

編列、」中的「預算編列、」是不是也可以拿掉？也就是預算部分是不是可以暫緩一下，不要在這個提案裡面提。

主席：本案照許處長所建議的文字修正通過，請問各位，有無異議？（無）無異議，修正通過。

現在休息，下午 2 時 30 分繼續開會。

休息（12 時 55 分）

繼續開會（14 時 33 分）

主席：現在繼續開會。進行討論事項。

討 論 事 項

一、審查本院委員趙天麟等 24 人、委員江啟臣等 22 人及委員吳育仁等 18 人分別擬具「醫師法第三十二條條文修正草案」等 3 案。

二、審查本院委員吳宜臻等 23 人擬具「生產風險補償條例草案」。

主席：現在請提案人江委員啟臣說明提案旨趣。

江委員啟臣：主席、各位列席官員、各位同仁。本席與楊委員瓊瓔、蘇委員清泉等人，鑑於我國 99 年調整行政區域劃分後，部分縣市合併改制或與原有直轄市合併改制為新直轄市，原行政區域內已設立之醫師公會依醫師法第三十二條規定，應整併為一個同級公會，但是依照人民團體法第七條規定：「人民團體在同一組織區域內，除法律另有限制外，得組織二個以上同級同類之團體。但其名稱不得相同。」，換句話說，根據人民團體法的精神，原則上同一個區域內是可以有二個以上同層級、同類型的團體並存，只有法律另有規定的情況下，才限制只能有一個同層級同類型的團體。再加上民國 98 年 4 月 22 日公布的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第八條規定：「各級政府機關應依兩公約規定之內容，檢討所主管之法令及行政措施，有不符兩公約規定者，應於本法施行後二年內，完成法令之制（訂）定、修正或廢止及行政措施之改進。」所以現行法令實應依尊重團體自治自律原則檢討修正，以俾符合憲法第十四條保障人民結社權利及公民與政治權利國際公約第二十二條之規定。

今天衛生署針對本修正案所提出的報告也提到，五都合併前的縣市公會團體既係合法成立在先之人民團體，多數團體已經營多年，擁有各自資產、文化與社員共識，如果因為五都行政區域調整而強制進行合併及解散，造成既有公會組織運作上之窒礙，或對因合併而對社員權益有所不利，也不是五都政策所願意看到的。因此，本席及其他委員為維持民間團體專業管理自主能力、強化組織運作暨保護民眾信賴利益，擬修正醫師法第三十二條條文，允許合併前已存在之公會得續存經營，是否有當，敬請公決。謝謝。

主席（楊委員曜代）：請提案人趙委員天麟說明提案旨趣。

趙委員天麟：主席、各位列席官員、各位同仁。本席與劉委員權豪、許委員智傑、管委員碧玲、蔡委員其昌、何委員欣純、邱委員志偉、李委員昆澤及林委員世嘉等 24 人，針對五都縣市合併後，原有之人民團體如醫師公會等組織，如無合併意願，主管機關應予以同意維持現狀分立，所以提案修正「醫師法第三十二條」，使在五都縣市合併前即已成立之醫師公會組織，可維持其現狀

分立。

五都縣市合併後，許多職業公、工會受限於法令須整併為同一公、工會，惟公、工會團體成立在先，多數團體都已經營數十年，彼此之間不管是地理位置、資產、文化、生態與共識都有相當大的不同，如果斷然強制其合併或解散，有違信賴保護原則。且內政部針對商業團體法的修法意向及 101 年 2 月 7 日函覆高雄市商業會的文中也表達並強制合併的訴求，公會法也呈現同樣的精神，所以我們希望醫師法也能跟進。

除了法條的比較之外，本席要特別提起的是，以高雄為例，原高雄市醫師公會與高雄縣醫師公會的地理幅員相當不同，原高雄縣醫師公會過去服務範圍可能是從那瑪夏鄉到海邊，有這麼多的生態、多年經營的軟硬體資產及動產、不動產，現在如果只因為法律規定而要強制其與高雄市醫師公會合併，馬上就會產生產權上的極大爭議，也會使其原有會務受到困擾，本席認為與其用法令要求他們強制合併而產生困擾，不如讓時間來決定，也就是以經過一段時間互動後自然合併為宜，所以本席等提出修法，請大家參考。謝謝。

主席：請提案人吳委員育仁說明提案旨趣。（不在場）吳委員不在場。

請提案人劉委員建國說明提案旨趣。

劉委員建國：主席、各位列席官員、各位同仁。「生產風險補償條例」是本席與吳委員宜臻、陳委員其邁、蔡委員其昌、尤委員美女、林委員淑芬、吳委員秉叡、林委員佳龍等 23 人所提出制定新法的提案，我簡單說明制定「生產風險補償條例」的原因，讓行政單位與所有與會委員參考。

第一，根據衛生署統計，婦產科的醫療糾紛占歷年醫審會調查醫療糾紛案件的 15%，不管國內外的經驗都顯示，在所有醫療糾紛的案例中，生產所造成的風險經常是難以預測，同時也是最難判斷責任歸屬且賠償金額也會是最高案件。

第二，醫療糾紛除了讓婦女飽受訴訟的二度傷害，亦使產科醫師面臨抗爭，降低醫師從事產科的意願，嚴重影響到產科之醫療品質，更讓醫師因為擔心醫療糾紛而採取防衛性醫療，造成生產過度醫療化及醫療資源的浪費。

第三，目前有些國家如北歐，發展了不以醫事人員或醫療機構是否具有過失為理賠要件的補償制度，同時也鼓勵醫事人員誠實通報以找出醫療傷害的真正成因，從他們的經驗可知，該制度可有效減少醫病之間的訴訟與對立。由於意識到生產所衍生之醫療糾紛有其特殊性，美國維吉尼亞州與日本亦針對產科提出補償機制，臺灣雖然在今年提出所謂生產風險補償試辦計畫，但是試辦計畫無法源基礎，隨時可能因為政府財政而停止，且僅限於參與試辦計畫的醫療院所獲得和解之生產不良事件，未能全面確保產婦與嬰兒於生產過程中遭遇之風險能獲得及時救濟。

第四，為建立生產風險承擔機制，確保產婦與嬰兒於生產過程中遭遇風險能獲得及時救濟，緩和產婦與醫師、助產人員之關係，所以我們特制訂本條例。

今天早上葉醫師已經說得很清楚了，稍後會再請葉醫師來協助說明。有關本席等所提「生產風險補償條例」，是否有當，敬請公決。謝謝。

主席：請衛生署邱署長報告。

邱署長文達：主席、各位委員。今天 大院第 8 屆第 2 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 10

次全體委員會議，本人承邀列席報告，深感榮幸。關於「趙天麟委員等 24 人、江啟臣委員等 22 人、吳育仁委員等 18 人所提醫師法第 32 條條文修正草案」及「吳宜臻、劉建國委員等 23 人所提生產風險補償條例草案」部分，提出本署意見，敬請各位委員不吝指教：

一、趙天麟委員等 24 人、江啟臣委員等 22 人、吳育仁委員等 18 人所提「醫師法第 32 條條文修正草案」

(一)修正重點

趙天麟委員等 24 人、江啟臣委員等 22 人、吳育仁委員等 18 人針對五都縣市合併後，考量公會組織不宜因行政區域調整被迫改制而影響行之有年之健全體制運作，避免有違反信賴保護原則，並保障既有組織會員之權益，提出醫師法第 32 條條文修正草案，期使縣市合併後，原有分立之人民團體如醫師公會等組織，如無合併意願，也可維持現狀分立及續存經營。

(二)本署對相關修正草案意見

1. 依據醫師法第 32 條規定，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限。但醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。五都縣市合併區域內之醫師公會，配合五都合併政策及醫師法規定，宜整併為同一公會。

2. 上述醫師法有關同一行政區域內之醫師公會，以一個為限，主要為避免因為同一行政分設兩個公會，產生爭取代表性，或爭搶社員加入的糾紛。惟五都合併前的縣市公會團體既係合法成立在先之人民團體，多數團體已經營數十年，擁有各自資產、文化與社員共識，如因五都行政區域調整而強制進行合併及解散，造成既有公會組織運作上之窒礙，或對因合併而對社員權益有所不利，亦非政府五都政策所願。

3. 綜上，如何讓現仍存續且不願合併之縣市醫師公會，有更多調和彼此間不同意見，或是能夠維護社員權益的具體作法，本署尊重 大院決議。

二、吳宜臻、劉建國委員等 23 人所提生產風險補償條例草案

(一)法案重點

1. 為建立生產風險承擔機制，確保產婦與嬰兒因生產過程中遭遇風險能獲得及時救濟，緩和產婦與醫師、助產人員之關係，推動平常化生產，促進女性生育健康及安全之生育環境，特制訂本草案（計四章，共二十六條）。

2. 草案條文包括：設立生產風險補償基金，對產婦與新生兒於生產過程中遭遇風險給予及時補償，以減少醫病對立；建立生產風險管控機制，並定有通報生產風險傷害事件，建立生產風險資料庫，辦理生產事件統計分析並定期公布結果；受領生產風險補償給付，免納所得稅及遺產稅等。

(二)本署目前辦理與生產風險相關之具體業務

1. 生育風險救濟試辦計畫之辦理情形

(1)為促進醫病關係和諧，改善高風險醫療科別執業環境，提供孕產婦生產風險保障，本署擬具「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，計畫期程為 101 年至 103 年，前揭計畫業經行政院 101 年 7 月 5 日核定，已於 101 年 10 月 1 日正式開辦。截至 101 年 11 月 7 日止，已有

85 家醫療機構參加本試辦計畫，並已有 6 件生育事故救濟申請案。

(2)本署已經於本署全球資訊網設有相關宣導專區（附件 2），近期並將製作已經參加本計畫之標章，提供醫療機構放置明顯處，讓生產相關民眾知悉及安心，此外，也會提供申請摺頁或書表等宣傳單，以方便民眾與醫療機構辦理申請。

(3)另，本署已排定於 10 月 28 至 11 月 18 日間，辦理 3 場生育救濟試辦計畫之說明會，宣導對象為可加入本計畫之婦產科醫療機構（含助產機構），目前已實施 2 場，最後一場說明會於 11 月 18 日。

2. 推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」

(1)本署為避免發生醫療糾紛時，病人及醫事人員因進入司法訴訟而曠日廢時，減緩五大皆空人力斷層之疑慮，並提升醫療服務品質及病人安全，除擬具醫療刑責合理化之醫療法第 82 條修正草案外，並以「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，作為配套措施。

(2)該醫糾處理及補償法草案已於本（101）年 8 月與司法院、法務部、醫事團體、醫改會及消基會等單位機關召開研商會議後，10 月 9 日函送行政院審查，11 月 5 日，行政院已召開第一次審查會議。

(3)草案係以「病人權益保障」為核心，重點包含：

- A、建構病人方向客觀、專業第三者取得醫學專業諮詢、諮商之機制。
- B、建置醫療糾紛或醫療事故之專案調查小組。
- C、強化病歷證據保全，要求醫療機構應在二個工作天提供病人方完整病歷。
- D、建立調解前置原則，明定病人方未向地方衛生局所設之爭議調解會申請調解，不得提起民事訴訟及刑事自訴。
- E、參考瑞典、紐西蘭等國醫療補償制度，規劃無過失補償機制，並要求應於三個月內審定補償結果。

(三)本署對本草案意見

1. 鑒於生育風險救濟試辦計畫已於 101 年 10 月 1 日開辦，並已開始受理救濟案件，行政部門透過此試辦計畫之執行，累積生育風險就濟辦理經驗，並進行案件統計分析了解成效，期以獲得本土性醫療補償之相關客觀數據。又醫糾處理及事故補償法（草案）已於 11 月 5 日經行政院召開第 1 次審議，行政院允將儘速進行後續審議。

2. 爰建請 大院考量或審視前揭生育救濟試辦計畫執行階段成效，以及醫糾處理及事故補償法（草案）之後續審議結果，再併案討論處理本生育風險條例草案。

三、結語

本署承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律案及相關業務之推動，本人在此敬致謝忱，以上意見，敬請 指教。

主席（劉委員建國）：本日下午會議採分別報告、綜合詢答，現在開始進行詢答，每位委員發言時間為 6 分鐘，得延長 2 分鐘；下午 4 時截止登記；下午 4 時左右休息 10 分鐘。

首先請楊委員曜發言。

楊委員曜：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，衛生署對於委員所提醫師法第三十二條修法有意見嗎？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。這個問題我請許處長來說明。

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。原則上，基於他們原有的歷史背景及相關運作機制而願意繼續成立相關組織在地方服務會員的部分，衛生署表達同意。

楊委員曜：剛剛趙天麟委員說明提案旨趣時也講得很清楚，基於法人格的獨立與存續性原則，應該讓他們繼續運作，本席的看法大概也是如此。署長，衛生署對於「生產風險補償條例」草案就比較有意見，是嗎？

邱署長文達：我剛剛報告過，我們正在試辦計畫，等到試辦有些結果後，我們再一起提出檢討會比較好一點。

楊委員曜：我怕你們會拖很久。

邱署長文達：不會，因為已經開始試辦了。

楊委員曜：你們醫療糾紛處理補償的法律案可能會拖很久。

邱署長文達：這個案子是三年試辦，我們……

楊委員曜：你們現在正在試辦生育風險救濟試辦計畫，是嗎？

邱署長文達：對，10月1日正式開辦的。

楊委員曜：那本席提出一些建議，看你們能不能在試辦計畫中提出更改，因為你們的試辦計畫與委員提出的草案有幾個部分有很大的差異。第一，你們試辦計畫的財源可能是醫療發展基金，所以你們補助的對象是醫療機構，而委員等所提草案的補助對象是當事人，以當事人的請求來說，二者有一定的差別。第二，你們的試辦計畫對於相關違反通報與保密義務者並無罰則，但委員等所提草案是有相關罰則的，我們贊成相關法律、規定要一併討論，但是如果你們要拖很久，是不是可以先把委員等所提草案的精神納入你們現在正在運作的試辦計畫中？

邱署長文達：這就是我們在做的，我們希望從這裡也學到一些。

楊委員曜：如果委員會最後決定要併案審查，請你們要參考草案的精神與內容，因為這對當事人來講，保護比較周到、請求比較方便。

邱署長文達：是。

楊委員曜：感謝召委早上說下午的發言可以接續早上的議題，「生產風險補償條例」草案與醫療糾紛事故之處理與補償有一定的關係，我早上最主要點出來的問題，署長聽得懂嗎？

邱署長文達：瞭解。

楊委員曜：我覺得我們要設立制度、制定法律的目的是要減少糾紛，並使糾紛能夠簡易處理，如果補償沒有辦法像瑞典一樣，瑞典採取無過失補償制度，瑞典的各項福利保障很足夠，所以透過這個機制後所減少的訟源就非常明顯，但臺灣有沒有這樣的環境？如果臺灣沒有這樣的環境，縱使必須要強制事先調解、調處，這個調處也很難達成協議，因為一旦達成協議就必須要放棄刑事訴

訟的權利，一般人的想法是，如果要透過民事訴訟與醫療機構打官司，可能沒有把握，我們常說法院是一間五星級大飯店，只有有錢人進得去，因為打官司要錢，醫療機構相對於醫療糾紛的受害者來說，具有經濟上強勢的一面，所以這整個制度大家都要想一想，我早上也說過，澎湖的醫療糾紛應該是最多的，我也十分能夠體諒醫師面對醫療糾紛的無奈與困擾，但是既然要處理，就要先把問題點出來，所以對於我剛剛講的問題，你們可能要回去思考一下並向本委員會做個報告。

另外，在採取無過失責任主義之後，什麼是糾紛就變成很重要的問題，是不是只要有當事人提出，它就會形成一個糾紛，你就必須要調處、必須要給予補償？要不然我們該如何認定？在這種主義下的產物就會變成不去認定，故意過失，責任不論，所以我們才會稱為補償，如果有責任的話就會稱為賠償，賠償才會填補所有的損失。現在全部都不是了，只是補償而無須去管過失的責任，也不必去管到底損害有沒有獲得滿足的填補，這樣你們要如何去認定是否為糾紛？是不是只要當事人提出醫療糾紛，我們就必須要給予補償？

邱署長文達：目前我們有一個審議委員會。

楊委員曜：審議委員會必須要審議是否為醫療糾紛？

邱署長文達：是。

楊委員曜：其實這也很困難，所以事先的準備一定要夠，是不是糾紛本身就成為一個問題的根結，如果你說不是的話，那就直接又回到原本的體制，也就是以刑逼民！是不是能夠在我們的補償基金之外，再另外成立一個保險制度，儘可能在調處的時候，就讓醫療糾紛當事人的損害獲得填補，這樣才能讓一個問題在一次爭議解決中獲得滿足的答案。關於這個法案，我們應該還會再繼續討論……

邱署長文達：對於楊委員的法律見識，我們感到非常的敬佩，有很多部分我們可以再進行討論。

楊委員曜：真的，我們大家一起讓台灣醫生的工作環境變得更好，所以要一次把應該想到的問題想好、把該準備的東西做足，這樣好嗎？

邱署長文達：好，謝謝。

主席：請趙委員天麟發言。

趙委員天麟：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，這個會期說不定是你任內會通過最多法案的會期。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我們會努力看看。

趙委員天麟：在劉建國召委以及蔡召委的努力下，我們衛環委員會……

邱署長文達：召委比較重要。

趙委員天麟：在 15 位委員共同努力之下，希望衛環委員會這個會期成為 8 個委員會中首屈一指，通過法案最多、成績最多的委員會。

接下來本席要針對這兩個案子向你一一就教，首先針對本席所提醫療法第三十二條的部分，剛剛楊委員開宗明義就問你們的意見，而你們也回答得很乾脆，可是本席還是得把一些細節稍微

提一下，留個紀錄。第一個，五都合併的情況不太一樣，台北市真的是最得天獨厚，完全沒有改變，除了議員的席次增加之外，其他完全沒有改變。新北市是就地升格，所以它的問題也不大。只有台中市、台南市與高雄市才會出現原台中縣市、台南縣市與高雄縣市兩個不同公會間的問題。未來桃園的問題可能也不大，因為它也是單一縣市獨立升格。可是，別忘了，未來像徐少萍委員所處的基隆市現在也在炒作要併入新北市或者台北市，甚至北北基要不要併成同一個縣市，這代表現在的國土整併尚未塵埃落定。在這個過程當中，本席是來自於高雄市的委員，我聽到高雄市有這樣的聲音，其他來自台中等地的委員也都聽到了這樣的聲音，所以這樣的立法其實是有必要的。其實並不是單獨只有醫師法在修正，現在連商業團體法也在修正，但是那些商業團體來不及等待條文修正通過，因為已有將近 200 個公會遇到這樣的問題，所以就去函給內政部，但是內政部的回函表示，如無合併意願，包括工業、商業及教育團體等等、亦可維持現狀分立運行，沒有遇到馬上合併的問題。未來就算是合併，它的條文也是以合併為原則，並不是說一定得要合併。

另外，公會法第三十八條規定，行政區域組織變更時，公會經後援大會或代表大會的議決得維持公會原名稱，所以這也是保留了它的空間，現在就只剩下醫師法，我們要將這個部分補足。其實不只是醫師公會，所有公會在合併的期間，財產的紛擾往往都變成一個很大的爭議，就像剛才你報告的，會有搶會員或大的縣市吃掉小的縣市的情形，原來的台中市、高雄市或台南市雖然幅員小，可是集中度高，所以馬上就將原來的縣吃掉，台南市吃掉台南縣、台中市吃掉台中縣、高雄市吃掉高雄縣，或者是相反也不一定，在這種情況之下，糾紛非常的多，它已經不只是雙邊的理監事或理事長不想要寄人籬下的問題，而是一種很嚴重的財產紛擾、公會內部或文化上面強硬的整併。根據本席在高雄的經驗，高雄縣市的醫師公會原來並沒有太大的爭鬥，兩公會的理監事合作無間，問題是現在被強迫整併之後，馬上要處理原來相當多的資產、相當多的問題，所以本席和許多委員才會提到這一點，明定在行政區域改變前已成立者不在此限，但是本席也相信它不會成為永遠的，因為它自然而然的會產生一些不便，或者假以時日之後，原來高雄縣市的界線已經完全不存在了，新的醫師可能會大聲疾呼，存在兩個公會他們要如何處理，反而到時候就會自然合併。本席的前言講得比較長，現在要請教署長，你是否也樂觀其成看到這項法案的修正？同時讓時間去解決這些公會的問題？

邱署長文達：我們的看法與委員一樣，以未來能夠合併為原則，鼓勵他們將來能夠自然的合併，所以也不要給他們太多的壓力，誠如委員所言，畢竟那些資產糾紛等的問題都是非常的可怕，我也碰過幾個地方有這樣的情形，所以我們還是以鼓勵為原則。

趙委員天麟：如果地方政府也能基於輔導的原則，今天我們質詢與答辯的內容就是很重要的參考，如果他們還有疑義，就請他們去函給中央衛生署。當然也很感謝我們召委的安排，讓這項法案得以進行討論，所以本席也要替召委表達他與吳宜臻委員等所提的法案。

關於衛生署這次提出的生育救濟 200 萬元試辦 3 年的相關計畫，原本政務委員還有點疑義，但是在你們的溝通之下他也接納了這項計畫，這是劃時代之舉，醫病雙方都相當肯定，也間接促成了今天上午醫病雙贏的兩項法案得以加快速度進行討論。其實劉建國等委員就是希望能夠進一

步將試辦方式予以法制化，讓它變成可長可久的政策，而不是讓大家擔心 3 年的期限一下子就過了，到時候又碰到大選，屆時馬總統就要卸任，一定會更換不同的總統或者不同的政黨，他們是否會有完全不同的做法？所以我們何不讓它同步的進行？

邱署長文達：通常在試辦之後就會發現有好多好多的問題，雖然委員所提的這項法案也都是思考得相當周慮，但是應該還是有更多的問題包含在其中，所以還是等到 10 月 1 日，起碼做了半年或 1 年之後，將得到的數據加以分析，再做更完整的修改，這樣應該會更好。如果現在就急著要修訂，或許將來也可能會有更大的問題，所以我是建議併在一起，等到將來試辦一段時間後，我們會將 data 公開，大家再來討論。

趙委員天麟：本席完全理解與尊重署長的考量，不過本席也要提醒你，這種歷史機遇稍縱即逝！我們處理過那麼多衛環的法案、衛生署的案件以及大家關心的議題，曾經也有好幾屆的委員都在討論醫療環境的改善與醫病關係的雙贏，說實在的，這種機會之窗有時候是稍縱即逝，下次都不知何時才會再回來討論這項法案了！

邱署長文達：我們希望這項法案能夠併到將來的事務補償法，因為這套法令已經將所有的精神都包含在內了。

趙委員天麟：這是非常有建設性的做法，我們也尊重你的建議，但是既然這項法案已經提出來，必然會經過一些審議及討論，如果你們認為可以整併在一套法令之中，讓它更為完備的話，那就請你們要積極去做。

邱署長文達：謝謝。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，根據公民權利和政治權利國際公約的規定，人人享有與他人結社的自由，所以對於今天安排的醫師法第三十二條，本席是站在支持的立場。不過，今天早上討論醫療糾紛處理及醫療事故補償條例時，署長希望吳宜臻委員與劉建國委員所提的生產風險補償條例可以慢一點，所以本席想聽聽葉光芃醫師的意見。葉醫師，對於署長剛剛的說法，你有什麼看法？

主席：請彰化基督教醫院婦產科葉醫師發言。

葉光芃醫師：主席、各位委員。這個議案在立法院似乎已經談了很久，其實馬總統在上一任應該就要兌現這項政見，如果今天還是停留在試辦階段或以行政命令處理的話，的確是比較讓人感到遺憾！我想全台灣現在的婦產科大概都是高齡的醫師，後面的年輕人不敢走這一科，因為婦產科醫師必須承擔全部的責任，因此立法院如果能用法的態度宣示全國上下支持婦產科醫師，只要他們認真、專心做醫師該做的事，我們就會協助他們共同承擔責任，他們只要負責改善醫療品質就好。如果政府願意這麼做的話，可以提高許多人投入的意願，也可以減少許多沒必要的剖腹產。我認為剖腹產在台灣施行率這麼高，應該與此有關聯，謝謝。

田委員秋堇：今天早上署長提到，如果醫療糾紛處理及醫療事故補償條例通過的話，差不多還要再等 1、2 年，本席早上甚至還聽到 3 年。根據本席所知，全國婦產科醫師的平均年齡已經到了 54 歲，而我們宜蘭婦產科醫師的平均年留則為 57.5 歲。今年年初時我們在討論五大皆空、婦產科

問題時，宜蘭的婦產科都還好，如果婦女要生產並不需要預約，但是現在開始要預約了，因為有 1、2 位醫師因為已經 60 歲而退休，在人力方面馬上就出現缺口，然而署立醫院又按照勞基法不得超時工作的規定，所以醫師一個月 30 天只有 15 天可以幫忙接生。署長，一項法令在通過之前可以說是什麼狀況都有，如果 2 年、3 年通過不了，而它還只是試辦的辦法的話，我們的婦產科醫師對它是沒有信心的，本席想請你與葉醫師估計一下，3 年後臺灣的婦產科醫師會變成什麼樣子？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。針對這項試辦計畫，目前我們正與地方各個婦產科醫學會的會員進行溝通。

田委員秋堇：你們到現在還在舉辦說明會？

許處長銘能：大概已經有八十幾家醫療院所加入。

田委員秋堇：本席問你的話與你現在答復本席的……

許處長銘能：現在的重點就是我們希望這項試辦計畫能夠……

田委員秋堇：你們這樣拖了 3 年之後，婦產科醫師的平均年齡就達到 57 歲，而我們宜蘭就超過 60 歲了。

許處長銘能：所以我們也希望能夠加速完成補償法的訂定，至於試辦計畫都已經在進行了。

田委員秋堇：所以本席認為你們應該先讓生產風險補償條例通過，現在已經發生這麼嚴重的斷層，等到 3 年後才甘願去通過這項條例時，已經沒有人願意做了。

葉醫師，如果繼續維持這樣的狀況，你預計 3 年後會怎麼樣？

葉光芄醫師：如果現在是採用行政命令的方式處理就會不穩定，後面來的醫師可能會擔心。我在 1996 年就創立了婦產科人力學會，所以對這個議題關切了很久，我們一定要給年輕醫師沒有後顧之憂的職業環境，尤其是產科，謝謝。

田委員秋堇：署長，生產風險補償條例是馬總統的政治支票，他的政治支票不是試辦，而是要以一套完整的法令來做這件事情。本席認為應該由婦產科這邊先上路，3 年後我們的醫療糾紛與補償的條例就有一個很完整的實施經驗，瑞典的不責難補償制度是 1975 年先上路，1997 年再立法，挪威則是 1998 年先立法，再施行不責難補償制度。這本來就是總統的政見，可是他都已經擔任第二任，而且任期只剩下 3 年多了，如果試辦 3 年剛好是到他任期結束，接下來就什麼都不做了嗎？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我非常尊敬葉醫師與田委員的建議，但是我們都還沒有經驗，不過目前已經開始試辦了。

田委員秋堇：在馬總統的上一屆任期時，你們就應該要去累積相關的經驗了。

邱署長文達：我們既然有機會可以累積半年或一年的資料用來進行分析，說不定會發現許多的問題，譬如申請的人數會暴增等等，總之我們先將那些問題弄清楚再去施行，這樣會比較安全。因為我很快就可以得到一些 data，所以我認為這樣做會比較好。

田委員秋堇：既然你認為是半年或一年之後，我們也可以通過之後，半年或一年後再讓它日出。

邱署長文達：另外還有許多相關的子法規等等，因此我還是建議等到蒐集到相關 data……

田委員秋堇：子法規也可以預擬，半年或一年之後……

邱署長文達：如果現在訂定了生產風險補償條例，後面又有很多的事故賠償辦法，我們現在都已經在訂定了，但是否能將生育與手術這些都同時 list，這樣……

田委員秋堇：署長，本席知道醫糾法已經出了衛生署的門到行政院去了，什麼時候可以離開行政院、什麼時候可以出行政院，你自己都沒把握、你自己都說不準，你哪有辦法說醫糾法一年、二年後就可以實施？本席認為這件事實在很難講，但是事關婦女生產安全的問題，根本就不能等，如果你們現在不開始讓年輕的婦產科醫師抱著希望，相信國家有一顆堅定的決心要做這件事，還有誰敢去當婦產科醫師？剛才葉醫師也親口告訴本席，他現在做的是婦科，因為產科的風險太大，他早就不敢去做產科了。

葉光芄醫師：我擔任婦產科醫師已經三十多年，前十年都在做產科，可是後來就落跑去做婦科為主，因為我的命只有一條而已。做婦科只有針對婦女一人，但是產科還得承擔難產或新生兒等等的風險。我可以告訴大家，婦產科在瑞典是佔全部補償的四分之一，可以說是所有項目的核心，其他科加起來才佔四分之三，由此可見，這部分是相當的重要，我認為今天劉委員與吳委員的提案是幫助馬總統實現 2008 年的政見，大家應該先做再說，謝謝。

田委員秋堇：署長，如果你認為自己現在正在累積 data，但這些應該是馬總統上一屆任期時就該做的事，所以我們就先訂定一個日出條款，半年後或一年後再來立子法，但是不要再繼續等下去，本席覺得再等下去真的會崩盤，其實現在就已經在崩盤，我告訴你，從今年年初到 10 月份為止，宜蘭的狀況就已經不一樣了，現在的產婦生孩子要預約，不然到時候會找不到醫生，萬一有緊急狀況，對不起，那就要送台北，如果在半路出事的話，誰要負責？宜蘭離台北還算近，在宜蘭尚且如此，在其他地方就會越來越危急，不好意思，我的時間到了，謝謝。

主席：請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，本席今天早上去三重參加中華民國全國漁會揭牌儀式，總統有去，副總統有去，吳育仁委員也有去，去了很多人，它本來是台灣省漁會，後來慢慢的擴充，到最後已經把金門和馬祖的漁會都納入，台灣省漁會實際上等於是全國漁會，所以它今天只是掛牌升格，裡面的人員都沒變，理監事也沒變，他們就做到這一屆為止，等下一屆再重新選，它是全國第一個從「省」自然升格為全國的單位，台灣省農會還沒辦法做到這一點，它還得再拼，所以全國漁會是很成功的。

本席現在要回過頭來問，在李登輝凍省之後，台灣省醫師公會要被併入醫師全聯會，連財產也要合併，它在台中有房子，在台北有房子，在松江路也有房子，如果沒賣掉的話，到現在價值會有兩億以上，嚇死人了，但是台灣省醫師公會最後一屆的理監事不願意被併，後來那個理監事會維持十幾年，公會不見了它還繼續維持，然後每天去考察，每天去研究、發展，到最後那些錢都快被花光，結果會員就去告它，本席也有加入台灣省醫師公會，這件事到現在已經十幾年都還沒有善了，所以縣市的合併，譬如台中縣市和高雄縣市，在這方面的處理真的是很麻煩，署長的

看法如何？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。剛才我有提到，我們尊重它們的現狀，它們可以繼續維持，但是衛生署鼓勵它們將來合併。

蘇委員清泉：你們是鼓勵而已。以高雄縣市來看，高雄縣一直不要合併，高雄市也不要，為什麼？因為這樣就有兩個醫師公會，一屆就有兩個理事長可以做，理監事也比較多個，醫界的腦袋瓜都不錯，大家有頭銜會很高興，如果合併的話，理監事就會變少，就像當初高雄市議員變少了，結果大家就哇哇叫，所以本席覺得它們要維持就讓它們維持。剛才提到財產的問題，在台北市是不得了，新北市的部分比較簡單，因為它是就地升格而已；台中縣市也不要合併，台南縣市部分令本席比較驚訝，因為它們兩三下就合併了，不過我還是很質疑它們將來會不會互告，本席和趙天麟委員商量過，我們覺得在這個部分還是不要合併，它們要維持現狀就讓它們維持，這是第一個。

第二個，這次的生育補償，依田秋堇委員所說，你們的醫療調處和補償的法案到底能不能照上次的決議，在 1 個月內將法案送來？因為委員有兩個版本，一個是蔡錦隆委員的版本，一個是本席的版本，兩個版本一起在等你們，要委員的版本下個禮拜就會送進來，你們的法案真的能在 1 個月內送來嗎？

邱署長文達：我們會努力，這個部分一定會拼，兩位政委也有這種共識。

蘇委員清泉：主席，能不能邀請政委來備詢？不然委員只能在總質詢的時候質詢他們，他們想的也不一定對，要聽聽大家的意見，對不對？我看羅瑩雪也不是非常聰明的樣子，所以我覺得法案一定要一起審，請問衛生署對於今天這個生育補償機制有什麼看法？是要和這個法案併案，還是要先獨立運作？

邱署長文達：我們在 10 月 1 日已經開始在做，目前 data 一直進來，有 89 家醫院加入，目前已提出 6 件案子，至於這個案件會不會很多，這個制度 apprise 之後會不會產生任何副作用和併發症，我們目前還不知道，如果有可能的話，我建議先把這個精神納入醫療事故補償法，我也很同意葉醫師和田委員的意見，如果行政院案子能快點進行的話，有很多精神我們都會一併來討論，這樣會比較好，要有一點 data。

蘇委員清泉：處長，現在你們開始在進行了，請問鑑定的委員會是怎麼運作的？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。目前委員會的運作有納入婦產科醫學會、法律人士、社會人士以及各種組織的聲音，最主要是針對一些不補償條件的設定，當然這不是誰講了就算，必須經由委員會來決定，利用這樣的補償機制，我們希望能在 3 個月內透過醫院來讓這些病家得到補償。

蘇委員清泉：你們是鎖定 3 個月內，但是這會追溯到今年 1 月 1 日，對不對？

許處長銘能：是。

蘇委員清泉：從今年 1 月 1 日到現在，應該有積一些案子了吧？

許處長銘能：有 6 件。

蘇委員清泉：數量不多，是不是民眾還不知道可以來申請？你們沒有對全國廣為宣傳。

許處長銘能：這部分要廣為宣傳，我們到時候會在醫療院所掛牌並召開記者會，向全國民眾做這樣的宣布。

蘇委員清泉：到時候我們要來看這個 data，主席，這個案子今天要逐條討論還是要大體討論？

主席（趙委員天麟代）：詢答以後會處理。

蘇委員清泉：這個部分請署長要注意。前幾天有在野黨立委提出署立醫院獎勵金的議題，事實上，榮民醫院和軍醫院六大體系的獎勵金都有問題，都沒有法制化，對內還可以，對外就不能講了，這個部分你們打算怎麼辦？行政院有沒有召開會議，要送法案到立法院來法制化？

許處長銘能：因為獎勵金涉及到很多不同體系的醫院，針對這個部分，我們會邀集相關部會，包括人事行政總處和主計處，大家來開會討論是否有法制化的可行性，做相關的評估。

蘇委員清泉：要趕快做。

邱署長文達：衛生署內部已經討論過了。

蘇委員清泉：不然署立醫院的醫師會崩盤，會走光光。

邱署長文達：我們非常注意這個問題，而且內部也討論過了。

蘇委員清泉：還是要像義大利那樣，醫師領很少的薪水，然後大家都送紅包？那個年代已經過了，不應該再這樣，全世界醫療先進國家有兩個地方現在還在收紅包，一個是日本，一個是義大利，不過他們的醫療水準滿高的。

邱署長文達：還有對岸。

蘇委員清泉：對岸的醫療水準本來就不高，我說的是先進國家，本席去義大利看到他們紅包收得很兇，但是他們醫療水準很高，國民平均壽命也比我們長，這是制度的不同，台灣已經跳脫那個階段，現在醫生有 99.9%都沒有在收紅包，所以我們不應該再走那種路，本席剛才是在講笑話，希望台灣要往前走，這部分要趕快做，謝謝。

邱署長文達：謝謝。

主席：請蔡委員錦隆發言。

蔡委員錦隆：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，今天要審查生產風險補償條例，對於生產風險的補償我倒是滿認同的，在以前醫療不發達的時候，生產是「生得過是燒酒香，生不過是棺材板」，現在醫療比較發達，比較沒有這個問題，不過婦女在懷孕、生產到小孩平安出生這個過程中，不只是辛苦而已，也充滿了危險，對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。對。

蔡委員錦隆：台灣現在已呈少子化現象，我覺得在生產補償的部分有必要給予保障，畢竟每個人家裡都會有生育的機會，你們從 101 年 10 月 1 日開始試辦救濟的部分，成效如何？

邱署長文達：我們辦了兩場說明會，現在有 89 家醫院參與，回溯到 1 月 1 日，總共有 6 個案例提出來討論，再過一段時間案例應該會陸續增加，到時候就會有一些資料可以分析，我們就能更詳細瞭解整個情況。

蔡委員錦隆：在醫療申領的過程中有一些技術上的問題，本席曾經親身碰過，過去我太太懷孕的時候，一家很出名的醫院說我太太要剖腹生產，看了第二個醫生還是要剖腹生產，第三個醫生說要照 X 光確認，結論還是要剖腹生產，他說小孩子這麼大，以母體的恥骨形狀是生不出來的。本席回去就告訴媽媽：「3 個醫生檢查過了，都說要剖腹生產。」，我媽媽說：「什麼剖腹生產？你亂說！」因為我太太只給女醫生檢查，所以後來另外找了 3 家很遠的醫院，第一個醫生是榮總的婦科主任，她是女性，檢查結果很正常，沒有問題。後來我們又到沙鹿的游婦產科，那是一位日本的女醫師，她也說沒問題，奇怪，看了 3 家都說沒問題，那要怎麼辦？本席後來就決定到榮總這家大醫院，萬一有問題就可以馬上處理，結果 4 胎統統順利生產，其中的癥結在哪裡？癥結就在於剖腹生產的醫療給付很高，所以我最痛恨的就是這件事情，有很多醫療是在這種狀況下進行剖腹生產，剖腹生產的變數更大，而且婦女在生育以後所受的身心煎熬更慘，你們在這方面應該要特別注意，因為婦女如果能自然生產的話，她恢復得快，身心也比較較康，她就可以多生，對不對？在台灣少子化的過程中，衛生署應該去追蹤在某些狀況下是否一定要剖腹生產，這可以減少婦女生產的風險，你們有沒有做過這方面的調查？

邱署長文達：我一直都在注意這個剖腹生產的比例，在全國很少超過 30%，如果有超過衛生署就會很注意，平均不超過 30%，我們對每一家醫院都有在追蹤，而且這是它一個很重要的品質指標。

蔡委員錦隆：日本和美國的比例大概是多少？你們有沒有統計資料？

邱署長文達：都在 30% 以下。

蔡委員錦隆：台灣的比例是不是高一點？

邱署長文達：目前是高一些，但現在一直在下降。

蔡委員錦隆：我覺得衛生署在這方面應該要加強，因為這可以減少生產風險。

邱署長文達：對。

蔡委員錦隆：我想碰到這種情形的不只我一個，很多人都碰過，醫院還要收紅包，那一家醫院已經倒了，在台中市。本席非常認同生產風險補償，但是要補償也不用特別去立一個條例，目前有一個醫療事故補償法已經付委，對不對？

邱署長文達：對。

蔡委員錦隆：爭議調解法有了，補償法也有了，是不是就把生產風險補償納到這裡面，不要再特別立一個法，你們的意見如何？

邱署長文達：是，在這裡面有提到很多很好的精神，我們要把這些精神都納入，在試辦期間也會參考這個方式來做調整。

蔡委員錦隆：目前行政院的版本還沒有送到立法院，什麼時候可以送來？

邱署長文達：我們和兩位政委都有共識，這個月內一定會送。

蔡委員錦隆：在這個月內？

邱署長文達：對。

蔡委員錦隆：因為我的版本已經付委可以審查了，結果行政院版到現在都沒有送來。

邱署長文達：已經一個月了，我們會趕。

蔡委員錦隆：本席覺得生育風險補償是一定要的，要給婦女一個安全的保證，讓她安心，但是不必為了這樣而特別立一個法，我們立了那麼多法，如果再加上這個補償法的話，因為它牽扯的部分很多，恐怕我們還要再去修更多的法，所以這個部分就納入補償法裡面來做，院版是不是能把它納入？

邱署長文達：我們儘快。

蔡委員錦隆：不然的話，恐怕會是萬萬法，很多法民眾也不太瞭解，行政院應該趕快把草案送來，避免到時候造成法案不能連結，這樣也不好。

邱署長文達：好，謝謝。

主席（劉委員建國）：請徐委員少萍發言。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。署長，今天審查醫師法第三十二條，你們尊重本院的意見，對於修法不表示堅持，我覺得幾位委員提出的意見都很好，衛生署應該可以同意，剛才我看到你們是這樣寫的。再來就是生產風險補償條例，婦女生產本身的危險性滿高的，小孩的部分也一樣，所以在生產的時候最好是母子都平安，小孩子生出來我們會先看他手腳健不健全，但不只是手腳而已，有些東西是看不出來的，所以這裡面有提到腦性麻痺或是蒙古症之類，這些都是看不出來的，生出來之後才發覺小孩子有這些缺陷，請問這算不算是生產風險而可以請求補償？

主席：請彰化基督教醫院婦產部葉醫師發言。

葉光芄醫師：主席、各位委員。這要看我們的定義是什麼，以北歐國家的情況來看，像芬蘭和瑞典的定義就不一樣，所以這要看我們國家的定義是怎麼樣。

徐委員少萍：目前的定義是什麼？以醫事審議委員會歷年受委託鑑定的件數來看，從 76 年到 100 年，外科是第一名，受委託件數最多；內科是第二名，婦產科是第三名。為什麼唯獨對婦產科的生產風險特別提出補償條例？可見醫界對於生產風險是很重視的，要不然以醫事審議委員會歷年受委託鑑定的件數來講，外科是第一名，內科是第二名，怎麼沒有人提出外科風險補償條例或內科風險補償條例呢？如果沒有作這種比較的話，可能大家都不知道外科委託鑑定件數是第一名，內科是第二名，婦產科第三名，我們總覺得婦產科的情形好像滿嚴重的，事實上，以送鑑定的件數來講，它還是排第三名的。就我們所接觸到的情況，大家都覺得婦產科生產的風險真的是受人矚目，小孩子生出來都會先看看他是不是手腳健全、狀況好不好。現在醫學發達，所以婦女懷孕之後都會按照醫生的囑咐定期做產檢，可是有些小孩生出來的時候就是有風險，甚至有時小孩子還會死掉，所以生產時母子都有風險，甚至有人生完之後才發現小孩子有蒙古症或腦性麻痺。

生產風險補償條例是由委員提出來的，你們並沒有提出相關版本，但是你們也很重視這件事情，所以你們才會提出一項計畫對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。是試辦計畫。

徐委員少萍：可見你們也有看到生產風險的問題，因為這會影響到我們的下一代，也會影響到母子

的平安，所以你們提出了這項計畫。本席認為衛生署這一點做得非常好，在提出這項計畫之後，你們在三年之間找出很多問題，藉此回應生產風險補償條例的制定。就像蔡委員剛剛所講的，我們有醫療糾紛事故的補償，如果將來這兩項法律各自制定的話，會不會有很多雷同或重複的地方，所以應該將這兩方面的規定訂在一起才對。目前你們正在進行試辦計畫，希望有一個很完整的資料可以進行補償條例的完整立法，現在我們所擔心的是時間問題，為什麼本院委員要趕快提出這項草案？因為大家真的等不及了，婦產科醫生老了，而年輕的醫生都不願意去幫人家接生小孩，因為風險實在太大了，說到風險，其實外科和內科的風險也一樣很大。針對婦產科的部分，我們希望能夠儘速建立一套補償機制。在這種情況下，本席不知道這項條例到底還要不要審查，應該是要暫時擱置吧？本席也贊成把這部分和醫療糾紛事故補償法合併，但是我們也希望儘快把相關機制建立起來，最好是在今年年底之前就將相關配套都擬出來，然後和醫療法第八十二條一起併審，這是對醫病最好的法令，本席的意見和蔡委員一樣，我也主張要把生產風險補償條例和醫療糾紛事故補償法合併在一起，不需要再另立那麼多法。

本席再請教葉醫師，生產有什麼風險？除了生小孩的時候可能會發生血崩的情況之外，還有沒有什麼風險？這方面你們能夠加以控制嗎？為什麼有些小孩子生下來還是會有蒙古症？以目前的科技沒有辦法事先檢查出來嗎？

葉光芃醫師：我分兩方面來回答委員，首先是有關血崩的問題，在此要向各位報告，懷孕末期母體每分鐘會有 500cc 的血液流到子宮，懷孕時子宮變得很大，生產時子宮要收縮，有的時候收縮不好，以每分鐘 500cc 來計算，請問全身 5000cc 可以流幾分鐘？當然流 5 分鐘就不行了，所以血崩……

徐委員少萍：這個問題沒有辦法預防嗎？沒有辦法事先知道嗎？

葉光芃醫師：有時候很難預防，如果是前置胎盤的話，那大概還可以預防，但有時候就是沒有辦法預防……

徐委員少萍：所以這種風險沒有辦法事先預知？

葉光芃醫師：對，有時候就是沒有辦法預防，當然現在有更多的技術，包括栓塞、綁子宮動脈等等，這些都是很好的技術。

其次，針對唐氏症的篩檢，現在也有很好的方法，以後可能藉由抽母親的血就可以檢測出來，現在這方面的技術已經越來越成熟了，以後也有越來越多的方法可以減少這樣的狀況。隨著科技的進步，我想很多以前的……

徐委員少萍：都可以解決了嗎？

葉光芃醫師：不一定，可能問題會比較少，因為胎兒就是躲在母親的子宮裡面，除了篩檢唐氏症以外，有時要偵測胎兒心臟病也很困難，因為胎兒不會躺在那裡讓醫生看心房、心室或是有沒有中隔缺損，所以有時真的很困難，而且給付真的很少，因此很難有人願意投入心力去檢測胎兒的心臟。我很尊敬施景中醫師，他是這方面的專家，但是卻後繼無人，根本沒有人要學。我想今天如果要探討……

徐委員少萍：你是說台大的施醫師是嗎？

葉光芄醫師：是的，他是這方面的專家，但是根本沒有人要學，因為做一個胎兒超音波的給付很少，事實上是 300 元而已。據我所知，攝護腺超音波是 850 元，婦科超音波是 450 元，而產科只有 300 元，所以當然沒有人要做，我看現在法院應該也不敢判以產科超音波給付 300 元就要把心臟的問題看出來，300 元能看什麼？這方面的確要做很多檢討，我想婦產科醫師都願意努力去檢討我們可以做的事情，但拜託大家給婦產科醫師沒有後顧之憂的行醫環境，謝謝。

徐委員少萍：好的，我們一定會努力，我們的下一代真的很重要，尤其現在已經是少子化，每一個小朋友都是寶。像我的媳婦現在懷孕，而且是懷雙胞胎，所以我們就自費去施醫師那邊做超音波，因為我們希望小孩子生下來都是健健康康的，這是最重要的，最好是母子平安、小孩子健康，這樣大家都高興。如果小孩子生下來有什麼缺陷的話，那將會是一家子一輩子的痛。如果能夠有高科技讓產婦進行產檢的話，我覺得健保應該要給付。

葉光芄醫師：謝謝。

主席：請王委員育敏發言。

王委員育敏：主席、各位列席官員、各位同仁。今天下午的議程是討論生產風險補償條例草案，本席看到整個法案的立法意旨，我想多數委員應該都會支持這樣的方向，包括衛生署應該也是支持的，所以你們才會開始進行生產風險救濟的試辦計畫。對於產婦在生產過程所承擔的風險，政府相對應該要有一定責任的角色介入，所以基本上本席的立場也是支持的。雖然方向我們支持，但是我們必須討論可以透過什麼樣的方法和過程達到這樣的目的。既然現在衛生署已經開辦試辦計畫，剛剛你們提到目前已經有 85 家醫院參加，在此本席想請教目前有婦產科的醫療院所大概有幾家？以 85 家來講，已經涵蓋的比例是多少？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。我們估計目前有產科的醫療院所大概是一百多家，以 85 家來講，所涵蓋的比例大概是占 30%到 40%。

王委員育敏：才占 30%至 40%？

許處長銘能：因為到目前試辦只有一個月的時間，我們還會陸陸續續舉辦更多說明會，之後應該會有更多醫療院所加進來。

王委員育敏：目前的試辦計畫並沒有強制性對不對？你們只能加以勸說是嗎？

許處長銘能：是的，目前還沒有強制性，但是有許多產科醫師都很願意加進來。

王委員育敏：如果試辦計畫的規模不夠大的話，恐怕將來的 data 會不夠多，或是在這段空窗期當中沒有加入的部分，恐怕有些孕婦就不知道他們的權益，他們可能也沒有辦法得到這樣的救濟。如果我們考慮到將來也可能納入醫糾法的話，那麼本席覺得至少在這段空窗期的試辦期間，應該要更有效率的讓這一百多家醫療院所都加入這項試辦計畫，如果可以這樣的話，那麼本席覺得應該是讓試辦計畫先行，至於這項法案能不能立即通過，可能實質的差異就不會那麼大。但是現在我聽到這項試辦計畫的涵蓋比例只有三、四成，所以我有點擔心，我希望你們能夠加快速度，請問你們預計這些醫療院所大概在什麼時候都可以加入試辦計畫？

許處長銘能：在年底之前至少九成或九成五以上的醫療院所都要加進來，當相關案子陸陸續續送進

來之後，我們也會開始審議，同時我們也會舉辦類似記者會或以其他宣導的方式，讓更多婦女及孕婦都能知道這項機制。

王委員育敏：婦產科不是有公會嗎？你們可以透過公會快速去宣導。

許處長銘能：我們現在已經對婦產科醫學會辦理許多相關的宣導場次，我們還會再透過公會及相關資料的宣導，讓他們能夠瞭解這樣的機制。

王委員育敏：本席希望你們能夠加快這方面的速度。

關於生產風險補償條例的內涵，不曉得你們有沒有仔細看過？請問其中有多少內涵將來是可以融入醫糾法當中的？這方面的比例有多高？

許處長銘能：以目前的條文來看，包括補償時間、資金來源、相關審議機制，其實在目前的補償法當中都有寫進來了……

王委員育敏：都有涵蓋嗎？有達到百分之百嗎？

許處長銘能：沒有到百分之百，但還是有一些相關的規定，例如在醫療過程當中發生傷害的通報機制，其實在原本的法條當中已經有所規範，究竟未來要不要把這樣的相關精神納入補償法當中，我們還可以進行研議。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。另外有關費用方面的問題，因為是用醫發基金來支付，所以它必須經過醫療機構，根據這項法令的規定，也可以到當事人，另外它的罰則有一點不一樣，當然它也有它的好處。

王委員育敏：本席看到某些規定和我們早上所討論的醫糾法有相類似的意義，例如基金來源就是如此。早上有委員提到公彩和健康捐為什麼要用到這樣的項目來？本席認為現行草案第十一條也有一樣的問題，這其實也是要一併考慮的。另外是有關成立財團法人的問題，將來你們的方向也要朝成立財團法人的方向來承辦這樣的業務嗎？

邱署長文達：是的，也是一樣。

王委員育敏：如果針對醫糾法的部分成立財團法人的話，那麼將來所有的業務，不管是內科、外科、婦產科，所有的醫療糾紛案件和補償案件都會進到這裡面來做處理對不對？

許處長銘能：是的。

王委員育敏：所以這方面其實是一樣的。另外就是請求給付的請求權，其實第八條的規定有提到，即兩年間不行使就會消滅，或是自損害發生時起逾十年亦同，針對這部分，你們在醫糾法當中是不是有提到類似的規定？

許處長銘能：目前沒有，但是我們覺得以維護病患權益來講，因為這是針對生產的部分，所以對象包括母親和小孩，而有些醫療糾紛是發生在醫療爭議的當下就有提出的情形。這是針對生產的部分，我們或許會把這樣的精神納入，因為有些小孩子是到五歲或六歲時，才知道某些缺陷可能是因為生產過程中所引起的，當下可能不一定清楚，所以才會有這樣的條文規定，也就是規範必須在兩年內行使的條件。

王委員育敏：基本上，我同意我們要照顧這些產婦，因為現在已經有試辦計畫，而且未來也會有醫

糾法，將來如果能夠整合在同一個法令當中，就不會出現疊床架屋的情形，或是出現成立好幾個不同財團法人來處理不同賠償問題的情形。基本上，本席贊成這方面要做一個好的整合，但是我要提醒的是，今天委員所提出的草案主要是針對生產風險，而每一個科別，包括外科、內科和婦產科所產生的樣態會有一些差異，所以將來你們要非常小心，應該針對這些差異作很仔細的考量，然後再列入事故補償法的規定之中，我覺得這樣子才可以符合不同科別的特殊需求，這樣才可以涵蓋在裡面，請問這一點你們是不是可以做到？

邱署長文達：我們會朝這個方向去努力，如果在試辦期間有人提出很好的建議，我們都會予以採納，並把它列到試辦計畫當中去。

王委員育敏：這段期間的試辦計畫的確非常重要，因為任何補償制度的想法、做法和實際發生的狀況都會存在一些落差和盲點。

邱署長文達：而且有時落差和盲點非常大。

王委員育敏：針對你們所收取到的案例，其實目前只有六件申請救濟，我覺得可能是知道的人還不夠多，因為目前的涵蓋率只有三、四成。本席在此提出以下要求，即儘速擴大所有婦產科醫療院所的涵蓋率，讓他們都知道而且可以加入，不管是用勸說或其他行政方式，儘量讓他們都加入，因為他們加入之後才能保障這些產婦的權益，這樣產婦才能進一步知道原來醫療院所有加入這項計畫，他們可以申請這樣的救濟。針對實施的效率和範圍，希望你們能夠儘量做到全面性好不好？

邱署長文達：好的，謝謝。

主席：現在休息。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

請鄭委員汝芬發言。

鄭委員汝芬：主席、各位列席官員、各位同仁。今天我們一直在討論第八十二條之一及第三十二條，也就是有關公會和生育風波救濟試辦的業務。我們知道，如果發生這樣的醫療事故，其實都會對醫生造成很大的打擊。上會期大家都曾提到「生子生得過是燒酒香，生不過就是四塊板」，衛生署從 101 年到 103 年進行試辦計畫，本席非常肯定衛生署在這方面的努力，但是這樣還不夠，未來還要全面性推展，不只是針對生育醫療糾紛的部分，將來還要全面性進行大整頓、大改革。在四大皆空、五大皆空的議題當中，包括婦產科、骨科、小兒科醫師都涵蓋在內，針對這些議題，我們一定要好好研究一下。剛剛署長提到目前有 85 家醫療機構參加試辦計畫，請問目前全國總共有幾家醫療機構？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。以婦產科來講，差不多有三百多家，但有進行接生的，大概是一百七十幾家。

鄭委員汝芬：所以目前還有六成沒有加入試辦計畫的範圍？

邱署長文達：是的，不過因為才剛開始試辦一個月，現在我們已經舉辦過第二次說明會，將來還會有第三次說明會。

鄭委員汝芬：所以還有些人還不清楚。其實這對他們都有好處，為什麼他們不參加？

邱署長文達：會的，他們會一直加入。

鄭委員汝芬：請問在目前申請救濟的六個案例中，是母親的救濟居多？還是小孩的救濟居多？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。目前案例才剛送過來，我們還沒有作這方面的統計，如果有相關資料的話，我們會再提供給委員參考。

鄭委員汝芬：以救濟的方式來講，是每個案件給 200 萬嗎？

許處長銘能：目前針對救濟的部分有區分不同的程度，如果是媽媽死亡的話，最高救濟 200 萬；如果是嬰幼兒死亡的話，就是救濟 150 萬。

邱署長文達：救濟額度從 30 萬至 200 萬，委員會會判定金額的多寡。

鄭委員汝芬：這是很殘忍的事情，以六個案例來講，就是關係到六條生命。

邱署長文達：生產本來就有一些風險，剛剛葉醫師也有講到這一點。

鄭委員汝芬：不論產前檢查做得多好，生產時還是會有風險，即使產檢做得很好，在小孩子還沒有生出來之前，都還是一樣有風險，請問署長是不是這樣？

邱署長文達：對，而且比例還不是很低。

鄭委員汝芬：剛才葉醫師抽絲剝繭把每個問題都拿出來講，甚至還提到照超音波的費用，胎兒超音波的給付竟然只有 300 元，金額實在是很少。現在醫學非常發達，透過產檢是不是就可以檢查出胎兒是不是患有唐氏症或罕見疾病？

邱署長文達：還是有很多是沒有辦法知道的，只是現在能夠知道的越來越多，我們只能這樣講。

鄭委員汝芬：如果孕婦自己付費去做檢查，想要藉此事先瞭解胎兒是不是健康，請問正確率大概可以達到百分之幾？

邱署長文達：醫學沒有辦法做到百分之百。

鄭委員汝芬：沒有百分之百也沒有關係，像有一些孕婦會去做穿刺，想要藉此瞭解到底會生男還是生女，其實正確率沒有百分之百也沒有關係，有百分之九十幾就可以了。如果孕婦在還沒有生產前去做檢查，以避免生下患有唐氏症或罕見疾病的嬰兒，請問正確率可以達到百分之幾？

邱署長文達：這方面我要查一下資料，不過我知道正確率可以達到百分之九十幾。

許處長銘能：針對這部分，其實要看孕婦做了幾項的檢查，如果是做染色體的檢查，正確率就比較高；如果只是抽血檢查的話，相對正確率就沒有那麼高。

鄭委員汝芬：處長這樣講就對了，只要進行檢查就有機會，所以錢寧可花在這邊，千萬不要等到小孩生下來之後，才發現小孩患有罕見疾病或是有一些缺陷，你看這樣要花掉健保多少錢！

許處長銘能：以唐氏症這種遺傳性的疾病來講，其實國家對於高齡產婦都有補助進行穿刺檢查的費用。

鄭委員汝芬：患有唐氏症的小孩還可以自己跑來跑去，只要大人把他照顧好就可以；有些小孩生下

來就沒有辦法自行活動，所以造成家庭很大的負擔，而且要花掉很多的健保費用，包括罹患罕見疾病的小孩也是一樣，同樣也要花掉健保很多的費用，如果可以事先預防避免生下這樣的小孩，為什麼不盡力預防呢？

邱署長文達：現在已經有很多人都在預防了。

鄭委員汝芬：檢查的正確率不是可以達到百分之九十幾嗎？

邱署長文達：即使抽再多的血做檢查或是進行再多的基因檢測，還是有千分之幾的機會可能產生這樣的情形，所以我才會說醫學沒有辦法做到百分之百。

鄭委員汝芬：但產生這種情況的機率總是降低了，這樣就可以避免生下花掉許多健保費用的小孩，也可以減輕社會的負擔。

邱署長文達：現在大部分的人都有在做預防的工作。

鄭委員汝芬：這樣就可以減少社會的困擾，對不對？

邱署長文達：對。

鄭委員汝芬：本席認為應該要朝這樣的方向做思考，儘量避免生下罹患罕見疾病或不健康的小孩，這樣也可以避免造成社會的負擔。

針對醫師法第三十二條條文，本席支持委員的提案，也就是關於個資的部分維持原來的版本。至於生產風險補償條例，目前已經有試辦計畫，關於補償的部分，本席認為應該要併入醫糾法來共同討論，以免往後針對婦產科發生的問題，必須成立一個專責單位來處理，而針對醫療糾紛的部分，還得要再成立另外一個專責單位來處理。本席認為這兩個部分應該要併在一起，因為同樣都是醫療行為所引起的糾紛，所以併在一起討論應該會比較好。

邱署長文達：謝謝。

主席：請陳委員節如發言。

陳委員節如：主席、各位列席官員、各位同仁。署長辛苦了，關於本席早上還沒有問完的問題，本席想利用幾分鐘時間繼續來請教一下。針對補償的部分，除了將糾紛事件釐清以外，當然不免還是會談到補償的問題。其實有些人不見得一定要錢，我碰到幾個案子都是如此，當事人都只是要求醫師必須停業，請問針對這方面有沒有相關法條可以處理？你們現在有沒有想到要怎麼處理？如果當事人並不需要金錢補償的話，你們要怎麼處理？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。一般在調處的時候，必須靠專家從醫學的角度來向當事人解釋，所以這可能要從調處方面來著手。

陳委員節如：如果碰到這樣的情形，我想最後還是免不了會進行訴訟，如果是經過訴訟進行補償的話，應該會規定一定的金額才對，請問現在有相關的規範嗎？剛剛你們提到救濟的金額是 200 萬，請問這部分呢？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。關於這方面的金額，依照法令規定我們是授權中央主管機關另訂子法規定……

陳委員節如：還沒有是不是？

許處長銘能：因為程度不同、科別不同、狀況不同，所以就會有不同程度的補償，我們會召集相關學者專家來訂定相關規範。

陳委員節如：這方面一定要規定相關數額出來，否則對病方不公平，醫、病、法應該要三贏對不對？

另外，在醫生的刑責合理化之後，對於病人的合理補償也要規範得很清楚，包括死亡、重殘等等，其實殘障比死亡還更嚴重，因為家庭會因此而一生受累，也會造成社會極大的負擔。本席認為對於重殘的補償不一定要比死亡來得低，關於這方面的規範，請你們一定要訂定好不好？

邱署長文達：好的，我們會……

陳委員節如：你們一定要把這個問題納進去，本席只是在此把問題提出來而已。

邱署長文達：好的，謝謝。

陳委員節如：另外，在糾紛處理之後就設限不能再提告，本席認為這方面可能有違憲之虞。

許處長銘能：針對民事的部分，在調解成立的情況之下，其實雙方就已經和解了，而在雙方和解的情況下，其實就沒有必要再提起民事告訴了，但刑事的部分……

陳委員節如：如果補償不合理的話，當事人恐怕還是會……

許處長銘能：這是雙軌的制度，也就是說，如果補償不合理，當事人還是可以再提起這部分的告訴。

陳委員節如：本席只是提出幾個問題，希望你們能夠把這些問題考慮進去。

邱署長文達：好的，謝謝。

陳委員節如：接著本席想請教照護處鄧處長有關遠距醫療和遠距健康照護的問題，請問這方面目前是怎麼做的？本席聽說有些資料都是造假的，請問你們有沒有查到這樣的情形？

主席（趙委員天麟代）：請衛生署護理及健康照護處鄧處長說明。

鄧處長素文：主席、各位委員。我不知道造假是……

陳委員節如：請問這方面的計畫是多少錢？

鄧處長素文：這項計畫包括一個專案辦公室及兩個服務中心……

陳委員節如：現在是由高醫、萬芳醫院來承辦是嗎？

鄧處長素文：北部是由萬芳醫院承辦，南部是由高醫承辦，東部則是由門諾醫院承辦。

陳委員節如：上一次您邀本席去參訪的是不是針對這項計畫？

鄧處長素文：是的。

陳委員節如：那不是在台東嗎？怎麼會變成是在高醫和萬芳醫院？

鄧處長素文：中心有兩個，基本上，台東和屏東都是由高醫那個 center 在負責遠距方面的服務，因為遠距必須便利在地……

陳委員節如：這是針對慢性病個案以電話進行諮詢是嗎？

鄧處長素文：除了諮詢之外，我們主要是有一個資訊系統，他們在測量的時候，馬上就可以針對監測數據進行分析，如果有異常狀況馬上就可以傳輸出來。

陳委員節如：你們是用電話在作諮詢是不是？

鄧處長素文：對，主要是以電話……

陳委員節如：下年度還有沒有這種計畫？

鄧處長素文：我們現在有一些變更計畫，過去我們的經費大概都是三千多萬，而基礎建設已經大部分完成了，所以下年度的計畫大概會刪減為不到兩千萬。

陳委員節如：可是高醫、萬芳每年在這方面的經費加起來是 4,500 萬。

鄧處長素文：但是明年已經減半了。

陳委員節如：減多少？這項計畫的效果到底有沒有呈現出來？請問這是不是要加入會員？會員名單是怎麼來的？請問署長有沒有聽說過這件事情？

邱署長文達：有，目前弱勢是免費的，至於其他人的費用也都收得很便宜，只有幾百塊而已。

陳委員節如：要取得會員同意書嗎？

邱署長文達：好像要吧！

鄧處長素文：以會員來講，如果是一般的話，像養護機構就是直接和機構合作，而偏遠地區則是跟衛生所合作，這個部分就會透過這些機構來協助。

陳委員節如：也就是說，除了高醫、萬芳之外，包括偏遠地區也在做是嗎？現在總共有幾個地方在做？

鄧處長素文：以偏遠地區來講，我們在澎湖、東部都有，東部是直接到門諾醫院那個中心，台東則是到高醫中心。

陳委員節如：現在有幾個點？

鄧處長素文：這就像是粽子一樣，萬芳醫院之下又有幾個衛生所和養護中心。

陳委員節如：東部是哪幾家？

鄧處長素文：東部是門諾，包括鄉衛生所他們也有支援。

陳委員節如：聽說會員的資料好像都會造假，你們要去查一下比較好。

鄧處長素文：我們一定會去調查，我們不容許有造假的情況。

陳委員節如：其實要針對數量造假很簡單，關於這項計畫的效率如何，請問你們有沒有相關報告？

鄧處長素文：我們再把這方面的書面報告送給委員。

陳委員節如：好的，請把資料送給本席參考。。

另外，針對醫師法第三十二條，請問目前醫師公會也有在調解醫療糾紛是不是？

許處長銘能：他是醫師審議委員會的代表。

陳委員節如：不是在公會當中設立這樣的委員會嗎？

許處長銘能：公會的理事長必然為衛生局醫事審議委員會的委員。

陳委員節如：公會之中沒有設立調處委員會嗎？

許處長銘能：沒有。

邱署長文達：醫師公會沒有進行調處。

陳委員節如：包括物理治療師、職能治療師、放射性治療師、呼吸治療師、語言治療師、心理師、

牙醫技師、聽力師、護理人員、助產人員等的相關法令都和這個問題有關，請問這些部分是不是也要加以更改？

許處長銘能：我們有去瞭解一下他們有些地方……

陳委員節如：這方面合併有沒有問題？

許處長銘能：有一些合併其實是沒有問題的，而且也已經開始在進行合併，像牙醫……

陳委員節如：為什麼唯獨在高雄和台中會有問題？這是什麼道理？是因為他們的財產比較多，所以不願意合併是嗎？

許處長銘能：醫師公會已經在地方存在非常長的一段時間，所以有他們的相關文化和資產……

陳委員節如：本席想請教法務部陳參事，像這樣的法令規範行得通嗎？

主席：請法務部陳參事說明。

陳參事文琪：主席、各位委員。有關公會的部分，我們還是尊重各職業團體的生態和運作的狀況。

至於其他的部分，像律師公會也有類似的情形，就是因為區域的調整而產生一些問題，但原則上還是維持現狀在運作。

陳委員節如：如果這條條文通過的話，也是可以這樣區分是嗎？

陳參事文琪：關於這部分，我們尊重大院的決定。

陳委員節如：本席只是把問題提出來，請你們再斟酌看看。

另外，有關生產風險救濟試辦計畫，請問目前最高補償 200 萬是不是？

邱署長文達：是的。

陳委員節如：請問這項計畫實施多久了？現在只有六個案例是嗎？

許處長銘能：我們是在 10 月 1 日開始公告，但可以追溯到 101 年 1 月 1 日發生的事件都可以申請補償。

陳委員節如：這是逐年提出的計畫是嗎？

許處長銘能：對，是一年的計畫。

陳委員節如：這項計畫的經費是多少錢？

許處長銘能：一年計畫的經費大概是兩億多到三億之間。

陳委員節如：現在用了多少？

許處長銘能：現在還沒有開始救濟，因為針對目前的六個案件才剛開始進行審議。

陳委員節如：根據醫糾法的規定，申請救濟必須在一個月之內提出來，這部分是不是也可以列為參考？針對生產風險補償條例，本席比較傾向把它和醫糾法及醫賠的部分加以合併，否則的話，恐怕會疊床架屋，而且你們執法時也很困難。

我覺得我們立法院立法應該要周延，不要立了那麼多法，卻讓民眾無所適從。這部分提醒衛生署。謝謝。

邱署長文達：謝謝。

主席：請劉委員建國發言。

劉委員建國：主席、各位列席官員、各位同仁。好一個法務部沒有原則！好一個立法院幹嘛立這麼

多法！日本在 2009 年制定一個法，叫做產科醫療補償制度，而且已經正式實施，本席不知道本席和吳宜臻委員等提出的生產風險補償條例草案，和行政院提出有關醫糾補償法版本，重疊性有多大？因為到目前為止，我們也沒有看到具體草案，只是今天早上署長、副署長做了相關說明，聽起來是有一些雷同之處，如果一定要把這兩個案子併在一塊，本席可以接受大家來討論，不過，提案委員之一的吳委員宜臻今天有要事不克前來，所以，我們也要尊重她的基本意見。

本席的疑問是，為什麼日本會特別制定這個補償制度？就是日本為什麼會制訂和我們今天提出來類似的法律？原因何在？是不是請衛生署就你們的理解說明一下？

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏延：主席、各位委員。根據我的了解，日本這個制度也是才開始實施而已，如果辦了之後成功，說不定其他科也會進來，或是全面實施也不一定。所以，這跟我們的試辦計畫是很相像的。

劉委員建國：日本是早在 2009 年就開始實施，他們並不是現在才辦的。副署長提到如果日本的制度成功，屆時可能其他科別也會加入，其實道理是一樣的，今天我們之所以提出「生產風險補償條例草案」，就要回歸上午討論的議題。94 年立法院曾經審議醫療事故及補償辦法草案，後來因為屆期不連續就中斷了，從 94 年中斷到現在立法院都歷經 3 屆立法委員，還好現在衛生署是邱署長、林副署長主政，重視這個問題，才又把這個議題提出來。在這樣的契機下，剛才署長答復委員時一直表示，希望這個試辦計畫能有半年，甚至一年的 data，等於是 10 月 1 日開始做，以半年來看，就是到明年 3 月底，但是你們的事故補償法草案，我們要求這個月內一定要送來，如果扣掉上個禮拜，就表示剩下不到三個禮拜時間，對不對？這樣不是很矛盾嗎？如果要併案審查，我們還要等你們的草案，問題是你們一個月內可以送來嗎？如果你們一個月草案不出爐，我們是不是要再等半年，就是你們試辦期限到了以後，也就是明年才能處理這個法案？

林副署長奏延：我們是比較建議生產補償這部分可以獨立，就是在醫療事故補償法內設置二、三條專條規定生產事故補償，而不是獨立制定一個法案。因為生育和其他醫療事故不太一樣，生育是正常婦女歡歡喜喜到醫院生產，和一般醫療事故不太一樣。

劉委員建國：對！是不相同，就是因為有特別不一樣的因素存在，所以才會特別提出這樣的草案，但是我剛才也沒有聽到你們有這樣的解釋啊！當然，委員同仁的意見我們要尊重，不過，站在你們的專業上，還是要把事情講清楚，而且，我們在立法總說明上也寫的很清楚為什麼要特別立這樣的法。

另外，本席要請教葉醫師，從早上到現在，你應該很清楚我們今天整個的質詢過程，包括公部門衛生署的答復，而你本身又是這門的專業，身經百戰，從產科轉為婦科，對於衛生署提出要把本草案併在醫療事故補償法內，成立專章或是規定在二、三條專條的建議，你的看法如何？

主席：請彰化基督教醫院婦產部葉醫師發言。

葉光芃醫師：主席、各位委員。前面有提到，2008 年謝長廷的政見第一條，就是不責難補償制度，而馬英九的政見，也有類似的訴求，結果 4 年過去後，2012 年總統大選之前，我才看到衛生署表示要在 1 月 1 日開始實施，當然，我了解這是共業，民進黨執政時雖然是少數黨，但也不是

做的很好。2008 年我看到兩黨都有類似這樣的政見，本來以為應該早就可以開始實施，結果到今天，已經經過 5 年，我們才要開始試辦。

當然，我可以感受到邱署長和林副署長的積極態度，這也讓我看到希望，相信很有可能在一個月內立法通過，但是我要跟大家報告，今天大家一再提到第一名是內科，第二名是外科，第三名是婦產科，但是若就個別醫師來看，婦產科是第一名，這在日本的情形也是一樣。其次，因為這牽涉到兩條性命，其單價如果以傳統 200 萬來看，我擔心會有很多人因而放棄。我在此向大家報告，瑞典從 1975 年實施這個制度到現在已經 37 年，相關機制非常成熟，他們單價最高的其實是產科部分，他的量不一定很大，卻是占有所有補償金額的四分之一，一般他們的最高補償都小於 100 萬，但是生產部分可能有 3,000 多萬，如果嬰兒死亡，那補償金還不是那麼多，最怕的小孩存活下來，所需要的復建、醫療費用就很高，我們台灣對這樣的小孩並沒有很好的社會支持，也就是沒有很好的兒童福利，如果全部要由婦產科承擔，恐怕婦產科醫師是無法承擔的，所以，我比較擔憂的是，如果我們沒有明確立法，而仍然採用救濟或行政命令方式，那是遙不可及的。尤其看我們行政團隊在過去 5 年的作為，雖然署長是前年才上任，跟你沒有太大關係，但是我們看過去的作為，實在讓人感到憂心。我的看法是，是不是今天這個法可以先通過，將來若相關法案也都通過，我們可以再全盤整理，看是不是要納入同一個法案中。

我要跟各位報告，今天在瑞典當婦產科醫生，根本不必考慮會有被告的可能，但是義大利醫生卻要擔心被告的風險，如果產婦要求剖腹產，就要剖腹產，這造成義大利的剖腹產率是先進國家最高的，達到 38、39%，當然這有很多因素，我們台灣剖腹產率也高達百分之三十幾，美國的剖腹產率是 32%到 33%，甚至有很多州，包括德州、佛羅里達州都到達 35%以上，紐澤西州還接近 40%，今天美國醫師之所以被告，剖腹產率是因素之一。個人認為，沒有必要的剖腹產應該可以減少，如果能早日把生育方面的問題以法律規範，說不定會比現在的試行辦法好。我非常尊敬也非常肯定邱署長、林副署長及處長，尤其我們署長是劍及履及，因此我要拜託衛生署，希望讓生產部分可以獨立立法，以後要再訂日出或日落條款，我都非常贊成。謝謝。

劉委員建國：我的發言時間也到了，不過，剛才林副署長及葉醫師都講出一個重點，就是基本上這兩種是不一樣的，而且，生產還攸關兩個生命的問題。到底事故賠償法是不是可以很順利的在一個月內送到委員會，都還是未定之數，如果我們先行處理生產方面的法案，並定下落日條款，會不會造成衛生署的困擾？本席看起來是不會，所以，是不是在署長和副署長的努力下，我們讓這個法案先通過，立下一個創舉，讓婦產科醫生在執業過程中，可以產生更大的信心。我覺得這應該是可以思考的方向，不一定侷限在兩者一定要合併的思維下。

最後，我也要特別強調，因為今天提案人之一的吳委員沒有到場，等吳委員來了之後，我們還可以更詳盡的討論。謝謝。

主席：請陳委員其邁發言。

陳委員其邁：主席、各位列席官員、各位同仁。請問署長，生產和一般疾病有何差別？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。就是剛才提到的，生產是正常過程，而且涉及兩個生命，它並不是

真正的疾病治療，而是正常的生產過程。

陳委員其邁：所以它和一般醫療糾紛，或是所謂正常疾病是比較不同，對不對？

邱署長文達：是。

陳委員其邁：對於這樣特殊的狀況，本席同意吳宜臻委員、劉建國委員和本席共同提出有關生產風險相關補償規定，可以在醫療糾紛處理法做專章規範，但我還是擔心醫療糾紛處理法在行政院的速度，如果你們碰到羅政務委員，而這個案子又推不動，卡在羅政務委員，本席倒建議如果一個月真的沒有辦法送到立法院，那麼還是應該讓「生產風險補償條例」這個案子可以在立法院儘速完成審議。按照你們提供給委員的統計資料，一般委員對於疾病的統計資料比較不熟，你弄一個婦產科是 15%，但是剛剛醫界的先進講的很清楚，就流行病學調查，全台灣婦產科醫師的人數遠少於外科，那麼每一個婦產科醫師碰到的醫療糾紛比率，當然是所有醫師中最高的。今天我們要審查所謂生產風險補償條例，結果你們這個圖的表達，把婦產科弄成第三，這就有誤導之嫌！你應該忠實呈現疾病的發生率，或是醫療糾紛的發生率，這才是一個比較能衡量，或判斷因果關係的指標，對不對？

邱署長文達：這部分我們會再……

陳委員其邁：所以，下次必須把這個資料補充清楚。另外，我也要向署長報告，你們的生產風險試辦計畫，跟本席及吳宜臻委員提出的案子截然不同，我們是採取無過失責任，直接補償給孕婦，而你們的試辦計畫是把醫療基金先撥給醫療院所，醫療院所假如跟受害者達成和解，再由醫療院所補償給受害者，兩者在立法精神和民法上的侵權概念，是截然不同的。其次，這部分並沒有辦法處理民事或刑事責任的解除，所以，本席和吳委員所提的案子，和你們醫療糾紛處理法所提的有關刑事、民事責任規範，是有天差地別的，請你們不要用你們這個 85 個院所的試辦計畫，來搪塞本席等提出的這個有關生產風險補償條例。本席認為還是必須在法律上明文規定，這樣不管對婦產科醫師，或是自然產、剖腹產的孕婦都是比較有保障的。對此，署長看法如何？

邱署長文達：當然，這次我們試辦，最重要是要看那些 data，我看到委員提的法案是直接給病人，這絕對比透過醫療院所要好，對病人也更公平，這是一定的。另外，我們也要特別提到，我們也建議在審議過程不做有無過失之認定或鑑定。

陳委員其邁：在調解過程中，就有有過失、無過失、賠償金額多少的判斷，這在責任的分擔上當然會有影響。但是本席和吳委員所提的，就完全採無過失責任主義，這部分是基於社會安全架構直接處理，並沒有所謂責任鑑定問題，對不對？所以你們在跟本會做說明時，這部分要說明清楚。

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。跟委員報告，我們這個試辦計畫的精神，也是無過失的概念，而這個概念其實有兩個部分，一個是……

陳委員其邁：但你們那個假如調解不成……

許處長銘能：調解不成，還是可以申請，我們並沒有拒絕他們申請，我們跟所有婦產科醫生都講的很清楚。另外，即使調解成立，也已經補償了，病家還是可以再去提告，若是提告的結果，發現有過失部分，我們還是可以代為追償……

陳委員其邁：這樣有點類似違章建築、臨時建築。本席以為整個賠償或補償制度必須是在法律架構體系下，這樣對醫生也好，對病人也好，才比較有保障。這部分請署長回去稍作整理，因為本席也是醫界出身，當然很關心這個法案，對於你們提出的醫療糾紛處理法，本席要提醒衛生署，不要只是畫一塊大餅給醫師，而是要建立在整個法律的體系架構下。世界各國在面對醫療糾紛補償時，都是在民法架構體系下處理，因為這是由民法侵權行為衍生而來。現在你畫一塊大餅告訴醫師，檢察官偵辦案件，碰到醫療糾紛，全部都由直轄市的主管機關先行調解；法官審理民事案件，涉及醫療糾紛，法院必須先交由縣市主管機關進行調解，這是完全行不通的。民眾訴訟的權利，是憲法賦予保障的權利，假如是訴訟程序的改變，這是立法形成的自由，當然可以規範，譬如調解之後，是要撤消告訴，或是訴訟程序進行要如何處理等等，這都是立法者可以規範的，但是立法者、國會不能剝奪人民訴訟的基本權利。

邱署長文達：這個我們完全了解。

陳委員其邁：我們怎麼可能同意你們的規定，就是檢察官偵辦案件，如果碰到醫療糾紛，就一定要先進行調解，這是違憲，違反憲法保障人權的規定。對於基本人權及其保障方面，坦白講，全世界所有有關醫療糾紛處理的立法體系，從來沒有任何一個有關民事糾紛處理的法律規範體系，是去剝奪人民行使刑事訴訟的權利，這是不可能的。我還是要提醒署長，就像我早上講的，如果這個社會風險是由民眾負擔，那麼民眾當然有選擇訴訟的權利，一方面，他可以純粹就民事而言，另一方面他當然還是可以進行訴訟。但假如這個風險是由醫師、醫療服務提供者負擔，那就進入調解程序，當然，告訴乃論部分，最後解除醫療服務提供者的刑事責任，或是民事責任，這個是可以做到的，但是這個錢如果是納稅人出的，由人民繳納的血汗錢來支付，合理嗎？因為當事人必須繳納稅金，然後政府又用這筆錢來賠償他，並要求當事人不得提告，我覺得太不合理了。請署長去看一下世界各國醫療糾紛處理法及補償條例的規範，包括衛生署今天提出的報告，只要是動到政府的公務預算，人民的保費或是人民負擔的相關費用，全部都是採雙軌制，本席指的是民事的部分，絕對可以提告，當然也可以走調解的程序，因為調解程序會比較快，民眾可以基於時效、保障利益的理由，可以選擇走調解的程序，對不對？

邱署長文達：對。

陳委員其邁：可是這筆錢如果是由醫療服務提供者支付，例如：醫師自己繳的保費，或是醫師自行投保的商業保險，在這個體制下，假如調解成立，當然就必須解除有關民事求償或民事告訴中醫師的相關責任。本席還是要提醒署長，我雖然來自於醫界，可是今天我們在處理醫療糾紛處理法及醫療法第八十二條的問題時，一定要衡平性的處理，除了保障醫師的權利外，關於病患訴訟權利的保障或醫療權利的保障，衛生署還是要去全力捍衛。

邱署長文達：是，衛生署就是從病人權益的出發點來走的，這部分在前面都已經陳述過了。

陳委員其邁：請署長回去後再好好考慮一下本席的建議，我跟你保證，如果你們還是堅持採取這個版本，絕對送不進立法院啦！你敢不敢跟我打賭？因為法務部一定不會同意嘛！參事同意嗎？同不同意強制仲裁？法務部同不同意解除病人訴訟的權利？都不同意啊！這個案子根本送不進立法院，所以還是要拜託一下署長。

邱署長文達：好，謝謝。

主席：請吳委員育仁發言。

吳委員育仁：主席、各位列席官員、各位同仁。關於這一次的修法，本席也有提出醫師法第三十二條的修法，關於公會在組織合併後的結社自由權，請問署長有什麼看法？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我們還是尊重現有的公會，因為有些團體已經經營十幾年了，也有自己的資產、文化、社員共識，所以我們願意尊重現有的公會繼續存在。

吳委員育仁：尊重他們在現有的行政區域……

邱署長文達：但是我們也鼓勵他們能夠考慮未來合併的可能性。

吳委員育仁：當然。但奇怪的是，衛生署之前為什麼不願意比照內政部、勞委會，在高雄縣市、台南縣市合併後，基於結社自由的概念，讓公會及工會自由選擇合併或是保持現在既有的狀況，你們為什麼要等到委員提案之後才願意表達立場呢？

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。我們當初的考量是，會員在公會登錄以後，才能夠依照醫師法的相關規定，在衛生局做執業登錄，這項特別規定是因為執業規定的部分是必須加入公會，而代表性的部分，就會牽扯到衛生局處理登錄的問題，後來經過再三溝通，兩邊的代表權在平衡之下應該可以共處，所以我們覺得這個部分可以這樣做處理。

吳委員育仁：對於勞工團體在組織結社上的規定，基本上是採結社自由的概念，但是對於職業團體、有特定執業需求的律師、會計師、醫師，基於管理上的需求，可能可以這樣來操作，也就是鼓勵合併。但如果合併的法律效果或實際效益是不大的，在行政上的意義根本不大，既然他們擁有自己的財產、理事長、感情，就應該讓他們繼續運作。從這一次幾位委員的提案來看，表示衛生署的反應速度稍嫌慢了一點，等到法案排入委員會的議程後才表示願意尊重，當然這樣做也可以讓委員增加法案的業績，也算不錯啦！既然署長表示同意，表示這一次的修正是 OK 的。

邱署長文達：是。

吳委員育仁：另外，委員非常仔細的提出生產風險補償條例，不過本席並沒有看到行政院衛生署的版本，顯然衛生署最近是比較忙碌一些，光是處理五大皆空、醫療環境的問題就已經很累了，似乎沒有人力可以提出相對的法案。關於這個法，本委員會已經討論過很多次了，我們都同意這個精神的存在，不過本席有幾個問題想要就教於署長，希望能夠與署長交換一下意見。

在勞工領域中有積欠工資墊償基金，當雇主經營不善繳不出錢時才可以領取，同樣的邏輯，當政府的錢撥到基金裡面去，在某種程度上就表示政府對於該基金是願意負責的，這一點是值得肯定的。但是如果全部的錢都來自於政府，可是從事婦產科業務的醫療院所、醫師，卻相對負擔比較少時，就會產生責任上誰輕誰重的概念。當這個法案提出來時，我有仔細去看過，其中第十一條是有關基金來源的規定，條文規定來源包括政府編列預算補助、公益彩券盈餘、菸品健康福利捐、提供接生服務的醫療院所，請問署長對於這個條文有什麼看法？

邱署長文達：這是委員提案的規定，我們的版本則是由醫療發展基金來支付，不過這只是一個試辦

計畫，我們原本希望試辦的這三年，或是最近半年、一年如果有充足的資料，就可以做一些分析，詳細瞭解整個情況，我們的經費完全是由醫療發展基金來支付。

吳委員育仁：由醫療發展基金來挹助生產風險補償基金？

邱署長文達：這是現行的試辦計畫。

吳委員育仁：這裡面有一個問題是值得大家來思考的，在開辦時由政府提供一些經費來挹助當然是非常好的，可是政府的錢就是全體納稅人的錢，立法院的職權也是要來看緊荷包。如果全部的錢都由政府來負擔，或是比例顯不相當的話，在某種程度上也會造成補償制度的變調，因為在法律上，補償和賠償的法律意義是不一樣的，賠償是表示有疏失的，有損害才有賠償，可是補償並不以有損害為必要條件，可能是認為他的狀況不好，或是在某種程度上負擔道義責任，或是認為他的處境艱難，應該給予補償，所以補償的概念是比較大的，賠償的概念則是比較小。當我們在制定補償法時，如果是將政府的錢拿來運作，就必須去仔細考量與業者之間責任分擔的問題。在我的期待裡面，醫療院所應該負擔更多的責任，政府雖然要負一點責任，但相對上可能必須從其他地方去尋找財源來做挹助，不過本席基本上是支持生產風險補償條例的立法，因為時間的關係，本席今天就質詢到此，署長辛苦了，謝謝。

邱署長文達：謝謝。

主席（劉委員建國）：請林委員世嘉發言。（不在場）林委員不在場。

本日下午會議報告及詢答完畢，做以下決定：所有登記發言委員，除不在場者外，其餘均已發言完畢，詢答結束。江委員惠貞所提書面質詢，列入紀錄，刊登公報，並請相關機關於兩週內以書面答復本會與本會委員及質詢委員。本日會議委員所提質詢未及答復部分，含委員質詢中要求提供之相關資料，亦請相關機關於兩週內以書面答復本會與本會委員及質詢委員。

江委員惠貞書面意見：

案由：「生產風險補償條例草案」書面意見

為了減少婦產科醫師的醫療糾紛，衛生署已在 10 月起試行「生育事故救濟試辦計畫」，可追溯至 101 年 1 月 1 日起出生的新生兒。若孕產婦或胎兒、新生兒，因不可避免機率發生不良事件，將依傷殘程度、死亡，由政府提供最高 200 萬元的救濟金，推估每年可補助 200 至 300 人。

且目前各界已積極推動醫療糾紛仲裁制度，也提出「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，故應加速推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」立法與施行，便可將各類醫療糾紛涵括在內，並不需要將生產風險另立一專法。

主席：現在進行醫師法第三十二條之逐條討論。請議事人員宣讀各提案條文。

趙委員天麟等 24 人提案條文：

第三十二條 醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限。但醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。

但於行政區域調整變更前已成立者，不在此限。

江委員啟臣等 22 人提案條文：

第三十二條 醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限。但

於行政區域調整變更前已存在者，不在此限。

醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。

吳委員育仁等 18 人提案條文：

第三十二條 醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限，但於行政區域調整變更前已存在者，不在此限。

醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。

主席：其實這三個版本的條文內容都一樣，是不是就併案通過？

方才議事人員提醒本席這三個版本的條文內容並不完全一樣，請問衛生署有什麼意見？

請衛生署賴副署長說明。

賴副署長進祥：主席、各位委員。其實這三個版本的立法目的、內容都差不多，不過就立法體例來講，我們內部經過交換意見後，認為江委員及吳委員的版本比較符合一般的法制作業，建議照這兩個版本的文字通過。

主席：請副署長說明一下為什麼這兩個版本比較符合立法體例，因為這三個版本的內容是一樣的。

賴副署長進祥：趙委員的版本是在第二項規定「但於行政區域調整變更前已成立者，不在此限。」，另兩個版本則是將但書規定在第一項，至於「醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會」則是列在第二項，依照整個立法體例來講，這兩個版本比較符合法制作業規範，建議照這兩個版本的條文通過。

主席：趙委員同意照江委員版本及吳委員版本的條文通過，不過第一項但書之「存在」應該修正為「成立」。

由於這三個版本都各有千秋，我們就併案修正如下：「醫師公會之區域，依現有之行政區域，在同一區域內同級之公會，以一個為限。但於行政區域調整變更前已成立者，不在此限。

醫師、中醫師及牙醫師應分別組織公會。」請問各位，對第三十二條照以上修正意見通過有無異議？（無）無異議，修正通過。

本案審查完竣，不須交黨團協商，院會討論本案時，由本席列席說明。

繼續進行生產風險補償條例草案的逐條討論。

蘇委員清泉：（在席位上）本席要求發言。

主席：請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉：主席、各位列席官員、各位同仁。關於生產風險補償條例的立法，如果是要逼行政院趕快將調處的版本送進來，本席建議這個案子送出委員會後，就送朝野協商然後停在那裡，逼他們趕快送過來。否則今天通過了生產風險補償條例，本席等一下是不是也要提出心臟手術風險補償條例、腦部手術風險補償條例，這樣還得了，因為光是不同的手術大概可以提出十幾個補償條例。所以現在有兩個策略，先將法案送出委員會，逼行政院趕快提出版本，然後再來進行協商，等於是類似日出條款的做法。

主席：請衛生署醫事處許處長說明。

許處長銘能：主席、各位委員。委員非常關心的是補償法的部分，其實我們真的非常努力的和行政

院做討論，對於委員有質疑的部分，我們一定會把握住，儘快將法案提出來。對於生育事故精神的部分，我們會納入條文裡，並如當初所承諾的 1 個月期間內儘快提出來，希望委員能夠支持，讓原來補償法案這部分能夠通過，至於生育這部分，是不是未來我們法案提出來之後再併案，讓大家來做進一步的討論，謹做以上建議。

主席：謝謝。由於衛生署運作得宜，現在在場只剩下兩位委員，沒辦法再繼續審查下去。衛生署既然做這樣的表達，我剛才在質詢時有特別提出來，因為這部分有吳宜臻及相當多的委員共同提案，最主要的是吳宜臻委員今天有要事無法前來，也剛好現在這個狀況，剛才有提到是不是併入未來院版所提的醫療事故補償法裡面，請衛生署儘速研擬，也希望在 1 個月內；現在只剩下 3 個星期，儘速提出。到時候就將生產風險補償條例草案一併列入議程，做更慎重的討論。

今天會議到此結束，謝謝大家。散會。

散會（17 時 12 分）