

# 淺論德國對醫師工時 與勞動條件之規範

胡博硯 / 東吳大學法律學系副教授



## 摘要

近期有關醫師是否要納入勞動基準法的問題鬧得沸沸揚揚，事實上，醫師作為勞工在勞動條件上應該給予保障並無疑問，但此前相關的勞動法令規範，如勞動基準法乃是最低勞動條件的規定，而對於專門職業技術人員此種專門類工作是否應該適用，長期以來即有爭議。相對於臺灣，德國工時法則有較為詳細之規範。本文首先介紹德國醫師這個行業，其次才提到工時規定，關於德國工時的規範主要規範在其工時法之規定，該法制定於1994年，最新修正則是在2013年。而此一規範對於醫療院所的職業人員也有例外之規範，德國工時法依據歐盟工時指令，規定每個勞工於每日工作結束後必須至少要有11小時的休息時間，但此條規定對於醫院或看護機構之工作人員則有例外的規範。最後再論及醫師勞動條件，對此，德國醫師的勞動條件也是由醫院的聯盟跟醫師的代表團體每年協商所達成的。

關鍵詞：工會、勞動條件、罷工、醫師  
DOI：10.3966/241553062016100002003

## 壹、前言

近期有關醫師是否要納入勞動基準法的問題鬧得沸沸揚揚，事實上，醫師作為勞工在勞動條件上應該給予保障並無疑問，但此前相關的勞動法令規範，如勞動基準法乃是最低勞動條件的規定，而對於專門職業技術人員此種專門類工作是否應該適用，長期以來即有爭議。另一方面，醫師受到其工作性質的影響，是否如同一般勞工可以自由行使勞動三權，則不免令人有所懷疑。德國長期以來為臺灣法制的學習對象，也是全民健康保險制度（以下簡稱健保）最早的發源國家，而這幾年在臺灣引起爭論的DRGs制度也早於上個世紀引進德國，因此就上述問題，德國是否有值得我們觀摩的地方？本文將就德國醫師之勞動條件加以介紹。由於臺灣大部分人民對德國醫療體系並不了解，所以先簡單介紹德國的醫療體系，之後再就醫師的勞動三權進行討論，最後則是探究工時的問題。

## 貳、淺論德國之醫療體系

德國係以社會主義為號稱，其醫療體系相對於臺灣仍有很多公部門的色彩，除了有多所大學附設醫院外，尚有各級公立醫院，除此之外，教會等社會機構所設置的醫療機構數目也非常多。不過在醫師的培訓方面，與臺灣則有異曲同工之妙，醫師如同醫學作為一個古老的大學學科，是一個古老的工作，且被認為是一種公共的自由職業者，而非一種行業（Gewerbe），醫師執業必須要加入公會（Ärztelkammer）。

德國的醫療體系大概可以分為三大塊：「診療服務」（die ambulante Versorgung）、「照護服務」（die stationäre Versorgung）及「公共衛生」（öffentlichen Gesundheitsdienst）。醫師之醫療行為原則上乃是植基在一個

醫療委任契約之上，該契約顯然是一個與病人間所達成的私法契約。當然，病人與醫師或醫院間達成的私法契約並不會只有一個，但不管契約的類型如何或相對人為何，可以確定的是醫療行為僅有醫師可以提供。而病人一般來說可分為私人病人及健保病人（Kassenpatienten），後者乃是指健保保險人。

為了規範醫師這個公共的自由職業，德國亦有醫師法（Bundesärzterordnung）之規定，而德國醫師的職業必須要取得所謂的職業執照（Approbation）。關於此職業資格可見於依據醫師法所規定的「醫師職業執照授與辦法」（Approbationsordnung für Ärzte）。而在取得該執照前，必須要經過6年的醫學院教育以及1年的實習。在1998～2004年間，曾經設有為期18個月的實習醫師期間，此時期必須要在一個具備職業資格之醫師的指揮監督下才可以執業，現在該制度已不復存在，醫學院學生畢業後則成為所謂的助理醫師（Assistenzarzt），此時必須要在公會所承認的繼續教育機構進行為期5年的專科醫師訓練，訓練期滿通過考試後即考取得專業醫師證照資格<sup>1</sup>。這5年的專科醫師訓練後，仍要依據各邦醫師公會所訂的繼續教育規則規範進行繼續教育。因此德國醫師公會曾建議將助理醫師制度改為繼續教育中之醫師（Weiterbildungsassistent/Weiterbildungsassistentin）<sup>2</sup>，就制度上來說，顯然此段時間相當於臺灣之住院醫師期間。

醫師可以獨立執業，也可以與其他醫師合夥組成診所（Praxis）或醫院，取得職業執照代表醫師可以獨立執業，且不受非醫師之指令所拘束，除非有接受醫師指令的權

---

1 Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, 3. Aufl., 2009, Band 2, § 339 Arbeitsverhältnis der Krankenhausärzte, Rn. 14.

2 Bundesärztekammer, 5. Begriff “Arzt in Weiterbildung,” <http://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/113-daet-2010/top-v/ausbildung/5-begriff-arzt-in-weiterbildung/> (last visited Jul. 20, 2016).

限，否則醫療責任不會移轉。雖然醫師是一個具有傳統歷史的公共自由職業者，但仍必須加入公會，聯邦醫師公會（Bundesärztekammer）目前有超過48萬的會員。這些會員並不一定全部都在臨床上執業，目前約有371300位醫師在執業，所以其餘的會員則為退休醫師。提供門診的醫師共有150100人，約有120700人為開業醫師；而189600位醫師在醫院中提供治療，其中有15300人左右的醫師擔任各級主管；剩下約9700人服務於機關或其他法人，另外還有21900人左右在其他領域中發展<sup>3</sup>。

前段時間在臺灣討論非常多的DRGs（diagnosis-related groups）制度，其實早於20年前德國業已實施，DRGs中文稱為「診斷關聯群」，依據衛生福利部的定義指的是「健保支付住院醫療費用給醫院的一種方式，普遍施行於世界有健保制度的國家。以病人住院的疾病診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，統計各群組在不同醫院的醫療資源使用情形，依經驗數據訂定各群組的統包式支付點數。診斷關聯群支付制度有提升醫療服務效率的效果，但也可能產生住院醫療費用轉移至門急診、病人受到醫院推趕（patient dumping）或病人出院時病情尚不穩定等現象。為避免上述情形，需搭配品質監控及資訊公開等機制，這也是未來論品質支付及價值型採購的基礎。這些配套措施綜合施行下來，不但提升效率也提高品質，因此DRGs雖在各國實施時都有爭議，但終能獲得施行<sup>4</sup>。」

---

3 Bundesärztekammer, Ärztstatistik, [http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik2015/Stat15AbbTab.pdf) (last visited Jul. 20, 2016).

4 中華民國行政院, Diagnosis Related Group, [http://www.ey.gov.tw/pda\\_en/Dictionary\\_Content.aspx?n=A240F8389D824425&sms=D8F3EB15472D7847&s=F57310D4A9B4BCEB](http://www.ey.gov.tw/pda_en/Dictionary_Content.aspx?n=A240F8389D824425&sms=D8F3EB15472D7847&s=F57310D4A9B4BCEB) (瀏覽日期：2016年7月25日)。

德國目前超過800床的醫院有93家<sup>5</sup>。事實上，自從1991年推動如前述的DRGs制度等不同的醫療制度改革以來，整體的醫院數或病床數一直在持續下降，1990年的一般性綜合醫院有2164間，2010年則有1758間，公立醫院從996間減成539間；然而私立醫院則由330間成長成575間，其餘則為民間團體所成立之醫院<sup>6</sup>。雖然病人數持續在上升，但住院天數卻持續在下降。不過相較於臺灣來說，德國的醫院並沒有一般性的門診，其所進行的診療原則上必須要持各診所醫師或其他醫院所開立的轉診單（Überweisungsschein）<sup>7</sup>。就此來說，德國各醫院的網頁資料不會像臺灣將門診時間訊息等公布其上，或雖有公布但資料都分別呈現在各科別，打算就診之病人並不是向醫院掛號處掛號，而是向各科別秘書或助理，甚或是向個別醫師之助理或秘書掛號。例如海德堡大學（Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg）心臟外科目前有超過180名工作人員，該科的就醫說明明確指出「如果有需要進行心臟手術之必要，請立即向外科主任秘書聯絡，外科醫師收到請求後，會做整體評估，而評估的第一件事情就是與原來的專科醫師或者是家庭醫師討論病情。而這個評估狀況，尚必須視病人是由何種管道轉診而有不同，倘若病人由其他醫院轉診而來，則兩間醫院將會就已存在的資訊做利用。如果病人是由家庭醫師通知病人至海德堡大學醫院救治，則手術前的評估以及檢查會更為複雜<sup>8</sup>。」

---

5 Statista, Anzahl der Krankenhausbetten in Deutschland in den Jahren 1998 bis 2015 (in 1,000), <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/157049/umfrage/anzahl-krankenhausbetten-in-deutschland-seit-1998/> (last visited Jul. 20, 2016).

6 Statistisches Bundesamt, Wirtschaft und Statistik, 20 Jahre Krankenhausstatistik, Februar 2012, S. 115.

7 參見Franziskus Hospital, Kleine Schnitte-große Wirkung, <http://www.franziskus.de/ihr-aufenthalt/ambulanter-aufenthalt/ambulante-operationen.html> (last visited Jul. 24, 2016).

8 Universitätsklinikums Heidelberg-Chirurgische Klinik, Aufnahme-

而在醫院內的結構來說，院長（Ärztliche Direktor）身為一個醫院之長，通常也會擔任某一部門的主管或是兼任所謂的主管醫師（Chefartz），其他個別醫師也有不同的稱呼，例如主任醫師（leitender Arzt）、專科組醫師（Fachgruppenarzt oder）、科領導醫師（Abteilungsarzt），在公立醫院大部分的主管醫師都是約聘人員而不具備公務員資格，在其所領導的醫療科別範圍內，不受醫院經營者的命令拘束，並且對於該科的醫療與非醫療人員有全權指揮之權<sup>9</sup>。其下則有主治醫師（Oberarzt），其身分通常為約聘人員，而最底層則是助理醫師<sup>10</sup>。

## 參、醫師勞動權與馬堡聯盟

德國作為法治大國，在想像上，對於勞動條件的保護應該有著比臺灣更為嚴密的保護。然這個說法不一定正確，例如，長久以來德國並沒有最低工資的規定<sup>11</sup>，不過這些都是有其背景的。在德國，勞工的結社權是歷史上重要的一部分，也就是工會的組成。工會組成的基礎乃是出現在基本法第9條第3項的結盟自由（Koalitionsfreiheit），該條規定為：「保護並促進勞動與經濟條件之結社權利，應保障任何人及任何職業均得享有。凡限制或妨礙此項權利為目的之約定均屬無效；為此而採取之措施均屬違法。依第12條之一、第35條之二、三項、第87條之一第4項，以及第91條所採之措施，

---

Anmeldung beim Patientenmanagement, <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Anmeldung.105372.0.html?&L=0> (last visited Jul. 24, 2016).

<sup>9</sup> Richardi Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, § 339, Rn. 12,

<sup>10</sup> Münchener Handbuch zum Arbeitsrecht, a. a. O. (Fn.1), Rn. 10 ff.

<sup>11</sup> 謝懿安，德國最低工資案通過 時薪最低臺灣3倍，風傳媒，2014年7月4日報導，<http://www.storm.mg/article/33114>（瀏覽日期：2016年7月17日）。

其主旨不得違反本項所稱結社保護並促進勞動與經濟條件所為之勞工運動。」此種結盟自由是每一個作為勞工或者是雇主的自然人都可以享有的，但是這理的勞工指的是每一個不從事獨立工作之人，所以在此種意義下，工人、僱員、公務員、法官、士兵甚或是學徒也具有此處的基本權。而基本權的客體在此當然是雇主，不管是自然人或是法人<sup>12</sup>。要注意的問題是德國基本法另於第9條第1項規定有所謂的結社自由（Vereinigungsfreiheit），此處可能有兩者競合的問題。不過，聯邦憲法法院對此認為結盟自由乃是以促進勞動與經濟條件為其目的，而社團之成立乃是依循其章程係為會員追求經濟上之利益的任務，並且自由地組成獨立的組織<sup>13</sup>。

雖然德國基本法僅提到結盟一事，解釋上看起來也似乎只有勞工的結社權，但是其保障之內涵亦包括協約自治所不可或缺的爭議行為手段權利，因為爭議行為是團體協約當事人的壓力手段，法秩序必須容許勞資雙方當事人透過爭議行為的行使，以施壓予彼此，進而促使締結或不締結<sup>14</sup>特定內容之團體協約規範。簡言之，此一保障範圍包含所謂的爭議（Streik），尤其透過該手段來達成<sup>15</sup>。此處之爭議乃是指多數的工人有計畫地共同採取罷工（Arbeitsniederlegung）。聯邦憲法法院之判決也曾具體指出，該爭議行為乃是用以簽訂團體協約<sup>16</sup>，而其他的警告性或者是支持性的罷工，也是附帶被保障。顯而易見地，結社、團體協約及爭議行為的三個權利是緊緊地繫在一起。

---

**12** Richter/Schuppert/Bumke, Casebook Verfassungsrecht, 4. Aufl., 2001, S. 191.

**13** BVerfGE 18, 18, 28; 4, 96, 106f.

**14** 林佳和，德國罷工法秩序：1950至1980年的法官造法及其形成背景分析，歐美研究，44卷4期，2014年12月，467頁。

**15** Richter/Schuppert/Bumke, a. a. O. (Fn.12), S. 193-195; Pieroth/Jarass, Grundgesetz, 12. Aufl., 2012, Art. 9 Rn. 39.

**16** BVerfGE 92, 365, 393f.

但是如果合法罷工，也必須要有一定要件去遵循。首先，該罷工須是工會所發起<sup>17</sup>。再來，該罷工乃是為促成一定經濟利益之取得，而原本這樣的要求僅限於團體協約之締結，但在長期的發展下，如前所述的其他種類之罷工，以及抗議雇主的特定措施或者是抗議政府行為的罷工都在合法的範圍內<sup>18</sup>。最後，則是符合比例原則，即要合於最後手段的要求，以及注意到所謂的和平義務。和平義務（Friedenspflicht），指的是禁止團體協約之當事人及其所屬之會員，在團體協約的存續期間內，就協約內容之爭議進行如罷工等的爭議行為<sup>19</sup>。

在上個世紀的德國，醫師或者醫護人員長期以來面臨著勞動條件不佳的問題，1947年，年輕醫師與醫學院學生於德國中部的馬堡（Marburg），為了爭取較好的勞動條件<sup>20</sup>進行遊行抗爭，並於此後成立馬堡聯盟，其全名為「約聘與公務員醫師聯盟」（Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Deutschland e. V.），其會員人數目前超過114000人，共分為14個邦分會，由於一般開業醫師不會參加該會，所以該會的成員數量是受僱用醫師的七成。2005年他們結束與「德國職業工會」（Deutsche Angestellten-Gewerkschaft, DAG）的合作，轉向「德國服務業行業工會」（Die Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Ver.di），成為其所屬之會員工會，為個別醫師簽訂勞動契約為主要的任務。在過去的70年間，馬堡聯盟除了扮演契約守護者的角色外，亦領導醫師在勞動條件上進行抗爭，例如2003年於歐洲法院針對醫護人員待命

---

**17** Pieroth/Jarass, a. a. O. (Fn.15), Rn. 40.

**18** 黃瑞明，神秘告別式之後的奇異重生：評勞資爭議處理法關於「權利事項之勞資爭議，不得罷工」的修正，臺灣大學法學論叢，42卷1期，2013年3月，84-85頁。

**19** 林佳和，同註14，467頁。

**20** Marburger Bund, Meilensteine in der Geschichte des Marburger Bundes, <http://www.marburger-bund.de/der-marburger-bund/geschichte> (last visited Jul. 15, 2016).