

檔 號：

保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29
號9樓

承辦人：黃佩宜

電話：(02)2752-7286#124

傳真：(02)2771-8392

電子信箱：petty124@tma.tw

受文者：如正、副本收受者

發文日期：中華民國103年11月20日

發文字號：全醫聯字第1030002597號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：會議紀錄乙份

主旨：檢送本會第十屆第八次醫療政策委員會會議紀錄乙份（如附件），請查照。

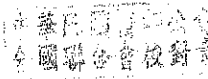
說明：

一、本紀錄為內部參考用，俟理事會通過後實行。

二、惠請確認紀錄內容，如有疑義請於103年11月27日前回復（未回復則推定為同意）。

正本：醫療政策委員會各委員

副本：郭監事會召集人宗正、蔡秘書長明忠、李副秘書長志宏、蔣副秘書長世中、林主任秘書忠劭、各縣市醫師公會（均含附件）



理事長 蘇清泉

本案依分層負責規定授權邱召集委員泰源決行

中華民國醫師公會全國聯合會

第 10 屆第 8 次醫療政策委員會會議紀錄

時間：103 年 11 月 4 日（星期二）下午 2 時

地點：臺北市安和路一段 27 號 9 樓（第二會議室）

出席：張清雲、吳欣席、吳國治、吳梅壽、陳振文、楊立群、趙 堅、
劉家正、蔡有成、蔡其洪、鄭俊堂、羅倫樞

請假：陳日昌、陳相國、陳穆寬、黃永輝、賴文德、蘇主榮

指導：蘇理事長清泉

列席：蔡明忠、李志宏、林忠劭、李美慧、甘莉莉、陳思綺、盧言珮

主席：邱召集委員泰源

紀錄：黃佩宜

壹、主席報告

一、主席報告

感謝鄭俊堂委員的提議及秘書處苦心安排，今日有兩位台灣醫學生聯合會的代表共同與會，一位是李俊康對外副會長，目前是陽明醫學系大四學生，另一位是陳宥任顧問，畢業於陽明大學醫學系，目前於台北榮總擔任不分科住院醫師，歡迎兩位的參與。醫政是為了民眾的健康及醫療環境的改善而努力，全聯會過去著重在醫療糾紛刑事合理化的相關事宜。現在無論是國內或國際間等外界環境變化對醫界的影響，醫政有更多要努力的地方，尤其是對於十年後台灣的醫療環境發展，要預先做出因應對策，我們為此方向持續前進。同時，在醫療現況中也面對到健保等相關政策許多問題，有賴全聯會的各委員會、理事會及各地公會共同關心，為重要政策一起努力。因此有關醫界的任何問題，大家都可以隨時透過醫政委員會這個平台發聲。

二、蘇理事長清泉

最近談了，健保基金這五年來從來沒有像現在這麼好，有一千多億，所以各科給付有不公平的現在可以提出來。藥界現在已經會跑到病人家裡、養護中心、安養中心，或在臺大醫院藥局外面收慢性處方箋，這方面是接下來大家要多用心的地方，感謝邱召集委員對醫政委員會用心的領導，未來也請大家持續協助。

貳、討論事項

一、案由：請研議”急診特殊科別人力不足”因應之道，並函部重視。

(提案人：吳委員國治)

※摘錄各與會者發言重點

吳國治：新竹市發生的問題是半夜小兒科急診科醫師，因家屬要求或不太敢看兒科，而要求小兒專科醫師出來看診，很多急診外包的醫院也不看小孩，新竹市的大醫院後來協調輪班，結果仍被民眾申訴，衛生局還委外做小兒急診 APP，讓民眾可以查詢，也請當天沒兒科專科醫師值班醫院的急診科醫師仍先看診，同時告知民眾哪裡有小兒專科可以看，雖然民怨已減少，但仍無法解決根本問題，都會區之外的地方都可能發生，但若給兒科醫師太大壓力，只怕會跑去基層開業。其實眼科及耳鼻喉科也有相同問題，急診科醫師不敢看眼科，眼科醫師又比小兒科更少，像眼睛角膜有異物急診醫師不敢拿，病人一點來若放到八點會引起民怨，急診科的訓練要足夠，衛福部也要對民眾宣導急診醫師的訓練足以看診，但每個地方的政府又希望能由專科醫師照顧市民，目前急診制度是扭曲的，應函部重視相關問題，做系統整合及制度的檢討修改，才能化解醫療糾紛。曾有小兒科教授提出 40 歲以下的開業醫要將輪值急診納入學分，才能更新執照的方法，新竹市方面我也曾提出，醫院提供 2/3 的照護，剩下 1/3 請開業醫協助，但基層醫師到醫院值急診的行政問題需要解決，另外，醫療糾紛權責問題也要解決。建議各科不同應該要重新 renew 一次急診制度，如國外整個 county 晚上會輪一個眼科住院醫師，只要一兩小時內開車到即可，以制度來解決問題，只是這需要衛服部主導建立制度，而非讓地方各自建立制度，提出此議案請大家集思廣益給部裡建議，盼能建立更好的制度，對以後急診的穩定性更高。可發文各專科醫學會提出各專科對急診的看法，急診通常來者不拒未

過濾病患，很多急診非真正急診，像眼科醫師常被叫來看紅眼睛，各科有其困難的地方，應該因科制宜。

蔡其洪：大台中署豐醫院也有缺小兒科等專科醫師，最好解決的方法是錢而不是學分，當然訓練急診醫師也是可以，這點我很認同，但像眼科或耳鼻喉科發生拿異物等情況，若非專科醫師可能還是沒辦法，另可請該地區醫院支援，也可請地方公會協調基層醫師幫忙，因此，實務上提供錢的方法是有效的，給大家參考。

蔡有成：一般民眾看急診只要有醫生看，通常很少指定某科醫師，若急診醫師不是他的科別就不看，這樣的心態是不對，只要拿中華民國執照的醫師什麼科都可以看，主要還是看醫生能力，當不能處理的時候，就要請其他專科醫師，一般醫師應該都不會拒絕的，而在不是緊急的情況下，急診醫師先處理也應該是沒問題的。

鄭俊堂：長期來講這是五大皆空的問題，急診或小兒科都是五大皆空的科別，短期用重金等方法救急是可以考慮。本來領有醫師執照的醫師可以看所有科別，病人看完急診科醫師後若仍有無法解決的問題，會再會診其他專科醫師。偏鄉應該有特殊處理的方法，像遠距醫療或後送系統，都會區應該無此問題，台灣地理環境不大，到處都有醫學中心可以後送。

吳欣席：1. 此事件的起因是因為國家把許多特殊科別大幅減少住院醫師名額，導致許多區域級醫院無法招收住院醫師，因此急診的特殊科人力不足。

2. 眼科醫學會已經有向衛生署反應過，但是衛生署仍認為因五大科人力不足，所以維持之前的住院醫師人力規劃狀況。

3. 光是靠錢找醫師來值班，未必有用。並且目前醫院設置規定裡面有提到區域醫院以上的醫院，應設有眼科耳鼻喉科等的急診人力，這一點已經和現實狀況脫節。

4. 依照雲林經驗來看，台大雲林分院為了通過急重症醫院評鑑，和地方的眼科開業醫師合作，當遇到有外傷患者合併眼科問

題，可以照會當日值班的眼科開業醫師，並且協助和衛生主關機的報備事項。

5. 問題是，現在的 ER 專科醫師訓練課程，到這些特殊科別的時間不多，即使向民眾宣導 ER 醫師可以看眼科急診，ER 的醫師可能也不敢看。

羅倫樞：都會區較無此問題，但像台中市也有醫療資源缺乏區，這方面的確會有問題，南投許多醫院開放急診讓基層醫師輪班，重賞之下必有勇夫，有協助解決掉一些問題。

吳梅壽：醫院的急診主要看醫院制度如何建立，應該可以落入醫院評鑑的規範。舉例，上個月我有個朋友深夜一點送到北醫急診，心跳一下子從 38 到 150，來回多次發作，急診醫師看了後，馬上請心臟內科主治醫師，半個多小時後趕過來，緊急安裝暫時性 pack maker，將心跳控制下來。所以應該看每間醫院的急診機制怎麼制定，有急診醫師做第一線把關，如果覺得有需要，再請各科專科醫師 standby，只要有很好的運作機制都不是問題，這將來應該列入醫院評鑑的項目。

張清雲：都會區與鄉鎮區的醫療有差別，衛福部與各縣市衛生局都很重視這個問題，幾乎每季都有討論，因為都會區的大醫院較無此問題，建議縮小討論，請各縣市個別提供問題，全聯會蒐集後函部，請其重視某幾個縣市需要加強。

主席：建議可函請各縣市醫師公會提出區域急診方面的困境後再彙整起來，否則我擔心會碰觸到開放中國學歷，或開放更多醫學生名額的議題。其實應該反過來檢討醫院硬體是否需要一直增加，或者軟體的運作再好一點，包括讓有意願的基層醫師投入急診照護，應該充分運用現有人力。

楊立群：我在中榮嘉義分院，嘉義與雲林都沒有醫學中心，南部的醫學中心只有台南的成大及奇美，原本我們醫院是區域醫院，就是因為這個問題成為台中榮總分院，我們找不到特殊科別醫師，

只好成為分院強制從醫學中心派醫師過來，基層醫療有很多開業醫，但到了晚上就沒有生產力，若有政策能讓基層醫師開聯合急診，可以協助解決民怨，讓辛苦養成的醫師人才更有發揮空間。

結論：函文各地衛生局及各專科醫學會蒐集急診困境相關資料。

二、案由：研討衛生福利部所提「醫務管理師法」(草案)本會立場案。

(醫事法規委員會交議)

※摘錄各與會者發言重點

趙堅：民主時代每個人都可爭取憲法所賦予的權利，因此會成立團體去爭取權利義務是一定的，但是醫師向來不會去爭取，醫師的執業範圍卻不斷被別人爭取，權利一直被分散，醫師到現在還沒覺醒，就像國際醫療專區沒有建築師簽證，在國際醫療專區就沒有法律效力，醫師都沒人發聲，只有吳梅壽委員大聲疾呼，應接受別人爭取權利，我們醫師也要有先見之明，覺醒來爭取自己的權益。

主席：由護理人員爭取自主性開始，可能抑制不了專業主義的潮流。醫務管理學會及公共衛生學會等都要推行專業，醫療政策應該要有針對整體趨勢的一致態度。衛福部部長已換，有關自由經濟示範區條例中醫師相關的部分，新的部長可能不知道其中問題，應該要再提醒衛福部，可先跟林奏延次長再溝通。

吳梅壽：關於自由經濟示範區條例第 58 條(會計師)、59 條(建築師)及 60 條(律師)一定要有中華民國專技人員證書才可執行。但是第 50 條醫事人員就不受須領有中華民國醫事專門職業證書之限制就可以執業，明顯對醫事人員有差別待遇。現在換新的部長，大家再一起努力表達我們的看法和爭取合理的條款。

鄭俊堂：護士、藥師、復健師等爭取權益對我們醫師的威脅較不大，可是醫務管理師是要管理整個醫院系統，現在規定醫療院所負責人須為醫師，以後他們會認為比醫師還會管理醫院，可能慢慢演

變為只有醫務管理師才能當醫院負責人，醫師可能會喪失在醫療團隊領導的地位，變成是被管理的醫事人員之一，所以我堅決反對「醫務管理師法」。

陳振文：台灣的醫院已經過度管理，不應加強經濟管理讓醫院去賺錢，醫院應以照顧病人為重要主軸，回歸病人的照護，以道德的面向去研議這個法。

主席：台灣醫務管理已經足夠，對醫療核心價值及民眾健康幫助可能不大，醫療的核心是以照護民眾為主，強調醫務管理是否會讓醫療的核心價值反而扭曲，請政府深思。

張清雲：應注意業務範圍中是否有過度侵犯到醫師的部分，草案第12條第1項第8款業務範圍是醫療品質管理，但醫療品質應該由醫師自己管理才對，難道醫師開處方還需要經過管理嗎？

吳欣席：1.其實管理是一門實務為重的學科，即使企業管理發展這麼久，也沒有所謂的企業管理師的存在，看不出醫療管理有何特殊理由必須另設醫務管理師。

2.既然醫務管理是一門實務的學科，因此所有有醫務管理實務經驗的醫師，應該都有報考資格。建議放寬報考資格，納入具有管理經驗的醫師。

劉家正：第2條考試資格需要相關科系出身，醫師有從事醫院管理，如主任級或院長級皆在醫院管理有實務經驗，應該也能具備參與考試的資格。

主席：執行業務範圍要與原有醫療相關人員的工作範圍區分。基層醫師開業五年以上，醫院擔任主任級六年以上，院長及副院長當三年以上，可以自動取得考試資格。

吳梅壽：有關對醫務管理師之設立有意見，並非醫界心胸狹窄，而是一旦失去以後，可能就要不回來。建議不要急於這麼早定案，大家集思廣益，用時間換取空間。現在基層醫師執業，已規定必須訓練一定時間後才可以開業，因此基層執業醫師或是專科醫師

開業就應自動取得醫管師資格，以免未來醫務管理落入非醫師手中，變成像處方箋的藥材或藥品等等，都要經醫務管理師同意才可以開，這是變相的剝奪醫師權益。

結論：

1. 尊重各專業於憲法上的工作自由。
2. 醫療院所不應過度醫務管理，應以民眾的健康照護為醫療核心目標，強調醫務管理應注意是否會讓醫療的核心價值扭曲。
3. 醫務管理以實務為主，醫務管理師法草案第 2 條，強烈建議增加有醫療院所實際管理經驗，亦可取得考試資格，包括診所開業五年以上，擔任醫院科主任六年以上，及擔任院長或副院長三年以上經驗。
4. 醫務管理師法草案第 12 條之執業範疇內容，應與各醫事人員執行之業務有所區分，以免疊床架屋。

三、案由：有關部分醫師會員反映，醫事檢驗師公會及醫事放射師公會為執行衛福部委託辦理「基層醫事機構檢驗品質提升計畫」及「基層醫事機構游離輻射防護品質輔導計畫」而派員至基層醫事機構訪視，造成作業爭議及發生類似診所評鑑之情事乙節，提請討論。(醫事法規委員會交議)

※摘錄各與會者發言重點

吳梅壽：103 年 9 月 15 日新北市衛生局有討論此案件，評鑑表格中有很多項目，都是原委會在發給使用執照時，就已經檢查通過的。在這一方面，衛福部應該不會比原委會更專業，已經經過原委會專業認證的設備使用執照，還要再做第二次檢驗，實際上是變相的診所評鑑。衛福部代表說相關計畫是為了工作人員的安全，但每天操作的是操作人員自己，難道我們自己不會關心安全嗎？因此，衛福部做這方面的再次評鑑，是疊床架屋，多此一舉。基層診所設置儀器時，會有認證合格的儀器公司來裝設及檢驗，並將

結果送到原委會去，原委會會派員來二次檢測，通過後才發使用執照。且每六年還要再檢查，檢查項目比目前衛福部提出的內容更詳細、更精密、更嚴格。另外、操作人員也不是拿到執照後就永遠有效，6年要修36個學分，一年最少修3個學分，才可更換執照。已經有建立完整的制度，實在不需要由衛生局以「實地訪視與輔導作業評核」之名，再做二次檢驗，而行「診所評鑑」之實，這只會造成會員們不必要的困擾。何況評審表裏面還列有一項「機構回饋表」，要受評核院所表達對審核人員的滿意度，想想看、哪有基層診所會敢明說評審委員不好？難道不怕被秋後算帳？衛福部所做的檢查，只是表面上虛應故事，沒必要再做這種檢查，應該尊重原委會的專業範疇。

劉家正：依我自己參與的經驗，檢驗師或放射師到診所檢驗時，台北市醫師公會都會派代表參與，維護會員的權益，我去看的時候沒有像吳醫師講得這麼嚴重，因為診所通常只有一個放射師，學校學的各種測試的方法到實務操作後，偶爾會產生偏差，有時候會漏檢，不像醫院有好幾個醫檢師及放射師可以互相檢視，所以他們來也算是教學相長，做的是滿有建設性的事情，且通常會照正規的方式去檢驗，因此，重點在於加強各縣市公會要派員陪同，以維護會員權益。我曾兩度代表全聯會參相關品質提升計畫的研討會，到目前為止我認為是好意去輔導基層，如防護衣要吊著不能摺等，這些輔導我認為滿有意義的，將來會怎樣發展不知道，因此全聯會對這樣的輔導計畫應該積極派代表參與。

吳國治：新竹市醫師公會也有派員去，我也曾親自去看，這是衛福部委辦，因為很多廠商賣出X光機後就不管，有些診所也疏於維修，因此來做檢驗時，可以協助檢測相關事項。至於委由醫檢師公會與放射師公會辦理，是否會衍生日後其他議題，大家可進一步討論。

鄭俊堂：此案由與各位談得不太一樣，這是委託辦理的提升計畫，

法規希望我們討論要不要參與招標計畫，就不會感覺像又落入被評鑑。

趙堅：別人要過界蠶食資源時，醫師都沒有警覺心，此計畫有侵害到醫療機構的自主權，應該先了解法源根據是什麼，為什麼基層診所檢驗品質要由民間團體管理。

結論：

1. 檢驗及游離輻射品質相關計畫侵犯到醫療機構自主性，應先查明法源根據，以維護醫療機構權益。
2. 檢驗及游離輻射品質已有原子能委員會專業之檢驗認定，應避免重複檢查。
3. 訪視進行時，建議各地醫師公會派員陪同參與，保障會員權益。
4. 有必要的項目建議列入衛生局年度督導考核即可。

四、案由：請研議本會就「電子病歷」之立場與相關說帖製作案。(提案單位：秘書處)

※摘錄各與會者發言重點

羅倫樞：這是台中市醫師公會陳文侯副理事長提出來的，他反對全面實施電子病歷，台中市醫師公會已正式提案全聯會，反對全面實施電子病歷，電子病歷可能會被駭客入侵有洩漏個資問題。

鄭俊堂：病歷書寫在醫療法的規定是雙軌制，仍可以書面製作病歷，只是健保署會用其他方式去鼓勵實施電子雲端病歷，如發放獎金，等於變相處罰不實施電子雲端病歷的醫療機構。健保署用電子雲端病歷掌控我們，包括門診、用藥紀錄、病理報告、手術紀錄等，但這有個資外洩問題，病人懷疑個資外洩時一定會先告醫師；另外雲端病歷也可能增加醫療糾紛。所以個人反對全面實施電子雲端病歷，不然也建議要拖久一點再實施。

秘書處說明：台中市醫師公會來函之訴求為健保署想用病歷電子檔全面送審，規劃在五年內全面實施，另外，電子病歷部分希望全

聯會做相關說帖說明相關疑慮。因此，電子病歷與病歷電子檔是不同的東西，病歷電子檔全面送審部分，已交到基層醫療委員會討論，目前我們所要討論的是電子病歷這部分。

吳國治：這分為許多不同層面，首先，管制藥品要上平台去看，之前是鼓勵，現在不看會被處罰。其次是雲端藥歷，雲藥健保署規範有 11 類藥物，現在用鼓勵方式去看，未來說不定用處罰方式，不見得是記點，可能衍生出 overlap 的藥就不給，也是一種變相的處罰。還有電子送審，審查電子化，可以把病歷用電子檔送上去審查，各地健保局都有業績壓力。另外健保署補助的資訊查詢系統，與健保署簽了中華電信會去拉線，你可以上去看到病人在其他院所所做的所有檢查結果與處置、開藥，還有電子病歷，這些都是不同的東西，這邊提到的是電子病歷，台中提的是電子化送審，是兩件不同的事情。全聯會對於健保署補助 VPN 查訊系統，已發函各縣市醫師公會表達保留態度，但雲藥的部份沒有既定態度。所有東西要站在病人角度看，關懷平台對病人是好的，雲藥部分對病人及院所都是好的，否則用藥的重複率高，但實施上應有層次，例如由用藥重複率過高的院所先要求它們上雲藥，而不該全數院所均被要求，才會有效率，成效也會較高，但像審查電子化、電子病歷資訊查詢系統態度都應保守些，容易造成個資外洩及醫療糾紛，會衍生許多問題。議程所提實施電子病歷之醫院已有 321 家，應釐清是全面實施還是僅部分實施。

張清雲：即時查詢雲端要做，電子病歷及電子檔執行送審作業要儘量擋。

結論：

1. 關懷平台及雲端藥物站在病人立場思考有益，建議可以在配套措施完整後再逐步實行。
2. 電子送審、電子病歷及資訊查詢系統，涉及病人個資外洩疑慮，易損及病人權益並衍生爭議，建議不宜實行。

3. 請台中市陳文侯醫師提供說帖做為相關建議的基礎。

五、案由：(一)最近媒體報導,健保補充保費太「補」了,健保安全準備金累積迄今已有 1035 億,衛福部健保署估計,明年初可望達到 3 個月安全準備金的標準,因此,下個月健保署即會向健保會提出明年財務報告,考慮調降健保費云云…。(二)唯健保每年積扣醫界點值達數百億元,是否應考慮先補回醫界的點值到 1? (三)請全聯會速行文衛福部,表達「降低健保費率之前,先補回積扣醫界的點值到 1」。(提案人:邱召集委員泰源)

※摘錄各與會者發言重點

吳梅壽:報載健保安全準備金累積已有 1035 億,健保署考慮提出降低健保費,但醫界點值每年都被扣,所以健保署在考慮調降健保費率之前,要考慮多餘的錢應該先補足醫界點值一點到一元,這是我們所要爭取的。今年 103-5-25 會員代表大會第二次會議有提案,「請全聯會在健保總額談判時,將健保點值金額補足一點一元再開始談」,雖然明年度已來不及,但成案以後可以形成依據,當作以後對外談判的籌碼。

張清雲:總額規定正負 10%應檢討,現在洗腎及醫院不足 0.9 的,確實應要討論,要求到 1 有困難,但依總額辦法規定,正負 10%應檢討改進。

結論:請全聯會發函衛生福利部,建議「降低健保費率之前,應先補回積扣醫界的點值到 1」,並持續追蹤後續發展。

參、臨時動議

一、案由:針對餽水油事件,研議全聯會之立場及角度。(提案人:邱召集委員泰源;附議人:張副召集委員清雲)

※摘錄各與會者發言重點

主席：食安是民眾健康直接會面對到的，請協助蒐集醫師發表食品安全對健康影響的資料做為參考。請問有哪位醫師就食安方面對健康的影響較有瞭解？可邀請專家來分享，建立相關概念。

羅倫樑：食安是動搖國本的問題，對國家形象傷害也大，建議政府應提高食安的預算，才有辦法好好執行政策。

蔡有成：食安非常重要，台大或北醫在食品安全方面做得不錯，可否請相關專家至醫政委員會演講基本概念，對於各委員討論醫療政策時會有幫助。分級轉診制度現在都打折扣，若確實按健保法用定率不用定額去執行就可以行的通，搭配家庭責任醫師制度，應開放讓有興趣的醫師都能夠參與，而不要只限定家醫科醫師及內科醫師能做，較容易推動。

鄭俊堂：餽水油已研究出含致癌物會傷害民眾健康，醫界應譴責其對民眾健康的危害。在危害民眾健康後所衍生出對健保的侵蝕，也應該研議代位求償的方案。

吳欣席：建議應該要加強餽水油的流行病學研究，也可以向國家申請研究計畫或是其他補助研究的經費。國內許多醫學中心已經有毒物科醫師，應該可以擔任國家食品安全的人才庫。

吳梅壽：可邀請江守山醫師來演講，日前 103-11-2 中華民國基層醫療協會有邀請他演講，許多醫師聽了都很有興趣。例如他分享到餐廳喝茶時，不要點高山烏龍茶、普洱茶或香片，因茶葉中含有高濃度的農藥，可以點「東方美人茶」等。而在超商的茶品飲料沒有檢驗出農藥，是因為沒使用茶葉。我們可以請他針對日常生活中的食品安全，來做專業性的分享。

張清雲：美國 FDA 對人員及經費編列都充足，我國也應將食品安全劃分出衛福部，由組織改造開始，邀請毒物專家、食品工業及教育界等專家設立專責機構，才能夠確實去執行。

主席：下次開會 1 點至 2 點，邀請專家來演講，討論這個議題，不過若星期六的研討會有討論也可以。另外轉診議題也請初級健康

照護小組持續關注。

陳振文：站在醫師看病的角度看，民眾會問醫生餿水油或毒油對健康的影響，但是多數醫生也不太了解，流行病研究是政府或大學的事情，不是我們這個層級應該做的，我們應該做的是擬定標準教育課程讓各地公會開課，向醫師說明餿水油的來龍去脈，讓醫師對餿水油有所瞭解，至於餿水油導致是否會導致癌症的發生，目前並沒有直接的證據，代位求償並非現在可以做的。

趙堅：我可以協助蒐集立法院知識系統中相關資料，提供給大家參考。依全民健康保險法第 95 條第 1 項第 3 款，食品中毒事件健保署可以代位求償，我們做成決議經理事會通過後，行文健保署請其思考如何代位求償，雖然毒油中的自由基可能會致癌，但以法律專家的角度來看，要證明其與個人的因果關係非常困難，不過這是健保署的事情，我們行文給他們的目的，只是要提醒他們民間的輿論要求他們這樣做，他們應該去思考。

結論：

1. 邀請食安專家至醫療政策委員會演講。
2. 應建立標準的教育課程，讓醫師對餿水油有所瞭解。
3. 提理事會討論同意後，依全民健康保險法第 95 條第 1 項第 3 款規定：「保險對象發生對第三人有損害賠償請求權之保險事故，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：…三、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未投保者，向第三人請求。…」函請健保署思考如何代位求償。

肆、散會：下午 4 時 20 分