

全民健康保險監理委員會
第 204 次會議紀錄

中華民國 101 年 6 月 29 日

全民健康保險監理委員會第 204 次會議紀錄

時間：中華民國 101 年 6 月 29 日（星期五）上午 9 時

地點：行政院衛生署中央健康保險局臺北業務組第一會議室（臺北市許昌街 17 號 9 樓）

出席委員：

周委員麗芳

吳委員淑瓊

盧委員瑞芬

盧委員美秀

干委員文男

楊委員芸蘋

張委員永成

林主任敏華(代)

蘇委員錦霞

滕委員西華

何委員語

葉委員宗義

李委員永振

郭委員志龍

李委員明濱

何常務理事博基(代)

李委員蜀平

黃委員建文

陳委員俊明

楊委員漢淥

謝常務理事武吉(代)

曲委員同光

呂委員明泰

姚委員惠文

柯委員綉絹

石委員發基

鍾委員美娟

劉委員玉蘭

請假委員：

葛委員克昌

林委員啟滄

李委員成家

列席單位及人員：

行政院衛生署健保小組

全民健康保險醫療費用協定委員會

行政院衛生署中央健康保險局

朱組長日僑

林執行秘書宜靜

戴局長桂英

黃副局長三桂

蔡組長淑鈴

沈組長茂庭

洪代理組長清榮

張代理組長鈺旋

賴專門委員立文

施專門委員志和

吳參議文偉

李科長春娥

黃科長莉瑩

王科長淑華

蔡科長文全

柯副主任委員桂女

吳組長秀玲

本會

主席：劉主任委員見祥

紀錄：孫淑霞、顏銘燦、彭美瑩

壹、主席致詞：

各位委員、戴局長、黃副局長及所有與會同仁，大家早！

今天是第 204 次委員會議，謝謝大家撥冗參加。在會議開始前，先歡迎新任姚委員惠文，姚委員係內政部之專門委員，接替隨本職進退之祝健芳委員，畢業於台灣大學政治系，並獲英國艾塞克斯大學社會學碩士學位。相信大家對姚委員並不陌生，渠在擔任科長時，曾長期代理出席本會委員會議，熟悉健保監理業務。

另外，各位桌上有封祝前委員健芳向委員致意的信，請大家參閱。

貳、報告案

第 1 案

案由：確認本會上（第 203）次委員會議紀錄，請 鑒察。

決定：確定。

（與會人員發言實錄詳附件 1）

第 2 案

案由：本會委員會議決議（定）事項辦理情形及重要業務報告，請 鑒察。

決定：

- 一、追蹤事項第 4 項「建請衛生署修正全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 32 條之特約醫院保險病房比率計算方式案」、第 6 項「請健保局研議自 102 年起依醫院層級逐年調整其門住診比率案」，以及第 7 項「請健保局取消即將公告特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑案」等 3 項，依委員意見改列繼續追蹤，其餘各項解除追蹤。

二、餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 2)

第 3 案

報告單位：中央健康保險局

案由：101 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 3)

第 4 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健保特材差額負擔之規劃情形」專題報告，請 鑒察。

決定：委員意見送請中央健康保險局參考，餘洽悉。

(與會人員發言實錄詳附件 4)

第 5 案

報告單位：中央健康保險局

案由：「全民健康保險醫療支出專題報告(含『研擬轉診實施方案專案小組』初步結果報告)」，專題報告，請 鑒察。

主席裁示：依委員建議，移下次委員會議報告。

(與會人員發言實錄詳附件 5)

參、討論案

第 1 案

提案單位：本會財務監理組

案由：中央健康保險局 101 年度第 1 次報列呆帳報告案，提請審議。

決議：

- 一、本案原則同意中央健康保險局依規定辦理轉銷。惟在轉銷前，應請再清查有無已繳清欠費、欠費者現於 1 類加保及

已辦理分期之案件，並將該類案件剔除。

二、本案審議意見如附件，送請中央健康保險局參處。

（與會人員發言實錄詳附件 6）

第 2 案

提案人：干委員文男

案由：目前台灣內、外、婦、兒、急診等科醫師缺額嚴重，建請政府提供增額公費生，以培育更多優秀醫事人才，畢業後貢獻醫界造福民眾案，提請 討論。

決議：行政院衛生署深切體察籌謀良策解決內、外、婦、兒、急診等科醫師人力不足問題係社會期待與共識，刻正積極邀請各界研議對策，其中並包括開辦重點培育科別公費醫師制度之相關計畫，此與本提案之建議意見不謀而合，爰本案意見送請行政院衛生署於研議相關對策時參考。

（與會人員發言實錄詳附件 7）

第 3 案

提案人：何委員語

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

決議：為彌補各層級醫療院所護理人力之不足，本提案建議行政院衛生署以中程計畫方式邀請相關權責機關（例如行政院勞工委員會）共同研究及協商開放外籍基層護理人力。現行政院衛生署針對此問題已擬具周延計畫逐步辦理中，爰本案意見送請其併入相關計畫研議時參考。

（與會人員發言實錄詳附件 8）

肆、散會：中午 13 時 15 分

【附件】

本會審議中央健康保險局 101 年度第 1 次報列呆帳報告之建議意見

- 一、針對原因別 7（欠費者死亡）之案件，在欠費者辦理退保後，應儘速完成財產交查。若欠費者確無財產可清償欠費，報列呆帳時，請考量一次報列完畢。
- 二、為保障弱勢民眾，修正後健保法規定健保局僅對有能力但拒繳健保費者鎖卡。預期未來保費繳費率會下降，呆帳率會上升，保險費催收成本將增加。為應此可能發展趨勢，且考量現已分四階段辦理民眾欠費鎖卡之解卡作業中，爰請健保局積極宣導現行各項協助民眾繳納健保欠費措施。

【附件 1】

報告第 1 案「確認本會上（第 203）次委員會議紀錄」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

請問委員對於會議紀錄有無修正意見？

謝常務理事武吉(楊委員漢源代理人)

主席，我是覺得每次會議紀錄好像都有寫到送請健保局參考的決議，參考到最後都是有參沒有考，沒結果，請問這要如何處理？

劉主任委員見祥

謝常務理事武吉提出本會定位問題，不過現在是詢問各位委員對上次會議紀錄有無意見。

謝常務理事武吉(楊委員漢源代理人)

有意見啊！我對「參考」這二個字有意見。

劉主任委員見祥

一、各位委員有沒有意見？是否先確認會議紀錄，再來談監理會的定位及權責問題。

二、本會之定位及權責問題過去曾多次討論，但重點在於各委員的意見，本會都予清楚記錄，無論是送請衛生署訂定方案參考或提供健保局業務執行參辦，委員意見都獲得相當程度的重視。

三、委員對會議紀錄內容沒有修正意見，紀錄確定。

【附件 2】

報告第 2 案「本會委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝柯副主任委員桂女的報告，請問各位委員有無意見？

滕委員西華

- 一、會議資料第 8 頁追蹤案第 4 項，幕僚同仁建議解除追蹤，但特管辦法修正草案尚未公告，是否等草案公告後再解除追蹤。
- 二、會議資料第 9 頁追蹤案第 6 項，費協會兩個月後將進行醫療費用總額協商，等費協會或給付協議會議討論，於知道初步結果後再解除追蹤，建議這 2 項繼續追蹤。

李委員蜀平

會議資料第 10 頁第 7 項，幕僚同仁建議解除追蹤乙節，有關醫師兼任藥師的情形，在與衛生署溝通後，衛生署已請其法規會重新開會討論，因為此舉會違反國家醫藥分業的政策。如果左手看病，右手拿藥，對全國民眾用藥安全是很大的疑慮，建議繼續追蹤。

劉主任委員見祥

李委員蜀平認為什麼時候可以解除追蹤？

李委員蜀平

藥師公會已和衛生署溝通，該署法規會已重新檢討，賴副署長也親自參與開會，可否等衛生署處理有結果後再解除追蹤，否則監理會的建議功能有被否定的感覺。

劉主任委員見祥

請問大家對 2 位委員的建議有無意見？滕委員西華是建議追蹤

案第 4 項，等特管辦法修正草案進行到相當階段後才解除追蹤；第 6 項也是看後續辦理情形再決定解除與否。另，李委員蜀平則建議第 7 項比照辦理。

干委員文男

- 一、醫師公會全聯會於本（101）年 5 月 30-31 日至花蓮縣山地鄉辦理「全民健保家庭醫師整合性照護計畫及全民健保醫療資源不足地區改善方案」實地觀摩活動，辦的非常好，值得獎勵。本人在這次實地觀摩中，深深感受到偏遠地區醫師真心為全民服務的熱忱，公費醫師也十分感謝政府提供經費讓他們有書讀。另外，公費醫師畢業後到偏鄉服務，健保局所提供的待遇及酬勞也相當好。這次共訪查了 3、4 個地區，醫師的態度都非常好，如果每個醫師都這樣，醫療資源不足問題就可解決。
- 二、現在的社會觀念兩極化。本人這次提案與公費生有關，我跟何委員語的目標相同，但看法不同。健保局編列偏鄉地區醫療經費與醫師公會的認真執行都值得鼓勵。未來，無醫鄉應有更多經費來提高醫療的可近性。公費醫師非常認真也做得很好，希望能鼓勵公費生從事類似服務，建議明年度增加公費生名額，讓偏遠無醫地區能多點照顧。

劉主任委員見祥

- 一、謝謝干委員文男對於各總額部門執行醫療資源不足地區改善計畫之鼓勵；另外，感謝李委員明濱，干委員文男、劉委員玉蘭、李委員蜀平、葉委員宗義，以及陳委員俊明代理人詹永兆醫師對西醫基層總額部門專案計畫的積極參與。各總額部門、醫界及健保局都很用心執行計畫，本會委員也十分肯定。健保局與各總額部門的溝通，也相當良

好，應予鼓勵。

二、委員若無其他意見，追蹤事項第 4 項「建請衛生署修正全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第 32 條之特約醫院保險病房比率計算方式案」、第 6 項「請健保局研議自 102 年起依醫院層級逐年調整其門住診比率案」，以及第 7 項「請健保局取消即將公告特約院所醫師兼具藥師資格者得自行調劑案」等 3 項，依委員意見改列繼續追蹤，其餘各項解除追蹤。

三、餘洽悉。

【附件 3】

報告第 3 案「101 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝戴局長的報告，請問各位委員有無垂詢？

千委員文男

- 一、業務執行報告第 6 頁全民健保財務資金流量分析，5 月份累計短期借款為 565 億元；第 10 頁各級政府應負擔保險費補助款收繳狀況表備註 5，健保局應負擔之短期融資利息費用約 15.53 億元；另外，第 90 頁全民健康保險基金收支餘絀摘要表利息費用為 3 千多萬元，各該數據之因果關係為何？假設政府欠費的借款都已付息，則因營運資金不足須向銀行借款，其利息費用長期以健保費支付是否正當？請局長說明。
- 二、健保局每年收回的滯納金不少，同時每年會定期提報呆帳轉銷案件，請問健保開辦至今共轉銷多少呆帳？未來，二代健保實施後，監理委員會將轉為另個單位，希望任內可以知道到底有多少欠費未收回。
- 三、業務執行報告第 27 頁重大傷病有效領證人數有增無減，請健保局分析重大傷病領證者到底用掉多少醫療費用？因為本人常被問到這個問題。
- 四、請教曲委員同光有關全民健康保險法施行細則修正草案，修正第 43 條第 1 項第 5 款之修法進度。對職業工會投保金額下限問題，之前曾到衛生署陳情，結果如何？請給個肯定的答復。本人為了投保金額下限及醫療費用問題，可說被打得鼻青臉腫。希望職業工會會員投保金額下限，能

維持在 21,900 元，如果衛生署現在公布調漲投保金額下限，工會馬上會來文也一定會抗爭。雖嘗試著向工會會員解釋，但被圍攻痛罵，說我委員幹太久，跟衛署站在同一國，心裡十分難過！

- 五、健保局各級人員的職稱，因組織型態改變而有很大不同。經理、副理現改稱組長或專門委員，雖然是分區業務組的高級長官，但用現在的職稱對外溝通時，很容易讓民眾誤解，認為代表層級不夠。因此，希望貴局人員的職稱，能趕快恢復。

李委員蜀平

業務執行報告第 20 頁醫療給付業務，特約藥局 18 家；第 23 頁違規查處藥局計 6 家次，請健保局將該違規查處資料提供給藥師公會，做為未來教育訓練及宣傳改進之參考。

何委員語

- 一、業務執行報告第 7 頁表 5 全民健保財務收支分析，安全準備結餘數是 57.61 億元；第 14 頁表 10 全民健康保險安全準備金運用概況，歷年截至 101 年 5 月底，保險年度收支結餘為 69.04 億元，表中安全準備金餘額為 1.65 億元，請問兩個安全準備餘額之差異在哪裡？
- 二、我知道局長很難為，因為許多長官都在媒體發言。不清楚這些長官為何在任內不改革健保制度，而要等到離職了，才發表感想，讓人莫名其妙。局長為健保付出很多，任勞任怨，能否邀請這些在媒體上發表構想的長官們來開會，聽聽他們的寶貴意見。

滕委員西華

- 一、業務執行報告第 39-40 頁，各總額部門之點值部分，最近

接獲消息，因為洗腎點值已經降到每點 0.83 元左右的關係，某些小型血液透析中心，包括診所或地區醫院，開始養不起腎臟專科醫師。腎臟醫學會似乎開放不具腎臟專科資格之醫師，只要受過一定時數訓練，就可擔任血液透析中心之負責醫師。因此為了省錢，似乎有人開始讓高齡醫師去接受這樣的訓練，然後去當透析中心的負責醫師，大多數都是由護理人員在場，請健保局查對申報檔，看看當事人是否具專科醫師資格，如真有如此情形，將嚴重影響病人安全與醫療品質，病人出事大概也無法處理，後果將非常嚴重。

- 二、各總額部門醫療費用申報部分，101 年 2 月份無論是住院、門診，包括藥費、牙醫、中醫、西醫基層及洗腎等部門，申報數據均大幅成長，各醫院層級都有 2 位數的成長，為何成長趨勢如此一致且高？各年第 1 季成長率，也高於其他季，不明白是因為衝量？還是民眾過完年都比較不健康？數據趨勢太過一致，必有原因，請健保局說明。
- 三、業務執行報告第 65 頁，醫學中心家數 99-100 年，增減差距不大，總家數約在 22-23 家左右，但目前似乎仍有醫院要朝醫學中心發展，有醫院中部分院的願景，就是想在某地區再蓋 1 家醫學中心。健保難道是倒楣鬼，只要增加一家醫學中心，健保就要多支出很多費用，健保局應與衛生署協商，醫學中心家數根據醫療網的規劃，最多只能 12 家，如果家數只增不減，則健保局對醫學中心的給付就要有上限。民眾看病行為並沒改變，但醫院升格，健保給付就要提升，結果變成說是民眾醫療浪費，這就不對。台灣需要那麼多醫學中心嗎？應該再減少 10 家才符合目前醫

療網之規劃，健保局不能被動等著付錢，應該要主動反映。

- 四、業務執行報告第 88-89 頁專案計畫辦理及評估原則，其中第 3 點之(1)所陳述的，係屬先驅、試辦 (Pilot)、照護模式尚未穩定之計畫評估原則，請問尚未穩定，是指無具體成效還是另有意義？對於 Pilot 之評估，涵括如何導入支付體制之作法。但後面已經穩定的計畫，反而沒有導入支付體制，應該是穩定者導入支付標準才對。另外，計畫應訂定試辦期程及年限，許多試辦計畫時間都超過 10 年。其中，B、C 肝計畫的費用，更是大規模成長，費用成長與其成效要如何看待？藥品或新支付標準都會做財務衝擊評估，為何試辦計畫不用做？報告也沒提到 B、C 肝計畫屬於哪類？「穩定」或「成效」的定義要清楚，建議要有最長年限，否則計畫內容都一樣，換湯不換藥，效益並不大。

劉主任委員見祥

以上 4 位委員之詢問，請健保局回復。

戴局長桂英

請財務組、醫管組及查處小組同仁先回應，最後再由本人補充。

賴專門委員立文

- 一、有關干委員文男所詢 101 年 5 月份借款餘額 565 億元，利息費用 3 千多萬元，是指截至 5 月底之累計短期借款為 565 億元，該 3 千多萬元則為 5 月份之利息費用。自 91 年度開始借款至今，本局短期融資之利息費用總共 87.6 億元，這部分請參閱業務執行報告第 10 頁表 7 備註 5。借款

原因為自 91 年起安全準備已不敷全民健保週轉所需，因此須向銀行融資，此期間所產生 87.6 億元利息費用中，屬健保局要負擔的部分為 15.53 億元，其餘 72.07 億元則為欠費之地方政府應分擔之部分。

- 二、何委員語詢問表 5 及表 10 之安全準備餘額為何不同。表 5 安全準備 57.6 億元是權責基礎下的餘額；表 10 之 1.65 億元係安全準備金餘額，是安全準備在運用時，撥到一個運用帳戶內的現金餘額。安全準備 57.6 億元，是權責基礎下保險收支截至目前為止之結餘數，而安全準備金則是該運用帳戶的餘額。1.65 億元的安全準備金內含 0.79 億元為銀行存款，其餘 0.86 億元則為信託財產。

戴局長桂英

- 一、謝謝賴專委的回應說明，容我再補充說明，因為保險費的收到時間是慢 2 個月，而醫療費用支付時間只慢 1 個月，亦即，1 月份的保險費到 3 月份才能收到，而 1 月份醫療費用在 2 月份就要支付。因此，健保局需要 1 個月的安全準備，現金週轉才不會有問題。目前雖然權責基礎的財務狀況已轉虧為盈，但餘額仍不到 1 個月，卻不能因此欠醫療院所費用，所以要借款。這部分的借款利息應由保險費支付，但屬於地方政府分期還款的欠費利息，則由欠費各級政府編列預算支應。
- 二、權責基礎帳上結餘 57 億餘元，但仍不足以墊付 1 個月醫療費用，大概要準備 500 億元才夠。手上有零星現金是必須的，所以現金（或活存）1.65 億元供隨時運用。
- 三、接下來請醫管組說明。

蔡組長淑鈴

- 一、干委員文男關心重大傷病患者醫療費用問題，等一下的專題報告會詳細說明，在此先簡單報告。重大傷病患者約用掉全部西醫門診費用之 30%，住院費用之 40%。另外，滕委員西華關心洗腎診所因為點值低，可能會有非專科醫師進駐問題。現在要設洗腎診所，15 床一定要有腎臟專科醫師，超過 15 床者也要二分之一以上醫師是腎臟專科醫師，這是法的規定。本局的資料庫可以查詢有無非腎臟專科醫師經營小型診所，如經查屬實，目前可依違反特約管理辦法查處。
- 二、因為 100 年 2 月過農曆年，101 年 1 月也過農曆年，過年期間放假較多，病人人數較少，所以造成 101 年 2 月份各總額部門別醫療費用有較高成長率。如果以 1 季來觀察，問題就會消失。
- 三、醫院評鑑升級給付增加問題，目前因評鑑結果造成不一樣的給付是診察費部分，特定診療不分層級支付都相同。但評鑑升級時，因門住診療的量非常大，所以支付係據會有不同。
- 四、業務執行報告第 88 頁專案計畫之辦理及評估原則，其中屬第 1 部分先驅、試辦、照護模式尚未穩定者，包括「論人計酬」、「醫院及西醫基層門診整合照護計畫」及「高診次民眾就醫行為-藥師居家照護計畫」等 3 項，都因試辦期間較短，模式尚未穩定。至家醫計畫已做很久還列入的原因，是大家對計畫有諸多批評，本局持續進行檢討，最近已有新的模式，所以列入觀察。專案計畫屬於第 1 部分者，本局不會只看名稱，是連計畫內涵都加以分類後才做定位，以後會規定，多久內要有試辦結果，並訂定試辦期

程或年限。

五、有關為何第 1 部分之專案計畫提到如何導入支付體制之作法，而第 2 部分卻未提乙節，原因是第 2 部分並不是全面參與，仍要逐步擴大。所謂試辦，就不是強制，將朝擴大參與方向長期來推動。已列入第 2 部分者，都以代碼申報，支付標準表內已有代碼，第 1 個部分在支付標準表中都還沒有支付方法，所以試辦時，需將未來如何支付都納入考慮。這兩個部分最大不同點，在於第 1 部分未來支付如何導入，尚未確定；第 2 部分，模式雖比較穩定，但參與率仍然不理想，本局係以此做區隔。

吳參議文偉

李委員蜀平希望提供藥局違規型態資料，以為教育訓練之參，本局會盡力提供。有關方向及內容，將與委員溝通。

洪代理組長清榮

本局每年進行兩次之報列呆帳轉銷，年度報列金額平均約為 40 億元，截至目前為止，歷年度呆帳轉銷金額約 460 多億元。

戴局長桂英

- 一、謝謝各單位主管的補充說明。干委員文男的建議不錯，監理會未來轉型為健保會之前，可能需要整理一份總報告。下次委員會議，本局會將各年報列呆帳之金額列表送貴會參考。
- 二、有關西醫重大傷病醫療費用利用狀況，請委員參閱醫療支出專題報告第 37 頁，表 17.3 之註 4。2011 年底重大傷病就醫總人數占總人口數之 3.7%；醫療費用占總醫療費用之 27.4%。本局醫管組於下一個報告案會作更詳細的說明。

三、委員關心本局因組織改變，致副經理的職稱變成專門委員，而這樣的狀況何時可改變？這種情形在明年初，將會改變，因為健保局從國營事業改制為行政機關後，人員職稱有些變化，例如副經理要變成副組長，但副組長需有簡任 10 職等資格，組織改制適用之三類人員轉任，副理無法直接轉簡任 10 職等，需先轉為薦任 9 職等，俟取得簡任資格後再予轉任副組長，但這是不得已的，請大家不要只用職稱來看待我們同仁。

滕委員西華

是否因衛福部即將實施所造成？

戴局長桂英

職稱問題與衛福部無關，與本局 99 年組織改制有關，本局這些專門委員先取得薦任 9 職等，任滿 3 年後，明年就會改換職稱。

劉主任委員見祥

有關健保法施行細則修正草案及職業工會會員投保金額部分，請曲委員同光回應。

曲委員同光

一、干委員文男關心健保法施行細則修正草案對第 2 類職業工會會員投保金額之規範部分。施行細則修正草案於先前預告時，工會團體表達許多意見，草案預告完後，本署特別邀集相關工會團體開會，會議總結有 2 個重點。首先，職業工會會員希望投保金額下限不要跟基本工資直接相聯，這點本署能接受。因為，基本工資調整涉及許多因素，過去也曾有過 7、8 年都未調整，但近來有較密集調整，大家十分關心，認為政策看來似會年年調整，所以同意基本

工資之調整與職業工會會員的投保金額不要相聯，因為掛在一起可能不周延。會議中本署提出一個較為合理的公式，按照所有受僱者平均薪資的調整幅度來處理，與會者也都接受。

二、第二點，下限基準點從 22,800 元或 21,900 元起算，當天工會代表一致希望為 21,900 元，這點衛生署能理解，但因施行細則修正草案須報行政院核定，但剛才所提兩點，本署會慎重考慮，並儘量朝此方向處理。

干委員文男

能否請曲委員同光儘早提供資料，我才能趁早協助滅火，否則野火燎原，將一發不可收拾。

曲委員同光

當天開會的 2 個重點，本署會儘量尊重並朝此方向進行。

干委員文男

您講尊重還不夠，可否提供具體內容文字？

曲委員同光

施行細則修正草案需報行政院核定，在尚未核定前，無法確定最後內容。

干委員文男

一、請衛生署提供書面資料，讓我們協助將火滅掉，不要讓這把火燒起來，否則又會延燒到整個健保制度；將來二代健保不管怎麼做，保險費都會漲，即使費率從 5.17% 降為 4.91%，保險費同樣會增加，為了這件事我已是滿身傷。希望衛生署能告知確切資訊，讓我來跟工會團體溝通，呼籲他們共體時艱。費基及費率問題都能同樣處理，彼此有共識，將來就不會引燃火苗。我被罵未盡代表之責，又說

我跟衛生署、健保局走在一起，心裡實在很難過。

二、大家如果要讓健保倒，最後吃虧的是人民，尤其是弱勢者。希望衛生署能肯定答復，由我來跟工會溝通，讓他們瞭解，這樣才能真正解決問題。否則，工會的公文馬上就到，屆時衛生署又要設法拒絕，但拒絕後又有很多問題。

曲委員同光

感謝干委員文男及楊委員芸蘋，當天開會時工會代表炮聲隆隆，大家知道兩位很辛苦，我也曾多次與工會溝通，能瞭解委員的難處。剛才強調的兩點為，第一，不直接隨基本工資調整，改以受僱者平均薪資的調整幅度來處理；第二，投保金額下限基準點從 21,900 元起算。但現在沒辦法告訴兩位一定是這樣，因為施行細則的修正在程序上，不是衛生署自行公告即可，須報行政院核定，但衛生署研擬方案時，會朝這兩個方向走。

干委員文男

如果肯定，可否先給我資料。

曲委員同光

衛生署會朝這方向做，但不能告訴您案子已定，因為施行細則修正草案還要報由行政院核定，目前無法以衛生署的立場，告知確定的法案內容。

干委員文男

如有肯定內容，請先提供給我。

楊委員芸蘋

干委員文男和我一樣希望早點滅火，如果衛生署能儘早有明確資料，對這些團體先有個交待，不要讓外界以為我們兩個委員是來這邊混的。我可以接受您的說明，但請給我們一個公文，

內容明瞭清楚，有討論的誠意，以及提到衛生署的規劃方向，將剛才所提兩個重點，在公文中講清楚、說明白就好。

曲委員同光

依慣例監理會都會整理委員發言，並將紀錄送署參考，衛生署在收到監理會紀錄後，會援例回復。

干委員文男

衛生署要給個類似公文書的資料，否則半個月後，馬上就會有人行動。

曲委員同光

監理會於委員會議後，都會將委員意見送請衛生署參考，屆時會回復並做原則性說明。

劉委員玉蘭

一、這個問題應與楊委員芸蘋上次的提案(本會 101 年 2 月 24 日第 200 次會議討論案第 2 案)有關。事實上，各位也要從總體面來看，現在衛生署提議，另找一個不跟基本工資掛勾方案，例如受僱者平均薪資成長率，但最後結果可能跟基本工資差不多，為什麼？何委員語有參與勞委會基本工資調整委員會，基本工資的調整，須要考慮薪資成長率、物價等因素，但衛生署要調整的與這些有關。工會想維持投保薪資不動，等基本工資調到 21,900 元後，以此為投保金額下限；但衛生署想法是不可能不動，所以，另外提出一個計算方式，但其仍是與以基本工資為基準差不多。

二、上次楊委員芸蘋提案是關心二代健保如於 101 年 7 月 1 日實施，職業工會會員的勞、健保費將有 3 波段的增加，當時我建議修改施行細則，將工會會員適用的第 6 級改為第

5 級即可，也就是維持 21,900 元，這一波先不動，但以後還是要隨著基本工資上升而調整。如果現在放棄基本工資改用衛生署建議的方式，最後結果與按基本工資調整差不多。

劉主任委員見祥

請何委員語發言。

何委員語

建議衛生署提出職業工會會員投保金額下限調整公式，例如以醫療費用成長率加物價成長率來計算，最後再由政策決定，這樣比較公平。現在勞委會基本工資調整訂有公式，衛生署也應比照辦理，讓大家口服心服。

曲委員同光

補充說明，衛生署有訂一個公式。

干委員文男

可否將公式提供參考？

曲委員同光

這個公式上次開會時已提供，內容沒有改變，大家也都接受，可再提供給委員參考。

劉主任委員見祥

這階段的詢答就到此結束，謝常務理事武吉還有意見，請發言。

謝常務理事武吉(楊委員漢淶代理人)，

一、有關干委員文男及楊委員芸蘋的建議及考量，雖然我好幾個月沒來開這個會了，但對此是有一點了解，請衛生署要注意。善意提醒衛生署，在團體開始波動並準備革命前，就要防範未然。

- 二、業務執行報告第 20 頁關於訪查的問題，我是懷疑醫事服務機構特約、醫療院所訪查執行尺度是否都相同？我不要說是哪一科，沒執照做案子申請錢，沒執照的人執行的業務也可以申請經費，這是否違規？執業寬限期又可由 4 月改到 12 月，所以我覺得違規尺度是有待考量的地方。
- 三、業務執行報告第 40 頁各總額品質指標值雖降低，這我覺得應該說的還是要說，因為在一年多前，西醫包括診所總共 17 家醫院遭騙，雇用假密醫來看急診，結果醫院被修理得很慘，違約、罰款、移送法辦，這變成一國幾制我都不明白了！對西醫並不合理，個人不能接受。別人沒執照都可請款，我們沒執照，馬上就被修理到用爬的，衛生署及健保局採多重標準，是否會吵的孩子就有糖吃，不會吵就沒糖吃？醫院及西醫基層比較乖，但因此吃虧不合理，針對這些不該罰的錢，健保局應該要馬上處理。
- 四、業務執行報告第 39 頁和 66 頁，各總額部門點值結算應是自 87 年開始，並非 94 年，報表如此呈現會失真。從 87 年開始，很多部門的點值都維持 1 點多元，但醫院總額部門點值永遠都不到 1 元，最高也只有到 0.95 元而已。由業務執行報告第 39-40 頁，醫院部門平均點值只 0.9291 元、0.9142 元而已，但這些問題健保局至今從未檢討，應該要考量。
- 五、業務執行報告第 65 頁，地區醫院家數從 568 家減少為 372 家，上次建議健保局應將醫院家數增減情形列表，感謝健保局努力配合辦理，但建議增加醫院關閉原因說明。歇業的都是基層醫院，萬民醫院位於鄉下，錦和醫院也在彰化鄉下，這些基層醫院一直關，對民眾不利；三聖醫院也在

美濃鄉下，健保局應說明降級及關閉原因，並加輔導協助。

- 六、業務執行報告第 66 頁地區醫院申報點數門、住診占率，於 97 年為 17.95%，各年並持續下降至 101 年目前 17.15%，這不能只是跟我們說，因為醫院家數減少才會如此，重點是為何另一個層級在很短時間內，服務量已經變得跟其他兩層級一樣多了。這是非常可怕的事。
- 七、有關平均點值問題，局長應該很清楚，地區醫院點值保證 1 點 1 元項目很少，所以雖然現在平均點值在 0.92 元、0.91 元時，地區醫院實際拿到可能只有 0.89 元，並不符合公平公正原則，希望檢討改進。

劉主任委員見祥

委員是否還有其他意見？現在已快要 11 點。如果沒有，接下來請局長說明。

戴局長桂英

請醫管組先說明，之後由查核小組說明。

蔡組長淑鈴

- 一、有關業務執行報告第 65 頁地區醫院減少原因，醫院要辦歇業，係因轉型或因評鑑降級改為診所，健保局並無資訊，因為辦理歇業或停業，醫院無須檢具理由，本局沒有這方面資料，所以無法提供。
- 二、業務執行報告第 66 頁，各層級申報門、住診點數占率部分，與家數確實有關，且呈正相關。
- 三、業務執行報告第 74 頁，各總額部門歷年平均點值及浮動向來是本局關注重點，醫院部門平均點值從 94 年至 100 年第 4 季都有達到 0.9 元以上，早期有 0.94 元，甚至浮

動點值也有到 0.9 元以上。100 年浮動點值確實較低，約在 0.86-0.88 元之間，可能是總額成長率及申報點數之成長沒有同步，申報費用成長率大於總額成長率，也會讓點值下降。按照現行規則，點值增減超過正負 5% 時，就會啟動檢討機制，本局各分區業務組會與轄區醫院建立聯繫會議或共管機制，按季開會檢討。總額制度下，點值本來就會浮動，隨著總額增加，每年會有一定程度的變化。

吳參議文偉

謝常務理事武吉對本局處理 17 家違規醫療院所之原則有疑義，當時地檢署查獲一個密醫集團支援 17 家醫療院所，並查有未具醫師資格人員進行醫療行為，之後分別有不同判處。本局由行政調查結果發現，各家違規情節不同，例如，密醫支援時間長短不一、涉及金額不同、院長是否知情等，所以依案情內容不同而做不同處理，並慎重多次開會決定處理原則。目前 17 家醫療院所陸續在行政救濟中。

謝常務理事武吉(楊委員漢淶代理人)

- 一、關於剛才醫管組的報告，我想表達的是，有很多地區醫院的固定點值是很差的，所以妳的回答，並不是我想要聽到的東西。
- 二、另外關於地區醫院家數的部分，我剛才也是很感謝你們有做出這樣的報告來，我是希望你們可以更進一步地去了解這些鄉下的醫院到底為什麼不做了，你提到評鑑，我的醫院昨天也才評鑑，上禮拜也才去幫人家評鑑，所以評鑑並非有此殺傷力，而是這些地區醫院完全無法生存，這是我們監理委員會要去了解的重點問題，這是我要再三聲明的，健保局應該要去了解，甚至去詢問他為什麼要改成診

所或者關門，去執行這些工作，也算是給醫界一個善意的回應。

三、剛才我講的違規的執業期限可以從 4 月延到 12 月的這件事，跟吳參議講這件密醫事件是不一樣的。

劉主任委員見祥

一、謝常務理事武吉所提問題，健保局都有注意處理。而各個醫事團體對所屬會員違規狀況也有持續配合處理，例如李委員蜀平希望健保局提供違規態樣及狀況，讓全聯會可利用機會配合宣導，或是辦理總額之團體充分瞭解並加宣導，醫院瞭解後也可以儘量避免違約。各協會及辦理總額單位如能多花點心思與健保局的資料結合運用，相信會做得更好。謝謝健保局的答復！

二、干委員文男想要的資料，請曲委員同光斟酌狀況，假設爭議有可能發生，則能事先弭平最好。

三、委員意見健保局已充分說明，本案洽悉。

報告第 4 案「全民健保特材差額負擔規劃情形」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

謝謝健保局沈組長的報告，各位委員有無垂詢？

蘇委員錦霞

有關第 27 張簡報，若是審議後發現差額太高，可否不准許？請健保局詳細說明這部分的機制。

千委員文男

目前有的差額項目，同樣東西，像是塗藥血管支架，差額最高為 6 萬多元，最低為 3 萬多元，這些係由廠商與醫院公布，若兩方講好，將價差都調成一致，最後吃虧的會不會是老百姓？希望健保局能像藥價調查一樣，訂定一個標準。在台灣任何地方，進口的產品都一樣，不要發生高雄的病人到台北就醫，價格會較昂貴；或是台北的病人到高雄就醫，價格會比較便宜。希望能有一致性，讓人覺得有感，像這次就沒人提到藥價，這表示在座委員有感受到，希望健保局一定要公告。病人如要置換人工髖關節、裝血管支架，不太可能詢問 5、6 家醫院的價錢，也無法貨比 3 家，都是相信醫院醫師的說法。這部分，相信健保局一定做得到。

滕委員西華

一、各項差額負擔產品，每年的費用占率都在增加，不知道健保局是否有追蹤療效？例如塗藥血管支架必須長期服用抗血栓藥品，健保局支付抗血栓藥品有一定年限，之後則要由民眾自費購買藥品，也是一項負擔，民眾知道嗎？我記得吳委員德朗之前曾說過，研究顯示，支架塗藥與否，僅

前半年的生活品質有差，對存活率、血栓發生率差異不大。我看過塗藥支架的說明書，根本沒寫到這部分。我們也曾做過調查，人工髖關節曾有 6 倍的價差，民眾常常搞不清楚，因為沒人告訴他們療效，例如金屬對金屬材質的人工髖關節，在英國已經遭到求償幾億英鎊。病人通常會聽從醫師建議，但若醫師隱瞞，或民眾隱瞞病情資訊，造成醫師無法確實評估，或特材會釋放出致癌物，都反而導致更多的疾病。希望健保局要主動追蹤市場療效，或是國際間反應。特材的使用率與藥品不一樣，醫療特材的市場黃金壽命可能是前 5 年，但是醫療效益可能要 10 年才看得出來，目前評估機制有點少。

二、民眾差額給付自費市場根據我們 98 年的預估至少 20 億元，不含健保局支付的 7.5 億點，再不訂定差額上限，差額自費市場會更加擴大。簡報第 21 頁有關差額負擔品項差額上限訂定原則中，提到 2 年內暫不訂定差額上限，這已經違反修正健保法第 45 條「得訂定給付上限」的規定，而且，日本就可以訂，為什麼我們不可以？就像我希望買舒潔衛生紙，台北到高雄的價格都應該相同，同一品牌的差額給付，應該有上限，並逐年檢討，例如血管支架，要做市場調查，並隨之調降。不訂上限是對民眾的保障打折，政策思考時自己就打折，這樣很不好，因為公告出來，還會有人給你打折扣。

三、健保局說明自付差額顯不合理的情形，什麼是不合理的標準？第 1 項是自付差額與類似功能類別特材支付價相差太大；第 2 項是同功能類別各院所間自付差額價差太大；第 3 項差額負擔品項價格明顯高出國際價格甚多。目前我們

付的價格是低於國際價格，第 3 項我們幾乎永遠不可能有機會調降，健保局提的這 3 項都很難發生或認定，導致主動調降差額上限的作法不會施行，影響病人權益。

四、關於差額給付與 DRGs 的關係，例如骨科、眼科的許多項目已納入 DRGs，請問如何做費用的收取？醫院如何與健保局做費用結算？

五、簡報第 29 頁資訊公開，要求醫療院所應將現行健保給付同類項目及自付差額項目之廠牌及產品性質，提供民眾參考。我看過很多醫院的說明書，有些是醫學會例如眼科醫學會提供給醫師做參考，有些是醫院自己做。為何不倒過來，由健保局主動提供給醫療院所？健保局為何不能做統一版本，而是讓醫療院所自己說想說的話？當然不是說醫療院所會隱瞞什麼，既然要求一定要給，為何不是健保局自己做一份，說明禁忌、副作用、注意事項，將之放在健保局網站上或提供醫院，以避免版本不同，這是政府的責任，甚至民眾可以看到所有差額價格的比較。修正健保法第 45 條規定保險人得訂定給付上限及差額上限，應該是 2 個都要訂定，不能任意選擇其中一項，要做就都要做，不做就都不做，怎能只做前段不做後段，對健保、醫院或廠商有利的事情就做，對民眾權益保障的事情就打折呢？

劉委員玉蘭

一、修正後健保法第 45 條的文字是「得」訂定差額上限，不是「應」訂定差額上限，需不需訂，可能要衡量。不管是否訂定，最重要的是要資訊公開，在市場機制下，差額不會相差太大。當然，不同地區的差額可能會不同，大家都瞭解，這是因為薪資、房租不同的關係。資訊公開及查價

是必要的，可以讓民眾瞭解，同樣的東西在不同醫院間差價可能達 10%、20%，以供民眾選擇。目前民眾的水準已經到達某種程度，幾乎所有的民眾都會上網，資訊公開後，自然會透過市場機制，讓差額平衡。

- 二、簡報第 25 頁非常奇怪，各位委員可以看到，調查後的價格，若是新的東西，健保原來部分給付 3 萬元，調查後發現實際只須付 2 萬元，但卻繼續付 3 萬元，健保局這是該管而不管。我自擔任委員以來，就一直強調，特殊材料、特殊檢查與藥價一樣，剛開始引進時，價格十分昂貴，經過數年後，價格也會大幅下降，健保局應該做市場調查才對。例如洗腎，剛開始時，健保局支付標準很高，醫院提供病友一堆福利，甚至包括交通接送，搞得洗腎病人一大堆。價量調查後，應該要調降健保給付金額。資訊公開後，以民眾水準，市場機制自然會達平衡水準。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、主席，我到現在仍然搞不清楚全民健保是「全民健康保險」還是「全民健康福利保險」，若是要設定成福利保險，你要去包山包海我都贊成；但若不是福利保險，就不應該包山包海，這點應該要釐清。這些話我已講了數年，每年都講，但無法改變，這真的是你們丟臉，跟我沒關係。
- 二、昨天與蘇清泉立法委員碰面，蘇委員提到商業保險每年支出的費用僅佔其收入的三成左右，他對此表示非常不滿，認為商業保險都在吃健保的錢，你看我們每天看到的也都是叫我們投保商業保險之類的廣告，說是住院一天能夠賠到多少錢。在此向主席說明，現在商業保險已經可以不用

明細表，診斷書就可以申請理賠。剛剛劉委員玉蘭說得很對，修正後健保法規定「得」訂定差額上限，不是「應」訂定差額上限，你不該去訂它的上限，健保局也沒有資格這麼做，蘇清泉委員上次就說你圖利商業保險公司，而且現在商業保險又漲價了，他一定會再處理這件事，建議是不必訂差額上限，我在擔任私立醫院協會理事長時亦曾說過這些話。若要求健保局訂定差額上限，則監理會是間接幫助商業保險公司，這是不公平、不合理的作法。

- 三、還有剛才大家提到資訊公開，如果委員們不知道，我就順便作個補充，衛生署醫事處在 2 週前曾開會討論，不曉得蘇委員錦霞是否也參加會議，當天醫改會也有派員參加，會議有訂定資訊公開的規範，這是對國人特別好的，請大家放心。

沈組長茂庭

- 一、關於差額訂得太高是否可以不准，依照修正後健保法規定，新增的自付差額的特材品項，需要經健保會討論通過，是可以不准的，這是健保會的權責。
- 二、干委員文男所提可能會有廠商聯合壟斷乙事，健保局未來會去瞭解，因此，健保局才規定若價差是給付價的好幾倍，會介入管理。若是特材的廠商很多，競爭激烈，較不會有問題；若是只有一、二家廠商，則可能會有干委員所說的情形發生，健保局會觀察並做管理。
- 三、滕委員西華所提要追蹤差額負擔的長期效果，的確，剛上市的臨床數據只有半年或一年，通常臨床效果較好，長期觀察後，也許會發現效果可能比較好，或比較不好。有些剛上市時效果很好，要實際去收集資料，健保局會要求醫

院要向民眾說明。例如塗藥血管支架，會要求醫師向民眾說明須吃抗凝血劑。關於要求健保局製作說明資料，放在網站上，或請醫療院所提供給病人，這是很好的建議，本局可以來做。

四、關於簡報資料所提「差額負擔品項收載後 2 年內暫不訂定差額上限」，的確，修正後健保法是沒有規定幾年訂定。當初之所以會提 2 年，是考量特材剛上市，若要進入醫療院所，需經過一定程序，第 1 年是市場擴充期，第 2 年使用量才會轉多，健保局會在第 2 年時調查市價，年終時做處理，再來訂定差額上限。修正後健保法並沒有訂定 2 年期限，「得」是隨時都可以訂定，健保局當初的考量，是市場價格會比較齊全。

五、劉委員玉蘭所提資訊公開，我們有要求醫院須跟病人解釋，未來健保局也可以做說明書，放在健保局網站上，或是由醫院提供給病人。

六、劉委員玉蘭所提簡報第 25 頁，這是健保局規劃中的構想，尚未成型，以目前的一般血管支架為例，健保支付 1 萬 2 千元，塗藥支架一樣支付 1 萬 2 千元。舊的血管支架從以前的 4 萬元降到 1 萬 2 千元，我們發覺不塗藥的價格愈降愈低，醫院可能會不太喜歡用，而鼓勵病人使用塗藥支架，病人權益可能會受損，因為要付差額。反過來說，健保支付價不調降，但是要求各醫院調降差額訂價，例如健保支付 2 萬元，調查後市價已降 5 千元，健保仍支付 2 萬元，多出來的 5 千元會要求醫院調降差額。這是健保局的初步構想，尚在規劃中，需要與大家討論，看大家意見再來做修正，最後的方案要提經健保會討論同意。

七、關於謝常務理事武吉所提，健保是福利或保險，這是很大的議題，各位可以提供意見。

干委員文男

修正後健保法第 45 條所提特材，既然有訂上限，應該也要訂定下限，將來可以提健保會討論。以未來健保會現在的生態，不可能去調查所有的品牌、品項的價錢，唯有健保局才做得到，希望健保局調查後能提健保會，做為討論參考。

鍾委員美娟

剛剛沈組長所提要避免價量調查後全額給付品項因健保給付金額調降，醫師為求較大利益，鼓勵病人使用差額負擔特材，爰規劃差額負擔品項，健保給付金額不調降，調降差額上限的說明，可能會發生民眾因自付差額變少，反而更加使用差額負擔品項，這是反效果。又差額負擔的基本精神是只提供基本保障，多出來的不付，因使用差額負擔品項，健保支付反而比使用全額給付品項高，是不合理的。另若是價量調查後不調降差額負擔品項健保給付金額，長久之後可能會使健保給付差額負擔品項金額與全額負擔品項差距愈來愈大，且給付金額無法調降，造成將來健保支付的僵化性，變成更不合理的現象。

蔡組長淑鈴

若是 DRGs 項目有使用到新的材料，會採取導入支付標準的方式，有新的評估機制。若是會影響原來的訂價，會有新材料的 add on 方案，補給醫院 add on 材料的錢，同時要求醫院不可以向病人另外收自費。若 DRGs 項目的材料，是健保不給付的項目，我們的主張是採用包裹(package)給付，希望扣掉 package 的材料費後，才可以向病人收取費用。

劉主任委員見祥

- 一、將來，健保會有一項重要的功能，就是修正後健保法第 45 條所規定：「本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限…。前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。」本條相關重要事項，將來會提健保會討論。謝謝各位委員提出寶貴意見，包括資訊公開、訂定上限，評估療效，民眾權益等，將送請健保局作為規劃方案的參考。
- 二、本案洽悉，委員意見送健保局參考。

【附件 5】

報告第 5 案「全民健康保險醫療支出專題報告（含『研擬轉診實施方案專案小組』初步結果報告）」專題報告之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

本報告案屬例行報告，因時間因素建請委員帶回參閱，若有任何問題，可洽本會幕僚轉請相關單位回應。

干委員文男

- 一、本案包含轉診議題，建議移下個月報告。
- 二、提出程序問題，討論案第 1 案屬例行業務，請司儀宣讀擬辦內容即可，接下來之 2 個討論動議，建議可合併討論。

何委員語

我反對合併討論。

劉主任委員見祥

報告案第 5 案移下次會議報告。討論案第 1 案請司儀宣讀擬辦內容；討論案第 2、3 案分開討論。

【附件 6】

討論第 1 案「中央健康保險局 101 年度第 1 次報列呆帳報告案」
之與會人員發言實錄

劉主任委員見祥

一、謝謝同仁的宣讀，請問委員有無意見？

二、委員均無意見，本案依擬辦事項通過：

(一)本案原則同意中央健康保險局依規定辦理轉銷。惟在轉銷前，應請再清查有無已繳清欠費、欠費者現於 1 類加保及已辦理分期之案件，並將該類案件剔除。

(二)本案審議意見如附件，送請中央健康保險局參處。

【附件 7】

討論第 2 案「目前台灣內、外、婦、兒、急診等科醫師缺額嚴重，建請政府提供增額公費生，以培育更多優秀醫事人才，畢業後貢獻醫界造福民眾案」之與會人員發言實錄

干委員文男

本人這次到花蓮縣偏遠地區參訪，看到 3 位公費醫師的認真與用心，深感態度可以改變一切。如果國家需要，希望能多增加一些公費生，讓缺額的科別都能補足，免得社會恐慌，也減少老百姓痛苦，這是最簡便澈底的解決方法。

劉委員玉蘭

非常佩服干委員文男關心健保制度及醫療支出。針對偏遠地區，早期基礎醫學科也是沒人要選的(現在卻變得很熱門)，也是運用公費生來培養。對於內、外、婦、兒、急診等 5 大科，健保雖然有提供誘因，但還是沒辦法跟醫美比。個人認為，有必要提供公費生來補足缺額，根據醫事處的意見，是已經在研議。建議用學士後醫學系公費學生，正規公費生需等 7 年太久了，培養學士後醫學系公費生，可以縮短 3 年的時間，4 年後每年都會有一批人加入服務。政府也不會花那麼多訓練經費，其訓練完後可以服務 4 年，如此，第一，可以更迅速提供醫界需要；第二，經費更節省；第三，醫缺問題解決後，要關閉學士後醫學系公費生的訓練也比較容易。

何委員語

感謝干委員文男的用心提案，本人有參加經建會國家未來 10 年及 20 年的人力發展計畫，所以，知道政府有在規劃全盤人力資源發展。本案立意良善，衛生署護理及健康照護處的回復意見，也提到醫事人力的培訓。這個案子我們只能建議衛生署

結合教育部、經建會，通盤檢討醫護人力的發展。劉委員玉蘭提到，學士後醫事人力的培訓，也是方案之一，但需對醫師、護理師等進行整體人力資源規劃，支持劉委員玉蘭的建議。

李委員蜀平

一、個人在醫院從事西藥服務近 25 年，所以，很清楚醫師們的心聲。這些醫師好朋友都請我有空趕快來開刀，因為等他們老了，就沒辦法開刀，該開的刀先開，才不會有麻煩。這個比喻就是所有醫師都不願意從事內、外、婦、兒、急診科，癥結點是給付不公平，因為付出的時間多且風險高，但給付卻跟許多科，例如耳鼻喉科、眼科、皮膚科等不會差很多，當然沒有醫師要走內、外、婦、兒、急診科，因此給付結構應該要全面改變。

二、如果多增學士後公費醫學生，過程還是要讀五年書，加上 PGY(醫師畢業後一般醫學訓練計畫，Post graduate year) 訓練 2 年，一樣要 7 年。公費生未來如果拿到醫師資格，不返鄉服務也沒辦法強求。所以，應該做的是改變給付結構，讓醫師的專業得到相對報酬，否則問題仍無法解決。例如開肺可能要花 8-10 個小時，開腦可能高達 11 個小時，但給付卻很少，試問以後誰還要來走外科？最後要解決的問題還是給付結構問題。

劉委員玉蘭

我建議雙管齊下，不要等到醫事人力規劃出來。台大柯文哲醫師也說，外科 25 年前就找不到人了，現在是崩盤。不要不到黃河心不死，現在已經到黃河邊了，衛生署雖已研議，但是要開辦醫學系公費生得要 7 年，時間太久。建議開辦學士後公費生，直接指定培育內、外、婦、兒、急診等科醫事人才。現在

整體醫事人力應該不會太缺，只是醫師的選科問題，這幾科人家不去，才需用公費培育，所以，我建議用學士後醫學系公費生，既快、又省錢，到時候如果要關閉，也容易關閉。

鍾委員美娟

我是呼應李委員蜀平的意見，根本的問題要找出來。因為培育公費生的話，如果環境沒變、健保給付制度不調整，根本問題沒解決，培育再多的公費生，他們可能也是時間一到就走掉，或一畢業就把錢還掉，問題還是沒辦法解決。加上醫療糾紛太多，造成醫師這麼的沮喪，所以，我覺得根本的問題要找出來。

盧委員瑞芬

- 一、目前僅高雄醫學大學有學士後醫學系，而且其報考的年齡一向都比較高，所以，理論上他們不走外科訓練，因為訓練的時間太長了，要解決這個問題較難。一般而言，公費生分數都較自費生低，以目前台灣普遍的經濟情況而言，公費生的吸引力不大，因為他們未來的發展會受限制。
- 二、這個問題其實是全方位的，今天監理會要提案，如果只針對一個點，可能比較不周詳，應該包括就業環境及醫學教育的問題。為何以前醫學生那麼樂意走這些科，現在卻不願意了？因為社會資源變多，而且醫師覺得沒受到應有的尊敬，在社會上的地位無法彌補他們在生活品質及金錢上的相對損失。
- 三、對於支付制度的部分，台灣和美國的情況不一樣，我們的支付標準一向是針對醫療機構而非針對醫師。對醫師而言，感覺就沒那麼深刻，醫院如何付費給醫師，才是問題的癥結點。支付標準提高(一般幅度也不大)，其實是杯水

車薪，影響不大。當支付制度的對象是機構時，很難以改變醫師的行為及醫療專科的選擇。

- 四、因此，本案是要針對全方位來談，還是只針對公費生？公費生產生的影響也不會太大。國防醫學院雖有自費生，但大多是公費生，卻也沒辦法強迫選擇特定科別。成績好的先選，大多都不選 4 大科。連軍方都這樣，公費生的效力恐怕也是很有限的。

滕委員西華

原本要補充學士後醫學系的說明，但盧委員瑞芬已經說明得很清楚。健保局不是有 12 道菜嗎？趕快端出來就好了。

何常務理事博基（李委員明濱代理人）

- 一、感謝各位委員對醫界的認同，這次跟干委員文男到花蓮參訪，才知道城鄉差距很大。因為醫師都集中到都會區，但後山偏遠地區的人要看病，坐計程車到花蓮市區，來回就要 300 元，還要加上醫療費用，負擔很重。在花蓮有個婦產科醫師，本身在榮總訓練的，他以前 24 小時接生，結果免疫力下降，得了甲狀腺癌，後來到東部去作偏遠地區的支援醫師，因為那邊的好山好水好空氣，生活愉快，結果腫瘤縮小了。

- 二、大家也討論到給付的問題，真的相差很大，因為無法保障偏遠地區的給付。最近有位教學醫院的婦產科醫師離職，被都會區的地區醫院聘請，薪水每月 100 萬元。但有些醫師在南部鄉下看診病人不多，有時候只有個位數的收入。態度會改變一切，是否開辦學士後醫學系公費生，要由衛生署及教育部規劃，但是偏遠地區的公費生留在原地服務的人數不多，都移往都會區。在都會地區醫院服務，1 年

的服務可以抵偏遠地區的 2 年，所以不會想去偏遠地區。因為制度的問題，改變偏遠地區醫護人員的意願，使得服務人數減少。

- 三、當然解決方法很多，衛生署、經建會或教育部都可以討論，報載也可採行政命令方式，但還是從長計議比較好。每年會有 1,300 位到 1,500 位醫師產出，人數不會不夠，只是分配不均而已。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

- 一、主席，在此感謝干文男委員提出寶貴意見，因為他對內、外、婦、兒、急診 5 大科人才流失的問題，是有深深體會到其嚴重性，並考量到老百姓的後顧之憂。
- 二、其實我在此也要說一句實話，這 5 大科在健保開辦前，是最強的科別，為何現在會這麼淒慘，其實是給付的問題，這我剛才也有跟健保局暗示提醒過了。除此之外，最重要的是醫療糾紛沒去刑責化。其實在醫療糾紛案件中發現，不管是門診、住院或是婦產科生產，每 10 萬人就有 7 人屬於自然死亡，並非醫療疏失。還有急診室醫師急救，只要患者不滿，就會提告。曾有車禍醫療案例，車主賠償不到 100 萬元，結果醫師被判賠 3,219 萬元。所以，去刑責化的問題沒處理的話，5 大科就是沒人要做的天方夜譚。應建議法務部研議去刑責化的問題，醫生才会有能力去做這些工作，否則根本無法處理事情，尤其我說一個水蜜桃族就不行了，這些人更不可能做這些工作，我是覺得我們也應該替他們著想，研議去刑責化的問題。
- 三、還有醫師安全的問題，常常看到報紙提到急診室的問題，署立基隆醫院急診室主任就被人持刀追殺；還有病患在急

診室不耐等候就翻桌，這要叫醫療人員如何工作？這真的是我們醫療的痛苦，大家不要怪我們，我們要求警政署在各急診室配置警力，他們卻說人力不足，這真的是我們無法處理的問題。

四、我現在是有聽到一個可能比較快的方案，有一些當初在台灣取得執照但出國去執業的醫師，現在就像鮭魚想要返鄉，但限於科別的問題，只有醫師執照，無法執行 5 大科的工作，怕被人告，所以現在有在考慮讓他們到偏遠地區去幫忙地區醫院和基層診所服務，絕對不能在醫學中心或區域醫院層級服務。

五、其實給付問題是從勞保時代開始，當時沒有基礎的支付標準，主席你以前待在勞保局應該最清楚，當時沒有基礎的支付標準，讓問題一直延伸到現在，造成 5 大科的問題這麼嚴重。其中，急診還必須接受其他 4 科的訓練。所以我非常感佩干委員文男與何委員語兩位非醫界人士，卻為醫界發聲，謝謝。

干委員文男

一、謝謝各位熱烈討論，我的提案不是很完整，只是將我所看到的，在這裡提出來。分配不均和資源不足是兩回事，如果是分配不均，健保局和衛生署要負很大的責任，因為擁有行政資源和權力，可為而不為，有失職之嫌。

二、醫界不要說分配不均是因為城鄉差距，這樣讓衛生署和健保局站不住腳。希望本案能趕快執行，不要讓媒體一直討論。若說分配不均，則行政院、衛生署和健保局這 10 幾年都在做什麼？這麼多的醫療資源，還年年喊虧損，年年要調整，結果貧窮的人連生病的權力都沒有。先解決本案

提案問題，其他的再說。

劉主任委員見祥

- 一、感謝干委員文男為解決 5 大科醫師人力不足的問題而提出本案。我們知道醫療資源不足的問題，或是 5 大科醫師人力不足的原因，不是單一原因造成的。
- 二、今天大家的意見都很寶貴，都會加以記錄。從衛生署醫事處與照護處的意見看來，都持續在執行相關改善措施中，作法與委員的意見也不謀而合。各位委員寶貴意見送請衛生署納入研議方案時參考。

戴局長桂英

署長非常重視 5 大科醫事人力缺額問題，所以召集相關單位，擬出 12 項解決措施。其中第 9 個措施中包括 5 大科別公費醫師制度養成計畫，而推動醫療過失刑責合理化、推動生育事故救濟及籌辦醫事事故救濟制度，還有謝常務理事武吉所提強化急診室安全，以及李委員蜀平所言提高 5 大科支付基準的問題，均已包含在這 12 項措施裡。目前 12 項解決措施尚在草案階段，署長準備在 7 月時擴大召開會議，邀請更多學者專家來檢視這 12 項，希望能訂定得更落實。

劉主任委員見祥

衛生署深切體察籌謀良策解決內、外、婦、兒、急診等科醫師人力不足問題係社會期待與共識，刻正積極邀請各界研議對策，其中並包括開辦重點培育科別公費醫師制度之相關計畫，此與本提案之建議意見不謀而合，爰本案意見送請衛生署於研議相關對策時參考。

【附件 8】

討論第 3 案「建請衛生署和勞委會共同協商研擬開放外籍基層護理人力政策，彌補國內各層級醫院護理人力不足困境，以免促使醫院關閉病床，妨害人民就醫權益及就醫照顧品質案」之與會人員發言實錄

何委員語

- 一、提出本案係因謝常務理事武吉正式發函要求我協助提案；另費協會勞工代表陳委員錦煌說，請我提案，又說會幫我連署，所以，本案也會在費協會提出。剛有兩位先進對我說，建議沒有用，我知道本案現在很敏感，不可能立刻實施。但我認為快則 5 年，慢則 10 年，再不濟 20 年也一定會實施。我和劉委員玉蘭 20 幾年前都是經濟部產諮會成員，當時建議開放外勞，勞委會及勞工代表都反對，所以盧委員美秀和護理師公會必然反對，否則，會被會員罷免，這些我都能理解。但既然擔任委員，不能白領兼職費，是我的理念，不然政府不會頒給 9 個獎章，包括內政部公務人員的內政專業獎章。
- 二、干委員文男說監理會在明年將轉型為另個單位，所以若都無提案，往後寫回憶錄時，本會部分豈不空白？所以一定要提案。對本案或許大家不一定認同，但我認為，或許 10 年後政府會開始實施。先提案的人不一定會獲得接受，可能幾年後，或許政府會發現提案有效而重新獲得採用。當初勞委會為了開放外勞，也和勞工吵得很厲害，是我提案請勞工代表、學界代表及政府官員一起去參觀工廠。當全省看完後，勞工代表轉而支持 3K（辛苦、骯髒、危險）產業及三班制的產業要開放。現在醫院也牽涉到三班制的問

題，大、小夜班沒人要做。本案首先是希望協商研擬，不是要衛生署立即開放。

- 三、其次，談到科技大學，6年來我也擔任科技大學的評鑑委員。科技大學因少子化而招生不足，可以利用其現有資源，開放東南亞的外籍學生來台就學，實際上，現在也開放不少了，但不是護理科系。我認為這是醫界結構、人口結構及社會結構問題，是無法抵擋的趨勢。我只是建議協商研擬政策的可行性，而非立即開放，因為這牽涉到很廣泛的政策、證照、專職訓練及醫院的配合問題，所以決議如何都可接受。

劉主任委員見祥

在請盧委員美秀發言前，先由司儀宣讀行政院衛生署護理及健康照護處及石委員發基的書面意見。

(司儀宣讀，略)

石委員發基(書面意見)

- 一、勞委會職訓局對於專業外勞人力之引進，暫無總量管制，惟需先取得專業證照。
- 二、本案宜先請衛生主管機關就整體護理及健康照護人力評估後再議。

盧委員美秀

- 一、非常感謝各位委員對目前護理人力問題的關切，事實上，護理人力短缺肇因於醫師人力不足，以及很多護理人力被挪用到其他地方，例如在住院醫師人力不足時，分別有2,914位及3,000多位資深護理師轉任專科護理師及醫師助理。這些助理和專科護理師所做的，就是住院醫師的工作。兩者相加有6多千人，正是目前的缺額。此外，還有

育嬰假制度，因少子化，政府鼓勵生子。現有護理從業人員 98.8%都是女性，很大部分在生育年齡，請育嬰假者相當多。過去護理人員從業在請假期間並未報備，因此，很多人力都被算入；很多醫院也將護理師轉任技術員、麻醉護理師或行政人員。在此情況下，我們估計在醫院工作人力中，有 20%雖在衛生局登錄為執業，可是並未執行護理工作。護理人力短缺問題，是太多地方將我們資深優秀的護理師挖走了。現為因應這個嚴肅的問題，應該以理性方式面對，絕不能情緒化。今天在此也非情緒性地反對。

二、本案經中華民國護理師護士公會全國聯合會與台灣護理學會之理事長、副理事長、常務理監事，以及考試委員、教育部醫教會護理召集人、護理校院和各醫院護理主管代表等計 24 人，於 6 月 26 日會議討論，出席人員一致表示不贊成開放外籍護理人力，原因如下：

(一) 據統計，歷年護理人員就業人數有逐年增加，惟其中部分資深護理師轉任「專科護理師」和「醫師助理」(人數高達 6,000 多人)以彌補住院醫師人力不足問題，更有配合國家政策，生產後申請育嬰假，辦理留職停薪，或轉任「個案管理師」、「癌症篩檢師」和行政職缺等，未實際從事臨床工作，但仍以護理師執登，嚴重影響輪班人力。本來醫學中心每名護理師白天應該照顧 7 名病患，但實際需照顧 8 至 10 名，小夜班或許照顧 15 至 20 名，大夜班可能照顧到 20 幾名。雖然名義上排班 8 小時，可是在這種情況下，無法在 8 小時內做完，一般都會延遲 10 至 12 小時，但醫院並未按照勞基法給予加班費，甚至有些醫院要求準時打卡，再繼續完成工作，所

以如果勞委會去查，在資料紀錄上都是合法的。我們也接到很多家長的電話表示，這樣的情形如果每月偶爾1、2天，還可忍受，可是天天如此，讓子女在這樣高壓力、高危險的環境工作，待遇又差，不如轉換其他工作，這是一般家長的心聲。

- (二) 護理職場環境改善並非一蹴可及，行政院衛生署已推出護理十大改革策略，應先謀護理職場環境改善，例如補充護理輔助人力，改善團隊合作氛圍，提高護理人員薪資待遇和夜班費，鼓勵國內護理人員留任與回流護理職場。
- (三) 隨著醫療環境丕變，內、外、婦、兒和急診等多類醫事人員亦有人力荒窘境，無不力求執業環境改善，從未聞引進外籍醫事人員話題，唯獨開放外籍護理人力，將影響照護品質及整體醫療專業團隊合作。瑞典即提出「瑞典國民的健康，要由瑞典國民來照顧」的口號，我們也要有這樣的理念，才會是幸福的國家。為何不先謀求自己人照顧自己人，而是要讓外國人來照顧，而且外國人在文化上及能力上，都有差距。不要認為歐美各國也開放移民護士，是因為其薪資條件很好，照顧病人數也少，所以，可以吸引其他國家最優秀的護理人員。以我們的薪資及惡劣的工作條件，不可能吸引到優秀的人才。
- (四) 近期部分公、私立醫院，提出調整約聘和正職人員薪資待遇，或提高夜班費給付後，在人力招募上，均能吸引上百人回流，可見薪資福利亦是護理人員離開職場之重要因素。

- (五) 依據 WTO 規範和勞委會公告，聘用外籍專門職業及技術人員，其月平均薪資 47,971 元，以相當之薪資條件，對中小型醫院護理人員之招募應具有吸引力，且不會有語言障礙和文化隔閡之適應問題。
- (六) 我國護理教育訓練紮實且嚴謹，提供完整的學理基礎與臨床實習，培育出高素質之護理專業人員，照護品質明顯高於鄰近國家，若引進外籍基層護理人員，在臨床指導上，勢必增加本國護理人員工作負荷，屆時必定引發本國資深護理人員之離職潮，造成劣幣逐良幣效應。
- (七) 依據提案說明，外籍基層護理人力之培育，應先在大學 3-4 年級時，來台灣接受護理訓練課程，由政府規劃在醫院實習一年期滿後，參加護理師證照考試，考取專業證照後在本國服務；依此流程，屆時能有多少人力可以考上證照投入職場，值得商榷。
- (八) 國內的健保給付制度應儘快檢討改善，讓民眾清楚瞭解「使用者付費」之義務，否則開放外籍護理人力只是頭痛醫頭、腳痛醫腳，且若護理職場環境未改善，無論本國或外籍護理人員，均不會願意投入職場。
- (九) 衛生署應正視各醫院關病床之問題，實際調查以瞭解有哪些醫院是真正因護理人力不足而關閉病床？或者是為符合評鑑要求？還是因為醫師人力和佔床率問題？

劉委員玉蘭

- 一、護理人力的培育整體來講是很夠的，但為何現在病房護士較不易找？這是工作條件的問題。事實上，政府法令都有規定，是醫院管理的問題，造成護理人力不願投入病房照顧。

- 二、護理人力與一般勞工不同，雖同為三班制，但其屬於專業人員，在外籍勞工的法令上，屬白領人員，目前是開放不受限制的。但為何很少人進來？主要就是證照問題，只要拿到執照即可符合規定。盧委員美秀提到目前護理人員薪資底線是 4 萬多元，不過我要提醒，這項薪資底線會調降，原採專門人員的平均薪資，可能會降為新進人員的平均薪資 3 萬多元，已在經建會的鬆綁法規討論中。
- 三、個人認為若假設情況不變，本案的說明四可以試辦看看。可考慮鼓勵現有的科技大學護理學系與東南亞或國際合作，其可行性較高。

何委員語

- 一、經建會在規劃未來 10 年及 20 年人力資源發展時，提出 38 項法規修正，所以，建議地區醫院趕快策動醫院及護理證照的相關修法。
- 二、在費協會的提案，是要開放大陸籍的護理人力，但恐太敏感，所以本案改為東南亞。目前南部的科技大學已和東南亞建教合作，效果很不錯。我認為護理科系也可朝這方向走。以前的護理學校也是三年制而已，提案建議外籍學生來台就讀 2 年、實習 1 年，這和以前的護理學校年制是一樣的。以前 3 年就可以出來當護士，現在為何不可？
- 三、東南亞護理人員的薪水是低的，如果我們願意給 3 萬多元，其優秀護理人力應會過來台灣。我們不要認為其能力很差。

盧委員美秀

大陸籍護士職校畢業比較多，上課不用英文，所以來台灣可能會看不懂醫囑處方。在中國大陸，護士和醫師是一樣的地位，

過去醫師的人數比護士還多。不要以為大陸的護士很好用，因為一胎化政策，其在家非常受寵，過來很多事情不做，而本國護士就要做，會爭端不斷，難以相處。長庚的經驗告訴我們，如果要引進外籍護士，必須整批引進過來，包括醫師、醫檢師等，才能一起合作，否則，要和本地自傲的醫師合作，很難。

李委員蜀平

何委員語說今天的提案受謝常務理事武吉所託，所以本案是脅迫式的提案，因為有謝常務理事武吉在此監督。以上純屬笑話。個人認為，台灣兩黨若再這樣內耗，民意代表不贊成調漲健保費，健保費用無法成長，未來健保一定會倒閉，到時是台灣護理人員要到東南亞或其他國家去當護理人員。希望在盧理事長美秀認真的領導下，護理人員在台灣是絕對夠用的，但因待遇與專業的關係，許多護理人員不但要做護理的工作，還要做護理專業以外的工作。所以，建請衛生署一定要提高待遇，且工作範圍不能超出其專業性。希望盧理事長美秀及主委共同研擬，讓護理師的南丁格爾精神及價值發揚，未來台灣的護理工作人員才不會缺。

謝常務理事武吉（楊委員漢淥代理人）

一、剛才李委員蜀平提到說我是在做脅迫的事情，那就錯誤了，我從來不知何謂脅迫，可能你有做過脅迫的事，所以才會覺得這是脅迫，這是扭曲存在的事實。其實我覺得何委員不要感到寂寞，因為先知者總是寂寞，在醫界有個「謝斌」，他們兩人說的話都是先知，到最後政府都是落在他們兩個人的嘴裡，我會不會感到非常寂寞？的確，我是感到非常寂寞。但我現在說的，大家不聽，等哪天應驗，我會鼓掌叫好。從整個制度面來談，有些官員在位時

說假話，欺騙台灣老百姓，下台後才說真話，這就是白賊七，這樣很不公平，我們在位就應該說真話嘛！這是很沒有公平、道理的事情。

- 二、盧委員有提到護理工作人員流失問題，並非如盧委員美秀所述的，我謝武吉和謝文輝是絕對不會承認你說的這些事情，我可以向妳否認。因為我們彼此也是好朋友，我也該跟妳說一些實話，你們一堆護理人員多去做醫美、藥妝，長得漂亮的去做專櫃小姐、外務員或空姐，考試錄取率 31%至 37%，結果僅 20%左右領取執照。
- 三、還有，妳考慮要將從事其他工作的護理人力找回來，機會幾乎是零，即使有也頂多 10%，還是很少，多 2 萬多人在醫療上也絕對不夠，我是在這裡與盧委員說明。
- 四、大學生畢業拿到護理執照時，他會認為自己是大學生呀！父母認為子女是大學生，為何要到醫院替人把屎把尿？不爽，寧可改變職業，這也是不可避免的事實，你們都承認吧？剛才盧委員也提到，台灣到今年度就無護士證照考試了，其實我心裡是在滴血，以前我們有大護，例如：台灣大學護理系，盧委員就是台大護理系畢業的，現在情況為一考出來就是護理師，我是覺得這是完全錯誤的制度，這我昨天也有跟楊漢淙理事長討論，我們討論的結果也是覺得，我們的教考訓用不協調，應恢復技職學校，這些人心甘情願奉獻給醫療事業，自然會留下。但我們不是這麼做，我們一直說要提升品質，但提升到最後的結果是有些人考到護士執照後，繼續半工半讀一個專科或大學，花了三、四年考上護理師執照，然後就離開不做了。我們的教考訓用真的有問題，建議還是要恢復技職學校的教育。

五、因此，何委員語的建議非常有必要性，雖然現在不一定能得到，而且涵蓋範圍也超出監理委員會職責。何委員語是拋磚引玉，並不是像李委員蜀平說的脅迫。台灣事事都要學習美國、歐洲、瑞典，但學習到最後有哪幾項是成功的？說起來是非常丟臉的事情，不想再說太多。

盧委員美秀

- 一、台灣餐飲從業人員的水準，都已提高到大學畢業，與生命有關的工作，難道不需要訓練完備的人來從事嗎？為何不能將護理當成專業，將處理大小便的事，讓護士來做？讓護理師做雜事的結果，反而忽略了護理工作。原來希望煮牛肉麵，結果只能煮出陽春麵。這些人在職場上無法發揮，我們的照護品質無法提高，就和觀念有關。一直將護理踩在腳下，認為只有醫師高高在上。醫療是團隊合作，但醫療活動 80%都是護理師在做。如此不重視，還認為外勞就可以，令人不可思議。
- 二、現在醫療科技那麼發達，新的治療方式那麼多，要學的東西那麼多，如果僅用職校幾年的訓練，無法在醫學中心或區域醫院工作，只能在診所工作。工作條件不改善，一直往別的方向思考，是走歪了。如果說護理工作可以開放外勞，那麼藥師等也可以開放。

千委員文男

我和何委員語兩人的提案目標一致，但途徑不同。大家都講外勞很好，但後來都產生問題。在 78 年時，第一個反對引進外勞的就是我。因為從新加坡、香港等很多先進國家，就能預知外勞將來會產生的問題。盧委員美秀所說的學術要提高是對的，在專業認定上多一些訓練，絕對是正確的。無論是大學或

技職專校，讓人數能提升的話，即使跑掉 20%，也還有 80%。台灣現在年輕人失業嚴重，經建會一直在想辦法，運用就業安定基金，但結果都是假象。醫療行業缺那麼多人，應趕快讓本國人從事，否則，讓外籍護士進來，將來鳩佔鵲巢。我們的人口政策本來就是錯誤的，過去要求減少生育，現在鼓勵生育，但民眾已不願意。眼光要看遠一點，不要見樹不見林，才能夠解決根本問題。希望能夠培養本國護理人才，因為外籍勞工引進後，造成人頭買賣賺價差，本國人失業等惡性循環，殷鑑不遠。

楊委員芸蘋

目前的規定並不允許引進外籍護理人力以及外籍勞工，這方面的考量會較有阻礙。我同意質的提升，但也要有相當的量配合。目前台灣嚴重缺少護理人員的狀況下，怎樣讓兩者達到平衡，問題獲得解決，還是要從基本制度面調整。據說目前已無職業護理學校，基層護理人員都沒有了，這事要如何解決呢？誰去做基層的護理工作？品質提升之外，也要有好的環境，吸引優秀的護理人員加入。否則，品質提升了，卻沒有基層工作人員，也是白搭。此案應再深入討論，既然護理學校以前有存在的必要，在提升以後，變成無人就讀，這問題也是很嚴重的。護理人員的缺乏，要從制度面深入討論，如何修改考照的制度或是改善環境，讓護理人員的收入提高，建議本案應從長計議，審慎討論為要。

謝常務理事武吉（楊委員漢淶代理人）

一、主席，我上禮拜到一家醫學中心評鑑，它的護士所佔比率是四分之一，但它的護理部主任卻說現在開始不再雇用護士，而要用護理師，這樣的制度是對不對啊？不對吧！我

觀察它的護士流動率不到 5%，但護理師流動率，平均 1.5 天就有 1 名，原因就是執業環境不一樣，我剛剛說的問題都已顯現出來，難道護士不能在醫學中心工作，妳這是有嚴重的職業歧視！嚴重的人格歧視耶！身為護理師公會全聯會的理事長，怎麼可以歧視妳們護士？認為她們不能在醫學中心上班，這是開什麼玩笑？這種事是沒人會同意的，我是認為要合情合理，我剛才說的是善意的建議，我認為職業學校應再恢復，讓護士願意犧牲奉獻，流動的機會就較少，也不會讓父母覺得女兒是護理師，大學畢業為何要去把屎把尿？不用吧！其實我跟主席、各位委員報告，目前醫療界在整個醫院裡面，是將所有護理人員當成寶在看，大家知道嗎？

- 二、剛剛盧委員說秀傳那邊增加薪資 20%，這個事情在費協會有報告過，之後我也有再去詢問，很抱歉，並非像她所說，其實是它們當初因為嫁老公、生子而離職的員工現在子女長大了，所以有空回來幫忙，然而也要等到八月份才會有 50 個人回去，根本不夠，黃明和的秀傳體系有多大？連 50 個人都請得那麼困難。
- 三、教考訓用是需要嚴肅考量的問題，也不要認為護士是卑賤行業，這是不對的，不要用職業的歧視來看待她們，這點要深深的體會及改善。
- 四、剛剛何委員語說的，我認為是拋磚引玉，以後台灣可不可能發生？5 年？10 年？20 年？一定會發生！可能到我死後都會發生！我也是語重心長的表示，我們也都有錄音，甚至上傳雲端。

何委員語

- 一、我和護士、醫師向來交情好，很感謝他們對我特別好。
- 二、干委員文男提到營造業勞工發生問題，不能以偏蓋全，因為當初開放外勞時，就是沒有全盤的政策，所以，我在本案擬辦的第二項提出，要有周全的全盤政策，將過去的失敗做修正，現在勞委會已經修正得很好。
- 三、提出本案，衛生署和勞委會才能夠編列預算，委託學術單位進行研究。今天大家看法不一，但本案在 10 年後一定會施行，因為現在人力結構完全不一樣。

蘇委員錦霞

社會對於技職教育的方向已經走偏，每個人都去煮牛肉麵，那誰來煮陽春麵？我們認為衛生署對於護理教育應做通盤研究，最主要還是要研擬整體方向，以改善國內護理人員薪資結構及工作內容的層次。取消護士招考這部分，是否符合台灣民情，應該再做全盤的研擬。改善了國內就業環境後，再思考國內護理人員是否夠用，讓其有適當的量與質，然後再決定是否引進外籍護理人員。這樣才有層次，否則貿然地引進外籍護理人員，將造成未來醫療體系崩盤。

劉主任委員見祥

- 一、感謝各位委員堅持到底，本案係提出解決護理人員短缺的構思建議方案，並非立即實施。
- 二、為彌補各層級醫療院所護理人力之不足，本提案建議衛生署以中程計畫方式邀請相關權責機關（例如勞委會）共同研究及協商開放外籍基層護理人力。現衛生署針對此問題已擬具周延計畫逐步辦理中，爰本案意見送請其併入相關計畫研議時參考。