



曾啓瑞

# 醫療糾紛

## 解決的關鍵

醫療糾紛 (Troubles in Medical Practice)，不只是台灣日益增多，世界各地近來也層出不窮，尤其是病人對「治療權」的要求似乎特別苛刻，一旦不能稱心如意，則除了要求民事賠償外，還要使醫生身陷囹圄。外國因為對於治療不當的訴訟案件，並不牽涉刑事責任，因此醫生可免牢獄之災，但是驚人的是醫療賠償却在急遽的增加，要求十萬美元賠償的醫療訴訟已司空見慣，1974年加州裁定的三十項醫療賠償，每項都在三十萬美元以上，其中還有半數超過百萬美元。

醫生如何去負擔這些昂貴的額外開支呢？他們只有參加治療不當的保險，每年多付出一筆保險費用，但羊毛出在羊身上，醫生只好從病人身上索回這些費用，病人必須多付百分之五到百分之十的診療費用，有的醫生乾脆多做一些防禦性的醫療，以防萬一訴諸法庭時，好為自己辯護。他們告訴原本可以回家休養的病人必須住院治療，以拖長病人住院的時間，並且堅持做更多的檢驗。發展的結果是醫療費用較醫療不當的保險費更迅速增加。舊金山的一位內科醫生曾表示，如果是一個朋友的兒子在足球賽中受了傷，可能只是給他上繃帶即可，但如果他是陌生人，則我會叫他拍各種部位的X光照片，並讓他住院以觀察病情。在可疑的情形下，我還要請求醫生會診。」（註一）這是醫生用以防備醫療不當訴訟的唯一合理辦法。醫生視每一個病人為可能的訴訟案件的這個現象，實在是可悲。有





些老醫生則寧可停業而不願冒訴訟的危險，因為後者可能使他們破財並毀掉他們辛苦獲得的聲譽，有的醫生則拒絕新病人。

美國將醫療行為視為一種承攬契約，因此病人入院之後包括一切檢查在內，由醫生負全責。在日本則將醫生視為善良的管理者，因此是一種委任契約。醫生與病人間的契約具有一種特性，其不同於一般契約者，乃通常的契約皆約束雙方履行該契約至完成時為止，契約上具有權利使訂約雙方履行允諾的事項，此種約束性質即契約與其他法定協議不同之處。但法律上明確認為醫療契約幾乎可以隨意取消，病人也可以隨時放棄其醫師，其契約即告終止。一醫生在大多數情形之下，皆可停止為病人治療，只須於數日前通知病人即可。病人與醫生間的同意事項，實際上即為契約，但大部分皆以口頭方式訂定，如雙方同意醫生只提供有限度的服務，以後醫生將陷於極端的不利。如病人病況加重，乃由於病人的疏忽，並非醫生的過錯所造成，而企圖誣告醫生時，則可指控醫生曾言明給予完全的治療，但只給予有限度的治療。在這種情形下，書面契約對醫生極為有用。假設一病人患有兩種或兩種以上的疾病，影響其身體的不同部分，通常每種疾病皆需要分別治療或動手術。然該病人無錢同時治療，醫生可與其簽定僅治療一種疾病的契約，診費亦可講定。治療之後，再與其簽定治療其他疾病的契約，則可避免被控告未同時治療其他疾病的糾紛。（註二）

病人往往要求醫生保證結果，一如前述，如事先未談及此點，法律上認為醫生並未給予任何保證，但如病人非常固執，堅持要求保證，醫生順從其請求，則可能導致嚴重的後果。醫生應避免保證任何肯定的結果，並應明告病人，不論醫術如何高明，都可有意外產生，所以醫生不能保證結果，但將盡力而為。否則醫生即變成保險者，須保險治療的效果，或對失敗的損害負責。有時病人與外行見證人，常誤認醫生樂觀的預測與應允即為保證或治療的允諾，由此可知在醫療糾紛中，醫生佔有極大的利益。即在

證實一案件前，提出控訴的病家，必先邀得一醫生見證人，證明被告醫生疏忽，在許多案件中，病人往往無法請到醫生見證人。如醫生保證為病人治療，等於放棄此一利益（註三）。醫療行為最近在日本有一個判例，其解釋為債務行為，並非用契約行為來解釋。診療開始時，先由醫生提出治療的方式，事後如果醫療糾紛發生，病家隨時提出一項，證明醫師有治療不當的行為，那麼敗訴將是醫師，民事賠償一定無法避免。英、美的海洋法却依據判例，無明文規定，以民法看待而非刑法。德、日等的大陸法，則依據明文法律規定，以刑法看待，對醫療糾紛視同犯罪。（註四）但仍有「善意」不罰的立法精神存在。

醫生的病歷表是保護自己的最佳利器，一份詳盡的病歷已將醫生使用的藥物，處理的過程，詳細的記載。粗心大意的醫生常在病歷表上簡單的一筆帶過，那實在是最愚蠢不過的事，法官判決的依據，專家的鑑定，大都來自這份寶貴的資料，如果不好好記載，誰又會知道醫生處理是否得當？醫療糾紛鑑定委員會常常碰到的是，醫師的病歷表往往是短短的一行，只寫上打某某針，其餘空白，醫科鑑定委員會對此最傷腦筋，因為醫科鑑定委員會實在無法了解當時的病況，所作的檢查及處理的情形，最後打出去的報告只好是「看不出有何過失」。其實應該也可打上「看不出沒有過失」或者是「無法判定有無過失」。這種醫療糾紛對醫生是最大的諷刺。

1962年台灣省醫師公會成立醫科鑑定委員會，已歷13年，其中受理司理機關送來的醫科案件，從第一年開始只鑑定6件，截至去年8月底已有450件之多，民國62年鑑定已達72件（見表），但並非醫科的數目只區區這些而已。台北市前醫師公會理事長陳國珍先生曾說：「台北市的醫師有700人曾發生過醫療糾紛，但是大部分都是私下花錢解決。」這是一個驚人的數目，相信以後由於醫藥衛生知識的傳播，傷害的請求賠償一定會增加，醫生不能不注意。醫科發生之後，醫生大部分手足無措，甚至和病家怒目相向，情況弄得很僵。他接著呼籲說：「這時候應



A、六十二年度經鑑案件表

科別	件數
內科	23件
小兒科	14件
外科	19件
婦產科	13件
眼科	2件
牙科	1件
計	72件

B、歷年經鑑件數統計表

年 度	件 數
53	27
54	22
55	20
56	33
57	33
58	38
59	47
60	55
61	49
62	72
計	396

C、六十二年度送鑑機關及送鑑件數一覽表

送 鑑 機 關	件 數	送 鑑 地 區 分 佈 統 計
地方法院檢察處	35	基隆2、臺北12、新竹6、臺中6、花蓮1、雲林2、嘉義1、臺南3、高雄2、
地 方 法 院	9	臺北3、宜蘭1、新竹2、臺中1、高雄1、花蓮1、
高 等 法 院	8	臺北5、臺中1、臺南2。
省 刑 警 大 隊	11	
其 他	9	
合 計	72	

該馬上打電話和醫師公會連繫，由公會出面，公會人員如能趕抵現場，以同情中立的立場，安撫病家，將可以減少病家的敵意。」安定病家情緒之後，由於公會是第三者，折衝斡旋，事情容易解決。

現在我們看看醫療糾紛在我國法院判決所根據的理由，歸類結果計有①應注意而未注意②診斷錯誤③治療錯誤④檢查錯誤⑤延誤時間⑥過失致死⑦其他（註五）。

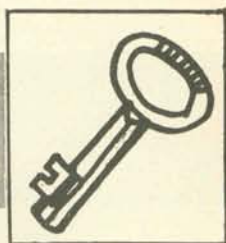
1832年據英國首席檢查官之論說：醫療行為之責任問題是在「是否被告醫師所有的學問與技術有充分的發揮？」而不在于學問與技術的比較程度，因為每一個醫師不能每次都超越別的醫師，而且也不能夠每次診療都發揮其極效。英國的司法界自十八世紀以來就採取這種觀點，對醫療業務責任問題審判的重點在於「醫師是否盡其能力，而不在于醫師能力的高下」（註六）。1973年美國的最高法院對此也有接近的看法，如在墮胎問題上，其認為：我們不須要解決生命的起源的難題，在醫學、哲學以及神學的個別觀點尚未一致時，法庭不敢遽下論斷（註七）。這說明了醫學是學理性的科學，各派學說雜陳，每位醫生可選擇自己認為合理的醫療方式，而不應當說這位醫生處

置不當，所以最近在 Boston 市立醫院的一位婦產科醫師因墮胎被判處緩刑一年時，在美國引起喧然大波（註八）。司法機關判決的六點理由實難令人信服。

民國50年3月到52年底，用問卷的261件醫料當中，其中70件和解息事，剩下的191件訴訟案件中只有9件最後判決有罪（其中7件為最高法院的判決），只佔訴訟案件的4.7%，或全部案件的3.4%，由此可見醫料的產生，大都只是庸人自擾而已，95.3%的醫生終可被判無罪（註九）。

一個國家的醫藥衛生行政要能夠上軌道，一定要制定足夠的法律規章。歐美先進國家衛生法令起碼有70種以上，都以明文制訂條文，但是現在立法院所審查通過的衛生法令，不到十個，其他都由行政命令來執行，這實在是很遺憾的事。外國尚有所謂專業的醫師法，單是小兒科，就是厚厚的一本，內文詳細述明專業醫師的職責，否則如「牙科醫師做開腹腔的外科手術」，「小兒科大夫做輸卵管的結紮手術」，所發生的醫療糾紛，將不易解決，也找不到明文規定。專業醫師的興起，全科醫師的式微，是潮流的趨勢，也是醫學的一種分工，早日判定一些專業醫師





法，是迫切需要的。

此外醫療訴訟法庭的設立亦屬必要，目前我國已有交通法庭，鑑定交通事故，仿此可由政府設置醫療訴訟法庭。醫科鑑定委員會所鑑定的案件，雖由各地檢處，各級法院疊送而來，有時也直接送往各地方醫院鑑定。鑑定的結果雖然多少受到法官的尊重，但是法官仍然可以運用其自由心證，可以採用鑑定結果，也可以不理會鑑定結果。因此鑑定的結果只是作為法官的參考，權威性尚非絕對。我們認為將醫科鑑定委員會升格，納入政府的編制，網羅一流的醫學專家，加上法律專門人材及法官組成類似陪審團的機構，當有助於醫科的鑑定。時下醫科鑑定委員會所碰到的困難是：鑑定完畢後，送達法院，法院判決的結果沒有通知醫科鑑定委員會，鑑定委員會也不知鑑定結果是否為法庭所接受，其間隔閡仍多。

現有的法醫制度，以法醫的判斷為主，鑑定委員會的鑑定為輔。法醫的判斷由解剖而來，時常和鑑定不符。況且解剖診斷和臨床診斷是有很大的差距存在。曾宗廷律師說：「如果法醫判斷與鑑定有衝突，而法院認為醫師診斷有誤，在美國是不必負責任的，據資料統計，診斷正確率只有百分之五十到六十。醫師負責任只有在他治療有疏忽情事而未盡職責，不在診斷的正誤上判斷。」

急診的問題也常困擾著醫師，台北縣曾發生一起流氓互殺案件，傷者進醫院後急救死亡。去年，法院判決本案：持刀殺人者判刑六個月，「拔刀」救命的醫師却被處徒刑六個月。光復以前醫療糾紛可說幾乎沒有，而今非昔比。請看林天佑教授在「象牙之塔夢迴錄」中一段記載：「有一位四十歲左右的日籍婦人，患了胃癌，已到了相當蔓延的程度了。我看護她，幾乎片刻不敢離開。入夜，那患者幾乎到了無法挽救的地步了。突然，她用那冷冰冰的手，握著我的手。微動著嘴唇，毫無氣力的說：『林先生！謝謝您！我！不行了，多謝您的照料……』她斷斷續續地說。我眼看著她嚥了氣。這時，冷冰冰的手，還握著我的手。一看她家屬也靜悄悄地低著頭，他們也同樣的一再向

我致謝。在臨死之前的一瞬間，病人仍不忘謝醫師，這不是偶然的一種感情。」（註十）

去年中華民國醫院行政協會開會時，專題討論「急救業務管理問題」。一外科醫生坦陳，醫生最怕的就是吃官司。按法律規定，業務過失比普通過失的罪更大。法官的判決，二審尚可推翻一審，醫生面臨死亡邊緣，往往只有一次的機會，連回過頭來的可能都沒有。一次失誤，醫生是否有幸受到寬恕呢？社會上實不應該以「一百分」的眼光來衡量醫生了，醫術實有其極限。英國曾有一判例，頗值得令人深思，法院判決一名打錯針致病人於死的實習醫生無罪。判決主文如下：「死者已矣，何必要把一年輕人的前途也陪葬下去？說不定經過這次教訓，他會成為最傑出的醫生。」（註十一）這真是具有幽默感的悲劇中的高潮判決。

司法檢察官及法醫在未能判定醫療糾紛過失在醫師時，不能將醫生先行扣押候訊。由於此項行動，將損及其他候訊病人的權益，亦影響到醫師的地位，並使醫師今後不敢輕易接受急診病患（註十二）。如果此一情況形成，對於政府積極倡導擴展急診工作將有很大的障礙，使許多醫生不願加入此一行列。

依刑法第二百七十六條規定「從事業務之人因業務上之過失致人於死者，處五年以下有期徒刑或拘役，但併科三千元以下罰金。」第二百八十四條「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。」法律上將醫療過失視為業務上的過失，何謂「業務上的過失」？刑法第十四條規定「行為人雖非故意但按其情節應注意而不注意者為過失」，又「行為人對於構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信不發生者以過失論」，刑法可怕，醫生能不小心？

有一些人主張所有的醫生都應該參加醫療業務責任保險，民國55年明台公司首先提出「醫療業務責任保險」的方案，目前尚有一些保險公司在舉辦此種保險，每個月



繳費若干，一年之內保險醫療糾紛四件（如果告到法院時），最高賠償額為二萬五千元。但這樣就能否將醫療糾紛消弭於無形呢？時下醫界存在的問題實在是太多了。民國32年訂定的醫師法到現在還在使用，民國56年修正的新醫師法，由於密醫的集體請願，還等待「行政院命令」實行之。醫師本身的自律也是問題之一，醫德的墮壞，少數的害群之馬，使社會的一般民衆認為醫療行為和商業行為無異，同樣的是一種賺錢的工具而已。1962年世界衛生組織的統計指出，台灣地區的胃潰瘍死亡率為世界之冠，其數字超過日本的一倍，美國的四倍。中部某私立醫院所作的胃切除手術竟然超過一千例，比台大醫院還多。（註十三）真是生意鼎盛，財源滾滾而來，是否這些人的胃都壞到需要開刀呢？恐怕並不盡然。醫師的表現既然如此，難怪乎大家皆以「生意人」的眼光來看醫生了。最近衛生署正著手修正「醫院診所管理規則」，草案中有一項立意甚佳，即要求各醫院將各種手術切除的組織或器官，送往衛生行政主管機構作病理檢查，來約束醫生所作不必要的開刀。並計劃設置「醫事審議委員會」，以研議審查有關醫院診所的設立，業務的監督，端正醫德並提高醫療品質。實大快人心。

密醫的猖獗，而取締密醫時，竟然必須用「藥物藥商管理法」，因為現行醫師法中找不到有關密醫的名詞，以及有關取締密醫的規定，因此密醫使人致死，只能算是一般過失，而醫師則須算是業務過失，依刑法第二百七十六條業務過失須處五年以下有期徒刑，實在是不公平。

民國57年中某密醫治療院被台中市衛生局取締，如依現行醫師法第26條規定，處以一百銀圓罰鍰。這位密醫不服向行政院提出訴訟，經奉裁定：「該民並無醫師資格未能依據醫師法第26條處罰，原處分罰鍰部分撤消。」，密醫勝訴，官方敗訴，這真是令人慘不忍睹。新醫師法的精神在於第28條，對於未取得合法醫師資格擅自執行醫療業務者處一年以上三年以下有期徒刑，若因而致人傷害或死亡者，依刑法加重其刑二分之一，但何時能夠實施呢？行政院是希望退除役軍醫的問題解決之後才公佈實施，今年是退除役考試特別條例實施的最後一年，新醫師法該實施了吧！

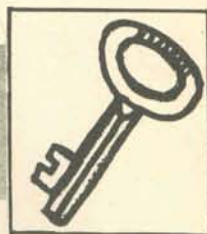
全省的衛生所有364個，有89個設在偏僻鄉鎮缺乏醫師，衛生署及教育部打算今後在醫學院普設公費獎學金，畢業之後在衛生所服務十年，其實這是閉門造車的一種作法。學醫固然必須有史懷哲「敬畏生命」及「每一個人都有他的蘭巴倫」遠赴窮鄉僻壤，懸壺濟世的精神，但每一個月區區的數千元，上不足以事父母，下不足以蓄妻兒，況且還失去進修，以及post-graduate training的機會，一個年輕的醫師是不會提起太大的興趣的。將這筆經費用來提高各地衛生所醫師的待遇，重賞之下必有勇夫，反而是上策。醫學的進步，醫療水準的提高，首當由醫學教育著手，沒有好的醫學教育，焉能培育出良醫？以前衛生主管單位以及教育部對於醫學院校似乎採取不聞不問的態度，根本談不上監督、輔導，以致有創校至今尚沒有附屬醫院的醫學院。最近據聞教育部打算以低利貸款給各私立醫學院校，建造附屬醫院之用。如果屬實，亡羊補牢，希尚未太遲。

去年六月三日，外電報導在舊金山海灣區有四個人服用一種號稱可治風濕關節痛的中藥，而導致血液病，檢出含有phenylbutazone，並舉出四種廠牌，消息傳來全國震驚，不久又在北市破獲一龐大的偽藥製造集團，以及含G-11過量，而有傷皮膚的Dial牌香皂泛濫於市，有損國民健康，衛生署某高級官員因此而下台。由此也暴露了我們對藥物藥商的管理是如何的鬆弛。

另外一件懸案是，大日本製藥公司的Thalidomide在國內的使用，產生的畸型兒目前年齡已達12歲到16歲。雖然此藥在1962年內政部以公內衛字第92291號令，列為管制進口，但在嬰兒的永久性損害方面，已無可避免，這種醫療糾紛算是病人與藥商間糾紛的一例，當要據理力爭，請求賠償。

憲法第157條規定：「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生制度及公醫制度。」總統在「民生主義育樂兩篇補述」中已經提出：「普遍設置醫治機構，並加強檢疫及預防傳染」以及「實行疾病保險」兩項，可見全民保險及公醫制度是我國既定的政策。衛生署長王金茂認為：「在無法全面實施公醫制度前，應當實施全民健康保險，而此一全民健康保險應採『部分負擔』方式，為醫療給付原





則。」(註十四)至此，我們對醫療業務保險或醫療糾紛已有一清晰的輪廓，即應該要保險的是病人，而非醫生，換句話說，也就是擴大各種疾病、傷害、殘廢、死亡等的給付標準。

英國是實行公醫制度最早的國家，英國的國家健康服務有一句很動人的口號是：「從子宮到墳墓」(from womb to tomb)，或從「搖籃到墳墓」(from cradle to grave)都由政府免費供應。但如今每年都有400名左右的醫師移民國外，醫生的待遇低是主要的原因，現在英國除了急症之外，其餘的病人都要大排長龍等下去，眼睛必須開刀的患者要等三個月，割扁桃腺的要等22星期，靜脈曲張動手術要等好幾年，現在非重症的手術等待者，已有60萬人之多。英國政府需要立刻投入五億英鎊來應付物價上漲和維持公醫制度，但政府只給了四千萬英鎊。(註十五)這是我們在實施公醫制度之前不能不深切注意的問題——財源的籌募。

## 後 記

本文為筆者對醫療糾紛做進一步的探討，並且嘗試用各國的一些醫療制度的優點，已有的判例對這一問題作各方面的解釋，目的不在於僅求醫師明哲保身，而在於提高醫療品質，提昇醫業道德。在醫學院課程中增加醫學倫理，講授醫學史及醫事法規，亟為需要，此為醫學教育中重要的一環。醫療糾紛解決的關鍵在於實施全民保健及完美的公醫制度，也在於醫師本身的知識及作為，更在於全民醫療知識水準的提高。更需要強有力的衛生署！醫生非商人，病人也非貨品，醫療行為不能單純地用契約行為來解決，其中必有某種神聖的精神存在，我們要追求的就是這種精神。

醫生的誓言中有一句：「我願盡我的良知良能以醫術去治病，決不存絲毫損傷和加害之心思。我要對我的生命和我的醫業保持純潔和神聖。」願以此和大家共勉。本文承蒙台灣省醫師公會、台北市醫師公會提供不少資料在此一併致謝。

註一：陳和美節譯 1974年1月12日美國新聞與世界報導。

註二：淳于超譯醫療業務過失訴訟法剖析。見台灣醫界第八卷第十期，pp. 40~41。

註三：同註二。

註四：吳基福「談醫事法規與醫療糾紛」，見綠杏十九期，p. 72。

註五：吳基福「醫療糾紛與醫療業務保障制度」，見台灣醫界第七卷第二期，pp. 9~16。

註六：同註五。

註七：U. S. Supreme Court, Jan 22, 1973

“We need not resolve the difficult question of when life begins. when those trained in the respective disciplines of medicine philosophy and theology are unable to arrive at any consensus the judiciary ..... is not in a position to speculate as to the answer.”

註八：見TIME Abortion: The Edelin Shock Wave March 3 1975 p.38。

註九：同註五。

註十：語出林天佑著「象牙之塔夢迴錄」，傳記文學。

註十一：徐梅屏「急診問題困擾醫師」，見台灣醫界第十七卷第六期，p. 9。

註十二：「省公會建議政府慎重處理醫療糾紛」，同註十一，p. 18。

註十三：見聯合報63年9月2日「大家談」。

註十四：王金茂語「全民保健與公醫制度」。見「時事週報」第二九卷第七期。

註十五：何凡「公醫的難題」，見63年9月5日聯合副刊「玻璃墊上」。