



「全民健康保險監理委員會暨全民健康保險
醫療費用協定委員會第 20 次聯席座談會」
會議資料

時間：101 年 8 月 31 日(星期五)下午 13 時 30 分

地點：中央健康保險局 18 樓大禮堂

辦理單位：全民健康保險監理委員會
全民健康保險醫療費用協定委員會

目 錄

壹、議程	1
貳、專題報告	
健保新制財務推估（含補充保險費金額試算）報告	3
參、專題介紹	
1. 護理近、中、長程改革計畫	15
2. 重振五大科守護偏鄉醫療十二大策略簡介	29
肆、注意事項	49

全民健康保險監理委員會暨全民健康保險醫療費用協定委員會
第 20 次聯席座談會議程(修正版)

會議時間：101 年 8 月 31 日（星期五）下午 13：30-16：40

會議地點：行政院衛生署中央健康保險局 18 樓大禮堂

時間	議程	主持人/報告人
13:30-13:40	報到	
13:40-13:50	主席致詞	劉主任委員見祥 江主任委員東亮
專題報告及討論		
13:50-15:30	健保新制財務推估(含補充保險費金額試算)報告	中央健康保險局
15:30-15:40	茶敘	
專題介紹		
15:40-16:40	1. 護理近、中、長程改革計畫 2. 重振五大科守護偏鄉醫療 十二大策略簡介	衛生署護理及健康照護處 衛生署醫事處



健保新制財務推估

二代健保

二代健保

行政院衛生署中央健康保險局
101年8月31日



報告大綱

二代健保

1 背景說明及新制內容

2 推估限制及假設

3 新制財務平衡費率概估



二代健保

背景說明

- 行政院101年4月3日發布新聞自102年1月1日實施二代健保
- 二代健保實施後，有關費率之調整，須由全民健康保險會依照「收支連動、財務平衡」原則審議，經行政院衛生署轉報行政院核定
- 二代健保施行首年之費率，將透過監理會、費協會兩會聯席會議模式依法定機制運作，健保局將提出各種條件下之財務平衡估算及費率方案，以供討論，如有共識，行政院衛生署將依照規定報行政院，行政院將依法予以核定



二代健保

新制內容

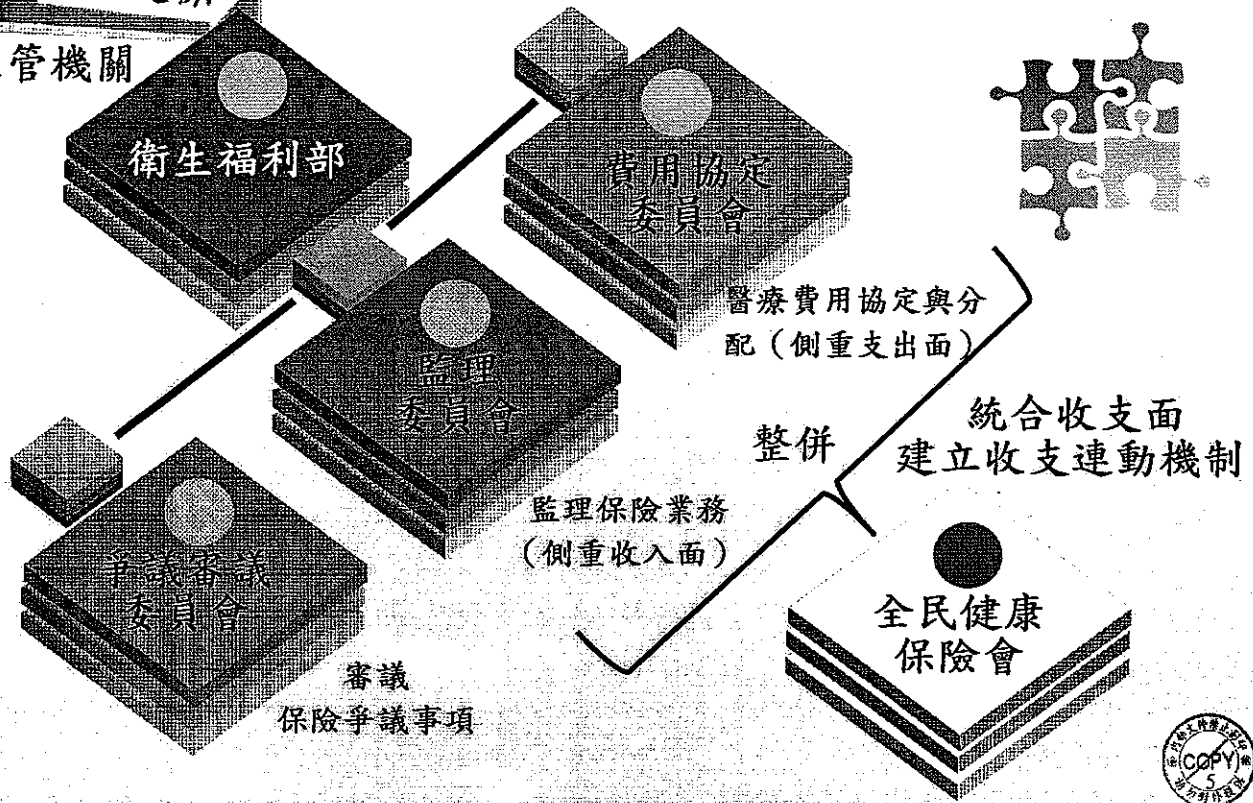
- 維持現行保險費計算及收取方式
- 增列被保險人補充保險費
 - ✓ 高額獎金、非所屬投保單位給付之薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入
- 增列雇主補充保險費
 - ✓ 薪資所得總額與投保金額總額之差額
- 政府負擔保險經費至少36%



成立全民健康保險會

二代健保

主管機關



第1類~第4類及第6類應計收補充保險費

二代健保

民眾

- ◆ 四個月以上的獎金
- ◆ 非所屬投保單位給付之薪資
- ◆ 執行業務收入
- ◆ 股利所得
- ◆ 利息所得
- ◆ 租金收入

× 2%

註：補充保險費有免扣取之範圍規定



二代健保

二代健保—民眾保費計算

$$\text{二代保費} = \text{一般保費} + \text{補充保險費}$$

一般保險費

- ◆ 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1 + 依附眷屬人數)
- ◆ 計費眷屬人數最多3口

補充保險費

- ◆ 補充保險費費基 × 補充保險費之費率 (2%)



二代健保

二代健保—雇主保費計算

$$\text{二代保費} = \text{一般保費} + \text{補充保險費}$$

一般保險費

- ◆ 投保金額 × 費率 × 負擔比率 × (1 + 平均眷口數)

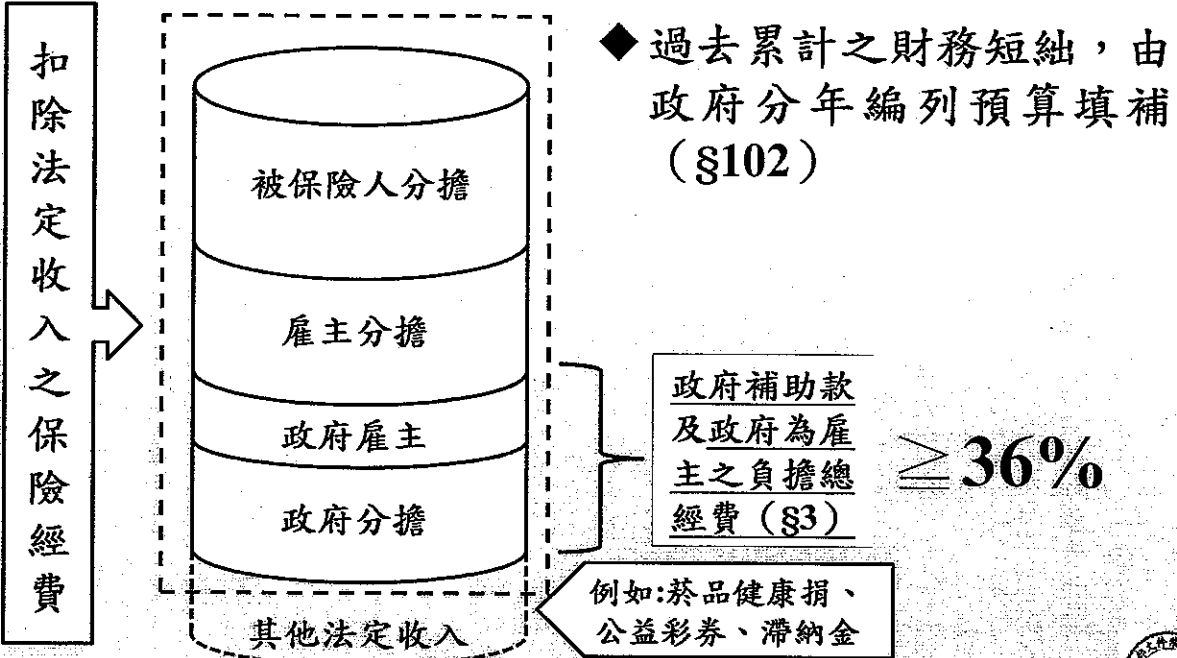
補充保險費

- ◆ (雇主支付薪資總額 - 受僱員工投保金額總額) × 補充保費之費率 (2%)



二代健保

政府財務責任從34%提升為36%



二代健保

二代健保-政府保費計算

$$\text{二代保費} = \text{一般保費} + \text{補充保險費} + 36\% \text{ 差額負擔}$$

一般保險費

政府為雇主或補助第1類1-3日:

$$\text{投保薪資} \times \text{負擔比例} \times \text{一般費率} \times (1 + \text{平均眷口數})$$

政府為雇主或補助第2-3類:

$$\text{投保薪資} \times \text{負擔比例} \times \text{一般費率} \times (1 + \text{眷口數})$$

政府補助第4-6類: $\text{平均保費} \times \text{負擔比例} \times (1 + \text{眷口數})$

補充保險費

$$(\text{政府為雇主支付薪資總額} - \text{受雇員工投保金額總額}) \times 2\%$$

36%差額負擔

$$(\text{全年保險經費} - \text{法定收入}) \times 36\% - (\text{政府一般保費負擔}) - (\text{政府為雇主之補充保險費負擔})$$



法規訂修準備作業

二代健保

完備法令規定，
是實施二代健保
的基礎。

為落實二代健保
改革精神，法規
訂修過程，均廣
徵各界意見，並
踐行法定程序。

◆目前辦理情形

- ✓施行細則業經衛生署於101年8月10日陳報行政院。
- ✓扣取及繳納補充保險費辦法將俟行政院核定施行細則後同步辦理發布。
- ✓其餘法規正依進度辦理。



補充保險費推估限制

二代健保

- 財稅所得資料單張扣繳憑單金額可能包含多筆給付
財稅所得檔案格式為單張扣繳憑單金額可能包含多筆給付，並不完全吻合補充保險費採單筆就源扣繳計收方式
- 扣繳憑單無法判斷所得給付時點
各類補充保險費須於所得給付時，須按保險對象類目身分判斷是否免扣，保險對象一年中可能於各類目中轉換身分，因扣繳憑單無法判斷給付所得點，即無法確認當時加保類目是否免扣
- 民眾避費行為
民眾可能透過分散或集中給付、轉換投保身份、變更所得名目等方式以規避補充保險費，在進行健保新制補充保險費費基模擬分析時，民眾規避行為程度難以事前透過客觀數據加以評估
- 投保單位與營利事業單位為多重對應關係
對應關係包含一對一、多對一、一對多、多對多，使高額獎金部分、非投保單位給付薪資、投保單位給付薪資總額之計算無法判斷歸納



□ 保險對象人數及結構：

參考行政院經濟建設委員會「2010年至2060年台灣人口推計」之台閩地區人口成長資料；另加計新制新增第4類第3目，其人數依法務部100年12月矯正機關收容人數64,864人推估

□ 平均投保金額及定額保險費：

- ✓ 第1類推估含新制實施後軍公教採全薪納保
- ✓ 第2、3類平均投保金額維持現制假設推估
- ✓ 第4、5、6類定額保險費維持現制假設推估
- ✓ 各類投保金額或定額保險費均依100年精算報告假設採逐年遞增推估

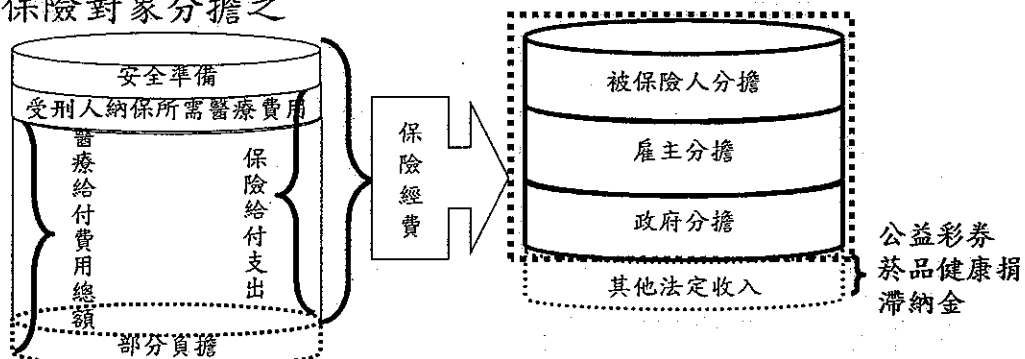


□ 依全民健康保險法修正條文第2條

保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備，其中保險給付支出指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額

□ 依全民健康保險法修正條文第17條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之



- 101年醫療給付費用總額協定實際預算成長率為4.314%(含「投保人口年增率預估值」校正，惟未含受刑人納保人口)
- 102年醫療給付費用總額之成長率尚未完成協定，假設成長率為6%(行政院101年8月1日以院臺衛字第1010044532號函同意照經建會審議結論辦理)
- 103至106年醫療給付費用總額成長率
 - ✓ 模擬平均每年為4%
 - ✓ 模擬平均每年為4.5%
 - ✓ 模擬平均每年為5%
 - ✓ 模擬平均每年為5.5%
 - ✓ 模擬平均每年為6%
- 新制各年再加計受刑人納保所需醫療費用之推估



單位：億元

醫療給付 費用總額 成長率假設	103年(P)	104年(P)	105年(P)	106年(P)
4%	5,839	6,072	6,315	6,568
4.5%	5,867	6,131	6,407	6,695
5%	5,895	6,190	6,499	6,824
5.5%	5,923	6,249	6,592	6,955
6%	5,951	6,308	6,687	7,088



- 利用2007~2009年綜合所得稅所得歷年檔與健保承保資料合併檔，及綜合所得稅統計數據，根據費基定義、景氣情況，及民眾規避程度的假設下，推估補充保險費各項費基及保費收入金額，並彙整出補充保險費收入之敏感度分析，預估補充保險費收入約介於180~350億元之間
- 修法當時依據97年財稅各項所得憑單資料及健保加保資料比對，補充保險費計收之所得下限暫以2,000元、上限依法以1,000萬元估算補充保險費236億元(含保險對象及民營雇主208億元、政府為雇主28億元)



補充保險費暫依236億元推估

實施日期	103年至106年總額成長率	至104年平衡		至105年平衡		至106年平衡	
		安全準備1個月	不考慮安全準備	安全準備1個月	不考慮安全準備	安全準備1個月	不考慮安全準備
102年 1月 1日	4%	5.04%	4.87%	5.10%	4.96%	5.17%	5.06%
	4.5%	5.07%	4.90%	5.14%	5.01%	5.23%	5.12%
	5%	5.11%	4.93%	5.19%	5.05%	5.30%	5.18%
	5.5%	5.14%	4.96%	5.24%	5.10%	5.36%	5.25%
	6%	5.17%	4.99%	5.29%	5.15%	5.43%	5.31%



- 歐債金融風暴二次危機影響
 - ✓ 減薪、失業率上升(投保金額下降、投保類目移轉)
 - ✓ 補充保險費收取不如預期(如高額獎金、股利、租金等)
- 民眾避費行為難以預料
- 菸捐挹注安全準備之分配收入，已成健保不可或缺之財源，比率必須維持70%



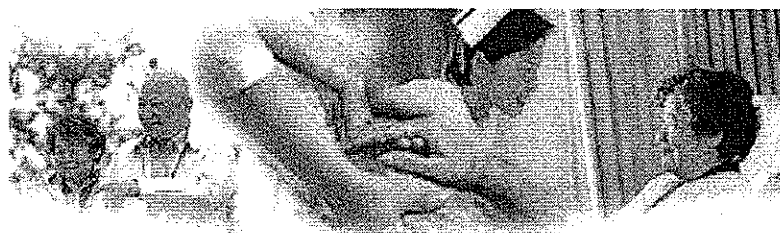
- 老年人口快速增加
 - ✓ 99年65歲以上國人健保醫療費用計1,691億元，10年來成長88%，占當年總醫療費用之34%，惟人口數僅占當年之10.7%
- 重振五大科別
 - ✓ 重新檢討各科別醫療資源耗用支付標準相對值表
- 護理人力嚴重缺乏
 - ✓ 積極改善護理人員之執業環境及提升護理人員待遇福利，調整護理費、病房費及診察費合理反映執業成本與提升照護品質
- 新藥及新科技之負擔與急重症照護需求特別殷切
 - ✓ 例如癌症標靶藥物、罕見疾病用藥、新特材、新醫療技術
- 勞基法對醫事人力配置的影響
- 醫療機構設置基準對人力配置的影響
 - ✓ 例如護病比
- 增進偏遠地區醫療服務、提升就醫可近性
- 醫療衛生支出占GDP的7.5%







護理近、中、長程改革計畫



行政院衛生署護理及健康照護處

101.08.31



大綱

- 護理人員執業現況
- 挑戰-護理人力流失
- 近中程執行計畫
- 長程計畫
- 未來展望
- 委員關切議題





護理人員執業現況

行政院衛生署照護處
3



近5年護理畢業生人數

	96年	97年	98年	99年	100年	總計
博士	3	8	11	13	17	52
碩士	256	284	307	253	320	1,420
大學	826	801	845	831	863	4,166
四技	1,246	1,470	1,399	1,043	1,156	6,314
二技	4,147	4,991	5,198	5,491	5,439	25,266
二專	2,030	1,105	769	549	366	4,819
五專	5,384	4,974	5,057	6,081	6,176	27,672
總計	13,892	13,633	13,586	14,261	14,337	69,709
扣除二技四技碩士博士人數	8,240	6,880	6,671	7,461	7,405	36,657

資料來源：依據教育部網頁大專院校各校畢業生統計，自行整理資料

行政院衛生署照護處



95-100年護理國家考試及格率

	95年	96年	97年	98年	99年	100年
護理師	30.2%	29.9%	28.2%	29.3%	33.6%	28.4%
護士	29.9%	40.6%	32.8%	42.8%	39.5%	38.4%

資料來源：考選部 中華民國100年考選統計

● ● ●
行政院衛生署照護處
5



近10年護理人員證書核給人數

年	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
護理師	7471	8480	8976	12521	7231	7467	6719	7693	8178	7048
護士	5272	9370	6016	7721	4924	6759	4753	6509	5272	5155

資料來源：行政院衛生署

● ● ●
行政院衛生署照護處
6

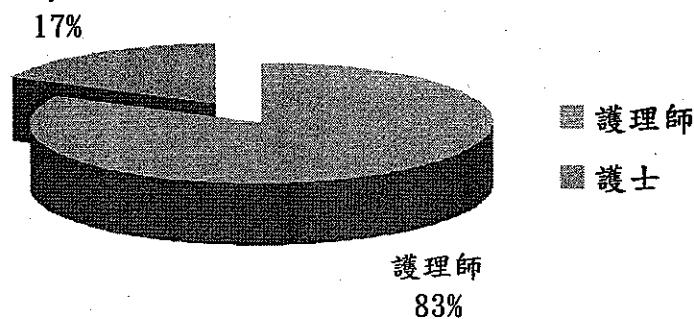


護理人員執業現況-1

□ 台灣護理人員人數

□ 根據2012年7月醫事管理系統

- 全國護理人員共**23萬2,035**人
- 開業及執業人數共**13萬7,333**人，執業率**59%**
- 護理師有**113,718**人 (**82.8%**)；護士有**23,615**人 (**17.2%**)



行政院衛生署照護處
7



護理人員執業現況-2

□ 台灣護理人員執業年齡

□ 根據2012年7月醫事管理系統

全國執業之護理人員平均年齡為**34歲**，其中

21-30歲族群最多，占**38.4%**；

31-40歲族群次之，占**38.9%**；

41-50歲再次之，占**16.8%**；

51歲以上族群占**5.9%**

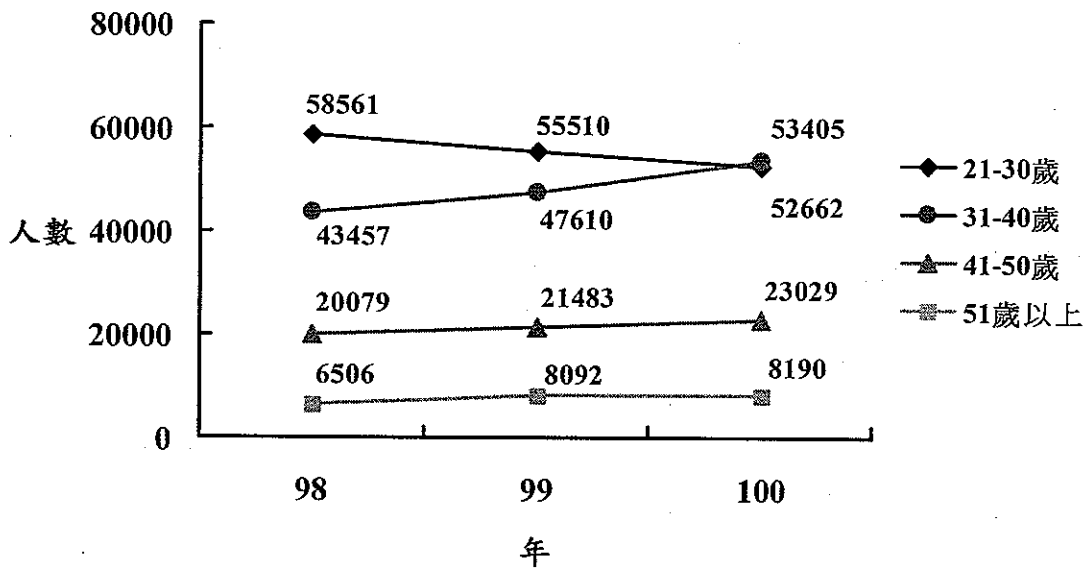
執業的**13萬7333**位護理人員中，男性僅**1,716**人，占**1.3%**

行政院衛生署照護處
8



護理人員執業現況-3

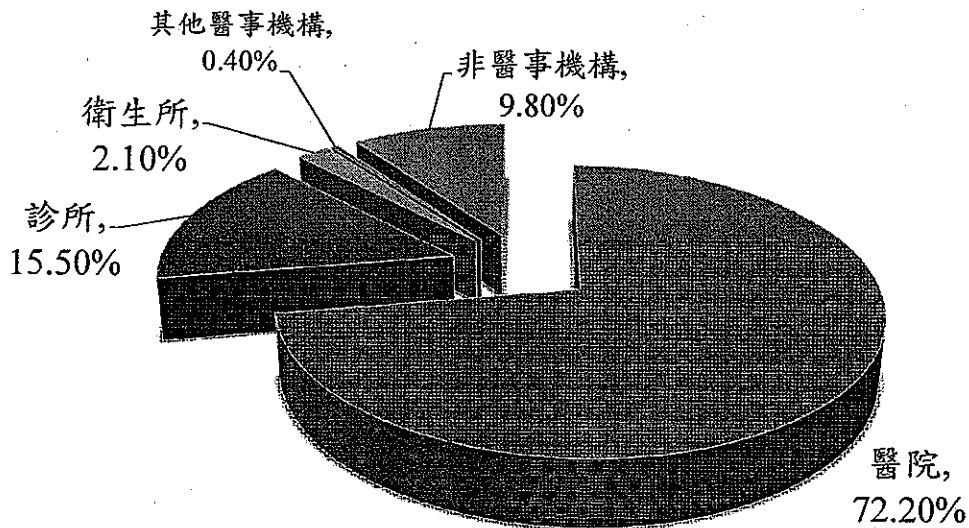
98-100年護理執業人數年齡別



資料來源：衛生署醫事管理系統提供



護理人員執業現況-4



資料來源：衛生署100年度醫療服務量專案調查



護理人員執業現況-5

□ 醫院護理人員空缺率及離職率

	96年	97年	98年	99年
空缺率平均值	3.45%	6.62%	6.33%	7.33%
年離職率	18.8%	17.8%	17.0%	20.1%



護理人員執業現況-6

□ 醫院護理人員招募難易程度

	98年	99年	100年7月 (電話抽樣)
調查醫院數	513家	508家	63家
有困難	50.6%	47.1%	30.2%
非常困難	14.3%	24.6%	31.7%



護理輔助人力制度—全責照護進度規劃

- 第一階段：全責照護模式建立期(民國92-98)
 - 免付費全責照護病房
 - 照顧服務員共聘制
- 第二階段：結合資源推廣期(民國99-102)
 - 署立醫院推動全責照護病房：共聘及免付費(民國99-100)
 - 市立醫院推廣全責照護：共聘及免付費病房(民國101-102)
- 第三階段：全國宣導及輔導期
 - 輔導各類醫院（醫學中心及私立醫院）設置全責照護病房(民國103-)



挑戰

- 護理人力不足
- Task-shift**
- 執業環境及勞動條件



護理人力不足

□ 影響工作意願原因分析：

■ 離職原因

□ 晉升、薪資、工作壓力等

■ 領證不執業原因

□ 個人因素：健康問題、沒興趣

□ 工作因素：輪三班、工作壓力大、專業不受尊重

□ 組織因素：人力不足工作繁重、薪資低、福利制度不佳、升遷制度



護理人員關注議題

□ 北、中、南護理人員公聽會：

■ 醫院護理人力之配置

■ 健保有關護理之給付制度

■ 護理輔助人力制度

■ 執業環境留任措施

■ 安全執業環境及勞動條件規範

■ 公立醫院護理師之任用資格

■ 護理證照之低考照及格率





改革策略一

護理改革近中程計畫



行政院衛生署照護處
17



六大改革目標

- 一. 護理業務回歸護理專業
 - 訂定護理人員工作規範(Guideline)
- 二. 回歸以「病人為中心」的照護
 - 減少評鑑及工作流程的文書作業
- 三. 健保費及薪資福利應能充分反映護理的貢獻
- 四. 創造具吸引力的護理工作環境
 - 包括良好的工作條件、合理的護理人力配置，及人員留任及回流的誘因等
- 五. 護理教、考、用的相互配合及接軌
- 六. 強化護理專業的正面形象



行政院衛生署照護處
18



護理改革十大策略

- 減少評鑑、督考和訪查的作業
- 非專業事務由輔助人力協助
- 減少護理人員行政作業
- 改善護理勞動條件，103年全部回歸正常工時
- 提高健保支付護理之相關費用
- 明訂三班合理護病比
- 鼓勵醫療院所提升護理人員薪資待遇與福利
- 研議護理人員國考及格率及執業率過低之解決方案
- 減少新進護理人員於受訓期間照護病人數
- 強化專業護理的社會形象。



主要改革事項-1

- 回歸以病人為中心的照護
 - 減少評鑑訪查之文書作業
 - 自102年起，將原有評鑑訪查49項精簡為22項，減少55%項目，未來每四年訪查次數將減為約10次。
 - 辦理「簡化醫院護理交班及文書作業計畫案」，供醫院參採，預計於年底完成。
 - 釐清護理與各醫療專業的分工，發展團隊合作模式。



主要改革事項-2

□創造優質職場吸引人力回流

- 辦理「建置護理人員就業輔導媒合平台計畫」及「我國優質護理職場醫院指標建構及現況調查計畫」。
- 已依據勞基法，彙總訂定「醫療機構護理人員工時規範」，並於6月22日函示醫院。
- 101年度基層護理主管座談會南、北區已辦理完竣，將與8月31日及9月1日完成東、中區座談會。
- 推動彈性工時/工日、固定班別措施，提供護理人員回任多重選擇。



主要改革事項-3

□改善薪資與福利待遇

- 健保局「101年提升住院護理照護品質方案」20億，優先用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施。
- 健保局研議在健保支付標準中成立「護理費專章」，呈現內含護理費之診療項目，彰顯護理專業對健保醫療照護之貢獻。
- 修正「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，函請人事行政總處，提高公立機構護理人員夜班費支給標準上限，每班最高增加200元(約30%)。



主要改革事項-4

□ 針對護理業務分級規劃- task shift -1

- 複合式護理分級照護輔助模式：
(skill-mixed nursing)已展開，預計一年內完成。
- 建立照顧服務員共聘制度
向勞委會申請就業安心專案經費推動，於12家署立醫院設置全責照護病房，試辦照顧服務員共聘制度，預計提供260位失業者照顧服務員訓練，提供弱勢族群免付費之看護員服務。



主要改革事項-5

□ 針對護理人力規劃- task shift -2

- 專科護理師規劃
 - 專科護理師朝分科不宜過度次專科化，可再輔以短期專科訓練
 - 以甄試引導專科護理師方向，將專科護理師納入管理
 - 專科護理師執業範圍訂定



改革策略一

護理改革長程計畫



主要改革事項與未來發展

- 持續護理緊急應變工作小組，轉型為護理改革工作小組，研議護理改革長程計畫
- 成立護理諮詢委員會，提供政策研訂諮詢
- 研擬「教考訓用脫節」解決方案，並強化護理人員養成教育和在職教育的品質
- 將持續檢討醫療機構服務量專案調查資料及醫事管理系統資料
- 推動改善護理同仁負荷過重問題





何語委員關切議題

□ 案由

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

□ 本署研議意見

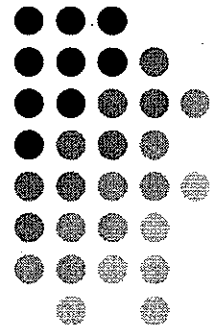
- 依據護理人員第55-3條規定，目前外國人參加考選部辦理之護理人員考試，領有我國護理人員證書者，已可在我國執業。
- 本署已於101年5月10日針對護理改革提出完整改革計畫，內容包括：6大目標，10大策略及60項行動方案，本署將優先協助並鼓勵待業護理人員返回職場。
- 有關長期護理人力培育及任用，本署將收集各界意見研擬具體可行長期策略，委員意見亦將納入相關討論。
- 至何委員建議輔導超量科技大學設立護理科系和東南亞大學建教國際合作乙節，事涉國內教育體制及專業人力培訓等政策之議題，將轉請教育部參考。

行政院衛生署照護處

27



恭請指導



行政院衛生署照護處

28



重振五大科守護偏鄉醫療 十二大策略簡介

行政院衛生署醫事處

101.08.31

1



大 綱

- 壹、前言
- 貳、專科醫師人力現況與失衡問題剖析
- 參、重振五大科別、守護偏鄉醫療之
四大面向、十二項策略
- 肆、結語

2



前 言

- 近來各界關切國內的內科、外科、婦產科、兒科及急診科的醫師人力明顯不足的現象。
- 造成這個現象是十多年累積而成的，原因包括：醫療糾紛高、健保支付不足、工作負擔重等因素。
- 本署聽取學者專家、醫事相關團體等多方建議，研擬出四大面向、十二項策略。

3



專科醫師人力現況

- 專科醫師人數自89年至100年，成長1.57倍(28,535→44,832名)
 - 內科9,229名、外科6,245名、兒科4,114名、婦產科2,927名、急診科1,368名，占所有專科53%。
- 內、外、兒、婦、急診科分別成長約59%、37%、67%、21%、322%。
- 醫師在醫院執業約占6成，其中內、外、兒、婦、急診科分別為71%、72%、38%、47%、87%。

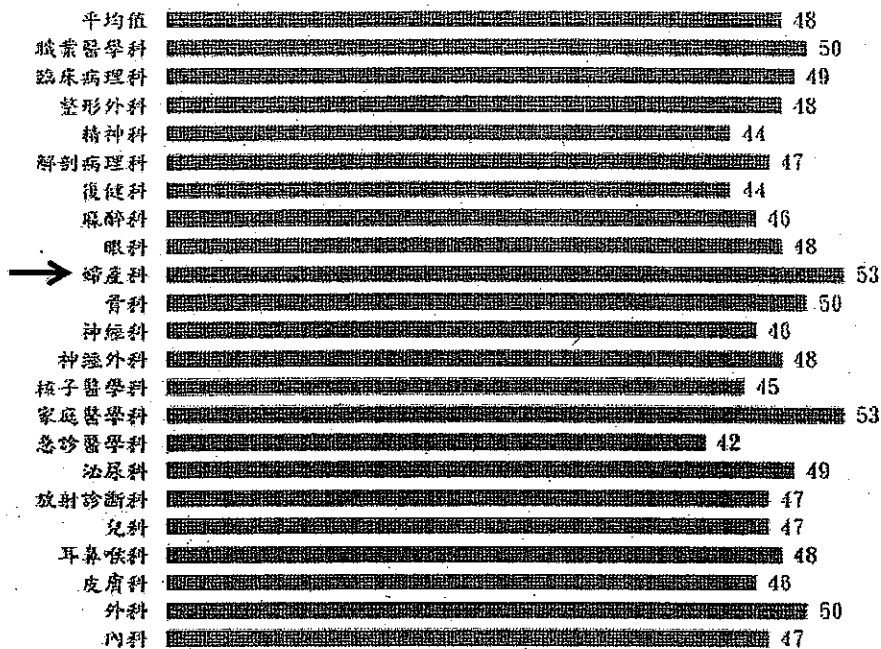
4



專科醫師平均執業年齡

資料截至100年12月

■ 平均執業年齡48歲，但婦產科（53歲）及外科（50歲）年齡偏大。



5



專科醫師人力失衡問題剖析₁

■ 醫學生選擇五大科別的意願較低

- 面臨少子化，影響投入婦兒科醫療服務。
- 病床數成長快速（10年增加21,222床）。
- 健保支付誘因有待提升。
- 評鑑及查核次數增加，文書大量增加，導致工作負荷大。

6



專科醫師人力失衡問題剖析-2

- 醫學生選擇五大科別的意願較低（續）
 - 醫護人員逐漸重視生活品質，不願選擇需值班、負擔重、風險高之五大科。
 - 醫美、健檢等自費醫療吸引相關科別人才。
 - 各專科醫師需求失衡
 1. 提供專科訓練名額（2,143名）高於每年申請人數（1,400名），造成高風險科別乏人問津。
 2. 100年及101年實施第一年住院醫師全科訓練(PGY)，故容額調降，影響住院醫師招收人數。

7



專科醫師人力失衡問題剖析-3

- 醫療糾紛風險高
 - 五大科醫師醫療糾紛風險高，內、外、婦、兒四大科合計占醫糾總件數超過85%，80%以刑事提告。
- 偏遠地區醫療人力網羅不易
 - 偏遠地區路途遙遠，人力網羅不易。
 - 偏遠地區人口稀少，醫療需求低。
 - 醫院經營趨向大型化及企業化，吸引醫師留在都會大醫院。

8



專科醫師人力失衡問題剖析₄

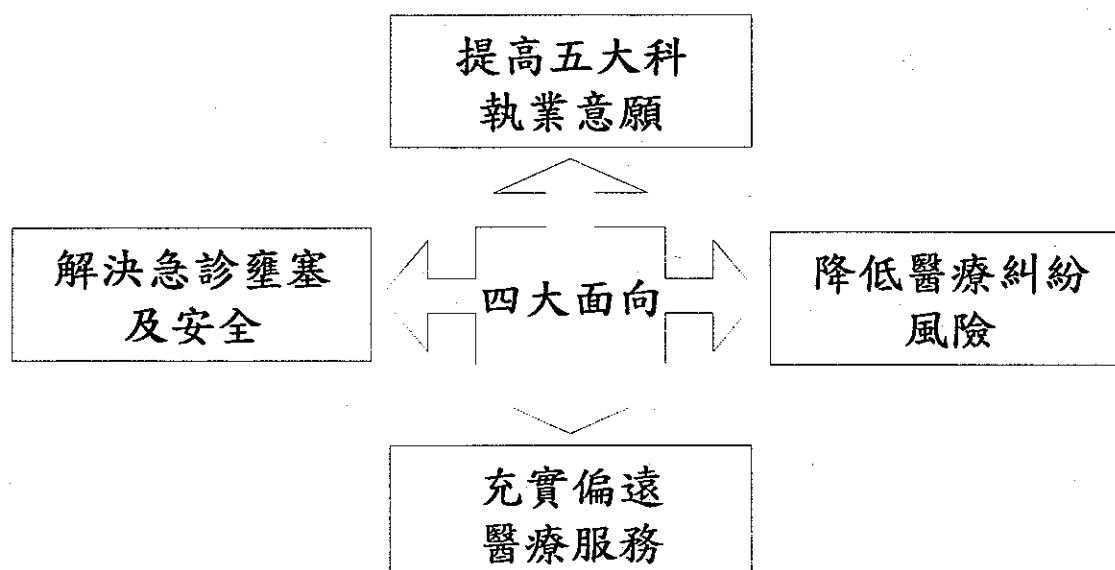
■ 急診壅塞及暴力事件頻傳

- 急診醫療壓力大。
- 急診暴力頻傳，缺乏工作安全感。
- 工作負荷重，消費者意識高漲，執業環境惡化，影響留任意願。
- 急診專科醫師多集中於大型醫院、都會地區，偏遠地區人才羅致困難。

9



重振五大科別、守護偏鄉醫療 四大面向、十二項策略₁



10



重振五大科別、守護偏鄉醫療

四大面向、十二項策略₂

■ 提高五大科執業意願

1. 提高全民健保五大科別支付標準
2. 增加五大科住院醫師津貼
3. 合理調整五大科醫師訓練員額
4. 充實五大科醫療輔助人力
5. 強化畢業後全科及五大科訓練

■ 降低醫療糾紛風險

6. 推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度
7. 推動醫療過失刑責合理化

■ 充實偏遠醫療服務

8. 挹注五大科偏遠地區醫療資源
9. 山地離島在地養成公費生制度及開辦重點培育科別公費醫師制
10. 延攬旅外醫師返鄉服務

■ 解決急診壅塞及安全

11. 急診壅塞因應策略
12. 強化急診室安全

11

提高五大科執業意願

策略一₋₁

提高全民健保五大科別支付標準

■ 調整全民健保支付標準

- ▶ 調高外科、婦產科、兒科等困難科別之支付標準，100年增加14億元，101年再增加21.4億元。

■ 全民健保急診品質提升方案

- ▶ 獎勵提升急性腦中風、心肌梗塞、重大外傷、嚴重敗血症等重症之照護品質及處置效率。
- ▶ 自101年起，預估經費3.2億元/年。

12



策略一₂

提高全民健保五大科別支付標準

- 正依據各專科勞心勞力付出程度 (RBRVS) 及醫院投入成本整體評估調整支付點數。
- 成立公正超然之委員會，依據預算額度討論調整科別、項目及優先順序，並以手術、處置及麻醉項目優先考量。
- 102年預算預估40億元，103年起依所需經費分年爭取預算支應。

13



策略二₁

增加五大科住院醫師津貼

- 提供五大科住院醫師誘因
 - 五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助12萬元津貼。
 - 自102年度起，預估經費3.26億元/年。

14



策略三₁

合理調整五大科醫師訓練員額

- 合理調整專科醫師訓練名額
 - ▶ 每年畢業醫學生數1,300名，加入僑生及外國生約150名，共1,450名。
 - ▶ 自102年起將訓練名額總數由2,143名調降為1,670名，使貼近畢業生人數，提高五大科招收率。
- 調整各專科分配名額，保障五大科醫師數。
- 規劃雙專長專科醫師訓練計畫，增加五大科醫師人數。

15



策略四₁

充實五大科醫療輔助人力

- 增加醫療輔助人力，降低臨床負擔
 - ▶ 專科護理師現有2,918名，102年預計再增加600名。
 - ▶ 辦理婦產及急診科專科護理師補充訓練
 - ▶ 研議護佐制度。
 - ▶ 研擬臨床助理、開刀房技術員等輔助人力。

16



策略五

強化畢業後全科及五大科訓練

■ 強化醫師一般醫學能力，加強五大科訓練

- 100年起實施1年期PGY訓練，以五大科為主
- 102年起醫學系學制改為6年，其畢業後訓練以2年規劃。第一年不分科訓練，第二年以五大科為主。



策略六₁

推動生育事故救濟

■ 補償婦女生育事故

- 婦女生育有其風險，常因糾紛纏訟多年。
- 每7位婦產科醫師即有一位被提起告訴。
- 發生生育事故達成和解或調解，提供最高200萬元救濟給付補助。
- 已於101年7月5日經行政院核定，預定於101年10月1日開辦。
- 預估經費3~4.13億元/年。



策略六₋₂

籌辦醫療事故救濟制度

- 推動「醫事爭議處理及事故救濟法」立法
- 建立醫事爭議調解制度
 - 強化醫院及縣市衛生局醫療糾紛調處能力
 - 健全醫療鑑定程序與提升鑑定公信力
 - 調解法制化，有效處理醫事爭議，增進醫病關係和諧
- 籌設「醫事事故救濟基金」，逐步推動醫事事故救濟措施
 - 以生育事故救濟為基礎，逐步推動辦理手術、麻醉等高風險醫療事故救濟，使病人能及時獲得適當之補償救濟，減少醫療訴訟。
 - 自103年起，預估經費15億元/年。

19



策略七₋₁

推動醫療過失刑責合理化

- 遠見雜誌2012年7月號調查：
 - 42%醫學生認為醫療糾紛是最大擔憂。
- 被告醫師之科別，四大科合計超過85%。
- 醫療糾紛訴訟案件有80%以刑事提告。
- 每年約有36.7位醫師因醫療糾紛被刑事起訴（美國1.2位、日本15位）。

20



推動醫療過失刑責合理化

■ 推動醫療過失刑責合理化

➤ 已草擬醫療法第82條第3項修正草案「醫事人員因執行業務致病人死傷者，以故意或明顯違反醫療常規且情節重大者為限，負刑事責任」

■ 尚須與相關部會、民間團體、醫界及司法實務界人士及學者審慎研酌



挹注五大科偏遠地區醫療資源計畫

- 八-一：緊急醫療資源不足地區急救責任醫院（健保局）
- 八-二：全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫（健保局）
- 八-三：緊急醫療資源不足地區改善獎勵計畫（醫事處）
- 八-四：獎勵醫院辦理特殊及重症照護中心之成立及運作計畫（醫事處）
- 八-五：規劃醫學中心認養偏遠地區醫院納入醫院評鑑指標（醫事處）



策略八-一

緊急醫療資源不足地區急救責任醫院

- 急診診察費予以加成30-50%
- 急診案件點值保障1點1元
- 自95年起，101年持續辦理，預估經費3億元/年



策略八-二

全民健保醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫

- 對象為山地離島、醫療資源不足地區與鄰近地區等地區級醫院約78家。
- 提供24小時急診及內、外、婦、兒門住診，保障醫療費用1點1元。
- 自101年起，每家醫院補助經費為700萬~1,500萬/年，預估經費6.7~9億元/年。



策略八-三

緊急醫療資源不足地區改善獎勵計畫

- 申請對象為急救責任醫院、申請獎勵醫院之合作醫療機構
- 執行模式包括「設立夜間及假日救護站」、「設立觀光地區急診醫療站」、「提升急診能力」等
- 獎勵醫護人員值班費及醫療支援行政管理費
- 自94年起，101年持續辦理，預估經費1.6億元/年

25



策略八-四

獎勵醫院辦理特殊急重症照護中心之成立及運作計畫

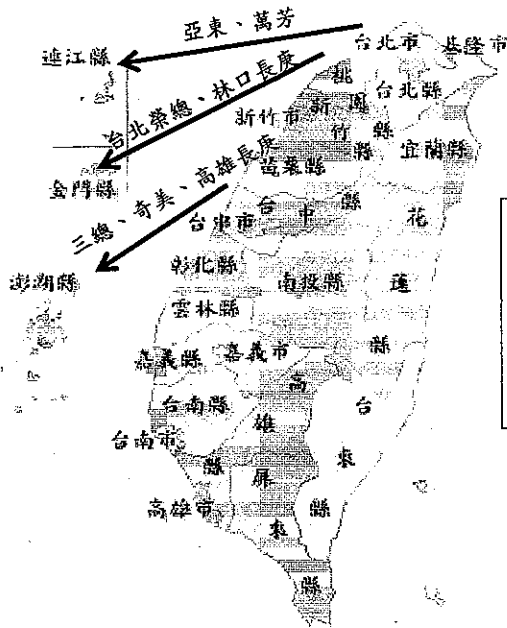
- 申請對象為偏遠9縣市之急救責任醫院。
- 偏遠地區醫院成立特殊急重症照護中心。
 - 外傷、心血管、腦中風、周產期、急診、兒童重症等。
- 補助經費
 - 成立1個特殊照護中心，上限2千萬元/年。
 - 成立2個特殊照護中心，上限3千萬元/年。
- 自99年起，101年持續辦理，預估經費2.5億元/年。

26



策略八-五

規劃醫學中心認養偏遠地區醫院納入醫院評鑑指標



列入醫學中心評鑑之任務指標：

* 成為中度級急救責任醫院

* 醫院評鑑「優等」

自102年起，預估經費2~4億元/年



策略九-1

五大科別公費醫師制度

山地離島在地養成公費生制度(執行中)

- 90年起已有56名醫師(占69%)接受五大專科訓練，履約服務期滿在地留任率達72%。
- 目前仍有150名醫學生於學校培育中。
- 101至105年再培育88名。
- 訓練科別以五大科及家醫科為限，服務年數為7年。
- 預估經費0.42億元/年。



策略九₂

五大科別公費醫師制度

開辦重點培育科別公費醫師制度(新方案)

- 公費醫師培育制度64年開始實施，至98年停止招收。
- 將重新招收醫學公費生每年50名，以外加員額方式辦理
- 公費學生入學後第五學年，依內、外、婦、兒、急診科，選擇服務科別。
- 完成訓練後，分發至醫師人力不足地區之醫療機構或基層衛生所，服務6年。
- 自103年起，預估經費0.15~0.3億元/年（30萬元/每人年）。

29



策略十

延攬旅外醫師返鄉服務

- 鼓勵美、加、歐、日、澳、紐外國地區具我國醫師證書之旅外醫師回鄉服務。
- 指定偏遠地區服務3年以上者，得授與專科醫師證書。
- 修正專科醫師分科及甄審辦法(有我國醫師證書者)
- 自103年起，預估經費1億元/年。

30



策略十一-1

急診壅塞因應策略

- 急診壅塞主要發生在部分大型醫院，但區域及地區醫院仍有空間。
- 100年健保病床占床率
 - 醫學中心82%、區域醫院68%、地區醫院53%。
- 醫療機構急診服務情形
 - 滯留24小時大於5%的有16家。
 - 留觀48小時以上之病人達5人以上者，有12家。
 - 以上均為醫學中心。
- 主要原因為轉診制度及院內控床機制不理想。



策略十一-2

急診壅塞因應策略

- 辦理急重症雙向轉診獎勵計畫，鼓勵醫院垂直整合
- 推動全民健保急診品質提升方案
- 建立急診壅塞監控指標
- 鼓勵急診壅塞醫院開設急門診
- 宣導急診正確就醫觀念及不濫用急診資源
- 預估經費0.5億元/年



策略十二

強化急診室安全

- 已將防暴5項安全措施，納入醫院評鑑、醫院緊急醫療分級評定作業規範、及醫療機構設置標準，目前已達98%。
- 研議急診施暴者之罪刑，納入刑法「公共危險罪」之可行性，尚待與法務部等機關商研。
- 修法完成前，請地方衛生局針對急診室暴力事件，積極以醫療法第106條查處及移送司法處理。

33



結語

34



結語(1)

- 醫療是社會安全網重要的一環，在經濟面臨不安定時，醫療必須更加穩定。
- 大前研一：「近幾年，日本國內的醫生人數嚴重不足問題日益加劇，尤其是一些偏遠地區更為明顯。」同時提及外、婦、兒科乏人氣；日本醫師會唐澤祥人曾提到日本全民健保即將崩垮。歐、美多年來也面臨同樣的問題。
- 醫療生態改變及醫療糾紛是世界各國面臨的洪流，台灣也不可避免。

35



結語(2)

- 健保實施十七年來，雖然在公平性、低廉保費及效率上創造了全世界重視的成果，但多年來也因如此，造成醫療生態的改變。
- 此次提出「重振內、外、婦、兒及急診五大科，守護偏鄉醫療」十二大策略，其次針對護理人力短缺及制度面問題提出「護理改革」十大策略。

36



結語(3)

- 除了制度面的改革外，也將由健保總額成長及公務預算等，提出每年100億的3年300億計畫，希望能在三年內將醫療生態做一次大幅的改革。



敬請指教

全民健康保險監理委員會暨全民健康保險醫療費用
協定委員會第 20 次聯席座談會

注 意 事 項

為利座談會的進行，下列注意事項請務必遵守，謝謝合作！

* 為讓每位委員皆有發言的機會，請每位委員每次發言時間以 3 分鐘為原則，超過 3 分鐘將按鈴 1 聲提醒，4 分鐘按鈴 2 聲，以此類推，發言過的委員請禮讓未發言者，但不限制發言次數，故仍請委員充分發言。

* 為利會議進行，請將行動電話改為震動或關機，另為能忠實呈現發言內容，請將發言內容事先寫在發言條中，並交給工作人員。

