

調 查 報 告

壹、案由：據報載，醫療院所違反勞動基準法及相關工時制度，又不斷緊縮其人力配置員額，變相壓榨醫事人員勞力，引發外界抨擊為「血汗醫院」；主管機關是否善盡勞動檢查、醫療院所設置管理暨確依評鑑標準督導之責，有無怠忽職守等情，認有深入瞭解之必要乙案。

貳、調查意見：

據報載，醫療院所違反勞動基準法（下稱勞基法）及相關工時制度，又不斷緊縮其人力配置員額，變相壓榨醫事人員勞力，引發外界抨擊為「血汗醫院」；主管機關是否善盡勞動檢查、醫療院所設置管理暨確依評鑑標準督導之責，有無怠忽職守等情，認有深入瞭解之必要。嗣朱○○君（陳訴人要求身分保密）亦向本院陳訴「所有醫師迄今仍未能納入勞基法適用對象暨某實習醫師因而疑似過勞致死」等情，乃併予調查。案經向行政院勞工委員會（下稱勞委會）、行政院衛生署（下稱衛生署）、行政院退除役官兵輔導委員會（下稱退輔會）、教育部、國防部及審計部調取相關卷證審閱，並分別約詢勞委會、衛生署、中央健康保險局（下稱健保局）及教育部相關人員後，茲已調查竣事，爰將調查意見臚陳如下：

一、行政院實施「公務員週休二日制」後，並未配套擴編其短缺之員額，頓使公立醫院之正職醫護人力驟然減少 9%，造成整體醫事人力吃緊與疲憊不堪，核有疏失：

（一）按我國政府係於 1990 年代末期，逐漸實施公務員週休二日制，自民國（下同）87 年 1 月 1 日起正式施行隔週休二日，90 年 1 月 1 日則依「公務人員週休

二日實施辦法」開始實施週休二日。是以實施公務員週休二日制，係由原本每週法定工作時數 44 小時降為 40 小時，其減少工時幅度高達 9%。

(二)再者，醫療機構為全年無休，應實施輪班、輪休制度，此揆諸目前各公立醫院平均缺乏 10% 醫護人力，可見其原編置員額並未配套予以擴充，以因應每週法定工作時數減少 4 小時所需補足之人力，更遑論醫院新增加病床或增設門診所需之額外人力。

- 1、查本院前曾調查發現，各公立醫療機構 99 年 12 月空缺比率為：退輔會所屬醫療機構平均為 14%、教育部所屬醫療機構平均為 3%、衛生署所屬醫療機構平均為 16%，上開職缺主要係控留供各公立醫療機構考量用人彈性以契僱方式進用專門技術性醫事人力來降低人事成本。
- 2、依據衛生署統計，目前國內領有護理證照人數為 231,559 人，但實際執業人數卻只有 132,026 人，不到 6 成。而中華民國護理師護士公會全國聯合會於 101 年 3 月初調查，共 133 家受訪醫院中，其護理人員平均缺額率為 7.2%，依回報醫院之缺額數推估，全國醫院護理人員缺額總數高達 7,000 多人。近 9 成醫院無法招足缺額，因為護理工作太血汗，公立醫院也未能表率，正職和約聘護士同工不同酬。又護理工作長期未受尊重，常常有超時工作、爆肝過勞等不合理現象，上班打卡制，下班責任制，每天加班 2 小時是常態，甚至動輒 4 到 5 小時。
- 3、就目前各公立醫院平均缺乏 10% 醫護人力而言，代表著 90% 人力必須分攤原來所有的醫療工作，姑不論醫事人員疲潰程度，更令人憂心的是病人安全恐受嚴重威脅。再者，近年來住院病人

的嚴重度(Case-Mix Index)提高及 DRG 制度之實施，均使醫事人員工作負荷量更雪上加霜。

(三)從各白袍醫療專業領域來看，輪值夜班護士、加護病房護士、藥師、營養師、呼吸治療師等人力均不足，外界乃戲稱此一護士工作超量之現象，宛如「戰鬥陀螺」忙得團團轉，某醫院之藥師更如同「發藥機械手臂」，一天調劑破百張處方箋。

1、護理人員工作負荷重，台灣平均一位護士照顧白班 6~13 人，小夜班 10~20 人，大夜班 13~20 人之多，是美國、澳洲、日本等國的 2-3 倍。

2、以每位藥師 1 天破百的調劑量為例，換算調劑一張處方從撕藥袋、核對、包藥、檢查到發藥只剩短短的 4.8 分鐘，其包藥速度是日本的 2.5 倍，藥師淪為發藥機器人，往往忙得頭都抬不起來。

(四)綜上，行政院實施「公務員週休二日制」後，並未責成相關主管機關據以配套擴編因而短缺之員額，頓使公立醫院之醫護人力驟然減少 9%，造成整體醫事人力吃緊與疲憊不堪，核有疏失。

二、行政院恣意同意各公立醫院依其醫療作業基金收入聘僱醫事人力，導致醫院以廉價契僱醫事人員取代，因而衍生同工不同酬之怨懟，殊有未當：

(一)查行政院前於 90 年 3 月 1 日函，為應公立醫院業務需要及彈性用人需求，同意各公立醫院依其醫療作業基金收入聘僱醫事人力（下稱契僱人員），並由各主管機關就其作業基金內自行訂定提撥比率支應，因而埋下日後各公立醫院競相約用廉價契僱人員取代正職醫護人力之伏筆。

(二)茲以占醫院員工總數最多之護理人員為例，依據審計部之調查發現，各醫院正職護理人員與約用護理人員間多有同工不同酬情形，造成約用護理人員離

職率居高不下，影響民眾醫療照護品質。

- 1、各公立醫院因營運成本考量，逐年減少正職護理人員之進用，而以約用護理人員替代。各公立醫院 96 至 99 年度所進用之護理人員，正職護理人員自 96 年底之 14,078 人，逐年減少至 99 年底為 13,313 人，約用護理人員則由 96 年底之 8,326 人，逐年增加至 99 年底之 11,029 人。經查各公立醫院約用護理人員 96 至 99 年度之平均每月薪資分別為新台幣（下同）36,857 元、37,618 元、38,228 元及 38,383 元，與正職護理人員各年度之平均每月薪資 64,627 元、65,578 元、66,220 元及 66,674 元，相差 27,770 元、27,960 元、27,992 元及 28,291 元，差異頗大（詳附表 1）。
- 2、又衛生署新竹醫院等 44 家醫院稱各該醫院所進用之正職人員及約用護理人員之工作職掌、工作時間及工作量皆無差異，惟各該醫院 96 至 99 年度正職護理人員每月薪資均較約用護理人員為高，正職護理人員及約用護理人員間顯有同工不同酬情形（詳附表 2）。
- 3、且經審計部設計問卷交由各公立醫院護理人員填寫結果，收回問卷 5,710 份中，3,483 份認為正職與約用護理人員間有同工不同酬情形，比率高達 61%，渠等亦認為同工不同酬係導致約用護理人員較無向心力，影響其工作及留任意願之主因。另查各公立醫院 96 至 99 年度護理人員離職數分別為 2,680 人、2,852 人、2,360 人及 2,828 人，其中約用護理人員分別為 1,893 人、1,986 人、1,798 人及 2,174 人，占總離職人數之比率已分別達 70.63%、69.64%、76.19%及 76.87%。以上數據顯示各醫院逐年減少正職護理人

員，而以約用護理人員替代，惟約用護理人員因薪資偏低，且與正職護理人員差異過大，影響其留任意願，致護理人員流動率過大，非但各醫院須重複不斷招收新進護理人員，增加護理人員之招募、培訓成本，且嚴重影響民眾之醫療照護品質，亟待研謀改善。

(三)質言之，行政院恣意同意各公立醫院依其醫療作業基金收入聘僱醫事人力，導致各醫院競相投機取巧以廉價契僱醫事人員來取代正職人員，造成所有醫事人員均有此情況，祇是護理人員所占之比率更高，已如前述，因而衍生同工不同酬之怨懟，殊有未當。

三、衛生署延宕多年始修訂醫療機構設置標準，且未透過醫院評鑑基準妥善調整醫事人員編配比率，肇生壓榨白袍勞工情事而遭外界抨擊為「血汗醫院」，嚴重影響病患就醫權益及生命安全，洵有違失：

- (一)衛生署延宕多年，才修訂完成醫療機構設置標準：
- 1、醫療機構設置標準雖訂有醫事人力配置之規範，惟自衛生署於76年9月16日發布實施後，迄今已20餘年，醫事人力設置標準過低，已無法切合當前醫療環境之實際需要。該署雖自92年著手研修，惟因醫療機構經營者以全民健康保險制度實施以來，醫療成本逐年上升、醫療院所經營艱難為由，反對增置人力，而醫事人員團體為減輕醫事人員之工作負擔，則爭取增加人力，雙方無法達成共識。
 - 2、該署遂於95年8月暫停醫療機構設置標準修訂工作，逾2年，迨97年12月4日始又再召開協商會議，惟仍無結論，而再度中止修訂工作。又逾2年，於100年3月28日始再次召開醫療機構設

置標準研修會議討論醫事人力之設置標準，嗣衛生署於101年1月2日查復本院表示，該署業完成「醫療機構設置標準」修正草案，該草案對於醫院人力部分，決定調升護產人員、藥事人員、醫事檢驗人員、醫用放射線技術人員及營養師等5類人員人力配置，另增加11類醫事人員人力配置，而該「醫療機構設置標準」修正案甫於101年4月9日正式公告，將在102年1月1日起正式實施。

- 3、依行政院衛生署組織法第1條規定，衛生署掌理全國衛生行政事務。且依同法第6條第2款及第7款規定，該署醫事處掌理醫事人力之規劃、控制及協調事項，暨醫事機構設置許可之調節事項。惟該署卻未能本於衛生行政主管機關立場，就各醫療機構經營者所稱之營運艱難困境研擬改善方案，並尋求最符合民眾醫療照護品質之醫事人力配置標準予以修訂醫療機構設置標準，却任由修訂爭議延宕多年懸而未決，且徒增醫療機構經營者及醫事人員之對立情形，亦嚴重影響國內民眾就醫之醫療品質及生命安全。

(二)衛生署迄未於醫院評鑑基準中訂定小夜班及大夜班之護病比審查標準：

- 1、衛生署因上開「醫療機構設置標準」之修正始終無法獲得共識，遂以新制醫院評鑑基準之醫事人力標準以為替代方案，經查該署於96年2月14日所公告之新制醫院評鑑基準，其中第6.1.3.4項評鑑基準「護理時數合理」雖訂有護病比之審查標準，惟僅規範白天班之護病比，未訂有小夜班及大夜班之護病比審查標準，致各醫院為達評鑑標準，將有限之護理人力集中分配於白天班，

而使小夜班及大夜班之護理人力更為吃緊，護病比更為惡化。經審計部調查各公立醫院 96 至 99 年度各類病房之臨床護理人員小夜班所照顧之病人數，逾現行醫院評鑑基準所訂定白天班之最低護病比審查標準 11 人之病房數分別達 315 個、334 個、337 個及 366 個病房，占所設置病房總數之比率分別為 50.24%、52.02%、51.29% 及 55.04%，大夜班護病比逾 11 人之病房數分別達 386 個、393 個、402 個及 425 個，占所設置病房總數之比率分別為 61.56%、61.21%、61.19% 及 63.91%。又衛生署新竹醫院等 35 家醫院部分病房小夜班及大夜班之護病比已逾 20 人，甚至高達 50 人，更有某公立醫院大夜班僅 1 位護理人員就要照護 63 個病患之誇張情事，在在顯示該署遲未訂定小夜班及大夜班護病比之審查標準，導致各醫院競相減少該 2 時段之護理人力，嚴重扭曲護理人力之配置，已造成夜間臨床護理人員工作負荷過重，並影響國人醫療品質及生命安全。

- 2、依新制醫院評鑑及新制教學醫院評鑑作業程序規定，經評鑑合格之效期為 3 至 4 年，該署為確保通過評鑑之醫院，其醫事人力於評鑑合格期間仍能符合評鑑基準，雖辦理不定時追蹤輔導訪查，惟追蹤輔導實地訪查對象之選取原則，係以 2 次評鑑之間追蹤輔導訪查 1 次為限，且依該署公告之醫院評鑑及教學醫院評鑑不定時及即時追蹤輔導訪查作業程序第 6 點規定，追蹤輔導訪查內容僅就醫院最近一次評鑑結果意見表所列建議事項之改善情形進行訪查，尚難確保訪查內容包含護理人力之配置是否符合規定。
- 3、再者，審計部之專案調查發現，衛生署 96 至 99

年度實地訪查醫院家數各為 101 家、22 家、39 家、37 家，占各該年度仍屬評鑑合格效期之醫院家數比率，僅分別為 32.58%、6.79%、11.40%、13.50%，訪查內容及比率均顯不足。經查 96 至 98 年間申請醫院評鑑，經評鑑結果，評鑑項目 6.1.3.4 項「護理時數合理」達評鑑基準之醫院，其中衛生署桃園醫院等 25 家醫院於評鑑合格效期內，却有部分病房之護理人力配置未達醫院評鑑基準訂定之護病比審查標準情事，顯示該署所實施之醫院評鑑追蹤輔導訪查作業，無法確保各醫院於評鑑合格之效期內，其護理人力配置均符合評鑑基準。足見各醫院常於通過評鑑後，則將醫事人力調降至最基本之「醫療機構設置標準」，以節省人力費用開支。

- 4、依現行的醫院設置標準，100 張病床的醫院，就需 25 名護理人力，但三班輪班加排休，換算下來，等於每名護士最多得同時照顧 16 名病患。以一名護理人員一天上班 8 小時，平均每位病人只能分配到 40 分鐘，根本無法照顧到那麼多病人，「就像煮菜時，一個廚師要照顧十個沸騰鍋子」。護理師工作嚴重超時、待遇不合理、護病比超標，凸顯醫護人員嚴重不足，常值完班後，只能休息幾個小時，馬上又要輪值下一班，導致精神和健康狀況愈來愈差，影響照顧病人品質。
- 5、衛生署雖表示從 100 年起醫院評鑑制度中，「人床比」人力配置標準已從原先一人照顧四床降低至一人照顧三床；「護病比」部分，白天班達到 1 比 7 的比例，但臨床實務作業往往達到 1 比 10、1 比 15，護病比顯未真正落實，且醫院評鑑將人力視為必要條件，唯僅看評鑑當日之占床率，致

各醫院為達評鑑標準，即在評鑑前二週開始以關閉病房或少收住院病人使占床率降低來符合評鑑標準，一旦評鑑結束之後，病房即刻收滿病人。可見「醫院評鑑基準」之規範標準雖較「醫療機構設置標準」為高，惟其人力配置仍不敷實際需求。

(三)綜上，衛生署延宕多年始修訂醫療機構設置標準，又迄未於醫院評鑑基準中訂定小夜班及大夜班之護病比審查標準，且未落實追蹤輔導訪查作業，難以確保各醫院護理人力配置均符合評鑑基準，影響醫事人員勞動權益及病人安全甚鉅，洵有違失。

四、衛生署未能積極落實各項護理人員留任措施，健保局又縱任部分醫院將其應行專案改善護理人力之經費恣意流用，且對於護理費之醫療給付過低，造成其工作負荷過重，核有疏失：

(一)衛生署所研採各項護理人員留任措施，未能積極落實執行，致難以有效改善臨床護理人員工作負荷。

1、衛生署於 96 年度委託中華民國護理師護士公會全國聯合會辦理「護理薪資結構及績效福利對勞動供給之影響」研究報告指出，為維護病患安全，新制醫院評鑑雖已訂定出白天班各層級醫院每位護理人員之照護病人數，然三班都應訂定合理之護病比，建議政府立法規範護理人力標準。

2、又該署於 97 年度委託中臺科技大學辦理「護理人力資源對病患照護結果之影響」研究報告亦指出，文獻及研究結果均證實，當護理人員照護的病人數愈多時，平均一位住院病患所得到的護理照護時數相對減少，除了造成壓瘡、跌倒、感染、管路滑脫、給藥錯誤率、休克及死亡等機率增加之外，更會延長病人的平均住院日及使醫院的直

接成本增加。並指出醫院評鑑基準 6.1.3.4 護理時數合理之評鑑基準，僅限於白天班每位護理人員照顧病人數，對於小夜班、大夜班並無明文規定。醫院為符合醫院評鑑基準，將小夜班及大夜班的人力縮減安排至白天班，便可符合評鑑之規定，故護理人員的任用上，便不需考量每一班每一護理人員的工作負荷，遂產生大、小夜班的護理人員照護病人數過多的問題。該研究報告建議無論是醫院評鑑基準或是醫療機構設置標準應依班別訂定人床比。又稱新制醫院評鑑每 3 至 4 年一次，中間缺乏持續性監督評核，給完分數後一切恢復原狀，評鑑後缺乏後續查核機制，使符合標準的醫療作業程序、充足人力，如同曇花一現。

- 3、上開研究報告所指出之臨床護理人員執業現況，皆與審計部之專案調查結果相符，且未見有改善跡象。顯示衛生署近年來雖不斷投入經費委託相關專業團體進行研究，却未正視各項研究結果，藉以及時改善臨床護理人員工作負荷。

(二)衛生署為改善護理人員薪資福利，已由健保局於 98 年起辦理全民健康保險提升住院護理照護品質方案，惟卻發生縱任部分醫院將其應行專案改善護理人力之經費恣意流用之情事。

- 1、健保局自醫院醫療給付費用總額及其分配，於 98 及 99 年度各編列預算 8.325 億元，用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施。惟獎勵款項之實際使用情形，前經中華民國護理師護士公會全國聯合會於 99 年 5 月至 7 月間向 308 家醫院發放問卷，經 72 家醫院填復，其中 23 家醫院將獲得給付之款項撥給護理部門使用，僅占所填復醫院家數之比率 31.94%，13 家醫院尚在討論是否提

撥該筆款項給護理部門使用，36 家醫院並未將該筆款項撥給護理部門使用，比率高達 50%。

- 2、嗣立法院第 7 屆第 6 會期於 99 年 10 月 18 日審查衛生署 100 年度預算案時，依上開統計結果，要求該署應就健保局「提升住院護理照護品質方案」之獎勵醫院金額實際應用於護理業務或護理人員。該署始召開會議研議，並由健保局於 100 年度「提升住院護理照護品質方案」增訂給付款項之運用規範，規定領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及護理人員獎勵措施。
- 3、又審計部於 100 年 3 月設計「各公立醫院 98 及 99 年度參與中央健康保險局提升住院照護品質方案情形調查表」，請各公立醫院查填結果，衛生署臺北醫院等 11 家醫院將所獲給付款項，或用於行政費用，或用於護理人員課程訓練費用，或用於會費、服裝費、研究計畫費，未將所獲款項用於提升護理人力之配置或護理人員獎勵措施，又部分醫院未敘明用途。且衛生署彰化醫院、八里療養院、行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺中榮民總醫院灣橋分院及高雄市立聯合醫院等 4 家醫院雖查稱將所獲 98 及 99 年度之給付款項用於增聘護理人員，惟查各該醫院截至 99 年底所進用之護理人數，却分別較 97 年底所進用之護理人數減少 35 人、2 人、1 人及 34 人，並無增聘護理人員。以上顯示衛生署雖自 98 年起，由健保局編列鉅額經費，以改善國內臨床護理人力之不足，却因缺乏管制考核措施，致有頗多醫院未將該項經費用於提升護理人力之配置或護理人員之獎勵措施，影響提升住院照護品質方案之執行成效。

(三)健保局目前對於護理費之醫療給付過低：

- 1、按目前健保給付之護理費每天為 516 元（地區醫院）或 643 元（醫學中心），以 40 床病房占床率 90% 而言，每個月病房護理費收入為 56 萬元，依規定每病房 40 床需有 20 位護理人員，每位護理人員分配到 28,000 元，足見護理人員薪水過低，是健保給付不合理使然。
- 2、茲以 98 年健保給付之護理費總額約 199 億元為例，以全國 93,600 位服務於醫療院所照護住院病人的護理人員來計算，平均健保局一個月給付每位護理人員的金額是 17,717 元，因為給付嚴重偏低，倘以護理人員平均月薪約 50,000 元計，醫院尚須貼補護理人員的薪資太多，人事成本負擔沉重，於是在醫院緊縮成本政策下，造成護理人力之不足。
- 3、目前健保在護理費給付上，只有住院護理費，至於其他給付項目未涵括護理費名目。以手術為例，開刀過程中並非醫師可獨自完成，有賴護理人員從旁協助才能順利進行，惟健保給付僅有手術費與麻醉費。工資低、工時長將產生人員異動頻繁，人力不足及代班、超時加班等問題交互影響，勢須作制度性改革，才能提升勞動條件，故整體及健保給付制度仍有討論空間。

(四)質言之，衛生署未能積極落實各項護理人員留任措施，健保局又縱任部分醫院將其應行專案改善護理人力之經費恣意流用，無法達成獎勵醫療機構增聘所需護理人力或提高福利待遇之目標，且對於護理費之醫療給付過低，造成其工作負荷過重，核有疏失。

五、衛生署允宜審酌當前醫療環境變遷趨勢，謀求澈底改

善外界所稱「血汗醫院」盤根錯節問題之多元因應方案，庶可共創多贏局面：

- (一) 健保引領醫療，導致醫學畸形發展：醫療院所勞動條件惡化所呈現醫事人員之工資偏低、工時超長問題，與現行健保給付制度息息相關。
 - 1、醫界最近調查發現，台灣約有近1萬名醫師從事醫學美容相關自費醫療服務；肇因於健保給付不足，醫師為爭取收入，影響選科意願，「內科、外科、婦產科、小兒科，四大皆空」的現象越來越明顯。剛畢業之醫學生不願選擇必須值夜班、薪水低、工作又繁重的基礎診療科別，一味選擇輕鬆的皮膚科、整型美容科，未來台灣病患，只能要求面子好看，內外婦兒科常見疾病恐將乏人診療，急重症科別更是醫師人力日益凋零。
 - 2、大型醫院拿盈餘來擴建、大量增加美輪美奐的健檢或醫學美容中心，卻不願用來增加人力、改善醫護人員的勞動條件，顯示以盈利導向之企業化經營模式早已開始侵蝕醫療產業的根基，而醫療人員則鎮日應付評鑑及臨床診療教學研究工作。
 - (1) 就一般之社區醫院而言，衛生署各種評鑑一年不下十次，況且評鑑結果攸關醫院被評定之等級、等級關乎健保醫療給付多寡與醫院之聲譽，因此各家醫院莫不視評鑑為首要任務，甚至不惜造假以期通過評鑑。平日早就以血汗方式對待護理師的各大醫院，在評鑑期間，更是變本加厲，於是一大堆文書紀錄工作使得護理師無法準時下班，評鑑條文研讀取代了病情研討會、交班抽考醫院宗旨與願景取代了抽考對病人病情的了解、評鑑委員詢答教戰手冊取代了病人疾病照顧手冊。這種種荒謬的評鑑準備現

象讓護理師應付文書作業的時間比真正在臨床照顧病人的時間還長、還累。

- (2) 據統計，台灣大型醫學中心每年平均得接受 38 次不同的評鑑，例如：醫學中心、專科醫師、癌症醫院、母嬰親善醫院、衛生署業務督導及健保專案計畫等評鑑，醫療人員忙著應付文書作業和各方評鑑委員，再加上衛生署、健保局、勞委會等主管單位頻頻關切，致發生護士忙到流產、醫師忙到離婚之案例時有所聞。
 - (3) 外界所稱「血汗醫院」之所以發生，與醫院管理階層以業績衡量來因應健保給付偏低有關。此種政策導致「重量不重質」的醫療服務，這不僅嚴重影響醫療品質，更傷害到醫療人員的身心健康與團隊士氣。
- 3、健保局實施總額預算制度之「浮動點值」，醫院實際獲得之健保醫療給付偏低：
- (1) 我國全民健保原本的轉診制度並未推動，因此民眾或病人可以自行決定就醫場所，由於相較於診所或小型醫院，大醫院的醫師科別與設備比較齊全，民眾大多湧向醫院，各大醫院的門診與住院總是人滿為患。
 - (2) 由於這幾年全民健保的保費因政治因素而難以調漲，可是醫療需求日益增加，民眾期待全民健保保障或涵蓋面更廣，終至入不敷出而產生鉅額虧損，因此健保局在此情況下必須對費用支出進行更緊縮之管控。
 - (3) 承上，醫院在經營方面也必須想辦法控制成本，而人力費用是醫院最主要的成本，致使近年來大多數的醫院不是縮減人力(在法規與評鑑要求的範圍內)，就是凍結薪資。

(4)又醫事人力資源任憑其流用至獲利較高之健檢、美容等科別及診所或小型醫療單位，且未經評估即輕率鼓勵醫療院所結合觀光事業，攸關人民生命健康所繫之醫療資源卻移用於創造外匯營收，致教學或地區醫院無法聘足所需之員額，部分私立醫療機構又以營利為務，不當減省人力支出，造成現今外界所譏評之「血汗醫院」。

(二)「上班打卡制、下班責任制」的工作形式儼然成為現代職場文化，導致醫護人員遭到醫院不當剝削情況：

- 1、臨床護病比已是捉襟見肘，有的醫院雖然規定要打卡，但因加班而延遲打卡者還會被扣績效，非常不合理。
- 2、不只醫師，護理師、藥師也要寫論文，既要寫英文論文投稿醫學期刊，還要病歷中文化；研究和評鑑占據醫療人員的心力，有責任感的醫護人員忙著醫療分內事，下班走不開，因為交接班要花時間才能交代清楚，怎能不過勞？

(三)隨著國人日益高齡化、急重症加護病床增加、國民健康權益意識高漲全民健保醫療利用率逐年增加，醫事人力需求日增：

- 1、台灣已邁入快速高齡化社會(100年65歲以上人口占10.89%，其健保醫療費用為全國每人平均之3.2倍)，而人口的老化使得病人病情的複雜度逐年上升，增加醫療照護的困難度；還有諸如抗藥性肺結核、SARS、H₅N₁流感重症等重大新興傳染疾病的威脅，本身亦有被感染之風險，都讓醫護人員產生額外工作壓力。
- 2、急重症加護病床增加：依據衛生署之統計，99年

特殊病床共 36,224 床，其中以血液透析床 8,459 床占 23.4% 最多，其次為加護病床 7,361 床占 20.3%；觀察病床 4,485 床占 14.4%，嬰兒床 3,370 床占 9.3%。與 89 年相較，特殊病床增加 11,801 床或 48.3%，其中加護病床由 5,676 床增為 7,361 床，增加 29.7%。而加護病床所需之醫護人力恆較一般病房為高。

特殊病床數

單位：床、%

病床別	合計	加護 病床	燒傷 病床	嬰兒 病床	急診 觀察床	嬰兒床	血液 透析床	其他 特殊病床
99年	36,224	7,361	343	1,774	4,485	3,370	8,459	10,432
94年	33,738	6,996	361	1,773	4,235	4,147	7,420	8,806
89年	24,423	5,676	381	1,665	3,652	5,319	5,771	1,959
99vs94增減率	7.4	5.2	-5.0	0.1	5.9	-18.7	14.0	18.5
99vs89增減率	48.3	29.7	-10.0	6.5	22.8	-36.6	46.6	432.5

- 3、國民健康權益意識高漲，病患要求高品質醫療服務：社會的醫療需求和對醫院的要求增加也是導致醫病關係緊張、不友善，醫院經營環境與勞動環境惡化的原因，近年來醫療消費意識日漸抬頭，醫病關係不再像過去那樣單純或和諧，互信基礎日益薄弱，臨床醫護人員不僅時要面對病人或家屬的抱怨，甚至在醫療糾紛及爭議事件中飽受恐嚇或暴力威脅，大大加重醫療風險與心理負擔。一旦遇有醫療作業疏失，醫護人員還得同時承受刑事與民事的懲罰。
- 4、全民健保醫療利用率逐年增加：依據健保局提供之 97~99 年全民健保醫療服務量統計資料顯示，無論門診服務量、住院服務量、健保給付費用均呈逐年增加趨勢，相對應之醫療團隊人力需求自然隨之增加。相反而言，以去掉 1/4 醫師從事自費醫學美容業務之後，剩下來 3/4 之醫師必須承擔與日俱增之服務量，其工作負荷，不言而喻。

項目 年度	門診服務量 (億件)	住院服務量 (萬人日)	健保給付費用 (億點)
97	3.41	3,121	4,635
98	3.57	3,204	4,876
99	3.61	3,287	5,004

(四)據上，衛生署允宜審酌當前醫療環境變遷趨勢，謀求澈底改善外界所稱「血汗醫院」盤根錯節問題之多元因應方案，庶可共創醫院、醫事人員、病患三者皆贏之局面。

六、勞委會針對近4年來醫院勞動檢查所發現之缺失，未能深切檢討，研謀有效對策方案，亦未妥為訂定醫療保健服務業適用勞基法第84條之1之場所及人員，齊一勞動條件約定之「備查」原則，致「備查」流於形式，顯未善盡中央主管機關職責：

(一)按勞基法第3條第3項規定：「本法適用於一切勞雇關係。但因經營型態、管理制度及工作特性等因素適用本法確有窒礙難行者，並經中央主管機關指定公告之行業或工作者，不適用之。」同法第84條之1規定：「經中央主管機關核定公告下列工作者，得由勞雇雙方另行約定，工作時間、例假、休假、女性夜間工作，並報請當地主管機關核備，不受第30條、第32條、第36條、第37條、第49條規定之限制。」勞委會爰於87年9月15日以勞動二字第040777號公告醫療保健服務業(含國軍醫院及其民眾診療處)之部分場所及人員適用勞基法第84條之1規定，即醫療院所之手術室、急診室、加護病房、產房、手術麻醉恢復室、燒傷病房、中重度病房、精神科病房等之醫事人員、技術人員及清潔人員的工作時間、例假、休假、女性夜間工作等得由勞雇雙方另行約定，並報請當地主管機關核

備即可，不受勞基法有關工作時間、休息及休假等規定限制；又醫療院所之血液透析室、器官移植小組、高壓氧艙單位、放射線診療部門、檢驗作業部門、血庫及呼吸治療室等之醫事、技術人員及實驗室、研究室、管理資訊系統部門及救護車等相關人員亦適用該條規定，詳如附表 3。

- (二)次查本院委員於約詢勞委會時，曾提問有關醫療保健服務業部分人員及場所適用勞基法第 84 條之 1 規定自 87 年公告迄今，是否適用現今醫療環境及何以未進行相關研議及檢討，詢據該會答復：「勞基法自 73 年制定公布，訂定 84 條之 1 係為考量不適用勞基法之其他行業，該條文並非指勞工之工作時數不受保障，而係雇主與勞工需另行約定，並經當地主管機關核備才可。」、「另有關醫療保健服務業適用勞基法第 84 條之 1 之相關醫事人員類別及場所規定，當時係尊重衛生署的決定，近期將與該署研商是否有檢討之必要。」惟查，醫事人員工作時間、例假及休假等因不受勞基法相關規定保障，而須由醫事人員及醫療機構另行約定，並報請當地地方主管機關「備查」，然而勞委會卻未能說明「備查」之實質意義及審查基準，亦未能掌握各地方政府實際執行情形，更未曾抽查地方政府核定的工時是否合適，致使該條文形同虛設，醫事人員過勞事件頻傳。又訂定第 84 條之 1 的時空背景源自 87 年勞基法擴大適用，因此賦予部分適用行業職務可以排除勞基法正常工時，原本是良法美意，但是從 87 年適用以來，勞委會陸續進行 38 次指定，卻從來沒有刪除任何指定行業，等於完全沒有「動態調整」過程，才會陸續出現弊端。該會不應該「置身事外」，把責任全推給地方政府去核備，因為各地方主

管機關若訂出的工時標準不一，「台灣勞工豈不是一國多制、差別待遇」。

(三)第查勞委會自 97 年開始，每年都辦理醫療院所勞動條件專案檢查(掃黑專案)，97 至 100 年度實地訪查醫院家數各為 52 家、55 家、72 家、50 家，其違規比率分別為 32%、38%、65%、32% (詳附表 4)，亦即有每年均有超過 3 成以上之醫院違反勞基法。其中常見之違法態樣，以勞基法第 36 條「每 7 日中未有 1 日之休息作為例假」、第 24 條「延長工作時間未依規定加給工資」，與第 30 條第 1 項「正常工作時間超過法令規定」及第 5 項「未依規定記載勞工出勤情形」為主。又對照勞委會 97 至 100 年度執行例行勞動檢查情形統計表，其檢查家數各為 7,760 家、9,158 家、7,943 家、11,544 家，其違規比率分別為 4.94%、8.33%、14.63%、20.47% (詳附表 5)，由上可知，醫院勞動檢查結果之違規比率大幅高於其他行業之例行勞動檢查，倘以 100 年而言，仍有高達 32% 之醫院不合格，足見台灣醫院罔顧醫護勞動權益與病人安全之事實。

(四)綜上，勞委會針對近 4 年來醫院勞動檢查所發現之缺失，未能深切檢討，研謀有效對策方案，又有關加班費或休假等勞動條件必須簽訂書面的勞動契約，並報請當地地方主管機關「備查」，惟該會卻未齊一勞動條件約定之「備查」原則，致「備查」流於形式，顯未善盡中央主管機關職責。

七、勞委會雖已公告廢止部分醫事人員排除適用勞基法第 84 條之 1 規定，然而對於其餘 103 年起始排除適用之工作者，應迅妥訂周延配套措施及審查督導機制，以確保醫事人員健康與福祉：

(一)查勞委會業於 101 年 3 月 30 日公告廢止「本會 87

年 9 月 15 日勞動二字第 040777 號公告醫療保健服務業（含國軍醫院及其附設民眾診療處）之場所及人員適用勞動基準法第 84 條之 1 規定」，惟手術室、急診室、加護病房、產房、手術麻醉恢復室、燒傷病房、中重度病房、精神科病房、器官移植小組之醫事及技術人員等，則自 103 年 1 月 1 日起始排除適用勞基法第 84 條之 1 規定，合先敘明。

- (二)復查對於前開現階段無法立即排除適用之工作者，其工作時間、例假及休假等勞動條件仍須勞雇雙方另行約定，並報請地方主管機關核備；勞委會雖針對上開工作者訂定「醫療保健服務業（含國軍醫院及其附設民眾診療處）適用勞動基準法第 84 條之 1 之場所及人員工作時間審核參考指引」，並函送各地方政府主管機關，惟該會仍應就地方主管機關針對契約約定內容之實際審查情形，建立督考考核機制，以確保另行契約之內容未損及醫事人員之健康及福祉。

八、勞委會及衛生署對於排除醫師適用勞基法之認定過於寬鬆，基於保障醫師勞動條件、健康權益及維護醫療品質之考量，自應審慎檢討並積極研議逐步將其納入勞基法適用範圍：

- (一)按勞基法第 2 條第 1 項規定，勞工係指受雇主僱用從事工作獲致工資者；同法第 3 條第 3 項規定：「本法適用於一切勞雇關係。但因經營型態、管理制度及工作特性等因素適用本法確有窒礙難行者，並經中央主管機關指定公告之行業或工作者，不適用之。」準此，勞委會於 87 年間因認定醫師工作非固定及工作時間不易認定，乃依法公告醫療保健服務業（包含受僱醫師）排除該法之適用。
- (二)次查衛生署囿於醫師公(協)會團體之反彈壓力，亦

多次函復勞委會，敘明醫師之業務性質恆具有特殊性，並說明醫療法第 59 條及第 60 條明定，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；另醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延；故該署認定醫師在醫療作業上，具有獨立作業能力及不可取代性，乃係單獨負法律上之完全責任，且其業務性質恆具有持續性、緊急性及不可預期性，加上工作時間不固定，以致工時不易認定，爰難以適用勞基法相關規定。

(三)又查 99 年我國執業醫師共計 55,897 人，其中西醫師 38,887 人或占 69.6%；牙醫師 11,656 人或占 20.9%；中醫師 5,354 人或占 9.6%。惟現行醫療業務乃典型之團隊合作性質，故並無任何醫師係完全不可取代，此揆諸許多醫師經常安排休假或出國旅遊、進修，但其病患之醫療照護工作並不因而中斷或停頓自明；又醫療法、醫師法及各項醫事專門執業法規均明文規定，各類醫事人員之職掌業務範圍，故醫師及其他醫療輔助人員均須依照相關規定執行業務，倘遇醫療糾紛爭議事件，係依法追究當事人應負之責任，尚難謂由主治醫師單獨負法律上之所有責任。再者，依目前中醫師及牙醫師之實際執業情形與西醫師迥異，其業務性質未盡符合持續性、緊急性、不可預測性及不可取代性，且診療時間亦因採預約掛號制度而趨於固定，故勞委會及衛生署徒以前開因素，將所有類別醫師都排除於勞基法適用範圍，其認定顯過於粗糙寬鬆，亦未盡合乎情理。

(四)再查，財政部依據衛生署 100 年 2 月 1 日衛署醫字

第 1000200812 號函及同年 11 月 17 日衛署醫字第 1000210622 號函，於 101 年 1 月 20 日發布台財稅字第 10000461580 號令，認定醫療機構與醫師間若不具駐診拆帳或合夥法律關係（按 99 年全國有 508 家醫院暨 20,183 家診所之負責醫師），應認屬僱傭關係。故不具駐診拆帳或合夥法律關係之受僱醫師約 35,000 人，當符合勞基法第 2 條第 1 項規定。

(五)質言之，勞委會及衛生署皆認為醫師之業務性質具有持續性、緊急性、不可預期性及不可取代性，而認定醫師不適用勞基法規定，然依現今醫療業務之團隊合作性質，醫師業務顯非完全不可取代，且並非所有類別醫師（西醫師、牙醫師、中醫師）之工作性質均符合排除適用該法之條件，又受僱醫師與醫療機構之勞雇關係明確，故基於保障醫師勞動條件、健康權益及維護醫療品質，自應審慎檢討並積極研議逐步將其納入勞基法適用範圍。

九、教育部、衛生署與勞委會允宜記取「實習醫師疑似過勞死」悲慘案例，妥為謀求改善方案，庶免類似悲劇重演，嚴重損害實習醫師之勞動權益，甚至衍生無謂之醫療疏失事件：

(一)查陳訴人朱○○引述報載「某實習醫師疑似過勞致死」，係侵害勞動人權案例，據以請求本院究明相關相關主管機關違失責任：

- 1、高雄醫學大學醫學系林姓學生在國立成功大學附設醫院實習時，疑似連續 36 小時過勞工作，100 年 4 月底猝死於該院宿舍。
- 2、由於該實習醫師仍具有學生身分，並非醫院內正式編制人員，因此無法享有醫院提供的福利及保障，此次不幸身亡，只能請領區區 100 萬元保險金之學生平安保險理賠。

3、實習醫師在醫院學習，無法申請職業災害賠償或勞工保險；且實習醫師定位不明，落入教育部、衛生署、勞委會三不管地帶，權益明顯受損。

- (二)教育部表示，對於實習醫師（醫學系第七年之醫學生）照顧的灰色地帶，從102年起，醫學院的學制將改為6年，畢業後才到醫院實習，亦即從108年起，實習醫師將享有醫院正式員工的保障。惟在此之前，對於實習醫師照顧尚無其他補救措施。
- (三)衛生署最近針對全台87家教學醫院進行問卷調查發現，第一年與第二年的住院醫師平均每週工時為75小時、值班2次，與美國畢業後醫學教育評鑑委員會(ACGME)規定訓練醫師每週80到84小時的時數差距不大。而現行教學醫院評鑑標準亦規定，每名住院醫師至多照顧15床病人、實習醫師照顧病人不能超過10床，值班天數以不超過3天1班來限制，然並未特別針對每週工作時數予以限制。但實務上，實習醫師平均每週總工時遠遠高過上述住院醫師之75小時，等於是被醫院當成免費勞工來壓榨，醫師若沒有得到適當休息，怎能奢求確保其醫療品質？
- (四)又查醫院雖然實施彈性工時制度，但也不能剝削醫事人員（特別是實習醫師及住院醫師）之工時權益，故勞委會應檢討規範醫師之每週工時上限，以免其缺乏法律保障，連續超時工作、超過體能負荷。
- (五)綜上，教育部、衛生署與勞委會允宜記取「實習醫師疑似過勞死」悲慘案例，妥為謀求改善方案，庶免類似悲劇重演，嚴重損害實習醫師之勞動權益，且影響病人安全，甚至衍生無謂之醫療疏失事件。

調查委員：尹祚芊

錢林慧君

林鉅銀

李復甸

中 華 民 國 101 年 4 月 17 日

附表 1

各公立醫院 96 至 99 年度正職及約用護理人員薪資統計表

單位：新台幣元

年 度	正職護理人員 每月薪資	約用護理人員 每月薪資	薪資差異數
96	64,627	36,857	27,770
97	65,578	37,618	27,960
98	66,220	38,228	27,992
99	66,674	38,383	28,291

資料來源：審計部專案調查。

附表 2

正職及約用護理人員工作職掌、時間及工作量皆無差異之醫院明細表

項次	主管機關	醫院名稱
1	衛生署	新竹醫院
2		竹東醫院
3		臺中醫院
4		彰化醫院
5		南投醫院
6		嘉義醫院
7		朴子醫院
8		新營醫院
9		臺南醫院
10		旗山醫院
11		澎湖醫院
12		屏東醫院
13		恆春旅遊醫院
14		花蓮醫院
15		玉里醫院
16		八里療養院
17		草屯療養院
18		嘉南療養院
19		樂生療養院
20		胸腔病院
21	退輔會	臺北榮民總醫院
22		臺中榮民總醫院
23		高雄榮民總醫院
24		臺北榮民總醫院員山分院
25		臺北榮民總醫院蘇澳分院
26		高雄榮民總醫院屏東分院
27		桃園榮民醫院
28		竹東榮民醫院
29		埔里榮民醫院
30		玉里榮民醫院
31		鳳林榮民醫院
32		臺東榮民醫院
33	教育部	臺灣大學醫學院附設醫院北護分院
34		臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院
35		陽明大學附設醫院
36	國防部	國軍高雄總醫院
37		國軍左營總醫院
38		國軍北投醫院
39	臺北市政府	臺北市立聯合醫院
40	新北市政府	新北市立聯合醫院
41	高雄市政府	高雄市立聯合醫院
42		高雄市立凱旋醫院
43	基隆市政府	基隆市立醫院
44	連江縣政府	連江縣立醫院
合計		44家醫院

附表 3、醫療保健服務業（含國軍醫院及其附設民眾診療處）適用勞動基準法第 84 條之 1 之場所及人員

場所（單位）	人員
手術室	醫事及技術人員、清潔人員
急診室	醫事及技術人員、清潔人員
加護病房	醫事及技術人員、清潔人員
產房	醫事及技術人員、清潔人員
手術麻醉恢復室、燒傷病房、中重度病房、精神科病房	醫事及技術人員、清潔人員
血液透析室	醫事及技術人員
器官移植小組	醫事及技術人員
高壓氧艙單位	醫事及技術人員
放射線診療部門	醫事及技術人員
檢驗作業部門	醫事及技術人員
血庫	醫事及技術人員
呼吸治療室	醫事及技術人員
實驗室、研究室	研究人員、技術員
管理資訊系統部門	系統程式設計師、維護工程師
救護車	救護車駕駛、救護技術員

資料來源：勞委會 87 年 9 月 15 日勞動二字第 040777 號公告。

附表 4

97~100 年度醫療院所勞動條件專案檢查結果統計表

項目 年度	受檢醫院 (A)	違規家數 (B)	違規比率 (B/A)	違規件數 (C)	每家違規件數 (C/B)
97	52	17	32	21	1.24
98	55	21	38	40	1.90
99	72	47	65	76	1.62
100	50	16	32	30	1.88

備註：1. 資料來源：行政院勞委會。

2. 100 年 50 家受檢醫院有 30 家是從 99 年違法情形重大的黑名單中抽樣。

3. 違法之事業單位除要求改正外，並依權責交由各地方勞工行政主管機關、勞保局依法裁罰。

4. 後續追蹤由各地主管機關督導改善。

表 5. 97-100 年度勞動條件檢查情形統計表

年度	檢查家次	違反家次(件數)			違反家次占檢查家次比率(%)		
		勞基法第 30 條	勞基法第 32 條	合計	勞基法第 30 條	勞基法第 32 條	合計
97	7,760	178	206	384	2.29	2.65	4.94
98	9,158	408	354	762	4.46	3.87	8.33
99	7,943	509	653	1,162	6.41	8.22	14.63
100 (截至 100.11.30)	11,544	930	1,433	2,363	8.06	12.41	20.47

資料來源：勞委會 100 年 12 月 2 日資料。

註：1. 勞基法第 30 條正常工時等規定；勞基法第 32 條延長工時等規定。

2. 本統計表為勞動檢查機構執行部分。