

# 衛生福利部「醫師勞動權益推動小組」法制調適分組 第一次會議紀錄

時間：105年6月30日（星期四）下午14時30分

地點：本部206會議室

主席：羅分組召集人傳賢

紀錄：林淑芬

出席單位及人員：詳見簽到單

壹、主席致詞（略）

貳、報告事項：「醫師勞動權益推動小組」第一次會議，報告法制調適分組配套措施之建議重點（醫事司）（略）

參、討論事項

討論事項一、有關醫師納入勞基法各項名詞界定，提請討論。

與會代表發言摘要

一、主席：

公立醫院跟主治醫師之間是雇傭關係，但私立醫療機構好像有不同的見解，也有委任關係、合夥關係和雇傭關係，所以，希望依照勞動部所提出來的四個要件進行討論，因我們行政權有解釋權，先做行政解釋，當有不同的見解時，再由司法做解釋。

二、中華民國醫師公會全國聯合會劉榮森理事

醫院與主治醫師雖然是委任關係，但在稅務上則為雇傭關係，兩者不一致，建議行政權應予統一解釋。如果是雇傭關係，在所有的場合都是雇傭，而不是在扣稅的時候是雇傭，不扣稅變成是委任，這一點應該要釐清。

三、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 社團法人某些程度是允許醫師加入合夥，它的型態類似合夥，然而衛生福利部於100年函釋醫院與醫師之關係是雇傭關係，

依此解釋函，包括醫療社團法人全部都是雇傭關係，醫療財團法人跟主治醫師也是雇傭關係，那其實今天就不用討論。但，目前醫師與院所之關係是衛福部的行政解釋函，在此建議衛福部可以重新做解釋，這是衛福部的權責，且未涉及到其他部會。

- (2) 如果醫師本身是法人的投資者，同時又在此醫院執行業務，其實就是合夥關係，事實上這在其它行業就是合夥關係。所以也要看雙方的契約或者是雙方的和議。如果和議認為是合夥關係，就沒有硬要歸類為受聘關係。

#### 四、醫師勞動條件改革小組王碩執行委員：

醫院與醫師之關係，應回歸到勞動部的意見，視其是否具從屬性，以判斷是否為雇傭關係，如果有雇傭關係就適用勞基法，就算雙方的合意說我不是雇傭關係，也一樣是勞動契約。

#### 五、謝天仁委員

- (1) 雇傭關係之認定就司法實務上，有越來越寬鬆之趨勢。譬如說公司的董事會跟它的財務經理約定你是委任經理人，結果後來法院判認為他是被指揮的，最後認定還是雇傭關係，就是適用勞動基準法。在早期的司法判決它是相對的比較嚴格，但是現在看起來有越來越寬的趨勢。
- (2) 建議本案在執行實務面上，先以一般性來研擬的，建議視醫院的主治醫師本身有沒有被指揮監督，從屬性高不高？如果我們認為是高，那一般性應該認定他是雇傭關係，當然就適用勞動基準法。當然不可否認的是有一些特殊狀況，這些爭議，法律之灰色地帶，就留待法院認定。

#### 六、主席

到現在為止大家的方向都比較一致，從屬性我們認定的要件，最後有爭議的，還是要法院認定。

#### 七、蔡秀男委員

有關醫師勞動人權改革，現在多數共識應該已是：所有受僱醫

師包含主治醫師以及住院醫師一起納入勞基法！另外，有關工時規範，多數意見支持依勞基法第 84 條之 1 之勞資協商議定工時原則，尊重各專科學會之訓練與執業特性，多元且有彈性的去訂定工時上限。工時較高之專科，需要衛生福利部投注資源輔導，並與勞動部溝通協調以利核備。國家衛生福利與勞權改革政策，應該盡量趨吉避凶，兼顧病人安全，也應保護醫療勞動者之勞動權益，希望本醫師勞動權益促進小組之討論能聚焦且具體，提出實質改革之配套方案。

#### 八、謝天仁委員

醫師到現在還沒有適用勞動基準法，定有它特殊的地方，建議先了解醫療產業的特殊性，相關名詞，醫療現象為何？再著手討論工時，如何銜接勞動基準法？這個是法制組的任務。

#### 九、主席：

是否將議程調整一下？原來所研擬議題順序，似有些狹隘，適才委員討論，為何現在醫師仍未適用勞動基準法？其窒礙難行之處為何？要達成這個政策目標需有什麼配套措施，請大家提供高見，廣泛討論。待有收集到更精細更必要單一的議題時，再做分析比較細微的討論。現在調整我們初步的議程，請就適用勞基法有窒礙難行之處，提供高見或要實施有何需要配套的措施。

#### 十、台灣醫學中心協會

- (1) 醫學中心從 101 年開始就此議題的討論，最重要的還是工時，人力缺口的問題，我們由某家醫學中心先試算，直接依照勞基法的工時的規定，每週 40 小時的規範，結果醫院住院照護人力缺口大且原有的住院床數將會減掉一半。雖然很多專家都建議要分級醫療等等，可是民眾尚未被教育到這個部分。
- (2) 衛福部公告的住院醫師的定義，含所謂的 PGY 學員，基本上他們是屬於衛福部安排到各醫院接受一般醫學訓練的學員。而勞基法的技術生的規範理念，是排除衛生保健行業，所以是雇傭

嗎？在對象的定義上有疑義。

- (3) 真正的住院醫師是有國考的證照，也是在醫院和臨床老師(主治醫師)學習住院病人照護，接受各專科醫師訓練。不同的專科有不同的訓練年限及訓練量的要求，他跟醫院的關係是專科訓練結束就停止，所以也是被訓練學員。如果以現有勞基法框架規範，勞基法的第 9 條規定所謂定期契約，不定期契約，定期契約中的特定工作性質的人員，最高簽約是三年，但是住院醫師的訓練最基本年限至少都是四年半(含)以上，所以不能用現在的規定套用契約關係的這種模式。
- (4) 醫學中心協會有發正式公文給各醫院，現在各家醫院都有幫醫師投保勞保，受勞保條例的職災保護。另因應性別平等法實施後，衛福部也在 102 年函文衛生局再轉知全國各醫院關於女性保護要重視，所以現在女醫師都有育嬰留職停薪假，工作期間有哺餵母乳時間，夜間 10 點以後不值班的保護，但是部分科別有限制。
- (5) 勞基法規定每四小時休息半小時，但緊急狀況可以排除。對於常規性手術因手術過程病人特殊狀況時間延遲，無法中斷每四小時上刀再休息半小時，目前很多醫院常被勞檢護理師及麻醉師，因認定不是緊急刀而被記點。
- (6) 人力缺口的問題，雖然我們推行專責駐院主治醫師制，但是目前台灣醫療模式是責任制醫療，病人從門診、檢查、手術都是同一個主治醫師專責照顧，充分了解病人病情及診療計畫，必須用三班人力且醫師與醫師之間要做交班，因為交班之故，某些醫療處置動作需要停頓，對病人權益跟安全品質會有影響。
- (7) 為配合住院醫師 88 小時，目前各醫院都已經請主治醫師參與第一線主護值班(原主治醫師是二線或三線值班)；目前專責駐院主治醫師(hospitalist)在推行上還是有困難，因為主治醫師要照顧病患、看診、換藥、值班、訓練住院醫師等等，也需

要休息，而住院醫師的夜間訓練也大幅減少。醫療技術需要不斷練習及經驗傳承，與其他行業特性確實是不同。住院醫師訓練量減少，其專業技能是否能精進呢？

- (8) 建議衛福部配套措施：除增加開放醫院人力支援外，也可以在醫師執業登記能多地點執業，非單一定點執業。

#### 十一、 胡方翔委員：

- (1) 首先醫療的特殊性包括不確定性、不對等性、不可儲存性。第二、醫療機構本身有四大特殊性，(1)任務的特殊性、(2)運作的組織特殊性，跟一般的企業不一樣。(3)醫師與醫事人員的特殊專業自主性。(4)醫療服務團隊特殊性，即醫療本身並不可能由一個人來去完成。雖然醫療是由人去提供的，但是不能用過勞的方式提供。
- (2) 對於交班的時候所造成治療停頓，在國外已經解決此問題。如果這個刀開 12 個小時，於開刀第 6 個小時的時候，第二組人就要先來，交班的時間可能長達兩個小時到三個小時到四個小時，視手術的複雜度。但這會增加整個治療的過程中人的勞動成本，關於勞動成本增加的問題，在健保法裡面是沒辦法做這麼有彈性的因應。

#### 十二、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 住院醫師納入勞基法所衍生人力缺口，醫院可能要加人力，但是國內每萬人醫師數其實不低，目前過勞大都在大型醫學中心與區域醫院，而如果現在馬上納入勞基法，有些醫院要減床，亦即醫院服務量下降。
- (2) 應對全民進行教育，且醫政及健保要有配套，以降低擠往大型醫院的量，給付端除有蘿蔔(獎勵)也要有棒子(懲處)，否則以目前每人每年門診平均就醫 15 次的世界之最高紀錄，會讓大家繼續於惡性循環中。

#### 十三、 蔡秀男委員

- (1) 醫師納入勞基法的重要配套，就在分級醫療之改革，應回歸健保法第 43 條，並加強民眾的健保健康教育，導正民眾的就醫行為，把醫療資源留給需要的人。此外，針對醫療之特殊性，合理合法的勞動檢查，有賴勞動部應建立醫療業之醫療勞動檢查的共識，能兼顧勞動權益促進與尊重醫療執業專業特性。
- (2) 討論至今，多數意見贊成醫師納入勞基法後，工時採取 84 條之 1 尊重專業折衷有彈性，職災等相關勞權獲得保障，少數主張堅守 40 工時。然而，根據許多文獻提出反思，如幾篇英國的研究，顯示醫師並不滿意歐盟工時指引之強制 48 小時，其理由在於失去了醫學教育與職業特性之彈性。衡量台灣本土環境，目前台灣醫療現況，勞基法 84 條之 1 對醫師真的是奴工條款嗎？還是採取尊重專業多元彈性原則，反而可以減輕醫療體系的衝擊？值得大家進一步討論與省思。衛福部召集各專科醫學會依上述原則訂定合理工時；也是改革醫學教育及民眾就醫習慣之契機。
- (3) 勞動人權教育不能等，很多大老意見與基層輿論根本南轅北轍雞同鴨講！台灣各醫學院、護理學院、公衛學院，是否能因應醫療勞動人權法治改革與國家重視職場勞動品質趨勢？建議衛福部應廣納各位專家學者，組成醫療勞動人權教育宣導資料人才庫，積極落實醫療勞動人權意識之提升。

#### 十四、 謝天仁委員

因為你們對醫療是很內行的，但對我們這些法律人還是會有一點距離，能否請醫學中心或社區醫院就醫療專業這部分說明適用現行勞基法問題出在哪裡？有清楚事實，才知道如何調整法規。

#### 十五、 台灣醫學中心協會

- (1) 一般醫學訓練(PGY)學員是被分發來訓練的，可以用技術生的概念，是做中學之性質，且非醫院聘雇的，所以應不適用勞基法的約定聘雇部分。

- (2) 目前的契約關係並沒有去規範醫療產業特有的住院醫師的約定條款，住院醫師接受三年訓練後，可以選擇到別的地方去做次專科的訓練，所以住院醫師是有自由選擇權哪家醫院接受專科醫師訓練。這會涉及到後面，如果住院醫師要走了，聘雇的醫院是否要以資遣辦理尚待釐清，但是這是因為專科訓練結束，不要繼續留下來的自由選擇問題。

#### 十六、 中華民國醫師公會全國聯合會劉榮森理事

- (1) 醫師過勞易造成誤診，需要民眾就醫習慣改變，把醫學中心讓出來給急重症的病人，醫院找 hospitalist，就是會增加負擔。美國現在他們的做法是住院醫師、PGY 這些訓練中的醫師，由國家來買單。
- (2) 另外交接班是可克服的，只要交接時間長一點。

#### 十七、 主席：國家買單，也是策略之一，健保署可再討論。

#### 十八、 醫師勞動條件改革小組王碩執行委員：

- (1) PGY 只要有從屬性，應該是入勞基法，有勞工的保護。至於醫院訓練期滿之後是不是走解雇程序要付資遣費，其實特定性工作勞基法規定，一年以上要報主管機關核備，那三年以上勞工可以預告說離職，但是並沒有說特定性工作主管機關不能核備三年以上，主管機關是可以核備六年的特定性契約，因為這個工作標的是很明確的，就是這個住院醫師的訓練期間內容。所以其實它這個問題現行的勞基法完全不用更動法條就可以解決了。這只是法規適用上的問題，並不需要調整法規。
- (2) 法律需有正確基礎事實，建議醫院之前有做過這個人力的缺口的研究，能否說明計算的基礎、醫師工作時間等等，要揭露我們才有辦法基於這個正確的基礎事實來做法規調適。
- (3) 建議勞動部對 84 條之 1 之審核參考指引，應對於地方政府更具約束力，要訂有工時的上限。

#### 十九、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 醫師納入勞基法已是確定的事，不需再討論，而現行病人都認定主治醫師是責任制。但納入勞基法後，在主治醫師下班時段應是找值班醫師，此段要讓民眾了解，而會否有醫療糾紛產生也要考慮；現行台灣醫療不需等候，但以英國實施公醫制或加拿大的情況，非緊急都需要等候，對於 waitlist 民眾也要能接受。
- (2) 補充醫療特殊性，醫療的費用是受到國家控制的，醫療服務費用是無法轉嫁，不像一般的製造業或服務業，部分費用可以適度轉嫁。現在所有的費用大部分都是健保給付，健保不會因為你是加班而給你 1.33 或者是 1.66 工資，此為一大問題，建議相關的配套，健保能否允許醫院收取在健保病人身分外之其它費用，例如因病人要求而產生之加班費用或指定費用，做適度轉嫁。
- (3) 又比如發生一個大車禍，湧入大量病人，現在醫院的做法是把醫護人員都召喚回來處理，這是醫療法規定，不能像勞基法，勞工可以拒絕，所以需考慮不同法律的適用。
- (4) 勞基法適用必須要考慮開放醫院的特殊性。開放醫院的醫師是獨立執業的，除醫療法規規定醫院要監督之外，其執行業務是自由的，因此並無所謂的加班費或是 1.33、1.66 相關的費用。

## 二十、黃維琛委員

- (1) 醫師納入勞基法應排除萬難，關於勞檢認知部分，在勞基法第 35 條規定休息時間，四小時要休息 30 分鐘，但有但書，如果是緊急性連續性的，是可以做延後的休息，不會特別勞檢認為是違法。可是如果是一個比較長時間的刀，就要安排輪休較為合理。
- (2) 過去曾多次討論 PGY，不被認為是技術生，原因包括(1)醫學中心負有教學義務、(2)挹注醫院相當的人力、(3)確實提供勞務，不是純實習。



- (3) 未來納入勞基法，可先保障醫師職災與勞退部分，而工時可以在 84 條之 1 增加彈性。在規劃時，不同的分科應有不同的工作時數上限，且階段性逐年降低工時。那我們的政策才端得出來，外界才能接受。

## 二十一、 中華民國醫師公會全國聯合會劉榮森理事

住院醫師的特殊性，三天值班一次，容易造成工時過長，但在限制工時之下，短期間密集地完成專科訓練，勢必訓練年限要延長，而現在醫師較不樂意用此方式來降低時數，但又希望能夠早點納入勞基法，有此矛盾。

## 二十二、 委員 2

多數醫師是受雇於醫院或醫療法人，如果當這些受雇醫師納入勞基法時，在工時適用上有障礙，是否納入 84 條之 1？如果 84 條之 1 在適用上面都有困難的時候，能否從醫師法或醫療法去做思考、調適。

## 二十三、 胡方翔委員

- (1) 建議受雇醫師如果適用勞基法時，能否增加 84 條之 3，敘明可適用勞基法的一般規定，但是工時規定如果有其它的特別法規定，從其規定。此特別法能否類似像醫師法、醫療法或是勞基法裡面設醫療專章，甚至是健保法中設醫療專章，即為醫師勞動權益的特管辦法。
- (2) 目前人力最大的爭議在工時，而工時最大的爭議在值班，尤其是大科。透過醫療專章來處理工時條款，也兼顧了醫療特殊性-專業自主的原則，也許未來工時下降到符合勞基法的工時規定，就停止特別法適用。

## 二十四、 林佳和委員

- (1) 目前勞基法對工時的規定過於簡單，部分條文適用困難，需透過勞動部函釋。但對工時仍有困難解釋時，建議參考許多國家的先例，按醫療特殊性，研議針對醫院的特殊規定，我下次可

提供大家有關德國醫院的工時法，針對住院醫師工時有不同規定。

- (2) 歐盟在 1993 年的工時規定，特別強調醫師工時應必須與一般勞工一樣，醫師的待命，最多只有一個待命上限，必須真的待命而不是工作。我覺得站在勞基法的角度，無法贊同只是法律上讓醫師有職災、補償，而不在乎工時，那不是勞動保護，而是醫師也應該有好的生活及生命的尊重，同時兼顧醫師的保護，再考慮醫療特性，應該是可以雙贏的。

## 二十五、台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 參考歐美勞動規定的同時，要把國家的醫療相關規定及制度也一併參考。
- (2) 幾位老師都有提到另列醫療專章，而醫院協會之前也曾提出，可研討專章的可能。按醫療的特殊性，如果只用勞基法第 84 條之 1 去做工時的排除，事實上仍有困難，例如勞檢問題，連國家級醫院都會被處分，表示勞動檢查執法人員確實在某些程度不了解醫療的特性，建議思考在醫療法另設立勞動專章，解決專業的問題並做配套處理。

## 二十六、台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟詹淳淇副秘書長

- (1) 在國外的研究，住院醫師工時降低與受訓年限延長，這兩者不見得有相關。
- (2) 就醫勞盟立場，不希望以勞動專章來排除勞基法這部分。因為勞動部有它的專長，衛福部其實是所有醫院或者是所有醫療人員的大資方，那資方管勞方，有關勞動的解釋還是回到資方手上，其實我們是不樂見的，所以我們希望工時還是其它的勞基法的保護，都訂定在勞基法裡面。
- (3) 建議可以函詢各專科醫學會之工時上限，對於工時上限為 80 或者 88 小時者，經由國家資源的挹注，應可有效地降低工時，解決納入勞基法之問題。

## 二十七、 胡方翔委員

人力的缺口來自於估算服務量，調查顯示我們台灣已經超越一般的國家，不論是就診率、醫療的必要性、緊急性，其實是虛的服務量。建議將降低醫療過度需求作為一個主題，以降低人力缺口(建議納入人力資源組討論)。

## 二十八、 台灣社區醫院協會朱益宏監事長

- (1) 以不涉及修法的範疇，我們可以先處理的就是民眾門急診自行負擔應依健保法第 43 條落實，讓分級醫療可落實，法上自行負擔的空間是採行定率或定額，目前雖採定額卻低於法的規定，這是政府每年公告即可。
- (2) 目前過勞發生在大醫院，如何減輕其輕症的服務量，除自行負擔，也可透過給付，大醫院應做的急重症給予加成，但收治輕症部分則應折付。
- (3) 另外，也可於醫院評鑑要求，醫學中心門診比例應該下降至多少比例。

## 二十九、 醫師勞動條件改革小組王碩執行委員：

- (1) 首先醫師要適用勞動基準法，至於工時部分，建議訂立像德國的工時保護特別法，或是另外在勞動基準法明確授權，由勞動部跟衛福部先訂所謂的工時規定，由健保法或醫療法規範並不合適。
- (2) 關於社區醫院協會所提部分負擔制度的問題，我們認同分級醫療，但也要考慮某些都會地區民眾就醫的資源，可能離醫學中心較基層醫療院所更近更方便，如對這群人採高額的醫療部分負擔，也有不當的地方。

## 三十、 主席

今日討論可聚焦為下列數個議題，未來可逐一討論，包括：

- (1) 先行就醫療特殊性進行討論，未來再討論由勞基法第 84 條之 1 或專法來處理問題。

- (2) 先瞭解我國分級醫療落實情形，並檢視醫療相關法規是否需再修正。
- (3) 未來請健保署列席說明健保法第 43、44 條，有關部分負擔及轉診部分，討論能否透過健保手段解決因納入勞基法所增加之勞動成本問題。

肆、散會：下午 17 時