

衛生福利部 106 年度勞務採購研究計畫

106 年度「探討與評估護病比法制化計畫」

成 果 報 告

執行機構：中華民國護理師護士公會全國聯合會

計畫主持人：盧美秀

協同主持人：高靖秋 林秋芬

研究人員：曾修儀

研究助理：許粹珮

本年度計畫：自 106 年 01 月 24 日至 106 年 6 月 23 日止

* 本研究報告僅供參考，不代表本部意見，依合約之規

定：如對媒體發布研究成果應事先徵求本部同意*

目 錄	頁 碼
圖次	II
表次	III
附錄次	IV
壹、前言	1
貳、研究目的	2
參、文獻查證	2
肆、研究方法	11
伍、結論與建議	56
陸、參考文獻	63
致謝	62
附錄	67

圖次	頁碼
圖一 研究過程	14
圖二 工作小組討論護病比法制化相關方案之流程	15

表 次		頁 碼
表一	澳洲維多利亞郡護病比	6
表二	昆士蘭省護病比	6
表三	美國加州護病比	7
表四	日本 2016 年修定後之病棟別病房支付點數一覽表	9
表五	新加坡護病比	9
表六	各國護病比立法現況	10
表七	護病比法制化工作小組成員名單	11
表八	護病比規範置於不同法規之優缺點分析	12
表九	護病比法制化工作小組成員之工作分配	15
表十	第一次工作小組分組會議分析	16
	護病比立於不同法規之優缺點評估與建議	
表十一	第一次專家焦點團體會議 與會專家	20
表十二	醫療機構設置標準附表(一)	24
	綜合醫院、醫院設置標準表修正	
表十三	第二次專家焦點團體會議 與會專家	25
表十四	經驗分享研討會舉辦時間與地點	30
表十五	中區公聽會發言實錄	31
表十六	東區公聽會發言實錄	33
表十七	南區公聽會發言實錄	37
表十八	北區公聽會發言實錄	48
表十九	公聽會對於每項提案之投票結果及建議內容	54

附錄次		頁 碼
附錄一	護病比法制化計劃案簡介	67
附錄二	第一次工作小組會議紀錄	73
附錄三	第一次工作小組內會議紀錄	76
附錄四	第二次工作小組會議紀錄	80
附錄五	第二次工作小組內會議紀錄	82
附錄六	衛福部核定專家名單	87
附錄七	第一次專家焦點團體會議資料	89
附錄八	第一次專家焦點團體會議紀錄	99
附錄九	第二次專家焦點團體會議資料	108
附錄十	第二次專家焦點團體會議紀錄	113
附錄十一	公聽會簡報	123

壹、前言

為改善護理人員執業環境，減輕工作負荷，衛生福利部自 101 年 5 月推動護理改革計畫，其中改善護病比相關策略包含，於 104 年將全日平均護病比正式納入醫院評鑑(醫學中心 $\leq 1:9$ 且白班平均護病比 $\leq 1:7$ 、區域醫院 $\leq 1:12$ 、地區醫院 1:15)；中央健康保險署亦於 104 年擴大辦理護病比連動給付機制，將 20 億元移列至健保總額之一般服務項下，用於調增住院護理費支付及與護病比連動，鼓勵醫院改善護理人員執業環境，使護病比優於評鑑基準，依各醫院每月「全日平均護病比」達成情形，予加成給付 9%至 11%之住院護理費。

經查國外已有部分國家將護病比入法與資訊公開化，如美國加州於 2002 年公布「安全護病比」法案，於 2004 年 1 月 1 日施行。澳洲維多利亞於 2000 年、昆士蘭於 2016 年制訂並實施護病比。日本自 2006 年推動護病比與住院診療報酬制度連動(訂定醫院之一般病房護病比住院費之各支付標準)及英國規定公立醫院定期上傳與公開病房相關資訊(如開床數、占床率、護病比等資訊)等。

衛生福利部參考立法委員召開之護病比入法公聽會，團體與學者皆建議可朝護病比法制化努力，惟對入法之意見不同，如建議修訂醫療法、醫療機構設置標準或全民健保法等。為進一步收集相關團體與專家學者意見、建立溝通並參考國外護病比法制化制度，以研擬護病比法制化相關方案與護病比法制草案，爰擬辦理本計畫。

貳、研究目的

(一)所要達成之目標

- 1.收集相關團體與專家學者對護病比法制化之意見。
- 2.研擬護病比法制化相關方案與護病比法制化草案。

(二)所要完成之工作專案

- 1.成立護病比法制化工作小組：工作小組會議至少召開 2 次。
- 2.辦理 2 場專家學者焦點團體座談會議。
- 3.辦理北、中、南、東區公聽會收集相關意見。
- 4.收集與整合公聽會後意見，完成「護病比法制化」建議案。

參、文獻查證

全民健保制度實施以來，各層級醫院在經營成本考量下，醫院紛紛限縮護理人力，致使護理人力配置不當，照顧病人數過多、工作時間長、責任重壓力大，惡性循環下，護理人員離職率高、執業意願低落。另外，由於各醫院住院的護病比太高，所以住院病人都需要家屬或請看護協助共同照顧病人。如果醫院能夠降低護病比，家屬就可以減少負擔，但是醫院的成本壓力可能增加，因此如何有效的設計合理的護病比，同時將增加的成本透過護理費的連動調整，是一件非常重要且急迫的事。

許多研究顯示，不合理的護病比會增加醫療疏失。護理人員照顧的病人數應該有彈性，尤其當病人的疾病嚴重度和依賴度越高時，所需的護理時數就應該增加(Jones, 2009)。合理的護病比能增進病人安全，減少異常事件發生。在美國發現，

提供較多護理人力的醫院之病人的健康結果較好，因此有學者呼籲，機構在縮減支出時，絕對不能縮減護理人力，否則將造成病人安全的危害(Hall, Doran, Bakec, Pink, Sidani, O'Brien-Pallas, & Donner, 2001)。護病比太高，不但會造成護理人員工作負荷過重、壓力太大、離職率高，更嚴重的是影響病人住院天數延長、合併症和死亡率的增加，也會造成異常事件的增加(盧，2014；Aiken et al., 2014)。張、盧、林(2010)研究發現，新進護理人員離職的主要原因，還是因為護理工作本身的特性，因為工作壓力大、照顧病人數多、工作量大、經常超時工作、護理工作項目太多、工作中所須負擔的責任很重等造成身心疲憊，因此要改善護理人力問題，一定要降低護病比。

有關照護病人數對病人安全的影響，Aiken、Clarke、Sloane、Sochalski 和 Silber(2002)研究發現，護病比標準為 1:4，若增加到 1:5 時，病人在 30 天內的死亡風險將增加 7%，若增加到 1:6 時，會出現大於 14% 的死亡風險，若增加到 1:8 時，死亡風險將增加到 31%。Shieh、Sung、Su、Tsai 和 Hsieh(2016)研究發現，72% 的護理師有下背痛情況，而有下背痛的護理師其平均工時、站立及行走時間皆較長，且工時增加 1 小時即會增加 35% 罹患下背痛之機率。建議護理師工時不應過長，也不應照顧過量病人，如此才可避免下背痛之類的肌肉骨骼疾病。梁亞文(2009)探討護理人力資源對病患照護結果之影響，結果發現護理人員與病床比每增加 1% (即每 100 床增加 1 位護理人員)，則病人異常事件的發生也跟著減少，感染率減少 16.7%，病人跌倒發生率減少 10.8%。從以上可以確認合理之護病比，能降低護理人員的職業傷害，也能提升病人照護品質與安全，因此需要積極研擬

和推動合理護病比。

一、台灣的護理人力配置狀況

根據最近研究調查(採 Likert 5 分量表)結果顯示，台灣各層級醫院現職護理人員認為「提供合理三班人力配置」和「能準時上下班」，對其是否繼續留任在醫院執業非常重要，平均值分別為 4.67 和 4.69 分(黃、余、于，2016)。目前台灣醫療機構護病比是以財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)醫院評鑑標準為準則，即 1.3.6 條文「依據病房特性配置適當護產人力」，其目的為：配置適當的護產人員，確保照護品質及病人安全，並符合政府相關法令之規定；1.3.7 條文「護理人員資格比例適當，及護理主管資格恰當能負責部門管理及行政業務」，其目的為：適當比例的護理人員具臨床經驗及專業能力，確保照護品質；2.3.6 條文「適當的護病比」，其目的為：規範護理人員的照護負荷，維護照護品質（醫策會，2016）。

2016 年醫院評鑑的各層級醫院急性一般病床之全日平均護病比規定為：地區醫院 ≤ 15 人；區域醫院 ≤ 12 人；醫學中心 ≤ 9 人，且白班平均護病比須 ≤ 7 人。護理長、護理師、護士納入護病比計算之人力；實習護士及專科護理師不列入計算。而全日平均護病比計算公式：醫院該月每一個病房之住院病人(急性一般病床床位數 \times 佔床率 $\times 3$)加總後 \div 每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總。為顧及實施全日平均護病比時，仍處於護理人力短缺狀況，於 104 至 107 年醫院實地評鑑時，醫學中心及區域醫院達成上列全日平均護病比之 90%即為符合。

二、先進國家的護病比配置情形

台灣的護病比是先進國家的 1.5—2 倍，澳洲維多利亞郡、昆士蘭省、美國加州及日本皆已立法規範護病比，尤其日本並立法推動護病比與住院醫療給付連動，積極改善護理人員工作負荷、保障病人安全，並提高照護品質(盧，2009)。

1. 澳洲

澳洲維多利亞郡於 2000 年即制定「護病比」，依不同醫院層級與日、夜班分別訂定比例，對於第一級醫院一般內外科病房，不論日班或夜班，除每種班別有 1 名負責護士外，規定第一級醫院一般內外科病房之護病比，白班和小夜都是 1:4、大夜 1:8；第二級醫院白班 1:4、小夜 1:5、大夜 1:8；第三級醫院白班 1:5、小夜 1:6、大夜 1:10。手術室則規定每一項手術均須配置刷手、流動與麻醉護士各一名；麻醉恢復室若病人處於意識不清狀態，則每班都應維持 1:1 之護病比。不過，維多利亞後來又修正公布多重商業協定(Multiple Business Agreement 2007-2011)，將第二級也列入，並分為白班、小夜與大夜班，將大夜班照護人故提高為 8-10 人(如表一)。實施護病比後，於維多利亞郡執業人數增加 3,000 多人，有臨床經驗護士之聘用增加 24.1%，也有效降低離職率，就讀護理科系人數增加 25%，民眾對該郡政府的支持度也大為提升(盧，2009；Victorian Public Health Sector, 2007)。昆士蘭省於 2016 年修訂醫院和健康局法案(Hospital and Health Boards Act)，規定護理人員白班和小夜護病比為 1:4，大夜 1:7 (表二)。

表一、澳洲維多利亞郡護病比

班別 分級	第一級	第二級	第三級
白班	1:4	1:4	1:5
小夜	1:4	1:5	1:6
大夜	1:8	1:8	1:10

表二、昆士蘭省護病比

班別	護病比
白班	1:4
小夜	1:4
大夜	1:7

2.美國加州

美國加州護理學會 (California Nurses Association, CAN)於 1992 年即提出安全護病比法案，主張護病比應受法律保護，遲至 1999 年美國加州才通過最低護病比規範，於 2002 年公布「安全護病比法案」，但正式實施則在 2004 年 1 月。實施時內／外科全日護病比為 1:6，2005 年降為 1:5，2008 年專科病房降為 1:4 (見表三)。加州在實施「安全護病比」後，加州境內執業人數增加 6 萬人(1999-2005 年)，離職率已驟減為 5%以下；各級護理校院新生人數也顯著上升，醫療機構並未因提高護理人力而導致財務緊縮或惡性倒閉，反而因護理人力充沛，使肺炎、泌尿道感染、休克及腸胃道出血發生率下降，而降低成本 (盧，2009；California Nurses Association, 2007；Needleman, Buerbaus, Steward, Zelevinsky, & Matte, 2006)。

表三、美國加州護病比

加護病房	新生兒加護病房	手術室	術後恢復室	產房	產前/待產	產後夫妻室	產後僅有婦女	小兒科	急診室	急診加護病房
1:2	1:2	1:1	1:2	1:2	1:4	1:4	1:6	1:4	1:4	1:2
急性創傷	亞急性 (initial)	亞急性 (2008)	冠心病無線觀察室 (initial)	冠心病無線觀察室 (2008)	內外科 (initial)	內外科 (2008)	其他特殊單位 (initial)	其他特殊單位 (2008)	精神科	
1:1	1:4	1:3	1:5	1:4	1:6	1:5	1:5	1:4	1:6	

*上述護病比皆為最低限制，醫院須視其疾病嚴重度增加護理人力，且書記、管理者及護理佐理員亦不列入計算比例中。

3. 日本

日本於過去十二年來，護病比例一直維持在 1:10，無論病患病情嚴重度如何，規定的住院給付皆受限在 1 名護士照護 10 名病患的給付標準，但在醫療服務的複雜度愈趨升高和住院天數日漸縮短情況下，病患需要護理專業服務的時間已大幅增加，據調查指出，其各急性醫院實際反映的護病比已達 1: 8。日本護理協會(Japan Nursing Association; JNA)自 1995 年起，每年均蒐集相關資料向政府提出護理政策建言，尤其在 2006 年，日本政府在修訂費用給付規定時，特別重視醫療照護安全性及可靠性，日本護理協會隨即把握此一有利時機，採取策略提出護病比為 1:7 的訴求(谷、林、王、呂，2007)；在日本護理協會的運作下，日本終於在 2006 年 4 月將護病比修訂為 1:7，並與住院醫療給

付連動，成功突破護理人力配置不足的困境。

日本在 2006 年修訂診療報酬，實施「7 對 1 入院基本費的報酬加算要件」。

此制度是，每一人一日入院的診療報酬的入院基本費之計算，是依護病比實質配置比、護理師與準護理師配置比率、及患者的平均住院日數三因素的基準之差異來計算給付的。當病護比達 7 比 1 時，入院基本費是入院患者每 1 人 1,555 點計(一點 10 圓)，較 10:1 護病比 (1,209 點) 高，以此類推，若護病比愈高，則給付愈少。7 比 1 之護病比定義：一般病房之總床位數依 7 比 1 的方式配置當日總上班護理人員數，醫療機構再視各單位科別病人的疾病嚴重度等，合理排班。由於此制度的導入，2006 年 5 月 1 日達到「7 對 1 病護比」的醫療機構數有 280 所，病床數有 4 萬 4831 床，但一年後的 2007 年達到「7 對 1 病護比」的醫療機關數增為 787 所，病床數有 16 萬 2730 床，這個制度似有了實質上的成果。日本逐年修定診療報酬，最近的支付點數如表四(厚勞省，2016)。日本在實施護病比與保險支付連動後，到 2011 年日本護理執業人數增加 20 萬人，護理工作年資也由 9.1 年提升到 14.8 年，病人接受到的直接護理時數也增加，護理人員逾時下班情形減少，因此病人和護理人員的滿意度均大幅提高(中央健保署，2013；衛生福利部醫事司，2013；楊，2015)。

表四、日本2016年(平成28年)修定後之病棟別病房支付點數一覽表

病棟別 點數 護病比	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟	專門 病院	障礙者 設施等	特定機能病院		
						一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟
1:7	1,591	1,591		1,591	1,588	1,599	1,599	1,350
1:10	1,332	1,332	1,271	1,332	1,329	1,339	1,339	1,278
1:13	1,121	1,121	946	1,121	1,118		1,126	951
1:15	960	960	824		978		965	868
1:18		822	735					
1:20		775	680					

註：1 點 ≡ 日幣 10 元

4.新加坡

台北市護理師護士公會安排於2011年10月21日到新加坡General Hospital 訪問，看到其護病比白班為1:4、夜班為1:6，而且2名註冊護士即配置輔助人力1人，註冊護士多能準時下班，工作快樂指數極高，非常值得仿效，表五為目前新加坡護病比狀況。

表五 新加坡護病比

精神科急性 住院病房	短期 住院病房	長期病房	身心障礙
1 : 2.5	1 : 3	1 : 4	1 : 5

綜合上述，可看見各國均已將護病比立法，總結各國之目前護病比立法現況，請見表六。

表六 各國護病比立法現況

國別	立法年度	法規名稱	法規型態
澳洲			
維多利亞省	2000	Multiple Business Agreement	法律/
昆士蘭省	2016	Hospital and Health Boards Act	法規命令
美國加州	1999	Institute for Health & Socio-Economic	法律/
		Policy_AB394 (2002 年公布安全護病比)	法規命令
日本	2006	診療報酬算定方法	法律/
		「7 對 1 入院基本費的報酬加算要件」	法規命令
英國	2010	Guidance on safe nurse staffing levels in the UK	指導手冊
台灣	2015	醫院評鑑基準	行政規則
		全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	

三、如何促進合宜護病比

2011 年盧等研究結果建議可以仿效美國加州和日本在爭取護病比的做法：(1) 提出美國、澳洲、日本等國家的護病比，強調台灣有偏高現象；(2)爭取全民健保費用協定委員會和監理委員會的支持，增加護理費給付，同時讓醫療機構相信可以得到相對較高的費用來平衡必須增加的護理人力成本；(3)向社會大眾說明，護理界是以考量病人安全為訴求降低護病比，並爭取支持；(4)掌握時機，運用巧思，拍攝生動易懂的短片，使社會大眾、民意代表及政府官員覺察到，照護病人數太多所導致的不安全衝擊；(5)邀請民意代表實地到醫院體驗各班護理人員的忙碌情形，實際體會護病比對病人照護安全及有效性的影響；(6)利用國會改選及總統選舉提出訴求，形成壓力團體並以選票換取政策支持；(7)爭取衛生行政高階主管職位，提高參與重要決策機會；(8)提出各界支持安全護病比的連署書，送交立法院與行政院衛生署，並進行政治遊說。(9)提出安全護病比立法建議。

肆、研究方法

一、研究設計

本研究採用文獻探究法、專家焦點團體座談法和公聽會的方式進行，在計畫開始初期，首先成立護病比法制化工作小組（工作小組成員請見表七），由工作小組進行文獻探究，草擬「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿，再廣納各類專家學者，含法律代表至少 1 名、醫院管理代表與護理代表各至少 3 名(衛福部核定名單詳見附錄)，透過二次焦點團體座談會彙整專家學者意見，完成「護病比法制化建議案」。為使「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」內容更加周詳，以北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。最後寫成報告後送交衛生福利部，作為未來進行護病比立法之參考。

表七 護病比法制化工作小組成員名單

姓名	職稱	服務單位
盧美秀	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
高靖秋	理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	教授	國立台北護理健康大學 護理學系
張澤芸	副理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
楊麗珠	顧問	長庚紀念醫院
陳玉枝	顧問	台北榮民總醫院護理部

二、研究對象

本研究對象為對「護病比法制化」有專長和感興趣的所有人，包括：法律專家、醫院管理者、護理人員等。研究對象透過專家焦點團體座談和公聽會的參與，提出個人的意見和看法。公聽會的邀請對象包含：立法委員、護理團體代表、醫療團體代表、醫療機構(各級醫院例如：醫學中心、區域醫院、地區醫院)、醫院護理主管和護理人員等。

三、研究工具

本研究工具為護病比法制化工作小組自擬的「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」，在計畫初期，工作小組先分析放於不同法規之優缺點，再逐步討論護病比立法之法規名稱以及法制化草案之內容等等。優缺點分析請見表八。

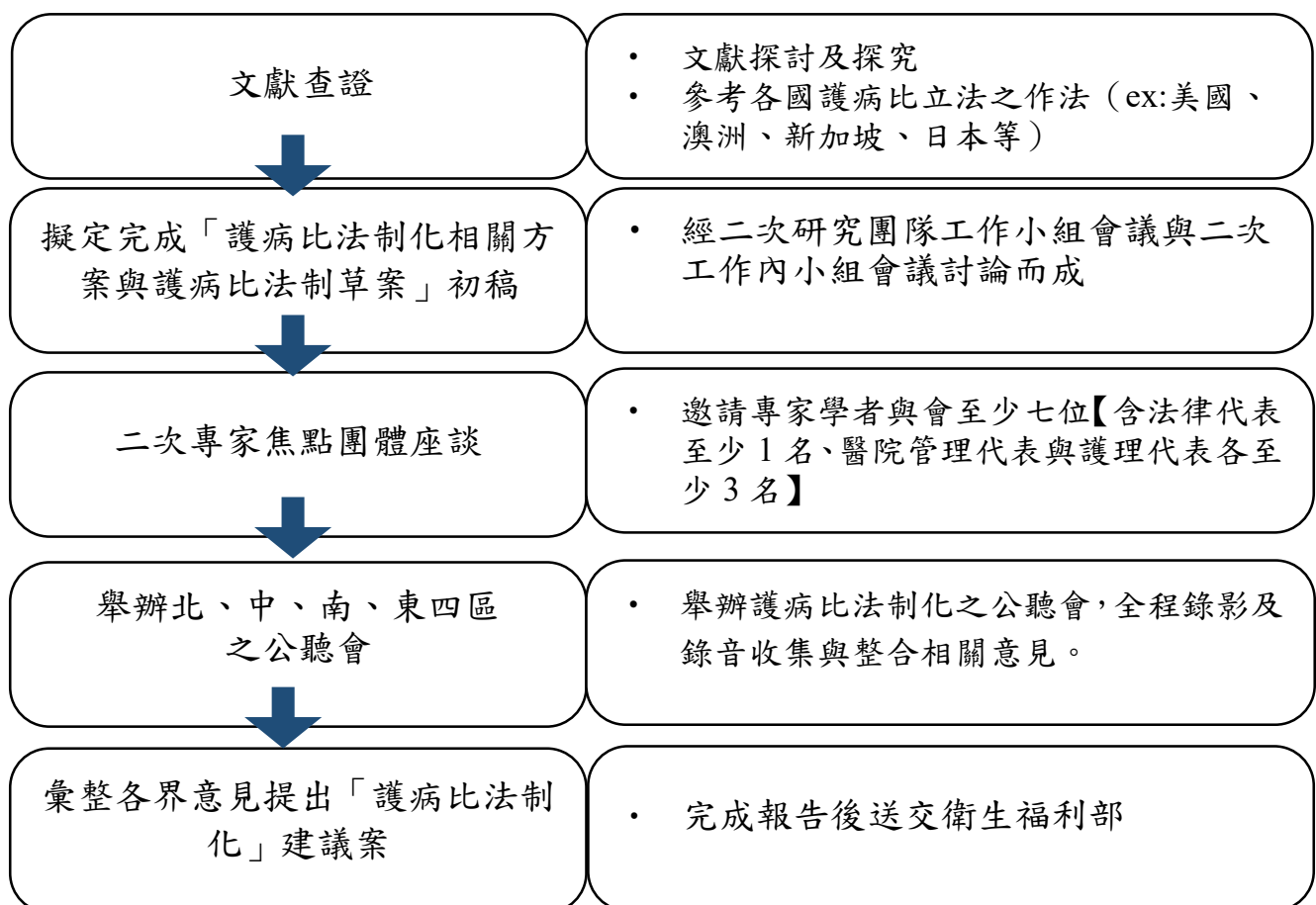
表八 護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
醫療法	1.第 12 條 第 3 項 (略) 醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。 2.第 102 條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰： 一、(略) 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。	1.不須修改醫療法條文。 2.有訂定罰則，較具拘束力。 3.授權子法(醫療機構設置標準附表一)訂定細節	1.需有主管機構配合查核方能落實 2.此法規範機構之所有醫事人力，修法不易

法規名稱	法源內容	優點	缺點
醫療機構設置標準	附表(一):綜合醫院、醫院設置標準表 附表(二):慢性醫院設置標準表 附表(三):精神科醫院設置標準表 將目前急性病房之人床比改為護病比	1.技術性、瑣碎性事項，可由子法定立 2.來自母法(醫療法)授權有拘束力	1.需有主管機構配合查核方能落實。 2.此法規範機構之所有醫事人力；必須將人床比轉換成護病比。 3.設標僅作最低標的規範。
全民健康保險法	修改第六章第 61 條 增加其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。	1.護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因。 2.可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。	
醫院評鑑基準	2.3.5 適當的護病比 附加規定「每月公布護病比」	與健保給付勾稽，較具約束力	單一以醫院評鑑規定未與給付連動，缺少誘因。
全民健康保險法+醫院評鑑基準	1.修改全民健康保險法第六章第 61 條 增加其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。 2.醫院評鑑基準 2.3.5 適當的護病比 附加規定「每月公布護病比」	1.護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因。 2.可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。 3.與健保給付勾稽，較具約束力	必須強化各醫院資訊系統。

四、研究過程

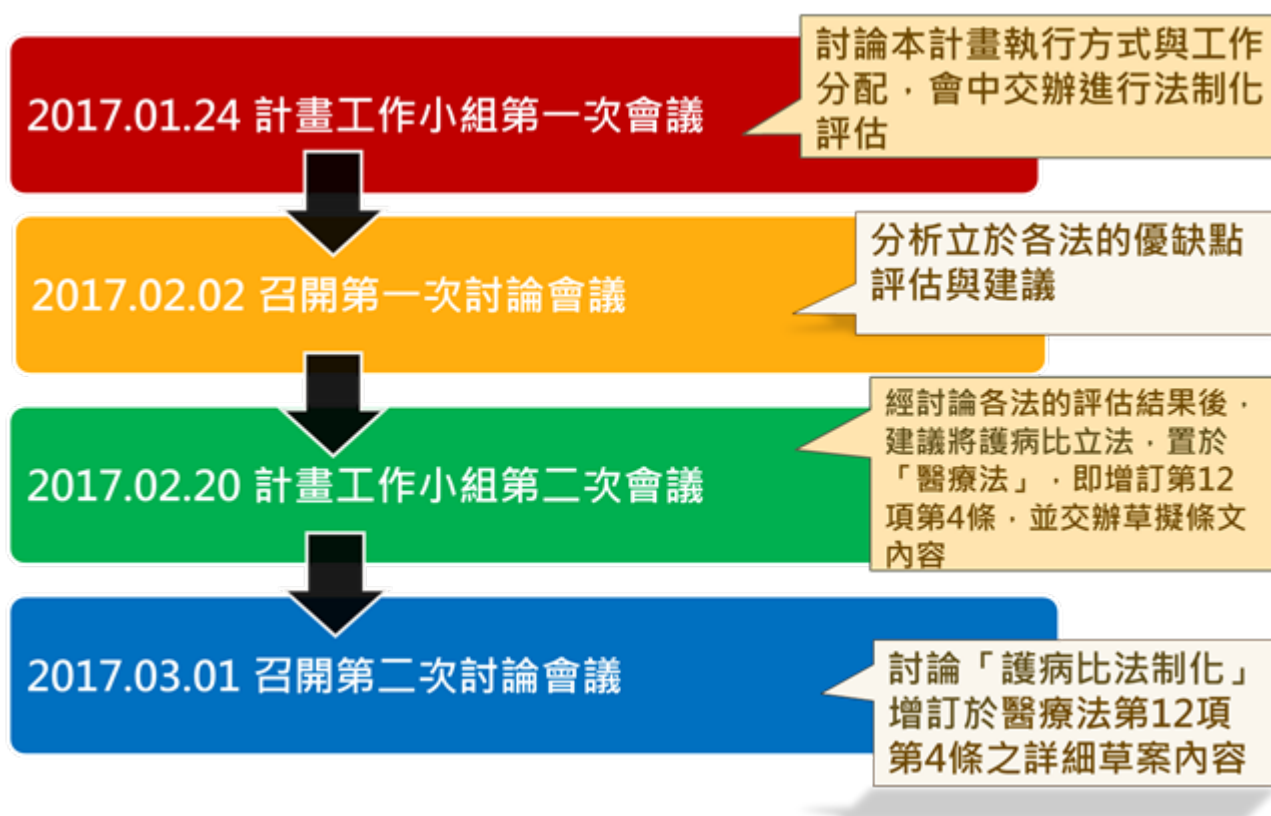
本計畫在初期先由工作小組團隊進行文獻探究，草擬「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿，再邀請各類專家學者，舉辦專家焦點團體座談會彙整專家學者意見，草擬完成「護病比法制化建議案」。為使「護病比法制化相關方案與護病比法制化草案」內容更加周詳，辦理北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。並寫成報告，送交衛福部，研究過程請見圖一。



圖一 研究過程

(一) 透過工作小組會議擬定完成「護病比法制化相關方案」初稿

本計畫在初步做了許多文獻查證後，於 1 月至 3 月期間，共召開了二次工作小組會議以及兩次工作小組分組內部討論會議，討論重點包括：1.護病比法制化方向之討論，2.專家焦點團體會議之邀請對象選定。工作小組之討論流程請見圖二。



圖二 工作小組討論護病比法制化相關方案之流程

1.計畫工作小組第一次會議

在第一次工作小組會議中，先向工作小組成員進行計畫簡介後（計畫簡介請見附錄一），再針對工作小組委員進行任務分工，（詳細的會議紀錄，請見附錄二），分工如表九：

表九 護病比法制化工作小組成員之工作分配

工作內容	負責人
➤ 蒐集澳洲、美國、新加坡的相關護病比法案、條文內容及給付標準	陳玉枝顧問
➤ 蒐集日本的護病比法案及條文內容	楊麗珠顧問
➤ 確認日本護病比法案是立在健康保險法案中的哪項位置	
➤ 蒐集日本於 2006-2016 年的護理人力改變狀況（包含離職率、空缺率等等）	
➤ 分析護病比法制化之草案內容要放在哪項法案中較適合（醫療法抑或是全民健保法）並分析其優缺點及其風險。	高靖秋理事長 & 張澤芸副理事長
➤ 設計如何將醫療機構設置標準之人床比轉換為護病比	林秋芬教授

2.召開第一次工作小組分組會議

經過第一次工作小組的會議分工，本會高理事長與張副理事長以及邱慧洳副教授於 2 月 2 日進行第一次工作小組分組會議，分析護病比法制化之草案內容要放在哪項法案中較適合，醫療法抑或是全民健保法或是立新法之病人安全法（名稱暫定）並分析其優缺點及其風險（詳細會議紀錄請見附錄三）。討論結果之詳情請見表十：

表十 第一次工作小組分組會議分析護病比立於不同法規之優缺點評估與建議

	醫療法		全民健康保險法	病人安全法(暫定)
法律位階	法律	法規命令	法律	法律
立法建議	增訂第 12 條第四項	修訂醫療機構設置標準 (法源依據為醫療法第 12 條)	修訂第 61 條	從醫療照護安全性考量，以專法制定護病比
修法理由	護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療設置標準為人床比概念，且為最低人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響。		「護病比與住院護理費給付連動」讓醫院有誘因改善護病比	以「病人安全法」規範護病比，強調以病人安全為中心的合理人力配置。

	醫療法		全民健康保險法	病人安全法(暫定)
			比，以提供病人更佳之護理照護品質。	
增修訂之條文內容	<p>增訂第12條第4項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。</p> <p>於『醫療機構護病比標準辦法』（暫訂）中規範一般急性病床全日平均護病比。</p>	<p>於醫療機構設置標準之附表一增訂以下內容：</p> <p>開業（於收治病入）後，一般急性病床全日平均護病比應符合下列規定：</p> <p>地區醫院≤ 15人； 區域醫院≤ 12人； 醫學中心≤ 9人；</p>	<p>第 61 條：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。</p> <p>前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。</p> <p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p> <p><u>急性一般病床住院護理費採與護病比連動方式給付。</u></p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費</p>	<p>明確規範一般急性病床全日平均護病比</p>

	醫療法		全民健康保險法	病人安全法(暫定)
			<p>者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。</p> <p>前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。</p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	
優點	<p>1.增加新條文，可突顯服務量對照護品質的影響。</p> <p>2.雖要修法，但修法幅度不大。</p> <p>3.可制定罰則，有強制力。</p>	不需修法，由中央主管機關修訂即可。	<p>1. 以財務誘因鼓勵醫院增聘護理人員</p> <p>2. 可呈現護理人員對醫院增加給付的貢獻。</p>	<p>1.可以彰顯護理人力對病人安全及醫療品質的重要性。</p> <p>2.可制定罰則，有強制力。</p>
缺點	需送立法院審查，無法掌握修法時程。	<p>1.地方衛生局查核困難，可能難以落實。</p> <p>2.目前第12條第3項未制定罰則，未來應增列之。</p>	<p>1.需送立法院審查，無法掌握修法時程</p> <p>2.只有誘因，沒有罰則。</p>	<p>1.新增一部法律，其程序複雜，立法難度高。</p> <p>2.此法涉及跨專業領域，無法由護理人員主導，達成共識之難度高。</p>

3.計畫工作小組第二次會議

而在 106 年 2 月 20 日召開第二次工作小組會議，針對工作分配後的資料報

告與討論評估後，有以下結論：

- 1.使用健保加成獎勵 VPN 系統資料(每家醫院所報出之全日平均護病比)，以此資料作為最低標準護病比之基準。
- 2.考量在台灣仍有許多醫院之病房特性皆為綜合病房，難以定義病房之科別，因此決議先不分科別，而是以一般急性病床為準。
- 3.建議本次訂定護病比，以「全日平均護病比」為訂定標準基礎，未來再慢慢往三班護病比努力。
- 4.護病比立法，決議建議放在「醫療法」，增訂第 12 條第 4 項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。詳細的條文內容（包含護病比確切的比例數字以及罰則等）及擬定法案草稿，於專家焦點團體座談會進行更進一步討論。此次會議紀錄請見附錄四。

4.召開第二次工作小組分組會議

針對第二次的工作小組會議之決議，本會高理事長、張副理事長以及邱慧洳副教授於 3 月 3 日召開第二次工作小組分組會議，討論若護病比立法若設於醫療法第 12 條第 4 項之確切內涵及條文，詳情請見附錄五。

綜合上述，在工作小組討論會議中，小組成員均認為若護病比之立法，建議增設於醫療法第 12 條第 4 項，因為其具有強制力，對護理人員來說，是較有保障之作法，且在立法的過程中，可能會比較有效率且易達成。因此將此提案放於專家焦點團體中，廣納各專家意見，希望能夠將問題越來越聚焦。

(二) 專家焦點團體座談會

本會於 106 年 2 月接收到衛福部核定之專家名單，並開始進行邀請。所核定的專家包括：立法委員、法律代表（至少 1 名）、醫院管理代表與護理代表（各至少 3 名）。衛福部核定專家名單詳見附錄六。

1. 第一次專家焦點團體會議

106 年 3 月 29 日舉辦第一次專家焦點團體會議。焦點團體邀請對象則為各方專家，包括：立法委員（共有 5 位代表出席）、法律代表 1 位、醫院管理代表 5 位與護理代表 4 位，以及計畫主持人及研究團隊工作小組人員共 4 位與會，詳細與會名單如表十一。

表十一 第一次專家焦點團體會議 與會專家

姓名	專長	職稱	服務機構
黃玉微	—	科長	衛生福利部護理及健康照護司
盧美秀	工作小組	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	工作小組	教授	國立台北護理健康大學 護理學系
張澤芸	工作小組	副理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
楊麗珠	工作小組	顧問	長庚紀念醫院
蕭維德	法律代表	律師	永曜法律事務所
吳志雄	醫院管理	院長	行天宮醫療志業醫療財團法人恩主公醫院
謝武吉	醫院管理	理事長	台灣社區醫院協會
吳明彥	醫院管理	秘書長	台灣私立醫療院所協會
陳俊賢	醫院管理	籌備處主任	輔仁大學附設醫院
張克士	醫院管理	院長	員榮醫院
盧孳艷	護理管理	教授	國立陽明大學
王桂芸	護理管理	理事長	台灣護理學會
紀淑靜	護理管理	理事長	私立醫療院所護理業務協進會
孫吉珍	護理管理	護理部主任	振興醫院
李彥秀	立法委員	立法院	立法院(申哲法案助理 代理出席)

姓名	專長	職稱	服務機構
吳玉琴	立法委員	立法院	立法院(柯雅齡法案助理 代理出席)
洪慈庸	立法委員	立法院	立法院
曾宥芯	—	國會助理	立法院(洪慈庸立法委員辦公室)
劉建國	立法委員	立法院	立法院(蕭忠義法案助理 代理出席)

此次會議重點為討論及確認護病比法制化之方向，計畫主持人先將此計畫做初步簡介（見附錄七）後，最後以工作小組討論之結論為依據，即增訂醫療法第 12 項第 4 條，針對此草擬條文內容作初步的提案報告，再請各界專家發表看法。

在討論的過程中，各界均有不同的看法，也提出許多不同的建議。洪慈庸立法委員也在此次會議出席，她認為護病比此議題已延燒許久，在跟衛生福利部有多次討論的情況下，目前在委員辦公室的想法，比較傾向於在醫療法的部分作增訂，當然可能會有其他專家認為要與全民健康保險法做修訂，但因為此部分涉及健保給付連動的問題，當然此部分也可以考慮，可以再進一步做一些討論。而關於護病比的比例數字方面，也是大家很關心的議題，目前大家一直聽到的是 1:7，而目前醫院評鑑則是 1:9、1:12、1:15。到底這個比例要如何去訂定，也是需要不斷收集資料及討論的。在醫院管理專家的部分，大部分的人均偏向建議放在健保法，可以將護病比與給付連動，給予醫院鼓勵，以獎賞罰則的角度來看，放在健保法（獎賞）或許會來得更有效果。在護理管理專家的部分則認為，將護病比立法的方式來規範有其必要性，且現在許多先進國家也已將護病比納入法規中，這勢必是個趨勢，所以護病比要立法這是必須的，也才能保障護理人員工作的情形。而法律專家蕭維德律師表示，若從立法技術部分

來看，認為從醫療法切入是好的，但在第十二條第三項已提到，「醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之」，在其中「人員設置標準」，其實就可從這邊來談論護病比立法的問題。且從此方面來訂定的話，速度可能會較快，且第三項的法律效力也夠強。修法是困難的，但若有法規已授權的話，從這方面來著手是會比較容易的。因此建議可從醫療法第 12 條第三項來著手在其授權下修訂醫療機構設置標準附表一，因為其罰則效力夠，且修改醫療設置標準可能是比較有效率的。當然從醫療法（棍子）著手是好的，但如果在健保法（蘿蔔）上也可以找到鼓勵的方式，從兩方面著手思想，覺得也是一個可以考慮的方向。

另外，有專家提出以下之建議，認為：1.在美國、日本、新加坡等都已將護病比立法之國家，他們的國民所得水準是相當高的，建議文獻查證的部分必須也要將全世界各國國民所得呈現出來，並分析 GDP 運用在醫療運用上之比例，資料才會完整，才能讓決策者有更完善的資料做決策的參考。2.由於有部分專家對於若護病比立法立在醫療法，在懲處方面是否確實有效力此部分有所疑慮，因此建議應呈現出在醫療法第 102 條確實有被裁罰的案例有多少，請醫事司去調查各縣市衛生局開罰的數據。3.護理人員培育數據需呈現出來，由於現在護理系越開越多，應該要有相對的數據來回應院方認為醫師納勞基法之後，專科護理師要承擔醫師工作，然後護理人員流到 NP 之後，護理人員夠不夠 cover 護病比的數字。若此數據呈現出來，可討論得比較長遠(第一次專家焦點團體座談會

會議紀錄請見附錄八)。以上建議，均在第二次專家焦點團體會議前收集資料並進行報告。

綜合上述會議各個專家之發言，大家都認為護病比法制化，以人性方面考量，若有蘿蔔（獎勵）也有棍子（罰則）會比較好。簡要說明如下：

(1)棍子方面就是在醫療法上做規範，原在工作小組會議之決議建議能夠增列醫療法第四項，但再經與會律師建議其實不增列第四項只修「醫療機構標準附表（一）」即可。因此，棍子方面可從醫療法之醫療設置標準可以做規範。申請許可床數（每三床必須配置一人），可以加上一項，「申請開放床數時必須符合護病比」來規範，如表十二。

表十二 醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正

綜合醫院	醫院	備註
<p>1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>1-2.綜合醫院、醫院正式營業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤ ____人；區域醫院≤ ____人；醫學中心≤____人，且白班需≤ ____人。</p> <p>2.設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。</p> <p>4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。</p>	同綜合醫院之標準	<p>1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>1-2. 各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。</p> <p>2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p>

(2)蘿蔔方面，朝向修改全民健康保險法第 61 條，讓護病比可與健保給付連動，讓達到標準的醫院有更多的獎勵。

此外，另立「病人安全法」或安全護病比配置標準，也是未來的中長程的目標。將提出另立新法之中長程目標，請衛福部編列預算，以集結各相關團體代表共同討論立法內容。第一次專家焦點團體會議記錄請見附錄八。

2.第二次專家焦點團體座談會議

第二次專家學者團體焦點座談於4月24日舉辦。此次邀請之對象包括：立法委員（共有5位代表出席）、法律代表2位、醫院管理代表4位與護理代表4位，以及計畫主持人及研究團隊工作小組人員共4位與會，詳細與會名單如表十三：

表十三 第二次專家焦點團體座談會議 與會專家

姓名	專長	職稱	服務機構
蔡淑鳳	—	司長	衛生福利部護理及健康照護司
黃玉微	—	科長	衛生福利部護理及健康照護司
朱日僑	—	簡任視察	衛生福利部社會保險司
呂念慈		科長	衛生福利部醫事司
盧美秀	工作小組	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
高靖秋	工作小組	理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	工作小組	教授	國立台北護理健康大學 護理學系
楊麗珠	工作小組	顧問	長庚紀念醫院
蕭維德	法律代表	律師	永曜法律事務所
邱慧洳	法律代表	副教授	國立台北護理健康大學
謝武吉	醫院管理	理事長	台灣社區醫院協會
吳明彥	醫院管理	秘書長	台灣私立醫療院所協會
陳俊賢	醫院管理	籌備處主任	輔仁大學附設醫院
張克士	醫院管理	院長	員榮醫院
盧孳艷	護理管理	教授	國立陽明大學
王桂芸	護理管理	理事長	台灣護理學會
紀淑靜	護理管理	理事長	私立醫療院所護理業務協進會
孫吉珍	護理管理	護理部主任	振興醫院
吳玉琴	立法委員	立法院	立法院(柯雅齡法案助理 代理出席)
洪慈庸	立法委員	立法院	立法院(楊清富副主任 代理出席)

在這次的會議重點為：1.針對第一次專家焦點團體座談會議各位專家所提問資料提出說明（相關資料請見附錄九）。2.繼續討論護病比立法草案內容。

在召開第二次專家焦點團體座談會議之前，工作小組先向法律專家蕭維德律師請教關於修訂健保法之相關資訊，發現若要修改健保法則可從 41 條著手，因為有關醫療服務項目與支付標準是設在 41 條並不是 61 條，從「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之病房費乙節，也訂有依護病比不同可申請不同的加成費用。而衛生福利部社會保險司於此次會議也到場給予指導，表示(1)以健保法規方向思考，日本模式是訂在診療報酬辦法，而以診療報酬的規定來對應比照，台灣是以健保法第 41 條&第 42 條法令授權的醫療服務給付項目及支付標準來規範，而台灣的健保法規中支付標準與日本的診療辦法的法律位階是一樣的，均屬法規命令。而此位階同樣也在醫療法 12 條的相關條款的設置標準可見，所以都是在母法授權下的法規命令。(2)如從人力基本面法治去做延伸，建議宜以醫療機構設置標準為優先，搭配健保醫療服務給付項目及支付標準來規範，並可由健保署會同照護司以資訊公開的方式，定期公布醫療機構落實執行護病比的情形妥善因應。(3) 健保法本身較著重在處理健保特約機構，也就是說非健保特約機構就不在人力規範要求之中，因此如果將護病比的概念設計在健保法內，恐怕無法全面要求落實，造成立法瑕疵，這是必須要注意的。

此次會議中，各界專家再次針對護病比法制化之方向，更加聚焦。在醫院管理專家的部分，仍偏傾向建議護病比應與健保給付連動，使用給付連動鼓勵的方式，這可能是比較容易上線且達到效果的做法。把原有的醫療法中的設置

標準當做最低標準，再加上與健保給付一起到位，讓護病比提升，從經濟利益這方面去思考是比較好的。

護理管理專家的部分則認為護病比立法的目的就是希望可以有個規範來保護護理人員，同時也達到病人、醫護雙贏的目的。因此認為醫療機構設置標準與健保法給付連動一起修訂是比較好的。

在法律專家的部分，蕭維德律師認為就立法技術而言，是贊同同時一起修訂醫療機構設置標準與健保法給付連動；而健保法 41 條的第 1 項已有法律授權，但若考量擔心支付標準是否容易被刪除，就立法技術而言，不是訂在 41 條，而是建議增訂 42 條第三項：「第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包括護理費與護病比連動方式之給付」。另外，邱慧沁副教授則認為從醫療機構設置標準著手會比較好，優點為最快最有效率；缺點則為醫院若違法可能會造成停業或是廢止開業執照。同時也建議建議護理人員之人力計算，不應該包含護理長以及輔助人力。

綜合大家意見，公聽會將以修訂醫療法第十二條第三項之醫療機構設置標準和健保法第 42 條以及增訂「病人安全法」或另立新法做為討論議題，如下說明：

(1) 修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一

綜合醫院	醫院	備註
1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。	同綜合醫院之標準	1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計

綜合醫院	醫院	備註
<p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>1-2.綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤15 人；區域醫院≤12 人；醫學中心≤9 人。</p> <p>2.設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。</p> <p>4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。</p>		<p>醫院占床率計。</p> <p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>1-2. 各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之，</p> <p>2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p>

(2)增訂健保法 42 條第 3 項

條文如下：

第 42 條 醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及

其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

建議新增之 第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包含護理費與護病
項目 比連動之給付。

(3) 未來將朝向訂定「病人安全法」或「另立新法」努力。

第二次專家焦點團體座談會會議紀錄請見附錄十。

（三）舉辦護病比法制化北、中、南、東四區之公聽會

106 年 5 月 22 日至 6 月 13 日間於北、中、南、東舉行四場公聽會，邀請對此議題有興趣之全國護理人員能夠到場發表意見。公聽會的第一場於 5 月 22 日在臺中榮民總醫院舉行；第二場於 6 月 6 日在花蓮慈濟醫院；第三場於 6 月 12 日在高雄市立大同醫院；第四場則是於 6 月 13 日在台北市立聯合醫院中興院區舉行，共 391 人參加公聽會。

表十四 經驗分享研討會舉辦時間與地點

場次	日期	時間	地點	參加人數
中區	5 月 22 日	13:00-16:30	臺中榮民總醫院 研究大樓一樓 第二會議室	107
東區	6 月 6 日	13:00-16:30	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 協力樓 2 樓 和氣會議室	70
南區	6 月 12 日	13:00-16:30	高雄市立大同醫院 3 樓大禮堂	106
北區	6 月 13 日	13:00-16:30	台北市立聯合醫院中興院區 醫療大樓 6 樓 第一會議室	108

公聽會的提案討論以第二次專家焦點團體會議所作之結論為依據，討論議題分別為：1.修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一；2.增訂健保法 42 條第 3 項；3.是否贊成未來將朝向訂定「病人安全法」努力。徵詢各個護理人員對於每項提案的意見與建議，每場所提出之意見，請見以下說明（詳細建議與回應請見表十五至表十八）。

1.中區公聽會發言實錄(表十五)

表十五 中區公聽會發言實錄

發言人	意見內容	意見回饋及說明
未具名 1	護病比之護理人員是不含護理長、實習護士及專科護理師，這部分是否需要再界定清楚。	謝謝建議，將會把「不含護理長、專科護理師、實習護士納入考量」加入備註，說明護理人員之定義。
精神科 護理師	可看到在精神科一般設置標準用的是每 3 床/人的等級，此跟地區醫院等級是相同的，但又看到在修訂方案 1-1 裡提到:急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院≤15 人；區域醫院≤12 人；醫學中心≤9 人。這樣要求的規格是否又更高，且與精神科教學醫院之標準均皆大不相同，是否產生前後矛盾，以上是我的疑問。	精神科急性病房與慢性病房有所差距，此次醫療機構設置標準的研議將邀請精神科專家共同研討，包含精神科設置標準之數據上的差異等等。目前護病比立法討論階段仍還在初步討論應要設在哪項法案中，相關細節日後會再繼續討論。
未具名 2	希望護病比不是只有評鑑時才符合 1：9，應多站在勞方臨床護理人員的立場考量。	評鑑會議上曾有提出護病比不應是看最近 2-3 月的資料及當天護病比的現況，應該是前 1-2 年的統計數值；目前需定期提報衛福部護理人力狀況，可持續監測各醫院護病比是否達至符合情形。
中臺 老師	1. 是否依各單位特性(科別)設計不同的護病比標準？ 2. 偏鄉醫院加成 3.5%太少，需要增加。	科別不同提供服務量時數也不同，不過每個月收住之病人疾病會變動，立法需要共同的標準。未來將朝向不同科別也訂定護病比努力。
診所 護理師	106 年度「護理費加成%」不合理，認為加成方案需要調整，例如把全日平均護病比之加成%間距拉大，才能使資方願意聘用更多的護理人力。	這個意見很好，未來我們會考慮加大差異。

發言人	意見內容	意見回饋及說明
台中榮總 護理部 副主任	由於隔離床、急診後送病房、特殊病房所需之 護病比要求比較低，但評鑑條文未明訂規範， 會低估臨床所需的護理人力，這樣呈報會有問 題。	這是醫院機構設置標準人力的問 題，我們將會在下次的設置標準 修訂會議中討論。
衛生福利 部豐原醫 院護理人 員	國外護病比 1：4 之背景資料是否有家屬的陪 伴？未來老化趨勢是否需要再調整護病比的 比例？	國外照護是無家屬陪伴的，且醫 療收費高；未來的老化社會會依 狀況進行滾動式修正。

總結：

1. 建議把護理人員的定義清楚，因此決議將「不含護理長、專科護理師、實習
護士納入考量」先納入在醫療設置標準附表一之備註中，也將此項建議納入
在後三場公聽會提出討論，並提工作小組會議討論。
2. 修訂醫療法－醫療設置標準附表一，幾乎所有與會者舉手贊同。
3. 增列健保法第 42 條第 3 項，約 80%與會者舉手贊同。

2.東區公聽會發言實錄(表十六)

表十六 東區公聽會發言實錄

發言人	意見內容	意見回饋及說明
花蓮慈院/ 鍾惠君	花東地區因招募不易，若護病比計算不含實習護士、專科護理師，可能無法達到全日護病比 1:9 的規範。本院聘用實習護士仍有給予執照費，此項也是本院的優勢。 建議：實習護士和護理長也共同納入護病比計算，以達標準。	【高靖秋理事長】：因為專科護理師是為補足醫療不足部分，所以不納入護病比計算並無爭議。實習護士不納入我是不贊成，法令有保障 15 個月考照期間，若不納入未來可能沒人會聘用。現行衛生局用執登計算，但實習護士沒有執照，所以無法執登，如台北市可以用報備方式，其餘就是看各縣市有所不同。這樣問題應該要由中央要求各縣市作法一致。護理長是肩負管理、指導的角色，不應該算是護病比計算。 期待大家還是站在護理專業上，表達我們人力困頓的情況，讓醫院、政府看見，並協助去解決。
花蓮慈院/ 張智容	目前的趨勢專科護理師需求也增加，且專科護理師在病房內也有執行第一線的臨床照護。 建議： 1.專科護理師 2 人抵 1 個人力。 2.實習護士因為在臨床第一線照護所以應納入計算。	
門諾/ 林雅蘋	在花東招募不易，本院也有聘用實習護士，實習護士在三個月學習後已可照顧 3-5 位病人，也執行第一線照護。 建議： 1.實習護士認列人力計算。 2.目前以全日平均護病比計算，期待後續分開三班計算，而非看全日。 3.各病房屬性及忙碌程度不同，但都用同樣護病比去衡量，建議後續可依照不同屬性去衡量適合的護病比。	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	護病比人力計算，因護理長有負責行政業務。 建議：護理長不納入護病比計算。	
門諾/ 韋淑玲	建議依照實際排班看是否列入護病比，若護理長有參與臨床照護，就列入計算，若為行政班則不列入。 三班全日護理比，因為開始為符合一例一休，假日的護病比是更為增加，為了病人安全，是否可以規範夜間照護人數。	
玉里醫院/ 廖素絨	花東精神科病人非常多約有 5、6 千位，目前本院無實習護士職稱，是以佐理員聘用，第二年再看考照狀況是否轉職。舉例，慢性病房單位內有 117 病人，若 1:12，排班人力白班/小夜/大夜為 4/2/2-1，所以雖然護理長負責行政業務，但仍偶爾是人力。 建議：1.贊成將實習護士納入計算；護理長回歸行政業務，應獨立不納入護病比；專科護理師因做的不是臨床業務，所以不建議納入護病比計算。	【林秋芬教授】： 計算方式應為 $117 \times 3(\text{班}) / 12(1:12) = 29.2$ ，上班人數為 30 人，再去分配到三班，而非 117/12。
花蓮慈院/ 章淑娟	實習護士，如果不算人力醫院就不會聘請，畢業後到取得護理師證書幾個月會無法工作，不但畢業生沒有收入，可能也會增加整個台灣失業率，護理人員也可能從此去其他領域就業。 建議：應由衛生局去管理，請求中央要求各縣市將實習護士做登記，算入護病比才能留任畢業生於護理工作。 護病比若放在醫療法變成一定要執行，在東部地區會有困難，花東本就招募不易，可能有時會為了護病比而	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>增加上班時數，自從勞基法實行後，需確保勞工一例一休，工會已成立，若未能滿足護理師放假是可能發生罷工情形。</p> <p>建議：放在健保法支付標準給付內，鼓勵勝於懲罰，避免太過嚴苛導致無法執行。</p>	
花蓮慈院/ 江國誠	<p>精神科暴力事件發生僅次於急診，急診的戒護人力為醫院警衛，精神科為安全戒護人員，但無立法強調必須要設置。以往的訪查都覺得防範暴力事件為防護班，但發現真的需要時，即時性不夠。</p> <p>建議：應在備註內明文註記，急性精神科病房每班應有輔助人力，其工作內容為安全戒護，讓精神科護理人員執業時更有保障。</p>	【高靖秋理事長】：有關醫療機構設置標準，最近要重新修訂，有邀請精神衛生蔡理事長參與，後續會針對急慢性精神科人力做相關討論。
玉里榮民醫院 /曾洙荔	建議：實習護士應納入護病比計算，雖然不能算是 1 的人力，建議可算 0.5 或 0.8。	
花蓮慈院/ 王琬詳	<p>護理系學生畢業後，若未考上執照，稱實習護士，此類人員在規範的 15 個月內有三次執照考試的機會，若同仁在第三次才考取，及格證書約 10 月才會拿到，當時就已經超過畢業後 15 個月取得執照的規定，院方人資會要求該員轉護理佐理員</p> <p>，待同仁拿到正式執照的 12 月才能再轉回護理師。</p> <p>建議：以考選部公告認定，保障已考取證照的實習護士可不需有等待執照寄送的空窗期，能繼續執業。</p>	<p>【盧美秀計畫主持人】：護理人員法 37 條：未取得護理人員資格，執行護理人員業務者，本人及雇主各處新臺幣一萬五千元以上十五萬元以下罰鍰。但在護理人員指導下實習之高級護理職業以上學校之學生或畢業生，不在此限。</p> <p>所以只要有執照護理人員指導下可以無限期執行護理業務。衛生署規範實習護士只可執業 15 個月是違反母法規定的。</p>
台東馬偕/ 淑玲	我們醫院為台東後送單位，病人嚴重度高，有心導管檢查周轉率高，癌症	【盧美秀計畫主持人】：當初在訂定全日平均護病比除了希望把三班病人加總

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	病人，平日占床率高、假日佔床率低，但照護比仍為 1:12。 建議：是否可以依周轉率、是否為後送單位、家屬照顧程度做為護病比考量。	後，當日出院病人加當日入院病人加總除 2，納入計算公式內。因為當日出院及入院病人都需要花費護理時數照護，納入計算才可以得到更好的人力比，期待後續可以把周轉率在納入計算中。

總結：

1. 實習護士是否要納入人力計算的部分，也待於下兩場公聽會提請討論，目前仍不作任何決議。
2. 修訂醫療法－醫療設置標準附表一，約 90%的與會者舉手贊同。
3. 增列健保法第 42 條第 3 項，約 80%與會者舉手贊同。
4. 未來增訂「病人安全法」，約 50%的與會者舉手贊同。

3.南區公聽會發言實錄(表十七)

表十七 南區公聽會發言實錄

發言人	意見內容	意見回饋及說明
台灣護師 醫療產業 工會 陳玉鳳 理事長	<p>代表會員參加此次公聽會，聽了幾個辦法之後，有非常多的問題：逐年調升的健保費用要護理連動比，請問有進到大家的口袋嗎？設計了連動比，有沒有公開透明資訊化告訴我們如何進到護理人員的口袋？我們是會享受到的？提到要設置「病人安全法」，我認為對我們是不公平的，術去都是全日護病比，我們要的是三班護病比，因為沒有三班護病比是沒有辦法真實呈現的。我們2~3月也做了調查各大醫學中心，每個平均比，最低都要11點多。另外要替專科護理師說話，一位要照顧40床左右，這樣合理嗎？專科護理師專科化之後，有考量到嗎？為什麼花蓮地區有那麼多意見要使用實習護理師的人力，因為勞動條件很爛，薪資給的有不高。我們領照是27萬、實際執業近16萬，每年畢業的護理人員有1萬4，為什麼不輔導人員進入職場，是因為勞動條件很爛。我很訝異護病比的專家焦點團體的管理專家都是醫院雇主。今天我們要有聲音，否則會讓人以為我們同意，要讓政府關官員聽到我們的聲音。病人多，我們的照顧人力往上，這有甚麼不對，護理師留不住，卻是一年一年的走。我們建議護病比不應該是由上層訂定，要有基層工作者的意見，因為雇主只要有最低標準，就會使用最低標準。</p> <p>三班護病比要列在醫療法第24條內，因為條文提及醫療機構應保持環境整潔、病人安全等，我要求再加入第24條。要求勞動檢查結果要納入評鑑</p>	<p>【高理事長】：陳理事長提出的議題，我們也很重視，建議應針對護病比希望立法提出看法。</p> <p>【盧監事長】：對陳理事長成立工會是對護理團體有加成的作用，我們推動很多政策，工會都可以從旁協助，遇到有些醫院有不合理的人力配置，都可以檢舉，有工會在旁監督，所以在整個運作比較會上軌道，我們也樂見其成。我認為不是只靠全聯會就可以做所有的事，我們要吵都可以在室內吵，但對外聲音一定要一致，才会有力量。</p> <p>剛才多數的人都提到用全日護病比不是最理想的，這個我們也知道，但這次立法只有5個月，沒有實證的資料，不能空口說白話，要推動三班護病比，需要建立大數據，當作未來立法的依據，現在只能用全日平均護病比，不能比這個差，至少要符合這個全日平均護病比。未來需要有更多研究及實證資料，就可以推動不同層級，不同的科別所需的三班護病比。</p> <p>醫療法第24條，是講對醫療暴力如何處罰，全聯會也做了很多努力，做了二次修法，在此放入人力是不可能的，也不符合的。</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>基準，依據勞基法 79 條，罰責要 2 萬到 100 萬，醫療法的罰責只有 1 萬到 5 萬太低，棍子沒有用，對護理人員工作環境不會有實質改善。要考量職業安全衛生法對我們護理人員的保障，而不是只有把犧牲奉獻放在前端。要如何落實，公務人員都有設置天然災害防治辦法保障公務人員，為什麼醫事人員法沒有特別保護我們上班的時候，而是使用勞基法，而我們的執業有特別需要涉及生命健康，我們要面臨三個罰則，行政法、刑事責任、民法的責任，護病比要考量職業安全健康裡面。我建議納在醫療法第 24 條新增，這是醫院雇主要做到的部分。</p>	
<p>奇美醫院 馬淑清 副主任</p>	<p>護病比入法這條路一定要走，從連動給付、評鑑標準，希望到入法，這個決定是正確的。陳理事長剛才提到的護病比資料，是一個班別，還是全日護病比，是一個病房，還是全院性的，需要再求證。</p> <p>我個人是贊成到醫療法，到 12 條第 3 項，到醫療機構設置標準，使定的護病比是使用 VPN 系統資料，以此作為最低標準基礎。目前 VPN 勾稽，現在就排除實習護理師、專科護理師，我建議不要放進去算人力。醫療機構管理者不希望有棍子，只要有蘿蔔，所以不要放在醫療法。但我建議要放在醫療法，不要擔心有破窗效應，我覺得要看市場，除非他跟我們市場一樣，人員都不來，那可以來一起談，我覺得從市場決定，不用顧忌其他醫事人員。</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
寶建醫院 趙正芬 副院長	<p>我贊成從醫療法及健保法同步做修訂，因為我們的國情不一樣，是走單一給付制度，如果沒有連動修訂健保法，那我想沒有辦法讓老闆去走給付。未來要朝向護病比調整，最好有三班護病比。</p> <p>健保署的官員要有勇氣說實話，不願意讓民眾知道，永遠要吃一碗 50 元的牛肉麵，可是現在已經漲到 200 元，你給我們的總額一直都不變，我覺得我們要持平，否則一直對立下去，不要說破窗效應一定會有的。台灣所有醫療工作人員給付及薪水都是全球最低的，但我們到 WHO 到處跟人家說，我們的醫療品質有多好，現在醫療費用都太便宜了，健保署應該有勇氣跟人民說實話，不要害怕選票，現在就太便宜，大家也都不轉診，民眾就像上館子一樣。醫療保險只佔 GDP 5.9%，所有先進國家都是 10% 以上，我想先進都已經很努力，但從來沒有從民眾端出發，若病人安全法一出來，標準就變高。問題還是總額、民眾消費習慣、我們的給付，若是使用者付費，大家就會很謹慎。請玉微科長把話帶回去，健保署要有人說實話，要有人願意面對我們民眾，不是讓我們內鬥，在那邊打來打去，每個團體都有他的立場，誰都沒有錯，錯的是長久以來，我們的民眾被慣壞了，要解還是要從源頭，我們可以修法，逐步納入，最好還是三班護病比，才有人願意留下來，品質才會上來，但我們要看我們民眾消費習慣，這些請健保署誠實面對民眾，才會有完結的時候。</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
高雄醫學 大學附設 中和紀念 醫院 陳幼梅 副主任	<p>深深感受到全聯會的努力，也很贊成趙副的談話，不要自己內鬥，打自己人。因為護理長期以來，就是比較弱勢的大眾，現在只剩國家可以依靠，要從哪個地方可以讓我們依靠，蘿蔔和棍子同樣重要，我們從臨床看到的困境，要真實地呈現出來，但也不否認比之前好很多。剛才玉鳳理事長在問錢有沒有進口袋，其實錢不一定要進個人的口袋，錢進了醫院的口袋，用來提高薪資、調整夜班費、提高福利，把錢都分出來，這就是成功的第一步。未來再更多給付，讓護理費看到全額，醫院會願意用更多給付在護理人員身上，是很樂見其成，都是可以看到的。給付費用一點一點加進來，這都是前人的努力，到現在再收成，所以我們現在的努力，也是給下一代的護理師可以收成。我覺得立法的可行性很重要，現在民眾的力量也很強大，在取得平衡上，政府對民眾的教育很重要。</p> <p>對於護病比的計算，前一波的努力，礙於整體往前進，必須犧牲護理長的角色去計算進護病比，政府應該有責任在這過程看到的現象，要看到拜託玉微科長回去加把勁，要排除護理長，讓他們安心做行政主管的業務，是非常重要的。實習護理師要排除，沒有執照，無法獨立執業，需要有臨床教師從旁指導，不應該計算人力，我們可以理解東區很困難，但那是招募的問題，希望能補述在我們的期待裡面。</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
建佑醫院 劉向媛 副院長	<p>今天聽到不同的聲音，因為我們不能是一言堂，我們需要更多的機會、平台去做溝通，爭取我們的權益。</p> <p>對於東區建議將護理長、專科護理師、應屆畢業生放入，但據我所知，許多醫院已經沒有把護理長、專科護理師、實習護理師放入，對於東區將應屆畢業生尚未領取執照的要說清楚，不然會讓護理師覺得為什麼可以算進人力。</p> <p>給付偏低，民眾沒有好好珍惜醫療資源是個事實。例如健保署提供病人重覆用藥名單，但健保法對民眾沒有任何處罰，健保署只有要求醫療院所，卻還給了一個非常好聽的名字~關懷名單，若沒有關懷是處罰醫院。資源有限，大家濫用，資源只會不足。護病比的理想，基層護理人員不要太焦急，需要花些時間，相信是指日可待。</p>	
杏和醫院 凌美貝 副院長	<p>先求有，支援全聯會，支持護理前輩，先立法，數據量化，再求更合理及完善的部分。</p>	
高雄醫學 大學附設 中和紀念 醫院 陳幼梅 副主任	<p>我同意醫療法這邊加入，健保法也加入。但我擔心的一件事情，大家很大的力道再推護病比，會有一群人希望看到全責護理，醫院不在有家屬、不再有其他幫手時，那現在訂的護病比是否能因應未來的護病比是否能符合他們期待，也許這不是現在要討論的範圍，但我認為任何的團體都要好好開始預備這件事情，不然等那些聲音出現時，是很難因應的。</p>	<p>【盧監事長】：</p> <p>剛才提到 61 條總額協商，全聯會也有健保費用的委員在裡面，衛福部每年 3 月都會召開總額會議。我在 104 年出席健保實施 20 週年記者會，向蔣部長提出拜訪，蔣部長破例同意，原目的是希望 3 月召開總額會議由 20 億變成 40 億，本來日期都定了，後來蔣部長知道拜訪的目的是跟健保總額有關，所以將拜訪時間延後幾天，讓健保局看這樣的提議可不可以接受，當日拜訪蔣部長時也讓部長了解護理的重要性、貢獻及目前的困境，期待能提升照護品質費用能增加一倍，讓醫院有更多的經費來改善工作環境及</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
奇美醫院 陳綉琴 總監	<p>我贊成盧監事長說言，律師的建議應該可以給比較懂法的人，不管是要放入 61 條或 42 條，我個人是贊成應該放進來。個人的建議，106 年開始把護病比加成間距拉大，最高到可以 14%，我覺得是好事，就像監事長說的，我們循序漸進來爭取福利。護病比的加成都是浮動點值，就回歸到剛才副座講的，就是總額制度，1 點變成 0.8 多，甚至以前還有 0.6 多，人力不應該用浮動點值，因為人不會因為點值改變，服務就改變，加上斷頭，收入並沒有增加，我覺得這是最大困惱。我贊成錢不用進到</p>	<p>工作條件。本來也都提出要增加 10 億，變成 30 億，但 9 月召開健保會議時，消費者代表沒有同意，但採二案併呈給部長簽核，但部長通常會同意健保委員提出的建議方案。我覺得陳理事長的建議很好，未來工會可以著力，到時候健保費用會議召開時，你們可以在外面抗議，費用不通過時，你們要怎樣，要全國罷工、集體休假，可以啊，我是覺得我們要合作無間。現在讓大家知道，每年 3 月衛福部會進行內部討論明年的總額要多少，總額不是衛福部說了就算，要到健保費用會議來討論，有醫師代表、醫院代表、有護理代表、有各個商、工會代表，消基會代表、也有政府機構的代表，聲音最大是消費者代表，我想 61 條，我們都有積極參與，把握機會，可以讓健保費再提升。目前健保費的委員是張副理長，未來開會要決定有甚麼訴求，可以保持聯繫，讓訴求力量強化，是可以努力的方向。</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>我們的口袋，我們調薪、夜班費增加，但用來聘雇更多的人，改善工作負荷，這是對的方向，如何讓經營管理者有感，主要是點值問題，如果把加成拉大，但還是浮動點值，點值下降。我個人建議總額變大，人力要保障要 1 點 1 塊，這樣才會感覺加成有增加。</p>	
<p>台灣護師 醫療產業 工會 陳玉鳳 理事長</p>	<p>42 條增加的條文，沒有很清楚的告訴我們多少的比質、量，那還是由中央主管機關來訂定，那跟第一條的有甚麼不同的意思，我不了解。61 條有規定健保給付的範圍內要邀集各個組織團體，要談錢要多少，這個部份我們有沒有盡到這個責任，健保署及衛福部找的是哪些機關，健保費全部都是醫院主管機關，要的都是他們醫事服務，沒有太多的護理服務費用，如果護理代表就只有一個全聯會，其他的根本不知道我們</p> <p>狀況是甚麼，團體根本沒有公開甄選，按照法令規定，應在前一個禮拜告知我們，沒有做要求，只有開會的人知道要去開會，基層的護理人員還有其他的人不知道，我們是可以聯署或其他的動作，讓政府機關知道我們有意見或做甚麼樣的改變。錢不是要進到我們護理人員的口袋才叫是，我們出來工作，不是就是為了要賺錢嘛，這是要騙人的，夜班費確實增加，醫院為了控制夜班費，用包班、不包班，醫院如何計算夜班費甚至醫院為了不給付夜班費，改成 on call 制度，夜班費用可以做其他標準，有增加，如何在執行過程落實，有公開透明的機制。健保法修，若還是回到中央主管機關的話，那跟第一條是一樣的。我們要求的是在設定時，是要團體全部去或是按照法令規定事先公告，有 27 萬護理人員可以聯署費用要</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>多少，做這個比較實在，政府和病人才會撼動，才知道我們有聲音。我不認為這樣的修法是好的，是作法要修正，如何用團結的力量來爭取護理費用。</p>	
<p>寶建醫院 趙正芬 副院長</p>	<p>我要肯定全聯會這麼多年的努力，比 10 幾年之前向前邁進許多。剛才陳理長提到的這些給付或是護理界沒在會前會或在健保費做很多努力，實際上我們做努力，的確是我們也是勢單力薄，我認為現在正是個時機，工會可以跟全聯會合作。根本原因是目前的費率協商或浮動點值是不合理的，為什麼這麼說，藥師調劑處方有一張處方的費用，醫師開刀、檢查、門診都有 PF，但護理師照顧病人的護理費是沒有入健保法的給付，全部都放在病房費，未來是護理在病人身上的護理費用獨立獨項列出，這樣錢才會進到我們口袋，所以同步要做，內部要團結，這些要入法追回來，全聯會、工會一起努力，要求政府要寫入健保給付，才能還給各專業的尊嚴，該有的付出該拿到的，才有辦法解決問題，政府應該正視這個問題。</p>	
<p>高雄市護理師護士公會 陳麗琴 理事長</p>	<p>我建議護病比的人力計算，未來可以改成正面表列，這人力是要真正在照顧病人才列入，因為現在只有說那些不列入計算，所以我知道有些醫院就將個管師及衛教師算進去，讓護病比很好看，但實際上臨床是非常辛苦的。</p>	<p>【盧監事長】：我們有定義，護病比算法含占床率，人力計算是真是排班照顧病人的才能算進去。</p> <p>【高理事長】：大家說的問題，確實被發現。我們的 20 億，確實很多醫院來領，為什麼卻有各醫院同仁反映實際護病比不是那樣，這中間顯示有落差，未來可以定義更清楚。有專師也會反映，專師也在照顧病人，為什麼不能計算進去，但每個專業都有它的價值存在，但現在談的是三班實際照顧病人的人力，現在談這個定義，不是否決其他人員的貢獻。當然有些醫院是不是把其</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
		<p>他人灌進來，讓數字好看，領到比較多的加成，我們也建議衛福部要有稽核機制，落實在實際的部分。也鼓勵有吹哨者機制，讓醫院不敢亂報。</p> <p>這中間有很多眉眉角角的事情，但我們是在改革，不是革命，改革在現況中做，逐步改善。</p>
台灣護師 醫療產業 工會 陳玉鳳 理事長	<p>剛才各位先進講的，在某個部分上我也認同，有些東西確實是先求有再求好是沒有錯，但修法這個東西要一次到位，像人力這個東西，沒有正面表列，台灣雇主有漏洞能鑽就鑽，有說是勢單力薄，今天有這機會，為什麼不是一次到位，把它正面表列後，大家各有規定，才可以一一去做處理，法令若是個抽象性的東西，都可以各自解讀，各自處理。既然現在要修法，是不是可以明列出來才對。</p>	
林秋芬 教授	<p>今天發言不到 10 位，最後希望大家表達意見，根據第 18 頁(PPT27)，若同意大家可以舉個手。</p> <p>1.修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一，希望修訂方案，有關綜合醫院有 1-1、1-2、備註也有 1-1、1-2 的內容。 結果:贊成者:98 票。</p> <p>2.修訂健保法 42 條第 3 項，增訂醫療給付項目及給付標準之訂定，應包含護理費及護病比連動支給付。 結果:贊成者:69 票。</p>	
高雄醫學 大學附設 中和紀念 醫院 陳美杏 主任	<p>剛才有多位提出，現在的醫療太廉價、太方便，可是民眾對醫療品質的提升是無限的期待無限上綱，我覺得要立病人安全法，這當中一定有很多我們需要去達成的，我們也希望越來越好、更上一層樓，可是在健保費沒有合理提高的狀況下，我相信台灣是沒有辦法跟歐</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>美國家那麼好的醫療品質去相提並論，我覺得這前提下，健保費的提高，應該是健保署好好地跟歐美國家比較。</p>	
<p>台灣護師 醫療產業 工會 陳玉鳳</p>	<p>對於「病人安全法」我建議大家不要同意，不要自己害死自己，病人安全已在各項醫療法的保障都有，以後有訴訟問題，就會用病人安全法告死你，以後用醫師法告醫師，病人安全法告護理師，不要立法打自己。</p>	
<p>寶建醫院 趙正芬 副院長</p>	<p>對於病人安全法連名稱都不確定，內容也不清楚，貿然投票是或否，是很大的危機或陷阱。從法律的觀點，出錯，就是沒有做到甚麼東西，不就是被告死被追死，再前提都不明白的情況下，我覺得就現在的醫療法或健保法，把這些修進去，相對容易，這樣搞下去，可能 14 類醫事人員都要進來，這樣沒完沒了，可能 30 年都修不好。在前提都不清楚的情況下，我是不會投票。</p>	<p>【林秋芬教授】：過程中沒有提到這部分，叫做病人安全法或醫事人員安全法，這名稱都可以再修改，是為了保障我們，內容保障醫療團隊人員。因為我們安全，病人才會安全。</p>
<p>黃玉微 科長</p>	<p>護病比獨立立法精神，就在就醫療法修訂，護病比要獨立一個母法的位階，真的是曠日廢時，病人安全法因為有專家建議，立場是為了病人安全而不只是為了護理人員而已，但剛才陳理事長或副座說的是，立個法綁住自己，權利與責任是相對的。今天的會議，大家說的我都聽到了，這些不只是四場的討論，我們也會在部內討論，在健保費 3 月份協調的，進來協商的護理委員是很辛苦。工會、全聯會可以廣納大家的意</p>	

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	見。我們要彼此肯定、鼓勵，新的政府會有新的契機，不是沒有機會的。	
盧美秀 監事長	調查另立專法「病人安全法」的看法 結果:贊成者:10 票。不贊成:36 票。	

總結：

1. 修訂醫療法－醫療設置標準附表一，有 98 位與會者舉手贊同。
2. 增列健保法第 42 條第 3 項，有 69 位與會者舉手贊同。
3. 未來增訂「病人安全法」，10 位與會者表示贊同，36 位與會者表示不贊同。

4.北區公聽會發言實錄(表十八)

表十八 北區公聽會發言實錄

發言人	意見內容	意見回饋及說明
張志明	<ol style="list-style-type: none">1. 我僅代表我個人意見，本人身為基層員工也是管理者，以我30年護理工作歷程，護理的價值不可被抹滅。2. 本人同意將護病比納入醫療法及全民健保法。3. 醫療法第102條：違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準，僅處新臺幣一萬元以上，五萬元以下罰鍰，罰款太輕，若將護病比納入醫療法，建議第102條要提高罰鍰金額。4. 畢業一年內尚未取得護理師證書但在醫院執業的實習護士領取醫院薪資，卻不算人力，請納入考量。	<p>【盧美秀教授】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 認同張志明主任看法，醫療法第102條：有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰；經依前項規定處罰並令限期改善，屆期未改善者，得處一個月以上一年以下停業處分，故最重還是可以處以停業處分，經查違反醫療法第102條，這三年開罰有10件案例，只要各層級醫院未達全日護病比設置標準即可開罰，依張主任意見，建議罰鍰金額提高至五萬元以上，五十萬元以下，經由此次參與公聽會護理姐妹之表決，全數通過，於修法時列入考量。 <p>【林靜儀立法委員】</p> <ol style="list-style-type: none">1. 目前臺灣醫療現況仍需將護病比列入醫療法，醫院頂多就縮床或關病房，相對於比較小的醫院或偏遠地區的醫院確實會造成營運困難；同意提高罰鍰金額，醫院有地域性招募困難的問題，修法須反應現況，需有階段性或程度上的差別。

發言人**意見內容****意見回饋及說明**

潘靜怡

1. 我僅代表我個人意見，護病比是否應三班要分立，而非公式計算一整天的人力。
2. 目前臨床看到內科系常因病人嚴重度高，而外科常因出入院太大，使護理人員忙碌情況加重，計算人力是否應考慮到「疾病嚴重度」及「病人周轉率」。
3. 醫師即將納入勞基法，未來負擔必會加重在「專師」這族群，護病比入法，是否也適用在「專師」。
4. 我們很擔心目前依此計畫算出之護病比，若不夠客觀而訂的太高，將使此法作為財團的盾牌，臨床護理人員做不完，便會被評為能力不足，甚至連報加班都會被阻擾。
5. 研究方法缺少臨床觀察員實際觀察，依此護病比，護理人員工作狀況真的做的完嗎？因為目前我工作的區域醫院，已經調整護病比為 1：11.5，仍然做不完，即將立法的 1：12 要如何使護理人員安心工作？

【盧美秀教授】

1. 是否將全日護病比改為各科護病比、三班護病比，目前尚未有各醫院的實際數據，因此未來需要各位願意將實際數據提供給全聯會，將朝各科護病比、三班護病比方向努力。
2. 專科護理師是否比照住院醫師有照護人力的規範，未來我們也會與醫師公會或其他醫事團體對話經驗分享，朝專師照護病人數 ≤ 15 努力。
3. 要有研究實證做為數據，才能提出訴求。

【林靜儀立法委員】

1. 專科護理師歸屬哪個單位主責，目前各大醫院不太相同，明訂專科護理師主責單位、專科護理師護病比、專科護理師的工作規範，對專科護理師而言，都是好事。
2. 大多數的專科護理師都是女性有家庭的居多，除了要考量勞動基準法之外，也要將性別平等法納入；有醫院聘僱專科護理師是困難招募的，建議有彈性的工作輸出模式，例如：家中有嬰幼兒者，可彈性每日僅上班 4 小時。

【林秋芬教授】

1. 105 年區域醫院全日護病比仍有 3.8% 醫院 >12 ，訂三班護病比目前有難度，至於上班的時間也不一定要訂出每天 8 小時的區隔，至於工作安排也不需要把所有人力都放在白班，舉例一下像骨外科病房反而是小夜班最忙碌，而內科系病房則是白班較忙碌；首先建議要調整三班工作內容，依三班工作內容，再調整三班上班人數。

發言人	意見內容	意見回饋及說明
劉淑芬	1. 個人贊成將護病比納入醫療法，建議：公聽會參考資料第18頁，簡報第27頁，第二次專家焦點團體會議之決議，(1)修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一：修訂方案1-2，應加註以下文字：「且不能低於申請設置許可之人員數。」	<p>【高靖秋理事長】</p> <p>1. 主管多為夾心餅乾，考量台灣目前醫院經營環境，也要教育民眾醫療不是便宜的，目前第一階段醫學中心1：9，區域醫院1：12，地區醫院1：15是參考健保署資訊網服務系統(VPN)，未來目標為1：7，入法後可再調整，未來專科護理師，精神科都會納入。</p> <p>2. 大家在討論周轉率、全日平均護病比該如何平衡考量，其實慢性精神機構會是比較難計算的單位，所以要如何取得平衡點，全聯會會盡量收集各醫療院所的實際狀況，屆時也請各位全力配合。</p>
		<p>【盧美秀教授】</p> <p>1. 於修法時列入考慮。</p>
傅美瓊	<p>1. 我代表個人也代表醫院，依據醫學中心、區域醫院及地區醫院全日護病比換算成護理時數，每位病人分配的護理時數偏低，不知病人是否能接受？偏遠地區醫學中心不普及，其區域醫院疾病嚴重度高，區域醫院也會做醫學中心的事，病人算進不算出，再加上周轉率，考量同仁健康狀況及不讓同仁延遲下班，建議再下修護病比。</p> <p>2. 建議畢業一年內尚未取得護理師證書但在醫院執業的實習護士列入護病比，此類人員與尚在學校就讀，但至醫院實習的實習護士名稱相仿，建議修改名稱，不與學校的實習護</p>	<p>【盧美秀教授】</p> <p>1. 提考選部，建議提早國考日期，現在電腦閱卷速度很快，是試題疑義需要花比較多的時間處理，隨到隨考會，題庫考題也要多，才能隨意組題。</p> <p>【高靖秋理事長】</p> <p>1. 考選部若不公佈試題，採隨到隨考，電腦閱卷，即可克服，但目前可以採這樣考試方式的考場僅有2個，繼續克服。</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	<p>士混淆</p> <p>3. 建議提前國家考試時間，縮短閱卷期程。</p>	
張喬瑜	<ol style="list-style-type: none"> 1. 我是臺北市立聯合醫院企業工會總幹事，我準備了2015年TPR全國病安通報資料，發現給藥異常等事件數字逐年上升，不知是否跟鼓勵通報亦或是護病比有關？ 2. 全國病安通報均以醫事人員尤其是護理同仁通報為最多，對護理人員而言工作壓力非常負重，而且現在全日護病比是看月平均數，也不是看每天，建議由全日護病比改為三班護病比，而且有的醫院會視病人量來批護理人員的上班時數非常不合理。 3. 基層人員與全聯會所謂的護病比沒有交集，基層想分三班護病比，全聯會卻只訂全日護病比。 4. 目前已經訂出全日護病比了，現在應該換算為三班護病比。 5. 建議長程計畫要規劃三班護病比，而非訂病人安全法。 6. 沒有研究數據就不能訂三班護病比？可以參考VPN數據來擬訂。 7. 陸續有許多大型醫院開幕，不用擔心醫院會因為沒有達到全日護病比要求而關閉。 	<p>【林靜儀立法委員】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 再次重申批班違法，若發現醫院有此行為請向縣、市政府勞工局檢舉，醫院違法事項，請走正常法律途徑處理。 2. 雖然目前陸續有大型醫院開幕，但區域及地區醫院已關一半以上，財團開的大型醫院經營模式都不會違法，法規越嚴厲，倒的都是小型醫院。 3. 已訂全日護病比，建議可再訂三班照護病人數上限。 <p>【盧美秀教授】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 建議工會可以代表護理界發言，為護理界爭取更好的數字。 2. 感謝張小姐意見，非常感謝這個議題已收集多方的意見，由於此議題討論時間延遲過久，會廣納更多醫院及護理界代表深入討論，謝謝。
劉淑芬	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保護性約束也納入健保給付標準，但健保署因經費不夠，將原本給付的600點降至6點，應該要避免全日護病比連動加成也發生同樣事件。 	<p>【盧美秀教授】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 公聽會參考資料第18頁，簡報第28頁：(2)增訂健保法第42條第3項：「第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包含護理費與護病比連動之給付」，以防類似情形發生。 <p>【林靜儀立法委員】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 可修健保法，但仍需考量其他

發言人	意見內容	意見回饋及說明
		<p>醫事人員意見及健保付費者意見。</p> <p>【高靖秋理事長】</p> <p>1. 人力保障點值，人力不應該被打折。</p> <p>【林靜儀立法委員】</p> <p>1. 近期民眾才知道健保有點值給付，要向民眾及健保署論述：健保資源不應該報浪費，點值應該一點一元，立法院持續努力。</p>
張喬瑜	<ol style="list-style-type: none"> 我們的訴求是要三班護病比，來參加公聽會不代表我同意現在的全日護病比。 建議全聯會公告統計全國各醫院三班的護病比目前數字。 公聽會應該讓大家多發言，不是讓參加的人來為全聯會背書。 	<p>【高靖秋理事長】</p> <p>1. 目前已經調查三年基層同仁薪資、福利(包含照護病人數)等相關議題，不經過院方，直接請基層同仁作答，但調查結果不夠踴躍，歡迎工會多加宣導。</p>
夏曉風	<ol style="list-style-type: none"> 我僅代表我個人意見，我從事護理工作 25 年，深感全聯會的各位前輩為我們努力發聲，感受到護理人員地位提升，專業被認可。 回歸到公聽會主題，醫療法較複雜，在醫院評鑑又被要求護病比，搭配健保法彼此環環相扣，必須要被全國醫院及醫護界認可。 本人贊成健保法第 42 條法源上支持有足夠的規範，包括：修訂醫療法醫療機構設置標準之修訂方案，及增訂健保法第 42 條第 3 項，與健保給付勾稽，較具約束力。 建議全日護病比或三班護病比，可依三班照護病人狀況去做調整，小夜、大夜減少護理業務，護理業務集中白班，才有可能以全日護病比來計算護病比。 訂定護病比要有彈性，護病比 	<p>【高靖秋理事長】</p> <p>1. 醫療服務業有其特殊性，納入勞基法窒礙難行，建議可否另立病人安全法草案來加註說明。</p> <p>【盧美秀教授回覆】</p> <p>1. 除修訂醫療法、健保法，若要再另立專法，最快只能在明年完成草案，109 年完成立法。</p> <p>2. 我們非常重視大家寶貴意見，會再與政府機構及立法院共商解決方式，期待有更適合目前醫療現況方法。</p> <p>【黃玉微科長】</p> <p>1. 這幾次全聯會與衛生福利部及政府單位合辦的公聽會是立法前的前端，大家的意見是我們擬法的參考，非常感謝各位！</p>

發言人	意見內容	意見回饋及說明
	來自服務量，是有異動的概念，要有彈性空間。	
	6. 勞基法並未顧及每個行業，因此可否加入彈性的時數，不一定以 8 小時為一個單位，可以搭配醫院型態或護理人員家庭狀況需求，才是真正留任人力。	
	7. 不建議為護病比另立病人安全法，再另立法規來規範臨床執業環境，只會造成人力流失更多。	

總結：

1. 建議醫療法第 102 條：違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準罰鍰金額應提高至五萬元以上，五十萬元以下，經由此次參與公聽會護理姐妹之表決，全數通過，於修法時列入考量。
2. 建議於 1-2 方案中，「綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤ 15 人；區域醫院 ≤ 12 人；醫學中心 ≤ 9 人」，於後加上「且不得低於申請設置許可之人員數」表述文字。

五、研究結果

(一) 四區公聽會針對每項提案投票表決結果及特殊建議內容：(表十九)

表十九 公聽會對於每項提案之投票結果及建議內容

	提案一 修訂醫療法 醫療機構設置標準 附表(一)	提案二 修健保法 增列第 42 條第 3 項	提案三 增列病人安全法 或另立案法	建議
中區	所有與會者舉手表 示贊同	與會者約有 80%舉 手表示贊同	約 80%的人舉手 表示贊同	於醫療設置機構標 準加上護理人員之 定義：「 護病比不含 護理長、專科護理師 及實習護士等人力 」
東區	與會者約有 90%舉 手表示贊同	與會者約有 80%舉 手表示贊同	約 50%的人舉手 表示贊同	希望將 實習護士 列 入人力考量
南區	98 人舉手贊同	69 人舉手贊同 (由於投票時間為 16:30，已有些許與 會者先行離去，因 此票數較減少)	10 人贊同 36 人不贊同	另立新法應依不同 醫院層級、不同科別 和不同班別訂定安 全護病比配置基準 才有意義
北區	有與會者表示認為使用投票表決並不合適，所以此次公聽會並無進行投票。 但有以下建議： 1.建議醫療法第 102 條：違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準罰鍰金額應提高至五萬元以上，五十萬元以下 2.建議在「綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤15 人；區域醫院≤12 人；醫學中心≤9 人」，後加上「且不得低於申請設置許可之人員數」表述文字。			

(二) 綜合四場公聽會之與會護理人員意見如下：

1. 護理人力的定義需定義清楚，對於護理長、專科護理師、實習護士、個管師是否應該正面表列。
2. 本次立法僅考慮一般急性病房（含精神科）之全日平均護病比，但護病比應依不同層級醫院、不同科別、不同班別，分別訂定合理之護病比，比較適當。
3. 同意修醫療法之醫療機構設置標準附表一，但醫療法第 102 條之罰款太低，建議至少應提高為新台幣五萬元以上至五十萬以下。
4. 全民健保的人力給付不應隨點值浮動，應保障一點為一元。
5. 同意增列健保法第 42 條第 3 項「第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包含護理費與護病比連動之給付。」，但級距須加大。
6. 需教育民眾妥適使用健保資源，以免造成健保醫療資源浪費。
7. 建議考選部每年第二次之國家專技人員考試提早至六月底前執行完畢，並比照醫師、藥師、助產師等採用數位化考試（電子化測驗），能盡速放榜，以利應屆畢業生就業，解決護理人力短缺問題。
8. 精神科急性與慢性病房之護理人力及輔助人力配置，須重新檢討。

伍、結論與建議

一、護病比立法的重要性

許多研究顯示，護理人員照護病人數的多寡，會直接影響病人安全，Aiken、Clarke、Sloane、Sochalski 和 Silber (2002) 研究發現，當護病比標準為 1：4，若增加到 1：5 時，病人在 30 天內的死亡風險將增加 7%，若增加到 1：6 時，會出現大於 14% 的死亡風險，若增加到 1：8 時，死亡風險將增加到 31%。梁亞文(2009)探討護理人力資源對病患照護結果之影響，結果發現護理人員與病床比每增加 1% (即每 100 床增加 1 位護理人員)，則病人異常事件的發生也跟著減少，感染率減少 16.7%，病人跌倒發生率減少 10.8%。

台灣的護病比是先進國家的 1.5–2 倍，與護病比有關的規範，僅見於醫院評鑑基準條文當中，不僅法律位階低，且缺乏強制約束力，反觀許多先進國家做法，皆已立法規範護病比。

澳洲維多利亞郡第一級醫院一般內外科病房之護病比，白班和小夜都是 1：4、大夜 1：8；第二級醫院白班 1：4、小夜 1：5、大夜 1：8；第三級醫院白班 1：5、小夜 1：6、大夜 1：10。昆士蘭省於 2016 年修訂醫院和健康局法案 (Hospital and Health Boards Act)，規定護理人員白班和小夜護病比為 1：4，大夜 1：7。美國加州於 1999 年通過最低護病比規範，並於 2004 年公告實施，其內、外科全日護病比為 1：6，2005 年降為 1：5，2008 年專科病房降為 1：4。加州在實施「安全護病比」後，執業人數增加 6 萬多人 (1999-2005 年)，離職率驟減為 5% 以下。日本過去之護病比一直維持在 1：10，住院給付也以此為標準，但在

醫療服務複雜度愈趨升高和住院天數日漸縮短情況下，日本政府於 2006 年修訂住院給付費用規定時，特別重視醫療照護安全性及可靠性，將護病比與住院醫療保險支付連動，護病比越低保險給付越高，在實施護病比與住院醫療支付連動後，到 2011 年日本護理執業人數增加 20 萬人，護理工作年資也由 2006 年之 9.1 年提升到 2016 年之 17 年（臺灣護理工作年資只有 6.5 年）（蔡，2017），病人接受到的直接護理時數也增加，護理人員逾時下班情形減少，因此病人和護理人員的滿意度均大幅提高。以上先進國家的做法都值得我們參考和學習，故針對台灣急性一般病床護病比法制化，提出評估與建議，期望能為我國護病比邁向法制化盡一份心力。

二、護病比立法緣由

國外研究指出護理人員照護病人數與醫療品質及病人安全息息相關，諸多先進國家已陸續將護病比立法，反觀國內尚未以法規命令或法律來規範護病比。護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療機構設置標準是病床比概念，且是最低的人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響。經評估國內現行醫療相關法規後，建議在醫療法第十二條第三項授權下，於醫療機構設置標準附表一明確規範護病比，以保障病人安全與醫療品質；另外，為促使醫療機構落實法規要求，爰修正醫療法第一百零二條第一項罰鍰規定。

此外，有鑑於長年以來住院護理費給付偏低，為鼓勵醫院增聘護理人力，以減輕護理人員工作負荷，建議於全民健康保險法第四十二條，增列第三項。

另公聽會中有許多護理人員提到護病比應能夠依不同層級醫院、不同科別和不同班別，分別訂定合理護病比，建議修訂護理人員法第 24 條。

三、護病比法制化草案修訂建議

(一) 修訂醫療法第十二條第三項之醫療機構設置標準附表(一)

綜合醫院	醫院	備註
<p>1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>修訂方案： <u>1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床</u>，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 <u>1-2.綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤15 人；區域醫院≤12 人；醫學中心≤9 人。</u></p> <p>2.設下列部門者，其人員並依其規定計算： 3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。 4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。</p>	同綜合醫院之標準	<p>1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>修訂方案： 1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 <u>1-2. 各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。</u></p> <p>2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p>

(二) 修訂醫療法第 102 條

根據醫事司之資料顯示，近 3 年內，針對醫院違反醫療法有進行開罰(罰鍰)的案件平均不到 10 件，是否代表處罰效力之強度需再重新檢視，且目前罰鍰之金額為處一萬元以上五萬元以下，而醫院聘請護理人員之人事成本遠高於罰鍰之金額，因此醫院經營者可能還寧願被罰鍰而不願聘請更多的護理人員。為促使醫療機構落實法規要求，建議修正醫療法第一百零二條第一項之罰鍰提高至五萬元以上，五十萬元以下，才能對醫院經營者有嚇阻作用。

修訂條文(醫療法第 102 條)	原條文(醫療法第 102 條)
<p>有下列情形之一者，<u>處新臺幣五萬元以上五十萬元以下罰鍰</u>，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰：</p> <p>一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。</p> <p>二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。</p> <p>三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法。</p> <p>四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法。</p> <p>有下列情形之一，經依前項規定處罰並令限期改善；屆期未改善者，得處一個月以上一年以下停業處分：</p> <p>一、違反第二十五條第一項或第六十六條規定者。</p> <p>二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準者。</p> <p>三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法者。</p> <p>四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法者。</p>	<p>有下列情形之一者，<u>處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰</u>，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰：</p> <p>一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。</p> <p>二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。</p> <p>三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法。</p> <p>四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法。</p> <p>有下列情形之一，經依前項規定處罰並令限期改善；屆期未改善者，得處一個月以上一年以下停業處分：</p> <p>一、違反第二十五條第一項或第六十六條規定者。</p> <p>二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準者。</p> <p>三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法者。</p> <p>四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法者。</p>

(三) 建議健保法第四十二條增列第三項

雖在病房費第九項有「加成」項目，但若無法源依據，護理人員擔心可能隨時會被刪除，所以建議增列健保法第四十二條增列第三項。條文如下：

修訂條文(健保法第 42 條)	原條文(健保法第 42 條)
<p>醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。</p> <p>前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。</p> <p>醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。</p> <p><u>第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包含護理費與護病比連動之給付。</u></p>	<p>醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。</p> <p>前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。</p> <p>醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。</p>

(四) 修訂護理人員法第 24 條—增列安全護病比配置基準

修訂條文	原條文	修訂原因說明
<p>第 24 條</p> <p>護理人員之業務如下：</p> <p>一、健康問題之護理評估。</p> <p>二、預防保健之護理措施。</p> <p>三、護理指導及諮詢。</p> <p>四、醫療輔助行為。</p> <p>前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。</p> <p><u>為安全執行上述護理業務，應訂定安全護病比配置基準，配置基準由中央主管機關定之。</u></p> <p>專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。</p> <p>前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>第 24 條</p> <p>護理人員之業務如下：</p> <p>一、健康問題之護理評估。</p> <p>二、預防保健之護理措施。</p> <p>三、護理指導及諮詢。</p> <p>四、醫療輔助行為。</p> <p>前項第四款醫療輔助行為應在醫師之指示下行之。</p> <p>專科護理師及依第七條之一接受專科護理師訓練期間之護理師，除得執行第一項業務外，並得於醫師監督下執行醫療業務。</p> <p>前項所定於醫師監督下得執行醫療業務之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>由於不同層級醫院、不同班別、不同科別之業務量、病人嚴重度及周轉率不同，因此需要訂定不同之護病比配置基準。</p>

預定時程如下：

期程目標 法案名稱	106 年 6 月 23 日	108 年 6 月 30 日
安全護病比 配置基準	在本研究成果報告中 向衛福部提出修訂 護理人員法第 24 條之建議	完成護理人員法第 24 條之修訂及安全護病比配置基準之 訂定

四、有關建請考選部每年第二次舉辦之專技人員護理師考試，提早在六月底前執行，並比照醫師、藥師和助產師等職類，採用數位化考試（電子化測驗）能盡速放榜，以利應屆畢業生及早就業，解決護理人力短缺問題，本會已函請考選部惠辦。

致謝

本計畫的執行時間為期 5 個月，研究的過程相當緊湊，首先要非常感激衛生福利部提供研究經費補助，使本計畫順利進行。在此，除了特別感謝研究團隊的參與及討論外，也要特別感激參與焦點團體座談會議的諸位各界學者專家、立法委員以及協助合辦相關公聽會之醫院和全國各醫療院所護理同仁熱心參與。

陸、參考文獻

- 中央健康保險署(2013, 10 月 29 日)・日本醫院護病比與保險支付連動之配套措施・於衛生福利部及中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦, 探討國內診療報酬與護病比連動可行性研討會・台北市: 市立聯合醫院中興院區。
- 谷幼雄、林王美園、呂月榮(2007)・日本看護協會訪問報告・全聯護訊, 59, 14-17。
- 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(2016)・105 年醫院評鑑基準及評量項目—急性一般病床 100 床以上醫院適用・取自
<http://www.tjcha.org.tw/admin/Upload/34BBE055-CBC0-45D8-8830-044CEF377467/02.1-105%E5%B9%B4%E9%86%AB%E9%99%A2%E8%A9%95%E9%91%91%E5%9F%BA%E6%BA%96%E5%8F%8A%E8%A9%95%E9%87%8F%E9%A0%85%E7%9B%AE-%E6%80%A5%E6%80%A7%E4%B8%80%E8%88%AC%E7%97%85%E5%BA%8A100%E5%BA%8A%E4%BB%A5%E4%B8%8A%E9%81%A9%E7%94%A8-105.04.pdf>
- 黃仲毅、余鑑、于俊傑(2016)・護理人員願意投入和留任醫院執業之工作條件與彈性制度探討・護理雜誌, 63(2), 80-90。
- 厚生勞動省(2016)・病棟別病房支付點數・取自
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>
- 張慧蘭、盧美秀、林秋芬(2010)・應屆畢業新進護理人員離職相關因素之探討・醫護科技學刊, 12 (3), 1-11。
- 楊麗珠(2015 年 9 月)・護理政策案例解析・於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦, 104 年「護理政策規畫研討會」・台北市: 臺北醫學大學。

蔡淑鳳(2017，6 月 27 日)・護理的現況與未來・於衛生福利部及中華民國護理師

護士公會全國聯合會主辦，106 年度推廣優質護理職場計畫－護理排班與住

院病人照護模式運用說明會・台北市：市立聯合醫院和平院區。

衛生福利部醫事司(2013，10 月 29 日)・日本醫療支付制度與護理照護實務參訪

報告－醫療資源與醫院管理觀點・於衛生福利部及中華民國護理師護士公會

全國聯合會主辦，探討國內診療報酬與護病比連動可行性研討會・台北市：

市立聯合醫院中興院區。

盧美秀(2014)・護理行政與管理 (二版，193-200 頁)・臺北市：五南。

盧美秀(2009)・護理人力供需問題・於盧美秀著・護理專業問題研討(113-155 頁)・

臺北市：五南。

盧美秀、林秋芬、陳玉枝、楊麗珠、高靖秋、張澤芸、張黎露、黃仲毅(2011)・

醫院住院醫療合理護理人力配置、護理費成本分析及合理護理人力照護模式

探討・行政院衛生署中央健保局 100 年度委託研究計畫。

Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., & Silber, J.H.(2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.

Journal of American Medical Association , 288(16) , 1987-1993.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824-1830.

- California Nurses Association.(2007).RN to patient ratios-Helping to solve nursing shortage. Retrieved Dec 16,2007.from <http://www.calnurses.org>.
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., & Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, 24(4), 244-255.
- Hall, L.M., Doran, D.I., Bakec, G.P., Pink, G.H., Sidani, S., O'Brien-Pallas, L., & Donner, G.L.(2001). A study of nursing staff mix and organization change strategies on patient, system and nurse outcomes. Toronto: Faculty of Nursing, University of Toronto.
- Hospital and Health Boards (Safe Nurse-to-Patient and Midwife-to-Patient Ratios) Amendment Act, No. 29 of 2016, Queensland.
- International council of Nurses(2007). Nurse: Patient Ratios . Retrieved Dec,16,2007. From http://www.icn.ch/matters_rnp_ratio.htm
- Jones, G. (2009). A staffing ratio customised to meet patient needs can be a flexible friend. *Nursing Standard*, 23(48), 32. doi:10.7748/ns.23.48.32.s41
- Needleman, J., Buerhaus, P., Stewart, M., Zelevinsky, K., & Matte, S. (2006). Nurse staffing in hospitals: Is there a business case for quality? *Health Affairs* 25(1), 204-211.
- Nursing and Midwifery Workload Management Standard (2016). Queensland Government. Retrieved from <http://www.parliament.qld.gov.au/documents/tableOffice/TabledPapers/2016/5516T1055.pdf>.
- Patterson, J. (2011). The effects of nurse to patient ratios. *Nurs Times*, 107(2), 22-5.
- Shieh, S.H., Sung, F.C., Su, C.H., Tsai, Y., & Hsieh, V.C.R. (2016). Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 55(4), 526-529.

Tevington, P. (2011). Mandatory nurse-patient ratios. *Medsurg nursing*, 20(5), 265.

Victorian public Health Sector(2007a).Multiple Business Agreement 2007-2011, P57.

Victorian Public Health Sector(2007b). Schedule 2: Nurses multiple business agreement 2007-2011. Retrived from

http://www.health.vic.gov.au/__data/assets/pdf_file/0010/168247/EBA_deed_feb_08.pdf



附 錄 一

106年度探討與評估護病比法制化計畫

投標機構：中華民國護理師護士公會全國聯合會

研究團隊：

主持人：盧美秀監事長

協同主持人：高靖秋理事長、林秋芬教授



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

1

計畫目標

1. 收集相關團體與專家學者對護病比法制化之意見。

2. 研擬護病比法制化相關方案與護病比法制草案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

2

要完成之工作專案

1. 成立護病比法制化工作小組：工作小組會議至少召開2次
2. 辦理2場專家學者團體焦點座談會議。
3. 辦理北、中、南、東區公聽會收集相關意見。
4. 收集與整合公聽會後意見，完成「護病比法制化」建議案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

3

相關文獻探討--合理護病比的重要性

- 許多研究顯示，不合理的護病比會增加醫療疏失，合理的護病比能增進病人安全，減少異常事件發生。
 - ◆ 美國的研究發現，提供較高護理人力的醫院之病人的健康結果較好，有學者呼籲，機構在縮減支出時，絕對不能縮減護理人力，否則將造成病人安全的危害(Hall, Doran, Bakec, Pink, Sidani, O'Brien-Pallas, & Donner, 2001)。
 - ◆ 護病比太高，會造成護理人員工作負荷過重、壓力太大、離職率高，更嚴重的是影響病人住院天數延長、合併症和死亡率的增加，也會造成異常事件的增加(盧，2014；Aiken et al., 2002、2014)。
 - ◆ 張、盧、林(2010)研究發現，新進護理人員離職的主要原因，是因為護理工作本身的特性，因為工作壓力大、照顧病人數多、工作量大、經常超時工作、護理工作項目太多、工作中所須負擔的責任很重等造成身心疲憊。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

4

相關文獻探討--如何促進合宜護病比

2011年盧等依據健保局委託研究結果建議，我們可以仿效美國加州和日本在爭取護病比的做法：

- ◆ 提出美國、澳洲、日本等國家的護病比，強調台灣有偏高現象；
- ◆ 爭取全民健保會委員的支持，增加護理費給付，同時讓醫療機構相信可以得到相對較高的費用來平衡必須增加的護理人力成本；
- ◆ 向社會大眾說明，護理界是以考量病人安全為訴求降低護病比，並爭取支持；
- ◆ 掌握時機，運用巧思，拍攝生動易懂的短片，使社會大眾、民意代表及政府官員覺察到，照護病人數太多所導致之不安全衝擊；



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

5

相關文獻探討--如何促進合宜護病比

- ◆ 邀請民意代表實地到醫院體驗各班護理人員的忙碌情形，實際體會護病比對病人照護安全及有效性的影響；
- ◆ 利用國會改選及總統選舉提出訴求，形成壓力團體並以選票換取政策支持；
- ◆ 爭取衛生行政高階主管職位，提高參與重要決策機會；
- ◆ 提出各界支持安全護病比的連署書，送交立法院與衛生福利部，並進行政治遊說。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

6

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

► 澳洲

- ✓ 維多利亞郡於2000年即制定「護病比」，依不同醫院層級與日、夜班分別訂定比例，2015年正式入法。
- ✓ 昆士蘭省於2016年修訂醫院和健康局法案(Hospital and Health Boards Act)

表一：維多利亞郡護病比

班別	分級	第一級	第二級	第三級
白班		1:4	1:4	1:5
小夜		1:4	1:5	1:6
大夜		1:8	1:8	1:10

表二：昆士蘭省護病比

班別	護病比
白班	1:4
小夜	1:4
大夜	1:7

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

► 美國加州

美國加州護理學會於1992年即提出安全護病比法案，主張護病比應受法律保護，遲至1999年美國加州才通過最低護病比規範，於2002年公布「安全護病比法案」，但正式實施則在2004年1月。

表三：美國加州護病比

內、外科病房	產前照 護病房 及 觀察室	燒燙傷 加護病房 及 恢復室	產後 病房	手術室	夜間 病房	嬰兒室	精神科
1:5	1:4	1:2	1:6	1:1	1:7	1:8	1:6

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

► 日本

2006年4月份修訂診療報酬，實施「7對1入院基本費的報酬加算要件」

表四：日本2016年(平成28年)修定後之病棟別病房支付點數一覽表

病棟別 點數 護病比	一般病棟						特定機能病院		
	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟	專門 病院	障礙者 設施等	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟	
1:7	1,591	1,591		1,591	1,588	1,599	1,599	1,350	
1:10	1,332	1,332	1,271	1,332	1,329	1,339	1,339	1,278	
1:13	1,121	1,121	946	1,121	1,118		1,126	951	
1:15	960	960	824		978		965	868	
1:18		822	735						
1:20		775	680						

註：1點=日幣10元

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

► 新加坡

台北市護理師護士公會安排於2011年10月21日到新加坡 General Hospital 訪問，看到其護病比白班為1:4、夜班為1:6，而且2名註冊護士即配置輔助人力1人，註冊護士多能準時下班，工作快樂指數極高，非常值得仿效。

104年起台灣醫院評鑑基準

層級	全日平均護病比	備註
醫學中心	9	白班平均護病比應達7
區域醫院	12	
地區醫院	15	

舉例說明：醫學中心全日平均護病比之排班方式--

某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:9，則三班應配置之護理人員數為50床x80% x3班÷9=13.34人

表五：醫學中心不包含護理長建議排班方式

護病比 班別	全日平均 護病比	建議排班方式			
		建議一		建議二	
		排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數
白班		6	6.67	7	5.71
小夜	1:9	4	10	3	13.34
大夜		2.34	17.09	2.34	17.09

表六：醫學中心**包含護理長**建議排班方式

護病比 班別	全日平均 護病比	建議排班方式			
		建議一		建議二	
		排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數
白班	1:9	6	6.67	7	5.71
小夜		4.34	9.22	4	10
大夜		3	13.34	2.34	17.09

舉例說明：區域醫院全日平均護病比之排班方式--

某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:12，則三班應配置之護理人員數為50床x80%x3班÷12=10人

表七：區域醫院**不包含護理長**建議排班方式

護病比 班別	全日 平均 護病比	建議排班方式					
		建議一		建議二		建議三	
		排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數
白班	1:12	5	8	4	10	4	10
小夜		3	13.34	3	13.34	4	10
大夜		2	20	3	13.34	2	20

舉例說明：地區醫院全日平均護病比之排班方式--

某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:15，則三班應配置之護理人員數為50床x80%x3班÷15=8人

表八：地區醫院**不包含護理長**之建議排班方式

護病比 班別	全日 平均 護病比	建議排班方式 (不包含護理長)					
		建議一		建議二		建議三	
		排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數
白班	1:15	3	13.34	4	10	3.5	11.4
小夜		3	13.34	2	20	2.5	16
大夜		2	20	2	20	2	20

總結各國護病比立法現況如下

國別	立法年度	法規名稱	監測機制	罰則
澳洲 維多利亞 省	2000 (2015年 正式入 法)	Safety patient Care Act	沒有規範	1.若查屬實，地方法院會先行警告，若無改善則會開罰 2.醫院每年上傳的年度報告中要包括：被地方法院判決或經Secretary of the Department of Health & Human Services 認為違反護病比法規，或涉及病人安全的議題資料
昆士蘭省	2016	Hospital and Health Boards Act	稽查員稽查	1.未明寫 2.法規中提及如資料造假將罰款

總結各國護病比立法現況如下

國別	立法年度	法規名稱	監測機制	罰則
美國 加州	1999	Institute for Health & Socio-Economic Policy_AB394 (2002年公布安全護病比) California RN staffing Ratio Law(2004)	美國護士工會檢舉並立即進行查訪	1.查到不合法，給予三個月時間改善，再來複檢 2.若仍不改進，不通過檢查，嚴重者可勒令醫院停業
日本	2006	診療報酬算定方法 「7對1入院基本費的報酬加算要件」	1.病房每日公告排班表 2.依住院護理費給付機制監測	1.由不同護病比給付不同之住院護理費給付點數 2.虛報不實者重罰
英國	2010	Guidance on safe nurse staffing levels in the UK (未立法)	每月需上傳指定的指標至NHS Trust	未有明確規範
台灣	2015	醫院評鑑基準 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	未有明確規範	1.列為醫院評鑑重點項目，不合格，給予二個月時間改善，再來複檢 2.未規定複檢不合格之處置方式

實施及進行步驟

(一)研究設計

- ◆ 採文獻探究法、專家焦點團體座談法和公聽會的方式進行
- ◆ 成立護病比法制化工作小組，由工作小組進行文獻探究，草擬「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿，透過焦點團體座談會彙整專家學者(含法律代表至少1名、醫院管理代表與護理代表各至少3名)意見，完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 為使「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」內容更加周詳，以北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 最後寫成報告後送交衛生福利部，作為未來進行護病比立法之參考。

護病比法制化工作小組名單

姓名	職稱	服務機構
盧美秀	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
高靖秋	理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	教授	國立臺北護理健康大學
楊麗珠	顧問	林口長庚醫院
陳玉枝	監事	中華民國護理師護士公會全國聯合會
張澤芸	副理事長委員	中華民國護理師護士公會全國聯合會 全民健康保險會

專家焦點團體座談名單

姓名	專長	職稱	服務機構
邱慈洳	法律	副教授	國立臺北護理健康大學
王志嘉	法律	助理教授 主治醫師	國防醫學院 三軍總醫院
蕭維德	法律	律師	永曜法律事務所
吳志雄	醫院管理	院長	思主公醫院
陳俊賢	醫院管理	執行長	輔仁大學附設醫院
李偉強	醫院管理	副教授 主任	國立陽明大學 台北榮民總醫院醫務企管部
黃仲毅	醫院管理	代理執行長	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會
吳肖琪	醫院管理	教授 委員	國立陽明大學 全民健康保險會
紀淑靜	護理管理	理事長 副院長	私立醫療院所護理業務協進會 義大醫院
張淑真	護理管理	理事長 護理部主任	彰化縣護理師護士公會 彰化基督教醫院

專家焦點團體座談名單(續)

姓名	專長	職稱	服務機構
王桂芸	護理管理	理事長 護理部主任	台灣護理學會 台北榮民總醫院
盧華艷	護理管理	教授	國立陽明大學
黃建華	護理管理	副理事長 教授	台灣護理學會 台大護理學系
孫吉珍	護理管理	護理部主任	振興醫院
洪慈庸		立法委員	立法院
林靜儀		立法委員	立法院
吳玉琴		立法委員	立法院
李彥秀		立法委員	立法院
劉建國		立法委員	立法院

註：1. 專家焦點團體會議以至少邀請7位專家出席為原則，其中包括1位法律專家
2. 第二次專家焦點團體盡量邀請立法委員出席

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
醫療法	1. 第12條 第3項 (略) 醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。 2. 第102條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰： 一、(略) 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。	1. 有訂定罰則，較具拘束力 2. 授權子法(醫療機構設置標準)訂定細節	1. 需有地方主管機構配合查核方能落實 2. 此法規範機構之所有醫事人力，修法不易
醫療機構設置標準	附表(一)：綜合醫院、醫院設置標準表 附表(二)：慢性醫院設置標準表 附表(三)：精神科醫院設置標準表 將目前急性病房之人床比改為護病比	1. 技術性、瑣碎性事項，可由子法定立 2. 來自母法(醫療法)授權有拘束力	1. 需有地方主管機構配合查核方能落實 2. 此法規範機構之所有醫事人力；必須將人床比轉換成護病比，修法不易 3. 設標僅作最低標準的規範 4. 必須落實上網公告護病比

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
全民健康保險法	修改第六章 第61條 健保會應於各年度開始三個月前在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。	1. 護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因。 2. 可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。	健保資訊必須公開化
醫院評鑑基準	2.3.5 適當的護病比 附加規定 持續監測「每月護病比」	與健保給付勾稽，較具約束力	單一以醫院評鑑規定未與給付連動，缺少誘因。

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
全民健康保險法 + 醫院評鑑基準	1. 修改全民健康保險法第六章第61條，增加「其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。」 2. 醫院評鑑基準2.3.5適當的護病比 附加規定 持續監測「每月護病比」	1. 護病比與健保護理費給付連動，提供機構因增聘護理人員之誘因 2. 可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。 3. 與健保給付勾稽，較具約束力	必須強化各醫院資訊系統和落實

(二)研究對象

- ◆ 本研究對象為對「護病比法制化」具專長和感興趣的所有人，包括：法律專家、醫院管理者、護理主管以及護理人員等。
- ◆ 研究對象將透過專家焦點團體座談和公聽會的參與，提出個人的意見和看法。
- ◆ 公聽會的邀請對象包含：護理團體代表、醫療團體代表、醫療機構(各級醫院【醫學中心、區域醫院、地區醫院】)、醫院護理主管、立法委員等。

(三)研究工具

- ◆ 本研究工具為護病比法制化工作小組自擬的「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」，內容將包括：護病比法制化法規名稱、法源內容、優點、缺點分析等等。

(四)研究過程

- ◆ 1.文獻查證
- ◆ 2.成立護病比法制化工作小組
- ◆ 3.召開護病比法制化工作小組會議，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿
- ◆ 4.邀請專家學者及團體代表
- ◆ 5.進行2次專家學者團體焦點座談，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」
- ◆ 6.辦理北、中、南、東四場公聽會，並製作紀錄、錄影、實錄摘要及綜整各界意見，完成「護病比法制化」建議案。
- ◆ 7.完成報告後送交衛生福利部

月 次	第1個月	第2個月	第3個月	第4個月	第5個月
工作專案					
1. 文獻查證	■	■	■	■	■
2. 成立護病比法制化工作小組	■				
3. 護病比法制化工作小組會議，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿		■			
4. 邀請專家學者團體		■			
5. 進行2次專家學者團體焦點座談，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」		■	■		
6. 辦理北、中、南、東四場公聽會，全程錄影收集與整合相關意見，完成「護病比法制化」建議案			■	■	
7. 完成報告後送交衛生福利部					■

成果預估

本研究預定能達成下列成果：

- ◆ 成立護病比法制化工作小組，進行「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿。
- ◆ 透過專家學者團體焦點座談，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」。
- ◆ 辦理北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 最後寫成報告後送交衛生福利部，作為未來進行護病比立法之參考。

104年及105年提升住院護理照護品質方案 (20億元)

◆全日平均護病比加成範圍

加成類別	全日平均護病比範圍		
	醫學中心	區域醫院	地區醫院
9%	8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9
10%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4
11%	< 8.0	< 11.0	< 14.0

*精神科教學醫院比照區域醫院，精神科醫院比照地區醫院。

健保署按季公告各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)自行填報之急性一般病床護病比資料，104年與105年上半年各層級醫院護病比如下表

層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率	層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率	層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率
醫學中心	>9	9.0%	0.6%	區域醫院	>12	5.4%	4.8%	地區醫院	>15	0.9%	0.3%
	8.5-8.9	9.9%	11.5%		11.5-11.9	4.6%	4.3%		14.5-14.9	1.2%	1.8%
	8.0-8.4	30.1%	30.8%		11.0-11.4	5.8%	7.1%		14.0-14.4	1.6%	1.1%
	7.5-7.9	30.1%	33.3%		10.5-10.9	12.3%	11.3%		13.5-13.9	1.9%	1.6%
	7.0-7.4	10.9%	12.8%		10.0-10.4	11.8%	12.8%		13.0-13.4	1.4%	1.8%
	6.5-6.9	3.8%	4.5%		9.5-9.9	13.4%	15.8%		12.5-12.9	2.3%	2.9%
	<6.5	6.1%	6.4%		<9.5	46.6%	44.0%		<12.5	90.7%	90.5%
	小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%

資料來源：各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)依醫院評鑑基準公式自行填報之資料

註1：急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。

註2：全日平均護病比公式：(參考醫院評鑑基準)醫院(急性一般病床床位數×佔床率×3)÷全日平均三班護理人員

中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

106年健保理費支付標準調整案

表一、護理費加成範圍

層級	護病比區間	案一 增加預算 (採本會方案)	案二、不增加預算	
			案二之1 (採本會方案)	案二之2 採定額
醫學中心	<6.5	20%	14%	105
	6.5-6.9	20%	14%	85
	7.0-7.4	18%	12%	65
	7.5-7.9	15%	10%	45
	8.0-8.4	12%	8%	25
	8.5-8.9	3%	2%	6
	>9	0%	0%	0
區域醫院	<9.5	20%	14%	105
	9.5-9.9	20%	14%	85
	10.0-10.4	18%	12%	65
	10.5-10.9	15%	10%	45
	11.0-11.4	12%	8%	25
	11.5-11.9	3%	2%	6
	>=12	0%	0%	0
地區醫院	<12.5	20%	14%	105
	12.5-12.9	20%	14%	85
	13.0-13.4	18%	12%	65
	13.5-13.9	15%	10%	45
	14.0-14.4	12%	8%	25
	14.5-14.9	3%	2%	6
	>=15	0%	0%	0
總計		20.2 億	13.85 億	13.24 億

表二、各草案三層級占率比較

醫院層級	案一 增加預算	案二、不增加預算	
		案二之1	案二之2
醫學中心	40%	41.0%	27.8%
區域醫院	42%	41.2%	46.4%
地區醫院	18%	17.8%	25.9%
增加金額 預估	6.91 億	0.56 億	-0.05

以全日平均護病比推估合理護理費(以104年護理人事成本推估)

全日平均 護病比	日本(點) 一般病床 ^a	層級	台灣(點)		
			醫學中心	區域醫院	地區醫院
7	1,591	預 估 點 值	2,476	1,941	<10以下，以 1,216點支付
8			2,167	1,699	
9			1,926	1,510	
10	1,332			1,359	
11				1,235	
12				1,132	
13	1,121				
14					
15	960				支付現行點 數644點
>15					

註：*1點=日幣10元。

以全日平均護病比推估2016年急性病房每位病人每日之住院護理費

層級	護病比	人床比	99年薪資 調查結果 (取中位數) A	(2015年)平均人事成本 ="薪資 x(1.65)x(1.1125)*" (元/人/月) B	99年護理 費支付點 數 (元/床/月) C=Bx(床比 C	健保住院 護理費給 付給護理 人員的費 用 (點/床/日) D	健保住院 護理費給 付給護理 人員的費 用 (元/床/日) E=Dx0.944 5***x30 E	人事成本與健保 住院護理費給付 之差距 (元/床/日) F=(E- D)/30 F	健保住院 護理費建 議支付點 數 (點/床/日) G=F/0.9445 G	健保住院 護理費建 議支付點 數 (點/床/日) H=D+G H
醫學中心	7	0.65	58,677	107,709	70,011	643	18,219	1,732	1,833	2,476
	8	0.57								
	9	0.51								
區域醫院	7	0.65	46,002	84,442	54,932	643	18,219	1,212	1,283	1,926
	8	0.57								
	9	0.51								
	10	0.46								
	11	0.41								
地區醫院	12	0.38	41,168	75,569	34,762	516	14,621	661	700	1,216
	10	0.46								
	11	0.41								
	12	0.38								
	13	0.35								

* (2015年)平均人事成本較2010年增加11.25%

**因應勞動基準法第30條修正，調整正常工時由二週84小時修正為每週40小時，人事成本原為薪資之1.5倍，修正為1.65倍。

***為總額支付點數，2011年點數為0.9445。

中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

附錄二

106 年度「探討與評估護病比法制化計畫」 第一次工作小組會議紀錄

106 年 01 月 24 日
全聯護會盧字第 106012 號

時間：106 年 1 月 24 日(星期二) 下午 1 時 00 分至 3 時 00 分

地點：中華民國護理師護士公會全國聯合會會議室

主席：盧美秀計畫主持人

記錄：許粹珩研究助理

出席：高靖秋協同主持人、林秋芬協同主持人、陳玉枝顧問、楊麗珠顧問、張澤芸副
理事長

列席：曾修儀秘書長、許粹珩研究助理

會議議程

壹、主席報告 (略)

貳、計畫執行說明—盧美秀監事長

(一)研究計畫目的

(二)文獻查證

(三)研究方法

(四)研究計畫進度

參、討論事項

一、工作分配如下表：

工作內容	負責人
➤ 蒐集澳洲、美國、新加坡的相關護病比法案、條文內容及給付標準	陳玉枝顧問
➤ 蒐集日本的護病比法案及條文內容 ➤ 確認日本護病比法案是立在健康保險法案中的哪項位置 ➤ 蒐集日本於 2006-2016 年的護理人力改變狀況（包含離職率、空缺率等等）	楊麗珠顧問

工作內容	負責人
➤ 分析護病比法制化之草案內容要放在哪項法案中較適合（醫療法抑或是全民健保法）並分析其優缺點及其風險。	高靖秋理事長 & 張澤芸副理事長
➤ 設計如何將醫療機構設置標準之人床比轉換為護病比	林秋芬教授

二、建議專家焦點團體邀請名單：請見下表

邀請排序	姓名	專長	職稱	服務機構
1	羅傳賢	法律	教授	中央警察大學法律系
2	邱慧洳	法律	副教授	國立臺北護理健康大學
3	蕭維德	法律	律師	永曜法律事務所
4	王志嘉	法律	助理教授 主治醫師	國防醫學院 三軍總醫院
1	吳志雄	醫院管理	常務理事	台灣醫院協會
2	李偉強	醫院管理	秘書長 主任	台灣醫學中心協會 台北榮民總醫院醫務企管部
3	吳明彥	醫院管理	秘書長	台灣私立醫療院所協會
4	張冠宇	醫院管理	榮譽院長 理事長	馬偕紀念醫院台東分院榮譽院長 中華民國區域醫院協會
5	陳俊賢	醫院管理	執行長	輔仁大學附設醫院
6	謝武吉	醫院管理	理事長	台灣社區醫院協會
7	張克士	醫院管理	秘書長	台灣社區醫院協會
1	盧孳艷	護理管理	教授	國立陽明大學
2	王桂芸	護理管理	理事長 護理部主任	台灣護理學會 台北榮民總醫院
2(候補)	朱宗藍	護理管理	護理部主任	林口長庚醫院
3	紀淑靜	護理管理	理事長	私立醫療院所護理業務協進會

邀請排序	姓名	專長	職稱	服務機構
			副院長	義大醫院
3(候補)	孫吉珍	護理管理	護理部主任	振興醫院
4	蘇素匹	護理管理	護理部主任	竹山秀傳醫院
1	洪慈庸		立法委員	立法院
2	林靜儀		立法委員	立法院
3	吳玉琴		立法委員	立法院
4	李彥秀		立法委員	立法院
5	劉建國		立法委員	立法院

肆、 臨時動議

➤ 提案：

- ➔ 高靖秋理事長：護病比法制化之法案條文內容是否要將護理分級一起加進來討論？（例如：護病比為 1:7，這是否也已將輔助人力加入？），另外此次計畫是否要將護病比立法與健保給付連動以兩件事分開來討論？希望能藉由此計畫讓護理界有共識。
- ➔ 盧美秀監事長：謝謝理事長的建議，非常好的回饋，希望這次計畫也可以考慮將這些問題都納入一起討論。（包括：護理輔助人力、護病比立法、健保給付連動等）。

➤ 下次工作小組會議預計邀請國立陽明大學盧孳艷教授加入討論。

➤ 張澤芸副理事長：建議於定義處需特別註明為「一般急性病房」。

伍、 下次會議時間預訂於 106 年 2 月 20 日星期一下午 12 時 30 分用餐，13 時整準時開會。

陸、 散會 3:00pm



附 錄 三

護病比法制化評估與建議

一、立法的重要性：

許多研究顯示，護理人員照護病人數的多寡，會直接影響病人安全，Aiken、Clarke、Sloane、Sochalski 和 Silber (2002) 研究發現，當護病比標準為 1:4，若增加到 1:5 時，病人在 30 天內的死亡風險將增加 7%，若增加到 1:6 時，會出現大於 14% 的死亡風險，若增加到 1:8 時，死亡風險將增加到 31%。梁亞文(2009)探討護理人力資源對病患照護結果之影響，結果發現護理人員與病床比每增加 1% (即每 100 床增加 1 位護理人員)，則病人異常事件的發生也跟著減少，感染率減少 16.7%，病人跌倒發生率減少 10.8%。

台灣的護病比是先進國家的 1.5-2 倍，與護病比有關的規範，僅見於醫院評鑑基準條文當中，不僅法律位階低，且缺乏強制約束力，反觀許多先進國家做法，皆已立法規範護病比。

澳洲維多利亞郡第一級醫院一般內外科病房之護病比，白班和小夜都是 1:4、大夜 1:8；第二級醫院白班 1:4、小夜 1:5、大夜 1:8；第三級醫院白班 1:5、小夜 1:6、大夜 1:10。昆士蘭省於 2016 年修訂醫院和健康局法案 (Hospital and Health Boards Act)，規定護理人員白班和小夜護病比為 1:4，大夜 1:7。美國加州於 1999 年通過最低護病比規範，並於 2004 年公告實施，其內、外科全日護病比為 1:6，2005 年降為 1:5，2008 年專科病房降為 1:4。加州在實施「安全護病比」後，執業人數增加 6 萬多人 (1999-2005 年)，離職率驟減為 5% 以下。日本過去之護病比一直維持在 1:10，住院給付也以此為標準，但在醫療服務複雜度愈趨升高和住院天數日漸縮短情況下，日本政府於 2006 年修訂住院給付費用規定時，特別重視醫療照護安全性及可靠性，將護病比與保險支付連動，護病比越低保險給付越高，在實施護病比與保險支付連動後，到 2011 年日本護理執業人數增加 20 萬人，護理工作年資也由 9.1 年提升到 14.8 年，病人接受到的直接護理時數也增加，護理人員逾時下班情形減少，因此病人和護理人員的滿意度均大幅提高 (中央健保署，2013；衛生福利部醫事司，2013；楊，2015)。

以上先進國家的做法都值得我們參考和學習，故針對台灣急性一般病床護病比法制化，提出以下評估與建議，期望能為我國護病比邁向法制化盡一份心力。

二、立法的優缺點評估與建議

法律位階	醫療法		全民健康保險法		病人安全法(暫定)	
	法律	法規命令	法律	法律	法律	法律
立法建議	增訂第12條第四項	修訂醫療機構設置標準 (法源依據為醫療法第12條)	修訂第61條	從醫療照護安全性考量，以專法制定護病比		
修法理由	護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療設置標準為人床比概念，且為最低人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響。		「護病比與住院護理費給付連動」讓醫院有誘因改善護病比，以提供病人更佳之護理照護品質。		以「病人安全法」規範護病比，強調以病人安全為中心的合理人力配置。	
增修訂之條文內容	增訂第12條第4項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。 於『醫療機構護病比標準辦法』(暫訂)中規範一般急性病床全日平均護病比	於 醫療機構設置標準之附表一增訂以下內容： 開業（於收治病人）後，一般急性病床全日平均護病比應符合下列規定： 地區醫院≤15人； 區域醫院≤12人； 醫學中心≤9人；	第61條：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。		明確規範一般急性病床全日平均護病比	

	醫療法	全民健康保險法	病人安全法(暫定)
		<p>前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p> <p><u>急性一般病床住院護理費採與護病比連動方式給付。</u></p> <p>第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。</p> <p>前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。</p> <p>第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。</p>	
優點	<p>1.增加新條文，可突顯服務量對照護品質的影響。</p>	<p>不需修法，由中央主管機關修訂即可。</p>	<p>1.可以彰顯護理人力對病人安全及醫療品質的重要性。</p>

	醫療法	全民健康保險法	病人安全法(暫定)
	2.雖要修法，但修法幅度不大。 3.可制定罰則，有強制力。	加給付的貢獻。	2.可制定罰則，有強制力。
缺點	需送立法院審查，無法掌握修法時程。	1.需送立法院審查，無法掌握修法時程 2.只有誘因，沒有罰則。	1.新增一部法律，其程序複雜，立法難度high。 2.此法涉及跨專業領域，無法由護理人員主導，達成共識之難度high。

86 三、參考資料

- 中央健康保險署 (2013, 10 月 29 日)・日本醫院護理病比與保險支付連動之配套措施・於衛生福利部及中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，探討國內診療報酬與護理病比連動可行性研討會・台北市：市立聯合醫院中興院區。[National Health Insurance Administration. (2013, October 29). Supporting measures of nursing-patient ratio and insurance payment in Japanese hospitals. *Seminar on the Feasibility of the Domestic Clinic Payments vis a vis the Nurse-Patient Care Ratio*. Symposium conducted at the meeting of the Ministry of Health and Welfare and Taiwan Union of Nurses Association, Taipei City, Taiwan, ROC.]
- 梁亞文、李卓倫、呂桂雲、尹裕君、黃立琪、陳文惠、許哲翰(2009)・護理人力資源對病患照護結果之影響・行政院衛生署 97 年委託研究計畫成果報告。
- 楊麗珠 (2015年9月)・護理政策案例解析・於中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，104 年「護理政策規畫研討會」・台北市：臺北醫學大學。[Yang, L. Z. (2015, September). Case analysis of nursing policy. *2015 care policy planning workshop*. Symposium conducted at the meeting of the Taiwan Union of Nurses Association, Taipei City, Taiwan, ROC.]
- 衛生福利部醫事司 (2013, 10 月 29 日)・日本醫療支付制度與護理照護實務參訪報告一醫療資源與醫院管理觀點・於衛生福利部及中華民國護理師護士公會全國聯合會主辦，探討國內診療報酬與護理病比連動可行性研討會・台北市：市立聯合醫院中興院區。[Department of Medical Affairs, Ministry of Health and Welfare. (2013, October 29). Report on medical payment system and nursing care in Japan: Medical resource and hospital management view. *Seminar on the Feasibility of the Domestic Clinic Payments vis a vis the Nurse-Patient Care Ratio*. Symposium conducted at the meeting of the Ministry of Health and Welfare and Taiwan Union of Nurses Association, Taipei City, Taiwan, ROC.]
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA: Journal of American Medical Association*, 288(16), 1987– 1993. doi:10.1001/jama.288.16.1987



附錄 四

106 年度「探討與評估護病比法制化計畫」 第二次工作小組會議紀錄

106 年 02 月 20 日
全聯護會盧字第 106023 號

時間：106 年 2 月 20 日(星期二) 下午 13 時 00 分至 15 時 40 分

地點：中華民國護理師護士公會全國聯合會會議室

主席：盧美秀計畫主持人

記錄：許粹珩研究助理

出席：高靖秋協同主持人、林秋芬協同主持人、陳玉枝顧問、楊麗珠顧問、張澤芸副
理事長、盧孳艷教授

列席：曾修儀秘書長、李文英秘書、許粹珩研究助理

會議議程

壹、主席報告

- 衛福部已核定專家學者團體焦點座談會之名單，請見附件一。

貳、討論事項

一、總覽各工作小組成員之簡要報告，進行護病比法制化方向討論，決議：

1. 使用健保加成獎勵 VPN 系統資料(每家醫院所報出之全日平均護病比)，以此資料作為最低標準護病比之基準。
2. 考量在台灣仍有許多醫院之病房特性皆為綜合病房，難以定義病房之科別，因此決議先不分科別，而是以一般急性病床為準。
3. 建議本次訂定護病比，以「全日平均護病比」為訂定標準基礎，未來再慢慢往三班護病比努力。
4. 護病比立法，決議建議放在「醫療法」，增訂第 12 條第 4 項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。詳細的條文內容（包含護病比確切的的比例數字以及罰則等），再煩請高靖秋理事長及張澤芸副理事長負責收集資料及擬定法案草稿，並於專家焦點團體座談會進行更進一步討論。

二、專家焦點團體座談會邀請時間：請見附件之 excel 檔

再煩請各負責邀請人於 **2 月 24 日** 前告知各專家可出席之時間，以便統計。

參、散會 3:40pm



附錄五

護病比立法建議

一、 立法緣由：

國外研究指出護理人員照護病人數與醫療品質及病人安全息息相關，諸多先進國家已陸續將護病比立法，反觀國內尚未以法規命令或法律來規範護病比。護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療機構設置標準是人床比概念，且是最低的人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響。經評估國內現行醫療相關法規後，建議在醫療法第十二條增訂第四項規定，明確規範護病比，以保障病人安全與醫療品質；另外，為促使醫療機構落實法規要求，爰修正醫療法第一百零二條第一項第二款及第二項第二款之罰則規定。

二、 增訂及修正條文內容

(一)增訂醫療法第十二條第四項：

醫療機構設有病房收治病入者為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。

前項診所得設置九張以下之觀察病床；婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床。

醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。

護理人員數與照護病人數之比例，依醫療機構層級、照護單位屬性、照護時段或其他事項，其護病比標準由中央主管機關定之。

(二)修正醫療法第一百零二條第一項第二款及第二項第二款之罰則

規定：

有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰：

一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、

第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。

二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準及

第十二條第四項規定所訂之標準辦法。

三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法。

四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法。

有下列情形之一，經依前項規定處罰並令限期改善；屆期未改善者，得處一個月以上一年以下停業處分：

一、違反第二十五條第一項或第六十六條規定者。

二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準及

第十二條第四項規定所訂之標準辦法者。

三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法者。

四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法者。

三、 護病比標準辦法草案內容：

第一條

本辦法依醫療法第十二條第四項規定訂定之。

第二條

本辦法用詞，定義如下：

- 一、護病比：指護理人員數與照護病人數之比例。
- 二、全日平均護病比：指全日上班護理人員數與照護病人數之平均比例。

第三條

本辦法適用範圍如下：

- 一、 於急性一般病床及精神急性一般病床住院之病人。
- 二、 其他經中央主管機關認定之範圍。

第四條

不同層級之醫療機構全日平均護病比，應符合下列標準：

- 一、 醫學中心全日平均護病比不得高於一比_____。
- 二、 區域醫院全日平均護病比不得高於一比_____。
- 三、 地區醫院全日平均護病比不得高於一比_____。

前項全日平均護病比中護理人員數之計算，不得列入專科護理師與護理長。

第五條

中央主管機關應定期公布各層級醫療機構之全日平均護病比。

前項定期公布之時程與方式，由中央主管機關定之。

第六條

本辦法之施行日期，由中央主管機關公告。



附錄六

106 年度 探討與評估護病比法制化計畫

專家學者團體焦點座談會成員之推薦名單

1.法律代表

衛福部 核定	姓名	專長	職稱	服務機構
1	蕭維德	法律	律師	永曜法律事務所
2	邱慧洳	法律	副教授	國立臺北護理健康大學
(備 1)	羅傳賢	法律	教授	中央警察大學法律系
(備 2)	王志嘉	法律	助理教授 主治醫師	國防醫學院 三軍總醫院

2.醫院管理代表

衛福部 核定	姓名	專長	職稱	服務機構
1	李偉強	醫院管理	秘書長 主任	台灣醫學中心協會 台北榮民總醫院醫務企管部 (醫學中心)
2	吳志雄	醫院管理	常務理事 院長	台灣醫院協會 恩主公醫院(區域醫院)
3	謝武吉	醫院管理	理事長 院長	台灣社區醫院協會 愛仁醫院(地區醫院)
4	吳明彥	醫院管理	秘書長	台灣私立醫療院所協會
(備 1)	陳俊賢	醫院管理	籌備處主任 副院長	輔仁大學附設醫院 曾任台北醫學大學附設醫院、 萬芳醫院、雙和醫院(醫學中 心、區域醫院)

衛福部 核定	姓名	專長	職稱	服務機構
(備 2)	張克士	醫院管理	秘書長 院長	台灣社區醫院協會 員榮醫院 (地區醫院)
(備 3)	張冠宇	醫院管理	理事長 榮譽院長	中華民國區域醫院協會 馬偕紀念醫院台東分院

3.護理代表

衛福部 核定	姓名	專長	職稱	服務機構
1	盧孳艷	護理管理	教授	國立陽明大學
2	王桂芸	護理管理	理事長 護理部主任	台灣護理學會 台北榮民總醫院 (醫學中心)
3	紀淑靜	護理管理	理事長 副院長	私立醫療院所護理業務協進會 義大醫院 (區域醫院)
4	蘇素匹	護理管理	護理部主任	竹山秀傳醫院 (地區醫院)
(備 1)	朱宗藍	護理管理	護理部主任	林口長庚醫院 (醫學中心)
(備 2)	孫吉珍	護理管理	護理部主任	振興醫院 (區域醫院)

4.推薦立法委員或其辦公室之主任

衛福部 核定	姓名	職稱	服務機構
1	洪慈庸	立法委員	立法院
2	林靜儀	立法委員	立法院
3	李彥秀	立法委員	立法院
4	蔣萬安	立法委員	立法院
5	劉建國	立法委員	立法院



附錄七

106年度探討與評估護病比法制化計畫

投標機構：中華民國護理師護士公會全國聯合會

研究團隊：

主持人：盧美秀監事長

協同主持人：高靖秋理事長、林秋芬教授



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

1

計畫目標

1. 收集相關團體與專家學者對護病比法制化之意見。

2. 研擬護病比法制化相關方案與護病比法制草案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

2

要完成之工作方案

1. 成立護病比法制化工作小組：工作小組會議至少召開2次
2. 辦理2場專家學者團體焦點座談會議。
3. 辦理北、中、南、東區公聽會收集相關意見。
4. 收集與整合公聽會後意見，完成「護病比法制化」建議案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

3

相關文獻探討--合理護病比的重要性

- ▶ 許多研究顯示，不合理的護病比會增加醫療疏失，合理的護病比能增進病人安全，減少異常事件發生。
 - ◆ 美國的研究發現，提供較高護理人力的醫院之病人的健康結果較好，有學者呼籲，機構在縮減支出時，絕對不能縮減護理人力，否則將造成病人安全的危害(Hall, Doran, Bakec, Pink, Sidani, O'Brien-Pallas, & Donner, 2001)。
 - ◆ 護病比太高，會造成護理人員工作負荷過重、壓力太大、離職率高，更嚴重的是影響病人住院天數延長、合併症和死亡率的增加，也會造成異常事件的增加(盧，2014；Aiken et al., 2002、2014)。
 - ◆ 張、盧、林(2010)研究發現，新進護理人員離職的主要原因，是因為護理工作本身的特性，因為工作壓力大、照顧病人數多、工作量大、經常超時工作、護理工作項目太多、工作中所須負擔的責任很重等造成身心疲憊。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

4

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

▶ 澳洲

- ✓ 維多利亞郡於2000年即制定「護病比」，依不同醫院層級與日、夜班分別訂定比例，2015年正式入法。
- ✓ 昆士蘭省於2016年修訂醫院和健康局法案(Hospital and Health Boards Act)

表一：維多利亞郡護病比

班別 分級	第一級	第二級	第三級
白班	1:4	1:4	1:5
小夜	1:4	1:5	1:6
大夜	1:8	1:8	1:10

表二：昆士蘭省護病比

班別	護病比
白班	1:4
小夜	1:4
大夜	1:7



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

5

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

▶ 美國加州

美國加州護理學會於1992年即提出安全護病比法案，主張護病比應受法律保護，遲至1999年美國加州才通過最低護病比規範，於2002年公布「安全護病比法案」，但正式實施則在2004年1月。

表三：美國加州護病比

加護病房	新生兒加護病房	手術室	術後恢復室	產房	產前/待產	產後夫妻室	產後僅有婦女	小兒科	急診室	急診加護病房
1:2	1:2	1:1	1:2	1:2	1:4	1:4	1:6	1:4	1:4	1:2
急性創傷	亞急性(initial)	亞急性(2008)	冠心病無線觀察室(initial)	冠心病無線觀察室(2008)	內外科(initial)	內外科(2008)	其他特殊單位(initial)	其他特殊單位(2008)	精神科	
1:1	1:4	1:3	1:5	1:4	1:6	1:5	1:5	1:4	1:6	



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

6

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

日本

2006年4月份修訂診療報酬，實施「7對1入院基本費的報酬加算要件」

表四：日本2016年(平成28年)修定後之病棟別病房支付點數一覽表

病棟別 點數 護病比	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟	專門 病院	障礙者 設施等	特定機能病院		
	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟	專門 病院	障礙者 設施等	一般 病棟	結核 病棟	精神 病棟
1:7	1,591	1,591		1,591	1,588	1,599	1,599	1,350
1:10	1,332	1,332	1,271	1,332	1,329	1,339	1,339	1,278
1:13	1,121	1,121	946	1,121	1,118		1,126	951
1:15	960	960	824		978		965	868
1:18		822	735					
1:20		775	680					

註：1點=日幣10元

中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

7

相關文獻探討--先進國家的護病比情形

新加坡

台北市護理師護士公會安排於2011年10月21日到新加坡 General Hospital 訪問，看到其護病比白班為1:4、夜班為1:6，而且2名註冊護士即配置輔助人力1人，註冊護士多能準時下班，工作快樂指數極高，非常值得仿效。

表五 新加坡護病比

精神科急性 住院病房	短期 住院病房	長期病房	身心障礙
1 : 2.5	1 : 3	1 : 4	1 : 5



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

8

總結各國護病比立法現況如下

國別	立法年度	法規名稱	監測機制	罰則
澳洲 維多利亞 省	2000 (2015年 正式入 法)	Safety patient Care Act	沒有規範	1.若查屬實，地方法院會先行警告，若無改善則會開罰 2.醫院每年上傳的年度報告中要包括：被地方法院判決或經Secretary of the Department of Health & Human Services 認為違反護病比法規，或涉及病人安全的議題資料
昆士蘭省	2016	Hospital and Health Boards Act	稽查員稽查	1.未明寫 2.法規中提及如資料造假將罰款



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

9

總結各國護病比立法現況如下

國別	立法年度	法規名稱	監測機制	罰則
美國 加州	1999	Institute for Health & Socio-Economic Policy AB394 (2002年公布安全護病比) Calornia RN staffing Ratio Law(2004)	美國護士工會檢舉並立即進行查訪	1.查到不合法，給予三個月時間改善，再來複檢 2.若仍不改進，不通過檢查，嚴重者可勒令醫院停業
日本	2006	診療報酬算定方法「7對1入院基本費的報酬加算要件」	1.病房每日公告排班表 2.依住院護理費給付機制監測	1.由不同護病比給付不同之住院護理費給付點數 2.虛報不實者重罰
英國	2010	Guidance on safe nurse staffing levels in the UK (未立法)	每月需上傳指定的指標至NHS Trust	未有明確規範
台灣	2015	醫院評鑑基準全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準	未有明確規範	1.列為醫院評鑑重點項目，不合格，給予二個月時間改善，再來複檢 2.未規定複檢不合格之處置方式

中華民國護理師護士公會全國聯合會

10

2015年起台灣醫院評鑑護理人力基準

表六 醫院評鑑護理人力全日平均護病比

層級	全日平均護病比	備註
醫學中心	9	白班平均護病比應達7
區域醫院	12	
地區醫院	15	



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

11

舉例說明：醫學中心全日平均護病比之排班方式--
某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:9，則三班應配置之護理人員數為50床x80% x3班÷9=13.34人

表七：醫學中心包含護理長之建議排班方式
(護理長不可能當一個人力應用)

護病比 班別	全日平均 護病比	醫學中心包含護理長之建議排班方式			
		建議一		建議二	
		排班護理人員 數	照護病人數	排班護理人員 數	照護病人數
白班	1:9	6	6.67	6.34	6.31
小夜		3.34	12	3	13.34
大夜		3	13.34	3	13.34



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

12

舉例說明：區域醫院全日平均護病比之排班方式--

某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:12，則三班應配置之護理人員數為 $50 \text{床} \times 80\% \times 3 \text{班} \div 12 = 10 \text{人}$

表八：區域醫院不包含護理長之建議排班方式

護病比 班別	全日 平均 護病比	區域醫院不包含護理長之建議排班方式					
		建議一		建議二		建議三	
		排班護理人員數	照護病人數	排班護理人員數	照護病人數	排班護理人員數	照護病人數
白班		5	8	4	10	4	10
小夜	1:12	3	13.34	3	13.34	4	10
大夜		2	20	3	13.34	2	20

舉例說明：地區醫院全日平均護病比之排班方式--

某50床急性一般病房之單位，佔床率為8成，全日平均護病比為1:15，則三班應配置之護理人員數為 $50 \text{床} \times 80\% \times 3 \text{班} \div 15 = 8 \text{人}$

表九：地區醫院不包含護理長之建議排班方式

護病比 班別	全日 平均 護病比	地區醫院不包含護理長之建議排班方式					
		建議一		建議二		建議三	
		排班護理人員數	照護病人數	排班護理人員數	照護病人數	排班護理人員數	照護病人數
白班		3	13.34	4	10	3.5	11.5
小夜	1:15	3	13.34	2	20	2.5	16
大夜		2	20	2	20	2	20

實施及進行步驟

(一)研究設計

- ◆ 採文獻探究法、專家焦點團體座談法和公聽會的方式進行
- ◆ 成立護病比法制化工作小組，由工作小組進行文獻探究，草擬「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿，透過焦點團體座談會彙整專家學者(含法律代表至少1名、醫院管理代表與護理代表各至少3名)意見，完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 為使「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」內容更加周詳，以北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 最後寫成報告後送交衛生福利部，作為未來進行護病比立法之參考。

護病比法制化工作小組名單

姓名	職稱	服務機構
盧美秀	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
高靖秋	理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	教授	國立臺北護理健康大學
楊麗珠	顧問	林口長庚醫院
陳玉枝	監事	中華民國護理師護士公會全國聯合會
張澤芸	副理事長 委員	中華民國護理師護士公會全國聯合會 全民健康保險會
盧華艷	教授	國立陽明大學

專家焦點團體座談名單(經衛福部核定)

1.法律代表

姓名	職稱	服務機構
蕭維德	律師	永曜法律事務所
邱慧沁	副教授	國立臺北護理健康大學
羅傳賢	教授	中央警察大學法律系
王志嘉	助理教授 主治醫師	國防醫學院 三軍總醫院

專家焦點團體座談名單 (經衛福部核定) (續)

2.醫院管理代表

姓名	職稱	服務機構
李偉強	秘書長 主任	台灣醫學中心協會 台北榮民總醫院醫務企管部(醫學中心)
吳志雄	常務理事 院長	台灣醫院協會 思主公醫院(區域醫院)
謝武吉	理事長 院長	台灣社區醫院協會 愛仁醫院(地區醫院)
吳明彥	秘書長	台灣私立醫療院所協會
陳俊賢	籌備處主任 副院長	輔仁大學附設醫院 曾任台北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院 (醫學中心、區域醫院)
張克士	秘書長 院長	台灣社區醫院協會 員榮醫院(地區醫院)
張冠宇	理事長 榮譽院長	中華民國區域醫院協會 馬偕紀念醫院台東分院

專家焦點團體座談名單 (經衛福部核定) (續)

3.護理管理代表

姓名	職稱	服務機構
盧華艷	理事長 教授	臺灣護理產業工會 國立陽明大學
王桂芸	理事長 護理部主任	台灣護理學會 台北榮民總醫院(醫學中心)
紀淑靜	理事長 副院長	私立醫療院所護理業務協進會 義大醫院(區域醫院)
蘇素匹	護理部主任	竹山秀傳醫院(地區醫院)
朱宗藍	護理部主任	林口長庚醫院(醫學中心)
孫吉珍	護理部主任	振興醫院(區域醫院)

專家焦點團體座談名單 (經衛福部核定) (續)

4.推薦立法委員或其辦公室之主任

姓名	職稱	服務機構
洪慈庸	立法委員	立法院
林靜儀	立法委員	立法院
李彥秀	立法委員	立法院
蔣萬安	立法委員	立法院
吳玉琴	立法委員	立法院
劉建國	立法委員	立法院

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
醫療法	1.第12條 第3項(略)醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。 2.第102條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰： 一、(略) 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。	1.有訂定罰則，較具拘束力 2.授權子法(醫療機構設置標準)訂定細節	1.需有地方主管機構配合查核方能落實 2.此法規範機構之所有醫事人力，修法不易
醫療機構設置標準	附表(一)：綜合醫院、醫院設置標準表 附表(二)：慢性醫院設置標準表 附表(三)：精神科醫院設置標準表 將目前急性病房之人床比改為護病比	1.技術性、瑣碎性事項，可由子法定立 2.來自母法(醫療法)授權有拘束力	1.需有地方主管機構配合查核方能落實 2.此法規範機構之所有醫事人力；必須將人床比轉換成護病比，修法不易 3.設標僅作最低標準的規範 4.必須落實上網公告護病比

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
全民健康保險法	修改第六章 第61條 健保會應於各年度開始三個月前在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。 其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。	1.護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因。 2.可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。	健保資訊必須公開化
醫院評鑑基準	2.3.6 適當的護病比 附加規定 持續監測「每月全日平均護病比」並公告之	與健保給付勾稽，較具約束力	單一以醫院評鑑規定未與給付連動，缺少誘因。

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
全民健康保險法 + 醫院評鑑基準	1.修改全民健康保險法第六章第61條 增加「 其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。 」 2.醫院評鑑基準2.3.6適當的護病比 附加規定 持續監測「全日平均護病比」，並公告之。	1.護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因 2.可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。 3.與健保給付勾稽，較具約束力	必須強化各醫院資訊系統和落實提報。

(二)研究對象

- ◆本研究對象為對「**護病比法制化**」具專長和感興趣的**所有人**，包括：法律專家、醫院管理者、護理主管以及護理人員等。
- ◆研究對象將透過專家焦點團體座談和公聽會的參與，提出個人的意見和看法。
- ◆公聽會的邀請對象包含：**護理團體代表、醫療團體代表、醫療機構**(各級醫院【醫學中心、區域醫院、地區醫院】)、**醫院護理主管及護理人員、立法委員**等。

(三)研究工具

- ◆本研究工具為護病比法制化工作小組自擬的「**護病比法制化相關方案與護病比法制草案**」，內容將包括：**護病比法制化法規名稱、法源內容、優點、缺點分析**等等。

(四)研究過程

- ◆1.文獻查證
- ◆2.成立護病比法制化工作小組
- ◆3.召開護病比法制化工作小組會議，完成「**護病比法制化相關方案與護病比法制草案**」初稿
- ◆4.邀請專家學者及團體代表
- ◆5.進行2次專家學者團體焦點座談，完成「**護病比法制化相關方案與護病比法制草案**」
- ◆6.辦理北、中、南、東四場公聽會，並製作紀錄、錄影、實錄摘要及綜整各界意見，完成「**護病比法制化**」建議案。
- ◆7.完成報告後送交衛生福利部

月次	第1個月	第2個月	第3個月	第4個月	第5個月
工作專案					
1. 文獻查證	■	■	■	■	■
2. 成立護病比法制化工作小組	■				
3. 護病比法制化工作小組會議，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿		■			
4. 邀請專家學者團體		■			
5. 進行2次專家學者團體焦點座談，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」		■	■		
6. 辦理北、中、南、東四場公聽會，全程錄影收集與整合相關意見，完成「護病比法制化」建議案			■	■	
7. 完成報告後送交衛生福利部					■

第一次工作小組會議之決議

- ◆工作分配如下：

工作內容	負責人
➢ 蒐集澳洲、美國、新加坡的相關護病比法案、條文內容及給付標準	陳玉枝顧問
➢ 蒐集日本的護病比法案及條文內容 ➢ 確認日本護病比法案是立於健康保險法案中的哪項位置 ➢ 蒐集日本於2006-2016年的護理人力改變狀況（包含離職率、空缺率等等）	楊麗珠顧問
➢ 分析護病比法制化之草案內容要放在哪項法案中較適合（醫療法抑或是全民健保法）並分析其優缺點及其風險。	高靖秋理事長 & 張澤芸副理事長
➢ 設計如何將醫療機構設置標準之人床比轉換為護病比	林秋芬教授

第二次工作小組會議之決議

1. 使用**健保加成獎勵VPN系統**資料(每家醫院所報出之全日平均護病比)，以此資料作為最低標準護病比之基準。
2. 考量在台灣仍有許多醫院之病房特性皆為綜合病房，難以定義病房之科別，因此決議先不分科別，而是以**一般急性病床**為準。
3. 建議本次訂定護病比，以「**全日平均護病比**」為訂定標準基礎，未來再慢慢往三班護病比努力。
4. 護病比立法，決議建議放在「**醫療法**」，**增訂**第12條第4項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。**詳細的條文內容（包含護病比確切的比例數字以及罰則等），再煩請高靖秋理事長及張澤芸副理事長負責收集資料及擬定法案草稿，並於專家焦點團體座談會進行更進一步討論。**

成果預估

本研究預定能達成下列成果：

- ◆ 成立護病比法制化工作小組，進行「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」初稿。
- ◆ 透過專家學者團體焦點座談，完成「護病比法制化相關方案與護病比法制草案」。
- ◆ 辦理北、中、南、東四場公聽會，收集與整合相關意見，並依意見完成「護病比法制化建議案」。
- ◆ 最後寫成報告後送交衛生福利部，作為未來進行護病比立法之參考。

Thank You For Listening~



104年及105年提升住院護理照護品質方案 (20億元)

◆ 全日平均護病比加成本範圍

加成本類別	全日平均護病比範圍		
	醫學中心	區域醫院	地區醫院
9%	8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9
10%	8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4
11%	< 8.0	< 11.0	< 14.0

*精神科教學醫院比照區域醫院，精神科醫院比照地區醫院。

以全日平均護病比推估合理護理費(以104年護理人事成本推估)

全日平均 護病比	日本(點)	台灣(點)				
	一般病棟 ^a	層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院	
7	1,591	預 估 點 值	2,476	1,941	<10以下，以 1,216點支付	
8			2,167	1,699		
9			1,926	1,510		
10	1,332		730	1,359		
11				1,235		1,106
12				1,132		1,013
13	1,121					935
14						869
15	960					811
>15				支付現行點 數644點		支付現行點數 580點

註：^a1點=日幣10元。

以全日平均護病比推估2016年急性病房每位病人每日之住院護理費

層級	護病比	人床比	99年薪資 調查結果 (取中位數) A	(2015年)平均人事成本 =**薪資 x(1.65)x(1.1125)* (元/人/月)		99年護理 費支付點 數 (點/床/日) D	健保住院 護理費給 付給護理 人員的費 用 (元/床/月) E=Dx0.944 5***x30 E		人事成本與健保 住院護理費給付 之差 (元/床/日) F=E- D/30 F		健保住院 護理費建 議支付點 數 (點/床/日) G=F/0. 9445 G		健保住院 護理費建 議支付點 數 (點/床/日) H=D+G H	
				B	C=Bx床比 C									
醫學 中心	7	0.65	58,677	107,709	70,011	643	18,219	1,732	1,833	2,476				
	8	0.57			61,394	643	18,219	1,439	1,524	2,167				
	9	0.51			54,932	643	18,219	1,212	1,283	1,926				
	7	0.65			54,887	568	16,094	1,297	1,373	1,941				
	8	0.57			48,132	568	16,094	1,068	1,131	1,699				
區域 醫院	9	0.51	46,002	84,442	43,065	568	16,094	890	942	1,510				
	10	0.46			38,843	568	16,094	747	791	1,359				
	11	0.41			34,621	568	16,094	630	667	1,235				
	12	0.38			32,088	568	16,094	533	564	1,132				
	10	0.46			34,762	516	14,621	661	700	1,216				
地區 醫院	11	0.41	41,168	75,569	30,983	516	14,621	557	590	1,106				
	12	0.38			28,716	516	14,621	470	497	1,013				
	13	0.35			26,449	516	14,621	396	419	935				
	14	0.33			24,938	516	14,621	333	353	869				
	15	0.30			22,671	516	14,621	278	295	811				

*[2015年]平均人事成本較2010年增加11.25%

**因應勞動基準法第30條修正，調整正常工時由二週84小時，修正為每週40小時，人事成本原為薪資之1.65倍，修正為1.65倍。

***為總額支付點值，2011年點值為0.9445。

健保署按季公告各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)自行填報之急性一般病床護病比資料，104年與105年上半年各層級醫院護病比如下表

層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率	層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率	層級	範圍	104年 占率	105.1-6 占率
醫學中心	>9	9.0%	0.6%	區域醫院	>12	5.4%	4.8%	地區醫院	>15	0.9%	0.3%
	8.5-8.9	9.9%	11.5%		11.5-11.9	4.6%	4.3%		14.5-14.9	1.2%	1.8%
	8.0-8.4	30.1%	30.8%		11.0-11.4	5.8%	7.1%		14.0-14.4	1.6%	1.1%
	7.5-7.9	30.1%	33.3%		10.5-10.9	12.3%	11.3%		13.5-13.9	1.9%	1.6%
	7.0-7.4	10.9%	12.8%		10.0-10.4	11.8%	12.8%		13.0-13.4	1.4%	1.8%
	6.5-6.9	3.8%	4.5%		9.5-9.9	13.4%	15.8%		12.5-12.9	2.3%	2.9%
	<6.5	6.1%	6.4%		<9.5	46.6%	44.0%		<12.5	90.7%	90.5%
	小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%

資料來源：各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)依醫院評鑑基準公式自行填報之資料。

註1：急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。

註2：全日平均護病比公式：(參考醫院評鑑基準)醫院(急性一般病床床位數x佔床率x3)+全日平均三班護理人員

106年健保護理費支付標準調整案

表一、護理費加成範圍

層級	護病比區間	案一 增加預算 (採本會方案)	案二、不增加預算		
			案二之 1 (採本會方案)	案二之 2	
醫學中心	<6.5	20%	14%	105	14.4%
	6.5-6.9	20%	14%	85	11.6%
	7.0-7.4	18%	12%	65	8.9%
	7.5-7.9	15%	10%	45	6.2%
	8.0-8.4	12%	8%	25	3.4%
	8.5-8.9	3%	2%	6	0.8%
	>=9	0%	0%	0	0.0%
區域醫院	<9.5	20%	14%	105	16.3%
	9.5-9.9	20%	14%	85	13.2%
	10.0-10.4	18%	12%	65	10.1%
	10.5-10.9	15%	10%	45	7.0%
	11.0-11.4	12%	8%	25	3.9%
	11.5-11.9	3%	2%	6	0.9%
	>=12	0%	0%	0	0.0%
地區醫院	<12.5	20%	14%	105	17.9%
	12.5-12.9	20%	14%	85	14.5%
	13.0-13.4	18%	12%	65	11.1%
	13.5-13.9	15%	10%	45	7.7%
	14.0-14.4	12%	8%	25	4.3%
	14.5-14.9	3%	2%	6	1.0%
	>=15	0%	0%	0	0.0%
總計		20.2 億	13.85 億	13.24 億	

表二、各草案三層級占率比較

醫院層級	案一 增加預算	案二、不增加預算	
		案二之 1	案二之 2
醫學中心	40%	41.0%	27.8%
區域醫院	42%	41.2%	46.4%
地區醫院	18%	17.8%	25.9%
增加金額 預估	6.91 億	0.56 億	-0.05

護病比法制化評估與建議

中華民國護理師護士公會全國聯合會

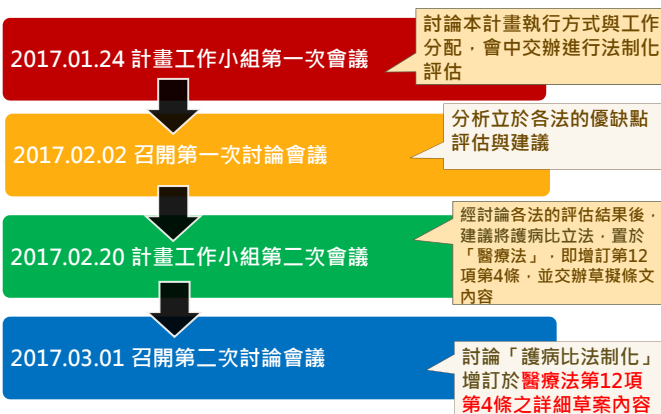
高靖秋理事長&張澤芸副理事長

2017.03.29



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

1



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

2

◆討論會議的詳細內容如下：

會議名稱	會議時間	參與成員	開會重點
第一次討論會議	2017年2月2日 9:00-12:00	高靖秋理事長 張澤芸副理事長 邱慧洵律師	1. 蒐集「護病比法制化」相關法案內容之文獻資料 2. 討論「護病比法制化」草案內容適合放在醫療法或是全民健保法，甚至另立新法並分析其優缺點
第二次討論會議	2017年3月1日 9:00-12:00	高靖秋理事長 張澤芸副理事長 邱慧洵律師	1. 蒐集「護病比法制化」相關法案內容之文獻資料 2. 討論「護病比法制化」增訂於醫療法第12項第4條之詳細草案內容



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

3

護病比規範置於不同法規之優缺點分析(1)

	醫療法		全民健康保險法	病人安全法 (名稱暫定)
法律位階	法律	法規命令	法律	法律
立法建議	增訂第12條第四項	修訂醫療機構設置標準(法源依據為醫療法第12條)	修訂第61條	從醫療照護安全性考量，以專法制定護病比
修法理由	護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療設置標準為入床比概念，且為最低人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響		「護病比與住院護理費給付連動」讓醫院有誘因改善護病比，以提供病人更佳之護理照護品質	以「病人安全法」規範護病比，強調以病人安全為中心的合理人力配置



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

4

護病比規範置於不同法規之優缺點分析(2)

	醫療法	全民健康保險法	病人安全法 (暫定)
增修訂之條文內容	增訂第12條第4項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。 於『醫療機構護病比標準辦法』(名稱暫訂)中規範一般急性病床全日平均護病比	於醫療機構設置標準之附表一增訂以下內容： 開業(於收治病入)後，一般急性病床全日平均護病比應符合下列規定： 地區醫院≤__人； 區域醫院≤__人； 醫學中心≤__人；	第61條：「健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不於期限內協議訂定時，由主管機關決定。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率，前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。 第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應選擇保險費率代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。 前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議紀錄。 第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

5

護病比規範置於不同法規之優缺點分析(3)

	醫療法	全民健康保險法	病人安全法 (暫定)
優點	1. 增加新條文，可突顯服務量對照護品質的影響。 2. 雖要修法，但修法幅度不大。 3. 可制定罰則，有強制力。	不需修法，由中央主管機關修訂即可。	1. 以財務誘因鼓勵醫院增聘護理人員。 2. 可呈現護理人員對醫院增加給付的貢獻。
缺點	1. 地方衛生局查核困難，可能難以落實。 2. 目前第12條第3項未制定罰則，未來應增列之。	1. 需送立法院審查，無法掌握修法時程。 2. 只有誘因，沒有罰則。	1. 新增一部法律，其程序複雜，立法難度較高。 2. 此法涉及跨專業領域，無法由護理人員主導，達成共識之難度較高。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

6

綜合上述，並經討論後，護病比立法建議置於「**醫療法**」，**增訂第12條第4項**：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。

護病比立法建議

一、立法緣由：

- ◆ 國外研究指出護理人員照護病人數與醫療品質及病人安全息息相關，諸多先進國家已陸續將護病比立法，反觀國內尚未以法規命令或法律來規範護病比。
- ◆ 護病比之本質是以服務量為人力配置的依據，現行醫療機構設置標準是人床比概念，且是最低的人力設置標準，無法突顯服務量對照護品質的影響。
- ◆ 經評估國內現行醫療相關法規後，建議在**醫療法第十二條增訂第四項**規定，明確規範護病比，以保障病人安全與醫療品質
- ◆ 為促使醫療機構落實法規要求，爰修正**醫療法第一百零二條第一項第二款及第二項第二款之罰則**規定。

二、增訂及修正條文內容

(一)增訂醫療法第十二條第四項：

- 醫療機構設有病房收治病人為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。
- 前項診所得設置九張以下之觀察病床；婦產科診所，得依醫療業務需要設置十張以下產科病床。
- 醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。
- 護理人員數與照護病人數之比例，中央主管機關得依醫療機構層級、照護單位屬性、照護時段或其他事項決定之，其護病比標準由中央主管機關定之。

(二)修正醫療法第一百零二條第一項第二款及第二項第二款之罰則規定：

有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期末改善者，按次連續處罰：

- 一、違反第二十五條第一項、第二十六條、第二十七條第一項、第五十九條、第六十條第一項、第六十五條、第六十六條、第六十七條第一項、第三項、第六十八條、第七十條、第七十一條、第七十三條、第七十四條、第七十六條或第八十條第二項規定。
- 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準及第十二條第四項規定所訂之標準辦法。

三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法。

四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法。

有下列情形之一，經依前項規定處罰並令限期改善；屆期末改善者，得處一個月以上一年以下停業處分：

- 一、違反第二十五條第一項或第六十六條規定者。
- 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準及第十二條第四項規定所訂之標準辦法者。
- 三、違反中央主管機關依第十三條規定所定之管理辦法者。
- 四、違反中央主管機關依第六十九條規定所定之辦法者。

三、醫療機構護病比標準辦法草案內容：

第一條

本辦法依醫療法第十二條第四項規定訂定之。

第二條

本辦法用詞，定義如下：

- 一、護病比：指護理人員數與照護病人數之比例。
- 二、全日平均護病比：指全日上班護理人員數與照護病人數之平均比例。

第三條

本辦法適用範圍如下：

- 一、於急性一般病床及精神急性一般病床住院之病人。
- 二、其他經中央主管機關認定之範圍。

第四條

不同層級之醫療機構全日平均護病比，應符合下列標準：

- 一、醫學中心全日平均護病比不得高於一比____。
- 二、區域醫院全日平均護病比不得高於一比____。
- 三、地區醫院全日平均護病比不得高於一比____。

前項全日平均護病比中護理人員數之計算，不得列入專科護理師與護理長。

第五條

中央主管機關應定期公布各層級醫療機構之全日平均護病比。

前項定期公布之時程與方式，由中央主管機關定之。

第六條

本辦法之施行日期，由中央主管機關公告。



感謝聆聽

敬請交流 & 指導





附錄八

106 年度「探討與評估護病比法制化計畫」

第一次專家焦點團體會議紀錄

106 年 03 月 29 日

全聯護會靖字第 106106 號

時間：中華民國 106 年 3 月 29 日星期三 下午 2 點至 5 點 15 分

地點：中華民國護理師護士公會全國聯合會 會議室

主席：盧美秀計畫主持人

出席人員：

(一) 研究工作小組成員：

林秋芬教授、楊麗珠顧問、張澤芸副理事長

(二) 律師代表：

蕭維德律師

(三) 醫院管理代表：

吳志雄院長、吳明彥秘書長、陳俊賢主任、張克士院長、謝武吉理事長

(四) 護理管理代表：

王桂芸主任、紀淑靜副院長、孫吉珍主任、盧孳艷教授

(五) 立法委員代表：

吳玉琴委員（柯雅齡法案助理代理出席）、李彥秀委員（申哲法案助理代理出席）、洪慈庸委員、曾宥芯國會助理、劉建國委員（蕭忠義法案助理代理出席）

請假：高靖秋理事長、陳玉枝顧問

列席指導：衛生福利部護理及健康照護司黃玉微科長

列席人員：曾修儀秘書長、許粹珮研究助理

會議紀錄

壹、主席報告 (略)

貳、計畫執行說明

1. 研究計畫簡介—盧美秀計畫主持人

(一)計畫目的

(二)相關文獻探討

(三)研究設計

(四)研究對象

(五)研究工具

(六)研究過程

- 第一次工作小組會議之決議

- 第二次工作小組會議之決議

(七)成果預估

2.護病比法制化評估與建議—張澤芸副理事長

(一)護病比置於不同法規之優缺點分析

(二)增訂醫療法第十二條第四項之說明

(三)修正醫療法第一百零二條第一項第二款及第二項第二款之罰則規定

(四)醫療機構護病比標準辦法草案內容說明

參、討論事項

一、針對護病比立法是否置於醫療法做增訂或是有其他建議，提請討論。

(一) 衛生福利部照護及健康照護司

黃玉微科長：今天非常感謝立委辦公室的主任們及醫、護、法界的專家代表們，一起參與「護病比法制化」的評估。這議題是大家所相當關心的，參考去年洪慈庸立委、吳玉琴立委及林靜儀立委舉辦的二場公聽各界意見，以及衛福部內部的高階主管會議也曾有多次討論，因尚未有較明確之共識，故本部委辦全聯會來協助本計畫之評估，以及後續透過公聽會收集基層等各界意見。今天專家焦點團體會議，也請大家不吝提供意見，謝謝！

(二) 立法委員：

1. 洪慈庸立法委員：大家好！很開心護病比的專家會議終於開始了！大家都知道護病比議題已延燒很久了，但進度卻一直很緩慢，不只是現

實面的一些困難，再加上各方面技術性層面的問題，所以過去一直找不到共識。但其實有許多民意代表及立法委員一直仍然關心此議題，我們希望能夠建構一個合理的醫療環境，不止對病人合理，對我們的醫護人員也是合理的，所以為什麼我們會在今年想要更積極地來推動，真的就是希望台灣可以變成理想中的樣子，尤其在醫療業更是我們所重視的。但因為過去一直找不到共識，還是希望隨著社會的進步，我們還是要來面對問題找出解決的方案。在日前我也曾多次用預算的方式來質詢與督促衛生福利部，要出面來解決這個問題。我覺得在護病比入法，也就是法制化的階段，其實我想各界一定會有不少不一樣的意見。在跟衛生福利部有多次討論的情況下，目前我們辦公室的想法，可能比較傾向於在醫療法的部分作增訂，當然可能會有其他專家認為要與全民健康保險法做修訂，但因為此部分涉及健保給付連動的問題，當然此部分也可以考慮，但是它跟法律規範的層面是不太一樣的，目的也是不同的，所以我覺得這部分可以再進一步做一些討論。其實護理人員在面對病患這個時間的長度與強度都是非常辛苦的，不只對護理人員勞動是有影響的，對病人安全來說也是非常重要的，因此護病比法制化我認為是絕對有它的必要性。那關於護病比的比例數字方面，目前大家都一直聽到的是 1:7，而目前醫院評鑑則是 1:9、1:12、1:15。到底這個比例要如何去訂定，我們一直在督促衛福部要把這個數字算出來，關於在此部份成本的負擔為多少，請衛福部拿出相關的數據報告提供參考，謝謝大家。

（三）醫院管理專家

1. 吳志雄院長：護病比要立法固然重要，但如果放在醫療法，著重在罰；但以人性角度來說，賞（蘿蔔）比罰（棍子）更重要，因此我建議放在健保法，可以將護病比與給付連動，給予醫院鼓勵，我想以獎賞罰則的角度來看，放在健保法會來得更有效果。
2. 謝武吉理事長：基於有監督方面的考量又有金錢的誘因，建議傾向將護病比與健保給付連動，將護病比立法放入健保法會比較好。

3. 張克士院長：

(1) 要有好的品質需要充足的人力，這點大家都同意，但，除了我們討論的這些數字外，我想提供一些實務的經驗；在我自己的醫院，我們竭盡所能照顧護理同仁，雖然同仁們的滿意度高而離職率相對較同儕為低，但是，護理人員仍招募不足。所以問題是，當訂定護病比為法律條文後，有些醫院就是無法辦到，也就是說，不是不請人，而是請不到人，這涉及整個產業結構的問題，非單純醫院的責任。尤其當大家都搶人的時候，大醫院會排擠小醫院，而都會區會排擠非都會區，造成人力分配更不平均，偏鄉小醫院更加困難！這有實際的數字可供參考：健保署為鼓勵增聘護理人力，提供住院護理費加成，結果自 99 年至 104 年，累計淨增加人數分別為：醫中 3600 多人，區域 4600 多人，地區醫院僅有以上兩個層級的零頭 600 多人，這印證了我以上的論述。

(2) 依照目前健保總額分配給全國的護理人員的平均每人每月大約只有兩萬多點，如果要增加人力並提高護理人員待遇，就必須改善健保給付，若考慮不排擠其他給付，只能爭取調高健保總額。況且，像我們醫院，為了減少護理人員的負擔，我們還請了許多輔助人力，如照服員、助理員…等，這些都沒有辦法申請健保給付，人力成本都由我們自行負擔。

(3) 我相信當把護病比入法後，其他職類如藥師、醫檢師…等，也會爭取跟進，屆時恐有實務上的困難。

(4) 同意吳院長所提的，把原有的醫療法中的設置標準當做最低標準，不符者處罰(棒子)，而現在欲提高護病比的修正意見列入與健保給付連動當做誘因(胡蘿蔔)，兩者雙管齊下較為周全。重點是如何提升護理人員願投入職場的意願，需要大家的努力。

(5) 最後，我想提醒大家，科技日新月異，未來 AI(人工智慧)機器人等可能取代許多職類與人力，科技是用來簡化流程並節省人力，而我們卻用硬生生的法條來規範人力，這在未來短短幾年後可能會不

合時宜。

4. 吳明彥秘書長：

針對研究計畫簡介報告的部分有幾項建議：

(1)有提到一些先進國家，ex：美國、日本、新加坡等都已將護病比立法之國家，他們的國民所得水準是相當高的，因此我認為文獻查證的部分必須也要將全世界各國國民所得呈現出來，資料才會完整，才能讓決策者有更完善的資料做決策的參考。

(2)護病比若要立法，認為從全民健康保險法（蘿蔔）入手較好，使用給付連動鼓勵的方式，我想這會是比較容易上線且達到效果的做法。

5. 陳俊賢主任：不反對放入醫療法，因為有基本法源依據，用這樣的方式可能會比較快，但仍會有一些疑慮，因此若要訂在醫療法，是否可以訂定一個最低標準，並且給予此標準一個法源依據，再去做規範的訂定。而在規範的訂定上，是否可以與健保法結合，我認為從經濟利益上這方面去思考這是比較好的。此外也認同吳秘書長，認為應將國民所得 GDP 以及醫療相關費用等資料須先調查出來，才能對於做決策會有較完善的考量。

（四）護理管理專家

1. 王桂芸理事長：日前到新加坡醫院參訪，發現他們的護病比很低，通常由一位 RN 及一位 Enrolled Nurse 加上一位輔助人力在旁協助，3 人為一個 team，照護一組病人（不超過 5 位），目前陸續有台灣護理人才到新加坡工作，比照到澳洲的情況也是如此。因此我想其實最重要的重點，仍然還是要去思考應該如何改善護理職場，目前台灣的護理職場環境 work loading 依然很大，護理人員仍覺得辛苦，因此關鍵點就是讓護理人員願意留在職場，當然護病比的改善就是一項非常重要的因素是必須去考量的。

2. 盧華艷教授：

(1)認為護病比此概念應是最低標準，因此將護病比立法的方式來規

範有其必要性，且現在許多先進國家也已將護病比納入法規中，這勢必是個趨勢，所以護病比要立法這是必須的。

(2)目前護病比立法也還沒有談到底要用多少的比例去規範，立法的標準應要合理且好，所以要朝好的標準過程當中，若有一點健保給付連動來補助，我認為是可接受的，且目前我們也是在這麼做。但是，我認為護病比立法若要於醫療法第 12 項增訂第 4 項我並不反對，但其增訂的第四項是否要具有其獨立性，將重點放在病人安全層面來著重考量，而不是跟健保給付連動放在一起，因為我覺得這是完全不一樣的事。

(3)堅決反對將實習護士當成人力考量。

3. 孫吉珍主任：若放入醫療法立法，或許可以以護病比標準來決定病房開床數，但醫院及病人方面可能較難了解配合。以提供醫院評鑑資料來說，書面計算護病比標準是可以達到的，但實際臨床上許多變數如新進人員能力不足、人員生病請假等因素可能無法達到書面呈現的護病比。因此，若要按照健保給付連動的方式，應要討論未來該如何提供足額的護理費，給付護理人員足額的薪資，才能達到真正的目的。
4. 紀淑靜副院長：護病比立法真的是個困難的任務，其實想要做這件事的目的就是希望可以有個規範來保護護理人員，同時也達到病人、醫護雙贏的目的。但這其中就是一定要有錢才能做事，所以我認為如果是在醫療法(第 12 條增訂第 4 項)加上健保法或是醫療設置標準(第 12 條第 3 項) 合併健保法合併並行的話，也是樂觀其成的。

(五) 法律專家

蕭維德律師：

(1)若從立法技術部分來看，我認為從醫療法切入是好的，但在第十二條第三項已提到，「醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之」，在其中「人員設置標準」，其實就可從這邊來談論護病比立法的問題。且從

此方面來訂定的話，速度可能會較快，且第三項的法律效力也夠強。修法是困難的，但若有法規已授權的話，從這方面來著手是會比較容易的。因此建議可從醫療法第三項來著手，因為其罰則效力夠，且修改醫療設置標準可能是比較有效率的。

(2)另外若護病比立法後，公告後多久以後生效也是個需要思考的問題。

(3)跟健保法比較的話，醫療法是管制面，是個根本大法。健保法則比較偏向選項的感覺，若有受到利益的牽制，就必須去遵守，反之。然而，健保法並沒有強制的效果，假如招募護理人員的成本是高於可以享受的利益，那可能會無法達到初衷的美意，且連動到底該怎麼給付，也是個問題，究竟是否能夠達到目的，是必須要好好思考的。

(4)當然從醫療法（棍子）著手是好的，但如果在健保法（蘿蔔）上也可以找到鼓勵的方式，從兩方面著手思考，我覺得也是一個可以考慮的方向。

（六）研究小組成員

1. 林秋芬教授：其實我們在小組裡也曾針對醫療機構設置標準有做過討論，在醫療機構設置標準的第十六條，就有特別提到醫院病床登記可分為許可床數與開放床數，但現況都只有規範許可床數的部分，（三床配一位護理師），但在營運的角度上來說其實是絕對有困難的，現在都沒有去規範開放床數，例如我去申請 50 床，但是我可能沒有辦法一下子全部都開放，因為我要慢慢地增加佔床率，在這過程當中如果我要去申請開放床數的時候，是不是有可能透過開放床數來規範護病比，如果按照這樣的方向去修訂法規的話，是否會比較容易？

蕭維德律師回應：我覺得如果要修法到我們理想的狀態的話，似乎不能只動到秋芬老師所說的部份，認為還是要將整個護病比概念放入討論會比較好，不過我也贊同開放床數納入討論是好的，因為這也是個誘因，不過此部分跟護病比立法的精神還是有些微差距。

2. 楊麗珠顧問：去年評鑑研修基準的時候，1.2.7 後面的人床比已拿掉，

但歷經各醫事團隊的爭取最後還是保留，但綜觀目前醫事人員人力設置，例如：物理治療師、藥師等都還是人床比計算，只有護理人員已運用護病比概念計算且與護理費給付連動明定在健保法給付條件中執行。現在的評鑑已規定各家醫院每月必須要將護病比上報 VPN 長期監控人力，只是現況護病比是 1:9，我們的目標則是 1:7，如何從 1:9 提到 1:7 尚須一些過程，需要怎麼做這也是我們必須去努力的。

盧美秀計畫主持人：

1.謝謝大家提供寶貴的意見，聽完大家的意見後，大家都認為要有蘿蔔也要有棍子比較好。

(1)棍子方面就是在醫療法之醫療設置標準可以做規範，申請許可床數（每三床必須配置一人），可以加上一項，「申請開放床數時必須符合護病比」來規範。

(2)蘿蔔方面，朝向修改全民健康保險法第 61 條，讓護病比可與健保給付連動，讓達到標準的醫院有更多的獎勵。

(3)是否在醫院評鑑基準之 2.3.6 適當的護病比，增列「持續監測每月全日平均護病比並公布之」。

2.而立「病人安全法」，也是我們未來的中長程的目標。下次將提出「病人安全法」訂定之中長程目標，請衛福部編列預算，以集結各醫事團體代表共同討論立法內容。

肆、臨時動議

（一）洪慈庸立委辦公室曾宥芯國會助理：

其實聽到很多前輩的討論，關於護病比立法究竟要放在醫療法內的醫院設置標準、全民健康保險法或是設立病人安全法，目前還是持一個開放討論的立場。在醫療設置標準的責罰強度跟全民健康保險法給付連動相比擬，這可能是會讓人有所疑慮的部分。另外，目前英國、日本等國家都已將護病比立法，想必這絕對是個趨勢，除了可以確保病人能夠獲得最佳照護品質之外，也是要確保護理人員的工作權，若今日真的將醫療設置標準與全民健保法給付連動合併，是否真的可以達到我們所要的效果，我覺得

這是之後還需要再從長計議的事。

盧美秀計畫主持人回應：請曾國會助理在第二次會議前提供可以列在醫療法的哪一條，以保障護理人員的工作權。

(二) 吳玉琴立委辦公室柯雅齡法案助理：

認為在此計畫中，應該還是要呈現出在醫療法第 102 條確實有被裁罰的案例有多少，建議可以請醫事司去調查各縣市衛生局開罰的數據。也建議在下次會議中，邀請醫事司的人員一同列席。如果 102 條確實有效力，那麼直接在醫療法或醫療機構設置標準去討論護病比立法才可能會比較合適。另外，認為在下次會議中，是否也能將護理人員培育數據呈現出來，現在護理系越開越多，應該要有相對的數據來回應院方認為醫師納勞基法之後，專科護理師要承擔醫師工作，然後護理人員流到 NP 之後，護理人員夠不夠 cover 護病比的數字。若此數據呈現出來，可討論得比較長遠。

盧美秀計畫主持人回應：請黃玉微科長也協助轉請醫事司提供各縣市衛生局依據醫療法第 102 條開罰之案件數，供第二次會議參考。

伍、 總結：

- 1.下次會議時間：106 年 4 月 24 日星期一下午 2 點整，請大家準時出席。
- 2.下次會議將就各位委員和國會助理提問資料，彙整後向各位報告。
- 3.提供醫療機構設置標準之修法方向和內容，再做討論。
- 4.繼續討論是否修改健保法以及修改之內容。
- 5.提出另立「病人安全法」之中長程計畫。
- 6.請醫事司提供各縣市衛生局依據醫療法 102 條開罰之案件數。
- 7.下次開會請健保署和醫事司推派代表與會。

陸、 散會 17:15



附錄九

106年度探討與評估護病比法制化計畫

第二次專家焦點團體會議

投標機構：中華民國護理師護士公會全國聯合會

研究團隊：

主持人：盧美秀監事長

協同主持人：高靖秋理事長、林秋芬教授



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

1

第二次專家焦點團體會議 會議議程

時間	會議內容	主持人
13:30-14:00	報到	盧美秀計畫主持人
14:00-14:10	主席致詞	
14:10-14:40	長官及貴賓致詞	
14:40-15:10	第一次專家焦點團體會議 提問事項說明	
15:10-16:50	繼續討論護病比立法草案內容	
16:50-17:00	臨時動議	
17:00~	賦歸	



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

2

第二次專家焦點團體會議 會議大綱

第一次專家焦點團體會議各位專家所提問資料，彙整如下：

1. 各先進國家醫療支出占GDP的比例。
2. 台灣近年來之護理人員培育相關數據。
3. 護病比與護理費加成狀況。
4. 訂定病人安全法規劃。
5. 各縣市衛生局依據醫療法102條開罰之案件數。

提案討論：

1. 醫療法修訂：醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正
2. 全民健康保險法修訂



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

3

第一次專家焦點團體會議 提問事項說明



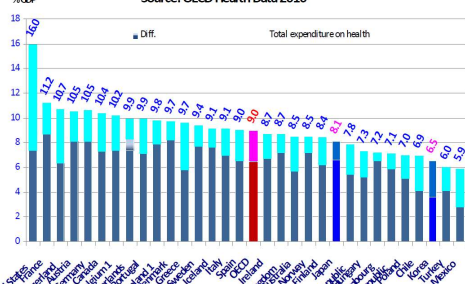
中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

4

一、OECD 國家健康醫療支出占GDP之比重

依經濟合作暨開發組織公佈之2010 OECD Health Data 顯示：OECD 國家2008 年平均醫療支出占GDP之9%；最高的是美國的16.0%，最低的是墨西哥之5.9%，法國11.2%，瑞典10.7%，德國10.5%，加拿大10.4%，澳大利亞8.5%，英國為8.7%，而日本則為8.1%，韓國也達6.5%。台灣則約6.3%左右。

Figure 1. Health expenditure as a share of GDP, 2008
Source: OECD Health Data 2010

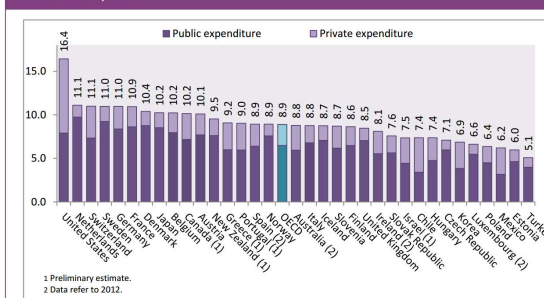


中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

5

依經濟合作暨開發組織公佈之2015 OECD Health Data 顯示：OECD 國家2013 年平均醫療支出占GDP之8.9%；最高的是美國的16.4%，最低的是土耳其之5.1%，法國10.9%，瑞典11.0%，德國11.0%，加拿大10.2%，澳大利亞8.8%，英國為8.5%，而日本則為10.2%，韓國也達6.9%。台灣則大於6%左右(6.1%)。衛生福利部統計處，2017。

Figure 2. Health spending (excluding investment) as a share of GDP, OECD countries, 2013



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

6

依據衛福部統計資料顯示，每萬人口平均只得分得18名西醫師，遠低於經濟合作暨發展組織（OECD）國家的平均值33名，德國每萬人有41名醫師，日本、韓國也有20多名。**台灣醫護過勞，從此圖可見一斑。**



7

學年	100	101	102	103
男性	613	749	818	965
女性	14,309	13,380	13,595	13,559
總計	14,922	14,129	14,413	14,524

 中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

8

年度		報考人數	及格人數	錄取率
105	7月	14,362	6,930	48.25%
	2月	7,754	944	14.28%
104	7月	16,417	7,742	50.5%
	2月	8,664	1,287	16.81%
103	7月	17,404	6,743	41.47%
	2月	9,971	1,472	17.13%

 中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

9

Year	Registered Nurses (執業)	Nursing Assistants (執照)
96	118,635	205,255
97	125,035	210,157
98	129,083	217,102
99	133,082	224,493
100	136,945	231,208
101	141,007	239,192
102	145,172	245,914
103	147,773	253,454
104	153,336	261,953
105	158,318	269,350
10603	158,093	269,361

96 97 98 99
 中華民國護理師護士公會全國聯合會
 Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

10

醫院層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院	其他	合計
95	312	239	28	3	582
96	381	402	73	1	857
97	181	247	65	4	497
99	207	361	54	6	628
100	103	211	37	3	354
101	164	513	75	58	810
102	160	479	82	15	736
103	125	358	59	20	562
104	198	400	57	21	676
105	-	-	-	-	712
總計	1,831	3,210	530	131	6,414

中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

11

層級	範圍	104年 占率	105年 占率	層級	範圍	104年 占率	105年 占率	層級	範圍	104年 占率	105年 占率	加成
醫學 中心	>9	9.0%	0.3%	區域 醫院	>12	5.4%	3.8%	地區 醫院	>15	0.9%	0.4%	0
	8.5-8.9	9.9%	6.1%		11.5-11.9	4.6%	4.2%		14.5-14.9	1.2%	1.7%	9%
	8.0-8.4	30.1%	26.9%		11.0-11.4	5.8%	7.0%		14.0-14.4	1.6%	1.0%	10%
	7.5-7.9	30.1%	40.4%		10.5-10.9	12.3%	11.2%		13.5-13.9	1.9%	1.5%	11%
	7.0-7.4	10.9%	15.7%		10.0-10.4	11.8%	13.4%		13.0-13.4	1.4%	1.5%	
	6.5-6.9	3.8%	4.8%		9.5-9.9	13.4%	14.9%		12.5-12.9	2.3%	2.6%	
	<6.5	6.1%	5.8%		<9.5	46.6%	45.5%		<12.5	90.7%	91.3%	
	小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%	

資料來源：各醫院於健保健保資訊網路系統(VPN)依醫院評鑑基準公式自行填報之資料
註：急性一般門診：包含急症一般門診、經濟門診、贈醫急症一般門診、贈醫急症經濟門診。
註：急性一般門診總占比：(急門診總量/全部門診總量)*100%
註：占率：各層級符合特定全日平均門診人次範圍之月份，占該層級總申報月份之比率

12

104年至106年提升住院護理照護品質方案 (20億元)

◆全日平均護病比加成果範圍

全日平均護病比			104~105 年度	106年度
醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成%	加成%
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%
<7.0	<10.0	<13.0		14%

*精神科教學醫院比照區域醫院，精神科醫院比照地區醫院。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

13

台灣合理護理費給付推估

以全日平均護病比推估2016年急性病房每位病人每日之合理護理費給付推估

層級	護病比	人床比	99年薪資 調查結果 (取中位數) A	(2015年)平均人事成本 ="薪資" x(1.65)x(1.1125)*		99年護理 費支付點 數	健保住院 護理費給 付給護理 人員的費 用	人事成本與健保 住院護理費給 付之差距	健保住院 護理費建 議支付點 數		
				(元/人/月)	(元/床/月) C=Bx床比		(點/床/日) D	(元/床/日) E=Dx0.944 5***x30 E	(元/床/日) F=(E- D)/30 F	(點/床/日) G=F/0.9445 G	(點/床/日) H=D+G H
				B	C		D	E	F	G	H
醫學 中心	7	0.65	58,677	107,709	70,011	643	18,219	1,732	1,833	2,476	
	8	0.57			61,394	643	18,219	1,439	1,524	2,167	
	9	0.51			54,932	643	18,219	1,212	1,283	1,926	
區域 醫院	7	0.65	46,002	84,442	54,887	568	16,094	1,297	1,373	1,941	
	8	0.57			48,132	568	16,094	1,068	1,131	1,699	
	9	0.51			43,065	568	16,094	890	942	1,510	
	10	0.46			38,843	568	16,094	747	791	1,359	
	11	0.41			34,621	568	16,094	630	667	1,235	
	12	0.38			32,088	568	16,094	533	564	1,132	
地區 醫院	10	0.46	41,168	75,569	34,762	516	14,621	661	700	1,216	
	11	0.41			30,983	516	14,621	557	590	1,106	
	12	0.38			28,716	516	14,621	470	497	1,013	
	13	0.35			26,449	516	14,621	396	419	935	
	14	0.33			24,938	516	14,621	333	353	869	
	15	0.30			22,671	516	14,621	278	295	811	

* (2015年)平均人事成本較2010年增加11.25%

**因應勞動基準法第30條修正，調整正常工時由二週84小時修正為每週40小時，人事成本原為薪資之1.5倍，修正為1.65倍。

***為總額支付點值，2011年點值為0.9445。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

14

以全日平均護病比推估合理護理費與日本住院醫療給付比較 (以104年護理人事成本推估)

全日平均 護病比	日本(點)	台灣(點)			
	一般病棟 ^a	層級	醫學中心	區域醫院	地區醫院
7	1,591	預 估 點 值	2,476	1,941	<10以下，以 1,216點支付
8			2,167	1,699	
9			1,926	1,510	
10	1,332			1,359	
11				1,235	
12				1,132	
13	1,121		730		
14					
15	960				
>15				支付現行點 數644點	支付現行點數 580點

註：^a1點=日幣10元。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

15

四、病人安全法規劃時程

期程目標	106.6.23	107.12.31	109.12.31
法案名稱			
護病比法制化	完成評估 護病比立法	-----	-----
病人安全法	向衛福部 提出立法建議	完成 病人安全法草案	完成立法

於今年成果報告中，將會建議
衛福部編列預算，討論病人安
全法草案內容



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

16

五、各縣市衛生局依據醫療法102條開罰之案件數 (調查中)



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

17

提案討論



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

18

1.醫療法修訂：

醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正

綜合醫院	醫院	備註
1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 修訂方案： 1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 1-2.綜合醫院、醫院正式營業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院≤ <u> </u> 人；區域醫院≤ <u> </u> 人；醫學中心≤ <u> </u> 人，且白班需≤ <u> </u> 人。 2.設有下列部門者，其人員並依其規定計算： 3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。 4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。	同綜合醫院之標準	1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 修訂方案： 1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 1-2.各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。 2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。

2.全民健康保險法修訂：

(1)修改第六章 第61條

健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。
• 其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。

(2) 修改健保法第 41 條

醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

蕭維德律師函釋

- 全民健保醫療服務給付項目和支付基準-1
- 全民健保醫療服務給付項目和支付基準-2

Thank You For Listening~



蕭維德律師函釋

- 現行的「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，是已經有法律授權，屬於法規命令。
- 又現行的「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，在病房費乙節，也訂有依護病比不同可申請不同的加成費用。
- 從此看來，保險會等代表並未否認健保法第41條可做為護病比連動健保給付標準，據此，似可認為有關護病比連動健保給付已有法律之授權，剩下的僅是必須由健保會的各代表們去修改「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」內相關規定。

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準

章	節	頁碼
第一節 總則		第一節-1~
第二節 附屬		
第一章 基本給付		第二章第一節第一節-1~
第一節 門診給付		第二章第一節第一節-1~
附表 2.1.1 急診及急診門診範圍		第二章第一節第一節-11~
附表 2.1.2 醫院中級門診給付費 4 歲以下兒童加		第二章第一節第一節-12~
附表 2.1.3 醫院中級門診給付費 3 歲以下不分科及 4 歲兒童專科醫師加 20% 之點數計算		第二章第一節第一節-18~
附表 2.1.4 醫院院所申報應給付之門診給付費加支付		第二章第一節第一節-22~
附表 2.1.5 醫院院所申報，兒、外、內專科，特別加給費加支付		第二章第一節第一節-23~
附表 2.1.6 醫院院所申報，兒、外、內專科，特別加給費「七十五歲以上者加給」		第二章第一節第一節-24~
第一節門診給付費及支付點數之計算		
第二節 住院給付		第二章第一節第二節-1~
第三節 病房費		第二章第一節第二節-1~
第四節 精神科住院病房費與日間病房治療費		第二章第一節第四節-1~
第五節 護理費		第二章第一節第五節-1~
第六節 藥費		第二章第一節第六節-1~
第七節 住院安寧療護		第二章第一節第八節-1~
第八節 附屬		第二章第一節第八節-3~



附 錄 十

106 年度「探討與評估護病比法制化計畫」

第二次專家焦點團體會議紀錄

106 年 04 月 24 日

全聯護會靖字第 106188 號

時間：中華民國 106 年 4 月 24 日星期一 下午 2 點至 5 點

地點：中華民國護理師護士公會全國聯合會 會議室

主席：盧美秀計畫主持人

出席人員：

(一) 研究工作小組成員：

高靖秋理事長、林秋芬教授、楊麗珠顧問

(二) 律師代表：

蕭維德律師、邱慧洳律師

(三) 醫院管理代表：

吳明彥秘書長、陳俊賢主任、張克士院長、謝武吉理事長

(四) 護理管理代表：

王桂芸主任、紀淑靜副院長、孫吉珍主任

(五) 立法委員代表：

吳玉琴委員辦公室柯雅齡法案助理、洪慈庸委員辦公室楊清富副主任

請假：張澤芸副理事長、陳玉枝顧問、盧孳艷教授

列席指導：衛生福利部護理及健康照護司蔡淑鳳司長、黃玉微科長、林杰穎技士、衛生福利部醫事司呂念慈科長、衛生福利部社會保險司朱日僑簡任視察

列席人員：曾修儀秘書長、許粹珩研究助理

會議紀錄

壹、主席報告及貴賓致詞

(一) 主席報告

再次感謝大家今天能夠來一起參與討論此議題，事實上此議題要尋找到共

識真的不容易。但在上次的會議中，感謝大家的意見提供，讓我們總算有一些共識。首先請大家先確認上次的會議紀錄。在第一次的會議中，大家認為要有蘿蔔（全民健康保險法）也要有棍子（醫療法）比較好。也特別感謝蕭律師提供寶貴意見，以法律專業角度告訴我們，其實不用再修改醫療法，只要在醫療機構設置標準附表一做修訂即可；另外，我們也請教蕭律師是否也要修訂全民健康保險法，發現若要修改健保法則可從 41 條著手，因為有關醫療服務項目與支付標準是設在 41 條並不是 61 條，從「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」之病房費乙節，也訂有依護病比不同可申請不同的加成費用，但此項規定有部分專家仍有疑慮，擔心是否會因為在健保法裡面沒有明訂，而容易將此部分隨意變更抽換掉，因此今天也希望大家可以提供意見和建議。另外，也請衛福部考慮未來是否可以訂定病人安全法，讓病人安全更有保障，也讓醫護人員服務品質提升。

（二）衛生福利部照護及健康照護司

蔡淑鳳司長：

關於護病比是否要納入法，除了護理界一直相當關注外，立法院委員們也都關心此議題，最主要的目的探究以病人安全為目的的合理護理人力，讓護理人員願意繼續留任，醫院的永續經營成本效率提升，經過討論，目前提出在醫療法或全民健保法，或另訂病人安全法，我們希望更多意見徵詢，透過討論的政策形成過程中，能共識出台灣本土性最適當的護病比模式。

感謝全聯合會協助此委託計畫之執行，本案除了徵詢與統整多元意見，也希望透過國際經驗的比較分析，找到本土化護理護病比最適模式。

（三）衛生福利部社會保險司

朱日僑簡任視察：

非常榮幸可以到這邊來幫忙說明法制上作業的看法，因為過去此議題一直都有許多討論，不管是放在醫療法或健保法抑或是立專法，而截至目前許多的討論，我想先說明我們的看法：

1. 從國際立法觀察，如以健保法規方向思考，則日本模式是訂在診療

報酬辦法，而以診療報酬的規定來對應比照，台灣是以健保法第 41 條&第 42 條法令授權的醫療服務給付項目及支付標準來規範，而台灣的健保法規中支付標準與日本的診療辦法的法律位階是一樣的，均屬法規命令。而此位階同樣也在醫療法 12 條的相關條款的設置標準可見，所以都是在母法授權下的法規命令。

2. 從過去來思考台灣醫療機構的管理，護理人力在機構中所占的比重，法制設計應該是屬於法規命令的延伸，也就是放在醫療機構設置標準，屬於通案處理各醫事人力的現行法規，另外，如在醫院評鑑基準中規範護病比，或許也是適當的機制。因此，如從人力基本面法治去做延伸，建議宜以醫療機構設置標準為優先，搭配健保醫療服務給付項目及支付標準來規範，並可由健保署會同照護司以資訊公開的方式，定期公布醫療機構落實執行護病比的情形妥善因應。
3. 因為健保法本身較著重在處理健保特約機構，也就是說非健保特約機構就不在人力規範要求之中，因此如果將護病比的概念設計在健保法內，恐怕無法全面要求落實，造成立法瑕疵，這是必須要注意的。

（四）中華民國護理師護士公會全國聯合會

高靖秋理事長：謝謝大家集思廣益，希望可以透過此次會議，能夠找到讓護理人員想要持續地留在醫院工作，也維護病人安全的方法，謝謝各位專家！

貳、針對第一次專家焦點團體會議之提問事項說明-盧美秀計畫主持人

1. 各先進國家醫療支出占 GDP 的比例。
2. 台灣近年來之護理人員培育相關數據。
3. 護病比與護理費加成狀況。
4. 訂定病人安全法規劃。

參、討論事項

一、針對護病比立法是否於醫療機構設置標準做增訂或是有其他建議，提

請討論。

(一) 醫院管理專家

1. 謝武吉理事長：

不要納入設置標準，基於有監督方面的考量又有金錢的誘因，建議傾向將護病比與健保給付連動，將護病比立法放入健保法會比較好。

2. 張克士院長：

(1) 要有好的品質需要充足的人力，這點大家都同意，但，除了我們討論的這些數字外，我想提供一些實務的經驗；在我自己的醫院，我們竭盡所能照顧護理同仁，雖然同仁們的滿意度高而離職率相對較同儕為低，但是，護理人員仍招募不足。所以問題是，當訂定護病比為法律條文後，有些醫院就是無法辦到，也就是說，不是不請人，而是請不到人，這涉及整個產業結構的問題，非單純醫院的責任。尤其當大家都搶人的時候，大醫院會排擠小醫院，而都會區會排擠非都會區，造成人力分配更不平均，偏鄉小醫院更加困難！這有實際的數字可供參考：健保署為鼓勵增聘護理人力，提供住院護理費加成，結果自 99 年至 104 年，累計淨增加人數分別為：醫中 3,600 多人，區域 4,600 多人，地區醫院僅有以上兩個層級的零頭 600 多人，這印證了我以上的論述。

(2) 依照目前健保總額分配給全國的護理人員的平均每人每月大約只有兩萬多點，如果要增加人力並提高護理人員待遇，就必須改善健保給付，若考慮不排擠其他給付，只能爭取調高健保總額。況且，像我們醫院，為了減少護理人員的負擔，我們還請了許多輔助人力，如照服員、助理員…等，這些都沒有辦法申請健保給付，人力成本都由我們自行負擔。

(3) 我還是要再次強調，相信當把護病比入法後，其他職類如藥師、醫檢師…等，也會爭取跟進，屆時恐有實務上的困難。

(4) 把原有的醫療法中的設置標準當做最低標準，不符者處罰(棒子)，而現在欲提高護病比的修正意見列入與健保給付連動當做誘因

(胡蘿蔔)，兩者雙管齊下較為周全。重點是如何提升護理人員願投入職場的意願，需要大家的努力。

(5) 最後，我想提醒大家，科技日新月異，未來 AI(人工智慧)機器人等可能取代許多職類與人力，科技是用來簡化流程並節省人力，而我們卻用硬生生的法條來規範人力，這在未來短短幾年後可能會不合時宜。

3. 吳明彥秘書長：

(1)針對在簡報中第 7 張 OECD 各國每萬人口執業醫師與護理人員數發現香港醫師與台灣醫師人口數差不多，但護理人員人數差距較小，是否可以以此為借鏡，參考香港的護理費是如何給的。

(2)護病比若要立法，還是贊成從全民健康保險法(蘿蔔)入手較好，使用給付連動鼓勵的方式，我想這會是比较容易上線且達到效果的做法。如果要修訂醫療機構設置標準，我想未來可能容易跟衛生局起衝突。

4. 陳俊賢主任：

(1)贊同用醫療機構設置標準來著手，此外，認為一定要與健保給付一起到位，讓護病比提升，我認為從經濟利益這方面去思考是比较好的。

(2)另外我認為未來護理人員應爭取一項屬於護理人員的專業費用(ex:藥師有調劑費)，在護理專業上才是根本解決之道。

(四) 護理管理專家

1. 王桂芸主任：日前到新加坡醫院參訪，發現他們的護病比很低，通常由一位 RN 及一位 Enrolled Nurse 加上一位輔助人力在旁協助，3 人為一個 team，照護一組病人(不超過 5 位)，目前陸續有台灣護理人才到新加坡工作，比照到澳洲的情況也是如此。因此我想其實最重要的重點，仍然還是要去思考應該如何改善護理職場，目前台灣的護理職場環境 work loading 依然很大，護理人員仍覺得辛苦，因此關鍵點就是讓護理人員願意留在職場，當然護病比的改善就是一

項非常重要的因素是必須去考量的。

2. 孫吉珍主任：其實現在護理費都不足以給付護理人員薪水，若要按照健保給付連動的方式，應要著重討論該如何提供足額的護理費，以給付護理人員足額的薪資。而支付基準一直在變動，因此，我建議要修改健保法，在法規上要加進去條文，對護理人員來說才有保障。
3. 紀淑靜副院長：護病比立法真的是個困難的任務，其實想要做這件事的目的就是希望可以有個規範來保護護理人員，同時也達到病人、醫護雙贏的目的。站在保障基層護理人員的角度來思考，我認為在醫療機構設置標準與健保法給付連動一起修訂是比較好的。

（五）法律專家

1. 蕭維德律師：

- (1) 如果政策上要修醫療法，在立法技術上我個人是贊同同時一起修訂醫療機構設置標準與健保法給付連動，只是沒有辦法在醫療設置標準上做健保的規範。
- (2) 健保法 41 條的第 1 項已有法律授權，但若考量擔心支付標準是否容易被刪除，就立法技術而言，不是訂在 41 條，而是建議增訂 42 條第三項：「第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，**應包括護理費與護病比連動方式之給付。**」另原條文第三項、第四項改為第四項、第五項。

2. 邱慧洳副教授：

我認為從醫療機構設置標準著手會比較好，優點為最快最有效率；缺點則為醫院若違法可能會造成停業或是廢止開業執照。但其實不論立法要立在哪，我想最重要的目的是希望可以藉由此過程，豐富保障護理人員工作權的內涵，讓這個形成的過程，是個砲聲少喝采多的過程。此外，我建議護理人員之人力計算，不應該包含護理長以及輔助人力。

（六）研究小組成員

1. 高靖秋理事長：

在過去盧監事長的帶領之下，健保給付連動是否有真正落實在護理人員身上，護理費偏低也是一直以來的問題，真的很感謝有今天這樣的機會，讓這個問題越來越聚焦，希望未來真的能夠建構出本土的最適模式。

2. 林秋芬教授：

我認為健保給付連動一定要放進來，然後，醫療法與健保法一起同時運作，讓護理人員獲得保障，這才能對我們護理人員有所交代。

3. 楊麗珠顧問：我們真的很期待醫界的醫、護能夠有這樣面對面的座談會，非常感謝所有這次參與的代表。談到護病比跟健保給付連動，這已經是長久以來的議題，其實整個醫療團隊的努力，主要的目的還是著重在病人安全和減輕護理人員的負荷，但是以目前的現況，其實有很多的護理人員都還是覺得沒有保障，希望一定要有法的依據，可以讓大家都覺得有保障。因此我覺得這兩件事必須要同時進行。去年在修評鑑基準的時候，就提到許多其他的醫事團隊也都要求用業務量來計算評鑑人力，因為所有的醫事團隊都必須注重病人安全與工作負荷，目前設置標準都是用人床比，藥師、復健師、放射技術師、社工等都是用幾床要設置幾個人力，醫事團隊都覺得這已經不符合時代需求。現在唯一最好的應該就是臨床檢驗師，他們老早就讓機器所取代，但我個人覺得未來醫師與護理會被機器人取代其實是不太可能的，因為醫師和跟護理師不是只有技術性工作，在醫療過程中必需要跟病人及家屬持續溝通，做各項檢查、處置、治療的解釋，需要花許多時間在此項工作上。所以訂定護病比的確是重要的，要再繼續往前走，而且我認為護病比與給付連動一起並進是必要的，必須是相輔相成的。

肆、臨時動議

(一) 衛生福利部醫事司：

在這邊要再次強調及澄清，部長並沒有承諾要將護病比納入立法，且若修訂醫療機構設置標準，未來衛生局介入性不高且執行面有困難，因此不建

議修訂醫療機構設置標準放入公聽會討論，也不建議修訂醫療機構設置標準。

盧美秀計畫主持人回應：請衛福部醫事司與衛福部照護司等相關單位進一步討論關於醫療機構設置標準之修訂可行性，並於**5月20日**前告知是否可把醫療機構設置標準放入公聽會討論。

(二) 吳玉琴立法委員辦公室柯雅齡助理：

玉琴委員一直都很關心護理人員在勞動條件上的問題，以及連動之後的給付是否讓護理人員有感，以下有幾個問題想請教：

1.各縣市衛生局依據醫療法 102 條開罰之案件數。

醫事司回應：近 3 年內，對醫院有進行開罰(罰鍰)的案件平均不到 10 件。

2.請問若護病比立法後，不論是放在健保法第 41 條或第 42 條，是否會有破窗效應？

社保司回應：

1. 非常感謝吳委員辦公室代表非常重要的提醒，依據健保法支付標準的整是屬於健保署共同擬訂會議的權責，如果護病比的條文一旦寫入健保法，確實會造成其他的醫事人力也來比照支付連動形成破窗效應。

2. 近年的支付改革，都是以病人為中心，所以在法案的思維，支付條文都不宜單一針對某醫事人員設計。

3. 本研究案蕭律師對於修法條文的建議，或許是協助公會提出研究計畫的各種建議方案，此非政府的官方立場。

(三) 洪慈庸立法委員辦公室楊清富副主任：

其實此議題我們已多次在立法院提案，也促成此次研究計畫案的形成，其實討論到最後我們認為蘿蔔+棍子是最好，一方面在健保法要加強，另外在醫療法也要有所規範，但不論是入哪個法、怎麼入法，我們最終的目的還是希望能夠落實才是最重要的。

伍、 總結：

1. 綜合大家意見，公聽會將以修訂醫療機構設置標準和健保法第 42 條以及增訂「病人安全法」做為討論議題。

(1) 修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一：

綜合醫院	醫院	備註
<p>1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。</p> <p>1-2.綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院 ≤ 15 人；區域醫院≤12 人；醫學中心≤ 9 人。</p> <p>2.設下列部門者，其人員並依其規定計算：</p> <p>3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。</p> <p>4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。</p>	同綜合醫院之標準	<p>1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>修訂方案：</p> <p>1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。</p> <p>1-2. 各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。</p> <p>2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。</p>

(2) 增訂健保法 42 條第 3 項：

「第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，**應包括護理費與護病比連動方式之給付。**」

(3) 未來將朝向訂定「病人安全法」努力。

2.公聽會時間已確定，時間及地點如下，請大家能夠踴躍出席發表意見。

表一 護病比法制化公聽會舉辦時間／地點

區域	舉辦日期	時間	地點
中區	5月22日 星期一	13:30-16:30	臺中榮民總醫院 研究大樓一樓第二會議室
東區	6月6日 星期二	13:30-16:30	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 大愛樓2樓第一會議室
南區	6月12日 星期一	13:30-16:30	高雄市立大同醫院 3樓大禮堂
北區	6月13日 星期二	13:30-16:30	臺北市立聯合醫院中興院區 6樓第一會議室

陸、散會 17:00

附錄十一

106年度探討與評估護病比法制化計畫

公聽會

投標機構：中華民國護理師護士公會全國聯合會

研究團隊：

主持人：盧美秀名譽教授

協同主持人：高靖秋理事長、林秋芬教授

2017/05/22 - 2017/06/13



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

1

106年度探討與評估護病比法制化計畫 公聽會場次

區域	舉辦日期	時間	地點
中區	5月22日 星期一	13:30-16:30	臺中榮民總醫院 研究大樓一樓第二會議室
東區	6月6日 星期二	13:30-16:30	佛教慈濟醫療財團法人花蓮慈濟醫院 大愛樓2樓第一會議室
南區	6月12日 星期一	13:30-16:30	高雄市立大同醫院 3樓大禮堂
北區	6月13日 星期二	13:30-16:30	臺北市立聯合醫院中興院區 6樓第一會議室



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

2

計畫目標

1. 收集相關團體與專家學者對護病比法制化之意見。
2. 研擬護病比法制化相關方案與護病比法制草案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

3

要完成之工作方案

1. 成立護病比法制化工作小組：工作小組會議至少召開2次
2. 辦理2場專家學者團體焦點座談會議。
3. 辦理北、中、南、東區公聽會收集相關意見。
4. 收集與整合公聽會意見後，完成「護病比法制化」建議案。



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

4

護病比法制化工作小組名單

姓名	職稱	服務機構
盧美秀	監事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
高靖秋	理事長	中華民國護理師護士公會全國聯合會
林秋芬	教授	國立臺北護理健康大學
張澤芸	副理事長 委員	中華民國護理師護士公會全國聯合會 全民健康保險會
楊麗珠	顧問	林口長庚醫院
盧華艷	教授 理事長	國立陽明大學 臺灣護理產業工會
陳玉枝	監事	中華民國護理師護士公會全國聯合會



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

5

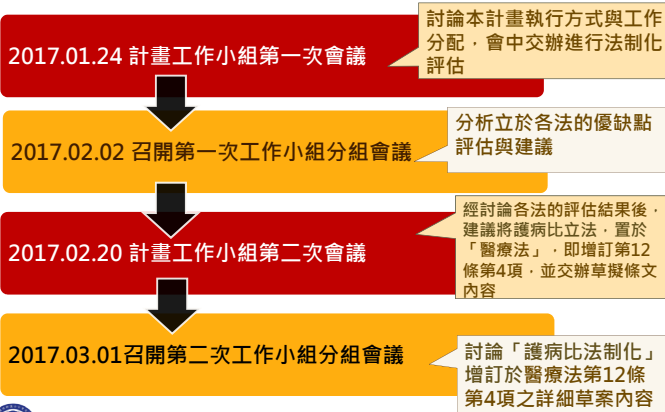
I、研究方法與步驟



中華民國護理師護士公會全國聯合會
Taiwan Union of Nurses Association (TUNA)

6

II、工作小組會議



第一次工作小組會議之決議

◆工作分配如下：

工作內容	負責人
➢ 蒐集澳洲、美國、新加坡的相關護病比法案、條文內容及給付標準	陳玉枝顧問
➢ 蒐集日本的護病比法案及條文內容 ➢ 確認日本護病比法案是立於健康保險法案中的哪項位置 ➢ 蒐集日本於2006-2016年的護理人力改變狀況（包含離職率、空缺率等）	楊麗珠顧問
➢ 分析護病比法制化之草案內容要放在哪項法案中較適合（醫療法抑或是全民健保法）並分析其優缺點及其風險。	高靖秋理事長 & 張澤芸副理事長
➢ 設計如何將醫療機構設置標準之人床比轉換為護病比	林秋芬教授

第二次工作小組會議之決議

1. 使用健保加成獎勵VPN系統資料(每家醫院所報出之全日平均護病比)，以此資料作為最低標準護病比之基準。
2. 考量在台灣仍有許多醫院之病房特性皆為綜合病房，難以定義病房之科別，因此決議先不分科別，而是以一般急性病床為準。
3. 建議本次訂定護病比，以「全日平均護病比」為訂定標準基礎，未來再慢慢往三班護病比努力。
4. 護病比立法，決議建議放在「醫療法」，增訂第12條第4項：「護理人員人數與病人人數比例，依醫療機構類型、照護單位屬性、照護時段，由中央主管機關另定之」。詳細的條文內容（包含護病比確切的比數數字以及罰則等），並於專家焦點團體座談會進行更進一步討論。

III、專家焦點團體座談會

➢ 專家焦點團體座談名單(經衛福部核定)

1.法律代表

姓名	職稱	服務機構
蕭維德	律師	永曜法律事務所
邱慈洳	副教授	國立臺北護理健康大學
羅傳賢	教授	中央警察大學法律系
王志嘉	助理教授 主治醫師	國防醫學院 三軍總醫院

專家焦點團體座談名單(經衛福部核定)(續)

2.醫院管理代表

姓名	職稱	服務機構
吳志雄	常務理事 院長	台灣醫院協會 思主公醫院(區域醫院)
謝武吉	理事長 院長	台灣社區醫院協會 愛仁醫院(地區醫院)
吳明彥	秘書長	台灣私立醫療院所協會
陳俊賢	籌備處主任 副院長	輔仁大學附設醫院 曾任台北醫學大學附設醫院、萬芳醫院、雙和醫院(醫學中心、區域醫院)
張克士	秘書長 院長	台灣社區醫院協會 員榮醫院(地區醫院)
張冠宇	理事長 榮譽院長	中華民國區域醫院協會 馬偕紀念醫院台東分院
李偉強	秘書長 主任	台灣醫學中心協會 台北榮民總醫院醫務企管部(醫學中心)

專家焦點團體座談名單(經衛福部核定)(續)

3.護理管理代表

姓名	職稱	服務機構
盧華艷	理事長 教授	臺灣護理產業工會 國立陽明大學
王桂芸	理事長 護理部主任	台灣護理學會 台北榮民總醫院(醫學中心)
紀淑靜	理事長 副院長	私立醫療院所護理業務協進會 義大醫院(區域醫院)
蘇素匹	護理部主任	竹山秀傳醫院(地區醫院)
朱宗藍	護理部主任	林口長庚醫院(醫學中心)
孫吉珍	護理部主任	振興醫院(區域醫院)

專家焦點團體座談名單 (經衛福部核定) (續)

4.推薦立法委員或其辦公室之主任

姓名	職稱	服務機構
洪慈庸	立法委員	立法院
林靜儀	立法委員	立法院
李彥秀	立法委員	立法院
蔣萬安	立法委員	立法院
吳玉琴	立法委員	立法院
劉建國	立法委員	立法院

◆辦理時間及地點：

場次	日期	時間	地點
第一場	106年3月29日(三)	14:00-17:15	中華民國護理師護士公會全國聯合會
第二場	106年4月24日(一)	14:00-17:00	中華民國護理師護士公會全國聯合會



第一次專家焦點團體會議 討論重點

- 1.由計畫主持人做計畫簡介及工作小組討論結果報告
- 2.由張澤芸副理事長報告修法建議
- 3.與會學者專家與團體代表發言實錄
- 4.討論重點：



Or Anything Else???

護病比規範置於不同法規之優缺點分析

法規名稱	法源內容	優點	缺點
醫療法	1.第12條第3項(略)醫療機構之類別與各類醫療機構應設置之服務設施、人員及診療科別設置條件等之設置標準，由中央主管機關定之。 2.第102條有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並令限期改善；屆期未改善者，按次連續處罰： 一、(略) 二、違反中央主管機關依第十二條第三項規定所定之設置標準。	1.有訂定罰則， 較具拘束力 2.授權子法(醫療機構設置標準)訂定細節	只修附表(一)即可!

*原建議增列第四項，經與會律師建議不增列第4項只修醫療機構標準附表(一)即可。

醫療機構設置標準第三條附表(一)綜合醫院、醫院設置標準表修正

綜合醫院	醫院	備註
1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 修訂方案： 1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 1-2.綜合醫院、醫院正式營業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院≤ <u> </u> 人；區域醫院≤ <u> </u> 人；醫學中心≤ <u> </u> 人，且白班需≤ <u> </u> 人。 2.設有下列部門者，其人員並依其規定計算： 3.精神急性一般病房：每三床應有一人以上。 4.精神慢性一般病房：每十二床應有一人以上。	同綜合醫院之標準	1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 修訂方案： 1-1.申請開業時，急性一般病床之護產人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 1-2.各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。 2.設有產房之醫院，得有助產師(士)編制至少一人以上；其人員同時具有護理人員及助產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。

法規名稱	法源內容	優點	缺點
全民健康保險法	修改第六章 第61條 健保會應於各年度開始三個月前在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。 其中住院護理費採與護病比連動方式給付，給付方式於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定之。	1. 護病比與健保護理費給付連動，提供機構增聘護理人員之誘因。 2. 可依法逐年編列「提升住院護理照護品質方案」之預算，作為護病比與健保住院護理費給付連動，直到達到合理住院護理費為止。	健保資訊必須公開化
醫院評鑑基準	2.3.6 適當的護病比 附加規定 持續監測「每月全日平均護病比」並公告之	與健保給付勾稽，較具約束力	單一以醫院評鑑規定未與給付連動，缺少誘因。

第一次專家焦點團體會議之決議

1.大家都認為要有蘿蔔也要有棍子比較好。

(1)棍子方面就是在**醫療法之醫療設置標準**可以做規範，申請許可床數（每三床必須配置一人），可以加上一項，「**申請開業床數時必須符合護病比**」來規範。

(2)蘿蔔方面，朝向**修改全民健康保險法第61條**，讓**護病比可與健保給付連動**，讓達到標準的醫院有更多的獎勵。

(3)是否在醫院評鑑基準之2.3.6適當的護病比，增列「持續監測每月全日平均護病比並公布之」。

2.而立「**病人安全法**」，也是我們未來的**中長程的目標**。請衛福部編列預算，以集結各醫事團體代表共同討論立法內容。

◆事後請蕭維德律師協助瞭解目前全民健保醫療給付項目及支付標準**第二部第一章第三節病房費通則九護理費**加成規定，是否已具有法律效力。

第二次專家焦點團體會議

一、由計畫主持人報告第一次專家焦點團體會議各位專家所提問之問題：

1. 各先進國家醫療支出占GDP的比例。
2. 台灣近年來之護理人員培育相關數據。
3. 護病比與護理費加成狀況。
4. 訂定病人安全法規劃。
5. 各縣市衛生局依據醫療法102條開罰之案件數。

二、與會代表發言實錄

◆ 護病比與護理費加成狀況

健保署按季公告各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)自行填報之急性一般病床護病比資料，104年與105年各層級醫院護病比如下表：

層級	範圍	104年占率	105年占率	層級	範圍	104年占率	105年占率	層級	範圍	104年占率	105年占率	加成
醫學中心	>9	9.0%	0.3%	區域醫院	>12	5.4%	3.8%	地區醫院	>15	0.9%	0.4%	0
	8.5-8.9	9.9%	6.1%		11.5-11.9	4.6%	4.2%		14.5-14.9	1.2%	1.7%	9%
	8.0-8.4	30.1%	26.9%		11.0-11.4	5.8%	7.0%		14.0-14.4	1.6%	1.0%	10%
	7.5-7.9	30.1%	40.4%		10.5-10.9	12.3%	11.2%		13.5-13.9	1.9%	1.5%	11%
	7.0-7.4	10.9%	15.7%		10.0-10.4	11.8%	13.4%		13.0-13.4	1.4%	1.5%	
	6.5-6.9	3.8%	4.8%		9.5-9.9	13.4%	14.9%		12.5-12.9	2.3%	2.6%	
	<6.5	6.1%	5.8%		<9.5	46.6%	45.5%		<12.5	90.7%	91.3%	
	小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%		小計	100.0%	100.0%	

資料來源：各醫院於健保署健保資訊網服務系統(VPN)依醫院評鑑基準公式自行填報之資料。
註1：急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床。
註2：全日平均護病比公式：(全年實際護理人員總數/全年實際開放床位數)÷全年平均三班次護理人員數，計算至小數位第一位。
註3：占率：各層級符合特定全日平均護病比範圍之月份，占該層級總申報月份之比率。

三、第二次專家焦點團體會議之決議

(1)修訂醫療法，醫療機構設置標準附表一：

綜合醫院	醫院	備註
1.急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。	同綜合醫院之標準	1.申請開業時，急性一般病床之護理人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。
修訂方案： 1-1.申請綜合醫院、醫院設置許可時，急性一般病床，四十九床以下者，每四床應有一人以上；五十床以上者，每三床應有一人以上。 1-2.綜合醫院、醫院正式開業時，急性一般病床(含精神科一般急性病床)以全日平均護病比計算，各層級醫院全日平均護病比為：地區醫院≤15人；區域醫院≤12人；醫學中心≤9人。 2.設下列部門者，其人員並依其規定計算： 3.精神急性一般病房，每三床應有一人以上。 4.精神慢性一般病房，每十二床應有一人以上。		修訂方案： 1-1.申請開業時，急性一般病床之護理人員，依開放床數計；偏遠地區醫院得依最近一年度中央主管機關公務統計醫院占床率計。 1-2.各層級醫院計算全日平均護病比時，得以每日占床率計算之。 但護病比不含護理長、專科護理師及實習護士等人力 2.設有 為5/22中區公聽會之建議 少一人以上，應依其規定計算。 產人員資格者，應優先以助產人員資格辦理執業登記。

(2)增訂健保法42條第3項：

健保法第42條 條文如下：

醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

第一項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應包含護理費與護病比連動之給付。

(3)全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準之病房費第九項。

九、本節註有「護理費加成」項目者，其加成之方式及申報規定：

(一)偏鄉醫院之加成：列於衛生福利部「偏鄉護理菁英計畫公費生管理要點」所定偏鄉地區範圍之醫院，依表定點數加成百分之三、五。

(二)符合全日平均護病比之加成：

1.各醫院之急性一般及經濟病床（皆含精神病床）「全日平均護病比」，符合下表所列各該層級「全日平均護病比」之範圍者，其加成率如下：

全日平均護病比			106年度
醫學中心	區域醫院	地區醫院	加成%
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	3%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	6%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	9%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	12%
<7.0	<10.0	<13.0	14%

註：(1)各醫院之「全日平均護病比」採四捨五入至小數位第一位計算。

(2)精神科教學醫院比照區域醫院層級加成，精神科醫院比照地區醫院層級加成。



病人安全法規劃時程

期程目標 法案名稱	106.6.23	107.12.31	109.12.31
護病比法制化	完成評估 護病比立法	-----	-----
病人安全法	向衛福部 提出立法建議	完成 病人安全法 草案	完成立法

於今年成果報告中，將會建議
衛福部編列預算，討論病人安
全法草案內容



Thank You For Listening~

