

# 臺灣醫師行使勞工團結權所面臨的困境

## 前言

全球醫療體系中，因人力資源不足、超時工作所導致的過勞問題存在已久。2015 年 6 月 22 日，德國最大的大學醫院護士及看護藉由工會投票，以高達 96% 的比例贊成無限期罷工，他們的訴求是希望增添 600 名院內人力，以減輕工作負擔。<sup>1</sup>2016 年英國由於保守黨提出的政策，使得初級醫生必須以較低的薪資在周末進行義務性加班，用五天的工作人力應付七天的工作份量，造成過勞問題。英國醫學會多次談判不成，進而發起由全英國初級醫生共同參與的罷工行動。<sup>2</sup>

不只是歐洲國家，台灣醫護人員同樣有著過勞情形。護理人員尚且受到《勞工基準法》的保障，然而醫師的過勞問題卻似乎沒有有效的途徑可以解決，情況相較於前者更加嚴峻。根據台灣醫學生聯會在 2012 年的統計數據顯示：台灣住院醫師平均每週超過 100 小時，遠高於《勞動基準法》中平均每週工作時間應低於 72 小時的規定。<sup>3</sup>醫勞盟理事長表示：台灣許多住院醫師超時工作，長期處於高壓狀態而危害健康，導致 2016 年 1 月至 5 月間短短四個月，便有四名醫師中風、猝死。<sup>4</sup>

過勞情況如此嚴重，台灣醫師卻一直無法有效地尋求法律的庇護、進行勞資協商，或者如同國外案例進行罷工，以解決自身的困境。追溯其根本的原因，上述幾項可行的解決途徑，在法律上皆需要仰賴勞工團結權所包含之組成工會的協助。《工會法》第五條之工會任務即包含：團體協約締訂、勞動條件之促進、勞資爭議之處理……等。另外，《勞資爭議處理法》第七條明訂：勞資爭議之勞方當事人，應為工會，僅有兩項情形得以例外。舉例來說，2016 年，台灣首次取得合法罷工權並實施罷工行動的中華航空客艙組員，便是透過「桃園市空服員職業工會」達成合法要件。<sup>5</sup>然而，一直到 2017 年 6 月份長庚急診醫師集體離職事件後，台灣才終於有了第一個醫師工會——當年 9 月成立的「台北醫師工會」。至於其他縣市，至今仍無合法工會。相較於其他職業工會，台灣醫師工會的成立很晚，而且運作上也是困難重重。本文將探討台灣醫師為什麼如此難以行使勞工團結權，組成工會而保障自身勞動權益。

---

<sup>1</sup> 黃佳玉，〈全球醫生罷工是常態，台灣醫師卻連勞基法都保障不了他們〉，《遠見雜誌》，2016 年 4 月 27 日，<https://www.gvm.com.tw/article.html?id=32458>

<sup>2</sup> 同上。

<sup>3</sup> 黃怡翎、高有智，〈過勞之島：台灣職場過勞實錄與對策〉，台北：台灣職業安全健康連線，2015 年。

<sup>4</sup> (作者不詳)，〈中風、猝死…醫師過勞 4 個月倒下了 4 位…〉，《自由時報》，2016 年 5 月 5 日，<http://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/1686024>。

<sup>5</sup> 劉光瑩、羅之盈，〈血汗怒吼，華航空服員罷工有理嗎？〉，《天下雜誌》，2016 年 6 月 23 日，<https://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5077045>

## 一、醫師在法律上的「勞工」身分沒有釐清

醫師若欲行使勞工團結權，首先必須確立其屬於法定之「勞工」身分，否則就《工會法》相關規定，醫師在籌組工會時勢必因為身分而受到阻撓。

就我國《工會法》第 4 條之敘述：「勞工均有組織及加入工會之權利。」來看，法律所保障成立工會者似乎須先具備法律上所承認之「勞工」條件。而醫師基於《勞動基準法》第 3 條之規定：「本法適用於一切勞雇關係。但因經營型態、管理制度及工作特性等因素適用本法確有窒礙難行者，並經中央主管機關指定公告之行業或工作者，不適用之。」醫師由於工作特性及工時無法配合《勞動基準法》中相關規定而被排除於該法保障範圍，因此過去許多人認為，醫師並不具備法律上「勞工」的身份。

然而實際上，並不能憑藉醫師是否適用《勞動基準法》，來界定他們是否屬於「勞工」。從《勞動基準法》第 3 條之後續語境：「前項因窒礙難行而不適用本法者，不得逾第一項第一款至第七款以外勞工總數五分之一。」可判斷「不適用本法」與「是否為勞工」並不具備直接的關聯。除此之外，《勞動基準法》第 2 條所提及：「勞工：謂受雇主僱用從事工作獲致工資者」，就可以判斷醫師是否符合勞工之法律定義。針對這點，醫療勞動改革小組認為，受僱醫師的主從關係雖無法於司法實務上獲得肯定，然而在現代醫院高度企業化管理的情況下，住院醫師與主治醫師皆受到管理階層的監督或規範，且經濟從屬和組織從屬的關係明確，因此醫院和醫師間應為勞雇關係。<sup>6</sup>由此可見，醫師實質上符合前法所提及之勞工相關定義，只不過是由於過去並未釐清醫師之勞工身分，以至於無法依據《工會法》之相關規定組成工會以落實勞工團結權。

## 二、醫師的勞工意識不足

釐清法律上醫師是否具備勞工身分，乍看之下是非常基本的事情，然而為何直到近年才由醫療改革小組為首積極論證並普及於社會？這是基於一個更為複雜的原因，即社會大眾與醫師本身皆理所當然地以為「醫師不是勞工」，不曾質疑。

在過去的台灣社會中，醫師被認為是具有高度自主性的專業人士，其社會地位崇高、受到民眾的尊重同時也有著優渥的收入，因此社會大眾往往容易忽視受僱醫師與醫院之間的契約與權力關係，進而無法意識或接受醫師同為勞工的想法，也因此多半無法體認到醫師的勞動權益同樣需要保護。在過去的臺灣社會中，爭取勞動權益相關的議題多半集中討論於基層、薪資水平較低落的藍領勞工身

---

<sup>6</sup> 陳成暉，〈現代醫療勞動體系下的醫師團結〉，《苦勞網》，2014 年 12 月 21 日，<http://www.cooloud.org.tw/node/81155>

上。<sup>7</sup>

至於醫師本身，政治大學法律系的林佳和教授曾於 2011 年在醫師勞動改革小組主辦的座談會上指出：醫師在行業中的自主性，使得他們在執業時不容易感覺到自己受雇於醫院，因此忽視了自己身為勞動者的從屬性。有許多人從出發點上，就不認為自己是一個受雇者。<sup>8</sup>他認為這樣的認知最大的誤區在於，無法區辨「專業上不受控制」和「勞動上的不受控制」是不同的兩個概念，也就是說，雖然醫師在專業領域中所擁有的話語權不會受到資方的撼動，然而其勞動成果、薪資與升遷仍然掌握在資方手中。並且，醫師的工作往往是人命攸關，因此醫界對於醫師的訓練有著高度的自我要求，甚至部分醫界人士在超時工作與賣力精進自己的專業水平兩者間做出了不當的連結，造成其忽視自身過勞的事實。

台灣醫師觀念轉變的契機是 1995 年誕生的全民健保制度，這項制度使得醫師的薪資、醫院形式和醫院管理方針有了極大的改變。首先，醫師從自行訂定醫療服務價格轉變成每項醫療項目都有法定的標準。其次，醫院市場競爭激烈，新興的醫療設備醫師自雇自營的比率下降，區域醫院及地區醫院數量減少，而大型的醫學中心數量增加，直至 2014 年，有約六成的醫師受雇於醫院。<sup>9</sup>且大型醫院的經營開始採用企業化的管理方式，重視績效、按件計酬，結果導致醫師的勞動處境越發艱難，超時工作與過勞死事件頻傳。在《過勞之島：台灣職場過勞實錄與對策》一書中就詳細紀錄了 2012 年台灣醫師過勞相關數據：住院醫師平均每週超過 100 小時，遠高於《勞動基準法》中平均每週工作時間應低於 72 小時的規定。<sup>10</sup>到了 2010 年，醫師勞動權益的問題開始獲得社會的關注。同時，醫界本身也開始思考過去對於醫師的身分的定位是否恰當，部分的醫師也直到此時才開始培養勞工意識。

### 三、醫院內部權力結構的阻擋

阻礙醫師組織工會的第三個因素，是醫療體系內的權力結構。醫院裡的醫師階級由低到高分成：見習醫學生、實習醫師、不分科住院醫師、住院醫師、總醫師、主治醫師。<sup>11</sup>如下圖：

---

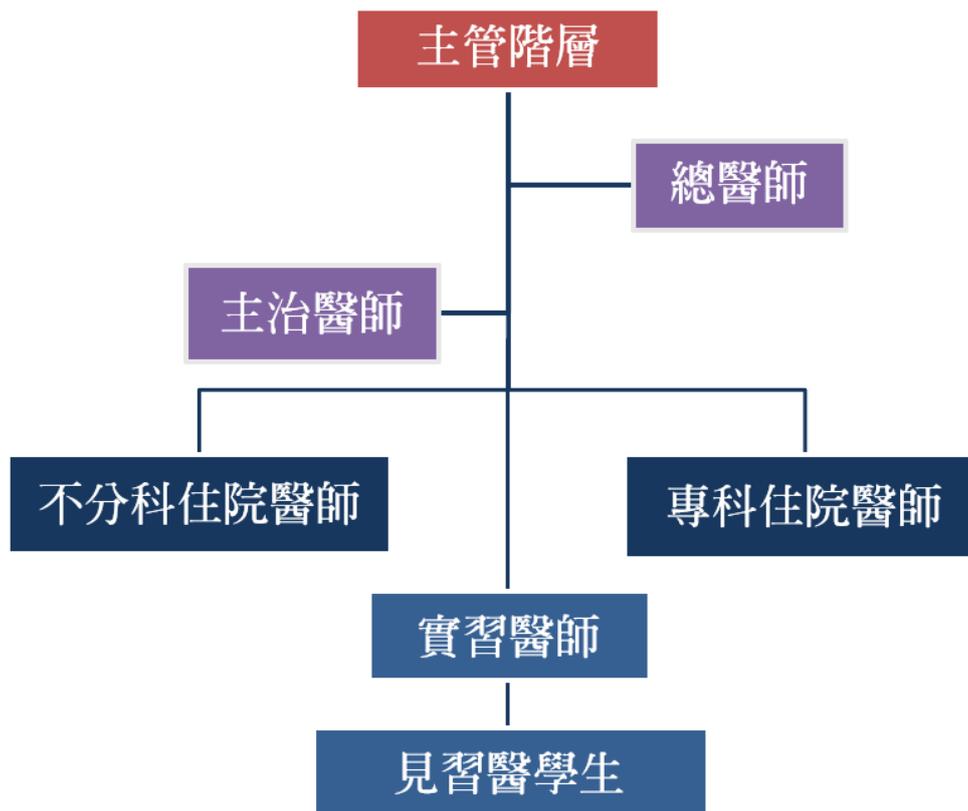
<sup>7</sup> 潘柏翰，〈過去醫師被認為是高收入專業工作者，為何近年開始爭取勞動權益？〉，《關鍵評論》，2017 年 8 月 17 日，<https://www.thenewslens.com/article/76399>

<sup>8</sup> 林佳和，〈醫師，您過勞了嗎？醫師勞動權益座談會〉，《公醫時代》，2011 年 12 月 18 日，<https://pubmedtw.blogspot.tw/2011/12/blog-post.html>

<sup>9</sup> 鄭涵文、楊惠君，〈醫生都沒有人生了，誰還有人生？〉，《報導者》，2017 年 8 月 23 日，<https://www.twreporter.org/a/physicians-inclusion-labor-standards-act>。

<sup>10</sup> 黃怡翎、高有智，《過勞之島：台灣職場過勞實錄與對策》，台北：台灣職業安全健康連線，2015 年。

<sup>11</sup> 朱家儀、楊之瑜，〈醫護產業可以罷工嗎？不是可否的問題，而是如何以及為什麼〉，《The News Lens 關鍵評論網》，2016 年 6 月 26 日，<https://www.thenewslens.com/article/42814>。



見習醫學生、實習醫師是剛進醫院的成員，勞動條件最差。他們想要保障自己的權益，即使在道理上沒有問題，但現實可行的機會卻很低，因為他們的地位最底層。地位更高一層的不分科住院醫師或專科住院醫師，前者心力投入於專科醫師執照的考試，因為通過率不算高，不願在此階段為了爭取權益而與醫院管理階層發生衝突矛盾。至於專科住院醫師雖然沒有這樣的問題，卻受限於醫院中另一種上下結構的影響，即「師徒制度」。當保守態度的主治醫師為帶領自己入門的老師時，專科住院醫師往往沒有足夠的勇氣或話語權，為了團結醫師集體的力量而撼動老師的決定。台北市醫師職業工會籌備會成員兼住院醫師的張詔程先生，曾經公開談論醫院內部權威及師徒制對於基層醫師的強大約束力，致使基層醫師很難為了爭取自身權益而參與連署。<sup>12</sup>企圖改變體制的人，不是受到上層的「關切」而打消念頭，便是因為院內緘默的環境而無法激起水花。

最後，主治醫師屬於醫師之中的最高層級，按照常理來說應該能夠成為醫師中的領頭羊，帶領其餘底層的醫師爭取自身權利。然而因為升任主治醫師後擁有較優渥的薪資以及較舒適的工作條件，又往往與醫院主管階層有著利益上的互惠關係，在成為既得利益者後，多半難以回到基層醫師的角度為其出謀劃策。

概觀而論，醫院內部的結構可以區分為上下兩層。擁有主導權的是屬於上層

<sup>12</sup> 鄭涵文、楊惠君，〈醫生都沒有人生了，誰還有人生？〉，《報導者》，2017年8月23日，<https://www.twreporter.org/a/physicians-inclusion-labor-standards-act>。

階級的主管單位和主治醫師，而特別需要改善勞動條件的基層醫師屬於下層，沒有主導權。這使得醫師受限於內部結構，而無法順利組成工會。

#### 四、結論

本文探討了台灣醫師在行使勞動團結權所面臨的困境。起初，人們或許以為困境在於醫師在法律上的「勞工」身分不明確。然而，這個問題其實並不複雜難解。我們進一步發現，在法律身分問題的背後，還糾纏著醫師自身（及社會大眾）對於醫師的既有印象，而使得醫師無法意識到自己的勞工身分，反而將過勞誤認為是成就專業的必經過程。而且，醫師也無法將自己的高社經身分往需要法律保障的勞工身分相互連結。最後我們更看見，醫院內部有不為人知的權力結構，使得醫師即便有了勞工意識、希望爭取勞動團結權，亦無從下手。

這三者並非各自獨立存在，而是層層遞進並相互影響。因為不具備勞工意識，自然沒有動機去釐清法律上的身分。而來自權力結構的壓力，也阻礙醫師的勞工意識覺醒；並且勞工意識不彰，也反過來強化了醫院內部的權力結構，更加不利於法律上明確承認醫師為勞工。法律身分、勞工意識、權力結構等幾項因素，由外而內但又互相影響，共同結合成台灣醫師集體的困境，使得醫師們難以行使勞動團結權，醫師過勞的問題也得不到足夠的重視。

#### 【參考文獻】

黃佳玉，〈全球醫生罷工是常態，台灣醫師卻連勞基法都保障不了他們〉，《遠見雜誌》，2016年4月27日，<https://www.gvm.com.tw/article.html?id=32458>。

黃怡翎、高有智，《過勞之島：台灣職場過勞實錄與對策》，台北：台灣職業安全健康連線，2015年。

劉光瑩、羅之盈，〈血汗怒吼，華航空服員罷工有理嗎？〉，《天下雜誌》，2016年6月23日，<https://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5077045>。

陳成曄，〈現代醫療勞動體系下的醫師團結〉，《苦勞網》，2014年12月21日，<http://www.cooloud.org.tw/node/81155>。

潘柏翰，〈過去醫師被認為是高收入專業工作者，為何近年開始爭取勞動權益？〉，《關鍵評論》，2017年8月17日，<https://www.thenewslens.com/article/76399>。

（作者不詳），〈中風、猝死…醫師過勞 4個月倒下了4位…〉，《自由時報》，2016年5月5日，<http://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/1686024>。

林佳和，〈醫師，您過勞了嗎？醫師勞動權益座談會〉，《公醫時代》，2011年12

月 18 日，<https://pubmedtw.blogspot.tw/2011/12/blog-post.html>。

鄭涵文、楊惠君，〈醫生都沒有人生了，誰還有人生？〉，《報導者》，2017 年 8 月 23 日，<https://www.twreporter.org/a/physicians-inclusion-labor-standards-act>。

朱家儀、楊之瑜，〈醫護產業可以罷工嗎？不是可否的問題，而是如何以及為什麼〉，《關鍵評論》，2016 年 6 月 26 日，<https://www.thenewslens.com/article/42814>。

