

「醫院總額支付委員會」100年第2次會議紀錄

時間：100年5月26日下午2時

地點：中央健康保險局18樓禮堂

出席委員：

王委員正儀	郭正全(代)	陳委員明豐	陳瑞瑛(代)
朱委員益宏	朱益宏	陳委員智義	陳智義
吳委員俊仁	陳建立(代)	陳委員潤秋	陳潤秋
吳委員首宝	(請假)	黃委員柏熊	蘇美惠(代)
吳委員德朗	(請假)	黃委員偉堯	(請假)
吳委員鏘亮	吳鏘亮	楊委員漢淙	林佩菽(代)
周委員思源	周思源	梁委員淑政	梁淑政
林委員芳郁	陳雪芬(代)	廖委員學志	(請假)
林委員俊龍	(請假)	蔡委員正河	林富滿(代)
邱委員仲慶	邱仲慶	蔡委員淑鈴	蔡淑鈴
洪委員政武	洪政武	蔡委員登順	蔡登順
張委員克士	張克士	劉委員榮宏	劉榮宏
張委員宗泓	張宗泓	盧委員世乾	王榮濱(代)
張委員煥禎	劉碧珠(代)	盧委員瑞芬	盧瑞芬
張委員澤芸	張澤芸	蕭委員志文	李允文(代)
莊委員維周	莊維周	謝委員天仁	謝天仁
郭委員守仁	周秀珠(代)	謝委員景祥	謝景祥
郭委員宗正	(請假)	謝委員武吉	謝武吉
郭委員義松	(請假)	羅委員永達	羅永達
陳委員立奇	陳立奇	蘇委員清泉	蘇清泉
陳委員宗獻	(請假)		

列席單位及人員：

行政院衛生署

周雯雯

全民健康保險醫療費用協定 委員會	林宜靜	張櫻淳	
台灣醫院協會	陳雅華	何宛青	
中華民國醫師公會全國聯合會	劉俊宏		
中華民國物理治療師公會全國 聯合會	陳志明		
中華民國護理師護士公會全國 聯合會	曾修儀		
中華民國醫事檢驗師全國聯合會			
中華民國藥師公會全國聯合 會	王嘉瑜	王怡瑄	
本局台北業務組	吳霓仁	許寶華	
本局北區業務組	吳科屏		
本局中區業務組	詹玉霞		
本局南區業務組	李建漳		
本局高屏業務組	樊淑娥		
本局東區業務組	羅亦珍		
本局醫審及藥材組	施如亮	劉家慧	
本局企劃組	(請假)		
本局財務組	(請假)		
本局承保組	(請假)		
本局資訊組	姜義國		
本局醫務管理組	林阿明	張溫溫	李純馥
	林寶鳳	徐維志	林淑範
	楊耿如	李健誠	歐舒欣
	吳慧玲	趙英蕙	王玲玲
	鄭正義		

主席：黃召集人三桂

紀錄：劉立麗

壹、主席致詞：(略)。

## 貳、確認「本會 100 年第 1 次委員會議」會議紀錄

決定：確定。

### 參、報告事項

#### 第一案

報告單位：本局醫務管理組

案由：本會 100 年第 1 次委員會議結論事項辦理情形。

決定：洽悉。

#### 第二案

報告單位：本局醫務管理組

案由：醫院總額支付制度執行概況。

決定：

一、洽悉。

二、有關對外提供個別新藥與新特材品項名稱(或醫令代碼)，是否涉及商業機密，並違反政府資訊公開法，由本局相關單位研議後再議。

三、下次會議由本局配合將醫院病床異動之明細資料，進一步區分急、慢性病床。

四、有關醫療財團法人台灣血液基金會之財務報告僅供參考；至於，該報告內容之合理性，非本會權責範圍。

#### 第三案

報告單位：本局醫務管理組

案由：慢性病連續處方箋利用情形。

決定：因時間有限，本案移至下一次會議報告。

#### 第四案

報告單位：本局醫務管理組

案由：99 年第 4 季醫院總額點值結算報告案。

一、洽悉。

二、醫院總額 99 年第 4 季點值確認如下表，並依全民健康保險法第 50 條規定辦理 99 年第 4 季點值公布、結算事宜。

	點值	台北 分區	北區 分區	中區 分區	南區 分區	高屏 分區	東區 分區	全局
99Q4	浮動點值	0.8517	0.9730	0.8896	0.8821	0.9197	0.8740	0.8930
	平均點值	0.9221	0.9651	0.9352	0.9322	0.9486	0.9271	0.9357

#### 第五案

報告單位：本局醫務管理組

案由：有關本局每季點值結算後寄發之「總額預算收入計算過程明細表」將建置於健保資訊服務網（VPN 及 Internet）供各特約醫事服務機構自行下載案。。

決定：

- 一、本案訂於辦理 99 年第 4 季之總追扣補付作業時實施。
- 二、初期採雙軌作業方式，並由各分區業務組自行審酌及協調採書面報表寄發或建置於健保資訊服務網(VPN 及 Internet)，惟不論採何種方式，本局均寄發追扣補付核定函。

#### 第六案

報告單位：本局醫務管理組

案由：全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)100 年適用之標準給付額(SCR)統計方式案。

決定：

三、洽悉。

四、未來，本局會配合將全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)之標準給付額(SCR)統計方式，提至本會報告後再辦理後續公告事宜。

#### 第七案

報告單位：本局醫審及藥材組

案由：100年醫院總額院所別醫療品質資訊公開項目案。

決定：洽悉。

#### 第八案

報告單位：本局醫務管理組

案由：台灣導入ICD-10-CM/PCS五年計畫。

決定：

- 一、院所ICD-10-CM/PCS教育訓練部分，本局會請承辦計畫單位多予注意地區醫院的種子教育訓練等事宜。
- 二、本局將於適當時機，至全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會報告本案，屆時該二會之醫界代表，可適時提出相關訴求。

### 肆、討論事項

#### 第一案

案由：有關醫院總額一般服務各分區跨區病人就醫點值以前季全局浮動點值計算之影響案。

結論：維持現行結算方式，惟部分與會委員對於分區預算分配之建議，仍宜由全民健康保險醫療費用協定委員會討論。

## 第二案

案由：建議新增醫療費用支付標準診療項目討論案。

結論：本案所需試劑之相關成本費用，由本局蒐集詳細資料後再提本會討論。

## 第三案

案由：擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案。

結論：

一、洽悉。

二、本局將收集醫院因本案可能增加之成本供參。

三、有關資訊廠商的教育訓練，本局會予以考量與安排

四、建議實施時間以 1 月 1 日作為切點之適當性，將另與本局相關資訊單位討論。

五、針對申報格式欄位之增修建議，請於下次支委會前提供相關建議一併檢討考量。

## 伍、臨時討論事項

### 第一案

提案單位：本局醫審及藥材組

案由：「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」，有關專業醫療服務品質指標修訂。

結論：

- 一、用藥日數重複率(No. 5~16)，將 ATC 藥理分類碼由前 3 碼改為前 3 或 5 碼。
- 二、清淨手術抗生素大於等於 3 日以上(含)使用率(No. 23)，排除同時並有其他感染症之病例，及刪除“但排除 84.10~84.17”段文字。

## 第二案

提案人：蘇委員清泉

案由：建議修訂「100 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」支付方式「護理人力」之可獲得獎勵條件，以更均衡的提升全國民眾所享有之護理照護品質並讓本方案資源更良善運用。

結論：請中華民國護理師護士公會全國聯合會參酌費協會及在座委員的建議，對 101 年本方案之分配方式提出適切的建議，由本局邀集台灣醫院協會共同討論，俾於費協會協定 101 年預算時提出。

陸、檢送與會人員發言摘要，如附件

柒、散會(下午五時四十分)。



## 壹、討論事項第一案『有關醫院總額一般服務各分區跨區病人就醫點 值以前季全局浮動點值計算之影響案』與會人員發言摘要

### 郭委員正全

本案應先考量醫院部門各分區間不同的管控方式，醫院的實質折讓包含斷頭、最終核減率及分區點值等三部分之合計，表示醫院每服務一元拿回多少，惟本案提供之數據為一片面資料，無法完全呈現醫院的狀況。

總額預算的真正的精神在於「錢跟著人走」，錢也會依人的性別、年齡…等校正因素有所不同，以北區為例，醫院總額開辦時，北區人口並不多，但近年來已大幅成長(達 15.16%)，雖然本區人口較為年輕化，經人口校正後也占全國 14.22%，費用占率達 13.2%。自 97 年起地區預算 R 值之占率已固定，未能持續「錢跟著人走」之精神，惟大家看到北區、南區及高屏等三區，相較其他分區點值較好，實則受三分區控管方案之影響。

假設今日要談跨區病人以全局浮動點值來計算，我雖然不反對，但前提應該是地區預算 R 值之占率應先回歸「錢跟著人走」後，明年再執行。以北區及東部的人口是完全不同之下，本方案不能只講一半，另外人口占率的影響完全不提，對北區是不公平的。因為我們醫院的範圍涉及多個分區，所以，我中肯的建議是要整體考量，不能單從本案處理。故本案如真要執行，人口占率應重新計算，並由明年開始。

### 謝委員武吉

醫管組提出本案讓我十分訝異，醫管組不應該提出本案。之前不是說由醫院協會三個層級共同討論後再提出的嗎？想不到健保局主動提出本案，所以本案不要再討論了。如郭委員所講，高屏等三個分區點值較好，是與分區管控方案有關，高屏分區是管控的很嚴格的，部分醫院核減率甚至到 20-40%。由於各分區管控方式不同，跨區病人以全局浮動點值計算是不合理的，若實施下去，對管控好的分區會是一種處罰。此外，高屏分區之前點值很

低的時候，當時我提出以全局浮動點值計算，也沒有獲得認同，因此，高屏分區對本案是反對到底，不能拿認真管控分區的錢去補貼，這實在沒有道理。

#### 朱委員益宏

台北分區也要表達一些看法。健保收取保費是以戶籍所在地及投保分區來繳保費，跨區病人應以投保分區的點值來計算比較合理，而不是以就醫分區的點值，不然二者邏輯就有很大差別。如果要弭平跨區病人是以投保或就醫分區…等理念或邏輯計算上的爭議，我認為，各分區代表各退一步，以全局浮動點值計算來處理，也比較合理。

另外，我也同意謝委員所講各分區管控方式是不同的，但實際上共管委員會的效果並不好，真正還是健保局在管理，所以健保局應該要三個點值較差的分區組長來加強管控啊！讓六個分區都差不多。以台北為例，我們希望台北分區業務組再嚴格一點，可是沒辦法啊！蔡組長做過台北的組長應該也很瞭解，所以，我們是期待總局可以來處理，辦理點值好的分區來標竿學習也可以，總之使六個分區點值都差不多就沒有爭議。

最後，我還是要拜託大家採納本案以全局浮動點值計算！

#### 李委員允文

委員對各分區現象有不同的看法，是可以理解的。確實現在各分區的共管模式有所不同，健保局提出本案只是在說明模擬後費用的影響，並沒有結論。案由寫的是提請討論，並不是要大家結論，大家互相吐吐苦水，真正要做的應該是從R值從新檢討且各分區共管模式一致的情況，繼續討論才有意義。

#### 陳委員瑞瑛

台北之前曾有一大型地區醫院(現為區域醫院)，本區點值也很慘。而東區的精神科也使用了很多該區的預算，但健保局各分區組長有去想怎麼處理嗎？此外，台北區的重大傷病、疾病嚴重度及年齡結構都有不同，本案前曾試算過，不管用什麼方法，都會是「三進三出」，分區間是會呈現對立的狀況。

### 蘇委員清泉

我建議不要再討論，因為各分區管理..等很多不同，討論下去就會浪費時間，不然限制病患在戶籍地就醫也可以解決本案的爭議。

### 謝委員武吉

高屏分區之前核減率很高，而今日報紙也有提到台北市立聯合醫院的問題，其實台北分區是可以從嚴審查，核減高可以相對使點值變好。

### 謝委員天仁

站在公平的角度，採全局浮動點值會比較公平，但是若人口結構未配套一起檢討，確實有所不公。所以應該有整體檢討後再提出適當方案。否則，三比三又平手的情形下，大家又吵成一團，我們也很難協助。

### 陳委員瑞瑛

我要借用陳雪芬委員的資料，以 99 年門住診結算的核定點數來看，核減加上點值結算的損失，台北分區約-13.7%、北區約-7.2%、中區約-13.6%、南區約-10%、高區約-9.2%、東區約-16.8%，即東區每做 100 元，只收回 83.2 元。而台北區最高的時候也是-16%左右。當然人口結構預算分配及醫療利用等都是問題，當我們服務愈多急重症的患者就會虧愈多，馬偕醫院也有很多跨分區的醫院，台東馬偕就虧很多。預算不僅少，留下來看病的都是老弱殘兵，使用的醫療資源又多，再加上跨到別區就醫以就醫分區點值計算，實在是多重損失。100 年又要結算了，點值好的分區都主張不要談，但是目前這種作法對其他分區又是雪上加霜，因此，我們一定要談跨區病人點值的解決方案。此外，其餘部門的跨區都是以全局浮動來計算了，我們這麼複雜的醫院總額，採用全局浮動並沒有什麼不合理啊！

### 郭委員正全

加拿大的醫學中心是不在總額內的！我想表達的是，我們或許可

以考慮將照顧重症的醫院排除在總額外，陳委員講的是有道理，台北分區是醫學中心的重鎮，而醫學中心因為治療重症，其醫療耗用本來就較多，總額是應該要考量這個問題。

醫院總額各分區預算都是不足的，所以，我認為應回歸謝委員所講「從頭開始談」，不要從單一面向去討論，否則就是三比三，大家永遠呈現對立的局面。

#### 陳委員瑞瑛

也可以考慮如同 93 年住院不分區計算點值之模式，或許也是折衷方案之一。

#### 蔡組長淑鈴

首先，委員對醫管組為何提出本案有所存疑？其實，醫管組是依上次會議報告事項第 7 案之決議，提出本案。

目前，跨區病人在不同總額部門費用核算做法不同，牙醫總額是採投保分區的點值、西醫基層採全局浮動點值、醫院總額採就醫分區點值、中醫則採不分區，前述各總額部門做法雖有不同，但都是各總額部門同意的共識。本案之緣起，係因醫院總額部門委員對現行跨區病人採就醫分區點值之計算不止一次提出疑問，要求本局先行試算提出討論，本局試算結果是三比三，反對及贊成各半，因為涉及既有利益之重分配，確實是爭議的話題。但是，委員如要一併整體檢討分區預算 R 值的分配，就要回到費協會去討論。至於，健保局對於本案並未預設立場，僅提供試算結果給委員們參考及討論，重要的是各分區委員代表須達成一致的共識，本案如未形成共識，健保局是以現行方式繼續辦理。如果，委員間共識要等費協會 101 年對 R 值的協定，未來如有必要，本案亦可另行討論。

#### 朱委員益宏

謝委員之前是以但書的條件下，支持採全局浮動的作法，我們也可以聽聽其他學者專家的看法？

#### 盧委員瑞芬

剛剛謝天仁委員對本案的建議，也是我們剛剛討論完的。站在公平性的立場，跨區病人以全局浮動點值計算較為合宜，而地區預算 R 值的分配，從 91 年醫院總額開辦到現在，雖不至於每年檢討，但人口變遷迅速已是事實，確實應有一些通盤的考量。

#### 蔡委員登順

東區本來就是弱勢，若制度不改，東區會更弱勢，因為以現行方式跨區病人以就醫分區浮動點值計算，會造成點值好的分區更好，點值差的分區更差，此外，民眾若以眷屬身分在投保地區加保，但住在其他分區，卻以跨區病人計算，並不公平。雖然，本案是無法做到完全公平，然而醫界都是一家人，點值好的分區幫忙點值差的分區，是否就不要太在意，東區點值和其他分區差距不會過大。所以，我是支持跨區病人採全局浮動點值計算。

#### 謝委員天仁

剛剛蔡組長就 R 值的說明，這部分我認為費協會應該要做決定。因為預算分配公平與否若涉及法律面的問題，費協會都應該要面對，不是支委會能處理的！費協會長期抱持「親戚嚙計較」的心態，大家各自談好就好了。到目前為止，費協會都做得很簡單，將四個部門及其他預算分配完，其餘則是各自的事。老實說，我以法律目的來看，費協會是有不足的，才会有今天打擂台的狀況出現。我認為確實應該 Push 費協會做一些檢討，雖然費協會的委會會罵我又帶工作回去，但我認為涉及公平的事情，還是應該回到源頭，討論一個比較好的機制來處理。

#### 李委員允文

我還是強調，未來若跨區病人採全局浮動點值計算的前題是：分區預算的 R 值必須是公平計算的，各分區管理模式一致性，否則對管控好的分區就是懲罰。

#### 主席

本議題大家都已表示很多意見，部分委員對於分區預算 R 值分配之建議，還是要回到費協會去處理。另外，由於討論事項會以實

錄方式記錄委員的發言，請大家儘量採用口語化的國語來表達，如使用台語俚語，恐怕紀錄同仁會難以用文字來描述。

## 貳、討論事項第二案『建議新增醫療費用支付標準診療項目討論案』 與會人員發言摘要

朱委員益宏

本案建議新增二項須 0.54 億元，今年編列預算約 3 億元，但癌思停照報紙所提須 4 億，醫審及藥材小組推估約 2 億多，是否還有空間，再容納本次的新增項目？

李專門委員純馥

本案說明二所列編列預算 3 億元，是指新增支付標準項目而言，並不包括新藥，若含新藥及新特材加起來是 9 億多。

主席

對第一個項次，大家是否同意？

謝委員武吉

2900 點是如何算出來的？

李專門委員純馥

原申請單位是建議 3,446 點，醫檢學會建議 3,000 點，另參考中國醫藥大學附設醫院提供成本分析表，與人類白血球抗體篩檢之試劑價差高出為 900 元，因此，以人類白血球抗體篩檢建議支付點數 2000 點加上試劑成本差價 900 點，故建議本項支付點數為 2,900 點。

謝委員武吉

試劑成本怎麼定價？如醫院的試劑是以 KIT 的型式又如何計算？

李專門委員純馥

申請單位在提供新增項目之成本分析時，我們是要求以平均每人成本的方式來估算，再輔以其他專家或學會的意見來修訂試劑成本的價格。

謝委員武吉

這個項目如同非離子性顯影劑一樣，都是有數據資料的，所以，

試劑成本如何計算應該要說明。此外，本案健保局計算的依據只參考少數醫院的資料，也有失偏頗。也可以請教台大、榮總、長庚，不然也可以由委員攜回去請教專家啊！

#### 李專門委員純馥

因為是新項目，除非醫院來申請，不然健保局不會知道那些醫院會做該項目。本案是有請教醫學會，但醫學會提出的試劑價格比原申請醫院更高，所以還是以申請醫院為主。

#### 李委員允文

這些成本分析可以提供給委員去查。申請醫院所提到的分析和委員得到的資料，有時會有所不同。

#### 主席

本案謝謝各位委員的意見，我們會蒐集所需試劑相關成本費用之詳細資料，再提本會討論。

## 參、討論事項第三案『擬自 101 年 7 月 1 日（費用年月）起，變更全民健保醫療費用申報格式乙案』與會人員發言摘要

蔡組長淑鈴

主席離開，暫時由我為大家服務。本案主要在檢討醫療費用申報的檔案格式，177-180 頁為預計修正重點及工作時程的說明，重點之二是現行的申報格式改為 XML。各位委員有何意見？

朱委員益宏

付費者代表也在場，申報格式的修訂會造成醫院成本大幅增加。由於本案明年度才實施，請健保局推估一下醫院修改硬體及軟體所增加的金額，俾於今年 9 月費協會協定 101 年預算時可以編列進去。

林委員淑霞

本案說明五提到「就近洽詢臺北及北區業務組轄區醫院，變更作業所需時間約 3 個月」，在座有那些醫院收到上述訊息，起碼我們醫院是沒有被洽詢。另外，我是質疑變更作業三個月的時間，健保局只純粹以申報軟體的改變來思考，但實際對醫院運作來說，申報是連接 HIS 系統，HIS 也是要改變的，並沒有這麼簡單。此外，資訊系統改變是要投入人力，甚至電腦設備都要升級，醫院也需要編列預算，所以，請健保局協助推估本案所需經費。

羅委員永達

本案說明五提到「變更作業所需時間約 3 個月」，現在已經是 5 月了，如何在 100 年 7 月實施呢？是 101 年喔！

蔡組長淑鈴

各位委員有何意見？

陳委員瑞瑛

本案是否由委員攜回再蒐集一些建議提供給健保局參考？我收到本案後已請本院相關單位瞭解實務面的作業問題，屆時再提供健保局參考。

## 林委員富滿

現行三個申報檔案有其優點，101 年擬將現行三個檔案合併為一個檔案，對資訊人員而言修改程式壓力大，建議分二個階段上線，101 年先將 TXT 改成 XML，試行一段期間後，102 年再實施三個檔案合併作業，可以減緩對醫院的衝擊。

## 朱委員益宏

本案是針對醫院總額嗎？還是四個總額含藥局都適用？

## 蔡組長淑鈴

TXT 改成 XML，如果醫院 HIS 系統不動，醫院仍然可以用 XML 來申報，因為 XML 只是將申報資料打包時再轉換即可，影響小；對醫院可能會有影響的，應該是格式及欄位上的修正，影響程度因個別醫院而異。此外，健保開辦迄今，申報檔案從未改變，現行申報格式及欄位早已不敷使用，欄位借用十分厲害，對後續使用者而言都非常困擾，至於，醫界已多所反映診斷碼欄組數不足，致難以反映醫學中心病患疾病嚴重度，及支付標準需要專科醫師身分證字號來進一步檢核等問題，都會納入本次的修訂重點。

原本局規劃是 100 年 7 月公告申報格式，目前經各總額部門支委會陸續討論後，部分委員也認為有一些額外新增的需求，因此，本會與會委員如有對本次擴檔格式之建議，可藉這段期間蒐集及研議適當建議，並請於第三季支委會前提出建議，本局會再提至總額支委會討論，希望朝向彈性、效率及完整等多方面來努力，各總額部門亦須一體適用，預計自 101 年 7 月開始實施。

## 謝委員武吉

因為地區醫院及基層院所的申報多委由資訊公司處理，故建議健保局對於資訊公司應給予教育訓練。

## 朱委員益宏

蔡組長之前的回應未提到經費預估乙項。本案即使只是打包的過程，但是資訊還是要修改的，如果欄位要修訂，醫院就要視 HIS

系統的狀況來決定影響範圍，工程是非常浩大的，所以，請健保局透過轄區分區業務組，除了對格式欄位的建議，還應蒐集醫院可能會增加的成本、程式修改的時間等，並於下次支委會報告，因為健保局以第三者客觀的角度所做的資料比較有公信力，進一步可以提供給費協會，作為研議預算編列的參考。

#### 林科長寶鳳

補充說明在議程第 180 頁之工作項目中，已安排對醫事機構進行講習，歡迎醫事機構的資訊人員或廠商一起來參與；另外，因各醫院的 HIS 不同，與資訊廠商簽訂之合約內容亦有差異(如：有的診所與資訊廠商訂的合約內容為健保發函之所有修訂事項，不另收費……)，故對於本案新增項目或欄位所衍生的成本，醫事機構間之費用差異性極大，實在難以估算。

#### 朱委員益宏

因為困難，才拜託健保局各分區業務組來協助調查。但是不能因為基層部分與廠商合約是包含在內，就認為本案不需額外費用是不對的。如果全面調查很困難，也可以擇部分醫院來調查啊！調查應該沒有問題，比較複雜的是整合後的分析與整理，何況還有三個月的時間來處理，委員間可以先就各自的醫院先行瞭解，也可以提供資料給局內參考。

#### 謝委員武吉

林科長說明的與我所表達的不同。因為地區醫院是外包給資訊公司，所以，我提到的是資訊公司的教育訓練及事前宣導。

#### 林委員富滿

由於醫院每年有例行性的統計，建議異動時間以實施年度的 1 月 1 日作為切割，以利日後之統計處理。

#### 主席

本局會儘量調查醫院因本案所增加之成本，資訊公司的教育訓練本局會予以考量與安排，至於，實施時間以 1 月 1 日作為切點之適當性，將另與本局相關資訊單位討論。

肆、臨時討論事項第一案『全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案，專業醫療服務品質指標修訂』與會人員發言摘要

主席

本案是否按照醫院協會的建議處理？照案通過。

伍、臨時討論事項第二案『建議修訂「100 年全民健康保險提升住院護理照護品質方案」支付方式「護理人力」之可獲得獎勵條件，以更均衡的提升全國民眾所享有之護理照護品質並讓本方案資源更良善運用』與會人員發言摘要

主席

請蘇委員清泉補充說明。

蘇委員清泉

費協會於 99 年編列本項預算主要目的，是希望增加護理人員薪資及醫院增聘護理人員，100 年更編列 10 億元，但我認為費協會為德不卒，為富不仁。99 年的方案是依醫院各層級護病比按高至低排序之前 70%給予獎勵金，所以排序在後之醫學中心會比區域醫院差嗎？排序在後之區域醫院會比地區醫院差嗎？本方案完全不公平！不對的方案要儘快改！

我也向衛生署及行政院秘書長反映本案，本案不是就要給護理人員的嗎？但是約 1/3 之區域醫院就領不到該獎勵，醫院被醫院設置標準、醫院評鑑…等搞得已經很淒慘了，本方案又發明一套，讓特優的醫學中心沒有被獎勵，這是什麼道理呢？所以，本方案應該有一部分以護理人頭數來計算才公平。

謝委員天仁

最近護理師上街的新聞，費協會委員向來極為關切本案。健保局在本議題中說明「發現各層級院所均有正面促進效益」，是否有具體的說明？我們不是要看總數，是其他相關的數據。護理人員增聘的情形到底如何呢？

謝委員武吉

我原欲與蘇委員共同提案，但本會會務人員忘了打上去。本案是要增加護理人員薪資，減少離職增加留任，但是健保局規劃方案卻變成排序的方式。我呼應蘇委員的講法，難道排序在後之醫學中心會比區域醫院差嗎？排序在後之區域醫院會比地區醫院差嗎？排序在後之地區醫院會比基層診所差嗎？這是不可能的

事，所以本案宜回歸正面的思考，增加護理人員數計算的獎勵。

#### 張委員澤芸

首先要謝謝蘇委員及在座所有委員對護理人員的關心以及兩年以來對本方案的支持。截至目前為止，大家都在討論「公平」，何謂公平？由蘇委員的指教中認知到現行方案是不公平的，當然從某個角度看來，的確如此！不過，問題在於我們能否找到一個完美無缺及完全公平的方案？我必須承認現行方案是有缺失，但是該方案也是集結眾人智慧、考慮現有資源下，協商的結果！今日從健保局所提供的說明中瞭解，在本方案實施後，整體醫院聘用的護理人力是增加的，這結果是令人高興的。或許護理人力的增加，不全然是本方案之貢獻，媒體報導、醫院評鑑要求等可能都是影響的因素。以護理全聯會的立場，認為100年的方案是經過多次討論及共識的結果，我們也辦理了護理主管說明會，且已經公告，故今年仍宜依100年原定方案執行。至於101年方案的規畫，護理全聯會將廣納各方建議，研擬方案的修訂，使其朝向更公平、更符合方案精神與民眾福祉的方向努力。

#### 謝委員天仁

我們應該要把預算花在刀口上(要肥在豬，不要肥在狗)，費協會是期待透過該方案增加護理人員的待遇，並會視成效執行好壞考量預算之合理性，全聯會不能與醫院妥協，造成護理人員不滿，回過頭又要費協會編列預算，費協會恐怕是做不到的！本方案究竟是否已落實費協會的期待，如果沒有做到，隔年的預算恐怕就要有所檢討了。

#### 張委員克士

張委員澤芸表達的應該是「沒有一個方案是絕對公平的」，我也同意這樣的看法。本案的目的應該是獎勵護理人員而非醫院，其次，城鄉是有差距。之前護理人員走上街頭召開記者會時，我們特別也提到，非都會區的醫院不是不請人，而是請不到啊！醫院常因為請不到護理人員，為了維護病人品質就只能關病床，尤其現在景氣好，護理人員跨行其他行業就更嚴重，景氣一改善，值

三班的護理人力就會短缺。現行 22 萬有證照的護理人員，只有 13 萬在執業，以員林鎮來說，我們醫院也請不到護理人員！另外，以現行『提升住院護理照護品質方案』執行結果，連台北榮總這樣好的護理品質也拿不到補助款，我個人也覺得很不合理。最後，我覺得還有一個重點，錢要花就要花在刀口上，不需要再錦上添花，而應該雪中送炭！

#### 陳委員雪芬

台北榮總拿到 2400 萬，但多請了 100 多位護理人員。

#### 蘇委員清泉

我是要提醒一下，健保局改制為行政單位，錯誤的政策，監察院的追訴期是 10 年。在東港及高雄的醫院，若同樣以 4 萬元招聘護理人員，護理人員是選擇在高雄，而不願意在東港，像我們一直在增加護理人力，成本一直增加，但卻須跟都會區在比賽，這實在沒道理！這個方案真的是坐在冷氣房內跟基層脫節不瞭解民間疾苦的人想出來的，馬總統如果會減少票數，前述這些人都要負責任。

#### 朱委員益宏

本案是於去年 9 月談的，而本計畫預算項目是提升住院護理照護品質。費協會討論時是希望聘護理人員的統統有獎，但健保局當時的立場，是要回歸預算項的目的，要提升住院的護理照護品質為主，故近年來的方案規劃，看來都是圍繞在前述主題，所以有一個排序的方式，並不是統統有獎。但站在地區醫院立場，偏遠的地區醫院在招聘護理人員時本來就比較困難，既然有這筆經費，就應該考量挹注一些預算在這些醫院來提升護理品質，但這個想法並未被健保局及全聯會採納。101 年協定本方案時，希望是以協助這些招聘較困難的醫院招得到護理人員為主，例如：阮綜合招得到但東港招不到，就應該給予東港更多經費的協助，這樣才不會錦上添花。

#### 蘇委員清泉

去年的 8.5 億元，有很多醫院不是用在護理人員的薪資上，是名不符實的喔！我先跟謝委員及蔡委員報告。

#### 蔡委員登順

既然費協會為德不卒，明年就不要編了，故醫院經營者要有良心，想想是否真的花在護理人員身上。本案預算的支用重點，應該是要在「護理人員」，而且要以獎勵方式「提升護理品質」，費協會當時希望護理人員待遇能有所調整，而且以獎勵方式提升品質，所以提高 100 年該項目預算為 10 億，足見費協會對該方案之重視，費協會是無法規定醫院經營者要調整護理人員多少薪資待遇，方案內容的適當性及如何才留得住護理人力，健保局及醫院的經營者都要仔細思考。

#### 張委員澤芸

再次謝謝費協會蔡委員及謝委員的指教。委員關心的是錢花在那裡？是否真的用在護理人員身上？護理全聯會曾於 98 年針對醫院做過相關調查，有近 3 成的醫院有將此補助款，支用在護理人員相關項目(包括；增聘人力、發給獎勵金等)，至於 99 年的情況，我們已發出問卷調查中。100 年本方案已明訂各醫院應將該筆獎勵款項用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施，健保局亦有輔導及查核的角色。剛剛有委員提到偏遠地區醫院招聘不到護理人員，惟以我的瞭解，今年連位於交通便利的醫學中心，也同樣面臨嚴重護理人員招聘不足的問題，是什麼因素造成這困境呢？「錢」是因素之一，但還有如執業環境、工作負荷度與壓力、團隊互動及新世代的想法…等多元因素，護理全聯會也將會繼續努力，除了財務誘因以外，其他的人力招募與留任策略，來減少護理人員的流失，這個議題需要各位委員及社會的持續關注與支持。

#### 羅委員永達

我曾代表醫界至護理師大會聲援護理人員。我要把話說清楚一點，目前領有執照的護理人員為 25 萬人，執業僅 14 萬人，外面的就業市場對護理人員的誘因是很大的，護理人員無法留任的最

大問題-是不願值班，門診護士沒有找不到的，但是要值班的護理人員卻招不到。護理人員平均薪水大約 4 萬元，如果每人加 1,000 元，全年須 16.8 億，以費協會編列的預算要給護理人員加薪，平均每人約 500-600 元，要從直銷、空姐…等一個月 7-8 萬的薪資，拉回護理人員是不可能的事。其實醫院的經營者都不是老闆，真正的老闆是在座消費者的代表，大家希望醫界有什麼樣的環境，付出多少錢可以獲得多少代價是一定的。如果使 20 萬的護理人員都回任，是需要編列一些誘因，若護理人員薪資只調高 1000 元，基本上是沒有什麼誘因，要對護理人員有回任誘因，可能需要調高 1-2 萬元吧！如果沒有編列這些預算，難道要醫院自己吞下去嗎？費協會編列 8.5 億元，平均每位護理人員加薪 500-600 元，要使護理人員回任，根本就是空談，杯水車薪又要醫界做這麼多的事，請費協會等摸摸良心，你們是如何壓榨醫界，醫界又如何壓榨護理人員！

本案討論的重點到底是要增加護理人力？還是要加薪？聽大家的意見，是二者都想要喔！如醫院聘有 100 位護理人員，每人加 1000 元，一年就要 120 萬，如加上勞健保，一年約 14.7 個月的薪資，就不止 120 萬。費協會不能只編一點預算，卻期待醫界做很多的事，簡單地說，醫界是做不到！

### 蘇委員清泉

什麼叫城鄉差距？讓台北與恒春二者完全不同的地區來比賽。我提案的內容中還是保留健保局原來排序的精神，只是加入護理人頭的計算來增加公平性，這樣對末段班或偏遠地區的醫院才有鼓勵的作用，否則這些醫院不論再增聘多少護理人員，永遠還是末段班，那裡公平呢？末段班都很差嗎？還有醫院是評鑑優等呢！所以，我才會提臨時提案來討論。

### 主席

我來說明一下這件事的原委，當時護理師公會曾向衛生署林署長芳郁陳情，加上馬總統競選承諾，至後來的葉署長，認為現行的支付標準，護理的相關費用已在護理費及個別診療項目都有所反映了，所以費協會當年針對「提升住院護理品質」編列了 8.5 億

元的預算，並不是要全數平均分配給醫院，而是那家醫院住院品質做得好，才可以進來分配，這是當時編列該筆預算的理念，與目前委員所提加薪是完全不同的概念。

100 年費協會採納護理界代表的意見，將 8.5 億元調高至 10 億元，也維持一致的理念。至於護理人員的薪資，就如同之前講的，在護理費及個別的診療項目都已反映了，而且 100 年的方案也已公告實施，現在要六月了，即使要再修訂，恐怕也要很長一段時間，況且，費協會協定 101 年預算在即，是否由健保局、醫院協會及護理全聯會，再想想是否有更適切、公平的分配方案，來進一步說服費協會的委員，爭取適當的預算編列。以上是我說明當時林署長及葉署長推動該筆預算編列的精神，認真探究的話，費協會公告本預算項目為「提升住院護理照護品質」，如部分委員所提按人頭數編列薪資預算，應由公務預算籌措編列！與本項算項目之名稱之真義也有所不符。

#### 陳委員瑞瑛

本方案不管做得再怎麼好，每個層級還是有 1/3 的醫院拿不到，這是我們認為不合理之處！而且現在只以相關護理人力的比值來計算，會造成各醫院間之人力競賽，但是不管如何，就是會有 1/3 的醫院沒有被獎勵，沒有被獎勵到的醫院就表示做不好嗎？評鑑特優的醫院反而沒有被獎勵，這是不合理的！

100 年討論方案時，我們曾經建議將 1/2 的預算來調整住院護理費，但是沒有被護理全聯會採納。我們計算過以住院護理費支付護理人員的薪資約 17,000 多元，至於主席剛剛說其他診療項目也有反映護理薪資，我就不清楚編在那裡，門診也沒有編列護理費啊！所以醫院的護理費連 22K 都沒有，但是醫院平均支付護理人員薪資約 4-6 萬，公立醫院則會到 8 萬左右，各醫院是在搶護理人員，不僅比薪水，還要比環境…等，一樣招不到護理人員。以台大醫院為例，98 及 99 年就增加約 200 名護理人力，當然不全是為了本方案，而是想改善護理人員的工作負荷。以健保局說明醫學中心僅增加 220 名，實際上台大醫院加榮民總醫院增加的護理人員數就不止 220 名了，增加護理待遇是否代表護理品質的

提升呢？建議 101 年方案真要好好討論。

謝委員天仁

費協會協定本方案的原意是很清楚的，就是要肥在豬，而不是肥在狗，故預算名稱以提升住院護理品質是可以理解的，實際上我們是想瞭解落實到什麼程度，99 年或許很糟糕，100 年已有所改善，但是卻與費協會之原意有所出入，費協會的委員認為應先從調薪上著手，再漸次至人力的配置，或是二者並進，大家應該要執行費協會的決議。

主席

由於本案相關的費用還是要支用在護理界，請中華民國護理師護士公會全國聯合會參酌費協會及在座委員的建議，對 101 年本方案分配方式提出適切的建議，由本局邀集台灣醫院協會共同討論，俾於費協會協定 101 年預算時提出。