

醫院「五奧步」榨光醫護血汗
醫改團體怒要政府「兩改革」反制

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟發言稿

一、 血汗醫院三大禍首

甲、 衛生署醫療政策錯誤

- i. 拒絕受雇醫師納入勞基法職災保障
- ii. 住院醫師未制定責任工時限制
- iii. 拒絕將護病比法制化，只以虛偽評鑑規範虛偽護床比

乙、 健保局血汗健保制度

- i. 政治力介入包山包海
- ii. 缺少對使用者的成本控制
- iii. 總額制度與不當核刪每年剝削醫療勞工四百億

丙、 財團醫院血汗醫療管理

- i. 地區醫院倒閉，財團醫院擴大
- ii. 財團在本業獲利，辦醫院卻仍以追求利潤為最大目標
- iii. 強力介入政治運作，阻礙病安政策推動

二、 呼籲醫院經營者不要與血汗健保攜手壓榨醫療勞工

甲、 醫護過勞，病安不保，違背以病患利益為最大顧慮的醫師誓辭

乙、 團隊領導者對團隊成員要有同理心，對團隊成員有同理心的醫師才會對病人有同理心，也才有資格領導醫界。視醫師為將軍的時代已經過去

丙、 請與醫療團隊攜手對抗血汗健保，共組工會，共上街頭！

三、 請全體國民拉我們一把！

救救崩壞中的台灣醫療！

救救台灣民眾的就醫品質！

一、 醫護過勞，病安不保

醫事處長石崇良面對醫師要求納入勞基法的訴求時說，醫師工作有其特殊性，限制工時之後，將有害病人安全。事實真的是如此嗎？

根據醫學研究，當一個人連續二十四小時不睡覺的時候，他的表現能力就相當於血液中含有 0.1% 的酒精濃度。

一九八四年五月的紐約，一位名叫 Libby Zion 的十八歲少女在一家醫院的急診室中去世。她的父親一狀告上法院，雖然最後敗訴，但是法官在判決書中特別註明，Libby Zion 之所以年紀輕輕就往生，部分原因來自於值班醫師連續工作過勞所致，因此建議應該做相關立法。紐約州於是在一九八九年全美第一個立法，規定醫師每週工作與值班的總時數不得超過八十小時，這也就是一般所謂的 Libby Zion 法。

護理人員也有和醫師類似的遭遇。美國研究在一般外科病房，護理師最適合照顧的病人數，不論白班小夜班還是大夜班，都是四人。每增加照顧一人，病患的死亡率就會增加 7%。因此美國加州立法規定"護病比"1:4。台灣護理師直接照顧的病人數卻高達十多人，是歐美國家的三倍。

醫護過勞真的會造成病人安全危害嗎？答案絕對是肯定的，在每次轟動全國的醫療新聞中，多少都有這個因素在內，而且會上新聞的事件，只是冰山的一小角而已。2009 年七月，宜蘭羅東博愛醫院護理師更換病患點滴時，誤將 C 床病患的盤尼西林，加到已知對此抗生素過敏的 B 床的點滴中，產生過敏反應而病危。當時此病房大夜班的護理師人數為四人，要照顧的病患人數為 57 人。當這一類的事件發生以後，我們的衛生署官員總是會說，我們有某某法律，可以來"伺候"這個醫護人員。但是在有問題的制度之下工作的醫護人員所犯的錯誤，衛生署自身才應該是最需要負責的單位。

二、虛偽評鑑，上下交賊

醫院評鑑必須建立在法定醫療勞動人員責任工時與護病比這兩個條件之下，才有實質的意義。衛生署面對要求醫師納入勞基法保障的要求時，卻拿醫院評鑑當擋箭牌。在面對護理師要求合理工作量時，一樣拿出評鑑制訂"護床比"當擋箭牌。包括馬總統一直在說的 1:3，指的也是護床比。但是護床比的規定漏洞百出，醫院雇用的護理師不一定用在臨床照顧病人，台灣的醫院評鑑又常被詬病淪為形式主義的表面功夫，用醫院評鑑的方式規範護床比有用嗎？為什麼不直接立法規定護理師直接照顧病人的上限？當然那是因為評鑑可以操作，"護床比"也比"護病比"容易操作。在沒有法定責任工時與護病比的前提下，繁複的評鑑條文造成臨床工作者更多的負擔，大量減少直接照顧病人的時間，結果就不但無法做到策進醫療品質的目的，反而會有害病人安全。"醫策會"在制訂評鑑條文時，有權決定的委員都是醫院代表，資方做不到的護病比和責任工時就不去定，已經喪失了醫院評鑑的正當性。

三、血汗健保，包山包海

監察委員黃煌雄先生在健保總體檢報告中指出，台灣健保最嚴重，最核心的根本問題，就是"政治力的介入"。政治力的介入讓健保包山包海，嚴重入不敷出。

政治人物拿健保開支票，卻沒有教育人民應該負的責任，造成健保資源的浪費。根據 99 年健保申報資料，門診申報 36,065 萬件，共 3,360 億點；住院申報 321 萬件，共 1,644 億點；兩者合計 36,386 萬件，5,004 億點。核付部份，門診核付 3,298 億點，或 3,107 億元；住院核付 1,590 億點，或 1,481 億元；兩者合計 4,888 億點，或 4,588 億元。所以無償服務部份，若依“元點等價”計算，則醫界於 99 年度提供約 416 億元之無償服務。這都是血汗勞工的勞動報酬，也是造成血汗醫院的無可否認的根本原因。只要健保少” A” 醫院一半，兩百億，血汗護理師與護士荒的問題就能得到解決了。

四、衛生機關，放任不管

因為 Libby Zion 事件，美國早在二〇〇三年，醫學教育評鑑委員會（ACGME）就規定，美國全國的教學醫院，都須遵守 Libby Zion 法。石處長是醫品病安專家，不可能不知道這個故事。而處處學美國的台灣醫學教育，強調住院醫師要有 ACGME 定的六大核心能力，卻對工時的相關規定避而不談，也同樣令人匪夷所思。

台灣不但沒有” Libby Zion” 法，就連要求納入勞基法保障基本人權，衛生主管機關都還不願意。這令人想起了在 2009 年在國道發生的重大車禍，大客車駕駛打瞌睡造成嚴重意外。2010 年初監察院糾正交通部之後，2010 年三月終於修法製訂大客車駕駛的工時規範。醫療工作者工時過長一樣會造成病人危害，而且是更隱微的危害，大眾不一定會知道。所以比起大客車駕駛，醫療界更需要訂定工時限制，才不會危害公共安全。只要做好交班，就不會有中斷照顧的問題。難道衛生署要等監察院糾正以後，才會盡到應盡的責任嗎？

五、醫院勞資，共上街頭

健保上路以後，造成地區醫院大量倒閉，是基層醫療的一大危機，因此不可否認血汗醫院的原因之一就是血汗健保。這個危機已經擴大到醫療核心：內外婦兒急重六大皆空。個人認為血汗勞工的源頭是財團治國造成的賦稅不公，再來是人民在不公平的賦稅政策之下不願意合理調漲保費，再來是政客讓健保包山包海，不顧永續經營，最後才是血汗醫院。而在這串生物鏈的最後被消費的就是護理人員。但是醫院經營者大多是醫師前輩，醫師就應該以病人利益為最大顧慮，不應該與血汗健保妥協去共同壓榨血汗醫院勞工。如今無論醫院經營者與政府都遇到了相同的困境，無法做到健保財務平衡，但是唯一能與政治力抗衡的，就是勞動者組織工會，由工會去參與社會協商的過程。在民主國家這是理所當然的常態，各主要民主國家護理工會都擁有舉足輕重的影響力。政府與醫院老闆們應該要認同組織強而有力的護理師工會是打開台灣醫療死解的最佳策略，請醫院經營者與血汗醫院勞工一五一日起上街頭爭取健保永續的經營環境吧。

台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟 「血汗醫院」記者會聲明稿

為何受僱醫師不能平等納入勞基法？

吳佳璇、林秉鴻、李紹榕、蔡秀男、陳家如

醫療勞動環境快速惡化影響病人安全，近日成為全民及媒體關注焦點。四月十八日，勞委會邀集衛生署及民間相關團體代表，共同研議「醫師相關職災權益保障措施」。

筆者忝為台灣醫療勞動正義暨病人安全促進聯盟(醫勞盟)與會代表，原以為此次會議形成之多數共識(請參考勞委會聲明及醫勞盟逐字稿)，將成為台灣醫療環境改善之基石，未料衛生署醫事處石崇良處長稍後竟公開聲明反對醫師納入勞基法，不但令與會者錯愕，第一線醫師更是聞之心寒。

多數共識 納入勞基法

石處長此番談話令人憤怒。他率爾推翻衛生署(也是自己的發言)過去的立場---在兼顧病人照顧安全及延續性照護的前提下，為了兼顧醫師健康，衛生署不反對住院醫師及實習醫師納入勞基法。此點會中已遭醫改會成員重炮痛批。

身經急重症醫療槍林彈雨的石處長不僅不顧醫改會的呼籲，更棄昔日夥伴不顧，選擇站到當天與會的少數，大挺醫院老闆(資方)，繼續排拒醫師於勞基法門外，坐視、甚至加速醫療勞動環境繼續惡化，著實令人齒冷。

身為急診專科醫師，石處長深知醫療特殊性，更親身經歷醫師過勞之試煉，卻不思如何研議配套措施，將醫師盡速納入勞基法，以根本之道維護勞動安全體現人權，反而企圖以增列醫院評鑑條款與定型化契約應付。除了法理站不住腳，衛生署難道視監察院對醫院評鑑之糾正於無物？

醫院評鑑走火入魔，耗竭本已不足之醫事人力，早就是公開的秘密。妄想以造假成績的評鑑制度保障醫療勞動安全，料無人能信服！

勞動人權 籌組工會

醫勞盟重申，衛生署為保障病人安全，守護國人健康，必須誠實面對醫療勞動安全問題。重彈醫療工作型態特殊，醫院經營成本增加等老調阻卻醫師納入勞基法，只是坐實醫改會「醫院老闆」署之指控，站在民眾與第一線醫療人員之對立面。

最後，醫勞盟再次強調我們的主張：(1).台灣所有醫療人員，包括護理師與受僱醫師等，都應享有勞動人權之團結權，享有籌組工會的基本人權！(2).實習醫師，住院醫師，受僱主治醫師，等同所有台灣勞動者，平等納入勞動基本法的保障！

希望各界予以支持！謝謝