

調 查 報 告

壹、案由：醫療糾紛已成為國內大多數醫師最大夢魘，導致新進醫師對易生醫療糾紛之「五大科」（內外婦兒急診）望而卻步，並產生「五大皆空」之危機。究如何從法制面、社會面、教育面等建立公平合理之醫療環境，俾確保國家醫療品質及國人生命安全，實有深入探討之必要乙案。

貳、調查意見：

本院於調查「為延續對全民健康保險總體檢的重大課題，包括：『重振四大科』、『守護社區醫院』、無效醫療、安寧緩和醫療、醫院評鑑等之監督，對於相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，是否曾嚴肅認真對待其醫療品質或臨終關懷之問題？是否曾考量『分配正義』原則並有效規範或檢討？是否涉有違失？均有深入瞭解之必要」乙案時，實地訪查各地 134 家醫療院所的過程上，沿途最常聽到、最夯的議題，便是「醫療糾紛」。兩年前進行「全民健保總體檢」時，各醫療院所最常提出「健保到底是社會保險或社會福利？」之疑問，但本案實地訪查期間，幾乎所到之處，醫療現場均對「醫療糾紛」憂心忡忡，其程度之密集與反應之強烈，為訪查沿途最令人印象深刻之事。國內內外婦兒四大科四大皆空之問題愈趨嚴重，最主要之原因除健保支付制度外，當屬各科別可能發生之醫療糾紛風險，可謂已然形成五大科（含急診）之兩大「緊箍咒」。因此，現今高風險的科別諸如外科、婦產科、小兒科、急診皆已面臨招收不到醫師的困境，醫界亦常有五大科醫師「錢少、事多、離監近」的感歎。醫療糾紛已嚴重衝擊醫療生態，讓

醫學生視五大科為畏途。這樣的現象已然發生，若長此以往，將導致新進醫師對滋生醫療糾紛之「五大科」（內外婦兒急診）望而卻步，並產生「五大皆空」之危機，醫事人員如動輒對醫療糾紛承擔刑事責任或高額賠償，恐使醫事人員趨於形成防衛性的醫療，反而造成醫療品質退步，形成「醫」、「病」、「社會」三輸之局面。如何能夠在保障民眾健康權益不受損害、病患能獲得妥善照顧的前提下，醫師能夠安心執業、醫學水準亦能持續進步，應是本問題的核心。究竟主管機關有無善盡職責妥為因應，俾確保國家醫療品質及國人生命安全及健康，認有深入調查之必要，故立案調查。

本院為調查本案相關事實，調閱行政院衛生署（以下簡稱衛生署）、法務部、司法院等機關相關資料，舉辦諮詢會議徵詢民間團體、醫界團體、法律實務界、學者專家專業意見，約詢司法院、行政院政務委員偕同法務部、衛生署、教育部、金融監督管理委員會保險局等機關到院說明。茲將調查意見臚列如次：

- 一、由於百年來臺灣特殊的歷史背景，醫界五大科（內、外、婦、兒及急診）醫師已發展成為臺灣社會特殊的珍貴資產，更是支撐我國全民健保得以在國際上發光發熱的最主要支柱，值得政府與國人共同珍惜與呵護

近百年來的臺灣發展歷史，醫界在臺灣具有特殊背景。殖民的日治時期限制臺灣人讀法政，大多數臺灣人轉而讀醫與農，醫師代表日治時代臺灣社會的菁英。國民政府遷臺，由於二二八事件及長期戒嚴，臺灣人鼓勵孩子遠離政治，不要讀法政，而去讀醫、讀理工，在這種新的歷史背景下，醫學院幾乎成為芸芸考生（第三類組）的第一選擇，醫學

也變成我國高等教育的顯學。此由以往臺灣聯考制度中，各大專院校(含獨立學院)醫學系之錄取率為第三類組考生總數千分之四，乃至現行評量高中生是否具備就讀大學之學科能力測驗中，考生需以接近滿級分之測驗成績，始得通過各校醫學系第一階段篩選等情，可見一斑。以往大部分之醫學系畢業生均以成為內科、外科、婦產科及兒科等專科醫師為目標，除因其為醫學主流之外，也由於四大專科之醫療水平亦代表我國之醫術水準，故其成就感亦屬其他專科中最高者。傳統四大科之住院專科訓練較其他專科辛苦，且每月亦有 8-10 次不等之值班，故受訓者需有高度體力與腦力，始能完成此類嚴格之訓練，其原因不外乎希望未來能於四大科中擁有一席之地，進而成為專科名醫，故此類住院專科訓練雖極具挑戰，但仍吸引一流醫界菁英投入，亦被醫學生視為選科的最高榮譽，從以往只有醫學系前三名畢業生始得以進入訓練行列，即可略窺當時競爭情景，此盛況亦使四大科醫師之地位備受社會尊崇，更逐步發展成為臺灣社會特殊的珍貴資產。

全民健康保險制度是到目前為止臺灣重大的社會工程之一，自 84 年開辦實施迄今，不僅已成為民眾滿意度最高的公共政策之一，也成為國家重要的軟實力。此項軟實力的得以發光發熱，並在國際上享有高度評價，臺灣醫界優秀的人力資源，秉於百年來的傳統，遵循醫師誓言與醫療倫理，犧牲貢獻，共同努力，實為最關鍵的因素之一。此一事實，也使醫師的角色備受肯定與感念。

但目前醫療糾紛已成為國內大多數醫師最大夢魘，致新進醫師對內、外、婦、兒及急診等五大科望而卻步，已產生五大皆空的危機。為維繫臺灣良

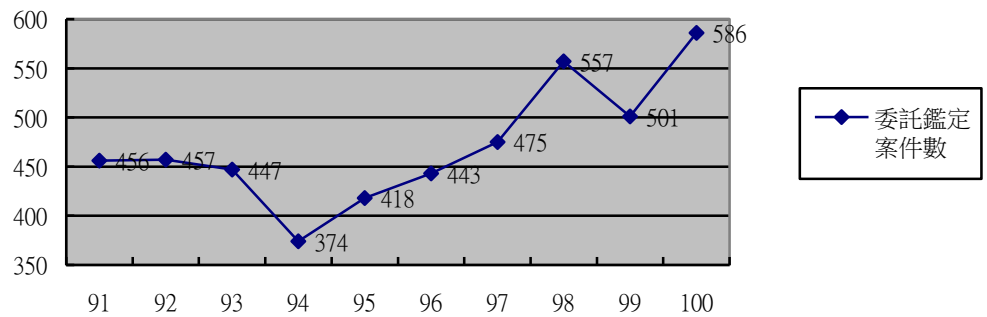
好的醫療保健水準，維護國人健康，政府及全體民眾實應體認此項珍貴資產之重要性，並共同給予珍惜與呵護。

二、面對當前醫療糾紛逐年增加、醫療糾紛高度集中於五大科及刑事訴訟之現況，確實已造成醫界人才出走及影響醫學系學生執業選項之窘境，形成「緊箍咒」效應，政府有責任與義務建構合理而安全的醫療環境，使醫事人員能安心而有尊嚴的執行醫療職務

(一)隨著社會變遷、社會經濟情勢的轉變、民眾權利意識高漲等因素，我國「醫病關係」的本質亦隨之發生一些根本的改變，醫病關係的惡化及醫療訴訟的增多，已逐漸對醫學五大科產生如「緊箍咒」般的箝制，此種逐步走向「五大皆空」之現象，從近 10 年發展的趨勢中，即可明瞭其令人擔憂的變化。茲將我國近 10 年來「醫病關係」發生之變化，所呈現之一些現象，分析如下：

1、醫療糾紛爭議事件發生的件數，呈逐年增加趨勢：

以 91 年至 100 年衛生署醫事審議委員會（以下簡稱醫審會）所受法院或檢察機關委託醫事鑑定的案件數觀之，91 年為 456 件，92 年為 457 件，93 年為 447 件，94 年為 374 件，95 年為 418 件，96 年為 443 件，97 年為 475 件，98 年為 557 件，99 年為 501 件，100 年為 586 件，其呈現之趨勢為上升趨勢，且於 100 年達到 586 件創下新高紀錄。



2、因醫療糾紛涉訟之醫師人數，呈逐年增加之趨勢

據法務部統計近 10 年來地方法院檢察署偵辦醫師業務過失致死之被告人數統計觀之，91 年為 136 人，95 年為 149 人，97 年為 162 人，98 年為 229 人，100 年為 242 人，亦是呈現逐年成長趨勢，且同樣於 100 年達到 242 人創下 10 年新高紀錄，呈逐年增加之趨勢。以 100 年為例，醫師業務過失致死之被告人數為 242 人，如將醫師業務過失致重傷或傷害之人數、民事訴訟之被告人數相加，為數更多。除被告外，如醫師因醫療糾紛而受傳喚之關係人、證人等人數相加，每年因醫療糾紛涉訟之醫師恐逾千人之多。如已有逾千名醫師絡繹於訟途，長期涉訟（訴訟案件常耗費數年之久），造成醫師心生恐慌、無法安心工作，恐確實會造成醫療品質之負面影響，此一發展趨勢，實值擔憂。

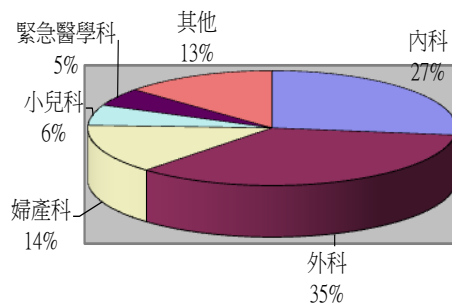
3、醫療糾紛爭議事件高度集中於內科、外科、婦產科、兒科及急診醫學科（五大科）：

以 91 年至 100 年衛生署醫審會所受法院或檢察機關委託醫事鑑定的案件總數觀之，10 年間鑑定總案件數為 4,719 件（表一），其中內科為 1,274 件（占 27%；圖一），外科為 1,647 件（占 35%；圖一），婦產科為 651 件（占 15%；圖一），小兒科為 274 件（占 6%；圖一），急診醫學科為 241 件（占 4%；圖一），總計五大科所佔醫療糾紛鑑定之比例為 87%。由此可見，傳統上醫學科別之骨幹（四大科或五大科）遭遇醫療糾紛之風險，大幅高於其他科別。

表一

年別	內科	外科	婦產科	小兒科	急診醫學科	其他	合計
91	128	170	70	35	0	53	456
92	144	152	84	35	6	36	457
93	150	155	71	21	6	44	447
94	119	126	51	21	9	48	374
95	114	153	54	22	16	59	418
96	104	141	69	26	38	65	443
97	111	165	57	26	39	77	475
98	143	202	53	38	35	86	557
99	108	172	77	29	48	67	501
100	153	211	65	21	44	97	591
合計	1274	1647	651	274	241	632	4719
資料來源：行政院衛生署 其他包括：耳鼻喉科、牙科、精神科、中醫、麻醉科及其他科別							

圖一



4、醫療糾紛爭議事件高度集中於刑事訴訟案件：

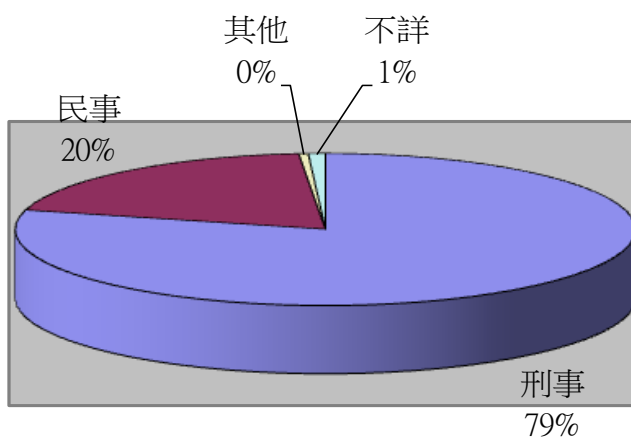
以 91 年至 100 年衛生署醫審會所受法院或檢察機關委託醫事鑑定的案件總數觀之，10 年間鑑定總案件數為 4,714 件（表二），其中刑事案件為 3,728 件（占 79%；圖二），民事案件為 922 件（占 20%；圖二），其他 23 件，不詳 41 件（圖二），如將其他與不詳之數據排除，刑事案件所占之比例約為 80%。實則，刑事訴訟程序為國家確定刑罰權之範圍及其有無之程序，刑罰權之行使為國家剝奪人民法益最為嚴重之手段，醫療糾紛以刑事訴訟指控醫師為犯罪者，竟占 80%，顯見醫病關係之緊張，已達於瀕臨崩解之地步。

表二

年別	刑事	民事	其他	不詳	合計
91	366	71	10	9	456
92	396	51	3	7	457
93	369	71	5	2	447
94	294	77	1	2	374
95	331	80	2	5	418

96	352	87	0	4	443
97	368	102	0	5	475
98	414	139	1	3	557
99	398	99	1	3	501
100	440	145	0	1	586
合計	3728	922	23	41	4714
資料來源：行政院衛生署					

圖二



5、醫療刑事訴訟經過冗長而繁複之訴訟程序後，最後確定應予刑罰制裁者，比例卻低

以前述據法務部統計近 10 年來地方法院檢察署偵辦醫師業務過失致死之被告人數統計觀之，91 年偵辦 136 人，其中 88 人獲不起訴處分；95 年偵辦 149 人，其中 118 人獲不起訴處分；97 年偵辦 162 人，其中 130 人獲不起訴處分；98 年偵辦 229 人，其中 205 人獲不起訴處分；100 年偵辦 242 人，其中 220 人獲不起訴處分，自近年之不起訴處分率，已約九成。再從司法院所統計最高法院對醫療上訴確定案

件觀之，94 年至 95 年判決有罪者各為 1 人、96 年為 4 人、97 年與 98 年均為 1 人、99 為 4 人、100 年為 3 人，人數均為個位數，80 名被告中 15 人有罪，占 18.75%（表三）。足見醫療事故案件之刑事訴訟，耗費龐大司法資源，且程序冗長（有學者以 7 件個案實證研究中發現，從起訴到確定歷時最短 6 年，最長 12 年），而最後將被告以刑罰加以制裁者，為數不多。

表三

最高法院醫療上訴確定案件裁判結果						
單位：人						
年別	總計	6 月以下	逾 6 月至 1 年以下	拘役	無罪	不受理
94	25	1			22	
95	13	1			11	1
96	8	1	3		4	
97	16	1			14	
98	3	1			2	
99	5	4				1
100	10	3			7	

資料來源：司法院
資料包含醫師業務過失致人於死、醫師業務過失傷害等案件

（二）依據上述數據分析，醫病關係確實是較過去更為緊張，尤其對於五大科所造成的影響更為顯著。臺灣社會上一世代所具有之醫病關係和諧共榮之美好年代，恐不再復返。近來迭有醫師出走潮，投入醫美行列的媒體報導常成為各界議論之焦點，而據遠見雜誌（2012 年 7 月號，第 168 頁以下）之調查，醫學生對於當前醫療環境之擔憂，選擇「醫療糾紛多」的人最多，佔 42%；「工時太長」則佔 27%。足見醫療糾紛是當前醫學生最感嚴重的問題，不只現職的醫師出走，也已提早

影響到在校的醫學生。此一結果，與本院諮詢會議時，中華民國醫師公會全國聯合會、臺灣醫院協會、臺灣社區醫院協會、內科醫學會、外科醫學會、婦產科醫學會、小兒科醫學會、急診醫學會等代表所表述之意見相符，亦與本院為調查「為延續對全民健康保險總體檢的重大課題，包括：『重振四大科』、『守護社區醫院』、無效醫療、安寧緩和醫療、醫院評鑑等之監督，對於相關主管機關在醫療費用急速成長之過程中，是否曾嚴肅認真對待其醫療品質或臨終關懷之問題？是否曾考量『分配正義』原則並有效規範或檢討？是否涉有違失？均有深入瞭解之必要乙案」走訪各醫療院所聽取之反映意見相一致。

(三)綜上分析，醫病關係緊張，五大科醫師人力出走，醫學系學生選擇風險較低之執業科別已為現狀存在之事實，如長此以往，必將侵蝕我國醫學人力之基石，並對我國醫界人力之永續健全發展造成重大傷害。故為確保醫療品質，照護病患健康，建構一個合理而安全的醫療環境，使醫事人員能安心而有尊嚴的執行醫療職務，實是政府責無旁貸的任務。

三、行政院衛生署允宜責成各醫院，設立醫療糾紛的專責單位（或專案小組，或專門委員會），負責醫病溝通，以緩和醫病之緊張關係，並參考安寧照護在病患及家屬所採行之溝通模式，以減少訟爭

(一)在預防醫療糾紛發生之方面，衛生署應督促醫院降低系統性風險，以減少醫療事故發生之機率；亦應使民眾瞭解就醫接受醫療時，醫療行為本身即具有不確定性及風險性。然一旦醫療糾紛發生

後，依財團法人醫療改革基金會（以下簡稱醫改會）公布之醫療糾紛諮詢申訴管道包括：各醫院申訴管道、衛生署申訴管道、行政院消費者保護處申訴管道、健保局檢舉電話、健保局特約醫院申訴專責窗口、醫師公會檢舉電話及縣市衛生局調處服務，其中各醫院申訴管道區分為醫學中心及區域醫院並依地區及縣市分類，各醫院處理單位主要以社工部門、院長秘書或公關部門，少數幾家醫院有成立醫療糾紛處理小組、醫病關係專職部門及跨科部醫療爭議處理小組等專責部門。而衛生署雖已透過各種形式要求醫院：「第一線工作人員服務態度親切，能注意病人或家屬感受」，「要求醫院與病人直接接觸之第一線工作人員（醫事及行政人員），能展現親和力，熟悉醫院事務，且對各項問題之處理明快、妥適。」「提供醫療諮詢服務」，要求醫院設有專責人員提供醫療、經濟困難等問題之專業諮詢服務。「對於病人或家屬的意見、抱怨、申訴設有專責單位或人員處理，並明訂處理流程」，要求醫院設有專責單位或人員處理病人或家屬的意見、抱怨及申訴案件，並對該等人員的意見、抱怨、申訴有明確的處理流程（包括意見之收集、分析、檢討、改善等步驟），以確實執行。上開各項規範，衛生署雖納入對醫院重點監督項目，然醫療糾紛訴訟之案例仍較 10 年前呈逐年成長之趨勢，已如上述，且多數集中於刑事訴訟已使醫病關係之緊張，仍較過去為嚴重，足見仍有為數眾多之醫療糾紛，未能於醫院與民眾端藉由醫院提供之病人導向服務及雙方良性溝通而解決。

（二）查臺北市衛生局公告 99 及 100 年辦理醫療爭議

案件統計結果，醫療爭議陳情案件平均每年有 605 件，案件類型其中以就醫爭議案件平均 415 件（68.6%）最多，其次為醫病間溝通平均 129 件（21.3%）及行政流程與費用問題平均 61 件（10.1%）。依臺北市衛生局的受理案件顯示，仍有高達兩成的爭議並不涉及直接對醫療結果或費用的不滿，而是接受醫療過程中的溝通或態度問題，造成醫病雙方的不愉快。次查醫改會調查顯示，醫糾家屬最想要的其實是了解真相與道歉，而非賠償。許多醫院溝通申訴管道「有溝沒有通」或徒具形式，問題包括：窗口/程序霧煞煞、授權不足而流於形式（不管問什麼，只提供制式回答）。甚至不願拿出關鍵影像或完整病歷、對醫護人員下封口令的醫院都還是時有所見。爰上顯示，民眾在就醫過程中，醫病間對於醫療過程之處置與治療存有溝通不足、民眾未有正確之就醫態度及醫院溝通申訴管道徒具形式等，皆是造成醫療糾紛之因素。

- (三)據上可知，要化解醫療糾紛爭議，於醫院階段最前端的努力，效果往往是最大而具實效。而在醫院階段化解糾紛的重點並不在形式上的組織部門設立與制式化流程的進行，而是站在病患及其家屬立場以深刻關懷溝通方式，適時告知病人病情及診治方式，以建立醫病信任關係。據學者趙可式於 2012 年「不予及撤除/終止維生醫療指引」研究計畫一書指出，醫療人員與病人間的關係可視為一種盟約關係，知情同意不只是醫療人員的義務之一，更以此與被照護者快速建立信任與親善關係，使其感到安全而放心交託健康與生命。在盟約關係下，以行善與不傷害原則為基礎元

素，醫療人員有義務告知被照護者適切與相關的訊息，雙方在平等情況下對話與協議。在安寧療護中，負責的醫師本著醫療專業，提供合乎倫理的建議，以期達到重視病人生活品質與生命尊嚴的最大利益。爰此，在安寧療護的作戰中，醫、病和家屬三者應屬同一陣線。因此，整個安寧醫療團隊人員皆具備安寧緩和醫療觀念，以適時與病人及其家屬溝通討論，且不忍諱談及治療之失敗，並採用漸進式的逐步溝通讓病人及家屬接受安寧緩和醫療。另為避免影響其他病人的醫療權益，醫師也善用家庭會議達成有效溝通，適時告知癌末訊息並提供安寧緩和醫療的選擇。當病人進入癌末階段時，醫護人員對病患的照顧，應著重於真相告知、充分溝通了解和安寧緩和治療的幫助。因此，安寧照護在醫、病及家屬三方所採之醫病關係溝通模式，殊可做為現行民眾在就醫過程中，醫病雙方溝通方式建立之參考，以強化醫院內化解醫療糾紛之成效。

(四) 綜上，如何在醫療糾紛進入調解及訴訟階段前，妥謀醫院與民眾在就醫過程中，建立民眾正確之就醫態度及糾紛產生初期醫院申訴管道暢通，協助民眾解決就醫時面臨之醫療疑義，格外重要。衛生署允宜責成各醫院，設立醫療糾紛專責單位（或專案小組，或專門委員會），負責醫病溝通，並參考安寧照護在病患及家屬所採行之溝通模式，以減少訟爭。

四、衛生主管機關允應減少民眾資訊取得之困難，滿足民眾於醫療事故發生時保全證據及知悉真相之權利，消除醫病間資訊不對等之現況，俾建立和諧而

相互信賴之醫病關係

- (一)依醫師法第 12 條之規定，醫師執行業務時，應製作病歷。又醫師法第 12 條之 1 就醫師之告知義務明文規定醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，醫師此項義務履行之時點係在診治病人時為之，除係保護病患「知」的權利外，亦可預防醫療糾紛之發生。然於醫療糾紛發生後，病患「知」的權利如何維護？病歷等關乎責任判定之證據資料如何保全之標準作業程序為何？醫院及衛生主管機關應扮演何種角色？有無應作為或不作為之應行注意事項等？目前缺乏一部醫療糾紛或醫療事故處理之專法，專就糾紛之解決機制作妥適之規範。由於醫療行為具有高度專業性，醫療糾紛爭議案件中醫病雙方常處於資訊不對等之地位，因此，一旦發生醫療糾紛事件，病患及其家屬無法及時取得病歷，縱取得病歷亦無從由一般人之常識閱讀理解，縱能閱讀理解，亦擔憂病歷是否曾遭受醫院或醫師塗改，因而衍生醫病關係的互不信任，甚至更行惡化。
- (二)在現行制度之下，醫療糾紛發生後，病患及其家屬第一步最重要的，就是「要真相」。為使真相呈現，證據之保全自屬不可或缺，病患及家屬如欲保全證據資料，所可採取之手段實屬有限，只有民事與刑事訴訟二種手段。一旦提起民事訴訟，除需繳納裁判費外，通常係依民事訴訟法第 368 條至第 376 條之 2 之規定向民事法院聲請保全證據，依民事訴訟法第 368 條第 1 項之規定：「證據有滅失或礙難使用之虞，或經他造同意者，得

向法院聲請保全；就確定事、物之現狀有法律上利益並有必要時，亦得聲請為鑑定、勘驗或保全」。同法第 369 條第 1 項規定：「保全證據之聲請，在起訴後，向受訴法院為之；在起訴前，向受訊問人住居地或證物所在地之地方法院為之。」然依此方法保全證據，既發生在已向法院提起民事訴訟之後，對於紓解醫療糾紛訟源已無幫助，且原則上民事訴訟採辯論主義，法院僅於例外的情形下依職權為調查證據，故在民事訴訟，程序上法院較趨被動，對於緩解醫病關係緊張，保障病方資訊完整之權利，實益不大。另一方式則是提起刑事告訴，非但不需繳納裁判費，且由檢察官居於公訴人之地位發動偵查權蒐集並扣押證據，其效果可稱迅速而有效，然如此一來，無非鼓勵病方皆尋求刑事告訴之途徑保全證據，間接將醫事人員直接推上刑事被告之地位。因此，從統計數據上觀察，約 80% 之醫事鑑定案件來自檢察機關或法院刑事庭之委託，其來有自。綜上可知，如衛生主管機關不主動積極建置迅速而有效且具公信力之證據保全程序，等同間接鼓勵民眾提起刑事告訴，使醫事人員動輒成為被告，其結果將導致醫病關係雙輸之局面。

(三)於醫療事故發生時，為滿足民眾快速保全證據及知悉「真相」之權利，衛生行政機關實應扮演更積極主動之角色。一旦爭議發生而民眾申請調處時，行政機關應可依當事人之申請，將病歷資料等相關證據，快速實施保全、封存，或必要之處分，或使病患及家屬得請求複印或複製等作為。另一方面，衛生行政機關亦得委託專業機關（如衛生署醫審會）實施鑑定。如能於爭議調處階段

即迅速作成證據保全及委託鑑定瞭解事故真相，則許多民眾即不需訴請法院主持公道。如其效果比法律訴訟好、效率更快，亦能滿足病患及家屬「要真相」之需求，則自然會減少訟源。是以，醫療糾紛事件發生後，端賴衛生主管機關積極介入，至其具體作法尚須訂定相關法令及建置標準作業程序，以為依循。

五、行政院衛生署應重視醫療糾紛爭議事件訴訟外之糾紛解決機制，強化各直轄市、縣（市）衛生主管機關調處制度之功能，進而斟酌考量採強制調解前置主義，俾有效緩解訟源

（一）當醫療糾紛發生時，病人或其家屬可以選擇訴訟方式，對醫院及醫師進行法律訴訟，亦得與醫院及醫師進行協商、調解而達成和解。如能善用訴訟外的紛爭解決機制，除可使醫院或醫師免於訟累、減少醫師面臨訴訟之心理壓力外，亦可減少司法資源的浪費，對於病患及其家屬而言，亦能更迅速的獲得慰撫或補償，對於社會資源及醫病關係之和諧，往往比訴訟方式解決紛爭之功效更為有效。在現行制度下訴訟以外之紛爭解決機制大致有如下數種：

1、和解：醫療爭議事件病家或透過第三者與醫療院所及醫師進行磋商，尋求雙方能共同接受之方案。在較有制度與經驗之醫院，均訂有處理醫療糾紛作業之規定，成立跨單位之醫療爭議處理小組或委員會。各醫院醫療糾紛處理小組之組成與處理步驟雖有些微差異，但一般模式如下：在醫療糾紛發生時，由社工人員、公關人員與醫護人員共同組成之「關懷小組」介入

處理，瞭解爭議主因，並召開醫病溝通協調會進行協商，以期解決紛爭。

- 2、鄉鎮市公所調解：醫療爭議中民事損害賠償事件，及刑事告訴乃論案件，得向鄉鎮市公所之調解委員會以書面或言詞聲請調解。由於在鄉鎮市調解委員會進行調解時，並無醫療專家在場協助諮詢，對於醫療行為與損害間的因果關係無法查明，實際上難以達成調解之功能。
- 3、仲裁：有關現在或將來之爭議，當事人得訂立仲裁協議，約定由仲裁人一人或單數之數人成立仲裁庭仲裁之（仲裁法第1條第1項參照）。其本質為一種紛爭解決之協議。透過專門知識或經驗之專家為仲裁人判斷，可收迅速、有效之效果，惟在我國尚未發現，以仲裁方式做為解決醫療糾紛之案例。
- 4、司法調解：民事訴訟法第403條第1項規定：「下列事件，除有第四百零六條第一項各款所定情形之一者外，於起訴前，應經法院調解」，依該條第1項第7款規定，醫療爭議於提起民事訴訟前，應先經法院調解，由法官與調解委員於法院調解該紛爭。
- 5、調處：衛生署於87年4月17日訂定「醫療爭議調處作業要點」，申請人以書面向醫療院所所在縣市之衛生局申請調處，由政府介入，提供管道讓兩造當事人進行溝通。調處為解決醫療糾紛之方式之一。各縣市衛生局依據醫療法第99條設置「醫事審議委員會」，處理包括醫療爭議調處之法定任務，當醫療爭議事件發生時，民眾可以書面向爭議醫院所在地之縣市衛生局提出申請，再由該委員會委員擔任中立第

三者之角色，幫助爭議之兩造雙方協調處理。

- (二) 上揭數種紛爭解決之方法，和解係指當事人雙方主動協商，係私人間之協議；鄉鎮市公所之調解通常情形不具醫療專業；仲裁目前並無案例；民事法院的調解仍需由法院為之，故由衛生主管機關本於行政權限，主動而積極的擔負起醫療糾紛爭議的調處角色，較能發揮「專業」、「公正」、「迅速而有效」的紛爭解決功能。依現行醫療爭議調處作業要點之規定，調處之方法為調處委員，得以其認為適當之程序，依案件之性質、爭議之內容、雙方之期望及有無速為調處之必要等情事，引導當事人達成調處，而調處作業應考慮醫病雙方之權利義務及雙方爭議之標的所在，秉持客觀、公平、正義之原則進行。據衛生署統計資料，各直轄市、縣(市) 91年至100年間民眾申請醫療爭議調處案件合計4,540件，其調處成立者占1,671件，調處成立的比率約為36.8%。
- (三) 上述之調處制度，雖已可發揮紓解部分訟源之功能，但非無檢討強化之空間。諸如：一、目前的調處不能與公權力保全之病歷等證據資料結合，致調處如不能基於事實證據作基礎，僅賴人情的磋商妥協，對於發現真實、釐清真相仍無幫助；二、調處的成員雖有專業人士參與，但於遇有專業問題之爭議時，如能取得具公信力的鑑定意見提供，作為協商的依據，應能滿足病患及家屬瞭解真相的需求，有助於提高調解成立的比例，降低後續訟爭的可能性。三、目前的調處結果，並無如民事訴訟法上的和解或調解、仲裁法上之仲裁結果，具有與確定判決同一之效力；在刑事訴訟中亦無就告訴乃論刑事案件，限制當事人不

得再行告訴或自訴之規定，致調解成立後，當事人仍可將案件向法院提起訴訟，降低了解決醫療糾紛的功能。四、目前的醫事爭議事件調處程序並非「強制調解」程序，亦降低紓減訟源之功能。凡此問題，仍有待主管機關就制度設計及研修相關法規加以改善。

(四)衛生署於94年12月提出「醫療糾紛處理法」草案，於第5條規定「醫療糾紛事項，於起訴、告訴或自訴前，應先依本法進行調解。」採取強制調解之原則。於97年4月間，該署提出「病人安全及醫療糾紛處理條例」草案，第13條則規定：「醫療糾紛當事人，得依本法之規定聲請調解。」採取任意調解之性質，與一般調解無異。現行制度之下係採任意調解原則，對於減緩醫療訴訟之進行，功能有限。目前研議中的「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」則採調解前置主義。實則，刑事訴訟程序之外，在現行法制之下，強制的訴訟前置程序不乏其例，例如，行政訴訟法對於撤銷訴訟即採「訴願前置主義」、耕地三七五減租條例第26條即採「調解前置主義」、公務人員保障法採「復審前置主義」等，均有其合憲之法理基礎，如何在兼顧人民訴訟權之情形下，發揮調解解決紛爭、紓減訟源之功能，亦值主管機關審慎研議。

六、鑑定為醫療糾紛爭議事件之核心，為增進鑑定之公信力，行政院衛生署醫事審議委員會對鑑定事項允宜強化品質、效率、並提高透明度

(一)鑑定為訴訟程序中調查證據之方法之一，最高法院79年度臺上字第540號判例曾謂：「法院固

得就鑑定人依其特別知識觀察事實，加以判斷而陳述之鑑定意見，依自由心證判斷事實之真偽。然就鑑定人之鑑定意見可採與否，則應踐行調查證據之程序而後定其取捨。倘法院不問鑑定意見所由生之理由如何，遽採為裁判之依據，不啻將法院採證認事之職權委諸鑑定人，與鑑定僅為一種調查證據之方法之趣旨，殊有違背。」故在理論上，法院未必受鑑定結果之拘束，鑑定之結果與判決之結果亦未必一致。然而，在醫療糾紛訴訟之領域中，鑑定結果與判決結果卻呈現高度一致性。據學者統計分析，有高達 80.6% 的醫療糾紛法院判決，提及鑑定意見，且法院認定結果與鑑定結果一致之比例，在第一審法院高達 95.3%。由於醫療糾紛爭議事件多涉及高度專業性，醫療糾紛訴訟案件中之法官或檢察官雖居於審判者或公訴人地位，然其專業訓練僅及於法學方面，而社會分工範圍廣泛，涉及醫療專業訴訟的法律責任認定上，必須借重專家的鑑定意見，以為判斷的基礎。是以，醫療鑑定為醫療糾紛訴訟案件之核心，其鑑定之結果，實係左右訴訟勝敗之關鍵。

(二)我國之醫療鑑定案件，大多數交由衛生署醫審會鑑定小組作成鑑定意見書，有學者統計該會占總鑑定次數的 67.7%；其次為各教學醫院，占 19%，足見衛生署醫審會就醫療糾紛鑑定而言，居於舉足輕重之關鍵地位。依現行醫療糾紛鑑定作業要點之規定，案件來源僅以司法或檢察機關之委託為限，其中約 67% 為檢察機關委託，32% 為司法審判機關委託，1% 為軍法機關委託；79% 為刑事案件，約 20% 為民事案件。約占八成的比

例判斷醫師之醫療行為並無疏失，由於鑑定無疏失之比例偏高，因此肇致部分民眾對醫療鑑定係「醫醫相護」之批評。

(三)衛生署醫審會之鑑定任務居於關鍵角色，則如何「提升公信力」、「加強透明度」、「提升效率」、「擴大紛爭解決的功能」以符合民眾的期盼，免除「醫醫相護」、「黑箱作業」的批評，應是值得努力改善的目標，分述如次：

- 1、現行制度下衛生署醫審會僅接受司法或檢察機關之委託，地方衛生主管機關調處之階段並不在受委託之鑑定範圍，恐係為避免案件來源過多，鑑定能量及經費無法負荷。實則，有許多病患及其家屬係為取得衛生署之鑑定報告瞭解事故真相而提起訴訟。當事人雙方如能在爭議前階段即取得具有公信力之鑑定報告意見書，許多爭議在調解階段即可獲弭平，從上述數據亦可得知在檢察機關委託之案件量約占 67%，於起訴後由法院委託者僅占 32%（尚包括民事訴訟及刑事自訴案件所占比例），足證將鑑定受委託範圍往在前之調解或調處階段挪移，應不致大量增加委託鑑定案件之總量，同時，可減少病患及其家屬為取得衛生署之鑑定報告而提起訴訟，致案件動輒興訟，造成當事人兩造之訟累。至於衛生署醫審會是否得向申請人酌收鑑定費用，宜由該署本於權責審慎研酌，惟不宜過高，以免案件流回刑事告訴。
- 2、由於法院或檢察機關不具醫療專業，委託鑑定之提問往往並非關鍵爭點所在，許多鑑定醫師，遵循所謂「不問不答」之原則，僅針對司

法機關提出之疑問，逐項答覆。即使鑑定醫師發現被告醫師之行為具有疏失，但只要非屬司法機關詢問之問題，即不予回答。對於廣泛性的提問，常有回答內容含糊籠統，語意未能明確的情形，導致多次鑑定，曠日廢時。為徹底解決紛爭，鑑定意見書之記載事項，除司法機關提出之疑問外，即便司法機關未要求鑑定之事項，對於鑑定人於通常鑑定過程中，依其專業知識所認知之事項，亦應積極記明於鑑定書，以求一次解決醫療糾紛之爭議，以免多次鑑定，不僅拖延訴訟時間，且使個案發生多次鑑定結果不一致之情形，而減損鑑定之公信力。

- 3、醫學評論與醫療鑑定應屬二事，應嚴予區別。衛生署醫審會常有鑑定意見僅作成「符合醫療常規」與否之判定，至於何謂醫療常規，並未給予說明，或賦予相關證據資料予以支持，以致於訴訟當事人（尤其是原告）難以檢驗鑑定意見是否可信，亦難以檢證其認定之標準究係一種醫學評論或醫療行為當時、當地之一般臨床指引標準。雖然法院關於鑑定意見之評價，對於鑑定所採之醫療常規，應審酌鑑定人所引用之醫療常規或臨床指引，是否為醫療行為當時、當地之標準，以及鑑定人是否探究所有可能的常規或指引實施鑑定。然而由於鑑定意見書欠缺醫療常規之參考依據及文獻資料之說明，對於鑑定意見的可信度有所折損，此有賴衛生署建置標準化流程，透過指標維持鑑定品質、維持公正專業的分案鑑定制度，及強化醫師辦理鑑定的專長及能力等提升品質與提升

可信度之目標努力。

- 4、依衛生署 97 年至 99 年之統計資料顯示，該署受理委託鑑定及審議所花費之時間，平均鑑定天數於 97 年為 208 天、98 年為 255 天、99 年為 221 天，三年平均為 228 天。一般完成鑑定時間約需 6 至 8 個月不等，對於兩造當事人而言，仍屬漫長。為提升鑑定作業的效率，鑑定作業應再謀求縮短作業期程，相關工作之推動，仍應持續進行。
- 5、按刑事訴訟法第 205 條第 2 項規定：「鑑定人得請求訊問被告、自訴人或證人，並許其在場及直接發問。」又同法第 206 條之 1 第 1 項規定：「行鑑定時，如有必要，法院或檢察官得通知當事人、代理人或辯護人到場。」準此，於鑑定程序中，法院得依職權或鑑定人（機關）請求，使鑑定人與兩造有互動及聽取意見之機會。然而，現行實務上衛生署醫審會之鑑定意見，係以機關鑑定的方式進行鑑定，而以機關名義作為「鑑定人」，提出鑑定意見，並非個別鑑定醫師之個人名義為之。從而，在訴訟實務上，司法機關無法依據民事訴訟法或刑事訴訟法之規定，命鑑定人到場說明，並接受雙方當事人之詰問，以澄清疑義及強化其可信性，因此，乃迭遭致「黑箱作業」之批評。於鑑定意見具有疑義或籠統模稜兩可時，無法獲得澄清，而發生一再鑑定之情形，除造成訴訟程序延宕外，亦折損鑑定報告之公信力。衛生署似可研議以醫審會指派代表之方式，派員到庭說明釐清疑義之可行性，以提升鑑定報告之透明度，強化公信力。

七、行政院應整合衛生與法務等相關部會權責，建構將醫療糾紛爭議訴訟之型態，由刑事訴訟導引至民事訴訟之配套機制，降低刑事訴訟之比率

(一)據衛生署之統計 91 年至 100 年該署醫審會受理委託鑑定之案件總數為 4,714 件，其中刑事案件為 3,728 件，民事案件為 922 件，整體刑事案件所占之比例約為 80%。如此高的刑事案件比例其實並不意味著病患及其家屬目的在使醫師關入大牢，實則是部分藉由刑事手段「以刑逼民」（即藉由提起刑事訴訟之手段達到民事求償之目的）。此一現象之存在，不但為衛生署及醫界人員所共同擔憂，亦為法務部於約詢時所承認，並確實已對刑事偵查體系造成負擔，因此，如何扭轉我國醫療訴訟「以刑逼民」之怪象，降低刑事訴訟之比例，應為政府衛生及法務相關主管機關所應共同面對及克服之問題。

(二)醫療事故發生後，病患及家屬採取刑事訴訟之原因，分析如次：

- 1、可能因病患及家屬未能獲得期望的結果，又缺乏醫院或醫師充分良好的溝通，情緒無法宣洩，造成醫病關係的破壞而走上刑事訴訟一途。
- 2、有可能因刑事訴訟並無裁判費的門檻限制（民事訴訟須繳裁判費），乃藉由刑事附帶民事訴訟（亦無須繳納裁判費）的方式達到求償目的。
- 3、有可能因刑事偵查程序中由檢察官以公訴人之地位可實施搜索、扣押等強制處分程序，對於證據之保全更直接而快速，以刑事訴訟之方式保全證據更加快速而便捷。

4、有可能因刑事訴訟使醫師為刑案被告，對醫師可產生心裡威嚇，「以刑逼民」將有助於談判索賠之籌碼，因而走上刑事訴訟一途。

(三)刑法為規定犯罪及其處罰之法律，而刑事訴訟之目的在確定國家刑罰權之有無及其範圍。因刑罰係對人民權益剝奪最嚴重之手段，故刑罰之適用應具有最後手段性及謙抑性。從司法院所統計最高法院對醫療上訴確定案件觀之，94年至95年判決有罪者各為1人、96年為4人、97年與98年均為1人、99為4人、100年為3人，80名被告中15人有罪，占18.75%（表三）。國家耗費龐大而冗長之刑事訴訟程序，最後判決有罪者則寥寥可數，由此可見，透過司法體系運作之結果，司法體系亦不認為醫療糾紛案件絕大多數被刑事起訴之被告適合以「犯罪」或「刑罰」之手段處理。再者，從上述統計中所處之刑罰觀之，被告多處6月以下有期徒刑，其中3人雖處逾6個月至1年以下有期徒刑，但都宣告緩刑。由此可知，我國司法體系亦不認為醫療疏失之被告適宜以「自由刑」之方式矯正。因此，國家設立刑事訴訟之目的絕非讓主張受害之被害人可以因此獲致民事賠償，時下臺灣社會民眾對醫療糾紛動輒「以刑逼民」之現象，應迅予導正。行政院允應整合衛生與法務等相關部會權責，建構將醫療糾紛爭議訴訟之型態，由刑事訴訟導引至民事訴訟之配套機制，降低刑事訴訟之比率。

八、司法院及法務部對於職司審檢職責之法官及檢察官允宜加強辦理醫療糾紛案件之專業培訓，以提升辦案品質

(一)醫療糾紛爭議訴訟案件涉及高度醫療專業知識，職司審檢職責之法官及檢察官之訓練與養成階段多係對法學之專業所進行之培養，絕大多數對於醫學專業並無能力依其所受訓練及經驗法則逕為認定事實，如何能夠發現真實、公正審判，實為司法人員本身之專業所不及，故幾乎所有之案件均需仰賴委託專業人員或機關進行鑑定，以協助司法人員認定事實，進而適用法律。然而，綜觀現行職司司法官特考錄取人員職前訓練之法務部司法官訓練所就司法官班開設之課程，包括第1階段之醫療專題16小時（課程名稱為「法醫學與實務」），第4階段之輔助課程中亦安排有「醫療糾紛實務之處理」課程（2小時），均屬注重在法醫學或演講性質之課程安排，而對檢察官之在職訓練部分，該所並無任何課程安排。司法院司法人員研習所所開設之課程以專題研討之型態為主，對於偵查或審判醫療糾紛案件能提供多少幫助，尚難具體評估。

(二)專業能力之培訓，可樹立若干指標，作為逐步建立成效之依據，諸如：

- 1、強化法官、檢察官於起訴前進行調解之能力，提高勸諭當事人達成和解之比例

醫療糾紛發生爭議者，除有民事訴訟法第406條第1項各款所定情形之一者外，於起訴前應經法院調解，為民事訴訟法第403條第1項第7款所明定。如案件於民事起訴或刑事告訴程序前或程序中，法官或檢察官能本於職責與專業，提高調解成功率，亦能降低訟爭比率。故勸諭當事人達成和解之比例，自當為培訓成效之重要指標。

2、提高法官與檢察官辦案所需之醫療專業素養，期能迅速釐清醫療糾紛爭點，正確擬定委託鑑定之事項，縮短次數及時程

鑑定為醫療糾紛訴訟案件之核心，絕大多數之醫療糾紛案件需仰賴專業鑑定，鑑定為醫療糾紛案件最重要的調查證據之方法之一，已如前述。然現行實務上發生訴訟程序拖延、反覆一再鑑定、鑑定結果仍不能釐清真相等弊病，常與司法機關委託鑑定時，爭點未能正確釐清、鑑定問題之擬定不妥當有直接關連。司法人員固非醫療專業人員，但對於正確擬定委託鑑定之事項、正確提出爭點所在問題，應為其本職工作所必須之素養，故亦應為培訓成效之重要指標。

3、提升案件審理之折服率與維持率（檢察官應提升其起訴定罪率）

司法判決之折服率與維持率為裁判品質及公信之一項指標。依司法院之統計資料顯示，醫療訴訟案件於醫療專庭成立前之 87 至 93 年及成立後之 94 至 100 年，地方法院民事案件之折服率分別為 75.51% 及 62.63%；地方法院刑事案件之折服率分別為 58.2% 及 57.95%。而高等法院暨分院之民事案件之折服率分別為 33.33% 及 44.96%；刑事案件之折服率分別為 41.82% 及 44.64%。由是觀之，於醫療專庭成立後，地方法院之案件折服率並無明顯提升，而於高等法院則有顯著之提升。至於維持率方面，醫療專庭成立前後之刑事案件，地方法院維持率分別為 65.5% 及 68.77%；高等法院暨分院維持率分別為 57.87% 及 63.97%，足見維

持率方面，無論地院或高院均有顯著提升之成效。實則，醫療專業法庭之建置，不應僅僅是法院事務分配上彰顯其意義，更應是在人員遴選及培訓上之強化，以注重司法官在辦理醫療案件之專業能力提升，自為培訓成效之重要指標。

4、縮短案件審理期程

據衛生署函復本院之說明資料，引述學者楊秀儀、吳俊穎教授之研究顯示，每一醫療糾紛案件，從醫療事故發生至一審判決止，平均耗時 3.12 年。醫師、病患及家屬進入漫長的訴訟程序，亦將使醫師無法安心工作，影響醫師治療病患之權益與品質，病患及其家屬亦陷入長期之訟累。法官及檢察官展現案件審理所受之醫療專業訓練，應可在爭點整理、委託鑑定事項之擬定、減少鑑定次數與縮短鑑定時程等各方面發揮其效率，以期整體縮短案件審理之期程。

九、在解決醫療糾紛之教育面上，教育部允應積極推動建立跨領域倫理、法律、社會之醫療法律教育及專業師資之培養，並規劃相關繼續教育課程，以滿足現行醫事人員於在職教育與訓練之需要

(一)按 100 年 3 月 25 日第 51 次全國公私立醫學校院院長會議曾共識決議：各校在學校的基礎課程或是臨床實習的訓練均應加強醫病溝通的訓練，以積極回應民眾需求。是以，近幾年來醫學教育已能重視養成社會所需要、能真正協助病人的醫事人員，為教育訓練目標之一。

(二)據教育部表示，國內醫學教育各醫學院均開設醫

學倫理與法律及醫病溝通等相關課程，各校多半由基本的人際溝通技巧、醫學倫理等循序漸進，引領學生學習進行醫病溝通並培養倫理思維，至中、高年級時，進一步研習法律知識以及進行案例分析。醫學院在開設醫療與法律相關課程，多採合聘法律系教授授課方式進行，除了課堂上的法令研析，亦有小組討論課程，透過實際案例讓學生瞭解醫療糾紛及醫療爭議案件之性質，及如何避免發生。而在醫學生進入臨床實習之職前訓練課程，亦會強化醫療法律及醫療糾紛相關講題。另該部補助全國公私立醫學校院於100年8月1日至101年7月31日辦理「醫學系學制改革與課程規劃」實施計畫；其中「人文、基礎與臨床課程整合小組」討論重心之一，即為如何透過課程規劃、培育來使醫學生瞭解病人、對社會及醫學專業之責任。

- (三) 查教育部顧問室於96年至99年之中綱計畫「醫學專業教育改進計畫」，規劃一系列初、中、高階之醫療法律課程，於週末開課提供醫學院校之教師、醫院之主治醫師來研習，參與情形及人員反應熱烈，顯示現行在職之醫事人員，對醫療法律課程教育及訓練之迫切需要。
- (四) 目前各醫學院校雖然有開設醫療法律相關課程，然而我國專攻醫療法律之法學教授為數不多，能於醫學院任教之人數也有限。而目前若干大學法律相關系所已開設「醫事法專題講座」、「醫事法律問題研究（過失責任）」、「生醫科技、社會與法律」、「代孕與人工生殖專題研究」、「人體組織法律議題」、「醫療法專題研究」、「精神醫學與法律專題研究」等課程。醫學與法

律學為不同領域之科學，若該兩領域之學者間不能深度互動交流，透過經常研討臨床相關之法律問題，使法律系學生亦能瞭解醫療行為之不確定性、風險性及急迫性，其對醫療法律之認知與見解也容易有偏差。因此優良之醫療法律教育仍有待發展，必須透過跨領域倫理、法律、社會專長之結合，方能帶來提升。

(五) 綜上，在解決醫療糾紛之教育面上，教育部允應積極推動建立跨領域倫理、法律、社會之醫療法律教育及專業師資之培養，並規劃相關繼續教育課程，以滿足現行醫事人員於在職教育與訓練之需要。

十、行政院衛生署應就醫療行為具有不確定性、風險性及急迫性之特質，加強對民眾之教育，並應持續推廣並建置醫療事故救濟、醫療疏失責任分擔制度等相關配套機制，醫療刑責合理化之修法自有其宣示意義；長期而言，醫療事故不責難補償制度中合於國情者，亦可參採

(一) 醫療行為本身即具有不確定性、風險性及急迫性等特質，惟多數民眾恐未能正確理解，以致於醫療事故發生時，與民眾預期之結果一有差距，即發生醫療糾紛。衛生署應就醫療行為之特性，加強對民眾之教育，以使民眾有正確之就醫觀念及對醫療行為之基本認知，降低醫療糾紛之可能性。

(二) 醫療事故發生後，病患或其家屬為直接受害人，無論醫院或醫師有無疏失，對病患或家屬而言，傷害已造成，如病患或家屬能獲得迅速而適當之救濟（補償或賠償），協助病患或家屬解決經濟

上一時之困難，或獲得情緒之撫慰，必能減緩醫病間之緊張對立情緒，有效紓解醫療糾紛訴訟，並保障醫病雙方之權益。

- (三) 面對醫療「五大皆空」的狀況，衛生署決定高風險之醫療科別先行規劃補償機制，為改善婦產科醫事人力短缺之困境與執業環境，目前暫以生育所生風險做為優先推動試辦範圍，訂定「醫療機構辦理生育事故救濟試辦計畫」，希望以此作為未來規劃全面實施醫療傷害補償制度之先驅性計畫，達成「社會之互助與正義」、「健全醫療體系發展」、「促進醫病關係和諧」三贏目標。先從婦產科所面臨的生育事故建立補償機制，使醫病雙方權益均能獲得保障，應屬緩和醫療糾紛可行之方法，爰行政院宜積極協調法務部與衛生署凝聚共識，解決爭議問題，俾儘速完成法制化作業。
- (四) 除此之外，廣泛而多元的建立醫療責任分擔機制，亦應有其需要，如行政院國軍退除役官兵輔導委員會所屬醫療院所，設有醫療糾紛處理互助金，並訂有「行政院國軍退除役官兵輔導委員會醫療糾紛處理互助金管理會作業要點」。其他公私立醫院衛生署亦可鼓勵成立醫療糾紛互助金，亦可利用保險機制之「醫師業務責任保險」、「醫院綜合意外責任保險」等，以廣泛的分散醫療事故風險，降低醫師執業風險，使醫事人員執業環境更安全而有尊嚴。
- (五) 衛生署鑑於醫療糾紛事件之頻繁，發生五大皆空之危機，考量避免造成防禦性醫療「小病大看、大病不看、轉診於途」等浪費醫療資源或損害病人權益之現象，爰提出醫療法第82條第3項修正草

案：「醫事人員因執行醫療業務致病人死傷者，以故意或明顯違反醫療常規且情節重大者為限，負刑事責任。」（即醫界所稱「醫療刑責合理化」）以節制醫事人員因醫療糾紛所擔負的刑事責任。實則，由於醫療行為具有不確定性、風險性、急迫性及醫療義務，有許多情形下，係不應使醫師負擔法律責任，諸如：在緊急情況下為搶救危急病患生命而採取的緊急醫療措施造成的不良後果（出於緊急避難），例如，做CPR急救時為挽救性命而壓斷病人肋骨；在醫療活動中由於患者病情異常或者患者體質特殊而發生之醫療意外（因果關係中斷），例如，特殊之併發症或藥物副作用；在現有醫學科學技術條件下，發生無法預料或者不能防範的不良後果（醫療不能）；無過錯輸血感染、用藥、注射造成之不良後果；因患方原因延誤診療導致之不良後果；因不可以抗力造成之不良後果等，均應排除其法律責任，尤其刑事責任之非難。

（六）近年最高法院判決之態度亦有朝「醫療過失責任嚴格化」發展之趨勢。最高法院98年度臺上字第6890號判決謂：「刑法上之過失，指對於構成犯罪之事實，按其情節應注意，並能注意而不注意即懈怠過失，或雖預見其能發生，但確信其不發生即疏虞過失而言，且過失行為與結果間，在客觀上有相當因果關係，始得成立。而醫療行為複雜多樣，就屬明顯可判之應為而不為、不應為而為，或純屬醫療行為操作層面等事項，診療醫師有所懈怠或疏虞，固難辭刑法上業務過失之責任。但民、刑事責任規範目的不同，關於民、刑事過失責任成立要件注意義務之判斷基準，原則上

不必等量齊觀，基於刑罰最後手段性、謙抑性之考量，有關刑事上之過失責任之認定，應依嚴格證明之證據法則特別審慎為之。又於醫療過程中，個別病患之具體疾病、病程進展及身體狀況等主、客觀條件，原本不一，又不時急遽變化，尤其存在斟酌、取捨之事項，如何選擇在最適當之時機，採取最有利於病患之治療方式，本屬臨床專業醫師裁量、判斷之範疇；倘診療醫師就此所為斟酌、取捨，確有所本，並無明顯輕率疏忽，或顯著不合醫療常規之情，不能因診療醫師採擇其所認最適時、有利於病患之治療方式，摒除其他，即謂其係懈怠或疏虞，有錯誤或延遲治療情事，而令其負刑法上之業務過失責任。」此一判決即明確指出「明顯輕率疏忽」、「顯著不合醫療常規」等認定標準，與衛生署所提之修正草案意旨相同。解決醫療糾紛之配套機制如能健全建立，司法機關對於醫療「過失」之責任認定能透過判例（判決）之累積趨於「嚴格化」，則「醫療刑責合理化」之實質內含即可達成，屆時，醫療法第82條第3項之修正自可在全民具有高度共識之下，成為具有重要宣示意義之立法，亦為重要之努力方向。

- (七) 在他國制度中有實施成效良好者，如瑞典、芬蘭等北歐諸國所實施之病人保險制度及醫療事故不責難補償制度等，為許多專家學者所欽羨。其實長期而言，我國衛生主管機關自可參酌我國之社會環境現況與國情，廣泛參採他國制度之所長，以求醫療品質更為提昇、醫病關係更臻和諧之方向努力。

調查委員：黃煌雄

沈美真

劉興善

楊美鈴

中 華 民 國 101 年 12 月 5 日