

行政院國家科學委員會專題研究報告

計畫編號：NSC 91-2420-H-002-026

計畫期間：自九十一年八月一日起至九十二年
十一月三十日止

執行機構：國立台灣大學法律學系暨研究所
國立台灣大學醫學院外科

名稱：

外科新醫療科技之發展與醫療風險
之界定與分擔

-----外科醫療風險與責任保險

計畫主持人：劉宗榮教授

目錄

第一章 前言

第一節 新種醫療責任保險的意義

一、外科新種醫療行為

- (一) 教科書上記載的醫療行為
- (二) 須申請主管機關或倫理委員會核准的醫療行為
- (三) 近五年內新發展出的醫療行為
- (四) 醫學雜誌上新刊文章所探討的醫療行為

二、過失

三、責任保險

第二節 醫療責任險的現況

一、投保數量

二、保險種類

- (一) 醫師業務責任保險
- (二) 醫院綜合意外責任保險

第三節 醫療責任保險不發達的原因

- 一、保險金額偏低不符實際賠償之需
- 二、承保範圍未能涵蓋緊急而未及聲情主管機關許可之外科新種醫療行為
- 三、醫院的互保制度舒緩了對保險的依賴性
- 四、民事求償多賴和解解決，若提起訴訟，病患或其家屬獲得勝訴比例偏低
- 五、醫療過失責任的比例甚低

第二章 醫療責任保險未健全發展所引發的現象

- 一、高風險疾病的醫療人才逐漸流失
- 二、新種醫療行為研發受到阻礙
- 三、國人醫療品質會逐漸下降

第三章 現行醫療責任保險之改進

第一節 責任保險本身的改進

- 一、健全醫療責任保險，在嚴格條件下，以附加險方式將未及事先獲得許可的外科新種醫療風險納入承保範圍。
- 二、新種醫療行為醫療責任險之保險金額，應符合一般民事賠償水準。
- 三、擴大投保人數，建立強制醫療責任保險，或仿日本制度，以全國醫師公聯合會為要保人。
 - (一) 選擇方案一——研擬強制醫療責任保險，擴大總體要保人數目。

(二) 選擇方案二---維持任意保險，但是以全國醫師公會聯合會為要保人，以多家國內產物保險公司（採自願原則）為（聯合）保險人。

四、針對不同的附加保險釐定不同保費費率，使保險費的分類細緻化，以體現具體公正。

第二節 推動周邊制度改革

一、在醫事審議委員會審議前，應增設“調查委員會”進行調查做成調查報告，提交審議委員會作為審議基礎。

二、鑑定委員會必須獨立於行政機關之外。

三、在醫師疾病人同意且願意負擔費用的原則下推動全程錄影以保全證據。

四、鑑定人就鑑定內容的真實應該為具結，或將將鑑定內容細緻化，俾提高鑑定書之真實性及公正性。

(一) 修改法律

(二) 將鑑定書內容細緻化

五、遵照醫療規則而為之醫療行為，應為醫師無過失之推定，以保障醫師權利。對新種醫療行為之責任應從寬認定，以促進外科新醫療技術之發展。

六、一般醫療過失責任除罪化

(一) 實際判徒刑且不可易科罰金或緩刑的比例極低

(二) 造成醫療過程醫師的心理不當負擔

(三) 先進國家多縮限醫療過失刑事制裁的範圍

(四) 刑事附帶民事，增加法院負擔

七、對非財產上損害賠償的數額定上限之限制

八、律師報酬設定適度限制，以避免保險業或其他相關行業經營成本升高，因而導致保險費提升。

九、檢討侵權行為連帶責任賠償制度之妥當性，建立過失比例與賠償數額相當賠償制度。

(一) 選任及監督可能性的檢討

(二) 連帶責任增加保險費負擔

第四章 結論

一、本論文認為以《醫學雜誌上新刊文章所探討的醫療行為》作為是否外科新種醫療行為，較為客觀。

二、將醫療行為的責任定位在“推定過失責任”寬嚴適中，應屬可行。

三、外科新種醫療行為責任保險。

四、從投保件數觀察

五、目前的保險實務

六、醫療責任保險不發達的原因

- (一) 保險金額偏低不符實際賠償之需。
- (二) 承保範圍未能涵蓋緊急而未及聲情主管機關許可之外科新種醫療行為。
- (三) 醫院的互保制度舒緩了對保險的依賴性。
- (四) 民事求償多賴和解解決, 若提起訴訟, 病患或其家屬獲得勝訴比例偏低。
- (五) 醫療過失責任的比例甚低。

七、醫療責任保險未健全發展所引發的現象

- (一) 高風險疾病的醫療人才逐漸流失
- (二) 新種醫療行為研發受到阻礙
- (三) 國人醫療品質會逐漸下降

八、現行醫療責任保險之改進

- (一) 以建立健全的醫療責任保險, 在嚴格的條件下, 將及事先獲得許可的外科新種醫療行為以附加險方式把入承保範圍。
- (二) 新種醫療行為醫療責任險之保險金額, 應符合一般民事賠償水準。
- (三) 擴大投保人數基礎, 研議推動強制醫療責任保險, 或仿照日本制度, 以醫師公會聯合會為要保人, 以多家產物保險公司聯合為保險人, 有效擴大投保人數。
- (四) 針對不同的附加保險釐定不同保費費率, 使保險費的分類細緻化, 以體現具體公正。

九、配合醫療責任保險的改進, 推動周邊制度改革

- (一) 在醫事審議委員會審議前, 應增設“調查委員會”進行調查, 做成調查報告, 提交審議委員會作為審議基礎。
- (二) 鑑定委員會必須獨立於行政機關之外。
- (三) 在醫師疾病人同意且願意負擔費用的原則下推動全程錄影以保全證據。
- (四) 鑑定人就鑑定內容的真實應該為具結, 或將將鑑定內容細緻化, 俾提高鑑定書之真實性及公正性。
- (五) 一般醫療過失責任除罪化
- (六) 對非財產上損害賠償的數額定上限之限制。
- (七) 律師報酬設定適度限制, 以避免保險業或其他相關行業經營成本升高, 因而導致保險費提升。
- (八) 檢討侵權行為連帶責任賠償制度之妥當性, 研議建立過失比例與賠償數額相裝賠償制度的可能性。

第一章 前言

第一節 新種醫療責任保險的意義

外科型種醫療責任保險是要保人與保險人約定，要保人承諾給付保險費，保險人承諾於被保險人（醫師）針對外科新種醫療行為，執行業務因過失致使病人受到傷害或死亡，依法應負賠償責任而受賠償之請求時，對被保險人負保險給付之責的法律行為。茲說明如：

一．外科新種醫療行為

此所謂“外科新種醫療行為”目前沒有明確的定義，有百分之十八，認為是指“教科書上記載以外的醫療行為”；有百分之二十三，認為是“醫學雜誌上新刊載文章所探討的醫療行為”；有百分之二十九點九，認為是“近五年內新發展出的醫療行為”；有百分之二十四點三，認為是“須申請IRB（倫理委員會）核准的醫療行為”；有百分之四點八，沒有選項。（請參閱附件三第一頁，第五題）其實以上四種，有相當大的交集合，因此四者的比率相差不大。試分析如下：

（一）教科書上記載的醫療行為：

教科書上記載的醫療行為，固然是成熟的醫療行為，但是某些醫療行為，因剛成熟，未及載入教科書，或是教科

書未及時更新，因此以是否記載於教科書為準，有使某些“已成熟的外科醫療行為”也納入外科新種醫療行為“的可能，其定義失諸於太寬。

(二) 須申請主管機關或倫理委員會核准的醫療行為：

須申請主管機關或倫理委員會核准的醫療行為，一般是人體試驗的醫療行為，此種醫療行為當然是新種醫療行為，但是無須經主管機關或倫理委員會核准而尚未成熟的醫療行為，是否也不得納入外科新種醫療行為？此亦定義可能失諸過狹。

(三) 近五年內新發展出的醫療行為：

近五年內新發展的醫療行為，固然有可能尚未成熟，但也有可能已經成熟，用“五年”作為界限，理由何在？凡在五年內者，若是已成熟之行為，亦為新醫療行為乎？凡在五年外者，雖未成熟亦不得歸為新種醫療行為乎？以期間作為劃定標準，出入之間，皆不免失誤。

(四) 醫學雜誌上新刊文章所探討的醫療行為：

醫學雜誌上刊載文章所探討的醫療行為，表示該醫療行

為尚在研究，發展‘改進或檢討中，以此作為認定標準，似較為客觀。

本論文認為以《醫學雜誌上新刊文章所探討的醫療行為》固然較為客觀，但是應該附上條件，才能嚴謹；

1. 該醫學雜誌必須為《國際知名的權威醫學雜誌》。
2. 該醫學雜誌所新刊載的文章，必須是《關於醫療行為》
3. 該醫學雜誌所新刊載的文章，所討論的醫療行為，必須是《醫療行為的創新或實質的改進（重大的改進）》。
4. 該被創新或改進的醫療行為必須尚在進行中，未達於定論階段

在目前，那些行為可以列入外科新種醫療行為？尚無定論，從對八百五十一位醫師的問卷中，有百分之三十八點八的受訪者認為內視鏡手術屬於外科新種醫療行為；有百分之四十一點四的受訪者，認為活體肝臟移植是屬於外科新種醫療行為；有百分之八十五點七的受訪者認為基因治療技術是外科新種醫療行為；有百分之六十九點三的受訪者認為光電

生物科技是屬於外科新種醫療行為；有百分之七十一點一的受訪者認為機器人輔助手術室屬於外科新種醫療行為；另外有百分之六十七點一的受訪者認為人工器官植入手術是屬於外科新種醫療行為。（請參閱附件三第一頁第六題）這些都只是例示，不足以涵蓋全部。

二．過失

醫療行為，法律上的性質有可能是委任，也有可能是承攬。不論如何，因為是有償行為，一時都必須盡善良管理人注意，也就是必須負抽象輕過失責任。

消費者保護法第七條第一項規定：《從事設計‘生產’製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性》，本條項之規定，曾經被解釋為醫師所提供的醫療服務是消費者保護法第七條第一項所規範的“服務”的一種，因而必須負無過失責任，引起醫學界強烈的反彈，認為依照醫師法，醫師有接受病人求診的義務，另一方面，外科醫師以無過失責任，實屬太苛。

在 2002 年，臺北地方法院審理的一件醫療糾紛中，認為醫療行為屬專業行為，若由無專業知識的病人承擔起醫療

過失的舉證責任不合理，因此改由醫師及醫院舉證本身無過失，台大醫院因而敗訴，在這件醫療糾紛中，法官認為有無專業知識的病人或其家屬承擔醫療過失的舉證責任，有違公平原則，因而將舉證責任移轉到醫師或醫院，加重醫師或醫院的舉證責任，由於台大醫院及負責手術的醫師舉證未能舉證證明自己沒有過失，因此被判敗訴。產物保險商業同業公會，為此預測醫師業務責任保險將大幅增加理賠機率及金額，並假設理賠標準改變之影響因子為 1.5 。

民國九十二年一月二十二日，消費者保護法修正公佈，增訂第七條至一，規定《企業經營者主張其商品於流通進入市場，或其服務於提供時，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性者，就其主張之事實負舉證責任。》《商品或服務不得僅因其後有較佳之商品或服務，而被視為不符合前條第一項之安全性》。本次的修正將醫療行為的責任定位在“推定過失責任”寬嚴適中，應屬可行。所謂過失，一般稱為醫療過失，包括誤診 (Errors) 及遺漏 (Omission) 在內。醫師舉證證明自己與提供服務時，已經〈符合當時科技或專業水準可合理期之安全性〉之方法如何，在八百二十八個受訪者中，有百分之三十七點八認為：外科醫療行為若符合

教科書或手冊所定醫療行為操作程序時，即應《推定》為無過失。有百分之三十點六的受訪者認為，此種情形，應該《視為》無過失：有百分之二十九點六 認為《應與一般事故同》。

（請參閱附件三第二頁第七題）以上三種主要情形，本報告認為採《推定無過失說》為當。換言之，醫師依照教科書或手冊所規定的操作程序為醫療行為，即被推定為無過失，但病人仍可舉證證明醫師有過失而要求醫師負責。至於《視為無過失》，應不可採，因為法律上《視為》一詞，本來就是與事實相反的擬制，如若醫師的外科新醫療行為符合教科書或手冊所定醫療行為操作程序時，被《視為》無過失，豈不意涵者該醫師原本有過失，只因立法政策，將之擬制為無過失而已。此種見解，十分奇怪：第一，依照教科書或手冊規定的操作程序從事醫療行為，若被“視為“有過失，豈非滑天下之大稽？如若醫師原本“有過失“，本於立法政策將之擬制為“無過失”，其立法政策又是什麼？本人認為問卷之所以有三成的受訪者選擇《視為無過失》>>，是因為醫師對法律專有名詞，沒有充分了解所緻。

三．責任保險

依保險法第九十條之規定：《責任保險人於被保險人對

第三人，依法應負賠償責任，而受賠償之請求時，負賠償之責》，因此，外科新種醫療行為的責任保險，就是外科醫師，於從事新種醫療行為時有過失，依法必須對病人或其家屬負賠償責任，而受賠償之請求時，由保險人向被保險人（醫師）為保險給付的行為。

醫師責任保險是責任保險的一種，而且是屬於專門職業人員責任保險。專門職業人員保險主要的有律師責任保險，會計師責任保險，建築師責任保險等等。

第二節 醫療責任險的現況

一. 投保數量

我國醫療責任保險，於民國八十三年開始辦理，至今前後有十包括新光‘富邦‘明台‘友聯‘華南‘中央產物‘統一安聯等八至九家產物保險公司接受投保，總投保人數約兩千件。從投保件數觀察，我國醫療責任保險並不發達，全國醫師實際執業人數約二萬人，投保件數只二千件，投保率約只百分之十，投保的比率，顯然明顯偏低。相較於鄰近的日本，在沒有強制醫療保險的情況下，投保率達到七成，我國的醫師投保責任險的比率也相對偏低

二. 保險種類

目前的保險實務，一般可分為”醫師業務責任保險”

“醫院綜合意外責任保險”。另外有”藥師與藥劑生業務責任保險”，雖然藥師或藥劑師作為醫院的受僱人，若於配藥等有過失，緻於病人受到損害時，醫院必須以雇主的地位與藥劑生負連帶責任，但是此似與外科新種醫療無直接關係，因此不加於介紹。茲以承辦醫療責任保險業務最佳的國泰產物保險公司的保險單為例，說明其內容如下：

(一) 醫師業務責任保險

1. 承保對象

限於領有醫師證書，經主管機關發給執業執照或服務執照應加入所在地醫師公會執業或服務于公私立醫院‘診所’衛生所‘執行醫療業務之醫師，及在中央衛生主管機關認可之實習醫院醫師指導下實習醫科學生。並分下類三類：

甲類：內科。

乙類：耳鼻喉科‘眼科‘皮膚科‘泌尿科‘神經科（不施開刀手續，否則按丙類收費）

丙類：婦產科‘外科‘整形科‘精神科‘小兒科‘牙科‘性病科‘骨科，凡執業執照准行兩科以上者，按較高費率收費）

2. 基本保險金額

*每一意外事故體傷或死亡之保險金額為新臺幣二
萬五千元

*保險期限內體傷或死亡之保險金額為新臺幣十萬
元

3 基本保險費

甲類：新臺幣九百五十元

乙類：新臺幣一千四百二十五元

丙類：新臺幣二千三百七十五元

4. 保險金額之增加

*保險金額按基本保險金額提高一倍時，其保險費按基
本保險費加收百分之九十

*保險金額按基本保險金額提高二倍時，其保險費按基
本保險費加收百分之一百七十

5. 保險期限

本保險契約之訂立，以一年為限

6 短期費率

凡保險期限不足一年或被保險人中途要求退保時，應
按後列短期費率計收保險費：(略)

7. 最低保險費

每張保險單之保險費最低不得少於新臺幣二百元。

8 承保範圍及不保項目

(1) 醫師業務責任保險

以第一章第一條《被保險人因執行醫師之診療業務發生意外事故，直接引緻病人体傷或死亡，經醫師鑑定後，依法應負賠償責任，而在保險期間內又受賠償請求時，本公司對被保險人負賠償之責》另第二章不保項目規定如下：

1. 被保險人被撤銷醫師資格或被撤銷開業執照或受停業處分而仍繼續執行醫師業務所發生之賠償責任。
2. 被保險人由於不正當治療‘濫用鴉片’嗎啡等毒劑藥品，所發生之賠償責任。
3. 被保險人使用放射器材治療所發生之賠償責任，但經本保險單特別承保者，不在此限。
4. 被保險人因承諾醫療效果或包醫之後果所發生之賠償責任。

5. 被保險人因具有醫院‘療養院’診所‘實驗所或其他事業機構之所有人’合夥人‘監督人或經理人之身份而非直接醫療行為所發生之責任。
6. 被保險人之雇用醫師因執行醫師業務所發生之賠償責任。
7. 於本保險單有效期間內發生被保險人應負賠償責任之情事，而被保險人未在保單期滿後六個月內提出賠償請求之賠償責任。
8. 被保險人在本保險訂立以前所發生之賠償責任。
9. 在中華民國台民地區以外所發生之賠償責任。
10. 因戰爭‘類似戰爭(不論宣戰與否)’敵人侵略‘外敵行為’叛亂‘內戰’強力霸佔‘或被徵用‘無論直接或間接所繳之賠償責任。
11. 因核子分裂或輻射作用無論直接或間接所繳之賠償責任。
12. 因被保險人執行未經主管機關許可之業務

或其他非法行為所發生之賠償責任。

13．因被保險人之故意或主唆行為所發生之賠償責任。

14．因被保險人對於任何第三人允諾或要約遇有意外事故所發生之損害賠償。

15．被保險人之受僱人因執行職務而死亡或受有體傷所發生之損害賠償責任。

16．被保險人於執行業務時，因受酒類或藥類之影響而發生之賠償責任。

(2) 醫院綜合意外責任保險

依照醫院綜合意外責任保險單基本條款第一條

《被保險人因經營醫療業務在保險期間於營業處所內發生下列事故致第三人受有體傷或死亡，依法應由被保險人負賠償責任，而受賠償請求時，本公司對被保險人負賠償之責。

醫療過失責任：

被保險人之醫護人員在營業處所或外派執行醫療業務時，因過失、錯誤或疏漏而違反其業務上應盡之責任，直接引致病人体傷或死亡之事故。

又依照醫院綜合意外責任保險單第二條暨第三條訂有

不保事項：

第二條 對於下列事故所致之賠償責任，不在本保險單承保範圍內，本公司不予賠償：

1) 因戰爭‘類似戰爭（不論宣戰與否）

‘敵人侵略‘外敵行為‘叛亂‘內亂‘

強力霸佔‘或被徵用所致者。

2) 因核子分裂或輻射作用所致者。

3) 因罷工‘暴動‘民衆騷擾所致者。

4) 因颱風‘地震‘洪水或其他天然災變

所致者

5) 因被保險人或其受僱人之故意行為

所致者。

6) 因被保險人經營或兼營非本保險單

所載明之業務或執行未經主管機

關許可之業務或從事非法行為所

致者。

7) 各種形態之污染所致者。

8)被保險人因所有或使用或管理飛機

‘船舶’及領有牌照之車輛所致者。

第三條 對於下列賠償責任，不在本保險單承

保範圍內，本公司不予賠償：

1)被保險人以契約或協議所承受之賠

償責任。但縱無該項契約或協議存

在時，仍應由被保險人負賠償責任

者，不在此限。

2) 第三人財物損失及因而引起不能

使用之損失之賠償責任。

3) 被保險人之受僱人在執行職務時

發生身體傷亡之賠償責任。但經

約定加保這不在此限。

4) 被保險人因承諾醫療效果或包醫

之後果所發生之賠償責任。

9. 經紀人佣金：

本保險業務經紀人佣金定為保險費至百分之十。

(二) 醫院綜合意外責任保險

1. 承保對象：

以經主管機關核准開業之公、私立醫院、診所及衛生
所謂要保人即被保險人。

2. 承保範圍

被保險人因經營醫療業務在保險期間發生下列意外
事故致第三人受有體傷或死亡，依法應負賠償責任，
而受賠償請求時，本公司對被保險人負賠償之責：

公共以外責任：(略)

醫療過失責任：被保險人之醫護人員在營業處所獲
外派執行醫療業務時，因過失‘錯誤’或疏漏而違反
其業務上應盡職責任，直接引致病人傷亡之事故。

3 基本保險金額及自負額

(1) 保險金額 (新臺幣：元)

每一個人身體傷亡：200,000 元

每一意外事故傷亡：1,000,000 元

保險期間內最高賠償金額：2,000,000 元

(2) 自負額

被保險人自負額 (每一意外事故)：10,000 元

注：被保險人之雇用醫師超過二十人者，每增加
十人其《保險期間內最高賠償金額》的增加 0.5

倍，增加部分不足十人者按十人算，最高的增加三倍。

4. 基本保險費(單位：新臺幣元):20,000, 另加下列各項加費：

醫護人員加費：

醫師(含兼任及實習醫師)：

甲類：內科‘復健科每人5,000元

乙類：耳鼻喉科‘眼科‘皮膚科‘泌尿科‘神經科(不施開刀手續，有者則按丙類收費)每人
7,500元

丙類：婦產科‘外科‘整形科‘放射科‘麻醉科‘精神科‘牙科‘小兒科‘性病科‘骨科每人
10,000元。

(以下略)

5. 增加保險金額後之保險費率(單位：新臺幣萬元)

(1)增加之保險金額

每一個人身體傷亡：分20, 30, 40, 50, 60, 80, 100

每一意外事故身體傷亡：分100, 150, 200, 250,

300, 400, 500

保險期間內最高賠償金額：200, 300, 400, 500,

600, 800, 1000

(2) 費率倍數：

1.00, 1.45, 1.85, 2.20, 2.50, 3.05, 3.5

6. 提高自負額

(1) 每一意外事故之自負額提高為 20,000 元, 保險

費減收百分之五

(2) 每一意外事故之自負額提高為 30,000 元, 保險

費減收百分之十

(3) 每一意外事故之自負額提高為 40,000 元時, 保

險費減收百分之十五

(4) 每一意外事故之自負額提高為 50,000 元, 保險

費減收百分之二十。

7. 大額保費優待(略)

8. 保險期間：一年

9. 短期保險費：(略)

10：最低保險費之規定：每一張保險單之最低保險費不

得少於新臺幣一萬元整。

11:經紀人佣金：本保險業務經紀人佣金定為保險費之百分之十。

12：本保險採《事故發生基礎(OCCURRENCE BASIS)》，承保公司於提列責任準備金時對於長期潛在未了責任應于另行考慮。承保公司亦得應被保險人之要求改採《索賠基礎 (CLAIMS MADE BASIS)》，並應另簽發批單，按原應收保險費減收百分之十五。

以上兩種保險的內容，較值得注意的有下列幾點：

1. 基本保險金額：

在《醫師業務責任保險》，其基本保險金額，每一意外事故體傷或死亡之保險金額為新臺幣二萬五千元，保險期限內體傷或死亡之保險金額為新臺幣十萬元。（但得增加保險金額至二倍）在《醫院綜合意外責任保險》，其基本保險金額，每一個人身傷亡為新臺幣二十萬元。每一意外事故傷亡為一百萬元，保險期間內最高賠償金額為新臺幣二百萬元。但得增加保險金額至每一個人身傷亡一百萬元，每一意外事故身體傷亡為五百萬元，保險期間內最高賠償金額為一千萬元。

2. 醫護人員的分類

不論《醫師業務責任保險》或是《醫院綜合意外責任保險》均將承保對象分為三類

甲類：內科，復健科。此類風險最小，醫護人員，加收保險費也最少。

乙類：耳鼻喉科，眼科‘皮膚科‘泌尿科‘神經科(不施開刀者)，此類風險屬於中等，因此加收的保險費也居於中間。

丙類：婦產科‘外科‘整形科‘放射科~麻醉科‘精神科‘牙科‘小兒科‘性病科‘骨科。此類風險最大，因此加收保險費最大。

第三節 醫療責任保險不發達的原因

一．保險金額偏低不符實際賠償之需

醫療責任險的保險金額是保險人理賠的上限，保險人所提供的保險金額必須能夠反應損害賠償額，對投保的要保人或被保險人言，才有實益，也才能引起投保的興趣。根據調查，目前保險公司所提供的醫療責任的保險金額 最小為新臺幣一萬元，最高為新臺幣二千萬元， 平均為新臺幣二百

七十五萬元，還受到《每一個人人體傷亡》《每一次意外事故身體傷亡》《保險期間內最高賠償金額》的限制，與目前民事賠償金額自六萬八千元至三百萬不等，最近且有賠償金額達 2111 萬，精神上損害賠償最近亦有判到 300 萬到 500 萬之高額賠償，顯然有極大落差。

保險公司的保險給付，不能反映醫療過失民事賠償之所需。在 147 名的受訪者中，有百分之二十四點五認為保險金額太低，也因此七百零八名的受訪者中，有百分之三十二點六沒有投保。（請參閱附件三第一頁第三題）

或有人以為，既然可以以加保方式，投保高額醫療責任險，若醫師怠未投保，則並非無化解風險的機制，但是醫師之所以未投保，原因之一則是保險費太貴，增加保險金額的保險費更貴，保險金額提升五倍時保險費約提升三倍半（請參考前章保險種類中之醫院綜合意外責任險）。在一百四十七名受訪者中，有百分之十九點七因為保險費過高而拒絕投保。（請參閱附件三第一頁第三題）

目前保險公司所提供的保險，基本的保險金額偏低，加保的保險費又貴，保險所提供的保障，對醫生而言，十分不足，例如最近台北地院民一庭判決台北市立婦幼醫院與麻醉

醫生，應為醫療疏失造成植物人的行為負起連帶賠償 2111 萬多元的責任，法官准判的項目，除了精神慰撫金五百萬元外，包括植物人將來的薪資損害，退休金短少、看護費用都予判准，因此准賠的金額創下新高。本案原告是選擇依據民事侵權損害賠償的法律關係進行求償，而非依消費者保護法求償，因此准賠的理由並未多加探討求償者舉證責任的問題。

法院認定，因醫療疏失變成植物人的何女，遭逢變故時的年齡為 48 歲，且是行政院農委會的官員，擁有台大獸醫學博士學位，法官審酌何女精神及肉體上的折磨後，光是精神慰撫金就判准五百萬元。

此外，由於何女為公務員距 65 歲退休所受的薪資損害，法官也認為受有損害，加上退休金，以及已支付的 24 小時看護費用、醫療用品，總共須賠償植物人家屬 2111 萬餘元。

在本案中即便有投保本保險，卻可能因為保險金額過低，而無法達到有效分化風險的目的。

以保險作為分化醫療風險的方式時，法院應適當地控制慰撫金的數額，畢竟以有價填補無價，很難說客觀界定何種金額方為適當，過高的賠償金額，不但在醫療方面，可能使醫院及醫生思賠償金額而爾怯步，而且在保險方面，亦會發生制度的危機，美國即是個例子，在美國，過高的慰撫金使得保險費不斷上漲，部分醫生無法獨自開業，必須依附於醫院，甚至外科醫生不願再上手術台。目前改革方向之一，即包含研議限制法院判決慰撫金的數額。

二．承保範圍未能涵蓋緊急而未及聲情主管機關許可之外科新種醫療行為

檢視我國現行的保險單，能否涵蓋《外科新種醫療過失》，初步的看法是：我國的現行保險單並未明文將《外科新種醫療過失》排除，但是也不當然將《外科新種醫療過失》包括在承保範圍之內，是否在承包的範圍之內，應視該外科可新種醫療行為是否經主管機關許可（倫理委員會同意）而定。依照醫師業務責任保險保險單第十六條《因被保險人之行未經主管機關許可之業務或其他非法行為所發生之損害賠償》及《議員綜合以外責任保險保險單第二條第六款《因被保險人經營或兼營非本保險單所載明之業務或執

行未經主管機關許可之業務或從事非法行為所繳者。》之約定，外科新種醫療行為只要於治療之前，已經獲得主管機關（或倫理委員會）許可，解釋上當在保險契約的承保範圍內。比較有困難的是某些外科新種醫療行為，具有實踐的急迫性，在醫師治療之前，無法預先取得主管機關的許可，此種醫療行為即屬於保險單所載的《不保事項》，若因此發生醫療過失，依照契約約定，保險公司將沒有賠償義務。

三．醫院的互保制度舒緩了對保險的依賴性

由於保險公司醫療保險所提供的保險金額偏低，具有一定規模的醫院，由於雇用的醫師較多，乃在醫院之內，建立互保制度，以分化醫療責任風險。

所謂互保制度，是指醫師為分化醫療風險，就每月所得中提列一定金額，委由醫院或特定人保管，逐漸形成“互保基金”，若發生醫療事故需要賠償時，即由該基金撥款賠償。互保制度的存在也是醫師不願意投保醫療保險的原因。根據調查，在七百零八位受訪者中，佔百分之十六點三，是因為有互保制度存在，所以沒有參加醫療責任險。（請參閱附件三第一頁第四題）此種制度有利有弊，茲說明如

下：

(甲)：利益

1. 成本低廉：

一般的保險，保險費不但包括理賠的保險金，而且還包括營運成本及合理利潤，但是在互保制度下，幾乎只有“理賠的保險金”，完全省略了營運成本，也不講求利潤，因此其“保險費”可以較保險公司的保險費遠為低廉。

2. 機動性強，符合具體需要：

互保的金額，可以視法院對醫療理賠的金額，基金使用狀況，適時調整“保險費”，符合實際需要。又互保的範圍，舉凡醫療範圍內之醫療行為均在其內，不受保險公司《出外不保項目之限制》，此種情形，對於型種醫療行為特別具有意義。

(乙)：缺點

1. 只適合于大型醫院或醫學中心：

互保制度的建立，以醫院所雇用的醫師達到相當數額為前提，必須醫師的人數夠多，才可累積小額的保險費成為龐大的基金，並以龐大的基金，作為醫

療過失理賠的基礎。如若醫院的規模較小或是獨家經營的私人診所，根本無法形成互保所需要的基金，也就無法建立互保制度。以目前臺灣的情形言，規模龐大，足夠建立互保制度的多是綜合醫院或是教學醫院，為數極少，占極小的比例。因此，即令互保制度可以解決部分醫師因保險公司所提供的保險金額太低的困難，但是對多數醫師而言，並不一定有互保制度的機會。

2 互保基金的管理未制度化，隱藏一定風險；

保險公司的責任準備金必須依法提列，而且所收保險費可以用於投資的項目也受到法律的限制，因此發生流弊的機會較少，但是互保基金不但只委由私人或是醫院保管，而且對該基金的動用或檢查業務並無明確規範，容易發生流弊。

四．民事求償多賴和解解決，若提起訴訟，病患或其家屬獲得勝訴比例偏低

醫療糾紛處理的方式當中 38% -49.2% 之間是以和解的方式解決，其餘才是提起民事訴訟、刑事訴訟、或刑事訴訟附帶民事訴訟等方式解決，但若提起訴訟，病人或其家屬勝

訴的比率很低，在民事求償案件原告勝訴的比例甚低：66 件中只有 14 件獲准賠償，(請參閱附件六第三頁)可能是病人或家屬濫訴亦有可能是欠缺舉證能力或鑑定之精確性仍有提昇之空間。因此和解是解決醫療糾紛的最主要方式。

和解的進行，在個人診所，固然由該醫師自行和解；在綜合醫院，則由於有社工人員的編制，或直接隸屬院長室，或隸屬於公共關係室，社工人員的主要工作之一即是處理醫療糾紛和解事宜，對削減訴訟案件，頗有幫助。社工人員有豐富的和解經驗，及心理學、社會學知識，十分了解病人或病人家屬的心理，因此提高了和解的成功比率，疏減醫療糾紛的訟源。但是，和解也有三個主要缺點：

第一，醫療過失案件欠缺明確數字：由於和解的案件，多未經過醫療過失責任的鑑定，使得是否真正有醫療過失，無法查明，成為統計學上尚的黑數。

第二：和解金額無法查明：由於和解金額係私下訂定，第三人無法知悉，更缺乏完整的記錄，就全國而論，和解金額的多寡既無正式的統計資料，將來若要形成統計數字，作為計算保險費

的基礎，勢將有所困難。

第三：實質談判能力的不平衡，導致權利義務內容的扭曲：由於醫院公共關係人員，具備豐富的經驗及知識，而一般病患或病患家屬，既缺乏專業知識，更有沒有談判經驗，談判的過程及談判的結果，常常使得病患或病患家屬處於不利的地位，形成表面上和解，但實質上不公平的現象。也因為過程或結果的不公平，常常引發非理性的抗議，例如，擡棺抗議，撒冥紙-----等。但無論如何，和解的有效利用，減少了訴訟案件，也避免醫師被高額求償及刑事責任的風險，使得依賴醫療責任保險分化其風險的需要大大降低。

台灣的醫療過失案件欠缺正確統計報告，但依據美國大型醫療錯誤研究的數據推估，每年醫療過失案件應該為數甚多，只因病人或其家屬不知有醫療過失存在，或是醫療過失案件已透過和解程序消失於無形，因此這類隱藏性案件未出現在官方文書，因此無法統計，但可以從先進國家的經驗加以推估。

以美國為例，美國一年因為醫療過失死亡人數約達44000-98000人。假若台灣醫療水準、公共衛生條件、醫師專業的水準及敬業的精神和美國相當，則依人口比例計算，台灣每年因醫療過失死亡的人數推估應該達到2900人。但是衛生署或其他教學醫院鑑定之案件數目觀之，我國醫療過失總數，相形見少。

五．醫療過失責任的比例甚低

我國醫療責任鑑定案件，一般多由檢察機關或法院函送鑑定，因此鑑定案件總量不大。經鑑定而被判定有醫療過失者，為數更少。以地方法院送鑑定之案件為例，從民國八十八年八月到民國九十二年三月總共66件，其中有48件經鑑定為無過失。既然鑑定無過失的比率如此之低，醫師應負賠償的機會也就很低，其結果，醫師也就無需仰賴責任保險來分化其風險了。

根據哈佛研究：每27名住院病人，就有一名受到醫療傷害；每六件醫療傷害，就有一件是由於醫療過失所引起；每八件可成立的醫療傷害中，只有一件提起侵權行為訴訟。醫療糾紛案件增多，並非如醫界所言，是因病人好訟或陪審團之同情心氾濫所致，而是由於醫療傷害增加太多所致。

我國醫療責任鑑定的案子很多，從民國 76 年到九十二年，總共約有 3000 件，平均一年 200 件，這些案子，只是全部案子的一部分，因為有很多的案子，有些因和解而無法出現在統計數字上，另外有些送到其他的鑑定單位（例如：台大醫院、三軍總醫院等），因此上列數字只是冰山之一角而已。1. 民事醫療過失求償案件佔推估全部醫療過失案件之比例極低：全國從 88 年 8 月至 91 年 12 月只有 66 件（參閱附件六第三頁），與推估醫療過失案件（一年 2900 件，三年 8700 件）之總數相比，顯然偏低，足見醫療過失案件未被發現案件以及和解案件佔絕對多數。

送衛生署鑑定的案子中，有百分之七十八是刑事案件，其中大部分是附帶有民事賠償的請求，也就是民事訴訟附帶刑事訴訟。依照前揭說明，送到衛生署經鑑定結果被認定有過失的比率，比起美國的過失比率，顯得十分低，因此醫療過失責任鑑定的公正性，一直受到質疑，88 年 8 月到 92 年 3 月判決的案件地院總共有 79 件，其中自訴案件達 42 件，公訴案件 37 件（請參閱附件六第八頁），與其他種類的訴訟案件相比，自訴案件明顯偏高，顯示出病人或家屬對鑑定機關的鑑定結果或檢察官的偵辦不信任。病人或其家屬在欠缺

醫療專業知識的背景下還選擇自訴實在情非得已。

經鑑定結果成立醫療過失之比率所以偏低，主要原因有三：

第一：人情羈絆及審議內容外泄的疑慮：

由於臺灣幅員狹小，人際關係十分密切，固定編制的審議委員會，使得參與鑑定的委員，背負著人情羈絆，以及審議過程及審議意見可能外泄的心理壓力，除非醫療的過失已經十分明顯，否則當不輕易成立醫療過失，這是醫療鑑定結果過失成立偏低的原因之一。

按衛生署的醫事鑑定委員會醫療鑑定小組在做成鑑定決定之前，事實上，承辦人會先請一些專家開會，決定初審人選，並請負責初審的專家在審查會開會時，到會說明。事實上，開會時指定不同的專家擔任初審，可能導致不同的初審意見，而不同的初審意見又常常導致不同的鑑定結果。長期承辦醫療責任鑑定工作的初審專家，對於範圍狹小內，不同鑑定人的不同作風，有一定的了解，指定不同的專家負責初審，就可能導致不同的鑑定結果。又被指定負責初審的專家，在做成初步鑑定后，必須向鑑定小組報告，該負責初審的專家明知其身分可能外泄而曝光，有得

罪同行之虞，則其於鑑定之際，能不對其同僚，盡力維護嗎？至於參加鑑定小組的委員，有些是醫學專家，有些是法學專家，或許堪稱德高望重，學有專長，但是，正因為這些學者專家都名重一時，十分忙碌，有幾位會在開會之前，事先研讀會議資料？如若不事先研讀資料，臨場也不好妄言，則初審專家的意見，便常常成為委員會的意見。更何況鑑定小組委員，如若對初審人的意見作不利于醫師之質疑時，其背後一樣有消息外泄的疑慮。

第二：刑事責任的壓力，使得醫療過失不輕易成立：

立法之妥當與否經常影響執法者的態度，過分嚴苛的法律，當離開國民健全的價值認知時，常常不具有可行性，而無法賦予完全的執行力，甚至於執行結果適得其反。例如；以往陸海空軍刑法規定：軍人強姦，唯一死刑。由於是《唯一死刑》，導致法官不輕易認定強姦罪的成立，在罪疑惟輕的思考下，反而使得強姦之人逍遙法外。同樣的，醫師醫療過失的刑事責任，醫療行為過失的未能除罪化，也導致鑑定單位不輕易達成醫療行為有過失的結論。試想：培養一個醫師，何等不易，若因一時過失，即必須下獄，輕重權衡，與其入罪，不如出罪，有罪鑑定之不易成

立，此亦原因之一。

第三：鑑定機關或鑑定人即令鑑定不實，實際上亦不負刑事責任：

目前儘管鑑定的公正性受到質疑，但是司法機關尚無法對《為鑑定之機關》加以刑事制裁；至於對《為鑑定之自然人》可否科以刑事責任一點，也因為該自然人未曾具結，不負偽證之刑責，因此，為鑑定的自然人即令鑑定不實，也只有良心的自我譴責，並沒有刑事責任。

按現行鑑定機關除了衛生署醫事鑑定審議委員會之外，主要還有各大綜合醫院或教學醫院，但是假如鑑定單位在程序上、組織上、證據上真有不公正性的問題，則由於衛生署或各大綜合醫院並非刑事處罰的對象，不得被依照刑法論罪科。而真正為機關從事鑑定的自然人，依刑事訴訟法第二百零八條，固然準用第二百零三條至第二百零六條之規定，但鑑定人應具結之規定並不在準用之列，實務上認為毋庸命實際鑑定之自然人為具結，因此，即令為鑑定之自然人故意为不實之鑑定，也難以刑罰加以制裁。

學有專精之人就其鑑定結果為具結時，等於是以其專業聲譽來擔保鑑定之專業性、可靠性，欠缺具結就等於欠

缺公正的擔保。由於民事訴訟法規定囑託機關或團體為鑑定時，無需準用關於鑑定人具結之義務，故關於其公正性，常為人所詬病。

第二章 醫療責任保險未健全發展所引發的現象

醫療責任保險未能發揮分散風險的作用，其導致之後果主要如下，這些現象也將發生在外科新種醫療中：

一. 高風險疾病的醫療人才逐漸流失

外科、內科，婦產科、兒科，麻醉科是風險較大的醫療科別，其中婦產科、外科由於有手術成敗的問題，因此風險較大，其中外科的新種醫療風險更大，在缺乏其他有效配套措施的情形下，醫師的質量有逐漸式微的危機。很多優秀的醫學院學生竟然以當 皮膚科耳、鼻喉科、復健科醫師為職志，長期而往，臺灣的醫療品質，令人憂慮。

以臺大醫院為例，近五年來參與外科醫師考試的人數，可表列如下：

年度	1996	1997	1998	1999	2000	2001
報名人數	215	236	209	187	184	155
筆試應考數	215	225	200	179	183	153

筆試實到數	214	221	197	178	181	150
筆試及格數	197	193	177	175	175	121
備註		含加分及格 5		含加分及格 1		含加分及格 1
筆試及格率	92.0%	87.3%	89.8%	98.3%	96.7%	80.7%
口試重考數	3	13	8	12	24 實到 19	27 實到 20
口試應考數	200	206	185	187	199	148
口試實到數	199	205	184	185	194	141
口試及格數	189	198	171	161	169	131
口試及格率	95.0%	96.6%	92.9%	87.0%	87.1%	92.9%
通過率	87.5%	85.0%	83.8%	85.6%	84.5%	77.1%
實際領證數	188	197	171	161	169	131

由上表觀察，可得到兩個特點：

- (1) 外科的報考人數逐年降低：從 1996 年的報考人數是 215 人降到 2001 年的 155 人。
- (2) 外科的醫師品質逐漸下降，從 1996 年能通過筆試者是 92% 通過口試者是 87.5% ，到 2001 年通過筆試 80.7 % 通過口試的是 77.1% ，假設口試和筆試是以一定品質

為錄取標準，上述的數字顯示報考外科醫師的平均素質在逐年下降中，特別是台大醫學院的畢業生寧可擔任小兒科、皮膚科醫師而不願報考外科醫師，格外令人憂慮。

根據訪談及相關制度顯示，不願擔任外科醫師的原因：

(1). 醫療過失刑事責任的壓力：問卷顯示，醫師若因醫療過失而須負刑事責任會造成醫師之心理障礙者達到 78.2 %，而外科、婦產科、麻醉科醫師是各種醫師中最有可能發生醫療過失者。刑事責任的壓力成為醫學生不願擔任外科醫師的重要原因，

(2). 外科工作辛勞程度與其報酬的增加數額不成合理比例：外科醫師工作的時間沒有規律性，遇有緊急狀況，即令夜晚也必須應診，休假也必須回診，沒有真正的休閒可言。而且開刀手術情形，經常長達數小時，倍極辛勞，所獲得的報酬只有新臺幣 5000 元之 10000 元而已，與所導致生活品質的降低相比，不成比率。

(3). 民事責任風險缺乏有效的化解管道。醫療風險之化解，必須責任保險的承保範圍涵蓋可能發生之風險，保險金額的上限足以彌補被請求賠償的損失。問卷顯示，目前醫師認為承保範圍太小者達到 11.9%，認為保險單的種類

不符實際需求者達到 14%。在保險金額方面，因保險金額太低而不願意投保者達到 33.5%。已投保責任險的醫師中，認為保險金額太低者又達到 23.8%，（請參閱附件三第一頁第三題）。凡此皆顯示出目前的責任險制度無法分化醫師（特別是外科醫師）的民事責任風險，更遑論分化外科新種醫療行為的風險了。

二. 新種醫療行為研發受到阻礙

外科新種醫療行為具有高度的風險，對於高風險的創新行為，從社會進步及國家發展的立場，一方面必須鼓勵，即是投入大量資金，對研發人員給與獎賞，另一方面必須排除消極面，包括醫療過失的除罪化，以及建立一個足以分化風險的機制，否則新種醫療行為的研發就會受到影響，目前我國的情況正是如此。

三. 國人醫療品質會逐漸下降

優秀醫師不願擔任外科醫師，既有的醫療水準，將逐漸下滑；新種的醫療行為研發又有顧慮，新的醫療方法無法形成。長期之後，國乏可用之良醫，沉痾雜症乏可用新醫療技術，國民醫療品質必然日益下降，令人憂慮。

第三章 現行醫療責任保險之改進

醫療責任保險的改進可從責任保險本身的改進，以及周邊制度的健全兩方面進行：

第一節 責任保險本身的改進

一. 健全醫療責任保險，在嚴格條件下，以附加險方式將未及事先獲得許可的外科新種醫療風險納入承保範圍。

針對新種醫療保險，設計附加保險。且對新種醫療行為的範圍可參照本報告關於“外科新種醫療行為”的定義，界定其範圍。本報告之所以認為應該“在嚴格的條件下”將“未及事先獲得許可的外科新種醫療行為”以附加險方式納入醫療責任保險，主要原因是因為“外科新種醫療行為”若是經主管機關核准，則本已在承保範圍之內，但是“外科新種醫療行為”中不乏情況緊急，不及事先申請許可者。但是為防止流弊，可以加上某些條件，以為限制。不但是理論上有此必要，而且也是針對八百三十九位的受訪者的問卷訪問中，有百分之七十一點四，認為《應該將新種醫療行為納入保險範圍》，只有百分之十一點二的受訪者，認為《沒有必要》，有百分之十七點四選擇《無意見》，因問卷調查所獲得的結論。（參閱附件三第二頁第十題）

二. 新種醫療行為醫療責任險之保險金額，應符合一般民事賠償水準。

新種醫療行為是醫療行為的一種，致使新種醫療行為尚未成熟，風險較大，賠償額可能較多而已，猶如前面問卷調查顯示，醫療責任保險不能廣泛被接受的原因之一，是保險金額太低，不能反映真正賠償需要，本報告雖然無法就“外科新種新種醫療行為的賠償額”與“保險金額”，做一比較，但是給予前述理由，新種醫療行為發生風險多，發生賠償金額大，因此若要保險有實益，就更應該提高保險金額。

三. 擴大投保人數，建立強制醫療責任保險，或仿日本制度，以全國醫師公聯合會為要保人。

(一)選擇方案一-----研擬強制醫療責任保險，擴大總體要保人數目。理由：

醫療責任保險到底要採任意保險，或是採強制保險，其理論基礎雖然必須考慮保險的功能何在？也就是在任意保險，保險人給付保險金的功能在於填補被保險人因賠償被害人的損失；反之，在強制保險，保險人給付保險金的功能不在於填補被保險人的損失，而是在於保障被害人的損害賠償請求權。由於理論基礎不一樣，其發展起來的大律體系，

也不一樣。但是從下列因素考慮，似仍可推動強制醫療責任保險：

1. 符合多數醫師的願望：根據問卷統計，顯示“非常贊成”強制醫療責任保險者占 26.6%，贊成強制醫療責任保險者占 51.2%，二者合計達 77.8%，此一問卷顯示絕對多數的醫師希望開辦強制醫療責任保險。

2 避免逆選擇：為避免醫療責任保險的逆選擇，有推動強制醫療責任保險的必要，按目前投保有二千人左右，多為風險較大者，形成要保人逆選擇的狀態，保險人處於被選擇的地位，造成保險公司在醫療責任保險額的虧損。

3. 由強制醫療責任保險的保險費中提撥基金：由強制醫療責任險保費中提撥一定比例之保險費，作為新種醫療保險無過失情況下補償病人或家屬之基金。

(二) 選擇方案二——維持任意保險，但是以全國醫師公會聯合會為要保人，以多家國內產物保險公司（採自願原則）為（聯合）保險人。

若基於醫療責任保險的目的是在於填補醫師因醫療過失必須賠償病人或其家屬的損失，而仍維持任意保險，則建議仿照日本制度，依下列方式進行。茲說明如下：

(1)· 要保人：

在任意保險的情形，為強化要保人的談判地位，可以以全國醫師公會為要保人，由全國醫師公會接洽並負責談判等事宜。

(2)· 保險人：

由於全國醫師列為被保險人，其總保險金額必然十分龐大，因此無法以某一家保險公司為唯一的保險人。必須聯合很多家保險公司共同承保，才能消化。因此，可由全國醫師公會出面，詢問有承保意願的保險公司，共同作為共同保險人。

(3)· 被保險人：

以繳交保險費給全國醫師公會的醫師為被保險人，並非一切醫師均納為被保險人。關於此點，日本的制度可以供參考。日本醫師會將醫師分為四類：

A1: 以開業醫師為中心的醫院或診所的創設者。

A2: 指受僱醫師中有加入“日醫醫賠責任保險”者。

B: 指領有薪資的受僱醫師，但屬於 A2 類之醫師應予除外。

C:指無薪資的受僱醫師。例如實習醫師。

上述四類中只有 A1 與 A2 的醫師才成為被保險人。

(4)·保險費之給付：

由納入被保險人範圍之醫師，交給公會，再由公會給付給保險人。

(5)·契約條款：

可以以“一般責任保險條款”另外加上“醫療責任保險特別條款”以及外科新種醫療保險附加險為藍本。前者是責任保險共同適用的條款，後者纔是為醫療責任保險及新種醫療責任保險特別設計的契約條款。

(6)·全國醫師公會與保險公司簽約：

全國醫師公會應該與保險人訂立契約，全國醫師公會有給付保險費之義務，而聯合保險人則對於全國醫師公會所指定的被保險人有承保義務。

(7)·保險期間：

由當事人約定。以日本為例，每次一年。我國可以仿效，但是亦可一次承保數年。

(8)·保險給付：

保險給付係針對被保險人所提供之醫療行為，或其受僱人‘

履行扶助人所提供之醫療行為，緻使他人死亡或傷害，受害人或其家屬在保險期間為損害賠償之請求且被保險人應負損害責任時，保險人應為之計付。又律師費，訴訟費等是否納入保險給付範圍，可由當事人約定。以日本為例，已將律師費、訴訟費列入保險給付之範圍。

(9)·保險金額：

保險金額是保險人責任的上限，保險金額必須能夠適時反映法院裁判的損害賠償金額，否則醫療保險的是以必然大大降低。在醫療保險，保險金額是指每一保險事故（每一醫療過失）的理賠上限。翌日日本為例，每一保險事故的理賠上限是一億日元。

(10)·自負額：

自負額是每一次保險事故發生時，被保險人應該先自行負擔的數額，只有損害逾越自負額時，保險人就超過部分才負有保險給付的義務。自負額的訂定有兩個主要功能：

第一：減少小額理賠，實質地降低保險費。

第二；提升被保險人的注意。因為在自負額的範圍內，都由被保險人自行吸收損失，因此被保險人必須格外謹慎，提高注意標準，以杜防損失之發生。自負額的多寡

可由當事人自行約定，在日本每一保險事故發生，被保險人的自負額為一百萬日元，可以作為參考。

(11) 保險事故：

保險事故範圍的界定，可以明確保險人承保的範圍，也可以避免道德風險。因此，保險契約都訂有保險事故約款。例如日本的“日醫醫賠責任保險”關於保險事故即訂有下列除外不保事項：

- 1)：在海外的醫療行為
- 2)：被保險人故意所發生的事故。
- 3)以美容為唯一目的的醫療行為。
- 4) 醫院火災，病人被移送時，僅因為設施‘升降機’汽車等所生之事故。(按：此類事故，得另外投保設施賠償責任保險‘汽車責任保險，分化其風險)
- 5) 基於被保險人與病人間之約定，而加重之賠償責任。
- 6) 對於與被保險人同居之親屬的賠償責任。
- 7) 被保險人之業務輔助人，例如受僱醫師‘護士’藥劑師‘X光技師’看護---等，於輔助被

保險人從事業務之執行時，受到傷害之賠償責任。

8) 被保險人因刑事判決，被判決之罰金，刑事律師費用及報酬。

9) 因毀損他人名譽或洩漏秘密應負之訴愛賠償責任。

10) 無醫師執照之人從事醫療行為所生之責任。

四. 針對不同的附加保險釐定不同保費費率，使保險費的分類細緻化，以體現具體公正。

按新種醫療責任保險有兩個特色，

第一，作為計算新種醫療責任保險費基礎的新種醫療損害賠償額，顯然與傳統醫療損害賠償額的風險不同，不應該混合計算；

第二：有些新種醫療，情況特殊，尚不足於形成保險費的統計基礎，此種保險費率甚至於必須以國外再保險人所收取之保險費為基礎，計算保險人在國內承保之保險費，因此宜以附加保險方式出現。

第二節 推動周邊制度改革

一. 在醫事審議委員會審議前，應增設“調查委員會”進行調查，做成調查報告，提交審議委員會作為審議基礎。

現行審議制度一般是由申請鑑定單位將送請鑑定資料，送請鑑定單位鑑定。鑑定單位的承辦人先邀請幾位專家決定送請何人作初步鑑定，並以初步意見送給審議委員會委員會審查，做成決議。此種方法，有很多缺點，前已論述。

由於外科新種醫療行為，性質特殊，若依照目前的作業方式，缺點必然更加嚴重，因此不論為解決目前的醫療鑑定，還是為預謀外科新醫療行為過失的鑑定，均有改進鑑定過程，強化鑑定機構的必要（詳後述）。所謂改善鑑定過程，主要是指在醫事鑑定委員會之外，針對個案成立包括有律師在內的《調查委員會》做成調查報告，以取代《指定一位專家預先調查》的制度。調查委員會的成員由各科醫師及律師組成，調查委員會可指定一名醫師先行調查，提交調查委員會通過調查報告，供鑑定委員會審議之用。

在日本，醫療事故發生後，被保險人收到被害人的請

求時，應即做成事故報告書，透過所屬郡市區醫師會‘地區醫師會提出於都道府縣醫師會，委託都道府縣醫師會處理被保險人和被害人間之糾紛，由都道府縣醫師會常設之醫事紛爭處理委員會負責處理。

都道府縣醫師會，在病人的請求數額尚未確定時，關於該案，若認為請求數額可能超一百萬日元，應即做成委託的決定，並即將該決定做成書面文件，委託日本醫師會處理；至於決定不委託的案件，則自行處理。

日本醫師會受理委託之後，應先進行形式審查，決定是否受理。若決定受理，則應聯絡保險公司。保險公司獲悉之後，即將該案交給“調查委員會”調查，調查委員會由各科類的醫師及專門處理醫療事故糾紛的律師組成。開始時，由負責調查的醫師透過都道府縣醫師會醫師會收集資料，甚至於直接與被請求之醫師（被保險人）會面，必要時並請教專家學者，從醫學角度調查實事，並初步探究有無過失，交由委員會進行討論，再將討論結果既討論所發現的問題加以整理，交由“賠償責任委員會”審查。

日本的調查委員會由幾個特色：

(1) 調查委員會是獨立于“賠償責任審查會（相當

於我國醫事審議委員會) “之外

(2) 調查委員會的組成分子中有律師。

(3) 調查委員會須針對個案進行調查‘訪談’面談及聽取專家意見。

(4) 調查委員會做成討論結果以及待解決問題。

二. 鑑定委員會必須獨立於行政機關之外

現行的鑑定制度，或是由行政院衛生署轄下的醫師鑑定委員會擔任，或是由綜合醫院或教學醫院擔任，不論如何，都不是獨立機構，不但容易受到行政單位的干預，而且可能受到立法機構的影響。建立一個獨立的審議委員會，有助於鑑定品質的提升，及鑑定公正的確立。以日本為例，日本有一個相當於我國醫事鑑定委員會的組織名為“賠償責任審查會”是由 4 名法律專家以及 6 名醫學專家組成，依照“賠償責任審查會規約”，以醫療事故得到公正賠償為目的，從醫學及法律觀點，公正、中立地進行審查，審查會是獨立於保險契約當事人及利害關係人之外的第三人，其所作成的決定具有拘束保險契約當事人及利害關係人的效力。審查會不但做責任有誤的判斷，而且也界定時間處理的原則。日本賠償責任審查會有幾點特色：

(1) 審查會獨立與行政機關之外，減少或免除了不必要的干預。

(2) 審查會的決議具有拘束力。

(3) 審查會的委員是由法律專家及醫學專家所組成。

(4) 審查會決定有無醫療責任及處理原則之後，才進行和解或理賠。使被保險人不至於以其醫學資訊強者的地位，利用病人或其家屬處於醫學資訊的弱勢，以和解大量減免其應負的責任。

另外針對有無成立專業檢定機構之必要，訪問了八百四十一醫師，其中有百分之六十六點八，認為《有必要》。只有百分之十九點七的受訪者認為《無必要》。可見佔絕對多數的醫師，認為新種醫療行為，性質特殊，非一般機構或一般醫師所能鑑定，因此應另外成立專業檢定機構。

本報告認為是否有另外成立“專業鑑定機構”的必要，必須視目前醫事審議委員會能否包涵或指定新種醫療行為的專業人才而定，不但是在調查過程中，而且在審議中若能保括或指定適當的新種醫療專家，則沒有又成立“專業鑑定機構”的必要，反之，擇優另外成立專業鑑定機構的必要。

三. 在醫師疾病人同意且願意負擔費用的原則下推動全程錄影以保全證據

醫療過失之有無，應該從醫師所提供的醫療服務是否達到該當的專業注意標準作為判斷。但是在醫療過程或手術過程，病人或完全失去知覺，或雖未失去知覺但因欠缺醫學知識無法舉證，等到意外發生後，病人或其家屬要舉證證明醫師有過失固然十分困難（採過失責任主義時），醫師要證明其無過失十分不容易（採推定過失責任主義），對雙方均不利，解決之道，可以在雙方同意的基礎上，將全部醫療過程或手術過程全程攝影，保留證據，一旦將來發生糾紛，即可播放錄影帶，核對其治療過程或手術過程，與正確的方法或過程是否相符，以判斷其有無過失。

在一項針對八百三十九個受訪者的問卷，題目是：就外科新種醫療行為之證據收集與保全是否同意於手術中攝影？有百分之六十二點六選擇《同意》，只有百分之二十三點五選擇《不同意》，有百分之十三點四的受訪者選擇《無意見》（請參閱附件三第二頁第八題）。可見佔絕對多數的受訪醫師贊成全程攝影。

四. 鑑定人就鑑定內容的真實應該為具結，或將

將鑑定內容細緻化，俾提高鑑定書之真實性及公正性

鑑定人所為鑑定，若有虛假不實，而其虛假不實是出諸於故意者，鑑定人若為具結，仍不負偽證責任。解決的方法有二：

(一)修改法律，使鑑定人負有具結的義務，並以刑事責任杜絕鑑定人之不實鑑定。

(二)將鑑定書內容細緻化，使鑑定內容在逐項的基礎上，無所遺漏，並以逐項的真實，保障鑑定結果的公正。此種方法是先制定定型化的調查表（通案之用），配合類似日本的“調查委員會”指明在特定案件應該“特別調查的事項”，交給被指定的醫學專家逐項調查，逐項填寫”，以每一項目的真實，杜絕結論的錯誤。被指定的專家若發現尚有某些問題，存有疑義，也可將該等問題送請審議委員會討論，並作成決議。

第一種方法有可能導致各鑑定機關拒絕接受鑑定的申請或委託。也有可能導致鑑定書的內容出現語義含混的鑑定文字，致使鑑定書無法清晰釐清責任的後果。第二種方

法，可使該調查事項，沒有遺漏，使未能做成調查報告的疑點，透過共同討論，達成結論。因此第二種方法似較可行。

五．遵照醫療規則而為之醫療行為，應為醫師無過失之推定，以保障醫師權利。對新種醫療行為之責任應從寬認定，以促進外科新醫療技術之發展。

醫療事故發生後，醫師只要能夠證明其係遵照醫療規則的所為的醫療行為，應可為無過失之推定，除非病人能夠證明其有過失，否則不負賠償責任。

新種醫療行為具有高度危險性，其過失之有無不得以一般已經成熟的醫療行為同視。否則，沒有醫師敢于嘗試新種醫療行為，醫學的研究及發展必然停頓下來，因此在過失的認定上，必須從寬，法律責任所形成的規範網，必須給科學或醫學留下發展的空間。此正如同在定型化契約中，關於新種產品的免責約款，法學上都從寬認定其有效性一樣。另外，假若醫院或醫師及已經為病人或病人之家屬投保險，醫療責任一顆從寬認定。

六．一般醫療過失責任除罪化。

醫療發生意外是否應該科以刑事責任一直是學界及醫界

關心的問題。根本的關鍵還是在科醫師以刑事責任是否真正發生刑事制裁的實際效果，是否能提高醫師的注意作為政策判斷的基礎。茲分述如下：

(一) 實際判徒刑且不可易科罰金或緩刑的比例極低

自民國八十八年八月至民國九十二年三月，地方法院有關醫療糾紛提起刑事訴訟的案子合計七十九件，第一審判決無罪者，達五十二件。判決有罪的只有二十七件，其中判緩刑或可易科罰金之際占二十三件，判徒刑且不可緩刑或易科罰金者只占四件（請參閱附件六第七頁）。即使放棄上訴，真正被判刑而必須坐牢者只佔百分之五。從民國八十八年八月到九十二年三月上訴到臺灣高等法院的醫療過失案件有五十四件，其中判無罪的有三十五件，判有罪的只有四件，其中判緩刑易科罰金的優十八件，真正判徒刑只有一人，即使放棄上訴，真正必須坐牢的只有百分之二。（請參考附件六第十一頁）因此，不論從報應刑主義，從威嚇刑主義，或是從教育刑主義，均達不到刑事制裁的目的。

(二) 造成醫療過程醫師的心理不當負擔

刑事責任的存在，理論上雖然可以提高醫師的責任感，

但也帶來“被控告”的心理壓力，利弊兼而有之。，但鑑於醫療過失責任縱然成立，除極少數案件外，法院多只判決緩刑或易科罰金，藉刑事制裁之手段以提高醫師專業注意的目的事實上並不能達到。刑事責任的存在，在實際的運作多成了病人或其家屬要脅醫師索取民事賠償的工具，形成以刑事責任要索民事賠償的典型事例。

(三)·先進國家多縮限醫療過失刑事制裁的範圍：

先進國家如美、英、紐西蘭等就醫療糾紛的刑事制裁，只限於重大過失、故意時始課以刑事責任，因此在刑事政策及醫療政策應該考慮對一般醫療過失（輕過失）的除罪化。

(四)·刑事附帶民事，增加法院負擔。

從民國七十六年到民國九十二年，衛生署受理醫療過失鑑定的約 3000 案件中，有百分之七十八是刑事案件，其中絕大多數是附帶民事案件，可見爲了節省民事的裁判費，病人或其家屬經常以提起刑事訴訟為手段，達到民事求償的目的，增加法院的負擔，增加衛生署的負擔，也增加醫師的負擔。

醫療過失未除罪化，導致鑑定時醫療過失不輕易成

立，更間接導致“醫療過失刑事訴訟附帶民事訴訟”案件的民事求償也不能如願。事實上，醫療過失的未能除罪化，反射的受害者，反而是病人或其家屬。

七·對非財產上損害賠償的數額定上限之限制。

非財產上的損害賠償，並沒有客觀的數字，必須由法官斟酌被害人或其親屬受害的具體狀況，社會對人命價值的珍視，以及經濟發展的狀況，妥為決定。非財產上損害賠償數額必須與時俱進，保持合理性，但不可漫無標準，無限擴張，否則必為社會帶來傷害。因為過分高額的非財產損害賠償，必然連帶帶動高額保險費，並因此牽動物價或工資的上漲。美國過分高額的非財產上損害賠償，使律師所得也攀高，二者的攀高又導致保險費的提高，如此一再循環，已經為社會帶來重大的負擔，最近美國屢屢有以立法限制非財產上損害賠償額的倡議，實為對非財產上損害賠償額過巨的反省。最近美國西維吉尼亞州鑒於過度高額導致保險費持續攀升，醫師無法負擔保費，並因沒有保險而發生拒絕進入手術室，拒絕從事診療工作等等問題，該州開始研議將精神上之損害賠償限制在 25 萬美金（相當於新台幣 8700000）的範圍內。我國最近亦有高額精神上

損害賠償出現，前車之鑑，應審酌具體國情，預以適當限制，以免重蹈覆轍。

八. 律師報酬設定適度限制，以避免保險業或其他相關行業經營成本升高，因而導致保險費提升。

在美國，抑制律師費報酬也是伴隨限制非財產上損害賠償的另一個呼聲，律師費的過分高漲，不但帶來委托人直接的負擔，而且構成企業成本的一部分，根據非正式的統計，律師直接間接吃掉國民生產毛額的十分之一，有人戲稱“律師是美國的十大公害之一”，戲稱或言過其實，但是律師費用過度膨脹所發生的遺害，已經不言可喻。

我國拜律師考試，大量錄取之賜，近年以來，律師人數激增，因此律師費也沒有明顯上揚的情況，這是值得肯定的，但是以包攬訴訟方式，取得高額報酬，在律師界仍時有所聞，此種方式，雖為法律所禁止，但是事實上仍然存在。在包攬訴訟的情形下，訴訟標的越大，所得到的報酬也越多。這也是這幾年非財產上損害賠償越來越飆漲的原因。未雨籌謀，防微杜漸，在總體上，律師費用的過分高漲應該預防。

九．檢討侵權行為連帶責任賠償制度之妥當性，建立過失比例與賠償數額相當賠償制度。

侵權行為連帶責任的設計是為強化被害人的求償機會，民法第一百八十八條關於雇傭人與受僱人對被害人負連帶責任的規定，亦同。但是民法關於雇傭人的責任只是“推定過失責任”，若雇傭人能證明其選任及監督並無過失，仍然可以免責。連帶責任的設計，旨在強化被害人的求償權上，雖有其功能，但是連帶責任的設計有應予檢討的地方：

（一）選任及監督可能性的檢討：

醫院雇用有執照的醫師，難謂其選任有過失；又在醫療過程中，事實上不論在一般的醫療，或是在大規模的手術，都不可能一個受僱醫師在治療或在手術，另一個醫師從旁監督，以證明其無過失。此種情形，就如同海商法，運送人（船舶所有人）對於其履行輔助人關於《航行過失》《船舶管理過失》等專業事項所致貨物的毀損滅失，可以免責一樣。（參閱海商法第六十九條）既然海商法關於運送人雇用有照海員可認為“選任“無過失“海員專業範圍事項在監督不可能時，可認為“監督無過失”，則同理可推，

至少應不使負連帶責任為當。

(二) 連帶責任增加保險費負擔：

連帶責任制度下，將使每一個連帶責任主體負擔全額的責任，因此保險費的負擔也會增加。反之，若採平均或分割制，責任主體只就其負擔的部分負責，保險金額較少，因此保險費也較少。

第四章 結論

一. 本論文認為以《醫學雜誌上新刊文章所探討的醫療行為》作為是否外科新種醫療行為，較為客觀。

唯該醫學雜誌必須為《國際知名的權威醫學雜誌》。該醫學雜誌所新刊載的文章，必須是《關於醫療行為》，該醫學雜誌所新刊載的文章，所討論的醫療行為，必須是《醫療行為的創新或實質的改進》。該被創新或改進的醫療行為必須尚在進行中，未達於定論階段

二. 將醫療行為的責任定位在“推定過失責任”寬嚴適中，應屬可行。

外科醫療行為若符合教科書或手冊所定醫療行為操作程序時，即應《推定》為無過失。

三. 外科新種醫療行為責任保險

外科醫師，於從事新種醫療行為時有過失，依法必須對病人或其家屬負賠償責任，而受賠償之請求時，由保險人向被保險人（醫師）為保險給付的行為。

四. 從投保件數觀察

我國醫療責任保險並不發達，全國醫師實際執業人數約二萬人，投保件數只二千件，投保率約只百分之十，投保比率，顯然明顯偏低。相較於鄰近的日本，在沒有強制醫療保險的情況下，投保率達到七成，我國的醫師投保責任險的比率也相對偏低。

五. 目前的保險實務

一般可分為“醫師業務責任保險”“醫院綜合意外責任保險”。另外有“藥師與藥劑生業務責任保險”，雖然藥師或藥劑師作為醫院的受僱人，若於配藥等有過失，緻於病人受到損害時，醫院必須以雇主的地位與藥劑生負連帶責任，但是此似與外科新種醫療無直接關係

六. 醫療責任保險不發達的原因：

（一）保險金額偏低不符實際賠償之需：

根據調查，五萬目前保險公司所提供的醫療責任的保

險金額最小為新臺幣一萬元，最高為新臺幣二千萬元，平均為新臺幣二百七十元，還受到《每一個人人體傷亡》《每一次意外事故身體傷亡》《保險期間內最高賠償金額》的限制，與目前民事賠償金額自六萬八千元至三百萬不等，最近且有賠償金額達二千一百一十一萬，精神上損害賠償最近亦有判到三百萬到五百萬之高額賠償，顯然有極大落差。

(二)承保範圍未能涵蓋緊急而未及聲情主管機關許可之外科新種醫療行為

我國的現行保險單並未明文將《外科新種醫療過失》排除，但是也不當然將《外科新種醫療過失》包括在承保範圍之內，是否在承包的範圍之內，應視該外科新種醫療行為是否經主管機關（衛生署）或倫理委員會許可而定。

(三)·醫院的互保制度舒緩了對保險的依賴性

由於保險公司醫療保險所提供的保險金額偏低，具有一定規模的醫院，由於雇用的醫師較多，乃在醫院之內，建立互保制度，以分化醫療責任風險。互保制度的存在也延緩了參加醫療責任保險的必要性。所謂互保制度，是指醫師為分化醫療風險，就每月所得中提列一定金額，委由醫院或特定人保管，逐漸形成“互保基金”，若發生醫療事

故需要賠償時，即由該基金撥款賠償。互保制度的存在也是醫師不願意投保醫療保險的原因。根據調查，在七百零八位受訪者中，佔百分之十六點三，是因為有互保制度存在，所以沒有參加醫療責任險。

（四）民事求償多賴和解解決，若提起訴訟，病患或其家屬獲得勝訴比例偏低。

醫療糾紛處理的方式當中 38% -49.2% 之間是以和解的方式解決，其餘才是提起民事訴訟、刑事訴訟、或刑事訴訟附帶民事訴訟等方式解決，但若提起訴訟，病人或其家屬勝訴的比率很低，在民事求償案件原告勝訴的比例甚低：66 件中只有 14 件獲准賠償，（請參考附件六第三頁）原告勝訴比率只有二成一，其原因可能是病人或家屬濫訴亦有可能是欠缺舉證能力或鑑定之精確性仍有提昇之空間。因此和解是解決醫療糾紛的最主要方式。

（五）醫療過失責任的比例甚低

我國醫療責任鑑定案件，一般多由檢察機關或法院函送鑑定，因此鑑定案件總量不大。經鑑定而被判定有醫療過失者，為數更少。以地方法院送鑑定之案件為例，從民國八十八年八月到民國九十二年三月總共 66 件，其中有 48 件經鑑

定為無過失。既然可成立的醫療傷害中，只有一件提起侵權行為訴訟。鑑定無過失的比率如此之低，醫師應負賠償的機會也就很低，其結果，醫師也就無需仰賴責任保險來分化其風險了。經鑑定結果成立醫療過失之比率所以偏低，主要原因有三：

第一：人情羈絆及審議內容外泄的疑慮。

第二：刑事責任的壓力，使得醫療過失不輕易成立：

，醫師醫療過失須負刑事責任，醫療行為過失的未能除罪化，也導致鑑定單位不輕易達成醫療行為有過失的結論。試想：培養一個醫師，何等不易，若因一時過失，即必須下獄，輕重權衡，與其入罪，不如出罪，有罪鑑定之不易成立，此亦原因之一。

第三：鑑定機關或鑑定人即令鑑定不實，實際上亦

不負刑事責任：目前儘管鑑定的公正性受到質疑，但是司法機關尚無法對《為鑑定之機關》加以刑事制裁；至於對《為鑑定之自然人》可否科以刑事責任一點，也因為該自然人未曾具結，不負偽證之刑責。

七. 醫療責任保險未健全發展所引發的現象

(一) 高風險疾病的醫療人才逐漸流失

外科、內科，婦產科、兒科，麻醉科是風險較大的醫療科別，其中婦產科、外科由於有手術成敗的問題，因此風險較大，其中外科的新種醫療風險更大，在缺乏其他有效配套措施的情形下，醫師的質量有逐漸式微的危機。。很多優秀的醫學院學生竟然以當 皮膚科耳、鼻、喉科、復健科醫師為職志，長期而往，臺灣的醫療品質，令人憂慮。

(二) 新種醫療行為研發受到阻礙

外科新種醫療行為具有高度的風險，對於高風險的創新行為，從社會進步及國家發展的立場，一方面必須鼓勵，即是投入大量資金，對研發人員給與獎賞，另一方面必須排除消極面，包括醫療過失的除罪化，以及建立一個足以分化風險的機制，否則新種醫療行為的研發就會受到影響，目前我國的情況正是如此。

(三) 國人醫療品質會逐漸下降

優秀醫師不願擔任外科醫師，既有的醫療水準，將逐漸下滑；新種的醫療行為研發又有顧慮，新的醫療方法無法形成。長期之後，國乏可用之良醫，沉痾雜症乏可用新醫療技

術，國民醫療品質必然日益下降，令人憂慮。

八. 現行醫療責任保險之改進

醫療責任保險的改進可從責任保險本身的改進，以及周邊制度的健全兩方面進行：

(一). 以建立健全的醫療責任保險，在嚴格的條件下，將未及事先獲得許可的外科新種醫療行為以附加險方式把入承保範圍。

(二). 新種醫療行為醫療責任險之保險金額，應符合一般民事賠償水準。

(三). 擴大投保人數基礎，研議推動強制醫療責任保險，或仿照日本制度，以醫師公會聯合會為要保人，以多家產物保險公司聯合為保險人，有效擴大投保人數。

1. 選擇方案一-----研擬強制醫療責任保險，擴大總體要保人數目。

2. 選擇方案二---維持任意保險，但是仿照日本制度，以全國醫師公會為要保人，以多家國內產物保險公司（採自願原則）為（聯合）保險人。

(四). 針對不同的附加保險釐定不同保費費率，

使保險費的分類細緻化，以體現具體公正。

九. 配合醫療責任保險的改進, 推動周邊制度改革

(一)在醫事審議委員會審議前，應增設“調查委員會”進行調查，做成調查報告，提交審議委員會作為審議基礎。

(二) 鑑定委員會必須獨立於行政機關之外

現行的鑑定制度，或是由行政院衛生署轄下的醫師鑑定委員會擔任，或是由綜合醫院或教學醫院擔任，不論如何，都不是獨立機構，不但容易受到行政單位的干預，而且可能受到立法機構的影響。建立一個獨立的審議委員會，有助於鑑定品質的提升，及鑑定公正的確立。

(三)在醫師疾病人同意且願意負擔費用的原則下推動全程錄影以保全證據。

(四) 鑑定人就鑑定內容的真實應該為具結，或將鑑定內容細緻化，俾提高鑑定書之真實性及公正性。

鑑定人所為鑑定，若有虛假不實，而其虛假不實是出諸於故意者，鑑定人若為具結，仍不負偽證責任。解決的方

法有二：

1: 修改法律，使鑑定人負有具結的義務，並以刑事責任杜絕鑑定人之不實鑑定。

2: 將鑑定書內容細緻化，使鑑定內容在逐項的基礎上，無所遺漏，並以逐項的真實，保障鑑定結果的公正。此種方法是先制定定型化的調查表（通案之用），配合類似日本的“調查委員會”指明在特定案件應該“特別調查的事項”，交給被指定的醫學專家逐項調查，逐項填寫，以每一項目的真實，杜絕結論的錯誤。被指定的專家若發現尚有某些問題，存有疑義，也可將該等問題送請審議委員會討論，並作成決議。

以上二者以第二種方法阻力較小，立即可行。

（五）一般醫療過失責任除罪化。理由如下：

1 實際判徒刑且不可易科罰金或緩刑的比例極低

2 造成醫療過程醫師的心理不當負擔

3 先進國家多縮限醫療過失刑事制裁的範圍：先進國家如美、英、紐西蘭等就醫療糾紛的刑事制裁，只限於重大過失、故意時始課以刑事責任，因此在刑事政策及醫療政策應該考慮對一般醫療過失（輕過失）的除罪化。

4 刑事附帶民事，增加法院負擔。從民國七十六年到民國九十二年，衛生署受理醫療過失鑑定的約 3000 案件中，有百分之七十八是刑事案件，其中絕大多數是附帶民事案件，可見爲了節省民事的裁判費，病人或其家屬經常以提起刑事訴訟為手段，達到民事求償的目的，增加法院的負擔，增加衛生署的負擔，也增加醫師的負擔。

5 醫療過失未除罪化，導致鑑定時醫療過失不輕易成立，更間接導致“醫療過失刑事訴訟附帶民事訴訟”案件的民事求償也不能如願。事實上，醫療過失的未能除罪化，反射的受害者，反而是病人或其家屬

(六) 對非財產上損害賠償的數額定上限之限制。

非財產上的損害賠償，並沒有客觀的數字，必須由法官斟酌被害人或其親屬受害的具體狀況，社會對人命價值的珍視，以及經濟發展的狀況，妥為決定。非財產上損害賠償數額必須與時俱進，保持合理性，但不可漫無標準，無限擴張，否則必為社會帶來傷害。

(七) 律師報酬設定適度限制，以避免保險業或其他相關行業經營成本升高，因而導致保險費提升。

(八) 檢討侵權行為連帶責任賠償制度之妥當性，研

議建立過失比例與賠償數額相當賠償制度的可能性。

附件一

親愛的醫師：

您好，醫療風險一直是外科領域中大家關心的議題，尤其近年來外科新醫療科技的發展，使得外科醫療之風險有所改變。本問卷的目的在於了解您作為一位醫師對責任保險、醫療糾紛與醫療風險的態度與經驗，以及您對醫療體系因應醫療風險之見解。

您的意見將對於外科醫師如何降低醫療風險有莫大的幫助，本問卷不必具名，謝謝您的合作！

敬祝

身體健康、萬事如意

台灣外科醫學會理事長

張金堅

台大法律學院教授

朱柏松、黃榮堅、劉宗榮 敬上

若您對此問卷有任何問題，歡迎您隨時與我們聯繫：

聯絡人：蔡菁芳小姐

電話：(02)2356-2098

2002.12.12

◎本問卷除部份題目有標記為複選題外，其他皆為單選題，並請您依題目的指示依序回答

【第一部份】以下題目乃請教您投保醫療責任保險的經驗與看法，請在適當欄位中打勾

一、請問您是否投保醫療責任保險？

1. ☐ 目前有 2. ☐ 以前有，但目前沒有 3. ☐ 一直都沒有 (請就答第四題)

二、若有投保，當發生醫療責任時保險公司願意給付之最高金額為 (保險金額)

為新台幣_____萬元

三、您對目前或過去所投保之責任保險，有何看法？

1. ☐ 保險金額太低 2. ☐ 承保範圍太小 3. ☐ 保險單的種類不符實際需求

4. ☐ 保費過高 5. ☐ 沒有意見 6. ☐ 其他(請說明)_____

四、若沒有投保，其原因為何？

1. ☐ 保險金額偏低，對醫師而言沒有誘因 2. ☐ 醫師間有互保制度，沒有另行投保的必要

3. ☐ 醫療糾紛鑑定結果多判定醫師無過失 4. ☐ 其他(請說明)_____

五、關於外科新醫療行為之定義，您認為其範圍應包括：

1. ☐ 教科書上記載以外的醫療行為

2. ☐ 醫學雜誌上新刊載文章所探討的醫療行為

3. ☐ 近五年內新發展出的醫療行為

4. ☐ 須申請 IRB (倫理委員會) 核准的醫療行為

5. ☐ 其他(請說明)_____

六、下列行為，您認為是否屬於外科新醫療行為？ (可複選)

1. ☐ 內視鏡手術 2. ☐ 活體肝臟移植 3. ☐ 基因治療技術 4. ☐ 光電生物手術

5. ☐ 機器人輔助手術 6. ☐ 人工器官植入手術 7. ☐ 其他(請說明)_____

附件 - P.1

七、外科新醫療行為若符合教科書或手冊所定醫療行為操作程序時，關於有無過失的認定，您認為：

1. ☐ 推定為無過失（醫師被假設無過失，但病方可舉證醫方有過失而要求醫師負責）
2. ☐ 視為無過失（醫師被當作無過失，且病方不可舉證醫師有過失要求醫師負責）
3. ☐ 與一般醫療事故同
4. ☐ 其他(請說明) _____

八、就外科新種醫療行為之證據蒐集與保全，您是否同意於手術中進行錄影，並由醫院存檔，作為萬一醫療糾紛發生時之證據？

1. ☐ 同意 2. ☐ 不同意 3. ☐ 無意見

九、針對外科新醫療行為之鑑定，是否有另外成立專業鑑定機構之必要？

1. ☐ 有 2. ☐ 沒有 3. ☐ 無意見

十、外科新醫療行為是否有納入承保範圍之必要？

1. ☐ 有 2. ☐ 沒有 3. ☐ 無意見

【第二部分】以下乃關於醫病之互動，請就您的經驗來回答

一、在診療過程中，您是否會告知病人相關醫療資訊？

1. ☒ 每次都有 2. ☐ 經常有 3. ☐ 偶爾有 4. ☐ 幾乎沒有 5. ☐ 不清楚

二、您認為醫師的告知充分與否，會影響病人選擇何種醫療內容嗎？

1. ☐ 有影響 2. ☐ 不太有影響 3. ☐ 完全沒有影響 4. ☐ 不知道

三、您認為在為病患進行診斷或治療時，需先獲得病患之同意？

1. ☐ 需要 2. ☐ 不需要 3. ☐ 無意見

四、如病人有轉診之必要，您是否會主動協助病人轉診至其他醫院？

1. ☐ 每次都有 2. ☐ 經常有 3. ☐ 偶爾有 4. ☐ 幾乎沒有 5. ☐ 不清楚

五、您是否曾經因治療失敗而發生醫療糾紛？

1. ☐ 是（若選擇此選項，請直接回答第六題）
2. ☐ 否（若選擇此選項，請跳至第九題）

六、以最近一次來說，發生醫療糾紛時，病人採取何種解決方式？

1. ☐ 只提起刑事訴訟 2. ☐ 只提起民事訴訟 3. ☐ 提起刑事訴訟並附帶請求民事賠償
4. ☐ 和解(或調解) 5. ☐ 以刑事手段逼迫和解
6. ☐ 其他(請說明) _____

七、若提起任何訴訟，到判決確定，經過多少時間？

1. ☐六個月內 2. ☐六個月到一年 3. ☐一年到兩年 4. ☐兩年到三年 5. ☐三年到五年
6. ☐五年以上

八、您覺得上述訴訟程序花費的時間，是否合理？

1. ☐非常合理 2. ☐合理 3. ☐不合理 4. ☐非常不合理 5. ☐無意見

九、不論您是否曾經歷醫療糾紛，您認為以何種方式解決醫療糾紛最為適當？

1. ☐民事訴訟 2. ☐刑事訴訟 3. ☐和解(或調解) 4. ☐仲裁 5. ☐以刑事手段逼迫和解
6. ☐其他(請說明) _____

十、您認為導致目前醫療糾紛日趨嚴重的最重要原因為何？

1. ☐醫師權威式微 2. ☐醫療行為本身不可預知的風險 3. ☐新醫療技術不斷出現
4. ☐民眾權利意識高漲 5. ☐其他(請說明) _____

十一、您是否贊成以立法強制醫師投保醫療責任保險，或設置補償基金？

1. ☐非常贊成 2. ☐贊成 3. ☐不贊成 4. ☐非常不贊成 5. ☐其他(請說明) _____

【第三部份】此部份乃關於醫療風險的相關敘述

一、您認為在以下眾多影響外科醫療風險的因素中，其重要程度為何，請在合適的欄位中打「√」。

	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
1. 醫師的專業知能	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫師的體力	☐	☐	☐	☐	☐
3. 病情解釋及治療說明	☐	☐	☐	☐	☐
4. 院內危機小組及專業人員的處理機制	☐	☐	☐	☐	☐
5. 新醫療科技在臨床的運用	☐	☐	☐	☐	☐
6. 接受診療及照護的時間	☐	☐	☐	☐	☐
7. 醫療設備及環境設施	☐	☐	☐	☐	☐
8. 病歷記載與醫療行為的符合程度	☐	☐	☐	☐	☐

二、下列各項描述是因醫療風險增加所產生的結果，請問您是否贊同？並在最能表示您想法的欄位中打「√」。

	非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意
1. 醫院成本增加	☐	☐	☐	☐	☐
2. 願意投入外科領域人力降低	☐	☐	☐	☐	☐
3. 創新及發展新醫療科技意願降低	☐	☐	☐	☐	☐
4. 醫療爭議及醫療糾紛機會增加	☐	☐	☐	☐	☐
5. 醫病關係的緊張	☐	☐	☐	☐	☐

三、您認為，①下列哪些是貴院目前使用的醫療風險管理策略？此外，②哪些是您認為有效的措施？

	①		②		
	實施中	未實施	有效	無效	無意見
1. 建立醫院內通暢的申訴管道	☐	☐	☐	☐	☐
2. 加強臨床醫師專業與倫理教育訓練	☐	☐	☐	☐	☐
3. 加強醫院工作人員的服務態度	☐	☐	☐	☐	☐
4. 要求病歷記載詳盡	☐	☐	☐	☐	☐
5. 減緩醫師長期超時工作的情況	☐	☐	☐	☐	☐
6. 加強醫療設備與設施的管理及維護	☐	☐	☐	☐	☐
7. 明定各科常見疾病正確醫療處置流程 (臨床路徑)	☐	☐	☐	☐	☐
8. 持續從事各項醫療指標的管理	☐	☐	☐	☐	☐
9. 確實執行疾病的解釋及告知	☐	☐	☐	☐	☐
10. 其他(請說明)_____					

四、您認為下列各項敘述是否合理？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1. 醫療過失醫師應負民事責任，但不負刑事責任	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫師若因醫療過失而負刑責將會造成醫師的心理障礙	☐	☐	☐	☐	☐
3. 醫師若因醫療過失只負民事責任，所造成的心理障礙將比只負刑事責任低	☐	☐	☐	☐	☐
4. 刑事責任將有可能淪為病人家屬向醫師勒索的工具(以刑事告訴手段逼迫醫師和解(或賠償))	☐	☐	☐	☐	☐
5. 法院應該採信醫療鑑定委員會之醫療鑑定報告，以認定醫療過失之基礎事實	☐	☐	☐	☐	☐

五、法院認定醫師有刑法上的「過失」時，所採取的標準包括「注意義務的違反」，亦即指「未遵守醫療規則」，而關於醫療規則的內涵，您認為應包括下列哪些指標為合理？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1. 該專科常用之教科書 (textbook)	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫學雜誌所列的指導原則 (guideline)	☐	☐	☐	☐	☐
3. 臨床醫學會的病例報告	☐	☐	☐	☐	☐
4. 各醫院所訂定的臨床路徑 (clinical path)	☐	☐	☐	☐	☐
5. 指導醫師之指示	☐	☐	☐	☐	☐
6. 醫師自己的經驗	☐	☐	☐	☐	☐

六、有人主張法院審理醫療糾紛之刑事庭法官，需有台灣或美國醫學中心外科手術室見習六個月資格證明，才能對刑事責任有正確的判斷？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1. 該主張適用於法官對「傳統外科手術」的判斷	☐	☐	☐	☐	☐
2. 該主張適用於法官對「新醫療科技手術」的判斷	☐	☐	☐	☐	☐

【基本資料】

一、性別：1. ☐男 2. ☐女

二、年齡：1. ☐25-29 歲 2. ☐30-34 歲 3. ☐35-39 歲 4. ☐40-44 歲 5. ☐45-49 歲 6. ☐50-54 歲
7. ☐55-59 歲 8. ☐60-64 歲 9. ☐65 歲以上

三、請問您通過醫師考試後，從事醫師工作有多久的時間了？_____年

四、您目前的工作地點位於（請填縣市）_____（縣/市）

五、您目前執業的機構是：1. ☐醫學中心 2. ☐區域醫院 3. ☐地區醫院 4. ☐診所
5. ☐其他（請說明）_____

六、您目前的職位是：1. ☐院長 2. ☐副院長 3. ☐外科主任 4. ☐主治醫師
5. ☐住院醫師(>R5) 6. ☐住院醫師(R1-R5)

七、您目前服務的科別是：1. ☐整形外科 2. ☐神經外科 3. ☐胸腔外科 4. ☐心臟外科
5. ☐小兒外科 6. ☐大腸直腸外科 7. ☐一般外科
8. ☐其他（請說明）_____

～本問卷到此結束，謝謝您～

（本問卷隨函附有便利貼，請將便利貼直接粘貼於封口後，即可直接投郵，勿需再貼郵票）

附件二

親愛的律師，您好：

「醫療風險」與「醫療過失的界定」近年來成為法律界所關注的焦點，本問卷的目的在於借重您的專業經驗，以瞭解醫療糾紛與醫療風險的現況，期未來可能增修相關法令時，能為外科醫療風險提供法律上的建議，建立更公平更安全的醫療環境。本問卷不需具名，衷心感謝您熱心的協助！

敬祝

身體健康、萬事如意

台大法律學院教授 朱柏松、黃榮堅敬上

91.12.12

若您對此問卷有任何問題，歡迎您隨時與我們聯繫：

聯絡人：沈小姐

電話：(02)23630231 轉 3547

◎本問卷除部份題目有標記為複選題外，其他皆為單選題，並請您依題目的指示依序回答

【第一部份】

一、您是否承辦過醫療糾紛案件？

1. ☐ 完全沒有 (請跳過第十一題) 2. ☐ 1-5 件 3. ☐ 6-10 件 4. ☐ 11 件以上

二、您承辦的醫療糾紛案件中，大多採何種方式解決？

1. ☐ 民事訴訟 2. ☐ 刑事訴訟 3. ☐ 和解(或調解) 4. ☐ 刑事訴訟附帶請求民事賠償
5. ☐ 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ 其他(請說明) _____

三、在您承辦的醫療糾紛案件中，醫師是否曾經告知病人相關醫療資訊？

1. ☐ 每次都有 2. ☐ 常常會有 3. ☐ 偶爾會有 4. ☐ 幾乎沒有 5. ☐ 不清楚

四、在您承辦的醫療糾紛案件中，若醫師有告知相關醫療資訊，您認為該告知是否已經充分？

1. ☐ 非常充分 2. ☐ 充分 3. ☐ 普通 4. ☐ 不充分 5. ☐ 非常不充分 6. ☐ 不清楚

五、發生醫療糾紛時，您會建議病人採取何種紛爭解決方式？

1. ☐ 只提起刑事訴訟 2. ☐ 提起刑事訴訟附帶請求民事賠償 3. ☐ 和解(或調解)
4. ☐ 只提起民事訴訟 5. ☐ 自認倒楣 6. ☐ 以刑事手段逼迫和解
7. ☐ 其他(請說明) _____

六、您認為病人提起刑事訴訟的主要原因為何？

1. ☐ 使醫師受到刑事制裁 2. ☐ 提高和解(或調解)的談判籌碼
3. ☐ 使檢察官代為調查證據 4. ☐ 免去繳交民事裁判費
5. ☐ 其他(請說明) _____

七、您選擇以和解(或調解)的方式解決醫療糾紛的主要原因為何？(複選題，至多三項)

1. ☐ 訴訟程序冗長 2. ☐ 訴訟程序費用過高 3. ☐ 訴訟舉證困難
4. ☐ 不相信法官具有解決醫療糾紛之能力 5. ☐ 賠償金額過低 6. ☐ 以和為貴
7. ☐ 其他(請說明) _____

八、在您承辦的「最近一件」醫療糾紛案件中，您認為該民事判決之賠償金額是否合理？

1. ☐ 非常合理 2. ☐ 合理 3. ☐ 還可以 4. ☐ 不合理 5. ☐ 非常不合理

九、在上述案件中，由提起民事訴訟到判決確定，經過多少時間？

1. ☐ 六個月內 2. ☐ 六個月到一年 3. ☐ 一年到兩年 4. ☐ 兩年到三年 5. ☐ 三年到五年
6. ☐ 五年以上

十、您覺得上述訴訟程序花費的時間，是否合理？

1. ☐ 非常合理 2. ☐ 合理 3. ☐ 不合理 4. ☐ 非常不合理 5. ☐ 無意見

十一、以律師之立場，您認為以何種方式解決醫療糾紛最為適當？

1. ☐ 民事訴訟 2. ☐ 刑事訴訟 3. ☐ 和解(或調解) 4. ☐ 仲裁
5. ☐ 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ 其他(請說明) _____

十二、以立法強制醫師投保醫療責任保險，並設置補償基金，您是否贊成？

1. ☐ 非常贊成 2. ☐ 贊成 3. ☐ 不贊成 4. ☐ 非常不贊成
5. ☐ 其他(請說明) _____

【第二部份】

一、有人說，下列敘述是造成醫療風險的可能原因，您認為這些因素的重要性為何？請在適當欄位中打勾

	非常重要	重要	無意見	不重要	非常不重要
1. 病人體質特殊	☐	☐	☐	☐	☐
2. 醫療人員的經驗不足	☐	☐	☐	☐	☐
3. 病人的配合度不良	☐	☐	☐	☐	☐
4. 醫療人員的注意力不佳	☐	☐	☐	☐	☐
5. 醫療人員的工作量過大	☐	☐	☐	☐	☐
6. 醫療團隊的合作關係不佳	☐	☐	☐	☐	☐
7. 醫師在診療過程中未充分告知病患的同意	☐	☐	☐	☐	☐

二、您認為下列各項敘述是否合理？請在適當欄位中打勾：

	非常 贊同	贊同	無意見	不贊同	非常 不贊同
1. 願意投入外科領域人力的降低會增加醫療風險	☐	☐	☐	☐	☐
2. 發展新醫療科技意願的降低會增加醫療風險	☐	☐	☐	☐	☐
3. 醫病關係的緊張會增加醫療風險	☐	☐	☐	☐	☐
4. 醫療過失醫師應負民事責任，但不負刑事責任	☐	☐	☐	☐	☐
5. 醫師若因醫療過失而負刑責將會造成醫師的心理障礙	☐	☐	☐	☐	☐
6. 醫師若因醫療過失只負民事責任，所造成的心理障礙將比只負刑事責任低	☐	☐	☐	☐	☐

三、有人主張法院審理醫療糾紛之刑事庭法官，需有台灣或美國醫學中心外科手術室見習六個月資格證明，才能承辦醫療過失案件，您是否同意？

	非常 同意	同意	不知道	不同意	極不 同意
1. 該主張適用於法官對「傳統外科手術」的判斷	☐	☐	☐	☐	☐
2. 該主張適用於法官對「新醫療科技手術」的判斷	☐	☐	☐	☐	☐

【基本資料】

一、性別：1. ☐男 2. ☐女

二、年齡：_____足歲

三、教育程度：1. ☐大專（肄）畢業 2. ☐研究所

三、居住地區：_____縣市

四、執業至今共_____年

～本問卷到此結束，謝謝您～

（本問卷隨函附有便利貼，請將便利貼直接粘貼於封口後，即可直接投郵，勿需再貼郵票）

二
附件 B.3³

【第一部份】以下題目乃請教您投保醫療責任保險的經驗與看法，請在適當欄位中打勾

一、請問您是否投保醫療責任保險？(N=857)

1. ☐ (12.3%) 目前有 2. ☐ (5.0%) 以前有，但目前沒有

3. ☐ (82.7%) 一直都沒有 (請跳答第四題)

二、若有投保，當發生醫療責任時保險公司願意給付之最高金額為(保險金額)

新台幣 _____ 萬元(N=133)

最小值	1
最大值	3000
平均數	275.53
中位數	200.00
眾數	200

三、您對目前或過去所投保之責任保險，有何看法？(N=147)

1. ☒ (24.5%) 保險金額太低 2. ☐ (11.6%) 承保範圍太小

3. ☐ (14.3%) 保險單的種類不符實際需求 4. ☒ (19.7%) 保費過高 5. ☐ (18.4%) 沒有意見

6. ☐ (11.6%) 其他(請說明) _____

四、若沒有投保，其原因為何？(N=708)

1. ☒ (32.6%) 保險金額偏低，對醫師而言沒有誘因

2. ☒ (16.3%) 醫師間有互保制度，沒有另行投保的必要

3. ☐ (2.4%) 醫療糾紛鑑定結果多判定醫師無過失 4. ☐ (46.9%) 其他(請說明) _____

五、關於外科新醫療行為之定義，您認為其範圍應包括：(N=835)

1. ☐ (18.0%) 教科書上記載以外的醫療行為

2. ☐ (23.0%) 醫學雜誌上新刊載文章所探討的醫療行為

3. ☐ (29.9%) 近五年內新發展出的醫療行為

4. ☐ (24.3%) 須申請 IRB (倫理委員會) 核准的醫療行為

5. ☐ (4.8%) 其他(請說明) _____

六、下列行為，您認為是否屬於外科新醫療行為？(可複選)(N=851)

1. ☐ (38.8%) 內視鏡手術 2. ☐ (41.4%) 活體肝臟移植 3. ☐ (85.7%) 基因治療技術

4. ☐ (69.3%) 光電生物手術 5. ☐ (71.1%) 機器人輔助手術 6. ☐ (67.1%) 人工器官植入手術

7. ☐ (3.1%) 其他(請說明) _____

七、外科新醫療行為若符合教科書或手冊所定醫療行為操作程序時，關於有無過失的認定，您認為：(N=828)

1. ☐ (37.8%) 推定為無過失(醫師被假設無過失，但病方可舉證醫方有過失而要求醫師負責)
2. ☐ (30.6%) 視為無過失(醫師被當作無過失，且病方不可舉證醫師有過失要求醫師負責)
3. ☐ (29.6%) 與一般醫療事故同 4. ☐ (1.8%) 其他(請說明) _____

八、就外科新種醫療行為之證據蒐集與保全，您是否同意於手術中進行錄影，並由醫院存檔，作為萬一醫療糾紛發生時之證據？(N=839)

1. ☐ (62.6%) 同意 2. ☐ (23.5%) 不同意 3. ☐ (13.9%) 無意見

九、針對外科新醫療行為之鑑定，是否有另外成立專業鑑定機構之必要？(N=841)

1. ☐ (66.8%) 有 2. ☐ (19.7%) 沒有 3. ☐ (13.4%) 無意見

~~十、外科新醫療行為是否有納入承保範圍之必要？(N=839)~~

- ~~1. ☐ (71.4%) 有 2. ☐ (11.2%) 沒有 3. ☐ (17.4%) 無意見~~

【第二部分】以下乃關於醫病之互動，請就您的經驗來回答

一、在診療過程中，您是否會告知病人相關醫療資訊？(N=852)

1. ☐ (37.2%) 每次都有 2. ☐ (54.6%) 經常有 3. ☐ (8.1%) 偶爾有 4. ☐ (0%) 幾乎沒有
5. ☐ (0.1%) 不清楚

二、您認為醫師的告知充分與否，會影響病人這三種醫療內容嗎？(N=850)

1. ☐ (88.7%) 有影響 2. ☐ (10.4%) 不太有影響 3. ☐ (0.6%) 完全沒有影響 4. ☐ (0.4%) 不知道

三、您認為在為病患進行診斷或治療時，需先獲得病患之同意？(N=851)

1. ☐ (96.2%) 需要 2. ☐ (2.4%) 不需要 3. ☐ (1.1%) 無意見

四、如病人有轉診之必要，您是否會主動協助病人轉診至其他醫院？(N=850)

1. ☐ (40.7%) 每次都有 2. ☐ (48.1%) 經常有 3. ☐ (9.8%) 偶爾有 4. ☐ (1.2%) 幾乎沒有
5. ☐ (0.2%) 不清楚

五、您是否曾經因治療失敗而發生醫療糾紛？(N=842)

1. ☐ (39.8%) 是(若選擇此選項，請直接回答第六題)
2. ☐ (60.1%) 否(若選擇此選項，請跳至第九題)

六、以最近一次來說，發生醫療糾紛時，病人採取何種解決方式？(N=339)

1. ☐ (10.6%) 只提起刑事訴訟 2. ☐ (6.2%) 只提起民事訴訟
 3. ☐ (20.9%) 提起刑事訴訟並附帶請求民事賠償 4. ☐ (49.9%) 和解(或調解)
 5. ☐ (5.3%) 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ (7.1%) 其他(請說明) _____

七、若提起任何訴訟，到判決確定，經過多少時間？(N=209)

1. ☐ (12.9%) 六個月內 2. ☐ (15.8%) 六個月到一年 3. ☐ (27.3%) 一年到兩年
 4. ☐ (25.4%) 兩年到三年 5. ☐ (12.0%) 三年到五年 6. ☐ (6.7%) 五年以上

八、您覺得上述訴訟程序花費的時間，是否合理？(N=238)

1. ☐ (2.1%) 非常合理 2. ☐ (18.9%) 合理 3. ☐ (45.0%) 不合理 4. ☐ (22.7%) 非常不合理
 5. ☐ (11.3%) 無意見

九、不論您是否曾經歷醫療糾紛，您認為以何種方式解決醫療糾紛最為適當？(N=839)

1. ☐ (11.8%) 民事訴訟 2. ☐ (1.9%) 刑事訴訟 3. ☐ (49.8%) 和解(或調解) 4. ☐ (32.2%) 仲裁
 5. ☐ (0.5%) 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ (3.8%) 其他(請說明) _____

十、您認為導致目前醫療糾紛日趨嚴重的最重要原因為何？(N=844)

1. ☐ (8.4%) 醫師權威式微 2. ☐ (36.6%) 醫療行為本身不可預知的風險
 3. ☐ (1.1%) 新醫療技術不斷出現 4. ☐ (39.9%) 民眾權利意識高漲
 5. ☐ (14.0%) 其他(請說明) _____

十一、您是否贊成以立法強制醫師投保醫療責任保險，或設置補償基金？(N=850)

1. ☐ (26.7%) 非常贊成 2. ☐ (50.9%) 贊成 3. ☐ (17.2%) 不贊成 4. ☐ (2.4%) 非常不贊成
 5. ☐ (2.8%) 其他(請說明) _____

【第三部份】此部份乃關於醫療風險的相關敘述

一、您認為在以下眾多影響外科醫療風險的因素中，其重要程度為何，請在合適的欄位中打

「√」。

	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
1. 醫師的專業知能(N=856)	(74.5%)	(24.1%)	(1.1%)	(0.1%)	(0.2%)
2. 醫師的體力(N=852)	(27.8%)	(50.8%)	(18.7%)	(2.3%)	(0.2%)
3. 病情解釋及治療說明(N=854)	(68.4%)	(30.0%)	(1.4%)	(0.1%)	(0.1%)
4. 院內危機小組及專業人員的處理機制(N=852)	(50.9%)	(43.7%)	(4.8%)	(0.5%)	(0.1%)
5. 新醫療科技在臨床的運用(N=852)	(16.7%)	(48.1%)	(30.0%)	(4.3%)	(0.6%)
6. 接受診療及照護的時間(N=852)	(22.1%)	(57.4%)	(17.6%)	(2.5%)	(0.5%)

	非常重要	重要	普通	不重要	非常不重要
7.醫療設備及環境設施(N=856)	(21.7%)	(57.7%)	(18.5%)	(1.5%)	(0.4%)
8.病歷記載與醫療行為的符合程度(N=856)	(45.8%)	(44.6%)	(8.1%)	(1.1%)	(0.5%)

二、下列各項描述是因醫療風險增加所產生的結果，請問您是否贊同？並在最能表示您想法的欄位中打「✓」。

	非常同意	同意	無意見	不同意	非常不同意
1.醫院成本增加(N=849)	(49.8%)	(40.6%)	(5.7%)	(3.64%)	(0.5%)
2.願意投入外科領域人力降低(N=853)	(55.8%)	(39.2%)	(3.2%)	(1.5%)	(0.4%)
3.創新及發展新醫療科技意願降低(N=850)	(35.1%)	(46.1%)	(10.6%)	(7.5%)	(0.7%)
4.醫療爭議及醫療糾紛機會增加(N=853)	(54.3%)	(40.1%)	(3.8%)	(1.6%)	(0.2%)
5.醫病關係的緊張(N=852)	(54.2%)	(39.9%)	(4.0%)	(1.5%)	(0.4%)

三、您認為，①下列哪些是貴院目前使用的醫療風險管理策略？此外，②哪些是您認為有效的措施？

	①		②		
	實施中	未實施	有效	無效	無意見
1.建立醫院內通暢的申訴管道(N1=791,N2=745)	(81.5%)	(18.5%)	(74.1%)	(11.5%)	(14.4%)
2.加強臨床醫師專業與倫理教育訓練(N1=778,N2=727)	(73.0%)	(26.9%)	(74.7%)	(11.4%)	(13.6%)
3.加強醫院工作人員的服務態度(N1=773,N2=757)	(95.2%)	(3.9%)	(85.7%)	(6.1%)	(8.2%)
4.要求病歷記載詳盡(N1=789,N2=755)	(96.2%)	(3.7%)	(82.1%)	(9.3%)	(8.3%)
5.減緩醫師長期超時工作的情況(N1=774,N2=700)	(35.3%)	(64.1%)	(69.0%)	(11.5%)	(18.5%)
6.加強醫療設備與設施的管理及維護(N1=769,N2=732)	(80.8%)	(18.9%)	(77.5%)	(8.5%)	(13.6%)
7.明定各科常見疾病正確醫療處置流程(臨床路徑)(N1=773,N2=735)	(78.3%)	(21.2%)	(66.3%)	(17.7%)	(15.5%)
8.持續從事各項醫療指標的管理(N1=775,N2=740)	(79.0%)	(20.8%)	(66.2%)	(15.7%)	(18.1%)
9.確實執行疾病的解釋及告知(N1=784,N2=761)	(92.6%)	(7.3%)	(88.7%)	(5.1%)	(6.2%)

10.其他(請說明) (N=828) (2.4%)

四、您認為下列各項敘述是否合理？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1.醫療過失醫師應負民事責任，但不負刑事責任(N=846)	(61.0%)	(26.7%)	(5.4%)	(5.0%)	(1.9%)
2.醫師若因醫療過失而負刑責將會造成醫師的心理障礙(N=847)	(77.8%)	(14.2%)	(3.3%)	(1.9%)	(2.6%)
3.醫師若因醫療過失只負民事責任，所造成的心理障礙將比只負刑事責任低(N=846)	(50.1%)	(28.7%)	(10.4%)	(7.7%)	(2.7%)
4.刑事責任將有可能淪為病人家屬向醫師勒索的工具（以刑事告訴手段逼迫醫師和解(或賠償) (N=850)	(74.1%)	(12.4%)	(4.7%)	(3.8%)	(5.1%)
5.法院應該採信醫療鑑定委員會之醫療鑑定報告，以認定醫療過失之基礎事實(N=852)	(74.5%)	(20.7%)	(3.4%)	(0.7%)	(0.7%)

五、法院認定醫師有刑法上的「過失」時，所採取的標準包括「注意義務的違反」，亦即指「未遵守醫療規則」，而關於醫療規則的內涵，您認為應包括下列哪些指標為合理？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1.該專科常用之教科書(textbook) (N=840)	(69.5%)	(27.5%)	(1.8%)	(1.1%)	(0.1%)
2.醫學雜誌所列的指導原則(guideline) (N=836)	(50.5%)	(40.9%)	(6.2%)	(2.0%)	(0.2%)
3.臨床醫學會的病例報告(N=837)	(30.0%)	(41.3%)	(14.9%)	(12.5%)	(0.8%)
4.各醫院所訂定的臨床路徑(clinical path) (N=832)	(32.0%)	(45.2%)	(16.3%)	(5.6%)	(0.8%)
5.指導醫師之指示(N=834)	(22.9%)	(50.4%)	(19.3%)	(6.8%)	(0.6%)
6.醫師自己的經驗(N=833)	(19.0%)	(47.2%)	(25.0%)	(7.4%)	(1.4%)

六、有人主張法院審理醫療糾紛之刑事庭法官，需有台灣或美國醫學中心外科手術室見習六個月資格證明，才能對刑事責任有正確的判斷？請在恰當欄位中打勾

	很合理	還算合理	無意見	不太合理	很不合理
1.該主張適用於法官對「傳統外科手術」的判斷(N=846)	(53.3%)	(28.3%)	(11.6%)	(4.5%)	(2.4%)
2.該主張適用於法官對「新醫療科技手術」的判斷(N=844)	(45.7%)	(26.4%)	(16.1%)	(8.1%)	(3.7%)

【基本資料】

一、性別：(N=837)

1. ☐ (97.4%) 男 2. ☐ (2.6%) 女

二、年齡：(N=850)

1. ☐ (4.0%) 25-29 歲 2. ☐ (10.5%) 30-34 歲 3. ☐ (14.8%) 35-39 歲 4. ☐ (20.7%) 40-44 歲
 5. ☐ (13.6%) 45-49 歲 6. ☐ (16.1%) 50-54 歲 7. ☐ (9.3%) 55-59 歲 8. ☐ (5.3%) 60-64 歲
 9. ☐ (5.6%) 65 歲以上

三、請問您通過醫師考試後，從事醫師工作有多久的時間了？_____年(N=842)

最小值	0
最大值	50
平均數	18.31
中位數	17.00
眾數	20

四、您目前的工作地點位於（請填縣市）_____（縣/市）(N=835)

1. 宜蘭縣(1.3%) 2. 基隆市(1.4%) 3. 台北市(28.4%) 4. 台北縣(6.1%) 5. 桃園縣(7.1%)
 6. 新竹縣(0.6%) 7. 新竹市(2.2%) 8. 苗栗縣(2.3%) 9. 台中縣(3.8%) 10. 台中市(6.0%)
 11. 南投縣(1.6%) 12. 彰化縣(9.6%) 13. 雲林縣(1.8%) 14. 嘉義縣(1.0%) 15. 嘉義市(1.7%)
 16. 台南縣(3.4%) 17. 台南市(2.8%) 18. 高雄縣(2.9%) 19. 高雄市(9.5%) 20. 屏東縣(2.6%)
 21. 台東縣(0.8%) 22. 花蓮縣(1.9%) 23. 澎湖縣(0.5%)

五、您目前執業的機構是：(N=846)

1. ☐ (42.4%) 醫學中心 2. ☐ (22.3%) 區域醫院 3. ☐ (13.9%) 地區醫院 4. ☐ (20.7%) 診所
 5. ☐ (0.5%) 其他(請說明)_____

六、您目前的職位是：(N=838)

1. ☐ (22.0%) 院長 2. ☐ (4.3%) 副院長 3. ☐ (11.3%) 外科主任 4. ☐ (49.2%) 主治醫師
 5. ☐ (2.1%) 住院醫師(>R5) 6. ☐ (10.3%) 住院醫師(R1-R5)

七、您目前服務的科別是：(N=830)

1. ☐ (8.7%) 整形外科 2. ☐ (7.0%) 神經外科 3. ☐ (3.1%) 胸腔外科 4. ☐ (3.5%) 心臟外科
 5. ☐ (3.3%) 小兒外科 6. ☐ (4.7%) 大腸直腸外科 7. ☐ (38.2%) 一般外科
 8. ☐ (31.6%) 其他(請說明)_____

【第一部份】以下問題在請教您最近的就醫情形，請在適當欄位中打勾

一、請問您最近一年到醫院（含診所）就診幾次？(N=863)

1. ☐ (49.4%) 0~5 次 2. ☐ (21.7%) 6~10 次 3. ☐ (11.1%) 11~15 次 4. ☐ (6.6%) 16~20 次
5. ☐ (11.2%) 21 次以上

二、在接受診療過程當中，醫師是否曾經告知相關醫療資訊？(N=864)

1. ☐ (34.8%) 大部分醫師有 2. ☐ (39.9%) 少部分醫師有 3. ☐ (22.6%) 幾乎都沒有
4. ☐ (2.5%) 不清楚

三、對於醫師所告知的醫療資訊，有助於您對病情的了解嗎？(N=852)

1. ☐ (33.8%) 很有幫助 2. ☐ (52.3%) 有些幫助 3. ☐ (7.5%) 不太有幫助
4. ☐ (2.3%) 幾乎沒有幫助 5. ☐ (4.0%) 不知道

四、您認為醫師的告知充分與否，會影響您選擇何種醫療內容嗎？(N=862)

1. ☐ (80.3%) 有影響 2. ☐ (12.2%) 不太有影響 3. ☐ (5.2%) 幾乎沒有影響 4. ☐ (2.3%) 不知道

五、您是否滿意目前的醫療服務？(N=862)

1. ☐ (11.7%) 很滿意 2. ☐ (59.3%) 還算滿意 3. ☐ (22.6%) 不太滿意 4. ☐ (4.6%) 很不滿意
5. ☐ (1.7%) 無意見

【第二部份】以下問題在請教您對醫療失敗的經驗、處理與看法，請在適當欄位中打勾

一、您是否曾經因治療失敗而發生醫療糾紛？(N=858)

1. ☐ (3.6%) 是 (請繼續回答第二題) 2. ☐ (96.4%) 否 (請直接跳至第三題)

二、發生醫療糾紛時，醫師事前有無充分告知，是否會影響您對醫療責任歸屬之判斷？(N=28)

1. ☐ (42.9%) 很有影響 2. ☐ (39.3%) 有些影響 3. ☐ (10.7%) 不太有影響
3. ☐ (7.1%) 幾乎沒有影響 4. ☐ (0%) 不知道

三、發生醫療糾紛時，和醫師交涉的過程中，醫師是否有解決問題的誠意？(N=31)

1. ☐ (35.5%) 有 2. ☐ (45.2%) 沒有 3. ☐ (19.4%) 不知道

四、發生醫療糾紛時，您當時採取了何種解決方式？(N=29)

1. ☐ (10.3%) 只提起刑事訴訟 2. ☐ (3.4%) 只提起民事訴訟
3. ☐ (27.6%) 提起刑事訴訟並附帶請求民事賠償 4. ☐ (37.9%) 和解(或調解)
5. ☐ (0%) 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ (20.7%) 其他(請說明) _____

五、若提起任何訴訟，到判決確定，經過多少時間？(N=20)

1. ☐ (35.0%) 六個月內 2. ☐ (20.0%) 六個月到一年 3. ☐ (5.0%) 一年到兩年
4. ☐ (15.0%) 兩年到三年 5. ☐ (10.0%) 三年到五年 6. ☐ (15.0%) 五年以上

六、您覺得上述訴訟程序花費的時間，是否合理？(N=29)

1. ☐ (3.4%) 非常合理 2. ☐ (20.7%) 合理 3. ☐ (34.5%) 不合理 4. ☐ (17.2%) 非常不合理
5. ☐ (24.1%) 無意見

七、不論您是否曾經歷醫療糾紛，您認為以何種方式解決醫療糾紛最為適當？(N=820)

1. ☐ (15.7%) 民事訴訟 2. ☐ (7.7%) 刑事訴訟 3. ☐ (50.4%) 和解(或調解) 4. ☐ (15.0%) 仲裁
5. ☐ (3.0%) 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ (8.2%) 其他(請說明) _____

八、您是否贊成以立法強制醫師投保醫療責任險，或設置補償基金，於醫療紛爭發生時，填補被害人之損害？(N=839)

1. ☐ (44.0%) 非常贊成 2. ☐ (47.7%) 贊成 3. ☐ (4.4%) 不贊成 4. ☐ (1.1%) 非常不贊成
5. ☐ (2.5%) 其他(請說明) _____

【第三部份】

一、您認為下列各項敘述是否合理？請在適當欄位中打勾

	非常 合理	合理	無意見	不合理	非常 不合理
1. 願意投入外科領域人力的降低會增加醫療風險 (N=847)	(24.8%)	(49.9%)	(18.7%)	(5.7%)	(.9%)
2. 創新及發展新醫療科技意願的降低會增加醫療風險 (N=846)	(24.9%)	(48.3%)	(16.9%)	(8.9%)	(.9%)
3. 醫病關係的緊張會增加醫療風險(N=836)	(30.9%)	(52.3%)	(11.5%)	(4.5%)	(.8%)
4. 醫療過失醫師應負民事責任，但不負刑事責任 (N=842)	(13.4%)	(28.6%)	(21.0%)	(30.2%)	(6.8%)
5. 醫師若需負醫療過失刑責將會造成醫師的心理障礙 (N=844)	(20.9%)	(45.5%)	(19.2%)	(12.6%)	(1.9%)

二、有人說，下列敘述是造成醫療風險的可能原因，您認為這些因素的重要性為何？請在適當欄位中打勾

	非常 重要	重要	無意見	不重要	非常 不重要
1.病人體質特殊(N=851)	(40.8%)	(51.4%)	(5.9%)	(1.8%)	(.2%)
2.醫療人員的經驗不足(N=858)	(56.2%)	(40.9%)	(2.8%)	(0%)	(.1%)
3.病人的配合度不良(N=854)	(36.1%)	(55.7%)	(6.3%)	(1.8%)	(.1%)
4.醫療人員的注意力不佳(N=857)	(55.8%)	(40.6%)	(3.3%)	(.2%)	(.1%)
5.醫療人員的工作量過大(N=857)	(53.3%)	(38.9%)	(6.8%)	(.8%)	(.2%)
6.醫療團隊的合作關係不佳(N=852)	(44.4%)	(45.9%)	(8.9%)	(.8%)	(0%)
7.醫師在診療過程中未充分告知病患的同意(N=855)	(51.0%)	(42.7%)	(4.6%)	(1.3%)	(.5%)

三、下列敘述是醫院降低醫病糾紛與醫療風險的可能措施，您認為這些措施是否有效果？請在適當欄位中打勾

	有效	有點 效果	無意見	不太 有效	無效
1.建立醫院內通暢的申訴管道(N=849)	(59.8%)	(30.9%)	(4.8%)	(3.8%)	(.7%)
2.加強臨床醫師專業與倫理教育訓練(N=847)	(71.5%)	(18.3%)	(6.5%)	(3.0%)	(.7%)
3.加強醫院工作人員服務態度(N=847)	(69.9%)	(24.2%)	(3.9%)	(1.5%)	(.5%)
4.要求病歷記載詳盡(N=847)	(76.3%)	(17.0%)	(5.7%)	(.6%)	(.5%)
5.減緩醫師長期超時工作的情況(N=848)	(70.8%)	(22.2%)	(5.9%)	(1.1%)	(.1%)
6.加強醫療設備與設施的管理及維護(N=839)	(73.3%)	(21.2%)	(4.6%)	(.8%)	(0%)
7.明定疾病正確醫療處置流程(N=848)	(68.8%)	(22.6%)	(6.8%)	(1.4%)	(.4%)
8.持續從事各項醫療指標的管理(N=845)	(63.4%)	(27.8%)	(7.7%)	(.9%)	(.1%)
9.確實執行疾病的解釋及告知(N=850)	(77.8%)	(18.6%)	(3.1%)	(.6%)	(0%)

【基本資料】

一、性別：(N=843)

1. ☐ (45.4%) 男 2. ☐ (54.6%) 女

二、年齡：(N=862)

1. ☐ (5.7%) 20 歲以下 2. ☐ (38.6%) 20-29 歲 3. ☐ (11.8%) 30-39 歲 4. ☐ (14.5%) 40-49 歲
5. ☐ (9.9%) 50-59 歲 6. ☐ (9.6%) 60-69 歲 7. ☐ (9.9%) 70 歲以上

三、教育程度：(N=861)

1. ☐ (5.7%) 國小或以下 2. ☐ (7.0%) 國初中 3. ☐ (19.3%) 高中職 4. ☐ (18.2%) 專科
5. ☐ (49.8%) 大學或以上

四、婚姻狀況：(N=858)

1. ☐ (48.1%) 未婚 2. ☐ (47.1%) 已婚 3. ☐ (.2%) 分居 4. ☐ (1.3%) 離婚 5. ☐ (3.3%) 喪偶

五、居住地：(N=862)

1. ☐ (50.2%) 台北市 2. ☐ (8.8%) 台北縣 3. ☐ (.7%) 基隆市 4. ☐ (29.1%) 桃園縣市
5. ☐ (.9%) 新竹縣市 6. ☐ (.2%) 苗栗縣市 7. ☐ (1.0%) 台中縣市 8. ☐ (.1%) 南投縣市
9. ☐ (5.9%) 彰化縣市 10. ☐ (.6%) 雲林縣市 11. ☐ (.3%) 嘉義縣市 12. ☐ (.3%) 台南縣市
13. ☐ (.9%) 高雄縣市 14. ☐ (0%) 屏東縣市 15. ☐ (.2%) 宜蘭縣市 16. ☐ (.2%) 花蓮縣市
17. ☐ (.1%) 台東縣市 18. ☐ (0%) 澎湖縣 19. ☐ (.1%) 金馬地區

六、請問您目前從事下列何項職業：(N=857)

1. ☐ (4.3%) 民意代表、行政主管、企業主管及經理人員 2. ☐ (15.4%) 專業人員
3. ☐ (3.9%) 技術員及助理技術員 4. ☐ (3.6%) 事務工作人員
5. ☐ (7.0%) 服務工作人員及售貨員 6. ☐ (.6%) 農、林、漁、牧工作人員
7. ☐ (3.5%) 技術工及有關工作人員 8. ☐ (.7%) 機械設備操作工及組裝工
9. ☐ (.9%) 非技術工及體力工 10. ☐ (.2%) 現役軍人 11. ☐ (29.9%) 學生 12. ☐ (11.7%) 家管
13. ☐ (16.2%) 退休 14. ☐ (2.1%) 待業中

七、請問您在近一年內是否曾到外科求治(包括外科門診、急診、住院或是開刀) (N=861)

1. ☐ (29.5%) 有 2. ☐ (68.3%) 無 3. ☐ (2.2%) 不記得

【第一部份】

一、您是否承辦過醫療糾紛案件？(N=340)

1. ☐ (33.5%) 完全沒有 (請跳答第十一題) 2. ☐ (58.5%) 1~5 件 3. ☐ (5.0%) 6~10 件
4. ☐ (2.9%) 11 件以上

二、您承辦的醫療糾紛案件中，大多採何種方式解決？(N=226)

1. ☐ (18.6%) 民事訴訟 2. ☐ (16.8%) 刑事訴訟 3. ☐ (20.4%) 和解(或調解)
4. ☐ (31.9%) 刑事訴訟附帶請求民事賠償 5. ☐ (7.5%) 以刑事手段逼迫和解
6. ☐ (4.9%) 其他(請說明) _____

三、在您承辦的醫療糾紛案件中，醫師是否曾經告知病人相關醫療資訊？(N=223)

1. ☐ (4.9%) 每次都有 2. ☐ (14.8%) 常常會有 3. ☐ (30.9%) 偶爾會有 4. ☐ (40.4%) 幾乎沒有
5. ☐ (8.5%) 不清楚

四、在您承辦的醫療糾紛案件中，若醫師有告知相關醫療資訊，您認為該告知是否已經充分？
(N=224)

1. ☐ (0%) 非常充分 2. ☐ (5.4%) 充分 3. ☐ (17.4%) 普通 4. ☐ (45.1%) 不充分
5. ☐ (23.7%) 非常不充分 6. ☐ (8.5%) 不清楚

五、發生醫療糾紛時，您會建議病人採取何種紛爭解決方式？(N=224)

1. ☐ (0.4%) 只提起刑事訴訟 2. ☐ (49.1%) 提起刑事訴訟附帶請求民事賠償
3. ☐ (27.7%) 和解(或調解) 4. ☐ (8.9%) 只提起民事訴訟 5. ☐ (0.4%) 自認倒楣
6. ☐ (4.5%) 以刑事手段逼迫和解 7. ☐ (8.9%) 其他(請說明) _____

六、您認為病人提起刑事訴訟的主要原因為何？(N=224)

1. ☐ (10.3%) 使醫師受到刑事制裁 2. ☐ (41.5%) 提高和解(或調解)的談判籌碼
3. ☐ (29.5%) 使檢察官代為調查證據 4. ☐ (11.2%) 免去繳交民事裁判費
5. ☐ (7.6%) 其他(請說明) _____

七、您選擇以和解(或調解)的方式解決醫療糾紛的主要原因為何？(請選題一至五題)(N=208)

1. ☐ (81.8%) 訴訟程序冗長 2. ☐ (18.3%) 訴訟程序費用過高 3. ☐ (75.0%) 訴訟舉證困難
4. ☐ (26.0%) 不相信法官具有解決醫療糾紛之能力 5. ☐ (7.2%) 賠償金額過低
6. ☐ (20.2%) 以和為貴 7. ☐ (4.8%) 其他(請說明) _____

八、在您承辦的「最近一件」醫療糾紛案件中，您認為該民事判決之賠償金額是否合理？

(N=202)

1. ☐ (0.5%) 非常合理 2. ☐ (8.4%) 合理 3. ☐ (52.5%) 還可以 4. ☐ (32.7%) 不合理

5. ☐ (5.9%) 非常不合理

九、在上述案件中，由提起民事訴訟到判決確定，經過多少時間？(N=203)

1. ☐ (2.0%) 六個月內 2. ☐ (6.9%) 六個月到一年 3. ☐ (29.6%) 一年到兩年

4. ☐ (30.5%) 兩年到三年 5. ☐ (22.2%) 三年到五年 6. ☐ (8.9%) 五年以上

十、您覺得上述訴訟程序花費的時間，是否合理？(N=204)

1. ☐ (0%) 非常合理 2. ☐ (10.8%) 合理 3. ☐ (49.5%) 不合理 4. ☐ (24.5%) 非常不合理

5. ☐ (15.2%) 無意見

十一、以律師之立場，您認為以何種方式解決醫療糾紛最為適當？(N=325)

1. ☐ (9.2%) 民事訴訟 2. ☐ (1.8%) 刑事訴訟 3. ☐ (38.8%) 和解(或調解) 4. ☐ (38.8%) 仲裁

5. ☐ (4.9%) 以刑事手段逼迫和解 6. ☐ (6.5%) 其他(請說明) _____

十二、以立法強制醫師投保醫療責任保險，並設置補償基金，您是否贊成？(N=324)

1. ☐ (45.1%) 非常贊成 2. ☐ (48.5%) 贊成 3. ☐ (3.7%) 不贊成 4. ☐ (0.6%) 非常不贊成

5. ☐ (2.2%) 其他(請說明) _____

【第二部份】

一、有人說，下列敘述是造成醫療風險的可能原因，您認為這些因素的重要性為何？請在適當欄位中打勾

	非常重要	重要	無意見	不重要	非常不重要
1. 病人體質特殊 (N=325)	(22.5%)	(57.2%)	(11.7%)	(7.1%)	(1.5%)
2. 醫療人員的經驗不足(N=325)	(45.5%)	(44.6%)	(8.6%)	(1.2%)	(0%)
3. 病人的配合度不良(N=324)	(8.6%)	(38.6%)	(30.6%)	(21.6%)	(0.6%)
4. 醫療人員的注意力不佳(N=325)	(42.2%)	(49.8%)	(7.7%)	(0.3%)	(0%)
5. 醫療人員的工作量過大(N=324)	(25.0%)	(49.1%)	(17.9%)	(7.4%)	(0.6%)
6. 醫療團隊的合作關係不佳(N=325)	(19.4%)	(41.2%)	(31.4%)	(6.8%)	(1.2%)
7. 醫師在診療過程中未充分告知病患的同意(N=325)	(44.0%)	(39.7%)	(11.4%)	(4.6%)	(0.3%)

二、您認為下列各項敘述是否合理？請在適當欄位中打勾：

	非常贊同	贊同	無意見	不贊同	非常不贊同
1.願意投入外科領域人力的降低會增加醫療風險(N=339)	(27.1%)	(46.9%)	(16.2%)	(9.1%)	(0.6%)
2.發展新醫療科技意願的降低會增加醫療風險(N=339)	(16.5%)	(43.4%)	(23.3%)	(16.2%)	(0.6%)
3.醫病關係的緊張會增加醫療風險(N=339)	(15.3%)	(44.8%)	(16.8%)	(20.9%)	(2.1%)
4.醫療過失醫師應負民事責任，但不負刑事責任(N=340)	(9.4%)	(21.5%)	(10.3%)	(46.2%)	(12.6%)
5.醫師若因醫療過失而負刑責將會造成醫師的心理障礙(N=339)	(11.8%)	(45.7%)	(14.2%)	(24.2%)	(4.1%)
6.醫師若因醫療過失只負民事責任，所造成的心理障礙將比只負刑事責任低(N=339)	(12.1%)	(55.5%)	(13.0%)	(16.5%)	(2.9%)

三、有人主張法院審理醫療糾紛之刑事庭法官，需有台灣或美國醫學中心外科手術室見習六個月資格證明，才能承辦醫療過失案件，您是否同意？

	非常同意	同意	不知道	不同意	極不同意
1.該主張適用於法官對「傳統外科手術」的判斷(N=340)	(16.8%)	(40.3%)	(18.5%)	(20.9%)	(3.5%)
2.該主張適用於法官對「新醫療科技手術」的判斷(N=340)	(17.6%)	(34.1%)	(24.4%)	(20.0%)	(3.8%)

【基本資料】

一、性別(N=341)：

1. ☐ (62.5%) 男 2. ☐ (37.5%) 女

二、年齡：_____ 足歲(N=338)

最小值	24
最大值	80
平均數	38.81
中位數	36.00
眾數	35

三、教育程度(N=341)：

1. ☐ (50.7%) 大專（肄）畢業 2. ☐ (48.7%) 研究所

四、居住地區：_____縣市(N=342)

- 1.宜蘭縣(1.5%) 2.基隆市(0.6%) 3.台北市(56.4%) 4.台北縣(22.8%) 5.桃園縣(5.3%)
6.新竹縣(1.2%) 7.新竹市(1.2%) 8.苗栗縣(0.6%) 9.台中縣(1.8%) 10.台中市(3.2%)
11.台南縣(0.9%) 12.台南市(0.6%) 13.高雄縣(0.6%) 14.高雄市(2.3%) 15.屏東縣(0.3%)
16.花蓮縣(0.3%)

五、執業至今共_____年(N=340)

最小值	1
最大值	50
平均數	9.37
中位數	7.50
眾數	2

外科醫師報考人數與錄取率

(以台大醫學院為例)

年度	1997	1998	1999	2000	2001
報名人數	236	209	187	184	155
筆試應考數			179		
筆試實到數	214	178	175	173	121
筆試及格數	197	177			
備註			加分及格1		加分及格1
筆試及格率	92.0%			96.7%	80.7%
口試重考數	3	13	12	24實到19	27實到20
口試應考數	200	206	187	189	148
口試實到數	199	205	184	164	141
口試及格數	189	171		169	131
口試及格率	95.0%	96.6%	92.9%	87.1%	92.9%
通過率	87.5%	85.0%	83.8%	84.5%	77.1%
實際領證數	188	197	171	161	131

附件六

附件六. P. 1

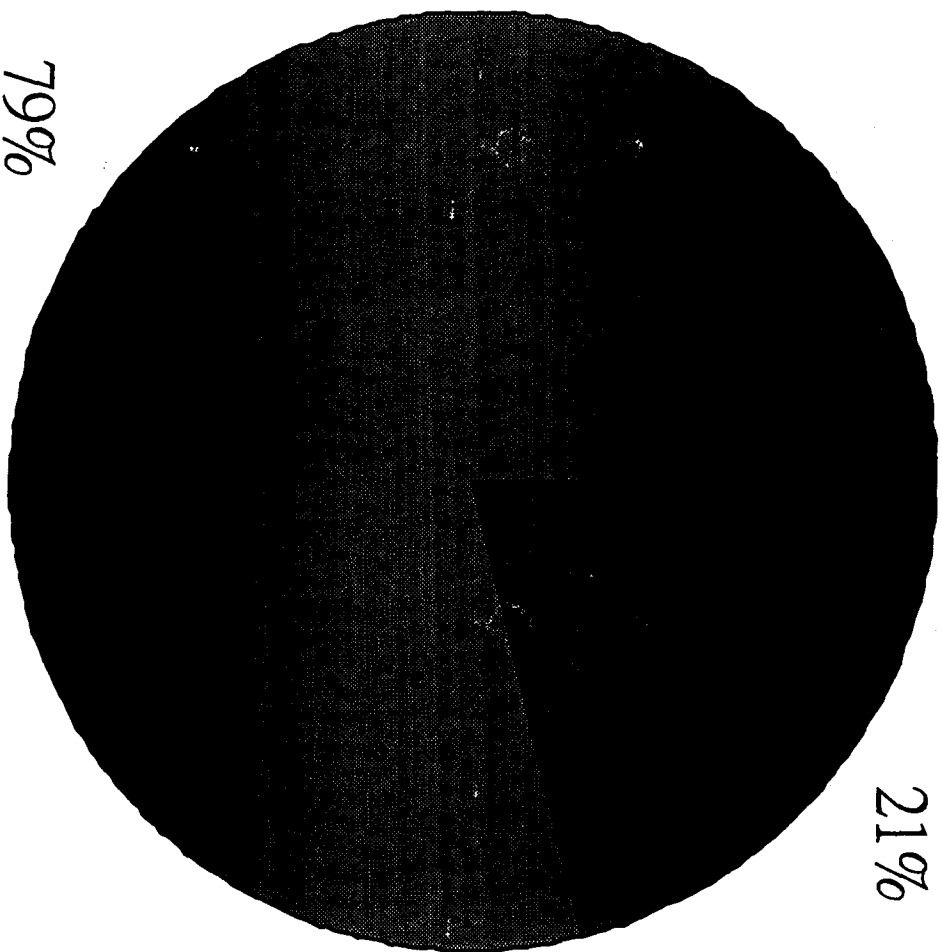
外科醫科類 成人職 理 理 理 理 理 理

錄取率 (以 成人職 理 理 理 理 理 理)

250	236				
200	215	209			
	188				
150		171	187	184	155
			161	169	131
100	87.5	85	83.8	85.6	84.5
50					77.1
0					
1996	1997	1998	1999	2000	2001
年 度					

東京大 大阪大 京都大 名古屋大 神戸大 横浜大

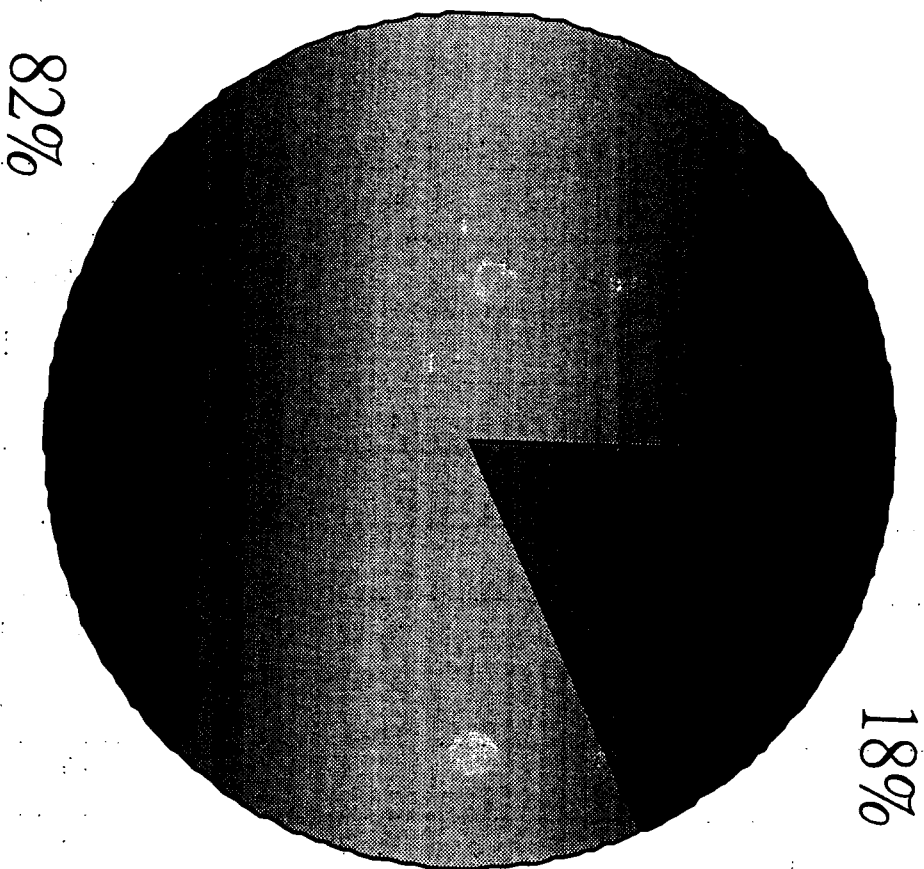
地方法院民事判決(88.8-92.3)



■ 原告勝訴
■ 原告敗訴

總計: 66
原告勝訴: 52
原告敗訴: 14

高等法院民事判決(88.8-92.3)

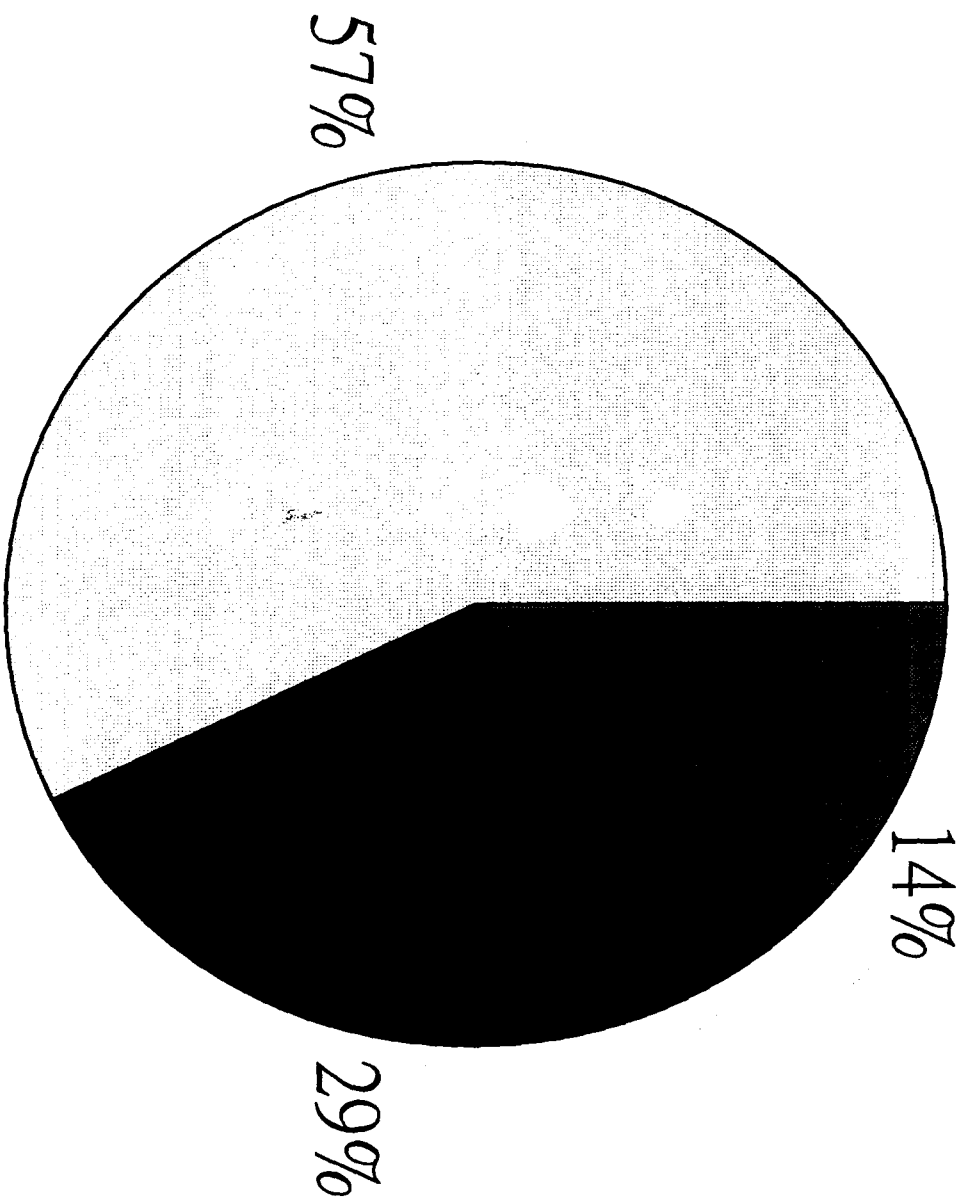


■ 原告勝訴
■ 原告敗訴

總計: 28
原告勝訴: 6
原告敗訴: 22

附件表: P. 4

最高法院民事判決(88.8-92.3)

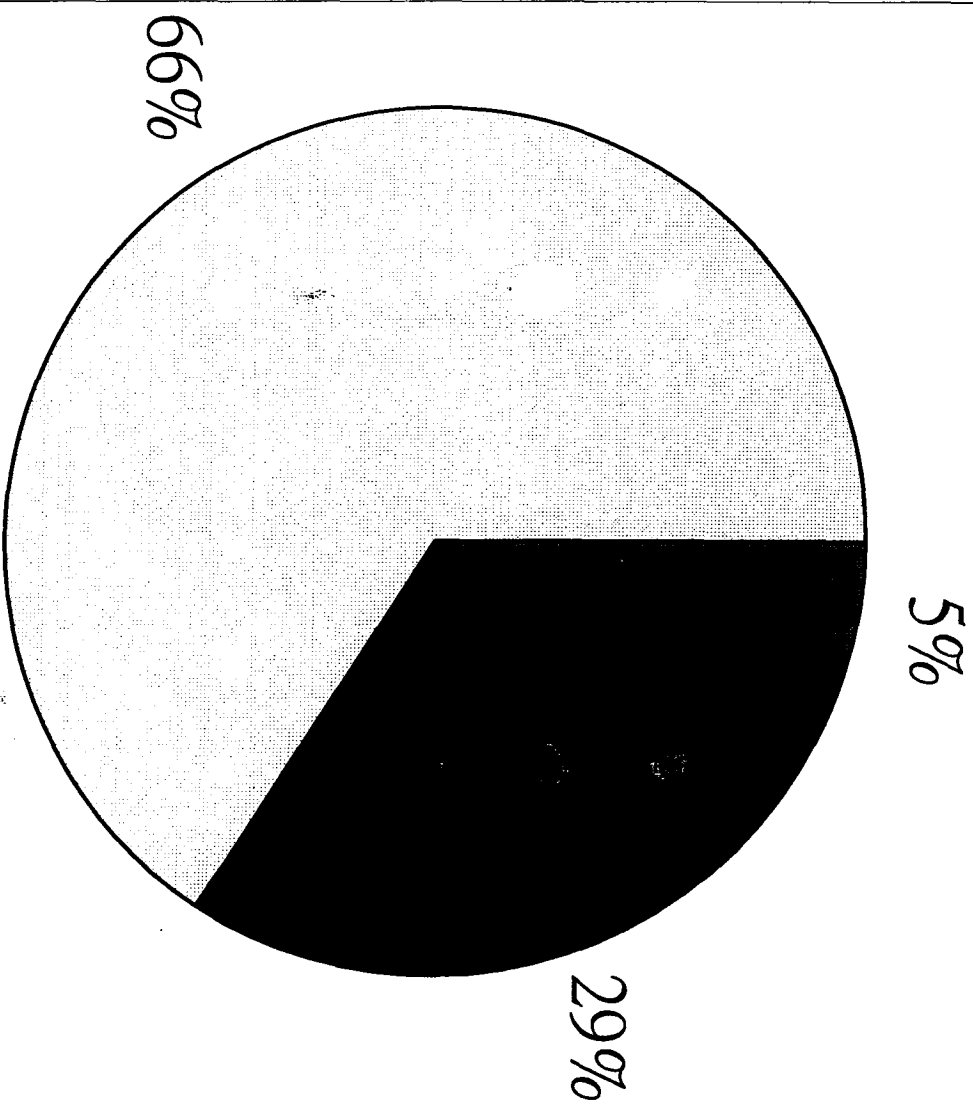


■ 原告勝訴
■ 原告敗訴
□ 發回

總計: 7
原告勝訴: 1
原告敗訴: 2
發回: 4

附件: P.5

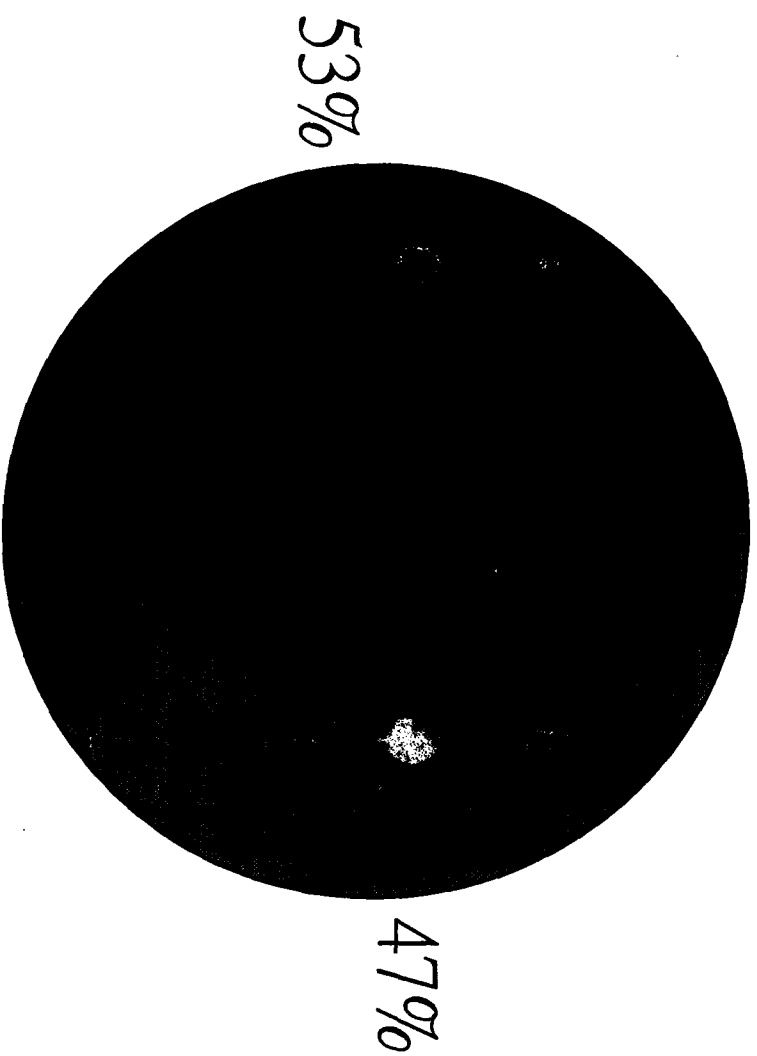
地方法院刑事判決 (不分公自訴88.8-92.3)



- 有罪 (徒刑)
- 有罪 (緩刑、易科罰金)
- 無罪

總計:79
有罪:27
徒刑:4
緩刑、易科罰金:23
無罪:52

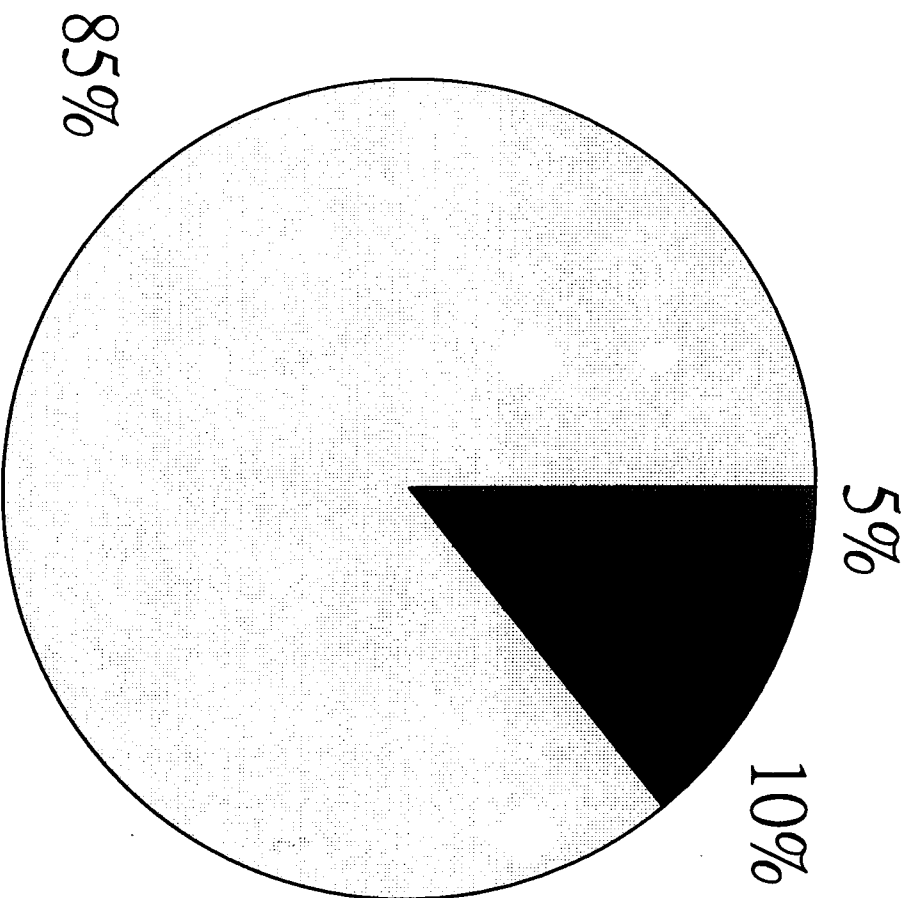
地方法院刑事案件公訴自訴比 (88.8-92.3)



■ 公訴
■ 自訴

總計:79
公訴:37
自訴:42

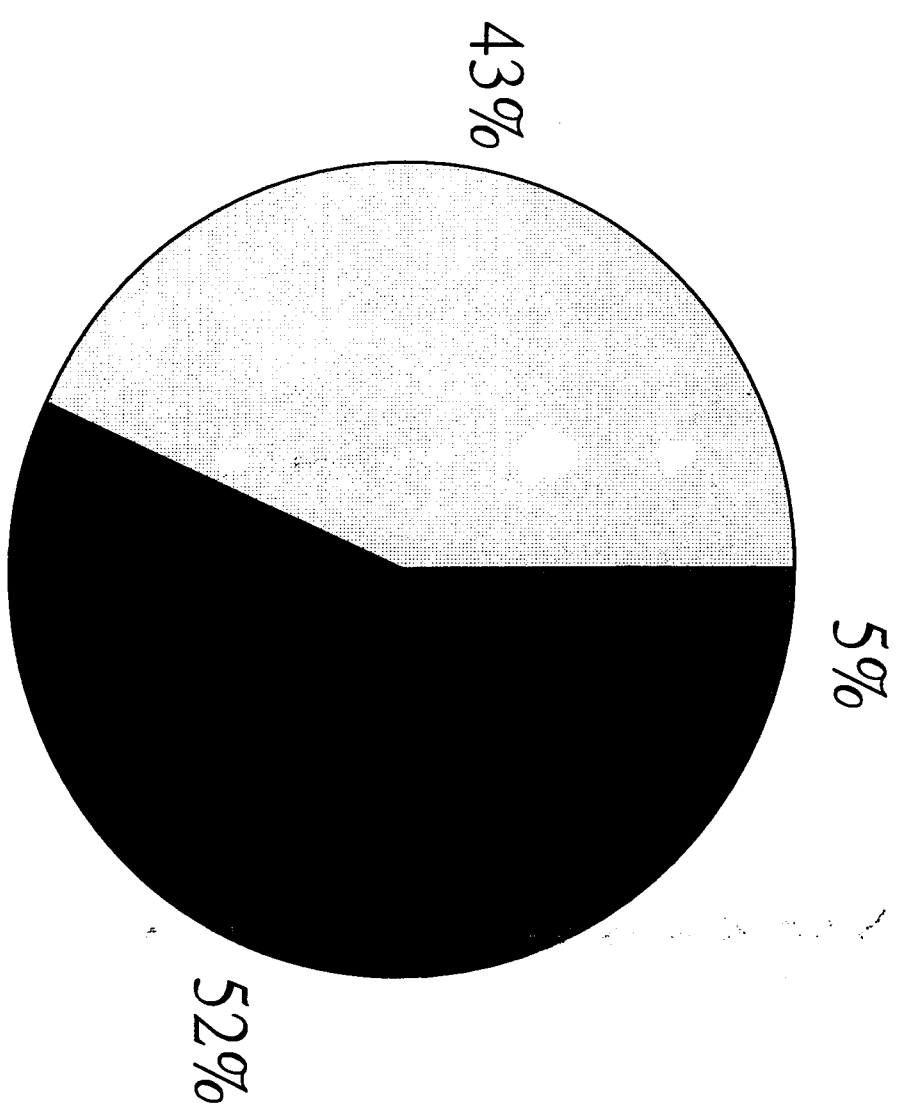
地方法院刑事判決 (自訴部分88.8-92.3)



- 有罪 (徒刑)
- 有罪 (緩刑、易科罰金)
- 無罪

總計:42
有罪:6
徒刑:2
緩刑、易科罰金:4
無罪:36

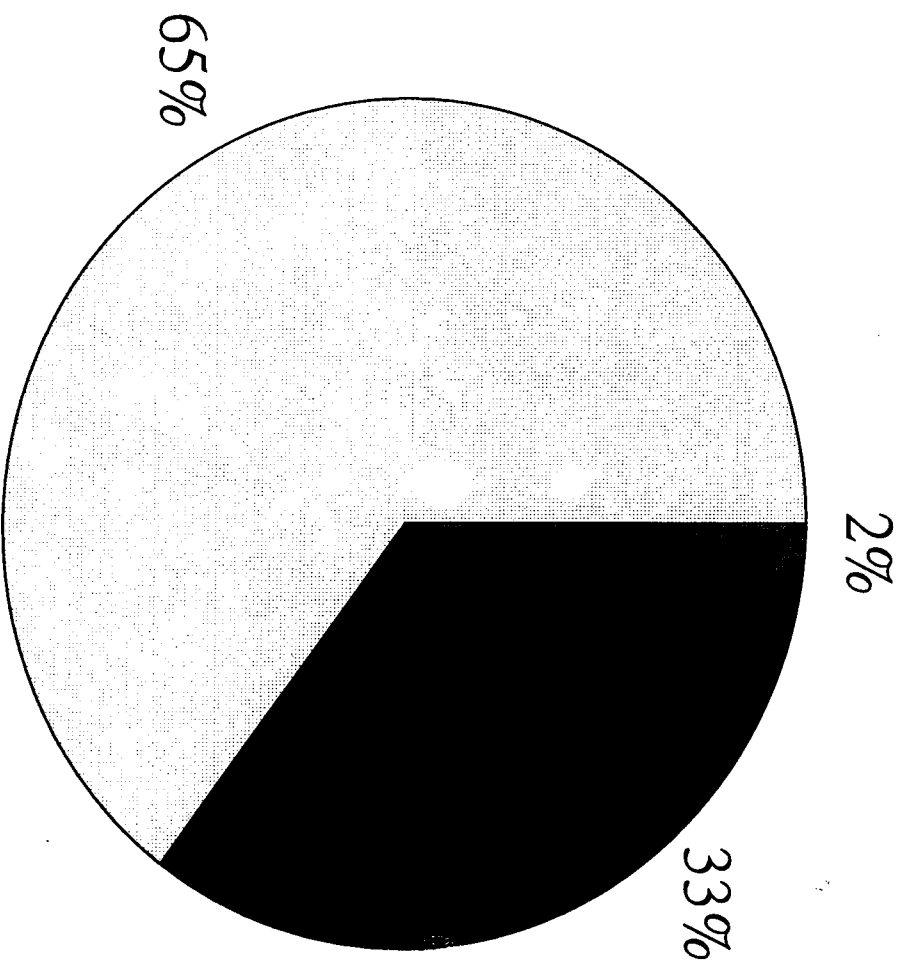
地方法院刑事判決 (公訴部分88.8-92.3)



- 有罪 (徒刑)
- 有罪 (緩刑、易科罰金)
- 無罪

總計:37
有罪:21
徒刑:2
緩刑、易科罰金:19
無罪:16

高等法院刑事判決(88.8-92.3)

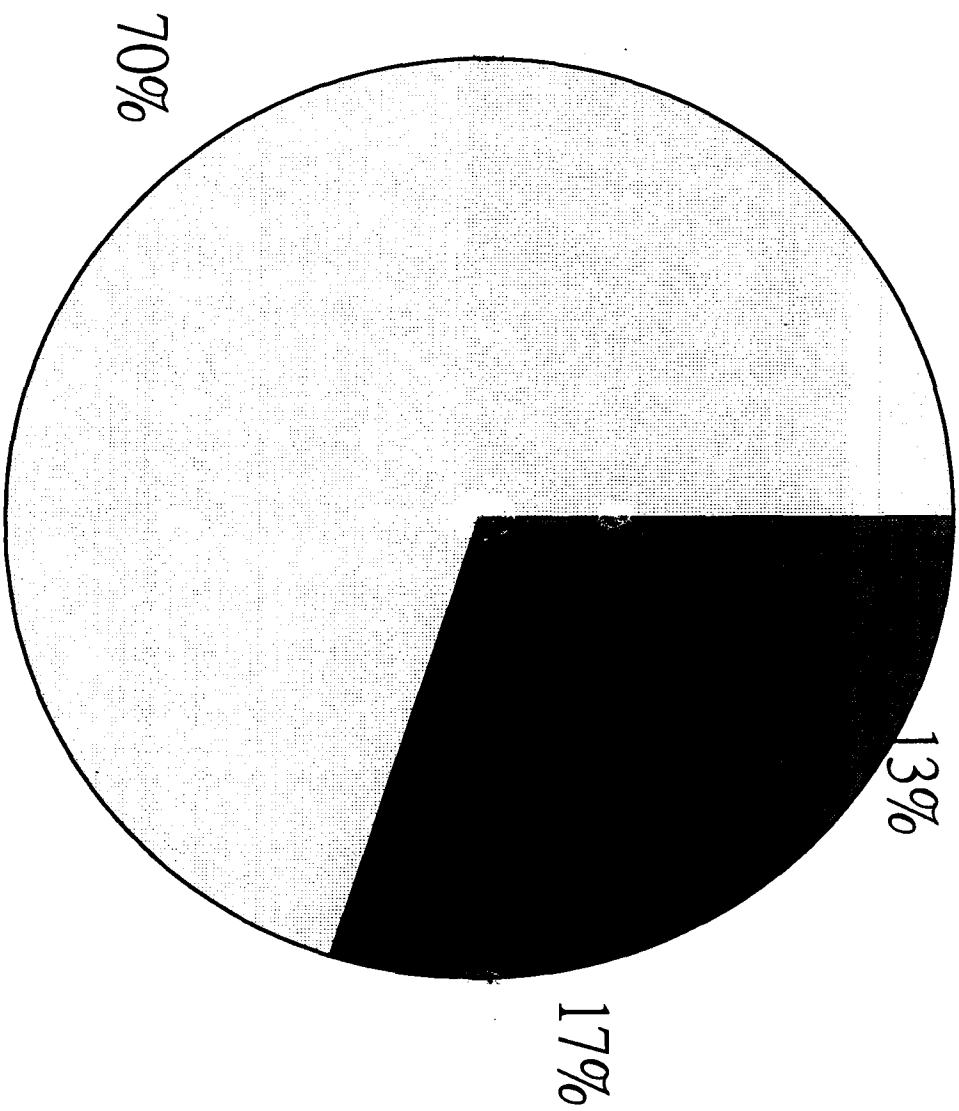


- 有罪 (徒刑)
- 有罪 (緩刑、易科罰金)
- 無罪

總計:54
有罪:4
徒刑:1
緩刑、易科罰金:18
無罪:35

附件: A.11

最高法院刑事判決(88.8-92.3)



■	有罪
■	無罪
□	發回

總計: 30
有罪: 4
無罪: 5
發回: 21