

衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」第二次會議紀錄

時間：105年7月14日（星期四）下午6時

地點：本部209會議室

主席：林總召集人芳郁

紀錄：劉淑銘、李玫陵、林淑芬

出席單位及人員：詳見簽到單

壹、主席致詞：我們開始今天衛生福利部醫師勞動權益推動小組第二次的會議。本會議是集合各分組和各位委員討論的結果，做一個總結後，呈現給衛福部做最後的參考。我們這個小組最重要的目標是相關政策建議。在這邊要特別感謝三組委員密集的開會，而且提供很多的意見，我們無非是希望對於醫師納入勞基法以後，做最好的因應，我們的建議大概會給衛福部很大的幫忙。接下來是各分組的報告（略）。

貳、討論事項

討論事項一、立法院朝野黨團協商醫師納入勞基法之時程一案，提請討論。

與會代表發言摘要

一、羅傳賢分組召集人

- （一）法規調適組各位委員的建議是希望在106年9月1號開始實施。假如勞動部法令能夠解決第84條之1適用問題，問題就不大。因為一般新的法令建置都會用過渡條款。至於106年9月1號實施會不會有過渡期，很難確定，因為醫院有公、私立的，那麼多科分工，醫療事業在健保公法強制之下，有一些劣勢。
- （二）醫療事業也有公法上的任務，能不能很快就達到公益的目的，這個難度很高。所以，建議勞動部如能規劃好過渡期的工時，如106年要實施的話，剛開始工時可能會高一點，逐年下降，最後達到最低標準的保障。有一些特殊的場所，例如，急診、開刀房、產房是不是能夠完全做到，我們仍存疑，這是本組的建議，提供大會參考，希望大家再集思廣益。

二、張上淳分組召集人

- （一）人力資源分組討論過程中，一直有委員提到工時到底是要訂定88、80、78、68小時？影響到醫療輔助人力到底需要多少？所以，工時訂定不清楚，對

於運用醫療輔助人力補充住院醫師工時的限制，影響重大。希望在大會或在醫療政策組能把工時訂定得更清楚。

(二) 第二，除住院醫師的工時限制納入勞基法外，主治醫師是同步納入還是分次納入，在本分組未獲得相關訊息。另外，如住院醫師是訂定 88、80 小時，而主治醫師是訂定多少，也不太清楚。因為會影響到需要多少的醫療輔助人力或者所謂的 hospitalist 制度要如何設計，需要多少 hospitalist 醫師。

(三) 第三，本分組委員除提到人力的配置，另整體的財務狀況、財務問題也應一併考量，包括健保給付或是健保總額等，都有連帶影響，這些可能在醫療政策上需要搭配，使各醫院在建置醫療輔助人力時能更可行。

三、主席

(一) 由於醫療政策組陳昱瑞分組召集人，尚未到場。暫由本席對於醫療政策組召開之會議先做一個說明，當次會議有討論到補充人力，可否實施像美國開放式醫院的制度，最後的結論是實施開放醫院，可能不適合我國國情。

(二) 第二個，希望我們在對醫師的人力支援方面，採取比過去開放的方式，就是不要限制醫師只能在某一家醫院工作，開放醫師可以補充人力不足的地方。陳分組召集人到場時如有補充，再請他報告。以上是三分組所做的結論，繼續進行下面兩個討論事項。

四、主席

大家對於討論事項一，立法院黨團協商醫師納入勞基法之時程，有無意見？剛才，羅召集人已提供該組建議時程為 106 年 9 月 1 日。可是最終需看衛福部整體的運作及準備的程度，而我們的建議只是提供衛福部參酌。

五、醫師勞動條件改革小組

(一) 個人認為在這個會議進行當中及會議提供的資料，有一個狀況是，很多會議的進行並沒結論，而在會議資料，似乎以分組會議有結論的方式來做呈現，這是一個很大的問題。

(二) 第二個，這次的會議當中有些資料本身是有問題的，包含國衛院所做的「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」調查研究，在分組會議已提到關於住院醫師缺少多少人這件事情，這個數字本身可能是有它研究上的限制

所帶來的問題，而這個部分必須做更細緻的考量。目前為止，衛福部沒有做更理想的說明。

- (三) 第三個，在本次會議第一點討論所謂黨團協商的事宜，在過去我們所進行的會議當中，並沒討論過。如果我們希望用一個更有效率的方式進行會議，必須避免花時間在醫師要不要納入勞基法做爭論，應該在一個清楚點上，是我們希望醫師納入勞基法，一起來想要怎麼讓這件事情可以更有效的狀況下，去實行、去思考，而且我們提供的資料是有效、正確的，達成一個實質有效的結論。

六、主席

我們應感謝國衛院，在短期內做出「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」研究成果，本研究至少提供相關資訊，讓我們可做後續的討論。

七、熊昭委員

上次在人力資源分組已說明人力缺口之計算方式，而本次會議有另提供會議資料第 16 頁住院醫師人力缺口之補充說明，其中一個概念是倘若住院醫師工時縮減，以不擠壓訓練時數為條件，請大家參考。

八、醫師勞動條件改革小組張恆豪

這份研究限制上，主要問題是把訓練跟工作完全分割開的，而實務上沒辦法完全切割。所以當我們做這樣的假設時，它的研究結果可能就會產生一定的限制。

九、主席

貴小組如有更好的方法，來達到更好的研究，可提供相關資料參考。

十、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

有關會議資料第 3 頁相關問題研析，針對「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」研究結果，建議加上「現有醫療服務量不變之條件」，如此樣本數可能有其他的研究限制才成立。而第 4 頁另加上，「落實分級醫療若推動、民眾就醫習慣改變狀況，則量是可能改變」。

十一、熊昭委員

對於住院醫師的訓練時間與臨床醫療工作時間如何調配，日後應進行討論，才是正本清源的辦法。

十二、王明鉅委員

關於「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」研究，最大的問題，是用一個短期人力來填補一個長期的缺口。因為住院醫師不永遠是住院醫師，醫學系畢業經過 PGY 訓練就是住院醫師，可是住院醫師訓練 4、5 年後就會結束，結束後成為專科醫師。所以，增加那麼多的住院醫師時，我們的策略是用一個短期人力去彌補一個長期存在的缺口，即會發生一大問題，變成這些人住院醫師訓練結束時，耳鼻喉科、眼科、泌尿科、骨科、內科、外科就增加越來越多專科醫師，除非這些人一開始不允許當主治醫師、專科醫師，然而，這不可能。所以，住院醫師會成為專科醫師，而專科醫師就會開始爆增。

十三、熊昭委員

今天有提供另一份資料，是說明不同工時限制之下，缺少之臨床工時如用主治醫師或住院醫師補充人力分別為多少，並非僅說明以住院醫師人力補充。

十四、王明鉅委員

衛福部已依研究結果，開始增加住院醫師，如此會造成剛剛所提的，用短期的人力填補長期的缺口。所以，我們真要補充人力，是用長期人力補長期的缺口。

十五、張上淳分組召集人

- (一) 在人力分組討論過，住院醫師屬訓練階段，為將來的專科醫師所做的訓練。所以，不可把醫師人數是否足夠一直放在住院醫師這個層級上，國家的醫師人數足不足夠，應該看主治醫師或專科醫師到底需要多少，而不應該看住院醫師。住院醫師現在所謂的不足，是因為過去醫療發展所造成，國內中、大型的醫院使用傳統的照顧模式，在第一線皆由住院醫師做醫療照顧工作。如此以住院醫師作全部病房第一線工作的這種照顧模式，人力一定不夠。
- (二) 今天也看到衛福部現場發放的資料中，有引用我國每萬人口的醫師數相較其他 OECD 國家好像少很多，其中應牽涉到到底花多少醫療成本，維持我們的醫療體系。如果以 6 點多百分比 GDP 的花費想要跟其他 OECD 國家一

樣多的醫師人力，是強人所難。

十六、蔡秀男委員

- (一) 有關剛剛所提到國衛院「住院醫師納入勞基法之衝擊影響評估計畫」研究報告，人力缺口計算，和醫院服務提供的狀態，醫師的產生跟專科的需求有關。但，如果醫療政策改革，醫療環境都改變，民眾就醫習慣改變，醫療需求改變，那麼人力的缺口還是那麼大嗎？
- (二) 其實，到今天各組討論已經有了一些初步共識。第一，多數意見都贊成全體受僱醫師一起納入勞基法。第二，工時的配套，多數意見都贊成；尊重各專科醫學教育與醫療現況，依 84 條之 1 議定工時的原則去訂定工時。
- (三) 其實，依據相關討論之統計數據，台灣主治醫師的工時並不到 70 小時，住院醫師之平均工時也在逐年降低，23 個專科中有 5 科工時較高，可善用第 84 條之 1 彈性原則，研擬工時規範。依前述統計調查數據，95% 的科別主治醫師跟住院醫師納入勞基法，並沒有聽到重大窒礙難行之處。
- (四) 現在，醫界很多前輩用工時 40 小時去論述反對，可是，從 6 月初到現在，聽到很多專家的意見，贊成醫師納入勞基法且依第 84 條之 1 做工時配套，並非沒有彈性，並非不尊重專業，而強制以 40 小時納入。
- (五) 此外，各組討論到的相關配套如 hospitalist、專科護理師制度、分級醫療、轉診制度，都值得肯定，希望讓醫療環境留住人才，也透過醫師納入勞基法，加強住院醫師實習學習工時，減少過度勞務工時，改善醫師過勞、醫療品質與病人安全。在醫療輔助人力配套方面，也能創造專科護理師的人才需求與執業環境。
- (六) 在醫師納入勞基法後，如何改善人力缺口，其實，衛福部還有很多的政策資源與工具可以改善，透過健保給付的手段，搶救台灣的偏鄉醫療跟地區醫療，同時解決醫學中心人力過勞的狀況，也許也能改善醫學教育強化，更加確保病人安全。
- (七) 我們多數意見贊成全體受僱醫師納入勞基法、尊重專科醫學會訂定工時指引，也期待相關改革配套措施，包括專科護理師、hospitalist、健保給付、分級醫療、轉診制度、偏鄉醫療之改革。
- (八) 法規組委員，提出多數意見；若無重大窒礙難行之處，106 年 9 月 1 日納

入勞基法，其實，105年11月12日醫師節就可公告，宣示台灣醫療勞動人權法制改革的歷史性進步。

十七、賴香伶委員

- (一) 我想從勞檢的實務給大家建議，就是說並不是納入第84條之1，醫師的工時入法就完全沒問題，實務上還是會發生爭議，如果勞動部針對288小時或不這麼高，288小時就是四周，一周平均是72小時。剛剛看的資料，包括衛福部的指引，大概都是88小時的設定。一旦用第84條之1，288小時上限不調整，馬上就有違法問題。所以，第一個要面對工時是一定要調降，再不調降，納入勞基法、納入第84條之1，都有問題。
- (二) 再者，降工時會不會降工資？我們最擔心的就是勞動條件跟著下降，這是醫師或者在第一線要求納入勞基法的住院醫師要面對的問題。因為這是相對工時的工資，如果工時調降，工資不可以降。我們當然以此條件為前提，不然就沒有降工時為保健康的立論，降工時又降工資，絕對是一個倒退的修法心態，在我們立場，降工時不可降薪資待遇。在這個立場上，才去開始談是不是第84條之1，可以為這樣特殊產業的需求調適。如果沒有的話，剛剛有人提到納入醫療法，顯然大家不太贊同朝這個方向規劃。但如果現況是這樣，剛剛法規組也提到，必然是經營者跟高層管理者要面對，人力配置的條件如何到位？這種方式的時程搭配怎麼進行？如果時程是希望在明年9月1日實施，往前推什麼是立即性可做到的？如果沒辦法做到，是不是考慮勞動部或者羅委員提到的，階段性要怎麼做，這個應該是立法專家協助的部分。

十八、熊昭委員

- (一) 國衛院所做研究之意義，並不是只用住院醫師來做替代人力，應呈現其他資料以免造成誤解。

十九、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 醫勞盟一開始就有參與國衛院103年針對住院醫師人力調查的研究，其實熊老師花了很多心思，企圖呈現目前醫療的現況跟未來的發展，研究都有假設前提，而且認為醫療型態一定要改變，也放在正式報告裡面。
- (二) 我是一個hospitalist，在臨床上可以看到有25% ADL是0分的病人住在

我們科裡，這就是無效醫療，我在德國、荷蘭、英國的醫院裡看，不會有這種狀況，台灣是否仍要允許這樣的情況存在？在醫療政策分組也一直提到，應加強民眾教育，提升民眾健康知能。

- (三) 在醫師人力部分，以精神科醫師為例，醫學中心反應住院醫師不夠，但基層專科醫師太多。所以專科醫師人力不夠其實是住院醫師人力不夠，住院醫師人力不夠的意思也是值班醫師人力不夠。醫學中心主治醫師不應以看門診作為主要的健保收益或對於醫學中心責任分擔的方法，政策上應賦予醫學中心社會責任。
- (四) 有關照顧值班醫師人力不足的問題，在醫療政策分組有提到開放醫院制度，非只單純私人合夥關係，也是讓公立醫院的醫師能夠流動。另外，推動醫師納入勞基法，建議可開放代班醫師，在英、日，代班醫師薪資比正職醫師高，因為他在人家不願意上班的時候出來代班，包含夜間、假日或休假，讓醫師或其家人生病時可以請假。
- (五) 台灣教學醫院的主治醫師薪資結構其實有一些問題，醫師在教學醫院常需負擔研究、服務與教學，一日上班 16 小時，違反基本人的一個方式，也是調整的必要條件，應區分那些人是做研究、教學或服務，並據以核算薪資，勞動契約上要定的是真正在做服務的醫師的薪資跟他的工作條件。在英國和日本，薪資是切二塊，區分是服務型或教學型的醫師。
- (六) 健保給付問題方面，如果把人事成本算下去，總額絕對不夠，人事成本絕對會占掉總額非常大一塊。我之前有提供一份資料，在不估算今年開始培育新增的 100 名公費生，如果日本是我們的 model，在 2030 年我們老年人口會達到 25% 時，與現在的日本一樣，預估 2030 年台灣醫師成長將超過現在日本的醫師供給量，究竟醫師人力目標要定多少，政策上應先決定；又以我們的健康支出占 GDP 6%，日本是 8%，包括國家的財務分配上面要怎麼處理，都應該考慮。

二十、主席

立法院對於時程提出三個方案，上一場在法制調適分組建議 106 年 9 月 1 號實施，但附帶條件為由衛福部視勞動條件各方面是不是可以配合做最後的決定。

二十一、王明鉅委員

因為醫師過勞所以才會討論納入勞基法予以保障，並以勞基法第 84 條之 1 做工時的解套，其他非工時的權利義務福利部分，爭議不大，爭議最大的是工時的部分。但勞動專家提到目前適用勞基法並已 84-1 條補救工時限制，工時最高的行業別為保全，每週工時上限 72 小時，每月 288 小時，但現在醫師普遍每週工時 80~88 小時，如果未來醫師納入勞基法之後的工時，仍然要高於保全業的工時上限的話，那受僱醫師納入勞基法就不必再談了，一定要用另外的方法去解決，不可能納入勞基法。

二十二、熊昭委員

- (一) 依據國衛院進行西醫師的問卷調查，主治醫師工時超過的應不多。比較大的問題是住院醫師，超時工作多，這樣對住院醫師的訓練真的會比較好嗎？很多都是勞力的部分在做那一臨床工作，但有些應不是訓練
- (二) 今天在人力資源分組討論了很多輔助人力的作法，譬如 NP、PA 都是可行的，在法制調適分組可以再討論 NP 可以做的工作是不是可以再擴大，可不可以有更多的彈性，這樣才能夠真正的往前走一步，而且整個醫療體系才有可能做改善。

二十三、黃維琛委員

- (一) 從這一次華航的罷工事件，各界進一步了解，勞基法第 84 條之 1 是給指定的工作者可以排除一些工時規定之適用，但仍然必須願意簽約者才適用。通勤組員因有很多工時上的特殊情況難以避免，所以指定適用第 84 條之 1，而華航這一次罷工，原因之一就是員工不同意簽約，也因此，公司處在經常性的違法的狀態。即使指定某一日期將醫師納入勞基法適用範圍，並於同日指定醫師屬於第 84 條之 1 的工作者，則適用勞基法的第一天開始，就適用每週工時 40 小時的規定，在還沒有簽約之前，仍然無法適用第 84 條之 1，正常工時仍受一週 40 小時之一般性規範，此時，哪一個醫師不同意簽第 84 條之 1 的約定書，那個人就必須完全按照勞基法正常工時一週 40 小時以及延長工時一個月不超過 46 小時…等規定。
- (二) 此外，尚有幾個變數需考量，第一，勞基法第 84 條之 1 以後還會不會繼

續存在？還能夠存在幾年？並非沒有變數。第二，第 84 條之 1 即使由中央主管機關訂定審核標準上限，但因法定核准的權限在地方主管機關，就是縣市政府，縣市政府在核准時有權再下修，現在也有下修的情形，大家以為醫師週工時 72 小時 match，但如果有一個縣市下修到 50 或 60 小時，也有可能。

- (三) 在討論醫師納入勞基法時，大家都希望是順利的納入，不要有衝突點。衝突點應在這幾次會議先解決。比如剛才提到有人力的缺口，那人力的缺口在哪一個時間點？可以透過什麼方法降下來？如果人力缺口還在，要在這時候就直接適用，看來只能在短期間內，階段性共識接受一個比較高的工時狀態，才能解決。
- (四) 以上是推論醫師如適用第 84 條之 1 可能會出現的狀況，故於上一場分組會議提出，或許另一種思考方向是在醫療法規中就工時部分訂定特別規定，跟醫師適用勞基法同一個時間上路，幾月幾日醫師適用勞基法，醫療法規工時規範的部分也同日實施。或許大家為了要儘早讓醫師納入適用勞基法，階段性必須遷就相對長一點的工時，所謂比較長一點的工時可能很接近現在的評鑑標準，但因為是現行規範，在第一時間可以無縫接軌；此外，不論在醫療法規或勞基法第 84 條之 1 訂定之工時指引，階段性下降，針對不同科別給予不同時數上限，或是針對住院醫師/主治醫師有不同的工時規範，或許是可以思考的方向。
- (五) 我們必須預想會發生什麼情況，並思考走哪一種方式是比較適合的，希望不要出現一旦將醫師納入勞基法適用，立即出現混亂的狀況。

二十四、羅傳賢委員

- (一) 我與黃委員的見解一樣，一開始在法制調適分組的時候我就用這個方法引導，不過因為大家的討論方向跟我有一點違背，所以我是用多數意見，並非共識。因為公法性質跟私法的雇傭契約不一樣，健保法是一個公法之下的強制保險，醫療服務業是強制性保險的勞動者，與一般製造業與服務業不同，醫師如果適用勞基法，解釋權在勞動部，如果部分在醫療法規範，解釋權在衛福部，那是專業，所以要分部會、分工，這叫功能最適原則，由主管機關解釋，有確定意義解釋才會正確。

- (二) 此外，衛福部已訂有住院醫師勞動權益保障參考指引，先以命令試行，等成熟定型後改成法令，這個是可行的。原本期待法規調適分組最後的結論能請衛福部起草醫療法條文來討論，以發現盲點並糾正盲點，但現在都沒有這樣的基礎，沒有辦法走下一步。
- (三) 回到勞基法第 84 條之 1，也有盲點，因為醫療產業複雜、分工細密，社會對我們的期待及社會責任都跟一般的行業不同，法制調適分組委員多數意見建議 106 年 9 月 1 日實施，但不可行？如果沒有過渡條款的話，沒辦法一步到位，只剩一年的時間，很多調適的法規都沒有建立，有辦法調適嗎？有沒有辦法做到，我是很懷疑的，因為我是一個外部委員我外行，但提出我法律的見解給大家參考。

二十五、滕西華委員

- (一) 建議兩個做法，第一個要把他退回，因為這是立法院的正式決定，是部長要去回應的，要我們委員做背書，就像熊委員提的，並沒有研析的資料，除了行政部門有辦法知道這個期程能不能做得到以外，我們很難知道這個期程有沒有辦法做得到。舉例來說，從 106 年 9 月到 107 年 9 月差一年，到 108 年 3 月又差一年半，到 108 年 9 月又差兩年，這中間是半年的四倍的落差，立法院對於醫師納入勞基法實施的定義是什麼？以法規進度而言，如果要 106 年 9 月實施，必須最晚在立法院 106 年 6 月會期前完成，才有辦法在 9 月實施，其中又涉及 NP、VS 等人力需補足多少等配套，故建議退回請部長自行裁示，否則如果我們決意要比 106 年 9 月更早，譬如 7 月，這樣部裡面也會接納嗎？不然為什麼是這三個期程？
- (二) 又受僱醫師納入勞基法的範圍，不是只有規範健保特約機構，很多機構沒有跟健保特約，還是有受僱醫師存在，所以醫療機構範圍如果只限於健保特約機構可能會漏掉一些人。
- (三) 有關在醫療法訂定醫師工時規範的方式，我也不是很同意，因所有國家勞動大法都在勞基法，美國對實習生許多規範也在整個勞動的基本法裡面，我國勞基法現行規範很多工作型態，甚至規定隧道工作、坑道等特殊地點，或是童工等等，都在勞基法裡，我們應該針對醫療特性由勞動部與衛福部共同研商勞動條件的基本原則，訂在勞動基本法裡規範，才符合勞動

權的定義，而不是在醫療法裡規範。

- (四) 另有關賴委員提到醫師納入勞基法降低工時不能降低工資，根據健保署公布的醫院財報，現行醫師的薪資結構分為三大部分：底薪、PPF 獎勵金或績效獎金、加班費等，後兩者甚至比例與底薪相當，或逐年增加，如果是這樣，則應先調整並規範醫師薪資結構，底薪應佔薪資比例、加班費上限等，也才能回應勞檢時對於加班的認定，這與實施時程的評估也會有關。

二十六、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

決定實施時程的權責其實不在我們這個會議，應該是衛福部的權責，否則我們定的可能衛福部或立法院不同意，而法制調適分組多數委員的意見是 106 年 9 月 1 日，但書是由勞動部跟衛福部去協調，看看有哪些困難，如果真的有困難，部長的權責可以去做調整，這只是建議，衛福部要負政治責任，要採什麼時候實施他要考慮清楚。

二十七、主席

是不是就按照法制調適分組的多數意見，建議 106 年 9 月 1 日實施，但是最後的決定還是看衛福部準備的程度而定。

二十八、張上淳委員

不知道法制調適分組建議 106 年 9 月 1 日這個期程的理由是什麼？

二十九、熊昭委員

法制調適分組多數委員的用意，好像是用這樣的方法來刺激整個醫療體系動起來。

三十、王明鉅委員

不完全是這樣，我們這個會議的初衷是要讓醫師的工時下降。不納入勞基法沒關係，不管是用醫療法或其他法令規定，請問醫師的工時到底要多少才叫合理？現在保全業是每月 288 小時，所以法制調適分組就提出勞基法 84 條之 1 的適用，是這樣來的。

三十一、蔡秀男委員

- (一) 法制調適分組剛剛有一個重要的結論是，第一，多數意見：贊成儘速在 106 年 9 月 1 日前將全體受僱醫師納入勞基法。從人力、政策、法規的配套及勞動部所提意見，並未聽到重大窒礙難行之處，參考國衛院的實證資料，

多數科別工時並不高，可讓勞動部以及非醫療人員安心，多年來醫師過勞死的議題，欠缺職災相關保障，將可以獲得突破性的改革。

- (二) 工時的部分，多數委員的意見，還是適用勞基法第 84 之 1 條作為配套，支持衛福部將相關配套多輔導補助資源給高工時的專科，發展駐院主治醫師、專科護理師、增加健保給付等，同時改善社區醫療與偏鄉醫療。透過政策配套、健保給付工具，分組專家多認為，醫師納入勞基法並以第 84 條之 1 議定工時後，會改革醫學教育，提升病人安全，病患的權益並不會受到影響！有些委員主張 11 月 12 日醫師節、有些人主張明年 1 月 1 號元旦、有些人主張明年 7 月 1 號，贊成儘速在 106 年 9 月 1 日前將全體受僱醫師納入勞基法，台灣醫師勞動人權改革，也將獲得跨時代的進展！

三十二、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

建議花一點時間討論會議資料第 4 頁所列出的配套措施，哪些配套可以優先執行。例如醫療政策分組建議之運用醫療政策及健保給付，落實分級醫療，同時修正健保法第 43 條、44 條，是衛福部很久以前就說要做，但卻還沒做，如果委員有共識，是不是可以把文字納進來。

三十三、主席

就是提供衛福部考慮實施的期限時可以酌參這些東西。

討論事項二、醫師工時指引訂定方向一案。

與會代表發言摘要：

一、主席

現在進入討論事項二，有關醫師工時的指引規定案。

二、醫師勞動條件改革小組

- (一) 衛福部有委託陽明老師調查，發現絕大部分科別住院醫師的工時都是在 80 小時左右，每週工時 80 小時應是可行的。
- (二) 建議衛福部要了解民意，目前住院醫師對於衛福部所訂定的規範以及相關的檢查措施會覺得仍有一些問題，所以，我很希望勞動部作為一個勞動的主管機關，在工時訂定與認定上，建議回歸到勞動部訂定工時指引之下去處理，而非以醫療法處理。

(三) 至 84 條之 1 有關住院醫師工時簽約問題，住院醫師因為要接受訓練，所以不太可能不去簽 80 小時的契約，這件事情在本質上是不會存在的。我建議勞動部可以主導訂定工時相關規範與細節，並且符合第一線勞工所希望的一個方式。

三、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳理事

- (一) 有關值勤時間，台灣住院醫師有達到 32 小時的情形，而回顧美歐，他們也是從 30 幾小時過渡到 20 幾小時。建議可採用科學排班，把過去常用的值班型態改成夜間工作，在歐洲最多 12 小時，建議未來納入勞基法後，期待勞動部輔導醫院科學排班，以取代 night duty 的概念，符合病人安全的同時又兼顧醫師的健康。
- (二) 我們希望於 106 年 9 月 1 日就納入勞基法，再逐年降低 288 上限工時，至於醫師教學工時與研究工時應如何區隔，因為基本上這是勞動契約，如果是教學型的主治醫師，就比照教師規範辦理，如果是服務型的主治醫師，就以臨床服務型的規定辦理，因為在日本、英國都可以做得到，所以醫學中心的主治醫師也應可行。

四、胡方翔委員

第七頁工時指引要符合勞基法修正，建議修正如下：

- (一) 每日正常值勤時間 \leq 10 小時。
- (二) 每日正常執勤時間+延長執勤時間 \leq 12 小時，因為這是《勞基法》30 條之一規定，84-1 不能排除 30-1 (由 28 小時下修為 12 小時)。
- (三) 每週正常值勤時間+延長值勤時間 \leq 72 小時 (由 80 小時下修為 72 小時)，符合月 288。
- (四) 兩次值勤時間中間之休息時間至少應有 10 小時。
- (五) 每週正常值勤上限 60 小時。
- (六) 每週延長工時上限 12 小時。(由 20 小時下修為 12 小時)
- (七) 例假：每 7 日中至少應有完整 24 小時休息，作為例假。

五、黃維琛委員

- (一) 如果勞資雙方沒有簽勞基法 84 條之 1 的契約書，並經核備，不破公法效力，亦即不能排除「勞基法」的一週正常工時 40 小時，一天的正常工時

連同延長工時不能超過 12 小時等規定，沒有人能保證每一個現職的醫師都會願意簽署。

- (二) 鑒於醫師有其專業性，對於想從勞基法第 84 條之 1 對工時進行特別規範的部分，如果採取得方式是於目的事業主管機關的醫療法規中訂定，其實能做更為細緻的規範，例如工時逐年下修…等時程規定。檢查部分，如擬僅就醫療法規中之工時規定查核，由衛生行政主管機關稽查即可，如需與勞動行政主管機關搭配會同檢查，亦屬可行。

六、儲寧瑋委員

在實務上如有醫師不簽 84 條之 1，就是每週工時 40 小時，是每個人的自由意識所做的選擇，每個人需求不同，但是我想這不是一個很大的問題。

七、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

第七頁表格需澄清部分，第 2 列關於每日正常執勤時間+延長執勤時間 \leq 28 小時，應是每日正常工時 8 小時加上延長工時 20 小時，所以加起來是 28 小時，事實上這是跨到第二天的概念，建議調整字句，把文字寫清楚。(其他委員建議調整為持續工作小時)。

八、石崇良主任秘書

修正第二列為連續工作時間，即一次連續工作最長多少小時。

九、郭耿南委員

- (一) 我建議住院醫師工時為 80 小時，因為每科住院醫師訓練需要一定訓練時間，各科訓練時間不同，有些科訓練時間有些科訓練時間較短，故訓練時間需有些調整的彈性。
- (二) 另補充說明美國住院醫師並非勞基法規定工時，而是 ACGME 規定的住院醫師工時規範。

十、滕西華委員

如果要通過這個指引我是沒有意見，但建議衛福部要同時配合修正 102 年 5 月 16 日衛生署頒布公告的一個住院醫師勞動權益保障參考指引。

十一、醫師勞動條件改革小組

- (一) 未來討論 84 條之 1，有關工時指引部分，建議可針對現行連續工時狀況、值班等做更細緻的討論，例如值班，醫師在醫院正常上班時間工作外，晚

上值班，繼續留在醫院工作到隔天早上，接著又留下來照顧病人到中午，就是這個 28 小時的連續工作，建議在指引裡面更細緻地寫得更明確。

(二) 另在家裡或宿舍待命部分，建議需要相關法規做處理。

(三) 目前有評鑑規範工時，但仍有受限之處，第一線醫師希望勞動部可做介入。

十二、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟曾家琳

(一) 住院醫師要完成專科醫師訓練，必須要拿訓練時數證明，所以當工時只有 40 小時的時候，勢必專科醫師訓練的時數不足，所以不會不簽；即便有人願意簽 40 小時，那他就需要自願延長訓練時間。關注的重點是住院醫師的能力有沒有辦法在必要時間內達到其專業能力及技巧。

(二) 建議兩次值勤時間中間之休息時間至少應有 12 小時。

(三) 若有人願意當萬年住院醫師，每週 40 工時，每個醫院都已訂有容額，無須擔心。另可以開放醫院、代班醫師的方式，調整醫師人力流動性，增加人力進入整個職場，以解決醫師納入勞基法的問題，但重點是費用問題。

十三、賴香伶委員

(一) 如果公告住院醫師工時指引，將等於視同法律，每日上限 12 小時幾乎是不可破。鑑於醫師行業的特殊性，可參考機師的做法，機師只要飛國際航線會超過 12 小時，這是一個例外。並建議衛福部開始啟動是否委由法規組或其他單位討論指引內容。

(二) 在討論工時降低時，醫師是工作密集度高的行業，值班之後的休息間隔更為重要，10 小時或 12 小時，此部分需要人力組或各位回饋給勞動部，以對外說清楚。

十四、主席

這還是需要專家比較懂。

十五、王明鉅委員

醫師因為納入勞基法以後，產生團體，透過團體的力量可以跟經營者來談簽署內容，再加上住院醫師也需要訓練醫院才能取得專科醫師執照。因此，住院醫師一定會簽署的。對主治醫師、專科醫師來說，簽與不簽，直接影響薪水，相信醫院經營者自然有辦法調適的。

十六、石崇良主任秘書

- (一) 請確定連續工作時間最長不能超過 24 小時。
- (二) 每週正常值勤時間+延長值勤時間最長 72 小時，之後我們在用前面這幾個原則來推算，包含每週延長工時的上限跟值勤上限的計算。

十七、黃維琛委員

- (一) 以第二列來看，所謂的正常值勤連同延長值勤，依勞基法的時間算法，其一次之出勤必須將正常工時連同加班計算。勞基法的算法不會從凌晨 12 點拆分成兩日，當作兩日分別為 12 小時，而是視同一次出勤了 24 小時。
- (二) 現行醫師輪值夜班的情況，需要比較多的值班時間，如採所謂「科學排班」，回歸到 12 小時的上限，遇有特殊狀況，或許可以允許到 14 小時。
- (三) 至於如果要有連續工作時間訂為 28 小時的可能，必須要釐清所謂晚上的值班屬於低密度的工作型態，並有獨立休息空間時，才有討論的空間。
- (四) 如果決定以第 84 條之 1 作為配套來處理工時上的困難，未來還是要經過勞動基準諮詢會審議，然而以附表這樣的時數，建議要更細緻化。待醫界有共識後，建議再邀勞動基準諮詢會的委員共同來預審，檢視雙方觀念上有無落差。

十八、主席

謝謝！所以各位委員就是對於那個住院醫師工時指引，主治醫師的工時指引就依照他的專科特性區分為短、中、長工時，另分別訂定工時審核參考指引。大家有否其他意見？其實這也是相當專門的問題。

十九、滕西華委員

建請醫事司做後續處理。

二十、主席

我們沒有下一次了（如於時程確立後，無其他議題），後續就是讓醫事司去處理。

二十一、石崇良主任秘書

再確認一下方向：每日正常執勤時間 12 小時，每次連續工作時間 24 小時。

二十二、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟理事曾家琳

在此說明各國為何後來改成不是 24 工時，因為這是沒效率的，世界各

國幾乎都在修正。但是我認為連續工時醫師必須專心地工作，不是邊睡邊工作，醫師做事情需要非常精準，所以建議還是 12 小時，除非開特長的刀，要解決值班問題是需要人力挹注，而不是要求一個醫師 24 小時醒著。

二十三、醫師勞動條件改革小組

不論是指引或 84 條之 1 的工時規範，應有更細緻的討論，包括定義，例外說明等，皆需要更明確精準敘明。

二十四、石崇良主任秘書

此表僅為住院醫師工時指引，主治醫師工時將另外討論。

二十五、儲寧璋委員

- (一) 對於每週工時 80 小時，每天平均工時 11 小時，請大家不要將它視為冰冷的數字，住院醫師還要結婚生子，孝敬父母，照顧孩子，還有他的人生任務。
- (二) 國外研究如果人超過 12 個小時在工作的時候，其實他的注意力及工作品質是會下降的，如果我們為了要提升醫療的品質，應該要朝這個方向去思考，而不是把人當做工具來操作。

二十六、滕西華委員

我跟主席提一個程序動議，我覺得現場的醫師們提的建議都很不錯，而這也是納入勞基法的關鍵重要配套，但是似乎很難在今天達成共識，建議衛福部醫事司儘快找醫療體系的委員們或團體再一次針對工時定義，何謂正常值勤、連續工作時間等研議，有草案之後找大家來討論，那我們今天就不要對這個時間做決議。

二十七、主席

大家覺得如何？

二十八、羅傳賢分組召集人

行政部門叫做起草委員會。

二十九、中華民國區域醫院協會

方才就今天的討論是說多數委員支持醫師納入勞基法是 106 年 9 月 1 日實施。但我們比較擔心是後面配套完全沒有討論，剛剛醫院協會朱益宏

副院長也提出來，應該要討論配套。我們不是只要強調今天討論有沒有共識，而是建議要有相關的配套草案。是否這個部分，也應該一併請衛福部先擬草案出來，再做討論。

三十、主席

建請衛福部從各方面評估後，再決定合適的實施時間。我在這邊再次感謝大家，謝謝各位！宣布散會！

參、散會：下午 20 時 33 分

〈本會議紀錄經委員確認後公開，每段發言具名與否則依個別委員之意願標註〉