

中醫醫療糾紛及其風險管理*

Medical Disputes on Chinese Medicine and The Risk Management

陳俞沛 (Yu-Pei Chen)** 林建智 (Jan-Juy Lin)***

摘要

中醫醫療糾紛發生頻率逐漸提高，中醫師之風險管理意識與日俱增，醫師業務責任保險遂成中醫師所關切之重點。本研究旨在探討中醫師醫療糾紛處理經驗、風險管理措施及對醫責險之看法，並提出建議。本研究針對全國五千餘位中醫師實問卷調查，並在北中南三區舉辦座談會，發現如下：(1) 中醫醫療糾紛盛行率約為 10.2%；(2) 解決方式以私下和解居多，而病家非理性抗爭與不熟悉糾紛處理管道乃糾紛處理時之主要困難；(3) 醫療糾紛經驗之有無，於風險自我評估、糾紛來源之看法上有顯著差異；(4) 中醫師心目中理想之糾紛解決方式，仍以請保險公司及公會協助為主；(5) 目前保單內容、服務、專業度與保障限額無法滿足中醫師之實際需求，影響其購買醫責險之意願。

關鍵字：中醫、醫療糾紛、醫師業務責任保險、風險管理

* 本文依據行政院衛生署中醫藥委員會 2009 年度資助之研究計畫報告 (CCMP98-RD-022) 增修改寫而成，並採納二位審稿委員之寶貴建議，使本文內容更為正確充實，謹此銘謝。

** 通訊作者，國立政治大學風險管理與保險學系博士生、行政院衛生署台南醫院中醫科主任，mli2008@tahoo.com.tw。Ph. D. Student, Dept. of Risk Management and Insurance, National Chengchi University. Director of Chinese Medicine, Tainan Hospital, Department of Health, Executive Yuan, R.O.C.

*** 國立政治大學風險管理與保險學系副教授，jjlin@nccu.edu.tw。Associate Professor, Dept. of Risk Management and Insurance, National Chengchi University.

Abstract

The occurrence frequency of medical disputes in Chinese medicine increases in recent years. The medical risk management gains its importance and the use of physician professional liability insurance becomes a major issue among Chinese physicians. The purpose of this study is to analyze the experiences of medical disputes, risk management and professional liability insurance related to the operation of Chinese physicians. It conducted a questionnaire survey on around five thousand Chinese physicians and held three separate seminars in different regions in Taiwan. Its finding can be observed as follows: (1) The prevalence rate of Chinese medicine dispute is around 10.2%. (2) The dispute solution in most occasions is reconciliation in private. The difficulties for Chinese physicians are the patients' irrational reaction and the non-familiarity with the available resolutions while handling medical disputes. (3) In respect of the self risk assessment and the cause of disputes, it creates a significant difference in whether they have experience of medical malpractice. (4) The ideal resolution expected is that medical disputes can be handled by an insurer or their associations. (5) The coverage, services, professionalism and policy limits provided the insurance market can not meet the actual demand of most Chinese physicians. It influences on their willingness to purchase professional liability insurance coverage.

Keywords: Chinese Medicine, Medical Disputes, Physician Professional Liability Insurance, Risk Management

1. 背景及相關文獻

1.1 背景

近年來，由於消費者意識與權利保護觀念抬頭，病患改變就醫行為以及對醫療服務品質的期望與需求日益增高，加上法規結構不斷調整，醫師之專業責任風險趨於多樣與複雜，醫療糾紛之發生更是屢見不鮮，引起社會各界之重視與廣泛討論。傳統上醫病關係和諧之中醫界，近年來各種醫療糾紛亦時有所聞，其民事賠償或調解金額屢創新高，與過去普遍認為中醫較不易發生醫療糾紛，亦無需重視風險管理策略之看法，大相逕庭。

正因醫學有其限制，風險在所難免，在醫療糾紛案件頻率與民事賠償金額激增的今日，如何防範執業風險對醫師心理與經濟所造成之衝擊，創造更安心的執業環境為病患提供醫療服務，醫療責任風險分散機制即相形重要。「醫師業務責任保險」（以下簡稱醫責險）制度雖為各界熱切關注與討論的風險分散機制之一，但依據財團法人保險事業發展中心於 2008 年的統計資料，全台投保醫責險的醫師人數比率卻偏低，其原因頗值探討。中醫界之醫療糾紛雖不斷增加，但多數中醫師之風險意識卻仍普遍較西醫為低，對醫療糾紛之預防與後續處理措施等相關議題也更顯陌生。因此，為提高就醫品質與促進醫病關係和諧，探究中醫醫療糾紛現況與中醫師對醫療責任風險管理之需求與期待，遂成爲一項重要研究議題。

所謂醫療爭議或稱醫療糾紛（Medical Dispute 或 Medical Malpractice），學者對其定義見解相當分歧，有學者指出，廣義的醫療糾紛泛指與醫療有關之任何爭議均可稱之，但不外乎與醫療相關的費用、態度與醫療傷害三方面；狹義的醫療糾紛即指因醫療傷害所涉及醫療傷害責任歸屬之爭執（楊秀儀，2003），我國法律上一般使用之醫療過失、醫療爭議或醫事責任等名詞亦包含於醫療糾紛範圍內（趙清遠，2005）。一般學術文獻或實務見解則認為醫療糾紛係指「醫療提供者與病患（或家屬）間因醫療傷害所生民、刑事責任歸屬之爭議，其形式以口頭、書面或訴訟等方式提出，或向醫事人員本人、醫療機構、主管機關、法院或其他社會團體提出皆屬之」（陳榮基，1993），至於其他關於醫療費用、醫德、服務態度之爭執，或認為醫事人員或醫療機構違反行政法規、與醫療傷害無關之刑事法規，而向主管機關、司法機關申訴、告發等則不屬之。本文所探討的醫療糾紛，係專指「醫病間因醫療傷害所生責任歸屬之爭執」，至於因醫療費用或醫療態度之醫療糾紛，則非本研究之探討範圍。

我國目前雖無特別機構與專門法規處理醫療糾紛，卻早已建立起可供醫療糾紛當事人選擇之多元化紛爭解決機制。實際上，醫療糾紛以訴訟方式解決者應屬少數，多數案件係依事件嚴重性選擇私下和解或調解、調處等各種方式為之，因醫療糾紛屬強制調解案件，除最常使用之私下和解外，亦可透過鄉鎮市調解委員會或法院調解，調解書經法院核定即與確定判決具同等效力；此外，亦可由地方衛生主管機關介入調處等多元管道尋求解決。但醫師對自身權利義務並不十分了解，亦忌憚糾紛檯面化而影響聲譽，故不論過失有無，常私下和解賠償（姚嘉昌，2001），以致糾紛越演越烈，危害醫病關係。行政院衛生署醫事處資料顯示¹，醫療糾紛委託鑑定案件每五年受理案件數，於 1987-1991 年共計 713 件，1992-1996 年間共計 924 件，1997-2001 年共計 1,628 件，2002-2006 年則有 2,162 件，至 2007-2009 年 10 月底止已增至 1,360 件，自 1987 年累積至今合計則共有 6,787 件鑑定案件。雖然案件數有逐年增加趨勢，但醫療訴訟案件與龐大的醫療傷害件數相比，應僅為冰山一角，私下賠償的件數與金額難以統計。

依前述最新資料顯示，醫療鑑定案件以刑事案件（79%）所佔比例為大宗，其次為民事（14.8%）或其他（2.5%）案件，被告身分為醫師者有 5,971 人（中醫 64 人、西醫 5,776 人、牙醫 131 人），佔所有被告 6,348 人中之 94%，遠較其他醫事人員為多。而由於推拿師非屬醫療法第 10 條所稱醫事人員或醫師，故以推拿師或整復師為被告之醫療糾紛，未納入上述以醫師身分為被告之歷年統計中，此外，中醫訴訟案件較少，歷年來總共 64 件，其中民事僅佔 7 件，其餘 57 件皆為刑事案件。可惜主管機關未依中醫分科² 做進一步細分，故無法得知中醫各科別之糾紛發生頻率，相關之公開數據更加難以取得，因此無法知悉目前中醫醫療糾紛的態樣，值得所有研究者進一步探討。

目前中醫醫療糾紛相關研究方面，綜觀國內外全面性、涵括性高的研究實在屈指可數，無法深入了解全貌，但西醫調查或許可作為中醫調查之比較參考，研究曾指出約有 44% 的西醫師在職業生涯曾有醫療糾紛經驗，26% 在過去五年內有過醫療糾紛經驗，並多以自行和解或調處來解決糾紛，亦發現醫療糾紛的確會影響醫師醫療行為，近八成的醫師會減少治療沒有把握或病況不佳的患者（陳榮基、謝啓瑞，1991），爾後在 2005 年研究指出，最近五年內有 22.1% 醫師遇到過醫療糾紛，若以整個職業生涯而言，則有 36% 的醫師曾經發生過醫療糾紛。而西醫易發生醫療糾紛者具有以下特性：35-54 歲、男性、外科、婦產科、骨科與麻醉科等科別、南部縣市以及在醫院執業之醫師，最常見的糾紛原因為醫療過程引起的

¹ 資料來源：依 2009 年行政院衛生署醫事處所提供之書面資料。

² 中醫分科在衛生署分類統計中，有一般診療科（不分科）、內科、外科、兒科、婦科、針灸科、痔科等；在健保給付方面，則有針灸科、內科和傷科，此臨床分科方式與西醫（內、外、婦、兒等科別）大相逕庭，故現行醫事審議委員會以西醫為主的分類統計可能無法運用於中醫。

不良反應（手術感染併發症等），其次為病患對醫療結果或過程的不滿意（吳俊穎等人，2009）。

中醫方面於 2002 年始有學者針對當時 3,514 位執業中醫師實務運作上所發生之醫療糾紛做調查，發現中醫醫療糾紛機率約為 15.4%，中醫師也處於高風險的醫療糾紛環境，其中以年紀較輕、男性、骨傷科、內科與針灸科為醫療糾紛發生率較高的特徵，原因則以治療相關（36.6%）、不良反應（31.7%）及不滿意（15.9%）等為主；此外，由於中醫在治療方面較少侵入性的儀器或技術，糾紛多起因針灸或傷科處置造成氣胸、休克、感染或皮膚過敏等，內科則以口服藥副作用為主；在中醫師所執行的醫療項目中，該研究結果顯示 80.1%的中醫師會開口服藥給病患，66.2%的中醫師會給病患針灸治療，而 50.1%的中醫師會給予病患推拿治療，顯示多數中醫師以口服藥佐以針灸或推拿為主要治療方式（楊哲彥，2002；楊哲彥、楊秀儀，2004）。

1.2 醫療糾紛之民事法律責任

醫師於執行醫療行為時，因故意或過失，導致病患發生傷害或死亡之結果時，依法須負之責任為民事責任、刑事責任以及行政責任（蘇文斌等人，2007）。民事責任部分，分為契約責任與侵權行為責任，此二責任為我國民法通說認為之請求權競合。

契約責任僅發生於特定債權人與債務人間，通說認為醫師與病患訂立契約為之診療者，互為債權人與債務人，互負給付義務，是為醫療契約，且實務上亦早已肯認（吳志正，2006）。醫療提供者所提供之醫療給付債務，係依據治療當時的臨床醫療水準而決定，無法擔保治癒病患之醫療結果必定發生，而僅負擔提供善良管理人的醫療給付義務，且醫師施行醫療行為時，無論有償或無償，均得基於專業知識與經驗享有一定範圍之自由裁量權，不受病人的意見拘束或指揮監督，故醫療契約應為委任契約或類似委任契約關係（陳聰富，2008），僅於當事人間有特別約定之例外，始得認定為承攬契約或僱傭契約，實務界亦多持此見解（吳志正，2006）。而現今醫療機構規模化，醫療契約之當事人可能為該醫療機構，該機構應對病患負依債之本旨給付義務，此時受聘僱醫師僅係債務之履行輔助人，因契約關係存於病患與醫療機構間，醫師與病患並無契約關係，故醫師於醫療行為時如有故意或過失，醫療機構應依民法第 224 條當履行輔助人（醫師或其他醫事人員）關於債務之履行（醫療行為）有故意、過失時，債務人（醫療機構）應與自己之故意或過失負同一責任，為履行輔助人之行為負債務不履行之責任（黃丁全，2000），此時受僱醫師應依民法侵權行為之相關規定負責。

1.3 消費者保護法於醫療責任之適用問題

我國民事責任以過失責任主義為原則，雖台北地方法院 85 年訴字第 5125 號判決（馬偕肩難產案）引用消保法第 7 條無過失責任，引起學說及實務界之論爭，爾後我國於 2004 年醫療法增修時，通過醫療法第 82 條第 2 項：「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」將醫療侵權責任定位為過失責任，排除消保法第 7 條無過失責任之適用（吳志正，2006；高添富，2006），此紛爭始暫告趨緩，本文深表贊同。

然有問題之處為消保法第 51 條有我國唯一對侵權行為處以「懲罰性賠償金」的規定，是否可適用於醫療傷害不無疑問，由於最高法院對於醫療糾紛判處懲罰性賠償金亦多持反對見解³，因此目前懲罰性賠償金於醫療侵權行為之適用及可保性爭議尚未浮上檯面，但少數下級法院已出現判處醫院懲罰性賠償金之案例⁴，且保險實務於 2009 年（公會版）醫責險保單條款第 4 條及醫療機構綜合責任險保單條款第 5 條，已明文將懲罰性賠償金列為不保事項，而醫療法第 82 條第 2 項雖排除消保法第 7 條之無過失責任，卻無法明確看出排除消保法第 51 條懲罰性賠償金之理由，最高法院雖以目的性限縮方式將醫療糾紛排除其適用範圍，但理由並不充分，相信日後必定引發爭議，應及早解決。

此外，懲罰性賠償金是否應如保單條款般與「罰金、罰鍰」等一般國家公權力制裁同視，為求「公共利益」而將之列為絕對不保事項亦有疑問，此類關於懲罰性賠償金可保性之討論，長久以來即是美國各州爭議的問題，但從美國各州之立法趨勢可知，除了內布拉斯加州、新罕布夏州、猶他州及華盛頓州等四州全面禁止懲罰性賠償金的可保性（其中內布拉斯加州、新罕布夏州及華盛頓州原本就不承認懲罰性賠償金制度），其他的四十六州皆程度不等的允許懲罰性賠償金具有可保性（有二十州全面允許），在美國法發展趨勢上，雖然對懲罰性賠償金承保範圍有不同意見，但允許懲罰性賠償金投保者似屬多數見解，因此，關於懲罰性賠償金可保性之爭議，雖在一時間內不可能如煙消雲散般的消失，但趨於肯定的見解應會增加（李志峰，2000）。目前我國只有消保法第 51 條有懲罰性賠償金規定，且法院實務多未適用於醫療糾紛案件，但保單條款卻率先將其列為不保事項，其妥適性如何有待討論。本文以為，醫療傷害案件多因過失行為所導致，將

³ 最高法院 94 年度台上字第 1156 號判決、最高法院 95 年度台上字第 2178 號判決、最高法院 93 年度台上字第 2302 號判決。

⁴ 臺灣嘉義地方法院 92 年度醫字第 1 號判決、臺灣高雄地方法院 92 年度醫字第 6 號判決、臺南高分院 94 年度醫上易字第 1 號判決。

之列為承保對象，應無違反公共政策之疑慮，即使對醫療糾紛適用消保法第 51 條懲罰性賠償金持肯定見解，仍可將「過失」醫療侵權行為之懲罰性賠償金列為「加費承保事項」而非「絕對不保事項」，以求平衡。

1.4 醫師業務責任保險

在醫療糾紛頻傳與多元醫療責任風險恐已成為常態的今日，對中醫師而言，如何發展出有效的醫療糾紛風險管理策略，確認風險並選擇合適的方法加以控制處理，成為課不容緩的議題。由於醫療風險具有風險之「事故發生的不確定性」與「事故發生遭受損失的機會」(陳長文，2002)二種特質，即使盡力避免與降低風險，且醫療處置皆已符合客觀專業水準與醫療原則，由於醫療結果的不確定性，亦無法完全避免傷害，損失發生仍難避免，因此事後的財務填補措施便為醫師們所重視。在這方面，最為醫界所關注的議題即為移轉醫療風險之醫師業務責任保險，該保險雖然不能解決所有問題，但仍能在短時間內填補病患的損害，並適度減輕醫師在處理過程與金錢給付上的負擔，讓醫師能回到工作崗位繼續執行業務，特別對於高風險科別醫療風險之分散，實有其重要性。

保險基本的功能乃保護被保險人免於未來損失，即透過風險移轉及分散，讓被保險人繳納少數保費，在未來面臨損失時，能由危險共同體填補被保險人之損失 (Kenneth, 2005)。責任保險 (Liability Insurance) 者，即被保險人依法對第三人負賠償責任時，由保險人依其責任限額負補償責任之保險，換言之，亦即被保險人欲免除自己對第三人之損害賠償責任為目的，所訂立之保險契約，故又稱第三人責任保險 (Third-Party Liability Insurance) (Baker, 2003)。醫師業務責任保險 (Physician Professional Liability Insurance) (以下簡稱醫責險) 即承保被保險人於執行醫師業務，因過失或錯誤或疏漏行為而違反其業務上應盡之責任及義務，直接引致病患體傷或死亡，被保險人依法應負賠償責任，由保險公司對被保險人負賠償之責 (凌氫寶等人，2005)。因該保險之保險人於被保險人可能須為被害人所受傷害負責時，為被保險人之利益，保險人給付保險金之直接對象應為被保險人，但該第三人與保險人間並無契約關係，第三人所受之損害卻能獲得填補，可知醫責險為第三人責任險。此外，責任保險契約被保險人之抗辯行為，應將之解釋為義務，相對地，保險人亦應負擔此抗辯行為所需費用，以符合保險契約為最大善意契約的特性 (汪信君、廖世昌，2006)，依我國保險法 91 條第 1 項：「被保險人因受第三人之請求而為抗辯，所支出之訴訟上或訴訟外之必要費用，除契約另有訂定外，由保險人負擔之。」規定，故醫責險除保險契約有排除保險人為被保險人支付抗辯費用之約定外，保險人有為被保險人支付抗辯費用之義

務，即使抗辯費用超過保險金額，保險人亦應負責（李志峰，2009）。雖醫責險在醫療糾紛後續賠償中能發揮很大的功能，如鼓勵醫師採取有效率的醫療行為、迅速有效的賠償等（Anonymous, 2008），但該險種安排的適切性很重要，若安排不當將影響保費或保險範圍（Keep, 2008），該保險之被保險人僅為醫師本身，醫療機構綜合責任保險（2009年前稱醫院綜合責任保險）始能包括醫療機構及其所有醫事人員之責任及公共意外責任。

目前我國責任保險承保方式分為事故發生基礎及索賠基礎二類，事故發生基礎保單（Occurrence Basis）係指被保險人在保險單有效期間內發生意外事故，造成第三人之體傷、死亡或財務損失，保險人始負賠償責任，而在保險單生效日前或保險期間屆滿後發生之保險事故，保險人皆不負賠償責任（盧榮和、洪德俊，2004），亦即，只要事故發生在保單有效期間，不論第三人的人身傷害或財物損失是否發生在保單到期後，保單均會啟動（李志峰，2009）。因此，被保險人若在保險有效期間，造成應向第三人負責任之事由，則無論第三人之請求是在保單有效期間或保單到期後提出，保險人即應負責（York & Whelan, 1988；Lantz, 1994）。此類保單設計之優點為責任歸屬明確，但依民法 197 條 1 項規定，若受害人未能發現受有損害或者未發現被保險人為肇事者，則受害人有十年之發現期，同時，自發現之日起二年內提出損害賠償請求者，被保險人仍應負責賠償，而責任保險人亦需負責，此即長尾責任（Long Tail Liability）。由於事故發生基礎有此種長尾責任之缺點，因此僅保險事故之發生可立即知悉或發現者，採用此類事故發生基礎為宜。

另一種為索賠基礎保單（Claims Made Basis），又稱賠償請求基礎，乃是為了免除保險人在保單到期後的長尾責任，保險人為了限制承保範圍、減輕賠償責任，限制在保單生效前已發生的事故行為，在保單有效期間遭到第三人提出賠償請求而啟動保單，通常有追溯日（Retroactive Date）的設計，約定在追溯日前已造成的事故行為衍生的賠償請求，保單並不啟動（財團法人保險事業發展中心，2005），此外，另可約定除第三人的賠償請求在保單有效期間內提出，且被保險人在收到第三人的請求後，亦需在保單有效期間向保險人報告，此時保單才會啟動，前述須向保險人報告之保單稱為賠償請求-報告保單（Claims-Made-And-Reported Policy）（Anderson, 1993）。故為了平衡被保險人的利益，遂發展出發現期間（Discovery Period），凡被保險人於追溯日起至保險期間屆滿前，因執行醫師業務直接引致病人體傷或死亡，而於發現期間內受賠償請求者，亦負賠償之責。因此，索賠基礎保單承保的範圍已被大大地被限縮，保險人風險控管較為容易，故往後責任保險人對於營運上將可能產生遲延傷害及賠償請求風險的企業，多只願

提供索賠基礎的保單以控制其風險，索賠基礎保單似已成為保險人風險管理較佳的方法之一。

由於醫療傷害可能會經歷一段潛伏期，故當請求權人向被保險人請求賠償時，已距離該事故一段時間，導致保險人先前所收取的保費可能無法因應日後被索賠的額度，因責任發生和保單到期的間隔有非常長地時間（Hogg, 1998），具有「長尾責任」之複雜性，尤其醫療事故病患索賠額度相較於其他財產意外保險可能更高，使保費精算上倍增困難，醫責險之設計大致上會採用索賠基礎以避免長尾責任，但對醫師來說卻較為不利，故而保險公司會提供「發現期間」，讓到期未續保或中途退保的索賠基礎保單，能將通報期間延長至保險期滿後一定時間（李志峰，2009）。

由於醫療風險較一般行業不確定性更高，法院判決先例與立法制度以及醫療事故引發損害賠償求權之披露，可能造成類似案件之被害人也提出賠償請求，且某案和解金額亦可能成為他案之先例，其所承保各風險間關聯性是必然存在的（許杏僑，2004），而醫療訴訟所高度仰賴之專業鑑定亦無一客觀標準，更加深該險種之不確定性，使保險人對其風險難以評估，醫責險保費一直居高不下。此外，因我國醫師多未建立醫療風險管理觀念、無強制投保規定⁵、保障無法滿足被保險人需求、保險業缺乏醫療專業人才、保險項目不足、保單探索賠基礎對醫師甚為不利（陳自治，2007）等因素造成投保該險種之醫師比例偏低。資料顯示，1966年至1989年為止，醫責險經營的並不理想，1987至1989年間該險種業務幾乎呈停滯狀態，至1997年增至17,586,490元，其後經營持續始有所進展。醫責險與醫療機構綜合責任險之投保件數，分別自1999年的1,261件、925件，成長至2008年的4,881件、2,335件（保險事業發展中心，2009）。但相較於2008年全國醫師總數54,655人⁶，投保人數仍屬偏低，且高添富（2009）指出，2004年醫師每年花在醫療糾紛的賠償金高達76億，然當年度總收入僅1.6億元⁷（保險事業發展中心，2009）。現行中醫師對醫責險的需求現況以及該險種是否尚有討論改進的空間，亦為本研究所欲討論之重點。

⁵ 醫責險是否應以政策保險方式立法強制投保，其保費應如何計算分擔及承保內容之設計等，皆涉及政策及立法之專業辯論，目前尚未形成共識，亦非本文討論之範圍，在此敘明。

⁶ 分別為中醫師 5,308 人、西醫師 38,193 以及牙醫師 11,154 人。資料來源：中華民國醫師全國聯合會、中華民國醫師全國聯合會網頁（<http://www.tma.tw/stats/stats12.asp>，最後造訪日 2010.2.27）以及台灣牙醫界，2009，28 卷 6 期。

⁷ 當年度醫責險收入共 52,216,751 元，醫療機構綜合責任險收入共 107,808,091 元。實際上，本文以為應尚須扣除少數公共意外責任險保費。

2. 研究設計

2.1 研究目的

為了解中醫醫療糾紛的現況與處理經驗，探討中醫醫療糾紛特性與風險管理措施以及中醫師對醫師責任保險之看法，本研究之研究目的臚列如下：

- (1)中醫醫療糾紛現況與處理經驗；
- (2)中醫醫療糾紛是否與高風險執業有關；
- (3)醫療糾紛經驗是否影響中醫師對風險管理與糾紛之處理方式；
- (4)執業風險是否影響中醫師對醫責險之投保取向。

2.2 研究母群體與研究方法

因該主題為新興領域之初探，本研究以中華民國中醫師公會全國聯合會 2009 年 6 月為止登錄於會員名冊上之全體執業中醫師共 5,308 人為研究對象，以問卷普查輔以北、中、南三區焦點團體方式，凝聚多方共識並徵詢各界對中醫醫療糾紛之寶貴意見，希冀對中醫醫療糾紛預防與處理提出建議，來促進醫病關係和諧、提升中醫服務品質。

2.3 問卷設計與焦點座談會

本研究對「醫療糾紛」的定義，係指因醫療行為造成病患死傷，病患或家屬向醫師等人提出求償之爭執，不論刑事告訴、民事起訴、調解、和解或病患所提出之金錢請求等，均屬之。本研究統整醫療糾紛與醫責險的現況等資料後，參考相關實證研究問卷研擬問卷，主要參考之問卷範例為國內學者陳榮基、謝啓瑞（1991）及楊哲彥（2002）探討醫療糾紛等研究問卷，於符合本研究重點與目的架構下修改問卷、設計開放性欄位，使問卷填答者能不受限制回答，以免遺失重要研究資訊。最後，匯整中醫、保險以及法律三大領域專家學者各二至五位不等意見，逐題深入討論，並參酌其意見修擬問卷初稿，經由專家學者們確認問卷效度，依專家意見結果求取內容效度指數（Content Validity Index, CVI），問卷項目正確性達到 80%以上。

因本研究為現況與經驗調查，故以立意取樣 30 位執業中醫師進行問卷前測，於二週後請該 30 位中醫師重新填答問卷，共回收有效問卷 28 份，填答一致性的平均百分比達到 85%以上，因此問卷應具有穩定信度。最後依受試者反應修訂敏

感問題與題意不明處，正式問卷重新編排為四個子問卷，分別為：第一單元「基本資料」15題、第二單元「您最近的醫療糾紛經驗」8題、第三單元「醫療糾紛與您」7題、第四單元「醫師業務責任保險認知」11題，並保留聯絡欄位，邀請中醫師與專家學者參與焦點座談會。

2.4 研究步驟

本研究考量母群體龐大且回收率可能偏低，故聯繫全國各縣市中醫師公會，於在職教育現場發放回收問卷，未能當場填寫問卷者或未能安排演講之縣市，則以郵寄方式發放問卷。問卷依照回收的順序編號，分別針對受訪者的性別、年齡、執業地點、科別、年資、主要治療方式；醫療糾紛發生之有無、時間、件數、因應行為、所遭遇之困難、對保險公司與律師的看法、自我風險評估；是否投保醫責險、對醫責險的重視程度、期待的保障、相關服務需求等資料，逐一建檔進行統計分析。而北中南三區焦點座談會則廣邀中醫師、法律以及保險等各界專家學者，深入探討各界對中醫醫療糾紛與後續理賠之意見。最後以質量並重方式來分析資料，期對中醫醫療糾紛之相關配套措施與保險理賠架構提出建言，作為未來政策擬定的參考。

2.5 統計及結果分析

本研究仔細過濾之問卷，刪除答案不完整、重複填答以及答案明顯不符合需求等問卷後，對有效問卷進行分析。依據研究目的，在資料分析工具方面以 SPSS 17.0 套裝軟體分析資料並彙整歸納各界意見，除了以描述性統計來了解研究對象基本資料分布、中醫醫療糾紛經驗與現況、中醫師對醫責險的看法等資料外；在醫療糾紛方面，以卡方檢定 (Chi-square Test) 針對中醫師性別、年齡、主要治療方式、學歷、年資、病患人數、執業型式、對病患施行針灸或推拿的比例等基本資料來分析醫療糾紛，觀察變項間有無顯著的差異，接著再以邏輯斯回歸 (Logistic Regression) 納入上述各項基本資料，來探討影響醫療糾紛之相關因子；在風險管理策略方面，使用卡方檢定來分析醫療糾紛經驗之有無與中醫風險評估、未來風險管理策略等項目間有無顯著的差異；在醫責險方面，以卡方檢定針對中醫師性別、年齡、主要治療方式、學歷、年資、病患人數、執業型式、對病患施行針灸或推拿的比例等基本資料來分析中醫師投保醫責險的取向，接著再以邏輯斯回歸分析影響醫責險取向的相關因子。上述統計皆以 $P < 0.05$ ，作為統計上顯著差異標準。此外，本研究為該新興領域之試探性研究，為求資訊之完整性，亦將三區焦點座談會意見與統計資料相互映證，用以闡釋研究結果。

3. 研究結果與討論

3.1 問卷調查研究結果

a. 問卷及樣本分析

本次調查共有 5,308 人，其中 2 位醫師因住址不正確而遭退件，實際發出問卷數為 5,306 份，有效問卷總數共 1,491 份，問卷回收率為 28.08%。目前中醫除各縣市公會會員人數外，雖無其他人口群資料可供比較，但本研究問卷回收率已達 28.8%，且回填問卷之各縣市人數與各縣市實際中醫師人數比例相當接近，故本問卷資料應與現況相當。

b. 中醫醫療糾紛經驗與現況

本研究發現，最近一年內有 4.3% 的中醫師有過醫療糾紛，於最近五年內發生者則佔 9.5%，整個職業生涯則有 10.2%（152 份問卷）中醫師有過醫療糾紛，本研究之醫療糾紛發生率較其他研究（楊哲彥，2002）15.4% 為低。主要發生原因以推拿（21.7%）和針灸（21.1%）副作用或後遺症為主，其次為其他治療副作用或後遺症（19.7%）、病患對醫療結果不滿意（15.8%）、其他人員的疏忽（12.5%）以及未歸類原因（11.6%），可見現行中醫醫療糾紛多與治療方式或醫療團隊有關（表一）。

至於中醫醫療糾紛解決方式（表一），係以私下和解（54.2%）與其他方式（17.6%）為主，而其它方式亦類似前述之私下和解，係由僱主或中醫師公會出面代為處理，其次為鄉鎮市委員會調解（13.1%）、刑事告訴（10.5%）、民事告訴（8.6%）等。當時有保險公司介入處理者僅佔 11.3%，其中高達 68% 中醫師認為保險公司對糾紛處理有用或非常有用。資料顯示，有 79.2% 的醫療糾紛可於 6 個月內解決，賠償金額亦於 20 萬以下者居多（但多數有醫療糾紛經驗的中醫師仍表示不了解糾紛處理所需成本）。

面對醫療糾紛所採取之因應行為方面（表一），結果發現，安撫病患與家屬（76.5%）和檢查病歷書寫有無問題（51%）是多數中醫師面對糾紛時會採取的行動，其次為尋求同業醫師意見（30.7%）、請求律師專業協助（25.5%）、請所屬公會協助（24.8%）、請保險公司處理（17%）以及訴訟（7.8%）；此外，亦有中醫師會選擇自認倒楣賠錢了事（21.6%）或盡量不宣揚（20.3%）等消極方式來面對糾

紛。於處理醫療糾紛所遇到的困難方面，雖然自認處理糾紛並無困難者有 66 位，佔 44.0%，但亦有中醫師認為困難來自於病家無理取鬧或騷擾（38.7%）、處理過程心力交瘁（24%）、不知協助處理管道（20.7%）、沒時間處理（16.7%）、不懂醫事法律（14.7%），而認為賠償金額無力負擔者僅 6.7%。

表一 中醫醫療糾紛經驗與現況

變 項	人數	%	變 項	人數	%
糾紛發生原因（複選）			處理醫療糾紛的困難（複選）		
診斷過程瑕疵	8	0.5	處理妥善並無困難	66	44.0
藥物不良反應	15	9.9	病家無理取鬧或騷擾	58	38.7
針灸副作用或後遺症	32	21.1	賠償金額無力負擔	10	6.7
推拿副作用或後遺症	33	21.7	不知協助處理管道	31	20.7
其他治療副作用與後遺症	30	19.7	處理過程心力交瘁	36	24.0
醫療結果不滿意	24	15.8	不懂醫事法律	22	14.7
原因不明	15	9.9	沒時間處理	25	16.7
其他人員的疏忽	19	12.5			
未歸類原因	18	11.6			
解決糾紛的方式			糾紛處理時間		
民事訴訟	13	8.6	<六個月	118	79.2
刑事告訴	16	10.5	六個月至一年	12	8.1
衛生局調處	11	7.2	一年至二年	5	3.4
鄉鎮市委員會調解	20	13.1	二年至三年	2	1.3
私下和解	83	54.2	三年至四年	1	0.7
其他	27	17.6	五年以上	1	0.7
			尚未完成	9	6
中醫師面對糾紛之行動（複選）			有無保險公司介入處理		
安撫病患及家屬	117	76.5	有	17	11.3
檢查病歷書寫有無問題	78	51.0	無	134	88.7
自認倒楣賠錢了事	33	21.6			
請求律師專業協助	39	25.5	保險公司對糾紛處理的幫助		
請保險公司處理	26	17.0	非常有用	5	26.3
詢問同業醫師的意見	47	30.7	有用	8	42.1
請所屬公會協助	38	24.8	普通	4	21.1
盡量不宣揚	31	20.3	沒有用	1	5.3
請黑道幫忙處理	1	0.1	完全沒有用	1	5.3
委託民代或有力人士協調	10	6.5			
訴訟解決	12	7.8			
其他	12	7.8			

c. 基本資料與糾紛經驗之關係

在基本資料中，中醫師以男性（76.2%）為主，年齡層主要分布於 30-60 歲間（共約 84.4%），治療方式以口服藥、針灸、推拿為主，以特考取得醫師資格之中醫師佔 58.2%，執業方式集中於自行開業（58.9%），而對病患施行針灸與推拿之比例，皆主要集中於 50%-80%間。為瞭解中醫醫療糾紛於基本資料項目間之分佈，以卡方檢定發現，除醫師資格取得方式外，其它基本資料於醫療糾紛之發生皆有顯著差異，且絕大多數項目的 P 值皆小於 0.005。接著，再將這些變項使用邏輯斯回歸分析，以醫療糾紛有無為依變數，基本資料各項目為自變數，統計結果發現如下：（表二）

以下各項有較高的機會發生醫療糾紛，分別為：男性（OR=2.063, P=0.003）、年齡 40-50 歲（OR=2.190, P=0.013）、非以內服藥為主要治療方式者（如：針灸 OR=0.354, P=0.000）、最高學歷為碩士（OR=2.306, P=0.004）或博士（OR=2.258, P=0.042）者、學士後中醫系（OR=1.694, P=0.006）畢業、執業方式為受僱診所負責人（OR=2.05, P=0.017）、執業年資為 15-20 年（OR=2.288, P=0.001）者、每診病患人數越多者（如：每診人數大於 40 人者，OR=6.371, P=0.001），以及為病患施行針灸（如：施行比例高於 80%者，OR=4.818, P=0.000）或推拿（如：高於 80%者，OR=3.377, P=0.000）之比例越高者。（表二）

表二 基本資料與醫療糾紛經驗

	合計 (n=1491)	醫療糾紛經驗		P 值 ¹	OR(95% C.I.) ³	P ²
		有(n=152)	無(n=1336)			
性別				0.002*		
男	1137(76.2%)	131(11.5%)	1004(88.5%)		2.063(1.28-3.324)	0.003*
女	353(23.6%)	21(5.90%)	332(94.1%)		1	0.000*
年齡				0.033*		
<30 歲	36(2.4%)	2(5.5%)	34(94.4%)		0.801(0.173-3.711)	0.777
30-40 歲	356(23.8%)	31(8.7%)	325(91.2%)		1.299(0.663-2.546)	0.447
40-50 歲	499(33.4%)	69(13.9%)	429(86.1%)		2.190(1.180-4.062)	0.013*
50-60 歲	406(27.2%)	37(9.1%)	368(90.9%)		1.369(0.710-2.640)	0.349
>60 歲	190(12.7%)	13(6.8%)	177(93.2%)		1	0.022*
治療方式				0.000*		
內服藥	1389(97.5%)	147(10.1%)	1305(89.8%)		1.4800(0.565-3.872)	0.425
針灸	1031(72.4%)	132(12.3%)	935(87.6%)		.354(0.218-0.575)	0.000*
推拿	689(48.4%)	90(12.6%)	625(87.4%)		.606(0.431-0.853)	0.004*
其它	21(1.5%)	4(18.2%)	18(81.8%)		1	0.000*
最高學歷				0.001*		
專科	271(18.1%)	21(7.7%)	250(92.3%)		1	0.002*
學士	750(50.3%)	74(9.9%)	675(90.1%)		1.305(0.787-2.164)	0.302
碩士	229(15.3%)	37(16.2%)	191(83.8%)		2.306(1.307-4.068)	0.004*
博士	69(4.60%)	11(15.9%)	58(84.1%)		2.258(1.031-4.942)	0.042*
其它	172(11.5%)	9(5.3%)	161(94.7%)		0.665(0.297-1.489)	0.322

執業年資				0.001*		
≤2 年	157(10.5%)	6(3.8%)	151(96.2%)		1	0.002*
2-5 年	144(9.60%)	15(10.4%)	129(89.6%)		.474(0.194-1.157)	0.101
5-10 年	302(20.2%)	34(11.3%)	267(88.7%)		1.388(0.728-2.646)	0.319
10-15 年	278(18.6%)	46(16.1%)	240(83.9%)		1.520(0.915-2.525)	0.106
15-20 年	185(12.4%)	19(10.3%)	166(89.7%)		2.288(1.417-3.695)	0.001*
>20 年	416(27.9%)	32(7.7%)	382(92.3%)		1.366(0.753-2.480)	0.305
醫師資格				0.072		
特考	868(58.2%)	72(8.3%)	795(91.7%)		1	0.035*
學士後	392(26.3%)	52(13.3%)	339(86.7%)		1.694(1.160-2.473)	0.006*
中醫系	217(14.6%)	27(12.4%)	190(87.6%)		1.569(0.981-2.510)	0.060
其它	14(1%)	1(7.7%)	12(92.3%)		0.920(0.118-7.178)	0.937
每診人數				0.002*		
≤10	167(11.2%)	4(2.4%)	162(97.6%)		1	0.004*
10-20	447(29.9%)	37(8.3%)	408(91.7%)		3.673(1.288-10.470)	0.015*
20-30	447(29.9%)	54(12.1%)	392(87.9%)		5.579(1.988-15.659)	0.001*
30-40	326(21.8%)	41(12.7%)	283(87.3%)		5.867(2.064-16.687)	0.001*
>40	103(6.9%)	13(13.0%)	87(87.0%)		6.371(2.036-19.938)	0.001*
每週人數				0.000*		
≤100	196(13.1%)	11(5.6%)	184(94.4%)		1	0.006*
100-200	435(29.1%)	34(7.9%)	399(92.1%)		1.425(0.706-2.876)	0.322
200-300	482(32.3%)	54(11.2%)	427(88.8%)		2.115(1.081-4.138)	0.029*
300-400	303(20.3%)	45(15.0%)	257(85.0%)		2.929(1.475-5.815)	0.002*
>400	74(4.96%)	7(9.6%)	66(90.4%)		2.028(0.660-4.767)	0.146
執業				0.010*		
開業	879(58.9%)	94(10.7%)	783(89.3%)		1	0.015*
診所受僱	357(23.9%)	24(6.7%)	332(93.3%)		.602(0.378-0.9660)	0.033*
醫院受僱	172(11.5%)	18(10.5%)	154(89.5%)		.974(0.571-1.659)	0.922
受僱負責人	81(5.4%)	16(19.8%)	65(80.2%)		2.050(1.140-3.6899)	0.017*
其它	2(0.1%)	0(0.0%)	2(100%)		.000(.000)	0.999
針灸治療				0.000*		
無此療法	289(19.3%)	13(4.5%)	274(95.5%)		1	0.000*
<20%	517(34.6%)	46(8.9%)	470(91.1%)		2.063(1.095-3.886)	0.025*
20%-50%	396(26.5%)	48(12.1%)	347(87.9%)		2.916(1.548-5.490)	0.001*
50%-80%	202(13.5%)	28(13.9%)	173(86.1%)		3.411(1.720-6.766)	0.000*
>80%	87(5.8%)	16(18.6%)	70(81.4%)		4.818(2.214-10.483)	0.000*
推拿治療				0.000*		
無此療法	450(30.1%)	30(6.7%)	419(93.3%)		1	0.002*
<20%	549(36.8%)	55(10.1%)	492(89.9%)		1.561(0.982-2.482)	0.060
20%-50%	343(23.0%)	40(11.7%)	302(88.3%)		1.850(1.127-3.038)	0.015*
50%-80%	114(7.6%)	22(19.5%)	91(80.5%)		3.377(1.862-6.122)	0.000*
>80%	335(22.4%)	4(12.1%)	29(87.9%)		1.995(0.657-6.062)	0.247

1：卡方統計，*p<0.05，表示在統計上存在者有意義之差異。

2：邏輯斯回歸分析，*p<0.05，表示在統計上存在者有意義之差異。

3：OR 為相對風險比 (Odd Ratio)；95% CI 為 95%信賴區間 (Confidence Interval)，顯示「1」者為對照組。

d. 中醫風險管理策略

若將中醫師未來面對醫療糾紛之風險管理策略，將醫療糾紛經驗有無以卡方檢定加以比較，發現多數項目皆呈現顯著：醫療糾紛自覺可能性高者，有經驗組（23.8%）較無經驗組（14.1%）高，且醫療糾紛自覺可能性非常低者，無經驗組（15.0%）為有經驗組（5.4%）的 3 倍（ $P=0.001$ ）；在糾紛可能來源方面，有經驗組以針灸（55.8%）或推拿（53.2%）治療副作用後遺症、其他人員的疏忽（48.9%）與其他治療副作用後遺症（41.3%）為主，無經驗組以針灸治療副作用後遺症（46.8%）、病患對醫療結果不滿意（46.6%）與藥物不良反應（40.7%）為主；認為糾紛對醫療行為的影響非常大者，有經驗組（27.8%）亦較無經驗組（15.8%）高，可以看出二組對糾紛原因與可能性的認知有相當明顯之差異（ $P=0.000$ ）。（表三）

在中醫師預防與處理醫療糾紛方法方面，於選擇參加醫責險這個項目，有經驗組（65.9%）明顯較無經驗組（54.9%）為高，且二組皆較不會選擇以了解醫事法律（有經驗組 53.0%、無經驗組 56.7%）為預防措施外，其它各項間（如：減少治療沒把握或病況不佳之病患、減少具危險性之用藥與治療、良好醫病溝通、增強醫師專業及注意能力、了解醫事法律）於二組均無太大差異；在中醫師心目中理想的糾紛解決方式上，二組皆以保險公司幫忙、公會協助處理以及私下調解為理想方式，而有經驗組於此三種主要理想方式之比例差異不大（58.7%、57.4%、48.6%），但無經驗組係以請公會協助處理（77.05%）為心目中的第一選擇，請保險公司幫忙（48.7%）及自行私下調解（43.5%）之比例則較少（ $P=0.003$ ）（表三）。

日後面對糾紛採取的行動亦有所差異，二組除在安撫病患與家屬與檢查病歷書寫有無問題看法一致外，有經驗組以請求律師專業協助（55.7%）、請所屬公會協助（55.0%）以及保險公司處理（47.0%）為主要行動，但選擇自認倒楣賠錢了事（12.8%）卻是無經驗組（6.5%）之二倍，而無經驗組的首選為請所屬公會協助（72.5%），較有經驗組多出 17.5%，其次則為請求律師專業協助（60.3%）與詢問同業醫師意見（58.0%）（ $P=0.000$ ）（表三）。

表三 中醫風險管理策略與醫療糾紛經驗之比較

變項	分項	有醫療糾紛經驗組		無醫療糾紛經驗組		χ^2	P
		人數	%	人數	%		
醫療糾紛的自覺可能性	非常高	10	6.8	57	4.4	18.624	0.001*
	高	35	23.8	183	14.1		
	普通	54	36.7	502	38.7		
	低	40	27.2	357	27.5		
	非常低	8	5.4	195	15.0		

糾紛的可能來源（複選）					38.158	0.000*
無風險	2	1.3	37	2.8		
診斷過程有瑕疵	40	27.5	412	32.1		
常挑戰重症及新式療法	20	13.7	166	12.9		
藥物不良反應	40	27.5	523	40.7		
針灸副作用	81	55.8	600	46.8		
推拿副作用	81	53.2	450	35.1		
其他	60	41.3	326	25.4		
原因不明	27	18.6	198	15.4		
人員的疏忽	71	48.9	442	34.5		
病患對醫療結果不滿意	58	40.0	598	46.6		
其他	7	4.8	33	2.5		
日後會採取的行動（複選）					36.651	0.000*
安撫病患及家屬	125	83.9	1,048	83.3		
檢查病歷書寫有無問題	103	69.1	934	74.2		
自認倒楣賠錢了事	19	12.8	82	6.5		
請求律師專業協助	83	55.7	759	60.3		
保險公司處理	70	47.0	546	43.4		
同業醫師的意見	63	42.3	730	58.0		
請所屬公會協助	82	55.0	912	72.5		
盡量不宣揚	26	17.4	171	13.5		
黑道處理	3	2.0	5	0.4		
民代協調	15	10.0	144	11.4		
訴訟解決	25	16.7	152	12.0		
其他	5	3.3	12	0.9		
糾紛對日後醫療行為之影響					14.918	0.000*
非常大	41	27.8	200	15.8		
大	46	31.2	404	32.0		
普通	31	21.0	324	25.6		
少許	21	14.2	259	20.5		
沒影響	8	5.4	75	5.9		
您如何預防與處理醫療糾紛（複選）					11.163	0.083
減少治療沒把握或病況不佳	104	70.7	890	70.5		
減少具危險性之用藥與治療	108	73.4	959	76.0		
良好醫病溝通	120	81.6	1,087	86.2		
增強醫師專業及注意能力	113	76.8	1,060	84.0		
了解醫事法律	78	53.0	715	56.7		
參加醫師業務責任保險	97	65.9	692	54.9		
其他	6	4.0	16	1.2		
理想糾紛解決方式（複選）					21.259	0.003*
自行私下和解	72	48.6	545	43.5		
衛生局調處	28	18.9	268	21.4		
委員會調解	33	22.2	272	21.7		
保險公司幫忙	87	58.7	601	48.0		
公會協助處理	85	57.4	964	77.0		
第三人幫忙	29	19.5	277	22.1		
訴訟	22	14.8	114	9.11		
其他	6	4.0	18	1.4		

註：卡方統計，* $p < 0.05$ ，表示在統計上存在有意義之差異。

e. 中醫師特性與醫責險

在扣除未勾選是否投保醫責險之問卷後，此部份之有效樣本為 1425 份，有投保醫責險的中醫師約佔 29.3% (417 份問卷)，而未投保之比例為 70.7% (1,008 份問卷)。為了瞭解醫責險於基本資料項目間之分佈，卡方檢定發現，基本資料項目於醫責險之投保皆有顯著差異，且各項目的 P 值皆小於 0.000。從投保醫責險之各項目比例來看，年齡在 30-40 歲 (39.5%) 為 60 歲以上 (18.5%) 的二倍，以內服藥 (29.2%)、針灸 (34%) 或推拿 (30.9%) 為主要治療方式者皆各佔三分之一左右。此外，學士後中醫 (38.6%) 或博士畢業 (46.9%) 投保的比例亦較高，執業年資為 2-5 年 (44.3%)，以及每診病患人數越多、為病患施行針灸或推拿的比例越高，投保醫責之比例也越高 (表四)。接著再使用邏輯斯回歸，以醫責險投保有無為依變數，基本資料項目為自變數，統計結果發現顯著項目如下：

以下各項目有較高的意願投保醫責險，分別為：女性 (OR=1, P=0.000)、30-40 歲 (OR=2.882, P=0.000) 與 40-50 歲 (OR=2.265, P=0.000)、以推拿 (OR=0.859, P=0.000) 或其他治療 (OR=1, P=0.000) 為主要治療方式、學士後中醫 (OR=1.693, P=0.000) 畢業、最高學歷為博士 (OR=2.465, P=0.002)、執業年資 2-5 年 (OR=1.72, P=0.025)、每診病患人數越高者 (如：每診人數 40 人以上, OR=7.257, P=0.000)、執業型式以受僱之診所負責人 (OR=2.557, P=0.000)、為病患施行推拿療法比例越高者 (比例大於 80%者, OR=2.639, P=0.010) 以及為病患施行針灸療法比例為 50%-80%者 (OR=5.119, P=0.000)。(表四)

表四 基本資料與投保醫責險之分析

項目	投保醫責險		P ¹ 值	OR(95% CI) ³	P ² 值
	有(n=417)	無(n=1008)			
性別			0.926		
男	318(29.2%)	771(71.8%)		0.987(0.755-1.291)	0.926
女	99(29.5%)	237(70.5%)		1	0.000*
年齡			0.000*		
<30 歲	8(22.9%)	27(78.1%)		1.306(0.543-3.139)	0.551
30-40 歲	138(39.5%)	211(60.5%)		2.882(1.857-4.473)	0.000*
40-50 歲	166(33.9%)	323(66.1%)		2.265(1.478-3.471)	0.000*
50-60 歲	73(19.4%)	303(80.6%)		1.062(0.669-1.683)	0.800
>60 歲	32(18.5%)	141(81.5%)		1	0.000*
治療方式			0.000*		
內服藥	405(29.2%)	984(71.8%)		0.789(0.389-1.601)	0.511
針灸	351(34.0%)	680(66.0%)		0.391(0.291-0.525)	0.000*
推拿	213(30.9%)	476(69.1%)		0.859(0.683-1.079)	0.191
其它	4(19.0%)	17(81.0%)		1	0.000*
醫師資格			0.000*		
特考	223(27.1%)	600(72.9%)		1	0.000*
學士後	146(38.6%)	232(61.4%)		1.693(1.308-2.191)	0.000*
中醫系	45(21.2%)	167(78.8%)		0.725(0.504-1.043)	0.083
其它	3(25.0%)	9(75.0%)		0.897(0.241-3.243)	0.871

最高學歷			0.000*		
專科	68(26.4%)	190(73.6%)		1	0.000*
學士	217(29.9%)	508(70.1%)		1.194(0.867-1.643)	0.278
碩士	77(34.8%)	144(65.2%)		1.494(1.010-2.210)	0.440
博士	30(46.9%)	34(53.1%)		2.465(1.403-4.332)	0.002*
其它	24(15.4%)	132(14.6%)		0.508(0.303-0.851)	0.10
執業年資			0.000*		
≤2 年	49(31.6%)	106(68.4%)		1	0.000*
2-5 年	62(44.3%)	78(55.7%)		1.720(1.069-2.766)	0.025*
5-10 年	115(39.7%)	175(60.3%)		1.422(0.941-2.147)	0.094
10-15 年	86(31.4%)	188(68.6%)		0.990(0.648-1.512)	0.961
15-20 年	42(23.6%)	136(76.4%)		0.668(0.412-1.084)	0.102
>20 年	63(16.3%)	324(83.7%)		0.421(0.273-0.649)	0.000*
每診人數			0.000*		
≤10	13(8.2%)	144(91.8%)		1	0.000*
10-20	101(23.7%)	325(76.3%)		3.442(1.871-6.335)	0.000*
20-30	147(34.4%)	280(65.6%)		5.815(3.186-10.614)	0.000*
30-40	115(36.8%)	197(63.2%)		6.466(3.505-11.930)	0.000*
>40	40(40.4%)	59(59.6%)		7.257(3.605-14.609)	0.000*
每週人數			0.000*		
≤100	25(13.9%)	154(86.1%)		1	0.000*
100-200	110(26.6%)	304(73.4%)		2.229(1.385-3.586)	0.001*
200-300	141(30.5%)	321(69.5%)		2.706(1.697-4.315)	0.000*
300-400	109(36.8%)	187(63.2%)		3.591(2.213-5.827)	0.000*
>400	30(42.3%)	41(57.7%)		4.507(2.394-8.485)	0.000*
針灸治療			0.000*		
無此療法	31(11.7%)	233(88.3%)		1	0.000*
<20%	128(25.8%)	367(74.2%)		2.621(1.713-4.011)	0.000*
20%-50%	146(38.0%)	238(62.0%)		4.611(3.006-7.071)	0.000*
50%-80%	79(68.1%)	116(31.9%)		5.119(3.195-8.201)	0.000*
>80%	33(39.3%)	51(60.7%)		4.863(2.733-8.654)	0.000*
推拿治療			0.000*		
無此療法	84(19.7%)	341(80.3%)		1	0.000*
<20%	164(31.1%)	363(68.9%)		1.834(1.356-2.480)	0.000*
20%-50%	121(37.0%)	206(63.0%)		2.384(1.718-3.309)	0.000*
50%-80%	35(32.1%)	74(67.9%)		1.920(1.203-3.065)	0.006*
>80%	13(39.4%)	20(60.6%)		2.639(1.262-5.519)	0.010*
職業型式			0.000*		
開業	204(24.6%)	626(75.4%)		1	0.000*
診所受雇	136(39.0%)	212(61.0%)		1.969(1.507-2.571)	0.000*
醫院受僱	41(24.4%)	127(75.6%)		0.991(0.673-1.457)	0.962
受僱負責人	35(45.5%)	42(54.5%)		2.557(1.589-4.114)	0.000*
其他	1(50.0%)	1(50.0%)		3.069(0.191-49.28)	0.429

1：卡方統計，*p<0.05，表示在統計上存在者有意義之差異。

2：邏輯斯回歸分析，*p<0.05，表示在統計上存在者有意義之差異。

3：OR 為相對風險比；95% CI 為 95%信賴區間，顯示「1」者為對照組。

f. 風險評估、保險認知與醫責險之比較

若將中醫自我風險評估以及對醫責險的看法，以有無投保醫責險為標準區分兩組，以卡方檢定加以比較，結果發現除了在希望保險公司提供的服務該項目外，其它項目皆達顯著。在投保組中，有糾紛經驗者（36.6%）高於無糾紛經驗者（28.4%），而無投保組中，無糾紛經驗者（71.6%）高於有糾紛經驗者（63.4%）（ $P=0.041$ ）；若再以風險評估來看，投保組認為自己發生醫療糾紛可能性高（18.5%）或非常高（6.2%）者，皆較無投保組比例多，但認為可能性非常低者，無投保組（17%）為投保組（7.4%）之二倍以上（ $P=0.000$ ）；在糾紛的可能來源方面，二組皆認為以針灸、推拿或其他治療副作用後遺症以及病患對治療結果不滿意為主，但投保組勾選其他人員疏忽之比例（44.5%）亦較無投保組（32.4%）高（ $P=0.000$ ）。

在對保險的看法上，認為投保對醫師非常重要者，投保組（52.1%）為無投保組（24.8%）的 2.1 倍（ $P=0.000$ ）；至於保險對醫師的意義上，二組多數皆認可減輕賠償負擔、幫忙和解及訴訟，以及提供法律專業諮詢（ $P=0.004$ ）；在影響購買因素上，投保組認為附帶服務（74%）與專業度（65.3%）為主要因素，而無投保組則以保費（69.4）與附帶服務（61.6%）為主要影響因素（ $P=0.001$ ），此外，糾紛發生率（50%）亦為無投保組之主要考慮因素（ $P=0.001$ ）；投保金額方面，投保組認為理想投保金額在 100-200 萬元者（43.3%）較無投保組（33.4%）高，而認為自己無須投保者（1.2%）較無投保組（11.3%）為低（ $P=0.000$ ），而二組對保費的共識較一致，二組皆有超過半數之比例認為保費應小於 5000 元，且治療方式與病患族群為影響保費之主要因素（ $P=0.005$ ）；在該保險服務方面，二組皆有大於 80%認為保險應提供法律諮詢與代協調，其次為提供醫療諮詢（約 45%）；而無保險組對該險種不足之處不了解者佔 69.4%，為投保組（34.3%）之 2 倍，投保組則認為保險公司之服務太少（48.0%）、專業度（30.2%）及保額不足（13.7%）為現今的主要問題（ $P=0.000$ ）。

表五 風險評估、保險認知與醫責險之比較

變項	分項	有投保醫療責任險		未投保醫療責任險		χ^2	P
		人數	%	人數	%		
醫療糾紛經驗	無	363	28.4	915	71.6	4.179	0.041*
	有	53	36.6	92	63.4		
醫療糾紛的自覺可能性	非常高	26	6.2	39	3.8	30.617	0.000*
	高	77	18.5	139	13.8		

普通	176	42.4	366	36.5		
低	105	25.3	287	28.6		
非常低	31	7.4	171	17.0		
糾紛的可能來源					36.557	0.000*
無風險	4	0.9	33	3.3		
診斷過程有瑕疵	122	29.3	321	32.1		
常挑戰重症及新式療法	51	12.3	134	13.4		
藥物不良反應	150	36.1	407	40.7		
針灸副作用	227	54.6	451	45.1		
推拿副作用	192	46.2	337	33.7		
其他治療副作用	133	32.0	250	25.0		
原因不明	66	15.9	157	15.7		
人員的疏忽	185	44.5	324	32.4		
病患對醫療結果不滿意	187	45.0	465	46.5		
其他	17	4.09	23	2.3		
保險對醫師的重要性					129.096	0.000*
非常重要	217	52.1	248	24.8		
重要	174	41.8	494	49.4		
普通	23	5.5	234	23.4		
不重要	1	0.2	21	2.1		
非常不重要	1	0.2	1	0.1		
保險對醫師的意義					17.167	0.004*
減輕賠償負擔	333	79.8	735	73.5		
幫忙和解及訴訟	304	72.9	710	71.0		
提供法律專業諮詢	308	74.0	719	71.9		
提供醫療專業諮詢	144	34.5	386	38.6		
執業時更安心	285	68.3	537	53.7		
沒有太大意義	5	1.1	38	3.8		
保險金額					82.137	0.000*
不需投保	5	1.2	114	11.3		
<1 百萬元	65	15.7	286	28.5		
1 百至 2 百萬元	180	43.4	335	33.4		
2 百至 3 百萬元	82	19.8	143	14.2		
3 百至 5 百萬元	41	9.9	71	7.0		
5 百萬元以上	41	9.9	52	5.1		
保費收取					37.423	0.000*
不需投保	7	1.6	102	10.2		
<5 千元	223	53.8	540	54		
5 千至 1 萬元	143	34.5	251	25.1		
1 萬至 2 萬	33	7.9	88	8.8		
2 萬至 4 萬元	6	1.4	16	1.6		
4 萬元以上	2	0.4	3	0.3		
影響保費因素					16.922	0.005*
治療方式	328	79.4	783	78.6		

執業場所	135	32.6	281	28.2		
執業年資	134	32.4	281	28.2		
病患族群	225	54.4	520	52.2		
看診人次	168	40.6	406	40.7		
執業收入	67	16.2	263	26.4		
希望保險公司提供的服務					4,036	0.544
法律諮詢	361	86.7	851	85.9		
醫療諮詢	188	45.1	475	47.9		
代協調	358	86.2	792	80.0		
引進有力人士	83	19.9	159	16.0		
專線電話	135	32.4	297	30		
保全人員	62	14.9	155	15.6		
醫責險不足之處					155.421	0.000*
不知道	143	34.3	654	64.8		
已足夠	35	8.41	17	1.7		
保額不足	57	13.7	59	5.9		
服務太少	200	48.0	266	26.8		
專業不足	126	30.2	176	17.74		
影響購買因素					23.944	0.001*
保費	262	62.9	687	69.4		
保險金額	230	55.2	488	49.3		
專業度	272	65.3	557	56.3		
附帶服務	308	74.0	610	61.6		
醫療糾紛率	158	37.98	495	50.0		
索賠金額	88	21.1	226	22.85		
風險控管	119	28.60	258	26.0		

1. 卡方統計，* $p < 0.05$ ，表示在統計上存在者有意義之差異。

3.2 討論

除前述醫療糾紛與醫責險統計分析呈現許多重要且難得的結果外，本研究尚於北中南三區各舉行一場焦點座談會，會中各邀請各縣市中醫代表、醫療法律與保險之專家學者及承辦醫責險之保險業者互相交換意見，以下為統計結果與座談會意見之綜合討論。

a. 中醫醫療糾紛現況

我們發現，於職業生涯約有 10.2% 的中醫師有過醫療糾紛經驗，且多數於最近五年內發生，近半數發生於最近一年內，有較高機會發生糾紛者之特徵為男性、40-50 歲、以針灸與推拿或其它方法⁸ 為主要治療方式、碩博士、受僱之診所負責

⁸ 回寄問卷內，中醫師對其它治療補充說明如：拔罐、指壓、整脊、接骨、刮痧以及其他特殊治療方式等。

人、年資 15-20 年、病患人數越多以及施行針灸或推拿比例越高等執業風險較高者；而糾紛發生主因依次為治療相關之副作用後遺症（針灸、推拿或其他治療）、病患對醫療結果不滿意及其他人員的疏忽。若將本研究結果與中（楊哲彥，2002）、西醫研究（陳榮基、謝啓瑞，1991；吳俊穎、陳榮基，2005）相較，發現本研究醫療糾紛發生率不但遠低於西醫 1991 年 44%以及 2005 年 36%，亦較中醫 2002 年之 15.4%為低；高糾紛發生率之醫師特性與糾紛原因方面，雖與 2002 年結論類似，但本研究發現因「其它人員疏忽」造成之醫療糾紛是過去研究所未提及，座談會中醫代表亦認為中醫界討論醫療糾紛雖較以往開放而發生頻率亦較低，但仍須有風險管理概念，與治療相關或傷科助手所致之醫療糾紛是目前中醫界最關心的議題。

中醫解決糾紛的方式以私下和解為主（54.2%），訴訟為少數（約 19%），此與過去研究結論雷同，會中意見認為可能因中醫糾紛的型態多為小型傷害糾紛，多數情況可以透過溝通取得患者諒解，問卷資料亦顯示中醫糾紛多可於 6 個月內處理完畢，且賠償金額以 20 萬以下為多數，因此，中醫師團體認為保險業者如能出動「和解顧問團」來協助處理糾紛，將能提供中醫師極大的援助；面對糾紛之實際因應行為方面，雖然多數會積極尋求同業（30.7%）與律師（25.5%）或公會（24.8%）的協助，但仍有中醫師會選擇以消極方式，如盡量不宣揚（20.3%）或自認倒楣賠錢了事（21.6%）來消弭爭端，與會人員與問卷意見皆認為此與部分病患利用媒體為偏頗報導或以非理性抗爭，迫使醫師不堪其擾並認賠有關，如何保障中醫師免受不合理的抗爭手段，也是相關單位須要解決的重要一環。

雖有 44%中醫師自認處理糾紛並無困難，但問卷亦發現病家無理取鬧或騷擾（38.7%）、處理過程心力交瘁（24%）或不知協助處理管道（20.7%）為三大中醫醫療糾紛處理難題，且會中多數中醫師皆期待保險業者能夠於第一時間處理上述病家非理性抗爭或黑道介入等問題，亦強調重要資源（如保險業者）介入的重要性，期望相關單位建立一套醫療糾紛處理標準作業流程，教導中醫師善用各式管道進行和解或協商。因此，如何讓中醫師善用合適的資源建立簡明的糾紛處理流程，應是目前中醫界的衷心期盼。

b. 醫療糾紛風險管理策略

至於中醫師未來風險管理策略方面，本研究發現醫療糾紛經驗會影響中醫師風險自我評估和糾紛可能原因的認知。有經驗者認為自己發生糾紛的風險較高，且糾紛會對醫療行為造成非常大的影響，糾紛原因可能來自於治療行為（針灸、推拿與其他治療）與團隊中其他人員的疏忽，但無經驗者則正好相反，認為自己

發生糾紛的風險較低，糾紛則可能來自於針灸治療以及病患相關因素（對醫療結果不滿意以及藥物不良反應）；在糾紛的預防與處理方面，二組皆會減少治療沒把握或病況不佳的患者、減少具危險性之用藥與治療、增加良好醫病溝通、增強醫師專業及注意能力，但在風險管理方式上，有經驗者參加醫責險的意願較高。研究發現糾紛實際處理經驗中，保險業者介入中醫糾紛處理者雖僅佔 11.3%，但有六成中醫師認為保險對糾紛的處理有用或非常有用，因此，如何讓中醫師做出正確的風險衡量，選擇所需要的風險移轉方式，使醫師們免除後顧之憂，快樂行醫、減輕負擔，為中醫團體需要努力的方向之一。

至於中醫師心中理想的糾紛解決方式，以請保險公司、公會協助以及自行私下調解為主，中醫代表對保險的看法已逐漸開放，甚至希望能由公會出面為會員投保，但無經驗者則仍多依賴中醫師公會（77.05%），請保險公司幫忙（48.7%）及自行私下調解（43.5%）之比例則較少。因此，各界可致力於結合三種理想的糾紛解決方式或達成互補作用，在中醫師處理糾紛時形成助力。

在未來因應行為上，有經驗組選擇請保險公司處理（47.0%）的比例卻偏低，此與前述理想糾紛解決方式結果有落差，可能原因為中醫師對保險的信任與熟悉度不足，或保單不符合中醫師需求（如：助手行為並未納入承保範圍）。有趣的是，有經驗組選擇自認倒楣賠錢了事（12.8%）為無經驗組（6.5%）之 2 倍，此結果反映糾紛經驗對後續行為的影響外，會中多數意見更指出，因衛生署醫療鑑定小組之醫師無法涵蓋各專科⁹，其間更無中醫委員，僅於案件需要鑑定時邀請中醫專家列席提供意見，造成由西醫對中醫的醫療行為妥當性進行鑑定，專業度易受質疑，更關鍵的是，法院對非財產上損害賠償（慰撫金）的認定並無客觀標準，個案間差距甚大，全憑法官心證及法律見解而異其結果，徒增訴訟之不確定性，以上原因皆可能使中醫師對訴訟心生畏懼，而寧可私下花錢消災了事。

c. 中醫師對醫師責任保險的看法

本研究發現，投保醫責險的中醫師約佔所有填答問卷之 29.3%（417 份問卷），而投保者中，有糾紛經驗者（36.6%）較無經驗者（28.4%）多，風險自我評估較高，認為醫責險對自己非常重要的比例亦較高，顯示中醫風險自我評估與糾紛經驗皆會影響投保意願。實際上，認為自己無須投保之比例，無投保者（11.3%）的確亦較有投保組（1.2%）高。本次結果發現，以下特徵者有較高的機會投保醫責險：30-40 歲與 40-50 歲、非以內服藥為主要治療方式之中醫師、學士後中醫畢

⁹ 西醫專科已多達二十多種，更遑論台灣醫師分為中、西、牙醫各有不同專業領域。據衛生署表示，目前醫事鑑定小組並無聘請「中醫委員」。

業、博士、年資少於 5 年、每診病患人數越高、受僱之診所負責人以及為病患施行推拿或針灸療法比例越高者，因前述變項代表醫療糾紛風險較高或勇於嘗試新療法，因此前述中醫師可能較需要醫責險作為風險移轉手段。

在風險來源方面，有投保與無投保二者，皆認為風險將可能來自針灸、推拿或其他治療副作用後遺症或病患對治療結果不滿意，值得一提的是，有投保者勾選其他人員疏忽之比例（44.5%）較無投保組（32.4%）高出許多。但多數保險公司認為醫責險條款的承保範圍僅及於中醫師個人，並未將助手行為或其他醫事人員納入承保範圍，此種限縮解釋與被保險人之期待有極大的落差，因此承保範圍之認定是保單設計的重要課題。

在影響購買保險的因素上，二組皆認為附帶服務是影響購買的主要因素，但投保組還會考量該保險業者專業度（65.3%），而無投保組則會評估保費（69.4%）與糾紛發生機率（50%）來決定是否購買；此外，多數理想保額為 100-200 萬元、保費低於 5,000 元，已與目前市場機制相符，會中多數中醫團體皆表示願意（團體）投保；服務方面，中醫團體認為保險業者應提供法律諮詢、代協調以及醫療諮詢等多元服務，但有多數表示不甚了解該保險，例如：無保險組有 69.4%表示不了解該險種之不足處，而投保組人數雖較少，但卻較能指出該險種問題在於：附帶服務太少、專業度及保額不足、保單條款不符合中醫需求，猶如「將大人衣服套在小孩身上」；其次由於中醫對承保範圍及保費計算之不瞭解，再加上保險業務員亦多未於投保前盡充分告知義務（如：理賠範圍、保單的成立要件、理賠標準），故常於事故發生後才發現該保險不理賠，影響被保險人對保險人之信賴，故如何改善保單條款以設計出符合中醫期望與需求的保險，將是一個重要的課題。

4. 結論與建議

4.1 結論

中醫之執業風險隨著時代變遷，近年來有昇高的趨勢，多數中醫師之風險意識亦逐漸提高，多願思考風險分散之方法與機制，本研究除了解中醫醫療糾紛經驗與風險管理措施外，並探討中醫對醫責險的看法，以下為實證結論與建議摘要：

- (1) 中醫醫療糾紛的盛行率約為 10.2%，糾紛主因為與治療相關之副作用後遺症（針灸、推拿或其他治療）、病患對治療結果不滿意以及其他人員的疏忽為主；糾紛解決方式以私下和解為主，且多在半年內解決完畢，賠

償金額大多數在 20 萬以下；當糾紛發生時，中醫師會尋求同業、律師以及公會的多管道協助，雖有 44% 表示醫療糾紛處理上並無困難，但研究亦發現病家非理性抗爭、不熟悉糾紛處理管道以及處理過程心力交瘁等問題，為中醫處理糾紛時的主要困擾。

- (2) 本研究發現男性、年齡 40-50 歲、非以內服藥為主要治療方式、碩博士、學士後中醫系、受僱之診所負責人、執業年資 15-20 年、每診病患人數越多以及施行針灸或推拿比例越高者，發生醫療糾紛的執業風險較高。因此，執業風險較高或學經歷充足而勇於嘗試不同治療方式者，相較於其他族群似有較高的糾紛機會。
- (3) 醫療糾紛經驗之有無，雖在糾紛來源與解決方式看法上有所差異，但風險管理策略卻未出現差異。從本研究可發現，有糾紛經驗者的風險意識較高，認為除了治療副作用與病患對治療結果不滿意為糾紛主要可能來源外，亦可能因其他人員疏忽所致，醫療糾紛亦會影響日後醫療行為。但無論有無醫療糾紛經驗，中醫師認為預防與處理醫療糾紛的方法並無差異，皆著重於提升溝通與專業能力及趨向保守醫療，以減少高風險病患與治療方式做為控制風險的手段。然值得注意的是，有糾紛經驗者理想的糾紛解決方式以保險公司幫忙的比例明顯偏高，認為由公會協助處理較理想者卻明顯下降，此現象或許可解釋為醫責險的功能受到有經驗中醫師的肯定，而公會在醫療糾紛處理的服務，卻不符中醫師的期待。
- (4) 投保醫責險比例約 29.3%¹⁰，上述執業風險較高、醫療糾紛經驗風險自我評估較高之族群，選擇投保醫責險來分散風險的意願亦較高，且投保醫責險的中醫師對該險種了解程度亦明顯高於未投保者，顯示未採用醫責險作為風險分散方式之中醫師，有可能是因為對該險種資訊不足所致，若多加宣導介紹，應可提高投保率。此外，影響中醫師投保意願的因素，除了執業風險高低外，保險業者專業度及所提供之附帶服務亦為重要考量因素，有投保之中醫師多認為保險業者附帶服務太少，此現象或許可作為保險業者經營醫責險之重要參考依據。

¹⁰ 現場回收問卷之投保比例為 17%，郵寄問卷之投保比例則約 32.7%，可能因回寄問卷的中醫師本身對醫責險的意願或興趣較高，導致本研究之投保比例假性偏高。

4.2 建議

a. 對中醫師之建議

中醫醫療糾紛風險雖相對較西醫低，但亦有與日俱增的趨勢。就執業風險較高的中醫師而言，本文以為高學歷且具有相當年資之中醫師，正值壯年之事業高峰，病患人數自然較多，就診病患病況亦可能較複雜，相對地分配於每位病患的時間卻較少，且亦可能因「樹大招風」而較易發生醫療糾紛，因此中醫師執行業務時除應妥適安排看診時間及病患人數，並小心面對高難度之病患外，必要時應轉診西醫做詳細檢查，以降低風險。若有針灸及傷科推拿等較具侵犯性之治療業務，應由中醫師親自執行，如有輔助人員，則應加強其專業能力、教育訓練及警覺性，始能將風險減到最低。

除提高自己與從業人員之專業度與注意，並加強與病患家屬溝通以減少醫療糾紛外，參加醫責險亦是中醫管理執業風險工具之一。基於中醫師對公會之依賴與期待頗深，公會在醫療糾紛處理上應可扮演更積極重要的角色，提供會員醫糾預防及處理流程等相關資訊及服務。此外，基於保險具有高度專業性及保險業者之商業考量，最好的方式為透過公會以集體投保方式協助會員統一投保並與保險業者協商，如此不但能投高投保率，亦能得到較有利的投保條件。當醫療糾紛發生時，公會基於醫療專業提供初步之鑑定意見，再由公會與保險業者之法律顧問共同提供法律專業諮詢，並居中協調，甚至協助處理訴訟程序，使中醫師不再因資訊不足而求助無門，以減輕其心理負擔，能繼續專心看診，若不幸需要金錢賠償，保險公司則在投保金額內依保險契約向被保險人理賠，減少其金錢損失，如此才是最能取得中醫師信賴，亦是最符合中醫師利益的制度。

b. 對保險業者之建議

醫責險保單雖於 2009 年由產險公會統一修正並通過主管機關之審查，但其內容仍以西醫為主要考量，較少考量中醫業務之特性，且條款內容仍有些許產生爭議及不合理部分，因此本文建議醫責險保單條款之承保範圍應明確，不保事項應限縮，如輔助人或醫療機構內設「民俗調理」之行爲是否為承保範圍、「過失」違反保密義務是否為絕對不保事項以及該索賠基礎保單之被保險人是否限於「未向其他保險公司投保本保險契約者」始能享有發現期間等，應加以檢討修正，並於投保前向被保險人明確說明，減少模糊空間，始能降低日後的保險糾紛。

本研究發現多數中醫師感到執業風險不斷提高，皆肯定醫責險之重要性，但卻多未投保。究其原因，乃多數中醫師對該險種之不了解，因而望之怯步。要解決此現象，除應加強宣導外，保險業者可與中醫師公會合作，了解中醫師之需求並透過公會集體投保，較能取得中醫師的信任。此外，保險公司亦應加強本身對醫療糾紛處理之專業性，並提供完整的之「附加服務」，一旦不幸發生糾紛，能於第一時間出面幫忙排解，避免紛爭擴大。若不得已進入後續程序，甚至司法訴訟，保險公司亦應盡其協助抗辯義務，為被保險人處理調解、訴訟等事宜，減輕被保險人之心理負擔。如此應能增加中醫師對保險公司之信賴並提高選擇醫責險以分散執業風險之意願。

當然，除希望保險公司多提供服務外，亦須中醫師方面的配合，如增加投保率以及保費適度調整乃屬必要。從本研究之發現，保費雖然是中醫師投保的考量之一，但就中醫師的收入而言，若有完善的服務以及符合需求之保單，多數中醫師願意以較高的保費購買較好的保障。不幸的是，座談會中保險業者卻一再表示由於同業惡性殺價競爭，中醫醫責險目前保費其實偏低，難以提供更多服務。本文建議，保險業者應以專業服務取代殺價競爭，以合理保費提供最佳服務，方為經營醫責險之正確方向。

參考文獻

1. 李志峰，長尾責任——美國責任保險保單形式的演變、爭議及我國責任保險保單之特色，保險專刊，第 25 卷，第 1 期，2009 年，97-132。
2. 李志峰，懲罰性賠償金與保險法律關係之研究，國立中正大學法律學研究所碩士論文，2000 年。
3. 汪信君、廖世昌，保險法理論與實務，台北：元照，2006 年。
4. 吳志正，醫療契約之定性，月旦法學雜誌，第 139 期，2006 年，200-214。
5. 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，台灣的醫療糾紛狀況，台灣醫學，第 13 卷，第 1 期，2009 年，1-7。
6. 吳俊穎、陳榮基，實證醫學對於醫療糾紛鑑定制度可能影響之實證研究，行政院衛生署九十四年度科技研究計畫，計畫編號：DOH94-TD-M-113-009，2005。
7. 保險事業發展中心，查詢日期 2009 年 7 月 16 日，取自網頁 <http://insprod.tii.org.tw/database/insurance/index.asp>。
8. 保險事業發展中心，意外保險（第一輯），財團法人保險事業發展中心，2005 年。
9. 姚嘉昌，醫療糾紛之探討，台灣醫界，第 44 卷，第 12 期，2001 年，64-66。
10. 凌氫寶、康裕民、陳森松，保險學概論，台北：華泰，2005 年。
11. 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度，國立政治大學風險管理與保險學系博士論文，2009 年。
12. 高添富，醫療糾紛與醫師風險管理，台北：元氣齋，2006 年。
13. 許杏僑，醫療事故責任與補償制度——兼從法律經濟學觀點探究，輔仁大學法律系碩士論文，2004 年。
14. 陳自治，專屬保險機制運用在醫師責任險上相關問題之探討，國立成功大學法律學系碩士論文，2007 年。
15. 陳長文，財經法律與企業經營，台北：元照，2002 年。
16. 陳榮基，台灣醫療糾紛的現況與處理（上下冊），台北：健康世界，1993 年。
17. 陳榮基、謝啓瑞，醫療糾紛對醫療成本之影響：臺灣西醫師的實證研究，行政院衛生署八十年度委託研究計畫，1991 年。
18. 陳聰富，醫療契約之法律關係（上），月旦法學教室，第 72 期，2008 年，87-98。
19. 黃丁全，醫事法，台北：元照，2000 年。

20. 楊秀儀，醫院之醫療糾紛責任風險預估與因應策略探討，醫務管理期刊，第4卷，第2期，2003年，37-56。
21. 楊哲彥，中醫傷科常見的醫療糾紛與預防措施，中國骨傷科醫學雜誌，第1期，2002年，1-10。
22. 楊哲彥、楊秀儀，台灣地區西醫與中醫醫療糾紛的差異，中醫藥雜誌，第15卷，第1期，2004年，1-15。
23. 趙清遠，從醫療人員認同度調查探討強制醫療專業責任保險實施之可行性，保險實務與制度，第4卷，第1期，2005年，39-63。
24. 盧榮和、洪德俊，責任險保單採事故發生基礎與索賠基礎之比較研究，保險實務與制度，第3卷，第2期，2004年，125-139。
25. 蘇文斌、林宏誠、陳明國，保險學——學理與實務，台北：華立，2007年。
26. Anderson, E., J. Tydings and J. Lewis, 1993, Liability Insurance: A Premier for Corporate Counsel, *Business Law*, 49, 1, 259-269.
27. Anonymous, 2008, Fixing Medical Malpractice through Health Insurer Enterprise Liability, *Harvard Law Review*, 121, 4, 1193-1192.
28. Baker, T., 2003, *Insurance Law and Policy – Cases, Materials and Problems*. New York: Aspen Publishers.
29. Hogg, J., 1998, The Tale of a Tail, *William Mitchell Law Review*, 24, 515-580.
30. Kenneth, S., Abraham, 2005, *Insurance Law and Regulation – Cases and Materials* 3, 4th ed. New York: Foundation Press.
31. Keep, T., 2008, Risky Business, *Occupational Health*, 60, 3, 25.
32. Lantz, C., 1994, Triggering Coverage of Progressive Property Loss: Preserving the Distinctions between First-and Third-Party Insurance Policies, *William & Mary Law Review*, 35, 1801-1853.
33. York, K. and J. Whelan, 1988, *Insurance Law – General Practice – Case, Materials and Problems*, St. Paul, MN.: West Publishing.