

立法院第 9 屆第 5 會期

社會福利及衛生環境委員會第 11 次全體委員會議

「因應醫師納入勞基法，醫師人力緊
迫，有效培養醫事人力」

專案報告

報告人：衛生福利部常務次長薛瑞元

報告日期：中華民國 107 年 4 月 19 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。茲就醫師納入勞動基準法之醫師人力問題因應方案，提出專案報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、我國醫師人力現況

一、我國目前共計有 12 所醫學校院設有醫學系，每年招收 1,300 名醫學系學生，其中 9 家醫學系每年另招收本部「重點科別培育公費醫師制度計畫」100 名、11 家醫學系招收本部「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」20 名，另平均每年約有 90 名國外醫學系畢業生通過本國醫師考試。統計近 10 年醫師執業總人數由 96 年之 35,815 人增加至 105 年之 44,803 人，增加幅度為 28%，其中醫院增加 5,836 人、診所 3,152 人，於醫院執業比率則約占執業醫師 62%。

二、我國自 75 年辦理專科醫師分科制度，並於 90 年起實施專科醫師訓練容額管制措施，統計內、外、婦、兒、急診專科醫師領證人數每年約 700 人，約占全體之 53%。另於 100 年起實施一年期畢業後一般醫學訓練制度（簡稱 PGY 訓練），致 103 至 105 年間每年專科醫師新增領證人數減少，惟自 105 年起已逐漸回穩。至於，內、外、

兒、婦、急診五大科醫師於醫院執業比率分別為 70%、71%、38%、48%、85%。

三、在國際比較方面，至 105 年底，我國每萬人口西醫師數為 19.03，與香港接近（19），略低於韓國（22.9）、日本（23.6），亦低於英國（28.1）、美國（25.7）、法國（31.4）等國及 OECD 國家之平均值（34）。

四、至於，醫師負荷方面，查近 10 年病床總數由 96 年之 12 萬 8,648 床增加至 105 年之 13 萬 618 床，共計增加 1,970 床（增加比率為 1.5%），平均每名醫師照顧床數則由 5.7 降至 4.6，其中，醫學中心由 3.0 減少至 2.4、區域醫院由 6.3 減少至 5.2、地區醫院由 10.5 減少至 9.1，惟鑑於未來人口結構老化及受僱醫師納入勞基法之工時縮減問題，重症人力仍須持續強化。

五、依據本部 103 年委託國家衛生研究院辦理「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」，推估如將住院醫師每週工時降至 80 小時，且未增加醫學生容額，於現有醫療服務量及民眾就醫型態不變之條件下，約需增加 900 名教學醫院主治醫師。

貳、醫師納入勞動基準法對於醫師人力衝擊及因應措施

針對受僱醫師納入勞基法，工時限縮對於人力之衝擊，本部業已研擬並推動相關措施，辦理情形如下：

一、增加臨床醫療人力供給

- (一) 開辦重點科別培育公費醫學生計畫：有鑑於未來人口老化及五大科醫師人力需求，本部自 105 年重啟公費醫學生培育計畫（重點科別培育公費醫師制度計畫），每年招收 100 名公費醫學生，並規定於完成內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科專科醫師訓練後，分發至醫師人力不足地區之醫療機構服務，以充實偏鄉離島地區之醫師人力需求。
- (二) 辦理地方養成公費醫學生計畫：持續辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，101 年至 107 年每年約培育 20 名醫學生，108 年起每年約培育 50 名，於完成訓練後，優先分發至山地離島地區衛生所服務，提升該等地區的醫療品質。
- (三) 規劃公費醫師續任偏鄉獎勵計畫：為鼓勵公費醫師服務期滿後，繼續於偏鄉地區醫院或衛生所提供醫療服務，已提報「偏鄉公費醫師留任獎勵計畫」，以穩定偏遠地區之醫療機構人力，該計畫將於行政院核定後實施。
- (四) 試辦醫院整合醫學照護制度 (hospitalist)：鼓勵醫院發展住院整合醫學，以提升住院照護效能，分擔專科醫師及住院醫師負荷，本計畫自 104 年至 107 年度，每年核定補助 15~19 家醫院辦理本項計畫。

二、增加醫療輔助人力

- (一) 增加專科護理師人數：每年約 600~800 人，以輔助醫師執行臨床業務，並提升整體照護效率及品質，截至 106 年通過專科護理師甄審總數計 6,962 人。
- (二) 檢討專科護理師執業範圍：依據護理人員法第 24 條第 3 項規定，專科護理師及接受訓練期間護理師，得於醫師監督下執行醫療業務，爰本部於 104 年 10 月 19 日訂定發布「專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法」，並自 105 年 1 月 1 日施行。為使專科護理師之執業範疇更符合臨床實務需求，經調查彙整專科護理師訓練醫院、直轄市、縣（市）政府衛生局及醫護團體之意見，業於 106 年 5 月 8 日修正擴大得於醫師監督下執行之醫療業務項目。

三、人力彈性運用措施

推動試辦開放醫院模式，鬆綁醫師報備支援規定，以增加醫療人力支援彈性（區域聯防）及結合社區醫療資源之照護合作模式：

- (一) 為解決偏鄉地區產科醫師人力問題，本部刻正研擬「開放醫院生產共同照護試辦計畫」，透過獎勵補助計畫，鼓勵設有產房之醫院與基層婦產科診所發展生產合作模式，擴大提供接生服務之婦產科醫師來源，以解決醫療資源不足地區之婦產科人力不足問

題。

- (二) 辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援偏鄉地區醫院計畫，輔導資源缺乏之偏遠地區，以區域聯防相互結盟概念，並依區域內醫院發展醫療項目重點，支援區域內之醫療院所所需專科醫師人力，提升該地區醫療照護品質及人力資源效益。

四、推動分級醫療，落實轉診制度

- (一) 健保署已推動分級醫療六大策略及相關配套措施，包括：壯大基層醫療服務量能、導引民眾轉診改變就醫習慣、調整部分負擔與醫院重症支付標準、強化醫院與診所合作提供連續性照護、提升民眾自我照護知能、加強醫療財團法人管理等。
- (二) 檢討醫療網計畫，持續強化基層醫療及社區醫院之角色，擇定 6 個縣市試辦垂直整合計畫，以落實分級醫療與轉診制度。

參、結語

為改善醫師勞動條件，本部已積極推動各項措施，以期在確保民眾就醫可近性及醫療安全與品質的前提下，建立台灣永續之醫療照護體系，共創社會多贏。

本部承 大院各委員之指教及監督，在此敬致謝忱，並祈各位委員繼續予以支持。