

臺灣醫師 工時標準之研究

—兼論二則實務判決

張婷 / 嶺東科技大學財經法律研究所助理教授

摘要

繼護理人員排除勞動基準法第84-1條適用，與病人自主權利法制定後，醫師之執業環境改善開始備受關注。根據統計數據指出，臺灣醫師不但患寡且患不均。臺灣在實施全民健康保險法後20年，醫師過勞案例逐年遞增。而欲使醫師適用勞動基準法規範，其適用範圍、工作條件之界定等皆待共識形成。本文主要針對醫師工時之標準進行探討，並呼籲醫療機構重視此議題，因法令正確適用亦屬風險管理範圍。



壹、前言

病人自主權利法於2016年1月6日公布，此標誌著臺灣醫病關係走入新紀元。當病人安全與病人自主權利保護被頻繁、熱烈地討論之際，醫病關係另一當事人——醫事人員，尤其醫師之權益維護、工作條件亦在逐漸形成共識中。衛生福利部於日前宣布，於2020年元旦前臺灣受僱醫師將納入勞動基準法規

關鍵詞：工時、風險管理、值班、醫師、勞動基準法
DOI：10.3966/241553062016100002005

範¹。可見，臺灣除於1995年3月1日起實施全民健康保險法成為舉世注目焦點外，病人與醫師權益之保障亦備受關注。

醫師與護理人員皆為醫事人員，屬醫療保健服務業之工作者，護理人員於1998年7月1日起納入勞動基準法適用，但當時醫師被排除在外²，考量點不外乎為醫療行業特性與醫師人力吃緊等因素。惟醫師過勞現象不但引發社會輿論討論，且司法案件之發展亦成為重要指標。本文值此政策宣示、法令增修、社會關注、判決公布之際，探討醫師納入勞動基準法後之工時適用，冀望可達拋磚引玉之效。

貳、臺灣醫療環境現況

一、醫療執業環境壓力高

研究指出，醫療此一行業或所從事之醫療行為相較於其他職業，具有高度專業性、複雜性、未知性、風險性與損害性等特徵³，故醫師之執業環境鑒於醫療之特徵相對而言壓力較高。至於醫師執業環境改善此一議題，所面臨之挑戰為醫療費用大幅增加，以及醫師長期接受高壓訓練為鍛鍊一名醫師所需倫理與品德的必經教育過程⁴之薰陶。長期不斷累積之下，如此壓力高與改善受阻之醫師執業環境，形成一負向職場環境之惡性循環，如：醫事人員滿意度低，不勝負荷而離開培訓多年之醫療照護專業機構；醫療機構背負血汗醫院之名造成聲譽受

1 衛生福利部醫事司，衛生福利部宣布109年前所有聘僱醫師將納入勞基法保障，<http://www.mohw.gov.tw/news/572055327>（瀏覽日期：2016年6月11日）。

2 行政院勞工委員會86年9月1日（86）勞動1字第037287號。

3 趙珊、寧立新，醫療糾紛的成因分析及對策研究，醫學美學美容，2期，2015年4月，50頁；鄧慶華、姚安貴、楊元娟、楊治國，醫療糾紛現狀及解決途徑探索，重慶醫學，44卷11期，2015年4月，1566-1568頁。

4 蔡宏斌，看臺灣青壯年醫師過勞與重症人力短缺的現象，健康世界，442期，2012年10月，32-34頁。

損；學校端所培養之人才在職場折損率高，造成學用落差與醫療糾紛，導致醫病關係衝擊等⁵。可見，目前醫師之執業環境有重新檢視之必要性。

二、醫療自主空間彈性低

根據憲法增修條文第10條規定，政府應推行全民健康保險，且應重視醫療保健此一社會福利工作。承前述，臺灣自1995年3月1日起，已邁入提供健康保險國家之林，至今20餘年。有研究進行觀察，臺灣在推行全民健康保險後，醫療機構有大型化趨勢，臺灣醫療發展逐漸走向利潤化與商業化⁶。國家作為醫療政策之推動者，面對醫療費用持續增加，採取途徑不外乎為控管門診合理量、增減醫師診察費等，這些醫療自主空間受限的現象，正挑戰著醫師倫理與道德界線⁷。易言之，在臺灣，鑒於憲法增修條文所賦予之義務，醫療政策之制定與有限醫療資源之分配皆由政府主導進行，即醫療資源之提供視同福利措施之一環。政府為提供病人優質之醫療服務，形成醫療自主空間被壓縮，造成彈性低弱之現象。

參、臺灣醫師人力少與工時長

一、醫師人力不足與過勞

根據老人福利法第2條規定，所謂老人係指年齡滿65歲以上者。觀察臺灣現今大環境背景，2015年65歲以上人口比例

-
- 5 劉淑芬，醫療產業勞動條件常見法規議題：工作時間、工時、休假與工資，新臺北護理期刊，17卷1期，2015年3月，1-10頁。
 - 6 林怡欣，臺灣地區醫療糾紛處理機制與醫療政策初探，社會工作，5期，2014年10月，82-87、94頁；陳欽賢，實施醫院門診合理量對醫師勞動供給之影響，醫務管理期刊，2卷3期，2001年9月，60-71頁。
 - 7 黃景燦，從美國醫師調查反思臺灣醫療環境現況，臺灣醫界，56卷4期，2013年4月，50-53頁。

為12.51%⁸，已趨近世界衛生組織（World Health Organization, WHO）所定義之14%高齡社會（aged society）標準⁹。而根據平均每一執業醫師服務之人口數之統計¹⁰，由1998年715.94人下降至2014年477.1人，醫師所須服務之人口數下降，但金門縣（由1343.68人上升至1680.57人）與連江縣（由554.58人上升至595.52人）卻上升；且以2014年而言，最高臺北市執業醫師比例約為最低金門縣的6.16倍¹¹，似乎醫師人力分布不甚均衡。然隨著健康照護需求與慢性病數量漸增，且不斷地面臨新興未知突發疾病，在醫療資源確實有限與分配不均的今日臺灣社會，醫師由於選科集中化與次專科化，更凸顯醫師人力不足現狀¹²。

鑒於醫師人力不足，醫師在職場上工作時間相較其他職業為長，而出現超時工作及過勞現象，有研究指出若醫師長期超時工作，恐影響其身心靈健康（如出現焦慮、憂鬱、專注與控制力低等），間接衝擊病人安全與醫療照護品質¹³。造成醫師過勞，除工時長連帶壓縮睡眠休息外，主要可分就病人、醫師與制度三個層面了解：一、以病人而言，病人數量攀升、病情急重，而在自主維權意識不斷漸升的情況下，向病人及家屬告知說明病況等皆會增加醫師之工作量；二、以醫師而言，自我

8 中華民國統計資訊網，縣市重要統計指標，<http://statdb.dgbas.gov.tw/pxweb/dialog/statfile9.asp>（瀏覽日期：2016年6月13日）。

9 Yoshio Tahara, *Cardiopulmonary Resuscitation in a Super-Aging Society-Is There an Age for Cardiopulmonary Resuscitation?*, 80 CIRCULATION JOURNAL 1102-1103.

10 中華民國統計資訊網，同註8。

11 以（2014年執業醫師數×100）/2014年戶籍登記人口數為公式進行計算，最高為臺北市0.366686，而最低為金門縣0.059504，四捨五入後最高為最低約6.16倍。

12 高明見，十年後臺灣會不會短缺醫師？，臺北市醫師公會會刊，59卷5期，2015年5月，68-70頁。

13 林煜軒、張立人、郭博昭、楊靜修，您累了嗎？——從心身醫學的實證研究看醫師過勞現象，臺灣醫界，55卷4期，2012年4月，51-52頁。

要求與高責任感，造成醫師長期處於高壓環境；三、制度面則包含全民健康保險制度設計、醫療機構內整體支援團隊之效率、流程與溝通、醫師培訓養成教育階段在醫學倫理等學科方面的傳承及薰陶¹⁴。

二、醫師工時規範之困難

承前述，臺灣醫師因人力不足與分布不均造成工時過長與出現過勞現象，除從體制面調整全民健康保險制度設計與增加醫師員額等因應措施外，改善醫師執業環境尤其關鍵。本文主要針對工時部分進行討論。針對醫師之工作時間規範，除工時時數標準外，工時之認定亦頗具挑戰。首先，針對工時上限，依據勞動基準法第30條與第32條，勞工1天工時為8小時，1週工時為40小時，1天含加班工時最長為12小時。但承前述，醫師尚未納入勞動基準法之規範範圍。目前針對住院醫師之工時，係依據衛生署（衛生福利部之前身）於2013年所核定之「住院醫師勞動權益保障參考指引」¹⁵進行規範，即1週工時上限為88小時（含正常與延長工時）。惟「住院醫師勞動權益保障參考指引」僅規範醫師中之住院醫師，且涉及醫師工作重大權益之保障，僅以行政指導位階規範，恐有保障範圍與保障位階不足之雙重顧慮。即便適用「住院醫師勞動權益保障參考指引」作為全體醫師工時之規範依據，報章媒體報導亦不時揭露有外科住院醫師1週工時超過110小時¹⁶，可見臨床現實與工時規範上限有極大落差。

14 方震中，急診醫師過勞，臺灣醫學，19卷5期，2015年9月，494-498頁；唐莘嵐、鄭博文、簡瑞騰，區域教學醫院的醫師過勞情形之探討，南台灣醫學雜誌，10卷1期，2014年6月，30-43頁。

15 行政院衛生署102年5月16日衛署醫字第1020271103號核定。

16 陳麗婷、李樹人，血汗醫師！工時超過110小時，聯合新聞網，2015年10月13日報導，<http://udn.com/news/story/7266/1246022-%E8%A1%80%E6%B1%97%E9%86%AB%E5%B8%AB%EF%BC%81%E5%B7%A5%E6%99%82%E8%B6%85%E9%81%8E110%E5%B0%8F%E6%99%82>（瀏覽日期：2016年6月20日）。

除工時時數標準無法反映實務現狀外，醫師之工時認定亦面臨爭議，如：醫師人尚在醫療機構內之值班是否屬於工時？醫師在值班時間可否於值班室休息？醫師人在醫療機構外之待命時間（即俗稱下班On Call）是否為工時？醫師住在醫療機構內附屬宿舍，是否完全剝奪其休息時間之權利？首先，依據「住院醫師勞動權益保障參考指引」，值班係包含在88小時上限工時內之延長工時。既然屬於工時，即應給予相應之報酬，該報酬有以值班費、值班獎金、值班津貼、加班費等稱之者。至於報酬過低與勞動基準法¹⁷所揭槩之隨加班時數遞增而增加加班費之精神有違，則屬另一問題。其次，關於值班地點（值班室）與值班方式（休息），「住院醫師勞動權益保障參考指引」並未明定。而醫療法第59條僅規定醫院指派醫師值班之義務及值班之工作內容為照顧住院及急診病人¹⁸。至於醫療法施行細則第41條則規定醫師值班之地點為病房及急診部門¹⁹。故，值班室可否解釋為病房及急診部門？值班室與病房、急診部門可能在同一樓層或同一大樓之不同樓層。所謂病房，衛生署曾針對「護理機構設置標準表」中所指病房進行解釋，為護理機構服務設施之一，指包含數個病室（受有病床之房間）之單位²⁰。而值班室係專供醫師使用且門可上鎖，非特定人員無從任意進出，與病房無法上鎖及會客時間出入人員難以管控的情形不同。至於值班方式，即值班時間可否休息一

17 勞動基準法第24條：「雇主延長勞工工作時間者，其延長工作時間之工資依左列標準加給之：一、延長工作時間在二小時以內者，按平日每小時工資額加給三分之一以上。二、再延長工作時間在二小時以內者，按平日每小時工資額加給三分之二以上。三、依第三十二條第三項規定，延長工作時間者，按平日每小時工資額加倍發給之。」

18 醫療法第59條：「醫院於診療時間外，應依其規模及業務需要，指派適當人數之醫師值班，以照顧住院及急診病人。」

19 醫療法施行細則第41條：「醫院依本法第五十九條規定，於診療時間外照顧住院及急診病人，應指派醫師於病房及急診部門值班；設有加護病房、透析治療床或手術恢復室者，於有收治病病人時，應另指派醫師值班。」

20 行政院衛生署97年6月20日衛署照字第0970027440號。