

行政院國家科學委員會專題研究計畫 成果報告

外科醫療糾紛案例分析

計畫類別：整合型計畫

計畫編號：NSC91-2420-H-002-025-

執行期間：91年08月01日至92年07月31日

執行單位：國立臺灣大學醫學院外科

計畫主持人：林明燦

共同主持人：吳泉源，黃榮堅，林國明

計畫參與人員：周迺寬醫師、周玲玲助理教授、林#21894；醫師、朱志奇先生、王美華小姐

報告類型：完整報告

處理方式：本計畫可公開查詢

中 華 民 國 92 年 12 月 24 日

行政院國家科學委員會補助專題研究計畫  成果報告  
 期中進度報告

— 外科醫療糾紛案例分析 —

計畫類別： 個別型計畫  整合型計畫

計畫編號：NSC91-2420-H-002-025-

執行期間：91年08月1日至92年07月31日

計畫主持人：林明燦副教授

共同主持人：周迺寬醫師、周玲玲助理教授、林國明助理教授

計畫參與人員：林喆醫師、朱志奇先生、王美華小姐

劉思雲小姐

成果報告類型(依經費核定清單規定繳交)： 精簡報告  完整報告

本成果報告包括以下應繳交之附件：

赴國外出差或研習心得報告一份

赴大陸地區出差或研習心得報告一份

出席國際學術會議心得報告及發表之論文各一份

國際合作研究計畫國外研究報告書一份

處理方式：除產學合作研究計畫、提升產業技術及人才培育研究計畫、列管計畫及下列情形者外，得立即公開查詢

涉及專利或其他智慧財產權， 一年  二年後可公開查詢

執行單位：國立台灣大學醫學院外科

中華民國九十二年十二月二十四日

## 中文摘要

一、關鍵詞：外科醫療糾紛、和解。

二、中文摘要：

科技之快速發展，近年來新手術方法與人工器官等醫學技術已由單純之醫學研究發展到臨床測試與運用，並進而直接的造福病患，大家都預期會延長壽命。然而，在台灣，這些非傳統的醫療科技要用在人的身上，卻因為法律設計的問題，變成種種的醫療糾紛。根據民國 50 年以來的衛生署行政命令，對於醫療執業行為、過失責任認定多有改變，結果根據陳榮基教授報告 1991 年一年台灣的醫師因此直接賠償病人約兩億七千萬新台幣，時間成本、請託費、律師費約有三億七千萬新台幣，並發現防衛性醫療增加，對於重症病人服務變差；台灣人若要在台灣生重病，可能要先解決重症醫療品質不良的問題，先分析最近醫療糾紛案例用來找到現今問題的癥結是迫切需要的。

在本計畫中，第一部份分析最近五年在北部中部數個醫學中心及準醫學中心、台灣外科醫學會所彙集的醫療糾紛案例，有 54 例外科醫療糾紛的案例，對於年齡、性別、疾病嚴重性、手術傷害分類、投訴時間、投訴訴求、外力介入、糾紛成因、因果關係、外科醫療糾紛下外科醫師的結果(民事責任、刑事責任、賠償金額、時間成本、黑道及白道參予有否)病人的結果等等加以紀錄及做分析；第二部分問卷部分，以一般民眾、法律人士、外科醫師，資料以 SPSS 統計軟體分析。

第一部份分析發現，54 例外科醫療糾紛案例，病人年齡平均 51.7 歲(0.8 - 89 歲)，男女比為 55.6%比 44.4%，家屬多為預期過高醫療效果者(健康自評 61.1%，投訴動機 64%)、要求賠償為最高選項(40%)、外力介入過半為民意代表(53%)。第二部分問卷一般民眾 863 人、法律人士 340 人、外科醫師 857 人，和解機制為一般民眾及外科醫師最能接受的醫療糾紛解決方式。

研究結果發現，最近 5 年發生的外科醫療糾紛可能多來自認知差距及民意代表介入索賠，問卷調查顯示強化和解機制可能為最能接受的醫療糾紛解決方式。

### 三、英文摘要：

According to the rapidly evolving of surgical new techniques and artificial implants, it was said that the 21st Century would prolong life expectancy. However, surgical disputes evaluation system covering surgical practice in nontraditional roles( e.g. new techniques trial, artificial implants risks, usage evaluation) was not well developed in Taiwan. Our government had different rules about surgical disputes. In 1991 Chen et. al reported that doctors paid more than 270 million NTD to their patients for the disputes. Professor Chen also reported defensive medicine the percentage of defensive medicine increase because of rules uncertainty. If Taiwanese wanna develop new rules to clarify surgical disputes in Taiwan. It is necessary to review the surgical disputes in the recent years.

In this plan, we analysis the recent five years surgical disputes at the medical centers and procenter in the north and middle part of Taiwan, and Taiwan Surgeon association. About 54 cases was found with surgical disputes. Age, sex, severity of diseases, surgical damage classification, suing timing, suing cause, external force involving, plural causes, truth- consequence, result of the doctors under surgical disputes ( civil liability and criminal responsibility, money paid, time wasting, gansters involving ), result of the patients were recorded for statistic by the SPSS software.

In this study , legal disputes caese analysis showed the average age of the patients was 51.7 year-old ( 0.8 to 89 year-old), sex ratio was 1.25 ( male : female = 55.6: 44.4 ) , most family had overweight effect about surgery ( health self-evaluation 61.1%, sue motive 64 % ) , most family asked money compensation(40%) , lawmakers involving for the compensation over 50% ( 53 %); questionnaire included Taiwanese folk 863, legal workers 340, and surgeon 857 . Negotiation was the favorest option for Taiwanese folk and surgeons.

In conclusion, most surgical disputes in the recent 5 years might be related to recognition difference and lawmaker involving the compensation procedures. The questionnaires showed enforcing negotiation mechanism was the favorest option for our Taiwanese folk and surgeons.

# 目 錄

第一章 緒論	
第一節：研究緣起與目的	P. 01
第二章 文獻探討	
第一節 理論基礎	P. 02
第三章 研究方法	
第一節：研究對象	P. 06
第二節：研究工具	P. 06
第三節：研究架構	P. 06
第四節：實施程序	P. 06
第五節：資料處理	P. 06
第四章 研究結果	
第一節：結果資料分析	P. 07
第五章 結論與建議	
第一節：結論	P. 12
第二節：建議	P. 12
第六章 參考書目	P. 15
附錄	
附錄一：問卷	P. 18

## 第一章 緒論

### 第一節 研究緣起與目的

#### 研究動機及目的

台灣醫療糾紛的話題，由於醫療生態的改變，在醫學界越來越受重視。過去醫療威權時代，已漸漸改變成為醫療平權。民眾知的權利、資訊網絡暢通，民眾消費者的意識也抬頭，許多嚴重慢性疾病，因為醫療技術的進步、高科技醫療儀器的研發，使得嚴重、慢性病者得以延長其壽命，但在治療的過程中，高科技醫療隨之而來的是高醫療風險，許多病人因而成為殘障、植物人，甚至死亡，造成醫病關係的緊張，尤存甚者，造成醫療糾紛。再者，在我國的健保制度下，並未對醫師提供醫療糾紛的預算；即使醫師與私人保險公司有關醫療糾紛的保險，也未被推廣。由從，我們可以瞭解，疾病因子的多樣性，醫療方法的截量空間，甚至醫療業務的專業性問題，醫療糾紛保險的匱乏，都可增添不少醫療糾紛事件的產生。

本研究以社會學專家，結合醫院外科醫師的實務經驗，分析近五年來所發生的醫療糾紛案例，對於年齡、性別、疾病嚴重度、病人對醫療糾紛事件處理的態度及醫療糾紛成因等因素，加以研究及分析。

## 第二章 文獻探討

### 第一節 理論基礎：

#### 一、悲傷理論：

在許多的醫療爭議個案當中，我們發現爭議的產生，係因家屬無法承受過多喪親的悲傷，而將悲傷投射在接觸過的醫護人員身上。而且悲傷期為二個月至二年，在這期間，家屬常常會要求醫護人員一再地合開醫病溝通說明會。正常的悲傷反應：

Erich Lindeman(1994)歸納正常的悲傷反應如下：

1. 感覺方面：悲哀、憤怒、愧疚與自覺、焦慮、孤獨感。
2. 生理感官知覺方面：認知、不相信、困惑、沈迷於對逝者的思念，感到逝者仍然在幻覺。
3. 行為方面：失眠、食慾障礙、社會退縮行為夢到失去的親人、坐立不安、舊地重遊及隨身攜帶遺物，珍藏遺物。

#### 二、系統理論：

醫療爭議社會學點，廖榮利教授提出系統模式下的醫病關係的五個特性：

1. 社會與病人的關係趨向『非平等』。
2. 社會文化因素決定醫師對疾病與病人的態度與觀點。
3. 醫病關係是一種角色關係，社會決定病人的角色，社會也決定病人生病時的義務與權利。
4. 當危機情境或醫療效果未詳的情境下，醫師病人的正常關係以互相信賴來維持。
5. 病人的環境條件（包括與家人的關係）能決定醫師與病人的性質。

在目前我國家族主義的文化下，病人、醫師、家屬三者相較力，病人常失去自主性，醫師也顧及家屬的意見，所以常面臨家屬主導整個治療決定權及醫病關係(林珣玉，2000)。

#### 三、衝突論：

衝突學派的特點如下：

1. 階級”的權利，來自於技術。
2. 醫療專業“技術”，以其經濟成就取得社會地位及合法性。
3. 權威棲息於位置而非個人。

4. 佔有權威位置者，被期望控制從屬者。
5. 醫病關係中，醫事人員所附著的位置而擁有權威來支配病患及其家屬。
6. 現代醫療的診療過程，看診時間的，新科技的增加，使醫病互動減少，醫病關係疏離，易生衝突。

醫療人員係以技術掛帥，屬於專業權威者，病人及家屬在醫病溝通協調會時，會覺得醫護人員以其專業，來掌握整個過程，醫病衝突自然增加。

#### 四、醫院行政觀點：

1. 醫療失敗應發生在被容許的危險範圍。
2. 獲得病人或社會人士的諒解不易。
3. 給醫師帶來精神上及業務上的困擾，給醫院帶來聲望受損。

#### 四、醫療爭議案件增多的原因：

1. 病患權益意識提高。
2. 醫師與病人之社會地位改變。
3. 醫療技術不斷精進，使認知與期待有落差。
4. 醫療人員服務態度不良。
5. 病人對就醫程序、醫療進行之方式與內容不甚瞭解及候診時間過久。
6. 每位病人診療時間太短，易生疏忽。
7. 醫療人員未善盡告知義務，因說明不夠詳細或不適當，造成醫病雙方誤解。
8. 不幸之醫療結果，造成病患死亡或癒後不良。
9. 醫療行為與醫療業務商業化，社會大眾將醫療視為商業性之消費行為，而消費者權益保護運動之興起，擴張病人之權益主張。
10. 醫療人員之過失。
11. 病患轉診後，後診醫師之批評。
12. 醫病關係發生齟齬，例如醫師認為病人不合作，病患認為醫師缺乏同情心。
13. 其他併發症或副作用之產生。
14. 醫界懦弱怕事，遇事態度消極，息事寧人並付錢了事。
15. 紅包問題，造成醫病關係之不信任。



五、預防醫療糾紛產生之原則：

1. 遵守醫療法規行醫。
2. 隨時充實現代醫學知識。
3. 養成細心、專心習慣。
4. 視病如親，說明病情。
5. 病歷記錄須真實完整。
6. 適時會診或轉診。
7. 同行合作勿相攻訐。
8. 勿保證治癒病人。
9. 防範猜疑心重或 high risk 之病人及家屬。
10. 吸取法律相關常識，請教法律顧問。
11. 建立良好醫病關係。
12. 醫師態度良好、工作負責，要讓病人認知到醫師的誠懇認真。
13. 看「病」且「看人」。
14. 醫病關係由威權至平權。
15. 讓病患有安全感、信任感。
16. 尊重病患「知」和「選擇」的權益：
  - (1) 做檢查與手術前，詳細說明。
  - (2) 不要強勢運作，讓病患做醫師想要的手術或檢查。
  - (3) 要讓病患瞭解治療的優缺點，以強調危險率，讓他們做決定。
  - (4) 不要輕忽病患對醫療專業的理解力。
17. 危機意識：
  - (1) 瞭解醫師「生物醫學觀」與病患「生活經驗模式」的差異。
  - (2) 病患家屬面對醫師與非醫療人員態度的異同。
  - (3) 事件發生當下，請保持鎮靜，勿做不必要之臆測。
  - (4) 請醫療團隊人員多關心特殊案例。
  - (5) 照會社工師、精神科醫師，以利早期干預及協助。

六、醫療爭議事件處理原則：

1. 盡量安撫病患或家屬，不要正面起衝突。
2. 面對家屬之態度和緩，不要急於辯解—“少說多聽”。
3. 相關醫療人員對醫療解說應一致。
4. 危機小組要立即迅速，由病房之主治醫師及總醫師負責。
5. 不輕易承諾家屬訴求，同理病人家屬之情緒。
6. 不讓事件擴大，盡量消弭於無形。
7. 事件當事人及相關醫療人員皆是院方代表。
8. 有不理性或有粗暴之肢體行為出現時，儘快通報駐警處理。
9. 社會心理面：
  - (1)同理心。
  - (2)病情告知。
  - (3)家族中心主義。
  - (4)簽 DNR 否。
  - (5)對衝突之敏銳度。
10. 勇敢的面對醫療爭議、醫療團隊：
  - (1)請長官同事第三者協助，瞭解其他社會心理因素，如悲傷憤怒情緒之轉移。
  - (2)抱持態度—醫病雙方皆為受害者。
  - (3)對預後說明的態度—正確。
  - (4)勇敢面對醫療協調，以醫療專業，誠懇負責的態度，具耐心。化解危機。
  - (5)面對和解司法程序。
11. 家屬方面：
  - (1)找出有決定性家屬。
  - (2)不反對公正人士參與，如立委助理。
  - (3)瞭解家屬的需求—金錢賠償或公平正義。

### 第三章 研究方法

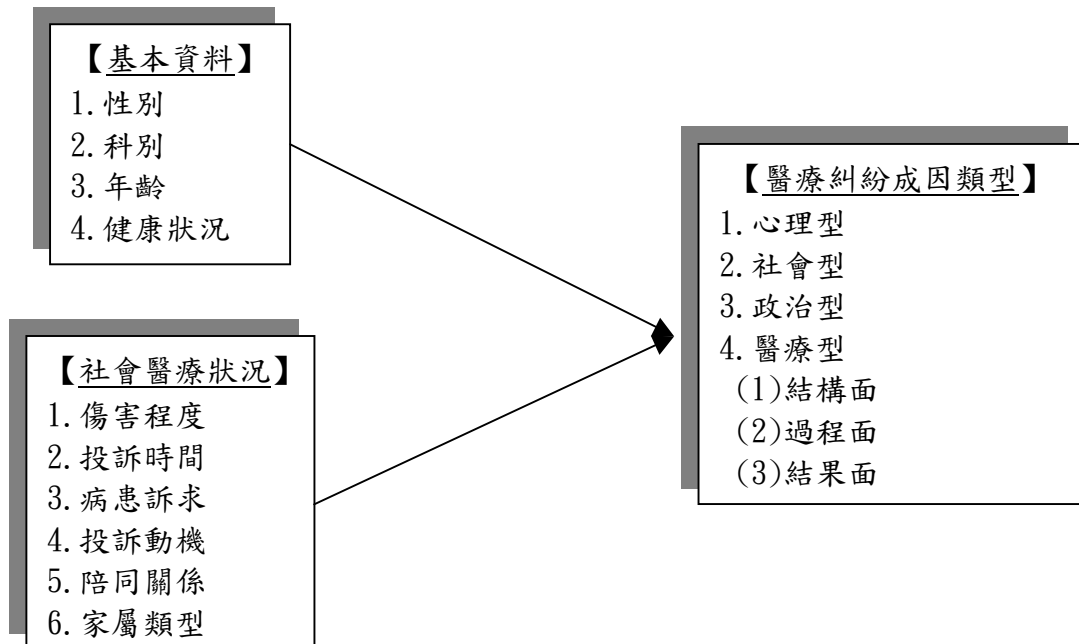
#### 第一節 研究對象

收集北區及中區之各醫學中心，以外科發生醫療爭議的個案為主，共收集 54 案例。

#### 第二節 研究工具

採取內容析法，研究所收集到的 54 個案，將其每個個案發展歷程，詳細加以分析，並以質化研究為原則，以紮根理論的方法，將個案依其類屬歸類，以利於說明。

#### 第三節 研究架構



#### 第四節 實施程序

將 54 個案例，依研究目的及其架構，設計問卷，加以量化，而成為內容分析。

#### 第五節 資料處理

以 SPSS 套裝軟體，處理個案的百分比及卡方檢定等分析。

## 第四章 研究結果

### 第一節：結果資料分析

#### 壹、基本資料分析：

##### 一、基本資料分析：

##### (一)性別：

醫療糾紛之案例，共收集外科 54 個案例，男性共計 30 例，佔 55.6% ，女性共計 24 例，佔 44.4% ，平均年齡為 51.7 歲。由案例中可以發現，男性在經濟上、精神上大部分為一家之主，身負家庭重擔或是家族精神上的支柱，一旦發生醫療風險，家屬難以接受，家計生計立即出問題，希望醫師或院方負責，醫療糾紛容易產生。

##### (二)年齡：

年齡平均為 51.7 歲。最小年齡為 0.8 歲，最高年齡為 89 歲。以中年人居多，30 歲至 64 歲的中壯年，男性共 9 人，女性共計 13 人。

(三)科別：外科佔 74% 最多，內科佔 8% ，急診科佔 6% ，婦科佔 6% ，牙科佔 4% ，麻醉科佔 2% ，顯示出外科醫療風險相當大。

##### (四)治療前病患的健康狀況：

治療前的健康狀況，係由病患自評，若病患無法自評，依家屬自述其狀況。自認其健康狀況良好者計 32 人，佔 61.1% ，健康狀況不好者，計 22 人，佔 38.9% 。所謂健康狀況係指在接受治療，住院之前，身心狀況良好病患的 IADL 是自理的（嬰兒除外）。

#### 二、基本資料部分之二：

##### (一)傷害程度：

死亡者共 24 位，佔 44.4% 。植物人 3 位，佔 5.6% ，重傷害 10 位，佔 18.5% 。中度傷害 4 位，佔 7.4% 。輕度傷害 8 位，佔 14.8% 。其他四位，佔 7.4% 。由於以上案例，我們可以發現，死亡的案例，最容易引起醫療糾紛。

(二)投訴時間：在住院中，就發生投訴，共計 22 位，佔 40.7% 。出院後共計 6 位，佔 11.1% 。門診投訴共計 3 位，佔 5.6% 。死亡後投訴，共計 20 位，佔 37% 。健康檢查中投訴，計一位，佔 1.9% 。由上述的資料，我們發現，住院中投訴最多，死亡佔第二位，平均出院後投訴佔 57.4% ，平均是在出院後 30 天才投訴，所以醫療糾紛的提起投訴，應有一段醞釀期。住院中投訴佔 40.7% 。

### (三)病患訴求：

病患訴求要求賠償佔 40% ，要求病情說明佔 13% ，無具體訴求佔 7% ，討回公道佔 3% ，提起訴訟佔 3% ，其他佔 34% 。從以上的統計可以看出，金錢賠償是醫療糾紛的第一個訴求。

### (四)引起投訴動機：

對醫療行為期待之落差佔 64% ，情緒因素（忿怒）佔 17% ，醫療費用困難佔 5% ，因新聞媒體報導醫療糾紛而引起投訴動機佔 2% ，其他佔 12% 。醫療行為期待落差，為引起投訴動機的第一位。醫護人員，如何因著病情的變化，對家屬加以解釋，是很重要的。還有，因失落而引起忿怒，這些情緒的重要癥結，需加以掌握。

### (五)陪同關係：

由家屬主動或陪同出面的佔 60% ，民意代表陪同佔 22% ，病患本人佔 9% ，律師陪同佔 7% ，其他親友陪同佔 60% 。由以上統計，我們可以看出，在中國重視家族主義的文化傳統下，醫病關係的掌控權在家屬，而非病人。民意代表陪同佔第二位，也顯示出現代社會民意高漲，政治也介入醫療糾紛的關係中。

### (六)家屬類型：

理性型佔 70.4% ，非理性型佔 27.8% 。所謂理性型是指家屬不從事劇烈的抗爭手段，而以和平、理性的溝通、談判、和解、訴訟等方式來解決醫療糾紛。

## 三、醫療糾紛處理程序部分：

### (一)被投訴人部份：

以醫師居首位，佔 90.7% ，醫療團隊人員次之，佔 7.4% ，護理人員佔 1.9% 。醫師是醫療行為主要負責人，在醫療過程中，若有所失誤，不論醫師是否直接造成，病患及家屬仍以醫師為首要投訴對象。

### (二)爭議醞釀時間：

爭議醞釀時間，平均為 28 天，可見醫療爭議不是一觸即發，若發生事故，醫護人員在 28 天內與病患或家屬建立良好的關係，應可消彌爭議的發生。

### (三)家屬溝通次數：

溝通次數以 1 次最多，佔 38.9% 。二次佔 16.7% ，三次佔 3.7% ，四次佔 1.9% ，五次以上佔 3.7% 。從以上的統計數字，我們可以發現，第一次的醫病溝通是最重要的關鍵，能圓滿解決，或是不歡而散、家屬仍有後續動作，從第

一次醫病溝通中，家屬的反應與態度即可看出端倪。

#### (四)外力介入部分：

由民意代表介入佔 53% ，正式管道介入佔 29% ，家族成員介入佔 11% ，其他佔 7% 。與我們想像中，或許會有黑道介入則相去甚遠，一般個案仍是由民意代表介入協助，所佔比率最高。

#### 四、醫療糾紛處理結果部分：

無賠償佔 79.6% ，有賠償佔 20.4% 。由以上數據顯示，許多醫療糾紛仍可以由理性的醫病溝通加以解釋，祇有 20.4% 的醫療糾紛，需訴諸金錢賠償。

#### 五、醫療糾紛成因類型：

茲將醫療糾紛歸因為下列幾種類型：

##### (一)心理型：

1. 協調時表示只要將病患回復原狀即可，佔 5.6%。

心理型可能因家屬的罪惡感而產生。例如：某位家屬竭力遊說病患前來醫院治療，一旦發生重傷害或死亡，其罪惡感就油然而生。如果某位家屬對病患的情感依附很強，也容易產生罪惡感，在醫病溝通協調時，家屬常表示先要將病患恢復原狀即可，因為有的醫療傷害是不可逆的。

2. 醫師對於日漸惡化的病情，不敢據實以告，佔 3.7%。

醫師一方面擔心病患或家屬無法接受病情變化的真相。一方面也擔心病患或家屬會責怪醫師技術不良，導致病情惡化，所以常常不敢據實以告，但不敢據實以告的後果是病患無法在臨終前交代家屬有關財物、心願…等後事。一旦突然死亡，家屬會覺得措手不及，對醫師的反彈更強烈。

##### (二)社會型：

1. 兒女在國外，以國外醫師為諮詢對象，佔 1.9%。

病患兒女久居國外，一旦病患病情惡化，且超乎他們預期的狀況，他們常以國外醫師為諮詢對象，國外醫師在臨床上並未真正接觸病患，其診斷及對治療的建議與實際有落差，容易引起醫療爭議。

2. 家屬中間有醫師醫護人員，佔 1.9%。

家屬中間有醫師或醫護人員，由於對醫療專業、醫療體系比較明瞭，在治療過程中會提出較多的要求，同時也容易找出醫護人員的缺失。引起醫療爭議的比率相對的提昇。

3. 家屬中間有律師或法務人員，佔 1.9%。

家庭成員中，若有律師或法務人員，因此專業人士，事事求證據；若需提起訴訟，對一般民眾而言，曠日廢時，且勞民傷財。但因家屬中有法務人員，訴訟為其專業，因此對醫療若有不滿，容易提起訴訟。

(三)政治型：

1. 民意代表介入深厚的個案，佔 16.7%。

民意代表為民喉舌，民眾若任何申訴，常直接找民意代表代為出面，以與『醫療』機構相互協調，如果民意代表態度偏向任何一方面，都會增加處理上的困難。而如果民意代表態度誠懇，雙方都能適切解決問題，民意代表可以給選民一個交待，而醫療院所的爭議也獲得解決，這樣是達成三贏的局面。

2. 選舉台柱，與民意代表有深厚交情，佔 3.7%。

由於是選舉時的台柱，民意代表與其交情深厚，勢必強力介入，若民意代表秉權公正公平的態度，則醫療爭議較可獲得合理解決，若態度偏頗，會增加處理時的複雜性。

(四)醫療型：

1. 結構面：

(1)醫護人員專業能力不足，佔 9.3%。

在結構面方面，如果醫療人員不時時刻刻精進，對最新的檢查，治療方法的瞭解，對最新用藥的副作用，都要日新月異，以免造成醫護人員專業能力不足，而引起醫療爭議。

(2)受近來媒體醫療糾紛事件報導之影響，佔 1.9%。

如果最近幾天，電視媒體或報紙正在報導某醫療院所的醫療糾紛事件，因著骨牌效應，其他醫療院所新的、舊的醫療糾紛案件也會隨著增加。此種觀察，類似社會學的情緒感染，激發民眾提起療申訴的動機。

2. 過程面：

(1)雙方缺乏醫病溝通，佔 27.8%。

醫病關係的建立得不夠好，關懷的程度不夠，如主治醫師只有一人，但要手術的病人卻很多，病人只是醫師眾多病人的一部份，醫師需把自己時間分配給許多病人。但病人視醫師為唯一，希望醫師全部時間都給他，即病人要的多，醫師給的少。這中間產生很大的衝突。再加上若醫師知情同意，作都不夠踏實、深入，

容易引起醫療爭議。

(2)雙方醫療認知有差距，佔 13%。

病人家屬常說，我好好的走進來，卻被抬著出去。事實上，病人來醫院就醫，就表示其身體不健康，器官上有疾病，由於醫療科技的發達，讓病人及家屬，對醫療具有高度的期待，認為病人只要交給醫師，住在醫院，就可以完全康復，殊不知醫療上也有不確定性及極限，若再加上醫師工作繁忙，對病人及家屬的說明不夠，就容易產生醫療糾紛。

(3)術後照顧過程發生變化，佔 11.1%。

病人在外科手術時，雖然非常成功，但轉往加護病房、觀察室或病房時，病情可能發生變化，如果這些單位的醫護人員敏感度不夠，或是人力配置不足，若因引威脅或危害病人的生命，將是醫療糾紛的引爆點。

3. 結果面：

(1)手術後病情急速變化，佔 18.5%。

若病人在手術後，病情急速變化，引起重傷害、植物人，或是死亡，常令家屬無法接受。在手術前，醫師應作好告知的工作，病情急速變化，應屬於手術的風險之一。最不樂見的是各相關照顧的醫療科互推責任，而且醫師又無法解釋其病情原因，增加醫療糾紛的危險性。

(2)手術後引起併發症，佔 14.5%。

病人在手術後，引起併發症，這是手術的風險之一。主治醫師在術前應對併發症詳作說明，並確認病人及家屬已瞭解。最好在病歷上簽字，表示醫師已詳細告知過，若主治醫師未作術前詳細說明，易引起醫療糾紛。

(3)因死亡導致醫療糾紛，佔 14.5%。

死亡是重大事件，是與親人永久的別離，也是不可逆的現象，如果病仲一旦死亡，醫護人員就要立即對家屬作病情的說明，以免引起家屬對病情的猜測，對醫護人員有所誤解。



## 第五章 結論與建議

### 第一節 結論

醫療糾紛之案例以 30-64 歲，壯年居多，且治療前病患及家屬都認為自己健康狀況良好佔 61.1%，死亡案例最易引起醫療糾紛，佔 44.4%。住院中投訴最多，佔 40.7%，出院後 30 天才投訴的最多，似有一段醞釀期。大部份醫療爭議的訴求為要求賠償，佔 40%，醫療行為期待落差易引起投訴動機，佔 64%。在陪同出席醫療爭議，家屬主動或陪同出面佔 60%，民意代表陪同佔 22%。家屬類型以理性型佔大多數為 70.4%。投訴對象則以醫師居首位，佔 90.7%。爭議醞釀時間平均為 28 天，家屬溝通次數以一次最多，佔 38.9；外力介入部份以民意代表最多，佔 53%，黑道涉入很少。醫療糾紛處理結果，無賠償者佔 79.6%。

醫療糾紛成因類型中，心理型中表示只要回復原狀即佔最多，有 5.6%；社會型中兒女在國外以國外醫師為諮詢對象、家屬中間有醫護人員、家屬中間有律師或法務人員；此三者平分秋色，各佔 1.9%；政治型中，以民意代表介入深厚的個案最多，佔 16.7%；在醫療型的結構面以醫護人員專業能力不足，佔 9.3%；在過程面，以雙方缺乏醫病溝通最多，佔 27.8%，在結果面部份，以手術後病情急速變化居最多，佔 18.5%。

### 第二節 建議

#### 1. 對中、壯年之治療應建立良好信任關係：

中壯年係一家之主、家計主要負擔，一旦發生醫療爭議，妻小頓失依靠，因此在做外科治療前應與病患及家屬建立良好的信任關係。

#### 2. 健康狀況的重新認定：

病患或家屬皆認為可以走著進醫院，即表示身體健康，殊不知咱認無疾病，何必進醫院治療；醫護人員在對病友或家屬解釋病情時，應對此狀況說明清楚。

#### 3. 醫師要勤於查房：

醫師除要勤於查房外，也要能定期解釋病情；在醫療爭議案件之投訴的時間中是以住院中為最多，故為消弭醫療爭議，醫師經常查房，並解釋病情，以預防醫療糾紛的發生。

#### 4. 要確實瞭解病患對治療的期待：

對醫療行為期待雙方有落差，易引起醫療糾紛，醫師對病患、家屬作治療，手術預後之解釋應正確詳實，同時要一再確認病患對治療的期待，是否在合理的範

圍。

5. 醫護人員與家屬建立良好的關係：

出席醫療爭議溝通座談會，由家屬陪同佔 60%，在病患治療、住院期間，醫護人員若能著重在平時良好關係的建立，在重要關鍵的時刻，家屬可能是助力，而非阻力。

6. 醫師要勤於溝通，敏於觀察：

投訴的對象是以醫師居首位，佔 90%，醫師雖擁有醫療專業權威及形象，一旦醫療糾紛發生，常成為眾矢之的。醫師平日對病患要視病猶親，在溝通時，要聽到、聽完、聽懂，才是有效的溝通。對於可能發生醫療糾紛的病患，要敏於觀察、及時預防及處理，在醫療爭議的醞釀期一般為 28 天，能盡速將其消弭於無形。

7. 第一次醫病溝通，要準備充分：

與家屬的溝通座談會，常常一次決勝負，它關係著病患要再溝通，醫護人員要以家屬聽得懂的話語去溝通，還有，病歷要詳細，瞭解關鍵時刻醫護人員做了什麼。國內外文獻研究可以佐證自己的醫療處置也應加以準備。

8. 醫療院所平常要與民意代表、媒體建立良好的公共關係：

民意代表係為民喉舌，但在醫療爭紛中，如果不扮演公平正義的角色，採一面倒的策略，會增加處理的困難度，所以機構平常與民意代表的公共關係很重要，對於媒體亦同，平常與媒體建立良好關係以免醫療糾紛發生時，對機構作負面報導，不給機構澄清的機會，有損機構的形象。

9. 心理型因應對策：

瞭解家屬的罪惡感，並面質其不合的思考邏輯，若能改變其認知，可以改變其行為。

10. 社會型因應對策：

建議病患或家屬找出一至二位學有專精外面的醫師，代表參加醫療溝通座談會，以利病患接受事實。

11. 政治型因應對策：

表示歡迎民意代表的介入，讓病友的權益有受保障的感受，醫療院所亦應取得民意代表對醫療糾紛事實的真相瞭解，轉而支持醫護人員或起碼將對院方的傷害減至最低。

12. 醫療型結構面因應對策：

在專業人員方面，應經常加以訓練、使其專業時時精進，對於新的外科科技、手術、檢查、及治療的新方法、最新用藥的副作用，都應加以瞭解。

13. 醫療型過程面對策：

過程面要增進醫病溝通，在手術或檢查前要「病情告知」，使病患能夠「知情同意」。

14. 醫療型結果面對策：

在手術前應召開家族會議，詳細說明病情，並讓病患及家屬在病歷上簽字，以表示已被病情告知，並瞭解內容，減低雙方醫療差距。術後照顧過程發生變化，必要時得召開跨醫療科會議，並隨時對家屬解釋其原因，以免發生醫療糾紛。

## 第六章 參考書目

### 一、中文部份：

甘添貴，義務衝突之性質與解決原則（上），月旦法學雜誌第四十期，頁 14-15。

甘添貴，義務衝突之性質與解決原則（下），月旦法學雜誌第四十一期，頁 12-13。

顏厥安，沒有臉龐的權利主體- 由法理學檢討生物科技與人工生殖技術，月旦法學雜誌第二期。

王河清(2001)，運用層級分析法探討引起醫療糾紛發生的因素「以某區域醫院為例」。國立雲林科技大學工業工程與管理研究所碩士論文。

王澤鑑，藥物責任，醫事法律第 2 卷 1-3 期。

李文建，罪責概念之研究- 非難的實質基礎，政治大學法律研究所碩士論文，八十六年六月。

洪千鵬(2001)，誤診對醫師及醫病關係的影響。國立中正大學企業管理研究所碩士論文。

林東茂，一個知識論上的刑法學思考，刑事法雜誌 42 卷 2 期，頁 79 以下。

林梅玉(2001)。腫瘤科醫師告知病情之經驗研究。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

W. Hassemer，陳志龍譯，區分阻卻違法與免除責任之法理(上)，台大法學論叢 19 卷第 2 期，頁 223 以下。

W. Hassemer，陳志龍譯，區分阻卻違法與免除責任之法理(下)，台大法學論叢 26 卷第 1 期，頁 117 以下。

邱懷萱(2001)，從醫療糾紛談台灣病患權益。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

吳全峰(1999)。全民健康保險制度與醫療人權相關之分析。國立陽明大學衛生福利研究所碩士論文。

陳志龍，刑罰目的與預防理論，台大法學論叢 23 卷第一期，頁 115 以下。

陳愛娥，憲法對未出生胎兒的保護- 作為基本全保護義務的一例來觀察，政大法學評論第五十八期，頁 65 以下。

自由-平等-博愛-社會國原則與法治國原則的交互作用，台大法學論叢 26 卷第 2 期，頁 121 以下。

黃常仁，論正當防衛，台大法學論叢 24 卷第 2 期，頁 301 以下。

Jakobs, 許秀玉譯, 罪責原則, 刑事法雜誌 40 卷 2 期, 頁 45 以下。

趙碧華 朱美珍(2000)。研究方法。台北：雙葉書局有限公司。

鄭雅靜(2001), 全民健保制度下醫學生選擇醫療科別之因素探討。國立台北大學財政學系碩士班碩士論文。

潘明宏 陳志偉(2003)。最新社會科學研究方法。台北：韋伯文化。

蔡墩銘, 醫療犯之違法性及有責性, 台大法學論叢二十五卷一期, 頁 144 以下。

盧昭文(1999), 醫師遭遇醫療糾紛之經驗與其認知、態度對醫師行為影響之研究—以大台北地區為例。台灣大學公共衛生學院醫療機構管理研究所碩士論文。

劉幸義, 意思自由與罪責, 中興法學二十四期, 頁 31 以下。

韓忠謨, 犯罪論之結構及其發展史, 台大法學論叢 11 卷第 2 期, 頁 11 以下。

韓忠謨, 犯罪論結構之形成與其發展, 台大法學論叢 16 卷第 1 期, 頁 1 以下。

張紹勳、張紹評、林秀娟, 多變量統計分析, 台北: 松崗, 2000。

王保進, 統計套裝程式 SPSS 與行為科學研究, 台北: 松崗, 1998。

彭游, 生物統計, 台北: 合記, 1998。

## 二、英文部份：

Tagliente TM. Pharmacoeconomics of propofol in anesthesia. Am J Health syst Pharm 1997; 54: 1953-1962.

Eitel DR, Yankowitz J, Ely JW. Legal implications of birth videos. J Fam Pract. 1998; 46: 251-256.

Kronick R, Goodman D, Wennberg J, Wagner E. The marketplace in health care reform. N Engl J Med. 1993; 328: 148-152.

Kirton O, Civetta J, Hudon-Civetta J. Cost effectiveness in the intensive care unit. Surg Clin North Am. 1996; 76: 175-198.

Hickson GB, Clayton EW, Entman SS. Obstetricians' prior malpractice experience and patients' satisfaction with care. JAMA. 1994; 272: 1583-1587.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. JAMA. 1997; 277: 553-559.

Tenery RM Jr. Interactions between physicians and the health care technology industry. JAMA. 2000; 283: 391-393.

Southall DP, Plunkett MCB, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP. Covert video recording of life threatening child abuse; lessons for child protection. Pediatrics 1997; 100: 735-760.

Foreman DM, Farsides C. Ethical use of covert videoing techniques in detecting Munchausen syndrome by proxy. *BMJ* 1993; 307: 611-613.

Shinebourne E. CVS and the principle of double effect: a response to criticism. *J Med Ethics* 1996; 22: 26-28.

North Staffordshire Hospital Trust, Staffordshire Social Services, Stafford-shire Police. Guidelines for multi-agency management of patients suspected of or at risk of suffering from life threatening abuse resulting in cyanotic-apnoeic episodes. *J Med Ethics* 1996; 22: 16-21.

Shabde N, Craft AW. Covert video surveillance is acceptable but only with a rigorous protocol. ( commentary). *BMJ* 1998; 316: 1604-1605.

Feldstein, Martin S. and Bernard Friedman. Tax subsidies, The rational demand for insurance and the health care crisis. *J Pub Econ* 1977; 7: 179-202.

Calore KA, Iezzoni LI. Disease Staging and PMCs: Can they improve DRGs? *Med Care* 1987; 25: 724-737.

Deyo RA, Cherkin DC, Ciol MA. Adapting a clinical comorbidity index for use with ICD-9-CM Administration Databases. *J Clin Epidemiol* 1992; 45: 613-619.

Goldfield N, Averill R. Commentary on " Risk-adjusting acute myocardial infarction mortality: Are APR-DRGs the right tool? " *Health Services Res.* 2000; 34: 1491-1495.

Kieszak SM, Flanders WD, Kosinski AS, Shipp CC, Karp H. A comparison of the Charlson comorbidity index derived from medical record data and administrative bill data. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 137-142.

Librero J, Peiro S, Ordinana R. Chronic comorbidity and outcomes of hospital care: length of stay, mortality, and readmission at 30 and 365 days. *J Clin Epidemiol* 1999; 52: 171-179.

Newhouse JP, Buntin MB, Chapman JD. Risk adjustment and medicare : Taking a closing look . *Health Affairs.* 1997; 16: 26-43.

Zhang JX, Iwashyna TJ, Christakis NA. The performance of different lookback periods and sources of information for Charlson comorbidity adjustment in medicare claims. *Med Care* 1999; 37: 1128-1139.

## 附 錄 一

### 醫療糾紛案例內容分析

#### 一、基本資料部份：

(一)性別：

1. 男 2. 女

(二)年齡：\_\_\_\_\_歲

(三)疾病診斷：\_\_\_\_\_

(四)事件日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

(五)科別：\_\_\_\_\_

1. 外科 2. 內科 3. 開刀房 4. 牙科 5. 神外 6. 急診

7. 婦科 8. 麻醉科 9. 心臟外科

(六)病房：\_\_\_\_\_

#### 二、內容部份：

(一)傷害程度：

1. 死亡 2. 植物人 3. 重傷害 4. 中傷害 5. 輕傷害  
6. 其他(請說明)\_\_\_\_\_

(二)投訴時間：

1. 院中 2. 出院後\_\_\_\_\_天 3. 門診 4. 死亡 5. 健診  
6. 急診

(三)被投訴人：

1. 醫師 2. 護理人員 3. 醫療團隊 4. 其他(請說明)\_\_\_\_\_

(四)病患訴求：(可複選)

1. 賠償 2. 討公道 3. 要求病情說明 4. 興訟  
5. 其他(請說明)\_\_\_\_\_ 6. 無具體訴求

(六)處理方式：(可複選)

1. 院內協調 2. 家屬溝通 3. 院外協調 4. 電話聯繫  
5. 其他(請說明)\_\_\_\_\_ 6. 社工師關懷訪視

**(七)處理階段：**

1. 溝通 2. 談判 3. 和解 4. 訟訴

**(八)醫病溝通次數(醫院內)：**

1. 1次 2. 2次 3. 3次 4. 4次 5. 5次以上 6. 無

**(九)地方協調次數：**

1. 1次 2. 2次 3. 3次 4. 4次 5. 5次以上 6. 無

**(十)外力介入：(可複選)**

1. 民意代表 2. 非正式管道 3. 家族 4. 朋友  
5. 其他(請說明)\_\_\_\_\_ 6. 無介入 7. 正式管道

**(十一)醫療賠償額度：\_\_\_\_\_萬元**

**(十二)投訴原因：**

1. 病人或患家投訴的原因：\_\_\_\_\_  
2. 醫院內部檢討的原因：\_\_\_\_\_

**(十三)住院前或手術前病患或患家主訴其健康狀況如何：(以病人主觀感受為主)：**

1. 好 2. 不好

**(十四)引起投訴的動機：(可複選)**

1. 催帳 2. 情緒因素(忿怒) 3. 家屬意見不一致(親友起哄)  
4. 新聞媒體報導 5. 其他(請說明)\_\_\_\_\_  
6. 醫療爭議

**(十五)院內處理結果：(可複選)**

1. 醫護人員離職 2. 無事 3. 和解 4. 賠償 5. 訴訟  
6. 懸而未決(延宕) 7. 其他(請說明)\_\_\_\_\_



(十六)進入院內醫糾處理程序：(可複選)

1.  進入社工處理程序(指院內醫病溝通)
2.  院內鑑定委員
3.  院方高層處理小組
4.  社工師關懷訪視

(十七)陪同關係：

1.  家屬
2.  其他親友
3.  律師
4.  民意代表
5.  政府官員
6.  其他(請說明)\_\_\_\_\_

(十八)家屬類型：

1.  理性型
2.  非理性型
3.  悲傷情緒轉移

(十九)醫療爭議成因類型：

◎心理型：

- (1)  病患久居國外，對回國治療期待過高。
- (2)  醫師對於日漸惡化的病情，不敢據實與告
- (3)  由急診轉住院開刀，醫師未與病患建立良好的關係
- (4)  協調時表示只要回復原狀
- (5)  兒女中只有一人負責照顧，壓力過大。
- (6)  家屬期待過高，不能接受治療的結果

◎社會型：

- (1)  兒女在國外，以國外醫師為諮詢對象
- (2)  家屬中間有醫師或醫護人員
- (3)  家屬中有失業者或無業游民

◎家庭型：

- (1)  兒女眾多，居住型態為大家庭
- (2)  家庭成員中有律師或媒體記者。

◎政治型：

- (1)  選舉台柱，與民意代表有深厚交情。
- (2)  民意代表介入深厚的個案。

◎醫療型：

【結構面】

- (1)  檢驗結果與醫師手術的診斷有誤差。
- (2)  醫療人員專業能力不足。
- (3)  受近來媒體醫療糾紛事件之報導。

**【過程面】**

- (1) 術後轉往其他科治療，各科醫師說法不一。
- (2) 術前非由主治醫師說明病情。
- (3) 術前說明時間過於匆促。
- (4) 術後照顧期間主治醫師出國。
- (5) 檢查或治療過程，造成意外傷害。
- (6) 術後照顧過程發生病情變化。
- (7) 經過多次手術仍未痊癒。
- (8) 開刀房忙碌，未即時將病患轉院，延誤治療。
- (9) 醫師交接班的時候。
- (10) 缺乏醫病溝通。
- (11) 病患接受照護(或查診)之時間不足。
- (12) 醫護人員不適當的言行舉止。
- (13) 術前說明與預後狀況誤差大。
- (14) 雙方醫療認知差距。

**【結果面】**

- (1) 手術後病情急速變化。
- (5) 手術後死亡，期間曾使用高貴器材及藥品。
- (5) 手術後成為植物人，或有嚴重後遺症。

※ 其他(請說明)

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_