

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」第一次會議紀錄

時間：105年6月15日（星期三）下午14時00分

地點：本部201會議室

主席：林部長奏延

紀錄：林淑芬、李玫陵、劉淑銘

出席單位及人員：詳見簽到單

壹、主席致詞（略）

貳、討論事項

討論事項一、為辦理本任務小組之會議召集事宜，擬具「醫師勞動權益推動小組運作說明」草案，請惠示意見。

與會代表發言摘要

一、謝天仁委員

對於「醫師勞動權益推動小組運作說明」草案，個人認為很好。

二、王明鉅委員

推動小組係為幕僚性質，提供各專家或團體的意見，做為衛福部之參考，我不贊成將會議記錄逐字公布，不錄音、不錄影也是尊重大家，且相信這三組已具有相對代表性。

三、醫師勞動條件改革小組黃致翰醫師

應先釐清推動小組的決議效力，如果決議有效力，就會影響開會的重點。據悉健保會、年金改革小組採用逐字稿公開，以增加公信力。

四、林芳郁總召集人

推動小組是衛生福利部的智囊性質，應使專家、智囊可以暢所欲言，再形成結論，提供部長做決策參考。

五、滕西華委員

建議運作要點修正如下：(1)第一點保障醫師勞動權益，後面加「及病人安全」，更能顧及醫療的發展與展現其背後重要的目的。(2)第六點修正為「以每三個月召開一次為原則」。(3)第十點，會議記錄採簡要發言摘要是要的，這議題涉及層面廣泛，原就是一個凝聚共識的過程，若只呈現一元化的會議結論，容易造成各團體意見不為大家所知或誤解。

六、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 目前臺灣的勞動條件是違反兩公約及消除對婦女一切形式歧視公約(以下稱 CEDAW)，包括兩公約的第 6 條醫師生存權、第 8 條奴工、使人不當勞役，CEDAW 的婦女就業權、所有婦女醫師勞動權益。
- (二) 建議推動小組會議採用科學的開會方法，以每兩週為一個單位，儘速召開聯繫會議，四到六次開會後，希望八月底做出結論，九月就可以公開。
- (三) 個人同意錄音、錄影，且有必要公開各團體、學者的立場。

七、羅傳賢委員

- (一) 醫師勞動權益推動小組運作「說明」應修正為「要點」，以符合法制，並補充說明 3 分組運作方式。
- (二) 本推動小組屬於任務編組、臨時性單位，透過外部專家學者協力參與行政行為，提供諮詢意見給部長參考，由部長作政策決定。部長如有初步結論後，即可預告、辦理公聽會，由更多學者專家、關心之團體表達意見。
- (三) 諮詢性會議可呈現正反意見，一般有爭議性的部分可詳記，共識性高的可略記。至於資訊公開部分，因屬於內部作業程序中，其實不應公開，惟本案爭議性大、外界關注，立法委員一定會索取，仍應準備資料以利提供。
- (四) 因本小組會議結論是要提供部長諮詢性意見，建議醫事司及相關單位針對各分組議題應有初步資料蒐集（例如社會上意見、立法院公報內容、委外研究、期刊論文等），以利會議進行。建議可利用立法院國會圖書館查詢檢索相關資料。

八、委員 4

請再詳述醫師勞動權益推動小組運作說明第 8 點有關委員不克出席會議，得由他人代為出席，對於他人是否有資格限制或相關規定。

九、羅傳賢委員

團體代表不克出席會議，得由他人代為出席，但個人委員不得由代理人出席。

十、熊昭委員

對於分組運作內容應再補充說明並應考慮 3 分組介接的問題。討論時如能有其他分組委員列席最好，總小組（大會）亦應解決分組間介接的問題。

十一、儲寧瑋委員

紀錄如能呈現各代表的發言是好的，是政府資訊公開化的表現。3分組會議應先有結論，再召開大會，才有聚焦。因委員不同小組可以列席，可將其他分組意見帶回討論，然後召開大會，至少在下次立法院開議前能有具體結論提供部長參考。

十二、蔡秀男委員

- (一) 大家好，我是醫師，也研究法律多年，首先肯定醫師勞動權益推動小組之成立，能諮詢各方專業意見，召集多元立場的許多專家，參與跨領域的團隊溝通會議，誠屬難得，希望透過問題提出、傾聽、回應、腦力激盪，達成共識，促進台灣醫師勞動權益。
- (二) 在程序部分，個人建議，會議應該聚焦重點，釐清爭點，應該以更有效率、科學化的開會模式，是否讓每位專家都先輪流發言約兩分鐘，讓大家可以互相傾聽，困難點在哪裡？如何做好改革配套？在討論策略上，建議要聚焦爭點，為促進醫師勞動權益，法規制度如何配合修正？在人力資源上，如何改革制度？此外，在系統思考上，探討人力需求配套，可先回顧國衛院研究報告之限制條件，值得進一步省思，如果改善醫療環境後，民眾就醫行為透過充分教育宣導後，許多醫療假性需求應該會減少，所以，再透過健保給付改革、增加醫學中心急重難症給付，落實分級醫療等改革配套，與全方位醫療健保法制系統改革，人力配套的困難度應該會降低，醫師勞動權益促進之目標，應該會有很大改善。

十三、主席

綜合以上發言者之結論，因本小組為諮詢性質，每位委員的發言以重點摘錄方式，會議後三天內給所有委員審閱，再讓召集人確認。

討論事項二、本部初擬之配套措施，提請交換意見。

與會代表發言摘要：

一、滕西華委員

建議所有配套措施草案都應有背景資料，確認每位委員讀的是同一份背景資料，以利政策討論。本次會議看起來幕僚作業均已有政策草擬、方向或具體建議，每提出一項主張所參考之文獻或資料為何，對於後續討論非常

重要，也避免爭議，尤其在人力資源組與醫療政策組更為需要。例如：醫院評鑑簡化為何種形式之簡化或合理化，或者為什麼醫師助理會列入建議。

二、石崇良主任秘書

未來會對外公開每一次會議紀錄，並包括每位委員的發言摘要。建議先確認公開方式係採具名、不具名或用代號方式呈現於會議紀錄中，因不同形式將會影響委員發言及同仁紀錄方式。

三、羅傳賢委員

文化部文資局係以委員 1、委員 2 形式公布發言過程及結論。資訊公開法規定，有關內部討論過程不一定要公開，因討論過程尚未成熟，可能還有盲點。最後部長有初步結論辦理公聽會，繼續諮詢外界意見時，則可公布名字。

四、委員 3

我個人贊成以 A 委員、B 委員、C 委員代號的方式公布，因為現在網路發達，不需把每個人標籤化，此種形式發言者自己可自行 identify 他個人有代表團體或代表他自己盡量表達意見，且此種方式也足以讓大家知道整個討論過程有什麼不同聲音與結論，以及最後部裏是否採用。

五、醫師勞動條件改革小組黃致翰醫師

贊同現在網路力量蠻可怕的，就因如此，我們認為應具名比較安全一點，因大家都知道委員是誰，如以 A 委員、B 委員代表，則可能大家推測是 A 講的話其實並非 A 講的話，其實是蠻危險、恐怖的一件事情。

六、主席

建議專家學者以代號方式呈現，團體代表之發言則以團體名稱顯示。

七、滕西華委員

我要具名。

八、主席

可以，我們會進行調查，尊重各位委員之意願。

九、委員 5

贊成委員的意見。

十、中華民國醫師公會全國聯合會劉榮森理事

依據會議第 9 頁，6 月 2 日會議已經建議用 summary 方式公布，我覺得會議紀錄可以保留，但公布在網路上的就以 summary 方式呈現，畢竟我們是諮詢團體，不是政策就此決定。

十一、主席

上網公布的用 summary 方式，會議紀錄還是以摘錄的形式呈現；至於委員、團體是否公布名字都尊重大家的意見。

十二、熊昭委員

關於醫師人力轉嫁，例如之前有提出用專科護理師替代方式，但最近護理團體尚有相關意見。不知會議資料所提配套草案是已定之政策或僅是討論議題？

十三、主席

今日僅討論議題，在分組討論時會提供較多資訊給大家。

十四、委員 3

配套措施所擬項目如屬部裏已經定案之政策，建議直接提供相關資訊，例如公費生人數招生人數 200 人是否已經政策確定，如是，就直接說明清楚，不需如今日書面上寫說招生人數 100 — 200 人列為討論議題，以免大家多花時間再討論。

十五、中華民國護理師護士公會全國聯合會

- (一) 我國專科護理師制度發展至今已近 12 年，走過初期的磨合階段，現無論是在培訓與執業範疇上，皆已趨成熟穩定，也在醫療團隊照護中發揮專業角色，與團隊其他成員一起為台灣的急性照護貢獻心力；面對未來醫師納入勞基法後可能產生的人力缺口，在維護病人安全與專科護理師體制的前提下，護理界願意和大家共同面對這個問題。
- (二) 在 6 月 2 日醫師勞動權益推動小組協商會議記錄之結論中，並未提及醫師臨床助理制度的規劃，卻在今日議程之人力資源組配套措施第三點中列出，不知是後來有什麼想法再把它提出？未來若真在醫療團隊中再多此一角色，與專科護理師在職責上該如何區隔？，其專業背景與培訓制度又是如何？都值得審慎思考，總之，在既有的穩定制度下，投下一個不確定的變數，有可能會是醫療體系的另一場災難。

十六、主席

與 6 月 2 日會議無關，所有配套都不是定案，開放給大家討論。

十七、台灣醫院協會鍾蕙如委員

- (一) 在人力資源組部分台灣醫院協會有代表，因此建議幾個方向也要納入該分組的任務。
- (二) 第一，工時是最大的人力影響，會造成人力缺口，如要納入勞基法的話，雖然法規調適組有修法部分，但人力資源組應先對現有勞基法做解套、配套措施，甚至修法建議提供給法規調適組。
- (三) 第二，不管是 hospitalist、專科護理師或醫師臨床助理等人力配套，都會涉及醫療法規執業範疇、職權設定，故建議除有勞基法第 84 條之 1 納入責任制評估及工時特別約定外，尚需要有醫療法規檢討。例如勞基法規定每天工時上限 12 小時，現狀責任制 84 條之 1 仍不可超過，但往往手術時間無法控制逾時就違反規定，連續四小時需休息 30 分鐘，連續治療或困難多科會診手術者，無法間斷尤其在開刀房會有無法中斷的困難等，所以配套方案，尤其在勞基法應開放之修法規定，應在人力資源組分組會議先有建議方案。

十八、主席

要點中有提到，分組開會時，其他分組委員都可參加，可解決此問題。

十九、羅傳賢委員

每個分組都會有法規問題，這叫政策合法化，所有政策都要變成法規命令，原則上法規是比較後面，人力資源與醫療政策分組仍應先有建議，才到法規調適組進行法規修正研議。

二十、主席

- (一) 每個分組開會時都請本部法規會列席。
- (二) 如有必要，也請法規調適分組委員盡量參加。

二十一、醫師勞動條件改革小組黃致翰醫師

- (一) 會議紀錄部分，部長最後結論為 summary，是指會公開發言摘要的部分嗎？要不要具名是今天調查還是會後調查？
- (二) Hospitalist 制度部分，最近網路已經有些負面聲音傳出，有些是因誤

解，能夠澄清的部分，我們有幫忙澄清。因人力資源組看來沒有專門對於 Hospitalist 有經驗的人參與，所以要特別提醒的是，不是叫主治醫師值班就是 Hospitalist，特別是最長連續工時一般不要超過 12 小時，才是美國真正的執行方式。

(三) 公費生的部分，如已有結論，建議可刪除，以避免之後開會浪費時間。

二十二、王宗曦司長

(一) 公費生培育是既定政策，都在培養當中，5 年 500 名，但是培育人數之後要變成一年 200 名。公費生培育會更重視過程面，包含每個暑假期間會有 Camp，讓這些人更有歸屬感，未來會有留任措施、同儕薪資的保障，並加強專科選擇的自由性。

(二) 因即使沒有納入勞基法，推估 2023 年以後醫師人力會不足，對於偏鄉人力首當其衝，公費生是充實偏遠地區醫師的工具之一。放在這裡因為也是配套之一，人力資源分組委員可對於此制度提供建議，讓這個制度做的更好。

二十三、台灣醫學生聯合會陳佑詳

關於公費生這點，重點不是現在要討論公費生培育的意義及可否達成成效，而是要是否應該列入分組討論，有關五年 500 名、明年開始增加為 200 名，都是醫事司找幾位院長討論完後就做成政策決議，那在人力資源分組討論的目標是什麼？有沒有可能討論很久之後，還是跟醫事司做出來的政策不同，我們想知道討論這個的效益，才會問這個問題。又配套措施草案是列每年培育 100~200 名，但看起來是明年開始就每年培育 200 名。

二十四、王宗曦司長

人力資源分組也包含醫學生聯合會代表，都是年輕生力軍，可能有不同看法，有些立法委員認為，用公費生培育還不夠，自費生的醫學生可能也要增加，目前配套措施草案並沒有列入增加自費醫學生的方案，只有以公費生培育，這部分是可以討論的。例如，有些人覺得公費生 100~200 名不夠，有些人覺得太多，有些人覺得除公費生外，應再增加自費醫學生，人數應該是多少？人力資源分組有例如熊昭所長，可能可以提

供研究上面的意見。例如昨天與熊昭所長討論，如納入勞基法以 84 條之 1 議定每週工時 80 小時為上限時，可能需增加的主治醫師名額是多少，這些都可以在這裡面做細部討論，不用一開始即排除此議題不去討論。因為排除此議題不討論，還是要討論醫學生是否要增加的問題，所以應該在這個平台，由大家提供想法。

二十五、熊昭委員

有些資料是有參考我們做過的人力評估研究，但我們推估的先決條件，是依目前民眾就醫習慣不變等條件前提下，再根據社會人口老化程度增長，醫療需求增加推估，所以關於民眾醫療需求部分，教育民眾適當的就醫習慣，應正視這個問題，我認為每一組都要對於民眾就醫教育進行討論，並研擬一些措施。

二十六、主席

在人力資源部分之配套措施可能尚不完整，所以未來如有想到的部分，可於分組討論時做開放性的討論，且無預設立場。

二十七、台灣醫學中心協會

- (一) 就醫政策組有 3 點意見，目前大家都關注在住院醫師或醫師工時方面，但真正的配套是什麼，像在醫療政策組是醫療供給，這一段是沒有把問題真正呈現出來，到底人力缺多少，對於醫療的提供會有多大壓力，這個部分應先釐清，我們要做到多澈底，例如現在醫師納入勞基法，醫院需關多少床數，才能維持照護的品質，這個部分需先算出來，不只醫療政策組，在其他各組也需要有這些基礎資料，請衛福部先蒐集相關資料，醫學中心協會或三個醫院協會可幫忙調查，包括現在面對立法委員的壓力，他們也是只關注工時太長，但不知道影響多大，所以衝擊程度要先算出來。
- (二) 很佩服可寫這 10 點措施，但不夠積極，我們可看到老化是未來的趨勢，如何減緩疾病發生，例如，國民健康署的功能，在於如何預防疾病，這些措施應要列出，又如 CDC，對於今年的流感，讓醫護人力大量投入，造成突發的人力需求，所以這些配套中不能排除這些因素，在各縣市衛生局的第一線人員或許他們也可提供相關連的措施。
- (三) 最後我們在開放醫院型態，醫院與醫師的僱傭或者合夥關係，這個部分我覺得非常好，讓醫院與醫師之間的關係多元、彈性，這樣醫師的功能

才能發揮得更好。除此，最重要就是制度法令的配合，以及各地衛生局的執行，例如，某位醫師到其他機構支援，在報備上會有許多限制。所以他不只是在形態上面，而是在於醫師的登錄制度或者相關醫事法令亦需列入，因此，在法規調適組亦需進行相關討論。

二十八、台灣社區醫院協會謝武吉理事長

- (一) 有關醫療政策組相關配套措施第 4 點，強化基層醫療整合照護網絡之建立，提升基層醫療品質，建議修正為強化社區醫療整合照護網絡之建立，提升社區醫療品質。
- (二) 另建議增列第 11 點、12 點、13 點、14 點，就醫習慣改變，落實分級醫療及轉診制度應由中央健康保險署來宣導及辦理；生活習慣的改變（含傳染病流行、預防及教育宣導）應由疾病管制署來宣導及辦理；飲食習慣的改變（含食品來源）應由食品藥物管理署來宣導及辦理；健康習慣的改變，應由國民健康署來宣導及辦理。以上這四大重點，應成立專案辦理之。飲食來源的追蹤含蓋傳染病、健康教育等議題，除健保署，另涉及食藥署、CDC 等單位，應請相關單位參與討論。

二十九、主席

有關委員所提建議，如沒有太大問題，請相關單位執行。

三十、胡方翔委員

- (一) 所謂政策會牽涉到前面的人力資源需求的問題，不管是預防保健或食安、就醫習慣、生活習慣，指的是需求端，如病人需求端是有假性需求，則人力缺口就是假性缺口。有關公費生制度目前部長來說是開放的可以討論，所以人力需求應該仔細評估，包括病人需求端沒辦法掌控時、人力缺口也就無法掌握，所以人力缺口是否真實，應先把前端人力需求的問題做一個控制或結論，若需求下降會形成蚊子館政策。
- (二) 另外，醫師納入勞基法順序的問題還是要優先保障勞動，否則人力流失是很可怕的，人力流失再如何補人也是不對的，所以病人的服務需求要檢討，沒有改善勞動環境之前，人力不足的問題包括人力的流失也要檢討。

三十一、台灣醫療改革基金會劉梅君董事

前面所提我們這組議題越來越多，但有些是虛的議題，例如，第 10 點受雇醫師納入勞基法對民眾就醫之影響，這次小組的成立就是為了研議出相關作法以避免民眾就醫權益受到衝擊，這是三個分組要努力的方向

與目標，因而似無須就此議題進行政策研究。第 9 點建立並落實交接班標準作業流程，確保病人安全，應該是醫院內部的作法，或衛福部可與各專科醫學會一起努力協助各醫院改善目前交接班的作業流程，讓各醫院執行，所以這個部分交給專業去做，不宜在此討論，應討論更關鍵、更核心的議題，例如，研議開放醫院之形態，或分級醫療、轉診制度、健保總額等根本性的議題。

三十二、王明鉅委員

我覺得討論要聚焦，否則小組的運作達不到目標。分組議題由各組討論，但請醫事司說明各分組需完成的任務，例如，人力資源分組為了達到醫師要納入勞基法，所需的配套措施為增加專科護理師或醫師臨床助理或公費生以達到目標。

三十三、區域醫院協會劉碧珠秘書長

前面提到醫師納入勞基法後對民眾就醫的影響，我們認為是要慎重討論的，甚至對醫療供給面，醫院經營的影響都需討論，因為就民眾服務上來看，未來的影響甚巨。

三十四、滕西華委員

部長剛剛有一個政策宣示，即 109 年前醫師要納入勞基法，醫療政策組要討論的是政策目標，沒有政策目標很難進行討論，例如，受雇醫師是政策目標，可能需要補強的是什麼，但這些都需有背景資料，才可做評估。

三十五、邱羽凡委員

對於法規調適組需討論的議題，尚有疑惑，因為政策為何，人力有多少並不明確。假設要討論法規調適，醫師納入勞基法 84-1 條，是由各縣市主管機關核備工時到底多高，但如政策目標不清楚，本組討論出的工時很高反而不能解決醫師過勞的問題，如此跟政策目標不相符。建議在政策及人力有一個明確的方向後，讓法規調適分組能調適出適當的法規。另外，各界對於醫師勞基法的衝擊或許有所誤會，例如就休息時間的規定，勞基法本來就訂有連續性與緊急性工作者不需一定要四小時後休 30 分鐘，因此納入勞基法根本不會發生開刀開一半要去休息而置病

人不顧的情形，法規組目前可以就法令問題為澄清，但還不到調適。

三十六、蔡秀男委員

- (一) 在實質內容討論配套部分，個人主張如下：第一、全體受僱醫師應儘速納入勞基法！過勞等職災與勞權保障，還能等多久？對於整體台灣醫師勞動權益保障，以及全方位健保法制改革而言，本小組綜合朝野各界專家意見，透過集思廣益趨吉避凶，構思相關法制改革與資源投入，執行具體配套方案，如果沒有太多配套困難與窒礙難行的狀況下，勞動部應該就可以儘速提前公告：全體受僱醫師納入勞基法，職災與性別勞動人權等等勞動權利保障，就可以獲得歷史性的改革成功！蔡英文總統的競選政見，才能免除網路所謂騙票跳票的政治壓力，多年來，醫療勞動人權改革的問題，就不會再曠日廢時，遙遙無期。
- (二) 第二、改革時程的問題上，蔡英文總統政見的入法配套策略，是透過勞基法第 84 條之 1，尊重醫院或專科醫學會與受僱醫師之間，雙方合意，議定工時，應該是目前最佳、最快的法制改革策略。根據衛福部的研究報告，主治醫師平均工時 50，住院醫師之工時也要從 88 工時逐年降低，包括近年來透過衛生行政努力，醫院評鑑基準、其他輔助人力培育，其實醫師工時一直在下降，人力配套的壓力應該會逐年降低。根據國外的實務經驗上，歐陸法系大約是 48 小時左右，國衛院報告是說，假設現行醫療服務、民眾就醫習慣、醫療供給包括住院醫師沒有改變的條件下，所計算的人力，但，其實這些限制條件都在改善中，在本小組法制改革配套中最重要的一條，就在醫療政策組改革措施中：落實分級醫療制度，這一點，在朝野各黨與民間團體中，其實已經有了高度共識，改革成功，指日可待，回歸全民健保法第 43 條，定率制部分負擔，才能產生法律經濟分析上的效果，避免健保公產悲劇，醫療浪費，醫療健保崩壞，各黨立法委員如果能擺脫民粹，民眾的醫療行為改變，珍惜醫療資源，社區分級醫療才會回血，偏遠醫療也能順勢改革。這些原來很多醫學中心住院醫師的大量的雜務工時，透過醫學教育改革，加強實質學習內容，降低過勞，對於住院醫師人力與工時的假性需求自然降低，也許，人力上不是不足，反而是很多學者提到的醫師供給過多。如果我們根據國衛院資料，平均醫師工時若是 70 幾，勞動部核備應該困難度就降低了。但是，對於特殊訓練工時過長的科別，例如，神經外科、泌尿科等，應透過尊重輔導與資源投入的方式，例如特別專科醫學會的討論研究，依該專科住院醫師的

學習、高工時的特性，衛福部應該透過法律配套，資源與人力補助，挹注這些科別，讓他們彈性的適用勞基法。再利用科學排班、駐院主治醫師或大力支持專科護理師培育制度，衛福部給予協助，90%的主治醫師及住院醫師應該是沒有問題的，讓少數辛苦的同仁、科別受到尊重。這樣，全體受僱醫師納入勞基法，分級醫療改革的問題，都能改革成功！

- (三) 在法規調適組的任務上，受僱醫師納入勞基法及相關配套，希望能透過法律政策分析，改變民眾就醫行為，而不影像病人安全，系望我們大家一起努力，推動台灣醫療勞動人權改革與全方位健保法制改革，感謝大家。

三十七、委員 2

有關法規調組名稱，個人認為或許更合適的是「法制調適」。根據會前會的紀錄，我們政策目標就是醫師納入勞基法，但是可能有些條文適用上是有困難的，如有困難，該做怎樣的調整，應予討論。上次協商會議紀錄提到，即便是擬定工時合理上限，仍需交由專科醫師做必要的協商。基於協商的前提，有相對要建立制度並於分組做相關討論。本分組除法規面檢討外，或許思考在勞資互動相關制度和機制進行討論。

三十八、張聖原委員

建議醫事司對於討論議題準備相關資料，包括國內外成熟的經驗，會更有幫助。

三十九、翁文能委員

醫師納入勞基法是政策目標，是要減少工時。但需先訂出工時，然後各醫院才能算出真正的缺口是多少，政府於相關的勞基法或醫療法進行修法。

四十、委員 1

在配套措施未做好的情況下，立法院要那麼快實施醫師納入勞基法，醫療體系會有很大的問題，令人擔憂。

四十一、主席

為使相關配套措施儘速完成，俾利受僱醫師可早日納入勞基法，請各分組於六月底前召開一次會議，於分組會議召開二次後再召開小組會議。

再次感謝大家的協助。

參、散會：下午 16 時 06 分

〈本會議紀錄經委員確認後公開，每段發言具名與否則依個別
委員之意願標註〉