

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」醫療政策分組第二次會議紀錄

時間：105 年 7 月 13 日（星期三）下午 16 時 30 分

地點：本部 206 會議室

主席：陳分組召集人昱瑞

紀錄：李政陵

出席單位及人員：詳見簽到單

壹、 主席致詞（略）

貳、 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、 主席

本次會議邀請專家分享美國開放醫院制度及國內執行經驗報告，先請白理事長介紹一下。

二、 白佳原理事長（美國開放醫院制度詳如附件資料）

（一）今年 5、6 月拜會美國 7 所醫院，特別提到他們的醫院是沒有醫師的，不同於台灣的開業，在美國為執業醫師，保險所有費用直接進入醫師帳戶，美國給付之醫師費相對台灣較高（例如第一次出診費用為 350 元美金，之後為 100 到 200 元）。

（二）開放醫院制度方面，是由保險公司跟病人直接給付給醫院與醫師，一個醫師可以跟多家醫院（通常 2~3 家醫院）簽約，CT、MRI 亦由開業之放射醫師管理。本制度之優點為，值班部分得由醫師視其時間彈性安排，未來我國醫師納入勞基法，個人認為得部分引進美國的開放醫院制度，至於給付部分需再進一步討論，並研議提高給付金額。

三、 主席

（一）美國的開放醫院制度與台灣差異很大，應無法立即引進適用，但可作為分享參考。

（二）會議資料背景說明七有關臨床醫療人力評估部分，提供委員參考，做為後續討論之基礎，此議題主要將在人力資源分組進行討論。

四、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長（國內經驗分享詳如附件資料）

（一）中山醫院係於 1975 年興建，1980 年由 258 名醫師籌資承接，2006 年配合

醫療法醫療社團法人的修改，改設為台灣第一家醫療社團法人。目前社員約為 285 個，屬社區醫院，一般病床數為 150 床、總病床數 217 床，醫院規模並不大。

- (二) 在醫院經營特點方面，第一，醫院跟醫師為雙向轉診，即醫師會把病人帶到醫院做特別的治療、檢查、手術，主要的治療檢查做完後再轉回原來的醫療機構追蹤，自 1980 年以後均為此醫療型態，一直在做雙向轉診。第二特點是，兼任醫師為專任醫師的 3.8 倍，計有 49 位醫師執業登錄在中山醫院，另有 186 位兼任醫師，共計 235 位醫師，在台灣應很少數醫院有此比例，所以我們號稱是所謂開放醫院，因每一個醫師來自不同的背景，需求不同，故對於醫師的診療時間相當有彈性，例如最短一節門診為半個鐘頭，即是依照醫師需求與醫院診間的安排，而在手術時間部分，24 小時均可接刀。第三特點為，已有類似 hospitalist 之醫師，我們稱為 House Physician，主要負責夜間的值班、急診室及麻醉科等。第四特點為指定醫師制度，係經醫師轉診至醫院，故亦為雙向轉診。第五個特點為每週提供醫師繼續教育課程。
- (三) 在醫院經營困難部分，第一，對於醫師無法像其他醫院可直接管理，除違反相關法令得由醫院介入，或於違規嚴重時得停止該醫師門診，其他例如醫療處置方式、病人住院時間等，均無法統一規範。第二個困難點為，大醫院會限制醫師到外面支援或向被支援醫院收取費用。第三點為醫師法第 8 之 2 條報備支援之規定過於嚴格，醫療機構設置標準對於報備支援有特別規定，且目前之報備支援需到時、分，健保並據以核刪，造成困擾，例如婦產科醫師因臨時接生非在報備支援時段內，或手術執行未能與原報備支援時段吻合等，建議支援報備部分能有彈性或不限時段。第四點在指定醫師費部分，目前到本院就醫之誘因約分為：原醫院手術排不進去、經濟負擔允許等，不宜均認屬為擅立名目之收費。第五點為醫療糾紛之處理，因以醫院對於兼任醫師沒有直接管轄權，在醫療糾紛發生時，病人連同醫院一起告，亦造成困擾。
- (四) 在討論醫師納入勞基法時，如認同開放醫院為可行的方式，則提出幾點建議：第一為醫師法 8 之 2 條報備支援應予鬆綁，不宜以醫療機構設置標準

限縮，另報備之程序應放寬不限制至時、分。第二，在病人知情同意下，是否得允許收指定醫師費。第三，大型醫院之醫師資源建議透過醫院評鑑或其他方式釋出，進行垂直整合。第四，兼任醫師執行醫療業務，建議得不適用勞基法。第五，社團法人之社員，在所屬社團法人醫院執行醫療業務，建議認屬合夥人而非雇傭關係。

五、 白佳原理事長

在美國醫師是以州為單位核發 physician No.，只要有該 Number 即可在該州每個地方執業，建議我國亦可比照放寬。

六、 中央健康保險署

非在報備支援時段之醫療費用，應非整筆刪除，尚須再確認。

七、 主席

- (一) 法令調整部分可以建議給法制調適組進一步研商討論。
- (二) 醫師人力缺口主要在醫學中心，開業醫或診所並不缺，依醫學中心委員所提供資料，住院門診之醫療服務提供，醫學中心佔 42%、區域醫院佔 40%、地區醫院佔 17%，大醫院確實佔了很大比例。醫師納入勞基法產生之人力問題，醫療形態改變、大型醫院醫療服務減量、開放醫院、人力補充等，都是可能之配套措施，至於如何推行、可能面臨之問題，請各位委員再提供意見。

八、 醫師勞動條件改革小組陳宥任醫師

- (一) 有關會議資料之背景說明第七點，我們對於臨床醫療人力評估結果之數據尚有疑義，依據衛福部今年 6 月的研究計畫結果，有 78% 的住院醫師符合每週 88 工時，而最近一次醫事司委託計畫報告顯示，住院醫師的平均工時為 81 小時，而本次說明資料有關倘若以 88 工時納入勞基法，會有 914 位住院醫師的人力缺口，尚有疑義。
- (二) 醫師工時長主要之核心問題在於值班，醫師納入勞基法要縮減工時，最重要的是處理值班問題，開放醫院制度之發展方向，應是把基層醫師拉進醫院值班，而非原本在醫院值班的醫師出去兼差。
- (三) 整體醫事人力應分兩個層次來看，一個是隨著人口老化以及醫療資源分配不均，到 2023 年（民國 112 年）時，醫院部門的五大科都會出現人力缺

口的問題，即不管醫師有沒有納入勞基法，都會出現人力缺口，應想辦法解決。另國衛院之調查方法，回收的五千多份問卷裡面，只有五百多份是住院醫師，呈現出來的應是主治醫師的業務量，依研究結果，主治醫師全時工作當量 full time equivalent (FTE) 外科醫師是 72 小時左右，內科醫師是 66 小時左右，則距上限 88 工時或 80 工時均有一段距離，未來如醫師納入勞基法，必須有所配套。

九、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

非大醫院醫師至小醫院即為兼差或者賺外快，建議理性討論，勿污名化或簡化。

十、 主席

開放醫院制度主要是把人力從開業醫或醫院轉移到必要的地方來，反過來說，也希望有一個模式讓現在集中在大型醫學中心的病人或者醫師分流出去。至於如何執行，應非美國或現在部分醫院執行的方式，故本次會議提出討論。

十一、 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 第一次會議是對於配套措施之 1、2、3、5 點都討論過，建議提供目前進度。
- (二) 開放醫院的形式很多，包括是在哪一個層級作為開放、開放的項目包括手術、門診或是值班等。對於醫師納入勞基法最需要的是值班，建議應有措施讓醫學中心以外的醫師（例如念博士班、在歐洲讀書或在做任何雙休的人）進入體系值班；而在醫師支援報備部分，以目前執業登記地點只有一個，其它都要報備支援，非常不方便。在日本或英國均有 agency 負責把這種代班醫師銜接起來。
- (三) 開放醫院為很大議題，我認為不太需要在這裡一次解決，只要有大致方向作為政策的建議即可，不需要太細節，因為未來一定需要進到公聽會的層次。
- (四) 在醫師人力估計方面，沒有考慮民眾面的需求降低，應為本醫療政策分組必須解決，而且可能是長期需花十年時間來改變。
- (五) 7 月 5 日立法委員給了醫師納入勞基法之 3 個時程，並限定衛福部兩周內

有答案，故建議除開放醫院外，應多一個議程以配合衛福部的壓力，對於3個時程如何進行稍微討論，提供在什麼情況下先通過這樣的法律，然後再做其他政策配套之意見。

十二、台灣醫學中心協會潘延健秘書長

- (一) 在討論開放醫院前，仍再次強調民眾端的宣導或政策引導，降低需求，減低醫療衝擊，民眾、醫療提供者與政策面三方都不能偏廢。
- (二) 主管機關應先訂定人力標準，包括住院醫師及主治醫師，以精準估算人力缺口及醫師需求，並進行衝擊評估與對應配套。
- (三) 開放醫院應為雙向，基層醫師可至大醫院，大醫院醫師可至小醫院進行持續性、連續性的照顧，以病人角度也比較容易接受，剛開始以這種模式推動，在病人慢慢接受分級醫療或轉診後，或許醫院醫師間的運用就會更有彈性。另大醫院並非綁住醫師，因在大醫院講究團隊醫療，本身人力即非常吃緊，故不太希望每個醫師自主想去哪就去哪，而影響醫院內的病人服務。
- (四) 推動開放醫院時，法令之調整亦為重要，現行醫師法、醫療法中限制醫師一個時段僅能在一個機構服務，如遇病人需要服務時，費用申報或各方面即有問題。
- (五) 值班部分，以大醫院床數與專科數多，需多名醫師值班，沒有跨院問題，但小醫院床數少，專屬醫師值班不符效益，可能有跨醫院值班需求，現行法令限制一名醫師僅得於同時間內一家醫院可能需重新檢討。而在醫師執業彈性增加後，醫院與醫師之合夥關係亦須明確定義。
- (六) 健保給付部分，針對醫院主治醫師之給付有診察費，在醫師納入勞基法後，如主治醫師亦投入值班，建議考慮有適度支付。

十三、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (一) 開放醫院並非解決值班問題，而是解決病人流動的問題，可讓大醫院減量，或是讓沒辦法做檢查手術的基層醫院、診所可至醫院提供病人更好的服務。但對於解決醫師人力問題，應無太大助益。
- (二) 以本院執行經驗為例，透過醫師將病人由大醫院轉診至小醫院或診所，提供相同醫療服務，病人不會抱怨，效果最好，建議法令應配合處理，如大

家認為可行，即應慢慢推動，可能不會立刻見效，但長期對於大醫院減量應有幫助。

- (三) 照顧模式部分，以健保署推動之家庭醫師整合照顧、垂直轉診，因轉診後主治醫師換人，病人意願不高，導致效果不佳，但本院執行上是由主治醫師全程負責，有任何狀況主治醫師就要來醫院立刻處理，在晚上或假日有任何問題時，則先由 [House Physician](#) 處理，再跟主治醫師報告處理情形。

十四、 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 英國為公醫制度，醫師執業登記非固定在一家醫院，例如老人科醫師 8 個月在他的本院，另 4 個月在他的 local hospital，病人認為兩邊的醫師是一樣的，對於何時要下轉到地區醫院、何時要轉回醫學中心並不會有問題。
- (二) 在台灣，以台大醫院為例，病人看了門診就一直留在台大出不去，我們認為應分流至市立醫院，但因受限於執業登記及各種問題，醫師無法流動，病人更難流動，病人門診固定後，產生病房、急診、壅塞三角問題。故醫勞盟對於開放醫院持樂觀想法，應有各種型態，包含醫學中心、區域醫院的開放醫院，打破固定執業地點、固定申報的模式等。至於開放醫院拆帳等細節或是否適用勞基法等問題，其實都是枝微末節，應該對於國家走向先做結論，再進行別的討論。

十五、 委員 5

- (一) 去年台大醫院與市立醫院已針對醫師尤其年輕醫師的流動進行研議，希望讓台大急診病人知道台大醫師也會至市立醫院照顧，但受限於法規上的限制。今日會議共識為讓人力可充分流動，為好的方向，但需突破法規限制。
- (二) 改善醫師勞動條件下，應確保病人安全，使病人得到更好醫療品質，醫病關係更好。
- (三) 現行勞基法規定中，有些規定並無彈性，將來醫師有可能亦需刷卡上下班。如沒好的配套，太急著納入勞基法，勞動條件是否真的被保障，尚須考量。已有部分主治醫師反應，實施後是否可以不納入勞基法，並非全部醫師支持。

十六、 主席

到目前都有的共識應為醫師執業場所的鬆綁，讓各醫院人力可以略微活

絡，可提到總組大會建議。

十七、 滕西華委員

- (一) 建議發展新的東西（制度）前，先就現在的措施進行檢視。
- (二) 上次會議有提及應先確認人力缺口，政策目標為每萬人多少醫師數，另工時規範採勞基法第 84 條之 1 的每周 80 小時，或採歐盟每周 40 小時標準，則討論的關鍵也會不同。另人力資源分組的配套中還有醫師臨床助理（PA）、專科護理師等其他輔助人力之配套，均與討論醫師增加之配套有關聯，建議均應一起列進來，連同上次會議有關住院醫師工時已下降至每週 80 小時所執行之措施，才有辦法釐清開放醫院是否為最好的選項，或是比發展專科護理師、其他制度更好的選項。此外，在醫師納入勞基法的體系裡，主治醫師的角色跟參與會是什麼？是否可以再增加？以彌補退休、死亡、退出市場不執業等自然代謝，或轉至其他科別的流動，應先提供相關背景資料。
- (三) 開放醫院制度部分，現行已有社區醫療群的醫師與醫院合作，直接到醫院開門診及開刀，並未禁止，亦有報備支援，另診所醫師常見各時段在不同診所提供服務之情形，健保也都給付，醫師間之拆帳、核刪由誰負擔、權利義務等，則以簽約屬民法契約範圍，並未像剛剛討論都沒有這種模式，建議應先檢視這些模式是否已足夠，還是需要發展全新的模式。至於美國開放醫院制度與台灣不同，保險簽約制度亦不同，如果為美國制度，就不用討論勞雇關係與納入勞基法了。
- (四) 另以本次會議分享之國內經驗，如病人在 A 大醫院看診需依健保規定部分負擔，因 A 醫院太擁擠隨著醫師至 B 醫院並付指定醫師費，這種模式並非健保的轉診或分級醫療，比較像是病人分流。又如因在不同層級醫院但卻是看同一醫師，導致部分負擔不一致，則是否應廢除醫院分級制度。
- (五) 又住院醫師還是以中大型醫院為主，如允許主治醫師至外院進行駐診服務，是否加速大醫院的住院醫師過勞與人力不均？其中優劣為何？意即政策間會有競合，沒有絕對對的，也沒有絕對好的或壞的，包括今天討論的開放醫院制度，各有其優點，但是否發展專科護理師才是最佳的選項，既可留住護理人員，還可讓他 promote、回流。

- (六) 至於開放醫院制度如經討論確實可行要採行時，如果可以透過支付標準的話則再討論，支付標準應為最後一個手段。現行給付方面以手術為例，非只有醫師費，尚包含其他人力、手術耗材、麻醉等，如要配合開放醫院制度拆帳需求而變動支付標準，就會複雜化支付標準與申報，例如包裹支付的五萬元，因醫師技術重要，需拆給他三萬元，或是拆給醫材跟手術或其他人員的費用，尚需重新弄一個複雜化的支付標準；另涉及成本的問題，名醫成本是否較高，開放醫院制度恐擴大名醫效應，因為只有名醫去哪裡，病人會跟去哪裡，也只有名醫在支付標準裡面可以占到比較大的權重。又如果沒有明確定義清楚權屬關係，更不用講是不是受雇，那是後面的議題。
- (七) 結論是如果開放醫院是本分組的共識，我要列明我還有很多的疑問，現在沒有辦法判斷是不是真的要支持這個制度。人力資源組是否已定調就是要發展開放醫院制度，希望醫療政策組配合？或是可採專科護理師或其他人力配套，如集中住院醫師收訓容額，即可改變人力缺口，此前提應先提供。

十八、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (一) 開放醫院並非貴族醫院，可以有各種模式的發展，民眾會考慮是否願意、值得多付費，並非所有地區都會收指定醫師費，應有市場機制提供民眾選擇。
- (二) 住院醫師之訓練，現況已經是集中在 22 家醫學中心，這些問題本來就存在，並非再以集中專科醫師訓練來解決住院醫師人力問題。

十九、 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 住院醫師訓練部分，各國的做法其實都認為一個住院醫師最好在不同地方跑，非只關在 center 或都會區，才能了解更多的病人及疾病型態。
- (二) 開放醫院部分，我們在衛福部談的是一個公共政策，勢必沒辦法做到百分之百的公醫，即便是在瑞典、英國，還是有一些私醫的存在。台灣把公私醫混在一起，像中心診所所有公、私醫，我們容許這樣的情況存在，但它不可能變成最主要的。我們比較期待的開放醫院，至少公立醫院系統一定要互相開放，增加醫師的流動。在英國或荷蘭，家醫科醫師會在醫學中心教學，也在診所執業，執業地點是兩個，甚至在公醫制度下的醫師，也不是

百分之百綁在公醫，公醫有他們的條件、合約，不管是主治醫師還是住院醫師都一樣，簽約後的主治醫師也允許至私人醫院兼差。

- (三) 今天談醫師納入勞基法，要談的是在健保體系之下如何保障醫師勞動權利，尤其在醫療資本市場下，如何保證這個東西，人力專章是一個非常重要的一個可能性，在社會保險國家尤其是公醫制國家，都把所有的醫事人力費全部拆出來，人力費拆出來之後，關於開放醫院後去哪裡開刀、錢怎麼收就沒問題了，因為醫師費可以按件計酬或按時計酬或按約，故建議盡快思考人力專章這個問題。至於開放醫院，應是為了達到讓醫師流動，尤其為了現在台灣病人不相信地區醫院、市立醫院的情況，開放醫院在醫師納入勞基法非常重要的重點，就是怎麼樣能夠達到醫師流動、病人流動，即所謂的分流，也能提升整個醫院的水準跟民眾的信任。所以開放醫院不用再討論那些醫院營利，在營利醫院本來就是要營利，健保不可能做到百分之百的公醫制，我們可能容許多少存在，不要讓醫療階級化，但必須在思考上面還是要有一個區隔。

二十、 中華民國區域醫院協會劉碧珠秘書長

- (一) 在美國的醫療制度，可能民眾很習慣急診等候的時間，可是在台灣，在開放型醫院，即便基層診所的醫師願意到醫學中心或區域醫院急診值班，相對的在民眾教育上亦須推廣，讓民眾了解認同整個醫療資源的使用。在醫師納入勞基法之後，整個資源的使用如果沒有努力去做配套的推廣的話，執行上根本不可行。
- (二) 至於醫師人力不足問題，現階段應先考慮專科護理師或 PA 等制度的階段性配套，而非期待開放醫院就能達到目的。醫師納入勞基法不是只有住院醫師納入，是全部要納入，現階段如果相關的 NP、PA 沒有逐步地去發展他的配套，怎麼可能一步到位。
- (三) 在支付制度方面，現在各區都有總額支付制度，其實為什麼醫院不敢讓醫師去外面支援？因為只要一出去支援，這個額度全部回算到支援醫院，所以醫院不敢派出去，相關的配套不是只有開放醫院就可以解決。

二十一、 台灣醫學中心協會潘延健秘書長

- (一) 熊昭教授醫師缺額分析之背景資料的呈現有一個問題，因為只呈現住院醫

師，一旦住院醫師工時限縮到每周 80 小時，醫院就會產生所有的因應跟成本，因為主治醫師必須下來填班，或大量訓練專科護理師與醫師助理協助，這部分資料並未呈現，易造成誤解。

- (二) 進入勞基法應該是一視同仁，就是主治醫師、住院醫師、甚至公職醫師都應該納入，否則 loading 就會跑到他們身上去，建議應該訂出人力標準，以精算人力缺口。醫學中心協會的醫院目前有在估算大概的人力缺口，但因為沒有人力標準，比較難估算，以大數字來算，假如變成周工時 40 小時，現行工時以 80 小時估算的話，包括主治醫師一起納入時，預估人力缺口至少 50%以上；假如主治醫師沒有納入勞基法，以主治醫師填補的情況下，人力缺口約為 20%~30%。

二十二、賴貞蘭科長

由於衛福部原來對於醫師納入勞基法的規劃，是設定以階段性的方式辦理，先將住院醫師納入勞基法，所以國衛院 103 年的研究裡面，基本上比較針對住院醫師為評估對象，而且住院醫師的工時相對單純，比較可以明確估算。至於主治醫師部分，近期我們也詢問一些醫院，醫院表示因為主治醫師的工作型態比住院醫師複雜很多，工時非常複雜難計算，所以這部分在短時間內比較難提供給委員參考，以上報告。

二十三、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (一) 在人力資源分組針對人力缺口、是否以專科護理師替代，都已有討論，我也提出，研究的基礎都是在現況下進行問卷分析與模擬計算，但現況如果不改，大醫院不減量，再怎麼計算，人力就是不夠。
- (二) 主席一開始提到主要是在醫學中心跟大型區域醫院產生醫師過勞現象衍生醫師納入勞基法相關問題，事實上在診所跟地區醫院過勞情形並不嚴重，故建議聚焦在如何把病人有效分流。曾醫師提到上次會議的 1、2、3、5 項目，其實都與大醫院分流相關。至於分流當然不可能那麼快做到，短時間內如果還有人力缺口，則人力資源分組應考慮如何補充替代人力，包括 PA、專科護理師等。
- (三) 針對今天討論之開放醫院主題，還是要強調，開放醫院確實有分流的效果，如果各位委員認同開放醫院確實有分流的效果，相關法令如果能鬆

綁，讓更多地方能做所謂的開放醫院型態的話，當然不見得是我們醫院的模式，確實可以分流大醫院的病人。

- (四) 建議後面幾次討論可以聚焦在如何讓大醫院分流，因為如果不把大醫院的病人分流出去的話，做任何的配套都沒有用，醫療經濟學裡非常典範的理論，就是會誘導需求，蓋多少病床、增加多少醫師都不夠，所以不去考慮分流的話，並無法解決問題。我認為我們這一組承續上次開會的共識應該是要去解決分流的問題，至於方式有很多種，今天只是討論開放醫院這種方式。

二十四、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

上次會議提到分流可以馬上實施的就是健保法第 43 條、44 條，我們支持近期內實施，並改成定率，建議做成我們這分組的結論。至於人力專章、開放醫院都是新的，可以放在後面，鬆綁支援報備，是否也是結論，建議提供政策方向一個建議，從不同的領域、不同年代世代、不同的觀點，做成一個對國家比較有意義的事情比較重要。所以就現有的健保法第 43、44 條是我們的結論嗎？

二十五、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

不是改，它已經是健保法第 43、44 條家庭責任醫師制度跟分級醫療的定費定額部分負擔，那應該要修法。

二十六、滕西華委員

我反對。

二十七、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

如果反對的話事實上應該修法，曾醫師應該不是問支不支持，而是應說法規定在那邊，應該去執行。

二十八、滕西華委員

- (一) 因為突然跳到健保法的部分負擔，我必須再次澄清，因為我同時是健保會的委員。這十年來討論部分負擔調整不下數十次，為什麼沒有達成共識？絕對不是只有病人、被保險人代表的問題，很多專家學者在部分負擔的調整上面，都有非常多的 evidence base 的討論，包括醫療經濟學上面的研究。部分負擔的規定，在健保法裡面原本定額也是合法的，

為什麼大家說得好像定額不是合法的？我們可以採定額也可以採定率，43 條的部分負擔只有幾個項目，對門診的部分負擔費用是放在定率裡面，早期醫學中心協會、各級醫院代表、醫師公會都有讀過一份資料，如果採定率，先不提行政成本、病人有沒有辦法預估，因為部分負擔含藥品、含住院、含門診，如果只談門診跟分級醫療，也不談現行的分級醫療出現什麼制度，就科學的證據來看，即使採定率，醫學中心的初級照護率不一定會下降，如果有些輕症到醫學中心看門診，沒有進行其它手術或更複雜的醫療服務時，按照當時的資料，是沒有辦法有效的，如果我們的分流是要把輕症的減少，其實也不一定能夠達到分流。所以究竟有沒有數字呈現為什麼定額就做不到，是不是在部分負擔上面的調整就可以達到分級醫療，我是有很大的疑問，包括醫療經濟學 paper 都是顯示，即使部分負擔調得再高，它的效益其實都有限，而它的道德風險也很大，這就是為什麼很多專家學者也反對急診端過度調漲，因為會剝奪必要性急診，這都需要很多的討論。所以我們不要這麼的輕易說只要修改了什麼就可以達到什麼，如果要討論是否調整，應該把資料拿出來比較，不是以公聽會解決或在這分組討論用定率。

- (二) 上次會議提到，就醫次數到達 15 次，並非只有民眾就醫習慣，包括醫療供給者的行為，包括我們的文化，包括慢性病連續處方箋釋出的程度，包括整合性醫療服務好不好、一個老人要看三科還是一科、DRG 要不要含相關門診等等，這都有關係，不是只有民眾的問題而已，這是我們共同要承擔的責任，不要只怪民眾，或只怪醫院或只怪部分負擔沒有定率，問題並沒有那麼簡單。

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

- (一) 以 evidence base 而言，世界各國中哪個用定額，哪個用定率？台、日、韓誰用定額、誰用定率？日本是採用定率，雖然日本的 gate keeper 也做得不太好，但至少不像台灣這麼恐怖的直接衝到醫學中心急診，至少會先在基層診所找第一線，所以保留了醫學中心急診的空間。
- (二) 我們認為健保法第 44 條家庭醫學制度轉診制度先實施也可以，把這個當成 gate keeper，有人幫他們做一個比較好的一個轉診。其實我是贊

成公醫，甚至是沒有部分負擔的，但民眾的健康知能需提高，可是要達到這種水準真的很困難，所以建議醫療政策分組應做一個結論提高民眾健康知能的部分。

- (三) 我支持不要部分負擔，但這要修法，在修法之前、提高民眾知能之前，要有家庭責任醫師制度，再配合轉診制度，應讓民眾知道，我們的醫療系統，即便是增加醫師，達到日本醫師水準，也沒有辦法再承受老年人口達 25% 的下一個 15 年，所以健保法第 43、44 條再加上民眾健康知能的提升，需要非常多的努力，醫師納入勞基法一定要去處理這個問題。

三十、主席

健保法第 43、44 條到今天沒有完全執行，有它的背景跟困難，我們可以建議接下去要怎麼做。

三十一、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (一) 我想我們這邊沒有辦法去討論健保法第 43、44 條要不要執行，那是立法院的權責，因為它是法令規定，例如第 43 條部分負擔，可採定率或定額，但定額有前提，第一個它不是常規，第二個如果實施定額的話，需依照前一年各層級的醫療費用，乘上定率的比例公布定額資料，然後每一年變動，但現行都是 360、240、80、50 元，沒有考慮前一年的平均醫療費用，顯然違法。
- (二) 健保會的權責對於法令只有諮詢權，主要權責是對於費用的分配及監理健保的業務，所以沒有權力說不去執行健保法。如果認為第 43 條不可行，健保實施 20 年都沒辦法做到，那行政院就應該提修法。當初設計健保時為避免資源濫用，所以放入該條文，不應未執行即說不可行。至於第 44 條也是應該要做，只是沒有時間性，所以授權主管機關訂定實施的相關配套方法，但是從二代健保實施到現在衛福部一直沒有訂定相關的配套執行辦法。

三十二、中央健康保險署

- (一) 其實政策在前支付在後，支付是可以配套，例如有些委員提到現在每一個醫院都有一個總額，這都是可以改變的。主要在於如果走向開放醫院，政策制度要怎麼配套，不是一定要用現在的方式去思考。現在的四

個總額是配合現在的制度，如果制度改了總額就要跟著改，如果病人分流出去、基層壯大了，基層總額可能就要擴大，醫院總額可能就變少，都是可以挪移的。

- (二) 另台灣並非公醫制度，非請病人到那一家醫院病人就只能到那一家，也沒辦法像英國 NHS 可以指定醫師、護士去哪家醫院。而在人力專章部分，曾醫師所提的理想是所有的醫護人力費用都必須拆出來，但我們的制度就不是像 NHS 的所有醫事人員都是類公務員，由 NHS 統一編預算，也都沒有部分負擔，所以在台灣並不可行。
- (三) 台灣健保是單一保險人，但醫院主要是封閉型醫院，所以目前健保給付給醫院，醫師的 salary 或 PPF 再由醫院分配下去；假設將來是走向開放式的醫院，有可能醫師都是在診所，然後回來醫院利用醫院的資源，這時即需研議怎麼去給付從診所來的醫師到醫院做手術，有沒有可能直接給付給手術的醫師，而不要透過醫院個別拆帳，但即便如此，這個部分也只有醫師費，因護士、手術室等行政資源是醫院要提供的，所以頂多是手術的醫師費分出來，其他的為醫院費，這包括所有的設施、支援人員等醫院出的行政資源費用，全世界大概走保險的國家能做就是到這裡。現階段支付標準是沒有分出醫師費，但如果政策真的往這個地方，我們也得去做這樣的準備。
- (四) 所以醫療政策分組很重要，上面制度動了，下面醫療需求、人力缺口也會改變。至於目前定額部分負擔確實是沒有每一年，但也都是碰到政治上的阻力，因為擔心增加民眾的負擔。至於大家期待採越級就醫加重 30%、40%、50% 部分負擔，這需要有共識，因為牽扯到民眾的負擔，甚至影響重病病人的負擔，至於輕症會不會因此而分流也未知。

三十三、主席

- (一) 我所了解當初實施全民健保制度時所設定的並不是公醫制度，而是保險制度，後來因政治因素介入，由保險制度來經營的醫療保險，漸漸變成偏向社會醫療，這並非本分組建議修法就可修法。
- (二) 本分組提出建議依法執行分級醫療與轉診，要建議依法行政或修法雖容易，但過去 20 年不易執行的制度，可能也不容易馬上實施。開放醫院

是一種方式，但不是美國方式，也不是中山醫院的模式。公立醫院可以開放到什麼程度，私人醫院的協調到什麼程度，建議第一個應對醫師執業場所鬆綁。

三十四、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

針對健保法第 43、44 條，建議應該依法行政，但如果評估以後確實執行有困難，則應積極提修法動議。

三十五、中央健康保險署

因醫師過勞多在大型醫院，很多委員都提到大型醫院減量，建議應有政策配套，應思考是維持現狀去補大醫院人力不足的策略，還是大醫院減量之後其實人力就不一定不足？建議各位委員應先有共識。

三十六、主席

很多委員都有強調民眾教育的重要，滕委員也指出不能僅將問題歸咎於民眾就醫習慣，請各位委員再思考醫療減量的方式，提供政策性的建議。

三十七、中央健康保險署

- (一) 並非只靠病人自動減量，因民眾就醫行為很多是供給面引導，並非病人愛去，故整個體系應檢討是否有讓病人一次得到合理完整的服務，而不是提供分段醫療，人口老化之後，老人在大醫院就醫其實是很辛苦的。
- (二) 現況是醫院希望能保持或擴大市場占率，有較大的營業額，故以 PPF 讓醫師行為改變，建議應先有措施改變這些現況，至於訴求社會教育是一定要的，但若只靠這項恐怕還是沒有解決問題。

三十八、委員 5

第一次分組會議中，減量是我們的共識目標，現在已經太多不合理的醫療需求，所以建議把不合理的醫療需求減量當做本分組的建議，至於有沒有很多方法，可以再討論。

三十九、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (一) 本分組的重點應是大醫院的減量，至於減量的方法，建議實際可行的方法，第一個是開放醫院，第二個是健保法第 43 條、44 條的執行。
- (二) 開放醫院在執行上需配合醫師法支援規定的鬆綁及支付端的調整，而健保法第 43 條、44 條是在法規面限制民眾就醫的方式，另健保給付可研

議大醫院看輕症折付、看重症加成給付等方式，以支付制度限制醫療機構行為。此外，應配合加強民眾教育提升健康知能，取得社會共識。

四十、台灣醫學中心協會潘延健秘書長

- (一) 並非只有大醫院要檢討改變行為，民眾教育及政策面亦需配合，三管齊下才可解決問題。大醫院非必要的醫療處置，健保已有核刪機制，最重要的是當輕症病人到大醫院就診時，是否有賦予醫院拒絕病人的權利？當病人有爭議時由誰處理？應有配套機制。
- (二) 至於支付方式的調整，均可慢慢討論，有一些項目折付、一些項目加成、一些固定保障等，均可研議，但未來所面臨的衝擊不能只有醫院承擔，不能只有第一線醫護人員承擔。

四十一、中央健康保險署

在落實家庭責任醫師方面，是一個好的方向，以英國實施家庭醫師制度為例，即使在醫院工作之員工也不可在本院看病，一定要回到家庭醫師去看，但在國內，醫療體系工作人員人數不少，是否接受這樣的就醫規則？當然其他民眾是否能改變已經長久建立之醫病關係，也須併入考量。

四十二、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 在一個有效的分工體系下，即使醫院受僱醫事人員，也應統一回到家庭醫師就醫，不應考慮少數醫師的便利性或享有特權。
- (二) 另民眾健康知能增加後，就醫次數會減少，在歐洲就醫平均 5~8 次，都是看慢性病，由家庭醫學科醫師或是責任醫師決定，並沒有問題。基層醫師對於病人有基本處置，無法處理的會馬上轉診，故應討論怎麼樣是有效的國家的機制，而不是民眾個人覺得或醫護人員覺得最有效的解決辦法，所以討論體系比較重要。

四十三、中央健康保險署

我完全贊成曾醫師的說法，這些執行措施最後需訴諸類似公聽會的機制，大家要有共識才能實施。另有關健保法第 44 條家庭責任醫師制度的實施，需先確認台灣 2300 萬人在每個地方都能夠找到家庭醫師，不然民眾將無所適從，而實務上現在很多開業醫師都是專科甚至次專科醫

師，如眼科、皮膚科等次專科醫師是否可以擔任家庭責任醫師，尚須討論。

四十四、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

家庭責任醫師並非家庭醫學科醫師，而且所有診所醫師甚至婦產科都身經百戰，所以沒有問題。例如德國，除家庭醫師外，也允許專科診所存在，我想健保署應該很容易可以區隔。

四十五、中央健康保險署

現行開業醫中，屬於可以成為家庭醫師的醫師人數，是不是普及到每個人甚至偏鄉都可以找得到，尚須盤點。

四十六、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

絕對找得到。

四十七、中央健康保險署

我們必須很務實地說，當醫療服務政策改變後，真的會讓每個人都可以找到一個家庭醫師來照顧嗎？醫療政策是一夕改變或採逐步邁進之作法。

四十八、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

如果大家認為健保法第 43 條、44 條是應該要做，衛福部應啟動討論機制，邀集專家、醫界、民眾、相關團體討論，如果不可行就應修法，如果不修法就應啟動機制去執行，並研議所需配套措施。

四十九、中央健康保險署

- (一) 在各項配套均具備的情況下，健保署非常支持家庭責任醫師，委員建議朝這個願景邁進，並應從民眾、醫院、社會觀點考量，健保均可配合因應。
- (二) 建議應釐清醫師納入勞基法需先解決之問題，先針對此問題做解套，其他配套再分階段去達成，應排優先順序，逐步推動。

五十、主席

- (一) 謝謝各位委員熱心地討論。
- (二) 結論建議第一個病人分流，開放醫院是一種方式，第二建議健保法第 43、44 條能落實或修改，由主管機關研議如何推動及落實，配套包括

民眾教育、支付方式、讓醫學中心醫療服務量降低、有效疏解民眾的就醫方式等。

五十一、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

完全同意主席的結論。另外提一小點建議，最近公告的緊急醫療有關第五級檢傷分類，兩個小時之內要完成病人診療，是否可行，建議再研議，因在推動病人分流時，應教育民眾哪些會有 waiting list 要去承擔。

參、散會：下午 19 時 03 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〉