

立法院第9屆第1會期社會福利及衛生環境委員會

「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會報告

立法院社會福利及衛生環境委員會編製

中華民國 105 年 6 月

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會

「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會報告

目 錄

壹、公聽會紀要及發言紀錄	1
一、經過紀要	1
二、出席人員發言紀錄	6
三、結語	59
貳、公聽會開會通知及議程	62
參、附錄	65
一、衛生福利部書面意見	65
二、勞動部書面意見	74
三、教育部書面意見	75
四、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟理事曾家琳書面意見	79
五、台灣急診醫學會秘書長顏瑞昇書面意見	91
六、財團法人台灣醫療改革基金會教授劉梅君書面意見	92
七、本院委員陳宜民書面意見	94
八、本院委員劉建國書面意見	98
九、勞動基準法第八十四條之一條文	99

立法院第9屆第1會期社會福利及衛生環境委員會

「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會報告

壹、公聽會紀要及發言紀錄

一、經過紀要

(一) 時間：中華民國 105 年 6 月 6 日 (星期一) 上午 9 時至 12 時 19 分
、下午 2 時 3 分至 3 時 54 分

(二) 地點：本院 9 樓大禮堂

(三) 出席委員：鄭天財 蕭美琴 盧秀燕 黃昭順 黃國昌 洪慈庸 蔣萬安
賴士葆 陳宜民 陳曼麗 陳歐珀 林俊憲 鄭運鵬 徐榛蔚
顏寬恒 黃偉哲 吳志揚 林德福 廖國棟 管碧玲 蔣乃辛
羅明才 王惠美 費鴻泰 陳明文 李彥秀 何欣純 簡東明
張麗善 黃國書 呂玉玲 林淑芬 徐國勇 吳玉琴 林靜儀
鍾孔炤 王育敏 陳 瑩 尤美女 陳怡潔 黃秀芳 劉建國
陳賴素美 周陳秀霞

(委員出席 44 人)

(四) 應邀出席學者專家：

1. 國立臺灣大學醫學院附設醫院麻醉科教授王明鉅
2. 台灣外科醫學會秘書長及台灣神經外科醫學會教育主委馬辛一
3. 台灣急診醫學會秘書長顏瑞昇
4. 台灣兒科醫學會副秘書長葉樹人
5. 台北市醫師公會常務理事張孟源
6. 中華民國醫師公會全國聯合會理事劉榮森
7. 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟理事曾家琳
8. 中華民國基層醫療協會監事陳志鑫

9. 台灣醫院協會委員鍾蕙如
10. 台灣婦產科醫學會醫師陳祈安
11. 中華民國急救加護醫學會醫師蔡宏斌
12. 醫師勞動條件改革小組醫師黃致翰
13. 醫師勞動條件改革小組住院醫師陳秉暉
14. 醫師勞動條件改革小組住院醫師郭仔婷
15. 醫師勞動條件改革小組組員陳成擘
16. 醫師勞動條件改革小組組員陳宗延
17. 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟醫師武執中
18. 台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟法務詹淳淇
19. 奇美醫院職災醫師蔡伯羌之配偶李其芳
20. 中華民國工作傷害受害人協會專員賀光卍
21. 財團法人台灣醫療改革基金會教授劉梅君
22. 國立政治大學法律系副教授徐婉寧
23. 台灣內科醫學會法律顧問張家琦

(五) 應邀出席政府官員及相關單位人員：

1. 衛生福利部

部長林奏延、醫事司司長王宗曦、社會保險司司長曲同光、
中央健康保險署專門委員林淑範

2. 勞動部

政務次長廖蕙芳、勞動條件及就業平等司副司長黃維琛、勞
動保險司副司長鄧明斌、職業安全衛生署組長林毓堂

3. 教育部

高等教育司司長李彥儀、高等教育司專門委員王淑娟、醫學教
育會委員楊仁宏

(六) 應邀出席團體代表：

1. 醫師勞動條件改革小組法務王碩
2. 醫師勞動條件改革小組醫學生孫豪均

(七) 主席：林召集委員淑芬

(八) 討論題綱

1. 現況各科別醫師平均週工時為何？若將醫師全面適用勞基法，推估時程為何？需要相關配套方案有哪些？請衛生福利部與教育部說明醫師人力來源的配套規劃。
2. 針對工時過長之科別，醫師的勞動型態如何調整符合勞動基準法規範，以及對民眾就醫可近性之影響？
3. 若醫師適用勞動基準法第八十四條之一責任制，是否有助於改善醫生血汗過勞之勞動條件？

(九) 會議進行略要

公聽會開始，主席林委員淑芬首先表示感謝各位專家學者、團體代表及政府單位人員出席本日會議。今天公聽會題目為「醫師適用勞動基準法之具體時程」，基於立法院時代力量黨團於院會提案，擬將受僱醫師納入勞基法適用，之後其他的黨團亦陸續提案，因此我們曾在時代力量黨團的召集下各黨團提案併案協商，在協商過程中，大家一致支持將受僱醫師納入勞基法適用；但在受僱醫師適用勞基法是否需要準備時程及配套的部分，則有很大的歧見。今日我們在已有共識的基礎下，召開本次公聽會，處理有歧見的部分，希望瞭解受僱醫師適用勞基法的具體時程及配套的爭點在於何處，為了廣徵民意，我們邀集許多專家學者與會，希望大家可以充分討論。

針對受僱醫師納入勞基法適用，我們期待新政府上臺後，林部

長能為我們帶來新的改革，他本人亦有提出方案、釋出善意；但其具體改革的期程似無法符合受僱醫師的期待，所以我們先請林部長發言，向大家報告其改革的方案。另外，請大家踴躍登記發言，俟部長發言結束之後，就請與會的專家學者、民間團體依序發言；接續則請在場的立法委員林靜宜、洪慈庸、黃國昌、陳宜民、蔣萬安、陳曼麗、廖國棟、吳玉琴、鍾孔炤等進行發言之後再請行政部門回應；如果大家仍然意猶未盡，我們將進行第二輪的發言，再續請行政部門回應。我們希望藉由這樣問答的方式釐清相關的爭點，並取得更好的整合意見。今日討論題綱有 3 項，請大家能集思廣益，提出寶貴的建言，以作為受僱醫師適用勞動基準法之具體時程的修法參考。

今天參加公聽會的人員在政府機關首長及相關主管，計有：衛生福利部部長林奏延、醫事司司長王宗曦、社會保險司司長曲同光、中央健康保險署專門委員林淑範、勞動部政務次長廖蕙芳、勞動條件及就業平等司副司長黃維琛、勞動保險司副司長鄧明斌、職業安全衛生署組長林毓堂、教育部高等教育司司長李彥儀、高等教育司專門委員王淑娟、醫學教育會委員楊仁宏。在學者專家部分，計有：國立臺灣大學醫學院附設醫院麻醉科教授王明鉅、台灣外科醫學會秘書長及台灣神經外科醫學會教育主委馬辛一、台灣急診醫學會秘書長顏瑞昇、台灣兒科醫學會副秘書長葉樹人、台北市醫師公會常務理事張孟源、中華民國醫師公會全國聯合會理事劉榮森、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟理事曾家琳、理事林秉鴻、中華民國基層醫療協會監事陳志鑫、台灣醫院協會委員鍾蕙如、台灣婦產科醫學會醫師陳祈安、中華民國急救加護醫學會醫師蔡宏斌、醫師勞動條件改革小組醫師黃馨儀、醫師黃致翰、住院醫師陳秉暉、住院醫師郭仔婷、組員陳成暉、組員陳宗延、台灣醫療勞動正義

與病人安全促進聯盟醫師武執中、法務詹淳淇、奇美醫院職災醫師蔡伯羌之配偶李其芳女士、中華民國工作傷害受害人協會專員賀光卍、財團法人台灣醫療改革基金會教授劉梅君、國立政治大學法律系副教授徐婉寧、台灣內科醫學會法律顧問張家琦。在團體代表部分，計有：醫師勞動條件改革小組法務王碩、醫師勞動條件改革小組醫學生孫豪均。經主席逐一介紹後，旋即請各機關代表、學者專家及團體代表發表意見，其發言內容及對話經過，均經作成逐字稿之會議紀錄，於會後作成書面報告分送本院全體委員及所有出席者，本次會議進行至 15 時 54 分結束。

二、出席人員發言紀錄

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會舉行「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會會議紀錄

時 間 中華民國 105 年 6 月 6 日（星期一）9 時至 15 時 54 分

地 點 本院群賢樓 9 樓大禮堂

主 席 林委員淑芬

主席：首先感謝各位專家學者、團體代表及政府單位出席本日會議，向各位報告，基於時代力量黨團於院會提案，擬將受僱醫師納入勞基法適用，之後其他的黨團亦陸續提案，因此我們曾在時代力量黨團的召集下各黨團提案併案協商，在協商過程中，大家一致支持將受僱醫師納入勞基法適用；但在受僱醫師適用勞基法是否需要準備時程及配套的部分，則有很大的歧見。今日我們在已有共識的基礎下，召開本次公聽會，處理有歧見的部分，希望瞭解受僱醫師適用勞基法的具體時程及配套的爭點在於何處，為了廣徵民意，我們邀集許多專家學者與會，希望大家可以充分討論。

今日的討論題綱如下：

一、現況各科別醫師平均週工時為何？其實各科別醫師的工時長短不一，若將受僱醫師全面納入勞基法適用，推估時程是否有科別的差異？需要的相關配套方案有哪些？等一下先請衛福部與教育部說明醫師人力來源的配套規劃。

二、針對工時過長之科別，醫師的勞動型態如何調整以符合勞基法之規範，以及對民眾就醫可近性之影響？

三、有醫師主張可以先適用勞基法第八十四條之一的責任制，若是直接適用此條文，是否有助於改善醫生血汗過勞之勞動條件？其實護理師們為了擺脫勞基法第八十四條之一的規定爭取了很久，另外，此條文也造成很多行業無法停止血汗勞動的惡夢，很多行業雖然適用勞基法，卻長時間無法擺脫第八十四條之一的框架，繼續被剝削。因此，我們要討論受僱醫師是否要直接適用勞基法第八十四條之一。

針對受僱醫師納入勞基法適用，我們期待新政府上臺後，林部長能為我們帶來新的改革，他本人亦有提出方案、釋出善意；但其具體改革的期程似無法符合受僱醫師的期待，所以我們先請林部長發言，向大家報告其改革的方案。另外，請大家踴躍登記發言，俟部長發言結束之後，就請與會的專家、學者、醫師發言，之後再請行政部門回應；如果大家仍然意猶未盡，我們將進行第二輪的發言，再請行政部門回應。我們希望藉由這樣問答的方式釐清相關的爭點，並取得更好的整合意見。希望今日的公聽會大家能集思廣益，提出寶貴的建言，以作為受僱醫師適用勞基法之具體時程的修法參考。

首先請衛福部林部長發言。

林部長奏廷：主席、各位委員，醫師納入勞基法已是各界的共識，目前本部的立場為，將所有的受

僱醫師同時納入勞基法，這亦為蔡總統的政見，但在實施期程的部分仍可討論。針對受僱醫師納入勞基法是否會影響民眾的就醫權利，以及對於醫界崩壞是否會造成更不良的影響，值得大家考慮，所以我們在 5 月 20 日當天成立一個醫師勞動條件改革小組，下面共分了 3 個小組，分別是醫師人力、勞動條件及醫療政策，希望今天公聽會能得到很多重要且寶貴的意見供小組作參考。

其實醫師納入勞動條件的基礎就是勞基法第八十四條之一，也就是責任制，建立在這個基礎上工時是可以協商的。但為何我說需要一段時間來做配套，其原因是，第一、要簡化醫院評鑑，現在已經有一個簡化醫院評鑑的改革小組，可能於這個月中或月底就會提出報告，明年度就會用新的醫院評鑑方式。第二、醫師人力到底該如何補足，因為預期的醫師人力會受到影響，醫師人力分為兩層，一個是醫師的補充人力，不管是醫學生也好，公費醫學生也好，針對這部分，我們都會繼續和教育部討論。另一個是醫師的輔助人力，目前都是靠專科護理師，專科護理師行之多年，也是經過國家考試及格，但一方面會影響到已經不足的護理人力，一方面會擴大輔助人力來源，所以就跟美國一樣，美國有專科護理師的 PA（醫師助理），美國和澳洲都一樣，醫師助理必須是相關專科畢業，讀 2 年再加上實習考試及格後，才可以當醫師助理，這些部分都可以做討論。第三、醫師訓練的制度是不是需要做變革，因為醫師訓練的時間明顯會減少，尤其外科醫師的開刀時間一定會明顯減少，到底醫學教育或專科醫師訓練的制度要如何變革？針對這部分，我們都有初步的討論。第四、要設立一個專科，目前有 26 個專科醫師，可能需要新增一個專科醫師叫 Hospitalist，這在美國已經實施 20 年了。我們有專門看急診的專科醫師，但針對照顧住院病人，也需要有專門照顧病人的專科醫師。這個英文單字的翻譯尚未統一，所以我姑且用「住院處置醫師」來稱呼他。如果我們以後有開放醫院成立的話，他是非常重要的主力，雖然目前醫師人力不足，但其實白天的情況還好，主要是夜間或假日時，醫師是嚴重不足的，所以這部分需要增加新的專科。第六、要做分級醫療。因為本來急重症病人就在大型醫院，如果連輕症也到大醫院的話，即使將醫師納入勞基法，大醫院的醫師還是會非常辛苦。

我之所以這次特別提到要將主治醫師和住院醫師同時納入勞基法，其實我上次只有提到要將住院醫師納入，因為住院醫師納入比較快，隨時納入都可以。假使只有住院醫師納入勞基法，所有的工作都集中到年輕的主治醫師身上，如果年輕主治醫師受不了的話，就會離開，所以可能本來是 V5、V10 下來值班，就會變成 V15、V20 下來值班。因此，應該將主治醫師和住院醫師，甚至所有的受僱醫師都同時納入，這樣才合理。事實上我上次不是很正式地提出，因為當時醫院還沒有心理準備，但我提出之後，現在各醫院已經積極地準備因應醫師納入勞基法的事，我覺得這是一個非常好的現象，期盼今天大家能將寶貴意見提供給這三個小組。

最後，我再提出兩點。第一、如果立法技術可行的話，我剛才提了那麼多配套，為什麼需要時程，因為如果配套無法跟上醫師納入勞基法的進度，對整個醫療體系來說，是一個很大災難，所以才需要一點時間，萬一小組結論是需要 3 年、4 年甚至更久的話，在立法技術允許的情況下，能否將職災和工時脫鉤，也就是讓住院醫師的職災優先立法進來。第二、因為今天沒有邀

請民眾代表，其實住院醫師納入勞基法對民眾就醫到底會產生哪些影響，我們應該多與民眾溝通，也期盼今後所有的討論都能將民眾就醫權放在第一，以上是我簡單的補充，謝謝。

主席：謝謝部長，也非常謝謝你的提醒，的確我們沒有思考到，因為本來要討論受僱醫師納入勞基法的議題，至於你剛剛提到配套需要考量到民眾就醫權益的影響，事實上的確也是，所以今天確實有不足之處，如果下次有機會的話，我們再繼續做討論。

接下來請勞動部廖次長發言。

廖次長蕙芳：主席、各位委員，站在勞動部的立場，目前醫療保健服務業的受僱醫師尚不適用勞基法，為了保障這類醫師的勞動權益，勞動部近年來已針對此議題多次與衛生福利部及相關單位進行協商，且大概都已有一些共識，所以我們會先朝住院醫師適用勞基法的方向來努力。

因為醫師的工作時間及性質的關係，除了醫師工作性質的特殊性外，還要考慮到病患就醫權益等，所以目前是認定醫師不適用勞基法，因為在現實面上確實有窒礙難行之處。但對於醫師的勞動權益保護，勞動部向來重視，所以我們將與衛生福利部等相關單位持續溝通協調，並配合衛生福利部的規劃，儘早將住院醫師納入勞基法之適用。至於能否將所有受僱醫師納入勞基法，針對這部分，我們還要進一步提出配套措施，並積極溝通協調。

另外，與會者可能會問：適用勞基法後，可否以勞基法第八十四條之一的責任制來解決？針對這部分，我們先來探究勞基法第八十四條之一的規定，其適用範圍包括：(一)監督、管理人員或責任制專業人員。(二)監視性或間歇性之工作。(三)其他性質特殊之工作，且經中央主管機關核定公告之工作者，得由勞雇雙方另行約定工作時間、例假、休假、女性夜間工作等，並報請當地主管機關核備後，不受勞基法相關規定之限制。也就是說，勞基法第八十四條之一的適用並非全然無限制，而是讓雇主及特殊工作勞工可以透過合理的協商來加以限制。所以假設住院醫師已經適用勞基法，就住院醫師適用第八十四條之一規定的細節部分，我們還會與衛福部甚至其他團體共同制定限制範圍等。總之，對於受僱醫師全面適用勞基法，我們會配合、遵照辦理，而且會朝這個方向努力。

主席：請教育部高等教育司李司長發言。

李司長彥儀：主席、各位委員，今天立法院社會福利及衛生環境委員會召開的「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會訂有 3 項討論題綱，我們針對其中與教育部相關的議題做簡單說明。針對討論一，醫師人力來源配套規劃涉及醫學系學生的招生名額，教育部希望能夠切合國家發展與產業需求，增設、調整院、系、所、學位學程的計畫，都會邀請各事業單位就國家社會人力需求及人力推估等面向協助教育部審查。至於醫學系招生名額，我們是配合職掌醫事人力推估之衛生福利部對醫師人力需求之規劃，在醫師人力之培育採教、考、訓、用之管制措施方面，目前我們將招生名額總量維持在 1,300 名。有關醫師人力培育，我們希望也要考量到大學師資、教學設備之配合，為我國培育優質醫事人才及維護國內醫療品質，因此，我們未來會配合衛生福利部，在維護醫學教育品質下核定各校醫學系之招生名額。

至於討論三，有關於醫師適用勞基法能不能改善勞動條件，跟教育部比較有密切關係的，應該是日前大學醫學系實習醫學生的實習權益保障。針對這部分，我分 2 個部分來說明，第一，

對於各界所關心的舊制，也就是 7 年制或 102 學年度以前入學學士後醫學系醫學生之臨床實習，也就是我們稱為 Intern 的相關學習與身心安全權益，基於醫學教育與醫學臨床訓練攸關我國醫師人力品質，我們會協助建立完善的學習與訓練制度，透過相關配套措施，讓醫學生的專業知能養成與身心安全之需求能夠受到照顧。所以，我們邀集各相關單位召開多次會議，自 101 年至 104 年辦理各項會議，也召集醫學校院、學者專家，當然包含衛生福利部、勞動部等共同研議，達成共識之後，再考量現況，針對舊制醫學系 7 年制與新制課程之實施，建立了相關權益保障措施。

在法制面，首先，我們研議是否要制定專法保障，或是建請勞動部考量以專章方式，也就是比照技術生專章，研議修正勞基法，以保障學生權益之可行性，以維護現行實習學生的實習權益，並考量醫學生培育之特殊性，對於實習訓練時數需求能夠訂定適法之規定，或是在立法所需時，能夠配合舊制醫學生之臨床實習規範處理。舊制醫學生將於 108 學年度結束，屆時新制醫學生，也就是所謂 6 年制醫學系醫學生之全時臨床實習將在畢業後進行，這時他們就屬於實習醫生身分，可以依據醫師法納入勞基法進程予以保障。過渡期間，醫學實習生之臨床實習仍然可以透過相關規範予以保障。

未來在實務面，我們做的包括強化學生實習的保障，比如說，在學生赴教學醫院實習期間，除了學生團體平安保險以外，還另行投保傷害保險 100 萬元以上，得附加傷害醫療險，對於可以額外增加保險額度的項目，我們也會請學校配合處理，這是目前我們規劃的。當然，我們也制定了實習醫學生臨床實習的指引，也訂定大專校院辦理醫學生臨床實習的實施要點，以下稱為實施原則。至於規範內容，由於時間關係，就請大院參考。最後，我們也會將醫學生實習原則納入醫學教學評鑑與醫學教學醫院的評鑑項目，我們將新制醫學系醫學生定位為實習主體，所以，我們目前也正在積極辦理「大專校院辦理新制醫學生臨床實習實施原則」之公布。以上簡要向各位委員報告，謝謝。

主席：謝謝教育部的報告。

今天最重要的是聽聽各位專家學者意見，現在依照登記順序發言，委員也是依照先來先登記的原則發言。由於今天可能會進行兩輪發言，第 1 輪發言，每人以 6 分鐘為原則，希望能讓大家講完，待行政部門回應之後，如果大家還想再發言，就登記第 2 輪，我們待會也會宣布受理第二輪發言登記。

請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事發言。

曾家琳理事：主席、各位委員，我代表醫勞盟第 1 次發言，很抱歉，我沒有把投影片印給大家，所以請大家看這邊一下。醫勞盟針對醫師納入勞基法的論述有幾個方向，包括台灣醫療的需求與台灣醫療人力的需求，還有台灣醫療服務的供給面，最後我們會談到醫勞盟對於醫師納入勞基法時程與相關配套的主張。

我們知道，醫師過勞會造成為自己的潛在傷害，也會對病人造成潛在傷害，五大科醫師領證人數占有所有醫師的 50%，卻造成住院照顧的過勞以及五大皆空的情況。令人悲傷的是，過去幾年有非常多醫師在職場上因為醫傷而死亡，但這樣的過程也讓所有醫師團結在一起。最近 4 年

，統計有 42 名醫師死亡，雖然有多少是因為過勞而死的並不知道，但是這種情況一直發生在我們身邊的醫師身上。一位年紀與我相近、40 幾歲的神經外科醫師，發現自己 3 條血管全塞，必須做繞道手術，根本連放支架的時間都沒有；1 位神經外科醫師也就這樣報銷，再也不可能開刀了。更何況還有很多其他案例，從今天在場的蔡醫師身上，我們也可以看到一位醫師所可能受到的損傷，過勞造成的不僅是他自己的損傷，也是他的家庭與整個社會的損傷，至少有 3 億元的直接損害，還不包括其他帶給病人的福利。

據我們所知，勞工局核備第八十四條之一的工時規定，有談到電影業或保全，上限工時設定在每 4 週 288 小時。對於我們來說，勞基法絕對不只是工時保障，重要的還有定型化契約、產假及職災傷害等其他規定，至於延長工時的加班費、遣散費等其他保障其實已經是另外的考慮了，也就是說，勞基法對醫師團體來說，不只關乎工時。醫勞盟主張首年以勞基法第八十四條之一的 4 週 288 工時為上限，主治醫師與住院醫師一併納入，再針對主治醫師與住院醫師逐年縮短工時，最後目標是要退出第八十四條之一的適用，回歸基本工時，而這個時程目標必須透過台灣醫療服務人力、服務型態與民眾需求的調整來達到。其實，在病人的安全與權益上，台灣醫師一直堅守在崗位上。我們已看到衛福部的努力，104 年大概有 38 家醫院加入，已經有 50 名 hospitalist，住院醫師的平均工時目前已經下降到 71 小時，但是相較於 4 週工時 288 的平均值，仍有非常大的努力空間，可以繼續下降。

我們剛才也談到，所謂的需求其實要看是否有假性需求，還有如何落實部長剛才提到的分級醫療，對於 Hospitalist，其實有很多可以討論。談到醫療假性需求評估，如果以台灣與世界各國比較，可以發現台灣人均門診數過高，其實這是可以被降低的。台灣的住院日與公醫國家相較也過長，公醫國家可以達到 6 天，台灣目前則是超過 9 天，當然，其中日本的資料比較不確實，因為他們把慢性住院也納入計算。除了人均門診數過高、住院日過長以外，台灣人均住院日也過長，這 3 個統計數字在在顯示，台灣的醫療需求中，可能有很多是可以被大量改善的，這在醫師納入勞基法議題中，關於醫師過勞方面，其實是非常值得大家努力的方向。從國際比較上還可以看到，在醫療支出方面，以台灣的老年人口和 OECD 相較，可以發現台灣的健康支出占 GDP 的 6.8%，但是還有很多因素必須考慮，數據也必須提高，包括公共部門的健康支出，其實也被低估。在工時上，我們發現，英國是有進程的，他們大概努力了 15 到 20 年。日本也是，日本目前的平均工時是不可以超過 38 小時，但如果含加班，也可以提高到 62 小時。

對於衛福部對人力的估計，我們也認為可以討論。日本 119 年老化人口有 25%，每千人有 2.4 位醫師，台灣則預估到 2030 年已經有 2.6 位醫師，其實醫師人力是足夠的，但如何分配所有醫師的工作以及降低住院需求，其實是非常需要被討論的。根據衛福部提供的統計資料，我們發現幾個錯誤，或許可以改善。首先是臨床時數估計缺口必須重算，因為我不相信在未十年內，台灣有辦法繼續用現有醫療需求來維持人口問題與所有病人的醫療照護，到了 119 年，雖然老年人口可以維持在 25%，但到了 129 年就會有 30%到 40%的老年人口，現在這種被民眾無限上綱的醫療照護要求沒有辦法再獲得滿足，所以這個方面必須檢討。第二，科學排班問題非常需要重視，目前雖然已經有很多人開始研究科學排班，包括醫策會在內，但我們認為可以更積極

地討論此事。衛福部提供的資料還提供了 Hospitalist 的工時，估計是 80 小時，但這也是錯誤的，不應該用 80 小時計算。Hospitalist 的最終目標是要讓醫師納入勞基法，合乎每週 40 工時的目標，所以，其工時設計應該是 40。他們的分擔業務也不應該是 1/2，我們認為應該可以達到 1，雖然數字算起來一樣，但計算邏輯必須修改。

目前台灣最擔心的大概都是夜班值班人力問題，台灣有 13 萬張病床，其中 10 萬張在教學醫院，以占床率 80%計算，目前每夜大概需要 1 萬 3 千人次的值班人力，但我們認為這非常浪費、沒有效率，長期下來，也會造成醫師過勞的不良影響。如果按照科學排班估計，每夜值班人力應該降到 7、8 百人左右。如果衛福部的 PGY 人力住院醫師以及 Hospitalist 人力加入後，我們認為，Hospitalist 的人數應該再增加，而且必要時要比照家庭醫學科醫師，除了目前小規模試辦計畫以外，必須採用非常大型的試辦計畫。夜間照護人力除了 PGY 住院醫師和 Hospitalist 以外，過去在第一線值班的重症醫師和社區醫院的主治醫師其實也包括在內。未來還要考慮開放醫院，所以，基層醫師必須和這個體系內的社區醫院結合，甚至代班醫師可能也要出一些人力，例如在國外就讀博士班的醫師，在回國期間，其實也算是被浪費的人力，必須考慮。此外，科學排班的模式有非常多可以參考，除了可以兼顧醫師的生活品質以外，也可以提供更好的醫療服務與病人照顧專心度，所以是第一項應該有的作法。從國外的改變過程中，我們發現可以設計出不用 24 小時值班的制度，遑論 32 小時上班的狀況，而是可以降到每班 12 小時，病人照樣能獲得無間隙的照顧。

醫勞盟主張即刻公布、著手規劃，所有受僱醫師都要納入勞基法第八十四條之一，立即享有職災保障，不需專門立法。至於工時限制也要進行協商，並且要有計畫地進行。主治醫師要逐年、甚至在 4 至 10 年內降低工時至退出勞基法第八十四條之一的責任制，住院醫師和 PGY 也一樣，首年以 4 週 288 小時為上限，並且逐年降低，希望在 15 年、甚至 10 年之內，也能合乎勞基法第三十條或第八十四條之一廢止。醫勞盟主張醫師納入勞基法的政策配套上有 5 個方向必須要做，第一，醫療服務一定要改革，民眾的健康識能與死亡識能都必須提升，減少無效醫療，包括住院與門診都是，現有人壽保險也必須管制。第二，在醫師人力規劃中，Hospitalist 非常重要，必須重新估算他們對台灣的正面影響，也包括分級醫療的照顧。再者，整體醫事人力中，勞動成本其實是完全被錯誤估算的，以整合性主治醫師照顧住院病人來說，醫師每天的病人服務費只有 300 多點，完全無法彌補夜班，所以，辦理 Hospitalist 的醫院全都呈虧損狀況，所以沒有醫院願意再做這件事。即便最近兩年衛福部給了補助，醫院照樣虧損，所以，這個問題非常嚴重。第五，勞動教育必須列為醫學院所有醫事人員的必修學分。醫師納入勞基法是必須要解決醫師的……

主席：抱歉，可不可以再簡短一點？因為已經 12 分鐘了。

曾家琳理事：好，謝謝。醫師健康的社會決定因子就落在各位身上，包括撤除醫師職場的性別障礙，也必須在這部分討論，因為女性醫師的比例將達到 40%至 50%，所以，性別問題其實需要改善。

5 年前離開的林彥廷醫師，留下了中風的父親，而且他的父親是在出庭時中風的。整個國家對

於這樣的家庭與醫師卻完全沒有負擔責任，成大醫院甚至繼續提出上訴。林醫師的妹妹林妤珊希望透過我們表達，他們不希望再有醫師受到任何傷害，要求必須將醫師納入勞基法，改善醫療環境，讓每位盡心盡力的醫師可以得到正當的生活保障。

主席：謝謝醫勞盟的發言。至少我們會有幾個爭點可以繼續討論，例如科學排班方式、Hospitalist 人力估算到底有沒有錯誤，以及臨床醫療時數缺口的估算也有誤，我覺得都蠻值得再討論的，行政部門也有必要對於醫勞盟的質疑提出回應，請你們稍後說明。

請醫師勞動條件改革小組陳宗延組員發言。

陳宗延組員：主席、各位委員，我代表醫師勞動條件改革小組發言。工時過長一事其理甚明，我們其實已經花了非常久的時間討論，從我還沒進醫院，到現在剛從醫學系畢業，一直在爭取這件事，時間真的非常久。在前面提到 5 年前的林彥廷醫師發生非常令人遺憾的事之後，我們其實就有非常多倡議，除了在街頭上，我們也在體制內的會議庭召開了無數次會議。我要說的是，醫師納入勞基法一事不能再拖了，因為已經有無數醫師在這個錯誤體制中受到傷害。我們這個醫療小組曾經在 101 年進行調查，媒體也已經披露過了，所以我只講結論，就是全體醫師的睡眠狀態、生活、健康狀態和物質依賴狀態都很令人吃驚，包括睡眠時間不足、值班時因為中斷頻率過高而品質不良，甚至影響到工作及生活，休閒娛樂時間受到壓縮，體重問題、運動習慣減少，甚至需要依賴咖啡或其他提神飲料才能工作的情況非常常見，全體醫師的工作不滿、工作壓力、職場疲勞的情況、工作負荷也都高於全國平均，而且醫師因為在疲憊狀態下工作，造成醫療疏失和醫療傷害的狀況其實也非常常見，尤其對於負責一線臨床病人照顧的住院醫師來說，更有非常大的影響。

其實，衛福部去年推出一項住院醫師工時改善獎勵計畫，這是另外一場研究和實驗，我自己就有不少學長姊切身感受到工時改善所帶來的好處，所以我其實是要幫他們謝謝衛福部。就在 2 個禮拜前，有一場計畫成果發表會，我也參加了，研究結果也顯示，工時較長的住院醫師身心健康會比較差，自我報告的醫療錯誤率相當高，所受到臨床學習的品質比較差，也比較容易產生想要離開重症科別、轉往醫美等比較輕鬆科別的念頭。此外，近半住院醫師表示，工時與工作密度的不合理，會讓他們想要離開自己的專科，甚至不當醫生，試想，這是多大的浪費？畢竟這些醫師經過 7 年、甚至更久的訓練，卻沒有辦法把自己的所學用在病人身上。

關於我剛才講的這些，在國外其實已經有非常多類似研究得出這樣的結論，但是包括政府在內，各方有時就是會有一些藉口，包括國情不同、台灣的醫師過去都沿襲這樣的制度，不需要改變等等。但是，其實現在已經有充足的台灣本土資料顯示出工時的不合理，以及醫師沒有受到勞基法保障會有多大的危害，所以，我們希望醫師不但要納入勞基法，而且要全盤納入，讓所有受僱醫師都能納入勞基法保障，而且不要再拖了，不要以拖待變、再拖 4 年、8 年。既然部長剛才說，住院醫師納入勞基法隨時都可以做，那我們就開始著手進行。

主席：請醫師勞動條件改革小組郭仔婷住院醫師發言。

郭仔婷住院醫師：主席、各位委員，我是醫師勞動條件改革小組醫師，現任 PGY 醫師。一開始，我想對勞動部和衛福部在會議一開始的發言提出意見。衛福部林部長提到，住院醫師要納入勞

基法，其實隨時都可以進行，但必須是所有受雇醫師同時納入比較合理；勞動部的發言卻從頭到晚只提到住院醫師。我們很懷疑，勞動部和衛福部之間，對於醫師納入勞基法一事到底有沒有共識？勞動部與衛福部之間的溝通管道是否順暢？如果兩個部門之間沒有共識，溝通管道也沒有建立起來，即使我們成立醫師納入勞基法的工作小組，工作起來也非常困難。

第二，在衛福部提供的資料中有一項報告提到，因為人口老化和人力不足，到 112 年醫師人力可能會不足以供給現有醫療需求，但我要向大家報告自身經驗，我才剛申請完第一年住院醫師，對於五大科有興趣的同學通常希望先到工時比較短的醫院，以及專科護理師多、人力比較充足的醫院，也就是說，他們其實願意走入五大科。所以，我想提醒各位，降低工時對於五大科的人力回流來說其實有非常大的影響，工時降低，可以提供的醫療人力並不會變少，如果降低工時，人力反而會增加。假設把原本的 88 工時降到 68 工時，或許就會有 2 個人力願意做 68 工時的工作，這時我們能提供醫療服務的能力是比較高的。

第三，我想提的是女性醫師的勞動條件。女性醫師目前被排除在勞基法之外，是否適用第三十條之一以及第四十九條，也就是妊娠以及哺乳期間不得夜間工作的問題也沒有規定，我們希望未來在醫師納入勞基法時，也可以比照勞基法第三十條之一以及第四十九條，將妊娠期間以及哺乳期間不得夜間工作的規定納入。

主席：我們特別感謝郭醫師特別提到女性醫師勞動的母性保護問題，這是很重要的事。

請醫師勞動條件改革小組黃致翰醫師發言。

黃致翰醫師：主席、各位委員，今年台灣的醫策會評鑑。終於把住院醫師的工時納入規範標準，每週不得超過 88 小時。世界上是怎麼規定的呢？美國在 2003 年，也就是 13 年前即規定住院醫師每週工時不得超過 80 小時。新加坡是在 2010 年，也就是 6 年前就比照美國每週工時不可以超過 80 小時。歐盟國家更從 2004 年開始即規定，受訓醫師每週工時不得超過 58 小時，這對台灣來說，很難想像可以這麼進步；在 2009 年，歐盟更規定醫師工時不得超過 48 小時。瑞士雖然不屬於歐盟國家，但是他們在 2005 年也規定醫師每週工時不得超過 50 小時。更別說丹麥，醫師每週工時上限老早就 37 小時。剛才講了那麼多數據，簡而言之，放眼望去，現在世界上幾乎所有先進國家之中，已經找不到哪個國家的醫師工時像台灣這麼長。如同林部長以前說過的，醫師納入勞基法是趨勢、也是潮流，如果我們現在還在談醫師要不要納入勞基法，就其他國家的角度來看，可能會覺得有點不可思議，現在要談的應該是要採取哪些配套措施，才能在醫師納入勞基法的同時，也能使住院醫師的學習更有效率，除了可以在同樣的時間內學到更多，同時也可以提高醫療品質，造福民眾，讓真的生了重病的病人可以得到最完善的醫療照顧。

我剛才提到的有兩點，第一是住院醫師的學習，第二點就是民眾的醫療需求要獲得滿足。在住院醫師學習方面，其實國外研究已經很多了，當然，的確有一些研究憂心住院醫師或醫師工時縮短，可能讓他們的學習受到一些影響，而且有些研究認為可能會有負面影響，不過，大部分研究仍然顯示，根據國外經驗，改善工時其實反而對住院醫師的學習有正面影響，比如說，美國有研究顯示，如果醫院努力改善外科住院醫師的工時，包括聘請很多專科護理師，減輕他們的臨床負擔，醫師開刀的時間反而更多，簡單來說，一年原本可能可以開 100 多台刀，現在

可以開更多，接近 200 台刀，研究就是這樣顯示。所以，工時愈長不代表學習效率愈低，如果我們能在縮短工時的同時提升學習效率，可能不用延長專科訓練的年限，說不定還可以縮短，當然這屬於玩笑話。

第二種配套措施要處理的是，我們要提供民眾足夠的醫療服務量，使民眾的醫療可近性得以維持，這也是今天討論中非常大的重點。如果要從醫師工時下降，直線推導到醫療服務量一定降低，以及民眾的醫療可近性一定會被犧牲，這樣的直線邏輯其實不太說得過去，甚至可能有誤導人的嫌疑。怎麼說呢？首先，醫療服務的供給量並不單純取決於醫師工時，如同剛才郭仔婷醫師所言，醫療服務的供給量其實取決於 3 點，第一當然是醫師人數，這一點大家都同意，第二就是取決於工時，同樣的人，但隨著工作時間長短不同，也會影響醫療服務的供給量。第三就是工作效率。但最重要的是這 3 點會互相影響，並非獨立因子。如果降低醫師工時，除了剛才郭醫師提到的，可能會讓真正投入重症科的醫師人數變多，讓醫療服務量不減反增以外，也有很多心理學與管理學研究顯示，工時如果縮短，可以促進工作者的工作效率。我舉個簡單的例子，假設一名外科醫師連續工作 24 小時，可以開 10 台闌尾切除術，難道他連續工作 48 個小時，就可以開 20 台嗎？用常理想就知道不太可能，所以，1 個小時並不必然等於 1 個小時。

最後，我要回應大家都在講的五大皆空，我接下來要講的，林部長在會議一開始就講了，他對於這個問題非常了解。要是講得比較誇張一點，其實根本沒有五大皆空的問題，大部分專科不太缺主治醫師，缺的都是第一線的值班醫師，而值班的不一定是住院醫師，因為現在有很多醫院已經讓年輕的主治醫師也投入值班行列，這對他們的勞動條件與身心也造成很大的負面影響。從某個部分來講，五大皆空其實是假議題，很多年輕住院醫師通過專科訓練之後，想要成為主治醫師，卻沒有缺，因為主治醫師過剩。剛才部長也提到，美國推動 Hospitalist 已經 20 幾年了，英國其實也有類似制度，稱為 acute physician，也就是急性醫療的主治醫師，這就是為了解決前述現象，因為傳統的醫師訓練，住院醫師就是這 3 到 5 年，但主治醫師卻是一輩子，這樣的系統最終一定會走入不平衡，也就是主治醫生過剩、值班醫師卻人力不足的狀況。剛才各位都有提到，也包括部長在內，那就是 Hospitalist 非常重要，雖然衛福部去年提出 Hospitalist 補助計畫，各醫院也非常配合，獲得很大成果，但是院方也都反映，這畢竟是短暫的計畫，院方擔心哪一天可能斷炊，所以沒辦法做長遠規劃。所以，我們希望從健保給付制度上進行根本改革，才有辦法真正推行 Hospitalist 制度。謝謝。

主席：非常感謝黃醫師。

請中華民國急救加護醫學會蔡宏斌醫師發言。

蔡宏斌醫師：主席、各位委員，我代表中華民國急救加護醫學會發言。根據剛才多位發言者的主張，大家其實可以看到一件事實，就是目前在台灣的執業形態中主治醫師有沒有過勞？坦白說，在我們擔心住院醫師過勞的時候，其實有更多年輕的主治醫師早已處在非常過勞的情境，而這個情況也不是台灣獨有，美國 2015 年的調查顯示，主治醫生自覺過勞的科別，前兩名就是重症醫學科與急診科。在重症科中，內科系又以腎臟科與心臟科最為辛苦。這項調查也看到一個情況，就是女性過勞比例遠高於男性，可能因為女性對家庭責任的承擔比男性更嚴重。其實，我

在職場上也看到一些女性主治醫師同事，在生小孩以後，很多理想及臨床練習都被迫中斷。未來台灣又面臨超高齡的老年社會，照顧人力當然不只有男性主治醫師，女性也在其中承擔蠻大的部分。就我們所知，許多研究報告都顯示，主治醫師的壓力來源其實就是工時實在太長，而且常常被要求處在待命狀態，無法放鬆。大家也知道，過去有幾位年輕主治醫師因為過勞付出了生命的代價，其中一位陳至全醫師就是我在建中的同班同學，他是一位很認真的神經科醫師，卻也不堪承擔巨大的服務量、研究等各方壓力，導致猝死。

我也要向各位報告，台灣針對主治醫師過勞等各方面的研究是在這兩、三年才起步，目前台大醫院設有整合醫療照顧病房，根據之前柯文哲教授團隊的研究成果，就已經告訴大家，所謂的 Hospitalist 可以在提高醫療品質上得到一定的效果，另一方面，也可以改善主治醫師在照顧重症病人上的時間分配，還有，科學化排班也可以改善。我也要特別提出，根據台大的研究經驗，醫師值班與護理師值班是完全不一樣的情況，護理師可能比較偏向 by order，也就是勞力部分，醫師則非常勞心，所以，在改善主治醫師過勞現象時，與護理方面的配套必須非常周全，而非只靠一些短期措施改善。既然衛福部有心推動 Hospitalist 這個科別，那我希望台灣現有六大重症醫學會也能加入，參與對話、整合，不要獨厚 Hospitalist，讓這個體系從醫院的照顧開始，到重症病人出院之後，還能銜接到社區的急性後期照顧，一直到長期照顧，都能有醫師可以幫忙處理。我認為，像這樣當成人生事業來做，年輕主治醫師才會看到 Hospitalist 的願景。曾經有學生告訴我，Hospitalist 好偉大，可是我們也有自己的想法，就是希望這些醫學生看到我們 Hospitalist 這些榜樣之後也能夠投入。

我也向大家報告台灣目前正在推展的 3 種 Hospitalist 模式，第一個就是為了解決急診壅塞的問題，有一個叫做整合醫學急診後送病房，這是很重視病人的個案管理，而且對於生命末期、癌症或各種重症的狀況，可以提供緩和與醫療家庭會議，最終是希望能夠銜接急性後期的照顧。第二個制度的模型叫做夜班主治醫師，不可諱言的，在傳統的觀念，大家覺得值班是一個吃力不討好的事情，很多醫師爬得越高越不想值班，未來我們推廣 Hospitalist 也要把新的文化帶進來，把重視病人的病安、重視同儕的健康帶進來，這樣的夜班值班模式才會推動成功，而且這種成功模式需要有配對主治醫師的配合，而且要教育民眾，照顧你的主治醫師是一個團隊。第三個 Hospitalist 模式就是開刀後病人的共同照顧，我想這個模式在臺灣廣大的非教學型的區域醫院和地區醫院可以穩定社區醫院的照顧。我在這邊提出這 3 個模式，希望能夠提供給政府部門和各位先進參考，謝謝。

主席：現在大家蠻有共識的，從部長到所有與會的發言都在講要輔佐一種制度叫做 Hospitalist，大家都講得很具體、很有共識，至少到目前為止，比起工時和適用勞基法，至少應該是馬上就可以做。

接下來請台灣外科醫學會馬辛一秘書長發言。

馬辛一秘書長：主席、各位委員，我謹代表衛福部提出來的資料所列的工時最長的兩個專科醫學會，一個是神經外科，一個是外科，要感謝衛福部林部長及所屬相關的長官對於納入勞動基準法這件事的努力、用心及解決問題的誠意，我在此代表這兩個醫學會全體會員向長官表達一點敬

意。

再來發表一點學會理監事討論過的意見，第一點，這兩個醫學會的理事長及全體理監事基本上完全贊成全體醫師納入勞動基準法的規範範圍，我認為這是一個普世價值，也是一個進步國家的象徵，我完全贊成剛剛林部長一開始所提到的全面納入，而不是分住院醫師或主治醫師分段納入；要不要納入勞動基準法這件事大概不需要再爭論，因為這是本來就該做的事情。第二點，我們這兩個醫學會完全支持衛福部所提出來的配套措施，因為這件事情就是要做，其實我們大家應該討論的關鍵是配套，怎麼樣把它做得更完美、更好。衛福部今天所提的配套，我們這兩個學會已經把資料傳給幾乎所有的會員，但是我這邊很希望主管機關多向醫師溝通，把這些良好的美意傳達給每一位醫師個人，而不要有二手傳播，影響了很多良法美意的推行。第三點，我非常同意林部長先前那一段的引言，在醫事人力全面納入勞基法之後，醫院經營者及醫院人事成本一定會大增，如何完成財務面的平衡，而不會減損病人的權益以及醫師財務的回饋，可能就面臨要修健保法等措施，希望主管機關能多做考慮。其實納入勞基法的問題，說穿了就是財務問題，只要財務夠，我當然希望工作 24 小時薪水不變，大家也知道這不可能，當家不鬧事，鬧事不當家，這兩個理監事會也特別提到，問題的關鍵就是財務，而財務的關鍵就是健保，部長剛剛也提到分級醫療，以及健保法有明文該做的，我們也希望能夠落實，如果這些分級轉診措施都能做好，我相信很多問題自然就會解決，我也非常同意剛剛報告人提到的，沒有五大皆空的問題，其實就是財務問題，財務問題的關鍵就是健保的問題。

主席：請醫師勞動條件改革小組陳秉暉住院醫師發言。

陳秉暉住院醫師：主席、各位委員，我要先回應一下部長前面引言所提到的，可以考慮先脫鉤、先適用職災的部分。其實之前鄭雅文老師在職災研究中就提到，臺灣職災體系比較偏重事後補償，但是在勞動條件部分做得不夠。其實住院醫師或醫師的過勞最主要原因都是工時過長，這也是目前對於過勞死或過勞致殘的最主要學理機轉，沒有改善工時的話，這件事還是會發生。雖然我們覺得有補償是好事，但我們覺得最根本的事情還是我們不希望看到這種事情發生，我想這也是所有人，包含部長都會同意的事情。所以我們認為最根本的東西還是在工時的部分。

我代表醫師勞動條件改革小組表達我們目前的主張，第一，剛剛外科醫學會的老師也有提到，我們覺得現在的問題不是要不要納入勞基法，而是納入勞基法之後的配套是什麼。其實剛才也一直提到，這件事不只是住院醫師，還包括主治醫師，特別是年輕的主治醫師，而我們現在也看到很多年輕主治醫師其實都在各個地區或區域醫院作為一線值班，也就是 *primecare* 的人，這些人都是最有可能受到過勞風險的人。所以我們現在主張不論是住院醫師、主治醫師或總醫師，基本上全部的人都要納入勞基法，我相信這件事對衛福部來講應該也沒有那麼困難，因為在之前的調查中，大部分都顯示出，平均而言，主治醫師的工時大概還是比住院醫師還要少一點，當然，這是之前看過的一些調查。無論如何，我們現在堅守的是，至少、最差一定要用美國 2013 年的標準，也就是每週 80 個小時當作最後底線，這是住院醫師的部分，主治醫師的部分，我覺得還可以再進行討論。這裡面就牽涉到一些特殊的職業型態，主治醫師和總醫師會有一些二線班的部分，在之前衛福部和我們討論的過程中，比較傾向於二線班有到院工作才算，

我相信這需要和衛福部有些討論。

第二，我們希望嚴格定義二線班，也就是要嚴格定義到底什麼是二線班，例如可以離院多少時間、離院之後被 call，要多少時間以內再回來醫院就可以，例如 1 小時、1.5 小時或 2 小時，這些都是很實務的東西，必須要被解決。所以很多人都在關心人力的缺口或人力與民眾就醫權利的關連，剛剛一直提到要推行 Hospitalist，或要推行分級醫療，部長也提到目前最缺的是夜間和假日的人力，所以我們可以看到最缺的是在基層做 primecare，也就是住院醫師在做的工作，或一些比較年輕的主治醫師在地區或區域醫院做的工作。我們可以看到 primecare 其實是最缺的東西，當然，整體臺灣醫師的人力和臺灣人口的比例是多少，我覺得這都是可以討論的，但是我們必須要講的是，在目前的結構底下，醫師的人力其實不患寡，但患不均，也就是在 primecare 的地方得到的支持太少了，所以我們希望做 primecare 的人得到的支持能更多，吸引更多的人做這件事情，這樣醫師的工時才有可能真正被改變，光是討論增加人力的供給，基本上不會解決這件事情，因為大家都知道，如果能夠的話，我就不想做 primecare，因為 primecare 得到的支持就是太少，就是會過勞，就是會得不到足夠的專業發展。

我們要再呼應前面先進所提到的事情，第一，全部的醫師全面納入勞基法，無論是住院醫師、總醫師或主治醫師，住院醫師的部分，我們堅持每週 80 個小時，我們相信主治醫師最多也只能夠到這裡，而且應該要更少，因為主治醫師的部分，後面還會有家庭或關於年紀的考量。

第二，我們希望衛福部和勞動部能夠進一步討論細部配套，關於二線班的部分，有這些操作型定義出現，我們才相信這些事情可以被順利解決。

第三，我們要再次呼籲，醫師的人力最主要是不患寡而患不均，就是最缺乏 primecare 的人力，與其討論醫學生是否要增加或增加醫師的人力，其實應該要先討論整個結構是不是應該要調整。

主席：我想這真的不是我們立法委員能夠理解的，就是不患寡患不均這件事情，老實說，至少我個人在講不患寡患不均，可能我們都還要再重新學習一下，我想衛福部應該很專業。

請醫師勞動條件改革小組王碩法務發言。

王碩法務：主席、各位委員，除了先對衛福部表達支持之外，我要說明的是，納入勞基法正確的說是適用勞基法，適用勞基法不只是一件需要做的事，而且是一件有急迫性的事情，而且應該是主治醫師、住院醫師及任何和雇主有僱傭關係的醫師都適用。第一，大法官釋字第 578 號、第 494 號、第 726 號都重申勞基法是基於憲法第十五條保障人民的工作權，以及第一百五十三條基本國策保護勞工的具體化實踐。這個具體化的實踐，雖然基本國策上勞工沒有主觀的公權力可以請求，但是在工作權保障上，這是人民的基本權利。在 87 年 5 月 1 日修法，87 年底，至此勞基法應該適用於全體勞工，這個規定修正之後，理論上所有勞工都應該適用勞基法，只要勞動部指定不適用的人，所有的職類都會有平等原則的問題，為什麼這些人不受到國家最低勞動基準的保護？我們現在應該糾正這個有問題的狀況。第二，某些先進及利益團體認為勞基法的保護現在可以透過「住院醫師勞動權益保障參考指引」和醫院評鑑的評鑑條文來達成，但是勞基法和醫療法的醫院評鑑及這個參考指引有數項不同之處，第一點，勞基法第一條第二項規定勞

基法是最低的標準，這個最低標準在法院有訴訟爭執時，可以直接適用這最低標準，如果雙方約定標準違背了勞基法規定的話，就是屬於民法第七十一條法律行為違背強制禁止規定而無效，這在最高法院 95 年臺上 1842 號以降的各次判決，和大法官釋字第 726 號理由書也重申過。第二點，勞檢是依據勞基法的勞動條件和職業安全衛生法的職業安全衛生規定和計畫來檢查，醫院評鑑的根據就是醫療法第二十八條及第九十五條的一般醫院評鑑和教學醫院評鑑。首先，在發動的程序上面，勞基法第七十四條可以發動，工會可以依勞檢法第三十三條發動，主管機關也可以依職權發動，但是醫院評鑑只有醫策會可以發動。第二個是發動的時機，勞基法的勞檢是隨時可以發動，評鑑就是 4 年一次；勞檢法有陪檢的機制，醫院評鑑並沒有。也就是說，勞工參與勞檢、工會參與勞檢才能在檢查的過程中革除書面弊端。最後就是罰則的部分，除了剛剛提到可以直接矯正不法契約效果之外，勞基法還訂有罰鍰的規定，這是醫院評鑑所沒有的。

在勞動條件方面，以蔡伯羌案為例，就是因為沒有適用勞基法，所以並沒有職災補償，勞基法的無過失職災補償在蔡伯羌案並不適用，高院的法官透過解釋職災勞工保護法的過失賠償責任，才讓被害人可以拿到補償，可是我們學勞動法的人都戲稱職災勞工保護法是職災勞工的雇主保護法，因為勞基法的職災補償是無過失責任，可是職災勞工保護法的立法技術就有很重大瑕疵，它是採過失責任，也就是說，雇主可以舉證他無過失而不用賠償，這是很重要的一點。

其次，各位先進及主管機關提到要用第八十四條之一解決現在醫師人力不足等等的問題，第八十四條之一還沒適用醫師之前，目前現有的問題是它規定由地方主管機關核定最高時數，但是大家可以想像同樣生活在臺灣這地區，在不同縣市工作的人，難道他的職業觸發腦血管、心臟疾病的因子有可能不一樣？難道在臺北工作的人可以工作比較長的時數才會觸發這個疾病，而在高雄的人工作比較少的時數就會觸發這個疾病嗎？這是難以想像的。所以第一個問題就是由地方核定這個時數，但是，核定的過程並沒有客觀具體的標準可以判斷核定的時數合不合理，因為資方並不會公開，它會說這是營業秘密，它不願告訴你人力配置是怎樣，所以它有業務上的需求再來核定，它也不會跟工會溝通，它不願意釋出這些資訊。

第一點，勞動部所訂的指引目前對地方主管機關沒有實質的拘束力，就只是一個行政指導，若日後醫師要適用的話，有沒有可能轉化成一個更強勢的規定？未來是不是能夠增修勞動基準法，有更實質拘束力的規定？讓勞動部可以制定這個行政規則、可以拘束地方主管機關。第二，釋字第 726 號也強調第八十四條之一的核定不得損及勞工之健康及福祉，勞動部現行的職安署和職業醫學會共同制定的職業觸發腦血管及心臟疾病認定參考指引裡面的時數，低於地方主管機關核定的，也就是說，地方主管機關讓勞工可以和雇主約定加班超過這個可能會引發腦血管和心臟疾病的時數，這是不是勞動部的左手和右手自己在打架？

主席：請台灣急診醫學會顏瑞昇秘書長發言。

顏瑞昇秘書長：主席、各位委員，我們學會對這個議題有進行討論，我們認為應該所有的醫師都有選擇是否納入勞基法的選項，這是呼應前面幾位專家學者的發言。第二，我們比較在意的是，如果醫師納入勞基法以後，人力短缺的配套措施是什麼？這才是我們非常關心的點，我們的醫

療需求不會因為醫師納入勞基法以後就有所改變，民眾的醫療並不會因為醫師是否納入勞基法就不來看病，我們很擔心的是，醫師納入勞基法以後，每個人工時都減少了，可是民眾還是要看病，會不會有些醫院因為醫師可以服務的時間量減少了，就把病床縮減，民眾就沒有地方住院。當然，我是代表急診醫學會，我們是在照顧急重症病患的第一線，我們很擔心納入勞基法以後，沒有完整的配套措施，沒有對醫療需求端多加考量的話，會不會變成這些病人最後全都跑到急診來了？第二，我非常贊同剛才林部長講的，工時和職災的部分可以切開，我非常樂見這件事情，醫師真的是過勞，但除了減少工時以外，就是職災部分的保障很需要，如果可以的話，我個人認為至少切開會比較理想，就是職災的部分早一點，工時的部分因為比較複雜，可以晚一點。

回到我剛剛講的，因為醫療需求並沒有因為醫師納入勞基法而減少，這些病人沒有地方看病就跑到急診，又規定急診醫師只能上多少時數，變成本來一個班可能看 30 個、40 個病人，結果因為醫療的需求並沒有減少，變成一個班要看 70 個、80 個病人，這會造成另一個病人安全上的問題，所以我會希望大院及在座政府官員除了要注意工時以外，還有醫師的合理工作量，不要說以前值班可能只需要看 1 個病房、2 個病房，反而因為工時減少必須看 4 個，甚至 5 個病房，所以，減少工時對病人的安全不見得會有幫忙。

因為我是站在急重症第一線，長期以來急重症人力還是不夠，我希望政府官員、立法院還是可以多投入一些資源在這上面，畢竟這是守衛民眾健康的最後一道防線，而且是最重要的一道防線。謝謝。

主席：我良心的建議，職災和工時脫鉤這件事情實在不是一件好事，職災的重點在預防，而不是在發生之後的補償，這應該是不用討論的事情。

接下來請台大醫院麻醉科王明鉅教授發言。

王明鉅教授：主席、各位委員，在談這個問題的時候我們要先釐清一個問題，現在的重點是受僱醫師的工時和其他勞動權益應該要明文保障，現在是模糊地帶，假使不納入勞基法，那到底該納入什麼法也不知道，所以就有很多空間。醫師的勞動權益明文化、明確化、官方化，不論是適用勞基法或者適用勞基法之後再走第八十四條之一，或者在勞基法裡面增訂一條條文，甚至再另訂專法都可以，無論如何就是要明確化。因為不明確化，所以年輕醫師們在相關的財團法人醫院或私人醫院的勞動權益就會因為雇主各式各樣的考量受到犧牲，也就造成很大的不平，引發了今天的問題。其實受僱醫師在醫院裡的地位並不是那麼平等，年輕醫師還在受訓，受訓的狀況能夠被怎麼樣教學，地位就更不平等了，所以會有這個問題。但我們是不是真的要直接納入勞基法，或者不要納入勞基法，其實不是二分法的問題，而是怎麼樣讓權益明文保障化，這個明文保障又是用什麼方法解決，大家可以討論。

其次，大家在討論這個問題的時候要想到醫師的人力走向是動態的，健保開辦 20 年以來，診所醫師增加 160%，因為醫師可以自由自在選擇自己要執業的環境、條件和時間，大型醫院越開越多，中型醫院、小型醫院就倒光光，因為中型醫院沒有那個規模經濟，大型醫院人很多，值班比較好處理，相關財務規模也比較好處理，這是很明顯的現實，大型醫院越來越大，自己開

業的小型醫院越來越多。今天這個公聽會，我覺得還有一個缺憾，除了剛剛提到沒有消費者代表之外，就是沒有僱主的代表，真的納入勞基法的話，我們國家畢竟私人醫院多，他們的財務問題，以及他們要怎麼處理這個問題，除了人力可能和法規有關之外，財務影響其實是最大的，所以當然也要聽一聽他們的意見是什麼。無論如何，受僱醫師的勞動權益應該要明文化、明確化，不能像現在這樣一個比較糊塗的狀態。另外，醫師的人力走向是動態的，醫師有受僱醫師、有不受僱醫師，剛剛提到診所增加了 160%，就是一個很明顯的例子。所以今天的問題焦點其實是在大型醫院，尤其是越忙、越累、急重症、難症越多的醫院，問題就越嚴重，因為越累，可是條件是差不多的，收入也不會多很多，所以就發生這些問題。

所以政策上先釐清，反正無論如何受僱醫師的工時和權益一定要明文化，然後後面就好辦了，後面就來看減少的部分由誰補充？減少的部分對民眾可能產生什麼樣的衝擊？大家是否願意接受？剛剛提到住院主治醫師，住院主治醫師不是神，他有他的人生規劃，一個醫師的未來 30 年就在晚上值夜班嗎？這不只是錢的問題，還有體力的問題，30 歲值班也許可以，40 歲就有點喘了，50 歲大概就要休息了，今天晚上沒睡覺，大概第二天、第三天就爬不起來了，所以他會有他的考量。因為這是動態的，我們又不能限制只能當住院主治醫師，其他都不能走，所以 30 歲、40 歲之後他就會離開，然後人力又缺乏了。醫師的人力是動態的，他是人不是機器，要考慮到他未來的發展，所以除了錢之外，我們要另外思考這個問題。沒有人喜歡值夜班，可是要怎麼辦？這是配套！如果政策已經確定，我們就要把受僱醫師的工時和勞動權益明文化，不管是適用勞基法，還是適用勞基法之後再走第八十四條之一，或者另增訂專條，甚至另立專法都可以，這就由衛福部的長官們自己去規劃。

最後，不管怎麼改變，一定就是改變現狀，改變現狀是必要的，非做不可，只是改變現狀會有誰受影響，那些受到影響的利害關係人，尤其是民眾，大家要先來討論。我們可不可以接受醫師助理或專科護理師，在主治醫師或住院醫師的協助下一起值夜班？如果可以，大家都接受，大家就往前走，不可以的話就吵不完，沒辦法往下走了，所以政策上先明確化。我本身也是完全支持，大家也都支持，就是要讓受僱醫師的勞動權益及工時有明文保障，至於這個保障是什麼條件，以主席對於很多醫師提出來的問題都聽不懂來說，就知道這個問題非常複雜，年輕的主治醫師可以靠別人補充，資深的主治醫師可以補充嗎？不可能！所以，醫師的勞動條件，其實 R1、R2、R3、R4、R5 都不一樣，可不可以用一個適用全國勞工的勞基法一次統統解決掉？我個人其實非常懷疑。要怎麼樣特別就這部分討論，也許可以階段性討論，先把受僱醫師的勞動條件明文化，他的權益應該怎麼做，不論職災、工時，或者其他的薪資、退輔等等，都先講清楚，要用什麼法律解決？或者要用什麼其他方法處理？我想長官們自然會決定。謝謝。

主席：在此我再釐清一下，我是說對於不患寡患不均這件事情搞不懂，因為我覺得既患寡又患不均。總工時要下降，哪有可能不需要多一點人力呢？Hospitalist 基本上也是人力的補充，所以我認為是既患寡又患不均，應該不是不患寡患不均，我的意思是這樣，抱歉，我剛剛講得太模糊了。不過我們非常同意改變是必要的，而且是立即就要改變，這件事情是我們今天在這裡召開公聽會的原因，因為我們真的需要改變，再也不能像過去那樣繼續下去了。對於這樣的感受，其

實我們政治人物非常能夠理解各位醫師的處境，因為政治上的工作不是只有在立法院開會，還有晚上，不是只有週一到週五，還有週末假日，也不是只有非休假期間，還包括連續假日，對這件事情，我們真的非常能夠感同身受。

接下來就要邀請立法院真的在從事醫療工作的林委員靜儀發言。

林委員靜儀：主席、各位學者專家、各位同仁。剛剛聽完主席所說的，我發現我從一個沒有工時保障的工作走進另一個沒有工時保障的工作，為什麼我一直選錯？既然現在是民意代表的角色，我就有一些想法與說法。今天非常感謝行政部門、立法部門及專家學者針對這個議題討論，我也聽到剛剛各位提到要有經營者的聲音出現，不過現在我們聽到比較多的都是勞方的聲音，今天也比較傾向聽大家說出工作遇到的現況及大家想到的需求。不過有一些我認為必須同步處理的事情，首先就是剛剛部長提到分級醫療制度的改善，主席剛才提到到底是患不均，還是患寡？目前國衛院有做醫療服務需求的統計及調查，根據國衛院的資料，目前在台灣只有某幾個科的醫療需求遠高過提供，不然某些科其實是不均的狀態，很多病患在醫療分級制度沒有落實的情況下擠到某些大型醫療院所的某些科，如果醫療分級制度可以落實的話，是比較沒有這個問題，希望未來行政部門在討論受僱醫師納入勞基法時，可能可以把相關研究數字拿出來看一下，至少在國衛院的統計，某些科真的是稍微平衡就可以解決，但某些科的人力真的需要在制度上給予協助，譬如之前提到的公費醫師制度，或者是某些困難科的獎勵制度。

接下來，如果受僱醫師納入勞基法之後需要做到一個動作，那就是團隊照顧的模式，以我過去工作的婦產科為例，或者某些外科，醫師和病人之間是有點類似契約一樣的合作關係，但如果納入勞基法的工時計算，這樣的合作關係是沒有辦法運作的。比方我以前在工作的時候，待產是待 24 小時的，只要一直有病人在待，我就一直在工作。像剛剛提到的 Hospitalist 以及團隊照顧的整合，可能是未來配套需要去考慮的，也希望臨床的各位專家們可以把這樣的新模式創造出來。有一個很重要的事情，還是健保給付的部分，過去為什麼會有人力不均的情況，或者大型醫療院所必須收輕症補重症的虧損？那是因為重症的健保給付不足，所以重新檢討重症醫療給付以及輕症給付，把輕症個案回到基層醫療或區域醫院，這樣很快就可以紓解醫學中心的重症人力及壓力。

我們很抱歉，今天應該還要邀請和其他醫師相關的醫療人力，譬如，護理師、專科護理師，甚至是外科體系過去一直沒有好好把角色定位拿出來的醫師助理，也就是開刀房的醫助，對於技術上可以協助，但在國家立法角度上並未明確看待的這一群人，在未來受僱醫師納入勞基法的人力需求裡應該重新檢討這一群人的人力以及國家定位在哪裡。

還有兩個要提醒的部分，回到今年大家一直在談的醫院評鑑制度改變，包括醫學中心評鑑及大型醫療院所評鑑，很多醫療人員會發現在越大型醫療院所，必須花非常多時間做沒有必要的文書工作，證明給政府和評鑑委員看我有在做什麼事，這些是非常消耗專業人力的時間與精神，教學工作的評鑑文書工作或者沒有必要，只是為了應付評鑑委員的文書工作。現在行政院院長也提到，未來醫療、社福單位的評鑑要整合及檢討，我們也提醒相關單位，要將評鑑業務非必要的文書工作，或者非必要的應付性工作釋出，勞動部之前也提過應該把某些工作釋出給非

醫療人員，反正只是文書整理、編碼等工作，這些並不需要由醫療人員處理，這樣就可以削減很多壓力，另外就是沒有必要的 paper work，只是應付給評鑑委員或長官看的東西只要解決掉，我相信很多住院醫師的壓力一定會小很多，像我們半夜補病歷的事情都沒有算在工時裡。

新政府上任，新團隊就位，甚至昨天全聯會也選出新的理事長，我相信接下來行政單位以及臨床的同仁們要肩負的第二件事情是如何和病患溝通。過去政府因為不願意把受僱醫師納入勞基法，所以不停生出恐嚇性言論給病人，如果醫師納入勞基法就會有人開刀開一半跑掉，就會找不到醫生，對於這種恐嚇性言論，相信未來行政團隊要重新思考把它收掉，不應該再講這種話。甚至應該要協助患者，不要讓台灣的患者造成恐慌，而是要跟他們溝通，大家一起配合分級轉診，配合分級醫療制度，以及能夠體諒現在的醫療資源在某些科、某些狀況是緊繃的，是過度耗損的，讓大家一起共體時艱，把這樣的制度整合。

對於現在的畸形狀況，民意代表很辛苦，因為有很多要幫忙關說病床、關說掛號，甚至我那天看到有人代辦掛台大施景中醫師的號，一個收費 5,000 元，這樣讓病人無法獲得專業人力的真正照顧，全部要委由其他不正常管道的制度畸形是過去長期以來的狀況，在這種狀況之下，專業人力受損，病人的權益也受損。所以接下來這幾年在處理配套的過程中，很重要的動作就是專業人力和行政團隊如何好好和民眾、和病患溝通，把一個制度做好，讓醫療人員不要過勞，包括醫師和護士，同時也能夠讓病患得到比較好的照顧。謝謝。

主席：請台灣兒科醫學會葉樹人副秘書長發言。

葉樹人副秘書長：主席、各位委員，非常感謝委員這次有機會讓這麼多專家和長官在這裡一起關心醫師的問題，前面幾位醫師講得非常清楚，我們都贊成受僱醫師進入勞基法的保障。在座有資深醫師與資淺醫師，我們都有一個共同的意見，那就是醫師和其他一些職業都是屬於過勞行業，但是因為王教授所說的某些不明狀態，所以醫生有部分在勞基法保障之下，也有部分是被排除的。剛剛有委員提到要預防職災的發生，誠如部長所說，全部在同一個時間進入勞基法是非常好的事情，但也是一個非常複雜的事情，兒科醫學會重申立場，我們贊成所有醫師納入勞基法的保障。前面也有很多專家提到，工時的規定需要一些時間商量，但是第一階段能夠做的就是一些不平等的事情應該被消除，包括醫勞盟提到的職災給付、婦女生產時的工時規定，以及哺乳時的規定，我覺得這是比較可以在第一階段馬上有效果的事情。就長遠時程來看，如果來不及的話，這部分是不是可以先實施？

根據我訪談幾位資深的兒科主治醫師，我們還是會覺得必須站在病人的立場考慮這件事，醫生之所以被歸為責任制，我想是有一定的意義，但是考量很多醫生本身的身體狀況不見得適合長時間工作，或者各位專科不同，不可能要求神經外科醫師開個刀 36 個小時，然後 24 個小時就下來，勢必一個比較理想的制度就是有基本工時，外加彈性工時，但是必須要有上限。至於彈性工時的約定，其實我是要講兩個最重要的議題，第一個是健保給付思考的問題，長久以來健保給付都是以每天單位價錢，不管嚴重度、不管醫生的辛勞，我們很清楚，看急症、看重症的人的給付和看輕症的人一樣，所以部長提到分流。第二個是思考日間和夜間，以及假日的區別，勞基法的規定，可能工時上必須加成給付，這一點健保也從來沒有考慮。健保是很龐大的

，從以前 1 千多億元，到現在已經 5、6 千億元了，我們真的應該好好坐下來思考，健保還能包山包海包到什麼時候？同步在考慮醫生工時及王教授所提的醫療機構財務穩定時，健保其實扮演一個關鍵性的角色，我相信衛福部有在思考這個問題。除了工時規定的問題，重點是這些年輕醫師能夠在單位時間裡得到最有效率的學習，而且是願意做這件事情，剛才提到的評鑑，很重要的就是要能夠繼續簡化。很多專家應該有思考到，衛福部應該也有在做，有一件很重要的事情，那就是醫糾法的問題，因為現在社會氛圍已經慢慢瞭解醫療產業如果再不保護，未來他會面臨大崩盤，尤其是兒科醫師。我們看到五大科的醫師，目前為止，兒科狀況最危險，現在有 38% 的醫師願意留在兒科醫院，其它的人都選擇開業，為什麼？因為兒科醫師本身問題很多。我覺得現在很重要的事情，是應該思考要怎樣把醫院醫師想辦法增加，一個方向是開源，當然專科醫師不見得是必要，但是開放醫院的概念我覺得是滿重要的，開放醫院的概念並不是僅止於門診，其實急診也是一個可能性，像之前新竹發生過的事情，兒科的急診是由兒科的開業醫師共同支持起來的，我也曾經問過幾位兒科的前輩醫師，如果有需要，他們願意回來急診。所以開放醫院的概念應該是不止於門診，某些狀況也許不止於急診，連住院也可以考量，這是一個架構。第二個，要讓醫師願意留在醫院，這才是最重要的事情，就像剛王教授剛剛所講，我們今天把醫師製造出來，甚至比過去增加 1.6 倍，這些人真的不願意留在醫院嗎？不必然，剛剛醫勞盟也講過，只要勞動條件能夠改善，他們是願意留在醫院的。這部分其實牽涉到給付問題，牽涉到勞動條件問題，所以這部分衛福部應該很慎重地思考，不是我們現在可以置喙的，所以我們希望未來在整個協調過程中，能夠多跟各個學會談，因為各個專科的勞動條件跟他的病人需求是不一樣的，只是醫師天職是重視病人權益，要讓病人安全得到最大的保障，但是在輪班制或者是一個開放系統狀況之下，我們可以瞭解品質一定會下降，但是下降必須在一個可以接受的範圍裡面，他的配套基本上也不能因為醫院財務本身的穩定性而犧牲受僱醫生的勞動權益。這是一個很大的問題，但我們還是很高興能夠看到，現在是一步一步地往前走，謝謝。

主席：謝謝。不過我懷疑醫院的穩定性會沒有嗎？財務不穩定應該是藉口，是讓醫院的經營者可以對受僱者剝削的好理由吧！如果醫院財務部穩定，分院怎麼會一間一間開、一直蓋呢？對於這件事情我是持保留疑問的態度。不過健保署作為醫療市場唯一的買方，他控制整個市場的運作，例如買賣方式，給付方式，輕重症、平時假日跟非假日的給付方式，他的壟斷是事實，控制市場運作，所以要負起市場運作所有缺失的責任，我覺得這是理所當然，也是責無旁貸應該要檢討的。

接下來請洪委員慈庸發言。

洪委員慈庸：主席、各位學者專家、各位同仁。今天討論的這個議題，已經爭議超過 20 年了，剛剛林部長一開始也說要聽一些病人代表的發言。在今天這個會場裡面，我沒有醫師身份，也不是護理師身份，也不是官員，我是一個單純的人民代表，所以我的意見應該可以代表病人的意見。今天我要說的是，長年以來，不管是政府或是資方的說法都是，因為配套不足，所以醫師納入勞基法還不能做；醫師人力不足，會影響病人的權益，都是這樣固定的說法，但是我認為以病人的角色來講，我更害怕的是醫生在過勞的情況下幫我服務，他過勞的身體狀況是不是會

影響我的安危，所以站在病人的角色，我認為醫生身體狀況好的時候，才能提供我好的服務。其實在前 1、2 年，護理師才全面納入勞基法，殷鑑不遠，他們也是經過長時間的爭取，雖然現在違規情況還是非常多，還是有很多護理師在抱怨，但是我們認為至少現在有法可管、有法可罰，雖然還有很多努力空間，至少有最基礎的保障。但是醫師到現在都還沒有。以今天有來參與的蔡伯羌醫師為例，他是 98 年發生過勞產生心肌梗塞的狀況，這也是法院認定過勞的案件，現在是 105 年，已經 7 年過去了，除了賠上一個家庭跟一位優秀醫師外，到底臺灣的醫療勞動條件有沒有明顯改善？我覺得沒有。我今天要講的是，7 年又過去了，我們到底還要等多長時間？我們到底還要犧牲多少醫務人員，這是我要問的問題。

在今天非常精簡的報告有提到一些問題，我在這邊要提出來，第一、人力不足的問題，報告指出西醫人數低於 OECD 的水準，如果醫師納入勞基法的話，現在人力不足狀況會造成醫院人力荒的問題。我認為各國醫療制度不同，這個數字並沒有納入中醫師。再者，過去衛福部的報告也曾指出，我國每萬人口擁有的醫師數，並沒有偏低的問題，這是過去的報告。此外，健保署統計，我國的國人平均就診次數居高不下，遠高過歐美國家，是不是因為現在的健保制度創造出這些需求？我覺得這個問題值得深究。第三、人力不足的問題，這個問題其實已經非常久了，但是衛福部為什麼長期都視若無睹？當人力不足、醫師老化、偏鄉醫療不足這些問題一起爆發之後，現在新政府上任後才要來解決這個人力問題，才要來補充人力，我真的不曉得過去的政府在做些什麼事情。

至於醫師過勞的問題，我相信內外婦兒急症五大科，以及偏鄉醫療部分是大家都知道人力嚴重缺乏的問題，我相信在短期間內也很難獲得妥善改善，但是現在衛福部的說法是，希望工時控制在 88 小時。103 年住院醫師平均工時調查指出，他們的工作時數大概是 84.5 小時左右，但是這個是平均數，如果按各科別來看，有 9 個科還是超過 88 小時，這個 88 小時代表什麼意思？一般勞工的工時是單週 40 小時，88 小時是一般勞工的 2.2 倍！前陣子我們在幫勞工爭取權益關於 7 天假的問題，他們連 40 個小時都認為太多了，你覺得這些醫師一週 88 小時多不多呢？再來，維護病人權益部分，剛剛林委員所說的，過去資方或是政府都用醫師會在開刀一半的時候，把病人丟下不管離開手術房的說法，企圖威脅我們的病患，我覺得這是非常惡劣的說法。即使真的退 1 萬步，真的有這樣不好的醫師，我們還有醫療法、刑法可罰，所以我覺得這真的不能當作一個藉口。

最後，我要說的是，過去馬英九政府說要 8 年以後（112 年），現在新政府林部長說希望在 109 年，可能現在還會有一點改變，但還不知道是什麼時候。醫師納入勞基法是蔡英文總統非常重要的政見，現在立法院各黨團也都非常支持，顯示這是高度有共識且成熟的政策，我相信不該再用配套不足的理由無限延期，所以本席跟時代力量黨團希望衛福部能夠儘速將醫師納入勞基法的保障。

主席：請黃委員國昌發言。

黃委員國昌：主席、各位學者專家、各位同仁，在公聽會一開始以前，我已經很清楚地向林部長表達，今天我看到衛福部所提出的報告，感到憤怒與不滿，我之所以會說出如此重的言詞，是因

為 5 月 5 日召集黨團協商最後達成「在 520 後第一週由立法院社環委員會召開公聽會」的結論。當時我還一而再、再而三地提醒衛福部的代表，你們要有時間準備，我們也給你們時間準備，這都沒有問題。衛福部林部長赴日內瓦參加 WHA 會議，我們瞭解、支持也願意挪後召開公聽會的時間，直到今天 6 月 6 日才召開公聽會，然而，今日衛福部提出所謂的評估報告，難道就只有這幾張 PPT 嗎？我很不客氣地講，你們做出來的報告品質比學生交的報告還爛。衛福部擁有眾多的人才，你們到底在做什麼？

今天衛福部林部長說，所有的醫院都意識到，政府將要朝向醫師納入勞基法的方向邁進，感覺上這部分已經要動起來了。但是，根據監察院的報告載明，102 年監察院就針對醫護人力過勞的問題提出糾正，當時衛福部就說他們正在規劃與研議。我不禁要問：從 102 年迄今，政府做了哪些規劃與研議？難道你們的結論就只有這幾張 PPT 嗎？雖然我不是社環委員會的委員，但是，我藉由此次公聽會要拜託衛福部，從 102 年迄今，你們所謂的配套與規劃到底做了什麼？請你們全部交出來，否則，我無法評估。到底衛福部有沒有認真的在做規劃？現在這幾種不一樣的發展模式，包括大家最關心具體的時程，我所謂的「不一樣的發展模式」是，第一種模式是醫師全數納入勞基法之後，勞基法第八十四條之一也不用再討論，現實上確有困難。第二種模式是醫師納入勞基法適用第八十四條之一。第三種模式是，為了不要落入第八十四條之一，乾脆醫師不要納入勞基法，等到有一天我們準備好了，再回到模式一。今天我又聽到第四種規劃的模式，醫師職災補償採用特別法或採用特別專章來處理。我相信今日公聽會上所有的與會專家，特別針對受雇醫師納入勞基法所適用的射程範圍，絕對不僅是工時，也絕對不僅是職災。若衛福部不懂，就請勞動部告訴衛福部「有納入」跟「沒有納入」所產生的法律效果差別在哪裡？這幾種不一樣的模式，彼此之間的利弊得失與具體時程的評估在哪裡？我在衛福部的報告中完全沒看到。連民間代表的報告都比衛福部做得認真。如果你們覺得今天我對衛福部的批評是不公允的，沒有關係，你們可以將今日衛福部與民間代表的報告統統上網公告，交由社會大眾公評。

部長，今天我不是針對你，因為我知道你才剛上任，但是，你必須注意衛福部人員的工作紀律及報告內容的品質，我已經當面跟你講過了，如果今天你向我承認，這份報告內容確實不如人意，以後衛福部會改進，我可以接受，也願意等你們進步的幅度；反之，如果你告訴我，你對衛福部提出的報告很滿意，那麼我就不能接受。難道這就是衛福部的工作品質？

我要再次說明的是，自 102 年迄今衛福部做了哪些配套、哪些規劃，你們應該一併提出，何況在衛福部報告中，你們連具體時程也沒有做分析，僅說明衛福部已成立 3 個小組，難道你們現在要把相關責任推給這 3 個小組嗎？這其中有一些配套措施，根本與我們今日會議討論的議題無關。我不是說這完全沒有關係，而是醫師是否納入勞基法與醫界評鑑制度的改革有關係，難道醫界評鑑制度的改革現在就不能做嗎？今年在醫界評鑑開始以前，不是有醫生苦口婆心地勸衛福部，醫界評鑑制度早就應該改革？但是，今天卻把醫界評鑑要改革列為配套措施？請問是醫界評鑑要改革，所以醫師才可以納入勞基法，還是如果評鑑不改革，這些事情便無法討論？我不曉得，你們列在後面的配套措施的因果關係是什麼？我希望勞動部加油，也請部長加油

！謝謝。

主席：請台灣婦產科醫學會陳祈安醫師發言。

陳祈安醫師：主席、各位委員，今日我代表台灣婦產科醫學會出席此次公聽會，雖然我不是台灣婦產科醫學會理監事，主要因為該會理事長是我的同學，所以他把一些比較不好處理的問題統統丟給我，譬如住院醫師人力規劃這種沒有人要搞的事情，他都砸到我的頭上；連台灣婦產科醫學會要派員出席今日會議，他也砸到我的頭上。事實上，在我出發之前，台灣婦產科醫學會秘書長還特別交代我，我們完全贊成醫師納入勞基法，並千囑咐、萬交代地要我建議主治醫師亦納入勞基法，所幸醫勞盟同仁已經達成共識，或許因為他們快要當上主治醫師，我想這是可能的原因。

方才有些人提及醫師開刀到一半就「落跑」一事，確實發生過此事，這是我的老師告訴我，不過，我的老師不在台灣當醫師，而是在美國當教授，他說：美國很早就將醫師納入勞基法，有時候住院醫師跟著他開刀，突然他想起住院醫師昨晚好像值班，他就問住院醫師：「你昨晚是不是值班？」住院醫師回答說：「是啊！」。他看看手錶當時是下午 4 點，他就要求住院醫師回家休息，其餘的手術由他獨自完成。所以，我們的病人不用怕，醫師不會手術進行到一半就開不下去，起碼主治醫師會接續完成手術，當然，以後主治醫師也會適用勞基法。

其次，方才林部長提出各國醫師人數比，現今德國醫師人數比最高，每萬名德國人約有 40.5 名醫師，但是，從方才醫勞盟所提出 data，我們即可發現德國病人住院天數滿高的，平均住院天數超過 12 天，高居世界第二位。早在 20 幾年前，我在美國開會，當時就與一位德國醫師討論過此一問題，他也證實德國醫師與病人的情況確實如此，問題在於德國醫師看門診的收入比較好，但是，如果病人因住院，導致醫師統統沒有收入，最後這些醫師就會以門診病患為主，若有需要住院的病人就丟去住院，至於病患住院之後的情況，那就是他家的事了，反正病患住院之後的照顧可能是交由 Hospitalist 負責處理，就可能造成上述問題，所以我們在規劃 Hospitalist 時應有妥善的考量。

至於為何大醫院一直廣設分院，是否因為不符成本，才會一直開設分院？譬如台大醫院就在開設分院，不過，這些都是政府塞給我們的，事實上，我們也不想開設分院。還有一個問題，就是大醫院還可以有 procedure 的收入，才可以維持開銷，有時候外科系開刀或內科系做體內支架或內視鏡等等，這一類的收入還是可以維持醫院的營收。如果我們單講住院費用，這部分可能真的划不來，特別是我們沒有考慮到醫師夜間值班的問題。

此外，我還要提到有關住院醫師信任的問題？今天林部長、王司長、郭教授與熊所長都在現場，其實大家都知道存在著這樣的問題，但是大家都不敢講，也不敢提出來討論。由於我是負責醫師人力規劃，所以我很清楚確實有此問題。依照趨勢發展來看，未來住院醫師可能都要在醫學中心接受訓練，結訓之後，他們當上主治醫師，再分發到其他醫院，就現制來講，必須要應付各家醫院，還是得要編容額給區域醫院、地區醫院等等，有時他們一年只收 1 個或 2 個，而且他們的 case 不夠廣，面對的疾病範圍不夠廣，所以實際的訓練可能不太夠。我去過沙烏地阿拉伯，當時我去當主治醫師，我底下的住院醫師每個人年紀都比我大，因為他們沒有專科醫

師訓練制度。他們大都來自印度、巴基斯坦、埃及、孟加拉、黎巴嫩等地，因為他們只能當住院醫師，所以上班 8 小時就下班了，根本沒有辦法好好的訓練。這是我們以後所要面對的問題，究竟住院醫師的訓練要做到什麼程度？要在哪個地方有多少 case 來訓練？這些層面我們現在都沒有辦法面對，衛福部以後可能要好好規劃才可以。

另外，我覺得 PGY 真的很討厭，它把婦產科列成必修，我們還要負責所有 PGY1 個月的訓練。就美國來講，90%的婦產科醫師都是女性，以台大來講，大概也有將近 60%是女性，到底我們要不要訓練這麼多的男性醫師？而且包括家醫科、急診科也都是必修，所以我們現在問題很大，訓練出來的醫師有 95%以後都不當婦產科醫師，碰到婦產科的 case 統統丟出來，如果是這樣的話，為什麼還要訓練呢？這也是以後要檢討的問題。本人謹報告到此，謝謝大家。

主席：請陳委員宜民發言。

陳委員宜民：主席、各位學者專家、各位同仁，今天所舉辦的公聽會非常重要，針對醫師入勞基法的問題，大家真的應該要達成共識。我從 2 月 1 日進入立法院之後，已經召開過不少次協調會，同時也曾對衛福部醫事司及勞動部陳雄文部長提出過質詢，在此謹簡單提出報告，供關心這個問題的醫界先進及醫勞盟同仁參考，看看還有什麼不周延的地方，大家再集思廣益來解決問題。

醫師入勞基法說來簡單，但是又很複雜，因為所包括的醫師並不是只有專科醫師，另外還有住院醫師，而住院醫師在實習時都含有訓練的意義，所以要馬上賦予勞基法每周 40 小時工時的確有窒礙難行之處。本席第一次質詢時就曾提及 Libby Zion law，這是美國一項針對住院醫師的法律，其中規定住院醫師每週工時不得超過 80 小時，而且連續值班不得超過 24 小時。其實我們也曾向醫事司提出一些建議，根據醫事司所訂定的住院醫師準則，目前住院醫師每周工時為 88 小時，連續值班時間上限為 32 小時，我們建議醫事司至少在醫師尚未入勞基法之前，應該馬上修正住院醫師準則，讓每週工時從 88 小時減為 80 小時，而且連續值班的時間不要超過 24 小時，起碼要跟國際接軌。

至於醫師入勞基法的問題，因為牽涉的問題很複雜，所以當時我們的建議是醫師可以入勞基法，但是工時另定之，亦即希望醫師還是能夠入勞基法，但是有關工時的部分還要再討論，尤其專科醫師已經沒有訓練的問題，他們和醫院的關係可以是僱傭關係，也可以是合夥人關係，畢竟專科醫師不會再受到像住院醫師那麼多訓練上的時程限制，所以他們可以好好和他們的雇主或合夥人討論工時的問題，也因此我們以工時另定的方式來解決。換句話說，個人很支持醫師入勞基法，但是在相關過程當中應該要作比較完整的考量。到目前為止，衛福部的版本是希望在 4 年後讓醫師入勞基法，但我們希望能夠更早，國民黨的版本則是希望在 2 年後就讓醫師入勞基法。針對其所牽涉到的枝節問題，希望大家能夠給我們更多的 input。

在修法的過程中，也牽涉到醫師人力規劃的問題，我認為教育部在這方面做得並不好，今天早上我也聽到教育部高教司司長的發言，不過他似乎都是 focus 在 PGY-1 的 training 方面，甚少提到醫事人力規劃的問題。其實醫教會和 teammate 責無旁貸應該要針對這個問題好好進行規劃，據我所知，國家衛生研究院熊昭所長之前曾針對這方面做過一些規劃。醫事人力的規劃非常

重要，面對五大皆空的情況，教育部是用訓練 100 名公費醫師的方式來處理，其實這方面已經有許多反彈出現，甚至陽明醫學院已經有許多學生叫他們的學弟妹不要來念公費醫師，因為念了之後還有綁標和賠償的問題，讓他們的生活品質變得很不好，而且就算把公費醫師培養出來，可能還要等到 10 年後，他們才能真正進入職場服務。有關醫事人力的規劃，究竟目前醫學系是不是足夠、需不需要再增加醫學系？以每個學系去分攤 2、30 名公費醫師訓練的做法，其實是沒有遠見的，為什麼我覺得應該要考慮醫學系是不是要增加呢？其實這是一個大戰略的考量。或許在座有一些利益團體或醫師團體會反對這樣的意見，但我必須說台灣的醫學教育是非常成功的，其實我們現在也面臨熱帶醫學人才不足的問題，如果政府要成立蚊媒傳染病的國家級機構，我建議將此結合醫學系的設立並培養人才，和獸醫及昆蟲學家一起來做，其實可以讓我們在防疫的工作上更有力量。所以在醫事人力的規劃方面，我建議教育部應該要做更精確的規劃，否則醫師入勞基法將來實施的時候，如果醫師人力不足的話就會造成一些狀況。

以上發言就教於各位醫界前輩與先進，請大家不吝指教，歡迎大家給我更多的意見，我會把它納為將來問政的參考，謝謝。

主席：請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟武執中醫師發言。

武執中醫師：主席、各位委員，很高興今天大家都有提到一些重點，所以有些點我就不再贅述了。

我現在要提供一些思考的題材給大家，第一是承接剛剛委員提到的是否既患寡又患不均的問題，在衛福部 105 年 1 月出版的 2025 衛福政策白皮書裡面，大概第 171 頁到 178 頁都有提到醫療效率和一些民眾被現有健保醫療系統所創造出來的醫療需求，所以這些問題其實是已經被承認存在的。我很好奇的是，衛福部在醫師納入勞基法的部分會不會針對這點有相關的配套措施？

這部分有些證據，比方說英國近 20 年來住院醫師的工時從每週 100 小時逐漸下降到每週 48 小時，但是在這段期間，英國的醫療品質並沒有下降，英國的 population 人數也沒有下降，所以這證實這個地方其實還是有討論的空間。這是第一個點。根據醫勞盟目前的數據，臺灣民眾就醫門診次數和住院天數其實也高於世界新興國家的平均值，針對這些點，稍後衛福部是不是可以給我們一些回應？

第二個點則是很高興剛剛洪委員和林委員都有提到，其實這整個制度的問題是財務的問題。臺灣醫事人力不只是醫師，包括醫師、護理師，甚至所有醫事人力的勞動成本是被嚴重低估的，這些問題會直接影響到整個人力的分配。所以這個部分也提供給大家做一個思考的題材。

以上簡短發言，謝謝。

主席：現在休息。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會，在登記發言委員開始發言以前，我要先向大家介紹，我們本來以為今天沒有邀請使用者的代表，事實上財團法人台灣醫療改革基金會有代表，他們下午有研究員會來，所以事實上醫改會也是有代表出席的。

請陳委員曼麗發言。

陳委員曼麗：主席、各位學者專家、各位同仁，今天在座有很多民間的夥伴和公部門的代表，其實我是滿支持的，我相信很多委員也都很支持醫師納入勞基法，這部分應該是已經有共識了。有關受僱醫師納入勞基法，勞基法裡面的保障包括工資、工時、職災補償、解聘（僱）和退休金等等，但是我們這段時間比較會看到的是醫師的過勞和工作超時，甚至有人反映有一些流產的案例以及傷殘或猝死的狀況，所以現況其實是加班的問題、工殤的問題和職災補償的問題反而非常、非常的嚴重，才會讓大家覺得這件事情非同小可。

可是關於工資和工時的部分，我們看到現在勞基法第四十八條之一的框架採用勞雇雙方約定工時的精神，因為工作和訓練的彈性的部分，它其實會讓大家覺得工作時間有很大的困擾。在責任制的框架之下，勞基法當然不會限制醫師的加班，所以醫師基本上不會因為他下班時間到了而丟下病人不顧，不會有這種情形，可是現在坊間好像有很多病人得到這樣的訊息，所以我想，在政府的文宣上面可能也要更清楚地去表達、向民眾說明，避免民眾有這樣的錯誤認知。

另外，臺灣醫師工時過長本來是我們的內部問題，就是說我們超時加班，所以現在我們也要來面對這一塊。可是我自己卻發現一個比較荒謬的狀況，就是 6 月 4 日我們看到媒體報導八仙塵爆醫療傲人，我們受到歐盟的邀請去做報告。雖然我們有被正名為臺灣，可是我們的醫事司司長卻在會中表示我國的醫師平常工作時間就很長，所以在遇到災難的時候大量加班、拚命救人；我們的南丁格爾精神發揮得非常好。司長的發言中還提到，歐盟的醫師工時很短，醫療資源有限，遇有大量傷患時無法處理，還要請專機將傷患送到鄰國請求幫助。

我覺得這樣的發言其實就是在告訴大家，本來我們覺得工時過長、超時加班是一個很大的問題，現在竟然被當成是臺灣之光！他沒有想到這是一個問題，而是把它當成一項政績。我覺得這真的是一個非常荒謬的認知，是不是我們公部門的人認為我們的醫療人員本身超時工作是非常正當的？因為是南丁格爾精神的發揮，所以就拚命要求大家超時工作，讓大家工作得非常辛苦，而有一些後遺症的產生。我希望衛福部這邊，尤其是主管這個業務的長官，一定要對這個部分非常、非常地瞭解，你做的是一件不好的事情，不要把它當成榮耀。

另外，關於職災補償，其實我們有看到最近 4 個月倒下了 4 位醫師，剛剛也有人提到這些故事。過勞的問題如果沒有解決的話，這些意外還是會經常發生，如果醫師納入勞基法，這些問題就可以用勞基法裡面的職災補償，家屬不用再走法院訴訟的程序才會有結果。

訴訟程序其實是非常折磨人的，像等一下要做報告的李其芳女士，我看到相關新聞裡面就有講到他打官司打了 5 年多。打官司就打了 5 年多！雖然勝訴，可是法官卻認為醫院只要負 35% 的責任，另外 65% 的責任當然就是要自負。我覺得這也是一件非常荒謬的事情，就是說我們的醫師因為辛苦的工作而造成他身體上的一些干擾，後來他發生事情了，我們反而給他一個這樣子的判決！我覺得法院對這個問題可能不是那麼清楚，所以我們希望衛福部趕快把醫師納入勞基法的保障。

現在新政府上台，大家對於新政府有更高、更高的期待，希望能夠加速，所以我會持續關心醫師勞動權益的部分，甚至我也希望我們的公部門對這個部分的處理要更加明快，讓相關的醫

療人員不會因為自己在這個部分受到很大的傷害，而沒辦法再去照顧別人。以上，謝謝大家。

主席：請奇美醫院職災醫師蔡伯羌之配偶李其芳女士發言。

李其芳女士：主席、各位委員。我是蔡伯羌醫師的太太李其芳，這 7 年以來，不管是接受新聞媒體採訪或是來立法院，我每次講到這些事情，我都非常難過，每次要公開講這些事情，我都要想很久。如果我不看著稿子唸，我就會一直哭，所以我今天就看著稿子唸，這樣會比較好一點。

衛福部這 7 年來是怎麼對我們的？不要一直都只是說要有配套措施，這跟我們有什麼關係？我們是一般的人，不是鐵人，請你們要注意這一點。而且你們真的有善意嗎？一點都沒有，我們等了多久了？我為這件事情已經努力了 7 年多，雖然上法院打官司只有 5 年多，但是在這之前需要去查很多的公文和資料，而除了我自己的律師之外，沒有人幫助我，誰幫助過我啊！

從 98 年到現在整整 7 年的時間，我從一個完全不懂法律的太太，海底撈針似的找六法全書，衛福部、勞委會卻對我的官司一點幫助都沒有，而其中衛福部是讓我最不能接受的單位。當我求助無門時，醫院不理我，我也不懂法律，沒有勞基法保障的蔡醫師要怎樣生活？要怎樣打官司？打官司不用律師費、訴訟費嗎？我這麼努力到現在，也才到二審結束。官司分別為職災賠償和給付退休金這兩件，因為台灣環境對醫師極度不友善，為了讓不同的法官判，或許兩位法官有不同的見解，所以我提起兩個訴訟。而這兩件官司，因為醫師不受勞基法保障，期間所需的律師費和訴訟費讓我壓力很大。而且最可惡的是，奇美醫院逼著這兩件官司的訴訟救助都纏訟到最高法院，且又發回更審，奇美醫院這樣的行為根本就是要逼死蔡醫師一家，兩件官司都是時間和金錢的消耗，奇美醫院光是訴訟救助就跟我打 7、8 個官司，我繳錢都繳到搞不清楚是哪一件官司了，再加上 2 個主案，5 個官司，加起來有 10 多個官司，律師費是按件計酬，錢從哪裡來？你們坐在那邊說什麼要有配套措施，配什麼套啊！錢要從哪裡來？你們要叫我們跳樓嗎？

這 7 年來官司沒有判決，我們一家是要怎麼過？我帶著一個當年才 6 個多月的兒子和一個失憶的老公，當時兩個人都需要換尿布，我還要找資料，還要每天送老公到醫院復健，奇美醫院根本沒有積極的幫助蔡醫師復健，反倒是一再刁難我，值班表推托不給，還另外自行更改，我們所信任的雇主卻一再一再欺騙我，說職災認定後就不再異議，但奇美醫院還是繼續爭執。它是爭執在勞保局認定的資料上面它不送，它又再提出異議，所以又拖了很久。

另外，薪資從病倒之後就不再給付，勞保局在 98 年 11 月 20 日，也就是事發 7 個月後才給付 1 萬 243 元；99 年 10 月 6 日即事故發生 1 年半後再給付 34 萬 5,192 元；事發 2 年後 100 年 4 月 22 日再給付 18 萬多元；事發的第三年末 101 年 4 月蔡醫師勞保退保，領了 87 萬多元，他現在是沒有勞保的。在中間還發生奇美醫院不給資料，讓勞保局無法繼續審查，蔡醫師就算拿到勞保局給付的錢也不夠支付龐大的訴訟費用，更何況要打完這些官司還遙遙無期！

前一陣子我看到一則新聞，就是有一位保全人員過勞死，我覺得很難過，可是我心裡面真的很不是滋味，因為他有受勞基法第八十四條之一所保障，由於有勞基法的保障，所以從勞工職災過勞認定到最高法院宣判只花了 3 年。但是我先生因為他的職業是醫師，在打官司的時候他還被認定需要負擔 65% 的責任，就因為他是醫師，沒有受到勞基法保障的醫師應該要如何爭取

他們的權益？

這幾年我在法院進行訴訟的時候需要幾項資料，第一個就是時數，關於時數的認定，並不是像你們說 88 小時就算了，在法院審理的時候有很多的問題，像醫師開刀在上刀之前的時間要不要算、刷手的時間要不要算、下刀以後寫病歷的時間要不要算？可是法院都沒有算進去，在這種狀況之下，每週都達不到 88 小時，一個月不滿 352 小時，根本達不到表定時間。你們說如果不是用表定時間，那其他時數要如何認定，要去查病歷嗎？病歷可以這樣查嗎？資料很龐大，長達半年的病歷，有人願意查嗎？我們的時數是依勞基法 8 個小時來計算，晨會的時間完全沒有算進去，從 8 點開始算，並扣除中午 12 點到 1 點吃飯的時間，再從 1 點上班到下午 5 點。一位醫師一直在開刀，有可能在開到一半的時候去吃飯嗎？當然是不可能，可是也不計算在裡面。其實我也不懂，反正你們在這邊吵啊吵，但是到了法院一概是依白紙黑字的論述為準，這對醫師來說其實是很不利的。假設定了 80 個小時，我們都達不到，因為法官根本就沒有想要去瞭解這個生態，他們並不認為醫師可以工作這麼久。

我先生蔡伯羌有高膽固醇，可是他只有高了一點點，但是法官認為他在自我管理上有問題，他應該要休息、應該要運動，問題是他一天到晚都在醫院裡面，你們可以告訴我他要怎麼去運動嗎？還有，像他的高膽固醇並不高的狀況，那我要找哪一個單位來協助我？沒有任何一個單位肯替我背書，我的問題是在法院裡面要如何主張。

第二，我需要公文，我當時完全不知道所有的保障，總統府、行政院、立法院、司法院我都去過了，連監察院我都去了，所以他們有做出一份監察報告，從監察院的報告得知值班不可以超過 3 天一班，現在談的「3 天一班」是從哪裡來？是從監察院那份報告出來的，在他發病後 3 年多這份報告才出爐，該報告有提及平均 3 天一班，你的認知是什麼？平均 3 天一班是表示一個月可以值 10 班，可是衛福部說不是這樣，是班與班之間不可以超過兩天，我單單問「平均」或「不是平均」這個問題，衛福部就拖好久，我是把公文拆開來一個字一個字的問，衛福部是在刁難我嗎？

此外，我寄公文去衛福部，但衛福部並未受理，必須從行政院轉到衛福部，這是為什麼，我也不懂，因為你們是官，所以我也沒有辦法。二審算是我們有一點點勝訴，這是靠外界團體的幫助，不是靠政府，也不是靠我們所信任的衛福部的幫助，我不知道你們都在做什麼，反正我是一、兩年才出來發聲一次，你們也不會害怕了。

今天我站出來是我的錯嗎？是我老公的錯嗎？媒體這樣追著我們，這是我們的錯嗎？我們也不願意這樣啊！每次問，每次都是傷痛，今天回去我又是哭得唏哩嘩啦，我也會影響到我的小孩，但這是我願意的嗎？我不願意這樣，但你們一直都沒有給我答案，法院也一直都沒有給我一個答案。什麼都是醫師的錯，最錯的是奇美醫院！一個不負責任又狠心的雇主，為什麼你們不是去罵它？為什麼一天到晚來罵我？

奇美醫院到現在只給我 1 萬 2,000 元的慰問金，至於高壓氧的治療費用，他們在法院請求扣除了，還有蔡醫師所領的勞保給付，全都要從蔡醫師請求的金額上扣除，很奇怪吧！

我想問的是，當時的「3 天一班」是不是評鑑的必評項目？為什麼通過評鑑的醫院可以違反值

班 3 天一班之原則？違反了也沒有任何罰則，既然沒有罰則，那醫院怕什麼？他們也不用負擔醫師過勞這個問題，他們根本就不用擔心啊！有時候人如果受不了就跳樓了，他們根本就不用賠啊！醫院有拿評鑑的錢，他們訓練這些醫師是有錢拿、有補助的，為什麼沒有法條可以規範他們、罰他們？罰到他們怕了，他們就不敢這樣操醫師了，不是嗎？

第三，我需要勞動基準法的保障，但是只能解決一點點問題而已，不是全部的問題。醫師因為工時過長、疲勞和睡眠不足等問題，不僅危害醫師健康，增加各項職災的風險，更直接影響照顧病人的品質。你知道嗎？當時我老公的學長在旁邊要開刀，他突然昏倒了，他已經上刀了，那病人該怎麼辦？這是事實！雖然他過勞，但是他不敢吭聲。我同學的老公也是過勞，他不敢吭聲，但是他有醒來，也回到醫院工作了，但是他敢吭聲嗎？他不敢，為什麼？因為沒有勇氣。

最後我想說的是，不管你們討論些什麼，不是犧牲某一個族群的幸福換取另一個族群的健康，更嚴重的問題是四大科醫師這個族群慢慢在台灣消失。值得注意的是：台灣兩件告上法院的案子都是一般外科的住院醫師，都在 34 歲、35 歲，住院醫師第一年、第二年值班是 11 班至 12 班，每月有 11、12 次連續上班 32 小時以上，常常連值兩天班，住院醫師第四年雖然降到 6 至 7 班，但上刀時間變長，表定時間連續上班 42 小時以上每週超過 102 小時，請問這是符合人性的工作時間嗎？這樣的勞動環境，還要讓我這個不懂法律的太太繼續獨自面對司法，總不能犧牲受僱醫師的權益，造福全台灣的病人吧！

我再講得更嚴肅一點，衛福部明知超時工作會導致死亡，卻一而再、再而三拖延醫師納入勞基法，我嚴重懷疑衛福部這樣算不算是一種謀殺呢？犧牲自己照亮別人，我希望台灣只有蔡醫師一個就夠了，他的家庭一起陪葬就夠了，不要再讓其他醫師陪葬，醫師家屬受到衛福部和醫院的迫害，拜託衛福部，現在就讓醫師納入勞基法吧！

主席：蔡太太承受這麼大的苦難之後來告訴我們，從這個苦難中，從她打官司的經驗，從她面對這個體制中有這麼多制度面的不公平，特別是法院有提及自我管理的問題，我們要說，一個勞動工時的沒保障、不平等，事實上會造成健康不平等，並不是個人自我管理的問題，是體制的問題。接下來請蔣委員萬安發言。

蔣委員萬安：主席、各位學者專家、各位同仁、剛剛聽了蔡伯羌太太這番話，讓人感到非常難過，同時也感到非常憤怒，今天林部長在這裡，衛福部許多同仁也在這裡，今天有這個機會聽到蔡太太這番話，我真的覺得這是一個時候，我希望衛福部和勞動部能儘速將醫師納入勞基法。

本席在此先講結論，我的態度是支持醫師納入勞基法。最近發生很多實習醫師、主治醫師因過勞而造成死亡的事，我常常在想，第一線的醫師如果都累垮了，民眾的健康誰來照顧、守護？我不是醫師，不是醫學專業，也不是護理人員，但我常常是一位病人，一般百姓面臨的第一個問題是，如果第一線的醫師倒下了，民眾的健康該怎麼辦？

方才談到很多，不只是工時、勞動條件的問題，也就是說，如果今天醫師沒有納入勞基法，除非醫院幫他投保、自己投保以外，他沒有辦法領到職災補償。我也找到早期包括行政院衛生署還有以前的勞委會所作的函示，裡面都說醫師並不適合納入勞基法，當時的理由現在看起來

都不合理，當時他們認為，醫療保健服務業服務的對象是病人，不單為勞資關係，涉及醫師病人關係，所以行業有別，具有特殊性。勞委會在 86 年有個函示說他們並不適用勞基法，我發現 103 年 4 月 1 日連律師都可以納入勞基法，可是醫師到現在還沒有辦法納入勞基法。

林部長在日前提到，希望 4 年後、109 年能夠將住院醫師及一般醫學訓練醫師（PGY）納入勞基法，對於部長願意出來承諾 4 年的時程，個人是持非常肯定的態度，但是我相信社會上還是有許多聲音。今天部長提出 4 年後、2020 年將住院醫師及 PGY 納入勞基法，可是相對地也會衍生一些影響，包括訓練的時程不足、醫師人力的減少，所以必須增加公費醫學生的招生人數，甚至必須擴充專業的護理人員等等；當然，我記得部長也提到要仿照美、澳設立臨床醫師助理的制度。我覺得這些都點出一些未來可能發生的問題，我們現在也要想辦法補充人力的不足、擴充護理人員等等。

同樣地，我也想到一些其他的問題，在這裡特別提出來。比如因為住院醫師的工時降低導致工作轉嫁，是否會讓本來醫療人力不足的狀況更為雪上加霜？其次，交班頻率如果增加，病人的安全照顧也會產生問題。此外，專科醫師訓練年限也可以考慮是不是要延長，這也是一個問題。還有，小型偏鄉地區的醫師原本就面臨人力短缺的衝擊，衛福部有沒有提出相應的辦法、方案？

剛才部長表示希望在 2020 年將住院醫師及 PGY 納入勞基法，可是也有一些聲音認為 4 年會不會太長？我們剛剛聽到蔡太太的一番話，這真的是一個時機、契機。在今天的公聽會中大家都有發表意見，我希望衛福部及勞動部能夠加快速度，儘快讓醫師納入勞基法。當然，部長提到的是住院醫師及 PGY，但是也有部分的聲音主張，如果相關的配套都能夠處理好的話，希望更快地將全部的醫師都納入勞基法、一步到位。

最後，我還是要強調，這是一個正向的循環，我們有好的醫療環境，給予醫師好的勞動條件，民眾的健康才能受到更好的照顧，我想這是國人共同的期待，也是大家的共識，我真的希望衛福部及勞動部這兩個主責單位必須共同面對、共同解決。再次希望林部長能夠儘快地醫師納入勞基法。謝謝。

主席：請廖委員國棟發言。

廖委員國棟：主席、各位學者專家、各位同仁，事實上，今天公聽會的議題已經談論多年，何以一直都不能解決？多年之後，林部長有這樣的勇氣再次地提出這個議題，並且面對它、解決它，這是非常好的精神，但是在實務上要如何做好相關的準備？我覺得衛福部及勞動部並沒有很多相關的準備，下面就簡單講幾個例子。

剛剛大家提到了三大關鍵：一、勞工的定義：醫生到底如何變成勞工的一份子，要從法規來處理；二、醫師的薪水：醫師的薪資到底要如何定義，牽連甚廣，這是非常龐大的枝節；三、工時的安排：剛才蔣委員也特別提到如何讓人力足夠，以及不夠的人力、包括偏鄉的人力如何去補足，這些前置作業都要做好，都準備好了才能夠宣布上路，不曉得衛福部給自己多少時間做準備？我沒有聽到你們的報告，但是我們回頭看一下相關法規的規定。

勞基法第二條第一款規定：「勞工：謂受雇主僱用從事工作獲致工資者」。部長也知道，現

在醫生與醫院的關係不是單純的勞僱關係，很多都是承攬關係，所以如果在這個部分沒有加以突破，只是單純地按照勞基法的規範，將醫師與醫院的關係界定為勞工與老闆的關係，第一個，你們就會卡住，沒有辦法往前推動。

第二，醫生的薪資到底如何計算？如何定義？勞基法第二條第三款規定：「工資：謂勞工因工作而獲得之報酬，包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之」。現在很多醫生都是支領 PPF，公家醫院的醫生也是如此，有時候 2、3 個月發一次，有時候 1 年發一次，這算不算是經常性的給與？你們真的要研究。特別是獎金、績效獎金的部分，有時候多，有時候少，不是固定的，端視業務量決定每個月支領的多寡。

接下來一旦計算工資以後，部長要注意，勞健保的投保薪資資料會一併調整。醫生的基本薪資基本上是最高端的、最上限的。除了勞健保的薪資資料要調整以外，稅捐機關也會跟著查稅，如果按照現行醫生的薪水，大概都會是最高級距。其他還有加班、職業災害津貼、年假及休假未休假工作薪津等等，你們都要整理完，才能宣布將醫生納入勞基法。

第三，比較麻煩的是公司的安排，因為現在我們已經看到了人力的不足，或是某些科別的人力嚴重缺乏，如果不先處理這個問題，到時候醫生工作滿 8 小時下班了，一走了之，可以嗎？醫生是不會這樣做的。在我們那個時代，我們真的是沒日沒夜地在工作，不像現在會突然想到適用勞基法的規範，這對醫生不錯、很好，是很好的保障，但是整個配套作業一定要先準備好，你們才能夠宣布。

因為時間的關係，我想提出一些建議。恐怕很少人注意到一個事實，就是我們在修二代健保的時候，明定政府對於整個健保支出負擔的最低限度至少要 36%，甚至我還在衛環委員會的時候就曾大聲疾呼政府要依法行政，但是我們看到這幾年大概都在 30% 上下。現在一年健保的給付林林總總大概 6,000 億元左右，昨天還有人說是 7,000 多億元，就算是 6,000 億元，差個 5% 就有 300 億元。政府每年積欠健保 300 億元，如果這筆錢能夠進來，是不是可以用來培養人力，甚至處理我剛才提到的問題？所以我希望衛福部、健保署快點研議應該如何處理，請部長在國發會或行政院分配預算的時候要大聲疾呼、據理力爭，這個 300 億元一定要拿到，我在委員會已經提出多次，但就是沒有下文，好不好？以上就把個人的一些看法做這樣的表述。

主席：請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位學者專家、各位同仁。今天能夠聽到基層的聲音，我們真的是受益良多。

早上好像還沒有聽到來自雇主方的發言，只有陳宜民委員剛才可能代表雇主方做一些發言。

剛才陳曼麗委員提到，衛福部代表我們去歐盟分享八仙塵爆的醫療成果，在發言時談到我們的工時過長，加上碰到重大災難，大家拚命加班救治，真的非常偉大；可是基層醫療人員看到這樣的報導，我想大家都滿難過的，因為這是奠基在一個超時工作的環境之上，再加上隨著意外的災難出現，大家幾乎都是拚命、沒日沒夜地超時加班。我覺得這也許是要肯定我們的醫師及護理人員的功勞，可是這樣的經驗能夠讓歐盟國家複製嗎？我覺得不可能！就像王司長所說的，歐洲的醫師工時短，所以醫療資源有限，事實上他們的醫師工時短是因為尊重醫師的人權

。所以未來在國際的發言上面，可能還是要考量國內的超時工作真的是不宜的一件事。

其次，剛才部長在報告的過程中，好像有特別提到要把主治醫師也納入勞基法，但是書面資料的報告好像讓我有點疑惑，稍後如果部長有機會請加以澄清，就是我們到底是一階段的納入勞基法，還是兩階段？一階段是指住院醫師及 PGY 醫師先納入勞基法，然後再逐步納入主治醫師，可是剛剛從部長的口頭報告聽起來好像不是這樣。108 年底前要完成這樣的期程，到底配套措施要如何加緊腳步？令我有點擔心。

再者，我要提醒的是，各位醫界的朋友可能要注意，如果我們的勞動條件還是勞基法第八十四條之一所定的每週工時 88 小時的約定，這是超時的，也是過長的，所以衛福部還是要朝向從 88 小時降到 80 小時、甚至 70 小時或 50 小時的目標來努力，這個期程又是什麼？另外，我希望勞動部幫忙的是如何協助醫院的勞工、醫師組成工會，與醫院的管理群進行協商。如果醫院的工會沒有出來的話，怎麼跟醫院談？那是一個不對等的關係。在目標上，我覺得衛福部有衛福部的目標，而勞動部也要有勞動部的目標，要協助醫師組成工會，培養醫師進行勞資協議的能力。

而在相關的配套措施方面，部長剛才特別提到輔助人力的制度。這裡有兩個人力，一個是專科護理師，另一個是醫師臨床助理制度。據我了解，目前已經有 5,702 位專科護理師，而且是經過滿嚴密的訓練，也有考照，這群人不夠用嗎？還是我們應該更加強這一塊人力的培訓？至於醫師臨床助理到底是誰啊？誰可以成為醫師臨床助理？我沒聽過，也不知道誰可以擔任這群人，這是有疑慮的，應該加強的是專科護理師相關訓練，因為他們已經有一定的制度，而且也在幫忙醫師做相關的值班或業務的分擔。另外在部長的報告中提到 3 個相關的推動小組，但卻完全沒有護理人員、護理專業的代表，這是重要的人力資源，但是我在你們的所有資料裡並沒有看到護理人員代表。所以我要提醒部長，護理師公會或是專科護理師的相關代表應該要納進來，不然你們指派他們工作，他們全部承攬，所以我認為這個部分應該要尊重護理界的聲音。

我覺得這是很好的契機，因為醫師工時過長的問題真的也不得不面對，所以我覺得這是一個改革的時機，我期待在改革的過程中，過去我們一直在談的分級醫療或轉診，真的要做了，健保法立法通過這麼久了，分級醫療根本沒有做到。但是同時也要跟民眾端溝通，因為我覺得民眾端也要瞭解醫師並不是超人，不應該超時工作，該給人家休息還是要休息。因此病人端可能也要瞭解在這個改革過程中，他們會受到什麼影響，我覺得跟民眾端的溝通還是必要的。我也要肯定衛福部這一次將醫師納入勞基法，衛福部真的有動起來了，因為過去國民黨執政 8 年也沒有解決這個問題，8 年都沒有解決的問題，我們現在要在 4 年內解決，那就要加緊腳步來做。我想我們應該不會逃脫這個責任，我們一定會面對，也會努力，但是相關的準備以及期程，我還是希望能夠明確一點，讓醫界能夠放心，我們真的是要改革，我希望改革的時程能夠更清楚，有明確的時間表，也真的能夠讓他們的工時下降，而不是虛的，第八十四條之一真的是虛的，應該明定工作時間，將工時往下降，謝謝。

主席：其實今天的公聽會本來就是希望看到衛福部具體告訴我們，醫師納入勞基法適用，期程又是如何，今天本來預期是要有明確的時程出來，因為大家希望改變要從現在開始，但是今天還是

沒有很具體的提出來。

接下來我們還是請工作傷害受害人協會代表發言，他們對於職災是最專業的，同時也是由受害人組成的團體。

請中華民國工作傷害受害人協會賀光卍專員發言。

賀光卍專員：主席、各位委員，針對剛才衛福部提出「職災要與工時脫鉤」，我想這是最毒辣的一招，原因為何？剛才在衛福部的報告裡已經揭穿了一個事實，我們依據職業促發心血管疾病的認定準則來看，勞動部已經有規定了，一個月加班時數只要超過 92 小時，或是 2 至 6 個月加班超過 72 小時，亦即扣除正常工時以外，加班達到這麼多時數，其實就會列為過勞症的極強因子之一，記住！這是過勞症的極強因子之一；而 1 至 6 個月只要超時工作 37 小時，就是增強過勞的因子之一。

老實說，我們看到衛福部報告中的第 6 頁的醫生平均工時，全部都中標！換句話說，依照勞動部的認定基準，現在所有因為心血管疾病發病的醫生都會被認定是過勞，也就是站在工傷協會的立場來看，我們現在看到所有的醫生都存在著極強或增強的過勞風險，這樣的風險，每天都在發生。我們今天要回應一個最重要的原則，到底勞基法要不要適用？我覺得是要趕快適用，當然現在所有醫生的生命權都岌岌可危，衛福部到底要如何解決？我認為這件事情應該不是一、兩年內適用勞基法，而是馬上就要適用，在這個會期或是下個會期就應該將醫師正式列入勞基法的適用中，並且要提出工時的改善案，這已經是迫切的問題了。

所以我們在這裡提醒所有醫生，如果你們真的想要改善工時的部分，工傷協會的經驗是要走上街頭，不是只有坐在這邊聊天或對話就可能可以要求到生命權。我們呼籲所有的醫生們站起來，如果希望改善工時，下個階段我們再來立法院抗議，並且到衛福部抗議，謝謝。

主席：果然是最專業的。

有關第一輪的發言，是不是請行政部門回應一下？行政部門回應之後，中午先休息，下午繼續開會，再進行第二輪發言。

請衛福部醫事司王司長發言。

王司長宗曦：主席、各位委員。非常感謝，因為我跟部長都是醫生，我也是職業醫學的博士，所以對於這個議題，我們是絕對跟大家站在一起，非常認同。剛才陳曼麗委員以及吳玉琴委員都關心八仙塵爆這件事，請給我一點時間說明我們的原意，我們到歐盟分享八仙塵爆的事件，我們並沒有分享工時，而是分享我們如何動員人力，如何在最短的時間內，全體國人以及全體的醫事人員盡我們最大的努力，動員了 6 千多人，包含 2 千多名醫師以及 2 千多名護理人員，我們的醫師公會及護理師公會如何在當下招募志願的人力，然後如何去動員，醫護人員給我們非常大的支持，政府、民間團體跟醫院如何合作，我們分享的是這些。所以很抱歉，報紙的報導可能還有我們沒有講得很清楚的地方，我們不是這個意思。這次我們在世界衛生大會，我們有一個非常重要的主題「Health System」，醫療的系統最重要的就是醫事人員的留任及勞動權，所以在部長的演講中特別提到：我們會跨部會合作，我們會政府一體，在教育、勞動跟衛生福利部的努力之下，我們怎麼樣確保醫事人力這個很強的體系。所以這也是我們念茲在茲的一件事。

回到今天的主題，我們要報告的是人力衝擊的配套，雖然在 102 年開始，我們有相關的「指引」，但是我們做得不夠，所以我們在過去的努力底下繼續的推動，包含我們展開社會對話，我們請勞動專案一起做，然後我們也做了一些 Hospitalist 的薪資獎勵計畫、工時獎勵計畫，我們的目的是為了在勞動基準法的適用這部分能夠更進一步。所以在制度方面的配套就包括剛才所講的輔助人力的部分，吳委員剛剛也針對專科護理師的部分是否不足的問題，特別要我們說明，剛開始我們確實把專科護理師當成是補充住院醫師缺口的部分去做討論，可是後來當我們檢視護理人力時，我們發現護理人力跟醫師人力，同樣和 OECD 國家比較，我們遠在平均值之下，所以如果我們需要大量補充專科護理師來填補住院醫師的缺口時，事實上護病比這部分，可能相對也會受到影響。因為在 OECD 的平均值方面，我們藥師的人力是在平均值之上，可是護理人力跟醫師人力是在平均值之下，所以這部分是我們考量到現實面，我們可能要引用像其他國家提到臨床醫師助理的這種方式，共同用輔助的人力來協助我們達成。

另外配套的部分也包含在醫療模式方面，如何用整合醫療的模式，所以推動 Hospitalist；另外民眾的需求是不是落實分級醫療，這些都是未來我們在改革小組裡會逐步討論的。最後有關我們到底是一階段還是二階段，部長早上所提的，我們是要朝向一階段的方式，在 109 年之前讓所有的住院醫師跟受雇醫師同時納入勞基法的適用。另外，雖然是第八十四條之一，但是因為各科有不同的特性，我們可能會分科討論比較適合的議定工時上限，我們是朝向這樣的方式來努力。至於職災跟相關的保護，在醫師納入勞基法之前，我們也會盡各種的行政手段努力做配套，另外，是否會有一些其他先行在醫療法或醫師法先納入保障的部分，我們會在未來的改革小組裡一起做更進一步的討論。以上，謝謝。

主席：部長要補充嗎？我們提到脫鉤的事情，部長要不要再說明一下？另外，我們也想請問司長，如果有人主張現在就適用，依照第八十四條之一的規定，這樣你們的彈性就會存在，這樣是否可行？執行面會有困難嗎？

請衛福部林部長發言。

林部長奏廷：主席、各位委員。有關醫師納入勞基法的基礎就是第八十四條之一，所以以目前的情況，一定要以第八十四條之一當作配套才能實施。剛才我提到的脫鉤，我們現在很清楚一階段納入勞基法，其實我們的法並沒有住院醫師、主治醫師這些名詞，所以應該是所有的受雇醫師全部同時納入，同時納入這部分已經沒有問題了，但是哪一年納入呢？我們預計是 4 年之內納入，當然如果能夠提早，越提早越好，那麼 4 年之內開放就是要看我們的配套，剛才我們也提到許多的配套。如果大家覺得 4 年真的太長，為了職災的保障，甚至立法技術可行的話，是不是可以在醫療法裡或是在勞基法裡，先把職災保障納入。

主席：部長的意思是你不是主張脫鉤，但是你這樣一主張，它可能就會脫鉤。

接下來是不是請勞動部回應？剛才很多人拋出許多的意見，包括很多實務面，我們也覺得很不可思議，怎麼只有操刀時間是工時。其實我們從勞動部的角度來看，很多的勞動都包含在工時裡面。待會進行第二輪發言時，如果有提出制度面的問題或是有相關的質疑，相關部會應該要回應，好不好？

請勞動部勞就司黃副司長發言。

黃副司長維琛：主席、各位委員，今天早上討論的部分，其實剛才林部長也有做正式的回應，亦即醫師要是一次納入勞基法適用的，我們相信這個部分只要衛福部的人力配套解決了，那麼勞動部是一定會全力配合的。其次是有關職災補償的問題，剛才林部長也有談到，這個意思其實是，因為我們還沒有指定入法之前的這段期間，大家很關心職災補償這一塊要如何處理，職災補償這部分如果在醫療法規裡，可以快速訂定，可能在法制上，職災補償的部分類似準用勞動基準法相關補償規定的話，那麼大家很關心的職災這一塊就可以處理。當然勞動條件的部分其實不只是這一塊，大家關心的還有退休金等等問題，以退休金來說，現在有新制的退休金，醫院的部分其實也可以主動幫醫師朋友先做自願提繳，也許這部分可以從一些行政措施上、從衛福部這邊推動，在這之前都可以先做，不是不能做，醫院也可以在它的能力範圍內先做。我現在提的是在還沒有辦法指定適用之前，可以先做的部分，法令沒有限制這個時候不能幫醫師做提撥。

再來，包括產假的問題，其實大家也很關心產假的部分，現在在性別工作平等法也有產假的規定，它是存在的。醫院應該也不會這麼不人道，醫師請產假時，還扣他們的薪資，不給他們薪資，這大概也沒有道理。所以這部分並不是完全無法可管。還有，大家提到整個要納入勞基法這部分，因為所有的人力規劃，包括時程，看起來都是要有第八十四條之一比較彈性一點的工時規定，才能破除現在勞基法一般規定一天 12 小時的工時上限，以及一週正常工時 40 小時的上限，這是一般規定，如果是第八十四條之一，這個彈性可以存在，指定適用的時程勢必是可以再提前。現在就是有關第八十四條之一將來的配套，大家可能會擔心時數是不是仍然開得很高，剛才工傷協會的代表也有提到，按照目前的標準看起來這些時數還是讓人覺得很擔心，針對這個部分，其實衛福部已經成立相關的小組了，勞動部也參與了這個小組，事實上在先期的規劃中，我們一定會全力跟衛福部商討，也會提供相關的意見。因為小組的成員包括各領域的人員，其實這個部分，我們會把我們的意見很真實的做反映，我相信那個時數不會超過今天醫勞盟在簡報中提出來的那個版本。謝謝。

主席：有關是否適用的問題，事實上目的事業主管機關是勞動部，還不是衛福部，大家覺得勞動部就宣告適用就可以了，本來大家都是這樣期待，不過你們剛才講其實在還沒有適用以前，可以讓雇主提撥退休金等等。我覺得勞動部講這些話其實是顧左右而言他，因為連衛福部訂定的住院醫師工時指引都被踩在腳底下了，事實上超過指引時數的多如牛毛，一個行政指引都沒有效了，更何況如果沒有法律的依據卻要求醫院趕快提撥退休金，希望醫院除了給這些女性醫師產假以外，還要給他們「母性保護」的措施，母性保護措施包括夜間門診、哺乳等等。所以你說讓醫院、雇主主動去做，這件事情是不可能的，勞動部也知道。另外提到職災補償的準用，我們也知道除了職災補償以外，大家會覺得是不是有了職災補償以後會衝擊到我們對權利要求的強度，勞動部也知道，職災是預防原則，不是事後補償原則，預防跟工時是綁在一起的，絕對不能脫鉤，所以如果要做職災這一塊，一定要跟工時綁在一起。這些話由勞動部講出來是比較嘲諷一點，因為他們很專業，不可能不知道這件事情。

請衛福部林部長發言。

林部長奏廷：主席、各位委員，對於剛才蔡醫師的夫人所提到的問題，我個人也覺得非常心痛，所以等一下中午休息時間，我會跟奇美醫院聯絡，第一，請他們先停止訴訟，先解決這個；第二，他們要站在疼惜自己員工的立場多給予關心跟補助。我中午就先做到這一點。

主席：謝謝部長願意去做，雖然做不做得成是一回事，但是部長說願意去做。

上午的會議至此暫時休息，下午 2 時繼續開會。現在休息。

休息

繼續開會

主席（林委員靜儀代）：現在繼續開會，請財團法人台灣醫療改革基金會劉梅君教授發言。

劉梅君教授：主席、各位委員，首先我要談一個概念、原則，那就是醫生作為受僱的身分（我特別強調「受僱」，如果不是受僱就另當別論），就如同其他受僱者一樣，納入勞基法是基本的勞動人權保障。不應因其職業的特定性或專業程度的高低而有差異，也不應因執業過程當中享有相當程度的專業自主性，而被排除於這套勞動保障法制之外。原因很簡單，資本主義的僱傭關係底下，受僱身分是很脆弱的，包括人格的重組、經濟的重組、組織的重組，造成勞資關係權力的不對等以及自由人的虛假性。民法在世界上走了幾百年，在 19 世紀末期之後開始有勞動法的體系出現，就是為了調整勞資權力失衡的事實。

大家都知道，過去勞基法是適用在製造業為主的行業，製造業是製造「物」，而醫療行業的服務對象是「人」，沒有道理說這樣的勞動者不需要應有的勞動保護。如果醫事人員沒有這樣的勞動保障，就會暴露在長工時、高壓力的工作環境之下，影響的不只是執業的醫事人員的健康安危，更是病患的安全。所以保護醫事人員執業環境的合理，其重要性不言而喻，這是一個大的前提。

這些年我們常聽人說，如果醫生納入勞基法，醫師會有人力短缺的問題，到底人力短缺是不是一個事實、短缺的程度如何，我覺得可能需要數據來證明。我們先談住院醫師，其實住院醫師納入勞基法早在一、兩年前已達成共識，但是到現在我們還在討論。以住院醫師平均工時為例，如果住院醫師平均每每周工時是 80 小時，而不是 100 小時以上，那麼人力短缺的問題其實不大。可是如果是經常性 100 小時以上，那可能會有人力不足的問題。問題就在這裡，這種超長工時的情況特別需要加以規範。假使因為如此而造成人力不足，那的確需要作個解決。

不過在說理邏輯上，我們不可因為會造成人力不足而讓醫事人員不適用勞基法。至於人力不足的說法是對也是錯，錯誤的地方在於這種說法是建立在一切條件都不改變的情況下，譬如說民眾看診行為沒有改變，醫療提供者行為也沒有改變，那就一定會人力不足。

我們都知道，台灣健保的確是讓我們很自傲的資產，可是醫療供需雙方的行為是很多人長期以來希望能夠改變的，包括民眾求診行為、醫院及醫師的看診行為。雙方行為改變的結果可讓台灣永續發展下去，讓醫事人員擁有合理的執業環境，繼續守護台灣民眾的健康。

如果這一切條件都不改變，台灣將無法永續下去，在座各位很多都是來自醫界，現在病人擠爆醫學中心的情況大有問題，大量的門診都是輕症患者，特別是醫學中心。不管是經濟性住院

或滯留性住院，我們的後送系統及長照系統不足，因此病患讓醫學中心嚴重超載，也造成醫護過勞的問題。假如醫學中心能回歸急重難症的本業，勞基法的適用還會衍生出人力短缺的問題嗎？

今天若是要解決人力短缺的問題，正本清源之道大家已聽了非常多遍，醫界也提了很多遍，不曉得為什麼醫政部門一直沒有改變。第一個就是落實家醫制度、分級醫療、轉診制度，而且健保的支付制度也要從現在的論量計酬改為論人計酬，它的優點大家都很清楚。這些制度如果不改變，在現有的制度上，你多一份我就少一份，將會永遠衝突不斷，絕對不是一個究竟。

台灣已實施健保 20 年，民眾就醫行為的改變無法一蹴可幾，這是一個事實。在過渡期間適用勞基法之後，勞基法有第八十四條之一，如果我們要保障病人的權益、保障醫事人員的安全，可以透過勞資協商的方式協商出大家都可接受的工時。由於是透過勞資雙方的協商，可以不受現行工時的約束，也可以免掉民眾的擔憂。總之，我們最終是希望醫事人員不要過勞。

主席：請台灣外科醫學會馬辛一秘書長第二輪發言。

馬辛一秘書長：主席、各位委員，醫師納入勞基法的合理性已沒什麼好爭議，再次感謝部長願意扛下這個重責大任，讓這件事上路。我們建議先上路再改，像 84 年的健保一樣，如果要等修好再做，恐怕永遠做不成。

今天我是奉外科醫學會和神經外科醫學會理事長的指示，就衛福部的配套措施表達一點意見。衛福部的第一個配套措施是推動 Hospitalist，目前在六法全書規定固定專科是 23 個，現在是不是要成立第 24 個固定專科？這個固定專科如何建立？如何立法通過？如何納入 RRC 的機制來加以訓練？由於我們在配套措施的討論過程當中並沒有參與，所以有點小小的疑問，可能的話請主管機關稍微說明。至於醫學生招生名額，我們不討論，因為不在外科醫學會的範圍之內。關於「推動醫療法修法，增加培育專科護理師及建立醫師臨床助理制度」，目前專科護理師的證照須經國家考試通過，有內科、精神科及外科，但並沒有分得很細。我們建議如果真的要專科護理師當作住院醫師的人力的取代項目，那是不是可以依照固定專科來分出相對應的固定專科護理師的執照，並明定其換證和學分認證辦法。也就是把專科護理師的教育訓練納入類似 RRC 的制度，加以嚴格地訓練。我們不是有意排斥，但是假使外科專科護理師輪調到神經外科，老實講我們只能把他供在那裡，不敢叫他做事，因為太可怕了。

大家都知道，專科護理師和護理師在概念上完全不一樣，我們建議討論到專科護理師的部分，一定要找專科護理師學會的代表來參與，千萬不要找護理學會，因為這兩個學會基本上會吵架，我們建議這兩個護理學會的代表都參加。早上有老師提到要找護理的專家來參與小組，我們拜託也要找專科護理師學會的代表，因為他們才會真正為專科護理師著想。

關於醫師臨床助理制度，剛才只有發言人提到，我們不太了解內容。因為醫師臨床助理包括了病房和門診兩部分，病房部分就是照顧病人，門診包括衛教和病人事後追蹤，另外還有加護病房、手術室。我們不太理解所謂醫師臨床助理制度包括哪些項目？有沒有專業的訓練？如果他工作的地點在手術室，就讓我們想到外科助手的情況，在規劃上麻煩權責長官能加以考量。

衛福部的第二個配套措施是「研議醫院得為開放醫院之形態」，我們不太了解這是不是比照

國外醫院的制度？開放醫院是指醫師的勞務費用直接給勞工，也就是開刀和手術費直接給開刀的醫師和勞務的醫師，不要由醫院來轉交。但這完全違反健保法第六十四條的規定，亦即醫療費用是由健保署直接撥給醫院，再依醫院和受僱人員的契約來撥薪水。以後開放醫院是不是醫師可直接從健保署拿到勞務費用，其他部分再由健保署給付給醫院？這可能需要修法。另外，開放醫院的執登制度是如何？現在規定醫師的執登在這家醫院，就不能在其他醫院服務，如果要到其他醫院，甚至跨縣市、跨行政區，必須報備支援。而且除非是緊急支援，否則事前要申報，因此執登制度是不是也要修正？

關於「採僱用、合夥雙軌執行」，「合夥」讓我們想到早期長庚醫院的醫師都是合夥，他們拿的薪水都屬於執業所得，繳的稅比較少，可以用醫院名義買車，這是很早期的做法，但據說財政部反對。所以如果以後要採用僱用（適用勞基法）、合夥（不適用勞基法）雙軌執行，財政部是不是會同意？這可能也要有配套措施。

剛才劉教授提到，現在大家念茲在茲就是急診塞爆的問題，其實關鍵就在分級醫療及轉診制度，這要落實健保法第四十五條的轉診精神，我們希望能夠加強。

另外，「與民眾妥善溝通醫療服務提供與利用之改變」，我們想提出有關健保法第四十二條、第四十三條自費醫療的部分，健保給付基本的醫療措施，以保障人民的健康和人民的福祉。但是如果民眾希望要有一些高科技的醫療，是不是有自付醫療、自付差額的可能？我們不知道配套措施這部分是不是有這樣的含意？

衛福部的第三個配套措施是「擬訂專科訓練應完成之案例數及學習里程碑，建立以核心能力為導向之評量學習成效」，我們的解讀是 RRC 住院醫師訓練委員會的功能是否可以再加強？最近外科醫學會的教育委員會提到，現在專科醫師考試都是考學科，包括筆試和口試。我們建議在專科訓練項下是不是能加上術科？不知衛福部規劃時有沒有考慮到這一項？至於最後醫院評鑑部分，不在今天討論範圍。

在勞動部的部分，剛才很多老師提到，醫師的工時包括正常的上班、值班的時間、學習保護的時間、討論會的時間、參加繼續教育的時間，到底所謂工時包括哪一項？我們希望主管官署勞動部能夠釐清。值班的英文是 oncall 或是 on duty，我到現在為止還沒有看到很好的說明。簡單地說，oncall 就是我在家裡，你有事叫我，我就去，這算不算工時？on duty 就是我 physically 在醫院的範圍之內，如果我在家裡，醫院交代的事情用 Line 來處理，到底算不算工時？這都要請勞動部釐清，不然我們在討論上會有困難。剛才蔡醫師夫人也提到，醫師在開刀前準備或是解釋，這算不算是工時？衛福部大概無法解釋，還是要請主管官署勞動部來解釋。醫學生招生人數不在我們討論範圍。

最後銓敘部有關公職醫師適用勞基法的問題，我們有點疑惑，並不是每位醫師都有勞保，例如衛福部直屬醫院有公務人員的醫師，國軍醫院有軍醫，軍醫不適用勞基法，軍人不得依法支領加班費，只能領一天 50 元的誤餐費。請問公職醫師有沒有包括特殊身分的？比如公務人員的醫師或軍職人員的醫師是不是有一體適用的問題？我的報告到這裡，謝謝。

主席：請醫師勞動條件改革小組陳秉暉住院醫師第二輪發言。

陳秉暉住院醫師：主席、各位委員，今天公聽會的名稱是「醫師適用勞動基準法之具體時程」，我覺得今天的公聽會很有收穫，因為我在過去 5 年來第一次看到大家這麼有共識，都認為不只是住院醫師要納入，而是全體醫師要納入，甚且不是要不要納入勞基法，而是納入勞基法要有什麼配套。難得大家這麼有共識，接下來我們應該是要討論具體時程，我們也和衛福部長討論過這件事。所有在基層第一線值班的住院醫師和主治醫師，最關心的就是這件事，既然在 4 年內要納入勞基法，那什麼時候要做什麼事情？這 4 年要解決什麼問題？有哪些問題需要解決？這是最重要的。這些細節、技術性的討論都可以在之後的小組慢慢討論，我們現在需要的是一個明確的時間點，有一個 deadline，這對所有受僱醫師來說才有個交代。不然說是 4 年，最後可能遙遙無期，在下次選舉前會不會通過也不知道。如果沒有一個明確的承諾，大家會不放心。

不論在適用勞基法之前要經過什麼配套，我覺得都好，不過大家討論到先脫鉤、準用或部分適用，所有受僱醫師都會擔心這是不是先給一點甜頭，藉此減緩抗爭的力道？這是所有人都會擔心也有所疑慮的事情，就我所認識的衛福部目前的態度而言，我相信部長絕對不是這個意思，既然政府這麼有誠意，連在納入勞基法之前的這些狀況都希望一併處理的話，是不是可以在提出這項條文時直接給一個明確的時間點，甚至勞動部可以現在就說某年某月某日直接納入勞基法，而我們在這之前就可以全力以赴，如此一來，行政機關才會有壓力要立即處理這件事情，否則從民國 87 年到現在，都已經經過快要 20 年了都還沒有納入，到底下一個 20 年會走到哪裡去，其實沒有人知道。

最後，剛才我們曾提到醫師人力不患寡而患不均的問題，在此我要先澄清一件事情，究竟醫師的人力數量和台灣的人口比例怎麼樣才適合其實是可以討論的，但我必須強調結構性的問題，比如剛才急診的老師有提到醫生最擔心的就是原本門診的病人跑到急診來掛號或是原本該住院的人上不去。很多事情並不全是醫師納入勞基法所造成的，比如病床該如何使用，這在醫院一直是一個非常具有權力關係的決定，病床到底要先給哪個病人、急診的病人上不上得去，不一定和樓上病床的多少有關係，很多時候這和由誰決定要由誰先使用是有關係的。究竟人力是怎麼分配的？包括傳送、清潔、護理師、NPPA 等人力有沒有備齊？當我們把醫師訓練好之後，當他們成為主治醫師可能可以不用值班時，他們到底願不願意繼續留在醫院？我覺得這才是最大的問題，並不是把人找進來之後就解決問題了，其實是結構在決定一切。

剛剛劉教授有提到，目前有很多問題都是要和整個社會一起溝通的，比如分級轉診制度，這些問題都是需要加以解決的，我相信有一部分急診的問題也是如此，我自己在急診現場就看到非常多輕症病患來求診，其實這也不一定是病患所造成的，有可能是因為我們的分級醫療制度已經崩潰了，這才是最根本的問題，並不是因為將醫師納入勞基法讓分級醫療制度更加崩壞，也不是因為將醫師納入勞基法讓病人只好來急診，而是因為分級醫療制度本來就已經崩壞了，謝謝。

主席：請醫師勞動條件改革小組王碩法務發言。

王碩法務：主席、各位委員，本人在此第二次發言，我除了擔任醫療小組的法務之外，同時也在嘉義基督教醫院工會（我所指的是 Union 而不是 Association）負責法務工作。早上衛福部和勞動部

的長官都有提到，目前勞動部之中有一個研擬配套措施的小組，衛福部也有勞動權益推動小組，其實國內醫院的企業工會數量並不多，正常運作的工會比較有在推動勞權的相關理念，我認為政策如果要切合醫院基層勞工的需求，那麼在制定政策的過程當中，就不能只由學者專家及政策部門參與，應該要讓基層勞工團體有機會可以透過行政程序來影響決策。

適用勞基法之後，區域教學醫院和醫學中心勢必會碰到不同的問題，因為區域教學醫院和醫學中心的住院醫師受訓容額本來就不一樣，所以主治醫師值班的次數也會不同，以區域教學醫院來講，主治醫師值班的次數本來就已經比醫學中心來得多，所以針對不同的層級，教學醫院的情形也會有所不同，而這也可以呼應我剛才所說應該要納入基層工會的意見。

再者，行政程序法規定關於法規命令的制定，行政機關得依職權舉行聽證，其實醫師適用勞基法並不一定透過在立法院提出法律案來達成，更為簡便的方式是由勞動部直接廢止之前指定醫師不適用勞基法這項法規命令。現在我來解釋一下相關脈絡，民國 87 年 5 月 1 日修正勞基法時，規定在 87 年底以前所有職業員工一律適用勞基法之後，授權勞動部可以指定一定比例以下的勞工人數相關業別不適用，這明顯是法律的授權規定，勞動部根據這項授權規定來指定各種業別不適用，當然就是行政程序法上所謂的法規命令。其實現在勞動部只要把這項法規命令廢除，也就是將不適用的廢除之後，負負得正的結果就是適用。如果因為現在有各方意見表達，致使勞動部對於是不是要廢除不適用的法規命令有一些懷疑，還沒有達到可決的程度，其實可以依照行政程序法的規定舉行聽證，讓各方意見可以在聽證的程序當中呈現，並透過聽證的結果來決定這項法規命令是不是要廢除。

另外，剛才先進提及適用勞基法之後，合夥醫師是不是會有爭議的問題，也有人提到現在是受雇醫師要適用勞基法，其實這是雞生蛋、蛋生雞的問題，有關勞動法令在規範誰是勞工的部分，包括以往沒有施行的勞動契約法、現行的勞基法、實務的判決、學者的見解，其實大致上已經可以肯定現在是透過三重屬性來判斷某個人是不是屬於某個企業體的勞工，亦即透過人格從屬性、經濟從屬性、組織從屬性來判斷，也就是說，如果這個醫師在這個醫療機構執業，但他並不具有上述從屬性，那麼他就不會被行政機關和法院認定成是勞工。如果你是勞工就是勞工，不是就不是，並不會有中間模糊空間，關於之前楊志良署長任內，財政部曾經解釋長庚醫院跟醫師是僱傭關係，不是合夥關係。其實醫療法第十六條修正之後，95 年 2 月 24 日衛署醫字第 950200970 號函已經規定，私立醫療院所 200 床以上必須由醫療財團法人或醫療社團法人方式設置。既然醫院是以財團法人或社團法人方式設置，就不可能會有醫師跟醫療財團法人或社團法人以合夥關係成立這家醫院，所以這個問題是不存在的。以上幾點供大家參考。

主席：（林委員淑芬）謝謝，其實現在醫師跟醫院間的關係是滿明確的，社會對這個部分的質疑也不多，大概只有今天早上委員所提到的少數是特殊個案，基本上醫師受僱的屬性是無庸置疑的。

接下來請國立政治大學法律系徐婉寧副教授發言。

徐婉寧副教授：主席、各位委員，我今天要跟大家分享醫師適用勞基法的相關議題，其實醫師要不要受到勞基法保障，其實前一位發言者說得很清楚，勞基法第三條所規定適用對象，要適用這

一切的勞雇關係。那麼醫師跟醫院之間到底是不是具有勞雇關係呢？從屬性判斷或是大部分學說、通說以及目前的實務見解，台南高分院 10205 號重勞上字 1 號判決，就是蔡醫師的判決，也都承認醫院跟醫師是勞雇關係。如果是勞雇關係的話，醫師應該要用勞基法的適用，但是勞基法第三條第三項明白表示，如果基於經營型態管理制度及工作特性等因素適用勞基法確有窒礙難行情況，主管機關可以把它排除在勞基法之外。我們現在的作法就是這樣，如果醫院跟醫師間是勞雇關係，那下一步我們就要判斷到底適用勞基法會不會有經營型態管理制度及工作特性窒礙難行的問題。事實上醫師適用勞基法被認為會窒礙難行，最常被拿出來討論的點是人力不足；以及如果醫師依照勞基法的規定工作 4 小時就要有 30 分鐘的休息時間，可能會有醫師開刀一半時跑出去等問題。但我個人並不認為，可以因為人力不足，或是納入勞基法後可能沒有辦法休息、超時的工作情況，就把醫師排除勞基法外。也就是說，我們也不知道到底適用勞基法以後，是否真的會人力嚴重不足？或是把醫師納入勞基法醫院，工作就沒辦法運作？其實這些都還是有疑義的，所以人力到底是否足夠，並不是醫師排除勞基法保護的原因。

人力問題最常被討論的就是工時，我今天拿到的討論題綱—如果讓醫師適用勞基法第八十四條之一是不是有助於改善醫師的血汗勞動？其實我從來不認為第八十四條之一是用來改善血汗勞動的，因為第八十四條之一等於是放鬆工時的管制，依照醫師這個行業的特性，可能他開刀會開超過 8 小時以上，在這種情況下，或許他有工時放寬的必要性，但是我們必須注意，其實第八十四條之一只是排除勞基法第三十條、第三十二條、第三十六條、第三十七條及第四十九條的限制，所以事實上我們還是會面臨醫師要計算他的工時，因為第八十四條之一並沒有排除加班的計算，所以在認定工時情況下，剛才前幾位發言人提到，這個工時要怎麼計算？待命時間算不算工時，甚至如果不幸發生職業災害有過勞死的情況，要適用目前主管機關所頒佈的腦心臟血管疾病過勞認定基準，也都要提出客觀的判斷標準—每個月平均工時超時工作工時是多少的計算，所以這會是一個重要問題。

關於待命時間，其實不只是醫師這個行業有待命時間，其他行業也會有待命時間怎麼計算的問題，所以還是要回歸那個時候他的工作密度是什麼，目前第八十四條之一規定，只有技術管理人員；責任制；監視性、間歇性等其他性質特殊工作，這 3 類人員才可以採用放寬工時的管制。

可是我們來看日本的情況，他們對工時是放鬆管制，一天工作超過 8 小時也沒有關係的對象，通常是針對兩種人，一種是管理職，不認為他會需要勞動法的保護，因為他的工作彈性非常大，自主性非常地高。第二種是勞動密度很低的人，比如，舍監可能一整天都在學校值班，只是在自己房間裡面做任何他想做的事情。日本對這兩種勞動密度很低的類型採放鬆管制。事實上我們看到第八十四條之一的工時管制放寬對象非常地放寬，在非常寬情況下，醫師適用第八十四條之一其實只是解決他一天可以超過 8 小時的這個部分，後續還有很多部分要解決。我當然認為醫師要適用勞基法，但是我聽到現在好像是 4 年以後才要適用。為什麼是 4 年後？為什麼不是現在就適用？我們所面對的窒礙難行點地底是哪些？行政單位並沒有給我們清楚地說明，當 4 年後這些窒礙難行的情況消失後，勞動部才可以公告醫師可以適用勞基法，所以在整個

配套方面我們需要更多基礎資料才能夠信服。

我呼應前一位發言人說的，時程到底要怎麼訂？我個人不認為有那麼多障礙，因為醫師可能會有連續工作超過 8 小時或是人力不足的情況，其實各行各業也都有，但是其他行業也都適用勞基法了，以上提供各位參考。

主席：事實上我們今天應該聚焦在，如果沒有窒礙難行就應該要適用，所以如果衛福部覺得窒礙難行，就應該要具體指出窒礙難行之處。如果沒有，在邏輯上大家都認為應該要適用。第二個，在工時認定方面，就既有的管理制度跟未來適用勞基法的部分，都必須涉及工時的認定，但是現在連工時認定都沒有一個標準，所以你們至少要有一個行政指引，即便是沒有馬上適用，也應該要有行政指引告訴大家計算工時的方式，這是必要的。

請財團法人台灣醫療改革基金會劉梅君教授發言。

劉梅君教授：主席、各位委員，醫改會第二次發言，我再補充兩件事情跟一個遺憾。先講兩件事情，我們最終關懷的是我們不希望醫事人員過勞。可是我剛剛也說過，如果分級轉診制度沒有澈底實施或是論人計酬制度沒有好好地推動，以及教導民眾自我照顧沒有很大的開展的話，沒有導正現行的醫療照顧行為，那麼即使醫師納入勞基法，還是沒辦法解決醫事人員過勞狀況，因為醫療體制還是只能在原地兜圈子，一點幫助都沒有，這是第一件事情。第二件事情，我們的確看到非常多的醫生看診量是爆表現象，這部分有修正空間。我用病患及病患家屬的經驗來跟大家分享，我們常看到民眾往往會因為同一個病因求診，要跑好幾趟醫院才能得到診斷結果並開始治療，比如，第一次去看診是大略問診跟簡單檢驗；第二次看診才做特殊檢驗；第三次又回到醫生的診間，才會知道前 2 次的檢驗結果。各位想想看，為了同一件事情我們要跑 3 趟醫院，這是病人的經驗也是很大的社會成本，醫生不累嗎？他也累啊！當然這涉及醫院的設計跟流程改變，本來一次就可以完成的事情，醫生看一次就好，不必看 3 次、掛 3 次號，這樣會使有些病情嚴重的病人無法掛得上號，或是他必須在看診當天早上 5 點多提早到醫院掛號。以前我爸爸到榮總去看病，他是 88 歲的老人家，真的是 5 點多自己搭著公車去掛號就醫，他說不這樣不行，要不然會掛不到號。可是他去就診的當天，只是單純做一個抽血檢查就回來了。第 2 次再去做檢查，要到第 3 次才開始做治療，這是很奇怪的一件事情。當然第 1 次時候他會也會拿到問診後所開的簡單藥物，我認為這部分是可以改變的。其實更多的回診是例行性性質，現在我們很多民眾都去大醫院求診，我認為基層診所能力執行目前大醫院醫師的診斷，可是很多民眾還是捨棄基層湧向大醫院，主要是他們擔心萬一需要做檢查或手術時，基層診所沒辦法執行，所以我們希望基層跟醫學中心之間要建立密切合作的雙向轉診制度，未來在勞基法實施之後，如果醫院醫事人力真的不足，他的解決之道可能就在基層醫師的這個部分。可是我們也知道，這時候牽動的就不是轉診而已，在轉診的同時，基層總額跟醫院總額也要打破，要不然基層不會歡迎醫學中心把病人下放，所以這個地方也是制度的大改變。唯有如此才可以建立雙方密切合作制度，我們不能接受目前這種扭曲的制度及不作為，卻由醫事人員來承擔這個苦果，這是第二個。

最後一個遺憾，就是剛剛好多先進談到的，醫生納入勞基法已經討論那麼多年，但是現在主

管機關竟然還在研議，還要再 4 年才可以納入，為什麼還要再 4 年呢？我們是否早一點呢？請告訴我們這件事情是哪裡窒礙難行呢？剛才也有人說，很多產業也是窒礙難行，但還是照樣地實施，他們也沒有崩掉或是出很大的問題，我想這是我們懇切的期待。謝謝！

主席：請鍾委員孔炤發言。

鍾委員孔炤：主席、各位列席官員、各位同仁。請衛福部林部長……

主席：鍾委員，抱歉，今天是公聽會，不是質詢，等大家都發言完畢，會請部長做回應，公聽會是希望能夠釐清爭點，就各個爭點進行攻防辯論，但是目前為止，立法院的公聽會並沒有細膩的設計……

鍾委員孔炤：我是看部長坐那麼久，讓他活動一下。

主席：沒關係，部長先請回。

鍾委員孔炤：做錯了總是替自己做辯解，這是人的習性。其實早上聽了這麼多意見，部長也應該心理有數。這麼多年來醫師沒有納入勞基法，也討論了這麼久，衛福部提出來的意見還是 4 年以後納入勞基法，納入勞基是有獨特性，到底住院醫師跟主治醫師要不要切開？有人主張先把住院醫師先納入勞基法，後續才把主治醫師納入；也有人主張全部的醫師同時納入，甚至也有人公開希望在明年 1 月 1 日開始實施。就是有這麼多不同的意見跟看法，所以我們今天才會舉辦公聽會，讓與會的專家學者、醫師實際工作者，能夠表達他們的意見跟看法，作為未來不管是勞動部、衛福部、教育部在納入勞基法的時候做適當的法律修正，也能夠維護這些醫師的人權。

很久以來，最常被人詬病的就是醫師的工時非常地長，這是長久以來存在的問題，醫師職業的性質比較傾向責任制，所以才會比照第八十四條之一的規定，但是納入第八十四條之一，對於醫師來講，是不是會比較好，或者是不納入第八十四條之一，未來在工時部分如果比照一般勞工朋友，這樣時間比較短，但是會影響到未來住院醫師要考專科醫師的時間性，可能會拖的更長，如果現在是 4 年，也許以後可能會 5 年、6 年，甚至更長，這麼長的時間對這些住院醫師來講是否具有公平性，這是今天辦公聽會的原因，讓衛福部在規劃時有所遵循、依據。其實不管是工時長，醫師或患者的權益其實都受到相關互動的利害關係，醫師工作時間長他的身體疲憊，相對患者來講也不公平，在這種狀況下我們辦了這場公聽會。

其實在衛福部還沒有把醫師納入勞基法之前，我覺得可以透過勞動部的各種方法來進行，包括鼓勵各醫院籌組工會，這也是蔡總統的政策主張——工會的涵蓋率要更廣。另外一個就是建立勞工管理制度。本席想請教勞動部，目前有哪些醫院有籌組工會？請勞動部待會給予回應。最早籌組工會的是高醫工會，當時在籌組過程當中，很多醫師是籌備工會的發起人，是由醫師來籌組工會，雖然他們沒有納入勞基法，但是大家都願意幫忙支持這些護理人員，或高醫院的技工、工友，透過大家團結力量把工會籌組起來。嘉義基督教醫院也籌組工會，他甚至讓工會推派代表作為醫院董事。如果嘉義基督教醫院可以這麼先進，那麼為什麼這些醫師沒有辦法納入勞基法？他們走得比你們還快，走的比你們還進步，他們甚至是由工會推派勞工董事進入整個醫院的管理，讓整個制度能夠透明化，這不管是對醫院也好，對受僱醫師也好，或者是護理人

員，其實都幫助滿大。這部分可以請勞動部積極協助幫忙，讓這些醫院能夠開始籌組工會，讓工會組織的涵蓋面能夠更廣，也可以在工會組織成立之後，透過團體協約的簽訂，因為勞動部也在推動這部分，對現有工會簽訂團體協約有獎勵制度，如果能夠透過這些既有的行政權益，協助衛福部或教育部在沒有把醫師納入勞基法之前其實有很多相關步驟可以慢慢地、先行往前走。當衛福部規範之後，我相信很多醫院與醫師在醫學的爭議上都可透過勞動部相關的規範去做協助與處理。

在醫師納入勞基法部分，勞動部扮演的角色，不管是在工作規則上的訂定、未來建立管理的共同參與，以及未來籌組工會之後，與事業單位團體協議的鑑定，待會我也想聽聽勞動部的見解，能夠將我剛剛提出的建議，勞動部應該有主動的作為，這對於衛福部或現任的護理人員及醫師都有幫助。謝謝主席給我這個機會。謝謝大家。

主席：請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟詹淳淇法務發言。

詹淳淇法務：主席、各位委員，我主要是想針對上午討論的爭點再明確的確定。第一個是有關於勞基法第八十四條之一部分，因為早上勞動部針對第八十四條之一部分有作回應，認為不只是工時，其他部分譬如產假、職業災害都可以適用其他的方式。我們很想要知道的是，在職業災害的方式對於現在過勞的認定，都是依據職業促發腦血管及心臟疾病外傷指引，在這個條件裡面，對於工時的規定是很嚴格的，這是 105 年 1 月 6 日才修正通過的，基本工時為 40 小時，如果有異常事件到長期過重與短期過重的前 1 個月是加班，從原來的 92 小時現在提高到 100 小時，因為呼應勞基法的修法；如果是前 2 個月到前 6 個月是從月平均 72 小時到 80 小時，其實醫師的工時，如果從促發指引來看，每位醫師都是過勞。但現在有個很詭異的現象，譬如實習醫師林彥廷的案子，因為他不是勞工，不適用勞基法，所以在一審時，我們向法官說明要送職業災害鑑定的過程，法官是不准的，因為法官認為他不是勞工，所以就沒有認定是不是過勞死的必要。現在二審有出現一些曙光，是我們先前提認定，假設他是勞工，在送指引看會不會通過，而回函鑑定給我們的結果當然一定符合長期過重，所以是有過勞死的可能發病的促發因子，這是第一點。請問勞動部，如果在沒有勞工身份的情況之下，在 4 年內，即 109 年以前，如果有發生醫師過勞死，這個賠償、職災要怎麼算？不止是勞保，我們不是指勞保的政府機關，而是指雇主的責任。

第二，呼應剛剛劉梅君教授所講的，在人力配置不足的前提下，是在醫療各個條件都沒有更改的情況下，但我們想問的是，民眾的醫療需求真的有必要這麼龐雜嗎？在國外一位醫師看一位病人可以看 10 分鐘至 20 分鐘，這才有可能看一個病。但現在在醫學中心看一位病人只花 1 分鐘至 2 分鐘，總共要看 1 百多個至 2 百多個，這樣真的有在醫療嗎？請問，針對醫師人力不足部分，是不是應該先調整、先回歸正常的醫療需求，我們才配置醫療人力到底有多少需求。

最後，我要回應公職醫師部分。其實公職醫師不是問題，因為只要醫師取銷不適用勞基法，勞基法第八十四條規定，如果公務員的勞動條件是勞基法優於公務人員相關辦法，其實是可以適用勞動基準法。所以我們認為，如果公職醫師的勞動條件是勞基法比較優，那麼他們就適用勞基法的相關規定。現在有很多醫院都會用一年一聘或一約一聘的方式，其實如果有勞基法的

話，以現在定期契約來看，如果你們有繼續性的工作事實，是視為不定期契約，這樣對於雇主的責任就會比較強，雇主就不會動輒以如果今年沒有看多少病人，明年就不續聘的變相方式。

我再呼應外科醫學會與神經外科醫學會提到的部分。其實我們非常想要知道窒礙難行的期程到底有多久？剛剛司長早上提到議定工時上限，那我們想要問的是，議定工時上限的研究與配套，難道真的要4年內才能做得到嗎？以上發言，謝謝。

主席：針對以上發言，請勞動部花點力氣，好好的回答相關問題，看起來好像是很普通的問題，但其實是牽扯到受僱的身份，但是沒有適用勞基法的狀況，而整個相關規定應該如何處理，就趁今天的公聽會好好地說明。

請林委員靜儀發言。

林委員靜儀：主席、各位學者專家、各位同仁，今天我要針對衛福部提出的醫師勞動權益推動小組有三個分組提出幾項提醒，因為我剛剛仔細看過目前列在上面的分組部分及背景，當然其所含括部分，如果以專科來講，有外科、內科、泌尿科、骨科、兒科及麻醉科。當然我相信這邊的專業人員都會徵詢各專業的意見，不過在整個名單上面，我大概有幾件事情要提醒，是否可以再做修正？

第一，性別比率部分。雖然中央政府一直被提到性別比率不夠好，不過我們也力求在所有委員會都可以達到性別比率的平衡。其實這也牽涉到女性醫院勞工的權益伸張的部分，當然我們並不是指男性不會幫女性勞工伸張權益，但總是有一些是他們沒有想到的。所以在人力資源小組的分組上有列名的，扣掉還不確定的聯合會代表，女性比率只有十分之一；在政策分組上也只有十分之一；在法規裡面女性比率也只有十分之二。所以本席建議接下來在小組成員部分，可以稍微再考慮多含括幾位女性小組成員。

第二，其實我們從早上到下午的討論都有提到，如果將受雇醫師納入勞基法，必須同時修正健保給付部分，以及分級醫療制度部分。我看了一下人力醫療資源及醫療政策，大概有半數都是私立或公立醫學中心的背景，在醫療政策部分是有區域醫院協會一名，社區醫院協會一名，可是其他的大概都還是比較以醫學中心背景的專家，所以我建議是不是有機會在這些分組的討論裡面，能夠同時包含診所在相關配套裡面的專家或具代表性的人或事業，包含健保署。因為這裡面幾乎與健保署都沒有關係，我們所討論到的是，可能可以利用健保給付，或者是健保給付的修正狀況之下來改善目前勞動條件的不良或大型醫療院所必須要收輕症來平衡重症虧損等等部分，以分組人力來看，是看不到這個部分的。

另外，今天早上也有提到，我們很擔心未來醫師勞動權益推動的同時，會不會影響到其他的勞動權益，譬如護理人員、專科護理師、醫師助手，不過在所有的人力裡面，我們是看不到其他的相關醫療團體。當然也有可能在小組開會的同時，應該有幾次的討論是邀請其他團體代表一起開會，但我建議在這三個分組的分類裡面，不論是性別或者是必須在配套的其他政府部門或民間部門，以及可能牽涉到勞動權益影響或醫療服務提供的其他專業人力等等，都能夠同時納入考量。以上補充，謝謝。

主席：請台灣內科醫學會張家琦法律顧問發言。

張家琦法律顧問：主席、各位委員，我剛剛聽到各位先進就這個部分有很多的指正與寶貴意見，我們內科醫學會有一個想法，事實上大家都圍繞在目前的時程，第一，是不是立即實行；第二，要不要訂 4 年，或者還有其他時間的選擇。當然有個核心的概念，到底是不是有空礙難行的地方，如果沒有空礙難行是不是現在就可以實行。

剛剛我有聽到劉教授所舉的例子，我覺得這個例子，在某種程度上而言，隱含著目前醫院的人力是不是有集中化管理的可能；也就是說，在某種程度上，醫院的人力不必花這麼多時間，或病人花這麼多的次數就能把問題都解決掉，如果這個是真的話，也許我們所謂的空礙難行或有些成本上的考量是不是要重新考量。

我們是內科醫師，我舉內科最常見的例子，病人到門診時告訴醫師「我的小便有泡泡」，當然我們知道如果小便有泡泡，任何人直覺都會認為可能是蛋白尿，但是我們知道，檢查出來有可能是陰性的，因為造成泡泡有很多原因，並不是因為蛋白尿，所以站在內科醫師的角度，如果第一時間有病人主訴尿尿有泡泡時，你要做什麼？你當然要先驗小便，一般我們都是用試紙測試有沒有反應，可是如果用試紙驗出來的結果是陰性時，是不是代表真的是陰性？也不見得，因為書上告訴我們有 60%以上，即使是陰性，有時候可能蛋白尿還沒有到達一定的量，或者有些是輕鏈的蛋白球，根本無法從試紙測得出來，當然也有可能是蛋白尿，但在這部分醫師要面臨兩個問題，如果是陰性的話，也就是說醫師跟病人說不是蛋白尿，但還要繼續追蹤，也許叫病人下次再來看，或者如果真的泡泡很多或有異樣，也許要做更進一步的微量蛋白尿的檢測；反過來說，如果病人真的有蛋白尿，書上也告訴我們有三種情形：第一，坐姿勢的蛋白尿，也許蛋白尿是正常常，只是跟病人坐姿有關係，與一般平躺姿勢沒有關係，這種是良性的。第二，假性的蛋白尿，是因為我們檢測中的化學物質所造成的，這種也是沒有關係。第三，是真正有意義的蛋白尿。如果是真的有意義的蛋白尿，接下來能做的就是要看它的總量是多少，有沒有到達一定意義上的量，每個年紀都有不同意義的量，當然到了年紀超過一定的量時，可能要進一步做超音波或電腦斷層。接著問題就來了，如果真的是有意義的量，又沒有糖尿病，也找不出其他原因時，就會面臨一個問題，也就是要不要切片。如果醫師觀察到，也與病人討論完畢後，病人又是年輕的，或者一定年紀但找不到其他原因時，病人就要做腎臟的切片，當然我們知道基本上腎臟切片是很危險的，接著又面臨一個問題，最後切片出來又是一個結果。

如果醫生一來就將所有問題都解決，這當然可以，也就是說，醫生讓病人測藥，測了一般的蛋白尿和微蛋白尿，同時開立了超音波、電腦斷層及腎臟組織切片，一次就解決了，但問題是，這樣到底是不是符合醫療論理或健保法的規定？我想答案顯然不是，所以事實上真的很單純的、最基本、最簡單的內科醫學問題，都很難做量化。還有各科的疾病，譬如胸部疼痛到底是肺癌、心肌梗塞或是冠狀動脈疾病；還有頭痛，會不會是神經外科主治的腦瘤等等，這些問題可能都不是一次門診就能解決的，如果門診都有空礙難行的話，住院會不會也空礙難行，我們認為這是可受公評的事情，我也呼籲各位先進要從多方面來想像，也替主管機關多方面考量。謝謝。

主席：請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事發言。

曾家琳理事：主席、各位委員，醫療盟理事曾家琳在此第二次發言。我們有 5 項提要要與大家一起討論，第一，呼應剛剛林委員靜儀所提到的，我們期待衛福部規劃的 3 個小組裡面都有第一線的醫師能夠直接協助處理醫療勞動的問題，尤其醫療勞動牽涉到直接面對病人，它的需求其實不是學院級完全能夠處理到的，因為往往在第一線值班的 loading 可以到多少人，面臨的風險，以及勞動程度，如果是遠離第一線照顧的人，可能感覺上會差很多。所以我們建議在人力資源組部分可以有第一線醫師，包括林委員提到的基層醫師，當 open hospital 時，可能也要進來，這是第一點。

第二，其實整個台灣的醫療服務架構，是建立在健保的給付制度以及醫療服務市場化的經營體系之下，其實財務面牽涉到全部，我們在談醫療勞動的變化，需要做改革時，其實牽涉到財務，可是在 3 個組裡面我們好像沒有看到健保署的人進來，稍微旁聽或者是參與意見也好。我們希望針對醫療勞動部分能重新估計需要的人力與勞動的成本，這是第二點，也是我們必須提到的。

第三，我們想要問的，還有要提醒的是，一、勞動部到底何時取銷不適用醫師納入勞基法？還是必須是衛福部 3 個小組做出決議之後，才要宣布？我想這是非常重要的重點，也就是說，他們宣布取銷不適用，即適用的情況之下，其他 3 個小組分別動起來，還是要等 3 個小組作成決定之後勞動部才要宣布取銷不適？這是第三點。

第四點是關於我們談到的配套，科學排班其實是國際的排班趨勢，不管是在歐盟或在台灣的勞基法裡面，都希望工時的精神就是在 12 小時上班之後就必須下線，不會有連續 24 小時或目前 32 小時的情況。據我們所知，目前台灣沒有任何一家醫院有做到科學排班，即便 hospitalist，或現在所推動的醫策會 PM OFF，都不是國際趨勢的科學排班，不管是紐西蘭、英國、日本等很多國家都有規定不行連續工作超過 24 小時，以 12 小時為限，針對這點可能必須要有更多的研究。

最後，關於 hospitalist 的配套部分，我想還是必須要統計到底台灣 13 萬張病床，其中 10 萬張教學病床有多少張必須要以 hospital 來規劃進行？如果這是臺灣長期衛生政策的目標，要解決基準壅塞的情況，也就是將台灣的次專科醫療導向社區化的醫療情形下，這是非常需要的估計，不是只有估計能夠有多少人，補充多少人力，也必須考慮台灣有多少病床必須要有這樣的發展，長期之下，我們估計要有多少 hospitalist，希望未來能夠聽到更進一步的規劃。謝謝。

主席：請醫師勞動條件改革小組王碩法務發言。

王碩法務：主席、各位委員，醫療小組王碩在此第三次發言。首先謝謝鍾委員對工會的肯定，但目前醫院的董事會並沒有工會成員參與。在此也要感謝醫改會長期主張醫院基層工會應該在社團法人或財團法人占有決策的席次，但目前這並不是現行的法律規定，所以醫院也沒有那麼友善的邀請我們進入董事會，這是第一點。

剛才鍾委員有提到目前國內醫院企業工會的概況，現在我就個人的瞭解，簡略向大家報告。在新聞上過去新竹曾經出現一所國軍醫院的企業工會，但是在新竹市政府的名冊上並沒有出現，我不知道沒有出現的原因是什麼，可能是消滅或是可能只是沒有登記。宜蘭的蘇澳榮民醫院

有一個企業工會，這個企業工會是以駐衛警跟救護車的救護技術員為主體，並不是以醫療人員為主體，因為它是退輔會系統的醫院，醫院裡的醫師、護理師這些醫事人員大部分是公職。高雄市的部份是最多的，高雄是有高醫、凱旋、民生、國軍高雄總醫院以及國軍左營分院這幾所，根據我查的資料，左營分院跟高雄總醫院都是因為精粹案裁員的問題才成立的，至於凱旋跟民生，我不太清楚。國內這 8 家醫院的企業工會，會員人數達到 200 人的僅有嘉基跟高醫這兩家醫院。

另外我要補充關於今天各位先進有提到的工時問題，其實按照勞基法規定的工作時間並沒有具體可操作的定義，過去都是用實務判決和學說的方式來建立，在雇主指揮、命令及監督之下，勞工沒有完全可以支配自己的時間，這個休息的狀態，我們說這是工作時間，但是相較於此，在日本及德國的國外立法例上都有比較細緻的規定，以日本為例，日本的工時保護是規定在他們的勞動基準法第三十二條，日本的勞動基準法第三十二條規定的工時，在第四十一條有類似我國第八十四條之一的除外規定，也就是經過勞動監督署署長的核可，有某一些職類的人可以不適用這個工時的規定，但是日本不適用的作法並不是像我國的第八十四條之一可以全部除外適用，而是再額外的定義有一種工時叫做值班工時，同時也定義值班工時必須是低度的勞動強度，比如它規定值班的時候可以連續睡眠幾小時才算夠低度，如果每個小時被叫起來一次，勞動強度就不夠低度，另外會看值班工時每幾個班，譬如值 5 個班之後，他們會去看這 5 個班裡面處理了幾個病人是比較 critical 的處置，如果有進行比較 critical 的處置，主管機關會考慮取消對於他們這個可以除外的核定，該當輕度勞動要件的工時可以除外計算，不算在勞動基準法第三十二條的工時規定裡面，這是日本的部分。

有關德國的部分，今天有很多前輩提到 on call，亦即學說上所謂「候傳」的問題，其實德國的學說上把工時至少區分為五個等級，第一個就是一般的、正常的勞動；第二個是待命（stand by）；第三個是備勤；第四個是候傳（on call）；第五個是完全沒有勞動，勞工可以自由支配自己時間的休息，可以支配自己所在的地點跟要做的事情。這幾個等級的分野，以 stand by 來說就是隨時準備可以完全給付勞務的狀態，這叫待命。至於備勤，就是必須處在一定的場所，可能需要穿著制服，但是不需要隨時準備可以完全給付勞務的狀態，可能是短時間之內可以提出，譬如半小時之內，但是不用像待命一樣，只要雇主一命令就要立刻提出。再往下的階段就是候傳（on call），on call 的地點可能不需要在事業單位內部，譬如可以在家裡，只要不要離開這個行政區域就可以了。這幾種區別有何實益呢？就是在工時保護跟工資保護上，工時保護是指如果把這個算成工作時間的話，那就要計算進去，以我國來說，這個工作時間就要計入 46 小時的加班上限內，這個叫做工時保護，也就是保護勞工工作時間不可以超過。而工資保護指的是在工資保護的領域內認定成功時，就要給付工資。最明顯的區別就是在備勤上的工資保護跟工時保護是分離的，也就是備勤有工時保護，但沒有工資保護。

我國其實都沒有像日本和德國這麼細緻的工時區別，其實大家今天提出來很多的問題是立基於不夠細緻的工時規範之上，我想這部分也是勞動部可以努力的方向，謝謝。

主席：從勞基法訂定以來，歷經這麼久的時間，整個勞動部其實也很少與時俱進來討論，這個社會

已經不是純粹進入工業生產的經濟型態，它已經非常多元的演化，事實上要與時俱進的修法，對於工時的規範也已經到了刻不容緩的地步。其實今天的公聽會還是能夠回饋給其他的行業和職業的所有受雇勞工，包括剛才提到工時規範可以更精準，或是依照工時的工作強度其實應該要訂出可操作的定義，以及工時分級的規範，再連動到相關勞動條件的約定上。我想大家的提問其實都滿具體、滿清楚的，大家的提問也都相當聚焦，只是我們所提出的這些疑問，需要行政部門精準的回答，大概也會處理到到底有沒有窒礙難行之處的問題。

首先請衛福部醫事司王司長發言。

王司長宗曦：主席、各位委員，衛福部綜整回應。第一，馬教授剛才有提到 Hospitalist 這個專科未來的 RRC 這部分，關於 Hospitalist 這個專科，目前各界有一些想法，譬如它是重症照護、病房照護跟 ICU 照護之間，也有人提到關於 PAC 的轉銜等等，這個未來都要有更多人來參與討論它的 RRC。至於公立醫院跟軍職身分的人能不能適用勞基法相關規定，公立醫院包含現在滿多的醫院，譬如台大、成大以及部立醫院所屬的醫護人員、醫師，還有軍職，譬如國防部三軍總醫院的這些醫師們，如果都要適用勞基法的相關規定，我們的推動小組也會找相關部會一起來討論，尤其是銓敘部跟國防部。剛才我們也跟勞動部交換了意見，如果要納入勞基法，這不只是醫師的問題，其他的護理人員或醫事人員可能都有類似的一些規定，這些都必須同時來做探討。尤其是國防部及銓敘部有一些公務員或者軍職身分的人，另外有一些使命，是不是能跟這個同時適用？雖然這在部裡面也是支持的方向，可是在技術上或者部會協商上，我們還是需要經過討論。

另外關於林靜儀委員建議推動小組應該朝向性別主流的精神，這個問題剛剛也請示過部長，我們會增加女性委員的比例，整體來說希望能夠達到性別主流的精神。在人力小組的部分，我們也會納入具有基層實務經驗的醫師，可以代表基層的勞動權益，這都是未來在勞動權益推動小組裡，我們會增加的委員。另外，我們最困難回答的問題，也是不得不去面對的問題，亦即勞基法要納入醫師適用這件事情為什麼不能馬上適用？為什麼需要到 109 年？從現在開始到 109 年 1 月 1 日大概有 3 年半的時間，這 3 年半的時間不論是對衛福部、勞動部、教育部以及提供醫療服務的所有的醫院來說，這都是一個挑戰，我們必須要很努力去達到這樣的時程，因為我們的政策目標是要一次性的把住院醫師跟所有的受雇醫師納入，如果我們分階段，先納入住院醫師，那麼按照我們過去在 102 年指引評鑑之後，確實年輕主治醫生首當其衝，所以在政策決定上，我們已經決定一次性的把住院醫師跟所有的受雇醫師一次納入，所以這是我們在一次性納入的情況下，我們所提出來的配套，不管是在住院醫師的面向，我們會面臨到課程基準以及訓練模式要跟著調整、要更有效率。更有效率的方式該怎麼執行？要不要做 model stone？在教學醫院的教學人力方面，主治醫師要教住院醫師，主治醫師的工時與住院醫師的工時都必須再作討論。在輔助人力方面，現在的輔助人力包含專科護理師、臨床助理、醫師助理等，這些人力的配套也要進來。在醫院方面，我們要推 hospitalist 的制度，為整合醫學主治醫師或住院主治醫師，就要多聘主治醫師進來。甚至是我們要實施分級醫療，但民眾的醫療模式和分級醫療，也不是今天宣布馬上就能做到的，這些工作都需要時間，所以我們認為即使給 3 年半的時間

，對我們來說也要緊緊抓著才能達到預計的目標。

我們之所以提出「3 年半」這個時間，是因為在今天報告的時候有提到，民國 108 年時，醫學系會有兩屆學生同時畢業，也就是七年制醫學系的學生，以及新制（六年制）醫學系的學生會同時畢業，所以「3 年半」的這個時間對我們來說就是個機會之窗。有了整體的配套再加上這些機會的情況下，就能讓我們有時間改變醫療與排班的模式以及輔助人力的問題，希望能達到目標。

至於窒礙難行最主要的原因是在於，除了醫院提供醫療模式之外，今天報告的第 8 頁是 102 年國衛院針對內、外、婦、兒與急診等五大科別醫院西醫師的人力所進行的研究，看起來像是個 curve，其中有一條是供給 FTE，係以醫師的醫療服務當量（60 小時）來看供給的部分；至於比較紅的那條則是以我們限制的最高量（每週 88 小時）來看供給的部分；最後的那條曲線，則是民眾的需求。從投影片上可以看到 2016 年（民國 105 年）的供給確實可以符合民眾的需求，不過這仍須建立在民眾的需求就和現在一樣的條件上，在就醫的自由度上並沒有強制施行分級醫療，在此情形下供給的 column 會比民眾的需求來得高。未來，隨著人口的老化等因素，到了 112 年起就會出現缺口，所以這就是我們不得不去面對的問題。這個部分並不是窒礙難行，而是我們在整個配套下，再加上一些醫療服務的供給，大概就是需要這樣的期程。

主席：司長，即使如你所說，要做到你們認為的配套還需要一些時間，但是如果現在沒有端出相對應的配套政策來的話，我們沒有看到你們規劃的期程，要怎麼相信你們是真要落實此事？諸如，hospitalist 的整合政策、助理醫師或醫師助手的政策、要落實分級醫療的政策、輔助人力的相關配套等，如果時間定在 3 年後，下半年應該就會看到許多改革的具體政策，為因應這些醫療政策的改革，也會推出許多期程。如果你都能具體地講出來，我們就會相信你是負責任的，因為配套也要做，從現在開始到以後的 3 年半，這段過渡期間醫師如果不能脫鉤，是不是也能讓相對沒有那麼複雜的準用模式先進來，讓它準用到 109 年後就直接適用。如果有這類配套的修法，或規劃的期程，同時又非常明確的話，我會覺得大家就會比較相信你們是真的願意做。可是到目前為止，好像並沒有看到你們提出很具體的政策配套，也沒有看到因應這些政策配套的期程，更別說是在過渡時期對醫師有勞動條件相關的保障。另外，我要提出一個想法，也就是先準用後再具體指出到哪一年可以開始適用，這樣可能就會是個更負責任的作法。然而，你們在今天的公聽會中，好像都沒有具體地呈現出這些內容，反倒是很像以前的報告，只是指出到 112 年人力將不足、缺口會有多高，好像就是再把一些障礙門檻再加以提高，某種程度就和以前的態度一樣，難怪大家會比較不相信也不信任。

王司長宗曦：我們上一次在協商的時候，就有談到時程到底該如何安排，所以在今天的公聽會上就沒有把我們在 109 年以前配套措施的具體時程給劃出來，畢竟當時只有考慮到要在 109 年將住院醫師納入勞基法的適用。至於今天，因為部長已經指示，連全體受雇的醫師都要納進來，所以整個具體的時程，都會因為今天作出的政策決定而有所不同。所以我們在報告在呈現上，就是把配套措施，臚列在第 13 頁到第 16 頁，至於在人力缺口的部分，則放在第 9 頁。如果我們要在 109 年補足這些缺口的話，我們的 hospitalist 需要補充的人數就是在那裡，這就是我們所呈

現的方式。

主席：因為今天的公聽會是依據政黨協商的要求進行的，政黨協商時是希望衛福部能在今天的公聽會具體地報告相關的規劃、時程與期程。其次，期程要搭配的就是衛福部的配套措施，你要說明這樣的配套需要多久的時間才能做好，如此，我們才會相信你所安排的期程。

在報告的第 13 頁到第 16 頁中，相關配套措施與內容的部分，大家好像普遍都認為還沒討論到，更別提期程需要多久的時間。這是大家會有的感覺，也是大家今天比較遺憾的地方，請你們再回去想一想。另外，對於目前醫師尚未納入勞基法適用而衍生的問題，包括蔡伯羌醫師以及其他醫師在執行面已經發生的問題、需要法制面立即給予的協助，或在制度面需要勞動部去做相關的突破與協助的部分，都請勞動部加以說明。

請勞動部廖次長發言。

廖次長蕙芳：主席、各位委員，我要針對下午提到的幾個問題，先就勞動部主責的部分回答。首先在醫師工時的定義方面，其實所有行業對工時的定義都沒有放在勞基法裡，基本上都會以個案判斷，這部分到了民事法院，甚至是行政法院都有不一樣的判斷。但是在部裡面，現在應該有個統一的說法，甚至也發布了解釋令。第一，就醫生這個行業來講，醫生開刀屬於正常工時，這是沒有問題的，而開刀前的準備也算工時，這也是沒有問題的，至於開刀準備前的待命時間，根據勞動部部內的解釋令來講，院內待命也算工時，這沒有問題，但比較有問題的是院外待命的部分，這個部分恐怕會牽涉到更細緻的判斷。各位應該都有看到衛福部有組成 3 個推動小組，這個推動小組裡有勞動法人才及醫生，我們可以在這個小組裡就醫生的工作型態來做細緻的劃分，以後若是醫生適用勞基法，對於醫生工時部分要如何定義，可以做統一的規範，這個部分沒有問題。剛才有與會人員質疑為何不以勞基法明文規定，勞動部日後修正勞基法時，可以再做進一步的研商，這是醫師工時定義的部分。

第二，剛才有人提到公職身分的醫師與軍職身分的醫師要怎麼辦，因為我們今天討論的是醫師適用勞基法的具體時程，所以前提是醫師是否適用勞基法。現在勞動部的工作就是配合，看看醫師這個行業適用勞基法是否可行，如果我們認定醫師這個行業可以適用勞基法，對於具有公職人員身分或軍職人員身分的醫師，因為牽涉到不一樣的身分類別，其權利義務與主責機關也都不一樣，所以如果我們指定醫師適用勞基法之後，對於具有公職身分或軍職身分的醫師，可能需要進行跨部會協調，因為他們有不一樣的權利義務關係。

第三，剛才各位先進一直提到時程部分，既然衛福部已經把時程確定下來了，站在勞動部立場，當然是以受雇者權利為最優先考慮，不過我們在考慮這個行業別要不要納入勞基法適用範圍時，還要看這個行業別的特殊性，醫生這個行業就免不了要考慮到病人的權益，這個勞動部不能視而不見。不過既然衛福部有提出時程，我們就會督促衛福部，尤其是他們成立了 3 個推動小組。剛才也有與會人士質疑是不是勞動部指定醫師適用勞基法後這 3 個小組才開始運作？其實不是的，這 3 個小組本身就是推動讓醫師適用勞基法，我剛才與衛福部林部長接洽過，他說下禮拜就會開始 run 這 3 個小組，這 3 個小組有我們部內人士，也有熟諳勞動法的相關人員，所以這個部分我們會先 run。總而言之，我們會督促衛福部依照所答應的時程來執行。

剛才鍾委員提到就算醫師還不能適用勞基法，但有些事情勞動部還是可以去做，例如籌組工會，有關籌組工會的部分，我們去查了一下，雖然現在醫師還沒有適用勞基法，但是高雄有幾所醫院本身就有工會，例如國軍高雄總醫院左營分院、高雄市民生醫院、高雄市凱旋醫院及國軍高雄總醫院等 4 所醫院，如果看過國外的相關報導就會知道，有工會就能做很多事，就算不適用勞基法，但工會可以與資方協商，工時的權利義務及勞動條件的權利義務都能透過工會來落實，所以對於這個部分，我們也會盡力去推動。雖然現在已經有醫院有組工會，但之前勞動部推廣工會這一塊時，也許是我們的疏忽，所以沒有納入勞基法的醫師其實也是我們可以著力的點，對於這個部分，我們會將其納入工會推動的作業中。

再來，醫師在尚未納入勞基法之前發生職災要怎麼辦？就現行規定來說，因為尚未納入勞基法，所以要先看其所屬醫院有沒有特殊規定，如果醫院針對受僱醫師或員工發生職災部分有特殊規定或補償，且優於法律的規定與補償，當然院內的規定可以優先適用，這個沒有問題。假如醫院沒有特別規定，在醫師尚未納入勞基法之前發生職災，就只能回歸一般民法的適用，各位都知道，適用民法就必須要舉證雇主有故意過失，早上蔡伯羌醫師的太太提出的血淚控訴就是一個血淋淋的例子，如果在尚未適用勞基法之前發生職災，就只能舉證證明醫院有故意過失，除此之外當然還有與有過失，醫院可能會指責醫師本身有過失才導致這樣的問題，這確實是因為醫師沒有適用勞基法，只能回歸一般民法適用所會發生的問題。

我覺得今天召開這個公聽會很有意義，讓我們可以正視這個問題，至少衛福部提出了時程，我們也會去督促，讓醫師儘快加入勞基法，謝謝。

主席：次長，醫改小組提問到職災的部分，不是要談院內有沒有規定，而是現行法律制度面如何保障、保護還沒有納入勞基法的醫生所發生的職災事故，例如現在醫師有勞保，發生職災時會有勞保給付，職災保護法也有津貼給付，但是不要忘了還有過失責任的賠償與補償，依照勞基法的補償及侵權上的賠償。以蔡伯羌醫師為例，先拿的補償拿不到，賠償部分又拖很久沒有辦法定讞，也就沒辦法拿到錢，這對他的權利受損影響很大，從你們的角度來思考，在制度上或法律上有沒有什麼特殊的變革或改革？也不用等 3 年半，畢竟這個部分不是涉及全面醫師問題，主要是發生職災的善後補償及給受害者相對的權利保障，這個部分有沒有辦法先設計出相關的制度？

廖次長蕙芳：對於主席所提到的部分，就算不適用勞基法，還是有些相關法令的補償，例如勞保補償等，確實這會牽涉到很多要件，也會牽涉到時程，這個部分我們會去整合，即使還沒有加入勞基法，但現有相關規定有什麼辦法可以讓受職災的勞工儘快得到補償的部分，讓我們回去進行法律面的整合及制度面的統合。

主席：次長，你的回答可能跟我之前的情況一樣，我們都沒有想過，所以不知道這種事情具體要怎麼處理，但是今天召開公聽會，這些年輕醫師告訴我之後，我覺得我聽懂了。其實你們私底下會進行跨部會協調，關於這個議題也討論很多，不像我們還要處理很多部會的事情，但你們或許沒有 catch 到我們要的那個點，那可能不是修正勞基法，而是可以先準用醫療法中相關規定。如果要件都相符就適用，如果要件未盡相符但法律效果相同就能準用，例如醫師在還沒有適用

勞基法之前，職業災害補償可以先準用勞基法第七章的規定，有沒有可能這樣先處理？但是也不要無限期準用，因為這樣會降低我們爭取權益的強度，所以準用到比如 109 年就要直接全部適用。

廖次長蕙芳：關於這部分，其實可以就醫療法規提出修正，在醫療法中規定醫師職災的部分準用勞基法，也可以在準用期限上做限制，這在法令上是可行的，所以這部分我們會配合衛福部提出修正法案，這樣就會比較快。

主席：對，勞基法第五十九條及第六十條明定，雇主應依各款規定先給付補償金額，屆時再從賠償金額中抵充，這樣在程序上對於受害者可能較有保障，今天的公聽會有一個好的啟發，這也算是一個點。

是否應請衛福部再說明，剛剛有人提問這 3 個小組到底什麼時候運作？是下一次就開始運作？下禮拜？

林次長奏延：（在台下）1 個禮拜開始。

主席：1 個禮拜開始，好。現在開始第三輪發言，請大家精簡時間，第三輪發言完畢後就請行政部門再回答，第三輪發言以 5 位為原則。

請醫師勞動條件改革小組陳秉暉住院醫師發言。

陳秉暉住院醫師：主席、各位委員，剛剛聽了王宗曦司長的報告，我覺得非常非常擔心，第一件事情是，許多應有的配套都沒有出現，但是有一個配套是最明確的，就是 3.5 年之後有 6 加 2 的醫學生會跟 7 年制的醫學生一起畢業，所以就會有兩倍的 PGY 的人力，可是我們必須看到臨床現場的問題啊！今天不會因為醫學教育從 7 年制變成 6 年制，6 年的訓練就跟 7 年的訓練是一樣的，不會原本才剛要進入醫療臨床現場的學生，因為一紙公文的改變，突然就可以當住院醫師。就算是 6 加 2，也就是有 2 年 PGY 制度的最早起源國美國，他們對 PGY1 的用法也不是跟 PGY2 一樣的，我對於衛福部目前這樣的規劃感到非常非常地難過且憤怒，因為我知道這樣會對臨床現場造成非常大的災難。你讓一群沒有受過足夠訓練的醫師，直接擔任責任比較重大的住院醫師，這樣是在跟大家開玩笑。我們都說目前醫院的作法就是找一個人，不管他的身體狀況，直接把他的名字填上班表，然後讓他過勞，我們現在看到的是衛福部用同樣的邏輯，不管這個人受過多少訓練，不管他是受過 6 年訓練還是受過 7 年訓練，反正他現在的職稱叫做 PGY，叫做住院醫師，就把他填上班表，反正出了什麼事情，到最後再說，我覺得這是非常非常不負責任的作法。我強烈地反對衛福部未來對於 6 加 2 醫學生的 PGY1 的處理方式是直接把他們視作一般的住院醫師，就算美國的狀況，對於 PGY1 有特殊的保護，並不是跟其他的 PGY 或其他的住院醫師適用同樣的工時規範，如果衛福部這樣做，就跟美國的制度完全不同。所以，我們要在這裡強烈地呼籲，衛福部不能夠把這件事情當作唯一最主要的配套。如果衛福部是因為三年半之後，有 PGY1 這一群新鮮的肝可以用，所以就大膽地承諾所有的醫師都可以納入勞基法，我要告訴衛福部，這樣做是不負責任的。謝謝大家。

主席：這一點我們也很擔心。

請台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事發言。

曾家琳理事：主席、各位委員，聽到剛剛勞動部及衛福部的解說之後，我們還有一些疑問。他們算出來 104 年的臨床時數缺口有 3 萬多，期待透過未來的人力補充，包括 Hospitalist 及 PGY，在 108 年能降到 2,000 以下。但是第一點，需求的評估還是有問題，因為這個時數是按照原有的計算方式得出，其實目前可以值班的人還是很多，我們看到外科系列的醫師工時都非常長，也非常危險，暴露在高風險之下，我們認為這部分可能必須拿錢出來解決。在國外，當代班的醫師，也就是夜班、假日的醫師薪資非常高，可能必須用這個方式讓主治醫師願意下來。現在都是主治醫師在背手機 on call 接電話，他也是被操的，乾脆就讓他出來值班，就用 2 萬、3 萬或 5 萬塊，讓這些主治醫師出來值班，降低神經外科醫師的風險。因為我們看到很多培養了那麼久的神經外科醫師，最後他死了，後面你再用公費生，花 1,500 萬元再買一個童養媳來，我覺得這樣是不對的。

其次，關於空窗期的問題，其實我們認為非常有可能在 1 或 2 年內直接適用勞基法，並規定 4 週工時 288 小時，因為只要實施科學排班制度，就能解決這個問題，再搭配其他的配套措施，醫師納入勞基法並不需要 4 年。大家或許還記得，不到 1 年前，當時醫事司表示醫師納入勞基法的準備期要 8 年，甚至之前說要 9 年，目前衛福部已經動起來，希望在 4 年內納入，我們認為時程還可以再加快，而且我們的認定是有理論根據的，並非空口白話。除非大家為了要硬拖，拖到 3 年以後，所以才會再用小組去解決這個問題。

在這段過渡期，我們認為再修正醫療法並無必要，其實有幾個方式可以做，現在勞動部直接說排除不適用，也就是適用之後，剩下來的部分預計 1、2 年之後實施，中間的空窗期有幾個問題，一個就是幫醫師買保險。一個醫師至少要保多少保額呢？之前曾有判例，護理師死亡，醫院被判賠 1,800 萬，如果按照這個金額去計算，一個醫師至少要賠償 5,000 萬，包括整個訓練過程的成本等等，是否應用第二預備金替他們投保商業保險，除非你有辦法趕快將他們納入勞基法，否則對於其中的落差，修正醫療法緩不濟急，又要把責任推到立法委員身上。第二，我們估計這 4 年間過勞死亡的醫師至少有 4、5 位以上，發生 CAD (coronary artery disease, 冠狀動脈疾病) 等重病，也就是心臟病跟中風的醫師至少有十幾、二十位以上，如果把這些案例通通列入職災補償，醫院的責任其實是非常大的。整個社會付出的成本非常大，我們的配套其實可以更快，不管是行政部門或各臨床專科學會，可以配合的措施可以更多。謝謝。

主席：可能大家該講的話都已講過一遍、兩遍、三遍了，但是或者因為行政部門的回應比較沒有那麼具體，所以大家一再呼籲。不過我們今天還是要在這裡說，基本上我們認為工時跟工作長度的降低，看似會衝擊醫療服務的量；可是大家也都承認一點就是，有效率的學習，可能增加了願意留任的醫事人員，醫療服務的品質說不定變得更好，所以降低工時、有好的服務品質、有更多願意留任的醫事人員，也許可以形成一個好的循環。但是我們也同意，事實上目前很多的問題，是來自於整個國家作為一個單一、壟斷市場的唯一買主—健保署，其實在制度設計上是蘿蔔和棒子並存的，不但有很多管制工具，也應有很多誘因，比如平時、假日；白天、夜間；輕症、重症給予差別給付，對偏鄉醫療有特別給付等，透過這樣的給付制度，始能引導改善這些勞動條件，事實上也可以進入一個好的循環。醫勞盟一直在提科學排班，本席不清楚科學排

班的內涵，感覺上這只是管理制度面的變革，並沒有涉及本質上很大的矛盾。對開放醫院資源的整合和補充人力上的配套，其實我們都認為沒有那麼困難，困難之處在於遲遲不願啟動這些配套，即便你們說要進行了，那何時可以讓我們看到你們提出分級轉診的配套措施和期程？你們真的想推動的家醫制度的經費和人力又是否到位？又比如提升個人自我照護能力俾從源頭減量這部分，也必須要有配套措施，當然這就涉及經費，我們知道健保財源目前是充裕的，如果你們能好好運用這些資源提出配套措施，讓整個制度的管理進入好的循環，這樣我們就會真的相信。

今天的公聽會本席覺得，沒有人提出非常具體的建議，其實我知道衛福部到現在也沒有一個定見，他們原本的規劃是讓住院醫師先適用勞動基準法，後來為了不讓未來年輕主治醫師的責任變得太過龐大，又認為應該讓所有醫師一體適用，所以顯見他們現在也還在變動當中，還沒有找到好的方法和整合政策。今天大家能講的都講了，他們願意回應的也都回應了，不願意或目前無法回應的，他們現在也沒辦法回應，這是本席覺得有點遺憾的地方，所以本席希望在下次政黨協商時，衛福部能比較成熟的將你們認為該有的配套措施和該有的訓練、養成及需要的期程提出來，大家一起討論。

謝謝各位學者者家的蒞臨，所有出席者的意見都非常寶貴，各位的發言及劉委員建國所提書面資料均會列入立法院正式公報會議紀錄，作為本院審查相關議題法案的參考。

依照立法院職權行使法的規定，本次公聽會內容將做成書面報告，分送本院全體委員及公聽會出席者；公聽會的報告，也將作為相關議案及未來立法的參考。我們會繼續責成衛生福利部要提出具體配套措施、詳細政策規劃內容及相對應的期程，待下次政黨協商時一起討論。

今天會議進行到此，現在散會，謝謝大家！

散會（15 時 54 分）

三、結語

(一) 林委員淑芬就本次公聽會結語如下：

今天的公聽會是依據政黨協商的要求進行的，政黨協商時是希望衛生福利部能在今天的公聽會具體地報告相關的規劃、時程與期程。其次，期程要搭配的就是衛生福利部的配套措施，要說明這樣的配套需要多久的時間才能做好，如此，我們才會相信你所安排的期程。相關配套措施與內容的部分，大家好像普遍都認為還沒討論到，更別提期程需要多久的時間，這是大家今天比較遺憾的地方，請衛生福利部再回去想一想。另外，對於目前醫師尚未納入勞基法適用而衍生的問題，包括蔡伯羌醫師以及其他醫師在執行面已經發生的問題、需要法制面立即給予的協助，或在制度面需要，請勞動部去做相關的突破與協助。

今天非常謝謝與會的專家學者、團體代表及關心這個議題的委員及官員，他們很多從頭到尾的參與。可能大家該講的話都已講過一遍、兩遍、三遍了，但是或者因為行政部門的回應比較沒有那麼具體，所以大家會一再提出呼籲。不過基本上我們認為工時跟工作長度的降低，看似會衝擊醫療服務的量，可是大家也都承認一點就是，有效率的學習，可能增加了願意留任的醫事人員，醫療服務的品質說不定變得更好，所以降低工時、有好的服務品質、有更多願意留任的醫事人員，也許可以形成一個好的循環。但是我們也同意，事實上目前很多的問題，是來自於整個國家作為一個單一、壟斷市場的唯一買主—中央健康保險署，其實在制度設計上是蘿蔔和棒子並存的，不但有很多管制工具，也應有很多誘因，比如平時、假日；白天、夜間；輕症、重症給予差別給付，對偏鄉醫療有特別給付等，透過這樣的給付制度，始能引導改善這些勞動條件，事實上也可以進入一個好的循環。台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟

一直在提倡科學排班，本席不清楚科學排班的內涵，感覺上這只是管理制度面的變革，並沒有涉及本質上很大的矛盾。對開放醫院資源的整合和補充人力上的配套，其實我們都認為沒有那麼困難，困難之處在於遲遲不願啟動這些配套，即便衛生福利部說要進行了，那何時可以讓我們看到你們提出分級轉診的配套措施和期程？你們真的想推動的家醫制度的經費和人力又是否到位？又比如提升個人自我照護能力俾從源頭減量這部分，也必須要有配套措施，當然這就涉及經費，我們知道健保財源目前是充裕的，如果你們能好好運用這些資源提出配套措施，讓整個制度的管理進入好的循環，這樣我們就會真的相信。

今天的公聽會本席覺得，沒有人提出非常具體的建議，其實我知道衛生福利部到現在也沒有一個定見，他們原本的規劃是讓住院醫師先適用勞動基準法，後來為了不讓未來年輕主治醫師的責任變得太過龐大，又認為應該讓所有醫師一體適用，所以顯見他們現在也還在變動當中，還沒有找到好的方法和整合政策。今天大家能講的都講了，他們願意回應的也都回應了，不願意或目前無法回應的，他們現在也沒辦法回應，這是本席覺得有點遺憾的地方，所以本席希望在下次政黨協商時，衛生福利部能比較成熟的將你們認為該有的配套措施和該有的訓練、養成及需要的期程提出來，大家一起討論。

謝謝各位學者者家的蒞臨，所有出席者的意見都非常寶貴，各位的發言及劉委員建國所提書面資料均會列入立法院正式公報會議紀錄。依照立法院職權行使法的規定，本次公聽會內容將做成書面報告，分送本院全體委員及公聽會出席者；公聽會的報告，也將作為本院審查相關議題法案及未來立法的參考。我們會繼續責成衛生福利部要提出具體配套措施、詳細政策規劃內容及相對應的期程，

待下次政黨協商時一起討論。

(二) 本次公聽會作以下決定：

1. 舉辦公聽會的主要目的乃是聆聽大家的意見，綜合學者專家及各界的意見，因此，非常感謝今天出席的學者專家、團體代表及政府機關代表。
2. 依照立法院職權行使法的規定，本次公聽會內容將作成書面報告分送本院全體委員及所有出席者，公聽會的報告也會作為立法之參考。

立法院社會福利及衛生環境委員會 開會通知單

受文者：本會委員

發文日期：中華民國 105 年 5 月 30 日
發文字號：台立社字第 1054501204 號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：會議議程(1054501204_0_1.doc)

開會事由：舉行「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會

開會時間：105 年 6 月 6 日（星期一）上午 9 時至 12 時、下午 2 時至 5 時（必要時得延長會議時間）

開會地點：本院 9 樓大禮堂

主持人：林召集委員淑芬

聯絡人及電話：黃維郎 (02)2358-5760 傳真：(02)2358-5774

出席者：本會委員

列席者：（單位及人員）勞動部、衛生福利部、教育部、台灣醫療
勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事、中華民國基層
層醫療協會陳志鑫監事、台灣內科醫學會張家琦法律顧問
問、台灣外科醫學會馬辛一秘書長、台灣急診醫學會顏
瑞昇秘書長、台灣婦產科醫學會陳祈安醫師、台灣兒科
醫學會葉樹人副秘書長、醫師勞動條件改革小組黃馨儀
醫師、黃致翰醫師、陳秉暉住院醫師、郭仔婷住院醫師
、中華民國急救加護醫學會蔡宏斌醫師、中華民國醫師
公會全國聯合會蔡明忠秘書長、台北市醫師公會張孟源
常務理事、國立臺灣大學醫學院附設醫院麻醉科王明鉅
教授、社團法人台灣醫療改革基金會劉梅君教授、奇美
醫院職災醫師蔡伯羌之配偶李其芳女士、中華民國工作
傷害受害人協會賀光卍專員、國立政治大學法律系徐婉
寧副教授、台灣醫院協會吳志雄常務理事、台灣醫療勞
動正義與病人安全促進聯盟武執中醫師、詹淳淇法務、
醫師勞動條件改革小組陳成曄組員、陳宗延組員、王碩
法務、孫豪均醫學生、台灣醫療勞動正義與病人安全促
進聯盟林秉鴻理事

副本：本院各相關單位、本院各黨團
備註：

- 一、依立法院黨團協商結論(105.5.5)，請衛生福利部、勞動部、教育部應在公聽會召開前3天將各該相關資料分送與會專家學者（相關專家學者通訊方式另送）。
- 二、請相關主管機關就討論內容，最遲於會前三日除備妥書面資料（含電子檔）送陳本會15位委員外，另備200份資料送至本會。
- 三、請將本次會議資料電子檔，利用貴單位之政府單位憑證(GCA卡)及本發文文號上傳至議案整合暨綜合查詢系統(<http://misq.ly.gov.tw>)之「政府單位專區」，上傳檔案需為可編修之PDF檔案。
- 四、與會學者專家如有書面意見，請於會前一日下午6時前mail至

裝

訂

線

ly20497@ly.gov.tw，俾利本會正確記錄。

- 五、請列席機關(構)單位聯絡人員，於6月3日中午前將列席人員名單電知(傳)本會聯絡人黃編審(e-mail:ly20497@ly.gov.tw)，俾便登錄作業，未經登錄名單人員，不得進入會場。
- 六、專家學者如需利用本會議室大螢幕作為輔助發表意見，請攜帶筆記型電腦或隨身碟提早進會場作測試，俾便會議順利進行。

立法院社會福利及衛生環境委員會

立法院第9屆第1會期社會福利及衛生環境委員會 舉行「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會議程

時間：105年6月6日（星期一）上午9時至12時、下午2時至5時（必要時得延長會議時間）

地點：本院九樓大禮堂（臺北市濟南路一段1號）


討論題綱：

- 一、現況各科別醫師平均週工時為何？若將醫師全面適用勞基法，推估時程為何？需要相關配套方案有哪些？請衛生福利部與教育部說明醫師人力來源的配套規劃。
- 二、針對工時過長之科別，醫師的勞動型態如何調整符合勞基法規範，以及對民眾就醫可近性之影響？
- 三、若醫師適用勞基法第八十四條之一責任制，是否有助於改善醫生血汗過勞之勞動條件？



醫師納入勞動基準法公聽會 人力衝擊配套規劃

衛生福利部
105年6月6日



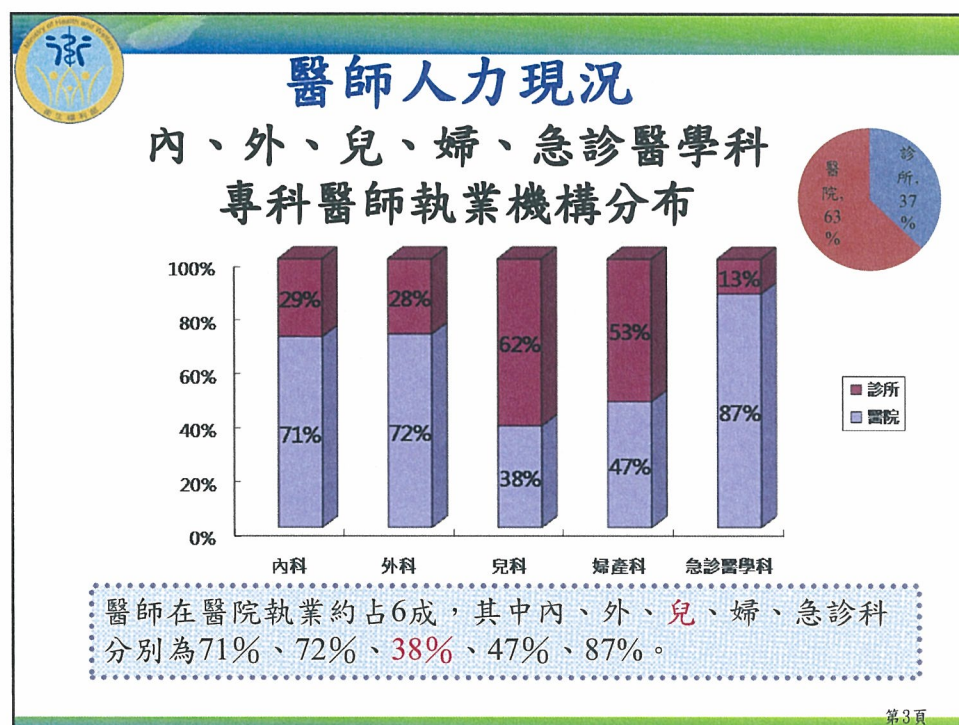
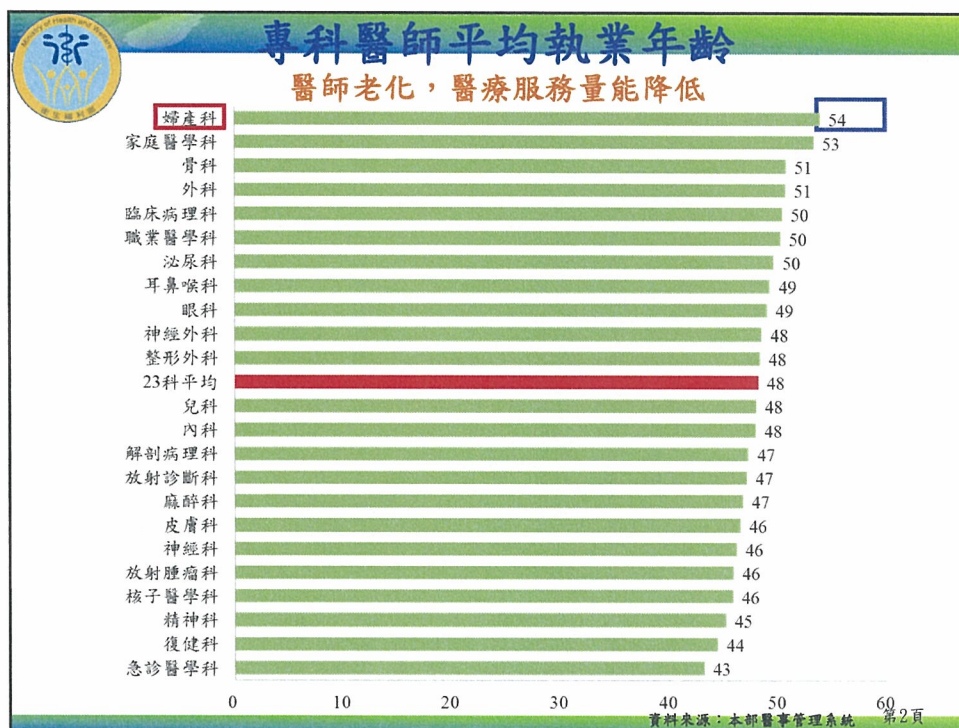
醫師人力現況

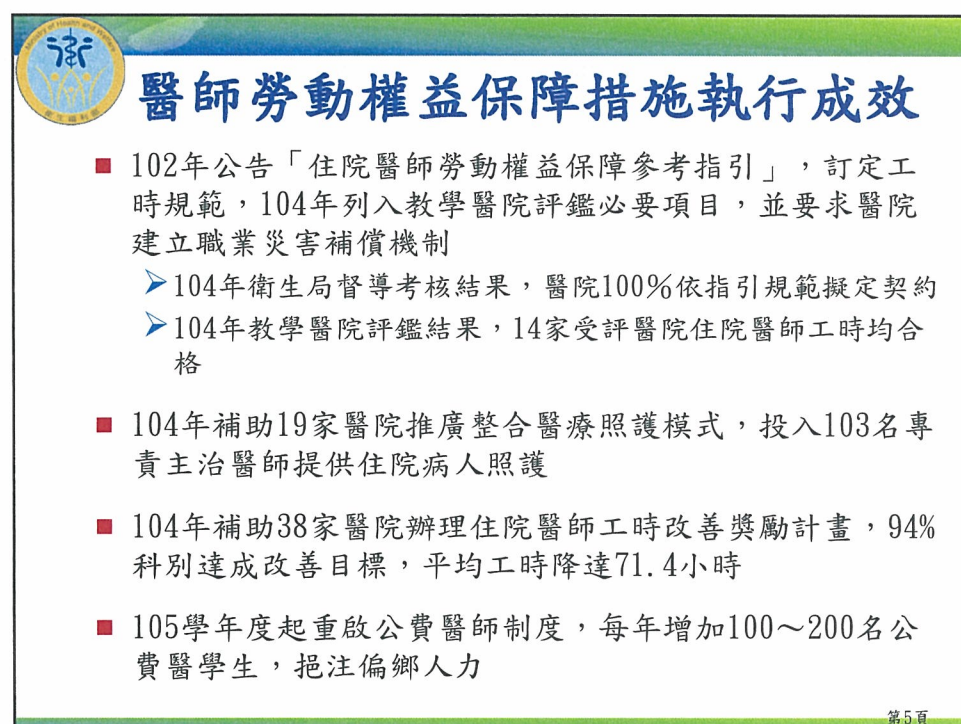
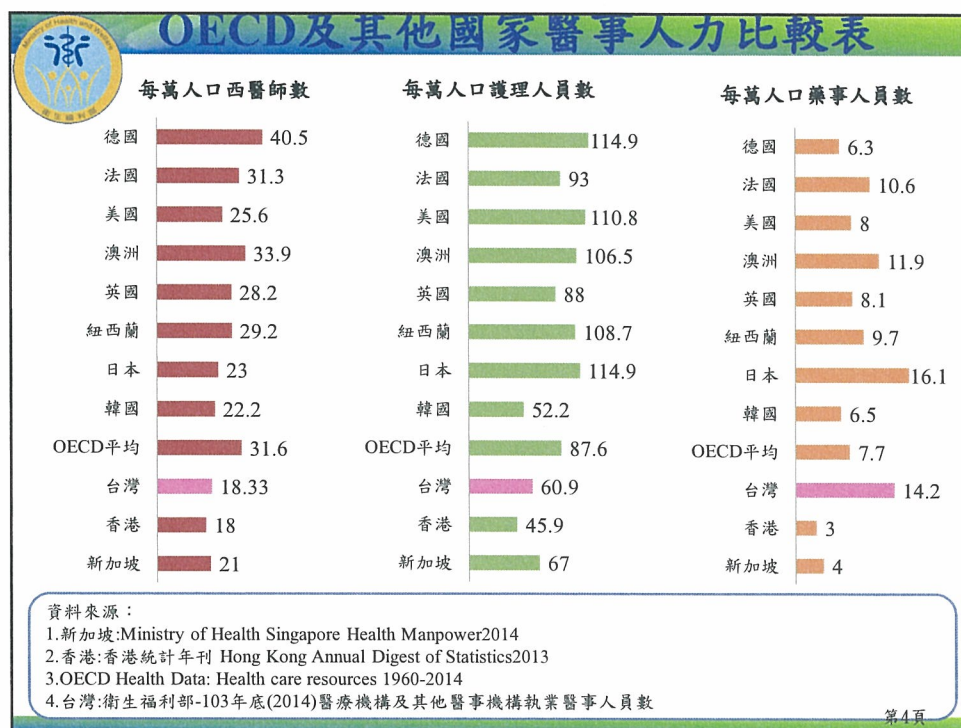
人數/性別	男	女	合計
西醫師 領證人數	53,172 (84%)	10,144 (16%)	63,316 (100%)
西醫師 執業人數	36,128 (82%)	8,186 (18%)	44,314 (100%)
專科 執業人數	35,832 (85%)	6,460 (15%)	42,292 (100%)

備註:專科執業人數中，內科9,135名、外科5,629名、兒科3,797名、婦產科2,387名、急診醫學科1,518名，**五大科占有專科53%**。

資料來源：本部醫事管理系統，105年5月

第1頁



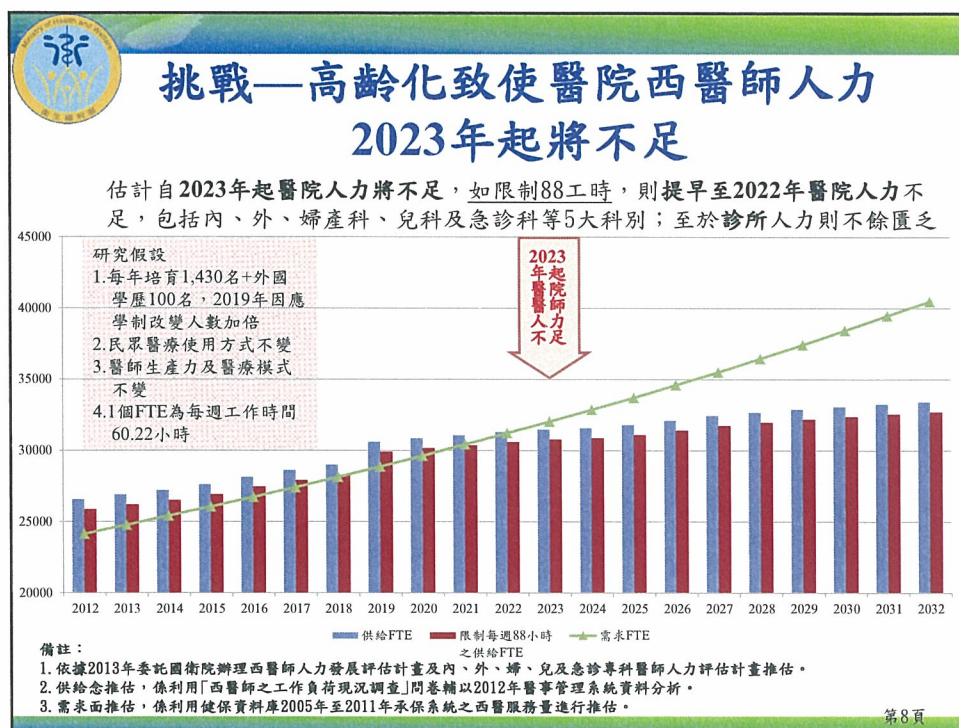




第6頁

教學醫院評鑑項目	勞動基準法規範
<p>評鑑項目 1.6.1及5.3.4</p> <p>工時： 一. 每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過88小時。 二. 每日正常工作時間不得超過12小時，連同延長工作時間不得超過32小時。</p> <p>休息： 兩次工作時間中間至少應有10小時以上休息時間等。</p> <p>休假： 一. 住院醫師每七日中至少應有完整二十四小時之休息，作為例假。 二. 其每四週內至少應有一次完整四十八小時以上之休息，作為例假。</p> <p>值班： 訓練平均不超過3天1班，不得超時值班，不得連續值班。</p>	<p>第30條、第30-1條</p> <p>工時： 一. 每週工作時數不得超過40小時。 二. 勞工每日正常工作時間不得超過8小時，連同延長工時不得超過12小時。</p> <p>休息： 第35條： 繼續工作4小時，至少應有30分鐘之休息。</p> <p>休例假： 第36條：每七日中至少應有一日之休息。 第37條：紀念日、勞動節及其他由中央主管機關規定應放假之日均應休假。</p> <p>第84-1條 經中央主管機關（勞動部）核定公告之工作者，得由勞雇雙方另行約定，工作時間例假、休假、女性夜間工作，並報請地方主管機關核備，不受上開限制。</p>

第7頁




臨床醫療時數缺口需4年補足

年度	臨床醫療時數缺口	總補充工時合計	年補充人力 (除每年培育1,300名外)				
			Hospitalist 每年補充 人數	Hospitalist 補充工時	PGY- 五大科補 充人數	PGY- 五大科補 充工時	公費生
104	-38,177	1,200	30	1,200	0	0	0
105	-36,177	2,000	50	2,000	0	0	0
106	-32,177	4,000	100	4,000	0	0	0
107	-28,177	4,000	100	4,000	0	0	0
108	-2,177	26,000	100	4,000	500	22,000	0

備註：

1. 從109年起，補充人力大於缺口。
2. Hospitalist補充工時以每名主治醫師每週工時80小時、分攤1/2住院醫師業務計算工時，30*80*1/2。
3. PGY以每名每週工時88小時、醫療服務時數佔1/2計算工時，500*88*1/2。
4. 公費生自105年培育，預計112年投入五大科服務。

第9頁




醫師勞動權益推動小組 人力資源分組

林芳郁**	亞東醫院院長
張上淳*	台大醫學院院長
張聖原	台北慈濟醫院策略長
翁文能	林口長庚醫院院長
郭耿南	臺北醫學大學教授
熊 昭	國家衛生研究院特聘研究員
張俊彥	教育部醫教會推薦代表、 成大醫學院院長
台灣醫學生聯合會	代表1人
醫院協會	代表1人
醫師公會全聯會	代表1人

**林芳郁院長為總召集人、張上淳院長為分組召集人

第10頁




醫師勞動權益推動小組 醫療政策分組

陳昱瑞*	長庚醫學院外科教授
黃勝堅	台北市聯醫總院長
滕西華	身心障礙聯盟秘書長
醫學中心協會	代表1人
區域醫院協會	代表1人
社區醫院協會	代表1人
醫勞小組	代表1人
醫勞盟	代表1人
醫改會(邀請中)	代表1人

**陳昱瑞教授為分組召集人

第11頁




醫師勞動權益推動小組 法規調適分組

羅傳賢*	衛福部法規會委員
謝天仁	消基會名譽董事長
賴香伶	台北市勞動局局長
王明鉅	台大教授
胡方翔	為恭醫院主治醫師
林佳和	政治大學法律系副教授
蔡秀男	高雄市聯合醫院醫師 醫勞盟常務理事
成之約	政治大學勞工研究所教授
邱羽凡(邀請中)	交通大學科法所助理教授
黃維琛	勞動條件及就業平等司副司長

**羅傳賢委員為分組召集人


第12頁



配套措施-1

- 推動專責一般醫療主治醫師照護制度（Hospitalist），提升照護品質。
- 增加醫學生招生名額，優先以公費生方式培育每年100~200名。
- 推動醫療法修法，增加培育專科護理師及建立醫師臨床助理制度。


第13頁



配套措施-2

- 研議醫院得為開放醫院之形態。
- 釐清私立醫院之醫師與醫院關係，採雇用（適用勞基法）、合夥（不適用勞基法）雙軌執行。
- 落實分級醫療及轉診制度，發展基層醫療整合照護網絡。
- 與民眾妥善溝通醫療服務提供與利用之改變。


第14頁



配套措施-3

- 擬訂專科訓練應完成之案例數及學習里程碑 (milestone)，建立以核心能力為導向之評量學習成效。
- 醫院評鑑簡化，文書作業要求合理化。


第15頁



跨部會協商事宜

- **勞動部**
 - 釐清工時定義
 - ✓ 是否含值班、學習時數
 - ✓ 是否含院外待命時數
 - 住院醫師打卡紀錄要求及查核方式之共識
- **教育部**
 - 醫學生招生人數檢討及教學品質之確保
- **銓敘部**
 - 公職醫師適用勞基法問題

第16頁



感謝聆聽

醫師適用勞動基準法之具體時程公聽會 勞動部說明

105年6月6日

目前醫療保健服務業之受僱醫師尚不適用勞動基準法，為保障該類醫師勞動權益，勞動部近年已多次會商衛生福利部及相關單位、團體，對於醫師之工作權益應予保障已有相當共識，兩部同意先朝指定住院醫師適用勞動基準法之目標努力。

醫師之工作時間本應予合理規範，惟因其工作性質具有特殊性，且與病患就醫權益息息相關，以及醫師訓練人力補充問題，於適用現行勞動基準法有關工時相關規定，確實有窒礙難行之處。

對於醫師勞動權益，勞動部向來重視，將與衛生福利部等相關單位、團體持續溝通協商，並配合衛生福利部期程規劃，儘早將住院醫師納入勞動基準法之適用。至是否將全體醫師納入勞動基準法適用範圍，涉醫療專業人力之培育及配置，勞動部將積極與有關單位及社會各界溝通。

至住院醫師適用勞動基準法後，有關適用該法第84條之1責任制，是否有助於改善醫師過勞之勞動條件，查勞動基準法第84條之1規定係為擴大勞動基準法之適用範圍，允包括（一）監督、管理人員或責任制專業人員，（二）監視性或間歇性之工作，（三）其他性質特殊之工作且經中央主管機關核定公告之工作者，得由勞雇雙方另行約定工作時間、例假、休假、女性夜間工作，並報請當地主管機關核備後，不受勞動基準法相關規定之限制。然前開工作者之工作時間尚非全然不受限制。該規定僅係允雇主與特定工作勞工合理協商工作時間的空間，並非允許超長工時及可不給予例（休）假。

醫療院所僱用之住院醫師如適用勞動基準法，屆時如申請為適用勞動基準法第84條之1之工作者，勞動部將依循法制程序，邀請相關部會、團體及學者專家研商，研定合理工時規範，以確保住院醫師勞動權益。

教育部書面意見

有關立法院社會福利及衛生環境委員於 105 年 6 月 6 日召開「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會，訂有三個討論題綱，其中涉及本部議題說明如下：

壹、(討論一)有關醫師人力來源配套規劃—涉及本部為醫學系招生名額

- 一、為使人才培育更加契合國家建設發展與產業發展需求之目的，本部增設、調整院、系、所、學位學程案，均請各目的事業主管單位就國家、社會人力需求及人力推估(如產業人力是否飽和，或其長短期需求)等面向協助審查，提供意見，作為本部核定之重要參據。
- 二、醫學系招生名額本部主要係配合職掌醫事人力推估之衛生福利部對醫師人力需求之規劃。醫師人力之培育，係採教、考、訓、用之管制措施，目前醫學系每年招收總名額為 1,300 名。
- 三、有關醫事人力培育需考量契合國家發展與產業發展之需求，及大學培育端之師資、教學設備之配合，以為我國培育優質之醫事人才及維護醫療品質。爰本部配合衛生福利在維護醫學教育品質下核定各校醫學系招生名額。

貳、(討論三)醫師適用勞基法能否改善勞動條件—涉及本部為大學醫學系實習醫學生實習權益保障

實習醫學生權益保障

教育部鑑於社會各界關切舊制(7 年制或 102 學年度以前入學之學士後)醫學系醫學生臨床實習(Intern)之相關學習與身心安全權益，並基於醫學教育與醫學臨床訓練攸關我國醫師人力培育品質，建立完善之學習與訓練制度實屬必要，希透過相關改革措施，兼顧培育醫學生之專業知能養成與相關身心安全之需求。爰教育部為廣納各界意見，業已多次邀集相關單位召開會議研商，101 至 104 年間

邀集各公私立醫學校院、專家學者、衛福部、勞動部及教育部等單位共同研議。教育部參酌與會人員所討論之相關共識，將考量現況有關舊制醫學系 7 年制與新制課程實施，從法制及現有措施規範等層面建立相關學習權益保障措施。茲就未來教育部針對本案之處理方向，說明如次：

(一) 法制層面：

有關實習醫學生納入勞基法保障事宜，基於醫學實習生係屬課程實習範疇與醫師或住院醫師作為執業者身分不同，其規範應有別於現行勞基法規定，經研議後法制層面共識，包括研議立專法保障或建請勞動部考量以專章方式，比照技術生專章研議修正勞基法保障實習學生權益之可行性，以維護實習學生之學習權益為優先考量，並考量醫學生培育之特殊性，針對實習訓練時數需求，另訂定適法之規定，惟立法或修法需時，而本案所涉及醫學生臨床實習範疇係針對舊制醫學系(7 年制或 102 學年度以前入學之學士後)醫學生臨床實習(Intern)之規範，預計舊制醫學系將於 108 學年度結束，屆時新制醫學系(6 年制)醫學系醫學生之全時臨床實習(Intern)係於畢業後進行，屬於實習醫生身分，屆時係可依據醫師法納入勞基法進程納入予以保障，過渡期間醫學實習生之臨床實習透過本部訂定相關規範予以保障。

(二) 實務層面：

1. 強化實習醫學生保障內涵：

自 100 學年度起，規範各大專院校應為醫事類科學生在赴教學醫院實習期間，於學生團體（平安）保險外，另行投保傷害保險 100 萬元（得附加傷害醫療險）。教育部於 102 學年度調查各醫學校院皆有依規定為醫學生投保意外傷害險，部分學校有額外再增加保險額度與項目，顯示重視實習醫學生之相關權益。教育部同時督請各醫學校院與教學醫院及醫學生共同研商，參考勞基法之災害補償措施，以商業保險方式於現有之保險外增加醫學生於實習過程中可能產生的風險予以保障。

2. 訂定實習醫學生臨床實習指引，規範臨床時數：

四週實習值勤時間平均不超過每週 80 小時，單週不得超過 88 小時；實習醫學生每日例行實習值勤時間不得超過 12 小時，兩次實習值勤時間中間至少應有 10 小時以上休息時間。連續實習值勤總時間不得超過 32 小時（白班實習時數＋夜間值勤實習時數），並得於夜間實習執勤後依當時工作量及身心情況，向總醫師或實習指導醫師提出需求；總醫師應予配合調度人力支援。

3. 訂定「大學校院辦理醫學生臨床實習實施原則」（以下簡稱本實施原則）加保障及救濟程序，內涵重點：

- (1) 規範各設有醫學系院之大學為規劃推動醫學生臨床實習，並明確其相關任務。
- (2) 規範學校應與實習機構簽訂合作書面契約後，始得辦理醫學生實習事宜，並提供實習契約範本。
- (3) 針對 7 年制及新制醫學系規範醫學生臨床實習課程規劃原則。
- (4) 規範實習機構為辦理醫學生實習事宜，依其權責應辦理事項。
- (5) 規範醫學生實習守則（相關權利義務）。
- (6) 規範大學為保障實習醫學生權益並建立申訴溝通管道，應訂定實習醫學生臨床實習權益保障、申訴管道及處理程序。
- (7) 針對大學辦理醫學生實習實施推動情形，強化後端之監督考核機制。
- (8) 訂定定型化契約：納入前述實施原則，提供各公私立醫學校院與實習機構訂定實習規範；健全醫學生實習督導及申訴處理機制等。

4. 各校推動前述醫學生實施原則納入醫學評鑑及教學醫院評鑑之項目：

已請衛生福利部就相關實習醫學生實習時數規範原則內容，予以納入醫院及教學醫院評鑑相關規定辦理。

5. 新制醫學係醫學生定位為學習主體，刻正辦理「大學校院辦理新制醫學生臨床實習實施原則」公布

為因應醫學系制度於 102 學年度 6 年制課程改革，臨床實習對象將以醫學系五、六年級及學士後醫學系三、四年級之醫學生，有關新制臨床實習規範，應本於「學習」為主體，針對實習內容、時數安排及其他相關事宜明確定位，為釐清並確保學習品質與學生權益，前邀集各醫學學校院代表，並加入醫師勞動條件改革小組、臺灣醫學生聯合會、衛生福利部及勞動部共同與會，擬具「大學校院辦理新制醫學系醫學生臨床實施原則」，所訂規範對於醫學生權益保障重點如下：

- (1) 為確保醫學生實習權益，所組成臨床實習委員會應有一定比例學生代表。
- (2) 夜間實習(含過夜實習)應在實習機構之臨床指導老師之指導與監督下為之。
- (3) 夜間實習為兼顧各校彈性課程安排及臨床學習必要性，每週以不超過一次為原則，倘過夜實習者，必要時宜減少隔日實習內容。

受雇醫師納入勞基法 公聽會

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟
曾家琳理事 2016/6/6



公聽會大綱

- 為什麼醫師要納入勞基法?
- 台灣醫療的需求
- 台灣醫療人力的需求
- 台灣醫療的供給
- 醫勞盟對納入勞基法時程的主張
- 醫勞盟對納入勞基法配套政策的主張

- 五大科領證佔所有專科五成以上，卻產生住院照護過勞的**五大皆空**？

過勞也會造成自己和病人的潛在傷害



醫殤 誓用勞基法，遙祭早逝醫師同袍

- 1998 台大內科陳醫師, 28 歲, 值班後車禍死亡
- 1998 台北榮總放射科賴醫師, 29 歲, 瘧疾事件自殺
- 2002 林口長庚外科許醫師, 開刀後辦公室猝死
- 2003 和平內科林院醫師, 28 歲, SARS
- 2003 高雄長庚內科林醫師, 28 歲, SARS
- 2003 高雄長庚麻醉科林醫師, 27 歲, 醫糾後壓力大自殺身亡
- 2004 台中榮總麻醉科楊醫師, 43 歲, 醫糾後壓力大自殺身亡
- 2011 台大神內陳醫師, 40 歲, 猝死
- 2011 高雄長庚內科林醫師, 31 歲, 宿舍猝死
- 2011 成大林實習醫師, 28 歲, 值班 36 小時後猝死
- 2015 婦產科陳醫師, 53 歲, 猝死
- 2015 馬偕耳鼻喉科楊醫師, 53 歲, 猝死



WE WILL NEVER FORGET

台北市勞動局核備工時



- 公告資訊
- 機關介紹
- 業務服務
- 施政資訊
- 常見問答
- 法規查詢
- 申請案件
- 影音書冊
- 推薦網站

現在位置 [首頁](#) > [常見問答](#)

[留言善列印](#) [轉寄友人](#) [回上一頁](#)

常見問答

17. 電影片映演業之主管人員符合勞動基準法施行細則第五十條之一第一款規定者。18. 室內設計裝修業之個案經理人。19. 保險業之外勤人身保險業務員依保險業務員管理規則領有登錄證者。20. 房屋仲介業之不動產經紀人員(含業務主管人員)。21. 證券商之外勤高級業務員、業務員依「證券商及業務人員管理規則」領有證照者。22. 廣告業僱用之創作人員符合同條第二款規定者。23. 廣告業客務企劃人員。24. 室內設計裝修業之專業規劃設計人員、工地監造人員。25. 營造業專業規劃設計人員、工地監造人員。以上84條之1工作者的工時限制?

- 一、每日正常工作時間不得超過10小時，連同延長工作時間，1日不得超過12小時。
- 二、4週正常工作時間連同延長工時不得超過288小時。
- 三、如需詳細「臺北市政府審查適用勞基法第84條之1工作者工作時間一覽表」可至本局全球資訊網「84條之1約定書專區」查詢、閱覽。

聯絡科室：職業安全衛生科承辦人
聯絡電話：1999「限臺北市境內直撥，外縣市請撥02-27208889」轉7506、7022、7021

點閱：3278 資料更新：2015/7/16 15:40 資料檢視：2015/7/16 15:39
資料維護：臺北市府勞動局職業安全衛生科

[回頁首](#) [回上一頁](#)

5

勞基法不只工時

- 定期契約有繼續性工作，應為不定期契約。
- 解雇需有法定事由才能終止契約。
- 資遣費。
- 延長工時加班費。
- 退休金。
- 每年享有特別休假。
- 產假。
- 職業災害的僱主責任(勞基法上的職災給付)...



6

勞基法84-1

排除勞基法基本工時，由勞雇雙方另行約定，並報請當地主管機關核備。

醫勞盟主張**首年以4周288工時**為上限，
主治醫師與住院醫師一併納入勞基法。

先以84-1條勞雇雙方另訂工時，

排除基本工時規定。

再逐年縮短工時，退出84-1，回歸基本工時。



醫師勞動權益保障措施執行成效

- 102年公告「住院醫師勞動權益保障參考指引」，訂定工時規範，104年列入教學醫院評鑑必要項目，並要求醫院建立職業災害補償機制
 - 104年衛生局督導考核結果，醫院100%依指引規範擬定契約
 - 104年教學醫院評鑑結果，14家受評醫院住院醫師工時均合格
- 104年補助19家醫院推廣整合醫療照護模式，投入103名專責主治醫師提供住院病人照護
- 104年補助38家醫院辦理住院醫師工時改善獎勵計畫，94%科別達成改善目標，平均工時降達71.4小時
- 105學年度起重啟公費醫師制度，每年增加100~200名公費醫學生，挹注偏鄉人力





第5頁

住院醫師由各專科醫學會擬定學習完成里程碑(milestone)，擬訂核心專科技術學習期程。



8

民眾醫療需求，醫療人力需求與服務供給

- 前提：是否有人力缺口？服務改革？
-  假性醫療需求？
-  未落實分級醫療
-  hospitalist制度
-  創新科學值班模式
- AM/PM off
- Night float system



9

國際比較-台灣人年均門診過高

四、國際比較(續2)

(七)每人年西醫門診次數

單位:次/人

國家	西元年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
澳大利亞		6.6	6.5	6.4	6.4	6.2	6.0	6.0	6.1	6.1	6.3	6.4	6.6	6.6	6.7	6.9	7.1
加拿大		6.4	7.3	7.4	7.5	7.5	7.8	7.7	7.8	7.6	7.6	7.7	7.6	7.7	7.8	7.7	...
德國		7.4	7.6	7.7	7.9	8.0	8.0	7.4	8.1	7.9	8.1	8.6	9.2	9.9	9.7	9.7	9.9
法國		6.6	6.6	6.9	7.4	7.3	7.2	7.0	7.0	6.8	6.8	6.7	6.7	6.7	6.8	6.7	6.4
荷蘭		5.6	5.8	5.9	5.8	5.6	5.5	5.3	5.4	5.6	5.7	5.9	5.7	6.6	6.6	6.2	6.2
挪威		3.7	3.8	3.9	4.0	4.1	4.4	4.4	4.2
瑞典		2.9	2.9	2.8	2.9	3.0	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8	2.9	2.9	2.9	3.0	2.9	2.9
美國		3.8	3.5	3.7	4.1	4.1	3.9	3.8	4.0	3.8	4.0	3.9	4.1	4.0	...	...	...
日本		14.5	14.5	14.4	14.5	14.1	13.8	13.8	13.7	13.6	13.4	13.2	13.1	13.1	13.0	12.9	...
韓國		...	8.8	...	...	10.6	...	...	11.8	...	...	12.9	12.9	12.9	13.2	14.3	14.6
台灣 (全民健保)		12.5	12.8	12.3	12.0	12.0	11.7	12.7	12.7	12.0	11.6	11.6	12.0	12.2	12.2	12.2	12.2

資料來源:全民健康保險醫療給付費用總額協商參考標準覽104年版



10

國際比較-台灣平均住院日比公醫國家長

(九) 平均住院日

單位: 次/人

西元年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
澳大利亞	6.5	6.5	6.3	6.5	6.4	6.3	6.3	6.1	6.2	6.2	6.0	5.9	5.8	5.8	5.6	...
德國	12.3	12.0	11.9	11.6	10.9	10.7	10.2	10.2	10.1	10.1	9.8	9.7	9.5	9.3	9.2	9.1
法國	10.9	10.6	10.7	10.9	10.9	11.7	11.6	11.4	11.2	11.2	10.9	10.5	10.2	10.1	10.1	...
荷蘭	13.6	13.1	12.9	12.5	...	...	...	...	10.8	...	...	...	...	...	...	...
挪威	9.0	8.7	8.9	8.7	8.4	8.0	8.2	8.0	7.7	7.6	7.3	7.0	6.8	6.5	6.2	6.1
瑞典	7.4	7.2	7.1	7.0	6.9	6.8	6.7	6.6	6.6	6.5	6.5	6.4	6.1	5.9	5.8	...
美國	7.1	7.0	6.8	6.7	6.6	6.5	6.5	6.5	6.4	6.3	6.3	6.3	6.2	6.1	...	...
日本	40.8	39.8	39.1	38.7	37.5	36.4	36.3	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0	31.2	30.6
韓國	...	12.6	...	...	14.7	...	...	14.9	...	...	17.5	15.7	15.8	16.4	16.1	16.5
台灣 (全民健保)	8.8	8.8	8.7	8.8	8.8	9.4	9.4	9.5	9.6	9.4	9.5	9.2	9.2	9.1	9.1	9.2

資料來源: 1. 各國: OECD HEALTH DATA 2015, JULY.

2. 台灣: (1) 平均每人西、牙醫門診次數-分子: 衛生福利部統計處102年度全民健康保險醫療統計年報, 平均每人西、牙醫門診次數-分母: 全民健保投保人口數。

(2) 平均住院日-衛生福利部統計處102年度醫療服務量年報-歷年醫院平均住院日(一般病床)。

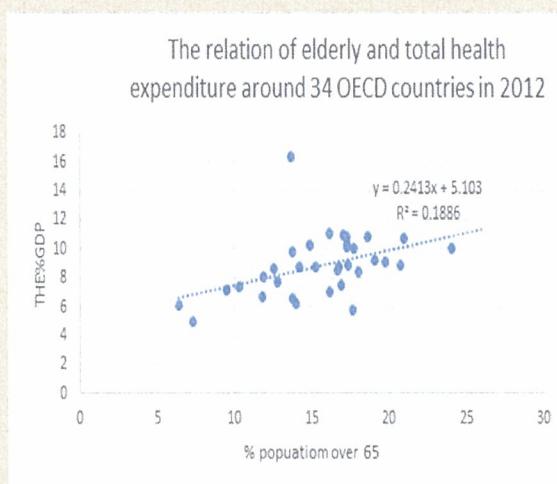
註: ... = not available

資料來源: 全民健康保險醫療給付費用總額協商參考標要覽104年版



11

國際比較:台灣健康支出過低

資料來源: <http://stats.oecd.org/>

- 健康支出佔GDP過低
 - 2014年台灣健康支出佔GDP 6.8% 但按OECD估算考慮老年人口後, 台灣健康支出應佔8.3%。
- 公部門佔總健康支出比例過低58%
- 人事成本比例過低, 嚴重被低估



12

國際比較：台灣醫療支出比例過小

(三) 醫療費用占GDP比率

國家	西元年	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
澳大利亞		6.7	6.9	6.9	7.2	7.3	7.5	7.5	7.7	7.6	7.6	7.7	7.8	8.2	8.1	8.2	8.4	...
加拿大		7.6	7.8	7.6	7.5	7.8	8.0	8.0	8.1	8.1	8.3	8.4	8.6	9.5	9.6	9.2	9.2	9.2
德國		8.8	8.9	8.9	9.0	9.0	9.2	9.4	9.2	9.3	9.2	9.1	9.3	10.2	10.0	9.8	9.9	10.1
法國		8.7	8.6	8.6	8.6	8.7	9.0	9.1	9.2	9.3	9.2	9.3	10.0	9.9	9.8	9.9	10.1	10.1
荷蘭		6.5	6.3	6.3	6.2	6.6	7.1	7.5	7.7	8.6	8.5	8.5	8.7	9.3	9.5	9.5	10.1	10.2
挪威		7.5	8.2	8.2	7.5	7.8	8.7	9.0	8.6	8.1	7.7	7.8	7.7	8.8	8.6	8.5	8.5	8.6
瑞典		7.6	7.9	8.1	7.9	7.9	7.8	7.6	7.9	8.4	8.0	10.1	10.3	10.4
美國		11.3	11.3	11.2	11.3	11.9	12.5	12.8	12.9	13.0	13.0	13.2	13.7	14.7	14.6	14.7	14.7	14.7
日本		6.2	6.5	6.8	7.0	7.3	7.4	7.5	7.6	7.7	7.8	7.8	8.1	9.0	9.1	9.5	9.6	...
韓國		3.3	3.4	3.7	3.7	4.2	4.1	4.3	4.4	4.7	5.1	5.3	5.4	5.9	5.9	6.0	6.1	6.3
台灣 (全民健保支出)		2.8	3.0	3.1	3.0	3.3	3.4	3.4	3.4	3.4	3.4	3.3	3.5	3.7	3.5	3.5	3.6	3.6

資料來源：1. 各國：OECD HEALTH DATA 2015 JULY，當期價格當地貨幣計算。
 2. 台灣：(1) 醫療費用-衛生福利部報行政院105年全民健康保險醫療給付費用總額資料。
 (2) 國內生產毛額(GDP)：行政院主計總處國內生產毛額 [104年5月]，按當期價格新台幣計算。
 註：1. ... = not available。
 2. OECD國家：
 (1) 醫療費用採 Individual health care services and medical goods，當期價格當地貨幣計算。
 (2) 瑞典缺2000年以前之資料。



資料來源:全民健康保險醫療給付費用總額協商參考標準要覽104年版

比較制度- 英國醫師工時

- 1990s 中期, 英國住院醫師大部分每週工時大約100 小時
 - 2004, 住院醫師的每週工時設定為58小時
 - 2007, 則降為每週56 小時
 - 2009, EWCB 60,000 住院醫師設定工時為每週48 小時
 - 醫師每週工時上限48 小時
 - 醫師連續24 小時內一定要有11小時休息
 - 每七天一定要有連續24小時休息
 - 如果需要額外時間, 個別醫師可以自願
 - 只有少數科別可以免除新的規定
- <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/8177878.stm>



比較制度- 日本醫師工時

每週不超過38.75小時
可再加班16或24小時，
也就是每週不超過
62.75小時

日本醫師堅守不過勞

名古屋大學醫員及び医員(研修医)就業規則 (抜粋)
(医員の勤務時間及び休憩時間)
第26条 医員の勤務時間については、平成16年7月11日を起算日とする4週間単位の变形労働時間制を採用し、4週間に8日以上の休日を取、週の所定勤務時間は4週間で平均して、週31時間以内とする。
(医員(研修医)の勤務時間及び休憩時間)
第27条 医員(研修医)の勤務時間については、平成16年7月11日を起算日とする4週間単位の变形労働時間制を採用し、4週間に8日以上の休日を取、週の所定勤務時間は4週間で平均して、週38時間45分以内とする。2. 1日の所定勤務時間は、原則として7時間45分とする。

研修医当直

- 回数(月平均) : 4回
- 当直手当 : あり (ICU当直20,000円/回 + 超過勤務手当2250円(時給))
- 当直時の勤務体制 (研修医以外の当直医数) : 1~2人
- 当直時の勤務体制 (当直研修医数) : 2人
- 勤務体制 : 日直8:30~17:15 宿直17:15~翌8:30

來自UncleDa Huang 臉書



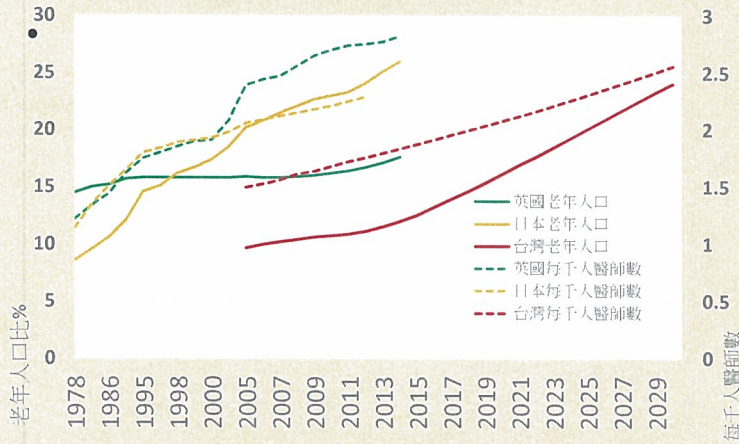
國際比較-醫師人口比

• 衛福部對醫師人力的估算



醫勞盟對醫師人力的估算

台日英三國醫師人力與老年人口



- 醫師正成長 > 人口成長
- 2018總人口減少
- 老人醫療資源使用多
- 日本2013, 老年人口25%, 每千人2.4醫師
- 台灣2030, 老年人口25%, 每千人2.6醫師

資料來源：
 OECD Health statistics, <http://stats.oecd.org/>
 衛福部 http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOS/Statistic.aspx?f_list_no=312
 國發會 http://www.ndc.gov.tw/Content_List.aspx?n=84223C6586F94D72



17

衛福部對於臨床醫療時數缺口計算

醫勞盟意見

臨床醫療時數缺口需4年補足

年度	臨床醫療時數缺口	總補充工時合計	年補充人力 (除每年培育1,300名外)				公費生
			Hospitalist 每年補充人數	Hospitalist 補充工時	PGY-五大科補充人數	PGY-五大科補充工時	
104	-38,177	1,200	30	1,200	0	0	0
105	-36,177	2,000	50	2,000	0	0	0
106	-32,177	4,000	100	4,000	0	0	0
107	-28,177	4,000	100	4,000	0	0	0
108	-2,177	26,000	100	4,000	500	22,000	0

備註：1. 從109年起，補充人力大於缺口。
 2. Hospitalist補充工時以每名主治醫師每週工時80小時、分攤1/2住院醫師業務計算工時，30*80*1/2。
 3. PGY以每名每週工時88小時、醫療服務時數佔1/2計算工時，500*88*1/2。
 4. 公費生自105年培育，預計112年投入五大科服務。

- 臨床醫療時數缺口估算錯誤
 - 假設錯誤：醫療需求
 - 沒有科學排班
- Hospitalist 估算假設錯誤
 - Hospitalist 工時應 40 小時
 - Hospitalist 分攤業務應 1



18

醫勞盟對於夜班醫師人力的估計

- 130000 病床，100000 教學床，佔床率80%
- 目前值班法每日夜間人力需求：1300 人次
- 科學排班每日夜班人力需求：7-800人次
- 2016 PGY醫師 1300人，住院醫師4700人, Hospitalist 50 人
- 2019 PGY醫師 2600人，住院醫師5000人, Hospitalist 300人
- 2021 PGY醫師 2860人，住院醫師 5000人, Hospitalist 900 人
- 夜間照護醫師人力需要經濟誘因
 - PGY醫師、住院醫師、Hospitalist 是住院照護團隊
 - 已經在第一線值班的重症醫師和社區醫院的主治醫師
 - 未來開放醫院(Open Hospital) 的基層醫師或是代班醫師(Locum)



19

科學排班模式樣本

Working pattern – full shift rota

Rest requirement – natural breaks (min 30 mins continuous rest after approx four hours' duty)

New Deal pay band – Band 1B

	Mon	Tues	Wed	Thur	Fri	Sat	Sun
1	N 21:00 – 09:30	N 21:00 – 09:30	N 21:00 – 09:30	N 21:00 – 09:30	Zero Hours		
2	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	N 21:00 – 09:30	N 21:00 – 09:30
3	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	N		
4	Zero Hours	Zero Hours	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00		
5	D: Long Day 09:00 – 21:30	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00		
6	Stnd Day 09:00 – 17:00	D: Long Day 09:00 – 21:30	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00		
7	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	D: Long Day 09:00 – 21:30	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00		
8	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	D: Long Day 09:00 – 21:30	Stnd Day 09:00 – 17:00		
9	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	D: Long Day 09:00 – 21:30	D: Long Day 09:00 – 21:30	D: Long Day 09:00 – 21:30
10	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00	Stnd Day 09:00 – 17:00		



20

醫師納入勞基法時程的主張

1. 勞動部即刻公佈，衛福部著手規劃。
2. 全體受雇醫師納入勞基法 84-1條，立即享有除了工時以外保障e.g.職災。
3. 工時限制，進行協商。
 - 主治醫師規劃逐年降低工時至退出84-1條責任制，適用勞基法30條工時規定。
 - PGY以及住院醫師，首年以四週288小時為上限，逐年降低工時，直至合乎勞基法30條或84-1條廢止。



21

醫師納入勞基法配套的政策主張：

1. **醫療服務改革**
增進民眾健康與死亡識能，減少無效醫療使用，包括門診和住院。
2. **醫事人力規劃**
 - 公立醫院角色減少門診，以住院為主。
 - Hospitalist北中南成立住院整合醫學中心與訓練基地。
 - 住院醫師科學排班，如Night Float。
 - 專科護理師的醫療分工角色
3. **分級醫療**
 - 落實家庭責任醫師與社區醫療。
 - 檢討醫學中心功能、減少醫中慢性病追蹤門診。
4. **重新估計醫事人員勞動成本**
 - 健保醫事人力服務成本給付、DRG 重新計算人力成本、公立醫院人事預算
5. **勞動教育**
 - 列為醫學院必修、醫事人員必修倫理與性別學分。



22

受雇醫師納入勞基法的重要性

- 醫師健康的社會決定因子！
- 醫師職場的性別障礙。



23



好珊

感謝曾醫師和醫勞盟這五年來持續不斷的關心和努力。

彥廷過世之後，在家人心中留下的傷痛從來沒有離開過…

家人希望透過彥廷的事件，能夠喚醒大家對醫師在高壓環境，超時工作導致嚴重過勞的重視。

將醫師納入勞基法，改善醫療環境，讓每個盡心盡力救人的醫師可以得到生活的保障。

家人衷心期盼不要再有另一個醫師倒下。



24

台灣急診醫學會對於立法院「醫師適用勞基法」的公聽會，茲表示以下意見：

- 1、 醫師的工作安全需要進一步的保障，但因考量個人需求不同，所以醫師要有自由選擇是否納入勞基法的選項。
- 2、 對於可能產生的醫療人力短缺，進而造成病人安全危害的問題，應先有具體且完善的配套措施。
- 3、 急重症醫療人力不足的問題，政府應投入更多的資源。

「醫師適用勞動基準法之具體時程」公聽會(105.06.06)

劉梅君（醫改會董事/政治大學教授）

一、資本主義體制與所有受僱者勞動權益保障

醫師作為受僱的身份，如同其他受僱者一樣，納入勞基法，這是基本的勞動人權保障！不因特定職業的專業程度高低而有差異，也不因執業過程中享有相當程度的專業自主性，而可被排除於這套勞動保障法制之外，原因是資本主義雇傭關係底下受僱身份的脆弱性，包括人格-經濟-組織從屬的事實、勞資權力的不對等及「自由人」的虛假性等，因而在民法之外，另起一套勞動法以之因應勞資權力失衡的事實。

以製造「物」為主的製造業，早已適用勞基法，來保護受僱者，醫療行業服務對象是「人」，沒有道理其勞動者不需獲得該有的勞動保障，蓋醫事人員若無勞動保障以至暴露在長工時高壓力的工作環境下，影響的不僅是這些執業的醫事人員的健康安危，更是其病患！因此保護醫事人員執業環境的合理，其重要性不言而喻！

二，人力短缺？真命題或偽命題

這裡需要統計資料，我們才能看出究竟有無及程度。如果住院醫師平均每週約 80-88 之間，而非 100 以上，則實施勞基法後，短缺問題不大；但若經常性 100 小時以上，則會有人力不足的問題，這種超長工時的情況的確需要規範，因而產生的人力不足，需要解決，但說理邏輯上，不可以因為會造成人力不足，所以不可適用勞基法。

至於人力不足的說法，是錯誤，也是正確。錯誤在於，此種說法是建立在一切都沒改變的條件下，民眾看診行為沒變，醫院提供醫療行為沒變，則一定人力不足。但醫療供需雙方的行為企待改變，不是嗎？如果台灣健保要能永續下去的話！

三，無法永續的現況

但現行病人擠爆醫學中心的現況是大有問題的，大量門診輕症患者、經濟性住院及滯留住院（後送系統及長照系統不足）病患，讓醫學中心嚴重超載，也因此造成醫護過

勞！如果醫學中心回歸其急重難症的本業，則勞基法適用是否仍會衍生人力短缺的問題？因此正本清源之道是要落實家庭醫師制度、分級醫療、轉診制度，且健保支付制度也要從論量計酬改為論人計酬。


當然，已實施 20 年的健保制度，民眾就醫行為的改變無法一蹴而就，在此過度期間，適用勞基法後，在工時上可以由勞資雙方協商，而得不受法定工時的約束，如此可免民眾的擔憂，但我們最終是希望醫事人員不要過勞，因此分級醫療轉診制度的徹底實施、論人計酬制度的推動及教導民眾自我照護等作法，是導正現行醫療照護行為的重要制度手段，如果沒有先從這幾個重要的結構問題改變起，現行醫療體制大概只能原地兜圈子，即使納入勞基法，醫事人員仍然過勞！

醫師納入勞基法已經過了那麼多年，卻仍然還未能落實，這是令人非常遺憾的一件事！退一步言，勞基法還有 84 條之一的運用，可以讓醫師在適用勞基法的情況下，仍可完整執行醫療服務，不影響病患的權益！反而我們見到醫師執業時間長短無法令規範，造成醫師值班及看診量爆表，導致過勞甚至倒下的悲劇，先不論這對醫師造成極大的身心健康的影响，這種情形當然也危及看診品質，對病人未必是有利。

事實上，目前不少醫師看診量爆表的現象是有修正的空間，例如民眾因同一個病因求診時，往往要跑醫院好幾次才得出診斷結果並開始治療（第一次是大略的問診及簡單的檢驗，第二次是接受特殊的檢查，第三次才回到醫師診間獲知前兩次檢驗及檢查的結果）；更多的回診是例行性性質。其實一般基層診所也有能力執行大醫院醫師的診斷，但民眾仍捨基層診所，湧向大醫院，主要是擔心萬一需要進行檢查或手術，基層無法執行。對此，我們需要基層及醫院以病人為中心的建立密切合作雙向轉診的制度。未來勞基法適用後，醫院醫師人力不足的解決之道就在基層人力，當然此時基層總額及醫院總額的作法必需打破，才能建立起雙方密切合作的雙向轉診制度。


我們不能接受種種制度的扭曲及不作為，卻要由醫事人員來承擔苦果！

何時住院醫師納入勞基法保障？

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室

美國李碧里昂法 (Libby Zion Law) (New York State Department of Health Code, Section 405)

- 1984年3月18歲的LIBBY ZION被送到美國紐約大學醫院急診室，接受一位住院醫師與一位實習醫師照顧，病人在7小時後死亡。
- 1989年7月紐約州政府被迫限制住院醫師每周工作不可以超過80小時。2001年11月美國國會立法，授權聯邦政府限制住院醫師工作和值班時數，到了2003年同步適用到全美國，被稱為**李碧里昂法案(Libby Zion Law)**。

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室

血汗醫師！工時超過110小時

2015-10-13 15:30 聯合

住院醫師工時長

住院醫師工時長，醫院外科、急診等科別招募年輕醫師困難；醫勞盟理事長張志華表示，住院醫師工作以外科系、婦產科最繁重，衛福部在醫院評鑑中要求住院醫師每周工時不超過88小時，時數已遠超過勞基法工時規定。

張志華說，各醫院常以全院計算平均工時，但不少外科住院醫師每周工時平均達90至110小時，有的甚至超過110小時；白天上完班、晚上還需值班，在值班室雖然是有事才需處理，但睡眠片段，無法獲得充分休息。

台灣的現況

- 87年7月1日醫療保健服務業納入勞基法規範(醫師除外，但無制定上限)

勞動基準法適用行業及適用日期

73.8.1	81.7.21	87.4.1	89.1.7	98.1.1
1.農林漁牧業	1.電影片製作業	1.保險業	醫文業之公立單位技工、工友、駕駛	1.工商業團體僱用勞工
2.礦業及土石採取業	2.電影片發行業	2.不動產業	89.3.9	2.已完成財團法人設立登記之私立幼兒園、私立私立幼兒園、私立私立幼兒園
3.汽車修理保養業	3.汽車修理保養業	3.廣告業	地方民意代表表僱用之助理人員	98.5.1
4.製造業	4.電影業	4.設計業	90.1.21	98.5.1
5.水電煤氣業	4.電影修理業	5.商品經紀業	受僱於縣(市)政府從事停車場業務之人員	98.7.1
6.運輸倉貯及通信業	5.腳踏車及自行車修理業	6.顧問服務業	92.10.1	自由職業團體僱用勞工
7.大不傳播業	6.洗染業	7.租賃業	政黨僱用勞工	依公高大廈管理條例成立並報備之大廈管理委員會僱用勞工
8.保險輔助業中之海事檢定服務	7.其他凡用發動機從事製造、加工、修理、解體之事業	8.其他工商服務業	92.10.1	103.8.1
9.運輸工具設備租賃業	86.5.1	9.個人服務業	政黨僱用勞工	私立各級學校編制外之工作者(不包括僅從事教學工作)
10.新聞供應業	1.銀行業(金融投資業)	10.電影片映演業	92.10.1	
11.出版業	2.加油站業	11.法律及會計服務業(律師、會計師除外)	92.10.1	
12.廣播電視業	3.環境衛生及污染防治服務業	會計師除外)	92.10.1	
13.停車場業	87.3.1	1.社會福利服務業	92.10.1	
註：8-13係因中華民國行業標準分類變更致該等業為不適用行業後，為理	1.金融及其輔助業	2.醫療保健服務業(醫師除外)	94.6.30	
	2.資訊服務業	3.公務機構技工、工友、駕駛	1.公立醫療院所僱用之會計師	
		4.公務機構清潔人員	2.全國性政治	

87.7.1

1. 社會福利服務業

2. 醫療保健服務業 (醫師除外)


之工作者

醫院評鑑之規範

條號	1.6.1 (待 103 年試評結果修正)
條文	住院醫師值勤時數安排適當
	<p>C：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 住院醫師每週正常值勤時間連同延長值勤時間不得超過 88 小時。 2. 住院醫師每日正常值勤時間不得超過 12 小時，連同延長值勤時間不得超過 32 小時。 3. 住院醫師生理、精神狀況允許時，且符合下列情況，可以超時值勤繼續照護某特定病人。但連續值勤時間仍不得超過 36 小時。

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室

勞基法84-1條

- 法規名稱：勞動基準法 
- 修正日期：民國 104 年 12 月 16 日

[所有條文](#)
[編章節](#)
[條文檢索](#)
[條號查詢](#)
[附屬法規](#)
[修正條文](#)

第 84-1 條 經中央主管機關核定公告之下列工作者，得由勞雇雙方另行約定，工作時

間、例假、休假、

條、第三十二條、

一、監督、管理人員或責任制專業人員。

二、監視性或間歇性之工作。

三、其他性質特殊之工作。


前項約定應以書面為之，並應參考本法所定之基準且不得損及勞工之健康及福祉。

不得損及勞工之健康與福祉

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室


住院醫師入勞基法的優點

1. 病人的安全與醫療品質
2. 醫師權益的保障
3. 減少醫療疏失引致的糾紛訴訟
4. 醫院分級的落實
5. 健保給付制度的改善

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室

本席提案

- 爰要求勞動部本於職責，會同衛生福利部，儘速將住院醫師納入勞動基準法保障，以兼顧住院醫師勞動權益與保障病患就醫權益。
- 在住院醫師未納入勞動基準法規範前，勞動部應保障住院醫師每週最高工時，不得超過80小時，每日正常值勤時間不得超過12小時，連同延長值勤時間不得超過24小時。

生醫公衛 專業問政  立法委員 陳宜民 國會辦公室

社會福利及衛生環境委員會

【醫師適用勞動基準法之具體時程】

公聽會書面意見

立法委員劉建國

2016.06.06

如果工時過長，對任何人而言，都會產生嚴重的疲勞感，更將嚴重影響身心健康。同理，若住院醫師工時過長，不僅會有過勞現象，嚴重者，更會影響醫療判斷，造成醫療品質下降，致使病人安全受到嚴重威脅。據政府資料開放平臺資料顯示，103年住院醫師的單週工時高達71.5小時，工時之高，又以外科部最為嚴重，神經外科的平均工時為90小時，醫師過勞現象層出不窮。為了有效改善醫師過勞問題，衛生福利部拍板住院醫師將於109年納入《勞動基準法》。唯現有109年實施之時程是否過晚？都須再進行廣泛討論，唯一不變的事，越早實施將有效維護醫師之身體健康、病人之醫療安全。勞動人權是基本人權，住院醫師納入《勞動基準法》在國內已具有普遍共識，政府應努力讓共識早以實現。

立法委員 劉建國



名稱 勞動基準法^國
修正日期 民國 104 年 12 月 16 日
法規類別 行政 > 勞動部 > 勞動條件及就業平等目

第 84-1 條 經中央主管機關核定公告之下列工作者，得由勞雇雙方另行約定，工作時間、例假、休假、女性夜間工作，並報請當地主管機關核備，不受第三十條、第三十二條、第三十六條、第三十七條、第四十九條規定之限制。

- 一、監督、管理人員或責任制專業人員。
- 二、監視性或間歇性之工作。
- 三、其他性質特殊之工作。

前項約定應以書面為之，並應參考本法所定之基準且不得損及勞工之健康及福祉。