

## 20150917 理律沙龍內部參考資料(資料整合版)

### 內容

一、醫療糾紛處理及醫療事故補償法大事年表與議題彙整 .....	3
大事年表 .....	3
醫糾法爭議重點整理： .....	4
二、相關文獻整理： .....	10
20120407 神經外科醫療糾紛案之再省思（藍彥博） .....	10
20140428 台灣政府放任醫師超時工作，罔顧病人安全 .....	12
20150421 醫勞盟關於政院版 <醫療糾紛處理與醫療事故補償法草案>聲明(另補充理律與衛福部意見) .....	13
20150430 醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》（20150605 更新） .....	17
20150502 【自由廣場】醫療糾紛 提油救火 .....	23
20150507 醫糾法朝野協商版爭議：強收保護費、拿錢不辦事，還要扯醫療人員後腿..	24
20150520 會吵鬧就給錢！學者批：《醫糾法》一年砸 4 百億，全民買單 .....	30
20150521 醫學教授：醫糾法如不將人性貪婪列入考慮，最終將只是勞民傷財而已.....	32
20150522 醫糾法聯合聲明稿（中華民國急救加護醫學會） .....	35
20150522 周恬弘：醫療糾紛的結如何解？（天下獨立評論） .....	39
20150528 【焦點新聞】《醫糾法》真能解決醫病夢魘？（新新聞） .....	43
20150528 【時事 News】《醫糾法》搞了多年卻無法上路，問題在哪？德國、北歐這樣做醫療訴訟變少了 .....	46
20150530 衛服部主辦全省五大縣市同步連線之研討會 .....	52
20150601 談醫糾法前需釐清五個觀念（王明鉅） .....	57
20150602 醫療糾紛救濟 應比照藥害及疫苗接種傷害（楊志良） .....	61
三、附件 .....	63
附件 1：20140529 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案（朝野協商版） .....	64
附件 2：20150516 衛福部依各界建言提出醫糾法草案 11 項建議修正內容重點 .....	72

附件 3：20120926 衛生福利部「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知 (20130516 修正) .....	75
附件 4：20140929 衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申 請作業須知 .....	80
附件 5：20150604 醫糾法與藥害救濟法比較簡表 .....	85
附件 6：20141031 出差報告—醫療法律研討會(寰瀛) .....	87
附件 7：20150122 出差報告—臺灣醫療改革公共論壇—醫療改革往哪走? (遠見) .....	89
一、馬素珍：臺灣健保現況—從數字看臺灣健保 20 年 .....	89
二、黃達夫：醫療資源分配不均—健保給付的真實面 .....	89
三、鄭守夏：醫護職業環境艱困—醫療護理人才流失 .....	90
四、嚴長壽：建立良好醫病關係—提升醫病溝通環境 .....	91
五、綜合討論交流 .....	91

## 一、醫療糾紛處理及醫療事故補償法大事年表與議題彙整

### ➤ 大事年表

日期	事件
2012年12月18日	行政院草案交付立法院
2014年05月08日	立法院社環委員會初審通過
2014年05月29日	經立法院社福及衛環委員會10次會議逐條審議，朝野黨團完成第7次協商，最後保留草案第32條，即補償基金之來源。（如附件1所示）
2015年05月08日	因爭議甚烈，衛福部邀集立委、醫改會、消基會及醫界代表（包括醫院團體、醫師公會、醫勞盟、台灣醫學生聯合會、醫師勞動條件改革小組等）再度審視本法案，提供建設性意見。
2015年05月14日	因爭議甚烈，衛福部邀集各類醫事人員公會（包括中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、護理師、助產師……等18個公會）再度審視本法案，提供建設性意見。
	衛福部另邀請先前協助制定該法案並在立法院衛環委員會審查時受邀之學者，包括國立臺灣大學法律學院前院長 <b>陳聰富</b> 教授、國立臺北大學名譽教授暨台灣刑事法學會名譽理事長 <b>甘添貴</b> 教授、國立陽明大學公共衛生研究所 <b>楊秀儀</b> 副教授及中華民國消費者文教基金會名譽董事長 <b>謝天仁</b> 律師等，再度審視本法案，提供建設性意見。
2015年05月16日	衛福部綜合各界許多建言，提出修正備案送請立委參考，包含11項建議重點：（如附件2所示）

## ➤ 醫糾法爭議重點整理：

### 一、訴訟降低

1. 各國降低醫糾之處理模式（但各先進國家不論是何種處理方式皆未限制人民不得對醫療事故提訴的立法-人民基本權利之訴訟權）<sup>1</sup>：

德國：

於各邦設置「醫療鑑定協調會」，醫、病皆可提出申請，程序審查、事實案情解明（免除秘密義務-病例公開）、進行鑑定，作成調查意見。

美國、馬來西亞：

商業保險處理醫療糾紛（缺點：保費高昂<sup>2</sup>。Q：誰為被保險人，醫師或病患？）

法國：

補償制度（在確定或無法排除因果關係下，補償基金先行補償，之後認定如醫生有疏失，補償基金轉向醫師投保之責任保險請款）

瑞典<sup>3</sup>、丹麥：

無過失補償制度（一旦發生醫療事故，基金即予以補償。講求「不責難」，因此醫生願意將醫療疏失真相提出，作為改進基礎）

★北歐無過失補償是醫療傷害如可避免，補償即成立，講求未來不再發生相同錯誤。

2. 給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。<sup>4</sup>

因此如果補償通過又要告，而且告贏了，可以不用依前條還錢，然後再拿民、刑事賠償，這樣能減少訟源嗎？（照原先設計，通過補償應係因認定非醫護人員責任或因果關係不明，法院卻可為與審議會相反之認定？）

補充<sup>5</sup>（以補償制度處理醫糾之國家）：

紐西蘭：除非可以證明醫師（或其他醫事人員）是惡意傷害，否則無法再提出告訴。

瑞典：

可以提告，但一但提告確立，就必須跳脫補償機制，進入漫長的民/刑事訴訟流程。

<sup>1</sup> 〈德國、北歐這樣做 醫療訴訟變少了〉

<http://www.businessweekly.com.tw/KWebArticle.aspx?id=58332>

<sup>2</sup> 藍彥博〈神經外科醫療糾紛案之再省思〉：醫界雖可建立保險機制分散損失，然保險公司所推出的醫責險賠償上限只有約 200 萬，風險越高、保費越高。保險公司若全額理賠，將導致保費過高，無醫師願投保。在未有足夠風險分擔機制下，法院天價的判決，會造成醫療環境進一步惡化。

<sup>3</sup> 出差報告：醫療法律研討會- 瑞典「病人賠償保險」以公立醫院之病人為被保險人，保險事故為「醫療傷害」，保費則由郡議會以一般稅收支應（私人醫院則由負責人支付），1997 年病人傷害法案（Patient Injury Act）並要求公私立醫療機構都必須參與。

<sup>4</sup> 政院版第 33 條/朝野協商版第 40 條

<sup>5</sup> 〈醫糾法朝野協商版爭議：強收保護費、拿錢不辦事，還要扯醫療人員後腿〉

<http://www.thenewslens.com/post/160107/>

芬蘭：

可以一邊進行補償一邊提告，但補償主管機關（PIC）會幫被告的醫事人員辯護。

丹麥：可以向另一個獨立的醫事委員會申請究責性的鑑定。

挪威：可以提告，但需先向另一個獨立的醫事委員會申請究責性的鑑定。

3. 衛福部表示「生育事故救濟試辦計畫」開辦之後每年與生育相關的訴訟鑑定案數從30件降至8.5件，並以此推論醫糾法可以減少醫療糾紛。

然而，「生育事故救濟試辦計畫」才實施三年便已受理276件補償案，平均每年超過90件，是原本訴訟案件的三倍以上，顯然這樣的制度只會誘發更多的醫療糾紛<sup>6</sup>。再者，世界先進國家醫療相關補助歷史沿革中，雖生產及新生兒是很多國家的重點，但生產是各國鼓勵的行為，生病是疾病跟病人本身責任的問題，兩者應脫鉤<sup>7</sup>。

4. 相對於道德風險的立場，醫療勞動小組（非醫勞盟）則擔心補償門檻若過高，民眾拿不到補償照樣興訟，無助案量降低。

5. 有無其他ADR機制加入？例如：訴訟外和解、仲裁…

6. 個別行業責任減免有先例<sup>8</sup>：

國賠法為使公務員順利執行公務，規定公務員有故意或重大過失時，賠償義務機關方對之有求償權，一般過失時，對外則不必賠償。

海商法鼓勵海運，有賠償金限制及免責事項。

醫療攸關全民健康，重要性不下於以上兩者，為避免防衛性醫療，使病人因醫師害怕糾紛未獲最佳處置，醫療去刑化或責任減免有正當性。

## 二、醫療風險分攤金

7. 社會福利制度的性質不應該由醫療人員分擔醫療風險分攤金（衛福部醫糾法草案11項建議修正內容重點已修）

8. 承上，醫療機構所雇的僱員如何確保不會被轉嫁

補充<sup>9</sup>：

紐西蘭<sup>10</sup>：全數由全國稅收支付。

<sup>6</sup>劉育志（外科醫師，目前專事寫作，於《商業周刊》良醫健康網、《時尚健康雜誌》…撰寫專欄，亦是《PanSci 泛科學》、《科學少年》…的撰稿人）

〈醫療糾紛 提油救火〉<http://talk.ltn.com.tw/article/paper/876762>

<sup>7</sup>Lisa Liu 劉宗瑀（現任高雄市立聯合醫院外科主治醫師）〈5/30 醫糾法衛服部說明會簡略版〉<http://majonalisa.pixnet.net/blog/post/288455197-%3C%3C5-30%E9%86%AB%E7%B3%BE%E6%B3%95%E8%A1%9B%E6%9C%8D%E9%83%A8%E8%AA%AA%E6%98%8E%E6%9C%83%E7%B0%A1%E7%95%A5%E7%89%88%3E%3E>

<sup>8</sup>藍彥博（中華民國醫師兼律師）〈神經外科醫療糾紛案之再省思〉

<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120417/34164634/>

<sup>9</sup>〈醫糾法朝野協商版爭議：強收保護費、拿錢不辦事，還要扯醫療人員後腿〉

<http://www.thenewslens.com/post/160107/>

<sup>10</sup>紐西蘭的制度是把所有意外傷害都統合在一起，由國家的「意外補償公司」（Accident Compensation Corporation, ACC），來統一做補償，等於是一個公辦的意外險，醫療事故僅是其中一塊。而整個ACC分為幾個基金，分別是：工作事故基金、有所得基金、無所得基金、交通事故基金、醫療事故基金。

瑞典：90%由公醫制度之主管機關負責(稅金)，10%由私人醫療保險服務公司支付。

芬蘭：全數由醫療院所支付。

丹麥：全數由政府支付。

挪威：由醫院與醫療主管機關分攤。

### 三、道德風險

9. 先進國家中不乏以保險制度替代，如台灣醫糾已因訴訟量過大及要求賠償金過高致無保險業願為承保，顯見道德風險問題
10. 道德風險與人性的「貪婪」：誣告、醫療過程中欺瞞醫護人員<sup>11</sup>  
衛福部回應道德風險問題<sup>12</sup>：(次長林奏延)醫糾法就像生育事故補償試辦計畫一樣，一開始雖可能有道德風險，也就是申請醫糾案件會增多，但衛福部只限定死亡及重症，因此大部分醫糾案件均可排除。
11. 是否有可能成立公正第三方監督，檢舉以醫療訴訟為營利的挑事者
12. 建立信用記錄制，凡有民事及刑事申訴及答辯過程認定不實者，往後所提申訴及提告，無第二人署名不受理

### 四、醫療常規

13. 不確定法律概念入法，guideline 可供參考，但很多時候醫師的臨床判斷才是關鍵，尤其在急重症領域→「臨床裁量權」的明文入法為醫界所期待  
衛福部回應<sup>13</sup>：(次長林奏延)醫療常規會隨醫療科技發展及醫院規模而隨時調整，醫勞盟想以醫師臨床裁量權來取代醫療常規或指引，有可能淪為自由心證、讓醫師權力無限擴張；尤其法界90%判決都根據醫療鑑定，目前法界及醫界處於和諧狀態，若一味著重醫師角色，可能會破壞關係。

### 五、醫鬧

14. 辱罵、毆打、恐嚇、公然毀謗醫護人員之特殊處理並未明訂
15. 病方親友言行應與病患本人視為一體

### 六、其他制度性問題<sup>14</sup>

16. 健保制度的「六大現象」：  
健保年收入增至5557億元，卻仍困難重重  
民眾每年就診15次，洗腎給付高達11.6%  
醫院靠門診拚業績，住院病人誰來顧？

<sup>11</sup> 〈醫學教授：醫糾法如不將人性貪婪列入考慮，最終將只是勞民傷財而已〉

<http://www.thenewslens.com/post/166096/>

<sup>12</sup> 〈醫糾法陷阱多？衛福部：歡迎協商〉

<sup>13</sup> 〈醫糾法陷阱多？衛福部：歡迎協商〉

<sup>14</sup> 出差報告：臺灣醫療改革公共論壇—醫療改革往哪走？馬素珍：臺灣健保現況—從數字看臺灣健保20年



醫美勝過傳統醫療，整形醫師增加 190%

醫療變廉價，提供一元服務僅賺 0.83 元；醫療糾紛遞增，醫病關係雙輸)

其他補充意見<sup>15</sup>：健保體系下，醫院與醫師不存在定價權，無法將風險成本反映在醫療價格之上。而受雇醫師受病患與政府委託執行健保醫療業務，對相關風險有解釋之責，但對降低風險（如合理工時避免過勞，增加必要檢驗檢查，添購可降低醫療風險的設備儀器）並無相對應之權利，受雇醫師也無從依自身的自由意志從事規避醫療風險之最大努力。如此權責不對等與自由意志無法執行的前提下，受雇醫師不應被視為具有獨立意志與行為能力之專門執業人員，更不應由受雇醫師承擔醫療糾紛和解賠償之責。護理，醫技，復健，藥事及相關受雇醫療人員執行健保業務亦同此理。

17. 健保制度不周全造成的血汗醫療環境，國外一位護理師被認為最多只能照顧 4 個病人，但台灣卻認為一個護理師可以照顧 7 個病人<sup>16</sup>。一個人有 18 個小時沒有睡眠時，他在執行動作的協調能力、反應速度和準確度都會顯著地變差，而其變差的程度和酒醉相當，即血液中酒精濃度 0.05%，這也是在法律上禁止駕車的標準<sup>17</sup>。因為法令的缺失，讓醫師的工時完全不受限制，連續工作 36 小時、48 小時的醫師比比皆是<sup>18</sup>。

衛福部回應<sup>19</sup>：為改善住院醫師血汗情形，自今年起住院醫師每周工時不得超過 88 小時正式納入醫院評鑑，且為必要條件，醫院只要不符合，就「死當」降級。

醫勞盟理事長張志華認為：住院醫師每周平均工時可 110 小時，在各醫院都很普遍，雖然現在衛福部將住院醫師每周工時不得超過 88 小時納入評鑑，但與納入勞基法比起來仍差上一截，現行勞基法是兩周工時不超過 84 小時，現更下修為一周 40 小時，醫師比勞工慘，不要讓醫師再血汗下去<sup>20</sup>。另外，住院醫師又不打卡，工時資料都是醫院填好端出來，衛福部根本無從稽查核對起，且將醫院降級茲事體大，尤其面對的是醫學中心，質疑衛福部有這個腰桿嗎？

醫師公會全聯會理事長蘇清泉：目前醫事人力不足，如果將住院醫師納入勞基法，醫院運作一定產生困難，只能關床，會影響到病患；但住院醫師納入勞基法是公會的努

<sup>15</sup> 〈「偽」福部？強推醫糾法草案立法 醫療人員恐大出走〉堅決反對衛福部版本醫糾法草案活動內容 <http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=72409>

<sup>16</sup> 〈醫糾法是要改善醫病關係，還是讓醫病關係更惡化？〉

<http://www.thenewslens.com/post/166798/>

<sup>17</sup> Williamson AM, Feyer AM. Moderate sleep deprivation produces impairments in cognitive and motor performance equivalent to legally prescribed levels of alcohol intoxication. *Occup Environ Med* 2000; 57: 649-55.

<sup>18</sup> 〈一恍神就出人命！醫師超時工作，比酒駕更可怕〉

<http://health.businessweekly.com.tw/AArticle.aspx?ID=ARTL000006254&p=3>

<sup>19</sup> 衛福部醫事司司長王宗曦表示，住院醫師每周工時狀況各科不一，大多在 88 小時上、下，但外科及婦產科較高，的確有到每周 100 小時的情形，長期以來，住院醫師一直都在爭取納入勞基法，但因為工作內容有其連續性，較無法一刀切納入勞基法。

〈住院醫師超時工作 醫院降級〉<http://www.chinatimes.com/newspapers/20150503000297-260102>

<sup>20</sup> 〈當班 32 小時成常態 住院醫師爆出走潮〉

<http://www.chinatimes.com/newspapers/20150503000283-260102>

力目標，現階段先努力減少住院醫師評鑑工時，由每周 88 小時下調至 66 小時，跟新加坡及香港一樣。另外也會考慮增加醫學生的名額，但這部分各方還在討論中，尚未有定案。

補充：**美國 Libby Zion 法案** 1989 年以後，美國紐約州州部門健康法規第 405 條規定開始限制住院醫師每周工作不得超過 80 小時或連續 24 小時以上；2001 年 11 月，美國國會立法授權聯邦政府限制住院醫師的工作和值班時數。美國畢業後醫學教育評定委員會 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME) 反對該法案，並提出替代方案，自 2003 年 7 月 1 日開始正式推動限制住院醫師每周工作約為 80 小時，急診醫師照顧病人則每周限制為 60 小時<sup>21</sup>。

#### 18. 五大危機：

醫生怕被告，防禦性醫療氾濫  
隱形人球擠滿急診室  
藥價低廉是否影響品質  
醫材砍價，開刀手法倒退 20 年；  
DRG 恐讓醫院賠錢，急重症沒人肯醫

#### 19. 三大爭議：

總額控制  
黑箱核刪  
DRG 支付

### 七、建議<sup>22</sup>

黃達夫：醫療資源分配不均—健保給付的真實面：第一、健保制度必須確立醫療價值觀—為病人追求最大利益；以成果競爭取代價格競爭，確立為病人追求最高價值的醫療的政策。第二、醫院必須以品質管理取代財務管理；提升醫療效益而非看更多病人，如此不僅不會增加成本，反而可以降低成本；和信醫院可以比 DRG 再低 20%，正是因為如此。第三、民眾必須提升自我照護能力，預防勝於治療。

葉金川：論質計酬的方式比 DRG 更為可行。醫療機構也是社會企業，在制度之下我們要先要求醫療機構把自己該做的部分做好，然後才能檢討別人。金錢乃身外之物，夠用就好，我們的醫學教育必須強化這點。臺灣平均壽命前三名的地區分別為馬祖、台北、金門，為什麼？這是因為馬祖的預防醫學作得非常好！另外，我們應該要建立的是「保必要不保浪費」而非保大不保小，而且健保制度是社會保險，不應任意提高部分負擔。最

<sup>21</sup> 〈您累了嗎？醫師過勞一二事〉 [http://www.chengyin.com.tw/magazine/fortune/306/306\\_B.htm](http://www.chengyin.com.tw/magazine/fortune/306/306_B.htm)  
Libby Zion Law 藥師週刊 1850 期 <http://ys34485257.imgshelf.com/1850/1850-3-1.htm>

<sup>22</sup> 出差報告：臺灣醫療改革公共論壇—醫療改革往哪走？



後，現在健保署變成了全民公敵，但健保署其實作了很多事情，希望輿論給予支持，改革才有契機。

## 二、相關文獻整理：

### ➤ 20120407 神經外科醫療糾紛案之再省思（藍彥博）

2012 年 04 月 17 日

此前童綜合醫院之醫療糾紛，法院判賠 3 千多萬，引發醫界和法界的討論。然對其他領域欠缺理解下，難免流於各說各話。筆者想提出一些看法，以促進雙方良性溝通。

醫療決定具即時性：法官審判時，訴訟法所規定的期限是以「天」做為單位，容易掌握案件進度。醫師常必須在無充足的時間及資訊下做決定，能判斷的時間只有幾「小時」或「分鐘」，難以百分之百正確。在判定過失時應以行為時判斷，不能事故後逆推回去說行為時有過失。

偏遠地區、重症科人力不足：台灣醫療資源不均，偏遠地區、重症科醫療人力嚴重不足，有些緣自於不當健保政策。法院若不能深入理解醫界生態，重複作出天價判決的先例，很可能成為壓垮醫界的最後一根稻草。

能力不足非處罰的理由：醫師國考只要 60 分就及格，律師、司法官國考甚至常連榜首都不到 60 分。現行證照制度，要求醫師所有判斷都不能犯錯，不具期待可能性。醫學中心的水準本較高，以高標準來要求地區醫院的醫師，實屬過苛。醫界有文人相輕的毛病，醫學中心常批評其他醫院的處置，並不如外界所想像的醫醫相護。

保險金額不足以彌補損失：醫界雖可建立保險機制分散損失，然保險公司所推出的醫責險賠償上限只有約 200 萬，風險越高、保費越高。保險公司若全額理賠，將導致保費過高，無醫師願投保。在未有足夠風險分擔機制下，法院天價的判決，會造成醫療環境進一步惡化。

送醫反而可獲更多賠償：法官判斷賠償金會審酌兩造社會地位及財力，醫師的收入又高於一般上班族。若在醫院外發生天災人禍，把傷者送醫，仔細抓醫師的過失，再以共同侵權行為要醫師負責，送醫（有醫師加入賠償）和不送醫（只有肇事者賠償或沒有賠償者）相比，前者反而可獲得更多賠償，合理乎？

醫師判斷的不同類似於法官見解的不同：在法律爭議上，學者們總有肯定說、否定說等不同意見，醫學的判斷中亦同。法官的見解不同，頂多被改判、受不利考評。

## 被法官當潛在罪犯

此案醫師究應繼續觀察或安排檢查，神外醫學會和鑑定小組的意見不一，法官對此醫療問題不該恣意認定。鑑定小組成員非全為醫界人士，更少神外專科者，神外醫學會的意見應比鑑定委員會具證明力。

健保給付與醫療糾紛之兩難：健保給付會干涉醫師決策，若安排昂貴的檢查，又未發現異常，健保可能不給付，甚至罰款。地區醫院健保核刪比率比醫學中心多，導致醫師安排檢查顧慮再三並面臨兩難，若做檢查，可能遭核刪；若不檢查，可能發生糾紛。臨床決策受到外力影響者眾，可說是系統性的問題。

個別行業責任減免有先例：國賠法為使公務員順利執行公務，規定公務員有故意或重大過失時，賠償義務機關方對之有求償權，一般過失時，對外則不必賠償。《海商法》鼓勵海運，有賠償金限制及免責事項。醫療攸關全民健康，重要性不下於以上兩者，為避免防衛性醫療，使病人因醫師害怕糾紛未獲最佳處置，醫療去刑化或責任減免有正當性。

專業領域難被理解：最後，絕大多數的醫師都兢兢業業，以病患的健康為首要考量。令人難過的是，法官卻漸漸把醫師當作潛在的犯罪者，對於熱心的醫師打擊很大。某些恐龍法官的新聞中，法律人可能也認同法官的判決，卻因民眾無法理解而受批評，法官或可試以同理心理解當前醫師的困境。

作者為醫師及實習律師

## ➤ 20140428 台灣政府放任醫師超時工作，罔顧病人安全

2014 年 04 月 28 日 21:45

本訊息由醫勞盟粉絲團提供

促成美國對住院醫師的工時設限的主要原因，是因兩位急診的住院醫師〔PGY-1 和 PGY-2〕因超時過勞工作而開給病人〔Libby Zion〕不該用的藥，導致病人不幸因此死亡。

病人 Libby Zion 是大學新生，因不適就醫，剛送入急診時就出現"strange jerking motions"，這是"serotonin syndrome"的初期表現，因她原來就服用抗憂鬱劑 phenelzine，而過勞的 PGY 住院醫師，卻因同時照顧 40 個病人太過勞累，錯誤開立了不能在這類病人使用的 meperidine 給病人注射，結果導致病情加重，Libby 變得躁動並高燒到 42.2 度 C，最後心臟停止而死亡。

值班醫師的過勞問題，其實在台灣存在已久。從衛福部 102 年試評鑑的資料中，我們發現有某家醫院的整形外科的醫師，每周必須工作 150 小時，這麼誇張的工時，已經是一般勞工每月的總工時了，而台灣政府及人民竟然可以容忍如此過勞的醫師為病人開刀，您不覺得恐怖嗎？

Libby Zion 的父親為一名律師，除了悲憤之外，也對 Libby Zion 的死因進行調查，質疑用藥不當及醫師過勞。經過一番複雜的調查程序，參酌紐約州醫事審議委員會的意見，努力促使美國政府推動一連串的立法，後來終於誕生了 Libby Zion 法案。法案的精神是確保病人在足夠的醫護人力下受到治療，不只增加了主治醫師對年輕醫師的監督、也限制了住院醫師的工時每週不能超過 80 小時。

而台灣呢？我們還要繼續放任醫師每周工作 150 小時嗎？台灣的病人安全不重要嗎？醫師過勞難道不是醫療糾紛泛濫的原因之一嗎？我們是否也該認真考慮訂立台灣版的 Libby Zion 法案，以健全醫療品質並保障病患的就醫安全呢？

➤ 20150421 醫勞盟關於政院版

<醫療糾紛處理與醫療事故補償法草案>聲明(另補充理律與衛福部意見)

2015.04.21

在審慎妥適處理下列問題之前，醫勞盟反對醫療糾紛處理及醫療事故補償法進入立法院二讀：

一、調解制度疊床架屋，依照現行民事訴訟法第 403 條規定，因醫療糾紛發生爭執時，起訴前應經過法院調解。刑事訴訟實務上於偵查階段，檢察官若認有調解必要，依職權可先送調解，比照醫糾法(下略)第 11、12 條與現行制度上並無二致，可知問題並非出在沒有調解制度上，而是調解無法達成預期效果。

理律內部意見：	或改以強制仲裁加速醫糾案件處理之速度。
衛福部意見：	

二、調解規範對醫事人員不公，第 17 條規定雙方無正當理由不到場時，視為調解不成立。然而第 16 條卻只規定醫事人員不能拒絕到場，對調解申請人病方不出席不僅全無約束，反而提供出席後若調解無法成立，給予提起民事訴訟免納裁判費的優惠(第 23 條)，顯失公平。

理律內部意見：	
衛福部意見：	調解當事人任一方不到場，其罰則相同。條文並未規定醫事人員必須親自到場，可由醫療機構派代表出席。

三、醫療無常規，常規僅是參考建議，並非對病人的最佳處置。特別是在檢查與手術進行中，醫師依當時探查的結果給予最佳治療方式，才符合病人最佳利益。遵照術前告知之常規步驟進行手術，反而會造成病人的傷害。例如術前診斷為闌尾炎，術中發現實為缺血性腸道病變，依術前告知之常規步驟給予切除闌尾只會造成病人死亡。醫糾法第 7 條「醫療行為有無符合醫療常規」應改成「醫療行為有無逾越臨床裁量權」，應尊重當時當地以當設備有無違反醫療臨床裁量權而定，若僅是遵守醫療常規，醫學如何進步？以前例切除闌尾炎手術，早期在腹部畫上一刀 10 公分傷口，若沒有違反醫療常規，如何進步至微創手術？

理律內部意見：	醫審會之醫糾審議亦以有無符合常規治療為判斷基礎；絕大多數鑑定意見也都是以符合常規治療認定無醫師過失；醫師最常見的抗辯也是醫療行為符合醫療常規。
衛福部意見：	已刪除醫療常規之用語



四、醫療事故補償基金(下簡稱補償金)的目的應先釐清，再談補償金來源。以醫事司統計至 101 年資料顯示，醫療糾紛 92 年-101 年 10 年間總鑑定數為 4639 件，鑑定結果有疏失 404 件，佔 8.7%；無疏失 3357 件，佔 72.3%；可能及無法認定疏失 654 件，佔 14%。可知，超過八成的醫療不良結果並非醫師過失造成，或者難以認定疏失，透過訴訟程序曠日費時，故以補償金的方式填補病方，屬社會救濟範疇。固然，醫療結果不如預期令人遺憾，但不應反其道而行將並非醫師的過錯加諸其上，要求醫事機構或人員繳納醫療風險分擔金(第 32 條)。

理律內部意見：	<p>1、某種程度而言乃是將醫院醫師投保醫療責任保險(實務上不常見，因為保費很貴)的費用挪到補償基金。</p> <p>2、目前醫院評鑑實務也將醫院是否提撥醫糾補償基金(可能只是帳上提撥就是，不一定會有專戶)列為評鑑項目之一，若只是把醫院帳上所列補償基金挪到補償專戶，似非不可。</p> <p>3、補償並不是將過錯加到醫師身上，而是想藉此降低醫師涉訟之風險，重點在於此法案是否能有效降低醫糾訴訟。若要求病患拿補償金的同時必須簽切結書放棄追訴權，醫師對於繳納此筆費用的反彈可能會大大降低。</p>
衛福部意見：	醫療風險分擔金由「醫療機構」繳納，已刪除醫事人員。

五、補償金來源之一為醫事人員繳納之醫療風險分擔金，應是參考藥害救濟法第 5 條將藥害救濟基金來源之一為藥商或輸入業者繳納的徵收金為類比，但此二者是完全不同的情況。藥商或業者以販售藥物營取利潤為業，增加並擴大其獲取利潤的風險，然而醫事人員是以實際付出的時間成本換取薪資，基礎不同，不應相類。

理律內部意見：	同前意見
衛福部意見：	<p>醫療風險分擔金由「醫療機構」繳納，非由「醫事人員」繳納，且不得轉嫁於醫事人員。</p> <p>醫療機構繳納醫療風險分擔金，以醫療機構每年醫療收入的「千分之一」為「上限」，其餘由政府預算、菸品健康福利捐、捐贈收入等補足，不必再討論醫界與政府分擔比率。</p>

六、補償金來源中政府預算撥充(第 32 條)不應以健保給付扣抵。在健保點數給付醫療人員金額皆偏低且不足的情形下，以健保當作政府預算撥充，無異是醫療人員代替政府支付補償金。以政府財源為補償之社會救濟制度立意正確，政策應另行向全民徵收補償金來源，不應變相苛刻醫療人員。

理律內部意見：	同意
衛福部意見：	

七、給付補償金的情況不明，第 35 條死亡給付或重大傷害給付，所謂重大傷害所指是否以刑法第 10 條重傷情形為限?本法應明確訂定給付條件，不應交由主管機關以辦法或行政命令訂之。

理律內部意見：	同意
衛福部意見：	

八、排除不予補償的情況多所缺漏，生產風險事故更是完全沒有排除不補償情況(第 38 條)，立法粗糙。參酌手術及麻醉事故爭議補助計畫，手術及麻醉事故有下列之一情況均不補償 (2.5.7.9.於本法中並未排除補償)：

1. 醫療事故與醫療行為並無因果關係。
2. 對於醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
3. 可依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。
4. 屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死亡。
5. 病人或其家屬不配合機構進行診療，情節重大。
6. 病人同意接受人體試驗出現之死亡。
7. 非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請補償資料虛偽或不實。
9. 其他(例如病歷記錄簡略無法提供足夠資料審查，經審查酌予減少或不予補償)。

生育事故補償應不具下列情形之一(本法中更完全未見排除)：

1. 流產致孕產婦與胎兒之不良結果。
2. 36 週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷所致胎兒死亡(含胎死腹中)或新生兒之不良結果。
3. 因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害不良結果者。
4. 對於生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
5. 懷孕期間有參與人體試驗情事者。

理律內部意見：	可再討論
衛福部意見：	明訂生產風險事故之補償基金來源，由政府預算撥充。因生產有異於一般對疾病的

	治療。
--	-----

另本法中(第 38 條第 1 項第 3 款)規定非屬健保給付之醫療項目不予補償，若補償金的目的是減少醫療訴訟，促進醫病和諧。自費項目就沒有醫療訴訟濫訴問題？間接承認健保給付偏低，養大民眾胃口才是造成醫療糾紛濫訴的主因？或是本法是健保法下的子法？

理律內部意見：	同意
衛福部意見：	

九、病方若受領補償金後，對日後提起訴訟全無罰則(第 39 條)。經歷本法一連串調解、領取補償金後，病方若不滿意，依舊可以大肆提起訴訟，至多返還已受領的補償金而已。雖訴訟權為憲法保障的基本人權，然而病方若只有返還補償金，而未有其他防堵條款，濫訴情形並不會因此減少。應參酌民法第 259 條雙方互負返還義務時，病方除反還受領金額外，加計百分之五法定利息；病方若惡意領取補償金後提起訴訟，應賠償醫療機構及醫事人員因此所生之損害。

理律內部意見：	或可改以強制仲裁加速醫糾案件處理之速度。
衛福部意見：	

以上幾點至少是目前行政院版草案的缺失，貿然推行本法無疑提油救火，懇請各界關心醫療糾紛處理及醫療事故補償法，莫讓惡法通過，後患無窮。

理律內部意見：	以醫勞盟引述的統計資料：「以醫事司統計至 101 年資料顯示，醫療糾紛 92 年-101 年 10 年間總鑑定數為 4639 件，鑑定結果有疏失 404 件，佔 8.7%；無疏失 3357 件，佔 72.3%；可能及無法認定疏失 654 件，佔 14%。可知，超過八成的醫療不良結果並非醫師過失造成，或者難以認定疏失」。
	2、換言之，在目前之鑑定制度(長期有被詬病醫醫相護)下，醫師/醫院賠率僅 8.7%，但此法案通過後，賠率將大幅提高，是否為惡法其實是立場問題。
衛福部意見：	

## ➤ 20150430 醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》 (20150605 更新)

資料來源：衛生福利部

建檔日期：2015/04/30

更新時間：2015/06/05

針對大家關心之醫糾法草案，衛福部已設立 [hackfoldr【醫糾法懶人包】](#)，將各種論述、參考資料彙整在此，歡迎打開此懶人包搭配觀看本文。

近日醫勞盟發起《[堅決反對衛福部版本醫糾法草案](#)》網路活動，衛福部已詳細閱讀，感謝醫勞盟朋友們提出許多指教，本部在此針對活動內容所述五大疑慮逐點說明，也公開相關資料，希望能讓各位對草案內容及立法精神有更多的了解。

首先，請各位確認手上的草案版本

醫糾法，全名為《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》，目前法案已通過立法院社會福利及衛生環境委員會初審，並經政黨協商。

時間	事件	草案版本	相關新聞稿
101/12/18	行政院草案交付立法院	<a href="#">政院版</a>	<a href="#">LINK</a>
103/05/08	立法院社環委員會初審通過	<a href="#">初審會議紀錄</a>	<a href="#">LINK</a>
103/05/29	立法院朝野政黨協商，除基金來源占比，其餘已有共識	<a href="#">朝野協商版</a>	<a href="#">LINK</a>

最新的版本是 103/05/29 經立法院朝野政黨協商後草案，與政院版有諸多差異，所以大家在討論醫糾法時，請務必以朝野協商版為準。

補償基金來源占比尚未有共識，所以在 103/05/29 的協商版本中包括醫界分擔比率、基金來源是否有上下限等尚未明訂；但衛福部對此目前有明確立場，這個立場也是法案二讀前我們想積極促成的。以下說明希望能讓大家清楚了解立法院最新協商後的草案內容及本部之立場。

**澄清一：是 30%，衛福部立場：「不再更多」**

" 醫勞盟所提質疑：所有醫療人員沒錯也要負擔 30% 以上的補償金 "

先回顧最新草案版中的§32、§33：

第三十二條	<p>(103.05.29 朝野黨團協商依行政院版本修正通過)</p> <p>中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下：</p> <table border="1"> <tr> <td>一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。</td> <td>醫界分擔金</td> </tr> <tr> <td>二、政府預算撥充。</td> <td>政府預算</td> </tr> <tr> <td>三、菸品健康福利捐。</td> <td rowspan="3">菸捐、捐贈 孳息及其他</td> </tr> <tr> <td>四、捐贈收入。</td> </tr> <tr> <td>五、基金孳息收入。</td> </tr> <tr> <td>六、其他收入。</td> <td></td> </tr> </table>	一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。	醫界分擔金	二、政府預算撥充。	政府預算	三、菸品健康福利捐。	菸捐、捐贈 孳息及其他	四、捐贈收入。	五、基金孳息收入。	六、其他收入。	
一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。	醫界分擔金										
二、政府預算撥充。	政府預算										
三、菸品健康福利捐。	菸捐、捐贈 孳息及其他										
四、捐贈收入。											
五、基金孳息收入。											
六、其他收入。											
第三十三條	<p>前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。</p> <p>醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療費用總額之一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一；第二年起由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之三範圍內，調整其比率。</p> <p>第一項規定繳納期限，前項醫療費用總額認定方式、分擔比例、加權、繳納方法及其他應進行之事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。</p> <p>前條第二款政府預算撥充以不超過前條醫療事故補償基金總額之百分三十為上限。目前草案中只有政府預算有明訂上限30%</p>										

以上是目前的草案版本，而衛福部的立場則是希望：除政府預算的 30%有明訂入法外，[醫界分擔金]、[菸捐/捐贈/孳息及其他]亦應明訂為 30%、40%。（重點：醫界分擔金是 30%，不會再更多。）

草案§32 中，補償基金之醫界負擔部分（全稱為醫療風險分擔金）是由醫療機構、醫事人員繳納，但如本文初所述，此條正是朝野政黨尚未有共識之處。衛福部目前的立場，是「由醫療機構單獨負擔」，並將研擬防範機制，以防堵醫療機構轉嫁醫事人員，變相減薪。

### 澄清二：如提告，須「返還」補償

"醫勞盟所提質疑：病家領到補償金後，仍可繼續對醫療人員提告 "

先看最新版草案§39：

第三十九條	<p>給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、有具體事實證明依前條規定不應補償。</li> <li>二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</li> </ol>
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

的確，病人或其家屬領到補償後，依然可以提起民事訴訟、刑事訴訟的自訴或告訴，但此時，其須「返還」先前已領取之補償——此部分將由法務部行政執行。[1<sup>23</sup>]

至於，此機制會不會造成：「既然拿補償金後還可以提告，不如我都先申請補償，手上短期有更多現金是好事，之後繼續提告再返還即可」？這端視申請補償金者之道德素養，衛福部期望，也認為此等情形應不多見。根據醫糾法的前導試辦計畫《[生育事故救濟試辦計畫](#)》，101 年開辦至今共受理 276 件補償案，其中補償後依然提告者，僅有 2 例，小於 1%。（補充：生育事故救濟試辦計畫「並沒有」提告須返還的強制

<sup>23</sup>補充：根據§38，若已經提起民事訴訟、刑事案件之自訴或告訴，也是不會予以補償的。



機制，而有此機制的醫糾法因法律明定，具強制性，理論上抑制補償再提告的效力會更強。)

我們可以理解生育事故無法推導至所有醫療糾紛案件，但至少從這樣的機制中，可以略見醫療訴訟數量確實有可能因為補償機制的介入而有所減少。如果對這樣的判斷有所質疑，也歡迎將您的想法回饋給我們。

### 澄清三：目前草案就是不責難補償

"醫勞盟所提質疑：只要誠意、不求真相，並非不責難補償"

首先須確認「不責難」之定義為何<sup>[24]</sup>？在我們的認知下，不責難指的是「不評價醫療行為是否有過失」，而此精神目前已落實在草案§38中：

第三十八條	醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會作成審議決定時無法排除醫療事故與醫療行為之因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予補償： 一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。 二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。 三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。 四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限： (一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。 (二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。 (三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。 五、病人同意接受人體試驗且所出現之傷亡明顯與人體試驗有關。 六、申請補償資料虛偽或不實。 七、本法施行前已發生之醫療事故。 醫療事故屬生產風險事故者，應予補償。
-------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

條文中最重要的一段話，是補償的判準係「『無法排除』醫療事故與醫療行為之因果關係」。也就是說：

- (1) 當醫療事故、醫療行為確定「無」因果關係：不補償
- (2) 當醫療事故、醫療行為確定「有」因果關係：不補償
- (3) 當醫療事故、醫療行為「無法判定是否有」因果關係：補償

第(1)種情況，兩者無關時顯然申請補償是沒有道理的，第(2)種情況，通常是極端情況，其中一種可能是故意，亦不屬於補償範疇，真正有可能補償的是第(3)種情況，無法判定是否有因果關係（也就是條文中所說的「無法排除」因果關係），這種情形最常見於纏訟多年的醫糾訴訟中，而這也正是醫糾法最希望減少的醫糾類型。

下一個問題是，因果關係太難判斷，會不會導致未來病人或其家屬「既然因果關係難以區分、先送補償申請再說」？這事涉對病家行為的預測，較難有確切答案，但可以說明的是：如果導致大量補償申請案件，屆時增加之行政及人事成本，根據草案§36、§37，受理補償案件申請、需要設置審議會的皆是中央主管機關，所以這些成本將皆由衛福部負擔，不會由補償基金支出。另外，為預防及減少未來醫療糾紛的發生，最新

<sup>24</sup>有關不責難制度，可參考商業周刊上[柯文哲醫師的這篇文章](#)。

草案中也有訂立風險管控、通報、事故原因分析等檢討機制，可參考草案的§50~§53。

#### 澄清四：醫療常規有定義，並不是醫糾法首創

"醫勞盟所提質疑：讓虛無飄渺的「醫療常規」入法"

「醫療常規」四字目前出現在最新草案§7：

第七條	中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理下列事項之初步鑑定： 一、醫療行為與不良結果有無具有因果關係。 二、醫療行為有無符合醫療常規。 醫療機構於進行關懷時，應主動告知病人、家屬或其代理人有關初步鑑定之資訊。 病人、家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請初步鑑定。 第一項醫療糾紛事件初步鑑定，應確保公正、客觀，並以雙向匿名方式處理。 辦理第一項初步鑑定機構或團體之資格與限制、第三項申請程序、費用支付標準、對於支付費用有困難之補助條件與金額及其他應遵守事項之辦法，由中央主管機關定之。
-----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

首先需注意，§7 屬於整份草案的《第二章-醫療糾紛說明、溝通及關懷》，故此階段並不是用有無符合醫療常規決定是否補償，而是在醫糾發生後，若經醫糾關懷小組之說明、溝通，認為需要第三方意見協助，可申請初步鑑定，供醫病雙方對話或調解參考。此處初步鑑定之內容即包含有無符合醫療常規。

至於醫療常規是否虛無縹緲？事實上，醫療常規係臨床經驗與專業知識之彙集，常見於司法實務<sup>[3<sup>25</sup>]</sup>，並不是醫糾法首創。可參考台灣刑事法學會創會會長甘添貴教授論著的《[醫療業務正當行為之內涵](#)》專書中對「醫療常規」之定義：

<sup>25</sup>醫療常規常見於司法實務中，例如最高法院 103 年台上字第 2070 號判決：「按醫療行為具有其特殊性及專業性，醫療行為者對於病患之診斷及治療方法，應符合醫療常規（醫療準則，即臨床上一般醫學水準者共同遵循之醫療方式）。而所謂醫療常規之建立係賴醫界之專業共識而形成，如醫界之醫療常規已經量酌整體醫療資源分配之成本與效益，就患者顯現病徵採行妥適之治療處置，而無不當忽略病患權益之情形，自非不可採為判斷醫療行為者有無醫療疏失之標準。……」

所謂醫療常規，係在臨床醫療上，由醫療習慣、條理或經驗等所形成的常見成規。醫療常規，須具備以下之內涵：

- 1、醫療的適應性：所謂醫療的適應性，係指在臨床醫療上具有合理性，亦即須為保持或增進病人的健康所必要且係相當的醫療行為。
- 2、醫療的適正性：所謂醫療的適正性，係指醫療技術須符合當時當地的醫療水準，亦即須以一般醫學上所承認之方法實施醫療行為。
- 3、醫療的實踐性：所謂醫療的實踐性，係指臨床醫療上業經實踐，亦即在同級醫院、同專科醫師階層內已獲得普遍認同。
- 4、醫療的倫理性：所謂醫療的倫理性，係指醫療行為須符合醫療倫理規範的要求。醫療倫理規範固得由各醫院自行訂定，惟目前醫界所共同遵守的倫理守則，則為由生命倫理學所形成的四個原則，即尊重自主原則、不傷害原則、行善原則以及正義原則。

#### 澄清五：醫糾法不會讓醫糾更嚴重

"醫勞盟所提質疑：醫病關係更加惡化，防禦醫療會更嚴重 "

呼應澄清三之內文，究竟醫糾法能否改善、抑或惡化醫病關係，這個判斷會奠基於對病家行為的預測，目前無法有具體答案。但參考醫糾法的前導試辦計畫《[生育事故救濟試辦計畫](#)》101年開辦至今的成果，本部希望、也認為若醫糾法通過，應能減少醫療訴訟發生。以下詳列生育事故救濟試辦計畫之相關數據：

	100年（試辦前）	101年-102年平均（試辦後）
訴訟鑑定案數*	30件	8.5件
全年出生人數**	196627人	214297人
占比	0.015257%	0.003966%

\* 訴訟鑑定案數：係生育事故相關醫療糾紛經司法或檢察機關委託本部鑑定年平均案件數。

本部正在調閱101、102年的個別數字，若確定後將再更新此表。

\*\* 全年出生人數：資料來自[內政部統計處](#)嬰兒出生狀況統計。

由上表可知，醫療訴訟的案數確有下降趨勢。雖生育事故無法推導至所有類型的醫療糾紛，但本部亦希望借助試辦計畫的經驗，讓醫糾法上路後也能有上述醫療訴訟減少之效果。（註：類似的前導計畫103年10月亦推出了《手術及麻醉事故試辦計畫》，目前尚無統計數據。）

另外，草案§4明訂各醫療機構皆應提供「醫療糾紛關懷小組」之關懷服務，就是希望在醫療糾紛事件發生後能給予當事人即時的溝通與協助，減緩緊張的醫病關係。

#### 小結

前述說明希望能讓各位更了解《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》之最新草案內容，

以及本部對基金來源比率之立場。每一部法律都是各方協商後的結果，藉由更多的資料與說明，本部希望能讓大家了解醫糾法，以期促成更多理性的討論與對話。也誠摯歡迎到我們的【[醫糾法懶人包](#)】專區，閱讀更多參考資料。

---

[1] 補充：根據§38，若已經提起民事訴訟、刑事案件之自訴或告訴，也是不會予以補償的。

[2] 有關不責難制度，可參考商業周刊上[柯文哲醫師的這篇文章](#)。

[3] 醫療常規常見於司法實務中，例如最高法院 103 年台上字第 2070 號判決：「按醫療行為具有其特殊性及專業性，醫療行為者對於病患之診斷及治療方法，應符合醫療常規（醫療準則，即臨床上一般醫學水準者共同遵循之醫療方式）。而所謂醫療常規之建立係賴醫界之專業共識而形成，如醫界之醫療常規已經量酌整體醫療資源分配之成本與效益，就患者顯現病徵採行妥適之治療處置，而無不當忽略病患權益之情形，自非不可採為判斷醫療行為者有無醫療疏失之標準。……」

## ➤ 20150502【自由廣場】醫療糾紛 提油救火

◎ 劉育志 2015-05-02 06:00

由衛福部所推動的《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》已完成審議，可能於近日完成立法。雖然號稱要促進醫病和諧，不過恐怕是提油救火。

根據《醫糾法》的規定，當醫療事故與醫療行為之間，「有因果關係」或「沒有因果關係」時，皆不補償。《醫糾法》僅在「無法判定是否有因果關係」時，才會給予補償。這樣的制度極不合理，畢竟因為醫療錯誤付出賠償合情合理，但在無法判定因果關係卻還要進行賠償，如何讓人心服口服？

在探討補償時，會牽涉到一個很關鍵的議題，那就是「什麼人該對生命風險負責？」面對無所不在的生命風險，人類社會有幾種做法，一種是逆來順受、自認倒楣；一種是購買商業保險，買多少、賠多少；另一種是由政府推行社會保險，讓全民共同負擔彼此的生命風險。不管採取哪一種方式，我們都要曉得風險沒有消失，只是被轉嫁。

《醫糾法》中要求醫事人員負擔卅%補償金，等於強迫1%的人口對全民的生命風險負起卅%的責任。這樣的做法形同強迫極少數的消防隊員對全台灣的火災風險負起補償責任，既蠻橫無理又不成比例。

每一個孕婦在生產過程都可能遭遇羊水栓塞，這種致命的急症完全無法預測也難以挽回，為何醫事人員該對這樣的風險負起卅%責任？

衛福部表示《生育事故救濟試辦計畫》開辦之後每年與生育相關的訴訟鑑定案數從卅件降至八·五件，並以此推論《醫糾法》可以減少醫療糾紛。

然而，《生育事故救濟試辦計畫》才實施三年便已受理二七六件補償案，平均每年超過九十件，是原本訴訟案件的三倍以上，顯然這樣的制度只會誘發更多的醫療糾紛。

再說，懷孕生產只佔了整體醫療的一小部分，當《醫糾法》擴及所有的醫療行為時，補償案件將可能暴增數十倍。過於輕忽道德風險，醫鬧蟑螂絕對會更為猖獗。

官署在制定政策時幾乎都以選票為考量，不過為了討好民眾卻反而餵養醫鬧，絕對是因小失大。（作者為醫師）



## ➤ 20150507 醫糾法朝野協商版爭議：強收保護費、拿錢不辦事，還要扯醫療人員後腿

精選轉載 2015/05/07 07:50:00 發表於 • 社會 • 醫療 \_\_\_\_\_ 文：Yawei Bichin (醫師)

以下是我對醫糾法分享的一點個人見解。

首先還是要把法條全文拿出來，如果去 google 醫糾法，大概會有好幾個版本的條文，以下這個連結是目前待審理的朝野協商版，也就是最新的版本。

[《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》草案全文（103年5月29日立法院朝野黨政保留條文尚待協商版）](#) from [R.O.C.Ministry of Health and Welfare](#)

醫糾法，全名為《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》，主要精神源自於北歐與紐西蘭等國的醫療事件補償制度，其中心思想為「不究責」（the No-fault scheme），意即讓在醫療相關行為當中受到傷害（註一）的病人與家屬，在不用去追究醫療人員（醫師/護理師/藥師/etc）的個別責任下，把整個醫療傷害的發生，當作整體風險的一部分，就由一筆公基金當中獲得補償 類似意外險的概念。

這個制度的好處在於：

1. 較傳統民事侵權訴訟（tort）迅速許多，可以立即給予經濟上的幫助
2. 民事訴訟必須確立侵權之因果關係方能獲得理賠，但補償制度並不一定需要誰犯了錯才能獲得補償，簡單的說就是更多病患與家屬能夠受惠得到補償。
3. 在多數施行補償制度的國家，補償制度包含的不只金錢上的補償 還包括後續復健醫療的資助。
4. 不用直接和醫療人員面對面進行訴訟，緩和醫病關係
5. 醫療人員在不追究個別責任的情況下，較無後顧之憂，比較不會有防禦性醫療這種浪費的行為出現。
6. 同上，不會被追究個別責任，醫療人員比較能客觀的審視自己的錯誤以及能改善的空間，而非下意識的防禦與解釋自己的行為，相關單位也較能得到開公佈誠的資料來加以分析研究，長期來講對醫療品質的進步會有很大的幫助。

大致看來，這是非常雙贏的一個制度，那為什麼現在看起來，是醫界死命的反對？

爭議一：錢從哪裡來？

第一個爭議點，大家應該都猜的到就是錢，這麼一大筆基金，錢到底要從哪裡來？我們來看草案的條文是怎麼寫的：

**第三十二條：**

中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金來源如下：

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

**第三十三條：**

前條第二款政府預算撥充以不超過前條醫療事故補償基金總額之百分之三十為上限。

看到了嗎？政府最多只打算出到30%，那第一款的醫療人員要出多少？

我們看看衛福部官網懶人包怎麼說：

### 澄清一：是30%，衛福部立場：「不再更多」

"醫勞盟所提質疑：所有醫療人員沒錯也要負擔30%以上的補償金"

先回顧最新草案版中的532、533：

第三十二條	(103.05.29 朝野黨團協商依行政院版本修正通過) 中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下： 一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。 二、政府預算撥充。 三、菸品健康福利捐。 四、捐贈收入。 五、基金孳息收入。 六、其他收入。	醫界分擔金 政府預算 菸捐、捐贈 孳息及其他
第三十三條	前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。 醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療費用總額之一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一；第二年起由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之三範圍內，調整其比率。 第一項規定繳納期限，前項醫療費用總額認定方式、分擔比例、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。 醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。 前條第二款政府預算撥充以不超過前條醫療事故補償基金總額之百分三十為上限。目前草案中只有政府預算有明訂上限30%	

以上是目前的草案版本，而衛福部的立場則是希望：除政府預算的30%有明訂入法外，[醫界分擔金]、[菸捐/捐贈/孳息及其他]亦應明訂為30%、40%。（重點：醫界分擔金是30%，不會再更多。）

「以上是目前的草案版本，而衛福部的立場則是希望：除政府預算的30%有明訂入法外，[醫界分擔金]、[菸捐/捐贈/孳息及其他]亦應明訂為30%、40%。」

也就是醫療人員（簡稱醫界）要出到30%。

乍看之下好像不無道理，就大家各自分擔嘛，但是，讓我再提一次，整個補償機制的中心思想，就是不追究醫療人員的個別責任，意即把整個醫療傷害的發生，當作風險的一部分，然後讓基金去補償個人所受的傷害。

如果是以此思想出發，那怎麼還會讓個別醫療人員出錢？不是應該全民一起負擔這個風險嗎？

況且，會有補償制度的出現，就是因為醫療的不確定性與難以歸因性，沒有辦法歸到我頭上的事，阿你叫我要出錢來賠，這根本不合邏輯。

讓我們看看其他有醫療賠償制度的國家是怎麼算錢的：

- **紐西蘭**：全數由全國稅收支付。（註二）
- **瑞典**：90%由公醫制度之主管機關負責（稅金），10%由私人醫療保險服務公司支付（註三）。
- **芬蘭**：全數由醫療院所支付。
- **丹麥**：全數由政府支付。
- **挪威**：由醫院與醫療主管機關分攤。

看到了嗎？這些醫療補償的先行者國家，沒有一個是要醫療人員個別繳納金額來負擔基金的，衛福部這個草案，講明了就是要來向我們要保護費。好，要保護費我就認了，如果真的有辦法保護我們，甚麼 30%、50%我也摸摸鼻子認了，錢少賺點，換一個不用每天擔心受怕要被告，我相信很多人會覺得值得。

爭議二：穩賺不賠，民眾當然繼續告下去  
但這個法案真的能保護我們嗎？真的能達到止訟的目的嗎？  
我們再回頭來看看法條：第三十九條與第四十條。

<b>第三十九條</b>	給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還： 一、有具體事實證明依前條規定不應補償。 二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告
<b>第四十條</b>	給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。 前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。 中央主管機關向醫療機構追償時，如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。

看到了嗎？第三十九條的確有寫，補償過了，要告的話就要還錢。但真正的魔鬼是第四十條：如果你補償過了又要告，而且又告贏了，你是可以不用還錢，然後再多拿民/刑事的賠償的啊。

然後政府還可以再就補償金向被告的醫事人員追討....（當然，衛福部懶人包只提了三十九條，四十條條就當作沒看到。）

簡單的說，有醫療事故，我就可以先申請補償，但如果我如果還是不爽，我還是可以告醫師（或其他醫事人員），反正大不了我的補償金被追回，我也沒損失，但告贏了我可以拿更多，如果你是病患/家屬，你告不告？  
根本穩賺不賠，當然繼續告下去！  
那我們再回頭看看，其他國家的制度怎麼樣：

- **紐西蘭**：除非可以證明醫師（或其他醫事人員）是惡意傷害，否則無法再提出告訴。
- **瑞典**：可以提告，但一旦提告確立，就必須跳脫補償機制，進入漫長的民/刑事訴訟流程。



- 芬蘭：可以一邊進行補償一邊提告，但補償主管機關（PIC）會幫被告的醫事人員辯護。
  - 丹麥：可以向另一個獨立的醫事委員會申請究責性的鑑定。
  - 挪威：可以提告，但需先向另一個獨立的醫事委員會申請究責性的鑑定。
- 和這幾個補償制度的先進國家比起來，我們的草案真的能止訟嗎？我想我們絕對有理由懷疑....

爭議三：把「醫療常規」入法

最後，撇開補償制度，這個草案比較可怕的是在第七條，偷渡了「醫療常規」這四個字，要把這四個字白紙黑字寫進法條裡面（原本的醫療法是沒有這四個字的）。

<b>第七條</b>	<b>中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理下列事項之初步</b>
------------	-------------------------------------

1

	<p><b>鑑定：</b></p> <p>一、醫療行為與不良結果有無具有因果關係。</p> <p>二、醫療行為有無符合醫療常規。</p> <p>醫療機構於進行關懷時，應主動告知病人、家屬或其代理人有關初步鑑定之資訊。</p> <p>病人、家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請初步鑑定。</p> <p>第一項醫療糾紛事件初步鑑定，應確保公正、客觀，並以雙向匿名方式處理。</p> <p>辦理第一項初步鑑定機構或團體之資格與限制、第三項申請程序、費用支付標準、對於支付費用有困難之補助條件與金額及其他應遵守事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

這裡可能會有法律人有不同的想法，但我個人認為，這四個字如果寫進去了，那麼以後醫療就等於是被法律掐住脖子了。

我知道衛福部懶人包有寫，法律上對醫療常規有其見解和共識，但恕我直言一句，那是你們不懂醫療的人的見解。

在急重症的領域，是沒有所謂醫療常規的，在實務上，我們常看到判決書上寫了：根據 OOOO 年的 XX 臨床指引，所以 blah blah blah....（以下千字略）。

當然，個個醫學會有都制定了很多的 guideline，但只要是臨床醫師都知道 所有 guideline 都是參考用，guideline 很有用，但盡信書不如無書。很多時候醫師的臨床判斷才是關鍵，尤其在急重症領域。

只要回頭審視醫師當時的判斷與處置有符合邏輯，那麼任何的教科書，任何的臨床指引，都沒有權利說他做錯了。

講一個在外傷領域，我們幾乎每天都在違反 guideline 的例子好了，外傷病人幾乎都需要 X 光、電腦斷層種種的檢查，才能做出正確的診斷，然後正確的治療病人。

但幾乎每一本教科書、每一個 guideline 都告訴我們，外傷病人在生命徵象不穩定的時候，是不能離開急診現場的急救室出去外面做檢查的，因為如果血壓不穩，還要出去做檢查，病人一但病情惡化，你無法像在急救室一樣迅速地處理，這樣的情形，很可能對病人是有害的。

所以每本書都告訴我們，要在急救室裡，先輸血、灌水、升壓劑，把病人血壓弄好之後才能去做檢查。

但在我的醫院，我們幾乎每天都在違反這個原則，為什麼？因為我們的急救室和電腦斷層只有一牆之隔，我們的 CT 機器做起來又快，全身掃描只要 5 分鐘。

在這樣的情況下，只要我們有把握的病人，或者真的很需要確立診斷的病人，為何要放在急救室浪費時間？

每多浪費一秒，就是在拖延病人獲得確切治療的時間，況且，這樣的病人很多都不是你在急救室裡輸血輸一輸就救得回來的。

趕快確立診斷，該開刀的去開刀，該血管栓塞的去栓塞，才能真正幫助病人。

在急重症領域，我們做得比 guideline 還多還好的例子實在太多了，但如果醫療常規這四個字入法，按照目前的法律實務，按照所謂「臨床指引」，那我們豈不是每天都在犯法？即便我們所做的事的確是在幫助病人？

再說，如果我們凡事都照著現有的 guideline 做，那怎麼會有新的醫學研究出現？怎麼會有新的治療出現？

所以說，跟我講有醫療常規的人，我只有一句話：你根本不懂。

我們需要的，是「臨床裁量權」的入法，在法律上明文規定這幾個字，並賦予明確定義，這樣才能讓臨床醫師放手去做他該做的事。

總之朝野協商版的醫糾法，就是個要來強收保護費，又拿錢不辦事，然後還要扯你後腿的一個草案。

有辦法寫這麼爛也算你厲害！

#### 註 1：

在實施補償制度的先進國家當中，所謂傷害泛指與醫療行為相關的傷害（Treatment-related injury），並不一定是某個人員過失所導致的。

例如，在北歐等國的認定，就是以最優化治療（optimal care），比上可接受治療（acceptable care），也就是說今天病患已經接受可接受的治療（醫療人員沒有犯錯），

而有不良的後果，但是如果在完美的治療情況下（救護車沒塞車、刀房有空檔可以立刻接刀...等等天時地利人和都滿足），這個不良後果可以避免，那就可以納入補償制度裡面。

### 註 2：

紐西蘭的制度較為複雜，他們是把所有意外傷害都統合在一起，由國家的「意外補償公司」（Accident Compensation Corporation, ACC），來統一做補償，等於是一個公辦的意外險，醫療事故僅是其中一塊。

而整個 ACC 分為幾個基金，分別是：

工作事故基金 — 由全國所有受雇員負擔，給付工作意外。

有所得基金 — 由所有有收入的人負擔，給付有所得的人在非工作時所受到的意外傷害。

無所得基金 — 由全國稅收負擔，給付無所得的人的意外傷害。

交通事故基金 — 由牌照/燃料稅負擔，給付所有交通事故。

醫療事故基金 — 由有所得與無所得兩個基金共同負擔，給付醫療事故。

### 註 3：

瑞典主要為公醫制度，但還是有少數私人診所，所以政府負擔絕大多數的補償金，私人醫療院所負擔少部分。

### 參考資料：

[No-Fault Compensation Schemes for Medical Injury: A Review. Anne-Maree et al, Scottish Government Social Research 2010](#)

[How we're funded: The five ACC accounts](#)

（相關閱讀：[病人賴賬，天天照顧他的醫師還得賠錢道歉？醫院裡最不值錢的，竟是醫護人員](#)）

全文獲作者授權轉載，文章來源：[作者臉書](#)。

責任編輯：鄭少凡

核稿編輯：楊士範

## ➤ 20150520 會吵鬧就給錢！學者批：《醫糾法》一年砸 4 百億，全民買單

2015/05/20 23:00:00

政治中心／綜合報導

北榮死胎案引發爭議，也讓外界關注《醫糾法》議題，衛福部次長林奏延（19）日表示，以這個案例而言，若《醫糾法》通過，家屬就可以不必訴訟就能先領取補償金，可撫慰心情。但醫界代表對此則痛批，《醫糾法》的補償制度只是助長醫療糾紛，而且虧空國庫一年花費 400 億，全民買單，要求草案應該要退回。

「你知道嗎，現在連我們打針打不上，病人都要罵我們、甚至動手打我們，法案一過，若每一個都來鬧的時候，我們護理人員有多少可以賠？」台灣基層護理工會常務理事陳玉鳳在醫糾法草案公聽會上大吐苦水。

急診室暴力事件層出不窮，台灣醫療崩壞的事實昭然若揭，醫病關係日益劣化下，現在政府單位趕在這時後出《醫糾法》，認為如果醫療事故和醫療行為無法排除因果關係，就必須補償，這讓醫界很憂心，難道會吵鬧就要給錢？

醫勞盟理事王世晞會中痛批：「《醫糾法》原先條文是無法排除因果關係，現在又加上了可以有因果關係，全都列在補償條例裡面，幾乎到了，除了到院前死亡之外，幾乎所有人都是人人有獎，這根本就是助長醫糾蟑螂的產生。」

醫勞盟理事張志華也表示：「現在醫學中心的急診、要在輪椅上用呼吸器、要在輪椅上插管、要在輪椅上電擊，這有沒有符合醫療常規？不論過失，我們不用去看醫療人員有沒有過失，若要推行《醫糾法》，估算一年要花費 200~400 億新台幣，這簡直就是在虧空國庫，人民辛苦賺來的血汗錢，可以這樣花嗎？希望草案擱置或退回。」

不過衛福部對《醫糾法》則有不同說法，衛福部次長林奏延受訪表示，「像北榮死胎事件如果有《醫糾法》的話，應該很快就可以得到醫院的關懷，而且很快進行調解，看起來三個月時間就可以得到補償，很快就可以撫平家屬的傷痛了。」

但衛福部此番說法卻被立委打臉，認為衛福部下面就有一個「生產事故救濟辦法」，質疑衛福部對北榮事件根本沒有心處理，借題發揮。

而網友則是對《醫糾法》推了 10 多年推不動，為何需急在這時後要急著推動？質疑政治動機不單純，難道是因為只剩 365 天嗎？官僚拿人民稅金跟醫療業的骨血撫慰會吵的人的心情？質疑這是不是另一種選舉操作？



還有網友甚至開始發想新興行業、「另類」的賺錢方法，認為此法一過，以後缺錢就去醫院找麻煩就對了！穩賺不賠！

《醫糾法》議題持續延燒，衛福部說法民眾超期待，卻不知暗藏全民埋單的陷阱，而醫界則是極力反彈，認為醫療崩壞、血汗醫院不先解決，反而先來這樣欺負醫療人員！《醫糾法》這會期能不能三讀，需要全民共同關注檢視。

<http://www.setn.com/News.aspx?NewsID=76357>

## ➤ 20150521 醫學教授：醫糾法如不將人性貪婪列入考慮，最終將只是勞民傷財而已

精選轉載 2015/05/21 07:50:00 發表於 · 社會 · 醫療

文：江博暉（台灣泌尿腫瘤醫學會創會理事長、醫學博士、教育部部定教授、美國德州大學 Visiting professor）

看到醫糾法即將送立法三讀之際，我認為醫糾法仍有許多漏洞，像是病方取得補償金後還能提告，這種規範是忘了人性的「貪婪」，其結果是反而會增加醫糾案件數。

（關於醫糾法，請參見：醫糾法朝野協商版爭議：強收保護費、拿錢不辦事，還要扯醫療人員後腿）

個人在行醫三十年來碰過三件醫糾案，回想起來都與人性的「貪婪」有關。

第一件為在高醫服務時，有位病人血尿就診，安排膀胱鏡檢查，總醫師檢查時因血尿嚴重，膀胱鏡視野不清，建議住院但病人沒再出現。

三年後來提告，原因為，三年前膀胱鏡檢查後，至另一家醫院診斷出膀胱癌，接受膀胱切除，在腹表做了迴腸導管造屢，由於位置不好常要更換造屢袋，花費不少。提告理由為未能早期診斷，害他膀胱切除，要求賠償。

當時在衛生局開協調會，這時參加的醫院代表及醫師就如同當砲灰一樣，不斷被病人及其親朋羞辱，是不是沒給紅包呀？等話都出口了。

後來知道事情已過三年，超過法定追訴期，才態度 180 度轉變，坦言股票輸錢，沒錢了，並下跪哭求給錢。

第二件為整形科醫師接受切病理錯置案，也是先在區辦公室開協調會，該整形醫師（以下稱 C 君）居然說沒為他作肛診，違反醫療程序。

在醫師誓言中提及：「我必盡力維護醫界名譽及高尚傳統；我視同事為我的兄弟」，因為 C 君在別的醫院已接受過 PSA 及肛診檢查，被建議作攝護腺切片，經人介紹來找我作切片。

本於同事兄弟之情，禮遇未讓其掛門診看診，直接約時間作切片，居然也成為被提告之理由。更可惡的是，居然告業務過失傷害刑事，而且只告切片醫師及病理科判讀醫師，

中間處理的技術員均不告，明顯就是將醫師當肥羊。

切片醫師與最後病理判讀醫師與檢體錯置何關？並在開庭前說這是訴訟手法，也就是刑事綁民事，萬一勝訴可省訴訟費，且檢察官可幫他查出誰弄錯檢體。

當你的同行且將他視為你的兄弟，都會如此對待你，更何況一般民眾。

第三件為在某醫學中心切片診斷為膀胱癌來就診，而門診膀胱鏡檢查確實發現有一腫瘤位在左輸尿管開口，由於位置特殊，以切除鏡切除恐傷到輸尿管造成左腎受損，而部份切除又怕轉移或局部再發。

因此建議作攝護腺保留膀胱切除，並以迴腸作代用膀胱，手術順利成功，病人也不用腹部貼尿袋，解尿可順利由尿道解出，性功能也不受損。

惟病理報告是組織變異化生。手術後半年，因恢復情況良好，告知可不用頻繁追蹤後，就提告說術前並未提供上一家醫院的病理資料，且醫師也未告知要切除膀胱。

試想一個那麼大的手術，費時要 6~7 小時，死亡率 5%，健保點數才 20000 多點，動用至少 6 人以上的醫護人員，算下來每人工作營收還不如腳底按摩每小時 600 元的按摩費（ $600 \times 6 \times 6 = 21600$ ）。

這麼不划算的大手術，還會想為病患開，除了救人的熱誠及成就感外，還有什麼其他動機？但這種動機也會受人性的貪婪所摧毀。

當然病歷上清楚記載其他家醫院病理報告（電子病歷無從修改），手術同意書上登記膀胱全切除也有病人簽名。這案例也是我一直對學生提醒，書寫病歷有時覺得煩，但該寫的一定要記載。

法律人的思考邏輯是與醫師不同的，醫師對不同的病人有不一樣的思考方向，會變通的。假如病歷未記載，在法律人只講究證據下，豈不又犯下業務過失傷害遭刑事判刑？

以上舉出我這三十年碰到的醫糾，慶幸的是均非個人醫術因素，雖全身而退，但也遍體鱗傷，換來的是，讓我看懂人性。

醫糾法如不將人性貪婪列入考慮，最終將只是勞民傷財而已。很多事政府的介入並不見的是好事，而且忽略了民間保險制度的效率及功能。大家由汽車第三責任險的推行，就可清楚了。以前車禍只見在馬路上吵成一團，現在只見交通警察測量筆錄後就各自開走，

也很少見到吵架。為什麼？因為保險公司會善後。如你百分之百錯誤，你的保險公司會理賠對方，當然你明年保費可能會被要求增加，以示警惕。你沒錯，當然由對方保險公司負責。當然也有可能雙方都有錯，就由交通法庭裁決，保險公司再按比例賠償。

美國的醫療糾紛也大致如此處理，而台灣由於醫療糾紛多且都獅子大開口，保險公司不敢承辦，如何將醫療院所營收之一定比例，加上菸、酒、檳榔稅，人民強制交第三責任醫糾險（一定收入以下的百姓，由前述經費補貼）來補貼理賠金。

在有利可圖下，保險公司的效率就可顯現，並解決此難題了，也可讓醫師專心看病，不用出庭受年輕檢察官咬文嚼字，奇怪思考邏輯的調查（一件用膝蓋想就知道問題在那的檢體錯置，居然費時8年，才定讞泌尿科技術員無罪）。

醫病關係的合諧是全民之福，政府的手不用伸進去太多，食品藥品的管理都作不好了還想管醫糾？

很多事情的解決要靠政治，在政府無能、民代失職下，醫界也該自立自強了。

（相關閱讀：好心收她住院，結果變成在幫她賺錢 — 一個讓外科醫師崩潰的故事）

全文獲作者授權轉載，文章來源於作者臉書。

Photo Credit: Steven Damron CC BY 2.0

責任編輯：鄭少凡

核稿編輯：楊士範

## ➤ 20150522 醫糾法聯合聲明稿（中華民國急救加護醫學會）

醫病關係和諧，本為醫病雙方追求雙贏之終極目標，亦為從事急重症醫學同仁殷殷為念之最高理想。近日衛生福利部重提行政院版「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」（以下簡稱：醫糾法草案），依其總說明，係期達成「維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧」、「迅速解決彼此爭議，實現社會公平正義」、「促進病人安全，提升醫療服務品質」之政策目標，本為立意良善。然因立法背景及技術問題，該法所生爭議尚多；我們在此鄭重表明，為求長治久安，醫病雙贏，目前草案應全面擱置，以求慎重。

醫糾法草案之重提，本為平衡增訂醫療法第八十二條之一有關醫療刑責明確化所生之社會大眾觀感，並計畫將醫糾法草案與醫療法第八十二條之一修正條文包裹通過。然醫療法該條之增訂，因法務部堅持不得針對醫療行為另訂僅故意或重大過失始受刑法追訴之原則概念，已難昭醫界企盼刑責明確初衷；另醫療法第八十二條之一修正條文草案同時將醫療常規入法，惟醫療常規乃不確定法律概念，以之做為刑事責任之構成要件實屬不當，且醫糾法草案中有關醫療常規之規定，也已在醫界反彈後經衛福部同意刪除，堅決否認醫療法第八十二條之一修正條文草案卻未為相對應之修正；恐致修正後之法條，難達醫界企盼刑責明確初衷；此疑慮尚未解決，主管機關卻積極推動醫糾法草案，致生爭議；兩法之平衡，互為因果，當重新通盤權量，以昭公信！

綜觀當前醫糾法草案所生疑義，影響重大者包括：

一、醫糾法究其實為「醫療糾紛處理」及「醫療事故補償」兩大部分之組合。前者採強制調解先行原則，雖有其目的；然調解之基礎，已於鄉鎮市調解條例、及民事訴訟法第二章訴訟中之調解有法定程序，針對醫糾損賠實務上以私權爭議為主流見解之外另訂強制調解無異疊床架屋，更有甚者此法明訂『醫事機構或醫事人員經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場』，在損害賠償仍以民事訴訟為主之現行司法架構中實已踰越當事人平等之基本原則(此規定違反 憲法第 16 條規定之人民訴訟權利應無疑慮)。

另，醫事糾紛於提起訴訟之前依民事訴訟法第 403 條第一項第七款應先行調解程序已行之有年，然醫療糾紛涉訟者非但未因此減少反而逐年增加，依行政程序法第 7 條第一款規定，行政行為採取之方法應有助於目的之達成即有牴觸之實。是以草案前部必應無立法必要，而草案中之補償機制另論述於後。

二、醫糾法草案第十六條明訂，為促進調解，直轄市、縣（市）主管機關得要求醫療(事)機構提供所需之病歷、診療紀錄、簿據、醫療費用成本等文件或有關資料；醫療(事)機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。此舉無疑賦予行政主管機關「司法機關」權力，有違三權分立之現代民主法治精神殆無疑義。

三、醫糾法草案之調解具強制性質，醫院或醫師不到場受行政罰鍰，而民眾則無同等規定，雙方並非處於平等之法律地位。再者，民事訴訟程序中雖亦有強制調解之相關規定，亦無類似醫糾法草案之行政處分規定，概私權之爭需以雙方平權為基礎，調解仍需尊重當事人之意願，不得強制醫院或醫師參與調解程序。又縱使調解成立，僅代表雙方願就爭議事件各退一步，並無認定醫療事故責任歸屬之效果，醫糾法草案卻規定若調解成立，應由醫院或醫師方負擔病歷相關資料之調閱費用，再次顯示草案之設計非視雙方於平等之法律地位。

四、醫糾法草案之「醫療事故補償」性質不明；綜覽全草案，似有擷取補償救濟、過失賠償及責任保險之片段拼湊而成，以致進退失據，處處桎梏，並無他國法律或以檢視醫療傷害發生之根本以促進病人安全、或以讓醫療提供者心無罣礙盡力救助病患，於醫療事故發生時由國家編列預算給予病家一定補償以免醫病雙方受訟累所苦之核心精神，而淪為為『補償』而『補償』，一旦病家對醫療不滿即可提出申請，『補償』與否完全不妨礙並加另行提起訴訟之權利(該法僅規定另行起訴者主管機關得命當事人返還)。

五、醫糾法草案之「醫療事故補償」雖標榜不責難補償，惟因明訂醫療機構及醫事人員須繳納醫療風險分擔金，此規定無異於無過失賠償責任，此與現行醫療法第 82 條明定賠償以故意和過失為限顯然相違。另觀草案中對於給付補償後，非告訴乃論經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一醫療事故，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還，則等同過失責任賠償(法案第 33 條)，又與以檢視醫療傷害發生之淵源以促進病人安全為核心精神之不責難補償制度背道而馳。

六、依醫糾法草案，中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。惟醫療事故或醫療風險的發生縱可能與醫療行為相關，但究其實際則絕大部份來自於疾病本身，而疾病的發生涉及眾多因素，醫療機構及醫事人員所努力者乃是避免或降低疾病的負面影響，因此醫療事故補償基金強制來源，部分既來自醫療機構及醫事人員被強制繳納之醫療風險分擔金，反有處罰醫療服務提供者之性質。又衛福部雖表示醫糾法草案將明定醫療機構不得將醫療風險分擔金勢必轉嫁於醫事人員，惟實際執行面恐難落實乃眾所皆知之事；基金來源部份來自政府預算，公眾是否同意也未經妥適程序取得共識！

七、醫糾法草案之提出，本欲減輕醫師訟累。然依草案，調解成立後，病家仍得提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴；僅係若就同一醫療事故於補償後提起訴訟，得命返還補償金而已。原調解若尚未為法院核定，法院尚能受理審判。此法案非但不能減輕訟累，反將可能將調解過程，提供病家為訟訴攻防預演，並且賦予行政機關無異於司法機關之『偵查權』，違反私權爭議雙方平等之精神；而補償金額亦將成為民事賠償之最低基準，醫療訴訟勢必有增無減，賠償數額亦將不減反增。

綜合以上種種理由，我們秉持一貫審慎負責態度共同聲明，醫糾法草案因立法設計存在重大瑕疵，匆促立法，恐有違原立法之美意！為求醫病雙贏，務必全面擱置！通盤檢討，寧缺勿濫。

中華民國急救加護醫學會理事長

中華民國重症醫學會理事長

台灣胸腔暨重症加護醫學會理事長

2015/5/22 聯合聲明

<http://www.seccm.org.tw/download/2015/05/%E9%86%AB%E7%B3%BE%E6%B3%95%E8%81%AF%E5%90%88%E8%81%B2%E6%98%8E%E7%A8%BF1040522.pdf>





## ➤ 20150522 周恬弘：醫療糾紛的結如何解？（天下獨立評論）

2015/05/22

作者：周恬弘

關鍵字：醫療糾紛 醫院 醫師 民代 媒體 醫病關係 醫糾法

這個月中一位不幸經歷胎死腹中的黃姓婦女，由於質疑在其產檢過程中，婦產科陳志堯醫師診斷的不夠嚴謹，以及台北榮民總醫院對於其胎兒遺體的處理方式過度草率令她無法接受，遂偕同民意代表姚文智委員和謝維洲市民代表召開記者會，控訴醫師與醫院，使得此醫療糾紛浮出檯面。

以往，此類的醫療糾紛新聞一曝光，通常輿論都是同情病人一方的，醫師和醫院因此都會遭受極大的指責壓力，以及可能隨之而來的衛生主管機關的介入調查或關切，甚至被處罰。

過沒幾天，作家、網路意見領袖柳林瑋醫師在其臉書 po 出一則訊息「聽說北榮婦產科陳醫師辭職了。科科，再繼續告吧。鬼島島民，準備一起迎接沒有救命醫師的美好未來吧！」，使此事件產生大逆轉。

由於這幾年內、外、婦、兒、急診五大專科醫師招募不到新血，甚至流失的情形，導致所謂的「五大皆空」議題逐漸發酵，受到社會廣泛的關注。年輕一輩醫師不願意走這五大專科，紛紛選擇責任較輕、風險較低的皮膚、眼科、耳鼻喉、醫美、牙科等所謂的「五官科」，最主要的原因是五大科醫師處理的病情多半比較複雜，臨床責任較重，生活品質較差，但健保給付卻相對少。此外，五大科醫師面臨愈來愈頻繁的醫療糾紛風險，也是讓資深醫師萌生離意，使年輕醫師望之卻步的主要原因。

這兩年來報章雜誌報導過相當多醫護人才流失與短缺的議題，也都直指醫療工作條件、環境不佳和醫療糾紛壓力是主要的原因。使得民眾開始關心起如果情況繼續惡化下去，未來台灣重症病人將沒有醫師可醫的處境。

在這件醫療糾紛中，柳林瑋醫師的 po 文讓讀者將病人藉記者會控訴醫師醫療疏失與醫師離職的因果關係直接連結起來，經過媒體的大幅報導，遂引發捍衛醫師的民意聲浪，迫使姚文智委員和謝維洲代表公開對陳醫師道歉。當然，在網路社交工具很普遍的時代，每個人都有公開發言的機會，許多受過陳醫師診療的病人也在網路上，表達對他的醫療專業能力與熱誠的肯定與感謝，更堅定這次事件中民意很難得地站在支持醫師的一方。

不過，後來又有更正確的消息指出陳醫師在今年3月就向榮總提出離職申請，此發生於5月的醫糾事件和他的離職應該沒有直接關係。柳林瑋醫師也因此為自己在氣憤下，尚未

釐清陳醫師辭職的時序就發文的動作做出道歉。

台灣的媒體和民意代表的密度大概是舉世罕見的多，由於媒體必須找新聞來報導，而民代必須做選民服務，因此醫療糾紛成為很理想的報導或服務題材。在國內醫療糾紛的處理中，病方經常會想要透過媒體或民代討回公道，或給醫方施壓，雖然最後不必然都會實際去做，但是每隔一陣子，我們還是不難看到媒體報導民代與病家召開記者會，指控醫師或醫院的醫療疏失。

我覺得這次發生的案例，應該會產生某種程度的作用，提醒民代在為病方召開醫療糾紛記者會之前，至少先徵詢一下專家的意見，並再多考量可能引發的社會成本與後果，不要太衝動行事。

醫療糾紛事件透過媒體公諸於世，對醫病雙方的殺傷力都很大，在這件案例上我們就看得很清楚。不僅陳醫師和榮總受到傷害，黃姓病人也遭受網友的指責。一般而言，被病方控訴的醫方，會遭遇聲譽與形象的損失，以及心理的巨大壓力；然而在此情況下，病方的心理應該也不會好過，不論如何，醫師和醫院總是曾經協助、照顧過自己或家人，有一份情意。還有，若醫療糾紛公開化，病方也是會擔心社會大眾的眼光，以及可能因此與醫方關係的決裂，使得後續的醫病協商更難進行。

此外，在醫療糾紛當中，第三者其實也不好當，因為醫療事件通常相當複雜且資訊不足，一般的「公親」不容易了解全貌，常常是公說公有理，婆說婆有理，很難直接斷定誰是誰非，有時候反而是愈理愈亂。

醫療糾紛發生之後，要如何處理，才能達到最理想的結果？剛好最近衛生福利部將「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」（以下簡稱為「醫糾法」）草案朝野共識版本送立法院，希望在這會期結束前三讀通過，完成立法。此版本的「醫糾法」是否能有助於醫療糾紛處理更上軌道？

目前「醫糾法」草案有幾個重點和目的：1.要求醫療機構設立醫療糾紛關懷小組，加強風險管理與醫糾處理能力；2.建立調解先行原則，希望能減少司法訴訟；3.衛福部辦理與受理醫糾初步鑑定，促進病人權益，迅速瞭解真相；4.成立醫療事故補償金制度，提供死亡及重大傷受害者及時補償；5.建立醫療事件通報、調查與除錯機制，減少醫療事件與糾紛的發生。

其實可以看得出來衛福部用心良苦，希望透過「醫糾法」減緩醫療糾紛造成醫界和病人雙方的對立與衝擊，使醫療人員安心執業，避免損耗過多的社會資源，這是應該給予肯定的。我覺得只要能夠將醫療糾紛事件導入理性的處理常軌，避免非理性的動作，並且不會誘發不當求償，使社會承擔太大的成本，大家就應該努力看看。

目前醫勞盟對此「醫糾法」版本的主要疑慮在於醫療事故補償金財源相當大的比例須由醫界承擔，以及醫療事故補償將使許多隱性醫療糾紛浮出檯面，導致補償金支出快速增加。其實，醫療事故補償金的財源之前在立法院委員會審查時尚未取得共識，且補償金的制度與作業大多尚未訂出，因此醫勞盟的憂慮是自然的。不過，若照此法案有關「醫療事故」一詞的涵義，是指「醫療行為與病人發生死亡或重大傷害之結果，有因果關係或因果關係難以排除之情事」。因此補償的對象僅限於死亡或重大傷害，且無法排除醫療行為與結果有因果關係，補償金範圍已經有較明確的界定，不至於太過浮濫。

柳林瑋醫師則表示：「沒辦法降低醫療訴訟、沒辦法減少醫療糾紛、沒辦法讓醫師更專注在臨床工作上的醫糾法，就絕對不能讓他通過！」此版「醫糾法」的目的就是希望藉由強制調解、事故補償制度來降低醫療糾紛走上訴訟，讓醫師減少上法院的心理與時間壓力，以專注於臨床工作。至於「醫糾法」能否減少醫療糾紛的發生，我比較不敢說，因為醫療糾紛發生的原因很多，非單一因素。不過如果法案能促進以非責備、更客觀的方式來檢討醫療事故，找出可能的原因，並藉此做根本改善，相信對避免同類型事故的發生會有幫助。

因此，衛生福利部還希望立法院在這次制定「醫糾法」時，併同修改《醫療法》第82條之1，將醫事人員刑責加以明確化，以醫療人員「違反醫療常規」作為負擔「業務過失刑責」的前提。以改變現行絕大多數醫療糾紛都是以「刑事附帶民事」的方式提告，避免病方動不動對醫療人員提出刑事告訴的動作。

雖然我覺得此版「醫糾法」大方向是對的，但還是太複雜了點。我心目中最理想的醫療糾紛處理方式，是當病方對醫療過程或結果有所質疑時，就先送鑑定，藉客觀專業的鑑定取得真相，化解疑慮，或做進一步求償、協商的依據或考慮。在醫療糾紛中，大多數的病家並不是真正要打擊或告醫方，而是想要知道事實真相。然而醫方在面臨可能的法律責任、自我形象保護的考量下，對於事實的說明多半會有所保留。就算醫方對事實沒有保留，在病方有質疑的情況下，也很難完全相信醫方所說的。因此真相最佳的釐清者，就是具有專業的第三者。我認為調解的功能不大，因為調解委員絕大多數並未具備專業審理能力。

若醫療爭議事件能夠盡快取得鑑定，許多案件就不至於演變成醫療糾紛。鑑定的結果若是事件與醫療無關，那病方也應該釋懷、安心。若是醫療事故確為醫療行為疏失所造成，醫方應該給予病方應有的關懷與賠償，醫方可以透過保險、醫療社群互助，來籌措賠償基金，以分散風險；在協商過程中如果醫病雙方無法達成共識，則可再透過調解或民事訴訟的途徑來處理。若醫療事故是因醫療過程中無法控制的因素（院內感染、無法避免的併發症發生機率）所致，那應該透過國家的補償機制去處理，由全民互助機制來扶持不幸的病人。用鑑定的原因來做案件分類，決定該做賠償或補償，設計不同的財源籌措機制，應該是最沒有爭議的方法。

最重要的，是整個社會應該針對醫療意外或事故營造一個不責難的檢討環境與制度，除非醫療人員故意，否則不應追究醫療人員的刑責，但對於受損害的病方採取適度的賠償或補償。如此，醫界才能夠放心對於每一件醫療事故進行深入的分析，探討根本的原因，提出有效的預防方法，去確保病人的安全。也只有在這樣的文化與環境中，醫病之間才能維持坦誠和互信。

如果國內的「醫糾法」能夠朝這幾個大原則去尋求共識與制定，相信會更容易執行，有效降低醫療訴訟、減少醫療糾紛、減少防衛性醫療、更能讓醫師無後顧之憂地投入在臨床工作上。最終，達到使醫病兩心安的境界。

- See more at: <http://opinion.cw.com.tw/blog/profile/322/article/2853#sthash.2ICCSfsf.dpuf>

## ➤ 20150528【焦點新聞】《醫糾法》真能解決醫病夢魘？（新新聞）

2015-05-28 12:30

醫界灌爆民進黨網路，立委「統統搞錯了方向」

國會推動醫療糾紛的相關立法，卻遭醫界群起反對，甚至在網路上群起連署表明立場。然而立委們則埋怨整個立法過程醫界都有人參與，如今在最後關頭大動作反對，恐讓過往十七年的努力全部付諸流水、一切重新來過。

林筱庭

十八日上午，立法院出現一場「快閃」記者會，短短三分鐘內，民進黨立委姚文智、台北市議員謝維洲二度九十度彎腰鞠躬，神情凝重地表示，「向台北榮總婦產科醫師陳志堯慎重抱歉。」

事情起因一場醫療糾紛，三十七歲的黃姓產婦，五月初向姚文智陳情，認為台北榮總醫療疏失造成胎死腹中，也不滿醫院將死胎遺體比做廢棄物處理，以塑膠袋包裹並裝入紙箱，於十五日在姚文智、謝維洲陪同下舉行記者會。

醫界群起反對，三·八萬人聯署

沒想到才三天，便引發網友、醫界激烈論戰，輿論也一面倒痛批姚、謝等人不明就裡，將讓已送入「加護病房」的醫療環境更為險惡，未來恐怕沒有醫師願入高風險科別，使姚、謝不得不再次召開記者會解釋、道歉。

這僅是台灣諸多醫療糾紛的一景。醫療糾紛不僅是醫師揮之不去的夢魘，同時折磨著病人與家屬，如今推動的《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》立法，就是希望能降低居高不下、逐年增加的醫療糾紛數量，共創和諧的醫病關係。

沒想到，立意良善的立法，卻讓醫界群起反對，以醫勞盟為首的醫事人員發起網路連署，至今已有超過三·八萬人參加，認為日前推動的《醫糾法》是衛福部為好大喜功而強推入法的急就章版本。

同時，也有醫事團體透過民進黨「開放中常會提案平台」提案，盼藉此要求民進黨立院黨團阻止修法通過，八天內連署即破萬人，成為該平台成立三個月來第一個成功提案，依規定民進黨中常會將於五月二十七日會議中排案討論。

事實上，《醫糾法》從一九九八年立委沈富雄提出至今，國會已歷經六屆、十七年，數次公聽會、朝野協商，可見其法案複雜度。而此次版本於二〇一三年通過一讀送入委員會審查，幾乎可說是醫、法、行政機關與立委們的最大共識版本，原可望在此會期內通過立法。

紛爭難免，上法院能免則免？

該草案以「調解制度」及「補償制度」兩大部分為核心，前者為建立醫糾發生時的解決機制，得先經第三方初步鑑定釐清責任，並經調解，否則不得提起訴訟。後者為成立補償基金，以醫療事故與醫療行為「有因果關係及無法排除者」為限，讓病人得獲取金錢補償以取代漫長訴訟。

「若此次沒過，相當可惜。」過去大力推動《醫糾法》的立法委員陳節如認為，此次最大爭議點在醫療事故補償基金的「金源」，原訂由政府預算出三成、菸捐四成、醫師或醫療機構出三成，「對醫界是好的，不能希望訴訟少，又不願出錢，有規定只需繳醫療收入的千分之一，其實對醫師影響不大。」

她認為，不能一面倒要求政府出全額，且醫界擔憂病人或家屬將輕易申請補償而使道德風險增加，「其實有審議機制在前頭把關，補償也得證據齊全，要拿補償也沒有那麼容易。」陳節如擔心，此法沒過會使得因治療致殘、死亡等急需孔急的病人家屬，須經由漫長司法程序才能得到補償金。

不過，醫勞盟理事長張志華指出，衛福部及推動此版本草案的立委「統統搞錯了方向」，「醫療糾紛」與「醫療訴訟」是兩回事，絕大多數的醫療糾紛，有九成是私下和解，只有剩下一成會走入訴訟，「《醫糾法》要解決的應是前者，而不是減少訴訟。」

根據統計，醫審會受理的醫療糾紛鑑定案件已破一年五百件大關，自○九年至一三年，每年平均約有五四○·二件委託受理鑑定，而這還只是法院或檢察機關的委託案件，若依張志華所述比例推估，台灣平均一年醫療糾紛案件可能逼近五五○○件。

張志華說，醫界過去不乏經調解、由醫院給予病人家屬補償金後，醫師私下又被病人家屬「追加」百萬元補償金的個案，「讓懂得吵的人有糖吃，反變相增加醫糾數量。」「道德風險如此高，因為發生醫療事故時不會有病人會滿意。」

名為「補償」，實為「賠償」

即使衛福部表明將控管補償金額，但在台灣醫病關係如此對立氛圍下，結果恐怕更不樂觀，張志華建議，與其立法，不如從醫院評鑑中列入「醫糾關懷及處理制度」，並朝「不責難」方向著手。意即事故發生時，先鼓勵醫師講出真相，有機會預防下一次事故，「有過失也不由醫師賠償，而是就其醫療論理懲罰，例如要求再進修、停業一段時間甚至是吊銷醫師執照。」

基層醫療協會理事謝坤川質疑，該法雖名為「補償」實為「賠償」，無論是與醫療行為「有因果關係」或「無法排除」，都是在責難「醫師有過失」，在此之下，不會有醫師願意配合說出真相，即無法針對醫療體系的系統性錯誤加以改善。



至於病家權益，則可類似藥害救濟制度由政府出資「補償」，醫師在友善環境下執業才會避免採防禦性醫療，「懲罰是沒辦法讓社會進步的。」張志華說，草案甚至規定調解時醫師一定要在場，與現況不同，該過程反而增加醫師痛苦。

目前醫界普遍希望《醫糾法》能先擱置，甚至希望「一切歸零」。不過，也有一部分醫師贊成，大多以外科、婦產科醫師為主。

婦產科醫學會秘書長黃閔照認為，或許可從婦產科醫學會自二〇一一年起實施的「生育事故救濟試辦計畫」借鏡。

黃閔照指出，計畫試辦以來成效良好，已使產科的司法訴訟鑑定案件數大幅減少七二%，三年來耗費救濟金平均每年約六千萬元，遠低於試辦前估算一年約需三、四億元的猜想，「可見並不一定會因有補償金而誘發更多醫療糾紛。」

不過，產科有一定生產風險且能計算，黃閔照提醒，不同於醫療行為可能有不可預期性傷害，國家鼓勵生育因此經費理當由國家編製，此與《醫糾法》的基礎稍有不同。他表示，《醫糾法》破局相當可惜，如果無法通過，不排除先推動《生育風險補償條例》完成立法。

一切得重新再來過？

對於醫界炮聲連連，衛福部醫事司長王宗曦回應，醫界擔心極端病家會因有補償金而動輒申請補償，但從「生育事故救濟試辦計畫」看來並未如此悲觀，目前也以就各界建議提出十一項建議修正內容重點，希望能以最小爭議達到最大共識，「當初推試辦計畫時，婦產科醫師大多也不願加入，也是慢慢溝通才有如今成果。」

推動歷程如此久遠的法案，卻在臨門一腳之際引發諸多爭議，有立委私下抱怨，「醫界可能也忙啦，推了好幾個會期，當時也都有醫師代表在場，如今卻大反彈，不過討論也好，可讓法條更細緻。」但此案要過恐怕「凶多吉少」，立法院也將於明年二月換屆，到時恐因「屆期不連續」，一切得重新再來過，醫糾問題恐怕又得再拖上一陣子。

<http://www.new7.com.tw/NewsView.aspx?t=08&i=TXT20150520174441BD3>

## ➤ 20150528 【時事 News】《醫糾法》搞了多年卻無法上路，問題在哪？德國、北歐這樣做 醫療訴訟變少了

撰文者張瀨文 2015/5/28

多年來，醫療糾紛該怎麼處理？始終是醫、病雙方爭論不休的議題，最近因為衛福部強力遊說要通過《醫療糾紛處理及醫療事故補償法》（簡稱《醫糾法》），讓醫療糾紛議題再度成為輿論焦點。

台灣一年的醫療糾紛到底有多少？根據醫改會二〇一二年統計，十一年來，醫改會累計接獲近四千件醫療糾紛申訴，平均每年約四百多件的醫糾訴訟，醫改會認為這些浮上檯面的只是冰山一角。

根據醫改會參考陽明大學公衛所副教授楊秀儀的研究，加上醫改會依據健保醫療服務量推估，台灣每年約有五千件醫療糾紛還沒浮出檯面，一年至少有一萬八千名醫療過失受害者求助無門、或者不知如何爭取權益。

民眾在就醫時處於資訊不對等的弱勢，醫師也害怕被告，為了創造醫病雙贏的局面，《醫糾法》應運而生。

《醫糾法》立法動機，除了替醫師減少醫療訴訟之苦，降低病患或親屬提起訴訟，最重要的是「降低醫療的系統性風險」，所以整套法案主要是處理醫病之間「調解」、「補償」以及「除錯」三大問題。

此外，該法背後還綁著另一條很重要的修法，那就是醫界高度期待，《醫療法》八十二條之一「醫療行為刑責合理化」，也就是俗稱「醫療行為除罪化」的修法。

### 醫糾處理各國比一比

比法律，台灣不算苛刻

醫師擔刑責，德、法皆如此

「醫療行為到底能不能除罪化？」在醫、病、法界爭論已久，醫界期待透過《醫糾法》立法，附帶通過「醫療行為合理化」的修法。法界則希望，透過《醫糾法》立法，把醫療糾紛的調解、補償、除錯制度建立起來，減輕醫生在刑事上的責任，來換取醫生願意說出事件真相，當作未來改善所用。

「但整個法案到立院後，已逐漸變形，調解、補償、除錯制度沒有建立起來，支持醫療責任合理化的理由就不見了，這樣的法案不能貿然在這時候通過，」中央研究院法律所副研究員吳全峰說。

換句話說，《醫糾法》本會期如果在立院卡住，同樣的醫界最期待，醫療法八十二條之一「醫療行為合理化」修法也將連帶停擺。

衛福部與醫界多次提出修法，對醫療行為限縮刑事責任。二〇一二年七月，法務部舉辦「醫療行為刑責之探討」公聽會上，衛福部強力主張，不應以刑事論處醫師在醫療現場當下的判斷。但當天會場上法務部及法界人士則強調，不應輕易破壞既有的《刑法》架構，若對特定行業，以特別法來減輕過失責任，公平性恐有疑義，傾向另外建立處理醫療糾紛的救濟機制。

當時出席的台北地方法院法官姚念慈在公聽會上表示，現行制度其實對醫師有利，民眾打民事官司向醫師求償，須自負舉證責任，在醫療資訊尚欠透明的情形下，病患非常弱勢，因此部分民眾才會選擇「以刑事官司逼民事求償。」她說，醫界把「五大皆空」的人力問題歸咎於醫療訴訟，不太適當。

根據法務部統計資料，近十年來醫師業務過失致死案件，起訴率沒逐年升高，去年甚至降到二·五％。

然而輿論卻經常出現「台灣醫生犯罪率世界第一」、「台灣醫生因為醫糾賠償很多錢」、「全世界只有台灣用《刑法》對待醫生」、「很多醫生因為醫糾而坐牢」類似說法，許多民眾也信以為真。

但檢視相關統計與規定，無法證明上述說法為真。根據法務部所屬地檢署受理醫療糾紛案件統計，從二〇〇二年至二〇一二年六月底偵結情形，十年半間，醫師過失傷害加上過失致死案件共二千五百六十二件，當中遭起訴共二百一十三件，起訴率為八·三一％。中研院法律所副研究員邱文聰認為，這樣的起訴比率與美國、法國約五％到七％相比，並未明顯偏高。

此外，台大醫學博士、哈佛法學碩士吳俊穎的研究也發現，台灣醫糾告上法院，最後被檢察官起訴或法官判刑的機率都不高，即使判刑，也是緩刑、或易科罰金，幾乎沒有醫師因醫療糾紛坐牢。

台大法律系教授沈冠伶在其前年公布的「醫療糾紛處理與專家協力」報告中提到，二〇〇四年台灣醫療訴訟事件約在全部民事訴訟事件占〇·〇四％，日本為〇·六七

%，根據德國責任保險業者估計，一年保守估計有接近四萬件醫療糾紛案件，其中約有八%提起訴訟。

民眾多以為五大科的醫糾事件最多，但有個現象值得注意，那就是近年醫美引起的醫糾案件快速增加。

根據台北市衛生局公布資料，去年上半年接獲醫美爭議多達九十六件，比去年同期一口氣暴增近七七%，成長幅度遠遠超過五大科。

另外，根據法務部統計，包括德、法、韓、日等國，對於醫師因醫療過失導致病人死傷，都與台灣一樣，適用《刑法》，義大利每年甚至有超過一萬名醫師被刑法起訴。

醫改會董事長劉梅君表示，政府不能只想在《醫療法》八十二條去刑化上為醫師脫困，醫師怕被告，民眾又何嘗喜歡上法院？就是因為沒有一套有效處理醫糾的管道與機制，民眾才會選擇標準最嚴格、勝訴率極低且曠日廢時的刑事訴訟。

### **比配套，他國成效更好**

#### **調解一條龍，德國訴訟變少**

對此，台灣大學法律學院教授林鈺雄認為，德國的制度台灣可以參考。他曾在醫改會發文表示，德國跟台灣一樣，醫師有醫療疏失仍須負民、刑事責任，但德國醫師卻很少跑法院，這主要是德國在各邦設置醫療鑑定調解會（詳見左頁表），做為訴訟外探究事實真相、並且快速解決紛爭的替代途徑。

現今，這個以醫病雙方「自願參與」為前提的非訴訟途徑，每年處理上萬件醫療糾紛，德國因為鑑調會運作順利，大量減少醫療訴訟。

德國的醫糾處理以「調查」取勝；美國以及近年吸引大批留台醫生回流的馬來西亞，都是以私人商業保險處理醫療糾紛問題；法國、瑞典等社會福利國家則是走補償制度，所謂的補償制度就是類似保險機制風險分擔的概念，「但是不管是哪一種處理醫療糾紛的方式，先進國家從沒有限制人民不得對醫療事故提起訴訟的立法，」吳全峰說。政大法律系副教授劉宏恩表示，訴訟權是憲法保障人民的基本權利。

中研院法律所邱文聰副研究員專研法國的補償機制，他說，在法國，只要發生醫療事故，在確定有因果關係或是無法排除因果關係的情況下，補償基金就會先補

償給病患或家屬，之後會進一步進行認定，是不是有牽涉到個別醫師的過錯，如果醫師有過失，補償基金就會去跟醫師投保的責任保險請款，由醫生的保險公司支付這一筆錢。

專研瑞典補償制度的彰基婦產科主治醫師葉光芄說，瑞典一九七五年設立的「無過失補償制度」，這個制度主要設有醫療事故補償基金，一旦有病人發生醫療傷害時，在「不責難」前提下，此基金就會給予補償金。目前一年大約有一萬二千件申請案，大約五成可獲得救濟，瑞典的醫療訴訟「幾乎消失了」，且醫病關係融洽，不僅八成醫生願意協助病人申請補償，醫生也願意將醫療疏失的真相提出，做為下次改進的參考，如今瑞典成為全世界醫療品質最好的國家。

以《醫糾法》的爭議焦點「補償機制」來說，有一群年輕醫生組成的醫療勞動小組，他們是擔心補償門檻太高，民眾拿不到補償而去興訟。而中生代醫生所組成的醫勞盟說，這個補償機制，會讓民眾會有吵就有糖吃，這個制度會變成錢坑。同樣是醫界，對醫糾法的問題點，看法並不一致。

對於上述擔心，觀察衛福部「生育事故救濟試辦計畫」後續效應，似可推論補償計畫可降低訴訟。

### **比成效，我們輸一大截**

#### **北歐拚防錯，台灣吵誰出錢**

衛福部在衛生署時代開始，從二〇一二年到現在推行該計畫，國內超過三百家有婦產科的醫療院所紛紛主動申請加入。

實施三年來，目前統計出，試辦前因生育事故告上法院一年大約有三十件，但試辦後一年降到八·五件，婦產科被告上法院的次數大幅減少。後來，甚至出現「這種病人補償計畫應該不限於婦產科，應該繼續擴大到其他經常有醫病糾紛的科別，如外科、麻醉科」的呼籲。

在醫界的要求下，衛福部又從去年年底開辦「手術及麻醉事故救濟試辦計畫」，短短幾個月內，又有近百家醫療院所主動申請加入。生育事故救濟補償計畫開辦至今，很少聽到醫界反對此計畫，《醫糾法》補償計畫說要醫界、政府三：七出資，醫界就大反彈，箇中原因讓法界人士相當不解。

台灣的《醫糾法》，目前還陷在「誰出錢？」「出事誰負責？」相互責難的邏輯當中，葉光芄表示，那是台灣還不理解，實施無過失補償制度約四十年的瑞典和

丹麥的好處；他說，北歐制度是醫療傷害如果可避免，補償就成立，他們要的是下次不要再犯同樣的錯。

反觀台灣則因「調解」與「補償」制度不完善，醫師和醫院的本能是能隱則隱，導致醫療傷害原因難明，難以透過「除錯」累積改進經驗，台灣要走到德國與北歐的醫病雙贏，還有很長的路要走。

【延伸閱讀】德國有調解制度，讓醫師、病人都減少上法院  
—德國醫療調解會處理流程

- 提出聲請
  - 書面、不拘格式
  - 病人或醫師都可提出
  
- 程序要件審查
  - 有無程序障礙事項
  - 所有關係人同意參與程序
  
- 事實案情解明
  - 免除秘密義務（病歷可公開）
  - 提出病歷資料等文書
  
- 進行鑑定
  - 選擇醫學專家
  - 分配鑑定事項
  - 鑑定意見之分析、評價
  
- 調解會做成審查意見
  - 鑑定人之判斷（鑑定委員會）
  - 與責任保險人共同商議可行建議
  - 若協調破局，則可能進行訴訟

---

台灣民眾求助，得靠自己一一敲門

管道 1：向醫院申訴

缺點是，只有社工師、行政人員出面，醫療專業度不夠高，無法回答病方醫療爭議問題

管道 2：找民意代表協調

缺點是，民代無醫療專業，醫療爭議問題無法解決

管道 3：鄉鎮市調解委員會

缺點是，容易淪「搓圓仔湯」，醫療爭議問題難釐清

管道 4：衛生局調解

是較好管道，缺點是沒有法制化，各地衛生局資源不同，差異性大

資料來源:醫改會 整理:張瀨文

---

本文出處《商業周刊》第 1437 期，版權屬於城邦文化事業股份有限公司

來源網址：<http://www.businessweekly.com.tw/KWebArticle.aspx?ID=58332>

---



## ➤ 20150530 衛服部主辦全省五大縣市同步連線之研討會

經主席開場致詞之後，首先提了一下「賴清德市長肯定政院版醫糾法的精神」。

賴是衛服部甚麼人嗎？

然後就是醫事司王司長飄然而至，共40分鐘演講時間。

首先先講衛服部「都聽到惹」

然後在這樣全省上千名醫師眾目灼灼甚至是帶著某種情緒的時刻，她溫柔的以電影「X 情人 City of Angel」開場，講了裏頭女主角身為外科醫師與死神拔河失敗救不回病人，心碎感動了死神的浪漫愛情故事，重申外科是不能跟死神鬥的。講了約莫七八分鐘。

然後結尾只有20幾分鐘時間不到開放給現場？五大場平均每個地方五分鐘，這是研討會嗎？還是老片電影賞析？我從沒想過梅格萊恩看起來那麼討厭。而且我自己外科很清楚，來跟我們鬥的不是死神是家屬，醫糾法不就是要講這個嗎到底

開頭講了世界各大先進國家的各種醫療相關補助歷史沿革。其中生產及新生兒是很多國家的重點。

生產是各個國家鼓勵的行為，生病則不是！生病是疾病造成跟病人本身部分責任的問題，兩者根本不同！政院版依法應該與生育事故補償脫鉤。

日本有產科生產補償。

日本那麼先進不也只有產科。

瑞典經20年才推動了全面性病人傷害不責難性質的補償法案，先由公立醫院開始十多年後開始全面，過程中也是不斷反覆修改。

北歐已經廢除死刑的高度發展國家也花了20年，真的要現在立刻馬上拿來冠在台灣頭上？台灣的社會現況有本錢走「不責難」？

英國公醫制度，有部分所謂 NHS 國家賠償機制的契約醫院。

看看英國現況：盲腸排刀等半年，腦瘤等一年，死亡率在七個歐美發達國家中最高，就算如此政府扛醫界，臨床上警力是醫鬧的後盾，病人被記點後這間醫院連急診都不讓你看。講英國，政府有像英國的 guts 嗎？

美國也是新生兒出生相關的事故賠償。

生產意外補償跟醫糾法脫鉤啦講幾遍

講到這裡補充了一下浪漫愛情電影分享主講人她自己婦產科醫師出身(!)覺得生育補助了之後婦產科比較有人願意走。編列三億已經花了六千萬。

所以整個醫糾法不脫鉤生育補助是為了她出身的婦產科啊其他科的咧

政院版醫糾法共有十個版本，最後呈現的就是現在大家知道的這個「醫療機構分擔30%」版。

好來講到錢，(捲袖)錢哪來？菸捐？莫名其妙三讀通過的長照法不也是菸捐？感恩吸菸者讚嘆吸菸者，台灣的醫界長照界安養界看護界都靠你們吸出的一根根香菸燃燒自己照亮醫界！醫療機構所雇的僱員不會被轉嫁當我第一天住在台灣膩。

另外，換算下來每個醫護人員每年要預繳八千元的問題呢？(敲碗)

全聯會推動的各種歷史沿革。每梯次推動的「不通過原因」欄中，分別有兩次立法院屆期不審而停擺、跟反對除罪化。

一線醫師的聲音跟會長扯器捐是強摘的跟講了一堆話的全聯會有同步嗎？還有，之前曾經有效的宣導這個醫糾法嗎？

(最讓人憤怒的來了)她輕笑了一聲說：「很納悶唷、怎麼推動到現在才有不同的聲音」

(ㄟ `□´) (┌——┐

大家抗議是抗議心酸的，我們的各種發文解釋串聯聯署，衛服部說是「納悶唷」！前面的「都聽到惹」原來是這樣

然後後面開始跳針「一下又要醫療事故除罪化」「一下又不要現在賠償金規範」

是我理解有問題嗎？除罪化跟賠償金兩個混為一談幹嘛？

開始為醫界人員上課所謂法院調解(告訴進入司法程序)跟衛生局調處(和解為主)的不同。然後這時候提出了一個亮點也就是她所相信的政院版醫糾法最大功能：「在調解案例數當中，重傷/死亡的數量，如果可以拉出來走調處，總賠償金額會減少。」在調解或調處當中真正成功的數量很少。

換句話說，醫糾法就是法院調解減量法，而官員用數字管理醫界的僵化思想，難道是每個離開第一線臨床「前醫師」的通病？在急診被家屬大罵的我們、在門診被討誠意的我們，我們面對的就只是數字而已嗎？

最後拿出 PGY 問卷調查為何不走五大科的結果：

34%是因為醫糾、29%是因為勞基法未納入。

所以要先強推醫糾法。

妳問幼稚園小朋友為何不念台大醫科？妳怎麼不問五大科臨床人員為何離職？至少也問個 V5、V10 以上啊！

再次重提賴清德支持。

奇怪膩妳是找不到其他人說支持還不會被醫療界丟石頭的了ㄟ一又 V

很明顯，事前溝通不良、事後跳針並重就輕、還動輒拿醫療與死神、醫德來扣帽子。

難怪王司長講完長裙擺擺一溜煙就走掉惹。

留一整場的後面全部出來打臉。

<<簡單整理>>

台北市衛生局醫護管理劉越萍處長：

所謂醫療傷害是疾病跟醫療行為造成的總和，而醫糾法完全不去釐清，在短短一個月內修改了十一條，這樣醫糾法真正要進行到的方向還是原來的方向嗎？

而醫病關係重建互信，有辦法因為這個醫糾法而達成嗎？

衛服部單方面的相信人性本善（我補上：醫性本惡），臨床上遇到的真的都是這樣嗎？

而且法案中諸多漏洞，比方說：（此為依照記憶）

甲乙為朋友，甲對自己爸爸過世依醫糾法提出治療醫師 ABC 當中 A 的賠償，乙又對 BC 提出糾舉（不受醫糾法限制），若 BC 判賠，可以討 A 的賠償嗎？

<<最後>>

台北場 ending：衛服部拿小小醫糾法在那邊改，其實根本有問題的是整個健保制度！（全場鼓掌）

詢問了到場有人數年前衛服部開始無聲的推動醫糾法時，就知道醫護每年要預繳8000元的舉手（只有兩人）

台南場 ending：（賴神的主場）發言踴躍砲聲隆隆，如印象沒錯甚至有住院醫師？

高雄場 ending：高雄醫師公會98%反對通過政院版醫糾法

<<預告>>

5/31醫勞盟活動

基層開講：「醫糾法討論會」

身為基層醫事人員的你，對於衛服部版醫糾法有意見卻沒人聽嗎？

醫勞盟邀您一起來開講！

時間：5.31 14:30~16:30

地點：新北市政府403會議室

進行方式：自己說(每人3-5分鐘)或聽別人說

報名方式：可先將姓名、工作單位、職稱，電話及主題寄信到

tmalabor@gmail.com(如需撥放投影片請一併寄給我們)，或現場報名。

下午兩點半到 四點半

新北市政府！新北市板橋區中山路1段161號！

捷運板橋站！

高鐵板橋站！

台鐵板橋站！

三鐵共構！別說到不了！

快快報名以免向隅！

<<後記>>

由於操作問題

錄影檔只剩部分

以上憑記憶及筆記所完成

如有全程影音懇請慧賜 如有錯誤敬請指正

另

一線醫療人員絕對不是塔內故步自封

努力不斷的解釋再解釋 讓民眾了解醫療細節

持續不斷的溝通再溝通 我這不就花了快兩年時間寫網誌嗎?

<<5/31補記>>

快訊：全聯會決議，醫糾法擱置。

這不是勝利，只是暫時的喘息

長久之計還是進入體制來影響

之後應該還是不斷會有類似的鳥事要處理

而且 全聯會竟然以「著作權法」唯由，禁止今日共識會的轉播。

Why?比起面對推動法案的政府，全聯會難道有不可告訴自己醫界人士的話？  
不懂。

感謝為了這些事情奔走發聲所有人員

## ➤ 20150601 談醫糾法前需釐清五個觀念（王明鉅）

2015-06-01 11:19:04

衛福部近日推動醫糾法立法，引起醫界與消費者代表各方不同意見。而近日立委為產婦死胎召開記者會，接著引發醫界支持婦產科醫師及醫師辭職的新聞事件，更為醫糾法的立法過程增添爭議。

只是大家在對醫糾法的內容提出不同意見時，個人認為有一些基本的觀念應該先取得社會共識。再來談修法內容應該如何兼納不同意見。也許才是正本清源之道。

第一個重要的概念是，**醫師、藥師、護理師等等的醫療人員每一位都培養不易，都應該被當成台灣的寶貴資源。大家要好好愛護珍惜。**試想每一位專科主治醫師，不但他個人都歷經了超過二十年以上的努力，才能成為獨當一面的主治醫師，其實國家與社會也同樣付出了許多資源才能培育出這些人才。而且每一位醫師我敢斷言，他所救過幫過的病人數目，絕對遠大於他萬一真的有錯造成了醫療糾紛的數字。

在目前錯誤的健保制度下，醫療人員已經被無止境的醫療需求耗盡心力，更必須有極大的熱情，才可能仍然留在最容易發生醫療糾紛的內、外、婦、兒、急、麻、創傷等等專科裏面。在台灣已經快速邁入高齡化社會，未來十年的健康醫療需求更將大幅增加的此刻，我認為每一位目前還留在醫療的工作崗位上奮鬥的醫療人員本來就是台灣社會之寶。

每位醫療人員終其一生，只要被告過一次，就會備受折磨與屈辱，甚至就動搖了繼續付出奉獻救人的熱誠。作過一千件好事，就算真的犯了一次錯，我們真的就要把整個社會培育了這麼久的人才捨棄嗎？台灣的醫療人員，就像是一個收入不高家境很困難的家庭裏，非常努力工作賣早點的小孩。他每天努力賣早點努力工作，好維持家計與家庭穩定。只是他每天努力賣早點，收入仍然非常微薄。這個小孩也許會打翻了一碗豆漿甚至打破一個碗。但是就這麼一次，同是這個大家庭中的一份子，就因為他打翻了一碗豆漿，要把他痛打一頓嗎？

大家如果比較一下台灣和大陸，兩者的經濟發展差距愈來愈大。幾乎所有的大型企業都到大陸去發展了。對於在大陸的台商，台灣還有哪些是最有吸引力的差異點呢？我想所有的人都會回答－醫療。也常聽到台商朋友說，只要一生病，爬也要爬回台灣看病。

雖然在目前的健保制度之下，這數十萬醫療人員所創造出來的總產值約6000億只等於一家大型高科技公司，但是難道大家真會認為這麼多醫療人員的價值只等於一家公司嗎？從這個角度觀察，這群極為辛苦的醫療人員，為台灣創造出來的磁吸效應，遠超過什麼土地便宜、投資獎勵的大陸因素，讓所有台商還能根留台灣，這些醫療人員不正是台灣之寶嗎？

在談如何處理醫療糾紛，或是醫糾法該何去何從之前，要先理解的第二個概念是**不應該以釐清真相為解決醫療糾紛的前提**。醫療過程從就醫、診斷、處置到治療完畢，本身就是非常複雜的過程。別說一般人不能理解，即使是醫師對於自己同一個專科但不同領域的醫療過程，都不見得理解(例如心臟內科相對於腸胃內科)。遑論其他專科的醫療過程了。醫師尚且無法完全了解，更別說是其他醫療人員或甚至不是醫療人員的病人家屬、律師、民意代表、法官、檢察官了。

醫療上的專有名詞與常用語彙，一般人完全不了解，而醫療人員或醫師本身相信也沒有太多人受過什麼與人溝通的特別訓練，有許多醫療人員的說明，其實對很多民眾來說，就算聽完了也仍然不了解。民眾為什麼明明不了解醫者說明，也看不懂手術同意書上的內容，還會簽字開刀，作心導管呢？那當然是基於對醫師全然的信任，以及心理上希望一切平安，無視於這些手術過程的風險。這就好像我們吃藥時包裝裏面所附的藥物仿單說明一樣，那麼多的小字，又會有誰在吃藥前，先看清楚上面寫了什麼副作用或禁忌症呢？

也正因為如此，醫療糾紛的處理，幾乎筆者所處理過的近千件醫療糾紛裏的每一件，病人或家屬的第一個也是最強烈的要求都是了解真相給個交代。但是真相並不那麼容易找到。每一個人都不樂見發生了醫療糾紛，而事件的醫療人員們，身為醫糾當事人，更會因為在目前的法律制度下，必須面對與承擔所有的後果，會非常小心地說明整個過程。

有許多時候，他們也會因為缺乏信賴，而不會全盤托出。面對想要盡可能保護他們解決問題的機制時，都不見得會毫不保留地說出全部真相，又怎麼可能期待在法庭上會說出真相呢？又怎麼可能只靠著病歷來說明全部的真相呢？也因為真相不易尋，因為**如果要把找到真相作為解決醫療爭議的依據的話，那每一件醫療爭議的解決就會花上非常長的時間**。目前法院中審理的醫療糾紛案件往往也是如此。花上這麼長的時間，對於醫病雙方，都是巨大的煎熬與折磨。也就失去了解決醫療糾紛的真正意義了。

第三個重要的概念，**醫療糾紛的處理，絕對不能用結果論**。對醫療人員來說，他們看重的是我已經說明了的這個過程。醫療人員認為重點是過程，他們努力作，結果交給上帝。但是對民眾來說，他祈求的是一切完美的醫療結果。病人的期待是結果完美才是重點，過程不重要也不被肯定。只是醫者重過程，病人要完美結果的這種差異，一旦發生了醫療糾紛，就非常容易發生雞同鴨講的場面。而會發生醫療糾紛，幾乎必然它的醫療結果不是完美的。否則也不會有糾紛。

但是不完美的醫療結果，就一定是醫者有錯嗎？敗血症的病人一定要救得回來嗎？心臟病發作了心導管一定就要活著而且心臟功能回復嗎？當然不是如此。因為沒有任何一位醫師敢保證這些醫療結果，既然無人敢保證，那結果不完美有許多時候就完全是機率問題。而且真要追根究底的話，也總會找到那些可歸責的因素，



例如醫師可能下刀的位置偏了半公分，電刀燒灼的時間可能太長了，也許該使用另一種抗生素才會更有效等。

但是這些醫療處置都是在那個時刻，那個場景、那些現場的人、時、地的各種因素下所作出的醫療判斷，也絕對沒有人敢說，真的不那麼作了就一定不會發生不完美的結果。也因為不能用結果論，因此如果真的要來面對醫療糾紛的究責時，就一定只能看過程，過程合理就不該歸責。過程不合理，才有究責的進一步可能。

第四個我們要先釐清的概念是，醫療糾紛的解決牽涉到了四個方面的利益。任何解決方案也都要能兼顧四方利益。

**第一方：當然是受了傷害的病人與家屬方的利益**，他們要的是真相，是一個交代與說明以及補償。而且要快。

**第二方：醫療人員的利益**，他們要的是沒有錯的情況下，不被惡意與曲解所折損的尊嚴。要的是如果有錯的情況，也願意付出合理的補償金額而不是天價的賠償。要的是不要被一件醫療糾紛就抹煞了過去所有努力的成就的公平。而且也希望快快就能解決，早日重新開始他們行醫救人的初衷。

**第三方：醫院與醫療機構的利益**。他們希望醫療糾紛不會傷害醫院名聲，也希望院內的醫療人員不會因為這件糾紛就心灰意冷，甚至就此離開工作崗位。對自己要求高一點的醫院，更會希望找到發生這件醫糾的真因，好避免下次再發生。同時也會希望快快解決，不要讓醫院內部人心不安。

**第四方：國家與社會的共同利益**。對國家與社會來說，最希望的是社會祥和平靜，大家安居樂業，才能在沒有紛擾的狀況下全力努力發展經濟與科技。保護珍貴的醫療資源以及給予民眾適當的補償，對於維持社會祥和都很重要。同時也會希望任何醫療糾紛的類似事件，全國所有的醫療人員與機構都能記取教訓，不要再發生任何類似事件。因此任何醫療糾紛處理機制，都要能兼顧這四方的利益，才能真正發揮功能讓社會能向前邁進。

第五個我們要先釐清的概念是，**醫療糾紛的解決和解決其他紛爭的性質完全不同**。由於台灣社會的醫療資源(裏面最貴重最貴重的部份是人、人、人)是努力培養但又稀有又缺乏的。因此我們要解決醫療糾紛的基本心態是，要藉著快速與努力的解決它，來好好珍惜這些非常寶貴的資源。完全不能把解決醫療資源，用像解決其他的民刑事糾紛一樣的心態來看待與處理。

雖然也許有法界先進、有許多醫師、律師們會不以為然。但我個人認為醫療糾紛除非已經窮盡其他手段，否則實在不適合用訴訟來解決。因為任何醫療糾紛的判決結果不會有贏家。民眾身體已經受害，就算勝訴也不算贏。醫者被告折損尊嚴與心靈甚至是人生規劃，贏也不是贏。

從我個人處理的經驗來看，訴訟只會讓醫病雙方的戾氣愈來愈重，醫病雙方的不滿愈來愈大。個人的處理經驗中，民眾在發生醫糾之後，從來沒有一開口就要錢的。他們總是要的是說明為什麼會發生？雖然這一點常常醫師自己也不見得能說明。過去處理過的案件中，已經和解的案子，又回頭提出訴訟的案例更是少之又少。事實上如果病家真的想告醫師，他根本不可能會和解。更不會和解之後又重新訴訟的。

醫療糾紛在近年來成為所有醫療人員心中之痛，民意代表介入或是見諸媒體的件數也愈來愈多。追根究底，其實都是因為我們錯誤的全民健保制度所造成。全民健保制度在大醫院與小醫院間幾乎沒有差異的部份負擔破壞了醫療分級；為了多收保費健全財務，從保險徹底轉向社會福利是第二個錯；完全沒有節流機制讓想省的人也不會得到鼓勵是第三個錯。

而最大的錯誤是，健保的商業模式是當人生病之後，才來善後協助治療，卻不是在沒生病時努力維持健康讓你健康不生病，生只生小病，小病不變大。這些錯誤，讓醫療人力與醫療資源被極度濫用。結果是在大型區域醫院與醫學中心裏的所有醫療人員都太忙了。醫療人員太忙之後，不要說能直接服務病人的時間變少，可能連說話的時間也變少了。但是病人就醫時，因為付了大筆健保費用，因此要多拿回來一點，享用福利的心態卻與日俱增。

醫病之間可能連面也只有見上一次，說話的時間沒幾分鐘。愈是有名的醫師愈是如此。醫病關係非常脆弱，更不可能談什麼建立彼此的互信。因此只要醫療處置的結果不如預期，雙方的認知一有落差，立刻就會引發各種醫療糾紛。因為糾紛的產生本來就來自於期望與結果的落差，愈是中大型以上的醫院，病人期待愈高，如果治療結果不如預期，當然失望也大。

因為這些中大型醫院的醫師和開業醫師不同，開業醫師的趨吉避兇之道就是立即轉診，無論是病情無法處理，或是覺得病人難纏，一律可以轉診到大醫院去。但是大型醫院常常就只能照單全收，這也造成醫療糾紛更容易在大型醫院發生。只是大型醫院在現在的健保制度中，因為各種評鑑的約束力量，所以擔負了內、外、婦、兒、急、麻、創傷種種開業醫師不要處理或無法處理的重病，大病的醫療責任。但也正是這些疾病最容易引發醫療糾紛。

之前的產婦控訴死胎事件，竟造成了如此軒然大波，還要一位立委與一位議員出面道歉，讓已經心碎的產婦被網路上的輿論壓力差點壓垮。其實醫界與民眾雙方，全都是錯誤的健保制度下的受害者。如果我們再不改變這個制度，台灣健康醫療制度的突然崩潰，絕不是危言聳聽，而是現在已然發生的進行式了。

## ➤ 20150602 醫療糾紛救濟 應比照藥害及疫苗接種傷害（楊志良）

2015-06-02 09:21:37

由於目前台灣缺乏有效的家庭醫師制度，一般人生病時就得將健康、身體及尊嚴，交給可能首次謀面的陌生醫護人員；加上醫病間高度資訊不對等，患者很難有足夠的專業知識，判斷醫師的診斷或醫療建議是否適當，因此醫師的態度、行為，甚至一個眼神或動作，都很容易引起患者的懷疑，不知道醫師的作為是為了收入還是病患的健康。

### 訴訟冗長 醫病都痛苦

而醫療本來就有很高的不確定性，醫療的結果必然會有與病患預期不同的可能性。目前醫療過失屬「刑法伺候」，因此一旦發生醫病糾紛，而病家對醫院的處理不滿意，多是先告刑事，以求「由刑轉民」獲得賠償，造成三輸。

病家訴訟時間冗長，常是2到10年的痛苦折磨，若尋求政治人物或黑道介入，只會使狀態更加複雜化；當事的醫師更是痛苦無比，甚至因害怕病患多是麻煩製造者，而大量執行防衛醫療，造成醫療浪費，也增加病患就醫的折磨；社會也因此付出極大的成本。

### 醫糾處理 首做專業評估

醫糾其實不過三類，一是故意，這至少屬於刑事的傷害罪，當無疑義。雖有案例，其實少之又少（本人在衛生署長任內，對此類極少數醫師，在行政上廢止其醫師證書）。

第二類則為過失，應注意而不注意。問題是誰能無過，醫師是人非神，施醫數十年，連一次疏忽都沒有，未免強人所難。若全由刑法處置，造成醫師恐懼施醫，絕非社會大眾之福，應改為由民事賠償。這也是國際慣例，為此次修法的要點。

第三類則為依目前醫學指引執行的醫療，但後果卻與醫學上預期不符。此時應依照目前運作良好的藥害救濟及疫苗接種傷害救濟的精神，給予救濟，而非補償。

醫糾處理首要之事是進行專業評估，是否為過失。此舉除釐清責任外，還可以之為案例，以改進醫療作業。若確有過失（因果關係），可先行調解以獲得補償，但病家仍有權利進行訴訟。此雖為醫界所不能接受，然而病家訴訟權利為憲法保障，恐不能排除，但應規定在接受補償後，若仍要尋求訴訟，必須先歸還補償金，如此當可減少若干訟源。

### 救濟請求 需有因果關係

至於第三類則爭議最大，若干團體主張只要不能「完全排除因果關係」就應「救濟」（萬萬不可補償），但如此則幾乎每個死亡案件均可提出救濟請求，導致增加訟源及財力無法負擔。應比照前述藥害及疫苗救濟法，要有因果關係才可救濟。

至於財源，「故意」當然由當事醫師（醫院）負擔，補償則醫界負擔若干比率是必要，但不必依發生科別多寡而負擔不同。因為少發生科別，通常也是較不辛苦的科別，與醫糾多的科別共同分擔，顯示醫界休戚與共，也是美事。救濟，則應比照藥害救濟及疫苗接種傷害救濟，由提供醫療處置者支付部分，其餘由社會大眾共同分擔。

### 三、附件

附件 1：20140529 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案（朝野協商版）

醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案	
條 號	103.05.29 立法院朝野黨政保留條文尚待協商版本
第一章	總 則
第一條	為保障病人就醫權益，增進醫病關係和諧，妥適處理醫療糾紛，改善醫療執業環境，特制定本法。
第二條	本法所稱主管機關：在中央為衛生福利部；在直轄市為直轄市政府；在縣（市）為縣（市）政府。
第三條	<p>本法用詞，定義如下：</p> <p>一、醫療糾紛：指病人認醫療行為有不良結果，而應由醫事人員或醫療機構負責所生爭議。</p> <p>二、醫療事故：指醫療行為與病人發生死亡或重大傷害之結果，有因果關係或因果關係難以排除之情事。</p> <p>三、當事人：指與醫療糾紛有關之醫事人員、醫療機構、病人或其他依法得提起訴訟之人。</p> <p>四、系統性錯誤：指因醫療機構之組織、制度、決策或設備設施等機構性問題，致醫療行為發生之不良結果。</p> <p>五、生產風險事故：指產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生死亡或重大傷害之結果。</p>
第二章	醫療糾紛說明、溝通及關懷
第四條	<p>一百床以上醫院應設置醫療糾紛關懷小組，於醫療糾紛事件發生時二個工作日內，負責向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。</p> <p>一百床以下醫院應指定專業人員為前項之說明、溝通、協助及關懷服務。</p> <p>診所及其他醫療機構發生醫療糾紛時，應委由專業團體負責提供前二項之關懷服務。</p> <p>醫療糾紛關懷小組之成員應包含法律、醫學、心理、社會工作及地方主管機關等相關專業人員。如病人、家屬或其代理人有聽覺、言語功能障礙或其他障礙致溝通困難時，應由受有相關訓練之成員負責說明、溝通與關懷。</p> <p>中央主管機關應編列預算，辦理強化醫療機構關懷人員說明、溝通及關懷之訓練講習，促進醫療糾紛之解決。</p>
第五條	<p>醫療糾紛發生，病人、家屬或其代理人得要求提供個人病歷、各項檢查報告及健保醫令清單等資料複製本，醫療機構應於三個工作日內提供；如因資料眾多，至遲應於七個工作日內提供。</p> <p>前項資料複製所需費用，由請求人負擔。但醫療糾紛案調解成立後，由醫療機構負擔。</p>
第六條	依本章規定進行說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉或相類似之陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。
第七條	<p>中央主管機關應自行或委託專業機構或團體辦理下列事項之初步鑑定：</p> <p>一、醫療行為與不良結果有無具有因果關係。</p>

	<p>二、醫療行為有無符合醫療常規。</p> <p>醫療機構於進行關懷時，應主動告知病人、家屬或其代理人有關初步鑑定之資訊。</p> <p>病人、家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請初步鑑定。</p> <p>第一項醫療糾紛事件初步鑑定，應確保公正、客觀，並以雙向匿名方式處理。</p> <p>辦理第一項初步鑑定機構或團體之資格與限制、第三項申請程序、費用支付標準、對於支付費用有困難之補助條件與金額及其他應遵守事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
<b>第三章</b>	<b>醫療糾紛爭議調解</b>
<b>第八條</b>	<p>直轄市、縣（市）主管機關應設醫療糾紛爭議調解會（以下稱調解會），辦理所轄醫事人員、醫療機構與病人間醫療糾紛之調解。</p> <p>當事人申請調解，得向其住（居）所地、醫療機構所在地或經雙方當事人合意之直轄市、縣（市）調解會為之。</p>
<b>第九條</b>	<p>直轄市、縣（市）調解會應由具有醫學、法律或其他專業知識及素孚信望之公正人士九人至二十七人組成之；其中醫學以外之委員，不得少於三分之一。</p> <p>調解委員聘期為三年，並得連任之；聘期中出缺時，得予補聘，期間至原聘期屆滿為止。調解委員並應經訓練及講習。</p> <p>調解會並得結合心理輔導、社工、志工等人員協助調解。</p> <p>中央主管機關應編列相關預算，辦理調解人員之教育訓練及相關事項，其辦法由中央主管機關定之。</p>
<b>第十條</b>	<p>醫療糾紛事件之調解，應於受理日起三個月內完成。但經雙方當事人同意或有必要時，得延長三個月，並以一次為限。</p>
<b>第十一條</b>	<p>病人或其他依法得提起民事訴訟之人，未依法申（聲）請調解者，不得提起醫療糾紛事件之民事訴訟。</p> <p>未依前項規定申（聲）請調解逕行起訴者，法院應移付管轄之調解會先行調解，或依民事訴訟法第四百二十四條第一項規定辦理。</p> <p>時效依第八條第二項規定申請調解而中斷者，於調解不成立後六個月內未起訴者，視為不中斷。</p>
<b>第十二條</b>	<p>檢察官偵查或法院審判之刑事案件涉及醫療糾紛爭議時，應函請或移付管轄之調解會先行調解。但經被害人、告訴人或自訴人明示不同意者，不在此限。</p> <p>前項函請或移付調解前，應通知被害人、告訴人或自訴人。</p>
<b>第十三條</b>	<p>醫療糾紛事件調解申請書，應載明下列事項：</p> <p>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療機構者，其名稱、負責人及機構所在地；申請當事人非病人本人者，其與病人之關係。</p> <p>二、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</p> <p>三、醫療糾紛事件之事實要點及相關資料。</p> <p>四、調解事項。</p> <p>調解申請書不符合前項規定者，直轄市、縣（市）調解會得定期間命申請當事人補正。</p>
<b>第十四條</b>	<p>醫事人員或醫療機構得請求醫療糾紛調解會要求他方當事人提出</p>

	<p>有關本案得為民事請求權之人之名冊及連絡方式，並請求直轄市、縣（市）主管機關通知其參加調解。</p> <p>就調解事件有利害關係之第三人，經調解委員同意，得參加調解程序。</p> <p>同一原因事實之醫療糾紛爭議事件，一方當事人分別與多數之他方當事人進行調解時，病人、家屬或其代理人得申請併案調解。</p>
第十五條	<p>調解程序不公開之。但當事人另有約定者，不在此限。</p> <p>調解委員及經辦調解事務工作人員，對於調解事件，除已公開事項外，應保守秘密。</p>
第十六條	<p>醫療機構或醫事人員經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場。</p> <p>醫療機構不得有禁止或妨礙所屬醫事人員進行或成立調解之行為或措施。</p>
第十七條	<p>當事人無正當理由於調解期日不到場者，視為調解不成立。但調解委員認為有成立調解之可能者，得另定調解期日。</p>
第十八條	<p>為促進調解，直轄市、縣（市）主管機關應要求醫療機構提供所需之病歷、診療紀錄、簿據、醫療費用成本等文件或相關資料；醫療機構不得規避、妨礙、拒絕或作虛偽之證明、報告或陳述。</p> <p>調解期間調解委員得要求直轄市、縣（市）主管機關蒐集相關資料；必要時，得邀請醫學、法律專家或其他專業機構、人員列席陳述參考意見，或依當事人請求向第七條機構、團體申請初步鑑定。</p> <p>前項費用，應由申請當事人支付之，於調解成立後，該支付金額得視為調解金額之一部。</p>
第十九條	<p>調解委員應本平和、懇切之態度，對當事人說明調解程序及相關法律效果，並為適當之勸導，力謀調解之成立。</p> <p>調解過程中，遇有強暴、脅迫或其他涉嫌犯罪之行為，調解委員得商請警察機關派員到場依法處理。</p> <p>代理人有前項行為者，調解委員得禁止其代理。</p>
第二十條	<p>調解委員調解醫療糾紛爭議事件時，如審認該事件得依本法所定申請醫療事故補償，得告知當事人依規定申請補償。</p>
第二十一條	<p>調解程序中，調解委員所為之勸導，當事人所為之遺憾、道歉或其他相類似陳述，不得採為本案刑事訴訟之證據。</p> <p>調解程序中，調解委員所為之勸導，當事人所為之陳述或讓步，於調解不成立後之本案民事訴訟，不得採為裁判之基礎。</p> <p>同一原因事實之醫療糾紛事件，一方當事人分別與多數之他方當事人進行調解時，當事人於一案調解中所為之陳述、讓步及調解結果，非經其同意，不得於另案調解中洩漏或引用。</p>
第二十二條	<p>調解委員有下列情形之一者，應自行迴避：</p> <p>一、本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬為當事人、當事人之法定代理人或代理人。</p> <p>二、與當事人或其法定代理人服務於同一機構或團體。</p> <p>調解委員未依前項規定迴避者，當事人得申請另為指定。</p> <p>當事人認為調解委員有偏頗之虞，經他方當事人之同意，得申請另為指定；他方當事人不同意時，視為調解不成立。</p>
第二十三條	<p>調解不成立者，直轄市、縣（市）調解會應即作成調解不成立證明書，並由直轄市、縣（市）主管機關於調解不成立之日起七日內將</p>



	<p>該證明書寄送當事人。</p> <p>檢察官函請或法院移付調解之事件，直轄市、縣（市）主管機關於調解成立或不成立時，應即陳報檢察官或法官，並檢還該事件全部卷證。</p> <p>調解不成立非因調解申請人均不出席所致者，調解申請人提出之民事訴訟，暫免納裁判費。</p>
<b>第二十四條</b>	<p>調解成立者，直轄市、縣（市）調解會應於成立當日作成調解成立書，由當事人、代理人及出席調解委員簽名或蓋章。</p> <p>前項調解成立書，應載明下列事項：</p> <p>一、當事人姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住所或居所；當事人為醫療機構者，其名稱、負責人及機構所在地；當事人非病人本人者，其與病人之關係。</p> <p>二、有法定代理人或代理人者，其姓名、國民身分證統一編號、住所或居所。</p> <p>三、出席調解委員姓名。</p> <p>四、調解事由。</p> <p>五、調解成立之內容。</p> <p>六、調解處所。</p> <p>七、調解年、月、日。</p>
<b>第二十五條</b>	<p>直轄市、縣（市）主管機關應於調解成立之日起七日內，將調解成立書及卷證送請移付或管轄法院核定。</p> <p>法院應儘速審核前項調解成立書，認其應予核定者，應由法官簽名並蓋法院印信，除抽存一份外，併調解事件卷證發還直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關收到後，應於三日內寄送當事人。</p> <p>法院因調解內容牴觸法令、違背公共秩序或善良風俗或不能強制執行而未予核定者，應將其理由通知直轄市、縣（市）主管機關。由法院移付者，並應續行訴訟程序。</p>
<b>第二十六條</b>	<p>調解經法院核定後，當事人就民事事件不得再行起訴；如已繫屬法院，視為訴訟終結。</p> <p>調解經法院核定後，當事人就告訴乃論之刑事事件，不得提起告訴或自訴；告訴乃論之刑事事件於偵查中或第一審法院辯論終結前，調解成立，並於調解書上記載當事人同意撤回意旨，經法院核定者，視為於調解成立時撤回告訴或自訴。</p> <p>經法院核定之調解，與民事確定判決有同一之效力。</p>
<b>第二十七條</b>	<p>當事人申請之民事調解經法院核定後，如有無效或得撤銷之原因，當事人得向原核定法院提起宣告調解無效或撤銷調解之訴。</p> <p>經法院移付而成立之民事調解，並經法院核定者，如有無效或得撤銷之原因，當事人得請求繼續審判。</p> <p>前二項規定，當事人應於法院核定之調解成立書送達後三十日內為之。</p> <p>民事訴訟法第五百零二條及強制執行法第十八條第二項規定，於第一項、第二項情形準用之。</p>
<b>第二十八條</b>	<p>依本章所為之醫療糾紛調解程序，不收取任何費用。</p>
<b>第二十九條</b>	<p>已繫屬於法院之醫療糾紛民事事件經移付依本法調解成立，並經法院核定者，原告得於法院核定調解書送達之日起三個月內，向法院聲請退還已繳裁判費三分之二。</p>

第三十條	<p>為取得醫療糾紛爭議事件之資料，避免未來類似事件再發生，直轄市、縣（市）主管機關應將醫療糾紛爭議調解結果，於調解書寄送當事人七日內通報中央主管機關；其通報內容及格式，由中央主管機關定之。</p> <p>中央主管機關應建立醫療糾紛爭議事件資料庫，對通報內容進行統計、分析及建議改進事項，並每年定期公布。</p> <p>前項資料庫之資料不得作為司法案件之證據。</p> <p>第二項資料庫之建立、分析及運用得委任或委託其他機關或法人團體辦理。</p>
第四章	<b>醫療事故補償</b>
第三十一條	<p>為促進病人權益，中央主管機關應辦理醫療事故補償，分擔醫療事故風險。</p> <p>前項醫療事故之補償，得由中央主管機關視財源狀況及急迫程度，分階段五年內訂定適用醫療機構、科別、類型或項目，報請行政院核定後公告之。</p>
第三十二條	<p><b>(103.05.29 朝野黨團協商依行政院版本修正通過)</b></p> <p>中央主管機關為辦理醫療事故補償，應設醫療事故補償基金。基金之來源如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。</li> <li>二、政府預算撥充。</li> <li>三、菸品健康福利捐。</li> <li>四、捐贈收入。</li> <li>五、基金孳息收入。</li> <li>六、其他收入。</li> </ol>
第三十三條	<p>前條第一款醫療風險分擔金以醫療機構為繳納對象，醫療機構並應於中央主管機關規定期限內繳納之。</p> <p>醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療費用總額之一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一；第二年起由中央主管機關視實際情形，衡酌基金財務收支狀況，於千分之三範圍內，調整其比率。</p> <p>第一項規定繳納期限，前項醫療費用總額認定方式、分擔比例、加權、繳納方法及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p> <p>醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。</p> <p>前條第二款政府預算撥充以不超過前條醫療事故補償基金總額之百分之三十為上限。</p>
第三十四條	<p>醫療機構及醫事人員未依規定期限繳納醫療風險分擔金，經以書面催繳後仍未依限繳納者，每逾二日加徵百分之一之滯納金。但加徵之滯納金總額，以應繳納醫療風險分擔金數額之百分之十五為限。</p>
第三十五條	<p>醫療事故補償之給付種類及申請補償給付對象如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>一、死亡給付：病人之法定繼承人。</li> <li>二、重大傷害給付：病人本人。</li> </ol> <p>前項補償之申請程序、補償條件、給付金額、標準、應檢附資料、重大傷害之範圍及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
第三十六條	<p>中央主管機關為辦理醫療事故補償之審議，應設置審議會，並得分區設置。</p>

	<p>前項審議會由中央主管機關遴聘醫學（含流行病學及病理學）、法律專家及社會公正人士、相關團體、機關代表組成，其中任一性別、法律專家及社會公正人士均不得少於三分之一。</p> <p>審議會組成人員之資格、任期、解任、審議程序與其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。</p>
<b>第三十七條</b>	<p>中央主管機關辦理醫療事故補償案件，應於收受申請之日起三個月內作成審定；必要時，得延長三個月，並以一次為限。</p>
<b>第三十八條</b>	<p>醫療事故之補償，以中央主管機關設立之審議會作成審議決定時無法排除醫療事故與醫療行為之因果關係者為限。但有下列各款情事之一時，不予補償：</p> <p>一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。</p> <p>二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。</p> <p>三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。</p> <p>四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：</p> <p>(一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。</p> <p>(二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。</p> <p>(三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。</p> <p>五、病人同意接受人體試驗且所出現之傷亡明顯與人體試驗有關。</p> <p>六、申請補償資料虛偽或不實。</p> <p>七、本法施行前已發生之醫療事故。</p> <p>醫療事故屬生產風險事故者，應予補償。</p>
<b>第三十九條</b>	<p>給付補償後，有下列情形之一者，中央主管機關應以書面作成處分，命受領人返還：</p> <p>一、有具體事實證明依前條規定不應補償。</p> <p>二、同一醫療事故於補償後，提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。</p>
<b>第四十條</b>	<p>給付補償後，非告訴乃論且無前條第二款情形之刑事案件，經法院判決認定應由醫事人員負責者，中央主管機關對受領人支付之補償金，就同一醫療事故，視為醫療機構或醫事人員應負損害賠償金額之一部或全部，不受前條規定之限制。</p> <p>前項中央主管機關支付之補償金，於視為損害賠償金額之範圍內，應向醫療機構或醫事人員請求返還。</p> <p>中央主管機關向醫療機構追償時，如醫療事故發生原因指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。</p>
<b>第四十一條</b>	<p>醫療事故補償請求權，自請求權人知有醫療事故時起，因二年間不行使而消滅。醫療事故發生逾十年者，亦同。</p>
<b>第四十二條</b>	<p>醫療事故補償金請求權，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。</p> <p>受領醫療事故之補償給付，免納所得稅及遺產稅。</p>
<b>第四十三條</b>	<p>中央主管機關為辦理醫療事故補償業務，得限期醫療機構及其他相關機關（構）提供所需之病歷、診療紀錄、簿據或其他相關資料，被要求者不得規避、妨礙或拒絕。</p>
<b>第四十四條</b>	<p>主管機關為辦理醫療事故補償及其相關業務，得命令醫療機構及醫事人員提供相關資料，或向財稅有關機關及其他團體要求提供有關</p>

	資料。被命令或要求者不得拒絕、規避或妨礙。
<b>第四十五條</b>	有下列情形之一者，醫療事故補償審議委員應自行迴避： 一、為當事人本人或其配偶、直系血親、三親等以內之血親或姻親、家屬。 二、為當事人之法定代理人或代理人。 三、與當事人或其法定代理人、代理人服務於同一醫療機構。 申請人如知悉補償審定結果有前項應自行迴避而未予迴避之情事，得申請重新審議。但申請人已依法提起或曾提起訴願、行政訴訟者，不在此限。
<b>第四十六條</b>	對補償給付審定不服者，得依法提起訴願及行政訴訟。
<b>第四十七條</b>	中央主管機關為辦理醫療事故補償行政業務，得委託財團法人、其他機關（構）或團體辦理下列事項： 一、補償申請之審定、給付等庶務工作。 二、補償基金收取及管理之協助。 三、醫療事故事件之統計與分析。 四、醫療事故補償事件資料庫之建立、分析及運用。 五、其他與醫療事故補償業務有關事項。 中央主管機關得隨時要求前項受託財團法人、其他機關（構）或團體提出業務及財務報告，並得派員檢查其業務狀況及會計帳簿等資料。
<b>第四十八條</b>	辦理醫療事故補償給付相關業務之人員，因執行職務而知悉、持有他人之秘密，不得無故洩漏，或為自己、他人利益而使用。
<b>第四十九條</b>	非屬參加全民健康保險之保險對象申請醫療事故補償，以依條約、協定、協議或其國家、地區之法律、慣例，中華民國人民得在該國或地區享受同等權利者為限。
<b>第五章</b>	<b>醫療事件通報、調查、分析及公布</b>
<b>第五十條</b>	為預防及降低醫療事故風險之發生，醫療機構應建立機構內風險事件管控與通報機制，並針對重大醫療事故事件分析根本原因、提出改善方案，及配合中央主管機關要求進行通報。
<b>第五十一條</b>	主管機關對於經辦之醫療糾紛調解或醫療事故補償事件，應進行統計分析，每年公布結果。 前項公布之方式應至少包含醫療機構層級別、區域別之案件分析。
<b>第五十二條</b>	中央主管機關對發生醫療糾紛或醫療事故之醫療機構得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案。 前項分析，得委託具公信力之機構或團體辦理，並應注意符合匿名、保密、共同學習之原則，且不以處分或追究責任為目的。
<b>第五十三條</b>	醫療事故發生屬中央主管機關公告之嚴重事故包含導致病人死亡或重大傷害、身心障礙等重大病人安全事件時，醫療機構應於二十四小時內通報，並在中央主管機關督導之下，由地方主管機關立即成立專案調查小組，提出改善及防止錯誤之根本原因分析調查報告，並發布之。 前項專案調查小組應為必要之調查或通知關係人到小組說明及提供資料，被調查之機關（構）、團體或有關人員，不得規避、妨礙或拒絕。 第一項通報方式、對象、專案調查小組成立層級、召集人與組成人員、運作方式、報告完成期限及其他應遵行事項之辦法，由中央主

	管機關擬訂，報請行政院核定。 專案調查小組之召集人，應由社會公正人士擔任之。
<b>第六章</b>	<b>罰 則</b>
<b>第五十四條</b>	機關（構）、團體或有關人員違反專案調查小組依前條第二項所為要求者，由中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。 醫療機構、相關機關（構）、團體、人員規避、妨礙或拒絕主管機關依第十八條第一項、第四十三條所為之要求者，分別由直轄市、縣（市）主管機關或中央主管機關處新臺幣五萬元以上二十五萬元以下罰鍰。
<b>第五十五條</b>	醫療機構未依第五十條規定建立風險管控機制者，由中央主管機關處新臺幣四萬元以上二十萬元以下罰鍰。
<b>第五十六條</b>	醫療機構或醫事人員違反第十六條規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣三萬元以上十五萬元以下罰鍰。
<b>第五十七條</b>	醫療機構未依第五條第一項規定期限提供資料或提供資料不完整者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰。
<b>第五十八條</b>	調解委員或經辦調解事務工作人員無正當理由違反第十五條第二項規定者，由直轄市、縣（市）主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。 辦理醫療事故補償給付相關業務之人員違反第四十八條規定者，由中央主管機關處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
<b>第五十九條</b>	醫療機構未依第三十三條規定繳納醫療風險分擔金者，由直轄市、縣（市）主管機關限期改善，並公布其名稱；屆期未改善者，處新臺幣九千元以上三萬元以下罰鍰，並得再限期改善。
<b>第七章</b>	<b>附 則</b>
<b>第六十條</b>	為促進女性生產健康及安全之生產環境，就本法所定醫療事故補償，政府如採分階段辦理時，生產風險有關類型及項目，應優先實施。
<b>第六十一條</b>	本法自公布後一年施行。

## 附件 2：20150516 衛福部依各界建言提出醫糾法草案 11 項建議修正 內容重點

衛福部廣納綜合各界意見，提出 11 項醫糾法草案建議 免除醫病雙方訴訟負擔

資料來源：醫事司

衛生福利部為改善醫療五大皆空情形，推動醫療刑責合理化、明確化，免於醫病雙方纏訟動輒 2 到 10 年的窘境，擬定「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，包含關懷、調解、補償等處理機制，經立法院社福及衛環委員會 10 次會議逐條審議，並於 103 年 5 月 29 日朝野黨團完成第 7 次協商，最後保留 1 條條文（草案第 32 條）。然近來外界對該法案提出多項建言，因此，衛福部於 104 年 5 月 8 日邀集立委、醫改會、消基會及醫界代表（包括醫院團體、醫師公會、醫勞盟、台灣醫學生聯合會、醫師勞動條件改革小組等），又於 104 年 5 月 14 日邀集各類醫事人員公會（包括中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、醫事放射師、護理師、助產師……等 18 個公會），就協商版草案理性討論、充分溝通，另邀請先前協助制定該法案並在立法院衛環委員會審查時受邀之學者，包括國立臺灣大學法律學院前院長陳聰富教授、國立臺北大學名譽教授暨台灣刑事法學會名譽理事長甘添貴教授、國立陽明大學公共衛生研究所楊秀儀副教授及中華民國消費者文教基金會名譽董事長謝天仁律師等，再度審視本法案，提供建設性意見。衛福部綜合各界許多建言，將提出修正備案送請立委參考，包含以下 11 項建議重點：

- 一、刪除「醫療常規」。
- 二、將「初步鑑定」改為「專業評估」。
- 三、調解當事人任一方不到場，其罰則相同。條文並未規定醫事人員必須親自到場，可由醫療機構派代表出席。
- 四、補償制度分階段實施，不限於「五年內」。
- 五、補償制度各階段實施前，須與相關領域團體充分溝通。
- 六、醫療風險分擔金由「醫療機構」繳納，非由「醫事人員」繳納，且不得轉嫁於醫事人員。
- 七、明訂生產風險事故之補償基金來源，由政府預算撥充。因生產有異於一般對疾病的治療。
- 八、醫療機構繳納醫療風險分擔金，以醫療機構每年醫療收入的「千分之一」為「上限」，其餘由政府預算、菸品健康福利捐、捐贈收入等補足，不必再討論醫界與政府分擔比率。
- 九、醫療事故補償之要件，原限於該醫療事故與醫療行為「無法排除因果關係」者，擴大至「有因果關係」及「無法排除因果關係」者。
- 十、因可能需透過財稅有關機關提供醫療機構非屬健保之醫療收入資料，以計算其應繳納之分擔金。但為免誤解，刪去強制條款文字。
- 十一、分析醫療事故根本原因時，可能原因也包括「全民健康保醫療費用支付制度」及「勞動條件」。

對於「醫療機構」的定義，衛福部表示，將在立法說明中敘明。依醫療法第 2 條

規定，醫療機構係指「供醫師執行醫療業務之機構」，例如醫院、診所。而其他像是藥局、護理之家、檢驗所等醫事機構，並非醫療機構，不是醫糾法規範的主體，不須負擔醫糾法草案規定醫療機構之義務。但只要是醫療糾紛，不論發生場所醫院、在護理之家或在家，進入訴訟前都必須先行調解，不能直接訴訟，對在醫院診所以外醫事人員執業環境亦有保障。衛福部表示，在醫院、診所執業的醫事人員約有20萬人，在其他地方執業者約有6萬人，皆可連帶受到保障。部分與會團體代表建議明訂領取補償後不得提告，或須先完成返還補償金否則法院不得受理等。因立法院協商版醫糾法草案精神即是補償與訴訟互斥；若訴訟則不予補償、若補償則不應訴訟。但經各次討論，因有限制訴訟權的疑慮，須審慎考量。

衛福部強調，醫糾法草案是不責難的精神，不講個人的責任、過失，而能保障醫療機構裡的所有醫事人員。若發生醫療糾紛，應由醫療機構主動溝通、關懷；若進入調解，也應由醫療機構出面調解；若對事故進行根本原因分析，也檢討系統性問題而非追究個人責任。

衛福部表示，醫糾法草案及醫療刑責合理化的推動歷程十分艱辛，經過十餘年的努力，目前協商版本的草案，是十餘年來醫界與法界、政府與民間，最接近達成共識的一次。期待諸位立委及各界的支持，能在今年6月立法院本會期結束前三讀通過，完成立法。衛福部將持續與立委及大眾溝通說明，並將尊重立法院決定，於法案公布後逐步建立我國完善之醫糾處理及醫療事故補償機制。

附件二\_0049344004.odt

附件二\_0049344005.pdf

[http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2\\_P.aspx?f\\_list\\_no=7&fod\\_list\\_no=5312&doc\\_no=49344](http://www.mohw.gov.tw/CHT/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=7&fod_list_no=5312&doc_no=49344)

條號	104年5月建議條文	103年5月29日立法院協商條文
<b>一、刪除「醫療常規」</b>		
第7條	(整款刪除)	醫療行為有無符合醫療常規。
<b>二、「初步鑑定」改為「專業評估」</b>		
第7條 第18條	中央主管機關...辦理 <u>醫療糾紛之專業評估</u>	中央主管機關...辦理 <u>下列事項之初步鑑定</u>
<b>三、平衡調解雙方責任。未規定須親自到場，可派代表</b>		
第16條 第56條	<u>雙方當事人</u> 經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場。	<u>醫療機構或醫事人員</u> 經調解會通知到場進行調解者，無正當理由不得拒絕到場。
<b>四、補償制度分階段實施，不限於「五年內」</b>		

第31條	醫療事故之補償...分階段 <b>五年內</b> 訂定適用醫療機構、科別、類型或項目	醫療事故之補償...分階段五年內訂定適用醫療機構、科別、類型或項目
<b>五、補償制度各階段須先充分溝通再實施</b>		
第31條	由中央主管機關視財源狀況及急迫程度， <u>並與相關領域團體充分溝通後</u> ，分階段...	由中央主管機關視財源狀況及急迫程度，分階段...
<b>六、醫療風險分擔金由「醫療機構」繳納，不得轉嫁醫事人員</b>		
第32條 第34條	基金之來源...一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。	基金之來源...一、醫療機構及醫事人員繳納之醫療風險分擔金。
<b>七、生產風險事故補償之基金來源，由政府預算撥充</b>		
第32條	<u>生產風險事故基金應以政府預算撥充之。</u>	(無特別規定)
<b>八、醫療機構繳納上限為醫療收入「千分之一」，免再討論分擔比率</b>		
第33條	醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療 <u>收入</u> 總額之一定比率計算繳納，實施 <u>比率上限</u> 為千分之一...於 <u>該範圍</u> 內，調整其比率。	醫療風險分擔金按醫療機構每年醫療費用總額之一定比率計算繳納，實施第一年定為千分之一；第二年起...於千分之三範圍內，調整其比率。
<b>九、醫療事故補償之要件，擴大至「有因果關係」及「無法排除因果關係」</b>		
第38條	醫療事故之補償，以... <u>該醫療事故與醫療行為有因果關係及無法排除因果關係者</u> 為限。	醫療事故之補償，以...無法排除醫療事故與醫療行為之因果關係者為限。
<b>十、刪除強制取得財稅資料條款</b>		
第44條	主管機關為辦理醫療事故補償及其相關業務，得 <u>商請</u> 醫療機構及醫事人員提供相關資料，或向財稅有關機關及其他團體要求提供有關資料。 <u>被命令或要求者不得拒絕、規避或妨礙。</u>	主管機關為辦理醫療事故補償及其相關業務，得命令醫療機構及醫事人員提供相關資料，或向財稅有關機關及其他團體要求提供有關資料。被命令或要求者不得拒絕、規避或妨礙。
<b>十一、分析醫療事故根本原因包括「健保制度」及「勞動條件」</b>		
第50條	針對重大醫療事故事件分析根本原因 <u>含全民健康保險醫療費用支付制度及勞動條件</u>	針對重大醫療事故事件分析根本原因



## 附件 3：20120926 衛生福利部「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知（20130516 修正）

101 年 9 月 26 日衛署醫字第 1010267046 號核定

102 年 5 月 16 日衛署醫字第 1020211043 號修正

### 壹、背景說明

鑑於生產過程致生不良結果之事故，常引起醫病爭議，滋生醫病關係之緊張或對立，甚至導致冗長之民事或刑事訴訟；且馬英九總統在醫療政策政見中，提出建立醫療無過失事故救助辦法及生產風險之補償制度，對於生產過程中，醫療機構或人員非出於故意或明顯過失之醫療風險所造成之母嬰不良結果，應加以補償或救濟。爰此，為解決醫療爭議由病人單方承擔醫療不良結果之情形，並紓緩日益增加之醫療爭議事件，改善醫病關係促進社會和諧，衛生福利部（以下簡稱本部）刻積極研擬醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案），並已召開多次專家研商會議與公聽會。鑒於立法作業尚需一段時日，本部爰針對高風險之醫療科別規劃補償機制，並先以生育事故風險作為優先推動試辦範圍，擬具「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計畫」，計畫期程為 101 年至 103 年，鼓勵提供接生服務之醫療機構或助產機構，積極與生育事故之病人或其代表人達成和解或調解，並由政府依其傷殘程度提供最高 200 萬之救濟給付補助，使孕產婦得到合理之生育風險保障，並期能有效化解因生育事故導致之醫病對立，改善醫病關係，作為未來規劃全面性醫療傷害補償制度之先驅計畫，並達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

### 貳、依據

- 一、醫療法第 91 條及醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 3 項。
- 二、行政院 101 年 7 月 5 日院臺衛字第 1010025337 號函核定辦理。

### 參、計畫目的

- 一、維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧。
- 二、迅速解決爭議，實現社會公平與正義。
- 三、提升病人安全與醫療服務品質。
- 四、改善婦產科執業環境，提供孕產婦生育安全保障。

### 肆、計畫內容

## 一、主要工作項目：

### (一) 生育事故救濟條件：

係指醫療機構或助產機構（以下稱機構）於周產期之醫療與助產過程中，已依該機構專業基準施予必要之診斷、治療或助產措施，仍致孕產婦或胎兒、新生兒死亡或符合相當於身心障礙者權益保障法所定中度以上障礙之生育事故事件。該事件須經機構與病人雙方達成協議，機構同意給予病方金錢或其他適當方式之協助，由政府對該機構給予以一定經費之鼓勵。

### (二) 生育事故救濟條件之排除：

生育事故除須滿足上開所列救濟條件外，並應無具備下列情事：  
流產致孕產婦與胎兒之不良結果。  
36週前因早產、重大先天畸形或基因缺陷所致胎兒死亡（含胎死腹中）或新生兒之不良結果。  
因懷孕或生育所致孕產婦心理或精神損害不良結果者。  
對於生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者。  
懷孕期間有參與人體試驗情事者。

### (三) 生育事故救濟審議：

生育事故事件審議將由公正之第三者組成審議會審查是否合於救濟條件並核定救濟金額，審議過程不作有無過失之認定或鑑定。

### (四) 醫療品質提升：

為使生產過程盡可能降低傷害風險，確保產婦與新生兒安全，參與本計畫機構必須接受由本部或本部委託之民間團體辦理之生育風險評核，評核結果並應經公布供民眾就醫選擇。

### (五) 救濟金來源：

本計畫經費由本部醫療發展基金支應，機構完全係依自願方式參與。

## 二、生育事故發生時間：

本計畫適用範疇為 101.1.1-103.12.31 之生育事故。

## 三、執行步驟與方法：

### (一) 參加資格：

1. 醫療機構：執業登記設有婦產科，並提供接生服務之醫院、診所，可向本部申請參加本試辦計畫。醫院須經評鑑合格；診所則應於參加計畫後一

年內通過本部或本部委託民間團體辦理之訪查。

- 2.助產機構:須與前項經本部評鑑合格或通過訪查之醫療機構訂有醫療協助契約，並應於申請參加計畫後一年內通過本部委託民間團體辦理之訪查者。

## (二) 申請救濟給付程序：

- 1.加入本計畫之機構，凡於 101 年至 103 年期間於機構內執行生育或接生服務所發生之生育事故案件，自發生日起二年內與病方達成生育事故處理協議者，於協議成立日起 60 日內，向本部或本部委辦之機關（構）、團體提出救濟給付之申請；助產機構則由其醫療協助契約之醫療機構申請。
- 2.前項申請逾 60 日者，不予受理之。如屬機構業與病方就 101 年 1 月 1 日至 9 月 30 日間之生育事故事件達成協議者，申請單位應於 102 年 3 月 1 日前提出。
- 3.申請救濟應檢具下列文件：
  - (1)生育事故救濟申請書一式二份（如附件一）。
  - (2)產前檢查及相關醫療紀錄、生產過程或新生兒相關醫療紀錄（檢附整份病歷影本，若有轉院，並應檢附轉院後完整病歷資料影本）一式二份。
  - (3)醫療機構出具之孕產婦或胎兒、新生兒受有不良結果之診斷證明；死亡者，應檢具死亡證明書。
  - (4)醫療或助產機構與受有不良結果之當事人或其法定代理人或法定繼承人（以下稱受益人）之事故處理協議書影本(協議書參考範例，如附件二及附件二之一)。
  - (5)生育事故發生於助產機構者，並應檢具醫療協助契約影本。
  - (6)其他經本部認定必要之文件。
- 4.前項申請文件不完整或經審查需補充其他文件時，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體通知之期限內補件，逾期不補件者，該申請案應予退件。但有正當理由，得於補正期限屆至前，向本部或本部委辦之機關（構）、團體申請展延乙次。
- 5.本部或本部委辦之機關（構）、團體受理申請案件，應於申請日或資料補件完成日起 3 個月內審定，必要時得延長 1 個月，並應於審定日起 15 日內以書面通知申請機構。

### (三) 審查機制：

由本部成立之「衛生福利部生育事故救濟審議會（以下簡稱審議會）」依據行政院核定之「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議試辦計畫」、「衛生福利部生育事故救濟審議會設置要點」、「衛生福利部生育事故救濟審議基準及作業程序」、本申請作業須知及相關法令進行審議。

### (四) 給付基準：

符合生育事故救濟條件之申請案，視個案事實發生情節之審定金額，上限如下，且不得逾機構與病方簽署達成事故處理協議之額度：

1. 孕產婦死亡：新臺幣 200 萬元以內。
2. 胎兒、新生兒死亡：新臺幣 30 萬元以內。
3. 孕產婦或新生兒極重度障礙：每人新臺幣 150 萬元以內。
4. 孕產婦或新生兒重度障礙：每人新臺幣 130 萬元以內。
5. 孕產婦或新生兒中度障礙：每人新臺幣 110 萬元以內。

### (五) 品質管控：

1. 參加本計畫之機構，應於參加計畫後一年內接受本部或本部委辦之機關（構）、團體通知訪查，以確保其維持合於參加本計畫之條件。
2. 參加本計畫之機構，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體通知，定期提出該機構辦理有關接生之業務與品質報告，並對機構發生生育不良結果之個案，應參與本部指定之醫療不良結果事件通報，建立其醫療風險管控機制。另有關醫療不良結果事件通報作業本部將另函週知。
3. 本部定期公告試辦機構名單及本計畫執行之成果統計分析。

### (六) 其他事項：

1. 參加本計畫之醫療機構，如有符合下列情形之一者，應負擔返還其已領取之全部或部分救濟金額：
  - (1) 經查明醫療機構未有向病人或受益人撥款或依約提出協助之事實者。
  - (2) 醫療機構檢具之資料不實，或以虛偽或其他不正當方法、手段等取得救濟金額者。
  - (3) 生育事故嗣後經司法裁判確認為醫事人員可歸責且具故意或重大過失者。

- 2.參加本計畫之醫療機構為醫院者，應成立「生育事故關懷小組」，協助處理生育事故爭議事件之調處，促使爭議案件達成協議極大化。診所或助產機構則由轄區機關、團體協助。
- 3.對於參加本計畫之機構，本部將提供加入標章，讓機構放置明顯處供病方或民眾知悉。

#### **(七) 救濟金額給付方式：**

生育事故救濟案件經審定核可者，由本部或本部委辦之機關（構）、團體函文通知機構於收到函文 15 日內檢附領據（如附件三），向本部核辦撥款；本部撥款後，機構應於 10 天內交付受益人，並將受益人填寫已領取救濟金額之領款證明單（如附件四）寄回本部。但救濟金已支付且提出受益人證明收訖文件或收據，經審查通過者，不在此限。

### **伍、本計畫之開辦**

#### **(一) 機構申請參與文件**

參加之機構請填妥參與計畫之申請書 1 份（附件五）及合約書正副本各 2 份（附件六）用印後，免備函文寄至衛生福利部醫事司（11558 台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號；備註：申請參加生育事故爭議試辦計畫）。

#### **(二) 受理申請案件始日及諮詢服務**

本計畫自 101 年 10 月 1 日起開始受理生育事故救濟申請，欲申請之機構如對本計畫有任何疑問，請洽詢財團法人藥害救濟基金會諮詢專線：(02)2358-7579；或本部 (02) 8590-6666 轉 7368，許小姐。

#### **(三) 其他事項**

有關本計畫之「申請作業須知」及相關申請書表請參閱財團法人藥害救濟基金會網站(<http://www.tdrf.org.tw>)中「生育事故救濟試辦計畫專區」下載。

## 附件 4：20140929 衛生福利部「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」申請作業須知

103 年 9 月 29 日衛部醫字第 103166965 號核定

### 壹、背景說明

當手術麻醉過程中發生不良結果之事故時，常會引起醫療爭議，甚至衍生出訴訟。長久下來不僅容易導致醫病關係的緊張對立，冗長的訴訟過程也造成雙方在勞力、時間及費用上的大量耗損。因此，為加強醫療機構之風險管理與處理醫療糾紛能力，同時建立調解先行原則，減少醫病雙方司法纏訟的情況，使病人得到合理之手術、麻醉風險保障，並期能改善醫病關係，衛生福利部（以下簡稱本部）推動「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」（以下簡稱本計畫），凡參與本計畫之醫療機構，若是在全身麻醉的手術過程中，已經依專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身無可避免之風險，導致病人於該手術後 7 日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經地方衛生局調處後，雙方當場和解或後續和解，醫療機構可向本部申請最高達 80 萬元之部分補助。本計畫可作為未來規劃醫療事故補償制度之先驅計畫，達成社會互助與正義、醫療體系健全發展及醫病關係和諧之三贏目標。

### 貳、依據

醫療法第 91 條及醫療事業發展獎勵辦法第 2 條第 1 項第 5 款。

### 參、計畫目的

- 一、維護醫病雙方權益，促進醫病關係和諧。
- 二、迅速解決爭議，實現社會公平與正義。
- 三、提升病人安全與醫療服務品質。

### 肆、計畫內容

#### 一、主要工作項目：

##### （一）醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助條件：

參與本計畫之醫療機構，若是在經麻醉科專科醫師執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術過程中，已經依專業基準施予必要之診斷、治療，仍因手術或麻醉本身無可避免之風險，導致病人於該手術後 7 日內發生非預期死亡事故，而衍生之醫療爭議事件，經地方衛生局調處後，雙方當場和解或後續和解，醫療機構給予病方金錢或其他適當方式之協助，由政府對該醫療機構給予部分經

費之鼓勵。

## (二) 醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助條件之排除：

手術及麻醉事故除須滿足上開所列條件外，並應無下列任一情事：

1. 醫療事故與醫療行為並無因果關係。
2. 對於醫療事故明顯可完全歸責於機構或病方者。
3. 可依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。
4. 屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死亡。
5. 病人或其家屬不配合機構進行診療，情節重大。
6. 病人同意接受人體試驗出現之死亡。
7. 非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。
8. 申請補償資料虛偽或不實。
9. 其他（例如病歷記錄簡略無法提供足夠資料審查，經審查酌予減少或不予補償）。

## (三) 申請案件審議：

醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件獎助申請案件之審議，將由公正之第三者組成審議會審查是否合於獎助條件並核定獎助金額，審議過程不作有無過失之認定或鑑定。

## (四) 醫療品質提升：

為提升醫療品質，課予參與之醫療機構應負之責任，對於手術與麻醉過程應盡一切可能降低風險、確保病人安全，參與之醫療機構必須：

1. 應建立醫療糾紛關懷機制，於事故發生時能主動向病人家屬溝通、說明、關懷，並給予適當協助。
2. 應依本部通知，接受本部或委託之專業團體辦理之評鑑或訪查。本部亦得公布評鑑或訪查結果以供民眾就醫選擇。
3. 應依本部通知，定期提出妥善處理手術與麻醉相關之業務與品質報告，並應參與本部指定之醫療不良結果事件通報，且建立其醫療風險管控機制。

## (五) 獎助金來源：

本計畫經費由本部醫療發展基金支應，醫療機構完全係依自願方式參與。

## 二、手術及麻醉事故發生時間：

本計畫適用範疇為 103 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日間發生之手術及麻醉

事故，且病人於手術後 7 日內死亡者。

### 三、執行步驟與方法：

#### (一) 參加資格：

領有醫療機構開業執照之醫院、診所，可向本部申請參加本試辦計畫。醫院須經醫院評鑑合格，診所則應於參加本試辦計畫一年內通過本部或本部委託民間團體辦理之訪查。

#### (二) 申請獎助程序：

1. 凡符合申請資格之醫療機構，於 103 年 1 月 1 日至 104 年 12 月 31 日間所施行經麻醉科專科醫師執行全身麻醉建立呼吸道之全身麻醉手術，且病人於手術後 7 日內死亡之手術及麻醉事故案件，經地方衛生主管機關調處，且自發生日起 2 年內與病人方達成事故處理協議者，應於協議成立日起 60 日內，以書面向本部或經本部委辦之機關（構）、團體提出申請。醫療機構於醫病雙方達成協議時，須注意雙方立協議書人皆應取得充分授權。
2. 前項申請逾期者，不予受理之。但如屬醫療機構業與病方於 103 年 1 月 1 日至 9 月 30 日間達成協議者，申請單位得於 104 年 3 月 1 日前提出。
3. 申請獎助應檢具下列文件：
  - (1) 本計畫獎助申請書一式二份（如附件一）。
  - (2) 手術前評估、檢查及相關醫療紀錄、手術過程或病人相關醫療紀錄（檢附整份病歷影本，若有轉院，並應檢附轉院後完整病歷資料影本）一式二份。
  - (3) 醫療機構出具之病人死亡證明書。
  - (4) 醫療機構與死亡病人之法定繼承人（以下稱受益人）之事故處理協議書影本（如附件二）。
  - (5) 地方衛生主管機關出具之調處證明文件。
  - (6) 其他經本部認定必要之文件。
4. 前項申請文件不完整或經審查需補充其他文件時，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體通知之期限內補件，逾期不補件者，該申請案將逕予退件。但有正當理由，得於補正期限屆至前，向本部或本部委辦之機關（構）、團體申請展延乙次。
5. 本部或本部委辦之機關（構）、團體受理申請案件，應於申請日或資料補件完



成日起 4 個月內審定，必要時得延長 2 個月，並應於審定日起 15 日內以書面通知申請機構。

**(三) 審查機制：**

由本部成立之「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會（以下簡稱審議會）」依據本部核定之「鼓勵醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」、「衛生福利部手術及麻醉事故獎助審議會設置要點」、本申請作業須知及相關法令進行審議。

**(四) 給付基準：**

經審定符合給付獎助金之申請案件，其金額不得逾醫療機構與病方達成事故處理協議之約當貨幣值，且每位死亡病人以新臺幣 80 萬元以內為限。

**(五) 品質管控：**

1. 參加本計畫之機構，應於參加計畫後一年內接受本部或本部委辦之機關（構）、團體通知訪查，以確保其維持合於參加本計畫之條件。
2. 參加本計畫之機構，應依本部或本部委辦之機關（構）、團體通知，定期提出該機構辦理有關手術及麻醉之業務與品質報告，並對機構發生手術及麻醉不良結果之個案，應參與本部指定之醫療不良結果事件通報，建立其醫療風險管控機制。另有關醫療不良結果事件通報作業本部將另函周知。
3. 本部定期公告試辦機構名單及本計畫執行之成果統計分析。

**(六) 其他事項：**

1. 參加本計畫之醫療機構，如有符合下列情形之一者，應負擔返還其已領取之全部或部分救濟金額：
  - (1) 經查明醫療機構未有向病方撥款或依約提出協助之事實者。
  - (2) 醫療機構檢具之資料不實，或以虛偽或其他不正當方法、手段等獲取得獎助金額者。
  - (3) 該事故嗣後經司法裁判確認為醫事人員可歸責者且具故意或重大過失者。
2. 參加本計畫之醫療機構為醫院者，應成立「手術與麻醉事故醫療爭議事件關懷小組」，協助處理相關爭議事件之調處，促使爭議案件達成協議極大化。診所則由轄區機關、團體協助。
3. 對於參加本計畫之機構，本部將提供加入標章，讓機構放置明顯處供病方或民

眾知悉。

#### **(七) 獎助金額給付方式：**

本計畫獎助案件經審定核可者，由本部或本部委辦之機關（構）、團體函文通知機構於收到函文 15 日內檢附領據（如附件三），向本部核辦撥款；本部撥款後，機構應於 10 天內交付受益人，並將受益人填寫已領取協議給付或其他適當方式協助可資證明之正本證明資料送部（如附件四）。

#### **伍、本計畫之開辦**

##### **(一) 機構申請參與文件**

參加之機構請填妥參與計畫之申請書 1 份（附件五）及合約書正副本各 2 份（附件六）用印後，免備函文寄至衛生福利部醫事司（11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號；備註：申請參加手術及麻醉事故試辦計畫）。

##### **(二) 受理申請案件始日及諮詢服務**

本計畫自 103 年 10 月 1 日起開始受理手術及麻醉事故案件申請，欲申請之機構如對本計畫有任何疑問，請洽詢本部（02）8590-6666 轉 7369，蔡先生。

##### **(三) 其他事項**

有關本計畫之「申請作業須知」及相關申請書表請參閱本部網站 (<http://www.mohw.gov.tw/>) 中「醫事業務」項下「手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫專區」下載。

附件 5：20150604 醫糾法與藥害救濟法比較簡表

	藥害救濟法 (89/06/02 施行、100/05/04 修法加進 Off Label Use)	醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)
法案適用對象	病患↔藥商、 <b>醫護人員</b> 無法歸責於醫護人員、藥商... 所生之不良反應	病患↔醫療機構、醫護人員 無法歸責於醫護人員所生之醫療事故
基金來源	1. <b>藥物製造業者(營收 0.4%)及輸入業者繳納之徵收金(主要)</b> 2. <b>滯納金(徵收金之催繳及加徵)</b> 3. 代位求償之所得 4. 捐贈收入 5. 本基金之孳息收入 6. 其他有關收入	1. 醫療機構 <sup>26</sup> (營收 1‰~3‰ <sup>27</sup> )及 <b>醫事人員</b> <sup>28</sup> 繳納之醫療風險分擔金(原規劃 30%) 2. 政府預算撥充(不超過 30%) 3. (代位求償之所得) 4. 捐贈收入 5. 基金孳息收入 6. 其他收入(原規劃菸捐/捐贈/孳息及其他 40%)
舉證責任分配	肯認病患舉證之困難，由醫師、醫療院所負舉證責任 (最高法院 99 年度台上字第 2014 號民事判決)	肯認病患舉證之困難，由醫師、醫療院所負舉證責任
制度設置目的	及時救濟(無過失補償制度) 平衡三方利益： <b>藥廠</b> ：降低訴訟成本、部分營收投入藥害救濟基金 <b>醫療人員</b> ：減少醫療糾紛 <b>受害者</b> ：快速獲得救濟	強化調解機制、及時救濟(無過失補償制度) 因無合理機制，病人或家屬除司法訴訟程序外，常運用傳媒或社會人士協調等方式處理，造成病患、醫療機構與醫生疲於因應。 <b>醫療人員</b> ：增進醫病關係和諧、改善醫療執業環境 <b>受害者</b> ：快速獲得救濟、保障病人就醫權益
不適用之情形	1. 有事實足認應由其他之人負其責任(如： <b>醫護人員</b> ) 2. 非藥物許可證所載之適應症或效能 3. 常見且可預期之藥物不良反應(WHO：發生率≥1%)	1. 應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟 2. 屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷 3. 非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為

<sup>26</sup> 醫療機構係全民健康保險特約醫療機構者，其醫療風險分擔金得由全民健康保險保險人於支付醫療機構醫療費用時，逕予扣繳撥入補償基金。

<sup>27</sup> 衛福部依各界建言提出醫糾法草案 11 項建議修正內容重點：繳納上限為醫療收入 1%，不再討論分擔比率

<sup>28</sup> 衛福部依各界建言提出醫糾法草案 11 項建議修正內容重點：**醫療風險分擔金由「醫療機構」繳納，不得轉嫁醫事人員**

	4.其他經主管機關公告之情形	4.同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴 <sup>29</sup> (事後提起需返還) 5.申請補償資料虛偽或不實 6.本法施行前已發生之醫療事故
給付方式	Step1: 衛生福利部(給付藥害救濟金)→受害人 Step2: 受害人(讓予賠償請求權)→衛生福利部 Step3: 衛生福利部(求償)→實際應負責者	Step1: 衛生福利部(給付醫療事故補償後)→受害人 Step2: 受害人(讓予賠償請求權)→衛生福利部 Step3: 衛生福利部(求償)→實際應負責之醫療機構或醫事人員 <sup>30</sup>
申請類別	嚴重疾病、障礙、死亡	死亡給付、重大傷害給付
給付範圍	1.主要給付 2.酌予給付-無法(合理)認定有其他原因導致其他費用-病理解剖、殘障鑑定、其他因鑑定所生的費用	具體範圍將於本法第四章醫療事故補償之相關授權命令規定之。

<sup>29</sup> 下列情形，不在此限：(一)民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。(二)告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。(三)非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。

<sup>30</sup> 如事故之發生指向系統性錯誤者，醫療機構於償還後，不得向醫事人員求償。

## 附件 6：20141031 出差報告—醫療法律研討會（寰瀛）

壹、出差同仁：林奕辰

貳、出差日期：2014 年 10 月 31 日（13：30～17：00）

參、出差地點：台大醫院國際會議中心（台北市徐州路二號）

肆、出差目的：醫療法律研討會—醫療責任保險制度

伍、主辦單位：寰瀛法律文教基金會、寰瀛法律事務所

陸、重點記錄：

醫師所施行的醫療行為，可能產生「正面醫療結果」與「負面醫療結果」，負面醫療結果的產生，醫師可能「有過失、有無過失不明、也可能無過失。」本次研討會希望強化醫療責任保險之角色，建立更為完善的紛爭解決機制，讓醫病雙方在面對醫療糾紛時，都能有更完善的保護。

楊秀儀教授以 1986 年美國哈佛大學研究為例，經過嚴謹的統計，負面醫療結果產生的比率僅 3.7%，其中因醫護人員過失引起的更只有 27.8%，換言之，因醫護人員過失造成的負面醫療結果，其實僅僅只有 1.02% 左右；另外，1992 年澳洲研究統計結果則顯示，雖然負面醫療結果產生的比率有 16.6%，但其中高達 51% 都是可以預防的。在此之後，紐西蘭、英國、加拿大、法國等國之研究亦指出，負面醫療結果至少有 35% 可以預防。

瑞典的「病人賠償保險」，以公立醫院之病人為被保險人，保險事故為「醫療傷害」，保費則由郡議會以一般稅收支應（私人醫院則由負責人支付），1997 年病人傷害法案（Patient Injury Act）並要求公私立醫療機構都必須參與。美國經驗則是以醫師為要保人和被保險人，就其可能產生的賠償責任投保，因此保費高昂，甚至高達每年 600 萬元台幣之譜。

考量鉅額保費之因素，美國經驗在台灣落實的可能性極低。瑞典制度雖然是現行台灣醫界最鍾情的參考制度，但其成功之關鍵其實在於該國「優良的社會保險傳統」與「健全的社會安全網絡」，因此瑞典經驗是否能在台灣複製，亦值得商榷。至於台灣是否應建立全面的醫療傷害無過失補償（救濟）制度，楊教授則認為考量醫療傷害案件數量與所需耗費之行政成本，不如將成本投入「醫療傷害預防」之工作。

張濱璿醫師則認為，統計數據固然以嚴謹的統計方法為基礎，但真正浮上檯面、並且經過訴訟確認醫師有無過失的案件，在醫療糾紛之中僅僅只是少數，有如冰山之一角，

仍存在許多統計黑數，而真正造成醫病關係惡化、醫療品質打折的，往往不是結果，而是糾紛處理的過程。

依 2000 年～2008 年的統計數據，223 件刑事判決、312 名醫師被告，無罪判決 232 人（74.4%），有罪被告 80 人中，64 人被宣告緩刑或易科罰金，16 人有實際入監服刑之風險。372 件民事判決中，病人勝訴 69 件（18.5%）。另外，民刑雙訴的案件有 112 件（32.8%）。

因此，在立法上應加強醫療糾紛的訴訟外紛爭處理機制，例如加強以「和解」、「調解」和「仲裁」等方式快速消弭醫療糾紛。至於風險管理層面，在醫師有過失時，應以醫療責任保險緩衝醫師個人的責任；在責任不明或無過失時，或可以醫療事故補償救濟之方式作為弭平爭議的方式之一。

個人意見認為，誠如張醫師所言，真正澆熄醫師熱情的，往往不是實質結果，而是紛爭處理過程的消耗與煎熬，換言之，在現實生活中，醫療糾紛的程序成本往往高於實質成本，過程之中雙方產生的齟齬，可能使單純的「醫糾」變成「醫鬧」案件而耗費更多的程序成本。

因此，加強訴訟外紛爭解決機制、快速解決紛爭、創造雙贏局面固然是當務之急，但保險或補償（救濟）機制必須立即面對的問題是：法律制度如何建立？財源何來？應以醫師為被保險人？還是以病患為被保險人？在難有共識的情況下，釜底抽薪之計恐怕是繼續加強源頭管理，落實「醫療傷害之預防」，減少整體醫糾案件，同時亦可減少紛爭解決之成本。

## 附件 7：20150122 出差報告—臺灣醫療改革公共論壇—醫療改革往哪走？ (遠見)

壹、出差同仁：林奕辰

貳、出差日期：2015 年 1 月 22 日 (14:30~17:30)

參、出差地點：張榮發國際會議中心 11F 國際會議廳

肆、出差目的：臺灣醫療改革公共論壇—醫療改革往哪走？

伍、主辦單位：遠見雜誌

陸、重點記錄：

### ➤ 一、馬素珍：臺灣健保現況—從數字看臺灣健保 20 年

遠見雜誌長期關心台灣醫療，分別於於 2012 年 7 月、2014 年 10 月至 2015 年 1 月進行一連串的系列報導。

在 2014 年 10 月號中，點出了健保制度的「六大現象」(健保年收入增至 5557 億元，卻仍困難重重；民眾每年就診 15 次，洗腎給付高達 11.6%；醫院靠門診拚業績，住院病人誰來顧？；醫美勝過傳統醫療，整形醫師增加 190%；醫療變廉價，提供一元服務僅賺 0.83 元；醫療糾紛遞增，醫病關係雙輸)、「五大危機」(醫生怕被告，「防禦性醫療」氾濫；「隱形人球」擠滿急診室，你我是下一個？；你吃的藥比糖果便宜，只值 0.13 元？；醫材瘋狂砍價，開刀手法倒退 20 年；DRG 恐讓醫院賠錢，急重症沒人肯醫)、「三大爭議」(總額控制、黑箱核刪、DRG 支付)。

2014 年 11 月號，以和信醫院為對象，觀察和信醫院如何藉由嚴謹的醫療管理，在健保制度之下，持續改善醫療品質並建立互信的醫病關係。2014 年 12 月，檢討健保浪費的五大現象。2015 年 01 月號，以國家未來主人翁為題，期待更多人正視正視臺灣兒科的困境。而在 2015 年 03 月的雜誌中，即將推出萬人意見大調查。

### ➤ 二、黃達夫：醫療資源分配不均—健保給付的真實面

醫療的根本問題在於科技的進步取代了醫病的溝通；醫療的核心價值應該是照顧「人」而不是「病人」。而影響醫療很重要的一個因素是「保險」，美國也很重視健保制

度的建立，例如 Obamacare。在這之中，包括社會文化、民眾、財經狀況、醫療機構、醫療執業人員等等，都是影響醫療的要素。

目前台灣醫療的關鍵問題，其實是「迷失了醫療核心價值」、「窮得只剩下錢」。簡單說就是「健保想省錢、醫療機構想精簡人力、民眾要便宜要方便要撈本」。以機器手臂為例，臺灣機器手臂高達 23 台，遠高於許多先進國家，造成浪費。

對於現況的有效解方，健保、醫院和民眾三方都有責任。第一、健保制度必須確立醫療價值觀——為病人追求最大利益；以成果競爭取代價格競爭，確立為病人追求最高價值的醫療的政策。第二、醫院必須以品質管理取代財務管理；提升醫療效益而非看更多病人，如此不僅不會增加成本，反而可以降低成本；和信醫院可以比 DRG 再低 20%，正是因為如此。第三、民眾必須提升自我照護能力，預防勝於治療。

醫療改革是全民責任！

### ➤ 三、鄭守夏：醫護職業環境艱困—醫療護理人才流失

TEDx Taipei 陳畊仲醫師的演講非常值得大家省思。不過對於四大皆空、五大皆空的現象，我們其實把問題過度簡化、也過度極端化了。例如小兒科醫師，缺的是大醫院，而不是小診所；至於急診會缺人，一個很重要的原因是主管機關曾經要求全部的急診醫師都必須有急重症專科醫師執照，造成人才荒，後來發現原來全臺灣沒有這麼多人有，所以改成只要一半有就可以了；至於另一半，目前的情況通常是讓最不賺錢的家醫科醫師去支援。

統計資料顯示，每千人的醫師比，OECD：3.2 人，臺灣：1.7，日本：2.2，韓國：2.0；我們小輸日本與韓國，但並沒有差太多，而且數量有逐漸在增加；高雄長庚醫院也表示谷底已經過了。We are doing better, but feeling worse. 為什麼？這是因為我們的期待變高了，這其實也是醫療糾紛產生的主要原因之一。

台大醫院曾經做過調查，影響醫師選擇專科的要素，第一名竟然是「生活品質」!!! 這真的是一個很值得大家思考的現象。另外，我們真的花太多在治療，花太少在預防。



#### ➤ 四、嚴長壽：建立良好醫病關係—提升醫病溝通環境

醫生不是服務事業！他是上帝隔壁那個傢伙！我們不應該期待醫生提供「服務」，而是以其「專業」治病救人。社會教育需要重新檢視。

2014 在美國演講時，遇到在約翰霍普金斯大學讀書的臺灣學生，他們問我他們可以對臺灣貢獻什麼？我回答，在美國多待一段時間，否則可能被臺灣目前制度犧牲；多累積、找尋價值，找尋醫者的使命感。

臺灣有多少醫學院學生的志願會是去非洲行醫呢？醫學教育中對於「仁醫」的初衷探索培養是否夠積極？如何協助醫生尋找初衷 is the point，老師的角色是找到學生的特質，而不是訓練考試機器，如果永遠用後照鏡看學生，就無法為他們找到新趨勢。人人都可以很善良，但不一定每個人都要做臨床醫生；溝通、熱忱也許是與生俱來的，但從事病理研究的貢獻也不見得低於臨床醫師。

醫師和廚師其實很像，穿白衣、有著專業的固執、而且拿刀。但是專業的固執常常會忽略了其他，例如溝通。醫生是看「病」還是看「人」？我覺得當醫生應該要得到病人對你的信賴，而不只是解決問題。關心病人，先閱讀病歷，可以快速建立互信、得到病人信賴，對於醫療過程很有幫助；目前逛醫院、醫療糾紛的一個原因，就是缺乏溝通。

另外，如果選民可以對現況有認識，知道現在是在浪費子孫的錢，政治人物就會有後盾，改革才會有契機。所以教育也是一個重點。

#### ➤ 五、綜合討論交流

##### （一）葉金川教授、蔡依倫醫師發言

葉金川：論質計酬的方式比 DRG 更為可行。醫療機構也是社會企業，在制度之下我們要先要求醫療機構把自己該做的部分做好，然後才能檢討別人。金錢乃身外之物，夠用就好，我們的醫學教育必須強化這點。臺灣平均壽命前三名的地區分別為馬祖、台北、金門，為什麼？這是因為馬祖的預防醫學作得非常好！另外，我們應該要建立的是「保必要不保浪費」而非保大不保小，而且健保制度是社會保險，不應任意提高部分負擔。

最後，現在健保署變成了全民公敵，但健保署其實作了很多事情，希望輿論給予支持，改革才有契機。

蔡依倫：目前有一個很大的問題是社會現象的醫療化，也就是那些根本不是醫療的問題反而被以醫療的方式解決，例如老化、性功能障礙、更年期。以前覺得病人絕對不能在自己手中死去，死了就是自己的責任；但是經過了這麼多，現在開始思考怎麼樣才是真正救助病人的方式，以前常常把病人壓到到肋骨斷光光還吐血，家屬還是不相信病人已經死去。尊嚴死亡、安樂死、無效醫療、都是非常重要的問題，供大家思考。

## (二)、醫生的初衷為何？選科的難題何解？

黃達夫：有沒有人知道為什麼第一名的學生要去當醫生？（觀眾答：救人、受人尊重、薪水高。）很多學生考上台大醫科，家裡就放鞭炮，因為經濟條件好變成首要考量。但是救人被放到什麼順位呢？應該選擇什麼人去作醫生，不是成績好就作醫生。我現在76歲了，還天天在讀書，還會做筆記，發現本來以為已經了解的知識，其實已經落後了。把生活品質放第一的，不適合當醫生。醫師是有使命的，是被選擇的。我們畫一個曲線，是最聰明的人去當醫生嗎？未必，應該是有心的人；進來醫學院之後要改變很難，所以應該要先挑選。

## (三)、鄭教授的研究固然無見，但是現實狀況如此，為什麼會有這樣的落差呢？

鄭守夏：遠見的系列報導，完全反應了醫界的心聲！請注意，是醫界的心聲，這和民眾的心聲似乎有落差。如果一個醫生可以取得病患的信任、治好病患的病，那病患何必去逛醫院？健保的費用是否太低要跟國民所得配合，如果過份壓低，醫生一定出走；政府要介入到什麼程度，其實是一門藝術。「保大不保小」這樣的做法在臺灣絕對不可行！這是政治選擇的問題；而且臺灣民眾使用健保，9成都是看小病，只有1成看大病，造成現實上無法推行。我們話一個四方格：有需要付得起的沒有問題，有需要付不起是我們應該去補強的；但現實狀況是，不管付得起付不起還是那些沒有需要的，通通都用很多！所以調高部分負擔是可以討論的，但不是唯一的選項。最後，如果醫師公會肯，一個動作就可以解決這些問題，以家醫科為例，來10個病人，就有有3~5個不必要，怎麼解決？就是一定要有人扮黑臉。

主持人：我曾經在台大醫院的急診躺三天才找到床...

鄭守夏：另外提一點，父親換膝關節、換水晶體、都用健保的，因為這是最適合他的選擇。所以我認為，健保的核心價值應該是選擇價格與品質都適中的；For everyone, not for everything。

黃達夫：不要一直談錢。我們應該建立一套制度來篩選價值最高的。醫療的品質管理很重要。機器手臂一台 1 億多，所以醫院會規定在年限之中要能回收成本，造成非適應症也在開，一切都只是為了錢。我們要重視效率的醫療、有品質的醫療，只要找出最適合病人的治療方式，成本就可以壓低。還有，醫學生的選擇很重要；我寫的「用心聆聽」這本書，已經變成補習班用書！除了健保要承擔責任，醫療機構也要負責，民眾也要注意自身健康的控管。

葉金川：健保署的人也都不是智障，都是我訓練出來的，為什麼做不出來？當初我還沒上任就要我下台，只是因為因為我把洗腎刪了幾百塊，當初楊志良也是刪了費用，結果生效第二天就趕快下台了。現在收取 2% 健保費之後健保已經沒有虧損，既然有賺錢就應該拿出來改善制度，對話與協商機制要快建立。盲目調高部分負擔是不正確的，但是可以增加差額負擔！醫療改革不是革命，沒有辦法一下子就達成，是漸進式的，但是也不能慢到無感。

#### （四）、蔡醫師執業過程中有沒有什麼心得？

倫：到目前為止我已經執業 12 年了，但是在改革的聲浪中，醫療機構很少被檢討，醫生為什麼要衝門診量呢？這是因為他們的老闆要錢，我們現在仍然是用資本主義的架構在運轉這個醫療體系，資本家存在的目的是什麼？就是要剝奪剩餘價值。所以我們應該檢討醫療機構除了錢還能給醫生什麼？真正的匱乏在內心，醫生變成穿白衣的勞工。在這樣的架構下，醫療經營者也許是目前最滿意的一群人。

#### （五）、鄭老師資料中統計與現實有落差的原因？長期慢性病可否酌收補充費？醫療體系是否有面對老化的能量？黑箱核刪究竟為何？

鄭守夏：我其實是公衛畢業的，常被開玩笑說健保都你們這些公衛的人搞的！馬英

九當年要求醫護的病床照護比要從 1 比 4 變成 1 比 3，造成人力需求大增，加上醫院評鑑嚴格，在病歷室護士的就不能算！護士又不願意輪值三班。以前醫師可以值班 24 小時後，立刻接正常班，現在醫師都不願意了；加上 PGY1、PGY2，更造成人力空窗。臺灣走的是社會保險，所以要多收錢很難；而且我們健保費的最高級距竟然只到 18 萬 2 千！在社會保險的架構下，部分負擔可以討論。黑箱核刪，其實就是健保局的核刪，也許能改善，但是無法盡善盡美、人人滿意；也許可以討論核刪過程是否公開給醫師看？

黃達夫：主管機關應該要想的是建立更好制度，而非整天想要抓小偷，先興利再除弊。美國平均一個醫生看一個病人要花 28 分鐘，而且還有先預習。我們和信醫院病床 4 天可以換，為什麼別人要躺 10 多天？

葉金川：法人醫院只有大約 100 家，但是卻佔了 50% 的營業。財團法人的盈餘應該要拿來改善醫護環境。護理師執業倦怠頻繁，無法久留，所以人力才會吃緊。吃藥浪費的費用有限，長期照護（例如呼吸器）才是真正的大洞。

蔡依倫：走出這裡你們都是改革者。用頂新假油案來比喻，便宜的一定沒有好貨，現在可能沒感覺，但是長期一定會出問題。對的事情就要做！