

## 內科醫師之說明義務—兼評九十四台上二六七六號刑事判決

文 / 林萍章教授 【台灣法律網】

病人甲於民國八十五年在某醫院接受心臟內科乙醫師之心導管檢查。甲夫丙認為乙未親自告知甲及其家屬實施心導管檢查之危險性，而由護士要求甲在「心導管檢查說明書」上簽名，致甲因心導管檢查之併發症而死亡，因而認乙違反醫療法第四十六條之說明義務而未盡其注意義務，為有過失。最高法院認為向丙提示之「手術同意書」，即係「心導管檢查說明書」，若係由護士交予丙簽名，雖其上載有應告知事項之內容，然能否即謂主治醫師乙已盡告知義務？又丙未受高深教育，於簽署時是否瞭解其內容？(94台上2676)

醫療法第四十六條(I、醫院實施手術時，應取得病人或其配偶、親屬或關係人之同意，簽具手術同意書及麻醉同意書；在簽具之前，醫師應向其本人或配偶、親屬或關係人說明手術原因，手術成功率或可能發生之併發症及危險，在其同意下，始得為之。但如情況緊急，不在此限。II、前項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央衛生主管機關定之。)自民國七十五年十一月二十四日公布後於民國九十三年四月二十八日再次修正為第六十三條(I、醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。II、前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。III、第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。)，基本上其內容變異不大。依條文文義，本條適用於「手術」。衛生署並依據醫療法第六十三條第三項於中華民國九十二年八月十二日(衛署醫字第0九二0二一三八六二號)與九十三年十月二十二日(衛署醫字第0九三0二一八一五0號)公告及修正「手術同意書」格式。

本案甲所接受之心導管檢查是否為手術？是否適用醫療法第四十六條(舊法)或第六十三條(新法)？我們需先澄清手術的定義。衛生署認為手術之含義可分為狹義及廣義之含義，狹義之含義指外科手術，即使用刀、剪做診斷及治療之醫療行為，廣義之含義可包括一切醫療上之診療行為，如內視鏡、注射等。但一般所指「手術」即指狹義之含義。(69.10.14.衛署醫字第二九九三〇二號函)。至於「手術」的範圍，衛生署並未明確界定。但我們仍可由衛生署的其他相關單位的有關規定，加以探究。中央健康保險局(衛生署的附屬單位)對手術收費的規定中，曾對「手術」的範圍加以界定，認為「手術中的分離、切割、縫合，屬同一次手術，不應另外收費」。由此看來，心導管檢查非屬狹義之手術，並不適用醫療法第四十六條(舊法)或第六十三條(新法)。換言之，丙所簽署之「心導管檢查說明書」，並非第六十三條所謂之「手術同意書」。

民國九十三年四月二十八日再次修正之醫療法第六十四條(I、醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬 或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。II、前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。)可作為甲或丙於心導管檢查前要求乙說明之依據。然而，中央主管機關尚未規定何種侵入性檢查或治療，應向病人說明。從而，甲 所接受之「心導管檢查」，尚非第六十四條所謂之「侵入性檢查或治療」。此外，依刑法第二條之「從輕原則」，醫療法第六十四條尚不能作為甲或丙於心導管檢查 前要求乙說明之依據。

依「罪刑法定主義」，甲所接受之「心導管檢查」，非第六十四條所謂之「侵入性檢查或治療」，亦非第六十三條所謂之「手術」，乙的說明義務是否如同「手術」一般嚴格？尚非無疑。退一步說，乙的說明義務若可「類推」手術之說明，則本案乙對丙之說明是否已足？衛生署於中華民國九十三年十月二十二日公布衛 署醫字第0九三0二一八一四九號「醫療機構施行手術及麻醉告知暨取得病人同意指導原則」。其第二條第一項規定告知之對象為1、以告知病人本人為原則。2、病人未明示反對時，亦得告知其配偶或親屬；第三項規定：如告知對象為病人之法定代理人、配偶、親屬或關係人時，不以當面告知之方式為限；第五項則規定：醫療團隊其他人員亦應本於各該職業範疇及專長，善盡說明義務，盡可能幫助病人瞭解手術、麻醉過程中可能面臨的情況及應注意之事項等，對於病人或家屬所詢問之 問題，如超越其專業範疇，應轉請手術負責醫師予以回答。因此，乙的說明義務之對象為甲，而非丙。換言之，乙可對丙說明，亦可不對丙說明。由護士代為說明亦 非不可。如乙對丙為說明，不以當面告知之方式為限。也就是說，乙可以提供書面資料作為告知說明之方式。至於丙是否瞭解「心導管檢查說明書」之內?e而簽署，則事關「簽名」之效力。行為人之簽名，應對其所簽文件內容負責，信用卡、保險單之相關判決不少。依「體系正義」，丙似不得主張不知「心導管檢查 說明書」之內容而簽署。

## 醫師之說明係阻卻違法：再評九四台上二六七六號刑事判決

文 / 林萍章教授 【台灣法律網】

病人甲於民國八十五年在某醫院接受心臟內 科乙醫師之心導管檢查。甲夫丙認為乙未親自告知甲及其家屬實施心導管檢查之危險性，而由護士要求甲在「心導管檢查說明書」上簽名，致甲因心導管檢查之併發 症而死亡。最高法院認為醫師若未盡說明之義務，除有正當理由外，難謂已盡注意之義務。(94 台上 2676)

過失犯之成立須具備所謂的「行為不法」，所謂行為不法，係指行為人違背社會所共認之行為準則，而未保持客觀上所應有的注意，而因此構成行為之客觀注 意違反性，而

製造了法所不許的風險之為。而行爲人於客觀上應注意之程度如何，則取決於危險程度及破壞法益價值程度高低而定。而危險程度及破壞法益價值程度 高低，若以行爲人之主觀認定爲標準，則會因各人之價值觀不同，而使認定標準歧異。故德國通說認爲，在構成要件該當性之層次，行爲人所應具有的注意程度應依 客觀標準認定之。所謂客觀標準係指一個具有良知理性且小心謹慎之人，處於與行爲人同一之具體情狀下所應保持的注意程度。也就是說，所謂「過失行爲」，乃行 爲人未遵守「社會一般人所要求之注意」(即客觀注意義務，就醫師言，即爲一般醫師所應爲之醫療常規)，而未採取適當的迴避措施，導致不良結果發生。換言 之，違反“客觀注意義務”乃「過失」的構成要件要素之一。

醫師的手術或具侵襲性的檢查行爲(例如，心導管檢查)，就客觀而言，是對於身體的完整性構成侵害，故已構成刑法第 277 條普通傷害罪的客觀構成要件。醫療的目的是爲了治癒疾病，因而有少數學說(不傷害說)認爲其不構成傷害罪。但此爲少數說，依我國多數說見解仍認爲其構成傷害罪(傷害說)。1894 年，德國最高法院於「骨癌截肢」的判決中認爲：「即使該醫療行爲在醫學上係正確、成功的處置且治癒，若未得病人或法定代理人的同意，該侵襲行爲該當傷害 罪。」。

醫師的診療行爲由於牽涉到被害人的身體法益侵害，故倘要能阻卻違法的話，須有病人的承諾（在目前一般稱之爲同意書）。若獲得病人的承諾，則可發生阻 卻醫師診療行爲的違法效果。但這些承諾仍必須具備以下的要件，否則將可能該當刑法第 284 條第二項業務過失傷害罪或第 276 條第二項業務過失致死罪。

a、病人在爲承諾接受診療之前，醫師必須盡說明義務，意即醫師應將診療之種類及可能引起身體上、精神上所有典型之結果，所有診療後之重要情況告知病人，讓其對於承諾意義能理解，而作出願意放棄身體法益之決定（即承諾行爲）。

b、醫師的診療過程必須是符合醫術的行爲，倘不合乎醫術行爲，則病人之承諾仍不生阻卻違法性之效力。

c、 醫師若是隱瞞實情，使病人簽署同意書。縱然取得病人之同意書，此種承諾仍不生效力。例如：外科醫師爲使癌症病人接受手術，而告知病人的治療計劃是小手術， 但卻是作大手術。在此種情形下，病人受到不實的欺騙而影響病人簽署之同意書效力，意即同意書不發生效力。有人指出醫師是基於善意的欺騙而有阻卻違法的效 果。但這是錯誤的，因爲刑法上的阻卻違法事由是不分善意惡意的。

d、醫師爲治癒病人所爲的侵害行爲，有傷害罪的構成要件該當性。但若有病人的承諾 則成立阻卻違法，這是一種特殊的、超法規的違法阻卻事由，即額外要求病人的承諾。這種病人的承諾，須病人的認知符合醫師所要作的診療行爲的意義和其範圍， 也就是病人要對醫師要將作的診療行爲、成功率、和危險性都要有基本認知，才能簽名。若不是基於充份的認知，則可以對承諾的效力提出異議。因而醫師的說明義 務是重點。專斷

的醫療行為，即醫師於醫療行為之前未獲得病人的同意，因不符合醫學倫理，當然不發生具有承諾的效果，自不能阻卻違法，故其診療行為具有違法性。換言之，醫師縱已盡其醫療行為之注意義務，如未獲病人同意，擅予實施醫療行為，亦與醫療倫理有違，仍不能阻卻違法。

由此觀之，醫師的說明係阻卻違法，而非注意義務之一部分。

## 醫師說明的內容---三評九四台上二六七六號刑事判決

文 / 林萍章教授 【台灣法律網】

最高法院九四台上二六七六號刑事判決認為醫師應盡之說明義務，除過於專業或細部療法外，至少應包含：(一) 診斷之病名、病況、預後及不接受治療之後果。(二) 建議治療方案及其他可能之替代治療方案暨其利弊。(三) 治療風險、常發生之併發症及副作用暨雖不常發生，但可能發生嚴重後果之風險。(四) 治療之成功率（死亡率）。(五) 醫院之設備及醫師之專業能力等事項；亦即在一般情形下，如曾說明，病人即有拒絕醫療之可能時，即有說明之義務。

醫師應說明告知到何種程度，才可作為病人同意之有效要件？英美學說上對於此種說明義務之說明範圍，有四種標準。

1、理性醫師說 1957 年 *Salgo v. Leland Stanford* 法院判決規定，只有病人對醫療行為的同意是不夠的，病人在同意手術前必須先被告知醫療行為之相關風險。在這項判決中，告知的內容是憑藉著“醫師專業標準”來決定病人被告知的內容，亦即以“理性的醫師”認為應對病人說明的事項來告訴病人。說明範圍之標準取決於「一般醫師」。衛生署舊版手術同意書，即採用醫師專業標準，由醫師決定應對病人說明的事項來告訴病人(附表參照)。但病人所希望被告知的醫療資訊，醫師可能沒說明。甚至一些少見的併發症，病人不知道其可能發生，醫師也因發生率低，而未進一步強調。例如，自然生產發生肩難產的風險機率。

2、理性病人說 1972 年 *Canterbury v. Spencer* (19 歲男性病人因背痛而接受切除椎弓手術。手術後第二天下床時，跌落床下。數小時內，病人之雙腳無法活動，最後造成下半身癱瘓。)，一個有關手術同意書內容的判例，法官作了一個劃時代的決定。他訂定病人所被告知的手術同意書必須是基於“理性病人標準”，而非醫師專業標準。在這個標準上，醫師必須以一般理性的病人所希望被告知的醫療資訊去告知病人相關資料。說明範圍之標準取決於「一般病人」。衛生署新版手術同意書，即“傾向”採用理性病人標準(附表參照)。

3、具體病人說 1979 年 Scott v. Bradford(病人接受子宮切除手術後，併發尿失禁)，之判決，法官認為在醫師可能預見的範圍內，就其治療的具體、個別病人本人所視為重要的事項，即應說明。這標準亦可被稱為“病人本位標準”。說明範圍之標準取決於「做出承諾的病人本人」。但醫師很難掌握每位病人之特別性及主觀感覺，造成醫師過度沈重 不當之負擔，故採此立場之判決不多。

4、折衷說：折衷 1、3 兩說(亦有折衷 2、3 兩說)，即從一般理性的醫師立場而言，凡當作治療對象之具體病人於自我決定之際所認為重要且必要之事項，醫師皆應說明。

目前，美國法院將他們的判決標準建立於“醫療資訊告知”這個議題上，但他們沒有界定醫師使用何種標準來告知病人。醫師專業標準及理性病人標準二者是現行被應用在美國的法院上，以專業標準略佔優勢。但理性病人標準已經逐漸普及，而且也漸被法院所採用。日本傾向從理性醫師說向理性病人說移轉。

我國為成文法國家，醫師之說明內容規定於(1)醫療法第六十三條(I、醫療機構實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限。II、前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。 III、第一項手術同意書及麻醉同意書格式，由中央主管機關定之。)、(2)醫療法第六十四條(I、醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限。II、前項同意書之簽具，病人為未成年人或無法親自簽具者，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。)、(3)醫師法第十二條之一(醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應。)、與(4)根據醫療法第六十三條第三項所公布之手術同意書中所應說明之事項(附表參照)。

最高法院認為「雖不常發生，但可能發生嚴重後果之風險」亦是說明的內容。常見的併發症當然要告知病患及其家屬，這是無庸置疑的。至於少見的併發症是否要告知，則有所爭議。根據我國司法界的通說「新過失論」，「過失」的構成要件要素之一為違反“客觀注意義務”，也就是違反「結果預見義務」和「結果迴避義務」，並以「結果迴避義務」為判斷核心，亦即須為迴避特定結果而應採取適當措施的義務。若對結果的發生無預見可能性，或雖可預見但無迴避可能性時，則無客觀注意義務存在，所生之結果乃出於不可抗力，不得謂有過失。因此，若執行醫療行為時，因併發症發生機率很低而無法預見併發症的發生，自無違反客觀注意義務。從而，醫師說明時，不論採用上述何種標準，告知內容的詳細程度係以“一般理性”為標準，亦即不是吹毛求疵。至

於發生機率很低的併發症，即最高法院所謂的「雖不常發生，但可能發生嚴重後果之風險」，則已超過醫師的說明義務，並且可能會阻礙病患接受正規醫療的機會，對病患反而不利，因此不必告知。依通說，這種情況屬於“可容許的風險”範圍內。一般來說，任何醫療行為，例如手術，均會對患者的生命、身體健康造成某種程度的傷害，會有一定百分比的併發症(如：闌尾炎手術後發生腦中風、或開腦手術後發生闌尾炎)與死亡率。但由於其目的是正當的，因此發生機率很低的併發症或死亡，應是醫療行為的可容許風險，醫師不必說明。否則，說明的內容可寫成一本教科書，因為任何一種併發症(例如，腦中風)於任何一種手術或侵入性檢查幾乎都發生過。長篇大論的說明內容反而使說明失去意義，因為病人或其親屬不可能記得住。

最高法院認為「醫院之設備及醫師之專業能力」是醫師說明內容的一部分。這方面的資訊，醫療法與醫師法並未規定是醫師的說明項目。最高法院此部分意見增加法律所未規定之限制，應是無效。說明「醫院之設備及醫師之專業能力」，表面上似可建立以品質為基礎的市場競爭機制，使所有病人皆可瞭解醫療院所的醫療品質，進而由病人的取捨來淘汰「投資不夠」的醫院。其實，醫療品質透明化，一向是民眾的要求，以作為就醫的參考，避免「盲目逛醫院」。然而，那些指標是「經過科學驗證」，足以代表醫療品質呢？

美國心臟學會於西元 2000 年結合心臟醫師、醫院、醫療保險公司、品質管理學者，於著名的「循環學雜誌」(Circulation)發表心臟疾病的醫療照護品質指標，或可作為我們的參考。一般民眾眼中的醫療照護品質指標即為醫院軟硬體設備，包括醫院的各種先進儀器設備、病房設施、資訊系統、人員素質訓練與認證(即醫師之專業能力)等等，即前段所謂的「投資」。然而，「經過科學驗證」，足以代表醫療品質的「有效指標」(以下簡稱為「有效指標」)，則為臨床標準作業準則、監測及定期評估病人照護成果的機制、病人衛教計劃、與進階治療的可及性(含轉科治療、轉院治療)等「軟體制度」。此四項有效指標與病人之治療成效息息相關。值得注意的是，醫師的特殊訓練與認證(即醫師之專業能力)並非有效指標。醫院的各種高科技儀器設備(即醫院之設備)，更不代表醫療品質。

若使用目前常用的醫療品質指標(例如「醫院之設備及醫師之專業能力」)作為不同醫院間或不同醫師間的比較或評鑑，醫療院所或醫師為了「輸人不輸陣」，排行榜的「後段班」會競相投資於“看得到的”醫師的特殊訓練與認證與醫院的各種高科技儀器設備，造成台灣目前各醫院的「軍備競賽」，反而忽略了醫療品質的提昇。

綜上所述，最高法院認為醫師應說明「醫院之設備及醫師之專業能力」，不但增加醫療法與醫師法所未規定之限制，應是無效，而且無助於醫療品質的提昇。

最後，最高法院認「在一般情形下，如曾說明，病人即有拒絕醫療之可能時，即有說明之義務」。此為醫師不作為(不說明)之因果關成立要件。醫療糾紛訴訟時，原告一定會主張「假如醫生事先告訴她某療法對她的可能影響，她將不同意此種治療方式」。因此，必須以客觀的方法來探究因果關係。一位審慎小心理性之人，處於病人的情況下，如果所有風險已被適當地告知，則他所作的決定是有意義的。假如適當的說明這項會導致傷害的風險，能合理地期待會引起病人拒絕治療，則成立因果關係；否則不成立。

(*Matthies v. Mastromonaco*, Supreme Court of New Jersey, 1999. 160 N.J. 26; 733 A.2d 456; 1999 N.J. LEXIS 833 參照)。換言之，若醫師適當的說明某項會導致傷害的風險，能合理地期待一位審慎小心理性之第三人拒絕治療，則成立因果關係。反之，若醫師不說明，理性的第三人也不會拒絕治療，則不成立因果關係。

#### 附表、我國手術同意書與相關法令之比較

醫療法	醫師法	舊版手術同意書	新版手術同意書
		疾病名稱	疾病名稱
		手術名稱	手術名稱
手術原因		手術原因	手術原因
手術成功率		手術成功率	手術成功率
可能併發症		手術可能之併發症	手術併發症及可能之處理
危險		手術危險	手術風險
告知其病情	告知其病情		疾病名稱，手術相關說明資料
治療方針	治療方針		手術步驟與範圍
	處置		輸血之可能性
	用藥		
預後情形	預後情形 可能之不良反應		預期手術後，可能出現之暫時或永久症狀
			不實施手術可能之後果及其他可替代之治療方式

## 公佈醫療品質資訊尚不符合病人利益

文 / 林萍章教授

【台灣法律網】

自從醫院總額自主管理上路後，負面新聞即不斷放送，學者專家莫不憂心忡忡，生怕影響醫療品質。多位學者專家建議「公佈醫療品質資訊」，建立以品質為基礎的市場競爭機制，使所有病人皆容易查詢特約醫療院所的醫療品質資訊，才能不斷提高醫療資源的利用效率，進而由病患的取捨來淘汰「投資不夠」的醫院。其實醫療品質透明化，一向是民眾的要求，以作為就醫的參考，避免「盲目逛醫院」。然而，那些指標是「經過科學驗證」，足以代表醫療品質呢？這些資訊的公佈是否真的符合病人的利益？是否對健保總額預算制度有所助益？

美國心臟學會於西元 2000 年結合心臟醫師、醫院、醫療保險公司、品質管理學者，於著名的「循環學雜誌」(Circulation)發表心臟疾病的醫療照護品質指標，或可作為我們的參考。一般民眾眼中的醫療照護品質指標即為醫院軟硬體設備，包括醫院的各種先進儀器設備、病房設施、資訊系統、人員素質訓練與認證等等，即前段所謂的「投資」。然而，「經過科學驗證」，足以代表醫療品質的「有效指標」(以下簡稱為「有效指標」)，則為臨床標準作業準則、監測及定期評估病患照護成果的機制、病患衛教計劃、與進階治療的可及性(含轉科治療、轉院治療)等「軟體制度」。此四項有效指標與病患之治療成效息息相關。值得注意的是，醫療人員的特殊訓練與認證並非有效指標。醫院的各種高科技儀器設備，更不代表醫療品質。

美國心臟學會認為“醫療照護過程”是醫療品質的最重要部分，其有效指標包含心臟功能的檢查與記錄、有效藥物的及時給予(例如，便宜的阿斯匹靈於急性心肌梗塞患者)、有效治療的及時實施(例如，血栓溶解術於急性心肌梗塞患者)、和病患教育(例如，飲食習慣教育)。與一般學者專家看法不同的是，病歷表(例如，病史、理學檢查)的完整性、基本檢查(例如，X光、心電圖)的執行率、及出院後回診率(這些都是臺灣醫院評鑑的重要指標)，皆不是有效指標。在治療成效方面，有效指標包括：長期存活率、醫療資源使用率(例如，再住院率)、病患健康狀態與生活品質(例如，膽固醇下降率)、病患自我照護行為(例如，戒煙率)、以及病患滿意度等。令人驚訝的是，大家所重視的短期存活率(例如，急性心肌梗塞患者之住院存活率)，反而不是有效指標。

由於缺乏可有效校正病人風險的統計方法，以及樣本大小及差異性不同，美國心臟學會認為上述有效指標仍不可用於不同醫院間，甚至不同醫師間的比較。也就是說，即使是有效指標，也只能作為醫院內部檢討之用，不應公諸於社會大眾。若使用目前常用的醫療品質指標(例如前述的非有效指標--短期存活率)作為不同醫院間或不同醫師間的比

較，醫療院所或醫療人員爲了「輸人不輸陣」，排行榜的「後段班」會放棄收治重症或末期病患(例如，不對年老病患實行開心手術治療)，或不接受其他醫院治療失敗而欲轉院之患者，以求得較佳之帳面數字，進而吸引更多病人求治，結果對病人反而不利。其結果是：(一)、在醫療品質全無改善的情況下，今年的「後段班」，明年將很可能成爲「前段班」；(二)、排行榜第一名的醫院，可能不是醫療品質「真的」第一名，而僅是「病人篩選功力」第一名；(三)、真正用心於治療重症及高危險性病人的醫療院所，則很少，也無法，成爲名列前茅的醫療院所。此乃因爲缺乏有效校正病人風險(即重症程度、及危險性高低)的統計方法，以作爲不同醫院間的比較。數月前，美國前總統接受心臟手術時，選擇排行榜較後面的醫院，即爲明證。因此，公布醫療院所的醫療品質資訊，作爲民眾就醫的參考，反而可能造成「劣幣驅除良幣」的後果。從而，真正用心的醫療院所將被迫放棄其理念，以求醫療品質「指標上的改進」，以吸引更多病人求治。此現象在學者所建議的「錢跟著病人走」制度下，將更爲明顯。

然而，在目前的總額預算自主管理制度下，爲避免「作越多賠越多」，醫療院所很可能連基本的醫療品質改善都放棄，以免進入「前段班」，吸引病人蜂擁而來，反而賠更多。而重症及高危險性病人又都是「賠錢貨」，自然「避之唯恐不及」。最好是「慙慙吃三碗公」，病人少少的，反而賺得飽飽的。公布醫療院所的醫療品質資訊，將毫無意義。

要改善總額預算自主管理制度的亂象，唯有落實全民健保的基本精神是「社會保險」，而不是「社會福利」。全民健康保險制度是社會保險之一種，有社會連帶、相互扶助之性質。社會保險並非社會救助，社會保險雖爲社會安全之一環，但其性質上並不等同社會扶助或社會救濟，亦不因政府對社會保險被保險人在保險費上給予補助而可視之爲社會福利。因此，在健保財政方面，應本於「保險原則」，有多少錢做多少事。針對弱勢團體，則另於社會福利項下，編列預算補助。保險費率、醫療給付內容等，應機動適時通盤檢討改進。尤其對健保之營運機構，更應將其多元化，方真正符合「市場競爭機制」。我國通信產業在最近幾年的多元性開放所造成的蓬勃發展，即爲明證。

醫療品質的提昇是全體醫界的目標，也是國人的期望。衛生署及各個專科醫學會應本於醫療專業，尋求有效指標及有效的風險校正統計方法。同時，全民健康保險制度亦應朝正確的方向改進。然後，才是公佈醫療品質資訊的時機。否則將造成政府、病人、及醫界三輸的局面。

## 作者簡介

長庚大學醫學系外科臨床教授、長庚紀念醫院心臟外科教授、東吳大學法律碩士

資料來源：台灣法律網 <http://www.lawtw.com/article.php>