

中華民國醫師公會全國聯合會 2015 年全國醫師共識會議會議紀錄

時間：104年5月31日(星期日)上午9時

地點：新北市政府507會議室

出席：本會蘇清泉理事長等48位、各縣市醫師公會代表等96位、相關公會(台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、台灣私立醫療院所協會、中醫師公會全國聯合會、牙醫師公會全國聯合會)代表等31位，共175位代表出席

貴賓：新北市政府朱立倫市長

新北市政府衛生局林奇宏局長、譚立中副局長

新北市議會楊義德副秘書長

台北市政府衛生局劉越萍處長

衛生福利部中央健康保險署蔡淑鈴副署長

主席：蘇理事長清泉

紀錄：曾欣怡彙整

壹、蘇理事長致詞

各位醫界前輩、各縣市醫師公會理事長、常務理監事大家早安，大家好！今天感謝貴賓新北市朱立倫市長，以及新北市衛生局林奇宏局長的蒞臨！這次辦全國醫師共識會議是全聯會二十年來首度辦理，最近熱門的醫糾法討論得沸沸揚揚，正反意見都有，全聯會持透明開放的態度尊重並接納各種意見。醫界議題相當多，除了醫糾議題外，包括健保問題、醫病關係處理、甚至國會運作等，國會運作部分今天有請特別的講者來演講，另外也有邀請媒體界代表，分享醫界塑造正面形象的方法，最近在一些事件的影響下，社會的天平有點傾向醫界，這是可喜可賀的事情，希望能讓好的面相持續下去。

台灣平均壽命男性約 77 歲，女性約 80 歲，但醫師的平均壽命比一般民眾少了 5 至 6 歲，因此當醫師除了照顧別人的身體外也要記得照顧自己的身體，感謝各位為了民眾健康的奉獻。總額成長率明年框在 4.2 到 6.2

，是十年來最高，但因為這樣我被付費者代表抗議，說我代醫界向行政院施壓，當然我們都知道這是大家長期著墨努力爭取來的，明年勞基法要實施周休二日，一天是休假日，一天是例假日，例假日不能叫員工出來加班，除非採用輪班制，因此明年開始醫療院所的人事費用會增加 10%，所以我向國發會要求明年的成長一定要有反映，但付費者代表並不這樣想，上禮拜全民健保委員會發生醫界退席，因為要用強行表決把下限拿掉，這個事情滿嚴肅的，全民健保委員會 35 席代表，醫界占不到三分之一，所以一定用協商制，不能用表決制，因此醫界的退席無可奈何。

最後，分享一個例子，我上禮拜去枋寮及水底寮，有一位退休的老師指著我說醫師一個月賺好幾十萬，一般民眾要賺一年，醫糾法的基金政府及百姓出 70%，醫界出 30% 竟然還不願意，真是貪得無厭，這是百姓反映的聲音，希望大家切勿因為天平暫時傾向醫界就得意忘形，下午醫糾法討論誠摯的呼籲大家能心平氣和，無論要推行或保留再繼續討論都可以，希望今天的議題能討論得非常愉快，最後祝大家身體健康家庭美滿，謝謝。

貳、朱立倫市長致詞

謝謝蘇理事長、醫師全國聯合會所有的理監事，還有來自各縣市所有醫界的先進及理事長大家早安，大家好！我在此以主人的身分歡迎大家到新北市政府召開共識會議，誠如蘇理事長講這是難得的機會，把醫界所關心的議題提出來討論，希望大家能取得共識，社會能夠和諧的面對這些議題，我相信一個進步的社會、進步的國家，一定要把民眾關心的問題都能解決。

從小我就知道，醫師說的話猶如父母說的話，社會上大家最尊敬的職業就是醫師，對醫師也非常的敬重，許多父母也期待小孩能夠當醫師，當然這需要資質，只有最優秀的人才能唸醫科，今天看到許多我在建中及台大的同學們，每位都比我優秀，希望今天能在和諧的氣氛之下做理性的討論，把社會所有的問題展現出來。

無論是過去我擔任桃園縣縣長或現在擔任新北市市長，我要感謝非常多的醫療院所，尤其醫師公會跟我們有非常多的合作計畫，大家說醫師很

賺錢，但卻不知道醫師為這個社會付出很多，舉例來說新北市雖然是台灣人口最多的直轄市，有 400 萬的人口，但 300 萬住在都市，100 萬住在偏遠的郊區，偏遠地區許多地區連一間診所都沒有，完全依靠衛生所或靠偏鄉的醫療體系支援，而偏鄉醫療體系要靠醫師公會、牙醫師公會用巡迴醫療或偏鄉支援駐點的方式來提供服務。長庚醫院到復興鄉後山地區要兩個多小時，板橋到貢寮、烏來的後山或到北海岸也至少要兩個小時，偏遠地區光車程來回至少就要 4 到 5 個小時，去服務很難當天來回，我去慰問山區醫療偏遠駐點的醫師時，醫師反而謝謝我讓他們有機會去休息一天，醫師在醫院裡面是早上 7 點工作到晚上 11 點，平常在自己工作崗位上已經非常辛苦，還在週末假日做偏鄉服務，並且用慈善跟幽默的心來回答，我以感恩的心代表所有的市民謝謝醫師們長期的服務。從高鐵可以直接走地下道走過來的就是新北市政府，歡迎大家以後多多利用，在此祝福大家，謝謝大家。

參、專題講座(一)：國會生態與政治運作 (詳議程)

肆、專題講座(二)：新媒體生態與溝通 (詳議程)

伍、醫師共識會議(一)：健保20年，總額15年總體檢

共識：在總額支付制度的三項可能願景「修正總額無限財務責任」、「支出上限改為支出目標制」及「廢除總額支付制度」中，依照與會代表多數意見，以「支出上限改為支出目標制」為共識願景。

綜合意見：

1. 醫界立場很多，有維護專科醫師健保給付立場、有純粹醫師照顧病人立場、有負責經營管理立場，不同議題立場不同(例如勞基法)，支持單純以醫師立場來凝聚共識。
2. 總額要上限制還是目標制，醫界有什麼力量？有什麼籌碼？可以達到目的。
3. 建議申請釋憲，因點值低、各項總額制度管控、安全準備金雖高卻與收支連動脫鉤，可比照藥界推動藥師法第 11 條時做法(申請釋憲)，雖

然會耗時，但此為另類思維可以嘗試。

4. 提供新思維為如何說服政府與民眾，當準備金超過 3 個月時，為什麼還會有四大皆空的問題，民眾為什麼要繳保費？其實不是只有醫院四大皆空，基層也是；因為內外婦兒消失及藥價調整，點值 0.9 對醫界犧牲太大。
5. 經過總額 20 年的經驗，如果說要診所或私人醫院停診、不簽約，這是醫界沒有辦法合作的，因為健保還留有公立醫院，如果說要廢總額，也不是醫界說要廢就可以，醫界沒有這個能力。
6. 要達到 1 點 1 元要從總額架構開始檢討，有協商與非協商因素，明年的總額是從 4.02% 開始起跳，這對我們的點值幫忙很大，非協商因素為固定項目，協商因素每年構想與爭取項目時都十分困難，應逐漸爭取，從架構、國會運作開始改變。
7. 建議應先了解院所與健保署簽署的契約，總額在民眾要求服務品質與醫界自願提供服務的立場上不同，預算才會容易爭取得到；如要動用安全準備金，依法無據，較為困難。
8. 其實 1 點 1 元就是廢總額，因為沒有總額浮動了，以加拿大為例，當預算用完時，院所休診，減少門診只有急診，是以這樣的方式提供服務，所以可以減少服務，其實限縮給付範圍也是限制醫療浪費，1 點 1 元問題要往修法方向努力邁進；另一個是上街頭，這個是目前還未討論到的方式，但問題很多，茲事體大；專科醫學會與全聯會相輔相成，但在共識會上是背道而馳的，因為專科醫學會會期待新藥新科技的引進。
9. 醫界是有許多不同團體，議題不同時立場不同，例如：新藥新科技以前沒有總額時是健保署管控，有總額時是醫界管控，這是因為財務責任由健保署轉移到醫界，如果之後由專科來管控呢？全聯會要在立足點上找尋平衡，無法滿足大家的要求。
10. 總額目標制或上限制的問題，因協商關係，付費者不會讓總額的成長率達到上限，都會留有空間，建議總額協商成長率未達到上限時，多餘部分可以移列到其他部門，當點值低於某個範圍時，可以補足點值

，這樣不需修法，也達到目標制概念。另今年健保會付費者投票決議，成長率下限為 0%，當然適法性會有問題，亦可顯見付費者態度之強硬，如果醫界態度不強硬，最後的結果就會是這樣。

11. 總額釋憲的問題可以再討論。

12. 什麼會讓外面的人怕醫界，一是有辦法集體罷工，讓全國國民得不到醫療服務，但這是需要全體醫師都過得不好才有可能，二是得到很多法案支持，這就要像美國、日本的醫師公會可以左右他們的立法委員跟總統的選舉。所以在可行性分析上，如果是安全準備金，因為健保費、補充保費是雇主付最多，而且經濟成長，補充保費會持續成長，調降費率有點可惜，或是先補到點值後再調降，這些都需要有母法支援，這就要靠立委；如果是健保制度跟五大皆空，內外婦兒會少，除了風險，就跟給付有關，是不是其他科願意同意，損失一點給付，調升五大科給付，不見得是診察費，而是其他診療處置項目，讓大家可以有時間、有錢可以獲得生活品質，可以做更多的事。

13. 1 點 1 元是大家的目標，提出不用修法就可以做到的觀點，103 年由北醫承接健保署滿意度調查，民眾滿意度是 98%，而且同意醫師例假日休診的比例也高達 95% 以上，在這前提之下，是不是表示可以減少供給面，並配合政府新的勞基法、新的工時制度減少看診，這是未來全聯會可以積極介入的方式。

14. 應請各科提出不合理給付之重點，以外科為例，執行 1 項全額給付，第 2 項減半給付，第 3 項 1/5，第 4 項以上完全不給付，這樣的制度，如果讓民眾先做第一條心臟血管支架，第二條明年再來做，在生命有風險的情況下，民眾會願意接受這樣的健保制度嗎？

15. 過去成長率都是在 1-2% 左右，為什麼今年成長至 4%，另若付費者說下限 0%，全聯會的因應策略為何？

16. 關於醫療提供跟需求問題，不宜用人工推動方式減少服務，應要讓其自然崩壞。另付費者的表決有違健保法第 5 條第 3 款第 1 項，總額相關協定事項不能以表決方式決定。

17. DRG 制度或許是總額 1 點 1 元的轉機，未來如基層要實施，可以慢慢

規劃，例如論病例計酬，在有限疾病下慢慢擴展。

18. 有關非協商因素 4% 是因為醫療服務成本指數中，人事成本薪資指數變動大的關係，也因為薪資指數每年不可能都反應這麼大，故往後幾年也不一定有這麼高的成長，可能還會回歸到常態。DRG 要 1 點 1 元不是沒有可能，以醫院的情形，在總額內會壓縮門診診察費，因為 DRG 在整體住院有 60-70% 以上的費用，浮動點值下，其他部分的費用就會更少，建議放在其他總額，但健保署不見得願意，因為有很大的財務壓力。
19. 非協商因素有自然老化、人口增加及薪資改變 3 項因素，過去台灣的薪資都在凍薪，這種情形下指數的成長是非常緩慢，103 年有 4% 成長是因為薪資提高的關係，未來非協商要維持 4% 的成長率，就要看國內整個薪資結構是否可以改善。醫界提出之共識常常不集中，站在健保署的角度希望大家的意見是集中的，可以聚焦討論，但在談共識、策略、各項環節時，一定要思考可行性。

陸、醫師共識會議(二)：討論「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」

專題講座(三)：醫糾兩法：面對十字路口的選擇 (詳議程)

專題講座(四)：醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案簡析 (詳議程)

與會者發言摘錄：

李醫師偉強：

1. 醫療法八十二條之一草案跟醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案是兩個法，只單看醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案導致怎麼看都不對。
2. 醫療法八十二條之一現仍在衛環委員會。當初有一個衛環委員會決議說要先審醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，再來考慮八十二條之一之增修之通過。
3. 為了讓「醫療法八十二條之一」能夠與「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」一起處理並兼顧立法的原意，建議醫糾法第 61 條可以修正為：「本法等醫療法第 82 之一條通過一年後實施」。

4. 醫糾法如果只是為了處理不到二成被法院判決有過失的醫糾問題，其實買醫療保險或許就可解決，但當初訂立醫糾法是為了適度減少另外八成經過漫長訴訟過程後，最後法院判定沒有過失的醫糾爭議，也就是目前普遍存在三低一高(高偵查率、低起訴率、低課刑率、低抗告率)的濫訴問題。但由於整個立法程序太長，有些人只一再強調為何醫師沒有過失卻要付錢，看來立法立意雖好，但沒有達到有效的溝通，日後要再加強。
5. 醫糾法第 31 條，中央主管機關應辦理醫療事故補償，可於五年分階段進行，已經考慮到財務問題及若干實施後的困難，建議若有共識可以再延長分階段完成的期限。
6. 醫療事故補償審議會的設立就是為醫病雙方可能存在的道德風險把關類似的機制在其它法案及救濟基金的運作上亦有，且運作地十分成熟。
7. 共識會大共識可能有四個選項，日後：(1)醫糾法跟醫療法 82-1 增訂都要繼續立法 (2)祇要醫療法 82-1 增訂，不要醫糾法 (3)只要醫糾法，不要醫療法 82-1 增訂 (4) 兩法都不支持繼續。在座應發揮大智慧，以尋求醫病關係更和諧為出發點，找到醫病雙贏的共識點，難道大家滿足於現狀嗎？
8. 補償金目前限縮在死亡跟重大傷病這兩部份，至少要花到 15 億元。現在最多的共識醫界所出不要超過千分之一，但千分之一的分母為何需要思考。健保一年 5600 億，裡面約有 1500 億是藥費支出，還有其它支出，那些應列為計算的基礎，應有更詳細的討論。
9. 「醫療法八十二條之一」增修與「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」的立法原意是要達到醫病關係更和諧，改善目前日趨緊張的醫病關係及持續增加的醫糾與訴訟，其中有許多是可透過醫糾法規範的多重機制去減少醫師跑法院，及目前五大皆空的現象。請各位先進發揮能從不同的角度去審視這兩項法案。

黃律師品欽：

1. 衛福部 104.5.16 修正條文將醫糾法第三十二條之醫療風險分擔金由醫事

人員負擔刪除，但並無不得轉嫁醫事人員的配套措施。

2. 醫糾法關於遺憾與道歉之相關條文(第 6 條、第 21 條)，從條文及立法理由無法得知關於遺憾與道歉的陳述保護範圍採的是部分道歉、完全道歉，將導致在溝通調解、調解程序中之陳述仍可能作為證據。
3. 當事人無正當理由不於調解期日到場，於民事訴訟法規定罰款只有三千，在醫糾法卻變成三萬；且所謂正當理由定義為何？若醫療機構不想讓醫師第一線面對衝突的話，就應該找代理人出席，但一般診所去哪裡找代理人？如果當初在溝通關懷的過程就不順利時，強制醫師出席調解可能醫師只是等著被罵，最終也是讓醫病關係更惡化。
4. 擴大補償範圍：有因果關係及無法排除因果關係為限，如何緊縮或解釋到時候會產生難題，只要醫療行為產生不良後果就都會送到審議會，若補償沒過仍然會跑到法院。希望能重新評估預算。
5. 非以治療疾病為目的的美容醫學不補償，從官方對醫療行為與美容醫學的定義來看，會有互相矛盾的問題。從事美容醫學的機構是要繳納分擔金或減免金額？
6. 醫療糾紛的專業評估：本草案規定，只要民眾認為有醫療不良結果，都可以申請專業評估。此大方向是對的，避免一開始就進入訴訟。在訴訟前透過專業評估可知處置有無問題，但這同時也衍生問題，病患不管大病小病都可申請，未來申請數量必定大增，無形中增加醫師負擔。且這些專業評估的教育訓練怎麼做？若教育訓練沒做好，反而會出現模稜兩可的答案，導致訴訟的增加。只審酌病歷，是否會有資料不足的問題。
7. 調解成立後可否再申請補償？調解成立時，民眾得到的調解金，與醫療事故補償可能會讓民眾有雙重得利的情形。
8. 訴訟權與申請人之範圍不同：解釋上不以申請人或受領人本人提出訴訟為必要。
9. 醫糾法第四十條解析：應於知悉提告時即命受領人返還或作不予補償決定，不應等到刑事判決確定後，在訴訟期間不命返還且將刑事判決直接視為民事賠償不合理。
10. 醫糾法補償可能會造成醫療糾紛的增加，甚至可能出現類似醫糾處理的

顧問公司，令人擔心。

陳常務理事夢熊：

1. 2005 年開始主推的法條為醫療法第 82 條之一的增修，當時全聯會的口號就是醫療刑責明確化、合理化。2012 年 10 月 25 日醫療法第 82 條之一到立法院時，立委要求在民眾部分做平衡，責成行政院於一個月內將行政院版本送至立法院併案審查。本會無心插柳柳成蔭，反客為主讓醫糾法優先於我們要的醫療法八十二條之一。
2. 前前後後十年，全聯會絕無黑箱，開了無數次會議，在此表達遺憾，也替在此努力的學者、教授、工作人員感到非常痛心。縱使醫糾法目前仍有不盡人意之處，全聯會的辛勞與付出，絕不能以黑箱作業抹煞。

邱常務理事泰源：

昨天有機會跟李明濱理事長與柯文哲市長通過話，柯市長表示做什麼事心存善念即可。李明濱教授也強調過去在公會服務，對外意見及工作方向皆通過理事會才發表及努力。我們都是無私無我為了台灣醫界來努力，大家應放下成見，智慧地來討論。單位已有共識的先發言，每單位發言不超過三分鐘。

花蓮縣醫師公會黃理事長啟嘉：

不管達成甚麼共識都要加前提：為了民眾，能夠避免醫師無法放手救人。

高雄市醫師公會蘇理事長榮茂：

高雄市共識會議中 98% 認為要暫緩、從長計議。

新北市醫師公會吳常務理事梅壽：

對醫糾法抱持反對立場：第一，千分之一以外的支出仍來自我們繳納的稅，第二當診所或醫院負擔風險金時，仍可能轉嫁給醫事人員分擔。第三，醫糾法共六十一條的法條竟然能修改十一條，可見本法條仍有相當多的問題，應集思廣益，不必急於本會期通過。

宜蘭縣醫師公會詹游常務理事昭常：

醫糾法的補償政策像是一個錢坑、黑洞，恐暴增醫療糾紛案件，不應貿然草率通過醫糾法草案。宜蘭縣醫師公會 5 月 22 日臨時理監事會議聯席會議：全體決議擱置。反對醫糾法建請擱置之醫師公會絕非如大會手冊所記載的只有一個宜蘭縣醫師公會，更非由一個人能左右。根據中華民國基層醫療協會網站中，醫聲論壇所載，有 6 個醫師公會贊成擱置，3 個反對擱置，其餘尚未表態或保留。又高雄市醫師公會 4 月 13 日健保政策委員會及醫療糾紛調解委員會聯席會議：出席 30 餘位，僅 5 位贊成。又台灣社區醫院協會：反對繼續推動醫糾法。

高雄縣醫師公會盧理事長榮福：

4 月 13 日緊急召開醫療糾紛委員會及健保政策委員會，其中 5 票贊成，22 票反對。結論：反對。

台南市醫師公會王理事長正坤：

全國醫師向中央政府投書反對醫糾法，以台南市醫師最多。醫糾法立意良善，原本是要減輕醫師、民眾與法院的負擔，但魔鬼藏在細節裡，醫糾法，在北歐實施良好的制度，移植到台灣會怎樣。為了避免重蹈健保覆轍，應該要把細節討論好再來同意是否要通過。

醫勞盟王理事世晞：

首先感謝全聯會法規委員會，由修改醫療法 82-1 條醫療刑責合理化到目前醫療糾紛處理及醫療事故補償法完成立法院一讀通過所做之折衝協調及努力。

然而，由於時空背景之不同以及醫護公民運動之崛起，社會氛圍已經並不像最初企盼要求去刑化那時醫界面臨社會大眾的指責及壓力。面對醫療暴力，藉由醫界發起的全民運動，讓立法院在上一會期前修改醫療法，讓施暴者透過立法得到應有的制裁並且讓醫護人身安全得到相對保障。面臨醫療糾紛，唯有挺身而出，以告止告才能維護醫界尊嚴及阻嚇醫療糾紛事件。日前北榮事件更為全民運動寫下最好的註腳；唯有醫界團結，勇敢的發出醫界的聲音，這是足以改變社會大眾對醫界觀感同時給醫界進一步前進

的力量。

在召開共識會之此刻，醫勞盟再次強調反對衛福部強推「醫療糾紛處理及事故補償法草案」，本草案應先全案擱置，且不設期限地持續與各界溝通與討論，凝聚共識、增加基礎並切實檢討醫療糾紛產生的最大系統性原因：政府放任醫師過勞，使醫師在普遍過勞的情況下照顧病患；未立法限制護病比，使護理過勞，生病也照常上班，讓病人照顧病人；政府漠視分級醫療、分級轉診，使病人無法獲得適切照護；政府容忍健保黑箱核刪，造成防禦性醫療泛濫，排擠真正需醫療的病患權利。

現行衛福部版醫糾法違反立法初衷，醫療糾紛只會不減反增，造成「有吵的孩子有糖吃」的蝴蝶效應。在領取補償金後，病方仍有繼續訴訟之權力，將使醫糾蟑螂橫行，大家不堪其擾！補償金方面，由5月8日衛福部提供的資料顯示，依照澳洲研究推估台灣潛在補償金為900億，研究至少也要400億！而非衛福部對外宣布的15億元。這幾百億的錢坑法案，在民意基礎薄弱又不受全民監督的前提下，衛福部實在不應該強渡關山，硬要醫糾法通過！

醫勞盟站在第一線醫事人員的立場，要求政府先行改善醫療糾紛上述幾點的系統性原因，並在社會各界未有共識前，不反對政府試辦各類醫療風險救濟（如生育事故救濟、藥害救濟、疫苗救濟、全身麻醉救濟）。但此類醫療風險救濟，應回歸社會救濟的基本精神，由政府編列預算支應，回歸由醫療使用者共同負擔、共同承擔因醫療不可預測的風險產生的遺憾結果。縱觀時勢，自從衛福部醫糾法版本通過一讀後，隨即在醫界引發震撼。除了網路串連超過四萬基層醫護堅決反對衛福部版醫糾法。關心醫界的立委如田秋瑾委員及黃昭順委員，或用聚餐方式或公聽會型式了解醫界為何反對醫糾法之心聲。朝野黨鞭賴士葆委員及柯建銘委員於5月21日分別會見醫界人士，也同聲表達在醫界無共識之下，在6月16日立院會期結束前，擱置衛福部版醫糾法。柯立委甚至明白表示有需要應凝聚共識逐條討論。Open DPP更史無前例在8天之內達到1萬人聯署門檻，提入民進黨中常會做成「的確有再深入討論、凝聚共識的必要」及「整合出醫界、法界、民間團體等都能接受的版本」等結論。

這是一個契機，一個足以改變醫界生態避免醫糾惡法通過之契機。當我們正埋怨我們醫界前輩之前在攸關醫界權益及尊嚴的法案上，不斷退守的同時。在座諸位所做的決議也正會改變我們醫界後輩的希望和未來；是許一個符合公平正義的行醫環境，或是醫糾未少紛爭不斷的未來。決定權就在各位先進的手上！

雲林縣醫師公會吳理事長欣席：

1. 雲林縣醫師公會非常高興、感動全聯會舉辦本次共識會議，讓大家坐下來討論一些事情，是一個可喜可賀的現象。希望以後如果有機會，大家還能繼續在討論事情上表示我們還是好兄弟。
2. 5月20日雲林縣醫師公會第一次臨時理監事會議中，決議本案不宜在此會期通過，應暫時擱置、從長計議。以免造成濫訟或過多賠償，甚至無法釐清醫師與病人之間責任，連公部門都被捲進來，造成社會上更大對立。
3. 最重要的問題仍在不公不義的全民健保制度，讓醫界喪失訂價權，無法將風險合理轉嫁到每次醫療行為上面，於是我們只能希望政府分擔，但政府亦無誠意，小弟對此為醫界感到困惑與悲哀。

臺中市大臺中醫師公會魏理事重曜：

大台中醫師公會診所協會在前天有辦一個小型共識會，與會人士 33% 贊成擱置；35% 贊成本草案分割成糾紛處理法及事故補償法，切開不要綁在一起，因為糾紛處理平台建置可貴，包括關懷、調解、後續的除錯；其餘贊成看法條修正如何再繼續推動。

臺中市大臺中醫師公會陳秘書長俊宏：

基本上本公會不會反對醫糾法，但有幾個問題供大家思考：

1. 條文立意良善，但應思考推出法案後可否駕馭，在今日政治凌駕專業的前提下，大家都不守法，即使法律制定再好，也有可能因醫糾法讓醫師處於更弱勢的環境。
2. 教育訓練準備好了嗎？最近發生疫苗補償法案，因公務人員疏失，造成醫師被告。若無準備好配套措施，就貿然推出醫糾法，會讓所有醫師陷

入司法風暴。

屏東縣醫師公會鄭理事長英傑：

五月十二日開理監事聯席會，經熱烈討論民調顯示：非常贊成 0 票，贊成 0 票，中立 2 票，反對 12 票，非常反對 22 票，因此決定暫時擱置。希望未來集思廣益，修出大家真正可以接受的法案。

桃園市醫師公會陳理事長志忠：

1. 假設網路上對醫糾法許多的指責是對的話，推動的政府部會與全聯會所有的行動，都是對醫界有害的，真是罪孽深重，應予以譴責。現在地方、網路上消息非常混亂，大家做民調，問題是每個人都瞭解嗎？真假不明，很多人抓著其中枝節問題大肆攻擊。
2. 假設醫療法第八十二條之一是我們醫界努力十年所希望得到的，我們很多法界前輩告訴我們，此法通過相當於醫療行為去刑化。當然有人認為醫療法第八十二條之一修正也不要了，因為裡面提到「醫療常規」。有關「醫療常規」與「醫療裁量權」這事情的辯論，涉及很多法學及醫學理論，我們可以開個研討會，辯明是非。
3. 立法委員屆期不連續，本屆立法委員也許是我們得到八十二條之一最好的時機。我們審視立法院的議事記錄，醫糾法初審時可發現不是每位醫界出身立委都為醫界講話。民主政治是一個自作自受的制度，我們醫界要懂得 Give and Take，不是我們醫界想要怎樣就怎樣，要立法院去做決定。
4. 沒有時間談醫糾法細節，但第八條完全違反訴訟法上「以原就被」的原則，將讓醫界疲於奔命，我們無論如何應該爭取醫療糾紛調解應在醫療行為發生地為之。
5. 看法不同要好好溝通，不要讓人民內部矛盾搞成敵我矛盾。建議衛福部與全聯會的長官，在下個會期前好好地到地方上溝通說明，不要在此開會，沒有完全經過討論就做決定。

苗栗縣醫師公會吳理事長順國：

肯定全聯會的努力與推動，但因裡面藏了很多不可預期的東西，希望要將

所有疑慮澄清後再推動。

台灣社區醫院協會謝常務理事景祥：

1. 嘉義市醫師公會召開臨時理監事會議，全體理監事反對醫糾法，認為一定要擱置，嘉義市五大醫院更在麻醉科醫師串聯之下，在三天內有百分之八十的醫師簽署反對。
2. 我們最擔心的不是錢而是醫療糾紛會爆量，急重症醫師在發生醫療事故後百分之九十都可以透過溝通解決，但醫糾法上路後，這些原本可說服溝通的爭議恐怕都會變成醫療糾紛，就算不出到半毛錢，也無法忍受增加十倍以上的醫療糾紛，所以一定要反對醫糾法。

嘉義縣醫師公會吳理事長正雄：

對醫糾法仍有疑慮，在還未達成共識前，嘉義縣醫師公會贊成暫緩。

新竹縣醫師公會古常務理事有馨：

1. 醫糾法太多風險與不安因素，不贊成情況居多，但醫糾仍會存在，各地公會仍要盡量與各地衛生局溝通，讓公會主導調處，並推動地方法院調解有醫事人員進入，醫法雙調。
2. 醫療法第八十二條之一，醫療常規的制定讓人很納悶，是放諸全國皆準嗎？是否會害了偏遠地區或醫療資源不足的醫師，因醫療常規的設定，反而使他們變得有問題。醫療常規是否應改個名稱，而其制定也應考量院所的服務能量，會依所在的地區及層級不同而有所不同。若要推動八十二條之一，應再加以好好討論。

牙醫師公會全聯會張常務理事文炳：

1. 醫界還未達成共識之前，暫緩實施醫糾補償辦法。
2. 如要通過醫糾法，醫療法第 82-1 也要配合修正通過。
3. 補償基金應 100%由政府負擔。若真的要醫界負擔，補償基金各科專款專用。
4. 醫糾法第 40 條對醫事人員極度不友善，建議修正或廢除。

臺中市醫師公會陳副理事長文候：

1. 臺中市醫師公會是最早跟法院合作實施醫療調解制度的公會，由陳正和理事〈他也是全聯會理事〉，創造該機制，得到很多縣市的回應。
2. 星期五臺中市醫師公會開過理監事會議，與會許多大醫院院長級的理監事對醫糾法抱持很大期待。當中雖有缺失，但大方向來說是支持去推動醫糾法的。
3. 假如訴訟增加及醫師被重複剝皮等憂慮可以避免，臺中醫師公會贊成繼續推動。推動的好處在於可以減少大醫院的醫療糾紛，有機制讓醫療糾紛獲得妥善解決，減輕醫師心理及財務負擔。臺中市醫師公會的立場是肯定全聯會及許多立委的努力與幫忙。但上述不利的因素一定要排除，以免造成傷害。

中華民國基層醫師協會王理事長欽程：

本會經討論共識結論擱置，政府要拿錢出來，我們卻未有謝主隆恩的理由，是因為看到很多問題，甚至在高雄市拍到照片，已經有人成立醫療事業公司專辦醫療糾紛。可見問題十分嚴重，可能得到利益卻反而要付出更多，因此考慮的結果為擱置，高雄市醫師公會的討論，包括大醫院都是反對。

基隆市醫師公會林理事育正：

1. 基隆市醫師公會希望暫時擱置本法案。小弟今年未滿四十歲，提出分享年輕人的心聲，不管在同學或社群討論，都是多數贊成擱置。
2. 知道前輩付出很多，相信不利於醫師的法條規畫是受到外界力量來的。建議先思考全聯會好像無法跟年輕醫界直接溝通，是不是可以設計一個機制讓年輕人的意見較能表達出來，因為法令設計影響的是未來世代，如用醫師 IC 卡收集會員意見，事實上會比較好。
3. 醫糾法部分，建議設計日落條款，因為大家擔心的是法條一過，醫糾不減反增，基金負擔越來越多，若要让法律過的話，應考慮不幸碰到壞的情形要如何走下一步，若本草案不幸通過，或者未來有任何法案要跟醫界拿錢，建議用總額制限制點值出來再給付，以免讓基金無限膨脹。

中醫師公會全國聯合會陳委員俞沛：

代表中醫師公會全國聯合會陳述意見如下

1. 醫療法第 82-1 修正案要先通過再成立醫糾法，法案中的醫療常規這個詞應去掉。
2. 不同科別醫療風險不同，不應統一用醫療支出費用千分之一作為補償。
3. 關於獲得補償後提告的情形，建議限制為先行返回補償金，再提告。
4. 草案第 44 條嚴重違反民眾的權利，反對無限上綱查稅。
5. 衛生局已經有調處流程，中醫師很少有死亡、重大傷害，幫忙不大。日後醫師公會如有需要中醫師公會配合，願意一起努力。

新北市醫師公會張理事長嘉訓：

新北市大部分理監事都希望暫緩立法程序，個人觀點給大家參考：

1. 本法是因醫療法第八十二條之一，當時希望醫療刑責明確化、合理化，希望本次共識會議是開端，不要將醫界內部搞成敵我對抗，對一件事情或許有不同思維或理念，但不要認為反對或贊成的人就是不對。所有為此法案努力過的所有幹部，包括前任前前任理事長都要給予掌聲。
2. 我們當然想要爭取對醫界最有利的，但大家要記得，社會不止有醫界，還有民眾、政府、立法院、媒體等力量相互拉扯。我們醫界既然是贊成本法案擱置，但可以利用之後的時間好好省思每條規定利弊與去留。雖然暫緩推動本法案，但我們全聯會未來仍要繼續推動讓整個醫界不要因為醫療糾紛走上訴訟的途徑，呼籲醫界要團結。

李醫師偉強：

1. 「醫療法八十二條之一」與「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」的立法原意是要醫病關係更和諧，這是最重大的目標，但在這個時機點討論醫糾法坦白說不是最好，因為台灣出了一些「信任」的危機，包括醫界內部、醫師與醫院、醫師與病人、醫界與法界間，都不是那麼互相信任，偏偏這個法是以信任為基礎，所以看來我們還需要一些時間重建信任及更多的溝通。
2. 「天底下沒有白吃的午餐」，立法院及行政部門不可能立一個法，絕對

偏向某些團體，立法院基本上代表全國民眾訂定法律，不是代表特定的行業，我們以後跟立法院還有很多要溝通的事情，在過去曾經任職醫事司過程中，發現全聯會很多長官、幹部對所有法案都是步步為營，充分考量到大家共同利益，而不是針對個人或個別縣市，我們應該要肯定與感謝，至少我可以見證在過去審查醫糾法的過程中，全聯會幹部對此共同的努力。當然，所有的努力都有進步的空間，今天大家的意見，也可以做為未來法案再推動的起點。

黃律師品欽：

1. 醫病關係是每個醫師與病人間最基礎的信任，但醫病關係間是否要用補償？常言道人心是最不能測試的，如果貿然推動補償，是否可能導致加速崩壞。但醫病關係的建立與信任，法案並不是完全有問題的，很多家屬在第一時間失去親人時，是希望能知道真相，在現行規定下，若不相信醫院說法，能做的除了調處外，只有進入訴訟。並不是所有的病患都願意走這條路，但他可能希望有一個公正客觀的機構、意見，讓他知道真相。
2. 當然有時候連醫師都不知道真相為何，在除了要錢以外，如何讓病患安心，反而可在最根本降低很多醫療糾紛問題，例如關懷溝通等等，醫糾法雖未通過，但很多醫院有關懷溝通小組，這些路、這些方向都是正確的。但若扯到補償，尤其在法條規範不嚴謹的時候，很多人都會覬覦這個大餅，並不是所有的病人都是不理性的病人，但是很多如醫糾蟑螂或其他第三者，會看到這塊有可能會導致，這是人心的試金石，最後受傷的是醫師本人，在這個程序中打轉，並非大家所樂見，希望繼續努力。

邱常務理事泰源：

1. 有些單位雖然未舉手發言，但有提出書面意見，可參見今日會議資料。
2. 全聯會有整理過去努力歷程，看到許多幹部同仁的努力，如蔣世中副秘書長，雖然前屆並未擔任副秘書長，但相關會議都有受邀一起到立法院，熱心為我們醫界做事，我們也應掌聲鼓勵。

陳常務理事夢熊：

1. 回應基隆市，有關年輕醫師與公會溝通的問題，我個人看法可透過公會，公會都有公會的幹部在全聯會，包括各地公會理事長都在全聯會理事會當然列席，或者單獨寫信到全聯會也會接受。假如說每個年輕人都要溝通，坦白說全聯會沒有這種能耐。
2. 在和立法院妥協或溝通的情況之下，跟行政部門三方面的時候，記住早上劉省作主任所說的四個字：給、要、妥協，絕對沒有單方面要百分之百的，絕對要不到，立法院諸位委員不會只考慮到醫界，我們要想立法委員的立場。
3. 昨天收到張志華理事長的文件，感到刻骨銘心非常感謝，但之前好像不是寫這樣子，尤其最後一段，有關於醫界前輩，這些前輩做的事有他們的時空背景。現在有醫界的時空背景，但醫界的老前輩跟當年衛生署、衛生處溝通時有其時空背景，我們要去同情他們，不能一概抹殺。
4. 今天的共識，程序上要提 6/7 會員大表大會通過後，才能作結論。

蘇理事長清泉：

1. 今日共識會是 20 年來第一次，這次共識會議非常成功，以後只要有全國性的議題本會將持續舉辦共識會議，且地點不限於台北市。
2. 全聯會理監事會議各縣市醫師公會有兩席代表，我們跟年輕醫師的溝通比較不足，可以補強。
3. 醫糾法是在 101 年 7.8 月間，民進黨劉建國委員提案，台北林世嘉委員覆議，並提案醫療法第八十二條之一要修正，必須有醫糾法做配套，因此 9 月或 10 月做成決議逼出行政院版本。行政院版本在 101 年 12 月就提出。若年輕醫師對此案有徬徨、憤怒我可以接受，但若是各縣市醫師公會理監事連法條都沒有念完就亂罵一通，我沒辦法接受。
4. 103 年 5 月 29 日全部條文審查完畢，只剩下一條補償基金未達共識，每一條在對抗時只有我為醫界講話，連病歷由誰出錢都堅持由病人來付、醫師出席調解會僅限一次。可是直至今年大家才對醫糾法熱烈討論。田秋堇跟陳節如委員在這一屆要畢業了，所以我今年才在常務理事會、醫

政委員會提案討論醫糾法，大家不是沒有盡力，一再地罵是不道德的。衛福部調解委員醫師的培訓已達 500 多人，關懷小組也在做了。

5. 法務部、衛福部、健保署等今天都沒有人來，衛福部已經盡力了，第八屆最後一個會期我也不想推了，等到下一屆再說，屆期不續審，要再重來。反正沒這個法也走三十年了，但跟大家報告，我自己的醫院現在有五件醫療糾紛，其中有三件刑事案件、兩件民事案件，三件為神經外科、心臟外科，一般外科；兩件為婦產科、一般外科。醫療糾紛最少為牙醫及中醫；最多的為婦產科、麻醉科。保險金最少的也是牙醫、中醫；最多的為外科、婦產科、麻醉科。全台區域醫院級第一間保醫療責任險的醫院即為安泰醫院。長庚醫院至今不贊成醫糾法，因為長庚醫院醫療互助金 4000 多萬，每年僅賠 2000 多萬。
6. 醫糾法不分藍綠。賴清德市長表示有一個法可以緩解惡劣的醫病關係，我們沒有理由把它丟掉。賴清德為民選市長、醫師，他的角度是兩方面的，我也是。這個法暫時保留，各縣市醫師公會還是要跟地方法院密切配合。

初步結論：醫糾法案疑慮深歧見多 立法程序不宜繼續進行。(聲明如附件)

柒、散會：下午5時25分