國立政治大學勞工研究所

碩士學位論文

台灣受雇醫師勞動條件與權益保障之探討

A Study on Working Conditions and Labor Right Protection of Employed Physicians in Taiwan

國立政治大學 National Chengchi University

指導教授：成之約 博士

研究生：胡方翔 撰

中 華 民 國 105 年 7 月

(授權書)

國立政治大學勞工研究所

胡 方 翔 所撰之碩士學位論文

台灣醫師勞動條件與權益保障之探討

業經本委員會審議通過

論文考試委員會委員

指導教授

研究所所長

中華民國 一〇五年 七 月 二 日

謝辭

感謝政大勞工所師長們與同學們的關愛與教導，特別是我的指導老師成之約博士，適時的點化盲點讓我有不同的視野與方向；另外，感謝口試委員文化勞工所張家春博士與中正勞工所楊通軒博士，他們給了非常好的建議，突破我寫作的困境，使得修訂後比口試前的文章更為紮實。

最後，我要感謝家人的支持，雖然對我這十年四所的研究所生涯，經常缺席家庭相聚而頗有怨言，我仍然感到深深的愛與祝福。僅以此文獻給家人，特別是我的姐夫婦產科陳醫師，他曾經跟我一樣努力，沒有他的鼓勵，我幾乎多次失去前進的動力。

他讀完台大公衛健管所碩士，持續研修學分考上針灸專科醫師，也曾遇上台灣婦產科醫師的夢魘—醫糾，轉科為家醫，又為家庭負擔不斷進修轉為執業醫美，去年七月診所開幕，十月猝死，53 歲；子曰：「不知命，無以為君子」，為醫師的勞動人權繼續奮鬥，突破台灣醫師過勞宿命，是當代吾輩無可迴避的使命。

胡方翔 謹誌

20160731

台灣受雇醫師勞動條件與權益保障之探討

中文摘要

由於醫療產業的特殊性與醫師的自由職業特性，研究醫師工作條件現況與其行使個別或集體勞動權的可能性，是一個有趣而重要的議題。過去，醫師為自由業，擁有充分專業自主，多不自認勞工，顯見醫師自身對勞動人權認知不足，仍停留於「藍領」勞工的刻板印象，殊不知律師、會計師、教師與經理級專業「白領」勞工，早就納入《勞基法》多年，故若醫師納入《勞基法》保障之後，醫師勞動人權意識，終將覺醒。本文之研究動機與背景係以醫師過勞出發，並未處理適用《勞基法》以及第 84-1 條責任制的所有可能問題，主要聚焦醫師「過勞」議題，故僅就《勞基法》「工時」規定為主軸，並探討相關的主要問題為範圍。

台灣健保制度最接近英國的公醫制卻不將醫師納為公務員，又兼具德日的社會保險性質卻偏向社會福利，更特殊的是又放任病人就醫自由，幾乎無所管制，病人需求端與醫療產業競爭竟採自由主義市場經濟，健保支付制度卻採共產主義管制經濟，諸多矛盾，存在其中。

受雇醫師納入《勞基法》成為全民共識之後，台灣醫療困境已邁向後勞基法世代，將以團體協商為中心，《健保法》將不得不正面回應勞動法的巨大變革，十分明確地，醫師納入《勞基法》就是「台灣醫療改革」的開端，能否避開其他國家面對醫改的陣痛期，迎接第 3 代健保的重生，有賴政府、醫界與社會各界的集體智慧；不可諱言，醫師納入《勞基法》必然有利有弊，如何興利除弊，不僅要找出問題，更應提出可行解決方法。

【關鍵字】：勞基法、工作條件、受雇醫師、責任制、勞動權、專業自主

A Study on Working Conditions and Labor Right Protection of Employed Physicians in Taiwan

ABSTRACT

In view of the special characteristics of medical industry and physician profession, it is an interesting and important topic to research physicians working conditions and practice of individual or collective labor rights. In the past, physicians were mostly self-employed with full profession autonomy; they did not consider themselves workers. Other professions like lawyers, accountants, teachers and managers had been included in Labor Standards Act as "white collar" workers many years ago, but physicians still stuck in stereotypes of "workers" and inadequate awareness of labour right.

Motivated from the epidemic of physicians' overwork, not to address the possible problems between Labor Standards Act and physicians, this study primarily focuses on the issue of "work overload" and dicusses the related problems in the scope of "working hours" in Labor Standards Act.

The health insurance system in Taiwan is facing various contradictions. It is similar to the public medical system (National Health Service) in the United Kingdom while physicians are not categorized as civil servants. It combines the nature of social security in Germany and Japan but biases toward social welfare. Patients have utmost freedom of choice but without proper control. Patient demand and medical industry competition adopt free-market Liberalism, whereas health insurance payment system adopts Communist controlled economy.

Since it has become a national consensus to include physicians in Labor Standards Act, the medical dilemma in Taiwan is moving into the era of post Labor Standards Act. Collective bargaining will play the key role in protecting labor right, thus "National Health Insurance Act" shall positively respond to this huge change in labor laws. Very clearly, the inclusion of physicians in Labor Standards Act is the starting point of "Medical Reform" in Taiwan. This will depend on the collective intelligence and endeavor from government, social communities and every member in medical field to bring the rebirth of third generation national health system into force. However, there could be advantages and disadvantages in consequence, we shall promote the beneficial and solve the problems with viable countermeasures.

Keywords： Labor Standards Act， Working Conditions， Employed Pysician，
Job Responsibility， Labor Right， Profession Autonomy

目次

第一章 緒論.....1

第一節 研究背景與目的.....1

第二節 研究方法與研究架構.....7

第三節 研究範圍與限制.....8

第四節 研究流程與章節安排.....10

第二章 我國醫師勞動概況.....13

第一節 醫師勞工身分之定性.....13

第二節 目前台灣醫師的勞動現況.....25

第三節 醫師適用勞基法之相關議題.....41

第四節 小結.....67

第三章 國際主要國家對於醫師勞動權益的保障.....70

第一節 相關的國際勞工公約與其他重要國際組織規定.....71

第二節 美國.....77

第三節 歐盟.....81

第四節 日本.....89

第五節 小結.....92

第四章 訪談結果.....94

第一節 訪談設計與對象.....94

第二節 訪談發現.....97

第三節 訪談分析.....117

國立政治大學 National Chengchi University

第四節　小結 125

第五章 結論與建議 128

第一節　結論 128

第二節　建議 130

參考文獻 130

附錄 1 149

附錄 2 158

附錄 3 159

附錄 4 160

附錄 5 162

國立政治大學 National Chengchi University

表次

表 2-1 從屬性相關學說歸納表 21
表 2-2 醫師人力現況 27
表 2-3 西醫專科醫師分科表 31
表 2-4 主治醫師工作權責表 33
表 2-5 104 年我國住院醫師平均每週工時 35
表 2-6 醫師過勞與睡眠不足影響醫療行為相關研究歸納表 37
表 2-7 工時類型 45
表 3-1 住院醫師工時規定比較 70
表 3-2 美國 ACGME 歷年住院醫師工時規範 79
表 3-3 美國 ACGME 歷年住院醫師休息時間規定 80
表 3-4 公會非工會 92
表 4-1 訪談對象背景資料 96
表 4-2 台灣醫療面臨的未來挑戰 118
表 4-3 保障醫師勞動權益具體建議 122
表 4-4 修法建議總表 123

圖次

圖 1-1 醫療環境惡性循環 4

圖 1-2 研究架構圖 8

圖 1-3 研究流程 12

圖 2-1 醫療各方關係圖 130

圖 2-2 各級醫療院所執業醫師 27

圖 2-3 長工時危害健康的途徑 34

圖 2-4 醫生睡眠狀態圖 39

圖 2-5 醫殤者 40

國立政治大學 National Chengchi University

第一章 緒論

第一節研究背景與目的

去年(104 年) 6 月 27 日晚上，北台灣發生了史上最大的粉塵爆燃災難事件[1]，近 500 名燒燙傷病人送醫，其中須要入住燒燙傷加護中心的重症病人，超過 200 人，最終造成 15 人死亡，除了醫療機構過度負荷，雙北市有 39 間醫院的近千名休假醫護被緊急召回，因為人力仍嚴重不足，召回者加班連續工作總時數甚至超過每天 12 小時。

依照《勞基法》第 40 條，休假召回應給予補休及加倍工資；也許護理召回可能有加班薪資或另加計工時數，健保給付可沒人力加成機制，這筆額外人事支出醫院也是受害者，要如何求償？恐怕漫漫長路，無門求助，只能自行吸收吞忍。另外護理早就人力不足，排班呈現花花班，現在連休假者都來加班了，請問如何補休？其他原上班者暫停休假繼續上班要如何排休？排休尚欠人力，補休不能及時，加班員工無法立刻充分休息，何有保護勞工過勞？平時護理休假替補人力制度未建立，根本沒有人力好落實補休。

衛福部並不積極處理醫護過勞的根本原因，反而以醫院評鑑規範人力，更別提健保總額制度下，重大突發大量醫療需求，造成健保總額的醫療給付點值稀釋與事後核刪，全體醫界受災。請問完全沒配套措施的緊急召回制度與災難醫療應變制度，應給醫院及衛生主管機關的作為打什麼分數？還是又將之列入醫院評鑑新增條文？為何醫院要精簡人事，節省成本？為何醫院長期人員不足，醫護過勞？種種問題在不適用《勞基法》的醫師則更加凸顯，只能無限責任，無盡血汗[2]，難道過勞與剝削，只是廉價健保宿命？

---

[1] 八仙樂園粉塵爆燃專區，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/CHT/BLAST/(最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)

[2] 台灣十大血汗工作出爐！第 1 名是他們 http://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/1757311

今年(105)2 月農曆小年夜，南台灣發生大地震，造成維冠大樓倒塌[3]，以及過年期間因流感爆發盛行[4]，皆短時間產生大量傷病患湧向醫療機構，使現有醫療人員工作過度負荷，過去因長期醫護人員不足而關病床與關病房的醫院也捉襟見肘，病人在急診等候住院的時間也顯著拖長，尤其是周末假日期間，醫院急診更是爆量。4 月底，醫改會與立委皆開記者會要求診所醫師週日必須看診[5]，以提供便民醫療服務，殊不知藥師與護理師在假日皆休假，診所不但要以加班費與補休來聘人，甚至想出錢也找不到人，因為休假與生活已經是一般民眾的基本權利，否則「一例一休」與「兩例」又何必斤斤計較？但一般民眾與立委，顯然不認為醫師有休假權利。

5 月 3 日，新任的衛福部長送出勞動節大禮，在記者會宣布要在 2020 年把住院醫師納入《勞基法》[6]，5 月 27 日在瑞士的世界衛生大會(WHA，World Health Assembly)上，部長公開演講介紹台灣健保制度時再次加碼，向國際承諾要將我國所有受雇醫師(All Employed Physicians)納入《勞基法》[7]。5 月 23 日，骨科鄒醫師前往宜蘭大學駐診，在校內被電梯故障夾擠身亡[8]，因為醫師沒有法定勞工身分，恐怕又得走奇美蔡伯羌醫師過勞致殘案的訴訟老路[9]，交由司法認定，纏訟經年；過去數年，許多專家學者及醫界前輩，也曾對醫師納入《勞基法》提出正反意見[10]與疑慮[11]。這些醫療時事，凸顯出台灣醫療勞動問題；自部長政策

[3] 維冠大樓倒塌事故，資料來源：http://goo.gl/X9NxqB(最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)

[4] 疾病管制署，資料來源：http://goo.gl/Q2NLHZ (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[5] 假日急診暴增歸因診所沒開，資料來源：http://goo.gl/37Qaz7 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[6] 準衛福部長林奏延：4 年內住院醫師納勞基法，資料來源：http://goo.gl/0Vw0Jf (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[7] 衛福部長林奏延 2016/05/27 WHA 世界衛生大會講稿，資料來源：http://goo.gl/ISLA0N (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 5 日)。

[8] 宜蘭大學電梯意外 駐診醫師遭夾死，資料來源：https://goo.gl/u1hCcI (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[9] 奇美蔡伯羌醫師過勞致殘案，資料來源：http://goo.gl/hyxkjY (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[10] 名家觀點－勞基法救不了醫師，謝炎堯，2015 年 05 月 06 日 04:10http://www.chinatimes.com/newspapers/20150506000488-260109

[11] 黃勝堅，《時報周刊》堅叔瞭望台—醫師納勞基法之利弊，2016 年 06 月 17 日 18:44 時周精選，

拍板後，也大致塵埃落定，確認未來 4 年，新政府的衛生主管機關對醫師勞動保障的施政方向已定調，正朝向分階段將全體受雇醫師納入《勞基法》規劃。

由於醫師的自由執業特性與台灣醫療產業的特殊性，過去較少注意醫師過勞與醫師勞工身分等問題，研究醫師勞動現況與勞動權益保障，是一個有趣而重要的議題。在台灣傳統社會觀念中，自由業「三師」即所謂律師、會計師以及醫師，擁有較高社會地位與較佳的薪資收入，然會計師已於 98 年 11 月 1 日納入《勞基法》[12]，受雇律師亦在 103 年 4 月 1 日納入《勞基法》的適用[13]，教師於 100 年 5 月 1 日納入勞基法，專業經理於 104 年元月納入勞基法，唯獨醫師被討論 18 年仍遲遲未能被納入《勞基法》的適用範圍，而三師中「醫師」不僅須具高度專業性又直接涉及人民身心健康與生命安全，既勞心又勞力，卻在職業特性以及社會期待下賦予其崇高的使命，認為醫師應具備「醫德」，犧牲奉獻為理所當然。

惟台灣醫師之工作已今非昔比，乃係於民國 84 年全民健保開辦後，民眾就醫門檻低，醫療可近性高而負擔輕，就診行為習慣改變，一有不適便前往就醫，把醫療視為消費服務業，稍不順意，便出現言語與肢體暴力，甚至以訟相逼，使得醫療需求質量不斷增高而醫師工作負荷加重，但在總額給付制度下診療量增加卻反而稀釋了給付醫院金額點值，因此醫院在經營管理因素考量下，減少人力與其他成本支出並將營運重點著重於給付或盈餘利潤較佳之科別或部門，醫師的績效薪資隨點值浮動而下滑，對醫師從業環境帶來莫大之衝擊。

總體醫療環境惡化，醫療人力的流失，醫師超時、超量工作情況日益加劇，卻在過勞工作、薪資待遇壓縮等勞動條件保障不彰、醫療糾紛增加與醫療訴訟

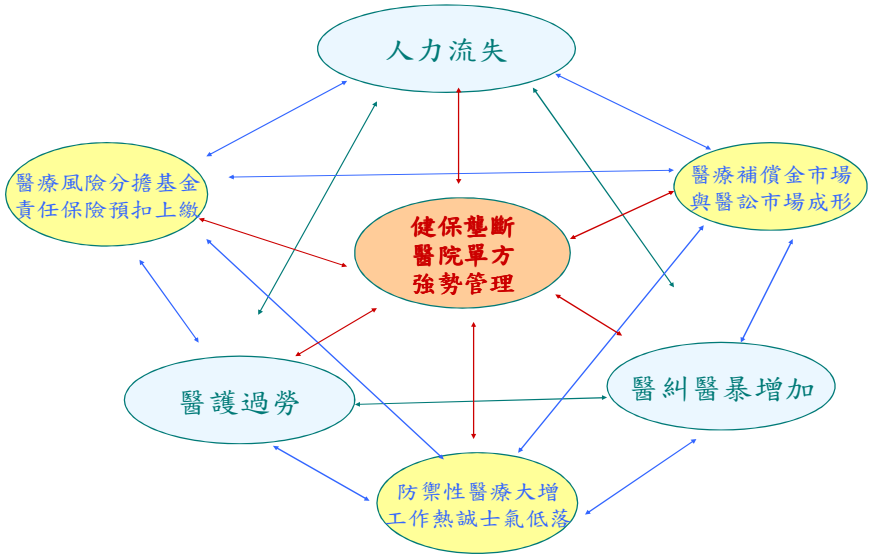
---

http://www.chinatimes.com/newspapers/20160617006502-260603

[12]勞基法歷次擴大適用公告，資料來源： http://www.mol.gov.tw/topic/3066/5834/22675/ (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 7 日)。

[13] 同註 12

的高額賠償金[14]，醫療職場暴力事件頻傳[15]，醫病關係更緊張下，也使得醫師不得不採取「防禦性治療」之醫療行為；去年(104)衛福部力推的醫糾法草案[16]，將醫糾補償責任最高七成轉嫁醫界，引起極大爭議因而暫緩；種種因素導致醫師從業環境變得更加艱困，人員脫離勞動市場，醫療人力加速流失，醫師過勞關聯醫糾增加，儼然形成一惡性之循環(圖 1-1)。



作者自繪

圖 1-1 醫療環境惡性循環

隨著 87 年醫事人員納入勞動基準法保障[17]，但醫師卻因種種窒礙難行因素而獨排在外，顯失公平；而明知醫師過勞的主管機關，政策延宕 18 年而未有進展，其責任何在？主管機關怠惰而疏於保障醫師過勞，接受陳情的監察院功能何在？身為民意機關的立法院，面對醫師過勞又有何作為？在專業使命感與嚴峻醫療環境的壓力下，醫師無法獲得充分休息，進而是直接影響醫療品質與病患安全，在社會與民眾要求醫師須有犧牲奉獻之精神與醫療倫理同時，已將

14 醫療糾紛 判賠 3300 萬創新高 http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/158703

15 藥師、護理師連兩週挨打　醫界怒了喊修法，資料來源：http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=156657，(最後瀏覽日期：2016 年 6 月 28 日)。

16 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案總說明，資料來源； http://goo.gl/bAxJZO ，(最後瀏覽日期：2016 年 8 月 11 日)。

17 同註 12

醫德無限上綱而剝奪了其應有之基本權利，難道醫師連一個起碼的《勞基法》保障也不值？醫師勞動人權又何在？

過去或許有人認為醫師是高所得的一群，與一般勞工不同，不需要納入《勞基法》。但是，即便醫師具有相較於一般工作較高之報酬，卻也承受著比一般工作更大突發事故的風險：過勞殘或過勞死、因針扎引發猛爆性肝炎或其他侵入性感染的危害，新興傳染病的威脅、同時面臨多元的工作壓力、遭受病人或家屬攻擊威脅、醫糾訴訟等等，醫師肩負全民健康的政策重責卻工作負擔過重以及職業災害風險高，造成醫師平均壽命比一般人少十年的事實，因此醫師反而更迫切需要保障。就受雇醫師的立場，當然期待能獲得渴望已久的保障；但從醫院經營者角度也當然不希望因此增加勞動成本，導致難以經營的窘境，呈現兩難的賽局現象。

鑒於醫護工作者勞動的特殊性明顯超越其他行業，尤其醫療行為與病人的健康結果息息相關，醫療從業人員要求高強度的專業倫理標準，所以醫護工作者肩負著提供適當和正確的醫療服務，且需確保一定的品質與安全的責任；健保支付制度是主導台灣醫療產業經營策略的重要依據，對醫療產業經營模式、民眾就醫與醫師醫療行為造成決定性影響，在總額預算支付制度之下，醫院的服務量與費用限制在一定範圍內，使得經營者必需採取各項成本的控制與人事縮減，在這樣的背景制度之下，勞力密集的醫療業佔經營成本最大宗的人事費用首當其衝，健保總額過度財務管控，造成受雇者被中間剝削與勞動條件惡化，使得醫療照護品質受影響，醫事人員的勞動保障已迫在眉睫。

故本研究將針對醫師過勞與勞動權保障加以論述，惟醫師職業有其特殊性，直接適用當前《勞基法》之僵化規範可能發生問題，所以將對目前實務上醫師工作情況加以歸納分析，建構符合實際需求與合理公平之勞動保障制度；又因醫療連續不可中斷原則與醫病信賴關係，勢必有延長工時與待命之責任及

需要，故也將探討醫師之專業「責任制」面對《勞基法》「工時制」時，可能適用第 84-1 條的相關問題，以釐清醫師勞動權益保障的困境。

根據上述之研究背景與動機，可知醫師之職業具有其高度專業性與特殊性，但於此特性下應如何維護其勞動權益，以提供友善之從業環境與兼顧病人安全的醫療品質。因此，本文主要之研究目的為：

1. 探討目前台灣醫師工作條件之情形

針對目前醫師工作條件之概況，探討合理之工作時間範圍，除使醫師得以獲得充分休息維持生活與工作平衡外，兼顧醫療專業自主，相對提升醫療品質與維護病患安全。

2. 比較其他先進國家對醫師的勞動保障

從國際人權憲章對勞動人權的保障，以及國際勞工組織(ILO)相關保障勞動權的公約出發，蒐集歐美日等主要國家保障醫師勞動權的具體實施經驗，與台灣醫師勞動現況對照，提供參考的基礎。

3. 如何以《勞基法》或其他法規制度保障受雇醫師勞動權

因醫師之職業特性適用勞動基準法有其困難與限制，故對於醫師如何適用勞動基準法之問題，加以論述分析並以維護其權利義務為出發，探討醫師之工作內涵與職業特性，將醫師納入《勞基法》給予合理之勞動保障以改善醫療從業環境，根據醫師實際工作狀況與職業需求，在醫師人力短缺與配置不均、職業責任制特性與合理工作時間衝突矛盾下，「工時」議題將為最大瓶頸點，初期可能主要以《勞基法》84-1 議定工時之專業責任制為中心，保障醫師專業工作權益與兼顧醫療品質為前提之下做為依據，建構合理公平之勞動保障與專業責任制度。同時，也探討以其他法規或制度保障的可能性。

4. 後勞基法時代，如何建立協商機制以保障醫師集體勞動權行使

若以《勞基法》84-1 議定工時之專業責任制為出發，勢必衍生雙方如何「約定」工時與工資等相關勞動條件的問題，而受雇醫師納入《勞基法》後，將啟發全體醫界對勞動人權意識的覺醒，對後續的醫師行使集體勞動權將引致推波助瀾的效果，在目前醫師僅有公會而無工會情況下，又因受《醫師法》第 9 條強制醫師入公會影響，工會不易壯大，醫師的勞動團結尚難起步，如何調整雙方談判武器平等？既無工會又欠缺充分協商權，《勞基法》84-1 會不會變成「奴工」條款，令醫師桎梏加重難以翻身？而談判最重要的平權武器是爭議權，台灣醫療罷工又有約定必要服務條款的限制，難以抗衡資方強勢，未來的勞資爭議，要如何對等協商解決？政府機關又在勞資關係扮演如何的角色？可以說醫師集體勞動權行使是嚴重保障不足，如何建立良好協商機制，將是入法後的首要議題。

第二節　研究方法與研究架構

1.研究方法

本研究採質性研究。質性研究中所產生的資料方法主要分為：深入訪談和焦點團體兩種。本文採深入訪談，主要的特點是針對深入個人專門領域，以詳盡調查每人的觀點，惟需要探討敏感或複雜議題與必須將不同議題跟個人產生連結；需彙整個人經歷與經驗中得到觀點與意見時，深入訪談是唯一收集資料的方式[18]。學者將訪談法分為「結構型」、「無結構型」和「半結構型」三個類型[19]，本研究採半結構式訪談，以訪談大綱為提示，鼓勵受訪者積極參與，但對訪談具有一定的控制並進行靈活的調整。

[18] 蘭毓仁譯(2008)，Jane Ritchie & Jane Lewis 原著，質性研究方法，巨流圖書公司，頁 58。
[19] Fontana＆Frey，1994；Simonin，1997

2.研究架構

本節據第一章研究動機與目的，以及第二、三章文獻探討，提出本研究之研究架構。如圖 1-2 所示，探討建構醫師勞動權益保障。

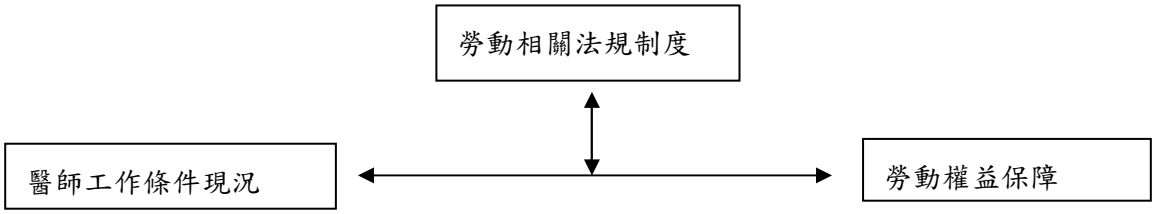


圖 1-2 研究架構圖

第三節 研究範圍與限制

1.研究範圍

《勞動基準法》第二條第一項敘明「勞工謂受雇主僱用從事工作獲致工資者」，醫師納入《勞基法》應視其是否與雇主成立僱傭關係並有相當之從屬性，故本研究將以受雇於醫院或診所之醫師為研究對象；而依《勞基法》84條規定，公務員兼具勞工身分者…應適用公務員法令之規定。公職醫師與政府有特殊法律關係，應優先適用相關特別法規，故軍職醫師屬特殊權利義務關係，也有其特別法適用；當然，公立醫院與軍醫院，也可能有非組織法編制內的約聘雇醫師，雖然這類人員準用軍公職相關特別法規，自屬廣義的軍公職醫師，但沒有正式公職或軍職，其福利待遇仍有保障不足，應屬身分特殊的受雇醫師，須另外討論，本文未加著墨；而《醫師法》有三類醫師，中醫師、西醫師與牙醫師，其中的中醫與牙醫皆未在本文探討範疇，因此將本研究範圍所稱之「醫師」限縮至非公職之受雇西醫師，主要聚焦於醫院受雇醫師，就其工作形態加以分析探討。

至於訪談對象為目的選樣，以勞資關係的主要三方當事人—勞資政為主軸，再納進勞動法與醫管學者，同時兼顧醫療倡議民間團體的意見，立意受訪者皆為該領域的資深人員，因而多數呈現多重身分，在分析研究時，發現其發言立場並不能完全無變動，例如醫師從政後又回任醫院醫師，且擔任高階主管與大學教授，其立場會在勞、資、政、學間漂移，甚為奇特，更呈現出醫療勞動市場人員與相關團體的特殊現象，像某附醫工會的理事長，甚至同時是醫師(勞動者)、副院長(管理者)、大學教授(教師)、工會幹部(勞團代表)，更顯示此領域的複雜多元性；訪談過程中，許多議題互相關聯，無法單純切割，會交雜談論，亦增加整理歸納的難度；由於立意選樣的受訪談人即為該領域的專家學者，故所談論問題的廣度及深度均超越本文所欲探討的目的甚多，最後的訪談整理時因歸納聚焦收斂，許多寶貴意見不得不割捨，惟為了尊重受訪者，也為了保持論文完整性，訪談逐字稿將於個資處理後列於文後附錄中(附錄5)。

目前實務上醫師工作時間調查，雖有分科統計，多為該科別醫師的平均值，忽略醫所級數別間與地區別間差異，僅能區分住院醫師與主治醫師職別間差異；談論納入《勞基法》的工時計算，也是以全體醫師的平均值為準，難以呈現極端值間的差距，故甚少實際針對單一科之醫師進行深度的探究，多半粗略區分「五大科」(內外婦兒急)與「非五大科」的科別差異；而醫師工時的四大差異，直接與醫師人力不均的四大差異相關：科別差異、職別差異、城鄉差異與院所差異。

本研究未針對各專科主治醫師個別工作條件以及納入《勞基法》之個別看法進行調查，而僅透過實際深度訪談，反映出醫師工作所面對的普遍問題與一般勞動權益保障的挑戰。醫師雖為專門職業人員，且可能為適用第 84-1 條的責任制專業人員，但實際在不同國別間比較，仍有可比較性的問題，也欠缺對照組設計，有比較基準不同與比較謬誤的困難，難以直接適用比較法。本文之研究動機與背景係以醫師過勞出發，並未處理適用《勞基法》以及第 84-1 條的所

有可能問題，主要聚焦醫師「過勞」議題，故僅就《勞基法》「工時」規定為主軸並探討相關的主要問題為範圍。

2.研究限制

本研究的訪談大綱設計，為統一格式，並未針對個別專家的特殊身分作不同安排，故無法討論全部問題，僅就一般共同問題與專家熟知領域來探討，而且訪談大綱設計本身無法窮盡，故歸納問題受到限制。本研究係個人獨自作業，人力、時間與經費受限。因而立意訪談個案數量有限，且訪談對象皆集中於中北部地區，以致代表性可能不全面。

本研究所採用之研究方法為個案深度訪談法，其特性屬於敘述性、非系統化之分析方法，結論可能因此而產生偏誤。雖然聲明訪談內容只供學術研究用，並加以保密等保護性字眼，但受訪者仍擔心個人資料外洩，或內容涉及敏感議題，致受訪者態度可能有所保留而影響回答之真實性，造成部份或可能有些偏失，另一方面也因為訪談對象不夠清楚研究目的，而有時會天花亂墜偏離主題，材料上的取捨有時也可能會混淆整個研究的主要目的。

由於訪談過程是以半結構式訪談大綱引導訪談活動進行，之後經筆者進行整理、分析與歸納，所得訪談資料皆為文字型態。而文字敘述可能涉及受訪者個人經歷與主觀認知判斷，以及筆者理解程度影響，筆者在這方面盡量避免傾向任何一方的思考，僅作客觀的描述與研究，推論研究結果仍難以全然客觀。

第四節研究流程與章節安排

1.研究流程

本文以文獻分析方法為主，就目前學說與實務文獻與參考資料進行歸納與彙整，探討受雇醫師工作情況之差異，並研究醫師工作條件應如何確定，以建立適切之勞動權益保障架構。

本研究流程如圖 1-3 所示，而各項內容分述如下：

(1). 研究動機與目的：第一章

此研究之啟發與議題之重要性，本文將針對醫師合理之工作條件與勞動權益保障出發，並以此建構後續之研究計畫。

(2). 確定研究範圍與文獻探討：第二、三章

透過資料庫、期刊研究等管道蒐集有關與醫師勞動權益、工作條件等資料，並佐以公務統計等次級資料來觀察與討論，建立本研究理論之基礎，進而確定本研究之方向；探討範圍區分為我國與外國兩部分。

(3). 擬定研究架構：第四章

據以研究目的與研究範圍下，所設計研究之架構，本研究將以文獻分析、次級資料與專家訪談分析等質性研究方法為主，來進行資料之蒐集與探討。

(4). 相關資料蒐集歸納與分析：第四章

從理論與實務之角度進行分析，針對目前醫師工作況狀以及勞動保障議題進行瞭解，將所蒐集之資料進行彙整探討醫師勞動之問題，以《勞基法》為中心，試圖建構符合醫療業之相關法制保障勞動權益。

(5). 結論與建議：第五章

綜合各項研究探討結果與發現，提出後續改善方案與具體建議可行之法規制度調適方向，以及對後續研究者建言。

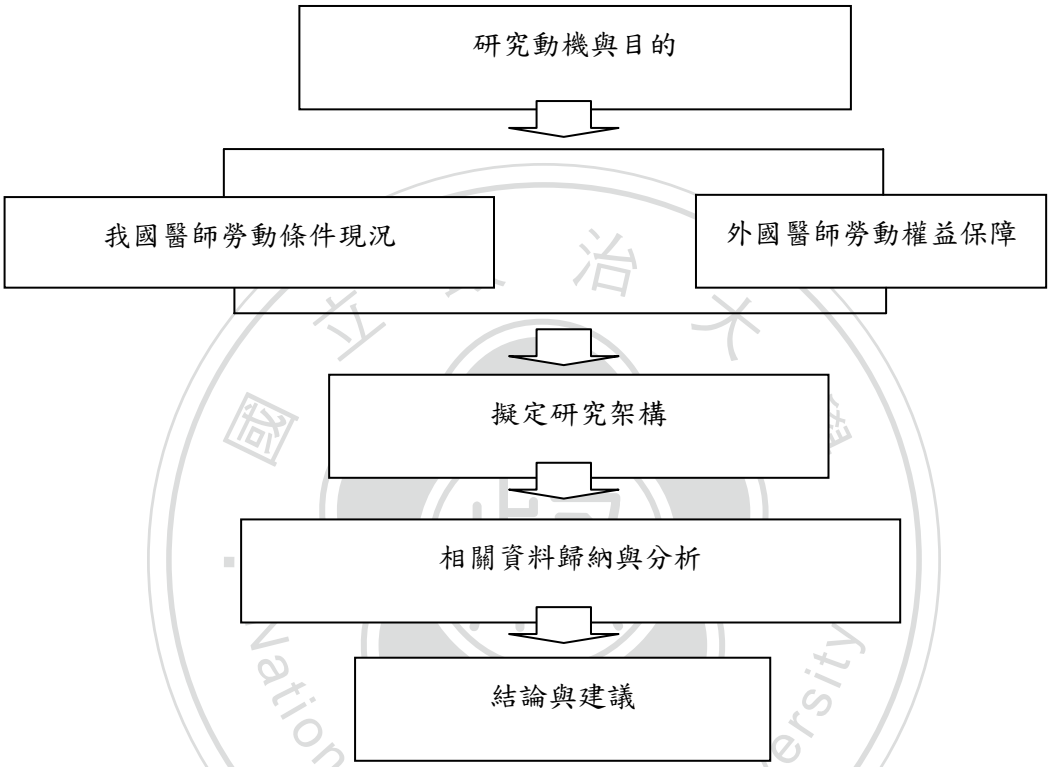


圖 1-3 研究流程

第二章 我國醫師勞動概況

醫師超時超量工作，醫療品質不佳，危害病患就醫安全（公益面）；醫師工時與工作量制度合理化，才能健全醫業發展，促進人民健康福祉（公益面）；醫師與其家庭也是超時超量工作的受害者(受雇者)；故醫師勞動人權保障實值得重視。根據衛生福利部統計處(2015)針對醫療機構現況及醫院醫療服務量統計[20]，與中華民國醫師公會全國聯合會資料顯示至2014年止全台會員人數為44，539人[21]，其中於醫院執業之醫師人數為28，000人，顯示仍有逾半數之醫師是受雇於醫院，雖醫師在執行醫療行為時有其自主性，但受雇於院內工作，觀其工作型態與一般受雇勞工具有相當之同質性，同需仰賴雇主給付薪資下提供勞務；換言之，醫生勞務之提供乃建立於與醫院的從屬關係下，而「從屬性」乃謂勞動契約之重要特徵[22]，以保障勞動者之從屬地位以及維護其工作權與生存權之必要性，故受雇醫師是否確為勞工並應受勞動法令之保障，宜進一步探究。

第一節 醫師勞工身分之定性

我國勞工法的眾多法源形成一階層式的結構，由上而下排列依序為：憲法、國際勞工法、法律、行政命令、法院判決、行政機關解釋令、團體協約、工作規則、勞動契約。除了國際勞工法屬國際法源外，其他皆為國內法源。在適用上，依據法律階層理論，位階愈高的法源效力愈強，故我國憲法為我人民勞動人權之最高保障，法規與憲法精神相牴觸者，仍應回歸憲法解釋，國際公約與我國憲法不能合致者，仍以憲法為依歸，最好完成內國法化，以利遵循。

[20] 醫療院所執業醫事人員數─按權屬別分-104 年 4 月，取自: *http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=50868*。(最後瀏覽日期：2015 年 8 月 14 日)。

[21] 中華民國醫師公會全國聯合會(2014)，台灣地區執業醫師、醫療機構統計，頁 2。

[22] 黃越欽(2012)，勞動法新論(第四版)，翰蘆圖書出版有公司，頁179。

勞動關係的主要當事人有三方:勞、資、政；基於勞資先天不對等，勞動法不是中立性的法律，而是積極衡平的，國家在法律政策取捨上扮演主動角色，就是要先保障弱勢勞工以維持資本市場經濟。這是在福利國家的概念上—政府介入僱用關係藉以規制、保護勞工之健康福祉的一種重要手段。就風險治理之模式，通常主要包括事前之「預防」(強制規定)與事後之「制裁」(罰則)；勞動法以保障勞工為最高價值，勞動法規的目的乃為保障勞動力與勞動者人格的結合(消除異化)，避免勞動力成為雇主任意支配的客體；勞動法為落實憲法對勞工生存權及工作權的直接保障，進而實踐保障勞工人性尊嚴的理念；更進一步間接保障資方財產權，維持市場經濟。過去，醫師為自由業，多不自認勞工，顯見醫師自身對勞動人權教育認知不足，仍停留於「藍領」勞工的刻板印象，殊不知律師、會計師、教師與經理級專業「白領」勞工，早就納入《勞基法》多年，故若醫師納入勞動法保障之後，醫師勞動人權意識，終將覺醒。

一、受雇醫師準公務員身分的法律定性

因為現行我國憲法並未明文保障勞動權，即須依概括性質的人權保障規定來加以保障：[23]

1.憲法第 22 條規定，凡人民之其他自由及權利，不妨害社會秩序公共利益者，均受憲法之保障。

2.憲法第 23 條，以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由，避免緊急危難，維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。此為比例原則，公益原則，法律保留原則之意旨。

3.憲法第 14 條之結社自由。

4.憲法第 15 條—人民之生存權、工作權及財產權，應予保障。

[23] 中華民國憲法，資料來源：http://goo.gl/hRUy1A（最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日）

5.憲法第 153 條—國家為改良勞工及農民之生活，增進其生產技能，應制定保護勞工及農民之法律，實施保護勞工及農民之政策。

6.憲法第 154 條—勞資雙方應本協調合作原則，發展生產事業；勞資糾紛之調解與仲裁，以法律定之。

我國勞動相關立法的法律淵源，最早是源自於 1948 年國際勞工組織公約第 87 號－結社自由及組織權保障公約，與第 91 號建議書－團體協約建議書。2009 年總統公布「公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法」[24]（俗稱兩公約施行法）後，人權兩公約條文已經成功內國法化，其中公民與政治權利國際公約第 22 條和經濟社會文化權利國際公約第 8 條，可謂我國將集體勞動權法制化的法源。近來我國集體勞動三法修法，正是遵循世界潮流趨向，2007 年 12 月通過的《團體協約法》[25]；2009 年 6 月通過的《勞資爭議處理法》[26]；2010 年 6 月 1 日，爭議已久的《工會法》[27]終於修法通過；2011 年 5 月 1 日同步施行新「勞動三法」，正式讓台灣社會從此進入「新勞動三法時代」。

勞動權是基本人權，既是普世價值，應受憲法保障；去年，修憲議題討論—勞動三權將正式入憲，於 2015 年 5 月 19 日立法院修憲委員會初審「中華民國憲法增修條文部分條文修正草案」的「人民之權利義務—人性尊嚴等項」相關條文，將勞動權、環境權等入憲，明定人性尊嚴不得侵犯，跟消除因性傾向受到的歧視與不利益。並明定國家應保障，勞動者有組織工會、進行團體協商及集體爭議的權利，國家應保障人民享有公平及良好的勞動條件與安全衛生的工作環境。此外，國家有維護自然生態及環境永續發展的義務。這些都是進步國

[24]公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法，資料來源：http://goo.gl/k7s64a（最後瀏覽日期：2016 年 6 月 5 日）。
[25] 團體協約法，資料來源：http://goo.gl/mTMEZ7 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)。
[26] 勞資爭議處法，資料來源：http://goo.gl/j81E71 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)。
[27] 公會法，資料來源：http://goo.gl/uXSQjg (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)。

家的重要內涵。104 年憲法增修條文第 1 條之 1 草案明訂[28]，勞動者有集體勞動三權，國家應予保障。雖然修憲案因朝野協商其他條文未達共識而破局，但本 1-1 條則無爭議，可預期再次修憲勞動三權將成為人民的憲法明文基本權，基於平等原則與憲法權利，醫師將可據以要求主管機關立法或修法保障。

(一)醫療屬公部門

在先進國家，勞資關係之研究被設定為「私部門」（Private sector）與「公部門」(Public sector)兩部分。私部門通常被定義為私營企業及組織，不論是營利或非營利者皆包括在內。公部門定義則不容易界定，通常可被認為是人類社會經濟與行政生活中，經由政府或為政府部門提供商品或服務的部分。

早期台灣社會僅有勞保、農保、公保三大醫療保險制度，因此 1995 年開始實施全民健康保險，使全體國民皆得以納保完善的社會保險[29]。全民健保也是整體醫療財務收入的來源，影響從科別、階層到區域醫療資源分配，也間接影響與控制醫師的收入、醫療自主性與風險的承擔，進而也牽扯到醫學教育到醫學生執業科別的選擇[30]，但保費的收入不足以平衡龐大的醫療費用，健保署為解決的財政問題，因此祭出相當多的財務管控措施，希望從醫療體制的供給及需求面來開源節流。其中，影響甚大即是 2002 年所採取的「總額給付制度」來調控醫療費用以提升醫療品質[31]，而總額預算乃於該年度開始前先訂立預算額度，同時分季結算，申言之，醫院提供於病患所需的醫療支出如大於原先議定的總額時，健保署仍照原先之總額來給付，因此點值在總額固定的情況下，服務量越多單位點值價格反而越低，以目前的總額給付政策來看，讓醫院缺乏

[28] http://www.hr.org.tw/news2.asp?ctype=2&autono=4113
[29] 衛生福利部中央健康保險署(2015)，2015-2016 全民健康保險年報，頁 4。
[30] 中央研究院，本院出版醫療保健政策建議書(簡要版)，資料來源：http://www.sinica.edu.tw/manage/gatenews/showsingle.php?_op=?rid:2479（最後瀏覽日期：2016 年 2 月 18 日)。
[31] 同註 21，頁 38。

照護病患之誘因，不利整個醫療體系的發展[32]，醫院為了控制低成本可能使得醫療品質下滑或不再進步，壓縮人事成本並精實人力讓醫療人員從業環境血汗，最後危害的仍是全體民眾的生命健康與社會公益。

公醫制度是我國憲法的基本國策，醫療的公共性與公益性，醫療保健業的民生必要性，醫院的非營利性，以及全民健保制度的全面覆蓋與完全指揮監督，台灣醫療屬性確為「公部門」，醫療成為全民「公共財」；我國憲法的基本國策上，有公醫制度的明文；健保制度是我國強制的單一公共社會保險，歷年的幾號大法官釋憲，也點明了健保制度的國家性與壟斷性：

1.中華民國憲法 157 條—國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。

2.憲法增修條文第 10 條—國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。國家應重視社會救助、福利服務、國民就業、社會保險及醫療保健等社會福利工作，對於社會救助和國民就業等救濟性支出應優先編列。

3.醫院與健保署的公法關係釋字—依大法官釋字 533 號解釋與吳庚大法官的協同意見書，這號解釋大意是說明：健保署和特約醫院是公法上行政契約關係。

4. 依大法官釋字第 472 號解釋意旨，政府應全盤檢視健保署做為唯一保險人之獨占地位，使保險人市場多元化。

健保獨占壟斷與行政獨斷的結果，已涵蓋台灣 99%以上的院所，成為具台灣特色的憲法上公醫制度，卻完全無公醫制度保障，變成失控的怪

[32] 財團法人國家政策研究基金會，《醫院總額深陷泥沼，錯誤施政全民買單》，資料來源：http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-003.htm（最後瀏覽日期：2016 年 2 月 16 日）。

獸；《健保法》為 21 年前舊法，立法之初未有進步的勞動人權觀念，公聽程序未有醫療勞動團體或人員參與，故《健保法》中無醫療保健服務提供者的勞動保障或人力配置相關條文，以致近十多年來不斷翻修勞動法所增加的醫療勞動成本，《健保法》完全無法正向因應；最根本的問題是《健保法》「論件論日」，《勞基法》「論時」，若病人住院一天 24 小時，健保給付 1 日病房費與 1 次醫師診查費，但在《勞基法》下，1 日 24 小時有 3 班，超過 8 小時就開始計算加班費，兩者本質完全不相容；反而因為健保訂有重重財務管控規定，勞動成本轉嫁醫界全體吸收；又因健保僅與院所機構特約，不直接與醫師簽約，故健保給付醫院後，再由醫院分配給醫師，醫院訂有層層管理規則，醫師勞動者最終承擔勞動成本不利益，因而健保成為醫療血汗勞動的根源。

(二)醫院與受雇醫師間的法律關係為僱傭關係

醫師與醫院的勞雇關係經司法判決確立，過去，醫院與醫師間的法律關係，究為合夥關係？委任契約？承攬契約？勞雇關係？或是有軍公教身分的公法上特殊權利義務關係？爭議頗多，現已經有行政函釋與司法判決確認，僱傭契約為正解，惟軍公教身分的公職醫師雖另有特別法規範優先適用，仍應符合勞動法規的保障勞工精神，例如《公務人員協會法》可增訂強化協商權的條款，即可有類工會的性質與功能；醫院醫師接受衛福部委託醫策會的醫療品質評鑑，醫師同時也受健保署指揮監督與醫事審查核刪，故受雇醫師至少從屬於三重雇主(醫院、健保署與醫策會)，應可成立公法上的勞動契約，醫師實為廣義受雇於國家的勞工(如圖 2-1)，只是健保制度設計迴避與醫師簽約，僅與醫療機構特約，又自居主管機關地位來高權行政，形成醫師實質受健保支配，卻被醫院剝削的特殊現象：

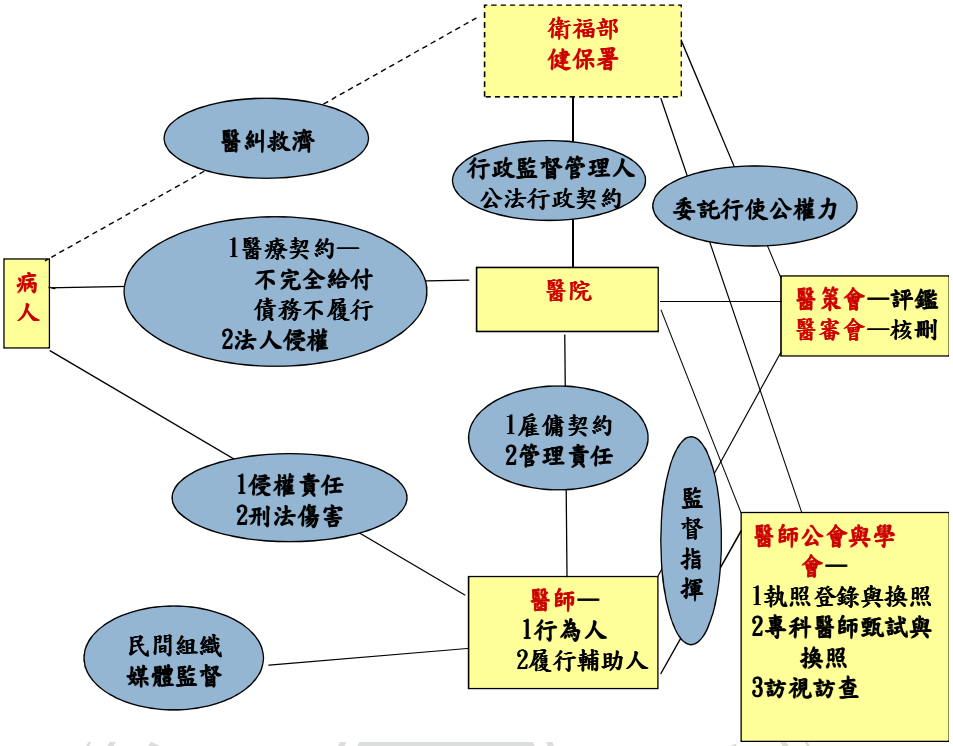


圖 2 1：醫療各方關係圖

1.民國 100 年衛署醫字第 1000200812 號函和衛署醫字第 1000210622 號函皆明確表示，醫療機構與其所屬醫師為僱傭關係，非合夥關係[33]。

2.長庚健保費案—台北高等行政法院判決 102 年度訴字第 1166 號、最高行政法院 103 年度判字第 641 號判決，皆認定雙方為僱傭關係。

3.奇美醫師職災認定案—台南高院 102 年重勞上字第 1 號，認定雙方勞動契約存在。

4. 《勞動契約法》第一條規定：「稱勞動契約者，謂當事人之一方，對於他方在從屬關係提供其職業上之勞動力，而他方給付報酬之契約。」

[33] 衛署醫字第 1000200812 號函和衛署醫字第 1000210622 號函，資料來源：http://goo.gl/Bfke7G（最後瀏覽日期：2016 年 6 月 5 日）

根據《醫療法》第二條所謂醫療機構，係指供醫師執行醫療業務之機構，且又分為公立醫療機構[34]、私立醫療機構[35]、醫療法人[36]三類。公立醫療機構內之醫師以《公務人員任用法》第 33 條規定醫事人員之任用，並依據《醫事人員人事條例》第 3、4、8、10 條依法任用並送經銓審後，而受有俸給之編制人員即具公務人員身分，為受有俸給文武職之公務員[37]，則適用公務人員任用、俸給、銓敘、獎懲等相關法規。而為因應人力之需求，公立醫療機構住院醫師依人員聘用條例之規定[38]，聘用之醫師仍屬於廣義之公務員，有公務人員保障法之適用。

而私立醫療機構內之醫療人員與醫院間並無公法上之特別權利關係，僅成立私法上之契約關係，而視雙方關係的不同而有以下各型態[39]：醫療人員為醫院之投資人或合夥人，雖於院內工作領受工資但同時負擔盈虧責任，則是合夥契約與僱傭契約以及委任契約之混合型態。如醫療人員僅受聘於醫院工作者，其與醫院之關係應視雙方契約內容而定，分別為僱傭、承攬或委任契約。最高法院曾針對醫師與醫院所成立之關係提出見解，依《醫療法》第 2 條、第 5 條第 2 項、第 18 條第 1 項等規定，在每一個醫療機構內均有負責醫師，而院方對於該機構內之醫療業務有督導責任，申言之即對於院內所屬的醫療人員尤其醫師，在醫療業務上有任免權、考核權、指揮監督權以及工作內容規範權。因此，若無明確其他契約存在，則足以認為醫療機構與醫師間，應成立僱傭關係[40]。

[34] 醫療法第三條參照。
[35] 醫療法第四條參照。
[36] 醫療法第五條參照。
[37] 公務員服務法第 24 條參照。
[38] 醫事人員人事條例第十條參照。
[39] 曾育裕(2007)，醫護法規，五南圖書出版公司，頁 384。
[40] 臺灣最高行政法院判決 103 年度判字第 574 號參照。

因此，雙方是否成立私法上之勞動契約，基於契約規定提供勞務以獲致工資，彼此間產生從屬關係，而其中「從屬性」，即為判斷是否為勞工之重要要件，亦為目前學說與實務上之通說。

從屬性主要可分為三類：人格從屬性、經濟從屬性、組織從屬性[41]。所謂人格從屬性乃為雇主在支配勞動力的過程即有相當程度上支配勞工的人生以及人格[42]；而經濟從屬性是勞工被納入雇主之經濟組織與生產結構中，為雇主經營而勞動[43]；組織從屬性則是完全納入雇主之生產體制中，並且與同僚間是為分工合作之型態[44]。又學說上關於從屬性之主張也略顯不同，茲彙整如下(表2-1)：

表 2-1 從屬性相關學說歸納表

學者	主張
黃程貫	人格從屬性為主，勞動過程需受雇主指揮監督。[45]
邱駿彥	人格從屬性為主，再加以綜合判斷。[46]
楊通軒	應先以實質認定，再由從屬性來判斷。[47]
林更盛	應將從屬性進行類型化區分。[48]

(資料來源；本文整理)

從屬性為勞動契約之特徵，勞工於從屬的情況下為雇主提供勞務時，可由人格從屬性、經濟從屬性、組織從屬性以及親自履行之四個面向來判斷[49]，又

[41] 郭玲惠(2011)，勞動契約法論，三民書局，頁 20。
[42] 臺灣高等法院 103 年度重勞上字第 5 號民事判決參照。
[43] 臺灣最高法院 103 年度台上字第 2465 號民事判決參照。
[44] 臺灣最高法院 96 年度台上字第 2630 號民事判決參照。
[45] 黃程貫(1997)，勞動法，國立空中大學，頁 412。，頁 63。
[46] 邱駿彥(1999)，勞動基準法上勞工之意義，勞動法裁判選輯(二)，月旦法學，頁 93。
[47] 楊通軒(2013)，個別勞工法理論與實務(第三版)，五南圖書出版有限公司，頁 133。
[48] 林更盛(2002)，論勞動契約之特徵「從屬性」，台灣本土法學雜誌，第 36 期，頁 85。
[49] 臺灣最高行政法院 101 年度判字第 368 號民事判決參照。

基於保護勞工之立法意旨，一般勞動契約之成立，均採從寬認定，只要有符合部分從屬性，勞動契約即應成立[50]。

(三)健保制度下的受雇醫師實為準公務員

1.經濟從屬於健保

健保的人口覆蓋率超過 99%，表示已完全壟斷，加上台灣健保制度有極左派的思維與強烈的政治色彩，幾乎自費市場難以存在。國內醫院近百分之百納入健保，而診所也超過九成納保，僅存極少數純自費的私人院所，且僅提供醫療美容與健康檢查等少數特殊項目；更特別的是，健保給付佔這些納保院所總收入的近九成，也就是說納保院所的自費收入佔不到兩成，可以說是財務完全依賴健保。健保藉著醫療勞力的購買與否，可以對醫師勞工進行獨買權的第一重控制；健保可以藉由購買醫療勞力的價格，如訂點值、議藥價或總額等，對特約院所進行定價權與獨買權的第二重控制；健保可以藉由操控醫療服務的收費價格，進行定價權與獨賣權的第三重控制；健保，擁有完全定價權與審核權；健保，是醫院與醫師的共同雇主與最大資方，而受雇醫師有三重雇主—接受醫院、健保、衛福部(醫策會評鑑)指揮監督，受雇醫師為勞工，專業性被侵蝕、自主性被剝奪；健保甚至常被政府當做外交與政治工具操作(陸生納保、急難救助、討好選民等)，強行要醫界買單。

人民財產權是受憲法保障的，任何相關人民財產的權利義務變更，必須以法為之，這是憲法的法律保留原則，《健保法》授權健保署直接以行政命令或實施辦法，就可以事後核刪給付醫療費用，而且還強迫醫界接受總額限制的打折給付，有違憲疑慮；對醫師勞動者言，工資折扣更是「強迫勞動」違反人權，台灣醫師形同沒保障的準公務員甚至是血汗奴工。

2.人格與組織的多重從屬性

[50] 臺灣最高法院 81 年度台上字第 347 號民事判決參照。

衛福部醫院評鑑制度決定醫院等級與健保分級給付，台灣健保制度下的各種管控工具使然，造成市場失靈狀態持續發生。這些管控工具可以著稱是獨步全球的財務控制手段，包含事前限制、事後審查制核刪給付、懲罰性放大回推扣款、總額預算制(Global Budget)的浮動點值給付制、包裹給付制(Bundle Payment)、同病同酬制(DRG)、按人計酬(Capitation)、藥品議價…等等，雖然皆美其名為了醫療品質及民眾權益把關，卻完全無法遮掩其財務管控效果的本質。勞動契約法第一條規定有點出從屬性為勞動契約之核心概念，然而透過法院實務和通說見解可知，勞雇關係之判斷，重點在於人格從屬性、經濟從屬性和組織從屬性的有無。僅部分從屬性，即可認定僱傭關係，醫院醫師則確定為受雇從屬於健保的勞工身分。依現有醫療公共化與健保制度國家化觀之，醫師的廣義公務員身分，應可實質認定，但無法律效果，既然實質雇主不負法律責任，卻能高權行政專斷，恣意以行政命令或特管辦法變更特約內容，而且加上《健保法》受政治干擾與欠缺勞動成本內涵，這就是健保血汗的病根。

台灣健保制度實施後，醫療市場競爭劇烈、爭食健保總額大餅，中小型私立醫院家數急遽下降、近半倒閉，尤其以地區醫院減少最多，僅剩全盛時期的六成。然而私立醫院提供病床位數卻一路高升，迄今未見止歇，大型私立醫院欣欣向榮；而其餘公立醫院為了與大型私立醫院競爭，紛紛效法私立醫院引入績效管理制度、甄聘醫管人才，開始企業化管理，強調服務品質與經營效率。臺灣健保二十多年來，現有約六成三的醫師是受雇於醫院，而非獨立開業或服務於基層醫療。而醫院大型化與財團化的結果，設立有競爭力的醫院須要大量資金與高昂設備，非資本家的醫師，更難投資經營醫院；若想獨立開業，醫師必須獨力面對健保署等主管機關的龐大醫療行政負擔，兩邊壓力夾縫中，醫師勞動者命運確立。

全民健保的人口覆蓋率超過 99%，健保特約醫療機構(醫院或診所)比例已達 97%，多數醫院或診所財務依賴健保給付達總營業額八成以上，故實質上，

健保形同雇用了九成以上的醫師，健保是全體醫界的最大雇主；而健保制度是一個國家政策，依大法官釋憲第 533 號，健保署與醫院特約性質是公法上的行政契約，那麼醫院受雇醫師與健保署的關係，就是包裝了公法關係的僱傭契約，但這個國家雇主既不承認又不負責；過去在 SARS 事件與八仙塵爆事件，衛生主管機關以《傳染病防制法》與《緊急醫療救護法》，發動指揮監督權，透過命令醫院而支配醫護，「和平封院」造成多少醫護無辜犧牲入祀忠烈祠[51]，失職的官員卻毫無法律責任，這樣的制度設計，是公義的嗎？醫院醫師不僅是財團或機構受雇者的身分，還是實質等同受雇於國家的準公務員身分，台灣的健保最接近英國公醫制，勞動人權卻比英國惡劣，受雇醫師的法律雇主為醫院，健保雖藉由支配醫院與評鑑制度來實質管控醫師，卻對醫師在法律上無直接責任，台灣政府雇主實際以制度支配醫師卻不承認不負責，等於實質雇主又兼目的事業主管，如此惡質，無怪台灣醫師的血汗勞動者命運，實難突破。

綜合上所述醫師原本於醫療行為內有其職業自主權與專業裁量權，但受雇於醫院之醫師仍受其監督指揮且有一定之從屬關係，故醫師是屬勞工且與醫院成立勞動契約；有些醫界前輩認為醫療責任制，應堅守核心價值與執業自由[52]，近年來，因為健保的重重財務管制措施與黑箱核刪制度，逼使醫院加強財務管控與行政管理，在醫務管理以財務掛帥下，醫師的專業自主與醫療裁量權，已被扭曲侵蝕殆盡，邏輯上，核心價值與執業自由早已失守，沒有《勞基法》保障的醫師，連自己都保護不了，遑論顧及病患的最佳利益的核心價值，實證上醫師過勞還影響病安，恐怕才真正危及醫療倫理與專業自主。

在討論《派遣勞工保護法》時，有各界認定「派遣」與「要派」單位皆為雇主的「雙重雇主」說；在討論《團體協約法》時，有各界認定「私校董事會」、「縣市政府」與「教育部」皆為雇主的「流動雇主」說；《工會法》第 6 條

[51]北市和平醫院 SARS 院內感染封院大事紀，http://www.epochtimes.com/b5/3/5/11/n310386.htm

[52] 陳維恭，自由時報，20160608，http://talk.ltn.com.tw/article/paper/998468

規定教師得組織職業工會或產業工會（下稱教師工會），而若從團體協商之角度觀察時，教師工會得以各個公立或私立學校為團體協約協商之對象（於此情形，依照《團體協約法》第 10 條第 2 項第 3 款，簽訂團體協約前應取得上級主管機關核可），亦得以縣市政府（及其相關管轄教育事務之局處）或教育部為團體協約協商之對象，端視教師工會之需求或協商議題而定。以此觀之，各個公立或私立學校、縣市政府（及其相關管轄教育事務之局處）或教育部本來即具有雇主之身分。而當教師工會僅以各個公立或私立學校為團體協約協商之對象時，縣市政府（及其相關管轄教育事務之局處）或教育部亦得以代理人身分，協助校方團體協商。[53]健保署是實際付費出資，有重重管制手段支配醫師的經濟從屬性與人格從屬性，是標準資方，即使躲在背後當主管機關，未來仍有機會被司法認定為雇主，依《團體協約法》第 6 條，必須直接面對醫師工會的協商要求，不得拒絕。

目前台灣的公私立大型醫院越來越趨近與大型醫療集團相同，以利潤為目的之企業經營策略，大多數醫師的工作量與時數已無法負擔，不友善的職場暴力與醫糾壓力，進而造成許多的醫療專業從業人員的逃離職場，健保藉由評鑑、審查核刪與控制醫院費用額度來管制醫師，卻與醫師沒有法律關係，醫師完全無法施力向健保要求改善勞動條件，一旦向醫院提到績效被苛扣，醫院就提出「健保」當擋箭牌，醫師實質勞動情況比派遣還不如，勞動權益保障比教師更不足，因此受雇醫師納入《勞動基準法》之保障更形重要。

第二節　目前台灣醫師的勞動現況

[53]勞委會不當勞動行為裁決決定書 101 年勞裁字第 31 號

一、　台灣西醫師的養成過程

《醫師法》中規定將醫師分為西醫師、中醫師、牙醫師三類[54]，而西醫師的養成是需要長期在醫院接受各項的專業訓練，才得以將醫學知識充分正確地使用在病患身上，且每位病患身體狀況以及病程變化的不同，醫師須隨時因應並給予適當的治療，故醫師的養成教育，必須包含建立醫學知識以及實際的臨床操作兩大部分[55]。台灣醫學士傳統原採七年制的修業制度，醫學生於第一年到第四年在學時接受基礎教育課程，第五年時開始加入臨床實習課程為「見習生」(Clerk)，第七年則須至醫院擔任「實習醫學生」(Intern)，畢業後通過國家考試後須接受一年的一般醫學訓練(Post Graduate Year program ，PGY)，共計八年。惟醫學生在實習時尚未正式取得醫師資格，在執行醫療行為時恐有爭議，因此在 2013 年醫學生修業年限從目前七年制改為六年制[56]，自 104 學年起入學的醫學生就讀六年即可畢業，但畢業後通過考試取得醫師資格後，接受兩年的一般醫學訓練(PGY1，PGY2)，雖共計八年，惟仍已延長醫師臨床訓練一年與增加供應初級醫師人力一年。完成一般醫學訓練(PGY)後，可向各醫院申請擔任「住院醫師」(Resident，R)接受專科訓練，視各專科醫學會規定而有不同訓練年限，約 2.5 至 6 年不等。第一年稱為 R1 第二年為 R2 以此類推，最後一年住院醫師則稱為「總醫師」(Chief Resident，CR)通過專科醫師執照考試後，即為研修醫師(Fellow)繼續進修次專科 2 至 4 年不等，須等待內部升任或至各醫院擔任當科的主治醫師(Visiting Staff，VS)或自行開業。

當多數民眾獲得良好醫療照顧的同時，因部分政策制度為顧及整體醫療環境，無法針對特殊科別與特殊地區等差異做出大幅度的積極調整，使得醫療資源分配不均，進而對醫師帶來相當的衝擊；根據《醫師法》第九條規定「醫師

[54] 醫師法第二條、第三條、第四條參照。
[55] 教育部(2013)，102 年修訂實習醫學生臨床實習指引，衛生福利部，頁 1。
[56] 中央通訊社(2012 年 11 月 22 日)，醫學系修業年限降 7 年改 6 年，資料來源：http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201211120037-1.aspx (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 19 日)。

執業，應加入所在地醫師公會。」故以中華民國醫師公會全國聯合會資料顯示至 2014 年止全台會員人數為 44，539 人[57]，台灣現行醫療院所的分級共為醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所四級[58]，而在 2014 年各醫療院所的執業醫師人數各為 11，991 人、 9，985 人、4，027 人、16，727 人，彙整如圖 2-2 所示。[59]

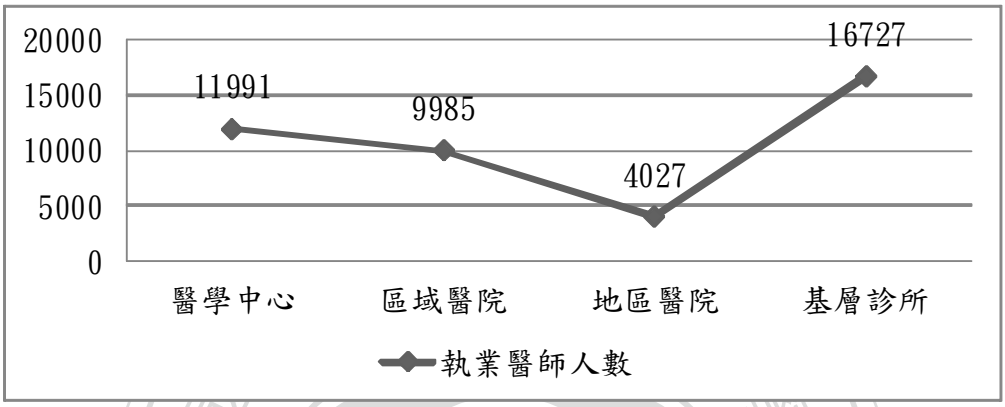


圖 2-2 各級醫療院所執業醫師

(資料來源：中華民國醫師公會全國聯合會(2014))

而專科執業人數中，內科 9，279 名、外科 6，022 名、兒科 3，967 名、 婦產科 2，456 名、急診醫學科 1，573 名，五大科占所有專科 54% (表 2-2)，西醫師的不就業比例竟高達近 2 成，猶待進一步研究探討。

表 2-2 醫師人力現況

[57] 中華民國醫師公會全國聯合會(2014)，台灣地區執業醫師、醫療機構統計，頁 2。
[58] 衛生福利部中央健康保險署，《前瞻性的健保新模式（一）分級醫療提供高品質服務》，資料來源：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1280 (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 16 日)。
[59] 同註 20，頁 144。

人數/性別	男	女	合計
西醫師	53, 170	10, 142	63, 312
領證人數	（ 84% ）	（ 16% ）	（ 100% ）
西醫師	36, 116	8, 171	44, 287
執業人數	（ 82% ）	（ 18% ）	（ 100% ）
專科	36, 877	6, 538	43, 415
執業人數	（ 85% ）	（ 15% ）	（ 100% ）
資料來源：衛福部醫事管理系統, 105年5月			

二、 醫療業與醫師職業特性

1. 醫療之特性

醫療產業有四大特質[60]:（1）不確定性；（2）資訊不對稱性；（3）不可儲存性；（4）資源有限性。

（1）不確定性--係指病人個別特質之不同，疾病發生的情況與病人需求醫療服務的變化大，因此不易預測病人所需的醫療服務型態與數量。因為整個醫療服務的不確定性，故對病人真正的需求較難以預測，風險自然要比其他產業或是服務業來得高。

（2）資訊不對稱性--係指醫療提供者與病人在醫療專業方面的資訊和知識，存在著極為懸殊的不對稱情形，因此病人所需的醫療服務，通常是由醫事專業人員為其做決定，病人對疾病之醫療需求，無法自主決定。

[60] 莊逸洲、黃崇哲，醫務管理學系列-醫療機構人力資源管理，初版，華杏出版股份有限公司，p54-58，2000b。

（3）不可儲存性--醫療服務業雖然具有高度專業的特性，但卻也有勞力極為密集的服務業特質。在提供醫療服務時，大部分都必須有醫事人員在場，否則醫療服務的提供便無法完成。因此，這也造成醫療服務或人力資源的不可儲存性，也增加醫事人員調度的困難。

（4）資源有限性—台灣特有之健保制度是國家壟斷的單一保險制，訂有總額，而且訂價權、審核權與分配權，皆受其支配，因而當醫療需求高於所訂之總額，其超出費用由醫療院所自行吸收。

而醫療機構也有其四大特殊性[61]:（1）任務的特殊性；（2）組織的特殊性；（3）醫師與醫事人員的特殊性；（4）醫療服務團隊的特殊性；醫院通常具有非營利組織的性質，包括非營利、非政府、追求公益、自主與自願等。

（1）任務的特殊性--機構不同於一般的企業機構或是服務機構，除了醫療服務提供者與病人之間的資訊不對稱性、資源的不儲存性之外，疾病的發展過程與醫療服務的提供，亦存在著相當的不確定性；另外，在新興傳染病防治與重大災難救助上，負有公共衛生與緊急醫療的特別義務性。

（2）組織的特殊性--醫療機構組織和企業機構組織的運作概念是不一樣的，不同於一般企業的直線指揮型的階層體系架構，由上而下發號施令，使企業運作，而是支援型的組織架構，強調機構負責所有的行政事務，讓專業醫事人員能夠專心照顧病人，因此，組織通常是不介入日常的醫療程序運作中，只有當非常或特殊事務的決策時刻才會介入。

（3）醫師與醫事人員的特殊性--醫療機構比一般企業更強調分權的概念，因為醫療領域的專業化，必須充分授權予醫師與醫事人員在專業上有高度自主性，不作干預，使其在遂行自我控制充分發揮其專業能力的前提下，提供病人

[61] 同前註

最好的醫療服務，讓醫療專業可以發揮它最大的功能；近年來，因健保過度強調財務管控，以及醫管走向企業經營績效指標管理，專業自主已被嚴重侵蝕。

（4）醫療服務團隊的特殊性--對病人之醫療服務，雖然以醫師為中心，負責主治，但是整個醫療過程卻需要整個醫事人員團隊，透過良好的安排與協調，彼此通力合作才得以順利完成，藉由團隊合作的照護方式，共同為病人的身體健康奉獻力量。

總而言之，醫療工作本身有其特殊性，所以醫療服務並非一般商業的消費服務，醫療特性包括 24 小時全年無休，其對象為變化中的病人，時間分秒必爭為醫療業最珍稀資源，因而醫療行為具高度不確定性且必須靠護理及其他醫事與行政團隊輔助合作完成；然醫療行為本身完全符合我國刑法的傷害罪構成要件，只是在違法性的判斷上，有阻卻違法的可能性，越積極的醫療則侵入性越強，會因擔心醫療糾紛而衍生防衛醫療，故醫療行為絕非消費行為；醫療父權主義的師徒制、職場階級與性別不平等以及醫院勞資不對等，再加上台灣特有的評鑑制度與健保緊箍咒，以及醫療職場暴力事件等，都進一步使得第一線醫護承擔更大的身心壓力。

因此，醫療業是一個人照護人的勞力密集工作，所提供的照護不能事先儲備、無法保留、不得行銷、無法退換，亦即醫療照護需被動等待病人前來就醫才能開始執行，醫療照護的提供與使用是同時與同地發生，無法如同製造業預先將產品製造完畢等待消費者購買使用；醫療照護的內容又涉及被照護對象的生命與健康等人身重大權益，一旦有不良後果，並不能以重新提供服務來完全彌補，不滿意也無法退換貨。且醫療人員需具備高度的專業倫理道德，在照護提供過程不僅無法完全由機器取代，更需要投入醫病之間與跨專業領域的互動，而病人差異大、病情變化快，醫療照護服務難以如同消費服務容易標準化，醫療的提供往往經由人際直接互動，故具有部分服務業特性，但醫療的其他特

質皆不符合消費服務，尤其是台灣健保下的醫師，既無前端醫療訂價權也無後端顧客(病人)選擇權；不應把消防救火當成服務，亦不該將醫療救人視為服務，兩者道理相同；然而便利與便宜，也隱含被濫用的道德危機，例如近年來的救難直昇機輕易被不負責任的登山客當下山工具，或者救護車被民眾當成小黃使用，甚至藉口挑剔醫護態度儀容而以言語或肢體暴力相向等，健保在病人端無法回歸《健保法》的使用者負擔原則，更創造了醫療過度需求。

2. 專科醫師制度

1988 年當時的衛生署公告「專科醫師分科及甄審辦法」來認定專科醫師[62]，隨著醫療進步以及需求，截至目前為止西醫共分為 23 科[63](表 2-3 所示)。

表 2-3 西醫專科醫師分科表

科別			
家庭醫學科	內科	外科	兒科
骨科	神經外科	泌尿科	耳鼻喉科
皮膚科	神經科	精神科	復健科
放射診斷科	放射腫瘤科	解剖病理科	臨床病理科
眼科	婦產科	麻醉科	核子醫學科
急診醫學科	職業醫學科	整形外科	

(資料來源：本文整理)

[62] 葛謹(2011)，台灣醫師制度與醫療糾紛—案例評釋，元照出版社，頁 27。
[63] 衛生福利部醫事司，專科醫師分科一覽表，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=1022（最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日)。

《專科醫師分科甄審辦法》第七條前項規定「專科醫師訓練機構應依中央衛生主管機關規定之專科醫師訓練課程基準，擬定訓練計畫，辦理專科醫師訓練」，而根據衛生福利部所公布之專科醫師訓練課程基準中，內科專科醫師訓練為 2.5 年共分為三個階段，期間內需針對病人照護、臨床技能兩大方向來進行訓練[64]，而內科醫學會所訂立之內科專科醫師甄審原則，則規定一般內科專科訓練為三年[65]。在醫療逐漸專業化的情況下，取得專科醫師資格後得以接受更進一步相關專科訓練，稱之為「次專科」[66]，內科共分為 10 個次專科分別為：心臟科、消化科、胸腔科、腎臟科、風濕科、免疫科、血液科、腫瘤科、內分泌科、感染科，訓練時間依各次專科學會定之[67]。

3. 職業內容

醫療機構體制內，可根據「行政院衛生署所屬醫療機構各級醫師權責範圍」[68]，將醫師分為科主任、主治醫師、住院總醫師、住院醫師，關於主治醫師之工作職掌如(表 2-4)所示。

然而，必須特別注意的是，無論稱呼為主治醫師或住院醫師，皆為醫師職業養成過程中的分類，屬於醫院內部的組織階級區分，並非「法律用語」，在法律上，醫師法只有定義「醫師」一種，以「醫師證書」為斷。故所謂「住院醫師」僅為專業訓練過渡時期的暫時名稱，以其主要負責「住院病人」的照護醫療，包括夜間病房值班，以及各類型的訓練學習活動；「主治醫師」主要工作為醫療、教學、研究、行政，醫療為概括承擔所有與「住院病人」間的醫療契約責任，包括手術、檢查處置、病歷書寫、會診以及負責「門診病人」的看

[64] 衛生福利部醫事司，專科醫師訓練課程基準，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=1030&doc_no=2040（最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日）。

[65] 台灣內科醫學會，內科專科醫師甄審原則，資料來源：http://www.tsim.org.tw/tc_main.asp（最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日）。

[66] 衛生福利部中央健康保險署，如何選擇正確的科別就醫，資料來源：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1034（最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日）。

[67] 同註 62。

[68] 中華民國 88 年 6 月 29 日行政院衛生署衛署醫字第 88036478 號公告。

診，近年來還要支援大夜病房值班等；教學為負責住院醫師、專科護理師、院內同仁與學校的研討指導與上課；研究為臨床的經驗、實驗設計、論文發表、研討會進修與升等研究等；行政為科內管理、醫院評鑑、公衛任務、院內事務、行政會議、健保審查與核刪申覆等。而住院醫師與其所屬科別的主治醫師間，有師徒關係存在，故醫師職級以受訓完成否主要區分為二級：住院醫師與主治醫師。

表 2-4 主治醫師工作權責表

權責內容
一、　各科門診及住院病患之主治診療，教學病例之申請，並應對其科主任負責。
二、　每日率同所屬住院及實習醫師巡視主治之病患，並指示診斷程序及治療方針。
三、　負責住院及實習醫師之教學及臨床訓練。
四、　負責簽署病患之終期診斷及會診、轉診醫囑。
五、　診斷證明之簽發。
六、　執行研究計畫及有關之醫學研究發展。
七、　診察重病或急診病例，並主持重要診斷與治療程序。
八、　其他臨時交辦事項。

(資料來源：「行政院衛生署所屬醫療機構各級醫師權責範圍」)

三、　目前台灣醫師平均的工時

我國《醫師法》第 21 條規定：「醫師對於危急之病人，應即依其專業能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」以及《醫療法》第 43 條規定：「醫院、診所遇有危急病人，應即依其設備予以救治或採取一切必要措施，不得無故拖延。」因此醫療工作有其持續性、緊急性等職業特性，較難以制式工時加以限制，加上「醫療勞動人權」觀念尚未普及，《健保法》為 21 年前舊法，勞動法規大翻修卻在近十年，特別是病人權利意識上升以近幾年尤甚，故《健保法》本文完全無規劃「醫療勞動成本」與「醫療風險成本」，導致醫師

工時過長過勞事件與醫療爭議頻傳。長工時危害健康的途徑主要來自身心壓力，如圖 2-3 所示。[69]

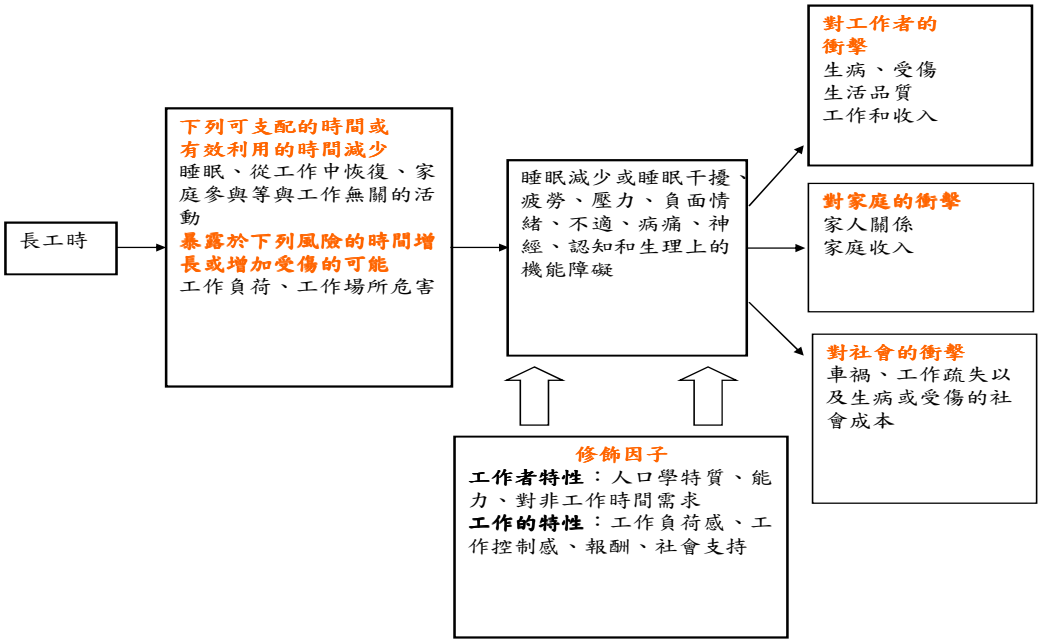


圖 2-3 長工時危害健康的途徑

(資料來源：勞動部職業安全衛生署)

根據衛福部 103 年教學醫院住院醫師值勤時數資訊調查[70]顯示，於 80 家教學醫院中，整形外科達到 103.61 小時，神經外科住院醫師單週值勤時數達 97.35，其他超過週 88 的科別有泌尿科、骨科、眼科及內科等，主要是外科系的長時間手術多。雖並非針對全體醫師作調查，對於工時計算無操作型定義，推估實際工時有所限制，故資料之真實性與否容有爭議，但仍可就此全國各醫院的住院醫師工時調查報告，分析瞭解目前醫師實際工時概況，以科別分析發現高達七成以上的醫學中心，整型外科住院醫師每週工時都超過 88 小時。除了外科系以外，婦、內、兒等人力吃緊的科別，不合格率也普遍偏高，醫師超

[69] http://www.nckuh-oem.org.tw/uploaded/34/PDF/1.pdf
[70] 衛福部，103 年教學醫院住院醫師值勤時數資訊調查，取自：http://mcia.mohw.gov.tw/openinfo/B100/B101-2.aspx?MOD=DOWNLOAD&FB_SEQ=31（最後瀏覽日期：2015 年 9 月 26 日）。

時工作情況嚴重(表 2-5)。但自 102 年 5 月 16 日衛福部頒布「住院醫師勞動權益保障參考指引」(附錄 1)[71]，對工時安排之合理化、休息、休假之規定、傷害之賠償、保險條件等，進行行政指導。並先於 103 年將此指引納入「醫院評鑑」試評，其後於 104 年起正式評鑑，住院醫師超時工作情況有顯著改善，前 9 大鐵人科別首次見到有七字頭的週工時[72]。

表 2-5：104 年我國住院醫師平均每週工時

專科別	每週 平均工時	專科別	每週 平均工時
神經外科	100.6	耳鼻喉科	85.8
眼科	99.1	放射線科(診斷)	85.0
泌尿科	97.1	家庭醫學科	78.3
骨科	96.9	精神科	77.6
整形外科	94.1	病理科(解剖)	72.8
外科	93.2	麻醉科	72.6
神經科	91.7	放射線科(腫瘤)	69.5
婦產科	91.5	急診醫學科	64.1
內科	88.5	核子醫學科	60.0
兒科	87.7	病理科(臨床)	56.7
皮膚科	87.1	職業醫學科	51.0
復健科	86.5	小計*/平均工時	84.5

資料來源: 2015年國衛院住院醫師問卷調查

主治醫師的工時差異也很大，主要區分兩類：五大科與非五大科，五大科(內、外、婦、兒、急重症)因為病人多且病情複雜，工作內容多而且工時長，近年來因 PGY 制度改變，中小型醫院已幾乎無法收訓住院醫師，故主治醫師多要參與值班，每月平均約 2-4 班，部分醫學中心無須主治醫師值班，以全職主治醫師而言，衛生福利部 102 年度科技研究計劃關於目前五大科主治醫師的工時調查，內： 52.14 小時，外：64.15 小時，婦：54.89 小時，兒：48.50

[71] 102 年 5 月 16 日衛署醫字第 1020271103 號核定

[72] 衛生福利部(2014)，104 年醫院評鑑及教學醫院評鑑基準草案，頁 12。

小時，急：45.57 小時，週工時在 45 至 65 不等[73]，可能隨住院醫師進一步工時限制而造成主治醫師工時上升或工作量加重；專任的 Hospitalist 駐院主治醫師，工作與值班強度較大，月工時約在 180 至 200，換算週工時僅 45 至 50；總體而言，主治醫師較接近《勞基法》的法定工時週 40，惟一旦以「住院醫師勞動權益保障參考指引」的 88 工時進入《勞基法》84-1 條的協商工時，住院醫師工時受限而下降，工作量與工時將轉移至主治醫師身上，主治醫師的工時應會上升，主治過勞將人力崩壞，而 Hospitalist 制度是採工時制的排班方式，最符合《勞基法》的工時精神，能填補接住院醫師與專科醫師的值班缺口。總之，納入《勞基法》初期的最大瓶頸在「工時」，工時的最大障礙在「住院醫師」工時，而「住院醫師」工時的最大問題在值班工時、待命工時與工作量，因此，Hospitalist 制度成功與否的重要性將至為關鍵；而《勞基法》的基本精神為工時制，工時保障會帶來人事成本，長期看最終必須面對「時薪」，即工資議題。

四、 醫師過勞的實證與案例

美國為什麼要開始限制住院醫師工時？一九八四年五月，一位名叫 Libby Zion 的十八歲少女在紐約州的一家醫院去世。年紀輕輕就離開人世，其中部分原因來自於過勞的值班醫師無法做出正確的治療判斷所導致。隔年紐約州立法規定，醫師每週工作與值班時數不得超過八十小時。美國 Libby Zion Law 設立的概念：當醫師工作超過每週 80 小時，會因為醫師的注意力、反應力降低，而危害病人安全。

「睡眠不足」對工作上的影響，就如同是「酒精中毒」一般。不眠時間的增加和血中酒精濃度增加一樣，兩者都會造成行為能力的下降；美國在 2003 年起就對參加培訓的住院醫師的工作時間加以限制，認為減少工作時間能提高

[73] 熊昭，「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」 全程計畫：自 102 年 1 月 1 日 至 103 年 7 月 31 日，p145

醫治效果。此前有很多醫師認為該規定影響了住院醫師的培訓效果，對病人的照護也沒有幫助。其中工時部分規定：1.每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過 80 小時；2.每日正常工作時間不得超過 12 小時，連同延長工時不得超過一定時數（24~30 小時不等）；3.兩次工作時間中間至少應有 10 小時以上休息時間等。美國明訂第 1 年住院醫師每週工時 80 小時，第 2 年 84 小時，限制工時對病人照護結果及醫學訓練的研究結論顯示：在美國減少工作時間少於至每週 80 小時，並不會有不利於病人結果的影響，也不會影響醫學的培訓。

睡眠是維繫身體健康與認知功能的必要生理需求[74]，眾多研究顯示醫師睡眠不足以及疲勞，將導致醫療疏失的增加，以下為相關研究歸納彙整如下表 2-6。

表 2-6 醫師過勞與睡眠不足影響醫療行為相關研究歸納表

作者	研究題目	研究發現
Daugherty SR， et al(1998)	Learning， Satisfaction，and Mistreatment During Medical Internship	睡眠不足時也容易在工作上有不良表現。
周秋芳等(2001)	某醫學中心一般外科住院醫師臨床醫學訓練時間分配之探討	在長時間的值班之後若休息不足便接著上日常班，則住院醫師的體力負荷及學習品質恐受到影響。
Baldwin DC， et al(2003)	A national survey of residents' self-reported work hours: Thinking beyond specialty	住院醫師工作時數過長，易有醫療失誤及個人意外事故的情形發生。

[74] Lawati, N. M., Patel, S. R., & Ayas, N. T. (2009, 1). Epidemiology, Risk Factors, and Consequences of Obstructive Sleep Apnea and Short Sleep Duration. Progress in Cardiovascular Diseases , 51 (4), pp. 285-293.

Lockley SW， et al(2004)	Effects of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures.	減少住院實習醫師的值班工時增加其睡眠時間，得以減少其注意力喪失的情況。
Landrigan CP， et al(2004)	Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units.	減少醫師的值班工時增加其睡眠時間，在加護病房中更可減少嚴重的醫療錯誤。
Barger LK， et al(2005)	Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns.	實習醫師值班後發生交通意外的機會增加。
Arnedt， TJ， et al(2005)	Neurobehavivoral Performance of Residents After Heavy Night Call vs After Alcohol Ingestion	重度值班後的醫師，反應的速度變慢，醫療疏失發生率相對提高，而其表現出來的行為等同於一般醫師在血液中酒精濃度達 0.04-0.05(g)%時一樣。
West CP， et al(2009)	Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors	疲勞和睡眠不足會造成醫療疏失的上升。
Cappuccio (2009)	Implementing a 48 h EWTD-compliant rota for junior doctors in the	工時限制可減少醫療失誤
Block L， et al. (2013)	Residency schedule， burnout and patient care among first-year residents	24 小時值勤會導致倦怠與疲憊

(資料來源：本文整理)

醫師勞動條件改革小組針對 2012 年醫師工作環境問卷調查結果顯示[75]，全體醫師平均每日睡眠時間為 5.97 小時，值班時平均睡眠時間僅 3.96 小時且會中斷 4.32 次(圖 2-4)。正常工作時間以確保醫師在好的精神狀態提供醫療服務，以避免過勞失誤而危害病人安全，乃為「以救治病人生命為優先」的負責表現。[76]據此，可知目前台灣醫師超時工作導致過勞以及睡眠不足情況嚴重，在專業使命與受支配的嚴峻醫療環境的壓力下，醫師難以獲得充分休息，不僅降低家庭生活品質，也損及自身健康，進而會直接影響醫療品質與病患安全。

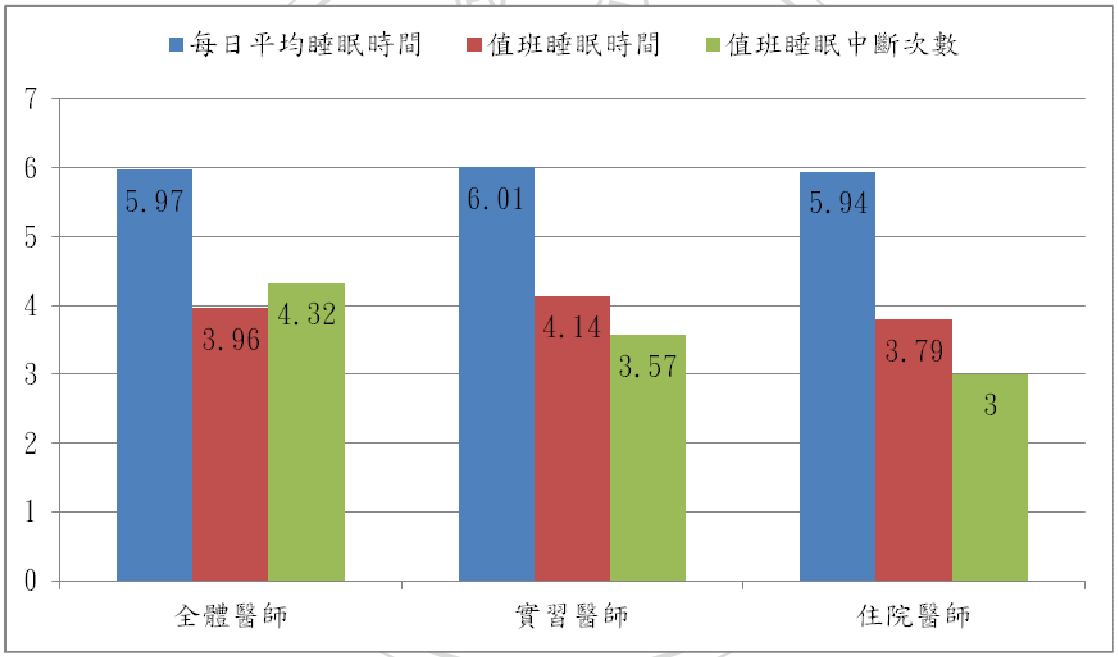


圖 2-4 醫生睡眠狀態圖

(資料來源：醫師勞動條件改革小組針對 2012)

近年來，醫師過勞或職災案例頻傳：成大實習醫師林彥廷過勞死(2011)；奇美住院醫師蔡伯羌過勞腦殘職災認定(台南高院 102 年重勞上字第 1 號)；高長急診住院醫林星佑醫院宿舍內猝死(2011)；高長直腸外科住院醫張皓程下班

[75] 醫師勞動條件改革小組(2013)，2012 年醫師工作環境問卷調查-結果完整報告，頁 6。
[76] 邱宜君(2011)，醫事人員回歸「工時制」才是正道，台灣醫療改革基金會，頁 3。

後腦溢血成殘(2012)；高長婦科主治醫師傅宏鈞，為病患手術時昏倒電擊急救(2011)；高雄聯醫骨科羅祥麟猝死撫卹(2011)；台東馬偕放射科彭國權醫師醫院宿舍猝死(2011)；台大主治神外曾勝弘院內昏倒裝葉克膜(2010)；台大主治神內陳至全事件發生過勞死(2010)；台大一般外科醫師陳炯年，AMI(2012)；高雄市大同醫院眼科吳國揚，看診 20 個小時，看到隔天清晨快五點，住院三天(2014)；台中慈濟一般外科醫師吳永康開刀房更衣室猝死(2014)；花蓮慈濟胃腸主治醫師黃呂津下班後凌晨疲勞駕駛自撞亡(2014)；台大急診主治曾御慈下班回家途中被酒駕撞死(2013)；北榮胸腔外科主治醫林裕冠開刀後回宿舍腦溢血成殘(1993)…斑斑血淚，不勝枚舉(如圖 2-5)。觀諸世界各國的醫療勞動改革，都由醫療相關案例爆發而牽動，而國內許多所謂「醫界大老」卻認為「不能吃苦，不要當醫師」[77]，勞動人權進步絕非一蹴可就。

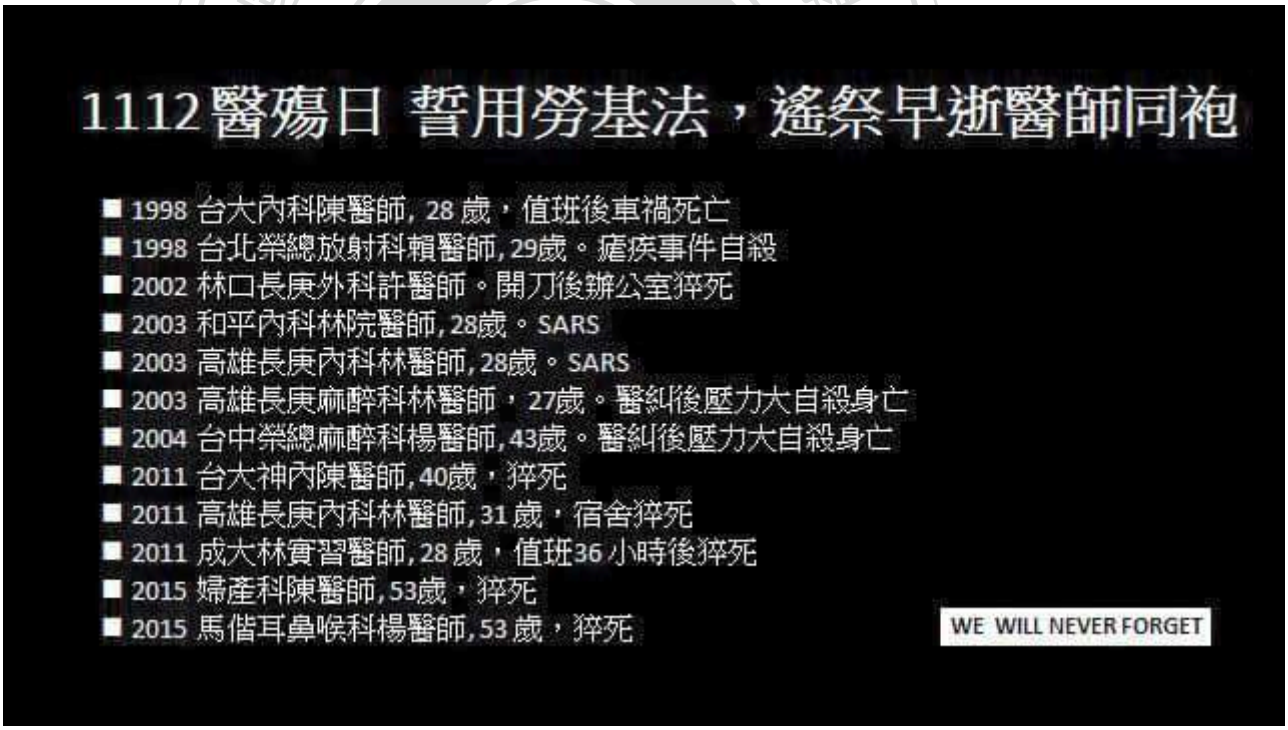


圖 2-1 醫殤者

[77]謝炎堯，「過勞死」的禍害；醫界大老：怕累怕苦 就別當醫生，http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20110429/33352928/ ；http://www.chinatimes.com/newspapers/20150503000301-260102

(資料來源：醫勞盟臉書 20151112)

第三節 醫師適用勞基法之相關議題

衛福部曾於 101 年提出住院醫師適用《勞基法》前的六大策略：（1）保障睡眠，創新值班模式；（2）精實醫療，減輕值班負荷；（3）增加人力，補足醫師缺口；（4）合理工時，平衡工作學習；（5）加強保障，維護醫師健康；（6）醫不過勞，確保病人安全。由於部長已政策宣示於 109 年將受雇醫師納入《勞基法》，在取得此全民共識之後，社會所要面對的是後勞基法時代的挑戰，其中最關鍵的將是團體協商。

一、 醫師適用勞基法的問題

(一)《勞基法》的重要保障項目

主要有七：工資保障；工時及休假；退休金制度；職業災害補償；解雇條件限制；行使勞動三權與第 84-1 條的專業責任制。

1.工資

醫師屬於社會較高平均所得行業，因此基本工資的保障對於醫師適用《勞基法》或許影響較小，但在健保總額壓縮下，近年來的醫師薪資已經縮水，若再計算過勞的延長工時，醫師的相對時薪價值並不優，差不多等同一般公司小主管的時薪標準；例如一位週工時達 100 小時的住院醫師，掙得血汗錢月薪 12 萬 5，由週工時 40 小時月薪 5 萬的上班族換算，其實兩者時薪價值皆為 300 元/小時，如果再考量身心過勞與熬夜所損傷的健康與壽命減少，以及壓縮生活、

家庭與社交時間的「機會成本」，還有高執業風險的醫療糾紛與「訴訟成本」，醫師是否為高所得，就見仁見智了。

工資在實務上，通常是在計算加班費(勞動基準法第 24 條、39 條)、資遣費(勞動基準法第 17 條)、舊制退休金(同法第 55 條)與職業災害補償(同法第 59 條)等項目的平均工資的時候，會發生爭議。因此，嚴謹來說，問題應該是：雇主發給勞工的各項報酬，哪些是可以列入平均工資計算範圍內的工資？在計算平均工資的時候，工資的定義是什麼？值班如何認定法定工時與加班工時以及計算加班工資？另外，《勞基法》保障基本工資只是地板，現在醫院職場的醫務管理強勢情況下，根本也無機制防範醫院管理階層將醫師納入《勞基法》所增加的「勞動成本」轉嫁給受雇醫師，時薪可能由 300 元/小時下探至基本工資，皆不違法。而醫師受法律工時限制後，超時加班也有時數上限，在健保總額天花板下，醫師也無薪資議價市場機制，故薪資預期會大幅滑落，可能造成醫師薪資平庸化，醫療專業退化的惡果，不能不預作配套措施。

在司法實務上判斷工資「是認定何項給付內容屬於工資，係以是否具有『勞務對價』及『經常性給與』之性質而定。[78]於判斷給付是否為『勞務對價』及『經常性給與』，應依一般交易觀念決之，至其給付名稱如何，則非所問。其次，工資須為經常性給與，始足當之。」故多以「勞務對價性」以及「給付經常性」加以判斷。基此原則，包括加班津貼、每月績效獎金、值班費及加班費以及夜點費等等，在實務上均有被列為工資的實例。因此，例如醫師的薪資，在各大醫院可能為規避稅制、或為了節省醫院人事開支，每月薪資常區分為底薪與每月之績效變動薪(proportional physician fee，PPF)兩部分，則在《勞基法》之概念下，均將被列入工資之考量；過去，醫管控制績效薪的作法為績效隨健保點值浮動而打折，此舉明顯違反《勞基法》第 22 條第 2 項規定，工資應全額直接給付勞工；醫管也會因應健保審查事後核刪，事前預扣幾個百分比的績

[78]參照最高法院 96 年台上字 2741 號判決

效，明確違反《勞基法》第 26 條規定，雇主不得預扣勞工工資。未來入法後，醫院經營管理一定要依法而行。

2.工時及休假

《勞基法》及該法施行細則有關工作時間之規定，主要為《勞基法》第 30 條至第 34 條、同法第 79 條第 1 項第 1 款以及同法第 84-1 條、《勞基法施行細則》第 17 條至第 22 條等規定。《勞基法》及《勞基法施行細則》有關工作時間之規定，主要為《勞基法》第 30 條至第 34 條、同法第 79 條第 1 項第 1 款、《勞基法施行細則》第 17 條至第 22 條等規定。

《勞基法》第 30 條之法定工時上限規定：「勞工每日正常工作時間不得超過八小時，每週不得超過四十小時。」其工時均為不含加班之正常工作時間。但為因應行業工作性質之特殊性，各種行業經勞資雙方同意，不論工會或是勞資會議同意，得將二週內(84 小時)或八週內(336 小時)之工時另行分配；若為中央主管機關指定之行業，則可將四週內(168 小時)之工時另行分配。此即為二週、四週或八週之變形工時制度。惟即使有變形工時之特殊規定，《勞基法》第 30 條、第 30 條之 1 的彈性工時制，前提基本上還是在《勞基法》的框架中為之，所延長之工作時間與假日工作之加班，仍受《勞基法》每日正常工時加計延長工時不得超過 12 小時、2 週內至少有 2 日休息作為例假、每月延長工時上限為 46 小時等嚴格限制。至於延長工作之時間以及休假日工作，均應依規定增加發給工資。而且延長之工作時間，雇主應於事後補給勞工適當之休息，該適當之休息，係指「該等勞工其自工作終止後至再工作前至少應有十二小時之休息時間而言」。

另外《勞基法》亦對勞工之休息及休假方式加以規定。在休息方面，勞工繼續工作 4 小時，至少應有 30 分鐘之休息；但若為實施輪班制或其工作有連續性或緊急性者，雇主得在工作時間內，另行調配其休息時間(《勞基法》第

35 條前段)；勞工每 7 日中至少應有 1 日之休息，作為例假(《勞基法》第 36 條)；如雇主依《勞基法》第 30 條之 1 規定，經由工會或勞資會議同意變更勞工工作時間者，得不受每 7 日中應有 1 日例假之規定；但每 2 週內至少應有 2 日之休息作為例假(《勞基法》第 30 條之 1 第 1 項第 3 款)。另外晝夜輪班制之勞工，除有勞工同意外，應每週更換一次工作班次(《勞基法》第 34 條)。於輪值晝夜班之間，亦應給予勞工必要適當之休息，此處所稱「適當之休息」，依勞動部之解釋係指「可使勞工獲得足以恢復原有體力所需之時間而言」，其時間之長短，應視實際情形由勞資雙方自行協商約定。而勞動部於 105 年 6 月公告廢止 1986 年台內勞字第 398001 號函釋，並宣告自今年八月起生效，故勞工不得連續上班超過 6 天，排班彈性下降，將增加勞動成本。

至於在休假部分，除國定假日外，亦依年資規定了最低之特別休假(《勞基法施行細則》第 24 條)。且特別休假因年度終結或終止契約而未休者，其應休未休之日數，雇主依法應發給工資(《勞基法施行細則》第 24 條第 3 款)。另外《勞基法》對於超時工作，於第 24 條規定了加班費的發給，勞工平日加班時，前 2 小時雇主應按平日每小時工資加給 1/3、超過 2 小時部分雇主應按平日每小時工資加給 2/3，假日加班則應加倍發給。關於工時，《勞基法》並不是硬性規定。對於某些責任制工作的工時，《勞基法》提供彈性，由勞雇雙方另行約定。所以並無所謂立即「醫師納入《勞基法》，將導致人力缺額」的問題。《勞基法》第 84-1(另行約定之工作者)經中央主管機關核定公告之下列工作者，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，不受第三十條、第三十二條、第三十六條、第三十七條、第四十九條規定之限制。一、監督、管理人員或責任制專業人員。二、監視性或間歇性之工作。三、其他性質特殊之工作。前項約定應以書面為之，並應參考本法所定之基準且不得損及勞工之健康與福祉。而最近《勞基法》下修為週工時 40，也引發勞工國定假日縮水、週休二例或一例一休等爭議，休假規定之

改變，也將進一步影響假日排班彈性，對全年無休的行業，特別是 24 小時運作的醫療體系，將產生較大衝擊。

由上可知，工時、休假、休息的規定，應是《勞基法》規定最多也最詳細之項目，而且尚跟著世界人權潮流不斷進化，目的在於給予勞工充足的休息與生活。近年來有許多勞工過勞死的案件，往往可歸咎於工時過長、休息不足、工作負荷過重等等。因此，合理的工時規定，始能避免雇主過度壓榨勞工，保障勞工工作權益。

在院等待或院外待命(On call)，也是醫療業務的常態，待命時間絕非休息，是處於資方可支配下，比較接近「枕戈待旦」隨時聽號令作戰的情況，而且有分秒必爭的時間緊迫感，因為病情變化快，治療黃金時間不能錯過，待命的身心壓力大，如何計算工時，確實有問題，如果在院內待命可認定工時較無疑義，若院外待命於資方指定處所—如宿舍，也尚可認定，兩者工時的強度不同，似可不同對待給付，但皆宜計入工時；未指定何處則要看待命內容，若是待命候傳，自接到通知時點起算趕往醫院的正常交通時間應可認定工時，若是待命以電話諮詢為主要任務，則不易認定工時，可以待命津貼處理；偏鄉常見的外診出勤，路途遙遠，交通時間長，工時又如何認定？除了延長工時，還有特殊天災事變而停止休假的情況，例如災難後的大量傷患產生，不得不超過 12 小時，仍繼續工作；此時，如何補休，皆無制度。因為人力不足，根本沒有替代人力的規劃，一向以來的便宜行事，有人需休息或休假，必須自找工作代理人，否則很難即時補休；如果用排休制度，則根本沒有讓超時工作者即時休息，何有保護勞工？

有關工時型態，德國有五等級分類，台灣醫院協會有三級分類，兩者認定工時的標準有異(如下表 2-7) ，筆者較贊同德國分類法，惟值得進一步探討。

表 2-7 工時類型

德國認定工時計算	分類	台灣醫院協會
是	I 實際從事工時	1 是
是	II 備勤時間	無
是	III 待命時間	2 是
不計入，但可約定較低工資	IV 候傳時間	3 否
否	V 休息時間	非工時

筆者整理

3.退休金

按《勞工退休金條例》（下稱《勞退條例》）第 3 條：「本條例所稱勞工、雇主、事業單位、勞動契約、工資及平均工資之定義，依勞動基準法第二條規定。」及第 7 條第 1 項前段：「本條例之適用對象為適用勞動基準法之下列人員，....」之規定可知，原則上可適用《勞基法》之勞工，均有適用《勞工退休金條例》之資格。

且《勞基法》第 56 條第 1 項規定：「雇主應按月提撥勞工退休準備金，專戶存儲，並不得作為讓與、扣押、抵銷或擔保之標的...」，因此適用《勞基法》之勞工，其雇主依法需每月提繳勞工退休準備金，作為未來勞工退休後領取退休金之基金。

雖然《勞退條例》於第 7 條第 2 項第 4 款：「本國籍人員、前項第二款及第三款規定之人員具下列身分之一，得自願依本條例規定提繳及請領退休金：...四、不適用勞動基準法之勞工。」勞委會亦曾函釋：「醫師、律師、會計師等執行業務者，如有受雇而獲領工資，或未受雇但得依所得稅法相關規定列報『薪資』之情形，得依其每月工資或薪資申報提繳勞工退休金。」故醫師、律師、會計師等原非適用《勞基法》之行業，亦可依自願提繳勞工退休金。惟

本條規定係為受雇勞工得「自願」提繳退休金之規定，對於雇主並無「強制」提撥的效力。若勞工納入《勞基法》之規範後，個別雇主即應於勞工受雇期間為其提繳退休金，這在屬自由執業、可能不會永遠固定在同一單位工作、也可能因此無法領取退休金的醫師、律師、會計師而言，納入《勞基法》適用將可因此而獲得多一層之保障。

另外在計算勞工退休金時，可能需使用到「平均工資」之概念。所謂「工資」，按《勞基法》第 2 條第 3 款：「三、工資：謂勞工因工作而獲得之報酬；包括工資、薪金及按計時、計日、計月、計件以現金或實物等方式給付之獎金、津貼及其他任何名義之經常性給與均屬之。」《勞基法施行細則》第 10 條亦規定：「本法第二條第三款所稱之其他任何名義之經常性給與係指左列各款以外之給與。」，故包括紅利、特別獎金、三節禮金、教育補助費、差旅費等等，均不計入工資。連帶亦使以工資作為計算基礎之退休金，得以有較低之計算依據。

4.解雇

《勞基法》第 11 條:「非有左列情事之一者，雇主不得預告勞工終止勞動契約：一、歇業或轉讓時。二、虧損或業務緊縮時。三、不可抗力暫停工作在一個月以上時。四、業務性質變更，有減少勞工之必要，又無適當工作可供安置時。五、勞工對於所擔任之工作確不能勝任時。」

第 13 條：「勞工在第五十條規定（按：即女性產假期間）之停止工作期間或第五十九條規（按：即遇職業災害）之醫療期間，雇主不得終止契約。」

除非勞工有發生第 12 條規定，可歸責於勞工事由之「懲戒解雇」外，雇主實不得恣意資遣員工，必須在客觀上符合法定要件之判斷，始得資遣，並需發給資遣費，保障勞工之生存。其中，最大爭議之重點在於，何謂「勞工對於

所擔任之工作確不能勝任時」？是否構成雇主恣意解雇之理由？在司法實務上有主、客觀判斷之分別:

1. 主客觀混合說：「按《勞基法》第十一條第五款所謂『不能勝任工作』，不僅指勞工在客觀上之學識品行、工作能力、身心狀況，不能勝任工作者而言，即勞工主觀上『能為而不為』、『可以做而無意願做』之消極不作為情形，亦屬之。雇主得否以勞工對於所擔任之工作確不能勝任為由，依《勞基法》第十一條第五款規定，預告終止與勞工間之僱傭契約，應綜合上開二者為考量，始符《勞基法》『保障勞工權益，加強勞雇關係，促進社會與經濟發展』之立法本旨」[79]。

2. 客觀說：「從上開規範體系，及法律分別雇主本身之事由，或可歸責於勞工之事由，對雇主行使終止權加以除斥期間之限制或不為限制，及對遭解雇之勞工予以預告工資及資遣費之保護，或認為無庸給予保護觀之。應解為第十一條第五款所定勞工對於所擔任之工作確不能勝任時之解雇事由，係旨不可歸責於勞工之情形者。亦即指勞工於勞動契約存續期間，因不可歸責於其之事由，其學識、能力、技術等在客觀上已無法勝任其工作之情形而言。至勞工違反應忠誠履行勞務給付之義務，既為可歸責於勞工之事由，應不屬《勞基法》第十一條第五款雇主可隨著資遣之事由，而應視勞工之行為，認定是否該當同法第十二條第一項所列舉雇主得單方終止勞動契約之事由，及雇主之行使終止權是否罹於除斥期間，以決定雇主之終止契約是否合法。準此，被告抗辯《勞基法》第十一條第五款規定所謂『勞工對於所擔任之工作確不能勝任』，應兼指勞工主觀上能力不能勝任工作等語，即屬無據。」[80]

由上可知，客觀上之學識、能力不能勝任工作之判斷，屬於實務上之共同要件。是以，適用《勞基法》之行業，除非勞工有發生第 12 條規定可歸責於

79 最高法院 99 年台上字第 1309 號判決

80 臺灣台北地方法院 94 年勞訴字第 81 號

勞工事由之「懲戒解雇」外，雇主實不得恣意資遣員工，必須在客觀上符合法定要件之判斷，始得資遣，並需發給資遣費，保障勞工之生存。

5.職業災害補償

台灣的職業安全健康問題，從過去的製造業、營造業為關注重點，到今日的服務業為新興領域，而醫療產業也屬其中一環，因此針對醫療產業工作者的職業安全健康政策規劃也開發較晚。職業災害補償亦為《勞基法》之重要保障制度。按《勞基法》第 59 條：「勞工因遭遇職業災害而致死亡、殘廢、傷害或疾病時，雇主應依左列規定予以補償。但如同一事故，依勞工保險條例或其他法令規定，已由雇主支付費用補償者，雇主得以充之：.....」。其規定散見於《勞保條例》、《職災勞工保護法》、《職業安全衛生法》、《民法》等。依據《勞工安全衛生法》(102 年修正為《職業安全衛生法》，新法分兩階段施行)之定義，「職業災害」係指「勞工就業場所之建築物、設備、原料、材料、化學物品、氣體、蒸氣、粉塵等或作業活動及其他職業上原因引起之勞工疾病、傷害、殘廢或死亡」。因此需要判斷是否為勞工於提供勞務時與所可能發生工作有關之危險，以及勞工是否係於依勞動契約在雇主指揮監督下提供勞務之狀態而遭受此危害。亦即在因果關係之判斷上，「勞工之職業傷害與職業病，均應與勞工職務執行有相當之因果關係，始得稱之，尤以職業病之認定，除重在職務與疾病間之關聯性(職務之性質具有引發或使疾病惡化之因子)外，尚須兼顧該二者間是否具有相當之因果關係以為斷。」在具體判斷上常被提及的例子為「勞工於上下班必經途中發生交通事故，又無有所規定之情事，且非違反其他法令者，自應認屬職業災害」。因此，除非是勞工之恣意行為，一般多採取較為寬鬆之認定。

又例如常見的「過勞死」爭議，其定義目前並無直接之法律規定可資遵循，過勞之認定需有「工作負荷過重」事實，認定要件包括：(1)異常的事件；(2)

短期工作過重；(3)長期工作過重。配合 105 年 1 月 1 日起，法定正常工時縮減為每週 40 小時，基於原指引(職業促發腦血管及心臟疾病(外傷導致者除外)之認定參考指引，以下簡稱過勞認定參考指引)係比照日本認定基準，並依原《勞基法》每 2 週工作時數不得超過 84 小時之規定訂定，105 年元月職安署修正將評估長期工作過重之加班時數調整與日本認定基準一致[81]。邀集職業醫學、心臟內科、流行病學及法學等專家開會研商，將過勞認定參考指引中長期工作過重之評估標準加回 8 小時，與日本一致。原本發病前 1 個月因加班產生之工作負荷與發病之相關性極強之加班時數，由 92 小時修正為 100 小時，發病前 2 至 6 個月月平均加班時數，由 72 小時修正為 80 小時；另發病前 1 至 6 個月因加班造成與發病間之關連性，隨著時數增加而增強之月平均加班時數，則由 37 小時修正為 45 小時。本次修正並未改變實質內容，僅針對前次長期工作過重評估時數下修 8 小時，調整回來與日本一致。修正前指引對於評估長時間勞動之工作時間，係以每 2 週 84 小時工時以外之時數計算加班時數，並以 30 日為 1 個月、每月 184 小時為基準；修正後則以每週 40 小時工時以外之時數計算加班時數，並以 30 日為 1 個月、每月 176 小時為基準，並自發病日往前推算，分別計算發病前 1 個月、1 至 6 個月及 2 至 6 個月之月平均加班時數，作為評估工作負荷與發病關聯性之參據。

是否過勞與實際工作情況的綜合判斷相關，工時尤其為重要關鍵。但有高雄地院 98 年訴字第 1825 號判決[82]內提及「勞工死亡得否領取津貼，應就勞工之死亡與所任職之工作有無因果關係、是否為職業災害等因素而為判斷。所謂『職業災害』，係指勞工因執行職務遭遇災害，而致死亡、殘廢、傷害或疾病者而言。而所謂職務(業務)應採廣義之解釋，除通常業務外，尚包括業務上附隨的、合理的行為，並佐以『業務執行性』及『業務起因性』之判斷標準。而

[81] 勞動部職業安全衛生署修正修正過勞認定參考指引，資料來源：http://www.osha.gov.tw/1106/1113/1114/10053/（最後瀏覽日期：2015 年 6 月 11 日）。

[82] 高雄地院 98 年訴字第 1825 號判決

所謂『業務執行性』指勞工依勞動契約在雇主支配狀態提供勞務，行為須正在執行職務，始有發生職災可言。又所謂『業務起因性』則指職業災害須在勞工所任業務與災害間有密接關係存在，所謂密接關係意指災害必須被認定為業務內在或通常伴隨的潛在危險之現實化。若勞工從事家電運送、安裝工作，經醫院鑑定既無外傷，亦無工作量過重或超時，難認勞工死亡與其工作有關係，自難認屬職業災害。」似乎意指若勞工死亡係因工作量過重或超時所發生或加重之疾病所致者，亦屬職業災害之一種，會因此導致雇主需對勞工所受死亡、外傷或疾病負擔職業災害補償之責任，不致使勞工因公而受災害後無法工作，家庭及生活頓失所依。

醫師尚未納入《勞基法》，並不是完全沒有職災補償，只是醫師尚不是《勞基法》的適用主體，無法直接主張《勞基法》第 59 條，但仍能主張《職業安全衛生法》與《民法》的相關規定，而且須要以訴訟程序為之，像蔡伯羌案就因此花了 6 年才二審勝訴，故《勞基法》可省去冗長司法程序；然而省時卻有補償上限，職災認定後，雇主責任依《勞基法》第 59 條，只有 40 個月的平均工資補償，勞工將喪失了《民法》的求償權。

6.行使集體勞動三權

結社自由及團體協商之尊重是國際核心勞動基準，保障基本勞動人權，促進醫護勞動人權之程序保障，《勞基法》只是敲門磚，醫院對醫師勞動權益敞開大門後，不該對《勞基法》有過度期待會解決所有問題，華航空服員早就納入《勞基法》，也適用第 84-1 條，但仍協商不順走向街頭罷工；護理也是於 87 年以 84-1 入《勞基法》，至 103 年廢止適用 84-1，然勞動條件仍持續惡化，近 4 年的 51 勞動節，年年上街頭抗議；故納入《勞基法》後的關鍵議題，當然集中到如何行使集體勞動三權，醫師入法後，勞動意識啟蒙，自然開始注意如何保障自身權益，接著要注意醫師主張集體勞動基本權(勞動三權)的行使；

包括：a. 團結權：組織工會(勞動結社權)；b. 協商權：對勞動條件與勞動福利之團體交涉權；c. 爭議權：調解(勞資爭議§9)、仲裁(勞資爭議§25)、裁決(勞資爭議§39)、罷工(勞資爭議§53、§54)、怠工、佔領、杯葛…；d. 不當勞動行為禁止：雇主不得因勞工加入工會或參與罷工而對其有不利之待遇(工會法§35、團體協約法§6)。雖然醫師未納入《勞基法》前，並不影響醫師主張集體勞動權，實務上也有醫師籌組或參加各類工會，但真正於操作上，《勞基法》是個別勞動權益保障，醫師沒有納入《勞基法》，要如何主張個別勞動權益受損？曾有衛福部官員說，「醫師週工時 200 也不違法」[83]，殊不知一週僅 168 小時，即使醫師加入工會仍無《勞基法》最低保障可主張，故《勞基法》實為醫師勞動人權的入場券。

對這些基本勞動權益與法規不熟悉，也是醫院等資方團體畏懼與抗拒醫師納入《勞基法》的重要原因之一；許多醫院、協會與衛生主管機關誤認醫師爭取納入《勞基法》，是為了擁有罷工權，如此會與病人權益與福祉相衝突，殊不知，若無勞動權益受損何須主張行使權利？《勞基法》已是最低條件，達不到最低勞動保障，不叫血汗？而協商時，資方有「誠信義務」，協力提供必要資訊，而勞方有「和平義務」，只要資方願談判，協商期間勞方不得罷工；若非協商不成或其他爭議手段失效(調解、仲裁、裁決等) ，又何必使用最後防線的罷工權？血汗是一種強迫勞動，依照 ILO 國際勞工組織的核心勞動價值—禁止強迫勞動，勞工當然有權保護自己；罷工，只是勞工自我保護，暫時拒絕提供勞務，以待協商，是行使基本權利。

罷工有最後手段性原則，罷工也並非積極權利，允許受到限制，因而罷工有很高的程序門檻；醫療空有勞動三權，最重要的平權武器—罷工或爭議權，

83張恆豪，請衛生署別再散布恐懼！ 2012 年 05 月 16 日，
http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120516/34231202/

醫療業擁有的也是個「受限制」的罷工權。依《勞資爭議處理法》§53 條第 1 項規定，工會主張「罷工權」，必須調解先行；§54 條第 1 項規定，且須直接無記名投票經全體半數同意；§54 條第 3 項規定，下列影響大眾生命安全、國家安全或重大公共利益之事業，勞資雙方應約定必要服務條款，工會始得宣告罷工。醫療屬第三款—醫院；因醫療工會的組織穿透率極低，僅 1%不到，產業與職業工會也不能直接參與勞資會議協商，沒有具充分協商權與爭議權的工會為後盾，工會只是無牙老虎，困在無法訂出醫療「必要服務條款」與「維持基本服務」；§54 條第 4 項規定，前項必要服務條款，事業單位應於約定後，即送目的事業主管機關備查。雙方約定必要服務條款後，還要送交衛福部備查，當然主管機關會依內部作業辦法來實質審查掌控；另依《勞資爭議處理法》§25 條規定，勞資爭議當事人之一方為第五十四條第二項之勞工者，其調整事項之勞資爭議，任一方得向直轄市或縣（市）申請交付仲裁；其屬同條第三項事業調整事項之勞資爭議，而雙方未能約定必要服務條款者，任一方得向中央主管機關申請交付仲裁...調整事項之勞資爭議經調解不成立者，直轄市或縣（市）主管機關認有影響公眾生活及利益情節重大，或應目的事業主管機關之請求，得依職權交付仲裁，並通知雙方當事人。又依《民營公用事業監督條例》第 15 條規定，民營公用事業，如遇勞資爭議時，應依法受強制仲裁。民營或公營醫院是否適用該條例第 2 條第 9 款規定的「其他依法得由民營之公用事業」，容有解釋空間，但以立法精神觀之，醫療的公共性且又相關大眾生命安全，被強制仲裁的可能性較高。故醫療罷工權實陷於已被去勢的失能狀態。罷工，最終還是要回到談判協商，為何不做好前端勞資協議工作？故後勞基法期，實為集體協商時代。

純法制面觀之，台灣醫界勞動三權缺損，三隻腳缺任一隻，皆站不住腳，實無醫療罷工權之可能，任何勞動權的限制，都將擴大勞資失衡，而資方自主改善可能性難期待，勞動權益保障猶待其他配套措施；醫師入法後，會不會成

立工會遍地開花？會不會導致勞資爭議突增？勞資能否誠信協商？勞資爭議會不會強制仲裁？那就看勞動權教育的成效了，頗為值得觀察。

7. 《勞基法》第 84 之 1 條的工時例外排除要件與核心爭議

因應具有特別性質工作之需求，1996 年底，為《勞基法》擴大適用範圍，同步增訂第 84 條之 1，對工作性質特殊之勞工，給與勞雇雙方另行約定工時／例假／休假／女性夜間工作的彈性空間，以利其適用《勞基法》。

《勞基法》於 85 年 12 月 27 日增訂第 84-1 條工時基準排除適用之規定：「經中央主管機關核定公告之下列工作者，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，不受第三十條、第三十二條、第三十六條、第三十七條、第四十九條規定之限制。一、監督、管理人員或責任制專業人員。二、監視性或間歇性之工作。三、其他性質特殊之工作。前項約定應以書面為之，並應參考本法所定之基準且不得損及勞工之健康及福祉。」其立法理由謂：「雇主與勞工或工會簽定合約或協議後，可針對特殊工作調整工作時間。」

由於第 84 條之 1 係採勞雇另行約定工作時間（包括延長工時、例假、休假)之制度，並排除適用勞動基準法有關工時基準之最低勞動條件標準。於此方式，讓勞雇雙方依契約自由自行訂定，也因為這方式較自由，若經核備後依據《勞基法》第 84 條之 1 後，即可排除《勞基法》第 30 條（正常工作時間之限制)、第 32 條（加班之限制)、第 36 條（每 7 日至少應有 1 日休息)、第 37 條（國定假日應休假)、第 49 條（女性原則上不得夜間工作)之限制。

由於會計師、律師、醫師均可被認為《勞基法施行細則》第 50 條之 1 第 2 款之責任制專業人員，若經核備後依據《勞基法》第 84 條之 1 規定，即不受法定工時與變形工時、延長工作時間之限制及程序、例假、休假、女性深夜工作進限制及例外規定之限制。因此包括會計師、受雇律師在適用《勞基法》的

過程中，是否得適用《勞基法》第 84 條之 1 變成兩職業公會最積極爭取之項目，以使資方之人事運用上有更多之彈性。故前述各項重要勞動保障，對醫師適用《勞基法》的最大瓶頸仍在工時，以《勞基法》第 84 條之 1 的精神觀之，正是要調整其法規僵固性並兼顧雙方約定的對等性；但是，若是適用《勞基法》第 84 條之 1，對醫師可能會有哪些適用上勞資爭議？應由《勞基法》第 84 條之 1 的法定要件逐一了解:

(一)、排除適用工時基準之要件

適用醫療 84 條之 1，而將工時基準除外適用之其要件有 5，如下：(1)經中央主管機關核定公告工作者；(2)僅得約定排除特定工時規範；(3)勞雇雙方以書面約定；(4)經當地主管機關核備；(5)不得損及勞工之健康及福祉。

(1). 經中央主管機關核定公告之工作者

中央主管機關核定公告之工作者，請參照由行政院勞工委員會所公告之「勞動基準法第八十四條之一之工作者」[84]，依勞動基準法 84 條之 1 第一項第一至三款之規定，必須為監督、管理人員、責任制專業人員、監視性或間歇性工作、其他性質特殊之工作。其中，前兩款之定義，依《勞動基準法施行細則》第 50 條之 1 之規定，如下：

A. 監督、管理人員：係指受雇主僱用，負責事業之經營及管理工作，並對一般勞工之受雇、解僱或勞動條件具有決定權力之主管級人員。

B. 責任制專業人員：係指以專門知識或技術完成一定任務並負責其成敗之工作者。

C. 監視性工作：係指於一定場所以監視為主之工作。

D. 間歇性工作：係指工作本身以間歇性之方式進行者。

E. 其他性質特殊之工作。

[84] 勞動基準法第八十四條之一參照

(2). 僅得約定排除特定工時規範

勞雇雙方僅得約定排除第 30 條工作時間、第 32 條加班、第 36 條每週例假日之休息、第 37 條休假日與第 49 條女性夜間工作的規定；但第 30-1 條的二週與四週變形工時、第 35 條休息時間與第 38 條的特休規定，及第 24 條、第 39 條加班費相關規定均不在勞資間得約定排除之列。

(3). 勞雇雙方之書面約定

報請當地主機關核備之書面約定，依《勞動基準法施行細則》第 50 條之 2 規定，其內容應包括職稱、工作項目、工作權責或工作性質、工作時間、例假、休假、女性夜間工作等有關事項。故解釋上雙方之約定應為要式行為，解釋上亦不包含僱主單方面訂定之工作規則，蓋工作規則輒為資方主導所訂定，易被濫用，對於勞方保障尚有欠週，實際上仍應形諸正式合約。此項書面約定，可參考各地方政府所訂定之範例。以台灣醫界有公會無工會，而公會無集體協商權觀之，未來勞資協商平台的建立，恐怕是一大難題，初期可能須以勞資會議替代，勞資會議的立法緣由正是因應企業無工會的狀況，故勞資會議實施辦法應作適當調整，以利協商。

(4). 經當地主管機關之核備

當地主管機關核備之標準，應參考《勞動基準法》所定之基準，因此種方式之工時規定受《勞基法》限制較少，在勞雇雙方契約自由之原則下，亦難以有固定的範本，且此制對弱勢勞工較不利，所以要求雇員與勞工個別以契約訂明後，經主管機關核備，主管機關依法事前把關之要件較彈性工時嚴格。就未報請當地主管機關核備之工作時間約定，如此是否具有拘束勞雇雙方的效力？最高法院先後有不同的見解。先是認為，未經核備，約定無效[85]：「且此所謂『得由勞資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』，係指應由勞資雙方協商合意後所成立之書面契約，契約內容

[85] 最高法院 95 年度台上字第 343 號民事判決

應包括《勞基法施行細則》第五十條之二相關事項，並報請當地主管機關核備，始完成法定程序，此觀《勞基法》第八十四條之一及其施行細則第五十條之二之規定自明。」

後來認為，核備只是行政管理上之問題，約定有效[86]：「惟查勞動基準法第八十四條之一第一項規定，...其立法目的無非係就特殊工作者，因具自由裁量自身工作時間之性質，允許勞雇雙方得調整工作時間，不受勞動基準法相關規定之限制。則勞雇雙方既得自行約定該勞動條件，並非須經主管機關許可始生效力，故即令勞雇雙方於約定後未依上開規定報請當地主管機關核備，亦僅屬行政管理上之問題，就不得指該約定為無效。」

依民國 103 年 11 月 21 日，大法官釋字第 726 號意旨，此號大法官解釋是由聲請人龐俊財等 7 人受雇於保全公司擔任現金運送保全員，因加班費給付之爭執，經最高法院判決本號解釋聲請人敗訴確定後[87]，向司法院大法官針對《勞動基準法》相關規定提起本號解釋聲請。在經過司法院大法官會議解釋後，此項爭議已經解決，未經核備，約定無效，中央主管機關之公告與地方主管機關之核備等要件，係為落實勞工權益之保障，避免特殊工作之範圍及勞雇雙方之約定恣意浮濫。故對於業經核定公告之特殊工作，如勞雇雙方之約定未依法完成核備程序即開始履行，除可發生公法上不利於雇主之效果外，其約定之民事效力是否亦受影響，自應基於前述《憲法》保護勞工之意旨、系爭規定避免恣意浮濫及落實保護勞工權益之目的而為判斷。[88]建議目前實施「責任制」的雇主，參考大法官本號解釋以及《勞基法》相關規定，重新檢視勞動契約以及工作規則之適法性；另勞動部針對系爭規定之責任制核定工作者有相關之公告，雇主亦應一併注意之；如確屬可實施「責任制」之行業，亦應迅速補行核備程

86 最高法院 101 年度台上字第 258 號民事判決
87 最高法院 102 年度台上字第 1866 號判決
88 釋字第 726 號【依勞基法第 84 條之 1 另行約定而未經核備之效力案】

序，完備相關規定之要求，以免遭到裁罰。雇主更不該濫用「責任制」之名，任意排除必須核備此一要件。

(5). 不得損及勞工之健康及福祉

相當於《民法》第 148 條的帝王條款—誠信原則，屬於補充性質，在無其他法規可主張下得以適用。《民法》第一百四十八條第二項規定「行使權利，履行義務，應依誠實及信用方法」，其適用於任何權利行使及義務之履行，故如有未盡事宜，悉依誠實信用原則處理。《民法》247-1 條:...約定，按其情形顯失公平，該部分約定無效；《民法》八十八年修正時定下大原則，第四八七條之一說：「受雇人服勞務，因非可歸責於自己之事由，致受損害者，得向雇用人請求賠償。」《民法》賦予雇主的責任相當大。在尚未適用《勞基法》的專業人員，仍可適用《民法》的勞工保障。

由於目前勞動部公告適用《勞基法》84-1 的職業別中，准予核備的最高工時職業為保全員 288 的月工時，相當於週工時 72 以下，故以「住院醫師勞動權益保障參考指引」的週 88 工時，恐不會被勞動部公告適用《勞基法》84-1 條，288 成了醫師納入《勞基法》84-1 的工時「天險」；另外，依「過勞認定參考指引」的月工時大於 184(週工時 46)的認定過勞條件，勞動部基於保障勞工之健康及福祉，已開始研議完全廢止《勞基法》84-1 條，逐步減少適用《勞基法》84-1 的職業別，而且週工時大於 46 皆難以核備，「工時障礙」恐怕是醫師納入《勞基法》的最大瓶頸。以醫界的工時現況調查，住院醫師以週 72 工時核備可能性最高，然 72 至 46 仍有不小的落差，更證明醫師的血汗勞動情況惡劣，若因此卡關，情何以堪？故仍需各方高度共識，先准予以週 72 工時核備，再逐年改善落日，目前仍超過 72 的五大科改善工時情況的進度將至為關鍵，須要衛福部儘早以專案處理。

醫師適用 84-1 條來納入《勞基法》保障後，由於醫師尚無強大工會，在無工會後盾下的協商權，無法抗拒強勢的資方，因而 84-1 條確有「奴工化」疑慮，宜先訂出落日條款，分階段逐年下降週工時至 46，始完全廢止適用 84-1 條，不失為可考量的途徑；回到 84-1 條的議定工時的核心精神，應具體約定契約細節與工作規則內容，如何建立對等協商機制才是首要任務，雙方才可以好好議約簽約，在工會未成熟之際，強化勞資會議的法制功能，是須要事先安排的必要配套。

二、醫師適用《勞基法》後的影響

(一)、對人力與工時安排的影響

主要影響兩個方面：1.住院醫師訓練與工作；2.值班與治療連續性；醫院必須於夜間有醫師值班留守及開刀不中斷等，納入《勞基法》後工時受限，勢必增加人力，以及若已達限制加班之工作時間，尚有急需完成之工作應如何解決之問題；以現在住院醫師動輒每月達到約 380 小時的工時，可能必須降低到每月 288 小時之上限，甚至要降至「過勞認定參考指引」的月工時 184，則當初各專科醫師訓練所設定的訓練內容，是否因此而受到影響？住院醫師是否便因此學習不足？另外，護理雖有護病比但無入法，故工時限制卻工作量增加，連總統承諾的護病比都跳票[89]；「住院醫師勞動權益保障參考指引」有醫病比的概念，但仍怕工作量保障不足；主治醫師主要為責任制，未來工作量惡化恐

[89] 蘋果即時，護士節前夕　綠委籲：護病比儘快入法，2015 年 05 月 11 日，http://www.appledailytw.com/realtimenews/article/politics/20150511/607992/%E8%AD%B7%E5%A3%AB%E7%AF%80%E5%89%8D%E5%A4%95%E3%80%80%E7%B6%A0%E5%A7%94%E7%B1%B2%EF%BC%9A%E8%AD%B7%E7%97%85%E6%AF%94%E5%84%98%E5%BF%AB%E5%85%A5%E6%B3%95/

怕是必然，為了避免重蹈醫院以工作量增加來控制人力工時的覆轍，全面的醫病比制度應該重視。

(二)、對薪資與人事成本的影響

健保總額下，工時限制而人員增補，並增加例如：加班費、資遣費、退休金、職業災害補償等成本，醫院在健保實施後及總額給付方式下盈餘空間已減少，有《勞基法》後影響將更大。《勞基法》中對於退休制度規定，有兩個影響因子，一是工作年資，另一是平均工資，因此平均工資定義會與薪資結構互為連動。醫院管理與人力資源部門，應重新計算合理合法的醫事勞動人力成本。

(三)、對醫院經營管理的影響

工作時間投入程度，對生產力及對薪資報酬影響、對組織承諾認同程度、服務熱忱、工作滿足與滿意度、病人的醫療品質與病人安全權益問題等息息相關，醫院必須重新規劃管理；而病人滿意度與醫病關係的變化，也會影響日後醫療爭議發生的可能性：另外存在於彼此之間勞資雙方權利與義務關係，這部分包括了醫院內部管理機制的策略擬定，例如：醫師的薪資結構與工資的認定問題、重新詮釋醫師薪資制度、契約與工作規則界定標準、紀律管理適當性、值班交班制度、休假替補人力制度等。

現行醫院對醫師一年一聘方式可能會違法，因為依《勞基法施行細則》，只有符合臨時性、短期性、季節性及特定性工作 4 個特徵，才得為定期（表示雖屬定期者，也可實質認定為不定期）。但如屬繼續性工作，則是不定期契約，而因為不能一年一聘，故雖然每年換聘，但該換聘動作只認純屬契約條件的變動。是故，不會因為簽了定期契約就是定期，而應視是否屬於細則規定之定義。依《勞基法》第 9 條第 2 項第 2 款規定可知《勞基法》立法政策以不定期契約為主。 若屬定期契約者，無資遣費(《勞基法》第 18 條) ，高公局收費員就面臨如此困境。

彈性工時制度及工時限制問題，對於醫師工作的連續性或間歇性特質、責任歸屬適法性問題、女性醫師夜間值加班有關。還有聘雇用人彈性之衝擊，例如契約終止之法定限制、定期契約締結之限制等；醫師雖各自具有獨立自主性，但也未來需要打團體戰，相互合作。另外，與病人及家屬之應對進退、醫病關係維繫與客訴處理，亦為醫院重要之工作內容。則雇主於用人方面，可能因適用《勞基法》而受到限制，亦是雇主需要如實面對的變化。

很多細節的工作內容，不在勞動契約本文，可以依《勞基法》第 70 條規定，雇主可單方制定工作規則，送請當地勞動主管機關核備；工作規則有詳細規定，依《勞動基準法施行細則》第 50 條之 2 所訂勞動契約之必要約定事項。勞工有簽收工作規則，又未曾異議，也有支領值班津貼，而有默示同意，應受拘束 ；規定不是約定，單方規定不是雙方約定，故主管機關會依勞委會「工作規則審核要點」來審核，是否違反強制、禁止法規或團體協約，若契約上約定雇主單方可事後變更規則，屬不可約定事項，無效；程序上醫院以書面簽訂契約方式，雙方約定使工作規則為勞工契約的一部分，應送請勞動主管機關核備。

因而醫院法務宜重新定位，除了基本的《民法》、《醫事法》與《健保法》外，另外須熟知《勞動法》、《契約法》與醫糾處理。醫師可能籌組醫療勞動相關工會或團體(網路串聯聲援、醫療勞動人權促進協會、連線、同盟、聯盟...)，各醫院協會間將整合出現資方團體，醫院管理者宜落實員工勞權教育并規畫與基層醫護勞工展開對話，構建互信與策略聯盟。

(四)、衛生主管機關考量的相關影響

1.替代人力的來源

台灣臨床醫師人力短缺已經存在多年，並非是由於《勞基法》因素，因為醫師至今仍未納入，而缺人的原因很多，包括：一.在健保總額成本考量下，刪

減人力；二.大科工作性質壓力大，醫糾多；三.業務量增加，工作負荷不斷增加；四.任用制度改變，改以約聘或臨時僱用方式；五.公立醫療機構設定編制偏低；六.新制評鑑基準修訂後，人力並未調增；七.新 PGY 醫學訓練制度，人力易留醫學中心 ；八.醫學美容開業興盛，吸納人力；九.無法落實轉診制度，醫學中心或醫療集團過度擴張等。

在醫療現況不變的假設下，工時限制將出現人力缺口再擴大，也就是《勞基法》會衝擊現有醫師人力結構，若未有適切配套措施，有可能帶來痛苦的轉型期甚至毀滅性的災難；醫事司對補充人力提出幾個可能方向，一、增加醫學系學生或公費醫學生；二、增加醫師助理(PA，Physician Assistant)與專科護理師(NP，Nurse Practitioner)協助醫療業務；三、推動整合式照護駐院專責主治醫師(Hospitalist)制度；四、實施開放醫院制度，增加人力運用效率；五、引進外國醫師人力。

前三者已經開辦也開始發揮成效，而開放醫院制度涉及修法與體系大調整，直接引入外籍醫師人力在《醫師法》第四條之一未修正前有困難；但教育部已核准義大與陽明醫學系海外招生[90]，也放寬波蘭醫學生應考資格[91]，等同變相招募外籍醫師；另招收公費醫學生也自 105 年開跑 5 年，每年外加 100 名，甚至還可能加碼至每年 200-300 名，並可能延長實施年限至 10 年[92]，但是過去的公費醫學生制度成效不彰，6 年義務期滿仍留在偏鄉服務者僅 3%左右，新公費醫學生制度便延長義務期至 10 年，也提高違約賠償金，但未根本改善勞動條件差的問題根源[93]，公費醫制度已被批評為衛福部的公開「蓄奴」政策；專

[90] 陽明大學醫學系 首次海外招生，資料來源：http://goo.gl/xe2vG9 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 28 日)
[91] 考選部准許波蘭醫國考 醫學聯抗議「全民健康被當」，資料來源：http://goo.gl/LSUGbO (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 28 日)
[92] 解決醫師荒 公費醫學生 明年擬增 100 名，資料來源：http://goo.gl/a3Dm4E (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 28 日)
[93] 自由時報，2016-3-18，台東院長澄清低廉值班費後有醫師貼出扣繳憑單 http://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/1636423

科護理師也每年招收數百名，已施行 12 年，但執業範圍仍屬護理師，故實際功能不彰，制度仍待改善；而要研擬新增醫師助理職業與科系，規畫中由國內外醫學士未有醫師證書者、護理師、藥師、醫檢師、復健師與營養師等再進修學士後碩士學程或臨床研究所後參加證照考任之，猶待立法與修法，緩不濟急，而 PA 為新一類法定醫事人員，雖可突破 NP 受《護理人員法》限制的困境，但未來宜注意其執業範圍是否侵蝕醫師核心醫療業務或排擠 NP 執業空間；Hospitalist 制度已自 104 年起，陸續有近 20 多家醫院試辦，已有具體成果發表，將朝向正式成立次專科努力，期望每年能新培訓 50 名 Hospitalist 加入住院專責整合照護，值得推廣。

醫師納入《勞基法》之後的人力缺口是一個失真的議題，在未落實《健保法》第 43、44 條的比例負擔與分級轉診前，台灣民眾目前的隨意就醫方式形成許多假性醫療需求，如果需求下降，總工作量減少，人力缺口還大不大？而且由工時調查得知，缺口僅限於住院醫師，主治醫師層級未有明顯不足，增補的數千住院醫師過渡到主治醫師後，會不會變成主治醫師過剩？另外，台灣醫師不患寡而患不均，醫師分布的職別差異、科別差異、地區差異與院所差異，比缺人問題還嚴重；台灣有執照卻未執登的醫師總數破萬接近 2 成，而造成人力流失與不平衡的根源，在於血汗健保制度，若在勞動環境改善後，海晏河清，鮭魚自然回流，人力有機會自動回補。如果輕率加碼公費醫師制度及其他人力，供應大量廉價人力到勞動市場，難免有衛福部幫助資方之譏，當醫療需求回到真實狀態，惡化與扭曲的醫療專業，就再也回不去了；任何額外補充人力，在健保總額下，終究死路一條，該想想錯誤制度真正替台灣帶來是更多福祉抑或災難。然而，不先降低假性需求及改善勞動條件，卻只增加勞動人力供給，就好比不改善水質，一直放新魚來做髒水測試，荒謬而矛盾。

2.調整專科訓練時間或內容

工時限制對目前已經招募困難且工時超長的內、外、婦、兒、急各專科，將更不容易有足夠住院醫師，如何準備與因應仍待解決？國外研究結果顯示，要有適當配套，並不影響照護品質與訓練期間。[94]這也是所有保障醫師勞動人權國家所共同面對的問題，他們也有很多配套措施值得借鏡，以神經外科為例，實施工時限制後，住院醫師有體力與時間於下班後繼續進修學習，並利用網路數位學習省下去圖書館翻資料的時間，還可利用虛擬實境或手術模擬器練習開刀，整體學習效率多倍速，不增加受訓時間，他們比我們學的更好更快。

因此，研發更有效益的教育訓練是醫界必須立刻做的課題，更別忘了，新世代醫師是電腦新人類，早已強過我們，反而是培養人文關懷教育，須要給他們更多的社交時間(social time)，而非工作時間(work time)；新一代的年輕人更重視制度公平性與工作生活平衡性，台灣的醫學教育與專科訓練，已呈現保守落後的窘態，學會被大醫院把持，將面臨不得不改革的命運。

3.主治醫師過勞更形惡化

目前許多醫院的專科主治醫師已經逐漸成為第一線臨床照護與值班的主力，未來亦有可能更進一步造成主治醫師人力之衝擊，主治醫師是最終唯一責任制，必須吸收住院醫師工時受限後的其餘工時與工作，平均週工時預期上升；醫療業務的成長與假性需求無法先做管控，相同人力下納入《勞基法》的工時限制，每人的工作量勢必上升，此已證諸 87 年後護理的護病比惡化，以及 102 年實施「住院醫師勞動權益保障參考指引」後的住院醫師值班範圍擴大與主治醫師下海值班，無限責任，無盡血汗，可能加速主治醫師流失，應如何因應亦為重要問題，而整合照護專責主治醫師(Hospitalist)制度，在未來擔任值班主要角色的關鍵性也益發凸顯；以現有人力替補制度觀之，NP 與 Hospitalist

[94] 醫師過勞與病人照護品質，孰輕？孰重？美國實施住院醫師之工作時數規定所造成的影響，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/news/421332610 (最後瀏覽日期：2015 年 6 月 11 日)

的排班制度，符合《勞基法》工時制，而且立即可行，將是調適入法工時障礙的兩大支柱。

4.醫師薪資水準將下滑

工時縮減，值班數受限而值班費減少，加上時薪不高，底薪又不多，住院醫師可能面臨實質減薪；健保總額制度下，原本「粥少僧不均」，若因勞動法規限制而須增補醫師人力與輔助人力，醫事人員總數增加，將稀釋個人所得，也抬高醫院勞動人事成本，變成「粥少僧多」，醫院財務管理基於經營權，會將勞動成本進一步轉嫁，主治醫師的績效薪也將下滑，受雇醫師全面薪資平庸化，而收入下降也將導致社會地位下跌，專業貶值，就業意願將更低落，甚至出現人才外移，恐怕需要其他配套補償措施，否則人力流失可能難以改善。

5.欠缺勞動檢查法源

衛福部現行「住院醫師勞動權益保障參考指引」，雖然具有《勞基法》第84-1 條之精神，惟行政指導沒有法律效果，沒拘束力，保障尚嫌不足；衛福部若直接發布行政命令勞檢，沒有母法授權依據；欠缺法源，也不能訂罰則，沒罰則，勞檢何用？故至少要有基本法源才能據以落實；依前大法官黃越欽的學說，一部《勞基法》，可以有不同行業別的施行細則，專屬的《醫師勞基法施行細則》或《勞基法施行細則》中有醫師人力專章，並非不可行。

勞檢權專屬於中央的勞動部或六都的勞動局，衛福部也沒有勞動檢查業務或提供投訴管道，現行醫事人力調查若例行且確實，可取代部分勞檢功能，但無法律強制力，目前只有評鑑制度規範，恐怕流於形式，而部長已於今年(105)五月成立「評鑑簡化小組」，未來的評鑑條文可能刪除人力部分，醫師人力查察可能下放於地方衛生局督考業務，地方何能承接？過勞是職業安全衛生問題，似可依《職業安全衛生法》第 3 條，「本法有關衛生事項，中央主管機關應會商中央衛生主管機關辦理。」，據以實施醫院安衛稽查以避免醫師過勞，

惟尚欠《稽查辦法》或《職業安全衛生法施行細則》的明文授權，而發動權的主動方似乎仍在勞動部，衛福部僅被動配合，若衛福部主管機關仍欲實質掌控醫界，增訂《醫療法》人力專章恐怕不得不行。

另外，台北市勞動局推動「勞檢陪同鑑定制度」可為借鏡，勞動部可招聘醫療專家陪同勞檢醫療業，改善勞動部不擅查察醫療專業的困難；未來龐大的醫事勞檢業務，中央與地方的衛生主管機關與勞動主管機關能否因應？是否增加勞檢組織與人員編制？亦成問題。

6.是否部分醫院藉口縮床、減刀或關閉

其實，無論人事成本、時間與用人彈性的影響，最終都能以金錢替代；主管機關不斷以各種理由推遲醫師納入《勞基法》保障，是在乎人力缺口？還是在意金錢缺口？是真心保障醫師權益？還是擔心醫院倒閉？如果醫院真要血汗才能生存？為何主管機關不敢正面改革醫院財務所依賴給付的源頭—血汗健保？主管機關卻一再公布財團法人醫院的財報盈餘數字，反而是承認自己失職，默許醫院壓榨勞工而營利，全體過勞醫療工作人員情何以堪？

雖然在去年底的《醫療法》修正草案規定—財團法人醫院盈餘應優先給員工調薪[95]，但未配套實施期程，也無施行細則或辦法，更未訂罰則，恐怕只是訓示規定而已；健保實施 21 年來，一直都有不夠營運經濟規模的中小型醫院退出市場，醫院被大型醫療財團托拉斯化，醫師勞動條件惡化，人力加速流失，主管機關難有作為，以致病根日深、積重難返，現在卻心知肚明，若醫院因《勞基法》的稻草而藉機縮床、減刀或甚至關閉，引發民怨，而病人若等待就醫時間延長，萬一病情變化，責任難釐清，導致醫糾，官方政策責任擔當不起，也

[95]政院修《醫療法》　醫院收入結餘應優先給員工加薪，資料來源：http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20151203/745647/ (最後瀏覽日期：2015 年 6 月 11 日)

想要趁機利用此議題為增補醫事人力政策辯護，增加醫事人力市場供給，經濟學上，是幫勞方？還是幫資方？兩手策略，操弄醫師與醫院，是否權謀過度？

面對健保，醫院也是勞工，健保才是雇主，勞資關係的第三方當事人—政府，哪裡去了？是衛福部還是勞動部？兩大中央行政主管機關互相推諉卸責，皆沒有積極作為，血汗勞動現象是否為公權力怠惰？監察院功能又何在？立法院民意監督又何在？2009 年總統公布「公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法」（俗稱兩公約施行法）後，人權兩公約條文已經成功國內法化。第 2 條，兩公約所揭示保障人權之規定，具有國內法律之效力。第 3 條，適用兩公約規定，應參照其立法意旨及兩公約人權事務委員會之解釋。第 4 條，各級政府機關行使其職權，應符合兩公約有關人權保障之規定，避免侵害人權，保護人民不受他人侵害，並應積極促進各項人權之實現。第 5 條，各級政府機關應確實依現行法令規定之業務職掌，負責籌劃、推動及執行兩公約規定事項；其涉及不同機關業務職掌者，相互間應協調連繫辦理。

現在，勞動部與衛福部，對醫師納入《勞基法》，見解歧異，而且互踢皮球 18 年，甚至同部門的前後任主官管，對此議題採不同立場，令人啼笑皆非無所適從。醫師「應該」依據上述法條，盡速向「兩公約人權事務委員會」申請函釋，並依法向監察院提出機關怠惰舉發，督促主管機關依法公告「醫師納入《勞基法》」以保障勞動人權。台灣醫師的人權狀況惡劣，政府主管機關推拖怠惰瀆職，難辭其咎。若訴願及行政程序走完，難以順遂，則可提釋憲，不然，在國際媒體揭露台灣人權真相。違反人權，絕對是國際大事。健保血汗供應鏈的勞動問題不回歸勞動部，未來《勞基法》衝撞《健保法》，醫政成敗必然由衛福部完全負責。

第四節小結

台灣近年來整個醫療業的轉變與科技的進步，使得原先自主性高的醫師，也需倚賴醫院的設備、儀器來提供醫療救治，讓醫師與昂貴的醫療設備變得密不可分的地步，而先進昂貴的醫療設備醫療讓機構導入所謂的 KPI 績效管理等企業化經營的措施，更讓醫師無法脫離與醫院之從屬關係來作專業裁量，而傳統父權主義的醫病關係，隨著病患意識提高、消費服務思維誤導、醫療職場暴力升高以及醫療糾紛增加而逐漸醫病緊張、惡化；在另一方面各種醫療財務政策(總額給付、DRG)等，有限的醫療資源下醫療院所對管理與成本控制更加嚴謹，醫師高工時與高工作量現象已成為常態，在這樣多方的衝擊之下正在侵蝕整個醫療環境。

加上醫療體制的專科、次專科化，雖乃謂提高醫療品質維護病人安全，但進而也使醫師必須繼續進修與犧牲假日參加訓練學分課，在本已繁重的訓練與工作量的情況下，需利用額外時間準備，讓醫師不願投入工作負荷量重、承擔風險高又沒有家庭生活品質的科別，對其在選擇專科意願時產生影響，導致「內、外、婦、兒、急」這五大科醫師短缺的問題，根據研究也發現專科醫師人力結構性已有逐漸改變之現象[96]。

根據本章文獻探討後可發現一位醫師的養成，需要歷經一段很長的時間的訓練，且科別分類縝密各具其專業性，在台灣對於專科醫師有一定之需求，但對於醫師之醫療工作環境卻未有良好之保障，台灣醫師工作時間過長勢必造成過勞之問題，在過勞時醫師執行醫療行為是容易有不良表現的，如醫療疏失機率增加、注意力不集中、反應變慢、意外比例提高，這些問題皆會對民眾就醫安全以及醫療環境產生影響，間接可能導致醫療紛爭的增加，陷入惡性循環。

「醫師是否納入《勞基法》」此議題已探討多時，卻因為其職業的特性而適用不無窒礙，甚至有人說，《勞基法》適用於製造業，不適合服務業，尤其

[96]黃仁德(2011)，專科醫師選擇急診醫師為執業醫師意願之研究，國立嘉義大學管理學院碩士在職專班未出版碩士論文，頁 21。

是在醫師，但根據前文獻探討中可知「從屬性」為成立勞動契約之要件，乃醫師受雇於醫療院所，受指揮監督下付出勞力，則從屬之特性已無疑義，應成立僱傭關係。況且，《勞基法》是以勞動人權立法，斷無製造業與服務業基本人權有差別的道理，兩者的產業特性有異，只須要在施行細則給予細緻化規範，而非說出歧視待遇的話語，至於醫師職業特殊性，就有醫療特別法可以專門處理，並無重大困難，毋庸差別處遇；目前醫師職業工時現況確實無法完全適用現有《勞基法》，惟其主因乃係醫師現有勞動條件保障不足、工時制度尚未完善，因此應須先將醫師納入《勞基法》以改善惡劣的醫療勞動環境，而非堅拒納入放任血汗，並應針對其職業特性配套《醫療法》完善措施建構專業責任制，以確保醫師得到合理之保障，以符合《勞基法》。而最關鍵的衛生主管機關首長已公開政治宣示，自此應一致積極朝向受雇醫師納入《勞基法》的方向規劃，必然要《勞基法》與《醫療法》搭配，醫療血汗暗黑時代終現曙光。

醫師適用《勞基法》的最大困難在「工時」，初期可望以《勞基法》第 84-1 之議定工時起步，但勞動部是否公告適用並准予核備，仍屬未知，若「工時」問題難有共識或一時難達 288「天險」，也可考慮與其他保障脫鉤分別處理，先以醫療法規中增訂職災補償或退休金提撥等「非工時」保障可「準用」《勞基法》相關規定的條文，因為醫療法為醫療專業之特別法，可優先適用，儘早改善非工時的勞動條件，朝野較無爭議；無論入法期程為何目前尚無定案，仍須進行改善目前勞動條件的積極作為，實質改善醫師勞動人權，若未改善醫師勞動條件來減少人員流失之前，先增補人力，就好比明知缸有漏，反而轉大龍頭補水，官員的顢頇與錯誤政策的浪費，實為全民損失。

第三章 國際主要國家對於醫師勞動權益的保障

國際上已有國家限制醫師或住院醫師工作時數，如丹麥規定所有醫師的工作時數不得超過 37.5 小時/週（包含訓練時間），而法國、德國、荷蘭、英國等則是配合歐盟於 1993 年通過的工作時數規範（Working Time Directive，WTD），逐年調降住院醫師每週工作時數，並於 2009 年調降至 48 小時/週。美國、加拿大、法國、新加坡工作時數規定之醫師，等同於我國之住院醫師。美國 ACGME 2011 年規定，每週工時 80 小時(四週平均)，若有合理教學計畫，經審查委員會許可，得延長為 88 小時。 歐盟、英國工作時數規定之醫師，等同於我國一般醫師(含住院醫師)。日本工作時數規定之醫師，等同於我國接受 PGY 訓練之醫師。香港及澳門工時規定之醫師，等同於我國接受 PGY 訓練至專科訓練之住院醫師。另根據 IOM 報告指出，每月平均工時法國為 52.5 小時，紐西蘭為 72 小時，英國為 56-64 小時，而歐盟為 48 小時，各國工時規定比較如表 3-1。

表 3-1 住院醫師工時規定比較

國家	是否納入勞基法規範	醫師工作時數規定
美國	否，ACGME規範	80+8小時
加拿大	否	正訂定全國標準 安大略、魁北克省協議為60小時
歐盟	是	48小時
英國	是	48小時
法國	是	48小時
日本	否(僅PGY納入)	40小時(PGY1-2)
香港	否	65小時 *未法定，此為醫管局目標
澳門	否	45小時
新加坡	否，ACGME規範	80小時
南韓	否	80小時

(資料來源：衛福部醫事管理系統)

第一節 相關的國際勞工公約與其他重要國際組織規定

(一)衛生人員短缺是國際議題

衛生保健人力短缺是世界各國共同面臨之議題，為改善衛生人員執業環境及促使衛生人員留任或流動，《2006 年世界衛生報告》主題：一同為醫療衛生工作，這份報告提出了一個有趣的議題；《2006 年世界衛生報告－通力合作，增進健康》[97]提供了有關全球衛生人力資源的關鍵資料，並對已全球短缺的 430 萬衛生工作者進行了分析和評估。報告附錄包括各國衛生工作者的數目，病人醫務人員比，以及缺口計算等。報告中談到全世界短缺的醫護人員問題，報告書裡將內容著重在醫護人員的工作的各階段，包括從剛進入的衛生訓練，到真正進入職場然後退休，這段時間該如何提供一個良好的衛生環境讓醫護人員有更好的工作生涯、更長的工作壽命，是值得世界一同關注的。

依據 WHA57.19 號決議，世界衛生大會在其中要求總幹事與所有相關合作夥伴協商，制定一份關於衛生人員國際招聘的自願行為守則(WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel)；回應第一次全球衛生人力資源論壇（坎帕拉，2008 年 3 月 2-7 日）通過的坎帕拉宣言，以及 2008 年和 2009 年的八國集團公報，鼓勵世衛組織加快制定和通過世衛組織行為守則；2010 年第 63 屆世界衛生大會中通過了《世界衛生組織全球衛生人員國際招聘行為守則》(WHA63.16 號決議)。該《守則》是一個多邊框架，旨在解決全球衛生人力短缺問題並因應衛生工作者國際流動帶來的挑戰。2011 年第 64 屆世界衛生大會通過了 WHA64.6 號決議和 WHA64.7 號決議。前者敦促會員國要實施上述《守則》；後者則敦促會員國將其對加強護理與助產服務的承諾化為行動，並制定必要的行動計畫促進發展護理與助產服務。

[97]2006 年世界衛生報告－通力合作，增進健康 http://www.who.int/hrh/whr06/zh/（最後瀏覽日期：2016 年 6 月 5 日）。

國際間早已意識到衛生人員的全球短缺，並認識到足夠的和可獲得的衛生人力，對一個綜合性有效衛生系統和醫療服務的提供至關重要；深切關注許多會員國中衛生人員的嚴重短缺，包括接受過高等教育和培訓的衛生人員，對衛生系統績效構成重大威脅並影響到這些國家實現千年發展目標和其他國際上商定的發展目標的能力；其第 1 條守則的目標：制定和促進關於衛生人員國際招聘的自願原則、標準和做法；作為參考文書幫助會員國制定或改進衛生人員國際招聘所必需的法律和制度框架，並幫助其擬定和實施適當的措施；提供指導以便可以酌情用於擬定和實施有約束性和自願性的雙邊協定及其它國際法律文書；在與衛生人員國際招聘有關的事項方面，促進和鼓勵開展國際討論並推動合作。

守則喚起對醫療人力短缺的意識，強化其在解決衛生勞動力危機過程中作為政策對話有效框架的相關性。然而，相對於國際間對醫療人力短缺的重視，積極向海外招募外籍醫護，以及其醫護人員擔憂影響其專業醫療品質，甚至多次以罷工來爭取足夠人力配置；反觀國內，超額的護病比與超時過勞嚴重，罷工不得，發聲無效，以致醫療人員放棄職場，人力持續流失，主管機關卻沒有積極有效作為，十分諷刺。

(二)個別勞動權相關之國際基準

1.國際勞工公約與建議書之相關規範

(1)第 149 號公約第 6 條、157 號建議書第 30-43 條—護理工時規定。對正常工時、加班、隨時待命之值班與不方便時間(係指非有關國家正常工作日及正常工時之工作時間)作一定義，並對工作時間與休假作一詳盡的說明，其內容包括：合理工作時間(即每週正常工時不應高出有關國家為其一般勞工所訂定之工時)、加班之計算與限制(如：每週休息時間絕不低於連續 36 小時之標準)、合理輪班加薪補償、應有之帶薪年假、婚假、產假或因工作因素影響生理或心理

之疾病或傷害，應保障其權利。並提及會員國之行政當局應與護理人員自由選擇之代表，或與代表其利益之組織諮商，共同決定其工作組織、工作時間及休息時間。目前，並無專屬於醫師個別勞動權益保障的國際規範與建議，故醫師勞動權益保障仍應回歸先確保醫師集體勞動權。

(2)第 171 號公約、第 178 號建議書—1990 年夜間工作公約與建議書。明確定義夜間工作者一天工時不得超過 8 小時，工作者若因夜班工作影響健康，雇主應予轉換日間職位且不得解雇。

(3)歐盟《工作時間指令》—1993 年《93/104/EC 號》，隨後該指令於 2000 年由《指令第 89/34/EC 號》加以修訂，後合併為《指令第 92/88/EC 號》之《工作時間指令》，嚴格規範規定夜間工作者之工作時數，在 24 小時內不得超過 8 小時；同時，對於夜間工作者也應提供更完整的安全衛生保護、充分的休息及合理的報酬。

(三)集體勞動權相關之國際基準

1.「國際人權憲章」相關規範

聯合國為落實 1948 年之「世界人權宣言」，在 1966 年 12 月 16 日經由大會第 2200 號決議通過「公民與政治權利國際公約」及「經濟社會文化權利國際公約」。此乃國際社會最重要之人權法典，亦為國際人權保障體系最根本之法源。

世界人權宣言，將人權的內容區分為二大範疇：一是公民與政治權，此等權利的內容主要包括：生命權、平等權、自由權、財產權、隱私權、宗教信仰自由、表現自由、集會結社自由、接受公平審判及禁止非法逮捕與禁止奴役等自由；二是經濟、社會與文化權，此等權利的主要內容包含有：勞工結社權、職業選擇自由、受教育權、社會福利權及享受休息及參與文化活動的權利等。

(1)世界人權宣言第 20 條「人人有權享有和平集會和結社之自由」。

(2)第 23 條「一、人人有權工作，自由選擇職業、並受公正和合適的工作條件並享有免於失業之保障。二、人人有同工同酬的權利。三、每一個工作的人，有權享受公正和合適的報酬，保證使其本人和家屬有一個符合人的尊嚴的生活條件，必要時並輔以其他方式的社會保障。四、人人有維護其利益而組織和參加工會的權利」。

(3)第 24 條「人人有享受休息和閒暇的權利，包括工作時間有合理限制和定期給薪休假的權利」。

(4)公民與政治權利國際公約第 22 條「一、人人有自由結社之權利，包括為保障其本身利益而組織及加入工會之權利。二、除依法律之規定，且為民主社會維護國家安全或公共安寧、公共秩序、維護公共衛生或風化、或保障他人權利自由所必要者外，不得限制此種權利之行使。本條並不禁止對軍警人員行使此種權利，加以合法限制」。

(5)經濟社會文化權利國際公約第 8 條「一、（一）人人有權為促進及保障其經濟及社會利益而組織工會及加入其自身選擇之工會，僅受關係組織規章之限制。除依法律之規定，且為民主社會維護國家安全或公共秩序、或保障他人權利自由所必要者外，不得限制此項權利之行使；（二）工會有權成立全國聯合會或同盟，後者有權組織或參加國際工會組織；工會有權自由行使職權，除依法律之規定，且為民主社會維護國家安全或公共秩序、或保障他人權利自由所必要者外，不得限制此種權利之行使；二、本條不禁止對軍警或國家行政機關人員行使此種權利，加以合法限制」。

「國際人權憲章」相關規範，明確保障勞動三權為基本人權，但對於軍警、公務員及公共衛生人員等負有特別權利義務者，可以合法限制其勞動權，這就必須要回歸「法律保留原則」，若法無明文排除，則醫師固有勞動三權。

2.國際勞工組織相關規定

(1)國際勞工組織公約第 87 號－結社自由及組織權保障公約。

(2)第 91 號建議書－團體協約建議書。

(3)第 92 號建議書－調解與仲裁建議書。

(4)第 98 號公約－組織權與團體協商權公約。

(5)第 135 號公約及 143 號建議書—有關為企業中勞工代表提供保障與便利公約。

(6)第 151 號公約及第 159 號建議書－有關勞資關係(公共服務)公約。

(7)第 154 號公約及第 163 號建議書—有關促進團體協商公約。

國際勞工組織在 1989 年所提出之「尊嚴勞動」（Decent Work）作法，對集體勞動權之保障，更是列為勞工行政之首要目標。

其中，國際勞工組織 151 號公約--「有關保障組織權及決定公共服務中工作條件程序公約」，生效日期：1981 年 02 月 25 日，其第一條：1.本公約適用政府機構所雇用之所有人員，其程度可達不為其他國際勞工公約最有利條款所保障者。2.本公約所規定之保障程度是否適用一般視為決策或管理階層之高級公務員，或擔任極機密性職務之公務員，則應由國家法律或規則決定之。3.本公約所規定之保障程度是否適用軍售人員應由國家法律或規則決定之。第二條：基於本公約之宗旨，「公務員」一詞係指本公約依照其第一條規定所保障之任何人員。國勞公約第 159 號建議書--有關決定公共服務中工作條件之程序建議書，於 1978 年 6 月 27 日通過。未來，醫療服務的公部門公共性，以及國家醫療制度內的醫師等同準公務員身分，概念被普遍認同後，這號公約與建議書，對醫療公部門的勞資關係建立可提供重要基礎。

3.經濟合作暨發展組織(OECD)

OECD 在 1996 年發布一項報告，針對 76 個國家遵守核心集體勞動基準之情形加以調查，並以籌組工會自由（freedom to form unions）、罷工權利（right to strike）、對工會成員之保障（protection of union members）與集體協商（collective bargaining)等四項指標，來檢視受調查國是否保障集體勞動權利，進而區分為四個等級，我國則被列為對保障集體勞動權利之第三級國家，認為由於登記要求過嚴、政治干預及歧視工會活動等因素，我國勞動者享有結社權，但其獨立自主性卻受到相當的限制。同年公布之另一份研究報告[98]，更直指我國對勞動者結社自由、集體協商與罷工權利有諸多的限制，皆不符合國際勞工組織相關公約所明示之原則。顯示我國原是勞動人權落後國家，我國集體勞動三法全數修正後，血汗勞動問題卻不見減少，仍有改善人權空間。

4.國際工會聯合會

根據國際自由工會聯合會（International Confederation of Free Trade Unions，簡稱 ICFTU）所發布 2000 年至 2006 年之歷年報告，及其承接之組織國際工會聯合會（International Trade Union Confederation，簡稱 ITUC）所發布 2007 年至 2010 年之歷年報告中，每年均對我國提出一份簡短的國家報告，根據該調查報告檢視我國過去 11 年對集體勞動權利之侵害問題。國際工會聯合會於我國集體勞動三法全數修正後，有提出持續改革集體勞動法制之建議:應准許公務人員、國防工業受雇者、教師、醫護人員、家事受雇者、軍警人員及消防人員組成或加入工會。故國際工會聯合會，明確支持應保障醫師集體勞動三權。

[98] 參見 OECD, *supra* note 71, at 41-44, 57-70 及 131-135, 我國在此一調查報告中，關於勞工團結權部分是被評比為第三級國家，表現並不出色。

第二節 美國

美國於 1984 年因紐約醫院的一起訴訟案例而正視住院醫師的工作負荷及主治醫師的督導，立了 Libby Zion law，一個限制紐約州醫院住院醫師每星期工作時數為 80 小時的法律，於此之前，住院醫師週工時經常高於 100，甚至達到每週 120 小時。1989 年，紐約州通過了貝爾委員會的建議，州部門健康法規第 405 條規定，住院醫師每週工作不能超過 80 小時或連續 24 小時以上。2003 年 7 月，美國畢業後醫學教育評鑑委員會（Accreditation Council for Graduate Medical Education， ACGME），曾提出住院醫師工時規範(Residents Duty Hour Restrictions， RDHR)如表 3-2 所示，採用了類似的法規，被引用在美國所有經認可的醫療培訓機構。

美國 Libby Zion Law 設立的概念：當醫師工作時數＞每週 80 小時，會因為醫師的注意力、反應力降低，而危害病人安全。鑑於日增的證據顯示每週工作多達 120 小時對年輕醫生有害，監督美國醫生訓練的研究生醫學教育評鑑委員會對住院醫師的工作時數加以嚴格的新限制。根據這個委員會採取的新規定，住院醫師正常的每週工作時數不得超過 80 小時，值班之後必須休息 10 小時，每週休息 1 天。兼差也受到限制。美國首次對年輕醫生值班時間訂定全國標準，是由於接受訓練的醫生長時間工作早已讓人擔心危及病人的照料。每年有數以千計病人由於醫療錯誤而喪生的報導，則使前述問題重新受到注意。代表大約 1 萬 2 千名加入工會住院醫師的實習醫生及住院醫師委員會讚揚此一決定。該委員會主席波蒂(Ruth Potee)說：「在我們一次值班 36 小時、一星期工作 120 小時的時候，可能發生太多的錯誤。」[99]

加州洛杉磯大學(UCLA)醫學中心的研究者對一家大型教學醫院的膽囊手術情況進行調查後發現，外科住院醫師每班工作時間越短，失誤越少。研究顯

[99] 楊秀儀，「介於神與人之間的行業：醫療！醫師！」，資料來源：http://www.health.gov.tw/Data/Document/03（最後點閱時間：2015 年 1 月 17 日）。

示，睡眠減少會影響住院醫生的腹腔手術技術。研究還認為將每週工作時間上限調整為 80 個小時固然有利，但希望能進一步減少住院醫師的工作時間，以保障住院醫師身心健康。美國醫學研究所新的建議，號召對住院醫師的工作時間做出調整，從而改善對患者的治療效果。目前該機構認為，住院醫師每班應該最多工作 30 個小時，每週最多工作 80 個小時。[100]

在 2003 年 ACGME 提出住院醫師工時規範(Residents Duty Hour Restrictions， RDHR)，每週工作不能超過 80 小時，最長連續工時為 30 小時，若連續上班 24 小時，應有 6 小時休息時間，值班最頻繁為平均每三晚值一班，而正常班之間必須有 10 小時的休息間隔，希望藉此促進病人安全及提升住院醫師學習品質。在 2003 年 ACGME 提出住院醫師工時規範後，施行自 2008 年，被認為無法完全改善住院醫師疲勞之情形，因此 2009 年美國醫學研究機構(Institute of Medicine， IOM)參考 ACGME 之規範，提出對住院醫師工時相關建議：1.若工時達到連續 30 小時，在 16 小時後不能接新病人；2.下午 10 點到隔天早上 8 點間，至少要有 5 小時睡眠，其餘時間為過渡時期或參與教學活動；3.每班之間最短休息時間白班後為 10 小時、夜班後為 12 小時而在延長(30 小時)班後為 14 小時，且在隔日早上 6 點之後才能再上班。同年美國的消費者保護組織 Public Citizen 向美國勞工部請願，要求依照職業安全和健康法規，管轄醫師工作時數被拒絕。

2010 年 9 月 Public Citizen 再度請願，美國勞工部歷經漫長的考慮研究後，宣布醫師的工作性質特殊複雜，不是單純的工作時數問題，勞工部不宜管轄，應由其他更適合的機構負責，就是 ACGME。2010 年維持每週工時不超過 80 小時；但連續工作時間進一步細分為：住院醫師第一年(PGY1)不超過 16 小時，

100 吳健，「住院醫師工作時間越短失誤越少」，資料來源：http://epaper.uschinapress.com:81/qiaobao/html/2008-09/27/content_92110.htmx（最後瀏覽時間：2015 年 1 月 17 日）。

住院醫師第二年(PGY2)則不超過 24 小時。[101]最新 2011 年則規定週工時仍不得超過 80 小時，惟 80 小時包含所有在院待命等時間，以避免醫師超時工作的情形[102]。ACGME 新修訂標準之內容增設：第一年畢業後一般醫學學訓練 (Post Graduate Year， PGY) 醫師連續工時為 16 小時、第二年 PGY2 醫師以上為 28 小時，每三晚值一班(非平均)，主要目的為改善病人安全並促進住院醫師健康福祉。

表 3-2 美國 ACGME 歷年住院醫師工時規範

時間	每週工作時間	連續工作時間
2003 年	不超過 80 小時	不超過 24 小時 特殊情況延長 6 小時
2008 年	不超過 80 小時	不超過 16 小時 並需 5 小時休息時間
2010 年	不超過 80 小時	PGY1 不超過 16 小時 PGY2 不超過 24 小時
2011 年	不超過 80 小時 (包含院內待命與其他兼差時間)	PGY1 不超過 16 小時 PGY2 不超過 24 小時

(資料來源：醫師勞動條件改革小組，美國 ACGME 制度規範彙整)

根據美國醫學雜誌 2006 年針對全美國四千多位醫師進行工時調查發現，僅有近六成左右醫師的工作時間符合 ACGME 2003 年所訂之工時規範[103]，顯示仍有多數醫師在超時的情況下工作。ACGME 於住院醫師工時規範(RDHR)中也

[101] 醫師勞動條件改革小組，美國 ACGME 制度與各國駐院醫師值班規範，資料來源：http://medlabors.blogspot.tw/2012/04/acgme.html (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 23 日)。

[102] Accreditation Council for Graduate Medical Education，The ACGME 2011 Duty Hour Standard，p.29.

[103] Landrigan, C.P., et al., "Interns' compliance with accreditation council for graduate medical education work-hour limits." JAMA, 2006. 296(9): p. 1063-1070.

針對住院醫師的休息時間給予規範[104](表 3-3)，規定每一次值班後至少需給予醫師之休息時間，同時也規定工作七天至少有一天的休假。故美國並未對主治醫師實施工時保障，雙方主要是以契約精神規範；而住院醫師的工時保障非為勞動部管轄，主要歸於類似台灣「醫策會」與「醫教會」的制度下操作。

表 3-3 美國 ACGME 歷年住院醫師休息時間規定

時間	休息時間
2003 年	各種值班後需休息 10 小時。
2008 年	• 每次白班後，於下次值班間需有 10 小時休息時間； • 每次晚班後，於下次值班間需有 12 小時休息時間； • 每次連續值班後，於下次值班間需有 14 小時休息時間； • 連續 3 到 4 晚夜班後，至少需有 48 小時休息時間。
2010 年	• PGY1：每次值班後需有 10 小時以上休息時間，兩次值班間需有 8 小時以上休息時間。 • PGY2：每次值班後需有 10 小時以上休息時間，兩次值班間需有 8 小時以上休息時間，若前一次值班超過 24 小時，則與下次值班需有 14 小時之間隔。
2011 年	• PGY1：在連續兩次上班之間至少需有 10 小時以上間隔，並有 8 小時以上休息時間(無需處理任何醫療相關事務)。 • PGY2：在連續兩次上班之間至少需有 10 小時以上間隔，並有 8 小時以上休息時間；且連續工作 24 小時以上後，需有 14 小時以上休息時間(無需處理任何醫療相關事務)。 • 住院醫師不得連續六晚值夜班

(資料來源：醫師勞動條件改革小組，美國 ACGME 制度規範彙整)

[104] 同註 99。

2011 年 6 月，來自美國明尼蘇達州 14 家醫院的超 1.2 萬名護士，走上街頭舉行爲期一天的罷工，過程平和，以此抗議自身承受的工作壓力過大。參加罷工的護士指出，他們被醫院要求在同一時間內照顧的病人數量太多。沉重的工作壓力，讓他們苦不堪言的同時，也不利於保護病人的自身安全。在一家教會醫院工作了 24 年的心臟科護士蘇·斯塔奈斯表示，病人的安全是護士最關心的問題。在接受採訪時，斯塔奈斯聲稱：“現在，根本沒人徵詢我們的意見，甚至沒人聽我們說話”[105]，表示溝通協商已經破裂。

從此次罷工事件，看到了美國醫療職場的勞動權益保障訴求，已經超越了調整工資、工時限制與充分休息的範圍，開始爭取合理的工作內容，包括工作量與照護品質；同時看見了勞資協商機制仍有運作障礙，否則不會採取勞資爭議的最後手段—罷工；另外，也從順利罷工，看見外國對爭取勞動權行動的寬容與習以為常，頗為值得深思。

第三節 歐盟

歐盟於工作時間指示 (EU Working Time Directive)中也說明：各會員國應保障勞工在 24 小時內至少有 11 小時的休息時間，以確保勞工減緩疲勞以及不規則的工作型態所帶來的傷害，因此有連續且充足的休息時間是相當重要的[106]。歐盟的工作時間指示 (EU Working Time Directive) 2003/88/EC 是保障勞工個人工作時間之規定，於歐盟會員國範圍內適用，並針對不同行業別彈性調整適用包含醫師，其中規定每週平均工作時間不得超過 48 小時[107]。此外，也容許得以與個別醫師簽訂高於最高工時上限之合約[108]。

---

[105] 尼泊爾數千醫生罷工，國外醫生爲何罷工？資料來源：http://goo.gl/N6WIdy (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

[106] 同註 98。

[107] EUR-Lex 32003L0088 - DE，Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung Amtsblatt Nr. L 299 vom 18/11/2003 S. 0009 - 0019，資料來源：

一、 德國

德國是世界上最早實施健康保險的國家，但其醫療服務的提供，仍然依靠市場機能；醫療資源豐富，有醫師人力過剩而病床閒置的現象；公私立病床大約各佔一半，不過醫院硬體投資的經費完全操在政府手裡；醫院只能提供住診服務，採論日計酬，而門診服務則由開業醫師提供，採論量計酬[109]。幾乎所有的德國人都有健康保險，其中 90%參加法定保險，8%參加民間保險，其餘 2%則接受免費醫療，公共財源大約占全部醫療支出的 72%。健康保險是由「疾病基金」負責經營，全國大約共有 700 個疾病基金，而保險費則由雇主與勞工各負擔一半；1970 年代初期德國的醫療費用成長特別快，但因能及時立法實施總額預算制度，所以到了 1980 年代即緩慢下來，2000 年，德國的總醫療費用支出占國內生產毛額的 10.6%。[110]德國已經有為數不少的醫生轉到海外工作，例如，在英國，醫生工作的時數比較少，但賺的錢幾乎是在德國的兩倍。歐洲醫師有自己專屬的工會(Niche Unions)，而且有適用醫師的特別法規定(Special Rules)，也有適合醫療產業的彈性條款(Opening Clauses)。德國是以歐洲的雇主聯合會[111]，也就是雇主團結組織的代表與醫師工會代表舉行談判，討論工作合約。

歐洲雇主聯合會主任—德國的 Paul Noll2015 在台研討會提到歐洲的勞資對話機制，很多是排除公部門（public sector）與自由職業（liberal profession）。當然，這就是產業特性與特殊權利義務關係的必然。但是，他們從不剝奪公務

---

http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?qid=1456212582585&uri=CELEX:32003L0088 (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 23 日)。

[108] 衛生福利部(2015)，住院醫師工時改善獎勵計畫申請作業說明，頁 2。

[109] 淺論健保支付制度、支付基準、支付標準與支付制度改革，資料來源：http://goo.gl/Uto3Cv (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

[110]施曉慧(2004/01/07)，NHS：讓英國人又愛又恨，資料來源：http://www.people.com.cn/BIG5/guandian/8213/8309/28296/2284655.html (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)。

[111]歐洲雇主聯合會主任—德國的 Paul Noll2015 在台研討會演講，資料來源：http://www.mol.gov.tw/announcement/2099/24018/ (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

員與醫師的勞動權益，醫師們仍可以團結成適合自身的工會—Niche Unions。可以另外協商，雙方合意可能低於勞動基準的工作條件，但允許特別額外補償，這種適合特殊產業的彈性條款，叫 Opening Clauses。這種開放彈性安排，符合大法官釋字第 670 號「特別犧牲的特別補償」憲法法理，將是台灣醫師未來納入《勞基法》後，如何適用第 84-1 條，可以借鑑的作法。

2006 年德國公立醫院醫生兩度上街頭，德國醫師工會馬爾堡同盟表示，大約有七千五百名來自七百所公立醫院的醫師，二十六日走上街頭爭取較高的薪資和更好的工作環境[112]。德國市立醫院的醫生週六表決通過，下週開始進行罷工，以解決一起薪資爭議。這也將是該國醫療體系今年第二度大規模罷工行動。德國的護理人員在德國服務業工會（ver.di）的組織動員下，高喊「增加醫療人力！」「明確化人力配置標準！」，進行了全國性的動員，並自 2015 年 6 月 22 日起，於全歐洲最大的醫院──柏林夏里特（Charité）醫院中進行無限期的罷工，也構成德國有史以來醫療體系最嚴重的干擾。[113]工會此役也取得了一定的成果，亦即勞資雙方將於團體協約中明確約定：「第一、加護病房、兒童醫院與療養中心等各醫療單位的人力配置標準明確化；第二、一旦護理人員向雇主表示人力負擔超過約定標準時，雇主有立即採取改善措施的法律義務。」此一成果為護理人員對抗過勞工作奠定了法律上的基礎，行動政治的意義上則是翻轉了雇主的忽視勞動安全的人事政策。

此次護理人員的罷工提出了完全不同以往的訴求，亦即不是調薪等傳統的協商訴求，而是要求醫院為合理且明確的人力配置，這也是第一場以增加工作員額來挑戰雇主人事權與經營權的罷工，雖然雇主主張人力配置屬於資方的經營權力，勞方非得置喙，但柏林勞動法院則提出：「雇主的經營自由在員工的

[112]張麗芬，什麼樣的團結？從德國醫生罷工談起，2006/09/03
http://www.coolloud.org.tw/node/60889 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

[113]邱羽凡，勞動視野工作室成員、交通大學科技法律學院助理教授，2015/08/14，
http://www.coolloud.org.tw/node/83222 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

健康權面前沒有優先權，應該退讓。」亦即勞工可以為了改善勞動健康的問題而進行罷工，員工健康權優先於雇主經營權已被德國司法認定；罷工理由已經由從工資工時的調整事項，進步到要求實質工作內容質量的保障。

此次柏林護理人員罷工亦認知罷工權與生命權之重要性的先後順序，早於罷工前即與雇主約定了罷工中緊急勞務的條款，並設置了相應的人力，例如攸關生命安全的手術依原計劃進行、只有在夏里特醫院可以進行的醫療亦不因罷工而停止。雖然分配到緊急勞務的人員即不得罷工，但經由此一措施也可以避免人民的生命安全受到影響，在罷工的現場傳布著一句格言：「危及病患權益的不是罷工，而是醫院的人事政策！」，此句格言打動了不計其數的柏林市民前來支援，民眾支持度是罷工成功與否的重要關鍵；台灣的勞資雙方約定必要服務條款，將是能否罷工的關鍵步驟。

二、 英國

英國的 NHS 建立於 1948 年，它代表著二戰後流行於歐洲的凱恩斯主義社會理想的模式之一。當時的英國經濟學家威廉·貝弗里奇，在對德國的社會福利進行了專門的考察與研究後，制定了英國的社會福利政策，稱為《貝弗里奇報告》。他的核心原則是把社會福利作為一項社會責任確定下來，通過建立一套以國民保險制為核心的社會保障制度，使由於各種原因達不到國民最低生活標準的公民，都有權從社會獲得救濟，從而達到這個標準。它改變了傳統的救濟貧民的“選擇性”原則，提倡“普遍性”原則，即凡有收入的英國公民都必須參加社會保險，按全國統一的標準繳納保險費，按統一的標準享受有關福利，而不問收入多少。整個福利系統實行全國統一管理。 由工黨政府建立起來的 NHS，對改善人民的健康狀況發揮了非常積極的作用，受到社會廣泛的歡迎。此前，人們去醫院看病要付昂貴的費用，雖然收入較低的工人可以享受一定程度的免費醫療服務，但其家人則不在此列，許多沒錢看病的人仍只能自己在家敷衍了事。

20 世紀 60 年代和 70 年代是 NHS 發展的黃金時期:一方面醫學科學有了很大發展，另一方面科學的醫療服務框架逐步形成，如建立護士長制度、醫院內部的分科制度，絕大多數醫院設立特別護理病房，對危重病人實行全天候護理等。家庭診所的理念被首次引入，大量醫療康復中心在全國範圍內成立。所有的避孕藥品都可以在醫院裡免費領取，更是受到民眾的歡迎。英國醫療制度在 1990 年以前是中央集權制度始於 1948 年，稱之為「公醫制度」，屬於醫療資源較少的國家，但由於積極推動醫療網政策，英國可說是目前世界上醫療資源地理分布最均衡的國家。醫院大都是公立醫院，醫院的醫師在 1990 年以前為受薪醫師，而開業醫師與政府之間只維持特約關係。

支付制度：在 1989 年大改革以前，醫院的收入是公務預算，大改革以後開始採用「論量計酬」，而開業醫師的服務以論人計酬為主，論量計酬為輔。[114]

英國公醫制度：政府以一般稅收支付全體國民的醫療費用，公共財源的百分比高達 81%，民間健康保險的地位並不重要，而且大都是附加保險。醫療費用相當低，只占國內生產毛額的 7.3%，醫療費用不容易上漲；但由於長期醫療費用偏低，加上中央決策難以滿足地方特殊需要，許多英國人不滿意公醫制度，英國 NHS 的最大瓶頸集中在兩點，一是資金不足，二是效率低下。從 20 世紀 80 年代開始，改革 NHS 的呼聲一直很高，工黨和保守黨都想在這個問題上有所作為，贏得人心。但改革舉步維艱，各種方案都爭議很大。90 年代初，保守黨政府將“內部市場”運作模式引入 NHS:政府部門下放權力，醫院支配資金的自由度加大，醫院之間形成競爭，以此提高醫院效率。許多家庭診所也參加了改革計劃。但反對者認為，“內部市場”過分商業化，會導致醫院短期行為和不必要的競爭，在 NHS 內形成重覆性服務。

---

[114] The Connexionfrance (2014/12/23)，Doctors strike partially lifted，資療來源：http://www.connexionfrance.com/france-doctors-strike-health-er-minister-marisol-touraine-gps-plan-waiting-times-december-31-16468-view-article.html (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

柴契爾夫人在 1989 年元月提出「為病人服務」的白皮書，期待以「內部市場」的機制提高英國的醫療服務效率。[115]1997 年工黨上台後，提議廢除 NHS“內部市場”模式。2000 年 7 月，布萊爾發布了 NHS 現代化改革的五年計劃，承諾要使 NHS 成為以病人為核心的服務體系、真正有效率的 21 世紀醫療服務，要“再次成為全世界羨慕的對象”。一方面擴大投資，從那時到 2008 年，政府計劃用於 NHS 的資金年遞增近 10%。如 2003 年是 681 億英鎊， 2004 年為 749 億， 2008 年將增加到 1094 億英鎊，佔 GDP 的 9.4%。但工黨政府連續兩年增加國民保險稅的作法已引起反對黨的指責和納稅人的不滿。另一方面，為解決效率問題，對 NHS 進行了規模龐大的機構重組，充實一級保健，新建了快速就診中心和 24 小時醫療熱線電話，增加病人就醫的選擇性，並做出提高服務效率的具體承諾。如 2004 年的目標為: 病人能夠在 48 小時內見到醫生;醫院加上基礎保健與社區設施，一年能接待 400 萬門診病人; 在醫院急診部的等候時間減少到平均 1 小時 15 分鐘。

到 2005 年底，常規門診預約的等候時間從 6 個月縮短到 3 個月，住院手術的等候時間從 18 個月減少到 6 個月等。但在引進獎勵機制，實行對星級達標醫院給予更多政策優惠和資金自主權的工作，因反對之聲強烈，不得不在下半年暫停。2012 年英國醫師協會(BMA，British Medical Association)曾發動罷工，抗議《衛生與社會保健法案》中，對退休金制度的調整；醫師協會表示，2008 年工黨政府才和工會達成過退休金協議，才短短不到五年，新任政府卻又不認帳地在對醫生養老金開刀，還把退休年齡延長到 68 歲，提高退休金自提比例，今年(2016)元月至 4 月，英國的 BMA 連續發動 5 次罷工，健康照護的成本轉移開始與勞動議題碰撞，最初事件起因於英國卡麥隆政府因在 2007 年發生的「梅德斯塔福郡醫療醜聞」（mid-Staffordshire scandal）的前提下推動改革，推動「七天看診」的新政策，由主持 NHS 政策的衛生大臣 Hunt 藉由「變相」地

[115] The Telegraph (2014/12/23)，French doctors strike in protest at 'NHS-style' reforms ，資料來源：http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/france/11310892/French-doctors-strike-in-protest-at-NHS-style-reforms.html (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

實質減薪與增加工時所達成，最被詬病的是 Hunt 更改醫師合約卻沒有遵守英國既定程序，並使用證據力不足的論文與理性的影響力評估，造成今天的衝突局勢。2016 年 1 月 12 日，英國「初級醫生」（junior doctors）抗議政府新提出的勞資方案是變相減薪，因而發起三階段的罷工抗議。第二階段的罷工於 1 月 26 日；協調失敗，包含急診室在內，則於 2 月 10 日發動第三階段的「全面性罷工」。 而就在 4 月，政府與醫方就「周六薪資」談判再度破局，原先一度抱著協商有果的期盼而暫緩的罷工計畫，終於在初級醫生一片怒火中燒下，於 4 月 26、27 日正式引爆。這次的抗爭，就如之前醫生們警告的，是英國醫療史上頭一遭的「全面性罷工」，英國醫師喊出「為健康爭取公義」，台灣醫界應團結「為健保公義永續奮鬥」。

醫學總會（General Medical Council，GMC）是英國一個收費的註冊慈善非營利團體，根據《1858 年醫學法令》成立，依 1956 年的《醫療法》(Medical Act) 對醫療業進行全面管理、監督醫學教育並對醫務人員進行註冊的機構，由女王提名的、大學及皇家學院指定的和註冊醫務人員選舉的成員組成，擁有法定義務管有英國執業醫生的登記名冊。醫學總會也負責管制英國教授醫學的學校，及對上述學校制訂教學標準，同時與海外的醫學教學規管機構交流，確保英國的醫科生資歷符合國際水平。自 2010 年起，醫學總會也負起監管畢業後醫學教育與醫療評鑑的責任，是一個功能整合的組織，類似我國醫事司、醫師公會、醫教會、醫師考試一起結合的總會。GMC 在此次罷工，保持中立角色，也公開發表聲明。[116]

這次罷工運動發生的原因是政府沒能明智合理地與英國醫師協會（BMA）進行協商，聲援醫生的民眾手持寫著「初級醫生的合約，是每個人都要打的仗」的抗議標語，雖然民眾過半仍支持罷工，但支持度從首度罷工的 85%掉到五度

[116] GMC advice for doctors in the event of full industrial action， 2016-4-19，http://www.gmc-uk.org/news/28651.asp

罷工的 57%，也顯示罷工已無可避免的損及民眾權益，關鍵的問題在於：罷工之後的下一步，會是什麼？一旦最後手段使盡，仍無法好好協商，醫師只能「永久罷工」脫離職場，壟斷的公醫制度與強硬的政府，不正是台灣健保的鏡子？。如今公投英國脫歐，卡麥隆首相辭職，內閣衛生大臣杭特是否將去職？能否意外的解套了英國醫師罷工僵局？台灣醫改若有如此機運，殊難想像。

三、 法國

2012 年 11 月法國私人診所外科醫生和公立醫院住院醫生當地時間 12 號起，法國急診醫師協會發動罷診，抗議新法案中關於工時和值班制度的新規定，舉行無限期罷工，導致許多手術被迫取消或延後。罷工導因於法國衛生部長「圖雷納」（Marisol Touraine），在 10 月 25 號簽署「診費超標框架協議」。醫師們認為，這項協議沒有考慮某些專科的特殊性，貿然實施，將威脅醫師的自由度和待遇。法國 70%的私人診所的醫師參與這次罷工，包括 30 多個工會和職業組織，工會中大多數是外科醫生，許多手術因而取消，還有些婦產科醫院關門。[117]2014 年 12 月法國衛生部長圖雷納提出一項醫療改革法案，由於法國國會一項進一步將醫療體系歸屬中央控管的法案，將在明年第一會期審查，諸多醫生憂慮其中內容對他們不利。遭到許多醫生們的抵制，法國三個醫師公會：自由業普通科(內科)醫生公會、醫生聯合會以及自由業醫生公會聯合發動罷診。[118]

據法國《費加羅報》委託國內民調機構輿論之路 (Opinion Way)對醫師罷工進行調查研究，結果指出即使許多法國人贊同法案的某些措施，但有 2/3 民眾

[117] 法國醫生無限期罷工，資料來源：https://goo.gl/lL1q70 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)
[118] Independent (2014/12/23)，90,000 French GPs go on strike until New Year's Day - over plans that would make health system more like the NHS ，資料來源：http://www.independent.co.uk/news/world/europe/90000-french-gps-go-on-strike-until-new-years-day–over-plans-that-would-make-health-system-more-like-the-nhs-9941032.html (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

依然會堅持支援醫師們反對此法案的罷診行動，而且支援者們涵蓋各個年齡段，各個職業領域，以及各種黨政派別。[119]

對於民眾之所以支援醫生罷工，Opinion Way 研究部主任 Frederic Micheau 推測是民眾為了表達對醫師專業的支援。他說「就目前的情形來看，暫時還沒有因為要捍衛個人利益的原則，而出現大批民眾對醫生罷工持反對意見的現象。」在人權進步的國家，有著悠久的歷史文化與社會演變，隨著工業發展轉型，自然演化出保障勞工的各種制度，也寬容勞工的抗爭行動帶來不便。自法國大革命以來，「不自由毋寧死」成為西方最高的社會價值，他們深信，自己不可能是永遠的雇主，也認同勞資關係就是社會關係，任何勞資爭議都會造成社會成本，所以，他們預作安排，包括可能升高的抗爭行動。

歐盟醫療體制僵化長期下來，讓醫療人員失去熱忱，變成一種公務員狀態，台灣健保這幾年也慢慢走向類似的狀態，甚至血汗勞動，比如總額管制迫使醫院接受健保打折給付，變成要醫院自己倒貼超過總額的醫療費用，醫師提供的醫療品質沒有折扣，所獲得的相對報酬卻被強制扣錢，這制度不正是「強迫勞動」？若健保不改革，台灣醫師納入《勞基法》後很快就會步上歐盟醫療罷工後塵。當台灣醫師為血汗勞動而奮鬥時，歐盟的勞動人權已進展到另一境界，他們認為工時與休息是一體兩面，同等重要，轉而關注休息時間，可自由支配稱之為社交時間「social time」，而工作時間則受支配叫非社交時間「non-social time」，這是勞動人權觀念的大進化；醫學品格教育首重培養人文社會關懷，社交時間的保障才是台灣醫師勞動人權的大進步。

第四節　日本

針對醫師勞工身分問題於日本有多方討論，有學者主張認為醫師適用勞動基準法[120]，另最高法院也作出認定醫師該當勞基法中所規定之勞工之判決[121]。

[119] 法國醫師大罷工 抗議醫療體系國有化，資料來源：https://anntw.com/articles/20141223-M4W7 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

故根據日本厚生勞動省所制定之《労働基準法》規定：勞動者一週工作時間不得超過 40 小時[122]。早在該國勞動基準法（下稱日勞基法）還保留有相當於我國《勞基法》第 3 條之年代，就有學者認為所有的事業都是日勞基法的適用對象，醫師自不例外。除此之外，日本法院更進一步認定，甫通過醫師國家考試之研修醫（相當於我國之住院醫師）亦屬於日勞基法上所稱之勞工，有最低工資法之適用[123]。日本自 1961 年起即完成全民享有健康保險，醫療衛生支出曾長期控制在 GDP 的 6%左右，國民平均餘命世界第一，醫療衛生支出由於近年經濟衰退，人口老化，佔 GDP 比率有相當程度的成長，2000 年為 7.8%，醫療資源十分豐富；日本社會健康保險之歷史與經驗不亞於歐洲發源地，醫療保險區分為「被用者保險」及「地域保險」，日本厚生省高度介入醫療保險的行政管理[124]。支付制度：雖然保險人眾多，但提供的醫療給付相同--論量支付，單一支付管道（single pipe）：支付標準雖有各界代表組成的委員會商議決定，但主導者為厚生省；為控制費用，厚生省將支付標準壓低，特別是支付診所與醫院的標準幾乎相同，平均住院日長，每人平均門診人次多，但每病床配置人員少；醫療衛生費用占 GDP 比率直至 1990 年代初期都控制在 6%左右。

日本有數種不同的全國性醫師團體。第一種是相當於台灣醫師公會的「日本醫師會 Japan Medical Association」。日本醫師會是一個功能強大的組織，他們甚至在日本實施健保初期的 1961 年，為抗議給付過低而和牙師公會一起發動全國性的「集體休診」。日本醫師會還有一個名為「日本醫師聯盟」的外圍政治組織。日本醫師聯盟和政治人物的互動密切，某些成員甚至直接參與代議士的選舉，其主要的目的就是透過政治活動，實踐日本醫師會的各種政策訴求。由於日本醫師會的立場不盡能代表受雇醫師的權益，所以日本的受雇醫師

[120] 下井隆史(1989)，雇用関係法，有斐閣，頁 14。
[121] 最高裁第二小法廷平成 17 年 6 月 3 日判決，民集 59 巻 5 号 938 頁、労判 893 号 14 頁。
[122] 日本労働基準法第三十二條參照。
[123] 周兆昱，日本醫師適用勞動基準法之司法實務探討-以關西醫科大學研修醫事件日本最高法院判決為例
[124] 日本的醫療保險制度簡介，資料來源：https://goo.gl/Uxdux0 (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

們又在 2008 年成立「全國醫師聯盟 Japan Doctors League」。全國醫師聯盟的主要活動訴求就是阻止「醫療崩壞」。其內容包括，抗議低廉的健保給付、阻止醫療勞動條件的惡化，以及對抗醫療訴訟的負面效應等。 2009 年 5 月 16 日，全國醫師聯盟向「東京都勞動委員會」提出工會申請，新組織的名稱為「全國醫師 union」，簡稱「Dr-Union」。 Union 就是「工會」的英文。顧名思義，「全國醫師 union」就是日本全國性的「醫師工會」。「醫師工會」的活動權益受日本「勞動三法」的保障。日本的勞動三法包括有「勞動基準法」、「工會法」，以及「勞動關係調整法」。在勞動三法的保障下，日本的醫師工會可以向資方爭取合理的工作環境、勞動工時，並且具有針對資方的團體談判權。

和台灣不一樣，日本的醫師公會屬自由加入，所以總是會出現一部份沒有加入公會的執業醫師。台灣的醫師法規定，醫師要強制加入公會才能執業，所有的台灣醫師都要加入公會。而且，類似台灣這種醫師公會，即使再功能不彰，醫師們竟然還是要每年上繳六、七千元會費。因為日本不是強制性入會，所以日本如果出現不做事的醫師公會，可能會員一下子就跑光光，隔年就沒錢玩下去。因為這層原因，所以日本醫師公會經手多項業務，和台灣的醫師公會不可同日而語。日本醫師公會除了會辦在職教育課程外，還可以做為開業醫的健保投保單位，幫開業醫節省健保保費。醫師公會也是醫師們與政府機構和保險組織的集體交涉代表。透過醫師公會的談判，醫師們可以向政府的衛政單位和保險單位，爭取更合理的給付。某些醫師公會甚至會辦醫院，提供各種醫療支援給第一線的開業醫。因為醫師公會的服務項目大都以開業醫為對象，所以加入公會的受雇用醫師比例自然也就沒有開業醫高[125]，才會出現「全國醫師 union」的工會組織。

台灣醫界有公會而沒工會，而且是依《醫師法》第 9 條，強制入會；公會是資方團體而非勞方(表 3-4)，看看公會符不符合勞動組合的四大要件即知：1.

[125]日本的醫師工會與勞動三法，資料來源：http://blogkhc.blogspot.tw/2014/12/blog-post_22.html (最後瀏覽日期：2016 年 6 月 11 日)

非強制入會；2.受雇身分，勞雇關係存在；3.組織章程明文保障會員勞動權益；4.獨立自主性，組織運作不受支配；有太多醫界問題的來源，與其說是社會大眾對醫療人員的不友善，另外有一大部分是社群內部的「喬不攏」[126]，甚至政府那些看似不顧醫療基層權益、斷害醫師與民眾信任關係的政策，可能其實就來自「自己人」的推動與建議；台灣醫師公會的黑箱運作模式，更悖離民主機制，卻無強大的醫師工會興起，醫師難以團結，其來有自。以《團體協約法》第 6 條的名義工會制規定，勞方協商代表限依《工會法》成立之工會，醫師勞動組合最好還要依《工會法》完成法定登記程序之第五大要件，以取得合法工會身分，故台灣醫師的勞方團結組織猶待努力。

表 3-4 公會非工會

類別	性質	宗旨	入會	適用法律	勞動三權
公會	資方	產業利益或團體權益 或政策公益	強制	人民團體法	僅團結權
工會	勞方	受雇者個人權益 或福利	任意	勞動法	有

筆者整理

第五節 小結

上述幾個國家的醫療體系大致可以歸為三類：自由市場、社會保險及公醫制度。自由市場以美國為代表，無論服務的提供或財源的籌措都以民間部門為主，而且多元化，其勞動條件的保障，受訓醫師以 ACGME 規範，其他醫師有專業的協商公司處理以契約規範；社會保險以德國及日本為代表。服務的提供

[126]陳亮甫，後勞基法時代 醫師的機遇與挑戰，2016/06/14，http://goo.gl/8VGiSp

由民間部門與政府部門共同負責，但財源的籌措以公共部門為主，其勞動條件的保障，以工會與雇主團體協商；公醫制度以英國為代表，無論服務的提供或財源的籌措都以公共部門為主，其勞動條件的保障，以具工會性質的醫師協會與政府協商談判。

而台灣健保制度最接近英國的公醫制卻不將醫師納為公務員，又兼具德日的社會保險性質卻偏向社會福利，更特殊的是又放任病人就醫自由，幾乎無所管制，病人需求端與醫療產業競爭竟採美國自由主義市場經濟，健保支付制度卻採共產主義管制經濟，此種設計，為舉世創舉。

觀諸世界主要國家的醫師勞動人權狀況，深感醫師成立工會有其必要，工會有助醫師團結對抗各種不合理的工作條件，以工會作為談判主體，用集體力量爭取權益，避免會員因單打獨鬥而犧牲；另外，現有公會轉型為具工會功能，也是一種思考途徑，如英國 BMA，除了是醫學會，也是註冊工會，是官方認定的主要溝通管道；或者，跳脫衛生官僚的框架，醫界推動自己的公民組織—仿英國醫學總會（GMC）成立「台灣醫事議會」，統合公會、醫學會、醫策會與醫教會等，也是可運作的民主方向。

國立政治大學 National Chengchi University

第四章 訪談結果

第一節 訪談設計與對象

一、 大綱問項設計

依據前述文獻分析，本大綱設計分為 8 部分：1. 基本資料；2. 受雇醫師工作條件；3. 健保制度面；4. 勞動權益保障與勞動法規的相關性；5. 集體勞動三權的實踐；6. 醫院經營管理面；7. 病人安全或醫療品質面；與 8. 其他。(如附錄 4)

1. 基本資料

基本的背景資料調查題目包含性別、年齡、年資、職位以及經歷等；由於接受訪談者為該領域之資深人員，身分特殊，故基於隱私權保護與研究倫理，須將基本資料做隱名保密處理。

2. 受雇醫師工作條件

此部分探討受雇醫師勞動條件，進一步瞭解其在不同時期與不同科別的每週工時、最長連續工時、值班狀況以及休息時間等，以具體呈現台灣受雇醫師的過勞情況。

3. 健保制度面

此部分探討台灣特有的健保制度與醫師勞動權益的關係。

4. 勞動權益保障與勞動法規的相關性

此部分探討如何以法規制度保障醫師勞動權益。

5. 集體勞動三權的實踐

此部分探討國際主要國家醫師如何行使勞動三權，以及台灣醫師納入《勞基法》後可能面對的勞動權議題。

6. 醫院經營管理面

此部分探討醫師勞動權益保障對醫院經營管理的影響。

7. 病人安全或醫療品質面

此部分探討醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響。

8. 其他

如醫療專業自主、對醫療發展或醫改興革的未來願景等。

二、 深度訪談

深度訪談多採用半結構式或是無結構式的訪談方法，讓受訪者有較大的空間可以自由發揮，說出自己經驗的主觀感受意見[127]。本研究採用半結構式訪談(Semi-structural Interviews)，研究者預先準備一份訪談大綱(附錄 4)，根據自己的設計問題對受訪者進行提問，訪談大綱僅為一種指引，需根據訪談的情勢與內容彈性的調整[128]。

在醫師從業的環境中，醫師經歷不同時期的過程，面對不同的工作型態，而受雇醫師在其勞動樣態中所承受的工作量以及工作時間亦不相同，並且需要的休息時間也各自不同，為了更瞭解全體醫師工作條件的差異與權益保障的需求不同，必須深入訪談各方的不同經驗；而世界主要國家的醫師勞動保障制度，有其歷史成因與社會背景，並非僅移植單一制度可以適合台灣醫療土壤，也須探究國內外的不同制度民情；醫師納入《勞基法》的影響層面甚廣，等同台灣的醫療改革，考量的各種因素以及原因分析須做進一步的討論，故擬訂一份半結構式「訪談大綱」為工具。

為更全面探討對於醫師工作條件與勞動權益相關問題，與如何保障之看法，因此以深度訪談之方式進行。訪談對象分為勞、資、政、學、民，惟醫療產業較封閉且本議題涉及醫療產業敏感之議題，若無相關管道以及人脈較難直接探查出受訪者之真意，而筆者於醫療產業已有 20 餘年之工作經歷，對本產

[127] 高淑清(2008)，質性研究的 18 堂課：首航初探之旅，麗文文化事業機構，頁 116。
[128] 陳向明(2008)，社會科學研究方法，北京大學出版社，頁 229。

業特性與現況有一定程度瞭解，故採用立意抽樣之方式選擇具有代表性對象進行訪談，受訪者皆為該領域之主要幹部並有豐富經驗，透過不同角度去探討目前醫師勞動現況，以及納入《勞基法》意見與進一步分析改善的方向。本研究選取訪談對象共 14 位，皆事前說明研究目的並簽立受訪同意書(附錄 3)，受訪者背景資料彙整如下(表 4-1)：

表 4-1 訪談對象背景資料

編號	性別	現任單位	職位	身分	其他(訪談日)
勞1	男	私立醫學中心	主治醫師	勞團幹部	(4/7)
勞2	男	公立區域醫院	主治醫師	勞團幹部	大學講師(4/13)
勞3	男	公立地區醫院	住院醫師	勞團幹部	PGY1(4/14)
勞4	女	公立醫學中心	主治醫師	Hospitalist	博士(4/22)
資1	男	私人醫院	地方公會及全聯會幹部	負責人、醫師	(4/16)
資2	男	連鎖診所	地方公會及協會與學會幹部	負責人、醫師	(4/30)
衛政1	男	公立醫學中心	醫管主任、主治醫師、教授	前衛福部官員	醫策會幹部(4/15)
衛政2	女	衛福部	官員	醫師	健保會委員(5/12)
勞政3	男	大學	教授	前勞動部官員	(4/29)
勞學1	男	法學院	教授	勞動法專長	(4/29)
衛學2	男	公衛學院	教授	醫管專長	Hospitalist計畫(5/3)

民1	女	醫改會	幹部	教授	(4/26)
民2	女	督保盟	幹部		(5/5)
民3	男	醫療人權協會	幹部	勞團幹部	(5/6)

第二節 訪談發現

依照第二章，本文主要四個研究目的為：1.探討目前台灣醫師工作條件之情形；2.比較其他先進國家對醫師的勞動保障；3.如何以《勞基法》或其他法規制度保障受雇醫師勞動權；4.後勞基法時代，如何建立協商機制以保障醫師集體勞動權行使；故訪談資料的整理以研究目的為主軸，歸納文獻回顧與學者專家正反論述；既然聚焦於工時瓶頸相關論述，不得不割捨其他發散的意見，但精彩的完整內容會呈現於附錄的訪談稿，併整理為本文修法建議總表(表 4-4)，以免遺珠之憾。

一、 探討目前台灣醫師工作條件之情形

1. 醫師的過勞、職災與醫療職場暴力事件

勞動權是基本人權，台灣醫師的工作狀況與勞動權益保障議題受到重視，來自幾個指標案例：實習醫師林彥廷過勞死與住院醫師蔡伯羌過勞殘；以及幾個急診受暴力攻擊事件。導致醫師自發由網路組成醫師勞動團體，如醫勞盟及醫師勞動條件小組的成立，開始倡議醫師勞動與病安的議題。

2011 年勞動節，因醫師過勞事件頻傳，網路串聯上街頭，呼籲社會關注醫師過勞而組成(勞 2)

我們成立醫勞盟之前醞釀了快一年多了，剛開始是因爲 fb 在台灣起來了，然後我們每一個人都申請看看，我也申請看看，我本來在急診界裡面算學生比較多，我的 fb 常常就會有一堆人來討論急診政策， 急診爲什麼那麼忙，沒有分級醫療，急診暴力的，都在我的 fb ，剛好有一個機會可以成立粉絲專頁，我就跟另外二個也是急診專科醫

師，我們來成立一個粉專，就叫搶救急診室，現在也還在運作，半年後才成立醫勞盟(勞1)

2. 醫師的工時狀況與值班狀況

台灣醫師執業人數約四萬四千人，在醫院占六成三，在診所占三成七，診所多無值班問題且較能自主掌控工作情況；多數的醫院醫師為受雇形態，少數有合夥或承攬關係；由於醫院屬於 24 小時營運，故有很大的值班工時需求；醫院的受雇醫師主要可分兩類：住院醫師與主治醫師。由於住院醫師缺乏，大型醫院要排主治醫師值夜班。

現在醫院院區內科大概有 20 多位的主治醫師，我們平均分擔且值班區域分的比較小，所以一個晚上有三位主治醫師值班，但有二個因素無法值班，一個家庭因素，一個是年紀比較大，他們會另外請別人來值班，每個人每個月大約是分到 5 個班的時間，當然比住院醫師時相對來的少，但因爲年紀漸漸大了，也是會覺得累，恢復時間也拖很長(勞 3)

因為台灣已實施 PGY 制度，過去俗稱「實習醫生」的在學醫學生已消失，PGY 醫師必須於畢業後才能到醫院接受一般科訓練 1 至 2 年並考取醫師證書，故等同一般科住院醫師；一般科訓練結束後，要申請接受專科醫師訓練 2.5 至 6 年，完成住院醫師訓練的最後一年稱為總醫師(CR)，始得參加專科醫師考試，通過後取得升任專科主治醫師資格；也有考完專科醫師後，尚未升任主治醫師而繼續留在醫院進修次專科 2 至 3 年稱研修醫師 Fellow，一方面仍從事臨床工作等待職缺，一方面準備次專科考試；從 PGY 到 CR 或 Fellow，尚未升任主治醫師前都是廣義的住院醫師，由於受訓身分的關係而受支配，主要工作之一就是照護「住院病人」的值班，長時間「住在醫院」，故稱「住院」醫師；住院醫師訓練，目前制度僅能於大型教學醫院與醫學中心完成，故多數中小型醫院已無住院醫師。

我們一直以來的主張就是重點不是你職位的名字，現在內科系很多 CRV(資淺主治當總醫師)， 甚至當到主任還是要值班，其實在法律上也是一樣，重點是在工作的內容，並非醫院說你不是受雇勞工而就不是，而是你實際工作內容與從屬性是什麼(勞 2)

值班或在院待命的工時過長，是醫師過勞的主要來源；不只住院醫師，主治醫

師也有過勞的問題，現在區域與地區醫院大部分主治醫師需要值班。值班制度的改革，成為改善工時的關鍵，衛福部的值班優化策略，就是以整合式照顧的 Hospitalist 為未來值班的主要配套之一。

hospitalist 是一個值班工時的 solution，但是這些英國的主治醫師制度裡面，其實與美國還是有一些類似的地方，還是有一個 hospitalist 科學排班公式在裡面 (勞 4)

3. 對於人力缺口的主要因應

對於醫師人力缺口的評估，一直是很爭議的問題，有專家認為應該從源頭檢討民眾對醫療的真實需求，才能真正估算醫師供給的實際數字；也有專家認為現況的民眾就醫行為不會有鉅大變化，故依目前醫療量情況推估，再加上醫師納入《勞基法》後的工時限制，人力缺口必然無法迴避。

工作時數減半但病人需求不會相對的減少，這時病人就必需等待，當然關床的姑且不論，至少病人服務的等待時間就要延長了，這就是勞動部不敢冒然的公佈實施勞基法的時間點的原因，因爲這時間需要漸進式的，所以人數不變工時減少而需求沒有減的情況該怎麼辦呢? 按國外的做法，第一個加人，但加人來不及 6 年後才能加人，而且加人要加多少人，國務院有算過我們要達到國務院需要的數字大概要十幾年後才能達到，第二個就是輔助人力，最常見的就是 NP(衛政 1)

其實，自從台灣醫學中心不斷新成立，越大型的醫院，住院病床越多，就越需要值班人力，而且以五大科(內、外、婦、兒、急)缺口最大，然而大型醫院吸納人員資源，偏鄉就更加人力不足，所以醫師人力缺口有很大的醫院別、專科別、城鄉別的差異，患不均的問題更嚴重。

在非醫學中心的地方，早就多年根本沒有住院醫師，只有主治醫師加 NP 在照顧病人，這跟住院醫師納入勞基法一點關係都沒有，所以有可能會出現人力短缺的只有醫學中心的外科，但這人力短缺就我來看是很少很少，只需要多請幾個 NP 或刀助(開刀房助理)就可以補齊了，所以我覺得這就是衛福部的話術 (勞 2)

所以某種程度過了住院醫師 training 時間後我們並不缺人，但是有不均的問題，不均的原因，第一是地理上分部的不均-城鄉差異，第二個是醫院跟診所的不均，我們診所的醫生並不缺，我們缺的是醫院的醫生，不管是住院醫師或主治醫師，第三個是科別之間的不均(衛政 1)

但每年的畢業醫學生是固定的，十多年前就已經出現住院醫師人力不足，許多醫院已要求主治醫師參與夜間值班；自 12 年前，衛福部推出了專科護理師制度(NP)，至今補了近八千餘位 NP 來替代住院醫師人力，協助主治醫師臨床工

作，但 NP 多為白班制，較少排夜班，加上值班非為 NP 執業範圍，無法舒解醫師值班重擔，醫師的勞動議題，全部會圍繞著值班工時。

健保也會造成工時問題，醫院制度也會造成工時問題，它是必須被檢討的核心問題，個別專科都要去訂工時標準，涉及了健保、涉及了醫院的合約、統統到了最後都會跟工時扯上關係，於是結論工時是最重要的、核心的問題；(勞 4)

由於醫師過勞事件頻傳，自 102 年起衛福部頒布「住院醫師勞動權益保障參考指引」之後，住院醫師工時過長有明顯改善，五大科由平均週 90 至 100 下降為週 80 左右，但值班人力更形短絀，於是自 104 年衛福部推出了整合照護專責主治醫師(Hospitalist)制度，已有近 20 餘家醫院參與試辦計畫，初步成果發表確有成效，但致命傷在成本，所有拿專案補助試辦的醫院，皆虧損倒貼，能否持續尚屬未知，以目前健保給付住院費用水準，根本不足以支撐專責主治醫師輪班制度，而過去的廉價健保成就建立在壓榨住院醫師工時的基礎上，健保血鑽成台灣之光尤其諷刺；試辦計畫一旦結束，停止補助回歸健保，若不改進健保住院給付，Hospitalist 制度可能如曇花一現般的夭折命運，衛福部有意將朝專科化規畫，可正式納入《健保法》給付範圍。

像美國做那麼多年 hospitalist 都還是賠錢，美國給付這麼高，他們 hospitalist 部門是賠錢的，可是美國有一個好處，美國可以用計劃來補貼醫師的薪水(勞 4)

因爲從醫院的角度來講，不管怎麼樣，如果把這些現有的床位挪一部份出來做 hospitalist 都是賠本，因爲把這些床位拿去做開刀跟做心導管都是賺錢的，hospitalist 的健保住院給付真的太低，你是醫院管理要不要考慮病床效益？(勞 4)

其他的可行人力配套措施，增加醫學系學生或公費醫學生已經起步，數年後才能進入人力市場，但是當增加的短期住院醫師過渡到長期專科醫師後，將製造新的問題；增加醫師助理(PA，Physician Asistant)協助醫療業務與實施開放醫院制度，增加人力運用效率，皆待立法，緩不濟急；直接引進外國醫師人力，必須先修醫師法，目前只能以開放國內醫學院至海外招生與放寬波蘭醫學生考照來偷跑，也非正辦。NP 與 Hospitalist 是既定政策，實施多年具有成效，NP 與 Hospitalist 排班制度符合《勞基法》工時制，所以仍以 NP 與 Hospitalist 制度雙軌併行，較為即時可行，可以針對最關鍵的值班工時做立即的改善。但是無論

如何補人，若不優先調整醫師工作條件併檢討健保總額制度，醫師職級別、醫院別、專科別、城鄉別缺人的差異，將無望改善。

像 NP 不能做太多的事，也不能引進外籍醫生，如果主治醫師納入勞基法，那我時間一到就可以下班，老闆若爲了要維持醫院他就要給我加班費，在勞基法應許的合理法加班費內，我的薪水一定會增加，如果單純的只以一員工來說，醫師是一個高門檻的保障，不但我自己的薪水增加，而且老闆也不會辭退我，這時如果醫院有缺人時，會有一個問題，人力往大都會集中，因爲大都會的大醫院最有競爭力，這競爭力講白一點就是錢跟福利，所以就變成二線城市的醫生被挖角到一線城市，那二線城市再從三線城市挖角，某些城市就會找不到醫生 (衛政 1)

有專家提醒，應回到需求端源頭，落實《健保法》第 43 與 44 條的比例負擔與分級轉診制度，改變病人就醫行為，病人分流，大型醫院的值班人力需求下降，徹底做到醫師工作減量，才是王道。

醫事司根據的國衛院研究，他的計算基準有很大疑問，我們無法認同，在沒有管制現在不合理的醫療需求，又不先改善現有勞動條件，補人是錯誤(勞 2)

爲什麼不先落實病患部分負擔與分級轉診，這樣大醫院不要這麼多門診人力，住院病人也有管控，還需要這麼多人力嗎？(勞 3)

資源的合理分配包括門診的醫師有沒有可能去做一些挪移，如果在國外病人到 hospital，一定是 in patient，我一定是準備住院的，我不會到 hospital 看一些門診，因爲那浪費我的時間又很沒有效率，我一定是先到 clinic，然後 clinic 認爲我要住院，就會開個單子轉介到醫院去，國外都是這樣子的，但是國內的確過去因爲二方的資源跟習慣，病患不是沒有問題，民眾不是沒有問題，都有問題，但是如何去扭轉，當然這不能做爲醫師的勞動權不應該被保障的理由(民 3)

分級轉診最主要的兩級，一是基層門診，一是後送醫院；Hospitalist 制度的專科化與分級轉診的關係，其實就是發揮關鍵的「住院守門員」(Gate keeper)角色；家醫科自 1987 成立專科學會，就是為了平衡過度專科化，培養一般科的整合照護諮詢，家醫科自始定位只看門診，故無照顧住院病人；所以家醫科是診所與醫院的「門診守門員」，Hospitalist 專科就是醫院的「住院守門員」；衛福部的 Hospitalist 試辦計畫宗旨有二：排班創新優化值班，改善急診病人擁塞，就是以「全人照護」出發，尤其是多重科別複雜病情的病人，Hospitalist 專科可更有效率整合醫療資源運用，實證可以縮短病人住院日數，避免不適當的過度專科化治療，減輕其他次專科壓力，達到醫療減量目標，對落實分級轉診至

關重要；但 Hospitalist 專科的職涯發展，比家醫科要困難，年長的 Hospitalist 專科可能沒體力值夜班，年長後轉業要整體規畫。

現在我們自己也知道說也許輪班的工作只適合年輕醫師，但是年輕的醫師之後呢?他資深後要怎麼辦，總是要給他鋪一條後面的路，讓他願意待在這個裡面，因爲後面的路都看得到，我問過很多的教授，後來有一個教授跟我們講說，其實應該學美國，美國開始做一些聯合，就是一個病人在一個體系裡面被照顧，這個裡面包含了醫院、長照、基層診所，所以醫師其實就可以在這個體系內流動，所以美國有很多聯合醫院，譬如說一個醫療集團就包了 13 家還有診所跟醫院，如果 hospitalist 做一半的時間，他可以去診所，或者他做一做他要去長照，或者是健檢，所以沒有這個體系起來之前，一家醫院自己說要做 hospitalist，像我們這樣子永遠都看不到我們幾歲之後還要去調日夜班，永遠想不通這個問題，可是當台大醫院有長照、有診所，就不會有這個問題了，你可以知道你未來要去那裡，所以這個應該要整個整體去思考(勞 4)

4. 住院醫師的工時限制是否影響受訓時間

外國有些文章說工時保障會延長住院醫師受訓時間，有的說無差別，到底那一個文章是比較權威呢?應該說，跟該國的醫學教育訓練制度相關。國際主要國家對醫師的勞動保障既早於且優於我國，尤其歐盟工時限制也嚴於我國，改革的陣痛期，當然有發現限制工時會影響現有訓練方式，但是他們的解方並非考慮延長訓練，而是優先改進工作內容、減少雜務，專注於核心能力的培訓，同時也檢討醫學教育，改革成數位化的先進有效率的教學訓練，最後並不影響整體訓練時間；台灣的醫教會與醫學會，尚未徹底重頭檢視現有醫學教育訓練制度，就直接提出延訓藉口，是極不負責任的輕率態度，嚴重影響受訓醫師人權與全民利益。

他們有學習里程碑制度(milestone)，建立以核心能力爲導向的評量方式，擬定應完成的案例數或關鍵指標(勞 4)

美國住院醫師的訓練目標是 proficiency，就是訓練能獨當一面執業；英國是 training 完還在做初級醫師，事實上還是在做 primary care(勞 4)

5. 醫師的工時限制是否影響醫療連續性

醫療有其「專屬性」，顧及病人安全之外，還得考慮醫療連續性。當醫師納入《勞基法》後，病患可能要面臨的是，誰才是他的主治醫師？當病情出現變化要找誰？醫療爭議的責任如何歸屬？這是所有保障醫師勞動人權國家所共同面對的問題，他們有很多配套措施值得借鏡，病情變化的特殊延長工時，給予高於加班費的特別補償並給予事後補休；長時手術有配對主治或雙主治共同分擔，交接班時間重疊，妥善無縫接手，絕不會刀開一半下檯或下班前不接案的情形；甚至有醫界大老提出移植手術有摘取手術要綁在一起；這些不會有大問題，道理很簡單，現在的業界常規，誰會準時下班？有專業倫理限制，誰敢做一半離開？怎麼可能找不到人？當然就是現場人員繼續工作，現況不就如此正運作著嗎？病人會期待自己的醫師做馬拉松式手術嗎？唯一差別，現在老闆沒付加班費，如果入法後，超過法定工時部分，通通要計算加班費。也許，有人會擔心超過第 32 條「連續工作 12 小時」的「天條」而受罰，但《勞基法》已經有特殊狀況可排除第 32 條工時限制的第 33 條，只是要由法規命令調整。但是重疊的人力，誰來埋單？

譬如說換肝，摘肝的時候是一組人，移植肝又另一組人(衛學 2)

因爲醫師根本不可能開到一半時間到了就走人，若明知是個長刀就必需提早規畫一個接手醫師， 若臨時須延長，那就付加班費，故意說開一半走人這完全是一個惡意抹黑的假議題(勞 3)

它有機制可以協調，但是我們捫心自問，我說會笑死人，這應該是病人來 challenge，怎麼會是你們內部的人自己講說納入勞基法就會沒有醫德呢?胡主任你會開刀開到一半算時間準備下班嗎? 我們也不會的，這個是我們專業訓練的一環，這叫做以病人爲上，可是是醫界的人自己這樣子講，你不覺得很荒謬嗎?所以這都是你們醫界自己這樣子講，反而是我們病人覺得不會，而且即使如此都有方法可以解決，所以其實醫師納入勞基法是你們內部的阻力在阻擋，不是外部的(民 2)

許多專家曾提到，限縮工時可以減少醫師長時間工作造成的疲倦，降低誤診風險，對病人是好的；但醫師工時被切割後，連續性、可近性的照護模式會有很大改變，對於醫病關係愈來愈緊張會是雪上加霜；然而，醫病關係須要時間與

耐心去充分溝通與交流，慢慢適應制度改變，若繼續戰鬥陀螺式的醫療，恐怕履霜堅冰至。人本來就須要休息，交接時若人力加倍，不但沒有工時切割問題，交班強度更是倍增，個別的盲點換成團體合作，病人更安全；但是重疊的人力，誰來埋單？真正說不出口的，是問題在「錢」不在「人」。

我認識一個專科醫師，他就跟我抱怨過，他說健保用總額以後，他的收入變成砍了一半，用勞基法後，我想會更低(衛學 2)

6. 受雇醫師的工時限制是否影響薪資待遇

前面尚未觸及具體醫療減量的做法，卻提到種種增補人力的可行作法，因而在健保總額制度的天花板下，醫療量越多則點值越稀釋但總額不變，而醫療量越多則需要人力越多，工時越嚴格則人力增補越多，粥少僧多已是必然。台灣健保是強制全民社會保險，政府常以放送社會福利性質來干預健保運作，而《健保法》已是 21 年前的陳舊法律，當年尚無勞動人權觀念，立法程序也未有醫事勞動團體參與公聽會，因此歸納出健保的兩大先天致命「阿基里斯腱」--政治可操作性強與欠缺勞動權益變動調整性。

因爲我們健保法設計時是每一段時間只要點值下降到某點， 我印象中好像是 0.9，按健保法條文，應啓動原有調升保險費率機制，但是沒有落實，受到太多政治干擾。政府也會利用健保來釋放政策利多，討好某些族群換取政治利益，就會把它變成福利性質， 盡量把所有人都納保，甚至陸生或華僑這些沒納稅的族群，不斷的大開方便之門，但只要談到依法提升保費，政治力就擋下，其實就是犧牲一小群相對來講人數比較少的醫護人員福祉來成就這樣的社會福利，甚至明明知道有很多的漏洞，所以當然會造成本來要增加，而沒辦法增加保費，這才是血汗健保的根源(勞 3)

但健保本來就是一個很政治的事情，特別是在加錢這部份，剛才我們所談的勞基法，民眾不會在意，因爲這只是 4 萬 4 千個醫師的事，充其量大概只有 2 萬 2 千人在醫院工作，其他 2 萬 2 千人是自己出來開業，他本身自己就是老闆，所以說醫生要爭取什麼權益民眾不會管，民眾只會在意我今天來看病就是要有醫生，民眾可能會認爲要加錢可以，但要先把藥價差、服務品質、詐騙健保…解決，還有就是看病的權益不可以損失不可以設限，所以現在如果醫師要納入勞基法，需要增加醫事成本時，民眾會願意花更多錢來買單嗎?不妨問問看民眾的想法(衛政 1)

醫師納入《勞基法》後，醫院人事成本增加，健保總額因無勞動成本機制與政

治因素干擾無法同步調整，醫師當然會因為人力增補與工時縮減而減少收入；如果醫師薪資待遇縮水嚴重，納入《勞基法》等於沒有保障反受其害，有能力者可能會額外兼差或另謀出路，過勞不旦未改善，甚至人才流失更嚴重；如何保障專業不貶值，恐怕是下一個會面臨的難題，《健保法》應有人力專章回應「工時制」的議題將受重視。

每個專科醫學會去訂定自己的勞動成本跟風險成本，重新跟政府議價，這才是重點，就算不納入勞基法，還是得訂這個，不可以讓資方代表大老跟政府用喊價的，都只有訂醫材成本，忽略勞動成本跟風險成本(勞 1)

一個醫療所佔一個國家的 GDP 應該要有合理的分配，過去一些觀念有些把醫療給付限制在越低越好，任何一個 OECD 的國家，佔 GDP 至少在 9，10 以上，台灣只用 5 點多，等於是上游資源給醫療整個產業不足時，下游的分配不管是資方或勞工或各方，大家搶資源搶成一團時，怎麼可能會有好的勞動條件跟福利呢，這就是制度不合理的地方(資 1)

二、 比較其他先進國家對醫師的勞動保障

7. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

任何國家制度，都是在長期歷史背景下的社會土壤所醞釀培育出來的，尤其是勞動權意識覺醒較早的國家，他們的勞動保障也是經歷血淚爭取而來，他們體會到任何勞資關係就是社會關係，任何勞資爭議都有社會成本，因而發展出集體勞動三權，台灣沒有直接移植單一制度的成功可能，權利靠爭取，行使權利也要學習，在學期間的學校教學，應及早落實勞動權教育，在職場就業時，也應強化勞資雙方的勞資法治訓練課程，畢竟勞動人權保障不會一蹴可幾。

人家不全是靠勞動法，人家敢請你談判，談契約(勞政 3)

在歐洲這些國家爲什麼都能做得到，是因爲經濟全球化，逼著他們勞資雙方必需要很快的解決國家在制度法令上無法去即時解決的問題，所以真正談判前勞資政三方先對話，邀請政府一起來對話，然後就交給由國家的制度先去處理，譬如說要經過國會去立法修法，就可以處理掉，就不用等到在國會裡面的時候再去吵架，而是在還沒有經國會前勞資政三方就已經對話，因爲長期累積的關係，因此知道很多事情不是光只有勞方講的資方就可以接受，很多情況也不是勞資自己談就能解決，像法規制度或政策面的(勞政 3)

另一方面，民眾的就醫行為與對待醫師的態度，牽涉到民眾對醫療轉診與等待醫療的配合度，也影響民眾對勞動人權與醫療罷工的支持度，這需要學校教育與社會成熟的長期薰陶。

媒體還包含如何讓社會大眾支持醫師罷工，醫師罷工爭取的是什麼利益的問題，簡單講醫師罷工不是單單爭取醫師利益，它是爭取所有病患的利益，讓所有病患所有老百姓都贊成醫師罷工，這個才是技術(勞政 3)

8. 國外醫療罷工的啟示

即使是運作集體勞動三權成熟的國家，有了團結工會，也有團體協商，在遇上勞資爭議僵局時，「罷工」這個有殺傷力的談判平權武器，仍會被依法行使；在台灣的集體勞動相關法規中，台灣醫界只擁有形式上的勞動三權。

團結權方面，因為醫師法的強制入公會，侵害醫師的結社自由權，也間接造成工會難以壯大；

工會就是自由結社，結社自由；強制入會，當然違反國際公約，甚至違憲(勞政 3)

假設它只是一個有管制的組織形式，醫師法第 9 條可不可講說你應加入公會或工會，也較符合國際公約的結社自由(民 3)

協商權方面，資方與政方常以非勞方的公會或學會為協商或諮詢對口，在一個勞動權益代表正當性有疑慮的假勞方組織—公會或學會為代理人下，醫師的勞權惡劣就不難理解，而未有《勞基法》保障的醫師，不但無法主張《勞基法》的個別勞動權，甚至連醫院內部的勞資會議都不得其門而入，連基本的勞資協商平台也沒有；

我代表資方，因爲本醫院的分法是有適用勞基法的人員才可以代表勞法，所以主治醫師不適用， 而我們上個星期才討論過下次要讓住院醫師來參選(勞 1)

爭議權方面，除了必須調解先行外，依《民營公用事業監督條例》精神，醫療公共性又涉及民眾生命安全，極可能會走強制仲裁，另依《勞資爭議處理法》§25 條規定，直轄市或縣（市）衛生局認有影響公眾生活及利益情節重大，或應衛福部之請求，得依職權交付仲裁，所以不僅要先行調解，還要仲裁先行；就算最後要走罷工路線，依《勞資爭議處理法》，醫療是屬限制罷工，必須勞

資雙方約定「必要服務條款」，此條款非同國外的「最低服務條款」，故在法律上定義不明確，根本無法操作；即使約定後，也要依法送「主管機關」--衛福部核備，事關重大，衛福部必然實質審查准駁，也可請求交付仲裁；再依台灣《醫師倫理規範》特有的「醫德條款」--醫師公會的懲戒權，任何爭議都將可能影響病人權益，事後懲處勢將發生，而台灣的民粹與嗜血媒體要如何操弄，醫療罷工能不能獲得民眾諒解與支持，也尚在未定之天。

「醫德」是個假議題，如果對醫師有合理的待遇爲什麼要罷工，又有那個行業的罷工不會影響到顧客的權益，資方就是怕這個，才故意轉移焦點(勞 3)

沒有勞工組織，所以你們要先去訴求這種東西，否則怎麼可能會去談罷工，因爲台灣的醫療在沒有 minimum service 的情形下不可能罷工的，前二個星期勞動部找我去開會，我跟他們說你們要趕快協助這些所謂必要服務的行業的 minimum service 最低服務的條款，要政府去找目地事業主管機關，找勞資雙方來談(勞政 3)

也有專家建議，國內醫界研討會，可以開始探討醫療勞動權議題，也可邀請這些醫療罷工過的國外演講者來參加討論。

醫師勞動法的研討會我個人號召不到人，我來找醫勞盟做好了，看醫勞盟要不要做，真的開一個醫師勞動法的研討會，而且一定要邀請有罷工過的國家才有意義，好像加拿大也是公醫制，所以加拿大應該也是可以請來分享一下他們的經驗，這事要你出來(勞 4)

三、 如何以勞基法或其他法規制度保障受雇醫師勞動權

9. 醫師勞動條件與《健保法》的關係

由於醫療本質的特殊性，以及醫療法規為緊急醫療設立許多規定，像《醫療法》第 60 條及《醫師法》第 21 條，皆規定緊急醫療遇有延長工時，醫師及院所不得拒絕病人；所以《勞基法》工時的僵固性，確實導致各界討論 18 年而仍未解決醫師獨獨排除《勞基法》適用的難題；然而健保施行 21 年來，不斷加強財務管控措施，導致醫師勞動條件惡化，近四年有近 40 位醫師過勞殘或過勞死，難道醫師沒有人權？其實，《健保法》總額的僵固性，才是醫師血汗過勞的根源，只要主管機關一日不能補足醫師人力，現有的醫師就必須繼續被血汗

下去？補足了醫師人力，總額僵固，所有的醫師不就更血汗？非得要再有醫師倒下，主管機關才願積極處理醫師過勞問題？為何不可以立刻公告入法先行保障醫師勞動權益，改善醫師勞動條件，再來補充人力？

大家又不明確說這個尺要訂在週 88 還是 78 還是 68，因爲林淑芬與林靜儀不要 84-1，所以他們現在講的其實是 42 條，所以這個對於外科系的醫師來說我要開刀你又不讓我開，那他就會覺得說我們剝奪他的工作權，所以現在反對的據我所知不少都是外科系的醫生(衛政 2)

前面已提及台灣醫師「不患寡而患不均」，醫師的現況是局部過勞，並非全面過勞；以醫師別言，是住院醫師比主治醫師過勞；以院所別言，是大型醫院醫師比診所醫師過勞；以科別言，是五大科醫師比非五大科者過勞；以城鄉別言，城市吸納絕大多數醫師，造成偏鄉山地離島的醫師真空。

就算以如此的現況讓醫師納入《勞基法》，須要調整的難度並不高，為何中央主管機關不願意處理？問題只卡在一個字「錢」。健保制度是很難針對上述四類差距做差別訂價給付或特殊處遇，因為《健保法》沒有此法源，無法因應個別不同情況的人事勞動成本須求，若要「差別定價」，則《健保法》非修不可。

所以勞基法影響最多的應該就是查房費與病房費，也是跟內科醫師住院病房值班比較有相關的，所以這樣看起來 DRG 應該不太能推，DRG 更沒有時間觀念了，它不但論件而且還論人(衛政 2)

以醫師別言，是住院醫師比主治醫師過勞，那麼增加 NP 與 Hospitalist 幫忙住院醫師，甚至主治醫師增加排班，要不要錢？以院所別言，是大型醫院醫師比診所醫師過勞，可以開放醫院制度，有效利用診所人力；也可以落實分級轉診與家醫制度，以舒解大醫院醫療需求與值班人力需求，還要顧及其營運，增加住院費用給付，要不要錢？以科別言，是五大科醫師比非五大科者過勞，優先增加五大科待遇以吸引人才；規畫公費醫師去五大科，要不要錢？以城鄉別言，城市吸納絕大多數醫師，造成偏鄉山地離島的醫師真空，優先改善偏鄉待遇以吸引人才；規畫公費醫師下鄉留鄉，要不要錢？針對此四類差距做差別訂價給付或特殊處遇，到底要多少錢？衛福部手上有全國的醫事資訊數據，可以算得出的，一個專案補助計畫就有立竿見影效果，為何不做？健保的政治操作

性格與官僚體系的責任政治就扮演了微妙角色。

人力會往大都會集中，因爲大都會的大醫院最有競爭力，這競爭力講白一點就是錢跟福利，所以就變成二線城市的醫生被挖角到一線城市，那二線城市再從三線城市挖角，某些城市就會找不到醫生(衛政 1)

所以某種程度過了住院醫師 training 時間後我們並不缺人，但是有不均的問題，不均的原因，第一是地理上分布的不均-城鄉差異，第二個是醫院跟診所的不均，我們診所的醫生並不缺，我們缺的是醫院的醫生，不管是住院醫師或主治醫師，第三個是科別之間的不均(衛政 1)

10. 其他可能的法規或制度性保障

勞基法的精神是「工時制」，醫師的專業是「責任制」，醫病關係是「信賴關係」，醫療特性有「連續性」，這四者會產生密切交互相關。當責任要求過重與堅持醫療不可中斷性，醫師易工時過長，過勞會影響醫品與病安，反而傷害醫療專業與醫病關係。

柯 P 就講過好幾次，說勞基法不能用在服務業，醫師開刀一半就跑掉，其實外科醫師很多都像他，十幾小時的刀都自己一人主刀，我就有遇過主刀開一半，直接躺在開刀房地板，流動還去幫他量血壓，一量不得了，一百八，含一顆 Adalat，再爬起來開還有人一天排十幾檯刀，早上開到晚上，累了在開刀房小睡，這是台灣要的醫療奇蹟嗎？(勞 4)

《勞基法》的保障，主要可區分為兩類—「工時」與「非工時」；雖然「工時」最有可能以第 84-1 條的「議定工時」來入法，但仍有月 288 或周 72 小時的關卡，甚至某立委與勞團喊出「廢第 84-1 條奴工條款」，勞動部竟同意研議並因此藉口阻擋醫師以「議定工時」來入法；試問，若第 84-1 條是奴工條款，那醫師連第 84-1 條也得不到，是否比奴工還不堪？法不強人所難，若第 84-1 條將廢，從朝野共識形成，完成修法，責任制產業轉型調適完畢，然後正式實施，恐怕也不是 3-5 年的事，醫師現在以第 84-1 條入法，剛好可訂 3-5 年的落日條款，逐年改善工時，最後全體職業退出，第 84-1 條走入歷史，若醫師入法錯失這 1-2 年的時機，下一個時點就要 3 年之後了，夜長夢多，恐怕遙遙無期。

因爲現在勞動部也把 84-1 當即將關門，就不贊成 84-1 讓醫師過，他們認爲 84-1 是血汗責任制，我們認爲除非我們的醫療部份是 84-1 爲前提底下，我們來納入勞基法，我

覺得這個就比較 OK，不然如果不是 84-1，大家在講 42 條，好像我覺得這會衍伸很多困難(衛政 2)

部長原說 109 年住院醫師先，又改口全體受雇醫師，然後大家都已開始加碼了，時代力量說今年 12 月 31 日開始，然後親民黨說 107 年 1 月 31 日，民進黨說到底怎麼樣還不清楚，大概要 107 年底，最後黨團談不下來就說，那新的政府 520 之後的那週來報告，這三個單位都要來報告，一個是勞動部，一個是教育部，醫學系的學生，還有衛福部，衛福部就講人力問題(衛政 2)

因為工時下降遇瓶頸，衛福部長有提出「工時」與其他保障脫鉤處理的想法，「非工時」的保障以《醫療法》準用《勞基法》相關規定，尚有可行性；醫事司也提過在《醫療法》或《健保法》增訂人力專章；勞動部也提出仿《船員法》，可在《醫師法》增加工時規定；這些以其他法規來保障勞動，可以是當作過渡性質，至少以法律層級規定醫師工時。也可授權以《醫療法施行細則》訂勞動規定，以免後來醫師回歸適用《勞基法》，又要重修《醫療法》；一旦醫療法規有勞動規定，未來勞檢權歸屬勞動部或衛福部？衛福部球員兼裁判？衛福部有勞檢人力與能力？即使勞動規定放在特別法，但特別法皆不得架空《勞基法》相關規定，否則醫師勞權運動只是一場空。

那樣其實評鑑很慢耶，我覺得直接修醫療法，先把勞動專章納入(衛政 2)

我覺得評鑑比較難，目前住院醫師的條文是在教學醫院，所以如果全體醫師都要放進去，不能放在教學醫院評要放在醫院評鑑，可是我們現在醫院評鑑已經是要簡化，所以我們的想法是未來醫院評鑑是只有 PMI，就是 tracer，就是不看任何書面資料，就可能調雲端病歷，我可能用健保資料庫去查一下這個病歷，我就請醫院說明，就是從這個當中我就可以知道你的基準到底那幾道有做到，那幾道沒有做到，然後其他人力的部份就直接監測指標了(衛政 2)

我們在跟勞動部討論是說，要同時先修醫療法，就是有點像船員法那樣子，船員法就是爲了避免有一天 84-1 不見了，或者是爲了避免有一些醫師不適用勞基法，所以我們要有一致性的規定，所以同時要處理醫療法或醫師法裡面要有所謂的勞動條件與福利，有一個專章或者是一個條文(衛政 2)

假如勞動條件是放在特別法，主管單位就是衛福部，若放在勞基法主管單位就是勞動部，假如是規範勞動條應該是要放在勞動部才對，全國適用的東西，但若主管單位是衛福部，而衛福部自己也開醫院，結果老闆球員兼裁判，本來就會不公平，現在評鑑也是這樣(勞 1)

四、 後勞基法時代，如何建立協商機制

11. 醫師的工時限制是否影響專業自主

有幾位醫界大老，不斷提醒醫師納入《勞基法》會傷害醫療專業自主，可是卻犯了邏輯上的謬誤，是先有台灣醫療專業自主受損才有醫師納入《勞基法》議題；也有醫界前輩說，醫療專業須以病人最佳利益為核心價值，才不違反醫療倫理，這也陷入了眼界短淺的盲點，醫師過勞危害病安也危及自身健康與家庭幸福，醫師不能自保何能保障最佳利益，犧牲絕對不是醫德，是整體社會的損失，因而國外支持醫療為爭勞動權而罷工，那才是國家社會的大利；

病人的狀況跟 workload 是相關，那 workload 又太長太多，當然就會影響到病安，這二者之間其實互爲因跟果，誰因誰果是很複雜的，不過最基本的應該還是從病人狀況開始(衛學 2)

衛福部本身是球員兼裁判，很難中立，也難完全被醫勞團體信任，因爲衛福部是偏袒醫界的、尤甚偏袒資方的，我曾經拜訪勞動部官員，說把醫師納入勞基法是你的權責，勞基法不是在衛福部是在勞動部， 所以醫師要給勞動部管，勞動部要保護醫師，可是衛福部要保護病人，要保護醫師同時又不可以損害衛福部要照顧病人的立場(衛政 1)

在健保實施的民國 84 年以前，醫師是標準自由業，充分的專業自主與受社會敬重；健保施行後，醫療量成長超過專業負荷，健保財務管控破壞市場調節機制，大型醫療機構興起，大部分醫師成為受雇者，這 21 年來，醫療環境丕變，醫糾與醫暴頻傳，醫師社會地位下滑，醫管強勢，醫師淪為白領勞工，已成事實，不得不為自身基本勞動人權站出來；所以，是《健保法》傷害醫療專業自主，《勞基法》會保障醫師人權，才有改變現在專業自主受侵蝕的契機，《勞基法》會促進醫師行使勞動三權，《勞基法》是醫師的平權武器，改善醫師在《健保法》下的弱勢，專業自主將靠勞動人權重建重生。

健保法修不修是由消費者主導，因健保法是要看消費者願不願意花更多錢來買單，健保費用的來源主要還是來自你我的所得，從我們的所得中提出 4%來做健保經費，這要端看消費者願不願意多拿些錢出來(衛政 1)

醫療保健服務業當初在 1997 年適用勞動基準法除了醫師被排外，醫師公會當然要付最大的責任，你沒有去做 serve，你沒有去游說，爲什麼護理人員沒有被排除，而醫師被排除(民 3)

然而，納入《勞基法》後，有了最低勞動保障，醫療專業自主就不再被侵蝕嗎？恐怕也難以樂觀，甚至可能專業退化；醫師的工時限制後，搭配醫師人力增補，

在健保總額下，很快會由「粥少僧不均」轉為「粥少僧多」，醫院追求成本下降，醫師薪資平庸化，醫療專業貶值；工時帶出時薪，「時薪保障」，將成為下一個勞資團體協商的攻防焦點。

如果加重成本負擔是阻礙醫師的勞動權得到保障的一個因素，如何來解決這樣的問題，要麼就是多加一點資源，要麼就是資源的合理分配，資源的合理分配包括門診的醫師有沒有可能去做一些挪移(民 3)

老闆永遠想要賺這麼多，所以不管醫師有沒有適用勞基法，如果有適用他就用另外一套方式，上有政策下有對策，配套防弊措施要整體規畫(民 1)

《勞基法》既然是工時精神，工時管理與打卡制度則勢在必行，醫管將更為強勢，醫師更受管控也是必然；上下班刷卡計時，隨時報備離院時間，對勞資雙方皆是法律上保障，過去自由慣了的醫師，要調整適應心態，放下個人英雄主義的菁英思維，更應關心自身勞動權益，並積極參與公共事務與工會團結。

因爲台灣唯一有團體協約跟罷工的主體性，在法律上適格性的只有工會(民 3)

我覺得醫界比較麻煩，因爲專業或者是說自許專業，或者是自覺專業，所以他們的本位比較容易形成，不同科別也會有這樣的情形，異質性很強，這個異質性除非是有強而有力的共同利益，譬如說健保，現在大家看到健保就是強而有力的共同利益，否則的話我比較悲觀，勞動條件的部份又牽扯到經營者、個別性，診所的院長跟大醫院的院長角色又不一樣，大部份的人不認爲自己將來會變成勞工(民 3)

12. 醫師的勞動保障是否影響醫院營運

醫院方面，對醫師納入《勞基法》，似乎因為社會氛圍，雖表示樂觀其成，卻仍提出不少質疑，歸結問題重點只出在一個字—「錢」。《勞基法》的兩大類勞動保障：「工時」與「非工時」，其中「非工時」的部分包括：退休金、職災補償、資遣與解雇等，既非經常發生亦非立即發生，其所增成本可慢慢調整適應，單純是「錢」的問題；但「工時」的部分，卻是在入法前必須達標，否則入法即違法；無論有無入法，各專科醫學會應要跟上勞動人權世界潮流，先積極保障會員權益，尤其五大科醫學會應爭取合理的勞動與風險補貼，才有望改善困境。

每個專科醫學會去訂定自己的勞動成本跟風險成本,重新跟政府議價,這才是重點，就算不納入勞基法，還是得訂這個， 不可以讓資方代表大老跟政府用喊價的，都只有訂醫材成本，忽略勞動成本跟風險成本(勞 1)

工時限制由目前平均週 88 降至週 72 小時，首先要解決「人」的問題，多增聘醫師人力，則必須多花「錢」；雖然有專家提到要優先降低病人端醫療需求，以達到醫師工作量減少，進而達到醫師工時自然縮減，但牽涉健保的「分級轉診醫療」制度落實，及病人就醫行為改變，成果無法在短期內見效，故要改善長工時問題，主要有兩種做法，一是增加醫師工作效率，一是增加醫師人力；增加醫師工作效率，可以 NP 或 PA 輔助醫師處理非核心醫療、行政事務或雜務，讓醫師專注於核心醫療或教學；增加醫師人力，可以 Hospitalist 專責值班與整合醫療，並搭配「科學排班」制度更進一步提昇效率，但無論增加效率或增加人力，都要多花「錢」。偏偏健保的總額給付制度，根本不會因醫事服務人事成本上升而增加給付，醫院的營運負擔勢必加重；

如果說是醫院的營運有衝擊的話也是過去怠惰下的結果，講了十幾年了，完全不思考改進，如果你把你現在所認爲的壓力分散到過去十年，它已經不是個問題了，所以已經病的很深了，過去這十幾講了那麼久，完全不處理，當然現在必需碰到一節骨眼就是要或不要，顯然沒有不要的空間，我當然樂觀其成，它增加的成本主要就是工時排班的成本(民 3)

台灣是個選舉的社會，今天要得罪醫生相對容易且代價低，但要得罪 2300 萬民眾時，就會變成政治事情了；另外還一個經濟要起來，如果我今天口袋很有錢時，我多拿一些投資在醫療是願意的.醫療是台灣現在的小確幸，民眾是不願放棄這塊的，沒有一個政治人物敢在台灣經濟還沒有起來時提出增加健保費的(衛政 1)

然而，有專家提出警告，醫院基於經營管理權，只要時薪高於《勞基法》的基本薪就皆不違法，入法後，總額下，醫療盈餘下降，勢必朝降低成本操作，醫師減薪只是必然，打卡管制與各種電子工時稽核更免不了；但是，一些過去的管理陋習，恐怕得一併檢討，例如，醫院會因應健保總額的點值浮動或預留被審查核刪追扣的百分比，這部分顯然違反《勞基法》第 22 條與第 26 條，工資須全額直接給付且不得以任何方式預扣工資；還有，護理管理的「彈休與正負時數」制度，也明確違反勞動社會學基本原理—勞動力不可儲存性。

醫療的管理行爲只要不違反法律規定，不違反勞動契約內容，我認爲都是合法行爲，而且你剛才說的成本轉嫁情形不是只在醫院，而是在整個全台灣甚至整個全球，基於企業經營管理裡面經常會有伴隨著法律的變動而去重新建構它的管理體制，這是正常的，但這樣是不是一定會讓勞工更加不利呢?不一定，但是有這個風險(勞學 1)

因爲醫院還預留一筆錢準備要被健保扣回去的(衛學 2)

也有專家提醒，健保即使「加錢」，只要醫院治理方面無法可監督，就會像過去護理的專案補助款 20 億，基層護理人員領不到，因為健保特約對象只有醫療機構，錢只能進醫院，管不到醫院分配的薪資制度，以目前薪資採抽成績效制，每件由抽 10%降為 5%，既不違法，也無法可管；像美國的保險是可以跟醫師簽約，醫師直接拿醫師診療費；台灣要改善，除非健保也與醫師簽約，這個可能性較小，台灣醫師也無工會來簽團體協約，目前公會又不適格，與醫師個別簽約大概做不到，可能必須要先修《醫療法》或《財團法人法》來改善醫院治理了。

其實醫療是不是賺錢的? 看已公開財報當然是賺錢的，否則財團醫院不會一直繼續的設立；可是爲何醫療越來越賺錢，勞動的權益卻越來越差，關鍵問題就在於老闆心態，當老闆跟員工比較起來一定是勞方弱勢，所以理論上勞基法應該要站在勞工的角度去寫，但現在的政府並不是如此，醫療的老闆有很多管道可以節稅鑽漏洞， 所以他們可以創造出的利潤相當可觀，無論是營業稅的繳納、土地的取得、捐款的收入、還有醫療業內業外所產生的營利、轉投資….，但因爲現在我們沒有勞基法的保障，沒有辦法與資方對等談判，更重要的是在過去戒嚴的威權體制下， 我們沒有正式的醫師工會及醫療罷工的權利，像德國有醫師罷工，英國的初級醫師也有罷工，除非我們有醫療產業、受雇醫師或護理師的基層工會，強大工會的產生才能對財團的剝削產生制衡的效果(勞 3)

私立醫院從健保財務公開，我們也發現很多醫療體系它的資產在增加，也就是說如果資產增加包括不動產增加、土地增加、高階設備增加，它去攤提的時候就會沒有現金分給醫療人員，但它收入是在增加，第二個是很多財團法人醫院它捐回去給它相關企業的比例增加，譬如說某個財團法人宗教醫院，它明明醫療體系有六億的盈餘，可是它就捐九億給它的宗教法人，就造成這個醫院帳面虧損，那你覺得它是有錢還是沒錢呢?當然沒有錢給員工，它就用這個理由說因爲我們虧損，不說是不動產、其他資產的增加，導致我沒有多餘的現金可以爲醫療體系的人員加薪，就會形成勞動生產力上的差異並沒有隨著產業的--我不要說獲利--整個產值增加而反應在醫療勞動體系的變化上，勞動價值反而是降低的，這個現象當然是很有趣的現象(民 2)

健保支付制度有沒有關係?當然有關係，但是若改健保支付制度或者是支付的點數，如果動不了醫院的薪資制度其實也沒用(衛學 2)

另外，由於工時限制會增加交班，對內影響醫院管理，對外影響民眾就醫習慣，對病安與醫品的管控須更注意，對於病人的投訴與醫糾是否會增加，亦值得觀察；隨《勞基法》而來的勞檢，護理部分已經有了，未來要查醫師工時，恐怕醫院壓力會很大，會不會更壓迫醫師，看護理情況就很明白了。醫師會受勞檢宰制，這是必然的結果，其實，勞基法並非衡平中立法律，他本來存在的立法目的就是刻意調整先天勞資不平等，而且是要求政方介入調整勞資關係，否則，他應該叫「勞資法」；所以，勞基法原本就是保障勞工的平權武器，若是法律效果不彰，讓資方把勞檢壓力轉嫁勞方，那只有兩種原因，一是政府怠惰，另一則是勞方不會行使集體勞動三權；剛好，醫師是兩者皆中，衛福部在推拖拉，醫師既沒有團結工會，也沒有協商權，更不會抗爭；醫師會受勞檢宰制，反而更凸顯醫界的勞權教育不能等，唯一解方只能壯大醫師工會。

做專案的勞動檢查當然就會有陪鑑制度或者徵詢這個產業的相關人員來做，譬如說第一次的醫療保健服務業的專案勞動檢查是台灣護理產業工會的前身叫護理人員權益促進會，也是盧老師去逼出來的(民 3)

台灣的習慣就是期待政府去扮演所有百分之百的角色，這是不可能的事情，這有幾個角度，第一個就是企業本身的企業責任有問題，自己本身不要變成一個血汗醫院，這是一個，醫院本身沒有對員工照顧這是一個層次的問題，就是企業內部管理的問題，另外一方面就是員工，企業裡面員工組織工會，或者是經過企業內部有沒有一個對話機制去解決這些相關的問題，第三個才會輪到政府本身治理的問題，政府的相關政策或者是勞檢的制度等等，很明顯的在台灣勞檢的人數本來就是有限，在這種有限的情況下，去期待它對醫院這種非常專業非常 sophisticated 的產業去做檢查，跟本就是太難了(勞政 3)

13. 醫院如何面對醫師行使集體勞動三權

雖然有專家點出，集體勞動三權與《勞基法》無關，即使未納入《勞基法》，醫師一樣可組工會。

我的意思是工會跟他納不納入勞基法有沒有關聯，組工會獨立的，現在也存在工會了，但是沒辦法壯大，沒有錯，所以其實工會跟有沒有納入勞基法不相關，入法可能有推波助瀾的作用(勞 4)

《勞基法》是個別勞動權，勞動三權是集體勞動權，由於勞資先天不對等，國

家保障勞動權是刻意為弱勢勞工賦權；醫師納入《勞基法》後，對集體勞動三權會起關鍵性的影響，因為受雇醫師面對醫院與健保的雙重支配，若無團體的力量，個人單打獨鬥難以抗衡；而且，集體勞動三權所要主張的內容，要以個別勞動權的法定權利為出發，否則欠缺堅實法律立場依據；另外，現在確實已存在醫師工會，除了少數企業工會尚能運作，多數產業工會或職業工會皆無法壯大，會員數極低，完全過不了協商門檻。

其實所有學勞動法的都知道，勞基法是敲門磚而已，現在醫師連入門都沒辦法，怎麼去談後面的勞動三權(勞 4)

工時，內容，成本，因爲各專科不一樣，沒辦法一個制度適用全部人，這個要專科醫學會去訂定自己標準，若資方沒有落實，第一線受雇者要有工會作後盾來保障，當然有少數國家它是由協會或學會來做團體協商，我覺得整體制度還是要有工會(勞 1)

現有醫師工會皆無法壯大的主因是醫師團結權受限，《醫師法》第 9 條的「強制入公會」，違反國勞公約的結社自由權，也違反我國憲法的自由結社權，但尚未有人提出釋憲；專家建議《醫師法》第 9 條「非加入...公會」宜修訂為「非加入...公會或工會」，如此既不違憲，也合乎專業人員「業必歸會」原則，保障醫師也保障民眾。

工會是 freedom of association，國勞 87 號公約的結社自由問題(勞政 3)

國外基本上應該沒有那麼硬的規定，其實都是老蔣當初整個一脈相承的業必歸會以管制專業人員(民 3)

然而，團結權受限，並不阻絕協商權行使，《勞基法》有規定無工會者以「勞資會議」代之，因而建全「勞資會議」的協商機制將是入法的重要配套之一，宜及早完成《勞資會議實施辦法》的法制化，《勞基法》第 83 條，關於「勞資會議」條文，欠缺罰則，也無施行細則；而且「勞資會議」的法律位階低，僅為授權命令，並未徹底完成法制化；該辦法雖有「勞工直接選舉」代表及勞資會議代表名冊送「主管機關備查」的規定，惟該辦法並無法律效力，主管機關也無實質審查權限，故對醫院並無拘束力；《勞資會議實施辦法》於民國九十年修正，也刪除會議紀錄送「主管機關備查」的條文，目前完全沒有實質監督審查機制，須修法一併考量。

我們也是有勞資會議，應該是衛生局或勞工局規定的，醫師不能參加選舉，但若你是主任，就會被指派爲資方代表，他們護理也多是護理長出來，護理沒人要選(勞 4)

多數醫院的「勞資會議」成員，僅有行政主管、單位主管及護理主管等中級管理階層或被指派代表參加（皆偏資方）；直接民主選舉機制不完善、基層護理代表不足、沒有醫師代表、沒有熟知法制的人員、沒有主管機關監督、也沒有工會參與為後盾，更欠缺勞動法教育訓練，完全被資方掌控，違反程序正義，無法對等協商。醫院宜及早因應《勞基法》，先行調整內部「勞資會議」規制民主化，提前納入醫師，才是正確態度；「勞資會議」的未來發展，應走向企業民主的「員工代表會議」。

人資有發提案單，其實也不會有人寫，護理私下吵護病比，也沒人敢提，大家又不懂勞基法，大部分開會都在談小確幸，比較像福委會(勞 4)

這是衛生局訂的，勞資會議是要有共識決，只要其中一個人反對就沒辦法做決策(勞 1)

德國爲什麼會有勞工董事或員工董事，其實他們不叫勞工董事而是叫員工董事，台灣都把它搞錯了，就是員工代表會選出員工董事，然後他們沒有分勞方資方的，他們就是員工(勞政 3)

許多醫院、公會與衛生主管機關誤認醫師爭取納入《勞基法》，是為了擁有罷工權，如此會與病人權益與福祉相衝突；殊不知，若無勞動權益受損何須主張行使權利？《勞基法》已是最低條件，達不到最低勞動保障，不叫血汗？若非協商不成或其他爭議手段失效(調解、仲裁、裁決等)，又何必使用最後防線的罷工權？

醫師和老師是限制罷工，因爲台灣對醫師和老師職務有賦予公益性及道德性，或許不要用罷工二個字，但可以選擇其他適當管道來表達對政策不滿，這是應該的，醫師講罷工二個字出來時，一開始在道德上就不能得到民眾的支持，民眾會覺得你只在爭取自己的權益(衛政 1)

假如說它公會真的能夠發揮 function 那就另當別論，但是它肯定沒有辦法發揮某一個 function，就是罷工(民 3)

第三節　訪談分析

歸納訪談結果，台灣醫療面臨重重的未來挑戰，醫師勞動人權保障問題並非單單納入《勞基法》就獲得解決，反而在獨步全球的台灣健保制度下，牽一髮而動全身，點燃了「台灣醫療改革」的火種。

一、台灣醫療面臨的未來挑戰

台灣醫療面臨的未來挑戰，包括：1. 全民健保缺乏落實守門人制度(如家庭醫師制度)與分級醫療；2. 醫療便宜便利，民眾因而過度使用醫療資源，衛教宣導不足;3.少子化與快速老化等人口問題加重，醫療需求與供給失衡;4. 慢性病、污染與食安問題逐漸普及；5.醫療院所勞動成本上升，財務壓力漸增；6. 全民健保系統財務不佳，國家經濟衰退，能否永續營運；7. 新式診斷關聯群制度(DRG)是否全面實施；8. 近期興起的長期照護與醫療旅遊，缺乏明確的法規規範；9. 缺乏完備全國統一的電子病歷與雲端藥歷，導致不同院所相互溝通的實務操作困難，電子化落後，醫療效率不彰；10.醫糾、醫療爭議或醫療暴力的處理；11.醫學教育的現代化改革。(表 4-2)

表 4-2 台灣醫療面臨的未來挑戰

1	全民健保缺乏落實守門人制度(如家庭醫師制度)與分級醫療
2	醫療便宜便利，民眾因而過度使用醫療資源，衛教宣導不足
3	少子化與快速老化等人口問題加重，醫療需求與供給失衡
4	慢性病、污染與食安問題逐漸普及；
5	醫療院所勞動成本上升，財務壓力漸增；
6	全民健保系統財務不佳，國家經濟衰退，能否永續營運；
7	新式診斷關聯群制度(DRG)是否全面實施；

8	近期興起的長期照護與醫療旅遊，缺乏明確的法規規範；
9	缺乏完備全國統一的電子病歷與雲端藥歷，導致不同院所相互溝通的實務操作困難，電子化落後，醫療效率不彰；
10	醫糾、醫療爭議或醫療暴力的處理；
11	醫學教育的現代化改革。

筆者整理

而醫師納入《勞基法》成為全民共識之後，台灣醫療困境已邁向後勞基法世代，以集體協商為中心，《健保法》將不得不正面回應勞動法的巨大變革，十分明確地，醫師納入《勞基法》就是「台灣醫療改革」的開端，能否避開其他國家面對醫改的陣痛期，迎接第 3 代健保的重生，有賴政府、醫界與社會各界的集體智慧；不可諱言，醫師納入《勞基法》必然有利有弊，如何興利除弊，不僅要提出問題，更應找出可行解決方法。

然而，「近關情卻」，面臨衛福部長限期將醫師納入《勞基法》的政策宣示，各方利益相關團體，紛紛跳出媒體投書，呈現百家爭鳴現象，尤其是反對聲浪甚囂塵上，在社會面臨重大改革時，無法跳脫舒適圈的保守人士，總是鬼撞牆地提出這三類反動修辭：「悖謬論」、「無效論」、「危害論」；「悖謬論」說，改革會帶來和目標相反的結果或反效果；「無效論」說，如此改革不會帶來什麼改變；「危害論」說，改革可能會摧毀以往的價值與成就。如今，醫師面對後勞基法時代的不確定性，許多矯情的言論真讓人耳目一新，但是人的價值，會因為思想的深度而閃耀，醫師納入《勞基法》，讓醫師不超時工作，只是基本人權，我們要何時才能真正體會，人不是人力，人是人性尊嚴的整體實現。但在執行之前，期待政府、醫界和民眾都能做好準備和相關的配套措施，特別是思想改造，才不會讓辛苦建立的醫療體系和醫病關係無法維繫下去。

二、台灣醫師的勞動權益保障面向

故歸納分析訪談結果，醫師的勞動權益保障可歸納出 5 個面向：勞動法面向、《健保法》面向、醫療專業自主面向、醫療紛紛面向與醫院治理面向(如表 4-3)。而相應這五大面向，許多法制面的調適也是改革的關鍵(如表 4-4)

1. 勞動法面向

醫師納入《勞基法》，其實有許多配套需要與各方討論，須先把一些問題釐清一下，筆者認為不是各黨派立委這樣喊"幾年內納入《勞基法》"，而是先解決納入《勞基法》產生的問題：目前可先進入《勞基法》第 84-1 條的協商工時，之後就是先由各專科醫學會初步擬定定型化契約範本，提供給勞資雙方參考議定，主管機關最後應召開醫療國是會議，建議各科別的最低服務基準。雖然初期以議定平均週 88 工時入法似乎並不違法，但以 84-1 條「不得損及勞工之健康及福祉」的要件或是立法精神觀之，恐怕也難逃「奴工條款」之議，至少宜以週 72 或月 288 來起步，但若連 84-1 條也不給，豈不更坐實醫師連奴工都不如的「醫奴」宿命，況且依國際勞動權進步趨向，日後廢止《勞基法》第 84-1 條的可能性存在，若回歸《勞基法》第 42 條的「不得強制正常班以外的工作」，故配套人力措施要針對極端超時科別予以特別規劃，須逐步把工時改進到各方認為合理程度，並非一蹴可幾。

如果受雇主治醫師，沒有意願加入《勞基法》，是否可以讓其契約自由選擇與醫院簽訂其他合約，以減少阻力，並且檢討限制財團法人醫院不得有合夥的法律規定，重新允許拆帳、合夥模式在醫院的適用。若主治醫師加入《勞基法》，但是對於退休金有疑慮，可仿照《勞基法》舊制、讓其自由選擇新制或者舊制退休金制度，並且令醫院幾年內逐步足額提撥；而軍公教身分的醫師，有其特別法可優先適用，故僅須於其特別法內調整修訂與《勞基法》同步。

《勞基法》只是個別勞動權保障，醫療勞動人權未來發展勢必走向行使集體勞動三權，首先修訂醫師法以促進公會轉型或工會壯大，其次建立勞資協商平台，故醫療勞資關係的主要三方當事人，勞、資、政皆須對工會組織、團體協商或爭議行為包括罷工，有充分的勞動權教育訓練，並須特別強化協商能力，而可操作的集體協商平台包括勞資會議、三方社會對話與簽訂團體協約等；最後應落實適合醫療的勞動檢查陪鑑制度。

2.《健保法》面向

由於醫療連續性，即使個別醫師的工時有限，病人的住院治療與手術過程皆須無縫交班，無論事前的人力配置與科學排班制度，事中的交接制度與監督機制，事後的追蹤與評估，絕對是醫療機構與醫師的直接責任；而整體制度運行，主管的勞動部與衛福部更應發揮政府的職能。《勞基法》是「工時制」，《健保法》是「論件論日制」與「責任制」，過去廉價的健保神話，建立於醫療血汗供應鏈上，陳舊的《健保法》必須直接面對勞動法的衝擊，未來不得不做出因應，現在人力問題惡化，《健保法》已與勞動法發生正面碰撞，這場人力資源爭奪戰，及早關注基層員工勞動權益者始得生存。

首先該做的是落實「分級醫療」，導正就醫行為與提升醫療分工效率達到醫療減量；其次改善勞動條件，積極調整人力不均；再者檢討評鑑與核刪制度，依法調整費率健全健保財務；最後增訂《健保法》「醫事人力專章」，合理增補配置人力，回應勞動成本的變動。

3. 醫療專業自主面向

台灣的醫病關係緊張，主因是醫療專業自主受無勞動權觀念的《健保法》所侵蝕，醫療的「商品化」與「市場化」，造就了超大型醫療財團與過度消費醫療，當然醫療爭議與暴力事件不斷；《健保法》的兩大阿基里斯腱，除了欠

缺勞動成本調整性，另外，是政治可操作性過強，例如陸生納保、新藥給付、健保卡報稅、健保眷口下修、ICD10 推行、雲端藥歷病歷、病歷中文化、全面 DRG 等， 無一沒有政治或政策斧鑿痕跡，全由醫界承擔事後不利益變更，卻沒有醫界真正參與事前溝通的合理程序，改善之道惟有尊重醫界自治以重建醫療專業自主。

首先要在學校與職場落實勞權教育與性別意識，其次在醫療政策之擬定與推行上，須充分尊重醫師團體並兼顧勞資代表平衡，最後各科別的基本勞動條件訂定宜回歸各專科醫學會自律自治。

4. 醫療糾紛面向

醫療行為本身完全符合我國刑法的傷害罪構成要件，越積極的醫療則侵入性越強，會因擔心醫療糾紛而衍生防衛醫療；而過度醫療與人力不足造成過勞，過勞與醫糾關聯，醫糾促使人力迴避與過度防衛，終形成惡性循環。

醫療行為人並無主觀的傷害故意，以刑法相繩的必要性值得探討；而醫療講究團隊分工，實難一人完成全部工作，受雇醫師受支配且過勞的現況下，醫療爭議離不開系統性因素，非醫師所能操控，故醫糾宜走補償與非訟解決，其責任分配主要在雇主與國家；另外，對於醫療職場發生暴力事件，公權力與法律要迅速從嚴究辦，導正偏差行為。

5. 醫院治理面向

醫療機構是健保的特約對象，醫師又與醫療機構成立勞雇關係；故健保無法直接給付醫師，必須經由醫院分配，故要改善醫師勞動條件，須一併檢討現行醫院治理；勞資關係的政方角色，包括修法強化監督機制、盈餘分配與導入企業民主制度。

表 4-3 保障醫師勞動權益具體建議

面向	目標	方案
勞動法面向	合理人口/醫師比例 合理病人/醫師比例 合理工作/休息時數	醫師公會轉型或成立工會（醫師） 落實勞資會議（醫院） 勞動檢查法制化（勞動部）
《健保法》面向	檢討財務管控措施 簡化醫院評鑑 審查核刪應具名	分級轉診（醫院） 開放醫院制度（醫院） 健保財務健全法案(國發會/立法機關) 《健保法》增修人力專章(主管/立法機關)
醫療專業自主面向	促進醫療自主權 強化勞動權意識 醫學會專業自治	加強勞權教育與性別意識(學校/醫院) 醫療自我管理及民主參與(醫師/公會/勞團) 醫學會制定專科勞動條件保障(醫師/學會)
醫療紛紛面向	醫療過失去刑化 醫糾補償國家責任 禁絕醫療職場暴力	敦促醫療爭議立法或修法(主管/立法機關) 病人與民眾健康教育(全民)
醫院治理面向	財報透明公開 醫院內部民主	盈餘優先改善勞動條件(醫院/立法機關) 納入員工董事(醫院/立法機關)

來源：作者整理

表 4-4 修法建議總表

權責機關	法案	修法內容
衛生福利部	《醫療機構設置標準》	合理醫病比
	《醫院評鑑基準》	請假人力替補制度 合理科學排班制度
	台灣版《醫療照護現代化法案》	合理人口／醫師比例 合理工作時數
	《醫療法》	以《勞基法》為底，自定醫療人力特別法規 醫院盈餘優先改善員工福利待遇
	醫糾調解補償法案	民事以國家責任為主，刑事須醫療過失除罪化
	《健保法》	醫事人力專章 評鑑簡化與具名審查 檢討財務管控措施
	《醫師法》	醫師公會轉型工會 或成立醫師工會與公會競爭
勞動部	《職業安全衛生法》	勞檢陪同鑑定人制度 醫師工時紀錄電子化上傳
	《醫療保健服務業勞動安	職害預防

	全衛生規則草案》	勞安檢查
	《工會法》	工會代表參與勞資會議
	《勞基法》	勞資會議法制化 醫師代表參與勞資會議
	《性別工作平等法》	性別平權 改善職家衝突 托育設施與措施
內政部	《財團法人法》	財團法人醫院治理與企業民主
	《人民團體法》	醫師公會與學會理事長直選

來源：作者整理

第四節 小結

台灣健保制度實施後，醫療市場競爭劇烈、爭食健保總額大餅，中小型私立醫院近半倒閉，現約六成三的醫師受雇於醫院，而非獨立開業或服務基層醫療。醫院大型化與財團化的結果，唯有資本家能負擔昂貴的土地、醫材與設備成本，醫師除受雇外別無他途。我國醫師已走向勞動者命運，卻無法享有基本勞動條件保障，血汗醫院的人力流失是必然結果。

當基本權有衝突時，回歸「比例原則」與「平等原則」的衡量；病人的健康權與醫護的勞動人權有競合時，須擇一優先保障，沒有勞安何來病安？不得已，要先確保勞動權；醫療機構的經營權和財產權與醫護勞動權和健康權衝

突，仍是優先保障勞動權；故保障醫師勞動權是站在人權的制高點，衡平醫療體系與民眾權益。

勞動部曾針對全台五十家醫療院所的勞動條件進行專案檢查，有十六家醫院違法，共違反卅件，比例為三成二，其中以超時工作及未按比例給假為大宗。護理等醫事人員從開始逐步納入勞基法保障，迄今逾十八年，還是如此血汗，尚未納入的受雇醫師更是過勞。住院醫師在不斷爭取下終將納入勞基法，而僅剩受雇的主治醫師仍為責任制，無限責任等於無盡血汗，不僅主治醫師提早退出職場指日可待，國人的醫療安全與醫療品質更岌岌可危。

醫療非一般商業的消費服務，醫護常年廿四小時無休，對象為變化中的病人，具高度不確定性，須靠護理及其他醫事與行政團隊輔助完成。這是一個以「人」來照護、醫治「人」的勞力密集工作，所提供的照護既不能事先儲備、無法保留、更無法行銷。醫療照護需被動等待病人前來就醫才能開始執行，醫療照護的內容又涉及被照護對象的生命與健康等人身重大權益，這都關聯醫療服務連續性或人力資源的不可儲存性，增加醫事人員調度的難度。

醫療服務業的特性如此，而我國健保的設計和架構卻欠缺勞動成本與風險的估算，且在總額成本考量下，醫療動輒刪減人力，加上無法落實轉診制度，醫學中心或醫療集團過度擴張，醫護集中大醫院，而大醫院有業績與營利績效壓力，又有社會人口結構變遷，醫療需求上升等問題，在在使得醫護工作超時爆表為常態。

衛福部與醫療院所若繼續放任情況惡化，在醫療糾紛的個案中，僅把矛頭指向立法和司法，要求修法、制定新法或批評恐龍法官，實在是既不治標更無法治本的表面行動。應如何改善健保的分配制度，如何課予大型醫院和財團醫院更高的責任，優先提升醫院受雇醫護的勞動條件，才是整個醫護人力不足與病安危機的核心。若主管機關繼續坐視不管，醫師們該團結組工會向財團醫

院、向健保、向政府以行動力挽狂瀾、堅持專業自主、保障勞動權益，確保醫療品質與病患的醫療安全。

醫師勞動保障以《勞基法》為主軸：首先，醫師要爭取儘速納入《勞基法》；其次，自由職業要爭取中央主管機關核定公告為適用《勞基法》第 84-1 條的責任制專業人員；再者，要依照《勞基法》第 84-1 條的規定，將「延長工時」、「加班與值班工資」及「休假制度」，以書面約定於「勞動契約」中；並且不得違反其他勞基法的強制規定，例如：第 30-1 條的二週與四週變形工時、第 35 條休息時間與第 38 條的特休規定，以及第 24 條、第 39 條有關加班費計算規定；然後，健全醫院內部「勞資會議」協商機制，讓勞動契約與明確規範工作內容的「工作規則」能有勞雇協議的平台；而且「勞動契約」與「工作規則」皆不得損及勞工的健康與福祉；最後，必須將雙方簽訂之書面「勞動契約」與「工作規則」，送交當地主管機關核備，完成勞雇雙方權利義務保障程序。

醫師納入《勞基法》後，總工時受限，當然對人力運用彈性有影響，而工時為工資給付的對價，適用《勞基法》後增加之加班費與增聘人員，自然也影響到人事成本，工時加上工資的勞動條件改變也就進一步影響到醫院營運管理。一方面訂定各方可以接受的工時限制及權益保障，另一方面亦就各種可能的影響與衝擊，與相關的團體及部會協商解決之道，在保障並且維護民眾現行的就醫水準與品質的前提下，逐步落實受雇醫師合理充實之勞動保障規劃。

第五章 結論與建議

本研究主要針對醫師工時現況以及納入《勞基法》之議題進行瞭解，將所蒐集之資料進行彙整探討醫師工時之問題，以討論建構符合醫療產業勞動條件保障之方向，透過文獻回顧以及深度訪談方式進行資料的蒐集，將前章資料分析之結果彙整為結論，並結合個人工作經驗與觀察提出建議，以作為實務運用與後續研究之參考。

第一節 結論

八仙粉塵爆燃災難，造成嚴重傷亡，醫療機構過度負荷。在社會關注傷者漫漫復健長路之餘，這樣的大型災難事件，卻也直接反映了我國醫護人力的長期不足、醫療勞動正義的問題嚴重。何況，醫護人力本就不足，被緊急召回後，無替補人力，亦無從即時補休，如此密集勞動、惡性循環，我國廉價健保的外在美名，不過是築於血汗醫護前仆後不繼的窘境下而已；而所有醫事人員獨排除醫師適用《勞基法》，醫師勞動人權實待保障。

本研究分析發現，台灣醫師工作時間過長，因超時工作而危害病人與自身安全，因此應對於醫師的工作時間加以限制與保障勞動權益，關於研究結論與發現分述如下：

一、從屬性為勞動契約之重要特徵，為勞動者在勞動過程中受到一定的監督與指揮，並納入於雇主的經濟組織中為經營而勞動，而研究過程中發現受雇於醫院或診所之醫師，必須遵守醫院規範並受其拘束，除正常工作時間之外，醫師亦須配合值班以及待命工作，隨時因應病患身體狀況以及病程的變化給予適當的治療，不管於經濟面、人格面，或組織面上均符合從屬性之態樣，故醫師應為勞工；而且在台灣健保制度下，實為從屬於健保的特殊白領勞工。

二、醫師工作時間過長廣為社會大眾討論，而實證顯示目前醫師每週總工時高峰落於61-70小時，明顯高於《勞基法》所保障的每周工作時間40小時，受訪者皆表示醫師工作時間長、負荷重，而進一步觀察文獻之觀點，醫師睡眠不足時也容易在工作上有不良表現；且重度值班後的醫師，反應的速度變慢，專注力難集中，醫療疏失發生率相對提高，而其表現出來的行為等同於一般人在血液中酒精濃度達0.04- 0.05 (g)%時一樣，顯示在疲勞狀態下對於醫師的行為表現上產生影響，於此可知在長時間的工作使休息時間被壓縮的情況下，醫師行為與注意力皆會被影響，嚴重危及自身與病人安全。

三、醫師的勞動需要保障，但反觀目前實務上對於納入《勞基法》議題的爭論，探究到最後顯示納入《勞基法》能帶來的改善有限，醫師需要的不僅是工時上的限制，乃是休息時間的保障，申言之即是得以完全脫離醫療業務的社交時間。基於勞動力不可儲存的原則之下，醫師秉持著醫療不可中斷的信念，對於超時過勞的工作型態已經習以為常，但是在過度的勞動之後是否得以擁有完整的休息時間，以恢復身心靈的狀態，甚為重要。醫療保健服務業有其職業的特性，且因各科型態與職業內容落差大，直接適用《勞基法》確實有許多待克服之處，但應先訂立醫師專屬責任制度來規範醫師的工作時間，在不同延長工時後給予完整休息時間的保障，限制其於過勞的狀態下繼續執行醫療業務，維持其工作與生活平衡。

四、醫師納入《勞基法》時程仍有 1 到數年，納入前，宜做足完整的評估與配套措施，以建立法規與制度為主，尤其是《健保法》的互動因應至關重要；納入初期，宜密切監督執行過程中的狀況與問題處理，包括評鑑與勞檢，以輔導優於處罰；納入後，宜鼓勵醫師勞動團體運作，獎助簽訂團體協約，並適切處理醫病關係緊張與勞資關係摩擦，減少社會成本的消耗。

第二節建議

故由醫師勞動權益保障的 5 個面向：勞動法面向、《健保法》面向、醫療專業自主面向、醫療糾紛面向與醫院治理面向，可歸納出以下具體建議的努力目標與可行作法，並對續研究者提出建言。

一、具體建議

(一) 努力目標：

1. 與醫療現代化須同步——合理人口／醫師比例；合理病人／醫師比例；合理工作時數與休息時數；醫療數位化與排班科學化。
2. 「走出醫院，走向社區」——以病人為中心，分級轉診與開放醫院制度，從醫療擴大至預防保健、居家外診與長期照護；
3. 性別平等——積極平權措施以保障女醫師的特殊職場困境；
4. 促進醫療自主權——強化勞權教育與性別意識，尊重醫療裁量權與回歸醫療專業自治。

(二)　可行作法：

1. 推動醫師公會轉型為醫師工會或成立醫師工會；
2. 強化勞動環境——落實勞資會議與勞動檢查法制化；
3. 敦促立法或修法——如《醫療機構設置標準》、《醫院評鑑基準》、《醫療法》、《醫師法》、《長期照護服務法》、《健保法》、台灣版《醫療照護現代化法案》、醫糾調解補償法案(「衛生福利部」)；《性別工作平等法》與《性別工作平等法施行細則》、《醫療保健

服務業勞動安全衛生規則草案》、《工會法》、《勞基法》、《職業安全衛生法》（「勞動部」）；《財團法人法》、《人民團體法》(內政部）等。

二、後續研究建議

由於本文僅聚焦後《勞基法》的工時保障相關議題，雖有提及其他可能影響，惟僅點到為止，並未深入探討所有《勞基法》的衝擊面向，以及其他可能的法規制度保障，對後續研究者，可以針對本文之不足，再深究發揮。

國立政治大學 National Chengchi University

參考文獻

書籍

1. 中華民國醫師公會全國聯合會(2014)，台灣地區執業醫師、醫療機構統計。
2. 中國醫師協會 (2015)，中國醫師執業狀況白皮書，法律事務部信息部。
3. 台灣腎臟醫學會(2012)，101年度『透析服務支付政策之評估』研究計畫，行政院衛生署。
4. 李政賢譯(2006)，Catherine Marshall& Gretchen B. Rossman原著，質性研究：設計與計畫撰寫，台灣：五南圖書出版有限公司。
5. 成之約；潘世偉*；林佳和， 2012，勞動政策，空中大學，(*為通訊作者)，410267，2012/01。
6. 成之約*， 2011.12，勞動政策，空中大學，(*為通訊作者)， 339866，2011/12。
7. 成之約， 2008，'公部門勞動關係法制的設計與論證， 公部門勞動關係，國立空中大學， 271109， 2008/01。
8. 成之約;李誠， 2007， 國際與比較勞雇關係，天下遠見， 250873， 2007/01。
9. 林更盛(2002)，論勞動契約之特徵「從屬性」，台灣本土法學雜誌，第 36 期。
10. 邱宜君(2011)，醫事人員回歸「工時制」才是正道，台灣醫療改革基金會。
11. 邱駿彥(1999)，勞動基準法上勞工之意義，勞動法裁判選輯(二)，月旦法學。
12. 高淑清(2008)，質性研究的 18 堂課：首航初探之旅，麗文文化事業機構。
13. 教育部(2013)，102 年修訂實習醫學生臨床實習指引，衛生福利部。
14. 郭玲惠(2011)，勞動契約法論，三民書局。
15. 丁幼泉，勞資關係概論三版，中華企業管理發展中心，1971 年 9 月。
16. 史尚寬，勞動法原論，正大印書館，史吳仲芳出版，1978 年 6 月。
17. 台灣勞動法學會編，勞動基準法釋義-施行 20 年之回顧與展望，2014 年 2 月 2 版。
18. 吳庚，行政法之理論與實用，三民書局，2015 年 10 月 13 版。
19. 林豐賓，勞工安全衛生法：概論與實務，三民書局，1998 年 11 月。
20. 林豐賓、劉邦棟，勞動基準法論，三民書局，2015 年 7 月 8 版 1 刷。
21. 林振賢，勞基法的理論與實務，捷太，2003 年 9 月。
22. 侯文詠，大醫院小醫師，皇冠出版社，2006 年 6 月。
23. 柯木興，勞工退休金作業手冊，1986 年 7 月。
24. 陳向明(2008)，社會科學研究方法， 北京大學出版社。
25. 勞動部勞動及職業安全衛生研究所(2014)，103 年各國工時制度暨相關配套措施之比較研究，勞動部研究計畫。

26. 曾育裕(2007)，醫護法規，五南圖書出版公司。
27. 黃仁德(2011)，專科醫師選擇急診醫師為執業醫師意願之研究，國立嘉義大學管理學院碩士在職專班未出版碩士論文。
28. 黃程貫(1997)，勞動法，國立空中大學。
29. 黃越欽(2012)，勞動法新論(第四版)，翰蘆圖書出版有公司。
30. 楊通軒(2015)，個別勞工法理論與實務(第四版)，五南圖書出版有限公司。
31. 楊通軒(2015)，集體勞工法理論與實務(第四版)，五南圖書出版有限公司。
32. 經典雜誌編著(2006)，臺灣醫療 400 年，經典雜誌出版社。
33. 葛謹(2011)，台灣醫師制度與醫療糾紛─案例評釋，元照出版社。
34. 衛生福利部(2015)，住院醫師工時改善獎勵計畫申請作業說明。
35. 陳永興，台灣醫療發展史，月旦出版社，1997 年 10 月。
36. 陳櫻琴、黃于玉、顏忠漢，醫療法律，五南書局，2007 年 6 月 4 版。
37. 陳繼盛，勞資關係，中正書局，1979 年 5 月。
38. 曾淑瑜，醫療倫理與法律 15 講，元版出版社，2010 年 4 月。
39. 黃程貫，勞動法，空大出版，1997 年 10 月。
40. 黃越欽，勞動法新論，翰蘆圖書，2015 年 9 月 5 版。
41. 鄭津津，職場與法律，新學林，2015 年 10 月 5 版。
42. 衛民、許繼峰，勞資關係與爭議問題二版，國立空中大學，2005 年 8 月。
43. 劉志鵬，勞動法理論與判決研究，元照，2000 年 5 月。
44. 衛生福利部中央健康保險署(2015)，2015-2016 全民健康保險年報。
45. 謝志偉、王慧玉譯(2010)，John W. Creswell & Vicki L. Plano Clark 原著，混合方法研究導論，台北：心理。
46. 醫師勞動條件改革小組(2013)，2012 年醫師工作環境問卷調查-結果完整報告。
47. 蘭毓仁譯(2008)，Jane Ritchie & Jane Lewis 原著，質性研究方法，巨流圖書公司。

期刊論文

1. 林宏榮(2015)。編者的話：聽聽細漢仔ㄟ聲音－談縮減住院醫師值班連續工時。醫療品質雜誌，9(1)。

2. 鍾翰其(2015)。教學醫院住院醫師工時調查報告。醫療品質雜誌，9(3)。

3. 汪秀玲(Shu-Lin Wang)、陳建立(Jian-Li Chen)、洪純隆(Shen-Long Howng)(2001)。台灣首家醫院設置產業工會後勞資關係之初步探討。醫務管理期刊，2(4)。doi:10.6174/JHM2001.2(4).69

4. 蘇清泉(2014)。系統性、階段性建立醫師合理工時及職災保障。臺灣醫界，57(1)。

5. 余忠仁、蔡宏斌、許甯傑，台灣醫療人員過勞（一）內科醫師過勞，臺灣醫學，第 19 卷第 5 期，2015 年 9 月 25 日。

6. 吳成全、陳俊益、黃國城，「企業勞資關係「內涵」之建構與實證研究」，台灣勞動評論，第 2 卷第 2 期，2010 年 12 月。

7. 張家春，我國勞資爭議處理之博弈理論分析，2011 劇變時代下勞資關係與人力資源新挑戰研討會 2011/05/27。

8. 張家春，台灣職業重建問題分析，兩岸醫療保險法案及職災傷病診治學術研討會會議手冊 60-66 2008/07/15。

9. 邱駿彥，公立住院醫師應納入勞基法適用之呼籲，月旦裁判時報，第 38 期，2015 年 8 月。

10. 邱駿彥，我國職業災害補償制度，輔仁法學，第 17 期，1998 年 6 月。

11. 邱駿彥，勞動法上勞工之定義，勞動法裁判選輯(二)，月旦出版，1998 年 9 月。

12. 何俐禎，勞基法一體適用之疑慮，台經月刊，第 21 卷第 5 期，1998 年 5 月。

13. 林芸芸、江東亮，健康保險介入對醫師醫療行為的影響研究，行政院經建會委託研究，1993 年。

14. 林煜軒、張立人、郭博昭、楊靜修，你累了嗎？從心身醫學的實證研究看醫師過勞現象，台灣醫界，第 55 卷，第 4 期，2012 年 4 月。

15. 林瑩秋、燕珍宜、林筱庭，消失的醫師，今週刊，2011 年 11 月 17。

16. 郝鳳鳴，勞工退休金條例規範基礎分析，月旦法學雜誌，第 112 期，2004 年 9 月。

17. 陳維恭(Wei-Kung Chen)、黃正金(Jheng-Jing Hung)、劉文斌(Wen-Pin Liu)、吳昆錫(Kun-His Wu)(2003)。台灣急診主治醫師工作現況與合理工作環境之比較。Journal of Emergency Medicine， Taiwan，5(3)。

18. 吳肖琪(Shiao-Chi Wu)、朱慧凡(Hui-Fan Chu)、黃麟珠(Lee-Gyu Haung)、雷秀麗(Hsiu-Li Lei)(2003)。從國際比較探討台灣每千人口需要多少醫師？。臺灣公共衛生雜誌，22(4)。doi:10.6288/TJPH2003-22-04-04

19. 宋文娟(Wen-Chuan Sung)、藍忠孚(Chung-Fu Lan)、洪錦墩(Chin-Tun Hung)(2001)。內科專科醫師人力問題之剖析－美國 vs 臺灣。醫務管理期刊，2(1)。doi:10.6174/JHM2001.2(1).21

20. 陳志金、林宏榮、莊銀清、邱仲慶(2009)。拒絕疲勞醫師　維護病人安全－從平衡住院醫師工時談起。醫療品質雜誌，3(4)。

21. 郭浩然與廖慧娟(2015)。從職業醫學角度看住院醫師工時。醫療品質雜誌，9(4)。

22. 唐莘嵐(Hsin-Lan Tang)、鄭博文(Bor-Wen Cheng)、簡瑞騰(Jui-Teng Chien)(2014)。區域教學醫院的醫師過勞情形之探討。南臺灣醫學雜誌，10(1)。

23. 吳政誠(Jeng-Cheng Wu)、林瑜雯(Yu-Wen Lin)、陳禹(Peter Y. Chen)、唐進勝(Chin-Sheng Tang)、陳富莉(Fu-Li Chen)(2012)。醫院醫師職場危害暴露現況之調查研究。中華職業醫學雜誌，19(3)。

24. 陳端容(Duan-Rung Chen)與鍾政達(Cheng-Ta Chung)(2005)。心臟科醫師工作壓力與身心健康之關係。醫護科技學刊，7(4)。doi:10.6563/TJHS.2005.7(4).5

25. 陳明智(Ming-Chih Chen)、李美文(Mei-Wen Lee)、洪錦墩(Chin-Tun Hung)、李淑芬(Shu-Fen Li)(2014)。醫師門住診服務量對罹患感冒的影響。醫學與健康期刊，3(1)。

26. 余忠仁(Chong-Jen Yu)、蔡宏斌(Hung-Bin Tsai)、許甯傑(Nin-Chieh Hsu)(2015)。內科醫師過勞。臺灣醫學，19(5)。doi:10.6320/FJM.2015.19(5).04

27. 方震中(Cheng-Chung Fang)(2015)。急診醫師過勞。臺灣醫學，19(5)。doi:10.6320/FJM.2015.19(5).07

28. 林煜軒(Yu-Hsuan Lin)、廖士程(Shih-Cheng Liao)、李明濱(Ming-Been Lee)(2014)。醫師工作壓力之文獻回顧。臺灣醫學，18(6)。doi:10.6320/FJM.2014.18(6).14

29. 楊銘欽(Ming-Chin Yang)、黎伊帆(Yi-Fan Li)、魏璽倫(Shi-Lun Wei)(2007)。教學醫院主治醫師與住院醫師之工作時數與相關因素之研究。醫學教育，11(3)。

30. 徐婉寧，從醫師過勞死之困境論受雇律師過勞死之救濟-以民事損害賠償責任中心，全國律師月刊，2014 年 4 月。

31. 徐婉寧，過勞醫師疲勞駕駛交通事故致死，醫院也須負責？，月旦民商法雜誌，第 40 期，2013 年 6 月。

32. 陳文靜，受雇律師適用勞動基準法之感想，全國律師，2014 年 4 月。

33. 徐仁全，DOWN 職業-醫師、律師、會計師光環不再，30 雜誌，116 期，2014 年 4 月。

34. 陳宜明、李明濱、廖士程、林帛賢，醫師自殺議題之初探，台灣醫界，第 57 卷第 7 期，2014 年 7 月。

35. 劉玲伶(Ling-Ling Liu)、蔡明翰(Ming-Han Tsai)、吳彥林(Yen-Lin Wu)(2006)。醫師的睡眠剝奪與疲累之探討。北市醫學雜誌，3(3)。doi:10.6200/TCMJ.2006.3.3.01

36. 陳維恭(Wei-kung Chen)、劉文斌(Wen-Pin Liu)、林克潢 (Kw-Huang Lin)、林光隆(Kuang-Lung Lin)(2004)。台灣急診主治醫師急診工作規劃的分析。Journal of Emergency Medicine， Taiwan，6(3)。

37. 陳維恭(Wei-Kung Chen)、黃正金(Jheng-Jing Hung)、劉文斌(Wen-Pin Liu)、吳昆錫(Kun-His Wu)(2003)。台灣急診主治醫師工作現況與合理工作環境之比較。Journal of Emergency Medicine， Taiwan，5(3)。

38. 鄭津津教授主講「談勞基法第 84 條之 1：兼論受雇律師適用勞基法之相關問題」，台南律師通訊，2015 年 4 月。

39. 劉昆祥，論勞動基準法立法的意義及建言，社會福利，第 16 期，1984 年。

40. 蔡維音，從全民健保觀察醫病關係之變遷，應用倫理研究通訊，第 21 期，2002 年 1 月。

41. 蔡維音，全民健保體制下之醫師責任－評釋字第 545 號解釋，月旦法學雜誌，第 88 期，2002 年 9 月。

42. 劉志鵬，論勞動基準法上之「勞工」（以經理人為檢討重點）－評釋台北地方法院 83 年度勞訴字第 4 號判決，台灣社會研究季刊第 24 期，1996 年 11 月。

43. 劉玲玲、王震宇，主治醫師排班原則之探討，北市醫學雜誌，第 2 卷第 2 期，2005 年 2 月。

44. 賴伯亮，住院醫師的工時合理化，長庚醫訊，第 35 卷第 5 期，2014 年 5 月。

45. 宋文娟(Wen-Chuan Sung)、藍忠孚(Chung-Fu Lan)、洪錦墩(Chin-Tun Hung)(2001)。內科專科醫師人力問題之剖析－美國 vs 臺灣。醫務管理期刊，2(1)。doi:10.6174/JHM2001.2(1).21

46. Wang，L. J.，Chen，C. K.，Hsu，S. C.，Lee，S. Y.，Wang，C. S. & Yeh，W. Y. (2011). Active job，healthy job? Occupational stress and depression among hospital physicians in Taiwan. Ind Health，49(2)

研究計劃

1. 熊昭，全程計畫：自 102 年 1 月 1 日 至 103 年 7 月 31 日，「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」 。

博碩士學位論文

1. 陳光輝(2016)。受雇醫師適用勞動基準法對醫院經營之影響。國立中正大學法律研究所碩士論文。

2. 蔡銀山(2014)。勞工職業災害救濟與預防之探討，國立高雄大學法律學系碩士論文。

3. 李敏慈(2013)。職業災害與過勞職災法律問題之研究，南台科技大學財經法律研究所碩士論文。

4. 胡方翔(2013)。從性別平權觀點重建護理專業，國立交通大學科技法律研究所碩士論文。

5. 簡羽君(2012) 醫師工時合理化之科技與社會研究。國立陽明大學科技與社會研究所碩士論文。

6. 唐莘嵐(2012)。醫師過勞情形探討－以嘉義地區某區域教學醫院為例，國立雲林科技大學健康產業管理研究所碩士在職專班碩士論文。

7. 黃仁德(2012)。專科醫師選擇急診醫師為執業醫師意願之研究，國立嘉義大學管理學院碩士論文。

8. 楊睿愷(2012)。醫師勞動的媒體論述。國立政治大學新聞新聞研究所碩士論文。

9. 李冠華(2008)。論受雇醫師之工作權。國立中正大學法律所碩士論文。

10. 陳明潭(2007)。台灣泌尿科專科訓練醫院之泌尿科經營績效，私立高雄醫學大學健康科學院碩士論文，2002 年 6 月。.陳羿潔，畢業後一般醫學訓

練之學習壓力與學習滿意度之初探-以某醫學中心為例，亞洲大學健康管理研究所碩士論文。

11. 廖又生(2006)。醫事人力派遣之研究─以急診醫師為例。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。

12. 張國璽(2005)。日本安全配慮義務法理之形成與發展—兼論我國民法第四八三條之一之規定，國立台灣大學法律學研究所碩士論文。

13. 曾春美(2004)。基層醫療機構督導考核評量模式建構之研究，國立雲林技大工業工程與管理系碩士論文。

14. 彭常榮(2004)。勞動者爭議行為合法性研究以醫師罷工為中心。中原大學財經法律研究所碩士論文。

15. 何芷君(2004)。實習醫師醫歷程與醫病互動經驗分析之研究－以某教學醫院為例，高雄醫學大學行為科學研究所碩士論文。

16. 陳威霖(2003)。就「過勞死」論我國職業災害認定及法律救濟制度，國立中正大學勞工研究所碩士論文。

17. 余重信(2003)。日治時期六三法制對台灣法治政治的影響，國立台灣師範大學三民主義研究所碩士論文。

18. 魏俊明(2003)台灣與德國工作時間制度之比較─以工時彈性化為中心，中原大學財經法律研究所碩士論文。

19. 林玉茹(2000)。教學醫院內外婦兒科醫師工作負荷之研究，國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

網際網路

1. 中央研究院，本院出版醫療保健政策建議書(簡要版)，資料來源：http://www.sinica.edu.tw/manage/gatenews/showsingle.php?_op=?rid:2479(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 18 日)。
2. 中央通訊社(2012 年 11 月 22 日)，醫學系修業年限降 7 年改 6 年，資料來源：http://www.cna.com.tw/news/firstnews/201211120037-1.aspx(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 19 日)。
3. 台灣內科醫學會，內科專科醫師甄審原則，資料來源：http://www.tsim.org.tw/tc_main.asp (最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日)。
4. 日本厚生勞動省網站，http://wwwhourei.mhlw.go.jp/cgi-bin/t_docframe2.cgi?MODE=hourei&DMO

DE=SEARCH&SMODE=NORMAL&KEYWORD=+%98%4a%93%ad%8a%ee%8f%80%96%40&EFSNO=863&FILE=FIRST&POS=0&HITSU=80，。

5. 立法院法律系統，http://lis.ly.gov.tw/lgcgi/lglaw。
6. 防過勞住院醫師擬納勞基法，蘋果日報，http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20151021/36852359。
7. 朱顯光，揭露「住院醫師工時」評鑑真相，財團法人台灣醫療改革基金會，http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1885。
8. 勞團：長庚假合夥真僱傭，自由時報網路新聞，http://news.ltn.com.tw/news/focus/paper/391888。
9. 台灣腎臟學會，腎臟科醫師查詢，http://www.tsn.org.tw/UI/F/F00202.aspx (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 24 日)。
10. 台灣腎臟醫學會，腎利人生護腎知識，取自：http://kidney.tsn.org.tw/1_7.html#(最後閱覽時間：2015 年 9 月 27 日)。
11. 全民健康保險重大傷病證明實際有效領證統計表(105 年 1 月)，取自: http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/15049_2_10501%E9%87%8D%E5%A4%A7%E5%82%B7%E7%97%85.pdf (最後瀏覽日期：2016 年 2 月 22)。
12. 法源法律網，勞動基準法，取自：http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT01.aspx?lsid=FL014930(最後瀏覽日期：2015 年 9 月 26 日)。
13. 「和醫生合夥就降級」衛署重懲長庚，TVBS 網路新聞，http://news.tvbs.com.tw/old-news.html?nid=99065。
14. 邱宜君，「醫師納入勞基法」會議　誰支援？誰反對？，財團法人台灣醫療改革基金會，http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1418。
15. 吳忠吉，勞退新舊制權益比一比，財團法人國家政策研究基金會，http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-C-094-040.htm。
16. 周兆昱，日本醫師適用勞動基準法之司法實務探討以關西醫科大學研修醫事件日本最高法院判決為例，財團法人台灣醫療改革基金會，http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1515。
17. 林秉鴻，林彥廷與蔡伯羌，自由時報，http://talk.ltn.com.tw/article/paper/726250。
18. 財團法人國家政策研究基金會，《醫院總額深陷泥沼，錯誤施政全民買單》，資料來源：http://old.npf.org.tw/PUBLICATION/SS/094/SS-B-094-003.htm(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 16 日)。
19. 勞動部，取自：http://www.mol.gov.tw/topic/3067/14530/19536/(最後瀏覽日期：2015 年 9 月 26 日)。

20. 勞動部指定適用勞基法現況，取自：http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=m%2FmRcr6RwJo%3D(最後瀏覽日期：2015 年 9 月 06 日)。
21. 勞動部網站，依勞動基準法第 30 條之 1 規定得採行 4 週彈性工時制度的行業有哪些？http://www.mol.gov.tw/service/19851/19852/19861/14874/。
22. 勞動部網站，依勞動基準法第 30 條第 3 項規定得採行 8 週彈性工時制度的行業有哪些？http://www.mol.gov.tw/service/19851/19852/19861/14872/。
23. 勞動部網站，依勞動基準法第 30 條第 2 項規定得採行 2 週彈性工時制度的行業有哪些？http://www.mol.gov.tw/service/19851/19852/19861/14873/。
24. 勞動部網站，事業單位適用勞動基準法之認定原則為何?http://www.mol.gov.tw/service/19851/19852/19858/14607/。
25. 勞動部網站，歷次擴大適用公告，http://www.mol.gov.tw/topic/3066/5834/22675/。
26. 勞動部網站，勞動部預告指定「未分類其他餐飲業之工作者」適用勞動基準法。http://www.mol.gov.tw/announcement/2099/23135/。
27. 勞動部勞工保險局網站有關勞退新制適用對象附件，http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=Pz0hdDILenQ%3d。
28. 勞工保險局網站，http://www.bli.gov.tw/sub.aspx?a=ZnMHe3vCHio%3D。
29. 賀照縈，外科醫師心肌梗塞，忘了一切，竟只記得當醫生的事，壹週刊，http://www.nextmag.com.tw/magazine/people/20150311/16144069。
30. 游淳淼，淺談「過勞」認定，高雄市政府勞工局，http://labor.kcg.gov.tw/FileDownLoad/EpaperFiles/20120731161832713620.pdf。
31. 廖珮妤，中時電子報，焦點新聞，醫界大老：怕累怕苦，就別當醫生，http://www.chinatimes.com/newspapers/20150503000301-260102。
32. 監察院網站，行政院勞委會及衛福部漠視住院醫師、實習醫學生適用勞保權益監察院糾正http://www.cy.gov.tw/sp.asp?xdURL=./di/Message/message_1.asp&ctNode=903&msg_id=4592。
33. 衛生福利部中央健康保險署，《前瞻性的健保新模式（一）分級醫療提供高品質服務》，資料來源：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1280(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 16 日)。
34. 衛生福利部中央健康保險署，如何選擇正確的科別就醫，資料來源：http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=6&menu_id=168&webdata_id=1034 (最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日)。
35. 衛生福利部中央健康保險署，重要統計資料《全民健康保險重大傷病證明有效領證統計表》-105 年 1 月，取自：

http://www.nhi.gov.tw/Resource/webdata/15049_2_10501%E9%87%8D%E5%A4%A7%E5%82%B7%E7%97%85.pdf。(最後瀏覽日期：105 年 2 月 24 日)

36. 衛福部針對民間團體所提「搶救醫護崩壞的三大承諾跳票，全民健保恐走向病安懸崖」，本署之回應說明，http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=3912&doc_no=28553。
37. 龍瑞雲，臨床評鑑忙翻天，醫生累成病人，中央通訊社，http://www.cna.com.tw/News/FirstNews/201301270015-1.aspx。
38. 賴璿萱，醫事人力發展評估－著重內、外、婦、兒、急診五大科，國家衛生研究院新聞稿，http://www.nhri.org.tw/NHRI_WEB/nhriw001Action.do?status=Show_Dtl&nid=20141219679218210000&uid=20081204954976470000。
39. 聯合新聞網，服務業工時僵化 將修法解決，http://udn.com/news/story/7238/1233496。
40. 鉅亨網新聞中心，醫學系明年起改 6 年制實習增為 2 年，http://life.cnyes.com/Content/20121112/kfnwmzq049ns.shtml。
41. 衛生福利部醫事司，專科醫師分科一覽表，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=1022(最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日)。
42. 衛生福利部醫事司，專科醫師訓練課程基準，資料來源：http://www.mohw.gov.tw/CHT/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=1030&doc_no=2040 (最後閱覽時間：2016 年 2 月 15 日)。
43. 衛福部，103 年教學醫院住院醫師值勤時數資訊調查，取自：http://mcia.mohw.gov.tw/openinfo/B100/B101-2.aspx?MOD=DOWNLOAD&FB_SEQ=31(最後瀏覽日期：2015 年 9 月 26 日)。
44. 醫事司，住院醫師納入勞動基準法之辦理進程，行政院衛生福利部，http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4213&doc_no=32610。
45. 醫事司，研議住院醫師納入勞動基準法之會商共識，行政院衛生福利部，http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=4213&doc_no=32715。
46. 林毅，醫師納入《勞基法》的漫漫長路，http://www.thinkingtaiwan.com/content/4757。
47. 范燕秋，臺灣省通志稿，政事志衛生篇（一），1953；台灣醫學人文史論，第五講：醫療治國單元：後藤新平(1857-1929)的衛生治台事業，網址：http://web2.tmu.edu.tw/kungjang/course/0331.doc。

48. 陳培思，醫學系－不會沒飯碗但不再是金飯碗，Career 就業情報網，https://www.career.com.tw/NewCareer_Site/home_sub_list_detail.asp?R_menu_id=9&R_submenu_id=461&R_ap_id=12276&R_pp_id=1020。
49. 陳芃，中時電子報，焦點要聞，柯 P：開刀開到一半怎能換人？http://www.chinatimes.com/newspapers/20150503000306-260102。
50. 財團法人台灣醫療改革基金會網站，衛署重申實習醫師享有勞基法保障，http://www.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=1764。
51. 醫師勞動條件改革小組，美國 ACGME 制度與各國駐院醫師值班規範，資料來源：http://medlabors.blogspot.tw/2012/04/acgme.html(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 23 日)。
52. 醫師勞動條件改革小組，醫師勞動議題：工時 Q&A，醫訊第三刊，http://ntumsa-post.blog.ntu.edu.tw/?p=408。
53. 醫師勞動條件改革小組五一行動聲明稿，http://www.coolloud.org.tw/node/68172，。
54. 魏啟翔，勞工與雇主從屬性的三個內涵，http://blog.yam.com/legal/article/5632536，。
55. 魏怡嘉，衛福部：住院醫師超時工作，醫院降級，中國時報，https://tw.money.yahoo.com/%E5%90%84%E5%A0%B1%E8%A6%81%E8%81%9E-%E8%A1%9B%E7%A6%8F%E9%83%A8-%E4%BD%8F%E9%99%A2%E9%86%AB%E5%B8%AB%E8%B6%85%E6%99%82%E5%B7%A5%E4%BD%9C-%E9%86%AB%E9%99%A2%E9%99%8D%E7%B4%9A-022034277.html。
56. 魏福全，一個醫院評鑑委員的懇求：暫停醫院評鑑，自由時報，http://talk.ltn.com.tw/article/paper/652249。。
57. 醫療院所執業醫事人員數─按權屬別分-104 年 4 月，取自: http://www.mohw.gov.tw/cht/DOS/DisplayStatisticFile.aspx?d=50868。(最後瀏覽日期：104 年 8 月 14 日)。
58. 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會網站：http://www.tjcha.org.tw/FrontStage/page.aspx?ID=C8953BAA-EF2E-410C-89B9-87A6DC3F5DB8。
59. 國防醫學院全球資訊網，醫院簡介，http://www.ndmctsgh.edu.tw/editor_model/u_editor_v1.asp?id={9E4A6F92-15A4-45BC-AEF4-CF8EC81858F6}。
60. 下井隆史(1989)，雇用関係法，有斐閣。日本労働基準法。
61. 最高裁第二小法廷平成 17 年 6 月 3 日判決，民集 59 巻 5 号 938 頁、労判 893 号 14 頁。

62. 教育部 104 學年度大學網路博覽會。http://univ.edu.tw/GroupDetail2.asp?Group=%C2%E5%C3%C4%BD%C3%A5%CD%BE%C7%B8s&Dept=%A4%A4%C2%E5%BE%C7%A8t。
63. 張志華、林秉鴻，受雇醫師應納入勞基法，蘋果日報，http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20131016/35366876/。
64. 張志華、林秉鴻、李紹榕、蔡秀男、陳家如，為何受雇醫師不能平等納入勞基法？，自由時報，http://talk.ltn.com.tw/article/paper/580016。
65. DRG 一紙行政命令就幹了，這不叫「行政濫權」又叫什麼？2016/02/02 http://www.thenewslens.com/article/35639
66. 【投書】胡方翔：台灣醫師納入勞基法議題，瘧乎？虐乎？亦或謔乎 2016/05/03 http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/4213
67. 【投書】胡方翔:2020 年將 PGY 及住院醫師納入勞基法,然後呢？2016/05/-07 http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/4230
68. 【投書】胡方翔：在華航空服員罷工現場 看醫護行使集體勞動三權困境 2016/06/25 http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/4455
69. 【流言破解】胡方翔：那些拒絕醫師納入勞基法的反動修辭 2016/06/30 https://buzzorange.com/2016/06/30/the-rhetoric-of-reaction/
70. andk.pixnet.net/blog/post/42556067-八仙塵爆-爆出醫療血汗問題 2015/07/02

主管機關函示、判決、公約

1. 中華民國 88 年 6 月 29 日行政院衛生署衛署醫字第 88036478 號公告。
2. 法務部兩公約及兩公約施行法—經濟社會文化權利國際公約。
3. 勞動 2 字第 1010130829 號函釋。
4. 臺灣高等法院 103 年度重勞上字第 5 號判決。
5. 臺灣最高行政法院 101 年度判字第 368 號判決。
6. 臺灣最高行政法院判決 103 年度判字第 574 號判決。
7. 臺灣最高法院 103 年度台上字第 2465 號判決。
8. 臺灣最高法院 81 年度台上字第 347 號判決。
9. 臺灣最高法院 96 年度台上字第 2630 號判決。
10. 臺灣高等法院臺南分院民事判決 101 年度勞上易字第 15 號。
11. 臺灣高等法院臺南分院民事判決 102 年度重勞上字第 1 號。
12. 臺灣高等法院 90 年勞上字第 48 號。
13. 臺灣高等法院台中分院 92 年度重勞上字第 4 號。

14. 最高法院 81 年度台上字第 347 號。
15. 最高法院 91 年度台上字第 1040 號。
16. 最高法院 92 年台上字第 2152 號。
17. 臺灣臺北地方法院民事判決 104 年度勞訴字第 70 號。
18. 內政部 74 年 7 月 19 日(74)臺內勞字第 326694 號。
19. 行政院勞工委員會 79 年 3 月 27 日台（79）勞動三字第 30481 號。
20. 行政院勞工委員會 82 年 7 月 13 日台 82 勞動三字第 39290 號。
21. 行政院勞工委員會 83 年 5 月 30 日台 83 勞動三字第 35000 號。
22. 行政院勞工委員會 83 年 7 月 6 日台(83)勞動一字第 45638 號。
23. 行政院勞工委員會 83 年 8 月 11 日臺 83 勞動一字第 66026 號。
24. 行政院勞工委員會會 86 年 9 月 1 日（86）勞動一字第 037287 號。
25. 行政院勞工委員會 92 年 3 月 31 日勞動二字第 0920018071 號。
26. 行政院勞工委員會 92 年 5 月 16 日勞動二字第 0920028355 號。
27. 行政院勞工委員會 92 年 10 月 8 日勞動二字第 0920056353 號。
28. 行政院勞工委員會 94 年 9 月 12 日勞動四字第 0940051015 號。
29. 行政院勞工委員會 97 年 5 月 30 日勞動二字第 0970069456 號。
30. 行政院勞工委員會 99 年 2 月 25 日勞動 2 字第 0990130217 號。
31. 行政院衛生署 84 年 7 月 18 日衛署醫字第 8403258 號。
32. 行政院衛生署 88 年 6 月 29 日(88)衛署醫字第 88036478 號。
33. 行政院衛生署 99 年 4 月 12 日衛署醫字第 0990066542 號。
34. 行政院衛生署 99 年 4 月 26 日衛署醫字第 0990261264 號。
35. 教育部 96 年 4 月 25 日台高(四)字第 0960062752A 號。
36. 教育部 103 年 3 月 27 日臺教高（五）字第 1030042804A 號。
37. 勞動部 103 年 3 月 25 日勞動條 3 字第 1030130641 號。
38. 勞動部 103 年 12 月 31 日勞動 1 字第 1030132716 號。
39. 勞動部 104 年 5 月 7 日勞動福 3 字第 1040135672 號。
40. 衛生福利部 103 年 3 月 27 日衛部醫字第 1031661345A 號。

英文部分

書籍部分：

1. Accreditation Council for Graduate Medical Education，The ACGME 2011 Duty Hour Standard，p.29.
2. Arnedt， TJ， et al(2005). Neurobehavivoral Performance of Residents After Heavy Night Call vs After Alcohol Ingestion. JAMA ， 294 (9)， pp. 1025-1033
3. Baldwin DC， et al(2003). A national survey of residents'self-reported work hours: Thinking beyond specialty. Acad Med 2003;78:1154-1163.

4. Barger LK， et al(2005). Extended Work Shifts and the Risk of Motor Vehicle Crashes among Interns. The new England journal of medicine ， 352 (2)， pp. 125-134.
5. Daugherty SR， et al(1998). Learning， Satisfaction， and Mistreatment During Medical Internship. JAMA The Journal of the American Medical Association (Impact Factor: 35.29).
6. Jick， T.D.(1979).Mixing qualitative methods: Triangulation in action， Administrative Science Quarterly， 24， 602-611.
7. Landrigan CP， et al(2004). Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. NEJM. 2004;351:1838-48
8. Landrigan， C.P， et al(2006)，"Interns' compliance with accreditation council for graduate medical education work-hour limits." JAMA， 2006. 296(9): p. 1063-1070.
9. Lawati， N. M.， Patel， S. R.， & Ayas， N. T. (2009， 1). Epidemiology， Risk Factors， and Consequences of Obstructive Sleep Apnea and Short Sleep Duration. Progress in Cardiovascular Diseases ， 51 (4)， pp. 285-293.
10. Lockley SW， et al(2004). Effects of reducing interns' weekly work hours on sleep and attentional failures. NEJM. 2004;351:1838-48
11. Malhotra， M.K. and Grover， V. (1998).An assessment of survey research in POM: From constructs to theory， Journal of Operation Management， 16(4)， pp.407-425.
12. West CP， et al(2009). Association of Resident Fatigue and Distress With Perceived Medical Errors. JAMA ， 302 (12).
13. L. Block， A. W. Wu， L. Feldman， H.-C. Yeh， S. V. Desai. (2013) Residency schedule， burnout and patient care among first-year residents. *Postgraduate Medical Journal* 89:1055， 495-500
14. Brian C. Drolet， Matthew Schwede， Kenneth D. Bishop， Staci A. Fischer. (2013) Compliance and Falsification of Duty Hours: Reports From Residents and Program Directors. *Journal of Graduate Medical Education* 5:3， 368-373
15. Brenessa M. Lindeman， Bethany C. Sacks， Kenzo Hirose， Pamela A. Lipsett. (2013) Multifaceted Longitudinal Study of Surgical Resident Education， Quality of Life， and Patient Care Before and After July 2011. *Journal of Surgical Education*
16. Karen Jerardi， Lauren Solan， Dominick DeBlasio， Jennifer O'Toole， Christine White， Connie Yau， Heidi Sucharew， Melissa D. Klein. (2013) Evaluating the impact of interactive and entertaining educational conferences.

Perspectives on Medical Education

17. Kyle M. Fargen， Jamie Dow， Krystal L. Tomei， William A. Friedman. (2013) Follow-Up on a National Survey: American Neurosurgery Resident Opinions on the 2011 Accreditation Council for Graduate Medical Education-Implemented Duty Hours. *World Neurosurgery*
18. David A. Cook， Ryan Brydges， Benjamin Zendejas， Stanley J. Hamstra， Rose Hatala. (2013) Technology-Enhanced Simulation to Assess Health Professionals. *Academic Medicine*1
19. Lars E. Peterson， Vanessa Diaz， Lori M. Dickerson， Marty S. Player， Peter J. Carek. (2013) Recent Family Medicine Residency Graduates' Perceptions of Resident Duty Hour Restrictions. *Journal of Graduate Medical Education* 5:1， 31-35
20. David Y. Lee， Elizabeth A. Myers， Sadiq S. Rehmani， Barbara A. Wexelman， Ronald E. Ross， Scott S. Belsley， James J. McGinty， Faiz Y. Bhora. (2012) Surgical Residents' Perception of the 16-Hour Work Day Restriction: Concern for Negative Impact on Resident Education and Patient Care. *Journal of the American College of Surgeons* 215:6， 868-877
21. Stanley J. Hamstra， Terry Kowalenko. (2012) Keynote Address: The Focus on Competencies and Individual Learner Assessment as Emerging Themes in Medical Education Research. *Academic Emergency Medicine* 19:12， 1336-1343
22. Brian C. Drolet， Ina Y. Soh， Paul A. Shultz， Staci A. Fischer. (2012) A Thematic Review of Resident Commentary on Duty Hours and Supervision Regulations. *Journal of Graduate Medical Education* 4:4， 454-459
23. Kyle M. Fargen， Krystal L. Tomei. (2012) Duty Hour Reform Through the Eyes of Neurological Surgery Residents. *Journal of Graduate Medical Education* 4:4， 415-416
24. Jed Gonzalo， Shoshana Herzig， Eileen Reynolds， Julius Yang. (2012) Factors Associated with Non-Compliance During 16-Hour Long Call Shifts. *Journal of General Internal Medicine* 27:11， 1424-1431
25. Katri V. Typpo， M. Hossein Tcharmtchi， Eric J. Thomas， P. Adam Kelly， Leticia D. Castillo， Hardeep Singh. (2012) Impact of resident duty hour limits on safety in the intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine* 13:5， 578-582
26. Judy A. Shea， Lisa L. Willett， Karen R. Borman， Kamal M.F. Itani， Furman S. McDonald， Stephanie A. Call， Saima Chaudhry， Michael Adams， Karen M. Chacko， Kevin G. Volpp， Vineet M. Arora. (2012) Anticipated Consequences of the 2011 Duty Hours Standards. *Academic*

Medicine 87:7， 895-903

27. Brian M Wong， Wendy Levinson， Kaveh G Shojania. (2012) Quality improvement in medical education: current state and future directions. *Medical Education* 46:1， 107-119
28. Bryn Nelson. (2011) Taking sides over taking call. *Cancer Cytopathology* 119:6， 355-356
29. Kyle M. Fargen， Anindita Chakraborty， William A. Friedman. (2011) Results of a National Neurosurgery Resident Survey on Duty Hour Regulations. *Neurosurgery* 69:6， 1162-1170
30. Stephen M. Pastores， Michael F. O□Connor， Ruth M. Kleinpell， Lena Napolitano， Nicholas Ward， Heatherlee Bailey， Fred P. Mollenkopf， Craig M. Coopersmith. (2011) The Accreditation Council for Graduate Medical Education resident duty hour new standards: History， changes， and impact on staffing of intensive care units*. *Critical Care Medicine* 39:11， 2540-2549
31. Teryl K. Nuckols， José J. Escarce. (2011) Cost Implications of ACGME's 2011 Changes to Resident Duty Hours and the Training Environment. *Journal of General Internal Medicine*
32. Ryan M. Antiel， Scott M. Thompson， Frederic W. Hafferty， Katherine M. James， Jon C. Tilburt， Michael P. Bannon， Philip R. Fischer， David R. Farley， Darcy A. Reed. (2011) Inconclusive Findings on Effects of Duty Hour Reduction–In reply–I. *Mayo Clinic Proceedings* 86:7， 706-707
33. Ingrid Philibert， Thomas Nasca. (2011) 2010 Duty Hour Standards: Seeing Beyond the Numeric Limits. *Mayo Clinic Proceedings* 86:7， 703
34. Ryan M. Antiel， Scott M. Thompson， Frederic W. Hafferty， Katherine M. James， Jon C. Tilburt， Michael P. Bannon， Philip R. Fischer， David R. Farley， Darcy A. Reed. (2011) Duty Hour Recommendations and Implications for Meeting the ACGME Core Competencies: Views of Residency Directors. *Mayo Clinic Proceedings* 86:3， 185-191
35. Faisal G. Bakaeen. (2011) The 80-Hour Work Week and Interest in Surgery. *Journal of Surgical Research* 165:1， 49-51
36. Drolet ， Brian C. ， Spalluto ， Lucy B. ， Fischer ， Staci A. ， . (2010) Residents' Perspectives on ACGME Regulation of Supervision and Duty Hours — A National Survey. *New England Journal of Medicine* 363:23，
37. Drolet ， Brian C. ， Khokhar ， Mamoona T. ， Fischer ， Staci A. ， . (2013) The 2011 Duty-Hour Requirements — A Survey of Residency Program Directors. *New England Journal of Medicine* 368:8， 694-697

38. Kyle M. Fargen， Krystal L. Tomei. (2012) Duty Hour Reform Through the Eyes of Neurological Surgery Residents. *Journal of Graduate Medical Education* 4:4， 415-416
39. Judy A. Shea， Lisa L. Willett， Karen R. Borman， Kamal M.F. Itani， Furman S. McDonald， Stephanie A. Call， Saima Chaudhry， Michael Adams， Karen M. Chacko， Kevin G. Volpp， Vineet M. Arora. (2012) Anticipated Consequences of the 2011 Duty Hours Standards. *Academic Medicine* 87:7， 895-903
40. Faculty of Health， Life and Social Sciences， University of Lincoln， Lincoln， UK (2008). Junior doctors' working hours: perspectives on the reform*s*. International Journal of Nursing Practice， 14: 200–214
41. Nicholas J Glasgow， Michael Bonnin， Rob Mitchell (2014). Perspectives on the working hours of Australian junior doctors. BMC Medical Education， 14(Suppl 1):S13 doi:10.1186/1472-6920-14-S1-S13
42. Moonesinghe SR， Beard JD， Shahi N， Millen A， Beard JD (2011). Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. BMJ ， 342:d1580.

網際網路

1. EUR-Lex 32003L0088 - DE，Richtlinie 2003/88/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 4. November 2003 über bestimmte Aspekte der Arbeitszeitgestaltung Amtsblatt Nr. L 299 vom 18/11/2003 S. 0009 - 0019，資料來源：http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?qid=1456212582585&uri=CELEX:32003L0088(最後瀏覽日期：2016 年 2 月 23 日)。
2. UNITED STATES RENAL DATA SYSTEM，Annual Data Report ESRD Chapter 12，取自：http://www.usrds.org/2012/view/v2_12.aspx(最後瀏覽日期 104 年 09 月 18 日)。

附錄 1

102 年 5 月 16 日衛署醫字第 1020271103 號核定

住院醫師勞動權益保障參考指引

一、適用原則

住院醫師與醫療機構間勞動權益關係，應參依本指引約定。但其他法令另有規定者，依該法令之規定。

二、不得損及健康及福祉

醫療機構與住院醫師雙方應以書面訂定聘僱契約，其約定應不得損及病人安全及住院醫師之健康及福祉，並報所在地衛生主管機關備查。

三、聘僱契約書應約定及不得約定事項如附錄 2「住院醫師與醫療機構之聘僱契約應約定及不得約定事項」。

四、工時安排之合理化(下列三項方案納入為醫院試評 A、B、C 之基準)

方案	每週正常工作時間連同延長工作時間	每日正常工作時間	連同延長工作時間	下列情況，可以超時工作繼續照顧某特定病人	兩次工作時間中間休息時間
甲案	不得超過八十八小時	不得超過十二小時	不得超過二十四小時	連續工作時間仍不得超過三十小時	至少應有十小時以上
乙案	不得超過八十八小時	不得超過十二小時	不得超過二十八小時	連續工作時間仍不得超過三十二小時	至少應有十小時以上
丙案	不得超過八十八小時	不得超過十二小時	不得超過三十二小時	連續工作時間仍不得超過三十六小時	至少應有十小時以上

甲案：

(一)每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過八十八小時。值班屬於延長工時。院外待命時間不屬於工時，但實際到院服務時數即計算工時。

(二)住院醫師每日正常工作時間不得超過十二小時，連同延長工作時間不得超過二十四小時。

(三)住院醫師符合下列情況，可以超時工作繼續照顧某特定病人。但連續工作時間仍不得超過三十小時：

1、病人病情危急須持續照護。

2、當時事件有重要學術價值。

3、基於對病人或家屬之職責。

(四)住院醫師兩次工作時間中間至少應有十小時以上休息時間。

乙案：

(一)每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過八十八小時。值班屬於延長工時。院外待命時間不屬於工時，但實際到院服務時數即計算工時。

(二)住院醫師每日正常工作時間不得超過十二小時，連同延長工作時間不得超過二十八小時。

(三)住院醫師符合下列情況，可以超時工作繼續照顧某特定病人。但連續工作時間仍不得超過三十二小時：

1、病人病情危急須持續照護。

2、當時事件有重要學術價值。

3、基於對病患或家屬之職責。

(四)住院醫師兩次工作時間中間至少應有十小時以上休息時間。

丙案：

(一)每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過八十八小時。值班屬於延長工時。院外待命時間不屬於工時，但實際到院服務時數即計算工時。

(二)住院醫師每日正常工作時間不得超過十二小時，連同延長工作時間不得超過三十二小時。

(三)住院醫師符合下列情況，可以超時工作繼續照顧某特定病人。但連續工作時間仍不得超過三十六小時：

1、病人病情危急須持續照護。

2、當時事件有重要學術價值。

3、基於對病患或家屬之職責。

(四)住院醫師兩次工作時間中間至少應有十小時以上休息時間。

五、確保例假休息

(一)住院醫師每七日中至少應有完整二十四小時之休息，作為例假；其每四週內至少應有一次完整四十八小時以上之休息，作為例假。但下列情形致住院醫師無法完整休息者，不在此限：

1、因天災、事變或重大突發事件。

2、病人病情危急，病人本人或家屬請求由原住院醫師持續照護，並經住院醫師同意者。

(二)前項但書情形，醫療機構應於事後給予補假休息。

國立政治大學 National Chengchi University

附錄 2

住院醫師與醫療機構之聘僱契約應約定及不得約定事項

壹、應約定事項：

一、工作場所及應從事之工作有關事項。

二、工作開始及終止之時間、休息時間、休假、例假、請假及輪班制之換班有關事項。

三、工資之議定、調整、計算、結算及給付之日期與方法有關事項。

四、有關聘僱契約之訂定、終止有關事項。

五、資遣費(離職儲金)及其他津貼、獎金有關事項。

六、住院醫師教育、訓練有關事項。

七、住院醫師應負擔之膳宿費、工作用具費有關事項。

八、安全衛生有關事項。

九、福利有關事項。

十、職業災害補償及一般傷病補助有關事項，或投保意外險、責任險。

十一、應遵守紀律有關事項。

十二、獎懲有關事項。

十三、其他權利義務有關事項

貳、不得約定事項：

一、要求住院醫師離職預告期間超過三十日以上(不包含三十日)。

二、有權單方決定調降或不利變更薪資。

三、住院醫師請（休）假未符約定將予懲罰性扣薪。

四、延長工作時間不加給工資。

五、預扣薪資作為違約金或賠償費用。

六、女性住院醫師於懷孕期間二十四週以上仍須輪值夜班。

七、得不記載住院醫師出勤情形。

八、違反性別工作平等法、就業服務法及相關法令有關強制義務規定之情事。

附錄 3

訪　　談　　同　　意　　書

敬愛的受訪者您好！

謝謝您願意參與此研究。我是政治大學勞工研究所碩士班研究生胡方翔，目前在本所成之約教授指導下，進行「台灣醫師勞動條件與權益保障之探討」之碩士學位論文研究，旨在探討台灣醫師勞動條件與勞動權益，以建構合理醫療勞動環境來兼顧勞動人權與病人安全，藉由訪談方式對此議題有更深入之瞭解。

感謝您願意撥冗接受訪談，以下關於您權益事項請審慎評估後於下方簽名。

本研究採半結構式深度訪談，訪談時間約為 60 分鐘以面談方式進行，研究訪談的過程中為確保內容之正確性，需要**全程錄音**以作為日後研究彙整分析之用，您有權利隨時提出任何與本研究相關問題或中止錄音以及退出訪談，毋需任何理由。

本人以瞭解此研究以及個人權益相關資訊，願意參與「台灣醫師勞動條件與權益保障之探討」之碩士學位論文研究，接受研究者之訪談。

受訪者：＿＿＿＿＿＿＿＿（簽名）

關於受訪者之個人資料將匿名改以代號稱之，訪談內容紀錄與錄音僅提供本研究之用並完全保密，請您安心做答。

政治大學勞工研究所碩士班
指導教授：成之約
研究生：胡方翔 敬上
聯絡電話：0972-599-012
E-MAIL:hufenhsiang@gmail.com

中　華　民　國　105　年　4　月

附錄 4

訪談題綱

本大綱設計分為 8 部分：1.基本資料；2. 受雇醫師工作條件分析；3. 健保制度面；4. 勞動權益保障與勞動法規的相關性；5. 集體勞動三權的實踐；6.醫院經營管理面； 7. 病人安全或醫療品質面；與 8. 其他對於醫師勞動權益保障的具體建議。

(一)受訪者背景資料

0. 請問您擔任何種職務？職務內容為何?您擔任此職務的時間?

(二)受雇醫師工作條件分析

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況
3. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
4. 醫師的工作條件
5. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三)健保制度面

6. 醫師勞動條件與健保法的關係
7. 醫師勞動者的身分
8. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
9. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異

(四)勞動權益保障與勞動法規的相關性

10. 對於納入勞基法看法
11. 對於台灣以醫院評鑑規範勞動條件之看法
12. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)
13. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

(五)集體勞動三權的實踐

14. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
15. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
16. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況
17. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
18. 醫師公會與工會的差異

19. 醫師籌組工會之看法
20. 醫師公會是否有協商權能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
21. 醫師參加勞資會議
22. 醫師如何協商勞動條件
23. 醫師勞資協商的代表產生
24. 醫師勞動爭議或罷工之看法
25. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

(六)醫院經營管理面

26. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法
27. 台灣醫界勞資政如何社會對話
28. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
29. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
30. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
31. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法
32. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(七)病人安全或醫療品質面

33. 對民眾就醫的影響？
34. 週休 2 日假日看診問題
35. 如何改變病人端的行為
36. 如何強化醫院治理

(八)其他對於醫師勞動權益保障的具體建議

國立政治大學 National Chengchi University

附錄 5

訪談稿 1(衛政 1)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

主治醫師也有過勞的問題，部分醫院主治醫師要值班，平均週工時超過 60 小時(胡方翔)

對，這就像是一個蹺蹺板，一個氣球那邊擠壓就擠壓到主治醫師這邊來，現主治醫師都下來值班了，除了原有的工時，還要教學、研究，這塊算不算也有不同的定義，有些醫師認為是算，像教學，教學是拿薪水的，教學還不只是 bedside teaching，還包括安排上課、資料整理…，很難界定，主治醫師這塊更難界定，那住院醫師除了正常的班之外，還有一些 morning meeting 或 seminar 這些算不算呢?這都是要討論的。住院醫師經國會算一算人數好像是不夠的，所以後來才決定增加 100 人，但主治醫師夠不夠?台灣整體醫師夠不夠，這些需要討論的題目蠻廣的，像開業醫現在蠻多的，因為大部份大醫院的人員都有一定的控制了除非床位增加，可是每年還是有 1200 人進來，所以會發現很多人在 training 完後就自己去開業了，可是基層開業醫也是有很多抱怨，到處都在開業，他們也被壓縮，所以某種程度過了住院醫師 training 時間後我們並不缺人，但是有不均的問題，不均的原因，第一是地理上分布的不均-城鄉差異，第二個是醫院跟診所的不均，我們診所的醫生並不缺，我們缺的是醫院的醫生，不管是住院醫師或主治醫師，第三個是科別之間的不均，就內科來說內科裡面每個次專科都缺，像洗腎科未必不缺，但感染科就缺很大，假設內科醫生全部都走洗腎的，無法解決內科缺的人力，這牽涉到專業科制度的問題，還是次專科的問題。很多被 training 的專科醫師因科別的關係，無法下鄉，因為到那裡英雄無用武之地，所以從 1988 年到現在醫科專科制度累積了一些問題，若要解決這些問題要朝那個方向去解決，我曾經做了一個數學，假設我現在的需求，如果現在有 10 個醫生每個人週工時是 80 小時，那就是有 800 小時，意思是我提供 800 小時的工作量能符合所有病人的需求，但如果 10 個醫生按勞基法規定工時變成 40 小時的時候，只能提供 400 小時的工時，工作時數減半但病人需求不會相對的減少，這時病人就必需等待，當然關床的姑且不論，至少病人服務的等待時間就要延長了，這就是勞動部不敢冒然的公佈實施勞基法的時間點的原因，因為這時間需要漸進式的，所以人數不變工時減少而需求沒有減的情況該怎麼辦呢? 按國外的做法，第一個加人，但加人來不及 6 年後才能加人，而且加人要加多少人，國務院有算過我們要達到國務院需要的數字大概要十幾年後才能達到，第二個就是輔助人力，最常見的就是 NP(衛政 1)

2. 醫師的值班狀況

住院醫師在訓練醫院大概也只有前三年比較辛苦，等拿到專科以後後續是做 fellow，其實現在在榮總做 fellow 也還好，基本上不太會值第一線班，但現在有些已經慢慢需要了(衛政 1)
因為住院醫師不夠，所以有些 R4、R5 都要值第一線班，我們主治也是有值班但相對比較少，榮總因為醫師比較多，所以還可以擠得下，但是像長庚、榮總這種財團或醫中實在太少了，所以很多私人的醫學中心都還是主治醫師在值班(衛政 1)

3. 醫師的工作條件

4. 醫師過勞與病人安全的關係

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

另外您剛有提到醫師入勞基法後，醫師成為醫院缺乏的資源，會有高薪挖角的事情，我覺得這不太可能，因為我們現在的健保是總額給付，並沒有人力專章制度，就主治醫師而言，薪水除了固定薪資以外還有一個績效金，績效金是看服務量且跟著點值浮動的，就算多聘主治醫師也沒有用，因為健保總點值是預算制的，服務量也不會大幅成長，變成所有的醫師要去分這塊餅，而且健保給付不可能再增加給付了，這樣為了勞動法規增加的人事成本就會被壓縮，所以應該不會有高薪挖角的事情產生(胡方翔)
其實現在很多醫院為了爭取住院醫師或 PGY，他們已經在高薪挖角了，為了維持教學醫院的訓練資格(衛政 1)
為了醫院給付不要降級，那是因為更大的醫院利益才會願意挖角，況且換算為時薪，也不是高薪，大概 300 出頭。(胡方翔)
所以將來利益不是更大了嗎， 就挖角事情來說，主治醫師姑且不論，住院醫師跟 PGY 已經在挖了，醫院只要為了符合法規，不論多少錢都願意去挖，為什麼這些財團法人可以給得起這些錢，他會想辦法從其他地方去節省，譬如減少護理人員人力，所以如果人力不夠就會關床，一旦關床就沒有財務營收來源，但勞基法的限制就算給再高的加班費，一個人所能夠加班的時數還是有法律限制(衛政 1)
現在超時工作情形還是蠻普遍的，而且加班時數會超過勞基法上限，如果真的加入勞動法的保障，健保法總額制也不能不修(胡方翔)
健保法修不修是由消費者主導，因健保法是要看消費者願不願意花更多錢來買單，健保費用的來源主要還是來自你我的所得，從我們的所得中提出 4%來做健保經費，這要端看消費者願不願意多拿些錢出來(衛政 1)
但跟國際相比，我們現在的負擔並不重，應該是有調整的空間(胡方翔)
我們每次一加就會少一個部長或署長，不是嗎? (衛政 1)
所以你說的是政治事件(胡方翔)

但健保本來就是一個很政治的事情，特別是在加錢這部份，剛才我們所談的勞基法，民眾不會在意，因為這只是 4 萬 4 千個醫師的事，充其量大概只有 2 萬 2 千人在醫院工作，其他 2 萬 2 千人是自己出來開業，他本身自己就是老闆，所以說醫生要爭取什麼權益民眾不會管，民眾只會在意我今天來看病就是要有醫生，民眾可能會認為要加錢可以，但要先把藥價差、服務品質、詐騙健保…解決，還有就是看病的權益不可以損失不可以設限，所以現在如果醫師要納入勞基法，需要增加醫事成本時，民眾會願意花更多錢來買單嗎?不妨問問看民眾的想法(衛政 1)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

外科住院醫師在 training 時間本來就很難掌握，何況在 training 到一半的時候就要離開 table，這種情況在美國 paper 就已經發現了，他們實施 working hour limitation，美國的 review 文章還有歐洲的 review 文章，他們發現做這種東西並沒有達到原來的效果，特別是美國 review 文章(衛政 1)

但有些文章說增加延長他的受訓時間，到底那一個文章是比較權威呢? (胡方翔)

這要看它的 meta-analysis，單獨一二篇文章其實都有些立場，要看它的 sample 是單一醫院的經驗還是某些科部的經驗，至少有幾個重點，他們學生的滿意度是增加的，可是他們休息時間並沒有真的延長，因為他們不上班並不代表有休息，可以去上網可以去做一些其他的事情，事實上他們所謂的休息時間並沒有明顯的增加，他們比較擔心的是他們的 professionalism ，他們的 training，因為他們沒有延長訓練時數，所以在比過去縮短的時數中能不能達到它的專業性，這點是他們最大的疑慮(衛政 1)；

回到醫院來，我當然雙手雙腳贊成主治醫師納入勞基法，像 NP 不能做太多的事，也不能引進外籍醫生，如果主治醫師納入勞基法，那我時間一到就可以下班，老闆若為了要維持醫院他就要給我加班費，在勞基法應許的合理法加班費內，我的薪水一定會增加，如果單純的只以一員工來說，醫師是一個高門檻的保障，不但我自己的薪水增加，而且老闆也不會辭退我，這時如果醫院有缺人時，會有一個問題，人力會往大都會集中，因為大都會的大醫院最有競爭力，這競爭力講白一點就是錢跟福利，所以就變成二線城市的醫生被挖角到一線城市，那二線城市再從三線城市挖角，某些城市就會找不到醫生，這情況以前我只是跟立委在談，可是我看到報導現在日本就是這樣子，日本的護病比是 1 比 7，結果日本的護理人員都往大都會去，如果現在我站在民眾的角度來說，醫療是高門檻排他性的，如果醫院人力不足時，民眾等待時間延長，延長多久是可以接受的呢?以前或許等一天二天是正常的，現在如果到等一個星期以上時，民眾可能就會抱怨了；目前歐洲制度是最好的例子，住院醫師跟主治醫師是公醫制，可以看 NHS 相關報導(衛政 1)

歐洲也納入勞動法，為什麼沒有 training 這個問題呢?他們的歐盟指令也很嚴格(胡方翔)

他們待遇好到會羨慕死你，但問題是他們民眾等待時候很長，NHS 相關的國家

民眾的等待是很大的問題，所以很多民眾跑到海外醫療，以印度跟泰國為例，他們那麼多的國際醫療病人就是從歐洲跟美國來的，美國是錢，歐洲是時間，歐洲的法律有規定如果民眾等待若干時間無法住院時，國家幫你買單去國外醫療，可是他們醫師是有保障的，醫師 4 點就可以下班，如果要開刀必需等明天或者後天，所以他們國家的民眾也有抱怨，NHS 也被批評得很差，像英國他們允許醫師下班後可以去兼差，他們為什麼可以去兼差呢，因為他們還有足夠的體力跟時間去做其他的事，他們會限制上班時數、loading、掛號數目...，多好，但相對的薪資也被限制了，如果有不滿足時，下班以後醫院允許你去做其他事情，第二個副業. (衛政 1)

你說他們的收入高但相對的他們的物價也高，所以是還好(胡方翔)

是因為醫院有符合相關法令，所以醫生可以在下班後從事第二副業，但在台灣專任制度下是不允許的，相對的如果將來法令通過週工時 40 小時，我一定配合但不可以限制我下班後的副業另外開業，但這有達到多休息的目的嗎?沒有，可能我的副業時間會做到晚上 9、10 點，甚至把原本工作醫院的病人都轉到我另外開業的診所看診，第二天再同樣的去上班，這其實沒有達到我們想要休息的效果；所以現在要解決這問題要雙頭並進，除了醫生該做的外，還要教育我們的民眾，醫院不是全年無休的便利商店，不可以予取予求，隨時想看病就要看病，同時還要限制看診數量(衛政 1)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

我們是像公醫制度，所以是國家管，我們是有台灣特色的公醫制度，所謂有「台灣特色」的公醫制度，就是表示它不是真正公醫制度，有人說我們在台灣健保制度下，我們都是健保公務員，可是事實上有公務員義務沒有公務員保障，除非我們學歐洲，我們都是國家公務人員，這個時候我們就可以這樣做，但此之前必需是國家要有足夠的預算，不管我在那裡工作，全部由國家買單，但實際上是不可能的，所以我們並不算公醫制度(衛政 1)

8. 對於納入勞基法看法

您並不排斥住院醫師優先納入勞基法嗎? (胡方翔)

在立法院常常被問到納入勞基法的問題，當然勞基法本身不只有工時而已還有其他的保障，如果勞基法以膚淺的方式分成二塊，一個是工時，一個是非工時的，可先保障其他的權益再來談工時的部份，勞基法內跟工時有相關的就是彈性工時，彈性工時到底要多少小時才夠呢?所以最後討論的結果就是比照美國 88 小時，就是 80 小時最多再加 8 小時，現在評鑑用的指引就是用這個，並且也是評鑑的一項，可是這樣子好像也未必能滿足其他面向，還有就是能不能把住院醫師跟主治醫師做切割，現在很多的爭議是為什麼只有住院醫師有， 住院醫師工時限制，服務量沒變，剩下的工作誰作？主治醫師也想要(衛政 1)

另外一個根本問題，勞基法的設立背景是在 20 世紀初，當初勞資關係對立很強烈，是以工廠製造業為背景起家的，可是現在多了一個服務業，服務業當然

也有主雇關係，但在醫療行業或律師行業裡，雖然院長是我的雇主，可是他對我的影響力是有限的，我在我的專業領域上是獨立的，院長跟我們的關係跟工廠老闆跟員工的關係是不一樣的，所以我們現在的關係用勞基法來規範的話，很多地方是格格不入的(衛政 1)

我當然雙手雙腳贊成主治醫師納入勞基法，像 NP 不能做太多的事，也不能引進外籍醫生，如果主治醫師納入勞基法，那我時間一到就可以下班，老闆若為了要維持醫院他就要給我加班費，在勞基法應許的合理法加班費內，我的薪水一定會增加，如果單純的只以一員工來說，醫師是一個高門檻的保障，不但我自己的薪水增加，而且老闆也不會辭退我，這時如果醫院有缺人時，會有一個問題，人力往大都會集中，因為大都會的大醫院最有競爭力，這競爭力講白一點就是錢跟福利，所以就變成二線城市的醫生被挖角到一線城市，那二線城市再從三線城市挖角，某些城市就會找不到醫生 (衛政 1)

您提到薪水一定會增加，恐怕醫院會調整薪資架構，只要高於勞基法時薪地板，皆不違法，時薪降又工時受限，醫院還要增聘醫師，在如今健保總額預算制度下，好光景是暫時假象(胡方翔)

9. 對於台灣以醫院評鑑規範勞動條件之看法

健保法裡沒有所謂的勞動條款，也沒有醫療人力專章，醫療法裡當然也是沒有，目前的做法是放在評鑑裡面，因為評鑑條文內的確有人力專章(胡方翔)

在之前評鑑，評鑑條文其實真正目的是醫療品質， 應該是說住院醫師勞動工作業指引，那是衛福部後來公布的行政指導，評鑑才是引用的(衛政 1)

所以是先有作業指引行政指導以後，你才引用那個來評鑑，這也就是認同勞動狀況與醫療品質相關(胡方翔)

對，但不是評鑑主導開始，因為過勞議題很早以前就開始討論了，後來是衛生署醫政處長的時候，應該是民國 100 年還是 99 年，有討論到住院醫師的問題，當然不只住院醫師還包括醫師，應該是奇美醫師的案子吧，以前只是在討論或抱怨，後來有輿論壓力了才變成正式的，既然不能入法那就先來個行政命令吧，所以才會有住院醫師作業指引，後來發給地方衛生局，但衛生局也不願意管勞動這件事，但怎辦呢?因為醫院比較擔心的還是評鑑，所以我們就把它放在評鑑內.醫策會跟醫事司管理權限我想你應該很清楚.其實評鑑的負責機關是醫事司，因為他是根據醫療法，醫事司在醫院評鑑是從民國 78 年就開始了，到民國 99 年醫策會才成立，醫策會成立以後評鑑才變成委辦計劃，等於是招標然後由醫策會標到，所以整個評鑑主導機關是醫事司，所以醫策會受委託執行公權力有官方立場(衛政 1)

委辦評鑑有沒有契約年限呢? (胡方翔)

它是一年一年的，是每年更新的，每年招標，假如醫策會如果到 3，4 月預算凍結或是辦得不順，前面 2，3 個月會變得很麻煩，它進行不了，所以有人會抱報怨評鑑為什麼還不開始，就是因為標案作業比較晚，所以它是每年招標，

當初曾經有爭取過說為什麼不一次包 4 年，但主計相關法規不行，醫策會的角色是委辦，所以所有相關評鑑條文其實是醫事司在訂的，醫策會是根據這些條文來做執行，因為有這樣的背景，既然我們已公布工作的作業指引，所以後續就是醫事司那時的衛生署醫政處，就把這條文放到評鑑條文裡面，而且我相信立法院可能也有給些壓力，所以就它放在評鑑條文，因為那是最快，後來我任內時就把那個條文放在各縣市衛生局督考時要把這個列為重點，所以在沒修改醫療法，也沒有納入勞基法之前時，目前的作業指引就要把它一個是評鑑一個是衛生局督考，後來變成有一個契約，等於住院醫師來時，醫院要跟住院醫師簽一個契約，必需明定工作時數之類的，各個醫院根據這個指引它的 form 可以 modify，但這契約要報備給各個地方的衛生局，這背景就是根據以前衛生署這個指引，到現在為止應該是只是到這個程度，因為還沒有進法嗎，後來有討論很久，後來我接的時候原來這條文叫做試評條文，因為 4 年一個循環，所以一直到去年 104 年就變成正式條文，就評鑑來說背景應該是這樣子，這個提議後來放在教學評鑑，因為只有教學醫院才有住院醫師，所以現在教學醫院也有這條，也是必要項目(衛政 1)

工時指引好像只列入評鑑重點項目而非必要項目，不影響醫院等級也沒罰則，效果很差，加上評鑑造假文化，衛福部自己帶頭打假球(胡方翔)

考試會臨時衝刺應變這很正常，政策無法落實，多半是執行面的人為問題。(衛政 1)

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

所以勞基法有僵固性的話，目前的司長主張由醫療法或醫師法修訂切入(胡方翔)

那是我任內的主張，以前 102 年時立法院公告，大概在 11 或 12 月功敗垂成，我們主張要去修醫療法，甚至不排除成立醫師勞動權的專章，可是他們反對的理由是衛福部本身是球員又是裁判，所以希望把它給勞動部管，會比較公正(衛政 1)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

因為有受訓限制，為什麼台灣跟國外的差距會這麼大呢?在美國、日本跟歐盟的醫師都有勞動保障，他們為什麼沒有出現跟台灣一樣的問題，台灣問題的癥結點在那裡? (胡方翔)

以歐洲來講，每十萬人口的醫師數是我們的二倍，基本上我們的醫師不夠；美國大概是在中間值，日本雖然比較接近我們，但還是比我們多一些，美國現在是每週 80 小時，而美國的醫師密度比我們多，我們跟新加坡、韓國、香港是差不多人數，目前歐洲是最高的，美國在中間，亞洲四小龍在最後一群，問題是在這個國家的醫療制度，歐洲制度內醫生是公務員，公醫制，在歐洲國家裡醫生地位也不像我們這麼高，在台灣我們是沿襲日本制度，精英制，我們是限量生產，再舉個極端例子大陸，大陸很有保障，大陸有二百二十萬個醫生，雖

然有很多是赤腳醫生，但都叫醫生，大陸醫生是最近幾年才比較值錢的，以前是不值錢的，大陸醫生在他們來說只是個公務人員而已，所以這跟這個國家原始對醫療的認知有關，台灣至少從日本時代到現在醫生當做是個菁英，只是沒想到後來健保之後變成我們要全民都 cover，醫療以前的時候並不是要 cover 全民，可現在如果要 cover 全民的話，我們應該要走向歐洲國家的制度，美國是資本主義所以醫生的薪水可以自己喊價，而且是由民眾買單，所以美國看起來是很好，但美國工時並沒有特別好，美國醫生都很辛苦，我們都很清楚，可是他薪水很高他願意多做，他們是社會精英，可是美國醫療 GDP 負擔是不合理的高 15%，是我們的二三倍，所以為什麼美國看病這麼貴，這都是取極端例子，我們其實是處在中間，我們既不是社會主義但又學不到資本主義，我們的病人要求是資本主義，可是我們的醫療體系走的是社會主義的醫療體系，甚至比社會主義還要更慘，所以我們醫生夾在中間，醫生本身在社會主義的制度下卻是資本主義的思考，我們的薪水是 individual 差很多的，也有名醫，所以我們不像公醫制度下全面固定薪資的，我們現在走的是社會主義的醫療制度，可是醫生走的是資本主義的，所以在社會上醫生是有錢人，現在我希望把健保制度拉回資本主義來，可是醫師的薪資要保障不能變成社會主義的那就很矛盾了(衛政 1)

這個矛盾是目前存在的現況，現在我們有沒有辦法把它喬到都很有利的情況(胡方翔)

還是要看民眾意願與政治考量(衛政 1)

那就沒有辦法期待短期有顯著改善(胡方翔)

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

您提到衛生局也不願意管勞動這件事，醫師的勞動問題主管機關，到底是勞動部還是衛福部較合適呢(胡方翔)

衛福部本身是球員兼裁判，很難中立，也難完全被醫勞團體信任，因為衛福部是偏袒醫界的、尤甚偏袒資方的，我曾經拜訪勞動部官員，說把醫師納入勞基法是你的權責，勞基法不是在衛福部是在勞動部， 所以醫師要給勞動部管，勞動部要保護醫師，可是衛福部要保護病人，要保護醫師同時又不可以損害衛福部要照顧病人的立場(衛政 1)

所以二個部門若是可以協調的，應該立場不會有偏差，主要是在勞動條件保障是增加加班費或者限制工時，如果雙方能夠協商好的話(胡方翔)

如果只是保障加班費與工時的，我覺得是容易的，問題是光加班費與限工時是解決不了後續問題的，主要還是在缺人 (衛政 1)

當然現況是早已有缺人沒錯，但是不是可以在目前缺人狀況下直接先調整有法定工時，變成先取得加班費的權利，至少讓過勞先得到補償，然後再慢慢加入新血，緩解工作時數，在人性面看，重賞有勇夫，不先提高血汗及高風險科別待遇，永遠不會找到足夠人力(胡方翔)，

現在看來至少還要再等 4 年，如果 4 年後大家都沒有意見就可以加入勞基法

了，最終結果看來還是早晚得加入，為何不能規畫提前，反正缺人已是事實，先入法先有經濟保障，至少可以減緩人力流失，之前公告是八年，為什麼變 4 年，但 4 年後會不會跳票我就不知道了(胡方翔)

時間的緩衝，應該是我剛才說的這批增加學生畢業出來，又加上 PGY 制度的關係。108 年人力供給會突然爆增，會有二倍的量 (衛政 1)

所以那時候人力問題就解決了(胡方翔)

可是那只是解決住院醫師的問題，並不能解決主治醫師不均的問題(衛政 1)

主治醫師問題會間接解決，若住院醫師補的進來，主治醫師壓力就稍微可以緩解些(胡方翔)

按 PGY 制度，住院醫師能到的醫院還是那些大醫院而已，中小型醫院困境不是如此，選科又是另外的問題(衛政 1)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

按國外的做法，第一個加人，但加人來不及，增額醫師要 6 年後才能加人，而且加人要加多少人，國衛院有算過，我們要達到國衛院需要的數字，如果按當時醫學生人數，大概要十幾年後才能達到，第二個就是輔助人力，最常見的就是 NP，以前醫界是最反對 NP 的，可是後來因為分擔工作量的關係，也不得不同意 NP，可是 NP 執業範圍合法上的東西實在有限，像重度侵入性治療沒有合法，NP 獨立值班也沒合法，但私下的就姑且不論，可是如果不這樣做變成主治醫師每天都要親自值班還要親手做住院醫師工作，所以 NP 並不能完全取代這個問題，第三個就是其它國家來的--外籍醫師，如果台積電缺一堆工人可以很快的從國外引進一批外勞，但醫生不是外勞，而且台灣各界也反對，所以不能很快的引進一批替代人力，最後是 NP 解決了部份問題，然後還是要再趕快增加台灣自己的醫生；但現在有某些研究顯示，有不少的內科在每週 60 小時內，可是最嚴重的還是外科系的問題，外科大多是 70-100 小時，因為外科人員本來就不多，還沒納入勞基法問題就出來了，現在指引與評鑑規定 15 床，而且住院醫師時間一到就要離開，如果沒有離開就會影響評鑑，即使僅是評鑑就已經這樣了，便別說護理人員，護理人員已經進入勞基法，勞動部動不動就來勞檢，沒有一個醫院想要觸法的(衛政 1)

所以會帶動 NP 制度，很多時候主治醫師值班都是 NP 在第一線，主治醫師隨時被 call 而已(胡方翔)

所以這就是為什麼現在要討論專科護理師法，就是想讓專科護理師合法化，但是 NP 可以做什麼不能做什麼都還要再進一步討論的，畢竟 NP 不等於醫師，補充人力對於醫院來說當然會增加成本，但對醫院來說真正的問題是找不到人並不是耽心增加成本的，因為很多醫院特別是鄉下醫院，他知道如果有住院醫

師留下來將來升主治醫師的機率比較大，當然訓練住院醫師是要成本，可是會有某種程度的保障，將來這些人會升上主治醫師，否則醫院只好去挖角，但挖角也不一定會找到人.所以我知道某些醫院還會想盡辦法爭取到一兩個住院醫師(衛政 1)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

醫師公會依法我們是要加入公會的，是強制的，就像護理師公會一樣(衛政 1)
可是他沒有協商權，因為公會不是勞動法的適用對象(胡方翔)
醫師公會是強制我們要加入的，就應該要為我們做一些發聲，我知道在我任內醫師公會就有跟立法委提出許多的訴求(衛政 1)
我知道，可是他的訴求常常會跟基層脫離，因為他們只代表他們那一小搓人的利益，他們的組成是雙重間接選舉並沒有十分民主(胡方翔)
我們有地方公會，還有全聯會，可是地方公會比較活躍積極的多半都是開業醫，因為這些人本身並不是勞工 (衛政 1)
可是全台灣 4 萬 4 千位醫師，只有 2 萬多人是受雇的，其餘都是開業醫，現在這種情況，不要說是公會，看學會就知道了(衛政 1)
沒錯，都是成員不民主(胡方翔)

18. 醫師公會是否有協商權

同上

19. 醫師籌組工會之看法
20. 醫師參加勞資會議
21. 醫師如何協商勞動條件
22. 醫師勞資協商的代表產生
23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

醫師和老師是限制罷工，因為台灣對醫師和老師職務有賦予公益性及道德性，或許不要用罷工二個字，但可以選擇其他適當管道來表達對政策不滿，這是應該的，醫師講罷工二個字出來時，一開始在道德上就不能得到民眾的支持，民眾會覺得你只在爭取自己的權益(衛政 1)
目前民眾不支持罷工；可是現在法律限制罷工需要經過工會超過全體會員 1/2 人數同意，還要雙方約定醫療必要服務條款，這二者都是極高的門檻，幾乎過不了，醫師也無有力工會，所以也不用擔心(胡方翔)
法律是最低層次的，如果醫師罷工是為了民眾權益的話，民眾一定會支持，但若是為了醫師自己的權益，即使是勞動人權，我想民眾一定會反對(衛政 1)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

勞動法內有訂定勞動三權， 像歐洲的醫師能罷工，您對此有何看法? (胡方翔)

我個人認為醫師不應該罷工，即使在歐洲醫師罷工是大事，一定是有很嚴重的事情才會這樣做，沒有人會隨便罷工的(衛政 1)

其實他們的大事也不是很大，只是勞動條件沒有談妥而已(胡方翔)

在歐洲國家罷工是一個訴求表現，公務員也能合法罷工，公醫也行，醫師也行，民眾支持，他們的勞動權教育，跟台灣不同。(衛政 1)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

我們現有的公會轉型成有協商權的，可以嗎?我們現在有醫師公會(胡方翔)

可是我們公會是這個公，要從公益面考量。(衛政 1)

我知道，國際上有用協會去取得協商權的方式來保障勞動權，您對這方面有何看法(胡方翔)

醫師依法是要加入公會才許執業的，是強制的，就像護理師公會或其他專業一樣，業必歸會原則(衛政 1)

我曾經跟學會抗爭過要改成民主選舉，但也改不動(胡方翔)

即使學協會真正最積極的還是基層開業醫，他比較有他自己的色彩，除非說學會跟協會因為研究關係，才會有比較多醫院人員，純粹公會的大部份還是以開業醫為主(衛政 1)

31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本

能否先由醫學會訂定一個參考標準，然後再由政府部門開會討論? (胡方翔)

現在有些統計，很多科別包括急診跟麻醉科都工時都是 60 小時，以急診來說，急診算是標準的 60 小時，一個月不超過 180 小時，但急診很忙，若問急診醫學會的話，他們可能會說 50 小時，假設我們現在就是以各科醫學會來訂定標準並且實施了，但這能不能達到現在民眾的需求(衛政 1)

但這可以做為將來容額的參考資料，如果時數不夠就表示人力不夠，人力不夠容額是否就可以增加，這應該有幫助的(胡方翔)

這是可以做個研究計劃，這本來就可以試算的，在我任期內我有委任熊昭博士研究，他們訪問了很多科別訂立了一些參考數據，然後算出了人力需求，所以也因為這個研究才同意增加醫學生的，所以這個很好，不同專科設定不同時數，把目標設定好，就可以算出需求；但這又產生了一個問題，假設皮膚設定 50 小時，NS 設定 70 小時，那住院醫師醫學院畢業學生要去那一科呢? 他們應該會去選擇時數比較少的科別，這樣五大皆空的問題會越來越嚴重 (衛政 1)

可這種做法叫齊頭式平等，如果你不同意次專科有自己的標準的話，就變成只能有一個標準(胡方翔)

我不是這個意思，我允許不同的標準，可是當標準公告出來時就表示此地無銀

三百兩，只是設定這個專科就是相對的輕鬆，但現在如果倒來講，皮膚科設定 70 小時，NS 設定 40 小時，NS 的一小時 loading 壓力是皮膚科的二倍，這 40 小時就比現在少了一半，人力上就要加倍了，這時我就要有更大的誘因去 NS(衛政 1)

但那個科給付並不會增加，但人力突然增加了，所有人的薪水都要減半了，有沒有可能? (胡方翔)

不是有沒有可能，是一定，像現在醫院有些科缺人，醫院說要增人，但科內的人反對，寧可自己辛苦一點，這就回到人性的另外一面了，是要錢還是要休息(衛政 1)

能不能規畫合於 Work load 的時薪標準，不然，五大科仍會缺人(胡方翔)，

主要是工作負擔是變動的，很難有量化標準，生理壓力容易測量，心理壓力多是無形的(衛政 1)

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

五大科還有高醫療風險與醫糾爭議(胡方翔)

所以目前醫事司想推醫糾補償法(衛政 1)

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

所以公費醫師制度跟這個人力缺口就有關係囉(胡方翔)

對，公費醫師制度。後來檢討就說是醫學生不夠，因為現在全國床位增加可是醫生就只有這樣子，公費醫學生當然是能解決這樣的問題，現在討論很多，可以強迫他們非要走 5 大科(衛政 1)

在你任內有討論過這樣的議題嗎? (胡方翔)

有討論過可是沒有決定，只是討論而已，可是現在王司長已經決定招公費生了，但是公費醫師是否能解決這樣的問題， 我是有點存疑，因為每年 100 個學生是多是少，其實全國大醫院分一分也沒有多少，而且也要等到六七年後才能出來，每年 100 個是考慮醫學教育負荷吧(衛政 1)

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

現在醫院評鑑可能有造假情形，所以沒辦法改善勞動條件，您認為要從醫療法、勞基法或特別法來切入改善會比較好呢? (胡方翔)

必須先說我們期待是那些東西的改善(衛政 1)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

對於勞動檢查方面，醫界怎麼因應有何看法? (胡方翔)

勞動檢查不要走火入魔，醫病關係的培養很多時候不一定是在上班時間，如果是醫護人員自動願意留下來跟病人培養關係時，為什麼我們要把他視為超時工作呢(衛政 1)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

如果站在醫管的立場上，勞動條件指引是會增加人事成本的，對於這點您有何看法? (胡方翔)

對成本來說，其實住院醫師真正的問題主要不是成本，成本當然會是問題，因為要增加人力，可是住院醫師最大問題是人為，訓練人為，以台北榮總為例，住院病床不斷增加，現在全國住院醫師才 1200 人，從過去到現在住院醫師訓練都維持在 1200 人，但醫院從過去 10 年中已經成長很多床了，以前有教學醫院的大多都是醫學中心為主，可是現在好多醫院，像為恭也是教學醫院，但住院醫師是零，為什麼是零，有二個原因，一個是有容額找不到沒有人要來(衛政 1)

因為 PGY 制度，PGY 對我們也不利，我們也沒辦法全程受訓(胡方翔)

PGY 大概是最近幾年的事，另外還有一個原因是根本沒有容額 (衛政 1)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

就工時來說，過勞會影響到醫療品質，但現在醫師沒有辦法跟雇主協談條件保障的問題，包括行政指導在內也沒有罰則，所以沒辦法達到實質效果(胡方翔)

所以就是以不過勞為目的，但不過勞有沒有一個客觀指標，才能說有沒有達到，如此也才能有辦法討論，也才能知道用何種手段達到目的；當然大家都希望時間越短越好，可是時間長短就是過勞的判定呢?過勞不過勞其實跟年紀也有關係，如果要改善的話，是要以工作時數為目標還是以其他東西為目標，勞基法本身不限於工時而已，如果是以改善住院醫師或醫師勞動條件的話，我想知道是要改善那幾樣具體東西，這樣才好討論要用什麼工具好達成，如果純粹以工作時間來看，榮總已經有改善效果了；但光就工作時間來說，皮膚科的 8 小時跟神經外科的 8 小時是差很多的，所以這跟 workload 也有關係，當然這東西不容易量化，但某種程度上還是可以討論的，但很難規定不同科別有不同的工作時間(衛政 1)

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

像小兒科好像是 6 個醫師才能訓練一個人，嚴格化了，為什麼嚴格化這牽涉到當初住院醫師工時會在那個時候起來，那就是因為 PGY 的關係，而且民國 100 年連續二年 PGY 的人員都是一半的人，所以大家突然覺得住院醫師怎麼少了這麼多，其實 1200 人已經十幾年了，為什麼 100 年覺得很嚴重，因為減半了，這叫 PGY 海嘯，這波海嘯一直吹到現在，現在這群人是 R0 了，所以現在 fellow 人變少，現在很多醫院在支援其他醫院遇到困難，因為我沒有 fellow，因為他就是 100 年那群 PGY 減半，所以至少要再一二年人員才會回到原來的，扣除 PGY 背景不說，醫院變多了，特別是教學醫院數目變大了，產生一個問題主治醫師如果數目沒有改變，我的訓練容額就是那麼多，可是每個人照顧床位變多，第二個問題是當初有五大皆空的關係，五大皆空產生一個問題， 1200 個學生該怎麼分配呢? 按比例來說，內科應該是招 200 個人，但有正負 10%的差

額，意思是他可以招 220 個學生，外科也是如此，其他科像 ENT 眼科，假如他可以招 40 個人再加上 10%，就表示他可以招 44 個，理論上那些小科很紅的科很快就滿額了，小科一滿之後發覺那些剩下最缺的內外負額，急診基本上還不太會缺，內外負兒往往空一大堆可是變找不到人，所以那時衛福部實施一個政策，就是打折，就是內外負兒不打折，我們總共有 23 專科，扣除這 5 科另外其他 18 個科別全部打 8 折，換句說像 ENT 原本可以收 40 個人現在打 8 折只能收 32 人，而且不能夠有 margin 沒有彈性，目的是即使名額滿了最後人會擠回 5 大科來(衛政 1)

效果發生了嗎? (胡方翔)

當然會發生， 但是 partially，所以就產生 R0 這種事情出來，就是我寧可等我還是不來這是一種， 還有一種是我來了我就認了，白做一年沒資歷，等第二年我再跳槽，所以你會發現很多來一年甚至半年就跳槽了，所以會有 partially 的效果，當然或許有些人就這樣上來了，也就是說這效果有限，同時會產生另外一個負作用是小科人員不夠，因為小科被打了 8 折，所以你會發現現在小科分不到幾個容額都被大醫院給分掉了，以前只有 5 大科有問題，現在發現連小科也有問題，就是因為這個政策使然(衛政 1)

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

你的願景是什麼?以你過去這樣的經歷應該會有個願景(胡方翔)

我的願景是要調整我們的健保制度，讓我們的 demand 減少，我們都有經歷過 SARS，SARS 的時候醫院幾乎沒什麼病人，demand 突然降低了，我們現在為什麼這麼過勞，是因為我們的需求不合理，小病看急診，假設如果現在來了個新總統，規定所有自費額都拉高三倍，其實我們現在自費額太低了要拉高三倍也沒有多高，假設有一個總統這麼有 guts，病人減少三成就好，現在所有問題都解決掉了(衛政 1)

對，這是很好的 idea(胡方翔)

(九)如何改變病人端的行為

我們現在一直從醫生端去思考，如果我們不去改變病人的行為，只要供需平衡(衛政 1)

可是你這個想法楊前署長曾第一個反對，他認為不宜幫病人弱勢設定任何門檻(胡方翔)

對，可是他在其他地方又說醫生浪費病人浪費，他講話會前後矛盾的，他是站在醫生這邊時就說醫生好話，在病人那邊時又罵醫生，他永遠是站在討好的方向，政治思維高於專業思維(衛政 1)

可是大部份公衛學者還是這樣的想法(胡方翔)

可這些公衛學者知道民眾怎麼看病的嗎?不知道，所以今天這些不合理的像民

眾亂拿藥浪費減少，假如今天門診減少三成或是住院減少，我們絕對有空間的，現在的情況也會大幅改善 (衛政 1)

說不定點值會回升(胡方翔)

現在出現問題是醫界本身不合作，如果一家醫院減少，另一家醫院一定會鼓掌，因為可以搶業績過來，今天是個 balance，變成大家對這個 balance 都不滿意，這就是利益的平衡點，如果單單只講對醫生好，不只民眾反對資方也會反對，先不管健保方面，醫院資方、醫生、民眾是利益的三大平衡，醫生雖然工作辛苦可是有錢拿，醫院雖然花錢可是有錢賺，民眾無限暢飲，吃到飽(衛政 1)

所以這困局基本上是沒辦法打破，你這樣想法是無法打破的意思嗎? (胡方翔)

我的意思是這個問題要切進去要切得很精準，台灣是個選舉的社會，今天要得罪醫生相對容易且代價低，但要得罪 2300 萬民眾時，就會變成政治事情了；另外還一個經濟要起來，如果我今天口袋很有錢時，我多拿一些投資在醫療是願意的.醫療是台灣現在的小確幸，民眾是不願放棄這塊的，沒有一個政治人物敢在台灣經濟還沒有起來時提出增加健保費的(衛政 1)

訪談稿 2(勞 1)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

您了解台灣主治醫師工時的狀況嗎?就是工作超時的情形，譬如說週工時(胡方翔)

住院醫師還是主治醫師? (勞 1)

主治醫師，住院醫師很慘已經清楚(胡方翔)

主治醫師看科別(勞 1)

所以差很大，這也是我想醫師不能團結的一個主要原因，因為個別差異太大，然後醫師又很聰明，都顧自己的利益比較多，所以很難有足夠大的共同利益(胡方翔)

你目前為止值班的情形呢(醫學中心)? (胡方翔)

急診室蠻固定的，主治醫師也有 8 小時班，不過大部份都是 12 小時班，每月 15-16 班(勞 1)

所以跟區域也很類似，急診科一個月大約也 180 小時左右(胡方翔)

對， 180 上下， 大概學會裡面的共識也是這樣，當然你可以多上，也可以少上，看每個醫院 system(勞 1)

若以 180 來看， 一週平均工時差不多.. (胡方翔)

50 以下(勞 1)

還蠻接近勞基法的(胡方翔)

急診住院醫師也比這個多一點點而已，我們的住院醫師每月值 17-18 班吧，當然他們還有 meeting 或 training 的時間，一週平均工時差不多 70 左右(勞 1)

你們醫院有加入 hospitalist 計畫（一般科專責駐院主治醫師）(胡方翔)

沒有，目前沒有，院長有想…，可是沒有人要做，找不到主治 vs.. (勞 1)

直接從現有的轉型就可以啦， 我看很多都是從急診跟內科做結合,做出來的(胡方翔)

是沒有錯，可是醫院不願承認工時，保證薪資， 而且 NP 也不好找(勞 1)

所以台灣才一直沒有辦法改革， 我一直想要改革學會跟改革公會都沒有成功，我曾經算過住院醫師工時的時薪只有 300 元，大家都以為醫師的薪水都很高，若是公費醫師薪資更低，所以住院醫師的薪資是非常低的(胡方翔)

另一個問題是工時過長過勞的問題，外科某些次專科住院醫師的週工時可能會在 90-100 小時，關於這個問題您的意見如何(胡方翔)

我曾經跟醫事司的人員談過，我們的共識是抓大約平均值，如果說週工時只有 40 個小時是不太可能， 但若是在 100 小時也太超過了，可以仿照日本大約在 60 小時左右，所以跟醫師司及衛福部的長官談，終極目標要訂在 60-70 小時(勞 1)

2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件
4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係
6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

您了解國際上其他國家醫師的勞動條件跟我國的差在什麼地方(胡方翔)
我覺得比較像台灣的應該是日本，因為日本也是健保， 當然還有其他保險，可台灣是單一健保，美國是資本主義，差太多了，光是醫師的 income 就差太多了(勞 1)

美國訂價權在資方，是在醫療團體，不是政府(勞 1)
所以美國保險業不可以訂價嗎?保險業應該也有控制價格的能力(胡方翔)
也有啊， 它不是 single payer， 所以主治醫師的薪資可以較高， 他們可以不用工作那麼多， 也可以自己拿捏時間(勞 1)

那美國的工時情形呢? 聽說是 88 工時，還是 80 工時(胡方翔)
美國主治醫師是沒有限制工時的，他們完全靠協會，他們各專科的 society 去協商(勞 1)

日本的週工時是在 60 小時嗎? 是否有文獻證明(胡方翔)
有的， 日本的住院醫師大約在 68 小時，政府有規定(勞 1)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

在勞動部，他們查護理師工時是很硬的(胡方翔)
因為相對來講，他們對越基層的，就是越弱勢的越保障，在他們認為醫師是不太需要保障的團體，他們覺得醫師可以自我保護，這也是醫師為什麼不能很快獲得勞動保障的一個主要原因(勞 1)

8. 對於納入勞基法看法

這很難說啦， 就像三年前喊出住院醫師要納入勞基法，沒有人會理你，可是現在再講， 沒有官員跟立委認為這是不對的 (勞 1)
所以還有慢慢轉變的機會(胡方翔)
其實這是要看我們要什麼方式去訴求這些事情，譬如開盲腸炎，若要你在急診等二天， 民眾一定不願意， 但民眾可以改變將感冒改到地方診所就診， 把醫學中心讓出來給急重診患者， 讓開盲腸炎的可以馬上處理， 讓民眾知道這差別性在那裡(勞 1)

有立委願意幫忙修，對， 你剛有問到代表性的問題，政府要示出誠意，要讓住院醫師納入勞基法，要知道這是趨勢，立法院也有太多會議記錄在講要納入

勞基法，政府示出善意讓可以代表醫療勞方的人進入健保會，進入衛福部的醫療政策會議，那現在可代表的就是醫勞盟啦，還有護理的工會，雖然它人數不是很多(勞 1)

但這點好像他們沒有辦法接受，就是加入健保會跟醫療政策會的問題，他們沒辦法接受(胡方翔)

他們不是沒辦法接受， 是因為名額有限(勞 1)

可健保會內有院長夫人可以參加，這似乎很怪異(胡方翔)

我們現在跟醫師工會全聯會慢慢有改革的聲音，我們醫勞盟可以支持， 但由你推薦我們進健保會，至少要有勞方代表(勞 1)

但具體的做法， 醫勞盟可以提您的候選人嗎?也沒有，若以一個團體來講必須要有力量可以自己提出後選人，醫師公會的後選人醫勞盟要有自己的能力去推薦.所以公會永遠都是被掌控的，公會不改革很難進步(胡方翔)

所以我說不用理它， 我們取代它就好了，工會-全國性的並沒有針對那一家醫院，讓大家先來加入增加我們勞方的代表性，才能爭取談判地位，假如剛開始大家有疑慮可以不用說是勞方， 可以說是員工或者受雇者，大家先來參加後有一定的代表性，政府只能邀請你，像衛福部有些會議都是秘密進行的，我們會去參加都是我們自己發文去說我們要參加，因為你們開會沒有勞方代表，所以我們要去參加(勞 1)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

台灣是走歐洲體系的， 有基準法，美國確實是有一些個別勞動條件放在一般的.. 譬如說醫療現代化法案（Medicare Modernization Act of 2003）裡，我跟醫事司訪談時，他們主張放在醫療法，醫師法或者放在評鑑內，您的議建如何(胡方翔)

我們是反對，假如勞動條件是放在特別法，主管單位就是衛福部，若放在勞基法主管單位就是勞動部，假如是規範勞動條應該是要放在勞動部才對，全國適用的東西，但若主管單位是衛福部，而衛福部自己也開醫院，結果老闆球員兼裁判，本來就會不公平，現在評鑑也是這樣，這是我們最大疑慮，我們當初有談後來破局，是因為我們堅持假如先用特別法譬如像醫療法來規範工時，我們答應的前提是你要先公告什麼時候那入勞基法，不管什麼時間點，只要衛福部先公告全國住院醫師何時可以納入勞基法，這中間先納入醫療法我們都同意，過渡我們同意，可是只有這樣我們不同意， 但放在醫療法，醫師法至少比評鑑好(勞 1)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章,因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷

對於健保法點值的設定當年的代表醫界其實就是公會，但當時公會並沒有計算勞動與風險成本， 所以有關這點該如何突破(胡方翔)

對， 沒錯， 所以我認為這突破是要從專科醫學會開始，然後跳開勞基法，我們是希望每個專科醫學會去訂定自己的勞動成本跟風險成本，重新跟政府議價，這才是重點， 就算不納入勞基法，還是得訂這個， 不可以讓資方代表大老跟政府用喊價的，都只有訂醫材成本，忽略勞動成本跟風險成本(勞 1)
其實醫療最大的成本還是在人， 人有各種風險又有勞動的問題，但目前為止這二個議題好像還進不了專科醫學會,關於專科醫師學會改革又該如何突破(胡方翔)
其實我知道有很多醫師是因為他不懂，而且又怕得罪醫院跟政府，就像我們急診醫學會一開始也是這樣都很反對，醫院要找的也是要聽話並且跟官署關係要好的(勞 1)
其實你的想法是對的， 下一步也應該是這樣做， 若馬上要醫學會改變有點難，可是至少我們從研討會或演講開始， 讓他們慢慢改變..其實他們自己也知道，像 DRG 要推時， 醫學會為什麼也站出來，因為他們認為這麼少的錢要我們做一整套的服務而且還不可以出錯,這些年的廉價健保點數讓學會知道 DRG 裡面完全沒有風險成本，也沒有勞動成本，就算你是主治醫師或者是合夥關係，還是要保障自己的勞動付出跟風險保障(勞 1)
我覺得還過度低估， 由其是現在台灣的司法制度有關醫糾訴訟成本與賠償金非常之高(胡方翔)
其實美國的 MEL… 團體協約， 那個講的非常好，把它精神表達出來， 讓各醫學會去看人家的這樣做的，這樣才可以跟政府談判，譬如說心導管固定的成本是什麼 (勞 1)
可是現在談還是在健保框架下談出來的，所以還是沒什麼用(胡方翔)
沒關係， 我們已經多次跟衛福部人員談， 可是他們說民眾不會願意多付錢，但是這就像當初談勞基法醫院會跳腳，但其實不一定會付出很大的代價，只是非急重症需要等而已，像看感冒何必讓病人到台大掛急診，換個人工關節今天掛號明天可以開刀，全世界也只有台灣是這樣(勞 1)
健康是人權， 現在如果任何人權縮減一定會反彈，民眾會質疑，不讓人自由掛急診，民眾自己也不清楚病情重不重，流感重症初期也像感冒，而且萬一延誤病情，誰能負責啊，所以很困難是在這裡(胡方翔)
是沒錯，如果要２４小時滿足病人診療需求，沒有足夠資源沒辦法，總是要慢慢改，康健雜誌去年 5 月份做了一份調查，接近 7 成的民眾可以接受漲價或者是等待，輕症可以延後或者是等，只要是醫療品質可以進步，民眾都願意並可以接受，但立法委員很在意選票，誰敢提出來這個修正案管控病人端，誰的選票就可能不見了，所以沒有一個在政治上可以突破的點(勞 1)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異

請問您認為住院醫師跟主治醫師要如何區分呢?光是主治醫師又要分二種，一

個是醫院，一個是開業醫，若是開業醫一定會反對，因為開業醫對於醫師的聘用會影響到經營成本(胡方翔)

我們覺得有專科的主治醫師是可以獨立處理，fellow 就比較尷尬一點，反正主治醫師跟住院醫師應該要切割，簡單來區分，主治醫師若有聘雇的事實，你不能完全主導，要配合排班..這些可能是特殊的勞雇關係，不能完全是合夥關係，假如是診所的合夥人，本來就不需要納入勞基法，因為他不是聘雇，但若是受雇於集團診所或個別私人診所者，雙方可以自行談判契約，條件可能更優渥也不一定要勞基法。例如本急診醫師是完全受聘雇的，完全排好班，但有些名醫變成是他在支配醫院，因為病人是憑他的名來的，他可以跟醫院談什麼時候來看診要收多病患，像這種人就不必納入勞基法(勞 1)

我的看法是—主治醫師納不納入， 應該說原則上是可以納入，他如果是受雇者由他來舉證，若他不是受雇者或他不想舉證就沒有受雇的問題，如果他的權益受損由他來舉證他的勞雇關係存在即可，不知道這種想法您同不同意(胡方翔)

同意，但有些人執著在全要或全不要，這樣很難，因為主治醫師有很多種型態，初期分開較好處理(勞 1)

住院醫師得到保障後，那主治醫師過勞怎辦(胡方翔)，

這就是問題所在，可是一切都要回到勞資的對等關係，相對關係，住院醫師跟主治醫師誰有籌碼可以跟醫院談判， 當然是主治醫師，主治醫師內部也有二種聲音， 一個是主張不納入，另一個是台灣的健保醫療其實已經是半公益的，半公益而且壟斷的醫療體系，整個大環境若不是用整套法律制度去保障，讓基層醫師自己去組工會，做談判協商，我覺得政府很沒有責任感，因為整個訂價權在政府，然後外包給財團，然後讓員工自己去跟財團談判，那有這種道理，因為主要的計劃者是政府，財團只是一個承攬，應該是政府要去承擔這種勞資關係的對等，健保法內當然要規畫勞動成本(勞 1)

沒錯，勞資關係本來就包含勞資政，政是一個很主要的調節者(胡方翔)

16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

勞動人權的觀念將來應該是會慢慢的普及，以前的觀念很落伍， 包括現在醫院經營者也是如此，醫院經營者不願意將醫師變成勞動者身份，醫院希望醫師是可以受我管控但不是勞動者，不要有勞動者的保障， 像我們現在醫院沒有住院醫師， 現在一個 NP 搭配一個主治醫師才可以值班，有問題先找 NP 後再找主治醫師， 可是主治醫師沒有得到休息，隔天還是要照樣看門診照樣上刀，原給住院醫師的值班費切分二塊， 一個給 NP，一個給主治醫師 ON CALL 費，成本上沒有變化，所以醫院也不會想改變(胡方翔)

我跟一些重要的幹部說， 現在氛圍已經出來了，住院醫師納入勞基法也已經是趨勢了，譬如住院醫師的代替人力 NP 也開始了， 其實醫院也開始計算成

本，現在最要緊的是去訂定合理的勞動條件，誰可以訂定呢?就是專科醫學會，沒有其他單位可以代替(勞 1)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

我覺得現在的公會就不用管它了，我們就另外成立工—工人的工—工會(勞 1)

但因為他們(公會)有法規上的保障，但掌控了我們職業執照的登錄跟 RENEW，所以這就是他佔的優勢處(胡方翔)

所以我們也要打這塊， 現在有立委主動跟我們談要將醫師公會控制執業證照的這部份轉移到工會來(勞 1)

應該是要這樣的， 其他國家也都移到工會去了(胡方翔)

問題是第一我們還不是工會，第二沒有代表性， (勞 1)

醫師法第９條是保障公會，若沒有加入公會不得執業，這條應該要修成「選擇加入公會或工會」才對(胡方翔)

18. 醫師公會是否有協商權

19. 醫師籌組工會之看法

我們內部討論，有些人想成立工會，他們想法改很單純就是爭取醫師的權益，我也同意因為醫師的權益在健保制度下的是很差，可就正當性而言，我們認為要改革是整個社會氛圍要先起來，因為過去也曾經有醫師去抗議，當然是地方公會號召，可是那效果都超差，公會根本沒有法律上去街頭抗爭的正當性(勞 1)

而且很快就被人貼標籤(胡方翔)

對，所以我們就單單從醫師的權益為出發點，其實現在就有工會了，很難改變社會的觀感跟氛圍，我們在送內政部登記之前還在爭執，就是要不要把病人拉進來，最後大家投票， 核心的幹部都覺得說還是要，所以醫勞盟全名很長—醫療勞動正義跟病人安全促進， 所以會有病人安全進來，因為沒有病人安全我們會覺得無所本(勞 1)

等於是一個核心價值；但是沒有勞安就沒有病安，優先確保醫師勞安，是更上位的公益(胡方翔)

對，假如病人不納進來那我們就直接做工會就好了，結論是要麼就做工會，要麼就ＮＧＯ把病人納入，我的想法是要改變社會的氛圍，我認為不管那方面的改革，教育也好，醫療也好，政府也好，透明化是最重要的一個因素，所以要有所本，要讓整個社會跟著改，應該要先把醫病綁在一起，所以就先送ＮＧＯ但工會我們並沒有放棄，要先看氛圍到那裡， 因為要成立全國性工會還是要從地方性工會先出來，下一步我們一起組成全國性醫師職業工會(勞 1)

由地方包圍中央，目前蠻困難的(胡方翔)

很多人出來組協會都是本位主義為主，這是錯的，工會是大家都參加，誰是頭不重要，門檻越低越好，會員多才有代表性才可以談判，若個人主義很強的出來做會長更不好，一下就被打掉了(勞 1)

所以會長要有一定的高度即可，包括道德上，理想上(胡方翔)
所以現在應該差不多時機可以出來成立工會，但產業工會，企業工會，職業工會都不一樣的條件，我還沒有研究很清楚(勞 1)
我的研究的結論還沒有下出來， 不過我的研究方向應該是跟您的理念蠻接近的，先從醫學會改革，然後醫師公會改革，之後才會有工會，但我覺得這前二個改革是非常難的門檻(胡方翔)
但我覺得醫師成立工會後應該比護理容易成長， 因為護理人員卡在會費問題上的瓶頸， 反而醫師對於會費不太有意見或者不計較，護理人員認為已經繳費給這個公會了，為何還要繳給另一個工會，公會人數這麼多都沒法保障會員，護理人員對於工會有何功能仍有疑慮， 經濟效益考量較大，但我覺得醫師工會應該有機會壯大(胡方翔)

20. 醫師參加勞資會議

貴醫院是否有勞資會議? 醫師是否可以參加(胡方翔)
有， 醫師可以參加，我就是委員之一(勞 1)
但你代表勞方還是資方(胡方翔)
我代表資方，因為本醫院的分法是有適用勞基法的人員才可以代表勞法，所以主治醫師不適用， 而我們上個星期才討論過下次要讓住院醫師來參選(勞 1)
可住院醫院也不適用勞基法啊(胡方翔)
因為這是衛生局訂的，勞資會議是要有共識決，只要其中一個人反對就沒辦法做決策(勞 1)
但是議題有沒有經過篩檢(胡方翔)
大部份是 reactive，譬如有人去抗議了，有人去投訴了，勞檢有問題了，或勞動局來函，大家就要討論(勞 1)
所以向政府機關反應是有效的。目前勞檢不會針對醫師， 大部份都是針對護理人員或其他人員(胡方翔)
對， 但也有醫師去投訴， 但勞動局回覆你不適用勞基法，所以也不了了之(勞 1)
不過勞資會議的定位有些問題，它並不是勞資的對立關係，而它應該是一個員工會議，所以定位員工會議，理論上來講主要是員工對於工作上的任何問題都可以提出來討論，員工會議將來可能會叫做員工董事的前身，將來員工也可以加入醫院的經營，你有聽過企業民主或公司治理民主制度嗎? 醫院治理可以採納嗎(胡方翔)
我們現在正在跟幾個立委談這方面的事，就是要讓勞方的代表進入董事會， 大部份的委員都同意，但資方一定會反對， 所以不知道最後結果會如何(勞 1)

21. 醫師如何協商勞動條件

其實工會就是避免個人主義，避免單打獨鬥，其實團體出來談判， 老闆也省事(胡方翔)
工會有一點困難，因為專業科別的屬性它沒有辦法全面掌控，所以我才說專科

醫學會是比較關鍵的，就急診來講，急診的 PAY，全國不同，但同一個地區會差不多，因為學會規定就是如此， 而且因為證照問急診人員不可以是外包或派遣(勞 1)
所以各專科的山頭主義，這也是需要打破的(胡方翔)

所以您認為比較能代表醫界的是由各專科醫學會先出頭做內部整合，那我們現有的公會在功能上能不能發揮呢? (胡方翔)
工時，內容，成本，因為各專科不一樣，沒辦法一個制度適用全部人，這個要專科醫學會去訂定自己標準，若資方沒有落實，第一線受雇者要有工會作後盾來保障，當然有少數國家它是由協會或學會來做團體協商，我覺得整體制度還是要有工會(勞 1)

22. 醫師勞資協商的代表產生

現在最要緊的是去訂定合理的勞動條件，誰可以訂定呢?就是專科醫學會， 沒有其他單位可以代替， 我為什麼那麼強調急診醫學會理事要直選，就是推動學會民主化(勞 1)
可是目前好像只有二家專科醫學會同意如此做，泌尿科跟急診科而已(胡方翔)
只有二個開始也沒關係，總是要有一點先突破，像這陣子急診醫學會的理監事也是被我們逼去跟衛福部談為什麼流感沒有處理，其實專科醫學會團結起來衛福部是最怕的(勞 1)
衛福部早就知道專科醫學會內部派系不團結，也清楚各醫學會沒法團結，公會制度更是政策黑箱，醫界不可能團結，菁英被看破手腳(胡方翔)

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

您知道目前為止， 醫院系統是限制罷工的嗎? 就是醫療罷工門檻非常高，即使將來全面納入勞動法以後，勞資衝突要先協商，協商不成要調解先行，調解破裂後還要勞雇雙方先協商必要服務條款，且工會要經過 50%以上的會員同意通過，才可以合法宣告罷工，都協商不成且調解破裂，雙方已扯破臉，還能約定什麼必要服務條款才怪(胡方翔)
這門檻訂很高是沒錯， 急重症單位不能停擺這是一點， 是 50%嗎? 很多國家都是只有 1/3 留守(勞 1)
1/2 是表決同意罷工的門檻。1/3 或多少留守由勞雇約定(胡方翔)
很多國家都是只有 1/3 留守，主要就是您所說的專科醫學會沒有發揮功能， 基本上每個部門到底需要多少人留守，才叫必要服務條款，這是只有專科醫學會才可以講話的。可是專科醫學會對這個沒概念耶，或是心態不願討論這議題。所以學會若訂不出來自己專科的人力成本與必要留守人力，這罷工權根本就是假的， 二分之一已經是高門檻了，可是必要服務條款才是真正的大關鍵， 因為很難訂出雙方都同意的條款， 況且就算雙方都同意了，但病人團體與輿論媒體可能會有不同意見， 因為如此病人的權益會受損，病人不會認為就醫受

限制是合理的限制，因為他們沒有普世勞動人權的觀念，他們會認為我們要爭取的是自身權益的保障，他們不認為是更大的公益保障(胡方翔)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

對，真的很困難，為什麼要參加工會，最重要的目的就是要取得罷工權，沒有其他更有力量的武器(勞 1)

那是有殺傷力武器，你若沒有了這個武器就是沒有了牙齒的老虎(胡方翔)

對，我們自己也評估過能合法罷工嗎? 不可能成功啦。罷工一定有殺傷力，勞方才能扭轉劣勢逼強勢資方重回談判，並取得較對等談判立場，只是醫療罷工還會傷及無辜病人，所以約定什麼必要服務條款是要降低副作用(勞 1)

可是國外都成功啦，主要是法規限制鬆綁問題(胡方翔)

整體社會氛圍成熟，都不是問題；但是要反問，搞到醫界不得不罷工，情況可能很慘，又是某人犧牲生命了；難道，現在不能努力做些什麼改變，政府更是有絕對的義務積極去事前規畫，預防醫療勞動環境惡化發生，而不是防堵罷工的消極心態。(勞 1)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

像美國最常罷工的都是護理協會而且是地方協會，我們也可以啊(勞 1)

因為他們協會已經被法律賦權， 如果有被賦予勞動三權就夠了，但我們尚不可能(胡方翔)

是得要先修法(勞 1)

醫師公會是人民團體法它沒有勞動三權，它沒有辦法有權利去要求協商簽協約或主張罷工，法律上確實是不行，所以跟國外差異很大。另外學會的差異更大，原因是我曾經跟我們的醫學會建議，但學會認會勞動條件或工作條件不是學會該負責的，因為學會是純學術團體，是做學術研究的，會員工作情況學會不管，學會根本沒有專業人力成本概念，所以這該如何做突破呢? (胡方翔)

所以我說一個改革一定要要先將觀念及知識改變過來，所以為什麼要先做醫勞盟，工會在後， 因為若一開始就成立工會沒有人會接受(勞 1)

所以時機點到了嗎? (胡方翔)

差不多，應該要開始了，因為最後的集結是蠻快的. 台灣的法律好像是只有工會可以做集體協商來簽訂團體協約(勞 1)

對，因為它直接適用勞基法與所有勞動法規(胡方翔)

政大的林佳和教授也建議我們可以成立工會(勞 1)

是， 我曾經跟其他勞動學領域教授談過， 他說我們醫師可以成立工會， 但我說我們醫師異質性很大， 不夠團結， (胡方翔)

對，而且很容易被打壓， 因為一成立工會院方會認為工會一定是要對抗資方(勞 1)

教授建議我們不要成立企業工會或產業工會， 我們應該成立職業工會即可，職業工會限醫師比較單純， 因為我們現在要對抗的是健保法，問題是沒有勞

動法的話，健保法是動不了的，如何讓健保法內有勞動跟風險成本概念，這個之後再來討論(勞 1)

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

請問您，您提到健保 DRG 制度沒有計算勞動跟風險成本，衛福部今年２月宣布３月要全面施行 DRG，發現醫界反彈的聲音如此大，所以臨時又喊暫停，認為事前溝通尚不夠充份。去年２０１５諾貝爾和平獎得主，是突尼西亞的ＮＧＯ－四方對話組織（Tunisian Quartet），以社會對話機制處理國家經濟社會問題，若台灣醫界推行社會對話應該能嘗試處理健保困境， 因為衛福部有委託政大研究計畫，所以想藉醫界的社會對話來對政策的宣導跟準備動作做的更好，問題是社會對話的產生是需要有代表性的社會夥伴問題，但光是醫界就沒有真正有代表性的勞動團體與資方組織，但是醫界勞動團體可以請醫勞盟或醫師勞動條件小組當代表，但醫界的人不一定會同意，說不定醫院協會就會反對，請問醫界勞方跟資方的代表要如何產生? (胡方翔)

應該不會反對(勞 1)

他們願意參加的是勞方團體還是資方團體呢? 理論醫院協會是要參加資方團體， 但他們面對健保也是受支配，可能不同意是資方身分，所以團體代表性就會吵不完了(胡方翔)

醫院協會是資是勞不重要，有參加有發言才重要，我們不會反對他們參加；我們現在說我們是醫界的勞方團體也應該沒有人會反對吧 (勞 1)

是， 因為已經有個勞字了，但代表性夠不夠呢?對會員約束性夠不夠呢？因為我們沒有辦法提出我們登記的會員有多少， 一個團體若會員只有少數個人，可以說是代表團體嗎? 誰要跟沒實力的團體來協商？(胡方翔)

請問醫改會有幾個人， 為什麼它都可以代表所有的民間病人， 像督保盟， 又有幾個人呢? 它根本也不是學會也沒有會員，消基會有幾個會員呢? (勞 1)

他只能說所有消費者都是它的會員，而且他們常引領輿論(胡方翔)

那全部受雇的醫療人員都是我們要代表的權益(勞 1)

但若要提出代表性的具體醫師會員數字是提不出來 (胡方翔)

目前很多團體對於會員都是沒有約束力的(勞 1)

若團體的代表對於團體沒有約束力，這對社會對話者是有非常的不利的影響，當你去談判形成共識時你的會員會不會接受，否則又會變成一個寡頭決策了，對話結果沒有任何效果，所以這代表性一直是社會對話裡一個很重要的機制，就像德國醫院有所謂的資方團體，那人去參加並在會議上簽字了，所有的醫院會員就會受拘束，並且要同意他的決議為共識基礎，才有進一步簽訂團體協約可能性，這樣的對話機制才有意義，否則就變成談話會了(胡方翔)

衛福部也曾經質疑我們的代表性，我們至少臉書有十幾萬人(勞 1)

這就是醫師沒有辦法有力量的地方，因為他說他反應的是民意，但因為醫師意見沒辦法整合，所以沒辦法反應醫師的意見，所以目前在推的研究最讓人傷腦筋的地方就在這裡，醫師沒有一個團結的團體，最後可能還是要回推到工會(胡

方翔)
這就是我們被政府吃定的地方， 像護理工會現在有三個成案的，但都沒功能，也沒有代表性， 才幾十幾百個人，而有登錄執業的護理人員有二十幾萬人 (勞 1)
所以即使有協商權，他們連協商的門檻都達不到，沒人要理(胡方翔)
所以我覺得工會不強真的沒有作用， 護理都是如此了，何況醫師；也許這時，醫界的社會對話機制，可以當作非正式的協商平台，代表性夠不夠就不重要，至少讓彼此有面對面真正對話，有助於勞資關係和諧(勞 1)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

那美國的工時情形呢? 聽說是 88 工時，還是 80 工時(胡方翔)
美國主治醫師是沒有限制工時的，他們完全靠協會，他們各專科的 society 去協商(勞 1)
問題是他們專科的協會有協商權呢? 目前為止，我們所有的公會都沒有協商權， 那他們是用什麼法律得到協商權呢? (胡方翔)
我也不知道耶， 但他們協會就可以罷工了，因為夠團結(勞 1)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

這也是我們將來可以建議的方向， 公會轉型工會是不是一個可以走的路呢? 我們醫師的公會可以轉型同時具有協商權跟罷工權就夠了，就不用須要成立一個所謂的真正的工會來主張集體勞動三權(胡方翔)
可以啊， 美國住院醫師可以分成二塊，一塊是 undertraining，住院醫師 undertraining，就談判的籌碼來看，住院醫師沒辦法談判，因為他還沒考上專科，他隨時被刁難都可能，所以他應該是要被法律特別保障的，不管是要在勞基法，因為勞基法只有在台灣比較特別的，國外不叫勞基法，它是針對特定的團體或需求，有特別的勞動法律，並不是全國適用的基本法， 勞基法是台灣比較特別的(勞 1)

有沒有可能我們仿照美國的方式加入特別法，主要是賦權的問題，即是要賦予它充足的勞動三權，本來醫師就是形式上有公會組織在團結，但是它沒有協商跟罷工的權利，如果我們把協商跟罷工的權利也放進去，你覺得可能嗎?還是醫療法內不適合放勞動三權的概念進去(胡方翔)
我覺得法有很多，但政府用那些法是在騙我們的，它是沒有辦法落實的，像健保法 43 條要分級醫療，可是沒有罰則(勞 1)
對沒有罰則其實就是虛的(胡方翔)
要用特別法沒有關係，但罰則訂重一點， 連續違規三次，醫院就降等或者停業，可是這不可能啊(勞 1)
但這不可能的原因是這樣會影響醫師權益跟病人安全(胡方翔)

31. 醫師科別屬性與內涵差異大,能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本

在醫界還有一個爭議， 有些醫師若以工時與時薪來做為他的薪資基礎時，一但有勞基法後他的工時受限，那他的收入是不是就會減少了呢? (胡方翔)

對呀，但這是沒辦法的事情，所以學會是很重要的， 因為按照科別及特性的不同，學會要去訂出合理的工時及 pay，應該要授權給學會(勞 1)

您有看過 Johns Hopkins 醫院工會跟雇主協商出來的團體協約嗎? 大約 200 多頁，裡面包括工時及將來工資要如何調整寫的清清楚楚(胡方翔)

美國就是這樣，他們授權給專科的學會，由學會去跟醫院談，而且他們都有自己的保險公司跟律師，還有國會議員支持， 所以依科別的不同與工作性質的不同訂定不同的 pay， 這才是正途，可是我們台灣的專科醫學會太沒有....(勞 1)

工時，內容，成本，因為各專科不一樣，沒辦法一個制度適用全部人，這個要專科醫學會去訂定(勞 1)

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

有一次開會我說醫院評鑑不是為了醫療品質，是為了健保給付(勞 1)

但公會學會都有幫忙背書,公會文獻都呈現評鑑是對醫療品質有正面效益的(胡方翔)

因為很多指標都是公會自己建議訂的，誰會自己訂做不到的指標(勞 1)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

醫師勞動權益保障對醫院經營的影響，您認為如何? 以醫院的經營者來講他一定反對的，因為這會增加成本，以身為醫師的勞動權益促進者，怎麼樣對醫院經營衝擊做一個緩和(胡方翔)

我曾經跟高層說過，醫院會什麼會存在，因為病人啊， 但醫病是在一起的， 你保障醫師的權益也是保障病人的權益，所以醫勞盟這三四年最大的功勞是讓社會知道醫病的權益是綁在一起的，現在不管是國會立委或專家也同意這樣的說法， 最近不論法律人投稿還是勞政，他們的方向也跟我們一致， 所以醫院自己也要知道這個趨勢;醫師公會全聯會，醫策會這些都算是資方代表，我每次都跟他們講，其實跟病人站在對立面是不會贏的，要如何改善，應該是說先保障醫療人員的給足醫療人員，醫院該去計算成本的要精算好，而我們的政府是無作為，不是不能而是不為，你只要把勞動成本跟風險成本計算出來，醫師公會本來就可為整體專業爭取議價的權益，問題出在不團結(勞 1)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九) 其他

(1)醫勞盟背景

你們會因為會務去請假嗎? (胡方翔)

醫院嗎? 沒有耶(勞 1)

所以會務不干擾你的工作啊， 因為所謂不當勞動行為，是說你因為工會身份，而受到歧視就不行， 還有如果你是工會幹部，法律上會附予你請假開會的權利，雇主不可以拒絕， 但我現在我還是很困惑， 醫勞盟到底是工會呢? 還是他只是個團體? (胡方翔)

它是社團，人民社團，我們申請的時候是內政部是人民社團，是ＮＧＯ(勞 1)

那是民國幾年的事情(胡方翔)

一下子想不起來(勞 1)

醫勞盟成立幾年了? (胡方翔)

第 4 年了(勞 1)

為什麼不直接朝工會前進呢?還是說沒辦法(胡方翔)

我們成立醫勞盟之前醞釀了快一年多了，剛開始是因為 fb 在台灣起來了，然後我們每一個人都申請看看，我也申請看看，我本來在急診界裡面算學生比較多，我的 fb 常常就會有一堆人來討論急診政策， 急診為什麼那麼忙，沒有分級醫療，急診暴力的，都在我的 fb ，剛好有一個機會可以成立粉絲專頁，我就跟另外二個也是急診專科醫師，我們來成立一個粉專，就叫搶救急診室，現在也還在運作，半年後才成立醫勞盟(勞 1)

有現在還有 po 文，我都有追縱(胡方翔)

搶救急診室成立以後， 就往更多人集中討論急診相關的醫療政策，也還蠻有意思的，那時候因為剛好是過年病人很多， 也是有流感，有急診暴力， 看診等久了就會起衝突， 粉絲很多都是急診醫師，還有護理人員，他們就做了很多見意， 急診要 24 小時監控，要有警察進駐，至少要有警衛，要限制陪病人數..等(勞 1)

所以大概 5 年前的事情了(胡方翔)

5，6 年前了， 5 年前了，醫勞盟跟搶救急診室也差不到一年，好像差個半年吧，我們都講的有條有理， 我就回去把它整理起來， 你也知道我們台灣的專科醫學會真的沒什麼用，那我們就說我們直接去找衛福部談，就以搶救急診室的名義，衛福部說你們又不是團體，只好拜託急診醫學會的長官，就一起來去找衛福部， 那時剛好邱文達部長，..那時好像還是署長吧，他也聽到了，媒體也會去報導，他說就找急診醫學會，搶救急診室的管理者也可以一起來，那時就給衛生署建議一些急診暴力的改善措施， 那時邱署長也覺得不錯，就下了一些行政命令，就跟我們所講的差不多， 就是 24 小時要錄影監控，要有門禁，

要有警衛，駐警不行，內政部說因為警力不足，還有一些措施我現在想不起來，好像有 5 個措施，也下了一個文 (勞 1)
我的指導教授覺得好有趣哦， 成立一個社團， 虛擬的，可以凝聚大家的共識，就能影響政府做政策，他就請他醫學資訊所的學生寫了一篇 paper， 結果投到 lancet ，它是一個 commentary， 那時 lancet 也接受了， 媒體也大幅報導說 fb 的影響力也不錯可以影響政府的政策，那時真是台灣第一件， 現在已經很平常了， fb 的影響力媒體都會來抄，然後大家就覺得說 fb 不錯，就更多人來搶救急診室，那時粉絲爆增，他親自打電話說搶救急診室可改成搶救白色巨塔，但因為我們主要是以急診為主，若改名字似乎不太符合， 所以又另外成立一個搶救白色巨塔的醫療粉專，這中間還有一段就是白色巨塔很封閉，很多事情沒有辦法公開討論，民眾聽到會嚇死 (勞 1)
反正要改革，我們就建議說先做 fb 的秘密社團，主要都是醫師，那裡就已經在討論要成立工會，其實有二派，有一派說要成立工會，另外一派說要成立 NGO，就分鴿派跟鷹派，我是比較偏向成立 NGO，等下再告訴你原因，你也知道醫師都是嘴砲蠻厲害的，可是實際上… (勞 1)
實際上行動參與的人真的很少(胡方翔)
真的很少， 少的可憐， 最後有幾個關鍵人我，蔡阿男，…… (勞 1)
都是大砲級的…(胡方翔)

訪談稿 3(勞 2)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

您了解現在台灣醫師勞動的狀況，依您個人來講您的週工時大概是多少? (胡方翔)

住院醫師時大概 90 小時左右，目前在當替代役，沒有什麼工時可言(勞 2)

您有將學習時間(晨會等)算進去嗎? (胡方翔)

晨會基本上是有算工時的，我們人都在醫院了；會目前有二個判決包括奇美醫院和長庚醫院的法院判決，都把晨會記錄在工時當中(勞 2)

2. 醫師的值班狀況

過去您在當住院醫師時，一個月大概值幾班(胡方翔)

大概 7 班吧(勞 2)

一個月 7 班已經算有限制了(胡方翔)

因為北榮的住院醫師比較多，所以一個人排的班數會比較少(勞 2)

那你們當初的排班狀況是由總醫師決定的，還是可以協商(胡方翔)

有協商的機制，不過大體上還是先由總醫師決定，可是還是以科部的人力需求為主要考量(勞 2)

對於不同科部的異質性差異那麼大， 如何去統整這之間的勞動條件差異性呢? 譬如有些科沒有值班，有些科有值班，如何去做整合或工作條件的統合呢? (胡方翔)

我們在做勞工運動時， 粗略來說， 我們分成內科系跟外科系還有不用值班的小科系，基本上我們不太處理小科系的問題，因為相對來講比較不會有過勞的情況發生，所以我們主要處理的還是內科系跟外科系的問題(勞 2)

3. 醫師的工作條件

若現在有關於各科的工作條件由它的醫學會來做基礎的標準，您對此有何看法? (胡方翔)

我個人的想法是不需要到次專科醫學會來決定，因為其實只要大致分成內科系和外科系就足夠了， 不需要說耳鼻喉科醫學會或者其他醫學會都要來決定科別的工時，我想應該是沒有這個需要(勞 2)

你們組織的規劃裡面內科系的週工時能夠跟我們目前的法規接軌嗎? 目前有一個叫住院醫師工作指引(胡方翔)

目前內科系的住院醫師週工時基本上是符合住院醫師勞動權益保障參考指引，基本上內科系是可以符合 88 工時的(勞 2)

所以變成外科系比較困難(胡方翔)

對，外科比較困難(勞 2)

其實外科系除了骨科、神經外科、泌尿科、整型外科是比較特殊外， 目前其

他外科好像也是可以符合(胡方翔)
我不知道學長看到的是不是衛福部評鑑的資料(勞 2)
是評鑑資料， 對(胡方翔)
因為我們自己有做調查，但這調查還要再晚一點才可以出來， 但目前看起來可能大外科平均有機會符合， 泌尿科也有機會，但骨科沒有辦法，神外和整外不可能， 神外科是最常超時的，當然外科裡的五官科包括耳鼻喉科、眼科，就是外科裡的小外科，這些是相對還好， 不過依北榮的狀況來講，北榮的耳鼻喉科、泌尿科也絕對超過 88 工時，所以我們目前的想法還是把它分成內科系跟外科系，而且工時用平均的，是騙人的，我跟郭台銘平均的薪資比學長高，有意義嗎(勞 2)

4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係
6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

我在訪談的過程中有訪談過一些官員， 他們認為美國對有關勞動保障限制的制度也在做檢討，他們認為有可能會影響到訓練或醫療品質，您對此有何看法? (胡方翔)
您指的是工時限制， 美國的證照是這樣， 就是 2003 年有第一階段的工時限制，那時的主要內容是 PGY1 主要工作時間不得連續超過 24 小時，週工時不得超過 80 小時，到 2011 年時有做修正，因為主要是在這幾年當中，就是 2014 時 AEJN 出了二篇討論工時的文章，主要是在講 NDU 住院醫師連續值班 24 小時以後的意識跟酒駕的人差不多，因為這樣文章的關係， 所以在 2011 年就把 PGY1—美國的 PGY1 就是我們現在的 PGY1，但有點像是 R1，美國就把 PGY1 的工時改成連續工工作不得超過 16 個小時，週工時還是 80 小時， 在 2011 年修改後造成醫院很大的反彈，如果有看美國醫學教育的文章會發現他們主要著重的點不是在於單週 80 小時， 而是在於連續工作 16 個小時，所以從那之後尤其是外科系的期刊就有在做有關工時限制跟訓練及醫療品質，還有跟住院醫師的福祉跟健康之間的關係，目前的證據其實莫衷一是，就是工時限制後情況不會更好也不會更差，沒太大差異，主要做出來的研究是這樣(勞 2)
但是在我訪談過程中你們跟官方的說法有落差， 因為大家都會取對自己有利的文章，官方認為你們頻繁的交班，病人的 shift 會造成你們自己的訓練可能使將來的醫學技術跟醫學知識變成有下滑的趨勢， 我不知道他們是引用那一篇文章，但他有說這文章是有發表的，請問您對此又有何看法(胡方翔)
我好像知道你訪問那一位官員， 但不管他，反正他們所讀的文章絕對不會比我們多(勞 2)
我的意思是說他們會舉對他們有利的文章， 那你們如何跟他們溝通呢? (胡方翔)
當然用我們讀的更多的文章跟他們溝通，但他們也不會理我們，您剛才所提到的那篇文章， 就是今年 NEJM 有一篇外科文章出來。之前最常見的 NS 的文

章，是在 2013 還是 2012 美國 NS 期刊出的，那篇文章最有顯著意義的就是，它發現 complications 會增加，但是 overall mortality 沒有增加，但在這之前最常被人引用的就是這篇 NS 的文章，今年 NEJM 又出了一篇文章， 它把外科住院醫師的工時分成彈性組，就是沒有受 16 小時限制，甚至也沒有受 24 小時限制，但總工時還是 80 小時，及不彈性組，因為這研究的目的是要指出就算增加彈性也不造成住院醫師的福祉下降，也不會造成病人的危險增加，這實驗的結果的確是告訴我們說用有彈性的排班也不會因為過勞造成病人照護品質下降，在今年一月 JAMA 也有出一篇最新的文章，所以我們也是能一直去 update 最新的文章去跟官方回應(勞 2)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

但您講的這東西在公會跟全聯會的看法中，他們也認為主治醫師異質性太多，再加上有的受雇於醫院，有的是自己開業，所以他們站在整個醫界的立場上也不支持全面納入勞基法，有關這點又該如何處理呢? (胡方翔)

其實醫師公會現在是支持醫師納入勞基法的，他們其實從 SARS 之後到現在有過好幾次轉變，但總之現在是支持納入勞基法(勞 2)

如果換一批人後是否會改變呢? 因為公會本身並不是一個民主機制，也不一定有何政策延續性，它並沒有變成共識決， 它是由少數人寡頭就可以決定也可隨時改變的一個地方，所以如果理事長或秘書長換人或有個人的意見轉變，就有可能整個風向變了(胡方翔)

因為下一任理事長有可能是邱泰源醫師， 就我所知他是支持受雇醫師納入勞基法的，所以這個問題不是很難，雖然醫師公會有可能會變來變去， 但一旦他們若做出了決議至少在 3 年內不會變(勞 2)

官方有提到一份文件說，若現在就納入勞基法有可能會造成醫師缺口達到 4000 人，所以才會認為藥 8 年後會增加一些包括公費醫師將人力缺口補齊，您覺得這樣的講法合理嗎? (胡方翔)

其實這都是騙人的，這 8 年是當初前司長算出來的，我覺得他的算法怪怪的，他沒有用什麼根據來算(勞 2)

可是他是委託醫策會跟國衛院去做計畫研究出來的，包括熊昭博士做出來的結論也是這樣子(胡方翔)

熊博士做出來的研究，不是在講住院醫師的問題，而是在講整體醫師人力的問題，而且熊博士的研究，他的算法很有趣， 他是用醫師的當量去算的，意思就是他把每個外科醫師的工時設定成一個數字，這個數字是用電腦資料庫去跑出來的，再去算我們的醫療需求是多少，因為有人數有工時就可以算出供給，然後再有需求就可以算出有沒有短缺，熊博士的外科醫師當量是 60 小時，其實他做這個研究做的很好， 但因為是用電腦算的，一定會有一些局限在，不可能完全反應現實狀況，外科醫師的週工時是 60 小時，內科才 40 小時， 用

這個當量去算一定會人力短缺的，其實並不是這個研究不好，而是不符合現實，外科工時應是 70 小時，內科是 60 小時，那有這種可能，至少在北榮外科幾乎是 365 天全年無休，那有 70 小時；另外再說，在非醫學中心的地方，早就多年根本沒有住院醫師，只有主治醫師加 NP 在照顧病人，這跟住院醫師納入勞基法一點關係都沒有，所以有可能會出現人力短缺的只有醫學中心的外科，但這人力短缺就我來看是很少很少，只需要多請幾個 NP 或刀助(開刀房助理)就可以補齊了，所以我覺得這就是衛福部的話術 (勞 2)

所以您確定督保盟是支持的嗎?督保盟認為有可能會影響到病患就醫權益，包括病患的等候時間，或者手術排程會影響，需要配套(胡方翔)

但是他們還是支持醫師納入勞基法，這是無庸置疑的，督保盟和醫改會都支持住院醫師納入勞基法，甚至醫師公會也支持，勞動部好像不反對，所以現在只卡在衛福部了。因為醫師納入勞基法並不是一件很了不起的工程，它只需要個行政命令，依照勞基法第三條，勞動部有權力公告那些行業適不適用勞基法(勞 2)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

你知道醫事司去年有個時間表叫做 8 年後納入勞基法，請問在這個過渡期間您認為是以醫院評鑑還是以特別法包括醫師法或者醫療法內加入勞動保障的專章專文就好嗎? (胡方翔)

其實我們的主張是現在就可以納入勞基法了，不需要過渡更不需要 8 年，因為除了某些外科以外，其他的住院醫師都符合 88 工時，故人力缺口根本不大。其實我們自己調查過發現這些外科譬如神外、整外、骨科也沒有很想要縮短工時， 就像美國的例子， 他們不想要這麼硬要有一點彈性；我覺得我們現在就可以納入勞基法， 用 84-1 責任制工時， 之後再來談是否外科系的住院醫師再另外訂個 90 小時的規範工時，這我覺得都不是問題(勞 2)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

但我想跟你分享一個訪談的經驗，因為我們也有去訪談勞動部，但勞動部並不是非常想管專業醫師，關於這點等下你可以回應， 另外，以衛福部立場來看，它認為主治醫師有能力自我保護，而且主治醫師因為彼此之間利益的關係，並不希望工時縮減，因為主治醫師是績效制，工時縮減的話會造成績效下降，您對這二點要如何回應? (胡方翔)

這就像您所說的勞動部不想接衛福部也不想放，所以就會卡在這邊，但這也沒辦法，我們只能一直逼他們，一直逼看有沒有機會囉。其實薪資問題在勞動法界來說，就是端看你的受雇契約是屬於勞動契約還是承攬契約，若是承攬契約的話，就不屬於勞工，若是勞動契約就屬於勞工，在勞動法上如何去認定是否為勞工，就是要去區分你的受雇契約是比較像勞動契約還是比較像承攬契約，

但這在台灣已經討論非常多年了，舉個比較著名的例子就是保險業務員，保險業務員看起來像是獨立作業而且也是業績制，那他跟保險公司之間的關係到底是勞動關係還是承攬關係，這個問題其實已經討論很久了。拉回來講，我們想跟醫院簽什麼樣的契約是我們的自由，如果主治醫師希望自己的身份比較像是承攬而不是勞動契約的話，那他可跟醫院去爭取，其實理論上這應該是受聘雇者的契約自由才對；如果是承攬制的話就應該去討論契約內容中有沒有各式各樣的懲罰條款， 譬如說門診遲到要罰錢，或者醫院規定一定要值班或是去支援，這種契約內容都不應該出現在承攬契約當中，所以以勞動法的觀點來說，並不會存在說主治醫師為了擔心自己的績效制度受到影響而不想要變成勞工，這其實是個假問題， 因為你不想變勞工就不要變勞工，只要簽承攬契約就好了.只是承攬歸承攬， 勞雇歸勞雇，這必須要分清楚(勞 2)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通

14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷另一個比較卡住的地方，因為已經我有訪問過醫政的官員，他們認為第一因為健保法是總額給付，它裡面沒有所謂的人力專章，所以對於人事成本的增加是沒有辦法因應增加給付的，如果加入勞基法後醫院有可能因此要增加人力，如此利潤就會壓縮，這樣就會得罪資方.第二如果為了要符合勞動法將工時縮減，就會得罪病人方，因為病人就要等候，所以他既不想得罪資方也不想得罪病人方，因此對於只有 4 萬多人的醫師就沒有這麼急切需要保護，因為他要面對的是更強的資方跟更大群的民眾，關於這點您有何意見? (胡方翔)

像我剛才所說的如果用 84-1 條以 88 工時的條件納入勞基法的話，我不覺得會有很大影響，雖然現在確實是有很多主治醫師很辛苦，但他們的工時也不可能達到單週 88 小時，所以將主治醫師納入勞基法並沒有所謂服務減少的問題，就像我剛才所講的住院醫師也只有醫學中心的外科有這個問題而已，而醫學中心要增聘刀房助理跟 NP 的人數，我相信也不會超過全國 500 人，甚至可能不到 100 人，只有這樣子的人力差異而已(勞 2)

目前已經很多主治醫師在病房值班，週工時在 60 左右，住院醫師工時限制，排班彈性會下降，主治醫師勢必會多排班，週工時一定跳升，年齡與健康會是很大問題(胡方翔)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異

住院醫師跟主治醫師二者之間， 其實住院醫師只是一個過渡，目前在醫政上主張對勞動保障二者要區分，您對這二者有何看法? (胡方翔)

我們一直以來的主張就是重點不是你職位的名字，現在內科系很多 CRV(資淺主治當總醫師)， 甚至當到主任還是要值班，其實在法律上也是一樣，重點是在工作的內容，並非醫院說你不是受雇勞工而就不是，而是你實際工作內容與從屬性是什麼，在勞動法上有些條款要去決定，包括人格的從屬性， 經濟的從屬性，和組織的從屬性，來去界定到底是不是勞工，所以衛福部的官員一直

有一個迷思就是認為住院醫師比較像勞工， 所以先保障住院醫師， 主治醫師比較不像所以先排除主治醫師，但這個邏輯是不對的，應該是說只要是有部分從屬性的都要有保障，不管是主治醫師還是住院醫師，這才比較符合勞動法的邏輯，這也是為什麼我們一直強調不能只讓衛福部來管醫師勞動條件，因為衛福部完全沒有勞動法的概念存在，若給他們管的話一定不會有好結果(勞 2)

16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

您認為工時超過的科別跟人力缺口之間有沒有關連性，但如果有關連性的話表示這些科別將來會面臨更嚴重的人力缺口，工時就會更惡化，您覺得這個關連完全沒存在可能性嗎? (胡方翔)

外科系的主要問題是要上刀又要照顧病人，所以工時會非常非常的長，我們自己所想的解決方法就是利用 NP 來照顧病人，然後住院醫師上刀，這是我們的想法，當然可以搭配類似國外的 Hospitalist 共同照護， 那至少要增加 NP 或 Hospitalist 人力，但主要的重點是共同照護制度，外科系 routine 的病人相對單純，但一個刀有時也會收到一些爛 case，這種病人可能要有內科醫師或 Hospitalist 來 combine care 比較好，就是不能只交給外科醫師，也不能只交給 NP，最好是可以 combine care，必要的人力也有限，我們主要是看美國和英國的經驗(勞 2)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

你們現在要成立的到底是產業工會還是職業工會呢? 若是產業工會的話按團體協商法必須要會員的穿透度超過 1/2，我想任何一個醫院包括護理人員來講，沒有任何一個醫院它的工會會員達到 1/2，所以產業工會根本就沒有協商權(胡方翔)

還有企業工會啊，工會法修法以後有三種工會，企業工會就沒有 1/2 門檻的問題，如果是產業或職業工會要在某家醫院罷工的話，該家醫院的勞工要有 1/2 是工會的會員(勞 2)

但您知道企業工會受打壓的情形可能比你想像的還嚴重，所以目前企業工會的運作是不順利的. (胡方翔)

也不能說是受打壓， 在漫長鬥爭的歷史當中，他們會互相馴化， 也就是說工會會知道資方的底限為何， 而資方也會知道工會的底限為何，他們有點像是在跳華爾滋，所以我不認為是打壓， 它只是一個漫長的互動的結果，這個問題的重點還是在於你的爭議行為跟你的協商層級到那裡，如果你的目標是健保的話， 恐怕不是任何單一個工會可以處理的問題，也就只有醫師公會全聯會或全國總工會才可以處理了(勞 2)

18. 醫師公會是否有協商權

台灣的公會全聯會因為醫師法的關係，它有強制登錄跟更新執照與收會費的權限，所以它有受委託可以行使公權力，醫院也會代扣會費，這也是它壯大的原

因，也是它主要的法源基礎與財源基礎，工會就算可以成立但它的壯大基礎可能很困難，既然沒有壯大的工會， 我想不管是協商或爭議都會是空的.所以您對醫師法上規定要強制納入公會，這個條款您有何意見? (胡方翔)

我知道美國的醫師公會是沒有強制入會的，日本好像是不要強制入會，但這要看你爭議的對象或者層級是什麼， 如果是一家醫院是一個醫院的企業工會要有爭議行為的話， 就跟全聯會沒什麼關係，因為那一家醫院內部的事情(勞 2)

我的意思是在沒有工會或工會沒功能前提下，讓公會轉型為能行使勞動權的可行性？(胡方翔)

醫師公會全聯會要強制入會與運作情況這些我沒有研究，目前公會體制不民主若有勞動權，說不定勞工會更慘(勞 2)

19. 醫師籌組工會之看法

我的想法是，第一醫師就算沒有納入勞基法但醫師還是可以組工會，因為工會法的規定並沒有將醫師排除在外，所以這又回歸到我們一開始所談的醫師是否是受雇勞工，是否是簽訂勞動契約， 只要是有簽訂勞動契約或有受雇事實就可以有組工會權利；第二點爭議行為並不一定是罷工，包括怠工，譬如現在醫師一診都看 60-70 個病人，但我們就好好看慢慢看，一診只看 20 個人， 這也是一種爭議行為，勞動三法目的是在於保障工會成員行使爭議行為時不會受到資方的追殺或迫害，到底工會要用什麼的樣式去行使爭議行為，並不是個問題；另外必要服務條款在原本勞資爭議處理法裡並沒有特別講內容是什麼，我會認為是由主管機關決定較好，是因為當我們想要罷工了就必需要跟醫院協商必要服務條款出來，就是若想要罷工就必須要先有服務條款來當作備案，所以若我們提出了內容醫院要去否決， 醫院也要有所本，雙方無互信基礎下，當然政府應該有個參考範例。以前美國 70 年代常常在罷工，最近一次是德國 2006 年罷工，像德國那一次的罷工他們就協商了大約 2 年，公立醫院大罷工，所以這協商一定是一個非常漫長的過程，很多時候協商到一半時資方可能就會退一步或勞方退一步來達成妥協，這也是現實上勞資爭議處理常見的狀況，所以比較熟悉勞動實務的， 不會常常把罷工放在嘴上，而只是一個最後手段而已，從協商到罷工這個手段，這中間其實還是有其他非常多的手段可以用(勞 2)

20. 醫師參加勞資會議

21. 醫師如何協商勞動條件

22. 醫師勞資協商的代表產生

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

恐怕沒有那麼簡單，因為我問過主管機關， 我們現在主要科別至少有 23 科，但主管機關他們沒辦法把每科的必要服務條款定出來， 這還是要由工會跟醫院協商才可以定出.所以我接下來要問， 因為罷工的門檻相當的高，首先工會的穿透度要夠，就是會員的人數要夠，才能在某個地方形成 1/2 過半決，才能

決定用怎麼樣的爭議方式，以至於真的罷工時必要服務條款牽涉到 23 個科別，沒有單一工會能獨力完成約定，我相信不管是罷工的門檻或是必要服務條款都造成醫師其實是實質上沒有罷工權的 (胡方翔)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

以你們的性質是屬於 NGO，它能展現出來的能量有限，以現在醫政形成的決策都是由全聯會、醫策會、醫改會、消基會、醫院協會或者督保盟等團體來與會的，性質是偏資方與病方，請問代表醫師勞動方的聲音要如何展現出來呢? (胡方翔)

在醫界你的政治力或是話語權，講話大不大聲跟資深度很有關係，因為我們現在即便是醫師，成員也都是才剛踏入行內，人數也不夠多，所以我們很難被看見去代表醫界講話，我們現在做的方法就是遊說和培養友好關係，像督保盟跟醫改會我們都會常常拜訪他們，所以他們都是支持醫師納入勞基法，另外就是做國會立委的遊說，另外還有醫勞盟，他們聲音比較大(勞 2)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況
29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

醫師以外的其他醫事人員都加入了勞基法，但他們的勞動保障並沒有增加，目前醫院普遍違反勞動法，但目前為止勞檢頻率偏低，而且懂勞動法的人也偏少，就算加入勞基法也並沒有保障他們的勞動權益，您如何期待醫師加入勞基法後醫師的權益會獲得保障呢? (胡方翔)

這只是一個分數問題而已， 譬如說納入勞基法是 60 分，但醫院的做法是在 50 分到 60 分之間徘徊，而醫師只有 10 分， 我不是完全沒有異議， 從 103 年開始所有醫事人員全部移出責任制工時，因為在 103 年以前還有很多人包括刀房護理人員、加護病房、麻醉麻姐， 這些都是放在責任制工時內，從 103 年開始全部移出，事實上是有造成差別，因為法定工時大改變，若要加班也只能連續加班 2-4 小時， 不可能超出十幾二十幾個小時，所以就算是納入勞基法也可能把全部事情都解決，這是全世界都普遍的現象，並非只有台灣. (勞 2)

從制度面來講，有些國家並沒有強制納入公會，但他們所謂的醫師協會就有勞動法所賦予的勞動權益，包括協商跟爭議的權利，您覺得台灣的全聯會如果有

這樣的制度設計是有幫助的嗎? 還是主張另組勞工的工會來跟現有的公會制度抗衡呢? (胡方翔)
因為我個人是做勞工運動的，所以我比較偏向走組勞工工會這條路，以澳洲而言，他們有住院醫師協會，由住院醫師協會去跟醫院談契約，像英國一直在搞罷工， 就是由英國醫師協會的年輕醫師委員會去跟 NHS 談的(勞 2)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

我可以跟您講一個比較卡住的地方，因為已經我有訪問過醫政的官員，他們認為第一因為健保法是總額給付，它裡面沒有所謂的人力專章，所以對於人事成本的增加是沒有辦法給付的，如果加入勞基法後醫院有可能因此要增加人力，如此利潤就會壓縮，這樣就會得罪資方.第二如果為了要符合勞動法將工時縮減，就會得罪病人方，所以他既不想得罪資方也不想得罪病人方，因此對於只有 4 萬多人的醫師就沒有這麼急切需要保護，因為他要面對的是更大的資方跟更大群的民眾，關於這點您有何意見? (胡方翔)

像我剛才所說的如果用 84-1 條 88 工時的條件納入勞基法的話，我不覺得會有很大影響，雖然現在確實是有很多主治醫師很辛苦，但他們的工時也不可能達到單週 88 小時，所以將主治醫師納入勞基法並沒有所謂服務減少的問題，就像我剛才所講的住院醫師也只有醫學中心的外科有這個問題而已，而醫學中心要增聘刀房助理跟 NP 的人數，我相信也不會超過 500 人，甚至可能不到 100 人，只有這樣子的人力差異而已(勞 2)

可單就這點就很有可能壓縮現有的獲利空間了(胡方翔)

全台灣加 100 個 NP，20 個醫中等於一家醫院只需要加 5 個 NP，我覺得就可以符合 88 工時，我不覺得這會非常大的壓縮經營空間，而且關於醫師人力的事情，健保也不是完全沒辦法去調整，在今年 105 年，總工時由原本雙週 88 工時調整到單週 40 小時，在健保會決定總額的組織就有討論要增加預算， 像今年就增加了 92 億，名目上是要用來貼補醫院因為工時下降所增加的人力成本，所以這並不是做不到的事情，只是想不想要的問題，至於 92 億夠不夠是如何精算的問題。(勞 2)

醫事司的替代人力缺口的方案，是每年 800 名 NP、50 位 hospitalist 以及醫師助理(Physician Assistant，PA)，與你們的估算落差太大。(胡方翔)

我前面說過，醫事司根據的國衛院研究，他的計算基準有很大疑問，我們無法認同，在沒有管制現在不合理的醫療需求，又不先改善現有勞動條件，補人是錯誤(勞 2)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九) 其他

(1) 醫師勞動條件改革小組背景

那執行長是誰呢? (胡方翔)

沒有執行長(勞 2)

貴組織目前有在內政部登記嗎? (胡方翔)

也沒有(勞 2)

它是社團法人還是屬什麼樣性質的組織? (胡方翔)

我們是非正式組織(勞 2)

什麼樣的成因(胡方翔)

2011 年勞動節，因醫師過勞事件頻傳，網路串聯上街頭，呼籲社會關注醫師過勞而組成(勞 2)

跟醫勞盟的性質是一樣的嗎? (胡方翔)

醫勞盟有登記立案(勞 2)

它本身是屬於醫學生的團體嗎? (胡方翔)

最開始是的，幾乎都是學生，但學生慢慢都變成了醫生(勞 2)

所以你們現在要轉型嗎? (胡方翔)

對， 因為原本都學生做的事情有限，等我們慢慢到該有的崗位上時，正在轉型當中(勞 2)

你們現在會員大約有多少人呢? (胡方翔)

比較活躍的大約有 15-20 人(勞 2)

所以你們是屬於小組年輕精英型的組織， 而不是公會一樣可以收納各種類型的會員(胡方翔)

對， 不是(勞 2)

別的學校的醫學生也可以加入嗎? (胡方翔)

可以啊， 我們一直都有在做校園的組織運動，基本上是願者上勾的性質(勞 2)

你們未來的方向是會朝向擁有勞動權工會的方向前進嗎? (胡方翔)

當然(勞 2)

訪談稿 4(勞 3)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

因為我本身就是第一線在勞動的人，所以就覺得在榮總 8 年的住院醫師， 排班一個月居然可以最高到 11 班，11 班是非常累的，就是病患有什麼問題護理人員第一線 call 你的班，晚上甚至可以接到 10 床的新病人，還不包括病房各種奇奇怪怪的問題要 call 你， 甚至 CPR，包括我實習 2 年的時間， 所以我大概有 10 年一直在過這樣 routine 的生活，所以我非常的有感覺這樣下去是不對的，這對人的身體健康有很大的傷害(勞 3)

你們現在的平均週工時大約是多少呢? (胡方翔)

我們科會稍為長一點，除了正常上班時間外， 我們還有一、三、五夜班洗腎，目前是我跟另外一個醫師輪流，扣除 on call 時間，每週的 40 小時加上一三五的夜班，還有每週大約值 24 小時班一次，及週六的 8 小時，所以每週大約是 70 幾個小時(勞 3)

2. 醫師的值班狀況

現在沒有住院醫師的以後，主治醫師的值班情形如何呢? (胡方翔)

現在醫院院區內科大概有 20 多位的主治醫師，我們平均分擔且值班區域分的比較小， 所以一個晚上有三位主治醫師值班，但有二個因素無法值班，一個家庭因素，一個是年紀比較大，他們會另外請別人來值班，每個人每個月大約是分到 5 個班的時間，當然比住院醫師時相對來的少，但因為年紀漸漸大了，也是會覺得累，恢復時間也拖很長(勞 3)

其他科呢? 是更多還是更少， 內科或外科差異會很大嗎? (胡方翔)

不好意思，我對外科值班不太熟悉，不過以我們醫院來講，我們醫院因為所屬的區域及人口結構關係，外科的急診也是蠻多的， 但我不知道他們開完急診刀隔天下午是否可以排休，我也沒有去問這個問題(勞 3)

所以 PM OFF 制度並沒有成為一個常態，對嗎? (胡方翔)

沒有，在內科部內是沒有的(勞 3)

當初勞基法的爭議是，外科醫師在開完刀後必須要連續上班，所以連續上班時間會超過勞基法的限制， 您對這方面有何意見? (胡方翔)

我覺得這是個假議題， 例如像航空公司本來就知道這是個長途飛行，所以一定會備二個機師來開飛機，同樣的，開刀不可能 5 分鐘就處理完成， 若開到 30 分鐘後知道這病人還有其他狀況要處理，若或者值班開刀醫師如果遇到急診大刀知道自己的體力會不支的時候， 是不是就可以請第二個主刀醫師來準備接班(勞 3)

所以您推薦雙主治，但雙主治醫師如何處理醫病信任關係呢? (胡方翔)

醫病信任關係，應該要分二個部份，開急診刀時較沒有所謂的醫病信任關係，

就是病人都是急診，我是第一個接手的 in charge 是我， 換第二個人接手開刀時也等於是同時共同照護，而以內科來講，病人若住院很久，但因為主治醫師要休假或請假就會把他轉給其他內科醫師，外科住院也相似；我覺得一定要事前告知病人並充分說明雙主治制度必要內容，書面同意書也有幫助(勞 3)

所以你是用交班方式，對嗎? (胡方翔)

對， 因為如果醫師很清楚這個刀要開很長時間， 沒有一個人可以獨力開得完，就會變成交由第二班醫師的事情(勞 3)

3. 醫師的工作條件
4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係

目前為止，台灣的醫師勞動條件差跟健保法之間的關係， 您的了解呢? (胡方翔)

因為我們健保法設計時是每一段時間只要點值下降到某點， 我印象中好像是 0.9，按健保法條文，應啟動原有調升保險費率機制，但是沒有落實，受到太多政治干擾。政府也會利用健保來釋放政策利多，討好某些族群換取政治利益，就會把它成福利性質， 盡量把所有人都納保，甚至陸生或華僑這些沒納稅的族群，不斷的大開方便之門， 但只要談到依法提升保費，政治力就擋下，其實就是犧牲一小群相對來講人數比較少的醫護人員福祉來成就這樣的社會福利，甚至明明知道有很多的漏洞，所以當然會造成本來要增加，而沒辦法增加保費，這才是血汗健保的根源(勞 3)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

官方說，若現在就納入勞基法有可能會造成醫師缺口達到 4000 人，所以才會認為要 8 年後會增加一些包括公費醫師將人力缺口補齊，您覺得這樣的講法合理嗎? (胡方翔)

這是有前提的，為什麼不先落實病患部分負擔與分級轉診，這樣大醫院不要這麼多門診人力，住院病人也有管控，還需要這麼多人力嗎？(勞 3)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法

健保法裡沒有人力的專章， 大部份把人力規定放在評鑑， 您對這有何看法? (胡方翔)

我覺得不對， 非常的不對， 其實是評鑑已經很明確擺的是造假做出來的，因為它會先預告你時間， 時間到了你藏好缺點再評鑑，而且負責評鑑的醫策會是個黑機關，委員很多是酬庸的，經費是政府捐助的，確沒有人可以去監督它，當一個機構沒有人可以監督，它就是最黑的(勞 3)

對， 因為它的法源大家也都在質疑(胡方翔)

而且醫策會的成員大多都是醫學中心裡的相關人士，這些評鑑的條文與結果一

定會對大醫院有利，因為它絕大多數的委員都來自大醫院，甚至醫院中心，所以相對的對小醫院會形一個更不適合的壓迫，本來中小醫院在健保給付上就比較弱了，資源不足，難吸引人才，再加上這些都來自大醫院的人立場偏頗，在大醫院裡彼此互評交換利益，這樣本來就不可能公正了(勞 3)

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)
11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

台灣醫師的勞動權益保障，您主張是在衛福部還是勞動部，或者是雙主管機關比較合適(胡方翔)

這個問題我還在思考當中，因為必須分成二個部份， 第一是醫師到底能不能納入勞基法，如果有勞基法當然應回歸到勞動部， 跟一般勞工一樣有正常的申訴管道，但現在醫師還沒有辦法納入勞基法前，有相當的阻力是在衛福部，衛福部有無可推卸的責任要保障醫師不過勞以及病人安全，所以我們也努力的在跟衛福部溝通，就像之前提到醫師開刀中途下刀的議題，因為醫師根本不可能開到一半時間到了就走人， 若明知是個長刀就必需提早規畫一個接手醫師，若臨時須延長，那就付加班費，故意說開一半走人這完全是一個惡意抹黑的假議題(勞 3)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通

您所提到的阻擋不利醫界法案的戰功都是在事情發生後才有的影響， 是不是能將此能量用於提前影響政策的形成， 或者在政策決策形成過程中就可以參與會前會? (胡方翔)

我們在各黨派都有一定的連絡管道， 醫勞盟也會在近期拜會新上任的衛福部長與立委，跟他交換相關意見，我相信政府機關應該很明白過去採納的意見管道一定是有一些失真的地方，才會造成他們覺得很好的政策推出，但被社會或醫療基層抗拒，所衛福部也慢慢的考量到我們的意見(勞 3)

是，所以我覺得你們的抗議是有效的(胡方翔)

您提出要如何擋住不好政策並陳述較好的政策意見， 這部份我覺得新任的衛福部長有釋出善意，有想要跟我們交換意見，我們也不想永遠只做一個擋住壞政策實行者， 而是要做一些比較好的政策提供者，但因為正式會議尚未成形，所以也無法吐露什麼東西，但至少我們的意見有被傳達到部裡(勞 3)

14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

目前的醫師公會全聯會被當成醫界聲音的代表人，而因為醫師法的關係，執照

的登錄必須由地方醫師公會來管控， 全聯會的會員主體僅由地方醫師公會代表來組成，不接受一般個人醫師會員，您對這點有何看法? (胡方翔)
我個人是反對，舉例來講， 若一個水電工，到一個地方去玩很喜歡那裡的風景風土民情，所以決定留在那裡開業，相對的醫師為何不可以，為何要被管控呢(勞 3)
這就像您剛提到的一個威權時代下掌控專業人員的方法，可現在已經寫在醫師法第 9 條內，醫師不到地區公會登錄是不得執業， 有關這點您會請立法委員修法更正嗎? 要如何修呢？(胡方翔)
我個人的想法是不應該把醫師公會當成唯一有代表性的組織，若各地區有其他的工會或組織， 醫師們可以自由選擇加入，不可以限定只可以入醫師公會，強制加入公會，既違反國際人權公約的結社自由與團結權，恐怕也有違憲疑慮(勞 3)
所以這條就非修不可，因為這條是強制性的法令，變成目前的公會是受委託行使公權力的機關，是一個假的行政機關或公法人，所以它的代表性才會這麼強，關於這點該如何突破? (胡方翔)
這變成另外個議題，要如何改造醫師公會變成一個真正代表民意的機構，我建議它的代表都是直選，完成公會民主化(勞 3)

18. 醫師公會是否有協商權

但將來如果進入到罷工抗爭自我保護的階段的話，勞方會因為罷工而損失工資，但可由工會補償薪資，在這種情況下，一個強大的工會是勢必要走的路，因為沒有強大工會的支持，會員在罷工時會經濟困難，這點您有何論述? (胡方翔)
我認為現在的醫師公會並沒有辦法發揮保障勞動權的功能，現在的功能好像只是政府的傳聲筒，當然這是威權體制留下來的一個陰影，改善之道有幾個方式，一個是完全的推翻它，但這太耗力氣了，另外是慢慢的去滲透去改革它，我覺得醫勞盟是個催化劑，它在滲透方面或者是去推翻它，我們都在發揮實質的效果，未來也不排除成立工會，我覺得您提的問題很好，但我確沒有很簡單的答案， 我們只能繼續往這條辛苦的道路邁進(勞 3)

19. 醫師籌組工會之看法

什麼時候才會轉型成實體的工會呢? (胡方翔)
目前來講這是我們一貫的目標，因為實體工會有一些章程及法令的規章，進程比較沒有那麼清楚，但我們目前還是以成立一個工會為目標邁進，工會要定期開會，或者是開會委託書，或者是一些會務法制面的規畫，我們的理事長及秘書都有在關注這些問題，因為我們是自始根源於網路的一個組織，我們醫勞盟裡正在努力成為第一個所有會員直選理事長，第二個利用電子投票的組織，若我們自己可做得到的話，我相信這對醫學會乃至於醫師公會全聯會，地方的醫師公會都會有一定的影響效果，我們已經在往這方面努力中(勞 3)
醫勞盟一開始就打一個非典型的戰爭，實體工會的成立與否是一個未來的議

題，目前是不是可以先行成一個網路虛擬醫師工會，像 fb 醫療產業工會的形式，從地區開始向全國聯合，因為我相信你們的會員遍佈全國，在各個地方工會可以成為將來的幹部，是否可以從這些幹部先成立地區的網路虛擬醫師工會? (胡方翔)
我很讚成，你這建議值得去嘗試，但我們醫勞盟本來就是民間組織，所以沒有任何強制力，但我們就像幽靈一樣會無孔不入，在各方面滲透後，會選擇最有成功最能實行的路，開始匯集起來繼續走下去(勞 3)

市立聯合醫院體系本身好像也有類似產業工會的組織，請問有參加貴醫院的工會組織嗎? (胡方翔)
這個還在籌備會階段，好像也有個 FB 的社團，在仁愛院區，我按讚是有鼓勵的性質，但我並沒有實際參與運作，只是一個很好的思想上的鼓勵，這是重新強調的告訴醫療人員，我們值得有自己工人的工會，我們也都是受雇勞工，我們應該有屬於自己的工會，所以不管這組織會不會成立，至少它改變了醫師不能有工會的光框架，這是值得鼓勵的；額外再多加說明一點，在醫學系的醫學生族群，也是非常值得耕耘的一塊，因為他們通過國家考試後也是一位醫師，透過成立醫療勞動條件小組，它是一個以醫學生為主要對象的勞動團體，所以看事情的角度觀感也會不同，而我們也有與各個勞動相關的小組對話合作(勞 3)

20. 醫師參加勞資會議

貴院有勞資會議嗎? 醫師可以加入嗎? (胡方翔)
有的，我們 E-mail 有收到，但我沒有參加那個選舉(勞 3)
我有問過勞動部， 依他們的說法是並沒有限制醫師不可加入，但站在管理者的立場上，並沒有把醫師納入，因為它認為勞資會議是屬於適用勞基法的人員才可以加入，您對此有何看法? (胡方翔)
當然是不贊成，只要我們受雇領薪水應該都可以加入(勞 3)
所以當初的設計確實是出了問題，我們會認為勞資會議是只要是受雇者都可以參加，可是當初勞資會議辦法它的母法就是勞基法，所以非勞基法人員的確是不能直接適用勞資會議辦法，要透過向勞動主管機關聲請函釋準用才行(胡方翔)

21. 醫師如何協商勞動條件

現在我們把事情拉回前階段，意思就是勞資爭議的狀況還沒形成前，要怎樣先取得協商權來達成協議，目前受雇醫師根本沒有辦法取得協商勞動條件的權利，您有何看法? (胡方翔)
醫師根本沒有辦法取得協商的權利，我覺得要體制內外並行，體制外的道路算是醫勞盟相當熟悉的領域，我們還是會持續做下去，因為過去做法的確有發揮效果，例如慢慢的所有民眾也知道不應該在急診室毆打醫療人員，即使有人還是這樣做馬上會遭到社會的圍剿，這是體制外的道路所以我們還是會繼續，體

制內的抗爭與依法向主管機關舉發也可嘗試(勞 3)

22. 醫師勞資協商的代表產生

如何改造醫師公會變成一個真正代表民意的機構,我建議它的代表都是直選(勞 3)

對，我知道您是支持上次網路串聯醫學會改革活動，但我知道連醫學會的改革都困難重重，醫師公會又要如何改革呢? 因為修章程也要間接投票，且門檻 3/4 同意甚至高於修憲，可說是章程一條都動不了(胡方翔)

這個時候就是提出醫界太陽花的時候，如果依正常體制內的管道都無法做任何的改變時，只好用體制外的方法—例如透過報章，雜誌， 網路，電視各方面的力量來處理批判體制內的不公平，這樣會成就走體制外道路的正當性，我想最後的方法只能是這樣(勞 3)

體制內的道路，我們持續有跟在 FB 部落格上一些比較有名的版主或粉絲專頁合作，去宣揚鼓吹有志之士撥出一點時間參選各地方醫師公會的代表，讓有進步改革想法的人當選，或者醫勞盟會員或幹部自己出來選，都持續的在做這方面努力，像這次最近的全聯會選舉會在 5 月底，因為現任的蘇理事長希望爭取連任，還有民進黨籍的邱教授也表態參選，邱 P 是比較支持醫勞盟六大醫療政見主張的，在此醫勞盟會公開力挺贊成六大政見包括醫師納入勞基法與護病比明文入法的邱理事長候選人，希望他可以順利當選(勞 3)

不過以現在雙重間接選舉的醫師公會來講，背後的運作力量非常之強大，以我個人的了解這是非常的困難， 因為會去競選幹部的人本身都有自己的政治企圖，所以有改革理想的人通常都會被視為孤鳥，不太容易進入主流運作體系，您對這點有何看法? (胡方翔)

當然是覺得有點無奈，這就是醫勞盟會存在的理由，我對醫勞盟最大的理想是希望醫勞盟有一天可以沒有存在的必要，就像這世界上人人都自保健康的話就再也不需要有醫生這個行業，醫勞盟會存在就代表現在醫療體制上有不公義、不合理，乃至於到有危害病人安全的現象， 所以醫勞盟的存在正是表示現在醫療環境當中有些問題，只要這個問題存在，我們醫勞盟就會存在，醫勞盟不單是組織而是一個信念(勞 3)

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

現在醫政單位非常擔心醫師若加入勞基法後有勞動三權，會有罷工的問題，認為會影響到病患權益，您對此看法如何? (胡方翔)

「醫德」是個假議題，如果對醫師有合理的待遇為什麼要罷工，又有那個行業的罷工不會影響到顧客的權益，資方就是怕這個，才故意轉移焦點(勞 3)

但病人的權益是生命權與健康權，這是人權，醫師罷工爭取勞動權益，勞動權也是人權，在這裡會出現倫理衝突與道德爭議，特別是所謂「醫德」問題(胡方翔)

「醫德」才是政治語言(勞 3)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

台灣的勞動法，對於醫療罷工是放在限制罷工，因為他們認為醫療是比較重大公益事件，所以醫師的罷工門檻非常的高，還訂出了一個所謂"先約定最低服務條款"，這點將是爭議所在，因為醫院等級異質性很強，各科的差別性也很大，又因各科醫學會跟醫師公會都很怠惰，不曾做此類研究，目前為止沒有誰能提出何謂"必要條款"， 醫勞盟對此有任何論述嗎? (胡方翔)

所謂"最低服務條款" 是指，即使罷工仍要維持基本運作，就我所知我是不清楚內容，但如果問我個人的意見，我覺得這會是一個假議題，搞到醫不聊生的醫院誰敢去(勞 3)

如果以您在腎臟科的立場，因為它有一個非常強烈的洗腎任務，無論是颱風天或國定假日都要出來洗腎，在這種情況下，以腎臟科的醫師來講就很難達到罷工的"必要服務條款"， 幾乎所有的醫師都要參加他的 duty，怎麼能有所謂的罷工權的行使呢? (胡方翔)

這是罷工技巧問題，可以分二個階段進行，罷工也不是一開始就拉到最高的層級，這好像又是一個假議題，因為我們的目標不在於罷工，我們的目標在於改善勞動條件，我個人覺得可以提出折衷方案，即使罷工還是先要維持最低服務，但維持最低服務是有時間性的，就是可以給資方期限去處理問題，在這段時間我們還是維持最低服務，也可以利用時間緩衝來疏散轉介病人，一樣可以造成壓力，但若時間到了還沒有做出任何的改善，之後再進行更高層級更高強度的罷工(勞 3)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

國外有些醫師公會或協會的轉型，變成具有保障勞動權的團體，也擁有了協商權及罷工權，台灣的醫師公會適合走這條路嗎?就是直接從醫師公會轉型賦權成為有勞動性質的協會(胡方翔)

我覺得有風險，也不知道可不可以成功， 風險在於剛剛所講的能夠當選也要獲得資方相當程度的支持，一旦它的協商權跟罷工權被當選人把持住，而當選人明顯的受制於醫院的勢力時，反而把一個法定的武器真正的有效武器掌握在一個無可預知的人身上，這種叫資方御用工會(勞 3)

所以您還是主張有一個正式的獨立運作的勞工組織跟我們的公會競爭的態勢(胡方翔)

我個人覺得目前比較適合這樣，就好像醫勞盟存在讓很多醫師反思，會費錢繳醫師公會但實際幫我做事的是醫勞盟，公會根本功能不彰，每當發生什麼重大事件醫勞盟的捐款就暴增，之後才慢慢平息下來(勞 3)

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

在訪談過程中發現一個問題，如果醫療政策上需要勞方代表參與時，醫勞盟雖然很多單位認為是代表勞方的，但政府單位並不如此認為，請問你們的會員有

多少實力，你們對會員有約束力或強制力嗎? 否則政府寧可找督保盟或消保會來開會，也不會找醫勞盟，這問題將如何處理? (胡方翔)
其實有一個非正式的影響指數，就是 FB 粉絲團的按讚數(勞 3)
所以目前為止你們還是以網路串連及虛擬的團結走體制外來對抗現有的制度 (胡方翔)
我們有二次確確實實的展現了醫勞盟聲音的力量，一次是在醫糾法，用最短的時間大概不到二個星期時間集結了二萬多人的連署，這也算實體力量的展現; 另一個是對即將卸任的醫師公會全聯會理事長蘇清泉，他在柯市長競選期間有些不當的發言，如餿水油精煉之後可以吃，這時我們在網路上也發起一個連署，也確確實實有實體的動員能力，所以我認為儘管我們是網路組織，但在實體方面，像這次我們公開力挺的立委都有相當亮眼的表現，甚至是這次的總統候選人宋楚瑜先生也公開表態支持醫勞盟，蔡英文也在民進黨開會中公開宣示支持我們醫療勞動正義的主張，所以我覺得我們有一定的代表性與影響力(勞 3)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況
29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

您認為歐洲有醫師罷工是因為他們的體制上醫師可以加入勞動法，還是以醫療法的特別法來保障勞動權益呢? (胡方翔)
我對英國的法規比較沒有研究，好像 BMA 就是具有工會性質(勞 3)
是，具我所知，歐盟普遍認為並承認醫師為勞動者，將來若台灣的醫師也納入勞基法，可能會衍生一些其他問題，因為歐洲的醫師因為工時限制的關係， 造成收入減少，可能會在下班後開計程車或兼副業增加收入，因而沒有得到充分休息，這樣也可能過勞，反而喪失法律保護的本旨，關於這點副秘書長有何意見? (胡方翔)
我覺得英美體系跟我們很不一樣(勞 3)
對，美國是用特別法契約，英國是用勞動法(胡方翔)
以英國而言，它的好處是沒有超時工作問題，所以醫師才會有空閒的時間跟體力去開計程車賺外快，當然兼差是人性趨利與個人自由，若因此過勞，應該被檢討的是醫療本業收入是否過低，英國是公醫，台灣是健保，我相信納入勞基法可能會收入減少，你省了工時，薪水沒減，那錢從哪來？可是台灣真正的問題是，舉例來講，一條馬路大家都靠右走沒問題也安全，或大家都靠左走沒問題也安全，但台灣是走在中間，講醫護的時候是責任制，但發生醫糾時或甚至不可抗力的問題時，都是醫師要負責，賠償金額甚至高達 3000 多萬，但講權益時勞動基準法又不給，叫你用醫德去服務。不管要變成那個國家的體系都可以，左派右派只要說清楚講明白，大家才有一個遵循的方向；現在醫師繳稅時要依勞工高稅率的所得繳稅，但又得不到高稅率應得的勞基法的保障，變成保障沒有但義務存在，這才是有問題的(勞 3)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

但若發生醫糾時，因為是二人共同主刀，所以責任分配將來會不會有舉證的問題(胡方翔)

每個時間點麻醉醫師都有病人的血壓及心跳呼吸數據，所以都很清楚(勞 3)

所以你認為不管是醫病信任或者是責任區分都不太有問題，所以這議題是比較誤導的(胡方翔)

這就好像我們內科主治醫師休假時，主治醫師交班給其他專科醫師， 若是病人在原主治醫師休假期間有任何問題，責任當然在這位新的主治值師身上(勞 3)

病情有發展過程與延續性，似乎沒法僅以發生時間點來一刀切，很多醫糾案例都是出在難釐清責任(胡方翔)

那要就個案判斷(勞 3)

你本身有認識醫策會裡的人嗎? 有跟醫策會的人溝通過有關醫療政策或是醫療評鑑的問題(胡方翔)

這個就要講到醫糾法，因為從去年的時候才把醫糾法擋下來，第一醫糾法本身設計非常不良，它把所有的醫療風險全部轉嫁到醫護人員身上，第二健保所能夠提出的支付完全是來自菸捐，但菸捐大部份已經都用到健保裡了，除了少部份傳言被國民黨拿來做選舉經費，所以健保不可能再提供更多的情況，第三部份是政府負擔部分是小於 20%還是 30%，甚至完全不出，健保給付本來就是要回歸於醫療人員提供服務的對價，但醫療人員還要拿出已經扣稅後的薪水再出一次醫糾基金，變成醫療人員要負擔所有醫療過失責任之下，再承擔所有醫糾風險，而且無過失補償會造成一個濫告效應，所以在去年我們就把醫糾法給擋下來，也才有這個機會跟醫事司有些溝通(勞 3)

那醫事司對醫糾法或健保法改革支持嗎?或者勞動法的改革有何立場(胡方翔)

我覺得他目前的方向好像都有些問題，衛福部在年初有推過一個 DRG，DRG 也是一個相當有問題的政策，後來在輿論壓力下被迫停止，像今年過年流感大爆發，衛福部完全失去掌控能力，連病床數都搞不清楚，也才會造成如此多的死亡人數，衛福部在這塊做的相當有問題(勞 3)

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

同 18

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

目前醫院評鑑制度都有過度的美化操弄造假，也知道醫院普遍違反勞動法，但現在沒有正當的勞檢頻率，醫勞盟對於醫護勞動權益保障，是否可以成立一個

公開的申訴管道，讓這些違反的行為或者造假的行為， 可以即時的被反應出來(胡方翔)

我們現在 FB 上一直有呼籲，如果有確定違反勞基法的部份，有事證，我們會在保護當事人的情況下，利用粉絲頁面將其公開，假定它通過勞動檢查，當然受評單位的基層員工一定了解什麼原因讓它評的過，是全部禁修呢?還是造假班表，無論是透過任何方式，醫勞盟看過以後，會在遮蔽當事人的真實姓名保留隱私的狀況下予以公開，我們醫勞盟所有的捐款都來自個人會員小額捐款，所以完全不受任何政治利益操縱(勞 3)

有沒有可能建立官方管道呢?譬如說在勞動部或者衛福部有辦法即時反應勞動權益的窗口嗎? (胡方翔)

目前我們都是用公開呼籲，至於是不是可以建立管道，我覺得可以期待我們的理事長跟現任衛福部部長會談後，是否會有些新的意見，或者會議有些結果(勞 3)

您提到不管是醫策會或者是政策的形成都出現一個問題， 雖然醫勞盟是代表醫療基層的聲音，但為何在各種委員會的比例代表還是沒辦法取得呢? 你們有什麼突破的方式嗎? (胡方翔)

我們現在主要是由下往上的去改變它，本來是走這個策略，因為最大的變化是在於網路的興起，台灣網路的興起是從茉莉花革命乃至於柯 P 當選，…. 醫勞盟是一個完全在網路耕耘的組織，它善用人們碎片化的時間，可以在無形的網路空間中進行交流，甚至可以在最短的時間內通過了民進黨提出的 open DPP 的；第一個靠連署通過的提案就是擋下醫糾法，因為過去持續的有呼籲重視醫療崩壞累積足夠能量，第二個重視醫病勞動人權， 逐漸奠基了自己的公信力，這部份在相當多的關鍵時候，無論是在醫療暴力的發生，還有在醫療勞動正義受到迫害的時候，像是加班沒有給加班費，用不公義的勞動契約來強逼受雇醫療人員簽定的時候，都有發出糾正的聲音，所以奠定了我們的公信力，在這次剛好 116 有選舉，我們也公開力挺成就我們提出政見的立法委員，已進到立法院，甚至今年 5 月 29 日我們要進行新一任醫師公會全聯會會長的選舉，其中一個候選人邱 P 也公開支持醫勞盟，所以我們是慢慢的從體制外進入到體制內，從網路到實體，的確發揮了一定的效果(勞 3)

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

但您所提到的這個議題，勞基法一定會增加勞動成本，可現在不管是醫院的經營狀況跟健保的給付，都不能反應所增加的勞動成本，如此一來推動勞動權益的障礙就會相當的大，該如何解決呢? (胡方翔)

其實醫療是不是賺錢的? 看已公開財報當然是賺錢的，否則財團醫院不會一直繼續的設立；可是為何醫療越來越賺錢，勞動的權益卻越來越差，關鍵問題就在於老闆心態，當老闆跟員工比較起來一定是勞方弱勢，所以理論上勞基法應該要站在勞工的角度去寫，但現在的政府並不是如此，醫療的老闆有很多管道

可以節稅鑽漏洞， 所以他們可以創造出的利潤相當可觀，無論是營業稅的繳納、土地的取得、捐款的收入、還有醫療業內業外所產生的營利、轉投資....，但因為現在我們沒有勞基法的保障，沒有辦法與資方對等談判，更重要的是在過去戒嚴的威權體制下， 我們沒有正式的醫師工會及醫療罷工的權利，像德國有醫師罷工，英國的初級醫師也有罷工，除非我們有醫療產業、受雇醫師或護理師的基層工會，強大工會的產生才能對財團的剝削產生制衡的效果(勞 3)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九) 其他

(1)加入醫勞盟背景

那醫學生怎麼樣跟醫療勞動有聯結性呢? (胡方翔)

醫勞小組的存在對醫學生未來遇到不合理對待時，他們可以適切回應，甚至在他們學生時代有對勞動權這樣的了解也很好(勞 3)

我是醫學院的老師，而且也是研究所的博士生，我的一位學生就是醫勞小組的成員，因為他們還沒有接觸實際上的勞動，所以他們可以有系統性的學習到更多理論上有關勞動的學理，他們的限制是很多書籍來自歐美，並不是來自台灣，若直接把歐美的想法套用在我們的現實生活中會有些隔隔不入，這是他們角度上沒有辦法看到的(勞 3)

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 5(資 1)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件

您認為醫師的勞動條件跟健保法之間有何關連性嗎? (胡方翔)

醫師的勞動條件真的是有待改善，這是我個人的意見不代表團體立場... (資 1)

4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係

所以如果健保法沒有改變，但又想去推動醫師勞動保障，這是一個蠻大的阻力，畢竟增加勞動成本誰出錢，健保法變成最後一個死結，會不會變成這樣? (胡方翔)

這是重點，很多時候隨著人口結構、隨著地理環境、隨著歷史發展，一個醫療所佔一個國家的 GDP 應該要有合理的分配，過去一些觀念有些把醫療給付限制在越低越好，任何一個 OECD 的國家，佔 GDP 至少在 9，10 以上，台灣只用 5 點多，等於是上游資源給醫療整個產業不足時，下游的分配不管是資方或勞工或各方，大家搶資源搶成一團時，怎麼可能會有好的勞動條件跟福利呢，這就是制度不合理的地方(資 1)

所以這也是我們在推勞動人權的困境，因為錢不夠，可是我去訪問過衛福部的長官，他們說現在研究顯示，雖然民眾不反對調漲保費，但若真的有那位官員或立委去調漲保費的話，他的官位頭銜就會不保，所以沒人敢去推調整保費，那這個結就解不開了(胡方翔)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

我訪問官員有講一個數字，就是我們跟歐盟先進國家來比較，我們的人口醫師比是歐盟 1/2，醫師人力不足所以才會推公費醫師制度，他認為醫師還要再增加，而且增加的幅度比我們想像中的還要大，請問您認為這個數字合理嗎? (胡方翔)

這有點好笑，我們的 GDP 有多少，他們國家的 GDP 有多少，他們每個醫師服務人數是我們的一半，但他們的 GDP 是我們的一倍，然後佔的 GDP 又比我們高，這可以算出每個醫師分配在整個醫療資源裡面所佔全國比例有多少，說不定我們的比例比他們低很多，如果人越多每個醫師所能分配到的醫療資源越少時，每個醫師可以分配到的醫療費用更少，那不是叫醫師全部都喝西北風了 (資 1)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法
9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

全聯會的蘇理事長對於醫師的勞動條件不要放在勞基法，要先放在醫師法跟醫療法，您對此有何看法(胡方翔)

醫療法跟醫師法是特別法，從法律的層面來討論，這不太可能(資 1)

在立法院公報上有蘇立委提出修正醫療法跟醫師法草案，以此來規範勞動條款，你知道這個草案嗎? (胡方翔)

後來也沒有通過吧，就法律的規範如此的簡易的話，那所有專業醫事人員法規都應該修改了(資 1)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

其實這是一個全民的共識，一個國家整體的經濟發展，應該有一個觀念，不是說把所有薪資往下壓縮，就變成整個社會發展阻力的大通縮了，就像日本已經整個進入到通縮的陷阱裡，適當的調漲保費或適當的調高價格，這才是一個國家或企業能夠長存的基本，這種觀念當然是有待改變，像美國的目標是希望通膨在 2%，但為什麼要通膨 2%，買東西不是越買越便宜越好嗎，如果東西越買越便宜就變成通縮了，就像日本一樣停滯 2、30 年，不論企業或者各方面都變得更糟，不但是通貨的價值下降，就連貨幣的流動也下降，最後就像醫學上說的休克了(資 1)

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

有關於醫師勞動權益保障的主管機關到底是衛福部還是勞動部，因為我有去訪問這二邊的長官，勞動部是不喜歡接醫師勞動的部份能推就推，而衛福部的立場是不想放手，因為衛福部是主要的阻力，他們認為也是要修醫療法跟醫師法，請問公會對這方面有何看法? (胡方翔)

因為公會有很多業務，我主要是在負責健保的財務會計方面，所以有關這方面法律專業部份並不了解，但公會只能配合(資 1)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通

14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷

因為健保法內沒有所謂的醫療人力專章，這點您的意見如何? (胡方翔)

健保法怎麼可能規範那麼多呢，一個法律如果規範那麼多那到底需要有多少條文(資 1)

因為沒有人力專章，就沒有給付項目與人力標準，就會牽涉到無法因應勞動成本變動調整給付內容(胡方翔)

健保法主要的給付內容有不同的給付標準，最重要的是要有合理的給付標準，現在 DRG 鬧的這麼大，當你把財務支付限縮時，任何醫療機構都要考慮到它的周轉率跟支出，醫師成本也是重要的支出之一，健保署的做法是將一個

package 給醫療機構，然後醫療機構再將這收入做分配，那一部份用在員工，那一部份用在土地，那一部份用在其他設備，醫療機構有一個專業團隊在管理這種事情(資 1)

雖然這幾年勞動法修正很多，但健保不可能對勞動法的修正而增加的成本做給付上的調整，因為它沒有這個法源依據，也因為這樣所以這幾年醫院人力運用上也越來越壓迫，關於這個你有何想法? (胡方翔)

其實勞動成本並不是完全沒有法源，因為就總額支付裡面有人事成本的支出，人事成本也可以是總額成本項目的一部份，但它都是一個 package 而已，只是說勞動成本增加可能會反應在某些指數，某些指數增加的話總額成長率可能會提高，目前健保設立總額的調整方法是在這裡(資 1)

所以你講的是健保會的功能，是嗎? (胡方翔)

對呀(資 1)

所以健保會也是可以考量到人力成本的增加而調整給付，但最後還是一個總額制度，package 不是嗎? 再經過醫院管理的分配，對於個人勞動付出是不成比例的，另外，健保會成員不是被批評為黑箱酬傭，裡面根本沒勞方代表(胡方翔)在人力成本，醫療物價成本，人口結構老化是經建會在統計的，不是健保會，因為經建會才只知道房屋、物價、各方面的勞動服務成本，每年成長的幅度是多少，他們有一個計算公式，經建會估算出這個成長率，有高推估跟低推估(資 1)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

醫師公會的困境在醫師會員有很多意見，可是沒辦法達成共識，基本上現在是誰當家誰就可以提出他的見解為方向，所以醫師是要由目前的公會來保障勞動權還是要成立勞工的工會來保障勞動權，您的看法如何(胡方翔)

目前公會的設立要回到醫師法，醫師法的重點是醫師本身是一個專門的職業以外，可能目前醫師法的重點應該是如何執行醫療，還有憲法層次的如何提升國人的健康為更大的目標，所以公會主要的用意恐怕是在醫療方面的目的，所以到底是不是要依勞動醫療人權成立工作的工的工會，兩者功能目的本不同，我沒有什麼特別的意見，因為各個行業都有它的工會，這二個應該可以並行，我是樂觀其成的(資 1)

但是在醫師法有附予公會公權力，所以公會壟斷性也是來自於醫師法的規定，就是要登錄在地區公會才可以執業(胡方翔)

這個公共的公是指它社會的責任或是譬如說大型傳染病或大型疫病狀況， 提升或確保國民健康，它是公會的公當時設立的目的，主要綜合社會的義務跟社會的責任之履行，在時代的轉變以後，針對醫師的勞動人權，我也是可以理解，

二者是不相衝突的(資 1)
也許不一定不相衝突，但至少會互相排擠，醫師的服務時間與能量有限，像大型災難或流感盛行時，急診醫療超負荷，病人不耐等候而起糾紛，很多醫師過勞崩潰，畢竟醫療病人要靠醫師勞動，醫師過勞病安不保，恐怕國民健康權與醫師勞動權是有基本矛盾存在(胡方翔)

因為公會是有強制的公權力所以會比較獨占，但另一個勞工的工會比較自由性， 如果它沒有被附予所謂的一定權力的話也比較不會壯大， 因為它本身是一個自由結社組織，目前所有醫療工會也是處於不容易壯大的情況，應該在法規上、制度上如何設計(胡方翔)
關於職業勞動權益方面應該是回歸到勞基法會比較好一點(資 1)

18. 醫師公會是否有協商權

我們的醫師公會是一個人民團體，可是因為它本身不適用勞基法，所以沒有協商權跟爭議的罷工權，公會不是醫師的勞動權益發言人或代言人，關於這點要如何突破呢? (胡方翔)
你的對象是醫院嗎? (資 1)
一般來講，雙方對於勞資條件要談判時，一定會有代表性的問題，其實醫院現在也沒有所謂的醫院團體，而醫師團體目前為止也只有公會，但公會本身在法規上又沒有勞動權，這點該如何突破呢? (胡方翔)
勞動權依您剛才的講法跟分析您是指全國醫師的，但要考慮到各別醫師工作的地方，應該是說因各地區的不同性，應可以由各地區的工會跟各地區的醫院去做勞資談判，一般勞基法就我想像應該是這樣子，公會性質不適合(資 1)

19. 醫師籌組工會之看法

您說的單一醫院內這類叫做企業工會，目前為止只有嘉基、高醫..幾個企業工會，但一般來講分三類，也可以有職業工會，就是同一個職業是水平性的， 也可以產業的是垂直性的，但它都有它的成立門檻與協商門檻，可是不管怎樣目前的公會不是工會(胡方翔)
依您這樣講，醫院內所有的員工成立一個工會來跟醫院互相討論工作條件，是嗎? (資 1)
目前醫院企業工會都只能這樣操作，但如果是產業或職業工會目前為止沒有操作成功的案例，台灣目前醫院關於勞動法制化還蠻落後的 (胡方翔)
另外說一個例子，譬如 IC 設計，以台積電來講，如果說為了保障工程師的勞動，那是不是每個工程師都要成立工會來跟台積電或經建會協商囉，又要立個法，那不是很奇怪的事情嗎(資 1)
其實主要是跟資方協商就好了，是看勞雇關係雙方當事人談，至於要不要跟政府協商又是另外一個層次的問題，台積電確實是有它們自己的工會，那是屬於企業工會，他們協商的都是福利、工資、工時的問題(胡方翔)
對呀， 所以現在醫院內有任何爭執點，應該的醫院內自己組工會跟醫院討 論

就好(資 1)
是沒錯，但若是討論到醫師工時的話，應該是由職業工會或產業工會來做會比較合適，因為它不單單只侷限一個醫院內部的問題，而是一個大方向的產業或職業標準問題，要用簽集體協約方式，不是立個法啦，但目前好像這個機制沒有成熟 (胡方翔)

20. 醫師參加勞資會議

21. 醫師如何協商勞動條件

怎麼會沒有這個機制呢，勞基法都規定週工時 40 個小時了，怎麼會沒有呢(資 1)
是無法操作的問題，若醫師要去適用這個法律沒有一個推動平台，該如何去適用這個機制(胡方翔)
若換成你要如何推動? (資 1)
目前我沒有答案，我只是想知道目前我們有沒有管道可以有醫師的代表去跟政府或主管單位談有關醫師勞基法的問題(胡方翔)
這我就不知道了，全聯會如何去跟衛福部或勞委會溝通，這我不知道，因為目前全聯會理事長同時也是醫院的院長... (資 1)
現在公會面臨改選， 理事長要如何統整所有醫師的意見，目前的機制為何? (胡方翔)
目前是由理事會討論再做決議，如果沒有討論到的話再由理事長自己做決定，譬如某些特別案，畢竟理事長代表公會(資 1)
公會民主化與理事長直選的看法(胡方翔)
要先等修法，人團法和醫師法，公會要遵照法律(資 1)

22. 醫師勞資協商的代表產生

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

每個學校的勞動所都比較偏左派，但因為我是讀勞工所的醫師，我也讀過管理學院與法學院和公衛學院，所以我整體的想法，跟勞工所的想法也不完全一樣，可是似乎所有關卡都卡在官方，因為官方的思維很保守，所以一直想要突破怎麼樣去跟官方溝通，醫師如何把自己的意見統合成一個團結的意見後，再去影響政策面，這是我比較想做的東西(胡方翔)
其實不要說醫界了，任何一個團體說要統合這是不太可能的，只要能抓住大多數人的想法與公益就好了(資 1)
所以目前為止只能走一步看一步了(胡方翔)
我想很多東西是社會結構的問題，很多東西很難解決的，在企業裡勞資方面，

最好是跟醫院的董事或院長建立彼此之間的關係，彼此間合作協調會比較好一些，這問題會比較簡單做(資 1)
這點才是最難做的，因為職場政治更難懂，雙方利益不一致，資方不會願意跟人家談，董事會不可能會下來跟員工談的(胡方翔)
有時候還是要談的，好的員工是公司的資產，如何讓好的員工留下來，適當的一些薪資提高或獎金補助，會影響到工作的情緒，這點很重要，如果老闆沒有遠見那也辦法了(資 1)
我有一個小馬理論，醫院現在根本不想養大牌醫師，占業績又高薪，因為給付與服務限額就是如此，多養幾個資淺醫師能得到一般給付就好了(胡方翔)
沒錯，因為大牌醫師好像可能抓到很多例外 case，反而會被健保署釘，讓點值被刪，而請他們成本高風險又大(資 1)
所以醫院認為業務做那麼大，但拿到的點值是被稀釋的，所以只要做差不多就好了，複雜大刀也沒人開了，現在只做保障營收最保險(胡方翔)

對內科來講， C 肝用藥已經開放了，總額制度下這也是一個很大的問題(胡方翔)
何止 C 肝用藥，又開放了一大堆啊；這些長遠來看對病患是有幫助的，但國家的預算不給，又一直開放用藥，真的有點像小偷；拿一張空白支票隨便人亂填(資 1)
現在就像是健保在請客但醫界買單，這幾年一直在惡化也是這樣子(胡方翔)
要如何協調溝通這要考驗大家的智慧了，不要過度偏向勞方也不要過度偏向資方，也要考量到客觀市場上的需求，就是看一般民眾的購買力到多少，願意付什麼代價(資 1)

目前學長推行的一些網路群組內有很多的改革意見， 但這些意見有沒有辦法匯整呢?有沒有辦法上達呢？ (胡方翔)
當然是有希望，我們要抱著樂觀。組內很多醫院的教授不一定是代表醫院的經營管理階層，但有些是在醫院經營階層組織，台灣的狀況你也很清楚，很多大醫院都是集團私有化，譬如馬偕是走教會的，慈濟也是宗教的，或是大財團的，所以真的教授醫師在醫院也都是受雇的，只有少部份區域醫院屬小型私人的家族企業，特色可能會比較多一點，每個人都會有不同想法跟立場， 在公會裡這種事情不可能統合的，怎麼可能統合呢(資 1)
對，在醫界就有這樣的困境，雖然大家都說要團結，但因為醫師的異質性蠻大的，所以要團結起來也不容易，關於這點是否可以藉由一些非正式管道團結呢?像群組就是一種非正式管道團結(胡方翔)
對呀，我們不都是害怕自由發言得罪人，就算是小有衝突我還是會出來調解；醫師勞動的基本人權跟醫療品質一定是有正面的關係，也跟醫療團體的發展有關係，一個工作的基本人權、基本工作權都能保障時，相對員工將來的生產力

一定會提高(資 1)

官員都是用數字來做決策，所以我們有沒有辦法跟他們做溝通(胡方翔)

他們就沒有正確財務的觀念和人口的觀念(資 1)

他們其實比較喜歡用服務量的觀念(胡方翔)

那他們為什麼不去跟非洲人比呢? 非洲每個人的年均收入是 100 美元，可能十萬個人才一個醫師，若是用歐洲 1000 人來養一個醫師來講，非洲人養得起嗎? (資 1)

但官員不在乎，因為總額制度已經訂了，所以他們不怕，當初他們訂的時候有說不可增加病人任何就醫門檻，造成現在連急診也可以當急門診來看，還要求診所假日要輪值看診，不去做病人端限制，他們認為醫療服務最好是隨叫隨到，反正他付的錢也不會增加太多就好了，所以他增加醫師的供給也沒差，這就是目前主管機關的想法 (胡方翔)

沒錯，國事如麻，少管為妙(資 1)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況
29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

政府現在有向公費醫師制度來推行的做法，因為他們認為醫師的收入有比一般人高，所以醫師再增加一倍，薪資減少在範圍內還是可以過，所以他們有朝這個方向前進(胡方翔)

這要考慮到每個人平均合理所得是多少，要負荷多少，不能只單算人數，要把它換成醫療預算，這樣來算比例才是對的(資 1)

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法
36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

目前私人醫院的營運還是以利潤跟盈餘為管理目標，就算他知道有勞動權， 但他也不會主動去主張或遵守，這是目前的困境(胡方翔)

現在私人醫院能不能經營能不能永續發展這很重要，但因為現在健保點值太低又打折時，老闆實在是有自己的財務困境，此時談勞動權太沉重(資 1)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

勞動人口降低，人口老化，人口結構與國家經濟出問題，需考慮到整個社會有沒有辦法提供勞動人權成長的背景(資 1)

沒錯，現在困境也在這裡，他們怕推動勞動人權的另一個重要考量就是沒辦法這樣子負擔，反面來講的話，超時過勞也會影響醫療品質，確實是矛盾的(胡方翔)

沒錯，所以現在在苦撐，會不會到底那天誰會先倒(資 1)

不管這制度好不好，但一旦健保倒的話，一定會出現恐慌跟立即性的問題，所以我們現在也不敢大力的推說健保到底是要不要砍掉重練，我現在都盡量保持中立的立場，慢慢推動勞動人權，畢竟現在社會未臻成熟(胡方翔)

哈哈，當年推健保的梗；台灣的社會像日本一樣，一直往低薪還有各方面往下走下去(資 1)

對，現在 cost down 好像變成主流價值了，一直 race to the bottom(胡方翔)

現在人認為那裡便宜就往那裡去，完全沒有考慮到品質或有什麼特異性和永續性的問題(資 1)

可是一旦這樣子走，醫療品質就很難有保障了，因為醫療品質不是 cost down 就可以確保的 (胡方翔)

醫療品質將來長遠的途徑是對國民健康、對社會有一個必然的責任，對國民 健康有一個基本提供，如果有超過一般要求水準的服務也要提供，就是某些醫院某些特別高端服務，必須病人要自己去負擔一些費用，一般民眾還是可以接受的，就像白內障不同的水晶體有不同的價格，容許部份市場的機制存在，也要容許一般民眾的需求所在，這樣才會有空間，像牙科一樣才會有空間(資 1)

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

調漲保費是需要全民共識與立委長官支持，當然全民比較沒有共識，立委看選票，長官看官帽；另外經濟不好的情況下要調漲保費大概也沒機會了，最後還是要看國家的經濟，如果整個國家經濟走緩的話，醫療想要調整保費應該也沒希望了，您覺得這講法合理嗎? (胡方翔)

現實必然如此，而且不是調漲保費或是調漲費率這麼簡單，這需要考慮到繳費的人口，我們的勞動人口越來越少，老年人口越來越多，新生兒越來越少，這是基本人口結構問題，我有看過一個資料，日本的健保加長照保險的費用佔可支配薪資的 30%，但到 2025 年到 2035 年隨著年輕人越少老年人越多，就是繳費人口越來越少時，這時有勞動生產力的年輕人，可能繳給保險公司費用會高達 50%，到了 2060 年時可能一個年輕要養二個老人，他的薪資所得大約 80%-85%要繳給健保跟長照保險費，實際可支配變成剩 15%，你說這要不要革命，這是因為現在社會人口結構問題，你一直想要用人權，可是你還要考慮到

整個社會有沒有辦法支撐勞動人權的背景(資 1)

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九)其他

(1)醫療資源相關

醫療資源不可能讓很多新的機構不斷的設立，我知道新竹要增設很多家醫院，但是每設立一家醫院要增加多少醫療支出這是可以算出來的，這樣的設立表面上好像是可以到處都有醫療服務，但最後的結果就好像是台灣之前每個縣市都在蓋機場，但現在有多少縣市的機場有在用的，直到後來有高鐵後那些機場都沒在用了，所以將來會隨著整個環境網路網際甚至各方面的醫療，假如我們繼續用我們傳統的概念蓋醫院的話，將來整個訊息溝通與就醫方式都改變時，搞不好就會像高鐵設立後機場廢掉一樣 (資 1)

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 6(民 1)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況

您清楚現在中小型醫院多數已經多年沒有住院醫師，大都是主治醫師搭配專科護理師(NP)在值夜班(胡方翔)

為什麼會沒有住院醫師呢? (民 1)

因為改變 PGY 住院醫師訓練制度，這是 SARS 後醫學教育委員會決定的事情，PGY 制度是醫院如果沒有完整訓練科別與足夠師資就不可以收主訓，因為以內科來說必需心臟科、腎臟科、胸腔科、感染科...什麼科都要完備且有導師級以上的醫師才能來申請主訓醫院，還要經過醫學教育委員會評鑑審核資格通過，以一個地區或區域醫院不可能去備這麼多醫師備這麼齊的科別，中小型有些科別是只有一位醫師，有的科甚至沒有醫師的，在以前收不收受訓住院醫師都不需要這些條件，以前只要有幾個大科就可以了，現在還需要有導師級的主治醫師，甚至我們連挖角過來的主治太資淺沒辦法當導師，因此這個科就不合格，所以就沒辦法去評鑑成 PGY 的主訓教學醫院，中小型醫院現在評鑑的是 PGY 輔助教學配合醫院，然後仰望大型醫學中心教學醫院每年撥二、三個 PGY 成員來我們醫院實習一、兩個月，其他時間就是靠 NP 撐，NP 現在是醫院住院病情的值班主力，這樣品質我相信醫改會應該會關心這個議題，可是很無奈就是沒辦法(胡方翔)

這已經變成是專業問題了，我們要關心可以，可是一定要是裡應外合(民 1)

而且依照台灣的情況一定是要發生大事大家才會反省，這是很悲情的事情，一定要有人犧牲以後它才會要檢討改進(胡方翔)

對，而且還不一定改的成，等一陣風潮過去，民眾淡忘就結束了(民 1)

3. 醫師的工作條件
4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係

當然保險本身就是可能浪費，因為是第三人付費，到底健保是屬於健康保險還是醫療保險，如果是一個有效率的醫療體系，照理來說都應該是全民越來越健康(民 1)

理論是照顧健康，但事實上它就是個單純的醫療而已，公家做的醫療保險甚至醫療福利，有時福利只做人情，跟健康無涉(胡方翔)

我知道，可是健保名字不叫醫保，很清楚它的手段目的應該是照顧健康，所以 DRG 論人計酬就是這樣概念的，把這塊圈給你們這個地區的醫療院所做垂直整合後，然後讓民眾越健康你們就越賺(民 1)

但現在健保還在做的主要只是醫療，其實根本不是論人計酬，論人計酬叫

Capitation，算人頭包醫，但 DRG 的 D 是診斷 Diagnosis 叫論病計酬，疾病沒法包醫，所以遇到病情複雜時病人還是會變成人球，所以這問題還是沒辦法解決(胡方翔)

因為現在我們就是讓病人隨便跑，醫師也會有自我篩選，看到複雜的病情就不看了(民 1)

但現在篩選病人的指揮層級根本都不是在醫生，因為醫生不管病情複不複雜都是會看，但問題一是老闆不同意，老闆會說對不起你的業績為什麼那麼差，為什麼在幫醫院做賠本生意，要扣績效變成用財務管控，二是法官不同意，法官說按醫療常規，你有疏失要高額賠償，三是健保署不同意，說醫審委員事後認為這些治療沒必要，要核刪給付費用並且放大回推一百倍，所以醫生是被重重支配的沒有辦法去抗拒(胡方翔)

我知道，所以曾經我們也討論過，譬如醫學中心根本不應該做門診，它花了很多資源在門診，約五成五原先還有六成，即使是現在我們要求降低後，新光醫院還是六成二多的門診，就是醫學中心健保收入有六成二是來自於這個，這是不對的，如果我是衛福部長，我立刻就宣佈醫學中心做門診不給付，逼著醫學中心要收掉門診(民 1)

這是分級醫療問題，健保法有規定但現在沒有落實執行，醫界也同意應該要這麼做，是官員和立委怕被民眾罵，官帽跟選舉就掉了，連提都沒人敢，所以問題好像也不是僅出在衛福部長，健保法沒有落實分級轉診，其實就是政治角力的結果(胡方翔)

沒錯，各個層級有各個層級該負的責任，怎麼可以通吃，若是通吃，資源有限很顯然的急重難症就沒有辦法兼顧，無法做好了(民 1)

不能落實分級，還有一個重要原因是健保給付與評鑑等級掛鉤(胡方翔)

對，當然也跟我們評鑑制度有關，大家都想去衝升級醫學中心，然後變成是拿醫學中心級的給付標準，同病不同酬，現在的問題很多，所以需從哪裡著手可以一針斃命才是最重要的，所以我們的想法是規定醫學中心不能給付門診費用，當然不能給付的同時，在住院費用給付上就要有所調整，過去聽說健保住院給付是不足的，不知真的還是假的(民 1)

當然是給付不足，目前為止不管是開刀還是住院費用，健保之初都是從原公勞保制度的基礎評價出來的，但公勞保制度的社會背景是嚴重低估的，因為當時很多醫師被當做合夥人，管理者對他們說如果能報低一點我就幫你少報稅，所以那時的普遍風氣就是故意把所有處置費用偏低申報，譬如說開盲腸就約定俗成大家都報五千元(胡方翔)

但偏低的報公勞保就不會給付那麼多錢，也沒有得到什麼好處啊(民 1)

為了節稅可以省很大，因為如果報高的話多拿的也去繳稅也麻煩，甘脆低報，所以當時的問題是在於他們因節稅迴避合理訂價，於是都用最低點來申報，反而困死自己，這最低點在這二十幾年來沒辦法調整，不但沒辦法調整而且總額還被打折，成就世界最廉價台灣健保奇蹟(胡方翔)

這種做法根本是得不償失(民 1)
所以就慘了，因為以前不知道。以同樣的治療來講台灣根本在國際上是最低的，他們還很得意說台灣是最低的，可是當年根本是低報，所以現在也動不了了(胡方翔)
那也沒關係，如果我們努力把這塊拿掉，讓政府同意大家重新來檢討(民 1)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

依您的講法將醫中門診給付限制了，但現在門診是醫院生存的命脈，一旦減少後財源就會不足，而財源不足基層人員就會第一個遭殃，所以要先保障勞動人權(胡方翔)
不，如果這樣醫院就不要請這麼多的門診醫生，門診醫生就回到其他層級去(民 1)
沒有，門診醫生本來就是兼的，門診就是主治與住院醫師看診，是同一批人，只是把他的時間切割成門診或者在沒有門診時就去查房、教學，就是同一批人，所以如果把門診少了他的收入就會少了(胡方翔)
所以才要在住院部份要提高給付，不要這麼辛苦的到門診去(民 1)
這是一個分級辦法，但問題是住院病人數沒有辦法一下子瞬間成長一倍，因為住院病人還是來自於門診或急診，門診與急診的病人來源比率約各占一半，若門診病人沒了，急診也早超過人力負荷，沒法加收病人，病房因護理人員不足而飽和，也無法容納病人，門診收入突然沒了，醫院營收減半只能倒閉，除非住院給付變兩倍，這沒有可能性(胡方翔)
這就是因為我們分級沒有分好，如果用基層轉診方式，就是重症留在基層若是出事情了就要等著被告，最好往上送，這是整個體系的變動，要整個體系同時做變動，總要有一個環結先鬆開才行(民 1)
像這樣的 idea 討論很多，可是要怎麼樣去推行呢?就是要怎樣將給付重新分配移到基層跟住院，過去沒有做，絕大部分是利益分配問題卡住(胡方翔)
這就是要大家重新來討論(民 1)

8. 對於納入勞基法看法

我另外一個切入的點就是，是不是先推動醫師進入勞基法來保障勞動權，不然，分級轉診未實施，醫院值班人力過勞，醫師勞動情況先惡化，請問醫改會的立場如何?因為若有勞動法可以保障醫師的話，醫師可以直接拿這個法律去維護勞動條件，如此醫院就非得依法把條件做足，這樣作法有可能嗎? (胡方翔)
沒有用，那個效果不大，因為勞動基準法只是地板，如果勞基法適用後，加班要加班費，到時醫院就把你的底薪與時薪調低，你就拚命加班，另外如果醫院算你加班費好了，可能連底薪保障也取消，或者將業績抽成壓低，最終你還是領跟現在差不多或更低的額度而已，總工時卻未見減少，這是有可能的，因為勞基法是最低勞動條件保障而已(民 1)

可是我們現在連最低勞動條件保障都還沒有達到，因為現在的指引保障的是週工時 88，週 88 離勞基法是很大一段距離，就算變成彈性議定的 84-1 責任制，或許就像您說的最後拿到的薪資有一半都是加班費的，工時不減，變成工時的時薪降低，這是很有可能的，醫師時薪價值下降成了納入勞基法的首批受害者(胡方翔)

對的，我就是擔心這件事情，老闆永遠想要賺這麼多，所以不管醫師有沒有適用勞基法，如果有適用他就用另外一套方式，上有政策下有對策，配套防弊措施要整體規畫(民 1)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

對於有關於勞動法的問題，因為當初我訪談部裡那些官方的想法是說他們認為醫師的勞動條件可以放在醫療法，可是我問他說律師也加入勞基法並沒有放在律師法，會計師也加入勞基法也沒放在會計師法內，護理師也加入勞基法也沒放在護理師法內，為什麼醫師要加入勞基法要放在醫療法或醫師法呢?結果他說醫療比較特別，醫療要有醫德，如果罷工就違反醫德，他們並不認為罷工是人權，因為衛福部就是要確保病人的衛生福祉，所以醫師若罷工就是錯的(胡方翔)

你可以說你們會維持 minimum service 最基本的服務，不太影響到住院病人就好了(民 1)

所以他又把球推回給我們，他說訂不出 minimum service 是你們學會跟公會的問題，結果我們回去問公會，公會根本連做都不想做，公會說我不想訂這個東西，我們那個公會是沒有用的，所以我才會創立這個 union，因為以後 minimum 是由我來訂，我訂了以後可以跟資方協商，若雙方同意了就做下去了，沒有殺傷力的罷工根本是沒有用的(胡方翔)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異
18. 醫師公會是否有協商權

公會內部的改革反而是重要的，不然他還是那些舊派人的想法，過去成長求學與工作歷程未曾經過勞動權觀念洗禮，公會性質還是偏資方，尤其現在我們的公會很多都是被醫院資方派與開業派的人所掌控(胡方翔)

跟護理師公會一樣，護理師公會理事長們或者是常務理事們也都沒辦法在關鍵時候站起來為廣大的基層發聲，因為他們在醫院可能也都是管理階層(民 1)

19. 醫師籌組工會之看法

所以老師我創了一個工會，我創了一個雲端工會在臉書上，現在已經 1800 人參加了，但只能有醫師的加入，這個會的創會宗旨是我寫的，在 4 月 23 日台灣第一個網路工會，可是是虛擬的，雖是虛擬的，但在會員的身份上我必須要求證才能加入，因為我要設的是職業工會，有人問說為什麼要設職業工會，我說我並不想要整合醫師產業、醫療產業，我也不想在企業內部衝撞，所以我只好成立職業工會，只要是同一個職業，我們一起對公共政策形成共識後，將來就有可能會壯大(胡方翔)

很好， 很好(民 1)

是因為在這裡學到一些概念，我覺得我在網路上的論述就很有利，大家都會同意我的意見，所以我現在的會員從 23 日到現在才三天就一千多個，他們也在問要不要訂章程，我說章程一定要訂，即使是虛擬的也要模擬現況，因為將來要實戰，所以目前歡迎大家提出章程，到時有幾個章程版本再一起開會討論(胡方翔)

請問你知道他們的年齡層嗎? (民 1)

沒辦法，我們是對全國的醫師，只要能提出醫師執照或者是診所名稱讓我們可以查證的，就讓你加入，不能查證的就...(胡方翔)

請問你們核心除了你以外，還有貴院的醫師嗎? 還是跟其他...(民 1)

沒有，我跟醫勞盟合作，但我又不是醫勞盟的人，因為我有兼衛福部委員，而衛福部對醫勞盟感冒，所以我還沒有加入，我是獨行俠(胡方翔)

20. 醫師參加勞資會議

21. 醫師如何協商勞動條件

22. 醫師勞資協商的代表產生

醫師公會是資方組織，當初他們的成立其實是聯誼會的性質，但現在被附予參與政策對話的平台，可是他們的選舉都是雙重間接選舉的，所以他們根本沒有辦法代表民意，造成基層聲音跟他出去講的落差很大，尤其是現任的理事長蘇清泉，他曾經有很多非常離譜的發言，可是公會對他還是百般容忍，因為他還是要掌控，其實基層是反對他的，但也沒有用，因為我們也沒有投他，我在苗栗地區我只投了苗栗地區公會的某幾人一票而已，可是苗栗地區公會理監事互

選出理事長以後，理事會就被推派比例代表到全聯會去當會員，然後全聯會會員再投票選出理事長，是這樣雙重間接產生的，所以基本上我們反應任何意見給地區公會，但地區公會不一定會把它呈現在全聯會內，而且在全聯會內要有得到支持的人，本身是要長袖善舞的人，所以真的有改革理想的人可能連地區公會都進不去，像我想進去地區公會，他說你要參加可以，你把自己的名字寫在選票下面然後投自己一票，只可以這樣子，沒辦法，他不願意把我的名字列在正常的選票推薦名單上面，所以連公會體制都無法打破；我曾經在去年年底發動一個修改章程的活動，在網路上的，結果沒人動得了，因為章程上規定任何章程的修改必須四分之三以上的人同意，這比修憲還難，我點出這個不合理，但竟然沒有多少會員支持，每個會員都覺得無所謂，所以我不知道為什麼台灣的民主教育會教育出這種莫管他人瓦上霜的公民，這明明是不正常的章程條款，結果竟然還存在，而且存在在所有的醫學會跟公會正式的章程內，他們的理由是為了不要常有變動性，為了要穩固所以才會要有四分之三的人同意才通過修改章程，所以這不合理的章程永遠都會存在，卻只保障既得利益者(胡方翔)

應該是這說絕大多數的人都是被日子帶著跑的，只要沒有明顯跟他自身利益直接相抵觸就這樣的過日子了，如果你是很認真過日子就會很認真看到很多問題，所以你就會想提一些東西，可是你提的這些東西對大多數的同仁來說是沒有感覺的，又或者他會認為其他醫師也是這樣的忙，我也沒有更糟糕，所以能過得去也就算了，這就是常態，那就只能期待快點改弦易轍了(民 1)

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

罷工受限於必要服務條款是幾乎沒有功能的(胡方翔)

或者可用另外一種抗爭方式(民 1)

怠工嗎? (胡方翔)

不是怠工，我記得義大利國營的航空公司，有一年他們員工罷工時，照常營業飛機照常飛，很有趣，他們可能是一個產業工會，全公司上上下下包括機司、空服員、修飛機的、櫃枱的、...全都在那個工會裡面，他們很有創意，他那天說罷工可是照樣營業，然後工會派人站崗扣下當天所有的營業收入，實質讓資方損失(民 1)

資方沒有派人下來接管(胡方翔)

沒有辦法，所有工會會員都團結，他派誰呢?自己去? 營業點那麼多。顯然他這個工會是很強大的，收錢的部門很配合的把錢給扣了下來，也不上繳，公司就怕了，因為沒有實質收入，我就讓你沒有實質收入但同時我又沒有得罪顧客，很有創意；那醫療工會有沒有可能扣這個錢，病人到醫院來看病不受影響，醫院沒有收入，以後醫院就要好好對待員工了(民 1)

可是收錢的都不是醫師，那就是要產業工會或企業工會才能做的，如果是職業工會可能就沒辦法去約束這些櫃檯員，而且一間醫院老闆自己家人下來釘收錢，就夠人了，這是一個問題(胡方翔)

反正是提出一個曾經我看過的非常成功的罷工案例，逼的資方非得下來跟他們談判，否則我罷工好幾天，錢也扣著不給你(民 1)
這對服務業來說是一個非常好的策略，因為服務業這樣子做沒有得罪顧客，服務照提供，只有直接影響到資方(胡方翔)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

接下來我問一些比較操作性的問題，在國外醫師的協會比較類似我們目前的公會，可是他們的確擁有另外一個工會的性質，因為他們可以團體協商也可以集體爭議，這樣的做法為什麼台灣不能適用呢? 還是需要修法才有辦法(胡方翔)
工會法並沒有僅限適用勞基法人員組工會(民 1)
因為我們現在公會全聯會來說，他們適用的是人民團體法，曾經有人解釋說他們不適用勞動法，所以他們不可以主張協商權跟主張爭議權，您認為這點要如何突破呢?還是說沒辦法一定要成立 union 才會有協商權跟爭議權(胡方翔)
對，看起來似乎是如此，應該要先有工會，法律上規範是以工會為對象(民 1)
為什麼外國可以這樣操作呢，還是他們的協會叫做雙重性質的協會，同時適用勞動法跟人民團體法(胡方翔)
這我就不清楚了，應該也是法律規定的(民 1)
我覺得這個很有趣，可是我現在找不到一個法學專家來對這個現象解釋(胡方翔)

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

對話只要有代表人就可以，就像現在我們要舉行對話時也發現問題，台灣醫界資方或醫院沒有真正團體，就是沒有一個團體能夠約束所有資方，目前沒有，醫院協會說我們只是聯誼性質，他沒資格出來做簽任何團體協約的代表人(胡方翔)
現在現狀對他最好，他幹麼給自己找麻煩，說我們來簽個團體協約綁自己，這是相對概念，勞方夠團結，資方團體自然形成(民 1)
可是這團體協約是很容易保障雙方的，因為雙方都同意的，如果簽了一切都白紙黑字就容易保障(胡方翔)
保障誰? 現在醫院高高在上，為什麼要去簽一個東西去保障你和我(民 1)

可是對等討論的平台不存在，因為目前為止醫界沒辦法事前參與任何政策的擬定，事後背書的倒不少(胡方翔)
但這對話如果由醫改會來提的話，一定沒有人會理會我們的，應該還是由公部門主導，因為政府就是唯一的保險人，把關係人找來說我要做，你不來討論到時候想要有保障利益就沒辦法了，因為我已經把溝通平台做出來了，如果你不來就是你自己放棄權利(民 1)
可是這樣風險很大，因為主官管沒有這個意識，他們還是認為做穩比較重要，

所以不會去主動推動這種有爭議的議題(胡方翔)
對，這也是另外一個問題(民 1)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

像美國的醫師協會就可以談判協商(胡方翔)
我看這就是實力原則，管你叫什麼名字，只要有這個實力，可以掌控會員，對經營上有實質作用時，管你叫什麼名字，你不跟我談，我就 shout touch 你讓你很難繼續經營下去，看來是實力原則(民 1)

可是像美國也有護理師協會(民 1)

他們的協會就類似像我們現在 union 的性質，他們是協會兼工會(胡方翔)

我不知道，你說他們醫師不叫工會叫協會，可能有些歷史背景，可能會覺得這個工好像是太 labor 了，然後不願意，所以在型式上改成這樣子，可是它同時還是能夠主張協商及爭議，可能是他們法令上給予多樣性(民 1)

他們好像有規定資方一定要跟醫事團體簽協約，叫團體協約，他們以簽團體協約的方式，鉅細靡遺所以他們的團體協約像書本一樣的厚(胡方翔)

可是他們是協會就可以簽(民 1)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

我們也發現評鑑的那一剎那總人力是符合條件的，可是那時候可能是停止休假，把人都召回來，問題是人還是要休假的，一旦休假人又不夠了(胡方翔)
對，沒錯，或是它把不是實際執行護理業務的人員納入人力(民 1)
就是護理主管，它把有證照的主管都算入(胡方翔)
或是把護理人員拿去做櫃枱做批價的或其他業務，然後就省下人力，所以單看名單是看不出來，到底實際在執行護理業務的人員可能更少(民 1)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

另外一個較真實的盤點人力方法就是勞檢抽查，請問老師對於勞檢有何看法?
因為台北市做比較多勞檢，所以聽說台北比較多醫院遵從勞動法(胡方翔)
可是你知道雖然他做了好幾波的勞檢，也公佈名單了，但實際上是上有政策下有對策(民 1)

北市府勞工局勞檢現在有採專家勞檢陪鑑員制度，這些專家勞檢員可能是公會派的人或者是實際從事基層業務的專家來的，這樣其實也是很好制度，可是沒辦法全面落實，好像台北才有這個制度，中部沒有聽過所謂專家陪鑑制度，只有衛生局陪勞動部走走看一看，看完後就不了了之，聽說地方衛生局跟當地醫院關係良好，接到要陪勞檢醫院通知，還有通風報信，真無奈(胡方翔)

台北能落實是因為台北市長的關係嗎? (民 1)

應該是吧，他們的勞工局局長可能比較積極，現在勞檢都是二部門一起會同檢查的(胡方翔)

但這也要會查眉角才有用，不會查也沒有用(民 1)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

請問醫改會可不可以建立一個單一的申訴窗口，開放針對醫事人員的勞動申訴，我曾經跟衛福部醫事司建議這樣的事情，可是司長沒有意願這樣做，如果全部的勞動事件都往公會申訴，一方面公會已經被少數既得利益者把持了，二來其實公會性質是沒有辦法主張勞動權的(胡方翔)

其實窗口應該不必到衛福部醫事司那去，因為他們那裡的確是沒有這方面的專業(民 1)

但他們竟然說要把勞動條件放在醫師法、醫療法，如果他沒有專業這就自我矛盾了，你要管你就要把整套都管了，不能只管這部份別的部份又不管，我在訪談過程中發現非常多他們前後矛盾的地方，當然將來都會呈現在我的論文裡，這邊說要用醫事法特別法來管，那邊又說不用成立勞檢或者是申訴窗口，口是心非(胡方翔)

對，沒錯，照理來說不能因為是醫院所以所有的勞安都由衛福部來管，因為裡面還是涉及到不同部門的管理，譬如說醫院有建物，消防安全的部份，衛福部可以說指揮消防單位要不要進來嗎?不可能的，因為勞安裡面牽涉到很多專業，很多專業一定是要依賴其他部會合作才行(民 1)

但問題如果我們現在聚焦在醫療勞動或者是醫護勞動，大家都說血汗或者五大皆空，表示他們很重視勞動情況是惡化的，即然是惡化，但勞檢又沒辦法充分的情況下，他為什麼不願意建立一個申訴窗口，如果有申訴就針對個案去做檢查，這不是很快嗎，可是他們不願意(胡方翔)

勞動部也不要管嗎? (民 1)

勞動部說它只接受護理的部份，他認為醫師不是它的管轄對象，甚至不曉得是衛福部那一個官員講過一個很離譜的話，他說醫師工作一個星期二百個小時也都不違法，但他忘記一個星期根本沒有二百個小時，這就是我們的主管官員，但他的心態就是這樣子，反正醫師不是勞基法人員你們要幾個小時是你們的事情(胡方翔)

不可以這樣的，雖然現在你們還不是勞基法適用對象，也只是因為現在還沒有公告你們是，可是你做為一個勞政主管機關，我們連外勞都會關心了(民 1)

因為勞動是人權，這就是人權問題(胡方翔)

對呀，因為你是主管勞動人權的主管機關，怎麼可以說對不起因為你現在還沒有納入勞基法，所以不管你死活，我覺得這根本是不對的，你只能說它還沒適用，所以還不能用法律來處罰違法的雇主(民 1)
這樣的官員到目前為止還在當政，目前的台灣困境就是這樣子(胡方翔)
那我也沒話講了(民 1)
我覺得我們要走的路還蠻長的(胡方翔)

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

我曾經跟我們醫院長官談過勞動法問題，結果院長說我們這邊勞檢頻率平均六年才一次，勞檢違規的行政罰鍰才十幾萬，節省的人事成本六年有多少，如果我們家率先遵守勞動法的話，這個勞動成本只有我們醫院有，最後我們醫院跟別人比就沒競爭力了，他這麼一說我們也知道嘴巴要閉起來了，他的意思就是醫院如果沒有競爭力我們就會失業(胡方翔)

不，你錯了，沒有什麼喪失競爭力問題，只是老闆拿到的利潤變少而已，這跟競爭力完全沒有關係(民 1)

問題是內帳那一塊看不到，就像法規要財報公開，但拿出來的也是第二本帳簿，根本就是沒用的(胡方翔)

我知道，但你千萬別被他的說法給騙了，說什麼沒有競爭力，壓縮的是他的利潤(民 1)

但因為院長是董事會請的，他又不是員工推選出來的(胡方翔)

我知道，這又是另外一個問題了，那你就努力往上吧(民 1)

不想，我已經是黑名單被貼標籤了，他提醒過我不要得罪太多人，到時後你去哪裡都沒辦法做，就變成只能開業，所以我現在讀了太多，心裡清楚太多，真的變成負分了(胡方翔)

不會啦，人總是要為自己覺得值得的事情奮鬥一些，所以還不至於到山窮水盡的地步(民 1)

對呀，我們也都看明白了，做理想的這個是必然的，萬一有這個結果我也可以接受的，所以沒差了(胡方翔)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

健保法是一個大的框架，因為勞動條件跟病人安全有關係，而健保給付跟醫師勞動條件有關係，這個惡性循環要怎麼打破呢? (胡方翔)
健保給付跟醫師勞動條件未必一定有關係，健保署認為是給足了，為什麼到了醫護人員手上時卻不足，因為中間還有個醫院(民 1)
我們不是他的特約對象，它法律上特約對象是醫院，而我們是醫院的受雇者(胡

方翔)
所以醫改會一直在談醫院治理的問題，董事會治理的問題，這就是關卡，黑箱就是在這個地方，醫師做了這麼多的醫療服務，醫院拿了這麼多錢進來，到醫生手上時已經被過濾掉了，可能好多層，所以董事會治理是關鍵，我們不希望董事會全部都是他們自己的人，家族的人，親朋好友(民 1)
沒辦法，多數就是家族經營為主，你看現在的高醫事件，它就是陳田錨家族，中國醫藥學院也是家族，蔡長海家族，都是家族掌控(胡方翔)
這就是世襲，為什麼台灣容許他們世襲，因為老百姓也都覺得那是他們家的，像王永慶蓋長庚醫院那是王家的也許沒疑問，高醫沒什麼道理，當初他也只是捐了那六甲地，三七五減租的地，那六甲地也不怎麼值錢，他還跟很多地方募款，才辦了高醫，如果他說那是他們家的那真是會笑掉人家的大牙，法人搞世襲，會不會太離譜(民 1)
問題是財團法人是公益組織，而教育部也有怠惰，因為北醫董事會曾被二度解散，只要教育部認為它的經營不合章程就直接把它解散了，其實依法是可以的，主管機關沒有這個意志，不然北醫當年怎麼會有二度解散，高醫董事會就應解散，打散了再重整就正常了(胡方翔)
但現在沒有人要扮這個壞人(民 1)
就是沒有勇氣，高醫校友這麼多，如果校友自治就成功了(胡方翔)
對呀，校友這麼挺這件事情(民 1)
但就是動不了他這個家族，因為他家族的政治背景非常雄厚，所以教育部長就不敢動了(胡方翔)
我們的教育部長跟高醫好像沒什麼裙帶淵源或利害關係，為什麼不敢動呢? (民 1)
如果動了陳家這個政治家族，那可能會影響政務官的官位(胡方翔)
如果輿論不夠大，當然官商勾結的慣性就會存在，如果輿論夠大了，這邊就會收手(民 1)
沒這麼容易，像去年立委提了醫療法修正案，說財團法人醫院盈餘要優先幫員工加薪，又規定董事長只能連任一次，但未規定實施期程、未訂施行細則或辦法，又沒有罰則，這就是在打假球。(胡方翔)

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九) 其他

(1)醫改會背景訪談

請問創會理念為何? (胡方翔)

創會很單純，因為我自己本身有這樣的經驗，莫名其妙發生事情了，當時只是想知道當時那個醫生在哪裡，因為有指定醫生，可是一直到事情發生這過程中都沒有醫生出來，當然我很傷心，如果醫生忙別的病人，我是可以原諒，但都

沒有講，我想細節不要講太多，總之我們看到是結構性的問題，我們想知道這個結構性問題怎麼處理，當時首任董事長是張苙雲老師，張老師從國外畢業，回國後就一直從事醫療社會學的研究，也因為這樣的關係，他在衛生署做醫事鑑定委員會的委員，他同時也是另外幾個委員會的委員，因為社會學的關係比較會從結構性來觀察個別現象，所以他看到很多結構性的問題，同時也在委員會內發言，可是發言往往都不受重視，他用一句話叫做狗吠火車來形容他當時的努力，所以當我事情發生後，我們請他一起討論這些問題時，他欣然接受認為是時候該做了，雖然他在體制內可是做不了任何更動，所以我們才跳出來，從體制外看有什麼辦法可以做改變，目的很簡單，台灣的確是醫界獨大，醫界是總體來談，我們在醫改會成立以後，區分醫院的經營者跟醫事專業人員，這是二塊不一樣的，即使是醫事專業也看到醫師公會全聯會跟醫師們不一定同調，醫界是一個很籠統的，這裡面有非常多的角力非常多的利害衝突等等，等到我們成立時感受很深刻的是對專業人員有更多的同情，所謂的同情不是你比我弱勢，我們覺得醫師明明有專業，可以用這個專業跟醫院的經營者抗衡，可是都沒發生，讓我覺得很扼腕，其實醫師公會全聯會來我們醫改會很多次，另外個別的醫學會也來我們醫改會幾次，我們也跟他們說沒問題，我們可以裡應外合，當然全聯會談的是更大的東西，個別的醫學會我們覺得很難，因為他們想要爭取自己的小總額，但我說這個且慢，大家都小總額完後要做什麼呢(民1)

其實就是分贓，利益的問題(胡方翔)

不應該如此，應該資源做最大最好最有效率的調度，而不是各自圈地，不過各自框有各自框的挑戰，各自框也會遇到問題，譬如說老年醫學，以前老年人口不多，那時如果框下來的話，現在就沒辦法應付了，兒科如果說兒童越來越少總額就要縮減，真的要走這樣的嗎?還是有很多的挑戰，我們先暫時不談，因為跟你的主題不同；因為看到很多結構性的問題，所以醫改會成立希望有些能力處理，可是後來我們發現這是銅牆鐵壁，白色巨塔，特別是早期一開始做時，被人家質疑你們裡面有醫學背景的人員嗎?沒有醫學背景為何要說三道四的，所以早期做的時候非常辛苦，幸好張苙雲老師是一個很純的學者，所以很多東西在提出來之前都要證據確鑿，早期合作時覺得很辛苦，為什麼一定要這樣證據確鑿呢，反正我們是倡議團體，若覺得有什麼不對就跳出來，就可以像工運團體或婦運團體，因為在此之前我已經參與婦運團體至少十年了，在婦運團體時只要看到不對就跳出來，反正我的對象就是政府，因為政府自稱是民主進步的政府所以就會有所改變，這是國際社會的大趨勢，可是張老師不這樣認為，她非常謹慎，在談任何議題前所有的數據都在，後來我發現這是很棒的，因為這樣我們就不會被別人抓漏洞，一旦被抓漏洞你的 credibility 就不見了，因為醫界那個結構太銅牆鐵壁了，所以後來我們只能策略性的找一些切入點，很多人認為我們都在做一些週邊的事情，沒有真正做一些核心，不是我們不想碰那

個，最核心本來就是最難的，譬說我們第一個做的就是藥袋標示，我們做了好幾家的評比，幸好是北榮做的非常不錯(民 1)

北榮的對口是那一位? (胡方翔)

反正就是藥劑部門，藥劑部門被評出來是第一名，所以就被醫院表揚，其他的院所也有跟進，後來當然也是因為政府訂了一些規範，所以這就很成功，成功是因為西方國家也是這樣做，而我們也自稱是民主進步國家，沒有道理藥袋是那麼簡陋的，反正我們每次做議題就會想什麼議題對民眾影響最大，從民眾的角度著想，可是不會直接打核心，因為核心打不過，即使過了 15 年我發現那個結構還是屹立不搖在那個地方，譬如健保總額永遠不夠，每年都還是按照那個公式做三點多的調整，從一開辦的一千五百億到現在已經是六千億了，照理講健保的出現應該是讓民眾更健康，健康之後對健保的使用應該會更少才對(民 1)

這個假設不知道成不成立，現在驗證的結果並不一定是這樣(胡方翔)

(2)邀約病人團體代表及推動醫療人權的阻礙

我想找病人團體的代表，我談的是醫療勞動人權，可是醫療勞動本身會牽涉到病人的健康醫療權，所以不能不考量病患團體，但需要找出跟此勞動議題比較有關切的人選，目前為止還找不到，我本來想找督保盟的藤西華，可是完全沒有管道，因為我跟他不認識(胡方翔)

你想找他嗎? (民 1)

他關不關心這個議題，而且他的立場我覺得很重要(胡方翔)

他當然關心，醫勞盟活動時他好像也有參與過(民 1)

對，可是我覺得他針對不同議題有不同的看法，譬如說談到醫師工時保障他可能是同意的，可是談到醫師爭議權、罷工權時他又不完全支持，可這二者是掛在一起的，很難做切割(胡方翔)

或者找些身障團體如何? (民 1)

譬如說那些團體? (胡方翔)

像老盟、殘盟(民 1)

但需要他們對醫療的工時及勞動情形要了解(胡方翔)

老盟的會員經常會跑醫院，殘盟也是如此，因為會經常生病(民 1)

他們對我的訪談大綱必需要了解到一定的深度才行，因為這會牽涉到對醫療人權看法做最後的結論，可能比較不會那麼清楚，所以我設定訪談的對象是藤西華，可是他太忙了，而且我也沒有管道(胡方翔)

他忙什麼? (民 1)

他一天到晚上電視，常在電視上看到他，他好像身兼好幾個職務，最近他好像又參加另外一個人權協會的…(胡方翔)

沒有關係，督保盟是沒有組織的，是 one man show，就只有他跟孫友聯二個人而已，它沒有任何組織 (民 1)

請問老師可以引見嗎? (胡方翔)

沒有問題，你要友聯還是希華(民 1)

二個都要(胡方翔)

友聯很難講，他有一陣子跟基層護理公會（基護)合作，五一勞動節最近基護又有活動了，基護在籌備過程當中他也大量參與，給了很多意見，他是一個很認真的人，所以很清楚(民 1)

友聯 104 年入學台大健管所博班，是鄭雅文老師的學生，但又辦休學，目前為止還不確定復學了沒，他是陽明衛福所畢業的，我也曾經讀過健管所博班二年，現在也放棄了，因為我們推醫療勞動活動的，醫院不喜歡，若是自己開業，還是卡在健保，因為健保現在是總額給付，給付額偏低，所以做起來都很辛苦(胡方翔)

如果生意好不用擔心(民 1)

因為開業成功需要一段路，並不是立刻開業就會立刻成功(胡方翔)

如果你開始預備的話，醫院的病人你就好好照顧，把他們抓緊(民 1)

但因為長期讀書的關係，所以病人能不能抓緊還不知道，如果我離職可能過去經營的任何資源也沒有辦法帶(胡方翔)

那就暫時先不要動(民 1)

可是我現在連臉書都被監控，如果我只要發言有關勞動或醫院改革議題，他們就要求要把它撤下來，所以現在只能學習低調，因為我們醫院內發生過一件事情，就是在做緊急召回演習，理論上在召回時有休假的人應該是要補假的，而且這是額外的工時應該要給加班費，可是我按勞基法這樣子寫馬上就被釘了，

他們不想讓我發表這樣的東西，可是我這是完全依法律的觀點來寫的，事實上也是正確的(胡方翔)

我突然想到但不知道做不做得到，嘉基最近才成立企業工會(民 1)

但也被打壓(胡方翔)

所以貴院有沒有可能也成立，其他同事對這事有何看法? (民 1)

很難 (胡方翔)

你可能是國內第一人醫師同時讀及法律又讀勞工的，我們所很珍惜(民 1)

謝謝老師(胡方翔)

(3)勞動權益及盈餘分配的改革

所以變成要多管齊下，財團法人法要改，勞動法也要改(胡方翔)

但我覺得財團法人法比勞動法更來的重要，更基本，如果財團法人法結構走上正軌，董事會裡沒有任何一個私人可以為所欲為，用醫院做為謀利的工具的話，醫院本來就是公共財，董事會內也應有若干比例員工代表進去，董事會在財務報表呈現時，或是董事會在做任何決定或資源分配時，大家都有發言的機會(民 1)

問題是現在沒有那位立委支持願意讓員工進入醫院董事會的，至少目前沒有(胡方翔)

不是沒有，醫改會前幾次在推這件事情時，就是揭露出財團法人醫院董事會亂七八糟事情的時候，像田秋堇委員就很棒，劉建國委員對這件事情似乎也支持，我們過去幾個有合作的立委，林淑芬委員也是相當不錯，現在陳曼麗或是林靜儀醫師，我相信這件事情他聽起來應該不會有反對，可是關鍵還是在於行政部門，行政部門對這件事情的認知及接受度，我想不管行政部門認不認可這件事情，只要民間的輿論夠大，老百姓也開始了解醫院不是他們自家的財產，醫院是大家的是公共財是全民的，我覺得這個認識要先來，有這個認識之後才會有足夠的輿論壓力(民 1)

但這點我必需很遺憾的說目前為止我們遇到法人醫院的董事會是家族掌控的，就是世襲的，打不破的(胡方翔)

當然，你去問看看你的醫院同仁有多少人認為法人醫院是公共財，應該沒有幾個人有這個認知(民 1)

他們也認為那是私人的，民眾也沒有這個概念，所以在推廣時就發現阻力很大(胡方翔)

所以我們開了一個名單請今週刊針對倡議型組織做一次報導，總之這不只是一般民眾的教育，醫事人員也需要教育(民 1)

是的，醫事人員的教育也很不足，連我們自己人都不挺自己人，我們算是異類，很慘的(胡方翔)

對呀，大家也都不團結，反正這類事情還有很多，可以做看看(民 1)

(4)醫療財團化，資源不均

有沒有另外一個可能性，就是像前一陣子有三年試辦論人計酬，有忠誠病人跟社區型...，當然那是四不像，可是現在我們也看到基層或地區醫院也有一些危機，但不知道醫學中心是不是也有一些危機，因為有危機才會有意願跟契機跟人家整合(民 1)

可是現在這種整合變成有點托拉斯，因為現在不管長庚集團、中國醫藥集團、慈濟集團他們到處併購，上個星期高雄的阮綜合賣給中國醫藥學院，以後只會勞動惡化，因為資方越來越大勞方就越弱勢，根本不會管勞動者的福利，甚至遠雄苗栗醫療園區都私下要跟中國醫藥學院交易了，因為遠雄要一個園區但自己沒有能力做了，所以想要私下轉給中國醫藥學院，但好像行政作業出了些問題，所以還沒有拍板，但應該還是會被中國醫藥學院這個集團準備要吃下，縣政府急需有感政績，所以大者恆大，這二十年來已經少掉一半以上的地區醫院，苗栗現在很多地區醫院都已經關掉了，我們是區域醫院，目前在苗栗縣是少數的有夜間急診的醫院，現在已經到了醫療資源極不平均的時候，健保緊縮醫院不願積極補人，現有的工作 loading 增加，現在住院醫師也沒有了，差不多在十年前還有十位住院醫師(胡方翔)

訪談稿 7(資 2)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

因為您過去也來自醫院，所以了解醫院醫師跟基層診所醫師工作情況大概怎麼樣?以工時來講，醫師族群不同，他們的勞動差異很大，這情況是要怎樣來呈現出來(胡方翔)

就我們那個時代來講，在醫院上班跟基層工時上大概都差不多，都是責任制，工時就是負全責(資 2)

2. 醫師的值班狀況

你們那時代一個星期大概要值幾班? (胡方翔)

住院醫師十到十一班(資 2)

一個月嗎? 那主治醫師還要值班嗎? (胡方翔)

是的，一個月主治醫師要看醫院，我在某醫中是不用，但要 on call，有事情就是要隨時找，某醫中假日主治要查房(資 2)

對，現在普遍所有的醫院規定各個科在假日都是要有主治來總查(胡方翔)

我後來到新竹醫院，主治醫師是要值急診班(資 2)

一個月幾班? (胡方翔)

一個月大概二班(資 2)

急診十二小時制，對嗎? (胡方翔)

白天不用，白天上自己的班，晚上值內科急診，從下午五點值到早上七點半(資 2)

3. 醫師的工作條件

4. 醫師過勞與病人安全的關係

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

醫師加入勞基法工時上限若是月 184 小時，住院醫兩周就用完，醫院還是要增補人力(胡方翔)

工時上限是人訂的，我們可以依現況來調整，確實一定有某些人不想那麼累，但相對的重賞之下必有勇夫，我覺得應該八成醫師都是會願意上班的，只要你給的薪資夠好，大家都想上(資 2)

但因為薪資的訂價權在健保，所以有可能以後的加班工時跟現在一般工時是一樣的價錢(胡方翔)

所以我覺得整個問題就是出在健保給付，因為它現在是獨裁一家獨大，獨裁政權的特色就是壓榨，自古以來所有都是這樣，它愛怎樣就怎樣，所以除非扳倒這種獨裁制、獨裁本質，不然就沒什麼好談，只能一直被壓榨，壓榨到崩潰而已(資 2)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

目前官方有個論述，就是因應勞動法的實施醫師方面可能會有人力的缺口， 他們有委託國衛院做一個研究，未來八年會欠四千個醫師，不知您是否有看過這個報導，所以他們就做了一些政策，第一個就是 PGY 延長為二年，只要延長一年就會多了那一年的供應量，第二個是公費醫師制度，依理事長您的說法，就是他們只有增加供給，並沒有改善條件，這樣做將來會不會惡化人力市場上的供應(胡方翔)

對，沒錯，我想他們一直想要以量來制價，所謂以量制價的意思就是大量製造醫師，然後不給醫師相對的合理報酬，他們的思維一直是如此，如果要推動勞動基準法問題的關鍵是在於薪資成本的支出，不是在於人力多少，因為人現在能運作，不可能實施勞動基準法後就不能運作，不能實施勞動法的原因在醫界很多的說法是醫療是連續性的，不能開刀開到一半就下班，我覺得這是很荒謬的言論，沒有人會開刀開到一半就下班，只是延長工時，而且人家 delay 下班你還要給人家加班費，就是如此而已，所以實施勞動基準法暫不用補人都沒有問題，只要給加班工資就好了(資 2)

當然初期叫做現狀加入，我也認為不會有問題，因為現狀都已經在 run 了，表示現在人力是還可以 run 的，但主要是現況有過勞，所以一旦加入勞基法給予加班費，也許初期是沒問題，可給了加班費以後如果薪資是維持平穩的話，醫師也許會想要減少工時、想要休假，因為勞基法還是有保障休息而且這些都是他的權益，所以他不想賺加班費，而且加班費也有上限時數，很容易就達到上限，過去是沒有上限的，才會過勞，現在加班費時數的上限是由每月 48 小時提高到 52 小時，有討論到再調整到 60，所以每個月只能加班 5-60 小時，有可能在二個星期就把它用完了，之後就不能再加班了，所以一旦加入勞基法後最後醫院還是要增補人力，關於這點您有何意見? (胡方翔)

這上限其實也是人訂的，有人說是要用 84-1 條，這樣子就排除 32 條加班上限，就是過勞才需要給更高的加班費(資 2)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)
11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

18. 醫師公會是否有協商權

19. 醫師籌組工會之看法

請問您了解現在我們醫師有那些已經在運作中 union 性質的工會呢? (胡方翔)

具我所知醫勞盟(資 2)

是的，醫勞盟，但它只是 NGO(胡方翔)

我有看到胡醫師您最近要籌組(資 2)

我籌組的是網路的、虛擬的，沒有實體，那只是一個理念，其實網路東西很多都是理念，我去年也有辦過一個活動叫做"自己醫學會自己醫"，當然也得罪很多人，不知道您對這活動了解嗎?當初就是希望醫學會能夠改變成具有保障會員工作條件的組織 (胡方翔)

我的建議是甚至連基層透析學會將來都要在章程宗旨上做修正，並重新去內政部登記，因為擁有工會性質以後，才可以直接依據勞動法呼籲會員做集體行動，只有這種集體行動才會迫使政府做妥協或者做政策的反應(胡方翔)

有的，我們基層協會有這個宗旨，維護腎臟科院所及腎友的權益，我們有這個宗旨(資 2)

但這比較籠統，因為基本上，我們所講的工會它的特性是『工』指的是受雇者，所以必需強調你的協會裡面受雇醫師基於受雇關係下，他的工作條件要有什麼保障，這二個要件一定要存在，如果這二個要件沒有存在的話，官方沒辦法認定你這個協會具有工會性質，因為官方認定有工會性質以後，才能合法從事依據勞動法的主張(胡方翔)

因為我們協會大部份是診所，都被當做是一個自營者，但廣義講我們都受雇於健保署(資 2)

對，沒錯，所以我覺得醫界困境就在這裡，其實我們真正的雇主，我們受指揮支配跟經濟控制的實質是健保署，可是這雇主他不承認他也不願負責，他明明就掌控大家，但他不承認也不負責，責任都推給醫院，醫師好像健保的派遣工，被層層剝削，所以我才說醫師的團結要有點非典型的團結才行，不能照原來死板的方式團結，所以我才會成立虛擬工會，因為虛擬工會是開業醫可以加入，公職醫也可以加入，軍醫也可以加入，而虛擬雇主是健保署，這只是一個理念上(胡方翔)

20. 醫師參加勞資會議

21. 醫師如何協商勞動條件

官方的溝通對象還是在醫院(資 2)

沒錯，這是官方的刻板印象，而且現在官方做法是打壓基層診所，包括提假日要基層輪流看診舒緩醫院急診壓力，在我的想法認為是基層要確保，因為基層就是回到原來我們醫師自由業的原始樣貌，意思就是這是原始森林你把它破壞了，將來如果醫院加入勞基法，而勞基法只是最低保障，所以醫院如果將醫師

的時薪降到二百多都還是合法的，醫師的加班又有上限的情況，時薪又是在勞基法合法的範圍內，醫師的薪水在醫院裡面可能就平民化了，但醫師為什麼離不開醫院呢? 因為診所一遍哀鴻；所以我的想法是基層的力量一定要更大，一定要確保基層這片原始森林能自己自由發展、多元發展，理事長您認為如何? (胡方翔)

沒錯，現在基層能不能確保還是在於大家能不能團結有力量，要團結需要有人出來引導(資 2)

可是我覺得現在困難在於醫政全部都是醫院的人出來的，包括現在的署長、將來的部長，他們對於基層沒有特別支持(胡方翔)

沒錯，但這就是要看你們能團結到什麼程度，以目前我們腎臟科來說，理事長及那些幹部大部份還是醫院的人，如果我們要去爭取透析預算，其實還是要理事長出面，所以我們還是要尊重他做給他面子，我是要解釋為什麼林秘書長要跟你筆戰，真的是要做給他們看的，但是今天腎臟醫學會理事長為什麼願意做這些事，一方面當然是他熱心，他願意付出，相對有一個力量就是目前我們基層有團結，大家可以敦促他(資 2)

可是我覺得這是我們文化裡面的造假文化的延伸，因為前面理事長有說到，如果罷工為我們抗爭最強而有力的手段的話，學會或公會要領導抗爭，將來再怎樣都是要走有工會性質保障勞工的這個路(胡方翔)

22. 醫師勞資協商的代表產生

可以推比例制嗎，我覺得比例制一定是很合乎民主原則的，比例制就是我們有多少人數有多少力量就占多少的名額，這比例制為什麼不可以推呢? (胡方翔)

可以推，不是不可以推，我們不用推比例制，我們就可以選得贏了(資 2)

可是為什麼過去都選不贏呢? 這總要講個歷史原因出來(胡方翔)

因為我們以前都沒有團結(資 2)

所以表示有外在壓迫以後大家才開始團結，這不就是醫界的宿命，如果沒有外在的壓迫大家都不想團結(胡方翔)

有外在壓迫但是還是要有人出來引導，就上一次你看我們基層的得票都不錯，票數還比醫院的多，現在以結構面來講，基層佔用一席之地...(資 2)

可是得票跟名額沒有比較多(胡方翔)

不是，是我們不要，是我們讓他們的，我們基層只推出三個(資 2)

那以後就超額提名，可以超額提名嗎? (胡方翔)

可以啊，其實現在要上幾個都是我們基層可以控制的，從上次的投票結果來看，就是三年前的那次投票，其實有史以來基層都是不投票的，那一次是我出來一直鼓吹基層出來投票，所以那次投票出席總共 1400 多人，幾乎都來了，學會說從來沒有出席率這麼高過，紀念品不夠發，就表示大家報到率很高(資 2)

超出他們以前的預估(胡方翔)

然後我碰到基層以前的朋友，他說他當腎臟科醫師快二十年從來沒有投過一次

票，這次因為是我一直催票，他就出來了，他說我都出來了一定沒問題，其實你去看人數比，醫院大概八百人，基層大概六百人，如果要當選理事大概三百票以上就可以上了，所以你想想如果我們基層只投給基層，基層要幾個就可以上幾個，理論就這麼簡單，上次真的就是我們讓他們的，基層就只派三個人(資2)

他們有阻擋你們提名嗎? (胡方翔)

不會也不能阻擋，沒有權利可以阻擋會員，基本上大家是在互動，說實在的我們也不能凌駕醫院，因為現實官方的溝通對象還是在醫院(資 2)

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

以團體的力量來講，除了用勞基法跟健保法來做一個衝撞之外，您覺得是否還有其他方法可以去突破目前的困境? (胡方翔)

我看唯一的方法就是罷工，拒絕接受(資 2)

可是罷工一定要有工會，你應該知道我們現在的公會是沒有罷工權的(胡方翔)

是啊， 那就要來組啊(資 2)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

我先講一個例子，就是如果加入勞基法，將來一定會有個問題，萬一要實施罷工條款一定要有個必要服務條款，其實必要服務條款絕對不是任何一個全聯會可以決定的，因為西醫師的類別有 23 類，你可以決定 piority 要留守多少人，或者 GS、ER、ICU 要留守多少人嗎? 我不能幫他決定，所以一定要交給專科醫學會決定，如果未來醫師要實施罷工我們科要參與，請問腎臟醫學會的必要服務條款在那裡?各科醫學會都要訂出最低標來然後交給全聯會或工會，再依據這個約定宣告罷工時，就要照這必要服務條款來做(胡方翔)

各個醫學會都有訂嗎? (資 2)

我是說外國，不能說美國，主要是歐洲，因為歐洲實施這個最久了，他們在這五次罷工中取消了一萬三千次的手術，請問取消這一萬三千次的手術都沒有問題，因為他們有必要服務條款，因為他們的急診還在運作，急救也還在運作，什麼都在運作，緊急手術也是一樣，隨叫隨到還是有運作，但對不起，regular elective 手術全部暫停，也就是我罷工一個星期，普通手術就 hold 一個星期，所以他們是學會訂好了才交給總會，總會再匯整，請問這工程這麼大，為什麼我們全聯會都不做，因為全聯會根本就是資方外圍組織，現在我們是要由地方包圍中央，應該是次專科醫學會要先出來自我革新(胡方翔)

對，我贊同(資 2)

問題是這種理念我們已經呼籲了這麼久，沒有人要理，我們很感謝理事長的支持(胡方翔)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

您有聽說最近有一個新聞說英國醫學會五度罷工,您了解它的差異嗎? (胡方翔)

對，有.但沒有很深入了解(資 2)

我可以先簡單跟您描述一下，這也是我將來想要推動的方向之一，您聽聽看可不可行；他們的醫學會其實就是醫師會，但他們的醫師會是有按照族群來分的，他們叫做 Junior doctor 的醫師會，並是屬於總工會、全國性的工會，其實他們內部的聲音是不一致的，跟我們醫界一模一樣，屬於主治醫師的 group 不太同意 Junior doctor 的活動，並不是完全同意，但他們也沒有支持也不講話，但只要他們沒有出來發聲就表示並不支持，不然我們都認為醫界是一整體的，其實光是我們台灣醫界就分醫院跟開業醫，但英國醫學會為什麼可以做這件事情，是因為英國國家法令內醫學會登記時的章程裡面就有保障會員勞動權的宗旨，其實你翻開現在台灣的醫師公會、專科或者是次專科醫學會這個宗旨沒有納入(胡方翔)

只差這一條嗎? (資 2)

當然還有內政部登記時要表明你有這個類別，就是我想要登記具有工會性質的類別，所以法律上有這二個要件要做(胡方翔)

剛好我今天下午是腎臟醫學會，我要提案就是有關這個(資 2)

太好了，我建議學會不要再走純學術的方向，因為世界各國的趨勢都傾向要保障會員的工作條件，我們現在已經走到類公醫制了，英國就是因為公醫制，所以他們的學會不得不把保障會員的工作條件列為他們的學會宗旨，這個東西列進去以後就可以適用勞動法，所以最後他們為什麼會五度罷工，而且大家也都很好奇為什麼他們要五度罷工，會罷工的原因就是因為前面的協商不成才會罷工，而罷工後雇主同意跟他們協商，但可能又協商不成，然後又再度罷工，是這樣操作的，所以他們今年會五度罷工是因為談了五次，每次資方就是政府都說要坐下來談，但最後都沒有達到他們的訴求，所以他們就繼續罷工；(胡方翔)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

一直以來我的想法就是不要跟上面的直接對幹，要給他們一點權利讓他們來運作 (資 2)

可是這就是造假文化，請問現在的評鑑已經都被大家抬到台面上來，就是造假文化，如果醫院評鑑都有在做透析的部份，其實腎臟專科醫學會做的就不叫評鑑了，就沒有公權力，所以我當初講他們就不承認，說我們這具有公權力，甚至還有公告什麼的，一旦公告就對外發生法律效果，如果是公家機關對外發生

法律效果，就是行政處分，我有什麼不滿是可以訴願救濟的，他們搞不清楚實在是很糟糕(胡方翔)

對的，第一個他們搞不清楚，第二個就算清楚大家也都在打模糊戰(資 2)

我就是討厭造假文化的，所以我對這文化不滿意(胡方翔)

台灣的文化就是這樣，只要不把它掀開來，大家就得過且過(資 2)

可是這樣很難向上提升，我覺得人做該做的事情講該講的話(胡方翔)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

以目前主治醫師來講，主管機關若不同意主治醫師加入勞基法，如果住院醫師加入，這種連續上班工時，可能就是違反勞基法，所以您個人對於加入勞基法對您的影響，可以分在醫院跟基層上有造成什麼差異?以經營者的身份，您應該感受到勞基法的壓力吧(胡方翔)

當然是成本支出增加，一般來講就只是這樣(資 2)

大概增加幾個百分比? (胡方翔)

我沒有特別去算(資 2)

公會評估大概是多少? 因為你們代表基層協會，基層協會醫師們的評估大概會增加多少成本? (胡方翔)

如果要有數字真的還蠻難算的(資 2)

可是相對來講大家都承認成本有增加，甚至人力調度上都有困難，其實大家也都知道大概有九成以上的收入都是來自健保，所以在這情況下這些成本都是自行吸收，因為健保並沒有因應勞動調整機制(胡方翔)

對呀，只能自行吸收(資 2)

外界常常會有一種講法，就是醫界對於這種成本吸收都還好好的，所以他們認為以前是不是你們賺太多，您認為這樣的講法合理嗎? (胡方翔)

賺多少其實是一個價值取向，意思就是這個工作多少錢你要做，應該是在這點認知上而已，以前或許自己開業可以賺到自己的薪水，跟你在醫院工作上班賺到自己的一份薪水一樣，你可以當開業這是一個營利事業，除了薪水發得出以外還有一些盈餘，那這些盈餘有多有少，如果有多的盈餘就可以擴充營運，或者是更新設備，又或者是給同仁加薪，這是事業運作的模式，但現在如果說個人執行醫療業務，一直被壓縮到或許經營這個院所已經沒什麼利潤，大概就剩下自己的薪水，以醫師來講不會說健保一減就關了不做了，如果還能賺到一份薪水大家就勉強繼續做吧(資 2)

所以其實講起來就是健保違反人性，它並沒有給人性激勵的作用，它就是一種共產公醫(胡方翔)

對，沒錯，看起來趨勢是這樣(資 2)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響
(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響
(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議
(九) 其他
(1)週日強制開診的看法

通常醫界跟社會大眾的認知有落差，你知道前天有開一個醫改會跟急診醫學會的記者會，有提到說假日醫院急診擁塞，所以他們希望主官管機關要強制診所在假日要分流病人，就是要開診，請問您經營的事業體在假日有開診嗎? (胡方翔)

星期六有，但星期日沒有(資 2)

如果現在政府強制星期日開診的話，對此您有何看法? (胡方翔)

如果要強制就要符合普世大眾的認知，現在勞動檢查特別是從今年開始，一直強調只要是加班或者是假日上班都要給雙倍時數薪，其實現在勞動基準法並不是說大家要抵抗，但你要給相對的回報，不能就只是強制要做什麼事，如果要基層院所配合假日上班，那你假日的給付就要多(資 2)

沒錯，這就是屬於加成補貼的概念，其實我們連計程車都有夜間加成補貼，當年我提出一個問題，健保不能因應勞動法規的更新而提升它的給付條件，因為它沒有這個條文，健保法內建的條文內沒有這個東西，所以當這幾年勞動法不斷的加重限制以後，健保採用的是成本轉嫁醫界，所以在這種情況下未來您認為醫師加入勞動法以後，健保給付一樣也不可能因應調整，這些勞動成本又轉嫁給業主，業主當然自然會轉嫁給醫師，對此您有何看法? (胡方翔)

這個還是在於供需跟價值觀，到最後還是這個因素在決定，譬如說二十年前在醫院裡升上來當一個主治醫師，如果薪資不到二十萬我看大家都會離開 ，但現在十萬大家也是照做，所以這就是供需問題，就是現在醫師多了，醫院不怕請不到醫生，那他就把薪水減少，所以我覺得這個問題一樣情況，勞動基準法下來了，醫師相對工時減少或者是調整薪水，如果調低了你不做就不做了，就是如果請得到醫生資方一定會降低薪水，如果請不到只好忍痛犧牲自己的獲利(資 2)

(2)學會的任務

您有注意到學會的任務嗎? (資 2)

我一直建議要修改章程，我當初的活動就是建議要修改章程保障會員勞動權益(胡方翔)

您先看學會的任務，第一個要參與健保，因為現在都在做了，第二個要保障會員權益(資 2)

可是第二點，最近腎臟醫學會對於新聞在對我們腎臟科偏差報導，學會並沒有做任何反應，我覺得這點就沒做到(胡方翔)

所以要把它寫上去，第三個就是它也都會做了，現在就是原來的條文寫了一堆(資 2)

你知道章程修改的門檻很高嗎?這點要如何處理呢? (胡方翔)

任務裡沒有明文保障會員工作條件(胡方翔)

主要任務就是辦理腎臟醫學演講、活動...(資 2)

我私下有去請教退休的前理事長，他有說學會不能碰政治，學會也不能參與社會運動，我覺得這個想法已經太落伍了，我也曾經發信給學會，可能是發言太直接了所以得罪人，但我所講的勞動人權是一個世界都在走的趨勢，就是學會如果不改革將來就等著被人家淘汰，關於這點不知道在學會內有沒有有識之士可以跟學會提出這個深刻的建議呢? (胡方翔)

我們就一步一步來努力吧 (資 2)

可是看起來可能跟不上時代變化，怎麼辦? (胡方翔)

下一屆今年要選，我真的希望你進來(資 2)

(3)協會的運作及內部關係

我要申請加入你們的協會，請問怎麼加入? (胡方翔)

很簡單，你就上網申請(資 2)

要附什麼證照嗎? (胡方翔)

不用，你只要將資料填一填就好了，我請我們助理跟你連絡(資 2)

可是我跟你們現在的秘書長不合，因為我跟他理念差太多，因為他是屬於純開業醫，而他的思維也是屬於僵固型的，沒有突破性(胡方翔)

不過他可以溝通，就是要花一點時間，因為我這兩年也都是跟他討論事情，大家可以溝通(資 2)

很難講，去年我跟他筆戰五、六次，可是我覺得他講法並不是很合理(胡方翔)

沒有啦，真的可以坐下來談，有些想法並不是文字可以...(資 2)

是沒有錯，但我覺得一個秘書長要有他的高度，可是他的發言可以看出來他的高度是有問題的(胡方翔)

有時候都是要做給人家看的，因為現在學會都是醫院的，然後我們還是要得到他們的支持(資 2)

先講真的，今年選舉你就進來(資 2)

你如果提名我，我就進去(胡方翔)

這個不用提名，它是問卷制，你可能沒注意到，每次要選舉前它會發給每個會員看你有沒有意願擔任，你就跟他報名說我要，他就一定會把你寫上去，然後我們再來運作(資 2)

不見得，苗栗市的醫師公會它也是有填這個問卷，我明明就有填，最後名單上還是沒有，因為他們會有篩選，不會騙你的，因為我們一向的立場是屬於衝撞體制的，但我們並不是故意去衝撞體制，是因為體制中間有矛盾，而他們的矛盾很多人沒看到，那我們只是想把那矛盾故意挑出來給大家看到而已(胡方翔)

沒關係，我應該可以確認你今年可以在名單上，而且我建議你就是你有想法還是要進入體制內才能夠推動(資 2)

我就是不喜歡進入體制內，我是比較屬於閒雲野鶴類的(胡方翔)

可是你在體制外，不管你叫的多大聲，人家不聽就是不聽，會這樣的(資 2)

因為我批評，所以就秘書長說我別有用心，我聽到這話後我就更不想做公職了，因為我如果進去做幹理事，那人就會說他當初所說的話就是對的，你就是別有用心想要做公職，其實我對公職根本沒興趣，我現在醫院裡面都沒有兼任任何公職，我把主任都主動讓出去了，所以我不要做公職，我只要主治醫師做完事就可以去休息了(胡方翔)

我們這種公職說實在都是義工(資 2)

所以那人那時講那種話就很難聽，我覺得很奇怪一個秘書長以你的高度怎麼會講這種話呢(胡方翔)

其實大家的處境是一樣的，我們真的不用為了某種互相批評 (資 2)

可是你知道嗎? 當初我跟他討論的是事情，沒有對人而且我針對的是學會，可是他卻把針鋒指向我，我覺得很奇怪，我是針對學會(胡方翔)

他在跟你溝通的內容我們都有看(資 2)

可是你們為什麼沒有表達官方立場，我覺得以秘書長身份他應該是以官方立場來表達，可是他表達出來是針對個人，我覺得很難過的一件事情(胡方翔)

還是要做給醫院端的人看的，我也差一點跟他們鬧翻了，因為醫院擴床的事(資 2)

那家醫院擴床? (胡方翔)

好多，亞東醫院、北榮，北榮那個才離譜，整個一樓大廳全部都改成洗腎室，中榮也擴，部立桃園醫院五十床變一百床，所以就有基層反應，我一定要講，我講了以後理事長就不高興了(資 2)

他們代表醫院(胡方翔)

所以一定會有衝突的地方，基本上現任理事長是很照顧基層，但是這一點是不能碰的，就是醫院擴床的事這是紅線，我有一次提出來他就跟我翻臉，他說從今以後我們就分道揚鑣，基本上我們還是要靠他去跟健保會的委員溝通，我沒有辦法代表腎臟界(資 2)

我知道，可是至少學會對這次的新聞事件都沒有回應，我覺得很奇怪?官方要有具體回應，才能夠保障我們的專業尊嚴，媒體說我們洗腎浪費健保資源，你沒看到這新聞嗎? (胡方翔)

沒有正式的媒體發言，只能說這是學會的反應不夠快(資 2)

那我覺得學會的組織要重整，因為學會 PR 就是 public relationship 那個單位有問題，他們請的公關單位怎麼會沒有立即的反應呢(胡方翔)

他們沒有請公關，都是自己在弄，原則上現在應該是屬於秘書長的職責，秘書長如果疏忽了就沒了(資 2)

那個秘書長之前我跟他筆戰過，事實上他們就是太保守了，我的提案其實很簡單，第一個就是修改學會章程，我建議章程的修改門檻不需要比修憲還高，這樣大家比較有彈性，如果比修憲還高表示我們這章程的僵固性太強了，第二個就是希望理事長能夠用民主制度的選舉產生出來，但這二個案子他們最後都沒接受，而且他們還用私下管道做施壓，我覺得這是很離譜的事情，我們現在又不是白色恐怖的時代，他竟然用這種手段打電話跟我們醫院的院長講叫我閉嘴，我們院長二次叫我上去，我覺得這種方式真的很差勁(胡方翔)

學會現在運作確實還是很舊制(資 2)

他可以找我溝通，其實我很好溝通，因為我們講道理的，如果你今天能說服我的話，我也可以接受，可是他們用那種很奇怪的手法讓我覺得訝異，現在都什麼時代了還有人這樣做，也讓我覺得他們實在太保守了(胡方翔)

所以才要你進來裡面，就可以溝通了，基本上本來就是可以溝通的(資 2)

可是我覺得我可能不太適合，我會太衝了，對這種演戲的事情我不太會做(胡方翔)

裡面本來就需要衝撞，我是希望今年理事會改選能夠有新的風貌產生，讓我們基層有機會突破(資 2)

好的，那就這樣，反正我是做義工的(胡方翔)

我這樣的想法你應該了解，只要我們基層夠團結，要幾位理事就會有幾位(資 2)

其實我覺得演戲大家事先要講好，免得傷感情，因為今天秘書長只是要跟我演戲，那彼此我們都不傷感情，只要先跟我講好知會一聲，那我就配合(胡方翔)

因為你們不認識(資 2)

其實也認識，只是當初我跟他的理念不是很合，在評鑑那點我就跟他不合，因為我覺得評鑑是重大事務，應該會員大會要授權，這只是一個民主必須的程序而已，結果會員大會並沒有授權(胡方翔)

我們如果稍為有點太直接了，這是我的個性，我只能說我的個性缺點，可是我覺得我可以接受大家挑戰，就是大家可以放下立場純粹談事情，不要談針對人的問題(胡方翔)

可以的，我真的覺得你進來以後一定會有不一樣的改變(資 2)

我只提供意見，因為基本上我比較想做的是改善大環境的事情(胡方翔)

其實學會的運作講好聽是平穩，大家從來也不會舉手表決(資 2)

就是一潭死水，如果去參考別人學會的運作，會發現別人多進步(胡方翔)

呼籲真的沒有用，真的要進來(資 2)

問題是我進來也是得罪人而已，會真的很痛苦(胡方翔)

不會啦，我進來以後做紀律委員會，以前開會時紀律委員會從頭到尾都說沒事，其實事情很多，所以我進來以後，我每次開會我都跟他報說那裡申訴，什麼搶病人...等等，我都先報我們基層的有問題，大家就都知道了，大家知道以

後我就要求要訂紀律倫理條款，現在學會也公告不能做什麼不能做什麼，所以我覺得這是要一步一步來的，再來就是要扯到醫院，也有人申訴說醫院強留病人，或阻擋病人到那裡去洗腎，這個我也把它訂出來醫院不可以這樣做，真的需要一步一步來(資 2)

所以更大的違反紀律就是醫院任意擴床，因為隨意擴床也是一種違反紀律，我們難道不可以有個公會自律自治嗎?而自治一定要納入基層的看法，如果自治沒有納入基層看法表示說學會在獨裁,所以我們常看不見最高層違反紀律(胡方翔)

這一條要在下一屆才提出來，下一屆就是我們基層佔更多人(資 2)

擴床一定要經過我們專科醫學會充份討論後，覺得到底是病患的需求上還是什麼社會的需求，不可以依醫院的營利為出發點，如果以醫院的營利為出發點的話，我們的紀律就蕩然無存了，我們就不是自律組織了(胡方翔)

這個概念真的很簡單，我只是沒有把話講白了，我很想跟他們講說你們師長在說我們基層破壞腎臟科形象，病人搶來搶去，醫院自己這樣擴床難道不是搶病人嗎? (資 2)

沒錯，正是這樣子，他們是用自認合法的方式搶病人，用托拉斯的方式搶病人(胡方翔)

這是非常不符合倫理，我們一直說醫院要做急重症，結果現在急重症病人沒有病房可以住，醫院那些洗腎中心改成加護病房不就有了嗎? (資 2)

甚至有個監察委員，他認為洗腎都是無效醫療，他說洗腎室那麼多乾脆改成安寧病房好了，這些腎友都不用洗腎該去做安寧，這些都是監委講的(胡方翔)

那個又太偏激了，但我認為醫院洗腎室應改成加護病房(資 2)

可是那時候連學會都沒有對這個事正式做回應,現在已經呈現在文獻裡面了(胡方翔)

學會真的需要新血加入(資 2)

學會沒有機動性反應(胡方翔)

其實比以前真的有比較好了(資 2)

我知道，漸近式還是有進步啦，謝謝理事長接受訪問(胡方翔)

訪談稿 8(勞政 3)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件
4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係
6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

請問老師您對於醫師到底要納入勞基法，還是以什麼樣法讓他得到勞動保障會比較合適呢? (胡方翔)

都可以(勞政 3)

都可以?可是法制要看可長可久(胡方翔)

要看保障什麼東西，什麼法制當然要適合醫師相關的法制才行，要放勞基法裡面的話，勞基法就得修，就修部份要去跟醫師 match 的東西，如果今天是要單獨立法也沒有什麼不可以，那還比較容易做，所以你現在的問題就在於林奏延說 4 年之內醫師要納入勞基法，我告訴你那是不可行的，做不到(勞政 3)

為什麼?去年司長說八年，結果今年部長上來把它縮成一半了，可是這只是一個主觀意志的問題而已，目前為止沒有加入勞基法，以現有人力雖然有過勞，可是還是在 run，如果加入的話，現有人力其實還可以 run，但是要付很大的加班費而已，這樣的情形只是資方的獲利下降而已，應該不會立刻出問題(胡方翔)

現在不光只是加班費這個問題而已(勞政 3)

短期內不會有問題，長期當然會有更多的問題，沒有錯(胡方翔)

你必需了解現在勞動部在做勞基法服務業專章，所以到時候就看吧，你知道所有的部長主委到現在沒有人敢去大動勞基法的原因是什麼嗎?不是因為不該動，它該動，可是只要一動的話通通會加碼，加碼下去不得了(勞政 3)

加碼下去，人家說台灣產業會倒，這種講法合理嗎? (胡方翔)

合理(勞政 3)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

如果醫師不要考慮勞基法，以衛福部的說法是直接把人力專章放在醫療法或醫師法，這在法制上好像律師當初也沒有修律師法，會計師也沒修會計師法(胡方翔)

律師會計師不太一樣，他們大部份的情況還是自由工作者(勞政 3)
就是他們的自由度比較高，我們是因為健保以後才自由度下降，不然早期也是自由業(胡方翔)
沒錯，因為台灣的健保制度就是把台灣的醫師變成公醫的概念，所以公醫的概念就跟英國比較類似(勞政 3)
所以比較適合用勞基法，放在醫療法裡面是不容易成功的(胡方翔)
它可以放在勞基法，但某種程度上勞基法一定要大修，如果要單獨立法也不是不可以，我反而覺得那樣比較快也比較容易做(勞政 3)
如果修醫療法老師不贊成? (胡方翔)
不要去用醫療法，為什麼要用醫療法(勞政 3)
目前衛福部、公會全聯會或立委的方式也是想修醫療法(胡方翔)
那就看醫師要怎麼樣去想這個問題，我剛才為什麼說用什麼法都可以，因為要看什麼法要怎麼修，要看你的 content 內容是什麼東西(勞政 3)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

過去國外在推動勞動法過程中也有這種論調出來，最後證實並沒有發生(胡方翔)
人家不全是靠勞動法，人家敢請你談判，談契約(勞政 3)
所以是彼此妥協合意的一個產物對不對? (胡方翔)
不是，自由市場經濟本身一定會有彈性的需要，不可能把勞動市場全部都掐的這麼緊、掐的那麼死，然後條件拉那麼高，你想想釋放出一個四海皆準的法令制度，它又很難修改的情況之下，你會掐死很多的企業，它做不下去，沒辦法做(勞政 3)
可是勞基法不是算比較低的條件嗎?(胡方翔)
問題是勞基法不是低的條件，勞基法從一開始就不是低的條件(勞政 3)
是這樣子嗎?可是跟歐洲相比還算是低(胡方翔)
當然，有些條件還是很高(勞政 3)
可以舉例嗎? (胡方翔)
譬如解雇，解雇是比歐洲高(勞政 3)
為什麼解雇會比較高?意思就是說我們希望獲得保障，不是像美國，美國解雇比較自由(胡方翔)

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

但因為我們醫師沒有一個團結的組織，所以對於修法的方向沒有固定的共識版本，這也是目前比較惡劣的情況，我們現在只有一個叫做公會，但是沒有 union，那個公會完全沒有辦法代表全體的想法，請問這樣怎麼辦? (胡方翔)
我知道那是專業組織，那就看醫師要不要組勞工的工會起來，你現在不是就在組工會了嗎(勞政 3)
我知道不是有就好，要運作很成熟，還要看社會進步程度，可是這個路很漫長，四年內要完成這個工程很困難(胡方翔)

British medical association 是醫師協會也是工會，我們國家的 Taiwan medical association 是醫師公會(胡方翔)
那個只是功能上的差異性，如果台灣的醫師協會要把它變成有 bargaining 的功能，它就變成工會(勞政 3)
可是這牽涉到適用什麼法的問題，如果今天是協會的話，不是有公務人員協會法，也沒協商權(胡方翔)
在國外當然因為他們有這些法令在，在台灣這些有的沒有的法令好像似乎是有這麼一回事一樣，可是實際上如果說今天協會通過一個決議說，我們在扮演國家所要求我們協會所扮演的角色，我們做的時候我們就是協會，但我們也要讓我們的會員知道我們要爭取我們的權益時，我們必需要進行爭取權益的部份，那個時候我們就變成工會，誰能擋得住你(勞政 3)
那必需要重新登記，他是登記適用人民團體法，並沒有登記適用工會法(胡方翔)
在台灣來講那就是法律上要去處理的問題，在國外沒這個東西，那有什麼人民團體法(勞政 3)

18. 醫師公會是否有協商權
19. 醫師籌組工會之看法

老師講到搞工會，我 4 月 23 日創了一個網路工會，叫做台灣醫師職業工會，目前會員有一千三佰人(胡方翔)
重點在後面怎麼 run 的問題，有怎麼樣的 office，怎麼樣去整合，這是非常困難的問題，整合是最困難的(勞政 3)
我知道，所以我才想要請教老師該怎麼做?照老師的脈絡想的話，其實醫界也很多人是精英主義，所以更難統合(胡方翔)
所以重點是你有沒有什麼訴求是大家認為一定要爭取到，大家有那個決心毅力要去爭取到的，用這種決心毅力來變成是一種力量去做出來，然後做出來到一個程度後大家才能夠接受下去(勞政 3)
好像還是利益，因為如果講到過勞的問題，診所跟醫院的醫師利益不同，但是講到健保的話，雙方比較有共通，可是沒有辦法完全一致，甚至是同一塊餅，要打破總額，也還有不同意見(胡方翔)
但是如果談健保的話那情況就不太一樣，除了健保要連結到跟醫師權利上的差別，健保不是雇主(勞政 3)

工會的發展都是如此，當然沒有這麼那麼簡單的，我就說過這是觀念上的問題，這又回到我前面所講的，目前是個人主義的社會，台灣整體的社會仍是效率重於公平的思考，那就很難了，當他有錢賺他當然就會盡量賺，當他當老闆的時候他一定比老闆還老闆，當他當勞工的時候他覺得老闆不是人，就是這樣子(勞政 3)

以工會路線來講，有人屬於鴿派，有人屬於鷹派想要走運動衝撞的，現在我自己內部在討論時也發現這種問題，請問老師的建議如何? (胡方翔)

那都是同時在進行的事情，要看情況(勞政 3)

你是說二條路線都可以用，不會矛盾嗎? (胡方翔)

本來就是一體兩面的，不會矛盾的，看情況(勞政 3)

可是有的人就不支持運動，他認為用其他的方式去游說(胡方翔)

沒有這麼簡單的事情，就像你剛才所說的，如果今天醫師所組織的工會沒有發展到某一個階段，沒達到一個初步的成果後，後面的人是不會跟進來的，簡單來說他就是認為你會幫他做事情，他才會跟進來，台灣的受雇者不管是醫生或是誰都是一樣，非常實際的，他為什麼要去淌這個混水，所以必要的時候要採取運動沒有錯，但重點是運動並沒有這麼簡單，運動前面要做很多的整合，內部政治的妥協跟處理跟整合團結，這個都是台灣的工會最缺乏的，這部份就是所謂文的部份，這部份要做好，後面武的運動才能做得起來，不然運動一次之後就死光了(勞政 3)

回到醫師範疇來講的話，所有醫事人員只剩下醫師沒有納入勞基法，如果醫師要型成工會，到底是要垂直整合的產業工會，還是水平整合的職業工會，會比較好? (胡方翔)

那都沒差別，都是一樣的，都不是問題，是政治的問題(勞政 3)

怎麼說呢?怎麼是政治的問題? (胡方翔)

現在不同的組織就有不同的利益，不同的科別就有不同的利益，但也不一定就沒有共同利益(勞政 3)

可是台灣的多元工會主義的確把力量都分散了，我現在知道醫師同時有醫療產業工會可以加入，又有職業工會可以加入，還有企業工會可以加入，他們不可能想加入三個工會(胡方翔)

那就要看勞工要不要自己整合，這是結社自由的問題(勞政 3)

有沒有一個總工會可以整合這三類的工會?不可能吧(胡方翔)

不用啊，你可以自己組起來變成一個總合就可以了，總會就好了，其實我們叫總工會是不太對的，總工會是不同行業的放在一起才叫總工會(勞政 3)

所以我們只能叫什麼總會，或者叫全聯會那種的(胡方翔)

聯合會(勞政 3)

就是 confederation 那種(胡方翔)

在歐洲國家很多像英國、美國很多是職業的，但職業並不表示它不組合產業勞動，一樣有的，台灣職業工會是因為勞保制度的關係，變成沒有產業勞動，其實是不對的,職業工會也可以組織產業勞工,勞工本身原始也是職業工會的.(勞政 3)

20. 醫師參加勞資會議

醫院本身還是要有勞資會議不是嗎?(勞政 3)

勞資會議沒辦法去看報表的，它不會給你看那個報表(胡方翔)

所以說我們制度上還不夠(勞政 3)

我們沒辦法取得資訊(胡方翔)

所以就是我們的制度還不夠，其實在德國的員工代表會上資訊都要揭露的，是法定義務，私立醫院的董事會應該要有企業社會責任，所以應該也要資訊揭露，財務要揭露的，只是說這些資料是真的還是假的就不知道了，台灣這部份都還蠻落伍的(勞政 3)

有一些勞動學者主張說醫院裡面可以成立財團法人醫院治理法，將來可能會立法，有可能會用這種方式來管理嗎?(胡方翔)

這剛才不是有說過，不是光只有醫院，大學也都是一樣的概念(勞政 3)

有可能嗎? 變成說員工有可能變成董事，或者經由選舉進入經營團隊(胡方翔)

員工有沒有當董事跟財團法人沒有關係的(勞政 3)

問題是現在的財團法人很僵固，像高醫、中國董事會都有這個問題，他們管到學校甚至管到醫院的財務去了(胡方翔)

對呀，所以問題不在財團法人的問題，如果講到產業員工要不要參與到公司董事會的運作，那是制度上設計的問題，跟是不是財團法人沒有關係，即使醫院是一個純民間私人的醫院，一個公司，一個企業都可以的(勞政 3)

問題是現在沒有一個法，如果將來訂一個這樣的治理法可以嗎?(胡方翔)

我不覺得我們能做出什麼東西來，因為那最根本最前面的那一塊是沒有辦法解決的，你看歐洲這些國家，看德國，他們之所以能夠做，德國為什麼會有勞工董事或員工董事，其實他們不叫勞工董事而是叫員工董事，台灣都把它搞錯了，就是員工代表會選出員工董事，然後他們沒有分勞方資方的，他們就是員工，我們台灣把它分成勞方跟資方，你去竊聽間打完打不完的，選出來的勞工又說到董事會能幹麼，什麼事也沒辦法做(勞政 3)

我們的員工代表比較像福委會(胡方翔)

人家的員工董事是真正專業的人，他是可以代表勞工講話的人，他不一定是勞工，他選出來但他具有專業能力在..(勞政 3)

他不是員工那怎麼參加...(胡方翔)

他是員工但他不是勞工，我的意思是他不一定是現場的勞工，他可能是在管理階層的人，例如院長(勞政 3)

可是管理階層的人怎麼可能代表員工表達利益立場呢?(胡方翔)

可是他是員工啊(勞政 3)

但他的利益可能跟基層勞工會有衝突(胡方翔)
沒有，那不是那個問題，他們本來員工代表會跟員工董事的概念就是勞資合作的(勞政 3)
有沒有被買通的問題?萬一他被買通(胡方翔)
那是個人的道德問題，不是制度的問題，如果大家都是被買通的話，那制度就垮了，人家為什麼可以做下去，當然是有很多法律規範，很細的東西在那個地方包含資訊揭露，就是大家可以看得到你做的好不好，員工代表選你出來當然你要表現得好才行，不好的話人家會把你換掉，沒那麼簡單的，為什麼人家能夠做得下去，這就是一個強大的工會，德國有 75%的員工代表是工會幹部，德國工會是在企業外的，他們是自己參加工會的(勞政 3)
企業外是屬於產業工會的性質或職業工會的性質嗎? (胡方翔)
對，產業工會的，他們工會會協助在競選的時候讓這些有工會資格身份的人當選，當選之後他們就可以在裡面跟工會通氣，相當強大的工會在他們背後，而且是非常有能力的工會，他不是像我們這種的工會，人家是有專業的人在做的(勞政 3)
民眾的民主素質與社會成熟，真的很重要(胡方翔)
21. 醫師如何協商勞動條件
在醫界來講的話，勞資協商要怎麼操作才會比較好? (胡方翔)
當然要先有工會(勞政 3)
假設已經有工會了，還是一樣很難操作(胡方翔)
那就要找資方談，因為現在我們已經有不當勞動的行為在，有調節制度在了，所以你跟他要求談判他要跟你談，基本上工會本身要有力量才行，工會力量並不只是抗爭的力量，是你真正協商的力量，所謂協商力量，是你對醫院了解多少，掌握多少資訊，醫院的財務你知不知道，這些都是工會要做的事情，這才是真正叫做工會力量，台灣工會都不知道(勞政 3)
可是法規不站在我們這一邊(胡方翔)
這跟法規沒有關係(勞政 3)
目前為止財團法人沒辦法完全公開財報(胡方翔)
誰說一定要公開財報才叫做財務資訊呢?公開財報是正確的資訊嗎? (勞政 3)
有可能是第二本帳(胡方翔)
對嘛，所以重點不在公不公開財報，重點是工會有沒有能力去掌握到 piece of piece information，我講個例子給你聽就知道了(勞政 3)
就是去站崗，您講的就是福特的案子，現場自己收集資料(胡方翔)
對呀，工會內部自己本身一定要有個策略，然後有專業的工會的會務人員跟幹部，這都要花錢的，天下沒有白吃的午餐，台灣的工會都在混的(勞政 3)
所以花錢是個大問題，因為工會要強大就是要花很多錢，可是現在工會不強，大家不喜歡入工會(胡方翔)
就是團結要花錢，一個是心裡作用的問題，一個是財務能力，全世界所有工會

財務都不好，但人家就是要一個系統的整合要去做起來，工會要有領導者，然後大家一心是為了工會去做事，這個才困難，最困難的就是在這塊，你講的那些都是其次，這個才是重點，台灣的工會這塊是最差的，所以各自山頭，在某些議題的時候大家吵個老半天，真正做上去時能不能整合在一起，他願不願意有個領袖有個領導者可以出來，統領大家把組織規劃好，策略做好，該分配工作按分配去做，這個才困難，收集這些相關資訊那要花很多功夫的，這才是要做的，台灣有那個工會有本事做這個的(勞政 3)

如果以職業工會來講的話，可不可以找一個指導員來指導?像以前鄭春棋好像擔任過這種角色，他去指導別人工會，可以這樣子嗎?在法律上是合法的嗎? (胡方翔)

沒有問題啊，那又沒有法律規範(勞政 3)

可是人家會說你不是工會的會員(胡方翔)

沒差啊，工會承認他，工會要他就好了，關別人什麼事，那是工會自己經過理事會同意就好了，專業人士又不多(勞政 3)

可是職業工會要有身份別，沒有身份別怎麼會是參加同一個職業工會呢? (胡方翔)

沒有，他又沒有要透過工會參加勞保有什麼關係呢，他又不是你受雇員工，只是顧問而已有什麼關係(勞政 3)

22. 醫師勞資協商的代表產生

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

這是工會在罷工時對社會大眾怎麼交待的問題(勞政 3)

等於是媒體上教育的問題(胡方翔)

媒體還包含如何讓社會大眾支持醫師罷工，醫師罷工爭取的是什麼利益的問題，簡單講醫師罷工不是單單爭取醫師利益，它是爭取所有病患的利益，讓所有病患所有老百姓都贊成醫師罷工，這個才是技術(勞政 3)

因為英國這次的口號是〝為健康醫療爭取公義〞(胡方翔)

非常明顯這是 PR 的東西，但它一定得 show 出來說我今天爭取的東西是跟這有關，如果爭私利的話大家一定不會支持你，老百姓一定會罵你的，法國也是一樣，他們一定要有公益，才有存在的地方(勞政 3)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

所謂的 minimum service 到底是要由那個組織來訂比較好? 是公會就可以訂還是政府(胡方翔)

minimum service，基本上國勞組織它會指定那些行業有 essential service，台灣是在國勞組織其中，我們自己本身有指定醫療院所是其中之一，就是這行業要訂 essential service (勞政 3)

我知道行業指定，但問題在這要怎麼訂呢? (胡方翔)

行業之後，像台灣勞資爭議處理法有 54 條，裡面有指定醫療院所是其中之一，就是必要服務的行業，這樣的行業之下，才能在勞資雙方定一個 minimum

service 的條款，用團體協約(勞政 3)
我知道，但問題是以公會的能力來講做不到，因為台灣西醫至少有 23 科，如果 23 科都要訂 minimum service，還有護理及其他醫事人員，才能變成醫院整體的 minimum service，大工程(胡方翔)
基本上勞資雙方要有團體組織，資方一邊是同業公會或者是雇主醫院院所的協會，另一邊是醫療的工會，由這二邊去訂的，醫療工會當然是有各方各業各種性能各種科別的代表在裡面，通常很多國家都是由院所先提出來基本版，然後這邊再來跟他們討論(勞政 3)
可是這樣子又牽涉到另外一個問題，台灣雇主團體沒有成熟，到現在為止沒有一個足夠代表性與約束力的醫院團體，醫院協會聯誼性較高(胡方翔)
因為沒有壓力(勞政 3)
所以源頭就是那個工會不夠強，沒有團結，自然沒人理(胡方翔)
對的，沒有勞工組織，所以你們要先去訴求這種東西，否則怎麼可能會去談罷工，因為台灣的醫療在沒有 minimum service 的情形下不可能罷工的，前二個星期勞動部找我去開會，我跟他們說你們要趕快協助這些所謂必要服務的行業的 minimum service 最低服務的條款，要政府去找目地事業主管機關，找勞資雙方來談(勞政 3)
可是醫療目的事業主管機關就是衛福部，但衛福部不管，它現在就是怠惰(胡方翔)
所以勞動部要逼著它去做(勞政 3)
可是勞動部跟它是平行單位怎麼可能逼著衛福部去做呢? (胡方翔)
一樣的，就把它公佈出來、曝光，否則將來發生事情就不要來找我(勞政 3)
可是因為現在台灣勞工運動不成熟(胡方翔)
因為醫療沒有罷工，如果醫療罷工看衛福部要不要找勞動部，我跟你保證衛福部馬上找勞動部，就是因為沒有人罷工，不會動(勞政 3)
所以最後還是我們自己的問題，因為醫師不夠團結，可是真的很難團結，因為大家意見沒平台整合，醫師很難接受單一領導(胡方翔)
我完全理解，完全清楚，這就是政治運作，這太難了(勞政 3)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

像歐洲的團體有所謂的社會對話(胡方翔)
社會對話已經是集體協商很多年後才有的(勞政 3)
這個是不是比較溫合的協商方式? (胡方翔)
沒有，不是這樣子(勞政 3)
是沒有約束性？(胡方翔)
社會對話的前提就是集體協商談判要成熟到某個階段才行(勞政 3)
所以沒有成熟的集體協商，社會對話做不出來的(胡方翔)

做不出來，因為集體協商一定會變成勞資雙方有一個談判的過程，長期的談判協商過程，所以雙方都認知道彼此之間的利益上交會跟不交會的地方，雙方都清楚對方，然後雙方的團體都夠成熟夠大，夠具有所謂的代表性，代表性很重要(勞政 3)
對，我們都沒有夠代表性的(胡方翔)
在歐洲這些國家為什麼都能做得到，是因為經濟全球化，逼著他們勞資雙方必需要很快的解決國家在制度法令上無法去即時解決的問題，所以真正談判前勞資政三方先對話，邀請政府一起來對話，然後就交給由國家的制度先去處理，譬如說要經過國會去立法修法，就可以處理掉，就不用等到在國會裡面的時候再去吵架，而是在還沒有經國會前勞資政三方就已經對話，因為長期累積的關係，因此知道很多事情不是光只有勞方講的資方就可以接受，很多情況也不是勞資自己談就能解決，像法規制度或政策面的(勞政 3)
所以其實是不全在國會決戰的(胡方翔)
對，都在前面就已經解決，為什麼他們願意在前面就先解決，因為那是共同利益的問題，因為全球經濟化變化的時候各方都會受到影響，所以前面先對話這樣才有辦法做，我在 103 年有寫一份有關社會對話的書，在勞動部有一本(勞政 3)
請問要怎麼樣才能取得呢? 叫什麼名字? (胡方翔)
找你同學去拿就好了，你不是有同學在勞資關係司裡，叫他去拿，你去叫裡面的去問，我寫的社會對話就對了，小冊子(勞政 3)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

像英國的醫師他們是協會在辦這個問題，他們並不是工會名稱(胡方翔)
不要去管名字是協會不協會的，它協會就是工會(勞政 3)
它協會就是工會性質，但它叫 medical association(胡方翔)
對，國外很多都是這樣子(勞政 3)

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

國外其實勞動權就等於是他們的基本人權(胡方翔)
工會是 freedom of association，國勞 87 號公約的結社自由問題(勞政 3)
對，就是自由結社的精神(胡方翔)
沒錯，工會就是自由結社，結社自由；強制入會，當然違反國際公約，甚至違憲(勞政 3)
所以他們的協會就等於是工會，但它也是專業組織同時也是工會，等於身兼二種性質，自由(胡方翔)
是的，可以的，像美國很多職業工會，它本身就是專業組織，但它還是工會，它只要有 bargaining 的權利，有爭議發動，它就是變工會(勞政 3)
但程序做法上還是要取得主管機關的認可才行 (胡方翔)
英國跟美國的概念基本上就是自由市場的體制，並沒有太多國家管制的這一塊，就是在 freedom of association 這件事它是算自由市場機制，就是說有本事

你就去爭取，你如果能罷工，罷的贏，老闆就要跟你談，那是你家的事情，除了英國到了 1982 年代柴契爾夫人當政時，開始立了一些法律的規範、勞動關係，所以工會有受到一些限制，美國就是 NLRA 的規範，這些都還是有，沒錯，可基本上在談判協商在自由市場競爭都是蠻強烈的，基本上不會像台灣有這麼多的法律問題限制(勞政 3)

現在聽起來台灣目前比較接近像英國公醫的情況，所以說英國的自由市場已經消失了嗎? (胡方翔)

還在(勞政 3)

問題是他們沒有足夠 bargaining 的權利才會搞到要罷工(胡方翔)

不是沒有 bargaining 的權利，是有 bargaining 的權利(勞政 3)

應該說是沒有 bargaining power，為什麼會這樣子呢? (胡方翔)

但是它就是要透過 strike 來爭取 bargaining power，就看它的力量到什麼程度，它如果能罷工成功就是它的 power 來了，罷工不成就是沒有 power(勞政 3)

是有罷工成功，但罷工成功後談判又不成(胡方翔)

我所謂的罷工成功是罷工後對方願意跟你談判，就是罷工成功(勞政 3)

可現在聽起來好像是雙方訴求達不到一個共通點，在這個情況下要怎麼辦呢? (胡方翔)

那就繼續僵在那裡，看誰能撐得下去(勞政 3)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

另外有關勞檢的問題，因為目前為止不管是勞檢的頻率或勞檢的方式都有問題，對醫療方面不但是頻率偏低，而且勞檢的人員對於醫療並不熟悉，所以到目前為止勞檢的效果出不來，造成目前醫院普遍血汗的情況要怎麼改善? (胡方翔)

同樣的問題，因為我們台灣的習慣就是期待政府去扮演所有百分之百的角色，這是不可能的事情，這有幾個角度，第一個就是企業本身的企業責任有問題，自己本身不要變成一個血汗醫院，這是一個，醫院本身沒有對員工照顧這是一個層次的問題，就是企業內部管理的問題，另外一方面就是員工，企業裡面員工組織工會，或者是經過企業內部有沒有一個對話機制去解決這些相關的問題，第三個才會輪到政府本身治理的問題，政府的相關政策或者是勞檢的制度等等，很明顯的在台灣勞檢的人數本來就是有限，在這種有限的情況下，去期待它對醫院這種非常專業非常 sophisticated 的產業去做檢查，跟本就是太難了

(勞政 3)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

如果建立一個專門的申訴管道，不行嗎?目前沒有(胡方翔)

可以啊，本來就可以做(勞政 3)

我們有建議過衛福部，可是衛福部不要做，所以今年護理也上街頭，可是護理已經有工會三年了，每年上街頭還是一樣沒改善，沒人願上談判桌(胡方翔)

沒有用的(勞政 3)

而且它已經適用勞基法了，每年上街頭還是一樣沒有結果，連護病比到現在已經喊了十年了還是沒動(胡方翔)

那就是框架式的.. (勞政 3)

大家都同意護病比，可是大家都不做(胡方翔)

因為衛福部不可能那麼快做的，衛福部我太了解他們了(勞政 3)

可是衛福部講醫師人力缺口的問題，實在是一個假議題，因為現在人力不夠都在做了，表示人力其實還應付得來，只是會過勞與壓榨而已，那它就早點先把法律訂下來，讓醫院去發加班費，先解決壓榨問題，醫院成本高了，才會願意真正面對過勞問題，可是醫院有說，如果今天要我們完全符合勞動法的話，醫院會沒有競爭力，醫院若退出市場，勞工受害最大，醫界普遍有勞基法違規問題，所以我們不需要第一個主動符合勞動法，好像是說，大家考試做弊才及格，我不作弊會被當，可是醫院生存建立在血汗員工的制度上，為什麼還理直氣壯？(胡方翔)

講白一點，就是因為壓力不夠大(勞政 3)

問題是員工沒辦法參與治理，所以到底醫院的獲利多少我們都不曉得，無法施壓(胡方翔)

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

這牽涉到另外一個問題，醫療業罷工到底有沒有病患安全跟醫師倫理的問題? (胡方翔)

當然有(勞政 3)

那英國為什麼沒有被民眾抗議呢? (胡方翔)

所以這就是他們怎麼去 handle 這中間的問題，我可以告訴你這非常複雜的， 這會牽涉到英國有沒有所謂的 minimum service 的東西，有沒有最低服務(勞政 3)

他們只是取消非緊急手術而已，但一取消全國就是好幾萬件(胡方翔)

對，有可能有，另外一個就是公共關係處理的問題，就是對媒體對社會大眾怎麼去說服這件事情，這都是工會要做 PR 的，台灣工會對這種東西根本不懂，人家都做這非常大規模的，而且很早就在想要做這種事情(勞政 3)

可是公關在我們現在醫界來講可能也是有困難，我們公會好像就是被以前牙醫師公會的案子給綁住了，牙醫去游說以後被當做是違法政治獻金(胡方翔)

那個另外一個層次的問題(勞政 3)

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

我們不管是社會上或者是老闆，大家都錯誤期待法令本身的制度，就是以為把雇用關係掐的緊緊的就有保障，這是最基本的迷思在這裡，這完全是個迷思，因為法令本身訂的很緊，把勞資關係掐的很死的情況之下，其實反而爭議會更多，法令能夠有多細緻其實是個大問題，法律本身能不能細緻到如此，為什麼台灣的企業很會鑽漏洞，因為法律從不可能細緻到如此(勞政 3)

所以意思就是它的細緻的部份，等於技術性細節要用團體協商來彌補(胡方翔)

很多東西是在企業內部，不管是勞工參與去處理，或者是工會的協商短暫的去處理都可以，當然如果國家能夠走到某種程度讓它能夠細緻化當然是很好，但事實上我可以看得出來台灣的政府不太可能做得到(勞政 3)

因為台灣政府沒有那麼大有為政府(胡方翔)

他們能力不夠，然後產業本身也沒有能力去對應這種事情，產業本身在立法修法過程中，所謂的產業不是光有資方，勞方也是在產業，勞資雙方對這些法令本身實際操作面所面對可能會產生的問題都沒有處理過，都不了解(勞政 3)

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九) 其他

(1)開場白

到現在為止，為什麼台灣的醫生跟護理人員這方面...，根本的問題就是我們社會認知的問題，社會認知是最困難的問題，其他的都簡單，其他都不是技術上的困難問題(勞政 3)

可是如果說社會認知，那這個工程也不是單方面可以完成的(胡方翔)

當然沒那麼簡單的事情，我講這個已經講了三十年了，不是現在才講，因為這與整個社會整體背景有很大的關係，所以社會認知那個東西沒有那麼容易解決，因為你們現在看到這些問題的時候，或者是過去十年台灣經社發展裡面，大家是否覺得這樣是一個問題？但你必需理解到是整個社會價值，不是大多數人認為是誰的問題，簡單講這個社會大多數人還是認為效率是最重要的，公平不重要，這就是價值觀的問題，為什麼公平不重要而效率比較重要的原因，這就要去研究台灣的社會是怎麼回事，台灣社會為什麼有這麼多人想要當老闆呢?台灣社會為什麼這麼多想要做中小企業的人呢?台灣社會為什麼這麼多夜市呢?台灣社會為什麼這麼多 7-11 這麼多小店舖呢?背後是什麼東西呢?背後其實很簡單就是他要追求個人利益，為什麼?因為華人是非常個人主義的社會，華人是 individualism ，是在很多西方人不懂的地方， individualism 最重要的是 classic economy，就是自由市場經濟(勞政 3)

可是傳統文化沒有特別強調個人主義(胡方翔)

不，傳統文化有沒有聽過叫做帝力於我何有哉，有沒有聽過中國人是一盤散沙，有沒有聽過只怕管不怕官，這些通通是 individualism (勞政 3)

可是如果歸因到文化因素的話，表示台灣的勞動運動是不太會成功的，可不可以這樣子講? (胡方翔)

到現在為止就是沒有成功，事實證明如此，你看看台灣的工會運動裡面有多少派多少別?全部都是山頭主義，他沒有整合的能力也不想整合，因為每一個派別有個別的利益，他不會像人家說是整體的利益，沒有這種西方社會想法 (勞政 3)

可是不同利益間難到沒有辦法達到一個共識嗎? (胡方翔)

共識是某些層次上的問題，看你到什麼層次，有些不會去看太多個別利益的情況下，就有可能達成某些共識，或者是叫做表面上的共識，叫做框架上的共識，台灣有很多框架上的共識，框架上的共識是什麼意思呢?就是我不會犧牲我自己本身什麼東西，然後他可叫出來覺得我好像有什麼東西，但實際上我又爭取不到(勞政 3)

所以是空的是虛的(胡方翔)

所以勞董每年五一勞動節去搞個遊行，那是虛的，那是務虛的，我現在是不好意思罵人，如果我罵人那些勞董會氣死的，可是我告訴你事實上我講的是實在話，他真的有務實有本事的話，他應該結合起來，工會內部的資源要整合，然後要雇請專業的人員，勞工研究所畢業的人員有幾個去搞工會的問題? (勞政 3)

張旭忠不是嗎? (胡方翔)

他不是勞工研究所畢業的，除了一個潘志賢，但潘志賢他很清楚，從他勞研所畢業到現在他的薪水只有四萬多元，到現在還是四萬多元，幾十年下來沒有動過，他現在結婚生小孩，可是這樣怎麼過得下去，他現在是硬撐的(勞政 3)

可是學勞工的本來就比較沒有特殊專業，會不會是這樣子? (胡方翔)

什麼叫比較沒有專業呢? 還是有，如果工會真的是有能力做的話，還是有很多事情可以做，像你們現在談的很多東西都是勞動的專業在做的東西，以前我那個年代這種東西沒有人在做，我是台灣第一個碩士學位去搞工會的，然後是博士去當全國總工會秘書長的，只有我一個，因為我的際遇不一樣(勞政 3)

(2)醫療資源重分配與假日醫護人力困境

台灣的健保也是台灣特殊的公醫制，但它就是沒辦法跟醫界有個直接對口，這該如何突破呢? (胡方翔)

台灣的健保牽涉到醫生、醫院、病患，社會大眾整個利益的關係，它就是所謂政治均衡的過程，以政治經濟學來講它就是 balance qualities 的問題，政治的問題，任何全國性資源分配性的過程，健保就是一個非常龐大資源分配的過程，在這資源分配過程裡制度的設計，勢必是有些人拿多有些人拿少，這個怎麼整合分配的問題，誰能夠證明出來說我的分配是不夠的，這個是大問題，這個不光只是醫師的利益的問題，這是整個健保資源如何分配的問題(勞政 3)

問題是，現在目前為止分配的權利就是支配權完全在官方，像昨天才有急診室跟醫改會開記者會說急診都塞爆了，因為假日診所都休息(胡方翔)

這就是一種過程，這種過程就是為了要讓資源重分配的過程所投的一顆炸彈，希望把資源能夠扳過來一點的概念，但這概念夠不夠呢?如果今天醫生組工會爭取這些案子你的力量夠不夠呢?就像你說的醫生到現在都沒有工會，同業公

會某種程度上都是比較偏官方的思考，所以當然就比較不會有這種概念在，你今天談到醫師這一塊，你就要花更多的功夫去整合起來，更多力量去切入處理，不然你沒有力量扳回來，這是非常活生生的事情(勞政 3)

因為這個炸彈丟下去以後，結果診所協會有人出來講話，他說因為假日沒有藥師，因為藥師已經週休二日 40 工時，假日已經休掉了，我叫他回來加班給他加班費他都不來，所以假日當然沒辦法開，這就馬上突顯出來勞基法的僵固性(胡方翔)

其實也不全然他是對的，縱使勞基法僵固性也沒有他想像的那麼僵固，他只要請人而已，請人加班要給多少(勞政 3)

問題是他請不到人，沒有健保訂價權，那種價格請不到人假日加班(胡方翔)

那就是人力短缺的市場機制問題，那不是勞基法的問題，勞基法本身有它的好，也有它不好的地方，必需在做這種事情時都要想到的，很多事情制度做下去相對的彈性會減少(勞政 3)

以開業醫的講法是，自由市場上我可以自己訂價，那我就可以提高我的價碼，可是現在訂價權在健保官方，健保就已經七折八扣了，他就沒辦法再加碼請人了(胡方翔)

所以這些都要整套講出來才行，因為到現在為止，社會上對這些的訴求並不了解，大部份的人是不會懂的(勞政 3)

大部份的人只要服務方便，不管公平(胡方翔)

這就是台灣的標準，標準的台灣人(勞政 3)

專家講說你這不急可以改天再來看，他說不行我今天就要看，他要拍桌子的(胡方翔)

對呀，很難呀(勞政 3)

(3)透過訓練推廣凝聚基層共識

其實醫生對於勞動法的觀念還停留在比較落後的狀態，甚至不感覺到自己有受到壓迫的也有，也有雖不滿意但不知道這個權益到底在那裡(胡方翔)

所以工會的幹部要很多事情，要做很多教育訓練，過去我做最多的是基層會員的訓練(勞政 3)

要怎麼做? (胡方翔)

上課，讓他們來自己導演自己做，我曾經到以前台中縣的總工會，我跟他們上過十幾場的課，一場大概只有六七成工會的幹部，一場大概是三個小時，去的時候分七八個組，一個組大概六七個人或七八個人，分一個小桌一個小桌，不是一排排坐著的，用討論式的方式，給每桌二張白報紙、二隻簽字筆，然後每桌給他們一個題目，跟工會有關的題目(勞政 3)

題目的設定就很困難了(胡方翔)

舉例來講，我們工會如何招募新會員，這是不是一個題目?我們工會的財務如何改善?我們工會的會員跟幹部之間如何溝通?我們工會如何了解到企業及工作場所的資訊?我們工會如何對外界具有公共關係的能力?很多題目的，一堆(勞政

3)
等於是功能導向的分組(胡方翔)
分組之後，每一組負責一個題目，七八個人你們討論，在台中職能總工會都是七成工會的幹部，他們是職業工會，以前從來沒想過這種事情的，他們只想要說我為勞保參加工會，不會想要去搞這些東西，問題丟給他們，給他們大概半個小時到一個小時的時間，七八個人去討論，每組題目都不一樣，但等一下每組都要上來報告(勞政 3)
最後他有變成種子教官嗎?如果沒有的話表示教育沒有成功(胡方翔)
沒有辦法，不急，先不要急，這個是先訓練他們思考，重點是大部份台灣的勞工是根本沒有思考這些事情的，層次還沒有到，這些很有興緻的工會幹部，發起的這些人，個個興沖沖的像什麼一樣，但你忘記你後面那些會員更不懂，光二三個人在那邊衝有什麼用，後面那群人根本通通不懂，大家的想法是"死道友，不要死貧道"，你去衝啊我有就好了，管你去，但他們不曉得你的這些衝必須要有這些人的支持才行，他們不懂，所以當這些題目給他們討論之後，每組上台報告，當然我懂這些東西我搞了十幾年了，我知道關鍵點在那，我也知道他們講的那些東西到底可不可以用，所以我給他們一些評論，下面的人就開始議論紛紛，你知道嗎上完課之後，那是不一樣的，傳統的上課是老師講他們聽，聽完後他們就拜拜，可是這個時候是不一樣的，因為每組都要去思考這些問題，他們從來沒有想過，所以我一點之後他們就開始思考...，那個時候他們的腦袋瓜整個都會動起來了，那種氛圍就建立起來，那種會員、工會幹部跟總工會之間的關係就緊密起來了，所以現在很多諮商就做的很好，因為他們知道現在一發動下面就要跟著動，他們知道要這樣子動才行，那個才是有用的(勞政 3)
可是像這種機會很難得，如果以教育來說，在目前為止我們的現有管道中並沒有辦法取得任何的教育，像我今天要去醫勞盟演講，我也是因為去讀了研究所這些東西才稍為懂了一點，才去幫他們上這個，可是如果真的要找到一些能夠帶這些活動讓大家帶起來，好像除了走向學校沒其他辦法，其實基本上勞動部也沒開課，然後企業絕對不會讓勞工了解那麼多勞動權益的法規事情(胡方翔)
那都是下班時間做的(勞政 3)
有另外花錢嗎? 學費(胡方翔)
那是還好啦，他們是因為已經有工會，所以不是問題，現在還沒有成立工會的時候，怎麼做才是正牌問題，就是 organize 的問題，在國外最重要工會做的就是 organize，組織、組訓，組訓怎麼做?下班的時間、休假的時間，平常就要發一些傳單說我們在什麼時候會有什麼討論，請大家參加，先將培訓種子找來，因為他有興趣之後，再慢慢找一些專業人員去跟他們 talk，跟他們討論問題，把他們的觀念打通，打通之後讓他們再去發展，到了一個階段人數夠了以後就組工會，組工會現在很容易只有 30 個人員就可以，成立工會就取得正式的法律地位，資方就得要讓你有時間做這些事情(勞政 3)

(4)如何寫一個讓工會長遠發展的章程?

現在還有一個問題，就是一般大家成立組織的時候，章程都是抄來抄去，要怎樣才能寫一個讓工會長遠發展的章程? (胡方翔)

那就是工會要用腦筋的地方(勞政 3)

這有點像制憲大會，幹部都不成熟怎麼來制憲呢? (胡方翔)

所以你成立時的理事會很重要，一般來講這是政治運作的過程，前面是你先寫章程，理事會要經過內部討論，所有的理事都同意之後才會丟到代表大會去，章程從代表大會出來之後，理事全部都要負責(勞政 3)

但是我們在立案之前，我們不叫理事會，叫做發起人會議(胡方翔)

都一樣，沒差啦(勞政 3)

可是發起人會議有人質疑沒有公開民主(胡方翔)

那個不重要，那讓你來參加發起人不就結了(勞政 3)

你的意思是質疑的人自己來參加(胡方翔)

對，如果你有疑問你就來呀，我們歡迎你來，我們這東西就是一個草案，就拜託你們來，你不來難道你是革命一份子嗎?當然是帶頭的人去衝的，帶頭的人很可能要被殺頭的，如果你接受被砍頭你就來，這 group 裡面就要你出這些東西出來，每人分配一些任務，然後去做游說公眾工作，最後開臨時代表大會來通過(勞政 3)

(5)改革的代價

我有提到一個比較細緻的問題，就是一般的職業別沒有所謂的倫理規範，只有某些特殊的行業有，我查到醫師倫理規範 25 條，裡面有提到即使是醫師的合法行為包括合法罷工，如果違反了醫師的公約跟醫師的規範的話，要受到公會的懲處，您認為這條有沒有辦法突破?如果沒有，我們罷工事後被他們用倫理道德這種方式說我們違反醫德，因為病患的權益受損，最重可以吊銷醫師執照，這麼嚴重的處份，的確放倫理規範裡面，這對醫師的困境要怎麼樣處理? (胡方翔)

那就不要做，如果連這個都放在裡面的話，工會就不要搞了(勞政 3)

所以一定會有人犧牲以後，才會引起大家的注意(胡方翔)

對，一定是這個樣子，但不一定必然會犧牲，都還沒有發生的事情，當你發生事情再拿出來 argue，這本來就是 argue 所得以討論的問題，甚至可以拉到釋憲可以去處理的問題，把它搞大(勞政 3)

因為這牽涉到職業自由與工作權，可以釋憲(胡方翔)

搞大以後會有更多更有趣的事情出來，如果你要搞工會還怕這些有的沒有的，那就不要搞了(勞政 3)

也不是怕，只是列入考慮，一定要讓會員知道你參與這個會有什麼後果(胡方翔)

是的，沒錯，任何東西你必須要去突破既有的職業的制度或既有的社會思維的範疇之下，過去的制度或法令的規範，本來就會是很多的風險，而這些風險也就是造成今天制度不公平的地方，如果我現在要去突破這些制度還要去擔心這

些風險，那就不要玩了，這種是沒有什麼絕對的事情，一個社會進步怎麼來，就是這些人去突破才會有進步的，當然可能有時候會 over 了一點，但基本上社會是可以忍耐的，過一陣子就好了沒事的 (勞政 3)

意思就是不去挑戰那個紅線，就會有那個紅線在你心裡中造成障礙，謝謝老師我的訪談就到這邊結束(胡方翔)

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 9 (勞學 1)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件

今天有個新聞講說，立法院有說要把 7 天的假還給勞工，結果工商總會的會長說如果真的這樣實施的話，今年的年終獎金將會少 2%，他都已算出來了，我的意思是說一旦醫師加入勞基法，沒有辦法去防堵醫院將人事成本的增加轉嫁到醫師，醫院可以讓醫師的績效先下降，或者是把醫師的工作 loading 增加為 double，若沒有辦法也沒有機制防堵，這個問題就很麻煩(胡方翔)

這問題我認為不是麻煩，我認為這是醫院醫療的管理行為(勞學 1)

可是沒有人監理它(胡方翔)

不是，醫療的管理行為只要不違反法律規定，不違反勞動契約內容，我認為都是合法行為，而且你剛才說的成本轉嫁情形不是只在醫院，而是在整個全台灣甚至整個全球，基於企業經營管理裡面經常會有伴隨著法律的變動而去重新建構它的管理體制，這是正常的，但這樣是不是一定會讓勞工更加不利呢?不一定，但是有這個風險，本來在一個國家裡面這樣的管理體制不違反法令的話，還有不違反勞動契約的話就是合理的，所以你剛才說的那個東西是勞工本身應該要有心裡準備應該能接受，但是你不能說我今天答應你這個月的工資是三萬元，不能說因為適用了休假日的新規定，把三萬元變成二萬五，這就不合理了，因為這已經違反了勞動契約內容當時雙方的合議了，所以這是不行的，那醫院有沒有用別的方式來挪移，如果公司有辦法去挪移，挪到完全合法而且不違反勞動契約內容，我認為有什麼不行，但別忘記了如果是這樣的一個情形的話，勞工就要靠自己去爭取，不能靠國家的法令了，譬如說要怎麼爭取，靠自己的專業技術條件，還有集體勞資關係，台灣的醫院工會組織率是全世界最低的，醫院早就可以組織工會了，現在不但醫師沒有工會，連護理人員都組織工會也很難運作，如果你覺得你的勞動條件不是那麼的好，或是你覺得你的勞動條件沒有再往上的發展，你可以透過集體關係，如果沒有透過集體關係的話，在一個雇主醫院合理而且不違反勞動契約內容情況下又合法，我認為這是 OK 的，正常的行為(勞學 1)

4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係
6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

可以參照一些國外的情形，以日本為例，它們假日醫院是不開的，可是假日一般居民生病怎麼辦?它就會分成區域，以札幌市來說，就分成十二個區域，如果你屬於這個區域而你生病了，就必須到這個區域的比較綜合性的醫院就診，

但這個綜合性的醫院是用輪的，就是在這個區域內假設有十家綜合性醫院，這個假日只有一家開業其他是關著的，這當然會有不方便，我曾經發生過一次在札幌的北部，住比較靠北邊的地方，結果我小朋友生病，其實只是一個感冒，但我太太很緊張，她一定要去看，但因為是假日，結果那天我們得坐計程車到札幌的南邊，光是車費就花了一萬多的日幣，這種情形造成我們很大的負擔，當然這是醫院政策上屬地方政府，這不是中央管的，是地方政府跟醫院及醫師協調出來的，在可以兼顧到國民的健康權又可以讓醫師能夠有一定程度休息，為了應付看病的需求而要求輪值醫院必須要營業，可是營業也有限定某些特定的醫院，這種情況之下或許並不是所有的醫師都願意在假日營業可以不參加，又或許有一定程度的診所希望在假日上有營業收入的考量，當然這種營業收入的考量同時也是提供某種健康上的服務，所以我認為這個部份是可以採取比較折衷的方式來處理，這就會涉及到國民健康服務政策的問題(勞學 1)

請問老師醫療費用有沒有加成?因為目前為止聽到有些國家的政策是假日提供服務還有夜間提供服務的話有加成給付，可是我們健保沒有這個機制(胡方翔)

這個部份在每個國家或地區的發展是不一樣的，以日本來說，可能東京跟北海道又不一樣，像北海道是一個那麼遼闊的地方，如果在費用方面政策太過僵硬的話，其實有些醫院會做不下去，最後會變成沒醫院了，應允許一些彈性(勞學 1)

我們現在就是這樣的情形(胡方翔)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

舉一個非常具體的個案或是在業務管理上造成勞基法無法實施的具體的情形，來做個案例說明(勞學 1)

應該也不是說不能實施而是說每各科別會發生所要做的醫療內容、管理跟所耗費的人事成本會差異很大，像昨天醫改會跟急診專科醫學會所開的記者會，他們的主要問題就是認為假日病人擠爆大醫院急診，我看到此案例時覺得這是蠻具體的，因為他們現在出的衝突就是醫院發現假日時開業醫很少看診，造成病患非急診只是小毛病可是他還是要擠到急診，因為只有醫院的急診室有開，同樣的醫院的門診也是關閉的，可是等他們開完記者會後，馬上就被基層的醫師協會炮轟說急診科怎麼沒跟大家商量就去開這個記者會，他說我們基層開業醫有我們的痛苦，因為現在其他醫事人員適用勞基法以後，變成假日請不到藥師，同樣的也請不到護士，因為藥師護士也要週休二日，所以他們在假日請不到醫療人員，本來想要加這些人的錢，可是算一算加了這些錢以後，他的經營成本會不符合健保給付，因為健保現在是總額制度，所以它已經破壞自由市場的訂價權，開業醫本來想給醫事人員更好的價錢，可是這樣就發現給了以後不合，所以就乾脆休息，再加上總額制度有一個上限制，所以當做到某一個程度某一個量時，其實是拿不到健保的給付，譬如健保只給你一百元，你看一百個

人是一個人一元，可是你看 120 個人的時候它還是給你 100 元，這就變成一個人是 0.9 元，所以他們寧可選擇少看這 20 個人，造成他們假日就不看診，所以同樣是醫師，地區醫師跟醫院醫師就起了很大的衝突(胡方翔)

這裡所講的應該是基層診所，基層診所當然會有單一醫師為個人診所開業，當然這個問題就比較沒有這麼大，你所指的可能是稍為大一點的診所，它不是單只有一位醫師，或者還其他醫院相關的管理人員，現在指的是這個部份如何適用勞基法的問題，這部份我認為從經營的立場跟雇用的立場是有不同的關係，一定會有不同的契約內容，你說他願意給高一點如果這樣子的話，這個部份會透過現行勞基法內的延長工時或變形工時做一些運用，當然這部份如果是搭配本身契約勞動條件薪資提高的話，可以做為比較緩和，健保給付制度就不很清楚(勞學 1)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

醫師的勞動保障除了用勞基法外，還有沒有其他途徑?因為我們的衛生主管機關主張把它放在醫師法或醫療法內，但勞動部跟他們意見不一致，關於這點要從那裡來切入? (胡方翔)

因為立法目的不一樣，醫師法是做為特定資格身份人員從事醫療時，包括醫師應該有的倫理，醫師身份的取得，還包括它的執業行為，這些市國家公法上的規定，所謂醫師勞動規範保護指的是醫師具有受雇身份，跟一般勞工一樣的地位，而享有在一個國家裡面最低的勞動條件保護，叫做勞動基準以上的雇用關係的保障，所以勞動基準長期以來，例如說對會計師、律師或醫師來講的話，其實並沒有太大的困難，因為在勞動條件的核心，就是在工資對價給付是遠高於勞動基準的，可是問題出在有關於勞動基準法裡面工資以外，最重要是工時的部份，還有一些其他相關的勞動條件，譬如說包括女性保護或是其他的職災部份，我覺得這部份比較沒有太重要，所以我覺得醫院可以在它的財務許可範圍內，讓勞動基準落實並沒有太大的困難，至少是目前現階段來看(勞學 1)

其實我的想法也跟老師接近(胡方翔)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

我問一個比較實務的問題，就是如果這樣子的話，台灣醫師公會全聯會會卡到

二個法律上的問題，第一個是它的章程上沒有勞動保障宗旨，所以它並沒有保護會員勞動條件的目的，第二個是它在內政部登錄的類別也不屬於工會性質的類別，它是適用人民團體法，那這二個關卡要如何突破? (胡方翔)
這二個關卡不是關鍵性，最主要的關卡在這個 association 的公會組織是具有雇主身份及代表雇主醫院管理的加入，所以它不是真正為了受雇身份的勞工在爭取勞動條件，這個就像很多台灣的職業工會為什麼經常被認為不是工會，因為很多職業工會內的成員是老闆(勞學 1)
老闆的聯誼會(胡方翔)
對，這種情況下你能說它是真正為了勞工來去爭取勞動條件嗎?不是的，台灣還有很多的工商協進會、中小企業協會...很多，那些你說是嗎?當然不是，所以實質來看，第一個要看工會成員的身份是否具有勞工雇用關係，第二個它實質成立組織的目的是否是為了要勞動條件的提升，第三個它實際上是不是一個獨立自主的工會，而不是受雇主所雇用或者是裡面雇主擔任幹部又或者是完全是為了特定的組織沒有獨立性的組織，就是沒有獨立性跟自主性，不符合這三種都不是工會(勞學 1)

18. 醫師公會是否有協商權

老師剛才有說到集體協商的部份，現在台灣不管是醫界的操作或者是產業的操作，都會出現找不到雇主代表的問題，這個問題要怎麼解決? (胡方翔)
我知道，並不是找不到雇主代表，而是雇主代表不願意出來(勞學 1)
可是沒有這個組織啊(胡方翔)
這個組織很快的(勞學 1)
他也不願意出來(胡方翔)
我告訴你，所以我剛才說它找不到人，是因為人不願意出來，可是一旦有這樣的一個法制的時候，勞方一團結，資方人就出來了(勞學 1)
所以還是要修法，如果沒有修法他不願意出來(胡方翔)
我認為這個修法是說一旦有這樣的一個協商機制時，雇主為了他本身利益代表他就會出來了，以前教師會的時候，其實校長組織非常的軟性，非常的鬆散，後來教師會變成是教師工會的時候，校長協會就越來越明顯了，他們在各種很重要的協商場合就會出席，有他們代表，他們就會有更正常的運作(勞學 1)
所以他們是相應而生(胡方翔)
對，所以一旦是對醫院的管理有某種程度的挑戰，或者某種程度衝擊時，就會開始有醫院想要去做對話，甚至做對抗，但是他不會想要一個人，他會想要找很多很多醫院，可是這種東西在台灣社會非常普遍，很容易，因為台灣的大醫院之間的聯誼跟互動是有某種程度的連系關係，日語叫連系，台灣叫連動或者是一個互相協助的關係，這個東西我認為不難，我舉個例子，像最近因為醫院的合併，就已經太多的大醫院了，它把一些地方基層醫院全部都吃下來，那已經是快要一條鞭了，所以這種情況之下我認為已經到了不可擋的地步了，那很容易醫院協會自己有代表(勞學 1)

19. 醫師籌組工會之看法

20. 醫師參加勞資會議

21. 醫師如何協商勞動條件

回到我們台灣集體勞資關係政策是一個非常糟糕的政策，這涉及到集體勞動關係法，集體勞動關係講的是工會法、爭議處理法跟團體協約法，那我先講工會法，這是最核心的，就是我們的工會法規定對於勞工組織工會的箝制太多了，限制太多了，所以讓在台灣要去組織工會就非常的不容易，我舉個例子，例如說要三十個人發起，請問今天一般的基層診所哪有三十個人呢，沒有啊只有幾個人而已，數一數不到十個，只有那種大型的醫院才有三十個人，請問這種情況之下怎麼組織工會，不可能的，所以應該是讓這個區域的人可以基於醫師身份或是基於同業醫療的產業，可以組織工會，如果這樣子不是同一個醫院有沒有關係?沒有關係的，我們是同樣的雇用身份，所以在這種情況之下團體協約法應該要更開放，團體協約法不要限制這麼的嚴格，讓原來不容易組織起來的工會變成沒有用，因為很難跟雇主去做 bargaining，應該是讓它的 bargaining 它的對話更容易形成，才不會讓大家覺得說我幹麼那麼辛苦去組織一個工會，所以這是二個部份要修法，當然爭議行為部份，我覺得這個部份還是比較有待討論，因為在醫療部份的爭議行為它對社會的正當性比較難取得，這跟台灣教師一樣，其實在全世界很多國家，教師罷工也是可以接受的，沒什麼大問題，可是像我們台灣這種在勞動人權還不是那麼高度發展的情況之下，有很多的家長會擔心他的小孩子受教權會受影響，還有一般人會認為他的健康權或是他的就醫權會不會因為罷工而受到影響，這個部份是社會觀念與價值的轉變過程，很不容易，但如果不談這個部份的話，在前者有關工會法跟團體協約法，是不是某種適度調整或者是階段性的調整，我認為這是有空間的(勞學 1)

22. 醫師勞資協商的代表產生

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

現在有個時事，就是英國在這今年，初級醫師已經第五度罷工了，表示他們有很強的 bargaining power，可是老師您剛才有提到台灣的工會穿透度非常的低，這其實應該跟台灣整個不管是歷史文化淵源還是社會背景，總之就是有些淵源成因它才會變成這樣子，在這樣的前提之下就是工會無法壯大，因為工會制度已經都存在很久了，所以基本上台灣都沒看過什麼很精彩的工會運動，所以這條路就走不通(胡方翔)

但我另外一個想法是因為台灣本來就是採取多元工會主義，如果門檻降低以後，我相信小工會很多，力量卻分散(胡方翔)

等一下，台灣基本上不是真正採多元工會主義，台灣基本上是採單一而且是強制入會(勞學 1)

真的嗎? (胡方翔)

一個企業內，按照我們目前的工會法，一旦成立之後只能成立一個工會，基本

上是不准複數多元工會存在，第二個你是受雇員工你要加入這個工會的，是強制入會的(勞學 1)
可那是屬於內部的，如果他同時參加外部的，外部的只要取得一定的企業內會員比例，也一樣可以參與勞資協商(胡方翔)
對，但是因為我們台灣連企業內的工會都很難成立，外部就更少了，所以基本上這個部份已經是更後面更後面的階段了(勞學 1)
所以老師的意思是企業工會要開放比較低的門檻(胡方翔)
我認為是(勞學 1)
有關於醫師去爭議時，在法律上有一個條文，就是即使醫師有工會，完全按照工會法去發動，包括訂最低服務條款，還要通知相關機關主管機關，完全都已經符合程序以後，在醫師公會還有一條叫做倫理規範，倫理規範裡面有 25 條，其中有一條就是醫師除了要守法以外，還是遵守本會之倫理規範，不然會受懲戒，懲戒最重會吊銷執照，對於罷工到底會不會影響病人的生命安全，其實有疑慮，也有可能違反醫師誓約，如果有任何病人在罷工期間出事，都能說成與罷工相關，公會可以認定你有違反醫師倫理，如果它用那個來懲處你，變成你的罷工又多了一把鉗子來鉗住你(胡方翔)
那是因為法律的解釋問題，就是說我們應該從是否有違反醫師的倫理為要件來做認定，這要件認定的標準是什麼(勞學 1)
目前為止沒有具體化，屬於不確定法律概念，因為醫德不是確定法律概念(胡方翔)
對，但是我們可以想像很可能在實務上，假設說你有一個住院的病人在不同的醫療過程階段中，因為你行使醫療罷工而造成他身體健康的危害，這可能就構成所謂醫師倫理的部份(勞學 1)
但這因果關係很難確定，因為病情本來就會變化，罷工跟他的安全性在時間上重疊就已經扯不清了(胡方翔)
這個部份我覺得可以透過很多外國案例的，例如今天醫師的一個判斷認為不會影響到身體健康，他必須在從事罷工行為之前把這個報告經過醫院的確定，如果是 OK 的話，那醫院就要負責了，如果醫院認為不認可，那你就要說明原因，為什麼這樣的一個病人在目前階段裡面是屬於無危害的，我認為這個部份是可以透過很多的案例，外國的判決裡面，我覺得應該是可以解決並不難(勞學 1)

醫師罷工要跟醫院對幹了，還要報告醫院認可？那就別幹了；可能需要獨立第三者背書，但這個責任太大，應該不太可能；但老師這建議方向我們可以考慮。(胡方翔)
目前為止以醫師的別科來講有 23 科，其實要訂所謂的最低服務條款也非常的因難，本來我們有一個組織像醫師公會全聯會，它必須要來做整合的工作，可是現在整個公會體系是偏向資方官方的色彩，所以它沒有做這個工作，按照勞資爭議處理法，勞資約定必要服務條款後，要送衛福部備查，這也會卡關(胡方

翔)
其實我很早之前就叫衛生署做一個定型化契約，那個全世界都有，你現在可以馬上上日本網站就有了，就是最低服務年限條款(勞學 1)
不是年限(胡方翔)
最低服務年限條款內容，它有一個定型化契約(勞學 1)
是年限?還是服務品質?還是內容(胡方翔)
我們所說的最低服務年限條款，一般來說是醫師在受雇的醫院必須要有一定的期間，這就叫最低服務年限條款(勞學 1)
會爭議的是醫師最低服務的條件(胡方翔)
那個是另外條款(勞學 1)
那是服務量的問題(胡方翔)
對，沒錯，就仿最低服務年限條款，官方訂最低服務條款；例如在外國像消防，消防就要提供最低服務的品質或是最低服務的限度，例如電信、銀行外匯，必須要提供有一定的操作人員，他有辦法維持最低限度的品質，服務量，當然這是國家決定的，這是要透過立法方式，不是任何一個人說了就算的，是要有法律規定的，爭議處理法好像五十幾條(勞學 1)
53 條，雙方已翻臉還有沒有可能雙方約定(胡方翔)
一定要(勞學 1)
一定要政府參與嗎? (胡方翔)
對，這個東西全世界都先透過團體協約，譬如說今天工會可能跟雇主訂一個團體協約內容，內容就是一旦有發生爭議行為時，必須要提供所謂的最低服務，這最低服務的範圍到那裡，雙方提出來議定(勞學 1)
叫 minimum service(胡方翔)
對，那就談嗎，雇主說一科裡面最少要維持有二個醫師，看要不要嗎?還是每科都不一樣，那你就提出來，所以雙方可以透過這個方式來約定，當然國家有沒有可能方式直接用一個規定，有可能的，國家透過衛生署可以說在不同的層級，不同的醫院，可能應該有怎麼樣子的最低服務，醫療是不是服務都還有爭議，就是因為爭議多，最好國家有個基本參考版本(勞學 1)
官方版(胡方翔)
對，官方版，我覺得這個是比較細節部份，應該是在爭議處理法裡面的實行細則，或者是它的附屬辦法裡面，我認為這是該做處理，不然的話按照外國一樣，就是在團體協約裡面就將具體的服務內容訂出來，這是蠻多的例如很多教師也有(勞學 1)
你說國外的嗎? 國內基本上是沒有的，國內不能罷工(胡方翔)
但現在其實國內問題不大，因為國內罷工有一個所謂的調解的前置主義(勞學 1)
對，調解前行(胡方翔)
所以基本上這東西可以緩和，你要罷工我先調解，什麼叫調解，其實調解是一

個和解型態，如果調解成立就會有一個合解契約，調解書，所以這個部份可以就本身在要為罷工之前為的調解，這時勞資雙方可以在這裡面談，對於實際上罷工的條件，及罷工時應該有的最低服務與雙方的義務，我覺得這部份並不是沒有空間，還是有空間，這個應該是大家講到很後端很後端的，我不認為有這麼快的醫院成立工會以後，有辦法發動爭議行為，那是非常非常後端的，非常久的，也有事先以契約雙方同意用仲裁的方式，罷工是最後手段，只是在法律的整個體系解釋上我認為這應該是 OK 的(勞學 1)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何

在台灣最近的勞動部底下的裁決委員會也認為我們應該去做工會最大的一個定義，不應該太限縮於所謂狹義的工會組織要件，所以這種情況之下，今天一群人根本工會都還沒有組織，結果雇主就打壓，全部解雇，不可以說他們是一群組織只是還沒有成立工會，就不保護他們了，還是應保護他們，所以這種情形之下就會採取一個工會認定是比較廣泛一個要件解釋，你剛說的那個情形在全世界都一樣的，也有人把它叫做非典型的工會組織(勞學 1)

非典型的，它是擁有部分勞動權的專業組織，可不可以這樣子講? (胡方翔)

不，它擁有它的成員是有雇用關係，而且它的行動內容是為了會員的勞動條件提升，所以他具有實質的工會意義的獨立運作組織形態，應該可以把它視為工會，不能去影響到他們的權益，也不能因為他們行動而受到所謂不當的侵害，例如他們行動爭議行為，不能因此而受刑事民事責任，而且應該有他們不當勞動行為保護，就是不能因為有這樣的行動雇主因而打壓他們(勞學 1)

26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

其實這些是連動的，在社會學上說是 social partners，另外有一種機制叫做 social dialogue，這個社會對話之中，在醫界第一個雇主組織還沒產生，第二個勞工組織也還沒產生，另外勞動部跟衛福部又不同調，再加上台灣又多了一些叫做民間組織，現在有醫改會，又有醫策會，又有健保的督保盟，這些通常都會參與政策的對話，這樣子的情況下對話平台要怎麼建立呢? (胡方翔)

應該是說當你說到這些組織的時候，它就意味著反應社會裡面的對話現象(勞學 1)

他們想要對話，但沒有一個正式的平台(胡方翔)

因為社會是多元性的，他們如果不發言為什麼要組織，但他們的發聲是有很多種各種的方式與場域，還有各種所謂話語權的一個搶奪過程，你所說的平台意思是希望有一種類似團體協約比較正式、有約束、有法律規範的，我覺得這其實是有前提的，它是一個所謂社會多元現象成為各個對話聲音出現時，才會慢慢的讓人覺得是不是要它更加的法律化，或更加的有機制，但一般來說勞資的協商跟勞資的互動，不一定要有這個東西，因為本來它就是一個勞資關係的形成，這是一個形成的過程，為什麼要有那個東西是因為現在某些東西看起來有些失衡，特別是當工會力量非常大時，這時政府從過去的經驗來看就越希望可

以介入，因為雇主很希望政府介入，所以就會有所謂的具有技術性的平台，不然如果是雇主力量比較大的話，雇主不會去要求國家建立平台，因為我不談又沒事我為什麼要跟你講，通常是在工會力量很大的時候才會有這平台，所以目前我看不出來有這個需求，因為由工會要求雇主建立平台，國家可能不會幫你建立，雇主也不會擔心因為工會沒有力量，雇主不要跟工會談就好了(勞學 1)
所以雙方就沒辦法對話，所以經常醫院的經營管理跟基層的醫師脫節很嚴重，通常都是勞方弱勢，當勞方過度弱勢，應該也能要求政府介入，可以說只要雙方嚴重不對等時，須要官方來調整平衡(胡方翔)
應該是說不是不能對話，而是當有各別醫院出現很大的勞動爭議時，就會有對話了，而不是全面性的或是某一個大型廣泛區域性的、集體性的，沒有，但各別的會很多(勞學 1)
我知道，可是如果台灣老是以特殊事件來做對話的時機是很不好的，因為像上次的八仙塵爆時，就發現醫院突然全部都緊急召回，全部都在休假中，最後醫院並沒有依照勞基法給予他們事後休假補休跟加班薪資，就只是給他紀錄補休時數而已，但是因為人力都長期不夠了補休也是假的，最後通常是院方訂期限便宜買回所欠時數，不然逾期作廢歸零，他們甚至把管理負時數當護理績效指標，上有所好下必甚焉(胡方翔)
應該說這個是醫院違法(勞學 1)
可是又沒有勞檢或看不出眉角，所以醫院不怕，現在幾乎成了台灣所有醫院的潛規則(胡方翔)
那是政府的問題，但基本上這是醫院違法(勞學 1)

還有現在因為醫界沒辦法跟醫政對話，沒有對話機制，也沒有合理補貼政策，所以就變成沒有意願賠本做，其實它完全跟剛才老師所講的一樣，像政策上假日有一個診所 on call 計劃，可是民眾使用時發現 call 的是家醫科而且居然沒有人接電話，所以這個 on call 計劃是失敗的，大家只好又再跑醫院急診 (胡方翔)
這是醫療行為的改變，我老實說我認為這個部份它有它的階段性，其實日本在早期實施時那些老人家也是不習慣，特別是家裡附近就有大醫院的，結果假日附近醫院沒有開，就得跑很遠，可是這種情況之下久了之後他們也就習慣了，另外還有一個特殊的問題就是不要隨便亂看病，就是不要把醫院當做是一個社會福利，看病的行為改變了，就不會有人假日沒事就隨便往醫院跑，所以那個需求就會降低了，我必須不客氣的講說台灣整個醫院的經營上，我感覺政府也好醫院也好總是沒有去正視這個問題，就是明知道一般民眾有濫用醫療資源，在看病上已經到了一個非理性的行為，某種程度醫院也是配合，醫院也有濫給藥物檢查做業績，在很多方面它也是促成也鞏固了民眾看病的習慣跟不當的習慣，所以我覺得這部份應該是不是去做一些調整，這樣的話某種程度並不會影響醫師適用勞基法的空間，我覺得還不至於到要剝奪基本勞動保障(勞學 1)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

在國外從英國這次事件觀察起來的話，他們是一個叫做 medical association，事實上就是醫師協會或者是醫學會(胡方翔)
是醫師協會(勞學 1)
是協會，可是他們的協會為什麼會具備有 union 的功能(胡方翔)
這個很簡單，像在日本，日本的教師叫做日教組，就是日本教師資源組合，它叫資源組合，它不是勞動組合，日本的工會叫勞動組合，教師叫做教師資源組合，那你說資源組合就不是勞動組合嗎?名稱不重要，其實因為台灣基本上工會採取的是所謂的工會成立要件主義，它有它一定的法律要件，而且還要登錄程序，其實在日本的工會是不用登錄的，但日本很有趣是它的公務員組織工會是要登錄的，可是它登錄的確不叫做勞動組合，像教師就叫做資源組合，即便是資源組合，它具有以它的成員勞動條件向上提升為主要的目的，所以這個部份在日本像不當勞動行為禁止，雇主不可以打壓勞工組織，一旦打壓就可以透過裁決委員會去制裁,他們的不當勞動行為委員會就認定說這個也是工會(勞學 1)

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

請問日本的醫師協會好像也有類似勞動三法的東西，他們到底是怎麼操作，我沒有查到日本有醫師協會有罷工過，從來沒有，為什麼會這樣子? (胡方翔)
日本有罷工，有啊(勞學 1)
有罷工?在那一年? (胡方翔)
我查一下(勞學 1)
反而是加入勞基法後這十幾年來沒有，為什麼會這樣子呢?是因為保障好了，還是因為被箝制住了(胡方翔)
他們的勞動基準規範很嚴格，例如像最近最熱門的案子就是研修醫的案子，所以現在全國所有的研修醫就是住院醫師都適用勞基法，這就是他們比較重視個別的勞動條件這個部份，醫院一定要遵守，這種情況就相對的醫師在罷工爭議行為就不是那麼明顯，而且日本很多是醫院工會，它不是醫師工會，所以台灣也要照著這麼走，醫院工會裡面不是只有醫師，所以你要說的是醫院內罷工，而不是醫師罷工，而且很多醫院的罷工它不是醫師的罷工而是不同部門的指名罷工(勞學 1)
什麼叫指名罷工? (胡方翔)
就是特定部份罷工，可以指定人名指定部份罷工，不是全部的總罷工(勞學 1)
譬如說掛號櫃台的罷工(胡方翔)
所以不是醫師的罷工(勞學 1)
難怪查不到醫師罷工，醫師真的沒有罷工，讓我覺得好奇怪，原來有醫院罷工，但醫師是可以參加，通常非主要部分。(胡方翔)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人

力成本

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

可是政府又說不能期待他們去勞檢,他說勞檢本來就不是一個常規的機制(胡方翔)

勞檢它會做，沒人檢舉，而且人力不足，多半是抽查，只是說實在做的話對醫院衝擊會很大，其實有做(勞學 1)

對，頻率不高(胡方翔)

有，台北市跟新北市有做，通常只針對護理人員而已，應該也是有人先反應(勞學 1)

鄉下沒有，勞減人力更不足，特別是對醫療勞檢能力不足，勞動部要來查之前，就得先知會地方衛生局來會同勞檢，結果風聲走露，都藏好了，甚至衛生局搞關係與醫院打暗號，假藉說要詢問現場人員了解實情，第一個就找檢舉人，該員就被找理由開除了且永不錄用，匿名檢舉經常不理，這種特殊地方生態，很無奈。而且它只針對勞基法人員，醫師它是完全不用查，所以曾經有一個衛福部主管講說醫師工作一週超過 200 個小時也不違法，他跟本忘記一週根本沒有 200 小時(胡方翔)

但你看奇美醫院的案子，在二審時因為奇美醫院違反醫事醫務的管理規則，所以判決就說這是沒有勞動檢查，醫院違反法律的結果，老實說本來沒有適用勞動基準法，勞動檢查也可以去做檢查的，只是勞動檢查機構不知道，廣義受雇者皆要保障(勞學 1)

是這樣子哦，政府怎麼會不知道，它要用什麼法條? (胡方翔)

對呀，因為勞動檢查機構不曉得，衛生署有公佈醫師的管理規則，那個就可以當做廣義的勞動法令，所以醫院本來就不應該違法(勞學 1)

可是那叫指引，行政指導而已，應該沒有太強的法律效果(胡方翔)

有的，如果不是這樣子的話，二審法院的法官就是以那個違反規則來判奇美醫院敗訴，有的絕對可以做的(勞學 1)

所以用行政指導也可以當做一個法效(胡方翔)

是的，很多包括保全，很多都是以所謂的即便是在責任制的情況之下，因為有特定的行政指導，一旦有違反就是雇主的過失，但我要說的是如果今天醫師適用勞基法的話，我在想勞動檢查應該很快發動的，幾乎非常的快，當然比行政指導主動(勞學 1)

但是發動以後，其實就像現在的評鑑一樣，造假文化還是很嚴重，所我覺得基本上只有檢查的那一刻人力才是充足的，因為它把所有休假都暫停，全部人員都召回(胡方翔)

這個不是醫院，是全台灣社會現象都是如此，因為我們不論藍綠都是一個右派

政府，台灣沒有真正左派政府，所以不會有人真正重視勞動檢查，所以現階段沒辦法(勞學 1)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

所以說醫院的管理配合政策，必須一定要經過國家補貼政策，我覺得這是合理的(勞學 1)

但目前我們沒有這個機制(胡方翔)

我覺得這個機制的創造不難，因為已經很多國家在做了(勞學 1)

可是若沒有特別預算，都經過健保，要提高健保費率是一個政治問題，目前為止健保費率只會往下掉很難往上調(胡方翔)

對，但這樣的一個政治問題，我認為它應該是可以跟醫師的勞基法就是所謂的勞動人權部份做一個切割，就是說它應該去調整台灣的醫務政策，整個醫療管理體制，我覺得這部份包括健保方面涉及到國民健康政策應該要獨立，這應該考慮到預算跟它相關支出跟收入問題，那麼就要考慮到醫院有它有營運的需求，跟它本身經營的環境，講到所謂經營環境的部份，其實包括它的內部醫師的雇用，因為這部份不是對外的不是對居民的，居民部份應該是由政府提供一定的健康服務，包括其他的對人民有經濟不便或者是對費用上其他特定收入戶的支援，而醫院的醫療環境包括雇用在內，所以今天醫院雇用一個醫師，這應該屬醫務內部管理的事情，我認為每個醫院應該會有不同的想法，大部份台灣的大醫院是很賺錢的，所以他們在雇用的彈性上顯然是有比較大的空間，可是基層或比較小型的醫院感覺是比較困難的，可是台灣在整個健康服務上你會發現說為什麼台灣人都喜歡跑到大醫院，結果大醫院假日也要開業，這是很荒謬的，應該是要給地區型醫院或是診所更多經營的管理空間，這我覺得是同意由基層院所自主的，可這部份也不應該是完全的不適用勞基法，我認為可以適用勞基法，在適用勞基法的情況之下又可以給診所一個比較大的醫務管理經營的空間，我認為這是可以兼顧的 (勞學 1)

訪談稿 10(民 3)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

請問您了解目前台灣醫師勞動的情況嗎? (胡方翔)

說了解當然是了解，1997 年醫療保健服務業適用勞動基準法，那一年我就在勞委會前面要求醫師也要納入勞動基準法，所以 1997 年到現在還要再等四年，我十幾年前講的到現在還都沒動(民 3)

昨天還有一個醫師急救死了，和信的 (胡方翔)

我知道，我們有處理，台北和信嗎? (民 3)

是，麻醉科(胡方翔)

和信的副院長叫謝 xx，他曾經在媒體上寫了一篇文章，叫做過勞是政治的語言，哪那有過勞，我們以前也是這樣過來的，現在的醫師說過勞，這是個案；顯然是有一群人認為這是一個個別歸因的問題，我對醫療保健服務業的勞動情形的了解，當然第一個是過去透過跟醫師團體，早期譬如說像基層醫療協會，在 1997 年他們是力推醫師要納入勞基法的，但這幾年好像比較沒有那麼推，當然我覺得有時候醫界這二個字很難定義，因為到底誰代表醫界，現在醫師納入勞基法，主治醫師跟住院醫師又有一些不一樣的看法，主治醫師說那我因為人手不夠是不是要進來排值班，我好不容易熬到了主治，但不管這個怎麼樣處理，其實沒有人可以這樣子超時工作，例如我最常聽到的醫師值班了以後還要看門診，這個問題是連續工作超過 24 小時，甚至 48 小時的也大有人在，這是法律不允許的，這是認知，你不要說無法，假如說真的無法，這也是做為對待人的方式不允許的，這是醫師的人權部份，當然衍伸的問題就是過勞，更深的問題當然就是更有可能造成 medical mistake 影響病安，這個研究都有的，不用我們太多的著墨，那護理的部份，我是台灣護理產業工會的顧問(民 3)

是盧老師的嗎? (胡方翔)

對，盧教授，我們 5 月 11 日也要開記者會，要講縮短工時以後護理人員排班的問題，重點是護理人員又是另外一塊，護理人員在醫療體系裡面跟不同專業的分工以及地位，跟他們勞動的處境，可能更受壓迫，我最近又接觸了治療師，治療師更怨嘆了(民 3)

你講的治療師是物理治療師嗎? (胡方翔)

物理治療師，呼吸治療師，職能治療師他們更怨嘆，他們的專業更不被尊重，那不是這個議題要解決的，重點是在這個醫療保健服務業裡面，它應有的勞動條件是什麼?我覺得是政策要去解決的(民 3)

2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件
4. 醫師過勞與病人安全的關係

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

不管怎樣我覺得目標應該是一致的，如果加重成本負擔是阻礙醫師的勞動權得到保障的一個因素，如何來解決這樣的問題，要麼就是多加一點資源，要麼就資源的合理分配，資源的合理分配包括門診的醫師有沒有可能去做一些挪移，如果在國外病人到 hospital，一定是 in patient，我一定是準備住院的，我不會到 hospital 看一些門診，因為那浪費我的時間又很沒有效率，我一定是先到 clinic，然後 clinic 認為我要住院，就會開個單子轉介到醫院去，國外都是這樣子的，但是國內的確過去因為二方的資源跟習慣，病患不是沒有問題，民眾不是沒有問題，都有問題，但是如何去扭轉，當然這不能做為醫師的勞動權不應該被保障的理由(民 3)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

8. 對於納入勞基法看法

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通

14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異

前天部長說把住院醫師跟主治醫師分流，問題住院醫師只是過渡期，將來在法理上他升了主治醫師以後就退出勞基法，你覺得部長這種講法邏輯對嗎? (胡方翔)

當然是行不通的，同樣叫醫師，住院醫師過勞死適用勞基法第 59 條，主治醫師不適用勞基法第 59 條，你不覺得很奇怪嗎?當然是奇怪呀，以前我們在處理醫師個案上面，譬如說同樣是在醫療保健服務業裡面護理人員過勞適用勞基法第 59 條，他有二年的原領工資，還有其他的制度保障，醫師沒有(民 3)

醫師好像是用職業安全衛生法，上次那蔡伯羌案(胡方翔)

但是職業安全衛生法保障不同，譬如說勞基法第 59 條二年的原領工資，至少比較有保障，這讓勞工處在這個狀態之下比較有談判的空間，我昨天還收到醫師公會的公文(民 3)

他們說他們支持全體受雇醫師納入(胡方翔)

你看轉的多快(民 3)

對，他們以前是反對的聲音很大的(胡方翔)

不管如何，醫療保健服務業當初在 1997 年適用勞動基準法除了醫師被排外，

醫師公會當然要付最大的責任，你沒有去做 serve，你沒有去游說，為什麼護理人員沒有被排除，而醫師被排除，雖然後來護理人員適用 84-1 條款，但在 103 年也被排除了，那個排除的會議我們都在，我問醫院 84-1 條款雖然排除，但雙方要達成協議然後送主管機關核備，沒有一家核備，表示顯無必要的，而且你們本來就有排班，所以 84-1 這個問題 103 年護理就被排除了，那醫師的部份說實在的我當然覺得要整個納入，整個納入後，如果說雖然我不太喜歡說什麼叫配套措施，但是最起碼內部的一些分工的事情可能還是要先做一些討論，那部份其實真的不影響整個納入勞基法的期程，其實那議題講了十幾年，醫界就怠惰了十幾年，從來不改變，intern 的問題或者是說(民 3)

intern 現在改成 PGY(胡方翔)

對，到底是教學時間還是工作時間的問題，包括人力的問題，我敢大聲講我 1997 年就在勞委會前面要求醫師也要一併適用勞基法(民 3)

16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

醫師組織現在主要是這個公會，這個公會像剛才的推動過程來講，它的立場不但搖擺而且內部根本不民主，它的意見通常都是上面那幾個幹部就決定了，所以常會面臨我們在打團體戰時都一直節節敗退，所以對於目前醫師這個公會您的看法如何? (胡方翔)

我當然覺得這個公會有點奇怪，包括說我在思考護理人員的部份，護理人員法是 1984 年立的法，我問過很多護理人員說 1984 年以前你們要強制加入一個單位來做為你證照管控的依據嗎?他說沒有，那為什麼 1984 年立了一個護理人員法強制你一定要加入，我不知道你們的會費是多少錢，護理人員是一年 1000 元(民 3)

我們六七千元(胡方翔)

你們 7000 元？很可怕哦，現在護理人員執業的有十五萬左右，也就是說它一年單單會費的收入有一億五千多萬，如果說這個單位目地是在做職業的管控，那公會跟工會為什麼不能同時開放，譬如說我要加入，假設它只是一個有管制的組織形式，醫師法第 9 條可不可講說你應加入公會或工會，也較符合國際公約的結社自由(民 3)

應該是可以的，其實國際上也都是這樣子(胡方翔)

對呀，我認為也可以啊，誰幫我做事我就加入誰，顯然那個阿公的公會理事長，任何一個譬如說護理公會都是護理長或護理主任，醫師公會都是院長(民 3)

對，比較多，或者是基層診所的院長(胡方翔)

律師也是一樣，同樣的事情也會發生在律師，同樣的事情也會發生在建築師，其實你看這個脈絡，國外基本上應該沒有那麼硬的規定，其實都是老蔣當初整個一脈相承的業必歸會以管制專業人員(民 3)

對，業必歸會原則到現在還是存在著(胡方翔)
業必歸會了以後我又要做一條鞭式的組織管制，所以就會變成這樣子的結果，這個一條鞭式的組織管制在工會已經突破，譬如說以前有一個全國總工會，後來突破了有全國產業總工會，現在有 11 個總工會，地方也是突破了，所以其實這是一塊一塊的，若這是威權體制之下的一個產物的話，我覺得也許努力去突破這點有助於改善這個體系裡面的醫療資源分配的問題，譬如說當醫師像恆立那個工會好了，叫台灣醫療產業工會，假設它成為法律裡面你可以去加入，然後也達到符合醫師法的規定的，我相信有很多的醫師願意加入，或者是說在地的地方醫療工會等等，我覺得這部份是一個途徑之一，所以我對那個阿公的公會當然不認同，假如說它公會真的能夠發揮 function 那就另當別論，但是它肯定沒有辦法發揮某一個 function，就是罷工(民 3)
肯定沒辦法，因為它適用人民團體法不能夠直接主張勞動權(胡方翔)

18. 醫師公會是否有協商權

因為台灣唯一有團體協約跟罷工的主體性，在法律上適格性的只有工會(民 3)
對，一定要適格工會法的組織，另外一條路徑就是有沒有辦法在開放工會登錄之前先讓公會轉型呢?這是可以的做法嗎?還是您覺得這樣操作上不適合，會反而被控制住，因為外國協會很多都是這樣子(胡方翔)
對，怎麼轉型？除非很多法規都一併修，譬如說工會法、勞資爭議處理法，我剛才說阿公的公會可不可以做為團體協約的代表還要修團體協約法 (民 3)
其實這個可以修法改變，在國外是醫師協會就可以，像這次的 BMA，就是 British Medical Association，它們其實是醫師協會可是它們又有勞動三權，只要政府承認就可以了(胡方翔)
那就全部突破了，也就是說政策東西到最後可能茲事體大了，如果說醫師公會也具有團體協約的能力，那它跟誰協約，你沒有辦法突破它的權利結構的問題，它是一群雇主的集合體，同時要代表受雇者跟他們自己協商(民 3)
那就變成自己代理雙方，是矛盾(胡方翔)
所以唯一的解套就是另組一個工會，我也在思考要如何修護理人員法，假設它是業必歸會，假設這個管制是各國皆然，假設這是一種對於專業的控制，病患的保護，社會公益…等等，是不可迴避，為什麼不能開放二擇一?為什麼不能有這樣的選擇自由?阿公的公會不管是在法律上，英文要麼就是 association，或者其他的字眼，association 能不能做為一個團體協約的主體，至少在國內的慣性上是不太可能，而且它身份的代表上面就我剛才上面講的矛盾了，縱使再怎麼樣醫師公會裡面二分之一、二分之一好了，二分之一的雇主，可能變成是當勞工談判的代表，那完全是無法理解無法想像的一個事情(民 3)

19. 醫師籌組工會之看法

20. 醫師參加勞資會議
21. 醫師如何協商勞動條件

公會當然勞動的協商權是沒有，不過如果以政策的協商性，現在阿公的公會通常都是自己去幫我們跟政府協商，跟政府也同意讓公會當代表了，就像當初的 DRG，其實後有找到文件，包括蔡秘書長還有蘇理事長他們都有參與，而且他們表示是同意的，像這樣的運作機制我們認為說它沒有協商的代表權，也違反民主，可是他說我是你們組織的帶頭，會員已概括授權，所以我去幫你們開會然後幫你們決定，這樣事後大家又吵不完，因為重大權利義務事項應經會員大會同意，但它又說是否重大由理事會認定，這樣的運作機制您有什麼建議? (胡方翔)

這些事情常發生在醫療體系裡面，就好像不只是 DRG，就好像我去幫護理人員上課，我講說你們護理人員要加油，我過去也時常開健保的會，我說很少，幾乎沒有護理人員坐在我對面，跟我討論健保資源的分配(民 3)

那是什麼人代表護理人員呢? (胡方翔)

院長啊，都是醫療界的院長，就是醫師 (民 3)

連護理公會的人員都沒有去(胡方翔)

沒有，所以醫師決定了所有健保資源的分配，所以護理人員就閉嘴，我那時候是用這種方式來刺激他們，跟他們說你們自己也要有代表性，誰在醫療體系裡面最多人? 護理人員；誰在醫療體系裡面工作時譬如說對某病患勞動的直接的關係比較濃厚?護理人員(民 3)

對，沒錯，過去醫界是父權，但護理不團結啊，問題在於不團結(胡方翔)

所以你剛才講的議題，第一個在醫療體系裡面常見，就是少數握有權力的人通常都是醫療院所的經營者，有權力決定這個事情，這個事情時常發生在很多很多的場面，譬如我舉一個例子，誰能夠真正代表醫界? (民 3)

這個問題到現在無解(胡方翔)

22. 醫師勞資協商的代表產生
23. 醫師勞動爭議或罷工之看法
24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

現在不管是社會、醫院、醫師、政府還有學者，都有不同意見，包括民間，請問有沒有一個平台可以整合，在你們的規劃中有沒有辦法在醫療界做一個整合性的談話、對話的平台，包括好像勞工界比較常用的一個名字叫做 social dialogue，這個機制到底可不可以在醫界內推行? (胡方翔)

我覺得醫界比較麻煩，因為專業或者是說自許專業，或者是自覺專業，所以他們的本位比較容易形成，不同科別也會有這樣的情形，異質性很強，這個異質性除非是有強而有力的共同利益，譬如說健保，現在大家看到健保就是強而有力的共同利益，否則的話我比較悲觀，勞動條件的部份又牽扯到經營者、個別性，診所的院長跟大醫院的院長角色又不一樣，大部份的人不認為自己將來會

變成勞工(民 3)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

請問您了解外國醫師罷工包括香港也罷工過，德國也罷工過，英國現在也正在罷工，加拿大以前也好像都罷工過，他們的醫事人員用的是勞動法嗎?還是他們是因為基於專業的協商權而發動爭議呢? (胡方翔)

因為各國皆然，譬如剛才說的 association 也有發動罷工的主體的話，顯然他們在法規裡面一定是附予所謂勞動三權法律上的適格性，所以國外的工會或者是具有勞動三權法律上適格性的主體的組織來發動這樣的事情，台灣目前都沒有，連醫師公會即不能夠發動罷工也不能夠發動團體協約，又沒有足夠的或者是形式上存在的組織，譬如說醫師工會，工人的工，來發動這個事情，所以國外大部份一定是工會，工人的工，縱使是 association 有發動勞動三權法律上的適格性，應該是在他們的法規裡面具有這樣的一個彈性(民 3)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

您有去參加過或者是參觀過國外的醫療罷工嗎? (胡方翔)

沒有(民 3)

您對這方面有什麼建議呢?譬如說我們醫界要走向工會這條路，事實上還是要像外國學習的(胡方翔)

我只能這樣子講，罷工這二個子聽起來簡單，罷工是一個民主程序，要經過投票要經過一定的討論(民 3)

還有必要條款約定(胡方翔)

不要說醫師好了，譬如說大台北瓦斯公司敢罷工嗎?形式上它有罷工權，但你去跟他們工會講，他們工會說開什麼玩笑，我們也知道我們現在罷工了，氣門都關起來了，裡面有沒有剩餘的殘氣，如果我們停止罷工再開的話，那裡面會不會產生一些問題，那是我們擔當不起的，你看勞工多理性(民 3)

沒錯，專業上的顧慮(胡方翔)

對，所以我相信如果真的到最後罷工的話，採取罷工的手段，韓國曾經有過，韓國他們是同情性的罷工，台灣是不允許同情性罷工(民 3)

什麼叫同情性罷工(胡方翔)

就是台灣只能調整事項，就是你跟我約定的契約有變更(民 3)

就是重新工作條件變更時才能夠(胡方翔)

對，權利事項已發生你欠我工資我還不能罷工，而且台灣是完全不能有同情性罷工(民 3)

同情性罷工是比較權利事項就對了(胡方翔)

沒有，譬如說政府要引進美豬造成農民的權利受損，因為會影響人民的健康，醫師工會決議說我們為了聲援農民而罷工(民 3)

這不行，一定要自己的調整事項(胡方翔)

例如說我有一年到法國的時候，法國在大罷工，因為法國政府要立一個法叫做

首次雇用法，就是第一次剛畢業的應屆畢業生，五年內雇主都不需要遵守勞動法，二百多萬的學生走上街頭，法國總工會決議聲援學生的罷課而罷工(民 3)
他們可以這樣子? (胡方翔)
他們可以，能不能政治性的罷工，譬如說健保大家都罵，民眾也罵、醫師也罵，沒有一個好的，我當總統以後立即廢止健保法，工會可不可以罷工? (民 3)
這就比較偏向政治性(胡方翔)
不行的，但是在國外可不可以?當然可以(民 3)
現在法國修勞動法，民眾不滿意就可以直接罷工了，就是法律政策上的問題也可以罷工抗議了(胡方翔)
對，這就是政治性罷工，政治性罷工跟同情性罷工在我國內都沒有法源，也不允許，但是我相信如果真的有一個總統說要廢除全民健保的話，我一定會搧動大罷工，因為勞工最慘，勞工一定首當其衝受害的(民 3)
包括您剛才說的健康人權也受損(胡方翔)
但我不曉得假設真的有總統說要廢止健保法，醫師會不會罷工? (民 3)
可能部分人會抗議哦(胡方翔)
也可能會，因為健保六千多億也是保障營收的一部份(民 3)
醫院也許會出來罷工(胡方翔)
沒錯，我也非常的反對把罷工輕挑的掛在嘴巴上面(民 3)
它是最後的手段性(胡方翔)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

部長有宣示說評鑑要簡化，所以要把評鑑的某部份放到衛生局督考事項，就好像變成勞檢下放到地方的情形一樣了，評鑑本來是中央一個部所主導的事情，現在變成一部份權責放在衛生局，您覺得這樣子的設計好嗎? (胡方翔)
我是覺得說評鑑制度當然有存在的必要，評鑑制度如何去簡化、如何去有效化，這是一個可以討論的，坦白講的確是有部份醫院品質很糟的，因為人力的關係，早期還有些醫院半夜都把大門深鎖，萬一發生火災不知道怎麼辦，因為晚班只有一個人，那種怎麼會有品質呢?所以醫院的管理跟品質很難去監測，品質大概只能用一些很制式的客觀指標去做，當然怎麼做，簡化也好或者是實質讓他發揮功用，我覺得是 ok 的，應該是要努力的，因為你們醫界最抱怨的就是上面都要求造假，paper work 一堆，大家就是迎合這個評鑑，然後做了很多的阿里不達的事情(民 3)
但我認為說現在如果變成衛生局查，恐怕問題會更嚴重，因為衛生局跟醫院的關係太密切(胡方翔)

就算發放給衛生局，請問苗栗縣的衛生局有能力做嗎?薪水都發不出來了，難道還要撥人撥錢？(民 3)
對，地方財政也是一個很大的問題(胡方翔)
這就是為什麼我講說要收歸中央的問題，基隆市衛生局有能力做嗎?基隆市有沒有勞工局?沒有的，你們苗栗縣也沒有勞工局(民 3)
它好像是社會關係局的一個部門(胡方翔)
對呀，苗栗縣是勞工處，在社會局之下，不曉得有沒有改，基隆市也是社會局勞工處，只有 4 個公務人員，其他都是約聘雇的，你說它的勞動檢查能夠做到多落實? (民 3)
對，勞檢應該歸中央沒有錯(胡方翔)
部分評鑑條文給地方衛生局督考好了，你要不要看一下苗栗縣市的地方衛生局，縱使它是個局，它的編制搞不好比新北市的某個文化局還小，我也不是說文化比醫療重要(民 3)
我知道，位階相同可是規模可能會差異很大(胡方翔)
位階也不一樣(民 3)
中央的位階高一級(胡方翔)
新北市跟苗栗編制不一樣，標準要不要一樣？所以這就是問題，地方有沒有能力承接?根本沒能力承接，假設你所謂的改革是又把這些東西丟給地方，然後中央視而不見的話，那我想信接下來哀的事情又不一樣了，衛生局我比較不了解，我比較了解的就像是我剛才講的健康不平等，健康不平等跟地方自治有沒有關係?當然有關係，台北市衛生局再怎樣不好，有幾千人在那個地方，苗栗縣衛生局我看編制應該不會超過五十人，搞不好頂多一百人左右(民 3)
差不多，一個新的 building 在後龍(胡方翔)
是啊，要執行的中央法規都是一樣的，但組織能力是天差地遠，這當然會造成健康不平等，因為你根本沒有能力好執行中央法規(民 3)
你這個 point 非常好 (胡方翔)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

醫院現在對於勞動法基本上就是普遍違反，請問對醫院勞檢頻率偏低的看法?還有對於醫護勞動權利的申訴有沒有辦法成立一個單獨的專責管道? (胡方翔)

勞檢，第一個在國外有沒有可能部份的勞動條件是規定在其他法規，除了勞基法之外，有沒有可能規定在健保法，因為它跟提供的醫療品質有關 (民 3)

可是健保就是自始無勞動權的概念(胡方翔)

我知道，但是我曾經有想過這個事情，因為醫院跟健保有特約關係，透過這個特約關係有沒有可能做一些管制 (民 3)

有啊，特管辦法，特管辦法其實就可以管到勞動條件了，但是沒有相應勞動成本增加給付的法源(胡方翔)

沒錯，我覺得這部份不只勞動條件，之前我跟陳姿佑他們在做一個調查，這當然也引發一些很大的批評，就是同樣是心臟支架在不同醫院的價差可以達到一倍以上(民 3)

自費支架? (胡方翔)

心臟支架，你再怎麼價差，再怎麼差額負擔，病患還是要負擔那麼多錢，所以我們那時候就開記者會，批評這個事情要求管制，因為你可以透過特約關係去管制這個價格，否則讓病患負擔不公平(民 3)

好像有，現在好像有自費上限(胡方翔)

當然有，那是我們逼出來的，所以那一陣子就被醫界罵得很慘，民間監督健保聯盟也被醫界罵得很慘，他們說這個所謂的自由市場你們為什麼要管自費呢，這不是重點，所以勞動條件用特管辦法可以有同樣的效果嗎? 我覺得這是可以思考的，包括說公車司機跟醫生有沒有一樣的效果，我常常在講說因為打醫療人員現在是刑法，那打公車司機造成車禍整車人死傷，應不應該是刑法?同樣的道理都是公共安全，那時候在修醫療法就有類似的討論，為什麼特別強調醫護人員被打才會變成這樣子，難道公車司機被打就不應該納入嗎?那時候有很多這樣的爭論，但不管怎麼樣，當然已經立法了，公車司機的勞動條件應不應該訂在公路法?為什麼，因為業者要拿到路權，你要保證你公車司機的薪資，否則他載了一車的人 40 幾個，車禍就是危害 40 幾個，其實再怎麼管，勞基法就是罰三萬五萬，罰也罰不怕，所以我講法第一個法規面的部份要怎麼樣的去加強，第二個勞動檢查，有沒有可能變成特殊的專業檢查，其實這幾年也是被我們逼到說他去對部份的業別做所謂的專案勞動檢查，做專案的勞動檢查當然就會有陪鑑制度或者徵詢這個產業的相關人員來做，譬如說第一次的醫療保健服務業的專案勞動檢查是台灣護理產業工會的前身叫護理人員權益促進會，也是盧老師去逼出來的，我們就到處去逼，逼到他們必須要做專案勞動檢查，我們還去拜訪勞委會的王如玄，後來他就做專案勞動檢查，現在台北市政府也常態性的做一些醫療保健服務業陪鑑，也是因為過去的經驗累積，就是我去我要看到什麼，那當然上有政策下有對策(民 3)

地方要常態檢查人力不足，專業也不足(胡方翔)

人力不足是一個問題，譬如說過去一年馬英九政府補了將近一百多人勞檢員，小英好像也承諾要再補一百多人，當然還是不足，完全靠政府怎麼樣補都還是不足，重點是首先有沒有可能透過其他的方式，譬如說專案勞動檢查再加上鼓勵醫療院所組工會的方式監督，跟陪鑑制度的建立，來補足人力不足的問題(民 3)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

申訴開放這方法有幫助嗎?因為現在目前為止申訴都是靠個人去呼籲，沒有一個公開管道或者是專門的對口(胡方翔)

都可以啊，你現在勞動檢舉都可以直接檢舉而且匿名(民 3)

我知道可以直接檢舉，但不會形成一個處理的效率增加(胡方翔)

那個處理的機制如果要強化的話，就必須強化在組織這塊(民 3)

勞檢師有沒有幫助呢? 如果將來像設公司一樣,變成有勞檢師有這種可能性嗎?(胡方翔)

現在勞檢制度的改革當然是另外一個議題，我強烈的主張勞檢制度要完全收歸中央(民 3)

勞檢本來就是中央權的，只是地方發動的好像不是完全的勞動權(胡方翔)

不一定，六都是地方權，科學園區是委託給科管局，工業園區是委託給工業管理局(民 3)

所以中央公權力委託地方還是有的(胡方翔)

是的，但是我認為全部都要收歸，連地方政府、六都的都要收歸中央(民 3)

為什麼，為什麼你會這樣主張呢? (胡方翔)

因為這會造成不平等(民 3)

而且地方上會有利益衝突，對不對? (胡方翔)

會呀，地方政府會不會討好地方的醫院，這些在地方可以當院長的人都有頭有臉，跟地方政治也非常的麻吉(民 3)

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

有人說醫師進入勞基法後醫院的營運會出現一個很大的衝擊，您對這方面的看法如何?因為他們認為不管是財務還是管理方面都會有重大衝擊(胡方翔)

如果說是醫院的營運有衝擊的話也是過去怠惰下的結果，講了十幾年了，完全不思考改進，如果你把你現在所認為的壓力分散到過去十年，它已經不是個問題了，所以已經病的很深了，過去這十幾講了那麼久，完全不處理，當然現在必需碰到一節骨眼就是要或不要，顯然沒有不要的空間，我當然樂觀其成，它增加的成本主要就是工時排班的成本(民 3)

他們說會關床或倒閉，這說法政府買單，政府認為說不能讓它倒，所以要把期程延長，大部份這個延長都是醫院的意見被政府接納的關係(胡方翔)

是啊，所以我只能說顯然外部民間組織，譬如說勞工團體只能敲邊鼓了，醫療保健服務業的相關從業人員，自己可能就要主動變成主要的戰鬥(民 3)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

醫師發動罷工對於病患的安全或者是醫師的倫理會有什麼樣的影響? (胡方翔)

其實沒有影響的，我去幫工會幹部上課，我問說你們可不可以罷工，他們說當然可以罷工，你們罷工的法律依據是什麼?勞資爭議處理法，如果調解不果，

調整事項當然可以罷工，那我問他們醫師可不可以罷工?他們說當然不可以，如果醫師罷工的話病患怎麼辦？我說你要想一想，如果有一家醫院搞到醫師要罷工，病患早就受影響了，而且很久了；所以其實這是一個說服的過程，有很多人縱使是現役的工會幹部，他腦袋裡還是認為醫師不能罷工，教師不能罷工，醫師罷工會影響病患，教師罷工會影響受教權，但是同樣的道理，如果這家學校搞到老師要罷工的話，那學校的經營管理早就有問題了，你的子弟受教早就受到侵害了，這樣子說他們其實就會比較清楚，所以醫師能不能罷工?所有人都可以罷工，罷工權的保障是二公約的基本人權(民 3)

我知道，不能夠強迫勞動，可以拒絕提供不合理的勞動(胡方翔)

譬如說不要講罷工，防禦權或抵抗權，SARS 的期間勞動法裡面討論一個議題，醫師或護理人員拒絕去給服這個勞務，有沒有違反相關的倫理(民 3)

好像傳染病防治法裡面有這個條款，就是萬一你不接受召回會有其他責任，甚至會以醫師倫理懲處(胡方翔)

是啊，但是勞基法與職安衛法也有勞工自我保護權，勞基法第 14 條是工作場所如果對勞工健康有危害之慮，經通知改善而無效果者，我當然可以隨時離職，醫院裡面明明有 SARS 的病患，而你只給我活性碳的口罩叫我進去，難道要告訴我說不要害怕，忠烈祠就在你前面嗎?所以那時候有法律上的競合，但社會去指責醫護人員，你們沒有史懷哲的情懷，你們沒有南丁格爾的情操，但重點是我進去我可能會死，法律上的這樣的競合，我覺得是可以被討論的，包括醫師被納入勞基法，時常被提到的，假設一個刀需要 15 小時，他開刀 12 小時超過就違法，對不起其實法律也允許你做某些報備的彈性，這些東西是可以談的，更何況 15 小時的刀很常見嗎?不會，那後面你再做充分休息就好了，又不是每台刀都需要那麼多時間(民 3)

其實那也可以專案處理的(胡方翔)

所以 102 年在討論手術室的護理人員要不要排除 84-1 的條款的時候，你去問所有現場手術室的護理人員，他們說我們本來就有排班的，而且交接本來就沒有問題，也可以交接的很 smooth 的，也就是說你硬要規定一個人必須要 24 小時在那個地方是沒有道理的，那時我們在討論時，地區醫院協會跟區域醫院協會都有在抗議，但重點是事實有沒有這個需求，事實上沒有這個需求，至少護理人員沒有，那醫師有這個需求嗎?假設真的有一台刀需要 15 個小時，我也相信那個醫師不會說你不給我加班費我就要走了，那是他自己的個人部份，那會是其他的法規會去處理的，醫療法會去處理的，醫療倫理會去處理的，而不是用勞基法去處理的標的(民 3)

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

衛福部現在提出來的問題是人力缺口，這問題要怎麼解決呢? 聽起來好像有人講說人力缺口是假的，又有人講說人力缺口是真的，問題是沒有辦法去證實嗎?(胡方翔)

人力缺口的問題看你怎麼樣去看待，就好像一定會有一群醫師跳出來講說要分級醫療，對不對? (民 3)
有，現在還在討論，尤其是假日的問題(胡方翔)
但是我只能這樣子講，當醫院的門診繼續存在的時候，分級醫療基本上就很難消失，假設人力的問題是在醫院的話，就是醫院內部人力協調的問題，所以我無法理解醫院大量的看門診，然後一方面告訴你說你要提高部份負擔，因為我們要分級醫療，他還是會跑去醫院的，所以醫院還是靠門診賺大部份的錢，門診給付大概占 75%(民 3)
但是要讓醫院突然沒門診，恐怕也做不到(胡方翔)
沒錯，所以人力的部份重點在於分工，但另外一部份，如果醫院大量做門診，分級醫療大概也很難做到吧，這是一個雞生蛋蛋生雞的問題，因為醫院也在搶病人，這是題外話，我比較無法接受部份負擔提高就可以解決分級醫療的問題，那是在懲罰病人，因為我們過去二十年來已經調整了十三次的部份負擔(民 3)
可是現在健保署長李署長他的主要政見是這樣子的(胡方翔)
是，沒錯.所以我只能告訴他我磨刀霍霍，拿出科學證據告訴我提高部份負擔有辦法解決這樣的一個問題，因為我們調整過十三次，有解決問題嗎?並沒有解決這個問題(民 3)
但他的論述是說，提高沒有錯，可是問題是說比歐美國家水準還是低，所以說目前為止僑胞、外國人會跑來台灣使用台灣醫療資源，是因為台灣醫療費用偏低，請問您如何認為? (胡方翔)
胡說，這完全是部份的醫師不負責任的說法，為什麼?開玩笑的啦.六千億裡面占了多少錢，你去問一下，你去調健保署的資料，將來健保署署長調資料就知道了，如果六千億裡面就只占了一億的話，這叫嚴重的問題嗎，這一億是不到幾秒鐘的流量，你為了解決這個問題而去設計了很多制度來去傷害這個健保的制度，譬如說黃安，黃安當然是一個個案，大家不喜歡黃安，但努力的把自己變成黃安，當你去傷害整個健保原有的設計的制度，這真是一個莫名其妙的，開玩笑的，我跟李伯璋也認識，我的意思是說放在醫療保健服務業的醫療環境的問題，第一個我們的健康預算大概是一兆，健保占六千億，這個一兆的資源分配裡面有分配給基層的醫療人員，這是事實(民 3)
可是特約的是醫院跟院所，不是個人(胡方翔)
是的，所以我非常贊同嘉基組織工會，將來等你們要組工會我也可以協助，所以只有透過這樣的一個方式來改變經濟資源的分配，不管好壞六千億在那個地方，再加上掛號費的收入，一年大概有幾佰億的規模，這些資源沒有合理的分配給下面的人，而這樣條件造成人手不夠，因為醫院也不想增聘人手，縱使沒有分配勞工，也該多聘一點人來分擔掉員工的疲勞嗎，對不對，也不肯做，他認為要賺的更多，當然這點造成惡劣的結果是大家都過勞了(民 3)
所以現在這個制度，剛好就醫師被健保法跟醫院財團夾殺的情況，因為你剛才

提到的問題就是過勞是屬於第一線服務人員過勞，可是健保大餅你認為是夠但分配不均，問題是在醫院的這個部份你無法掌控它，醫院還是會做軍備競賽把錢花在別的地方，但它不會去改善勞動條件，這方面有什麼辦法突破? (胡方翔)
所以組工會啊(民 3)
所以您的意見是要從工會開始出發就對了(胡方翔)
是啊(民 3)
但工會出發的話第一步還是要勞動法(胡方翔)
沒錯，不一定要勞基法，組工會譬如說聖馬爾定工會組起來了，過去他們休假的問題，欠工時的問題得到某些的解決(民 3)
是嘉基還是聖馬爾定? (胡方翔)
聖馬爾定他們成立很久了，台灣第一家是高醫(民 3)
高醫是整個產業的，企業內的，包括學校(胡方翔)
後來是聖馬爾定，它主要是護理人員，嘉基主要是醫師，台中的醫療產業工會是林恆立(民 3)
但台中那個沒有在運做(胡方翔)
他比較屬於網路串連的部份，不管怎麼樣我覺得你最起碼把內部資源的分配，經濟資源的分配，假設那六千億是經濟資源的分配，更合理，這個更合理包括很多層次的問題，第一個醫院的角色定位是什麼，如果少做一點門診就可以解決人力調度的問題，這是一種方法，增聘人力也是一種方法，所以你剛才講的是重點，醫院寧可拿去做其他事情也不願增加人力，這東西要怎麼解決，顯然這是內部治理的問題，第二個層次就是怎樣的強制透過勞動的保護來讓這些人的問題得到解決(民 3)

(九)其他

(1)開場白介紹台灣健康人權行動協會

主要是在關注健康不平等的議題，當然這個議題還蠻新的，哦不新了，在工會界已經很常見，但是要如何把它轉換成民眾可以聽得懂的語言，然後去讓更多人了解到台灣雖然有健保，但實實在在存在著很多健康不平等的因素，剛好社會致病的因素，這些事情並沒有被很廣泛的討論，所以我們就一再的用各種行動跟座談來讓更多人了解，譬如說我們辦活動，很多人講話喔，我第一次聽到，目的就是讓多一點人了解知道，當你知道以後，你可能就對事情有興趣，然後某些議題，某些政策稍微的可以讓這樣子的不平等得到消彌，譬如說健保就是一個城鄉很大的就醫不平等的政策，很多人可能對這個政策有一些不一樣的看法，但是至少 2015 年 6 千億的健保支出，健保從 1995 年開辦到現在某種程度上至少讓大部份人不會因為沒錢而無法看醫生，這是一個很大的貢獻，而且非常卓越，但是台灣的健康不平等的問題沒有因為這樣子而消失，有些結構的因素，可能必須多做點努力來做改變(民 3)

(2)急診壅塞問題

我不曉得貴院急診擁不擁擠? (民 3)
還蠻擁擠的，急診床也是擺到走廊上(胡方翔)
苗栗大概應該也只有貴院擁擠吧? (民 3)
沒有，苗栗現在大概只有三家有 24 小時急診，其他急診全部倒光了或只有白班，現在還有大千跟署苗 24 小時(胡方翔)
我到早期的衛生署去開一個會，現在叫衛福部，大家都在想如何解決擁擠的問題(民 3)
急診擁擠，衛福部現在就推 hospitalist(胡方翔)
不止，大家都想的很多，包括有人提出要提高部份負擔、提高自費、掛號費，..之類的，突然間有一群醫師就冷眼旁觀的說了一句話，說請你們要不用大醫院的角度來思考這個問題，所以我們就閉嘴了，我們說好你們醫界先確定吧(民 3)
我們自己也沒有辦法整合，因為我們沒有整合平台(胡方翔)
我們會去開這個會是因為媒體一直講急診擁擠，..病患不可以亂來，要加重你的負擔，讓你不來，所以就一直講病患端的部份，對不起，因為我站在民間團體的角度來講，有時候我頭很痛我真的無法忍受，當下我無法判斷我是不是要中風了，所以我必須要去看急診，醫院急診有檢傷的分類，所以醫院會跟我說明，譬如我剛才說急診擁擠的事情，顯然醫界內部又有不同的看法，我最近又聽到一個新的看法是醫院的擁擠是健保造成的，因為健保太便宜，診所沒有擁擠也是健保造成的，因為健保給付太低，所以又是健保的錯，那這到底是怎麼一回事?論述是這樣子，造成大醫院的擁擠是因為健保太便宜沒有管制，每一個人都去看，下面基層的倒光了又是健保的問題，因為健保給付太低所以讓它們倒光了(民 3)
您認為還是分配的問題(胡方翔)
還是分配的問題，所以情感上或實際上，我真的很難接受千錯萬錯都是健保的錯的這樣一個論述(民 3)
不會那麼簡單，它是因素之一，但不是唯一(胡方翔)
對，太簡單規劃了，我看那篇文章我當場傻眼，那到底是誰的錯，上面也是健保錯，下面也是健保錯，然後呢 (民 3)
那怎麼改，你能講出一個怎麼改？(胡方翔)
六千多億實在是一個情何以堪的資源，不管怎麼樣，我覺得你剛才提到一個重點，醫界的利益的那一塊，為什麼基層醫療協會那時會站在支持醫師納入勞基法，一部份是他們曾苦過來，我相信有另一部份是想說這樣子會增加醫院的成本，對基層醫療的競爭會比較有利一點，這也有可能(民 3)
放下本位主義(胡方翔)

訪談稿 11(民 2)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況
2. 醫師的值班狀況
3. 醫師的工作條件

你可以看到很多醫療體系，發現他們全民健保的收入在增加，有時候我們從全民健保的資料裡面看到每一個醫師對醫院的產值其實都在增加，健保支付從 84 年一千多億到現在六千億，增加五倍，醫師數也有在增加，差不多增一倍，可以從健保資料庫裡面你可以發現從醫學中心到地區醫院，反而地區醫院一年醫師的產值比較高，大約一千五百萬左右，每位醫師的生產力是增加的(民 2)

這產值有扣除醫療成本嗎? (胡方翔)

就是健保申報裡面的產值，產值跟成本不一樣，產值跟淨利不一樣(民 2)

我知道，有可能會因為成本或點值扣得很多的問題(胡方翔)

沒有，不會，即使是它也全國是一致的標準，我的意思是從健保的醫療費用結算之後來看，成本當然就有很大的爭議，沒有人知道醫院真正的成本是多少，所以我們是從每個醫師從全民健保裡面分配到的錢，醫院申報都要有醫師的..，從平均一年的醫師大概一千三百萬到一千六百萬之間，而且是在成長的，但是你會聽到醫師的薪水怎麼沒有增加，有的醫院反而還倒退，譬如說長庚集團就常常被 challenge，就是它的收入在增加，可是醫師的薪水在倒退，如果說倒退是因為醫師數的增加，分配的人變多，魚缸裡面的魚變多，可是看起來並沒有，魚缸還在變大，就增加的速度來看的話，平均每個醫師的產值是增加的，照理說醫師的薪水要增加才對，那沒有增加是跑到那裡去?是醫院拿去轉投資嗎?醫院拿去買高階的設備嗎?醫院拿去買房地產嗎? (民 2)

4. 醫師過勞與病人安全的關係
5. 醫師勞動條件與健保法的關係

不管在私人的或是公家自己也應該清楚這個情況，但這幾年來勞動條件惡化的情況沒有改善(胡方翔)

勞動條件當然不會改善，因為只罵健保就好了，但我覺得健保不是最重要的原因，健保還是分配給醫院增加的，健保是跟醫院特約，假如說跟美國比其實是很不一樣的制度很難相比，跟公醫制也是，英國也涉及到分配，可是跟美國的 channel 比是最糟糕的比法，因為美國是跟個別醫師特約，它不是受雇的概念，所以如果我們要走個別醫師獨立執業，跟我們現在要談受雇醫師納入勞基法是二條不同的 channel，不可能走受雇醫師然後又要走單獨的醫師特約機制(民 2)

所以美國不是只走勞動法的(胡方翔)

它不是，它還有全國勞動保障，但在醫師的部份是保險公司跟各別醫師簽 約，

譬如說我是跟你胡醫師簽約，胡醫師要麼你就自己開診所，要麼你就跟貴院醫院租一個門診，就跟它 common share，它就租給你設備，租給你開刀房，租給你其他的人員，租給你麻醉..醫院要收你的錢，保險公司給你錢，然後你再把錢給醫院，當然你自己就可以決定你要給貴院多少錢才覺得划得來，但我們現在不是，健保是跟貴院特約，貴院聘你胡醫師為員工，所以你拿的是薪水，醫師跟全民健保的關連可能就不一定那麼深，因為你剛才說到一個關鑑就是成本誰來認定，貴院拿到多少錢你會知道嗎?基層人員一定不會知道，你只知道你拿到多少錢，你薪水有沒有減少?你有沒有被醫院罰錢?你有沒有被醫院 DRG 扣款、藥費扣款等等(民 2)

主要是浮動點值扣款(胡方翔)

not exactly，我的意思是說即使點值增加你的薪水有增加嗎?我必須要說現在我們做政策跟醫師有一個差異是臨床醫師得到的資訊可能是--我沒有說對或不對，你可能看到點值的變化，但是我跟您報告，全民健保顯示金額增加、點值增加，醫師也沒有增加，這就我說的，我們可能會覺得說一定是點值浮動的關係，醫院拿到比較少的錢，所以醫院不給醫師錢，可是我們知道這個推論是錯的，因為事實不是這樣，事實就是我剛剛跟你說的，以長庚為例，它拿的金額在增加，譬如說我們吃麵好了， 麵粉漲價、瓦斯漲價，麵也會跟著漲價，現在麵粉跌價、瓦斯也跌價，你的麵有跌價嗎? (民 2)

不過有些醫院是有的，像我們醫院分固定薪跟績效薪，績效薪是跟著點值浮動的，所以一開始會先預扣，先給醫師九成，如果點值高於九成時再補發，事實上是有一點點互動沒有錯(胡方翔)

所以這就是醫院壞，醫師是受雇的不應該這樣，可以給受雇者苛扣薪水嗎？醫院等於逼著醫生要去做 sales，你到底要病人生病還是要病人健康，病人看越多的病，但你又去譴責一年看 15 次，可是病人如果一年不來 15 次，醫生又達不到績效，醫院又會認為這個醫師照顧病人太好了，一年只來看 4 次，這個病人非常的健康，醫院就會認為說胡醫師為什麼你的病人都不來看病，你為什麼沒有去經營你的病人(民 2)

早期好像是這樣子，可是這幾年不是，這幾年我們大概是差不多在第二季時會跟你說我們上半年的額度已經快要用完了，叫你下半年要保守一點(胡方翔)

所以這還是影響到你的醫療行為，照理說應該不是這樣，因為我們是受雇的體系(民 2)

就是因為受雇，完全被他們支配，沒辦法(胡方翔)

對，成本反應在這裡，但是受雇的體系裡面，究竟全民健保是一種手段跟藉口?還是全民健保是根源?我的假設是這樣：如果全民健保是根源，改全民健保才有用，如果全民健保不是根源，它反而是醫療體系裡面管理員者的一個手段，那就會變成打錯人了，就像護理費是很典型的例子，你知道這幾年我們加了多少錢嗎? (民 2)

護理拿不到(胡方翔)

加很多錢，對，我的意思就是這樣，診查費也有加，只是說要怎麼調，當然合不合理、夠不夠，就像股市沒有人知道什麼時候是高，我想信永遠都沒有辦法到達大家都高興，但至少再加，在我們能力範圍之內再加，這種醫療勞動市場的變化過度被簡約只有全民健保，它當然有關連，但被過度簡約成只有全民健保，因為太好操作了，因為醫院的院長或者是經營者直接的告訴你這都是健保的關係，所以是要論量而不是採取浮動，全世界都是如此 (民 2)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

因為我的研究方向主要是談醫師勞動條件及權益的保障，身為社會上對醫療公益關懷的組織，請問您了解台灣醫師對於勞動的現況及跟國外相比有何不同嗎? (胡方翔)

如果要以醫師數來看，台灣跟 OECD 國家相比我們大概在中間，大約中上，每年大概都有數字，每萬人醫師數跟國際相比大概中上左右，我們不算差的，但也不算最好的，如果再加上中醫跟牙醫當然就多了，只是我們單純就西醫數做比較，如果你的醫師勞動指的是西醫的話，應該是這樣，不含中醫跟牙醫，當然在台灣有很嚴重的若以每萬人醫師數來講有醫病不均的情況，整體來話，其實醫師數一直在增加，健保開辦的時候 84 年才二萬多位西醫師，現在已經四萬四千多名，其實也成長了一倍，即使是人數成長一倍，你看我們的城鄉差距，以每萬人口醫師數台北市民國 84 年的情況跟雲林縣民國 104 年的情況來比，雲林縣 104 年可能還停留在台北市 86 年每萬人口的醫師數，這是出現分佈不均，可是你可以看到我們醫療、醫院的密集度，你會看到有些地區醫院的人在論述說這幾年地區醫院倒了多少家，可是用醫院數來看其實不太準，是因為我們全國的急性病床數並沒有減少，就是小醫院被併了，其實是被 merge 的，所以我不是很喜歡用醫院的家數來看，其實我們醫院是變大，就是財團法人，我們變成四大、五大的財團法人去做一些分院，連台大都是，像以前的署立雲林醫院不見了，現在變成台大雲林分院，就是被 merge 或者是被轉型了，可是整體來說病床數並沒有大改變，像雲林已經有成大分院、虎尾分院、斗六分院，這三家醫學中心去接分院，現在是彰基去接管一些地區醫院，但為什麼雲林的每萬人口醫師數還是沒有太大的變化，因為都是報備支援，這些都不是落地生根，所以它變成是短期人力多，可是其實如果是計算每萬人口執登的人數，因為報備支援跟執登還是有差距，所以醫師人數一直沒有辦法增加，所以即使在一些醫療不足，我不是提偏鄉因為那定義不一樣，以醫療不足區或是醫療分配嚴重不均的地區來看，他的醫師數，我還沒有講到其他醫療人員，其實醫師數如果少其他醫療人員大概也不會多到那裡，它每萬人口醫師數的成長是非常緩慢的，這其實蠻有意思的，因為這些從醫療費用分配其實是有增加的，也就是說去那邊蓋醫院的人，去 merge 這些醫院的人，它的整體收入是有增加的，但它在醫師勞動的現況上面並沒有明顯的隨之比例增加，為什麼?都是總醫院調派，因為它臨時之間有需要人力，所以變成是總醫院調派，分院不是單獨的人

事獨立等等，或者是說因為在被 merge 的過程裡面，它其實有些人可能不留在醫院的體系，可能跑到診所或者是從事別的行業，或者是變成兼駐診這樣的人力，它都有可能影響到醫師勞動情況的分配，我覺得這跟國外的情況有點不太一樣(民 2)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

所以在這種制度底下的話，如果以個別醫師做為勞動者來看的話，對於醫師納入勞基法，你們有何看法? (胡方翔)

非常支持，事實上醫師納入勞基法不是醫師先喊出來的，你問孫友聯就知道，民國 80 幾年的時候，當然也有一些基層的醫師開始有提，可是因為醫師很忙的關係很難持久，所以一直是其他勞工團體幫忙，一直到了民國 100 年的時候，第一次有醫學生、基層醫師、護理師出來遊行，那一次也是因為五一遊行的時候，友聯的督保盟也有開始幫忙成立組合，然後帶出來遊行，這幾年我必須坦白說醫事人員包括早期護理人員納入勞基法，民間團體是真的很幫忙，我講的民間團體是非醫護團體以外的，是真的很幫忙，就是勞工團體，這點是不能抹煞的，我們跟醫改會也都很支持，我們不管在政策的會議上面，在財務的分配上面、在立法的遊說上面，都很支持，只是很多基層的醫師並不知道而已，我們也沒有大聲嚷嚷，但這個脈絡裡面我們的支持只有一個理由就是醫療體系如果被 abuse，當然最後 eventually 受害的都是病人，你給再多錢都是一樣，你以為自費就沒有 abuse 嗎?自費也會有，就國外顯示這個跟自費跟健保跟公醫都沒有關係，永遠管理者都喜歡用最便宜的、最經濟的體系去服務最多的人，得到最好的 profit，所以我們那時候有努力，我覺得民進黨執政之後，當然我們花很多力氣讓它在醫療政策白皮書裡面讓受雇醫師納入勞基法，但沒有想到他們那麼不要臉，就是要 4 年，真的很不要臉(民 2)

而且 4 年後只有納入一部份(胡方翔)

就是受雇醫師只納入住院醫師(民 2)

對呀，受雇的主治醫師就…(胡方翔)

也要啊，我們講受雇的住院與主治都要，醫療體系很慣於用很多藉口，你們自己打自己，你們的前輩就說你們開刀開一半丟刀，全球也沒有因為納入勞基法，醫師開刀開到一半會跑掉的，你會嗎? (民 2)

柯市長也是這樣子講，柯市長、林靜儀醫師都講過一模一樣的話， (胡方翔)

它有機制可以協調，但是我們捫心自問，我說會笑死人，這應該是病人來 challenge，怎麼會是你們內部的人自己講說納入勞基法就會沒有醫德呢?胡主任你會開刀開到一半算時間準備下班嗎? 我們也不會的，這個是我們專業訓練的一環，這叫做以病人為上，可是是醫界的人自己這樣子講，你不覺得很荒謬嗎?所以這都是你們醫界自己這樣子講，反而是我們病人覺得不會，而且即使如此

都有方法可以解決，所以其實醫師納入勞基法是你們內部的阻力在阻擋，不是外部的(民 2)
應該講說我們內部本來就沒團結，這是我們承認的(胡方翔)
也對，從來都沒有團結過(民 2)

入法要有配套啦，您提到重點目前為止沒辦法形成共識的這個問題，要怎麼樣解決? (胡方翔)

因為沒有人提內涵，不是沒有辦法形成共識，形成加入勞基法的共識都有，但沒有人提內涵(民 2)

就是空的，各人喊各人的，沒有配套，可是連部長自己都沒有配套，部長講出來的配套都很奇怪(胡方翔)

因為他不做，我是部長我也不提，因為我不想做(民 2)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法
10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)
11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷

另外一個議題就是因為加入勞基法以後，所有的醫院評估都說會增加勞動成本，但目前為止沒有預防勞動成本轉嫁的機制，因為勞基法的基本薪其實很低，所以醫師將來被時薪降低的機率也很大(胡方翔)
我覺得全民健保有辦法，但其他的你可能要問孫友聯了，看他有沒有辦法，但是我覺得健保的給付有辦法，因為我們是合約制，我們可以跟它特管辦法，譬如說我的整體費用如果增加在其它相對的，然後搭配衛福部對醫療體系裡面盈餘的分配，我們是有一定程度可以去保障他的勞動條件(民 2)
可是這樣要修健保法了(胡方翔)
不用，我們的法律專家評估過，只要特管辦法改就好了，你要答應這樣我才跟你簽約，才跟你特約，因為健保跟醫療體系是屬於簽約的關係，屬於民法公法的範圍，是行政契約的範圍，所以它也是可以有很強的約束力(民 2)
對，這樣又牽涉到一個問題，為什麼當初早期時健保給付沒有針對勞動法的變更而做調整，以前並沒有勞動法(胡方翔)
我猜是因為根本沒有想到勞動法，民國 89 年以前健保都是有盈餘的，那時候沒有人嫌論量不好，因為每個人都賺飽飽的，是後來才不夠，所以那個時候誰會想到說薪水會變少，以前 84 年之前勞保在，你們也聽說過你們的老師們一個醫生一個月可以賺到一棟房子的也很多，有勞保 A 勞保，有健保 A 健保，

全球都有人在 A 保險，商業保險也有人 A，所以不是只有獨特的現象而已，早期是因為收入都不錯，所以根本基層的人員也不會想到說怎麼可能會有這一天，所以我猜是沒有想到(民 2)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

因為現在大部份的醫院已經沒有住院醫師了，所以大部份是以專科護理師來代替住院醫師在值班，這也是部裡規畫的制度，請問你們的看法如何? (胡方翔)
我覺得鼓勵 NP 不錯，我們對於 NP 的支持遠大於醫師助理 PA，之前護理師公會更妙，他們要廢止護士，想要再用二年制學士後的人去做護理，這是捨本逐末，這根本就是不對的(民 2)
可是他們還是有招收學士後護理系(胡方翔)
所以這是不對的，現在又不是人不夠，是有 4 成有照的沒就業，公會不能跟醫療體系對談時候說我們只有六成的人進來，然後人家要你改善時，你又再去收二年制增加供給，我們那天公開跟他們說這不是矛盾嗎，你不說你有四成的人都在市場閒置，這是沒有護理人員嗎? 那你就 promote NP 很好，我覺得 NP 去，他如果可以協助一部份住院醫師或是其他主治醫師，我覺得很好，也可以提高護理師在醫療體系內的專業認同跟地位，在沒有住院醫師的醫院體系內他有比較好的待遇，我們可以給 NP 比較好的給付，我們都不反對(民 2)
但是醫療有分核心醫療跟輔助醫療，其實專科護理師也不能做核心醫療，所以他的代替性並沒有 100%(胡方翔)
核心醫療是侵入性的，你們醫生會希望他 100%嗎? 應該也不希望吧(民 2)
可是如果說專科護理師不能做那些工作，結果這些工作會落在主治醫師身上，主治醫師最後會提早退出職場(胡方翔)
其實我覺得這些都可以再討論，等於講說 NP 不是醫生，NP 不是 MD(民 2)
NP 要完全代替是有問題(胡方翔)
我覺得不應該要用代替(民 2)
可是他是官方說的代替人力的一種(胡方翔)
所以他才會變成是這樣，我們的觀念裡面是沒有什麼可以被代替的，而是協助，況且一個去替代另一個，總人力有增加嗎？NP 可以多做很多的事，去減輕醫師的 loading，這才是重點，官方怎麼會用代替呢?專業訓練完全不一樣(民 2)
可是他們在醫師人力缺口上，把 NP 算入代替的方案，還說 hospitalist 的計畫也是(胡方翔)
所以我覺得不對，所以他們的觀念不對，不，應該是說我的看法跟他們不一樣，如果是輔助變大的時候，你本來就可以減輕，有更多的心力去專注核心工作，去評估你的臨床病人，你可花更多時間去做術前評估(民 2)
所以 NP 等於分擔了部份初級的工時(胡方翔)

It's right，我覺得是這樣，NP 做得好甚至可以幫忙 training 一般的護理師，他可做很多很好的中間分子，但如果今天我們期待 NP 去替代人，其實人力不會增加的，我會繼續 abuse 你，只是 abuse 的人變了而已，這不對，我們是要一個職務來讓我們的 team 增加工作效率，如果聘 NP 替代，不用再增加醫師了，NP 又比較便宜，醫院要這樣嗎? 這是我們一開始就反對用"替代"二個字，替代就表示你整體人力沒有增加，我們要的是整體人力的增加跟整體品質的變化，如果用替代怎麼會有這種效果，如果我是病人我為什麼要一個 NP 來替代醫生，我又不是傻的，我當然要醫生來，NP 做得再好也不是醫生，也不是 MD，不是 Physician(民 2)

不過對醫院來講它是有利的，如果住院醫師要十萬，NP 只要一半的薪水就好了(胡方翔)

所以衛福部到底站在誰那邊(民 2)

似乎站在醫院那一邊(胡方翔)

對呀，我當然是很鼓勵 NP，但我們不是要替代，他不應該是替代的角色，替代沒辦法改變勞動的變化，這是我們的主張，如果我們基層好好思考，才可以知道我們在整體醫療體系裡面思考，跟醫院跟部裡其實是完全不一樣的(民 2)

所以我要訪問民團的原因，就是因為我們知道你們的意見是蠻有特色的，可是問題是就是沒有辦法變成有影響力的…. (胡方翔)

媒體也不要聽這個(民 2)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異
18. 醫師公會是否有協商權
19. 醫師籌組工會之看法
20. 醫師參加勞資會議
21. 醫師如何協商勞動條件
22. 醫師勞資協商的代表產生
23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

可是如果你支持罷工，您認為罷工對於民眾的醫療有影響，或者是民眾對於不急的手術需要等待，這個不會有任何負作用嗎? 應該還是有，通常你們的主張是什麼，甚至有人講說違反醫德的問題(胡方翔)

我覺得全球的醫師都有在罷工，法國的醫師也在罷工，你看他們有這個問題嗎? 我覺得緊急的醫療還是會有，我不想信醫療體系會不顧緊急的病人(民 2)

但民眾不諒解，現在民眾掛急診就認為說要立刻…(胡方翔)

所以我們都還要再教育，如果民眾掛急診的文化，只怪民眾這是完全不對的，這是我們共同結構形成的，只怪民眾，我們民眾又沒有學習到發燒要怎麼辦，我們又沒有家庭責任醫師制，我們沒有人可以問，我都要上班，甚至有門診省事把病人推到急診的也有，我的意思是這是一個我們都必需要共同承擔的，如果醫療體系只是責怪病人是沒有用的，若只是提高他部份負擔、自費也沒有用

的，如果這個問題只怪一種人要扛責任，這個問題就不會解決，一定沒有那麼單純，所以溝通對話我們要 open mind，我們要承認說這個問題絕對不是只有別人有問題，病人是有問題，但不是只有病人有問題，醫療體系也有問題的，你如果不承認那就沒有辦法溝通對話，那我剛才講罷工可以教育，病人是可以教育的，我這幾年感覺病人不是不能教育而是要怎麼說，你要告訴別人怎麼做時，先譴責他就不對了，我們提前跟他講說，我們一個月後要罷工，你認為病人自己會不會找出路?我覺得會，一個負責任醫師 elective surgery 就可以不用排，這是可以處理的，我們不必去告訴病人說我們這個體系不好，搞到員工罷工的醫院，他們也清楚有問題，但如果是車禍意外災害來急診，你覺得醫生會說我要去罷工，然後不救他，你想信醫療體系會這樣嗎? (民 2)

不可能，因為罷工有必要服務條款(胡方翔)

對，所以我們會 guarantee，只要醫療體系做好準備，我們就支持你罷工，因為它是生命權，跟鐵路不一樣，你不坐鐵路可以開車可以做公車，它造成的損失跟風險不一樣，所以醫療體系我們支持罷工，當然我們相信醫療體系一定是做好準備之後才會做這件事，如果它沒有做好準備，你們醫界自己就擺不平了，跟本不用我們病人來不諒解(民 2)

對，沒錯，連公會都會干預了(胡方翔)

所以我覺得醫療體系願意自己去面對，我們都會很支持的，但是大家要來理性對話(民 2)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

這又牽涉到一個問題，就是不管我們國家的醫療政策制定跟執行，看起來都有問題，我們也多是事後得知，各界都有意見，可是這些意見都不會影響決策，這是什麼因素呢? (胡方翔)

因為權利結構，有意見的人都不在權利結構跟核心裡面(民 2)

不能建立一個平台嗎? 怎樣讓民團、醫界、政府直接溝通對話(胡方翔)

民團願跟醫界對話，民團一直都很開放，看醫界願不願意對話(民 2)

可是用呼籲的沒有用，我的意思是可不可以建立機制? (胡方翔)

可以建立機制，但我也不清楚怎麼辦，民團沒有權利，只有一張嘴(民 2)

所以都利用媒體，所以我常看開記者會，像前一陣子不是醫改會跟急診醫學會的事件，你有聽到嗎? 就是假日也要看診，可是基層醫師覺得這樣太累了(胡方翔)

老實講我沒有很支持，我也不知道他們為什麼做出這種結論，媒體來問我，我也說我不支持醫改會的建議，但是人家就開了記者會，急診醫學會也相挺，我覺得民團也好、醫界也好，各自有各自的盤算跟意見，我覺得都很好，這問題就是說我們在什麼樣的基礎下對話，彼此間的信任關係夠不夠，我覺得是很不

夠(民 2)
有沒有辦法有一個溝通機制?就是比較有約束力的溝通機制(胡方翔)
我不知道有沒有辦法，我們是很 open mind，但是行政權是絕對權，即便是立法委員，先不說他們腦袋清不清楚或是有沒有了解，我們的立委都是即時主義，看新聞去質詢，很少人去研究制度性的問題，即使是醫師立委也是這樣，立委也沒什麼用，行政部門給你什麼東西你才知道什麼東西，如果助理不用功沒本事，你就不會知道行政部門瞞你什麼，所以絕對權是在行政權，就看誰能夠影響行政權，醫界應該比我們厲害吧(民 2)

其實加入勞基法後，他說適用 84-1 條款，其實 84-1 條款它的一個要件就是要有彈性工時，彈性工時要約定，可是他連要怎麼約定都沒提出來，現在根本連約定平台都沒有(胡方翔)
所以我就不斷的跟你喊價，你說不行我就說可以，我就不斷的舉過勞的慘狀例子給你，然後大老們跟醫界就不斷的舉病人的安全會受到影響給你，所以二邊就在天平二端對抗，到底是誰要拿出誠意，這種事情怎麼會是民間團體要拿出誠意，這種事情是看政府，所以現在社會有勞基法這樣的價值觀共識，我這個人很正面樂觀，就是如果我想要做這件事情，我不會先想到困難，我會先想到如果我要做到這件事情我要克服什麼，我的目標就是我要做到，一個提出來一個去解決，要錢沒關係，我們知道一定要錢，但不能跟我說你先給我錢我再做，我也要知道多少錢才夠，如果全民加保費，好啊，可你總是要告訴我，我要去說服民眾說我們要讓我們醫療體系更好，我舉個例子，診查費，連黃富源出一本書都這樣寫，就是希望診查費提高，我也支持，跟美國比或跟誰比我就不提了，總而言之提到多高是另外一個題，但要提高是沒問題的，我們早年有跟醫師公會講說好提高，但你可不可以告訴我基層診所就好，先不要說醫院，看病人可不可以不要只看三分鐘，公會說我們沒有辦法保證，就有赴會者說，你沒辦法保證延長看診時間，那我當然也沒有辦法告訴你要提高幾倍的診查費給你，因為提高診查費是希望你可以花更多時間加強診斷問診，問診我們都承認很重要，不是靠儀器，因為儀器賺錢所以我就去多開檢查，要賺錢我就多開藥，醫師的專業不賺錢，所以大家就不要加強我的專業？把專業用在病人身上，那我願意付給醫師他的專業的費用；我有一個想法是，我願意冒這個險給你錢，就是我們先改變，然後形成一個好的文化，看能否帶動正向循環，如果沒有人做，永遠在想提防壞人，或者是〝如果他沒有做我不就浪費了〞，我沒有這樣的想法，我要這樣子，若身為政府，我願意去說服民眾；或是我願意告訴被保險人說，像我自己在民間監督團體，我願意告訴我的病人說我們就是要先這樣子肯定，所以你以後在門診就不用擔心多問醫師二句話，醫師會跟你說健保才付我 300 元而已(民 2)
沒有到 300(胡方翔)
有的，基層比你們好很多，診所大概 320-350，都還是不夠的，你們是被醫院

扣的，醫院從 270 到 100 多，醫學中心跟地區醫院不等，我們先不提這個，我的意思是我們願意增加，但這樣會有人擔心怕吃虧，我的想法是我不怕吃虧，如果覺得這是對的，那我們就來做，那就從基礎醫學先付，譬如說內科，先不要付給家醫科、皮膚科類似這樣，可以選擇先拿那一科來示範，有一個好的模式後再全面實施也很好，我們已經給兒科了，兒科這幾年加成很多，但兒科醫師薪水有沒有增加?兒科真的加成很多，兒童的加成，而且他不是加在兒科的醫生(民 2)

但是真的有到基層服務提供者的手上嗎? (胡方翔)

有，診所就有，沒有加診查費，而且它是加在兒童，它不是加在兒科醫生，它是加在看兒科的病人裡面，內科或其他科看兒童就有加，很大的比例不是兒科醫師申報，兒科醫師看的病人裡面也很大一部份不是兒童，他們可以看到 18 歲甚至可以到成人，那兒童的加成，你是腎臟科如果你有看兒童也有加成，甚至加到 100%的，加很大哦(民 2)

可是只有一個局部改善而已(胡方翔)

不能這樣子講，全面撒很大一筆的錢；若你兒子要買那個，你女兒要買這個，你不可能一下子買那麼多，因為你就是沒有那麼多錢，但是爸爸有誠意；那我們是不是應該問這樣的，加成有沒有達到什麼效果，但是就沒有人問這個問題，因為只有加這樣一點錢，要我們怎麼樣，但不能這樣子講，我總是想看有潛移默化的效果(民 2)

但他們會講說之前他們被血汗了，所以現在只是補回他們應得的部份 (胡方翔)

我的意思就是這樣子，我們這幾年花很多努力去做，加 100%都不夠，總是要給加錢的人一點信心，那種鼓勵是說真的有人在努力，我們不要 100 個都說好，100 個裡面有 10 個說好，然後再影響 10 個，我們需要這種對話，其實我很願意，如果我們的能力範圍之內，輿論上健保會協商我們這幾年其實真的加蠻多的(民 2)

你有聽過 social dialogue 這種機制嗎? (胡方翔)

有的，非常多，歐洲很紅(民 2)

對，那為什麼台灣不可以走這個機制(胡方翔)

因為台灣就是個威權體制，我們不是真的民主國家(民 2)

可是衛福部有這個研究案，只是說這個會不會成功我不知道(胡方翔)

不會的，衛福部研究案就是假猩猩，我覺得是這樣(民 2)

沒有，他現在是給一個純勞動團體去做(胡方翔)

一樣，誰做都一樣，政府心態的問題，我們多少報告是真實客觀的(民 2)

其實政府不參加都沒有用，政府的決心不夠的話都沒有用(胡方翔)

我覺得是(民 2)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障

我們從早期的公醫體系裡面的病床數的變化裡面，以前公立六私立四，到現在變成倒過來公立變成只有百分之二十幾，私立變成將近大概大概是八不到八趨近於八，公立大概是二十就八二，大概跟韓國跟其他國家趨勢差不多，台灣的醫師勞動情況裡面，其實公立體系的變化是很快的，從民國 97 年以後開始部立醫院即當時的署立醫院要自負盈虧，所以整個公立體系都比照，包括聯醫體系、高雄市醫整個體系都比照時，我們公務體系的醫師退休年齡就往前推了，就是變成很年輕就退休，五十幾歲醫術正好、學養正好的時候、脾氣正好的時候，他就退休，退休後他就到私立醫療體系裡面，所以你可以看到這十年來私立蓬勃發展，跟大型財團法人機構併購，中國也好，慈濟也好，其他的像亞洲大學也好，它開始蓬勃的發展其實都是最近這十年來的事情，就是因為跟公醫體系長期的不健全，跟公醫體系的醫師、醫護人員約聘雇的比率越來越高，它的薪資因為跟衛生行政人員沒有區隔，就是說一個做臨床的人跟衛生行政人員的加給可能是一樣，我們是反對這樣子的，我們也反對它不開缺，因為會到公立體系的人有不一樣的想法，他不是為了賺錢，他願留在公立的體系，那你要有基本的保障，或者是說他的待遇不能跟市場行情差太多，否則怎麼會有署立醫院院長弊案，就是因為差距太多，導致公醫體系在品質、人力、醫療品質、醫療人員的素質，以及人力的質量上面，其實都衰退的非常的快，當然這也間接促進了私立醫療體系的人員有不同的選擇，雖然私醫體系有更多的醫師流進來，可是原本在公醫體系裡面它培養了不錯的人進到私醫體系內，當然就會影響到私立醫療體系的敘薪跟人員的聘雇，這我們都知道，也許可以省很多，體系間的流通就變比較不像以前那麼的保守，這樣有好有壞 (民 2)

剛才你的論述說到公立醫院跟私立醫院的比例呈現大幅的變化，可是這樣子可不可以推論說，您比較建議我們國家在健保制度下應該多多成立公立醫院呢? (胡方翔)

沒有，我沒有這種結論，其實全民健保也相當於公醫制，因為我們是單一買家，它其實跟公醫制的差距不大，但是這次衛福部說公職醫師也要納入勞基法，我是完全反對，因為跟本就是完全轉移焦點，公職醫師是政府的責任，公立醫院之所以要存在一定的比例，是因為它有公共衛生任務，將來如果發生重大的事件先調動的都會是公立體系的人，公立體系的人要收別人不要的，它不是以賺錢為目的，它有很多公益，所以很多特殊疾病，愛滋也好、早期的性病防治，為什麼需要有這些醫院的存在，還有一些研究發展特殊偏門的東西(民 2)

但現在都是調動健保，所以像八仙塵爆其實公私都一起調動(胡方翔)

不對的，公醫體系它不是要擴張，它要維持某一種程度的發展，它是必須的，所以為什麼說公醫體系的醫護人員他的薪水必須跟衛生行政脫勾，這個也是我們在邱文達做署長的時候，我們公開建議過，可是反對的人都是醫界自己人跟署裡的內部，他說我們怎麼跟人事行政局協調，我說你們不拋出這個議題怎麼會有機會協調，當你跟衛生行政掛勾的時候，一個醫師只領十萬元，其他都靠PPF，你被分配到屏東、花蓮、旗山、跟你分配到豐原跟署北，差異很大，差了六倍的獎勵金，可是我是公醫體系的，公醫體系本來就不是賺錢的，它的location、它的任務都不會賺錢，那還用 PPF，那不是逼著他們跑掉就是逼著他們鑽漏洞違法(民 2)

另外一個問題，就是說要從今年開始要連續五年招收公費醫師，您的論述…(胡方翔)

我反對公費醫生，我覺得公費醫生沒有辦法解決問題，全球都是這樣子，人都是趨吉避凶，不是只有台灣而已，你去問美國歐洲都是偏遠地區或者是弱勢科別都是沒有人，我講的弱勢科別不一定是五大科(民 2)

可是這樣就很奇怪了，這個政策好像醫師公會也反對，那這個政策是怎麼出來的(胡方翔)

因為部裡面自己想出來的，以制式的想法，公費醫師你可以強迫他在那邊待(民 2)

自己想出來的，可能這樣子嗎? (胡方翔)

是自己想出來的，因為他們早期的公費醫可能短期有效，在人力很缺乏的時候，現在沒有效了(民 2)

可是那都是短暫有效，後來全部都脫離了，大概 99%都沒有留(胡方翔)

所以它就延長時間，就是加重法西斯的思想、法家思想，所以它就加重罰責，罰 1500 萬，延長你的年限，它用這種方法(民 2)

可是延長年限只有在他職涯裡面一部份而已，十年(胡方翔)

重點是部裡不這樣想，它想的跟我們想的不一樣，我覺得基本上是勞動環境、勞動條件的問題，所以勞動環境不友善，給再多的錢、罰再多的錢都沒有用，它不會扎根，醫療是很典型需要在地化的人，我去醫療不足區考查，我覺得 PYG 下鄉很好，可是我反對為什麼那些去包攬地區醫院的醫師都是報備支援，我假設一種情況，今天醫師如果沒有在那邊待的夠久，他不熟悉當地的文化，譬如說你在苗栗，不知道苗栗的產業型態是什麼，有些農忙時期的阿公阿婆們，他們來看骨關節疾病，是因為他那段時間是過度使用，所以他來時醫師的建議就不會是開刀，可能就做一些緩解的醫療，如果醫師待的夠久就可以知道在農忙時節先給他衛教，譬如說他六月要採收，四月就要跟阿公阿婆說要先做什麼樣的措施，到六月才不會怎樣，可以降低你的骨關節的問題，就是疾病有在地化，為什麼蘭嶼胃癌比較高、COPD 比較高，這跟他們居住飲食、居住地有關，意思就是如果讓醫師不停的流動，沒有給他很好的勞動條件，就像你見到公醫體系的護理人員最明顯，他想要工時、想要穩定、想要退休，可是我們現在公醫

護理體系 76%都是約聘雇，這像話嗎?政府自己不要負責，還想把他們納入勞基法，有沒有這麼不要臉的政府，公職就應該要好好保障他公職，還想把公職體系醫師、醫護人員推到勞基法裡面來，這就是不對的(民 2)

可是約聘雇就沒有公職身份了(胡方翔)

這就把他們納入勞基法，所以說政府就是用這種方法，然後大家都不去生氣，就這樣說好，勞保福利比較好，勞保福利哪有比較好，為什麼要保障公職，就是公職的人要比一般外面的勞動市場更加的穩定優惠，才辦法留住去他去偏遠地區、去衛生所、去花蓮..，如果沒有，誰要去呢?那跟享受沒有關係，那就是人性，所以我支持醫療體系罷工(民 2)

公醫體系恐怕不能(胡方翔)

34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法

醫院常常講說評鑑靠門神，因為獨董或大老對於醫院另外一個功能就是評鑑，所以評鑑對於醫院，你認為具有什麼影響嗎? (胡方翔)

我覺得評鑑利多於弊，所有人都不喜歡人家管，特別是醫生，大家都很聰明，大家都不喜歡人家管，自己的權利越大越好，越是能夠做菁英決策越好，我講的這是人性沒有批評的意思，最民主是最浪費時間最沒有效率，這種認知是不智的，就好像是病友團體參與健保決策衛生人權，他們那裡懂，但是他在那裡本身就是一個重要的角色，他可以學習怎麼決策，他可以看別人怎麼決策，這都是很重要的，甚至我去監督你，譬如說原來英國評鑑也有病人代表，英國評鑑不用寫那麼多 paper，它就是有委員扮的病人實際去看，他來他也不告訴你什麼時候要去，神秘客，你就按照平常這樣做就好了，他會告訴你他記錄了什麼，你覺得不公平你可以申訴，不是像我們這樣，所以很多人對一開始病人消費者要參與評鑑的機制，醫療體系也很反彈，不是只有管理者，醫生也很反彈，你看得懂什麼，一樣的我現在反過來，你問我問題，我反問你，假設有這樣的情況下，醫療體系的基層人或陪查者他懂什麼?他一定要懂嗎?或者管理者跟你說醫生懂什麼管理，你不知道我們當家賺錢有多辛苦嗎?你不知道你的手術室、辦公室冷氣都要錢嗎?他就這樣告訴你，以一模一樣的方法，當我們不同位置的時候我們會用同樣的邏輯去對付人，可是即使是如此，我都覺得它是利大於弊，對，基層員工都要來評鑑(民 2)

但是獨董很多其實就是門神，這樣沒辦法改善造假的問題，因為有門神在就可以應付(胡方翔)

所以門神就不能多，外面的公正人士還是要有，基層員工他也要參與，我的意思是要公開透明，一定要有這個機制，即使這個機制有可能是自己人，有可能被蒙蔽，有可能被買通，基層員工也有可能的，但我們不能夠因噎廢食，因為有很多的缺點我就不做這件事，公開透明可以降低這種風險。(民 2)

35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

你有評估過加入勞基法以後，會不會增加民眾的負擔或者對醫院的營運或者是對健保的財務，會有什麼衝擊呢? (胡方翔)

沒有證據顯示它會(民 2)

可是它增加的保障都是成本，至少有加班費的問題(胡方翔)

我講的沒有證據顯示就是說醫界不能跟我談感覺，那你就算成本給我們看，我們就沒有看到這個數據(民 2)

我們講過勞的前提就是工時比較長，可是目前工時很長，拿的是所謂的績效，工時限制要多請人，多請一個人不只有工時績效(胡方翔)

工時的計算也很妙，一個醫生自己做研究算不算工時，醫界自己對工時譬如說我是教學醫院裡面的，這個醫師可能有教職，就是算醫院體系內的公職(民 2)

可是教職有相對另外報酬了(胡方翔)

教職也是有工時，譬如說我家裡經濟狀況不好，我晚上去兼差，我公司也管不著我，我個人過勞了，可是我在公司這個工作上可能沒有(民 2)

所以工時應該是限縮純醫療的行為(胡方翔)

我沒有這個意思，我的意思是說要看怎麼計算，譬如說護理人員 4 點下班，上面規定要打卡，但你做不完自己要做到 8 點，4 小時都不算加班，那他過勞了，紀錄都看不出，成本計算的時候，醫院不會告訴你那 4 小時是黑數，為什麼? 因為報出來他自己就違法；或者是說譬如我做秘書長的，我的工時幾乎沒有辦法符合勞基法，你也可以說我命賤自己愛做事情做不完，這是責任；很多工時的計算要很明確的定，這是醫療體系要去面對的問題，什麼樣才是我們應該在勞基法裡計算的工時，on call、on duty 的差異，我們都很支持，但沒有證據顯示會有差別，是因為我們沒有看到這些的討論，我們現在只有看到一種反彈，就是不行你會影響病人開刀，不行你會增加我成本，不行你這樣會招不到醫生，這個喊誰不會喊，這是可以好好討論的，拿出數據來，如果我們社會都有這種共識，當我們因為這樣的共識，我們在整體的國家支持這個醫療體系改變的時候，必須增加多少的費用，那我們再討論這費用要從那裡來、怎麼來，對不對?可是沒有，現在增加健保給付你就會好嗎?要增加多少才算好?增加的怎麼分配才好？ (民 2)

您提到醫院這部份是有沒有什麼監督的機制? (胡方翔)
現在就只能靠財報公開，所以我們在二代健保的時候財報公開，我們就開始看到，以前我們只看到公立醫院的，所以我們知道公立醫院的醫師流動很快是因為很多公立醫院發不出獎勵金或獎勵金的機制有問題，私立醫院從健保財務公開，我們也發現很多醫療體系它的資產在增加，也就是說如果資產增加包括不

動產增加、土地增加、高階設備增加，它去攤提的時候就會沒有現金分給醫療人員，但它收入是在增加，第二個是很多財團法人醫院它捐回去給它相關企業的比例增加，譬如說某個財團法人宗教醫院，它明明醫療體系有六億的盈餘，可是它就捐九億給它的宗教法人，就造成這個醫院帳面虧損，那你覺得它是有錢還是沒錢呢?當然沒有錢給員工，它就用這個理由說因為我們虧損，不說是不動產、其他資產的增加，導致我沒有多餘的現金可以為醫療體系的人員加薪，就會形成勞動生產力上的差異並沒有隨著產業的--我不要說獲利--整個產值增加而反應在醫療勞動體系的變化上，勞動價值反而是降低的，這個現象當然是很有趣的現象(民 2)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九)其他

(1)民團背景介紹

先談您的背景，就是現在台灣的醫療方面有關於民間的團體您知道有那些嗎? (胡方翔)

醫療的民間團體指的是非醫事團體嗎? (民 2)

對，非醫事但是關心醫療的或者對醫療體系有參與社會關懷的，您覺得有那些團體呢? (胡方翔)

撇開病友團體不談，病友團體這二年雖然有比較多的參與，當然是已有一些專業組織在協助，如果撇開病友團體不講的話，以倡議型的組織來看，除了民間監督健保聯盟，因為我們參與很早，我們 2001、2002 就有成立一個，當然當時不叫這個名字，後來 2004 年正式成立民間監督健保聯盟， 2004 年剛成立時，醫改會也是督保盟的 member 之一(民 2)

他是你們的 member(胡方翔)

對，早期是，後來是因為醫改會組織有變動，就是人員流動比較高，所以醫改會才沒有再參與民間監督健保聯盟的運作，因為這是策略聯盟組織，所以我們裡面的人都是義工，沒有拿薪水的，不是像一個比較剛性的團體，督保盟之外當然就是醫改會，醫勞盟他是醫師團體我們就不講，就是除了醫師團體以外

的，去年有成立台灣健康人權協會，就是孫友聯自己做理事長，他當然也關心健康體系，不過健保的部份當然都督保盟著力比較多，督保盟本身裡面就有很多社會福利性的團體或健康型的組織，譬如說勞工、婦女、身心障礙、病友這些其實都有，其他有少數一二個譬如說醫糾關懷協會，那些對健保的著墨都是比較沒有，當然都是關心醫療體系的發展，社會政策參與密度就沒有那麼密(民 2)

(2)醫院盈餘分配的轉型正義

對於醫院的監督方面，只有財報公開這個方法，有沒有其他更積極的方法，因為財報很不可信，還有就是醫院的治理，其實董事會很多都是家族性的，沒辦法管理，那這要怎麼辦呢? (胡方翔)

絕對有，我們方法也都建議過，但是絕大多數的人都不聽我們的建議，覺得我們對醫療體系不公平，其實錯了，民間團體只有我們在為醫療體系爭取，歷屆的部長都是醫生，almost，少數不是醫生的(民 2)

比較積極的做法是什麼呢? 就是能夠直接管到醫院治理(胡方翔)

不是沒有方法，但是醫療體系的包袱或是醫院管理者的政治運作很強，即使有方法都很難推，譬如說我們要修改財團法人法的分配，不是只有萬年董事長，甚至我們都有版本，包括他們獲利應該分配的優先順序，我剛才提到我財團法人醫院它健保營餘六億，但它捐九億，這樣可以嗎?現在可以的，但我們要改不可以，是誰在反對?當然就是財團法人的董事們(民 2)

可以超額捐贈嗎? (胡方翔)

沒有約束(民 2)

這樣有可能是財報造假(胡方翔)

這部分財報沒有造假，我們才看得到它捐九億(民 2)

可是這樣有沒有違反什麼會計法規公報(胡方翔)

沒有，目前沒有，關係人交易也沒有，我為什麼租你房子特別貴，我有什麼稽核，我們提了財團法人法，可是他們不修，因為他們怕得罪人所以不修(民 2)

可是立委願意修的話，應該還是有機會(胡方翔)

立委也不願意修(民 2)

立委不願意修是為什麼呢? (胡方翔)

你知道剛剛那個宗教法人的捐贈，有草案嗎?我們兩黨的黨團都急著阻擋修法，來接受陳情，甚至有宗教法人的董事說本來醫院就是要替我們賺錢(民 2)

那它就不應有節稅優惠(胡方翔)

它也不一定需要節稅，把錢捐出去就負債，它還為什麼要節稅呢？我這只是舉其中幾個例子來看，說到分配，如果說醫院多少它是不是應該都來買軍備競賽，譬如說一個質子治療儀要 50 幾億，那你為什麼要拿 50 幾億去用一個醫療體系裡面效益不大的東西，可是 50 億拿來分配給醫療人員，跟 50 億拿去做質子，你覺得這政府應不應該監督，那是財團法人醫院，如果是台積電要怎麼分還要經過股東會，醫院賺錢要怎麼分沒有經過醫療體系的多數人決策或監督(民 2)

這點的監督通常都是沒辦法有基層的意見，因為董事會通過了就通過了(胡方翔)

即使有基層的意見，請問要問多基層?誰會理？譬如說現在獨立董事也是被挑選的，現在很多的上有政策下有對策，我們要求你要有外部的，像 IRB 好了，你要有公正人士，那些人有沒有真正公正(民 2)

有沒有可能員工董事呢? (胡方翔)

我們有提員工董事，但你要知道院長也是員工，主任也是員工，你做了主任之後你做了副院長之後，你是會為了維護員工還是要聽董事會的，或者是要人數多到一種程度，會議公開透明，譬如說嘉基有嘉基員工工會，所有的事情都不能靠人要靠制度，假設今天員工進到董事會的百分比增加，這確實會好一點，增加之後開會是不是應該要全程透明，譬如你代表基層人員去開會，我怎麼知道你有沒有站在你的初衷，還是說你進去後，因為上層答應要給你好一點的升遷，你為了個人的升遷好處，結果你反而不站在基層這邊，可是你占了一席，假設有這樣的人，非常有可能，是不是真正獨立？我們醫學倫理委員會也有一些公正人士，可是公正人士裡面也有一些不是很公正的，這也都是事實，獨董上次公司法修正工程也是這樣，只是它監督的機制可能跟醫療體系不一樣，我要講的不是說進去的人是壞人，是說我們不能靠人，這個是搭配的制度，它的公開透明機制會給人壓力，可是目前都沒有(民 2)

當然再來我們應該討論我們盈餘的分配，醫療體系的盈餘分配，也必需要面臨如果這個醫療體系虧損我們要怎麼樣共體時艱的問題，一樣的一體兩面，現在醫院都在叫虧損，我們實在看不出真正虧損的人有沒有更虧損，**對，你在做記錄的時候不要把醫院的名稱寫出來**，我只是舉例，財團醫院關係人交易也是被質疑，這些本身就是財團附設的醫療體系，還不是純財團法人醫院的，那關係人我跟你租房子租特別貴，他就要租我這麼貴，你能夠找出什麼樣的嫌疑，好

那就整棟大樓搬，員工很生氣為什麼它租的房子比臨近的貴，大集團不肯降房租，一定要整棟搬嗎?你就搬不了，於是我們就妥協(民 2)
可是在民間也有，有時候房東要漲價也不得不給他漲(胡方翔)

不是，漲價是一回事，是它現在就高於行情，顯然它就是輸送利益回去，別人租 100 元你租 200 元，這才是關係人交易，如果關係人交易別人都租 100 元，你租 50 元，現在想漲回 100，人家會覺得你這種關係人交易是有問題嗎? 不會的，現在就是因為高於行情太多，我可以跟你簽五十年不漲(民 2)

這個也不能修法解決嗎? 應該可以吧(胡方翔)

可以修，但沒有人要修，不是沒有方法，部裡面敢做的人已經沒有多少了，要做的人我們好不容易去年要推一把，可是立法院不支持，這就是一個共犯結構，所以為什麼醫生要跟病人站在一起才能改變現狀，醫生病人不站在一起是永遠不可能的，因為你到了那個 hierarchy 底下誰都是弱勢，相對的弱勢(民 2)

所以現在財團法人私立醫院的擴張、併購形成的力量可能會更大，這樣的話改革會有問題(胡方翔)

我覺得很憂心，我覺得那就是托拉斯，我覺得他就是掛架政策不是改革，是你被它改掉，當他能決定部長是誰的時候，這個人什麼背景一點都不重要，他能夠決定部長是誰，你沒有 buffer，沒有人可以跟他 barging，少數像我們這樣子的人，如果一下被抹藍、一下被抹綠、一下被抹黑，就會更沒有力氣了(民 2)

(3)醫事人力不均的改善

又回到原來您提到的問題，就是我們的醫事人力並沒有真正的患寡，主要是患不均，可是加入勞動法以後，對患不均的現象會改善嗎? (胡方翔)

我不知道(民 2)

你們沒有評估過(胡方翔)

沒有辦法評估(民 2)

為什麼沒有辦法評估呢?看起來整個論述好像是沒有影響的(胡方翔)

很難說這個要看早期發展，我們一般勞工納入勞基法也那麼多年了，我們推調基本工資也這麼多年了，你覺得台灣產業對勞工保障有變得好嗎?這種事情很難一蹴可幾，它必須要緩步的達成，但我們都相信勞動條件的保障，納入勞基法是第一步，才有辦法知道後面要再加什麼，如果你門都不開，你怎麼知道我門裡面要擺多少東西，我要不要冷氣，我要不要香芬，我要不要鮮花，我要不

要畫，我講的就是這種東西，你門不開，我現在是在敲這個門，所以它有沒有辦法改善，有沒有辦法把裡面房間布置的讓員工會留下來(民 2)

可是現在看起來，部裡的論述是說它覺得加入勞基法最大的障礙就是人力不足，而且訓練時間會延長(胡方翔)

要提出證據來，算給我看會不足多少，他不拿出來，他沒有證據，現在只是有口惠而無實，只是用嘴巴說而已，如果真的拿出來我們就能算(民 2)

曾經拿出一個熊招博士的研究，認為多少工時.. (胡方翔)

那是國衛院的(民 2)

對，但是國衛院也是受衛福部的委託做的研究(胡方翔)

這是有前提的，基層又不買單(民 2)

可他們就用來做為政策形成的(胡方翔)

他們對五大科的人力預估也被打搶，而且我是覺得說要先算，包括說訓練時數，PGY 也往後延了，多推一年了，是不是已增加訓練期？住院醫師過勞根本的問題是我們收住院醫師的醫院太多吧，只有 50 家醫院能收，就 1300 個容額，50 家能收跟 150 家能收，每個醫院分配到住院醫師的量不一樣，當然住院醫師的 case loading 就會不一樣，我們為什麼這個國家可以 150 幾家醫院都可以收住院醫師(民 2)

大部份醫院都不能收，我們區域醫院都不能收，區域教學也都不一定能收，資格門檻很高(胡方翔)

對 400 多家醫院有 150 多家可以收住院醫師，才 1300 個人(民 2)

也是壟斷的(胡方翔)

如果變成 50 家呢? 我認為應該要少，教學品質才會好，住院醫師才不會 case loss，為什麼每個醫院都要訓練醫師，我也不懂(民 2)

要當基層人力呀(胡方翔)

對呀，所以這就是部裡面搞出來的，我就反對(民 2)

(4)醫療浪費與便利性

一直講說我們的醫療有浪費的部份，但是醫療部份的需求，因為便利性太好浪費就會多，請問你們有何建議?民眾教育而已嗎? (胡方翔)

全球的醫療都有浪費，應該要先講我們對浪費的看法一不一致，還有我們是不是真的比別人浪費，我覺得也沒有太明顯的證據證明我們比別人浪費，台灣本來就小(民 2)

可是人家說我們台灣的就診次數每年 15 太高(胡方翔)

對，我就是要回應這個問題，這個數字就是不對，你去問學醫療經濟的，OECD 國家是把門診次數，如果是跟美國比，你知道人家全部做 DRG 之後，它 DRG 前後的手術的術前評估術後門診全部都算在 DRG 不是算在門診嗎? (民 2)

就是一個包套的(胡方翔)

對，人家也沒有算中醫跟牙醫，我們如果扣掉，西醫大概只 11 次，再扣掉 DRG，再扣掉那些只是拿藥回來門診，只是檢驗回來門診看，這都是制度性浪費，我們的看診次數可能只有 7 次而已，我的意思是我們都不講這個制度性浪費，另外我們台灣本來就是小，便利就是它的優點，所以我們的救命、急診的效率會比別人好一點，就是因為我們台灣小，不要講那些特殊偏僻的地方，因為我們台灣就是小，如果小就醫又不便，你覺得這不是衝突嗎?所以我們的便利性比別人好是應該(民 2)

(5)健保實施與國人健康

去年有一個報導，應該講是一個研究，就是台灣實施健保以後，民眾的健康評估沒有增進，那這要怎麼解釋呢? (胡方翔)

那就要問醫療體系為什麼民眾沒有變好(民 2)

所以有人講說我們一直在講的醫療，其實是在後端的治療不是前端預防保健(胡方翔)

這就是論量的缺點(民 2)

所以就是沒有做到整體健康，因為健保是做健康才對，而不是只做醫療(胡方翔)

平均餘命是有很明顯的增加，它講的健康如果是從門診次數或者是從住院醫費變化的話也很武斷，因為這幾年大家都覺得全民健保使人口老化，其實錯了，全球的醫療經濟都趨向一種結論，就是醫療的財務壓力大都來自於新藥新科技，這是最重要的，人口老化其實占率對財務並沒有那麼的嚴重(民 2)

所以你對新藥新科技到底是持正面還是…(胡方翔)

就是 we appreciate 進步，我是要 challenge pricing issue，這是另外一個議題，其實醫療體系就像李伯璋講的，完全沒有科學證據還是這樣想，他認為提高部

份負擔才能抑制醫療浪費，全球沒有一個研究可以佐證這個，效果只有三個月而已，頂多一年而已，反而懲罰到那些弱勢...(民 2)

這是他當官以前的論述(胡方翔)

他試試看啊，為什麼部份負擔提高會有那麼大的爭論，絕對不是只有民粹，所以這種東西如果沒有一個全面的觀點來談，其實都有點可惜，如果你只是責怪一部份的人，就像我一開始講的，它其實也沒有辦法解決這些問題，對我們這樣的團體來說，我們是還蠻願意全面性來談，然後一個一個去處理(民 2)

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 12(衛學 2)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

老師您之前有寫過一篇文章，就是有關住院醫師跟主治醫師工時的調查，那個調查工時的操作方法，目前為止大家還是有在引用(胡方翔)

對，後來國衛院也是用類似的方式(衛學 2)

熊昭博士好像也有引用，那算是當時很前趨的一個研究(胡方翔)

對，他也有在做一些醫師工時研究(衛學 2)

老師了解現在醫師工時的狀況嗎?最近也很多新聞，目前勞動法皆眾有開記者會，不知道老師有何看法? (胡方翔)

我知道現在是住院醫師被關注，這受雇醫師是泛指從住院醫師到主治嗎?所以住院醫師的部份現在應該是比較穩定，但是住院醫師以外沒有被關注的那一塊，從總住院開始我想信他們的 range 應該很大吧，從週 120-130 小時都有可能，最近在做 hospitalist 的計劃，就發現有的醫院的主治醫師他一個星期的工作時間是 under 40 小時，全職的，他怎麼算? 就是每一天 1-5 他到醫院去看診加查房，如果看診就是 3-4 小時，查房查一圈下來可能就一個小時左右，所以每天可能只有 4 個小時，之後若沒事就沒事了(衛學 2)

那個可能是屬於不值班的主治醫師，我們目前是主治值班的話好像沒有低於週 60 小時的，有值班大部份都 60 以上(胡方翔)

對，他不值班，所以後面才加 hospitalist 進去，他本來這樣子算起來一天差不多 4 小時，星期一到星期五不是 20 小時嗎?現在再幫忙做一些值班，一個值班 12 小時，一個星期如果值一班的話就是 30 幾，二班的話 40 多小時，那個醫院大概都是周 30 幾小時(衛學 2)

所以表示醫院的差異很大，因為不同醫院的業務量跟他的工作內容實在差異很大，而且沒事不一定可以離開，有時仍要待命(胡方翔)

因為他也不是屬於很急迫，病人也不是隨時有緊急狀況的，所以你說這個工時計算真的 range 很大，我們那時候去訪談這個醫院的時候，我是很驚訝說你這個醫院的主治醫師，全職的，怎麼會工作時間是這樣，主治醫師也回答的很坦白，他說就是因為可這樣子的安排，所以他樂於在這個地方工作(衛學 2)

因為他可能要求生活品質，可能早期已經累過了(胡方翔)

所以他覺得他有時間去做自己想安排的事(衛學 2)

所以等於是說老師提到的是醫師職涯中不同的階段，所以他會有不同的需求，也許他年輕時代可能對於工作的薪資比較會注意，但後來可能對生活品質比較注意(胡方翔)

完全正確，還有一個就是他所處的醫院如果是醫學中心，醫院要求每個醫師除了臨床以外，還得要有其他的教學跟研究的業績的話，他的工時就顯著的增長，而且即使是在下班時間，即使是回家週末假日，他還是要花很多時間在工作上相關的事務上，所以這個部份可能是職涯的工時黑數，因為同樣是 50 歲的人，在某些業績比較沒有要求那麼高的地方，他的時數就很低，但同樣 50 歲同樣一個科，可是他在醫學中心，他的工作時數就會增加很多，所以這部份我想可能還要再區分，就是說臨床工作跟教學研究可能要適度的區分，所謂勞動的話，我覺得這個部份如果真的要討論的話應該要區分出來，譬如說醫院付你薪水基本上都是付你臨床工作，教學的部份譬如說 PGY 它有 prospector，它會給一些報酬，可是那個其實跟薪資來比的話，那個 proportion 不是很高的，另外還有研究，有人到某個程度可能對研究不是被迫而是自己有興趣，那自己有興趣花時間去做這件事情算不算勞動呢?我想這可能是比較灰色一點，我想我們是可以比較 focus 在臨床工作上，較無爭議，這是第一優先要處理的(衛學 2)

2. 醫師的值班狀況

當然值班是跟臨床工作有關，以我們去看過有限的幾家醫院來講，情況跟你講的一樣，主治醫師需要值班，但有的醫院他的主治醫師值班的班數不多，可能一個月排到一次而已，甚至於它是二層樓的病房，它的病房可能比較少，一層樓大概一個病房或二個病房，譬如是上下樓的話，它就是一位主治醫師，一個晚上就是一個外科主治，一個內科主治，有什麼事情就是 call 他們二個(衛學 2)

可是不會有助手嗎? 包括 NP(胡方翔)

有 NP，它們 NP 也是一樣，一個 NP cover 二層樓(衛學 2)

他們那叫做值班範圍，所以值班範圍有可能就是整個醫院一個大科部都給他，跟我們情形現在一樣(胡方翔)

當然各病房有自己的值班護士，一定是護士第一線先去看，不行再 call NP，NP 不行再 VS 過來，有的醫院是這樣子，那有的醫院當然有住院醫師，住院醫師會過來輪，當然還有極少數的醫院是故意安排主治醫師去輪班，就是想要做類似 hospitalist 的狀態，畢竟這是人力條件要夠才有辦法做的，所以看起來現在如果是住院醫師的工作時數被限制的話，那主治醫師值班的班次數跟時數也一定會增加 (衛學 2)

3. 醫師的工作條件

其實像剛才老師講說工資工時，在勞動法有規定，但工作內容其實是沒有辦法規定的，如果以值班情況來講的話，就像我們現在講的護病比一樣的，一個主治醫師照顧所有的病房，可是所有的病房有可能是 100 床也有可能是 50 床，這就是它的工作內容差異很大，這個勞動條件的情況在研究上要如何做解釋? (胡方翔)

工作條件比較廣義，我想這個工作條件應該也是看他跟醫院之間的契約吧，不管有沒有真正簽約，這也是屬於一種契約條件(衛學 2)

但應該說醫師應該沒有辦法去談這個契約，因為通常都是排定的、表定的、它要求的，醫師可以說是被動的，醫師的工作條件應該講說是完全受支配的(胡方翔)

那我應該這樣子講，譬如說他是 fellow 最典型的話，他如果是研究醫師，研修醫的話，通常一個星期就是很 minimum 給他一點臨床工作，絕大多數時間就是做研究、做教學、做學習，如果是一般 regular 的臨床醫師，當然絕大部份時間醫院會希望至少有幾節的門診(衛學 2)

所以老實講這些真正就是屬於績效醫師，就是看業績來分績效的，他的薪資大部分來自績效(胡方翔)

好像有的醫院反正就是一個星期你開幾診，你有開就算有一診了，至於幾個病人，它沒辦法，因為病人來不來很難掌握(衛學 2)

對，沒辦法控制病人數，你開的診次只要達到它的契約要求，譬如說每週開五診，可是你的五診，一診只有 20 個人跟一診有 100 個人，這差異它也不管，因為它是給你績效，一個診給你譬如說 10%或多少的績效 (胡方翔)

我想這純粹是看醫院跟醫師怎麼談的 (衛學 2)

4. 醫師過勞與病人安全的關係

過勞跟病安的關係，我覺得這個應該有直接的關係，過勞一定會影響到判斷，判斷當然就會跟病安有直接的關係(衛學 2)

但現在的問題在於說，大概我們的主管機關也有調查過醫師工時，也知道過勞，可是如果過勞跟病安是相關的，那其實主管機關對於這方面並沒有積極處理，這到底是什麼樣的原因呢?我想知道是在一般的醫院管理或者是以公共衛生立場上，醫師過勞跟病安既然是有密切相關，可是沒有管理的話，會有什麼樣的影響? (胡方翔)

大概還是有些介入，譬如說通報，不良事件通報，還有譬如說安排 NP 的訓練，就是有些輔佐人力來分擔(衛學 2)

但對醫師本身過勞還是沒辦法改善，因為過去的過勞職災案例也蠻多的，包括奇美的蔡伯羌案也是這樣子(胡方翔)

對，所以這個部份應該還要再積極，至於說為什麼沒有..，這個我就不曉得了，可能是不是跟醫院端資源分配有關(衛學 2)

所以我想要去探索它背後不能改善的原因，當然我們從別的訪談中也得到說，他覺得醫師雖然有過勞現象，可是他覺得他們醫院的病安體系是良好的，但在病安體系良好的情況下，也不能不處理醫師個人過勞的情形，是不是健保給付不足使得醫院沒辦法增派人力，還是醫院的經營管理問題，我想這些將來都會呈現在分析裡面(胡方翔)

還有一個情況就是，過勞就是工作時間太多或者 workload 比較高，其實這跟病人狀況又有關係，像我剛才講的極端例子，它是一個區域醫院，民間區域醫院，病人數也不是那麼多，病況也不會那麼危急，當然住院的時候即使是值班醫師，可能他實際工作時間也不會很長，壓力不會很大，可是如果你是在一個病房 trouble case 比較多，那就完全不一樣(衛學 2)

就是之前許醫師的研究結論，病人的狀況跟 workload 是相關的(胡方翔)

是相關，那 workload 又太長太多，當然就會影響到病安，這二者之間其實互為因跟果，誰因誰果是很複雜的，不過最基本的應該還是從病人狀況開始吧，如果會造成醫師的工作時間太長而且太累的話，一定是跟病人數多又嚴重有關，以台大醫院來講占床率一直是居高不下，病人狀況也都比較複雜，不可避免的醫師要處理完這些病人一定是要超長工作，一樣的時間在醫院，可是要燃燒的腦細胞應該是比有的地區醫院更吃重吧，所以這二者之間應該是有相關的，關於這點我想衛生福利部要怎麼做，也許適當的分流，當然還有調整健保的支付，可是健保支付那個是比較後面，就是說像你們願意犧牲奉獻，帶著崇高的心情去從醫的人，其實對於健保給的支付點數，你覺得至少有一些程度可以接受就好了，不至於說要很高很高，最近幾年健保費在做總額協商的時候，每一年都有多少億的錢，大概 3%的成長，說要去提高人員羅致困難科的支付點數，但我非常懷疑說年輕的主治醫師他是看在支付點數增加而願意從某一個科改到這個科，我非常懷疑，還是個性與興趣(衛學 2)

提高特殊科的健保給付，應該效果沒有辦法看到，我們到現在還沒有看到有什麼效，錢是經過醫院分配的(胡方翔)

對，舉例來講，譬如說耳鼻喉科的人會說那我跳去健保給的高的胸腔科、大內科好了，真的會這樣子嗎? 我是非常懷疑(衛學 2)

現在年輕醫師也蠻重生活品質的，所以他覺得有一定收入能夠處理生活就好了，他並不會想要花比較多的時間在醫院然後賺取更高的薪資，他不會有這樣的想法，這不是新一代主流的想法(胡方翔)

那種人我想信是有，但是不會那麼多，就是不受薪資影響，年輕醫師短時間要累積足夠的錢，譬如說要還學貸、買房子..什麼的 (衛學 2)

好像現在的年輕醫師比較多自己想法，感覺上是這樣子，因為一大部份都走五官科去了，然後像內科已經長期找不到人，五大科就算再加補助也沒人來，還有剛才老師提的 trouble case 比較多，醫療糾紛也比較多，現在的社會氛圍並不友善，這也是一個門檻，有的人想要迴避醫糾，所以就想要到輕鬆科別，這也是造成一個很大的選擇(胡方翔)

對呀，以前我們學會的婦產科醫師，後來不做婦產科不做臨床了，改去唸法律(衛學 2)
對，醫糾太多了，對，有很多法律研究所是婦科的來唸的(胡方翔)
要不就改做行政(衛學 2)
對，甚至改做醫美的；其實健保 21 年來的確是環境惡化，因為以過去的情況來講，熬過主治醫師就不用值班，現在也都要求值了，所以表示勞動條件一直在惡化，可是到底跟健保法的關係，要怎麼樣再去釐清，這實在是很困難的一個問題(胡方翔)

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

我覺得健保給付跟工作情況，這個裡面還有一個 player 很重要，就是醫院管理者的薪資制度，其實影響是最直接的(衛學 2)
可是沒有辦法管到醫院的薪資制度，因為它大多是財團法人(胡方翔)
就是管不到，但是實際上對醫師最大的影響其實就是績效(衛學 2)
以前醫改會有公佈過一個報告，就是前 20 家醫院有盈餘，可是那些醫院一直不斷的被報出來有血汗，所以這其實還很弔詭，利用血汗賺取盈餘，怎麼就管不到(胡方翔)
我認識一個專科醫師，他就跟我抱怨過，他說健保用總額以後，他的收入變成砍了一半，用勞基法後，我想會更低(衛學 2)
有可能，那是醫院的績效制度沒錯(胡方翔)
可是洗腎的人口還是在增加，洗腎的總額也差不多在三佰億左右，當然點值下降是不爭的事實，為什麼他會說從這邊砍到差這麼多，那應該是院方在中間不曉得是怎麼樣去算醫師的薪水，不成比例(衛學 2)
醫師的薪水分固定薪跟績效薪，固定薪很少大概三萬，績效薪大概每個月一、二十萬左右不等，可是現在績效薪的部份要乘以點值，所以等於我們的績效薪要強迫打八折(胡方翔)
因為醫院還預留一筆錢準備要被健保扣回去的(衛學 2)
對，有先預扣，然後再打八折，所以根本就領不到足薪，所以現在領的薪水跟十年前相比，服務病人量是成長，績效足足少了三分之一，所以這薪資制度是動不了的，因為這是醫院的經營管理權，它想要這樣子調整，硬要我們接受，我們沒有 bargaining 的權利(胡方翔)
所以我想健保法有沒有關係，我想應該是在支付制度，健保支付制度有沒有關係?當然有關係，但是若改健保支付制度或者是支付的點數，如果動不了醫院的薪資制度其實也沒用(衛學 2)
因為老師剛才有提到，拿錢去補助五大科或者是艱困科，其實錢是撥回醫院，因為醫院才是健保的特約對象，可是那個錢最後沒有撥到臨床的醫師上面，真的沒有撥到，他最後可能一個月多不到幾千元 (胡方翔)
它也沒有直接撥，它是調點數的，譬如說罹致困難科的點數本來是 1，現在調正到 1.1 或 1.2，那申報出來這些部份是 1.1 或 1.2，按照你申報出來的數量回

去醫院 (衛學 2)
它給醫院，但是醫院並沒有完全反應在醫師的薪資上(胡方翔)
對呀，譬如說以現在一個門診是 70 元，如果變成 1.1 倍的話，應該是給 77 元，可是醫院說還是給你 70 元，我留下這些錢我還要做其他用途(衛學 2)
目前如此 (胡方翔)
還有護理人員也是，護理人員我們不是一年都多撥了十幾二十億(衛學 2)
沒拿到，他們到現在喊都沒拿到(胡方翔)
所以那個事實上你說跟健保支不支付有沒有關係? 有，有關係，可是可能還要再細緻，所以我們剛才討論的重點應該是說改變健保法或改變健保支付制度，對於醫師勞動條件的影響是間接的(衛學 2)
是間接的，因為關卡還是在醫院內部分配的問題(胡方翔)
除非是像美國，他們很多醫師是直接跟健保簽約申報，其實你是在醫院工作，但是你的醫師費是另外一條帳(衛學 2)
他們是開放醫院制度(胡方翔)
即使現在美國有一些是屬於醫院內駐院醫師制，就是 hospitalist 實施，醫院聘的，可是你的醫師費還是要獨立去跟保險申報，這樣的話中間就不會有一個剝削的機制在裡面，但是台灣目前我們都是跟機構簽，即使是診所，你是 solo practice 開業醫，你就把你的成本都扣掉以後，剩下都是你的，但你現在考慮的是醫院的，因為診所的醫師是你愛工作幾小時你自己決定，那醫院是沒辦法，醫院醫師是受醫院支配的(衛學 2)
對我們只討論醫院端 (胡方翔)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

我只知道美國的制度，基本上如果是主治醫師是自己去跟保險人申報費用，如果是住院醫師它是另外有一定的規定(衛學 2)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

勞動者身份有分他跟醫院的契約別，其實就牽涉到公職醫、軍醫等，他在醫院裡的身份雖然是勞動者，可是他還有特別的規定(胡方翔)

這個之前長庚健保費案，就講說他的醫師是屬於合夥醫師(衛學 2)

以前說是合夥醫師，後來被認定為受雇者(胡方翔)

當然現在台灣有少數幾個開放醫院是有合夥(衛學 2)

台灣現在開放醫院不多 (胡方翔)

宏恩、中心診所，還有像書田，書田是泌尿科，很多醫師都是合夥去看，少數的啦，對絕大多數醫院的醫師是屬於受雇，但少數是屬於合夥的，那合夥的應該也不在你的研究範圍內，因為他自主權比較大，也可以分紅(衛學 2)

8. 對於納入勞基法看法

因為勞基法基本上保障工時為最核心，有關於工作時數跟加班時數需要解決的一個部份，就是萬一他那個時候正在做一個不可中斷的事情，譬如說手術開到一半，急救做到一半(衛學 2)

我知道，治療連續性的問題，這個有人提過辦法了(胡方翔)

對，不可中斷或治療連續，這個是不是有另外一個專章可以去規範，是可以納入勞基法，可是因為在救人，對這個實務上一定要有些解套(衛學 2)

其實我也同意這個方面要注意，因為我目前訪談的時候，也是有談到這個問題，不過看起來目前的解法是，如果是一個長時間的手術，表示說我們事前預期這個治療會有延長工時的話，那我們就要派可以重疊交接的二組人員，意思就是要使用二倍以上的人力，但是如果說是臨時緊急狀況，像你說的急救要繼續急救下去，臨時狀況的話就走特別條例，所以應該分一般條例跟特別條例，這在勞基法原本就有安排，一般就是說你明明知道這個手術是大手術要開 12 小時，你就應該事先要安排二組人，也許都不要讓他們過勞，可能開六個小時就要先有下一組人員來重疊銜接，然後再交班給第二組人繼續開，兩組都不會超時；若因為特殊狀況而延長工時去急救，那就給較高的加班費，並且事後立即補休，充分休息(胡方翔)

也是，譬如說換肝，摘肝的時候是一組人，移植肝又另一組人(衛學 2)

對，但目前為止都是同一組人在馬拉松手術，常常都是做長時間手術一做就是 14 小時(胡方翔)

然後他們還很驕傲說我可以站 14 個小時，但是這樣子其實對病人的狀況也不見得是好的(衛學 2)

當然是不見得好，國外也不這樣子，國外其實有交班制度，但是我們一直不肯做交班制度(胡方翔)

所以我想真的要納入勞基法，一定有一些技術性細節上的設計，就是保障雙方，也保障醫也保障病，這個我想是一個大前題，當然醫師被保障好了，他有足夠的精神和體力，對病人也是一種保障(衛學 2)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法

評鑑規範，我第一個想到的是要避免造假，這個因為很多都是屬於 paperwork，之前不是有報導過，護士刷卡下班完後，再回去繼續把他還沒做完的 progress note 寫完(衛學 2)

目前還是有這樣子的，硬規定不能超時打卡，但護病比高，工作做不完(胡方翔)

這個除非你去現場突擊檢查，不然的話用評鑑絕對看不出來的，當然勞工也不敢講，一講搞不好被不利(衛學 2)

而且評鑑期間這個動作是被禁止的，委員看不到，醫院會特別提醒各科病房說不可以刷卡後再回來病房，如果刷卡後就趕快離開，因為現在是評鑑期間，而且評鑑期本來是要休假的人員全部都被停休或召回，所以看起來人力是夠的，可是他就是不能正常排休假的假象(胡方翔)

我是覺得台灣的這種評鑑文化很難改變，其實評鑑有一個規定是說，你可以無預警的去訪查，但有多少委員會去這樣子做? (衛學 2)

沒有，目前為止沒遇過，都是事先通知的，若突襲檢查的委員反而在業界會臭掉，這就是台灣社會(胡方翔)

對呀，除非是勞檢局被誰通知檢舉，他才會臨時去抽查，那才有可能，所以我是覺得這個要官員來負責(衛學 2)

可是這樣子有沒有具體能夠從制度上防範造假評鑑的方式呢? (胡方翔)

成本可能比較高(衛學 2)

例如呢? 怎麼樣會成本比較高呢? (胡方翔)

譬如說要派公務員去盯，站崗，像財政部要收稅金，稅務局會去站崗，一站崗可能站一個星期、二個星期，或者是突擊檢查，或者是所謂品管叫做秘密客(衛學 2)

我知道類似不速之客那種的神秘客(胡方翔)

對，他來跟你做訪查，這些都要成本的，要訓練他需要成本，而且需要長時間持續做，你現在來查它這個時候就乖乖的，等你查完以後它又故態復萌，除非它人力真的夠，還有這個風聲會走漏

所以也很難管制風聲，因為大家彼此都有連結的，所以說沒有風聲走漏恐怕也很困難(胡方翔)

我先講護理人員的部份，它之所以要花時間做 progress note，就是因為來不及寫，因為他還要做臨床，除非很多東西可以數位化，如果事情可以數位，他只要 double check 看內容是不是跟我做的一樣正確，最多做一些要交班的事情，那就好了，可是現在是因為有好多東西需要事後整理，當然要花很多時間又不見得正確，還要事後有人監督品質，其實病房的醫師也是一模一樣，你去 run 十間回來，run 二十間回來，很多東西還要做記錄，事後可能會有些 confuse 掉，那如果中間有什麼比較數位化的方法來協助，臨床工作有分核心跟非核心臨

床，還有事前跟事後準備工作，如果備勤事情可以用其他方式來協助掉的話，我想這樣可以解決掉很多工作時間，數位資料又可即時上傳存證，這樣的話醫院評鑑就不需要做假，也不能了，實際上醫護人員就是在他的工作時間內把他的事情做完，然後就可以交班回家去了，就不需要造假，我想這個是需要上游那邊要去處理的，但那個變成醫院必須要有投資 IT，這個跟你的主題比較更廣的看法，要解決這些問題，一定是要想辦法減少他的 workload，一天就是八小時，那時間就是要儘量做在核心的工作上 (衛學 2)

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

可不可以跳脫勞基法用其他方式，因為醫事司提到說立委想要修醫療法或者醫師法來規範醫師勞動，不要用勞基法，這也是一條路，那這樣子到底可不可行呢? (胡方翔)

這個我就比較沒辦法回答，但是我是類比，譬如說像護理人員是納入勞基法，但是護理人員法並不需要去規範，因為它就是一體適用，就是在勞基法裡面的工作人員，就是以那個前例來看的話，因為這是屬於特別法，這個特別法好像不需要，如果要適用勞基法是不是要用勞基法一體適用的方式概括去規定它的一般工作條件，包括晚上、懷孕、哺乳..等等這些事情，是不是都用勞基法去規範就好了(衛學 2)

可是現在勞基法，像今天部長的記者會講說它把醫師分成住院醫師跟主治醫師，所以住院醫師可以納入，主治醫師不可以納入，以這樣子的區別方式，不知道老師的看法如何?其實這二個同一種醫師證書是連在一起的，因為住院醫師再過四、五年也會變成主治醫師(胡方翔)

我是不贊成分開(衛學 2)

可是部長已經宣示四年後只能先納入住院醫師，可這跟現在不管民間或者學界的認知差異很大(胡方翔)

對，這個部份我是不贊成，住院醫又有分 PGY 一般、專科、次專科、CR 的時候，那 PGY 的部份它是半學生身份，那要保障一定的工作時數(衛學 2)

但他現在其實也不是學生的，它現在是把 PGY 拉到畢業後先考照才做，所以現在叫 post-graduated，他只是在學習狀態的醫師(胡方翔)

可是他又不算 R1(衛學 2)

還沒有訓練專科，只是一般科，內容類似 intern(胡方翔)

對，所以將來還是重新從 R1 開始算(衛學 2)

其實是延長他的受訓時間，PGY2 等於是延長了 2 年(胡方翔)

我想信醫教會這樣規定是有跟很多人討論過，可是我們就覺得醫師就是醫師，而且住院醫師的工作跟主治醫師的工作差別在那裡?差別就是他能不能獨立看診，一個是 under supervise，一個是可以獨立，就差在這個地方而已，一樣不能過勞，所以我是不贊成這樣子的(衛學 2)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

至於說在法制上、體制上，在公會體系的認知裡面，醫師的勞動權益到底要放在勞動部還是放在衛福部呢?因為兩部會都不想積極(胡方翔)

我覺得二邊都要(衛學 2)

二邊都要等於是協同的工作，人權兩公約法規定也是這樣(胡方翔)

勞動部是管它的總工作時數，類似這樣子，可是衛福部應該管要的是，譬如說總工作時數沒有超過，可是連續值班，我不知道排值班有沒有在勞動部裡面規範(衛學 2)

有的，它有連續上班時數，其實在勞基法裡也有，但是勞動部不會管到的是醫療的工作內容，因為工作內容可能就比較細節，因為醫院可以說我給你限制工時，我也不補人，可是你要做二倍工，目前為止這是護理和住院醫師已發生的，就是原來是二個人各值一個病房，現在變成一個人值二個病房(胡方翔)

以你的例子來講的話，衛福部最起碼可以規定多少個病床一定要配幾個醫師，不然的話你說我總工時沒有超過，可是你給我人力 double 使用，本來一個醫師是 cover 50 床，現在變成要 cover100 床，等於是總工時沒有超過，那這樣子也不對吧(衛學 2)

的確，這個問題已經有人提出來，可是衛福部對這方面好像並沒有要做一個配套的感覺，所以我們要把這個寫出來給他建議就對了，就是類似護病比(胡方翔)

對呀，訂個醫床比，我覺得這跟主管的官署他的司長、次長、部長有沒有臨床經驗有很大的關係，我不知道現任司長是不是醫師(衛學 2)

有的，現在的王司長本身就是婦產科，但是他做完公費醫師的責任以後就轉公職了(胡方翔)

所以他是有做到主治醫師(衛學 2)

有，但應沒有做到資深主治，他大概頂多只有前幾年而已，他就退出來了走行政體系(胡方翔)

那也好多年前了(衛學 2)

總共就是公費合約期間六年，所以他總共就住院醫師然後下鄉二年，這樣就結束義務了，等於做了二年主治醫師他就沒有做了，所以事實上他對醫療的相關了解夠不夠深刻，不清楚(胡方翔)

當然部長很深刻，對不對? (衛學 2)

他是非常資深的，他做過小兒科主治、副院長(胡方翔)

而且是長庚系統出來的，那次長呢? 看次長是誰督導(衛學 2)

常次現在是許銘能(胡方翔)

但是可能今年就要退休了，這些人我們都不熟，可是你講王司長就比較熟，因為他畢竟也唸過我們公衛碩士班，我覺得說他可能對於實務上的制度還沒有很深刻的印象(衛學 2)

他就等於是我們講的 young V，V2 他就退出臨床了(胡方翔)

所以他們講出來的一些想法，應該跟基層蠻脫節的(衛學 2)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
現在醫勞團體有個問題，因為現在醫勞團體是屬於年輕 NGO，目前為止它還不是一個正式的勞動團體(胡方翔)
你說醫勞盟嗎? (衛學 2)
是，所以基本上在任何政策的商討上他們常沒有被列入，反而像醫改會、醫策會、督保盟都會固定被請去開會，而醫勞盟沒有被固定請去開會(胡方翔)
因為它在內政部上沒有登記為人民團體，是不是? (衛學 2)
有登記為人民團體，可是它沒有做為醫師的正式代表性(胡方翔)
了解，因為那是部分人自發性的成立(衛學 2)
對(胡方翔)
不像醫師公會(衛學 2)
對，公會是一個比較大的，代表性比較足的(胡方翔)
那如果請醫師公會去協商呢? (衛學 2)
目前為止所有的政策都有找醫師公會，可是呈現出來的就是沒有用，因為醫師公會幹部本身當初的成員比較屬於資方的，包括診所的，包括醫院的院長他們會去動員，像一般我們醫師個人不會去動員，所以我們就選不上，所以它是個資方團體，不像勞動團體(胡方翔)
像蘇清泉他是屬於資方，那站在資方的角度當然立場就會衝突(衛學 2)
對，因為現在台灣醫師的勞動權益意識還沒有起來，所以醫師沒有工會，沒有 union，基本上它的公會是沒有辦法代表基層醫師(胡方翔)
所以我是贊成醫師有自己的勞動團體，但是這個對談的窗口要有合法性、代表性，公會是有合法性，可是沒有代表性，怎麼說呢?人民團體它是符合了、合法了，可是沒有代表性，談出來的東西其他的醫師可以不承認卻被迫接受(衛學 2)
所以目前為止也是這個困境(胡方翔)
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
我是覺得不需要在健保法裡面規範(衛學 2)

所以放在評鑑也無所謂的意思，因為現在評鑑的確有人力條款，而且是專章(胡方翔)

因為健保法規範應該是特約機構有沒有提供服務，然後你提供服務是怎麼樣付錢(衛學 2)

可是這樣子的話，變成服務的人的勞動條件不好它都不管嗎?這樣聽起來好像也是怪怪的，譬如說假設我是 apple 公司，我要叫你供應我 apple 手機，就像鴻海，鴻海它在血汗那時候有人在跳樓，可是後來 apple 還是有對它說重話，所以基本上因為我是金主沒有錯，可是我不想要我的產品是血汗換來的，所以如

果健保提供的醫療是屬於醫院血汗造成的，我覺得這也是健保應該要管的地方吧(胡方翔)

我也贊成，可是也許修法的時候要保留若干原則性的確保勞動條文在那邊(衛學 2)

就是制高點的條文，或者是說其實它只要加一句話，是不是可以用我們健保法裡面加一條，提供醫療的特約醫院不可以有違反勞動法的情形，這樣應該就可以了(胡方翔)

可以的，就是因為法久久才修一次，不必寫得太細，可以將有關於勞動條件的部份，或者是規定以勞動基準法為准，當然也可以講說有關於提供本法特約服務的機構，人力配置另有規定，或者是訂個特管辦法等(衛學 2)

對，這叫授權，空白授權(胡方翔)

用一個規範在那邊，最後就說不週全之處概以勞動基準法為准，這樣的話就可以訂一個特別辦法(衛學 2)

老師講的就是法制上可以操作的方向(胡方翔)

就留一條叫做母法授權，概括性的宣示就可以了(衛學 2)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異

今天剛剛發生的事情，住院醫師跟主治醫師已經被他硬生生切成二半了(胡方翔)

我覺得是不合理啦(衛學 2)

16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

早就沒有住院醫師，這個可能是有好多因素，一個住院醫師要有好的訓練，像你講說一個科至少要有二個資深指導醫師可以訓練指導，那這樣子一定會排除掉小型的醫院，而且小型醫院可能也不想要有住院醫師進來，因為 NP 成本省，醫院可能也早就不想要 R 了，所以一個不要你來，那他也不要去，中型醫院就比較難講了，有些大科有住院醫師是比較好，尤其是像外科系，如果能夠有住院醫師協助會減輕一些 loading，有些事情應該是專科護理師不可以做的，像侵入性的幾乎都不可行，尤其是開刀這些東西(衛學 2)

都不行了，現在包括侵入性的植管、插管都不行，因為它現在有一個專科護理師職業範圍辦法，去年九月已經公佈了(胡方翔)

那侵入性都要醫師做了嗎? (衛學 2)

可以在醫師監督的範圍內執行某些侵入性較低，但它用正面表列的方式，但是表列如果沒列的等於是已經被排除，所以沒列的就不行做了，所以侵入性的幾乎都排除了(胡方翔)

所以三管都不行嗎? (衛學 2)
可拔，它現在規定可拔不可放，可以 remove，但不可以 insert(胡方翔)
所以 remove 比較容易，只是拉出來(衛學 2)
對，它現在 remove 都已經寫在裡面了，但是插管的部份幾乎都沒寫，所以表示正面表列裡面就沒有，就變成說很多東西沒住院醫師都轉到主治醫師身上，所以我們自己的感覺是不管是值班的 loading 或是醫療的品質其實是不好的，可是目前為止也沒辦法(胡方翔)
那我們一年有 1300-1400 位的住院醫師，都跑那裡去了? (衛學 2)
大多都跑到醫學中心，但醫學中心又因為科別差異，所以就是剛才老師講的，五大科又累醫糾又多，有些比較輕鬆的科別的確都可以招滿，而且還有人當 R 負，就是我已經 PGY 做完了，我進去以後你沒有辦法幫我報，因為你已經沒有容額了，所以我願意等從 R 負開始，負一、負二都有可能，待了二年以後才從 R1 開始起報，還真的有，所以五官科人力已經是過多，多到已經不行了，可是 R 就是想要等，等一年、等二年，就是要等你這一科(胡方翔)
那也是夠優秀所以醫院說好哇(衛學 2)
你也願意我也願意(胡方翔)
他當時錄取可能是屬於後補一、後補二，但他也願意進來等(衛學 2)
所以現在變成說分配不均，大科還是嚴重的不足，招不到人，可是目前為止好像衛福部也不管，衛福部知道有 R 負一、R 負二這種事情，可是它管不到，它說這是市場機制，不能強制，所以我覺得這也很難管，大概衛福部今年開始招公費醫，是想做一些分配(胡方翔)
承擔值班的看法，因為現在實務上已經有很多醫院都是由主治醫師擔任值班，這個部份我是覺得可以順勢推 Hopitalist(衛學 2)
但是對主治醫師也有可能有個負作用，就是他年紀大了又熬夜過勞，以後他會提前退出職場，這樣的話以整個制高點來看，職場的職涯縮短對整個衛生人力的供應是不利的,可是這點就沒有人去考量應該要一個認真的處理呢? (胡方翔)
真的，但是如果不是主治醫師擔任值班的話，又沒有住院醫師，那你們要有其他補充人力(衛學 2).
所以現在目前是只有 NP，真的是沒辦法，所以我說這真的是一個困境(胡方翔)
所以常常主治醫師在嘆說，你們這一代是主治醫師開始值班的這一代(衛學 2)
沒錯，我們以前想說我們當主治醫師可以少值班，結果沒想到上來以後沒 R 就開始主治值班了，而且將來那些住院醫師出來以後也是一樣，我們現在進來的新進醫師，因為已經訓練完了，就可掛名主治，可是他值的班跟他是住院醫師值的沒有差別，他也是一樣每月排六班大夜，因為新的主治醫師如果不這樣值就進不來(胡方翔)
現在條件就是這樣子? (衛學 2)
對，所以他們已經跟以前 R 一樣的值班數了(胡方翔)
所以看法是無奈但是不得不接受，那就是要設法看有什麼比較有效率的方式來

減少主治醫師的心力負擔，心跟力的負擔，不要心力交瘁(衛學 2)
所以這也是一個應該注意的方向(胡方翔)
我是覺得現在數位化的東西，雖然沒有人性，但它真的是可以彌補我們疏忽的地方，舉例來講，譬如說點滴，現在點滴如果快沒了都是叫病人自己呼叫，那能不能有一個什麼小機制，就是一個小小監測警報器出來就可以了(衛學 2)
沒錯，其實真的是可以利用科技，我是覺得醫療還要再全面檢討的話，應該是各個領域的見意都要廣納，才有機會(胡方翔)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異
18. 醫師公會是否有協商權
19. 醫師籌組工會之看法
20. 醫師參加勞資會議
21. 醫師如何協商勞動條件
22. 醫師勞資協商的代表產生
23. 醫師勞動爭議或罷工之看法
24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話
27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況
29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

老師有注意到最近英國住院醫師在罷工，他們叫做 junior doctor 或者叫做初級醫師或資淺的醫師在罷工(胡方翔)
我不清楚(衛學 2)
這表示英國即使是一個勞動進步的國家，但它還是有可能罷工，而且英國是標準公醫制，英國的 junior doctor 他的雇主是政府，就是公務員，所以他們現在抗爭的是他們的政府、首相跟衛福部長，目前為止今年已經罷工第五次了，因為他們一直簽不下新團體協約，就是工作條件的協約簽不下來(胡方翔)
是薪資嗎? (衛學 2)
是薪資跟工作條件，包括薪資、休假跟工時(胡方翔)
所以他們是有個 union 嗎? (衛學 2)
有 union，他們的 union 叫做 medical association，叫做醫師協會(胡方翔)
不是 labor union(衛學 2)
它不叫 labor union，但它是有勞動權益的協會(胡方翔)
這樣講的話，我們台灣醫師好像都有參加 association，只是公會偏資方(衛學 2)
它不適用勞動法，因為台灣的 association 是適用人民團體去，不適用勞動法(胡方翔)

那不能用罷工的方式抗爭(衛學 2)
不行，目前為止不行(胡方翔)

---

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法
36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 13(衛政 2)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

主治週工時大概目前在 60 小時左右，甚至 hospitalist 的平均可以到 40 幾 50，所以主治醫師其實沒這個問題，我覺得醫師加入勞基法，官方的考量是不是還是在醫院經營的問題?因為如果以主治醫師的時間來算應該是沒問題(胡方翔)

主要是住院醫師有人力缺口(衛政 2)

2. 醫師的值班狀況

我們地區醫院早就沒有住院醫師，由主治醫師下來值班，一個月大概值差不多二班，一個月一兩班而已，這樣算起來的話，我們只有連續工時過長的問題，但是沒有總工時過長的問題，主治總工時其實比住院醫師低 (胡方翔)

連續工時過長，主治是責任制，不好強制規定(衛政 2)

那就只剩醫學中心的住院醫師工時有問題，醫中的主治很多(胡方翔)

醫中的主治老化也很嚴重，還有教學什麼的，恐怕也有問題(衛政 2)

說穿了，就是值班問題(胡方翔)

所以我們在推 hospitalist(衛政 2)

3. 醫師的工作條件

4. 醫師過勞與病人安全的關係

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

現行健保內對於住院醫師納入或者是外科醫師納入以後，很明顯的有問題，一些像 radical 的刀會開十幾個小時的，若我們事前知道的話，會先安排二組人力，並且重疊工時交班換手，但派二組人的話就立刻跟健保的給付衝突到，一個手術只有一個診療處置費，要怎麼解決二組人的問題，那你說二組人一個人切一半診療處置費，這不合理的，我們的處置費早已過低，且 20 多年未調整點值，還是總額制浮動點值，所以健保法的給付方式一定要針對勞基法工時制調整成按照時間計算，如果是以 12 小時交班制的話，至少給付要有二塊，一塊給前班，一塊給後班，如果是以 8 小時的話，就要有三塊，就看部裡的規定是要走 12 小時還是 8 小時制(胡方翔)

可是健保是論量論件計酬的，為何要做 share(衛政 2)

不是這樣子，你看有些刀只開一二個小時，所以他也是拿一個診療處置費，但它只要一組人；大刀時間太長，受勞基法限制，必須要兩組人，但健保只有一個處置費，就只能 share；我的意思是說為什麼現在健保法大家普遍不滿意的原因，是因為它以前就沒考量到人力成本，現在我講的是一些大刀本來就應該二組人要開，目前都只有一組人來開的話，他就會說我不要選擇勞基法 42 條，因為我現在就是撐到底然後把這個診療費賺到，就容易有過勞了，所以我覺得這應該是從健保法那邊修，12 小時到了就切出另外一份診療費，但是不可以同

一組人去拿二份，這樣就可以強迫他們在適當時機要休息，所以我才建議健保在診療費這邊要考量到時間因子，因為勞基法是論工時的(胡方翔)
就是如果時間花得越長應該要給他越多(衛政 2)
就是 12 小時制的話就應有二個診療費，不可以一組一次超過 12 小時再加班，它這樣子本身就不會違反勞基法了，如果是同一組人、同一筆申請二次的話就不給付，一定是二組人來申請不同的診療費在 12 小時以上的話，那我覺得就合理了，這樣不就管制好了嗎，所以我的建議是應該要納入時間因子，這可以考量一下，因為現在健保法包括查房費也是只有一天一份，如果我們分成二班人查的話，事實上目前醫院的績效計算就是把它切成二塊，一人各拿一半(胡方翔)
成了日訪費對分(衛政 2)
我們一天的診療費，譬如說主治責任制只有一次給付，，如果像是 hospitalist 至少切成二班，就有兩倍人力，所以這就是醫院之所以成本高的原因，hospitalist 目前靠額外補助都還賠本，是因為健保只有一份查房費，不可能有第二份，所以這就是沒考量到時間因子，健保法本來就不考量時間因子，它是論次、論件的，不是論工作時間的，可是勞基法是算時間的，所以這一點本質上應該是要做調整的才對 (胡方翔)
所以查房費應該要不只要給一日一次(衛政 2)
對呀，我覺得按照時間應該要給二次，如果今天我們不要求這個人上班超過 12 小時的話，事實上 12 小時以後應該是要有第二份查房費，不是嗎? (胡方翔)
所以等於是 24 小時算二份(衛政 2)
對，因為現在查房費已經偏低了，如果再把它切成二半就更不合理了，所以應該增編為 12 小時給付一次，如果這個醫院真的是 12 小時制班的話，它到第二班還可以申請一次(胡方翔)
這應該可以爭取(衛政 2)
對，這樣我覺得爭議就會少一點(胡方翔)
這樣看起來醫界也不是很團結，人家護理費都這麼努力在爭取，爭取 40 億，然後有 20 億(衛政 2)
可是護理本來就三班制，所以護理比較好爭取是因為過去三班制，那我們醫師過去都責任制，所以從頭到尾都是一個人撐到底，以前就這樣子的(胡方翔)
所以當醫師跟護理人員有這樣子排班的時候，這個查房費分別計算就應該要納入(衛政 2)
因為我們現在要納入勞基法，應該要以時間為單位，不然這整個體系就亂掉了，因為勞基法是按照時間，結果查房費不是按照時間，是按照一次或者是按照一日，因為它現在是一日算一次，所以我覺得這是一個基本上很需要更動的地方(胡方翔)
這樣品質也會增加，品質會比較好(衛政 2)
會的，因為現在普遍做 hospitalist 的醫院都說成本不符，就是給付上一個致命

的事實在，將來萬一沒另外補貼，就會崩盤(胡方翔)
所以勞基法影響最多的應該就是查房費與病房費，也是跟內科醫師住院病房值班比較有相關的，所以這樣看起來 DRG 應該不太能推，DRG 更沒有時間觀念了，它不但論件而且還論人(衛政 2)
所以 DRG 很難推，不過 DRG 我覺得跟健保的名字是相符的，因為 DRG 是人的健康或診斷碼為單位，但我覺得不符合人性，可能還是會有人球，但以健康為單位的話是符合我們現在是叫健保不是叫醫保，現在我們幾乎是把健保變成醫保，所以問題出在這裡，如果我們現在是要做真正健保的話，應該把健保做更大的配套才來做 DRG，DRG 也可以計算時間成本，但要完全重新算，現在的計算基準太低了，如果沒有把健保做更大配套直接就做 DRG，因為現在本質就是醫保純治療，在醫保下做 DRG 就會死，如果當初是大健保的話就比較有可能，就是做 capitation 也有可能，它會整個做考量 (胡方翔)
但現在還有一個問題，就是我們現在人力不足的時候，醫師會跨區去做報備支援，跨區做支援的醫師問題很大，譬如說我是苗栗農業縣，我知道他們下個月要農忙，所以農忙之後會非常頻繁的去看骨科、神經科，因為他已經過勞了，可是支援的醫師絕對不會做事前的預防衛教，只有在地醫師才會知道這種事情，所以應該人力的部份要增加在地化，另外就是對在地醫師要怎麼照顧，我覺得這是目前很大的問題，我們經常是醫師不夠就到處去找人來支援，但支援醫師就把門診看一看，然後就跑了，事實上他也沒衛教，這樣怎麼做 DRG，DRG 就是要幫忙病人衛教，才能增進健康減少使用醫療資源，可是目前體制就不太可能，永遠都是以醫療為主，就是衝門診量，就這樣子而已，所以我覺得對我們整個醫療體系支出的部份一直都沒有進步(胡方翔)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分
8. 對於納入勞基法看法

部長原說 109 年住院醫師先，又改全體受雇醫師，然後大家都已開始加碼了，時代力量說今年 12 月 31 日開始，然後親民黨說 107 年 1 月 31 日，民進黨說到底怎麼樣還不清楚，大概要 107 年底，最後黨團談不下來就說，那新的政府 520 之後的那週來報告，這三個單位都要來報告，一個是勞動部，一個是教育部，醫學系的學生，還有衛福部，衛福部就講人力問題(衛政 2)

在法律上，其實沒有住院醫師這個名詞，住院醫師不是法律名詞，主治醫師也不是法律名詞，所以如果今天要公告一個法，說住院醫師納入勞基法的話，將來在法律的法條上要重新定義什麼叫住院醫師，但是不管怎麼定義住院醫師，住院醫師還是一個過渡，所以其實在邏輯上好像不太通，因為住院醫師如果進了勞基法一但升上主治後就要退出，那不是很奇怪嗎?我認為回歸法律上的話，應該是以勞雇關係為出發點，就是受雇醫師，至於大家說加碼，我覺得時間上好像不是問題，因為現況納入應該是沒大問題(胡方翔)

現在其實有醫師反對，主要是外科系的(衛政 2)

我知道外科系可能比較會有延長工時的問題，可是總工時沒有大問題(胡方翔)

因為如果說把他在醫院裡面研究教學都算進來的時候，他的總工時可能是很長的，而且大家又不明確說這個尺要訂在週 88 還是 78 還是 68，因為林淑芬與林靜儀不要 84-1，所以他們現在講的其實是 42 條，所以這個對於外科系的醫師來說我要開刀你又不讓我開，那他就會覺得說我們剝奪他的工作權，所以現在反對的據我所知不少都是外科系的醫生(衛政 2)

我知道，所以內科系其實基本上沒有反對聲音(胡方翔)

內科系的話好像比較少聽到這個聲音，內科系反對的當然可能是老師、師長類，他們會覺得說還要打卡，他們不太能接受"勞工"，然後要去打卡計算工時這類的事情，所以這件事情我們沒有明講(衛政 2)

可基本上打卡的現象已經存在了，像門診打卡都已經存在了，因為醫院也要管制醫師的遲到早退，所以門診打卡已經存在了，打卡根本沒問題，大老心態調適有問題，年輕醫師都接受(胡方翔)

對，因為門診電腦一開的時候就是已經打卡了(衛政 2)

等於已經打卡了，如果計算工時的問題，反而是要定義工時要不要納入你講的教學、研究、待命、morning meeting，那這個問題就比較複雜，但若回到一個醫學大學的教授好了，大學教授本身的教學跟研究到底有沒有放在工時裡面? 我覺得是稍為可以做一個定義，如果是在院內的或者是在學校可以計時的，又有打卡，應該是還可以計算的，但其他時間可能就要再釐清了，而且他們時間很多是重複的，譬如說他上班時間內，也許可以宣告說我等下十點要教學查房，所以他上班時間跟教學時間是重疊在一起的，並沒有占用他額外的加班時間，所以其實以打卡為準，總時數我還是覺得不會超過，反而是為什麼會主張 42 條呢? 因為 84-1 是主流，為什麼會變成主張是 42? 這個我覺得好像是少數人吧?應該不是主流，他們不贊成的理由是什麼? (胡方翔)
因為現在勞動部也把 84-1 當即將關門，就不贊成 84-1 讓醫師過，他們認為 84-1 是血汗責任制，我們認為除非我們的醫療部份是 84-1 為前提底下，我們來納入勞基法，我覺得這個就比較 OK，不然如果不是 84-1，大家在講 42 條，好像我覺得這會衍伸很多困難(衛政 2)
是有可能，應該是分階段，因為一開始納入 84-1，我們可以把 42 納入下階段，其實 84-1 被雇主濫用已經算蠻明顯的，依世界各國潮流上，主張把 84-1 整個廢除掉的也有，所以 84-1 將來在我們的修立法過程中也可能會不見，既然會不見的話，那 84-1 就等於會落日，可以先當做醫師的敲門磚，護理 87 年也是以 84-1 入法來過渡，所以一開始醫師先納入 84-1，但是我們可以有但書說將來朝

向 42 就可以了，因為我覺得 84-1 進入比較沒困難，符合工時調查現況有彈性，現在要直接跳到 42，我看這個困難就大了，應該是 84-1 朝向 42 ，我覺得這樣的講法是符合世界潮流的(胡方翔)

所以因應醫師納入勞基法，年底若調整健保給付，我們不管醫院裡面的人力供給，可能嗎(衛政 2)

醫院治理部份還是要加強，因為目前醫院畢竟還是健保的特約機構，所以今天不管你們再灑多少錢下來，還是沒有保障到基層人員，幾乎都沒有辦法，因為醫院可以任意的調整，只要醫院給付醫師高於勞基法，勞基法只是地板，它只要高於勞基法它就不違法，現在最明顯的是，醫師主要拿的是績效制，它原來跟你講說你的績效制是給付額的 10%好了，其他是他的經營管理費用，問題是它降成 5%可不可以?可以的，降成 5%還是高於勞基法，所以我覺得醫師進入勞基法後，醫院經營管理是內部調整，衛福部也管不著，醫師被減薪資是很有可能的，因為不違反勞基法的情況下，法律的精神都沒有改變，然後醫師對於所謂的調整事項，根本醫師就沒有爭議權，爭議權發動主要有分勞動調整事項跟個人權益事項，如果針對的是醫師的績效制度下降，譬如說 10%調降成 5%，這個是調整事項，理論上在有工會的地方，工會立刻就起來罷工了，醫師短期內是難有強力工會(胡方翔)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法

有關評鑑的看法呢(胡方翔)

林部長有說要簡化，現在有個改革小組，上回有討論一下(衛政 2)

評鑑有放進勞基法條款嗎?先試評嗎? 如果沒有的話，醫院能在 106、107 年就做到勞基法要求嗎?所以評鑑試評要先放進勞基法嗎? (胡方翔)

是說評鑑裡面把勞基法的條文放進去，然後用評鑑來操作壓力測試(衛政 2)

來讓他們自己試跑看看，不然它不知缺什麼要改善什麼怎麼納入，我現在覺得懷疑，因為現在所有的醫院都沒操作過，如果沒操作過至少有個平台讓他操作看看，現在試評是過去新制度都有的作法，試評沒處罰效果，是讓大家瞭解狀況，為何不趕快做(胡方翔)

你是說是 88 工時住院醫師嗎?已經試評過，今年是正式評；還是全部的醫師都要(衛政 2)

這就要看政策了，教學評鑑才有住院醫師，醫院評鑑就是針對全部的醫師，政策如果是要全部的醫師納入，有分不同的條件，主要是建議勞基法的條文要逐條落實在評鑑，不只工時(胡方翔)

不同的科別(衛政 2)

不同的科別、不同的工時條件，但我覺得如果勞基法是既定政策的話，一定還要有一個操兵的平台，那不放在評鑑要放在那裡?直接放勞檢嗎?不可能的，勞檢也沒有所謂試評這種事情，勞檢一旦不過就直接開行政罰了(胡方翔)

那樣其實評鑑很慢耶，我覺得直接修醫療法，先把勞動專章納入(衛政 2)

可是修醫療法以後還是沒辦法直接操兵，因為那個專章是法源，而評鑑才是辦法，專章母法授權評鑑，評鑑的辦法裡放入勞動保障，是基於醫療法修改以後的法源，所以完全在法律上是 OK 的，意思就是若修醫療法以後還是要訂一個施行細則或實施辦法，那現在施行細則要另外訂，還是把它放在評鑑的辦法裡面，不知道衛福部要怎麼操作? (胡方翔)
我覺得評鑑比較難，目前住院醫師的條文是在教學醫院，所以如果全體醫師都要放進去，不能放在教學醫院評要放在醫院評鑑，可是我們現在醫院評鑑已經是要簡化，所以我們的想法是未來醫院評鑑是只有 PMI，就是 tracer，就是不看任何書面資料，就可能調雲端病歷，我可能用健保資料庫去查一下這個病歷，我就請醫院說明，就是從這個當中我就可以知道你的基準到底那幾道有做到，那幾道沒有做到，然後其他人力的部份就直接監測指標了(衛政 2)
其他勞基法保障要讓勞動部管，衛福部只管人力專章(胡方翔)
這個要辦理座談會跟醫療機構再溝通，所以阻擋醫院員工爭取勞動法好像都沒什麼用，應該是怎麼樣強化(衛政 2)

所以才會想要不要在評鑑的時候放入試評，如果有放入試評醫院自然就會做了，因為試評沒有任何特別的法律效果，試評如果做不到，只是跟你提醒說做不到，或者說也可以把你做不到的情形反應給主管機關瞭解(胡方翔)

或是說主管重視了，重視試評情況了(衛政 2)

對，所以我覺得試評是 OK 的，至於未來會不會變成正式條文大家還可以再討論，可是試評我覺得應該要先做，你不做試評醫院絕對不會在乎這些事情(胡方翔)

其實也可以(衛政 2)

因為試評只是一個指導的方式而已，我覺得未來勞基法行政指導也很難跳脫，如果沒有給它這個指導，最後還是要用別的方法給它指導，不然就是靠衛生局多多來督導也是可以，但衛生局的人懂不懂勞基法就不敢跟你保證，而且因為他們地方私下關係的問題，其實搞不好問題還蠻複雜的(胡方翔)

有一個辦法就是我們要放在醫院評鑑，但是醫療法有一個醫療人力專章之後，我就弄了一個專章查核，就是醫療法已給授權，醫療法的專章勞動條件與福利的查核，這個查核就列為醫院評鑑的一個門檻，就像我們已給醫療能力我們中度級跟重度級的門檻，你要過了這個門檻你才能夠來評醫院評鑑的，譬如說區域級必須要達到福利的 A 還是福利的 B，那醫中也是一樣，你現在達到福利 A，這個查核通過了，你才能夠醫院評鑑，可以用這種方式跟評鑑掛勾(衛政 2)

可以的，主要是要有一個查核機制，沒有一個機制，變成空的條文沒有什麼用(胡方翔)

對呀(衛政 2)

另外還有就是評鑑現在是不是跟健保給付也是掛勾的，目前為止是這樣子，所以又卡到健保法源頭要改，如果不改的話最後成本還是會壓到基層的醫師身上跟基層人員身上(胡方翔)

所以我們現在想要訂的一個方向就是說跟人力有關的一個條文，直接跟健保給付掛勾(衛政 2)

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

我們在跟勞動部討論是說，要同時先修醫療法，就是有點像船員法那樣子，船員法就是為了避免有一天 84-1 不見了，或者是為了避免有一些醫師不適用勞基法，所以我們要有一致性的規定，所以同時要處理醫療法或醫師法裡面要有所謂的勞動條件與福利，有一個專章或者是一個條文(衛政 2)

我覺得專章可能比較好規劃，譬如說 4-1 章，可以在 4-1 章列個幾條，將來要修就直接修那個專章就比較容易了(胡方翔)

那是醫療法裡面同時有的，然後同時適用勞基法，這樣子比較好(衛政 2)

我覺得這樣子體例上是比較 OK，但是我覺得醫療法可能還修一個東西，就是醫院治理，我覺得醫院治理是一個大問題，公立的衛福部自己管，私立的有財團法人、社團法人與私人醫院，像財團法人醫院是公共財，現在其實都家族化和集團化，目前跟健保的機構特約也是醫院，所以其實今天再怎麼規定，執行端仍在醫院，最後就算健保給付增加也不會到基層上，就像現在目前護理的狀況一樣，所我覺得既然要修醫療法就一次把這部分修好一點(胡方翔)

指法人治理還是(衛政 2)

對，法人治理，財團法人治理的問題應該要一併修，因為現在財團變大集團，這治理問題很棘手 (胡方翔)

是應該全部都放進去修，不然教育部現在教育法人像中國醫大，高醫大跟北醫大都管不著(衛政 2)

是沒錯，所以我才說這邊應該修，不過我覺得我們只負責醫療，所以先修醫療法的話，就應該把醫院治理放進去(胡方翔)

那內容要放什麼? (衛政 2)

內容主要就是去年底立委提的修醫療法，像財團法人不能是萬年董事長而是連任一次，醫院盈餘要優先改善基層醫護待遇等；但財報公開這部份就蠻有爭議的，如果財報有盈餘，醫院同時又不符合勞基法，這個要怎麼處置，還有法人家族化，其實理論上是講說員工可以變成有員工董事，醫改會曾建議過，但我不知道醫改會的具體方案是什麼，不過如果員工可以參與治理的話，這個比較符合企業民主以及所謂勞動法的精神，勞動法精神本來就是勞資和諧合作，雙方要有一個對口，現在就是沒有機制(胡方翔)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異
12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部

就是現在用評鑑去勞動考核就不行，如果將來是衛生局去考核，還是什麼稽核，總是要有個執行單位吧，現在執行單位好像出現困難了(胡方翔)

執行單位? 誰? (衛政 2)

只能衛生督考，我剛才講過如果不放入評鑑，只能放在衛生督考，因為人力配置畢竟還是屬於衛福部的權責範圍內(胡方翔)

衛生督考如果有一個執法，授權執法就是勞政跟衛政會同就去了(衛政 2)

可是現在問題差在發動權，如果今天是屬於衛福部自己發動跟勞動部來發動，我覺得是有差異，因為主動不一樣，如果將來要等勞動部發動的話，以後所有的申訴都在勞動部，如果說發動是在衛福部，那衛福部自己受理，自己就可以發動，所以這是有差異的，要有法源(胡方翔)

所以發動權最好在勞動部(衛政 2)

如果是勞檢權要中央統一的話最好就是在勞動部，所以法律依據與權責劃分可能還是要稍為再了解一下(胡方翔)

如果是放在我們這邊醫療法，就變成是我們要發動 (衛政 2)

如果說放在醫療法，若不是在評鑑單位，就一定會跑到衛生局去，一定是這樣子，因為地方執行單位就是衛生局，但源頭發動的還是由中央發動，衛生局只是協同單位，我覺得這樣可能會比較好，所以組織必須因應可能將來會有一個叫做衛福部的有關安全衛生人力察查的專組，還是科怎麼樣不知道，我覺得組織上應該要調整，不然的話這是很大的一件事情，突然醫師納入勞基法是一件很大的事情，所以不可能用原來的人力去做，所以組織上可能要調整一下，可能會有一組人員是專門做這個東西的，不然就要丟給勞動部，我覺得既然修的是醫療法，醫療法修了以後就是以特別法來配合勞基法，這樣的話發動權應該就是在衛福部，衛福部裡面就應該有個執行小組，沒有執行小組，中央是不能發動的(胡方翔)

這樣干脆不要用好了，讓勞動部去用好了，用勞動法專章算了，難怪勞動部一直叫我們去修醫療法(衛政 2)

勞動部就是不想管醫師，所以很麻煩，這些問題我反反覆覆想過了，所以我才說可不可以像國外給醫師團體有個協商權，讓他們自己去團體協商，只要有這個權利以後，大家就會去注意這個權利的行使，今天就是沒有這個權利，大家沒有辦法去行使這個權利，以後自己注意這個權利行使之後，就會達到自己權利專業自主就可以了(胡方翔)

如果醫師團體有這個協商權的話，還需要修醫療法嗎? (衛政 2)

醫療法可能就只要籠統帶過就好了，就是要符合勞基法的精神，或者是符合什麼勞動人權精神，醫師團體適用集體勞動三權就可以了，就不用修得那麼細了(胡方翔)

就只要能夠協商去 cover 沒有納入勞基法的部份(衛政 2)

所以醫療法就不用修的那麼多條，或者那麼細緻，或者就不用專章了，只要有一條就好了(胡方翔)
宣示性的(衛政 2)
是(胡方翔)
那這樣對醫院治理要怎麼寫? (衛政 2)
醫院治理跟工會協商權可放在一起，讓醫院有協商義務即可(胡方翔)
如果在法律上給醫師公會協商權呢? (衛政 2)
國外也有的，那也是放在醫療法(胡方翔)
可是我不曉得要怎麼用(衛政 2)
可以問你們的法務專家，應該是可以的，因為國際上已經有在做了，所以你可以去查英國的 BMA，或者是美國的 AMA，他們的公會都是可以協商的 (胡方翔)

13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通

14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷

健保給付應該要有勞動法的精神，我覺得這樣子比較講得過去，我之前有個論述就是，當年 84 年開始實施健保法時，其實那時勞動法都還沒有修過，健保法沒有考量勞動成本，護理適用勞動法是從 87 年才開始的，這幾年多次修正但健保都沒有因應，所以健保法本身就是一個比較落伍的法律，竟然沒有勞動人權觀念，因為任何一個法律牽涉到服務人員的勞動保障變更，勞動成本一定增加，結果健保法完全沒有因應條文，當初我的主張是健保法裡面應該至少要有人力專章(胡方翔)
健保人力專章嗎? (衛政 2)
對的，今天是一個國家的公共供給，結果不考量公共供給品質的裡面人力有沒有血汗，我覺得這是一個有問題的地方，公共供給的話應該要主動符合基本的人力要求，意思就是我今天供應的東西是廉價沒有關係，可是這廉價東西裡面不可以是童工、不可以是血汗工作的，如果現在是童工跟血汗供應的，那這個廉價是假的，目前為止健保呈現的現象就是這樣子，因為它本身的法律比較老舊，當初沒有醫護勞動團體參與，所以它完全沒有任何一條可以因應勞動法的修正，其實醫院喊苦的另外一個原因就是，所有的勞動成本都在自己身上，因為健保的給付永遠都是論次論量，它完全沒有辦法因應勞動法規的更新，所以在這次加入勞基法的話，應該更有理由講說健保法要符合勞動法，這是勞動人權的精神，應該要往勞動人權的精神去修正，所以健保就要有人力專章，沒有人力專章給付怎麼能有掛勾(胡方翔)
這個人力專章真的是可考慮，因為現在我覺得不符合比例原則，就是說今天護病比全部都要放在醫院評鑑的其中一條，這個必要條文沒過的話，就從醫學中心譬如說台大只要這條沒過，護病比沒過就變成地區醫院了，可是我們去看班表，這都是造假的，而且為了這一條護理的老師要花一天半的時間去修那個班表，我是覺得這樣不太對，而且這樣過了可能只有那一天過，就是因為這一條

決定它是不是醫學中心，我覺得不成比例，應該是說護病比的這個條文決定健保給你多少的護理費或病房費的錢，所以應該直接跟人力掛勾，這也是日本的做法，所以人力的部份直接跟健保給付連動(衛政 2)

15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

因為現在住院醫師人力不足的情況，要求主治醫師值班，可跟專助搭配，但專科護理師有一個業務執行辦法，裡面有說可以有侵入性的移除，但是不可以有侵入性的置入，這樣等於主治醫師還是承擔第一線的勞力工作，所以如果用專科護理師來做代替人力，我覺得這個制度不切實際，請問要怎樣處理這樣的問題? (胡方翔)

不切實際? 所以你覺得專護並沒有真的幫到醫生(衛政 2)

他們其實就是幫忙寫病歷、開醫囑，他們現在不能夠插管，因為在新的辦法裡面已經把它廢除了，它是用正面列舉的方式，裡面幾乎很少置入性動作，多半只有拔除(胡方翔)

真的嗎? (衛政 2)

那個辦法是邱律師那時候訂的，去年就訂了(胡方翔)

對，可是我記得範圍變大(衛政 2)

範圍變大，但是幾乎沒有侵入性置入，三管只有 NG 置入，沒有 Foley，沒有 CVP，沒有 Endo(胡方翔)

都不行嗎?那只是沒有致命的，不是說沒有醫師指示下不可以做(衛政 2)

指示之下只有移除沒有置入，你再仔細看，我是看過了沒有置入，你可以再查查看(胡方翔)

本來可以的? (衛政 2)

本來沒有規定的時候，大家都是在做，它一旦正面表列後，變成沒有在這個範圍內的就不能做了 (胡方翔)

那能做什麼? (衛政 2)

他可以移除，可以拔管，拔 foley、拔 NG、拔 IV 都可以拔(胡方翔)

本來 nurse 就可以拔了，不需要 NP 不是嗎? (衛政 2)

所以他的範圍就變成跟護理師一樣的，所以他並沒有真的幫到醫師，這部份我覺得部裡應該要去了解一下，為什麼當初的辦法要這樣訂，訂的很嚴苛，我覺得這樣一訂下去就完全沒有功能了，你們再查看看那個叫做執行業務範圍辦法附表，裡面是不能夠執行侵入性置入的(胡方翔)

你說不能放 Foley、CVP、Endo? (衛政 2)

置入性的 NG、Nelaton 以外都不行，包括 CVP 也不行，還有 Endo 也不行，都不行，好像是血管性的置入就都不行(胡方翔)

可是 IV 本來就可以的(衛政 2)

周邊 IV 可以，但放 CVP 跟 Endo 確定是不行，這變成就有點奇怪了，急救下可不可，其實按照醫療法規定急救下什麼都可以，那以後大家說都可以變成什麼都報急救，變成法律上製造一個漏洞給人家鑽，目前為止我們 NP 只要是在加護病房的，我們都說可以，因為加護病房的比較緊急，什麼都可以，可是在病房的都說不可以，所以變成 NP 分成二個組群，在病房的 NP 就不可以，不可以 CVP、不可以放 Endo，結果在加護病房的什麼都可以，連 A line 都可以放，因為那是緊急醫療所以什麼都可以，我覺得那個辦法訂的很僵硬，可是目前為止就是存在(胡方翔)

如果是他們在討論的時候，就是專科護理師公會然後有一個小組，包含醫師團體跟醫院團體，協商出來的結果(衛政 2)

可是不知道耶，那些團體有沒有代表性，我都質疑(胡方翔)

所以這個到底差這麼遠，好像也蠻害怕去承擔這責任的部份，這樣講的好像真的可以幫我們很多忙，然後 NP 趕不上護理人員(衛政 2)

對，那個辦法訂出來以後，感覺好像 NP 跟護理差不了多少(胡方翔)

所以他們不要再說 burn out，也沒有在做護理(衛政 2)

NP 做的其實基本上還是護理，但他們多了一個記錄病歷跟在醫師指示下開立醫囑、執行拔管，目前為止就是這樣子，就等於是 NP 直接跟醫師，把 NP 當成 R，跟他下醫囑，然後他就幫他寫醫囑紀錄病歷，這部份其實也是灰色地帶，因為如果說醫囑跟病歷是核心醫療(胡方翔)

那不是核心醫療，那只是記錄，記錄任何人都可以記錄(衛政 2)

對，可是直接下醫囑呢?其實沒有辦法每一個醫囑狀況都問醫師，所以 NP 就是跟 R 很類似，非常類似，他們其實就是直接去看病人了，就診斷下醫囑，但最後一定會劃一條斜線然後蓋主治醫師的章，意思就是這是主治醫師的意思，這通常都是事後才通知，其實就是跟 R 差不多，問題是他們的訓練跟 R 是有差異，所以我覺得 NP 的問題將來還是要從補 R 或 PA 這邊來解決，不然的話 NP 不是一個很好的代替人員，不然就直接推 hospitalist(胡方翔)

他們的護理公會也是我們加強的，而且護理人力根本不夠，現在每年培養的護理人力比以前還少，因為他把五專護士都改掉了，所以現在我們也不想跟他們起衝突(衛政 2)

但是現在沒辦法讓那四成不執業的護理人員回來執業，NP 現在做的工作比較像是 PA，只是偏文書又沒什麼侵入性處置，我個人贊成 hospitalist，可問題是 hospitalist 目前制度很亂，因為目前做起來好像每個醫院都有差異，並沒有一個統一的標準，所以每個醫院的成本也不一樣，有的只是把值班做一個改革而已，等於是現在主治醫師已經在值班，我只是利用 hospitalist 制度，一方面有個貼補，一方面有個值班的改革而已 (胡方翔)

我們推 hospitalist 是不是應該要有個明確的制度(衛政 2)

請他們自己專科醫師化(胡方翔)

可是我們能給他們什麼好處，給他大餅，還是健保的給付不一樣(衛政 2)

我覺得健保的給付可以規定每班 hospitalist 診察處置費，但是我覺得以後問題會出在 hospitalist 將來的退場機制，今天如果次專科醫師可以做到 6、70 歲，等於他的職涯可以很長，但你有沒有問 hospitalist 可以值班到幾歲，我在看外國通常都做到 50 幾歲(胡方翔)

那接下來他們做什麼? (衛政 2)

他們就轉去開業看診或者去做別的長照或健檢，他們基本上就沒有留在 hospitalist，因為你 50 幾歲以後還要在值夜班，事實上體力是有問題的，而且有些人在 50 幾歲時已經有慢性病了，有慢性病了還值夜班，恐怕他會更早退出，所以變成 hospitalist 未來應該是專科醫學會去規定他們將來的退場機制是如何，或者是說他們是不是分階段在第幾年之後，他必須要再去次專科做一個看診的訓練，將來可以轉成門診醫師，我是覺得專科醫學會一定要走，不然的話這個制度將來不能持續(胡方翔)

你是說 hospitalist 的專科醫學會嗎? (衛政 2)

對的(胡方翔)

現在台大在弄(衛政 2)

就是請他們趕快弄，不然的話將來的退場機制在那裡?現在第一批 hospitalist 還年輕的，大概也 40 幾歲，可是他再過 10 年呢? 他再過 10 年後原來的專科都已經生疏了，其實他原來應該是有一個次專科沒有錯，如果他不是一開始就走進 hospitalist 的話，他原來有個次專科，那這些人可能還好，只要在次專科再回去訓練一二年，可能就會再熟悉，可是如果將來整個走專門 hospitalist，他的退場機制是有問題的(胡方翔)

那之後應該怎麼接著做?OPD(衛政 2)

所以他以後就是很好的跟家醫科整合(胡方翔)

成了家醫的主力(衛政 2)

對的，因為我們以後也要實施分級醫療，所以我覺得 hospitalist 可能就變成將來基層家醫的人力，說不定將來他應該結合家醫科，我覺得這個是要現在開始想，不然將來沒有退場機制，這些 50 幾歲的 hospitalist 會蠻可憐的(胡方翔)

所以可能醫師納入勞動基準法這個人力配套應該還是要多聘 hospitalist 的人，所以 hospitalist 的人數是不是要增加，現在要訓練成 100 到 200(衛政 2)

其實永遠都不夠，如果以我們自己醫院來講的話，我們醫院現在是主治醫師搭配 NP，但主治醫師其實就是二線，就是 NP 在值班，以前是 R 在值班，現在變成是 NP 在值班，而且醫院也沒有改善的意願，因為他現在把以前住院醫師的值班費分成二塊，他說主治醫師只是掛名所以只分給你一半，主要的還是要分給 NP，所以事實上是沒有制度，我們並不覺得這個制度很好，而且我們現在主治醫師主要也是因為年紀比較大，所以他並沒有辦法真正在值班，這只是個掛名制度而已，等於是 NP 在排夜班，這樣子我覺得是品質變差，所以這問題以後還是要改善(胡方翔)

這種充實代替人力應該是可以納入整合照顧模式，署立醫院可以多聘專責主治

醫師來照顧病人(衛政 2)
你們的專責是指 hospitalist 嗎? (胡方翔)
剛講的 hospitalist 專科化，專科暨職涯發展(衛政 2)
因為主要是職涯的後段會有問題，現在後段都還沒有人去考量到，不過我一想到現在的年紀我就知道將來會出問題(胡方翔)
每年增加 100 到 200 呢?每年增加可以，就不要寫 800 億，我們那時候專科護理師 NP 是代替多少?400 萬，是用一半然後再四成，就是他的工時是一半，然後再加上四成，所以是 1/5，我記得好像是 1/4(衛政 2)
因為專科護理師制度現在已經被小型醫院濫用了，就是強迫他們去排夜班，因為我們現在按照勞基法，上夜班的話我們一個月給他上 11 班，所以 12 小時乘以 11 班就不會超過 144 小時，其他時間就去休假，然後他可以拿到比較高的薪水，所以目前為止還有誘因，但我覺得主要是這個醫療品質比以前差，其實主治醫師白天都在上班了，然後到了晚上要掛名值班第二線，事實上他也沒體力了，就變成專科護理師直接上了，然後還要撐到第二天，說不定還要接早上門診或下午門診，萬一半夜的時候病人狀況多那邊叫來叫去的，覺得還蠻累的，我們醫院有病房跟加護病房，他就規定加護病房的人變成兼 999 急救小組，所以如果住院的病房裡發生緊急插管的話，就直接 999 把加護病房的人召出來，其實這樣子是人力極度壓榨，這樣子是不好的，因為他在加護病房裡面已經有 15 個 critical 的病人了，可是病房裡有一個 999 他又要跑出來支援，所以現在現場的狀況其實很糟糕，部裡應該多下來看一看，那個評鑑絕對不會抓到的，評鑑跟本就沒有用，因為評鑑時將全部的人都召回來不准休假，所以這種情況下看起來人力是合理的，一旦回復正常休假以後，所有人力都是超限使用的，一個人都做二份工的，所以評鑑根本沒有辦法達到真正符合休假的要求，評鑑應該看排休與補休制度，就會看出矛盾(胡方翔)
所以這個值班制度真的很重要，要改一下就是以專科護理師來協助醫師做一些輔助性醫療業務，然後讓醫師更能夠投注核心醫療，另外就是因應護理人力不足，也推動醫療法修法，建立醫師臨床助理制度 (衛政 2)
如果醫療法修法以後，臨床助理是不是又變成有一個執業範圍(胡方翔)
其實現在醫檢師過剩，醫檢師真正的過剩到嚴重失業的地步，因為現在被機器代替了，很多檢驗都被機器 cover 了，其實營養師也過剩，這些人可以訓練成為一個臨床助理嗎?這是可以代替的，反正只是 order 或是協助一些溝通，這是可以代替的(衛政 2)
這是可以代替的工作，但問題是剛才講的值班的部份，以後專科護理師值班應該是一個大問題，以後一定會出狀況，專科護理師目前很多都是被醫師拿來當做 R 來值班用(胡方翔)
值班問題? 如果增加醫師級輔助人力呢?這邊要不要再增加醫學系 1300 名，就是醫學系學生招生名額增加，優先培育公費生(衛政 2)
但是公費生留在五大科的比率實在太低了，所以五大科的問題還是沒辦法解

決，因為五大科的壓力比較大，所以我覺得主要還是不均的問題，人加補進來，不均的問題沒有辦法改善，終究人力還是會流失掉的，所以一直在反覆流失實在很浪費，應該優先專案補助五大科；而且這些公費生訓練完就要升主治醫師，變成主治醫師過剩(胡方翔)

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異

是因為沒有工會，所以我們應該要先賦予公會協商權 (衛政 2)

公會有協商權，這跟勞基法是一套的，法理上是沒辦法不配套的，若沒配套，到最後醫院就把成本轉嫁醫師(胡方翔)

可是我們的公會都不是很重視基層的(衛政 2)

我當然知道偏資方(胡方翔)

診所醫師也都不是基層，我的意思是說他們都是老闆，醫院也是老闆，所以醫院裡面的受雇好像也不少(衛政 2)

主要是說讓公會有協商權並不影響，因為要知道協商對象是誰，今天診所的協商對象是健保署局，健保署非法律雇主是沒辦法協商的，但是醫院就可以協商了，主要是可以幫到那些在醫院的醫師，所以如果有協商權的時候對於受雇醫師才是有保障的，而且一旦有協商權以後大家會主動參與公會的組織改革，因為現在公會幹部大部份都是被開業醫跟醫院大老壟斷，真正基層其實比較少，像一般醫師根本就進不去(胡方翔)

18. 醫師公會是否有協商權

醫師在沒有加入勞基法之前但是還是可以適合所謂的工會法，可以成立工會，但基本上我的想法是就算成立工會也不可能短期成熟，因為現在公會在釋憲 545 認為是公法人，所以查釋憲 545 公會的精神是公法人，它本身就被委託賦予公權力，尤其是醫師法第九條也是這樣子強制入會管制執登的，我認為即使有工會都不太可能太快成熟的情況下，不壯大的工會也過不了協商門檻，也拿不到協商權，可不可以直接建議衛福部在修醫療法或醫師法管理公會的時候，把它納入有協商權，因為納入協商權會很重要，現在 84-1 的議定工時，立刻就要雙方協商，醫師個別無能力談條件，要由醫師團體就是既有公會出面；而且很多國家並不希望醫師這個團體直接走 union 路線，一來影響到醫療專業自主，二來 union 系統將來自然就會衍伸出爭議罷工的問題，可是今天把公會附予協商權的話，就直接可以有一個協商平台，在內部就把問題處理掉了，公會基於專業特性，可以限制公法人罷工或強制仲裁，避免罷工爭議(胡方翔)

你說是釋憲 545 嗎?把公會當成協商平台，所以可有這樣的平台(衛政 2)

對，就可當做一個協商平台，就是直接賦予公法人部份的集體勞動權，我不知道這樣的想法有沒有考量過，因為我們講的勞動三權首先就是團結，可以自由形成團結組織，但目前我們強制只有一個公會存在的時候，這個已經有人要去申請釋憲了，其實醫師法第 9 條有可能是違憲的，因為這違反了國際公約上的結社自由，不能強制只能加入公會，這樣就會變成公會沒有絕對的權力，工會

自然形成，但是公會可以有協商權的話，union 有沒有功能就不太重要，所以我的建議是可不可以先讓公會有協商權(胡方翔)
你指的是醫師公會，讓它有協商權(衛政 2)
對，就是阿公的公會(胡方翔)

19. 醫師籌組工會之看法
20. 醫師參加勞資會議
21. 醫師如何協商勞動條件
22. 醫師勞資協商的代表產生
23. 醫師勞動爭議或罷工之看法
24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款
25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話
27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況
28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

英國跟美國都走協商體系，英國因為是公醫制度，跟健保比較相近，但英國政府是雇主，台灣政府不承認；像美國的話，包括護理協會，他們是協會，是 association，是可以集體協商的，所以他們是以簽團體協約為主的，等於他們回到團體協約 collective bargaining 的機制下，美國幾乎很少罷工，他們根本不需要罷工，因為他們的協會就已經幫醫師把勞動條件談好了，除非談判破裂(胡方翔)
所以你的意思是說如果按照美國話，就是醫師公會跟醫院協會去做團體協商，這是頭一次聽到，他們有時候能自己喬好就很不錯了(衛政 2)
是醫師公會跟醫院去做協商，不過，公會要先修章程明文保障會員勞動權益，這在美國是具工會性質的協會(胡方翔)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形
30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權

問題是要先有協商權，才會進入協商這件事情，不然的話誰理，如果今天不走這條路的話，一旦加入勞基法以後，因為現在的基層不滿意還是很強，所以我覺得 union 一定會興起，如果政府覺得說走 union 這條路也是比較好的話，我也樂觀其成，但是我個人覺得專業團體可能走協會然後有協商權，可能會是比較好的建議，這可以保留專業自主(胡方翔)
協商權部份怎麼討論? (衛政 2)
醫療法或醫師法有授權，再修章程就可以了，因為任何一個公法人只要章程裡面有這一條就可以了(胡方翔)
因為章程是內政部訂的(衛政 2)
沒有，章程是可以自己訂，可以自己修改(胡方翔)
內政部同意核備就好了(衛政 2)

如果修改有協商權的話，以後就取得官方的認可有協商權利，所以就等同現在英國的 medical association，BMA 為什麼它以協商，就是因為它有協商權在它章程裡面，至於要不要賦予它罷工權，只要章程內沒有罷工權它就沒有罷工權了，所以給予公會一部份的勞動權的話，它有一個平台可以操作協商 84-1，就不會走向罷工那條路(胡方翔)

勞動三權是罷工(衛政 2)

三權是團結、協商跟爭議，爭議包括罷工，但爭議不等於罷工，爭議權表示可以任何抗議手段去爭取權益的權利，這三個權其實是國際公約規定的，所以這是具體人權的範圍，現在我們已有公會就是已經賦予某種團結權，要是協商權也賦予，勞動保障可以自己談，至於真的有爭議時會先回歸到協商，政府也必須扮演一定角色，也不一定要走上街頭，不知道部裡可不可考慮這樣子的建議(胡方翔)

如果醫師公會能夠再整合醫界部份(衛政 2)

我覺得有可能，只要有協商權，醫師勞動意識覺醒，就知道必須要積極參與(胡方翔)

在醫師公會有協商權底下就必須要參與(衛政 2)

對，變成醫師公會取得協商權，變成一個主要協商的平台，那就建立一個平台對話機制，而且醫院將來一定走這個平台才能夠跟醫師約定，不然的話醫院跟各別醫師協商會很累，所以國外是走集體協商，不可能跟醫師各別協商，因為今天我們所有的醫師都有加入公會，所以跟國外的系統也類似，美國的醫師沒上街頭，因為他們去醫院做事的時候，會先請他們到地區的協會登記，地區協會就會拿出一份之前協商好的集體合約給他看，他如果簽字以後，他就不用個人再跟醫院談了，如果醫院有沒做到的話，協會就會直接幫他出面了，等於他們的勞動問題就解決了，在專業自主裡面自己就解決了，所以我覺得我們應該可以走這條路，不然要走工會我覺得會非常漫長，沒辦法立刻解決現在 84-1 面臨協商的問題，但如果不得不走的話，那就是我們的制度可能會逼使走向那個方向，因為現在健保的確是一個比較特別的問題(胡方翔)

31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本

32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法

醫療糾紛也是另外一個問題，因為醫糾的國家責任都沒有搞清楚，如果醫界要再承擔醫糾風險，我看是承擔不住，不僅心理面，財務面也不行，健保自始沒有風險成本概念，所以才會廉價，美國高賠償金也高醫療保險，台灣醫糾賠償動輒上千萬，目前為止醫糾法還要推嗎? (胡方翔)

這是好問題，我把醫糾法放在那邊，可是我不知道對不對(衛政 2)

改成什麼(胡方翔)

就沒有了(衛政 2)

因為醫療本身就是有風險，但醫療風險也不是醫師願意的(胡方翔)

強化調處再加所有的都試辦計畫(衛政 2)
全部都試辦計畫，但財源呢?財源還是有問題(胡方翔)
公部門(衛政 2)
財源公部門，那這樣還可以長久(胡方翔)
因為外科跟麻醉科我試辦了一年多，願意來加入的很少，但是因為可能條件太嚴格了，所以我們現在是把它放寬，所以大概試辦了幾年大家願意接受了，再來講吧(衛政 2)
可是婦科那時候不是都接受了嗎?因為他們認為婦科的風險由婦產科來接收，他們也不要(胡方翔)
婦科現在已經是正式了，他們也是試辦三年之後，很快就這樣，根本不用行政院趕就自動產生(衛政 2)
所以大家比較在意的是風險經費的負擔吧，如果說從健保出好像又排擠現在過低的給付，如果由醫事人員自己出這不合理(胡方翔)
那就先試辦一陣子(衛政 2)

33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法

好像將來醫師的人力會變成衛生局的工作，衛生局恐怕也沒有能力，因為衛生局要督考醫院有沒有符合人力配置的話，看起來若不放在評鑑就是要放在衛生局的稽核裡面(胡方翔)
這是個好問題，勞動部跟我們講的船員法，船員法有一個勞動條件及暨福利，它也適用勞基法，那到底他的勞檢是勞動部的人去檢查?還是誰去檢查?他沒講(衛政 2)
按照職業安全法有說到，勞動部應會同衛生主管機關與地方政府聯合來辦理衛生事項，在第三條，我曾經有寫過一篇文章，說到如果醫院要實施安全衛生勞檢的話，是中央勞動部發動可是衛福部與縣市衛生局必須要協同，那個法裡面就寫的很清楚，所以醫院目前的目的事業主管機關還是衛福部，只是勞動主管機關是勞動部，所以勞動部如果發動職業安全檢查的時候，它必須要會同中央與地方衛生主管機關，所以就是會同衛福部與衛生局，只是這條目前為止醫師這邊沒法做，護理這邊其實根本沒人用這一條(胡方翔)
真的哦?所以護理的勞動檢查只有勞動部去檢查嗎? (衛政 2)
對，但是現在台北市有一個叫陪檢人、陪鑑人，所以陪鑑人、陪檢人應該就是依據這個母法而來的，不然這個陪鑑制度法源為何，所以它應該是按照這個職業安全衛生法，叫職安衛法，這個法裡面第三條有說要會同衛生主管機關，只是陪鑑制度尚未普及(胡方翔)
所以他們是要協同衛生局嗎? (衛政 2)
對，理論上是要會同衛福部與衛生局，或者是協同專家委員，衛福部與衛生局可以聘懂醫療勞檢的專家委員，可是通常都沒有，而且衛生局常常是通風報信

者，醫勞組織反對衛福部管勞動，就怕這種事(胡方翔)
唅! (衛政 2)
真的，因為衛生局在地方，其實按照國家的體系來講，勞動檢查權是屬於中央的，當然六都也等同中央有勞檢權，他們當初為什麼要放在中央就是怕地方會勾結，勞動檢查權當然是保護弱勢的，因為地方衛生局的官員跟醫院關係都很好，曾經發生過一件事情，有一個護理人員去衛生局檢舉，結果衛生局來的時候第一個就找那個人來問，然後醫院就知道是誰了，他們私下就已經打好暗號默契，結果那個人果然就被 fire 了，而且是終身不錄用，衛生局從頭到尾沒有跟醫院講，他只要點名問一個人就好了，所以其實勞檢放在衛生單位是絕對不好的，所以應該是勞動部發動以後，然後地方的衛生局協同，按照職業安全衛生法裡面是有這一條，所以應該是要落實職安衛法，另外就是我們在勞動條件普遍不佳的情況下，我覺得可不可以發個函釋讓護理正負時數陋規改善，因為他們現在普遍不發加班費，他們跟你講說我現在是實施彈性工時，所以就給你補休，但事實上現在護理人力不足，所以不能彈休的情況下就買時數，逾期不賣還歸零，這個制度大家都知道，但這根本就不合法，可是沒有人敢查，我覺得這個違法很嚴重(胡方翔)

36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

有沒有辦法成立單一申訴管道，如果成立申訴管道的話，我想信這個事情就可以直接從中央處理了(胡方翔)
這要怎麼去處理正負時數制，這是個舉發(衛政 2)
跟據勞動法這個就是違法的，因為勞動力不可儲存的，它怎麼可以說你今天多上班了，然後我不發加班費我給你補休，結果後來它說我人力不夠我排不出補休最後我跟你用錢買時數，還不是用加班費率 (胡方翔)
這用勞基法就可以去罰了(衛政 2)
對，是可以罰，但罰很輕，所以目前是普遍都這樣做，而且這個當初是長庚發明的，長庚醫管發明的，它們說這個叫正負時數制，它們後來還公開寫過一篇文章，說護理人員還蠻開心的，說他們可以隨時要求彈休，但事實上現在很多情況下是被要求彈休，譬如說今天我的勞力已經屬於可以被你支配下了，他說對不起今天洗腎的病人少了三個，他就彈休一個掉，人員已經來醫院了叫他回去，目前是這樣子的(胡方翔)
好像哪一家醫院也是這樣子(衛政 2)
對呀，普遍都是這樣子，部裡知道也是這樣子(胡方翔)
員基或嘉基(衛政 2)
不只啦，非常普遍，到處都是，因為彈休制度目前在護理管理業界他們認為是管理創新，我覺得這根本就是違法管理，問題是主管機關都知道但是沒有人管，勞動力不可以儲存的，今天我願意來上班，但是病人沒來不可歸責於勞工，因為病人沒來這個風險應該要歸責於經營者，所以經營者對於這個成本要自己吸收，但它不想自己吸收的情況下就轉嫁把你彈休掉，目前為止普遍就是這樣

子(胡方翔)
那今天沒事，那就可以去洗頭髮了.. (衛政 2)
對，所以工作時數就下降了，而且違反勞動法，因為勞動法是說我的勞動力處於可支配範圍內，但是如果我說我都來了我不想彈休，問題是他說不行，我們的內規就是這樣子，但法律上並沒有這個制度，所以這個是違法的(胡方翔)

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

你是問我怎麼當選地區公會的會員代表 (胡方翔)

你怎麼當選的(衛政 2)

我跟你說，是我當部主任時就主動被提進去了，因為我一當代表以後任期就三年，但是我做完一年主任，醫院就把職位拔掉了，因為它說我在搞勞動法不適任，拔掉以後我還是會員代表，我要做到任期結束，因為不能中間抽換，所以現在接任我的部主任還沒進去公會(胡方翔)

怎麼那麼誇張啊(衛政 2)

醫院非常在乎這個，有一次不是八仙塵爆，然後我就寫了一篇文章說，八仙塵爆如果是休假中的人被召回，依勞基法 40 條，醫院應該是要給予加班費跟補休，結果它馬上就叫我撤掉，它說救災第一不該寫這個，我說這個是法律見解，它說員工應共體時艱，事實上就是它太不願意給，救災與法律權益又沒衝突(胡方翔)

沒有任何的人去跟它講嗎? (衛政 2)

連衛福部都沒有公開表達依法決心，所以醫院不需要主動符合勞動法，後來有一次被院長召見，院長說我們知道你在讀勞動法，這個是扣分的，我說沒關係這是我的理想，但他說因為目前醫界普遍都是正負時數制，然後我們醫院為了要維持競爭力所以我們不用主動符合勞動法，他說若我們主動符合勞動法的話，只有我們勞動成本高，我們就喪失競爭力，醫院垮了員工倒楣，沒人同情你，反而說活該，接收我們市場；他還說如果被勞檢違規只罰 15 萬，他說如果我 5 年被勞檢一次我可以省下一千萬，他說如果你是老闆你是要省下一千萬還是要被罰 15 萬，他就直接問我這個，我回說那我沒話講，只能不要幹，所以醫院經營管理他當然要省一千萬，所以他當然要把人力用到極致，所以事實上醫院治理問題非常嚴重，完全沒有勞動專業的人員在裡面做管理，主管機關也管不了，勞檢頻率低罰責又輕，有勞基法就沒有什麼用(胡方翔)

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九)其他

(1)醫師人力問題

你剛才說人力增加，所以你贊成醫師人力增加是嗎? (衛政 2)

我覺得是要增加在不均的欠缺部份，在總數上我們國家跟其他國家相比差異不大，大約在中間，人口比跟醫師比不是最差的(胡方翔)

我們是算很慘的吧，跟其他 OECD 的的指數相較，我們算是中下的，但譬如說藥師，一直都在中上(衛政 2)

我不反對補人，我剛一開始就講說五大科人不夠，五官科又人過剩，問題是現在人力不足已經都還在 run，如果現在再補人，不但沒有改善不均的現象只會惡化(胡方翔)

所以必須要調現狀(衛政 2)

要調不均的問題(胡方翔)

還是改大餅(衛政 2)

大餅當然也是要適度調整，優先改善五大科，但現在是對於比較有困難的科別，沒有做不同的處遇或者是不同的配套，我們自己醫院內外科已經有多年沒有住院醫師了，根本招不到，PGY 也不來，因為 PGY 不可能在我們這種級數的醫院做完整套的訓練，所以他只來看一看社區醫療，一年只來二個月，我們想要招也不行，因為我們資格不符，我們只能跟中榮、北榮簽約做 PGY 的配合醫院，如果 PGY 不來就不可能有醫師會留下來當住院，所以我們現在已經沒有自訓內升的主治，都只能用挖角，這問題已經多年了(胡方翔)

這個問題也很嚴重，如果住院醫師不來他就不會留下來，那這樣的話住院醫師好像不應該只用在大醫院 (衛政 2)

因為 PGY 制度，所以要問教育部或醫教會，為什麼 PGY 制度搞成這樣子，因為 PGY 制度設立當初就沒有找地區醫院協商，所以這是醫界大老自己在醫中辦公室想像出來的(胡方翔)

現在 PGY 整個方向就是希望更往大醫院集中，這不好像不對吧，因為把他當成被訓練的角色，可是又留不下來，我看連市立聯合醫院也留人留不下來，那他們都去那裡了?開業去了嗎? (衛政 2)

因為我們現在一定要在醫院做兩年才能開業，不能考上執照直接開業(胡方翔)

按照醫療法在醫院二年就可以開業(衛政 2)

對，如果 PGY 也算進去的話，就是他做完 PGY2 就可以開業了，所以目前為止補人還是沒有改善醫師不均的現象，補人補到最後，診所反而會哇哇叫，因為太多人跟他們去爭診所這塊餅，大家也都在衝自費，自費的東西更難管，因為自費的花樣很多所以不好管，怎麼樣改善選科沒辦法分配均勻的問題，外科也一樣、婦科也一樣，然後婦科情況嚴重，我們婦科二個醫師都超過 60 歲，都沒有新人來(胡方翔)

這樣好嚴重哦，可是你們醫院之前不是有出狀況嗎?好像是婦科，不是有個新聞嗎? (衛政 2)

都有過，偶爾(胡方翔)

國立政治大學 National Chengchi University

訪談稿 14(勞 4)

(一) 受訪者背景資料

略

(二) 對於台灣醫師勞動條件之現況

1. 醫師的工時狀況

每一個專家說還是有法規限制，再來在工時超過勞基法上限，如果這些成本增加健保法也不得不修，所以我知道健保法不得不修。我只知道大概你要討論勞動條件跟健保法的問題，當然我知道健保會涉及一些醫師的薪水，這裡面也涉及醫院的人事，可能會造成人力供需的問題...等等，那問題太多了，可以歸納的關鍵點、癥結點太多了。(勞 4)

工時才是真正納入勞基法最核心的問題，於是如果這是一個命題，而你就必須要驗證這個命題，而工時衍伸，健保也會造成工時問題，醫院制度也會造成工時問題，它是必須被檢討的核心問題，個別專科都要去訂工時標準，涉及了健保、涉及了醫院的合約、統統到了最後都會跟工時扯上關係，於是結論工時是最重要的、核心的問題；(勞 4)

2. 醫師的值班狀況

3. 醫師的工作條件

改善工作條件可行做法，譬如說推動醫師公會轉型、醫師的功能、工作的工、成立醫師工會、二個醫師工會去競爭、強化勞動環境...，其實這部份都要有好多的問題，然後呢?為什麼要競爭?競爭帶來的是什麼?目前不是競爭的，那目前會怎麼樣呢?因為不競爭所以造成了醫師公會為所欲為，或者大醫師壟斷了利益，小醫師被剝削？(勞 4)

如何強化醫師的勞動環境？(胡方翔)

強化勞動環境，這個是很大的論述，勞動環境是什麼意思呢?勞動環境它應該是工時，然後薪酬、福利、教育、訓練都有的，對不對? 如何談勞動，還有安全都在裡面，那是個好大的東西，強化勞動環境意義又是什麼呢? (勞 4)

4. 醫師過勞與病人安全的關係

柯 P 就講過好幾次，說勞基法不能用在服務業，醫師開刀一半就跑掉，其實外科醫師很多都像他，十幾小時的刀都自己一人主刀，我就有遇過主刀開一半，直接躺在開刀房地板，流動還去幫他量血壓，一量不得了，一百八，含一顆 Adalat，再爬起來開(勞 4)

他很沒勞動概念，還說颱風假後要補上班(胡方翔)

5. 醫師勞動條件與健保法的關係

你們 hopitalist 制度跟 DRG 之間有沒有什麼特別的連結呢?感覺上好像有點連結(胡方翔)

沒有，其實我個人是覺得 DRG 的精神有錯誤，現在美國也是在 DRG，主要原因是 DRG 是單純化到說病人來住院就是一種原因，就是找出一個最主要原因，其他東西都是次要的(勞 4)
所以人家說複雜病情沒有人要，就是這個意思(胡方翔)
一方面複雜病情沒有人要，一方面是臨床醫師在 DRG 上傳達給病人一種訊息就是你這次來住院我只是把你的 pneumonia 治好之後，其他東西我都沒辦法管，對一個長期慢性病的病人 follow 來說，這是一個很大的損失(勞 4)
但我問過官方意見，官方說今天回到源頭，我們叫做健康保險，你們現在做的叫做醫療不叫健康，我們做的 DRG 才是把病人的整個健康交給你們去處理，所以他的意思就是包醫，就是這病人健康包給你，然後我用一個總數的錢給你，如果你把他的健康照顧的越好，他就使用醫療越少，醫療越少的部份，DRG 的成本就降低了，就可以把盈餘給賺走，他們的想法是這樣子，這點很難跟他辯駁(胡方翔)
可是這點應該是用論人，就是論人計酬 capitation，而且是一年的，DRG 是論病計酬，譬如說他覺得這個地方一年的醫療花費大概是多少，我覺得用一整年的比較有道理，如果是論個案的某一次住院那是不合理的(勞 4)
我覺得那是算法上的問題，以精神上來講，他們的講法我覺得還有一點道理，就是以個人的健康為出發點，我把他健康包給你的話，變成一個診次不要只看三分鐘，我可以順便把他衛教做好，什麼都做好，這樣他不是更健康，他就不會來使用你的醫療，那就可以拿到更多的錢，其實 DRG 應該是論述錯誤，他應該不要以診斷碼臨床路徑來處理一個病人，而是以一個病人的健康來給你包，那我覺得還有點道理(胡方翔)
他應該是說譬如說這個地區的人頭是多少，跟據這些人頭，譬如說他是 70 歲，他是 30 歲，以 70 歲大概一年平均以全國來說或是過去的資料顯示 70 歲一年、一個月花費是多少，那一整年包給你，你就開始努力的照顧好他一年，讓他不要生病，最後你就賺到錢，應該是這樣(勞 4)
所以他說這樣的話整體病人的健康會好起來，其實是搞混這兩者(胡方翔)
DRG 是已經住院了，現在已經以一個原因住院了，住院之後譬如說診斷碼是肺炎，肺炎的給付就是這樣子，你可能會覺得說給付一個中數，如果照顧的病人病情有輕有重的話，這樣也可以平衡一點，可是事實上這種複雜病情的都逐漸往醫學中心跑了，不會留在地區，就會有不均勻的現象，然後每年再回去看，虧的永遠虧，這樣一定不對的(勞 4)
而且這樣子一定會有人球，我問過一位人士，他說這樣子人球現在就沒有嗎? 他的意思是人球早就存在的，可是跟 DRG 比會不會更嚴重，他說沒有研究證實它會更嚴重(胡方翔)
而且這個不利於基層醫療(勞 4)
可是基層可以轉診，怎麼會不利呢? (胡方翔)
基層醫療剛開始很簡單，就是我把困難的部份往上送，到最後它的功能就不見

了，完全空洞斷層了，因為基層醫療本來可以 handle 一定程度、某種程度的病人，可是它不願意了，它不願意接受財務風險，只想留輕症，這樣子會讓財團醫院變大，最後基層醫療會萎縮，變成好幾個財團怪獸在壟斷治療，然後他們就有辦法去跟政府 bargaining，最後 bargaining 說這個 DRG 不好，或者是不夠要高一點，政府不得不讓步，提高 DRG 給付，這樣對全民健保沒有什麼好處，只是它的短期利益而已，長遠看更慘(勞 4)

問題是它去 bargaining 以現在健保的總額僵固性，也是不太可能變，像最近發一個文說流感流行，都在特約範圍內，不會再額外給付給你(胡方翔)

所以剛才說的包一年 capitation 可能也有問題，譬如說 20 歲不太會出事，包醫費用少，問題是這一年流感大流行，年輕的又容易重症，所以這一年所有的醫院都會虧，就是先預先在年初就給付定額了，結果在中間就用掉，越到後面就全虧(勞 4)

就是他沒有辦法預測極端情況，像上次的塵爆或者是高雄大氣爆，那一下多出來是好幾十億的醫療，總額也沒補，預備金也不多，最後是全醫界吸收(胡方翔)

對，所以那個一定要有個特別預算或者是特別的方式來處理這種況狀，不然就沒有人要包醫(勞 4)

但是不知道醫界的談判能力夠不夠，這些東西其實早就可以把它寫在談判的條文裡面了(胡方翔)

所以實在要想清楚這些事情，然後去包這個東西的時候，才有意義，像我那個時候去彰基，他們就敢包區域醫院的治療，彰基是唯一一家醫學中心有包區域論人的市場，因為彰基他們自己有上、中、下游的體系，有基層、社區、醫學中心，都串聯起來，所以他們並沒有只在醫院裡面流通，就像我講的 ACO 這樣子，只有這樣子 ACO 的東西他才敢包(勞 4)

等於是他們可以一條鞭，如果沒有一條鞭的就沒有辦法做了(胡方翔)

另外就是因為有這樣的一條鞭，所以他知道他的病人後來到那裡了，可以做追蹤，如何預防這個病人出事情再住院，其實在他的後端就再追蹤了、再預防了，一般的醫院病人出去以後你怎麼知道他還會不會再來住院，沒辦法，因為完全不在同一體系裡面，所以他沒辦法追蹤，風險就沒法掌控(勞 4)

所以應該是說相對封閉體系比較好做，而且是相對封閉且要完整體系才有辦法做，沒有相對封閉完整的話就沒有條件做，單一醫院就沒辦法做(胡方翔)

所以你就不敢標這種論人計酬的，永遠推行不動，永遠都是在喊而已(勞 4)

但政府有決心推，DRG 聽說還是會再繼續推(胡方翔)

真的? 林奏延會嗎?是健保署的李伯璋會嗎? (勞 4)

6. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動情況與台灣差異

歐洲也納入勞動法，為什麼沒有 training 這個問題呢?他們的歐盟指令也很嚴格(胡方翔)

他們有學習里程碑制度(milestone)，建立以核心能力為導向的評量方式，擬定應完成的案例數或關鍵指標(勞 4)

就是像英國歐洲的制度，一線全部都是做 GP，後面全部都是 come out，如果是這樣子的話比較有可能達到，其實第一個經濟規模要夠大，才能夠有地方本錢接這種案，我記得國外越偏遠的地方醫師的收入越高(勞 4)
沒錯，其實他們有各種機制去調整(胡方翔)
他們的機制要去研究一下(勞 4)
他們是簽約的，因為他們是私人保險，醫師可以議約定價，你今天在這個市場機制下，如果出這個價錢，沒有人跟你簽約，他就賣不動他的保險(胡方翔)
所以一定要有多元保險的才有辦法(勞 4)
所以健保單一壟斷制(胡方翔)
單一保險就沒有辦法，多元保險人就可以競爭(勞 4)
而且單一保險不會因為偏遠而做額外差別給付，如果它在裡面有這個條款其實也有機會，所以我覺得這個建議是可以出來的，偏遠地區如果沒有補償機制根本就留不住人的，其實我們醫師的人口比是在 OECD 中間，應該也不是太差，也不是太好，可是這種情況下硬要補人，像補公費醫師制度也不恰當，就像部裡一直招收學士後護理學系，可是為什麼四成不執業的人員沒有辦法解決呢?要把那些人回流，這些就可以不用招了，如果招來環境不好還不是都跑掉，所以醫界很多意見，可是問題是官方聽不進去(胡方翔)

英國的住院醫師每週的工時是 48 小時，很低的，可是他的住院醫師幾乎都要做八到十年才能當主治醫師(勞 4)
他們好像是 waiting 時間太久，並不是 training 時間太久(胡方翔)
美國住院醫師的訓練目標是 proficiency，就是訓練能獨當一面執業；英國是 training 完還在做初級醫師，事實上還是在做 primary care，三分之一還在做初級醫師，他們就是上不去，所以他們的 model 也有一個問題，就是說現行制度不會是住院醫師想要的(勞 4)
我們勞基法會出現一模一樣的問題，因為我已經點出來若僅住院醫師有勞基法，他今天如果做完住院醫師，就不讓你升主治，因為你升主治以後你就沒勞基法了，所以我要你繼續留在這裡，不是相同嗎?我覺得太弔詭了，我覺得這肯定會發生的，就等著像英國一樣罷工(胡方翔)
所以主治醫師也一定要同步納入(勞 4)
主治醫師應一起納入 (胡方翔)
可是英國應該是說主治醫師在 NHS 下面，其實他也有受到工時的保障(勞 4)
為什麼? (胡方翔)
他們主治醫師其實就是有這些初級醫師當他的住院醫師之後，所以主治醫師不用值班，假日夜班那些很少，非常的少，所以基本上他們工時不會很長(勞 4)
依你這樣講聽起來主治醫師是特權階級(胡方翔)
美國是資本主義，它只保障住院醫師，到主治醫師之後就隻字不提，主治醫師是跟院方打契約的，契約上面也沒有說你一定要工時的保障，他們只保障住院

醫師的工時(勞 4)
包括是 BLS 的嗎? (胡方翔)
只有 hospitalist 有 contract 的可能會比較有談到這個方向,不然的話美國其實到主治醫師就跳出工時的保障(勞 4)
可是因為他們主治醫師有訂價權，他們的一個診療拿的費用很高，所以他們可以自主控制他的數量，可是台灣醫師沒有訂價權，所以台灣主治醫師不加入保障絕對不可能，台灣已經是比較偏向英國那樣的制度了，至於日本制度是健保，現在還是沒有搞懂(胡方翔)
我也不太了解(勞 4)
日本醫師是適用勞基法，可是他們從來沒有罷工過，可是他們也有研修醫跟 PGY 的問題，他們研修醫跟 PGY 都是完全適用勞動法，但是主治醫師是怎麼樣 (胡方翔)
好像了解日本的，醫界應該也有待過日本，好像比較少(勞 4)
德國也罷工過，香港也罷工過，其實我建議學會或公會要不要開一個醫師勞動法的研討會，可是沒有人要出來帶頭(胡方翔)
這事公會不會要出來(勞 4)

(三) 對於台灣醫師勞動權益保障之現況

7. 醫師勞動者的身分

醫師他的法律上僱主是醫院，可是健保署、衛福部也是他的僱主，這樣講我們從背後來看當然就是也沒有錯，問題是說你如果這樣子定他們是僱主，那最後這責任要怎麼去負擔，我的意思是說一個醫療疏失，這些病人都可以找上衛福部或是找上健保署，因為你們是他的老闆，這個醫師剛好是個新進醫師事實上沒有賺什麼錢(勞 4)

在不當勞動裁決委員會裁決有提到，就是教育人員職業工會，一些地方的教師組工會，然後他要去協商，裁決委員會就說你的僱主是學校，也可以是當地的教育局，也可以是中央的教育部，這些都是你的老闆，你都可以跟他們協商勞動條件(胡方翔)

那是社會學的觀察，我們從外表來看，我們在法律上我們要去把它規範化，要讓它合理化，讓它很清楚，你不能講得大家好像都是，我們至少在派遣裡面會說你是單一僱主說或者是雙重僱主說，都要說出一套的理由，為什麼派遣機構跟要派機構都是僱主，最好要有法律的規範(勞 4)

健保類似英國的公醫制度，所以醫師是準公務員，如果他們是準公務員那要表達的是什麼?是說公務員的相關法規也要適用到他嗎?這個對於病人有一些什麼樣的保障? (勞 4)

8. 對於納入勞基法看法

提到包括勞退金，我們很多勞動保障，勞基法只是裡面一部份，像你剛才提到奇美醫院蔡伯羌，他最後不是也認為要按照職災的法律給他補償嗎?勞基法沒有給他補償，可是我們的職業災害勞工保護法或者勞保這些它都有保障，所以勞基法只是勞工法律裡面的一部份，就是說醫師納入勞基法的目地在那裡?最後他的命運是你剛才提到的只能變成 84 條之一的情況(胡方翔)

可能納入勞基法之後醫師法或醫事法可能要做一些調整，或者醫事人員條例，因為他其實是專業人員，就像學校教師也一樣，他是專業人員，所以他有一部的專法，那個專法可能要去調適(勞 4)

如果這樣主張他的法令後果會是什麼? (胡方翔)

坦白講也不是說有納入勞基法才會有權益的保障，納入勞基法比較有的可能就是一些勞動條件規範的問題，其實事實上是考量到勞基法適用後一些的問題，在納入勞基法之後醫師的勞動條件要怎麼去規範或去設計的問題，或有那些因素會影響到這些勞動條件或權益的保障，基本上可能會各有各的看法或是想法(勞 4)

當然我們都知道這個問題是很複雜，我們也都同意，但是主要在醫師納入勞基法之後的勞動條件還有其他權益保障的問題，可能跟衛福部的一些政策或健保法當然有些關係，這些是影響的因素，會到限制它勞動條件或權益保障的因素(胡方翔)

當納入勞基法時到底勞基法有哪些條文會是窒礙難行的情況，有哪些條文或者哪些規定是可以適用或在適用上有因難的，健保法或什麼法律到底跟醫師的勞動條件或權益保障有什麼關係，健保法會價格的管制，或....等等，會影響到勞動條件，就是坦白講納入勞基法，基本上可能工時上面會有問題，其實它還有一些法律適用的問題，譬如說工會法或這些一些東西，應該在醫師納入勞基法後應該要修什麼什麼法規，或是工會法有什麼不適用的地方，要去做調整，最後當納入勞基法之後是不是什麼健保法跟醫療法還要去做修正(勞 4)

那你 hospitalist 推動的怎麼樣? (胡方翔)
其實也不是都我們在推動，但是我們都有想辦法跟上下界聯系，所以包括林部長包括那些部會覺得這是一個可行的方案，我們只是提一個 solution，就是說如果想要往這個方向走，這是一個值班工時的 solution(勞 4)
林部長這次談話有提到是不是?所以他應該還是會繼續推? (胡方翔)
看起來是會，會推王司長那個方案(勞 4)
司長我個人接觸過蠻多次的，我覺得她對勞基法還蠻正向的(胡方翔)
司長可能沒有辦法那麼通勞基法，我也不知道為什麼，可能後面不知道是誰把他絆住，所以他對於勞基法的事情很沒有辦法推(勞 4)
他本來要規畫八年，其實勞基法論述我也私下跟他提過，可是我覺得他可能是

受到醫院團體的影響比較大，我覺得是這樣子(胡方翔)
是因為他做事情的風格，比方說他要推這個計劃，要全國試辦，他的做法都是先去找每一家醫院的院長，問問看有沒有支持，但是會一直被打搶，打搶一圈之後，他會覺得懷疑到底是有沒有需要做，大家都不支持，連醫中都不支持(勞4)
醫院的影響很大(胡方翔)
如果說他不要去找醫中，就直接做，應該是講說政策評估好就是這樣子，我們就直接就做了，就自己負責(勞 4)
其實談勞基法那個時候還多了一個國民黨立委蘇清泉，他又是醫師公會全聯理事長，然後他又是地區醫院院長代表著資方，所以他那時候的意見是干擾很大，可是現在公會新理事長好像也站在全面納入的立場(胡方翔)
真的嗎? 現在已經支持(勞 4)
已經發那個聲明了，貼在臉書上，全聯會是說支持全體納入(胡方翔)
為什麼會有這麼大的轉變(勞 4)
所以我覺得他們應該是內部有再做新的評估，不然的話他為什麼會突然全部改變，我也不知道為什麼(胡方翔)
那這樣子醫學會就只好說支持了(勞 4)
可是部裡好像並不同意全體醫師同時納入，我覺得出問題在這裡，所以我最近又提一個論述，就是如果讓住院醫師加入，可是不讓主治醫師加入，住院醫師他的身份是過渡的，最後該怎麼辦，叫他再退出嗎?那不是很奇怪，這邏輯是有問題的(胡方翔)
我最訝異的是當大家都衝往前的時候，那些本來叫大家衝的人反叫大家慢一點(勞 4)
對，今天有協商，你知道嗎? (胡方翔)
我是覺得很奇怪，連之前說不能動的人都改口(勞 4)
而且他們支持是全體納入，應該是政治定調後影響(胡方翔)
支持全體納入勞動基準法之立場，要在不損民眾的權益下，真的不簡單哦(勞4)

9. 對於以醫院評鑑規範勞動條件之看法

真的很可憐耶，這樣看起來醫師什麼都沒有，這個是要勞動檢查法，現在我覺得是勞動局來勞動檢查(勞 4)

現在勞動檢查只檢查護理，它無法檢查醫師，現在只有衛福部做一個工時調查，所以勞動部沒有官員進行檢查，完全不管醫師，所以剛才講過官員說醫師週工時 200 的都不違法，所以過勞死的它也不管。(胡方翔)

10. 對於以其他特別法來規範勞動條件之看法(醫療法、醫師法、健保法、勞基法施行細則或醫師團體協約法)

二公約是我國集體勞動法制的法源之一，因為二公約是我們這二、三年在馬英九政府時候才納進的，才讓勞動法活化的，事實上我們集體勞動法的法制是 87 公約跟 97 號公約，因為我們台灣初期集體勞動法制是受到國勞公約的影響要比受到二公約來得大，後面這地方其實有些反而是我們做不到的，因為有提到好像是公務人員可以罷工，而我們台灣怎麼可能讓公務人員罷工，所以我覺得有一些國家雖然批准了二公約，但在它國內的慣例上面還有它的學者專家都會說這個因為抵觸我們憲法的規定，所以它是沒有辦法適用的(勞 4)

很多學者包括黃越欽都有提到我們勞動法的法源從國際勞工法開始提起(胡方翔)

其實應該正確是憲法優位，然後國際勞動法，然後才是法律，因為國外的這些公約再怎麼樣都不可能高於憲法，這是一個很自然的法理，我們做不到就不要太勉強了，難到總統批准了之後，所有這些公務員都可以罷工嗎?我們現在不是在國勞的會員裡面，這是剛才提到的國際公約的尊重原則，所以我們要先把它內國化，這樣子很好，國內法化當然不能違憲(勞 4)

最主要是談到要列入勞基法，事實上我們舉一個例子，勞資爭議處理法第 54 條第三項醫師限制罷工，醫師要 minimum service 才能罷工，那代表的是什麼? 醫師可不可以組工會? (胡方翔)

目前可以。可以不協商？協商權就是比例代表制的門檻沒法過。我的意思是工會跟他納不納入勞基法有沒有關聯，組工會獨立的，現在也存在工會了，但是沒辦法壯大，沒有錯，所以其實工會跟有沒有納入勞基法不相關，入法可能有推波助瀾的作用(勞 4)
醫師現在能不能提勞退金？(胡方翔)

現在有勞保，但是沒有所謂的勞退金，私人醫院也是沒有，只有勞保，醫院沒有按照勞退制度幫醫師提撥 6%嗎? (勞 4)

就只有勞保的勞退而已，不是年金， 到不了年資，就是一次退，終其一生大概也只能拿到 3、50 萬而已(胡方翔)

為什麼不能拿年金呢? 如果你工作時間長。(勞 4)

沒有，醫師通常沒有辦法在同一家醫院待到那麼久(胡方翔)

那是用舊制才會有同一家的問題(勞 4)

問題是我們現在沒有舊制新制的問題，醫師不適用勞基法，醫院完全不讓我們選擇，不讓我們選擇勞基法裡面的權利(胡方翔)

我們講的勞工法律其實是特別法之一，你沒有納入勞基法不代表你不會納入勞退條例，照說它應該是適用勞動福利條例，所以醫院應該要幫醫師提撥(勞 4)

他當初提出的是說我們是合夥關係或者是委任關係，就不讓我們用，醫院的講法是這樣子的(胡方翔)

不過你已經提到醫院與醫師間都是僱用關係 (勞 4)

那是後來的法律見解比較有利，早期就全部都不是(胡方翔)

那至少從 3、4 年前就應該開始要提勞退了(勞 4)

真的沒有人敢提，就是一個很奇怪的環境，我也是有提出過這種意見，可是不是主流的意見；法律上，依勞退條例規定，雇主對受雇醫師勞退是自願提撥制，也沒有強制提撥效力。(胡方翔)

其實在消基會裡面，有醫保、有醫糾、有各個醫生所組的委員會，我們也談到勞基法，台大醫院一個整型的外科醫師郭醫師，他一直在強調要適用勞基法，他對醫師或者適用勞基法有非常非常大的認同，可是淡水和信醫院的院長謝醫師，他就說醫師納入勞基法是有困難的，當然他從他自己養成的過程當中，他談到醫師為什麼不能納入勞基法，這二個我覺得在醫界裡面也有不同看法，納不納入勞基法，其實我覺得他論述有困難也不見得是反對納入勞基法，而是對於後頭的養成訓練等等的一些考量，一邊講的好像很有道理，一個病人時間到了我就下班了，開刀開一半留在這邊，後面接手的人不知道怎麼接手，工作屬性本身也造成它不能分割，這個是一件事情，第二個當然在整個的 pay 的當中，謝醫師倒是有一個想法，他說其實我們醫師的 pay 是按照比一般平均薪資的三倍還是四倍，大概是這樣去算醫師的 pay，他說在日本大概也是維持在這個樣子，也許這種比例的對照，但是醫師為什麼會拿比較高的 pay 呢?基本上跟社會相較為什麼會有比較高的 pay 呢? 也就是對於他不管是排班工時已經是做補償的性質，他是有這樣子的看法，我不知道這樣子的看法對不對，總之他是用這樣子的觀點去看薪資跟所謂工時的對照，我只是提供我接觸過的醫師跟我談過類似這樣一些相關課題的狀況。(勞 4)

謝醫師為什麼會這樣子講呢? (胡方翔)

他可能是基於什麼理由，你可以說他沒有講完，他說基於教育的理由；基於工作不可分割的理由；基於社會對於薪酬本來它是一個工時跟薪資的抵換關係、或者替換關係、或者互補關係的理由，總之他舉的這些理由他認為目前醫師為什麼不能納入勞基法，當然我是認為醫界還存在大老的企圖心，就是所謂的白色巨塔裡面的問題，這個也是個問題。(勞 4)

11. 美國日本與歐洲先進國家的醫師勞動保障制度和法律與台灣差異

12. 醫師勞動權益保障的主管機關是衛福部或勞動部
13. 與醫師自身權利義務相關之醫療政策，是否事前與醫師勞動團體溝通
14. 如何改善健保法原無人力專章，因而完全無勞動成本與風險成本的缺陷
15. 住院醫師與主治醫師的勞動保障差異
16. 對於中小型醫院早已無住院醫師，由專科護理師與主治醫師擔任值班的看法

(四) 對於醫師勞動三權之現況

17. 醫師公會與工會的差異
18. 醫師公會是否有協商權
19. 醫師籌組工會之看法

我覺得醫師要推工會，但是有工會以後會不會有力量，我看是很艱難、很漫長的，而醫療罷工，這個歷史的包袱沒人敢承擔，所以我覺得不要碰這個比較好，因為這個爭議太大，台灣太複雜了(胡方翔)

其實學長能夠協助醫勞盟或者醫勞小組他們，將主治醫師跟住院醫師納入勞基法，這樣就已經不簡單了(勞 4)

其實所有學勞動法的都知道，勞基法是敲門磚而已，現在醫師連入門都沒辦法，怎麼去談後面的勞動三權，所以不管怎麼樣，今天就是要把你大門踹開來，因為破門進去以後，才會知道這個家裡面是不是家徒四壁，我現在連家門都進不去，如果進去後至少能夠知道對於勞動方面以後要補充多少東西，可是你現在緊關著門，我們現在都是想像，很多官員的論述也都是想像，都可能是偏聽、偏視出來的，所以我說那些都是不對，我說你先讓我們加入，加入後我操作看看我就知道了，所以再怎麼樣這個敲門磚我不會放棄，一定要把門敲開來(胡方翔)

如果要問歐洲的制度真的可以去問葉醫師，我有問他那個 48 小時要怎麼排班，他可問一個英國的醫師(勞 4)

那我覺得應該把他請出來開研討會(胡方翔)

可以啊(勞 4)

20. 醫師參加勞資會議

我們也是有勞資會議，應該是衛生局或勞工局規定的，醫師不能參加選舉，但若你是主任，就會被指派為資方代表，他們護理也多是護理長出來，護理沒人要選(勞 4)

如何提案呢(胡方翔)

人資有發提案單，其實也不會有人寫，護理私下吵護病比，也沒人敢提，大家又不懂勞基法，大部分開會都在談小確幸，比較像福委會(勞 4)

21. 醫師如何協商勞動條件

醫師也有受雇於公立醫院跟私立醫院的，公立醫院的醫師是廣義的公務人員，公立教師是廣義的公務員，公立教師可組工會，也可協商(胡方翔)

我不認為教師職業工會的僱主協商對象可以是教育部，然後談他的薪水，因為這個怎麼談呢?照說應該就是嘉義市的教師職業工會要跟嘉義市所有的學校這些僱主聯盟去談，教育局只能在外面敲邊鼓，主管機關算政方，本來就是勞資關係當事人，但應不是集體協商的協商對象，當教師可以組織工會的時候，教師要推組織工會，怎麼協商都不限制，公立學校的教師，協商都沒限制，只是不准他罷工而已(勞 4)

教師有教師法，醫師有醫師法，有何差異(胡方翔)

教師法裡面的勞動條件堆砌的，然後教育部他們的看法是團體協約不能超過教師法法定的規定，譬如說他每週上課 40 小時，團體協約就不可以訂 38 小時，必須受到它的拘束，所以協商是要受限制的，醫師也一樣。(勞 4)

22. 醫師勞資協商的代表產生

23. 醫師勞動爭議或罷工之看法

英國罷工就是工會有發固定底薪，所以我們是沒有條件的，因為我們不但沒工會，台灣對於醫療罷工根本就不了解，然後醫界也沒有共識，光是被人家批評醫德就死了，還有就是台灣到現在連急診都被濫用，那病人端要怎麼 control，罷工期病人搞不好全部擠到急診去，結果病人連拿藥都到急診去，你能怎麼辦，我是覺得台灣的問題可能更大，不是你說提供基本服務就好，因為提供基本服務只能留這麼多人在這裡，可是萬一輕症病人全部擁過去，還是沒救、系統還是崩潰，就算把要排程的手術跟演習全部都 delay，還是會有很多急性病人沒辦法 handle，這樣就完蛋了(勞 4)

24. 醫療罷工的門檻與必要服務條款

台灣沒有一個工會可以去訂定各個醫學會所應該要訂定的必要服務，就是說工會敢定腎臟科要有多少人留守嗎?它不敢，所以他一定要問腎臟醫學會，可是問題是理論上這個動作到底是誰要來帶頭去整合，因為現在不做這個動作，將來要談判都別想談(胡方翔)

對，就以腎臟科來說，就有什麼叫最低服務定義的問題了，譬如說洗二次可以嗎之類的(勞 4)

沒錯，就是少洗一次可不可以，還有平常醫病比 1:15 變成 1:30 之類的(胡方翔)

可是這種情況如果持續多久的話，會有什麼影響誰也不敢講，因為這樣訂起來可能只是讓短期內沒有立即危險，我們才訂這樣的條款，可以所謂的短期到底是多短期，萬一病人病況臨時變化的時候，那這責任到底是誰的，責任不清，他說認為會將手術 delay 是因為不急，可 delay 以後病情變化就變成急的，最後緊急的話結果不好，那他要告誰，到底是要告醫師還是工會呢、還是醫院、還是告政府，還是都告，我覺得這問題都很大，所以我覺得我們永遠都沒有辦法準備好，我們要把這些論述整個都強化完之後才能夠做(勞 4)

那你覺得像這種罷工的情況，因為英國全都是公醫體制，沒差的，可是台灣罷

工的時候私人體系跟公立體系，公立體系沒有辦法(勞 4)
公立一定不能參與，不能同步，罷工力道不足(胡方翔)
那所有的醫療壓力都壓在公醫身上，不就會把他壓垮了(勞 4)
有可能，這個有可能是會發生的，所以怕拖累公醫，那更不敢動，我覺得台灣是比英國複雜的太多了(胡方翔)
真的沒有辦法很單純的拿人家的罷工經驗來用(勞 4)
其實我們是可以學習，但我覺得那是備而不用，可把形成共識為前提(胡方翔)

25. 外國有的是直接納入勞動法或是醫療法的特別勞動規定，或是直接賦予醫師團體有協商權，看法如何
26. 台灣醫界勞資政如何社會對話

醫界很多意見，可是問題是官方聽不進去(胡方翔)
應該是說官方沒有實際執行細節的東西，我們都了解衛福部的官員都只是提示一個政策方向而已，他們講的東西都是很抽象的，譬如說應該要有住院專科主治醫師，問題他也只能講這樣而已，他也不知道實際上要怎麼做，是沒有內容的，他講了一句話，結果他下面的科長組長就趕快跑來找人，跑來找我們說主管這樣說，那我們到底要怎麼做，計劃書要怎麼寫，就開始在弄了，最後那些東西都是下面的人弄出來的，其實就是看他有沒有找對人，如果找對了弄出來的東西就是還不錯，如果找錯人那就會很糟糕，因為可能幾千萬投下去最後都沒有了(勞 4)
所以應該講說我們的官僚體制也出錯了，因為他其實應該要納入所謂的民間智庫的概念，可能會比較好(胡方翔)
對，他有請大家去開會(勞 4)
開會可能請錯人，我們只是偶而去參加他們一些既有的會議而已(胡方翔)
但是如果開會的時候有講到重點，他就會知道問題在那裡，如果都沒有講到重點，他就看不到(勞 4)
他會偏聽(胡方翔)
他會偏聽，他可能覺得說院長的意見比較重要，譬如成大、台大的院長的話，院長的意見比較重要(勞 4)
其實醫界的文化很多都是大老文化，大老講話就是一言九鼎，其他的意見都會被他比下去了，他只要一反對，其他的意見就沒了(胡方翔)
所以每次就是那些大老在講訓練的問題，就是這樣的，每次的討論都是在浪費時間，全部都講完之後，最後的結論就是那些院長就會說這個訓練要延長...之類的(勞 4)
其實訓練延長對他們來說太有利了，因為他們可以得到廉價勞工，其實我的論述是有 PGY1，就已經延長一年了，改 PGY2 變成二年，就再延長一年了，從 PGY2 做完以後才能夠當 R1，不是就共延長兩年了嗎? 醫教會都被醫中把持，這些人很賊，已經把人家延長訓練了，本來 PGY 還不存在，現在 PGY 已經存在了，然後又有一個 PGY2，竟然還說訓練要再延長，他也完全沒有考量到現

在科技進步，可以自己去模擬學習，他不開刀的時候去做模擬手術也可以訓練的，操作十個模擬手術，都沒有病人受影響，飛行員也都用模擬駕駛練習(胡方翔)

27. 美國日本與歐洲先進國家的醫療工會情況

28. 美國日本與歐洲先進國家的醫療勞資協商情況

台灣跟國外另外一個沒辦法比的地方，就是不管是資方或者是勞方都沒有所謂的團體，所以他沒辦法簽團體協約，其實歐洲很多有簽團體約的，像英國就很標準對政府，因為它是標準公醫制就直接對政府，像德國它不是，德國就是醫院自己行成一個資方組織，醫師有工會，工會就跟資方組織談，談下來簽下來就 ok 了，美國是個別談，勞資個別談，我上次拿到一個很有趣的資料，就是 Johns Hopkins 的附設醫院，他們的醫院裡面就有一個團體協約，裡面是包括各個人工時、各個薪資的條件，光是那份團體協約 260 頁，一個契約 260 頁寫的鉅細靡遺(胡方翔)

所以那個是指每個醫師進去都要看過 sign 的一個協約(勞 4)

但基本上他那個是工會把關，所以他也不用擔心，因為你只要加入工會就好了，工會幫你把關，那 260 頁不是你個人去協商的(胡方翔)

這樣問題就是說我們跟醫院簽的契約，不管怎麼樣其實都是醫院的版本，也沒有人在幫我們把關，自己又沒有談判力(勞 4)

沒錯，而且你還動不了，你知道我很早就曾經做過這種挑戰了，我覺得上面不滿意的我就把它劃掉，結果他就不簽退回來，叫我重新再拿一張(胡方翔)

因為那是他在保障他自己的權益(勞 4)

我就說那這樣子就不用簽了(胡方翔)

就是醫院的權益要保障，所以都不能動，定型化(勞 4)

所以它是片面不平等條約(胡方翔)

如果對現在的住院醫師來說，他們可能會比較希望像美國的方式，所以就是有一個工時保障，但是我們修業年限不要延長，因為美國其實沒有年限延長的問題(勞 4)

他們的報告也說加入勞動法不影響訓練成效(胡方翔)

對，不影響訓練成效，所以你就拿這個 evidence，拿出來說工時在合理的範圍內不影響訓練成效，所以還是一樣的時間，就可以當主治醫師，讓這些目前在當住院醫師的，不會受到這個影響說是不是訓練工時要延長什麼的，就把年限守住，守住之後接下來就是把英國公醫的部份拿進來，給主治醫師參考(勞 4)

可是你這樣子談的都是拼裝車，反而自己的系統都會亂掉了(胡方翔)

hospitalist 是一個值班工時的 solution，但是這些英國的主治醫師制度裡面，其實與美國還是有一些類似的地方，還是有一個 hospitalist 科學排班公式在裡面，因為我們 hospitalist 主要還是學美國的，只是說當你一直都要學美國，會有一派說法說學歐洲比較好，我們其實自己在 hospitalist group 裡面，某醫師就是學歐洲，他們覺得歐洲比較好(勞 4)

29. 美國日本與歐洲先進國家的醫療罷工情形

像英國在他們在反對變更合約，你的看法怎麼樣，也是說錢跟休假時間談不攏的關係(勞 4)

其實他們是面臨換約，因為像我剛才說的那一份 260 頁團體協約，上面都有寫合約日期，就是合約期間到了他們就可以重新議約，一般來說如果在合約即將到期，雙方都可以提前提出新的條款來談(胡方翔)

所以每次議約都要來罷工，是不是這樣子? (勞 4)

是議不成，他們已經罷工五次了，其實罷工一定是想說還是要坐下來談判，可是談一談又談不攏那就繼續罷工，就這樣子又宣告第二次罷工，到現在已經第五次了，所以算是一個經典了，他就是要談到接近他的底線條件他才要讓步，但這次應該是雙方都實力相當，所以才沒有妥協，也許是忍無可忍所以就不妥協，其實罷工雙方都損失，因為只能提供最低服務，勞方與資方都沒業績，如果以台灣來講，我們台灣罷工絕對永遠都沒準備好，第一個沒辦法提供最低服務，還有提供最低服務的時候，會不會影響到家庭生計，我們幾乎沒底薪，現在主要是靠著業績在過活，罷工就沒業績了(胡方翔)

30. 能否為台灣醫師公會賦權，像外國醫師協會可具有協商權與爭議權
31. 醫師科別屬性與內涵差異大，能否由專科醫學會評估合理工作條件與人力成本
32. 對於醫糾與醫療訴訟的看法
33. 對於公立醫院醫師與公費醫師的勞動保障
34. 對於醫院評鑑過度美化與操弄的看法
35. 對於醫院普遍違反勞動法，卻勞檢頻率偏低的看法
36. 是否能成立醫護勞動權益保障申訴的公開管道

(五) 醫師勞動權益保障對於醫院經營的影響

(六) 醫師勞動權益保障對於病人安全或醫療品質的影響

(七) 醫師勞動權益保障對醫療法規與政策的影響

部長公開宣示，也算是一個突破，我去問督保盟，他說他們也不認為會增加人力缺口，因為現在的人力其實是不均而不是不夠，他說其實是部裡沒辦法去調度其他科，像現在醫美容那麼多人，他們是沒辦法管制這些，其實是不均的問題，因此搞個醫美特管辦法，他說不均問題其實加入勞基法後一樣不會改善，另外他說如果會增加人事成本的話，要增加健保的這部份也不是不可能，如果要增加健保這部份的補貼，就在特管辦法上寫說你如果做了什麼改善，那我就給你增加給付，可是他說這個也可能是沒有用，因為醫院的財報公開也是假的，我們特約機構的對象是醫院，最後醫院到底分配給醫師多少，管不到，看這幾年護理師已經增加多少給付了，結果護理師也沒有拿到，他說你們醫師也不會拿到，事實上醫院治理不能改，我也覺得拿不到(胡方翔)

但是有一些特定給付某些科別的示範計劃，其實只是示範計劃而且是短期的，因為會有總額資源分配的問題，這些都沒辦法改善，計劃的經費也不夠，除非

說這是院方資方自己決定出來配合政策的一個策略，那就是他們自己吸收多餘成本，譬如說感染科沒有專科醫師，可是評鑑一定要有，所以院方開出來高價碼，其實感染科沒什麼業績，主要是公衛任務，hospitalist 大概也是類似這樣子的可能性，然後接下來可能再慢慢把給付增加，因為剛開始制度進用這個人一定是不賺錢的，但是又一定要聘，像美國做那麼多年 hospitalist 都還是賠錢，美國給付這麼高，他們 hospitalist 部門是賠錢的，可是美國有一個好處，美國可以用計劃來補貼醫師的薪水(勞 4)

那他們用什麼計劃(胡方翔)

就是一些 NIS 的計劃，或者是一些 grand(勞 4)

可是長期或短期呢?如果只短期就沒有效益了(胡方翔)

也許有幾年的計劃，只是我們不太可能是國衛院或科技部計劃(勞 4)

可是現在司長的計劃就是有貼補，但貼補其實還是賠本，醫院到底是賠本還是賺錢，財報有分析出來(胡方翔)

對醫院來說是虧本的(勞 4)

其實他已經把其他的資源挪過來了，所以其他地方的資源過來以後會不會是沒賠本的，等於說它有些東西可以減少，譬如說原來的專科、次專科可以減少，把專科、次專科的資源拿來給一般科 hospitalist 用，這樣子有評估過嗎? 還是賠本? (胡方翔)

因為從醫院的角度來講，不管怎麼樣，如果把這些現有的床位挪一部份出來做 hospitalist 都是賠本，因為把這些床位拿去做開刀跟做心導管都是賺錢的，hospitalist 的健保住院給付真的太低，你是醫院管理要不要考慮病床效益(勞 4)

所以你們應該有個論述說，做 hospitalist 的給付有問題，給付有問題一定要突顯出來，如果沒有辦法呈現這個數據健保就沒機會改，如果說是給付有問題，那就是要從給付開始做調整(胡方翔)

對，目前都是這樣子，如果真的有心要做這一塊的話，就是我們說急性人力，一般醫療的話，那就是要想辦法讓次專科退到第二線，因為現在次專科就是胸腔科在看一些 pneumonia code，其實不用次專科看，在住院的時候不用看，他只是要在第二線做 consultant 就好了(勞 4)

但是李署長曾論述要調整病人部分負擔，督保盟也很反感，他們反對這個論述，醫改會跟民間團體都反對(胡方翔)
他們反對的理由是什麼? (勞 4)

他們說第一個病人增加負擔以後也沒辦法讓這些增加的部份改善醫療品質，他說他曾經問過醫師公會一件事情，如果我今天把你把診療費提高了，你可不可以跟我講說門診時間一個病人可以從 3 分鐘延長到幾分鐘，理論上診療費增加就應該要好好問診，請你呈現數字給我看，結果公會竟然跟他講說對個別會員專業看診行為不予干涉，他說這樣子我們為什麼要幫你去提高給付，所以他們認為提高病人負擔不可行，至少民間團體不同意，如果你們有辦法把這個論述破解掉，那自然就有辦法形成自己的論述(胡方翔)

不過他這樣的論述我是蠻意外的，因為我本來認為只是增加民眾的負擔而已，使用者付費調整病人端就醫心態行為，但他講的是醫療端品質，我覺得民間的重點在品質，但是官方或者是健保署在政策裁定上這個很難(勞 4)

對，二個沒有對上話(胡方翔)

二個完全沒有交集，一方面說財務過低有損害到品質，但那邊就說，你要增加財務但品質也要增加，所以二邊都沒有辦法對話(勞 4)

對，結果我們被健保與民間夾殺，不是如此嗎(胡方翔)

所以我們只能自求多福(勞 4)

(八) 對於醫師勞動權益保障的具體建議

(九)其他

(1)前言及推動醫師人權的困境

要跟法律上面比較懂勞動法的人對話，恐怕還是要靠你了，我們醫療的 focus 都很狹隘，像你的話你都把整個 focus 變成是比較人權或者是健保附隨的基本權利，已經到這種程度了，這種不是我們可以去論述的，我們隨便講就隨便錯(勞 4)

也不一定是會錯，你們的觀念很多都正確，問題是你們的論述怕人家沒有信心，因為想說不是專家不用相信，至少我有讀勞工所講出來還有點可靠性，所以我就說這些論述我不講也沒辦法，可是我現在講很尷尬，我老闆不喜歡我講勞資議題，職務頭銜都被拿掉，甚至要求臉書撤文(胡方翔)

所以你也不能說什麼(勞 4)

被要求下架很多文章，管理處也在看我的文章，但這個是屬於我私人言論的範圍，而且我說我敢公開我一定敢負責的，如果你覺得那裡寫不對，你可以跟我講，其實他並不是講我寫得不對，而是認為說我不應該讓員工知道這種消息，他們心態很保守，包括八仙塵爆的時候，我說按照勞基法護理人員只要是在休假狀態被召回，一定是要給加班費而且還要給補休，結果他竟然講說緊急時刻共體時艱，不應該討論這個問題，那我就沒話講了，連討論都不行；為什麼他不能遵守勞基法回應說緊急召回要給加班費跟補休？(胡方翔)

不過事實上是大部份資方都還是很保守，可是我記得你沒有用貴院醫師這種 title 寫文章(勞 4)

我都是用個人身份(胡方翔)

對呀，那跟醫院也沒關係(勞 4)

但是臉書上有工作地，有時候還是會被媒體介紹的時候引用到，我老闆就跟我講過一句話，他說你以為你是個人言論，但是人家都鎖定是本院，因為有一次好像是我批評公會跟學會那一次，理事長和秘書長親自直接打電話跟我們院長發飆，所以院長說他也不能不處理，他甚至還在開學會前連續兩天找我談話，跟我要求說叫我開學會大會時要小心發言，所以後來我到學會的時候我沒有發言，因為我是用書面提案，結果提案以後秘書處不接受，大會沒人敢臨時提案，所以說章程也動不了，我要提的是修章程案跟理事長直選案，二個案它都不讓我提，非常保守(胡方翔)

沒辦法，我覺得越大科越保守，你看看急診科都比較快，因為小科，新成立的一個科，他們去年就討論理事長直選案(勞 4)

觀念只要一改變，很快質變就會量變了(胡方翔)

對，而且那個急診科會員都偏年輕，但理事長也是被大老把持，後續也不看好(勞 4)

我私下拜訪前任腎醫會的理事長，我跟他說以前大家覺得學會是純學術組織，是聯誼組織。可是你看現在很多公務政策都要找學會出面，所以學會應該角色上不是那麼簡單了，而且勞動法又抬頭了，對於會員的勞動權益再不重視是不行的，結果他還是一樣回答說他們是學術的，他們不會去管政治，他認為那是政治，可是我覺得學會怎麼可能會撇開政治，政治就是眾人之事，你就在眾人之事裡面怎麼可能會撇開政治呢，他們這種撇清我覺得是假道學，談透析給付就不是政治？所以我講的可能太直接了，他們聽了都不高興 (胡方翔)

(2)醫師人力不均，醫院集團化，整合多元意見於論文

你上次有提到一個問題，我也去問過很多人，就是醫師現在基本上是現在是限一地執業，但是因為各個地區都是患不均，現在醫院集團化很嚴重，台大也在搶地盤，成大也在搶地盤，私立的更是搶地盤搶的厲害，中國、慈濟那一個不搶地盤，長庚也在搶地盤，所以他們的醫師全部都用報備支援，事實上他們的醫師早就在到處流動了，但是這個其實對地區來講是沒幫助的，舉個例子說，譬如說在農忙期間，很多農業縣市的骨科門診會爆掉，因為他過勞，因為農忙時間短時間要做採收要做很多事情，那一般來講在地醫師會在農忙之前開始衛教、開始預防保健，可是這些調來調去的醫師會做這些動作嗎?他只是來這邊

過水、充評鑑人力、幫值班或補資歷的，他怎麼會做這種工作呢?怎麼融入社區或發揮公衛功能？政府應該要想辦法改善偏鄉的不均現象，如果說公立醫院那邊如果有的話，應該帶頭將給付拉到當地最高，其他私立醫院就會跟著它，今天公家醫院拉高時，人力就留的住，因為公家醫院相對穩定有保障的時候，這些人就不流動就變成在地化了，其他人看到行情如此，它當然就要這麼高，不然其他人不會進來，問題是政府會做這種事嗎?政府只會一直摳，其實我們台灣醫界很多意見很好，可是都沒辦法整合，很糟糕，而且也打不進官員決策圈 (胡方翔)

對，應該這樣，就是呈現不同的意見(勞 4)

(3)醫師勞動法的研討會

有人建議要不要開一個醫師勞動法的研討會，可是沒有人要出來帶頭(胡方翔)
醫師勞動法的研討會我個人號召不到人，我來找醫勞盟做好了，看醫勞盟要不要做，真的開一個醫師勞動法的研討會，而且一定要邀請有罷工過的國家才有意義，好像加拿大也是公醫制，所以加拿大應該也是可以請來分享一下他們的經驗，這事要你出來(勞 4)

(4)談及醫院整合醫療學會

我們那時候要接衛福部的企劃也是一樣，它說不能給醫院做，一定要有個第三團體，所以才去找楊銘欽老師出來，他是學這個的，後來我們成立了一個學會，叫醫院整合醫療學會(勞 4)
現在還沒專科化，對不對(胡方翔)
還沒專科化，可是部長的發言意思是他認為這是一個專科，對醫院、病人這個是個專科(勞 4)
所以他的意思是方向要朝向專科化(胡方翔)
所以我們就在想也許會有人問說，你這個專科要怎麼樣，怎麼樣去實行這個過程(勞 4)
而且將來可能會有專科醫師鑑定考核的問題(胡方翔)
所以我們這個學會成立第一年還沒有想那麼多，只有說譬如某某醫院要成立 hospitalist 的時候，我們就去認證它的 hospitalist 是我們學會認證的， 我們只是要去認證一個單位而已(勞 4)
你們有認證指標出來了嗎? (胡方翔)
還沒有，都還在弄，想說第一年就慢慢弄這個東西就好了(勞 4)
請問什麼樣的醫師可以加入呢? (胡方翔)
我們本來就是在煩惱這個問題，因為家醫科、內科、甚至是有些外科(勞 4)
家醫科很早就不管病房了，大部分醫院家醫科從來不收病人的(胡方翔)
我們是想說只有少數的科可以加入，但是我們覺得阿貓阿狗都加入也很奇怪，後來討論了半天，司長就說不要想去認證個人，認證機構就好了，結果沒想到部長他比我們更快，他想要認證專科、認證個人，我覺得就更頭大了，要再想

想要怎麼弄(勞 4)
我覺得你們應該不要把門檻放的太嚴苛，因為臨床經驗滿多少年的其實就是一個很好的門檻，臨床經驗沒有足夠的話就還是放在 training 中，臨床經驗已經照顧病人這麼久了，如果還說不行，那誰行呢，說實在的，我常覺得我們腎臟科在收人家的尾巴，因為只要貼了一個尿毒症就什麼病碼都有，我們還要處理 CV、CVA、COPD 的問題，全部都在我們這裡，然後我們要會診別科，GI 的問題，骨頭關節什麼問題，所以我們怎麼可能不是 hospitalist 的，只是我們沒有被整合起來而已(胡方翔)
可是像類似這樣的科不多(勞 4)
對，有這種特性的不多，像 AIR 就不行，AIR 若是只管 SLE 類的可能就不行(胡方翔)
有些次專很偏，然後病碼也很偏，其實譬如說 Meta 只有看糖尿病的，而看腎臟的、看胸腔的比較全面一點(勞 4)
應該是說看慢性病的優先，因為一個病人通常不會只有一個慢性病，通常都會二個到三個以上(胡方翔)
對，可是很難設定說針對不同科別要有不同訓練年限或者是什麼之類的(勞 4)
很難，所以我才說以經歷為准，因為如果次專科走這麼久，然後科別又屬於什麼科都有碰觸到的，你的 general care 一定很強，不夠強那能 survive(胡方翔)
我們還想說人家來拿這樣的認證，多拿一個 board 到底對他有什麼好處，一直都想，想不出這個問題(勞 4)
沒有好處，除非給付有關聯(胡方翔)
對呀，那我們這樣開了一個課會有人上嗎?我們就自己幫自己認證(勞 4)
但是因為政策需要(胡方翔)
對，現在就是在找那個誘因，譬如說假設 PGY 來不要你從 R1 做起，可以算已有一兩年一般科經歷這樣的一個 board，或是你還是繼續做腎臟科的事情比較得心應手、來支援科學排班，拿這個東西當作誘因，就算今天全台灣有很多 hospitalist 這樣的缺好了，可是這種缺也不見得比次專科醫師的缺好，所以沒有誘因沒有人會來做 hospitalist(勞 4)
可是你以前寫的"想像一種工作"，那個也是看大家的想法有沒有改變，就是你要得到生活品質保障的話，那個是另外一條路，我覺得年輕醫師比較有機會，次專科也都飽和了又很競爭，反而資淺的醫師會願意走，而我們資深的醫師覺得既有的次專科都已經走得很好了，真的沒有太大的誘因，我們頂多是拿一個 board 當 title 而已(胡方翔)
現在我們自己也知道說也許輪班的工作只適合年輕醫師，但是年輕的醫師之後呢?他資深後要怎麼辦，總是要給他鋪一條後面的路，讓他願意待在這個裡面，因為後面的路都看得到，我問過很多的教授，後來有一個教授跟我們講說，其實應該學美國，美國開始做一些聯合，就是一個病人在一個體系裡面被照顧，這個裡面包含了醫院、長照、基層診所，所以醫師其實就可以在這個體系內流

動，所以美國有很多聯合醫院，譬如說一個醫療集團就包了 13 家還有診所跟醫院，如果 hospitalist 做一半的時間，他可以去診所，或者他做一做他要去長照，或者是健檢，所以沒有這個體系起來之前，一家醫院自己說要做 hospitalist，像我們這樣子永遠都看不到我們幾歲之後還要去調日夜班，永遠想不通這個問題，可是當台大醫院有長照、有診所，就不會有這個問題了，你可以知道你未來要去那裡，所以這個應該要整個整體去思考(勞 4)

應該講說社會也還沒成熟，如果說走到這個程度可能連長照體系都已經建立好以後，才有辦法在這邊流動(胡方翔)

而且我們太封閉了，診所是診所，醫院是醫院，一條鞭又怕托拉斯(勞 4)

而且各據山頭，集團山頭主義很強(胡方翔)

而且公立醫院都很自滿，就連台大都沒有任何一任院長去想要整合，你剛才有說我們想已攻下很多地方，可是我們沒有想到要把這些連起來，因為譬如說竹東、新竹、雲林的都是台大分院，可是都那麼遠，之間根本都沒辦法互相做什麼事，聯結不起來，譬如說一個大台北地區，只是要跟基層診所合作，光醫院那一步都踏不出，完全都踏不出去(勞 4)

(5) 醫院整合醫療學會

你本身不是還有一個次專科嗎? 你有沒有想過如果 hospitalist 做到 50 歲或是 55 歲以後，在比較中小型醫院還是缺胸腔科的，你就再去次專科那邊重新當主治醫師不行嗎?這方法你們有想過嗎? (胡方翔)

可以的，但那就等於告訴專科醫師說 50 歲以後要從 0 開始，其實有點不安(勞 4)

可是所有醫師進來都是從 0 開始，其實並不會有這個問題，像我們醫院去年年底收一個才 fellow 受訓完專科的，他也是從 0 開始做，現在也做了一年也起來了，所以我是覺得應該還好，重點在於地區有個位置給你才重要，如果沒這位置你去就沒有意義了，因為現在額度都是滿的，沒空間(胡方翔)

不過我們是希望是說，在一個體系裡面，你已經 50 歲了，你去看診所不再值班了，等於你看的病人就是你當時照顧過的，因為這些病人就在這個體系裡面，所以這樣子比較好，醫師是會在這個體系裡面流動，這樣感覺會比較好，如果是到一個新的地方完全從 0 開始，那你前面累積追蹤病人的東西，對病人來說也是一個損失，病人也要從新開始也是損失，二個都損失(勞 4)

(6)標衛福部計畫

現在衛福部推醫界勞動權益保障社會對話，目前這個案子也是第三方勞工所在做 (胡方翔)

當時有跟你們競爭的還有誰? (勞 4)

蘇理事長，他有一個叫做什麼醫院協會的(胡方翔)

蘇是比較社區型醫院的(勞 4)

對，好像是地區醫院協會，是協會(胡方翔)

還好沒有被他們標到(勞 4)

沒有，我相信他們知道他標到應該不適合，已經有立場(胡方翔)
喔，因為他的角色(勞 4)
對，而且我覺得他們以前對這個議題沒有著墨，應該沒有辦法接，因為我們還有中華勞資關係協會主持，它過去已經接過政府六、七個標案，但接的都是勞動部的，這是第一次接衛福部的，但都是勞動議題，所以以過去的經驗來看，在資格審查上也會強很多(胡方翔)

國立政治大學 National Chengchi University

國立政治大學
勞工研究所

碩士論文

台灣受雇醫師勞動條件與權益保障之探討

胡方翔　撰

一零五年七月