

# 解開刑事訴訟桎梏 專注醫療本業守護全民健康

文/李明濱

全聯會理事長

近年來，醫療糾紛已成為醫事人員最大的壓力源，其「三低一高」——低起訴率（8.31%），低定罪率（43.9%），低課刑率（0%）、高偵查率，讓醫師有如驚弓之鳥，重要科別日漸空蕩，醫病雙方亦在冗長的訴訟程序中徒耗心力，磨損醫病關係。當醫師心繫的不再是病人的健康，而是沉重的醫糾壓力，不僅出現防禦性醫療行為，更導致醫事人員的集體出走，連帶影響醫療品質以及醫病關係。

健全的醫療體系是民眾健康的保障，為了替日益嚴重的醫療糾紛解套，明濱與全聯會幹部積極拜會各界人士、參與立法院公聽會，針對醫療刑責明確化議題，不僅表達醫界心聲，更聽取多方意見，力求醫病雙贏。101年12月，行政院版之「醫療法82條之1修正草案」已送交立法院審議，本會隨即召開相關會議討論，決議支持行政院版本，期待讓醫療糾紛脫離醫病皆輸的刑事訴訟，以更有效、和諧的方式解決爭議。

本會亦期待配合其他法律規範與相關配套更為有效解決爭議。因醫療法修正相關配套，除現行已有規定之民事賠償責任、行政責任、懲戒處罰等眾多規範層面之外，衛生署亦已積極草擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」設計增加諮詢管道、強制調解溝通、快速補償弭平傷害等措施，醫界樂觀其成。期以透過醫療法第82條之1之增訂與相關配套措施之落實，讓醫療糾紛能脫離醫病雙輸的刑事訴訟，代以更為有效的方式解決爭議。

新的一年，二代健保正式實施，醫療相關規定多有配合修正，醫界仍有許多挑戰必須面對，本會將審慎因應、全力以赴，使醫界有合理良好的執業環境。

## 支持行政院版醫療法第82條之1修正案

本會積極推動醫療刑責合理化、明確化新增「醫療法第82條之1修正草案」，除朝野立委提出不同版本，行政院版本在千呼萬喚下於101年12月13日行政院會通過，並於12月18日送立法院審議，內容如下：

增訂第八十二條之一：醫事人員執行醫療業務，以故意或違反必要之注意義務且偏離醫療常規致病人死傷者為限，負刑事責任。但屬於醫療上可容許之風險，不罰。

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、醫療設施及客觀情況為斷。

因應該草案提出，明濱速邀集主管機關、學者專

家與本會重要幹部，研商確認修法內容對醫療糾紛氾濫與專科醫事人力失衡之困境確有幫助。旋又於12月30日召開因應立法院審議「醫療法第82條之1修正條文」暨「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」會議，會中決議：為貫徹醫療刑責合理化、明確化訴求，為解決目前醫療困境，讓醫事人員能無後顧之憂的安心救治病人，俾以真正維護民眾權益，本會支持行政院所提「醫療法增訂第82條之1條文草案」。

## 推動醫療糾紛處理及醫療事故補償法以減少訟源

本會積極推動醫療法第82條之1修正案，而「醫療刑責明確化」必當有配套措施。鑒於世界上許多國家例如紐西蘭、美國維吉尼亞州、北歐各國及日本皆有針對醫療事故設立相關補償制度，其主要目的在於使受到醫療傷害之病人或其家屬早日獲得補償，而無須等待漫長的訴訟程序，及避免在訴訟中所需面對之舉證問題。為解決目前醫療糾紛日益增多及促進醫病和諧，衛生署及多位立委皆仿效上述國家，針對醫療事故提出「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」（草案）。

行政院於101年12月13日通過醫療法第82-1條及「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」（草案）行政院版條文，本會也積極研擬條文並成立專案小組，從法律面及實務面提出各項建議，盼能創造醫、病、法三贏之局面。經過相關研議之後，明濱贊同衛生署以專法建構調解及補償制度，透過調解機制強化及提供補償，已達到真正減少訟源、讓醫師可以專心治療病人，對於補償制度之相關補償對象、範圍及基金來源，期能以嚴謹、公平、合理為主軸，發揮補償制度之真正功能。

## 二代健保實施，請注意醫療相關規定修正重點

行政院決定，二代健保於102年1月1日實施，醫療相關規定亦有配合修正。以「全民健康保險法」為例，「第67、86條」規定，保險病床設置比率及罰則；「同法第74條」規定，保險醫事服務機構應定期公開之醫療品質資訊。復依醫療品質資訊公開辦法草案，醫療品質資訊公開方式，保險人、醫學中心及區域醫院應以網際網路供公眾線上查詢為主要公開途徑等；「同法第73條」規定，特約醫事服務機構之財務報告及報表。復依醫事服務機構提報財務報告辦法草案，訂有編制原則及提報門檻；支付制度方面，「同

法第42條」納入多元計酬之支付方式，以同病、同品質同酬為支付原則，並增加論人計酬之支付方式；「同法第44條」規定為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度；「同法第62條」為提升醫療服務申報給付作業效率，調整申報期限，規定保險醫事服務機構應於提供醫療服務之次月起六個月內，向保險人申報。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內，向保險人申報。

「全民健保醫療辦法」部分，配合二代健保重要修正內容略以：慢性病人得委請他人代領藥之特殊情況(§7)包括「行動不便，由診治醫師認定」、「已出海，為遠洋漁業作業或在國際航線航行之船舶上服務，由受託人提供切結文件」、「經保險人認定之特殊情形」；增加住院病患醫療服務提供方式(§10)，考量透析患者治療之特殊性，放寬其治療其他疾病入住醫院期間，於該醫院無設置透析治療服務下，得外出接受透析門診治療之規定。另為減少醫療資源重複配置及實務需求，增列保險對象住院期間，特約醫院得以轉(代)檢方式，委託其他特約醫事服務機構提供檢驗(查)之規範；明定慢性病連續處方箋有效期間(§23)，規定處方箋有效期間為三日(遇例假日順延)，慢性病連續處方箋有效期間依總給藥天數計，自處方開立之日起算；逾期保險醫事服務機構不得提供該醫療服務。慢性病連續處方箋之總調劑日份至多為九十日；同一處方箋，應分次調劑；每次調劑之用藥量，依第22條之規定；放寬慢性病連續處方箋領藥規範(§24)；部分特殊材料之多種廠牌替代規定(§25)等。

### 密切注意健保藥品費用分配比率目標制研議進度

全民健康保險醫療費用協定委員會日前依行政院衛生署交付討論，中央健保局所擬「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案(以下簡稱草案)。與會委員就基期值、成長率、超出目標之處理原則及調整藥物支付標準方式等提問、交換意見。

本會認為，依據新修正之全民健康保險法第61條第3項規定，主管機關就本案有行政裁量權；且應考量社會公益及全民最大法益為原則，以藥價調查機制為優先；本案則應有合適配套措施，避免藥費過高排擠其他醫療服務，例如：考量各層級醫療院所藥品採購成本不同，有關抗癌藥物等成長率較高之藥品，是否

另外計算其藥費以保障其他藥品之邊際成本；又有關計算公式之成長率採當年度健保醫療給付費用總額(不含中醫)之成長率乙節，應再研議檢討；至於所謂藥費支出「目標」，應釐清究竟是依各部門總額別訂定、或是依各分區分別訂定、亦或依門住診分別訂定。有鑒於本案為醫療資源分配重大議題，本會亦已召開基層醫療委員會詳加研議，繼續與相關單位溝通，俾維持醫療品質與兼顧會員權益。

### 落實全人醫療，研議102年家醫整合照護計畫

依據衛生署全民健康保險醫療費用協定委員會決議，102年以家庭醫師整合照護計畫為主，納入診所以病人為中心整合照護計畫，預算亦合併使用共12.15億。本會考量2計畫分別以社區醫療群型態及單一診所型態提供醫療服務，其性質不同，各有其功能，爰為促進相輔相成，召開專案小組會議，邀請台灣家庭醫學學會共同研議，以加強全人照護為目標，逐步提高基層診所服務之完整性。秉持鼓勵擴大基層醫師參與、品質導向為原則，本會爭取擴大收案對象、提高支付方式、簡化訓練課程及修訂績效評核指標等執行細節，期有助於基層診所醫師落實以病人為中心之全人照護。

### 結 語

為減輕西醫基層醫療院所之負擔，爭取調降健保VPN網路傳輸價格一直是本會積極爭取目標，近年ADSL部分陸續調降，而健保VPN屬公益性質，沒有理由不予降價。101年10月24日在立法院交通委員會委員協助下，由本會與中華電信協調議價，中華電信同意自101年12月起調降健保VPN費用，由原來的425元，降價68元，調降為357元。全國約1萬家診所，一年西醫基層約省下八百多萬支出，非常感謝各位幹部通力合作，居中聯繫協調及立委鼎力相助與支持。惟為保障病人就醫資料隱私安全，因配合健保局政策而衍生之費用，本會仍繼續建議該費用應以公務預算支應。

一位好的醫師，不僅須具備專業技術，更需有深厚的人文關懷素養。近來雖因醫療糾紛頻傳，而造成醫界人力失衡之現象，但醫界同仁仍堅守崗位，繼續為民眾生命健康把關，明濱在此致上深深的謝意，新的一年，我們將繼續秉持醫療核心價值，全力為醫界爭取最大權益，讓民眾享有優良的醫療品質。