

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市安和路一段29號9樓

承辦人：程嘉蓮

電話：(02)2752-7286#152

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：sharon@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國102年12月10日

發文字號：全醫聯字第1020002416號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢送本會102年11月21日「研議『醫療保健服務業住院醫師
適用勞動基準法』會議」第二次會議紀錄乙份（如附件），
請查照。

正本：衛生福利部醫事司、行政院勞工委員會、教育部、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、財團法人台灣醫療改革基金會、財團法人中華民國消費者文教基金會、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣醫務管理學會、財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、台灣婦產科醫學會、臺灣兒科醫學會、社團法人台灣急診醫學會、台灣醫學教育學會、台灣專科護理師學會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣護理學會、財團法人國家衛生研究院、台灣勞工陣線協會、台灣醫學生聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事暨常務監事、郭監事會召集人宗正、吳理事梅壽、醫事法規委員會施副召集委員肇榮、醫療政策委員會張副召集委員清雲、醫院醫療委員會璩副召集委員大成、蔡秘書長明忠、朱副秘書長益宏、李副秘書長志宏、蔣副秘書長世中

副本：各縣市醫師公會（含附件）

中華民國醫師公會
全國聯合會校對章

理事長 蘇清泉

本案依分層負責規定授權陳召集委員夢熊執行

研議「醫療保健服務業住院醫師適用勞動基準法」第二次會議 會議紀錄

時間：102年11月21日（星期四）上午9時30分
 地點：台北市安和路一段二十七號九樓（第一會議室）
 主席：醫師公會全聯會陳常務理事夢熊
 指導：醫師公會全聯會蘇理事長清泉
 出席：

出席單位	出席人員
衛生福利部醫事司	李司長偉強、黃簡任技正純英、李科長中月
行政院勞工委員會	劉處長傳名、黃專門委員維琛
中華民國醫師公會全聯會	璩大成、蔡明忠
中華民國中醫師公會全聯會	陳俊良、宋美慈
社團法人中華民國牙醫師公會全聯會	陳淵琮
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	鍾翰其、林宏榮
台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟	李紹榕、盧誌明
台灣醫院協會	詹德旺、黃遵誠（陳淑婉代）、陳彥彤、劉銘惠 林佩菽、張斐綾、周貝珊
台灣醫學中心協會	周雅霞（劉玲櫻代）、劉銘惠
中華民國區域醫院協會	黃忠智、陳俞文
台灣社區醫院協會	尹文國、王秀貞
社團法人台灣醫務管理學會	戴蘭祺
台灣內科醫學會	張家琦
台灣外科醫學會	李紹榕
台灣婦產科醫學會	顏明賢
臺灣兒科醫學會	葉樹人
社團法人台灣急診醫學會	陳健驊
台灣專科護理師學會	葉淑惠、蔡秀鸞、柯佳妍
中華民國護理師護士公會全聯會	曾修儀
台灣護理學會	黃光琪
財團法人國家衛生研究院	范辰蔚
台灣醫學生聯合會	陳伯亮、蔡令儀、張恆豪、李定瑾

記錄：程嘉蓮

壹、主席報告（略）

貳、討論事項

案由：續議「醫療保健服務業住院醫師適用勞動基準法」，請討論。

- 結論：1. 考量醫院實際執行面，建議系統性、階段性建立住院醫師之合理工時規範。
2. 建議加強宣導並教育民眾分級醫療概念，避免急診室壅塞之情況不斷上演。
3. 鑑於醫療保健服務業訴求醫療機構與員工間之信任，爰不建議於醫院評鑑規定增列窩裡反條款。
4. 目前台灣醫療給付並未設立醫療風險保險機制，未來可朝該方向邁進。
5. 各專科醫學會對於專科醫師受訓年限是否應予延長未達成共識，建議各學會應再評估統整之。
6. 建議專科護理師醫療業務範圍之適法性及法位階等事宜，應再與跨部門單位溝通研議。
7. 在全體醫師未適用勞動基準法之前，目前階段同意將工作時數及職業災害等相關規定列入醫療法，作為保障醫師權益之依據。

參、臨時動議

肆、散會：中午 12 時 05 分。

102年11月21日研議「醫療保健服務業住院醫師適用勞動基準法」 第二次會議與會人員發言摘要

陳主席夢熊

在相關資料未齊全的狀況下，會議延遲五天，直到11月21日再邀請各位到全聯會召開第二次會議，在會議沒開始前，我想先介紹各位貴賓。

(主席介紹與會貴賓)

(主席確認第1次會議結論)

陳主席夢熊

針對上次會議討論重點，與會人士有沒有異議或不清楚的地方，如果沒有，我們才能進入今天的會議。向各位報告，103年1月1日勞基法第84-1條要廢除。只有護理人員，醫師沒有。

勞委會劉處長傳名

勞委會在此說明，有關勞基法第84-1條，就政策層面並未打算刪除該條文。

陳主席夢熊

在開放各位進行今天的討論之前，請衛福部李司長就這方面發表衛福部的看法。

衛福部醫事司李司長偉強

一、謝謝主席，很抱歉上次10月16日會議剛好我在國外開會無法參與，但對上次會議結論都已充分瞭解。依據上次會議決議，衛福部持續與相關機構進行討論。更重要的是，衛福部有責任將問題系統性地解決。醫師權益的保障，有以下二個重點：1. 工作時間 2. 職業災害。另外有關今日與會單位所提的「六大策略」，主要是衛福部一個月來與相關單位針對住院醫師適用勞基法這個議題進行系統性地討論，住院醫師工時及職災等皆是長期以來的事，要解決這些問題，顯然不能頭痛醫頭，腳痛醫腳，建議要有完整性的解決策略，衛福部醫事司與醫策會討論，最主要是，醫院評鑑剛剛完成，在今年5月16日，衛福部提出住院醫師勞動權益保障參考指引，希望能在醫院評鑑前完成，有系統地蒐集資料。

二、上次主席特別指示請衛福部精算醫師人力。我今日特別邀請醫策會林宏榮執行長，針對醫院評鑑結果，人力缺口及預估提出說明。目前尚無臨床助理制度，對於人力缺口部分，仍要麻煩專科護理師學會一起來討論。但這涉及適法性及責任分工，相信這也是議題。同時感謝醫師公會全聯會，在衛福部面臨困難時刻，能出面召開這個會議，我由衷感謝。至於立法院也有提案，要修正醫療法，將會議討論結果納進去，不論是直接適用勞基法或是適用醫療法提供保障，都拉到法的位階，不管哪一個，衛福部都贊成，只是說時程方面，應更有數字來討論這個問題。人力缺口

陳主席夢熊

本次會議要討論的重點仍在於醫事人力，包括台灣醫院協會對六大策略的回應，都著眼於人力的缺乏。所以請醫策會林執行長先就這部分報告，再進行今天的討論。

(醫策會林宏榮執行長報告投影片「醫不過勞，病安有保」)

衛福部醫事司李司長偉強

- 一、我再次強調，解決一個點不會解決問題。許多事情都靠大家集思廣益，非憑空想像得來。實施工時限制，有好有壞，延續它的好，避免它的壞。第一階段由住院醫師開始做起。目前探討的是供給端 (supply)，以 SARS 為例，民國 92 年那段期間就醫民眾數量縮減三成，就短時間沒有醫師過勞問題，當然醫療需求端應適時減少，但在目前情況下，民眾需求的成長速度是無法控制的。有關健保給付部分，經濟情況不佳的時候，GDP 無法大幅增加，健保給付增加有限。但若要健保改善，時程又會太遠，應該回過頭先解決可以達成的部分，這是我們基本的態度。做什麼事很難一步到位，至少有個開始點，接著一步步，看要幾年時間再去規劃。
- 二、日前我參與護病比議題，目前要求三班護病比，白班小夜大夜，病人於小夜班進出不應該成為常態，將來在某種制度上應要求醫院工作集中於白天完成，將醫師護理人力集中於白天。我們應告訴民眾台灣等候時間與國外相比並不長。我在立法院報告過的，像英國或歐洲公醫制度的國家，醫師人力很高，上班時數相對很短，但他們問題是民眾等候治療的時間很長，以疝氣手術為例，平均要等候 8 個月，新任衛生部長希望降至 6 個月，在台灣，可能一週就排到了。台灣 waiting time 合理，但卻是建築在白班小夜班不停的工作。應建立共識，病患照顧應要控制，儘量於白班完成，醫院評鑑建立機制，使工作控制在白天做完，讓小夜班值班醫師護士和大夜班都能在有限人力下執行業務，也不致於影響醫療品質安全，這些都是環環相扣。
- 三、核心睡眠與適當的休息是很重要的，不單是住院值班照顧，門診也是。有些醫師看門診長達六小時以上，中午都犧牲吃飯的時間，應該要求主治醫師暫時離開門診的診間一小時並有適當的休息。許多過去習以為常的事情都要改變，同時也要與醫院管理者溝通，許多事情魚與熊掌很難兼顧。航空的飛機駕駛都需做定期健康檢查，只要檢查結果有明顯的心血管或腦血管疾病，就有可能被要求休息或暫停駕駛，不僅保障他身體健康，也保障所有乘客安全。因此，從醫院管理者的責任到政府單位的責任，甚至醫師個人責任，都要同時進行，最後是要替病人盡責任，這是一個盡責任的行業，責任權利義務之間是一個平衡。
- 四、在美國住院醫師，平均年薪約 4 萬 5 千元美金，主治醫師為 30 萬美金，二者相差七倍，因為他們將住院醫定位為學習者，台灣主治醫師和住院醫師差距沒那麼大。因此，解決問題，不僅工時、職災，同樣要將大環境一併調整。我也很願意地在有限的工作期間當中，至少拋出第一步出來，使後面人員可以接續完成。

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟

- 一、贊同李司長說法，這事不要頭痛醫頭，腳痛醫腳，這個問題要一次解決。醫勞盟內部開會並沒有說上次會議結論說要分階段解決。因為分階段解決，就會有保住林彥廷，之後又有蔡伯羌，保住蔡伯羌，又會有另一個主治醫師過勞死。贊同司長的說法，這個問題要一次解決。
- 二、對於是否要成立一個機構去評鑑，醫勞盟認為並不適當。目前勞基法訂定最低工時，法律是道德最低規定，我們可以依照勞基法執行。明年4月1日開始，只有醫師未納入勞基法。勞基法的實踐，在醫療上會有執行面問題，所以可用勞基法第84-1條替醫師進行調整。
- 三、評鑑方面，林執行長剛才提到，這也是造成醫師過勞的原因之一。另外應訂定窩裡反條款，醫院裡醫師、雇員發現醫院沒有照規定執行，就提出檢舉，所有問題都可以解決。
- 四、司長有提到國外狀況，一方面我們估計缺乏醫師人力，原因就是需求過多，不及供應；若要減少需求，國外執行 waiting list，這部分應分成二個，一部分是急症、重症、難症罕病病人，需要積極去處理。有人建議在醫學系入學考這些科就應分開，國家也應該提高給付。對非緊急病患，我們有多少力就做多少事，事實上，我們並不反對 waiting list。目前狀況是許多醫師投入醫美、社區家庭醫師。再來是需求為何會如此多，事實上在健保剛開始規劃時，楊前署長說過，希望有轉診制度，有醫學中心、區域醫院、地區醫院給付一樣的制度，還有健保卡的限制，那時設計三套關卡，目前沒有一套關卡在執行。至於時程，醫勞盟希望這不是宣誓，而是入法，唯有如此，彼此才能互信。

衛福部醫事司李司長偉強

- 一、一次解決可能是斷章取義，我是要系統性解決。系統性解決才可能分階段，不代表一次就可解決。至於醫院評鑑，我當過醫策會執行長，知道評鑑較以往改善許多，但仍有改善空間。
- 二、窩裡反條款，我覺得這是很嚴重的，建議不要輕易提出，因為畢竟這不是食安問題。醫院同仁間的信任很重要，這屬於 team work，team 最基本的黏著劑就是信任。
- 三、Waiting list，究竟誰該 Waiting，誰不該 Waiting，很難定義，因為每一位病人都會認為自己很急。例如急診室病人，檢傷第四類第五類的人，理論上應該要等得久一點，但事實不是如此，只要等稍微久一點，就會有抱怨。究竟誰該 Waiting，誰不該 Waiting，很難由我們來界定。但是我們效率夠快了，不用再 push 效率指標。等待一個 CT、MRI 要一週二週就要轉院，在國外都是用月來當單位，這部分我們是用日換算。
- 四、至於轉診，健保給付都是老問題，今年提撥 50 億，要提供 5 大科。錢來自民眾，民眾不一定會同意給付某一科，這會產生排擠效應。所以我希望系統性的分階段解決。這是比較負責任說法。

台灣醫院協會

- 一、大家很有心，很理性的解決問題，也知道問題很嚴重，因為在醫院端現行存在著病人過多健保給付、病床不足的問題。今天十分贊同李司長所說全盤系統性針對問題提出方案。醫院協會擬邀請醫院針對醫院管理提出完整的一套方案供作司長參考。今天有關核心睡眠、專責主治醫師值班、工時計算、醫療輔助人力，大家都知道問題在哪裡。單位對問題表達不同，大家要有藍圖。醫院協會針對醫院指引訂出今年度所有住院醫師合約範例供醫院參考。
- 二、建議提出連續性緊急性事件，過去莫衷一是，勞委會執行單位認定時有所衝突，醫院協會針對部分醫療行為及事件提出一套客觀標準，另協會也通知醫院針對醫院環境管理及環境安全要注意。例如天災事變時如何應變，不要強迫所有人來上班。我們希望我們的意見主管機關能適時回應。

台灣內科醫學會

我是內科醫學會代表張家琦醫師，延續李司長所說系統性解決，這是一個核心概念。林執行長也說專科訓練為重要一環，內科醫學會就內科專科訓練以目前不會變動的環境，做出評估及考量，內科醫學會就內科專科醫師訓練醫院的立場，住院醫師每週工時 80-84 小時內皆屬合理規範，但目前內科醫師招收人力嚴重不足且病床數多，建議每週應有 24 小時彈性工時，此 24 小時彈性工時則另外支付加班費，由內科醫學會提出供作各界先進參考。

台灣醫學生聯合會

- 一、我是台灣醫學生聯合會代表張恆豪。基本上我們對於目前衛福部六大策略草案表示贊同，可是對於細節部分再作配套補充。
- 二、不論評鑑或醫療法都是暫時的方案，醫師納入勞基法才是合適的方向。以評鑑為例，以往在醫院看過許多評鑑造假情況。醫院與醫師簽訂合約，當醫師發現醫院違約時，沒有機制可以規範醫院承擔違約的情況。勞基法則有較好的監督機制，建議應以勞基法作為未來努力的目標。
- 三、醫學中心住院醫師工時大於區域醫院，這部分是透過轉診還是家庭醫學制度，太多病人集中醫學中心，導致醫學中心負荷愈來愈重，區域醫院一直萎縮，如何讓病人由醫學中心回歸到區域醫院是非常重要的。
- 四、夜間值班醫師 night-float 制度，衛福部提出草案是以主治醫師為主，其實在美國或台灣某些醫院是以 R2 為主，替代人力是否必然由主治醫師承擔，或是可由資深住院醫師執行夜間值班，原先業務要有配套人力（包含 NP、主治醫師），這部分需系統性精算。
- 五、人力缺口部分，不清楚數據是由理想的方式提出還是依照各醫院回覆的數據。其實丙案與目前醫院現況差距不大，因為一個是 32+36 小時，大部分住院醫師都是以這個形式在工作，但連符合 C 都會導致住院醫師不足，我認為這是不合理的情形。如果連 C 都不符合，表示住院醫師嚴重的過勞。但是在我以往工作的醫院，C 是蠻常見，已經符合的形態，如果要往 B 或 A 邁進，醫師人力不足是像數據顯示的如此嚴重，應該要

看這些數據是如何被算出來的。醫師人力不足情況下，專科護理師補充是否要以 2 倍人力搭配主治醫師或其他醫事人力作為補充，是否也是可行的方式。

六、主治醫師夜間值班要以國家補貼形式來執行，建議以醫院財務通盤考量，若醫院財務盈餘許可，是否還需要國家補貼，就民間立場來看，會受到質疑。

醫院評鑑暨醫療品質策進會林執行長宏榮

一、醫院評鑑 C 標準不只是連續值班 32 小時，主要是將工時壓至 88 小時，88 小時是上限，非平均值。倘若上限工時為 88 小時，人力還是需要補充的。要符合 C 的確需要增加人力。

二、請問台灣是否所有行業除了醫師，其餘都納入勞基法，有沒有什麼行業沒有納入勞基法。沒有納入勞基法的行業是如何保障從業人員的權益。

勞委會劉處長傳名

一、目前約有 8,000,000 名勞工納入勞基法。沒有適用勞基法的約有 400,000 勞工，裡面最大部分是家事勞動者，約有 220,000 左右，大多為外籍家庭幫傭及看護工。除此之外，就是醫師及教師等。醫師及教師具有社會上很多的期待。教師部分是朝向教師法修法進行，但教師法修法遙遙無期。因為教師法修法在三年前就送進立法院，目前還未通過，對工作時間也以授權立法的方式處理。

二、我與理事長蘇清泉立委談到授權立法，是否適當，值得考慮。基準性的規定，是屬於權利義務事項，以授權立法方式處理，恐怕有問題存在。教師法修法草案也仍未通過，教師工作時間問題雖然沒有醫師複雜，但因加重工作負擔，如中午要陪學生吃飯，晚上接聽家長電話，是否要算入工作時間，也是很複雜的。

台灣婦產科醫學會

一、主席，婦產科醫學會台北榮總顏明賢發言。婦產科如果所有住院醫師招滿，沒有醫師人力的問題。問題是年輕醫師沒有熱情，沒有犧牲奉獻，沒有奉獻犧牲。理論上，投入醫界的五大科醫師應占多數，但現在是第一皮膚科，第二是眼科，第三是耳鼻喉科，第四是復健科，婦產科所需人力是 8%，調查醫學院的學生不到 3%，所以人力不足，如果醫院編制上年輕醫師如果熱情加入，那麼我們今天就不必討論人力規劃等相關問題，應該人力絕對足。問題不是出在醫院管理者，而是醫學生。

二、剛才醫策會說 waiting list，我非常贊成，但是要教育的是病人。假如安排一週後住院，二小時後，醫院聯絡人員打電話來說，某某立委來關說要病人立即住院。剛才醫策會林執行長說最好是白天可以出入院，前一天對病人說你明天中午出院，病人回說不行，我小孩下班才能接我。病人出院一定是小夜，不是管理者的問題，病人教育也是一個問題。

三、主治醫師值班，連醫學中心主治醫師都下來了。目前沒有一家醫學中心婦產科主治醫師不下來第一線值班，包括台大、榮總。

四、核心睡眠，婦產科值班醫師很難得有核心睡眠的時間，要有核心睡眠，勢必第一線醫

師要排二個人。人力都不足，如何安排核心睡眠。

台灣社區醫院協會

- 一、住院醫師人力不足，對社區醫院而言問題不大，幾乎很少有住院醫師，這個問題主要發生在醫學中心、區域醫院。制度上有設計分級醫療，趁這個時機，相當贊同漸進式改變這個狀況。社區醫院會員可分擔輕病部分，鼓勵民眾，像婦產科醫學會提到，宣導民眾輕病症患者不需要前往醫學中心就醫。此時此刻，應當落實（分級醫療）制度執行面。
- 二、有關醫師人力部分，社區醫院協會本屆第七次理監事會議作成決議，邇後有颱風或是假日，所有會員停止看診，讓主治醫師好好休息。

台灣外科醫學會

- 一、司長，主席，我是醫勞盟的李紹榕醫師，同時代表外科醫學會發言。外科醫學會完全贊同衛福部所提的六大方案，所以會盡量配合。建議教學醫院的總數應適當縮減，才能維持外科教育的品質，所以這就與評鑑制度有關，不要有那麼多的教學醫院。
- 二、落實轉診制度，同時將給付與醫院層級脫勾，實施越級就診自付額提高的制度。
- 三、最後希望 RBRVS 計畫，還有未來應把醫療風險成本加進去算。這樣對外科住院醫師吸引力增加，同時落實醫學中心及區域醫院的教學責任，讓外科的教學品質提昇。

陳主席夢熊

李醫師，您現在是代表外科醫學會，不是代表醫勞盟吧？

醫院評鑑暨醫療品質策進會林執行長宏榮

主治醫師作人力補充，解決住院醫師人力缺口的一種方法，但不是主要的方法。從簡報看來，主要的還是專科護理師及其他醫療輔助人力。至於國家補貼值班人力問題，我必須澄清，這是假議題，所以在 PGY 減半，住院醫師人力缺口，由國家補貼這個並非在正式建議裡面有討論的。

台灣醫院協會

- 一、李司長剛才說到是否要將 waiting list 提高，以及非緊急事情挪到白天處理。但據我瞭解，目前政策走向，健保與衛福部是相衝突的，假設以急診為例的話，大家認為急診檢傷分類第四級、第五級可以讓他等一下沒關係，但健保署要求所有醫院要提報所有 waiting 的時間，如果讓他等一下，外面 SNG 車就來了，剛才許多先進提到這是醫院的困境。許多部分並非醫療供給者必須處理，而是醫療需求者要求我們如此做。假使今天急診檢傷第四級、第五級可以讓他等，或許就是衛福部要對外教育及呼籲的部分，可能也要與健保署溝通，不是醫院公布五級檢傷分類 waiting list 的時間，然後再附加懲處條款，這是醫院無法承受的。

- 二、醫院協會針對這個案件，誠如顧問所提，做了非常多努力，也提出非常多案件，但得不到所有相關單位回應。對於緊急事件及連續工時，這部分對醫院是非常大的傷害，每天都在勞檢的威脅下過活，每天幾乎都被抄家。所謂緊急事件及連續工時，這個部分上次在立法院的公聽會，醫院因為行業特性，不同於一般工廠，醫師不能當作工廠的工人來看，緊急事件及連續工時是否有變動，當初勞委會有承諾說可以接受醫院的意見回復。但是我們正式陳情之後，得到的答案是錄案參考。
- 三、我們不是反對醫師加入勞基法，而是希望有路可走。醫院是訓練醫師的單位，但是時間上很難配合。這也是詹顧問所提近期醫院協會會召開閉門會議，研議醫院未來如何走。國家政策是要醫院關門，或是要做服務民眾的事情。健保有健保的問題，衛福部有衛福部的問題，大家矛頭都指向是醫院的問題，誠如剛才醫學生提到，要做轉診制度，我們舉雙手贊成。我們從來都不反對轉診制度，醫學中心也不願收那麼多病人，問題是病人一直湧來，醫院也無法擋。我們也請衛福部以函令指示檢傷分類第四級、第五級的民眾往下轉，不要一直往醫學中心，但是，不行，這違反醫療法。一直以來醫院想要配合，但不知如何配合，結果遭受很大的批評，我代表醫院協會在此提出陳情。

蔡秘書長明忠

對不起，我要請外科醫學會代表先說清楚，外科代表說的是代表外科的話，外科的話不能加入個人言語，請外科代表再重新說一下您的意見，我聽起來有點怪怪的，與其他科有很大的差異。

陳主席夢熊

所以我剛才問李醫師外科醫學會是否授權您在此發表言論。授權的話 ok，不授權的話，言論不列入會議紀錄，我們是逐字稿會議紀錄。

李紹榕醫師

在此澄清一下：我確實有得到外科醫學會的授權參與會議。不過我要強調上述意見裡面有部分是我個人的言論，所以我會收回這是外科醫學會的意見，敬請將之列為醫勞盟的意見。外科醫學會完全贊同國家政策，會盡量配合。但縮減教學醫院員額之類的意見，是代表醫勞盟所提出。

璩監事大成

- 一、我是外科醫師、又在公立、且是區域醫院工作 30 年，剛才有人提到希望主治醫師分擔值班，在我們的環境是早就是如此，已經是個非常清楚的趨勢，所以有一些經驗拿出來跟各位分享。
- 二、就長遠趨勢而言，要兼顧值班需要及醫師權益，勢必要有專業的「值班主治醫師」。我們醫院推動「住院」主治醫師（In House Doctor）制度已有一定的規則及薪給等經驗，願意分享大家，但需各位幫忙集思廣益，破除大家非走次專科不可的觀念；並

比照急診、重症專責概念，實施及推廣「In House Doctor」，更邀請現任急診、重症、家醫及各次專科醫師加入此體系，並作為生涯規劃的一部分。

臺灣兒科醫學會

- 一、我是葉樹人副秘書長，代表兒科醫學會發言。對於兒科醫師工時縮減，導致住院醫師年限增長，基本上兒科醫學會原則上配合部裡政策，在目前訓練年限裡完成住院醫師的訓練，但是請部裡更清楚的規範，提供架構性的問題。
- 二、E化學習，實際執行會有困難，某些教學在鏡頭前面對的不知是誰，不知坐在面前的是A醫師，是B醫師，還是C醫師。教材的完整配套，學會可以處理，但專科醫師訓練時數上所佔的分率要有一定程度上的規範。在專科醫師認證上有同樣問題，我們有線上教學，但要有比例性問題，可以做出更明確的架構。
- 三、反對假日與夜間教學主治醫師的設置，以目前兒科醫師狀況，五大皆空，兒科是一個很嚴重的科別，與婦產科狀況相同，目前所知只有一家醫院主治醫師不用夜間值班，其餘所有主治醫師都要值班，不斷加強夜間與假日教學主治醫師，個人覺得會流於形式。基本上造假不是很好的概念，但是制度逼得大家造假，就要從源頭上思考是否一定需要。在夜間和假日教學事實上是比較窒礙難行的。目前東部有一家醫院副院長一個月必須值11班，我們人力上已經很困難，而且其他科別很難跨科別的幫忙，所以兒科的加護病房，急診、日診、夜診，都是同樣幾位醫師輪班。如此再要求於非上班時間進行教學，第一是不需要，第二是流於評鑑上的形式。學會同意在不延長受訓的年限之內是否可以授權專科醫學會調整受訓時程。

醫院評鑑暨醫療品質策進會林執行長宏榮

增設假日及夜間教學主治醫師，主要是為了cover全部都是住院醫師值班的環境，大多數國家的例子是以小夜班為主，婦產科及小兒科已是主治醫師值班，已經是教學狀態，不用另外再設假日及夜間教學主治醫師。

台灣專科護理師學會

- 一、感謝長官及委員的說明及貢獻。專科護理師一路的努力及付出，大家將我們列為很好工作能力的肯定，為了維護病人的安全，還有照護的品質，我們會更努力的工作，但是很怕被告。希望長官及委員幫助專科護理師繼續推動法令位階，比如說工作規範的保障，希望大家未來幫我們的忙。
- 二、【補充說明】我是專科護理師學會名譽理事長蔡理事長，今天要討論的是醫師納入勞基法，值班人力的問題，不是白天的問題。目前專科護理師有60%在區域醫院工作，醫學中心30%而已。所以許多醫院以專科護理師補這個人力，許多住院醫師不到區域，醫學中心數量減少，因選擇科別或是PGY訓練的改變，目前幾乎所有醫院以NP補足人力，訓練人力愈來愈多。專科護理師是屬於不同單位管轄，醫師屬於醫政司，專科護理師是照護司，衛福部裡以不同單位管轄，法規的制定及職業的範圍在討論上會遇到困擾，學會嘗試去推動，修正法令，但有其困難，每次開會都有反對聲音，之後

又不了了之。法沒有給予保障，專科護理師執行後被告密醫，事實上有二個例子都被判六個月緩刑，希望衛福部可以提供協助，法令位階尚未定案前，反對專科護理師值班。醫院許多值班制度不完整，在法規上站不住腳，敬請各位長官幫忙爭取專科護理師推動法令位階。

蘇理事長清泉

- 一、醫療法第 59 條第 60 條修正案在上週五立法院大院會一讀，送交委員會，打算二週後審這個法案，這份資料是與衛福部及大家討論的結果。請大家看一下，看大家有什麼意見。
- 二、德國醫師工作時間、背景時間、待命時間、候傳時間，非工作時間，切成五個 section，勞基法只有上班及非上班，可以再思考研議。農會及漁會明年納入勞基法，這是一個趨勢。如：明年律師要納入勞基法，之前與律師公會全聯會理事長談到，理事長表示律師主要在於人力，以後女性律師在懷孕期間哺乳期間晚上 10 時以後不能上班，所以女律師懷孕和哺乳期間不接刑事案件，因為刑事案件有可能三更半夜開庭，有可能一次庭開得很冗長，女律師最多只接民事案件，他表示這樣可以提供更多工作機會。目前律師一庭費用是 5 到 8 萬，以後 6 到 10 萬，7 到 12 萬，羊毛出在羊身上，以後訴訟成本愈來愈貴，但醫療服務業不是如此。
- 三、部長及勞委會主委都不敢回答明年 1 月 1 日即實施醫師全部納入勞基法，因為這社會成本付不起。將全部醫師納入勞基法是理想，在未納入勞基法前，修正醫療法是過渡時期較妥當的做法。醫療法第 59 條第 2 項建議修正為「前項值班醫師的工作時間、延長工時及休息時間，由中央主管機關另訂辦法規範」。再來就是醫勞盟及大家最關心的職災、職傷、死亡撫卹等，有關醫師職傷補償，回歸勞基法第七章，勞基法是帝王條款，第七章對於撫卹有非常完整的規範。醫療法第 60 條規定「執行急救措施之醫事人員，其工作時間及延長時間，不適用勞基法第四章之規定」這是例外規定，急救到一半，不可能半途落跑。
- 四、專科護理師當補充人力，該用正面表列還是負面表列，這都可以討論，個人較傾向負面表列，負面表列規範後，其餘事項都可以做。專科護理師，希望法修得更完善，人力愈來愈充足。
- 五、至於醫師助理，衛福部一直要推，但之前提出後，遭到專科護理師等極大反彈。目前專科護理師有 4,000 多名，個人覺得太少，應該要 8,000 到 10,000 再去做。希望大家有意見可以毫不保留地提出，我們是要解決事情，不是要製造問題。
- 六、奇美醫院蔡伯羌醫師太太與本會聯絡，我會先瞭解奇美醫院與勞委會撫卹是做到什麼程度。上次全聯會幫洪仲丘案中的呂孟穎醫官，已經不起訴處分。所有醫事相關人員的權益，我還有全聯會及衛福部一定全力捍衛。但有些事要內部解決，全聯會提供這個討論平台，做成建議前再交由衛福部。全聯會願意幫大家解決事情。

中華民國護理師護士公會全聯會

- 一、主席，各位代表大家好，護理師護士公會第一次發言。針對醫師人力不足及護理人力的議題，相信不是大家所樂見的，針對醫師納入勞基法的議題，七個護理團體共同開會，決議為為了保障病人就醫安全，保障專科護理師工作內容的合法性，護理團體一致建議要修改醫療法及相關法規，讓專科護理師執業合法化。並且強化專科護理師的具體功能及價值，受到立法的保障。
- 二、護理團體再次重申，不需再另外設置醫師助理的職務，浪費公帑，重新訓練醫師助理。至於替代的人力，對於基層護理人員不足造成的影響，要請部裡的長官及與會的先進列入討論，提供卓見。

台灣醫學生聯合會

想就婦產科醫學會及兒科醫學會針對年輕醫學生不投入四大科這部分回應。因為我在實習階段，據我所知許多醫學生不投入四大科，是因為看到住院醫師及主治醫師負荷非常大，教學醫院裡，住院醫師及主治醫師，教學是他們重要的任務，但是因為負荷重，分散他們教學的時間，住院醫師沒有時間也沒有力氣帶領實習醫學生，因為學長姊的觀念，造成所選的科系或科別影響很大。並不是沒有人想走四大科，其實會走入醫學系，都是很有理想及想法，可是在於大環境及民眾的態度，有賴中央主管機關解決，對民眾進行衛教。至於醫師，如果大家認同教學是很重要的，能夠影響學生在未來選科上非常重要的關鍵，是否在主治醫師及住院醫師工時裡，一併將教學列入考慮。

台灣醫學生聯合會

- 一、同學有這個心想要投入，但觀念有待釐清，目前情況是否真如學長姊說的如此嚴重嗎，還是大家用各種方式去灌輸。
- 二、線上學習部分，我在台大資訊方面的科系，有些老師有提到很不錯的線上學習系統，或許可以向資訊科學科系方面學習，看如何與這個平台合作，不見得 e-learning 就是沒效率。現在科技如此發達，可以再研究看看它的發展性。

台灣婦產科醫學會

我再強調一次，我們絕對都會安排教學，早上都有一個小時以上的教育，intern 及 clerk 一半都在打瞌睡。(備註：他們(住院醫師)不願意來五大科的原因：工作忙，沒有教學)。

台灣醫學生聯合會

- 一、我很多同學不是 R1 就是選科時期，我看到的現況是有很明顯的因果關係，工時或勞動條件不理想，導致這些科沒有人去，換個角度想，如果修正這些條件，四大科選擇就有明顯的改善。在大環境不理想的狀況下，四大科工時較長的情形下，某些醫院如果有調整工時，相對而言，招募醫師的狀況都是較理想的，所以如果可以改善工時，在招募不理想科別上有回流的情形。像長 X 醫院在值班數目上面有作調整，以致於選科醫師認為這是可以考慮的選項。

- 二、許多住院醫師認為業務與臨床事務無關，花費相當多時間打電話聯繫，可能會是主治醫師交待的事情，花許多心力在處理照顧病人以外的事務，如何減少住院醫師處理不是與教學、臨床有關的業務，讓住院醫師負荷減少，使他有較多學習及臨床照顧的機會。
- 三、針對理事長提到醫療法的修正草案，現行勞基法對勞工已有最基本的保障，為何我們要繞過勞基法既有的勞動保障權益，再於醫療法另訂一個規範，如此我們會略過勞基法的監督機制。衛福部對於勞動檢查或勞動本身這件事情的專業性如何，我們是否要借重勞委會的專業，可以一併思考。目前在檢查機制，衛福部動用的方式是評鑑，但評鑑在醫院實務上面臨的現況如何，在醫院裡面工作的同仁都非常清楚，這部分的檢查機制是否更應該好好處理，同時在醫療法處理工時的議題也應該好好考量。

陳主席夢熊

請劉處長說明醫療法增列第 59 條及第 60 條增修條文的可行性，與勞基法是否有扞格或衝突之處。

勞委會劉處長傅名

- 一、事業單位與勞工權益間的衡平，我們會做考量。剛才醫院協會有提到第 84-1 條，尤其是護理師在明年廢止第 84-1 條的部分，這跟醫師不同。醫師還沒有納入勞基法，假如納入，將於第 84-1 條作審慎的考慮。護理師確實在候傳時間及緊急狀況部分有些疑義，已經召開研討會，請教學者專家，看看如何處理這個部分。處理突發事件，亦即勞基法第 32 條的部分，從施行細則著手是比較快的，這部分已經在做研究，因為施行細則不需透過立法的程序，行政機關提出來報行政院備查。
- 二、昨天衛環委員會委員們審查預算時極力站在維護勞工的立場上，說我們做得不夠，還要再做嚴格的規範，理事長有跟我提到這個條文，它類似像教師法的立法方式提出來，剛才我有向委員報告，這是否完整，還有基準性權利義務事項是否應該用授權命令處理，可以作討論。另外就是剛剛所提到問題部分，法定出來，重要在於執行，相關法律有訂檢查或在違反規定時該如何做處理。如果照剛才提出的條文，如果要執行，後面有些配套措施要處理。比如授權命令訂了，違反的話要怎麼處理。職災補償，如果不照這樣的話，到底是回歸到勞基法做處理，還是醫療法要做處理，這是有問題存在。
- 三、另外提到醫療法第 60 條條文修正草案的部分，原則上贊同這個方向，緊急狀況必須要做一些處理，不過在勞基法提到天災事變及突發事件的時候，也有放寬的規定，但是裡面有比較細緻的規定，必須要一個適當休息的時間，這個部分可以考慮加進去。適當休息時間，法能明訂最好，如果不能明訂，在相關施行細則及解釋做相關規範，避免長時間的工作時間。
- 四、台灣醫學生聯合會提到執行上的問題，有關工作時間、職災補償，按照醫療法，主管機關是衛福部，以後實施勞動檢查的話，由誰來處理？這是一個問題。不反對有一些特殊性規定，假設適用第 84-1 條，是比較有彈性的，可以像訂規範辦法的方式去訂定指引處理。且勞基法有比較完整的檢查制度及處罰規定。

陳主席夢熊

請李司長做一個 total 的回應，我要做一個 close 的 final。

衛福部醫事司李司長偉強

- 一、今天很高興看到專科護理師學會及護理師團體，顯然這個東西專科護理師過去十年努力，已得到肯定。我看到美國經驗，美國有 PA 以後，80% 還是 NP 過來的，名字部分衛福部沒有堅持，重點是你們的專業，你們工作得到保障，所以剛才提到 24 小時收件，如果覺得需要做什麼，照護司可以去溝通，要解決醫師的問題，當然要先解決護理師的問題。
- 二、醫療核心價值在於責任，對於病人是責任。學弟學妹有提到，溝通電話難道不是學習的一部分嗎？各位，我負責醫糾，醫糾有 80% 是溝通的問題，溝通不是發 line，不是發 twitter，而是電話，是親自溝通，接電話溝通是會診，是連繫，這是醫生訓練過程很重要的一部分，不管是白天或晚上。
- 三、剛才提到 8,000,000 名勞工納入勞基法，少數沒納入，一個是教師，一個是醫師，醫師全台灣 41,000 位醫師，住院醫師大概是 5,400 位左右，5,400 位納入這個法，要和 8,000,000 一起適用的法，難道一定要跟他們一樣嗎？如果今天可以達到一樣的保障，法位階的保障，卻是能用我們這邊好好管理。專科護理師來協助我們的話，達到評鑑 C 的標準，差不多要三年的時間把專科護理師補起來。達到 B 的標準要六年，達到 A 的標準要九年，如果要達到勞基法 48 小時，要更久的時間，但至少訂出 timetable，一起來努力，不論是哪一個法，相信在立法院還有爭議，未必能夠通過。
- 四、教師法搞了三年，都還沒有定案，我希望對醫師的保障能夠趕快開始，所以提出六大策略，六大策略很多是現在就可以做的東西。我相信在理事長、學會及醫院協會一起努力之下，我們逐步改善這些事情，至少是醫事司我很願意跨出第一步出來，第一步最困難。剛才與學弟學妹、醫勞盟討論後，大家方向是一致的，但是如何來做這件事，如果今天在立法院很順利的通過這個法，指引搖身一變，就會變成辦法，但工時部分，也許可以 88-80 小時，80 小時是美國的標準，80-88 小時，人力缺口差不多，這時同步可以進行。我相信這個時程出來可以給大家一個機會，至少十年之內可以逐步解決醫師問題。當然我剛才提到一個大環境健保的問題，還有分級醫療的問題，我們不是每天都在努力了嗎？別忘了，現在討論的是供給端的問題，至於需求端，我一再提到，在 SARS 時期，病人少了三至四成，沒有醫師過勞的問題，那時大家都彈性放假。假使給付有限，病人量很多，我們在客觀環境下做可以做的事情，若一直期待大環境改變，再改變小環境的話，我們永遠等不到那天。現在應該趕快踏出第一步出來，不管在法的層次，還有實務層次，在評鑑層次，我們都分階段來做，我相信醫事司照護司還有在座所有的學會，透過這個平台，我是覺得很有希望的，每開一次會，就愈覺得接近目標一次。感謝醫師公會，理事長還有蔡秘書長，給我們這個機會，與大家一起溝通，如果邇後還有類似的會議，我也很願意來這裡，謝謝。

陳主席夢熊

請理事長作回應

蘇理事長清泉

- 一、我在馬偕醫院心臟血管外科六年，那是很辛苦的經歷。住院醫師到總醫師到主治醫師是個過程，住院醫師很辛苦，護理人員及醫事人員也是。住院醫師當四、五年就是主治醫師，專科護理師是一輩子，勞動條件更需要呵護，更需要保障。住院醫師如果納入勞基法，或許由 NP 做為補充人力，或醫師助理做補充人力，或由主治醫師下來值班。我看到頭髮灰白，擔任主治醫師 (VS) 15 年的還在值班。這是因為急診資源被濫用，第 4 級到第 5 級輕症原可由門診醫療，結果，我們一年的急診人次有多少人？將近 7,000,000 人次。
- 二、颱風天門診照常，這有三個層面，醫院經營者有愛心，颱風天照常為大家服務；社會大眾有人則覺得醫院愛錢，颱風天也照賺。醫院員工則覺得醫院無天良，颱風天要我們冒著生命危險去看門診，同一件事有三種解讀。我建議以後如果停止上班上課，醫院也停止門診，但維持急診服務。衛福部也沒有反對。愛護員工，疼惜員工，減少勞資糾紛。
- 三、昨天在立法院審查勞委會的預算，討論到子宮切除勞保給付規定。婦女勞工 45 歲以下，如果做子宮摘除，符合殘障定義。(因為本來可以生育，後來摘除子宮)。我指出三個層面，第一，婦女同胞為了拿給付而把子宮摘除，那是勞委會失職，因為把勞工照顧得不足，讓婦女同胞必須摘除器官得到給付。第二，如果婦產科醫師違反醫學倫理，則違反醫師法第 25 條，我當場承諾責成婦產科醫學會嚴厲懲處那些違反醫學倫理的醫師，如：婦產科證照停止三個月到六個月，上課 2 百個小時。第三，目前婦女一般停經約為 50 歲至 52 歲，現行規定 45 歲以下摘除子宮，我建議申請給付年齡應該提高年齡到 50 歲。
- 四、以上顯示，不同面象有不同的解釋，也許你覺得你的看法是對的，但是我可以一百個理由加以駁斥。醫師納入勞基法這件事茲事體大，教師要納入勞基法，到現在也搞不定，因為有它的特殊性，醫師的特殊性，其他勞工無法瞭解，我們的壓力來自於什麼，我們的醫療糾紛來自於什麼，在我看來是溝通不足。我說過，病人出問題，醫師半夜應該留在那裡守護，你現在多花四個小時，將來可以省四個月到四年的法庭時間，若比家屬更有同理心，他們是可以諒解的。許多醫療糾紛都是 misunderstanding 或是溝通不良，因為家屬資訊不對等，知識不對等，地位不對等，所以家屬的訴求都是合理的。
- 五、醫療是人命關天的，與一般行業真的不一樣。所以，我自己是醫師，我兒子也是醫師，我是希望營造一個可以讓他們安身立命的就業環境。我絕對會站在各位的立場，絕對會捍衛各位的地位和尊嚴。針對各位的權益，我會和衛福部及勞委會做通盤的考量，研究一個最適切的解決方法。目前這個階段以這個方式規範是有意義的，而不是一直向前衝，如果此時出事，要如何保障？或許衝了三年五年，醫師納入勞基法的法案依然未過。未來如果一週工時 42 小時那是最好的，那時要多少醫師人力、社會成本、

多少醫療費用，不是台灣現階段可以完成的。

六、台灣經濟沒拉抬上來，大家說的都是空談，所說的給付都是夢想。醫療是大環境的一環，大環境好，我們才能跟著好。衛福部像李司長頭腦清楚，學經歷如此完整，大家每一句話他都在掌握，我真的很欽佩他。劉處長也是，勞動條件說不贏他，又很堅持。社會就是有這麼好的官員，因為他們很清楚現在行政官員不好當，我希望大家意見趨於一致後，可以先把它訂出來。

陳主席夢熊

- 一、第1個，合理工時規範部分，結論是系統性解決，但是沒有辦法一步到位的時候，也應該是要逐步解決。今天個人表達不太滿意的地方就是簡報醫師人力缺乏的部分應該更準確。為什麼？我們多少教學醫院，需要多少住院醫師，多少床鋪，總量要多少，目前住院醫師是多少，扣除起來就是差額。今天熊所長沒來，我是希望以後有機會能把精確的數據弄出來。只要概括性的用醫院回復的部分，坦白說不是很精準。
- 二、第2個是關於李司長所說 demand 和 supply 的部分，沒有辦法達到平衡，回到院協的部分，沒有辦法要求民眾不來就醫，若只在供給面部分拒絕病人，接下來就會發生醫療暴力，尤其是急診室，這點如何去教育民眾，坦白說不應全部責怪罪醫師。
- 三、有關醫勞盟的窩裡反條款，大家都不太會同意，向醫勞盟代表大林慈濟醫院醫師表達抱歉，這是可以列入考慮，但是不宜。
- 四、有關於希望按照 RBRVS 來執行，坦白說，台灣醫療沒有像美國列入 Risk Insurance，Risk Insurance 在台灣醫療給付面沒有列進去，目前這種狀況，要列進去的可能性不高，不過我們願意朝著這方面來做。最後，語重心長地對醫學生說，你們要入地獄，進入那五科。另外我還是要勸醫學生的部分，你們不要責怪主治醫師沒有教學，你們進去人力夠了，就可以教學，我想這就是一事兩面。
- 五、各專科醫學會對於受訓時間要不要延長，專科醫學會的意見沒有 match。兒科醫學會是希望不要延長，婦產科醫學會外科醫學會認為還是要適當延長，坦白說，以後出來的醫學生是什麼樣子不知道，以後病人 care 的醫療品質到哪裡，這是大家可以關注的。核心睡眠它的定義是有問題的。所謂核心睡眠就是請醫師回去休息，在產房如何休息。
- 六、今天針對專科護理師部分，由於法律位階未明，李司長 promise 你們，非常重視你們，這部分可以考慮，但不是只有專科護理師的部分，因為有跨領域的部分，也要與跨領域的專科醫事人員溝通，做最好的位階及法律授權。
- 七、在醫師還沒有完全納入勞基法，我們將法訂在醫療法裡，準用投訴、勞檢等規定，都可以訂定於細則辦法，否則硬要擠到勞基法，坦白說，會不會再拉長時間，我個人還是支持蘇理事長的建議。你們擔心的部分，理事長聽得進去，假如這條法案可以過得話，如何訂定較為嚴謹的辦法，達到你們的目的和要求，第七章職災及第四章工時，以及會不會扣除 84-1 條，大家都可以討論。