

醫療事故，責任該歸屬於誰？

前言

當今，醫療糾紛事件層出不窮，懸壺濟世的醫生被迫對簿公堂，甚至淪為階下囚。也有些醫師雖獲判無罪，卻因一次糾紛導致身敗名裂，無法繼續任職行醫。尤其是外科，已成為醫學系學生避之唯恐不及的選擇，更有一句戲言說：「想當醫生，先學法律。」在一般的認知裡，求助醫師的病患，如果是從小病被治成大病、或未及早診斷出病因而導致死亡，病患家屬自然可能憤而提告，依法律途徑尋求正義。¹但在醫生方面，多數是遵照專業知識而進行醫療行為，卻演變成法庭上的紛爭，他們也相當難以接受。此類糾紛不一定是庸醫誤人，也未必是病患家屬無理取鬧，但醫病雙方多以不愉快收場，成了醫療領域的棘手問題。

《最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決》中（以下簡稱《227 號民事判決》），一件 2007 年的醫療訴訟案，判決過程採用了「舉證責任倒置」，也就是某種意義上，讓醫方承擔了所有的舉證責任，造成了醫病雙方明顯的不平等，²這是一項指標性的判決。另外，2014 年 5 月的《醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案》（以下簡稱《醫糾法草案》）中，醫方除了在醫療事故中必須付出補償金，亦規定這些補償金有部分是來自醫療機構及醫事人員的按期繳納（見第二節）。這個補償機制，看似給予醫病雙方公平的對待，實則直接認定醫療人員存在著過失。無論是較早的醫療訴訟案件，或較晚的《醫糾法草案》，都先假定醫方是有過失的。我們想要針對這一點，探討上述的醫療訴訟個案，以及《醫糾法草案》的相關條文，了解其中的不合理，並以國外的制度作為改善的參考。

一、面對醫療訴訟，醫方必須自證已無過失嗎？

《227 號民事判決》所處理的 2007 年訴訟案，醫療過程大致如下。2007 年 2 月，一患者因滑倒而頭部受撞擊，晚間送至醫院急診，由值班醫師 B、C 兩人處理，當時急診室的主治醫師是 A。患者剛到時意識清楚，B、C 初步診療後，建議留院觀察，並未立即安排電腦斷層掃描。患者於當晚稍後準備起床如廁時，忽然意識昏迷。B、C 安排腦部電腦斷層掃描，並通知神經外科醫師來會診，而後又由腦神經外科主治醫師來施行緊急腦部手術。術後患者並未清醒，於同年 4 月出院。同年 7 月，至同一醫院進行腦部減壓手術，並於 9 月出院。患者於同年

¹景耀醫師，〈醫病平台／如果你是家屬，你會告嗎？〉，醫病平台，2019 年 4 月 26 日：

<https://health.udn.com/health/story/6001/3745773>

²廖建瑜，〈最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決簡介〉，《月旦醫事法報告》，第 9 期，2017 年 7 月，頁 179-181。

12 月死亡。³

以上本案的醫療過程，是醫病雙方共同認可的事實。而本案的爭執事實中，與醫療行為相關的是以下幾項：

- (1) 是否有安排電腦斷層檢查排除顱內出血之必要性？
- (2) 急診主治醫師是否已盡監督指示之責？
- (3) 急診醫師在電腦斷層檢查前未診斷出患者顱骨骨折、腦膜外出血是否有過失？
- (4) 遲延進行電腦斷層檢查與患者腦部傷害結果，是否具有相當因果關係？⁴

這幾個爭議點，牽涉到 B、C 兩位醫師的醫療行為的過失問題，以及傷患結果的因果關係。針對上述爭議點，《227 號民事判決》寫道：

該因果關係無法解明之不利益，本於醫療專業不對等之原則，應歸由醫師負擔，依民事訴訟法第二百七十七條但書之規定，即生舉證責任轉換（由醫師舉證證明其醫療過失與病人死亡間無因果關係）之效果。⁵

首先我們要談到，在一般的訴訟中，舉證責任是如何分配，進而探討上述判決中，引用「舉證責任轉換」是否合理。此判決引用的《民事訴訟法》第 277 條規定：

當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證之責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限。⁶

一般訴訟中，會要求當事人主張對自己有利的事時，必須要自己證明之，而第二句則是對於該規定的但書，若是原告及被告雙方關係明顯是不平等的，則不受限於該規定。而「舉證責任轉換（倒置）」則與上述規定相反，是一種非一般原則。比如《消費者保護法》為了保護消費者，就用到了舉證責任轉換。這是因為，消費者與製造者、銷售者的資訊不對等，且後兩方從消費者的消費行為中獲利。⁷為了讓消費者安心消費，所以消費行為的糾紛中，消費者不必證明自己的損害由誰造成。而是先推定所消費的產品之製造者或銷售者有過失，再由製造者或銷售者自己證明其完全無過失，以推翻原先的推定。所以不論哪一方發生了過失，一旦消費者受到損害，製造者或銷售者必須負責。這也促成了「產品責任險」

³同上，頁 179。

⁴同上，頁 179-180。

⁵謝榮堂，〈最高法院 106 台上字 227 號民事判決 全文及相關評述〉，台灣醫事安全法學論壇，2017 年 6 月 8 日：http://www.medlaw.com.tw/2017/06/08/106_台上字_227_號判決全文及相關評述

⁶《民事訴訟法》第 277 條，全國法規資料庫：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=B0010001>

⁷胡方翔，〈醫療不是消費行為，不應該使用「舉證責任倒置」！〉，獨立評論@天下，2017 年 6 月 8 日：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/5763>

的觀念，用保險來分擔製造者或銷售者必須負擔的風險。⁸

然而，醫療行為並非絕對性的消費行為。其一，醫師並不是《消費者保護法》所規定的企業經營者。其二，病患個體存在著不確定性與不可逆性。病人在醫療過程受到損害時，如果醫方必須負「無過失責任」，等於全部的舉證責任都交由醫方承擔，這是不公平的。《227 號民事判決》的舉證責任轉換，等同要求醫師去負擔類似製造者或銷售者的無過失責任，並用保險來分擔風險。長此以往，醫方便會更傾向於實施防衛性的醫療。比如，原本應就專業的醫療判斷來決定醫療行為，但為了避免醫療糾紛、減少被告風險，卻不分必要性地進行各種檢查。輕者可能浪費醫療資源，重者則可能錯失救治病人的黃金時間。不論是哪一種結果，都偏離了醫療的定位。

二、現今醫療事故補償機制的問題

發生醫療糾紛時，多數病人及家屬會希望得到憾事對應之補償，因此向醫療人員或醫療機構提出調解或訴訟，而訴訟當然非醫師所願之事。事實上，打官司對於醫病雙方都是麻煩且長期的折磨。為了因應醫療糾紛之後的問題，因此有了《醫糾法草案》。

討論《醫糾法草案》之前，需要先釐清「醫療糾紛」與「醫療事故」。《醫糾法草案》第 3 條：

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。

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。⁹

依照此條文，一般所說之醫療糾紛，區分為兩種訴求。訴求若是病方認為醫療行為不良，屬於「醫療糾紛」。如果不論病方是否感到不滿，但是醫療行為和病人的傷害之間有因果關係，則為「醫療事故」。換句話說，「醫療糾紛」著重於病方的不滿，而「醫療事故」著重於因果關係的認定。關於醫療糾紛，本法只提發生後的處理方法。而醫療事故涉及了補償機制的運作，我們著重討論的就是事故補償的部分。

依據《醫糾法草案》，醫療糾紛發生後需先經過調解程序；¹⁰調解成立且經

⁸姜冠宇，〈沒人願意遇到醫療糾紛：淺談「內在調解，外在不責難」的理想處理模式〉，The News Lens 關鍵評論，2017 年 6 月 26 日：<https://www.thenewslens.com/article/71057>

⁹《醫糾法草案》第 3 條，中華民國醫師公會全國聯合會：https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹⁰《醫糾法草案》第 11 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

法院審核後，則不可訴訟。¹¹如果調解失敗，才能對簿公堂。無論調解或法院判決，因其為醫病雙方之爭議，補償金只由敗訴方或調解所認定的責任方支出。

但醫療過程可能牽涉重大殘疾，甚至病人死亡，補償金也可能高達數千萬，因此許多醫師透過「醫療責任險」，避免自己單獨負擔龐大的金額。但是，醫療責任險並不受大多數醫生歡迎。因為，其給付條件是醫師必須承認自身的過失。況且，病人接受醫療行為本身就存在風險，怎麼是由醫療方要承擔「發生意外的風險」而購買保險呢？

至於醫療事故，《醫糾法草案》第 38 條有關於補償的規定：

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：

- 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。
- 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。¹²

本法當中可見，除上述四種情況外，醫療事故發生後就必須補償。然而問題是，即使因果關係確定，醫師的醫療手段卻不一定不適當。例如：全身麻醉時發生惡性高熱，¹³施打 AZ 疫苗之後發生血栓，¹⁴腹腔鏡手術中途發生氣體栓塞等。¹⁵這些罕見意外發生時，確實是有因果關係，但醫療行為皆正當，醫師也並無過失。但是按照 38 條，無法排除事故與醫療行為之間的因果關係，就必須支付補償金，等同要求醫師須負擔「無過失補償」。

且多數情況下，因果關係經常不易判斷，試舉一例：病患必須服用某種治療藥物，其副作用是暈眩，暈眩使得病患下床時跌倒，導致腦溢血而身亡。由於藥物作用複雜，且每個病人的體質、病歷不同，難以判定因果關係。因此訴訟時，經常得到模稜兩可的結果。¹⁶而第一節提到的 2007 年的案例，也是因果關係難

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹¹《醫糾法草案》第 26 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹²《醫糾法草案》第 38 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹³惡性高熱是一種顯性遺傳罕見疾病，台灣發生率約為 1/100000。症狀是全身麻醉時，患者的體溫上升、心跳過快、心律不整、肌肉僵硬、體內二氧化碳濃度升高、橫紋肌溶解、電解質不平衡以及酸中毒等等。邱文正，〈手術室裡的不定時炸彈—談惡性高熱〉，郭綜合醫院：

http://www.kgh.com.tw/health/10807_2.html

¹⁴血栓是指血管當中有血塊形成，妨礙血液流動。

¹⁵氣體栓塞是血液當中有氣體進入阻塞血流。在腹腔鏡手術有極低風險發生。詹廖明義，〈空氣栓塞與病人安全〉，病人安全文化塾，2018 年 5 月 17 日：<http://blog.udn.com/ptsafetyrm/112042126>

¹⁶吳俊穎、宋佳玲，〈醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案：毒藥還是解藥？〉，《司法新聲》，第 115 期，2015 年 7 月：<http://ja.lawbank.com.tw/treatise.aspx?id=281>

以斷定的狀況。這些情況中，皆無法肯定醫療人員有過失，但只要無法排除因果關係，皆必須給付病人補償金。

而補償金的來源，《醫糾法草案》第 32 條規定來自：醫療機構及醫事人員所繳納之醫療風險分擔金、政府預算、菸品健康福利捐、捐贈收入、基金孳息收入等。¹⁷而第 33 條規定，「醫療風險分擔金」是以醫療機構為繳納對象，醫療機構應該在中央主管機關的規定期限內繳納。¹⁸透過責任基金等方式來分擔醫療人員在工作中可能面臨的風險，從立法用意而言，的確具有正面意義。但是如同前述，病人接受醫療行為，本就有許多風險，譬如不可預測的罕見疾病發生、病人有未知病史，或者體質差異而造成意外等。而《醫糾法草案》第 38 條及 32、33 條，將補償責任轉嫁到醫方身上，依附在醫療行為上的風險成本也全都由醫方吸收，顯然是醫療人員所不樂見。

最後，無論有無醫療過失，當不可排除因果關係的醫療事故發生時，患者或家屬皆可獲得補償，且大多金額又是來自醫療人員，這可能造成病方動輒申請補償。不但增加道德風險，也讓醫病關係更加惡化。

而事故補償機制真的能有效減少訴訟案件嗎？並不盡然。如果病方對於補償給付審定不服，在返還補償金後，或未得到補償金的情況下，仍可以提起訴訟。¹⁹此外，在刑事非告訴乃論的情形下，得到補償金後，刑事訴訟還會繼續並且不受返還限制。²⁰假如提起訴訟前，醫方將補償金轉移成其他財產形式，也會造成更多的麻煩。《醫糾法草案》對於醫療事故補償的規定，看似彌補了病方損失，同時讓醫師不必獨自負擔補償金額，其實是讓醫方吸收一切醫療風險成本，而且醫病關係還可能因為訴訟而惡化。

三、不責難原則應用於醫療糾紛

對於醫療糾紛，許多國家的法規是遵從「不責難原則」：在醫療事故中，不藉由醫方之「過失」而將其定罪，而是減輕醫療人員施行醫療行為之後的事故責任。補償病方時，把重點放在未來如何改善，而非把醫方當作究責對象。補償機制的理念是這類制度的重點，不論該由醫方、國家社會以多少比例補償，目的都是希望減輕普遍在於醫師的責任及補償金額壓力。

¹⁷《醫糾法草案》第 32 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹⁸《醫糾法草案》第 33 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

¹⁹《醫糾法草案》第 39 條、第 46 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

²⁰《醫糾法草案》第 40 條，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

例如紐西蘭，補償的範圍限制在不幸或醫療錯誤造成之傷害，但並不依過失與否來實行，是一種全面無過失制的補償。此制度之賠償金來源為稅金與醫療機構繳納之保險金，病方可請求非金錢補償與訴訟。在瑞典，是以較為不同的公醫為主的醫療體系，採用金源以稅收為主的無過失賠償制度，同時病方仍可採法律訴訟。但瑞典的福利制度較為友善，因此走上訴訟的機率相當低，瑞典的無過失補償制度相對是較成功的。美國施行了有條件的無過失補償制度，醫師可選擇是否要依此制度繳交賠償金。當病方運用此制度來補償時，醫方無須舉證因果關係與醫療過失；但是病方若接受了補償金，即表示排除了法庭的侵權訴訟。又如英國，建立了國家健康服務計畫，其中對於醫療糾紛設有專責服務的訴訟機關，各醫療機構需依評定費率，繳交補償金的經費來源。另外，若病方接受補償金，也不可提出相關訴訟。²¹

各國民情有所不同，制度也各不相同。不責難補償制度並非讓醫生為所欲為、完全逃脫責任；在判定為蓄意的情況下，仍要負擔民事以及刑事的責任。各國不責難補償制度的共同精神，就是不把醫方當作醫療事故的究責對象，讓他們成為承受醫療風險的一方。這樣不但讓病患方獲得補償，也減少了醫病雙方的法律負擔，也間接省下了社會成本。

柯文哲曾表示，「不責難補償制度」並不是讓黑心醫生可以毫無忌憚的為所欲為，故意過失及蓄意謀害還是有刑事處置。此制度下，國家有特定單位審查病人主張並裁定補償，排除了偽造的疑慮。這個制度可以減少醫療糾紛的社會成本，讓病人得到實質的補償，也能讓醫師們更服從調查後之判定使事實能浮現，收集這些報告後的資料分析，還能用於未來的預防，進一步增加病人的安全照護。²²

四、結語：不責難補償制，讓醫病雙贏

人總會面臨需要醫療協助的時候，醫病雙方也難免會有醫療糾紛的情況，而《醫糾法草案》的目的主要就是更順利、更精簡地解決醫療糾紛，但終究還是存在一些爭議。《醫糾法草案》第 38 條，以及 32 及 33 條，看似是醫病兩方皆能接受、且免於訴訟疲累的辦法。患方之訴求被認定為合理即可獲得補償金，且其中只有一部分是來自醫方每年繳交的醫療風險責任金。因此看起來，病方既可以獲得補償而減少進一步的訴訟，而且，醫師也不必因為責任方之身份而全額承擔補償金。

²¹陳豐偉，〈病人補償制度：其實我們都還不太懂，這兩百億該不該花〉，快樂、五甲、喜洋洋：高雄市精神科診所，2013 年 1 月 29 日：<http://blog.eroach.net/?p=725>

²²柯文哲，〈再告台灣就沒醫生了!〉，商業週刊，2012 年 9 月 12 日：<https://www.businessweekly.com.tw/focus/indep/17600>

但是，此舉是變相地將責任全盤歸屬於醫方。醫方不但要支出賠償金，且患者取得補償金後若依然不服，且理由被認定為合理，依然握有上訴的機會。那麼醫方除了要支出一筆醫療風險責任金，仍然受困於訴訟中，他們仍然是吃虧的一方，顯示《醫糾法草案》無法有效解決過去單方面究責醫方的問題。

從另一層面來說，台灣每當醫療糾紛出現時，多數案例是判定責任歸屬、由醫方承擔責任之後，就告一段落。但是這種不公平的現象，有可能扭曲醫療行為的目的。醫方害怕成為醫療糾紛的責任方，甚至是法律訴訟中的被告，因此轉為保守的醫療行為，甚至拒絕醫治，來避免紛爭上身。長久下來，這對醫療體系並不健康。因此我們認同「不責難補償制度」，在處理醫療糾紛或事故時，排除故意或重大疏失之後，避免將醫方視為究責對象。遇到無法預期的醫療傷害，由國家代為賠償，而不責難個別醫師。但醫方仍有責任改進，事故之後試著改進醫學、修正漏洞，防止憾事再次發生，才是根本解決之道。

【參考文獻】

《醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案》，中華民國醫師公會全國聯合會：

https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedDispute.asp

《民事訴訟法》，全國法規資料庫：

<https://law.moj.gov.tw/LawClass/LawAll.aspx?pcode=B0010001>

吳俊穎、宋佳玲，〈醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案：毒藥還是解藥？〉，《司法新聲》，第 115 期，2015 年 7 月，<http://ja.lawbank.com.tw/treatise.aspx?id=281>

邱文正，〈手術室裡的不定時炸彈—談惡性高熱〉，郭綜合醫院：

http://www.kgh.com.tw/health/10807_2.html

姜冠宇，〈沒人願意遇到醫療糾紛：淺談「內在調解，外在不責難」的理想處理模式〉，The News Lens 關鍵評論，2017 年 6 月 26 日：

<https://www.thenewslens.com/article/71057>

柯文哲，〈再告台灣就沒醫生了！〉，商業週刊，2012 年 9 月 12 日：

<https://www.businessweekly.com.tw/focus/indep/17600>

胡方翔，〈醫療不是消費行為，不應該使用「舉證責任倒置」！〉，獨立評論@天下，2017 年 6 月 8 日：<https://opinion.cw.com.tw/blog/profile/52/article/5763>

陳豐偉，〈病人補償制度：其實我們都還不太懂，這兩百億該不該花〉，快樂、五甲、喜洋洋：高雄市精神科診所，2013 年 1 月 29 日：

<http://blog.eroach.net/?p=725>

景耀醫師，〈醫病平台／如果你是家屬，你會告嗎？〉，醫病平台，2019年4月26日：<https://health.udn.com/health/story/6001/3745773>

詹廖明義，〈空氣栓塞與病人安全〉，病人安全文化塾，2018年5月17日：
<http://blog.udn.com/ptsafetyrm/112042126>

廖建瑜，〈最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決簡介〉，《月旦醫事法報告》第 9 期，2017 年 7 月，頁 179-181。

謝榮堂，〈最高法院 106 台上字 227 號民事判決 全文及相關評述〉，台灣醫事安全法學論壇，2017 年 6 月 8 日：<http://www.medlaw.com.tw/2017/06/08/106台上字227號判決全文及相關評述>