

國立政治大學
法律科技整合研究所碩士論文

指導教授 林勳發教授



以醫事責任保險降低醫療風險之研究
An Investigation of Medical Liability Insurance to
Reduce Medical Risks

研究生：陳孟佳

中華民國 101 年 7 月

中文摘要

隨著近年醫療糾紛日益增加，民刑事訴訟程序冗長，醫病雙方長時間煎熬，醫病關係日益惡化，導致防禦性醫療盛行。本研究從醫療責任切入，討論醫療爭議及現行處理途徑與方式，現行醫療責任保險之發展，簡介外國醫療責任保險概況。探討我國實施強制醫療責任保險之可能性。

本研究試圖以多階層醫療風險處理模式，以達有效處理醫療糾紛事件之目的。該模式將建立強制醫療責任保險以提供基本補償及簡化賠償機制，推動醫療機構責任保險以行政手段加強民眾保障，限定賠償金額避免高風險急重症專科無人從事，提倡醫師專業責任保險分散風險，引進醫事審議仲裁機制縮短醫療糾紛審查及賠償程序。

期以多面向分層處理醫療糾紛及其賠償問題，建構安全的醫療制度，避免防衛性醫療的盛行及司法資源的浪費。

關鍵字：醫療糾紛、醫療責任保險、多階層處理模式、醫療風險、醫事審議仲裁機制、防禦性醫療

Abstract

With the growing number of medical malpractice cases and the lengthy process of both civil and criminal litigation procedures in recent years, the torture has been agonizing and worsening the relationship between physicians and patients. The very situation results in the prevalence of defensive medical treatment. This research deals with the problem from the viewpoint of medical liability, discusses the current methods of handling medical disputes and explores the development of current medical liability insurance. An overview of the situation in other countries is presented to investigate the possibility of implementing mandatory medical liability insurance in Taiwan.

This research attempts to establish a multi-level mode to effectively resolve medical risks. This mode will contribute to a lot of functions including enforcing mandatory medical liability insurance, supporting a fundamental compensation and simplifying the process of damages claiming. Furthermore, the mode will also serve to promote the medical liability insurance of medical institutions and in turn enhance the protection for the common public with administrative measures. In addition, the mode intends to restrict the upper limit of damages in order to remedy the serious phenomenon that no doctors are willing to practice in the high-risk medical departments, which is expected to distribute the medical risk of all the doctors. It will also introduce a medical arbitration mechanism to shorten and accelerate the procedure of medical reviewing and damages claiming in handling medical malpractice cases.

We hope, with the establishment of such a multi-level mode, a sound and wholesome medical system can be constructed and the overflowing defensive medical treatment and waste of judicial resources can be avoided.

Keywords: medical malpractice, medical liability insurance, multi-level mode,
medical risk, medical arbitration mechanism, defensive medicine



感謝辭

在大學畢業進入職場數年後，有機會能夠重新進入校園拿起書本，是一種對自我的挑戰與期許。在法科所的這幾年恰巧經歷了人生最重要幾個階段，包括結婚生子，工作上也當上行政主管，同時兼顧學業事業家庭，確實覺得精疲力竭，在家人同學的支持之下終於完成了這本論文，要感謝的人實在太多。

首先要向我的指導教授林勳發老師表示衷心感謝，老師在保險法的專精，指點我正確的方向，使我在學習中獲益匪淺。另外感謝兩位口試委員，汪信君老師和張冠群老師，對於論文提出許多的改進之處，讓我受益良多。

而這幾年求學的過程，最棒的就是認識了許多好同學，熱心的班代碧嬋，幫忙提供許多有用的求學資訊。優秀的柏靜，提供我們學習的榜樣。兩位醫界的前輩同學丁老師和維哲，給了我很多學業以及事業上的建議。也要感謝啟榮跟彥均兩位學弟妹，在資料的搜集上給了我很大的幫助。妹妹海寧也提供法學上許多專業的建議。

最感謝的還是我的老婆秀真，有她在背後的支持跟照顧家裡，才能夠讓我可以心無旁騖的重回校園。寶貝兒子女兒星翰、宥希、昶諺、映蕎，看到你們的笑容，是讓爸爸奮鬥下去的動力。

目錄

第一章 緒論	1
第一節 研究動機	1
第二節 研究方法	5
第三節 解決方案	5
一、強制醫師責任險	5
二、醫師專業責任保險	7
三、合作社與互助會之方式	7
第二章 醫療責任	9
第一節 前言	9
第二節 醫療爭議之介紹	10
第一項 醫療行為與負面醫療結果	10
第二項 醫療傷害過失之認定	15
第三項 醫療鑑定之重要性	18
第三節 醫療爭議事件之途徑與方式	21
第一項 途徑	21
第二項 方式	26
第四節 醫師責任與風險分擔	30
一、刑事責任	30
二、行政責任	31
三、民事責任	32
第五節 總結	35
第三章 醫事責任保險之發展現況	39
第一節 前言	39
第二節 我國醫療環境之困境	41
一、台灣醫師的犯罪率世界第一	42
二、解決醫療糾紛耗費鉅額成本	42
三、訴訟勞費和訴訟不經濟	43
四、影響醫師採行防禦性醫療行為	44
第三節 醫療責任保險之現況	45
第四節 醫療責任保險之缺失	46
一、醫療事故鑑定使保險運作困難	46
二、醫師專業責任保險利潤不高與醫師投保意願低	46
第五節 各國醫療責任保險制度之簡介	47
第一項 美國醫療責任保險	47
第二項 大陸醫療責任保險	49
第三項 英國醫療責任保險	51

第四項 瑞典醫療責任保險	52
第五項 我國法案修法趨勢	53
第六節 總結	57
第四章 強制醫療責任保險之可行性	65
第一節 強制醫療責任保險之功能	65
一、保護受害人可得基本補償	66
二、防止逆選擇之產生	66
三、提高保險醫療品質與導正醫療糾紛處理方式	66
第二節 我國其他強制保險制度	67
一、全民健康保險法	67
二、強制汽車責任險	68
三、公證人強制責任險	69
第三節 強制責任保險之可行性	70
第一項 強制責任保險之合法性	70
第二項 與全民健康保險之關聯性	74
第三項 醫事責任保險制度之經費來源與規模	77
第四項 仲裁選擇之可行性	83
第五項 限定賠償金額之適當性	88
第四節 總結	93
第五章 多階層之醫療風險處理模式	97
第一節 前言	97
第二節 強制性醫師責任保險	99
第一項 責任保險範圍之排除	99
第二項 放棄訴訟權能之可行性	101
第三項 非財產損害與財產損害之限額賠償	102
第四項、鼓勵自願性醫師專業責任保險	103
第三節 醫事審議仲裁機制	105
第一項 醫療鑑定之重要性	105
第二項 醫事審議委員會之機構設立	106
第三項 仲裁制度之揉合	107
第四項 縮短審判時間與加強信服度	108
第四節 推動間接強制性醫療機構責任保險	109
第一項 與民法第 188 條之連帶性	109
第二項 風險分擔與擴大保障範圍	110
第三項 醫療機構之間接強制	111
第四項 強化責任保險涵蓋範圍	113
第五節 總結	115
第六章 結論與建議	119

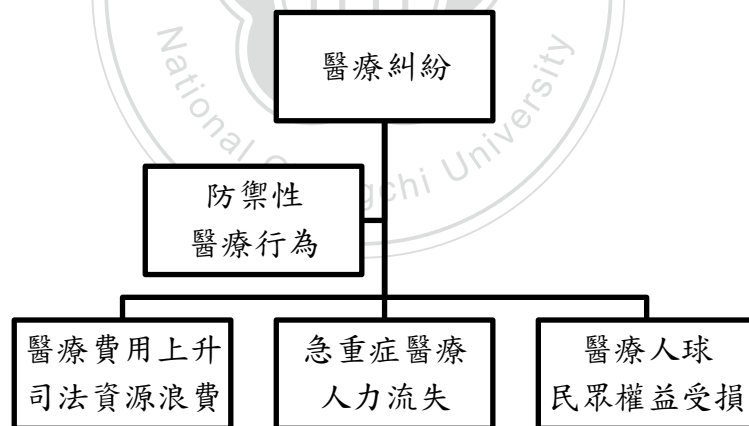
第一節 結論	119
一、訴訟制度的改善	120
二、醫事責任保險的實施	121
第二節 建議	123
參考文獻	125



第一章 緒論

第一節 研究動機

鑒於現行醫療糾紛發生時，不單僅涉及刑事上相關規定，亦可能造成病患與其家屬之損害，產生民事上損害賠償的責任，因此病患家屬多以刑事告訴附帶民事求償之手段，達到經由國家機關力量收集相關證據，促使醫療人員為了避免刑事責任，透過施加醫事人員上「受刑法徒刑之壓力」間接達成和解，導致醫病關係甚為緊張或損害賠償之認定甚為不平衡之情狀，遂使目前醫療生態逐漸產生「防衛性醫療行為」、「醫療費用上升」、「司法資源浪費」與「醫療人球」等現況，不單僅是醫療體系與病患所不欲樂見，更非身具「社會國原則」之國家所欲期許之環境。



每當有高額醫療糾紛判決出現，如曾任農委會官員、口蹄疫專家何維莊教授接受手術麻醉後變成植物人，最高法院判決定讞後為第一例民事賠償達到 3000 萬以上金額的醫療糾紛賠償案件¹；近者如曾因接手邱小妹妹

¹ 本案歷審裁判如左：最高法院 96 年台上字 1726 號、臺灣高等法院 94 年醫上更(一)字 3 號、最高法院 94 年台上字 2128 號、臺灣高等法院 92 年重上字 111 號、臺灣台北地方法院 89 年重訴字 165 號、臺灣高等法院 94 年重上更(一)字 130 號。

人球案聲名大噪的李醫師，因未放置顱內壓監測器致延誤開刀使病患成為植物人，而遭台中高分院判決須賠償 3000 萬以上之金額²。這些高額的判決因醫師與病患的高知名度，引發社會及醫界的軒然大波，每次案件判決後就會出現醫界高喊醫療糾紛去刑化及強制醫事人員責任保險的聲音，但總是在所謂的專家學者討論後，遂又無疾而終，主管機關消極的作為，也導致上述所提的狀況愈來愈嚴重。而現行醫療糾紛賠償粗略可分為三種模式：

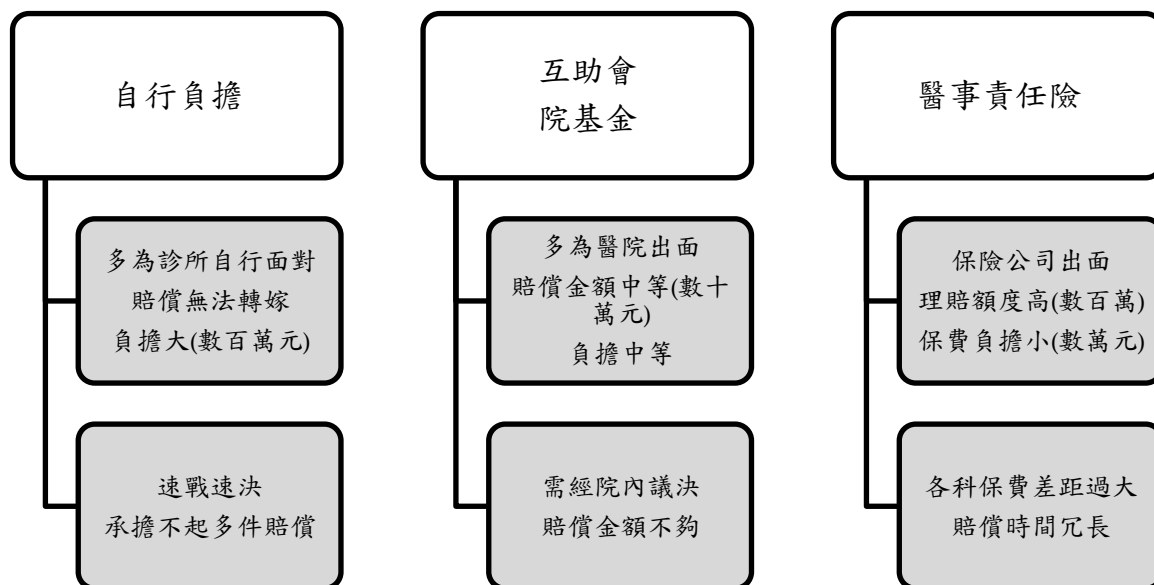
第一、「自行負擔」：此類型多發生於獨立執業的診所或早期的醫療糾紛，但隨著現在國民所得之上升，現今發生醫療事故時動輒千萬元以上，對於醫療人員之負擔日益沈重，因為高額的賠償金如採取自行負擔，恐怕醫師一輩子的薪水都在償還債務。

第二、「互助會或院基金」：此係中大型醫院目前多數所採行之方式，但此方式類似於英國醫療責任保險制度，只是基數的大小視醫院規模而定，其是將風險往上分攤到整個醫療機構，所以醫院規模對於所能承受的風險差異性極大；且若要將此制度推展開來至全面性的醫療人員加入，因為其「類似保險」之概念，可能會與現行我國保險法規之規定有所抵觸，因此在法規上須深入討論與解決其可行性。

第三、「醫事責任保險」，此種屬於用保險轉嫁風險的方式，但愈來愈高價的賠償，使得保險公司基於保險成本，不斷調高高風險科別的保費，造成責任保險一直無法在台灣推廣開來。

整理如下表：

² 本件歷審裁判如左：臺灣臺中地方法院 97 年醫字 2 號、臺灣高等法院臺中分院 99 年醫上字 11 號。



會造成醫界感受到醫療風險上升，主要是來自於目前法院對於醫療糾紛的判決，常發生救護病患所生之過失導致之損害賠償金比開車撞死人賠償金還高，導致醫療人員終其一生無法負擔，主要是因為「後續醫療照護」所支出的費用遠比「死亡結果所造成之賠償金」高出許多。所以早年社會新聞頭條常出現「砂石車撞人後，倒車致傷者死亡」之情況；而就醫療人員因病患本身疾病關係，自然在醫療後容易產生不等程度的傷害，當傷害非病患所預期，就容易產生糾紛，一旦認定有過失，卻將賠償責任全部歸究于醫師，而不去論斷病患產生疾病的成因，將風險完全轉嫁於醫療方。這使得如前所述的賠償方式無法使醫療風險能夠有效的降低，使本文除了討論醫療糾紛之損害賠償合理性外，是否能建立一套能有效分攤醫療風險的賠償機制使得醫病雙方都能互利。

目前主流的意見多認可醫事責任保險可能是解決高額賠償的一條出路，但面對的主要問題，涉及投保率偏低，實務上從事急重症的醫療科別風險極高，醫療機構內之相關醫事人員確實需有保險來分擔風險的需求，但這些高風險之醫療業務，保險公司可能因其風險太高不願意納保或是因

高額保費致使醫事人員怯保；而醫療風險低之機構與從事低風險之醫療人員，其投保則因出險機率低，致低風險之醫療科別從業人員投保意願不高，這兩種結果自然無法形成保險上的「大數法則」來降低保費增加誘因；畢竟保險公司並非公益團體，在無經濟上獲益的誘因，自然不容易推展此類保險。且醫師業務責任保險保單出險的條件在於醫師因執行醫療業務依法應負損害賠償責任時才有理賠，因此當醫療糾紛發生時，當事人醫師和患者都心急如焚，而保險公司以逸待勞坐等法院釐清責任，主因法院判決之賠款通常比民間協調時之金額低且沒有壓力。當事人醫師在壓力極大下恨不得夢魘能轉眼結束，此時期待保險的減輕責任功能完全喪失，難怪醫師責任保險不能普及³。故本文將試著提出一項合理平衡「病患與其家屬」、「醫療機構與醫事人員」與「保險公司」三者間衡平之制度，以保障三方之權益。

綜上所論，鑒於醫療責任保險之概念提出，於外國立法例，如：美國、英國...等國家，均行之有年，並發展出適合該國醫療體系之責任保險模式。雖然許多文章與論文均討論此部分於我國推展之可能性，以及各立法委員參照各國現行法例，欲逐漸引入以建構出完善法規，促使本文將隨前人之基礎，透過深入之探討，研究本文所欲倡導之制度之可行性，提出一個粗略之責任保險模式。再者，因我國具有全民健保制度，故必須針對整個制度面設計與參照各國對於醫療責任保險的設計，嘗試提出屬於我國之醫療責任保險制度的立法建議，以建構出「本土化之醫療責任保險」。

³ 賴佑哲，高醫療賠償時代來臨，自由時報新聞網，2003年2月16日。網址：
<http://www.libertytimes.com.tw/2003/new/feb/16/today-o4.htm>（最後瀏覽日期：2012年5月31日）

第二節 研究方法

本文之研究方法乃採用文獻分析法，以文獻探討、歸納分析為主，對於各領域專家（如，保險、醫學以及法規範...等）角度統整意見，做整理分析，並加以檢討目前醫療責任保險制度是否完備以及制度面應該如何設計最符合我國之現況。因醫療責任保險是為醫學與法律學相結合之議題，故本文會先對於社會實況部分為基本概念之架構了解目前責任保險所面臨之問題，再加入法學研究之部分找出平衡點，又由於此部分涉及國家、民間機構（即保險公司或醫療機構）以及保險人（病患或醫療人員）三面關係，故本文將藉由各學者之研究基礎以及各國文獻資料，為更深入之探討三者關係以及制度面的設計。最後，本文將以中文期刊、論文、法學評論與教科書、專書與參照外國文獻為主，分析現行法律與醫療責任之交織部分，賦予中間平衡點；再者，輔以醫療責任保險發展之脈絡，分析各國醫療責任保險是否能解決長久已來已經失衡的「醫病關係」，即處理防衛性醫療...等醫學實際所面對之問題。

第三節 解決方案

目前國內學者之看法與目前各立法委員與行政院法案之提出，則是欲透過「保險分攤風險以解決問題」，其方法簡述如下：

一、強制醫師責任險

比照藥害救濟法第 4 條第 1 項：「因正當使用合法藥物所生藥害，得依本法規定請求救濟。」、藥害救濟給付標準第 3 條前段：「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

救濟給付新臺幣二百萬元。...」或強制汽車責任保險法第 7 條：「因汽車交通事故致受害人傷害或死亡者，不論加害人有無過失，請求權人得依本法規定向保險人請求保險給付或向財團法人汽車交通事故特別補償基金（以下簡稱特別補償基金）請求補償。」強制汽車責任保險給付標準第 2 條但書：「...但每一受害人每一事故之傷害醫療費用給付總額，以新臺幣二十萬元為限。」第 6 條：「受害人因汽車交通事故致死亡者，其死亡給付為每一人新臺幣二百萬元。」第 7 條：「受本保險每次因汽車交通事故致每一人死亡給付、殘廢給付及傷害醫療費用給付之金額，合計最高以新臺幣二百二十萬元為限。」之模式操作，其帶給病患之好處則為：「無過失限額補償」；換言之，不問行為人是否具有「責任歸屬」，只要符合該條文所描述之構成要件，即可申領「救濟給付」，惟本文以為採取此模式建構醫療責任保險之問題點如下：1.於法無據；2.保險金額不高，如依具前述之藥害救濟法或強制汽車責任保險法最高限額為 220 萬⁴來訂定賠償上限，家屬不一定滿意；3.保險費由誰支付？是由醫師、健保局或醫療機構？此部分涉及「醫療責任保險」與「全民健康保險制度」兩者之掛鉤，若能確定，那麼開業醫師與受僱醫師是否有不同之處理方式？4.各科風險不同，則應如何計算？總言之，僅有此部分制度，無法擔負消滅醫療風險之決定性角色，仍需其他配套措施，才能達到本文所追求「提高投保率，分散醫療風險，加強醫病關係」之核心目的。

⁴ 參照，強制汽車責任保險法第 7 條：「受本保險每次因汽車交通事故致每一人死亡給付、殘廢給付及傷害醫療費用給付之金額，合計最高以新臺幣二百二十萬元為限。」

二、醫師專業責任保險

此部分則屬於「任意性」醫療責任保險，即交由保險契約之當事人之投保意願與承保意願將成為此制度之關鍵點，故而其容易產生以下問題：1.保險標的基數過少；2.高風險科別保費過高，低風險科別不願承保；3.保險金額與保費兩者係屬正比關係，故欲滿足損失完全填補，則保費將過高，若降低保費，則生保險金額不足；4.現行產險，分科粗糙。因此導致此部分保險的惡性循環，簡言之，即「保險公司賣不好，醫療人員也不想買」。但根據本文之觀點，若能打斷「保費」與「保險金額」兩者間之正比關係，即形成「保費降低」並「保險金額滿足」之情況下，則此制度則是最能涵蓋全面「醫療責任保險制度」之要角。

三、合作社與互助會之方式

即以醫師公會或各學會為單位，假設此部分則排除立法程序之相關問題，但仍有爭議點與問題如左：1.高風險科別學會，會員參加費用高昂；2.低風險科別學會，會員不願加入。簡言之，高風險科別亟需龐大標的基數分擔其風險，但低風險科別則生「終其一生，可能不會發生任何醫療糾紛，卻要繳納費用，甚至發生醫療糾紛，其賠償費用係屬個人可負擔之範圍，故為何要分擔其他人之風險？」

綜上所述，醫療責任保險制度之關鍵在於「如何讓高風險科別獲得適當的保險金額？如何讓低風險科別願意投保？」，首先發現不論是採取何種方式均不可「單一」為之，即須揉合各制度以符合我國之醫療現況，並達分散風險之目的。換言之，目前學者主要倡導引入美國加州之醫療責任

保險制度，或以瑞典為主的北歐國家之醫療責任保險制度，該制度在該區域的確具有良好解決該國之醫療體系所面對之問題，惟使得本文不禁思考，外國法制與我國本土醫療體系之衝擊後，是否能夠完全發揮該有之效果，會不會有水土不服的情況，導致空有美意，卻淪為另個醫療危機之發生？此係本文所不樂見之情況。

最後，於參照許多國內與國外文獻後，不難整合出各國立法例均存有「先調解或和解」之影子，對照於我國民事訴訟法第 403 條第 1 項第 7 款：「...或醫療糾紛發生爭執者。」其乃屬於「強制調解案件，其乃著重於「具有高度專業性」之故，惟此種模式將導致目前醫療糾紛發生時所必須面對之問題，即調解或和解不成時，依然走入訴訟，產生了「從醫療疏失發生到有效解決醫療糾紛」，往往因為司法制度之設計，不僅浪費司法資源與時間上的嚴重耗費，也使病患或其家屬無法得到即時的醫療幫助，在醫療機構與醫療人員方面產生防衛性醫療行為。因此本文試著提出「多階層醫療責任保險制度」之想法，以揉合外國立法之優點與我國本土醫療體系之現況，試著拔除導致醫病關係緊張的因素，並且本文立於「專業、迅速」之角度，將試著引入「仲裁」之思維，促使醫療糾紛能夠快速且公平的解決，並透過「財產損害」與「非財產損害」之限額設計降低保險公司與醫事機構的「不保意願」，以提高願意投保與承保之機率，且賦予病患能夠節省訴訟成本、盡快取得一筆金額能獲得應有之賠償與醫療機構之專業能力所能負擔之後續醫療服務。換言之，本文所提出之制度乃是以提高保險公司之承保意願、醫療機構與醫事人員之風險分擔與病患及其家屬之填補損害。

第二章 醫療責任

第一節 前言

全球醫療疏失所產生之醫療糾紛逐年上升，而世界衛生組織（WHO）更把醫療疏失，列為世界十大殺手之一⁵。去年全世界最受關注之醫療疏失事件，則係流行樂壇天王麥可傑克森（Michael Jackson）案。美國洛杉磯高等法院陪審團裁定，麥可傑克森生前的私人醫生默里（Conrad Murray）誤殺罪名成立，默里面對最高4年監禁，並且吊銷行醫執照⁶。此案例雖無法相等於我國之醫療情況，但也點出「醫療糾紛不僅只有民事層面之訴訟，由於涉及人之生命、身體與健康之因素，也落入刑事層面之處罰，甚至關於行政層面之醫師資格亦受影響。

故本文思考我國醫療現況，由於刑事責任除依刑法第287條：「...第二百八十四條⁷...須告訴乃論。」外，可知若欲追究醫師之刑法第284條第2項之業務過失傷害部分，則需病患或其家屬透過「告訴」以達其刑事訴追，但若為刑法第276條第2項之業務過失致死罪，則屬公訴罪，不須病患或其家屬提起告訴，但不論在刑事上是否以「告訴」作為訴追條件，兩者若成立該罪名，不僅對於醫師之名譽造成嚴重之傷害，於醫師本身則須

⁵ 參閱，Malathy Iyer，*Medical errors in top 10 killers*，The Times of India，2011年4月20日，原文摘錄："World Health Organization: Medical errors in top 10 killers, they believe that one in 10 hospital admissions leads to an adverse event and one in 300 admissions in death."。網址：http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2011-04-20/india/29450526_1_medical-errors-patient-safety-negligence(最後瀏覽日期：2012年5月31日)

⁶ 參閱，劉拓報導，醫病關係面臨挑戰 現代醫生不好當，中國報新聞網，2011年11月18日。網址：<http://www.chinapress.com.my/node/269641>（最後瀏覽日期：2012年5月31日）

⁷ 我國刑法第284條：「因過失傷害人者，處六月以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金，致重傷者，處一年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金。從事業務之人，因業務上之過失傷害人者，處一年以下有期徒刑、拘役或一千元以下罰金，致重傷者，處三年以下有期徒刑、拘役或二千元以下罰金。」

面臨最輕 1 年以下（刑法第 284 條第 2 項），最重 5 年以下（刑法第 276 條第 2 項）刑責，造成拘禁人身自由之法效果。在實際面上，病患或其家屬然透過「國家資源」，以刑事訴追的方式取得相關之證據或資訊，即使用「以刑逼民」之手段，促使醫療人員不得不妥協，這間接造成目前我國醫療環境之最嚴重問題：「防衛性醫療行為」機率之上升，此不僅造成醫病關係間的不信任，也變相導致醫療資源增加支出，進而間接影響司法資源之浪費。

回頭找尋問題根源，不難發現「醫療」乃係一種高度專業知識，在醫病關係中，病患與其家屬想要了解整個醫療過程與結果，但從醫療人員角度，則涉及太多專業名詞或理論，導致縱使事先詳盡履行「告知義務」，但仍無法滿足病患或其家屬之期待，進而產生醫病雙方之誤解，也因兩者觀念上之落差，導致「醫療糾紛」之發生，故本文於本章先介紹醫療糾紛之基本思維、判斷、方式與途徑，在進而針對目前我國醫師於醫療糾紛中所面對之責任與其應對模式。透過本章之介紹，一方面釐清醫療糾紛在「醫界」、「法界」與「病患或其家屬」間之誤差，以追求出三者間的平衡點，不僅有助於降低醫療糾紛之發生可能性，倘不幸發生時，三方能夠集中爭點於爭議之上，而不轉變成漫無目的之非理性手段。

第二節 醫療爭議之介紹

第一項 醫療行為與負面醫療結果

首先，要討論「負面醫療結果」前，應先定義何謂「醫療行為」。

根據我國行政院衛生署函令解釋⁸指出：「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，以治療為目的所為處方、用藥、施術或處置等行為之全部或一部，總稱為醫療行為。」此函釋針對醫療行為係採最廣義之解釋，其包括「診斷後之醫療輔助行為」，而醫療輔助行為，於我國護理人員法 24 條第 1 項第 4 款中，明文規定為護理人員業務範圍，並關於醫療輔助行為之定義，此部分可參閱行政院衛生署民國 90 年 3 月 12 日衛署醫字第 0900017655 號函，其內容揭示包括「(一) 輔助施行侵入性檢查。(二) 輔助施行侵入性治療、處置。(三) 輔助各項手術。(四) 輔助分娩。(五) 輔助施行放射線檢查、治療。(六) 輔助施行化學治療。(七) 輔助施行氧氣療法(含吸入療法)、光線療法。(八) 輔助藥物之投與。(九) 輔助心理、行為相關治療。(一〇) 病人生命徵象之監測與評估。(一一) 其他經中央衛生主管機關認定之醫療輔助行為。」雖我國關於醫療行為並無直接法律上明文規定，惟我國將醫療行為之各種態樣，散定於各規範中，如：醫師法、醫療法以及各類函釋，且並未統一做出明確定義與範圍。故產生學者間對於「醫療行為」不同見解，反觀此函釋為醫療行為所作之定義，可知所謂醫療行為係以「診療為目的、符合目的之行為作醫療行為」之要件，而此定義為目前為法院實務所採取之見解⁹，故本文主軸之一，係涉及司法實務判決之部分，基於將「多階層醫療責任保險制度」與法院判決相互掛鉤，減少對於醫療行為之認定，故採取法院之見解，因此對於「醫療行為」係以「最廣義」為解釋之依據。

次者，界定出我國實務以及本文對於醫療行為係採「以診療為目的、

⁸ 行政院衛生署民國 65 年 4 月 6 日衛署醫字第 107880 號函。此號函於民國 81 年 8 月 11 日以衛署醫字第 81656514 號函，酌予變更內容：將原有的「保健」一詞刪除；並將原有的「直接目的」改為「目的」；並增列「施術」、「處置」等行為。

⁹ 吳志正，解讀醫病關係 I，元照出版公司，2006 年 9 月初版，頁 31-43。

符合目的之行為」之最廣義認定後，可排除掉「非」屬於醫療行為之醫療結果，如同刑法中欲討論是否為犯罪行為前，則須觀察行為人之行為是否為「非刑法所欲規範上之行為」，以避免非屬醫療行為直接所生之損害，而卻可透過醫療責任保險制度獲得救濟，則不但有悖於制度之核心內涵也破壞病患與其家屬之權益。綜上所論，確立該行為為「醫療行為」後，即須探究所可能帶來之「負面醫療結果」，即從事醫療行為後，必定有結果之發生，僅有發生「負面醫療結果」才生醫療爭議，故其係本文所倡導制度中所欲針對「負面醫療結果」所生之風險，其係主要處理之標的。關於負面醫療結果，有認為¹⁰負面醫療結果（醫療傷害）統稱為醫療事故（medical incident），而醫療事故中又分為醫療過失（medical negligence）、醫療不幸（medical mishap）及醫療意外（medical accident）三種情況。造成負面醫療結果可能是因為「醫療之過失責任」所導致，也可能是「無醫療過失責任」之發生。其「無醫療過失責任」再細分為三者：1.無過失責任；2.非過失責任；3.無法律責任（自然死亡或自然病程）。醫療行為中可預知的併發症與副作用的「醫療不幸」及不可預知、不可抗力的「醫療意外」屬「非過失責任範疇」；而不可避免的自然死亡及自然病程，則屬無法律責任之範疇。換言之，所謂的「負面醫療結果」乃屬於最上位之概念包括：1.「可預見醫療傷害」係指「可以預知」的併發症、副作用，是屬於「告知後同意」法則所要規範的範疇，此方面若醫師或醫療人員有在事前善盡告知義務，則病患可對此一風險做規劃，故於此部分所造成之醫療糾紛之機率會大幅下降，但若醫事人員未盡此部分之義務，則必生損害賠償之責，本文以為此部分亦落入醫療責任保險制度之範疇，惟其係醫事人員明知有其併發症與副作用，但卻未

¹⁰ 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度，政治大學風險管理與保險研究所博士論文，2009年5月，頁32。

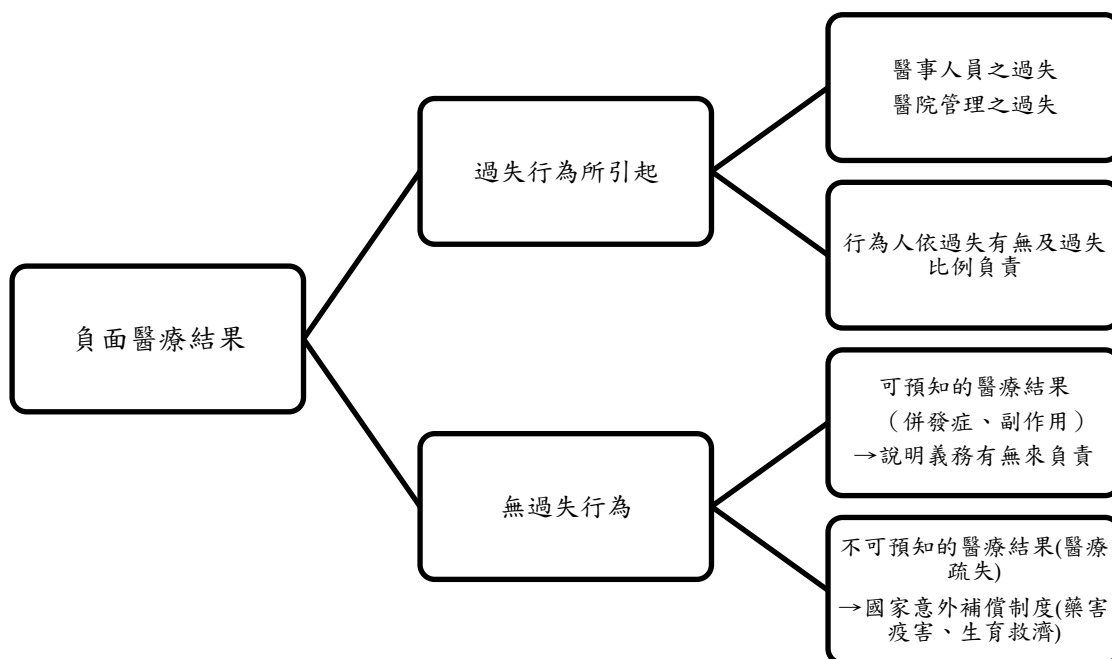
盡說明義務，在有醫療責任保險制度之分擔風險下，將產生保險學上所謂「心理危險」，其係「於投保後，被保險人知有保險保障，在心態上對於危險事故之注意能力鬆懈，變得比較不謹慎，因而增加事故發生的可能性¹¹。」故從病患權益與醫師分擔風險角度觀之，則不應於以排除於醫療責任保險制度之外，而是將此部分之舉證責任轉予醫事人員負責，並採使司法制度達「確信」之心證，故不僅可保障病患之權益，亦給予醫事人員適當之限制，以降低其「心理危險」。

2. 「不可預見醫療傷害」係指醫療疏失，如：牙醫於拔牙時，病患因過於緊張，導致其心肌梗塞而死亡，此乃醫事人員不可預見之醫療結果，但亦實際造成病患之傷害，簡言之，在損害賠償責任歸屬上，其係欠缺因果關係之連結，故其應排除於醫療責任保險之外，惟若從病患角度觀之，其主觀上係認為「因從事醫療行為」所生之「負面醫療結果」，故似可將此部分納入醫療責任保險制度之保障範圍。

3. 醫事人員之過失行為所產生之醫療傷害，此部分絕對係屬醫療責任保險範圍所欲保障之部分。因此關於負面醫療結果，可透過下表作體系之認識¹²。

¹¹ 陳彩雅，保險學，2004年8月，頁32-33。

¹² 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度，前揭註10，頁32。



再次者，所謂醫療傷害，即「負面醫療結果」造成病患本身身體機能之喪失、身體功能需時間恢復或心理層面上之創傷，最嚴重可能是病患死亡造成親人之精神層面之損害，不論何種創傷，對於病患或者病患家屬都是重大損害，當病患與其家屬對此負面醫療結果產生疑慮，進而發生醫療訴訟。

綜上所論，當負面醫療結果之發生，不論是否為醫事人員之過失所引起，在病患與其家屬之角度觀之，均是構成「醫療傷害」之要件；惟從醫療機構與其醫事人員之角度觀之，則僅有「負面醫療結果」中的過失行為所引起之部分，屬於「醫療傷害」。從此可明白兩者間對於「醫療傷害」之觀念有所落差，故一旦有「負面醫療結果」之發生，原告部分即「病患與其家屬」係以最廣義之角度認定「醫療傷害」，基於保障己身之權利，必然尋求醫療機構與醫事人員之求償，由於醫療機構與醫事人員對於「醫療傷害」之認定則採較為狹隘之解釋，兩者間產生認知上的落差，自然易發生「醫療訴訟」。此時在司法制度之觀點下，所做第一階段審查為：「是否屬於自然死亡或自然病程？」進而再審視第二

階段：「醫療機構或醫事人員有無過失？」以及「負面醫療結果與醫療行為間是否具有因果關係？」此部分將於下節更為詳細之討論。

第二項 醫療傷害過失之認定

採民事訴訟過程中，醫療傷害事件一旦進入醫療訴訟後，原告須負責舉證，須由「病患或其家屬」負起舉證之責任。根據民法侵權行為之規定，損害賠償請求權之要件主要為：1.有加害行為存在；2.該行為具有不法性；3.行為人有故意或過失；4.被害人有損害發生；5.加害行為和損害間具有因果關係。換言之，病患與其家屬需要舉證之事項包括：首先，病患受有醫療傷害，即表示醫師具有加害行為；再者，該醫療行為之前提必須造成負面醫療結果，即具有不法性。因此當醫療糾紛發生時，進入訴訟主軸則變成討論「醫師之醫療行為有過失」以及「病患之醫療傷害與醫師的過失行為是否有因果關係」。惟法諺言：「舉證之所在，敗訴之所在。」即表示一般之損害賠償之訴，如：車禍案件，原告欲取得勝訴，可透過現場之證據取得有利於自己之攻防，縱使現有醫療法第71條：「醫療機構應依其診治之病人要求，提供病歷複製本，必要時提供中文病歷摘要，不得無故拖延或拒絕；其所需費用，由病人負擔。」之規定，病患及家屬可取得所有的病歷資料，但醫療行為的本質屬於高度專業性之範疇，病患或其家屬欲針對醫療方面之證據作判斷，自然成為醫療訴訟之關鍵。

綜上所論，判斷「醫療糾紛」之第一步驟應為判斷該是否為醫療行為，若是醫療行為進而判斷該醫療行為所帶來之結果是否為「負面醫療結果」，損害賠償要件中的「加害行為」與「不法性」之要件，於前兩

階段已經含括在內，故在判斷該醫療行為是否帶來負面醫療結果時，等於已針對「加害行為」、「不法性」與「被害人有損害之發生」三項加以認定，所以在醫療訴訟中，主要著重在「行為人(醫事人員)有無過失」以及「醫療行為與病患之損害是否具有因果關係」兩者。

首先，在損害賠償法體系下，不論請求權基礎為何？「責任的成立」必須具有「損害由他人負責之理由」，亦即所謂「歸責原則」。而歸責事由在契約責任下可分為「過失責任」、「衡平責任」與「無過失責任」，故過失標準與責任成立取決於請求權基礎之認定，惟無過失責任中的「通常事變責任」與「不可抗力責任」，於醫療審判實務中目前尚不採用，故於此不加以討論¹³。至於「過失責任」則可分為「重大過失」、「具體輕過失」以及「抽象輕過失」各依當事人之約定、法律規定或事件性質而做不同之判斷，若跳脫醫療關係屬於何種契約類型之討論¹⁴，本文對於採何種過失之認定，則不加以論述，而認為醫療行為之過失責任標準應屬於「善良管理人注意義務」之「抽象輕過失」¹⁵，應將重點放置於如何將過失判斷與負面醫療結果做結合。

醫療過失之認定係決定醫事人員是否應負損害賠償責任之核心問題，若無法律責任或無過失，則均不需負起損害賠償之責，因此待整體了解過失之階段化後，才進而思考關係醫療訴訟勝敗關鍵之「醫療鑑定」，故本文以為先就醫療過失之部分做出以下之階段化認定：

一、該項醫療結果是否符合當時技術或專業水準可合理期待

¹³ 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析-以台北、士林、板橋地方法院為例，政治大學法律與科際整合研究所碩士論文，2009年，頁32。

¹⁴ 吳志正，醫療契約論，東吳大學法律研究所碩士論文，2005年7月，頁138-141。

¹⁵ 吳澤誠，從實證醫學論不當醫療行為，世新大學法律研究所碩士論文，2003年7月，頁52。

之安全性？

當醫療行為發生了「負面醫療結果」，則需討論「該結果是否符合當時技術或專業水準可合理期待之安全性？」，如同我國消費者保護法第7條：「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。」針對「危險源」所做之客觀標準，若此標準下，得出知答案為肯定，即表示「無危險之發生，亦無醫療疏失」。從醫學角度解釋，即進行醫療行為治療該種疾病時，所產生之負面醫療結果屬於目前醫學技術所不可預測的，也就是說醫事人員善盡所有注意義務以及了解所有可能所導致之風險並加以做預防，但該危險依然發生，此不應歸責於醫事人員，要求其負擔損害賠償責任；倘為否定，則進入第二階段之判斷。

二、醫師有無違反客觀注意義務、有無結果預見可能性與結果迴避可能性？

首先，先就過失行為中客觀面作為判斷，篩選掉醫療行為本身即具有高度危險性，已達降低醫師於過失中客觀面之認定；醫療行為往往涉及到許多不確定因素，如：併發症與副作用之情況，若該疾病在治療過程中，使用該醫療行為本應會造成此併發症與副作用時，則不幸發生時，不應苛責醫事人員，但醫事人員仍有法律責任而本文以為此部分則應生「舉證責任倒置」之效果，即原將由「病患或其家屬」舉證醫師有違反客觀注意義務，轉為由醫師舉證「其無違反客觀注意義務」，如，照胃鏡時，醫師明白其容易造成胃壁受損，若的確發生此醫療傷害，可由醫事人員去舉證推翻，其已盡注意義務；因此若為

醫生可舉證其無違反之，則屬於「有危險發生，但醫師無義務違反」。次者，在主觀面「醫師有無結果預見可能性與結果迴避可能性？」其主要在於判斷醫事人員之過失程度。此部分即為主觀面之認定醫師有無過失違反，即醫事人員已了解該疾病治療過程中，可能所導致之併發症、副作用與任何情況下，則需判斷醫事人員在主觀上是否達「結果預見可能性」以及「結果迴避可能性」，前者乃是事前之預防，其屬於告知義務之範疇，若有違反，則可視為該醫事人員具有過失，其則須負責；後者係為事後之避免，即醫事人員針對該醫療行為所可能導致之結果，均善盡所有預防措施，但仍發生負面醫療結果，其不應認定醫事人員具有過失而須負責；但此點因涉及醫事人員主觀之認定，故在責任判定上極為困難。

綜上所論，本文以為醫療責任保險制度，應放寬保護範圍，加上國家現有的救濟補償制度後，使得大部分的「負面醫療結果」之醫療行為，均能納入本制度之範疇，之後在此制度中，若以病患與其家屬角度觀之，係以「醫事人員之過失」做縱線，病患之權益為橫線，進而發展出不論醫事人員有無過失，只要病患具有因「負面醫療結果」所生之損害，則可取得救濟給付，而後續於醫事人員有過失部分，則可再透過保險制度請領保險理賠，以達病患權益之完整保護；而醫事人員部分則可經由「降低病患對於醫療體系之攻擊性」而達分擔風險之效果。

第三項 醫療鑑定之重要性

依我國民事訴訟法中關於鑑定的部分主要規定於「證據」節「鑑定」

目中，而所謂鑑定是指：「以具有特別知識的第三人，在訴訟程序中陳述關於特別法規或經驗定則之意見，而以其陳述，為證據之用者¹⁶。」由此可知鑑定係屬於「證據」方式之一，而由於醫療紛爭所牽扯相關醫療行為高度專業性之緣故，非一般依「經驗法則」、「論理法則」即可形成心證，使法院為求發現真實之必要，形成醫療專業鑑定高度需求性。

目前於醫療糾紛相關案件係以「機關鑑定」為主，其中又以行政院衛生署醫事審議委員會（下稱醫審會）為主要受託機關。其組織與工作內容之法源依據包括：醫療法第 98 條、衛生署依同條第 2 項所訂定「行政院衛生署醫事審議委員會設置要點」以及早期依職權所發布之「醫療糾紛鑑定作業要點」。組織成員包括醫事及法學專家、學者與社會人士代表，後者至少應有三分之一以上；運作方式採被動、初審先行、不公開、共識決、書面回覆...等原則¹⁷。

就我國目前醫療鑑定在醫療糾紛應用之實證分析中，總共 247 例醫療糾紛民事判決中，其中 48 例（佔 19.4%）於判決中未提及鑑定，提及鑑定者則為有 199 例（佔 80.6%）。有近五分之一之案件未送鑑定或未提及鑑定，似乎產生對於一般醫療糾紛涉及高度專業性以至於對醫療鑑定具高度依賴性之觀念不符¹⁸。惟觀察判決書未提及醫療機關鑑定之 48 筆案例中：原告為請求或拒絕鑑定者共 4 例、與醫療專業無關者，其包括因請求權罹於時效、當事人不適格、已於本案係屬前和解、醫契約內容或非醫療行為所造成之傷害共 17 例；重點非在醫療專業者，其包括檢

¹⁶ 王甲乙、楊建華與鄭健才，民事訴訟法新論，2005 年 1 月，頁 443。

¹⁷ 陳軍宇，我國醫療過失刑事責任之研究，東吳大學法律研究所碩士論文，2009 年 1 月，頁 150-151。

¹⁸ 吳俊達，醫療訴訟之舉證責任，政治大學法律研究所碩士論文，2007 年 3 月，頁 162。黃清濱，證據調查與舉證責任之研究-以醫療糾紛訴訟為中心，東海大學法律研究所碩士論文，2005 年 4 月，頁 147-148。

查結果告知過失之爭議有6例、無損害或非原告指摘之醫療行為有5例，總共11例，另與醫療專業相關之16例中，則包括15例，藉由醫療文件或專家證人之證詞輔助，以及1例由法官依病歷資料認定¹⁹。

綜上案例統計²⁰，即使判決書中提及鑑定，真正不須藉由醫療專家或相關文獻協助者僅有1例²¹；而歸因於原告而未送醫療鑑定者，其結果均為被告（即醫事人員）勝訴，如：台北地方法院97年醫字第27號民事判決、板橋地方法院94年訴字第1714號民事判決為精神疾病相關；而台北地方法院95年醫字第14號、士林地方法院91年重訴字第580號民事判決，則於判決理由中載明原告不主張鑑定。且未提及醫療鑑定者其判決結果為被告敗訴者共計7例中，共2例與事前告知義務違反有關，2例因違反契約附隨義務、其他3例則為美容整形結果損害，經由醫學文獻或專家證人協助認定²²。因此，可知醫療鑑定、醫療文獻或專家證人之協助對於醫療糾紛審判實務原則上具有高度需求性。例外之案件類型包括：依契約內具體認定者，檢查結果告知義務違反者，以及損害因果未涉及醫療專業判斷者。

再者，針對判決書中所提及之鑑定199例中作分析，不難發現共有164例之鑑定機關為「醫事審查委員會」，此部分中被告（即醫療人員）勝訴有128例、被告敗訴有36例；而鑑定機關為「非」醫事審查委員會，則有35例，其中被告勝訴有29例、被告敗訴6例。若從有送鑑定之案例總數觀之，被告勝訴為157例，而敗訴則僅有42例。最後，再

¹⁹ 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析-以台北、士林、板橋地方法院為例，前揭註13，頁38。

²⁰ 同前註，頁38。

²¹ 台北地方法院95年醫字第27號民事判決。本案因就診後處女膜破裂，依病歷資料及診斷書認定係爭醫療行為違反醫療契約之附隨義務。

²² 士林地方法院91年訴字第1101號、95年醫小上字第1號、板橋地方法院96年醫字第10號民事判決。

從判決結果與鑑定認定機關之判斷是否一致觀察之，則發現僅有 11 例不一致，剩餘 188 例均一致，更顯示出醫療鑑定在醫療糾紛判決中之重要性²³。

綜前所述，可歸納出「醫療鑑定」不僅可左右醫療訴訟勝敗之可能性，且也往往涉及「醫病關係」之平衡，與對於醫療體系之信任。在發生負面醫療結果時，病患或其家屬成為醫療傷害事件之受害者時，其在訴訟過程中，病患與其家屬心中最大的疑問，主要則是「醫審會之醫療鑑定」，主因在於醫審會之主要成員為醫事專業人員，會使得病患或於家屬對於此份鑑定產生一定之懷疑，且即使身為訴訟的兩造，自始至終都看不到該鑑定之過程和結果。進入訴訟後，多數病患與其家屬被判決敗訴後，還是無法釐清該事件醫療傷害之真相，以致於病患與其家屬不免質疑，醫療鑑定乃是「醫醫相護」、「醫審會黑箱作業」之可能。因此在「醫療鑑定」中，促使其「透明化」則成為病患與其家屬信任「醫療責任保險制度」之主要因素，若能使民眾加以信服，則本文以為已將司法權限轉由醫審會做審查，則可大幅降低醫療訴訟之上訴率，進而加快訴訟，以節省訴訟成本與審判時間。

第三節 醫療爭議事件之途徑與方式²⁴

第一項 途徑

從醫療實務不難發現，民眾對於醫療爭議所生之想法有二：

²³ 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析-以台北、士林、板橋地方法院為例，前揭註 13，頁 39。

²⁴ 財團法人台灣醫療改革基金會，醫療爭議參考手冊，頁 11 以下。(以下整理於此手冊)

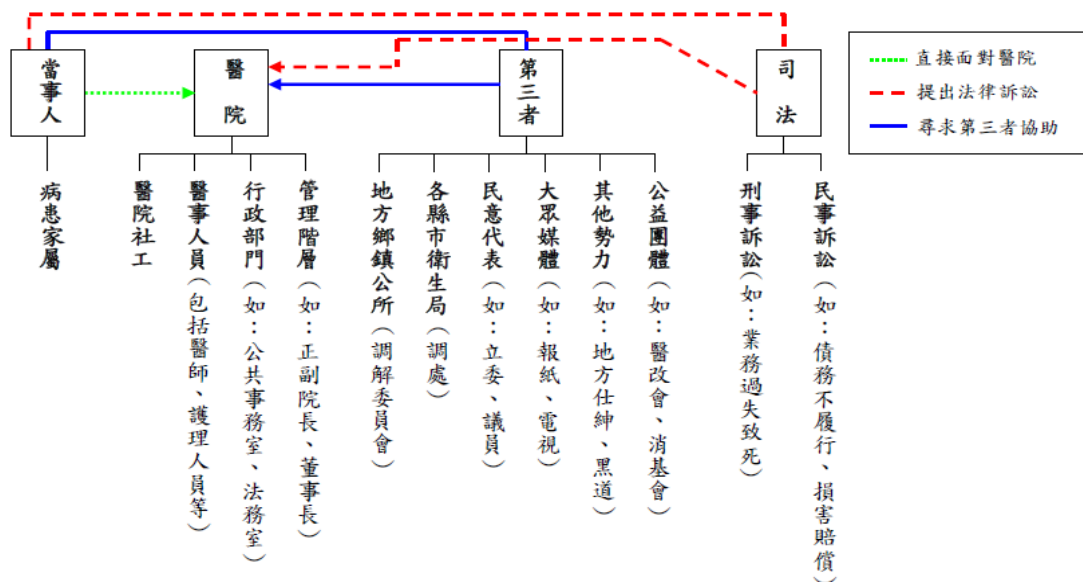
一者，係抱著「人死不能復生」、「多一事不如少一事」的心態，再加上「醫師醫療行為之本旨係在救人」、「以後就醫還要靠這個醫師幫忙」...等消極想法，只要醫療疏失並非顯著，或者尚能補救，甚至明知有許多可疑之處，但家人不支持或自身情況無法追究到底，不少人往往選擇息事寧人。此種想法乃過於消極，往往導致醫師對於醫療過程產生「注意義務」之下降，使得醫療品質下降，對於醫療雙方均非好事，並從保險法角度觀之，即產生「心理危險」，導致「出險」機率提升，對於保險整體市場亦非妥善。

二者，係醫療行為是高度專業且複雜之執行過程，若民眾無法得到詳盡之醫療資訊解說與妥善的照顧，而最後結果又是身心受損的情況，往往就會導致醫療爭議之發生，因此許多民眾在醫療爭議事件發生時，常會感覺自己對於醫療專業之信任感被破壞，少數不可思議之醫療傷害，更讓民眾恐懼下次若自己或親人再因同樣之病況就醫，是否會再度經歷同樣的傷痛，因此希望藉由與醫師或醫院對談的過程，釐清自己的疑問，瞭解事件發生的真正原因，以避免同樣悲劇再度發生。此部分從病患角度出發其乃是積極保障己身之權利，並無不妥，惟從醫師角度出發，醫病關係之不對等，將導致此情況更為嚴重，主因在於病患與醫事人員間的知識落差，導致溝通上的障礙，使兩者於醫療傷害發生時之誤會加深，最後變成水火不容，進而引發醫療訴訟，故此部分應著重於「告知義務」之加強，以平衡雙方之資訊不公平，進而降低醫療爭議之發生，以減少事後之醫療資源支出以及司法資源之不必要。

綜上所論，則可發現醫病關係之資訊平衡往往變成影響醫療訴訟開啟之關鍵，若能加強事前告知義務與溝通，則可大幅減低許多不必要之糾紛，惟尚有急診病患與進行手術此等高風險與不確定之病患，則產生

不單僅有「加強告知義務」如此簡易，故本文認為「負面醫療結果」之發生，不單僅注重是否有告知義務之旅行，則更應加強於「負面醫療結果」發生之後續醫療照顧，故將於後面章節介紹「醫療責任保險制度」，即是用來給予病患一層保障，並可分擔醫事人員之風險，以及經由醫療機構具有專業設備以及能力加以照料，不僅可降低直接賠償金額之成本，亦可對於病患本身給予符合人性尊嚴之照顧與醫療品質。因此，在民眾面對醫療糾紛時，目前有以下救濟方式與途徑，詳見下表²⁵與各點論述：

民眾較常運用來處理醫療爭議事件的步驟與管道流程圖



一、直接面對醫師：

由於醫師對於醫療風險的認知，與一般民眾有很大之落差，且一旦醫師本身承認錯誤，將來若進入司法訴訟程序，將會成為不利的證據。因此，醫師在面對醫療爭議事件之病患或其家屬所提出質疑時，基於自我保護原則，大多不會承認醫療過程有錯誤或疏失。因此本文

²⁵ 財團法人台灣醫療改革基金會，醫療爭議參考手冊，前揭註，頁2。

以為應經由國家建立「強制醫師責任保險制度」可使醫師勇於認錯，以提升醫療品質與降低醫病關係中的敵對意識。

二、直接面對醫院：

大部分醫院都有一套「標準」醫療爭議處理作業流程，使得醫療爭議之病患或其家屬往往得面對長時間、層層裁示之醫院內部公文過程，在病患角度觀之，急迫需要一個合理的解釋與後續醫療行為之支出，但由於醫療機構之作業流程，導致在病患與其家屬之心態則認為是「推卸責任」之不良觀感，而且始終無法與醫療爭議之直接相關人員對談；即便有人出面處理，往往也不是握有決策權的人。因此本文以為「間接強制性醫療機構責任保險」則可改善此部分之不當，乃因透過此責任保險，可降低醫療機構堅持釐清法律關係之繁文縟節，以及當醫療機構有責任保險作為後盾，則可預見將有特定部門專司此項業務，進而降低民眾認定醫院「推諉責任」之不良觀感，進而將民眾與醫療機構之關係簡化為「民眾」、「醫療機構理賠專司單位」與「保險公司」之直線關係。

三、向衛生局陳情：

對醫療過程有疑義時，可向當地衛生局陳情，通常由衛生局先進行調解。根據醫改會調查，其調處成功的機率不高，並有民眾反應，處理過程官員態度偏頗，但仍不失為一個釐清醫療爭議之管道。此部分仍回歸病患與其家屬對於此機構之信服度，故本文以為往往當民眾之不滿累積到一定程度，則間接對於國家亦生不信任感，此非本文所欲樂見，若能建立一個具有高度公信力之機構，即本文後續所擴張醫療審議委員會之權限，則可解決此部分之不當。

四、尋求民間團體協助：

民間團體依據其宗旨、定位及主要服務對象，提供不同類型的服務與協助，如：醫療、法律、心理支持等相關諮詢服務。但此仍無法合適的解決醫療紛爭，乃因最後仍會走向訴訟一途，一旦進入司法程序，不難預見當事人雙方所欲花費之費用、時間、精神與勞力將成為病患的第二次傷害，並對於醫師之心理壓力甚大。

五、聯絡民意代表關切：

在台灣不論發生麼事情，總會習慣找一些身份地位高的人出面；民意代表基於選民服務的考量，會以信函、電話、開記者會等方式與醫院或醫師溝通。本文以為此方式則促使醫病關係之敵對意識更為高漲，使得若有醫療過失，則醫師也不願意承認其過錯，導致訴訟時間不斷延宕，對於醫病雙方則並無良好之幫助，還是要回歸基本面，建立一個良善的制度，使得醫事人員與醫療機構有保險制度作為後盾，勇於面對自己本身之錯誤，進而保障病患之權益，避免其身心之再次傷害。

六、訴諸媒體：

大多數醫療爭議病患或其家屬認為透過媒體的公布，有可能對醫師或醫院造成壓力，增加談判籌碼。但事實上，仍需審慎評估。原因如下：(1)其對醫療院所產生的壓力的大小，可能因主事者心態、醫院規模、知名度不同而不同。有些高知名度的醫院或醫師認為，不愁沒有病人上門，並不在意曝光後的影響。(2)媒體通常需要平衡報導，所以會同時採訪醫病雙方對事件的想法和回應，其所呈現的結果不一定

符合當事人期待。例如曝光後，也有可能引發一些當事人未曾思考過的負面效果，包括覺得醫院或醫師說法對當事人造成二度傷害；強化當事人與醫院或醫師的緊張與對立，更不利雙方溝通；媒體曝光後，當事人生活作息受干擾，或旁人以異樣眼光看待...等困擾。

七、提出法律訴訟：

由於司法檢察體系的行政作業流程繁複，一旦走上法律訴訟途徑，就需靜待司法檢察機關的偵查、傳喚開庭、審判...過程極費時，甚至可能纏訟十數年仍未能解決，不難預見當事人雙方所欲花費之費用、時間、精神與勞力將成為病患的第二次傷害，並對於醫師之心理壓力甚大。因此本文將於文末提出「多階層醫療責任保險制度」旨在解決此等之問題。

第二項 方式

一、調解²⁶

調解程序，為訴訟繫屬法院前，就當事人間發生爭議之法律關係，勸導兩造達成合意之解決方式，以平息紛爭，避免訴訟之程序。若兩造達成合意而調解成立，該合意內容與確定判決有同一效力。除法院處理當事人之聲請調解案件外，當事人如為避免奔波及訴訟之勞累，「尚不願起訴而單純聲請調解之民事案件」，或者「刑事告訴乃論之

²⁶ 謝子建，論建立合理解決醫療糾紛機制—以強制醫師責任險為中心，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2009年9月，頁20。

案件」，均可逕向兩造居住處所之鄉鎮市區調解委員會聲請調解。鄉鎮市調解委員會調解成立，該調解結果經法院核定後，亦可產生以下之法律效果，與聲請法院進行調解之效果相同。

聲請調解者為民事案件，該調解與確定判決有同一效力。聲請調解者為刑事告訴乃論案件，若調解內容以給付金錢或其他代替物或有價證券為標的者，該調解書內容具有執行名義，可供強制執行。調解是正式訴訟過程以外的另一種解決方法。調解是解決紛爭的一種方式，它使用一位不偏袒的調解員，以協力解決問題的程序，幫助雙方化解爭議。而依我國民事訴訟法第 403 條第 1 項第 7 款：「...或醫療糾紛發生爭執者。」其乃屬於「強制調解案件，其乃著重於「具有高度專業性」之故，惟此種模式將導致目前醫療糾紛發生時所必須面對之問題，即調解或和解不成時，依然走入訴訟；更甚者，本文以為從「醫療之專業角度」切入，民事訴訟法第 403 條之強制調解案件，在醫療紛爭中已失去意義，不如尋求「更能發揮專業判斷之仲裁」以解決紛爭。

二、和解²⁷

和解是最常見的糾紛解決方式，依民法第 736 條中規定：「和解是指當事人彼此之間約定互相讓步，以避免或防止爭執發生的契約。」和解和買賣、贈與、租賃...等模式相同，都是契約的一種類型，只是和解的特色在於兩造雙方彼此互相讓步的契約。另外民法第 737 條中規定：「和解中明定當事人拋棄或者取得該項權利，未來不得再重複主張」因此取捨和解內容時，則需要小心謹慎。而在醫療糾紛中，民

²⁷ 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，成功大學法律研究所碩士論文，2007 年 7 月，頁 14 以下。

眾往往透過刑事訴訟之手段，迫使醫生欲避免訴訟之苦，選擇和解之途徑，或許單就病患之角度，能夠獲得其滿意之結果，惟對於整個醫療體系只會加重「防衛性醫療」行為之發生。

三、調處²⁸

由調處委員會依調解程序先行調解，促成雙方和解，如雙方無法和解，則調處委員會可依專業或法令規定做成調處決議，促成雙方依調處決議和解。其當調解不成立時，調處可以做成調處決議，促成雙方和解。例如「租佃爭議」：當事者向當地鄉（鎮、市、區）公所，租佃調解委員會提出申請調解，調解不成立時，鄉（鎮、市、區）公所會將案件移送上級機關，縣（市）政府租佃調解委員會調處，再調解不成立時，縣（市）政府租佃調解委員會會做成調處決議，然後將案件移送地方法院審理。調處決議並不具約束力，僅供法院參考而已，因此雖具有高度之專業性，但並無法直接解決紛爭。

四、訴訟²⁹

訴訟主要分為三種：

1. 民事訴訟

係指人民法院在雙方當事人及其他訴訟參加人的參加下，審理民事案件和解決民事糾紛所進行的國家法律行動，以及由這些活動所發生的關係。故此部分即是醫療責任保險制度所欲減少之部分，欲透過本文所建構之多階層醫療責任保險制度降低民事訴訟提起

²⁸ 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，前揭註 27，頁 17 以下。

²⁹ 同前註，頁 19 以下。

之案件。

2. 刑事訴訟

係用來確定國家對犯罪嫌疑人應不應該加以追訴、對被告有沒有刑罰權存在及其範圍、對判決確定者加以執行的一種程序。其可再分為「公訴」與「自訴」，關於刑事案件，我國是採取公訴與自訴併行的制度。鑒於在醫療糾紛中，病患與其家屬之手段往往透過「以刑逼民」，可知其主要仍是欲獲得賠償金，故若能加強醫療責任保險制度，則可大幅降低醫事人員遭受刑事訴追之可能性。

3. 行政訴訟

係行政法所規定的事項，人民都有遵守的義務，但是對於行政機關的決定，人民如果認為有違法或不當，以致損害其權利或利益時，可以提起「訴願」。如果不服訴願的決定，可以向行政法院提起「行政訴訟」，請求行政法院判決撤銷行政機關的決定。故此部分則往往涉及醫療機構之執業許可以及醫護人員之資格問題。

五、仲裁³⁰

仲裁法所謂之『仲裁』係指當事人以書面訂立仲裁協議，約定將有關其現在或將來依法得和解之爭議，交由獨任仲裁人或單數之數人組成之仲裁庭仲裁，以解決爭議之制度。

仲裁制度係以當事人為主導之仲裁協議合意，以「仲裁人」為重

³⁰ 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，前揭註 27，頁 18 以下。

心之仲裁程序進行，和當事人不履行仲裁判斷之法院協助執行等，即為「仲裁協議→仲裁程序→判斷承認執行」三程階段。而「仲裁程序」在此三階段中具有承先啟後的功效；其承繼仲裁契約所由生之紛爭，依循程序總結其成，而作成仲裁判斷，以消弭紛爭或供法院承認執行。故仲裁程序之進行，對於紛爭是否妥適解決，實居於重要之地位。

第四節 醫師責任與風險分擔

由於本文欲探討醫療事故發生時，醫師所承擔之風險是否得以用保險制度分化，而醫師責任應有刑事責任、行政責任、民事責任...等，然得以保險制度分化之風險僅限於民事責任，刑事或行政責任之風險實無法以保險分化之。故而以下僅簡單說明醫療事故發生時醫師之刑事及行政責任，對於民法則試圖做較清晰之說明。

一、刑事責任³¹

目前台灣實務上，不論過失之輕重，優先適用業務過失致人於死傷之處罰規定，即我國刑法第 276 條第 2 項以及第 284 條第 2 項，於我國實務之適用結果往往優先適用刑法而非民法，其主要原因在於醫療糾紛時，我國民眾如前所述，往往透過「以刑逼民」之方式為之，且醫療糾紛發生後醫師被判刑的比例約百分之五³²，非但不符合世界趨勢，且應有改善的空間³³，惟此部分則非屬本文所欲討論之範圍，故僅作粗略之

³¹ 朱曉娟，醫療事故之醫師責任風險分化機制之研究，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2007年6月，頁17以下。

³² 黃丁全，醫事法，元照出版社，台北，2000年初版，頁454以下。

³³ 葛謹，醫療糾紛之過失責任—從台灣高等法院台南分院民事九十年重上字第八號判決談起，

介紹。

醫師之刑事責任，可分因醫療過失犯與故意犯兩種類型。一般而言，醫師執行醫療行為其目的在救人，因此以醫療行為而故意侵害病患之權益，雖非不可能，但其案件量應屬少數，故而醫師之刑事責任多以「過失犯」為主。未盡到刑事上之責任論以刑罰，其目的在維持社會秩序，且重在行為人的主觀犯意，因此刑事責任之成立主觀上以故意為原則，過失為例外，因此實施醫療行為故意侵害他人之權益時，若該當刑法條文之構成要件，則應負刑事上之責任；若因過失致病患受傷或致死時，則該當業務過失致傷或業務過失致死罪。實務上之見解，多認為行為人之行為如符合刑事法律所規定之犯罪構成要件，除該行為人有阻卻違法事由或缺責任能力外，皆應依法受刑事追訴，不因職業、身分之不同有所差異，也不因以負擔民事賠償責任而得免除刑責。

二、行政責任³⁴

在行政責任部份醫師執行醫療業務發生醫療事故時，不論病患因而受到傷害或死亡，依現行醫師法第 25 條規定³⁵，醫師有業務上重大或重複發生過失行為或有業務上不正當行為時，由醫師公會或主管機關移付懲戒。而其懲戒方式則規定在第 25 條之 1，有警告、命接受額外一定時數之繼續教育或臨床進修、限制執業範圍或停業一個月以上一年以下、

台北，台灣醫界，2007 年。

³⁴ 朱曉娟，醫療事故之醫師責任風險分化機制之研究，前接註 31，頁 18 以下。

³⁵ 醫事法第 25 條規定：「醫師有下列情事之一者，由醫師公會或主管機關移付懲戒：一、業務上重大或重複發生過失行為。二、利用業務機會之犯罪行為，經判刑確定。三、非屬醫療必要之過度用藥或治療行為。四、執行業務違背醫學倫理。五、前四款及第二十八條之四各款以外之業務上不正當行為。」

廢止執業執照及廢止醫師證書...等五種，且各款懲戒方式，其性質不相抵觸者，得合併為一懲戒處分。若醫師已受停業處分仍執行業務者，依同法第 29 條之 1 規定，醫師受停業處分仍執行業務者，廢止其執業執照；受廢止執業執照處分仍執行業務者，得廢止其醫師證書。但醫師若涉及違反其他醫師法所規定之法定義務，除可處以罰鍰外，並得視情節輕重，移付懲戒。如同時觸犯刑法時，並應移送司法機關依法辦理，必要時得撤銷其醫師證書。懲戒處分則由行政院衛生署所涉之醫師懲戒委員會視情節輕重處理之。此部分則屬於行政法範疇，故本文於此部分僅做整理與條文之介紹，主軸仍係放於下方民事責任。

三、民事責任³⁶

有學者認為醫療契約有「並非以必須成功治癒疾病為內容」之特性³⁷。依我國民法第 222 條規定：「故意或重大過失責任，不得預先免除。」可知若醫師有故意或重大過失故不能預先免責，若僅有輕過失時，即具體輕過失或抽象輕過失之類型，似應解為可預先免除責任。

一般醫療糾紛時，病患或其家屬無論依「契約不履行」或「侵權行為」向醫師請求民事損害賠償，須具備三個要件始能成立：

1. 須有故意或過失之成立

醫事人員所應負責任，限於可以避免結果之發生，而因醫事人員之行為或不行為，而未採取適當之措施，以致發生損害者，始負過失

³⁶ 王皇玉，醫療行為與刑法上之評價，台大法律研究所碩士論文，1995 年 6 月，頁 61。

³⁷ 曾隆興，現代損害賠償法論，三民書局，1997 年 10 月八版，頁 428。

責任。

2.須為不法

當病患之身體、健康或生命有所侵害時，即表示醫事人員具有結果不法或行為不法，而該阻卻違法事由之存在，應由醫師負舉証責任，故若無之，則視為具有不法。

3.須有因果關係

應由病人負舉証責任，主要是基於上述醫療行為之特殊性，就醫療契約並非以必須成功治癒疾病為內容之特性，僅主張醫療結果未成功或損害，並不能認為醫療行為有過失，從而病人依契約關係請求損害賠償，仍應就醫師之過失負舉証責任。依最高法院 42 年度台上字第 319 號判例：「損害賠償之訴，已有損害之發生即有責任原因之事實，並二者之間，有相當因果關係為成立要件。…」因此醫療行為與負面醫療結果之因果關係，只需具有相當性即可成立，故因果關係對於醫療訴訟之勝敗率影響甚小。

因此醫師之民事責任，係醫師違反其說明義務或注意義務時，病患或其家屬應得適用民法第 184 條第 1 項：「因故意或過失，不法侵害他人之權利者，負損害賠償責任。」或第 2 項：「故意以背於善良風俗之方法，加損害於他人者亦同。」以及民法第 193 條：「不法侵害他人之身體或健康者，對於被害人因此喪失或減少勞動能力或增加生活上之需要時，應負損害賠償責任。前項損害賠償，法院得因當事人之聲請，定為支付定期金。但須命加害人提出擔保。」與第 195 條之規定：「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害

其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。其名譽被侵害者，並得請求回復名譽之適當處分。前項請求權，不得讓與或繼承。但以金額賠償之請求權已依契約承諾，或已起訴者，不在此限。前二項規定，於不法侵害他人基於父、母、子、女或配偶關係之身分法益而情節重大者，準用之。」主張其權利。且根據民法第 188 條僱用人與受僱人連帶責任之規定，於病患或其家屬亦可連同醫事人員所受僱之醫療機構一併對其主張權利。

最後，本文仍著重於「醫事人員面對民事賠償之風險分攤」，鑒於目前現行醫療糾紛發生時，病患多以刑事附帶民事求償，即病患或其家屬透過「以刑逼民」之手段，主因乃係在刑事訴追中，不論是刑法第 284 條第 2 項之業務過失致傷罪或刑法第 276 條第 2 項業務過失致死罪，均可透過國家之力量為病患或其家屬收集證據，而降低獨自提起民事訴訟之舉證不利之情況，進而促使醫療人員為了避免刑事責任，進而達成和解，導致醫病關係甚為緊張或損害賠償之認定甚為不平衡，進而造成「防衛性醫療行為」、「醫療費用上升」與「醫療人球」...等不利於醫療體系之結果。首先，現行醫療糾紛賠償主要分誠如本文於前言所為之詳細論述，故以下簡述可分為三種：1.「自行負擔」：此類型多發生於獨立執業的診所或早期的醫療糾紛，但隨著現在國民所得之上升，現今發生醫療事故時動輒千萬元以上，對於醫療人員之負擔日益沉重，因為高額的賠償金如採取自行負擔，恐怕醫師一輩子的薪水都在償還債務。2.「互助會或院基金」：此係中大型醫院目前多數所採行之方式，但此方式類似於英國醫療責任保險制度，只是基數的大小視醫院規模而定，其是將風險往上分攤到整個醫療機構，所以醫院規模對於所能承受的風險差異性極大；且若要將此制度推展開來至全面性的醫療人員加入，因為其「類似保險」之概念，可能會與現行我國保險法規之規定有所抵觸，因此在

法規上須深入討論與解決其可行性。3.「醫事責任保險」，此種屬於用保險轉嫁風險的方式，但愈來愈高價的賠償，使得保險公司基於保險成本，不斷調高高風險科別的保費，造成責任保險一直無法在台灣推廣開來。

綜上所論，鑒於醫療責任保險之概念提出，於外國立法例，如：美國、英國與北歐國家...等國家均行之有年，惟我國此部分制度尚未完備，且自由市場機制對於此部分興趣缺缺，雖然許多文章與論文均在討論此部分的可行性，因此本文試著，在我國具有全民健保制度之前提下，則必須針對整個制度面設計與參照比較各國對於醫療責任保險的設計，嘗試提出屬於我國之醫療責任保險制度之立法建議，以建構出「本土化之醫療責任保險」，即本文所欲提出之「多階層醫療責任保險制度」，此部分將於後續章節作更為詳細之介紹。

第五節 總結

經過本章之討論，可發現在實際面上，病患或其家屬使用「以刑逼民」之手段，間接造成「防衛性醫療行為」機率之上升，產生醫病關係之不信任，也變相導致醫療資源之浪費，進而間接影響司法資源之支出。故促使本文欲提出一套完善之責任保險制度，以解決此不當之情況。

首先，對於何謂醫療行為與負面醫療結果做初步之認定，前者包括「診斷後之醫療輔助行為」，且我國實務對於醫療行為係採「以診療為目的、符合目的之行為」之認定，最後當產生負面醫療結果時，在病患或其家屬於醫療訴訟中，最大擔憂為，認定醫療鑑定乃是「醫醫相護」、「醫審會黑箱作業」，但法院為求發現真實之必要，又對醫療專業鑑定有高度依賴性。故本文認為促使其「透明化」之醫療鑑定，則成為病患與其家屬信任「醫

療責任保險制度」之樞紐，若能達成此目的，則可大幅提升民眾使用本文制度之可能性。

次者，根據民法侵權行為之規定，病患或其家屬需對於損害賠償請求權之五項要件為：一、有加害行為存在；二、該行為具有不法性；三、行為人有故意或過失；四、被害人有損害發生；五、加害行為和損害間具有因果關係，加以舉證。惟法諺言：「舉證之所在，敗訴之所在。」此在醫療體系此等資訊不對等下，病患或其家屬欲取得醫療方面之證據，則成為醫療訴訟之關鍵。

再次者，本文認為醫療行為之過失責任標準應屬於「善良管理人注意義務」之「抽象輕過失」。因此本文對於醫療過失之認定應分為以下之步驟：第一階段：該反應是否符合當時技術或專業水準可合理期待之安全性？第二：醫師有為違反客觀注意義務？以及有無結果預見可能性與結果迴避可能性？分別階層認定。

再次者，在病患或其家屬面對醫療爭議之途徑有：一、直接面對醫師；二、直接面對醫院；三、向衛生局陳情；四、尋求民間團體協助；五、聯絡民意代表關切；六、訴諸媒體；七、提出法律訴訟。而另外可尋求之方法則有：調解、和解、調處、訴訟與仲裁。而此部分則將帶出本文對於強制責任保險制度建立之核心概念，乃是採取「仲裁」之想法，以加速理賠之可能性，進而提升民眾使用本文之倡導制度，並符合專業性、迅速性之要求。

最後，關於醫師之責任則有刑事責任、行政責任與民事責任，關於前兩者其非本文所欲探討之對象，故本文均僅著墨於民事責任。因此在民事責任中，目前我國醫師分擔風險則有：一、「自行負擔」；二、「互助會或

院基金」之方式；三、「醫事責任保險」之模式，此部分將於後續章節做更為深入之探討。





第三章 醫事責任保險之發展現況

第一節 前言

由於醫療糾紛目前還是以醫師為當事人居多，故本章所指之醫事責任保險中之醫事人員是以醫師為主體來做討論。現行我國醫師專業責任保險，是採取任意保險之狀況，由於我國醫事人員或醫療機構投保「責任保險」之情形並不普遍，而若透過訴訟制度，常因醫療糾紛訴訟過程冗長，造成司法資源之浪費，並從訴訟法之角度，醫療案件往往涉及醫療專業之問題，多須交由專業人員判斷，即醫事審議委員會加以鑑定，故於時間上與勞力上所付出之成本甚大，不符訴訟法上「費用相當性原則」與「司法資源公平分配之意涵」，則導致「程序正義」與「實體正義」在天秤上不對稱，醫病關係於訴訟過程中，失去了彼此間之信賴，導致防衛性醫療之出現與病患之敵對意識。

再者，法諺：「遲來的正義並非正義」，故在醫療訴訟案件中往往未能適時給予被害人賠償，使得最需要一筆費用能夠投入在一次醫療，如：一宗醫療過失不幸導致病患變成植物人，此時病患家屬最需要的則是「後續之醫療照料與醫療費支出」，惟縱使依民事訴訟法之規定，如同法第 244 條第 4 項之總額給付之聲明設計，或如同法第 538 條之定暫時狀態假處分，兩者之設計得使被害人先取得一定的醫療費用，但不論病患採取何者之措施，均為針對「損害賠償之訴」所為之配套措施，故仍須向法院於以陳明或釋明，均對病患是種具有成功率的不確定性請求，並無法完整地給予病患快速且適當之協助，又其仍須透過訴訟程序，對於司法資源仍是一個負擔，以及涉及到醫療訴訟勝敗率之因素，導致縱使透過上述民事訴訟法之規定，仍無法給予病患符合人情以及最適當之金錢賠償。

因此每每當有社會矚目之醫療事故發生，或是法院判決高額賠償時，即產生「採取強制責任保險之議題」就會被提出討論，以求能達成迅速賠償被害人，保障遭受醫療意外事故之被害人，因而有認為應仿照強制汽車責任保險法之例，而提出強制醫療責任保險，透過立法方式將醫護專業責任納入強制責任保險範疇³⁸，並有立法委員提出「強制醫療責任保險法」草案³⁹。亦有提出可參考德國強制律師責任保險，制訂台灣的強制醫師專業責任保險⁴⁰。衛生署並委託臺灣婦產科醫學會研究醫事人員強制保險制度之相關研究，冀望能推行醫師人員強制責任保險之制度⁴¹。然而強制險是否真能解決發生醫療事故時，迅速保障被害人之目的，非無疑問；另考量我國國情，是否在此階段適當採取強制投保之手段？放諸世界各國之醫療責任保險制度，尚未有強制醫師投保責任保險之情形下⁴²，我國是否能獨創強制醫師賠償責任保險？而單純強制醫師投保責任保險是否足以解決現存問題？將是個主要問題所在。

就各個外國立法例對於醫療責任保險實施之歷史較長，制度建立較為完善，且就經營模式上觀之，則可分為「強制性」與「自願性」，故將分別介紹各國之醫療責任保險責任⁴³。本文將先介紹主要代表國家，從該國家之整體醫療體系與保險制度比對我國之情況，提出最適合我國現有醫療

³⁸ 林順益，解析醫護責任保險制度，醫事法學第 11 卷第 3 期，2003 年 12 月，頁 28-29。

³⁹ 立法院關係文書院總第 1604 號，委員提案第 4732 號，為 2003 年由余政道等 32 人擬具「強制醫療責任保險法草案」。

⁴⁰ 陳文袖，論強制醫師專業責任保險——以醫療事故受害人之損害賠償填補為中心，東吳大學法律研究所碩士論文，2004 年，頁 142。

⁴¹ 高添富，醫師人員強制保險制度相關研究，行政院衛生署委託臺灣婦產科醫學會研究計畫，2006 年 10 月 29 日。

⁴² 陳文袖，論強制醫師專業責任保險，前揭註 40，頁 145。就會計師部分，英國、美國、德國、新加坡等國均有強制投保責任保險之法律規定，德國則是對律師、公證人、稅務顧問等亦賦予投保專業責任險之法定義務。歐美盛行多年且世界各國均採任意投保方式之 D&O (Directors and Officers Liability Insurance) 公司董監事重要職員責任保險，在韓國基於特殊政策考量，採取強制投保之方式。

⁴³ 朱銘來與焦峰，醫療責任保險制度的國際比較研究，保險研究，第 7 期，2008 年，頁 92-93。

情況之模式與修正。

第二節 我國醫療環境之困境

由於目前我國醫療科技之進步與國民對於醫療知識與涉及相關方面之權利保護抬頭，使得醫療糾紛逐年上升，而賠償金額也逐漸上升，醫師之醫療行為轉向防衛性醫療。長此以往，醫師面對病患即便有治癒的機會，但擔心訴訟及失敗的風險，選擇保守性的治療方式，反而使病患少了風險稍高，但更好的治療方式，這對病患權益與國家醫療的進步反而產生很大的阻礙。現實醫療狀況中，常會發生許多不可抗力的事故，如產科病患偶爾發生的羊水栓塞或產後大出血，這種突發性且及致命的危險，常讓病患與其家屬將此醫療結果責任歸責醫師，法院亦多苛責醫師負有預知的義務，而動輒究以業務過失之罰責，甚至連醫學上發生原因都尚無定論的羊水栓塞症，都要歸責醫師並無相當因果關係的正當醫療行為，使得醫師在執業時紛紛採取防衛醫療，嚴重的影響了醫療生態的正常發展，現況更有因婦產科醫師紛紛避開接生的業務，導致生產還得預約的窘境，這實在值得社會的重視⁴⁴。

而我國醫師因為醫療糾紛被定罪的比率高於其他各國，其實醫師被不當定罪，僅是台灣社會不公平對待醫界的其中一點，更多的是辱罵、威脅，甚至人身傷害。醫界被不公平對待的結果是，導致醫療糾紛較少五官科及醫學美容變成年輕醫師之最熱門科系選擇，反觀攸關民眾生命保障的內外婦兒急診五大重症科別，乏人問津因此不難發現醫師中優秀人才紛紛轉向

⁴⁴ 「孕婦想生 得抽號碼牌搶醫師 漏夜卡位好苦！」，中天新聞，2012年6月1日18時04分。
網址：http://www.ctitv.com.tw/news_video_c148v84386.html（最後瀏覽日期：2012年6月5日）

少糾紛科別，連指標性的台大醫院外科醫師都出走⁴⁵，這對於醫療品質當有負面影響。不當的醫療糾紛與醫療判決不僅是一種社會不公，也讓重症醫療逐漸失去優秀人才、讓醫師採取防衛性醫療，這對於整體醫療品質有著深遠的負面影響。因此我國目前醫療糾紛之主要現象可歸納如下：

一、台灣醫師的犯罪率世界第一⁴⁶

根據陽明大學公共衛生研究所楊秀儀教授與劉邦揚碩士的調查統計⁴⁷，台灣醫師的犯罪率，竟是「世界第一」，平均每三十八·八天就有一位醫師被定罪。他們調查自 2000 年 1 月 1 日起至 2008 年 6 月 30 日止，台灣地方法院共有 312 位醫師被告，其中 80 名醫師被判有罪，台灣醫師的「有罪率」竟高達四分之一（25.6%）；相較美國，百年以來卻只有一例醫療刑事案件。而被告執業科別以外科最多，共計 82 人（26.3%），其次為內科 64 人（20.5%）、婦產科 50 人（16%）、急診醫學科 40 人（12.8%）、骨科 23 人（7.4%）、兒科 10 人（3.2%）。這些科別恰巧是攸關生命最重要的內外婦兒急診等五大重症科別，這個現象結果自然讓從事於相關醫療工作的醫師人人自危。

二、解決醫療糾紛耗費鉅額成本

根據舊有資料，若以醫療糾紛解決的方式區分，醫師與病人雙方自行和解，或透過中介機構（或人士）調處和解，病人因此獲得金錢補償

⁴⁵ 「開第一槍！台大外科總醫師轉醫美」，聯合新聞網，2012 年 5 月 25 日，網址：

<http://udn.com/news/NATIONAL/NAT2/7115512.shtml>（最後瀏覽日期：2012 年 6 月 5 日）

⁴⁶ 醫療糾紛不斷 台灣醫生「犯罪率」世界第一，今週刊，776 期，2011 年 11 月。

⁴⁷ 劉邦陽，我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2009 年 6 月，頁 86。

的案件約佔 42%。獲得金錢補償的醫療糾紛案件，其平均補償金額為 23 萬元。根據此一平均補償金額，乘上病人獲得補償的機率與醫療糾紛案件的總數，可得出台灣在過去，醫師花在補償病人醫療傷害的支出，約為 2 億 7000 萬元，平均每位醫師負擔 13690 元。除了金錢補償的損失之外，醫師為處理醫療糾紛案件所花費的處理成本，平均每件約為 13 萬元。利用此一結果可估計，醫師為處理醫療糾紛所花費的時間成本、請託（或訴訟）費用與律師費等，約為 3 億 7000 萬元，平均每位醫師花費 18535 元⁴⁸。

綜前所述，醫師為醫療糾紛案件所花費的每一元支出中，只有約四角是用於補償病人損失的支出，而其餘的六角則是所謂的交易成本。而國外的統計，醫療訴訟程序效率低落，行政成本龐大，根據 Studdert 等人在新英格蘭雜誌發表的研究報告，醫療糾紛訴訟的每 100 元賠償費僅 45 元用於對當事人的賠償⁴⁹。上述國內外的經驗顯示現行醫療糾紛處理制度是一個相當「昂貴」的制度，有許多資源浪費在不必要之情形，若能將此費用移轉到醫療體系之正當使用，將對於我國之醫療則為一大助益。

三、訴訟勞費和訴訟不經濟

倘從堅持醫療過失不可除罪化，只有透過刑事法院主張病患之權益，但這往往僅是「以刑逼民」之不當手段，故真正透過司法訴訟解決的案

⁴⁸ 陳榮基、謝啟瑞，醫療糾紛對醫療成本之影響：台灣西醫師的實證研究 中央研究院週報第 653 期 1998 年 01 月 09 日。

⁴⁹ Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al.: Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New Engl J Med* 2006;354:2024–2033。

件，只佔一部分，有許多都是調解或和解後病人放棄或撤回的情形。扣除掉檢察官不起訴的案子，真正能在刑事法庭勝訴機率並不高，醫師被起訴一審宣告有罪約 25.6%左右⁵⁰。病人勝訴的機率偏低並不一定代表現行法律偏袒醫師，主要是醫師若有明顯的過失，通常會自行選擇與病人先達成庭外和解。我國地方法院所審理的刑事醫療糾紛案件定罪率低，相較於同一法條其他類型的業務過失犯罪動輒九成以上的定罪率，差距甚大。此外，懲罰性效果微弱，由於並沒有明顯的犯意，醫師大多合乎緩刑條件，獲得有罪判決的被告中高達八成可因為緩刑宣告或者易科罰金代替自由刑之執行而不必入監服刑。另外，訴訟耗時冗長，平均每個案件都要耗費 3 年以上的時間才能夠換得一紙地方法院的判決，若歷經三級三審與更審之程序，耗費的人力、物力與司法成本更難以計數。

四、影響醫師採行防禦性醫療行為

現行的醫療糾紛處理方式，確實已對許多醫師的執業行為產生影響。根據調查結果之資料發現，有 74% 的醫師，在過去一年內，因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而保持較完整的病歷資料。因此增加檢驗項目或治療程序的醫師，則有 68%，因此增加病人複診次數的醫師，則有 57%。另外亦有約 60% 的醫師，則會增加每次診病時間。而在上述四種情形之中，至少有一種以上行為改變的醫師，則高達 87%。此外，有將近 40% 的醫師，以減少門診的次數和時間，來避免醫療糾紛的困擾。而以減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來避免醫療糾紛困擾的醫師，則高達 80%⁵¹。因此，前述之數據中，不難發現對醫師的防禦性醫療行為傾向日趨高漲，

⁵⁰ 劉邦陽，我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究，前揭註 47，頁 v。

⁵¹ 陳榮基、謝啟瑞，醫療糾紛對醫療成本之影響：台灣西醫師的實證研究，前揭註 48。

這不僅對於病患是種負擔，對於我國之醫療成本支出亦同。而曾被病人採取「自力救濟」方式騷擾的經驗，亦是造成醫師的主要原因。

第三節 醫療責任保險之現況

我國醫師專業責任保險於1966年起開辦，保險公司之經營狀況並不理想，甚至1987至1989年間保險業務之成長幾乎呈停滯狀態⁵²。直至1990年起簽單保費始增至百萬元，相較於其他責任保險之業務量明顯偏低，至最近幾年因醫療糾紛增加保，業務量才迅速增加。而責任保險的經營不易，可說是產物保險公司最不賺錢的業務種類之一，非獨醫師業務責任保險如此⁵³。我國目前提供醫師專業責任保險保單，具備經營規模之產物保險公司僅有少數幾家，所累積的業務量極為有限⁵⁴。下表列出近五年間醫師業務責任保險的賠款率統計表，藉由表格的呈現可較清楚知悉我國產物保險公司近幾年經營醫師業務責任保險保費收入與賠款支出等現況及趨勢。值得注意的是，最近幾年投保數明顯增加，即便是這樣也只有大約兩成左右的人投保，對於醫療糾紛的保障及風險的分散仍顯不夠。

事故年度	保費收入 件數	保費收入 金額(千元)	當期已付 賠款(千元)	已發生賠 款件數	已發生賠 金額(千元)	賠款率%
2007	4093	58461	11568	110	24186	39.94
2008	4881	58909	28213	133	26742	43.07

⁵² 陳益亭，醫護專業責任保險之研究，國防管理學院法律研究所碩士論文，1996年7月，頁99-100。

⁵³ 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，輔仁大學法律學系碩士論文，2004年6月，頁119-120。

⁵⁴ 楊秀儀、盧瑞芬，台灣地區醫療傷害責任保險之實證研究，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，2000年8月。

2009	5824	70062	13505	178	39888	61.25
2010	6148	66226	24862	136	18873	28.19
2011	8564	69195	42656	158	31655	46.37

*根據財團法人保險事業發展中心互動統計資訊平台資料整理

第四節 醫療責任保險之缺失

一、醫療事故鑑定使保險運作困難

目前的醫師責任保險，為了釐清責任歸屬而設有「需醫師鑑定後」的規定，但這樣的規定造成一些困擾與爭議。國內的醫事鑑定是委由行政院衛生署的醫事審議委員會醫事鑑定小組執行鑑定工作，負責受理法院送鑑定的案件。也就是說，醫療糾紛若沒有進入法院審理程序，就不會被送到醫事審議委員會鑑定責任歸屬問題。在不願循司法途徑解決醫療糾紛的情況時，其因果關係難以認定，保險公司在處理上的難度就會增加。當病患向醫師求償時，若案件並未進入司法程序，申請理賠時，就會遇到很大的問題，這也是造成投保率不高的原因。

二、醫師專業責任保險利潤不高與醫師投保意願低

就保險公司的業務及財務狀況來看，醫師專業責任保險並不賺錢，導致保險人對本項產品的推動始終興趣缺乏。有文獻指出我國醫師業務責任保險不發達的原因，主要在於保險人的供應不足⁵⁵。細究其原因，早期因醫療供給者屬高收入者，有能力自行負擔因醫療糾紛所帶來的風險；但隨著我國近年來侵權行為法的發展，侵權責任內容日益演化，在

⁵⁵ 管靜怡，醫療的民事責任與風險分擔，台灣大學法律研究所碩士論文，1998年6月，頁165。

侵權責任之要件放寬的前提下，醫療過失侵權責任的成立則變得容易，被害人可得求償的範圍擴張，保險費率也相對的調漲而偏高。然而醫師的薪水報酬無法因應保險市場的變化而隨之增加，且全民健保實施後，醫師的薪水報酬受到極大的限制，在投保醫師專業責任保險時往往會感到保費過高，而保險人為了平衡整體收支也無法調降保費的情況下，保險人與被保險人對於醫師專業責任保險的參與意願都很低。長期下來，醫師投保人數低，造成與保險人談判籌碼不足，在保險人方面，由於投保人數低，無法依照大數法則分散風險，當然也無法降低保費，惡性循環的結果，使得醫師專業責任保險此一分散醫師專業責任風險的手段始終無法發揮功能。觀之於責任保險相當發達的美國，醫師專業責任保險的市場與其他責任保險一樣面臨相同的困境。隨著社會大眾的權利意識愈來愈高，政治與法律的保護傘較易傾向弱勢一方，造成責任容易成立、民眾有興訟之風氣且法院判賠金額過高等現象。即使有保險機制可分化風險，在保險費率高漲的情形下，保險簽單收入實在無法彌補理賠的支出，造成保險業者虧損，不得已只好選擇減少責任保險的供給，或是退出責任保險市場。

第五節 各國醫療責任保險制度之簡介

第一項 美國醫療責任保險

美國之醫療責任保險制度為「純商業經營模式」，其為最早發展醫療責任保險之國家之一，以「商業保險」為主，主因在於美國法律制度完善健全，並人民對於權利之保護意識甚為強烈，導致在美國執業之醫生的職業責任風險增加，使得投保責任保險成為多數醫療服務者之必然

選擇。

而由於美國乃是屬於多法域之國家，因此在於醫療責任保險部分有些州則採取「強制性」，使得醫生有無投保醫療責任保險成為該州取得醫師資格的重要考量因素，如：加利福尼亞州...等州；相對地，其他如印第安納州或新墨西哥州雖無強制納保之規定，惟該州之法案均有設計醫事人員參加醫療責任保險之規定⁵⁶，使得「醫事人員執業」與「醫療責任保險」兩者成為必然之關係。由於美國所採取的乃是「純商業經營模式」，相對地，主要問題即發生於「市場經濟」所產生的後遺症，醫療責任保險非如壽險相同，為了衡量醫療責任保險營運情況，於保險公司方面其主要參考兩種指標，一者為「綜合賠付率」（賠付損失率、損失調整費用率與營運費用率，三者之總和），即保險公司反映其本身之所有的支出在所賺保費中的比例；二者為「營運比率」（綜合賠付率扣除投資收益率），因此若該指標之數據大於「1」，即表示此種險種對於保險公司之經營帶來虧損，故須降低虧損，則須相保費轉嫁給醫事人員，進而產生「保費逐年上升」之結果⁵⁷。

在美國之醫療責任保險的歷史演進觀之，發現該國由於病患糾紛之增加，導致醫療訴訟之賠償金額不斷增加，甚至產生巨額賠償之可能性，導致保險公司的賠償遠遠超過其所收取的保險費，即表示「營運比率」大於「1」，進而針對醫事人員加重保險費，使得許多在具有強制性醫療責任保險的州，產生醫生具有專業資格，但因無力負擔巨額的保險費，導致不得不放棄職業生涯；相對地，保險公司也因為鉅額的賠償金額導致一夕間面臨資金不足之情況，而結束營運。

⁵⁶ 李國，中美醫療責任保險之比較研究，醫學與哲學，第26卷，第4期，2005年4月，頁52。

⁵⁷ 朱銘來與焦峰，醫療責任保險制度的國際比較研究，前揭註43，頁94。

然而，1975 年美國加利福尼亞州鑒於上述之情況，所導致之困境，針對醫療責任保險與醫療損害賠償制度進行改革，提出「加州醫療損害賠償改革法（MICRA）」，其主要內容包括：一、提出解決醫療損害問題認定之具體方法，與規定醫療責任訴訟行為之判斷；二、針對非財產損害賠償金額設計最高限額，即不可超過 25 萬美元；三、規定律師訴訟費用之滑動折算標準，以限制律師費用過度提高導致對醫界或病患利益之侵害。由於加州醫療損害賠償改革法案實施後，單就加州之醫療訴訟雖為全美之冠，但該法案之設計所帶來之效果顯著，使得醫事人員有能力負擔醫療責任保險之保險費，並使醫療機構降低於醫療訴訟這方面之成本，因此於 2002 年美國各州紛紛設計相同概念主軸之醫療損害賠償法，故醫療責任保險因該法案之輔助下，不僅使其成為美國現在醫療服務之重要部分，並針對病患與醫事人員之醫病關係有明顯之改善，以及對於醫師在執行業務過程中對於其人格權與財產權均有良好之保障。

第二項 大陸醫療責任保險

關於中國大陸之醫療責任保險責主要於深圳、上海為最先以及主要發展之省分。原中國大陸乃採取如同美國為「純商業保險模式」，且未如美國某些州具有強制規定，而是全採用「自願投保」，其導致醫療機構投保之意願低，且保險公司則陷入觀望之情況，造成投保率甚低，於 1999 年起，上述之城市，則透過行政命令之方式規定「非營利性醫療機構」必須投保醫療責任保險，並於 2007 年以「國家中醫藥管理局」與「中國保監會」聯合推動醫事機構與醫務人員參加醫療責任保險，並藉由保險公司之力量解決醫療風險，並加以減少醫療糾紛，以排除醫療機構因陷入醫療事故賠償之鉅額賠償所導致之經營困境。

首先，上海市之保險責任可從「保險費」、「保險範圍」與「醫療事故鑑定處理」三個主軸介紹：第一、保險費部分，其包含醫療機構保險費與醫務人員保險費，由醫療機構統一按年繳納。其中，醫療機構保險費從醫療機構之收入中撥取，計入醫療機構之成本；醫療人員保險費則由醫務人員負擔之。而每件事故的賠償限額設計為人民幣 10 萬與 20 萬兩種，醫療機構得自主選擇，因此醫療機構的保險費因賠償限額不同而有不同之區別，且上海市則設有「最高累計賠償額」，此部分則與雲南省未設有此限制而有所不同；第二、其保險範圍則包含「醫療事故造成患者人身損害之具體損賠」、「發生醫療事故後由投保醫療機構採取措施、防止或減輕對病患損害發生之費用」與「因保險事故發生所需支付之鑑定費、律師費、諮詢費...等法律費用」三部分，且於 2004 年上海市推行「醫療機構綜合責任保險」，其擴大保險理賠範圍，加入「非醫療事故之醫療過失造成病患之人身傷害的賠償」、「醫療機構場所因設置、保管、管理有缺陷或使用不當造成之損賠」、「醫療機構之雇員在執行非醫療行為時，因過失造成之人身損害」與「醫療人員因醫療糾紛而遭受病患之侵權行為」與「醫療人員因預防 SARS 或 HIV 時，所感染該病症之損賠」；第三、其乃由保險業者與醫療機構所聯合組成之「PICC 上海醫療事故責任保險處理中心」為之，該組織之成員醫學專家、醫務管理專家與執業律師組成，於醫療糾紛發生後，處理中心之人員先針對事故性質進行判定，必要時與病患以及保險公司協商賠償事宜，若病患與保險公司對於處理中心所做出之醫療認定不服，則透由處理中心代理醫療機構參加該事故之醫療檢定、行政處理或提起訴訟。

最後，深圳市之醫療責任保險則為：第一、透過「深圳市醫療執業風險保險管理辦法」規定將非營利性醫療機構及其取得相應資格的各級各類醫務人員，均強制參加醫療責任保險，並其他營利性醫療機構與其

人員則採取自願性參加，而保險人則是交由醫療機構與保險公司簽訂保險契約，並將醫療之行政管理人員排除於保險主體中；第二、保險費則分為醫療機構固定保費與醫療人員個人風險儲金兩部分，前者乃是具有保險費之性質，而後者則是具有儲金性質，即由保險人為投保之醫務人員建立個人帳戶，並針對該每月所得撥取一部分成為個人風險儲金，其主要乃是用於支付醫療事故中醫務人員所需承擔之賠償金額，惟當個人之醫療事故發生到一定次數後，將產生其所繳付之儲金無法返還，並將吊銷其執業證照；第三、在保險賠償金額部分，深圳市則未採取賠償金額最高限度之方法。第四、其醫療事故發生時，則是交由醫療機構中具有相當經驗3年以上且品德良好之醫務人員組成醫療事故爭議協調處理小組，負責認定醫療事故之性質與醫療事故爭議之賠償調解，倘醫病雙方對於該調解不服，則可申請醫療事故鑑定，或向行政部門申請醫療事故爭議處理，或向法院提起民事訴訟，若是經由上述三種模式所確定之賠償金額，則保險公司將負全額賠償之責任。

第三項 英國醫療責任保險

英國是互助型醫療責任保險的代表國家，其醫師於一開始加入醫療責任保險乃採取「自願性」，惟實務上發生未參加醫療責任保險之醫師於醫療糾紛發生後，導致沒有足夠的經濟能力賠償因其執業上之過失所引起之損害賠償，進而使醫病關係產生缺口，故現在英國已全面採取強制要求醫生參加責任保險。

英國乃以公立醫療機構為主，因此醫師不僅可購買商業型醫療責任保險，亦可參加互助型醫療責任保險。而後者乃是由醫師保護協會、國

民醫療服務訴訟委員會與醫師維權聯合會負責醫療損害之處理與賠償。在英國，醫師保護協會乃是醫務人員從事醫療工作之前提，因此加入該協會，即提供互助型醫療責任保險；至於國民醫療服務訴訟委員會乃是由公立醫療機構與衛生局組成，其負責承擔公立醫療機構在其執業範圍內之醫療損害風險之賠償責，其資金來源主要為國家稅收，即以國家為保險主體；最後，醫師維權聯合會則主要承擔私立醫療機構與公立機構執業範圍以外之醫療損害賠償責任。

英國互助型醫療責任保險對於期會原因醫療過失所產生之損害賠償，不論數額大小均給予賠償，且其費用比商業保險之保險費低，並不會出現如同商業型保險於保險契約中設定最高上限額與免責事由之情況，因此英國互助型醫療責任保險不僅是替醫師承擔責任時的最佳盾牌，最為重要的為提前介入醫療事故之處理，根據法律為醫師提供辯護、減輕賠償責任、維護醫師權益與聲譽，並為醫師提供法律諮詢與培訓相關案例之研究，有效預防醫療事故與糾紛。

第四項 瑞典醫療責任保險

瑞典之醫療責任保險制度具有濃厚「社會保險」之精神，用此精神加以處理醫療糾紛。首先，瑞典之醫療責任保險就保險之「風險分攤利益共享」之核心概念更為落實，乃因其國民將保險視為可增加生活確定性之保障。次者，從保險公司角度而言，瑞典之醫療責任保險為公辦民營之制度，由私人保險公司組成之保險人協會，負責醫療責任保險之運作，而對數量龐大之申請案件，其展現高度的行政及專業能力，使得申請人平均於三個月內收到書面通知，告知審理結果與進度，因此瑞典之

高效率成為瑞典民眾願意選擇放棄訴訟，轉向此制度之最大因素。最後，從醫療責任保險制度之財務來源觀之，由於瑞典健全之社會安全設計，第一階段，乃是受到醫療傷害的病人須先向其他社會保險請求，然後第二階段才透過醫療責任保險制度再就不足額的部分加以給付，換句話說，瑞典之醫療責任保險制度之理賠乃是第二道損害賠償之填補機制，因此從此角度切入，不難發現瑞典之醫療責任保險制度對於醫療方面之損害賠償責任支付大筆金額之機率甚低，故對於醫療責任保險制度之基金來源必然減少許多問題來源。最後，在瑞典有各種機制，致力於提升醫療品質及病患權利，包括：第一、以法律保障病人的病歷閱覽權；第二、充分的醫病溝通；第三、普及的病人教育⁵⁸。而瑞典之醫療責任保險與侵權責任乃係採取雙軌制，即醫療責任保險之選擇並未剝奪病患向民事法院提出醫療過失訴訟之權利，故病患得到保險理賠後，仍然可以向法院提出訴訟，僅法院會將理賠額列為如同我國民法第 216 條之損益相抵

第五項 我國法案修法趨勢

回顧我國針對醫療責任保險之過去，立法委員們過去總計有四份相關法案之提出，分別是：沈富雄委員的醫療糾紛處理及補償條例草案、邱永仁委員的醫療糾紛處理法草案、行政院版的醫療糾紛處理法草案以及賴清德委員的醫療傷害處理法草案⁵⁹。其中，行政院及邱委員的版本著重在處理，以調解或仲裁等制度設計為主；沈委員、賴委員的版本有補償、及處理的部份。另衛生署正積極推動「醫療爭議處理法」針對生

⁵⁸ 楊秀儀，瑞典病人賠償保險制度之研究，台大法學論叢第三十卷第六期，2000年9月，頁184。

⁵⁹ 賴清德、侯水盛、沈發惠等40人，醫療傷害處理法草案，院總第1631號，委員提案第7236號，立法院第6屆第4會期第13次會議議案關係文書。

育、手術麻醉等高風險醫療事件，訂出補償上限，初步規畫最高二百萬元，讓醫病雙方免於陷入纏訟之苦⁶⁰。因此本文以為若能揉合個法案之主軸，並思考醫療體系之需求，提出各方面均可包含之大架構，則應可解決目前我國之醫療困境。

目前以賴清德市長于擔任立委時倡導引入北歐之醫療責任保險制度係較為各界所能接受之法案，其乃是將瑞典之醫療責任保險制度完整引入，因此使本文不禁思考此制度是否會產生「水土不服？」之可能性，主要會有此疑慮乃係我國社會保險制度與北歐各國之社會保險制度有極大之落差，且在北歐之醫療責任制度下，其制度之定位係置於「替代性」之位置，換言之，當其他社會保險制度無法填補病患或其家屬之損害時，醫療責任保險制度擔任最後的守護者，反觀我國學者所提出的制度以及我國其他社會保險制度尚未成熟也不足，若完全引入北歐制度，本文以為對於目前醫療體系現況，固然有其好處，但對於我國之醫療體系改善實益不大。最後，觀察過去四項草案以及研討會之結果，歸納出以下部分：

第一、醫療責任保險，主軸乃是幫醫師解決問題，惟不難發現目前共識為「無責難補償制度」，採取不論對錯之補償制度，從病患之角度觀之，實屬利多，但從醫療責任保險制度有使「有過錯之醫師勇於認錯，並提高醫療品質」之意旨，則不論過錯之補償制度將無法彰顯此意旨，故本文不禁懷疑全面採取此手段，對於醫療品質之提升未必好事，並一旦採取不論過錯之補償機制，將會使得醫療糾紛案件量急速暴增，這如前文所述，不僅是個可怕財政支出，也會使得醫病關係更為不平衡，主

⁶⁰ 「減訟 一年五百件糾紛 醫病雙輸」，中時電子報，2012年4月1日，網址：<http://news.chinatimes.com/society/11050301/112012040100153.html>（最後瀏覽日期：2012年6月6日）

要乃是因為就病患與其家屬之角度，會產生只要有醫療傷害，就抱著嘗試的心情去申請補償金，這會使得醫事人員對於不當的醫療過程毫無補救之機會，使得病患或其家屬更不信任醫事人員，而醫事人員之防衛性醫療更為加劇，進而無法能達到鼓勵醫療人員揭露過失的結果。

第二、在醫療責任保險制度中檢討醫師是否具有過失，即產生是否為變相的侵害醫師之訴訟權能，導致醫師反而無上訴之空間，為本文以為目前我國之法案與學者見解仍圍繞在透過司法訴訟解決醫療糾紛，因此產生此等疑慮，若能如同加強仲裁制度，將仲裁之迅速、專業、公正之優點放入醫療責任保險制度之檢討制度中，不僅加速整個醫療糾紛解決之速度，亦可加強病患之信服度，且從大法官解釋第 591 號：「憲法第十六條所保障之訴訟權，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。民事紛爭事件之類型，因社會經濟活動之變遷趨於多樣化，為期定分止爭，國家除設立訴訟制度外，尚有仲裁及其他非訴訟之機制。基於國民主權原理及憲法對人民基本權利之保障，人民既為私法上之權利主體，於程序上亦應居於主體地位，俾其享有程序處分權及程序選擇權，於無礙公益之一定範圍內，得以合意選擇循訴訟或其他法定之非訴訟程序處理爭議。仲裁係人民依法律之規定，本於契約自由原則，以當事人合意選擇依訴訟外之途徑處理爭議之制度，兼有程序法與實體法之雙重效力，具私法紛爭自主解決之特性，為憲法之所許。」可知大法官解釋指引出本文一個方向：訴訟權之賦予並非僅限於由法院為之，若在立法機關得衡量訴訟案件之類型、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，而做出適當之規定。

第三、補償基金可代位求償之問題，則須討論責任保險之本質，在責任保險人向受害之第三人賠償後，不得主張代位行使第三人對於被保險人之損害賠償請求權，故責任保險無保險代位之適用，但在強制汽車責任保險，為保護車禍受害之第三人，保險於向第三人賠償後，得代位行使其對被保險人請求權。蓋強制汽車責任保險被保險人並非主要之保護對象。車禍事故之受害人方為主要保護對象。若從此角度思考，醫療責任保險制度其本質不單僅保護醫事人員，亦保障病患與其家屬，而具有將醫病關係之兩端一同保護，因此若如採取強制汽車責任保險之方式，則在本質上不同，且醫療責任保險制度另個核心在於避免防衛性醫療之發生，若採取可代位，則保險人則仍可向醫事人員求償，此無法達本制度之目的。

第四、當補償制度缺乏其他社會制度支持，可能形成錢坑而難以達到效果，換言之，此部分不禁思考「補償制度之經費來源」，若經費來源成為一大負擔，縱使良善的制度也成為空談，且就本文之見解，乃欲使全民健康保險制度與醫療責任保險制度兩者一併聯結，因此財政來源將成為此制度成功與否之關鍵，若未好好精算之，則導致兩制度面臨嚴重之財政問題。

第五、無法阻止法律途徑救償之問題，本文以為依大法官解釋第 396 號：「憲法第十六條規定人民有訴訟之權，惟保障訴訟權之審級制度，得由立法機關視各種訴訟案件之性質定之。公務員因公法上職務關係而有違法失職之行為，應受懲戒處分者，憲法明定為司法權之範圍；公務員懲戒委員會對懲戒案件之議決，公務員懲戒法雖規定為終局之決定，然尚不得因其未設通常上訴救濟制度，即謂與憲法第十六條有所違背。

懲戒處分影響憲法上人民服公職之權利，懲戒機關之成員既屬憲法上之法官，依憲法第八十二條及本院釋字第一六二號解釋意旨，則其機關應採法院之體制，且懲戒案件之審議，亦應本正當法律程序之原則，對被付懲戒人予以充分之程序保障，例如採取直接審理、言詞辯論、對審及辯護制度，並予以被付懲戒人最後陳述之機會等，以貫徹憲法第十六條保障人民訴訟權之本旨。有關機關應就公務員懲戒機關之組織、名稱與懲戒程序，併予檢討修正。」提供本文一個方向，雖仲裁在大法官解釋中視為訴訟外之救濟程序，進而可知其非屬憲法第 16 條之訴訟權範圍，但可將其精神放入醫審會中，將醫審會地位提升如同公懲會般，則可解決本點之疑慮，簡言之，透過醫審會之擴權，而使病患或其家屬失去提民事訴訟之機會。

第六節 總結

首先，就從美國所代表之「純商業經營模式」可知其醫療責任保險責任著重於「完善的法律制度」、「健全之衛生保健制度」與「良好的醫療保險體系」三個條件加以支撐；而大陸其醫療責任保險於雲南、上海與深圳目前實行起來尚無問題，其主要乃是因其多由政府或國家介入主導此部分，故開啟我國將此制度交由政府主導之契機；而英國則需要醫師協會中龐大之資金來源以及良善的管理能力，以保證會員所繳納基金之保值與增值，且其對於各醫務人員對於醫療糾紛之風險發生率均不盡相同，並醫療糾紛發生後所產生之損害賠償平均數額也不同，故於英國模式中必須具備有相當比例之醫療風險基金，促使每位醫療人員所繳納之費用趨於公平；而瑞典與北歐之制度實施上目前甚為完善，乃是主要該國對於保險之精神與傳統概念，以及透過完善的法律制度，促使民眾願意相信該國之保險人協會，

且其快速解決紛爭之行政與專業能力，進而建立起該國成功之因素，根據學者研究指出瑞典制度的成功，主要有四大因素⁶¹：一、優良的社會保險傳統；二、專業的醫療保險人才；三、健全的社會安全網絡；及四、高水準的醫療品質與病患權利。

惟從醫療責任保險於外國立法例中，不難發生幾個主要問題「賠償金額會隨著賠償次數而不斷上升」、「再保險之問題導致保險公司投資收益下降」與「司法制度對於病患權益之傾斜」。

第一個問題主要先從「病患」角度作為切入點，即隨著現今科技與經濟之發展，使得病患對於其本身之權益保護越來越注視，並透過新聞、網路...等各種資訊傳播之管道，促使病患對於各種醫療賠償案件或醫療糾紛，更加強病患與其家屬對於權利保護亦隨之加強，進而提起醫療訴訟與高額損害賠償金之想法也大幅提升，且根據行政院之統計，我國已漸漸步入老年化社會，所帶來之問題即是對於醫療服務之依賴性將大為提升，換句話說，病患的權利意識抬頭、老齡化社會促使醫療人數上升，將大幅提升醫療糾紛之可能性，從此角度正面觀之，將符合保險中「大數法則」，故可提升保險公司承保之意願；反之，也提高醫務人員受到法律上之訴追可能性也大大提升，即對於身為面對病患之生命、身體與隱私...等權利之醫務人員最直接、可能地發生侵權行為。因此保險公司為了其營收成本之考量，當醫療糾紛不斷發生，即表示其所給付之保險金累計將不斷增多，進而為了符合保險賠付率，因此在商業保險中，往往將此成本轉嫁於保險費，交由「被保險人」或「要保人」承擔，即產生「隨著賠償次數的增加，使得賠償金額累計增加，進而轉嫁於保險費」之結果發生，即對於醫療人員是一種龐大之負擔，換句話說，若無醫療責任保險作為醫療人員之保障，將

⁶¹ 楊秀儀，瑞典病人賠償保險制度之研究，前揭註 58，頁 186-189。

於發生醫療糾紛時，導致醫療人員無力賠償，不僅使得醫療人員本身產生「防衛性醫療」，也使得病患在醫療方面之權益亦受到影響，惟就算加入「商業型保險」，也會因為賠償金額、次數之緣故，使得所增加的保險費轉嫁於醫療機構，進而再轉嫁於病患之費用，所產生之結果與「未投保醫療責任保險」更為嚴重。

第二個問題中乃是從「保險人之角度」作為切入，故從保險法第 39 條規定，可知「再保險」乃保險契約之一種，其性質為「責任保險」，即保險人將其所承保責任之全部或一部，移轉於他保險人而締結之保險契約。根據統計，於 911 事件後，醫療責任保險於美國之再保費率上升使得該國之保險人的經營更加困難，即 2000 年至 2002 年間，醫療責任保險之再保險費率上漲了接近 50%，提高了直接保險公司的成本⁶²。且於再保險契約中，往往所承擔直接保險人之保險契約非 100% 承擔，即直接保險人仍需自行承擔 20~50% 之風險，此部分將導致直接保險間接提高保險費，並轉嫁於醫務人員，甚至導致醫療機構將此費用轉嫁於病患，因此等困境則成為「純商業經營模式」之醫療責任保險最大的隱憂。

第三個問題，主要則以「司法制度」作為切入點，近年來各國司法體系對於病患之權益保護強度越來越大，甚至如同我國醫療服務漸漸有走向「無過失責任」之風聲，此無疑地將加重醫療責任之認定與損害賠償責任，因此導致對於醫療服務者和保險人而言，加大賠償風險之可能性，使保險人對於其保險費之認定產生更大之問號，進而使保險人願意承保之意願降低。且依我國民法第 188 條第 1 項：「受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。…」可知我國對於醫療責任有採取「連帶責任」，就最高法院 42 年台上字第 1224 號判例：「民

⁶² 朱銘來與焦峰，醫療責任保險制度的國際比較研究，前揭註 43，頁 95。

法第 188 條第 1 項所謂受僱人因執行職務不法侵害他人之權利，不僅只受僱人因執行其所受命令，或委託之職務自體，或執行該職務所必要之行為，而不法侵害他人之權利而言，即受僱人行為，在客觀上足認為與其執行職務有關，而不法侵害他人之權利者，就令其為自己利益所為，亦應包括在內。」⁶³ 可得知，我國最高法院對於執行職務之概念乃是採「客觀認定」，因此從醫療體系觀之，此條文最常適用醫務人員與醫療機構間，其雖對於保護病患有甚大之保障，惟此表示著連帶責任於醫療責任訴訟中，使得病患得向多數被告請求損害賠償責任，進而對於保險人而言，不僅須承擔醫務人員之風險，亦須承擔醫療機構之風險，以及連帶責任所帶來其他被告之風險，促使保險人對於風險控管產生失衡之餘地；再者，我國消費者保護法第 2 條第 4 款：「消費爭議：指消費者與企業經營者間因商品或服務所生之爭議。」其中關於「服務」二字導致法學上之爭議，即「醫療服務」是否適用我國之消保法？從臺灣花蓮地方法院 93 年醫字第 1 號：『被告對病患之醫療行為並無不當之處，堪認已盡善良管理人注意，並無過失或其他可歸責事由。縱使就未即時安排病患進行支氣管鏡及胸部電腦斷層檢查部分雖不無過失，惟其前揭過失行為與病患之死亡結果間難認有相當因果關係。我國消費者保護法雖然未就所謂「服務」責任加以定義醫療行為，惟因醫師無法如同商品製造人一般控制最終服務之「品質」，應認消費者保護法第 7 條第 1 項所謂「服務」，應為目的性限縮解釋而排除醫療行為。』係認為「醫療服務」不適用消費者保護法；惟最高法院 90 年度台上字第 709 號判決⁶³之「馬偕醫院肩難產案」則係採「醫療服務」適用消費者保護法之無過失責任，本文不跳入醫療服務是否適用「無過失責任」之討論，亦不涉及醫療法第 82 條之修正所帶來衝擊，而就此案例可知目前我國實

⁶³ 此判決即「馬偕肩難產案」，其歷審判決為：本案第一審判決：台灣台北地方法院 85 年度訴字第 5125 號判決；本案第二審判決：台灣高等法院 87 年度上字第 151 號判決。

務於「醫療服務」適用消保法之結果仍存有爭議，而本文針對此部分細部討論，則採臺灣花蓮地方法院 93 年醫字第 1 號之見解，惟若採「馬偕醫院肩難產案」，則生依消費者保護法第 51 條：「依本法所提之訴訟，因企業經營者之故意所致之損害，消費者得請求損害額三倍以下之懲罰性賠償金；但因過失所致之損害，得請求損害額一倍以下之懲罰性賠償金。」可知「醫療責任」則可適用消費者保護法之「懲罰性賠償金」之規定，又醫療法中並未如同法第 82 條明文規定排除消費者保護法第 7 條之無過失責任的規定，故「懲罰性賠償金」將於我國實務上，明顯加重醫療責任之賠償，並此項懲罰性賠償金非如一般損害賠償金，具有客觀性要件加以控制，而是純藉由司法者之「主觀認定」，因此增加醫療責任保險之不確定性。綜上所論，本文以為若從「醫療責任保險制度」之角度觀之，避免保險給付之不確定性，則係應採否定之見解為妥。

反觀各國之醫療責任保險制度，首先針對美國之醫療責任保險制度，其容易受到市場經濟之影響使得該國之醫療責任保險發生隱憂，且易發生將醫療責任保險之保險費間接轉嫁於病患，使得醫病關係趨於更不平衡之餘地，因此依我國憲法第 157 條：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」可知我國之醫療體系乃是採「公醫制度」為主，故若採行「純商業經營模式」之醫療責任保險，將產生以下幾個問題：第一、保險費間接轉嫁於病患或醫務人員，將有違背我國憲法第 157 條之本旨；第二、公醫制度背後所代表的則為龐大的醫療體系，故該醫療體系不可將保險費轉嫁於醫療費用，將導致直接保險人無法經過精算而願意承保，縱使設計了最高累計限額，則國外之再保險人，亦無此意願加以承保，以分擔國內之直接保險人風險；第三、縱使若採行純商業經營模式，另個嚴重問題即是「醫療各科之風險均不同」，各自去投保或許可行，但我國市場非如外國市場之龐大，且醫療乃屬專業之領域，因此細分之後，將導致

投保人數不符合保險之基數，可能導致高風險醫療無人願意承保；低風險醫療無人願意投保之困境；第四、病患或醫師請求保險金時，其乃是直接面對保險公司，即產生「消費者」對「企業」之情況，因此此種對立模式，不僅對於病患與醫師面臨第一次醫療糾紛時的對立，不論何者勝敗，後續須在與身為企業的「保險公司」做第二次對立，此無非是對於病患或醫師均為兩種傷害。綜以上四點可知，我國若採行純商業模式，將使得「醫療責任保險」之美意落空，惟此模式可供我們做為借鏡的部分，即可將「商業保險」作為我國醫療責任保險之最後關卡，賦於最低限度之保障，此部分將於後續章節作更為詳細之討論與建議。

次者，從大陸之醫療責任保險制度，不難發現其主軸均為由政府與國家進入主導，若從「公醫制度」角度切入，並就我國之目前所存有之全面健康保險制度探究，若將大陸之醫療責任保險制度全盤放置我國，將產生以下問題：第一、我國之醫療水準與國民知識水平導致我國醫療訴訟之金額較大與次數較大陸甚高；第二、醫療項目分類甚細，若如同大陸統一一定之金額，將導致醫務人員間投保上之不公平，此項問題於大陸之醫療體系可透過政府之力量加以解決，惟於我國方面則成為一大隱憂；第三、我國目前有全民健康保險制度，該制度之營運支出已造成我國龐大之財務負擔，若再經由國家主導醫療責任保險制度，不難想像兩種醫療制度之支出可能對於我國之稅收支出將有商討之餘地。

再次者，對於英國所採取之互助會保險模式，於我國將處生一個極大之問題，依保險法第 136 條第 2 項規定：「非保險業不得兼營保險或類似保險之業務。」可知非保險業者是不得從事類似保險之行為，並綜觀以下行政院之函釋，第一、台財錢發字第 00479 號：「福利互助會辦理之福利互助業務之性質類似於終身保險及生育保險，應依據非保險業不得兼營保

險或類似保險之業務之規定辦理。」第二、台保司（一）字第 852366001 號：「非保險業不得兼營保險或類似保險之業務，故非保險業公司以多層次傳銷方式販售儲蓄還本型人壽保險於法不合。」第三、台融司（五）字第 770767962 號：「非保險業不得兼營保險或類似保險之業務，故工會不得承辦計程車聯保業務。」可知若從醫院本身建立福利互助會或類似之功能之制度，甚至透由工會作為承辦主體均不可惟保險之行為，進而使得英國模式在我國首先遇到則是法律層面之問題；再來，由於英國之醫療責任保險不論金額多少均賠償且未設有上限，若將此制度導入我國，不難想像已經負擔龐大全民健康保險費用之我國財政，將是另一筆可觀之負擔。

最後，就瑞典模式中，根據該國之統計結果顯示，大多數之醫療過失之病患或其家屬都放棄醫療訴訟，轉向選擇病人賠償保險的理賠，而非提起醫療過失訴訟，主要原因乃在於病人賠償保險較為優厚的理賠以及較為便捷經濟的審理程序，因此可以成功地排擠掉醫療過失訴訟制度⁶⁴。惟瑞典之醫療責任保險制度係建立於自願性的保險契約之下，而該保險契約之保險人，係由一群私人保險公司所共同組成的保險公司協會所擔任，而由負責公共衛生制度的郡議會擔當要保人，被保險人則是所有在公立醫院就醫的病人，一旦保險事故之醫療傷害在公立醫療機構發生，受害之病人則可以獲得「醫療責任保險」之理賠。而私人的開業醫雖然並不強制參加「病人賠償保險」組織，但實際上幾乎所有瑞典的私立醫療機構醫事人員，皆透過其「公會」而加入「病人賠償保險」，也因此幾乎所有的瑞典人不論在哪裡就醫，都可以享有「病人賠償保險」的保障⁶⁵。故瑞典之處理模式可供我國建立醫療責任保險制度時一個良好之思考出發點，此部分將於最

⁶⁴ 葉婉如，從補償制度與保險制度論醫療損害之填補，成功大學法律研究所碩士論文，2004年，頁117。

⁶⁵ 楊全斌，瑞典全民健保概況（一），牙醫界第十三卷第九期，1994年，頁64。

後作更為詳細之論述與修正以符合我國之現況。

而在醫病關係於訴訟過程中，失去了彼此間之信賴，導致防衛性醫療之出現與病患之敵對意識。使得民眾進行訴訟，對於醫病關係之雙方並非良好的解決方案，且縱使透過任何民事訴訟法之規定，仍無法給予病患符合人情以及最適當之金錢賠償。因此目前均尚未有強制醫師投保責任保險之情形下，我國是否能獨創強制醫師賠償責任保險？而單純強制醫師投保責任保險是否足以解決現存問題？則成為醫療體系中最大的問題。就我國目前醫療環境之困境，點出不當的醫療糾紛與醫療判決不僅是一種社會不公，也讓重症醫療逐漸失去優秀人才、讓醫師採取防衛性醫療，這對於整體醫療品質有著深遠的負面影響。具體展現於醫療糾紛耗費鉅額成本、訴訟勞費和訴訟不經濟與影響醫師採行防禦性醫療行為，進而發現目前我國關於醫療責任保險部分之最難解決則為醫師投保醫療責任險比率偏低，因此必須參照各國之立法例，則發現責任保險可帶給醫療體系三大誘因：保護受害人可得基本補償、防止逆選擇之產生與提高保險醫療品質與導正醫療糾紛處理方式。

第四章 強制醫療責任保險之可行性

第一節 強制醫療責任保險之功能

首先，從責任保險之保障責任主體切入，不難發現強制責任保險的保障對象為被害人，而就關於公共意外責任保險部分，有可能是該相關事業、場所本身極具有高危險性，而屬危險源，像是爆竹煙火專業機構、石油煉製業、石油輸入業、石油輸出業、汽、柴油批發業、加油站、核子設施...等，或是一旦發生意外事故時，被害人可能為不特定多數人或特定多數人，例如旅行業、電子遊戲場業等，主要皆係為保障被害人，因一旦發生意外事故時，賠償對象眾多，損害之上限是無法想像的，個人或單一法人，勢難承擔其應負擔之損害賠償責任，屆時，被害人必求償無門，進而產生社會問題，為此責任主體自有為潛在之被害人投保責任保險之必要性存在，而係保障被害人。

次者，從其範圍作思考，可知此部分明確規範最低保障金額：僅建築法、公寓大廈管理條例、大陸地區人民來台從事觀光活動許可辦法、鐵路行車及其他事故損害賠償暨補助費發給辦法等數種⁶⁶。至於保護之法益，依據保障人身或財產，可分為：一、人身損害：如強制汽車責任保險法。二、財產損害：如公證法。三、二者兼有：如建築法、民用航空法、觀光業管理規則...等。因此在強制投保責任險部分，並不以保障人身損害為限，財產損害，亦可成為強制責任險所欲保障之對象。

最後，從醫療責任保險之功能，可明白得知為何「責任保險制度之建

⁶⁶ 王惟琪，醫師專業賠償責任保險—兼論採行日本醫師會醫師賠償責任保險之可行性，台灣大學法律研究所碩士論文，2007年，78-79。

立」在醫療體系中成為一個不可或缺的梁柱，本文將從責任保險之功能加以了解責任保險之重要性。其功能如下：

一、保護受害人可得基本補償

強制責任保險與任意責任保險，均為責任保險，但在立法精神方面切入，可知任意責任保險，在於填補被保險人賠償第三人所致之損害，強制責任保險則在保障第三人，使第三人能獲得保險之保障。因此強制責任保險，相當部份具有安定社會之功能。而在強制醫師賠償責任保險亦同，使受害人之損害賠償請求權，在一定限度內，得受保障。

二、防止逆選擇之產生

我國之醫師賠償責任保險，現行因規模過小、承保能量與彈性不足、費率結構不夠透明化...等問題，無法滿足醫師之投保需求，造成醫師投保意願不高之惡性循環；且風險高之科別投保意願較高，易產生保險學中「逆選擇」之情況。若透過強制保險，因將全體專業者加入，而獲得保險經營所需之大數，如此在保險實務運作上於損失頻率與損失幅度之預測較為準確，並可進一步有效降低保險費用⁶⁷。

三、提高保險醫療品質與導正醫療糾紛處理方式

當執業醫師與醫療機構，均強制投保責任保險，則於所承保之醫療

⁶⁷ 陳文袖，論強制醫師專業責任保險，前揭註40，頁143。

事故發生時，欲獲得保險人之理賠，被保險人依規定通知保險人保險事故發生，保險人得以自身之參與權介入被保險人與受害人間，而由保險人居間協調或許可以減少醫師與病患及其家屬間之對立狀態。且因保險公司之參與，可使醫療事故發生之始末更為透明，將案件內容做分析統計所得客觀資料，可做為日後改善醫療服務之參考。同時透過危險費率...等承保技術，迫使醫療服務提供者需做好事前防範或事後改善，提高就醫品質。

第二節 我國其他強制保險制度⁶⁸

我國現行有強制險之規定者，重要的有公證法、強制汽車責任保險法、民用航空法、大眾捷運法、當舖業法、公寓大廈管理條例...等。以下就著名且性質相近者，就其實行至今並無違憲爭議，以作為強制醫師責任險合憲性之比對⁶⁹：

一、全民健康保險法

全民健康保險，可謂我國目前影響最為重大之強制保險，雖其性質為健康保險⁷⁰，與強制責任險稍有不同。然就合憲性審查方面，除其目的的正當性有憲法第 155 條（社會保險制度）、第 157 條（公醫制度）、憲法增修條文第 10 條第 5 項（全民健康保險）支持外，其手段、方式，仍須經憲法上比例原則、平等原則之檢驗。司法院大法官解釋第 472 號

⁶⁸ 朱曉娟，醫療事故之醫師責任風險分化機制之研究，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，前揭註 31，頁 17 以下。

⁶⁹ 謝子建，東吳大學法律學系法律專業碩士班碩士論文，論建立合理解決醫療糾紛機制—以強制醫師責任險為中心，前揭註 26，頁 67 以下。

⁷⁰ 宋明哲，保險實務，五南圖書出版公司，1993 年 10 月 5 版，頁 384-385。

指出，全民健康保險法第 11 條之 1 規定，全民納保與同法第 69 條之 1 違反之處罰規定，係「基於社會互助、危險分攤及公共利益之考量，符合憲法推行全民健康保險之意旨⁷¹」、「促使投保單位或被保險人履行其繳納保費義務之必要手段⁷²」。即大法官對全民健康保險相關規定已作出合憲性解釋。相較之下，強制醫師責任險之目的正當性，亦可援引以為上述憲法第 155 條、第 15 條、憲法增修條文第 10 條第 5 項之必要配合措施。然而，全民健康保險並無責任保險般，旨在保障受害第三人獲得賠償，而有責任保險一般極強之公益性色彩，故對照全民健康保險制度通過合憲性檢驗，強制醫師責任險當得通過合憲性檢驗，應無疑異。

二、強制汽車責任險

強制汽車責任保險，課予汽機車所有人投保義務⁷³，以符合投保規定方發給牌照、換發牌照為手段⁷⁴，輔以投保義務人未投保之處罰規定⁷⁵，對汽機車所有人締約自由之侵害，可謂程度重大。然而因其制度設計得宜，包括被害人或其家屬有直接訴權⁷⁶、保險給付或補償給付迅速⁷⁷，我國現行之強制汽車責任保險，運作情形十分良好，已達迅速理賠被害人之功能，且有效減少訟源及降低肇事者與被害人家屬間之對立，以往交通事故受害家屬抬棺抗議事件已鮮少出現。此制推行之初，亦有許多合

⁷¹ 即揭示比例原則中之適當性。

⁷² 即揭示比例原則中之必要性，理由書指為「合理手段」，「應無逾越憲法第二十三條規定之必要程度」。

⁷³ 參照強制汽車責任保險法第 6 條投保義務之規定。

⁷⁴ 參照強制汽車責任保險法第 16 條領照換照前須投保規定。

⁷⁵ 參照強制汽車責任保險法第 49 條未依法投保之處罰規定。

⁷⁶ 參照強制汽車責任保險法第 11 條請求權人之規定。

⁷⁷ 參照強制汽車責任保險法第 25 條第 II 項保險給付十五日內完成之規定。

憲性之質疑⁷⁸，然實行至今成效良好，此類質疑已不復見。強制汽車責任險實施之制度及方式，有許多面向可供強制醫師責任險制度建立時之參考。強制汽車責任保險制度，對照強制醫師責任險最大不同處，應在於強制投保義務人的資力分佈不同。有謂者或可指醫師收入較高，應無強制投保之必要，個別均得獨立負擔賠償。然從汽車強制責任險各國均改採單軌制棄雙軌制⁷⁹，可知保障被害人迅速獲得理賠的關鍵不在於加害人是否具備賠償能力。因此醫師族群較具賠償資力，不足以表示其強制投保沒有必要，故強制醫師責任險亦應同強制汽車責任險，認屬合憲。

三、公證人強制責任險

我國民間公證人強制責任險之規定，係 1999 年修法時導入。依立法院修法紀錄⁸⁰，強制民間公證人參加責任保險主要係為處理「國家賠償」的問題，然修正草案條文對照表指出，司法院係為「保護當事人權益」。因此可知此法基於公益目的所為對民間公證人此行業從業人員所施以之契約自由之限制。其藉由民間公證人執業須加入公會，透過公會替會員辦理強制責任險，且以未參加責任保險者不得執業、未繳納保費者得予免職為手段，確保其強制性。實施至今因影響所及人數較少，故其合憲性之問題並未引起太多討論；就公證人強制責任險性質，與強制醫師責任險最為接近，當其針對如此少數人之契約自由作限制，且因公

⁷⁸ 吳柏興，論強制汽車責任保險法之被保險人保護—以我國強制汽車責任保險法被保險人保護缺失之研究為中心，台北大學法律研究所碩士論文，2005 年 6 月，頁 40-41。

⁷⁹ 雙軌制允許提出賠償財力證明以代替加入強制保險，單軌制則一律須加入強制保險。江朝國，保險法論文集（一），1993 年 7 月初版，頁 420。

⁸⁰ 公證法修法記錄—立法院第 3 屆第 5 會期院會紀錄，立法院公報第 88 卷第 13 期，1999 年 1 月。

證而發生賠償事件之頻率又遠低於醫療事故下，其仍合憲之現況而言，可以印證：針對人數遠大於此之強制醫師責任險，其公益性質更強，更無違憲之虞才是。

第三節 強制責任保險之可行性

第一項 強制責任保險之合法性

首先，鑒於我國尚無強制醫師責任保險制度，因此從「法位階角度」切入，則需檢驗其合憲性。強制性醫師責任保險，係政府透過強制性措施或法律規定強迫醫師或醫務人員投保；相對地，保險契約之另一方保險人亦須強制承保，因此依保險契約如同汽車強制責任險般，透過法律規定使得雙方均有義務維持保險契約之有效性，故非有法定原因，即不得終止保險契約，並於期滿後有續保之義務，不得任意變更或終止契約，又其涉及公益性質濃厚，因此設計此等強制責任險，均透過法律規定與限制針對保險事故範圍、保險金額、保障範圍、自負額...等各方面加以規範，藉由罰則之設計對於違反者給予行政罰或更為強烈之刑罰手段。可知本為具有契約自由之保險契約，因基於公益之要求，進而對契約自由原則有相當程度的限制。綜上所述，依司法院大法官解釋第 576 號理由書：「...契約自由為個人自主發展與實現自我之重要機制，並為私法自治之基礎。契約自由，依其具體內容分別受憲法各相關基本權利規定保障，...」可知契約自由之具體內容分別受憲法各相關基本權利規定之保障。因此以建立強制醫師責任險制度以限制契約自由，即相當國家限制人民基本權。當國家以立法手段限制人民基本權時，即須受到憲法原則的拘束，換言之，即國家立法限制人民基本權時，受到憲法原則的拘

束，可稱之為「限制的限制」⁸¹。故通過合憲性之檢驗後，才可符合憲法之要求，否則將有違憲之虞。

次者，就前所述，可知強制醫師責任保險根據司法院大法官第 576 號解釋，其乃涉及契約自由，故強制責任險所限制之基本權為何？學說主張係剝奪人民財產權之法律規定，也有主張是對於一般行為自由的限制⁸²。大法官針對保險法第 37 條複保險通知義務所作出之釋字第 576 號解釋，其理由書中第二段指出：「契約自由為個人自主發展與實現自我之重要機制，並為私法自治之基礎。契約自由，依其具體內容分別受憲法各相關基本權利規定保障，例如涉及財產處分之契約內容，應為憲法第 15 條所保障，又涉及人民組織結社之契約內容，則為憲法第 14 條所保障；除此之外，契約自由亦屬憲法第 22 條所保障其他自由權利之一種。惟國家基於維護公益之必要，尚非不得以法律對之為合理之限制。…」由此可知大法官解釋對契約自由所涉之基本權，並不侷限為單一基本權，而認其兼有財產權、其他行為自由權...等性質，以及含有憲法第 22 條概括基本權部分⁸³。故本文是依循司法院大法官第 576 號解釋之脈絡，進行比例原則之操作。

依我國憲法第 23 條規定：「為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序或增進公共利益」。可知強制醫師責任保險制度，係迅速賠償醫療傷害之病患，追求醫病關係和諧，具有其目的正當。在符合目的正當性前提下，法律對基本權所為限制，仍須受到比例原則及平等原

⁸¹ 李惠宗，憲法要義，元照出版有限公司，2002 年 10 月初版，頁 112。

⁸² 朱曉娟，醫療事故之醫師責任風險分化機制之研究，東吳大學法律研究所碩士論文，前揭註 31，頁 27。

⁸³ 李惠宗，行政法要義，元照出版有限公司，2008 年 9 月初版，頁 327。

則之檢驗⁸⁴。

一、適當性原則

比例原則中「適當性原則」，即指在採取之手段，應有助於目的之達成，於強制醫師責任險，一方面透過制度適當設計，可以迅速理賠遭受醫療傷害之病患，一方面透過強制手段，可以產生大數法則效用，解決任意醫師責任險之逆選擇困境。故強制醫師責任險有助於追求醫病關係和諧之目的達成，符合適當性原則。

二、必要性原則

比例原則中「必要性原則」，係指能達成目的之多種方法應選擇侵害最小者。比較「強制調解制度」、「醫療過失除罪化」或「推定過失與無過失責任」三種手段，前者雖屬侵害較小手段，然無法達成目的，就我國目前依民事訴訟法第 403 條第 7 款：「下列事件，除有第四百零六條第一項各款所定情形之一者外，於起訴前，應經法院調解：...七、因道路交通事故或醫療糾紛發生爭執者...。」可知醫療糾紛案件乃是屬於強制調解事件，但往往病患透過以刑逼民，使得失去「減少訴訟與司法資源之意涵」；中者，則正當性前提有疑慮，且有違反平等原則；後者對醫師而言侵害程度較強制醫師責任險為重，但若採取此種方式，則對於病患角度必然須採取無過失補償制度作為配套，但其欠缺適當性原則，或不符均衡性原則，即造成病患過度使用此制度之可能，帶來如同第一代健保龐大之財政負擔。因此，能達成目的前提下，各種因應手段以強制責任險屬侵害最小，因而符合必要

⁸⁴ 國家立法限制人民基本權時，受到憲法原則的拘束，可稱之為「限制的制限」。李惠宗，行政法要義，前揭註 83，頁 112。

性原則。

三、禁止過度原則

比例原則中「禁止過度原則」，即係手段造成之損害不得與達成目的之利益顯失均衡。強制醫師責任險透過強制手段，可以解決逆選擇之困境，在投保人數達一定程度以上產生大數法則，可使保費有效降低，並強化保障之機制，使其發揮分散醫療風險、填補醫療傷害損失之功能。因此，其達成目的之利益可預期顯然大於手段強制之侵害，符合禁止過度原則。

四、平等原則

平等原則最基本之意涵為「禁止恣意」，即要求「不得恣意為差別對待」⁸⁵。我國大法官解釋⁸⁶指出憲法第 7 條平等原則「並非指絕對、機械之形式上平等，而係保障人民在法律上地位之實質平等，立法機關基於憲法之價值體系及立法目的，自得斟酌規範事物性質之差異而為合理之區別對待」。即平等權之真正意涵，在於「等者等之，不等者不等之」⁸⁷。強制醫師責任險僅就醫師行業課予投保責任險之義務，係基於醫療行為之特性所致，與其它行業有別。且醫療產業有極高之公益性⁸⁸，更與一般行業不同。故強制醫師執業投保責任險，為合理之差別對待，與平等原則相符。因此，綜合本節所述，強制醫師責任險制度，其目的正當，只要以法律定之，在制度適當之設計下，

⁸⁵ 李惠宗，行政法要義，前揭註 83，頁 117、123-124。

⁸⁶ 大法官解釋第 485 號解釋、596 號解釋、618 號解釋、626 號解釋參照。

⁸⁷ 黃昭元，大法官有關平等權解釋審查標準之分析檢討：從釋字第六二六號解釋談起，載於第六屆「憲法解釋之理論與實務」學術研討會記錄，2008 年 1 月 12 日，頁 2。

⁸⁸ 陳櫻琴、黃于玉、顏忠漢，醫聊法律，五南圖書出版公司，2005 年 11 月 3 版，頁 3。

可符憲法上比例原則及平等原則之合憲性檢驗，為一可行制度。

第二項 與全民健康保險之關聯性

自民國 83 年全民健康保險實施後，醫師報酬支付制度的未盡合理與診察費給付偏低，民眾的就醫行為隨著消費者意識之高漲，使醫病關係愈形惡化，如何分化醫師在醫療糾紛中的風險，並使病患能獲得適當且快速的賠償，實為一重要課題。因此需討論「醫療責任保險制度」與「全民健康保險」之關聯性，則需就以下三點作為切入思考。第一、台灣之全民健康保險制度是否為公醫制？第二、全民健康保險在醫療中的角色？第三、可否讓健保局成為保險人？

一、台灣是否為公醫制度

從憲法第 157 條與憲法增修條文第 10 條第 5 項之規定，可知「全民健康保險制度」乃是憲法所規定，因此從社會國原則觀之，我國之全民健康保險制度則具有「公醫」色彩，且我國之醫療提供者全然沒有議價、調整醫療費用之自由空間，因此若從「自由市場」角度觀之，則更能明白我國之醫療體系之主軸以「公醫」為主，進而當醫療糾紛發生，無法期待利用醫療費用轉嫁醫療之危險，但卻要從事醫療行為之醫師負擔上風險上之損害賠償，故從此角度切入，則顯示「全民健康保險」必須與「醫療責任保險」相互連結。因此，遂有國內學者黃茂榮倡言以全民健康保險局作為醫療危險責任之風險分散樞紐。

二、全民健康保險制度在醫療中之角色

於上所述，已經確立我國之全民健康保險制度具有公醫之色彩，因此在醫療體系中，則不單單僅是一名行政監督之單位，而是立於「社會國原則」之角度，人民與醫療體系之關係，並非僅面對於醫療機構或醫師，而是主要立於對全民健康保險之信任，換言之，除了「全民健康保險制度不予以保障之範圍」外，病患與其家屬心態乃是「全民健康保險」之保障下，對於任何疾病都可以受到國家之保障；反觀，醫師與醫療機構之角度，則其因具有高度專業知識，故在「公醫制度」下，則成為國家達成社會國原則之工具，故從病患與其家屬對於全民健康保險之信任，則身為最前線之醫療人員，若無國家在其後方分擔風險，則將使得醫病關係因醫療糾紛而日趨嚴重，進而破壞民眾對於醫療體系之信任，且加上醫師面對病患與其家屬請求損害賠償金額時的無助，則只會使得全民健康保險制度之美意，無形中破壞殆盡，因此全民健康保險制度之執掌機關—健保局，則應成為病患與醫療人員間之橋梁，作為民眾之守護者以及醫療人員之後盾。我國目前採取全民健康保險制度，醫療提供者全然沒有議價、調整醫療費用之自由空間，欲以一般病患共同承擔風險損失之機會，亦不可得⁸⁹，無法期待利用醫療費用轉嫁醫療之危險，因此，遂有國內學者黃茂榮倡言以全民健康保險局作為醫療危險責任之風險分散樞紐⁹⁰。

⁸⁹ 陳聰富，消保法有關服務責任之規定在實務上之適用與評析，台大法學論叢第三十卷第一期，頁 108。

⁹⁰ 有關健保局作為危險責任之分散樞紐的詳細討論，請參閱：黃茂榮，醫療損害之危險責任，債法總論，第二冊增訂三版，植根法學叢書編輯室，2010年9月1日，頁 36、72 以下。

三、健保局是否能成為保險契約之主體

首先，關於保險契約不論是採取「英美法系」或「大陸法系」，主要構成要素有「被保險人」、「要保人」與「保險人」三部分。就責任保險之意涵，其形式上所保障的乃係「被保險人」，為實質上乃係保障「被害人」，故從此點出發，可知要保人與被保險人若是同一之情況下，則必為「醫療機構」或「醫師」本身，則不可能由病患為之，此時則須思考「健保局」可否成為「要保人」或「被保險人」，即從責任保險之本質乃是保障「被害人」作為出發點，則發現在責任保險中，要保人與被保險人則非重點，則應著重的乃是「被害人」的保障，故依保險法第 45 條之「為第三人投保」的保險利益探討，則「健保局」則可為醫療機構與醫療人員為第三人之財產上利益之投保，如前所述，不論何者作為「要保人」或「被保險人」對於責任保險之保障對象均無影響，最後則討論「健保局」能否成為「保險人」？作為一個承保單位，第一、需與強制汽車責任保險與公證法之強制性質的責任保險做比較，依強制汽車責任保險法規定，其保險人仍以民間之保險業者作為保險人，主因乃是若以監理站或國家之行政單位作為承保機構，則首先遇到「經費來源」之問題，換言之，強制汽車責任保險若能以國家作為保險人，則其唯一可想像之財源收入則為「交通罰款」作為大宗，此乃屬於大法官解釋第 426 號中如不同於「空氣汙染費」為專款專用，又交通罰款並非每人均有繳納，若其拿來做為強制汽車責任保險之經費來源，因此在憲法之層面則產生極大問題，故強制汽車責任保險之保險人乃是由民間保險業者為之；反之，觀察公證法之強制責任保險，其主要乃是避免具有公證性質發生錯誤，導致民眾之損失，其可想像之經費來源則為「民眾進行公證之所繳納的規費」，其部分於憲法角度觀之，即可作為經費來源故無問題，乃因有用於公

證之民眾才可能受到本強制責任保險之保障，且進行登記之民眾才有繳納規費，惟其主要較大困難點，則為由行政機關作為保險人，其辦理登記業務之機關，並非獨立之法人，因此則須向上尋找可負責之單位，則形成極大問題。最後，反觀健保局之地位，其經費來源部分可從民眾所繳納之醫療費用或是支付給醫師及醫院之費用為之，可以藉由掛號費或診查費外加之方式收取費用，此部分則將於下節為詳細之論述，而亦符合「使用者付費即受責任保險之保障」，雖然健保局乃是衛生署之下屬機關，但其具有獨立之法人格特性，因此亦可作為保險人之可能，最後依保險法第 136 條規定，可知我國對於保險業務則是採「嚴格準則主義」，惟健保局作為獨立之法人格，故可做為保險人則無疑義。綜上所論，從此三個角度觀察，全民健康保險制度與「強制醫事責任保險制度」則成為不可分離的兩者。

第三項 醫事責任保險制度之經費來源與規模

醫事責任保險制度主要可分為兩個面向，第一、任意性醫療責任保險；第二、強制性醫療責任保險。關於前者其乃涉及「契約自由」，以及「市場經濟」之角度，故於排除於本節之討論，因此本文將主要著重於「強制性醫療責任保險制度」之經費來源與規模。

根據前文所述，已經明白強制醫療責任保險於法律層次為可行的，即表示在我國法制度下，強制醫療責任保險制度首先在憲法階層並無違憲之虞，因此於此前提下，該制度所涉及之範圍與層面甚廣，如同「強制汽車責任險」相同，乃涉及到所有用路人之權益，換言之，不單僅涉及到用路人之權益，更牽扯到保險人之可保性，以及被害人之權利保障；

故反觀在創立強制性醫療責任保險制度，必須注意到經費來源與規模，否則空有良好之制度建立，卻沒有經費來源，或甚至估計錯誤的支出規模，反而僅是帶給醫事機構與醫療人員之苦難。因此面對此制度最基本的問題「經費」，則須提出以下幾點討論：第一、保險人應由何者為之？第二、經費規模估計？第三、經費來源之可行性，故本文將針對上述問題一一討論之。

首先，於本節第二項「與全民健康保險關聯性」中已討論「健保局是否能成為保險人？」本文之主要論述乃根據保險法之規定，即圍繞於「責任保險實質上保障被害人」，故在責任保險中，要保人與被保險人則非重點，則應著重的乃是「被害人」的保障，若採取強制性之手段，則重點則會落於身為「保險人」其經費問題；換言之，觀察「任意性責任保險」在醫療體系推動困難之原因，主要在於高風險科別之保險費使得醫療人員無法負擔，而低風險科別則無人願意承保，即造成保險人若加以承保，則不符合其成本效益。將此問題點放入「強制性醫療責任保險制度」中，則仿效「強制汽車責任保險」，交由保險公司承保之，同樣的問題依然會發生，所以如上一節所論，健保局就法律層面以及保險制度設計上，其可擔任「保險人」，且加上憲法第 157 條揭示全民健康保險制度以「公醫制」為主，且「全民健康保險」與「醫療責任保險」兩者具有不可分之關聯性，故透過國家力量，由健保局作為「強制性責任保險制度」之保險人尚無不可。因此在此制度下，本文以為由「健保局」作為保險人，則可解決此制度最大的問題點。

次者，已確立由健保局作為保險人之前提下，則須討論經費之規模，本文試著觀察 89 年至 100 年間關於醫療糾紛之損害賠償案件，即藉由

此部分推論出「平均一年在醫療事故中所賠償之總金額為何？」⁹¹，根據我國司法院法學資料檢索系統⁹²，自民國 89 年 1 月 1 日至 98 年 12 月 31 日（共計 10 年）所收錄台北地方法院、士林地方法院及板橋地方法院之民事判決中，關於狹義醫療糾紛之相關案件做大範圍檢所。其檢索方式係以「損害賠償」為判決案由，輔以「醫療」與「醫師」為全文檢索語詞。主要原因在於醫療糾紛進入法院民事訴訟程序，係以損害賠償為法律效果之展現，而其中因為所受侵害的客體為「權利」，係人格權所包括之生命權、身體權或自主權，不論是上述何者都直接或間接導致健康狀態的惡化，所衍生之爭議，也以「醫師」為相對主體，因此「醫療」與「醫師」為醫療糾紛訴訟案件的關鍵語詞。隨後進一步逐一閱讀，排除非定義之判決，如：車禍、傷害、契約、消費、保險...等案件。再以分層抽驗方式選取各地方法院某一年度所有「損害賠償」之案件逐一閱讀，判斷醫療糾紛所佔比例，以推估及檢驗此檢索方式之正確性。將蒐集所得之判決結果符合本研究醫療糾紛之定義者，共有 247 件逐一閱讀分析內容，整理成資料庫。最後觀察此 247 件案例中，台北地方法院共有 154 件，其平均損害賠償金額為 384 萬，因此總金額約為 6 億；士林地方法院則有 66 件，平均損害賠償金額為 229.3 萬，因此總金額約為 1.6 億；板橋地方法院有 27 件，平均損害賠償金額為 203.2 萬，總金額則約為 6,000 萬，故北三院總計損害賠償金額為 7.2 億，因此平均一年則為 7200 萬之損害賠償金額。進而根據司法院 100 年 11 月之統計⁹³，北三院總案件量為 71729，即佔全國地方法院 252606 件的約 28%，故進

⁹¹ 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析-以台北、士林、板橋地方法院為例，前揭註 13，頁 12 以下。

⁹² 參閱司法院法學資料檢索系統網站，網址：<http://jirs.judicial.gov.tw/Index.htm>（最後瀏覽日期：2012 年 12 月 20 日）

⁹³ 參閱司法統計網站，網址：<http://www.judicial.gov.tw/juds/index1.htm>（最後瀏覽日期：2011 年 12 月 30 日）

而推算全國醫療損害賠償金額最大金額約為一年「2.6 億」⁹⁴，此為於帳面上得以查詢到之案件所做之估算。

惟根據醫審會的醫療糾紛鑑定只以司法或檢察機關的委託案件為限醫療糾紛案件，而大多數的醫療糾紛案件並不會進入訴訟程序，真正會進入訴訟程序的比例大約只有十分之一。則以民國九十年之醫療糾紛為 400 例左右，則我國應該就發生大約四千件以上的醫療糾紛案件。因此若假設此 4000 件醫療糾紛均須賠償，則等於 2.6 億之 10 倍等於 26 億，換言之，若醫療責任保險制度大力推動後，所有醫療糾紛案件均透過此制度加以請求，並全數都獲得理賠，則估算金額為一年 26 億。

最後，本文於上段中針對「經費規模」為初略之估算，發現一年中最大理賠金額為 26 億，若再加上根據本文第三章第二節所述，醫師為醫療糾紛案件所花費的每一元支出中，只有約四角是用於補償病人損失的支出，而其餘的六角則是所謂的交易成本，故推算我國推行於醫療體系之行政費用約 16 億⁹⁵，因此整個制度之推行約估算為 42 億之經費規模，才可能使得醫療責任保險制度完全涵蓋醫療糾紛之損賠，此推估與衛生署預計推出的醫療事故救濟基金相當⁹⁶。故本段將討論經費來源，其若依照本文之想法，其所能取得之經費數字為何？經費來源部分，本文以為由於「強制醫療責任保險制度」與「全民健康保險制度」兩者必須連結在一起，因此最佳方式則為從「每次掛號費中提取一定之金額」，首先涉及到以下幾個問題：

⁹⁴ 計算方式：全國醫療損賠金額=北三院之一年平均損害賠償額度/北三院於全國地方法院之案件量比例

⁹⁵ 高添富，醫師人員強制保險制度相關研究，前揭註 41。

⁹⁶ 外科醫師常被告 衛署擬訂補償上限 200 萬，聯合新聞網，2012 年 3 月 31 日，網址：<http://udn.com/NEWS/NATIONAL/NATS5/6998689.shtml>（最後瀏覽日期：2012 年 6 月 8 日）

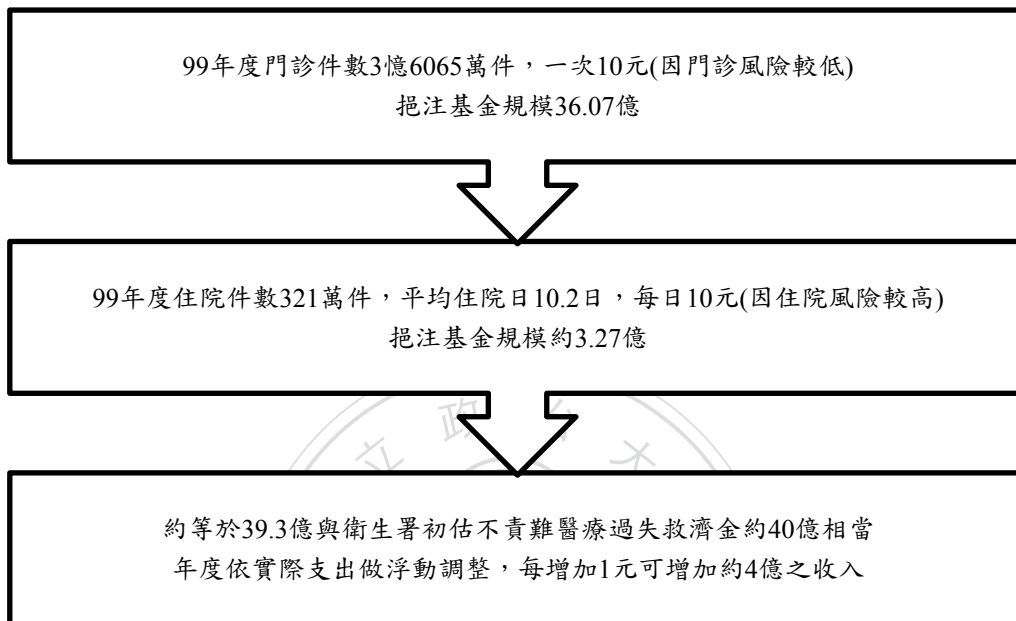
第一、掛號費則由三方面所負擔，即由「病患」支出，成為「健保局」與「醫療機構」之收入，故產生一個問題：「若全民健康保險與醫療責任保險制度相結合，是否發生醫療責任保險制度之保險費轉嫁於病患的掛號費之上？進而加重病患之負擔」。第二、醫療責任保險制度可分為「強制性」與「任意性」，是否不論何者均由此制度所涵蓋？造成此制度之嚴重財政負擔？

本文以為關於第一個問題，涉及到保險費轉嫁之可能性，由於目前我國醫療體系主要可分為四級醫院，其除了非健保局負擔之醫療部分外，其餘多屬於如「醫學美容」或「病患願意支付高額自負額」之醫療項目，因此在掛號費中可分為一部分成為健保局收入，此部分若要調整費用，則須受到國家嚴格之控制。

因醫療費用基本上分門診與住院兩部分，而根據 99 年門診醫療費用申報件數 3 億 6065 萬件來試算⁹⁷，每件代表一次的醫療事件，若從每次看診中健保局支付給醫師的看診費中，提領 10 元，即便因醫院將此保險費用轉嫁至病患，則每位病患所負擔之金額極少，故此經費來源應不致產生轉嫁於病患過大負擔之問題，而可以創造出 36 億之經費來源，與本文所估算之經費規模為 42 億雖有些許不足，而不足之部分，則可由住院部分的醫師以及醫療機構所從健保局收之費用中提撥，住院治療之病患相對於門診治療屬於較嚴重的病患，因此根據 99 年健保資料庫，可知住院醫療費用申報件數 321 萬件，平均每件住院日數 10.2 日。以每人每日 10 元來計算，平均每位住院病患醫師及醫院只需繳交 102 元，這樣可以收到 3 億 2 仟 7 百萬，加上門診部分之 36 億來計算，約近 40

⁹⁷ 參閱行政院衛生署中央健康保險局網站，99 年全民健康保險統計，網址：
http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=661&WD_ID=689&webdata_id=4004（最後瀏覽日期：2012 年 6 月 8 日）

億元，此經費與衛生署及本文所估計相去不遠，也可因賠償支出結餘行浮動調整。每調整 1 元即可增加約 4 億之基金，而費用負擔上也不致對醫療機構產生太大的負擔，即便因此部分轉嫁給病患，亦不容易遭致反彈。(參見下表)



又關於醫療責任保險制度，本文以為其理賠金額亦須設計「最高上限賠償額」，即參閱美國加州之醫療責任保險法所設 25 萬美元之上限，而比照兩國之國民所得比例並出一定數額，因此並不會產生單一案件賠償過多，進而造成此制度之崩解，而「限額賠償」部分將於後續章節做為更詳細之介紹。

而第二個設問，由於醫療責任保險可分為兩部分，一者為強制性，此部分即為國家所欲設立之制度，因此從掛號費分成給予「健保局」與「醫療機構」兩部分中，身為國家之行政機關—健保局，成為強制性醫療責任險之保險人，使用其經費作為強制性醫療責任保險之理賠經費，於第一個問題討論中以了解到並不會造成財政負擔，且另一給予「醫療機構」之部分，其本身即為給予醫療機構之行政費用，而醫療機構本身

投保醫療責任保險制度則為「任意性醫療責任保險」，因此其使用掛號費所撥與醫療機構之部分作為保險費投保，則不生掛號費涵蓋過廣之問題。因此本文想法，乃是建構多階層醫療責任保險制度，用來消化醫療糾紛之理賠金額，且提高「任意性醫療責任保險制度」之投保率，此部分將於下面章節做更詳細之討論。

第四項 仲裁選擇之可行性

一、醫事仲裁之優點與其他制度之區別⁹⁸

首先，仲裁乃當事人對於凡是依法得和解之爭議，書面上就現在或將來的爭議訂立仲裁契約，約定由仲裁人一人或數人成立仲裁解決的程序，其應記載內容包括：仲裁人之選定方式、仲裁地點的約定、仲裁之程序規則、仲裁之準據法、仲裁判斷之效力與執行。因此仲裁法中的「仲裁」在當事人將爭議事件提付仲裁，經仲裁庭做成判斷書，其仲裁判斷於當事人間，與法院之確定判決有同一效力，原則上經聲請法院為執行裁定後，得為強制執行，此部分可參閱強制執行法第 4 條第 1 項第 6 款：「其他依法律規定，得為強制執行名義者。」其他依法律規定於仲裁法中則是該法第 37 條。

次者，針對仲裁制度與其他相類似之制度區別何在：

⁹⁸ 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，前揭註 27，頁 18。

1. 仲裁與民事訴訟之區別

仲裁係採「一審制」，除經當事人對他方提起撤銷仲裁判斷之訴外，於仲裁庭作成判斷後，即告確定，具有迅速、經濟、保密及專家判斷等特點；相對於民事訴訟則採『三級三審制』，凡是民事案件提起訴訟者，通常必須歷經地方法院、高等法院及最高法院三級法院之審理後，始告確定。故爭議事件如依訴訟方式解決，不僅曠日費時，且耗費甚鉅。

2. 仲裁與調解之區別

仲裁係由當事人自行選定仲裁人為仲裁，使當事人對爭議事件之解決更具有自主性；且仲裁判斷一經作成，僅判斷書應送請法院備查而已，但於當事人間無待法院核定，即與法院之確定判決，有同一效力；相對地，調解應由調解委員會委員為之，當事人並無自行選任調解委員之權利，且民事調解成立者，尚須經法院核定後，始與民事確定判決有同一效力。

從上述兩點之區別後，若能將仲裁之制度引入醫療糾紛內，則不僅具有專業性，也具有迅速解決紛爭之優點，換言之，仲裁具有以下幾點優點：1. 有效性；2. 彈性；3. 專家性；4. 迅速性；5. 隱密性；6. 經濟性。

二、醫審會之鑑定與仲裁之關聯性

鑑定是指：「以具有特別知識的第三人，在訴訟程序中陳述關於

特別法規或經驗定則之意見，而以其陳述，為證據之用者⁹⁹。」由此可知鑑定係屬於「證據」方式之一，為使法院為求發現真實之必要，形成醫療專業鑑定高度需求性。因此反觀仲裁之「專家性」部分，因醫療糾紛乃具有高度專業性，且目前於醫療糾紛相關案件係以「機關鑑定」為主，其中又以行政院衛生署醫事審議委員會（下稱醫審會）為主要受託機關¹⁰⁰。且針對判決書中所提及之鑑定 199 例中作分析，不難發現共有 164 例之鑑定機關為「醫事審查委員會」，此部分中被告（即醫療人員）勝訴有 128 例、被告敗訴有 36 例；而鑑定機關為「非」醫事審查委員會，則有 35 例，其中被告勝訴有 29 例、被告敗訴 6 例。若從有送鑑定之案例總數觀之，被告勝訴為 157 例，而敗訴則僅有 42 例。最後，再從判決結果與鑑定認定機關之判斷是否一致觀察之，則發現僅有 11 例不一致，剩餘 188 例均一致，更顯示出醫療鑑定在醫療糾紛判決中之重要性¹⁰¹。故顯示出「仲裁」中專家性的優點，可藉由法院對於醫療專業鑑定之高度需求，輔以現行實務中多由「醫審會」為之，故可得出「由醫審會作為仲裁機關」則成為最佳選擇。

三、小結

仲裁是訴訟外解決紛爭的制度之一，只有「依法得和解」的爭議才能提付仲裁。因此原則上民事紛爭才能提付仲裁，不過屬於告訴乃論之刑事案件，若撤回告訴可能成為提付仲裁的條件，提付仲裁必須先有爭議雙方當事人之協議。因此從此觀點觀之，則似乎無法將醫療

⁹⁹ 王甲乙、楊建華與鄭健才，民事訴訟法新論，前揭註 16，頁 443。

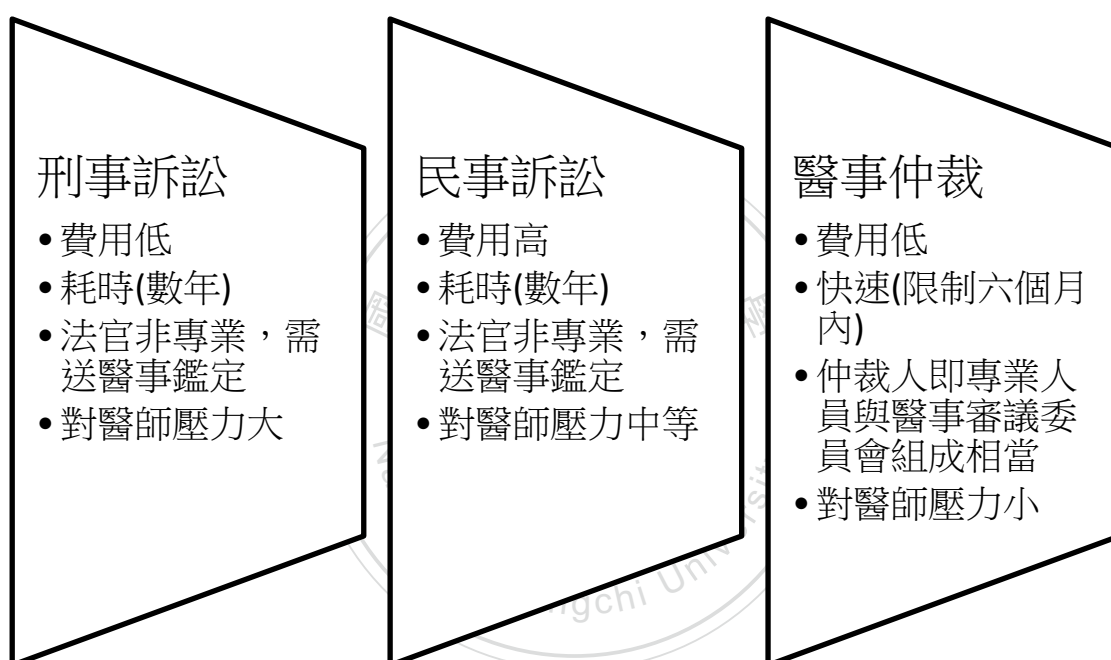
¹⁰⁰ 陳軍宇，我國醫療過失刑事責任之研究，前揭註 17，頁 150-151。

¹⁰¹ 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析-以台北、士林、板橋地方法院為例，前揭註 13，頁 39。

糾紛完全交由仲裁解決，主要乃因仲裁並非憲法第 16 條訴訟權之保障範圍。

但依大法官解釋第 591 號：「憲法第十六條所保障之訴訟權，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。民事紛爭事件之類型，因社會經濟活動之變遷趨於多樣化，為期定分止爭，國家除設立訴訟制度外，尚有仲裁及其他非訴訟之機制。基於國民主權原理及憲法對人民基本權利之保障，人民既為私法上之權利主體，於程序上亦應居於主體地位，俾其享有程序處分權及程序選擇權，於無礙公益之一定範圍內，得以合意選擇循訴訟或其他法定之非訴訟程序處理爭議。仲裁係人民依法律之規定，本於契約自由原則，以當事人合意選擇依訴訟外之途徑處理爭議之制度，兼有程序法與實體法之雙重效力，具私法紛爭自主解決之特性，為憲法之所許。」以及大法官解釋第 396 號：「憲法第十六條規定人民有訴訟之權，惟保障訴訟權之審級制度，得由立法機關視各種訴訟案件之性質定之。公務員因公法上職務關係而有違法失職之行為，應受懲戒處分者，憲法明定為司法權之範圍；公務員懲戒委員會對懲戒案件之議決，公務員懲戒法雖規定為終局之決定，然尚不得因其未設通常上訴救濟制度，即與憲法第十六條有所違背。懲戒處分影響憲法上人民服公職之權利，懲戒機關之成員既屬憲法上之法官，依憲法第八十二條及本院釋字第一六二號解釋意旨，則其機關應採法院之體制，且懲戒案件之審議，亦應本正當法律程序之原則，對被付懲戒人予以充分之程序保障，例如採取直接審理、言詞辯論、對審及辯護制度，並予以被付懲戒人最後陳述之

機會等，以貫徹憲法第十六條保障人民訴訟權之本旨。有關機關應就公務員懲戒機關之組織、名稱與懲戒程序，併予檢討修正。」可知若醫審會之體制若能如同釋字第 396 號所揭示，則透過立法設計將醫審會之制度並非僅有醫療鑑定之功能，而設計成如同公懲會般的組織，在揉合入「仲裁之優點：1. 有效性；2. 彈性；3. 專家性；4. 迅速性；5. 隱密性；6. 經濟性。」即可達成快速解決醫療訴訟，以平衡醫病關係，與加強病患之信服度。優缺點整理如下表



第五項 限定賠償金額之適當性

一、加利福尼亞州醫療損害賠償改革法之介紹¹⁰²

1. 歷史演進

加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度建立於 1970 年代早期。在當時，加州巨額之醫療訴訟賠償與繁多醫療訴訟案件嚴重加劇該州保險公司間之競爭，進而導致了加州衛生保健制度之危機，該危機於 1975 年達到高峰。主因在於社會開始接受巨額賠償，且病患與其家屬在醫療損害賠償案件試著提出巨額賠償，間接促使保險公司無機會製作調整保險費所必需的可靠統計數據。根據當年度美國加州之統計，到 1972 年底，保險公司收取的每 100 美元保險費，則需償付逾 150 美元賠償金，因此使得整個醫療保險市場基於成本之故，不得不放棄此項業務，且未放棄此項保險業務之保險公司，則將該成本轉嫁於醫師，導致保險費高漲，使得許多醫生宣布停止執業。於此情況中，主要發現原有處理醫療糾紛制度不能夠有效地解決糾紛，使得病患與其家屬無法信任醫師，且逐漸促使防衛性醫療之產生，且根據美國加州之統計，每單位之醫療過失賠償費用中 66% 主要用於服務費用，該部分中訴訟費佔 46%，行政費用佔 20%，而只有 34% 被用於直接賠償受害人的損害。因此，1975 年加州推動醫療損害賠償制度改革。

¹⁰² 楊立新，袁雪石，論美國醫療損害賠償制度改革及其借鑒意義——以 1975 年加利福尼亞州醫療損害賠償改革法為核心，中國法學網，網址：http://www.iolaw.org.cn/org_falixue.asp（最後瀏覽日期 2012 年 6 月 8 日）。

因此本文從此制度之成果，思考若將我國之醫療責任保險制度亦同設計「損害賠償金之最高上限」，則是否會帶來更為顯著之效果。以及其所帶來之附加效應：加速醫療糾紛之解決速度。

2.非財產損害賠償金限額規定

加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度規定，對醫療過失造成的損害應區分財產損害和非財產損害。其中非財產損害賠償金之上限為 25 萬美元，且設計禁止例外規定，但是該法案不限制財產損害賠償金。此規定產生極為廣泛的影響，是加州醫療損害賠償改革法的核心條款。其具體規定主要分述如下：第一、醫療過失案件中之陪審員可裁定被告向原告償付過去和將來之精神痛苦賠償金。第二、原告可請求一個以上的被告賠償因其醫療行為而造成之損害，但是原告最多也只能請求賠償 25 萬美元的非財產損害賠償金。而且已去世病人的配偶和孩子在錯誤出生之案件中亦不能請求高於 25 萬美元之非財產損害賠償金。但是，受害人的配偶可以以醫生的過失造成直接的精神損害為訴因，或者以喪失配偶權為訴因進行訴訟，並且不受 25 萬美元非財產損害賠償金限額的限制。醫療過失案件中的陪審員應當另行確定非財產損害賠償金的數額並對其進行單獨裁決。

3.非財產損害限額之優點

首先，限制非財產損害之手段，可節省全美醫療保健 5~9%的成本費用，且不會對醫療保健制度產生負面影響。換言之，每年可

以節省 600~1080 億美元的醫療保健費用。此會降低醫療保險之成本，可使 240-430 萬美國人獲得保險。惟醫療疏失發生後之支出費用並不能夠增進病人的福祉更重要的則是，無論任何的非財產損害賠償金都不能減少病人的疼痛和精神痛苦，因此制度於防止損害發生上，則具有特別的意義：「可以使病人能夠繼續得到適當之後續醫療保健」。

其次，25 萬美元之非財產損害賠償金限額規定可以使可能支出的損害賠償費用總額具有更強的預見性，為保險公司提供更容易預見之理賠金額範圍，這也就保證了保險費率的穩定。如前所述，加州建立非財產損害賠償金的限額制度使醫生的專家責任保險費率大大降低，據統計而言，自 1975 年以來僅僅上升了 167%，而同一時期全美的保險費平均上升了 505%，佛州的保險費則平均上升了 2654%，再再顯示非財產損害賠償金 25 萬美元的限額規定成為主要因素。

最後，從保險費率之數據於證明 1975 年加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度具有良好之效果，限制了投機式醫療責任行為。且其規定非財產損害賠償金之上限是 25 萬美元，同時亦設計律師費用的滑動折算制，此設計使得加州之訴訟次數比全美之平均水平高 50%，但是根據佛羅里達州保險部之內部請求賠償數據，非財產損害賠償金 25 萬美元的限額規定在 1992 年到 2001 年共節省了總支出的 21%。另外，加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度促進了正義實現，又間接促使醫療糾紛的解決速度比全美快 23%，而加州記錄在案的訴訟數量與全美訴訟的平均數量保持一致，因此根據美國在 1998 年國庫預算部門估計，像加利福尼亞州《醫療損

害賠償改革法》制度具於改革之 10 年間共省了 150 億美元，故此制度另外提供本文思考我國醫療責任保險制度之誘因：節省司法成本與加快醫療糾紛之解決。

二、非財產損害之限額擴大至財產損害之可行性

依我國民法第 195 條規定：「不法侵害他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者，被害人雖非財產上之損害，亦得請求賠償相當之金額。」可知在侵權行為法中，我國可主張不單僅得主張財產上損害，而涉及「他人之身體、健康、名譽、自由、信用、隱私、貞操，或不法侵害其他人格法益而情節重大者」...等非財產上損害亦可為之，因此於本文所欲討論之範圍有所掛鉤的則為「醫療行為所導致之負面醫療結果所生之損害賠償」，此部分即符合我國民法第 195 條中規定「不法侵害他人之身體、健康...」之部分，因此在「情節重大」之情況下，則行為人（即醫療人員）則需負擔「非財產損害之損害賠償責任」，本文不針對「情節重大」如何判斷，則主要論述於「在醫療責任保險制度中，是否可將限額賠償之範圍予以擴大？」

承前所述，從美國之加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度，可知該制度針對「非財產損害」做出限額之規定，即限定醫療糾紛案件中，其「非財產損害」之上限為 25 萬美元，其所帶來之結果則是「此筆費用於醫療糾紛之後續補救措施之醫療費用」以及「加速醫療糾紛之解決與節省醫療成本」，故從加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》制度之規定完整引入本文所欲建構之「多階段醫療責任保險制度」，則發現以下幾點問題：第一、美國之醫療責任保險制度仍為「任意性」，而本文欲倡導推動如同強制汽車責任保險般的「強制性醫療

責任保險制度」，故本質上之差異將影響引入美國制度之可行性；第二、我國醫療責任保險於前面章節所述，面對的則為投保率過低，以及病患與其家屬不信任醫事鑑定...等因素；第三、財產損害之部分則在保險契約中乃屬於實支實付之類型，若設計最高上限額，即可能造成道德風險與不當得利之可能性。因此若單就引入美國制度，則不足以解決此等問題。

三、小結

首先，本文以為最佳解決之方法則為「將非財產損害之限額擴大至財產損害之限額」之上。換言之，在本文之「多階層醫療責任保險制度」架構下，其中則有「強制醫事人員投保醫療責任保險」一環，並透過此制度分散醫師的風險與加強任意性醫療責任保險之投保率，在加利福尼亞州《醫療損害賠償改革法》中僅將「非財產損害」設計限額，即達到美國在1992年到2001年共節省了總支出的21%，因此在我國架構中，有設計強制性之制度，基於該強制性醫療責任保險制度乃是由醫師及醫療機構負擔此等費用，因此「財政支出」會成為我國重要考慮因素，若不將「財產損害」一併限額，將導致醫療責任保險制度之本旨無法達成，且造成基金運作之嚴重負擔，因此本文建議在「強制性醫療責任保險制度」此部分，則不論「非財產損害」或「財產損害」均需設計限額。

次者，投保率之提升則是本文視為最為重要之議題，若能提升任意性醫療責任保險之投保率，即提高保險公司願意加以承保醫療機構或醫療人員之責任保險，進而達到分散醫療人員之風險，不僅可降低「防衛性醫療」之產生，對於病患與其家屬亦可獲得快速且有效之保障，因此在本文於下章節所總結提出之「多階段醫療責任保險制度」

之架構下，在強制性醫療責任保險擴大限額之範圍，則成為必要之選擇，其可大幅提高任意性醫療責任保險之投保率。

最後，在於實支實付之部分，在責任保險概念下與實務面作法，在財產損害方面在保險公司則採取實支實付之方式，因此原則上不生任何道德風險之可能，若如本文所言，在財產損害部分設計限額，則可能發生病患實際上損害未達理賠金之金額，間接產生道德風險之虞，惟本文所倡導之「強制性醫療責任保險制度」其不單僅有保險之本質，而給付保險金，更有帶有補償金之性質，故在「人性尊嚴」與「生命無價」之前提下，更需要針對財產損害設計一定之限額，即參閱美國加州之醫療責任保險法所設 25 萬美元之上限，而比照兩國之國民所得比例並出一定數額，本文以目前與美國匯率假定為 1：30 為計算，其最高限額為新台幣 750 萬，而兩國之國民所得約為 1：3，故參閱美國之經驗，大約在 250 萬左右，並參閱強制汽車責任保險給付標準第 3 條之規範，其最高上限係採 200 萬，若從醫療責任與汽機車責任保險觀之，似無不妥之處，又藥害救濟給付標準第 3 條亦採 200 萬為上限，故本文以為醫事責任保險之最高上限亦可採 200 萬之標準為上限。

第四節 總結

首先，我國尚無強制醫師責任保險制度，因此從「法位階角度」切入，檢驗其合憲性，依司法院大法官解釋第 576 號解釋理由書，可知國家立法限制人民基本權時，受到憲法原則的拘束。故通過合憲性之檢驗後，才可符合憲法之要求，否則將有違憲之虞。在本文依循司法院大法官第 576 號

解釋之脈絡，進行比例原則之操作，就我國憲法第 23 條規定操作比例原則與平等原則後，其餘法律位階之上，並無違憲之虞。

次者，討論與全民健康保險之關聯性，本文將主軸放於：第一、台灣之全民健康保險制度是否為公醫制？從憲法第 157 條與憲法增修條文第 10 條第 5 項規定，可知「全民健康保險制度」乃是憲法所規定，因此從社會國原則觀之，我國之全民健康保險制度則具有「公醫」色彩，且我國之醫療提供者全然沒有議價、調整醫療費用之自由空間；第二、全民健康保險在醫療中的角色？其在醫療體系中，不僅是行政監督之單位，而是立於「社會國原則」之角度，人民與醫療體系之關係，並非僅面對於醫療機構或醫師，而是主要立於對全民健康保險之信任；第三、可否讓健保局成為保險人？就責任保險之意涵，其形式上所保障的乃是「被保險人」，為實質上乃是保障「被害人」，從此文中所述之三個角度觀察，全民健康保險制度與「強制責任醫療保險制度」則成為不可分離的兩者，且健保局亦可成為保險人

再次者，討論醫療責任保險制度之經費來源與規模。本文針對「經費規模」為初略之估算，發現一年中最大理賠金額為 26 億，並加入行政費用 16 億，則其總支出約為 42 億，其乃係醫師責任保險責任所需支出之估算金額。根據 99 年門急診及住院醫療費用申報件數試算之，即可創造出近 40 億之經費來源，不足部分一則可由醫師或醫療機構所負擔依浮動機制調整，二則仍有醫療機構及醫師專業業務責任保險等保險可分攤之，基金能否永續經營，最重要的資金來源問題得到解決。又關於醫療責任保險制度，本文以為其理賠金額須設計「最高上限賠償額」，即參閱美國法之經驗，以及我國強制汽車責任保險法與藥害救濟法，故可設定為 200 萬，因此並不會產生單一案件賠償過多，進而造成此制度之崩解，且可符合我

國經濟現況與國民期許。並應由何機構作為節省訴訟時間，以及揉合「仲裁」仲裁的有效性、彈性、專家性、迅速性、隱密性與經濟性於本制度中，且須注重醫療專業鑑定高度需求性。因此依大法官解釋第 591 號以及大法官解釋第 396 號可知若醫審會之體制若能透過立法設計將醫審會之制度並非僅有醫療鑑定之功能，而設計成如同公懲會般的組織，在揉合入「仲裁」之優點即可達成快速解決醫療訴訟，以平衡醫病關係，與加強病患之信服度。

最後，則是本制度之關鍵「限定賠償金額」，本文先大略介紹加州福尼亞州醫療損害賠償改革法，其僅限於非財產損害賠償金限額規定，惟本文以為最佳解決之方法則為「將非財產損害之限額擴大至財產損害之限額」之上。在本文之「多階層醫療責任保險制度」架構下，在我國架構中，有設計強制性之制度，基於該強制性醫療責任保險制度乃是由醫師及醫療機構負擔此等費用，因此「財政支出」則成為我國重要考慮因素，若不將「財產損害」一併限額，將導致醫療責任保險制度之本旨無法達成，除了造成基金之嚴重負擔，可能會拖垮其他配套之補償機制。投保率之提升則是本文視為最為重要之議題，若能提升任意性醫療責任保險之投保率，即提高保險公司願意加以承保醫療機構或醫療人員之責任保險，進而達到分散醫療人員之風險，不僅可降低「防衛性醫療」之產生，對於病患與其家屬亦可獲得快速且有效之保障。並在道德風險上，在財產損害部分設計限額，則可能發生病患實際上損害未達理賠金之金額，間接產生道德風險之虞，惟本文所倡導之「強制性醫療責任保險制度」其不單僅有保險之本質，而給付保險金，更有帶有補償金之性質，故在「人性尊嚴」與「生命無價」之前提下，更需要針對財產損害設計一定之限額。



第五章 多階層之醫療風險處理模式

第一節 前言

責任保險固有保障被害人之民事求償權得以實現之功能，而認為強制醫師投保醫療責任保險可以給予被害人基本之保障。但比照我國強制汽車責任保險，強制汽車責任保險之給付上限為 200 萬元¹⁰³以及藥害救濟法其上限為 200 萬¹⁰⁴，而目前醫療案件求償金額幾乎都高於此額度，社會大眾之接受度不無疑問，間接使社會大眾遇到醫療糾紛，仍轉去選擇訴訟，失

¹⁰³ 強制汽車責任保險給付標準第 3 條：「受害人因汽車交通事故致身體殘廢，其殘廢程度分為十五等級，各殘廢等級及開具殘廢診斷書之醫院層級或醫師，依附表強制汽車責任保險殘廢給付標準表（以下簡稱殘廢給付標準表）之規定。

本保險所稱殘廢，指受害人因汽車交通事故致身體傷害，經治療後症狀固定，再行治療仍不能期待治療效果，並經合格醫師診斷為永久不能復原之狀態；或經治療一定期間以上尚未痊癒，並經合格醫師診斷為永不能復原之狀態。

前項所定一定期間以一年為原則，但殘廢給付標準表另有規定者，從其規定。

第一項各等級殘廢程度之給付標準如下：

- 一、第一等級：新臺幣二百萬元。
- 二、第二等級：新臺幣一百六十七萬元。
- 三、第三等級：新臺幣一百四十萬元。
- 四、第四等級：新臺幣一百二十三萬元。
- 五、第五等級：新臺幣一百零七萬元。
- 六、第六等級：新臺幣九十萬元。
- 七、第七等級：新臺幣七十三萬元。
- 八、第八等級：新臺幣六十萬元。
- 九、第九等級：新臺幣四十七萬元。
- 十、第十等級：新臺幣三十七萬元。
- 十一、第十一等級：新臺幣二十七萬元。
- 十二、第十二等級：新臺幣十七萬元。
- 十三、第十三等級：新臺幣十萬元。
- 十四、第十四等級：新臺幣七萬元。
- 十五、第十五等級：新臺幣五萬元。」

¹⁰⁴ 藥害救濟給付標準第 3 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二百萬元。
- 二、重度障礙者最高給付新臺幣一百五十萬元。
- 三、中度障礙者最高給付新臺幣一百三十萬元。
- 四、輕度障礙者最高給付新臺幣一百一十五萬元。

前項障礙等級，依行政院衛生署公告之身心障礙等級認定之。」

去本文欲追求降低司法資源與加快理賠速度之目的。因此依照前述我國醫療訴訟之現況，判賠的金額上千萬實屬可能，從而強制醫師責任保險的功能，若僅在於提供病患基本保障這樣之目的，則不禁思考是否有必要創設此制度？當然依目前台灣醫師投保醫療責任保險之狀況，強制醫師投保責任保險，首先可以解決的就是因低投保率而導致保險費過高之情形，藉由大數法則，提高投保之人數，以降低保險費，間接達成降低「防衛性醫療」之隱憂。

再者，若所有執業醫師適用之保險費率一致，對擔任高風險科別之醫師而言，自能以較低廉之保險費分散所負擔之風險，或許可減少醫師對高風險科別因未來可能面臨之賠償責任，而提高優良醫生選擇高風險科別之意願。而且最重要的是，目前醫療糾紛之黑數，或許較可能浮現檯面，而讓人瞭解臺灣醫療糾紛之實際狀況，而有助於檢討醫療過失發生之原因，以及如何避免發生相同錯誤，達到建立安全醫療制度的目標。

另外關於醫師是否同意實施強制醫師責任保險，根據調查有 18.36% 之醫療人員對於實施強制醫療責任保險制度之建立持贊成之意見，57.42% 贊成實施醫療責任保險¹⁰⁵，顯然醫事人員都希望能藉由保險制度，分擔醫療行為可能造成之風險。但弔詭的是，若醫事人員認同保險制度為執業風險分散之有效方式，為何卻又不加入保險？換言之，醫事人員均希望能有一個完善制度能分擔其風險，但卻無法或不能加入，因此則須思考強制醫師投保責任保險制度應如何設計？即是在採行強制保險制度時應考量之問題，絕非仿造強制汽車責任保險或其他國家之專業責任保險，貿然為之，因考量我國目前現有之問題及醫療專業之特殊性，始可為之。因此本文提

¹⁰⁵ 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，第四卷第一期，2005 年，頁 53。

出「多階層之醫療風險處理模式」，本章將隨著各階層逐一說明，並整合前幾章所介紹之問題與立法趨勢、外國立法例，建構出適合我國現況之模式，已發展出我國本土獨有之醫療制度。

第二節 強制性醫師責任保險

第一項 責任保險範圍之排除

首先，須思考一個問題：「保險制度中之不當得利與道德危險」之考量，舉例來說，若一名病患符合我國其他救濟制度之補助，也成功獲得補償金，亦可再透過此「強制性醫師責任保險」再取得保險金，則違反保險之本質「不當得利之避免與道德危險」，且不論本制度所使用的是理賠金或是補償金之文字，本文以為只要使病患或其家屬有機會獲得比其實際損害更大之金錢獲得，則極有可能使得此制度成為斂財之工具，則會失去本文之核心價值，因此仿效瑞典之醫療責任保險制度，即賴清德委員所欲引入之北歐醫療責任保險制度中「替代性」，換言之，本強制醫師責任保險制度則是最後之保障手段，待病患或其家屬在其他「非本文所建構之醫療責任模式下」之救濟制度，如：藥害、疫害或目前正在推行的生育補助...等制度，可獲得一筆金額，即不可再透過「強制性醫師責任保險制度」獲得理賠金。

次者，符合保險法上「損失填補原則」之核心內涵：「不當得利之禁止」與「道德危險之避免」後，誠如本文第四章第二節：「與全民健康保險之關聯性」所言，提出為何須與「全民健康保險制度」掛鉤，主要係全民健康保險所保障之範圍，屬於一般民眾常接觸及符合我國憲法

第 157 條之精神的疾病，換言之，全民健康保險制度所保障的係我國人民在醫療上的最低限度之醫療，非全民健康保險特約之診所或醫療內容之範圍，其因可自行訂立價格，不論其所從事的醫療行為之危險性，其可透過價格之制訂來分攤賠償之風險，若將其列入強制性醫師責任保險制度，則會失去本制度之精神，即有違「社會國原則」之疑慮。因此在第二階段則需討論何種「醫療行為」為全民健康保險制度涵蓋給付之範圍？將屬於「非全民健康保險制度」之部分排除後，即可符合我國憲法第 2 條所揭示「社會國原則」之核心價值與憲法第 157 條之公醫制度，且此階層乃是具有「強制性」，主軸則是要將全國人民均成為「責任保險」之保護對象，以符合「有實際需求者，則享有國家之照護義務」。

再次者，依前所論，基於憲法第 2、157 條之精神，其所揭示之「社會國原則」以及「公醫制度」，將「非屬全民健康保險所保障之疾病範圍」予以排除，惟基於「保障病患之權益」、「加強風散醫事人員之風險」，立論於「擴大醫療責任保險之範圍」，且不可有違「平等原則」之下，本文思考一個問題：「是否能將非屬全民健康保險保障部分，開啟一個加入本醫療責任保險制度的窗口？」換言之，非屬全民健康保險保障之部分，可否加入本文所提倡之體系，抑或自行承擔風險自行投保。若從法律層面觀察此問題，不免涉及到「平等」之議題，以及本制度之經費來源係源自全民健康保險制度，就此角度思考，則係應持否定之見解，使得該部分自行評估風險後，自行投保；若從醫療層面觀察此問題，想當然爾，將保障範圍於以擴大，不僅整體醫療制度是個防護機制，亦對醫事人員帶來分散風險，降低防衛性醫療之可能，並對病患也是種保障，因此從此方面思考，則持肯定之見解。

最後，立於第一階層：強制性醫師責任保險，在本文之思維下，乃

是具有「補充性」，乃基於「強制性醫師責任保險」之本質乃是「責任保險」，故不可因衡平醫病關係、分散醫師風險或加強病患補償...等因素，而破壞保險契約中最重要之「損失填補原則」，因此本文乃是將「強制性醫師責任保險」定位如同「強制汽車責任保險」相同，於病患或其家屬有所「財產」或「非財產」上之損失，在其損害範圍內做出適當之補償。故本點所注重的乃是「保險契約之本質：損失填補原則」並透過瑞典之醫療責任保險制度所揭示之「補充性」，以及我國醫療體系之公醫制度之本旨。

第二項 放棄訴訟權能之可行性

確定「強制性醫師責任保險制度」之核心價值後，本文以為我國醫療糾紛中另個令人詬病之問題則是「審判期間」過於冗長與繁瑣，在訴訟法中所重視的乃是「程序正義」與「實體正義」之平衡，舉例而言，若一宗醫療糾紛之病患經過調解、和解均未達成合致，最後進入法院訴訟，在經過反覆的上訴，其時間少則 1~3 年，長則 10 來年，就算最後獲得勝訴取得賠償金，但也於事無補，簡言之，程序正義與實體正義之天平失去平衡，對醫病雙方已非正義。

在發生醫療傷害後，重要的是並非賠償金之獲得，而是後續之醫療行為加以補救，換言之，人之身體、健康與生命乃是無價，一旦有所受損，則需醫療行為加以恢復，則此醫療行為在醫療體系中即須一筆金額或照料，所以「審判時間」之冗長，對於病患或其家屬無非是另一種「無形傷害」，只會再一次帶給病患與其家屬苦痛，因此本文以為為了加速審判期間，建議在本文之處理模式中，設計「放棄訴訟權能」之設計，

換言之，賦予病患一個「程序選擇權」，即當醫療糾紛發生時，病患或其家屬可選擇「傳統之訴訟程序」，亦可選擇「本文提倡之醫療審議委員會之審理」模式，由病患己身評估兩者之利弊。

且則誠如本文「第四章第四節：仲裁選擇之可能性」所言，大法官解釋第 396、591 號揭示出，只要透過立法機關，即可將醫審會如同法院之效果，且亦可設計成一次終局性判決，其並無違憲之可能，故本文之想法乃是欲透過此思維，加強「醫審會」之權限，並提供病患選擇此程序之誘因。欲使病患或其家屬選擇此程序之誘因，主要需改善兩者：一、審判時間的大幅縮短；二、醫療鑑定之信服度；三、合理的補償機制。此部分將於下文中做更為詳細之論述。

第三項 非財產損害與財產損害之限額賠償

如本文所估算之經費規模，則一年支出約 40 億左右，而本文以為本階層乃是具「強制性」之規定，即乃是透過國家行政手段對於醫療機構及醫事人員扣其勞務所得來做為財政支出，民眾並沒有支付保險的費用，在「使用者付費」之情況下，與如前文所建立「另個醫審會之程序選擇」，故可設計當病患或其家屬欲透過此制度申請理賠時，則須繳納如同法院之裁判費的一定規費，因此這將可作為本制度之行政費用。

且由於本制度與全民健康保險制度掛鉤，因此若計算單位為「人」則將產生不公平之現象，換言之，健康之人進行醫療之次數必定較少，相對地，發生醫療糾紛之機率較低，因此計算單位應設計為「門診次數」，透過每一次門診即撥充一定費用，亦可符合「保險法上之風險控管，亦符合「使用者付費之概念」，因此就本文之透過 99 年度之門診及住院次

數計算，一次撥充新台幣 10 元，住院則每人每日 10 元，則可獲得 40 億之金額，故對於是否會造成醫師及醫療機構財政的嚴重負擔，本文之答案為否定。

而本文亦參考美國加州之醫療責任保險制度中最重要之想法：「非財產損害之限額」，該國乃是設計為 25 萬美元，根據兩國之國民所得與匯率差之計算，並參酌強制汽車責任保險法與藥害救濟法，則可估算設計為 200 萬為最高上限，而本文取其精神，思考一個問題：「如何提升投保率？」故將限額之範圍不單僅限於「非財產損害」，亦擴大至「財產損害」，主要在於我國任意性醫療責任保險之投保率甚低，若能透過強制性醫師責任保險作為第一線理賠，即可分擔任意性醫療責任保險之理賠金，進而提高保險公司之承保率，但換個角度思考，若不加以創設兩者之限額理賠，將對於「具公益性質」之制度財政成為一大問題，甚至當此制度因為財政而崩解，進而影響層面不僅單單一個制度的破毀，而是連同全民健康保險制度一併破壞，最後導致我國之醫療體系之危機，故需設計「限額理賠」，如同強制汽車責任保險，以分擔市場上之不確定因素。

第四項、鼓勵自願性醫師專業責任保險

醫師責任保險制度在我國之環境實屬艱困，因此先就病患之角度觀察，病患無非要的是一個合理的解釋，一個醫療傷害後的補救機制；而醫療體系之角度，則是在救人的同時，能夠有個後盾可為醫事人員分擔風險，使其心無旁騖之從事醫療行為；在保險市場之觀點，則是以「營利」為主軸，若一個賠本的生意，就算公益性質多強，在自由市場上可

行度會趨近於零；而國家的思維下，不僅要給病患或其家屬一個最大限度的社會福利與醫療，也要找尋醫病關係的衡平，以降低防衛性醫療，提升醫療品質與醫事人員無畏懼之心裡。

本文在此四面的思維下反覆思考，發現醫療責任保險的「任意性」與「強制性」並非對立的概念，而是可透由國家之力量創設出「強制性」，作為支撐「任意性」的基石，如同強制汽車責任保險制度，當有需求之人，發現強制汽車責任保險對其保障不足，則會尋找任意性責任保險去填補，換言之，若無強制汽車責任保險，則使得「任意性責任保險」所負擔之額度變大，進而造成保險公司之成本計算之疑慮，最後降低承保率，故本文以為我國任意性醫療責任保險投保率之關鍵在於，無「強制性醫師責任保險」去分擔風險。

若有強制性醫師責任保險做為第一線之保障後，對於「高風險醫科」部分，將形成保險公司對於此部分之理賠金額有國家作為第一線理賠，進而降低其成本支出，而會提高承保率；而在「低風險科別」部分，其因有國家作為第一線理賠，其有極高可能性不會再投保，但從病患或其家屬之角度而言，則有國家之保障，促使可快速取得一定理賠金，可做為在醫療傷害後的補救醫療行為之支出。惟「強制性醫師責任保險」因設計有限額理賠之手段，故若要讓醫師在發生過失時，所負擔之損害賠償責任完成被保險制度吸收，則必須鼓勵醫師再投保任意性醫師責任保險。又從醫院之專業角度觀之，其對於醫療後續照顧義務之成本支出，對於醫院給付損害賠償之賠償金，兩者比較後，前者對於醫院本身之成本支出甚低，且對於病患也能提供更直接且具有社會層面之負責態度，建立出良好社會觀感，不但在醫病關係中有良好的改善，且對雙方均受益良多。因此不僅對病患是一種完全的損失填補功能，且有完善後續照

顧，對保險公司是種成本降低，進而提升其承保率，最重要的在醫師方面則可為其分擔風險，以及從國家角度即可降低防衛性醫療，與提升醫療品質。

第三節 醫事審議仲裁機制

第一項 醫療鑑定之重要性

誠如本文第二章第二節第三點中數據顯示，醫療鑑定在醫療訴訟中佔有舉足輕重的角色，不僅法院判決之依據乃依循醫療鑑定之判斷，做出最後之裁決，但往往在病患或其家屬中，其所擔心的是醫審會原始的操作模式，不具有「透明化」，使得原本具有高度專業性之機構所製作出來之鑑定，不受到病患或其家屬之信服，進而導致醫病關係之失衡，甚至使得司法體系亦成為不信任之對象。

因此，醫療鑑定之信服度則成為本文倡導制度中另個要角，若無法提升人民對於「醫療鑑定」之信任，則無法提供誘因使人民選擇本制度解決紛爭，就算選擇傳統的民事訴訟，亦造成上訴率不斷攀升，故利於此角度觀察，在原始醫審會之建構下，首要之務係使得整個鑑定過程透明化，換言之，應交由中立公正之第三者，如：律師或代表病患之消費者團體，進入醫審會之鑑定程序，做出一定之監督。

惟加入律師與消費者團體參與鑑定，則生「醫療鑑定乃是專業性事項，不懂醫學的律師與消費者團體如何參與」以及「是否最後淪為橡皮圖章之餘地」之問題，本文以為，此等疑慮的確會存在，但在目前就法律角度，許多律師與消費者團體依然具有醫學之專業知識，其雖無法

比擬專業之醫師，但其認可發揮適當的監督之責，而可透由兩者之介入，比病患更容易發現醫療鑑定之問題，且透由律師與消費者團體之核定，會使得病患或其家屬更為信任。換言之，如此重要之醫療鑑定信服度低落之主因乃是「病患與其家屬」跟「整個醫療制度」做對抗，若能拉入第三方，站在病患與其家屬之角度，則可緩和兩者間之緊張關係，將整個醫療鑑定重要性更為提升，促使紛爭能夠一次解決，即可符合本文另一個核心價值：迅速。

第二項 醫事審議委員會之機構設立

首先，醫事審議委員會之在司法體系中，其功能主要乃是「醫療鑑定」，即所謂的「機關鑑定」，惟本文以為目前傳統之司法程序之審判時間，是首要解決之問題，若能將原本具有「重要性」之醫療鑑定的機關——醫事審議委員會獨立出來，成為如同釋字第 396、591 號所言之，具有法院組織之審判權機構，則不僅可簡化整個訴訟程序，合併司法審判與鑑定程序，亦可節省司法資源，並賦與病患「程序選擇權」，則可加強整個權利保障。

次者，在創設醫事審議委員會之前，則須面對法律上之疑問：第一、是否將該機構設於健保局之下？第二、若涉於健保局之下，則是否有違反憲法第 82 條之司法獨立？本文以為，若從公懲會之例子觀之，則不生違反憲法第 82 條之問題，但此時思考是否須將設計成為健保局之下設單位？若從「全民健康保險」與「強制性醫療責任保險」掛鉤之前提下，則似乎將醫事審議委員會建構於健保局之下，是較合理之作法，惟應著重於「信服度」與使用上之便利性，則應將此機構獨立設立，如

同鄉鎮市調解委員會般之便利。

最後，確立醫事審議委員會之設立，責其內部成員則成為「病患或其家屬」所可期待之關鍵，目前我國之醫事審議委員會組成，其實已經有引入學者及法學代表¹⁰⁶，但民眾仍然產生「醫醫相護」之不當連結，因此本文以為應將具有法律背景之法學專家，以及具有注重人民權益之消費者團體進入成為本委員會之成員，換言之，應由醫師、法律專家與消費者三者所組成之合議庭，並藉由仲裁之精神加以做出判斷。

第三項 仲裁制度之揉合

仲裁之優點：1.有效性；2.彈性；3.專家性；4.迅速性；5.隱密性；6.經濟性。若能將此六大優點融合入，如本文所預設之「具有司法權之醫事審議委員會」中，即可達成快速解決醫療訴訟，以平衡醫病關係，與加強病患之信服度之利益。因此將一一闡述各點所帶來之效益。

在醫療訴訟中，有效性不僅可節省司法資源，亦可降低醫療案件之審判時間；彈性則可有效的貼切病患與醫師之需求，而非如同傳統之民事訴訟，往往導致不僅浪費勞力、時間與精神，亦最後使得人民之生活受到嚴重影響；專家性則為最重要之優點，乃因醫療訴訟屬於高度專業性，且法院受醫療鑑定之影響甚大，因此若能將仲裁此優點引入，則可大幅增加信服度；迅速性乃是基於仲裁判斷一次即可解決紛爭，因此在此誘因之下，若能大幅減少審判期間，促使六個月內即可解決醫療紛爭，

¹⁰⁶ 醫療法 100 條第二項：「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。」

直接進入理賠程序，對於本制度則為一大利益；隱密性係關係到醫療糾紛往往涉及人之身體、健康之問題，故影響到人之隱私，而仲裁則與傳統之審判最大之差異性則在於此，故可保障人性尊嚴；經濟性則是可就訴訟雙方角度，透過一次解決協商，與專業的判斷，可節省大量時間、金錢與勞力，而就國家與醫療體系而言，則可省下大量訴訟費用與行政費用，更能將此部分轉去創造對醫療體系更有利之價值。

綜上六點之論述後，不難發現仲裁精神之揉合，則成為本文所重視之部分，且根據北歐之醫療責任保險制度與賴清德委員所提倡之制度，其均將仲裁之精神嘗試引入，而本文試著透過法律角度以及醫學層面之思考，提供一個融合與解決之方案。

第四項 縮短審判時間與加強信服度

本文以為一個強制性醫師責任保險制度，所要著重的並非「理賠金」或者「補償金」之發放，以及是否討論有無過錯及發放金額之問題，其均僅是一種給予民眾之表面性保障，換言之，若國家經費十分充足，我們即可做出極端之作法，只要有醫療傷害，國家即可付出補償金，但這樣的思維是否正確，有待商議，且實際面也不可行之。

因此若從深遠之角度觀之，則應實際針對節省審判時間、加強信服度以及建立出使醫師勇敢於認錯之制度，故一個醫事審議委員會立於專業性，足可擔任起面對醫療糾紛之司法機構，且在大法官解釋下，亦可得出此方法確實可行，並揉合入仲裁之精神，將此設計為一審不可上訴之制度，尚無不可，惟民眾可能會擔心，失去了訴訟權能以及上訴之可能性，則會產生不公平之餘地，所以換個角度思考，若一個司法機構無

法給民眾極高的信服度，則就算給予三級三審，或甚至十級十審，最後依然是得到一個「不公平判決的評價」，故若能加強醫事審議委員會所做之判斷具有公正性，則就算僅給以一審級之判斷，依然仍可達到解決紛爭之優點，所以醫事審議委員會之成員則須由醫師、律師與消費者團體三者共同組成。

最後，此制度之另個核心價值則是「提高任意性醫師責任保險制度之投保率」，因此若如本文之推論，成功設立醫事審議委員會以及強化其信服度，則可透過此委員會所做之判斷成為「任意性醫師責任保險」之理賠判斷，不僅可節省理賠之時間耗費，亦可使病患快速得到理賠，以面對後續之醫療行為補救。

第四節 推動間接強制性醫療機構責任保險

第一項 與民法第 188 條之連帶性

依我國民法第 188 條：「受僱人因執行職務，不法侵害他人之權利者，由僱用人與行為人連帶負損害賠償責任。但選任受僱人及監督其職務之執行，已盡相當之注意或縱加以相當之注意而仍不免發生損害者，僱用人不負賠償責任。如被害人依前項但書之規定，不能受損害賠償時，法院因其聲請，得斟酌僱用人與被害人之經濟狀況，令僱用人為全部或一部之損害賠償。僱用人賠償損害時，對於為侵權行為之受僱人，有求償權。」規定可知醫師與其醫療機構具有連帶關係，並就醫療機構方面，其第 1 項但書以推定過失與因果關係。因此當醫事人員就醫療糾紛有其過失時，該醫療機構亦負起連帶責任。

因醫事人員與醫療機構兩者兼具有連帶關係，但其條文之設計主要乃是保障被害人求償之可行性，因此當醫療機構負起損害賠償責任後，則可依同條第 3 項，向醫事人員請求損害賠償，換言之，並不會因為醫療機構負起連帶賠償責任後，而轉而分擔醫事人員之醫療風險。因此本文以為若能更設計「醫療機構責任保險」，則從病患之角度，則因有「強制性醫師責任保險」與「醫療機構責任保險」之雙重求償下，對其權益更為保護；而在醫師方面，則可試著透過「醫療機構責任保險」，而新增排除我國民法第 188 條第 3 項之醫療法規定，透過此保險再次分擔醫事人員之風險，已達從事第一線救人工作之醫師更能安心地從事該醫療行為。

綜上所論，民法第 188 條之規定僅保障了病患之求償權，但就醫事人員之風險分散卻無任何幫助，因此立於「病患之求償權保障」「醫事人員之風險分擔」兩者取其平衡，則須使醫療機構投保責任保險，以強化整體保險制度之核心價值。

第二項 風險分擔與擴大保障範圍

「風險分擔」是本文認為在責任保險制度中不可或缺之一環，但又不可一味的單面觀察一方之關係，如若全面偏向病患之權益保障，則會著重於如何使病患獲得最佳補償與最快之理賠，勢必則採取「不論過錯之補償機制」似乎會最佳方式，但其則對於醫療體系形成不公，並容易造成「實際有過失之醫師不勇於承擔錯誤」以及「防衛性醫療之弊病」，因此本文以為在第一階層創設了「強制性醫師責任保險制度」，已成功分擔了醫師本身之風險，但仍可能發生病患或其家屬因為我國民法第

188 條之規定，轉向醫療機構求償，進而將此壓力變化成由醫療機構對醫事人員。

因此當醫事人員與醫療機構兩者間具有連帶性下，已經將醫病關係之天平往病患角度傾斜，則本文以為若能使得醫療機構加以投保「責任保險」，形成「醫療機構責任保險」。則可將連帶責任之間接帶給醫事人員之風險，轉嫁於醫療機構所承保之責任保險中，不僅對於病患依然是雙重保護，且不會發生醫療機構會了責任歸屬而互踢皮球之情況；而對於醫事人員方面，則不僅可保障醫師，亦可對於該醫療機構內之所有人員所發生之過失問題，一併做出風險分擔之利益，進而使得醫療機構在醫療紛爭發生時，可直接透過該責任保險，分擔風險。

綜上所論，醫療訴訟中的過失，並非僅侷限於「醫師」所造成之醫療傷害，一個醫療行為正確而言是個醫療團隊所為之醫療流程，其中涉及到許許多多醫事人員之參與，若我們僅著重「醫師」之風險分擔，或許對於「防衛性醫療」能產生降低之可能性，但對於身為醫療體系中的「其他醫事人員」或「醫療機構」責卻無實益，因此本文認為在風險分擔之角度下，若能促使醫療機構投保責任保險，以擴大整個保障範圍，對於病患與醫療體系均是一大幫助。

第三項 醫療機構之間接強制

首先，如前文所言，醫療機構投保責任保險是本文中想積極推動之部分，其主要乃是受到本文第三章第五節之大陸醫療責任保險制度之影響，其多透過行政措施之設計，間接強制醫療機構必須針對其機構內其他醫事人員進行投保以保障病患與分散風險，而美國之制度亦有相同之

設計，因此使得本文在建構「強制性醫師責任保險制度」透過國家之力量分散醫師之風險後，並提高「任意性醫師責任保險」去再次分散醫師之風險，則最後再加入「醫療機構責任保險」再將風險進一步分散之。

在「醫療機構責任保險」所可間接強制其投保之手段，則如美國之作法，藉由營業登記許可之方式，每年核發一次才可進行營業之手段，達到醫療機構投保之，惟本文以為若透過此等行政手段，並無不妥，但就本制度而言，我國之醫療體系有全民健康保險之因素，故多偏向公醫性，非如美國乃是具有高度營利性之醫療體系，且本文已針對「醫師」部分做出強制性規定，若在對於醫療機構進行強制性，交由國家來做風險分擔，則對於整個財政支出則成為一大隱憂，且對於人民之福利則有涵蓋過廣之餘，故本人以為醫療機構部分則交由「民間保險公司」為之較妥。

因此，本文區分「強制性」與「間接強制」，並非就被保險人是否有自主性去加以投保之，而是從是否與「全民健康保險」連結，而交由國家資源去分擔風險，因此在第一階層「強制性醫師責任保險」則是由健保局作為保險人，為被保險人—醫師承保，並由國家機構代為做出保險金之理賠；相對於，第二階層「間接強制性醫療機構責任保險」則是由「民間保險公司」作為保險人加以承保，而其保障範圍則是涵括在該醫療機構內之所有醫事人員，包含醫師，以達分散連帶責任之風險與加強病患之求償可能性。而此部分之促使醫療機構投保之手段，則可透過行政措施，如：執業登記...等，或是扣稅減免之模式以提供誘因。

第四項 強化責任保險涵蓋範圍

我國民法第 188 條賦予了病患可對醫師以及其醫療機構之求償空間，使其兩者負起連帶責任；相對地，也使得醫師的責任風險分擔出現另外一個「門」，即透由醫療機構轉向醫師求償之可能，因此在不破壞我國民法第 188 條之「保障被害人之意旨」下，以及分散醫師之風險，因此本文以為「間接強制性醫療機構責任保險」則可達到此項功能，惟針對民法第 188 條第 3 項之規定則可因責任保險之原則「不可代位求償」而將其架空，更進一步分散醫師風險，且未減損病患之雙重保護。

當醫師有「強制性醫師責任保險」與「任意性醫師責任保險」後，對於醫師之風險分擔則可完全的涵蓋，但是醫療行為有大有小，大則是整個醫療團隊進行醫療流程之醫療行為；小則簡單的一個醫療行為，因此往往會在涉及到其他醫事人員之參與，但其他醫事人員之參與也會影響到醫師是否具有過失之可能性，所以本文以為若不將此部分一併涵蓋，則可能產生「醫療責任保險」之漏洞，所以建議透過行政規定規範醫療機構須投保「任意性責任保險」以填補此部分之不足。

而此階層乃是透過行政規定或提供稅率上之誘因，促使醫療機構投保「責任保險」，而此責任保險之涵蓋範圍則不單限於醫師部分，則是隸屬於醫療機構下之所有醫事人員，甚至只要在醫療機構內所發生之傷害，均可透過此階層與以理賠，換言之，本文主要探討醫師之風險分擔，再經由「強制性醫師責任保險」之分擔後，醫師仍有可以受到醫療機構之求償壓力，故若有「醫療機構責任保險」以分擔醫療機構之損害賠償責任，則可降低此部分之壓力，進而達到分散醫師之風險，以強化醫療品質。

首先，誠如在本文之「多階層醫療責任保險制度」架構下，其中則有「強制醫事人員投保醫療責任保險」一環，並透過此制度分散醫師的風險與加強任意性醫療責任保險之投保率，目前外國立法例僅將「非財產損害」設計限額，即達到節省了總支出的21%，因此在我國架構中，有設計強制性之制度，基於該強制性醫療責任保險制度乃是由健保局負擔此等費用，因此「財政支出」則成為我國重要考慮因素，若不將「財產損害」一併限額，將導致醫療責任保險制度之本旨無法達成，且造成國家財政之嚴重負擔，因此本文建議在「強制性醫療責任保險制度」此部分，則不論「非財產損害」或「財產損害」均需設計限額。

次者，投保率之提升則是本文視為最為重要之議題，若能提升任意性醫療責任保險之投保率，即提高保險公司願意加以承保醫療機構或醫療人員之責任保險，進而達到分散醫療人員之風險，不僅可降低「防衛性醫療」之產生，對於病患與其家屬亦可獲得快速且有效之保障，因此在本文提出之「多階段醫療責任保險制度」之架構下，在強制性醫療責任保險擴大限額之範圍，則成為必要之選擇，其可大幅提高任意性醫療責任保險之投保率。

最後，在於實支實付之部分，在責任保險概念下與實務面作法，在財產損害方面在保險公司則採取實支實付之方式，因此原則上不生任何道德風險之可能，若如本文所言，在財產損害部分設計限額，則可能發生病患實際上損害未達理賠金之金額，間接產生道德風險之虞，惟本文所倡導之「強制性醫療責任保險制度」其不單僅有保險之本質，而給付保險金，更有帶有補償金之性質，故在「人性尊嚴」與「生命無價」之前提下，更需要針對財產損害設計一定之限額。惟此限額之數字應該是多少，本文以為參酌目前我國醫療糾紛之賠償額觀之，則應由醫療審議

機構訂出 2000 萬為上限之金額，但故意及重大過失不在此限，且此部分則不應於立法程序中設計為定額，則是應該根據國民之所得、社會通念與法院實務，輔以保險法上損失填補之精神，為一個「定期檢驗」並「浮動」之金額，不僅可保障我國財政支出之可預見性，亦可供醫療機構一個全面性的保護，並對於病患使用本制度之可能遠大於進行法律之訴訟程序。

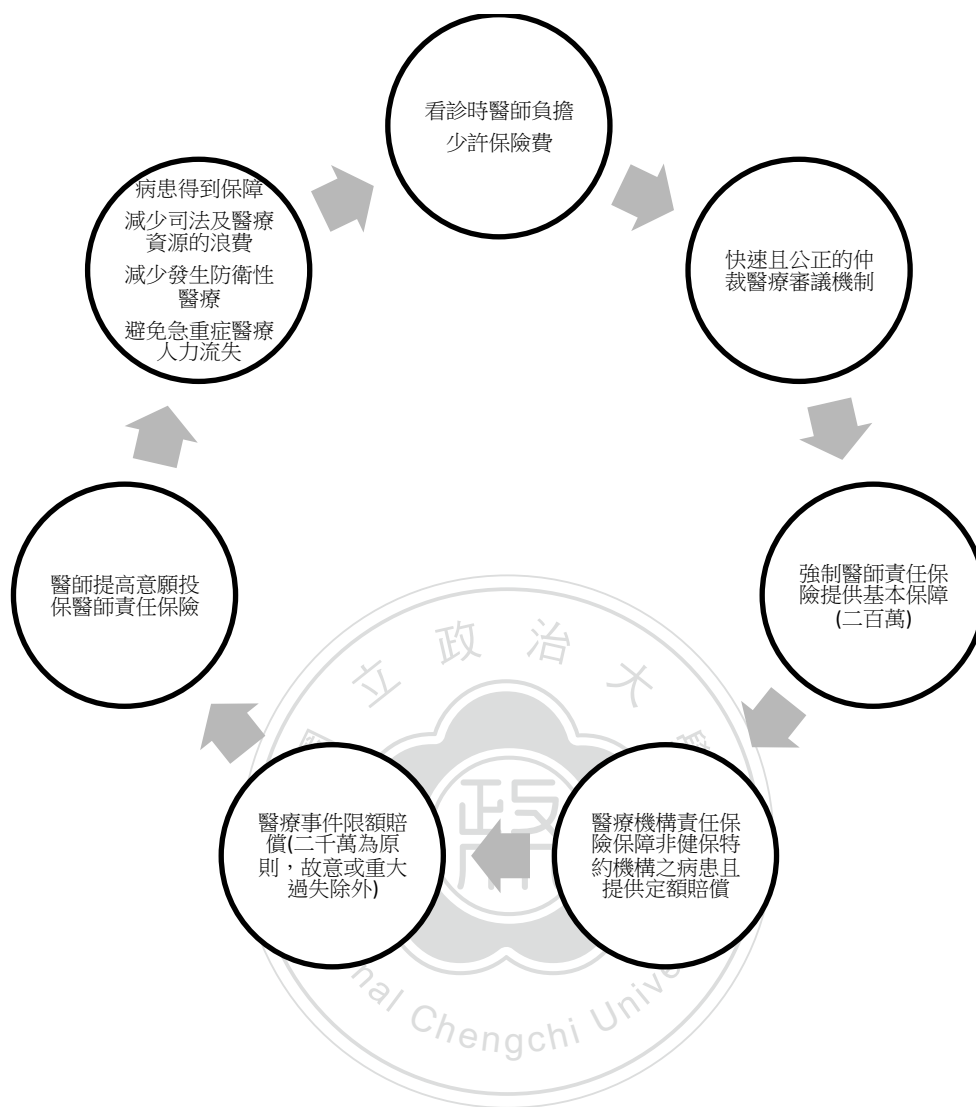
第五節 總結

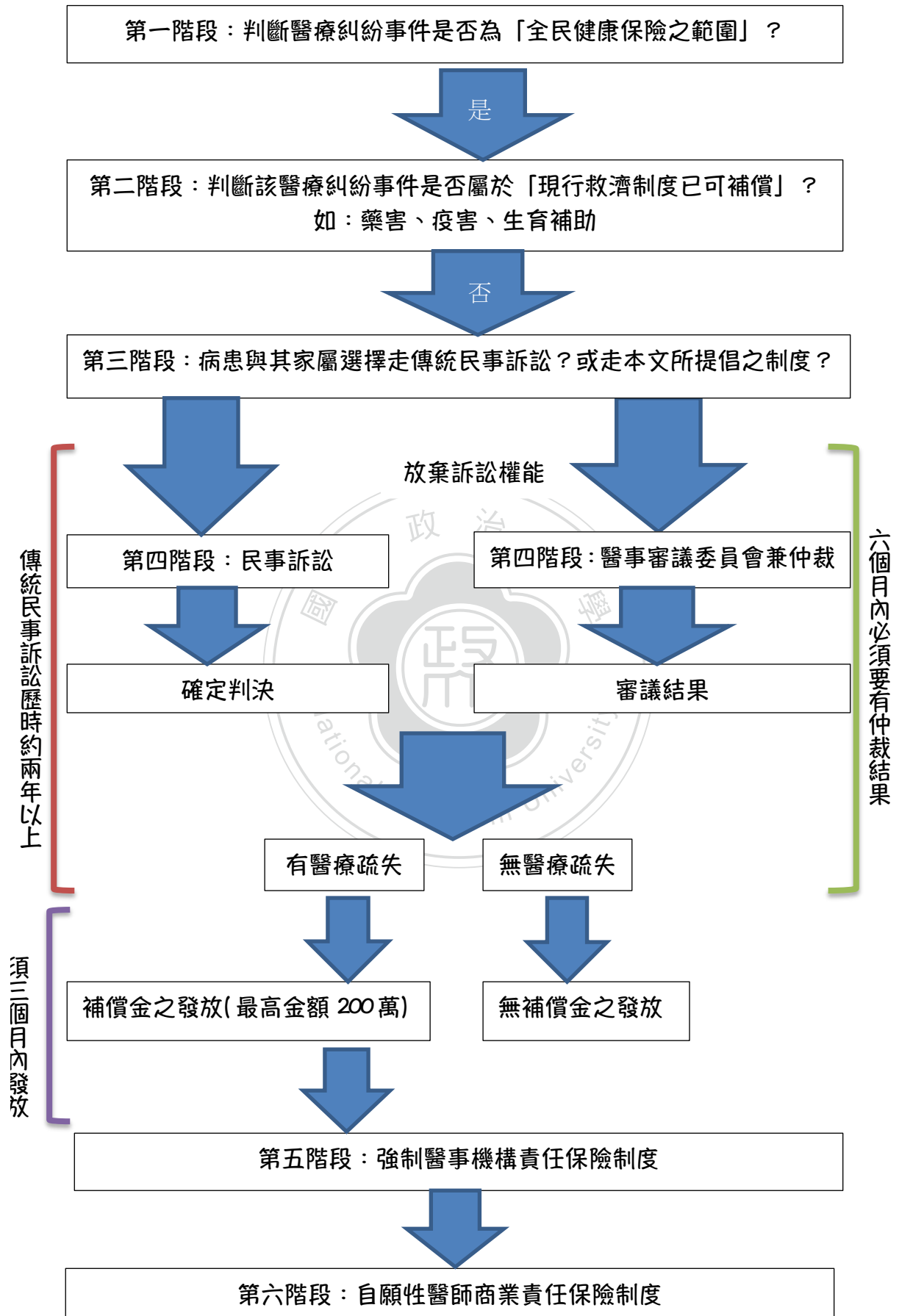
誠如本文「第三章第二節：我國醫療環境之困境」可知我國的醫師發生醫療糾紛的比率大幅上升、解決醫療糾紛耗費鉅額成本、訴訟勞費和訴訟不經濟、影響醫師採行防禦性醫療行為與醫師投保醫療責任險比率偏低之問題後，則參酌我國之學者、外國之立法例與立法委員之其他草案後，促使本文針對醫療體系之種種問題，提出「多階層醫療責任保險制度」加以保障病患之權益、分散醫師之風險、強化醫事人員與醫療機構之保障與落實我國社會國原則下之醫療體系。

首先，就第一階層：「強制性醫師責任保險」乃是本文之核心所在，其主要在於初步簡略地解決前一段所揭示的所有問題，即在「職責機關」透過大法官釋字第 591、396 號之意旨，以及身具「醫療鑑定」功能之醫事審議委員會作為所有醫療糾紛案件之判決機關，其如同公懲會，並加入仲裁之優點：1. 有效性；2. 彈性；3. 專家性；4. 迅速性；5. 隱密性；6. 經濟性，並將其委員會之組成改變為「醫師、律師與消費者團體」之合議庭，並使其鑑定過程與判斷流程均採取「透明化」，以強化民眾對其之信服度，並且參酌仲裁法之規定，須於「六個月內產生判斷結果」，已大幅減少審

判期間，並立法規定「三個月內發放理賠金」，以提供民眾選擇此制度之誘因。惟本文透過大幅縮減審判期間、快速發放理賠金與強化醫審會之信服度提供民眾選擇此制度之誘因，但若民眾仍提起傳統之民事訴訟，則本制度僅變成多一條管道給與病患與其家屬求償之空間，則失去本文欲達到分散醫師風險之核心不符，因此則需設計「放棄訴訟權能」之規定，而使民眾在「多階層醫療責任保險」與「傳統民事訴訟」之兩者間做抉擇，而給予「程序選擇權」。

次者，本文針對醫審會之權限透過法律層面使其具有司法審判之功能後，若選擇本制度之民眾，則如同仲裁法第 37 條之效果，醫審會之醫療判斷即具有與法院判決之相同效力，唯一不同的是「傳統民事訴訟」具有三級三審；而本制度之醫審會僅有一審一級，但兩者均具有可持此判決項後續之「任意性責任保險」，即民間保險公司申請理賠。換言之，本文之另個關鍵樞紐則是「醫審會之判斷結果」，其應賦與公信力，使得可將第二階層：間接強制性醫療機構責任保險、第三階層：任意性醫師責任保險，三者串連起來，使病患對於後續之醫療行為可快速換得國家、醫療機構之保險公司、醫師之保險公司之三次理賠，已到完全填補其損失；而對本文所著重之醫師風險分擔，則可先由健保局之「非財產損賠」與「財產損賠」之限額理賠，做出第一次風險分擔，之後再由第二階層經由醫療機構再次消化，不僅對於病患是雙重保障，亦對於第三階層之民間保險公司而言，等於有如同保險契約中「自負額條款」之降低成本，換言之，在第三階層時，保險公司已經有兩次如同「自負額條款」之降低理賠金額，即可提高其承保率，以達在一次分擔風險，使得醫師之風險完全涵蓋。最後，本文之想法「多階層醫療責任保險制度」如下兩圖來表示：





第六章 結論與建議

第一節 結論

近年來醫療糾紛賠償金出現高額化現象與日趨惡化的醫病關係，已使得內、外、婦、兒及急診等急重症科醫護人員招募困難。醫學生面對臨床選科時，對五大科往往避之唯恐不及。政府當局也意識到問題嚴重性，衛生署擬推動「醫療爭議處理法」，針對生育、手術、麻醉等醫療爭議訂出補償上限，暫訂 200 萬元，以期減少醫療訴訟。衛生署研議成立每年 40 億元的醫療事故救濟基金，由公務預算、各級醫療院所各自分攤 20 億元。雖言政策立意良善，但若無配套限制條件，成效恐怕難如預期。因為若病患及家屬不滿意 200 萬元上限賠償金，仍可藉由民事訴訟繼續求償。所以很容易形成 200 萬賠償金只是起跳而非上限。

為了能減少醫療訴訟挽救崩潰中的重症醫療，醫界與法界許多官員、學者與執業人員急思廣義尋求解決之道，身為從事急診醫療超過十年的一份子，對於這種現象也想探討現行體制的缺點，及各方推出的解決方案為何無法推行的困境。要改善急重症的執業困境，需要國家整體政策配合，減少興訟僅是其中的一部分，但卻是最重要的一步，本文試著結合先前各方專家所提出的方案，以經濟上的誘因出發來解決此一問題，希冀有效降低醫療風險，避免急重症醫療人力繼續失血，而造成全民健康權益降低的遺憾。

醫療糾紛的成因於前文已詳述，專業知識的落差、溝通不完全、不滿意醫療結果等都是可能性，但極少患者與家屬其本意是要把醫療人員以刑

事犯處罰，要的可能是一個道歉或是金錢上的賠償。而將有過失的醫療人員予以刑事處罰，更何況有些過失的論斷仍有極大爭議，這對於醫療人員也難以信服，自然醫病關係容易急遽惡化，會導致這樣的結果與我國的醫療案件之訴訟制度有極大的關連。因此，有許多醫法界的人皆提倡醫療案件是否能以民事訴訟來取代刑事訴訟，但現行民事訴訟的裁判費及律師收集證據的費用不低，縱使勝訴率較刑事為高，病患很難不選擇以刑事附帶民事告訴的方式。而醫療人員在刑事上的處罰，容易使得醫療系統性的錯誤轉為對於個人的處罰，對於醫療人員的進步與警惕沒有好處，病患也得不到實際的補償，反而是防衛性醫療行為的盛行，急重症的醫療人員紛紛出走，最後受害的反倒是人民健康，演變成國家的健康危機。

故本文主要是從現行機制切入，利用現行的法律、醫療與保險體系，尋找出較可行的選擇來解決現行的困境。

一、訴訟制度的改善

根據現行制度，除民事與刑事外，增設仲裁機制。改善訴訟冗長的缺點，不然對於醫病雙方都是長時間的煎熬，有效快速的裁判機制，才有可能讓病患方選擇新的制度而捨棄傳統訴訟。雖然醫界長期爭取醫療過失除故意或重大過失去刑化，而法界也樂觀醫療糾紛採民事訴訟，這兩方向迄今都不容易達成目標。如果能讓刑事訴訟虛級化，自然民眾願意選擇新的制度，而不會採取以刑逼民的手段。

首要就是新的制度可以達到民事訴訟的效果但卻不需要龐大的裁判費用，讓民眾產生誘因，而需配套修改醫療法讓醫療訴訟案件不得以刑事附帶民事賠償，這樣民眾自然不會想選擇刑事方式，新的制度才容易成功，衡諸世界各國也很少如台灣多以刑事裁判來處理醫療糾紛案件。

而民事仲裁的方式本就可以排除民事訴訟，這部分不需要修法就可以達成，讓制度不需要通過冗長的立法程序，即可以施行。仲裁的快速加上以強制保險的手段從收取的基金內及政府的補助來挹注行政費用，不僅減少司法資源的浪費，便宜的裁判費用，才會讓民眾願意選擇。

當然醫事審議機制的透明化及專業化，是制度成功的關鍵，所以讓將此機構設置於健保局下，除可達到政府的監督，也增加對於民眾的公信力，醫療案件本就是極為專業，如能長期有系統性的統計與裁判，除可讓案件得到一定的標準，判決的一致性，應會比由非醫療背景出身的司法官裁判更能得到醫病雙方的認同。而結合仲裁審判機制，各可將三級三審制的司法資源減少不必要的浪費。

最後配合保險制度得依仲裁結果申請理賠，如能在六個月內完成案件審議，自然理賠速度加快，病患及家屬能即時得到賠償，自然沒有人願意選擇浪費時間在冗長的司法裁判程序，制度較容易推行成功。

二、醫事責任保險的實施

解決了醫療糾紛訴訟程序問題後，風險分攤是另一個重要的議題，醫事責任保險的制度實施才有辦法分散現今動輒千萬的求償，現今的商業型保險因為誘因不高，分散效果不彰，已被證實不是成功的機制，傳統的自行負擔與互助會模式也無法承擔高額的賠償。另用強制性的責任保險方式，除了可確保大多數的病患如因醫師的醫療行為過失可得到保障，醫療人員也不會擔心萬一不幸出了差錯，卻得負擔鉅額的民事求償，造成防禦性醫療行為的盛行。

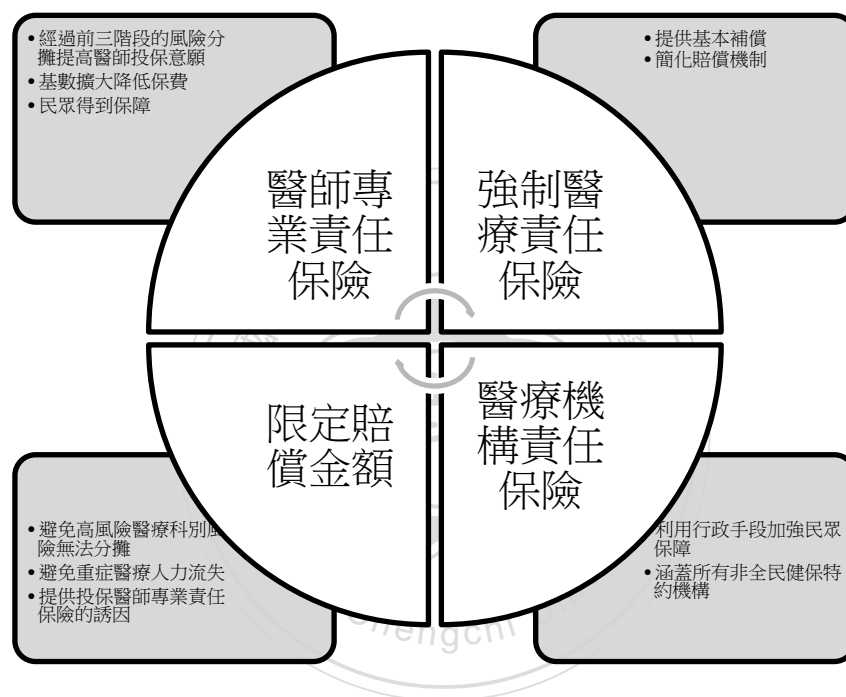
但是以強制型保險作為第一道風險分攤的防線，如要永續經營，根據國外經驗，基本上不可採行無過失限額賠償的方式，這也是為什麼要結合上述的仲裁機制，才不至於讓基金無止盡的發放，導致基金的破產，或衍生高額的保費。而兩百萬的賠償金額上限，對於許多嚴重的傷害可能是不夠的，但若要提高到更高的保額，除了增加管理上的困難，保費的增加對於醫療人員壓力，仍然會使醫療人員逃離重症科別，而論人計次的收費對於低風險科別因此得繳交更高的保費也不盡公平，故本文仍認為依上述機制將保費控制在每看診人次10元，住院則每人每日10元，較不易產生巨大的壓力。

醫療機構因具配較強的賠償能力，故可仿效大陸的作法，是要求醫事機構購買醫院責任保險，或是如美國有些州的作法，對於醫院購買責任保險的給予稅賦上的優惠。可以利用頒佈行政命令或修改醫療機構設置標準，要求或鼓勵醫療機構需購買責任保險，可給予稅賦的優惠，這不但對於民眾更有保障，也能涵蓋到其他執行醫療行為但非全民健康保險特約機構的醫療院所就醫的民眾，而且也可概括其他非因醫療行為或非醫師之醫事人員在醫院所發生之事故，全面性的實施除可讓保費更進一步的下降，一千萬的保額對於小型的醫療院所也不至於負擔太重，但對民眾是很大的保障。普遍性實施後更可以監督各醫療院所的賠償率來調整費用，據此改善醫療品質。

再來需修改醫療法，明訂醫療行為除故意或重大過失外，採限額賠償以兩千萬為限。這樣才能確立醫事責任保險制度實施的分攤效果，否則無止盡上升的賠償金額，並無法增加購買保險的誘因。此時經過上述的三道防線後，因已可分攤一半以上的賠償金額，商業型的醫師專業責任保險，自然就提供適度的誘因，認為行醫風險較低的人可買保額較少

的保險，高風險科別的從業人員也不致因為得買太高的保額而需負擔鉅額的費用，更會增加投保的意願，反而可以發揮大數法則的效果，保險公司的賠償風險也下降，可讓保費進一步下降，得到民眾、醫師、保險公司三贏的效果。而保險公司對於保戶的風險判斷與保費的調整，自然可成為醫師行醫的監督者。

所以此四道防線是環環相扣，缺一不可，如下圖所示：

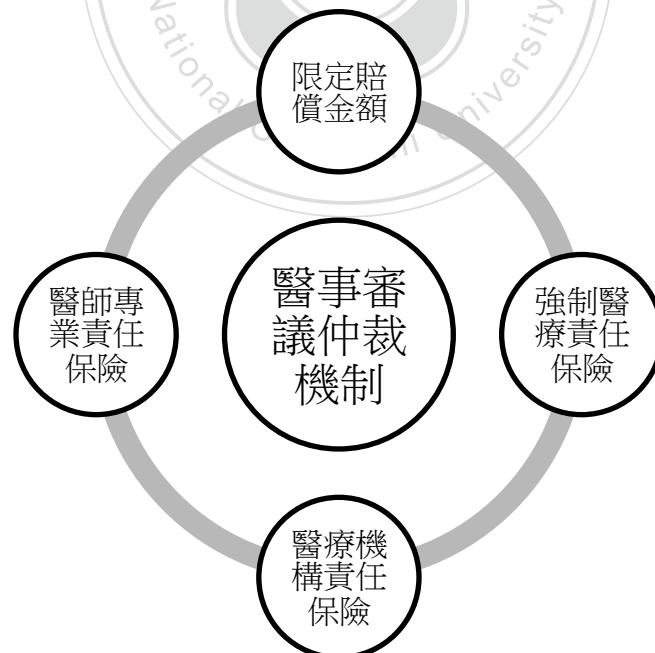


第二節 建議

如上節結論所述，欲架構完善的醫事責任保險制度，需要多道法令的修改配合與增設醫療審議及賠償基金管理相關機構。首先需將醫事審議委員會機構設置於健保局下且兼負仲裁單位，可依現行健保局之區域分局架構來設立，如同法院管轄權可減少跨區審議仲裁的困擾。二則修改醫療法增設醫療糾紛案件，不得以刑事附帶民事賠償，而民事部分可採訴訟或仲

裁程序。三則需修改醫療法增訂醫療訴訟案件除故意或重大過失外，限額賠償兩千萬元，但每年可依賠償基金與物價波動作調整。四則增訂強制醫療責任保險法確立基金來源與賠償之行政程序。最後修改醫療機構設置辦法，以鼓勵方式或限制執業登記之方式，半強制醫療機構需加入醫療機構責任保險。

崩壞的重症醫療環境有其多重成因，但推動改善行醫的環境與保障全民健康福祉，是本文撰寫的目標，也是身為急重症醫療從業人員的理想。以醫事責任保險制度降低醫療風險雖可有效減少重症醫療人力持續流失，但如果沒有其他鼓勵從事重症醫療的誘因，光止血也是枉然，期待各界的有識之士能繼續朝向改善全民醫療環境的努力。最後以下圖來概括以醫事責任保險降低醫療風險機制，係以醫事審議仲裁機制為核心基礎，環繞各類責任保險達成分散風險之保護效果。



參考文獻

一、中文書目

1. 王甲乙、楊建華與鄭健才，民事訴訟法新論，2005年1月。
2. 江朝國，保險法論文集（一），1993年7月初版。
3. 吳志正，解讀醫病關係I，元照出版公司，2006年9月初版。
4. 宋明哲，保險實務，五南圖書出版公司，1993年10月5版。
5. 李惠宗，憲法要義，元照出版有限公司，2002年10月初版。
6. 李惠宗，行政法要義，元照出版有限公司，2008年9月初版。
7. 林勳發，論醫療行為之民事責任，保險法論著譯作選集，1991年3月。
8. 財團法人台灣醫療改革基金會，醫療爭議參考手冊。
9. 陳彩雅，保險學，2004年8月。
10. 陳櫻琴、黃于玉、顏忠漢，醫療法律，五南圖書出版公司，2005年11月3版。
11. 曾隆興，現代損害賠償法論，三民書局，1997年10月八版。
12. 黃丁全，醫事法，元照出版社，台北，2000年初版。
13. 黃茂榮，醫療損害之危險責任，債法總論，第二冊增訂三版，植根法學叢書編輯室，2010年9月1日。

二、中文期刊（繁體中文）

1. 方莉莉，我國醫療糾紛民事判決關鍵因素實證分析—以台北、士林、板橋地方法院為例，政治大學法律與科際整合研究所碩士論文，2009年。
2. 王皇玉，醫療行為與刑法上之評價，台大法律研究所碩士論文，1995年6月。

3. 王惟琪，醫師專業賠償責任保險—兼論採行日本醫師會醫師賠償責任保險之可行性，台灣大學法律研究所碩士論文，2007年。
4. 王瑄，醫療糾紛之風險管理策略及其法律問題之探討，政治大學政治大學風險管理與保險研究所碩士論文，2009年。
5. 朱曉娟，醫療事故之醫師責任風險分化機制之研究，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2007年6月。
6. 吳志正，醫療契約論，東吳大學法律研究所碩士論文，2005年7月。
7. 吳俊達，醫療訴訟之舉證責任，政治大學法律研究所碩士論文，2007年3月。
8. 吳澤誠，從實證醫學論不當醫療行為，世新大學法律研究所碩士論文，2003年7月。
9. 周天給，醫療糾紛之醫師民事責任之探討，政治大學法學院碩士在職專班碩士論文，2010年6月。
10. 林萍章，醫醫相害談醫療糾紛鑑定：以醫師刑事判決敗訴為例，刑事醫療糾紛學術研討會，2008年1月19日。
11. 林順益，解析醫護責任保險制度，醫事法學第11卷第3期，2003年12月。
12. 林義城，從各國醫療法律責任規範論我國建立醫師醫療責任險法制化，東海大學法律研究所碩士論文，2006年。
13. 高添富，解決醫療糾紛民事責任之保險與法律制度，政治大學風險管理與保險研究所博士論文，2009年5月。
14. 高添富，醫師人員強制保險制度相關研究，行政院衛生署委託臺灣婦產科醫學會研究計畫，2006年10月29日。
15. 高添富，醫師責任與保險法制之研究，政治大學法律研究所碩士論文，1999年。
16. 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

大學法律學系碩士論文，2004年6月。

17. 陳文袖，論強制醫師專業責任保險—以醫療事故受害人之損害賠償填補為中心，東吳大學法律研究所碩士論文，2004年。
18. 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，成功大學法律研究所碩士論文，2007年7月。
19. 陳軍宇，我國醫療過失刑事責任之研究，東吳大學法律研究所碩士論文，2009年1月。
20. 陳婉均，論醫療損害賠償責任與補償制度，台北大學法律研究所碩士論文，2007年。
21. 陳嘉輝，醫療傷害保險：藉由保險機制達到醫師與病人雙贏的制度安排，政治大學經濟研究所碩士論文，2006年。
22. 陳榮基、謝啟瑞，醫療糾紛對醫療成本之影響：台灣西醫師的實證研究 中央研究院週報第653期 1998年01月09日。
23. 陳聰富，消保法有關服務責任之規定在實務上之適用與評析，台大法學論叢第三十卷第一期。
24. 陳益亭，醫護專業責任保險之研究，國防管理學院法律研究所碩士論文，1996年7月。
25. 黃昭元，大法官有關平等權解釋審查標準之分析檢討：從釋字第六二六號解釋談起，載於第六屆「憲法解釋與理論與實務」學術研討會記錄，2008年1月12日。
26. 黃清濱，證據調查與舉證責任之研究—以醫療糾紛訴訟為中心，東海大學法律研究所碩士論文，2005年4月。
27. 楊全斌，瑞典全民健保概況（一），牙醫界第十三卷第九期，1994年。
28. 楊秀儀，瑞典病人賠償保險制度之研究，台大法學論叢第三十卷第六期，2000年9月。

29. 楊秀儀，論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則，台灣本土法學雜誌第三十九期，2002年10月。
30. 楊秀儀，醫療糾紛與醫療無過失制度—美國經驗四十年來之探討，政法學評論第68期，2001年12月
31. 楊秀儀、盧瑞芬，台灣地區醫療傷害責任保險之實證研究，行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告，2000年8月。
32. 葉婉如，從補償制度與保險制度論醫療損害之填補，成功大學法律研究所碩士論文，2004年。
33. 葛謹，醫療糾紛之過失責任—從台灣高等法院台南分院民事九十年度重上字第八號判決談起，台北，台灣醫界，2007年。
34. 管靜怡，醫療的民事責任與風險分擔，台灣大學法律研究所碩士論文1998年6月。
35. 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，第四卷第一期，2005年
36. 劉邦陽，我國地方法院刑事醫療糾紛判決之實證研究，陽明大學公共衛生研究所碩士論文，2009年6月
37. 蔡明宏，醫療紛爭處理機制立法之探討—引進ADR制度，國防大學法律研究所碩士論文，2009年
38. 謝子建，論建立合理解決醫療糾紛機制—以強制醫師責任險為中心，東吳大學法律專業碩士班碩士論文，2009年9月

三、中文期刊（簡體中文）

1. 田睿娟，醫療責任保險制度研究，中南大學碩士民商法學論文。
2. 任婷，中外醫療責任保險法律制度的比較研究，中國海洋大學碩士論文。

3. 朱銘來與焦峰，醫療責任保險制度的國際比較研究，保險研究，第 7 期，2008 年
4. 李國，中美醫療責任保險之比較研究，醫學與哲學，第 26 卷，第 4 期，2005 年 4 月。
5. 徐利，論醫療損害限額賠償原則的適用，中國政法大學民商法學碩士論文，2010 年 3 月。
6. 高梅，醫療責任保險制度研究，西南政法大學民商法學碩士論文，2007 年 4 月。
7. 曹霏，醫師執業責任保險若干法律問題研究，吉林大學民商法學碩士論文，2004 年 4 月。
8. 趙俊俊，醫療責任保險法律問題研究，吉林大學民商法學碩士論文，2008 年 5 月。
9. 魏丹，醫療責任保險制度分析，吉林大學經濟學碩士論文，2007 年 4 月。
10. 譚亭，重慶市實施強制醫療責任保險的立法可行性研究，重慶醫科大學管理學院碩士論文，2009 年 5 月。

四、英文期刊

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al.: Incidence of adverse events and negligence in hospitalised patients. Results of the Harvard medical practice study I. *New Engl J Med* 1991;324:370–376.
2. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al.: Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New Engl J Med* 2006;354:2024–2033.