



社團法人台灣醫療糾紛關懷協會

Taiwan Humanity Association for Medical Disputes

一、針對國內醫事團體兩項主要訴求 1 醫師被訴率高，2 醫事人力流失問題，而要求衛生署及立法委員修訂醫療法第 82 條之 1 條文，限定醫師人員的刑事責任部份，本會意見如下。

本會不讚成增訂醫療法第 82 條之 1 條文。關於醫事團體第 1 項訴求，本會回應如下：該刑事被訴的研究是根據楊秀儀博士與劉邦揚碩士的論文，其調查統計期間是 2000 年 1 月 1 日至 08 年 6 月 30 日止各地刑事法庭的判決結果。共有 223 個刑事判決，現將醫師與病患的立場分述如下：

	醫師立場	病患立場
統計母數	312 位醫師被告	223 個刑事判決，即 223 個家庭遭遇醫療糾紛
判決	232 位無罪，80 位有罪 每 38.8 天有一位醫師被定罪	自訴 95 件，公訴 128 件 每 13.9 天有一民眾遭受醫療糾紛
有罪結果	64 位緩刑或易科罰金，有服刑風險者 16 人	自訴定罪 13 人，公訴定罪 67 人
醫糾的影響	遭遇訴訟的過程與結果	遭遇醫療傷害，加上訴訟的過程與結果
影響的當事人	被告醫師	病患及家屬們
醫糾影響時間	醫糾發生起始至訴訟結束	一生

醫療糾紛在八年中，刑事部分是有 223 個案例發生。與美國相比在 2008 年 303824646 人口下(<http://zh.wikipedia.org/wiki/美國人口>)，每年 195000 人死於醫療事故，約有 15000 至 19000 醫事人員被訴(http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_malpractice)相比，台灣每年每萬人中有 0.01327 名醫事人員被訴(223/8=27.875, 27.875/2100 萬)，美國每年每萬人中約有 0.55954 名醫事人員被訴(17000/30382 萬=0.55954)，兩者相比，美國是台灣的 42.2 倍。因此台灣醫師被訴率其實遠低於美國。

其二，關於醫護人力流失的問題：

- 1、診所林立，醫護人力資源分配不恰當：「大」醫院醫護人力不足，而各鄉鎮街道上診所林立。這是醫護人力資源分配不恰當的問題。許多醫師寧願到市區開業，方便分享健保資源這大餅，如此便造成大醫院人力的流出。
- 2、診所設立草率：各專科診所所需專職的醫事人員數量是否合理，是否應跨相關科別聯合問診，隨著疾病的多樣化，是否有誤判病源情形。因此應加強專業訓練及問題通報匯整中心，整合醫療資源並且跨科診療。
- 3、民眾頻繁就醫：由於健保的便利性，相較以往民眾就醫方便許多，少數民眾因心理因素而頻繁進出醫院，形成健保資源的浪費與醫護人力的重複使用。健保局應針對少數頻繁進出醫院民眾，追蹤原因並改善。

二、上述兩項醫事團體的訴求，是否需增訂醫療法第 82 條之 1 來解決上訴訴求的問題？



社團法人台灣醫療糾紛關懷協會

Taiwan Humanity Association for Medical Disputes

本會回應如下：

增訂醫療法第 82 條之 1 是限縮醫事人員的刑事責任在重大過失即違反注意義務且偏離醫療常規，條文如下

「醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任。

前項所稱重大過失，係指嚴重違反注意義務且偏離醫療常規之行爲。」

上述條文形同虛設，理由如下：

- 1、現行醫療常規常常是不同的醫院有不同的「常規」，「違反注意義務且偏離常規」便形同虛設。
- 2、醫病關係，病人永遠是弱勢方，**醫事人員的心態是決定醫病關係的主要關鍵**。好的醫事團隊所做的醫療行爲，值得民眾嘉許，不好的醫療行爲更應受到更多的注意與討論。「病人回饋系統」將可讓在健保制度下沒有聲音的民眾，給予醫事人員鼓勵與建議。
- 3、在現行的制度下，難道需通過 82 條之 1，醫事人員才能「專心醫治病患？讓病患獲得最有利的醫療方法？」難道現在是「不專心醫治病患嗎？病患的醫傷資訊被隱藏嗎？」

三、根據 2011 年 11 月 30 日「醫療傷害不責難補償制度高峰會」結論，引用北歐及芬蘭「不懲罰」制度為例，截取部分文段如后

「『不懲罰』的北歐：有限的醫療支出，最佳的醫療品質；『不懲罰』制度是由病人申報醫傷，由於『不懲罰』人，因此醫療人員樂於協助病人填寫相關醫傷資訊；…基於此種『病醫互信』及『病醫合作』而取得的完整準確的醫傷資訊，經由彙整、分析、研究後提出有效的改善預防對策用來減少並預防醫傷，提高醫療品質」；

「『不懲罰』的芬蘭：有全國性完整的醫療傷害統計研究；…芬蘭國會在法案的序文中即指出：病人保險中心所有的資訊均應被有效的利用並促進臨床技術的升級。」

綜上所言，**關鍵的是「病人回饋系統」使醫病關係在現行健保制度下，從無聲的病患或「白老鼠」，轉化成「平常人」**，而醫事人員本於職權，便應將醫療過程與記錄與病患共享，而健保制度與衛生署，應利用公權力建立醫療資料庫，讓醫事人員能從好的或不好的醫療行爲中，發現錯誤，進而改進。即「病人回饋系統」由病患與醫事人員建立資料 Data，其次由政府公部門及學術單位，分析資料並分享改進。這些都是政府部門及目前資訊技術能完成的，端看公部門是否願意積極改善現行醫療環境，病患「無聲」的困境。衛生署是全民的衛生署，中華民國的衛生署，而不是部份醫事團體的「衛生署」，期待公部門能做對全民有益的政策，而非獨厚少數團體。

四、現行醫療環境，在公部門可修法或可作為方向，本會建議如下：

(一) 還原事實

- 1、公部門的專業鑑定人。
- 2、公部門主動積極發掘問題與爭議的醫療行爲。
- 3、針對爭議性醫療行爲，應公開科學性的方法，取得對民眾最佳的醫療結論。

(二) 記錄過程



社團法人台灣醫療糾紛關懷協會

Taiwan Humanity Association for Medical Disputes

- 1、運用科技，全程記錄民眾就醫過程。何時何時做了什麼醫療行為。
 - 2、手術過程全程攝影，建立技術資料庫，提昇醫療技術，並保障醫病權益。
- (三) 資料統整與可查詢
- 1、病人就醫回饋資料庫。
 - 2、病人就醫歷程資料庫。
 - 3、國內相關醫療數據資料庫，提供醫事、學術人員技術學習與改進。
- (四) 醫療糾紛補償制度
- 1、社工人員：政府應於社福部門建立醫療糾紛的社工人員，接受民眾求援。
 - 2、醫療糾紛補償金：類似汽機車強制險，讓民眾不因醫療疏失造成家庭成員的損害而沿生社會問題。
 - 3、醫事人員準備金：由政府及醫事人員繳納準備金於公帳簿，對於通報不良的醫事人員將負擔較高的金額，待一段時日後，恢復標準金額。準備金供社工人員補償醫療糾紛受害者或家屬。

五、不要為後輩製造醫療過失去刑責後的不安全生存空間：

醫師的知識足以達到不會誤為「謀財害命」的境界嗎？答案當然是否定的。縱或足以達到，亦難保去刑責之後，某些道德較差醫師有恃無恐地萌生「謀財害命」的醫療行為。以下為本協會例舉的三個案例，作為表明本協會對「醫療過失去刑責」反對之立場：

醫師無足夠藥物知識造成患者傷害案例一

「10%Glycerol (甘油) 溶液，降顱內壓的效果很好，但要注意的是，如併有顱內血腫時，這種迅速縮小腦體積的作用，往往有誘發或促進再出血的危險所以懷疑有顱內出血時，不能隨便使用這種高滲透性脫水劑」。顯然 10%Glycerol (甘油) 是用在降顱內壓的。但若顱內出血，顱內壓升高是必然現象，若需治療，也必先是以手術處理。顱內壓升高本身即具止血效果。在手術前，傷口未經處理、未確認出血傷口已無再出血之虞情況下施打 10%Glycerol 於顱內出血之一種的蜘蛛膜下腔出血病情病患是被禁止的，顱內壓下降的效應，會誘發或促進原出血傷口再出血，造成更大之顱內出血傷害。本事件竟然發生在某醫學中心。這種庸醫若去刑事責任，臺灣還能住嗎？

醫師無足夠藥物知識造成患者傷害案例二

一名診所外科庸醫，業務蕭條，幾乎三餐不繼，曾為患者開盲腸都出過問題，活活的人開到死。後來歪腦筋一動，利用藥物的副作用讓肥胖者減肥。媒體爭相報導是健康食品減肥，頓時門庭若市。當時這些副作用藥物都是合法藥物，藥物名稱就叫 PPA 英文全名為 (phenylpropanolamine)。當然這種謀財害命行為的結果是奪掉了一些減肥人的性命。這個醫師經過這樣的謀財害命伎倆，發了一筆大財，現在財產幾十億。在目前醫療過失未去刑責，竟然還是如此囂張，對這樣的庸醫道德欠缺都無法制裁。若去刑責之後更是無法想像。



社團法人台灣醫療糾紛關懷協會

Taiwan Humanity Association for Medical Disputes

醫師診斷知識不足或疏失造成患者傷害案例三

盲腸的診斷在外科屬很普遍的案例，但不知爲了是醫師想多賺錢衝業績，還是…。居然開給止痛藥。結果後來盲腸破了，引發腹膜炎。嗚呼！送走一條命。這種醫療疏失可以去刑責嗎？

現在不合理去刑責化改革，等同爲後輩子孫製造問題，爾後需發更大數倍精力才可修正回來。本協會建議醫療過失不可去刑責，更應加重，不能爲少數社會優勢份子錦上添花，傷害多數弱勢民眾。想想，醫師最少月入數十萬還嫌不夠。如果醫師沒人當，那就任其自然吧！

臺灣其實有些病可以不用看醫師，而找藥師更安全。這是制度上的問題，應該檢討。不要老是依賴這些人，被醫師予取予求地要脅。藥師並無要求專業去刑責。當醫師面臨生存壓力的時候才會飢不擇食安份守己，等到有朝一日醫美賺不到錢，自然會回流。醫師在總人口只佔少數，國家不是這群少數人的國家，國家是更大多數人的國家。就讓這群人移民吧！去刑責不是法律問題而是道德問題。