



專題企劃

醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案： 毒藥還是解藥？

東海大學法律學系教授 吳俊穎^{1,2}台中榮民總醫院胃腸肝膽科研究助理 宋佳玲²

◆ 目次 ◆

壹、前言	五、分析根本原因涵蓋支付制度及勞動條件
貳、醫糾法草案修正重點	參、評釋
一、刪除醫療常規，將「初步鑑定」改為「專業評估意見」	一、未落實調解前置，難達緩解刑事訟源之效
二、衡平醫病雙方調解責任	二、補償範圍難以界定，恐致經費短缺
三、擴大醫療事故補償範圍	三、偏重補償，忽略除錯
四、補償基金修正為醫療收入總額並設比率上限	肆、結論

壹、前言

日前一名婦女其離預產期不到幾天的胎兒無預警胎死腹中，質疑醫師產檢過程中診斷不夠嚴謹、醫院處理態度輕率，佐以媒體大篇幅報導¹，引發醫療糾紛議題再度發酵。此次事件當中，得以窺見醫療事故的發生易挑起醫病關係之緊張對立，醫師擔憂訴訟或背負刑責之下，而產生防禦性醫療行為²。而處在現今醫療崩壞，沒有醫師救命

1 北榮死胎案 婦產科醫師無奈：這國家輸了，自由時報電子報，2015年5月19日，<http://news.ltn.com.tw/news/society/breakingnews/1321636>（瀏覽日期：2015年6月18日）。

2 林杏麟、李維哲，醫療刑法與鉅額賠償引發之防衛性醫療—壓死健保的最後一根稻草，《台灣醫界》，2010年12月，53卷12期，636-638頁。

的時代³，互不信任的醫病關係和健保制度連帶影響到醫師執業行為⁴，從內、外、婦、兒、急診、麻醉等專科「六大皆空」的現象可以見得。由此可知，醫療糾紛所衍生的效應不僅影響醫界生態，實則更攸關醫病雙方權益。

承前所述，從實證資料亦呈現醫療事故進入訴訟程序的比例節節升高，由民國80年的15.7%增至94年的23.1%⁵。政府單位意識到問題的嚴重性，由法制面著手研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」（下稱醫糾法），希冀透過專法整合與醫療事故相關事項如關懷、調解、補償、除錯程序，以達有效緩解醫病關係、保障醫事人員執業品質和病人權益目的。有鑑於立法作業非一時半載得以完成，且醫界和法界對於醫糾法意見分歧，政府單位於民國100年爰就爭議較小之「生育事故救濟試辦計畫」為先行。醫糾法草案則於立法院擱置多時⁶，於民國103年5月29日終完成審議，衛生福利部（下稱「衛福部」）企盼能於民國104年立法院會期結束前，儘速三讀通過完成立法⁷。無獨有偶，上述死胎案一出，引發醫界大幅反彈聲浪，亦掀起醫糾法究竟是減緩抑或是助長醫療訴訟之正反論戰。支持者認為補償金有助撫慰病方心情、減緩醫療訴訟；反對者則認醫糾法不僅無助於緩解醫療糾紛，還有虧空國庫之虞⁸。此波討論衍生後續效應，敦促衛福部於104年5月16日針對醫糾法草案提出十一項修正建議⁹。儘管醫糾法草案最終仍未能在本立法院會期休會前完成立法，惟由上述可知其攸關醫病雙方權益，實有深入探討之必要。是以，本文將逐步檢視修正重點，其次就尚待解決的問題提出淺見。

3 蔡秀男、亮亮、劉育志、吳佳璇、吳靜芬、方瑞雲等著，《醫療崩壞！沒有醫生救命的時代》，貓頭鷹出版，2012年9月。

4 陳鈺雄、劉瑋庭，美國健政法下的醫療法院方案，《醫事法學》，2011年12月，18卷2期，1-26頁。

5 整理自陳榮基、謝啟瑞、葉俊榮等，台灣醫療糾紛的現況與處理（上），健康出版社，1993年，69-80頁；吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，台灣的醫療糾紛狀況，《台灣醫學》，2009年1月，13卷1期，1-8頁；See Chun-Ying, Wu, et al., Medical malpractice experience of Taiwan: 2005 versus 1991, 39 INTERN MED J, 237-42 (2009).

6 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案版本眾多，本文討論係以103年5月29日經立法院政黨協商之版本為主，合先敘明。

7 衛福部新聞稿，2015年4月27日，http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=5311&doc_no=49115（瀏覽日期：2015年6月19日）。

8 死胎案醫糾法引關注 民眾期待、醫界反，奇摩新聞，2015年5月19日，<https://tw.news.yahoo.com/死胎案醫糾法引關注-民眾期待-醫界反-070216866.html>（瀏覽日期：2015年6月18日）。

9 衛福部新聞稿，2015年5月16日，http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=5312&doc_no=49344（瀏覽日期：2015年6月20日）。



貳、醫糾法草案修正重點

綜覽醫糾法草案，主要可分為四大核心，亦即關懷說明、爭議調解、事故補償、通報除錯，本次十一項修正建議當中皆有涵蓋，以下就修正重點提示如下。

一、刪除醫療常規，將「初步鑑定」改為「專業評估意見」

醫糾法草案中，將關懷說明納入規範，要求醫療（事）機構在醫療糾紛事件發生時，應有專責人員出面與病人、家屬或其代理人進行說明或溝通，以達緩和病方情緒，有助於後續調解程序進行。其中最受關注的議題，莫過於第7條的初步鑑定，其中第1項第2款之「醫療行為有無符合醫療常規」頗受質疑，論者認為醫療常規虛無飄渺，不宜入法¹⁰。為求消弭爭議，衛福部修正建議將「初步鑑定」修改為「專業評估意見」，並將頗受爭議的醫療常規一併刪除。

二、衡平醫病雙方調解責任

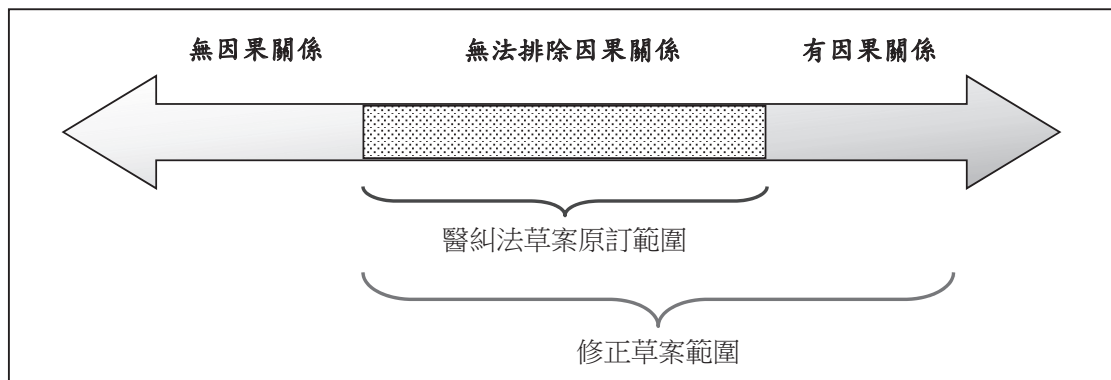
醫糾法草案第16條規定：「醫療（事）機構或醫事人員經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場。」規範立意爰考量醫病關係中之雙方地位，及促進調解程序之進行，惟學者質疑此舉變相片面強制要求醫方出席調解，反之病方則未限制，有違公平原則。是以，修正意見將「醫療（事）機構或醫事人員」改為雙方當事人，亦強調不需親自到場，可委託代理人出席，平衡調解雙方責任。

三、擴大醫療事故補償範圍

醫療訴訟中，要判斷過失成立與否，因果關係為重要的一環，認定上亦最為困難。要考量的因素包含醫療本身的不確定性、病患本身的多樣性，醫療傷害非醫療行為所不可避免者，或屬疾病自然病史的情形。¹¹因果關係的有無，牽涉到醫糾法草案中醫療事故補償範圍的界定，規範上採取三分法，分為三大部分：醫療事故與醫療行為「有因果關係」、醫療事故與醫療行為「無法排除因果關係」、醫療事故與醫療行為「無因果關係」。草案僅限於該醫療事故與醫療行為是「無法排除因果關係」，亦即因果關係難以認定的部分得以補償。本次修正意見將補償範圍擴大至「有因果關係」及「無法排除因果關係」兩者。（參見圖一）

10 堅決反對衛福部版本醫糾法草案網路活動，醫勞盟，<https://www.facebook.com/events/1563691313891268/>（瀏覽日期：2015年7月10日）。

11 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，醫療過失判斷的困境，收錄於《清官難斷醫務事？—醫療過失責任與醫療糾紛鑑定》，元照，2012年6月，100頁。



圖一 醫糾法補償範圍的界定

四、補償基金修正為醫療收入總額並設比率上限

醫糾法草案第32條規定醫療事故補償基金來源有醫療機構繳納之醫療風險分擔金¹²、政府預算撥充及菸品健康福利捐等其他收入，第33條第2項規定：「醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療費用總額之一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一；第二年起由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之三範圍內，調整其比率。」，同條第5項則明文政府預算撥充以不超過前條醫療事故補償基金總額之百分三十為上限。觀諸上述，引起醫界大幅反彈委實有二，其一為「醫療費用總額」可能牽動到健保總額給付，再者，衛福部揭示政府分擔預算以百分之三十為限，欲擬醫療風險分擔金明訂比例上限為百分之三十¹³。鑒此，衛福部修正「醫療費用總額」為「醫療收入總額」，及繳納上限訂為千分之一，免再討論醫界分擔比率。

五、分析根本原因涵蓋支付制度及勞動條件

長年以來，健保給付和醫療人員工作品質低落皆是醫界極力呼籲相關單位重視的議題¹⁴。以醫療人員工作品質而論，過勞不僅危害到自身安全，更重要有可能損及病患安全。重大醫療事故發生為眾所不樂見，如何追溯其發生原因，避免再次發生相當重要。準此，衛福部本次修正於第50條要求重大醫療事故發生分析醫療事故根本原因時，需納入「全民健康保醫療費用支付制度」及「勞動條件」。

12 草案原為「醫療機構及醫事人員」，衛福部修正意見刪除醫事人員，如此與第33條第1項「前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象」規範合致。

13 衛福部網頁，2015年4月30日，http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=334&fod_list_no=0&doc_no=49151（瀏覽日期：2015年7月15日）。

14 M. J. Yeh & H. H. Chang, National Health Insurance In Taiwan, 34 HEALTH AFF (MILLWOOD), 1067 (2015).



參、評釋

一、未落實調解前置，難達緩解刑事訟源之效

現行醫療訴訟如欲循民事程序，依民事訴訟法第403條第1項第7款及第424條規定，係屬強制調解類型。是故，提起訴訟前，應由法官與調解委員先行調解紛爭。如逕行向法院起訴，則視為調解之聲請。儘管如此，實務運作上，先行調解程序能夠成功的情形卻相當罕見。其理由在於醫療訴訟屬高度需知識與技能專業性領域，在法官欠缺醫療專業情形下，難以協助雙方當事人釐清真相¹⁵。是以，實務上取而代之，係以同法第406條第1項第1、2款之規定：「不能調解或顯無調解必要或調解顯無成立之望者；經其他法定調解機關調解未成立者。」予以處理¹⁶。因應上述現狀，於醫糾法草案第11條第1項重申民事訴訟法的規定，要求未依法聲請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟，希冀能落實調解前置程序，並將調解機關從法院轉為縣市政府衛生局之醫療糾紛爭議調解會，以期藉助調解會之專業，得以解決現行實務運作的矛盾。

值得關注的是，醫療糾紛刑事訴訟是否一體適用調解前置主義有爭議。就此法務部持反對立場，認此舉侵害人民訴訟權，有違憲之虞¹⁷。是以，醫糾法草案最後採取折衷的方式，於第12條第1項規定：「檢察官偵查或法院審判之刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，應函請或移付管轄之調解會先行調解。但經被害人、告訴人或自訴人明示不同意者，不在此限。」易言之，醫療糾紛發生後，病方仍得先提起刑事告訴，待訴訟程序開啟後，由檢察官再函請或移付管轄之調解會進行調解，此明顯與調解前置主義欲減少訟源之核心概念悖離¹⁸。

眾所周之，基於採行刑事訴訟有免繳裁判費、免律師費、附帶請求民事賠償及藉由檢察官發動偵查以保全證據等固有優勢，是以醫療訴訟中亦常見「以刑逼民」的操作模式¹⁹。此外，依據衛福部醫事審議委員會受理委託醫事鑑定案件數之統計結果顯示從1987年至2013年間共計受理7825件鑑定案件，當中有6719件亦即高達八成五的比例為刑事訴訟²⁰。復而，由實證資料顯示，醫療糾紛刑事訴訟案件中，以公訴程序提起佔

15 陳學德，〈臺中地院醫療調解、諮詢、鑑定制度經驗分享〉，元照，2014年6月，9頁。

16 林義龍，論醫療糾紛處理之法制與實務—ADR臺中經驗，〈醫事法學〉，2014年6月，21卷1期，2-14頁。

17 法務部新聞稿，2012年10月5日，<http://www.moj.gov.tw/public/Attachment/21052192531.pdf>（瀏覽日期：2015年7月15日）。

18 採相同見解參陳聰富，醫療糾紛調解制度之立法爭議，收錄於《醫療糾紛處理之新思維（一）—以臺中地院醫療試辦制度為中心》，元照，2014年1月，72-77頁。

19 整理自王皇玉，台灣醫療糾紛問題的發展新趨勢，〈台大校友雙月刊〉，2007年3月，50期，18-20頁；陳忠五，醫療糾紛的現象與問題，〈台灣本土法學雜誌〉，2004年2月，55期，2-3頁。

20 衛福部醫事司網頁，http://www.mohw.gov.tw/cht/DOMA/DM1_P.aspx?f_list_no=608&fod_list_no=762&doc_no=1791（瀏覽日期：2015年6月18日）。

57.9%，醫方被判有罪即定罪率為40.8%；反觀以自訴程序提起達42.1%，但當中醫方判處有罪的比例卻僅有9%²¹，顯而易見定罪率比例之懸殊。

綜合以上，顯示現今在醫療訴訟中，病方傾向以刑逼民採取刑事訴追的策略，由鑑定案件數量中刑事比例居高不下亦略知一二。復觀察醫療刑事訴訟特色為高偵查率、低起訴率、低定罪率²²，探究其原因似與訴訟門檻密不可分。當訴訟門檻過低，甚或毫無限制時，極為可能招來當事人情緒性控訴等無實質意義的濫訴。簡而言之，如未設置調解之把關機制，待進入訴訟程序後再由檢方函請或移付調解，則防堵濫訴之成效令人存疑。儘管有限制訴訟選擇權之虞，然若維持被害人、告訴人或自訴人亦得選擇不同意之設計，當調解不成立，則可繼續其訴訟程序，其限制輕微，衡酌應無違反比例原則。緩解訟源、減少社會成本既為醫糾法重要立法目的，準此本文認為刑事訴訟調解先行制度有其必要性。

二、補償範圍難以界定，恐致經費短缺

(一) 經費預估

工欲善其事，必先利其器。考量現實層面，首要探討的必然是經費預估。根據衛福部評估，如採全面補償，則經費恐需一百億元，是以退而求其次，先採部分補償的方式，計算方式依照原先草案中醫療費用總額千分之一，預估醫療機構每年約負擔五至六億元，加計政府預算、捐贈收入等其他支出，合計約十至十二億元應足以支應²³。此外，衛福部表示經實證研究資料，臨床實務上醫療糾紛之個案，最終進入司法訴訟程序僅約一成五左右²⁴，佐以民國100年開辦的「生育事故救濟試辦計畫」觀之，產科的司法訴訟鑑定案件數與試辦前一年相比大幅減少72%成效斐然²⁵；復而「生育事故救濟試辦計畫」最初預估需三億元的經費，實際執行後排除與生產本身風險無關，僅需六千萬元，補償後提告的僅兩件。²⁶綜合以上，衛福部依照生育事故補償的經驗，配合訴訟、調處案件比例放大推估醫糾法補償僅需十二億元的經費即足以支應。

21 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，醫療過失刑事歸責之實證分析，收錄於《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月，198頁。

22 同上註，216頁。

23 立法院公報，102卷3期，263、278頁。

24 吳俊穎、陳榮基、楊增暉、賴惠蓁、翁慧卿，《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月，14頁。

25 衛福部新聞稿，2015年5月8日，http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=5312&doc_no=49281（瀏覽日期：2015年6月21日）。

26 王宗曦，醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案重點研析，醫療安全暨品質研討會，中華民國醫師公會全國聯合會主辦，2015年5月30日，47頁。



如前所述，生育事故救濟試辦計畫既為補償醫療事故的先驅計畫，無可諱言其實際執行的結果自然應納入醫糾法推行的評估參考。然而，經費估算上實應考量生育事故與醫療事故本質差異甚大，兩者前提大為不同；前者接受醫療行為者為孕婦，多為健康之狀態；後者接受醫療行為者為患者帶病求醫，且幅員遼闊，涉及各科別，其風險評估自不應等同視之。再者，由資料顯示，分析醫事審議委員會受理案件類別，婦產科僅佔15%之小幅比例²⁷，於經費推估上得否逕自類比，值得深思。

另一方面，生育事故和醫療事故本質的差異毋寧與道德風險息息相關。儘管衛福部認為推行醫糾法與生育事故補償計畫試辦初期相同，均可能面臨道德風險，但藉由限定死亡及重症，應可排除大部分醫療事故。²⁸惟觀察過去民事訴訟涉及醫療賠償之實證研究，病患傷害程度無身體上的傷害為1.6%、輕傷33%、重傷29.2%、死亡則為36.2%²⁹，可以見得民事醫療訴訟中，以病人傷害程度為重傷和死亡佔大宗，高達六成五比例，實不容忽視。僅憑納入死亡及重症之限制，是否能有效防堵道德風險似宜再評估。簡言之，生產僅佔醫療行為中的一環，惟醫糾法係涵蓋所有醫療行為，前者道德風險發生的可能性極低，後者則難以預估。綜合以上，估算醫糾法經費實應更為謹慎，將道德風險納入考量，不宜僅憑生育事故經費運用尚有餘裕，反低估了醫糾法補償之預期經費。

(二) 補償範圍及要件

另一項值得深究的問題為補償範圍，首先就規範要件層面探討，醫糾法係以因果關係為判準。以實務運作觀之，醫療糾紛之訴訟案件，不論係刑事或民事案件，亦不論被告違反之罪名或民事上原告主張之法律關係為何，皆以過失責任成立與否，作為判斷之關鍵。原則上以行為人之懈怠或疏虞與結果之發生間，有無相當因果關係為準據。換言之，醫療訴訟係以過失責任為判斷要件，操作上則著重被告有無應注意而未予注意之「醫療疏失」致原告受有損害，以及該醫療疏失與原告所受之損害間有無因果關係。³⁰然而，醫糾法判斷上不著重在疏失有無，取而代之以因果關係為先行之判斷要件。如此恐在實務運作上困難。以下試舉一例說明。病患因頭暈、肢體無力等症狀急診入院治療，服用有暈眩副作用之藥物，於自行下床時跌倒致腦出血而死亡。依照

27 立法院公報，103第26期，167頁。

28 醫糾法陷阱多？衛福部：歡迎協商，聯合新聞網，<http://udn.com/news/story/9/867133-醫糾法陷阱多？-衛福部：歡迎協商>（瀏覽日期：2015年6月21日）。

29 吳俊穎、楊增暉、陳榮基，醫療糾紛請求權基礎、責任主體以及舉證責任轉換之實證分析，收錄於《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月，164頁。

30 吳俊穎、陳榮基、楊增暉、賴惠蓁、吳佳勳，《清官難斷醫務事？—醫療過失責任與醫療糾紛鑑定》，元照，2012年6月，5頁。

醫糾法草案，係以因果關係為判準，則在本案例中，需面臨極為複雜之藥物之藥理作用機轉、病患本身自然病史等多重因素，其醫療行為與病患之傷害結果間究竟有無因果關係實難認定，極易導出模稜兩可，難以完全排除之結論。反之，倘若依實務的運作模式，僅需先就有無醫療疏失為判斷，如有醫療疏失，再進一步考量與患者死亡之結果有無因果關係即可。誠如臺灣臺中地方法院民事94年度醫字第8號判決載明「…被告如有過失，與賴○○之死亡結果有無相當因果關係？…茲因前述…均認為被告並無過失，故本爭點即無論述必要。」抑或是臺灣高等法院高雄分院民事103年度醫上易字第4號判決所言：「所做之醫療處置，包括臨床診斷、相關檢查、用藥處置及手術等，皆符合醫療常規，並未發現有醫療疏失之處等語…足認被告施行迴腸造口關閉手術，及術後就吻合處癒合不良發生滲漏情況等所為醫療處置，並無疏失，則其後吳○○因病情進展未能痊癒，自無從認與被告所施行手術間有因果關係。」易言之，如前端即可排除疏失，則無需再就因果關係為考量。由上述可知，醫糾法之補償規範要件，以因果關係為先行判斷要件殊值思考。

退萬步言，撇除前述與實務運作不同之處，暫以因果關係為論，從醫界角度出發，論者多就醫糾法之補償範圍，亦即無法排除因果關係之設定，持保留態度。探究其原因在於依循實務運作模式，過失責任的成立除疏失外尚須具備因果關係，則因果關係難以確認的情形，在判斷上應不成立過失責任，醫界自然無法認同在沒有過失的情況下，仍須負擔補償金。³¹前以敘及，因果關係在醫療訴訟中因牽涉眾多因素，認定上時有困難，推估政策設計上為求落實無過失補償的立法精神，即在無法判斷因果關係的情況下，能以不責難醫方的角度，使病方能獲得經濟補償。而衛福部進一步在修正意見中，將醫糾法補償範圍擴大為「有因果關係」及「無法排除因果關係」，以祈緩解醫界質疑。

在不責難醫方的前提要件下，我們同意擴大賠償範圍到「有因果關係」部分，然而我們並不認同草案原本規範的「無法排除因果關係」部分。蓋醫療行為本就帶有高度不確定性的特質，病患帶病就醫，而受有傷害，其傷害結果究竟為醫療過失所致，還是因病患本身的多樣性、醫學本身的不確定性、疾病本身的自然發展史所造成，常常難以判斷。未來醫療審議會如就目前醫糾法所設計之三分法來認定因果關係，在判斷困難之下，有極高可能均以「無法排除因果關係」結案，從而造成對於所有病患傷

31 醫糾法，到底是保護醫師還是害醫師，遠見雜誌，http://www.gvm.com.tw/webonly_content_5001.html；醫療糾紛 提油救火，自由時報，<http://talk.ltn.com.tw/article/paper/876762>；強推《醫糾法》，賠錢才是美德，自由時報，<http://talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/1306091>（瀏覽日期：2015年7月14日）。



害程度皆進行賠償的情況。病方濫行提起補償之道德危機，以及經費嚴重不足的隱憂，兩者皆有高度發生之可能性。

三、偏重補償，忽略除錯

醫療照護上的不良事件（medical adverse event）攸關病人安全，從數項研究顯示，不良事件的發生易導致大量的死亡率（mortality）或罹病率（morbidity），耗費龐大醫療費用，更與醫療糾紛的發生習習相關。³²復而，現行醫療分工漸趨細緻，不同以往僅有單一科別之醫師為病患診治，採取組織分工的醫療團隊形態提供照護服務。其分工情形可分為上下指揮關係的垂直分工與彼此互不負責指揮監督之責的水平分工關係。³³值得注意的是，在前述現行醫療組織分工樣態下，如何避免醫療機構之組織、制度、決策或設備設施等機構性問題，致醫療行為發生之不良結果之系統性錯誤（system error）發生為重要課題。例如我國發生北城婦幼醫院打錯針、台北榮民總醫院瘡疾感染案、台大醫院愛滋器捐誤植案等³⁴，在在顯示醫療錯誤的發生，非盡可歸責於單一醫事人員，乃醫療團隊數個醫療行為環環相扣之下，潛藏其中眾多可能影響發生因素導致，如作業流程設計不良、醫院危機管理不當、健保支付制度、醫事人員勞動品質不佳等。準此已觀，防範不良事件再發生之重要性與日遽增，各國乃積極尋求途徑，以期有效降低醫療瑕疵的發生率，避免系統性錯誤發生，以助減緩醫療糾紛發生，促進良好的醫病環境。基於前述，以預防為核心概念之除錯機制因而應運而生³⁵。其一透過院內、院外通報系統的建置得以從他人的錯誤學習，提醒容易發生的異常事件類型，避免相同錯誤反覆發生；另外則是由醫療機構本身針對醫療事故進行根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA），探尋並檢討內部系統性問題，預防事件再次發生。³⁶

32 See LINDA T KOHN, et al., TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM (National Academies Press, 2000). AK Jha, et al., Patient safety research: an overview of the global evidence, 19 QUALITY AND SAFETY IN HEALTH CARE, 42-47 (2010); Michael D Greenberg, et al., Is better patient safety associated with less malpractice activity: Evidence from California., RAND INSTITUTE FOR CIVIL JUSTICE (2010).

33 整理自王皇玉，整型美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則—評台北地院九十一年訴字第七三〇號判決，《月旦法學雜誌》，2005年12月，127期，60頁；蘇嘉瑞，信賴原則在醫糾適用之類型化與法學實證研究，《科技法學評論》，2010年6月，7卷1期，263、277頁以下；張麗卿，信賴原則在醫療分工之適用—以護士麻醉致死案為例，《東海大學法學研究》，2010年12月，33期，51頁以下。

34 詳細案件分析請參照吳俊穎、林家琪、楊增暉、陳榮基，醫療機構組織歸責之應有取向—從病人安全維護的觀點出發，《月旦法學雜誌》，待投稿。

35 高純琇、石崇良、廖熏香、楊漢濂、翁惠瑛，台灣病人安全通報系統藥物事件之分析，《台灣醫學》，2007年9月，11卷5期，546-555頁。Jane Carthey, Understanding Safety in Healthcare: The System Evolution, Erosion and Enhancement Model, 2 JOURNAL OF PUBLIC HEALTH RESEARCH (2013).

36 石崇良、林仲志、廖熏香、楊漢濂、翁惠瑛，台灣病人安全通報系統三年經驗，《台灣醫學》，11卷3期，2007年5月，298-305頁。

有鑑於上述減少不良事件發生的重要性，復觀察調查結果有高達九成的民眾認為嚴重傷害的醫療錯誤應予通報，由輿論亦可知探求真相、避免事故再次發生為各界所重視³⁷。是以，將除錯機制規範納入醫糾法草案中，明文規定通報、調查、分析及資料公布等相關程序，除此之外亦要求針對系統性錯誤需做根本原因分析（RCA）。此舉固然值得稱許，然醫糾法草案討論焦點均著重在補償一環，有關除錯機制則較少著墨。回顧我國除錯機制發展，實於2004年即有建置台灣病人安全通報系統（TPR），據統計參與病人安全通報系統的機構數及通報案件數逐年增加，截至2013年已有5694家機構參與，累積通報案件量達312,653件之成果。³⁸儘管我國病人安全通報系統似有進展，參與通報之機構及通報數量顯著增加，然而研究指出實際上嚴重不良事件被通報比例偏低，2005年至2013年病人安全通報系統的數據顯示有36%為無傷害、跡近錯失（Near miss）為24.7%、18.2%為輕度傷害³⁹，換言之通報案件中將近八成皆非嚴重傷害的醫療錯誤，這與醫療糾紛訴訟中，係以重傷與死亡為大宗的現象，顯有不同。代表許多嚴重傷害案件，並沒有進入病患通報系統。⁴⁰

病人安全通報制度本身立意良善，惟從前述數據似可觀察到醫事人員或醫療機構似就嚴重不良事件通報意願不高。進一步探討影響通報意願的因素⁴¹可區分如下，從制度面而言，係因我國通報機制，並沒有針對通報資料予以法律上追溯之豁免權。行為人通報錯誤後，不但增加醫療糾紛發生的機會，相關通報資料也同時成為訴訟上的呈堂證據，這樣的通報制度，不僅完全違反人性，也違背了法律上不自證己罪的基本原則。

有鑑於此，為求解決前述困境，醫糾法草案相關條文之立法理由中，首先強調除錯機制之核心概念為不究責，將相關資料匿名並保密的方式，以避免相關人員因而喪失工作或遭排斥；亦有述及調查文件本身不得作為究責或訴訟之基礎文件。然而前述有關證據排除之規定，係置於立法理由當中，而非明文規範於醫糾法本文，此舉相當耐人尋味。

37 邱淑媛，病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法-對實證文獻之回顧，《臺灣公共衛生雜誌》，2007年10月，26卷5期，頁339-352；劉梅君、辜智芬、潘柏翰，醫糾法應首重預防及除錯，2015年5月7日，自由時報自由廣場，<http://talk.ltn.com.tw/article/paper/878169>（瀏覽日期：2015年6月21日）。

38 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，台灣病人安全通報系統2013年年報，2頁。

39 財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，同前註，6、8頁。

40 同註28。

41 整理自謝雅惠、張偉洲、黃建民、劉秀琴，病人安全通報系統運作與現況之質性研究，《醫務管理期刊》，2011年16月，12卷2期，73-87頁；病人安全通報制度法案研究，行政院衛生署九十四年度補助研究計畫，2005年，5頁；財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會，台灣病人安全通報系統2005年年報，25頁；Chung-Chih Lin, et al., Learning from Taiwan patient-safety reporting system, 81 INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL INFORMATICS (2012).



詳言之，在現行法規以及醫糾法草案規範之下，並無實質上得以拒絕提供相關通報資料之依據。縱使規範中強調不究責的理念及力求匿名和保密，惟實際上當不良事件進入訴訟程序，如有通報相關資料，均難以避免該等資料轉化為訴訟證據。以刑事訴訟而言，檢方挾強大國家資源及公權力為有力後盾，又擁有搜索、扣押、或者命院方提出等強制處分權以蒐集證據，對病方而言，藉助檢方知有犯罪嫌疑，即可開啟偵查程序保全證據，可達先發制人之效。⁴²復以民事訴訟而論，基於當事人本就負有事證蒐集之協力義務，病方亦可透過向法院聲請，命對造提供相關資料⁴³。是以，無論醫療訴訟屬刑事或民事程序，在現行規範下，如要求醫事人員或醫療機構提供通報資料實難拒絕。尋求解決之道，似可參酌外國立法例為借鏡。以美國為例，基於改善病人安全，並降低不利於病人之意外事件發生之目的，於2005年通過之病人安全與品質促進法（Patient Safety and Quality Improvement Act），法文中要求建立病患安全組織（Patient Safety Organizations，PSO）以利蒐集、匯總、分析通報相關資料⁴⁴。並要求嚴守保密原則，不得任意公開，⁴⁵並賦與相關資料法律豁免權⁴⁶，以避免通報者自承錯誤之相關資料，被訴訟或某些法律程序所用。其保障範圍包含以下：（一）聯邦、州、地方之懲戒訴訟（disciplinary proceedings）中刑事、民事、行政之傳喚或命令⁴⁷（二）聯邦、州、地方之懲戒訴訟程序中發現與民事，刑事或行政訴訟程序關聯證據⁴⁸（三）排除適用資訊公開法（Freedom of Information Act，FOIA）等相關資訊揭露規範⁴⁹（四）聯邦，州或地方民事、刑事或行政訴訟證據⁵⁰（五）在州法規範下的專業懲戒程序⁵¹。藉由上述規範，以緩解醫事人員或醫療機構通報之憂慮，提高通報意願。

42 陳忠五，醫療糾紛的現象與問題，《台灣本土法學雜誌》，2004年2月，55期，2頁以下。

43 沈冠伶，武器平等原則於醫療訴訟之適用，《月旦法學雜誌》，2005年12月，127期，32-33頁。

44 William E Fassett, Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005, 40 ANNALS OF PHARMACOTHERAPY (2006).

45 Public Law109-41, Part C, § 922(b).

46 Public Law109-41, Part C, § 922(a).

47 原文如下：「subject to a Federal, State, or local civil, criminal, or administrative subpoena or order, including in a Federal, State, or local civil or administrative disciplinary proceeding against a provider.」

48 原文如下：「subject to discovery in connection with a Federal, State, or local civil, criminal, or administrative proceeding, including in a Federal, State, or local civil or administrative disciplinary proceeding against a provider.」

49 原文如下：「subject to disclosure pursuant to section 552 of title 5, United States Code (commonly known as the Freedom of Information Act) or any other similar Federal, State, or local law.」

50 原文如下：「admitted as evidence in any Federal, State, or local governmental civil proceeding, criminal proceeding, administrative rulemaking proceeding, or administrative adjudicatory proceeding, including any such proceeding against a provider.」

51 原文如下：「admitted in a professional disciplinary proceeding of a professional disciplinary body established or specifically authorized under State law.」

本文要強調現行醫療行為採組織分工的運行模式下，系統性錯誤實需多加關注，一旦發生不僅牽涉責任歸屬，對醫療品質及安全醫療執業環境為害更不容小覷。是以，如何完善除錯機制之相關配套措施，消弭醫事人員通報和進行根本原因分析之疑慮相當重要。固然將除錯機制納入醫糾法草案明文規範之立意良善，然需審慎評估其配套措施能否有效減緩醫事人員及醫療機構的恐懼，才是提高通報率和達到除錯機制目的之關鍵因素。現行規範上，有關證據排除之配套措施有所疏漏，如此令通報者反陷入自我入罪之困境，亦無法有效達到除錯機制欲達之預防不良事件發生之目的。就此，建議可參考美國經驗，明文規範通報相關資料應有法律上豁免權，提供通報者實質的保障，避免通報者反而易成追訴對象的窘境。

肆、結論

綜覽醫糾法草案可窺見關懷說明、爭議調解、事故補償、通報除錯四大核心，而補償和除錯則為兩大重要軸線。目前各界針對補償機制意見分歧，首應思考的是不以疏失為判斷，取而代之以因果關係為補償之規範要件，不僅與實務運作模式未合，亦容易在個案判斷上面臨病患本身自然病史等多重因素，而自陷難以判斷之困境。復而，在因果關係難以判斷情形下，將「無法排除因果關係」此難以劃定界線之灰色地帶納入補償範圍下，未來醫療審議會判斷上極易以此結案，則需補償之案件數量恐超出預估，亦難以防堵病方濫行提起補償之道德危機。本文建議補償範圍應該斟酌財政負擔能力而循序漸進，以「有因果關係」為先行，若財政負擔可允許，在循序擴大到「因果關係非常難以完全排除者」。再者，結合我國運行十年有餘之病人安全通報系統，醫糾法當中將除錯機制予以明文規範，惟未納入影響醫事人員和醫療機構通報因素甚鉅之證據排除之配套措施，是否能促進除錯機制成效實有疑慮。建議可參考美國經驗，將相關通報證據之法律追溯豁免權納入規範，以利減緩醫事人員及醫療機構自證己罪之恐懼，不違除錯機制之立意。另外，以預防勝於治療的角度而言，本文極力呼籲各界實應正本清源，以除錯為前端，補償為後端一體考量，如此方能發揮醫糾法最大效用。



參考文獻

一、中文部分

(一) 中文專書

1. 吳俊穎、陳榮基、楊增暉、賴惠蓁、吳佳勳，《清官難斷醫務事？—醫療過失責任與醫療糾紛鑑定》，元照，2012年6月。
2. 吳俊穎、陳榮基、楊增暉、賴惠蓁、翁慧卿，《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月。
3. 陳學德，《臺中地院醫療調解、諮詢、鑑定制度經驗分享》，元照，2014年6月。
4. 蔡秀男、亮亮、劉育志、吳佳璇、吳靜芬、方瑞雯等著，《醫療崩壞！沒有醫生救命的時代》，貓頭鷹出版，2012年9月。

(二) 期刊論文

1. 王皇玉，整型美容、病人同意與醫療過失中之信賴原則—評台北地院九十一年訴字第七三〇號判決，《月旦法學雜誌》，2005年12月，127期，50-63頁
2. 王皇玉，台灣醫療糾紛問題的發展新趨勢，《台大校友雙月刊》，2007年3月，50期，18-20頁
3. 石崇良、林仲志、廖熏香、楊漢淙、翁惠瑛，台灣病人安全通報系統三年經驗，《台灣醫學》，11卷3期，2007年5月，298-305頁。
4. 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，台灣的醫療糾紛狀況，《台灣醫學》，2009年1月，13卷1期，1-8頁。
5. 吳俊穎、林家琪、楊增暉、陳榮基，醫療機構組織歸責之應有取向—從病人安全維護的觀點出發，《月旦法學雜誌》，待投稿。
6. 沈冠伶，武器平等原則於醫療訴訟之適用，《月旦法學雜誌》，2005年12月，127期，28-49頁。
7. 林杏麟、李維哲，醫療刑法與鉅額賠償引發之防衛性醫療——壓死健保的最後一根稻草，《台灣醫界》，2010年12月，53卷12期，636-638頁。
8. 林義龍，論醫療糾紛處理之法制與實務——ADR臺中經驗，《醫事法學》，2014年6月，21卷1期，2-14頁。
9. 邱淑媿，病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法-對實證文獻之回顧，《臺灣公共衛生雜誌》，2007年10月，26卷5期，頁339-352

10. 高純琇、石崇良、廖熏香、楊漢淙、翁惠瑛，台灣病人安全通報系統藥物事件之分析，《台灣醫學》，2007年9月，11卷5期，546-555頁。
11. 張麗卿，信賴原則在醫療分工之適用??以護士麻醉致死案為例，《東海大學法學研究》，2010年12月，33期，45-77頁。
12. 陳忠五，醫療糾紛的現象與問題，《台灣本土法學雜誌》，2004年2月，55期，2-3頁。
13. 陳鈺雄、劉瑋庭，美國健改法下的醫療法院方案，《醫事法學》，2011年12月，18卷2期，1-26頁。
14. 謝雅惠、張偉洲、黃建民、劉秀琴，病人安全通報系統運作與現況之質性研究，《醫務管理期刊》，2011年16月，12卷2期，73-87頁。
15. 蘇嘉瑞，信賴原則在醫糾適用之類型化與法學實證研究，《科技法學評論》，2010年6月，7卷1期，257-304頁。

(三) 專書論文

1. 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，醫療過失判斷的困境，收錄於《清官難斷醫務事？—醫療過失責任與醫療糾紛鑑定》，元照，2012年6月。
2. 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，醫療過失刑事歸責之實證分析，收錄於《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月。
3. 吳俊穎、楊增暉、陳榮基，醫療糾紛請求權基礎、責任主體以及舉證責任轉換之實證分析，收錄於《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，元照，2014年10月。
4. 陳聰富，醫療糾紛調解制度之立法爭議，收錄於《醫療糾紛處理之新思維（一）—以臺中地院醫療試辦制度為中心》，元照，2014年1月。

二、英文部分

(一) 專書

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press (2000).

(二) 期刊論文

1. Fassett WE, Patient Safety and Quality Improvement Act of 2005, 40 Annals of Pharmacotherapy 917-924 (2006).
2. Greenberg MD, Haviland AM, Ashwood JS, Main R. Is better patient safety associated with less malpractice activity: Evidence from California., Rand Institute for Civil Justice (2010).



3. Carthey J, Understanding Safety in Healthcare: The System Evolution, Erosion and Enhancement Model, 2 Journal of Public Health Research 144-149 (2013).
4. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia I, Bates DW. Patient safety research: an overview of the global evidence, 19 Quality and Safety in Health Care, 42-47 (2010).
5. Shih CL, Lin CC, Liao SS, Yuan HC, Wung HY. Learning from Taiwan patient-safety reporting system, 81 International Journal of Medical Informatics 834-841 (2012).
6. Wu CY, Lai HJ, Chen RC. Medical malpractice experience in Taiwan: 2005 vs. 1991, 39 Intern Med J, 237-242 (2009).
7. Yeh MJ, Chang HH. National Health Insurance In Taiwan, 34 Health Aff (Millwood), 1067 (2015).