

國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

我國醫療糾紛處理及醫療事故補償法發展之  
光與影

A Study on the Issues of Medical Disputes and Medical Incident  
Compensation Draft in Taiwan

指導教授:李聖傑博士

研究生:吳若儒 撰

中華民國一〇七年一月



## 中文摘要

在快速成長的全球國際醫療產業中，我國醫療服務水準執全球牛耳，多項醫療技術的先進，聞名國際，在舉世前 200 大醫院中，我國就佔了 14 家，僅次於美國及德國，排名全球第三，凸顯我國醫療實力。然而醫療技術與世界醫療菁英國齊頭並進的同時，我國醫療醫病環境卻逐漸在衰敗。學者過去對全台醫師做的實證研究，遇到醫療糾紛以司法程序解決的比例在民國 84 年時為 15.7%，至 94 年時則升高至 23.1%，反映採司法途徑解決醫療糾紛的比例日漸增加的狀況。礙於我國法律制度的制度規定下，病家對於醫療行為與損害間的因果關係及醫師的過失負有舉證責任，由於病患並非醫療專業，即便現今病歷之取得相當方便，仍會面臨無法舉證而敗訴。醫療處置過程之還原及釐清疏失與否亟需專業之鑑定意見，依據衛生福利部醫事審議委員會醫事鑑定作業要點，該鑑定小組僅接受司法與檢察單位之委託，一般病家無法自行委託，現行刑事訴訟程序，可由檢察官蒐集證據以免除自己蒐集證據之負擔，並以刑事訴訟程序追加民事損害賠償的機制藉此節省訴訟費用，上述等等理由，造成我國現在以刑逼民之現象氾濫。

我國醫療糾紛處理相關法案經冗長提案及醫法雙方討論過程，歷經政黨輪替與版本修正，至民國 101 年行政院提出行政院版「醫療糾紛處理與醫療事故補償法草案」，該法具備兩大核心制度，一為以關懷、強化協商機制為主的調解先行制度，二則為不責難精神為宗旨的無過失補償制度，以期能免於動輒進入訴訟進程並達簡化醫療糾紛處理之目標。然該法在 103 年進入立法院二讀，卻遭到國內醫療從業人員的集體反對，最終未能達陣。

103 年送進立法院會討論之行政院版醫糾法草案立法精神可嘉，但深究其處理機制仍有研議之空間，考量醫療行為的特殊性，一部專屬於處理醫療糾紛機制的法案有其必要性。本研究採文獻探討與比較研究法，蒐集並彙整本研究主題相關之文獻如國內外期刊、學術著作、論文、官方統計資料、新聞報導、

相關判決、立法或修法草案。歸納、整理、分析並比較其在實務面運作之結果與我國現行法制作比較，再以臨床角度分析該草案，最後以醫療人員角度提出幾點建議：一、非告訴乃論之刑事醫療爭議案件亦應強制調解；二、創建分層調解機制，分流調解案件以加速調解作業的實質效率；三、重劃醫療事故補償金財源，回歸疾病無差別之本質，採全民徵收；四、推行就醫人醫療意外險與醫療平安險，強化損害填補機制；五、透過修正刑事政策，在非告訴乃論醫療糾紛案件中，有條件限制公訴機關及法院之司法裁量權。在符合法理精神下亦達醫界之期待，以期透過該醫療糾紛專法處理機制弭平醫病對立達到一次性解決紛爭之目的！



**關鍵字：**醫療糾紛、調解、事故補償、醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)

# 目錄

第一章	緒論.....	1
第一節	研究動機與目的.....	1
第二節	研究方法與範圍.....	4
第三節	主要研究架構.....	4
第二章	醫療糾紛的現況與困境.....	7
第一節	醫學進步下醫療行為概念的變遷.....	7
第二節	醫療風險下過失區辨的困難.....	8
第一項	醫療風險無法免除.....	9
第二項	過失檢定理論運用在醫糾複雜案例的難題.....	9
第三項	因果關係認定的失衡.....	16
第四項	放大的病人自主權--被抹去的臨床裁量權.....	18
第一款	病人自主權.....	18
第二款	醫師裁量權.....	18
第三款	病人自主權與醫療裁量權的消長.....	19
第三節	刑事訴訟為優先的處理風潮.....	21
第四節	對醫療鑑定結果公信力的質疑.....	22
第三章	醫療糾紛處理機制.....	25
第一節	國外醫療糾紛處理制度.....	25
第一項	英國醫療糾紛處理制度.....	25
第二項	德國醫療糾紛處理制度.....	27
第三項	日本醫療糾紛處理制度.....	29
第二節	我國醫療糾紛處理制度.....	32
第一項	醫療糾紛處理現況.....	32
第一款	訴訟外和解.....	32

第二款	調解.....	33
第三款	法院訴訟.....	36
第三節	我國醫療糾紛處理法案之發展.....	39
第一項	立法理由.....	39
第二項	立法歷程.....	40
第四章	糾紛的曙光-醫療糾紛處理及醫療事故補償法.....	45
第一節	調解先行的制度.....	47
第二節	不責難補償制度.....	52
第一項	國外醫療補償制度.....	53
第一款	瑞典病人賠償保險制度.....	53
第二款	紐西蘭醫療意外補償制度.....	58
第二項	我國現行事故補償制度.....	62
第一款	生產事故救濟條例.....	62
第二款	預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法.....	66
第三款	藥害救濟法.....	70
第四款	手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫.....	73
第三項	我國醫糾法草案補償制度.....	75
第四項	小結.....	80
第五章	曙光下的陰影-醫糾法草案的隱憂.....	81
第一節	暗藏的問題.....	81
第一項	不得強制調解的疑慮.....	81
第二項	依舊芒刺在背的非告訴乃論.....	82
第三項	無過失補償下財務的重擔.....	82
第四項	領取補償金後的再訴訟.....	84
第一款	訴訟權不得限制行使.....	84

第二款	返還規定的隱憂.....	85
第三款	道德風險與法律素養.....	85
第五項	小結.....	86
第二節	我國現行救濟制度與醫糾法不責難補償精神之殊異.....	87
第一項	補償型態 I--由國家發展與公共衛生政策為考量.....	87
第一款	生產事故救濟條例.....	87
第二款	預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法.....	88
第二項	補償型態 II—藥品正當使用下，製藥人之有限責任補償 型態--藥害救濟法.....	91
第三項	補償型態 III--改善高風險醫療執業環境為目的，分攤醫 療風險責任--手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫.....	92
第四項	小結.....	94
第六章	結論與建議.....	101
第一節	結論.....	101
第二節	建議.....	103
參考文獻		
附件(詳見附件目錄)		

## 表格目錄

表 1-1 醫療過失、醫療不幸與醫療意外之分類 .....	12
表 4-1 預防接種受害救濟給付金額範圍 .....	68
表 5-1 我國現行醫療相關補償救濟制度比較 .....	97





## 圖表目錄

圖 1-1 衛生福利部醫事司受委託醫療糾紛鑑定案件數統計(民國 76 年-民國 104 年).....	2
圖 2-1 衛生福利部醫事司訴訟性質比例(民國 76 年-民國 105 年).....	22
圖 3-1 英國醫療糾紛申訴流程.....	27
圖 3-2 德國鑑調會處理流程.....	29
圖 3-3 日本訴訟外/訴訟上和解制度.....	31
圖 3-4 日本醫師會醫師責任賠償保險制度.....	32
圖 3-5 全國各縣市 97-102 年醫療糾紛調處案件量統計.....	34
圖 3-6 97-102 年全國各衛生局調處案件量總計.....	34
圖 3-7 台中地方法院調解.....	36
圖 3-8 地方法院及高等法院判決病方勝訴率(民國 91~96 年).....	38
圖 3-9 北部某醫學中心現行醫療糾紛處理流程.....	38
圖 3-10 衛生福利部醫事司鑑定結果統計(民國 76 年-民國 103 年).....	39
圖 4-1 醫糾法草案調解前置流程.....	52
圖 4-2 瑞典病人賠償保險審理流程.....	58
圖 4-3 紐西蘭醫療意外補償制度審理流程.....	61
圖 5-1 我國預防接種政策推動紀要.....	89

## 附件目錄

- 一、醫療糾紛處理與醫療事故補償法草案
- 二、醫療糾紛處理與醫療事故補償法 104.05.16 建議修正版



# 第一章 緒論

## 第一節 研究動機與目的

2012年，國家地理頻道與行政院衛生福利部合作，耗時一年製作首部以台灣醫療服務為主題的紀錄片「愛上真台灣：台灣醫療奇蹟」。在快速成長的全球國際醫療產業中，我國醫療服務水準執全球牛耳，多項醫療技術的先進，聞名國際，在舉世前200大醫院中，我國就佔了14家，僅次於美國及德國，排名全球第三，不但是亞洲第一，更遙遙領先其他亞洲國家<sup>1</sup>，凸顯我國醫療實力。然而醫療技術與世界醫療菁英國齊頭並進的同時，我國醫療醫病環境卻逐漸在衰敗。台語俗諺談論致富職業云第一賣冰，第二做醫生，曾幾何時，這句話演變為第一賣冰，第二告醫生。學者過去對全台醫師做的實證研究，遇到醫療糾紛以司法程序解決的比例在民國84年時為15.7%，至94年時則升高至23.1%<sup>2</sup>，而衛生福利部醫事鑑定小組接受醫療鑑定委託的件數由民國76年的145件逐年增長，至民國100年最高已達577件<sup>3</sup>，反映採司法途徑解決醫療糾紛的比例日漸增加的狀況(圖1-1)。礙於我國法律制度的制度規定下，病家對於醫療行為與損害間的因果關係及醫師的過失負有舉證責任，由於病人並非醫療專業，即便現今病歷之取得相當方便，仍會面臨無法舉證而敗訴。醫療處置過程之還原及釐清疏失與否亟需專業之鑑定意見，依據衛生福利部醫事審議委員會醫事鑑定作業要點，該鑑定小組僅接受司法與檢察單位之委託，一般病家無法自行委託，又現行刑事訴訟程序，可由檢察官蒐集證據以免除自己蒐集證據之負擔，並以刑事訴訟程序追加民事損害賠償的機制藉此節省訴訟費用，上述等等理由，造成我國現在以刑逼民之現象氾濫。而部分法院判決動輒千百萬的賠償

<sup>1</sup> 國家地理頻道，台灣醫療精湛實力 造福國際 醫療奇蹟國際發光，[https://www.fng.tw/ngc/news\\_content.php?id=206](https://www.fng.tw/ngc/news_content.php?id=206) (最後檢索日期：2017/2/17)。

<sup>2</sup> 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，台灣的醫療糾紛狀況，台灣醫學，13卷，1期，頁6，2009年。

<sup>3</sup> 衛生福利部醫事司，醫事爭議處理、鑑定等相關業務--鑑定結果統計，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html> (最後檢索日期：2017/1/15)。

金、精神撫慰金更讓醫界齊聲反彈<sup>4</sup>，無法理解原先濟世救人的形象為何動輒淪為重傷害的犯行者。醫者、仁者，日內瓦誓詞宣誓謂「我將要憑我的良心和尊嚴從事醫業，病人的健康應為我的首要的顧念」，行醫之人固然極其小心翼翼執行醫療，終難避免身為人可能犯錯之原罪，且醫學治療有其極限，而人體之奧秘至今亦非吾人所能通盤了解，如此動輒以訴訟方式請求賠償的手段，終致高風險科別眾人避之唯恐不及紛紛投入風險低的科別，出現了醫療五大皆空的崩壞潮。

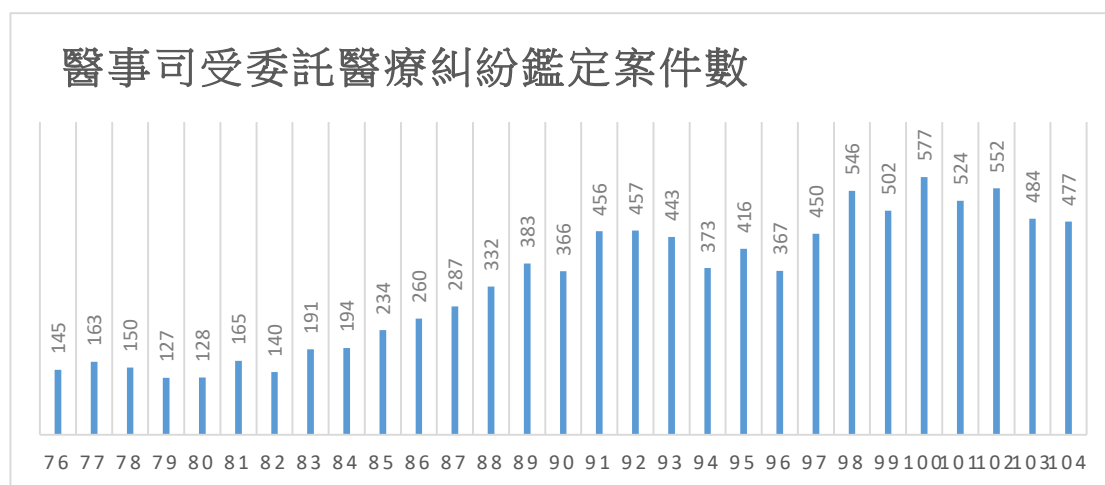


圖 1-1 衛生福利部醫事司受委託醫療糾紛鑑定案件數統計(民國 76 年-民國 104 年)

事實上，在學者的研究裡也能看出在多數醫療糾紛案例中，病家雖已採法律機制，但仍持續與醫院協商，可知病家並未將法律訴訟是為捍衛自身權益的最後一道防線，而是用於促使醫師協調、發洩不滿的手段<sup>5</sup>。另有學者研究指出，部分病人在身體無傷害的狀況下，竟有近一半的患者可以獲得和解或是調解，而醫師也願意以平均 9.8 萬元的金額進行和解或調解，此一狀況反應了許多醫師在面臨此類純粹因病人對醫療結果不滿意所導致的糾紛時寧可選擇以金錢解決的無力感<sup>6</sup>。早於民國 87 年，具醫師背景的立委有鑑於醫療糾紛的日益增加與訴訟往來曠日廢時，參考國外無過失補償之概念，提出「醫療糾紛處理

<sup>4</sup> 「人球案」名醫判賠 3 千萬 醫界：誰敢救人？，

<http://www.ettoday.net/news/20120331/35786.htm> (最後檢索日期：2017/2/20)。

<sup>5</sup> 林東龍、彭武德、陳武宗，告與不告之間—台灣醫療糾紛病患及其家屬之行動分析，長庚人文社會學報，2 卷，1 期，頁 191，2009 年。

<sup>6</sup> 參閱吳俊穎等，同註 2，頁 6。

及補償條例草案」，而當時正值政黨輪替、立委改選階段，該草案未能通過。其後醫界與法界開始多年來的角力，從最早爭取醫療行為去刑責化至醫療行為刑責合理化，卻遲遲無醫療糾紛處理機制之法案。至民國 101 年行政院版本強調關懷、調解、補償制度法制化的「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」歷經多次立院委員會審查終於在民國 103 年送入立法院進入二讀階段。然而這個版本的草案卻讓臨床一線醫療人員群起反彈，並有多個醫學會發表聲明反對該草案，最後這看似處理醫療糾紛機制一大進展的法案至此擱置。

佛教謂人生八苦，即生苦、老苦、病苦、死苦、愛別離苦、怨憎會苦、求不得苦、五陰熾盛苦，生老病死是人生循環，疾病的治療終避無可避，然而現今社會因網路與通訊的發達，知識訊息往來頻繁，各種似是而非的訊息流通<sup>7</sup>，而電視電影裡錯誤或誇大的戲劇效果<sup>8</sup>更加深了一般民眾對醫療處置的誤解甚至對醫療懷有過高的期待，這樣的結果加深病家對醫療不信任，造成醫病關係緊張對立。醫療本就具有高度專業性與不確定性，醫療行為所帶來的效果亦不是一加一等於二的代數關係，結果自非絕對的單一選項，加以醫療傷害的舉證困難，醫療糾紛的事件仍會持續上演。衛福部於 106 年底再擬定《醫療事故處理法》草案，採調處、關懷方向，不再討論補償機制。並與法務部合作「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，要求醫爭案進司法程序前，須經所轄衛生局的醫學及法律專家調處<sup>9</sup>，可樂見醫病雙方情緒得經此管道獲得轉圜，然而當醫療風險發生後，病方所受損害依舊未解，許多大型醫療機構藉發予慰撫金補償病家，亦即由醫療人員共同分攤負擔該風險實現所致之損害，實質上為無理由之

---

<sup>7</sup> 蘋果日報，害 4 癌患枉死「排毒教父」判 2 年，  
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20140509/35820373/> (最後檢索日期：2017/2/28)；自由時報，溫翠蘋 39 歲胞妹癌末惡化 淚控廠商詐騙百萬，  
<http://ent.ltn.com.tw/news/breakingnews/2012158> (最後檢索日期：2017/4/11)。

<sup>8</sup> 三立八點檔<世間情>將心電圖貼片貼在頭上當作腦波監視器或以氧氣鼻套管(nasal cannula)及一般氧氣面罩之蛇形管權充氣管內管傳達極端嚴重謬誤的醫療處置；日劇<派遣女醫 X>僅靠電腦斷層影像即能研判病人大腸癌分期及病理分類也超乎現今醫學想像。

<sup>9</sup> 蘋果日報，衛福部修《醫爭法》草案 找第三方查爭議免收費，  
<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20171226/1266578/> (最後檢索日期:2018/2/8)。



負擔。我國已有生產、疫苗接種等醫療風險救濟補償之相關法制，醫療事故補償之機制是否真如鳩毒一般毫無益處，事實上有待商榷。筆者乃臨床一線工作人員，深感目前我國醫療糾紛處理機制未盡理想，考量醫療行為的特殊性，一部專屬於處理醫療糾紛機制的法案絕對有其必要性。103 年送入立法院會討論之行政院版草案立法精神可嘉，但其處理機制與補償制度之設計仍有研議之空間，本論文以臨床人員角度分析該草案，由臨床人員角度出發提出建議及相關配套措施，在符合理法精神下亦達醫界之期待，以期透過該處理機制弭平醫病對立達到一次性解決紛爭之目的！

## 第二節 研究方法與範圍

本研究採文獻探討與比較研究法，蒐集並彙整本研究主題相關之文獻如國內外期刊、學術著作、論文、官方統計資料、新聞報導、相關判決、立法或修法草案。歸納、整理、分析並比較其在實務面運作之結果並與我國現行法制作比較，探討相關立法之參考之可能性。由於我國醫療糾紛處理之相關立法草案歷時多年且有政院與委員所提出之多個版本，本研究將以民國 103 年 5 月 29 日立法院朝野政黨保留條文尚待協商之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」及 104 年 5 月 16 日建議修正版為主要研究對象，就草案之立法精神及設計分析其優缺點及利弊，針對此議題提出探討，以提供日後立法審議之參考，建立理想之醫療糾紛處理機制。

## 第三節 主要研究架構

為重新建立良好和諧之醫病關係，醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案因此而生，然而無論是病方或醫療方之權益都不該偏廢，在維護醫病雙方之權利前提下，即使爭議發生，也能依循適當途徑尋求解決之道。本研究由醫療紛爭處理現況、遭遇之困境著手，進一步分析相關法律關係與處理機制予以探討，共計分七章，各章之安排如下：

第一章為緒論，說明研究動機及目的，並就目前醫病關係及惡化之原因提出

說明。

第二章為說明醫療糾紛現況與困境。說明醫療行為之特徵，提出醫療過失與醫療風險誤認的狀況造成我國醫療刑事訴訟盛行之窘境。而在醫療糾紛發生時，也因其因果關係難以認定且醫療鑑定曠日廢時，致使現今醫療相關糾紛的處理陷入困境中。

第三章為分析國外醫療糾紛處理制度與我國處理制度之說明。分別就國外同樣有健保制度之國家其醫療糾紛處理之方式與我國相比較。並對我國醫療糾紛處理相關法案之立法歷程做出整理。

第四章針對 103 年送入立法院會討論之行政院版本「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」及 104 年之修正版之立法精神與程序內容作說明，分別針對「調解制度」與「補償制度」做分析整理，並將國外補償制度與我國現行風險救濟制度列入比較。

第五章針對 103 年送入立法院會討論之行政院版本「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」及 104 年之修正版提出醫界所憂心與反對之爭點，並由臨床端角度呈現該程序施行之事實困境。後段討論醫療事故補償法此篇章之補償精神的合宜性。與現行之醫療補償法案如接種受害救濟和生產事故救濟之精神相比較，兩者之補償被視為同一概念是否具合理性。

第六章為結論，總結上面之論述加以彙整，提出個人淺見，做為日後我國醫療糾紛處理實務與修法之參考。





## 第二章 醫療糾紛的現況與困境

### 第一節 醫學進步下醫療行為概念的變遷

按醫師法第 28 條：「未取得合法醫師資格，擅自執行醫療業務者...」，又醫療法第 57 條：「醫療機構應督導所屬醫事人員，依各該醫事專門職業法規規定，執行業務...」。我國醫療相關法規對於醫療行為或醫療業務等名詞並無明文之明確定義，雖醫師法第 11 條規定義務範圍為診察、治療、開給方劑及交付診斷書，然此僅及於合法醫師執業之行為，蓋非醫療行為之全貌。長久以來，賴中央主管機關基於醫政管理之需要採行政解釋給予醫療行為定義。而醫療行為係醫療關係之核心，欲解決因醫療關係所衍生之相關民刑事法律關係，必先釐清醫療行為所涉及之範圍與樣態。

實務上，行政院衛生署<sup>10</sup>對於醫療行為之見解最具代表性者為衛署醫字第 8156514 號函釋：「醫療行為係指凡以治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺為目的，所為的診察、診斷及治療；或基於診察、診斷結果，以治療為目的，所為的處方、用藥、施術或處置等行為的全部或一部的總稱」。而高等法院 101 年度醫上更（一）字第 1 號判決則謂「醫療行為係以治療病患之病症為目的，醫療人員得藉由病人之主訴，並經由問診、觸診、檢查（生化及儀器）等方式，在醫療專業知識之研判下，藉以瞭解病因並確認病灶之所在，進而採取適當之醫療處置行為（用藥、手術或其他醫療處置），以排除病狀，而達到療癒之目的，亦即醫療行為係瞭解病因、確認病灶及排除病狀之過程」。依函釋及法院判決觀之，如係非以治療疾病、矯正或預防疾病、殘缺為目的之行為，即非屬醫療行為。而學界對於醫療行為之定義亦不一致，有指關於疾病之診斷治療、疾病預防、畸形矯正、助產、墮胎、及各種基於治療目的與增進醫學技術之實驗行為<sup>11</sup>；亦有學者認為廣義概念下的醫療行為包括疾病、傷害之診斷、治

<sup>10</sup> 行政院衛生署於民國 102 年升格為部，並改名為衛生福利部，本文以下皆稱衛福部。

<sup>11</sup> 曾淑瑜，醫療過失與因果關係，頁 10，2007 年。

療，治後情況之判斷及療養指導等具有綜合性行為內涵的法律事實，如就臨床實際狀況具體而言包含診斷方面的問診、身體評估，治療方面的內外科處置及治療成效的評估等等。

結合上述實務及學界之論點，醫療行為涉及三要素，包含醫療目的、醫治行為與用藥行為。然隨著醫學發展，醫療行為之解釋如僅僅限於含有預防、治療、矯正之目的始歸於醫療行為之範疇則可能排除下列之醫療狀況，如健康的骨髓捐贈者捐髓之過程(進入開刀房抽骨髓或是以類似捐血方式透過機器分離周邊幹細胞)、活體器官捐贈者(捐肝、捐腎)摘除器官之過程、癌症病人接受化學治療前保存卵子之取卵過程等等<sup>12</sup>。這類醫療行為如被排除結果實有違一般人對於醫療行為之看法。故另有學者提出醫療行為之定義除上述定義之外，如對病人採取足以影響其身體完整性或造成其健康之危害性之措施，均應視做醫療行為<sup>13</sup>。在醫療發展迅速的今日，各類治療日新月異超乎過去想像，如單純以前列之目的、行為來區辨歸納醫療行為，勢必無法合於現況，以排除醫美此類與病害無關之處置行為為前提，本文亦採將「足以影響其身體完整性或造成其健康之危害性之措施」涵蓋在醫療行為內的廣義解釋。

## 第二節 醫療風險下過失區辨的困難

醫療糾紛有做廣義與狹義解，廣義的醫療糾紛泛指病人或其家屬親友在醫療過程或經診療後，對過程、內容、方式、結果、收費或服務態度不滿所導致發生的紛爭或擾亂。而狹義的醫療糾紛則專指醫病間因為醫療行為發生死亡或傷害結果之爭執，可分為醫療事故與非醫療事故兩類，非醫療事故為無可避免的疾病進程或死亡，例如漸凍人終因疾病進展導致呼吸衰竭或治療完全無效的癌症末期病人。而醫療事故則是指治療相關的身體傷害或是死亡，可能是醫療過失或醫療風險所導致的結果。由於醫療行為本質為高風險且有不確定性，臨

<sup>12</sup> 朱柏松，適用消保法論斷醫師之責任，國立台灣大學法學論叢，27卷，4期，頁12，1998年。

<sup>13</sup> 郭吉助，論醫事法律上之醫療行為(一)由法制面談起，法務通訊，2379期，頁4，2008年。

床一線工作中，時有許多爭議案例都是高醫療風險的案件，醫療團隊在過程中已經盡力治療與照護，但宥於病人本身疾病狀況、體質或治療反應等依然發生身體傷害或傷亡等結果，本非醫療團隊之能力所能防止，即便在無任何處置過失的狀況下，病人仍受有身體傷害甚至死亡，家屬無法接受這樣的結局，自然提起爭議導致紛爭不斷。是故在醫療事故致糾紛發生時，必須先明辨究竟為醫療行為本身之風險抑或為醫療過失所致。

### 第一項 醫療風險無法免除

風險之定義為一定狀況下事故發生的不確定性，所謂不確定性於此指發生與否不確定、發生的時間不確定、發生的狀況不確定、發生後果的嚴重程度不確定<sup>14</sup>。風險具有幾種特徵：(一)具有客觀性：風險與人的意識狀態無關，風險管理的措施只能降低發生的頻率與減少損失，無法徹底消除風險。(二)具有普遍性：各種類型風險存於社會，包含自然災害、疾病、意外等等，而隨著社會、醫療各種科技的進步，新的風險也隨之產生。(三)具有必然性：透過大量風險事件的觀察可知事件發生有一定的規律，就整體巨觀而言風險必然發生，然而就單一獨立事件微觀，風險發生在某一個體(某次事件)或何時發生是偶然無法預知的，即單一個體風險之發生僅只有有、無之差別<sup>15</sup>。醫學的本質是科學，保有實驗與試誤的精神，並持續透過大規模研究與統計逐步精進改進現行醫療處置，追求更安全且有效的治療方式，例如使用各類影像導引的切片減少非即時影像的定位誤差或研發標靶藥物把藥物傷害減低等等，皆是以人為的處置措施嘗試減少風險發生的頻率，然而所謂安全僅是免於無法承受的風險，亦即視為安全的治療，風險仍然存在。

### 第二項 過失檢定理論運用在醫糾複雜案例的難題

我國刑法第 12 條規定：「行為非出於故意或過失者，不罰」，過失與故意行

<sup>14</sup> 鄭燦堂，風險管理：理論與實務，頁 19-20，2016 年 8 版。

<sup>15</sup> 參閱鄭燦堂，同前註 14，頁 19。

為隨目的理論提出，現今過失犯相對於故意犯為獨立存在的犯罪類型，且具備特有可罰性的思考，並非行為非故意即認定過失，在類型的描述上，過失行為須具有刑事不法與罪責行為要件<sup>16</sup>，亦即須經過失要件檢定方能確認。過失犯之成立要件與過失理論發展有密切關係，有傳統過失論與客觀歸責論。

### 一、傳統過失理論

傳統過失理論可分為舊過失理論與新過失理論，舊過失理論主張之過失判斷基準在於「主觀的預見可能性」，主張行為人應該預見犯罪事實並且有預見之義務，卻因精神之懈怠而沒有預見犯罪事實而違反了預見義務，導致結果發生因此違反了注意義務，具有過失，並應該受到刑法的非難<sup>17</sup>，舊過失理論是以法益侵害說為基礎，凡是在客觀上行為引起法益侵害或侵害之危險即具有違法性。然而依據舊過失理論，由於過度忽視過失行為之層面，幾乎等同於僅關注結果責任，形成過苛之結論，而有造成處罰範圍擴大的疑慮。現今交通、工業、醫療等日益發達，帶給社會重大效益，然這些對社會具有高效益的事業行為多少帶有危險性，是以同時也增加了社會危險的負面效果，因而有新過失理論被提出。新過失理論主張之過失判斷基準在於行為人未遵守社會生活上所要求之注意或具體的行動基準，以至於未採取迴避結果之適當措施之行為，換言之就是違反客觀注意義務之行為。而在新過失理論中，對於注意義務有不同見解，其通說認為過失不僅屬於構成要件、違法要件同時也屬於責任要件，在構成要件與違法性階段屬於「客觀注意義務」，包含了「客觀的結果預見義務」與「客觀的結果迴避義務」，客觀的結果預見義務以客觀結果預見可能性為前提，客觀的結果迴避義務以客觀的結果迴避可能性為前提作為判斷，以一般人之注意能力為基準。而於責任階段之「主觀注意義務」包含「主觀的結果預見義務」與「主觀的結果迴避義務」，主觀預見義務以主觀預見可能性為前提，主觀

<sup>16</sup> 李聖傑，過失犯罪行為的檢驗--評台灣板橋地方法院九十二年矚訴字第一號刑事判決，民主、人權、正義—蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集，頁 115，2005 年。

<sup>17</sup> 陳子平，刑法總則，頁 203-204，2015 年。



的結果迴避義務是以主觀的結果迴避可能性為前提，皆是以主觀人之注意能力為基準<sup>18</sup>。是以行為人之行為，如遵守社會通念上所要求之注意，則行為並非過失行為，即使行為和結果間有因果關係，亦不構成犯罪。

在醫療行為的情狀下檢視是否具有過失，可分客觀注意義務、主觀注意義務與結果迴避的義務。客觀注意義務即行為人能否遵守「社會一般謹慎小心之人所要求之注意」，在醫療行為中即醫療人員能否遵守一般醫療人員皆應注意之情況(例如:開刀術式、部位是否正確、化療病人治療前是否已存感染情況並給予處置、護理師是否執行病人辨識、遵守給藥前三讀五對原則等)。而主觀義務則可從結果預見可能性與結果迴避可能性來做分析。若對於結果的發生無預見可能，其結果發生乃不可抗力，不可謂有過失，而結果迴避可能性則是在已預見結果可能發生的情況下，採取迴避或防範措施以避免結果的發生，如在醫療行為中已盡力採取適當的醫療步驟來避免該結果發生，但宥於醫學技術的有限性，其結果無法避免，亦難謂有過失。在醫療行為當中，有一定比例的併發症可能，因發生機率極低，甚至無法預見是否會發生，如不幸結果發生，自無論斷有違反主觀注意義務的情形。有學者<sup>19</sup>依據結果預見可能與結果迴避可能的預測性將情況分做醫療過失、醫療不幸與醫療意外，僅有在主客觀注意義務違反與結果迴避義務的違反存在且具有相關聯性時，始能成立過失。若具結果預見可能，但其結果迴避機率極低甚至無可能，導致結果仍然發生則稱做醫療不幸，在臨床上的例子比如藥物產生的副作用或是手術的併發症;若欠缺結果預見可能，自也無迴避結果之作為，最終發生結果的情況則稱作醫療意外，在臨床上的例子比如藥物過敏或是生產時羊水栓塞。無論是醫療不幸或是醫療意外皆不具結果迴避可能，統稱做醫療風險。

---

<sup>18</sup> 參閱陳子平，同前註 17，頁 205-207。

<sup>19</sup> 高添富，高銘佑，醫療風險理論概論，醫事法學，23 卷，1 期，頁 3-12，2016 年。

	結果預見可能	結果迴避可能	結果發生
醫療過失	+	+	+
醫療不幸	+	-	+
醫療意外	-	-	+

表 2-1 醫療過失、醫療不幸與醫療意外之分類(作者自製)

## 二、客觀歸責理論

根據此理論，行為與結果之間必先存在條件因果關係，而後篩選刑法上可歸責的原因。與傳統過失論者認為不可預見之結果即欠缺預見可能性，因此在結論否定行為人對結果負有過失責任，但客觀歸責理論者認為在自然法則上可能的因果流程都是可以預見的，問題真正的關鍵在於根據現行法律的規定，何為行為人有義務去預見的，必須透過歸責標準來決定。其基本檢驗規則是(一)行為人的侵害行為對行為客體製造法所不容許的風險，(二)這個不法風險在具體結果實現，(三)結果存在於構成要件效力範圍之內。經這三檢驗條件，該行為所引起之結果始能歸責行為人<sup>20</sup>。除了三個基本規則外尚有其他輔助規則規範，就過失責任提出了有體系的限縮標準，而只要在客觀構成要件上可歸責者，至少必定成立過失。以下就輔助條件加以論述<sup>21</sup>。

### (一) 製造法所不容許的風險

1. 未製造風險的行為:行為人的行為與結果縱然有因果關係，但如行為仍在法所容許的範圍內，則視為未製造出法律上具有重要性的風險，則不具可歸責性。
2. 降低風險:降低風險者並未製造法所不容的風險，雖其行為與結果有因果關係，行為人對此亦有認識，但此行為不該當構成要件，行為人亦不

<sup>20</sup> 張麗卿，客觀歸責理論對實務判斷因果關係的影響-兼評最高法院九十六年度台上字第五九九二號判決，法學新論，13卷，頁7-14，2009年。

<sup>21</sup> 林鈺雄，新刑法總則，163-72頁，2014年；採同樣理論學者如：王皇玉，刑法總則，頁187-202，2016年。

具可歸責性。

3. 可容許風險:社會風險無所不在，基於重大的社會利益，立法者容許具有危險傾向的某些行為，遵守社會規範、安全守則下的行為仍發生不幸結果時，該行為所造成的結果不可認為是製造法所不容的風險<sup>22</sup>。

## (二) 實現不法風險

1. 未實現不被容許之風險—結果之可避免性:構成要件結果必須具有可避免性始能判定具有可歸責性，假使行為人遵守注意義務仍會發生該結果，則應判定為未實現法所不容許之風險。
2. 規範保護的目的:基於社會規範或生活經驗所累積而成原則性認同凝聚而生的行止規範，當必須該結果在規範保護的範圍內，亦即規定所保護的目的在於避免結果發生者，始有歸責性。

## (三) 構成要件效力範圍—他人及自我負責領域

1. 他人專屬負責領域:特定職業從業者在其權限範圍之內，得不受局外人干涉的執勤方式掌控、排除與監控危險，如結果發生超出行為人所掌控之範圍，則行為人不具可歸責性。
2. 自我負責原則:被害人同意他人之危害行為，在被害人自我負責原則的範圍之內，則行為人不受歸責。

在醫療行為的情狀下檢視是否具有過失需通過上述三基本要件檢視，加以輔助要件限縮過失標準，始能判斷該行為是否具有歸責性。然而醫療行為有各類樣態，僅舉一般人認知為例，社會大眾能想見之醫療行為大致可分做外科與內科系，外科系顯而易見多以開刀方式做處置，無論是心臟外科、一般外科、骨科、神經外科等侵入性治療皆具有同一表徵即需做劃開身體的動作以進行治

---

<sup>22</sup> 「法所不容許風險的製造」行為尚有客觀與細緻的判斷要件，判斷的評價標準分別為 1.法規規範;2.工作與活動規範;3.信賴原則;4.特定專屬特殊行為人的判斷標準;5.探知義務與不作為義務;6.利益與風險的衡量。針對社會對於行為人的行為評價或從行為實現風險與獲得利益的角度思考，對於行為是否落入製造風險的範疇就會有不一樣的判斷。過失犯罪行為的檢驗，參閱李聖傑，同註 16，頁 120-121。

療、直接探查之目的，即使現今醫療有所謂微創手術以胸腔鏡或腹腔鏡進行手術，取代了以往劃開身體造成極大傷口手術形式，但仍有部分手術形式或特殊情況下並不適用。而內科系以藥物治療為主，然藥物治療也可能有治療副作用<sup>23</sup>或因藥物產生併發症<sup>24</sup>；有部分內科科別可藉由操作內視鏡、超音波或是導管介入治療等方式做治療或採樣，亦具有侵入性特質明顯的治療方式，無論是內科或外科處置，行為皆具有前段所述「足以影響其身體完整性或造成其健康之危害性之措施」的特質，皆屬醫療行為之範疇。醫療行為，在排除故意傷害的情形，本質應該造福病人，所帶來的傷害不應大於其所帶來的好處，若傷害是無可避免時，合乎醫學倫理的行為必須是「兩權相害取其輕」，也就是所謂的「較小惡原則」。

醫療行為的作為乃為治療疾病而施行，疾病本為現存之風險，如醫療作為目的在於移除該風險，例如開刀移除腫瘤、裝設支架治療粥狀動脈疾病等，應視為降低風險的行為；有醫療作為在治療疾病同時造成另一風險，例如癌症化療治療腫瘤造成骨髓抑制或是異體骨髓移植或接受器官移植後服用抗排斥藥物，以致伺機性感染風險增高，可能導致敗血症引發多重器官衰竭；又或自體免疫疾病患者需長期控制疾病，而懷孕會導致原先穩定疾病惡化，且這類病人都屬高危險妊娠極易流產甚至可能導致母體傷亡，但基於病人期待，醫師仍協助孕婦安胎的處置，這類醫療行為仍為製造風險之行為，然基於自我負責原則，在病人的同意下，執行醫療處置的醫師應不具歸責性。上述兩例可知同為醫療行為，但各有其特殊性，在行為是否具有歸責性的判斷下，不同的輔助規則，必須依照個案事實分別做判斷。

---

<sup>23</sup> 化學治療引起全血球低下造成感染機會增加又或標靶藥物、結核病用藥造成肝功能異常等等。

<sup>24</sup> 如神經科用藥 Tegretol(癲通錠)出現史蒂文生氏強生症候群/毒性表皮溶解症 (Steven-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis SJS/TEN)



### 三、小結

醫療行為型態各異，處置執行後病人反應與結果也難以預期，不同醫療行為有不同的風險性，本質越具侵入性的處置風險高於較不具侵入性的<sup>25</sup>。相對地，相同醫療處置在不同個體上風險也因每一個個體本來身體現況、體質而有差別<sup>26</sup>，即所謂的個體多樣性。唯每位病人醫療處置的選擇乃以病人最佳治療利益為考量，非以風險考量為唯一依歸，最佳治療有時勢必承擔較高風險，此乃醫療行為當中，必要承擔之惡。然醫療事故發生後須由已知結果再論過程，一者真相大白後再檢討容易落於後見之明的盲點，二者有許多過程是錯綜複雜無法真正釐清問題所在，照一般人的想法，容易主觀歸咎於某一最顯見原因。如將醫療過程視作縱向時間軸，橫向切割的單一時間點常常會是多重問題並存的狀態，時常各自治療處置學理上是相互矛盾的處理方式<sup>27</sup>，必須依照病人個體做整體考量權衡治療方式，而醫師在這類情況中會因設立的治療立基點不同，採取治療的方向與重點有所不同。而隨醫療行為時間軸發展治療中出現的問題也會因病人的治療反應出現改變，須作出治療策略上的調整或是治療目標的改變，可見因個體本身的多樣性使醫療處置過程多變。

醫療爭議的發生常是病人治療終局結果為死亡或是傷害，此可能為疾病自然過程、治療無效、治療風險發生抑或是確實的醫療過失所致，因而過失的檢

---

<sup>25</sup> 同樣是放在靜脈中的導管，中央靜脈導管放置須由醫師執行，可能導致血胸、氣胸等，放置時間過久也可能有血液導管相關的感染；而周邊靜脈軟針放置可由護理師執行，一般常見狀況有周邊血管炎、局部感染等。

<sup>26</sup> 例如慢性阻塞性肺病或肺纖維化的患者因生理結構的異常，造成肺部感染的發生比一般人高，在進行癌症治療中感染機會會比其他族群較高；糖尿病患者血糖控制不佳時傷口癒合困難，開刀術後傷口癒合比一般人不易；營養狀況較差的患者在面對疾病時，對壓力抗性會比一般個體差，與一般人可接受的治療強度相比，必須降低治療強度。

<sup>27</sup> 以骨髓移植為例，移植物抗宿主疾病(Graft-versus-host disease, GvHD)是最須處理的問題，是故抗排斥藥物的投予是必要的，然而抗排斥藥物會壓制免疫細胞作用，導致黴菌感染、病毒感染風險增高，病人常常是在嚴重排斥發生的狀態下同時存在有嚴重黴菌或是病毒感染問題。藥物劑量的調整(無論是抗排斥藥物或是抗黴菌、抗病毒藥物)都相當困難且棘手。再以自體免疫疾病(autoimmune disease)為例，由於自體過度免疫攻擊本身器官所導致器官功能衰敗，投予類固醇的治療是必要的，然而類固醇作為免疫調節作用同樣會增加感染的風險，時有結核菌感染之風險，而在結核菌感染狀態下，類固醇是否需要完全停藥會因每個病人本身自體免疫疾病控制的狀況而有不同的想法，常常是臨床不同科醫師之間相互爭議的問題。

驗有其必要性，然過失理論中據「客觀注意義務」、「結果預見可能性與結果迴避可能性」的基本檢驗於醫療過程中橫向時間軸的切點礙於多重問題因子併存、相互影響、治療過程中目標修正等等情況，如何認定某個時間點或針對某個問題的結果預見與迴避可能有事實上實行的困難性。而客觀歸責的標準訂定雖明確，但劃出底線的準繩存乎一心，高低風險的差異事實上並不是具體客觀的絕對值，過失是否成立仍存在於判斷者主觀認定的意念之中，醫療行為所反射於社會意義的貶抑、認可或是嘉許的評價都影響了行為是否製造風險的判斷。看似客觀的歸責事實上仍存在主觀價值在內。無論是風險或是過失的結果可能都同樣是病人治療的死亡或是傷害，而風險發生的偶然特性更容易使一般人陷於具有過失以致結果發生的誤解，醫療過失與醫療風險難以區辨致使糾紛發生不斷。

### 第三項 因果關係認定的失衡

我國實務中民法與刑法領域裡，相當因果理論在因果關係判斷上居主宰地位<sup>28</sup>。相當因果理論認為，僅構成要件相當之原因，始為刑法上之原因，亦即以一般的經驗為客觀判斷，若該原因在通常情況之下均足以造成該結果，則行為與結果之間有相當的因果關係；反之，若該原因在通常情形之下，並不一定會造成該具體結果，尤其是該結果完全偏離常軌者，則不相當。相當性之判斷應採客觀事後推測法，即從事後角度將依具有通常理解能力之人至於行為人之地位，依照其行為當時即行為地點已知或可得而知的情況來判斷相當與否，但行為人的特殊認知，亦屬綜合判斷的因素之一。雖最高法院 95 年台上字第 6737 號判決以行為與結果是否有「必然或直接關聯」，檢視因果關係存在與否，然而相當因果關係中，「相當」之語意所表達為一定程度之可能性，無須

---

<sup>28</sup> 76 台上 192 判例的相當因果關係內容描述，幾乎已成為我國實務刑事判決理由的標準格式：「...相當因果關係，係指依經驗法則，綜合行為當時所存在之一切事實，為客觀之事後審查，認為在一班情形下，有此環境、有此行為之同一條件，均可發生同一之結果者，則該條件極為發生結果之相當條件，行為與結果即有相當之因果關係。反之，若在一班情形下，有此同一條件存在，而依客觀之審查，任為不必皆發生此結果者，則該條件與結果不相當，不過為偶然之事實而已，則其行為與結果間即無相當因果關係。」

達到毫無例外或幾近確認的程度，然如結果發生在一般經驗法則認知可理解為低微下，則應判斷為不具相當性<sup>29</sup>。

然而，我國刑法雖既授自德國，對於因果關係的認定卻不嚴謹，在德國幾乎不會被起訴的案件，在我國則可能面臨起訴命運。德國刑法學說與理論對於醫療行為與死亡結果間的因果關係乃採幾近確定理論，以我國喧騰一時的邱小妹人球案為例，在德國法中除非反面證明執行醫療行為(動腦部手術)後，病人確定或是幾近確定不會死亡，始認為兩者具有因果關係，如果僅僅是有可能不會死亡，那就應該認為醫療行為(此案中為延誤治療)與死亡之間不具有因果關係，因為可能及時給予治療後，死亡結果依舊無可避免。由現今醫療不良結果事件因果認定的標準觀之，許多案件皆採些微可能性的極高標準，認定只要病人有些微可能性得以獲救，即被認定兩者具有因果關係，據我國刑事訴訟法體系，檢察官起訴職權行使，若「足認被告有犯罪嫌疑者」，負有起訴義務，即檢察官認被告將來受有罪判決有高度可能性者，就達到「足夠犯罪嫌疑標準」<sup>30</sup>。此一因果認定之結果，導致現今臨床第一線常常被迫須施予許多無效的醫療行為，採取所謂防衛性醫療，不以病情改善為治療唯一目標，卻把法律上不出錯當成最高指導原則，臨床醫病關係也一併變質致醫病之間幾乎不存在信賴關係，醫師把所有治療的適應症、併發症，照本宣科說明給病人與家屬，接著再由家屬或病人本身來選擇治療方法，以減低動輒被判定有因果關係的可能性。起訴雖不是判決之終局結果，然而起訴後，面臨的是持續數年的訴訟過程，亦無法推估法官對本案心證。判決查詢裡也可見判決結果各院級南轅北轍<sup>31</sup>，對身處訴訟階段的醫療人員造成極大痛苦。

<sup>29</sup> 李聖傑，因果關聯的發展在實務實踐的光與影，台灣本土法學雜誌，101期，頁163，2007年。

<sup>30</sup> 何賴傑，刑事法院依職權調查證據之範圍與限制，台灣本土法學雜誌，頁36，1999年。

<sup>31</sup> 如台灣高等法院95年度醫上訴字第7號刑事判決，本件第一審判決有罪，但第二審翻轉為無罪。極端案例如台灣高等法院97年度重醫上更(三)字第207號刑事判決，自87年起訴至101年定讞，歷時14年爭訟，九次判決，前四次判決結果為有罪，但最高法院三次予以駁回，直到高等法院更三審推翻之前判決理由做出無罪判決。

## 第四項 放大的病人自主權--被抹去的臨床裁量權

### 第一款 病人自主權

醫療乃高度專業之學門，長久以來，由於醫療人員與病家知識的落差，醫病之間的關係乃處於父權模式，醫師依照其專業判斷並選擇對病人最佳之治療方式，病人想要瞭解病情、參與決定的權利及意願都完全得不到重視，僅能相信醫師決定並服從醫囑<sup>32</sup>。在這樣的模式下只要醫師的處置符合醫療水平，該治療處置所生之副作用或併發症都落於刑法容許的範圍內，病人接受該風險的意願在所不問。二次世界大戰時，納粹進行不人道的人體試驗，戰後美國於德國紐倫堡對參加納粹非人道人體試驗的科學家進行軍事審判，1947年法官於判決書中，提出十條進行人體實驗時應遵循的原則，其中最重要的精神在於在進行研究之前，研究者必須得到受試者確認且自願參加研究。至1964年，世界醫學會制訂赫爾辛基宣言，對於醫師進行人體實驗提出具體六項原則，強調除受試者利益之外必須落實知情同意的原則並取得受試者真誠的同意。1981年世界醫師總會的里斯本宣言以保障病人權力為主軸，更加確認病人有自主決定的權利<sup>33</sup>。傳統的父權關係動搖，病人自主權就此確立。

### 第二款 醫師裁量權

裁量權見於行政法，在近代社會迅速變遷下，有限文字難以規範無限的社會人事物，國家行政本於追求效率，需協調、折衝各方利益，因此在立法中賦予行政機關適度的自由判斷餘地，以彌補法規的不足，即所謂自由行政裁量權<sup>34</sup>。將此概念引入醫療領域，醫療行為可分做診斷行為與治療行為，依據病人病況，兩行為可能是前後關係也可能交錯存在<sup>35</sup>。病人疾病產生病害，醫療行

<sup>32</sup> 楊秀儀，美國「告知後同意」法則之考察分析，月旦法學雜誌，121期，頁141，2005年。

<sup>33</sup> 曾建元，病人權利的倫理難題-兼論醫療倫理委員會與倫理諮詢專員在其間的角色，應用倫理研究通訊，25期，頁31-32，2003年。

<sup>34</sup> 謝瑞智，行政法概論，頁129，2009年。

<sup>35</sup> 單純病況下，依據臨床證據做出診斷後給予治療，此情況下診斷與治療乃前後關係。然臨床上病人經常病況複雜難解，診斷通常不只一個，治療與診斷會需同時進行，而治療也會因為臨



為為攔截病害之治療行為，是為防止病害擴大的應變措施<sup>36</sup>。醫師為診斷時，受限於臨床診療證據不足，診斷只能為可能之猜測，具不確定性，應給予一定彈性空間；而治療階段，由於醫療的進步，同一診斷有不同治療方法，在考量病人個別性下，醫師比較治療利益與風險後，得選擇最適合病人之治療，即醫學上治療並非統一何種方式一定最佳或最有效，乃從病人角度採最有利益者為之。是故無論是診斷或是治療，在該範圍內所為之猜測診斷或醫療處置所生之危險應為可容許範圍，得免於過失責難，此選擇彈性即所謂醫療裁量權，亦即醫療裁量權在於維護病患「最佳治療可能性」<sup>37</sup>。

### 第三款 病人自主權與醫療裁量權的消長

病人自主權意識高漲，改變傳統父權的醫病關係，醫療處置前的說明讓病人理解，取得真誠同意後才進行治療處置的關係，是病人自主權展現。如今是知識爆炸的年代，病家要獲得資訊並非難事，然而醫學的治療並非一成不變的電腦程式計畫，人體也並非加工廠將材料放入機器就能製作成品，醫學的治療須由醫師將現有治療與病人病況統合做整體考量後選擇最有益處的治療，這部分就牽涉到醫師裁量權。然而病人自主權的過度延展，卻逐漸侵蝕了醫師的臨床裁量權。我國實務上也有不少起訴或判決理由可看出病人自主權凌駕醫師臨床裁量權的認定，即便多數判決最後皆是醫師無罪，然而其判決做成的當時所帶來的震撼影響對於醫療團隊卻不會止於判決結束當下。以最高法院 99 年度台上字第 8005 號刑事判決<sup>38</sup>為例，本案為醫師裁量權與病人自主權交錯時相互角力的具體案例，主要的爭議點在於手術細節的事項涉及不同風險承擔程度，是

---

床表現出的證據而隨之改變，有時甚至會做嘗試性治療(therapeutic trial)以鑑別不同診斷。

<sup>36</sup> 鄭逸哲，「臨床裁量權」和「行為有價值」乃「醫療民法」和「醫療刑法」不可抵觸的底線，軍法專刊，59 期，2 卷，頁 124，2013 年。

<sup>37</sup> 鄭逸哲，臨床裁量權 v.s 醫療常規，頁 12-13，2014 年。

<sup>38</sup> 本案的案例事實為被害人於 94 年 8 月 10 日因冠狀動脈心臟病住院接受心導管檢查後，於同年 8 月 15 日由告替被害人進行冠狀動脈繞道手術，被害人於術後四小時因用以止血的血管夾脫落，突然大出血，被告施予急救並進行二次手術，然被害人仍因大出血合併低血容積休克不治死亡。原告主張，冠狀動脈繞道手術中其血管分枝之夾斷，有施以血管夾、縫線結紮及縫線縫合等 3 種方法，被告應於手術之前詳細說明手術方式以提供病患或家屬選擇。

否須納入告知說明的義務之中，又病人是否在這類手術的操作細節裡具有自主選擇權。本案的一、二審判決皆認為手術之操作細節事項，乃屬於醫師技術領域，不需納入告知說明的義務之中，然而最高法院在判決中指出「其血管分枝之夾斷，有施以血管夾、縫線結紮及縫線縫合等 3 種方法，原判決既認血管夾在臨床上有脫落，即延遲性鬆脫之手術風險存在，則若採行血管夾夾斷分枝血管，須承受較另二種方法為高之醫療風險，病人或其家屬何以不得選擇接受較低風險之縫線結紮或縫線縫合手術？此關乎病人評估手術風險之傘則權益及對侵入性醫療行為接受與否之自主決定，既非僅醫療內部之技術層面問題」，認為未為說明有違反說明告知義務之嫌，而將原審判決撤銷發回原審法院。其後更審法院說明，冠狀動脈繞道手術所需止血之時機甚多，究竟應以何種方式為之，當屬醫師於執行手術過程中，應本其職責是當時情況而下判斷，醫師不可能於執行手術前，向病人、家屬預告將在病人身體至少 20 處，以何種方式為止血，亦不可能在手術過程中，由醫師聽從病人或其家屬之指示而依其指定之方式為止血方式，且止血應以何種方式為之，系醫師執行手術中，本其職責視當時情況而判斷。

醫療行為的型態各異，在處置的過程中可能面臨突如其來的變化而需改變處置，也可能是同一情況有不同處理方式，需承擔不同風險，但須於治療當始能判定採取作為，此彈性空間乃基於專業領域給予醫師的裁量權<sup>39</sup>。如醫療糾紛發生後，純以事後諸葛角度，認為醫師在某時段須有某一特定診斷或採某種治療方式，否則病人之不幸傷亡醫師即具有過失，而逕行起訴或是判決有罪，是對裁量權彈性的極度壓縮，對醫師採絕對不容錯誤之超高標準，有過於苛求之勢。

---

<sup>39</sup> 最高法院 98 年度台上字第 6890 號刑事判決謂：「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、最有利於病患之治療方式，屏除其他，及謂其係懈怠或疏虞，有錯誤或延遲治療情勢，而令其負刑法上之業務過失責任。」

### 第三節 刑事訴訟為優先的處理風潮

隨著科技進步，新興醫療儀器發展，在疾病治療診斷的水準愈發增高，從治療醫學提升為預防醫學。民眾對醫療的需求不斷擴充，而治療的方法也愈發勇於嘗試。然現今社會的氛圍消費者意識高漲，帶起病人權利意識抬頭，病人或家屬認為病況為改善甚至惡化乃肇於醫療未提供適當品質的醫療照護，一旦醫療結果不如預期有訴諸媒體者<sup>40</sup>，亦有拒協商採暴力恐嚇請求極高額賠償<sup>41</sup>，又進入訴訟的事件。研究雖指出台灣醫療糾紛經由法律途徑提起訴訟者約一至兩成，多數醫師或醫院皆是採和解或是接受調處以賠償了事，而進入訴訟的案件中根據衛生福利部官方統計的結果，刑事訴訟就佔了八成左右，且有逐年增加的趨勢(如圖 2-1)。學者指出由於民事訴訟官司耗時長、須先付裁判費用，又可能需承擔敗訴的訴訟費用，且舉證責任於病人方，訴訟有一定的困難性，相反的，病人提起刑事訴訟可由檢察官介入以減輕自身收集證據、預先繳交裁判費用與聘請律師之責任負擔，且依據我國刑事訴訟法之規定在刑事訴訟進行當中請求附帶民事賠償，可同時達到獲得損害賠償的目的<sup>42</sup>。亦有學者指出，刑

<sup>40</sup> 甜心主播控名醫「誤診害流產」，

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20160629/37287823/> (最後瀏覽日

2017/12/30)，非凡新聞「甜心主播」呂佳宜昨在臉書兩度發文，痛訴自己今年三月、懷孕三個多月時，因禾馨民權婦幼診所蘇怡寧醫師錯誤診斷，導致破水未及時診治而併發子宮嚴重感染，為免危及母體，迫不得已將腹中胎兒引產，但蘇怡寧昨出面受訪時表示，早已告知呂母體和胎兒都有問題，且研判胎兒存活機率極低；出門被當男友媽，驟老 30 歲女告醫討青春，

<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20160108/770427/> (最後瀏覽日

2017/12/30)，桃園陳姓美容師 2010 年罹患再生不良性貧血，醫師王博南於 2012 年 7 月為其進行造血幹細胞移植，之後出現嚴重排斥，陳女皮膚出現病變 40 歲的人看起來像 70 歲，因此控訴醫師；高齡產婦胎死腹中，控榮總產檢輕忽，

<http://news.pts.org.tw/article/297306?NEENO=297306> (最後瀏覽日 2017/12/30)，37 歲的阮太太懷孕期間有高血壓及妊娠糖尿病，產檢時醫師發現有臍帶壓迫的疑慮，返家後無胎動兩天始就醫，檢查發現胎死腹中，因此透過媒體及民代控訴台北榮總害死她的小孩。

<sup>41</sup> 被恐嚇！李進良醫療糾紛，遭索 1200 萬，<http://news.tvbs.com.tw/local/148662>，(最後瀏覽日 2017/12/30)，整形外科李進良醫師幫病人進行水袋隆乳受術，病人術後沒有按照規定回診，造成胸部變硬，帶人到診所恐嚇，還要求 1200 萬賠償金；心臟名醫告無理家屬 要打破醫療困局，<http://www.businesstoday.com.tw/article-content-92748-114221> (最後瀏覽日 2017/12/30)，萬芳醫院心臟科李紹榕醫師行醫經驗，當時他在桃園敏盛醫院幫一位老人開刀，術後老人因合併症過世，但家屬拒絕拔管冰存，任由遺體在病房開始腐敗，還找來大批黑衣人到醫院鬧事，接著控告他醫療疏失。

<sup>42</sup> 朱柔若、林東龍，醫療公道如何討？——臺灣醫療糾紛處理機制弊病之探索，醫事法學，11 卷，3-4 期，頁 48，2003 年。

事訴訟所以成為當事人用以解決民事紛爭之手段，其原因與傳統刑罰主義有關，期望藉由刑事處罰的壓力逼迫被告以達到民事和解之目的。

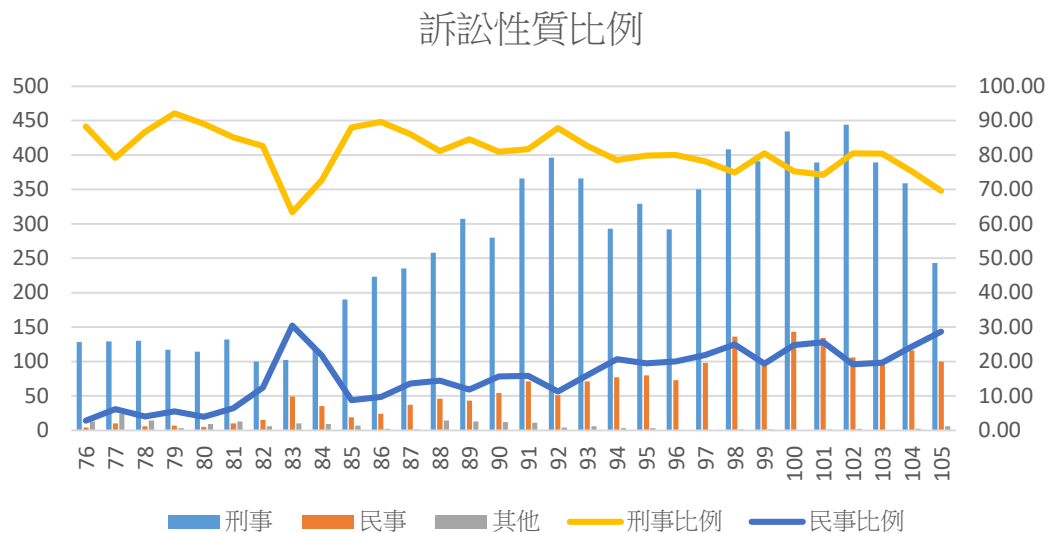


圖 2-1 衛生福利部醫事司訴訟性質比例(民國 76 年-民國 105 年)<sup>43</sup>

#### 第四節 對醫療鑑定結果公信力的質疑

絕大多數檢察官與法官並無醫療專業，在具體個案中判斷醫療團隊是否違反注意義務有賴於糾紛鑑定報告。行政院衛生署(現衛生福利部)於民國 94 年訂立了行政院衛生署醫事審議委員會鑑定要點，依醫療法第九十八條第一項第四款規定，該委員會的其中一項任務即接受司法或檢察機關之委託鑑定，該醫審會中設有醫療技術小組、醫事鑑定小組、醫療資源與專科醫師小組。專責於醫療鑑定的醫事鑑定小組設置委員二十一至二十七人，以其中一人為召集人，且案醫療法第一百條規定，醫審會的委員中，法學專家與社會人士不得少於三分之一比例。而行政院衛生署(現衛生福利部)為辦理醫療鑑定作業，亦於民國 86 年 11 月 4 日公布醫療糾紛鑑定作業要點(衛署醫字第 86063502 號)，並於民國 100 年 4 月 21 日(衛署醫字第 1000205485 號函)及民國 102 年 9 月 4 日(衛部醫字第 1021680771 號函)修正。作業要點規定醫療鑑定作業流程，可歸納出幾個

<sup>43</sup> 衛生福利部醫事司，訴訟性質比例，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html> (最後檢索日期：2017/12/16)。



要點:

- 一、僅受司法或檢察機關委託鑑定，亦即非進入司法程序之案件或一般當事人無法請求鑑定。
- 二、不負責調查證據。所接受資料來源為司法或檢察機關所提供之欲鑑定相關病歷、護理紀錄或 X 光等，不負調查或收集之責任。
- 三、鑑定由專科醫師初審。鑑定小組接受委託後，將資料送至與當事人同專科但學經歷無關的醫學中心，請同專科之主治醫師提供初步鑑定意見。
- 四、鑑定小組有迴避義務。如初審醫師與鑑定小組委員所任職的醫院與訴訟當事人之任意一方有利害關係之鑑定案件均有迴避之義務。
- 五、鑑定採共識決，會議的審定須委員的意見一致。

然而該醫審會所做之鑑定報告之真確性、公平性及其鑑定之效率卻備受爭議，無論是病家或醫方在鑑定報告做出不利與己方之結論時，總要質疑有醫醫相護或醫醫相害的不平。我國醫療刑事鑑定早年原由台灣省醫療糾紛鑑定委員會為之，該委員會成員皆完全由醫界人士，鑑定結果常被質疑有醫醫相護之嫌，其後衛生署於醫事審議委員會下設有醫事鑑定小組，據醫療法第一百條規定至少應有三分之一為法律專家與社會人士，然而醫療鑑定是針對專業領域的事實判斷，必須認定該醫療過程的事實中是否合乎醫療注意的義務，如果委員不具有專業知識，恐無法判斷是否具有疏失<sup>44</sup>。實務上，也有判決<sup>45</sup>指出「...是以醫事審議委員會既係以合議制方式形成結論，但決定過程中，除初審意見係具有待鑑定事項之專業知識專家(且該專家可能並非醫事審議委員會委員)所做成之外，最終仍須委諸於事實上醫療專家僅佔少數之審議委員，以多數決之方式形成結論。則醫審會之鑑定意見，是否可確定為係具有專家資格者所作成，非無疑義」。

此外，據醫審會鑑定要點規範，醫審會乃是被動的接受司法或檢察機關所

<sup>44</sup> 張麗卿，醫療糾紛鑑定與對質詰問權，東吳法律學報，20 卷，2 期，頁 8，2008 年。

<sup>45</sup> 士林地方法院 93 年度訴字第 430 號刑事判決。

提供的卷證為基礎資料，根據其所提供的病歷、護理紀錄、X光等進行間接鑑定，倘若所附資料不完全則可能影響醫審會之鑑定結果，甚至有無法鑑定的問題發生。司法或檢察機關送交鑑定時，常常未明確指出該案件須鑑定的具體爭點，而是空泛的請求醫鑑會就全案鑑定是否有疏失<sup>46</sup>，往往導致同一訴訟案件送交數次鑑定，雙方間函文往返，從而造成訴訟延滯的情況。而每次送交鑑定爭點可能有所不同，結果也會有機會出現不一致的情形。

再者，如本文前述，醫療行為事實上為縱向時間軸的過程，每個時間橫切點的問題與處置隨之變動，A 時段所面臨的問題、處置與 B 時段可能有完全不同的思考方向，而人體的疾病與治療反應並非自然科學裡的定律，個體間存在差異與不確定性，不同醫師思考價值的不同也會讓處置不同，醫療行為之多變，非雙方當事人很難進入當時討論情境，同時，醫療行為處置也常受到社會文化、醫院層級及院內規範等因素影響，是一種浮動的標準<sup>47</sup>，在醫療過程當中會面臨相同問題不同見解的情況。而醫療鑑定必須是客觀且依循一套科學、公正的規則來運作，鑑定人在過程當中必須保持中立，防止主觀價值或偏見形成，如鑑定人是先形成了認定的預斷，即可能有鑑定結果偏誤的危險<sup>48</sup>。綜上所言，我國現行醫療鑑定無論對病家或對醫方對鑑定結果的公信力存在疑慮。

---

<sup>46</sup> 吳俊穎、陳榮基、賴慧蕻，醫療糾紛鑑定的未來--由專業鑑定探討醫療糾紛鑑定之興革，月旦法學雜誌，183 期，頁 44，2010 年。

<sup>47</sup> 王志嘉，醫糾鑑定的困境與迷思--由最高法院 95 年台上字 3884 號雙膝關節置換術談起，台北榮民總醫院第十三次醫法論壇，2015 年。

<sup>48</sup> 參閱張麗卿，同註 44，頁 5-6。

### 第三章 醫療糾紛處理機制

醫療糾紛常面臨傷亡認定困難之難題，國外先進國家為解決醫療糾紛問題，有醫療糾紛處理之專門法律制度，於糾紛進入訴訟之前，以多元化之方式解決紛爭。本章由國外立法出發，分析我國現行醫療糾紛處理制度與醫療糾紛處理及醫療事故補償法立法之過程。

#### 第一節 國外醫療糾紛處理制度

##### 第一項 英國醫療糾紛處理制度

英國的全國醫療服務(National Health Service, NHS)，起源自二次世界大戰期間，政府為改善低收入之國人之生活及提升國民士氣，委請牛津大學的貝佛里奇(William Beveridge)爵士研究相關方案。貝佛里奇於1942年12月發表社會保險與相關福利服務專文，該研究主張國家對於國民遭遇所得能力中斷或喪失，以及因生育、結婚、或死亡等導致特別支出時，應提供最低生存保障，以免貧窮匱乏。其研究強調社會保險的重要性，認為應建立全國醫治的社會保險制度。1945年工黨勝選，賦予英國醫學會(British Medical Association, BMA)與衛生部門獨立協商的權利，共同推動公醫制度法，並於1948年開辦全民免費醫療公醫制度，並成立基層醫療基金會(primary care trusts)、住院基金會(NHS hospital trusts)、照護、救護服務及精神衛生服務基金會(NHS care trusts, NHS Ambulance Services Trusts and NHS Mental Health Services Trusts)提供基層醫療、住院醫療與社區服務等三種醫療。實施五十餘年，公醫制度雖提供了國民最低水平之需求，然其醫療品質與效率上始終飽受批評。因此其後主政的保守黨政府與接續之工黨政府開始持續倡導公醫制度之改革<sup>49</sup>。

1996年NHS為增強醫療專業的組織紀律，創設了申訴程序(NHS complaints procedure)。分做三階段，第一階段稱當地解決方案(local

---

<sup>49</sup> 葛謹，英國醫療糾紛處理制度：對改進我國制度之啟示，台灣醫界，51卷，2期，頁40，2008年。

resolution)，其首要任務為釐清申訴者的需求，並向其解釋針對其申訴之問題將會採取之行動及處理。各部基金會於初步報告時限前(醫院基金會 48 小時、基層醫療基金會 3 天)對申訴人提出口頭或簡易書面說明。書面報告內容應包含針對申訴事件的說明解釋、未來預防事件再發生之可能措施及是否適合道歉。如申訴人對該結果仍不滿意，則進入第二階段之獨立審理(independent review)。獨立審理階段，會先由三人小組做行政初審，申訴人需說明為何對當地解決方案的不滿及在本事件中有何不平之處，如申訴案為醫療相關事件，則須再增加至少兩位與本事件無關之臨床審查人。獨立審理的目的在於事件真相的調查，考慮雙方立場並做出結論及建議，滿足申訴者需求。如申訴者對於獨立審理的結果仍表不滿，可於 28 日內向中央衛生主管機關提出申請，進入第三階段監察使審理(commissioner's review)。該程序屬中央層級，通常為困難(hardship)與不公(injustice)之案件性質，每年約 10 萬件之醫療申訴案件只有 2% 會進入第三階段。受理案件的監察使被賦予一年類似高等法院法官之管轄權，得以調查詰問證人與調閱文件，並將調查之報告送與申訴人及相關醫療機構。其裁罰之權力有限，無權作出判決賠償，但能建議道歉與針對相關醫療照顧提出改善<sup>50</sup>。

2012 年 3 月 NHS 再發表 NHS 投訴指引(NHS complain guidance)，將流程簡化。在醫療糾紛發生時可直接向醫療照顧提供者給予回饋(feedback)，同時亦可向醫療照顧提供者所在之機構或相關管理機構之監察使(commissioner)做出投訴(make a complain)。如申訴人對處理不滿，則可以進一步對英國國會及醫療服務監察使公署 (PHSO, Parliamentary and Health Service Ombudsman) 申請進一步調查。PHSO 職責乃針對民眾對政府部門 (government departments)、公共部門 (public bodies) 及「全國醫療服務 (NHS; National Health Service)」提出之申訴進行獨立調查，以期達到糾正錯誤、改善公共服務品質及宣導公共政策等目的。PHSO 可針對申訴內容調查做出最後裁決，如果最後決議機構確實有錯

---

<sup>50</sup> Mayberry M. K., The NHS Complains System, Postgraduate Medical Journal, Vol. 78., pp 651-53, (2002).

誤，PHSO 可命其作出解釋、道歉與醫療相關服務之改進<sup>51</sup>。

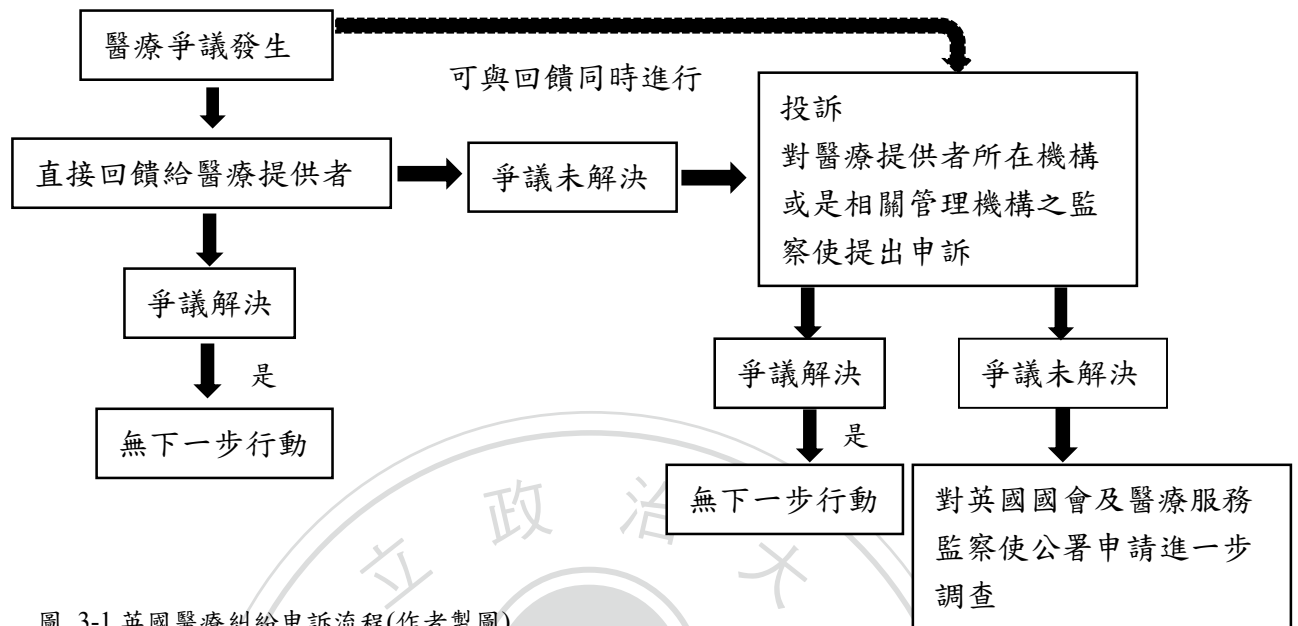


圖 3-1 英國醫療糾紛申訴流程(作者製圖)

## 第二項 德國醫療糾紛處理制度

德國的健保制度源於 1883 年，是俾斯麥三大社會立法之一，為世界第一部社會健康保險法。採行多元強制社會保險，涵蓋幾近全部人口，提供不論門診、住院、保健幾乎免費的醫療服務，其制度給付申請流程簡易，並可自由選擇醫生。保費由雇主與民眾各半，對於低收入或無業民眾則由政府支出保費<sup>52</sup>。1970 年代始，德國醫界發覺與醫療糾紛相關之民刑事訴訟有增加之趨勢，曠日廢時的訴訟期間與高額的訴訟支出外，醫療過程的真相調查與鑑定皆有其難度。為改善此一困境，德國各邦之醫師除醫師公會外，加入醫療責任保險，各地醫師公會與損害保險公司在 1975 至 1978 年間陸續成立了鑑定調解會，並制定了解決醫療糾紛困境的非訟程序。1990 年兩德統一，德東五邦除薩克森自設鑑定調解會之外，其餘四邦醫師公會加入北德醫師公會的鑑定調解會，目前德

<sup>51</sup> Department of Health, NHS Complaints Guidance, <https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/how-do-i-give-feedback-or-make-a-complaint-about-an-nhs-service> (最後檢索日期：2017/12/16)。

<sup>52</sup> 認識德國健保 (一) 談德國社會保險組織體制特徵, [http://issue.thrf.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=834](http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=834) (最後檢索日期:2018/2/6)。



國全國共有九個鑑定調解會。鑑定調解會為非隸屬於醫師公會的獨立機構，本身是具有鑑定與調解二元功能之組織，由法律與醫療背景人士所組成。其設置主旨在於作為一「正直的居間人」(ehrliche Makler)，經由讓雙方都能信服的事實的釐清達到訴訟外解決醫療糾紛的結果。鑑定調解會的組成分為鑑定會與調解會兩部分，鑑定會(鑑定人委員會，Gutachterkommission)一般會由一位具有法官資格與長年實務經驗者擔任主席，另外再由二到四位醫師成員組成。考量到醫療各分科之專業性，醫師委員中必須至少有一位與受投訴之醫師具有相同專科背景。鑑定會主要任務須就申訴案件以醫療專業角度釐清事實，判斷被訴之醫師在該病人健康受損之結果中有無應受非難的醫療疏失，並將調查結果製成書面鑑定報告。調解會(調解人委員會，Schlichtungsstelle)則是由一位醫師擔任主席，委員則包含一位具有法官資格的法律人與其他醫師成員組成三到四人團體。調解會主要任務須會同責任保險人就鑑定書判定責任之歸屬並提出爭議的解決具體建議。整個鑑定調解會之程序為免費進行，可由醫師或病人提出聲請。提出聲請後會進入程序審查，如案件以訴訟系屬、已起訴或是確定判決，鑑定調解會會做形式決定終結此案<sup>53</sup>。

德國的鑑定調解會制度有三個基本原則<sup>54</sup>。

- 一、自願性原則:即整個鑑定調解程序必須是雙方當事人同意才可進行，無論是病人或是醫師方皆有權利得拒絕該鑑定調解程序而直接向法院起訴。
- 二、無拘束原則:鑑定調解會儘是提出事實認定與建議，並無法律上的拘束效果，如雙方當事人對鑑定結果不滿，依舊得循訴訟方式解決。
- 三、免費原則:德國的民刑事制度皆須負擔高額的訴訟及鑑定費用，是故免費的鑑定調解制度可提高使用的意願。

據統計德國每年約發生四萬件的醫療糾紛，其中大多數的糾紛透過醫療保

---

<sup>53</sup> 林鈺雄，初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度—兼論解決醫療糾紛之立法原則，月旦法學雜誌，217期，頁210-211，2013年

<sup>54</sup> 參閱林鈺雄，同前註53，頁213。

險的醫事處化解紛爭，而有四分之一透過鑑調會解決，其中有 86%的病家由保險獲得給付，而鑑定有疏失的案件僅有 3%進入法律訴訟。德國鑑調制度的成功，乃肇於該制度是雙方當事人同意的狀況下進行，加以德國醫師職業保險的背景，鑑定結果若是請求有理由，保險方亦能迅速理賠。又鑑調會之鑑定均為專業人士所為，鑑定結果受醫病雙方當事人的信賴，是故鑑調會之建議雖無法律上之拘束力，但仍有遏止濫行興訟之效果<sup>55</sup>。

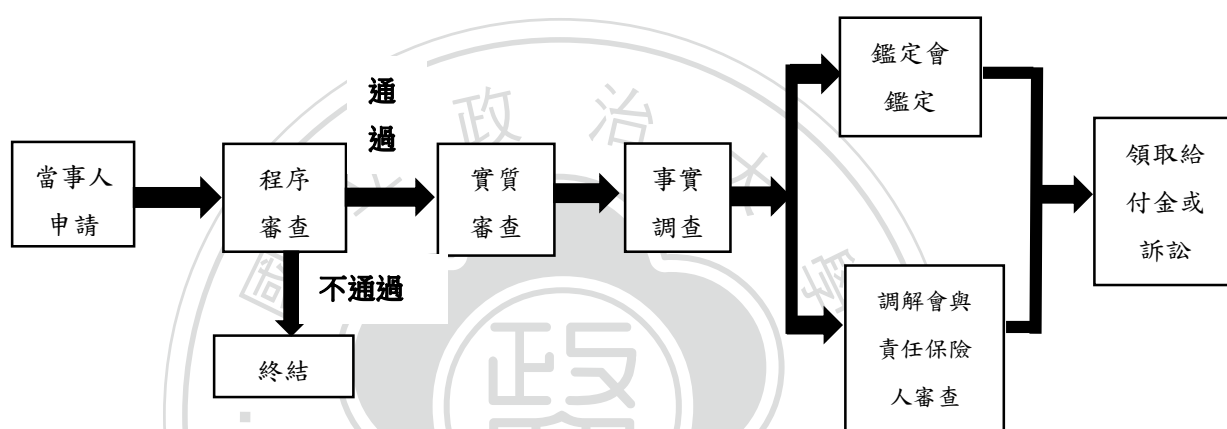


圖 3-2 德國鑑調會處理流程(作者製圖)

### 第三項 日本醫療糾紛處理制度

日本為穩定勞資關係、安撫勞動階層、謀求產業和平於 1922 年制定了健康保險法，首先建構了以受雇者為對象的醫療保險制度，囊括了傷病、死亡、分娩等等費用，接著於 1938 年頒布國民健康保險法，將自營者與農民等納保，並於 1961 年將全國國民納入保險，實現了全民皆保險的目標。然 1960 適逢日本經濟高度成長的年代，各種交通事故、大規模公害、藥害等人生健康受害的事件層出不窮，大量損害賠償的請求造成法院案件塞車。而在此時對醫療的不信任及醫病關係的破壞等問題也浮出檯面，1961 年，日本發生東大輸血梅毒事

<sup>55</sup> 參閱林鈺雄，同註 53，頁 213。

件，最高法院判決課以醫師極重的注意義務<sup>56</sup>，此後日本醫療刑事訴訟逐年增加且賠償金亦日漸高額化，出現了醫療崩壞的傾向。為妥善分擔醫療風險與妥善解決醫療糾紛與賠償問題，1964 各都道府縣醫師會設立了「醫事糾紛處理委員會」，組成為 20 人，其中 18 人為較常見醫療糾紛科別的醫師與 2 名顧問律師，當醫療糾紛發生時，該委員會接受醫師報告後，即著手真相調查工作，如認為醫師有過失時，則由擔當的委員與病人或家屬進行示談(即裁判外和解)，多數醫療糾紛都是經由示談解決，除非判定醫師完全無賠償責任或是雙方認知賠償金額差距過大則改採訴訟方式解決糾紛<sup>5758</sup>;於法律程序上可由審理案件的法官居中推動和解，在雙方當事人的合意之下，即可成立訴訟上和解。而日本於 1973 年由日本醫師會與五大保險公司(東京、安田、三井、日本及住友海上火災保險株式會社)建立了「日本醫師會醫師責任賠償保險」制度，設置「賠償責任審查會」與「調查委員會」，醫療事故發生後，日本醫師會接受各都道府縣醫師會的請託，先由調查委員會調查事件真相，再將調查結果報告與賠償責任審查會。該審查會由 6 名醫療背景之專家與 4 名法律專家所組成，乃獨立於保險人與被保險人之外之機構，可以中立的立場判斷有無損害賠償責任，決定如有責任時賠償金額的多寡，再回應於保險公司<sup>59</sup>。

現日本醫療糾紛解決有幾種管道，以醫病雙方協商和解(包含訴訟外和解、訴訟上和解)，為數也最多，其次則為醫師協會和保險公司處理，再者則為法律

---

<sup>56</sup> 日本東大醫院輸血梅毒事件發生於 1961 年，原告因子宮頸瘤切除手術住院，接受輸血而感染梅毒並發生梅毒感染後遺症，而請求國家賠償。本件案件中血液的提供者(賣血者)於供血前 13 天曾有不安全的性行為，但於採血當時是提供一個月前在血液檢查所檢驗之檢查證明書，證明梅毒為陰性反應，而採血醫師僅詢問其身體是否無恙，並為詢問是否從事具有感染梅毒高危險之性行為。日本最高法院的判決認為，醫師注意義務的存在與否，需依照法律判斷決定，即使被告醫師行為符合醫療慣例，僅作為過失輕重及程度的參酌事項而已，不能直接認為有盡注意義務。此案之法官認為，被告醫師對於梅毒感染的危險性，具有具體詳細之問診義務，其怠於詢問，即具有過失。

<sup>57</sup> 李詩應、陳永綺、和田仁孝，由日本經驗看各種醫療糾紛調解制度及可能適合台灣採取之制度:溝通關懷員—各種醫療事故紛爭處理制度及日本經驗，月旦法學雜誌，225 卷，頁 206，2014 年。

<sup>58</sup> 劉文瑤，日韓醫事紛爭處理方法，醫事法學季刊，6 卷，1-2 期，頁 11，1998 年。

<sup>59</sup> 參閱劉文瑤，同前註 58，頁 9-10。



訴訟。然而上述之和解及保險解決之制度皆有其為人詬病之處，醫事糾紛處理委員會實乃醫師會之內部機關，因對抗來自病人的紛爭，而採自衛手段，且其委員會之成員只限醫師，是否能真正公正處理糾紛令人存疑<sup>60</sup>；而日本醫師會醫師責任賠償保險制度設置的賠償責任審查會則因其判斷的資料僅限會員報告無法保證其中立性，且審查會判斷過程與計算賠償金額的依據非完全公開，相關關係人無法知道，恐有影響判斷的公平性<sup>61</sup>。且部分病家在取得賠償金後仍無法在心靈上取得撫慰<sup>62</sup>，有鑑於此，日本的醫策會(醫療機能評價機構)於2005年開始醫療糾紛調解員(IHM, In-Hospital Mediators)的培訓與進修，並於2008年成立了醫療糾紛調解員協會，在醫院當中建立調解制度，於醫療事故發生的第一時間，由醫療端對醫療事故發生經過作出說明，並由調解員居中協調，以平和解決紛爭<sup>63</sup>。

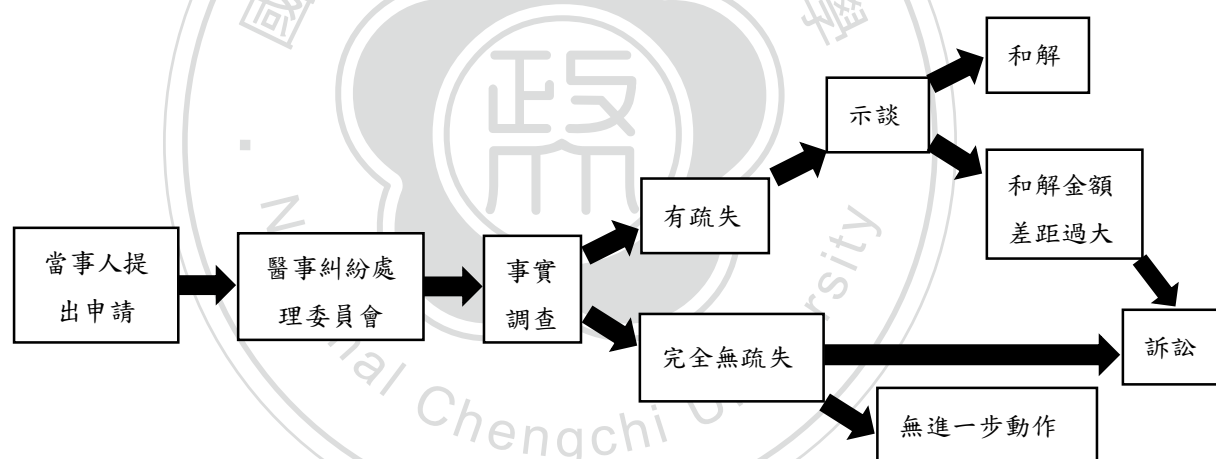


圖 3-3 日本訴訟外/訴訟上和解制度(作者製圖)

<sup>60</sup> 參閱劉文瑤，同註 58，頁 11。

<sup>61</sup> 參閱劉文瑤，同註 58，頁 9。

<sup>62</sup> 1991 年佐佐木孝子的兒子車禍送到急診，醫師建議留院觀察，晚間病人腹部疼痛，醫師只說再觀察，不久病人開始嘔出黑色嘔吐物，醫師判斷是流鼻血，只要洗胃即可；但腹部持續疼痛，直到檢查出「12 指腸破裂」須緊急開刀，病人仍因感染形成敗血症離開人世。其後佐佐木太太希望醫院給個交代，醫院卻相應不理，她提起訴訟，並於 1995 年獲得勝訴及賠償金。

<sup>63</sup> 蔡秀男，99% 醫療糾紛都是可以避免的，頁 151-52，2014 年。

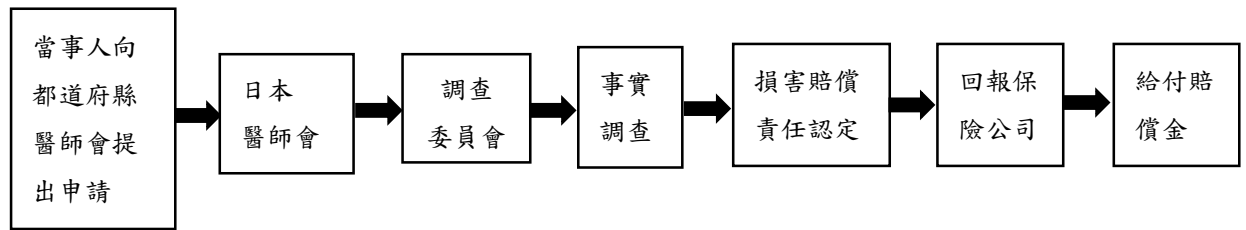


圖 3-4 日本醫師會醫師責任賠償保險制度(作者製圖)

## 第二節 我國醫療糾紛處理制度

我國於 1995 年 3 月 1 日依據〈全民健康保險法〉開始實施全民健康保險，以提供醫療保健服務，唯一辦理及管理機構為衛生福利部下轄的中央健康保險署。我國實施全民健保時，將公保、勞保、農保、軍保的舊有保險體系整合納入全民健保中，採取依身份別強制納保的制度。不同身份加保人不因健康病史問題而有不同保費，而是根據行業身份有不同納保費率，據 104 年統計，我國全民健保的納保率已達 99.68%<sup>64</sup>。然隨著病人權利意識的高漲、醫療知識的普及與醫療技術的進展，病家對於疾病治療結果的期待就越高，一旦發生不如預期的結果，醫療糾紛因此而生，使得醫病關係陷入緊張。根據學者於民國 80 年與民國 94 年的統計，約有超過三分之一的醫師曾於職業生涯中發生過醫療糾紛案件。

### 第一項 醫療糾紛處理現況

現行我國醫療糾紛處理可分為訴訟與訴訟外處理，當事人可自行選擇有利於自己的爭議處理流程如和解、調解、訴訟等(如圖 3-9)。

#### 第一款 訴訟外和解

如於醫院內部制度中，較大制度的醫院均訂有醫療糾紛作業處理之院內規

<sup>64</sup> 行政院性別平等會-性別統計資料庫，全民健康保險實質納保率，[https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat\\_Statistics\\_DetailData.aspx?sn=u4ceyDJ9iGzBYUGlJC0z7w%3D%3D&d=194q2o4%2BotzoYO%2B8OAMYew%3D%3D](https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=u4ceyDJ9iGzBYUGlJC0z7w%3D%3D&d=194q2o4%2BotzoYO%2B8OAMYew%3D%3D) (最後檢索日期：2017/12/16)。

範，由社工、醫療人員組成關懷小組解入了解爭議問題，並由主治醫師及醫療團隊成員與病人或其家屬進行醫病溝通說明會，如病家仍無法接受說明，則會由院方醫療爭議小組會議進行審議並決議和解條件。通常院內有成立互助會等組織，分攤和解金額，而醫療人員疏失情節的輕重也會影響分攤的比例<sup>65</sup>。各院醫療糾紛處理之規範與組織制度雖有些微差異，仍多比照此種模式處理，然而這類訴訟外和解的方式，在訴訟上不生效力，僅能當作證據來主張，而無法有效解決紛爭的問題<sup>66</sup>。

## 第二款 調解

除醫療機構內部的「關懷小組」外，其他調解機制可分為三類：

### (一) 向醫療院所所在之縣市衛生局申請調解

我國醫療法 99 條規定：「直轄市、縣(市) 主管機關應設置醫事審議委員會，任務如下：...三、醫療爭議之調處...」，故各縣市衛生局下均設有醫事審議委員會，該委員會據醫療法 100 條規定，應就不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴聘之，其中法學專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。各縣市政府衛生局多針對調處程序設有相關處理流程，臺北市更訂立了醫療爭議調處自治條例<sup>67</sup>，調解之效力，醫療法內並無明定，而北市之自治條例則明文調處成立後其法律效力與一般和解契約效力相同。衛福部醫事司統計全台所為醫療糾紛案件調處之統計，申請調處案件並不多，每年約在數件至一百五十件左右(如圖 3-5)<sup>68</sup>。而據醫改會 104 年發表的統

<sup>65</sup> 吳振吉、洪冠宇，醫院管理者觀點談醫療糾紛處理及醫療事故補償法系列(二)：醫療糾紛處理及醫療事故補償法對於醫院管理之可能影響——兼論臺大醫院之實務經驗，醫院，48 卷，3 期，頁 8-10，2015 年。

<sup>66</sup> 20 年度上字 1586 判例：審判外之和解，除實際上當事人應受拘束外，在訴訟上並無何種效力，不生一事再理之問題，故關於其內容有所爭執，當然可以再行起訴。

<sup>67</sup> 台北市法規查詢系統，台北市醫療爭議調處自治條例，[http://www.laws.taipei.gov.tw/lawsystem/wfLaw\\_Information.aspx?LawID=P11B1002-20130716](http://www.laws.taipei.gov.tw/lawsystem/wfLaw_Information.aspx?LawID=P11B1002-20130716) (最後檢索日期：2017/12/16)。

<sup>68</sup> 衛生福利部醫事司，地方醫療調處相關業務--全國各縣市 97-102 年醫療糾紛調處案件量統計，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html> (最後檢索日期：2017/12/16)。

計資料，全台各衛生局每年約有五百至六百件調解案件(如圖 3-6)<sup>69</sup>，調解成功率約三成<sup>70</sup>。然而其效力僅是雙方當事人之間成立民事契約的效果，任何一方後續仍可提起民事或刑事訴訟。

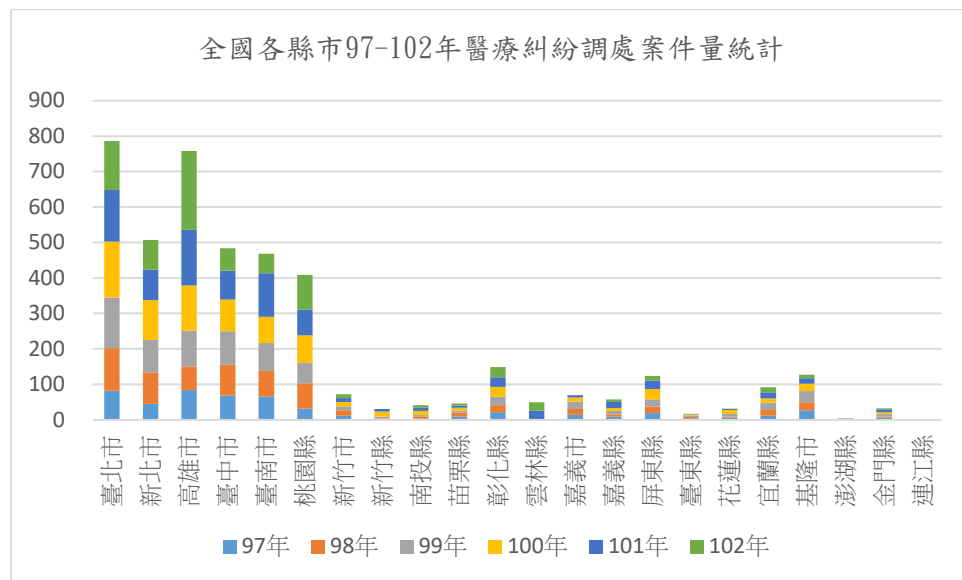


圖 3-5 全國各縣市 97-102 年醫療糾紛調處案件量統計

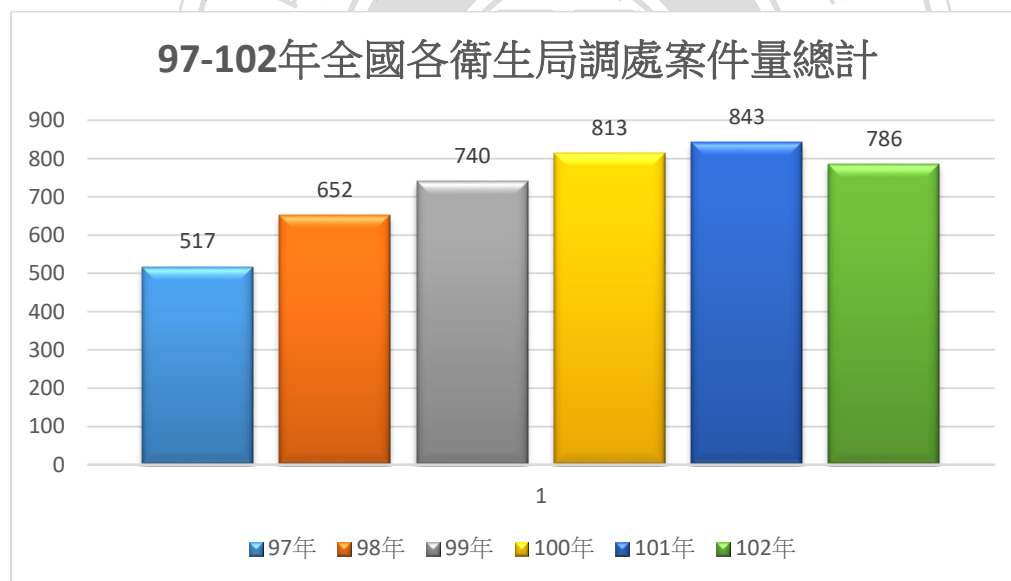


圖 3-6 97-102 年全國各衛生局調處案件量總計

## (二) 向鄉鎮市調解委員會申請調解

我國鄉鎮市調解條例第一條規定：「鄉、鎮、市公所應設調解委員會，辦理

<sup>69</sup>衛生福利部醫事司，地方醫療調處相關業務--全國各縣市 97-102 年醫療糾紛調處案件量統計，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html> (檢索日期：2017/12/16)。

<sup>70</sup> 每年六百件醫糾、調解率僅三成，醫改會推新版參考手冊幫忙化解  
[http://issue.thrf.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=2045](http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=2045) 最後瀏覽日：2017/1/22。

下列調解事件：一、民事事件。二、告訴乃論之刑事事件」。該委員會由由鄉、鎮、市長遴選鄉、鎮、市內具有法律或其他專業知識及信望素孚之公正人士 7-15 人組成，在當事人雙方同意下開啟調解程序，若調解成立，調解書經法院核定後當事人即不得再行起訴、告訴或自訴，與確定判決具有同等效力<sup>71</sup>。此調解制度台灣南部並加利用的情形多於北部，其優點是程序簡便、具有當事人自治性、調解成力與確定判決具有同等效力，但由於調解過程當中，並沒有醫療專家在場諮詢，對於醫療行為與損害間的因果關係無任何查明的行動，事實上往往因無法滿足病家了解真相的需求，調解常難以達成。而在調解效果上，民事訴訟與法院判決具有相當效力，但刑事部分，僅適用於告訴乃論罪，亦即僅止於業務過失清傷害的刑事案件。

### (三) 在法院訴訟中由法院進行調解

民事訴訟法第 403 條第 1 項第 7 款規定，醫療糾紛發生爭執者於起訴前應經法院調解。然而當醫病雙方利用醫院協商機制及訴訟外調解機制都無法達成和解下，始提起訴訟進入法院。過去情況下如已進入訴訟，雖仍能持續進行協商，但達成和解的機會並不高，最終常仍倚賴裁判來解決糾紛。而台中地方法院自民國 101 年 9 月起試辦醫療調解，參考多個先進國外醫師公會調解制度，採法律、醫師雙調解委員制，落實無真相無調解的精神，以鑑定為中心，衡平病人武器不平等問題。該調解試辦制度流程分為三階段，第一階段接受當事人申請，並請醫療園所於五日內提供病歷、護理紀錄、醫學影像等資料。第二階段由法官助理整理醫療事實與法律爭點，通知兩造對爭點表示意見，再參酌醫療、法律調解員之意見確立爭點。第三階段由法律、醫療調解委員討論後，共同進行調解。醫療委員提供醫療意見(類似鑑定意見)，法律委員提出法律意見，並參考當事人陳述，做出調解方案(如圖 3-7)。

本調解試辦方案據統計，終結件數中調解成立比例達 51.2%，高於德、日

---

<sup>71</sup> 鄉鎮市調解條例第 24 條。



等國<sup>72</sup>。而文獻也指出有鑑定案件中，調解成立案件均為鑑定無過失，醫療院所或醫師均因不願再行訴訟，只要和解給付金額不高，仍願給付病方。一旦鑑定有過失，反而不易調解成立，據相關調解委員所分析，系鑑定有過失後病家反追加請求金額，醫療院與醫師認為不合理，反而導致調解不易成立。此結果與德國經驗上「無真相、無調解」之經驗不同<sup>73</sup>。然而即便透過法定強制調解的過程，即便調解成立，也僅具有民事判決的效力，對於刑事案件並無效果。

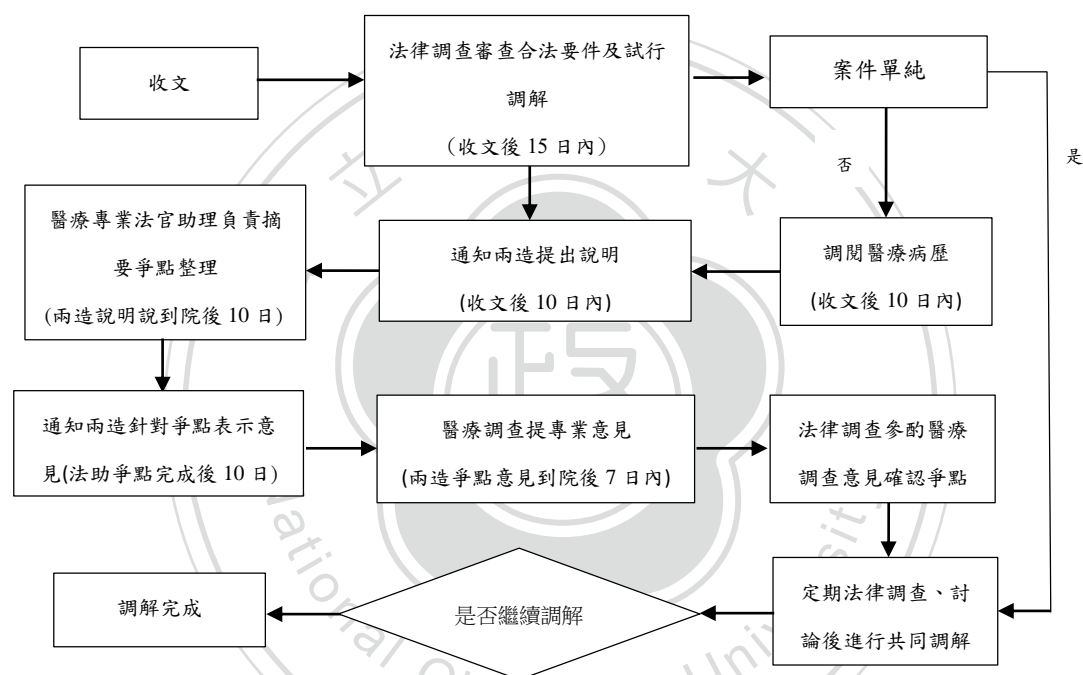


圖 3-7 台中地方法院調解<sup>74</sup>

### 第三款 法院訴訟

憲法第 16 條保障人民訴訟權，係指人民於其權利遭受侵害時，有請求法院救濟之權利（大法官釋字第四一八號解釋）。基於有權利即有救濟之原則，人民權利遭受侵害時，必須給予向法院提起訴訟，請求依正當法律程序公平審判，

<sup>72</sup> 陳學德，醫療風險與糾紛解決之道--從台灣台中地方法院試辦醫療制度談起，月旦法學雜誌，223 期，頁 186，2013 年。

<sup>73</sup> 參閱陳學德，同註 72，頁 186。

<sup>74</sup> 陳學德，臺中地院醫療調解、諮詢、鑑定制度經驗分享，頁 71，2014 年。

以獲及時有效救濟之機會，此乃訴訟權保障之核心內容（大法官釋字第三九六號、第五七四號解釋），是故當醫療糾紛發生時，病家在任何狀況下皆有權提出法院訴訟。學者過去對全台醫師做的實證研究，雖然在醫療糾紛的情況下選擇和解或是調處的病人佔多數，然而以司法程序解決的比例在民國 84 年時為 15.7%，至 94 年時則升高至 23.1%<sup>75</sup>，顯示約有四分之三的案件未進入司法訴訟，然成長比例高達 47%。而 2005 年學者統計，病人如為一般身體傷害，有將近五成會採訴訟外方式解決，僅有 15.6% 會選擇採訴訟方式。然一旦病人死亡時，選擇採訴訟解決途徑的比例上升至 29.6%，由此可知，醫療糾紛選擇司法程序解決者，常見於重傷害或死亡案件<sup>76</sup>，且據衛生福利部醫事司的官方統計民國 76 年至 104 年間之訴訟案件分類是以刑事案件為主。另學者於 2010 年以司法院判決查詢系統為基礎的實證研究，分析民國 91 年至 96 年的訴訟案件勝敗訴結果，將判決類型分做民事訴訟、刑事公訴案件與刑事自訴案件。地方法院判決中病方勝訴率以刑事公訴案件 40.7% 最高，其次為民事訴訟案 17.7%，而病人自訴案件僅 7.1% 最低。高等法院判決中病方勝訴率依舊是刑事公訴案件 41.1% 最高，其次為民事訴訟 28.8%，而刑事自訴案件則為 10% 最低<sup>77</sup>（如圖 3-8）。而在醫療糾紛民事賠償金部分，民國 91 年至 96 年間法院判決醫師賠償案件為 119 件，賠償金額最低為 1 元，最高為 2746.3 萬元，介於 100 萬元至 500 萬元間的賠償案件最多，占全部案件的 45%<sup>78</sup>。

<sup>75</sup> 台灣的醫療糾紛狀況，參閱吳俊穎等，同註 2，頁 6。

<sup>76</sup> 參閱陳學德，同註 72，頁 175。

<sup>77</sup> 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：台灣醫療糾紛民國 91 年至 96 年訴訟案件分析，台灣醫學，14 卷，4 期，頁 364，2010 年。

<sup>78</sup> 參閱吳俊穎等，同前註 77，頁 365。

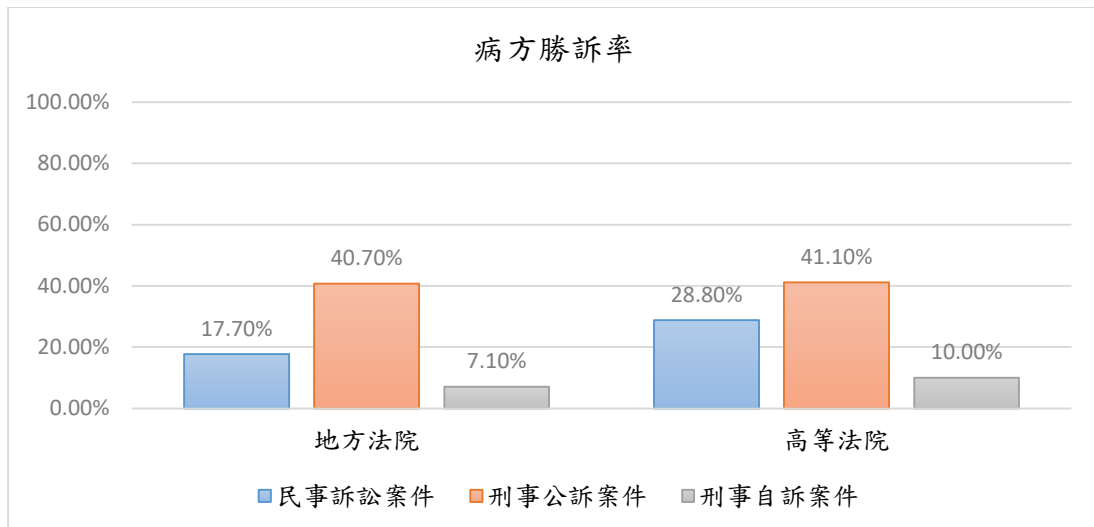


圖 3-8 地方法院及高等法院判決病方勝訴率(民國 91~96 年)(作者製圖)

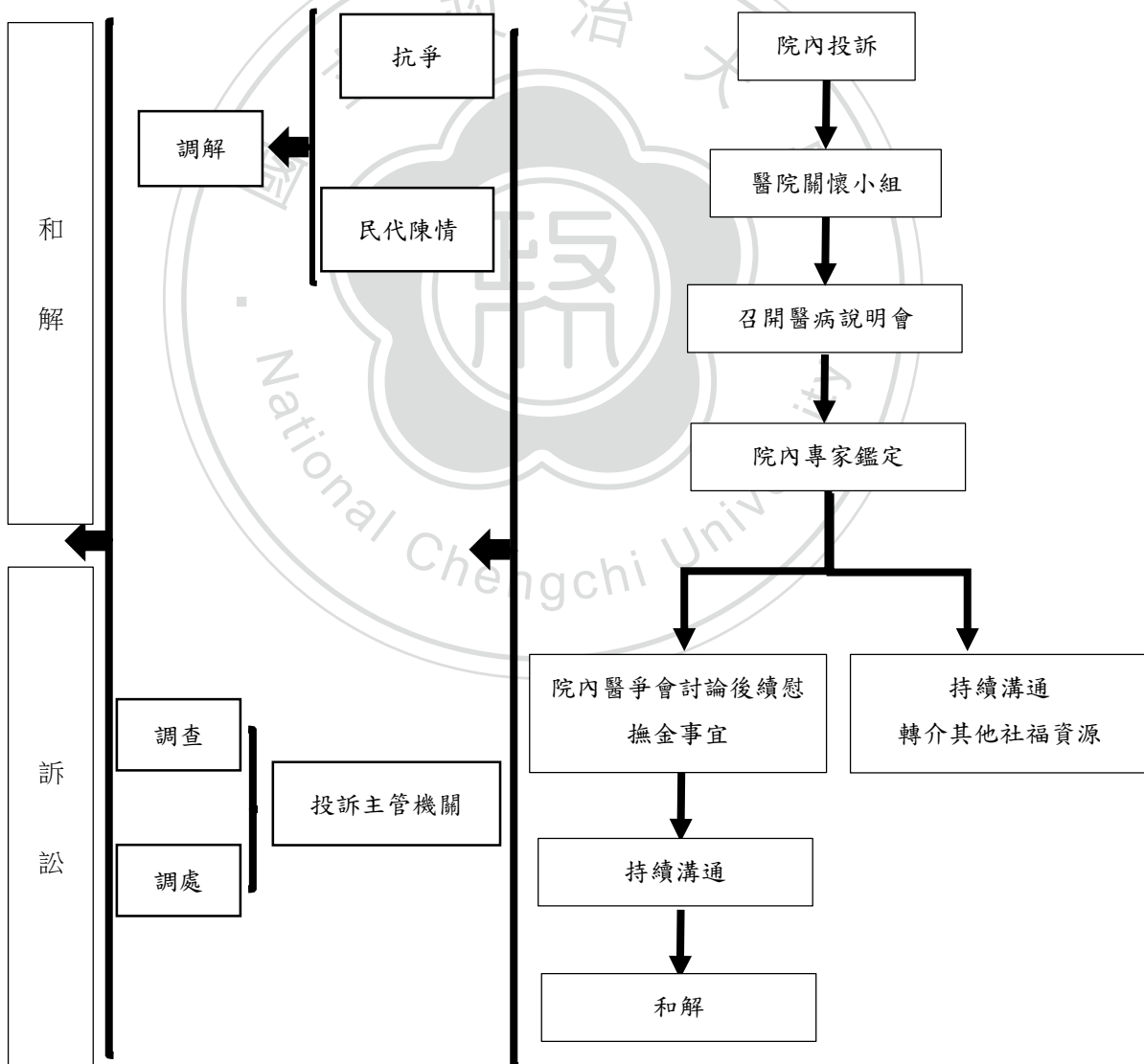


圖 3-9 北部某醫學中心現行醫療糾紛處理流程(作者製圖)

### 第三節 我國醫療糾紛處理法案之發展

據衛生福利部醫事司之統計，民國 76 年至 103 年間申請醫事鑑定之案件有超過近 80% 之比例鑑定結果無疏失 (如圖 3-10)<sup>79</sup>。然而近一、二十年來，病人權利意識的高漲、對醫療技術期待的大幅提升，加上媒體大量報導與網路知識的普遍化，醫療糾紛常常成為備受爭議的社會議題。我國現行醫療糾紛處理機制及司法訴訟程序無法達到適當的救濟效果，除訴訟前之調解或調處機制成效不彰，病方也時常利用訴訟公權力的介入以聲張其權利，致使醫病間關係緊張，而醫方也因此採取防禦性醫療手段以求自保。為改善此一惡性循環，立法者陸續提出醫療糾紛處理之相關法案，以期達到減少醫療訴訟增進醫病和諧關係之目的。

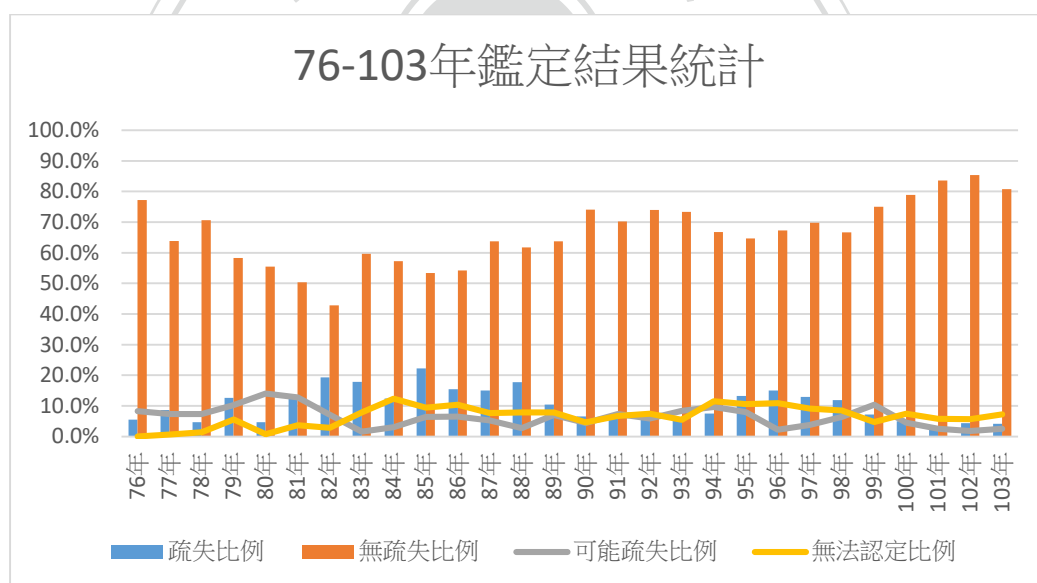


圖 3-10 衛生福利部醫事司鑑定結果統計(民國 76 年-民國 103 年)(作者製圖)

#### 第一項 立法理由

醫療行為乃治療、矯正或預防人體疾病、傷害、殘缺或保健所為診察及治療之行為，目的在於解救病人生命或身體之危害狀況，具備侵襲性、高風險性、不可預期性及高度專業性等特質，故當醫療事故發生時，病人的傷亡結果

<sup>79</sup> 衛生福利部醫事司，醫事爭議處理、鑑定等相關業務--鑑定結果統計，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html> (最後檢索日期：2017/1/15)。

與醫療行為之間的因果關係事實上經常難以清楚認定，尤其發生傷亡結果的時候常與執行醫療行為時間已間隔相當時日，針對該醫療行為是否有過失責任之認定或是鑑定所生損害是否屬醫療疏失，更增添其困難度。醫療先進之國家為解決醫療糾紛與醫療傷亡認定困難之相關問題，紛紛提出解決方式，如美國的「醫療錯誤揭露及補償法案」、紐西蘭的「意外傷害無過失補償制度」與瑞典「病人賠償保險制度」等等。相較於國外之醫療糾紛處理制度，我國一直未有整合的紛爭處理程序與醫療事故傷亡補償之規範，以致當事故發生時，病人或家屬常藉由司法訴訟程序來取得真相及請求損害賠償外，也運用媒體及民代或任紳進行施壓，造成醫事人員與醫療機構及醫師疲於應付，而病家與醫療人員也需分神處理冗長之司法程序，凸顯現在之法律制度對於醫療糾紛相關問題之保障尚有不周之處。為通盤解決病家、醫療機構與醫事人員面對醫療糾紛時面臨之困境，爰以「促進病人權益保障」為核心，採「強調調解機制」與「及時補償」兩大規範重點，以「維護醫病雙方權益促進醫病關係和諧」、「迅速解決醫療爭議，實現社會公平正義」為目標，擬具醫療糾紛處理草案。

## 第二項 立法歷程

前立法委員黃煌雄(現任監察委員)有鑑於當時醫療糾紛層出不窮，於民國 78 年要求政府盡快成立醫療糾紛處理單位暢通醫療糾紛申訴管道<sup>80</sup>；民國 82 年，東台灣一件孕婦猝死案件，家屬抬棺抗議之社會案件所引發社會教育之反效應，前立法委員莊金生建請衛福部盡速設置醫療糾紛處理中心<sup>81</sup>，然而皆遲遲踏步不前。直至民國 87 年前立法委員沈富雄仿照瑞典病人賠償保險制度法案提出「醫療糾紛處理及補償條例草案」<sup>82</sup>，該草案將醫療糾紛處理分做兩階段，如符合醫療糾紛定義之案例，則先依無過失賠償原理，由醫療糾紛處理委

<sup>80</sup> 立法院第一屆第八十三會期第三十一次會議議案關係文書 質二三一

<sup>81</sup> 立法院第二屆第二會期第十六次會議議案關係文書 質三八三

<sup>82</sup> 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第二〇六七號，立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第二五五九號。



員會做因果關係判定並提出報告書，經法院核定後即依法發予補償，此為第一階段。待當事人領取補償金後，第二階段則會由醫療糾紛處理委員會做出醫療疏失判定，並代位提請訴訟。該草案明定獲補償之案例需為經醫療糾紛處理委員會判定損害發生與醫療行為有因果關係者，排除與醫療行為無因果關係或無法判定因果關係之案件；亦明定醫療糾紛處理報告書經核定後，當事人不得再提請訴訟。民國 89 年，行政院提出「醫療糾紛處理法草案」<sup>83</sup>，限定該法適用之醫療糾紛為民事案件及告訴乃論之刑事案件，規定調解先行，任意仲裁的原則，並明定經調解經法院核定後，當事人就告訴乃論之刑事案件不得再行告訴或自訴，而經法院核定之民事調解與判決有同一效力。另有前立法委員黃明和等人，為增加醫療調處之成效，另提案醫療糾紛處理法修正草案，增列第三十七條醫師刑事責任減免之機制<sup>84</sup>，明定醫療糾紛當事人於調解成立後，調解方案或仲裁判斷已履行者，得免除或減輕其刑或為緩刑之宣告，將醫療行為去刑責化的精神入法，以鼓勵當事人能有效溝通。行政院版之「醫療糾紛處理法草案」與沈富雄委員之「醫療糾紛處理及補償條例草案」曾於立法院第四屆第三會期衛生環境及社會福利委員會併案討論，然當時對於是否強制調解、調解之效力、是否限制後續訴訟權與是否要將無過失補償之概念納入行政院立法多有爭議，又當時正值政黨輪替與立委改選時期，該次會議僅做詢答，未有進一步之討論<sup>85</sup>。民國 91 年，前立法委員邱永仁等提出另一版本之「醫療糾紛處理法草案」<sup>86</sup>，與行政院版本相同的是仍強調強制調解程序機制，但明定如為非告訴乃論之刑事案件與自訴案件如果調解成功，醫師可宣告緩刑或減刑，亦帶有醫療去刑責化的精神。此版草案與沈富雄委員之版本及行政院版本曾舉辦多場公聽會，然公聽會之意見書仍將重點著墨在強制調解之違憲性、調解程序問題

<sup>83</sup> 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 政府提案第七〇一九號

<sup>84</sup> 立法院第四屆第三會期第十八次會議議案關係文書 委一〇五

<sup>85</sup> 立法院公報第八十九卷第二十一期 委員會紀錄

<sup>86</sup> 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第四二〇五號

及無過失補償之機制上，實質上並無立法之突破性見解<sup>87</sup>。至民國 95 年第六屆第三會期立委會議期間，行政院版本之醫療糾紛處理法草案與邱永仁委員版本曾併案進入逐條審議程序，當時並審議完成，然而 96 年第四會期繼續審議的議程中，由於立法委員賴清德提出之「醫療傷害處理法草案」<sup>88</sup>也被放入討論議程，部分委員對於議事程序不滿，致討論無法進行，最後決議另定期分開審查。此後，該版之醫療糾紛處理法草案石沉大海未能完成立法。民國 97 年衛福部擬推動「病人安全及醫療糾紛處理法」，將病人安全通報機制與醫療糾紛調處程序一同入法，並舉辦研討會邀請法界人士共同參與，爭取認同醫療行為去刑責化<sup>89</sup>。然因法界人士反對醫療去刑責化之立法且對於病人安全組織的定位與權責定調多有質疑<sup>90</sup>，最後這部草案無緣進入立院討論。至民國 101 年，行政院版本的「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」歷經公聽會、行政院審查會，101 年 5 月始與立法委員江惠貞等 20 人、立法委員劉建國等 18 人、立法委員蘇清泉等 23 人、立法委員徐少萍等 17 人、立法委員陳節如等 19 人、立法委員林世嘉等 21 人、立法委員田秋堃等 27 人分別擬訂之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、立法委員蔡錦隆等 24 人、立法委員吳宜臻等 24 人分別擬訂之「醫療事故補償法草案」、立法委員蔡錦隆等擬訂之「醫事爭議處理法草案」及立法委員吳宜臻擬訂之「醫療糾紛處理法草案」等 12 案送入立法院社會福利及衛生環境委員會併案審查，經逐條審議 10 次，至 103 年始完成審查<sup>91</sup>，送入立法院會。然而其中補償金財源比例之分配有爭議，故仍待黨團協商始進入二讀。此版本之醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案主要精神在於關懷、調解、補償制度的法制化，採「不責難精神」，強調調解與補償。然卻引起醫療從業人員大肆反彈，其爭議點如下

<sup>87</sup> 邱清華，對醫療糾紛處理法草案(邱永仁版)公聽會意見書，醫事法學季刊，12 卷，1、2 期，頁 91，2004 年。

<sup>88</sup> 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第七六三二號

<sup>89</sup> 李明濱，新年新希望:提升醫療品質與醫師形象，台灣醫學，51 卷，2 期，頁 9，2008 年。

<sup>90</sup> 參閱蔡秀男，同註 63，頁 88。

<sup>91</sup> 立法院公報第 103 卷第 36 期，頁 255-374。

- 一、該法規定補償範圍限無法排除醫療事故與醫療行為之因果關係者為限，且不評價醫療行為，就可獲得補償。該無過失補償精神讓醫療人員憂心病家會以嘗試之心態動輒對醫療過程提出疑義，獲取補償金。
  - 二、該法規定醫療界需負擔 30% 以上的補償金，而醫療機構很可能將該筆金額轉嫁醫事人員，變相減薪。
  - 三、該法並無限制調解後訴訟權利之限制，雖有規定返還之條文，但強制性與執行力不明確，憂心病家領到補償金後，仍可繼續對醫療人員提告，有道德風險之疑慮。
  - 四、將醫療常規入法，完全忽略病人個體之差異性。
  - 五、多做多錯，不做不錯，忽略醫療可能之風險的精神，只會增加防禦性醫療的比例，惡化醫病關係。
- 綜上之理由，多達萬人的第一線醫療人員於網路上進行連署堅決反對醫糾法，儘管衛福部在網路上嘗試澄清各類疑慮<sup>92</sup>，並開啟溝通管道，仍無法平息巨大的反對聲浪。此一草案自此停步，送入立院之後始終停留在黨團協商階段未進入二讀，努力付之闕如。

---

<sup>92</sup> 衛生福利部，醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》，<https://www.mohw.gov.tw/cp-17-80-1.html> (最後檢索日期：2017/2/10)。



## 第四章 糾紛的曙光-醫療糾紛處理及醫療事故補償法

隨著醫療科技的進步，一般人對疾病治療成效的期待也隨之增高，加上消費者意識高漲，對於疾病治療的結果存在了只能好轉一旦惡化即代表存在有疏失的誤認，導致我國醫療糾紛頻傳。而為了爭取權利採以刑事訴訟追訴以解決紛爭的情況更是浮濫，不僅浪費社會資源也增加司法體系的負擔，審判時間不僅耗時，其過程更加引起醫病關係緊張對立，更甚者醫病關係的信賴崩毀，醫師為求自保採防禦性醫療，而病家也在治療過程中時時蒐證以為日後訴訟可能做好準備<sup>93</sup>。有鑑於此種醫病關係日益惡化的氛圍，我國自參考國外先進國家在醫療糾紛相關處理制度，整合國內制度，以關懷、調解、補償制度為中心精神，訂定了醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，以期為現今崩壞的醫病關係帶來改善的契機。我國醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案共七章六十一條，該草案規範要點如下<sup>94</sup>：

- 一、總則：規範立法目的及對醫療糾紛、醫療事故等名詞定義。
- 二、醫療糾紛說明、溝通及關懷：規定醫療機構遇有醫療糾紛爭議，應即與病人方說明或溝通，並有配合其要求迅速提供病歷之義務。其第七條並規定中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理醫療糾紛之專業評估，凸顯該草案主張探詢真相促進調解的精神。
- 三、醫療糾紛爭議調解：
  - (一) 直轄市、縣(市)醫療糾紛爭議調解會之組成、調解程序進行、調解成立或不成立之核定及效果。
  - (二) 未依法聲請調解不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟；刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，應由檢察官函請或由法院移付轄之調解會先行調解，

<sup>93</sup> 八仙塵爆／每換藥都錄影！醫護無奈：家屬大鬧加護要求免費，  
<http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=83673> (最後檢索日期：2017/5/14)。

筆者自己執業過程中也遇過重症病人家屬探病過程，在監測儀器發出警示音時，並非先通知醫護人員而是先拿手機拍攝監測儀器。

<sup>94</sup> 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案總說明



調解期限為三個月得視情況及調解雙方意願延長三個月。

(三) 當事人經通知進行調解者無正當理由不得拒絕到場，如無正當理由條解日未到場視為調解不成立。

#### 四、醫療事故補償:

(一) 醫療事故補償制度得視財源狀況與急迫程度分階段實施，及醫療事故補償基金來源、繳納及分攤比例。

(二) 醫療事故補償之審議組織、請求權人、補償要件與不予補償事由，及經法院判決認定應由醫事人員負責之處理。

(三) 給付補償後之返回事由。

五、醫療事件通報、調查、分析及公布:中央主管機關得對醫療糾紛或醫療事故分析原因，並命醫療機構檢討改善，對於發生之系統性錯誤，英及成立專案調查小組分析原因，提出改善報告。

六、罰則:醫療機構與相關機關、團體應循前項規定配合調解提供病歷資料、相關人員未盡規避義務、機構未繳納風險分擔金或當事人無正當理由未出席調解會等均有處以罰鍰之規則。

本法訂立乃以「促進病人權益保障」為核心精神，納入「強化調解」機制、提供「即時補償」兩大面向為規範主軸，以達成維護醫病雙方利益，促進關係和節、迅速解決紛爭，實現公平正義等目標。

醫療過失責任的認定，涉及醫學及法律兩個專業領域，無法單憑治療結果而隨意認定過失責任。非預期之治療結果，有些源自於自然病程發展之結果，有些起因於溝通不良所致不切實際的期待，而醫療行為始終伴隨不確定性，更需妥善溝通說明以期減少爭議。醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案(下稱醫糾法草案)主旨在創建在醫療糾紛進入訴訟前轉向之可能性，以避免醫療糾紛進入耗時冗長的法院審理階段，將原先可能直接進入訴訟流程的糾紛轉化為配有鑑定先行的調解機制，並搭配事故補償制度提供實質補償，供當事人除訴

訟手段外另一條更經濟便利且較為迅速的紛爭解決途徑。

## 第一節 調解先行的制度

我國憲法第 16 條規定：「人民有請願、訴願及訴訟之權」。大法官釋字第 569、591 號解釋分別揭示：「憲法第 16 條明定人民有訴訟之權，旨在確保人民權益遭受不法侵害時，有權訴請司法機關予以救濟。惟訴訟權如何行使，應由法律規定；法律於符合憲法第 23 條意旨之範圍內，對於人民訴訟權之實施自得為合理之限制」、「憲法第 16 條所保障之訴訟權，旨在確保人民於其權利受侵害時，有依法定程序提起訴訟，並受法院公平審判之權利。惟訴訟應循之程序及相關要件，立法機關得衡量訴訟案件之種類、性質、訴訟制度之功能及訴訟外解決紛爭之法定途徑等因素，為正當合理之規定；倘其規範內容合乎上開意旨，且有其必要性者，即與憲法保障訴訟權之意旨無違」。是故，憲法第 16 條確保人民於權利受侵害時，有依法定程序提起訴訟，並受法院公平審判之權利。然法律於符合憲法第 23 條意旨之範圍內，對於人民訴訟權之實施自得為合理之限制。為避免醫療訴訟造成法院負擔且整體程序冗長耗時，致使當事人無法及時爭取權益，醫糾法草案立法採調解先行原則，要求醫療糾紛當事人或其家屬在進入法院訴訟前，須先行與醫師(或醫療成員)共行調解。

### 一、設立醫療糾紛專屬調解機關

#### 醫糾法草案第 8 條：

直轄市、縣(市)主管機關應設醫療糾紛爭議調解會(以下稱調解會)，辦理所轄醫事人員、醫療機構與病人間醫療糾紛之調解。

當事人申請調解，得向其住(居)所第、醫療機構所在地或經雙方當事人合意之直轄市、縣(市)調解會為之。

立法理由如下：

第一項明訂醫療糾紛事件之調解，由直轄市、縣(市)主管機關設醫療糾紛爭議調解會為之。至於直轄市、縣(市)政府依醫療法第 99 條規定所設醫事

審議委員會，其任務包含醫療機構設立或擴充之審議、醫療收費標準之審議等，與本條所定調解會之功能、任務範疇不同，該醫事審議會仍應續存。又醫療糾紛事件，當事人如未依前章規定先與醫療(事)機構進行說明或溝通等事宜，亦可依本章規定逕予申請調解。

**醫糾法草案第 9 條:**

直轄市、縣(市)調解會應由具有醫學、法律或其他專業知識及素孚信望之公正人士九人至二十七人組成之;其中醫學以外之委員不得少於三分之一。調解委員聘期為三年，併得連任之;聘期中出缺時，得予補聘，期間至原聘期屆滿為止。調解委員並應經訓練及講習。

立法理由如下:

基於提升調解成功率，避免直轄市、縣(市)調解會運作品質及成效差異過大，規劃調解委員應經訓練講習，方得擔任。目前調解成功率較高之地方醫事審議委員會，多係採取依事調解委員他配法律或公正人士調解委員處理調解。

現行醫事審議委員會除醫療糾紛處理外尚須負責於任務包含醫療機構設立或擴充之審議、醫療收費標準之審議等工作。據醫糾法草案規定，設置醫療糾紛爭議調解會，專責醫療糾紛調解，且參考現行調解制度之成功經驗，招集具有醫學、法律或其他專業知識及素孚信望之公正人士共同組成，以免於醫醫相護之疑慮。且為提升委員會之運作品質及避免成效差異過大，調解委員應經訓練講習始得擔任。

**二、民事訴訟採強制先行調解**

**醫糾法草案第 11 條:**

病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申(聲)請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟。未依前項規定申(聲)請調解逕行起訴者法院應移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第 424 條第 1 項規定辦理。

時效依第 8 條第 2 項規定申請調解而中斷者，於調解不成立後六個月內未起訴者，視為不中斷。

立法理由如下：

一、第 1 項明定病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申（聲）請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟，以減少訟源及社會成本支出，緩和醫病對立關係。所稱依法申（聲）請調解，如鄉鎮市調解條例、民事訴訟法第 403 條規定之調解等。二、未依法申（聲）請調解逕行起訴者，於第 2 項明定法院應裁定移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第 424 條第 1 項規定視為調解之聲請，由法院依其調解程序辦理調解。

現行醫療糾紛申請調解可透過地方主管機關醫療糾紛爭議調解會，亦可經由鄉鎮市調解委員會做調解，然若以循其他法定調解機關調解未成功，再行調解的成立性極微。醫糾法特立專屬調解單位，搭配以初步專業評估為基礎，得滿足當事人獲知真相的期待，又該調解會委員接受過調解講習訓練，使調解過程更具專業性，應能使多數接受調解的當事人信服。

### 三、刑事訴訟採移送調解

#### 醫糾法草案第 12 條：

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。前項函請或移付調解前，應通知被害人、告訴人或自訴人。

立法理由如下：

一、檢察官或法院對於偵審中醫療糾紛刑事案件，應函請或移付管轄之直轄市、縣（市）調解會，使病人與醫療（事）機構在專業、客觀之調解會進行協調溝通，達到促進病人瞭解真相、獲得撫慰、補償或賠償權益之保障。惟調解程序，係為達成民事賠償或補償之目的，與當事人有無意願攸關至鉅，如被害人、告訴人或自訴人明示不同意時，為免徒費程序，檢察

官或法院即可不移送調解。所稱管轄之調解會，指依第八條第二項規定醫療(事)機構所在地之直轄市、縣(市)調解會。

二、非告訴乃論罪之醫療糾紛案件如經當事人調解成立，檢察官偵結方式或法院裁判情形之結果，應視具體個案，依刑事訴訟法相關規定處理。惟鑑於雙方當事人間已撫平傷痛，有關醫療糾紛真相亦已取得諒解或共識，參酌修復式正義精神，檢察官或法院宜採取最為和緩之處置，期能平衡當事人權益及司法正義。

本草案刑事訴訟採取移送調解，事實上移送調解之時刑事訴訟流程已開啟，醫病雙方處於對立狀態下，調解難度本就困難，為免除強制移送調解不成又再進入刑事訴訟程序的繁複程序，草案規定函請或移付調解前，應通知被害人、告訴人或自訴人，如經被害人、告訴人或自訴人明示不同意者可不移送調解。

#### 四、調解效果

##### **醫糾法草案第 26 條:**

調解經法院核定後，當事人就民事事件不得再行起訴；如已繫屬法院，視為訴訟終結。

調解經法院核定後，當事人就告訴乃論之刑事事件，不得提起告訴或自訴；告訴乃論之刑事事件於偵查中或第一審法院辯論終結前，調解成立，並於調解書上記載當事人同意撤回意旨，經法院核定者，視為於調解成立時撤回告訴或自訴。

經法院核定之調解，與民事確定判決有同一之效力。

##### **立法理由:**

一、第 1 項及第 2 項明定醫療糾紛事件如經本法調解成立及法院核定，未繫屬民事、刑事法院者，不得再行起訴、告訴或自訴；已繫屬者，視為撤回起訴、告訴或自訴。



二、第 3 項明定經法院核定之調解與民事確定判決有同一之效力，故醫療(事)機構、醫事人員如未履行調解內容者，病人方即得以其為執行名義，依強制執行法聲請後續相關執行。

就現行制度，刑事訴訟法第 238 條規定，告訴乃論之罪，告訴人於第一審辯論終結前，得撤回其告訴。撤回告訴之人，不得再行告訴。又 23 年非字第 2 號刑事判例，告訴乃論之罪經告訴人在第一審辯論終結前，將其告訴撤回者，法院始應諭知不受理之判決。民事部分，民事訴訟法第 400 條規定，除別有規定外，確定之終局判決就經裁判之訴訟標的，有既判力。而據最高法院 102 年度台上字第 189 號民事判決要旨，法院於判決理由中就訴訟標的以外當事人所主張而足以影響判決結果之重要爭點，本於當事人適當完全辯論之結果，已為實質之判斷者，除原判斷顯然違背法令、或當事人已提出新訴訟資料足以推翻原判斷、或當事人之程序權未受應有之保障外，於同一當事人間就與該重要爭點有關所提起之他訴訟，不得再為相反之主張，法院亦不得作相反之判斷，俾符民事訴訟法上之誠信原則並達訴訟經濟之目的。本草案立法方向亦符合現行調解制度效果之精神。

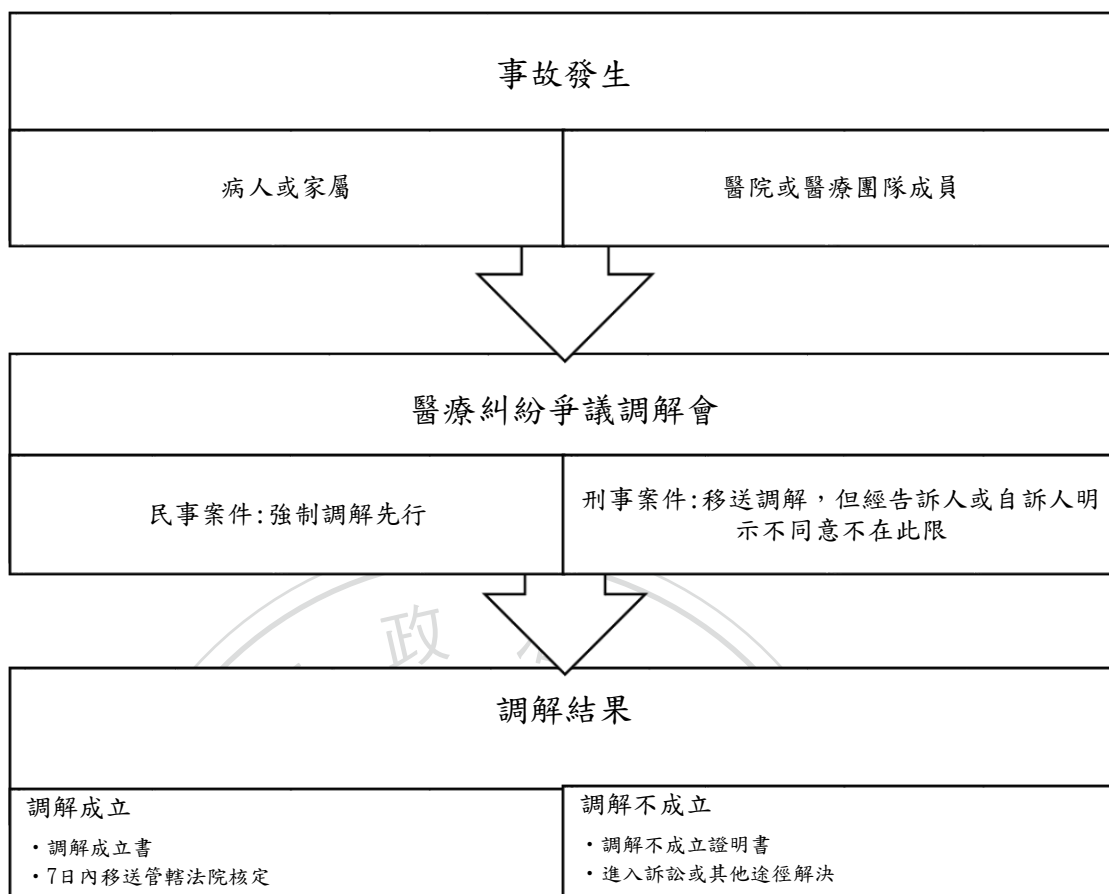


圖 4-1 醫糾法草案調解前置流程(作者製圖)

## 第二節 不責難補償制度

民國 91 年，立法院衛生環境及社會福利委員會對行政院函請審議的「醫療糾紛處理法草案」進行討論時，沈富雄委員曾以雕刻師與木刻觀音<sup>95</sup>為例說明無過失賠償的概念。事實上，法律上「補償」與「賠償」系不同概念，兩者發生之基礎不同。民事賠償之構成有過失責任、重大過失責任、無過失責任等，各類得主張賠償案件之請求權均有其構成要件，係「不法行為」始得主張賠償<sup>96</sup>。而「補償」之概念係源於國家補償，國家補償是國家機關工作人員在行使職權過程中，因其合法行為給公民、法人或者其他組織造成的損失，國家對其

<sup>95</sup> 沈富雄委員舉例 A 有一塊高價木頭委託非常會雕刻的師傅 B 刻一尊木雕菩薩，B 在雕刻過程非常小心仔細兢兢業業地完成了百分之九十五，儘管極度仔細小心仍錯手將鼻子刻掉且不能再恢復木頭原先的樣子，委員以為儘管過程非常仔細且注意細節，站在原持有者立場該雕刻師傅不能完全免除賠償的責任。詳見立法院公報第九十一卷第八十四期委員會紀錄，第 11~12 頁。

<sup>96</sup> 張孟源、張嘉訓、吳佳琳，解決醫療糾紛的拼裝車—談「調解制度」與「補償制度」，台灣醫界，45 卷，4 期，頁 11，2013 年。

給予彌補的制度。旨在求得因公共利益而遭受特別損失的公民、法人或者其他組織提供補救，以體現其與普通公眾間的利益平衡，並不意味著任何對國家的非難。將此概念放諸於醫療行為上，醫師或醫療團隊執行醫療業務為正當之合法行為，而醫療行為本身及伴隨存在醫療風險，風險僅能賴管控降低發生卻無法完全避免，如不幸因醫療風險實現造成病人傷害時，不應歸責於醫療人員；然而醫療行為下之不如預期的結果，常無法輕易區辨究竟是醫療風險或是醫療過失所致，更甚者交雜錯綜複雜無法釐清的因果關係，病人或病家在面臨傷亡結果時，情緒哀痛之餘轉而將憤怒的情緒投射在醫療端繼而訴訟興起，然而漫長複雜的鑑定與訴訟過程不僅無法及時彌補損失，且撕裂醫病關係致醫療人員面對病人心態轉變，有採防衛性醫療、有在遇見路倒患者時選擇漠視拒絕伸出援手，更甚者可見重症或預後不佳的病人成為院院避之唯恐不及的燙手山芋。此醫病關係崩壞的氛圍非主事者所樂見，是故立法者嘗試仿國外補償機制，緩解此僵局。補償制度設計上講求迅速、簡便且不究責為前提，設立的目的即在於解決紛爭迅速且能紓解訟源。

### 第一項 國外醫療補償制度

不責難制度係由北歐諸國開始施行，北歐國家具有優良且縝密的保險體系，其中心精神在於不討論行為人是否有過失，而在不必證明行為人是否有過失的情形下，即給予受損害當事人基本保障之理賠。由此「理賠精神」可知，如欲藉由補償制度解決醫療糾紛尚須完整的社會救濟、保險及社會福利相互搭配。

#### 第一款 瑞典病人賠償保險制度

瑞典早於 1962 年起陸續建立了完整且綿密的社會安全網路，透過各類強制保險及集團保險始人民在各類傷害之中能獲得一定之補償。並於 1975 年開始實施「病人賠償保險制度」，以保險基金的方式解決醫療紛爭<sup>97</sup>。

<sup>97</sup> 楊秀儀，瑞典「病人賠償保險」制度之研究--對台灣醫療傷害責任制之啟發，台大法學論

## 一、興起背景與制度

1975 年之前，瑞典每年約只有 10 名醫療傷害病人可以獲得賠償，鑒於過失因果關係難以認定，社會開始認知到如使用傳統過失制度來解決醫療糾紛對於彌補病人損害有不足之處，而為避免因利用成文法致醫師被課以嚴格責任的狀況發生，保險型態的無過失制度遂因此而生。1975 年瑞典在原先的社會保險網路又引進自願性的醫療傷害保險制度-病人賠償保險。該制度為自願性的保險契約，由一群私人保險公司所組成的保險公司協會擔任保險人，瑞典郡議會 (country councils, 為瑞典主責公共衛生的單位) 擔任要保人，被保險人則為所有在公立醫院就醫之病人。一旦病人在公立醫院就醫，病人賠償保險便會對病人進行理賠。而私人開業的醫療單位雖不強制投保，但絕大多數瑞典的私人醫療單位也幾乎都會透過相關的工會組織加入保險，因此病人賠償保險幾乎涵蓋了全瑞典的醫療機構<sup>98</sup>。

## 二、保費來源

該制度主要財源來自於要保人(即郡議會、私人醫療機構等)所支付的保費，保費的計算非一般商業保險之經驗費率，保險人依照過去一年的理賠支出加上保險人本身的營運成本逐年調整，再依照郡議會轄區內的人口向郡議會徵收。制度本身性質類似社會保險制度而非一般責任保險<sup>99</sup>。

## 三、制度內容

### (一) 理賠不以過失為要件

瑞典的病人賠償保險被歸類在醫療無過失制度，因其賠償要件並未將過失納入，規範內容也盡力避免使用錯誤或過失等字眼，然其保險理賠亦非概括性賠償制度。當病人欲申請病人賠償保險之理賠，首要仍須符合兩積極條件:1.需有因果關係:傷害的發生必須是醫療端之醫療處置所造成的。2.需具可避性:傷害

---

叢，30 卷，6 期，頁 167，1990 年。

<sup>98</sup> 參閱楊秀儀，同前註 97，頁 169。

<sup>99</sup> 參閱楊秀儀，同註 97，頁 169-170。

或併發症的造成須是可避免的，若不具可避性，則不在理賠的範圍之內。是故，一般醫療相關風險實現的結果並不受病人賠償保險保障。

## (二) 限縮得受理賠的醫療傷害型態

醫療與一般情狀不同，病人是處在疾病狀態之下，與健康人情形不同，因此要如何區分傷害究竟為醫療行為造成又或為病程的自然發展，往往有相當的困難度。瑞典的病人賠償保險制度因此發展出五種得申請理賠的醫療傷害情狀：

1. 真正的醫療傷害：該傷害與檢驗、正當之醫療治療有實質關聯的可能性，且該傷害之結果如選擇不同方式但同樣療效的治療方法是得免於發生的<sup>100</sup>。
2. 因診斷錯誤所生之醫療傷害：該傷害為錯誤診斷所導致。該不正確診斷是指與一般有經驗的醫師或某領域專科醫師依照病人可確認之症狀所得到的診斷不同<sup>101</sup>。
3. 意外傷害：該傷害為醫療人員處置或醫療儀器之瑕疵所造成即可理賠，然而如該傷害為正常治療風險之實現所造成，則排除理賠<sup>102</sup>。
4. 感染傷害：如非病人本身固有之細菌，為治療過程中所感染導致之傷害

<sup>100</sup> 以早期肺癌治療做說明，開刀切除為部分腫瘤型態之早期肺癌治療的首選，開刀手術乃局部切除患部之根除療法，但開刀手術的風險(或死亡率)隨年紀、心肺功能惡化或共病(comorbidity)等問題增加。而局部放射線治療也具有局部根除患部之效果，是故在共病存在或年紀極大，心肺功能不佳的病人可考慮放射線治療做為不適宜開刀的替代治療方式。

<sup>101</sup> 筆者以為此一醫療情況並非僅限於單純的診斷錯誤。由於病人病況多樣性，某些情況患者初期的徵狀並非都為典型的表現，是故可能在初期之診斷並非最正確的診斷。此情況可以免疫相關血小板低下紫斑症(Immune thrombocytopenic purpura, ITP)與血栓性血小板低下紫斑症(Thrombotic thrombocytopenic purpura, TTP)做說明，兩者臨床表徵皆有血小板過度低下。多數TTP患者周邊血液抹片會看見溶血，臨床上可能出現--急性腎衰竭、意識狀況改變的情形，但並非絕對(部分病人並不會出現腎衰竭或是意識狀況改變，或是病程後期才出現)。而約有10% ITP患者周邊血液抹片也會出現溶血(此情況稱Evans syndrome)，病況惡化時也可能出現腎衰竭或意識狀況改變的情形。在臨床上，並非立即就能清楚區分的兩個診斷，治療南轅北轍，TTP患者即便因血小板過度低下有致命出血症狀，輸血小板極易導致原本腎衰竭或意識改變的症狀惡化；ITP患者在明顯出現出血症狀時輸注血小板則有助於改善因出血而導致的腎衰竭或意識狀況改變。查證文獻多認為TTP較少見，但如未及早診斷並治療，仍有死亡之可能。由此可知疾病和診斷是變動的狀態，以結果回推診斷可能錯誤，但應納入病人當時病況呈現出之臨床證據為考量，而非僅以最終診斷結果來認定錯誤。

<sup>102</sup> 在瑞典實施病人賠償保險的前幾年，跌倒占所有理賠事故的20%左右，此後，意外理賠之認定就日趨嚴格，參閱楊秀儀，同註97，頁171。



則病人賠償保險會予以理賠<sup>103</sup>。

5. 通常疾病治療所生不合理的嚴重後果<sup>104</sup>

(三) 傷害程度需達一定嚴重性方得申請理賠

由於病人賠償保險具備有社會保險之精神，強調損害填補，是以病人醫療傷害必須達一定嚴重性，該賠償保險才會理賠。傷害嚴重性的客觀判斷有兩個準則，一是從醫療傷害結果來判斷，病人受有傷害後如有下列情況之一，得就其損害，向病人賠償保險申請理賠：

1. 生病超過三十天以上
2. 住院超過十天以上
3. 死亡
4. 永久殘障。

另一準則是從病人的財產損失著眼，當醫療傷害的結果並不符合上述四種狀況時，如治療費用加上收入損失在原有之保險都理賠後仍超過七百瑞典幣，則仍得就超出部分向病人賠償保險請求理賠<sup>105</sup>。

(四) 不理賠事項

病人賠償保險本質為保險，亦明訂有排除理賠之事項。

1. 因急救過程所生的醫療傷害不得申請理賠。由於急救過程的醫療行為是因應緊急情況，無法依照標準程序處置，發生併發症的機會與風險即大幅增加，然此為應對緊急情況下不得已之處理，是故病人賠償保險明訂除非急救程序的施行有過失，否則不予理賠。
2. 因政策限制醫療資源之利用而生的醫療傷害不予理賠。

<sup>103</sup> 然而該感染仍需區分感染部位與治療性質，如為腸胃道、口腔等部位術後、癌症治療後又或是長時間放置的引流導管傷口的感染，由於本身治療就會增高感染風險，保險是不予理賠的。參閱楊秀儀，同註 97，頁 171-172。

<sup>104</sup> 通常為與治療相關極度少見的嚴重併發症，其概念應雷同於治療風險之實現，故 1992 年瑞典法修訂之前，當傷害的發生不具備有可避免性時，即使傷害與治療相關是無法獲得理賠的。參閱楊秀儀，同註 97，頁 172。

<sup>105</sup> 參閱楊秀儀，同註 97，頁 170-173。

3. 心理上或精神上之損害不得單獨請求理賠。
4. 非醫療上需求所為的美容手術(如隆乳、隆鼻)不得請求理賠。
5. 病人自行加諸的傷害不得請求理賠(如自殺)。
6. 因藥物所生不良反應造成的傷害，因另有藥物傷害保險的理賠機制，故不受病人賠償保險之理賠<sup>106</sup>。

#### 四、病人賠償保險理賠審理程序

申請程序僅需填妥在各醫院、診所服務台皆能取得的申請表格，當醫療評估人員收到申請表後，便會蒐集相關病歷資料，再交由兼任顧問的醫師審核，判斷是否符合理賠要件、住院時程、無法工作的時間長短或傷害是否可避免等提出專業意見。再將意見送交與給付審議委員會(Claims committee)，再依據調查意見做成賠償與否及金額多寡之決定。

如病人對理賠結果不滿，需於一年之內向病人傷害委員會(Patient injury board)提出異議。該委員會由一名法官、兩名病人代表、一名醫療專家與兩名衛生主管單位代表等六名委員組成。每月開會一次，負責處理病人異議案件外，也負責監督申請案件之和解程序、標準化理賠金、並為精神撫慰金之賠償額度建立原則。保險人則會有一名代表出席傷害委員會之會議，針對和解與保險事宜提供諮詢，但並不參與委員會之決議。

當病人仍對處理程序及理賠結果不滿，仍得以依據賠償條款提出仲裁之請求。病人、保險人各得提出一名仲裁人，並經政府指派一名仲裁人(通常是最高法院法官)擔任主席。仲裁程序原則是書面審理，例外可允許口頭陳述。病人在仲裁階段律師的費用可有法律扶助或病人之保險支付，而仲裁人費用的部分，如病人之異議有正當理由則可由病人賠償保險加以支付。

一般而言病人傷害委員會絕大多數的案子，約有 90%維持病人賠償保險所做出的決議，而仲裁案件也僅有非常少數的病人獲得有利的決定<sup>107</sup>。

<sup>106</sup> 參閱楊秀儀，同註 97，頁 173-174。

<sup>107</sup> 參閱楊秀儀，同註 97，頁 174-176。

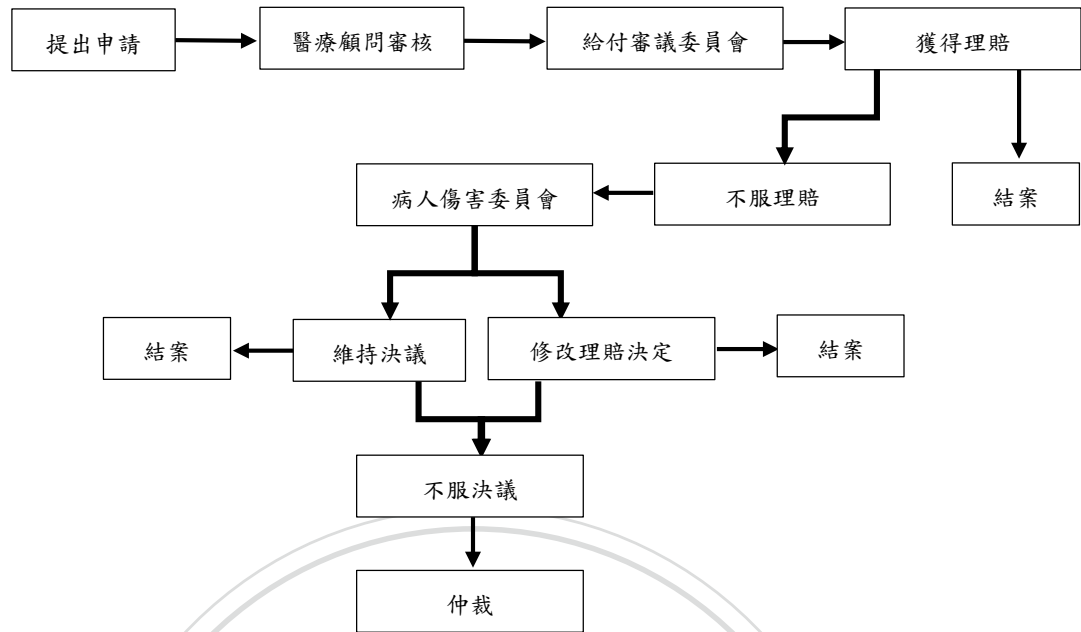


圖 4-2 瑞典病人賠償保險審理流程(作者製圖)

## 五、與訴訟制度並存

瑞典病人賠償保險是與傳統侵權行為責任並存的制度，該保險制度的施行並沒有剝奪病人向其加害醫師提起過失訴訟的權利，即便病人已經得到賠償保險的理賠，仍是可以向法院提出醫療過失的民事訴訟，只是法院會將獲償自保險的理賠金額列為損益相抵的扣除額，法律並沒有強制限制病人的訴訟權利。但在瑞典施行的經驗中，該保險理賠的制度有遏止醫療過失訴訟的成效<sup>108</sup>，分析該制度成功主因乃因病人賠償保險優厚的理賠<sup>109</sup>，且申請該理賠的要件無須證明過失，相比傳統過失訴訟要件較為寬鬆。容易申請、理賠優厚且要件較訴訟寬鬆成為該制度推動順利的主因。

## 第二款 紐西蘭醫療意外補償制度

紐西蘭於 1972 年通過意外補償法(Accident Compensation Act)成為全世

<sup>108</sup> 文獻中指出，病人賠償保險開辦後，1975 至 1991 年間，醫療過失訴訟案件僅有三十五件，而賠償保險案件則有六萬兩千八百件，而醫療訴訟案件哩，病人勝訴僅三件。參閱楊秀儀，同註 97，頁 190。

<sup>109</sup> 以全殘傷害為例，病人賠償保險最大理賠金額為瑞典幣八十一萬九千五百元，相當於美金十一萬七千零七十一元，相比於民事過失訴訟的理賠金額則為瑞典幣五十五萬五千元，相當於美金十萬元。參閱楊秀儀，同註 97，頁 191。

界第一個對於人身意外傷害採行無過失補償的國家<sup>110</sup>。全體紐西蘭國民皆強制加入一個意外傷害的社會保險體系，由官方的意外補償委員會(Accident Compensation commission; ACC)<sup>111</sup>收取保費，國民無論在工作場合(職業災害意外)、道路(交通意外)、醫院(醫療意外)、或是一般的意外傷害，無論事故的發生有無過失均可獲得補償。

### 一、制度沿革

由於紐西蘭制度補償的範圍不包含疾病，僅包含了因為疾病治療所發生的醫療意外，是故制度施行後，醫療意外補償方面爭議不斷，原因乃肇於疾病病程與醫療意外的認定有其困難性，故於 1992 年修法時，除設立醫療意外帳戶支付補償金外，針對醫療意外做出新的規定，將醫療意外進一步區分為醫療錯誤<sup>112</sup>與醫療不幸<sup>113</sup>兩類，並賦予清楚定義，若醫療傷害不符合醫療錯誤的定義，則符合醫療不幸才能獲得補償。醫療錯誤，以醫護人員具有過失為要件，而醫療不幸，不以醫療人員是否有過失為要件，但必須符合罕見且嚴重的結果。由於醫療不幸的定義嚴苛，事實上符合的案件非常稀少，是故 1992 年之後，紐西蘭的醫療傷害事件幾乎是改採「過失」補償原則，而修法後，法案也明文將某些醫療傷害排除於醫療意外的概念之外，不予補償，這類醫療傷害如：

1. 病人對於治療所生之異常反應或是事後併發症所生之人身傷害，除非發生於治療當下，否則不視為醫療意外。
2. 非因過失之不告知、誤診或延誤醫療，即如上述之不告知、誤診或是延誤醫療之行為可認定醫療方具有過失，則落入 ACC 意外醫療理賠之射程，反之則排除。

---

<sup>110</sup> 楊秀儀，從無過失重回過失--紐西蘭有關醫療傷害補償制度之變遷及對台灣之啟示，政大法學評論，64 期，頁 97，2000 年。

<sup>111</sup> 修法後改為意外復健及補償保險公司(Accident Compensation Corporation, 仍稱 ACC)。

<sup>112</sup> 1992 年紐西蘭中醫療錯誤的定義為：醫事專業人員在系爭情況之下，怠於遵守一般可合理期待之照護標準。參閱楊秀儀，同前註 110，頁 110。

<sup>113</sup> 醫療不幸的定義則是一個適當施予的醫療措施卻產生罕見而且嚴重的負面醫療結果。罕見乃指該負面醫療結果的發生機率在相同情況下低於百分之一；嚴重則是指住院超過 14 天、重度殘障超過 28 天或是符合規定中得請求獨立生活津貼的情形。參閱楊秀儀，同註 110，頁 110。

3. 病人同意參加經倫理委員會核可之藥物實驗或臨床試驗所生之人身傷害。

## 二、申請意外補償之程序

1992 年修法後，將醫療意外區分為醫療錯誤與醫療不幸兩大類，由於醫療錯誤涉及了醫療人員是否具有醫療過失的判斷，非一般人能自行決定，有鑑於此，ACC 為醫療傷害案件在威靈頓總部設立了「醫療意外處」，專門接受案件的申請。該處接受民眾申請表單後，便會與相關醫療人員聯繫蒐集相關資料，如案情簡單，則由醫療意外處直接做出是否補償的決議。若涉及複雜案情或可能有醫療錯誤的案件則醫療意外處會將其移送到「醫療意外諮詢委員會」，該委員會由三名非 ACC 成員之醫師、律師與社會代表所組成，負責審酌相關資料並向 ACC 提出是否補償的建議。該案件如通過意外之補償，則會送至離醫療意外被害人最近的 ACC 支局並處理後續補償事項。反之如該案件被拒絕理賠，則申請人得於三個月之內以書面向該區域的 ACC 覆查辦公室提出覆查，覆查辦公室接獲申請後會向原作成決議的支局調閱原始檔案，並指派一名調查官進行調查，並於三個月內召開覆查會議，該會議由調查人、申請人或其代表、ACC 指派人以及專家證人參與。覆查會議之後，28 天之內會由調查官做出維持、修正或是撤回原決議的決定，並將該結果以書面通知申請人。若申請人仍對覆查結果不滿，可於 28 天之內以書面申請狀附上覆查決議書向威靈頓地方法院提出申訴的聲請。威靈頓地方法院會形式審理是否受理該申訴案件，如准許該申訴案，即將該申訴案移轉至位在或鄰近申訴人區域的地方法院進行審理，審理法院通常會在數週內進行判決。如對判決不服，只有在少數的情況下，得以再上訴到高等法院<sup>114</sup>。

---

<sup>114</sup> 參閱楊秀儀，同註 110，頁 107。



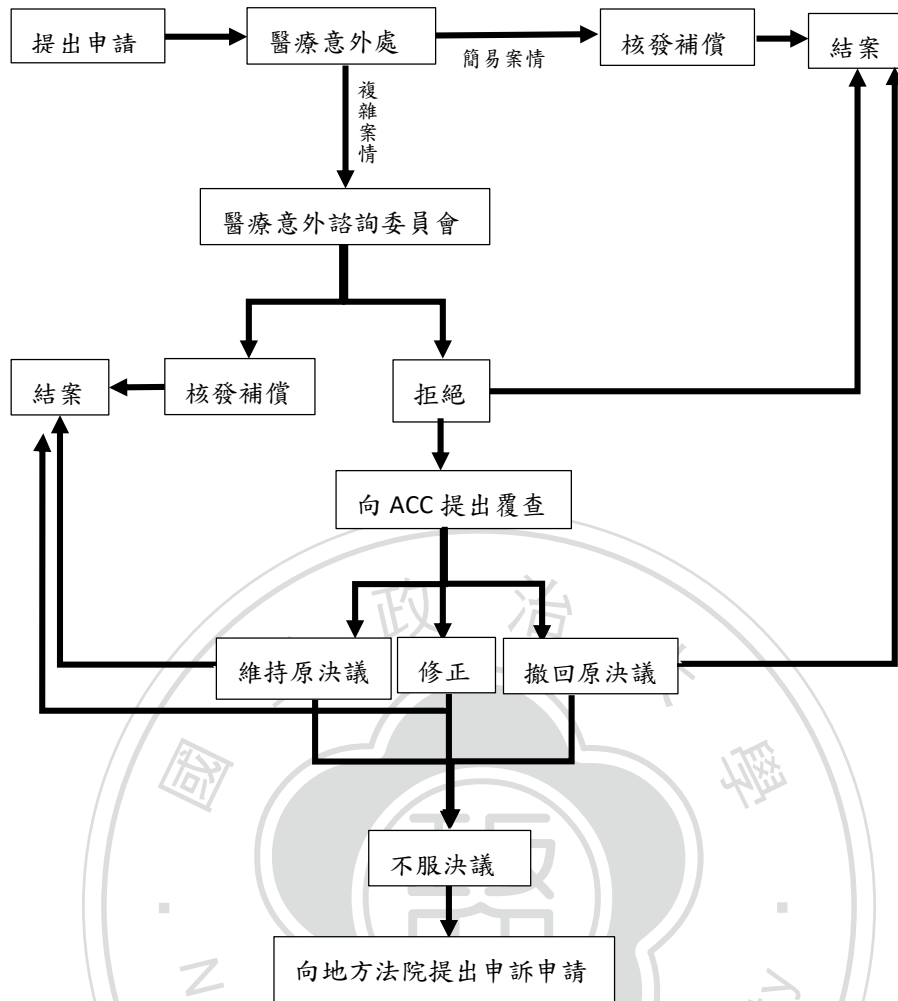


圖 4-3 紐西蘭醫療意外補償制度審理流程(作者製圖)

### 三、補償制度財源

意外補償制度的負責機關為隸屬於皇家署的意外復健及補償保險公司，乃一個由全體紐西蘭國民支付的制度，每年的支出由每年的保費所支應，共有五大財源：

1. 雇主所繳交的保費：雇主每年依照員工工作性質風險高低與員工名額繳交一定保費，保費採經驗費率。
2. 受薪者所繳交的保費：所有受薪者按照其年度總收入繳交一定保費。
3. 對汽機車所課徵之保費：每年度汽機車登記費中，一部分將會納入 ACC 之保費。

4. 政府的補助款:政府每年撥充一筆固定款項，代表無收入者加入 ACC。
5. 投資的孳息收入:ACC 有法定義務，提存 6 個月的支出作為準備金，準備金得用於投資，孳息則回饋到 ACC<sup>115</sup>。

#### 四、與傳統侵權行為法為互斥關係

紐西蘭意外補償制度的一大特色在於其與傳統侵權行為法為互斥關係，法條明訂如受害者人身傷害屬於意外補償制度的範疇，則無論是根據 1982 年抑或是 1992 年修法過後之意外補償法皆規定只能向 ACC 請求理賠，不得依傳統侵權行為法向法院請求賠償。優點在於對非因過失而遭受意外傷害的受害人，提供了額外的補償管道，然對於因他人過失的行為而受有損害的受害人而言，則因此排除規定限制了受害人的民事訴訟權<sup>116</sup>。

### 第二項 我國現行事故補償制度

我國現行制度中，為配合國家政策推行、鼓勵生物科技發展及改善醫療執業環境改善急重症與高風險科別之醫師勞動條件，已制定有醫療行為導致不良結果的風險救濟補償之相關法規，如「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」、「藥害救濟法」、「生產事故救濟條例」與「手術及麻醉死亡事故爭議事件試辦計畫」等制度。

#### 第一款 生產事故救濟條例

生育事故救濟自民國 100 年起進行試辦計畫，凡因生產死亡或導致中、重殘的產婦與新生兒，病方與醫療院所在生育事故發生後 2 年內，達成協議並經審議通過後，將給予最高 200 萬元救濟金，試辦 5 年間幫助 388 個家庭，減少約七成的醫療糾紛。鑒於成效顯著，立法院於 104 年 12 月 11 日三讀通過生產事故救濟條例，該法共 5 章 29 條，第 1 條明定「為承擔女性的生產風險，國家建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時

<sup>115</sup> 參閱楊秀儀，同註 110，頁 105-106。

<sup>116</sup> 參閱楊秀儀，同註 110，頁 111-112。

救濟，減少醫療糾紛...」，即可見該法之立法精神。生產事故救濟條例採普世原則，以救濟承擔女性生產風險為中心，在中華民國國境內，如因生產發生重大事故，無論發生地點在醫療院所、在家又或在交通工具上發生生產事故，只要符合救濟內容皆可申請補助，無論是否為醫療糾紛案件。茲將本條例重點規範整理如下：

#### 一、基金來源

##### **生產事故救濟條例第 7 條**

中央主管機關應設基金，辦理生產事故救濟。基金之來源<sup>117</sup>如下：

- 一、政府預算撥充。
- 二、菸品健康福利捐。
- 三、捐贈收入。
- 四、基金孳息收入。
- 五、其他收入。

#### 二、給付種類、申請補償給付對象、給付原因與排除條款

##### **生產事故救濟條例第 8 條**

生產事故救濟給付種類及申請救濟給付對象如下：

- 一、死亡給付：產婦或新生兒死亡時，為其法定繼承人。胎兒死亡時，為其母。
- 二、重大傷害給付：受害人本人。

前項請求權人申請救濟給付之程序、救濟條件、重大傷害之範圍、給付金額、方式、標準、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

##### **生產事故救濟條例第 11 條**

生產事故之救濟以與生產有因果關係或無法排除有因果關係者為限。但有

---

<sup>117</sup> 部分草案有提議除政府編列預算外，提供接生服務之醫療院所亦需負擔費用之規定有相當爭議，最後並未入法。參閱立法院第 8 屆第 8 會期第 12 次會議議案關係文書。

下列各款情事之一時，不予救濟：

- 一、非醫療目的之中止妊娠致孕產婦與胎兒之不良結果。
- 二、因重大先天畸形、基因缺陷或未滿 33 週早產所致胎兒死亡（含胎死腹中）或新生兒之不良結果。
- 三、因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害之不良結果者。
- 四、同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：
  - （一）民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。
  - （二）告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。
  - （三）非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意。
- 五、應依藥害、預防接種或依其他法律所定申請救濟。
- 六、申請救濟之資料虛偽或不實。
- 七、本條例施行前已發生之生產事故。

### 三、救濟給付分類與額度

#### **生產事故救濟作業辦法第 6 條**

生產事故救濟給付，依本條例第 8 條規定，分為死亡給付及重大傷害給付。

前項所稱重大傷害，指因生產所致下列情形之一者：

- 一、身心障礙程度中度以上。
- 二、子宮切除致喪失生殖機能。
- 三、其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害。

#### **生產事故救濟作業辦法第 7 條**

生產事故救濟給付之額度如下：

- 一、死亡給付：

(一) 產婦：最高新臺幣 200 萬元。

(二) 胎兒或新生兒：最高新臺幣 30 萬元。

## 二、重大傷害給付：

(一) 極重度障礙：最高新臺幣 150 萬元。

(二) 重度障礙：最高新臺幣 130 萬元。

(三) 中度障礙：最高新臺幣 110 萬元。

(四) 子宮切除致喪失生殖機能：衡酌其有無子女、喪失生殖能力對家庭影響程度，最高新臺幣 80 萬元。

(五) 經中央主管機關認定為其他於身體或健康有重大不治或難治之傷害：最高新臺幣 30 萬元。

前項第 2 款障礙程度，由直轄市、縣（市）政府依身心障礙者權益保障法規定核發之身心障礙證明認定之。

## 四、審議程序

### 生產事故救濟條例第 9 條

中央主管機關為辦理生產事故救濟之審議，應設生產事故救濟審議會。前項審議會由中央主管機關遴聘醫學、法律專家、婦女團體代表及社會公正人士、機關代表組成。下列各款情形之一，代表人數不得少於三分之一：

一、單一性別。

二、法學、婦女團體及社會公正人士代表。

審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

### 生產事故救濟條例第 10 條

中央主管機關辦理生產事故救濟案件，應於收受申請之日起三個月內作成審定；必要時，得延長三個月，並以一次為限。

## 五、返還規定



## 生產事故救濟條例第 12 條

給付救濟後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：

- 一、有具體事實證明依前條規定不應救濟。
- 二、同一生產於救濟後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。

## 第二款 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法

為消除民眾對預防接種導致嚴重副作用之疑慮，政府於民國 77 年公告「預防接種傷害救濟基金設置要點」以建立預防接種受害救濟制度。法條幾經修正，於民國 103 年 1 月 9 日修正發布「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」，目前全文共計 14 條，茲將本辦法重點規範整理如下：

### 一、救濟金來源

#### 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 2-1 條

疫苗製造或輸入廠商應繳納一定金額，充作預防接種受害救濟基金，每一人劑疫苗，徵收新臺幣 1.5 元。但基金總額未達新臺幣 1 億 5000 萬元或逾新臺幣 2 億元時，中央主管機關得依基金收支運用情形調整之。

前項基金之徵收基準如下：

- 一、依疫苗檢驗合格封緘之劑數，按劑計算。
- 二、依本法第 51 條規定緊急專案採購之疫苗，以其製造或輸入之劑數按劑計算。

疫苗製造或輸入廠商應於中央主管機關核發疫苗檢驗合格封緘證明、檢驗或書面審查報告書之次日起三十日內，繳納徵收金至預防接種受害救濟基金。

疫苗製造或輸入廠商逾期繳納徵收金者，應自繳納期限屆滿之次日起，每逾二日按滯納金額加徵百分之一滯納金；逾三十日仍未繳納者，移送強制執行。

## 二、給付種類及額度

### 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條

預防接種受害救濟項目如下：

- 一、死亡給付。
- 二、障礙給付。
- 三、嚴重疾病給付。
- 四、其他不良反應給付。

審議小組應依附表預防接種受害救濟給付金額範圍，審定前項給付金額。

第 1 項第 2 款障礙程度之認定，依身心障礙者權益保障法令所定障礙類別、等級，但不包括轉化症等因心理因素所致之情形。

第 1 項第 3 款嚴重疾病之認定，依全民健康保險重大傷病範圍及藥物不良反應通報規定所列嚴重不良反應公告之疾病。

給付種類發生競合時，擇其較高金額給付之；已就較低金額給付者，補足其差額(如表 4-1)。

救濟項目	認定基準		給付金額範圍 (新臺幣萬元)
	定義／障礙程度	與預防接種之關聯性	
死亡給付	-	相關	50~600
		無法排除	30~350
障礙給付	依身心障礙者權益保障法令所定障礙類別、等級，但不包括轉化症等因心理因素所致之情形	4-極重度	相關 50~600 無法排除 30~350
		3-重度	相關 30~500 無法排除 20~300
		2-中度	相關 20~400
			無法排除 10~250
		1-輕度	相關 10~250
			無法排除 5~200
嚴重疾病給付	依全民健康保險重大傷病範圍及嚴重藥物不良反應通報辦法認定，但未達障礙程度者	相關	2~300
		無法排除	2~120
其他不良反應給付	其他未達嚴重疾病程度之不良反應情形，但輕微、常見或可預期之接種後不良反應不予救濟	相關／無法排除	0~20

表 4-1 預防接種受害救濟給付金額範圍<sup>118</sup>

### 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7-2 條

預防接種受害救濟案件，有下列各款情事者，得酌予補助：

- 一、疑因預防接種致嚴重不良反應症狀，經審議與預防接種無關者，得依其為釐清症狀與預防接種之關係，所施行之合理檢查及醫療費用，最高給予新臺幣 20 萬元。
- 二、疑因預防接種受害致死，並經病理解剖者，給付喪葬補助費新臺幣 10 萬元。
- 三、疑因預防接種致死產或流產之孕婦，其胎兒或胚胎經解剖或檢驗，孕程滿二十週以上者，給付新臺幣 10 萬元；孕程未滿二十週者，給付新臺幣 5 萬元。

### 三、申請救濟給付對象與排除條款

<sup>118</sup> 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條附表

### **預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 8 條**

第 7 條預防接種受害救濟之請求權人如下：

- 一、第 7 條第 1 項第 1 款：受害人之法定繼承人。
- 二、第 7 條第 1 項第 2 款至第 4 款：受害人本人。

關於死亡給付，依民法相關規定辦理。

### **預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7-1 條**

預防接種受害救濟案件，有下列各款情事者，不予救濟：

- 一、逾本法第 30 條第 2 項所定期間。
- 二、發生死亡、障礙、嚴重疾病或其他不良反應與預防接種確定無因果關係。
- 三、常見、輕微或可預期之預防接種不良反應。
- 四、轉化症等因心理因素所致之障礙。
- 五、因證據不足致無法認定。
- 六、非因預防接種目的使用疫苗致生損害。

#### **四、審議程序**

### **預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 3 條**

中央主管機關為辦理預防接種受害救濟之審議，應設預防接種受害救濟審議小組（以下簡稱審議小組），其任務如下：

- 一、預防接種受害救濟事項之審議。
- 二、預防接種受害原因之鑑定。
- 三、預防接種受害救濟給付金額之審定。
- 四、其他預防接種受害相關事項之審議。

### **預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 4 條**

審議小組置委員十九人至二十五人；委員由中央主管機關就醫藥衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並指定一人為召集人。

前項法學專家、社會公正人士人數，合計不得少於三分之一。

委員任期二年，期滿得續聘之；任期內出缺時，得就原代表之同質性人員補足聘任，其任期至原任期屆滿之日止。

審議小組之召集人，負責召集會議，並擔任主席。召集人因故不能出席時，由委員互推一人為主席。

接種地主管機關受理前條申請後，應於七日內就預防接種受害情形進行調查，並於三十日內將調查結果填入預防接種受害調查表，連同申請書、個案就醫病歷及相關證明資料，送請中央主管機關審議。

### **預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 11 條**

中央主管機關應於案件資料齊全之日起交由審議小組於六個月內完成審定。必要時，得予延長一次，並以三個月為限。

## **第三款 藥害救濟法**

我國藥害救濟之立法精神可見於本法第一條規定「為使正當使用合法藥物而受害者，獲得及時救濟」，且依本法第六條設置藥害救濟基金會，協助藥害受害者辦理救濟事宜。自民國 89 年公布實施後，幾經修正，現行法規除藥害救濟法之外，尚有三個附屬法規<sup>119</sup>，茲將相關法規要點整理如下：

### **一、救濟基金來源**

#### **藥害救濟法第 5 條**

為辦理藥害救濟業務，主管機關應設藥害救濟基金，基金之來源如下：

- 一、藥物製造業者及輸入業者繳納之徵收金。
- 二、滯納金。
- 三、代位求償之所得。
- 四、捐贈收入。
- 五、本基金之孳息收入。
- 六、其他有關收入。

<sup>119</sup> 附屬法規分別為《衛生福利部藥害救濟審議委員會審議辦法》、《藥害救濟申請辦法》、《藥害救濟給付標準》。



## **藥害救濟法第 7 條**

藥物製造業者及輸入業者應於主管機關規定期限內，依其前一年度藥物銷售額一定比率，繳納徵收金至藥害救濟基金。

前項徵收金一定比率，於基金總額未達新臺幣 3 億元時，定為千分之一；基金總額達新臺幣 3 億元時，由主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之零點二至千分之二範圍內，調整其比率。

藥物製造業者或輸入業者無前一年度銷售額資料者，應就其當年度估算之銷售額繳納徵收金。估算銷售額與實際銷售額有差異時，應於次年度核退或追繳其差額。

藥物製造業者或輸入業者所製造、輸入之藥物造成藥害，並依本法為給付者，主管機關得調高其次年度徵收金之收取比率至千分之十，不受第二項規定之限制。

## **二、給付種類及額度**

### **藥害救濟給付標準第 2 條**

藥害救濟給付分為死亡給付、障礙給付及嚴重疾病給付。其給付應依本標準之規定。

### **藥害救濟給付標準第 3 條**

申請藥害救濟案件經審議可合理認定係因使用藥品產生之不良反應致死者，最高救濟給付新臺幣 200 萬元。附死者解剖報告，經審議無法認定其有其他原致死者，於給付標準範圍內，酌予救濟給付。未附死者解剖報告，經審議，無法認定係因使用藥品產生之不良反應致死者，不予救濟給付。

### **藥害救濟給付標準第 4 條**

申請藥害救濟案件經審議後，可合理認定係因藥品之不良反應致障礙者，依下述障礙程度給付；經審議後，無法合理認定有其他原因致身體障礙者，亦於最高額度內，酌予給付。

一、極重度障礙者最高給付新臺幣 200 萬元。

二、重度障礙者最高給付新臺幣 150 萬元。

三、中度障礙者最高給付新臺幣 130 萬元。

四、輕度障礙者最高給付新臺幣 115 萬元。

前項障礙等級，依衛生福利部公告之身心障礙等級認定之。

### 三、申請救濟給付對象及排除條款

#### 藥害救濟法第 12 條

藥害救濟之請求權人如下：

一、死亡給付：受害人之法定繼承人。

二、障礙給付或嚴重疾病給付：受害人本人或其法定代理人。

前項請求權人申請救濟之程序、應檢附之資料及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

#### 藥害救濟法第 13 條

有下列各款情事之一者，不得申請藥害救濟：

一、有事實足以認定藥害之產生應由藥害受害人、藥物製造業者或輸入業者、醫師或其他之人負其責任。

二、本法施行前已發見之藥害。

三、因接受預防接種而受害，而得依其他法令獲得救濟。

四、同一原因事實已獲賠償或補償。但不含人身保險給付在內。

五、藥物不良反應未達死亡、障礙或嚴重疾病之程度。

六、因急救使用超量藥物致生損害。

七、因使用試驗用藥物而受害。

八、未依藥物許可證所載之適應症或效能而為藥物之使用。但符合當時醫學原理及用藥適當性者，不在此限。

九、常見且可預期之藥物不良反應。

十、其他經主管機關公告之情形。

#### 四、審議程序

##### **藥害救濟法第 15 條**

主管機關為辦理藥害救濟及給付金額之審定，應設藥害救濟審議委員會（以下簡稱審議委員會）；其組織及審議辦法，由主管機關定之。

前項審議委員會置委員十一人至十七人，由主管機關遴聘醫學、藥學、法學專家及社會公正人士擔任之，其中法學專家及社會公正人士人數不得少於三分之一。

##### **衛生福利部藥害救濟審議委員會審議辦法第 2 條**

藥害救濟申請人（以下簡稱申請人）應向本部所委託之機關（構）或團體提出救濟之申請。該機關（構）或團體於進行調查、完成報告後，再連同證據資料送交衛生福利部藥害救濟審議委員會（以下簡稱審議委員會）審議。

審議委員會受理藥害救濟案件後，應於收受之日起三個月內作成審定；必要時，得延長一個月。

#### 五、返還規定

##### **藥害救濟法第 17 條**

已領取藥害救濟給付而基於同一原因事實取得其他賠償或補償者，於取得賠償或補償之範圍內，應返還其領取之藥害救濟給付。

#### 第四款 手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫

手術及麻醉事故所導致之爭議是近年醫療糾紛的主要來源之一，如無妥善處理或溝通機制，病方時透過司法訴訟、傳播媒體或是有力人士介入來處理爭議並索討高價賠償，使得醫病雙方深陷冗長糾纏過程，衛生福利部為減少醫病雙方司法纏訟的情形，增加醫療機構醫療糾紛處理能力，改善醫病關係與醫療發展失衡的困境，於民國 103 年 10 月 1 日起開始辦理「鼓勵醫療機構妥善處理

手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」。試辦計畫中規定，發生於 103 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日期間，經施行全身麻醉之手術，因難以避免之風險致病人發生非預期死亡之醫療爭議事件，均可在地方衛生主管機關調處或醫病達成協議後，向衛生福利部申請最高 80 萬元內獎助<sup>120</sup>。

#### 一、請領資格

本計畫適用於民國 103 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日期間發生之手術及麻醉事故。凡領有醫療機構開業執照之醫院、診所，均可向衛生福利部申請參加本試辦計畫。參與計畫之醫療機構，於麻醉科專科醫師所執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術過程中，已依醫療專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身難以避免之風險，導致病人於手術時或該手術後 30 日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經雙方和解或調處達成協議，醫療機構同意給予病方金錢或其他適當方式之協助後，該醫療機構得向衛生福利部申請獎助。

#### 二、經費來源

本計畫經費由衛生福利部醫療發展基金支應。

#### 三、給付基準

經審定符合給付獎助金之申請案件，其金額不得逾醫療機構與病方達成事故處理協議之金額，且每位事故人獎助金額最高以新臺幣 80 萬元為限。

#### 四、排除事由

手術及麻醉事故，並應無下列任一情事：

- (1) 醫療事故與醫療行為間無因果關係。(如：病人另因跌倒致死)
- (2) 醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方。(如：開錯刀、打錯藥)
- (3) 得依藥害、疫苗預防接種或其他法律所定申請救濟。(如：藥品過敏性休克、麻醉藥導致之惡性高熱、嚴重藥物不良反應等)

---

<sup>120</sup> 董玲佩、沈若楠、陳文雯，手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫簡介，藥物安全簡訊，56 卷，頁 20，2016 年。

- (4) 病人因原有疾病之病程進展致生意料中之死亡。
- (5) 病人或其家屬不配合醫療機構進行診療，情節重大。
- (6) 病人同意接受人體試驗出現之死亡。
- (7) 非以治療疾病為目的之美容醫學醫療行為。
- (8) 申請獎助資料虛偽或不實。
- (9) 其他（例如病歷紀錄簡略無法提供足夠資料審查）。

#### 五、審查機制

據「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會設置要點」設置「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會」，依「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」暨其申請作業須知進行審議。審議會係由公正之第三者組成，目的為審查申請案件是否合於獎助條件並核定獎助金額，不作有無疏失之認定或鑑定。

#### 六、獎助金返還機制

參加計畫之醫療機構，如有下列情形之一時，應返還其已領取之全部或部分獎助金額：

- (1) 未撥款予病方或未依約提出協助，經查證屬實者。
- (2) 檢具資料不實，或以虛偽或其他不正當方法獲取獎助金額者。
- (3) 該事故嗣後經司法裁判確認可歸責於醫事人員者。

### 第三項 我國醫糾法草案補償制度

按現行法律觀，病人接受醫療行為發生死傷等損害時，如可歸責於醫事人員，則病人或家屬得依相關法律追究責任與求償。然如係病人自身所致，或不可歸責於醫事人員者亦不應由醫事人員承擔責任。惟醫療行為具有高風險性及不確定性，又醫療行為與不良結果之因果關係認定困難，病人遭受損害後，透過現行司法訴訟制度求償，造成醫病雙方陷於訟累，且多數並加無法獲得賠償或彌補。基於促進病人權益維護目的，針對責任難以明確之醫療風險，明定中



央主管機關辦理醫療事故補償<sup>121</sup>。

#### 一、醫糾法草案補償制度財源

##### **醫糾法草案第 32 條:**

中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下；

- 一、醫療機構繳納之醫療風險分擔金。
- 二、政府預算撥充。
- 三、菸品健康福利捐。
- 四、捐贈收入。
- 五、基金孳息收入。
- 六、其他收入。

生產風險事故基金應以政府預算撥充之。

##### **醫糾法草案第 33 條:**

前項第一款醫療風險分攤金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。

醫療風險分攤金案醫療機構每年醫療收入總額之一定比率計算繳納，實施比率上限為千分之一，並由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於該範圍內，調整其比率。

第 1 項規定繳納期限，前項醫療收入總額認定方式、分擔比率、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分攤金德由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。

前條第二款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之三十為上限。

---

<sup>121</sup> 醫糾法草案第 31 條立法目的。

立法理由:

本法強制醫療機構加入醫療事故補償基金，33 條第 1 項明定醫療機構為繳納對象，而醫療機構分擔納入補償基金之款項，以醫療風險分攤金稱之，以符合醫療風險給付補償之精神。第 2 項中明定醫療風險分攤金按醫療費用總額一定比率計算繳納，實施上限比率為千分之一，並授權中央主管機關得視實際情形於該範圍內調整比率。並在第 5 項明定政府預算撥充比例以不超過醫療事故補償基金總額之百分之三十為上限。

## 二、醫糾法草案補償審議機關

### 醫糾法草案第 36 條:

中央主管機關為辦理醫療事故補償之審議，應設置審議會，並得分區設置。

前巷審議會由中央主管機關臨聘醫學(含流行病學及病理學)、法律專家及社會公正人士、相關團體、機關代表組成，其中任一性別法律專家及社會公正人士均不得少於三分之一。

審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

### 醫糾法草案第 37 條:

中央主管機關辦理醫療事故補償案件，應於收受申請之日起三個月內做成審定;必要時，得延長三個月，並以一次為限。

立法理由:

本法 36 條明定中央主管機關設置審議會以辦理補償業務，考量補償案件審議可能數量龐大需要當地醫療機構或當事人配合，為便利相關行政作業，亦明定審議會得分區設置。並於 36 條第 2 項與第 3 項規劃審議會之組成人員之類別並將資格、任期及審議程序等事項，授權中央主管機關另訂辦法規範之。另本法 37 條則規範審議案件審定期限與延長辦理之規定。

### 三、醫糾法草案補償給付種類、申請補償給付對象、給付原因與排除條款

#### 醫糾法草案第 35 條:

醫療事故補償之給付種類及申請補償給付對象如下:

一、死亡給付:病人之法定繼承人。

二、重大傷害給付:病人本人。

前項補償之申請程序、補償條件、給付金額、標準、應檢附資料、重大傷害之範圍及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

立法理由:

醫療風險之結果，如不分損害輕重程度均給予補償，恐影響補償基金存續及運作，復鑒於醫療事故及不良結果之樣態複雜，明定須符合死亡、重大傷害二類情事之一時，始給予補償，期能加重醫事人員責任感及自律，並能彈性處理特殊案例。

#### 醫糾法草案第 38 條:

醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會做成審議決定時該醫療事故與醫療行為有因果關係及無法排除因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予補償:

一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所訂申請救濟。

二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。

三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。

四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限:

(一) 民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。

(二) 告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。

(三) 非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察

官處分不起訴確定。

五、病人同意接受人體試驗且所出現之傷亡明顯與人體試驗有關。

六、申請補償資料虛偽或不實。

七、本法實行前已發生之醫療事故。

立法理由:

本條明定醫療事故補償之原則及不予補償之事由。按損害發生如可歸責於醫事人員，病人或家屬可依相關法律請求賠償，如醫療人員並無過失或故意或係因病人或家屬所致者，亦不應由醫事人員負擔。本法案以不責難補償之精神，不評價醫療過程是否有過失，當認定醫療行為與結果具有因果關係或是無法判定是否有因果關係時，即落入補償之範疇。

又本法秉持從醫療風險、難以明確責任之原則進行補償，病人依其意願且主動針對醫療機構或醫事人員提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴，已有針對醫療行為或醫事人員責任，予以追究分明之目的，與本法補償規範意旨未盡相符，故本條明定同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件自訴或告訴者，不予補償。但刑事訴訟之進展如非病人可決定，或病人方自行撤會起訴、告訴或自訴時，並不抵觸補償原則，故仍應給予補償。亦即本款規定意旨，醫療事故補償與民事起訴、刑事自訴或告訴，不可併行，以避免病人方重複獲利之情事。

#### 四、醫糾法草案補償金返還規定

**醫糾法草案第 39 條:**

給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面做成處分，命受領人返還:

一、有具體事實證明依前條規定不應補償。

二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。

立法理由:

本條明定給付醫療事故補償後，如查證有不應補償情事者，中央主管機關應以書面做成處分，命受領人返還，以符合補償原則。如受領人於領取補償後續提起民事或刑事案件之自訴或告訴，因與前條補償原則精神有所衝突，故明定應命受領人返還之。

#### 第四項 小結

瑞典病人賠償保險制度有強力的社會保險所支持，賠償保險性質更似於補充功能，在瑞典制度中，醫療行為的過失存在與否並非理賠之要件，其極積要件除認定醫療行為與結果的有因果關係存在外，結果必須具有可迴避性，同時限縮了適用的醫療傷害型態。而紐西蘭醫療意外補償制度於 1992 年修法時，將醫療意外進一步區分為醫療錯誤與醫療不幸兩類：醫療錯誤，以醫護人員具有過失為要件，而醫療不幸，不以醫療人員是否有過失為要件，但必須符合罕見且嚴重的結果。若醫療傷害不符合醫療錯誤的定義，則符合醫療不幸始能獲得補償。綜觀國外制度，並非無條件理賠，乃藉由因果關係與限縮醫療型態傷害(瑞典制度)或以過失存在與罕見並嚴重的條件(紐西蘭制度)以限制補償制度理賠的時機，並透過設立的委員會進行審議與鑑定，決定補償與否與補償金額，以達經濟管控之效益。我國醫糾法草案補償制度，模仿瑞典無過失之精神，無論醫療行為是否具有過失，僅判斷結果發生是否與醫療行為有/無法排除具因果關係者，在發生死亡或重傷害之結果時，即可獲得補償金，而該制度制定背後之精神與我國現行風險救濟制度仍有差異性，該差異性將於下章另作分析。

訴訟權利上，瑞典病人賠償保險制度即便病人已得到賠償保險理賠，並未剝奪病人向加害醫師提起過失訴訟的權利，仍可向法院提出醫療過失的民事訴訟。而紐西蘭醫療意外補償制度與傳統侵權行為法為互斥關係，如受害者人身傷害屬意外補償制度的範疇皆規定只能向 ACC 請求理賠，不得依傳統侵權行為法向法院請求賠償。就我國醫糾法草案制度設計，類似於紐西蘭制度，醫療事故補償與民事起訴、刑事自訴或告訴，不可併行，避免病方重複獲利之情事。



## 第五章 曙光下的陰影-醫糾法草案的隱憂

### 第一節 暗藏的問題

醫療行為的過程，同《詩經小雅小旻》所言「戰戰兢兢，如臨深淵，如履薄冰」。在歷經這麼耗心費神的處理後，勞心勞力的負責團隊卻可能持續面臨不幸醫療結果所伴隨的訴訟壓力，醫療崩壞的發生早能預期。醫糾法草案之規定與立法精神，參考了國外先進國家之施行經驗，看似為現今日漸崩壞的醫療環境與緊繃的醫病關係帶來了解套的方式，卻引燃第一線臨床工作者的怒火並遭到大力反對。深究法案之細節，可看出該法案依舊未真正解決醫界對於醫療糾紛司法糾纏最深處的恐懼，甚至補償機制的曖昧不明更無限擴大了醫療行為與風險承擔責任的範圍。

#### 第一項 不得強制調解的疑慮

根據研究<sup>122</sup>指出，醫療糾紛選擇司法程序解決者，常見於重傷害或死亡案件，就現行醫療訴訟之制度，僅告訴乃論之刑事案件<sup>123</sup>，調解會始受理調解。但實務上這類案件當事人或其家屬在事件發生當時情緒多憤恨不平，接受調解的意願可期性是值得懷疑的，然據醫糾法草案第12條規定，檢察官偵查或法院審判之刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，並未強制調解會先行調解，在函請或移付調解前，應先行通知被害人、告訴人或自訴人，如明示不同意，即可略過調解程序，由此可知，草案立法精神也僅是部分符合現今訴訟制度—民事得強制調解，就刑事訴訟部分則是尊重告訴人之意願選擇是否送調解會。事實上比現行制度對醫界被告更為不利。立法者於立法時也同意醫療糾紛有其特殊性，然醫糾法草案之立法，僅僅符合現今制度之精神，採與現行制度類似之規範，既循前例，醫糾法另立專法之必要性著實令人懷疑。

<sup>122</sup> 參閱陳學德，同註72，頁186。

<sup>123</sup> 鄉鎮市調解條例第一條規定：「鄉、鎮、市公所應依本條例之規定，設置調解委員會，辦理左列調解事項：一、民事事件。二、告訴乃論之刑事事件。」

## 第二項 依舊芒刺在背的非告訴乃論

醫糾法草案第 26 條規定，調解經法院核定後之效力，當事人就告訴乃論之刑事事件，不得提起告訴或自訴，但對於非告訴乃論之刑事案件處理問題，依舊懸而未決。事實上非告訴乃論之刑事追訴職權主體為公訴機關，公訴機關提出公訴乃基於職權，而非公訴機關意志。據刑事訴訟法 251 條規定，檢察官偵查所得之證據，責任被告有犯罪嫌疑者，應提起公訴。故在有爭議且複雜事實死亡醫療糾紛案件中，也僅能針對非告訴乃論民事部分達成和解，不必然能免去刑事追訴，端視公訴機關之作為，醫糾法草案所達成之和解效果並不及於非告訴乃論之案件，就現行刑事訴訟法 252 條與 255 條規定，並未具備檢察官不起訴之事由；而起訴之後，即便雙方達成和解，刑事訴訟法並無如民事訴訟法得「擴張或減縮應受判決事項之聲明」之規定，如檢察官起訴之犯罪事實為被告業務過失致死，法院審理範圍自應受檢察官起訴之犯罪事實所拘束，雖和解成立，檢察官欲求輕判，合議庭仍得就其職權在不妨害起訴同一事實之範圍內，得自由認定事實、適用法律<sup>124</sup>，因此被告醫療團隊很可能在耗時調解結束後仍有突襲性訴訟甚至獲罪之可能<sup>125</sup>。如前所述，我國現今醫療糾紛訴訟現況，多是以刑事訴訟為主，且進入訴訟的案件又以重傷害或死亡之案例為多，由此觀之，醫糾法草案之規定對於緩解醫療糾紛訴訟之窘境是否能發揮良好功能是令人懷疑的。

## 第三項 無過失補償下財務的重擔

醫糾法草案第 38 條明定：醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會做成審議決定時該醫療事故與醫療行為有因果關係及無法排除因果關係者為

<sup>124</sup> 見 104 年度聲字第 1915 號判決。

<sup>125</sup> 中時電子報，名醫丁金聰涉醫糾遭判 10 月刑 雖和解不給緩刑，<http://www.chinatimes.com/realtimenews/20171227004011-260402>（最後檢索日期：2017/12/28）。參見 104 年度醫訴字第 2 號判決，該主責法官無視醫病雙方已達和解之事實，堅稱家屬未獲真相未獲諒解進而無視檢察官與家屬請求逕行調查與刑事判決。該判決將被告於法庭上之答辯視為不正確之譯述解讀，冀圖誤導，並以被告不具懊悔而無再犯之虞之態度，不予緩刑宣告。

限。我國實務上因果關係之判斷採相對因果關係理論，陳子平教授在刑法總論書中對相當因果關係的說明為：「相當因果關係說主張，於行為與結果間存有條件關係之前提下，參照社會生活之經驗，而被認為通常從該行為皆會發生該結果(通常皆如此)者，則有刑法上之因果關係」、「相當性之存在，存在有必然的條件關係之行為和結果，仍須參照社會生活經驗，而判斷先行事實與後行事實間是否存有相當性，亦即，從該行為，通常皆會發生該結果，而且具有高度可能性」<sup>126</sup>。由此可知，相當因果關係的相當性建立在結果發生的概然率，也就是所謂「在一般情形下，有同一之條件，均可發生同一結果者...」。然醫療糾紛所以曠日廢時，其中重要的原因之一就是因果關係複雜難解，無法輕易釐清，一來病人處在疾病狀態之下，即非屬一般情形，且人體生理有其獨特性，事實上無法輕易將病人歸類簡化為同一條件，且在複雜的案件內病人常不只存在一項問題，在多個問題相互影響牽制下，醫療處置的反應能否得出預期結果是難以預測的。是以判斷準則雖然明確，在實務上仍常須經歷反覆鑑定，憑鑑定人根據事後所收集之客觀證據做判斷，然而事後收集的證據是否能真實還原醫療過程整體真相，釐清因果關係是存疑的。是以，相當比例的案件在鑑定後勢必落入無法排除因果關係的範圍之中，而根據我國醫糾法草案規定，醫療事故之補償也將無法排除因果關係的案件列入範圍中，將大大加重醫糾法補償財政上的負擔。

參考國外立法，瑞典病人賠償保險制度給付要件，除須有因果關係、判斷是否具有可迴避性外，再加以限制醫療傷害型態及嚴重程度，以達到補償範圍限縮的目的。而紐西蘭醫療意外補償制度自 1972 施行數年後，也因沉重財政負擔，歷經多次修法，並於 1992 年修法之後，將醫療意外區分為醫療錯誤與醫療不幸，醫療錯誤，以醫護人員具有過失為要件，而醫療不幸，不以醫療人員是否有過失為要件，但必須符合罕見且嚴重的結果。由於醫療不幸的定義嚴苛，

---

<sup>126</sup> 參閱陳子平，同註 17，頁 161-163。

符合的案件非常稀少，是故 1992 年之後，紐西蘭的醫療傷害事件幾乎是改採「過失」補償原則，以限縮補償範圍。然我國草案的訂定，包含了有因果關係與不能排除因果關係的案件，是以寬容同理的態度，處理醫療糾紛，立意良善。然回到實務面，事實上是忽略在醫療糾紛案件中，因果關係認定的複雜與困難，補償金投予可能淪為安撫奶嘴之作用，漫無邊際補償導致財政困難是可預期且無可避免的問題。

#### 第四項 領取補償金後的再訴訟

##### 第一款 訴訟權不得限制行使

依我國憲法第 16 條規定：「人民有請願、訴願及訴訟之權」。訴訟權基於有權利即有救濟之原則，人民權利遭受侵害時，必須給予向法院提起訴訟，請求依正當法律程序公平審判，以獲及時有效救濟之機會，此乃訴訟權保障之核心內容。是故在調解結束領取補償金後，再提出訴訟的權利並沒有因此消失。醫糾法草案 39 條規定：「給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面做成處分，命受領人返還：...二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴」。就此立法精神，也肯認補償金領取後，訴訟權得繼續行使。而草案第 40 條又規定：「給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還」。至此，醫糾法草案然對醫界成員而言，原預期花費時間心力歷經調解過程，一次將醫療爭議完全落幕的期待貌似事與願違，訴訟在調解完成後仍可能像夢魘般隨時來襲，再加上如本文第二張所提，現今實務上因果關係與過失認定失衡的情況，被告的醫療成員還必須承擔被追討補償金的壓力，則調解的價值與醫糾法立法之良善立意已被完全抹消殆盡。



## 第二款 返還規定的隱憂

醫糾法草案 39 條雖規定同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴須返還補償金，然而補償金返還是在提起訴訟之前須返還始得提起訴訟或是返還與訴訟權行使無礙並無規範，爭執於訴訟權不得限制的疑慮，至今無法明訂。而醫糾法草案補償金返還於條文中也無返還方式或準用相關法律規定，草案也未訂立相關施行細則，僅於醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》之網路消息裡提及會交由法務部行政執行。而醫糾法草案條文中對於未返還補償金之法律效果隻字未提，如當事人拒不返還，恐落入無法可辦的窘境。當初立法者或許考量避免重複立法，而未對此多有著墨，然醫糾法立法之目的之一就是將散見在各法律中醫療相關處理條文及制度做一統整，建立一套專屬處理醫療糾紛的制度，補償金制度乃醫糾法所欲加凸顯的優勢，細節處理上卻僅強調補償給付，對於補償金返還規定卻極度粗糙，如日後醫療糾紛處理純依照本醫糾法草案規定，該法曖昧不明的條文不僅無法讓醫界服下定心丸，反而因擔憂日後須負擔補償金支出，又須承擔後續訴訟困擾，深感惶恐不安。

## 第三款 道德風險與法律素養

道德風險有學者將其定義為「從事經濟活動者，在追求自身最大利益或便利的過程中，做出不利於他人的自私行為」<sup>127</sup>。經濟學教科書裡對道德風險的定義為「沒有被妥善監督的人，很有可能會據此做出不誠實的行為(The tendency of a person who is imperfectly monitored to engage in dishonest or otherwise undesirable behavior)」<sup>128</sup>。可推想得知在生活中存在著某些誘因激勵人做出損害他人權益、佔他人便宜、自肥、損人損己的行為。以此概念為基礎推演至醫糾法草案的補償申請制度，草案的精神在於不責難，申請人無須負擔

<sup>127</sup> 李榮謙、方耀，國際金融小辭典，頁 395，2013 年

<sup>128</sup> Mankiw N. G., *Frontiers of Microeconomics, Principles of Economics USA: South-Western Cengage Learning*, pp.22 (2008).



費用，只要符合死亡、重傷害且認定與醫療行為有因果關係或無法排除有因果關係等要件即得申請補償，即使補償申請不通過也無承擔任何代價，換言之，缺乏監督機制。可想見某些本來在現行體制下不會提出訴訟的病人或家屬可能抱持著先申請的僥倖心態提出補償申請，即便未獲補償也無損失，如領取補償，但專業評估結果判斷醫療人員須負責，則領受補償的病家又可回頭提告，雖需依照規定返還補償金，但一旦涉及非告訴乃論案件，附帶民事求償後，法院判決賠償金額並不一定低於補償金，且刑事案件也無須負擔訴訟費用，對提起訴訟官司的病家同樣也無損失。而醫療因果關係的認定在法院訴訟中有相當程度的爭議，又如何期待調解審議委員會得做出明確的因果關係判斷？衛福部一再強調病家是否會提出僥倖的補償申請是個人行為問題，非法律規範範圍，是人民法律觀念與素養的問題，也舉出醫糾法的前導試辦計畫《生育事故救濟試辦計畫》，101年開辦至105年共受理276件補償案，其中補償後依然提告者，僅有2例，小於1%。然觀察現今台灣社會生活，這類僥倖與貪小便宜的行為與社會風氣確實存在，舉凡好事多任意退貨、兆豐銀行的香蕉之亂等等，都見到人性在規範下顯現的貪婪。生產事故救濟試辦計畫的對象僅有生產相關的家庭，醫糾法實施後，對象是全國接受醫療處置的病人及家屬，族群範圍遠比生產事故救濟試辦計畫來的大，接受的治療處置或醫療上需處理的問題也比婦產科更多變，在醫療風險必定存在下，道德風險對行為影響不可不慎重處理。

## 第五項 小結

醫療糾紛處理法及醫療事故補償法本被視為解決浮濫醫療糾紛與緩和醫病關係的一線曙光，法規的訂定雖參照國外立法，卻未將國內醫療特性、法律界習慣及一般民情參考入法，創建屬於我國的醫療糾紛處理模式，而是將現有散見於各法中的醫療糾紛處理彙集並拼裝仿照國外的補償制度就欲急忙通過施行，未真正處理醫界內心恐懼醫療糾紛的問題，無怪遭一線醫療人員群起反對。法規的定訂，不該超脫現實站在道德制高點，忽略現實人性問題與社會風

氣變化，否則就與實務脫節，最終將致法律規範失去預期要發揮的功能。

## 第二節 我國現行救濟制度與醫糾法不責難補償精神之殊異

我國現行風險救濟補償制度如「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」、「藥害救濟法」、「生產事故救濟條例」與「手術及麻醉死亡事故爭議事件試辦計畫」等，就其立法背後之精神，可將相關法規粗略分為三類：一類以國家發展與公共衛生政策為考量重點之補償型態，一類則為鼓勵合法及正當藥品使用，保障消費者權益，建立製藥者有限責任補償，第三類則為以改善高風險醫療執業環境為目的，分攤醫療風險責任之補償型態。

### 第一項 補償型態 I--由國家發展與公共衛生政策為考量

#### 第一款 生產事故救濟條例

人口為國家構成的基本要素之一，人口數量及年齡結構的變化為決定國家發展的重要關鍵。我國育齡婦女總生育率長期持續下降，已成為世界生育率最低國家之一，少子化現象嚴峻<sup>129</sup>。積極鼓勵提高生育率緩和人口老化速率，調整人口結構，將有助於國家永續發展。懷孕生產雖是自然的生理過程，產婦也並非是病人，但事實上生產過程仍是歷經風險的，即使懷孕足月到生產階段，妥善產前檢查與完善的醫療技術，仍有可能遭遇危機諸如難產、大出血、羊水栓塞或是肩難產等等的危險狀態。婦女生產所遭遇的風險，不該僅由單一人或是單一家庭負責，基於國家發展的角度，為鼓勵生育，生產的風險應由國家與之共同承擔。

懷孕生產是女性同胞生命中重要且極具重大意義的階段，在此階段中會遭逢生理、心理及家庭關係等劇烈的變化。面對孕育生命，女性的角色是辛勞且自我犧牲的，俗諺曰：「生的過雞酒香，生不過四塊板」，一般民眾在歡喜迎接

<sup>129</sup> 國家發展委員會，中華民國人口政策綱領，<https://www.ndc.gov.tw/cp.aspx?n=6868882E351206A5&s=76B9477A422F022A> (最後檢索日期：2017/9/17)。

新生的過程，往往是忽略可能有生產風險發生，醫療技術進步仍有其限制，生產並非全然安全平順，一旦風險實現常面臨天人永隔的局面，讓產婦或其家人一時難以接受。台灣婦產科醫學會秘書長指出，過去許多婦產科醫師遇到生產事故時，雖然是生產本身不可避免的風險所致，卻常常選擇掏錢向產婦家屬私了，否則往往走向司法訴訟；而在衛福部開始試辦該計畫之後，透過適當補償或救濟管道處理，已減少花錢私了的情形<sup>130</sup>。

依國內學者發表的研究，醫療糾紛採行訴訟程序者約占十分之一。對比生育事故救濟試辦前後，產科的司法訴訟鑑定案件數自試辦前一年的 30 件（推估加上未走上訴訟者約有 300 件）降為平均每年 8.5 件，大幅減少 72%<sup>131</sup>，對於婦產科心醫醫師招收人數也回升，對於緩解醫病關係減少醫療糾紛及改善醫療執業環境都可見該試辦計畫之顯著成效。但由於試辦計畫不具法律授權，當病家拿了救濟金卻反悔提告之行為並無法追討救濟金<sup>132</sup>，此一缺點，在救濟條例裡藉由訂定返還規定，防止濫訴並免於重複得利之情況發生。

## 第二款 預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法

我國自民國 33 年首度施行天花痘苗接種後，陸續引進多種疫苗並成功推動國家預防接種計畫(如圖 5-1)，許多傳染病如天花、小兒麻痺症、白喉等均已在我國根除，獲致良好防治成效<sup>133</sup>。然而疫苗與其他任何藥品一樣有可能造成副作用，只是發生率和嚴重度各不相同，由於發生嚴重副作用機率很低，權衡感染後可能產生嚴重併發症，打疫苗提升保護力是利大於弊，國家政策上仍是鼓勵國人施打疫苗。我國預防接種受害的紀錄可溯自民國 75 年，一名孩童接受口服小兒麻痺疫苗後引起類似小兒麻痺症狀，喚起社會各界對於接種疫苗個體權益保障的重視。政府於民國 77 年公告「預防接種傷害救濟基金設置要點」以建

<sup>130</sup> 衛福部醫事司，「生育事故救濟試辦計畫」成效斐然，降低產科醫療糾紛，改善執業環境，<http://archive.fo/t0eNo#selection-3211.0-3211.3> (最後檢索日期：2017/10/1)。

<sup>131</sup> 「生育事故救濟試辦計畫」成效斐然，降低產科醫療糾紛，改善執業環境，同前註 130。

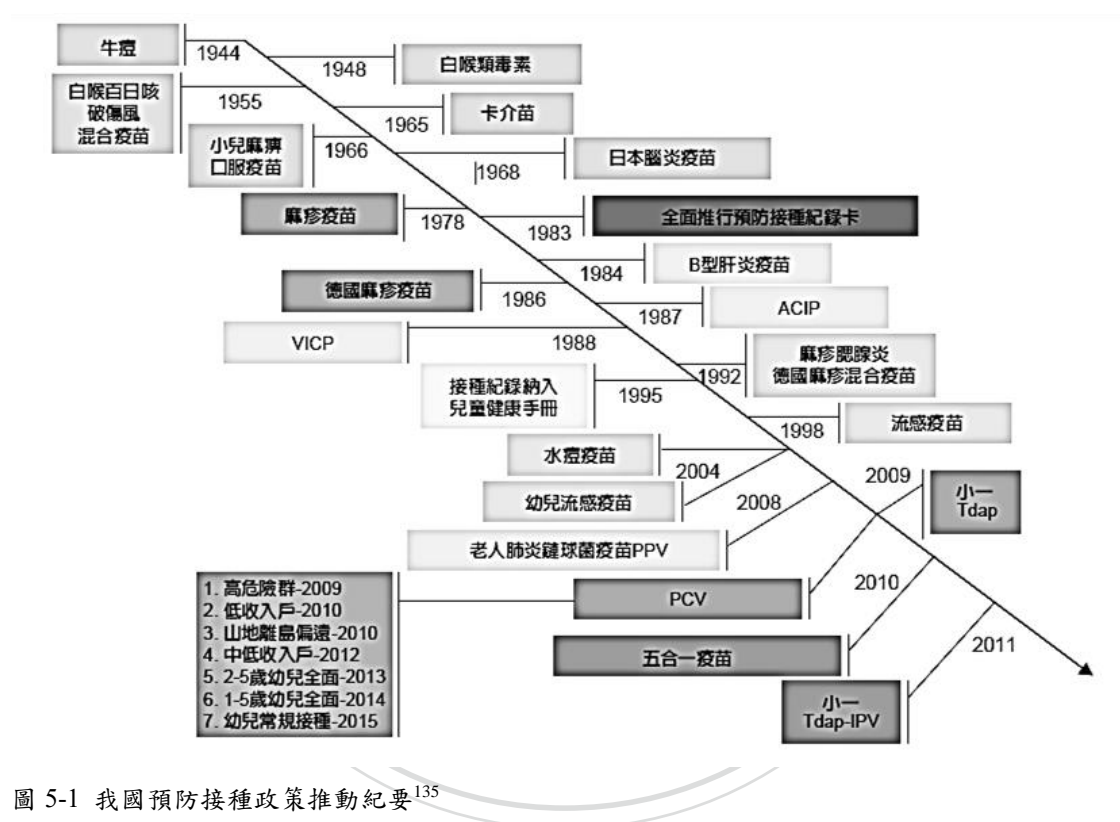
<sup>132</sup> 試辦計畫 5 年來，僅有 1 例拿了救濟金卻仍申告，主要是拿救濟金和申告者分屬不同家屬。

<sup>133</sup> 行政院衛生署疾病管制局、臺灣兒科醫學會、臺灣感染症醫學會，防疫學苑系列 041--感染與疫苗，頁 9-10，2013 年。

立預防接種受害救濟制度。該法立法精神可見於民國 81 年修正公告：「促進國民健康，推行防疫政策，期使因預防接種而導致嚴重疾病、殘障、死亡者能迅速獲得救濟<sup>134</sup>」。故其目的有二：

1. 民眾若有因預防接種而死亡、身心障礙或嚴重疾病等傷害時，能經由專業審議快速獲得合理的救濟。

2. 消除民眾對預防接種導致嚴重副作用之疑慮，釐清疫苗安全性，提升預防接種率。



現行救濟制度之法源依據為傳染病防治法第 30 條規定，該法規定：「因預防接種而受害者，得請求救濟補償。前項請求權，自請求權人知有受害情事日起，因二年間不行使而消滅；自受害發生日起，逾五年者亦同。中央主管機關應於疫苗檢驗合格封緘時，徵收一定金額充作預防接種受害救濟基金。前項徵收之金額、繳交期限、免徵範圍與預防接種受害救濟之資格、給付種類、金

<sup>134</sup> 張朝卿，論我國預防接種受害救濟之請求及審議，家庭醫學與基層醫療，26 卷，3 期，頁 133，2011 年。

<sup>135</sup> 同註 133，頁 9。



額、審議方式、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之」。

公共衛生目的在於預防疾病、延長壽命並促進健康，而良好的公共衛生則是國家進步的表現。目前國際上有關國家競爭力評比的單位，主要有 IMD (International Institute for Management Development) 及 WEF (World Economic Forum)，各自在評比時會考慮該國家整體之衛生與醫療環境或針對特定疾病及健康項目進行評比，由此可見與公共衛生對於國家發展與社會穩定扮演極重要的角色<sup>136</sup>。二次大戰後，環境衛生的改善，疫苗的開發以及抗生素的使用，人類終可克服傳染性疾病的威脅。其中，疫苗接種是預防新興及再浮現疾病最有效且值得推廣的方式之一<sup>137</sup>，世界衛生組織(World Health Organization, WHO)在 2012 年的世界預防接種週表示：預防接種是最成功且最具成本效益的健康介入方式之一<sup>138</sup>，對個體而言接受疫苗注射後獲得免疫保護，可大幅降低未來罹病的機率並減少因病造成身體殘疾或死亡的事件，對社區群體而言，提高疫苗接種率所帶來的群體免疫(herd immunity)使疾病的傳播受到阻斷，創造一個保護屏障，使得其他沒有免疫力的個體因此受到保護而不被傳染<sup>139</sup>，可有效減低傳染病爆發的機率。

疫苗對於降低罹病機率與減低患病後嚴重程度有相當大的助益，國家基於公共衛生優劣程度影響國家遠程發展的立場，推動疫苗注射接種是必要的公共衛生政策。然而疫苗與其他藥物相同，仍難完全避免副作用的發生，其發生與否與輕重程度會因個體而有所不同，乃接受注射的個體必須承擔的風險。然事先難以預測之不良反應的風險承擔必然造成疫苗接種個體心理層面的抗拒與恐

---

<sup>136</sup> 羅秀雲、李政益、楊祥麟、莊人祥、張峰義，傳染病與國家競爭力，台灣衛誌，31 卷，2 期，頁 97，2012 年。

<sup>137</sup> 吳和生，新興及再浮現傳染病：21 世紀的公共衛生議題，疫情報導，17 卷，1 期，頁 8-10，2001 年。

<sup>138</sup> World Health Organization, World Immunization Week 2012--Global Attention on Immunization, [http://www.who.int/immunization/newsroom/events/immunization\\_week/2012/further\\_information/en](http://www.who.int/immunization/newsroom/events/immunization_week/2012/further_information/en) (最後檢索日期：2017.10.8)。

<sup>139</sup> John T.J. and Samuel R., Herd Immunity and Herd Effect: New Insights and Definitions, review of European Journal of Epidemiology, Vol. 16. No.7, pp 601 (2000).



懼，導致疫苗接種政策推行的困難度增高。疫苗注射之風險承擔並不該為接受注射者一人之責，國家為推行公共政策，應共同負起承擔風險之責任，是以運用公權力使疫苗製造商繳納接種受害救濟基金，當接受注射者發生不良反應且經審議會認定與疫苗注射有因果關係時，得依傷害之嚴重程度獲得救濟，無須經過責任歸屬之確定及冗長的訴訟程序，迅速獲得救濟，維持基本所需，能實際分攤疫苗接種注射風險。本制度未使用國家預算作為救濟金來源，乃國家公權力制訂規則令疫苗製造廠商繳納基金，類似強制保險制度。而本救濟基金制度，疫苗接種受害者領取救濟後並未限制訴訟權行使，接種受害者仍得經過鑑定確認過失存在與否繼而提起訴訟程序。

## 第二項 補償型態 II—藥品正當使用下，製藥人之有限責任補償型態--藥害救濟法

民國 86 年，我國發生數起因治療香港腳，使用抗黴菌藥物「適撲諾」(Sporanox)及「療黴舒」(Lamisil)引起肝中毒不良反應事件，至民國 87 年又發生血友病患者因使用遭到污染的血漿製品，因而感染人類免疫缺乏病毒(human immunodeficiency virus, HIV)之案例，促使社會大眾開始關注藥品安全與藥害問題。我國在藥害救濟制度之前，藥品嚴重不良反應受害者求償方式僅有訴訟一途，過程須歷經舉證、訴訟，甚至需證實廠商具有過失始得獲得賠償，然而藥害事故的原因事實複雜且舉證極困難，如僅有訴訟一途，受害者獲得賠償或救濟曠日廢時，不僅緩不濟急，而訴訟程序中，對於藥廠及醫療單位聲譽之影響也難以估計。因此衛福部參考德、日等醫療先進國家解決藥害事故之經驗，於 1998 年 4 月參照我國現況，規劃藥害救濟制度，保障消費者正當合法使用藥物下，如不幸發生嚴重藥物不良事件時，得迅速獲得救濟。我國藥害救濟之立法精神可見於本法第一條規定「為使正當使用合法藥物而受害者，獲得及時救濟」，且依本法第 6 條設置藥害救濟基金會，協助藥害受害者辦理救濟事宜。

藥品的使用以治療疾病、維護健康為目的，與一般產品有所不同具有特殊

的社會效益，然而藥品之作用與副作用乃併存之雙面刃，始終存在無可避免的風險，乃屬於不可避免的危險商品<sup>140</sup>，又因用藥者個別體質及病情之差異，以致在合理用藥之情況下發生無法預期之藥物不良反應，使病人嚴重殘疾甚至死亡之事件時有所聞。藥害救濟制度秉持人道救濟的精神，審議會對於申請案件不做有無過失的判定，只要符合「正當使用合法藥物」之要件，且判斷該受害者所生之不良反應與藥物有相關或無法排除相關，即獲救濟補償資格，而其救濟補償之金額，係依審議會判定之因果關係、損害程度加以綜合判斷。相較於傳統訴訟制度，該救濟制度減輕藥害受害人在訴訟上之責任。藥害受害人可迅速獲得救濟補償。

我國藥害救濟制度，救濟金來源未使用國家預算，乃依據藥品銷售量自藥廠收入中提撥，本質上相似於商品責任保險，經由國家公權力的介入，由製造藥品之藥廠共同承擔由藥品所致生傷害的責任，而藥廠繳納救濟金之成本最後將轉嫁予消費者、病人或是醫療費用支付者(如全民健康保險)，反應在藥廠所訂之藥價上<sup>141</sup>。藥害救濟制度下，除受害者免於訴訟之苦迅速經由藥害救濟獲得照顧，其背後另一項精神在於考慮到藥品本身具有不可避免的危險特質，但事實上病人有實際用藥需求，藥品的存在具有特殊的社會效用，是故在公共政策上，以有限的補償責任避免不當威嚇效應所導致藥廠在處方藥物上研發遲緩或不當增加醫療成本，以致醫藥產業發產受限的情況。

### 第三項 補償型態 III--改善高風險醫療執業環境為目的，分攤醫療風

#### 險責任--手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫

由於醫療事故衍生之醫療糾紛案件日益增多，且病方動輒以刑事訴訟附帶高額民事賠償方式咎責求償，以致醫病關係惡化，防禦性醫療頻生。由於醫療

<sup>140</sup> 陳鵬元，藥品安全與瑕疵初探--藥害救濟法第十三條第一款之淺析，法學新論，34期，頁136，2012年。

<sup>141</sup> 張濱璿，從藥害救濟、疫苗救濟制度看醫療事故補償，台北醫法論壇十一--醫療護理、醫療事故及藥事補償研討會，2013年11月16日。

行為具有其特殊專業性及不可預測之風險存在，當發生醫療事故時，過失責任存在常難以認定與其間之因果關係，經常難以認定，尤其當事故導因於醫療風險實現時，更容易引起醫病間醫療爭議。

西元 1846 年，美國醫生 William Morton 於麻州綜合醫院第一次成功當眾示範以乙醚麻醉病人，進行頸部腫瘤的切除，是近代麻醉技術的起源。根據《英國醫學期刊》(British Medical Journal) 2007 年所做的調查，麻醉的進步與抗生素、阿斯匹靈的發明，被公認為這 100 多年來醫學最重要的 15 項發展。為了應付日益複雜的外科手術，現代麻醉常需讓病人完全的肌肉鬆弛，以避免干擾手術的進行，這也完全剝奪了病人自行呼吸的能力，所有的麻醉藥都極具危險性，使用不當，就會致人於死，且若是麻醉品質不佳，外科醫術將無從發揮，加之以手術當中不可預期的種種狀況，病人的生命安危就在轉瞬之間。一如飛機的起飛及降落是最危險也最容易出事的階段<sup>142</sup>，手術及麻醉事故所導致之爭議是我國近年醫療糾紛的主要來源，為解決此一爭訟，除於強化社會大眾認識醫療行為本身具有「不可預測之風險」存在，提升對醫療行為的正確認知之外，適度之救濟給付是推動醫療爭議調處法制化，促成相關法案立法不可或缺的配套措施。

本計畫係醫糾法公布實施前之試辦工作。然而，依據 105 年 1 月 15 日「生育事故暨手術及麻醉事故成果分享會」資料顯示：生育事故救濟試辦計畫累計至 104 年 12 月共受理 348 件次新申請案及 13 件次覆議案，並完成 334 件次案件審定；手術及麻醉事故獎助試辦計畫累計至 104 年 12 月共受理 8 件新申請案及 2 件覆議案，完成 6 案件審定。手術及麻醉試辦計畫累積案件數量預估案件量遠多於申請案件數，主因可能在於獎助條件與對象不夠明確，且獎助金額每案最高僅 80 萬元亦可能不符期待<sup>143</sup>。而不同於藥害救濟、生產事故救濟條例之

<sup>142</sup> 林至芄、孫維仁，麻醉醫師，外科手術的守護天使，台大醫網，44 卷，頁 25-26，2008 年。

<sup>143</sup> 學者統計，法院判決賠償案件以金額超過 100 萬至 500 萬元以下之賠償案件數為最多，約佔全部案件之 45.4%，賠償數額中位數約為 202 萬。參閱吳俊穎等，同註 77，頁 367。

請求權人皆為受害人，本計畫受限於基金來源，獎助對象限於機構，而醫療機構在申請過程中，因需要與病方簽署協議，尤其在考量本身無涉及過失的情況下，亦難以關懷協助角度來運用此一計畫<sup>144</sup>。

#### 第四項 小結

為緩解我國醫療糾紛頻傳、醫病關係緊繃的困境，相關主管機關已陸續針對生產風險、疫苗注射及藥害等設立救濟制度，針對這類活動補償救濟的精神在於生產、公共衛生及藥業生技之發展對於社會福祉及國家發展至關重要，然其必然存在之風險並不隨社會科技之進步而免除，藉由國家創建救濟制度，由國家共同分攤人民風險以鼓勵參與活動，又或由公權力介入創設有限補償機制以免除嚴格追究製藥人責任，以減少對於生技創新之壓力。在醫學發展上，隨著科技的進步醫界嘗試更大膽更先進的治療，面對過往也許束手無策的疾病新的治療帶來求生的希望，但同時面臨全新治療的風險。社會風氣的變遷，過度強調消費者至上、無過失瑕疵擔保的概念，加重了醫療從業者在提供治療時承擔的責任，治療失敗或治療結果未盡理想都成為病家對於醫療人員追究責任的理由，致使訴訟亂象叢生。然醫療技術之發展，目的也同在追求人類生存福祉的進階，如一概以嚴格責任追究醫療從業者，終將使提供醫療照顧者噤若寒蟬，成為該門學科進步發展之絆腳石。衛生福利部由醫療糾紛大宗的手術及麻醉爭議事件為起始，設手術及麻醉事故試辦計畫建立類似補償制度，作為醫糾法施行前準備，一旦發生麻醉術後無預期之死亡事件產生醫療爭議，鼓勵醫療機構與事故家屬進行調解與和解，以期透過發放醫療機構獎助金方式，作為給予事故家屬的救濟補償金，以取代嚴格追究行為人責任之作為。茲將我國醫療相關補償救濟制度與醫糾法草案之比較，羅列如表 5-1。

巨觀我國現行救濟補償法制與醫糾法草案所欲解決爭議事件皆具備有「無可避免之風險」之特質，誠如本文第二章所述結果之發生無論是醫療意外或是

---

<sup>144</sup> 手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫簡介，參閱董玲佩等，同註 120，頁 23。



醫療不幸，都無迴避可能，是以當醫療風險實現時，受害人所受之損害無從填補，採救濟補償方式，填補受害人損失。然微觀上述補償救濟法制與醫糾法草案在本質上仍有部分差異性。就立法精神來看，生產與疫苗接種等活動涉及人口發展與公共衛生控制，一旦國民對於此類活動內心存有疑慮影響了從事活動的意願，長期下來終將影響國家遠程發展。以國家社會立場而論，此乃負面結果，是以國家必然挺身與國民共同承擔其從事活動之風險，以鼓勵並提高國民從事該活動意願；而檢視醫療事故爭議事件中，乃肇於現今醫病間動輒以醫療疏失為由控訴醫療提供者，索取高額賠償金，訴訟階段可見以嚴苛標準檢視過失責任的起訴或超乎預想的賠償金額，磨滅醫療人員投入臨床的熱情，對國家衛生發展而論，此亦為負面結果，為挽救頹勢改善醫療從業環境，有醫療事故不責難補償制度的提出。就法規範針對族群做區分，生產事故與疫苗接種救濟政策皆有其先天族群選擇屏障，生產事故僅針對懷孕生產婦女，而疫苗接種則是依照國家公衛政策選擇接種族群，並非將整個社會群體一概囊括補償範圍內；醫療事故爭議事件所針對之族群乃接受醫療處置發生事故者，然而疾病之發生無分男女老幼，是整個族群皆可能罹病的，範圍等同囊括整個社會人口。而就個體本身存在之風險狀態來看，生產事故與疫苗接種此類型活動在多數情形下，從事者為健康個體，且常可從其意願選擇是否進行(選擇懷孕或是墮胎)或接受(是否要接種疫苗)；醫療事故爭議事件中，個體勢必現存疾病風險，疾病發生非本身意志得自由選擇，一旦罹病即背負疾病風險。個體得選擇者乃接受治療的意願，如拒絕治療，則疾病風險終將實現，如接受治療，除疾病風險外，必然額外承擔治療風險。

就上分析，醫療事故爭議事件除具備有醫療行為存在無可避免風險的共通點外，與生產事故及疫苗接種仍有許多差異性。生產事故與疫苗接種涉及國家遠程發展，從公共利益角度而言具有為公益特別犧牲之性質<sup>145</sup>，是以國家對於

---

<sup>145</sup> 釋字第六百七十號解釋陳春生大法官協同意見書曾言，「特別犧牲…乃當事人因公權力行使，而自由、權利受限制或剝奪，與其他人相比，受不平等之負擔，以及當事人必須忍受不可



風險承擔之責任分攤需要更大的包容性<sup>146</sup>，然疾病醫療的治療風險在本質上與公益並不相關，是否也同樣應由國家共同承擔？我國於民國 84 年開辦全民健康保險，藉此福利政策提供醫療保健相關照顧，已實踐國家共同承擔國民罹病風險的精神，而治療風險牽涉罹病個體本身選擇，非與公益相關，治療相關風險實現所致之不良結果本應由罹病個體自行承擔。但鑒於醫療糾紛頻傳致醫療系統崩壞，以改善醫療執業環境為目的，醫療事故補償機制被視為協商後解決糾紛的必要配套措施，不論醫療過失存在與否，只要與醫療行為可能或不排除有因果關係，即發放補償金以填補醫療事故受害人在醫療風險不幸實現後所受之損害，以期用以降低醫療糾紛走上訴訟一途的機會。

醫糾法草案不責難補償精神具極大包容性，無論是有因果關係或不能排除因果關係者皆可申請補償，看似對醫療處置風險受害人提供具體且即時的損害填補方案，然其以極大包容態度制定之規範，在我國現今社會風氣與民情下，勢必面臨申請補償金案件浮濫與補償金財務不堪負荷等問題，最終必須像國外制度一樣逐漸限縮範圍，長久下來，無法獲得補償的病家終將走上訴訟一途，醫糾處理則回到原點，醫界在這場協調補償的法治下落得雙輸的局面。醫療風險實現造成的損害，不該由醫師、醫療人員或是醫療機構承擔，也不能由病人或家屬獨自承受，損害的填補應回歸疾病無差別的特質，由全民社會一同分擔，是以建立以全民社會分攤損害填補的機制始為本良善制度細水長流之道。

---

期待之超越一般犧牲範圍時之謂」。我國生產事故與疫苗接種等法律規定，都帶有特別犧牲理論之精神，為了公平，不該讓相關事故受害人自嘆倒霉、單獨承擔，應該對他們有適當的補償。<sup>146</sup> 104 年度訴更二字第 30 號判決可見此一精神。本案與疫苗接種相關，原醫療審議小組認為基於醫學的專業判斷認為受害高中生的死亡難以認定與預防接種有相關，將本件歸屬於預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法第 7 條之 1 第 2 項的確定無因果關係。然而，法院認為即便本件的情形與一般、通常會發生的情況有落差，但是並不當然等於確實完全沒關聯，又既然無法直接且確定地完全排除受害人的死亡與預防接種間的關聯，在適用審辦辦法第 7 條時，就不該直接選擇「無因果關係」，相反地，在這種難以證明受害因果關係的情況，應該考量因果關係程度「無法排除」的情況，這也是立法者在審議辦法第 7 條設置「無法排除」選項的原因。

表 5-1 我國現行醫療相關補償救濟制度比較(作者整理)

	生產事故救濟條例	預防接種受害救濟基金 徵收及審議辦法	藥害救濟法	手術及麻醉事故爭議事件 試辦計畫	醫療糾紛處理及醫療 事故補償法草案
立法精神	承擔女性的生產風險， 國家建立救濟機制，確 保產婦、胎兒及新生兒 於生產過程中發生事故 時能獲得及時救濟	促進國民健康，推行防 疫政策，期使因預防接 種而導致嚴重疾病、殘 障、死亡者能迅速獲得 救濟	保障消費者正當使用合法 藥物，發生嚴重藥物不良 反應事件時，可以獲得及 時之救濟	為減少醫病雙方司法纏訟 的情形，增加醫療機構醫 療糾紛處理能力，作為醫 糾法施行前準備，改善 醫病關係與醫療發展失衡 的困境。	促進病人權益保障為 核心精神，納入「強 化調解」機制、提供 「即時補償」，以達成 維護醫病雙方利益， 在醫療糾紛進入訴訟 前扭轉紛爭之目的
補償範圍	死亡給付及重大傷害	一、死亡給付 二、障礙給付 三、嚴重疾病給付 四、其他不良反應給付	一、死亡給付 二、障礙給付 三、嚴重疾病給付	經施行全身麻醉之手術病 人，於手術時或手術後 7 日內發生非預期死亡	一、死亡給付 二、重大傷害給付
經費來源	一、政府預算撥充。	疫苗製造或輸入廠商應	一、藥物製造業者及輸入	由衛生福利部醫療發展基	一、醫療機構繳納之

	<p>二、菸品健康福利捐。</p> <p>三、捐贈收入。</p> <p>四、基金孳息收入。</p> <p>五、其他收入。</p>	<p>繳納一定金額，充作預防接種受害救濟基金，每一人劑疫苗，徵收新臺幣一點五元。</p>	<p>業者繳納之徵收金。</p> <p>二、滯納金。</p> <p>三、代位求償之所得。</p> <p>四、捐贈收入。</p> <p>五、本基金之孳息收入。</p> <p>六、其他有關收入。</p>	<p>金支應</p>	<p>醫療風險分擔金。</p> <p>二、政府預算撥充。</p> <p>三、菸品健康福利捐。</p> <p>四、捐贈收入。</p> <p>五、基金孳息收入。</p> <p>六、其他收入。</p>
補償額度	<p>產婦死亡最高給付兩百萬</p>	<p>疫苗相關死亡給付最高六百萬，無法排除關係之死亡給付最高三百五十萬。</p>	<p>藥品產生之不良反應致死及極嚴重障礙者，最高救濟給付新臺幣二百萬元</p>	<p>醫病雙方和解或調處達成協議，同意給予病方金錢或其他方式之協助後，該機構得向衛服部申請獎助，每案最高八十萬。</p>	<p>尚待另行規定</p>
請求權人	<p>一、產婦或新生兒死亡時，為其法定繼承人。</p> <p>胎兒死亡時，為其母。</p>	<p>一、死亡給付:請求權人為其法定繼承人</p> <p>二、障礙給付、嚴重疾</p>	<p>一、死亡給付:受害人之法定繼承人。</p> <p>二、障礙給付或嚴重疾病</p>	<p>符合申請資格之醫療機構於與受害事故家屬協議成立日起 60 日內，以書面</p>	<p>一、死亡給付:病人之法定繼承人。</p> <p>二、重大傷害給付:病</p>

	二、重大傷害給付：受害人本人。	病給付、其他不良反應 給付：受害人本人	給付：受害人本人或其法定代理人。	向衛生福利部或經本部委辦之機關（構）、團體提出獎助申請	人本人
訴訟權限制	領取補償後仍可提起訴訟，未有限制訴訟權之規定	領取補償後仍可提起訴訟，未有限制訴訟權之規定	領取補償後仍可提起訴訟，未有限制訴訟權之規定	此辦法乃針對醫療機構與受害事故家屬達成和解或調處之獎金，無訴訟權限制之相關規定。	調解經法院核定後，當事人就民事事件不得再行起訴；如已繫屬法院，視為訴訟終結。告訴乃論之刑事案件，不得提起告訴或自訴。 (§26) 但非告訴乃論之刑事案件仍得提出訴訟。
返還規定	訂有返還規定 (§12) 一、有具體事實證明前條規定不應救濟。	無救濟金返還規定	訂有返還規定 (§17) 已領取藥害救濟給付而基於同一原因事實取得其他	訂有返還規定 一、未撥款予病方或未依約提出協助，經查證屬實	訂有返還規定 (§39) 一、有具體事實證明醫前條規定不應補

	<p>二、同一生產於救濟後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</p>		<p>賠償或補償者，於取得賠償或補償之範圍內，應返還其領取之藥害救濟給付。</p>	<p>者。</p> <p>二、檢具資料不實，或以虛偽或其他不正當方法獲取獎助金額者。</p> <p>三、該事故嗣後經司法裁判確認可歸責於醫事人員者。</p>	<p>償。</p> <p>二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</p>
--	--------------------------------------	--	---	--	--





## 第六章 結論與建議

### 第一節 結論

我國現況中，醫療糾紛發生後，病家除與院方協調外，也常運用傳播媒體與民代等有力人士介入關說等方式處理，更甚者採取刑事訴訟程序以達目的，造成醫療人員疲於因應，足見現行法律機制對於醫療糾紛處理有不足之處。然刑法屬國家行使公權力之方式，有其謙抑性與最後手段性，不該成為一方迫使另一方付出賠償金的工具，是以醫療刑事責任合理化為醫界持續爭取之目標。民國 106 年 12 月，在立院議事場拉鋸 1、20 年的「醫療法第 82 條」修正案於立法院會三讀通過，為醫師刑事責任合理化跨出第一步<sup>147</sup>。醫療行為刑事責任合理化之前提，與整體病人權利保障之架構調整，密不可分。病人權利保障制度成熟完整後，醫療行為刑事責任合理化才有空間。也因此，民國 101 年《醫療法》修法是搭配「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案一併提出，以病人權利保障為主軸，希望以醫療行為刑事責任限縮作為達成醫療錯誤揭露、醫療疏失改正等政策目的之手段。醫療糾紛處理相關法案立法自民國 78 年開始，陸續有立法委員敦請政府應盡速成立處理醫療糾紛單位以暢通申訴管道，直至民國 87 年沈富雄委員仿照瑞典病人賠償保險制度法案提出「醫療糾紛處理及補償條例草案」，此乃醫療糾紛處理草案最早之雛形，然法案因政黨輪替或立法意見不合有不同立法精神的多個版本，擺盪於議事廳堂中。民國 101 年行政院版本的「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」與多位委員數個版本的醫療事故補償法案併案進入立院委員會審查，至 103 年逐條審查完畢進入立法院院會，這

---

<sup>147</sup> 中華民國 106 年 12 月 29 日立法院第 9 屆第 4 會期第 15 次會議通過醫療法修正第 82 條

第八十二條 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。

醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。

醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。

前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。

醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。

是我國醫療糾紛處理及補償法案距立法完成最接近的一次，然醫糾法草案在立法院三讀期間引發醫療人員反彈，群起連署反對，該法案終功敗垂成。

事實上，基於訴訟權保障的概念下，醫療法 82 條修正案在實質上並無法真正減少訴訟來源，有效且順暢的醫病溝通及協調才是減少訟源的根本，是以一部專屬醫療事故糾紛處理的制度是絕對必要的。本文分析我國醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，為現今糾紛頻傳現況帶來問題解決之曙光與其背後潛藏的隱憂，結論說明如下：

一、調解先行制度未能將重傷害及死亡案件之醫療爭議強制納入，減損本醫糾專法功能

醫療糾紛選擇司法程序解決者，常見於重傷害或死亡案件，據我國刑法規定屬於非告訴乃論，據醫糾法草案第 12 條規定，檢察官偵查或法院審判之刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，在函請或移付調解前，應先行通知被害人、告訴人或自訴人，如明示不同意，即可略過調解程序，其精神雖符合現行訴訟制度，但顯無法因應解決糾紛現況之需求，將成為調解善意的漏洞，無法真正發揮本法制定之最大成效。

二、醫療糾紛案件調解成功後再提訴訟者之返還制度，應速訂定施行細則詳細規範與母法配合實施

醫糾法草案 39 條，領取補償金後再提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴須返還補償金，然草案對於返還細節與時機並無細則規定，如醫糾法母法貿然施行，可預期將面臨制度紊亂，追討補償金困難情況。應盡速訂定施行細則與母法配合實施，詳細規範返先返還再訴訟之程序，並明訂追討補償金之機構、程序或依循何項法律以執行，避免法條施行後因法規引用所造成的制度紊亂，對於遲未返還者也需明訂未返還之效果與罰則。在肯認憲法保障人民訴訟權之餘，亦避免雙重獲利之情事。

三、疾病治療相關風險實現之補償，應回歸疾病無差別之本質，建立由全民社

會共同承擔風險之機制。

參考國外立法例，瑞典病人賠償保險制度給付要件，除須有因果關係、判斷是否具有可迴避性與限制醫療傷害型態及嚴重程度，以達補償範圍限縮之效；而紐西蘭醫療意外補償制度則將醫療意外區分為醫療錯誤與醫療不幸，醫療錯誤，以醫護人員具有過失為要件，而醫療不幸，不以醫療人員是否有過失為要件，但必須符合罕見且嚴重的結果，依此準則來限縮給付補償金範圍。上述兩國補償制度在考量財務負擔下皆有其給付範圍之限縮，而我國醫糾法草案38條規定，醫療事故補償以與醫療行為有因果關係及無法排除因果關係者為限，考量醫療處置與人體之複雜性，在實務上仍常有反覆鑑定且結果不一致的情況，是以，相當比例的案件在鑑定後勢必落入無法排除因果關係的範圍之中，將加重醫糾法補償財政上的負擔。而與生產事故或疫苗接種帶有益犧牲精神色彩不同，疾病治療係個人利益，其風險原應由個人承擔。然而考量現今醫療糾紛多數案件皆有因果關係難以釐清的困境，是以醫糾法所創設之補償制度勢必須將此類案件納入，無法比照國外制度限縮給付範圍，排除因果關係判斷之灰色地帶。人終須面對老、病、死的問題，疾病的無差別事實上也具有社會整體性，是故此類因疾病治療所致的風險實現造成的損害，應由全民社會共同承擔。

## 第二節 建議

### 一、重傷害及死亡案件之醫療爭議應強制調解

醫療糾紛既有其特殊性，醫糾法立法也應凸顯其在規範上針對糾紛處理之特殊性，始符合醫糾法另立專法之用意。醫療糾紛發生初始，常處在雙方缺乏互信且各自堅持立場的狀態，如直接進入訴訟程序將更加深對立程度，更需要良好的協調機制取得雙方平衡。為強化本法調解功能，針對重傷害及死亡個案等非告訴乃論案件也應採強制調解。

### 二、非告訴乃論醫療糾紛案件，應透過醫糾法立法調整刑事政策，有條件限制

公訴機關及法院之司法裁量權。

基於生命權為最基本，最重要的人權，一旦消失其他個人權利就無從談起的思維，人生命喪失之事本不該經磋商而消滅，本文肯認本條背後立法精神可見對於生命權最高之價值彰顯。現行制度下，非告訴乃論類型之醫療糾紛案件，刑事追訴權發動與否掌握在公訴機關，換言之，倘若醫病雙方當事人已達和解，僅具有民事上和解效果，難保不受刑事追訴，對於緩解醫療糾紛現況並無實際助益。然醫糾法立法之精神與終極目標在於解決醫療人員與病家「兩方」之間的糾紛，透過雙方調解協商的方式，將原先可能直接進入訴訟流程的糾紛弭平，減少浮濫訟源，以改善醫療執業環境。在非告訴乃論之醫療糾紛案件中，當雙方當事人已透過醫糾法程序調解完成，第三方公權力介入是否具備有實益與糾紛解決效益是必須質疑的。如同醫師對病人疾病的評估及治療裁量皆帶有個人見解與處理慣性，檢察官與法官在醫療糾紛案件醫療過失存在的判斷上亦是遵照自己的心證，對結果做出最後的裁定，吾人無法請求檢察官與法官以完全一致的標準並公開陳述自己的心證，亦即進入司法程序後，過失與因果關係存在與否乃由司法機關所認定，而比照自首得減輕其刑的概念，起訴與判決有罪的結果仍可透過醫糾法立法作刑事政策上之調整，建議非告訴乃論之醫療糾紛案件應有條件限制公訴機關與法院之司法裁量權。亦即除經過失檢定認定為重大醫療疏失之案件<sup>148</sup>，為保存社會公眾利益，司法機關應發動刑事追訴權外，如為經過失檢定屬一般或輕微醫療疏失案件，考量醫療行為本質的善意與無主觀的惡意，公訴機關應為緩起訴處分，如已係屬法院則應為緩刑之判決，以免除醫療人員動輒遭刑法究責之恐懼，減緩防衛性醫療的風氣。

三、醫療事故補償之財源籌措，應採全民徵收基金方式，由全民共同承擔醫療風險。

醫療事故係醫療風險實現導致病人遭受損害，其損害之填補不該由醫病任

---

<sup>148</sup> 例如 2002 年新北市土城北城醫院誤將肌肉鬆弛劑當作 B 型肝炎疫苗，替七名新生兒注射的打錯針事件。



一方承擔，基於疾病不分性別、年紀、貧富的發生普及性，該風險係應由全民社會一同承擔，是故建立由整體社會風險基金制度始為合理之財源籌措方式。建議配合醫糾法施行，制定醫療事故風險補償基金徵收辦法，比照現行健保制度，將全民皆納入風險基金徵收的範圍，採每人每年繳納 365 元新台幣的方式<sup>149</sup>，籌措醫療事故風險補償基金，不採費率計算，固定繳納金額，如為低收入戶、弱勢人群、失業人口等財務困頓者得有條件申請免除繳納。並比照或準用現行補償制度法規所訂之傷害嚴重程度與補償給付之標準，當醫療風險不幸實現，經審核後得迅速核發，以達經濟效率之補償。

#### 四、推行就醫人醫療意外險與醫療平安險

遊樂園遊客進入樂園時，由遊樂園為遊客投保意外險，其投保費用內含在遊樂園門票費用中，當遊客在遊樂園活動中發生意外傷害時，得獲傷害險理賠。仿照遊樂場遊客意外險之運作模式，為進入醫療院所看診或是短期住院進行治療的患者投保醫療意外險，以醫師為投保人，病人為被保險人，於病人繳交門診掛號費或辦理住院手續時收取保費，保險費率計算則以本次就醫之疾病主診斷碼作類別區分。保險期間為自被保險人繳納保費進入醫療院所後開始起算，至被保險人結束治療離開醫療院所為止，治療期間所衍生的傷害均含括在內。短期住院或門診患者因治療相關風險較低，就現行手術及麻醉風險救濟所給付之最高上限 80 萬為基底，保險金額約 100 萬元應足以理賠。而針對預計接受治療風險較高醫療措施的住院患者 (如手術、麻醉、化學治療...等)則除醫療意外險之外，另仿旅遊平安險之概念，創設醫療平安險。由於麻醉、手術或化學治療治療過程複雜且變數較一般為多，如同外出旅行，伴隨不可預知的風險，是以藉由仿照旅遊平安險這類短期保險的概念，設計醫療平安險，同樣依據患者疾病主診斷碼做區分計算保費費率。由於複雜至療醫療處置患者住院時間較長，醫療院所可將該保費於住院費用中收取。保險金額則可參考現行生產

<sup>149</sup> 根據內政部戶政司統計，我國 106 年 12 月人口總數為 2357 萬人左右，以每人每日繳納 1 元新台幣方式繳納醫療事故風險補償基金，每年基金營收可達 86 億新台幣。



事故救濟之補償金額最高兩百萬為限<sup>150</sup>。藉由醫療意外險與醫療平安險制度，當醫療風險不幸實現時，得無須釐清醫師責任與否，盡速獲得理賠，可作為除醫療事故風險補償金外另一填補損害的來源。

## 五、創建分層式調解機制

現行醫療糾紛調解有多家大型醫療院所有院內調解機制，制度完全也運行有年，唯其調解成立後，法律效果薄弱，僅在雙方當事人成立民事契約，後續仍可能有民刑事訴訟等問題。然醫糾法草案雖建置專屬調解機構，調解法律效果也較強，但若考慮醫療糾紛已成為社會普遍性問題，案件數量絕非單一調解機構能夠負擔，過量業務壅塞，其調解成效勢必大打折扣。考量上述問題，建議應創建分層式調解機制，醫學中心等醫院現行之調解制度運行良好者，透過強化現有的調解成立之法律效果，已達分流中央調解機構案件數量之目的。當醫療機構調解成立後，與中央主管機關備查，其和解效果準用醫糾法規定，使其具有法院判決效力。而地區醫院、小型醫療院所或診所等較小醫療單位調解機制不如醫學中心完善或規模較小不具調解機構，在發生醫療糾紛時，即由醫糾法建置之調解會處理，分層、分流的模式，以促進調解作業的實質效率。

醫者非行兇作惡的匪徒，也非病人或家屬的敵人，從業秉持行善原則醫治病人，提供完善的身心靈照顧乃醫療從業者首要目標。疾病治療本質上是醫師與病人一同進行的冒險賭局，醫師非神人，在治療病人的過程自然也會遭遇不如預期的處置，對於治療過程中判斷與決定不該以些微可能即論斷具因果關係做判斷加以究責，須正視各種治療皆帶有不同程度風險，容許風險程度亦有差異，應依個案判斷。在我國，過失檢定向來是以「應注意、能注意、未注意」做為檢視，此三原則宛如孫悟空的緊箍咒狠狠勒住醫療從業人員頸項，處理病人問題時，愈常是先檢視自己什麼應注意、能注意而可能未注意，導致防禦性醫療比比皆是。然當病人發生醫療事故產生醫療糾紛時，病家拿著病歷與

---

<sup>150</sup> 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法制，保險法學之前瞻：林勳發教授六秩華誕祝壽論文集，頁334-37，2011年。

自己記錄的事項逐條質問，而司法機關又或醫療鑑定單位也可見僅針對結果在後見之明嚴格檢視每個注意義務的環節<sup>151</sup>，對於導致醫療人員應注意、能注意而未能注意之背景導因略而不深究，對一線醫療從業人員是顯失公平的。所謂過失不同於故意的主觀意念，並非嚴厲處罰就可避免再度發生<sup>152</sup>，醫療照顧的本意是出於對患者的善意與不傷害，是期待帶給人民福祉的作為。當醫療不良事件發生產生醫療糾紛時，與其冠用刑法嚴厲究責，不如透過醫療意外事件檢討通報及誠實揭露醫療幾近錯失(Near miss)或醫療錯誤，細心檢討改善醫療環境與醫療行為，計畫與設置更友善及杜絕失誤的流程，才是更有建樹之作為。為能使醫療人員更能勇於揭露事實，促進醫療刑責合理化的醫療法 82 條修正案已完成。然而，病與醫間對於治療過程的爭執與認知的歧見卻從未循著醫療法 82 條一同修正，在認知差異與情緒崩盤的情景下，糾紛與訴訟的問題終將持續存在。是以藉由醫糾法強化協商調處機制輔以事故補償的模式，扭轉動輒進入訴訟的歪風，對改善及優化醫療從業環境皆是不可缺少的要素。

電影薩利機長中，主角曾言：「我在 40 年飛行生涯中運送了數百萬乘客，最後我卻因為 208 秒被審判」。醫療人員在從業生涯中，照顧無數患者，幫助病家渡過疾病的難關，然而一次的醫療不良事件、一次的刑事糾紛或是一次嚴厲的審判結果很可能就澆熄對臨床的熱情，從此退縮，這是否就是整個社會國家所樂見的結局？是以，本文將臨床任職期間所見所聞與於研究所求學期間所學不成熟之法律見解彙整，對醫療糾紛提出自己的淺見，盼能做為日後國內醫療糾紛處理的起點。

---

<sup>151</sup> 最高法院 106 台上 227 號判決。本案發生在急診，根據院內標準流程規定頭部創傷患者需 15 分鐘探視病人一次。然該流程是為了應付台灣醫院評鑑所訂出之標準，台灣醫院評鑑之規範，事實上常常做出不切實際的規範(事實上，在病房如為夜班也不可能做到 15 分鐘探視，更遑論急診)，而各大醫院為了應付該評鑑也不得不跟進造假。本案是依照院內規範作認定是否有醫療疏失，然而該規範之標準流程能否執行就急診來診人數及值班醫師人力、醫護人員人力而論並無期待可能。忽視工作現況與限制，僅就規範認定疏失存在致同仁遭到起訴進入訴訟，是以制度規範強加於醫療同仁的殘暴對待。

<sup>152</sup> 104 年度醫訴字第 2 號判決書中所載「是否宣告緩刑，必需考量被告是否悛悔而無再犯之虞，但由被告一審審理中言行，目前尚難認有此要件存在，故本院不予緩刑宣告」可知，仍有法界人士認為，以刑事責任追訴是得達成改善過失再發生的機會。



## 參考文獻

### 一、中文專書(依作者姓氏筆畫排列)

1. 王皇玉，刑法總則，新學林出版股份有限公司，2016年二版二刷。
2. 李榮謙、方耀，國際金融小辭典，智勝文化事業有限公司，2013年。
3. 行政院衛生署疾病管制局、臺灣兒科醫學會、臺灣感染症醫學會，防疫學苑系列 041--感染與疫苗，行政院衛生署疾病管制局，2013年。
4. 林鈺雄，新刑法總則，元照出版有限公司，2014年四版一刷。
5. 曾淑瑜，醫療過失與因果關係，翰蘆圖書出版有限公司，2007年再版。
6. 陳子平，刑法總則，元照出版有限公司，2015年三版一刷。
7. 陳學德，臺中地院醫療調解、諮詢、鑑定制度經驗分享，元照出版公司，2014年。
8. 蔡秀男，99%醫療糾紛都是可以避免的，貓頭鷹出版社，2014年。
9. 鄭逸哲，臨床裁量權 V.S 醫療常規，瑞興圖書股份有限公司，2014年。
10. 鄭燦堂，風險管理: 理論與實務，五南圖書出版股份有限公司，2016年八版。
11. 謝瑞智，行政法概論，臺灣商務印書館，2009年。

### 二、專書論文與期刊論文(依作者姓氏筆畫排列)

1. 王志嘉，醫糾鑑定的困境與迷思--由最高法院 95 年台上字 3884 號雙膝關節置換術談起，台北榮民總醫院第十三次醫法論壇，2015年5月。
2. 朱柏松，適用消保法論斷醫師之責任，國立台灣大學法學論叢，27卷，4期，頁3-72，1998年。
3. 朱柔若、林東龍，醫療公道如何討？——臺灣醫療糾紛處理機制弊病之探索，醫事法學，11卷，3-4期，頁31-61，2003年。
4. 何賴傑，刑事法院依職權調查證據之範圍與限制，台灣本土法學雜誌，2期，頁33-42，1999年。

5. 吳和生，新興及再浮現傳染病：21 世紀的公共衛生議題，疫情報導，17 卷，1 期，頁 8-12，2001 年。
6. 吳俊穎、陳榮基、賴慧蓁，醫療糾紛鑑定的未來--由專業鑑定探討醫療糾紛鑑定之興革，月旦法學雜誌，183 期，頁 36-47，2010 年。
7. 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，醫療糾紛民事訴訟時代的來臨:台灣醫療糾紛民國 91 年至 96 年訴訟案件分析，台灣醫學，14 卷，4 期，頁 359-369，2010 年。
8. 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，台灣的醫療糾紛狀況，台灣醫學，13 卷，1 期，頁 1-8，2009 年。
9. 吳振吉、洪冠宇，醫院管理者觀點談醫療糾紛處理及醫療事故補償法系列(二):醫療糾紛處理及醫療事故補償法對於醫院管理之可能影響——兼論臺大醫院之實務經驗，醫院，48 卷，3 期，頁 2-13，2015 年。
10. 李明濱，新年新希望:提升醫療品質與醫師形象，台灣醫學，51 卷，2 期，頁 9-10，2008 年。
11. 李聖傑，因果關聯的發展在實務實踐的光與影，台灣本土法學雜誌，101 期，頁 161-174，2007 年。
12. 李聖傑，過失犯罪行為的檢驗--評台灣板橋地方法院九十二年矚訴字第一號刑事判決，民主、人權、正義—蘇俊雄教授七秩華誕祝壽論文集，頁 109-131，元照出版公司，2005 年 9 月。
13. 李詩應、陳永綺、和田仁孝，由日本經驗看各種醫療糾紛調解制度及可能適合台灣採取之制度:溝通關懷員—各種醫療事故紛爭處理制度及日本經驗，月旦法學雜誌，225 卷，頁 200-213，2014 年。
14. 林至芄、孫維仁，麻醉醫師，外科手術的守護天使，台大醫網，44 卷，頁 25-28，2008 年。
15. 林東龍、彭武德、陳武宗，告與不告之間—台灣醫療糾紛病患及其家屬之



- 行動分析，長庚人文社會學報，2卷，1期，頁165-199，2009年。
16. 林鈺雄，初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度—兼論解決醫療糾紛之立法原則，月旦法學雜誌，217卷，頁207-230，2013年。
  17. 邱清華，對醫療糾紛處理法草案(邱永仁版)公聽會意見書，醫事法學季刊，12卷，1、2期，頁91-106，2004年。
  18. 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法制，保險法學之前瞻：林勳發教授六秩華誕祝壽論文集，頁303-360，元照出版公司，2011年。
  19. 高添富，高銘佑，醫療風險理論概論，醫事法學，23卷，1期，頁1-32，2016年。
  20. 張孟源、張嘉訓、吳佳琳，解決醫療糾紛的拼裝車—談「調解制度」與「補償制度」，台灣醫界，45卷，4期，頁10-14，2013年。
  21. 張朝卿，論我國預防接種受害救濟之請求及審議，家庭醫學與基層醫療，26卷，3期，頁133-137，2011年。
  22. 張濱璿，從藥害救濟、疫苗救濟制度看醫療事故補償，臺北榮民總醫院致德樓第一會議室：台北醫法論壇十--醫療護理、醫療事故及藥事補償研討會，2013年。
  23. 張麗卿，客觀歸責理論對實務判斷因果關係的影響-兼評最高法院九十六年度台上字第五九九二號判決，法學新論，13卷，頁7-14，2009年。
  24. 張麗卿，醫療糾紛鑑定與對質詰問權，東吳法律學報，20卷，2期，頁1-29，2008年。
  25. 郭吉助，論醫事法律上之醫療行為(一)由法制面談起，法務通訊，2379期，頁3-6，2008年。
  26. 陳學德，醫療風險與糾紛解決之道--從台灣台中地方法院試辦醫療制度談起，月旦法學雜誌，223期，頁174-215，2013年。
  27. 陳鵬元，藥品安全與瑕疵初探--藥害救濟法第十三條第一款之淺析，法學

新論，34期，頁123-145，2012年。

28. 曾建元，病人權利的倫理難題-兼論醫療倫理委員會與倫理諮詢專員在其間的角色，應用倫理研究通訊，25卷，頁31-39，2003年。
29. 楊秀儀，從無過失重回過失--紐西蘭有關醫療傷害補償制度之變遷及對台灣之啟示，政大法學評論，64期，頁97-119，2000年。
30. 楊秀儀，瑞典「病人賠償保險」制度之研究--對台灣醫療傷害責任制之啟發，台大法學論叢，30卷，6期，頁165-194，1990年。
31. 楊秀儀，美國「告知後同意」法則之考察分析，月旦法學雜誌，121卷，頁138-52，2005年。
32. 葛謹，英國醫療糾紛處理制度:對改進我國制度之啟示，台灣醫界，51卷，2期，頁40-45，2008年。
33. 董玲佩、沈若楠、陳文雯，手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫簡介，藥物安全簡訊，56卷，頁20-23，2016年。
34. 劉文瑤，日韓醫事紛爭處理方法，醫事法學季刊，6卷，1-2期，頁8-14，1998年。
35. 鄭逸哲，「臨床裁量權」和「行為有價值」乃「醫療民法」和「醫療刑法」不可抵觸的底線，軍法專刊，59卷，2期，頁123-33，2013年。
36. 羅秀雲、李政益、楊祥麟、莊人祥、張峰義，傳染病與國家競爭力，台灣衛誌，31卷，2期，頁97-104，2012年。

### 三、政府出版品

1. 立法院公報第八十九卷第二十一期 委員會紀錄
2. 立法院第一屆第八十三會期第三十一次會議議案關係文書 質二三一
3. 立法院第二屆第二會期第十六次會議議案關係文書 質三八三
4. 立法院第四屆第三會期第十八次會議議案關係文書 委一〇五
5. 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第七六三二號

6. 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第二〇六七號
7. 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第二五五九號
8. 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 委員提案第四二〇五號
9. 立法院議案關係文書 院總第一六三一號 政府提案第七〇一九號

#### 四、網路新聞資料

1. 「人球案」名醫判賠 3 千萬 醫界：誰敢救人？，  
<http://www.ettoday.net/news/20120331/35786.htm> (最後檢索日期：  
2017/2/20)。
2. 八仙塵爆／每換藥都錄影！醫護無奈：家屬大鬧加護要求免費，  
<http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=83673> (最後檢索日期：  
2017/5/14)。
3. 求無縫接軌 「生育事故救濟」延長試辦，  
[http://ctee.com.tw/mobile/NowNews.aspx?nid=20161231003463-  
260405&ch=ch](http://ctee.com.tw/mobile/NowNews.aspx?nid=20161231003463-260405&ch=ch) (最後檢索日期：2017/10/15)。
4. 名醫丁金聰涉醫糾遭判 10 月刑 雖和解不給緩刑，  
<http://www.chinatimes.com/realtimenews/20171227004011-260402> (最後檢索  
日期：2017/12/28)。
5. 心臟名醫告無理家屬 要打破醫療困局，  
<http://www.businessday.com.tw/article-content-92748-114221> (最後檢索日  
期：2017/12/30)。
6. 台北市法規查詢系統，台北市醫療爭議調處自治條例，  
[http://www.laws.taipei.gov.tw/lawsystem/wfLaw\\_Information.aspx?LawID=P11  
B1002-20130716](http://www.laws.taipei.gov.tw/lawsystem/wfLaw_Information.aspx?LawID=P11B1002-20130716) (最後檢索日期：2017/12/16)。
7. 出門被當男友媽，驟老 30 歲女告醫討青春，  
<http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20160108/770427/> (最

- 後檢索日期：2017/12/30)。
8. 溫翠蘋 39 歲胞妹癌末惡化 淚控廠商詐騙百萬，  
<http://ent.ltn.com.tw/news/breakingnews/2012158> (最後檢索日期：  
2017/4/11)。
  9. 行政院性別平等會-性別統計資料庫，全民健康保險實質納保率，  
[https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat\\_Statistics\\_DetailData.aspx?sn=u4ceyD J9iGzBYUGIJC0z7w%3D%3D&d=194q2o4%2BotzoYO%2B8OAMYew%3D%3D](https://www.gender ey.gov.tw/gecdb/Stat_Statistics_DetailData.aspx?sn=u4ceyD J9iGzBYUGIJC0z7w%3D%3D&d=194q2o4%2BotzoYO%2B8OAMYew%3D%3D) (最後檢索日期：2017/12/16)。
  10. 被恐嚇！李進良醫療糾紛，遭索 1200 萬，  
<http://news.tvbs.com.tw/local/148662> (最後檢索日期：2017/12/30)。
  11. 財團法人醫療改革基金會，每年六百件醫糾、調解率僅三成，醫改會推新版參考手冊幫忙化解，[http://issue.thrf.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=2045](http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=2045)  
(最後檢索日期：2017/12/16)。
  12. 國家地理頻道，台灣醫療精湛實力 造福國際 醫療奇蹟國際發光，  
[https://www.fng.tw/ngc/news\\_content.php?id=206](https://www.fng.tw/ngc/news_content.php?id=206) (最後檢索日期：  
2017/2/17)。
  13. 國家發展委員會，中華民國人口政策綱領，  
<https://www.ndc.gov.tw/cp.aspx?n=6868882E351206A5&s=76B9477A422F022 A> (最後檢索日期：2017/9/17)。
  14. 衛福部修《醫爭法》草案 找第三方查爭議免收費，  
<https://tw.appledaily.com/new/realtime/20171226/1266578/> (最後檢索日期：  
2018/2/8)。
  15. 衛生福利部，醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》，  
<https://www.mohw.gov.tw/cp-17-80-1.html> (最後檢索日期：2017/2/10)。
  16. 衛生福利部醫事司，地方醫療調處相關業務--全國各縣市 97-102 年醫療糾

- 紛調處案件量統計，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html>  
(最後檢索日期：2017/12/16)。
17. 衛生福利部醫事司，訴訟性質比例，<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html>(最後檢索日期：2017/12/16)。
18. 衛生福利部醫事司，醫事爭議處理、鑑定等相關業務--鑑定結果統計，  
<https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html>(最後檢索日期：  
2017/1/15)。
19. 衛福部醫事司，「生育事故救濟試辦計畫」成效斐然，降低產科醫療糾  
紛，改善執業環境，<http://archive.fo/t0eNo#selection-3211.0-3211.3>(最後檢  
索日期：2017/10/1)。
20. 害4癌患枉死「排毒教父」判2年，  
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20140509/35820373/>  
(最後檢索日期：2017/2/28)。
21. 甜心主播控名醫「誤診害流產」，  
<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20160629/37287823/>  
(最後檢索日期：2017/12/30)。
22. 高齡產婦胎死腹中，控榮總產檢輕忽，  
<http://news.pts.org.tw/article/297306?NEENO=297306>(最後檢索日期：  
2017/12/30)。
23. 認識德國健保（一）談德國社會保險組織體制特徵，  
[http://issue.thrf.org.tw/Page\\_Show.asp?Page\\_ID=834](http://issue.thrf.org.tw/Page_Show.asp?Page_ID=834)(最後檢索日期：  
2018/2/6)。
24. Health, Department of, NHS Complaints Guidance，  
<https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-constitution-for-england/how-do-i-give-feedback-or-make-a-complaint-about-an-nhs-service>(最



後檢索日期：2017/12/16)。

25. Organization, World Health , World Immunization Week 2012--Global Attention on Immunization ,

[http://www.who.int/immunization/newsroom/events/immunization\\_week/2012/further\\_information/en/](http://www.who.int/immunization/newsroom/events/immunization_week/2012/further_information/en/)(最後檢索日期：2017/10/8)。

#### 五、英文專書

1. Mankiw N. G., Frontiers of Microeconomics. Principles of Economics. USA: South-Western Cengage Learning Publishing, 2008.

#### 六、英文期刊

1. John T. J. and Samuel R., Herd Immunity and Herd Effect: New Insights and Definitions, review of European Journal of Epidemiology, Vol. 16. No.7, pp 601-606, 2000.
2. Mayberry M. K., The NHS Complaints System, review of Postgraduate Medical Journal, Vol. 78. pp 651-53, 2002.

#### 七、參考網站

1. 司法院法學檢索，<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>。
2. 全國法規資料庫，<http://law.moj.gov.tw/>。
3. 法源法律網，<http://www.lawbank.com.tw/>。
4. 政治大學圖書館，<http://www.lib.nccu.edu.tw/>。

# 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案總說明

目前醫療糾紛儼然為醫事人員執業環境與安全、病人就醫權益保障及醫病互動關係良莠與否之重要議題之一。根據行政院衛生署統計資料顯示，該署醫事審議委員會自七十六年至一〇一年共完成約七千九百多件醫療爭議鑑定案，除因收案處理方式調整，致九十四年收案件數較前一年略減外，歷年來均呈現逐年攀升之趨勢，其中，鑑定涉及刑事訴訟案件者，約近八成，顯見醫療糾紛確實不容忽視。

醫療糾紛之發生，雖與醫療行為有關，然醫療行為目的在解除病人生命或身體危害，具備特殊性、侵害性、高風險性及不可預期性，且病患之傷亡結果與醫療行為間之因果關係，實難以認定，尤其發現傷亡結果之時間如距醫療行為已有相當日時，針對醫事人員所實施醫療行為有無過失責任之認定，或是鑑定所生損害是否屬於醫療疏失，更是難上加難。

醫學先進相關國家為解決醫療糾紛或醫療傷亡認定困難等各個面向問題，採取各種解決途徑，如美國提出「醫療錯誤揭露及補償法案」，紐西蘭於西元一九七二年開始實施「意外傷害無過失補償制度」，瑞典於西元一九七五年開始實施「病人賠償保險制度」，英國於西元一九九五年成立「國家健康服務訴訟機關」。日本則於西元二〇〇九年起由評鑑機構負責執行「產科醫療補償制度」等。相較之下，我國一直未有整合處理醫療糾紛爭議程序、醫療事故傷亡補償、醫療疏失改錯及學習之專法，以致發生醫療事故傷亡或醫療糾紛事件時，病人或家屬除了尋求司法訴訟程序追求真相及請求損害賠償，也常運用傳播媒體或以民間社會人士協調等方式處理，造成病人或家屬及醫療(事)機構疲於因應，凸顯現行法律制度對於病人或家屬權益保障，尚有不周之處。

另外，現行司法制度及實務運作，也易使病人處於弱勢地位，如取得病歷困難、訴訟程序冗長、高額訴訟成本支出，以至於採取「刑事附帶民事」等作為。

為通盤解決病人及家屬、醫事人員雙方面對醫療糾紛爭議制度之困境，爰以「促進病人權益保障」為核心，納入「強化調解機制」、「提供

及時補償」二大面向之規範主軸，期達成「維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧」、「迅速解決彼此爭議，實現社會公平正義」、「促進病人安全，提升醫療服務品質」之政策目標，爰擬具「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，其要點如下：

- 一、本法立法目的及主管機關。(草案第一條及第二條)
- 二、本法關於醫療糾紛、醫療事故、當事人及系統性錯誤等名詞定義。(草案第三條)。
- 三、醫療(事)機構遇有醫療糾紛爭議，應即與病人方說明或溝通，並配合其要求迅速提供病歷之義務。(草案第四條)
- 四、直轄市、縣(市)醫療糾紛爭議調解會之組成、調解程序進行、調解成立或不成立之核定及效果。(草案第八條、第九條至第二十一條)
- 五、未依法申(聲)請調解不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟；刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，應由檢察官函請或由法院移付管轄之調解會先行調解。(草案第十條及第十一條)
- 六、醫療事故補償制度得視財源狀況與急迫程度分階段實施，及醫療事故補償基金來源、繳納及分擔比例。(草案第二十五條至第二十七條)
- 七、醫療事故補償之審議組織、請求權人、補償要件與不應補償已補償，及經法院判決認定應由醫事人員負責之處理。(草案第二十八條至第三十三條)
- 八、中央主管機關得對醫療糾紛或醫療事故分析原因，並命醫療(事)機構檢討改善，對於發生之系統性錯誤，應即成立專案調查小組分析原因，提出改善報告。(草案第四十三條及第四十四條)
- 九、違反本法相關規定之罰則。(草案第四十五條至第五十條)
- 十、本法施行日期。(草案第五十二條)

## 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案

條 文	說 明
第一章 總則	章名
第一條 為妥適處理醫療糾紛，增進醫病關係和諧，改善醫療執業環境，保障病人就醫權益，特制定本法。	明定本法之立法目的。
第二條 本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。	一、明定本法之主管機關。 二、本法中央主管機關現列為行政院衛生署，配合政府組織改造及立法院審議組織法案進程，俟衛生福利部組織法完成立法施行後，適時調整修正為衛生福利部。
<p>第三條 本法用詞，定義如下：</p> <p>一、醫療糾紛：指病人認醫療行為有不良結果，而應由醫事人員或醫療(事)機構負責所生爭議。</p> <p>二、醫療事故：指病人因接受醫療行為而發生死亡或重大傷害之結果。</p> <p>三、當事人：指與醫療糾紛有關之醫事人員、醫療(事)機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。</p> <p>四、系統性錯誤：指因醫療機構之組織、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。</p>	<p>一、明定本法之名詞定義。</p> <p>二、第一款明定醫療糾紛之定義，說明如下：</p> <p>(一) 本法立法目的以保障病人權益為核心，本法第二章及第三章亦明定多項促進病人權益之措施，如病歷證據保全等，故本法旨在處理病人對於醫事人員或醫療(事)機構之醫療專業領域之爭議，至病人如單純就有關醫療費用收取或醫療態度等爭執，非屬本法之醫療糾紛，得透過地方之醫事爭議審議委員會予以處理。</p> <p>(二) 醫療專業領域糾紛，除常見關於醫療行為與傷害、身心障礙或死亡結果等責任歸屬之爭議，實務尚有醫療結果不如病人預期等爭執，爰以不良結果稱之。</p> <p>(三) 又本法所定醫療糾紛，係屬病人對於醫事人員或醫療(事)機構之私權爭議，國防部或其他機關所屬醫事人員，因奉派執行救災或特殊勤務而實施醫療行為時，如其醫療行為所生結果符合國家賠償法要件時，</p>

	<p>則依國家賠償法規定處理，不在本法適用範圍</p> <p>三、如不分醫療行為所生損害輕重，皆由醫療事故補償基金補償，恐造成該基金龐大負擔，亦容易發生詐領補償給付之道德風險，爰於第二款明定醫療事故之定義，即以死亡或重大傷害為適用範疇。所稱重大傷害，將參據現行身心障礙者之分級與鑑定標準、健保制度之重大傷病認定方式，復考量病人住院長達六個月以上，有時未必符合身心障礙者之分級而國外立法例亦有給予補償等情節，爰以「重大傷害」稱之，期使能彈性處理複雜之醫療風險事故，具體範圍亦將於本法第四章醫療事故補償之相關授權命令規定之。另死亡或重大傷害結果，如係自然死或非醫療行為所引起者，與醫療行為無關，非本法所稱醫療事故，亦不屬於本法所定補償範疇。</p> <p>四、本法所稱當事人之定義，於第三款定明。</p> <p>五、第四款所稱系統性錯誤，其案例如，一百年國立臺灣大學醫學院附設醫院及國立成功大學醫學院附設醫院發生誤將感染人類免疫缺乏病毒器官用於手術移植之事件(HIV 錯誤移植事件)。</p>
<p>第二章 醫療糾紛說明、溝通及關懷</p>	<p>章名</p>
<p>第四條 醫療(事)機構知有醫療糾紛事件時，應指派專責人員或小組就事件爭議所在，向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。</p> <p>前項說明、溝通、協助及關懷服務，得委託專業機構或團體辦理。</p> <p>第一項小組，成員宜包含法律、醫學、心理、社會工作等專業人員。</p>	<p>一、第一項明定醫療糾紛事件發生時，應由醫療(事)機構儘速指派專責人員或小組先向病人、家屬或其代理人進行說明或溝通，釐清爭議所在，協助提供復健、撫慰、申訴等各項關懷服務，緩和病人或家屬情緒，以期先行消弭爭議，促使後續調解程序平和進行。指派專責人員，係指診所等規模較小之醫療(事)機構，醫院則應指派小</p>



	<p>組溝通醫病關係。</p> <p>二、按醫療(事)機構規模差異大，復以醫療(事)機構之醫事人員或應持續負責醫治其他病人，或無法分身處理溝通事宜，爰於第二項明定得委託機構或團體辦理溝通事宜，期能透過專業團隊妥適處理醫療糾紛。至於所稱關懷服務，包括提供身心撫慰、復健照護資訊、救濟申訴管道等。</p> <p>三、第三項明定第一項小組成員，宜包含法律、醫事、心理、社會工作等人員，其人數多寡及組成，得視醫療(事)機構規模及當地資源予以決定。</p>
<p>第五條 醫療糾紛發生，經依前條為說明、溝通、提供協助及關懷服務，病人、家屬或其代理人仍請求提供病歷或各項檢查報告等資料複製本，醫療(事)機構應於二個工作日內提供；如因資料眾多，至遲應於三個工作日內提供。</p> <p>前項資料複製所需費用，由請求人負擔。</p>	<p>為強化病歷保存證據之取得，減輕病人方對於病歷真偽之質疑，並據以提升醫療糾紛處理之客觀性，明定醫療(事)機構提供病歷或各項檢查報告資料複製本之義務及期限，並應由病人方負擔複製費用。</p>
<p>第六條 依本章規定進行說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉或相類似之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。</p>	<p>為有效消弭醫療爭議，明定醫事人員或其代理人於依本章規定進程序中所為遺憾、道歉或相類似陳述，不得採為本案後續或相關偵查、裁判案件之證據或裁判之基礎，俾使醫事人員或其代理人於醫療糾紛發生時，勇於向病患或家屬表達歉意，緩和醫病關係，以避免因摩擦而使醫療糾紛衍生為訴訟事件，期有效減少醫療糾紛案件，創造醫病關係雙贏。</p>
<p>第七條 直轄市、縣(市)主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理醫事專業知識諮詢及醫療糾紛事件之諮商。</p> <p>為推動直轄市、縣(市)辦理前項諮詢或諮商事務，中央主管機關得予補助。</p> <p>第一項機構、團體之資格、條件、輔導方式與前項補助金額及其他應遵行</p>	<p>一、為使病人於發生醫療糾紛後，可循第三管道獲得醫學領域專業知識或諮商意見，以緩解醫病雙方認知落差，並達到瞭解真相、預為止紛之效果，於第一項明定直轄市、縣(市)主管機關應自行或委託專業機構、團體辦理相關專業知識諮詢及醫療糾紛事件諮詢事項。</p>

<p>事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>二、第二項及第三項明定中央主管機關得補助直轄市、縣（市）辦理前項諮詢或諮商事項，並授權中央主管機關就其受託機構、團體之資格、條件、輔導方式及補助金額等事項，訂定辦法規範之。</p>
<p>第三章 醫療糾紛調解</p>	<p>章名</p>
<p>第八條 直轄市、縣（市）主管機關應設醫療糾紛爭議調解會（以下稱調解會），辦理所轄醫事人員、醫療（事）機構與病人間醫療糾紛之調解。</p> <p>當事人申請調解，應向醫療（事）機構所在地之直轄市、縣（市）調解會為之。</p>	<p>一、第一項明定醫療糾紛事件之調解，由直轄市、縣（市）主管機關設醫療糾紛爭議調解會為之。至於直轄市、縣（市）政府依醫療法第九十九條規定所設醫事審議委員會，其任務包含醫療機構設立或擴充之審議、醫療收費標準之審議等，與本條所定調解會之功能、任務範疇不同，該醫事審議會仍應存續。又醫療糾紛事件，當事人如未依前章規定先與醫療（事）機構進行說明或溝通等事宜，亦可依本章規定逕予申請調解。</p> <p>二、第二項明定當事人申請調解，應向醫療（事）機構所在地之直轄市、縣（市）調解會為之。</p>
<p>第九條 直轄市、縣（市）調解會應由具有醫學、法律或其他專業知識及素孚信望之公正人士組成，並得結合心理輔導、社工、志工等人員成立促進調解小組，或揭示關於責任之初步評析意見，促進調解成立。</p> <p>前項調解會之組成人數、比例、任期、運作程序、訓練講習及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、第一項明定調解會組成人員資格，並得結合心理輔導等人員成立促進調解小組，或揭示醫療責任之初步評析意見，以促進調解成立。</p> <p>二、有關醫療責任之初步評析意見，得由調解委員就已受理調解事件，自行酌情或依本法第十六條規定委請專家研提有關責任歸屬之初步評析意見，獲得責任有無之概略印象，並經適當揭示當事人，以利調解進行，促進調解成立。</p> <p>三、第二項明定有關調解會之人員組成、任期、運作及訓練等事項之辦法，授權由中央主管機關定之。有關調解會組成及其運作，說明如下：</p> <p>（一）直轄市、縣（市）主管機關辦理遴聘</p>

	<p>調解委員，原則將請司法機關推薦。</p> <p>(二)基於提升調解成功率，避免直轄市、縣（市）調解會運作品質及成效差異過大，規劃調解委員應經訓練講習，方得擔任。</p> <p>(三)目前調解成功率較高之地方醫事審議委員會，多係採取醫事調解委員搭配法律或公正人士調解委員處理調解，並要求當事人不得錄音，亦將考量納入。</p> <p>(四)調解不成立時，當事人如合意申請仲裁，得依現行仲裁法規定進行仲裁。為使病人或家屬獲得、瞭解更多訴訟外解決糾紛途徑，考量將現行相關解決紛爭，包含前述仲裁程序，納入規範。</p>
<p>第十條 病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申（聲）請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟。</p> <p>未依前項規定申（聲）請調解逕行起訴者，法院應裁定移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第四百二十四條第一項規定辦理。</p>	<p>一、第一項明定病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申（聲）請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟，以減少訟源及社會成本支出，緩和醫病對立關係。所稱依法申（聲）請調解，如鄉鎮市調解條例、民事訴訟法第四百零三條規定之調解等。</p> <p>二、未依法申（聲）請調解逕行起訴者，於第二項明定法院應裁定移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第四百二十四條第一項規定視為調解之聲請，由法院依其調解程序辦理調解。</p>
<p>第十一條 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。</p>	<p>一、檢察官或法院對於偵審中醫療糾紛刑事案件，應函請或移付管轄之直轄市、縣（市）調解會，使病人與醫療（事）機構在專業、客觀之調解會進行協調溝通，達到促進病人瞭解真相、獲得撫慰、補償或賠償權益之保障。惟調解程序，係為達成民事賠償或補償之目的，與當事人有無意願攸關至鉅，如被害人、告訴人或自訴人明示不</p>

	<p>同意時，為免徒費程序，檢察官或法院即可不移送調解。所稱管轄之調解會，指依第八條第二項規定醫療(事)機構所在地之直轄市、縣(市)調解會。</p> <p>二、非告訴乃論罪之醫療糾紛案件如經當事人調解成立，檢察官偵結方式或法院裁判情形之結果，應視具體個案，依刑事訴訟法相關規定處理。惟鑑於雙方當事人間已撫平傷痛，有關醫療糾紛真相亦已取得諒解或共識，參酌修復式正義精神，檢察官或法院宜採取最為和緩之處置，期能平衡當事人權益及司法正義。</p>
<p>第十二條 醫療糾紛事件調解申請書，應載明下列事項：</p> <p>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療(事)機構者，其名稱、負責人及機構所在地；申請當事人非病人本人者，其與病人之關係。</p> <p>二、他方當事人之姓名、住所或居所；他方當事人為醫療(事)機構者，其名稱、負責人及機構所在地。</p> <p>三、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</p> <p>四、醫療糾紛事件之事實要點及相關資料。</p> <p>五、調解事項。</p> <p>調解申請書不符合前項規定者，直轄市、縣(市)調解會得定期間命申請當事人補正。</p>	<p>明定醫療糾紛調解申請書應載明事項及命補正相關規定。</p>
<p>第十三條 調解程序不公開之。但當事人另有約定者，不在此限。</p> <p>調解委員及經辦調解事務工作人員，對於調解事件，除已公開事項外，應保守秘密。</p>	<p>明定調解過程不公開，以及參與調解委員、工作人員之保密義務。</p>



<p>第十四條 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。</p> <p>醫療(事)機構不得有禁止或妨礙所屬醫事人員進行或成立調解之行為或措施。</p>	<p>一、第一項明定醫療(事)機構或醫事人員有到場進行調解之義務，對於違反義務者，並將處以罰鍰。</p> <p>二、避免調解成立機會受到不當之干擾，促進病人相關權益，於第二項明定醫療(事)機構不得禁止或妨礙所屬醫事人員進行或成立調解，並不得因所屬醫事人員參與調解而給予不利處遇。</p>
<p>第十五條 當事人無正當理由於調解期日不到場者，視為調解不成立。但調解委員認為有成立調解之可能者，得另定調解期日。</p>	<p>明定當事人無正當理由不到場調解之效果。</p>
<p>第十六條 為促進調解，直轄市、縣(市)主管機關得要求醫療(事)機構提供所需之病歷、診療紀錄、簿據、醫療費用成本等文件或有關資料；醫療(事)機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>調解期間調解委員得要求直轄市、縣(市)主管機關指派人員蒐集相關資料；必要時，並得邀請醫學專家或其他專業機構、人員提供或列席陳述參考意見。</p>	<p>一、第一項明定醫療(事)機構不得拒絕直轄市、縣(市)主管機關要求提供所需之病歷、簿據等相關資料。另直轄市、縣(市)主管機關應依本法維護病人權益、調和醫病關係旨意，適時、主動蒐集受理之醫療糾紛事件相關資訊，完善調解幕僚相關作業，促進調解程序。</p> <p>二、第二項明定調解委員於調解期間得要求直轄市、縣(市)主管機關蒐集資料、邀請醫學專家或其他專業機構、人員提供或列席陳述專業意見之權限，期使調解程序客觀，昭信雙方當事人。</p>
<p>第十七條 調解期間調解委員所為之勸導，當事人所為之遺憾、道歉或其他相類似陳述，不得採為刑事案件之證據。</p> <p>調解期間，調解委員所為之勸導，當事人所為之陳述或讓步，不得採為民事裁判之基礎。</p> <p>同一原因事實之醫療糾紛事件，一方當事人分別與多數之他方當事人進行調解時，當事人於一案調解中所為之陳述、讓步及調解結果，非經其同意，不得於另案調解中洩漏或引用。</p>	<p>一、為促進調解成立與釐清真相，第一項明定調解委員於調解期間所為之勸導，及當事人所為之遺憾、道歉或相類似陳述，不得採為刑事案件之證據。</p> <p>二、依民事訴訟法第四百二十二條規定，調解委員或法官所為之勸導及當事人所為之陳述或讓步，於調解不成立後之本案訴訟，不得採為裁判基礎，該法對於有關調解程序之陳述或讓步，已有特別明定，本法所定調解程序有關民事裁判之採證範疇，參酌民事訴訟法上述規定意旨，宜與第一項刑事</p>



	<p>案件為類似處理，爰於第二項明定調解委員所為之勸導及當事人所為陳述或讓步，不得採為民事裁判基礎。</p> <p>三、第三項明定同一原因事實之醫療糾紛事件，如當事人於一案調解中所為之陳述、讓步及調解結果，他人非經其同意，不得於另案調解中洩漏或引用。</p>
<p>第十八條 調解不成立者，直轄市、縣（市）調解會應即作成調解不成立證明書，並由直轄市、縣（市）主管機關不成立之日起七日內將該證明書寄送當事人。</p> <p>檢察官函請或法院移付調解之事件，直轄市、縣（市）主管機關於調解成立或不成立時，應即陳報檢察官或法官，並檢還該事件全部卷證。</p>	<p>一、第一項明定調解不成立應作成調解不成立證明書及寄送當事人之期限。又調解不成立證明書將載明得採取仲裁、申請醫療事故補償等訴訟外救濟途徑，使病人或家屬更瞭解相關權益保障或救濟方法。</p> <p>二、第二項明定直轄市、縣（市）主管機關對於檢察官函請或法院移付調解事件，於調解結束後，應迅即陳報及檢還卷證之義務。</p>
<p>第十九條 調解成立者，直轄市、縣（市）調解會應於成立當日作成調解成立書，由當事人、代理人及出席調解委員簽名或蓋章。</p> <p>前項調解成立書，應載明下列事項：</p> <p>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療(事)機構者，其名稱、負責人及機構所在地；當事人非病人本人者，其與病人之關係。</p> <p>二、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</p> <p>三、出席調解委員姓名。</p> <p>四、調解事由。</p> <p>五、調解成立之內容。</p> <p>六、調解處所。</p> <p>七、調解年、月、日。</p>	<p>明定醫療糾紛事件之調解成立書簽署及應記載事項。</p>
<p>第二十條 直轄市、縣（市）主管機關應於調解成立之日起七日內，將調解成立</p>	<p>一、第一項明定醫療糾紛爭議事件調解成立後，應送請移付或管轄法院核定之</p>

<p>書及卷證送請移付或管轄法院核定。</p> <p>法院應儘速審核前項調解成立書，認其應予核定者，應由法官簽名並蓋法院印信，除抽存一份外，併調解事件卷證發還直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關收到後，應於三日內寄送當事人。</p> <p>法院因調解內容牴觸法令、違背公共秩序或善良風俗或不能強制執行而未予核定者，應將其理由通知直轄市、縣（市）主管機關。</p>	<p>期限，以維護當事人權益。</p> <p>二、第二項明定調解成立書送請法院核定程序及直轄市、縣（市）主管機關寄送當事人期限。</p> <p>三、第三項明定調解成立書不予核定之理由及通知程序。</p>
<p>第二十一條 調解經法院核定後，當事人就民事事件不得再行起訴；如已繫屬法院，視為撤回起訴。</p> <p>調解經法院核定後，當事人就告訴乃論之刑事事件，不得違反約定提起告訴或自訴；如已提起，其偵查或第一審辯論尚未終結者，視為撤回告訴或自訴。</p> <p>經法院核定之調解，與民事確定判決有同一之效力。</p>	<p>一、第一項及第二項明定醫療糾紛事件如經本法調解成立及法院核定，未繫屬民事、刑事法院者，不得再行起訴、告訴或自訴；已繫屬者，視為撤回起訴、告訴或自訴。</p> <p>二、第三項明定經法院核定之調解與民事確定判決有同一之效力，故醫療（事）機構、醫事人員如未履行調解內容者，病人方即得以其為執行名義，依強制執行法聲請後續相關執行。</p>
<p>第二十二條 當事人申請之調解經法院核定後，如有無效或得撤銷之原因，當事人得向原核定法院提起宣告調解無效或撤銷調解之訴。</p> <p>經法院移付而成立之調解，並經法院核定者，如有無效或得撤銷之原因，當事人得請求續行訴訟程序。</p> <p>前二項規定，當事人應於法院核定之調解成立書送達後三十日內為之。</p> <p>民事訴訟法第五百零二條及強制執行法第十八條第二項規定，於第一項、第二項情形準用之。</p>	<p>明定經法院核定之調解有無效或得撤銷原因之處理及其程序。</p>
<p>第二十三條 依本章所為之醫療糾紛調解程序，不收取任何費用。</p>	<p>明定本章醫療糾紛事件之調解不收取任何費用。</p>
<p>第二十四條 已繫屬於法院之醫療糾紛民事事件經移付依本法調解成立，並經法院核定者，訴訟終結。原告得於法院核</p>	<p>參照鄉鎮市調解條例第二十八條規定，明定原告即病人方如向法院提起有關醫療糾紛之民事事件經移付依本法調解，並經調</p>

<p>定調解書送達之日起三個月內，向法院聲請退還已繳裁判費三分之二。</p>	<p>解成立及法院核定者，其訴訟終結，並得向法院聲請退還已繳裁判費三分之二。</p>
<p>第四章 醫療事故補償</p>	<p>章名</p>
<p>第二十五條 為促進病人權益，中央主管機關得辦理醫療事故補償，分擔醫療事故風險。</p> <p>前項醫療事故之補償，得由中央主管機關視財源狀況及急迫程度，分階段訂定適用醫療機構、科別、類型或項目，報請行政院核定後公告之。</p>	<p>一、考量醫療行為具有高風險性及不確定性，並基於促進病人權益維護目的，爰擬針對責任難以明確之醫療風險，於第一項明定中央主管機關得辦理醫療事故補償。</p> <p>二、按病人接受醫療行為發生死傷等損害時，如可歸責於醫事人員，病人或家屬得依相關法律究責與求償，如係病人自身所致或不可歸責於醫事人員者，亦不應由醫事人員負擔。惟醫療行為不僅具有高風險，其結果亦常不確定，又醫療行為與不良結果之因果關係認定，相當困難，故病人受到損害後，透過現行司法訴訟制度，除造成醫病雙方陷於訟累，多數病人方無法獲得賠償或彌補，以致部分病人家庭陷入經濟困境，爰針對醫療行為難以明確責任部分，從醫療風險分擔角度，明定由中央主管機關辦理醫療事故補償。</p> <p>三、醫療事故補償制度之實施，與社會各界期待何種醫療事故應迫切優先處理，以及補償基金之規模大小、個案補償額度應否有上下限額度有關，爰於第二項授權中央主管機關得視財源狀況及急迫程度等因素，就醫療機構、科別、類型或項目之適用範圍，經報請行政院核定公告後，分階段實施。</p>
<p>第二十六條 中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下：</p> <p>一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。</p> <p>二、政府預算撥充。</p> <p>三、捐贈收入。</p>	<p>一、明定籌設醫療事故補償基金之經費來源。</p> <p>二、本條第一款關於醫療機構及醫事人員應分擔納入補償基金之款項，以醫療風險分擔金稱之，以符合醫療風險給予補償之精神。</p>

<p>四、基金孳息收入。</p> <p>五、其他收入。</p>	
<p>第二十七條 前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。</p> <p>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。</p> <p>第一項規定繳納期限，前項醫療費用總額認定方式、分擔比例、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。</p> <p>前條第二款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。</p>	<p>一、本法採強制醫療機構及醫事人員加入醫療事故補償基金，第一項明定醫療機構為繳納對象，並應依中央主管機關規定期限繳納醫療風險分擔金。</p> <p>二、第二項明定醫療風險分擔金按醫療費用總額一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一，並授權中央主管機關得視實際情形及基金財務收支狀況，酌予提高。</p> <p>三、第三項明定醫療機構包含已加入、未加入全民健康保險特約醫療機構及醫事人員，其醫療費用總額之認定方式、分擔比例、加權、繳納方法等事項之辦法，授權由中央主管機關定之。又醫療機構規模大小、醫事人員多寡，或該醫療機構及醫事人員個案申請補償中涉及醫療道德風險等情，將作為分擔比例、加權之考量因素。</p> <p>四、目前醫療機構已加入全民健康保險特約醫療機構者，高達九成以上，該機構應繳納之醫療風險分擔金，如由全民健康保險之保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥付補償基金，可節省稽核、催繳等成本，爰於第四項明定，以臻明確。</p> <p>五、第五項明定政府預算撥充比例，以不超過醫療事故補償基金總額之百分三十為上限。</p>
<p>第二十八條 醫療事故補償之給付種類及申請補償給付對象如下：</p> <p>一、死亡給付：病人之法定繼承人。</p> <p>二、重大傷害給付：病人本人。</p> <p>前項補償之申請程序、補償條件、給付金額、標準、應檢附資料、重大傷害之範圍及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、醫療風險之結果，如不分損害輕重程度均給予補償，恐影響補償基金存續及運作，復鑒於醫療事故及不良結果之態樣複雜，第一項明定須符合死亡、重大傷害二類情事之一時，始給予補償，期以加重醫事人員責任感及自律，並能彈性處理特殊案例。</p> <p>二、第二項明定有關補償之申請程序、條</p>



	<p>件、給付金額、標準等事項之辦法，授權由中央主管機關定之。其中關於死亡或重大傷害之給付上限額度及給付標準，由於涉及醫療事故樣態、補償基金規模大小，爰授權中央主管機關定之，期能符合實際狀態，並使病人或家屬獲得適度之補償。</p>
<p>第二十九條 中央主管機關為辦理醫療事故補償之審議，應設置審議會，並得分區設置。</p> <p>前項審議會由中央主管機關遴聘醫學、法律專家及社會公正人士、相關機關代表組成，其中任一性別、法律專家及社會公正人士均不得少於三分之一。</p> <p>審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>	<p>一、第一項明定中央主管機關應設置審議會，以辦理醫療事故補償業務，並鑒於將來施行補償後，申請補償案件或有龐大數量，而補償案件審議，可能需要當地醫療機構或當事人配合，為便利相關行政作業，故明定審議會得分區設置。</p> <p>二、第二項及第三項明定醫療事故審議會組成人員之類別，並將組成人員之資格、任期及審議程序等事項，授權由中央主管機關另定辦法規範之。</p>
<p>第三十條 中央主管機關辦理醫療事故補償案件，應於受理申請之日起二個月內作成審定；必要時，得延長二個月，並以一次為限。</p> <p>前項案件如未先依法調解者，中央主管機關得定二個月以下期間暫停審議。但顯無必要或調解顯無成立之望者，不在此限。</p>	<p>一、第一項明定醫療事故補償案件審定期限及其延長規定。</p> <p>二、第二項明定補償審議作業得予暫停進行之事由及例外，以引導病人或家屬先與醫療機構進行調解，藉以撫平或減輕傷痛，大致釐清醫療真相或醫事人員責任，俾後續補償審議作業順遂。至本項但書所定顯無必要或調解顯無成立之望者，例如非告訴乃論罪之刑事案件，經檢察官偵查或法院審判且病人本人或告訴人明示不願調解者，或病人方已提起民事訴訟並經一審裁判勝訴，醫療事故原因大致明朗者。</p>
<p>第三十一條 醫療事故之補償，以中央主管機關作成審議決定時，有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員之故意或過失，亦非醫事人員無過失為限；有下列各款情事之一時，不予補償：</p> <p>一、應依藥害、疫苗預防接種或依其</p>	<p>一、明定醫療事故補償之原則及不予補償事由。</p> <p>二、按損害發生如可歸責醫事人員，病人或家屬可依相關法律究責與求償，如醫事人員並無故意或過失，或係因病人或家屬所致者，亦不應由醫事人員</p>



<p>他法律所定申請救濟。</p> <p>二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。</p> <p>三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。</p> <p>四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：  (一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。  (二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。  (三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。</p> <p>五、申請補償資料虛偽或不實。</p> <p>六、本法施行前已發生之醫療事故。</p>	<p>負擔，爰規定有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員之故意或過失，亦非醫事人員無過失之情形，始給予補償。</p> <p>三、考量醫療事故係從醫療風險、難以明確責任之原則進行補償，病人方如依其意願且主動針對醫療機構或醫事人員提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴，已有針對醫療行為或醫事人員責任，予以追究分明之目的，而與本章補償規範意旨，未盡相符，第四款爰明定同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴者，不予補償。但刑事訴訟之進展如非病人可決定，或病人方自行撤回起訴、告訴或自訴時，並不牴觸補償原則，故仍應給予補償。亦即，依本款規定意旨，醫療事故補償與民事起訴、刑事自訴或告訴，不可併行，以避免病人方重複獲利之情事。</p>
<p>第三十二條 給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：</p> <p>一、有具體事實證明依前條規定不應補償。</p> <p>二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</p>	<p>一、明定給付醫療事故補償後，如查證有不應補償情事者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還，以符合補償原則，並藉以充實補償基金。</p> <p>二、有關命受領人返還之情節，略述如下：</p> <p>(一)第一款所稱具體事實證明依前條規定不應補償，如受領人係以第三十一條第五款虛偽或不實之申請補償資料而獲得補償，命受領人返還之。</p> <p>(二)第二款指受領人獲得補償後，如續提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴，因與第三十一補償原則有衝突，故明定應命受領人返還之。</p>
<p>第三十三條 給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一</p>	<p>一、第一項明定給付補償後，如屬於非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，因此類案件病人方可以獲得補</p>

<p>醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。</p> <p>前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。</p> <p>中央主管機關向醫療機構追償時，如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。</p>	<p>償金，即補償與非告訴乃論之刑事訴訟得併行，故明定就同一醫療事故，該補償金可視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部。</p> <p>二、因醫療機構或醫事人員對於醫療事故負最終責任，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件已經法院判決認定應由醫事人員負責，於第二項明定該補償金於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。</p> <p>三、第三項明定屬於系統性錯誤者，由醫療機構負終局責任。系統性錯誤，其案例如，一百年國立臺灣大學醫學院附設醫院及國立成功大學醫學院附設醫院發生誤將感染人類免疫缺乏病毒器官用於手術移植之事件(HIV錯誤移植事件)。</p>
<p>第三十四條 醫療事故補償請求權，自請求權人知有醫療事故時起，因二年間不行使而消滅。醫療事故發生逾五年者，亦同。</p>	<p>明定醫療事故補償請求權之時效期間。</p>
<p>第三十五條 醫療事故補償金請求權，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p>	<p>明定醫療事故補償金請求權，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保，惟該請求權仍得為繼承之財產。</p>
<p>第三十六條 中央主管機關為辦理醫療事故補償業務，得限期醫療(事)機構及其他相關機關(構)提供所需之病歷、診療紀錄、簿據或其他相關資料，被要求者不得規避、妨礙或拒絕。</p>	<p>明定中央主管機關得向機關(構)請求提供資料之權責及期限，以引導醫療機構與病人方優先選擇調解程序。限期原則上為二個工作天，促使醫療機構能負起儘速與病人或家屬協調之工作。</p>
<p>第三十七條 對補償給付審定不服者，得依法提起訴願及行政訴訟。</p>	<p>明定醫療事故補償申請人對補償給付審定不服之救濟程序。</p>
<p>第三十八條 中央主管機關為辦理醫療事故補償行政業務，得委託財團法人、其他機關(構)或團體辦理下列事項：</p> <p>一、補償申請之審定、給付等庶務工作。</p> <p>二、補償基金收取及管理之協助。</p> <p>三、醫療事故事件之統計與分析。</p>	<p>一、有關醫療事故補償之行政事務，於第一項明定中央主管機關得委託辦理。至審定補償給付、決定核駁與否之業務，仍由審議會辦理之。</p> <p>二、第二項明定中央主管機關得隨時要求受託者報告並進行稽查，以善盡監督</p>

<p>四、醫療事故補償事件資料庫之建立、分析及運用。</p> <p>五、其他與醫療事故補償業務有關事項。</p> <p>中央主管機關得隨時要求前項受託財團法人、其他機關（構）或團體提出業務及財務報告，並得派員檢查其業務狀況及會計帳簿等資料。</p>	<p>之責。又中央主管機關委託時，亦將於委託契約內詳細規範監督條款。</p>
<p>第三十九條 辦理醫療事故補償給付相關業務之人員，因執行職務而知悉、持有他人之秘密，不得無故洩漏，或為自己、他人利益而使用。</p>	<p>明定辦理醫療事故補償給付相關業務人員之保密義務及不得為圖利而使用該秘密。</p>
<p>第四十條 非屬參加全民健康保險之保險對象申請醫療事故補償，以依條約、協定、協議或其國家、地區之法律、慣例，中華民國人民得在該國或地區享受同等權利者為限。</p>	<p>為期醫療事故補償確能緩和醫療糾紛，長期居住我國之境外人士，且依法應參加全民健康保險者，已有申請補償之權利，爰明定非屬於全民健康保險之保險對象範疇者，其申請醫療事故補償時，則應本互惠原則，以該國或該地區亦給予我國人同等權利時，始得享有依本法申請補償之權利。</p>
<p>第五章 醫療事件通報、調查、分析及公布</p>	<p>章名</p>
<p>第四十一條 為預防及降低醫療事故風險之發生，醫療機構應建立機構內風險管控機制，並辦理高風險事件通報。</p>	<p>為使院內醫事人員及相關同仁獲得學習改錯之機會，明定醫療機構應主動建立院內之風險管控機制，並辦理高風險傷害事件之相關通報。</p>
<p>第四十二條 主管機關對於經辦之醫療糾紛調解或醫療事故補償事件，應進行統計分析，每年公布結果。</p>	<p>明定主管機關對於醫療糾紛調解或醫療事故補償案件應進行統計分析，每年公布結果之義務。</p>
<p>第四十三條 中央主管機關對發生醫療糾紛或醫療事故之醫療(事)機構得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案。</p> <p>前項分析，得委託具公信力之機構或團體辦理，並應注意符合匿名、保密、共同學習之原則，且不以處分或追究責任為目的。</p>	<p>一、第一項明定中央主管機關對於醫療糾紛爭議或醫療事故之醫療(事)機構，得進行原因分析，並命其檢討及提出改善方案之權限，避免相同醫療錯誤重複發生，改善醫療環境及執業行為，以提升醫療品質。</p> <p>二、按對於醫療疏失事件，目前國際醫療先進國家紛紛採取根本原因分析機制(RCA)，即完整調查、原因徹底分析、公布與學習，且不以追究醫事人員個</p>



	<p>人責任為目的，期使醫療疏失事件真正可以避免重複發生；又國內現行之臺灣病人安全通報系統(TPR)平台，亦以匿名、保密、共同學習之效果，以及不以追究責任為目的，鼓勵通報病安事件，爰於第二項明定得委託辦理分析且應注意達到匿名、保密、共同學習之效果，並不以處分或追究責任為目的。有關匿名、保密，係為維護發生醫療疏失團體之相關人員不因說明或透露醫療疏失真相而因此喪失工作或遭到排斥。</p>
<p>第四十四條 醫療事故發生屬系統性錯誤時，醫療機構應即通報，並由中央主管機關立即成立專案調查小組分析原因，提出改善及防止錯誤之調查報告，並發布之。</p> <p>前項專案調查小組得為必要之調查，或通知關係人到小組說明及提供資料，被調查之機關(構)、團體或有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。</p> <p>第一項系統性錯誤之通報方式、對象、專案調查小組成立層級、召集人與組成人員、運作方式、報告完成期限及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關擬訂，報請行政院核定。</p> <p>專案調查小組之召集人，應由社會公正人士擔任之。</p>	<p>一、醫療事故如發生屬於系統性錯誤問題時，對於醫療品質及安全醫療執業環境為害甚大，爰參考國際醫療先進國家根本原因分析機制(RCA)，於第一項明定醫療機構之通報義務，以及中央主管機關應成立專案小組進行調查，提出改善對策，導正醫療執行方法，改善執業環境及病人安全，並提升醫療品質。</p> <p>二、第二項明定專案小組之調查權限，以及相關機關及人員接受調查之義務。又調查之目的，非以究責個人為目的，故有關調查文件本身，將不得作為相關究責或訴訟之基礎文件。</p> <p>三、第三項明定有關系統性錯誤之範疇及通報，以及專案調查小組設置及運作方式等事項之辦法，授權中央主管機關擬訂，報請行政院核定。</p> <p>四、第四項明定專案小組之召集人，應由社會公正人士擔任，以昭客觀公正。</p>
<p>第六章 罰則</p>	<p>章名</p>
<p>第四十五條 機關(構)、團體或有關人員違反專案調查小組依前條第二項所為要求者，由中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。</p> <p>醫療(事)機構、相關機關(構)、團</p>	<p>一、第一項明定機關(構)、團體或有關人員違反專案調查小組依前條第二項所為要求說明及提供資料之處罰。</p> <p>二、第二項明定規避、妨礙或拒絕主管機關依規定要求提供病歷、診療紀錄、</p>

<p>體、人員規避、妨礙或拒絕主管機關依第十六條第一項、第三十六條所為之要求者，分別由直轄市、縣(市)主管機關或中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。</p>	<p>簿據或其他相關資料之處罰，並配合要求提供資料之權限係屬地方或中央，分別由直轄市、縣(市)或中央主管機關處罰之。</p>
<p>第四十六條 醫療機構未依第四十一條規定建立風險管控機制者，由中央主管機關處新臺幣四萬元以上二十萬元以下罰鍰。</p>	<p>明定醫療機構未建立風險管控機制之處罰。</p>
<p>第四十七條 醫療(事)機構或醫事人員違反第十四條規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。</p>	<p>明定醫療(事)機構或醫事人員無正當理由不到場調解，或醫療(事)機構禁止或妨礙所屬人員進行或成立調解之處罰。</p>
<p>第四十八條 醫療(事)機構未依第五條第一項規定期限提供資料或提供資料不完整者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。</p>	<p>明定醫療(事)機構違反第五條第一項有關提供病歷資料期限或提供資料不完整之處罰。</p>
<p>第四十九條 調解委員或經辦調解事務工作人員無正當理由違反第十三條第二項規定者，由直轄市、縣(市)主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。 辦理醫療事故補償給付相關業務之人員違反第三十九條規定者，由中央主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。</p>	<p>明定辦理本法相關事項人員違反保密義務之處罰。</p>
<p>第五十條 醫療機構未依第二十七條規定繳納醫療風險分擔金者，由直轄市、縣(市)主管機關限期改善，並公布其名稱；屆期未改善者，處新臺幣九千元以上三萬元以下罰鍰，並得再限期改善。</p>	<p>明定醫療機構未依期限繳納或未依規定繳納醫療險分擔金時之處罰。</p>
<p>第七章 附則</p>	<p>章名</p>
<p>第五十一條 為促進女性生產健康及安全之生產環境，就本法所定醫療事故補償，政府如採分階段辦理時，生產風險有關類型及項目，應優先實施。</p>	<p>一、生產不是疾病，且生產過程中同時關係到母、胎兩個生命之安危及健康，有別於其他醫療行為。處於少子化時代，政府除採取鼓勵生育政策外，更應設立風險承擔機制，而非讓婦女獨自承擔生產風險。 二、所謂生產風險，指產婦、胎兒及嬰兒</p>



	<p>於生產中所受到之重大傷害或死亡。與生產有關之醫療糾紛，向為各國醫療糾紛類型中之冠，政府如擬分階段實施醫療事故補償時，應優先辦理此一類型之補償，爰予明定。</p>
<p>第五十二條 本法施行日期，由行政院定之。</p>	<p>為利本法相關制度之準備及宣導，本法施行日期授權由行政院定之。</p>



醫療糾紛處理及醫療事故補償法		
104.05.16 建議修正版		
條 號	修正備案	章 名
第一章		總 則
第一條		為保障病人就醫權益，增進醫病關係和諧，妥適處理醫療糾紛，改善醫療執業環境，特制定本法。
第二條		本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
第三條		<p>本法用詞，定義如下：</p> <p>一、醫療糾紛：指病人認醫療行為為有不良結果，而應由醫事人員或醫療機構負責所生爭議。</p> <p>二、醫療事故：指醫療行為與病人發生死亡或重大傷害之結果，有因果關係或因果關係難以排除之情事。</p> <p>三、當事人：指與醫療糾紛有關之醫事人員、醫療機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。</p> <p>四、系統性錯誤：指因醫療機構之組織、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。</p> <p>五、生產風險事故：指產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生死亡或重大傷害之結果。</p>
第二章		醫療糾紛說明、溝通及關懷
第四條		<p>一百床以上醫院應設置醫療糾紛關懷小組，於醫療糾紛事件發生時二個工作日內，負責向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。</p> <p>一百床以下醫院應指定專業人員為前項之說明、溝通、協助及關懷服務。</p> <p>診所及其他醫療機構發生醫療糾紛時，應委由專業團體負責提</p>

		<p>供前二項之關懷服務。</p> <p>醫療糾紛關懷小組之成員應包含法律、醫學、心理、社會工作及地方主管機關等相關專業人員。如病人、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或其他障礙致溝通困難時，應由受有相關訓練之成員負責說明、溝通與關懷。</p> <p>中央主管機關應編列預算，辦理強化醫療機構關懷人員說明、溝通及關懷之訓練講習，促進醫療糾紛之解決。</p>
第五條		<p>醫療糾紛發生，病人、家屬或其代理人得要求提供個人病歷、各項檢查報告及健保醫令清單等資料複製本，醫療機構應於三個工作日內提供；如因資料眾多，至遲應於七個工作日內提供。前項資料複製所需費用，由請求人負擔。但醫療糾紛案調解成立後，由醫療機構負擔。</p>
第六條		<p>依本章規定進行說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉或相類似之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。</p>
第七條	<p>中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理<u>醫療糾紛之專業評估</u>。</p> <p>醫療機構於進行關懷時，應主動告知病人、家屬或其代理人有關<u>前項專業評估</u>之資訊。</p> <p>病人、家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請<u>專業評估</u>。</p> <p>第一項<u>專業評估</u>，應確保公正、客觀，並以雙向匿名方式處理。辦理第一項<u>專業評估</u>機構或團體之資格與限制、第三項申請程序、費用支付標準、對於支付費用有困難之補助條件與金額及其他應遵守事項之辦法，由中央</p>	<p>中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理下列事項之初步鑑定：</p> <p>一、醫療行為與不良結果有無具有因果關係。</p> <p>二、醫療行為有無符合醫療常規。</p> <p>醫療機構於進行關懷時，應主動告知病人、家屬或其代理人有關初步鑑定之資訊。</p> <p>病人、家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請初步鑑定。</p> <p>第一項醫療糾紛事件初步鑑定，應確保公正、客觀，並以雙向匿名方式處理。</p>

	主管機關定之。	辦理第一項初步鑑定機構或團體之資格與限制、第三項申請程序、費用支付標準、對於支付費用有困難之補助條件與金額及其他應遵守事項之辦法，由中央主管機關定之。
<b>第三章</b>		<b>醫療糾紛爭議調解</b>
<b>第八條</b>		直轄市、縣（市）主管機關應設醫療糾紛爭議調解會（以下稱調解會），辦理所轄醫事人員、醫療機構與病人間醫療糾紛之調解。 當事人申請調解，得向其住（居）所地、醫療機構所在地或經雙方當事人合意之直轄市、縣（市）調解會為之。
<b>第九條</b>		直轄市、縣（市）調解會應由具有醫學、法律或其他專業知識及素孚信望之公正人士九人至二十七人組成之；其中醫學以外之委員，不得少於三分之一。 調解委員聘期為三年，並得連任之；聘期中出缺時，得予補聘，期間至原聘期屆滿為止。調解委員並應經訓練及講習。 調解會並得結合心理輔導、社工、志工等人員協助調解。 中央主管機關應編列相關預算，辦理調解人員之教育訓練及相關事項，其辦法由中央主管機關定之。
<b>第十條</b>		醫療糾紛事件之調解，應於受理日起三個月內完成。但經雙方當事人同意或有必要時，得延長三個月，並以一次為限。
<b>第十一條</b>		病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申（聲）請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟。 未依前項規定申（聲）請調解逕行起訴者，法院應移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第四百二十四條第一項規定辦

		<p>理。</p> <p>時效依第八條第二項規定申請調解而中斷者，於調解不成立後六個月內未起訴者，視為不中斷。</p>
第十二條		<p>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。</p> <p>前項函請或移付調解前，應通知被害人、告訴人或自訴人。</p>
第十三條		<p>醫療糾紛事件調解申請書，應載明下列事項：</p> <p>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療機構者，其名稱、負責人及機構所在地；申請當事人非病人本人者，其與病人之關係。</p> <p>二、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</p> <p>三、醫療糾紛事件之事實要點及相關資料。</p> <p>四、調解事項。</p> <p>調解申請書不符合前項規定者，直轄市、縣（市）調解會得定期間命申請當事人補正。</p>
第十四條		<p>醫事人員或醫療機構得請求醫療糾紛調解會要求他方當事人提出有關本案得為民事請求權之人之名冊及連絡方式，並請求直轄市、縣（市）主管機關通知其參加調解。</p> <p>就調解事件有利害關係之第三人，經調解委員同意，得參加調解程序。</p> <p>同一原因事實之醫療糾紛爭議事件，一方當事人分別與多數之他方當事人進行調解時，病人、家屬或其代理人得申請併案調解。</p>



第十五條		<p>調解程序不公開之。但當事人另有約定者，不在此限。</p> <p>調解委員及經辦調解事務工作人員，對於調解事件，除已公開事項外，應保守秘密。</p>
第十六條	<p><b>當事人</b>經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場。</p> <p>醫療機構不得有禁止或妨礙所屬醫事人員進行或成立調解之行為或措施。</p>	<p>醫療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。</p> <p>醫療機構不得有禁止或妨礙所屬醫事人員進行或成立調解之行為或措施。</p>
第十七條		<p>當事人無正當理由於調解期日不到場者，視為調解不成立。但調解委員認為有成立調解之可能者，得另定調解期日。</p>
第十八條	<p>為促進調解，直轄市、縣（市）主管機關應要求醫療機構提供所需之病歷、診療紀錄、簿據、醫療費用成本等文件或相關資料；醫療機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>調解期間調解委員得要求直轄市、縣（市）主管機關蒐集相關資料；必要時，得邀請醫學、法律專家或其他專業機構、人員列席陳述參考意見，或依當事人請求向第七條機構、團體申請<b>專業評估</b>。</p> <p>前項費用，應由申請當事人支付之，於調解成立後，該支付金額得視為調解金額之一部。</p>	<p>為促進調解，直轄市、縣（市）主管機關應要求醫療機構提供所需之病歷、診療紀錄、簿據、醫療費用成本等文件或相關資料；醫療機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>調解期間調解委員得要求直轄市、縣（市）主管機關蒐集相關資料；必要時，得邀請醫學、法律專家或其他專業機構、人員列席陳述參考意見，或依當事人請求向第七條機構、團體申請初步鑑定。</p> <p>前項費用，應由申請當事人支付之，於調解成立後，該支付金額得視為調解金額之一部。</p>
第十九條		<p>調解委員應本平和、懇切之態度，對當事人說明調解程序及相關法律效果，並為適當之勸導，力謀調解之成立。</p> <p>調解過程中，遇有強暴、脅迫或其他涉嫌犯罪之行為，調解委員得商請警察機關派員到場依法處理。</p> <p>代理人有前項行為者，調解委員得禁止其代理。</p>
第二十條		<p>調解委員調解醫療糾紛爭議事</p>

		<p>件時，如審認該事件得依本法所定申請醫療事故補償，得告知當事人依規定申請補償。</p>
第二十一條		<p>調解程序中，調解委員所為之勸導，當事人所為之遺憾、道歉或其他相類似陳述，不得採為本案刑事訴訟之證據。</p> <p>調解程序中，調解委員所為之勸導，當事人所為之陳述或讓步，於調解不成立後之本案民事訴訟，不得採為裁判之基礎。</p> <p>同一原因事實之醫療糾紛事件，一方當事人分別與多數之他方當事人進行調解時，當事人於一案調解中所為之陳述、讓步及調解結果，非經其同意，不得於另案調解中洩漏或引用。</p>
第二十二條		<p>調解委員有下列情形之一者，應自行迴避：</p> <p>一、本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬為當事人、當事人之法定代理人或代理人。</p> <p>二、與當事人或其法定代理人服務於同一機構或團體。</p> <p>調解委員未依前項規定迴避者，當事人得申請另為指定。</p> <p>當事人認為調解委員有偏頗之虞，經他方當事人之同意，得申請另為指定；他方當事人不同意時，視為調解不成立。</p>
第二十三條		<p>調解不成立者，直轄市、縣（市）調解會應即作成調解不成立證明書，並由直轄市、縣（市）主管機關於調解不成立之日起七日內將該證明書寄送當事人。</p> <p>檢察官函請或法院移付調解之事件，直轄市、縣（市）主管機關於調解成立或不成立時，應即陳報檢察官或法官，並檢還該事件全部卷證。</p> <p>調解不成立非因調解申請人均不出席所致者，調解申請人提出</p>

<p>第二十四條</p>		<p>之民事訴訟，暫免納裁判費。</p> <p>調解成立者，直轄市、縣（市）調解會應於成立當日作成調解成立書，由當事人、代理人及出席調解委員簽名或蓋章。</p> <p>前項調解成立書，應載明下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療機構者，其名稱、負責人及機構所在地；當事人非病人本人者，其與病人之關係。</li> <li>二、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</li> <li>三、出席調解委員姓名。</li> <li>四、調解事由。</li> <li>五、調解成立之內容。</li> <li>六、調解處所。</li> <li>七、調解年、月、日。</li> </ol>
<p>第二十五條</p>		<p>直轄市、縣（市）主管機關應於調解成立之日起七日內，將調解成立書及卷證送請移付或管轄法院核定。</p> <p>法院應儘速審核前項調解成立書，認其應予核定者，應由法官簽名並蓋法院印信，除抽存一份外，併調解事件卷證發還直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關收到後，應於三日內寄送當事人。</p> <p>法院因調解內容牴觸法令、違背公共秩序或善良風俗或不能強制執行而未予核定者，應將其理由通知直轄市、縣（市）主管機關。由法院移付者，並應續行訴訟程序。</p>
<p>第二十六條</p>		<p>調解經法院核定後，當事人就民事事件不得再行起訴；如已繫屬法院，視為訴訟終結。</p> <p>調解經法院核定後，當事人就告訴乃論之刑事事件，不得提起告</p>

		<p>訴或自訴；告訴乃論之刑事事件於偵查中或第一審法院辯論終結前，調解成立，並於調解書上記載當事人同意撤回意旨，經法院核定者，視為於調解成立時撤回告訴或自訴。</p> <p>經法院核定之調解，與民事確定判決有同一之效力。</p>
第二十七條		<p>當事人申請之民事調解經法院核定後，如有無效或得撤銷之原因，當事人得向原核定法院提起宣告調解無效或撤銷調解之訴。經法院移付而成立之民事調解，並經法院核定者，如有無效或得撤銷之原因，當事人得請求繼續審判。</p> <p>前二項規定，當事人應於法院核定之調解成立書送達後三十日內為之。</p> <p>民事訴訟法第五百零二條及強制執行法第十八條第二項規定，於第一項、第二項情形準用之。</p>
第二十八條		<p>依本章所為之醫療糾紛調解程序，不收取任何費用。</p>
第二十九條		<p>已繫屬於法院之醫療糾紛民事事件經移付依本法調解成立，並經法院核定者，原告得於法院核定調解書送達之日起三個月內，向法院聲請退還已繳裁判費三分之二。</p>
第三十條		<p>為取得醫療糾紛爭議事件之資料，避免未來類似事件再發生，直轄市、縣（市）主管機關應將醫療糾紛爭議調解結果，於調解書寄送當事人七日內通報中央主管機關；其通報內容及格式，由中央主管機關定之。</p> <p>中央主管機關應建立醫療糾紛爭議事件資料庫，對通報內容進行統計、分析及建議改進事項，並每年定期公布。</p> <p>前項資料庫之資料不得作為司</p>

		法案件之證據。 第二項資料庫之建立、分析及運用得委任或委託其他機關或法人團體辦理。
第四章		醫療事故補償
第三十一條	為促進病人權益，中央主管機關應辦理醫療事故補償，分擔醫療事故風險。 前項醫療事故之補償，得由中央主管機關視財源狀況及急迫程度， <u>並與相關領域團體充分溝通後</u> ，分階段 <u>五年內</u> 訂定適用醫療機構、科別、類型或項目，報請行政院核定後公告之。	為促進病人權益，中央主管機關應辦理醫療事故補償，分擔醫療事故風險。 前項醫療事故之補償，得由中央主管機關視財源狀況及急迫程度，分階段五年內訂定適用醫療機構、科別、類型或項目，報請行政院核定後公告之。
第三十二條	(103.05.29 朝野黨團協商依行政院版本修正通過) 中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下： 一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。 二、政府預算撥充。 三、菸品健康福利捐。 四、捐贈收入。 五、基金孳息收入。 六、其他收入。 <u>生產風險事故基金應以政府預算撥充之。</u>	(103.05.29 朝野黨團協商依行政院版本修正通過) 中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下： 一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。 二、政府預算撥充。 三、菸品健康福利捐。 四、捐贈收入。 五、基金孳息收入。 六、其他收入。
第三十三條	前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。 醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療 <u>收入</u> 總額之一定比率計算繳納，實施 <u>比率上限</u> 為千分之一， <u>並</u> 由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於 <u>該範圍</u> 內，調整其比率。 第一項規定繳納期限，前項醫療 <u>收入</u> 總額認定方式、分擔 <u>比率</u> 、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。	前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。 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。 第一項規定繳納期限，前項醫療費用總額認定方式、分擔比例、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。



	<p>醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。</p> <p>前條第二款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。</p>	<p>。</p> <p>醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。</p> <p>前條第二款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。</p>
第三十四條	<p>醫療機構及醫事人員未依規定期限繳納醫療風險分擔金，經以書面催繳後仍未依限繳納者，每逾二日加徵百分之一之滯納金。但加徵之滯納金總額，以應繳納醫療風險分擔金數額之百分之十五為限。</p>	<p>醫療機構及醫事人員未依規定期限繳納醫療風險分擔金，經以書面催繳後仍未依限繳納者，每逾二日加徵百分之一之滯納金。但加徵之滯納金總額，以應繳納醫療風險分擔金數額之百分之十五為限。</p>
第三十五條		<p>醫療事故補償之給付種類及申請補償給付對象如下：</p> <p>一、死亡給付：病人之法定繼承人。</p> <p>二、重大傷害給付：病人本人。</p> <p>前項補償之申請程序、補償條件、給付金額、標準、應檢附資料、重大傷害之範圍及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
第三十六條		<p>中央主管機關為辦理醫療事故補償之審議，應設置審議會，並得分區設置。</p> <p>前項審議會由中央主管機關遴聘醫學（含流行病學及病理學）、法律專家及社會公正人士、相關團體、機關代表組成，其中任一性別、法律專家及社會公正人士均不得少於三分之一。</p> <p>審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
第三十七條		<p>中央主管機關辦理醫療事故補償案件，應於收受申請之日起三個月內作成審定；必要時，得延長三個月，並以一次為限。</p>

<p>第三十八條</p>	<p>醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會作成審議決定時該醫療事故與醫療行為有因果關係及無法排除因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予補償：</p> <p>一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。</p> <p>二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。</p> <p>三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。</p> <p>四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：</p> <p>(一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。</p> <p>(二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。</p> <p>(三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。</p> <p>五、病人同意接受人體試驗且所出現之傷亡明顯與人體試驗有關。</p> <p>六、申請補償資料虛偽或不實。</p> <p>七、本法施行前已發生之醫療事故。</p> <p>醫療事故屬生產風險事故者，應予補償。</p>	<p>醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會作成審議決定時無法排除醫療事故與醫療行為之因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予補償：</p> <p>一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。</p> <p>二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。</p> <p>三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。</p> <p>四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：</p> <p>(一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。</p> <p>(二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。</p> <p>(三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。</p> <p>五、病人同意接受人體試驗且所出現之傷亡明顯與人體試驗有關。</p> <p>六、申請補償資料虛偽或不實。</p> <p>七、本法施行前已發生之醫療事故。</p> <p>醫療事故屬生產風險事故者，應予補償。</p>
<p>第三十九條</p>		<p>給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：</p> <p>一、有具體事實證明依前條規定不應補償。</p> <p>二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</p>
<p>第四十條</p>		<p>給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付</p>

		<p>之補償金，就同一醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。</p> <p>前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。</p> <p>中央主管機關向醫療機構追償時，如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。</p>
第四十一條		<p>醫療事故補償請求權，自請求權人知有醫療事故時起，因二年間不行使而消滅。醫療事故發生逾十年者，亦同。</p>
第四十二條		<p>醫療事故補償金請求權，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p> <p>受領醫療事故之補償給付，免納所得稅及遺產稅。</p>
第四十三條		<p>中央主管機關為辦理醫療事故補償業務，得限期醫療機構及其他相關機關（構）提供所需之病歷、診療紀錄、簿據或其他相關資料，被要求者不得規避、妨礙或拒絕。</p>
第四十四條	<p>主管機關為辦理醫療事故補償及其相關業務，得商請醫療機構提供相關資料，或向財稅有關機關及其他團體要求提供有關資料。</p>	<p>主管機關為辦理醫療事故補償及其相關業務，得命令醫療機構及醫事人員提供相關資料，或向財稅有關機關及其他團體要求提供有關資料。被命令或要求者不得拒絕、規避或妨礙。</p>
第四十五條		<p>有下列情形之一者，醫療事故補償審議委員應自行迴避：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、為當事人本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬。</li> <li>二、為當事人之法定代理人或代理人。</li> <li>三、與當事人或其法定代理人、代理人服務於同一醫療機構。</li> </ol> <p>申請人如知悉補償審定結果有前項應自行迴避而未予迴避之</p>

		情事，得申請重新審議。但申請人已依法提起或曾提起訴願、行政訴訟者，不在此限。
第四十六條		對補償給付審定不服者，得依法提起訴願及行政訴訟。
第四十七條		<p>中央主管機關為辦理醫療事故補償行政業務，得委託財團法人、其他機關（構）或團體辦理下列事項：</p> <p>一、補償申請之審定、給付等庶務工作。</p> <p>二、補償基金收取及管理之協助。</p> <p>三、醫療事故事件之統計與分析。</p> <p>四、醫療事故補償事件資料庫之建立、分析及運用。</p> <p>五、其他與醫療事故補償業務有關事項。</p> <p>中央主管機關得隨時要求前項受託財團法人、其他機關（構）或團體提出業務及財務報告，並得派員檢查其業務狀況及會計帳簿等資料。</p>
第四十八條		辦理醫療事故補償給付相關業務之人員，因執行職務而知悉、持有他人之秘密，不得無故洩漏，或為自己、他人利益而使用。
第四十九條		非屬參加全民健康保險之保險對象申請醫療事故補償，以依條約、協定、協議或其國家、地區之法律、慣例，中華民國人民得在該國或地區享受同等權利者為限。
第五章		<b>醫療事件通報、調查、分析及公布</b>
第五十條	為預防及降低醫療事故風險之發生，醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大醫療事故事件分析根本原因 <u>含全民健康保險醫療費用支付制度及勞動條件</u> ，提出改善方案，及配合中央主管機關要求進	為預防及降低醫療事故風險之發生，醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大醫療事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報。

	行通報。	
第五十一條		主管機關對於經辦之醫療糾紛調解或醫療事故補償事件，應進行統計分析，每年公布結果。前項公布之方式應至少包含醫療機構層級別、區域別之案件分析。
第五十二條		中央主管機關對發生醫療糾紛或醫療事故之醫療機構得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案。前項分析，得委託具公信力之機構或團體辦理，並應注意符合匿名、保密、共同學習之原則，且不以處分或追究責任為目的。
第五十三條		醫療事故發生屬中央主管機關公告之嚴重事故包含導致病人死亡或重大傷害、身心障礙等重大病人安全事件時，醫療機構應於二十四小時內通報，並在中央主管機關督導之下，由地方主管機關立即成立專案調查小組，提出改善及防止錯誤之根本原因分析調查報告，並發布之。前項專案調查小組應為必要之調查或通知關係人到小組說明及提供資料，被調查之機關（構）、團體或有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。第一項通報方式、對象、專案調查小組成立層級、召集人與組成人員、運作方式、報告完成期限及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關擬訂，報請行政院核定。專案調查小組之召集人，應由社會公正人士擔任之。
第六章		<b>罰 則</b>
第五十四條		機關（構）、團體或有關人員違反專案調查小組依前條第二項所為要求者，由中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。



		醫療機構、相關機關（構）、團體、人員規避、妨礙或拒絕主管機關依第十八條第一項、第四十三條所為之要求者，分別由直轄市、縣（市）主管機關或中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。
第五十五條		醫療機構未依第五十條規定建立風險管控機制者，由中央主管機關處新臺幣四萬元以上二十萬元以下罰鍰。
第五十六條	<b>當事人</b> 違反第十六條規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。	醫療機構或醫事人員違反第十六條規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。
第五十七條		醫療機構未依第五條第一項規定期限提供資料或提供資料不完整者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。
第五十八條		調解委員或經辦調解事務工作人員無正當理由違反第十五條第二項規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。 辦理醫療事故補償給付相關業務之人員違反第四十八條規定者，由中央主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
第五十九條		醫療機構未依第三十三條規定繳納醫療風險分擔金者，由直轄市、縣（市）主管機關限期改善，並公布其名稱；屆期未改善者，處新臺幣九千元以上三萬元以下罰鍰，並得再限期改善。
第七章		<b>附 則</b>
第六十條		為促進女性生產健康及安全之生產環境，就本法所定醫療事故補償，政府如採分階段辦理時，生產風險有關類型及項目，應優先實施。
第六十一條		本法自公布後一年施行。

\*\*正式條文以立法院公告為準