

## 醫療糾紛 - 醫者的夢魘

李昭仁

從醫學院學生到住院醫師之 1970 年代前後，「醫療糾紛」應屬鮮有概念的稀有詞彙。早期家父開設外科醫院行醫數十年，我曾目睹以人工呼吸及針劑搶救一個溺水的國小生約二小時但仍一命嗚呼。有位虛弱病患，在注射營養針劑中突然休克死亡。

醫師善意專業的方法及手段都無法獲得預期的效果，當時家屬都能體諒醫師的盡力，強忍悲痛處理善後，當然，醫師則懷著無限的歉疚。病患對醫者完全的信任及尊敬其專業，相對地，醫者也會不顧一切地本著職責盡情地發揮專業，付出心力。

生理、病理、生技及儀器等有關醫學領域的研發日新月異，比之其他科技產業絕不遜色。也許是是非價值觀的改變，也許是醫學倫理的式微，近二十年來醫療糾紛急劇增加。訴訟期間醫病雙方均需付出龐大的精力、時間及費用，浪費巨大的社會資源。而醫者為了避免無謂的紛擾，漸漸採取保守性及自我防衛性醫療行為，這對病人未必有利也不盡公平。在醫療糾紛引發的民事賠償甚至司法制度的陰影下，已導致許多優秀醫師不願從事高風險科別醫療工作，外科及婦產科即是明顯的例子。

為解決醫療糾紛長期帶給醫事同仁的壓力，醫界希望透過整體訴訟制度的改革以民事責任替代刑事罰則，讓民眾信賴民事求償的公正性，捨棄過去「以刑逼民」的做法，推動概念上從「除罪化」轉化為「去刑責化」進而「醫療爭議法律責任明確化」之思維，讓醫療責任得以透明確實，應是兼顧民眾權益之必要。

引發醫療糾紛固非醫病雙方所願，然而在相關法令尚未明確修訂頒佈之前，如何讓爭執減至最低，當然必有仲裁機制。衛生署醫療爭議審議委員會是目前最高的鑑定及仲裁機構。又依醫療法第九十九條規定，直轄市、縣（市）主管機關應設置醫療審議委員會，其任務之第三款，即醫療爭議之調處。根據醫療爭議調處作業要點，提供醫病溝通管道，促進醫病關係和諧，減少醫療糾紛訴訟。當事人可以書面向衛生局申請調處。

先前民風封閉，民智未開。一旦爆發糾紛，醫病關係迅速惡化，尤其在周遭親友的加持下，輕則理論、怒罵、恐嚇，重則砸院毀損、抬棺抗議，醫療院所往往不堪其擾而歇業，醫師則瀕臨崩潰。近年來則因數種調解機制的建立，例如醫療保險公司及醫療機構內互助團體。各單位委員會都多少發揮其功能，故上述脫序行為已較不復見。當然調處結果往往不能盡如人意甚至經過數度調處，最終還是循司法途徑解決者亦在在都有。

茲舉數例調處個案：

- （一）約 60 歲男性，無特殊病史只感身體不適且體重似有下降現象，至熟識診所求診，血液檢查發現 B 肝帶原，且肝功能指數稍高，其他皆在正常值，醫師遂處方 90 日份治肝藥物，囑三個月後回診。一個多月後，病患更感不適，體重明顯下降，自行前往醫學中心檢查，結果是肝癌且已擴散轉移。家屬認為醫

師忽略詳細檢查，也沒有建議立刻做更精密儀器的追蹤檢查以致病情拖延而提出賠償要求。醫病雙方在學理上的對錯，需靠衛生署爭議審議委員會的鑑定，曠日廢時。由於雙方舊識經過二度調處，以合理的金額表達慰問及歉意。

- (二) 50 多歲婦女做扁桃腺切除。認為醫師手術失誤，把懸雍垂也一併切除使得她吞嚥時經常噎到，要求該醫師說明並賠償。經數度調處，醫師親自做詳細說明及解釋手術過程，終獲病者諒解，以小額象徵性的慰問金和解。該婦人還要筆者轉告該位醫師以後請他繼續給予診治。
- (三) 50 多歲男性，機車失事導致骨折，經醫院立刻處理，最後竟是截肢收場。家屬列舉包括生活費、醫療費、精神損失等項目要求巨額賠償，調處毫無交集，家屬決定提告。
- (四) 壯年男性往診被診斷是上呼吸道感染，給予打針及口服藥。次日，年邁父親在房間發現兒子已死亡。經過所有正常法定程序，皆無法證明死因的相關因素，遂結案也處理完後事。奈死者親人總覺得委屈冤枉，卻又無計可施。情理法要兼顧的確不易。

綜觀上述四個案，循司法途徑乃不得已之最後手段。金錢的賠償才是主要訴求。是則醫界期求的醫療過失「除罪化」、「去刑責化」並非無的放矢，與現實絕不相悖。而醫療爭議法律責任明確化，也許才能讓第四個案的家屬釋懷。

台灣健保提供基層醫療以及住院醫療，不包括「醫療糾紛」，故行政單位從未介入。而二代健保修法，據聞亦缺相關

條文的增刪。「台灣醫界」2010 年 3 月號，刊出醫法界商討之共識，建議修正醫療法第八十二條第二項為「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人者，以故意或過失為限，負損害賠償責任，醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事上責任。」

法條之修訂及施行並非一蹴可幾，因此地方的爭議調處，實有其重要性及必要性。

參考資料：(1) 台灣醫界月刊

(2) 屏東縣政府醫事審議委員會組織章程

(作者為屏東縣醫師公會理事長；財團法人犯罪被害人保護協會台灣屏東分會主任委員)



印象墾丁 / 陳銘顯 / 墾丁國家公園管理處