

建請所有會員支持「醫師納入勞基法」

陳才友

是否推動「醫師納入勞基法適用對象」經過第 7 屆第 6 次醫事法規委員會 (94.8.23) 獲得結論：通過推動醫師納入勞基法適用對象。

接著，第 7 屆第 17 次常務理事會 (94.9.6) 獲得決議：提請理事會決議。再經過第 7 屆第 8 次理事會會議 (94.10.30) 決議：通過推動醫師納入勞基法適用對象，詳細方法再研究。

照道理講，已經完成所有程序，理事長就應該寫一份正式公文給衛生署和勞委會，以及立法院嚴正聲明醫師要納入勞基法適用對象。卻不料在第 7 屆第 19 次常務理事會 (94.11.8) 又以醫師納入勞基法一案，可能造成醫院與本會對立，建議再凝聚共識審慎考量為由，做出以下的決議：

1. 本會推動醫師納入勞基法之立場不變。
2. 詢問醫院經營者可行方法，並設計問卷調查各層級醫院意見。
3. 召開會議與各層級醫院研討施行醫師納入勞基法後之因應對策。
4. 請醫事法規委員會研究相關法規與規劃推動醫師納入勞基法細節。

接著第 7 屆第 9 次監事會 (94.12.18) 做出綜合意見：有關本會是否推動「醫師納入勞基法適用對象」案請專家精算並徵詢醫院及診所的意見後研究，此舉亦即將先前經重重程序後通過之決議再次否定，令人難以信服且失望。

醫師公會為醫師會員喉舌，是勞方代言人，而醫院協會乃為資方代表。由以上全聯會的做法已很明白，我們的全聯會已經被醫院經營者的代表所把持，只為經營者在著想，為了經營者的利益發動「420 醫界大遊行」花掉我們的錢 10,266,849 元。即使經過法規委員會（當初是常務理事會要法規委員會研究醫師納入勞基法的提議）、常務理事會、理事會的完整程序，但只要是他們不喜歡的依然可以不做。

本人在 93 年 6 月 28 日上午 9 時 30 分在立法院第一會議室，參加高明見立法委員舉辦的「醫師應否納入勞基法保障」公聽會。又以雙掛號寄信給勞委會
台北市 萬芳醫院 家醫科

請求提供「醫師排除在勞基法適用範圍的會議紀錄」影本，未如願。後來經由勞委會勞動條件處的人員的幫忙，調出中華民國 86 年 8 月 28 日行政院勞工委員會給條件處的函，傳真給我；其主旨：本會擬於本年 9 月 1 日公告指定金融及其輔助業行業、國會助理、公務機構技工、駕駛人、工友、清潔隊員等工作人員，適用勞動基準法謹請備查。

說明：四(二) 社會福利服務業、醫療保健服務業(醫師除外) 之工作者、公務機構技工、駕駛人、工友與公務機構清潔隊員(以上自 87 年 7 月 1 日起實施)。

勞委會做成「醫師排除在適用勞基法之外」的決定前，有徵詢過衛生署與醫師公會全聯會的意見，就如「是誰不讓醫師納入勞基法」一文所述，是因為我們醫師自己的「中華民國醫師公會全國聯合會」理事代表們的決議「醫師不納入勞基法」。然而事實上台北市醫師公會都有做過問卷，85% 受訪醫師贊成納入勞基法適用範圍。

值班醫師在黑夜中走鋼索一文中提到，美國監督醫師訓練的 Accreditation Council for Graduate Medical Education 決定限制住院醫師一週工作不得超過 80 個小時，而且值班之後必須休息 10 小時。因為他們已經發現醫師過長的工作時間，早已到了危害病患照顧品質，甚至是生命權益的程度。但是在台灣的醫療體制下，掌握病患生死的卻是不眠不休長時間工作的醫療人員。難道醫療人員的精神專注力對病患的生命影響，比不上駕駛座上司機對乘客的生命影響？

醫師未受勞基法保護，因此才會發生 92 年 3 月 12 日世界衛生組織官員提醒世界各國，注意新加坡與香港發生非典型肺炎。高明見立法委員在 3 月 17 日、3 月 27 日與 4 月 2 日三次委員會中，再三建議衛生署長涂醒哲採取全民量體溫將發燒病人隔離，結果涂署長沒採用，不久就發生和平醫院爆發非典型肺炎的事情（證實涂署長根本都沒有準備），吳康文院長也可以向醫師隱瞞病人的病情，也沒有提供保護裝備，讓為病人服務的醫師被感染而死亡（是我的學生因此我印象特別深刻）；馬市長不但沒有提供醫療人員足夠的保護裝備，還說出「醫療人員請假或辭職視

同陣前逃亡」，這種泯滅良心的話。

本人在 93 年 6 月 28 日立法院第一會議室也曾舉例說明，在台灣颱風地震很常見，假設一個人在橋斷了不能出來，救難人員必須有足夠的體力與良好的裝備才能將受困的人員救出來，如果救難人員沒吃飽也沒有任何的保護裝備之下徒手涉水而過，可能僥倖過得去，回程受困者騎在救災人員的肩上，如此涉水而過必定兩人都會被大水沖走。現在在台灣，醫師沒有被納入勞基法，情形就如同那個沒有吃飽和沒有裝備的救難人員徒手涉水去救受難人員一樣。台灣的醫療環境非常險惡，全臺大都市都有專門處理醫療糾紛的法庭在等著你(妳)。醫療糾紛除了民事之外還有刑事的問題，病人在兩週內可以影印整本的病歷，法院又是要求實施交叉詰問；現在醫師沒有納入勞基法，就如同醫師自己手腳被綁住，嘴巴被膠帶貼住，任人宰割一樣。衛生署、健保局、醫療院所的關係就好比如來佛、如來佛的手掌和孫悟空的關係。也才會如第 7 屆第 6 次醫療政策委員會提出臨時動議 (6) 案由：面對惡劣的醫療環境，無能的中央衛生主管機關及蠻橫的健保局，與身為 3 萬 4 千名醫療工作夥伴代表的全聯會應該積極，確實拿出有效的應變措施及政策給我們的中央衛生主管機關參考，而不是被動的窮於應付、挨打。

醫師納入勞基法的適用範圍，醫師才能與健保局坐下來公平的討論出一套合理的給付辦法。醫師公會提供全國醫療相關的年度預算給健保局，健保局再將資料提供給衛生署做為依據，在全國分配總額預算時，衛生署才能獲得比較合理的分配。如此才可使全國人民獲得合理的醫療照顧，醫療相關產業獲得合理的發展空間，病患也獲得醫師良好的照顧。另外一點很重要，因為醫師納入勞基法，醫院內醫師以外已納

入勞基法的人員才能獲得勞基法真正的保障 (像 SARS 時已納入勞基法的護理人員也被無謂的犧牲掉了寶貴的生命)。整個醫療是一體的，醫師若沒有納入勞基法，整個醫院是不會有保障的。關於法條上的說明，可以參考薛瑞元醫師 (現任衛生署醫事處處長) 所寫對於「醫師不適用勞基法」的反駁意見一文，寫的非常精闢明瞭。

由於全聯會主持人員以經營者之立場，做成醫師不納入勞基法適用對象的決議，使得醫院經營者也成為受害者。在全民健保實施前很多病人沒有勞保或公保等保險，很多是自費給付，因此醫院經營者收入較多，實施全民健保之後醫療給付任憑健保局砍，收入大不如前。在去年 7 月 1 日以前實施勞退舊制，勞工退休準備金放在醫院經營者之名下，當還沒達到退休時間就離職，這筆錢就成為醫院經營者的額外收入；在 7 月 1 日實施勞退新制後，醫院經營者必須將 6% 的雇主負擔部份每個月放入勞工的戶頭內，成為經營者成本之一。醫師納入勞基法才能為醫院經營者自己和所有的醫院工作同仁求得一個合理的待遇，也才能為病患做更好的服務。

有委員在全聯會的第 7 屆第 6 次國際事務委員會提出一個臨時動議，案由：討論本會所出版之世界醫師會醫學倫理手冊中文版是否發給醫學生。結論：建議明年派代表參加各醫學院之畢業典禮，當場將醫學倫理手冊分送給畢業生以增加本會曝光率，並讓年輕醫師瞭解公會存在的價值。

醫師公會全國聯合會是醫師的職業公會，其存在的價值「消極的是維護醫師的權益，積極的是爭取醫師的權益」。醫師公會全國聯合會怎麼會扭曲這個價值而做出傷害全體會員的事呢？

懇請所有會員支持「醫師納入勞基法」！謝謝！