

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」人力資源分組 第一次會議紀錄

時間：105年6月28日（星期二）下午3時

地點：本部304會議室

主席：張分組召集人上淳

紀錄：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

提案一：人力不足之配套方式，提請討論。

提案二：對於工時下降導致專科訓練不足之因應方式，提請討論。

與會代表發言摘要

一、張上淳分組召集人

- (1) 感謝大家來參與本分組第一次會議。在6月15日「醫師勞動權益推動小組」第一次會議中，大家已聽到部長跟部裡長官提到成立醫師勞動權益推動小組的緣由，以及在我們這個分組需要做的一些事情。今天人力資源分組裡面，司裡的承辦同仁已列出背景說明及二個提案討論事項，請同仁先說明一下。
- (2) 司裡承辦單位訂的提案應該是相當大的 topic，所謂人力不足的配套方式，照提案說明（一），各位桌上是不是有二本國衛院的研究計畫「西醫師人力發展評估計畫」、「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」成果報告。另外（二）所提的「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」，是不是有補充資料。

二、熊昭委員

有關「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」，是不是把4

頁的補充資料發給大家，如果不講的話可能會有一些誤解。

三、張上淳分組召集人

我想要詳細討論前，先把背景研究結果稍微瞭解，方便大家對於後續的配套方式，進行相關討論。其他國外補充人力的做法，上次大會的時候，其實也有委員或是代表提到 hospitalist 制度應加以詳細說明，如果大家看法不一致的話，恐很難聚焦。今天原本要安排相關計畫的主持人到場說明，因時間未能配合，故未能對此制度另加以說明。此外，今天所提的這幾個研究報告都是由國衛院熊老師所做出來的，熊老師是否有要補充說明。

四、熊昭委員

- (1) 我想「西醫師人力發展評估計畫」、「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」成果報告，主要是講內、外、婦、兒及急診專科醫師人力及整體西醫師未來人力評估，是在民眾就醫習慣不變及人口老化的情形下對未來的人力推估，提供大家參考。
- (2) 關於「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」我們看手上這 4 頁的資料，我來解釋一下，這是在開會通知中所引用的資料。本人覺得發的這個開會通知資料，恐會造成誤解，因為研究結果是在一些情境假設下做的，如直接去寫成人力缺口，會造成誤解。醫師勞動條件改革小組一位陳醫師有 e-mail 詢問人力缺口是如何計算的，既然有這樣的疑問，至少讓大家知道怎麼算的。在這個情況之下，等一下也可討論，如果算法本身有些參數要商榷的，希望大家也能夠提出來，才可往下討論。
- (3) 首先，大家看手上 A4 資料的第 1 頁，第 2 頁的標題是寫住院醫師工時如果是 80 小時，可能會缺少之臨床醫療工作時數是多少？如果說人力補充的話，大概是怎麼樣。我們用內科做例子，內科臨床醫療工作時間缺少 10,761 小時，若以 R 補足缺少工時所需人力是 235 人，若以 VS 補足缺少工時所需人力，有三種計算

方法，結果各是 160 人、162 人、167 人。麻煩再看到第 2 頁，就要告訴大家是怎麼計算的。

- (4) 首先，這個是根據 104 年所有住院醫師四千多人寄發問卷，經過很努力的催繳，最後收到一千多份問卷。所以，這個結果是根據這一千多份的問卷所得到的推估。大家可看到問卷樣本數，內科還好是 126 位，但是有些科別個位數的，像是神經外科等等，所以大家也必需要瞭解，在有些推估上面，樣本數有些是不太夠的。不管怎樣，醫事司是請我們用現有的資料，能做多少就做多少，給大家做一個參考，在這個裡面我們有問到一些問題，那些問題請看計算說明倒數第二個欄位，即是問每周訓練時間是多少，我們有問很多項目，住院醫師自己把訓練時間加起來的話，像內科平均 34.2 小時，我們也會問每周臨床醫療時數，內科是 81.5 小時，當然，這不是絕對的，也就是說，當住院醫師在寫這個臨床醫療工時的時候，也包括訓練。因此，每周總工時並不是單純訓練時間及臨床醫療時數二個加起來，所以內科每周平均總工時是 88.5 小時。目前住院醫師數內科是 834 位。
- (5) 再來看到註解部分，我們來看一下，所謂缺少之臨床工作時間是如何計算的？首先，我們把 outlier 去掉，看到內科假設工時上限是 80 小時，缺少的是什麼？我們認為訓練時數就是該有的，不去動這一塊。我們分成醫學中心跟非醫學中心，比如說在醫學中心超出 80 工時的 R 平均工時是 98.2 小時，減掉 80 小時後，就是說如果以後把 80 小時當做一個 ceiling，其結果就是超過的部分。
- (6) 而現狀是什麼，現狀就是內科的 834 位住院醫師，其中醫學中心佔 0.697，非醫學中心佔 0.303，至於 0.718 是指醫學中心的住院醫師所填的問卷，有 71.8%的工時是超過 80 小時，而未超過 80 小時的部分，當然不是問題，將來也不會缺少臨床醫療工作時間。而非醫學中心也有 71.1%的工時是超過 80 小時。這些結果都是根

據問卷的資料來的，例如，內科就是 126 份問卷所做出來的，如果覺得太不合理的話，目前也是除依據問卷資料無其他辦法，因為總是要有所依據，所以到時候大家解讀這些數據的時候，心裡要有一個瞭解。如此我們就算出內科缺少臨床醫療工作時間是 10,761 小時。

- (7) 再回到第 1 頁，若以 R 補足缺少工時所需人力 235 個住院醫師、是怎麼算的？剛剛不是說訓練時間我們認為不應該打折扣，所以內科的每周訓練時間，我們是用 34.2 小時的話。假設以後工時上限是 80 小時，減去訓練時間 34.2 小時，剩下的是可以提供醫療服務的部分，那個部分目前就是，補一個住院醫師的話不能削減訓練時間，但可以做的醫療服務時間大概是 80 小時減掉 34.2 小時，是 45.8 小時，這個時間再用剛剛那個總缺的臨床醫療工作時間 10,761 小時除以 45.8 小時，就是以 R 補足缺少工時所需人力為 235 位。我們每科都是用同樣的做法。（只是最近是否超時的比率下降，或訓練時間要由各學會自定，改變這些參數也可再重新計算）
- (8) 這裡面當然有很多 limitation，第一個是樣本數代表性，經過非常努力催繳，甚至有些是親自拜託住院醫師的主管，但還是只收來才一千多份。大家也知道每科的狀況有些份數真的蠻少的。還有住院醫師填來的時間，這裡可以給大家看一個數據，醫策會也做過是由醫院填來的，不是由醫師本身填來的，這個中間會有差距，由醫院填報的工時會比較低。大家可能會問，醫師自己填的會不會有點誇張，我也不曉得，但我們還是假設住院醫師是認真在填的。另外，還有一個問題，沒有填問卷的住院醫師是偏高還偏低，有一個說法是說，沒有填問卷的住院醫師非常忙碌，甚至平均工時可能比有填問卷的住院醫師還高。我們只能按照這個問卷數據來做推估。
- (9) 關於主治醫師是差不多，大家請看第 1 頁，推估的方式有三種，

三種做法其實沒有差很多，以醫院內科主治醫師的計算，就是每周總工時是 67.32、66.45、64.44 小時，醫院主治醫師沒有訓練的問題。所以，假設都當做工時的話，就把缺少的臨床醫療工作時間 10,761 除以每周總工時 67.32、66.45、64.44 小時，VS 補足缺少工時所需人力分別是 160 人、162 人、167 人。把計算方式讓大家知道，如此對後面的討論應會有幫助，謝謝。

五、張上淳分組召集人

謝謝。對於熊委員剛才的說明，在座的各位有沒有什麼要進一步請問或釐清的。

六、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

想請問熊老師，這個問卷填過來，每一份的 standard deviation 標準差是不是滿大的？還是很集中？因為資料中看不出來，比如內科有 126 個樣本，他們填出來的 variation 是如何？。

七、熊昭委員

是。這個問題非常的好，基本上 variation 還是大，分布不是很集中的。但剛剛已經有講一件事情，我們知道有這個問題，outlier 都拿掉。

八、醫師勞動條件改革小組張閔喬同學

- (1) 熊委員的確講了很大一部分關於這份研究的計算方式，那醫勞小組想在這邊想做一下回應，就是我們認為實際的狀況可能不會如這份報告所提出的人力缺口還要大。首先，訓練工時是跟我們其他工時無法做那麼嚴謹的分割，我們在很多地方是包含訓練工時，這個部分熊老師也有說過。再來我們認為說，在這份我們醫勞小組在會前意見中有提到，住院醫師即使納入 88 小時之後，我們還是有替代人力去補貼這樣的缺口，所以這個人力缺口不會有像議程所列如此驚人。
- (2) 熊委員的確講了很大一部分關於這份研究的計算方式，那醫勞小組在這邊想做一下回應，就是我們認為實際的在醫事司所委託的

「住院醫師工時改善計畫」的研討會中，也有提到目前住院醫師單周平均工時是 81 小時，超過 88 小時的百分比只有 22%，所以表示，現實狀況並沒有像這份報告所指出超過 80 小時 71% 這麼的嚴重。最後一個是，因為剛剛有提到，訓練工時沒有辦法去做分割，如果我們以這份研究的狀態來看，做了一個分割的話，我們可以瞭解到不能被壓縮的訓練工時越長，那麼，我們所算出的人力缺口就會越大。事實上，我們不能被壓縮的訓練工時，可能沒有那麼長，所以，人力缺口應該沒有那麼大，這是我們醫勞小組對於這份研究報告的回應，謝謝。

九、熊昭委員

我很快回應一下，第一點，蠻高興他們提出來，這樣也可在今天這樣的場合，希望大家一起思考訓練工時怎麼計算，其實還蠻複雜的。因為我被告知，有時法院在判一些案例的時候，關於訓練工時這些狀況，常常會有一些爭議。大家需要集思廣益怎麼算比較好。但想也知道訓練工時不要用剛剛那樣的計算，而是如果我們的醫界的各科都有一個他們覺得該有的訓練工時，我們就可據以算出來。今天想知道的是，大家覺得有那些合理的參數，我們再重新計算都沒有問題。

十、醫師公會全國聯合會劉建良理事

同意醫勞小組針對醫療工時跟訓練時間很難切割的發言，因為事實上醫療這個行業是師徒制，特別是外科體系，例如跟刀，是訓練也是工作，有時候重疊性還是蠻重的。因各科情況不一樣，今天也很難提出一個比較精準的建議，所以比較建議，最後做出來的計算結果，應該要一個 range，而不是說多少就是多少，大家可以再集思廣益來思考看看。

十一、郭耿南委員

- (1) 從教育觀點來看，其實我們在算，將來那一科的醫師會缺少，我是覺得應該要看我們國家的 disease burden 在那裡，這些

可從健保資料庫、人口老化以及醫師年齡老化去評估統計。婦產科醫師平均年齡最高，將來可能最會有問題。

- (2) 另外一個，我們講到住院醫師的人數推估，住院醫師是被教育訓練的一群，也有醫院服務的功能，我是覺得不要用如報告的住院醫師需增加 902 位、增加 2,080 位來算，增加醫師人數應以整個國家需求來看，而不是住院醫師人數計算。那我們怎樣來看住院醫師，住院醫師是要當被訓練的一群來看待，服務也有，但是中間的平衡問題，大家要拿捏的準一點。所以這種算法，以我的觀點來看，是比較有問題的。

十二、熊昭委員

- (1) 剛剛提到醫師年齡層的問題，在報告中都有考慮，我們本來就是用健保來算 disease burden。另外醫師也在老化當中。例如到 2022 年那時婦產科醫師有一半以上是 60 歲以上。
- (2) 回到住院醫師這塊，訓練工時這個部分是馬上可以改的，看要如何訂定，我們跟著改。而 variation 在各種不同情境之下，低、中、高推估都可做，其他像是替代人力也是今天重要的討論。

十三、台灣醫院協會吳志雄常務理事

剛剛在談住院醫師訓練時數是非重要，因為扣掉訓練時數後才是工時，訓練時數如果給住院醫師填寫誤差會很大。我們已實施 RRC，就是授權醫學會執行住院醫師訓練規劃，也因此我們讓住院醫師集中在醫學中心，未來區域醫院將少有住院醫師。既然授權醫學會執行 RRC，應該讓醫學會統籌評估住院醫師訓練時數，清楚地算出住院醫師要受訓練的時數。訓練時數由醫學會提供，尤其是 RRC 委員提出估算，而不是住院醫師自己憑想像估算，會有比較精準的算數字。

十四、張上淳分組召集人

不過這個調查只是看現況的時數，將來理想的訓練時數要怎樣，

也許在第二議題可以一起討論。

十五、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 熊老師的研究或等下要討論都是 under 在現況，目前醫療服務量每人每年 15 次的門診，在現況之下所衍生可能人力不夠，但台灣每萬人口醫師數全世界的比較，其實我們不低，事實上表示我們醫療服務量太多了。今天與其把人力缺口補足，讓每萬人口醫師數超越世界其他國家，那又變成台灣奇蹟。這中間怎麼把醫療服務量減下來，讓我們現在的醫師是可以處理的，我個人覺得可能要朝這方向去思考，如果在現有服務量不動，去用各種替代人力補缺口，這樣真的是台灣奇蹟。
- (2) 我個人建議我們也可以討論一下，這個服務量是不是在我們這個人力需求必需是很重要要去考慮的，勢必要把醫學中心、區域醫院這些超量服務的單位，用什麼樣的政策跟民眾引導，例如，部分負擔，半強迫的讓民眾推行分級醫院，把上面的病人，疏解到往下走，或許這點也可以列入我們討論的議題之中。

十六、張上淳分組召集人

現在稍微打住一下，剛剛熊老師有講到寫說明的時候太精簡，只將整個研究報告抓其中一句話來說，會造成很多的誤會。在這裡要謝謝國衛院熊老師所帶領的團隊，很努力的去做了幾個研究，雖然他們很努力地將各種可能影響因素納入考慮，不過實際上仍有很多因素難以控制或精準掌握，因此剛才有說過，大家也知道這些研究有它的 limitation，對結果要小心解讀。

十七、熊昭委員

剛剛朱監事長所提的問題，我們在報告裡都有提到，如果不在分級轉診的醫療體系下，改變民眾就醫習慣情形，人力缺口無法補起來。

十八、張上淳分組召集人

另外，剛剛郭教授有提到，醫師人力足不足應該看 over all，

而不是 focus 在住院醫師。住院醫師應該是在訓練階段，為了將來的專科而去培養、訓練他們。住院醫師當然一方面接受訓練，一方面也提供醫療照顧服務，對於我們過去在中、大型醫院中都要由住院醫師在第一線做醫療照顧服務的習慣，加上過去台灣中大型的醫院床數大量增加，如果全部都要靠他們提供第一線服務，當然會不足。所以，怎樣去改變這種傳統的服務模式，或是說整體的醫療運作模式要加以改變，例如住院醫師的替代人力幫忙進行醫療服務等等，如果有辦法適當進行的話，就不應該 focus 在住院醫師要增加多少此種議題上，因為住院醫師每年增加多少，就代表每年主治醫師會增加多少，我們到底需要多少主治醫師，才是真正要去著重的。

十九、郭耿南委員

- (1) 在補充人力方面，其中有提到 physician assistant，這個制度是不是要有立法通過，因為之前我在國衛院做一個開刀房助理方案，和所建議的醫師助理訓練差不多的 program，但未通過立法。
- (2) 另外，我要提到專科護理師，因為專科護理師是醫療工作非常好的協助者，也是醫師的 partner，但是專科護理師的學歷應該要能 upgrade，像美國的專科護理師都有 master degree，在台灣有些則是醫院自己訓練的，所以，衛福部可能要有一個統籌計畫，對於專科護理師資歷及訓練要如何訂定，如何 upgrade 專科護理師自身能力。

二十、張上淳分組召集人

- (1) 現在拉回來這個主題，就是說住院醫師將來會有工時限制，限制以後，在醫院裡面的醫療照顧，顯然不能如過去一樣，讓住院醫師無限制的去第一線醫療照顧服務，若是這樣，住院醫師的工時一定不可能少下來。所以，應該要有其他的模式，並且住院醫師不是說今年要增加就能馬上增加，就算要增加醫學

生也無法很快應付近年住院醫師工時要適當受限的狀況。所以，應該還是要用其他模式，不管是利用 hospitalist、專科護理師或者是醫師助理等等制度之建立或擴大，這些在今天的會議上大家可提出各式各樣的建議。

- (2) 上次會議部長提到大家可以是 unlimited 的提出建議來討論，大家覺得什麼樣的方式是最好的，什麼樣的方式可以來幫忙整個醫療體系，就可以提出建議，包括若需要去立法，衛福部就可以在大家的支持下，想辦法去立法，去進行大家經過討論而建議出來的事情，包括前面各位提到的各種可能方式。

二十一、翁文能委員

- (1) 回到提案，人力不足之配套方式，我上次有個建議，就是要先決定工時。我是覺得先談住院醫師，受僱醫師是後段。有住院醫師的工時，才知道接下來的配套。剛剛有提到 88、80、78、68 工時，這些都有國家在實施，想請問醫改小組希望從多少工時著手，一旦決定就應該嚴格執行。剛才吳院長提到由學會來訂，我是反對，因學會的成員本身就有部分是很喜歡工作，過勞的人，到時候很難訂定，因為意見太多。
- (2) 我覺得提出一種工時，而且在國外已經實施的，當做 model，再來修改比較快，看是要 88、80、78、68 工時都可以。德國是 68 小時我知道，德國的醫師是一萬比四十，我們一萬不到二十，所以大概先要有一個想法，那其實提 68 工時我也不反對，因為我是管理過醫院的實務者，只要任何的工時制度提出來，醫學中心跟區域醫院都會想辦法因應。
- (3) 所以我是覺得先訂出一個工時制度，我們就想辦法來執行，如果這個制度有任何國家執行過，我是覺得可先訂 88 工時，假如覺得這是我們可以接受，我們就嚴格地執行。那大家覺得 88 工時太多了，沒關係，就 80 工時，甚至 68 工時都可以提出來討論，因為你提出來，醫院提出相關的配套。

- (4) 剛剛有提到 hospitalist，我們醫院 SARS 的時候，就做 hospitalist，因為那一陣子內科醫師較少，當時我們曾有五個病房，現在我們還保留一個病房，所以我們的制度都還在。
- (5) 至於 NP 也是一個幫忙的人力，我看你們的 NP 替代人力也算過了，NP 的人力，不一定這樣算，但是沒關係，醫院可以因應，先提出一個假設，我們去算一下，有住院醫師工時，才有後面的配套。
- (6) 法制調適組說現在法律都有，我們如未訂新的工時，他沒法去改法規，包括 84 條之 1，上次會議也提到說工時上限最長是 288，就是大樓的警衛。醫師是又勞心又勞力，他們說是警衛是勞力，所以才能適用 288，理論上 84 條之 1 不能低於 288 一個月，所以我們如果是 88，是早就超過了 288 工時上限，68 低一點點，78 很接近，這是勞基法可以接受，所以還是回到原點，大家先提出一個，再來討論。住院醫師跟一般的主治醫師、受雇醫師是不一樣，受雇醫師是已經成熟的醫師，住院醫師是在訓練當中，是一個傳承的一個 group，不能完全當作人力計算，但是因為他在工作過程中學習，這個工作算人力也占很重要一部分。所以我是覺得先提出一個工時的 model，我不知道兩位的想法怎麼樣？我想聽聽看。

二十二、醫師勞動條件改革小組張閔喬同學

大家好，這是我們醫療小組想要做的事，我們希望確認內科醫師是否納入勞基法，然後 88 小時的工時規定是有可能的。再來因為外科醫師的部分有非常複雜的計算，像是周工時、月工時，那這樣子我們想要請問老師能不能夠接受，譬如說連續工時上限有個 16 小時或者是 32 小時的規範，那我覺得這可能我們會往這部分去討論。

二十三、翁文能委員

- (1) 我是覺得，不要把外科醫師想得那麼神聖，我也是外科醫師，

有時候外科醫師當自己是神一樣，一開刀都覺得只有他才能開，其實，外科是一個團隊，你如果訂出工時，就會有配套，例如，我們勞基法規定最多只能延長至 12 小時。護理人員就是這樣執行，可是我們現在的 88 工時延長 32 小時也可以。未來那是不是可以？各位如果覺得不可以，我們就來談不可以的，是 12 小時，或者 16 小時，或者是 8 小時可以，但是如果是 8 小時的時候，交班次數就會越多越沒效率，也容易出病人安全及醫療的問題。這是大家都承認的，但是你也不能說，那乾脆都盡量不要交班，48 小時交班一次就好，那也不行，因為超過勞力，容易出現問題。

- (2) 醫勞小組的代表，在你們的研究中，也找出反駁熊老師的論點，表示你們也下過工夫，我們來談，提一個工時的 model，再來談細節，修改法規不是改醫療法，就是改勞基法。勞基法最多是一個月的工時上限只能 288，我們的 88 工時早就超過了。我認為修訂法律後我們才能定政策，包括健保制度我們算一算，以及過度醫療也打折扣以後，那我們真正的需要的缺口到底有沒有，說不定沒有，說不定有，我也不知道，到時候要請熊老師跟郭教授再給我們做統計，這是我的發言，謝謝。

二十四、張上淳分組召集人

- (1) 謝謝。這樣子好像今天立刻要醫勞小組的代表說到底要多少工時，也許有他的困難。不過我也要說，因為我們這個推動小組裡面有三個分組，醫勞小組真正的代表是在醫療政策組，今天他們在這裡是列席，我們今天是人力組的會議，所以，是不是可以讓他們在醫療政策組去討論這一個到底應該是要多少工時的議題。
- (2) 我認為今天這個討論題目是說，不管是 88、80、78 工時，反正在現況下，大家看到的就是必需要有一些其他的配套方式，

可能不能說醫院都會適應，醫院都自然就會去調整。

二十五、翁文能委員

醫院現在有二個可以用的方式，第一個就是主治醫師下來增加值班，或 hospitalist。再來就是 PA。但要改新的法律，這個立法院已經試過，都暫時沒有通過。我是覺得先訂一個工時的話，每個醫院都會去試算，醫院發現如果有困難的時候，就會提出來，我是比較務實，希望說我們的工時制度慢慢進入正軌，事實上我們這幾年也進步很多，但是可能還要更進步。

二十六、儲寧璋委員

- (1) 因我是麻醉科醫師，我來自於區域醫院，我是在嘉義市的聖馬爾定醫院，很高興這一次我跟翁院長一起，就是也在那個醫療評鑑的改革小組，我們一起努力過。我想今天第一個，就先跟主席提出一個臨時動議，就是說我們是不是在我們下次有那個整個開大會，就是全部三個小組開會的時候，也邀請 hospitalist 的專家，來整個做一個背景的報告，因為看起來這個好像是一個比較能夠解決人力上面的問題的一種方式。
- (2) 另外我想再講一下就是說，其實我剛剛講到就是醫學，住院醫師他們在訓練過程其實是要成為一個獨立的主治醫師，這個我在上次開會的時候有講過，所以基本上就是他們的訓練時數，各醫學會都有訂出規則，而且現在都要有登錄的制度，所以如果他在訓練年限之內，例如，我們現在有些 4 年或 5 年，他能夠完成訓練，而且他有適度的工作經驗的時候，也通過專科的考評時，這時他才能夠拿到專科醫師。如果他在這段時間，就是有一些是女性的醫師，她可能結婚或者生孩子，中間會有一些暫停工作的時間，這時候她的訓練年限有可能因為她登錄的訓練時間沒有達到各專科醫學會的規範的話，那她的訓練自然就會到延長了，可能就要到幾年。基本上，我們還是要把住院

醫師當做是一個他在訓練階段，在這個階段，他是要成為一個將來能夠獨立去服務病人的一個醫師。

- (3) 未來他的生涯的年限可能有 20 幾年到 30 幾年，我們的國民現在越來越長壽，我們是希望這些醫師，就算過了 65 歲還能夠繼續為大家服務。現在我看今天討論議題，都只有講住院醫師，沒有講主治醫師，表示看起來主治醫師如果要整個納入勞基法，其實應該已經是沒有太大問題了。只是說在人力缺口上，這個東西怎麼樣補好。
- (4) 我因為看到今天有健保署的長官在這邊，其實這個議題跟健保會有關。健保開辦到今年已經 21 年了，中間有兩波變動，第一波是開業潮。為什麼開業？因為開業有可能對於醫師來說，是一個在獲利上面會比較好，因為在醫院可能因為評鑑制度，值班越來越辛苦，他會發覺沒有開業的好。當然，開業其實也沒那麼輕鬆。第二波有可能是某一些科，尤其像小兒科，他們在值班上的規定，也是受到醫院評鑑的嚴格要求，所以就變成有很多人都流失。熊老師的二份的報告，我上次已經拜讀「西醫師人力發展評估計畫」研究報告，非常有參考價值，這次我看到這個「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」研究報告，有更詳細的各科人力的研究。
- (5) 在「西醫師人力發展評估計畫」研究報告中，講到神經外科醫師，為什麼會那麼辛苦？因為神經外科醫師目前來說是一個人才羅致困難科，大家都沒有想到要進到這一科，因為將來出路不好。

二十七、委員 1

- (1) 我只有一個小小的問題就是說，大家一直談住院醫師要多少人力，主治醫師將來也是要列入勞基法這個問題。但是大家都不談財務的問題。
- (2) 我想這個問題不是說今天醫院就可以因應了。因應的一個前提

之下，大家全面減薪或者是變公醫制。就是說如果是 88 小時，其實人力應該都有規劃，但也要談財務的問題，能承擔這個財務的負擔，這一點大家要好好想一想看。

二十八、翁文能委員

我同意，我剛才說的因應，是說醫院會提出它缺多少財務跟人力的缺口，我們先要訂出一個時間，醫院才能提出因應訂定財務規劃。我所謂的因應，就是包括財務面。

二十九、張聖原委員

- (1) 剛剛聽到諸位的發言我有幾個根本的疑慮，就是我們決定工時幾小時，立法院就會同意幾小時嗎？還是說已經有一個大致的框框出來了？所有的醫師都要納入勞基法，有沒有一個工時的框框，跟現在勞基法的規定中有差距，立法院跟衛福部都可以同意跟支持到嗎？因為剛剛翁院長的發言，我基本上很支持，但是只有這一點我不是不支持，而是我有疑慮。如果大家提說我們說 54 小時人家就同意，我們說 84 小時人家也同意，是有這個彈性在嗎？還是說已經有一個 ceiling 擺在那裡。
- (2) 第二個就是剛剛委員 1 說的，能不能有任何一個單位，替衛福部去計算一下，對於醫院的財務衝擊大概到什麼樣的程度，當然不會很精準。如果要算這個東西就有幾個前提了，今天有健保署的人在，健保費率會不會動？會不會有人說我以前交這麼多的錢的 service，現在怎麼減了？我以前第二天就可以開刀了，現在要等三個禮拜才開刀，我還要交這麼多健保費嗎？健保費會不會減，如果費率不動，這個總額是不是健保署可以承諾？因為你將來工作量減少了，醫院的服務量減少了，健保的給付是會隨之減少呢？還是鎖定這個總額。有沒有這樣子的前提在？我個人不是說一定要有或者是沒有，我是說這個恐怕要有一個很明確的決定，否則你談下去就會變成吃飯不知米價的問題，我絕對呼應剛剛張院長。所以說財務是一個很現實的問

題，財務就會影響到你醫院的運作、醫院的行為。

- (3) 剛剛郭教授一直非常擔心年輕的住院醫師訓練品質，我想我們都很了解，我也就沒有贅言了。我們有沒有人想到接受醫療的民眾，對於這種行為的改變的接受程度？如果說你的整個的醫療量會相當程度的減少，那你大概在優先次序上，一定是急重難要先照顧好，因為這個是危及生命。民眾對於這樣子改變的接受程度有沒有需要做一點什麼事情去 announce，因為我們醫師納入勞基法是一個進步的行為，所以很多東西必須要搭配，你可能認為過去的方便性，那你以後的方便性要打折，在某些情況之下不危及你生命的情況之下等等類似的情況。
- (4) 剛剛這個朱監事長說醫療行為應該有很大的改變。我完全同意，如果能做得到的話。但這個沒有想像中容易。我 10 幾、20 年前就聽到很多的前輩，教授就說我們一定要對所有台灣的居民要有所努力，讓他知道醫療是怎麼回事，醫療的行為要改變是根本，20 年來我們看到很多人努力，結果呢？這個不是那麼簡單的事情。說我把需求量減少就減少了。如果要減少，只有像剛剛你講的你有很多的措施強迫你減少，這個我們民眾會接受嗎？民眾會認為這樣的改革是醫療的進步，還是醫療的退步？我都沒有答案，只是說剛剛在討論中，我覺得這幾點可能要被納進去一併的討論，那麼出來的結果才會比較周延些。

三十、張上淳分組召集人

謝謝。第一個問題司裡可以說明一下這個工時目前訂定的狀況，之前當然已經聽過說衛福部已有一個目標，但不知道最新的狀況是如何。

三十一、劉玉菁專門委員

- (1) 我就剛剛張委員所提的問題，就我所了解先做初步的一個說明。就我們所知，應該是說勞動部對於這些專業人員有一個列表，看起來列表中本來不適用的都一一排除、都已經納入

勞基法，現在就剩醫師還在那個排除適用勞基法的列表名單上，這是第一個。所以如果我們現在說醫師要納入勞基法，意思就是說其實是要從這個列表上排除這個專業。納進來以後，但是醫療的專業是非常特殊的，以勞基法現在來講，它還保留了 84 條之 1，也就是雇主跟受雇人的約定工時，這樣的一個機制來針對所謂的責任制或者是一些特殊行業的情況下，雇主可以跟受雇的員工以書面約定說我們的休假以及總工時，我們兩邊談好要怎麼樣，然後把這樣的書面約定報到當地的勞工的主管機關。

- (2) 至於總工時的部分，目前林部長政策上的宣示，就是說，我們如果真的納入勞基法，初步可能還是要從 84 條之 1，先從約定工時開始做起。因為現在勞基法除了約定工時以外的單周 40 小時、休假的規定，我們是沒有辦法來適用的。但是可能我們會在方向上也會跟各醫院講說，我們還是不要有各醫院的作業差異很大，比如說，也許 A 醫院可能就跟這個醫師談的是總工時是 100 小時。我們怕醫院間因為沒有一個時數的一個方向性，所以目前我們是先用 88 小時，按時程的進展會逐步的縮減，我所知道的政策上是這樣宣示，而且是中期目標會把所有受雇的醫師，也就是不只是住院醫師含主治醫師，只要在醫院裡受雇身分都會納入在剛剛講的這個勞基法裡面。

三十二、張上淳分組召集人

聽起來目前部裡面還是將上限先訂在 88，當然我也有聽過一個說法，既然 84 條之 1 是可以談的，會不會不同科談出不一樣的結果，這個我也不知道。

三十三、中華民國醫師公會全國聯合會劉建良理事

- (1) 第一個，先講到訓練，剛剛吳院長講到說應該可以讓各醫學會自行去計算訓練的時數，我贊成這個看法，因為我是外科

體系的醫師，我們看那些開刀很厲害的主治醫師，都是住院醫師時代非常積極地在學習、不計較。如果說真的將訓練的時數減少，在師徒制度之下訓練不夠的話，將來訓練出來的醫師，特別是外科體系，技術到底會怎樣，令人擔心。所以，我覺得這個訓練時數是有必要由各醫學會自行決定是否須適度調整。

- (2) 第二點，剛剛翁院長有說即使 68 小時工時醫院都可以因應，我覺得財務倒是不是最困難，最困難是我們沒有辦法去控制年輕的醫師走那一科。如果這樣下去的話，可能住院醫師不管 3 年、5 年，都會走比較 easy 的科別，因為如果選那些五大皆空科，升主治醫師之後，可能他就要下來值班，導致他們不敢去五大科，而會傾向選擇那些比較輕鬆，不需要值班的科別，這樣的話，醫院再怎麼因應也找不到人，所以會崩盤的，而且如果說整個人力缺口那麼大的話，剛剛主席有提到非常對，政府的方向就是一定要配套措施，包括現在的 NP，他的工作職責是不是在沒有疑慮之下適當的擴張，不然的話主治醫師、住院醫師工時都減少了，薪水少一點沒關係，錢不是問題，而是這些人力的缺口要怎麼補足，這才是比較重要的。
- (3) 最後一點稍微提到 hospitalist，這個 idea 是不錯，但是除非制度設計的很好，否則不一定能找適當的人。比如說，現在急重症評鑑要求加護病房都是外科醫師自己照顧，現在要專任，但外科醫師不願意自廢武功都不開刀了，就只鑽在裡面，所以都是內科體系的醫師來當外科加護病房專任主治醫師，hospitalist 將來也可能是這樣。而且照顧病房病人可以用 hospitalist，但是手術的醫師就無法以目前 hospitalist 的概念去解決。謹就這些面向，稍微做個提醒。

三十四、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟姜冠宇醫師

- (1) 我這邊講一下自己的想法。剛剛感謝長輩分享他自己的意見。可是就針對說所謂剛剛長輩提到說民眾接受度這個層面的話，我覺得就是跟社區醫院協會的代表一樣，我覺得那個只是需要教育民眾的部分。我們要永遠知道說我們這個會議它的初衷到底是什麼？是要補足所謂的人力嗎？我想只是跟各個行業把底下員工當成工具來看是一樣的。
- (2) 我們今天這個會議為什麼說要討論醫師人力的分配，這一切原則是建立在醫師的執業安全之上。所以，我們在討論關於醫師的訓練品質的時候，永遠不要忘記最近才發生過的陳醫師的事件，比如說之前發生蔡醫師的事件。那醫院的成本你說經營會有困難，但是我想這還沒有把所謂損失掉一個醫師的時候所謂職業傷害賠償的這些案例的成本把它算進去，所以我希望大家永遠能夠 keep in mind 這些事情。

三十五、翁文能委員

- (1) 我先補充一下我剛剛說的。我是主張工時不要由學會來訂，但是訓練時數當然是由學會來訂。如果因為工時跟訓練時數有太大落差，可能要再來討論。
- (2) 我在醫院擔任行政主管那麼久，怎麼會不知道 68 工時的影響有多嚴重，但是你沒有把 88、78、68 訂出一個數字，讓醫院去算的話，永遠沒有答案，包括說財務有多少缺口、人力有多少缺口。所以，現在應該是先將住院醫師工時大概訂一個模式出來，主治醫師暫時先不要去改變，有一個過渡期可以因應，我是比較務實，我當然知道 68 工時衝擊多大，但是假如這是我們理想的話，我們願意來試試看，68 工時、88 工時、78 工時、80 工時，當然先從 88 開始最務實，也許一年，然後再來 80，再是 78、68，如果是我能規定，我就是 88 或開始、80 開始。

三十六、張聖原委員

財務沒有困難的問題，但是財務的狀況要讓醫院知道，所以不是困難，因為會有調整，並不是在現在所有的給付通通不動的情況之下，醫院無以為生，醫院會去調整，所以沒有困難。我剛剛沒有講醫院財務有困難，而是說你財務的衝擊要有一個量化的數字，醫院要好因應這個事情，不是困難的問題。

三十七、熊昭委員

剛剛張委員、翁委員講到一個也是很重要的一點，就是它的衝擊。如果說我們訂下工時，醫院總是會想辦法去因應，當然對民眾的衝擊是很重要的。我其實只要給大家講一個實例就可以了，且已經在發生了。因為我們最近剛好在做心理師人力，不管是諮商或者是臨床心理師的評估，知道他們人力是非常不足的，但不足的時候，醫院因為種種因素不會去補人，不會去補人的話，那民眾因為不是 emergency 那種的狀況，所以要等非常久，才可以預約到一個心理師來幫忙解決一些問題。其實這個 waiting 是絕對會產生的。

三十八、醫師勞動條件改革小組張閔喬同學

關於人力缺口的方向，如果能夠知道說內科跟外科性質有很大的不一樣，那在醫療小組這一份資料中也有提出，我們希望外科的替代人力應該是接替 PM off 住院醫師的刀助和專科護理師，以及協助值班的 night float team，來往這個方向去討論，這是我們對於外科醫師人力的看法。

三十九、張上淳分組召集人

不同科的所謂替代人力當然會做不同樣的工作，不同樣的事情。

四十、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 我想是不是我可以也可以請教一下衛福部。第一個就是剛剛專委提到的勞基法 84 條之 1，如果在勞基法裡面宣告醫療服

務它是適用 84 條之 1，那就由雇主跟受雇者自己去研議它的勞動條件，它可以排除你的上限。所以，就會產生，就算衛福部如果只說最高 88 小時，但是醫院就可能談下來 100 小時、120 小時。那個不違法，如果就我了解勞基法，這個是不違法的。勞基法 84 條之 1，它只是排除條款，適用排除條款，就是由雇主跟他自己去訂定勞動條件，但是要雙方訂定。所以，我要請教衛福部是不是說再補充說明一下這一部分，還是說衛福部規定 88 小時之後，就算我適用 84 條之 1，醫院也不能超過 88 小時的工時，這個我可能要釐清。不然現在看起來方向衛福部是希望說如果納入勞基法，是用排除的方式，因為它不知道在前面第幾條就有說，如果說你有特殊的狀況，由主管機關可以宣告它是可以排除。但是我看了 84 條之 1，只是說它排除 30 條之 1 啊或者什麼 30 幾條這些條文，然後由雇主跟受雇者自己去談他的勞動條件，這個可能要請衛福部再說明一下。如果說是沒有限制的話，事實上大家在這邊討論 88 小時，就算很高興大家都討論 88 小時，最後沒有法律約束力這是我請教的第一點。

(2) 第二點，我想要請教衛福部，在你的背景說明裡面，衛福部現在已經在做住院醫師勞動權益保障參考指引，而且也在去年評鑑的時候納入必要條件。那住院醫師參考指引，就講住院醫師工時 88 小時了。所以，可能衛福部也要做一個背景說明，因為住院醫師勞動條件保障參考指引，我記得是 102 年公告的，它已經實施不止一年的時間，前面是建議 104 年評鑑已經納入必要項目，你就一定要這樣做，現況怎麼樣，還是有做不到嗎？還是照翁院長講的，其實現在都已經做到，已經是 88 小時這個沒有太大的問題，這個可能衛福部也要說明一下。

(3) 第三個，就是說我也想請衛福部做一個背景說明。因為大家

在那邊討論了半天，在背景資料裡面說增加專科護理師，專科護理師事實上它的工作範圍已經在衛福部做了某些程度的放寬，包括它在急診的表層傷口縫合，在專科護理師是可以做的，拔除引流管專科護理師可以獨立執行的，這個也要請衛福部說明一下，在放寬之後，它帶來的好處是什麼，補充有多少人力，這樣的放寬是不足，還是需要做什麼樣的調整，因為看起來這些東西都已經在做了。包括各位在講的 hospitalist 這一部分，但是衛福部背景資料也說明已經在做了。既然在背景資料說已經做了，到底它的成果怎麼樣，是那裡不夠，我們才要去檢討。不然變成大家討論了 88 小時，我剛剛看住院醫師參考指引訂定 88 小時，而且評鑑也在評了，為什麼大家還要討論住院醫師 88 小時，那表示它不是強制性，但是在醫院評鑑對醫院來講幾乎是法，因為你必要項目不過的話就不合格。如果是醫學中心，可能連醫學中心都做不成。所以，我覺得包括，專科護理師這些現況都已經在做的，到底那裡不足，我覺得要讓大家知道。不然變成我們在那邊談了半天，結果都是現在已經在做的，我們也不知道現在做的問題在那裡，缺點在那裡。所以，這部分的背景資料，衛福部要先跟我們說明一下。那我們才能針對現況不足的地方，大家再去補強，不然變成大家都討論 88 小時，結果現在已經有一個指引已經有說希望你做到 88 小時，而且 104 年列入醫院評鑑必要項目，這些背景資料，剛剛幾個請教，還有就是對於勞基法不是專委幫我們說明。

四十一、翁文能委員

我再補充一下，事實在上次另外一個會，就有勞動部的代表說我們現在 88 工時，不在 84 條之 1 裡面，還可以適用適行，勞基法他們說剛剛講的 288 是他們的上限，84 條之 1 的上限。所以，88 工時如果進去勞基法，好像他們講的也很清楚，在

共識上不會通過，所以，我才說先訂 88 工時、80 工時，訂出來後在法制調適分組才能去談法律的適用性。

四十二、劉玉菁專門委員

我剛剛也跟同仁稍微詢問一下，就我們理解的，雖然 84 條之 1 是雇主跟受雇者之間用約定工時，但是勞動部本身有一個行政命令，會對行業設一個上限。目前比如說保全業，它是 288 小時的工時，勞動部的立場好像是傾向覺得這應該就是所有行業的最高工時的上限。他們會覺得因為保全業只是看著而已，不是真的很辛苦，所以他可以 288 這樣子。所以，勞動部本身基於保護勞工的這個立場，他們現在的看法是這樣。

四十三、張上淳分組召集人

- (1) 那個後端能不能解決 88 工時，我想是留給部裡或者是另外法制調適組去處理，目前還是先朝部裡暫時的政策希望能談到 88，用 88 的方式去做所謂的我們還缺少什麼東西，要去怎麼樣處理等等。目前還只是提到住院醫師的部分，主治醫師會不會有什麼影響，是另外一個層面的問題。主治醫師要談 88 恐怕就不太容易了，現在是要談住院醫師的層面。主治醫師如果也納入勞基法的時候，也要去跟雇主談上限，主治醫師是否會接受 88，這是另外一個問題。
- (2) 另外，我還是覺得說從現狀大家就知道，當要求達到 88 工時的時候，對很多醫院其實是沒有辦法用住院醫師去 cover，因此就要有一個因應。這個因應簡單講就是要有各式各樣的替代人力，不管是用主治醫師所謂的 hospitalist 下來 cover 掉某一些夜班的照顧，或者是由專科護理師來幫忙，專科護理師現在基本上是沒有夜班的，所以，在白天的時候他們可幫忙 cover 掉某一些工作。這些方式現在都已經在做。因為從過去一直都在朝 88 工時限制的方向走，所以部裡早就已經在推這些所謂的替代人力的方案，除了部裡現在推行的方案

以外，我想部裡之所以會成立小組，當然還是要聽聽大家的意見，有沒有可能有其他的方式，或是現在已經在做的方式中要怎麼樣進一步去改善、或是更放寬某些限制，或是有什麼樣其他的措施，可以讓住院醫師的工時大家都確確實實地可以達到 88 以下，這應該是這個小組重要的任務。當然，我想部裡請大家來參加這個小組，一方面也是有各個層面的代表，希望在你們自己工作或代表的層面上，所看到的問題、所聽到的情況，都可以在這裡提供出來。而不是由部裡的同仁在辦公室裡面想，這是小組各個委員或各個代表要幫忙的部分。剛才各位的發言聽起來顯然是不同的醫院可能面臨的狀況就不太一樣。

四十四、台灣醫學生聯合會黃序立同學

- (1) 今天聽了很多的與會的前輩談了非常多的想法，那這邊有一件事情其實想要問主席或衛福部的長官，就是關於內科系的和外科系的醫師，他們人力需求的不同，可能是導致於他們在工作型態上的差異，或者是在人力密度需求上的差異，他們會有不同的這些工時方面的要求。假如說我們剛剛其實有與會的代表提到，對於內科跟外科他們希望能夠提出不同的工時的上限需求，假設未來我們確實有這樣的需求的話，這件事情不曉得在法規上是不是能夠做得到的，這一點的話不曉得能不能請其他分組的委員能夠討論看看。如果可以的話，希望就是可以將這個意見能夠轉給法制調適分組的委員參考。
- (2) 另外一個也是關於我們今天在這個第二點的時候所要討論的主題，在我們這個主題裡面，其實主要在討論這個補充人力的可能的做法。與會的各位委員其實也提過了很多的方法，譬如說透過專科護理師或者是醫師助理或者是 hospitalist 等等的方法來補充這個人力。在這邊我們想要提出一個問題，就是關於剛剛我們提到這些不同的補充人力，他的這些不同

的職稱，那他們在未來假設都能夠納入法律，或者是在實務上成為我們醫院一個補充人員來源，那想請問一下各位專家，對於這些補充人力的他們理想的分工有什麼樣子的想法。舉例來說，比方說在夜間值班的時候我們可能會同時有 hospitalist 他們是主治醫師，同時也會有專科護理師或者是醫師助理。關於這個主治醫師他應該負責什麼樣的工作，醫師助理跟專科護理師他們彼此應該怎麼樣配合，想要聽聽各位專家不知道有沒有什麼意見。

四十五、台灣醫院協會吳志雄常務理事

- (1) 醫師助理目前仍是違法。在美國醫事人力分成三種，一種是 PA，他們是大學畢業再受 2 年的課，真正在執行醫師助理的工作，第二個是 NSP，等於我們現在的 NP。第三種是 NP，Nursing Practitioner。事實上美國地廣人稀，所以很多地方醫師是不夠，Nursing Practitioner 受過訓練以後，可以在那些地方執業，並不是我們的 NP。我們的 NP 等於美國的 NSP。美國還有一個 PA，但是現在因為上次 PA 提出來的法律沒有通過。所以我們 PA 的胎死腹中，我們現在唯一能夠做的 NP，各位知道 NP 的來源大部分都是護理人員二次轉行，他們除了醫療照顧外，轉到 NP 最大的理想就是不要值班。
- (2) 目前唯一能夠考慮到的替代人力是 NP，而這些人有多少人願意值班？剛剛講不管是 78、88、68 等等，其實我們現在連 88 工時的替補人力都要考慮，不要講到 78、68。現在重要的是我們如何讓 88 工時下，人力制度化。如何讓 NP 的人力能夠過來，彌補住院醫師的空缺？衛福部現在想多招 100 個、多招 200 個住院醫師，其實緩不濟急。另外一個就是 PA 未來有沒有可能起死回生？現行法律是只有某些醫事人員能夠接觸病人，比如說護理可以接觸病人，所以他們可以訓練成 NP。另外若醫技、營養的人員能再給予訓練，訓練成 PA，讓他們

也能夠接觸病人，這樣才能夠增加範圍，要不然 NP 的範圍就這麼大，而且現行 NP 又大部分都是女生，多半具有家庭生活，讓他們晚上出來其實是一個大的問題。PA 是可能解決問題的方法，但目前於法不合，未來可能需要修法才可行。

四十六、中華民國護理師護士公會全國聯合會

- (1) 我們全聯會大概針對這個議題討論了很多，其實專科護理師發展至今 12 年，當中走過非常很辛苦的一段路，如果 PA 再來，我相信不亞於專科護理師的辛苦，更何況醫師助理並無法源的依據，專科護理師從過去爭取執業範圍，到法規寬放到立法通過，其實我們走的很辛苦。這 12 年從過去密醫行為，到後來有一些執業範圍的認同，是經過多少的訓練才成就今天這樣子，並有完整的考照制度跟標準訓練。
- (2) 剛剛我也同意幾位委員講的，未來學經歷應該要被提升，但就今天在談補充人力其實是緩不濟急的。我們今天要談的就是說，針對現在目前的人力缺口，其實護理界也很願意跟醫師共同合作。所以，如果有所謂的專師來協助現場，我們當然很樂見其成，但重點是大家重視住院醫師的訓練，可是我們更害怕的是專科護理師的訓練不足，尤其在病人安全的這一方面，在專科護理師裡面有很多線上的專師在反應，一個住院醫師照顧 12-15 個病人，一個 PGY 醫師就只照顧 6-14 個病人，一個專科護理師卻有人照顧 45 個病人。他們也在談為什麼有醫師的醫病比，為何沒有專師的專護病人比，如果基於安全、有能力他們都願意做，但是必須有一個合法的工作負荷量，還有很明確的執業範圍。那執業範圍剛剛也談到其實立法通過但在執行的過程還是一個很模糊的階段，包括授權的項目在醫師監督之下，我們希望在替代方案相關的人力補充能一併考量，到底專師他的工作跟醫師之間怎麼樣去搭配。剛剛醫學生這邊的代表也特別提到說如果未來在值班的過程，這些的替代人力能做到什麼

程度，與住院醫師還有或者是主治醫師他們之間的工作怎麼樣來合理的分配。

- (3) 至於未來專科護理師沒辦法去輪班的議題，這個只要他的福利跟薪資待遇夠，這個問題其實是可以被處理。因為護理人員都在輪班，他只是轉換一個跑道，有更高的薪水，有更高的社會被肯定的一個位置，我相信這樣是會誘發這些人願意去執行，希望說在這一個替代方案當中，也重視專師的薪資待遇。
- (4) 另外是有關專科護理師考照的部分，目前的考照是一年一次，其他的醫事人員考照一年設兩次，是否這個可以比照國家級的考試，因為有些醫院的訓練時間剛好都來不及考試，如果第一次考試沒有過，培訓完 18 個月之後他就不能再擔任這樣的一個工作，是否也能夠放寬一年有兩次的考照機會，讓培訓到考試的時間不要落差太長，太短的時間他又來不及溫習，是不是用兩次的方式來解決這些，培訓之後的專師他有一個機會可以參加考試。

四十七、張上淳分組召集人

全聯會提出了好幾點很重要的部分。訓練我想當然也是很重要的。適當的工作範圍、合理的待遇等等，我想都是應該的。至於考照一年能不能考兩次，這個建議，就可能要請部裡再考量一下。

四十八、儲寧璋委員

- (1) 我想剛剛大家都有統一，就是我們民眾就醫的行為其實是有一些受到引導，會變成有點過度。其實醫師或者是醫療這一方，有一點在刺激這樣的需求，可是這個最核心的問題大家都沒有去碰，就是說你怎麼去做這個限制，每個人都不敢去碰這個。像剛剛講到專師或者是護理師，甚至醫師要請那麼多，最重要的是這個錢從哪裡來，健保在給付上面的時候，有沒有把這個人力的錢支付進去，很多東西其實就只有從衛材跟藥材的那個

費用來。所以，今天很多是靠衛材和藥材的那個利潤補貼人事，後來就 DRG 實施，它的計算也不是從頭去計算，現在比較流行的一種做法叫做 RBRVS，其實就是用一個你真的用到的 resource，那個資源裡面也包括人力的資源，我們目前都沒有把這個人力資源算進去。

- (2) 剛剛講的那個護病比，護理師工會這邊他們最了解，就是醫院裡面有很多所謂的專師或者他們甚至有各種個管師，他們都是有護理師執照的，但是在醫院評鑑裡面，就只看你整個醫院裡面有多少人具有這個執照，但是實際上是不是第一線在做臨床照護的護理師，他們跟病人的比例是不是符合，其實是在看那個執照在比的。當然我知道今年對於臨床的護理師，他們照護的費用是有提到。但是算一算如果按照那個護病比的理想來看的話，應該是可以到達差不多三萬多塊的薪水，如果這些錢全部用在護理師身上，還有其他的包括福利，看起來這些人事費用還是不太夠。所以，歸根到底，目前在整個結構上面都有問題。
- (3) 我們今天討論到我們這個組其實沒有辦法討論到這麼大，那個是已經更大的整個醫療政策裡面的問題。但至少我們可以做到就是說，上一次部長有提到說到底醫師納入勞基法是要一次階段完全實施，還是說分兩次，分兩次就是說可能有一些保障的事項，包括像工傷這樣子的事情，可能是它可以比較早一點納入。至於工時的部分，可能是逐年，之前講到說是 109 年全面實施，至少還有幾年的時間，可能每一年逐年從 88 開始慢慢調，88、80 這樣調。尤其最近剛剛有另外代表就講到，有加入，急診醫師就倒了，如果是在勞基法裡面，就是符合工傷的補助，目前沒有勞基法，它可能就只是說醫院有自己的一些補助辦法，我想那個對於醫師是不是要納入勞基法，是另外一層的意義，我想今天主要是這樣。
- (4) 另外，還有就是剛剛我們講到有一些醫療是被刺激，至少就我

所知，有一些病患他可能去醫院看了一下病，然後可能很快第二天就已經有電話追過來說，你要不要來做什麼手術或者什麼的，可能病患他自己在考慮，都還沒有辦法去尋求第二個意見，就已經被醫院追過來了。這些東西我想有一個方法可以解決，就是在審核上面，因為目前沒有具名核刪。所以，好的壞的一律把它砍掉，我們知道有一些確實是真的要控制的，有一些醫療支出是稍微有一點浮濫的情況，只是說如果沒有在有效的控制的話，現在目前就是病方一直需求在增加，那醫療方也一直不斷地在增加供給量，到最後真正最辛勞的其實都還是第一線人員。

四十九、中華民國醫師公會全國聯合會劉建良理事

- (1) 我很高興醫院協會這邊有提出 PA 這個問題，剛剛護理師全聯會也提醒說 PA 沒有法源，但是沒有法源沒有關係，如果我們覺得需要，我們可以推動立法。因為想到醫師人力不夠，最單純就是想到由 NP 來解決。NP 目前已有法源與制度，但是剛剛有人提到 NP 不願意值夜班，但是如果給的薪水多一點也可能有人願意。
- (2) 但是有一個最大的問題，我們常聽媒體在講全國護理人力有多少缺口。像我所屬的醫院，也是專師的需求量越來越多，但是我們不敢無限制一直招，因為在第一線工作那些辛苦的護理人力已經是勉強足夠，每次一招考 NP 就有很多第一線辛苦的護理人員來應徵，導致第一線護理人力更加吃緊。所以，我們一定要另求其他管道，像 PA 就是我們也可以規劃的方向，以補足這一塊的缺口，這都是我們應該去思考的。不然的話護理人力需求還是這麼多。如果把它移過來 NP 這一邊，那護理人力缺口就更大了，這是我想提醒的一點，值得我們努力。

五十、中華民國護理師護士公會全國聯合會

- (1) 這個我們也討論過，因為醫事人員的總量其實是一定的，就是

東牆跟西牆怎麼挖來挖去的問題，我也去問過，如果是這樣你們會不會過去？他說還是會過去。現在雖然有照五千多人，事實上有八千多人將近一萬人在線上在當 NP 或培訓中、或未考取。當無照者他合法直接 shift 到 PA 的時候，那現在已經考出來這些 NP 何去何從，情何以堪，而且 NP 經過 12 年也訓練很久了，這些人怎麼辦？未來臨床護理師到底是聽誰的，NP、PA 他們兩個工作怎麼去分工？未來 PA 要經過訓練、考照、訂定執業範圍，要再重走 NP 走過的 12 年，我覺得這會造成人力的浪費。

- (2) 第二個就是說現有的 NP，我同意學歷慢慢一定要去做提升，因為他如果是照顧病人，他一定要跟醫師搭配，這個連護理界都在頭痛也應該要做處理，可是太多的醫院確實在任用的時候，有專科學歷也任用，因為無住院醫師但他要生存，他非要有 NP 來做訓練。所以，我們同意是訓練，因為唯有訓練才能取得現在病人安全的這一段。
- (3) 至於說其他的醫事人員，連心理醫師、營養師人都不夠，再 shift 過去也是很辛苦。我很清楚地是如果這些人都來應徵醫院的 PA，我相信大部分的護理師會被錄取。所以，不會解決現有護理人力移動的問題，因為當時護理界其實是兩種聲音的，是不統一的。後來在這個討論的過程當中，基層就是告訴我們鐵的事實他還是會移動。所以，我們去賭這個其實是沒有意義的，那 PA 的部分即便是你開放了，最後移動錄取還是護理師。
- (4) 剛剛在講的說護理血汗還是一樣有這個問題，臨床不要多頭馬車，盡量能夠單一，讓整個的照顧還有照顧的品質能夠很單純化。那為什麼 NP 走過這 12 年當中這麼的辛苦？其實從立法就很不容易了，當時候有一些侵入性處置的討論，包含縫合是不被許可的，可是事實上他們就在做了，就是密醫行為，對 NP 有什麼執業範圍的保障？如果 PA 再來做，經過 2 年訓練，跟

現在 NP 開放去做訓練其實是一樣要面臨執業範圍的挑戰。我們只是希望說能夠在這一個臨床照護當中不要有太多角色重疊的醫事人員讓值班的臨床護理人員很痛苦，因為他要找誰來 care 病人，這才是我們很在意的。

五十一、張上淳分組召集人

- (1) 這個議題我們是不是先暫時打住到這邊。或許沒有辦法很清楚地下一個決議或者給部裡一個確切的建議，不過基本上大家應該是同意說需要有替代的人力來因應住院醫師需要受到工時限制的狀況，但不是強調說住醫院醫師人力不足。所以，必須要有一些替代人力來幫忙做第一線的醫療照護工作，不管是 hospitalist 或者是目前的 NP 應該是可以幫忙一部分。至於 PA 的部分可能需要再多加討論、再多加研議。
- (2) 時間很晚了，我們很快進行提案二的部分好不好？提案二簡單的說，就是如果住院醫師受到工時的限制，或許將來甚至 88 工時繼續往下修的話，會不會造成訓練不足的狀況？有沒有什麼需要因應的？其實剛才已經有提到，或許專科醫學會都應該要訂定有適當的訓練的內容或者訓練的時數，到底要接受到多少的訓練，在這裡說明二的部分，提到以美國的方式有所謂的學習里程碑 milestone，就是確定你什麼東西都有學過了，最後全部完成學習以後，才可以去考專科證照。這個可能還是要由各專科醫學會去訂定出來。這個部分郭教授有一些意見，請說明。

五十二、郭耿南委員

- (1) 講到 milestone，本來美國的 ACGME，在 2002 年開始訂定六大核心能力，包括病患照護、醫學知識、臨床工作中的學習環境改造、人際關係與溝通技巧、專業素養、制度下的臨床工作。在台灣 3 年多前，我們開始做 RRC 的工作，我們做了一個訓練通則，然後給各個學會按照學科的不同性質去做該學會的訓練

準則，主要的是以這個訓練的品質跟成效為中心，這個成效要怎麼去看呢？美國就是 2009 年開始討論，2011 年開始做，主要在每一個階段訓練，你應該做到什麼程度，以這個六大核心能力按住院醫師訓練系統來做各階層的評估。

- (2) 在這個過程可能有幾個步驟需要做，case log 跟學習護照的登錄，一定要非常嚴格執行，最近我看了骨科的一些 case log 的登錄，長庚醫院的登錄就不錯，我們需要看他做訓練中間有做過什麼、有何能力。而且我們需要每半年對每位住院醫師做評估，在我們通則裡面 9.1 項已經講過，每半年要做一次。但是在台灣的話可能做的還不是很好，這個要加強。
- (3) 另外一個，因為大家現在需要發展模擬訓練，特別是外科系統。模擬訓練其實也在我們 RRC 的這個通則 6.5 項有提到模擬訓練，現在台灣也有模擬訓練的醫學會，在這方面可能需要再進一步來加強。
- (4) 再者，可能本來 RRC 要施行，後來因為有一點爭議所以後來沒有施行，就是說容額比較多的學科在一個計劃內，應該每一年的住院醫師至少要兩名，因為住院醫師要有一定的數目，訓練才比較好，至少有兩個，在訓練中間有同儕學習的機會。所以，我們會建議比較大的科別開始做。如果一年只有一個的話，整天在 on call、工作及服務過量，如有 2 個以上的話，就可以 share load。

五十三、熊昭委員

我有一個很實際的問題想要請教在座的委員，還有醫事司的長官。就是因為剛剛有講到訓練時數的問題，好像聽起來是說由學會去訂嗎？

五十四、張上淳分組召集人

應該這麼說，就是每一周或者每一個月的工作時數，裡面不管是訓練、服務各為多少百分比，反正總時數就是被框在那裡。

至於訓練到底有沒有完成，就是由專科醫學會去訂定，概念上可能不會說，總訓練時數多少叫做完成，應該是該學到什麼東西才叫完成，這樣是比較好的。若只是要求總訓練時數一年要多少，或是要求一周的訓練時數要多少，這種方式應該不是很理想。還是應該依照剛才郭教授所講的，應該要專科醫學會自己去認定，第一年該學到什麼，第二年該學到什麼，第三年該學到什麼，總的學習結束，才叫做訓練完成，這樣應該才是比較合宜的方式。

五十五、張上淳分組召集人

所以在某種概念上，過去所說每周的服務和工作的時數受限的話，訓練的年限是不是要延長，這個說法較不恰當，還是要用有沒有學到什麼該學的內容來講比較容易說服大家。若只是說因為過去一周 100 小時，現在減到 80 小時，就一定要延長多少訓練年限，這樣的說辭不是那麼理想。

五十六、熊昭委員

因為他們年輕的幾位有一個已經離開了，有一個在講話，我來幫他們講好不好？因為他們每次都在說的一件事情就是，他花那麼多的時間，其實要更有效率的學習訓練。

五十七、張上淳分組召集人

對，所以將來的學習到底足不足，應該是看他到底有沒有學到這些該學東西，而不是說因為你的總時數減少，就認定你一定不行了。

五十八、台灣醫學生聯合會黃序立同學

- (1) 關於需不需要延長訓練這件事情，我是想要提供另外一個資料、另外一個看法，這個其實在背景說明裡面也有提到，在背景說明第五行裡面有一個住院醫師工時改善計畫，應該是衛福部所主持的一個計畫，這個計畫在今年的 5 月 23 號的時候也舉辦了一個成果發表會，在這個成果發表會上，計畫的主持人是陽

明大學的黃心苑教授，他當時有發表了一個關於這個計畫他們檢視了各國關於住院醫師的工時設定，然後所做成一個報告。在這個報告裡面他提出了世界各國的工時的限制，從台灣的每周 88，到美國的每周 80，一直到歐洲因為他們依據歐洲的工時準則的每周 48 小時。

- (2) 可是儘管歐洲他們的工時大約是只有台灣的一半而已，可是他們的訓練年限其實並沒有因此而延長，那不曉得衛福部是不是能夠進一步地提供，或許讓大家能夠進一步地知道，這個研究它背後是不是有什麼樣子合理的評估，來看待儘管各國的住院醫師工時的差異如何大，可是卻不需要延長訓練年限的原因是什麼。

五十九、張上淳分組召集人

這個也許包括每一個國家所謂的完整專科訓練到底要做到多少，學到多少，恐怕也不是很清楚地被界定，或者說也不是大家都一致。所以台灣自己的專科醫師應該做到什麼程度才成為專科醫師，這個須要由我們的專科醫學會一方面參考國外的資料，一方面要自己把它訂立出來。美國專科醫師訓練的要求跟歐洲專科醫師訓練的要求，或許他們要求必須學到的東西，包括 content 或 intensity 不見得是完全一致的。

六十、郭耿南委員

美國的 residency 的目標，最重要是做到 proficiency，就是說訓練完以後，可以獨當一面的執業的方式，叫做 proficiency。和英國的制度比較起來，我比較 favor 美國的訓練方式。

六十一、張上淳分組召集人

- (1) 這個部分不知道大家還有沒有什麼意見？我想時間也蠻晚的了，要先說明一下部裡的期待，並不是我們一次開會就把所有的事情都定案。希望每一個小組原則上兩個禮拜就請大家開會一次，

趕快進行溝通、討論。當然有可能會從其他組討論的議題中，發現需要從我們這一個小組提供意見，例如在今天各位剛才所提到的有一些東西，如會送到其他組，請他們繼續加以討論。其他組如果討論到什麼內容，也許是我們這邊還需要進一步加以討論的，例如剛才所提到的 PA 制度到底可不可行。對於這個問題，醫事司這邊也需要提供更多一點的 information，下次如果再進行討論的話，也許會更清楚一些。今天我也必須說，其實這兩個議題我也是看了議程我才知道，所以第一個議題我們花了比較多的時間討論，大家的意見都很重要，大概都會把它寫下來，後續也許有一些要在其他組別要再去研議的，包括人力與健保的關係，財務的問題等等，這些或許要移到另外一組去討論。

- (2) 有關今天的第二個議題住院醫師訓練足不足的問題，工時是已經被框住了，訓練足不足，原則上就是回歸到各專科醫學會，當然也要拜託 RRC 幫忙 monitor 各專科醫學會所訂出來的不管是完整的 milestone 或者是類似 milestone 這樣的一個制度，是否恰當。各專科的第一年要學到多少，第二年要學到多少，第三年學到多少，各專科醫學會要去清楚地訂定。讓我們的住院醫師在所謂的工作時間的大框架之下那還是可以接受很好很完整的訓練，成為完整的專科醫師，之後對全國民眾的醫療照護可以達到最好的一個品質。這應該是目標或者是重要的方向。這個結論應該是大家可以一致接受的。

六十二、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

主席，對不起，我不是對結論有不同意見，我說下次開會的時候，是不是背景資料這邊是不是醫事司還是要做一個說明，包括我剛剛講的住院醫師你現在評鑑的結果到底怎麼樣，已經那個參考指引說明已經明定了是 88 小時，而且 104 年列為必要項目，到底醫院執行的狀況怎麼樣，評鑑的結果怎麼樣，另外

就是專科護理師協助主治醫師的工作目前進行得怎樣，目前專科護理師他能夠執業範圍是那些東西，我覺得這些可能背景資料下是要做一個說明，包括剛剛講的如果還有住院醫師工時改善的獎勵計畫，那我們醫學生代表他也提了，你們的成果都發表了，那個發表的資料是不是也要提供出來讓大家參考一下或者是做一個說明，就是背景資料部裡面已經做了這些計畫，目前的成果是怎麼樣，碰到那些瓶頸是需要委員這一組再提供什麼樣相關的意見，這樣子我覺得也比較能聚焦。

六十三、郭耿南委員

我們是人力資源分組，但今天聽了大家的討論，好像也有談到政策方面，所以將來討論應當比較聚焦在本組的任務。

六十四、張上淳分組召集人

沒關係，我剛才有說過，有一些東西我們還是會就各位的發言記錄下來，會轉到其他組去進一步討論。所以那些東西後來沒有完整的再進一步討論，就是想還是移到其他組再去討論。如果沒有其他意見的話，今天還是謝謝大家的參與，謝謝大家！

參、散會：下午 17 時 20 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〉