠涓(代)

劉副秘書長碧珠(代)

肆、請假委員：

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

戴局長桂英

蔡組長淑鈴

全民健康保險監理委員會
本會

柯副主任委員桂女

林執行秘書宜靜

張組長友珊

陸、主席：江主任委員東亮

紀錄：邱臻麗

柒、主席致詞(略)

捌、議程確認

決定：確定。

玖、報告事項

第一案：確認本會上(第 182)次委員會議議事錄。

決定：確定。

第二案：本會上(第 182)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形。

決定：除「請中央健康保險局專案報告『署立胸腔醫院涉假住院真詐領案』」繼續追蹤，俟提報後再行結案外，餘 3 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 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案執行情形」。

第五案：中央健康保險局報告「醫療費用支出情形」。

拾、討論事項

第一案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度總額協商通案性原則案，續提請 討論。

決議：其餘之 102 年度總額協商通案性原則，比照 101 年度模式辦理。

(修正後之 102 年度總額協商通案性原則如附件 1)

第二案

提案單位：本會第一組

案由：102 年度總額協商程序案，提請 討論。

決議：

一、增列「協商未達共識之做法」：

(一)付費者委員內部無法達成共識時：

於協商會議中，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。

(二)總額部門委員內部無法達成共識時：

於協商會議中，由總額部門委員召集內部進行協調。

(三)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

分別由總額部門、付費者委員建議方案中各提一案，報衛生署裁決。個別委員如對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，併送衛生署。

二、其餘之 102 年度總額協商程序(包括協商會議前相關座談會/會前會之辦理方式、協商會議進行方式與原則)，比照 101 年度模式辦理。

(修正後之 102 年度總額協商程序如附件 2)

第三案

提案人：孫委員茂峰

案由：中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫案(草案)，提請 討論。

決議：

- 一、本案預算不同意動支。
- 二、因中醫代表委員對決議有異議，爰將其所提計畫案併送衛生署。
- 三、計畫所列中醫傷科標準作業程序之建立、認證及教育訓練等，若衛生署評估有其必要，建請考慮由公務預算補助。

拾壹、臨時動議：無。

拾貳、散會：中午12時50分。

一、基期

以穩定為原則，若確需變動，應於前一年 6 月前提經議定；6 月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一)健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

- 1.應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
- 2.納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二)支付標準以預算中平為調整原則。

(三)各部門「品質保證保留款」：

- 1.金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
- 2.考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本委員會議通過。

(四)違反全民健康保險醫事服務機構特管辦法之扣款：

列為協商減項，僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額部門/總額相關團體發揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

(五)一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案(含預定達成目標及評估指標)，執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

- (六)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保局會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

四、專款專用項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二)各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (三)所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形扣連，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四)健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五)宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六)醫療費用總額經衛生署核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在委員會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

102 年度總額協商程序

(102 年度總額協商工作計畫及協商會議之進行方式與原則)

101.6.8 本會第 183 次委員會議通過

一、工作計畫表：

工 作 項 目	預 訂 時 程	負 責 單 位
1.協商參考資料的建立： 全民健保總額支付制度協商參考指標要覽。	101 年 6~8 月	健保局 本會
2.各部門總額執行成果之評核： 檢討、評估各總額部門 100、101 年協定事項相關配套計畫執行情形。	101 年 7 月 30、31 日	各總額部門 健保局 本會
3.102 年度總額協商作業之規劃與預算協商： (1)請健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/專款項目及其預算(內容應包含協商減列項目及預估金額)。 (2)請各總額部門及健保局，於委員會議報告所規劃之 102 年度總額協商因素項目或計畫草案，並進行綜合討論。 (3)安排總額協商之相關座談會/會前會。 --各總額部門與付費者代表意見溝通座談會 --健保局與付費者代表座談會 (4)召開協商會議，協定各部門總額預算。 (5)請健保局會同各總額部門，提出各項目配套計畫之執行方案。 (6)協定一般服務費用之分配。 (7)年度整體總額協定成長率之確認及陳報衛生署核定。	101 年 7~8 月 101 年 8 月 10 日 101 年 8~9 月 101 年 9 月 14、15 日 101 年 9~11 月 101 年 10~11 月 101 年 10~12 月	各總額部門 健保局 本會

註：以衛生署於 7 月份交議本會 102 年度總額範圍之時程規劃。

二、協商會議前相關座談會/會前會之辦理方式：

(一)健保局會同各總額部門預先研擬協商因素/專款項目及其預算之啟動時點：

- 1.衛生署交議年度總額成長率範圍及其協商之政策方向，經於本委員會議報告，並確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率後，請健保局會同各總額部門研擬協商因素/專款項目及其預算草案，並將衛生署所指示總額協商政策方向之必要執行項目納入考量。
- 2.若衛生署交議時點於本會7月份委員會議之後，未及安排於當次會議報告，則授權幕僚以行文方式，請健保局會同各總額部門啟動研擬協商草案。

(二)各總額部門及健保局報告所規劃之年度總額協商因素項目或計畫：

- 1.時間：8月份委員會議。
- 2.除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明(含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料)。
- 3.若委員對前開報告內容，認為有需補充或增列之協商參考資料，則由幕僚彙整轉請相關單位提供。
- 4.當次委員會議時間視需要延長至下午2時30分。

(三)於8月至9月共識會議前，除安排健保局與付費者代表座談會外，並安排單一總額部門與付費者代表之意見溝通座談會。

三、協商會議之進行方式與原則：

(一)進行方式：

- 1.各部門協商順序：於8月份委員會議抽籤決定之。
- 2.各部門協商時間安排如下表：

部門別	提問與意見交換		付費者委員視需要自行召集會議	部門之預算協商	合計
醫院	40分鐘	(門診透析 10分鐘)	20分鐘	45分鐘	95~115分鐘
西醫基層	30分鐘		15分鐘	40分鐘	80~95分鐘
牙醫	25分鐘		10分鐘	40分鐘	65~75分鐘
中醫	25分鐘		10分鐘	40分鐘	65~75分鐘
其他預算	25分鐘		--	35分鐘	60分鐘

註：1.付費者委員包含：保險付費者代表與專家學者、相關主管機關代表。

2.各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之50%為限。

3.與會人員：

- (1)提問與意見交換時，所有委員均可入場，惟非該部門代表，僅聽取報告，不提問與發表意見。
- (2)各部門代表和付費者(含專家學者)及政府機關代表委員進行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明。
- (3)「其他預算」之討論，所有委員均可參與協談。

(二)進行原則：

- 1.議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。
- 2.各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為9月份之委員會議，未能在共識會議議程所安排時限內達成共識，或於9月份委員會議未能完成協定之總額事項，將依法送請衛生署裁決。

(三)協商未達共識之做法：

1.付費者委員內部無法達成共識時：

於協商會議中，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。

2.總額部門委員內部無法達成共識時：

於協商會議中，由總額部門委員召集內部進行協調。

3.總額部門與付費者委員無法達成共識時：

分別由總額部門、付費者委員建議方案中各提一案，報衛生署裁決。個別委員如對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，併送衛生署。

(四)會議實錄之製作與公開：

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，記錄與會人員發言內容，並上網公布之。

本會第 183 次委員會議
與會人員發言實錄

壹、主席致詞、議程確認及報告事項第一案「確認本會上(第 182)次
委員會議議事錄」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，現在出席人數已達 15 人，宣布會議開始。
- 二、首先進行議程確認，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 183)次議程報告事項有五案，其中第四案請健保局報告提升住院護理照護品質方案的執行情形，係依本會第 182 次會議的決議事項辦理；討論事項有三案，均為上次委員會議未完成而續提請討論的事項。以上說明。

江主任委員東亮

- 一、討論事項是上次會議未及討論的三個議案，本次無新提案，因此，若無其他意見，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

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。

貳、報告事項第二案「本會上(第 182)次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形」及報告事項第三案「本會重要業務報告」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

接下來進行報告事項第二案。

林執行秘書宜靜

一、請委員翻到議程資料第 11 頁。在進行上次委員會議追蹤事項情形報告前，先向大家說明，今天桌面上有乙份補附資料，第 1 頁為本案追蹤事項第 1 項的補附資料，另外為報告事項第三案的補充資料，請委員先確認文件有無缺漏，若有，則請幕僚儘快補上。

二、第 182 次委員會議追蹤事項有 3 項：

(一)有關「全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」，目前業經衛生署核定，健保局並於 5 月 28 日公告。依本會上次會議決議，請衛生署說明偏遠地區符合條件的醫院，其核定原則及每家醫院最低補助金額之設定理由；衛生署提供的說明資料在今天補附資料的第 1 頁，待會兒再請署說明。另，幕僚針對該案目前符合此試辦資格的 78 家醫院所在鄉鎮，分析有無符合參與資格醫院的鄉鎮區，其醫療資源分布情形，包括西醫師數、護理人員數及病床數等統計數據，在今天補附資料的第 2 頁，請委員參考。本案經衛生署說明後，若委員認可，則建議結案。

(二)有關上次本會重要業務報告，建議於 6~8 月份安排健保局進行 4 項重要的專案報告，本次(6 月份)會議已安排「提升住院護理照護品質方案」；7 月將安排「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」及「推動促進醫療體系整合計畫」，包括論人計酬及醫院以病人為中心整合照護試辦計畫報告；8 月則安排報告「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」。本案將依時程辦理，建議結案。

(三)上次討論 102 年度總額協商架構時，委員對醫療服務成本及人口因素所提的諸多建議，本會已於 5 月 23 日函請衛生署參酌辦理，署回復業錄案參辦，因此本案建議結案。

三、請委員再翻到議程資料第 12 頁，有關第 176 次委員會議追蹤情形，陳委員錦煌針對署立胸腔醫院涉及假住院真詐領情形，提案討論，而該案於第 177 次會議決議，請健保局於 101 年 6 月份會議提報，健保局答復目前全案尚在檢察官偵查階段，基於偵查階段資料不公開，將於有具體事證後再提報，因此，本案繼續追蹤，建議俟健保局報告後再結案。以上說明。

江主任委員東亮

現在依次序處理，先就第 1 項第 181 次會議對「101 年全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」之決議，請衛生署報告說明。

梁組長淑政報告(略)

江主任委員東亮

各位委員對衛生署的報告有無詢問意見？

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、主席、各位委員，大家好。相當贊成衛生署於此計畫，對醫療資源不足地區給予補助，對當地民眾醫療的公平性，確實有需要，剛剛衛生署的報告強調「在地醫療」，因此，要補充一點，除急診照護外，基層診所對「在地醫療」也相當重要。
- 二、目前健保局對醫療資源不足地區的基層診所，開業第 1 年補助每點 1 元，然而醫療資源不足地區的基層診所第 2 年以後就沒有任何補助，甚至醫療資源不足地區診所第 2 年起即無法維持其基本營運而關閉。因此，對於基層診所到醫療資源不足地區開業，無法具有永續性，建議能比照本計畫，持續補助，直到醫療資源已符合當地需要，不再屬醫療資源不足

區時才終止，而非只補助 1 年，這樣才能讓基層診所長期在當地耕耘，讓後續的診所也能進來，才能夠改善當地醫療資源不足的狀況。

江主任委員東亮

謝謝張副秘書長孟源的意見，這個問題應該列入考慮，但本案是報告案，且是針對目前計畫所做的說明，還是先限於此範圍。其他委員還有無詢問意見？

陳委員錦煌

我要先講執業護理人員的問題。

江主任委員東亮

等會兒有專題報告，可否等一下再談論護理人員問題？

陳委員錦煌

綜合討論，有何關係？

江主任委員東亮

還是一案一案談，比較好。

陳委員錦煌

好。

謝委員天仁

- 一、這個計畫好像還沒有告訴我們，將動用多少預算？
- 二、不太瞭解補助的方式。將浮動點值補到每點 1 元，每家醫院全年最高 1,500 萬，是指不足的部分？譬如點值 0.9 元，要補 0.1 元，但必須要有服務量，才可能將不足的部分補到 1,500 萬，還是直接給上限 1,500 萬？換個角度說，假設點值只有 0.9 元，醫院做到 1 億點的服務量，原本是領 9,000 萬元，因為差 1,000 萬，所以就補 1,000 萬元？

蔡組長淑鈴

像委員所講的狀況，補到 1,500 萬。

謝委員天仁

為什麼要補到 1,500 萬？不足部分的差額只有 1,000 萬。我的例子是做 1 億點，每點只有 0.9 元，所以醫院原先可領 9,000 萬元，照計畫規定，這種情況下差 1,000 萬，所以可以補 1,000 萬元，而不是 1,500 萬元(上限)，是以不足的量計算，但不超過最高補助上限。

蔡組長淑鈴

對。

江主任委員東亮

另外提一點，因為點值有分固定及浮動部分，譬如藥品是每點 1 元，所以應該先扣掉？

蔡組長淑鈴

對。

江主任委員東亮

這樣可以嗎？

謝委員天仁

瞭解。預算的部分，請再說明。

江主任委員東亮

請衛生署說明。

梁組長淑政

請大家參看議程資料第 97 頁，公告計畫的第貳點，預算來源係依據費協會協商的其他預算中，「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」之預算。前次委員會議已決議可由原編列的 5 億元，增為 6.7 億元，因此，101 年計畫就在此額度範圍內使用。

謝委員天仁

最高是 6.7 億元。

梁組長淑政

對，最高 6.7 億元。

謝委員天仁

不曉得健保局有沒有統計過，以我剛講的例子，醫院的年營收扣掉藥費等非浮動點數後，大概有 1 億點，補 1,000 萬元，但假設只做 5,000 萬點，還補 900 萬，可就不只補 10% 了，這部分會不會有問題？如果都不做，一樣可以拿錢？與現行健保病床的問題相同，護理人員不足，不是想辦法增加護理人力，卻關閉健保病床，我認為在基本面有問題，這種補助方式沒辦法產生實質的照顧結果，因為下限沒有衡量整個實際的營運情況，健保局應該要說明得更清楚。

江主任委員東亮

附帶補充，將來要如何評估計畫的成效？請蔡組長淑鈴說明。

蔡組長淑鈴

- 一、謝委員天仁已瞭解上限的補助方式，現在是下限設定的問題。需要設下限的理由是，醫院承諾的事項，包含須具備 24 小時急診，內、外、婦、兒科的門、住診服務，檢驗檢查主動通知民眾，及加強社區預防保健等 4 件事情，醫院目前未必都有提供，所以要參與本計畫，必須重新建置，以符合標準。
- 二、在偏鄉要聘請醫師不太容易，所以本方案同意，急診部分不限由急診專科醫師值班，內、外、婦、兒科的門、住診服務，不限專任醫師，兼任醫師也可，目的就是要在地醫療，讓當地民眾獲得照顧比較重要。
- 三、當時設定下限的理由是，這些地區醫院面臨的問題是未達經濟規模，導致單位成本較規模大的醫院高，給予部分補貼的目的即在補其單位成本較高。醫院若要成立 24 小時急診，就要有 3 班醫師值班，有其固定成本，而這些投入的固定成本很高，但未必都有急診病人會進來，更談不上具經濟規模，

但對偏遠地區民眾而言，當急需時，急診服務十分重要，所以下限補助幾乎等同聘請醫師在急診值班的成本，至於其他不足的部分，則須由醫院自行出資，這是我們認為需要設下限的原因。如果沒有下限，可以試想一種局面，因為醫院已經是規模不經濟，如果只將點值補到每點 1 元，因為量本來就很少，所以所獲得的補助金額也很少，對醫院而言，幾乎不可能啟動 24 小時急診及內、外、婦、兒科的門、住診服務，所以無法達到預期目的。

- 四、健保局經試算相對成本後，才設定此補助下限，目的要落實在地醫療，但因為計畫本身是申請制，如果醫院認為這個補助金額還是不敷成本，可能也不願意來申請。方案設有申請、審核的過程，即是要醫院做到基本的標準。如果能達到期待的做法，讓民眾真正有得到服務，這時補助成本不足，才屬必要。這是當時與社區醫院協會討論時，設定最低下限的基本想法。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

「補助下限」的問題，健保局的解說很有道理，但還是要再強調，在地醫療、醫療資源不足地區及規模不經濟等，診所也面臨同樣問題，因為病人量很少，如果只補助點值或依照點值加成，然而醫療資源不足地區因為「規模不經濟」，其申報的總點數根本不足，也應比照醫院採取「下限制」，以維持診所基本營運之需求。否則，診所往往開業一段時間後又關掉，回到都會區開業，因此偏遠地區診所永遠都開不下去。希望主席做成決議或裁示，計畫將來能否延伸到醫療資源不足地區、在地醫療的診所開業，或有類似計畫讓診所也能申請。

江主任委員東亮

主席沒有裁決權，你們都知道。我認為還是不要說「在地醫療」，因為病人都還是要從所住的鄉鎮出去就醫，本方案符合資格之醫院，大多不是在地的。

戴局長桂英

鄰近。

江主任委員東亮

鄰近就不是在地。

蔡組長淑鈴

鄰近，也有在地。

江主任委員東亮

鄰近就不是，已經遠赴，就不要說是在地，在地就是要設在當地。

基本上本案是需要。剛謝委員天仁好像還有詢問意見？

謝委員天仁

蔡組長淑鈴所提，大概可以理解最低保障確實有其考量，但好像問題會出現在急診部分，只要有急診醫師就可以嗎？

蔡組長淑鈴

有醫師就可以。

謝委員天仁

那醫院可以隨便填報一個原先就是醫院的醫師，說是急診的醫師？

蔡組長淑鈴

但要有 24 小時急診，3 班輪值。

謝委員天仁

告訴我怎麼查？現在要講的就是，我們提出的計畫常常是一直往前進，給獎勵，若沒做到時，要如何合理適當地處理？計畫提到的退場機制是，發現沒做到就不再保障，以前的呢？現在發現的問題都是這樣，做了那麼多專案計畫，錢都給了，但沒達到效果。照民間經營的觀念，沒效果時這些錢應該收回，但我們只是不再保障，就好像偷吃的既然吃了，也就算了，頂多以後不給。我覺

得這樣對其他醫療院所不公平，資源是大家的，不是只有為了偏遠地區，如果這些錢可以省下來，其他醫療院所及付費者也可以受益，所以，我認為這些相關的退場機制，明明知道的問題，為什麼都沒有寫？錯誤經驗一再重複，所以，我認為衛生署應該提出修正，讓我們瞭解，不只是不再保障，而是在何種情況下，要追回相關的補助金額才對。

江主任委員東亮

謝委員天仁所講是很重要的事情，不過計畫已經公告，我們下一個報告是要檢討提升住院護理照護專案計畫部分，先看看護理的部分要怎麼做，以後衛生署或健保局提出方案後，委員也可以加入認為需要的條件，整個計畫也會比較完善。但因為現在這個方案已經核准公告，可否在未來協商時，或衛生署提出將通過時，我們再給予附加條件等方式處理。

謝委員天仁

上次通過這個方案時，我最後講得很清楚，計畫怎麼擬訂是你們的事，但錢的部分，費協會還是要管，不能丟個計畫就要費協會同意，那全部給衛生署去做就好。我們已經講得很清楚，錢的部分，費協會還要再審，不能說已經公告，費協會就要買單，抱歉，這部分我不接受，我認為有些部分屬費協會職權，提報上來的案子，我們有意見，當然不能逕行實施，這很清楚，基本上要對全民交待，不能隨便浪費錢。

戴局長桂英

謝委員天仁十分關心實際執行要能夠真正達到效果，如果未達效果，應該要有合理的退場機制，而且不是只有退場，過去如有不當得利部分也應該繳回。對此，建議可以從健保局的執行面處理，我們基本假設參與醫院如果承諾要做，就一定會循規蹈矩做到，未來會由各分區業務組增加訪問的機制，也就是同仁有時候會去訪問，多聽一下民眾的反應，以這些機制處理。至於不當得利部

分，健保局通常會想辦法拿回來。這個計畫才剛開始，用意良善，願意參加的醫院大部分也都很有心要經營，願意提供該地區服務的好醫院。所以現階段可否讓計畫先施行一段時間，健保局從經營管理面加強執行監控，可否這樣處理？

謝委員天仁

紀錄這樣記載，沒有意見，我們以後就看執行的情況。

何委員語

主席，我可否發言？因為位處偏遠地區，已舉了5次手。

江主任委員東亮

對不起，請何委員語。

何委員語

- 一、如果這個醫院全年營業只有2、3千萬元，是不是還要補助900萬？就像剛謝委員天仁所講，不應該用點數去補，而要用其他條件，例如營業額只有3、4千萬元，但因為具備其他條件，所以可以補助900萬，這是一個討論課題。
- 二、對符合資格的醫院名單，有兩個想法，第一，國家經營的醫院不是拿了很多納稅人的錢，為什麼還要再補助？第二，有些列為地區級急救責任醫院，但竟然不符合申請的資格條件？我跟這些醫院都不熟，無親無故，但我認為像苑裡李綜合醫院、仁和醫院、佑民醫院等都是私人醫院，而私人醫院經營很困難，卻只列為地區級急救責任醫院，而不符合計畫申請資格！請說明其原因為何。另外像衛生署台東醫院成功分院門診部，也是地區級急救責任醫院，不符合申請資格，這些都有問題。
- 三、我認為要補助私人醫院，不是國家醫院，國家醫院經營不善，又要拿預算、納稅人的錢去補助，要全部刪掉，應針對私立醫院，因為私立醫院是賠自己口袋的錢，國家醫院賠的是納稅人的錢，應該從這個面向思考，私人醫院才願意在當地做

好完整的急救救護工作，擴大面向，服務、照顧這些病患。

江主任委員東亮

牽涉到兩個議題，第一個議題恐怕是剛剛的報告未解釋清楚造成，可否針對議程資料第 100 頁附件一的內容多加解釋，我想何委員語及其他部分委員都不是很瞭解。第二個是有關計畫是否應該補助公立醫院，為什麼公立醫院符合申請資格？請衛生署梁組長淑政說明。

梁組長淑政

第 100~102 頁所列的 78 家醫院都是符合申請資格的名單，只是在欄位的文字寫得不是很清楚。在此是指有些醫院的身份是符合地區級的急救責任醫院，有些醫院的符合條件則是屬於剛說明位於山地離島、醫療資源不足地區及其鄰近地區的醫院，即最右邊一欄所列。所以，這 78 家醫院都符合申請資格，右邊兩欄只是針對其符合資格的條件予以歸類，先做此說明。

江主任委員東亮

為什麼這個計畫還要提供署立醫院及其他公立醫院補助？公家醫院不是政府已編列預算，本應該為偏鄉民眾服務？

梁組長淑政

目前並沒有排除公立醫院，因為現在大部分的公立醫院也是自負盈虧，財務上也有一定壓力，所以我們把它與私立醫院視同一樣，列入符合申請資格的範圍，也希望能夠透過此計畫，加強公立醫院在醫療服務提供上的強度與品質。

江主任委員東亮

現在政府補助公立醫院的公務預算，一年有多少？不知道，好的。

蔡委員登順

主席、各位委員，大家好。我們都非常重視偏遠地區的醫療照護，希望偏遠地區及資源不足地區民眾也享有相同的醫療權益，對他

們的醫療照顧也期待品質能提升。不過，剛謝委員天仁所談，補助鄰近醫院的效果須看健保局如何落實查核，這部分並未對委員清楚交待。預算從 5 億變成 6.7 億，增加 1.7 億，是怎麼估出來的？不懂為什麼變成 6.7 億？這是費協會委員比較需要瞭解的部分。

江主任委員東亮

請健保局補充說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關委員詢問：「之前 5 億，為何增加預算」，請參看議程資料第 100~102 頁附件一「符合本計畫申請資格條件之醫院」，名單共 78 家，符合資格的醫院還必須承諾 4 項醫療服務，健保局才同意補助。至於符合資格條件的 78 家醫院是否都會申請該計畫，由於計畫尚未開始，所以不知道，或許有些醫院會覺得補助太少而放棄。經費部分，當初係以所有符合計畫申請資格條件的醫院全部參加估算，一年費用可能超過 5 億元，但健保局與院所協調計畫的過程，已耗費很多時間，程序上也於費協會第 181 次委員會議提案討論「本計畫推估所需經費可能超出原協定預算額度的緩衝方式」(註：該次會議決議為，所需經費以原編列 5 億元為原則，其超支部分同意自「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應，並以 1.7 億元為上限)，故今年度時間已不足 1 年，超出預算的機率不高，於此只是保留彈性，至於實際上本計畫會否用到超支的預算，則要看符合資格醫院提出申請的情形。
- 二、另有委員關心「醫院是否會照著健保局的期待做」，請參看議程資料第 99 頁，計畫訂有「退場機制」：一、申請補助之醫院，計畫期間有違規虛報費用的情事時，自其違規處分月起即不再保障；二、通過審查之醫院，期間未依其承諾提供醫療服務，自確定事實之月起，不再保障；三、前述中止保障之醫院，其最低補助金額，依實施月份比例核算。
- 三、至於執行成果評估，本計畫訂有 4 項「評估指標」，以及民眾

滿意度。俟計畫推行一段時間後，會到費協會報告，讓委員瞭解執行結果，及考量本計畫是否值得繼續推動。

謝委員天仁

預算不是假設 78 家醫院全部申請，若內、外、婦、兒 4 科都設，一年補助上限為 1,500 萬元，以半年計算，預算需要 6.7 億元嗎？我的意思是，不能因每家醫院都滿足計畫的要求而編預算，如同蔡委員登順提問的重點是想瞭解健保局為何這樣抓預算，才知道分配有無問題，不然最後預算又不夠，這部分請衛生署說清楚。

謝委員武吉

主席，我們偏遠地區你都比較會遺忘、沒注意到，我們跟何委員語一樣，都要舉好幾次手，你才看到。

江主任委員東亮

下次座位輪流，會坐到中央，也會坐到邊緣。因為今天大家想把議題釐清，所以我的腦筋一直跟著議題轉才會沒注意到。請謝委員武吉。

謝委員武吉

其實，對於剛才許多委員所提本計畫的注意事項，我們感到非常敬佩。向委員報告，我絕對不會替健保局講話，但我現在在這裡要說一些實話，健保局真的有考量委員所注意的事項，已經排除經營效率較高的醫院，舉 2 家醫院為例，如奇美醫院柳營分院、義大醫院。在此就我所知補充說明。

陳委員錦煌

請問健保局，議程資料第 101 頁，雲林縣符合申請資格條件的 3 家醫院：斗南鎮天主教福安醫院、土庫鎮蔡醫院及麥寮鄉長庚醫院，這 3 家有看夜間小兒急診嗎？天主教若瑟醫院有提供 24 小時看診，反而沒被列入符合資格名單，我不懂為何會被排除？

蔡組長淑鈴

本計畫補助對象的重點，係對規模不經濟而喪失基本醫療服務能力的醫院，因其成本相對高，所以一開始即排除區域醫院，因區域醫院已具一定規模，且在單位成本等方面，相對沒有地區醫院沉重。天主教若瑟醫院屬區域醫院，具 24 小時看診能力，急診也有規模，所以不在補助範圍；至於斗南鎮天主教福安醫院、土庫鎮蔡醫院及麥寮鄉長庚醫院，因目前沒看急診，當地民眾沒地方就診，為使地區醫院有機會重新急診開燈，加強提供服務，讓偏鄉民眾不必跑太遠就醫，故計畫鎖定地區醫院及急救責任醫院為補助對象。

陳委員錦煌

再請教，名單中雲林縣符合資格條件的有 3 家醫院，只有麥寮長庚醫院為地區級急救責任醫院，斗南鎮福安醫院及土庫鎮蔡醫院都不是，對嗎？

江主任委員東亮

第 100~102 頁附件一的表格呈現方式，容易讓大家誤會，請衛生署梁組長淑政說明。

蔡組長淑鈴

附件一表頭文字確實容易誤導，其實「地區急救責任醫院」及「符合申請資格之醫院」兩欄所勾選的醫院，都是符合本計畫申請資格條件的醫院。

陳委員錦煌

請問以後雲林縣多 3 家醫院有 24 小時看診及住院是嗎？本來只有天主教若瑟醫院 24 小時看診，現在多 3 家，我當然支持。

江主任委員東亮

符合資格條件名單不包括第 1 名的醫院，是中間層級需提升的醫院。

陳委員錦煌

天主教若瑟醫院找密醫代班被查到，健保局要罰其停約 3 個月，我同情老人家帶小孩看病辛苦，所以拜託健保局，罰錢沒關係，不要停診。現在如果多 3 家 24 小時看診的醫院，就不怕天主教若瑟醫院停診，停 2 年也沒關係。

何委員語

101 年總額協商時，「增進偏遠地區醫療服務品質計畫」項目原編 10 億元，後來因要處理類流感問題，挪 5 億元至「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」，所以最後經費是編列 5 億。健保局於第 181 次委員會議提案增加 3.4 億元，最後討論通過給 1.7 億元，所以本計畫總共 6.7 億元，希望健保局以後到會專案報告各醫院的補助情形。

江主任委員東亮

請蔡理事明忠。

蔡理事明忠(陳委員宗獻代理人)

- 一、本計畫於 5 月 28 日公告，請問可否追溯？沒有的話，花費的金額可能比較少。
- 二、謝謝委員關心偏遠地區醫療，向付費者委員報告，偏遠地區醫院真的不好做，希望多給點空間及鼓勵，訂出監督機制，以提升偏遠及醫療資源缺乏地區的服務品質，才是重點。
- 三、其實補助 900 萬，扣除聘請醫師等費用後，根本沒剩多少錢，醫院自己會考量要不要申請。有無成果是未定數，因為一下子要改變民眾的就醫習慣，需要相當努力。即使是很好的政策，在推動之初，或許執行面有困難，某些地方需多花點錢，但相信在各位委員的監督下，應可控制在理想範圍，希望要給偏遠及醫療資源缺乏地區的醫院重生機會，否則地區醫院真的很難生存。

陳委員玉枝

偏遠及醫療資源不足地區的護理人力延攬也困難，請問計畫一年

補助下限 900 萬元的成本分析中，有無考量護理人力？

江主任委員東亮

請蔡組長淑鈴回應。

蔡組長淑鈴

本計畫並未設定補助特定人員或業務，而是補助醫院，醫院覺得哪裡不足就挹注。對不足部分，醫院也應自己拿出成本經營，不能全靠補助。

陳委員玉枝

剛才梁組長淑政報告時提到「考量人力成本」，請問包含考量護理人力成本嗎？計畫實施應納入護理人力，因為提供民眾照護的不只醫師，要有醫療團隊。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、我覺得遺憾，本案討論很久，而且已公告，可能大家都擔心預算的執行。
- 二、臺大醫院金山分院不算偏遠，從台北車程不到 1 小時即可到，其本來屬財團法人醫院，贈送給臺大醫院後，除提供醫療外，還要負責核災應變，所以臺大醫院每月要承擔 700 萬的損失。原急診只有 1 位家庭醫學科醫師，因不可能一年 365 天 24 小時看診，若申請本計畫，則要聘請 3 位主治醫師，但請得到嗎？就算請得到，從晚上 11 點到隔天早上 8 點，常常只有 0~2 個病人，而為了開急診，除了醫師、護士，還要提供藥局、檢驗、X 光等服務，成本非常重。一個急診科可以拖垮醫院，其他都不要講。
- 三、北海岸 5 個鄉鎮，附近有淡水馬偕、基隆長庚醫院，急診規模都很大，主要是中間地帶沒有醫院，唯有台大金山分院，本來一個小兒科醫師都沒有，考量附近只有 1 家小兒科診所，晚上沒看診，為了維持營運，所以派總院的小兒科醫師看夜診。大家不要認為醫院參加計畫就只為了錢，如果我是醫院

經營者，急診不合算，看門診就好，更何況計畫規定要有內、外、婦、兒科服務，目前一個月薪水不到 40~50 萬，根本聘不到急診醫師，所以一年補助 900 萬，根本不足。建議本計畫先執行，再看成效。

四、其實無論如何醫院都要有護理人員，平常派 1 個，但星期六、日遊客多，可能受傷人數就多，大約是 10~100 個病人，所以就派 2 個護理人員。醫院會考量病人數而決定派多少護理人員提供服務，所以陳委員玉枝不用擔心，沒有護理人員什麼都不用做。以上以實例跟委員說明。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

- 一、稍微提一下，醫院受醫療法規範，法律上隸屬同一個法人主體，就視為同一個人格。
- 二、雲林縣麥寮鄉長庚醫院，是因六輕回饋當地社區關係而設立的醫院，其營運情況大家都心裡有數，現反因其設在麥寮地區，而給予補助，邏輯上很特別。我只是提醒，希望落下紀錄，至少表示費協會委員已注意這點。

江主任委員東亮

因為是實錄，所以各位講的話都會記載。請許委員怡欣。

許委員怡欣

對此計畫的精神及方向非常支持，只是有些須妥協，比如由在地到鄰近地區、規模大小不同都予以補助的部分，剛才主席及謝委員天仁都有表示，應在評估上多加用心，雖然健保局已提會在 4 個面向、評估指標上努力，不過投入這麼多錢，像陳特助瑞瑛所說，一個晚上可能看不到幾個病人，但耗費投入昂貴醫療人力。實務上有無可以更善用人力的方法？請健保局及申請醫院多思

考。

江主任委員東亮

一、本案已討論很久，我覺得這是很重要的議題，第一，本案的執行情形及成果已安排健保局於 8 月份委員會議報告。第二，大家都瞭解，很多事情都息息相關，很難完全劃分，「現在」是從「過去」而來，改變現在是為了更美好的未來，為求周全，需從整體生態來思考。今年偏遠地區醫療服務提升計畫侷限在醫院部分，但其實計畫名稱並未限定在醫院，所以有關偏遠地區醫療相關問題，可於健保局 8 月報告時，或 9 月協商時再行討論，目前還是先依公告進行。

二、接下來進行報告案第三案。

林執行秘書宜靜

一、如委員對於第 182 次及歷次委員會議決議(定) 事項追蹤情形無特殊意見，則依剛所報告的建議事項辦理。

二、報告事項第三案本會重要業務報告，請委員翻到議程資料第 13 頁：

(一)第 1 項，下次委員會議原訂時間為 7 月 13 日，因主任委員公出國，無法開會，因此建議順延一週至 7 月 20 日舉行，請委員配合預留時間。

(二)第 2 項，7 月 30 日及 31 日將舉行 101 年度各部門總額執行成果發表暨評核會議，也請委員預留時間，相關議程資料在第 14~15 頁，請委員自行參閱。

三、接下來請委員翻到今天補充資料第 3 頁，補充本會重要業務報告：

(一)第 1 項，針對 9 月份將召開的 102 年度總額協商會議場地，過去 3 年都在天母國際會議中心舉行，今年適逢該場地整修，無法運用，同仁為規劃更適合的場地，探勘評估過許多地方，最後擬具二項建議案，方案一是之前曾多次使用過的

新竹統一馬武督會議中心，場地頗適合；另因有委員反映，希望留在台北召開，對參與協商會議的代表比較方便，所以方案二是在健保局台北分區業務組，即現在開會的 901 會議室舉行，至其他住宿及用餐等事宜，則利用周邊設施。經調查委員意見，結果有 19 位委員建議留在台北，故 9 月份協商 102 年度總額的場地會在台北分區業務組 901 會議室。期間若委員有讓會議進行更順利的意見，歡迎提供。

(二)第 2 項，係幕僚整理協商參考之重要指標及數據，表 1、表 2 包括委員關心的醫療資源、社經指標、健保財源籌措及醫療利用等指標，表 3 臚列 90~101 年度總額協定結果及推估金額。上述資料亦置於委員桌上的會議資料夾，便利委員於討論過程需參考時，可隨時翻閱。資料將定期更新，委員若認為有需再增列的指標，亦可提出。

四、最後一項本會重要業務報告在議程資料第 13 頁，5 月份衛生署及健保局公告及函送供參的資料在第 93~129 頁附錄資料，請委員參閱。以上說明。

江主任委員東亮

請問委員對以上業務報告有無詢問？若沒有，則進行下一案。

參、報告事項第四案「中央健康保險局報告 100 年及 101 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案執行情形」及報告事項第五案「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

林執行秘書宜靜

報告事項第四案，請健保局報告 100 年及 101 年全民健保提升住院護理照護品質方案執行情形，報告時間 15 分鐘。

健保局李專門委員純馥報告(略)

江主任委員東亮

謝謝健保局的報告。請問委員有無詢問？

陳委員錦煌

- 一、主席，簡報中提到漲夜班費、護士調薪等內容，但台大醫院雲林分院最近關了 85 床，護士離職約 70 多人，連慈濟醫院大林分院也關了 135 床，很諷刺的是，提升住院護理照護品質方案從過去 8.5 億變成 10 億，馬英九總統說，再多 10 億，所以 101 年變成 20 億，但護理人員還是一直離職，到底原因在哪？
- 二、依中國時報、自由時報的報導，台大醫院雲林分院約聘的護理人員跟正式人員的薪資落差大，薪水只有 3 萬多，現在到處都有醫院招聘護理人員，他們都被吸引到更高薪的醫院去。我想瞭解的是，20 億到底補助醫院到什麼程度，連台大醫院雲林分院、慈濟醫院大林分院都關床，問題在哪裡？是否都關健保病床？簡報所列的新聞報導很諷刺，「節前大紅包，秀傳 7 醫院護士調薪 20%」，看起來很不錯，不過好在我有看報紙，才知道原來連台大醫院雲林分院都離職 70 多人，請健保局說明。

葉委員明峯

我們過去 2 年都很支持增加護理人力及相關費用，剛才簡報有提

出初步的評估結果，可否請護理界的陳委員玉枝進一步提出說明，並一併說明剛才陳委員錦煌所提疑問的部分。

江主任委員東亮

請陳委員玉枝。

陳委員玉枝

- 一、主席、各位委員，首先感謝委員支持「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款，及健保局在這部分的努力。本專款主要目的在「提升護理照護品質」，目前照護品質的相關指標看來都有進步，滿意度也提高，都已逐年改善。其次，在增加護理人力部分，這幾年累計新增 2,893 人，健保局也有監控，且校正因增開病床而增聘的因素，可見確實有增加人力。
- 二、另外，本專款 100 年只支出 8.6 億，但醫院填報支出卻達 18.6 億，遠高於補助金額，其運用情形占率最高的部分在加發獎勵金，與委員提到薪資要與市場機制接近，才能吸引受雇者的情形相符，醫院整體環境的提升對於聘用人員也會較有機會，所以用在獎勵金的占率較高，屬合理現象。看來全國各醫院都很努力在營造更好的正向環境，對此，護理專業團體非常感謝。
- 三、各醫院都已努力延攬護理人力，所以今年專款的 20 億，健保局做了更具體的評量方法，往年增聘護理人員的計算是各層級醫院排序後，以競賽方式進行分配，101 年改以醫院跟自己比，所以可更明確看出有無增聘人力，另在年終時醫院要提報確實增加的人數，屆時更可以明確掌控新聘人數，因為去年協商時，許多委員要求要確實用在增聘護理人力，所以今年的評量機制預期會更具體明確。
- 四、健保局提到過去一年提報 1 次資料，今年改為半年提報 1 次，因 4 月 23 日方案才公告，目前還未執行，所以前半年的資料，

可能要說明何時完成。

五、本專案看來對護理人力的改善雖未盡理想，但已經往前進步，今年 20 億的補助，應該會有更好的改善結果，建議明年能繼續有這樣的專案支持，相信護理工作的環境會逐漸改善。

江主任委員東亮

陳委員玉枝的意思是專案執行的結果不錯，跟我 5 月初聽到的好像不太一樣。請謝委員天仁。

謝委員天仁

護理師護士公會全聯會這樣的表達，老實說與我們看到的事實落差很大，剛陳委員錦煌也說明，住院護理人員不足到要關病床，開玩笑，我們給你那麼大的總額，結果你關病床，一樣吃總額，那乾脆全部都不要做，總額大家分一分就好！這個邏輯不通，我們認為公會的說法是很客氣，健保局所提供的資料讓我們無法比較，因為沒有專款啟動前每年增加的護理人力，與每年增加的總額，只提供 98 年專案啟動後新增的人力資料，如照此邏輯計算，3 年累計新增 2,893 人，平均 1 年新增不到 1,000 人，約 965 人，但我們 1 年平均給 8.8 億多。

江主任委員東亮

是累計 2 年增加 2,893 人，健保局資料寫錯。

謝委員天仁

- 一、累計 2 年計算的話，幾乎都是專款付的錢，剛剛陳委員玉枝所提服務的總額增加，病床數就應相對增加，病床數增加，人員也要相對增加，現在的問題是沒有增加人力，或增加的人力不足以提供服務量的成長，當然越做越辛苦，結果人員最後選擇到夜市，不要在醫院，因為已經絕望。
- 二、連續實施 4 年專案，今年看到的資訊最嚴重，不符合計畫實施、落實的情形，照理來說，應該是實施第 2 年會爆出很多

問題，資源投入後，問題應逐年下降才對，但我們卻看到情況越來越嚴重，已經 4 個年度，總共投入 46.7 億，為什麼還產生這樣的情形？健保局還自我安慰，頗具成效，問題是大家還是說血汗護理，如果費協會的感覺跟健保局一樣，就完蛋了，出去一定被罵死，錢一直丟，結果問題越來越嚴重。

三、我覺得應該有個釜底抽薪的方法，健保局應該公告缺額較多、增加人數不足的醫院，讓社會大眾督促這些醫學中心或區域醫院改善，現在健保局把這些資訊都掩蓋起來，然後說成效還不錯，這資訊如果流出讓外界知道，媒體不知會怎麼批評我們，變成從總統到下面的公務員都一樣自我感覺良好，只有民間都很氣憤，跟事實落差這麼大。所以要請健保局公布缺額最嚴重的 10 大醫院，哪些真的是血汗醫院，不要讓整個醫療系統蒙受此污名，或許有醫院很規矩經營，但有些醫院就是以營利為目的，該聘人不聘，就是那些人，把我們增加的預算全部吃乾抹淨，然後還申請專案補助，合理嗎？我認為健保局應該面對此問題，把資訊公開，不應該掩護這些沒做事、不符公平正義的醫院，也讓其他醫界知道健保局是公平的，要不然變成做對的也這樣，做錯的你掩飾他，不應該，所以希望健保局在下次費協會的會議資料列出 10 大缺額最多的醫院名單。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

補充說明，別的醫院關病床我不覺得奇怪，但是慈濟醫院關病床，讓我很懷疑，第一，證嚴法師都到世界各地捐錢救助別人，為何沒有救自己醫院的護士，還讓他們離職，很奇怪。所以請健保局醫管組瞭解護理人員薪資如何？如果不足，把他加到足，才能照顧台灣的病患。慈濟醫院關 135 床，相當於關 3 間社區醫院，因為 1 間社區醫院才約 30~40 床，台大醫院雲林分院關 85 床，相當

於 2 間社區醫院的病床…。

謝委員武吉

6 間啦！20 床就 7 間啊！

陳委員錦煌

社區醫院協會理事長說相當於 6 間，目前情形如此嚴重，請健保局針對指標性的醫院進行瞭解，要不然在此報告也沒有意義，希望局長能針對我關心的慈濟、台大雲林分院，瞭解其護理人員流失、關病床的情形，是否因護理人員薪資較他院低，希望局長能提供訊息。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

- 一、跟陳委員錦煌報告，因為您是雲林人，非常關心台大醫院雲林分院情形，上週我才跟王院長討論關病床的事。現在護理工作已經不是錢的問題，是不願意做，台大雲林分院護理人員的待遇，跟台北總院一樣，底薪就 4 萬多，為何要關床？係因今年醫院評鑑的規定修改，沒有達到每 2 床 1 位護理人員、加護病床每床 2~3 位，評鑑就不合格，雲林分院正好今年評鑑，因為人力不夠，所以才不得不關病床，因為加護病床比較重要，所以關的是佔床率較低的一般病床。目前醫院向衛生局登錄開放病床，護理人力要與設置標準及醫院評鑑規定相符，否則就無法通過醫院評鑑，這是一個原因。
- 二、雲林分院除了自己招募護理人員外，我們總院也會幫忙，最近一次台大醫院招募護理人力時，有不少人參加，所以問卷調查總院 2,000 多位護理人員，有無意願到雲林，最後只有 1 位登記，有些人家住台中、彰化，我們都鼓勵她們回去，且雲林分院有去年 12 月才啟用的護理宿舍，但是大家都不願回去，所以真的是不得已才關病床。
- 三、根據最近護理界的要求護理人數，白班 1 人照顧 6 床，小夜班 1 人照顧 10 床，大夜班 1 人照顧 13 床，依此推估，大概

一個醫學中心每 1 百床要增加 23 位護理人員才夠，我們都願意請，問題是現在都請不到。我想陳委員玉枝的感受更深，台北榮民總醫院最近也在招募護理人員，請問缺多少人？護理人力都補不足，這是陳委員玉枝沒辦法講出來的。

四、現在很多狀況，醫院都有苦難言，因為不是有錢就可以請得到護理人員，以前只要是醫學中心招募，每次都會有 3、400 人報考，錄取率都 90% 以上，可是現在某些醫學中心連 100 人報名都不到，所以已經不單是薪資的問題，是惡性循環，人力越不足，越無法運轉。為了讓現有的人員不要那麼辛苦，以免人力再流失，只好關病床，是不得已，這些關病床的醫院，健保局也可看到資料，雲林分院住院部分，申報點數負成長超過 10%，就是因為關病床，現在醫院真的苦不堪言，不只護理人員，急診、小兒科、婦產科醫師都一樣…。

江主任委員東亮

對不起，現在護理的部分就已討論不完，可否侷限在此。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

但接下來是醫師，大家要怎麼辦？

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)

一、主席、各位委員，坐在這邊其實心裡非常難過，因為長期以來，一直聽到付費者代表認為是醫界不願意聘用護理人員，我覺得護理師公會應該站出來說話，去看看醫界如何到各護理學校招募人員，開出來的薪資福利條件有多優厚，即便台大或榮總，都會有招募護理人員的困難，更不要說私人醫院，現在很多護校的應屆畢業生不願意走入護理界，是因為她們害怕，醫療環境對護理人員非常不尊重，把她們當下人在使喚，其實捫心自問，若是自己的親人被這樣對待，是否也都

會這麼說：「這麼不被尊重，就不要做，回家媽媽養你」，現在很多護理人員離開護理職場時會告訴我們主管說，「我媽媽說不用那麼卑微」，今天整個社會對醫護人員真的非常不尊重，所以她們不願意走入醫療界，這是問題的癥結點。

- 二、再來，現在每年技職學院畢業的護理學生有多少選擇繼續升學，她們不願意走入臨床，這些技職教育問題，也都沒有檢討，卻一直認為癥結在醫院不願意聘請護理人員，其實醫院在這部分真的已經不是給錢能解決的問題，各醫院調薪的幅度都遠高於 20% 以上，但沒有公開說，因為不願意造成醫院彼此間的磁吸效應，如果護理界每年都是那幾萬人在執業，怎麼增加薪資也都在這些人，但新增的新血、活血在哪裡？我們沒有看到。

江主任委員東亮

請何委員語。請大家縮短發言，要不然今天會議時間討論到此報告案就結束了。

何委員語

- 一、主席、各位先進，我想解決護理人員的問題，剛剛委員說，錢無法解決問題，表示台灣人不愛錢，所以明年的總額預算，不要再補助「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款，第 1 個建議。
- 二、第 2 個建議，希望拿出 20 億，由衛生署及勞委會職訓局聯合聘請外籍護士，分配到各醫院工作，未來也要請外籍醫師，因為工業界現在也是缺工 25 萬人，服務業更多，全國商業總會統計出缺 20 多萬人，工商業界缺工 40 萬人，現在政府才補 17 萬外勞，我們也不足，所以錢既然無法解決問題，就要用不同的制度、策略來解決。非常贊成由衛生署及勞委會統籌辦理引進護理外勞去醫院工作，因為台灣的教育已經失敗，全世界只有台灣的大學畢業生佔 74% 以上，美國才

23.6%，大陸不超過 26%，全都大學畢業，誰願意做護理工作，現在工廠、3K 產業(日文發音：髒 kitanai、辛苦 kitsui、危險 kiken)連 1 個人都找不到。所以我提議，明年編列 20 億統籌分配聘請外籍護理人員。

三、另希望提出關閉病床的研究報告，看醫院是否將相關經費挪作他用，是否違反上帝的旨意，上帝要他們當醫生，是因為他們最聰明，所以有社會責任，需要照顧其他比較笨的人，要不然為何上帝不讓我當醫師，而讓他們當？這是必然的社會責任與上帝的旨意，所以希望改變策略，請健保局重新規劃，衛生署改變政策，說不定會做得更好。這是我的淺見。

江主任委員東亮

請陳委員錦煌。

陳委員錦煌

一、我們現在不用趕時間。老實說台灣人都不能稱讚，領有護理人員執照者 23 萬人，實際投入只有 13 萬人，還有 10 萬人不知在哪。

二、現在很多 7、80 歲的老年人不能走路，都是外勞幫忙洗澡，兒子、後輩，不要說他們不孝，很多在外地工作，沒辦法照顧。以工會的角度來看，應該跟勞委會王主任委員如玄協調，要引進外勞或中國籍勞工來解決台灣人口老化的問題，一定要面對。以前謝深山先生擔任全國總工會理事長時，我是擔任理事，曾經討論過引進外籍醫師的問題，我建議引進大陸籍醫師，當時大陸醫師一個月薪資才人民幣 500 元而已，台灣已經有婦產科醫師到大陸開醫院，因為那邊有市場。台灣人誠如剛委員所提，讀到大學畢業，誰要做辛苦工作，但是誰叫她讀護理科系呢？如果唸醫科就不用這麼辛苦，所以也不要怨嘆。引進外勞協助台灣醫院很重要，老人家讓外勞洗澡、按摩，感覺也不錯，護士在加護病房也是換尿布而已。

三、另外，何委員語提到關閉病床的研究報告，我要瞭解台大醫院雲林分院、慈濟醫院大林分院關閉的是否為健保病床？若要關閉病床，只能關自費病床，不能關健保病床，因為台大醫院雲林分院是雲林縣的指標醫院，沒關床前已經一床難求，雲林縣民眾只要感冒或腳受傷，都要去雲林分院就醫，所以雲林分院關了 85 床，我比台大醫院還緊張，希望健保局能去瞭解關閉病床的種類，也要查慈濟醫院，證嚴法師受大家尊敬，但醫院留不住護理人員，老實說沒面子。

何委員語

抱歉，插一句話，若以 1 位外籍護理人員薪資 25,000 元計算，包含吃住等開銷，20 億 1 年可聘請 8,000 位外籍護理人員，可協助醫院解決護理荒問題。

陳委員玉枝

請問是外籍看護工或護理人員？

何委員語

護理人員。

陳委員玉枝

那是外籍看護工。

何委員語

外籍護士。

謝委員武吉

主席！主席！主席啊！拜託也稍微尊重一下這邊，偏遠地區真的都不能說話嗎？很奇怪，會翻臉喔。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

- 一、請看簡報資料第 16 頁，99 年護理人員總數 89,228 人，100 年 90,937 人，第 17 頁小結共計增加 1,709 人，好像少 2 位，原因為何，請說明。
- 二、很佩服何委員語及陳委員錦煌的意見，身為醫界我贊成聘用外籍護理人員，我在這裡有一些激動，可能我比較不會讀書，陳委員玉枝比較會讀，在此請陳委員玉枝說明為何地區醫院年資 3 個月以上的護理人員離職率較高，2 年以上年資的護理人員比率最低，護理師護士公會為何沒對我們提出報告，不要只說些五四三的，應該要說出個道理，建議今年 20 億增加護理人員專款全部收回，全部由護理師公會找護士到醫院服務，這樣也不用關病床。
- 三、請問陳委員玉枝，您也在苗栗後龍的仁德醫專授課，現在專技人員高考暨普考護理人員的錄取率在 31%~37% 之間，這難道不會太低嗎？是老師不會教，還是學生資質差，或故意刁難？這個問題真的是很大！
- 四、為何護理人員不願投入護理工作，我有個學生在開公司，需要業務人員，結果都是護理人員去應徵，為何？因為一個大學畢業生不願意幫病人把屎把尿，或是父母要他回家，這都是確確實實的事情，所以護理師護士公會有氣魄的話，就要把這些話說出來。我也有寫研究計畫，難道你們連看都不看，實在迷糊到極點。

許委員怡欣

主席、各位先進大家好，看得出來各方都儘量提出不同的方法，希望解決這個問題。今天報告的簡報檔有提出一些數字，不過在衛生署的官方網站上，也看到近 10 年來執業人力，99 年護理師加上護士是 11 萬，近 10 年有 56% 的成長，病床大概也只成長 25%，所以護理人力可能不是總量的不夠，而是不均勻，現在我們討論的都是住院護理人力缺乏，但在門診、診所，護理人力是不缺的，問題在如何讓這些護理人力順利的移動，讓「不患無而患不均」

的情況得到改善。

陳委員玉枝

- 一、護理人力的問題當然不是單一因素，我們也看到衛生署署長親自召集緊急應變小組，研訂很多改善策略，當中包括學校教育以及證照考試等，所提 10 項改善策略是全方位考量，護理師護士公會全聯會也組成 10 個小組，針對 10 大策略進行研訂改善措施，從產、官、學界一起努力。
- 二、對於關病床乙事，特別說明，因為去年的評鑑標準改變，護理人力的配置如果沒有達到 C 級標準，評鑑就不通過，例如剛提到的台大雲林分院，都是今年接受評鑑的醫院，這其實也是鼓勵醫院補足護理人力的重要關鍵。過去評鑑沒有要求人力不足時不能通過，大家就可能不會聘足人力，加上此規定後，可以看出各醫院都在積極聘人。今年要評鑑的醫院，其實從去年 12 月(半年前)就開始積極準備，今年 4、5 月評鑑前把人補齊，在此過程就可看到上半年都在徵人，這也是個好現象。
- 三、對於關病床部分，可否請健保局瞭解，是本來占床率就不高，而將那些床暫時不用，還是占床率已經很高還關床的？這樣就會影響民眾就醫權益。這當中與護理人力的配置有無關係，還是有其他因素？我想是可以進一步瞭解的。
- 四、未來要徹底解決問題，除衛生署所提 10 大策略，全方位改善外，未來支付標準應將申報的護理費與人數連動，舉例而言，一個物理治療師只能申報 45 人次，超過的部分，醫院就必須增聘人力，因此建議護理人數能跟給付連動，可以從很多方面繼續努力。

江主任委員東亮

本案是報告案，讓大家瞭解情況，大家也分享了很多建議，綜合而言，我覺得大概有幾件事情...

謝委員武吉

主席，我再補充一下好不好？剛才...

江主任委員東亮

我都還沒說完，你就要補充。

謝委員武吉

因為你是主席...

江主任委員東亮

我是主席，所以要講呀。

謝委員武吉

- 一、等你結論後，我們就無法再說，所以先插話。剛才陳委員玉枝所提護理人力不是單一因素，但我要說，護理人力是一項非常重要的因素，因為整體醫療結構的改變、扭曲，才是護理人員不想繼續執業的主要原因。為什麼護理師公會不去進行研究，告訴老百姓、委員，是什麼原因產生這些問題。
- 二、每位護理人員入公會的年費都是醫院替護理人員繳給全聯會的，你們難道不用研究出一套合情合理的說明，讓我們資方滿意、接受。我們每一個協會的理事長，都要求你們做這些工作，但你們都沒有做。我剛才要求說明，為什麼地區醫院離職率高，留不住人，你們也應報告，讓我們聽得下去、順耳，這樣才對。

江主任委員東亮

剛才很多委員發表意見，提醒大家以下幾件重要的事情：

- 一、9月協商時請大家記得這項議題應該要討論。
- 二、建議健保局去瞭解幾個指標醫院，特別是關病床有無影響健保病床的供給，這部分希望健保局可以做到。
- 三、有關醫院的護理人員數，請參看今天補附資料表1協商參考指標，醫療資源指標中，每千人護理人員數的年化成長率

4.2%，是正成長。大家也分不清楚事實真相如何，雖然今天健保局報告顯示好像沒有問題，但為什麼今年5月1日勞動節時護理人員要抗議，正如兩位謝委員所提的問題，可能需要進一步瞭解，但不是今天就能夠解決的問題。

四、對於謝委員天仁所提10大缺額醫院，就我瞭解沒有缺額、不缺額的問題。第16張簡報，呈現月平均護理人員數及增加人數，但沒有配合呈現病床數，現在委員關心的是病床問題，所以我想可以把每家醫院的「醫師護理人員比」及「護理人員病床比」進行統計，藉此評估護理人力增加後，護理人員服務負擔變動情形。

五、聽起來醫院、健保局、衛生署、費協會都很努力希望把這部分做好，但是看起來怎麼努力後，報紙的報導還是一年比一年糟糕，值得我們檢討，到底是事實，還是有其他的作用？

六、何委員語及陳委員錦煌提到補助聘請外籍護理勞動力的費用，這部分希望在9月協商...

陳委員錦煌

希望立法院修法，可以引進外勞、大陸同胞來當護理人員，只需要跟勞委會、陸委會溝通，可以引進就沒問題，不一定要健保編預算。

陳委員玉枝

補充一句，衛生署對於未執業護理人力這部分已經積極改善，希望國內取得證照，且受完養成教育訓練的護理人員，能夠回到職場，現在不是沒有人，而是要讓人力回到職場，這部分是衛生署努力的方向。剛才何委員語所提的建議也可考慮，但可能是生活照顧的護工而不是護理人力。

陳委員錦煌

乾脆領到護士執照3年沒有執業就吊銷，有執業的給予鼓勵，有賞才有人，對不對？

謝委員武吉

何委員語、陳委員錦煌講得很有道理，引進外籍護理人力也可以，大陸也是有證照制度，引進他們那邊的也都可以啊！不需經過我們台灣的護理師公會，這樣我們才不需每年付錢給公會，拿出一堆錢還要受他們的氣。

江主任委員東亮

一、這些案子如果在我們的權責範圍，當然可以做成決議，如果不在我們的權責範圍，就做成建議案給衛生署，但是時點在9月份的委員會議。

二、現在時間已經11點40分，可否進行下一案。

林執行秘書宜靜

跟委員報告，第五案是請健保局報告醫療費用支出情形，依慣例6月份是請健保局口頭報告，現在基於時間因素，建議委員自行參閱書面資料。

江主任委員東亮

好不好？(未有委員反對)因為剛專案報告部分，大家意見比較踴躍。接下來進行討論事項第一案。

肆、討論事項第一案「102 年度總額協商通案性原則案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

- 一、本案上(182)次會議已經討論一部分，有關建議取消行政院核定上限乙節，因為不能超過整體核定上限是法定規定，但各部門成長率上限可否改變，上次會議到後來是討論擬辦的甲、乙兩案。至於減項部分我們尚未做成決定。另建議護理人員病床比由 1：4 調升為 1：3、護理人員要求 70 萬元等，從剛的討論已可瞭解，每家醫院都面臨很大的壓力，所以對護理人員是否要協商薪水 70 萬，或醫師需要年薪多少，恐怕都涉及個別醫院內部經營問題，我們不宜討論。
- 二、有關各部門年度總額成長率上限，現在有二案，甲案是維持去年，各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值，這是很單純的做法；或採乙案，這部分請林執行秘書說明。

林執行秘書宜靜

請委員參考議程資料第 35 頁範例，假設有三個部門加上其他預算，行政院核定大總額下限為 2.59%，上限 5%。甲案的狀況就是過去所依循的原則，A、B、C 三個部門最後協商的總成長率(較去年總額)，不能超過 5%。乙案的方式，對於非協商因素成長率，因為係以公式計算，所以以此為基礎，至於 9 月協商時，主要是協商協商因素項目、專款項目及門診透析成長率，所以乙案的方式是，針對前述 3 項先訂上限，其計算方式是將行政院核定大總額上限 5%，及下限 2.59%相減後，再扣除投保人口成長率差值(0.1%)，計算出來的結果是 2.31%，乙案的精神是 3 個部門協商的部分不超過 2.31%。以上是兩案不同之處。

江主任委員東亮

如果按照乙案，可以參看乙案表列最右邊 1 欄，A、B、C 三個部

門的部門總成長率上限是不相等的，但協商因素上限的成長率相等。對這部分委員有無詢問？

蔡委員登順

2.59%的數字是怎麼來的？

林執行秘書宜靜

目前是先假設 A 部門非協商因素成長率為 3%、B 部門 2%、C 部門 1%，然後依照其前一年費用總額占率加權計算而得。乙案比較接近實質的狀況，因為目前各部門總額的非協商因素都不一樣。

蔡委員登順

若照目前的計算公式，乙案最後總額成長率還是會超過 5%，假設 A 代表成長率最高的部門，其最後會超過行政院核定上限，這樣就違背歷年來協商的規定，亦即年度總成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。

江主任委員東亮

再解釋一下，那是甲案的原則，各部門都不能超過；乙案是只要總計協商結果不超過行政院上限，即甲案比較單純，乙案稍微複雜些。乙案是因為非協商因素在各部門的基礎不同，所以依照這個基礎調整後，各部門協商因素部分可以到 2.31%。

蔡委員登順

我再重申，上個月開會時已經講得很清楚，如果行政院核定的上限值被突破，將來協商會增加很大的困難，沒完沒了，所以我還是堅持一定要保有此機制，建議維持甲案。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

一、上個月我們已經充分表達意見，所以還是堅持甲案，這是第

一點。第二點，現在出現一個現象，值得我們在一般服務總額增加時考慮，例如今天我們討論護理人力問題時，發現有些醫院有關床的情形，但是一般服務總額已經增加，醫院關床如果是因為沒有醫療需求，那沒話說，假使有醫療需求還把床關掉，就會產生醫療服務提供的問題，這部分我認為應該要去面對。

二、今年醫院部門比去年增加大約 150 億左右，假使門、住診拆開來看，一個 55%，一個 45%，住診大概有 80 幾億，相對服務量增加後，就應有適當的病床、人員，或許不去管病床有無增加，但至少不能減少，如減少，一般服務總額要如何處理才合理？至於人員，也希望有適度的指標，增加的比例可否低於總額增加的比例。

三、在沒有比較好的方式處理前，我覺得在總額一般服務協商時，應該訂出這些指標，一般服務增加多少錢，護理人員、病床等指標都不能縮減，這部分可以考慮，沒有說專款計畫才能協定附帶條件，法規上沒有限制，希望讓協定內容更細緻，不要太粗造而讓大家認為費協會委員沒有盡到責任。

江主任委員東亮

好。

林執行秘書宜靜

一、跟委員說明，剛謝委員天仁建議建立一些數字指標是很好，不過還是要先回到總額設定公式的精神，當初總額在設定時，列有很多協商因素項目，包括引進新藥、新醫療給付項目，包括反映民眾的醫療利用率等，整個總額的設定公式是建置在民眾醫療需求有無上升，如果民眾的需求有上升，則會在總額成長率反映，這個概念希望大家放在心上。

二、如果總額設定公式將供給面因素納入，則供給增加或減少時，與民眾的醫療利用有無上升，則不一定完全相等。我們可以

建立供給面的參考指標，但供給面的增、減，不應該列為協商因素增、減的必要條件，以上先向大家說明。

謝委員天仁

這樣很糟糕，就原班人馬吃了 100 多億服務量，不合理！需求有增加要我給你錢，但人員沒有適度增加，怎麼對？兩者本身是相對等的，不可能只講這部分，其他的部分不講，如果醫界提供的服務量增加，他也會要求我給增加的預算，一樣的道理，所以兩者一定要對等去看，如果有不適當縮減醫療服務提供的問題，我覺得總額就應該反映出來。

江主任委員東亮

從某個角度來看，如果我們今天討論的是所有服務等於需要，而且滿足需要的話是可以的。不過總額之下，為什麼點值會下降，原因是我們認為提供的服務可能過多，所以會讓點值下降，好比說看病只要 5 次就好，看了 10 次，點值當然會下降。這裡面牽涉到要利用服務量來調整總額預算，當然某種程度是可以被允許，但不應該以此為主，最重要的部分應該要看整體民眾健康與緊急需求的部分，有無完善處理，所以我認為應該從品質去著眼，比直接看利用率重要，事實上利用率也是我們堅持總額的結果，為什麼點值會減少，原因在供給如果誘發需求，造成的結果點值就會下降，所以有個機制在，但是重點應該是品質。

謝委員天仁

重點在品質每個人都可接受，我要講的是一個邏輯，各位聽聽看。醫界聘人後人事成本會一直增加，為適度管控相關成本，會產生制衡的作用，例如不聘人員，所以我才說人員配置要等量增加。醫療講究品質，但是現況呈現出來的是在追求量，假使我用這種方式，不去考慮上述問題，醫界會一直追求量，所以我認為在某個角度增加其成本風險，自然在量上面就會有點煞車作用，所以這部分的規範可以考慮。

江主任委員東亮

- 一、你講的在整體生態是存在的現象，但是要如何精緻操作，其中有很多值得探討的問題，恐怕不是今年短期內可以解決。舉例來說，有關關床的事情，美國老人占率比我們多，但其每千人急性病床數少於 4 床，比我們現在還少，我們的病床還在增加中，大家可以參考剛提供的協商參考指標，急性病床每年還以 0.8% 成長，所以可能要去瞭解整體生態系統的變化。因為協商是以一年為期，但整體生態變化也許需要 5 年，精算 5 年醫療費用支出時，應該把整體生態的變化列入估算，但我們現在沒有。
- 二、還有些情況，舉例來說，醫學中心平均住院日一直下降，住院日下降其實代表某些意義，就是病床應該減少才對，但是現在醫學中心也沒有減床。有些我稱為升等的現象，例如原先在區域醫院看診的，跑到醫學中心，像坐飛機一樣，艙等不同，這部分又牽涉民眾對不同等級的看法，是很複雜的生態系統。我認為這部分不應列為每年協商考慮，不然大家腦中的變項、參數會太多，但長期而言，5 年、10 年，應該要把整體現象重新回歸討論，這是基期需要考慮的問題。
- 三、如果大家沒有異議，就維持原來的甲案，可以嗎？(未有委員反對)接下來進行下一案。

伍、討論事項第二案「102 年度總額協商程序案」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

對協商而言有三個非常基本的要素，第一，要知道誰跟誰協商。我很清楚大家不是跟主席協商，本會是委員制，是委員跟委員協商。參考本會組織規程及目前的健保法，付費者與專家學者、相關主管機關代表都屬於付費者，所以應該是付費者與醫療服務提供者之間的協商，大家可否依循過去協商的方式認定，並予以確認沿用？

何委員語

- 一、我一直搞不懂，付費者是付錢給健保局，並不是給醫院，既然這樣，當然是跟健保局協商。
- 二、現在的做法是健保局列表，建議這個給 10 億、那個給 20 億、30 億，要我們拿劍與醫界代表廝殺，這是很不合理的法令，應該推翻，向誰買東西，當然就跟對方殺價，怎會是跟另一個出貨的人殺價？不知道其他付費者代表心裡的感想，我們跟醫界又無冤無仇，從來都不大認識，好像你們丟一個蘋果出來，讓我們去搶、殺來殺去，這樣不對，這是恐怖、獨裁的法律，而且不人道。
- 三、坦白說，從參加費協會到現在，我一直認為我們應該跟健保局協商，因為我們付錢給健保局，當然跟他協商。而非健保局、衛生署編列多少費用後，又要我們跟醫療服務提供者協商，醫界是向健保局申請費用，不是跟我們。

陳特助瑞瑛(陳委員明豐代理人)

贊成何委員語的意見。我在幾年前就提過，因為付費者要向健保局買醫療，要買怎樣的醫療，就付多少錢，所以真的不用跟醫界協商。

謝委員天仁

- 一、站在保險的角度，何委員的說法是正確的，比如向保險公司買保險，並不會要你去跟幫你修車的車廠議價。但問題是，我國的健保結構比較特殊，健保局是行政機關，付費者要得到甚麼醫療，健保局是站在中間執行的立場，即是代理人，所以不敢越俎代庖，怕買不好會被付費者罵，所以要我們自己去買、去談，現行法規的結構是這樣的情況，與私人保險的結構有點出入，所以何委員會有這樣的感覺很正常。
- 二、但我們不懂醫療，懂醫療的是健保局，健保局不去跟醫界談那些不對、那些要砍，而要我們外行的去跟醫界談，就某個角度，當然健保局的行政責任就降低，執行上有甚麼問題，我們也難以追究責任。

江主任委員東亮

現行法規是這樣。

何委員語

補充一下，要付錢者去跟醫界談，權責不符。我們只付錢，談預算時又站在劣勢，因為你們政府把預算都編好，我們又沒有權力決定給不給，只列出幾個專案，要我們在那邊與醫界殺來殺去。假如法律明定，醫院做得不好，付費者只要決議關門就得關門，這樣權責分明，我就同意跟醫界談。如果人家做得好，就要付相對的錢，付的錢醫界不滿意，當然做得不好。一旦做得不好，處罰的權責又不在付費者，我們沒有權力，只有付錢的義務，講價也講輸人，這樣哪有辦法要醫界做好。

江主任委員東亮

這些大前提我們沒辦法改變，不過可以從另一方面思考，假設健保局是付費者的律師，所以要律師先跟對方的律師談判，這是另一個觀點。不過在目前的法令與結構下，基本上大家是否同意我剛才所提，按照過去的習慣方式認定，也許未來的健保會會有些許改變。

何委員語

未來更嚴重，付費者 14 位，只能推 9 位去跟醫界談，另外 5 位心理會很不滿，認為我也是付費者為什麼不能談？會讓另外 5 位再拿刀子殺其餘 9 位。

許委員怡欣

何委員語剛剛講的，也是我想很久的事情，國外的健保機構怎麼做，他們的健保費中有 10~20% 是行政管理費用，就是拿去處理何委員講的相關談判事宜。可是我國的健保費全部都用在醫療費用，並沒有多花行政經費來處理這些事。何委員所提，我覺得是個很好的方向，不過如果以後要這樣做，同樣需要撥出相對金額給健保局去操作、執行。

江主任委員東亮

這個我也有意見，但是就不表達，只是跟大家說，根據現行的法令，是不是...

謝委員武吉

主席！拜託，才剛講完你一下就忘記了！我要回應許委員怡欣。聽說新任的醫管協會理事長會正式行文費協會，要編列行政管理費用。

江主任委員東亮

如果要把 20% 的錢拿去做行政費用，醫院會拿更少錢，不要採行美國那一套。韓國就是因為把各種社會保險統一後，行政費用從 16% 降到 4%，對我們來講，才是真的把錢用在刀口上。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

一、其實真的要感謝健保局，行政管理費用創舉世最低，好像是健保局的行政管理費用僅占健保總預算 1%~2%，相對於美國的保險公司行政管理費動輒占保險費用之 10~20%，健保局節約的能力實在驚人。因為，假如按照美國的保險公司標準，

健保局行政管理費的預算可以增加 10~15 倍。

- 二、但醫療提供者也希望健保局有時能替我們主持公道，不要老是只站在付費者那邊，公務人員應該要對兩邊予以客觀關注，有利及不利都要相同注意，對於真正合理的醫療支出，請健保局能夠秉公處理。

江主任委員東亮

- 一、現在的做法是健保局先跟醫界談，理論上應該先跟付費者談，再去跟醫界談，這就是為什麼何委員語覺得在後段就不能做事，因為不是他先談。以座位來看，付費者包括左側這邊，醫療服務提供者是右側這邊，這是第一個要素，誰跟誰談要先分清楚。
- 二、第二個要素就是協商時，每年都有固定的工作要做，所以要在時間內完成，不能沒有時間限制。過去協商時間列在擬辦第一點，其中註 2「各部門協商時間若確需延長，以不超過該『部門預算協商』時間之 50%為限」。對此，有部分委員反映，去年協商 B、C 肝計畫預算不足案的時間過長，我想可否遵守協商時間的限制，時間到了就停止。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

- 一、關於時間的限制，希望能夠放寬，建議增加註 3，若徵得委員會同意，可以做第二輪協商。因為費協會的職掌就是協商總額，很多委員參與那麼多年，對協商都相當有經驗，我們不希望每次都沒有結果、協商破裂，然後送署裁決，這對費協會的功能有損害。
- 二、其實國外任何協商，例如我們與美國 FTA 談判，都是一輪、二輪，全世界的談判都是這樣。現在我們好像在考試，時間到了就終止，最多增加 50%的時間，應該雙方在精簡的時間內將意見充分表達，但假如有共同意願時，也可以延長，不要有太嚴格限制。

黃委員偉堯

- 一、主席、各位委員，我的建議剛好相反，我覺得附註 2 應該刪掉，時間到了就停止。原因是去年在討論時間時，記得當時大家的結論是將討論時間往前挪。所以才會在會前辦理醫界與付費者互相溝通的會前會，已經把深入討論的時間往前移。
- 二、有關協商時間，若我沒有記錯的話，當時認為該時段主要用來議定總額成長率，因為在協商時，要馬上對任何問題提出佐證資料或新方案很困難，所以去年討論時，是把雙方討論的時間提到前面辦理。

江主任委員東亮

在議程資料第 46 頁(二)進行原則的第 2 點，請林執行秘書補充說明。

林執行秘書宜靜

- 一、有關黃委員偉堯所提，議程資料第 44 頁列有去年度的協商工作計畫表，會在 9 月協商前安排相關會前會/座談會，以往均辦理一場付費者與健保局的會前會，去年增加一場醫界與付費者的溝通座談會，希望醫界說明所提的相關方案、計算過程、預算估列原則、預期達到目標等，都可在這場座談會中充分溝通。
- 二、剛剛提到協商時間，請參看第 42 頁協商時間的註 2，各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之 50%，係指表列第 4 欄所指「部門之預算協商」時間，例如醫院部門是 45 分鐘，若要延長，最多延長 23 分鐘。議程擬辦所列，是過去 5 年來沿用的時間表，依去年協商節奏，其實已經屬很緊迫的狀態。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

假如協商時間要這樣定，可以，但有無可能經委員會討論後，還可以有第二輪的機會。

江主任委員東亮

請謝委員天仁。

謝委員天仁

沒有人這樣做，若是這樣，前面所訂的原則就全部被摧毀，想怎麼談就怎麼談，到最後就沒有效率。照規矩大家交換意見，不行，就交給衛生署逕行裁決。

江主任委員東亮

可否這樣？請謝委員武吉。

謝委員武吉

擬辦一的註1「付費者委員包含：保險付費者代表與專家學者、相關主管機關代表」，我感到很奇怪，我們要的話就把它釐清楚，專家學者專什麼家、學什麼者，政府代表就是政府代表，要分清楚，不能將魚和蝦攪在一起。

江主任委員東亮

針對本案，過去都是這樣，各位覺得需要改變嗎？

謝委員武吉

有需要，要革新才能夠改進啊！

江主任委員東亮

是否要進行表決？

謝委員天仁

如果要改，是不是等二代健保啟動後再改，現在就照這規矩做就好。

江主任委員東亮

我也是這麼認為。

謝委員天仁

因為現在沒有分，我們以前也都這樣做。

江主任委員東亮

對，就照慣例。

謝委員武吉

還有，議程資料第 41 頁第 5 點，協商時不能將醫界趕出會場，醫界也是付費者，我們也要繳健保費，看病也要排隊，所以也同樣是付費者，開會時不能要醫界的人出場。

江主任委員東亮

協商時區別誰是誰很重要，當醫界繳納健保費時，身分是被保險人，但協商時被保險人代表的身分是由這邊的付費者委員擔任，你們的身分已經不是代表付費者，就好像謝委員武吉協商時代表社區醫院，而不是代表醫師公會，也不是代表護理人員，這是很明白的事情，我也付健保費，但現在的身分是主席，主席在協商中，是沒有權力的。

謝委員武吉

你講得確實很對，但是我剛才所提付費者委員包含哪幾項，現在將之合在一起，就與你剛才講的意思不一樣。

江主任委員東亮

請何委員語。

何委員語

主席，我支持謝委員的意見。

江主任委員東亮

哪一位謝委員？

何委員語

謝委員武吉。協商時我們不可以請醫界代表離開，但我在此正式提議，付費者跑到別間會議室協商時，我們沒有邀請你，你不可以進來。若是這樣，我同意在此會場協商時，不可以請醫界代表離開。

謝委員天仁

連這個都在爭執，有點莫名其妙，這是大家互相尊重的問題。若醫界部門的人比較少，讓我們 10 幾位付費者代表跑到別間會議室，可能需要 5~10 分鐘，為節省時間，所以請醫界代表移動，以免耽擱，大家互相尊重，沒有說趕出去，是請大家幫忙，給我們一個空間交換意見，讓協商更有效率，不要看得那麼嚴重。

江主任委員東亮

- 一、這點我們有考慮到，會準備小討論室。
- 二、本案就這樣處理，協商時間維持過去規定。依去年的實際經驗，各部門大概都在加上「部門之預算協商」50%的時間左右結束，還有提早 20 分鐘的。
- 三、提醒大家一個非常重要的要素，協商就是要有時間限制，請大家在預定時間內完成，這是第二個要素。第三個要素是，雙方協商時，如果沒有辦法達成共識，好比付費者與醫療提供者沒有辦法達成共識，就雙案併陳。但若付費者或醫療提供者內部沒有共識，就會有問題，可能有 2 案、3 案，這時是否這 2 案、3 案對另一方來說，都有同等效力？還是各方內部要協調提出共識方案。此部分在議程資料的擬辦二，協商未達共識之做法(一)及(二)，其中(二)所提係指，雖然付費者是與總額部門協商，但醫院部門包含護理、藥界代表，可能也會有與醫院代表不同的意見，因此，不只付費者內部有不同意見，醫療提供者內部也可能有不同意見，因此建議，最好雙方各提出一個方案，如果有兩個方案，表示兩案同等重要，此部分請大家討論，能否依照擬辦二所列原則？請謝委員天仁。

謝委員天仁

協商本身要漸漸收斂，而非爭議越來越多。如果總額部門提了 5、6 個案，付費者怎麼跟他協商？理論上應該形成一個共識方案。相同地付費者代表也一樣，如果 18 位付費者，每位都提出 1 個

方案，要署長怎麼裁！

江主任委員東亮

18 個方案同等重要。

謝委員天仁

對，如果這樣，協商會沒有效率。付費者跟總額部門代表一樣，需收斂意見，整合一個方案，這樣才能讓衛生署瞭解，總額部門與付費者代表對方案的共識為何，最後衛生署才能做決定，不然如果提出 18 個方案，主委可能要丟銅板決定。

江主任委員東亮

不會，主委會坐在這邊。

謝委員天仁

不是，是署長可能要丟銅板，這就變得很奇怪。

江主任委員東亮

- 一、各位對這樣的建議有無意見？如果可以的話，就列入擬辦二的原則，這可以解決團體內部不一致的現象，至於各團體內部要以何種方式達成共識，不在我們的規範範圍。
- 二、擬辦三，對於提議增減協商項目之規範，剛剛有討論過，謝委員天仁有提出一些增、減項，陳委員錦煌也有提出，病床減了，預算是否也應刪減，此部分我認為不需要在年度協商時處理，這個基本的原則，應該放在整個協商的大原則下，好比說，引進新藥所以增加預算，但舊藥離開市場，是否也應該把舊藥的錢扣除，諸如此類，恐怕不在我們年度協商時處理，可否建請健保局或衛生署健保小組對此部分提出研究案，然後我們再討論。
- 三、最後擬辦四，建議其餘之總額協商程序比照 101 年度模式，可以嗎？(委員點頭)。

何委員語

建請健保局針對聘請國際護理勞動力的議題進行研究，若可行就應推動，向馬總統建議也可。

張副秘書長孟源(李委員明濱代理人)

附議何委員語，研究全世界護理勞動力外，並請研究醫師勞動力，對台灣醫師與美國、歐洲醫師進行比較，我們的醫療水準、素質不會比他們差，但我們醫師看個門診「診察費」給付 200 多元，比剪頭髮還便宜，這也要研究。

江主任委員東亮

我還建議研究醫師的失業率，在義大利醫師的失業率很高。

謝委員武吉

不可厚此薄彼，我建議應研究所有醫事人員，聽說新的醫管學會理事長堅持一定要有行政人員的費用，所以總額應納入行政人員的費用，也要計算出來。

江主任委員東亮

等理事長送公文到健保局再說。

謝委員天仁

抱歉，這個話一定要講。剛剛何委員語與陳委員錦煌提到外籍的照護人員，我基本上反對，我們失業率這麼高，事實上不是聘不到人員，你看彰化秀傳醫院條件一拉高後，聽說很多人去應徵，不是不願意做，而是待遇與負擔不成比例。我覺得這不是費協會的權責，我們沒有必要討論這個議題。

陳委員錦煌

剛剛的意思是，現在台灣社會確實請不到護理人員，我們想盡辦法，引進有護士執照的外籍人員來幫忙，我在工會服務，提出引進外勞，回去會被罵，但已經沒辦法。我生氣為何 23 萬名護士，只有 13 萬名執業，還有 10 多萬護士不做，那註銷護理執照好了。你不能說這樣不行，在座只有我有職業駕駛執照可以開計程車，

因為我是駕駛工會，每滿 3 年審驗一次，逾一年以上未審驗者，就註銷駕駛執照，剛剛他們說護士不能註銷執照，為何不行？我強調應該要一樣。

江主任委員東亮

醫生也一樣。

何委員語

提出研究案是比較緩和的策略，因為衛生署「護理改革--近中程計畫」有訂出 10 大策略，應該增加第 11 項，聘請外籍護理勞動力，另外教育部已經推動，因應護理科技大學招不到學生，與東南亞大學合作開辦護理科系，前兩年在當地上課，後兩年來台灣上課，之後在台灣實習一年，這些人可以留在台灣執業，也解決科技大學招不到學生的困難。這部分可以與教育部整體研究，所以我才提出研究案的建議，醫界應該提案給勞委會職訓局，我是國際勞動力諮詢委員，會幫你提案讓政府開放。

陳委員玉枝

一、剛剛委員的意見，有針對現在領執照而沒有執業的人員，因為護理師護士公會全聯會進行很多探討，已提供建議給衛生署，所以衛生署的策略中，有好幾項是要把有執照的護理人員找回，如找不回還有其他做法，所以贊成進行研究，但第一優先還是要把國內有執照的護理人員找回來。

二、謝委員武吉一直說我們沒有研究，我們有探討研究，並提出建議給衛生署，才會形成改善策略，今天因為委員會並沒有要提出報告，所以才未說明，藉此機會回應。

謝委員武吉

請將研究發表出來讓大家看。

江主任委員東亮

請將研究發表。還是請衛生署對於解決「護理人力荒」進行研究

時一併討論。請蔡理事明宗。

蔡理事明忠(陳委員宗獻代理人)

剛剛提到秀傳醫院，讓大家知道一下情況，秀傳醫院有增加護理人力，但分析其來源，可能是從台北的現行從業人員回流到彰化，並非將原本不在職場的護理人員拉回，這現象是醫院間的流動，換句話說，原本在台北的人員，發現回到彰化工作不錯，所以回歸故鄉。

陳委員玉枝

他們的護理主任有講，有的可能是離職帶孩子，當孩子稍微大些，看到薪資不錯所以又回籠的也有。

江主任委員東亮

本案討論到此。

陸、討論事項第三案「中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫案(草案)」與會人員發言實錄

江主任委員東亮

現在已經 12 點 25 分，還有一個中醫的討論案，請問中醫師代表孫委員茂峰，本案可否移為下次委員會議的討論事項第一案？

陳委員錦煌

- 一、不要啦，再拖下去也不是辦法。提案人孫委員茂峰，依我看本案提錯地方，應該提到衛生署中醫藥委員會才對。怎麼可能用全民健保的 1 億 2 千萬元支付品質提升計畫，健保費用是要用在購買生病者的醫療及用藥，若要用於提升中醫師水準，是不可能的事情。
- 二、去年總額協商是楊教授銘欽擔任主委，當初 1 億 2 千萬是扣留起來，現在也不能給。我最記得謝委員天仁在 B、C 肝預算不足要再增加時，就不同意給，總額分配有這樣的規定，不能違例。本案要增加預算，我有意見，醫師訓練不可以由健保費支付，要就拿衛生署的公務預算，請中醫藥委員會補助 5 億、10 億我都沒意見，但若要拿健保的錢，一定反對，本案不要再保留了。

葉委員宗義

本案只是草案，應該經過他們的理監事會定案後才提過來，要委員會審查草案，程序不合，我想本案先擱置。

孫委員茂峰

這是衛生署核定的內容，中醫專款項目增列「建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」，全年經費 120 百萬元；計畫須經費協會同意之後，方可動支該筆預算，且應按季分配，並依計畫導入實施季別。所以我們就本案提出報告，屬行政程序。

陳委員錦煌

主委，尊重他的發言，但是先跟你說抱歉，衛生署若要做這些事情，可以自己給錢，1 億 2 千萬有什麼關係，衛生署有錢啊！但我是付費者代表，要來看顧 5,000 多億的健保費，中醫要用在買藥、看病，怎麼花都沒關係，但訓練的費用不可以動用健保的錢。

江主任委員東亮

我們過去有給過訓練的錢嗎？其他部門也沒有？

陳委員錦煌

西醫部門的專科醫師訓練我們是否也要補助？中醫師取得博士學位我們是否也要補助？不要來這套，本案不通過。

謝委員天仁

- 一、其實本案付費者委員不適合討論，去年協定中醫門診總額時，付費者有兩個方案，一個減 2.22 億，一個減 14.78 億，都是減項，報衛生署裁決後，又核下來 1.2 億做為「建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」，這兩部分是接在一起的，當初衛生署就核減 1 億就好，我沒意見，這是你的權限，不敢核，又要我們來表決，在座的每位幾乎都有表達過意見，問你同不同意減 2.2 億，最勇敢的陳委員錦煌說要減 14.78 億，現在又要我吐 1.2 億給中醫，這樣有沒有圖利的問題？
- 二、中醫師公會提出本案，說實話增加我們的困擾，去年度大家都知道類流感的問題，我們也在今年度的總額適度調整，總額本來就是額度內互相調節，硬要在年中多個品質提升計畫，我認為這樣會有責任問題，付費者代表沒有辦法面對這個問題。
- 三、現在法官的膽都被人割了，若本案可成立，是否也要有個外科標準作業程序及品質提升計畫案？這不合理。
- 四、目前各部門總額點值最好的是哪個部門？中醫部門不好嗎？已經這麼好了，醫院點值這麼糟，西醫基層的點值也沒有中

醫好，為什麼還來要這 1.2 億，交代得過去嗎？醫療資源是這樣浪費的嗎？

孫委員茂峰

謝謝幾位付費者委員的發言。剛剛強調一件事，我們其實是按照行政程序，是因為署先前做這樣的裁決，當然我們也就盡所有努力，希望能在這部分有所發揮，爭取大家的認同。如果付費者委員覺得不適當，可否在本會議建議本案請署逕行裁決，署的裁決我們都接受，也讓我們對會員有交代，可否做成這樣的建議？

江主任委員東亮

我覺得如果要建議署逕行裁決，依據本會會議規範，應是雙方對特定費用協商未達共識，所以就併陳由署裁決，署的任何決定就是定案。但我聽剛才付費者代表的意見是對本案的內容，特別是陳委員錦煌，表示不能接受，所以付費者是不同意。若要送署裁決，就是中醫要堅持提案，但若要擱置，我覺得也可以。今天如果要繼續進行討論，則需請梁組長淑政說明衛生署的立場。

梁組長淑政

- 一、署在裁定 101 年中醫門診總額時，已經寫得很明白，保留「建立中醫門診總額傷科標準作業程序及品質提升計畫」預算 1.2 億，但計畫內容須經費協會同意，誠如謝委員天仁所言，在傷科這部分，因為供給改變，造成服務量下降，所以已將這部分費用扣減下來，但中醫的訴求是為提升針灸傷科品質，這兩個是不同的方向。
- 二、因專款部分有保留 1.2 億，看委員會針對中醫部門所提的計畫，是否為付費者認為應該要買的服務內容來討論，若同意，當然就可動支，所以現在應該是針對計畫內容討論。委員有表示對本計畫較偏向訓練部分，有些疑問。衛生署在核定時，已述明該預算是否可動支，須經費協會討論通過。

江主任委員東亮

衛生署怎麼保留預算，只有費協會可以保留預算。

陳委員錦煌

- 一、就衛生署給錢就好。我來自民間，來監督全民健保費用，你當官的，不能拿我要買醫療、買藥的錢拿去支付訓練費用。訓練的錢要由政府編列公務預算，這麼多單位的訓練都要健保付錢，對全民怎麼交代！不能這樣。
- 二、衛生署都怕立法委員，費協會決議推拿助理退出中醫診所，也沒有尊重我們，結果衛生署將期限延長到年底，說個比較抱歉的話，中醫師都看推拿吃飯嗎？推拿若退出，你們中醫師就沒得看嗎？你們中醫師也很有骨氣，很有道義，帶推拿師來抗爭，合理嗎？那謝委員武吉的醫院也應該帶人來抗爭。
- 三、請衛生署看一下，這是來要訓練的錢，不是中醫師診察、處置、藥費等，所以要刪掉。99年14.78億，這條錢沒扣下來，我到現在還耿耿於懷，坦白講還不太爽快，為了本案，頭髮不知白了多少。今天要增加1.2億作為訓練費用，若要同意，我有意見。做事情要留給人探聽，發言都有上網，百姓都會看，中醫會被笑死。中醫師公會若要訓練，可以向衛生署爭取經費辦理教育認證，但是不能用健保的錢。

江主任委員東亮

請謝委員武吉。

謝委員武吉

被點名，沒辦法一定要講。到現在為止，對健保局無法諒解的事是，我們17家醫院，包括區域、地區醫院被健保局扣好幾億，還移送法辦、停業，你看多淒慘，為什麼一國兩制，還是一國三制！要跟我們說清楚，本案若通過，拜託，我們那些案子也要依此辦理，還給我們，才合情、合理、公平、公正，這樣達成一個目標制，不然為什麼一國可以多制？這是我不能接受的事情。剛剛有說地區醫院護理工作同仁留任不容易，為何不能編列預算1.2億給

社區醫院協會研究，我們也可以辦理教育。

孫委員茂峰

- 一、謝謝主委，也謝謝委員對於中醫界的關心與鞭策，我們都虛心接受，但對剛剛陳委員錦煌所提的一定要澄清，因涉及中醫界的名譽。這一次衛生署裁決民俗調理人員留用在中醫醫療院所的緩衝期延至今年底，事實上中醫師公會全聯會邀請楊前署長志良召開記者會時，已表明立場，不希望這些所謂的調理人員留在中醫院所，這部分媒體都有大幅報導。至於這5、6萬人，如何運用他們的政治力，我們不知道。我們已經在衛生署召開的會議中，強烈表達中醫界的立場，我們要的是合法的醫事人員，也召開記者會，並且發聲明稿，指出衛生主管機關的責任應該指導民眾正確辨別醫療行為與民俗調理，並且明確建立區分制度。這點一定要跟委員說明。
- 二、對於衛生署99年6月4日基於情理法同意調理人員留任至101年4月30日，本會敬表同意。但對於行政主管機關的裁量，造成民眾可能混淆或影響就醫權益的事情，深表遺憾與不贊成。這樣的聲明，在楊前署長志良的支持下，已經對外宣告社會各界，希望把民俗調理與中醫醫療行為區分清楚，但署最後還是裁決民俗調理人員可繼續留任至年底。怎會是中醫界帶領什麼人去抗爭，我們沒有做這樣的事情

陳委員錦煌

孫委員茂峰，我沒有說理事長帶隊，是陳常務理事帶推拿人員去衛生署抗爭，電視與新聞都有報導。理事長沒有帶隊，但是你的幹部帶隊就不對。有執照的醫師帶沒有執照的人去抗爭，這樣不好。

孫委員茂峰

是地方公會的常務理事，不是全聯會的常務理事，這點跟您澄清。

陳委員錦煌

那是那裡的？

孫委員茂峰

台北市中醫師公會的陳常務理事。

陳委員錦煌

對，有這件事吧，陳常務理事帶推拿人員到衛生署抗爭。

孫委員茂峰

一個團體中總有 1、2 位意見不同的聲音，但多數的決定已經在記者會中對社會大眾宣布。我們團體已經表達自我往上提升的立場，請委員不要用 1、2 位的個別行為來代表整個中醫界，感謝指正。

陳委員錦煌

孫委員茂峰，因為他是你們的常務理事。

孫委員茂峰

他是地方公會的常務理事，不是全聯會。

陳委員錦煌

哪有醫師帶人抗爭，我第一次遇到。

江主任委員東亮

本案確定付費者代表不同意本項預算之動支，惟衛生署若認為中醫傷科標準作業程序之建立、認證及教育訓練有其必要，則可考慮給予公務預算補助。

陳委員錦煌

報告主委，很簡單，只要不要用到全民健保的錢，其餘要誰補助與我無關。

謝委員武吉

還有我剛剛講的，我們 17 家醫院包括區域醫院、地區醫院、基層

診所，被健保局扣的幾億，是否也應吐出來還我們。中醫推拿本來4月就要停止，結果延到12月，同樣的醫療法，為何我們要受到不公平待遇？

江主任委員東亮

對不起，你講的我聽進去了，但這是中醫的議案，我們先這樣決議，可以嗎？

孫委員茂峰

請問主席，施特別顧問純全可以發言嗎？

江主任委員東亮

請。

施特別顧問純全

主席、各位委員，我想本案不是訓練計畫，它是品質提升計畫。若衛生署認為是訓練計畫，就不會移到費協會討論。因為當初送署裁決時，我們與付費者代表在減項部分的意見並不一致，署也裁了。本計畫若無法達成共識，應該兩案送署裁定。

江主任委員東亮

每個部門都有品質保證保留款，顯然這一項，根據剛剛衛生署梁組長所說，並不包含在品質保證保留款中。現在的問題是錢該從哪個部分來，若從專款，則會有不同意見。中醫建議兩案併陳，付費者代表願意嗎？

謝委員天仁

因為本案走的是署交辦的協商程序，程序無妨，就照協商，中醫提的案子，我們這邊不同意，若要報署，剛剛主席建議的文字都要留下來。

江主任委員東亮

可以嗎？(未有委員反對)那就併案報署。中醫界的案子就是按照提案，付費者沒有別的案子，就是不同意，可以嗎？

陳委員錦煌

詢問一下，現在是不同意嗎？

江主任委員東亮

不同意。

陳委員錦煌

中醫提出認證訓練的問題，我們希望它找衛生署編列預算。

江主任委員東亮

第一點，付費者表示不同意本案預算之動支。第二點，中醫傷科標準作業程序之建立、認證及教育訓練，若衛生署認為確有必要，建議由公務預算逕予補助，可以嗎？

林執行秘書宜靜

建議我們可能不是兩案併陳的方式，目前決議應該是審議不通過，另依照本會會議規範第 11 點，針對醫療費用的議案，若經過充分協商結果，醫界代表團體有異議的話，將其意見併案報由主管機關逕行裁決，所以會把中醫界的意見送署，但原則上應該不是兩案併陳。

江主任委員東亮

原則就是不同意動支，這很清楚。

陳委員錦煌

主席辛苦了。

江主任委員東亮

不會啦，這樣好嗎？今天會議到此，沒有臨時動議，謝謝大家。