

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」醫療政策分組第一次會議紀錄

時間：105年6月20日（星期一）下午17時00分

地點：本部206會議室

主席：陳分組召集人昱瑞

紀錄：李攻陵

出席單位及人員：詳見簽到單

主席致詞（略）

討論事項：本分組初擬之配套措施草案，提請討論。

與會代表發言摘要

一、陳分組召集人昱瑞

- (1) 各位委員，第一個很不好意思，很急著通知大家來開會，一方面是我明天就要出國，先引見大家開一個會，後續需要時可由黃院長代表這組繼續開下去。另一方面上次在部長主持的會議，大家都有把關心的事情表達出來，但似乎沒辦法釐清第一步應該做什麼或準備什麼。我們這一組是火車頭。請各位委員、團體代表都表達一下所關心的問題，並提出本分組可採行之各種可能與可行的建議。例如分級醫療應如何推動，健保制度如何連動起來；另一方面，修法制度必須連動起來，包括開放醫院方式、醫師整合、各層級醫院要負責的醫療。
- (2) 推動醫師納入勞基法或許是一個契機，大家有機會提出建議，提供衛福部參採，讓立法單位、健保署執行下去。

二、賴貞蘭科長

- (1) 為了推動醫師納入勞基法，在6月15日已召開第一次會議，未來會以人力資源、醫療政策及法制調適3組進行議題的討論。
- (2) 我們這一組是醫療政策組，會有9位的委員一起進行討論。上一次會議中，部分委員對於本分組有提出一些重點補強的建議，包括：釐清工時限制對於醫療供給、醫療體制跟民眾就醫的衝擊影響，並訂出工時以精算人力缺口。委員也建議針對人口老化的疾病防治部分所需的醫療需求，應把相關

主管部會列進來；另外，民眾就醫的習慣、生活習慣等跟健保署相關的部分，也要納入；有關開放醫院的型態改變，必須有配套措施修正法規來具體規範，例如涉及醫師報備支援、執登、健保總額限制的修正；涉及醫師人力供給的部分，也要檢討民眾需求問題，才能進一步掌握人力缺口。另外，醫師勞動條件的保障也要列為優先考量，否則未來人力流失會更為嚴重。

(3) 目前所列 10 項配套措施，請各位委員進一步參考。

三、陳分組召集人昱瑞

(1) 衛福部已經決定住院醫師、受僱醫師要納入勞基法，也已經訂出時程，這是既定方向，只要開始做，就一定有衝擊。最能夠影響與改善的，就是政府單位及健保署。

四、委員 5

- (1) 醫師納入勞基法勢在必行，可讓它變成是一個契機。
- (2) 許多委員提出醫師納入勞基法後，對於人力的減少該如何因應，還有如何減少不合理的醫療需求，我覺得可以著力的。
- (3) 以往衛福部或健保署都有嘗試去做，但很多阻力，目前是危機也是的轉機，來處理無效醫療、防禦性醫療和多重醫療的問題。
- (4) 醫療分級大概可以慢慢減少多重醫療，病人自主權立法通過跟安寧的推廣大概可以減少無效醫療，醫病關係的改善可以減少防禦性醫療；其中醫療分級應是最重要的，慢慢有改善的話，有機會達成人力與需求的平衡。

五、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

(1) 今天有提供之前在公聽會的一個摘要，就是對於台灣醫療服務的估計，我們認為在住院部分跟門診部分其實都過多了。衛福部或健保署應該算得出來，如果說我們要以 NHI 的方式在經營國家的醫療體系的時候，應該是可以估計到一個理想。其實我們看到健保署也很努力，在這幾年中住院都壓得很低，但因外在原因造成住院天數比較長。至於門診的部分也是，就是門診診次過高，把醫學中心的醫師全部都拉到門診去，這樣的人力分配其實是不對的，也會影響到住院照顧的品質。

- (2) 台灣到底需要多少醫師，按照國發會的人口成長中度估算，我國在 2030 年，老年人口 25%、每千人 2.6 名醫師，比 2013 年日本老年人口 25%、每千人 2.4 名醫師還高，這還不包括今年開始增加培育的公費生人數，所以我國醫師人力的目標是多少，牽涉到公費生政策，故公費生的政策不應只在人力資源組裡面討論，也要放到醫療政策組討論，我們到底要把國家醫療放在哪一個位階。
- (3) 關於醫療服務，很多是假性需求甚至是無效醫療的部分，包括無效門診，必須檢討。
- (4) 健保法第 43 條跟 44 條已有法源，可以先從醫學中心減量，在醫學中心的急診後送病房來看，大概有一半的住院病人不需要在醫學中心治療，只是他們過去的門診醫師在醫學中心，自行負擔似乎是目前法源裡最可以執行的部分。人力的部分、服務的假性需求，應先降低、減量，把台灣帶到比較好的醫療模式。

六、台灣醫學中心協會

- (1) 無效醫療部分，希望能從分級醫療跟轉診做一些減少。分級醫療跟轉診的落實可以達到分流的效果，讓輕症到小醫院，重症留在大醫院，讓大醫院可以專心處理重症，這部分也可以減少現在大醫院擁擠的情形，所以從不同的層級角度來看，這部分也是未來必須要走的方向，我們並不排斥。但是只能把它當成是分流的一個效果，沒辦法期待可以很有效的把無效醫療降低，因為無效需求的成因非常多，包括病人端的因素、過去疾病的習慣、環境的因素，必須個別再探討。
- (2) 以現在台灣人口老化的情況，會讓醫療需求不斷增加，假設一個前提，醫療需求在人口老化的情況下，如果無效需求的降低，能夠 cover 因為人口老化的需求增加的話，已經是很了不起的狀況。
- (3) 所以應該先估算醫療需求是多少，是否可以從這個角度回推，先知道醫師納入勞基法後之人力缺口是多少，才能知對醫療環境道衝擊有多少，後面的配套才有辦法落實。
- (4) Co-payment 部分，可能是一個短期的效果，但就過去部分負擔調整的經

驗，對病人大概只有 3 個月到半年心理面的影響不到大醫院去看，可以收到短期的效果，但是長期而言，還是需從根本去改變，改變病人的就醫習慣或整體的醫病之間的互動。

- (5) 另外一個衝擊是，如果從重症跟輕症上面去做調整，或一味地期待醫院做分流的話，可能會把壓力統統集中到醫院來，醫院的醫護人員第一線面對輕症病人，醫院要強制做分流的時候，在相關的醫療法，是不是能夠賦予醫院這樣的權力，相關修法需配合調整，甚至當這樣的爭議產生時，主管機關必須站出來為醫院做一個支撐。
- (6) 有關健保法納入這個勞動成本的影響部分，上一次林部長提到實施的方式可能是一階段納入，或分兩個階段，如果第一個階段先納入勞基法，但工時不設限，這樣可以延緩民眾就醫的衝擊，但醫院的成本會增加。因為目前醫師在醫院的工時規定是 80 小時，如果未來第一階段還是 80 小時的話，那納入勞基法工時是 40 小時，多出來的 40 小時就全部變成加班了，加班費在前兩個小時是 1.33 倍，後面的是加 1.66 倍，以平均 1.5 估算，會增加的醫師勞動成本，變成原來的 2.5 倍。所以這個部分的勞動成本如果用分階段去執行，第一階段納入勞基法，但是不設限工時，用加班的方式去處理的話，最基本就會產生 2.5 倍的勞動成本。

七、中華民國區域醫院協會

- (1) 對我來說，醫師勞動權益推動小組分三組解決不了問題，完全的問題不只在醫療政策，醫療政策環繞著人力資源跟法規，最重要的是民眾教育的問題。
- (2) 第一點，五年前已對醫院做過醫師納入勞基法之意見調查，當時只有 3 家醫院贊成，現在 95%都贊成，今年 7 月就開始實施也沒關係，對我們來講沒什麼差。目前醫院已經無法控制醫師，不需勞基法，醫師自己會限制工時，年輕醫師再多的錢也不願意值班。第二點，勞基法實施後醫院成本的增加，醫院受不了，禮拜六、禮拜天、晚上就不會開診了。所以除了這兩個配套 (Co-payment、分級醫療) 都要做以外，民眾教育更重要。
- (3) 以新加坡為例，所有的健保病房都沒有空調，哪怕國立新加坡大學附設醫

院是最好的，健保病房也沒有空調。政府所保障的部分，是讓病人不會因為沒有錢就醫而死掉，但就醫過程要舒服到什麼程度，則需自行負擔，最低的部分負擔為 20%，A 都是全額支付，B 是付到 60%、70%，C 都要付 20%。以台灣平均一年看病 15 次，民眾如果還是濫用醫療資源，醫院不可能無謂的追。

- (4) 第一點，我們不反對立即實施勞基法，現在不願意出來說贊成立即實施，是因為配合國家政策，衛福部已宣布 109 年將醫師納入勞基法，如現在說贊成立即實施，則所有主管單位醫院、老百姓的反彈全部都在我們身上，不管實質的壓力，即便病人說我們也有壓力，另外輿論的壓力會說我們沒有醫德，這些壓力全部會在醫院身上，所以我們不敢貿然說贊成。第二點，以上這些配套全部治標，但如果要治本，民眾教育應該列為第四組，利用這三年，醫界跟消費者一起合作，一起扭轉，醫界執行醫療政策這些配套，把民眾教育要列為必須的去做，不要把全部的責任都推給醫院、醫師、健保署、衛福部、醫事司、教育部，說什麼不開放醫生，這些都不是真正的原因，如果不解決民眾教育的問題，不能把民眾一年看 15 次降低到 5 次，任何配套措施一點用都沒有。

八、陳分組召集人昱瑞

- (1) 民眾教育非常重要，但是教育到什麼程度，教育配套是什麼，這是我們要建議的地方，例如用 co-pay 還是什麼方式來阻擋這個行為，行為才能改變。

九、中華民國區域醫院協會

- (1) 我不贊成說不能做，民眾教育從來沒有人認真提，我認為這三分組裡面真的要有一組是民眾教育，民眾教育可以用法規。以新加坡為例，對於民眾的教育是，不管是 A、B、C 部分負擔，用的機器跟藥是一模一樣，醫生是輪轉的，只有環境是好的，其它都一模一樣，連急救設備這些都一模一樣，這樣老百姓才不會反彈，這是應該講清楚的，否則民眾會認為 A 級更好，這幾年一直遇到問題說「我不是人嗎？有錢才能被醫療」，這是最常見健保署被病人罵的。

- (2) 所以如果沒有用另外一組，這三組都不去談民眾教育的話，這三組再怎麼做真的是不可行。我的建議不是說醫療政策不談，而是這些配套要談的話，另外一邊應該要積極去談民眾教育，否則我個人認為是沒有用的。

十、陳分組召集人昱瑞

期待衛生福利部有一小組，積極地把這些建議推進，其中一個就是民眾教育，讓民眾了解醫療成本，減少醫療浪費及各方面應該怎麼做才是最好。

十一、醫師勞動條件改革小組黃致翰醫師

- (1) 首先澄清一下剛剛可能有一個誤解，醫師納入勞基法之後，工時不可能是每周 40 小時，因為衛福部的政策方向也是會納入 84 條之 1，那個工時是定義的，所以不可能比照一般的勞工的每周 40 小時。所以不管是加班費還是人力缺口，都不可以用 40 小時去算。
- (2) 第三點配套措施之開放醫院，應先釐清開放醫院是什麼？如何達到開放醫院，例如修正什麼法規、怎樣具體規範等。另為何要推動開放醫院，跟勞基法究竟有什麼關係，應先澄清，是要像美國制度，診所醫生可以把自己的病人帶到大型的醫學中心自己 care，或是讓診所的醫生是來醫學中心值班，兩者方向可能完全不一樣。光看這一項配套措施，不太了解它跟勞基法究竟的關係在哪裡，為什麼一定要有開放我們才有勞基法，沒有開放就沒有，這個好像不太清楚。

十二、台灣醫學中心協會

- (1) 它的概念就是跟美國一樣，醫師並不是受雇於這個醫院的，醫師跟醫院是合夥的關係，醫師把病人帶到醫院來，利用醫院的設備或者是床位甚至是其它的人力資源來照顧民眾。另外在美國的支付制度，open system 的保險支付是醫師跟醫院切開，這可能要再看台灣是不是有這樣的一個條件。但最重要的是，醫師不會受限制在單一的機構裡，例如他本來在診所，可以把他的病人帶到醫院來，他可以延續性的照顧，在醫院甚至可以跟其它的醫師形成 team work 一起把病人治好，治好了以後再帶回自己的診所去繼續 follow up，讓醫師在執業過程中有彈性。
- (2) 除了支付制度外，還有一些法規或是醫師執業登記法規要跟著做一些調整。

因為目前醫師是限制在一家醫療機構裡面，如果到其它的醫療機構就變成支援，支援就有一些限制，包括家數的限制，還有事前報備、時間上的限制，這些法規面統統都必須要調整。

十三、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

關於為什麼會提開放醫院這個配套方案，依熊昭所長的研究報告，在幾次的專家座談裡所談到的開放醫院概念，比較不是開放合夥的意思，或者走回頭路到美國的方式，而是在地區醫院或者區域醫院型態底下，如果他們的夜班醫師不夠，也讓 GP 能夠進到他們裡面診所來，包括醫學中心如果外科醫師人力不夠要開急診刀，也可以由其它在基層執業的人回來的意思。所以不管是日本或者是在英國，都有所謂的 Agency 在處理，哪些醫院哪些時間有出缺，只要有一些閒置的人力，不管是女醫師，或者是出國讀書的醫師，或者是讀博士班的醫師，能夠過來支援。

十四、台灣醫學中心協會

現在醫院跟醫院之間就有很多的聯盟、結盟或者是合作。兩個大醫院跟中醫院或者小醫院之間，醫師可能到區域醫院或者是地區醫院去協助，可能原來登記報備是禮拜一跟禮拜三，臨時病人有狀況，我要過去照顧這個病人的時候，因為事前沒有報備，不在我的時間內，我就過不去，我如果過去的話就違法。所以這個部分必須那些限制條件必須稍微做適度的開放。

十五、中華民國區域醫院協會

- (1) 開放醫院目前支援問題不大，因為電腦就可以報備了，問題是健保給付層面有問題。開放醫院在台灣其實技術問題不大，現在到處都可以去支援，只要同一時間不要在兩個執業點，或者兩個地方距離 30 公里，10 分鐘前在那邊看，10 分鐘後就在那邊開始看病人，這樣太不合理。
- (2) 另外還有 care 病人的一些給付的問題，如何給付？如果一定要健保付給醫院，醫院再給醫師，兩個 combine care 是不是健保可以給付？另牽涉到總額，總額之下，醫院不願意開放 open system，因開放越來越多的人來我醫院看病，但我拿到錢是固定的。好的醫院不願意開放 open system。

十六、陳分組召集人昱瑞

- (1) 我觀察到，任何國家的民眾醫療行為都是隨著給付的方向走，而病人都隨著能夠得到方便的醫療服務方面走，價格最低最好，也就是說我們醫療行為會成為現在這個樣子，都是因為制度。
- (2) 病人方面，應該讓病人知道醫療成本在哪裡，人力成本在哪裡。醫院方面也是一樣，醫學中心的重症給付應該好一點，輕症的不給或者給付不好，只有朝這個方向走，行為才會改變。

十七、滕西華委員

- (1) 上次開會有說要先給我們背景資料，不但沒有先給，今天提供的這個背景資料，除了住院醫師工時的獎勵辦法、健保家庭醫師制的試辦計畫等等法規之外，到底什麼跟醫師納入勞基法有關？也就是說我們要討論這些主題裡面，包括第四項—受雇醫師納入勞基法對民眾就醫的影響，這是前提，並沒有評估，究竟這個影響的具體想像是什麼？如果我們沒有具體的想像，怎麼有辦法討論具體的解決配套。
- (2) 這些資料全部都是配套方案的內容，跟醫師受雇醫師納入勞基法之間的關係、究竟衝擊了什麼樣的醫療服務？衝擊醫療服務型態跟供給到什麼程度？例如剛剛提到門診，先評估受雇醫師納入勞基法跟病人門診 15 次之間的關聯是什麼，才有辦法討論民眾就診門診 15 次要不要改變，我們這一組的目的，是要談受雇醫師納入勞基法之後，對所有相關醫療政策的配套，不是廣泛來談分級醫療等這些政策重不重要，而是分級醫療跟醫師納入勞基法之間，我們要解決這裡面跟分級醫療有關的是什麼？又例如醫師人力，應估算現行的人力只能供給民眾服務到什麼程度，政策說一階段連主治醫師都要納入勞基法，但資料沒有主治醫師的工時分析。又住院醫師的工時改善依照今天醫事司的資料，看起來已經達到每周 80 小時以下，目標是要改善到幾小時，所以才需要更積極的配套？應先說明政策目標，受雇醫師納入勞基法之後，住院醫師工時達到什麼程度、主治醫師工時達到什麼程度，因此影響到現行的排班到什麼程度，所以民眾的醫療型態面臨要改變，而醫療型態的改變包括幾種：分級醫療、門診要怎麼改變等。
- (3) 又談分級醫療時，醫學中心家數要不要減少？談醫院的分級醫療，就得講

醫療體系分布，不是只有單講醫療人力，如果醫師增加了，全部跑到醫學中心、基層，還是區域醫院？需有資料才知道分布怎麼改？早上公布的醫院評鑑簡化卻是醫院沒有退場機制，只有合格和待改善，那醫院就這麼多，剛剛提到假性需求跟無效醫療，如果醫院評鑑沒有讓醫院退場，又不知道醫師人力最大的缺口是在哪一個醫療層級，要如何談分級醫療。

- (4) 假性需求跟無效醫療怎麼分辨？需求是我今天在想我想看病，但我沒有去看病，就沒有形成醫療行為，等我去看病的時候，無效醫療跟假性需求有沒有辦法立即分辨？如果能夠立即分辨，有沒有辦法立刻拒絕那個病人？如果能夠拒絕那個病人，能不能不要收？健保不收，那自費的要不要也不要收？整體的醫療體系不是只有健保的醫療供給，還包括自費。但政府一方面鼓勵自費，又要做國際醫療、其它的自費醫療，把部分的人力挪去做自費醫療，整個體系還是不足阿。在評估受雇醫師納入勞基法需多少人力時，如果假性需求、無效醫療出得起錢，都不管醫療是不是必要性，這些綁在一起就很難去解決跟釐清問題是什麼。
- (5) 病人看病 15 次，請用文獻或研究告訴我們那 15 次裡面有多少是浪費的，這跟國家的體制有關嗎？病人看病，怎麼會只有病人端出問題，整個的制度、醫療體系仍然有必須有可以被檢討的空間。每次在健保的會議裡面，這些問題從來都沒有不被提起過，包括這一次醫師的納入勞基法。所以重申我最後的問題，這些資料跟醫師納入勞基法有什麼關係？究竟受雇醫師納入勞基法對於民眾就醫、對於醫療體系的具體衝擊跟影響是什麼？須先知道人力要達到多少目標，才知道每年的人力要訓練多少、醫療層次的分級要不要改變。如果醫學中心的頂蓋破了，有沒有影響？是不是就要有不同的討論？
- (6) 另外，也沒有醫師納入勞基法的成本、風險資料，以及住院醫師納入勞基法或跟主治醫師同時納入勞基法，在工時上的衝擊有沒有程度的差異資料。例如聯合醫院黃院長在推安寧照護跟在宅醫療，如果今天做出來發現要加強人力是在那一塊，那一塊可以靠健保的給付誘因而來補足，才可以用健保誘因阿。又政府算出來的成本是什麼，是怎麼算出來的？如

果住院醫師已經每周工時 80 小時，外科系降低還到達 20%，究竟有什麼理由不能立刻納入，要等到 109 年？只是並沒有看到主治醫師的分析，如果這樣的話，開 10 次會議都不會有結論。

十八、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 社區醫院協會一向的立場就是支持醫師應該全部納入勞基法，但現在主要會碰到的問題是大醫院，因為病人就醫非常自由，政府對病人就醫沒有做任何的限制，所以病人很習慣花很少的錢，可能花十塊錢到大醫院可以買到一百塊、一千塊甚至更高的醫療，所以同樣的病也不願意到社區醫院來看，這個就是現在的問題。對健保來講，在這樣的狀態下就會花更多的錢。同樣傷風感冒的病人，到基層機構可能開一個藥就好了，到社區醫院做一個處理就好了，到大醫院就是全套的深化檢查，可能再加 CT 或 MRI，當然費用也高，健保怎麼能負擔得了這麼高的費用。我覺得根本要去解決這個問題，是怎麼樣回歸到各個層級醫院該有的功能，落實分級醫療已經講 20 年了，到現在還沒有落實，這個其實都是口號沒有實質的效果。
- (2) 包括今天列出來的這些配套，大家都知道這個就是重點，建議衛福部或健保署要有建議的做法，分組才能討論，例如，限縮工時對於醫療體系、民眾就醫衝擊，這個大家都知道，我覺得不用討論，但應釐清對於民眾有哪些的衝擊，對於醫療院所有那些衝擊，我們才能針對這些衝突去想一些對策跟辦法，不然開會就會變成天馬行空。
- (3) 建議幕僚單位應具體更聚焦在某些問題上，例如開放醫院，第一個，開放醫院能解決現在現況嗎？我個人覺得有幫助，因為我們醫院是全台灣唯一幾家有做開放型態的醫院。幫助在哪裡？倒不是幫忙醫師減少工時，而是幫忙去做垂直整合，對於病人轉診有非常好的幫忙，病人能夠轉診，當然就能疏解大醫院的一些病患，對於大醫院過勞這一部分當然有幫忙。所以應該列出很多細項，大家針對這個題目來討論，每一次開會就針對一個項目，把細項列出來，大家針對細項去討論，到底問題在哪裡，我們該用哪些對策，這樣子才有實際上的效益，不然今天列這麼多措施，

每個都討論一下發表一下意見，最後就是沒有結論。第二個，有關參考資料，部裡在研擬草案時或許不夠周全，建議可先開放讓委員或者各界先提供相關意見，大家認為有哪些重點，哪些細節要討論的，可以先提供給部裡做資料的彙整，開會時再針對意見去討論，可能會比較容易聚焦，我個人針對執行方面做這樣的建議。

十九、人力資源分組中華民國醫師公會全聯會劉榮森理事

- (1) 因為今天是列席的身分，我的發言只是代表個人的想法。我個人看法是整個制度的問題，因台灣比較偏向由政府主導，整個制度不是正常發展，完全是在主管單位的主控之下做種種遊戲規則。剛剛委員也提到，其實新加坡比較資本主義化，是開放讓市場去解決問題，而我們不是自由市場，所以會產生這麼多問題，一旦開放以後，很多問題就可以解決。
- (2) 分級醫療上，不能說教育民眾就好了，用道德勸說是沒有用，應該有辦法出來，即使用者付費，基本上大家觀念要改變，就是說沒有白吃的午餐。降低工時以後，工作要有人做，就要增加人力，其實護理人員有一半是沒有在本行，因為誘因不夠，台灣的醫療太便宜，我們要應付民眾的需求，所以漸漸地就會讓利，醫療機構一直在讓利，讓利到一個程度以後已經受不了，所以才會有住院醫師起來爭取工時。主治醫師則沒有在要求工時，因為做了就有錢，所以誰會去要求不要做那麼多，但住院醫師不一樣，不管做多少都是領固定的薪水，所以不得不出來爭取。建議下次要有具體的方法讓大家討論。

二十、人力資源分組儲寧璋委員

- (1) 其實主治醫師方面立即納入勞基法不會有問題，因為大部分的主治醫師工作都沒有超過那麼多時間，真正會有問題，其實是住院醫師。住院醫師基本上目前都集中在醫學中心，因為只有醫學中心有資格訓練住院醫師。熊昭老師的研究提到，如果是 84、68 工時的時候，會有多少缺口，個人覺得是有一點假的議題，也就是醫學中心把住院醫師當做是不可取代的勞力，還是住院醫師最重要的目的是為了學習，目前對於每科的住院醫師，都有明確規定要學習多少、照顧到多少病人，最重要的目的是

要作為一個將來能夠獨當一面的主治醫師，當然在醫學中心裡面的病人非常複雜，而且工作量也很大，這個確實是對他未來是有幫助的。但是如果一個科別的訓練是要 5 年，等他訓練成熟變成專科醫師以後，他將來的職業生涯假設平均 25 年的話，現在為了要滿足醫學中心這些住院醫師，就像熊老師裡面算得那麼多，那等到這些人將來 25 年你要把他放到哪去？

- (2) 目前醫院裡面其實真正的缺口是在第一線的照顧的人力，包括夜間住院照顧，目前我們國家並沒有 hospitalist 普遍在做，可能只有幾個醫院在做比較先驅的一些實驗。所以在人力資源組，我們會請示主席是不是針對這方面做一些報告，因為這也是屬於背景資料，我想給各位做一個參考。
- (3) 前面委員都有講到說很多的配套措施要做到，我想台灣大概是已經習慣過去這樣，但是如果再這樣下去的話，其實大家都會垮掉，不只是醫療系統垮掉。甚至到最後如果醫療系統垮掉的話，那民眾的健康誰來照顧。

二十一、委員 5

- (1) 醫師納入勞基法之後人力的衝擊到底多少，我沒有確切的答案，但這個議題事實上是給我們力量來改不適當的需求，是一個改變醫療的原動力。
- (2) 第一，建議主管機關提出讓「大醫院看大病，小醫院看小病」的方案，這需要擬定相關策略或民眾的再教育。
- (3) 第二，是醫病關係的惡化，這 40 年的高科技醫療及健保的方便性，並沒有改善醫病關係，如果醫師沒有辦法得到民眾的信任，才是台灣需要擔心的事情。
- (4) 我們的確看到有一些事情是可以解決問題，譬如社區安寧，過去六年裡我們收案的病人至少看到一件事情，選擇居家安寧的人，沒有一個人死在加護病房；再者就是健保署在推的居家醫療，的確讓醫師開始覺得被民眾信任。
- (5) 根據統計 2015 年沒有得到適當醫療的弱勢失能族群，全台灣是 67 萬，估計 2025 年用估計是 100 萬左右。

- (6) 居家醫療可以解決失能弱勢的問題，因此也看到醫病關係的改變，我過去認為它好像是一種醫療模式復古化，但最近我發現，它是改變台灣社會人與人之間關係的小小的一步，在我們完全沒有確定計畫之前，我覺得這方向是對的，同時也肯定健保署的努力。

二十二、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (1) 剛剛討論的其實蠻多，大家就把這 10 點裡面的 1、2、3、5 都討論到了，其實蠻有共識的。
- (2) 關於第一點分級醫療，除健保 43、44 條外，我們希望能夠走定率，不要走定額。因為其實大部分的人對於醫療成本的概念，這也是對民眾一個提醒，就是說定額很好的時候，對醫療端來說收費很簡單，可是對民眾面，對於他所應付出的社會連帶成本沒有什麼概念。因為定率是在健保法第 43 條裡面的第一項，所以單方面宣布好像也可以改，這是第一條的部分。
- (3) 第二點關於勞動成本，我們另外一個具體的建議，希望能夠直接修改健保法第 62 條，保險醫事服務人員的人力專章，過去保險給付以醫院或診所為單位，我們認為其實可以分開，就是把人力部分，不管是醫師、護理師、復健師、物理治療師、藥師的費用部分拉出來，免除病人都覺得以藥養醫，我們多做檢查我們就多賺之類的。建議可以研擬人力專章草案出來給大家看。
- (4) 第三點開放醫院的部分，其實就是醫師法第 8 條之 2。第五點社區醫療品質其實跟分級跟家醫制度有很大的關聯。
- (5) 另外有提到教育的部分，我想跟第五點及第一點有很大的關聯。今年 3 月有一個分級醫療研討會，裡面有對於分級醫療和民眾教育的一些建議，國健署或是健保署可能可以有一個在設計上的參考，NHS 有一個 model 可以讓大家看，就是怎麼樣透過網路傳播健康資訊以及就醫資訊，因為現在大部分的人網路的可近性也很高，所以其實也可以去思考這樣。
- (6) 今天的會議裡面，1、2、3、5 點配套措施大家都有發表一些具體建議，或許可以把那些法條直接寫出來，或者其它背景資料再寫上去。至於其

他後面工時或是合理工作量，可能另外還可以評估，下次如果可以有更具體的東西，我們可以討論得更快。

- (7) 至於台灣醫事人力整體的規劃，我們到底要走到歐洲的 SHI 國家或者是 NHS 國家，這其實有很大的區隔，走 NHS 的方式我們就可以比較省錢，走 SHI 的話我們要花很多的錢。健保署在這幾年的努力，大概都是幾乎往 NHS 的方向走，只是在醫療端方面的自由競爭市場上是無法控制的，如果另外在財團法人法裡面規範那是另外的事情。不過我建議未來在開會的時候，可以把相關法條，依據今天結論列出來，然後下次只要宣讀，就進行快一點。

二十三、醫師勞動條件改革小組陳秉暉醫師

- (1) 第一件事情我們要討論的是醫師納入勞基法的衝擊，還有因應這個衝擊設置任何的配套。衝擊是什麼？其實取決於兩件事情，第一件事情是必須要掌握的是住院醫師還有主治醫生也就是各級醫師的工時狀況。在住院醫師部分，我們已經推動很久了，所以衛福部應該可以拿出一些數據，我們直接看那個數據去評估人力缺口。
- (2) 第二件事情是主治醫師的工時狀況，我覺得這個才是最重要的重點，如果在沒有這些狀況之前就去空談人力衝擊，再講後面的配套，根本就太遠了，這樣沒有任何實際的進展，必須要實際地先掌握到這裡面工時的狀況。這裡面的工時的狀況還牽涉到更細部的技術細節，工時的定義是什麼，就要去討論。討論完之後然後去計算工時狀況到底是怎麼樣，接下來我們要決定如果納入 84 條之 1 的話，工時的規範在哪邊，是 80 還是 88？主治醫師是多少，住院醫師是多少，總醫師是多少。有實際的工時標準定下去之後，才可以算出人力缺口、會造成什麼衝擊，如果主治醫師的工時根本不到 80 小時，可能是 40、50 或者是 50、60 或者是 60、70，那要算什麼人力缺口？要做什麼配套措施？所以必須先掌握到醫師工時的工作狀況，然後接下來決定缺口怎麼缺，才可以算出這個衝擊，衝擊算出來之後去看我們的配套措施有沒有辦法因應，沒有辦法因應，那就回頭去討論這個缺口是怎麼樣，後面真的會有出現衝擊的時候，再

來想配套。

- (3) 工時的定義，在主治醫師的工作狀況上面才是會更重要，因為主治醫師的工作內容比較多元。住院醫師的工作內容大部分都在醫院裡面，比較好定義。第二件事情可能跟勞動部也會有相關，就是關於 84 條之 2，因為 84 條之 1 寫說勞動部需要參考會不會損及勞工的健康，去做工時的核備，所以要看勞動部的意思，看說我們架的這個切口，比如說是每周 80 或者是 88 或者是 70 幾，這個工時的標準勞動部接不接受。假如勞動部接受的話，這個東西就是可被操作的。那如果勞動部不接受的話，那就要跟他們溝通有什麼問題。

二十四、陳分組召集人昱瑞

- (1) 部長有宣示一定要做，台灣的醫療大家都知道不是很正常，希望借這個機會可以有所扭轉。
- (2) 住院醫師納入勞基法是一個很好的引爆點，看看我們應該要準備做更好的醫療。大家都很 enjoy 現在的就醫方便、就醫便宜、管理又好，但是大家也知道這是個隱憂，支撐不久，或許消費者或是民眾沒有這個危機意識，所以我們會提出來辦法，稍微扭轉一下。

二十五、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 因為醫師納入勞基法有很大一部分是關於勞基法的法規適用，雖然希望 84 條之 1 做某些項目特別是工時去做某些程度的排除，但建議法制調適組要去釐清，到底勞基法的條文哪些對於醫療行業是有衝擊的，是不是只有工時有衝擊？還有所謂的工時是不是就只有 84 條之 1，例如排除 30、32、36、37、49 條，把這幾條都排除以後就沒有問題了？還是比如 30 條之 1 或者是哪幾條一樣會卡住，如果用 84 條之 1 去排除以訂定工時，例如 80 小時，那每天連續上班是否可以不受 12 個小時的限制等等，須等到法規那一組研議出來以後，我們這組才能研議的政策配套，去做怎麼樣調整。如果勞基法有卡住，一個就是要去修改勞基法，如果不修改勞基法，有沒有行政解釋的空間，然後我們這組想一些行政解釋的配套去幫忙做轉換。所以建議那一部分就放到後面談。

- (2) 建議接下來兩、三次會議，先針對大家有高度共識，就是分級醫療這部分，包括健保法 43 條、44 條或其它的相關的分級醫療的配套先討論，就是怎麼讓倒金字塔轉成正金字塔，這一部分可能健保署就要有一些想法，不是像現在的一些什麼計畫，那個都沒有用，像是做了很多年的家庭醫事計畫、急診轉診，事實上效果都有限。因為分級醫療以後，勢必醫學中心的服務量要減下來，要到地區醫院、社區醫院及基層，那社區醫院能不能承接，基層能不能承接？在減少的過程中間，怎麼樣確保急重症病人的醫療品質，包括健保給付怎麼樣增加給重症的品質給付，讓這些小病的病人又能留下來，這些都非常重要，這些不用跟勞基法扯上關係，就可以先討論。
- (3) 接下來再討論勞基法如果要納入 84 條，底線在哪裡，要配套到什麼程度。例如，如果住院醫師納入勞基法，第一個值班馬上就碰到問題，今天可能是住院醫師值班，那現在住院醫師納入勞基法，主治醫師一樣會有問題。此外，如果還是每周工作 84 小時，就是每天最多 12 個小時，則 5 點到 8 點就要有一個值班醫師，然後 8 點到第二天早上的 8 點還有另外一個值班醫師，這部分要不要做相對的檢討？可以延長到多久？14 個小時、18 個小時，20 個小時、24 個小時還是多久的時間，都要有一個腹案出來，才能針對這個腹案加以討論。

二十六、中央健康保險署

- (1) 第一點，我也認為背景資料還不是非常的明確，例如應提供在假設所有條件沒有變的話，所有受雇醫師納入勞基法、大家都要合理工時，也不加班(即不是用加班來解決醫師納入勞基法人力問題)，究竟人力缺口是在什麼樣的範圍，應該要先有一定程度的概念。
- (2) 第二點，假定現在看病需求(不管是不是有不必要的需求門診次數或住院次數)，若與其他先進國家的醫療配置比較，其實我們的病床數過多，中小型醫院占床率不高。
- (3) 現在國際上大家在想的都是什麼服務可以取代住院，如門診取代住院，居家取代門診，居家取代住院等，這一定是要去想的，因為特別是面對

人口老化社會，這個觀念一定要整個改過來，這個不是只有健保給付的問題而已，而是整個醫療的行為都要做一些改變，所以我們這一組如果真的是要比較有邏輯性地去處理這個問題，當然正確 information 非常重要，然後再衡量甚麼可行策略逐步讓這些資源合理配置。至於大家期待健保在這裡可不可以有某種程度的支付的誘導，這部分健保絕對是可以來做，但是必須政策方向確定，且投入的誘因是足以誘導行為，否則錢下去行為還是不變。所以財務只是手段，要正確地把錢放在對的位置。

- (4) 第三點，非常的同意 co-pay 是要修正，不管是定額或定率，但是 co-pay 的改變就需要政治考量，我們這一組對於 co-pay 的建議應該要提出來，因為它在需求端有一定程度的誘導作用。
- (5) 我的看法是如果我們這一組能夠掌握這幾個方向，委員們可以提出比較好的建議，我們這邊會有比較好的配套。至於現在健保有沒有什麼樣的想法呢？基本上我們認為大醫院的減量是要做的，不管是從醫師的過勞或者是不必要的門診，或者是不恰當的門診，或者是住院，這個部分可能是非常需要的。至於怎麼讓大醫院之病人量可以減下來，又可以留下急重症，然後醫院又可以 survive，這當然要靠很多的智慧來想一想。我一直認為未來我們如果要讓醫療市場能夠正常化的話，負責任的轉診十分重要，轉診交班好，轉診後醫院不必重複檢查，系統才因轉診受益。要推動以上策略，大家要有共識才行，並不是健保有誘因，它就會自動做好，所以必須有共識，才能全面推動並有效益。

二十七、陳分組召集人昱瑞

- (1) 建議本小組可先就有共識項目，包括分級醫療轉診制度、健保法納入勞動成本、開放醫院型態、社區整合照護網絡之配套措施，進行研議，提出建議。
- (2) 接下來可就針對一個議題做深入討論，並且有更深入的資料。

二十八、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 落實分級醫療跟轉診制度之配套措施，建議衛福部跟健保署對於現在新設立的大型醫院可以先做，因為已聽說某些大型醫院在中部或哪裡即將

開業，已準備遊覽車到處去載，對基層醫療有很大的衝擊。對於已經現存的大型醫院要減量當然困難，因民眾就醫都很習慣了，但是對於還沒有收治病人的醫院，衛福部應該盤點並有配套措施，要求依設立目的，例如以當地急診、重症為主，限縮一部分的醫療行為，不要等到醫院已經做下去後，就只能道德勸說。

- (2) 有關開放醫院部分，因之前衛福部在楊前署長時解釋醫師全部都是受雇師醫，全部為薪資所得，已否定開放醫院這樣的概念。所以衛福部應先調整，再回歸到醫師法 8 之 2 條的報備支援，應有某些程度放寬，但部分醫院亦可能因院長不同意醫師出去支援，或要求被支援醫院支付費用。未來在個開放醫院討論時，我可以提供 10 分鐘報告，包括開放醫院怎麼執行、有哪些困難、法令上有哪些問題、醫院內部管理鬆綁等

二十九、 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (1) 不曉得過去有沒有研擬過健保增加醫事人力專章，簽約對象除了醫院以外，改為醫事人員，在英國也是這樣做。
- (2) 另，家醫試辦計畫做太久了，一直在做政策評估有沒有用？政策要做就是要做，試辦只是一個 model，不是一直在做政策評估。如果健保法 43、44 條不解決，後面的東西都不能動，2030 年我國將會有 25% 老年人口，所有醫院都會受不了。

三十、 中央健康保險署

- (1) 採開放醫院之國家其醫療保險的支付標準，最多只拆到醫師費出來，不會連護理費、物理治療費都拆，有一些項目費用本身就是勞力費，不需要拆就知道那個費用應該是給誰。至於 combine 的部分，大概就是拆出醫師費跟醫院費，因為台灣的醫院一直都是以封閉型為主，所以當時健保的支付是 combine 醫院費跟醫師費。
- (2) 配套措施中有一項開放醫院，希望誘導醫院醫師出去執業，讓基層更普及一點。台灣現在一方面是大醫院集中許多醫師在裡面，所以大小病統統看，事實上假定現在真的要推動家庭醫師制度，基層醫師恐怕還不足夠。未來如果制度上可鼓勵開放醫院，讓受雇醫師回到基層，這樣我們

的支付標準就需配合把醫師費拆出來，這也在現在本署的計畫當中，以配合未來如有需要可以配合。

三十一、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (1) 我覺得台灣的 NHI 其實跟英國的 NHS 性質比較像，只是我們的醫院都是大部分都是私人醫院，公立醫院太少。
- (2) 健保實施 20 年下來，醫療勞動條件的惡化嚴重，不止醫師部分，包括護理師也是，衛福部有很多改善護理條件的經費的撥提，其實都沒有回到護理人員身上，所以我們從基層的勞動者出發，既然 NHI 是在建構在 national level 上面，期待勞動人力可以用這樣的方式正確估計出來，不用再做個案，直接告訴我們看這個病人多少錢，例如，告訴我 hospitalist 大概要做多少，給我多少固定薪、做 part time 是多少錢。這在英國已經做 50 年了，不管是護理人員、物理治療師、護佐，都有一套系統可以參考。亦即台灣需要多少護理人力、多少醫師、多少 hospitalist，可以採單軌制或是雙軌制去討論醫事人員專章的部分，以解決目前人力流失的問題，我們訓練了這麼多專科醫師，應讓他留在正確的崗位上做有效率的事情，故在這種資本主義下不得不考慮做人力的專章的思考。
- (3) 為有效開會，建議應在 4 到 6 次會議間，於八月底作成結論，九月初立法院開議前可以完成。

三十二、陳分組召集人昱瑞

- (1) 本次會議討論的內容都是政策性的大決定，最後仍由衛福部決定怎麼做，對於可能面臨的問題我們提出建議，至少讓大家知道大概可以怎麼做。
- (2) 委員所提必須的資料，請幕僚單位盡量收集提供委員參考。

散會：下午 19 時 53 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〉