

檔 號：

保存年限：

# 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29  
號9樓

承辦人：黃佩宜

電話：(02)2752-7286#124

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：petty124@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國104年2月2日

發文字號：全醫聯字第1040000188號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文

主旨：檢送本會第十屆第九次醫療政策委員會會議紀錄乙份（如附件），請查照。

說明：

一、本紀錄為內部參考用，俟理事會通過後實行。

二、惠請確認紀錄內容，如有疑義請於103年2月9日前回復（未回復則推定為同意）。

正本：醫療政策委員會各委員

副本：各縣市醫師公會



理事長 蘇清泉

本案依分層負責規定授權邱召集委員泰源決行

# 中華民國醫師公會全國聯合會

## 第 10 屆第 9 次醫療政策委員會會議紀錄

時間：104 年 1 月 13 日（星期二）下午 2 時

地點：臺北市安和路一段 27 號 9 樓（第二會議室）

出席：吳國治、吳梅壽、陳日昌、陳振文、黃永輝、楊立群、趙 堅、  
劉家正、蔡有成、蔡其洪、鄭俊堂、羅倫樾（林恆立代）、蘇主  
榮

請假：張清雲、吳欣席、陳相國、陳穆寬、賴文德

指導：蘇理事長清泉

列席：蔡明忠、李志宏、林忠劭、李美慧、甘莉莉、陳思綺、盧言珮

主席：邱召集委員泰源

紀錄：黃佩宜

### 壹、主席報告

#### 一、主席報告

本委員會預定每兩個月召開一次，因有一理事會交議案，研議西醫基層醫療服務審查執行會及各分會組織章程有關委員資格案，此案攸關體制問題並涉及情、理、法的探討，需要充裕的時間研議，將於 2 月 5 日（星期四）下午兩點加開一次會議，希望邀請在醫院服務但為基層貢獻多年不遺餘力的前輩，如李明濱前理事長（現為本會顧問）等，共同研商相關事宜。

#### 二、蘇理事長清泉

德國是減少法定工時最多的國家，急診專科醫師領固定薪水，每週上班時間三十八小時，加班只能四小時，因此醫師轉往診所兼差，但不能報工時不能報稅，醫師反而罵政府政策，我國仿效德國制度是否好，供大家省思。第二、我國兒科醫師兩千四百多位，68%到基層開業，32%在醫院，連台大急診住院都沒有兒科專科醫師，中國醫藥學院由還由五十八歲的主治醫師值夜班。第三、近期醫事檢驗師全聯會找立委，希望能比照護理師護病比，因為可減少工時、勞動條件變高、薪水變好，要求每三百個門診或急診每多四十位病人應多聘一位檢驗師，評鑑要改為必要條件，接下來其他醫事人員可能也會提出要求。第四、尤美女立委提出的病歷中文化，醫界幾乎全面反對，是否用中文書寫非重點，法院

判決書寫中文民眾也看不懂，中國大陸的病歷寫中文我們也看不懂，且大陸已經在修正外來語要寫英文。以上眾多問題都是醫界受到的嚴峻挑戰，因此醫政委員會相當重要，期望未來大家繼續努力解決問題。

## 貳、上次會議結論辦理情形

### ◆第 10 屆第 8 次醫療政策委員會討論事項

- 一、案號三：有關部分醫師會員反映，醫事檢驗師公會及醫事放射師公會為執行衛福部委託辦理「基層醫事機構檢驗品質提升計畫」及「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫」而派員至基層醫事機構訪視，造成作業爭議及發生類似診所評鑑之情事乙節，提請討論。

#### ※摘錄各與會者發言重點

**吳梅壽：**1. 醫師公會與牙醫師公會合作標下游離輻射防護品質輔導計畫的進度為何？基本上應反對辦理相關計畫，理由是因已有原委會比衛福部更嚴謹的認證。原委會非只檢查儀器，還包括操作使用執照的核發，每六年要修 36 個學分，相關證照並非由衛福部核發。2. 部分負擔依法定比率收取，在健保法第 35 條有規定，病人未經轉診至醫學中心應收 50%、區域醫院應收 30%、地區醫院應收 20%，但至目前皆未執行，本全聯會所作建議強度有多強？是否能做到？

**秘書處：**游離輻射防護品質輔導計畫經詢衛福部，本年度尚未確定是否有相關計畫，將持續追蹤。法規部分根據來文情況說明，秘書處以如實報告為原則。

**黃永輝：**品質計畫是關於操作人的評核，原能會是針對設備的檢驗，兩者不太一樣，放射學會的要求很多，全聯會若有有能力承接相關計畫，或與牙醫師公會共同承接，由我們自己做檢討改進，對基層診所比較沒有壓力。

**吳國治：**依辦理情形中，法源依據所列，今年衛福部可能暫停委辦

計畫，這樣最好。但衛福部權責若認有需要，牙醫幾乎每一間都有設備，建議請牙醫全聯會標下，其實我們是擔心有一天變成要求每家有設備的院所都要請放射師。另外建議本次辦理情形所列的相關資料若上次開會前能先提供，討論會更容易。

林恆立：通常骨科、外科才有放射線機器，多數為年紀大的醫師，設備也較老舊，也比較不會進新的機器，放射醫療仍與醫師有相關性，但獨立由醫師公會標困難度較高，建議可請全聯會與牙科一起合作去標，醫師至少保有發言空間。

決定：1. 函文衛福部建議暫緩執行相關計畫。

2. 請本會參與五師聯誼會時，建議若有相關計畫，請牙醫師公會全聯會承標，由本會協助辦理。

二、案號四：請研議本會就「電子病歷」之立場與相關說帖製作案。

※摘錄各與會者發言重點

吳國治：陳文侯醫師的說帖分為全面病歷電子化(全部病歷)及送審(部分病歷)兩個層次。目前健保署既定政策有：1.一月起做全國性基層同院所慢性病加精神病重複用藥要扣錢。2.發展 ODS system，找各種不同的全國性指標極端值去稽核院所，這些都靠每天醫師看完病後上傳申報的內容去分析而得，這裡面無檢驗數據或病人敘述，只有申報金額、藥品、檢驗項目，這算不算雲端？第二，雲藥健保署勢在必行，陳醫師對電子病歷送審的部分也反對。第三，全面性的東西要送到雲端，這大家都是反對的，三個層次都不同。

林恆立：醫院已全部上線，衛福部病歷可能未來全面上傳雲端，目前先由藥歷開始，但是未來衛福部還是逐步進行，最終當然希望所有病歷上雲端。衛福部知道這阻力很大，但衛福部已用計畫形式讓醫院與診所雲端藥歷連線，找醫院底下醫療群診所配合病歷雲可相通，診所可看到病人所有住院的流程，接下可以給診所壓力，例如參加家庭醫師計畫的診所要符合藥歷查詢系統的標準，否則無法拿

到品質款等，大家應用智慧看看針對這個議題診所應鬆綁或是完全反對。否則又會讓幹部再度搗黑鍋。

**黃永輝：**1.關懷名單一定要查詢，否則已開始記點。2.雲端藥歷查詢的好處是病人用藥有無重複，對慢性病為主的科別確實有效，但部分科別就無效，因此目前只要求 20%。3.電子病歷送審目前是鼓勵沒強制，可以節省紙張，與個人資料保護法無關係。但病人就醫紀錄可上雲端查詢，就會牽涉個人資料保護，可先由有意願的醫療院所自由參加，再視實行情形加以檢討，全聯會不宜全盤否定。

**吳梅壽：**很多病患隱私可能會因「雲端」之名而被洩漏，醫界一開始對「雲端」反彈，但我發現醫界反對力量非常薄弱，如果政策推行對醫界不是正面的，但最後往往被個個擊破，而只能被迫接受。例如最近健保局要眼科診所十天內自行去雲端查詢，提供 500 份病歷資料送審，原本抽審是健保局提供名單抽審，現在變成自己去找病歷，若病歷不是健保局要的，可能會有偽造文書、隱匿病歷等等後遺症，這也就是對醫界的殺傷力。因此，醫界應省思發揮對抗的力量，該堅決反對時應把持住。

**蔡明忠：**中區四縣市共識是不會公開反對，讓個人自行去執行。醫院往前走，但基層停滯時，基層醫師會不知所措，基層醫師若一直反對，對基層是好是壞應思考。

**吳國治：**全聯會已有去函給各公會相關態度，目前上傳申請費用的部分需上傳，到這邊應該就是底線，電子審查可以紙本或電子；至於病歷電子化或病歷互通，全聯會站在民眾個資保護應強烈反對。

- 決定：**
1. 本會其他委員會討論時，提供陳文侯醫師說帖供參考。
  2. 雲端藥歷查詢系統應尊重醫師臨床專業判斷查詢裁量權，贊同依第十屆第七次理事會決議辦理。
  3. 審查電子化或送紙本病歷審查，應尊重醫師的選擇。
  4. 電子病歷及鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案，涉及病人個資外洩疑慮，建議未有完整配套措施前不宜實

行。另本會曾於 103 年 8 月 29 日以全醫聯字第 1030001311 號函，提供各縣市醫師公會有關鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案之參考意見，俾利醫療院所自行考量是否參與鼓勵方案。

三、案號五：(一)最近媒體報導,健保補充保費太「補」了，健保安全準備金累積迄今已有 1035 億，衛福部健保署估計，明年初可望達到 3 個月安全準備金的標準，因此，下個月健保署即會向健保會提出明年財務報告，考慮調降健保費云云…。(二)唯健保每年積扣醫界點值達數百億元，是否應考慮先補回醫界的點值到 1？(三)請全聯會速行文衛福部，表達「降低健保費率之前，先補回積扣醫界的點值到 1」。

#### ※摘錄各與會者發言重點

鄭俊堂：1.新北市醫師公會的季刊《新北市醫誌》，早些前曾訪問前健保局長張鴻仁，健保總額預算是在其任內實施的，當初規畫是 3-5 年的短期規畫，目前醫界的弊端五大皆空...等問題，都肇因於長期實施總額制度所產生的。他建議二代健保要用收支連動來解決，亦即收多少錢就提供多少服務。2.在一代健保時，若健保總額預算點值低於 0.9 時，要自動啟動協商機制，但當時在向立委反應時，卻被立委擋住，所以往後我們應朝政治面去突破。

吳國治：政府應依法行政，可以找未依法行政的爭點走法律的程序，沒按照比例收費可擬定其他權宜措施，應全力抗爭。

主席：從財務面、法制面及收支連動相關思考模式突破總額限制。各委員會對此案看法不同，建議秘書處應蒐集資料，持續追蹤。

蔡明忠：1.提案案由是以降低保費前提出，目前確定決議不降低保費，維持 4.91。2.點值 0.9 以下由醫界與健保署談內容而非重啟協商，協商每年定下來就定了，只是醫界尚未與健保署談過。3.各委員會對此議題研議結論差異很大，同意召委看法暫緩再議，目前此

案沒有答案。

決定：建議此案繼續追蹤研議。

四、臨時動議案：針對餿水油事件，研議全聯會之立場及角度。

決定：食安與民眾健康息息相關，建議函請各縣市衛生局，就解決食安問題提供相關策略供本會參考。

## 參、討論事項

一、案由：建請研討醫師人力未來需求與科別平衡問題。(提案人：吳委員欣席)

### ※摘錄各與會者發言重點

主席：國衛院報告因五大科缺乏，未來應多徵收醫學生，但若重視基層醫療，第一線醫師與病人互動更加緊密，應可緩解急診壅塞。

陳日昌：急診室為提供方便解決民眾需求，急診壅塞問題常被提出，全國四百多家醫院，其中 191 家為急救責任醫院，急診壅塞的只有約 10 家，台大、長庚是指標，但大多數醫院急診並不壅塞，甚至病人量也不多。政策上應優先解決 10 家的問題或 180 家問題，應考率比例原則。急診病人量 25%在醫學中心、50%在區域醫院、25%在地區醫院，地區醫院較貼近民眾，如何結合基層及地區、區域醫院，讓醫療資源做妥善利用才是最優先的問題。

蔡有成：1.台灣醫師資源足夠但在運用上不平均，基層醫師應與地區或區域醫院配合，基層發揮功能，人力應足夠。2.預估內、外、婦科 20 年後缺少醫師，現在好好規劃應不至於缺少，目前台北市一位醫師照顧約 400~500 人，若每年增加 130 位，十年後增加 1,300 位，醫師將會過剩。3.衛福部推動家庭醫師制度，透過家庭醫學會的訓練，讓基層醫師都有能力獨立作業，應無增加名額的必要。

蔡明忠：醫學生多收 10%，增加 130 名公費生名額已經定案，應該會由 104 年開始實施，影響此政策的原因包括醫師納勞基法後醫事人力的欠缺，因此才由此補足。

陳日昌：衛福部派公費生到鄉間服務以前做過統計，服務期滿大都回到都會區，最後結果還是會影響到都會區點值。

主席：義大護理人員缺乏所以關病房因應，問題應回歸到醫院是否需要蓋這麼多，而不該是處理勞基法問題而去增加醫學生，如目前台北市一天看 30 個病人以上的診所不到一半。

劉家正：

1. 台北市如台大、長庚、北醫急診室爆滿，但其他醫院急診卻沒人，簡單來說病人對非醫學中心的醫院沒信心，因為醫學中心的急診室有效率，可以迅速確定診斷結果，應住院或回家治療，但對其他醫院沒信心。如台北市立醫院急診能力要提升，可列出常見的急診疾病並列出其 SOP，在急診室可以馬上解決，病人就願意去。
2. 病人出院時醫院的主治醫師應主動詢問病人，病歷及後續治療方針等應送給哪位基層醫師，將有助於雙向轉診並提升病人對家庭醫師的重視。

主席：第一線醫師應與病人維持良好關係，積極協助病人轉診至醫院，提供長久全人的醫療照護，才可增加病人接受轉診至地區、區域醫院的意願。

陳日昌：

1. 病人轉診到醫院，在美國制度上醫院會連絡家庭醫師，但我國沒有建立這種管道，病人自己到醫院也無法聯絡家庭醫師，就算有轉診單，基層醫師與醫院醫師間也沒有聯絡，這是目前醫院與基層間最大的問題。若病人至急診，家庭醫師與醫院醫師可連結雙向轉診，共同關懷病人，病人至急診反而像多了一個原來的家庭醫師，應該可以增加病人對地區或區域醫院的信心，之後醫院再協助病人轉診回基層。
2. 第一線照護應該在基層做，醫院門診應慢慢減少，但基層必須與醫院區域化的合作。



3. 勞基法適用對象應該是醫學生與住院醫師非主治醫師，勞基法無法解決眾所關心的醫療品質問題，會不會造成醫師人力不足，重點在於如何解決醫院值班問題，例如充分發揮專科護理師功能或實施醫師助理來協助值班。
4. 應重視區域整合問題，不要以行政區本位思維，例如新竹縣、市及台北市、新北市應視為一個區域規劃，否則會違反病人就醫習慣，也可能會造成醫院資源過多。

鄭俊堂：目前問題是醫院太多而非人力缺乏，舉例如紐西蘭三、四百萬人口只有一個醫學中心，而台北市加新北市已有 8-9 個醫學中心，再上眾多的區域、地區醫院，新北市還要陸續蓋土城醫院、蘆洲醫院...，所應重視的是台北市、新北市整體區域，醫院總數太受的問題，連帶僱用佔據太多的醫師人力，所以是患不均而不患寡。

結論：1. 研討醫師人力應以全體醫療為研究對象，不應僅針對五大科人力做研究，才能研擬周全的決策方針及政策。

2. 請政府重視基層醫療的重要性，基層醫療可提供周全性、負責性、可近性的第一線照護，基層醫師與民眾應維持良好的互動，以提供民眾全人且完善的醫療照護。

3. 醫學生的徵收名額議題，提請本會理事會詳加討論，本委員會建議目前不應增加醫學生名額，首重應進行醫療體系的改革。

二、案由：醫學病歷中文化是否妥當？可行？(提案人：趙委員堅、蔡委員有成、劉委員家正、吳委員梅壽、鄭委員俊堂、邱召集委員泰源)

※摘錄各與會者發言重點

趙堅：此案是醫改會與榮總神經內科醫師提案，緣由是因審查給付時病歷字跡潦草看不懂，因此推動病歷中文化，這在國家施政上

不符比例原則，病歷看不清楚，可以以行政命令規定字跡應工整，或可先核刪讓醫師來答辯，但毋須動用到國家立法資源。此外，陳夢熊常務理事來電表示日本有國家翻譯中心，英文書籍半年內統一翻譯成日文，但日本人所講的英文通常較難了解，可見長久下來英文將難與國際接軌。本會說帖可參考再加以修正。

**結論：1. 現階段不宜推動病歷中文化。**

**2. 請趙堅委員以 101 年 6 月上屆全聯會的說帖為本修改成新說帖，並提理事會正式通過新說帖。**

**3. 儘速積極向各立委及外界相關單位溝通。**

三、案由：呂玉玲立委等 16 人因監察院糾正案，提案修正醫師法第 28 條條文，增列第 2 項規定：「前項第 2 款之護理人員、助產人員或其他醫事人員在進行麻醉注射行為時，需有麻醉醫師在場指導。」，與醫療現行實務運作有落差，請研議如何因應處理案。

#### ※摘錄各與會者發言重點

吳梅壽：醫師法第 28 條修正案若通過，將來婦產科醫師沒有麻醉專科醫師不能做 D&C 等，外科、家醫科醫師不能進行外傷縫合等等，這將會翻轉整個醫界生態。

鄭俊堂：醫師法第 28 條是處罰密醫的罰則，醫師是經國家醫師考試，由法律賦予醫師資格，麻醉專科醫師只是屬於衛生醫療行政層面的科別，放入母法規範，且以刑法處罰，不符憲法比例原則。我們反對此修正條文。

吳國治：醫師法第 28 條是需具醫師資格才能執行業務的除外條款，不應讓除外條文再除外。

陳振文：應請蘇理事長向呂玉玲等立委解釋溝通。

趙堅：此案立法技術有問題，醫師法非管理專科醫師工作範圍的法律。應由衛福部去評估此案是否可行，另一管道應遊說衛福部此

案不可行。

結論：醫師法第 28 條條文修正草案，與現行醫療環境及人力有落差，恐致使醫療體系第一線照護窒礙難行，建議不予修正維持現行條文。

肆、散會：下午 4 時 15 分