

立法院第 9 屆第 6 會期

社會福利及衛生環境委員會第 3 次全體委員會議

「住院醫師入勞基法辦理
情形—醫師人力因應規劃」
專案報告

報告人：衛生福利部部長 陳時中

報告日期：107 年 10 月 4 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第9屆第6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。茲就住院醫師納入勞動基準法之醫師人力因應規劃方案，提出專案報告。敬請各位委員不吝惠予指教：

壹、醫師納入勞動基準法之時程與進度

- 一、鑑於醫療服務之公益性、強制性及急迫性與一般行業不同，且考量醫師工作之獨立性與多元特性，致醫師未納入勞動基準法（以下稱勞基法）之適用，惟為改善醫師勞動條件並確保醫療品質與民眾就醫權益，本部經邀集相關團體、學者專家召開會議，並與勞動部共同協商，規劃將受僱醫師納入勞基法，並適用該法第 84 條之 1 議定工時，以維持彈性，逐步改善醫療執業環境。
- 二、有關受僱醫師納入勞基法之政策不變，但基於勞基法對於醫療特殊型態之容許彈性限制，並兼顧醫病關係與偏鄉民眾之就醫需求，爰規劃於 108 年 9 月 1 日將住院醫師納入勞基法，並適用第 84 條之 1 議定工時；至於，主治醫師因其自主性高，且工作樣態多元，經多次會議討論，尚有不同意見，包括：衝擊醫病關係（責任制），增加醫療糾紛；交接班頻率增加，影響照顧延續性；臨床時數限制，影響醫師教學意願；可能導致偏鄉醫療服務

無法運作等，故本部將持續與各界協調溝通，俟釐清相關疑義及配套措施後，再行納入適用。

三、為逐步改善醫師勞動權益，本部參考美國住院醫師工時指引，並經醫界共識，於 106 年 3 月 1 日公布「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，規範醫院與住院醫師聘僱契約應約定及不得約定事項、工時採認原則、工時及例休假規定等，並於 106 年 8 月 1 日起正式實施。

(一) 該工時指引規定，住院醫師輪班制者（含交接班）每班不超過 13 小時，非輪班制以每日正常工作時間不超過 10 小時為原則，每次勤務連同值班（延長工時）不得超過 28 小時，但期間應有短暫休息，至於總工時以 4 週 320 小時（平均每週 80 小時）為上限。

(二) 為落實工時指引規定，本部於 107 年 6 月針對 20 家收訓畢業後一般醫學訓練（以下稱 PGY 訓練）及專科住院醫師訓練之教學醫院進行實地訪查，調查結果：4 週 320 小時總工時之符合率為 95.9%，28 小時連續工時之符合率為 86.3%，惟仍有部分科別與醫院，未符合工時指引規範，將持續追蹤輔導。

(三) 另為輔導醫院與住院醫師簽訂合理之勞動契約，以符合未來納入勞基法之適用規範，本部於本（107）年 1 至 5 月訂定醫療機構與住院醫師勞動契約範本草案，

並徵詢各醫師團體與公、協會表示意見，復於 9 月 21 日召開會議就爭議部分進行討論以尋求共識，預計於本年底前完成，提供各醫院參考運用。

貳、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，另據近五年統計，平均每年約有 85 名國外醫學系畢業生通過本國醫師考試取得醫師證書。
- 二、統計近 10 年醫師執業總人數由 97 年之 37,099 人增加至 106 年之 46,311 人，增加幅度為 25%，其中於醫院執業比率則約占全體執業醫師 63%，惟科別間具有差異，如內、外、兒、婦、急診五大科醫師，於醫院執業比率分別為 68%、70%、37%、47%、84%。
- 三、為提升國內醫療品質與專業發展，自 75 年起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，以均衡各科領域之發展，統計內、外、婦、兒、急診專科醫師領證人數，合計每年約 700 人，占全體之 53%。另於 100 年起，五大科住院醫師招收人數下降，引發五大皆空之危機，經推動多項措施，包括檢討住院醫

師容額管制、辦理五大科住院醫師獎勵津貼、調整健保給付、推動醫療糾紛改革及實施生產事故救濟制度等，五大科住院醫師招收率已有明顯改善，107 年內、外、兒、婦、急診醫學科招收率已分別達 98%、92%、95%、100% 及 100%。

四、在住院醫師人力分佈方面，PGY 訓練不分科住院醫師及 23 個專科住院醫師共約 6,700 名，其中醫學中心占 77.7%、區域醫院占 22.1%、地區醫院僅 0.2%；又 80% 住院醫師集中於 20 家教學醫院接受訓練，均已進行輔導以因應納入勞基法之變革。

參、住院醫師納入勞動基準法對於醫師人力衝擊及因應措施

為因應住院醫師納入勞基法，工時限縮對於醫院人力之衝擊，本部已研擬並推動多項措施，辦理情形如下：

一、增加臨床醫療人力供給

(一) 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，以提升住院照護品質與效能，並可分擔專科醫師及住院醫師之工作負荷，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) 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偏鄉醫師人力需求，本部於 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 6 年，以充實偏鄉、離島地區之醫師人力需求。統計 107 年入學報到率已達 95%。

- (三) 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 年起增加為每年 50 名，於完成訓練後，優先分發至山地、離島地區衛生所（室）服務 6 年，充實該地區之醫師人力、提升在地醫療品質。

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人數計 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，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、調整專科醫師訓練計畫確保住院醫師訓練品質：

- (一) 調整 PGY 訓練和專科醫師訓練計畫，擬訂專科訓練應完成之學習項目、案例數及學習里程碑(milestone)，發展多元訓練模式，建立以核心能力為導向之學習成效評量方法，以確保住院醫師訓練品質。
- (二) 規劃 PGY 訓練計畫，納入社區醫學、老人醫學及跨層級醫院之聯合訓練模式，並搭配專科住院醫師訓練容額之分配，鼓勵於訓練期間前往偏遠地區醫院進行臨床輪訓，以落實分級醫療並汲取偏鄉醫療服務經驗。

四、強化人力運用彈性

- (一) 於 107 年 5 月發布「通訊診察治療辦法」，擴大遠距醫療之照護對象與模式，以提升照護量能並確保品質。
- (二) 辦理醫學中心或重度級急救責任醫院支援醫療資源不足地區醫院獎勵計畫，並配合醫院評鑑制度改革，強化醫學中心任務指標，依據其支援醫院醫療項目發展重點，支援其所需之專科醫師人力，提升該區域醫療照護品質及人力資源效益。

- (三) 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產科診所發展生產合作模式，提供孕產婦全程照護並擴大提供接生服務之婦產科醫師來源。
- (四) 修正急救責任醫院分級評定基準，引導醫院以緊急醫療轉診網絡為基礎，導入區域聯防之概念，建立遠距會診機制，簡化人員報備支援程序，以強化區域合作，提升照護效能。
- (五) 調整公費醫師分發服務規定，以區域為基礎並放寬支援規定，統合人力運用。

五、推動分級醫療，落實轉診制度

- (一) 本部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，特別是降低醫學中心及區域醫院門診量部分，已見初步成效。
- (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，並逐步擴大。

肆、結語

本部已積極推動各項措施，在確保民眾就醫可近性及醫療安全與品質的前提下，逐步改善醫師勞動條件，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。