

高延長工時上限或延長工時帳戶制』以及『放寬輪班間隔 11 小時限制』對臺灣整體勞動環境造成之衝擊與影響」列席報告，並備質詢。

（本次會議由勞動部廖政務次長蕙芳、衛生福利部呂政務次長寶靜及交通部范政務次長植谷報告後，委員李彥秀、陳宜民、周陳秀霞、蔣萬安、吳玉琴、陳曼麗、黃秀芳、徐志榮、洪慈庸、黃國書、何欣純、江永昌、陳瑩、邱泰源、林淑芬、鍾孔炤及劉建國等 17 人提出質詢，均經勞動部廖政務次長蕙芳、衛生福利部呂政務次長寶靜、經濟部龔政務次長明鑫、交通部范政務次長植谷及國家發展委員會社會發展處謝專門委員偉智暨各相關主管等即席答復。）

決定：

- 一、本日會議報告及詢答完畢。
- 二、委員許淑華所提書面質詢，列入紀錄刊登公報，並請相關機關書面答復。
- 三、委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於 2 週內以書面答復，委員另要求期限者，從其所定。

散會

主席：請問各位，上次會議議事錄有無錯誤？（無）無錯誤，確定。

繼續報告。

二、邀請衛生福利部部長針對「醫療爭議事件處理相關配套措施及醫療爭議調處案件執行狀況」列席報告，並備質詢。

主席：本次會議為三天一次會，時間為 11 月 6 日、8 日及 9 日。本日會議議程為：邀請衛生福利部部長針對「醫療爭議事件處理相關配套措施及醫療爭議調處案件執行狀況」列席報告，並備質詢；繼續審查(一)本院委員邱泰源等 22 人擬具「醫療法第八十二條條文修正草案」、(二)委員李彥秀等 18 人擬具「醫療法第八十二條條文修正草案」等 2 案。醫療法第八十二條條文修正草案於 106 年 4 月 6 日第 9 屆第 3 會期本會第 12 次全體委員會會議報告及詢答完畢，於本次會議繼續審查。

進行討論事項。

討 論 事 項

繼續審查(一)本院委員邱泰源等 22 人擬具「醫療法第八十二條條文修正草案」、(二)委員李彥秀等 18 人擬具「醫療法第八十二條條文修正草案」等 2 案。

主席：請衛福部陳部長報告。

陳部長時中：主席、各位委員。今天大院第 9 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 10 次全體委員會會議，時中承邀列席報告，深感榮幸。

維護全民的健康，提供國人良好的醫療品質，創造安全的就醫環境，一直是本部的使命與持

續努力之目標。今天承 貴委員會邀請報告關於「醫療爭議案件處理相關配套措施」及「醫療爭議案件調處執行狀況」，敬請各位委員不吝指教：

壹、醫療法第八十二條一傷害刑事責任明確化之推動

本部為使醫事人員的醫療疏失刑責明確化，減少民眾動輒以刑法公訴罪進行醫療爭訟，曾於 101 年 12 月 18 日擬定醫療法第八十二條之一條文草案，送請立法院審議，惟未於第 8 屆會期審議通過。今邱泰源立法委員及李彥秀立法委員針對「醫療刑責合理化」提出醫療法第八十二條修正草案之關係文書，並於 106 年 1 月 13 日舉辦「醫療刑責合理化」公聽會。本部考量該提案有助於法院判決實務與法律扣合，以避免醫師面臨不正當刑責，爰表達支持立場。另依 106 年 4 月 6 日之立法院社會福利及衛生環境委員會審查前揭醫療法修正案之決議，持續與各相關團體溝通，並積極推動各項配套措施如後。

貳、醫療爭議案件處理相關配套措施

醫療過程所引起的傷害和其他一般人身意外傷害在本質上並不相同，具必要性與特殊危險性，且過程難認定因果關係，又醫療傷害訴訟曠日費時且多數結果並無疏失，因此，醫療爭議訴訟案件數的增加，不但加重司法機關的負荷，對於涉案的各方均承受身、心、靈相當之壓力，甚而導致防衛性醫療，而對於醫療體系長期發展具不良影響，是以，尋求醫糾非訴訟之處理機制，實為刻不容緩之當務之急。本部爰規劃推動以下措施，以強化訴訟外之醫療糾紛處理機制，改善醫病關係，舒緩醫療訴訟之發生。

一、推行醫病共享決策（Share decision making,SDM）機制，強化事前溝通減少事後糾紛：

醫病雙方的資訊落差為造成醫療糾紛的重要因素之一，為了提供病人及家屬於接受重大或高風險醫療行為前，具備足夠的資訊作為決策之參考依據，達成雙方治療共識，減少事後之糾紛發生，因此，本部自 104 年起推動「醫病共享決策計畫」輔導醫院建立醫病共享決策機制，有助釐清醫療行為之認知差距，強化醫病雙方的溝通，以減少事後糾紛之發生。本計畫執行迄今共計 165 家醫院參與，未來亦會持續推廣擴大辦理。

二、輔導醫療機構成立醫療糾紛關懷小組，提供事發後即時關懷、說明溝通與協助：

本部自 102 年起即於每年之「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」中委託地方衛生局，輔導轄區內醫療機構成立醫療糾紛關懷小組，因地制宜發展不同之醫療爭議事件關懷模式，以降低醫療糾紛之案件數，促進醫病關係和諧。進一步，於 106 年度委託辦理「醫療爭議處理品質提升計畫」，輔導縣市醫師公會成立關懷小組，並建立基層診所及地區醫院之關懷機制，辦理人員訓練講習，逐步推廣建立醫療爭議調處人才庫等。

統計本部醫療糾紛鑑定案件及地方衛生局醫療爭議調處案件數，自 102 年起開始呈現下降趨勢，醫療糾紛鑑定案件自 102 年 553 件降至 105 年 349 件，醫療爭議調處案件數則自 101 年之 800 多件，降至 105 年 615 件，顯示關懷小組的成立及即時介入，已具初步成效。

三、試辦多元雙向醫療爭議處理機制，提升調處成效：

有鑑於醫療爭議訴訟過程繁複且漫長，對醫病雙方都是折磨，同時影響醫師在訴訟期間的醫療品質及投入急重症患者照護之意願。爰本部自 106 年起辦理「多元雙向醫療爭議處理機制試

辦計畫」，由本部協助地方衛生局強化醫療糾紛調處機制，包括建立醫、法雙調解模式，輔以適時加入第三方專家意見，以公正之第三方協助爭點釐清，並以 90 天內完成為目標，促成雙方儘速和解減訟止紛；另一方面則由法務部協調部分縣市檢察署（臺中、彰化及臺南），試辦於民眾向檢察署提起告訴時，協助說明前揭機制，於當事人同意下，由檢察署檢附調處申請書等相關文件函轉地方衛生局，進行調處程序，衛生局並將調處結果函復檢察署。

目前計有 13 個地方衛生局（新北市、桃園市、新竹市、臺中市、彰化縣、南投縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、基隆市、宜蘭縣、花蓮縣）參與試辦計畫，截至 9 月底總計經由前揭程序處理者計有 195 件，其中調處成立件數為 69 件，不成立件數 124 件，其他計 2 件，調處成立率為 35.4%。檢察署所送件數共為 22 件（臺中 10 件、彰化 7 件、臺南 5 件），成立 4 件，平均成立率為 18.2%。

四、生育事故爭議事件試辦計畫與生產事故救濟條例

本部於 101 年起辦理「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，迄今 5 年共支付新臺幣 3 億 6,661 萬元，約 388 個家庭獲得幫助，而相關之醫療訴訟鑑定案件則大幅減少 70%，明顯改善醫病關係，更間接促成婦產科住院醫師招收率回升，近兩年均達 100%。另大院於 104 年 12 月 11 日三讀通過「生產事故救濟條例」，並自 105 年 6 月 30 日正式施行，由國家建立救濟機制承擔女性的生產風險，對於生產過程中發生之事故給予及時救濟，並要求醫療機構應成立關懷小組，及時進行說明、溝通、關懷及協助，同時，建立內部風險管理制度，針對重大生產事故應進行通報、根本原因分析及除錯改善機制。

統計自 105 年 6 月 30 日起至 106 年 10 月 31 日止，共計受理 250 件申請案，其中產婦 20 件、新生兒 62 件、胎兒 113 件、子宮切除 52 件、產婦極重度障礙 2 件、新生兒重度障礙 1 件，退件 5 件（不符合申請要件），已完成審議 220 件，符合救濟要件者共 216 件，不符合救濟要件者共 4 件，共核定救濟 9,830 萬元。

參、結語

我國為具多元價值之民主社會，對於爭議之處理必須秉持公平、公正、公開之原則，予以緩解疑慮、止紛減訟，而就爭議之本源進行防制更是根本解決之道。如果醫病雙方能透過非訴訟處理機制盡速釐清爭議、獲致和解，不僅減少司法資源浪費，另一方面也可減輕醫病雙方不必要的訴訟負擔。本部透過推動加強事前溝通、事故發生之即時關懷，及事後調處機制之全面性解決策略，期待改善醫療關係，促進和諧社會，並持續提升病人安全與醫療品質。

本部承 大院各委員之支持與協助，對業務之推動，有極大之助益，本人在此敬致謝忱。為有效引導民眾與醫界走向和緩共利的紛爭解決模式，尚祈各位委員，繼續給予支持並不吝指教。

主席：現在開始進行詢答。因本案已經討論過一次，爰今日本會委員詢答時間為 6 分鐘，必要時得延長 2 分鐘；非本會委員詢答時間為 4 分鐘，必要時得延長 2 分鐘，請問各位有無異議？（無）無異議，通過。上午 10 時 30 分截止登記，委員如有書面質詢，請於本日會議結束前提出，逾期不受理。本日審查法案不處理臨時提案，請問各位有無異議？（無）無異議，通過。

首先請陳委員宜民發言。

陳委員宜民：主席、各位列席官員、各位同仁。今天針對醫療爭議事件處理相關配套措施及醫療爭議調處案件執行狀況就教部長。上週部長因公陪同蔡總統至南太平洋訪問不在國內，勞動部主管的一例一休在修法時，關於勞工換班應該間隔多久，據經濟日報報導，呂寶靜次長說希望能維持現狀，也就是 8 小時。相隔不久，衛福部發布澄清稿，不是 8 小時，報導有誤，而是 11 小時的版本，即希望能夠維持現況，也就是間隔 11 小時，因為 8 小時實在太短，雖然修法提到要往 8 小時的方向，但還是希望是 11 小時。請問部長，您的看法如何？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。基本上，護理人員是高學問也高風險的工作，需要相當的休息才能好好執行業務，所以我們支持維持 11 小時，但是有時因為排班的特殊情況，可以利用雙方協調方式，我們朝著這樣的方向。

陳委員宜民：維持 11 小時是你們的立場嗎？

陳部長時中：對。

陳委員宜民：現行護理師法規定工時是幾小時？

陳部長時中：那是一個工時指引，與勞基法……

陳委員宜民：幾小時？

陳部長時中：40 小時，與勞基法一樣。

陳委員宜民：實際上，護理師的工時平均幾小時？

陳部長時中：應該都符合現行勞基法規定。

陳委員宜民：符合嗎？看起來都是超時！一例一休實施之後，護理師每日平均工時有些微下降，盧肇豔理事長也有提出一份 600 多份問卷的討論，中白班大概是 9.96 小時、小夜班 9.34 小時、大夜班則是 9.4 小時，但平均仍超時工作 1.5 至 2 小時。國際上的護病比為 1 比 6，目前台灣的醫學中心已經達到 1 比 9，區域醫院也達 1 比 12，據統計顯示，當護病比超過 1 比 6，每多照顧一名病人，病人的死亡率就會增加 7%。如果工作超時又未領到加班費，這樣就是不合理的狀況。據天下雜誌統計，事實上，有一半以上的護理人員在醫學中心加班後沒有拿到加班費，地區醫院也有 37% 沒有領到加班費。請問部長，對這樣的狀況有何處理方式？

陳部長時中：我們還是得按照勞基法，超時工作是加班，就應該給加班費。

陳委員宜民：謝謝。接下來，前陣子媒體報導高雄市消防人員具有 EMTI 初級救護技術員的資格，但是當他們希望能考中級執照時，才發現高雄市消防局都沒有到衛福部網站登錄，以致於他們無法報考，只好放棄。衛福部有何補救措施？不然這批義消很倒楣，完全被高雄市消防局「裝肖仔」！尤其是他們有兩百多人，都有這樣的狀況，受訓很辛苦，但受訓的目的就是要協助，讓警消人員救災時也可以上救護車來協助傷患。現在因為沒有登錄，所以他們無法考中級執照，甚至資格可能也會被取消。

陳部長時中：如果達到資格，而是行政上的問題，我們馬上責由醫事司聯絡消防署看看該如何補救。

陳委員宜民：請高雄市消防局趕快提出補救措施來處理。

今天談到醫療糾紛的處理，過去因為醫病雙方認知的差距，有些醫師認為醫療專業，因而有些東西可能解釋不夠仔細，但病患要的是真相，這之間有些隔閡。最近你們都有進行一些處理，尤其是各縣市醫師公會有滿高的百分比，約有十幾個縣市已經成立調解委員會。你們將來是不是會提出一部專法，即「醫療爭議處理法」？

陳部長時中：目前我們就現有的相關機制積極推動，再視其成效如何，以決定未來方向。

陳委員宜民：你們之前的新聞稿提到，你們在這個會期是不是會提出行政院版本？

陳部長時中：我們事先有進行相關準備，目前方向上，第一個是從 mechanism，把相關試辦都完成了……

陳委員宜民：這部醫療糾紛處理的專法何時送到本委員會？

陳部長時中：我們必須視這樣的機制處理成效，才會決定這部法的基本方向。

陳委員宜民：目前沒有打算要送這部法嗎？

陳部長時中：目前還沒有。

陳委員宜民：謝謝。我們期待這部法應該早點送來會比較好，因為如果有一部對於醫療糾紛調解 SOP 的專法，各縣市相關單位，尤其是醫師公會才能有所遵循。目前並非全國都在做這件事，雖然高雄市醫師公會做得很好，去年沒有醫療糾紛，一件都沒有！但醫事司網站關於調解的部分都沒有更新，本席最近找這些資料發現好像都停留在 105 年 2 月，網站的資料是不是應該更新？

陳部長時中：應該。

陳委員宜民：謝謝。醫療糾紛的處理並非全國都有試辦，如果沒有專法，有些縣市可能因為醫師公會人力不足的問題，應該可以由其他鄰近縣市醫師公會來協助，譬如高雄可以協助屏東等縣市，我認為這部分有改善的空間。今天的報告提到，醫療糾紛調解的狀況不到三成，是嗎？

陳部長時中：35.18%。

陳委員宜民：本席還是希望醫療糾紛比率能再降低！

最近有一個案件，前高等法院庭長陳貽男的妻子因為頭部受傷送到台大醫院急救，10 個月後死亡，這個案子當事人提出求償，但是最高法院今年 6 月廢棄原審判並發回更審，並要求被告醫師要對其過失醫療行為舉證，如此一來，對醫師造成很大的困難，將來造成的後果就是變成防衛性醫療。一旦防衛性醫療抬頭，對於醫護、患者及社會都是三輸的局面，不論國民黨李彥秀委員或民進黨邱泰源委員均提案修法，本席認為這是非常重要的事。針對雙方提案的文字，希望經過磨合，能有一個比較完整的版本。

最後，銓敘部在今年 1 月提出砍假，也就是要砍住院醫師的假，讓上限只剩 20 天。住院醫師是血汗醫師，現在醫師尚未納入勞基法，住院醫師工時很長，現在每週已經降為 80 小時。但是銓敘部砍假之後，未來公立醫院住院醫師的上限從 PGY1、R1、R2、R3 只剩下 20 天。相對於目前公立醫院甚至到 31 天，以及現行衛福部規定甚至到 34 天而言，其實短了很多。針對這部分，部長是否可以與銓敘部協調？因為銓敘部訂出來後，事實上，真的會造成住院醫師將來在銓敘、年資計算及特休假等方面很大的傷害，可以嗎？

陳部長時中：關於這件事，銓敘部還是站在公務人員一體適用的原則來規定，不過我們認為這方面還有討論的空間。

陳委員宜民：銓敘部沒有考慮住院醫師每週工時是 80 小時，現在一例一休談的是雙週 84 小時，醫師單週就已經 80 小時。

陳部長時中：我們會與銓敘部溝通。

陳委員宜民：對特休假的部分，銓敘部可能沒有考慮周詳，請部長再與他們協商或討論該如何處理，好不好？

陳部長時中：好，謝謝委員。

主席：請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。今天討論醫療爭議事件相關配套措施，醫療確實有其很高的不確定性、風險性與公益性，但是一直要提醒衛福部的是，醫療同時也具備高度資訊不對等的情况。因為資訊不對等是一個關鍵，所以醫療事故難免，但也應該避免與控制，而醫院可以控制的部分應該是發生不幸之後，對於病人或家屬能夠撫平病家的心靈與關懷醫院的醫事人員。所以我們一直想提醒，對醫療工作人員來講，發生醫療糾紛的機率可能是千分之一或萬分之一，可是對病人來講卻是 1、也就是全部。我們不一定是醫事人員，但是每個人可能都有機會成為病人，剛才有一位法官或家屬提到有這樣的醫療事故或爭議，所以才會有這樣的訴訟。

我們要問的是，在此種資訊不對等的醫療環境裡面，我們如何幫助醫事人員面對醫療糾紛的衝突、管理？甚至我們的醫療教育如何強化衝突的管理？還有，許多醫療糾紛發生的時候，病人需要的不只是關懷及安慰，同時也需要同理及說明。4 月份我也一直抱持著這樣的態度及立場，我們雖然在討論醫療法第八十二條，可是如果一直都沒有配套措施，對於病人端要如何達到平衡？我們也不希望把醫師逼到極點，但是在此同時，病人端要有如何的配套？今天衛福部沒有提出醫療糾紛處理相關法的進度，讓我有點意外及訝異，因為我覺得這部分應該配套處理。如果醫療法第八十二條通過了，但是病人端醫療糾紛相關處理的法制化沒有配搭進行，我不知道我們什麼時候才能完成對於病人端法制化的工作。

剛剛部長在報告時也談到醫療糾紛的關懷小組或醫病共享決策機制，甚至試辦多元的雙方醫療處置機制，這些都是措施、方案，可是我覺得這個部分需要的是法制化，所以我還是期待衛福部能夠著重、加強法制化的部分，請問部長的看法為何？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我相信這是大家都期待的，不過相關的機制、成效、漏洞等等，需要一些經驗的累積，才有辦法提出比較完整的法。另外，其實我們在修正醫療法第八十二條有一個很重要的關鍵，就是醫療糾紛或醫療傷害發生了，對病人來說是全部，但是對醫生可能是 1,000 個病例裡面中的 1 個，大家都這樣想，所以會讓這件事情變成這樣，其實這一千分之一就影響了全部的醫師，使他們產生了防衛性的醫療行為，而這些防衛性的醫療行為事實上會傷害到整個社會。我們現在積極要做的是，我們不希望有這樣的防衛性行為，尤其現在的醫師專業

訓練都非常嚴格，朝向專科醫師化，希望把他們的能力發揮到最大。其實如果他們能夠把能力發揮到最大，與退縮性、防衛性的醫療相比，就醫療事故來講，差異是很大的。

吳委員玉琴：部長，您的角度還是從醫療系統出發，但是我是要從病人端來思考問題。

陳部長時中：我同樣也是從病人的角度。雖然我自己是牙醫師，但是我也有其他的病需要看醫生，所以我也站在病人的立場來思考這件事情，所以我們要積極推動的是一個平均化水準的提升，這是更重要的，就是對於任何的醫療過失能夠……

吳委員玉琴：所以我們希望糾紛減少，對不對？

陳部長時中：建立起除錯的機制。對整個社會而言，可能是千分之一的案件，但是影響了百分之百的病人。

吳委員玉琴：部長，我要問你的是，包括醫療方面的除錯，現在止於試辦或措施，並沒有法制化，你怎麼要求醫院提出相關的除錯機制呢？

陳部長時中：我覺得在法制化之前，很重要的就是 trust、信任，因為當大家開始對制度產生信任的時候，這個制度才能夠真的實行。

吳委員玉琴：部長提到一個關鍵，就是醫病關係的信任，如果醫病關係的信任不夠的時候，我們現在去修正醫療法第八十二條，怎麼取得民眾端的信任呢？所以我一直強調，這需要配套，必須一起進行。

陳部長時中：對。

吳委員玉琴：包括你們要試辦，我沒有意見，因為很多制度本來就需要試辦之後找出問題，然後再修正、調整。我覺得法制化非常重要，能夠讓病人端看到，當自己發生醫療糾紛的時候，有一個機制可以調和，甚至第三方專業意見也可以進來，我覺得這個部分是非常重要的，也是讓病人能夠安心的制度。

陳部長時中：光是一個法，並不能讓病人安心，我們要在根本上讓醫病雙方從資訊的對等、決定的共享到關懷，讓病人這一端產生信心，而且除錯的 mechanism 要確實對整個醫療體系能夠發生影響，這部法律未來最困難的就是我們偏向任何一方都是不對的……

吳委員玉琴：對。

陳部長時中：但是如何抓到中平點、讓社會的正確力量能夠發揮到最大，這是最困難的地方，所以這段時間我們不斷地建立信心。如果想在醫療法第八十二條用刑事責任建立這個信心基礎的話，恐怕將來醫療糾紛的處理就會偏頗，不容易談的出來，反而讓整個醫療糾紛處理法要往法制化的時序緩慢。所以我們建議一步、一步來，先把刑事責任的壓力減到相對的輕，然後大家再心平氣和地談，而不是任何一方拿著比較重的武器逼向另外一方走向另一條路，這個結果對雙方都不好。如果我們要找出一個最中平的醫療糾紛處理法的話，一定要雙方很心平氣和地坐下來談。

至於資訊不對等的地方，我們就要積極地把相關事項做好，像以前有一些簽署等等，都做的不是很落實，我們會要求落實。

吳委員玉琴：所以事前的溝通很重要，對不對？

陳部長時中：非常重要。

吳委員玉琴：可是醫師要花多少溝通時間給病人端？還有，發生醫療糾紛之後，到底誰來關懷我們？有普及到所有的醫院了嗎？

陳部長時中：現在大概已經有三分之一的醫院。

吳委員玉琴：還有三分之二的醫院沒有。

陳部長時中：對。這些關懷的人員、溝通的人員事實上也需經訓練及經驗。這是一個社會制度的建立，不光是法的建立。

吳委員玉琴：剛剛部長提到希望醫療法的修正能夠減輕醫師的刑責，傾向一個更相信醫師的制度，可是你們其他的步驟、措施還有很多沒有達到，譬如只有三分之一的醫院有建立關懷的機制、只有 13 個縣市有依法設置多元的雙向爭議調處機制等等，到底什麼時候才能完成更周延、更全面性的制度，然後再來談這部分刑事責任的減輕？

陳部長時中：跟委員報告，我不敢講這可能是雞生蛋、蛋生雞的問題，至少我很清楚，醫療法第八十二條通過的修正如果能夠有比較合理的刑責，半年內幾乎我都可以做得到，因為那樣的信心建立起來之後，相關的方案都可以做。

吳委員玉琴：我本來期望讓你們的方案先行一段時間，讓大家看到信心，我覺得這樣才比較不會阻卻醫療法第八十二條的修法。

陳部長時中：這裡面有一個地方很重要，就是除錯相關的部分。今天醫療法第八十二條如果沒有做適度的修正，除錯就不可能、做不到，下面的 mechanism 都會做的很表象；但是如果第八十二條適度的修正之後，我敢說，半年就可以把醫療糾紛的事情做的非常好，因為這樣的威脅去掉之後，開始會回到社會責任裡面，在沒有直接刑責威脅的時候，他們就會確實地做好，我們也會嚴格，我們也很有道理要求他們一定要把這件事情做好。

吳委員玉琴：關於刑責合理化，下午逐條討論的時候會再請法務部及司法院說明到底如何才能使刑責合理化，但是更重要的是，你們的相關措施都還沒有開始實施……

陳部長時中：已經做啦！

吳委員玉琴：一部分而已，還沒有全面性地讓病人端感到安心之前就要全面整個鬆綁，這是我們比較疑慮的。

陳部長時中：其實在我們的醫療體系裡面，99%以上的病人都是安心的。

吳委員玉琴：是嗎？你這麼有把握。

陳部長時中：現在就是這樣。現在我們看到一年有幾百萬、上千萬個病人，但是有醫療糾紛的案子就是幾百件，所以我說 99%以上的病人基本上在醫療的系統裡面得到好的照顧，現在我們這一端要處理的是把一些不滿意等等的案子處理得很 smooth，希望這樣能夠減訟，讓資源不要……

吳委員玉琴：部長表示 99%的病人都滿意，我沒有部長那麼樂觀，當然，發生糾紛之後的處理……

陳部長時中：我不敢講病人都滿意，但是基本上處理的都沒有一些後遺症。

吳委員玉琴：我建議這個機制先行，而不是先立刻修法，也就是應該讓相關的配套先行，到時候再

做相關的修法，尤其醫事爭議處理法應該一併討論才是。謝謝。

陳部長時中：謝謝委員。

主席（吳委員玉琴代）：陳委員曼麗發言。

陳委員曼麗：主席、各位列席官員、各位同仁。今天要討論醫療法第八十二條的修正，剛剛有提到醫療糾紛的比例，按照法務部相關的統計資料，我們可以看到，在醫療糾紛的建立案中，有可能疏失的百分比是 6.6%，這是根據有提到法務部系統的案件所做的統計。這次修改醫療糾紛的部分可能還有其他的問題，包括刑責的合理化、事故的處理、救濟補償，還有一個很重要的就是除錯的機制，誠如臺北市政府衛生局提到的，很多機制是在行政、非醫療的部分，但是除錯的機制是很重要的，所以搭配的配套其實都要一併納入，譬如成立醫療糾紛關懷小組就能夠減少糾紛。衛福部應該也有一些相關的統計資料，並據以提出若干配套措施。請問部長，相關的配套措施會如何進行？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。基本上，在關懷小組方面，我們要求區域級以上、比較大規模的醫院要成立醫療糾紛的關懷小組，並對相關人員施以教育訓練，把關懷的事情能夠做的更貼切，讓人更明白。至於在基層或規模較小的醫院裡面，我們希望能透過工會或由縣市衛生局成立相關的關懷機制。

陳委員曼麗：在區域醫院裡面，有多少比例有設立醫療糾紛的關懷小組呢？

陳部長時中：區域級以上的醫院裡面都有。

陳委員曼麗：那很好。再來，有關醫療爭議的調處，現在有 13 個縣市已經開始試辦，有 9 個縣市沒有。從成功率看來，有些單位的醫療爭議調處其實做的不是很好。我們看到新竹、嘉義這兩個地方沒有納入系統裡面，其實如果他們調處的功能很好的話，也應該讓他們能夠加入。

另外，在各縣市的排名裡面，前 3 名是臺北市、高雄市及臺中市，高雄及臺中已經納入爭議調處的系統裡面，臺北市則沒有，這個部分能夠全國一致嗎？除了 13 個縣市之外，總共 22 個縣市是不是都能夠納入這個系統裡面？

陳部長時中：我們現在在積極推動，希望明年都能夠進來。

陳委員曼麗：明年是 2018 年，全部都會進來了，是不是？

陳部長時中：是。

陳委員曼麗：預算有編嗎？

石司長崇良：（在台下）有編。

陳委員曼麗：接下來要檢討占床的部分，中央健保署有公布占床的成績，分為好的、中的及不好的。我們發現很多衛福部系統的醫院不及格，以區域醫院來說，9 家裡面有 4 家是不及格的；以地區醫院來說，13 家裡面大概有 4、5 家不及格。對於這個問題，部長有沒有一些對策？這個部分的成績如果不是那麼亮眼，大家也會質疑部立醫院存在的價值到底是什麼。

陳部長時中：部立醫院有一些公務的任務存在，我們現在也在部立醫院積極推動相關的轉型，尤其是地區醫院能夠走向高齡化的醫院，承接急性後期的醫院，把醫學中心與社區醫療串連起來，

這是我們明年主要的計畫。

陳委員曼麗：可能你們要請中央健保署在進行相關的統計時，應該給衛福部一個特別的定位，不然大家每次看到這個統計資料的時候，就會覺得部立醫院好像比較不是那麼合格。

此外，鑑於少子女化的問題，很多人都很關心小孩子的事情，可是另一方面我們也看到老人受到虐待的比率節節上升。我記得以前我們在討論家暴或性侵的時候，很多人不太願意張揚，可是最近幾年大家變得願意通報，也願意揭露自己受到的委屈。老人受虐的案件的量一直上升，究竟是因為大家比較知道自己的權益而願意通報，還是因為其他的原因？我們非常難過的是，其實老人受虐案件中比率最高的是遭直系血親虐待，所以直系血親的部分也要再加強；其次，親密關係的暴力也很多。我們能不能將老人的部分納入保護的系統，不管是在社區裡面，還是在系統裡面，都能夠強化保護老人的機制？我覺得人活了一輩子，到了晚年卻不能過著很舒坦的生活，是人生很悲劇的事情。請問部長，這個部分是不是可以納入呢？

陳部長時中：我們可以研究。最重要的是倫理關係的宣導，另一方面是長照及醫療上如何減輕家屬的負擔，讓親密關係者或直系血親不要因為照顧的緣故，而產生心理極大的壓力，我們要努力做好。我會回來討論這個保護的 *mechanism* 該怎麼做。

陳委員曼麗：希望這個悲劇能夠盡量減少。接下來我想追問身心障礙者的問題，過去我們在討論身心障礙者的時候，都是談到身心障礙者本身，可是身心障礙者可能也有家庭。有一位罹患小兒麻痺症的媽媽帶著小孩去看醫生，結果他看著醫院的樓梯卻爬不上去，小孩只能自己拿著健保卡去看病，所以我們有沒有可能讓所有的醫院都能夠有無障礙設施？像這張照片裡面是一個教會，這個教會設有可移動式的梯階讓有需要的人可以利用，包括輪椅族或行動不方便的人。我們是不是可以讓全國的醫療院所都能夠做到像這樣基本的無障礙環境呢？

陳部長時中：因為醫院的規模比較大，在推動時困難會相對比較低，我們會積極來要求，至於診所的部分會有一些實際的困難，如果是在一樓，我們希望能夠盡量建立無障礙空間，當然我們也明白身心障礙者的就醫權利不應該打折，所以建立無障礙環境是我們努力的目標。

陳委員曼麗：本席希望你們很快的達成這個目標，我們也會繼續檢視你們有沒有在努力達成這個目標。

最後，在部長不在的這段時間，台灣有舉辦 *CRPD* 的研討會，有很多國外的專家都來參加並討論身心障礙者權利公約落實的程度，本席也有去現場，我發現公部門對這方面的回應都是跟委員們說他們有在做，而且也有法條，可是並沒有講到重點，即使已經有法律規定，但是執行的狀況到底是怎麼樣？有的身心障礙者也會對政府提出一些批評指教。部長既然已經回國了，可不可以對這個部分進行全盤的檢討，針對這一次大家所提出來的缺失進行改善？

陳部長時中：我們都有蒐集研究報告、相關團體的建議和外國專家的意見，確實檢討相關法規，並檢視我們實際的做法有沒有朝這個方向來努力。據我所知，基本上是大家要改變觀念，第二個就是要能夠自立生活社區化，我們都會朝這樣的方向來努力。

陳委員曼麗：有些業務也跟法務部有關，像對在監獄服刑的身心障礙者要如何照顧，有很多人及其家屬有這方面的經驗，他們的感受是非常深刻的，所以本席希望能夠有正向的改善，讓大家知

道我們台灣對這方面有努力的去達到國際的人權標準。

陳部長時中：好，謝謝。

主席：請林委員靜儀發言。

林委員靜儀：主席、各位列席官員、各位同仁。本席要先說明我對今天這個法案的想法，我是產科醫師，我專做高危險產科，所以我有很多病患是高齡媽媽、非常肥胖的媽媽、有高血壓的媽媽、有子癲癇症的媽媽、有糖尿病的媽媽、非常年輕的媽媽、開過很多次刀的媽媽、有先天性心臟病的媽媽，我第一個實習的 course 就是婦產科，當天晚上有產後大出血的病人被送進來，全科的人一起救她，病人已經發生 DIC，血液都不能凝結了，全科一起搶救。那個時候我才只是實習醫師而已，能做的事情不多，在一個禮拜以後這位病人康復出院了，那個時候我就決定我要走婦產科，因為我覺得可以救人。我當主治醫師的第 6 年，有一天晚上外院送了一位大出血的病人到我們醫學中心來，這位病人並沒有像我當年遇到那位病人有那麼嚴重的 DIC，但是我在接到這位病人的第一時間，我的腦袋裡面想的是我要說什麼、做什麼，病人的家屬才不會告我。我在那一刻就知道，繼續讓醫師處在一種隨時怕被告、怕發生醫療糾紛的環境下，絕對不是醫療人員的權益會受損，在這個過程裡面，權益受損的絕對會是廣大的病患。今天我們社環委員會排這個法案，我知道當然會有很多的委員提出要有一些配套，但是我真的要一再的講，我們知道有很多病患、家屬對這些過程並不理解或諒解，我們也尊重他們有權去尋求救濟，包括提起訴訟或進行調解。但是我們國家如果繼續把要救人的人當成犯罪的預備犯，最後的結果很簡單，就是我們這些人不要去做這些事就好了。我身為做高危險產科的醫師，我為了保命、為了不要因為醫療糾紛而負賠償責任，我就只要看門診、做子宮頸抹片篩檢就好了，我為什麼還要做高危險產科？這是本席利用今天質詢的這個機會所要提出來的第一件事情。

部長，你有聽過排毒教父林光常嗎？他在 2003 年有一個案子。

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我有聽過這個人，不過我不知道這個案子。

林委員靜儀：陳法官知道排毒教父嗎？

主席：請司法院刑事廳陳調辦法法官說明。

陳調辦法法官文貴：主席、各位委員。我有聽過。

林委員靜儀：之前還有許達夫的案子，他鼓勵癌症病患喝抗氧化水、做氣功就可以不用開刀、不用化療，請問許達夫這種行為要不要依醫療法第八十二條負任何刑責？

陳部長時中：據我所知，應該是沒有第八十二條的適用。

林委員靜儀：陳法官看法如何？

陳調辦法法官文貴：必須是合法的醫療人員才適用第八十二條，他應該不是。

林委員靜儀：所以他沒有適用，即使他鼓吹癌症病患不進行正規的抗癌治療，而是喝抗氧化水，最後病患因為癌症而死亡，那他沒有問題對不對？依第八十二條他並沒有任何刑責。好，之前的排毒教父林光常也是一樣，他做排毒餐，鼓吹癌症病患不要接受正規醫療，只要吃他的排毒餐

、喝他的那些東西。陳法官知道他後來有負任何刑責嗎？

陳調辦事法官文貴：如果是依醫療法的話，當然就是適用第八十二條的規定。

林委員靜儀：可是他不是醫生啊！

陳調辦事法官文貴：他不是醫生，所以他應該是適用刑法的規範，並不是沒有刑責，而是屬於刑法上的犯罪行為。

林委員靜儀：他後來是以詐欺罪被判刑二年，他有救活任何一個病患嗎？沒有，他有受過正規的醫學訓練嗎？沒有，所以他沒有受醫療法所規範。受過正規訓練的醫師受醫療法所規範，所以救人的過程被認為不夠好或是有併發症，就受醫療法所規範。

部長，你知道神經外科李明鍾醫師之前在 2012 年發生的醫療糾紛案嗎？

陳部長時中：我知道。

林委員靜儀：最後是判賠多少？

陳部長時中：我記得賠償數目很大。

林委員靜儀：3,000 萬元，李明鍾醫師是正規的神經外科醫師嗎？

陳部長時中：是。

林委員靜儀：那個病人是出車禍腦傷的病人，他執行的是不是標準醫療上的手術？

陳部長時中：是。

林委員靜儀：所以我們台灣的法律讓民眾覺得會造成什麼樣的現象？就是受了正規的訓練、依專業做該做的事情，本著救病人的心把可能已經走進鬼門關一半的病人救回來，卻可能被告上法院而依第八十二條負刑責，除了要歷經長期的訴訟，還可能要賠償上千萬元。如果不走專業醫療這一塊，而去賣沒有療效的水，教病人做沒有科學證據證明有效的氣功，卻沒有事情！

陳調辦事法官文貴：如果是醫生，當然是適用醫療法，不過即使不是醫生，也不是沒有適用醫療法，如果有做醫療上行為，也是會適用……

林委員靜儀：那是宣稱有療效，像要病人喝那些水最後都被認定不是醫療行為嘛！所以這就是我們國家的法律，不要去學正規的東西，不要去考醫生執照，不要在醫院裡面用你的專業去救病人，就不會被告，就不必負那麼重的刑責，不用擔心要上法院，不用擔心家屬提告或在醫院門口撒冥紙，只要走這種路就好了！當然，許達夫還是一位醫生，更簡單的就是用各式各樣的方法去暗示人家，去賣人家香精、能量水，這些病患在受騙以後就只能摸摸鼻子走了，身體傷害還在持續，癌症病情惡化，甚至有人該洗腎而不去洗腎，最後死掉了，也不會有問題。但是所有本於專業救人的醫生，因為第八十二條的規定，他們成為預備殺人犯的候選人，隨時可能因為刑法案件而必須負刑責。

最後，本席要請問兩位一個問題，在電線桿上面有 10 隻鳥，有人胡亂開槍瞄準其中一隻卻沒有射中，部長，電線桿上面還剩幾隻鳥？

陳部長時中：沒有。

陳調辦事法官文貴：應該都會被嚇得飛走了。

林委員靜儀：現在台灣所有救治急重難症病人的醫師就跟這些鳥一樣，就算沒有被子彈射中，最後只要腳沒有麻掉就會飛走了，等到這種時候，我們這個國家還剩誰可以來救治病人？

我非常高興看到衛福部願意承擔這個責任，我們今天就來好好的討論第八十二條。我擔任過急重難症、風險最高的產科醫師，當我們把盡自己所能去救治病人這件事情放在對於醫師被刑罰所綑綁這樣的恐懼之後，我們良心不安啊！謝謝。

陳部長時中：謝謝。

主席：請管委員碧玲發言。

管委員碧玲：主席、各位列席官員、各位同仁。我知道醫療糾紛的處理目前在國內非常有爭議、而且有急迫性，我們需要有一個處理的方案，建立一種醫師專業、病人信賴醫師的醫病關係，又能夠保障病人的權益，這兩者之間要如何取得一個平衡，我們已經討論多年了。當我們看到醫院門診的候診室有律師事務所的工讀生在發放名片時，我認為我們不能不處理這件事了。除了我服務選民的案件以外，我個人也有過親身的經驗，我定期追蹤乳房的鈣化點已經有 10 年了，在這 10 年內有做超音波檢查、乳房攝影，大概每半年就要受一次苦，我的醫師是國內知名的醫師，他跟我說如果追蹤了 10 年並沒有發現明顯的變化，其實就不是那麼嚴重。但是為了以防萬一，我還是必須每半年去追蹤一次，最後我決定就不要再繼續，所以也沒有乖乖的每半年去追蹤一次。此外，醫生說我的甲狀腺摸起來好像比較肥大一點，他也是一位教授級的醫生，他跟我說根據他的經驗，這不是惡性的，所以沒有問題。可是為了將來不要發生糾紛，他還是安排我去做穿刺檢查。這是一位大家所信賴、有聲譽的教授，當我聽到他跟我說根據他的經驗應該是沒有問題，可是他必須安排我去進行穿刺檢查的時候，其實我覺得很心酸，我最後也沒有去做穿刺檢查。這就是我們目前的醫療環境，我曾經有一個選民服務案件，就是一位受苦的病人，這位病人的遭遇是怎麼樣呢？這是一位即將臨盆的產婦，她有定期接受產檢，在剛檢查完以後沒有多久，孩子不幸的成為死胎，她非常不諒解，因為在剖腹之後發現孩子之所以成為死胎就是因為臍帶繞頸，她認為醫生有重大過失。可是我請教了非常多的婦產科醫師，他們說婦產科醫生其實要面臨兩種選擇，第一，他們知道其實到最後因為孩子轉動身體臍帶就會鬆開了，所以不一定要積極的進行剖腹，可以試試看到最後會不會鬆開，是不是這樣？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。是。

管委員碧玲：當醫生做了這樣的決定，沒有想到這個決定卻讓孩子變成死胎，他算不算有過失？這是一個兩難的問題，如果我是上帝，我可能也會覺得這個判斷真的是兩難，可是對病人來講，她非常痛苦，因為她的孩子在即將誕生的時候成為死胎，所以我不知道要如何處理這個案件。

另外一個服務案件剛好是我非常要好的朋友，他是長期以來都很照顧我的長輩，他好不容易才找出病因，就是他的頸椎被細菌侵蝕，榮總的一位醫生找到病因並成功的完成手術，在他轉入普通病房的時候，醫生覺得可以拔管了，可是就在拔管後幾個小時之內由於傷口腫脹堵住氣管，高壓氧打不進去，他因為缺氧而變成重度殘障，他生不如死一直到現在，這樣算不算有醫

療疏失？最後法院的判決是不算醫療疏失，可是病人痛苦一生，他非常的憤怒，每次看到我就掉眼淚，他的意識清楚，可是身體無法接受大腦控制，他變成全身癱瘓。

本席知道我們台灣現在面臨了這個問題，台灣的醫療在全世界是一流的、是領先的，這是直接從英國傳進來的現代醫學，我們是採用全英文的醫學教育，我們的醫療在全世界真的是頂尖的，但是台灣卻面臨五大皆空的环境，我同意林委員靜儀所說的，最後絕對不是醫療人員的損失，而是台灣整體醫療的水準會下降，當預防性的、防衛性的醫療變成一個常態時，最後是病人的損失，但是當有過失發生時，病人的傷害究竟要如何加以保障？我想這是一個需要我們高度的智慧來看看文字上應該要如何處理的案子，好不好？

陳部長時中：是。

管委員碧玲：我不是在貴委員會的專業委員，但是我自己本身所遇到的，我知道有太多積極性的治療，他面對的就是風險，醫療是一個高度風險的事務，我們不說它是一個產業，我們說它是一個專業，我希望我們不要把它當作服務業，所以當部長、署長在說醫療是一個服務業時，我跳出來反對，因為醫療是一個專業，它所需要的是對專業的信賴，然後讓專業可以很好的發揮，在充分的醫病信賴關係的建立之下，我們會有良善的醫療，也才能夠改善五大皆空的問題，可是在這個時候，對於病人人權的保護，我們要用什麼機制來做為配套？這一點我希望貴委員會在審定這個法案時，能夠發揮充分的智慧，謝謝！

陳部長時中：謝謝委員。

主席：請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。首先本席要請教陳部長、陳主任檢察官和陳法官。每次談到這個議題就會讓我想到一個小時候的故事，某醫院突然有一個急診病患送過來，有一個小女孩需要急救，一位醫師在冰天雪地裡開著車要去進行急救，這時候有一個壯漢搶了他的車並跟他說，對不起，我要去看我女兒，於是就把醫師丟在旁邊，但這位醫師就是要去救他女兒。醫病關係的信任和責任是我們的核心價值，我絕對相信今天在座各位都是在這樣的立足點上努力，請你們拋棄你們固有背後的力量來相信醫病之間是有愛與關懷的，共同來解決這個困境。

今天討論的主題很簡單，就是希望讓病人能有更多活命的機會，這絕對不是站在醫療的角度，本席在此重申，絕對不是站在醫療的角度，絕對沒有醫療的壓力，請跟全世界的人這樣講，每次提到這件事就好像醫療有壓力，其實是病人給我們壓力。早上我有聽到林靜儀醫師提到他的那些過程，我非常感動，他是代表急重症醫師，急重症醫師一直在流失，我是全人照護的醫師，不是急重症醫師，但我還是看到很多情形，誰無父母？誰無子女？誰沒有受傷？誰沒有急需開刀的情況？如果看到可以活命的機會正在流失，情何以堪？假設眼前有一臺手術，救活病人的機率只有 20%，等於無法救活病人的機率高達 80%，如果你們是醫師，請問你會選擇動刀嗎？部長，你要開這個刀嗎？

主席（林委員靜儀）：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我不是急重症醫師，不過，如果是我自己的爸爸，我是會開啦，如果是充分 trust 的病人，我會開，但如果有疑問的話，我就會遲疑。

邱委員泰源：陳主任檢察官，如果你是醫師，面對這樣的情境，你覺得醫師應不應該開這個刀？

主席：請法務部檢察司陳主任檢察官說明。

陳主任檢察官玉萍：主席、各位委員。報告委員，因為我沒有具備醫療專業，所以我很難判斷……

邱委員泰源：好，所以大家都很遲疑。如果你是家屬，你的親人只有 10% 的存活機會，你會要求醫師動刀嗎？在此做個調查，請問在座各位，你會選擇動刀的請舉手。陳宜民醫師無論如何都願意拚到底，不過，不是每位醫師都像你這樣，你是家學淵源、訓練良好。如果你是家屬的話，你的親人有 10% 或 20% 的存活機會，你要不要要求醫師開刀？請各位很誠懇的回答這個問題，要的請舉手。我想很多人可能是希望醫師來開刀。以前我在上課時，不管是同意或是不同意，舉手的人都不多人，我都「虧」他們說，你們好有智慧哦！都不舉手，都說要看情況而定，這樣最聰明，但這個是你避免不了的，即使你用盡全力，手術也可能會失敗，你又必須面對巨大的訴訟壓力與風險。方才我聽到林靜儀委員說，腳沒有麻掉的都飛走了，我說不對，是沒有麻掉的才飛得走，腳麻掉也是會飛啊！腳斷了也會飛，因為他靠的是翅膀。我們在臨床上就是看到這種情況。

10 月 17 日醫界、醫師公會代表前往總統府晉見總統，總統仍延續兩年前的看法，陳時中部長當時是醫療政策白皮書的撰寫人，大家曾經共同討論過這個問題，我覺得總統很悲天憫人，他的親戚也有很多是醫生，所以他了解這個狀況，他覺得如果一直採取防衛性醫療，對民眾絕對是不利的，這兩、三年來，我覺得他的觀念並沒有變，一直就是希望能夠改變這樣的情況。當我說我們在這個會期應該可以把這件事情解決，我看到總統喜悅的笑容，因為他看得到醫病關係的改善是臺灣醫療非常重要的事情，所以我們真的非常敬佩。

總之，我們應該懸崖勒馬，因為人體反應的複雜性，而且醫療行為有急迫性，難道你要他不去救人嗎？面對防禦性醫療、內外婦兒急五大皆空、醫療資源浪費等問題，防禦性醫療要做很多檢查，也因此造成醫病關係惡化，難道要坐視這種情況繼續下去嗎？所以我們應該懸崖勒馬，克服所有困難，讓民眾有多一點活命的機會！

其實我們可以一起來討論，不過，這絕對不是除罪化，這只是讓醫療刑責合理化，像故意的部分，在刑法上，也許你們會一直說沒有重大過失，請臺灣的法界菁英告訴我，究竟要如何處理這部分？不是只有一直說沒有這個概念。大家都是菁英中的菁英，我有很多朋友是司法官、律師，大家很願意來解決國家、社會、民眾的問題，大家都願意努力，都會來幫忙，這些都可以來討論。

我們為了這部分真的努力很多年，也開了公聽會，我們平心靜氣在想這件事，我看到醫界其實也是站在民眾的立場在討論，已經很清楚這個方向，千萬不要再像四年前，我們提出這樣的概念，要讓臺灣的醫病關係有一個新的開始，結果卻跑出了醫糾法，我從來沒有反對過醫糾法，但醫界對此有很多疑問，大家也很努力研究了三、四年，發現這裡面真的還有很多必須克服

的問題，結果還是無疾而終，難道我們要再退回到二十年前？各位都是有智慧的人，今天我們是不是一步一步來，先把醫病關係、對醫師專業的尊重，以及讓病人活命的機會處理好？至於後面要怎麼樣周全，調解有在做，這兩個會期我也用了洪荒之力在處理醫療責任險，現在已經公布到全國醫界，這是對病人很好的一個保障。半年前我們在這邊討論，當時李彥秀召委提出來就是要配套措施，這半年來我非常敬佩衛福部和醫師團體非常努力在做。

我們把醫療糾紛的處理分成 A、B、C 部分，A 是醫療刑責合理化，這就是我們今天在談的事情，B 是調解機制的改善，這部分就如部長說的先有一個 mechanism，C 就是醫療補償機制的合理完善，吳玉琴委員的團隊非常強，這部分將來希望能夠法制化，這些我們都會談。但是如果 A 沒有動作的話，B1、B2 也進行不下去，一樣是重複過去幾年的狀況，難道我們可以繼續 5 年、10 年坐視台灣民眾喪失活命的機會嗎？A 實施了，B1、B2 也繼續下去，C1 也沒有問題，現在醫療責任險已經很好了，至於將來是不是要走到原來醫糾法的由國家和團體全國性一起負責，那是 C2 的部分，國家的進步絕對是無止盡，可以 C1、C2、C3，可以 B1、B2、B3，但是如果 A 沒有一個立足點的話，我保證 B、C 絕對走不下去。

拜託各位，我們站在民眾的立場一定要讓 A 的部分對全民有個交代。救人一命勝造七級浮屠，每天醫師在這種血淋淋的環境裡救病人，就讓他們發揮專業，讓他們把愛心拿出來，不要讓他們做防衛性醫療，這都是我們可以做的事情。修法勢必在行，請勿再拖延，不管是不是法律界人士，請大家共同努力完成修法救台灣民眾，我們每一個人都有可能面臨這種情況，我們不能再讓任何一個可以努力的生命因為防衛性醫療等種種因素而喪失了。我還是要強調，台灣醫病關係唯有信任、責任，充滿愛與關懷，台灣才有希望。謝謝大家。

主席：請蔣委員萬安發言。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。勞動部有預告勞基法的修法，不知道部長是否了解？其中一個是要把輪班時間間隔 11 個小時縮短變成 8 小時，這個改變很大部分的影響是醫護人員，部長支持這樣的修法方向嗎？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。基本上我們還是認為 11 個小時可能比較能夠充分休息，尤其護理界是一個滿辛苦而且很專業、風險性也高的行業，所以有適當的休息應該比較好。為了顧及突發情況，我們認為還是應該維持 11 個小時，讓突發狀況應該有一個合理的彈性。

蔣委員萬安：什樣的突發狀況？

陳部長時中：譬如說突然有大量傷患進來延誤了時間，下一班的時間就沒有辦法及時接上，也就是說，人力在極度擠壓時就會有一些情況。

蔣委員萬安：上週衛福部針對勞基法修法調整輪班制間隔 11 小時縮短幾成 8 小時一事，報告中提到護理人員採輪班制，工作屬性高危勞、高勞動力及壓力的專業工作，為了顧及病人安全、維護護理人員職場的健康安全，與兩班間輪班間隔建議仍維持現行規定，也就是維持 11 個小時的間隔，所以衛福部這個立場有沒有向勞動部反映？

陳部長時中：有，只要有一些些例外情況，基本上我是支持 11 個小時的。

蔣委員萬安：部長，有哪些例外？你剛才提到非常特殊、大量傷患進來，或者某個病患非常緊急、危急的情況，剛好卡在輪班的間隔當中，但這終究是非常特殊的例外。但勞動部的修法版本是要全面開放，原本間隔 11 小時要變成 8 小時，這樣會讓例外變成原則。

陳部長時中：我們不會這樣，好像是有兩案，一案是 8 小時為原則，一案是 11 小時為原則。

蔣委員萬安：我可能先跟部長說明一下，所謂的原則，11 小時例外縮短為 8 小時，其要件是丟給勞資協議。關於勞資協議，上週我們討論了很多，根本形同虛設，說是有工會的要工會同意，沒有工會的就由勞資會議決定。在現行台灣勞動現況來講，勞工朋友工會就是屬於弱勢，我們不像國外有很強的工會，我們的工會組織率不到 10%，只有 6%，以這樣的現實狀況，如果要把間隔 11 小時縮短變 8 小時，因為有要件，可以把問題丟給例外，事實上這會讓例外變成原則，這是第一點。第二，部長說到為因應特殊情況，重點是否就是人力調度的問題？

陳部長時中：對，主要就是人力過度。

蔣委員萬安：如果要衡量人力調度，這與病患權益、護理人員本身身體健康，孰重孰輕？

陳部長時中：那是一個沒有辦法的情況。

蔣委員萬安：錯！當然是護理人員自身身體健康還有病患權益，說到人力調度，在偏鄉或有些地區的人力不足，衛福部要思考的是如何增加人力，而不是拿護理人員跟病患的身體健康及權益開刀。衛福部站在護理人員的立場要誠實告訴勞動部，你們的立場在報告裡很堅定地建議仍維持現行規定，就是間隔 11 個小時，你們有沒有跟勞動部反映你們的立場？剛剛部長說有！

陳部長時中：有。

蔣委員萬安：你們在行政院討論的時候會不會跟賴清德院長反映。

陳部長時中：誠如方才所說，基本上就是以 11 小時為原則，但有些例外情況可以彈性調整。

蔣委員萬安：衛福部要堅定的捍衛間隔就是 11 小時，沒有什麼例外，至於例外的情形，你們要去盤點。

陳部長時中：我們如果有這樣的狀況，我們會……

蔣委員萬安：盤點以後不是在法條裡面開後門，而是應該要就這些特殊情形補足人力，不是把這些特別的例外，讓勞動部有錯誤的認知，修法後一旦打開後門，原則就是可以變成間隔只有 8 小時，這個問題為什麼會這麼嚴重？如果間隔只有 8 小時，扣除通勤、交接班及用餐（前後扣 2 小時、用餐 1 小時）時間，上次修法我們討論最多的花花班，中間只讓他們休息 5 個小時，馬上就要接著下一班，一般人怎麼受得了？大家都了解護理人員處於高危勞、高壓力的強度下，受傷害的不只他本人，還有很多病患的權益。衛福部的預算比勞動部還多，你們要站在護理人員的立場堅定堅守間隔 11 個小時，而不是勞動部說什麼修法方向你們就同意。我希望部長能夠捍衛護理人員，而不是說有些特殊例外，附和勞動部的說法，你們是堂堂衛福部，不要變成勞動部的衛生福利處。

陳部長時中：縱使有例外，我們也會明定，並找雙方相關單位來討論。

蔣委員萬安：勞動部有就輪班間隔 11 小時調整 8 小時的修法徵詢過衛福部的意見嗎？

陳部長時中：我們只有看到相關的意見。

蔣委員萬安：所以勞動部還沒有徵詢你們的意見就推出修法版本？

陳部長時中：他們有幾個案子在選擇，大家在討論。

蔣委員萬安：所以就這一項，勞動部沒有徵詢過衛福部的意見？

陳部長時中：沒有正式來文來徵詢。

蔣委員萬安：竟然沒有！就護理人員這麼重要的部分，勞動部沒有詢問過衛福部的意見，竟然就這樣預告它的版本！

陳部長時中：勞動部現在並還未定案。

蔣委員萬安：勞動部定了，它已經預告了，勞動部已經在網站上公告修法版本，勞動部竟然沒有徵詢衛福部……

陳部長時中：據我所知，目前這個法應該是在討論中。

蔣委員萬安：不論如何，如果勞動部就這一項來徵詢衛福部，你們的立場除了堅守，你們是否做過相關的盤點？

陳部長時中：什麼樣的盤點？

蔣委員萬安：譬如我剛才提到的，哪些情況可以縮短變成 8 小時，你們盤點過嗎？

陳部長時中：相關的情況，我想從醫事司跟照護司裡面都應該會有一個相關……

蔣委員萬安：今天賴清德院長就要在立法行政的平台協調會上拍版定案了，如果勞動部沒有徵詢，我希望勞動部最好儘快詢問衛福部的立場；衛福部如果還沒做盤點調查，請你們趕快去做，哪些特殊的例外情形、哪些情況是可以讓護理人員間隔只要 8 小時，你們有沒有做過評估？有沒有問過護理學會？有沒有做過調查？不要貿然附和勞動部，而大開後門，這非常危險，你們是站在捍衛護理人員的立場，勞動部不管護理人員的問題！

陳部長時中：我們不會不管護理人員過勞的問題，我們基本立場是保護病患的健康跟人力的適當運用。

蔣委員萬安：針對這個部分，我希望衛福部要捍衛自己的立場，除了要跟勞動部反映，也要跟賴清德院長反映，據我了解，護理人員是沒辦法接受的，尤其現在勞動部公布的法條設計，如同我剛才講的，就是形同虛設，什麼工會同意、工會沒有工會勞資雙方協議，就目前來看，這會讓例外變成原則。

最後，我們今天討論的修法方向，基本上我個人是支持的，前面很多委員也認為為了避免醫師陷於訴訟當中，造成身心俱疲，今天的修法版本裡，的確我們對於刑事責任做了一些限縮，但是有另外一個問題，本席提出來，也希望衛福部能夠注意。民眾或病患當面臨這些糾紛時，如果今天我們限縮刑事上的責任，民眾還是可以透過民事訴訟的方式去追究，而民事訴訟大概耗時 3 年至 4 年，甚至更長，有一個統計的資料，一年 54 件民事一審的判決當中，病患亦即一般民眾，勝訴僅有 3 件，占 5%，敗訴為 51 件，占 95%，就這樣的情形而言，就算限縮刑事的

責任，但是如果民眾、病患走民事訴訟，其實是費時費力，而且勝訴的機率非常低，這樣仍舊造成民眾亦即病患、家屬以及醫師三方都身心俱疲，變成三輸的情況。所以針對這一點，我希望衛福部能夠注意加強，如同你們的報告，我覺得非常好，譬如事前共享決策，事後成立關懷小組，以及推動多元雙向醫療爭議處理機制，提升調處成效，我覺得這非常好。關於第三項，提升調處成效，請問衛福部有無研擬相關的法案？

陳部長時中：現在多元雙向醫療爭議調處機制，我們大概在 13 個縣市辦理，刑事行前調處在 3 個縣市有試辦，我們規劃明年全部一體適用，評估它的成效，並改善它的作法。

蔣委員萬安：我記得衛福部是不是有研擬一個醫療事故爭議處理法？

陳部長時中：我們是有預擬一些相關的法規，不過我們是希望能把機制做成功之後，再來做修法的基礎。

蔣委員萬安：好，我覺得這三個方向非常好，如果能夠加強事前、事後這些調處的機制，避免我們限縮刑事責任，但是民眾還是走民事訴訟，還是會造成醫師陷入很多訴訟紛爭當中，一樣是身心俱疲。我希望這三個政策能夠儘快具體落實，我覺得這是一個好的方向。謝謝部長。

陳部長時中：謝謝蔣委員。

主席：請李委員彥秀發言。

李委員彥秀：主席、各位列席官員、各位同仁。這次部長跟蔡總統一起出訪，辛苦了！但是在你出訪的這段期間，一例一休有關於 11 小時輪班制，剛才蔣萬安委員也質詢到這個重點，我的看法跟部長以及蔣萬安委員其實是相當一致的，我認為 11 小時輪休，特別是在運輸業以及醫護人員方面，不僅是運輸人員及護理人員本身的安全性與過勞的問題，相對的，如果輪班時休息的時間不足，造成病患的危險以及對於旅客搭乘遊覽車的安全將有更大的疑慮。所以我認為在這件事情上，部長應該堅持當時的看法，怎麼會還沒有實施就腰斬呢？針對這件事情，在今天預告的同時，無論是站在醫護人員的立場或是考量病患上安全的問題，我覺得部長都應該堅持這件事，部長是否認同？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我們會堅持以 11 小時為原則，至於例外情況，我們當然是要把它……

李委員彥秀：我同意可以有一些例外特殊情況的討論，也謝謝部長的回應。

接下來回到今天法條的討論，有關醫事法的修正草案，上次在我當召委時，我有提出一些相對的修正版本，配套措施其實已經研究半年了，我關注到這次醫事法新的立法，其實有四大方向是未來要處理的，一、未來醫院要成立關懷小組；二、成立第三方鑑定單位；三、強制調解的措施；四、建立除錯的機制。我接下來 6 分鐘的質詢要著重後面三個部分，因為關懷小組的設立，我覺得立意良好。而後面這三大部分，在方向上我支持，但是在你們實施的過程中，我還是有幾個疑義，希望能夠釐清。有關第三方鑑定的部分，對於病患而言，在醫糾的問題上，我們都希望有兩個部分，一是釐清真相，一是解決糾紛，在釐清真相跟解決糾紛當中其實有個

過程非常重要，病患都希望走上訴訟程序，但是這個訴訟程序是浪費時間，也浪費司法的資源，而在釐清真相的同時，我也認為有兩個特點要注意，第一點，一般要走到訴訟之前，病患都會有一個迷思是會不會有醫醫相護的狀況。第二點，如何保障醫師、醫界以及病患雙方之間訴訟的保障。我們知道很多訴訟的鑑定單位其實都是由醫師組成，所以病患都會有醫醫相護的迷思，將來如果成立第三方鑑定單位，如何去打破這樣的迷思？

陳部長時中：現在一般在衛生局成立的爭議委員會，至少三分之一是要非醫師，另外一個醫法雙調解是醫界跟法律的人士……

李委員彥秀：你們現在的作法，我並沒有質疑，我們現在的目的是要減少醫糾，希望未來第三方的鑑定結果是病患可以接受的。

陳部長時中：是。

李委員彥秀：現在我們再修法，我們就希望能夠再進步，以後病患會覺得第三方鑑定單位真的是非常公正的第三方，那麼我們如何讓病患能夠信賴這樣的結果，這樣才有達到他們的目的。你們的作法，我都肯定，但是我們如何減少病患有醫醫相護這樣的迷思，若能如此，今天的修法才能稱為更進步的修法。請問部長，如何處理？

陳部長時中：確實委員提到的這個問題是相當困難的，基本上一定是交給……

李委員彥秀：對，因為我們要更進步，以前的問題就在這裡，否則第三方鑑定的結果……

陳部長時中：就我所知，美國曾就相關案件成立一個很大的資料庫，從 case 中去 review。換句話說，就是讓資料庫回答比較多的問題，而不是單純由人來回答，對民眾而言，信心也會相對較高。

李委員彥秀：所以這個資料庫是過去沒有，以後要整理出來的嗎？

陳部長時中：我們未來會逐步建立起來。

李委員彥秀：如果是這個結果的話，我希望資料庫的建立能讓病患方（當事人）有機會更清楚地瞭解，政府會加強、補助第三方鑑定的客觀性與公正性，也讓病患能夠瞭解第三方鑑定的公正性。

另外，第三方鑑定機構在法律上到底是個什麼樣的單位？其中會有調查證據的功能，但因為有這個功能，所以就要在法院接受詰問對不對？如果要在法院接受詰問的話，醫師願不願意出來？過去通常是以不具名的方式提供給法官，法院調查資料可以得到第三方公正解讀的結果，但是第三方鑑定機構在法律上若有一定功能的話，就要接受法院的詰問，也有可能要與當事人對質，畢竟自認結果是公正的，就必須在法院接受挑戰，如此會不會減少醫師出庭的意願？這個部分要如何達到一定的平衡性？

陳部長時中：就我們目前的設計，第三方公正的意見是在調處時使用。

李委員彥秀：調處會不會變成未來在法院詰問的證據？

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。因為現在尚未真正立法，現行的設計是由專業……

李委員彥秀：我一開始質詢的時候就問得非常清楚，接下來的立法方向，第三方鑑定機構在法律上到底處於什麼位階，這是個重點嘛！

石司長崇良：我們現在進行的方向，主要是在強化非訴訟的處理機制，至於在訴訟端，如果要進入訴訟的話，就會按照現行的司法制度。

李委員彥秀：所以這是一個非訴訟，也就是走上訴訟之前的機制嗎？

石司長崇良：對。

李委員彥秀：到時候醫師一樣是不具名的，這與現在的狀況還是一致的啊！

石司長崇良：基本上，在鑑定的時候為了維持公正性，會有一些排除機制，採取匿名鑑定的方式為之。

李委員彥秀：部長，我提醒你，從你的報告中以及與司長討論的方向上，我不確定第三方鑑定機構在法律上有什麼樣的地位。如果未來它是不具名的，要如何取得病患方的信任，就像我剛才一直講到醫醫相護的迷思。我們今天的目的在減少司法資源的浪費以及病患方的質疑，但你們回答到現在，除了你剛剛提到的那個大資料庫之外，我們還是沒在更具體、更進步的修法過程中說服病患方，這是一個更進步的修法，請信任第三方的公正單位。這部分，要如何處理是我的問題。

另外，醫審會未來在修法的過程中還是會有一定的角色，他們每一年處理的案件都在四、五百件左右，亦即醫改會每三個月開一次會，每次開會要處理的案量都是上百件，且都是由醫療、法律專家及社會人士共同開會的，會由一、兩位醫師進行初審，但只開一天的會，就要審上百件的案量，我就懷疑醫審會會不會淪為背書？變成初審的意見相對重要？未來要如何精緻化地處理醫審會每三個月開一次會，每次處理上百個案件的問題？

部長，我今天所提的都是點，沒有說這是不對的，但是我希望接下來的修法是個更進步的修法，所以如何讓這些案件能更精緻、更周延地處理，不要讓外界覺得，修法和每次醫審會的討論其實都過於粗糙。但我就這樣的案量來看，真的過於粗糙，因此更精緻化地去處理，每次的案量也不要那麼多，會也要開得更頻繁，這些都是手段與方向，也是我要提醒你的。

另外在前置強制調解的部分，因為現在在法律上已有強制調解的精神，包括民事訴訟法第四百零三條第一項第七款都要求「應經法院調解」的規定，包括民國 87 年法務部亦提出檢察官在偵察中要加強運用，也就是說，這個調解的功能在現在的法院裡就已經有了，所以在今天下午更進步的修法方向就應該去思考現在的調解。接著看到下一個數據，在 103 年、104 年、105 年的調解中，每一年調解成立的案件大概都在三、四成左右，所以我們應該去思考，調解的問題點在哪裡，有沒有辦法把調解成立的案件提高到五、六成或七、八成？接下來調解的方向可以有什麼不同的作法，以改變調解成立案件的比例？部長同意我的說法嗎？

陳部長時中：我當然同意委員的說法。

李委員彥秀：最後是關於除錯的設計該如何處理的問題，現在有除錯的設計，我也肯定你的苦心，但我要提醒你，除錯的設計能不能作為證據？在法院方面，有關除錯不得作為證據的規範，可

以參考投影片所示，我也在媒體上看到司長提醒，未來醫院醫糾的部分不得作為司法的證據，但我對此就有幾點質疑，法院未來要求醫院提出除錯資料的時候，醫院願不願意配合？一旦提出之後就代表自己是有過失的，或是在整個 SOP 的過程中是不是有了什麼缺失？其次，法官會不會因為看到醫院送來的資料，就形成醫院或醫師真的有錯的心證？

再者，在檢討報告上，要不要證明自己有罪？因為有除錯的設計，在未來要提出的檢討報告中就必須寫出自己在這件事情上，是不是哪裡做錯了，或是哪裡有缺失，既然要寫就變成自己真的錯了，畢竟這個除錯的設計就是為了再檢討。另外，醫學上的檢討和形式上應注意的事項，都是有差別的，醫院、醫師對自己在處理過程中的 SOP 標準都訂得非常高，但在形式上、在刑法上，他們有無過錯或過失，其標準的天秤是不一樣的，這部分該如何區別？我對今天下午修法四大方向中的三大方向心存問號，方向都沒有錯，但我還是有些疑問。剛剛提出的這幾個疑問點是我覺得在修法上去補強的，就算法條上沒有說明，也必須檢討得更清楚，這樣才是更進步的修法，否則修完法之後，還是有醫醫相護的迷思，在前置調解成立的案子，其相關數據的比例也還是不夠高，所以我希望能落實調解的比例，不要像現在一樣只有三、四成，而要有五、六成或七、八成。但我們花了這麼多時間修法，上會期我擔任召委的時候也討論過一次，今天林靜儀召委又處理了一次，我們希望未來可以減少醫糾，並創造更好的環境讓醫師不會害怕醫療糾紛，也讓病患可以相信這個第三方公正單位是客觀的，這才是主要的目的，否則修法就沒有意義了。這是我必須要提醒部長的，下午在討論這些事情時我還是會再提出來，請部長思考該如何解決這些問題，好嗎？

陳部長時中：謝謝委員，有關審議會的部分，我們是一個禮拜開兩次，比以前多一點。

李委員彥秀：謝謝。

主席：請徐委員志榮發言。

徐委員志榮：主席、各位列席官員、各位同仁。部長以後有機會多出國，因為你出國回來後氣色比較好，笑容也比較多。如果今天的議題不是這麼嚴肅，可能你的笑容更燦爛。11月12日是醫師節，本席在此向全國醫生祝醫師節快樂。本席贊同召委剛才所說的，防禦性醫療確實不是病患之福，召委在醫師節前夕排這個專案報告，可能也是有感於醫療糾紛。現在醫師這個行業好像已變成高風險行業，希望衛福部能拿出辦法或是修法來解決，讓醫療糾紛不要成為醫病關係的絆腳石。101年雖有提出醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，可是後來無疾而終，不過這不是今天要探討的重點。本席認同今天兩位委員為改善醫療環境所做的努力，尤其是限縮醫生的刑事責任範圍。我認為走上法院一途將嚴重破壞醫病關係，先行調解或強制調解制度可以讓醫病雙方透過專業的調解達成和解的可能性，最好就不要上法院。請問部長認同嗎？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。委員的見解非常正確。

徐委員志榮：大部分的法官沒有專業的醫療知識，所以也很難判斷。部長在報告中提到醫糾處理有三個步驟：事前溝通，事發關懷，事後調處，這個機制有助於醫療糾紛的減少。但是這些程序

走完以後，很多病患還是可能到法院提告。醫病關係一旦變成訴訟關係，一旦進入訴訟，講出來的話就是證據。黃達夫院長曾建議，病歷的書寫應該更詳盡，病歷紀錄是醫療訴訟雙方最重要的證據，所以病歷的書寫要更詳實。因為一旦遇到問題，病歷可能是判斷醫療疏失最重要的參考，因此你們應該要多教育、多宣導，要求病歷的書寫要詳實、詳盡。

另外，病歷是否也應該用中文書寫？我們那裡是比較小的地方，有時去看病，病歷抱了一大本，醫師寫的內容只有藥局看得到，而且用英文我們也看不懂。所以病歷中文化也是一項建議，真的有爭議時，病歷可以讓人看得懂。

陳部長時中：其實病歷可以說是醫師最重要的法律證明文件，所以我們也宣導，請醫師把病歷寫得清楚，同時也列在評鑑要件裡面，希望列為規範後能逐步進步。

徐委員志榮：剛才邱委員講到 80%、20%，站在家屬的立場，不要說 20%，即使只有 10%也要死馬當作活馬醫，讓醫師去處理。當然醫師會分析情況讓家屬選擇，選擇後真的出事了，家屬可能會因為不甘願或其他原因而走上訴訟之路，所以我才會特別強調病歷要詳實。

另外，最近衛福部好像在推動雙主治醫師的試辦計畫，可否簡單說明一下，是有關轉診到大醫院，然後從上到下，下來到地方醫院也有主治醫師？

陳部長時中：是，最主要是分級醫療和垂直整合，希望在社區裡面有一個專門負責的醫師，在醫院裡面也有一個負責的醫師，彼此專業的溝通如果順暢的話，病人的醫療權益或醫療品質相信會是最好的。

徐委員志榮：也就是轉診制度的醫師，下轉到上，緊急處理好之後再回去地方醫院，地方醫院也有主治醫師。大醫院的醫師和地方的醫師兩者會互相連繫，了解病人的病情，雙主治醫師的概念是這樣的。

順便要向部長感謝的是，上次總質詢衛環組時，我特別向賴院長報告你對苗栗的承諾，當然你答應了，到時還是要院長來支持。當時院長簡單講了 4 個字「全力支持」，所以請部長放手去做，把苗栗 4 家二級醫院提升為一級醫院，謝謝。

陳部長時中：好，我們會勉勵。

主席：請周陳委員秀霞發言。

周陳委員秀霞：主席、各位列席官員、各位同仁。部長是醫師，我們的召委和委員會好幾位委員也都是醫師出身，在醫師節的前夕提出醫療法的修正草案，應該都是感同身受。在進入主題之前，先請教部長，今天有人去衛福部抗議，你知道嗎？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。應該是要來衛福部討論社工師相關的問題，應該是指這個。

周陳委員秀霞：因為「推展社會福利補助作業要點暨 107 年度補助項目及基準草案會議」決定要降低這些新進社工人員的薪資。

陳部長時中：沒有。

周陳委員秀霞：不是這樣子嗎？

陳部長時中：這是一些誤解。

周陳委員秀霞：是誤解？這些社工人員長期站在第一線執行社會福利政策，希望政府能多聽聽他們的聲音和意見，不要以黑箱作業強行通過這些修惡制度，也希望不要造成這些基層員工對政府不信任，致使這些年輕人更不願意加入社福工作，希望部長能夠跟這些社福人員站在同一邊，希望你多多支持他們。

陳部長時中：沒有問題，其實這方面還沒有定案，今天只是要討論而已，可能是因為某些單位提案的寫法，所以造成基層社工師的誤解。事實上，整體薪水都會增加，早上我才跟今天要開會的次長提到，至少要達到行政院所提公務人員加薪 3%的水平才可以，然後才來討論其他相關彈性措施。

周陳委員秀霞：本席在此替這些社福人員感謝部長。

很多民眾因為醫療糾紛而與醫院打官司，不只曠日廢時，而且浪費社會資源。根據報導，衛福部準備要推動醫事爭議處理法草案，也就是在案件進入司法訴訟之前，就先進行調停，如此一來，不用進到法院就能達成雙方和解。請問調停和調解有什麼地方不一樣？

陳部長時中：調解是指在衛生局裡面調解，至於調停則是指在刑事程序前，也就是原本要去刑事訴訟，但是先送到衛生局來作相關的調停或調解的方式，不知委員指的是不是這個？

周陳委員秀霞：對，我就是想瞭解調停和調解到底有哪個地方不一樣？

陳部長時中：到目前為止，我們都是用調解的方式。

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。我們稱為調處。

周陳委員秀霞：其實早在 89 年、91 年及 94 年的時候，行政院就曾三度提出醫事爭議處理法草案，但是未能在立法院審查。101 年底行政院提出醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，雖然曾在院會二讀進行討論，但因為屆期不連續的關係就撤案了，請問現在衛福部所要推動的醫事爭議處理法草案與當時邱文達部長所推動的醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案有什麼地方不同？

陳部長時中：以前有提過無過失補償，但是那部分的爭議很大，現在我們希望修正第八十二條，接下來推動調處的相關機制，希望能夠藉此減訟止紛。我們希望在全面推動的過程當中，得到一定的工作經驗，然後再來進行醫療糾紛相關法案的處理，這方面我們分成三部分去推動。

周陳委員秀霞：現在好像是少了事故補償的部分，就醫療糾紛而言，民眾為什麼會興訟？其實他們就是希望在醫療不幸或意外災害發生的時候能夠獲得救濟。

陳部長時中：我們希望在調整的時候能夠把這部分做好，另外，醫師公會也推動相關保險方案，希望在傷害發生時，能夠讓民眾及時獲得一些補償。

周陳委員秀霞：本席希望能夠把好的配套措施一起放進來。瑞典的病人補償保險制度與紐西蘭的全面意外補償制度都有傷害險及無過失保險，此與責任無關，對醫師的行醫生涯沒有影響，而且醫師還可以扮演協助病人獲得救濟的角色，同時也能夠減少醫療糾紛，如果能夠將這些配套措施一起放進來的話，對於未來醫病關係的促進其實有很好的效果，所以我們是不是也應該把這

些好的配套措施一起放進來討論？

陳部長時中：配套措施有很多，但是相對的爭議及處理的時間可能就會延宕。我們認為防衛性的醫療越來越嚴重，其實對於民眾健康及生命權的保障將會形成一定的傷害，所以我們希望先修正大家已經有共識的第八十二條條文，趕快把進步的相關處理機制引進來，一旦形成共識之後，就可以讓它往訂定法案的方向來進行。

周陳委員秀霞：部分人士主張在醫療糾紛發生時，應該要先進行醫療鑑定，並且要把病歷保全下來，這部分部長應該認同吧！

陳部長時中：病歷保全本來就是應該要做的。

周陳委員秀霞：只要有完善的救濟與不責難補償的制度，並且在醫院內建構關懷與調整的機制，其實究責的部分就不是很重要了；如果沒有完善的救濟與不責難補償機制的話，那麼醫療鑑定及保全病歷當然就變得非常重要。根據衛福部近 5 年來的統計，進入醫審會鑑定的醫療糾紛每年大概有 500 件左右，等於是每天都有醫生被告。就像本席剛才所講的，如果把好的配套措施都放進來的話，雖然某些有爭議的部分會造成延宕，但還是要盡量把好的方案統統放進來，如此才能避免造成醫療資源的浪費或是醫病之間存有不合理條件的情況發生。

陳部長時中：我們在宣導時會著重於建立雙方的信任，同時也會藉由立法和行政雙軌並行來做努力。

周陳委員秀霞：醫療確實具有高危險性及不確定性的因素，請部長在這方面多用心。

陳部長時中：請委員多支持，謝謝。

周陳委員秀霞：謝謝。

主席：現在休息。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

請李委員昆澤發言。（不在場）李委員不在場。

請黃委員秀芳發言。

黃委員秀芳：主席、各位列席官員、各位同仁。今天本席想針對另類療法的部分就教於部長，尤其是癌症病人到末期的時候，可能會想要嘗試坊間或醫師推薦的另類療法。我們可以看到，在今年年初的時候，有一位藝人的妹妹因為接受另類療法而延誤病情，另外還有一個案例就是許醫師因為另類療法而產生一些糾紛。可能有些醫師會推崇某些另類療法，例如喝某種水對於治療癌症很有功效等等，請問衛福部有沒有針對這一類的另類療法加以規範？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。基本上，這還是不出相關規範，也就是要回歸不正當行為或醫療行為要合乎倫理之規範，或不得過度用藥等相關規定，去做適法解釋。

黃委員秀芳：以我剛才提到前一陣子這起許醫師的事件，後來醫懲會是做出不懲戒處分。

陳部長時中：是台中衛生局。

黃委員秀芳：是。但有很多人會感覺此結果與預期有點落差，不知道衛福部針對這起事件的看法如何，病患可能基於對醫師的信任，或因為醫師的診所貼滿關於另類療法的廣告，而接受醫師建議，這樣可以嗎？也就是跳脫正規治療，接受另類治療，這樣可以嗎？

陳部長時中：其實，對於可以或不可以，基本上，醫師所建議的治療方式一定要有科學證據，也就是對於有證據基礎的療法，要向病人講清楚。所以，儘管醫師有時是以個人經驗推薦一些其他方式，但醫師把主要、經過科學實證、獲得科學證據的療法清楚讓病人明白之後再推薦，與他完全只推薦另類療法，不告訴病人有科學根據的療法，兩者之間當然有所不同。如果醫師只講所謂的自然療法，而不推薦正規治療方式，也沒有就存活率等條件向病人做完整說明，那就是不正當行為。

黃委員秀芳：我們也知道，醫病雙方的資訊落差可能會造成醫療糾紛，如果醫師利用醫病雙方的資訊落差，造成患者權益受到危害，是否有違醫師的職業倫理？如果違反醫師之職業倫理，那有什麼方式可以預防，或者有什麼補救策略？

陳部長時中：目前有懲戒機制，也就是相關案件可以送衛生局或醫師公會懲戒，但基本上，從根本的教育以及對民眾資訊之揭露兩方面著手會更有效果。

黃委員秀芳：其實，我一直認為，醫師的專業很受患者尊崇，患者會到某家診所或醫院找某位醫師看病，就是因為相信其專業，如果這名醫師要介紹什麼樣的療法，無論是自然療法也好、另類療法也好，不論是從衛福部或在這家醫院內部，都需要一些規範，而不是讓醫師自己處理，例如透過在診所貼廣告等方式大肆宣傳，有時已經是誇大宣傳，可能延誤患者的黃金治療時間，所以我也希望衛福部針對這個部分加以因應。有些廣告確實誇大，有些也許如同你剛才講的，有一些科學證據，而且，對於在正規治療之外的自然療法等，只要身體不要受到傷害，我們當然也可以接受，可是，要是已經誇大、而且可能延誤治療，我們就希望衛福部能夠加以規範，好不好？

陳部長時中：如果能根據現有規範做適當解釋，應該足用。

黃委員秀芳：好。

我們發現，過去這段期間，醫療糾紛好像愈來愈多，尤其是我的服務處所接到的民眾陳情。我們覺得，有時可能是醫師的說明不夠清楚。其實，現在醫師看診時間都非常短，可能因為在說明時間講得不夠清楚，也就是在門診時間向病患說明時不夠清楚，造成患者誤解，進而引發醫療糾紛，所以，我要再三提醒衛福部，對於現正推動的家醫師制度，希望能夠繼續推動下去。我上上禮拜也不斷表示，家醫師制度如果推得好，一方面可以減少健保支出，再者也可以讓患者處在很好的環境下，他也相信這位家醫師，就可以減少醫療糾紛。所以，我希望衛福部在這部分能夠多加努力。而且，現在願意投入的家醫師真的還滿多的，我們也希望他們的應有權益不要受到損害，部長可不可以再針對這個部分加以承諾？

陳部長時中：對於家醫的需要，我們會積極推動，在資源的配置上，我們也會給予適當待遇。

黃委員秀芳：好。

衛福部也正在推動醫病共享決策計畫，推廣到現在為止，有 165 家醫院參與，我覺得，參與醫院的數量似乎也不算很多，為什麼醫院參與的意願不算非常大？

陳部長時中：其實，真正在這樣做的醫院大約有 166、167 家區域級醫院，大型或一定規模以上的醫院大概都已投入了。

黃委員秀芳：在一般機構方面，你們也希望衛生局或公會也能推動這樣的計畫，是不是？

陳部長時中：有是有，不過這部分指的應該是關懷小組。

黃委員秀芳：那醫院關懷小組呢？

陳部長時中：醫院自己要成立。

黃委員秀芳：那你們是希望公會也成立嗎？

陳部長時中：針對小規模的醫院，我們希望由公會一起辦理。

黃委員秀芳：那未來一旦有醫療糾紛，民眾可以向關懷小組陳情嗎？

陳部長時中：對，關懷小組就是第一線，要主動關懷。

黃委員秀芳：好，你們既然已經在鼓勵公會或衛生局投入，我也希望能更積極地做。民眾碰上醫療糾紛時，有時第一時間會找上民意代表，不過，我們的專業其實也不那麼足夠，如果第一線可以由這些關懷小組投入，其實效果應該比找民意代表好。

陳部長時中：對，因為更專業，更能解決病人的問題。

黃委員秀芳：好，希望在衛福部努力之後，醫療糾紛能夠愈來愈少。

陳部長時中：我也希望。

黃委員秀芳：我們發現，隨著民眾的醫療訊息愈來愈多，醫療糾紛好像也愈來愈多，未來如果關懷小組能夠投入，也可以減少醫院或醫師的困擾，好不好？

陳部長時中：好。

主席：請楊委員曜發言。

楊委員曜：主席、各位列席官員、各位同仁。我們今天討論醫療爭議事件之處理，請問衛福部陳部長，根據現行制度，衛生局有調處機制，對不對？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。對。

楊委員曜：此外，也可以用一般調解？

陳部長時中：可以。

楊委員曜：可是，很明顯地，這兩種現行制度在處理醫療糾紛上都沒有達到很好的效果。

陳部長時中：3 成多。

楊委員曜：3 成多應該算不高。

我們也知道醫護人員特別是醫生在面對醫療糾紛時的無奈，久了以後，可能會造成防衛性治療的趨勢愈來愈明顯，我想，這顯然非人民之福。所以，我們大概必須先探討一下問題在哪裡

。部長，你知不知道醫療糾紛的刑事起訴率大概是多少？

陳部長時中：2 成有沒有？

楊委員曜：法務部有官員列席嗎？你們有資料嗎？根據我手上的資料，起訴率只有 10.7% 而已。

主席：請法務部檢察司陳主任檢察官說明。

陳主任檢察官玉萍：主席、各位委員。在民國 91 年到 101 年 6 月間受理的醫療糾紛案件總共是 2,562 件，平均起訴率是 8.31%。

楊委員曜：8.31% 的起訴率並不高，根據我手上的紀錄，這些被起訴案件最後被定罪、也就是真的有罪的，大概也只是 4 成左右。

陳部長時中：應該只有 2、3 個百分點。

楊委員曜：對，8% 的起訴率，起訴以後，其中大概 4 成被定罪，所以定罪率就是 3 個百分點左右。很明顯的，醫師人員面對訴訟時，無奈比較多，倒不是每一個醫師真的都對自己的醫療行為沒有信心，因為從起訴到定罪，大概要花個三、五年，光是一審可能就要經過 3 年，在這段時間裡，醫師一方面必須繼續從事醫療行為，另一方面，卻必須耗費很多心思應付訴訟，所以，我們一直很希望能夠減輕醫師在這方面的困擾。也正因如此，林委員靜儀與邱委員泰源提出醫療法第八十二條修正案，主張醫事人員執行業務，責任型態只限於故意或重大過失，而且必須顯然逾越臨床專業之裁量範圍。看起來，這樣的修法方向，確實會讓醫師在最後獲得無罪判決的比例比較高，但無法減少訟源，請問陳主任檢察官，照第八十二條這樣修法，檢察官有辦法直接處分不起訴嗎？我現在講的修正條文，你應該有看過嘛！

陳主任檢察官玉萍：是草案吧！

楊委員曜：有辦法嗎？

陳主任檢察官玉萍：直接不起訴？

楊委員曜：對。

陳主任檢察官玉萍：其實還是要調查相關事證。

楊委員曜：假如這樣的調查不進入檢察體系，也就是在有告訴以後，先找一個公正的仲裁單位，做出鑑定報告，直接交給檢察官，作為檢察官認定有沒有顯然逾越臨床專業裁量範圍的根據。這種問題如果真的要直接讓檢察官自行判斷，其實也是為難你們，畢竟你們在醫療專業上與醫師之間的落差還是很大，所以，交給你們判斷是為難你們，既危險，也無法真正減少訟源。所以，假如你們一接到告訴，先不啟動偵查，而是以類似仲裁或鑑定等訴訟前前置主義先送鑑定，由衛福部醫師公會或第三公證人組成會議，判斷有沒有逾越專業裁量範圍。如果有，再把案子送回給你們，你們再開始啟動偵查。不是小組查出逾越專業裁量範圍就一定代表有罪，而是一旦查出有，你們就啟動偵查，如果沒有，你們就直接處分不起訴，這樣的修法會不會比較完整？

陳主任檢察官玉萍：一般來說，我們其實會將醫療案件送交醫事審議委員會鑑定，在雙方當事人都同意的狀況之下，也會盡可能送調解。

楊委員曜：但你們送件的同時，已經啟動偵查了，也就是成案了。而我現在講的是在尚未成案時就處理。因為一旦成案，對醫事人員造成的心理壓力就大了。所以，才要在還沒成案時採取仲裁先行或鑑定先行主義。

陳主任檢察官玉萍：依照刑事訴訟法規定，案件只要經告訴、告發，檢方就必須受理。

楊委員曜：我就是要建議在醫療法開一個例外。因為目前有的第八十二條修正條文，都談到刑法的例外，包括創設了重大過失概念，這也是例外。所以，我們也可以在這裡針對刑事訴訟法告訴後即啟動偵查創設例外，也就是接到告訴以後，檢察官暫不偵查，先送鑑定。你們思考看看，我個人滿贊同第八十二條的修正方向，也不想讓第一線、特別是五大科醫師一直面對訴訟的困擾，可是，要真正解決，我剛才提出的鑑定或仲裁前置主義，請你們思考看看，我們下午再討論。

主席：接下來登記發言的林委員俊憲、鍾委員佳濱、王委員惠美、吳委員思瑤、吳委員焜裕、蔣委員乃辛、林委員德福與黃委員昭順皆不在場。

請鍾委員孔炤發言。

鍾委員孔炤：主席、各位列席官員、各位同仁。今天審查醫療法第八十二條修正案。請問衛福部陳部長，你認為此案今天要送出委員會嗎？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我們當然希望順利。

鍾委員孔炤：希望順利？但是委員有不同的意見與看法，你覺得還是會送出嗎？

陳部長時中：那要看……

鍾委員孔炤：主席的意思？

陳部長時中：對，要看召委怎麼處理。

主席：我們是希望可以送出，今天就請各位委員充分表達意見。

鍾委員孔炤：送出之前，大家要先讓情緒緩和一點。今天很難得，除了一例一休之外，我能開心地跟各位討論相關法案。

針對醫療法的審查，其實是先說在故意或重大過失情形之下，但這一次還特別加上顯然逾越臨床專業範圍之條件，而致生損害之結果，才須要負刑事責任，是嗎？也就是說，醫療業務的執行必須是在有過失的情況下，才有刑事責任，是嗎？

陳部長時中：基本上，邱委員的版本是這樣。

鍾委員孔炤：石司長，本席非常尊重您的專業，我們做個假設，醫師在什麼樣的情況下會故意造成病人死亡或傷害？應該不會吧？

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。基本上，醫師的執業行為不會有故意的疏失。

鍾委員孔炤：那這個法條不是白定了？因為要故意才會負刑事責任。

石司長崇良：應該是說，以現在的醫療訴訟來看，大概有八成的民眾都是走刑事訴訟，但是訴訟最

後的結果，並沒有一個是……

鍾委員孔炤：因為他們沒有辦法解決，所以只好走訴訟這條路。你們在醫療法第八十二條也規定得很清楚，醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意，所以當你在該注意而未注意之下造成疏失，這個疏失和故意還是有差別嘛！所以就不用負相關刑事責任，對不對？只有故意才有事，疏失沒有關係，是吧？可以這樣定義嗎？

石司長崇良：以世界各國而言，他們都是採取民事訴訟。

鍾委員孔炤：本席有連署這個修正案，但本席還有一些疑慮，所以必須在這邊做個回應，也請你們回復。其實醫療法的精神只設定為是否故意，如果沒有善盡必要的注意，那就是沒有所謂的醫德。部長，其實之前你在一場討論醫療糾紛的公聽會上也說的很清楚，關於醫療糾紛，剛才司長說現在都是走刑事訴訟，但起訴率很低，對不對？雖然走訴訟的定罪率很低，但是你也說過醫療法有改善的空間，這部分可以先行擴大試辦，再視全國試辦的效率、結果如何，決定是否法制化。

陳部長時中：這是指醫療糾紛的處理機制。

鍾委員孔炤：對，就是制定醫療糾紛的處理辦法。我們今天要處理的就是限縮醫療疏失，其實本席也同意加重刑責，藉以遏阻醫療暴力，因為有時候電視也會報導相關的事件，甚至有些人還會以民意代表的身分行使語言上的暴力，其實這樣也不好，所以我們當然希望改善這個部分。

但是本席假設一個狀況，如果公車司機在車輛行進間被圍打，那我們是不是也要修公路法？本席的意思是說，圍打一個醫護人員和圍打一個載客的公車司機，它的暴力本質有什麼不同？

陳部長時中：基本上暴力本質當然是一樣的，不過產生糾紛的可能性不同，因為醫療有時候會有強制性、公益性、風險性。

鍾委員孔炤：上次你說過，醫療行為是針對個人，對不對？但是司機載客受到暴力攻擊的時候，可能會關係到二、三十名乘客的生命安全，所以相對的……

陳部長時中：我知道，例如他受到傷害時，對公共安全性的影響也許會很高，不過他被強制毆打的可能性相對較低，因為他對乘客很少會使用強制的行為。但是在醫院裡面不一樣，也許有人想要看病，但是因為依照他的檢傷分類還沒有輪到他，這時候就比較容易產生糾紛。

鍾委員孔炤：本席的意思是說，如果碰到這種情形，我們是不是就要修公路法？或者上次有律師出庭被打，聽說傷勢非常嚴重，後來人死了，對不對？那麼同樣的，律師法是不是也有附屬刑法條文的必要性？

陳部長時中：其實如果律師執業時會發生這種事情，即使只有一、兩件，我認為也有必要，因為他們也屬於高風險的職業，事實上專業人員都有可能碰到這種情形。

鍾委員孔炤：其實這些事情和職業安全衛生法也息息相關，如果單修一個醫療法，就會像本席剛才告訴你的，因為發生什麼事，所以就要修相關法律，例如發生公車司機被毆的事，所以就要修公路法。但是回過頭來，我們再看職業安全衛生法的規定，如果你們認真去看那個法律規定的話，其實這方面應該課以院方更多防禦措施才對。

所以關於醫事人員的安全問題，當他們碰到事情時怎麼辦？誰有義務保護？其實這方面在職業安全衛生法就有做一些規範。所以執行醫療行為時，遭受到所謂的暴力行為，本席對這件事下了一個定義，就是醫療的刑責要合理化，但不是去刑化，請問司法院的想法、見解是什麼？

主席：請司法院刑事廳陳調辦事法官說明。

陳調辦事法官文貴：主席、各位委員。委員的意思是說，不是……

鍾委員孔炤：本席認為要讓醫療的刑責合理化，但不是去刑化，站在司法院的立場，你們怎麼看？因為這關係到法律的修正。

陳調辦事法官文貴：因為這部分牽涉到刑法責任的問題，基本上就刑法責任來說，如果是故意，那就不用說了；另外還有一種是過失責任，過失責任是所有犯罪類型都有的，醫療行為是不是要排除這個部分？因為這樣就會變成一個非常特別的法例，這和刑法體系好像不太符合，我們認為應該審慎考慮。

鍾委員孔炤：所以你們有疑慮？如果今天第八十二條照這樣的條文修正通過，司法院認為這個條文有疑慮，是嗎？

陳調辦事法官文貴：對，刑事的部分還牽涉到法務部，因為刑法的主管機關是法務部。

鍾委員孔炤：所以不管是法務部或是司法院，對於這個條文的修正案，你們認為還是要慎重？

陳調辦事法官文貴：對。

鍾委員孔炤：這樣主席大概知道你們的意思了。

主席：接下來登記發言的呂委員玉玲、顏委員寬恒、蔡委員易餘及陳委員歐珀均不在場。

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。本席期待大家對今天審查的醫療法第八十二條修正案有共識，誠如剛才陳部長所說的，因為鍾委員特別問你的期待是什麼，你想回答希望這個修正案可以送出委員會，對不對？只不過禮貌上還是要尊重召委。但是剛才司法院的代表也說了，只是其用字遣詞比較保留，今天法務機關應該也有出席，本席等一下也要請他們表達一下意見。部長的期待是今天把案子送出委員會，但是要送出哪一個版本？這一點你要明確說明，這樣我們就不用猜測了。

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。邱委員的提案是針對重大過失，但我個人還是期待刑事的部分以故意为限。

劉委員建國：如果部長期待今天案子能夠送出委員會，你們也應該提出院版條文才對，但是今天只有兩位委員的提案版本，對不對？有院版嗎？

陳部長時中：沒有院版，但是我們衛福部有表示意見。

劉委員建國：你們有提出相關的修正文字嗎？針對第八十二條有提出相關的條文修正案嗎？

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。101 年的時候有提出行政院版本，基本上和今天邱委員的提案版本

類似。

劉委員建國：所以 101 年的時候就有提到所謂的臨床裁量權？

石司長崇良：不是的，是指偏離常規。

劉委員建國：對嘛！就是偏離醫療常規，對不對？這樣怎麼會和邱委員的版本類似？

石司長崇良：就是重大過失。

劉委員建國：那我們就從這個角度來談，針對偏離醫療常規和尊重臨床專業裁量權這兩個部分，你們應該向我們解釋一下，你們期待把法案送出委員會，但是我們到底要通過哪個版本？如果你們是要依照 101 年的版本，但是現在兩個委員的提案，完全沒有你所說的 101 年的草案文字，對不對？這樣怎麼處理？

石司長崇良：精神上，有時候……

劉委員建國：這樣不對，你不要只說精神上，因為這件事已經經過好幾屆，大家為了這件事情搞的精神耗弱，本席相信，不管是您還是相關的醫事人員，包括法務部、司法院，為了這件事情，基本上大家已經討論非常久了，所以現在沒有所謂精神上的問題。

現在大家精神都很亢奮、很清楚，而且是開宗明義的，就是必須把文字列舉得非常清楚，這樣我們送出去的版本，到時候面對病患團體，或是關心這件事情的團體、醫界詢問時，我們可以說的非常清楚，而且是衛福部明確的論述，包含法律明文的用字遣詞，這樣才對。

石司長崇良：這一次我們沒有提出版本，最主要的考量，第一個就是希望能夠朝向以故意為限，沒有過去爭論的過失問題，就是刑法上有無重大過失的概念，這次是希望朝向以故意為限才負刑責，故意致生損害始負刑事責任。

劉委員建國：司長，你是內行人，但是你這樣回答就很奇怪了，你說的那些我們都很清楚，你們 101 年是提到違反所謂的醫療常規，對不對？

石司長崇良：重大。

劉委員建國：現在兩個委員的提案是尊重臨床的專業判斷、臨床的裁量權，這兩個有什麼差異？

石司長崇良：其實醫療常規就已經含納專業裁量權。

劉委員建國：對，我們必須先解決這個部分，解決完之後，才會如剛才司法院代表所表達的，再處理他說的那個部分，其實它有兩個層面的問題，對不對？所以醫療常規的範疇涵蓋了臨床專業，那麼你們 101 年的版本應該再提出來，為什麼沒有提出院版？剛才部長說希望今天能把法案送出委員會，本席真的不知道該送哪個版本出去。

本席有提修正動議，這個修正動議比較符合你們 101 年提出的版本，但是也不能因為本席的修正動議和衛福部的版本在文字上、論定上、範圍上、精神上比較雷同，所以今天就可以照這樣送出委員會，也不是這樣。你們剛才也有聽到司法院代表的說法，本席等一下可能要請法務部的代表再表達一下。

這件事情我們之前也有在政策小組會議討論過，本席也提醒過部長、司長之前的事，其實也不是這幾屆才發生的，因為這件事已經討論很久了。所以如果在文字上，所謂的臨床裁量權包

含在醫療常規的範圍內，那麼現在要在文字上，把小範圍的規範拉到法律條文內，這樣適宜嗎？這可能又是另外一個爭點了，我們先不談法務部和司法院的疑慮，光是這個部分又是另外一個爭點。

因為兩位都是醫師，召委和邱委員也是醫師，當然，我們還是要尊重你們專業上的判斷，因為你們接觸到的、聽到的都是比較實際的問題。但是本席要提醒大家，這件事已經討論很久了，照理說，行政院和法務部應該要提出自己的版本，這樣今天把案子送出委員會，衛福部的立場才能站得住腳，不能因為這是委員的提案，所以政府部門就尊重，這樣很奇怪，你們最起碼要表達自己的立場，對不對？

陳部長時中：其實這個部分為了過失的問題已經爭議很久，對所謂的常規、裁量權也爭議很久，創造了很多名詞，其實也是為了把過失的範圍限定住，可是事實上最後還是會回到所謂的法官裁量權。所以我們認為，其實我們純粹是為了解決過失的問題，為什麼要有一個除錯 mechanism？當這裡面有一個重大過失的問題存在時，除錯的機制勢必沒有辦法做好，其實我們一直在這邊繞圈圈。

所以我們才會主張刑事責任以過失為限，就刑事責任以故意为限這樣的方向來修法，當然法界有一些看法，但是我們認為如果真的要將醫療糾紛處理好，讓醫界能夠把防衛的行為減到最低，那麼把重大過失放上去的話，只是增加他們的困擾而已。

劉委員建國：本席還是要強調一句話，有時候欲速則不達，當然，這件事已經拖很久了，不過如果今天司法院、法務部還是有一些意見，而且行政院、衛福部沒有提出自己的版本，對條文文字做明確定義的話，本席覺得大家真的要再好好討論一下。那天參加政策小組會議的時候，本席也和部長、司長說過，當時邱委員也在場，本席有提醒過這件事。

我們當然可以解決這個問題，醫生或醫學生面對這種高訴訟風險，未來能不能定罪，或者未來會不會怎麼樣，那是一回事，但是歷時長久的訴訟也會造成大家精神上的壓力，我們是要解決這件事情，希望醫師不要因此而施行防禦性的醫療行為，我們也希望病人可以得到公平的對待，基本上衛福部當然要處理醫病關係，要站在公平的角度看待這件事，但是很多事情其實是很複雜的。

今天不是只有醫師對病人而已，如果以大型醫院來說，這個問題包括了醫院端、醫師端、病患端，因為醫師有時候必須接受醫院的種種政策，所以他們要執行過度的醫療，因此也可能造成沒有必要的醫療糾紛，這時候要怎麼處理？過去我們只是討論兩端、兩造的協商，只討論這兩造所面對的問題。這陣子健保署針對林口長庚提出質疑，因為他們可能做了很多不應該做的檢查。

現在是連檢查都可能造成糾紛，導致人體損害，這些爭議絕對存在於醫界，明明病人的身體根本不用檢查那麼多次，結果醫院卻要求一再檢查，這也可能變成一種糾紛，只是病人短時間內沒有辦法馬上察覺身體受到某種程度的損害，這種情況應該怎麼處理？其實不只這個部分啦！本席只是要特別提醒部長和司長會有這些問題。

例如我們以前提出的生產風險補償條例，那時候是由本席和吳宜臻等幾位委員共同提案，話又說回來，那也是因為衛福部當時已經在推動試辦計畫，這個案子後來在 2015 年 10 月三讀，本來是生產風險補償條例，後來改成生產事故救濟條例，這部分處理的醫糾有三大 SOP，就是事發的調處……

陳部長時中：事前的溝通、事發的關懷和調處。

劉委員建國：那時候就曾經提過，其他科也有做這樣的試辦，試辦的效益如何？還是從頭到尾都沒有做過？

陳部長時中：我們有做生產事故的部分。

劉委員建國：其他呢？有做過嗎？

石司長崇良：關於關懷的部分，現在區域級以上的醫院都已經成立醫療事故的關懷小組了。

劉委員建國：你們覺得成效可以彰顯嗎？有達到預期目標嗎？

石司長崇良：如果按照衛生局接受調處的件數來看，101 年是一年 800 件，去年下降到 600 件左右。至於接受鑑定的案件，也從最高的 102 年近 600 件，去年下降到 400 件以下。

劉委員建國：部長、司長，這會不會是一個假象？你們現在是從衛生局統計資料，對不對？

石司長崇良：這是他們報過來的調處件數。

劉委員建國：誠如你們所說的，案件數的確降低了，最主要的原因是什麼？

石司長崇良：如果關懷做的好，在事件發生時就予以關懷，在醫院裡面就處理好，這樣案子就不會送到衛生局，也不會到法院。

劉委員建國：從以前擔任地方基層代表、議員開始，一直到國會議員，坦白說，本席不覺得醫糾案有減少過，你們說醫院有主動做相關的關懷，基本上醫院的關懷效益不會很大，因為醫院會讓病患覺得他們是站在醫師那一方，簡單說就叫做醫醫相護，所以從醫院的角度去做關懷，就會讓這種爭訟案件減少嗎？現在又看到這種數據，本席覺得這部分你們應該要再了解清楚一點，應該不是這樣吧！

陳部長時中：委員認為關懷的成效不大，可是如果專業上做的好，事實上一定會有成效。

劉委員建國：本席剛才已經針對這件事的前端做過說明，其實現在的醫糾並不單純，不是只有醫師和病患之間會發生，還有醫院端，這部分是我們從以前到現在都沒有討論過的，對不對？現在我們要降低這樣的醫療爭訟，事發的時候由醫院去做這樣的關懷，你們覺得醫院的關懷會讓病患對這個醫師更加理解、更加諒解，進而不用訴訟，可以直接合意解決嗎？

石司長崇良：因為現在的設計就是不要讓醫師獨自面對醫療糾紛的發生，所以才會要求醫院要設置關懷小組，而不是只讓病人和醫師兩方自己面對。從過去的研究也可以看出來，大部分醫療糾紛的形成，其實溝通方面會造成很大的落差，所以才會需要進行一些人才訓練，例如怎麼去做說明、溝通，這麼做有助於即時和解。

劉委員建國：司長，醫院的關懷小組不是現在才有啦！以前就有了，只不過效益不彰而已，基本上大型醫院也不會讓醫師獨自面對病患，他們不可能這麼做，從以前到現在都是這樣。所以本席

才會請教部長和司長，你們認為降低糾紛件數的主要因素是什麼？這一點要讓我們知道，如果只是醫院端成立關懷小組，就足以讓這些爭訟案件逐漸降低，本席覺得這是有問題的。

陳部長時中：我想事前的醫病溝通也是很重要的關鍵因素，這一塊這幾年做的確實比以前好很多。

劉委員建國：這樣還是沒有釐清本席想要了解的部分，謝謝。

主席：其實本席是覺得，現在衛福部要重新落實的分級醫療制度也是很重要的，落實分級醫療，讓能處理急重難症的醫院專心處理急重難症，這樣醫院就不用被病人塞爆，也不用在大量醫療業務之下還要處理這些事，本席相信這麼做有助於他們和病患之間的溝通。

請林委員淑芬發言。

林委員淑芬：主席、各位列席官員、各位同仁。陳部長，在你出國的時候，勞動部鬆綁七休一、放寬輪班間隔 11 小時的限制，除了呂寶靜次長的專案報告書面資料，11 月 3 日的時候，你們也特地發新聞稿表示，關於輪班間隔，你們主張 11 小時比較恰當，你是不是仍然這麼認為？或者這只是呂寶靜次長的主張而已？

主席：請衛福部陳部長說明。

陳部長時中：主席、各位委員。經過衛福部內部的討論，我們認為為了保障職業安全，應該以 11 小時為原則，如果有特別的情況才例外處理。

林委員淑芬：本席不清楚你們的意思，你現在說以 11 小時為原則，但是在你們 11 月 3 日的新聞稿，照護司司長是說，考量護理人員職場健康和病人生命安全，11 小時仍較為恰當。呂寶靜次長說，兩班間的輪班間隔維持現行，她是指維持 11 小時版本，而不是 8 小時。你們到底是什麼意思？

陳部長時中：基本上我們的立場是一樣的，現在是因為勞動部提出二個版本，一個是以 8 小時為原則，另外一個是以 11 小時為原則，如果是就這兩案選擇，我們當然選擇 11 小時較為恰當，如果有例外的情況，當然要經過協調，不過在整個……

林委員淑芬：什麼是例外的情形？如果是以 11 小時為原則，但勞資會議通過以後可以降為 8 小時，這樣就不是例外了喔！而是要一直維持間隔 8 小時的勞動條件。

陳部長時中：其實針對這方面，我們也知道勞資雙方一定會有不對等的情况。

林委員淑芬：行政院有兩個版本，乙案就是你說的維持 11 小時為原則，但是勞資會議決定以後可以調降為 8 小時，這樣就不是原則 11 小時，例外 8 小時，因為勞資會議協商以後，就會改成原則 8 小時。

陳部長時中：基本上這是一個維持彈性的做法，但是針對這方面，對於相關的規定，我們一定會研究相關情況……

林委員淑芬：如果醫院和護理人員開勞資會議協商，把它改為 8 小時，到時候只要勞資會議通過就可以變成 8 小時，這樣還是你們所謂的原則 11 小時嗎？本席的意思是說，你們不要口惠而實不至，衛福部說以 11 小時為原則，顯然你們是認為一年 365 天當中，只有少數特殊狀況才能變成 8 小時。

既然這樣，你們就要訂定行政指引，除非有特殊狀況，否則絕對不允許例外，全部維持 11 小時。但是這和現在勞基法的修法版本有扞格之處，因為只要勞資會議同意了，就可以改成以 8 小時為原則，所以請問乙案……

陳部長時中：我們會在護理工作指引當中訂定。

林委員淑芬：你們今天說的都是口惠實不至，因為在護理人員和長照人員面前，你們沒有擋住這個可能將原則變成 8 小時的修正案，你們沒有擋在護理人員和長照人員的面前保護他們，你們只是宣稱你們希望原則 11 小時，只有非常例外的狀況才能變成 8 小時，可是你們沒有回應真正的問題點，因為勞動部修法之後，雖然原則為 11 小時，但是只要勞資會議協商通過就可以改為原則 8 小時。

陳部長時中：依照我的了解，間隔 8 小時應該是例外，原則是 11 小時。

林委員淑芬：你們只會在這邊耍嘴皮子，不要用話術玩弄大家。

陳部長時中：我們會在工時指引當中訂清楚。

林委員淑芬：本席已經告訴你們問題在哪裡了，你們會訂工時指引嗎？你們會規定只有在特殊狀況下，例如緊急事故等等，否則的話，勞資會議協商不得擅自調整為原則 8 小時。

陳部長時中：我們可以訂指引。

林委員淑芬：最好是這樣。你們要擋在護理人員和長照人員面前，保護他們擁有 11 小時的休息時間，你們一定要保護這一群從業人員，否則勞動條件惡化以後，護理人員荒會更荒，長照人員的人力缺會更缺，因為勞動條件更惡化、更下降。你們不要把這個當成彈性，認為這樣資方一定穩賺，因為到時候勞動條件會更惡化、更下降，沒有人要去當護理人員、長照人員，而且既有的從業人員還會流失、再流失。

到時候你們會不會提議開放外籍護理人員、外籍看護員？絕對是這樣，我們等著瞧，本席預見 5 年之後大家就看得到的，搞不好到時候就會開放外籍護理人員、外籍長照人員，說不定這麼做對老闆而言更有利，因為勞動條件很差，臺灣人不做了，所以你們要開放外勞，而且他們的薪資更便宜。如果你們不把關的話，本席也可以合理懷疑，其實你們是故意要惡化護理人員的勞動條件，逼走臺灣的護理從業人員，之後再開放外籍護理人員、開放外勞。

陳部長時中：我們目前沒有這樣的規劃。我們當然是要保護他們的工作環境，所以我剛才說會明訂工時指引。

林委員淑芬：你們哪有保護他們的工作環境？本席本來想像，當我們說到輪班制時，例如這一個禮拜上大夜班，下一禮拜上小夜班，再下一個禮拜上白天班，結果護理人員的花花班根本不是以一個禮拜為週期，而是 2 天大夜、2 天小夜、2 天白天，這群人在這種環境工作幾十年了，你還說會保護他們的從業環境，就只是「出一張嘴」，「放屁安狗心」，虛與委蛇，看到現在護理人員的從業環境，你們有資格說你們會保護他們嗎？更不要講修法開放以後。現在護理人員的從業環境符合人性、健康？合理嗎？實際的狀況是花花班 2 天大夜、2 天小夜、2 天白天，部長，如果是你有辦法負荷嗎？要不要換你們這些公務人員來做做看？先排 2 天小夜，小夜輪完再輪 2 天白天，間隔 8 小時後再輪 2 天大夜，部長，這樣的排班你行嗎？連輪班都不是以週為計

算單位，是以日為計算單位，你自己負荷的起嗎？部長，你要不要回答一下？

陳部長時中：報告委員，我們那時候的工作條件沒有辦法跟現在比，以前更不好。

林委員淑芬：現在就是還這樣子啊！現在還沒修法，就是花花班，你們醫生領的薪水跟護理人員領的薪水一樣嗎？你現在是部長？不要講你們過去，讓你像現在的護理人員一樣，要排 2 天大夜、2 天白天、2 天小夜，你願意上這樣的班嗎？你負荷得了嗎？

陳部長時中：這是不健康的生活型態。

林委員淑芬：可是現在是他們的正常耶！現在的花花班就是這樣排班，間隔休息時間是 8 小時，沒有錯啦！所以開放以後你說會訂指引，這是空中畫大餅、畫餅充飢啦！現在都還沒有開放、還沒有修法，輪班間隔 11 小時也還沒有實施。事實上，現況就是這些護理人員的輪班間隔只有 8 小時。

陳部長時中：我們會訂指引……

林委員淑芬：你要訂指引！你訂出的指引他們有辦法排班嗎？醫院就跟你們講他們排不了班，你敢訂指引嗎？你訂得出來嗎？

陳部長時中：這我們會訂……

林委員淑芬：你什麼時候要訂？如果法案通過以後，你們多久會訂出來？1 年是訂、2 年也是訂，到時候還不曉得是不是你當部長。在法案通過以後 3 個月內馬上訂出指引有沒有辦法？這樣我們才能檢驗得到，有權要有責啊！你們嘴巴上說會保護護理從業人員、長照從業人員有足夠的休息時間和病人的安全，因為護理人員沒有好的休息，醫療安全、看護安全是有疑慮的，這關係到病人的安全，你有沒有辦法承諾 3 個月內訂出指引？

陳部長時中：3 個月……

林委員淑芬：你們 3 年也訂不出來啦！現在的護理人員輪班間隔只有 8 小時還不違法，這就是為什麼去年一例一休修法輪班間隔 11 小時會到現在無法施行，因為現在護理人員都只休息 8 小時，這個法律不敢實施，因為排班排不出來，這就是現況啊！你們還繼續畫餅充飢、空中畫大餅，跟我們說你會訂指引，老實說我不相信。你們不要發了記者新聞稿，到社環委員會報告，講說你們會擁護 11 小時，我們就相信你們是真的在乎 11 小時的輪班間隔，事實上，你們現在就讓護理人員在血汗之中。

最後，關於醫療糾紛，剛剛劉建國委員提到你們的調解成功率，如果你們所謂的關懷小組有成效，從 102 年到現在已經做 5 年了，關懷小組先行調解到底有沒有成效？請問全國平均調解成立率是多少？

陳部長時中：13 個縣市約 35.7%、35.8%。

林委員淑芬：你們滿意這樣的調處成立率嗎？

陳部長時中：我想這還有進步的空間。

林委員淑芬：已經試辦 5 年了，這樣子是不是偏低？我們辦公室接到人家來陳情，就是關懷小組到衛生局申請調解，但是醫生根本連出席都不出席，衛生局的人跟民眾說醫院不出席，政府機關也沒辦法強制他出席。現行的試辦計畫沒有法制化，怎麼強制醫院來面對家屬醫療糾紛的困惑

呢？不但沒有法制化，現行的試辦計畫有要求衛生局鑑定先行嗎？沒有鑑定得不到真相，醫院不但來調解，來了也沒辦法調解，因為發生什麼事情，他都不得而知。民眾向衛生局申請醫療調解得不到真相，要怎麼在調解程序裡面化解爭議，讓病患家屬的情緒得以被安撫？沒有要求調解裡面要先行鑑定，也沒有法制化，醫院不理你！你們的調解成立率當然低啊！

陳部長時中：基本上這是採雙方合議的方式進行。

林委員淑芬：這不是講廢話嘛！合議！醫院就不來啊！這是第一個。第二個，醫院來了就擺爛啊！不告訴家屬，你的家人到底發生什麼事情啊！因為沒有鑑定啊！

韓國 2011 年經國會立法通過，2012 年開始實施醫糾法，其明定調解程序中施行鑑定之規定，除設有調解委員會外，另設有醫療事故鑑定團，應於 60 天內就事實調查之內容和結果、過失或因果的關係之有無，傷害後遺症之程度、其他鑑定事項作成一份鑑定報告書。有鑑定、有調查、知道後遺症是什麼，大概會知道未來要承擔什麼責任，大家再來調解就可以減少興訟。

德國也設有鑑定調解委員會，1 年受理 1 萬 1,000 件醫糾申訴，非常多，他們透過免費的鑑定調解程序，避免訴訟率高達 9 成。一定要鑑定，且鑑定的經濟門檻不能阻卻這個鑑定啊！所以由國家免費提供，最後醫病和諧、訴訟和解達成率 9 成，接受鑑定結果不再提起訴訟。我們現在的調解成立率只有 33%、34%、35%，即便要進入訴訟，大部分還是有很多的困難。現在醫療法通過，對於到底有無過失？還是要鑑定、還是要提告才會知道，現在委員的版本中對於有無過失，是不是也要提告才會知道？

陳部長時中：如果大家同意，可以申請第三方鑑定。

林委員淑芬：如果大家不同意，是不是還要提告才能知道有無過失？這樣有減少興訟嗎？台大法律系林鈺雄教授一直建議要把調解和鑑定結合在一起，並採鑑定先行、免費利用等原則，才能引導民眾減少興訟，促進較高的調解成立，才能藉由鑑定的統計、調解的成立來阻卻部分的責任，來要求除錯，這是創造多贏啊！本席現在都不知道你們到底幹什麼？老實說，現在既有的關懷小組、調解機制都是虛與委蛇，沒有很正面的，然後你們只修正醫療法，到最後還是要去提告，因為不知道有無過失、是不是故意，重大很容易判別，但是是否為故意要經司法程序調查，只要調查就進入司法啟動，這樣無助於減少興訟，對不對？你們要更負責，拿出來很多具體的作為，拿出真正的配套。部長，拜託！

陳部長時中：好。

主席：本日會議詢答全部結束，下午 2 時繼續開會，謝謝。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

請宣讀劉建國委員所提修正動議。

委員劉建國等修正動議：

對醫療法第八十二條提出修正動議，內容如下：

修正條文	現行條文	說明
<p>第八十二條 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。</p> <p><u>因醫療機構或其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且偏離醫療常規者或可避免、預防性人身損害所致醫療事故，病人得申請醫療事故賠償。</u></p> <p><u>醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或違反醫療上必要之注意義務且偏離醫療常規者或可避免、預防性人身損害所致醫療事故者為限，應負刑事責任。</u></p>	<p>第八十二條 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。</p> <p>醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。</p>	<p>一、新增第二項、第三項。</p> <p>二、第二項增訂文字，以臻明確。</p> <p>三、以「違反注意義務且偏離醫療常規」兩者兼具之行為樣態作為醫事人員過失行為處罰之構成要件要素，乃醫療業務過失客觀要件明確化。</p> <p>四、蓋「注意義務」原即為刑法中過失行為常見之判斷基準，於醫療過失案件應考量醫療院所等級，設備、人員配置之差別及事故當時醫療水準等情狀下實施醫療時「必要」之注意義務綜合判斷，不得以齊頭盡一之醫療水準作為判準。</p> <p>五、至於醫療常規，須具備以下要件，一為醫療的適應性，指在臨床醫療上具有合理性，亦即須為保持或增進病人的健康所必要且係相當的醫療行為；二為醫療的適正性，指醫療技術需符合當時當地的醫療水準，且須以一般醫學上所承認之方法實施醫療行為；三為醫療的實踐性，指臨床醫療上業經實踐，亦即在同級醫院、同專科醫師階層內已獲得普遍認同；四為醫療的倫理性，指醫療行為須符合醫療倫理規範的要</p>

		<p>求。醫療倫理規範固得由各醫院自行訂定，目前醫界所共同遵守的倫理守則，則為由社會倫理學所形成的四個原則，即尊重自主原則、不傷害原則、行善原則以及正義原則。</p> <p>六、醫療常規經醫事主管機關訂定為醫事人員實施相關醫療作業準則者，以為第一項構成要件要素之判準，爰於施行細則中闡述，俾利法律適用之明確性。</p>
--	--	---

提案人：劉建國

連署人：陳曼麗 黃秀芳 鍾孔炤 楊 曜

主席：請問提案委員有無補充說明？

我們現在手上拿到的修正條文共有兩個版本，分別是李彥秀委員等人與邱泰源委員等人所提，另外有 3 個修正動議，請問各位委員手上都有拿到這些修正動議的文本嗎？

既然各位都有拿到，現在請蔣委員萬安發言。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。今天我們要審查的法律修正案，除了李彥秀委員及邱泰源委員所提出的版本之外，還有 3 項修正動議，包括主席、劉建國委員及邱泰源委員所提，基本上方向大概都很一致，即對於現行規定導致醫師常糾結在很多醫療糾紛的訴訟當中，所以，希望藉由這次修法能避免這樣的情況發生，惟對於限縮相關刑事責任方面，上午會大家也做過討論，個別委員也都提出一些不同的看法，對於細節的部分到底要限縮多少，或者未來要怎樣讓法院有一個評斷的標準，其實大家也有一致的共識，接下來若其他委員願意提出一些不同的意見或看法，我覺得都還可以討論。我覺得今天大家可以就這個問題做充分溝通，我也建議主席可以再廣納各界的聲音，同時，衛福部也可以再蒐集一些意見，以收集思廣益之效，俾使這次修法能夠更為周延與完備，所以，是不是可以將所有委員提出的修正版本全部保留送協商，之後我們再就細節的部分，聽取衛福部蒐集的意見作為修法的參考，謹提出以上建議，謝

謝。

主席：我自己也很感謝委員同仁的提案與討論，對於這個案子，不論是衛福部或是法務部，大家都認同減少一些沒有必要的訴訟干擾，對於醫病關係及病人權益的增進都是很好的事情，看到社會氛圍與修法共識走到這裡，我個人其實相當感動；對我們手上拿到的這些修正版本，包括提出修法的邱泰源委員及提出動議的吳玉琴委員，你們兩位有沒有要再補充說明的地方？

如果兩位還沒有想到有哪些地方該做說明的，是不是容許本席先請衛福部或法務部針對委員所提 2 個修法版本，以及 3 項修正動議版本作一回應？

請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。關於李委員彥秀與邱委員泰源所提修正案的版本，最大的差異點在於李委員的版本是就民、刑事的程序一起做修正，邱委員泰源的版本則是將刑事責任限縮在故意與重大過失，衛福部的意見是，我們希望民、刑事脫鉤處理，民事的部分希望能維持原來醫療法八十二條第二項的文字，即以故意與過失負賠償責任。

至於刑事處理的部分，我們有兩點建議，第一、我們當然希望醫事人員執行業務時以故意致病人死傷者為限，負刑事責任，這是我們的概念；若退而求其次，就要考量目前刑法上尚無重大過失的規定，所以，我們建議對第三項做一些文字修正，即修正為：「醫事人員執行業務，以故意或違反必要之注意義務，顯然逾越臨床專業裁量範圍，致病人死傷者為限，負刑事責任。但屬醫療上可容許之風險或系統性錯誤者，不罰。」

另外，李委員所提版本還有一個很重要的概念，就是在違反的時候要考量到一些勞動條件，我們非常支持這樣的概念，所以，建議增訂第四項規定：「前項注意義務之違反，應以該醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施、勞動條件及客觀情況為斷。」這是在做過失判定上能夠同時考量到當時一些客觀環境的限制，不過度要求醫師或醫療人員負過多的責任。

最後我們要提的是，早上鍾委員質詢時，特別希望在進入訴訟程序之前，能先提出一些醫師鑑定的報告，以避免直接進入訴訟調查程序，因此，我們建議再增訂一項規定：「檢察機關於進行第三項之訴訟程序前，應先取得醫事鑑定報告，但仍應就其他必要之事實調查，不得將其作為認定過失之唯一依據。」這也是在李委員的版本裡面特別強調的精神，我們也把它採納進來，以上報告，請各位委員指教。

主席：有關訴訟程序前應先取得醫師鑑定報告的部分，也是今天早上楊曜委員特別提醒大家要注意的地方，司長剛才唸了兩項新增的文字，不知道有沒有印發給大家？如果沒有，請衛福部趕快印發給委員們參考，我個人覺得乙案好像寫得滿詳細的，有提到大家希望注意的部分，請問各位委員還有沒有意見要發表？

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。聽過石司長所做的分析，我覺得兩項新增文字在意義上差不多，對危急的病人而言，有此規定將會有更多的醫師願意為他們開刀，既然能產生這樣的作用，對這兩項新增規定我都可以接受。

主席：請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。衛福部應該很清楚我的立場，對病人端來說，剛才邱委員一直跟我說明希望能讓醫療法第八十二條先過，接者再提出其他配套措施，但這樣還是很難說服病人端，更遑論要消除他們的疑慮了！

當然在法律的修訂過程中，我們都很了解為避免造成醫師在執行業務時導致病人死傷，必須採取一些預防性措施，但這次修法無論是對病人端或是病人的家屬，並沒有給予任何保障的措施，早上部長雖然有提到一些預防性或是所謂關懷小組等措施，但我們真的需要將它入法；今天的修法若真的要過甚至出委員會，我還是會提附帶決議要求必須有配套措施，並讓它法制化，特別是有關法制化的部分，像與醫療有關的法制化草案，我主張應該在今年 12 月底以前送來立法院，行政部門說有困難，12 月底可能只送到行政院，對這部分，我覺得應該跟今天的修法同時進行，不能說這邊都過了，另一邊卻什麼都不動，這樣怎麼能讓病人端或是病人的家屬覺得安心？我認為整個醫療體系的法制要做修改，應該是以大家都能安心為要，不是只有讓醫事人員安心而已，病人端也應該讓他們安心。固然政府對病人端也採取有很多措施，但都是屬於行政措施，沒有讓它入法或是做法制化的處理，事實上，我從今年 4 月份到今天就一直在強調政府在這方面一定要有相關配套措施，這樣才能讓病人端與醫事人員都能安心，而不是只有單方面安心而已，我並不是要反對這個法的修訂，但希望大家能基於上述理念；其實，這個法不是現在才討論，我們已經討論了一、二十年了，今天我們既然要跨出一大步，至少其他醫療爭議處理的法制化也應該有相關的配套出來才對！

主席：謝謝。不過，我個人覺得現行第八十二條的規定在做法上並沒有損及病人，也沒有說不可以提出要求或想法。

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。我非常敬佩吳玉琴委員考慮到醫療體系整體化的概念，其實，我們對醫療事業的發展，以及醫事人員照顧病人的互動關係一直都非常重視，所以，對委員同仁認同這樣的修法，我也非常感動，在上午的會議中我就有提到，當病人的情況很危急的時刻，他的生命真的無法等待一分一秒，而醫事人員手上也真的還有很多事情要做，為了讓外科醫師願意幫危急的病人馬上進行手術，以彌補五大皆空的困境，我們只有進行所謂懸崖勒馬的方式處理，我非常敬佩吳玉琴委員提到我們過去所累積三、四年的經驗，接下來我們就是去除這些不好的經驗。記得上一屆立法委員在討論醫療法第八十二條如何修正時候，大家卻突然轉向醫糾法，這大概是 5 年前所發生的事情，當時醫界、各種關懷醫療的團體拚命想促成修法，結果耗盡全身的能量，最後還是以牽涉的範圍太廣，以及還有很多問題需要進行溝通為由而停擺。不過，經過吳玉琴委員這幾年來慢慢整理後提出的修正動議，我相信一定更為可行，所以，我會建議委員會先把民、刑事的部分稍微脫鉤，但最後還是要連結，即我們先處理好第八十二條，並要求行政單位保證到 12 月底提出相關配套措施法制化的草案。

其實，我也很對不起當時提案的陳節如委員，她真的很用心，我非常希望她在這方面的用心能夠在這個會期得到實現；同時，也讓我們這屆立法委員在民眾就醫及醫病之間的互動上能做出一些貢獻。我建議行政部門應儘速研擬相關配套措施法制化的草案，另外，我也會請醫界重

啟討論，不論過去是持反對或贊成的意見，大家重新檢視法制化的內容，並讓它變得更具體可行，且絕對對得起民眾及所有的病患，希望台灣整個醫療體系能在一個良好的醫病關係下永續經營下去，我也一定會全力以赴做我該做的事！謝謝。

主席：謝謝，謹在此就個人的意見作一說明，一如剛才像邱泰源委員所說，這個法已經討論非常久的時間，如果大家還是一直站在彼此不信任的立場，將來過個 10 年、20 年無論我們再怎麼討論與研修，恐怕還是沒有辦法把這個循環打破，我也絕對同意今天修法的動作，對於一些民眾或團體來講，總會覺得不安心，但這種不安心跟醫事人員在從事醫療行為的不安心是一樣的，如果這個循環一天不打破，就沒有辦法改善台灣醫療體系的五大皆空，以及救醜不救命的現象。

對今天這項修法，我覺得已經到了一個非常重要的關鍵點，剛才邱委員提到的醫糾法，在上一屆立法院有討論過這個法，但據我所了解，那時候也是為了第八十二條的規定才轉向修醫糾法，結果修到後來疊床架屋的狀況讓整體的架構都變形了，把一開始大家想要擬訂的草案修到最後整個都變形，我的意見是，當大家在談醫糾補償的時候都會拿其他國家的例子，譬如北歐國家，認為這些國家都可以做這樣優渥的賠償，為什麼我們不能比照？但是大家都沒有考慮到一件事情，就是這些賠償門檻非常低的國家，其民眾就醫的門檻是非常高的，在這些國家裡面，民眾就醫必須經過層層轉診，從 GP 一路經過一層又一層的程序跟手續，即便是預約都很昂貴，而且能否預約得到也相當困難，這樣的就醫過程可以說是屬於一種全心信任的醫療制度，這個醫療制度完全是經過細心的規劃，民眾必須按部就班地去走完每一個程序，如果到最後是得到一個不好的結果，站在國家負責任的立場，對於遵照就醫程序與尊重醫療專業的民眾，其所受到損害國家當然會給予合理的賠償，我們可以理解這樣的邏輯，反過來看看我們台灣，民眾只要花費 150 元的掛號費即可就醫，我常常都說，其實，在台灣花 150 元的掛號費就領到一張可以告醫療人員的門票，這跟我剛才提到北歐國家醫糾法及醫糾賠償所訂定的門檻與立法邏輯完全不同，對這件事情我一定要在此說明清楚，所有醫療人員都會同意，若今天發生因為應注意而未注意，且在整個醫療過程中屬明確疏失，我相信不會有任何一位醫療人員不願意好好承認，但現在的狀況是，很多時候根本不是醫事人員的疏失，為了不要被告或被人找麻煩，他們最後都會選擇認賠了事，或者乾脆退出這個行業不做了，這才是我們感到最憂心的事情。

事實上，我並不反對再重新討論過去的醫糾賠償的部分，不過，在此我真的要提醒各位一個邏輯，就是我們常常在這些醫療事故補償法規去參採其他國家的制度，可是其他國家沒有一個國家像臺灣有這麼多醫學中心，有你高興怎麼掛號就可以掛得到醫學中心教授的門診，有你高興怎麼看就可以一天看 5 家醫學中心的制度，把臺灣這種現況拿其他國家的東西來說，臺灣也要像那樣子嗎？如果我們也要那麼做的話，我們先把臺灣的分級醫療制度老老實實地做到跟北歐國家一樣，你看一個病要從 GP 一路看上去，而且你不能高興掛誰就掛誰，這一條制度都實施了，再來說我們要跟其他國家一樣走那條路，我個人覺得這樣比較公平一點。

主席：請蔣委員萬安發言。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。衛福部提案的乙案最後一項—檢察機關於進行第三項之訴訟程序前，應先取得醫事鑑定報告。這一部分要請教法務部，檢察機關在啟動訴訟程序

前，如果還沒有開啟偵查程序，他有辦法取得鑑定報告嗎？這一項我比較有疑問，因為就一般檢察機關要啟動偵查程序以後，他才有權力取得鑑定報告，這個規定在實務適用上會不會有問題產生？我想請教衛福部和法務部。

主席：請法務部法制司蔡檢察官說明。

蔡檢察官麗清：主席、各位委員。就衛福部乙案的最後一項部分，這邊是規定，檢察機關於訴訟程序之前應該先取得醫事鑑定報告，這一項我們有一點疑慮，到底是檢察機關應該取得，還是當事人應該取得？如果是檢察機關，我們一定先受理人民的告訴，進行訴訟程序之後，才會送鑑定；另外有一點疑慮，所謂訴訟程序，除了檢察機關可能會有偵查程序以外，當事人可以自己聘請律師，會有自訴的程序，或者當事人可以去檢察機關提出告訴。如果只限於檢察機關，其他兩類的人是不是都排除？依照目前一般檢察機關受理的情形，我們先受理他的告訴之後，才會送醫事鑑定報告。

蔣委員萬安：這一項在實務運作上可能會有一些疑慮？文字可能要有一些調整。

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。這是考量到現在的訴訟過程，在刑事部分讓醫師非常困難的是，一旦進入訴訟程序，他就一定要親自出席，有調查過程上的這些問題，如果能夠先有一個鑑定報告，就有沒有可能有疏失的部分做鑑定，能夠幫助檢察官快速地做一些判斷。在美國也有一些州，如果沒有辦法取得一份鑑定報告，它也不受理這個訴訟，所以我們才有這樣的文字。至於如何讓它符合現在的程序，也許我們可以再跟法務部調整這個文字，概念上就是不要馬上進入刑事調查。

蔣委員萬安：概念上我們可以理解，可是在司法實務運作上面，可能有窒礙難行之處，因為檢察機關還沒有正式開啟偵查程序，沒有權力去調取鑑定報告，除非當事人自訴，可是這邊又沒有提到，似乎文字上有排除。可能要請法務部再提供相關司法實務運作上的一些看法，文字上也許未來協商的時候要再做一些修正。謝謝！

主席：請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。我想再次釐清，現在修的醫療法配搭的不是過去的「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」，而是醫療糾紛處理法，沒有涉及賠償那一塊，因為賠償的部分在醫界還有很多爭議。就如上次邱委員建議的，分成 A、B、C 三塊處理，剛才談的醫療法第 82 條是 A，醫療爭議處理法是 B，C 就是賠償。關於賠償或救濟的辦法，還沒有提出來，因為爭議非常大，我們是有點以切割化來處理這件事。為什麼我一直強調配套的爭議處理辦法要出來？因為很多程序需要有法令的規範，包括病人產生醫療爭議的時候，醫院怎麼作為？以及有沒有第三方公正人士來協助我們了解發生了什麼事？這部分反應出來的是醫病資訊的不對等。其實我們和邱委員及林委員都一直在溝通這些事情，是希望程序能夠法制化，讓病人端也有機會可以了解到底發生了什麼事，但不一定要朝訴訟來走，而是一個調解的程序。今天看到衛福部提出乙案和丙案的資料，請問有甲案嗎？

石司長崇良：（在席位上）沒有，抽掉了。

吳委員玉琴：沒有甲案！剛才蔣委員問了法務部，那我就來請教司法院陳文貴法官，在乙案第二項：「顯然逾越臨床專業裁量範圍」，請問在法院如何判斷「顯然」？

主席：請司法院刑事廳陳調辦事法官說明。

陳調辦事法官文貴：主席、各位委員。這裡面的乙案，在過失的部分是違反必要之注意義務，而「顯然逾越臨床專業裁量範圍」，這就涉及到醫師專業上的判斷。

吳委員玉琴：所以這是要醫師舉證？

陳調辦事法官文貴：專業上的判斷可能不是……

吳委員玉琴：不然，法官能夠認定逾越專業嗎？

陳調辦事法官文貴：通常在資料的建立，都是看醫生有沒有違反 guideline，如果是依照 guideline 在做的話，沒有違反醫療法。

吳委員玉琴：所以，法官會去看有沒有違反 guideline 的指示？

陳調辦事法官文貴：對，通常是會經過鑑定……

吳委員玉琴：還是由醫師會的爭議審議……

陳調辦事法官文貴：醫師會鑑定是否違反醫療常規……

吳委員玉琴：還是要依賴我們的專業嘛！

陳調辦事法官文貴：對，然後法官才會根據是否違反醫療常規的鑑定結果，再去做判斷。

吳委員玉琴：這一項的第 3 行：「但屬醫療上可容許之風險或系統性錯誤者，不罰」。你們怎麼認定「系統性錯誤」？

陳調辦事法官文貴：剛才有在考量這個問題，「系統性錯誤」在法律上可能無法做認定，因為不知道定義是什麼，沒有立法說明。可是，如果是「可容許風險」的話，是比較沒問題的。在刑法理論上就有，因為施作一個手術或醫療行為，一定有它的風險，這個風險如果是可容許的話，在刑法上當然就是「可容許風險」。

吳委員玉琴：那所謂「可容許風險」，還是由法官來判定嗎？或是由醫審會或爭議審議委員會？

陳調辦事法官文貴：專業的部分，都會經過醫審會，最後法官才依照醫審會的判斷，做最終的判定。

吳委員玉琴：看起來前端的專業判定是蠻重要的，可是法院的判定……

陳調辦事法官文貴：對，我們是要靠專業的判斷。

吳委員玉琴：所以，法官很難就這樣做判定？

陳調辦事法官文貴：對，不太可能，因為有很多是屬於專業領域的，法官不可能對每個專業領域都了解。

吳委員玉琴：在法院裡，對於資料的舉證，是病人端還是醫界要舉證？

陳調辦事法官文貴：通常有沒有故意過失，是由檢察官來舉證。

吳委員玉琴：就是由檢察官來調查？

陳調辦事法官文貴：對。舉證這位醫師或這個醫療行為確實有違反注意義務或醫療法。

吳委員玉琴：另外，我想請問法務部，檢察官是怎麼判定的？

主席：我也想請問陳法官，第三項最後一句「屬醫療上可容許之風險或不可究責於醫事人員個人之錯誤者」，這裡「系統性錯誤」對我們來說其實……

吳委員玉琴：目前沒有法律的用詞。

主席：因為「系統性錯誤」在醫療系統的邏輯上，可能是醫療程序或醫療制度上面出的錯，而不是那個專業人員自己本身的錯。所以，如果白話一點，是不是可以變成：「不可究責於醫事人員個人之錯誤者」？也就是說，是整個制度系統上的錯誤，而不是他個人的錯誤？

陳調辦事法官文貴：這個應該是個人注意義務有沒有違反的問題。

吳委員玉琴：有沒有違反自己應注意事項？

陳調辦事法官文貴：對，就是個人注意義務的問題，應該是「可容許風險」就可以了。

主席：這樣就是可容許風險了。

陳調辦事法官文貴：對。

吳委員玉琴：請法務部說明如何舉證。

主席：請法務部法制司蔡檢察官說明。

蔡檢察官麗清：主席、各位委員。就檢察官受理案件後如何舉證？可能就以傳訊證人或送鑑定的方式，這都是我們調查的方法，最後再綜合所有調查的方法加以判斷。這是目前一般的舉證方式。

吳委員玉琴：在這麼專業的部分，你們是依賴誰來提供相關的資料？

蔡檢察官麗清：多半也仰賴專業鑑定。

吳委員玉琴：所以醫界的專業鑑定，仍然是法官或司法院都倚賴的一個工具。剛才我談到整個處理原則，其實也是希望在前端如果能夠都處理好，有第三方公正或中立的人士可以一起來協助，未來如果真的有訴訟的話，也許這些資訊就可以做為法院檢察官或法官更清楚的參考依據。

主席：所以就是把可能的事先鑑定放到之前。請衛福部醫事司石司長補充說明。

石司長崇良：主席、各位委員。有關剛剛所討論的「系統性錯誤」，是在生產事故救濟條例第十三條裡，就已經有這些文字，當然也是在鑑定過程中會去看，就是指不可直接歸因於個人疏失的部分，稱之為「系統性錯誤」。

主席：請衛福部陳部長補充說明。

陳部長時中：主席、各位委員。我早上也強調過，我個人是比較傾向以故意致病人死傷為限。參照原來的條文，就是過失要不要把醫生抓去關？這個是很單純的問題。故意的話有可能把醫生抓去關，這就沒話說。但過失的話，要不要把醫療人員抓去關？到現在為止，也沒有把醫師抓去關的案例。換句話說，「過失」放在裡面，其實沒有形成真正的效果，就是耗費一些社會與司法資源，拖延時間而已。如果「過失」不抓去關，那整個社會可以換到什麼？是可以換到除錯機制的建立，能建立一個更安全系統性的醫療體系，這樣換得的代價是非常值得的一件事。當然如果大家認為過失也要抓去關，現在的案例裡，最多是緩刑，時間也拖到六年到十年以上。相對而言，病家得到補償的時間會拖得很晚，造成遲來的正義已經不是正義了，縱然把醫師抓去關，也沒有懲罰的效果，也是緩刑而已。但重要的是換到什麼？除錯嘛！這個「過失」如果

還留著的話，除錯機制的建立會很虛假，地基很不穩，沒有辦法做到很踏實。但是，把過失拿掉之後，地基就變得很結實，除錯機制可以避免以後很多人犯同樣的錯誤，會救到更多人。所以，我很希望大家單純地思考，過失要不要把醫事人員和醫師抓去關？關的代價是什麼？我認為不抓去關的代價可以換來一個好的除錯機制，讓未來醫療體系更健康。

另外，醫療糾紛處理法當然很重要，但醫療法第八十二條和醫療糾紛處理法是兩個獨立事件，是同等重要的，都應該要做，但不一定要先做這個，再做那個，或一定要綁在一起做，要讓大家覺得合理。就像我講的，在第八十二條修法裡我們只提一個想法，即過失要不要把醫療人員抓去關？關的代價又是什麼、值不值得？如果大家覺得這樣的邏輯是對的，那就應該讓他過。

另外，醫糾法要不要處理？要。吳玉琴委員剛才提到法案 12 月要送到行政院，我們就要趕快做。但也請大家思考能夠換到什麼？我覺得換到除錯機制是整個社會所需要的。

主席：請問委員會，現在我們是針對兩位委員的文字做修正，或者是參酌衛福部的文字做修正就出委員會？還是兩位委員的條文包含今天提的修正動議及衛福部的參考文字我們都先出去，然後送交黨團協商？我想大家可能比較期待能有再多一點時間，讓我們再思考一下邱泰源委員、李彥秀委員的修法版本，和今天提出的三個修正動議及衛福部提出的參考文字。

衛福部的乙案、丙案都要併陳嗎？還是我們把這些文字寫成一個修正動議然後納入討論？好，我們用修正動議處理。我們今天就把兩個委員的修正版本、三份修正動議以及把衛福部的兩個版本做成修正動議，然後今天出委員會送黨團協商。

吳委員玉琴：（在席位上）還有附帶決議。

主席：這些要先出去才能讀你的附帶決議。各位委員有沒有意見？好，請把這些文字做成修正動議讓大家簽名。

請宣讀吳玉琴委員的附帶決議，共 2 案。

委員吳玉琴附帶決議第一案：

附帶決議

醫療行為刑事責任限縮的討論，與整體病人權利保障之架構調整，密不可分。醫療行為刑事責任限縮與病人權利保障脫鉤，顯然忽略病人權利保障為連續且相互影響的過程（就醫、糾紛發生、損害補償）。故醫療行為刑事責任限縮之法制，應與病人權利保障之醫療糾紛調解及補償法制化配套進行。亦即，醫療糾紛調解及補償之法制化草案應與醫療法第八十二條修正案一併討論，以保障醫病雙方之權益衡平。

爰此，要求衛生福利部應盡速將醫療糾紛處理之法制草案送至立法院，與醫療法第八十二條修正案同步處理。

提案人：吳玉琴

連署人：黃秀芳 劉建國 林淑芬

委員吳玉琴附帶決議第二案：

現行醫療糾紛處理機制多元，然各管道之專業人員與資源不等，且 106 年度起試辦之「多元

雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」也非全國統一試辦，導致存在縣市不同調之現象。再者，醫療糾紛中後續的通報、除錯亦為中央主管機關對於醫療體系應強化與檢核之重點。然而，目前因醫療糾紛處理管道多元，中央主管機關除難掌握全貌外，也難掌握糾紛中有多少重大情事，遑論更進一步建立通報與除錯機制，亦即此為現今制度仍待進步之處。

爰此，要求衛生福利部應將現行醫療糾紛調解之法制化草案，於 106 年 12 月底前送至立法院，以確保病家權益、促進醫病和諧，並建立從醫療糾紛與事故中分析除錯之學習機制，提升醫療品質與保障病人安全。

提案人：吳玉琴

連署人：黃秀芳 劉建國 林淑芬

主席：針對附帶決議有沒有文字修正或是意見？

請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。第二案建議修正第二段第二行，106 年 12 月底前送至「行政院」。

主席：來得及嗎？

石司長崇良：可以。

主席：送行政院，因為送立法院可能在時間上有困難。

吳委員玉琴：（在席位上）下會期送立法院呢？

石司長崇良：12 月底前我們就送行政院。

主席：他們可以保證的應該是送行政院。

陳部長時中：（在席位上）我不能保證行政院的 schedule。

主席：對啊！他們送到行政院之後，行政院要不要出來就是院長的事情了。吳玉琴委員的附帶決議第二案，我們把它改成 12 月底前送至行政院好不好？吳玉琴委員，我們讓他先送行政院，至少有個版本讓大家討論，好不好？

吳委員玉琴：（在席位上）好。

主席：附帶決議的第一案，要跟修正案一併討論跟同步處理，在技術上可能有點困難。吳玉琴委員是兩個附帶決議都要，還是只有第二個附帶決議而已？

吳委員玉琴：（在席位上）兩個都要。

主席：你要一併討論跟同步處理，那我們今天的這個案子就會拖到下個會期去了，因為他們還沒送到行政院。

請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。這就是我們一直希望部裡的進度能夠快一點送出來，讓我們一併討論，而不是只過一個，另外一個不知道延宕到什麼時候。

主席：你們如果在推的話，大家不會不在意，不可能不理它。

陳部長時中：（在席位上）過了就會快。

主席：如果這兩個綁一起的話，這一條就會卡到下個會期去了。

吳委員玉琴：衛福部不能快一點嗎？

陳部長時中：（在席位上）我們會快一點。

主席：沒關係啦！如果衛福部慢的話，你就每次質詢都問他這件事情就好，12 月底前送行政院，接下來就是兩條路都跑，否則綁在一起的話這條今天出去也等於沒出去。

陳部長時中：（在席位上）第八十二條過了之後，接下來的處理就順利了。

吳委員玉琴：部長你要負全責喔！

主席：他一定負全責啊！

吳委員玉琴：到時候病人端的聲音全部都會到你們那邊喔！

主席：我們先休息五分鐘，順一下文字。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

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。早上我在論述修正動議及兩位委員的提案條文時提到，因為召委和邱委員都是醫生，對這件事情本身有實務上的相關經驗，部長也是，牙醫也是會遇到一些狀況，我也曾經遇到牙醫要治療一顆牙齒，需要一併治療旁邊的牙齒，但病患不了解就去提告，而有些牙醫診所只是診所而已，沒有辦法提供醫院的關懷，可能就透過醫師公會做為協調人向病患講解整個治療過程，其實牙醫師是沒有錯的，不過有些病患就是沒辦法接受，因為他覺得醫醫相護。所以早上我去問你們所謂的降下來是因為什麼原因，還有降下來是真相還是假象？這是第一點，所以我才特別請部長注意這個事情。

第二點，針對衛福部所提出來的乙案，我要特別強調，剛才吳玉琴委員和召委也有特別請教法務部的陳法官，法官會怎麼判？法官的講法還是強調在有沒有違反醫療常規的範疇。我知道當時在法律的修正案裡面，把醫療常規放進去，確實引發一些相關團體很大的意見，但是今天若以法官的實務面來看，他還是以醫療常規這個範疇去論定，所以我們現在如果把它說成「顯然逾越臨床專業裁量範圍」，那我覺得醫事司要講清楚，因為早上我問司長時，司長是答復我說醫療常規還是屬於比較大的範圍，整個臨床範疇是在這個底下。我想這部分要解釋清楚，不要到時候我們還要為了這件事進行協商，然後創造另外一個爭端，這樣也不好。因此，我是適度提醒，到底是醫療常規比較正確？還是臨床裁量比較正確？因為剛才陳法官的答復，也特別提到這點。

其次，我知道部長比較傾向採取丙案，亦即「醫事人員執行業務，以故意致病人死傷者為限，負刑事責任。」這樣等於是把過失的部分拿掉了，剛才部長自己上來說明時表示，在訴訟裡面，醫師覺得最受折磨的是冗長的訴訟程序。其實不僅醫師，連病患家屬也會感到痛苦，而且最後結果就如部長所言，定罪的少、被抓去關的少；但我們要注意的是，包含故意和過失都在這個範圍裡面，對不對？如果我們依照這樣的結論去反推，把過失拿掉，那我不知道法官和法務部是不是都沒有意見？我想這點必須思考，畢竟過去我們也曾經為了這個問題檢討過多次，

所以本席要知道的是，目前全世界當中，把過失剔除在外，免負刑事責任的國家，到底是基於什麼理由？尤其醫療原本就是一種特殊行業，如果我們是站在公益的高度來做思考，那是不是應該以反起訴去做處理？我現在是提供另外一種意見，因為這部分如果不釐清，就算我們今天討論到最後，也沒有一個正確的版本足以取得共識，在此情形下，這個案子出委員會之後，改天再送回來協商，也難保不會從頭來過。所以我希望今天大家用一點時間研議出一個比較好的文字來做為共識，這樣以後協商時也會順利一些，這是我的期待，也是我提出以上幾點意見供大家參考的原因所在。當然，我希望這個案子能夠儘早定調，俾對醫師及病患具有正面效應，但坦白說，這個案子實在討論太久了，很多層面我們也都經過考量，然而最後在法條的文意上，還是無法取得共識，甚至導致一些問題產生不必要的困擾，這是讓我最感憂心的。謝謝。

主席：請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。我們為什麼會有乙案、丙案？其實原本的甲案是採取劉委員所謂的明顯偏離醫療常規，但是醫療常規跟專業裁量權是有所差異的，好比今天這個病人被診斷是心肌梗塞，那麼醫師可以選擇的治療方式包括施打血栓溶解劑、做心導管或是開立保守性的治療藥物，這時醫師會基於當時的臨床狀況及客觀條件，選擇對病人最好的一項治療，這就叫做專業裁量。也就是說，相形之下，醫療常規的範圍比較大，包括很多選項，而在這個過程中，最後醫師所做的決定就是專業裁量，這是兩者的差異。

主席：我個人的想法是，醫療常規是有一些標準的，比如某種疾病，它的標準治療必須經過哪些程序，然後採取哪種治療；至於專業裁量權，它有一個特性是，如果這個個案不是一般個案，那麼醫師在處理上可能會有不同的選擇。就以我自己的例子來講，我的一些個案裡面，癌症病人有它的標準流程，好比 protocol 是什麼、你要怎麼開、你要怎麼做之類的，但如果我今天遇到的是一個 20 歲出頭的卵巢癌患者，我可能會因為她的年紀或是她對於生育需求的 concern 而選擇其他項的治療方法或是做其他考量，這就叫做專業裁量，亦即在專業上評估，認為在目前有限的選擇裡面，相較之下走這條路對病患可能是好的，但它有沒有可能不符合醫療常規？有可能啊！因為常規上可能不是這麼說，我卻這麼做，我沒有按照常規上所謂第一種或第二種治療方式去做，而是選擇另外一種，這就是專業裁量。那為什麼醫師們對於要求用醫療常規來判的時候會有一些意見？因為我們的個案有百百種，所以我們要針對各個不同的原因去做各個不同的考量，而專業裁量的部分，還是尊重了不同個案，醫師在專業判斷上所做的評估，而不是照著 principle，所謂的一般常規來走；也就是說，有一些個案因為它的特殊狀況不是走常規的，所以醫療人員擔心的是，如果我們只照常規來判的話，大家都不敢接特殊個案，因為特殊個案可能不走常規這條路，但在後來出現一些糾紛時，醫師就被人家質疑：「你為什麼不照常規來治療他？」這就少了我們針對病人需求做量身打造的彈性啦！

劉委員建國：（在席位上）所以你就要問法官啦！

主席：對啊！所以大家才說，其實他要問的還是要經過專業的醫療鑑定，專業鑑定是一個很重要的點嘛！其實不論是專業鑑定、專業裁量或醫療常規，都可以讓法官判案有所本，但請大家不要忘了，法官判案時，還有所謂的自由心證，對於法官的自由心證，我們根本不知道他的 principal

在哪裡？不好意思，我不是要挑戰在座各位，而是看到有些法官就是這樣解釋的啊！

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。可不可以採取劉建國委員的意見，達成一個共識版……

主席：我們有一個達成共識的文字版本會送出去……

邱委員泰源：否則的話，大家又……

主席：我們還是會送朝野協商，到時候所有版本都會在協商時討論；不過，我也覺得劉建國委員的意見是好的，就是至少有一份文字是大家比較認同的版本；至於剛才衛福部給我們的丙案，跟邱泰源委員及李彥秀委員的版本，在文字上重疊度比較高。

石司長崇良：（在席位上）已經改成乙案了。

主席：你後來變成甲、乙案了，對不對？

石司長崇良：（在席位上）對。

主席：後來重新寫的乙案，就是醫療法第八十二條第一項：「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。」；第二項：「醫事人員執行業務，以故意致病人死傷者為限，負刑事責任。」；第三項不變；後面再增列第四項：「前項過失應以該醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施、勞動條件及客觀情況為斷。」這部分綜合了邱泰源委員版本、李彥秀委員版本以及今天大家所提到需要考慮應注意的其他背景資料。請問各位，最後文字的部分，是不是就以衛福部下午提供的乙案文字做為參考？這個案子就是把原來的丙案改成乙案，我們用這個文字出去……

陳部長時中：（在席位上）後來還加上吳委員所提 12 月送行政院……

主席：吳玉琴委員提的是附帶決議。

吳委員玉琴：（在席位上）有兩個附帶決議。

主席：對，兩個附帶決議也有一些文字上的修正，對不對？

吳委員玉琴：（在席位上）對。

主席：文字修正的部分稍後再宣讀。有關丙案的條文共有 4 項，並且參酌了邱泰源委員版本及李彥秀委員版本，精神上是比較類似啦！各位有意見嗎？

請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。原來剛才劉委員一直在提醒我，結果我還沒聽懂！現在蔣委員離席了，其實他也是主張各版本送朝野協商，所以如果我們突然改變決議，送出一個共識版，可能有點怪！若說上一屆有共識版，那也是劉建國委員的版本，也是醫事司提出的版本，因此，這部分涉及滿多的專業問題，我們是不是送出委員會之後，再來做細部討論？我知道部長很喜歡丙案，可是我們對丙案還是存在很多擔心跟疑慮，所以就先不要決定要以哪個做為共識版，好不好？

陳部長時中：（在席位上）好。

主席：那我們就等協商時再來討論，邱委員意見如何？

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。我們是要解決問題的，所以不要讓問題更趨複雜，既然現在已經慢慢有個方向了，是不是就先把這個案子送出委員會？至於吳玉琴委員所提附帶決議，我們也會全力推動，因為只要不涉及後面的賠償，問題就比較單純，我們可以溝通；當然，我也相信當初審查醫糾法時，大家比較擔心的就是有關臨床指引的部分，所以我們這次修法如果能夠把條文寫得明確一點，以後那邊就可以同樣引用，醫界應該就會減少很多爭議。我知道這幾年來劉建國委員很辛苦，我們也一直用你的版本在「拚」，但不可諱言，現在對於醫療法律，專業的教授一大堆，包括在座很多人都能夠把這部分詮釋得很清楚，應該給他們機會去跟法務部或司法院溝通一下，為什麼今天會變成「顯然逾越臨床專業裁量範圍」？其實針對這點，剛才主席說明時，大家要仔細聽，她講得非常好、非常透澈。我要強調的是，今天我們要與時俱進，如果我們把 5 年前的東西拿出來，豈不表示智慧都沒有增加？這樣不好吧？過去 5 年來，我們花了很多時間歷經多次討論，也有很多教授日以繼夜罵我們說用臨床指引，讓大家死得很難看。其實是我們死得很難看，不是他們死得很難看，所以我希望能夠有所進步，尋求一個更好的方式，而且絕對是奠基於劉委員及過去很多委員的努力。換句話說，如果大家有一個共識，就能解決問題，不要像劉委員說的，版本出委員會之後，又被送回來協商，結果大家又得重頭來過。我們現在就單純一點，提出一個版本送出去，這樣不僅可以表示我們的誠意，而且如果我們討論好的話，相信蔣萬安委員等所有委員，也是樂觀其成，因為到時候就算送回來協商，問題也不會太過複雜。

其次，有關附帶決議要求衛福部應將現行醫療糾紛調解之法制化草案於 12 月底前送至立法院，這部分當然要照常進行。

最後，我再強調一次，劉建國委員說如果我們沒有取得共識，那麼當本案送回協商時，就得從頭開始。當我聽到這句話，真的是手腳都冷了！有句廣告詞說，如果腳不麻，就可以走！我要說的是，如果翅膀不麻，也是可以照飛！不要再浪費大家太多時間了，畢竟維持病人生命是沒有一刻能夠等的，我們要儘量把問題單純化。謝謝。

主席：報告各位，這個案子今天出委員會，一定會送協商，所以我們現在只是希望不要進了協商之後，又要從頭來過，那會很磨人，像上個會期的醫療法修正案，到現在還在進行第 3 次協商，對社會真的很難交代！

剛才衛福部給的丙案，現在改成乙案，我們就用這個文字出去，但是其他意見，也送交協商；也就是全部都送出去協商。不過，現在乙案這個文字還少一位委員簽名就可以送出去了，我們是不是就全部送出去，等到協商時再來討論？上次我們討論這條條文是在 4 月份吧？

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。我剛才是就實務面來講，也就是說，如果所有版本都出委員會，那到時候就得擇期進行一次協商，而且是把全部的版本再拿出來檢討，所以我才會建議，既然大家討論這麼久了，是不是可以送一個共識版本出委員會就好？至於這個共識版本，如果是用衛福部提出的乙案或丙案，那就有點奇怪，因為這兩案都沒有成案，只能列入紀錄，無法成為未來協商時討論的修正動議。

另外，我要重申的是，我所提出的修正動議，並不完全是衛福部當時的版本，只是大致上比較趨於那個範疇。還有，剛才邱委員期待不要讓問題更趨複雜，其實我也希望愈單純愈好，但這件事並不是複雜或單純的問題，因為衛福部所提出的文字修正也是愈來愈複雜，好比增列「前項過失應以該醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施、勞動條件及客觀情況為斷。」的規定，剛才部長明明是要把過失的部分拿掉，現在卻又增加進去，請問這是為什麼？法律條文並不是說從 50 個字變成 100 個字，就表示比較嚴謹，不是嗎？

主席：請衛福部法規會高參事說明。

高參事宗賢：主席、各位委員。這裡所謂的前項是指前面一項的故意或過失，它是屬於民事損害賠償責任的部分，並不是指再前面的那一項，因為再前面的那一項是故意，係屬刑事責任。

劉委員建國：不好意思，我誤解了。

吳委員玉琴：（在席位上）民事部分還是要啦！

主席：民事一直都在啦！

劉委員建國：是不是請陳法官說明一下？因為未來是由你們判案，所以要講清楚啊！

主席：請司法院刑事廳陳調辦事法官說明。

陳調辦事法官文貴：主席、各位委員。基本上，對於乙案跟丙案，司法院及法務部都是持反對立場……

主席：難道你們沒有被請上來之前，就不用講明立場？

陳調辦事法官文貴：我們之前都有反映啊！

主席：你一直坐在這裡，剛才我問大家有沒有意見，你就不上來啊！現在我說要把案子送出去了，你才出來說你們是反對的，那我們剛才那 1 小時都在幹什麼？

陳調辦事法官文貴：剛才我們就有表示本來就是注意義務違反醫療常規，這是……

主席：什麼剛才？我從 2 點坐到現在，你什麼時候上來講過這句話？

陳調辦事法官文貴：剛才吳委員質詢時，我就回答了。

劉委員建國：主席，不好意思，是我請陳法官上來……

主席：我從 2 點就坐在這裡，剛才還問大家有沒有意見，如果沒有，這個案子就要送出去了。結果他不講話，現在卻上來說他們反對。這樣的話，我們剛才那 1 小時到底在做什麼？

劉委員建國：不是我要替法官說話，其實剛才主席就這兩案並未直接問他們兩人，而是就這幾個版本到底要如何處理徵詢大家的意見。

現在我要請教陳法官的是，剛才吳委員在請教你時，你特別提到法院最後的判決還是以醫療常規的範疇做為依據，對嗎？

陳調辦事法官文貴：目前實務上，大部分是用醫療常規。

劉委員建國：對啊！所以我才會再上台發言，表示若把邱委員所謂「逾越臨床專業裁量範圍」納入第八十二條的法律文字裡面，那跟司長早上回答我的部分是有落差的。其實對於過去我們把醫療常規放在這個草案當中，很多團體都有滿大的意見，因此，我才會請教陳法官未來法院最終判決是以什麼範疇做為依據？陳法官剛才也做了清楚答復，這是第一點。

第二點，我認為今天已經討論了這麼久，不僅透過質詢、透過逐條審查，而且衛福部也提出了修正版本，部長也表態他是傾向丙案，但是我們並未請教陳法官及檢察官對於這個案子的看法，只是在文字上，我問了你們，若把過失的部分拿掉，會不會有問題？這是我擔心的地方，但到現在，還沒有聽到法官跟檢察官直接表示意見。

以上是我的理解，謝謝。

主席：陳法官，我很疑惑的是，我們從 2 點坐到現在，討論了半天，結果你說你們反對，那如果我們剛才決定把這個文字送出去，豈不是白討論了？還有，如果不是劉委員剛才請你上來，你也不會講，是不是要等到協商時再告訴我說你們反對？那我們今天在這裡到底在幹什麼？我尊重列席官員的意見，問題是我們今天要審查條文，從 2 點坐下來到現在，所有版本的文字都讀完了，你才說你們反對，這算什麼？

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。問題總是要解決，我想法務部及司法院代表應該都了解這個意思，可是你們也要提供一些意見，畢竟這是解決民眾的問題，不能只是站在自我單位去做思考，所以陳法官不能在這裡說你們反對或贊成，而是要貢獻一己之力，集思廣益，這才是行政團隊合作的表徵。如果你們覺得需要調整，才能讓你們覺得 comfortable 且未來有所依循，這都是可以溝通的。

至於劉建國委員提到的過失這部分，我想大家也聽到今天陳主任檢察官說他從上次到現在唸了好幾篇論文，都是有關專業裁量權的問題。既然如此，我要請問，難道都沒有一點見解嗎？其實現在從臨床指引變成這樣，也是法界提出的，我們醫生哪有那麼棒，當然是法界教授建議一定要走這條路，所以我才會提出這個版本，但我無法做 difference，也無法請他們來說明啊！基本上，這是來自法界人士的建議，希望劉建國委員不要介意，因為這幾年從臨床指引變成這樣，也是法界好心給我們的建議。

總之，我希望大家能夠共同解決問題，對於最後的版本，如果法官或檢察官有什麼建議，請儘量提出來；還有，劉委員是「老大」，十幾年來這麼努力，也請在這個階段伸出援手，看要如何解決問題，研議出一個共識版本，以更加符合現在的需求；我也要在這呼籲吳玉琴委員，我們大家要共同努力，只要一步步來，絕對可以達到大家對於立法的期待，否則只是浪費時間，大家也無力了。換句話說，對於第八十二條，到底要如何修改文字為妥？請劉委員提供意見，然後我們就做成一個共識版送出去，就好比說要做成 B1、B2，我們也要先把 A 澈底做好，以達到大家的目標。謝謝。

主席：我比較疑惑的是，如果對於這兩個案子，在我們委員都沒有意見的情形下，形成一個版本送出去，結果在進行協商時，委員都沒有意見，司法院卻跳出來說：「不好意思，我們並不贊成你們的條文。」那請問我們今天在這裡做什麼？我們也不用找你們來列席啊！你們列席的結果是等到法條都出去了，才說你們不支持、不贊成，那你們就不用來列席，我們自己開會就好了啊！

請吳委員玉琴發言。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。剛才比較有共識的部分是保留所有提案委員的版本並且送出去，可是對於衛福部提出的乙案或丙案，我們的確有點擔心，所以是不是請衛福部回去之後跟法務部及司法院就文字部分再做更加明確的討論？我是希望今天……

主席：我並沒有要求今天一定要有一個文字出去，姑且不論衛福部的乙案跟丙案，我比較擔心的是，如果我們把李彥秀委員版本、邱泰源委員版本及另外 3 份修正動議都送出去，結果等到我們進行協商結束了，法務部卻跳出來說：「我們不同意哦！」那我們走這一遭在幹什麼？

吳委員玉琴：其實我們還是要請他們上來說明，因為他們是站在協助我們修法的角度，所以不會特別主動上來說這個法案這樣修正會有問題。像我就會請司法院或法務部上來說明法條文字這樣寫是否 OK 或是在判決時要如何執行等等，這是我們身為委員要給他們一點時間說明的；當然，我不知道衛福部在提出修正版本之前有沒有跟司法院或法務部……

主席：我先不談衛福部提出的乙案跟丙案，我的重點是李彥秀委員版本及邱泰源委員版本是在 4 月份就已提出，到現在已經半年，難道司法院完全不知道有兩個版本的修正條文？還是認為「你們通過也沒用，我不會同意的！」？你們有這個想法嗎？你們的態度是這樣嗎？你們都不想說明嗎？是不是我們在這裡搞了一整套，你們就是置之不理？是這個意思嗎？我現在很疑惑，因為上個會期，我們最後只有保留第八十二條，而且這兩個委員的版本是在 4 月份就已提出，如果再加上原本的 2 個修正動議和今天劉建國委員提出的修正動議，總共就是兩條條文和 3 個修正動議，那請問這半年以來，直到今天下午 2 點至 3 點 21 分為止，你們對於這兩條條文和 3 個修正動議，是認為不干你們的事，所以不用提出意見？還是你們提出意見，我們不理？抑或衛福部不理你們？我真的不懂耶！身為今天委員會的召委，我擔心的是，今天我們搞了半天把案子送出去，結果協商結束，法務部卻說：「我們反對！」會這樣嗎？現在我不管衛福部的乙案跟丙案，我要知道的是，4 月 6 日提出的版本，到現在已經半年了，這半年以來……

吳委員玉琴：主席，你要不要請他們上來回答？因為……

主席：你們上來回答，是不是我們現在討論都在做白工，到時候你們就全部丟掉，說這沒用，反正你們不會同意。是這個意思嗎？

吳委員玉琴：主席可以請法務部及司法院回答……

主席：我懇請、拜託你們上來給我們一句話，不要讓我覺得自己好像笨蛋一樣坐在這裡！

吳委員玉琴：今天的所有版本就先送出委員會協商……

主席：我當然知道要先送出委員會協商啊！可是協商完之後，如果法務部丟一句話說：「反正我們統統不會同意，你們自己玩假的！」那我們在這裡幹什麼？我現在很疑惑啊！我不要講乙案跟丙案，我要問你們的是，對於李委員及邱委員所提出的這兩個版本條文，你們看法如何？就算我從今天一早 9 點到現在全錯，沒有問你們同不同意，那我現在請問你們，對於這兩位委員提出的修正條文以及另外 3 份修正動議，你們的意見是什麼？

請法務部法制司蔡檢察官說明。

蔡檢察官麗清：主席、各位委員。就我看到的資料，4 月份李彥秀委員有召開一個會議討論這個條文，當時我們部裡是有意見的，而且針對這部分，檢察司也有跟衛福部溝通；記得上次立法協

商會議時，司法院代表也有提出一些意見。

主席：請司法院刑事廳陳調辦事法官說明。

陳調辦事法官文貴：主席、各位委員。因為醫療法裡面規定的是實體法，而實體法最主要在刑法裡面是由法務部主管，所以我們來列席備詢，剛才就已經表達對於這個條文的意見，也就是對於這兩個委員提出的版本，我們的意見跟法務部一樣。當然，如果委員垂詢對於哪個版本有意見，那我們就會表達哪個版本有什麼問題，但最終結果還是尊重大院決定，畢竟我們只是列席機關，只是表達所有條文的意見。

主席：所以反正今天你就坐在這裡，我就找你，然後協商完了就公告，就看你們如何處理，是嗎？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。兩位官員可以請回了……

主席：請回，反正講跟沒講都一樣嘛！

劉委員建國：沒有哦！他們兩位差很多，就我印象所及，以前我們審查醫療法時，列席的法務部檢察官及司法院法官，剛開始還會說一些話，到了後面卻都說：「本部（院）不表示任何意見。」相信高參事也很清楚，剛開始我們開的幾次會，都聽到法務部及司法院提出一些意見，但是討論到最後，尤其是這兩屆，他們都不再表示意見。其實不表示意見並不代表對或不對，畢竟醫療法的主管機關是衛福部，所以衛福部提出的條文，不管是來自部長的想法或司長的想法，只要寫成文字以後，法規會認為並不違法，就可以徵詢一下法務部的意見，這時法務部可能私下給他們一些意見，但是就像剛才邱委員說的，他所提出的修正版本，基本上還是依照法界提供的一些論述，然後寫成文字變成法律；不過，可能因為讀的大學不一樣，大家論述也不太一樣……

主席：對啊！他們的論述可以不一樣，但我們這裡還要遵照醫療常規……

劉委員建國：對啦！但只要是法，大家取得共識可以通過的話，只要不牴觸憲法或其他相關法律，那麼就算司法院或法務部反對，他們也是反對無理啊！還是要照這個法來走嘛！因為他們是執法者，在法律通過之後，他們就要依照這個法去執行啊！

剛才我特別提到過失這部分的問題，希望能夠有一個比較好的共識版，邱委員還特別要我伸出援手，其實我現在就是伸出援手，因為今天如果把所有版本都納入協商，當然召委就要擇期召開協商會議，我們就從原本的這些版本再從頭討論，我當然不希望這樣，但在實務上，我們就是會遇到這種情形，所以我認為應該要反推回去，如果我們要把衛福部提出的乙案跟丙案也納為討論版本，那麼是不是要問一下法務部跟司法院的意見？如果他們有意見，當然就會表示啊！剛才邱委員希望我在乙案跟丙案上面簽名，我之所以簽不下去，並非因為還沒有問過法務部跟司法院兩邊的意見，而是針對條文的一些看法，可能和衛福部及醫事司不太一樣，不止是醫療常規，我要特別強調，對於到底是要用「醫療常規」或是「逾越臨床專業裁量範圍」的字眼，我都沒有意見，完全尊重醫界先進的看法，但因剛才陳法官表示是吳委員詢問他，他才回答法院最後的判決還是以醫療常規的範疇做為依據。既然在法律上，對於這件事的認定是這樣，而邱委員徵詢法界好朋友，所提供的意見卻是那樣，這兩種論述本身是有衝突的，但不論如

何，只要大家認定委員會通過的版本不牴觸憲法，那就是法啊！司法院及法務部都要尊重這部法，這是無庸置疑的。重點是如果現在我們找不到一個共識版本出委員會，那麼就算出去了，之後還是要照原有的邱委員版本、李委員版本以及相關修正動議的提案，再重新討論一次；至於衛福部的乙案及丙案，也只能列入紀錄，因為根本沒有成案嘛！

其實對於這件事，我就好像沒電的錄音機一樣，一直在這裡打轉，希望衛福部還是慎重一點、嚴肅一點，儘快跟法務部取得一個比較有共識且未來可以執行的版本，這樣我們在審查時也能有所依據。謝謝。

主席：請問其他委員還有沒有什麼意見？如果沒有，那麼兩位委員的提案、3 個修正動議以及主決議就在今天送出委員會，然後再召開協商會議。

現在宣讀附帶決議的修正文字。

附帶決議第 1 案倒數第 4 行：「亦即醫療糾紛調解及補償之法制化草案，應與醫療法第八十二條修正案一併討論，以保障醫病雙方之權益衡平。」予以刪除；倒數第 2 行修正為：「爰此，要求衛生福利部應於下會期將醫療糾紛處理之法制草案送至立法院。」

主席：請問各位，對於以上宣讀的修正文字有沒有意見？

吳委員玉琴：（在席位上）後面刪除了嗎？

主席：後面都刪除了。

吳委員玉琴：（在席位上）那就把「醫療糾紛」改成「醫療爭議」。

主席：我們用「醫療爭議」，因為「醫療糾紛」這 4 個字一旦出去，相關團體都會跳起來啦！而且會被混淆成跟之前的醫糾法在一起啦！

請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。其實附帶決議上的文字是指醫療糾紛處理之法制草案，具體的法案名稱並沒有在這上面定案，譬如剛才林淑芬委員提到，在韓國的「病患安全法」，就是在處理醫療糾紛的鑑定，所以我們現在看到的文字寫的都是指醫療糾紛調解之法制草案，並沒有具體的法案名稱。

主席：其實修正過的附帶決議寫的是「爰此，要求衛生福利部應於下會期將醫療糾紛處理之法制草案送至立法院。」請問文字上要再修正嗎？

石司長崇良：（在席位上）不用，沒有法案名稱……

主席：那你一下用「醫療糾紛」，一下用「醫事爭議」，到底是「醫療糾紛」？還是「醫事爭議」

石司長崇良：（在席位上）醫事爭議。

主席：對啦！要用「醫事爭議」啦！

邱委員泰源：最好不要有「醫糾」兩字，不然馬上會引發巨大風暴！

主席：對，會有誤解啦！

吳委員玉琴：（在席位上）我同意用「醫事爭議」。

主席：好，附帶決議第 1 案就修正為：「要求衛生福利部應於下會期將醫事爭議處理之法制草案送至立法院。」；至於第 2 案，也把「醫療糾紛」的文字全部改成「醫事爭議」。

報告各位，由於今天委員同仁對於修正草案及修正動議無法達成共識，所以……

請衛福部醫事司石司長說明。

石司長崇良：主席、各位委員。附帶決議第 1 案第 4 行後半段：「應與病人權益保障之醫事爭議調解及補償法制化配套進行」中的「及補償法制化」6 個字應予刪除，修正為：「應與病人權益保障之醫事爭議調解配套進行」；另外，「亦即」之後那段話也要全部刪除。

主席：老實說，現在醫界聽到你要做醫療糾紛補償，一定會跟上次醫糾法一樣，全部跳起來！其實誠如剛才邱泰源委員所言，我們非常願意把這些醫事爭議加以制度化的處理，以同時保障醫事人員及病患的權益，甚至這樣也比較不會讓立法委員過勞，否則不時都要接受陳情也是很累的，所以我們就先把文字修正為「醫事爭議調解」；至於「補償法制化」就予以刪除，亦即暫時不提這部分，我們在調解機制裡面再去談，因為調解機制本來就有提到之後怎麼處理，而且要不要走到這步，還有很多地方要討論，就像剛才邱委員提到的，A 要先過 B1、B2 才會出去啦！這是 B1、B2 的問題，到時候再來討論。

報告各位，本院委員邱泰源等 22 人擬具醫療法第八十二條條文修正草案等 2 案經審查完竣，因在場委員無共識的情況之下，全案保留，含修正動議及附帶決議併案擬具審查報告提報院會討論並送協商。請問各位，有無異議？

請邱委員泰源發言。

邱委員泰源：主席、各位列席官員、各位同仁。我不知道法制上應該怎麼講？是在「無共識之下的狀況」？還是「共識由多版本出去協商」？

主席：我們現在送出去協商的就是……

邱委員泰源：如果是「在沒有共識之下」，那大家就「霧煞煞」啊！或是說在大家共識之下提出各種版本去做協商？

主席：要送出協商的包括邱委員及李委員所提版本以及……

邱委員泰源：不要說「無共識」啦！

主席：好，不要說「無共識」，大家都有修法共識，只是文字尚待修正啦！所以是全案保留，送出委員會、送交協商。這樣可以嗎？反正大家有共識，都認為這個法應該要修正，但針對 2 個修正草案、3 個修正動議以及 2 個附帶決議的文字部分，我們再召開協商會議；至於衛福部所提甲案、乙案一併列入紀錄，於協商中加以考量；院會討論本案時，由林召集委員靜儀補充說明；本案需交黨團協商；委員陳瑩、許淑華所提書面質詢列入紀錄、刊登公報並請書面答復；委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於兩週內答復，委員另要求期限者，從其所定。

委員陳瑩書面意見：

為使醫事人員的醫療疏失刑責明確化，減少民眾動輒以刑法公訴罪進行醫療爭訟，並考量法院判決實務與法律扣合，擬積極推動相關配套措施。其中，針對醫病共享決策機制之相關問題如下：

一、醫病雙方資訊落差是造成醫療糾紛的重要因素之一，迄今計有 165 家醫院參與，預計何時能全面性落實？

二、醫病共享決策機制到底是諮詢醫師過程中的補充條件？抑或是取代原本醫病決策？

三、醫病共享決策機制的主要目的之一，係為了提供病人及家屬在接受重大或高風險醫療行為前，具備足夠資訊以作為決策的參據，是誰的決策？病人？病人家屬？主治醫師？

四、病人不是專業更不是專家，醫病共享決策機制後的醫療行為，倘若在重大醫療行為中，病人發生重大傷病甚或不幸死亡，究竟是誰的責任？責任如何釐清？病人權益如何確保？

五、承上，在接受重大或高風險醫療行為前，所完成的醫病共享決策機制，是否有相關憑據？若無，經醫病共享決策機制後的醫療行為，倘若在重大醫療行為中，病人發生重大傷病甚或不幸死亡，政府相關主管單位的責任為何？

委員許淑華書面意見：

近幾年內、外、婦、兒、急診五大專科醫師流失的情形，造成「五大皆空」的問題。年輕醫師寧願選擇風險較低的皮膚、眼科…等所謂的「五官科」，主要的原因是五大科醫師處理的病情比較複雜，醫療糾紛的風險提高，讓資深醫師倦勤、年輕醫師卻步。若最後走上醫療訴訟一途，通常敗訴的都是病人方，但醫師也非贏家，漫長的訴訟過程造成的精神折磨難以彌補，浪費了醫病雙方的時間與金錢，更耗費司法資源。加強資訊透明化，強化與賦予病人知的權利，降低醫病誤解的可能性，可從根本減少醫療糾紛的發生，衛福部應要求醫療院所向病人誠懇告知所有資訊。自 104 年起推動的「醫病共享決策計畫」，目前僅有 165 家醫院參與，普及率應提高。另依據衛福部 105 年對民眾就醫行為的調查，有近六成的受訪者認為醫療人員未鼓勵病人提出對病情的問題或擔心，顯示雙向溝通仍有不足。

衛福部擬推「醫事爭議處理法」草案，在案件進入司法訴訟前先調停，可不用進法院就能讓雙方和解，是正確的方向。但現行已有醫療糾紛調處管道，應先檢討其成效。據調查，只有 14% 的民眾知道有院內申訴管道，而超過六成申訴後未得到滿意答覆。七成發生醫糾的民眾不會申請地方政府衛生局的調處機制。究竟是沒有相關訊息，或是根本不相信調處的公正性？且各地方衛生局的調處成功率差異極大，新北市超過 60% 居各縣市之冠，其原因在於大多數衛生局的調處程序均無醫療專業諮詢或說明，新北市調處程序則採取先由醫師書面審查意見之作法，而得以確立醫療糾紛爭議所在，以利調處的進行，其做法值得參考。

本席肯定衛福部對於醫療糾紛的處理，持續投入心力並推動各項計畫，然而，在執行面，須看中央是否能否加醫院資源，讓醫院有能力強化醫糾關懷機制並順利運行？另一方面，對各地衛生局而言，中央主管機關端出各種醫糾調處手段是否有能力照單全收？中央是否能夠為地方挹注資源，以利因應於龐大的案量或處理各種複雜度的案件。目前試辦的雙調處機制站在病方立場，或許可以較快了解案件真相、免去冗長訟送，但站在醫方立場，醫師必須在忙碌時間中親自出席調處、疲於奔命，可能會間接影響其它民眾就醫權益，且調處不一定能成立，民眾仍可以對醫師提告，真能達到「醫病雙贏」？種種問題還有待進一步檢討、改進。

主席：本日會議到此結束，現在休息。

休息（15 時 37 分）