

# 公共政策與法律研究中心

## 101 年度研究計畫案期末報告

**計畫名稱：**醫療傷害無過失補償制度之分析及台灣民眾態度初探

**主持人：**吳建昌

**協同主持人：**陳為堅、江東亮

**研究助理：**陳楓媚、蔡怡怡

**撰寫日期：**民國 102 年 02 月

# 目錄

目錄.....	i
壹、計畫內容 .....	1
一、研究背景.....	1
二、研究目的.....	4
三、研究重要性.....	4
四、重要文獻回顧與評述 .....	5
五、研究方法.....	14
六、預期成效.....	16
七、研究結果.....	17
八、參考文獻.....	60
貳、計畫工作項目及成果 .....	64
參、附錄 .....	68
一、問卷.....	69
二、會議照片集.....	82
三、投稿論文.....	85

# 壹、計畫內容

## 一、研究背景

在傳統之醫療過失傷害訴訟之判斷中，有四個種要的項目：第一，醫師與病人之間的專業治療關係之建立；第二，醫師之醫療行為有過失；第三，病人受有傷害；第四，醫師之醫療過失與病人之傷害之間有因果關係<sup>1</sup>。發生醫療傷害之後，如何在醫療過失傷害的民、刑訴訟中確認醫療過失之存在以及該醫療過失與傷害間之因果關係，誠為此類訴訟中最為複雜難解之處。醫療照顧攸關人民之健康，不僅是因為其可降低疾病之傷害並增進健康，也因為其可能造成因醫療介入而造成醫療傷害<sup>2</sup>。醫療傷害訴訟乃處理醫療傷害之重要制度，從醫事政策理論的角度而言，其具有下列的目的：決定醫療傷害責任的歸屬並分配傷害的成本、預防醫療傷害並提升醫療品質、對有醫療過失的醫師或醫療機構進行道德譴責<sup>3</sup>。而醫療過失作為一種二元區分之方式，搭配因果關係之論述，對責任歸屬、傷害分配與道德譴責之操作具有決定性之影響，而如何合法地（legitimately）建構醫療過失及因果關係，相當程度地牽涉到人民對這一套醫療過失傷害訴訟系統之信賴與接受。

然而，姑且不論醫療傷害是否愈來愈多，隨著民眾對於醫療過失傷害訴訟系統之利用愈來愈普遍，台灣醫療傷害訴訟案件數逐年上升，如以衛生署醫事審議委員會每年接受委託鑑定之案件數統計，在民國 76 年僅有 147 件，然至民國 90 年則已突破 400 件。醫療糾紛及醫療傷害訴訟已經成為許多醫師職業過程中及醫療機構營運過程中揮之不去的夢魘，而法院亦成了許多病人或其家屬探求醫療傷害「真相」、責任以及尋求損害賠償之場所。此種發展，幾乎在世界各國皆然。尤其在美國，在二十世紀後半至二十一世紀初，歷經了三次的醫療過失傷害訴訟危機（medical malpractice crisis）<sup>4-6</sup>，在 1990 年代美國每十個醫師約有一人會遭遇到醫療傷害訴訟問題，醫療傷害責任保險之保費節節升高，醫師人人自危，在某些地區甚至出現醫師不堪保費負荷而停止執業或離開該處之情況。

在這樣的困境底下，從 1970 年代開始，美國許多州採取各種新的立法規定來限制醫療過失傷害訴訟之負面影響力。例如，提高訴訟之門檻，縮短請求權時效、以專家會議來

篩選可以進入醫療傷害訴訟之案件；或者修改各項法律標準使之較有利於醫師被告，限制 *res ipsa loquitur* 之應用範圍，醫療過失標準改採地域原則（locality rule），或者限制各種損害（尤其是非財產上之損害）賠償之金額等等。然而，這些措施並無法節制逐漸上升醫療訴訟數目及醫療傷害責任保險之保險金，因之在二十世紀末及二十一世紀初，美國再度發生醫療傷害訴訟危機。雖然有學者為文指責，醫療傷害責任保險公司本身不當的資金運用而造成財務困難，也是重要的原因<sup>7</sup>。然而，許多醫事政策及法學者在 1970 年代即開始思索以行政審查進行醫療傷害賠償（administrative compensation）之可能性，亦即醫療傷害之成本分配不再由法院以訴訟攻防之方式來決定，而是由行政單位組成類似審查庭或委員會之組織，由專家審查醫療傷害之發生後，依照既定之損害賠償或補償標準來決定<sup>8</sup>。而其中一個非常有力的主張乃無過失損害補償（賠償）（no-fault liability）制度，不再強調以判斷醫師有無過錯（過失）作為是否賠償之依據。

目前世界各國之中，已經實施無過失損害補償制度者，包括局部實施之美國，以及全面實施之紐西蘭、瑞典、丹麥、芬蘭及冰島等國家。雖然這些國家對於所謂的「無過失」各有不同之定義，並非採用所謂的有因果關係之傷害即需負責之嚴格責任（strict liability）論述<sup>9</sup>，但是亦不需要達到狹窄之傳統醫療過失之認定程度，即可由規定之單位對於受到醫療傷害之病人及其家屬進行補償<sup>10</sup>。而此一傾向，亦與其他的商品傷害（例如消費者保護法）損害賠償、車禍傷害補償或職業傷害補償等，逐漸以強調風險責任及風險控制為更重要的責任歸屬之政策目地<sup>11</sup>。

在台灣，其實已經局部實施了近似行政審查之「無過失」損害補償之制度，例如藥害救濟或疫苗傷害救濟制度，藥害或疫苗傷害之受害人或其家屬，並非在法院提起訴訟，而是向衛生署提出救濟申請，而由藥害或疫苗傷害相關之救濟審議小組進行行政審查之後，再行決定是否給予救濟（補償），而審查之重點在於確認藥物或預防接種與傷害之間的因果關係，而非過失與否之認定。

台灣之消費者保護法在企業經營者提供之服務與商品導致傷害時，以當時專業或科技水準所及之程度為限，亦採取無過失損害賠償責任，然而在於醫療傷害是否亦屬於消費者

保護法之適用範疇，台灣則曾產生重大之爭論。在 1994 年馬偕醫院肩難產事件中，當時任職之鄭姓婦產科醫師於接生前評估不需採剖腹方式，然於自然生產過程中，因為胎兒肩部過寬無法通過產婦之產道，經使用器械協助後，發生新生兒右臂肱神經叢 (brachial plexus) 拉傷之情事，新生兒法定代理人對於馬偕醫院依消費者保護法第七條請求「無過失」賠償責任。台灣台北地方法院於 85 年度訴字第 5125 號判決中認為醫療行為屬消費行為，鄭姓醫師雖無過失，仍應依消費者保護法負損害賠償責任，成為台灣消費者保護法通過後，第一個將消費者保護法適用於醫療傷害之判決。而後各法院的判決所展現出的意見不一致，其他法院對於醫療傷害案件之判決，有語焉不詳者 (台灣高等法院 87 年度上字第 151 號判決,台灣最高法院 90 年度臺上字第 709 號判決)，有認為醫療行為適用消費者保護法者 (例如：台灣高等法院 92 年度上字第 596 號，台灣板橋地方法院 91 年度重訴字第 285 號)，亦有認為醫療行為不適用消費者保護法者 (例如：臺灣臺北地方法院 87 年度訴字第 4511 號民事判決，台灣高等法院 94 年度醫上字第 5 號民事判決)。而學者之間亦有不同之意見，除有認為醫療行為具有社會公益性、強制性，並非全然商業對價關係之外，亦有探討無過失責任與單純無從避免、無從預見及無從發現之意外，應如何區分歸責之問題<sup>12</sup>；亦有認為此案件之問題，並不需處理無過失之問題，而是應該處理告知過失之問題<sup>13</sup>；亦有認為非以治療疾病為目的之醫學活動，如美容及變性等服務，應更為接近消費活動之概念，應有消費者保護法之運用<sup>12</sup>。而醫界之反應則多採反對意見，認為此將使得防衛醫學更行發達，對病人、醫師及社會皆非好事<sup>13</sup>。然而，此一問題並非在法院判決適用法律之詮釋過程中解決，而是由立法機關以立法之方式於 2004 年修訂醫療法第 82 條第二項：「醫療機構及其醫事人員因執行業務至生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」雖然其中文字並未明文排除消費者保護法之適用，論者皆稱其效果等於排除消費者保護法於醫療服務行為之適用。而最高法院亦於數個判決中明確認定傳統醫療行為並不適用消費者保護法 (例如最高法院 96 年度台上字 1468 號判決，最高法院 96 年度台上字 1736 號判決，以及最高法院 96 年度台上字第 2738 號判決)，然而對於美容等「消費性質」較為明顯之醫療服務，是否適用消費者保護法，則仍無表示意見之機會。因此，至今而言，樣態繁多之醫療服務是否皆無消費者保護法之適用，仍在未定之天。不過，台灣消費者保護法決定

無過失損害賠償事件，基本上還是經由法院訴訟之程序，與上述以行政審查決定的醫療傷害無過失補償制度不同。

然而，隨著台灣醫療傷害訴訟案件數不斷增加，婦產科竟然也成為所謂「四大皆空」之科別，羅致人才相對困難。衛生署為此尋求從制度上進行變革，減少婦產科醫師在產傷上之醫療傷害訴訟負擔，與婦產科醫學會及相關醫師公會進行協商，擬定「獎勵醫療機構生育事故救濟試辦計畫」，採用無過失損害補償之政策設計，以行政審查之方式，決定是否對於產傷受害人（產婦或嬰兒）進行補償。在台灣採行這樣的一種政策，是否能夠由點及面順利發展，仍有許多學術及民意方面的資訊必須收集，以幫助我們了解各國如何在醫療制度大環境之變化中，藉由法律制度來處理疾病與醫療之風險與不確定性，並在社會中利用醫療傷害無過失補償制度來進行人民可以接受的合法的（legitimate）利益及傷害之分配。此種探討可增進醫療品質研究之豐富度，為政策之研究提供另一種視野。

## 二、研究目的

1. 對於世界各國所實施之醫療傷害無過失補償制度之內容，進行系統性之分析及成效檢討。
2. 調查台灣民眾對於醫療傷害無過失補償制度之態度。

## 三、研究重要性

醫療照顧攸關人民之健康，不僅是因為其可降低疾病之傷害並增進健康，也因為其可能造成因醫療介入而造成醫療傷害<sup>2</sup>。醫療傷害訴訟乃處理醫療傷害之成本分配及歸責之重要制度之一。然而，愈來愈多研究顯示，醫療傷害訴訟作為救濟制度本身，也可能是問題的來源，例如，造成防衛醫療導致醫療資源浪費，不利於從錯誤中學習以提升醫療品質。在台灣已經有成立類似無過失損害補償之制度，且可順利運作（人事上及財政上），是否可能就衛生署最近的試辦計畫，正式建立台灣之醫療傷害無過失補償制度，必須了解世界各國實施醫療傷害無過失補償制度之內容特色，瞭解其實施成效，方能作為台灣將來實施類似政策之參考。

此外，在台灣目前仍強調訴訟之道德責難性之文化氛圍底下（例如，殺人償命的想法使得死刑難以廢止），台灣民眾可能如何看待醫療傷害無過失損害補償制度，對於將來如何擬定相關政策，提出說服人心的政策解釋，乃是台灣將來是否能夠成功實施醫療傷害無過失補償制度的重要資訊。

因此，在此政策發展之關鍵時刻，為使新的醫療傷害補償政策能夠達到定止紛爭的效果，有必要針對上述目的進行研究。

#### 四、重要文獻回顧與評述

目前世界各國之醫療無過失損害補償制度其實與真正的「嚴格責任」損害賠償制度不同，而是介於過失責任制與嚴格責任制之間的危險責任。亦即，過失責任之認定已經逐漸從主觀之「疏忽」或「謹慎」存在與否，過渡到以客觀的操作標準是否被遵守作為判斷標準（去道德化與去個別化），最後過失責任之認定，逐漸轉換成調和個人自由與社會安全之一種機制。尤其，隨著醫療科技之發展，醫療科技雖然對於人們帶來好處，但是其本身也帶來風險，因而在醫療傷害侵權行為法之演進過程中，我們密切觀察到損害賠償（補償）制度與社會經濟活動、科技利益風險之分配正義有關。在這裡，我們可以回顧一下美國醫療傷害過失認定之歷史沿革，以瞭解美國如何逐步調整其過失之認定標準而達到上述的政策目的。

在歷史上，美國法院慣用反面手法來處理醫療過失的定義，亦即若醫師之診斷治療不符合醫療水準（standard of care），則其有醫療過失。回顧美國醫療法教科書、法院判決、學術文獻等，明顯可見，自 19 世紀至 20 世紀美國法院花了許多力氣與精神於建構恰當之「醫療水準」形式定義。19 世紀時，美國法院引用英國醫療過失傷害之法律，稱醫師應該擁有「在其業務中至少應具備之一般技能」<sup>14,15</sup>，而逐漸地，最常被運用之形式成為「照顧、技能及勤奮之通常水準」（ordinary standard of care, skill, and diligence）<sup>16</sup>，或者所謂的「醫療慣行」（medical custom）<sup>17</sup>。此為一客觀標準，因為被告醫師之人格或心理狀態並非考慮重點。所謂的一般（ordinary）也不同于算數的「平均」（average），只有醫療專業才能判斷何為「一般」，故美國法院倚賴醫師們做為專家證

人在法院上說明何為「一般醫療水準」。但是，此一形式描述之實質內容在某個案例中是被如何決定呢？當時，醫療傷害訴訟案件通常由原告被告雙方之專家證人作證描述在此個案醫療水準之實質內涵為何，由陪審團做出判決（verdict）決定「照顧、技能及勤奮之通常水準」之實質內容，並進一步認定被告醫師是否有醫療過失。19世紀一開始，美國法院對於專家證人之來源採取寬鬆的態度，不管是否在同一州或地區，不管是否屬於同一流派或同一科，概皆允許。19世紀中葉之後，美國法院開始限定專家證人必須與被告醫師屬於同一醫療流派，始可在法院上作證該流派之醫療水準如何<sup>16</sup>。在19世紀末，隨著城鄉差距加大，美國法院及學者逐漸發現美國各地醫療照顧之品質落差甚大，因此許多法院採用「當地準則」（locality rule）來判斷醫師是否有醫療過失，以免對於鄉村醫師過苛而剝奪了該地接受醫師照顧的機會。例如，1880年，美國麻州最高法院基於「一般知識」（common knowledge）認為在小社區的醫師相較於大都市的醫師，比較沒有機會學習及操作，因此他們的能力較差，必須以當地的醫療水準來判斷當地醫師是否有醫療過失<sup>18</sup>。此種作法，一方面容認各地區有不同之一般醫療水準，另一方面則認為只有當地醫師才能了解當地之一般醫療水準，故限定只有當地醫師才能擔任專家證人。但是隨著各地區醫師們之間關係隨著組織化變得緊密，醫療傷害訴訟之原告病人逐漸找不到醫師幫他們作專家證人，因而形成醫師間「保持沈默的陰謀」（conspiracy of silence）<sup>19</sup>。而且，有些當地水準之低落，其實不需專家證人作證即可為眾人所了解，故美國法院開始修正其對醫療過失之判斷標準。

美國醫療法教科書中醫療傷害訴訟案例中，呈現出美國法院對於醫療過失之建構所做的努力。二十世紀初，許多法院以各種策略加大尋找專家證人之區域。從重劃地理區域方面，有些法院擴大所謂「地區」的解釋，而使得原告可以在放大後的「地區」中找到專家證人。例如，某一州就是一個地區。而有些法院則容許原告在所謂的「相似地區」（similar localities）中聘請專家證人。而其相似性可由其經濟發展或某些醫療指標來進行比較。例如，波士頓與紐約皆是大都市，其醫療設施先進性亦類似，波士頓之原告可聘請紐約之醫師作專家證人。而從重劃專家知識與一般常識之區域方面，有些法院則使用「事實自證原則」（*res ipsa loquitur*, “the situation speaks for itself”）來降低原告尋

找專家證人之負擔。亦即，如果有些事實根據一般常識即可理解，就不需專家解釋。例如，一輩子開過一次刀的人，開刀後發現腹腔中有紗布一條，則不需專家即可理解應該是開刀醫師之過失所致。而從醫療專業內部知識之分科進行劃分之法院，則認為專科醫師比一般科醫師在其專業領域具有更高之醫療水準，因之專科醫師被課予遵從全國性較高醫療水準之義務，而一般科醫師仍依地區醫療水準。而以學術流派進行區分，有些法院則採取「不同理論學派」(different schools of thoughts)之判斷標準，肯認不同醫療流派在其領域中各自有不同之認識架構與判斷價值，容認不同流派之不同醫療水準<sup>20</sup>。這些醫療過失建構之言說與操作，都是美國法院在二十世紀醫療知識之科學化與快速流通後，權衡標準化、個別化、地區性、全國性、常識性與專業性等軸度後，所做的調整。然而，醫療專業自行決定何為醫療水準之社會權威 (social authority) 在這些醫療過失之建構中，並未遭到嚴重挑戰。

唯一明顯醫師社會權威遭到直接挑戰者，乃是美國法律在 20 世紀所出現之知情同意 (informed consent) 之案例法。在美國，醫師逐漸取得專業及社會權威之後，基於父權心態，自認比病人有知識，並無取得病人同意後始得進行醫療措施之醫療慣行。然而隨著美國文化之演變，自由主義及個人主義之盛行，法院也出現判例認為未得病人同意之治療乃對於病人之一種侵害 (battery)，其後之演變則是若醫師取得病人同意之告知過程不恰當，致使病人因資訊不充分而無法表達「真實的同意」，因而遭受醫療傷害，則醫師被認為有過失<sup>1</sup>；而在此種案例法之發展中，過失判斷標準則集中在醫師到底要講多少。早期對於醫師社會權威較為尊重之時，案例法多以專業水準 (professional standard) 作為判斷依據，亦即在醫療慣行中醫師向病人解釋之程度，就是判斷是否有過失之依據。然而在 1970 年代，若干美國法院開始認為，告知之程度應以合理病人之期待為準<sup>1</sup>。此種標準，開展了病人以醫師告知過失為由之醫療傷害訴訟。而在美國 1970 年代及 1980 年代兩次所謂「醫療傷害訴訟危機」(medical malpractice crisis) 中，醫療傷害訴訟案件數及醫療責任保險費快速成長之際，某些州議會認定知情同意告知標準過度傾向病人乃罪魁禍首之一，故立法將告知標準訂為「合理醫師水準」，大致仍依醫療慣行而定。然而有些州議會則採用「合理病人水準」，因此目前美國各州並未有統一之

醫師對病人之告知標準<sup>1</sup>。而此亦顯示出，因應社會事件時，法律標準本身之調整，亦即將對錯之界線重定，也是解決問題之方式之一。

20 世紀中葉之後，隨著經濟分析概念、統計及流行病學等方法學逐漸被運用在臨床醫學研究上，美國醫療傷害訴訟醫療過失之建構，也開始出現挑戰醫療權威的聲音。例如，在 *Helling v. Carey* (1974)<sup>21</sup> 此案中，一位 32 歲女性控訴兩位眼科醫師過失地未幫她檢查眼壓，以致於該名女子後來失明。雖然多位專家證人一致認為因為 40 歲以下之人得青光眼（一種眼壓升高之疾病）之機率甚低（約小於 1/25,000），該州醫療慣行是不對 40 歲以下人是進行眼壓檢查，然而華盛頓州最高法院並不採用，認為得青光眼而失明之風險雖低，並不能正當化眼科醫師全面性地忽視幫病人進行「及時、簡單而無害的眼壓檢查」（“the timely giving of this simple, harmless pressure test.”）<sup>22</sup> 雖然此判例並未被廣泛採用，其他實證研究亦顯示所謂醫療慣行之存在本身可能只是一個「海市蜃樓」，因為根據學者調查，華盛頓州之執業眼科醫師其實對於固定眼壓檢查之年齡下限，並無共識，而且此種眼壓檢查項目之信度與安全性並非沒有問題<sup>1</sup>。尤有甚者，Wennberg 之研究發現，在小區域中多項醫療執業行為本身就有許多差異，醫療執業行為除了受到醫學科學知識影響外，所謂「執業風格」（practice style）差異也是重要因素<sup>23</sup>。在二十世紀初期，醫療專業採用實驗室科學操作所加持之醫學知識，繼續維持其社會權威<sup>24,25</sup>，然而隨著醫療保險制度興盛之後，美國政府或私人保險公司開始以流行病學及經濟分析方法學來分析醫師之醫療行為，發現許多醫師缺乏瞭解新型態科學知識如統計學、流行病學等之能力，其整體之表現乃是通不過成本效能分析（cost-effectiveness analysis）的<sup>26,27</sup>。自 1990 年代以來，實證醫學之風潮更是挑戰一般醫師之權威，因為實證醫學之出發點就是要督促醫師培養判斷及採用科學證據之能力，而隱含接受醫療慣行概念之醫療水準，也受到法院之挑戰，例如 1992 年科羅拉多州最高法院與 1996 年威斯康新州最高法院皆強調醫療水準本身仍須通過「合理性」（reasonableness）之考驗，醫療慣行並不是法院判斷醫療過失必須接受之標準<sup>28,29</sup>。此外，1990 年代，在 *Daubert*<sup>30</sup>, *Joiner*<sup>31</sup>, and *Kumho*<sup>32</sup> 等案件之判決中美國聯邦最高法院提出檢視科學證據之新標準，有學者認為實證醫學之原理原則將是檢視醫療傷害訴訟中醫療水準「合理性」之重要參

考<sup>33,34</sup>。

而特別值得重視的是，上述之醫療水準及過失之建構，與流行病學及統計學等風險分析常用工具所得之證據結合，隱性地納入了多歸因與多重風險之概念，逐漸暴露出傳統強調個別過失之不足。風險之醞釀與發生，常常與整個醫療機構或系統有關，有時候是醫療機構可以在系統層次對於風險調控，從這些風險調控中獲取利益，因此利用制度規劃在系統層次要求醫療機構風險調控之程度，藉著市場機制及保險制度，亦可以降低風險實現的機會。因此個別的過失責任，逐漸轉向成為機構管控風險之責任。而「無過失」責任之設計，即是一種調和經濟與正義之責任制度。因此，美國在二十一世紀初在醫事政策上之重大突破，乃是肯認人之「出錯傾向」(fallibility)，強調在制度設計上讓錯誤透明化，讓犯錯者不會因為對於過失侵權訴訟制度之恐懼而噤聲不語，才可以讓眾人從他人之錯誤中學習，而達到整個機構系統安全提升的目標<sup>2,35</sup>。而醫療傷害無過失損害補償制度，就在於不強調過錯，使得醫療人員們比較可以突破心防而開始交換犯錯之資訊，而可以做到全面安全提升的機會。

此外，一般而言訴訟制度曠日廢時，美國之研究發現，有時一個案件經過了五年之後，在訴訟程序上才有進展，無法使受害者及/或其家屬及時地取得補償<sup>1</sup>。而且，在美國訴訟乃是一個昂貴的制度，許多資源皆耗費在訴訟程序之行政成本上，最後受害人及/或家屬只能取得大約可供分配資源之一半左右而已，非常沒有經濟效率<sup>5</sup>。尤其，若以訴訟是否能夠適當地使受到傷害者獲得賠償，且使不應獲得賠償者僥倖取得賠償，學者研究發現，大多數受到傷害者並未獲得補償，而且不適切的醫療傷害訴訟並不在少數，雖然大部分的不適切案件並未得到賠償，然而這是築基在昂貴的訴訟程序成本之上的結果<sup>36</sup>。而且，為了避免醫療傷害訴訟，許多醫師或醫療機構會採取「防衛醫療」(defensive medicine)之醫療模式；正向的防衛醫療，乃是多做非必要的檢查或治療，以避免將來被指責為「應做而未做」之過失；而負面之防衛醫療，則是避免執行應做的高風險治療，以避免將來被指責「不應做而做」，不僅浪費醫療資源，而且對於病人及社會之整體福祉而言，沒有幫助<sup>5,37</sup>。

因此，因應於上述醫療傷害過失賠償制度之可能缺失，學者提出醫療傷害無過失

補償制度之理論基礎<sup>2,5,8,10,11,35,38-42</sup>。第一，採用行政程序來處理醫療傷害之補償事宜，避免訴訟程序中之醫病對立與消耗（人力、時間、金錢）；在此，證明醫師或醫療機構之過錯（過失）並非必要，因此避免了道德責難所帶來之情緒糾葛與敵意，同時也減少了在訴訟上要證明過失之困難所耗費之資源。第二，強調由「中立」之專家進行評估並決定是否補償，可以避免非專家因為情緒（如陪審團）或欠缺瞭解（如非醫療專業人士）對於決定造成之影響。第三，減少過失認定之困難；例如，只要證明該醫療傷害乃屬可以避免（avoidable）者，即可列入補償，無須在過失之概念上打轉。第四，擴大醫療傷害之補償範圍；使得許多非因過失而受到傷患者，目前也可以在無過失補償制度中受償，因而減少這些受害者或其家屬醫療及生活資源上之窘境。第五，使醫療傷害之補償變得容易；行政程序比訴訟程序簡單易行，不僅成本較低，而且可近性較高，甚至在某些實施醫療傷害無過失補償制度之國家，醫師會主動協助受害病人進行申請程序，可以更快地取得補償。第六，使醫療傷害之補償額度限縮並容易預期；為了使得醫療無過失損害賠償制度在財政上可以負擔，學者建議要在賠償額上設限，例如不包括非財產上之損害補償，失能持續期間之扣除時段（大約兩個月），如此可以只對真正產生持續失能者進行補償，也可以針對不同的傷害程度而訂定可預期之補償額度，如此才不至於產生難以預測的醫療傷害損害賠償額度，進而造成整個制度之財政困難；尤其，醫療傷害無過失損害補償制度，旨在填補其他社會救濟制度（醫療健康保險、社會保險等）的不足，因此必須扣除其他補償金額之後，再核算最後之補償金額，並不許其他社會救濟制度或機構代位求償，如此方能使醫療傷害無過失補償制度財政健全。第七，醫療傷害無過失補償制度通常搭配醫療責任保險或企業責任之制度，如此才能匯集風險，以群體互助之方式進行；例如，保險公司可以採取經驗費率（experience rate）制度，對於容易出險之醫師或醫療機構收取更高之保費；而企業責任制度之優點，則在於醫療機構本身對於醫療傷害風險具有更高之瞭解與管控性，比保險公司更能夠直接以制度之調整來降低系統之風險，因而可以在自我保險（self-insurance）之財政適足誘因下，進行降低醫療風險並提升醫療品質之措施。

根據上述理論，實際上運作時，醫療傷害無過補償制度，必須考量下列因素：排

除性：其他求償制度是否併行？補償給付：一次性或定期給付？行政程序：正式非正式；公家或私人；申請、調查與決定之程序；爭議處理；風險管控？涵蓋方式：自願或強制；第一人或第三人給付？申請資格：寬、窄？利益之整合：是否與其他補償或福利措施整合？財源：固定或浮動；稅收、保險費或其他？保險費率：社區費率或依風險因子及出險記錄調整？償付能力：是否有其他財源支持或再保險等？損失預防機制：可以併入行政程序處理？

台灣相關於醫療過失之期刊論文在民國 86 年之後者，討論刑事責任與民事過失者皆有，但討論民事過失者有增加之趨勢。討論刑事醫療過失者，其論述架構基本上並未脫上述專書討論之範疇，大多以論理分析為主，然而其就某些案件，例如維他命過敏、或說明義務與親自診察義務等<sup>43</sup>，則有更精細之闡釋。較少見者，如陳怡安之「醫療過失刑事責任的比較法研究」，比較日本、中國、英國及美國等國家以刑法處理醫療過失傷害之制度，然而因為篇幅之故，其並未能從社會、經濟及文化等面向，深刻探討這幾個國家刑事醫療過失論述予操作之異同。而台灣期刊文獻在醫療過失民事責任之討論上，主要以契約責任、侵權行為責任與無因管理為三大主軸<sup>44</sup>。雖然近來以契約檢視醫療傷害責任之文獻已逐漸增多<sup>44-46</sup>，然而受醫事刑法發展之影響，台灣醫療糾紛之民事歸責原則仍以過失侵權責任為主，但是因為民法並無定義過失之條文，因此民事侵權行為理論關於醫療過失之建構其實大受刑法學醫療過失言說之影響。然而台灣法學界上探討知情同意、醫療傷害無過失責任制度、消費者保護法在醫療傷害上之適用問題、以及新興醫療科技造成之新型醫療傷害訴訟等<sup>47-63</sup>，大體皆為外國學理介紹與法學論理分析，然而楊秀儀探討美國、瑞典與紐西蘭之無過失責任制度時<sup>47-51,64</sup>，從其所探討之國家無過失責任制度歷史沿革，觀照其制度變化對台灣之意義，較為少見。基本上楊秀儀對於無過失責任制度是否能在台灣順利施行抱持較為保留之態度；例如，其認為瑞典「病人賠償保險」主要成功之因素在於其社會保險制度及安全網絡完備、專業醫事保險人才、高水準之醫療品質、且尊重病患權利，而這些皆是台灣目前不備的，故認為台灣目前仍不適合施行無過失責任制度。楊秀儀之研究主要集中在知情同意與無過失責任制度，其文章中並未對台灣醫療過失論述與操作，從歷史、社會、經濟或文化面進行檢視。

曾育裕在其探討醫療事故民事責任演進之文章中，稍微論及 2004 年 4 月醫療法第 82 條修訂過程，但其並未分析消費者保護法與醫療過失制度之間的關係，在台灣特殊之社會、經濟、文化背景之下，是如何開展的。

相較於美國原告被告雙方聘請自己之專家證人，台灣醫療傷害訴訟中，法院主要是委託醫療機構或個人進行鑑定。早期甚至有僅委託法醫鑑定醫療過失之情事<sup>65</sup>，然而逐漸地整個鑑定有無過失皆由臨床醫療鑑定單位或醫療糾紛鑑定委員會來負責。例如民國 53 年至民國 76 年，台灣省醫療糾紛鑑定委員會在醫療過失鑑定中，扮演很重要的角色，然而因為鑑定委員會中只有臨床醫師，導置外界有「醫醫相護」之質疑。<sup>66,67</sup>而民國 76 年，衛生署醫事審議委員會正式設立醫事鑑定小組之後<sup>68</sup>，先委託與被告醫師或醫療機構無關係之醫學中心主治醫師提供初步意見之後，再召開醫事鑑定小組會議審議，共同討論，全體委員皆無異議之後，做成決議。雖然法律專家及社會人士不得少於 1/3，在缺乏公開透明之程序情況下，其鑑定之公正性仍受到人民質疑。<sup>67</sup>另有學者從法律分析角度認為醫審會本身並無鑑定之人，必須將初審委外辦理，而且醫審會委員並無法到庭說明或接受詢問，無益於發現真實；除了批評醫審會鑑定之黑箱作業及討論草率之外，其亦認為衛生署以行政機關之角色進行鑑定並不妥當，而建議由司法單位自行培養法醫師來擔當醫療過失鑑定之責。<sup>69</sup>亦有學者比較我國鑑定制度與美國專家證人制度，認為專家證人制度較尊重當事人之意願、較公開、較多防止虛偽不實之規定，然而我國鑑定人制度則較少利益或人情考量、較少專業意見衝突、使當事人較少訴訟勞費，因此目前並無廢除專家鑑定之必要。然其建議鑑定制度應更尊重當事人之意願、鑑定制度更公開化、加重受囑託鑑定機關團體之法律責任、採取鑑定覆議制、建立鑑定資料庫，甚至引進專家參審制。<sup>70,71</sup>從這一歷史源流觀之，若是台灣欲實施醫療傷害無過失補償制度，在傳統醫療傷害過失賠償制度底下，接受法院委託之衛生署醫事審議委員會乃是近乎行政審查之機構，而衛生署實施藥害救濟或預防接種傷害救濟之審議小組等經驗，整個制度上其實已經有醫療傷害無過失補償制度之基礎，重點則在於如何在程序上透明、公正及迅速，使得民眾能夠產生信賴。

上述討論顯示，在光復之後，台灣醫療系統似乎就逐漸遭遇到快速上升之醫療糾

紛之困擾，然而醫師們也自力救濟努力掌握建構醫療過失之論述與操作，與法學對醫師之注意義務之論述恰好形成互補之情形，而在消費者保護法是否適用於醫療傷害補償之論戰中，醫師們最後仍然獲得「維持原狀」之勝利。然而台灣經歷這將近十年之變遷之後，從衛生署與婦產科醫師之協商並建立「獎勵醫療機構生育事故救濟試辦計畫」之過程中，顯示過去醫師大力反對醫師個人負擔消費者保護法之無過失損害賠償責任，但在搭配醫療傷害無過失補償基金之制度下，似乎已經有了制度轉變的機會。

然而，經歷了近十年之後，世界各國醫療傷害無過失補償制度已經有了更新的變革，也累積了更新的資料，然而台灣並無對這些文獻進行系統性之分析，也缺乏與台灣之現制之比較，在台灣即將局部實施醫療傷害無過失補償制度之時，理論與實務運作之參考資料，仍有欠缺。此外，遍尋文獻，除了有一篇調查法學者、經濟學者及法與經濟學者對於車禍傷害無過失補償制度有無效率之看法（贊成與反對者約各半）<sup>72</sup>外，或者調查醫師對於醫療傷害訴訟制度之看法<sup>73</sup>外，一般民眾對於醫療傷害無過失補償制度態度之實證資料，國內外之文獻仍付之闕如。欲在台灣推行醫療傷害無過失補償制度，民意導向亦是重要的施政依據。因此，本研究將進行醫療傷害無過失補償制度之學術實務文獻系統化分析比較，並調查台灣民眾對於相關制度重點之態度。

## 五、研究方法

本年度主要研究工作，共分成兩個段落。第一個段落在於分析整合醫療傷害無過失補償制度之文獻，並與台灣現行之無過失傷害補償制度進行比較，並整理出台灣醫療傷害無過失補償制度可能之重要爭點；第二個段落則在於根據上述爭點進行問卷設計，然後進行電話調查，以瞭解台灣民眾對於醫療傷害無過失補償制度之看法。

### 收集文獻

美國方面，以文獻資料庫如 Pubmed, Google Scholar, JSTOR, EBSCO, Westlaw, 及 Lexis，以及美國國會圖書館網站等來收集相關於醫療傷害無過失補償制度之近 30 年來之學術文獻、報導、評論或政策評估報告，尤其是關於施行上述補償制度之各個國家（美國、瑞典、丹麥、挪威、芬蘭、紐西蘭等）其制度設計與理論基礎。使用之關鍵字包括：medical malpractice, no fault, liability, administrative compensation, health court, New Zealand, Sweden, Norway, Denmark, Finland, United States, Florida, Virginia.

台灣方面，則以國家圖書館、台灣大學圖書館之館藏資訊以及 Google Scholar 作為搜尋工具，收集台灣近 20 年來之相關於醫療傷害無過失補償制度之近 30 年來之學術文獻、報導或評論、或法院相關於無過失損害賠償之醫療傷害訴訟案例，以及台灣近 30 年來醫療制度之變遷資料。自民國 88 年以來台灣各級法院上述相關醫療傷害訴訟案件，將利用台灣司法院之法學資料檢索系統進行收集。

### 文獻分析

首先進行大架構之分析。藉著瞭解各國醫療制度之變遷，瞭解實施醫療傷害無過失補償制度之各國與台灣各自之社會、經濟、文化變遷之大方向，尤其著重在政府管制、市場競爭及專業主義等言說，近 30 年來在各國如何交互作用而產生其醫療傷害無過失補償制度。尤其，分析焦點將放在實施的國家為何成功採用無過失補償制度，而台灣當年消費者保護法之無過失損害賠償制度之論述為何失敗。

此外，研究人員將對於理論所提及之醫療傷害無過失補償制度規劃進行分析，列出

其利弊得失，以及成功與失敗之可能因子。然後，依據規劃制度上時必須考慮之因素，將各國制度進行分項列表：

- 排除性：其他求償制度是否併行？
- 補償給付：一次性或定期給付？
- 行政程序：正式非正式；
- 公家或私人；申請、調查與決定之程序；
- 爭議處理；風險管控？
- 涵蓋方式：自願或強制；第一人或第三人給付？
- 申請資格：寬、窄？
- 利益之整合：是否與其他補償或福利措施整合？
- 財源：固定或浮動；稅收、保險費或其他？
- 保險費率：社區費率或依風險因子及出險記錄調整？
- 償付能力：是否有其他財源支持或再保險等？
- 損失預防機制：可以併入行政程序處理？

綜合上述資料，研究人員將擬出在台灣實施醫療傷害無過失補償制度之重要爭點，據以進行問卷設計。

### 問卷設計與調查

本研究主持人與協同主持人將本於其法學、流行病學及衛生政策之訓練背景，根據上述分析所得之重要爭點，設計醫療傷害無過失補償制度民眾態度調查問卷。問卷初稿完成後，委請醫療傷害訴訟法學專家與衛生政策專家各一人審核，以修正式德菲法(modified Delphi method)盡量求得 2 位專家對於問卷內容之共識。本研究將依此共識進行問卷修訂，以建立其專家效度。問卷內容包括受訪者基本資料：年齡、性別、教育程度、個人及家戶收入程度、就業狀況、是否有親友之醫療傷害之經驗、此經驗之感受、其他實施醫療傷害無過失補償制度之重要爭點及是否支持醫療傷害無過失補償制度等。

本分問卷之調查訪問，將以電話訪談之方式進行。為確保問卷訪談之台灣代表性及訪談之有效性，本計畫透過政府法定招標程序委託台灣民間具有多年執行大型民調經驗

的畢肯調查研究中心進行。本問卷初稿經過對初測之後，取得其回饋意見，將刪除部分不適合台灣國情之題目，以及容易導致混淆之題目，並與執行的調查訪問中心之研究人員討論題目之架構與文字之後，將題目之文字或措辭加以修改之後，加以定稿完成。正式調查於 2012 年 11 月 19 日至 11 月 24 日進行電話訪談，並於 2012 年 12 月中完成正式調查結果；該研究中心主要針對年齡在 18-70 歲且區住在臺閩地區(含澎湖、金門、馬祖)等地區的民眾進行電話訪問。調查時間為平日晚間 6 點至晚間 10 點，假日則於下午 1 點至晚間 10 點進行。其樣本分配結構主要是利用行政院內政部戶政司提供之 2007 年 12 月底之人口統計資料，以等比例原則計算出每個縣市需要抽樣之人數；其次，再利用全國電話資料庫以登記用戶號碼尾數四碼隨機抽取樣本戶，再以戶中取樣的方式抽取樣本。在為期六天中，一共完訪 1367 個有效個案。

### 問卷資料分析

#### A. 描述性分析：

針對各項問卷題目之態度資料，進行描述性分析，並探討這些態度資料，在各項個人基本資料變項上之分佈。

#### B. 迴歸分析：

首先分析除了個人基本資料變項之外，哪些變項與是否支持醫療傷害無過失補償制度具有關聯性。然後，以是否支持醫療傷害無過失補償制度作為應變項 (dependent variables)，將前述有統計意義關聯之變項作為自變項 (independent variables)，控制個人資料變項，進行邏輯迴歸分析，以哪些變項對於支持醫療傷害無過失補償制度與否，具有統計上之意義 ( $p < 0.05$ )。

## 六、預期成效

1. 世界各國之醫療無過失損害補償制度之系統性分析與檢討，可作為台灣未來實施類似政策之參考與比較。
2. 台灣大眾態度之實證資料，可以作為將來相關政策擬定與實施之重要依據。

3. 在國內外之期刊雜誌發表研究論文。
4. 對於台灣實施醫療傷害無過失補償制度提出建言。

## 七、研究結果

### (一)電訪樣本基本特性分析

本次調查總共撥出25,911通電話，其中扣除非人為因素如空號、無人接聽等之13,134通電話，實際接通電話數為12,777通，其接通率為49.3%。而在扣除非人為因素總和後，訪問成功率為10.7%，拒訪及中止訪問率則為89.3%。其詳細的電訪樣本接觸情況請參看表1。

表1 電訪接觸紀錄表

項目	原因	次數	百分比	
成功		1,367	10.7%	5.3%
拒訪及中止訪問		11,410	89.3%	44.0%
	接電話者拒訪	6,396	50.0%	
	受訪者拒訪/中拒	398	3.1%	
	非住宅電話	574	4.5%	
	年齡不符合	678	5.3%	
	【約訪】合格受訪者不在	3,037	23.8%	
	健康因素無法訪問	35	0.3%	
	語言不通/外籍人士	292	2.3%	
<b>人為因素總和</b>		<b>12,777</b>	<b>100.0%</b>	<b>49.3%</b>
忙線		321	2.4%	
無人接聽		9,355	71.3%	
傳真機		360	2.7%	
答錄機		61	0.5%	
空號/停話/故障		3,037	23.1%	
<b>非人為因素總和</b>		<b>13,134</b>	<b>100.0%</b>	<b>50.7%</b>
	<b>總和</b>	<b>25,911</b>		<b>100.0%</b>

在樣本特性分析中，性別分布為男性占49.9%，女性占50.1%。在年齡層分布方面，以31-40歲(22.4%)或41-50歲(21.8%)者所占比例較高；其次為21-30歲者占19.8%；再其次為51-60歲者占19.7%。至於61-70歲(10.7%)或18-20歲(5.6%)者所占比例則相對較低。在教育程度分布方面，以大學或技術學院程度者所占比例較高，占33.7%；其次是高中程度者占20.5%；再其次為高職程度者占10.4%。至於其他教育程度者所占比例則相對較低(請參看表2-1)。再者，詢問民眾是否於學制修業完畢發現，有88.7%的民眾表示已取得畢業證書；相反的，有11.2%的民眾則仍在學中或肄業。在籍貫方面，有77.3%的民眾父親為臺灣閩南人，其次11.0%表示為大陸各省市人士，再其次則為臺灣客家人(10.6%)。在職業分布方面，有50.4%的民眾目前擁有全職工作，其次有14.6%的民眾為家庭主婦，再其次為退休(11.8%)及從事兼職工作(9.6%)者。至於其他職業別所占比例則相對較低。

此外，在個人平均收入方面，受訪者個人平均月收入分布，以沒有收入的比例較高，占25.5%；其次為2萬以上，不到3萬占16.8%；再其次3萬以上，不到4萬占13.9%。至於其他項目所占比例則相對較低。而受訪者的婚姻狀況則有65.1%的民眾已婚，未婚者占30.9%。至於離婚(2.0%)、喪偶(寡居)(1.3%)、同居(0.4%)或分居(0.2%)者所占比例相對較低。在縣市別方面，此次受訪者所在縣市方面，有17.5%的民眾位於新北市，其次為臺北市及臺中市，各占11.3%；再其次為高雄市占12.1%。至於其他縣市者所占比例相對較低。以上詳細的分部資料，請參看表2。

表 2 樣本特性彙整表

項目	次數	百分比	累計次數	累計百分比
<b>性別</b>				
男性	682	49.9%	682	49.9%
女性	685	50.1%	1367	100.0%
<b>年齡別</b>				
18-20 歲	77	5.6%	77	5.6%
21-30 歲	271	19.8%	348	25.4%
31-40 歲	306	22.4%	654	47.8%
41-50 歲	298	21.8%	952	69.6%
51-60 歲	269	19.7%	1221	89.3%
61-70 歲	146	10.7%	1367	100.0%
<b>教育程度</b>				
無(指未曾就學或自修)	2	0.1%	2	0.1%
自修	1	0.1%	3	0.2%

小學	51	3.7%	54	3.9%
國中/初中	107	7.8%	161	11.7%
高中	280	20.5%	441	32.2%
高職	142	10.4%	583	42.6%
士官學校	1	0.1%	584	42.7%
五專	92	6.7%	676	49.4%
二、三專/軍警專修班	129	9.4%	805	58.8%
空專	1	0.1%	806	58.9%
軍警官學校	1	0.1%	807	59.0%
大學/技術學院	461	33.7%	1268	92.7%
研究所及以上	98	7.2%	1366	99.9%
拒絕作答	1	0.1%	1367	100.0%
<b>籍貫</b>				
臺灣客家人	145	10.6%	145	10.6%
臺灣閩南人	1058	77.3%	1203	87.9%
大陸各省市	150	11.0%	1353	98.9%
臺灣原住民	8	0.6%	1361	99.5%
馬來西亞人	1	0.1%	1362	99.6%
拒絕作答	5	0.4%	1367	100.0%
<b>職業別</b>				
全職工作	689	50.4%	689	50.4%
兼職工作	131	9.6%	820	60.0%
學生	64	4.7%	884	64.7%
家庭主婦	199	14.6%	1083	79.3%
義務役軍人	6	0.4%	1089	79.7%
退休	161	11.8%	1250	91.5%
待業(沒有工作)	103	7.5%	1353	99.0%
久病、殘障或年老(沒有工作)	12	0.9%	1365	99.9%
拒絕作答	2	0.1%	1367	100.0%
<b>個人平均月收入</b>				
沒有收入	347	25.5%	347	25.5%
1萬以上，不到2萬	126	9.2%	539	39.5%
2萬以上，不到3萬	230	16.8%	769	56.3%
3萬以上，不到4萬	190	13.9%	959	70.2%
4萬以上，不到5萬	119	8.7%	1078	78.9%
5萬以上，不到6萬	86	6.3%	1164	85.2%
6萬以上，不到7萬	41	2.9%	1205	88.1%
7萬以上，不到8萬	16	1.2%	1221	89.3%
8萬以上，不到9萬	15	1.1%	1236	90.4%
9萬以上，不到10萬	9	0.7%	1245	91.1%
10萬以上，不到15萬	30	2.1%	1275	93.2%
15萬以上，不到20萬	4	0.3%	1279	93.5%
20萬以上	13	1.0%	1292	94.5%
不知道	25	1.8%	1317	96.3%
拒絕作答	50	3.7%	1367	100.0%
<b>婚姻狀況</b>				
未婚	423	30.9%	423	30.9%

已婚	890	65.1%	1313	96.0%
離婚	27	2.0%	1340	98.0%
分居	3	0.2%	1343	98.2%
喪偶(寡居)	18	1.3%	1361	99.5%
同居	5	0.4%	1366	99.9%
拒絕作答	1	0.1%	1367	100.0%
<b>縣市別</b>				
臺北市	155	11.3%	155	11.3%
新北市	239	17.5%	394	28.8%
基隆市	23	1.7%	417	30.5%
桃園縣	118	8.6%	535	39.1%
新竹縣	29	2.1%	564	41.2%
新竹市	24	1.8%	588	43.0%
苗栗縣	32	2.3%	620	45.3%
臺中市	155	11.3%	775	56.6%
彰化縣	75	5.5%	850	62.1%
南投縣	30	2.2%	880	64.3%
雲林縣	40	2.9%	920	67.2%
嘉義縣	31	2.3%	951	69.5%
嘉義市	16	1.2%	967	70.7%
臺南市	111	8.1%	1078	78.8%
高雄市	166	12.1%	1244	90.9%
屏東縣	50	3.7%	1294	94.6%
宜蘭縣	27	2.0%	1321	96.6%
花蓮縣	19	1.4%	1340	98.0%
臺東縣	13	1.0%	1353	99.0%
澎湖縣	6	0.4%	1359	99.4%
金門縣	7	0.5%	1366	99.9%
連江縣	1	0.1%	1367	100.0%

註：各項表格之百分比數值總和若有未達 100 之現象，此係因資料分析採小數位數四捨五入進位。

## (二) 調查結果分析

本調查電訪問卷扣除受試者基本特性調查，共有 30 個議題，均為單選題。在調查結果分析部分，單選題將與基本資料進行交叉分析與卡方檢定，以探討一般民眾的基本特性與在這些議題上的意見、態度和反應之間是否具有關聯性。而複選題採單因子分析，選項處理採每人每次計算，故調查累積人數不一定等於成功樣本數，此外，複選題不再與基本資料進行交叉分析。而若各項表格之百分比數值總和有未達 100.0% 之現象，此係因資料分析採小數位數四捨五入進位所致，在此特予說明。以下將是有效受訪者的描述統計分析以及交叉分析的結果。

本調查問卷的議題將區分成三大部份，第一部份是「對於醫療訴訟制度之看法」、第二部份是「對於醫療品質之看法」、第三部份為「對於醫療傷害無過失補償制度之看法」(請參閱附錄)。第一部份共有 14 題(Q26~Q39)，其中 Q26 至 Q29 此四題主要詢問民眾對於醫療傷害訴訟「基本目的」的看法。Q35~Q39 則是詢問受訪者在不同程度的醫療傷害之下，若醫師或醫療機構主動補救或認錯，其是否會提出告訴。此外，此部份還詢問了民眾對於目前臺灣醫療傷害事件的病人與家屬告贏比率之主要原因的看法。以下我們將逐項呈現目前的分析結果。

## 1、對於醫療訴訟制度之看法

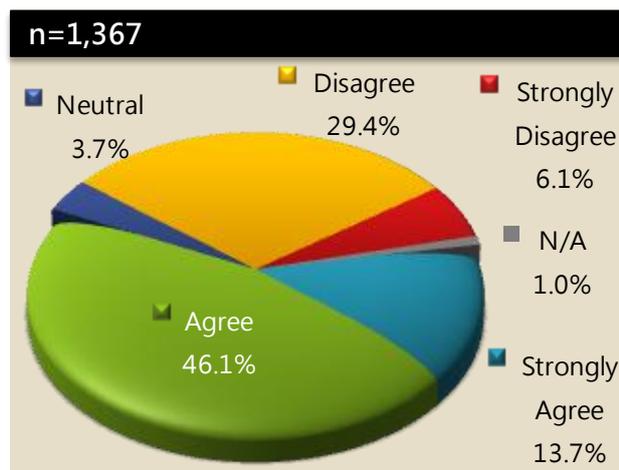
### (1) 「醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償」之同意度

Q26.請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償。」？

有59.8%的民眾同意(包含非常同意13.7%及同意46.1%)醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償；相反的，有35.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意6.1%及不同意29.4%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占3.7%。另有1.0%的民眾未表示意見(請參看表3-1)。

表3-1 「醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	187	13.7%
Agree	631	46.1%
Neutral	51	3.7%
Disagree	402	29.4%
Strongly Disagree	83	6.1%
N/A	13	1.0%
Total	1,367	100.0%



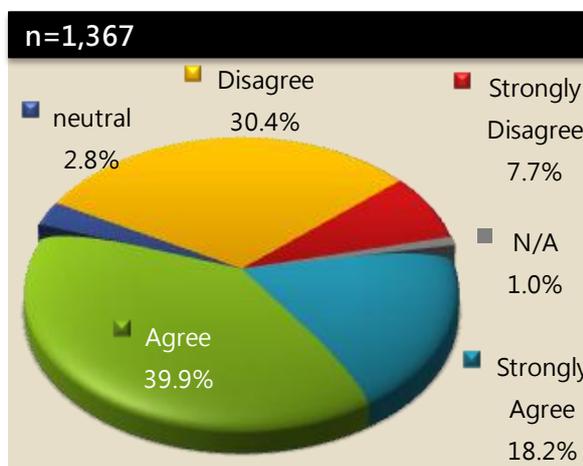
(2) 「醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構」之同意度

Q27.請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構。」？

有58.1%的民眾同意(包含非常同意18.2%及同意39.9%)醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構；相反的，有38.1%的民眾表示不同意(包含非常不同意7.7%及不同意30.4%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.8%。另有1.0%的民眾未表示意見。

表3-2 醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	249	18.2%
Agree	545	39.9%
Neutral	38	2.8%
Disagree	416	30.4%
Strongly Disagree	105	7.7%
N/A	14	1.0%
Total	1,367	100.0%



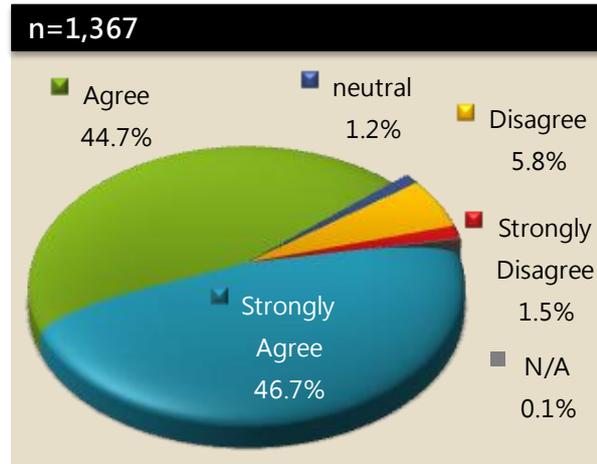
(3) 「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」之同意度

Q28.請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫師或醫療機構的醫療品質。」？

有91.4%的民眾同意(包含非常同意46.7%及同意44.7%)醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質；相反的，有7.3%的民眾表示不同意(包含非常不同意1.5%及不同意5.8%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.2%。另有0.1%的民眾未表示意見。

表 3-2 「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	638	46.7%
Agree	611	44.7%
Neutral	16	1.2%
Disagree	79	5.8%
Strongly Disagree	21	1.5%
N/A	2	0.1%
Total	1,367	100.0%



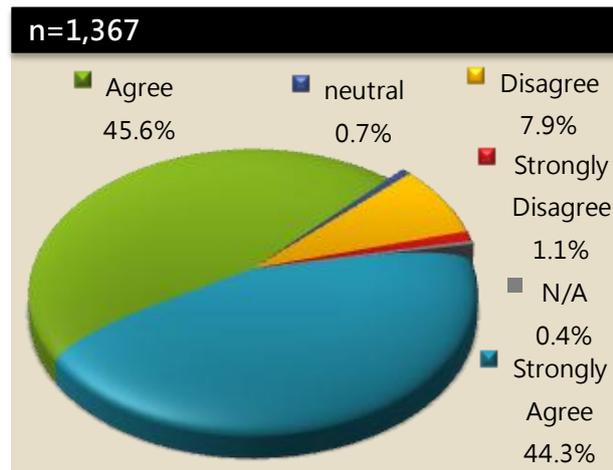
(4) 「提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相」之同意度

Q29.請問您同不同意「病人或家屬對醫師或醫療機構提出醫療傷害告訴，主要是為了知道醫療過程的真相。」？

有89.9%的民眾同意(包含非常同意44.3%及同意45.6%)提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相；相反的，有9.0%的民眾表示不同意(包含非常不同意1.1%及不同意7.9%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占0.7%。另有0.4%的民眾未表示意見。

表 3-3 「提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	606	44.3%
Agree	624	45.6%
Neutral	9	0.7%
Disagree	108	7.9%
Strongly Disagree	15	1.1%
N/A	5	0.4%
Total	1,367	100.0%



## 【小結 1】

本研究詢問了一般民眾對於醫療訴訟主要目的的看法，結果值得令人注意的是民眾透過醫療訴訟主要想得知的是醫療的真相(91.4%)與改善醫療的品質(89.9%)，並非尋求賠償(59.1%)或責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構(58.1%)。2012年12月中臺灣通過「醫療法第82條之1」修正草案與「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，將醫療人員刑責明確化並醫療糾紛處理機制，希望及時提供病人及家屬醫療傷害補償，改善醫病關係。然而，此結果可提供醫界與法界專業人士一個明確的思考方向，如何透過貼近民眾基本訴求的醫療法案制定，有效地改善解決醫療糾紛。

表 3-5 醫療訴訟的主要目的

主要目的	同意 (%)	中立 (%)	不同意 (%)	排序
尋求賠償	59.8%	3.7%	35.5%	3
責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構	58.1%	2.8%	38.1%	4
改善醫療品質	91.4%	1.2%	7.3%	1
知道醫療過程的真相	89.9%	0.7%	9.0%	2

註：「同意」含非常同意、同意；「不同意」含非常不同意、不同意

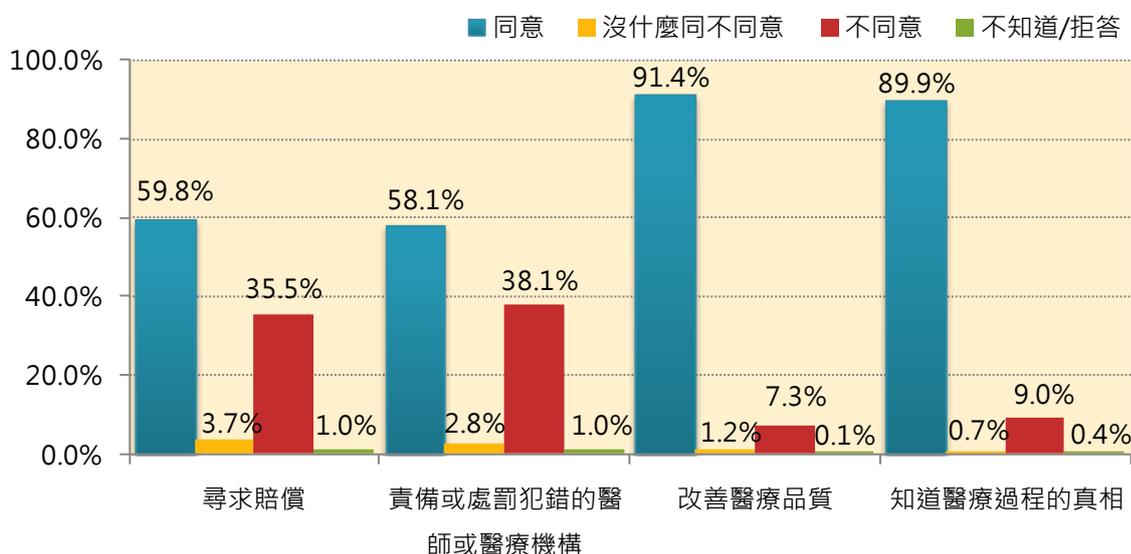


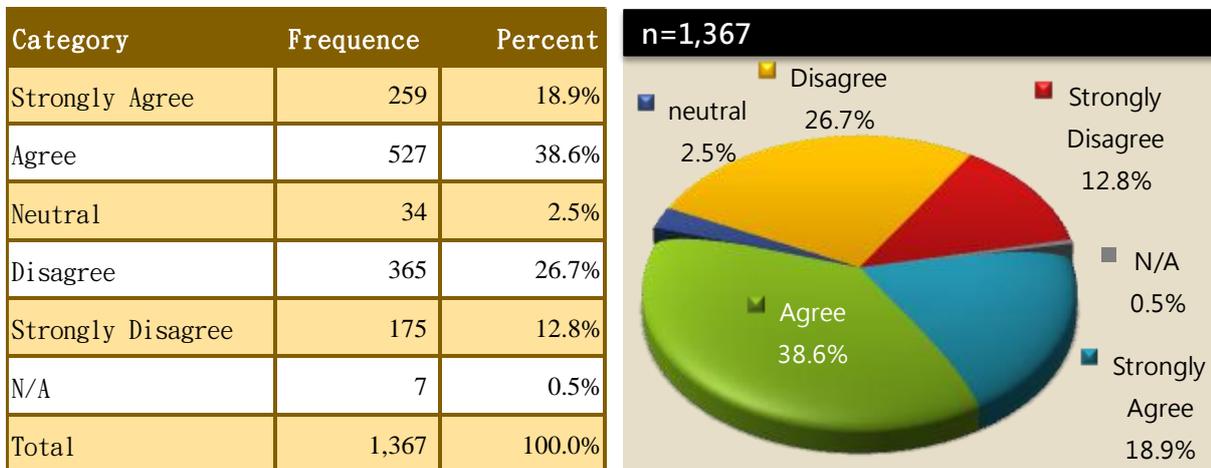
圖 1 提出醫療訴訟的主要目的比較圖

(5) 「經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬不應再抗爭」之同意度

Q30.請問您同不同意「法院已經判決確定醫師或醫療機構沒有過失（可補充說明：不能再上訴或不能再提告），原告病人或家屬不應再向醫師或醫療機構抗爭。」？

有57.5%的民眾同意(包含非常同意18.9%及同意38.6%)經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬不應再抗爭；相反的，有39.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意12.8%及不同意26.7%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.5%。另有0.5%的民眾未表示意見。

表 3-6 「經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬不應再抗爭」之同意度分析表



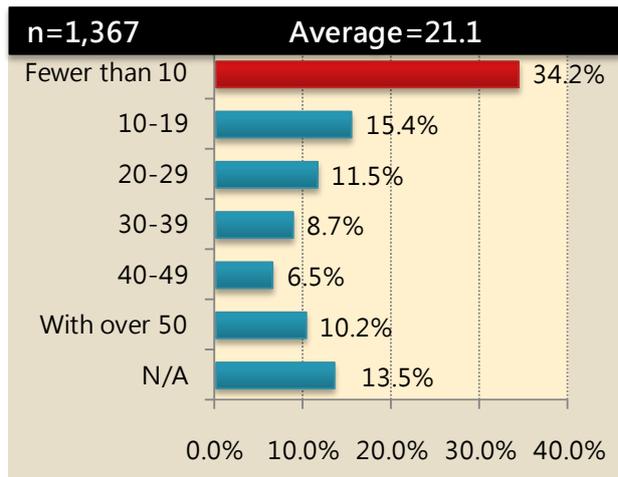
(6) 「臺灣醫療傷害訴訟事件平均 100 件病人或家屬勝訴件數」之認知度

Q31.您認為在臺灣 100 件醫療傷害訴訟事件中，病人或家屬大概會告贏幾件？

多數民眾認為，在臺灣100件醫療傷害訴訟事件中，病人或家屬告贏的件數「少於10件」(34.2%)；其次，有15.4%的民眾表示應該可以告贏「10-19件」；再其次為「20-29件」(11.5%)或「50件以上」(10.2%)。另有13.5%的民眾未表示意見。若以平均件數來看，整體平均值為21.1件(S.D.=17.402)與相關研究統計得出的數字相近。

表 3-7 「臺灣醫療傷害訴訟事件平均 100 件病人或家屬勝訴件數」之認知度分析表

Category	Frequency	Percent
Fewer than 10	467	34.2%
10-19	211	15.4%
20-29	157	11.5%
30-39	119	8.7%
40-49	89	6.5%
With over 50	139	10.2%
N/A	185	13.5%
Total	1,367	100.0%



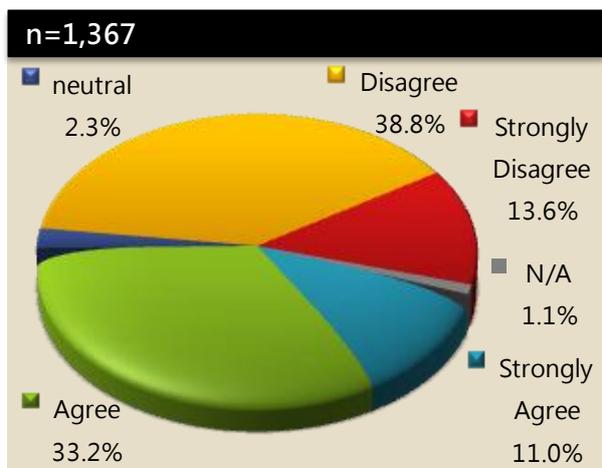
(7) 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」之同意度

Q32. 「針對這樣的研究結果，有人認為主要原因是許多病人或家屬亂告。」請問您同不同意這種看法？

關於「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」之看法，有44.2%的民眾表示同意(包含非常同意11%及同意33.2%)；相反的，有52.4%的民眾表示不同意(包含非常不同意13.6%及不同意38.8%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.3%。另有1.1%的民眾未表示意見。

表 3-8 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	151	11.0%
Agree	452	33.2%
Neutral	32	2.3%
Disagree	531	38.8%
Strongly Disagree	186	13.6%
N/A	15	1.1%
Total	1,367	100.0%



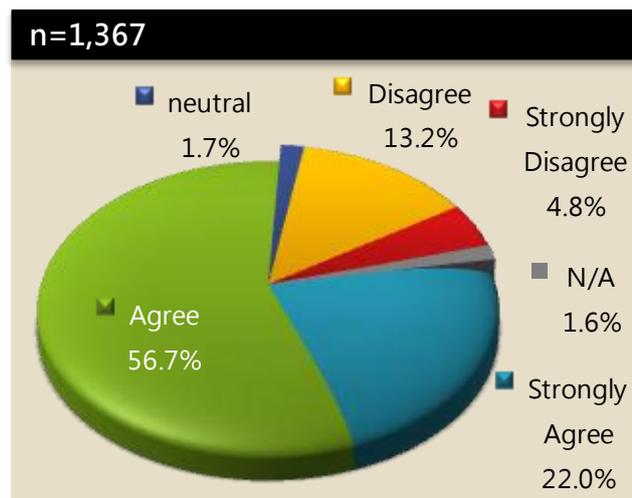
**(8) 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因醫師或醫療機構自認有過失會先和解」之同意度**

Q33. 「那也有人認為，這個結果主要是醫師或醫療機構自認有過失的時候，就會先和解。」請問您同不同意這種看法？

關於「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因醫師或醫療機構自認有過失會先和解」之看法，有78.7%的民眾表示同意(包含非常同意22.0%及同意56.7%)；相反的，有18.0%的民眾表示不同意(包含非常不同意4.8%及不同意13.2%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.7%。另有1.6%的民眾未表示意見。

表 3-9 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因醫師或醫療機構自認有過失會先和解」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	301	22.0%
Agree	776	56.7%
Neutral	23	1.7%
Disagree	180	13.2%
Strongly Disagree	65	4.8%
N/A	22	1.6%
Total	1,367	100.0%



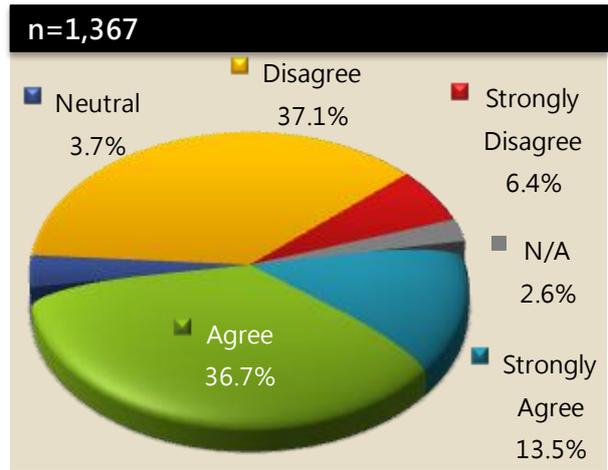
**(9) 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」之同意度**

Q34. 「另外，也有人認為，這個結果主要是因為法院裁判不公平。」請問您同不同意這種看法？

關於臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因「法院裁判不公平」之看法，有50.2%的民眾表示同意(包含非常同意13.5%及同意36.7%)；相反的，有43.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意6.4%及不同意37.1%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占3.7%。另有2.6%的民眾未表示意見。

表 3-10 「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	185	13.5%
Agree	501	36.7%
Neutral	51	3.7%
Disagree	507	37.1%
Strongly Disagree	88	6.4%
N/A	35	2.6%
Total	1,367	100.0%



【小結 2】民眾認為在臺灣 100 件醫療傷害訴訟事件中，病人或家屬大概告贏的件數「少於 10 件」(34.2%)的比例最高；其次為「10-19 件」(15.4%)、「20-29 件」(11.5%)或「50 件以上」(10.2%)。若以平均件數來看，整體平均值為 21.1 件(S.D.=17.402)，民眾對臺灣醫療傷害訴訟事件病人或家屬勝訴率認知與相關研究數據(100 件中可能告贏 20 件)相近；並且根據在臺灣醫療傷害訴訟結果，民眾同意係因「醫師或醫療機構自認有過失的時候，會先和解」(78.7%)的比例較高，其次為「法院裁判不公平」(50.2%)或「許多病人或家屬亂告」(44.2%)。

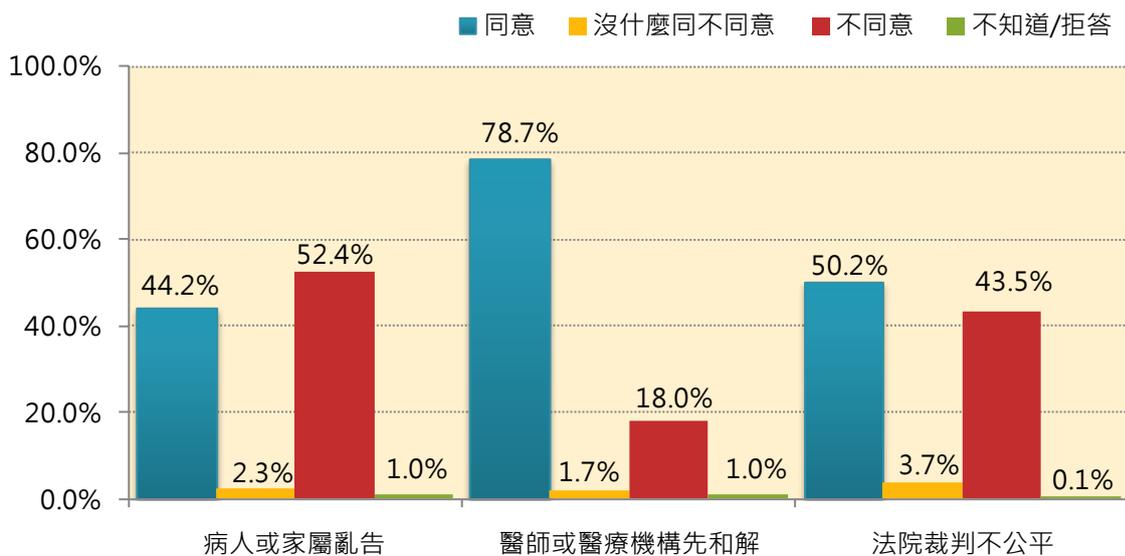


圖 2 民眾對可能影響病人或家屬在醫療案件勝訴率結果之認知比較圖

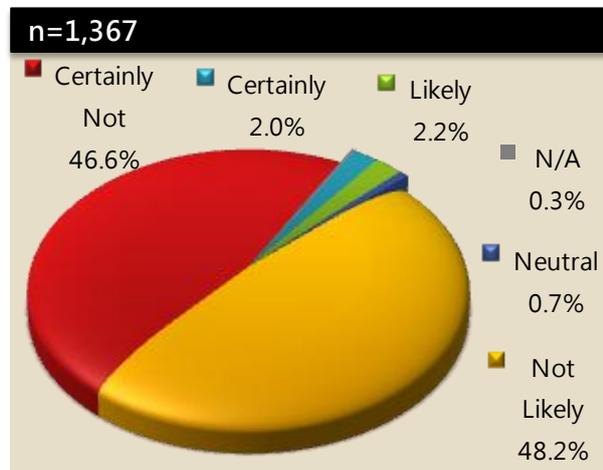
**(10) 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－輕微醫療傷害事件**

Q35. 假設您是病人或家屬，在發生輕微醫療傷害事件後，若醫師或醫療機構主動解釋補救，並願意在有錯誤時主動認錯，您會不會提出告訴？

在發生輕微醫療傷害事件後，若醫師或醫療機構主動解釋補救，並願意在有錯誤時主動認錯時，有4.2%的民眾表示仍然會(包含一定會2%及可能會2.2%)提出告訴；相反的，有94.8%的民眾表示不會(包含一定不會46.6%及可能不會48.2%)提告。此外，認為本議題沒什麼會不會者占0.7%。另有0.3%的民眾未表示意見。

表 3-11 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－輕微醫療傷害事件分析表

Category	Frequency	Percent
Certainly	27	2.0%
Likely	30	2.2%
Neutral	9	0.7%
Not Likely	660	48.2%
Certainly Not	637	46.6%
N/A	4	0.3%
Total	1,367	100.0%



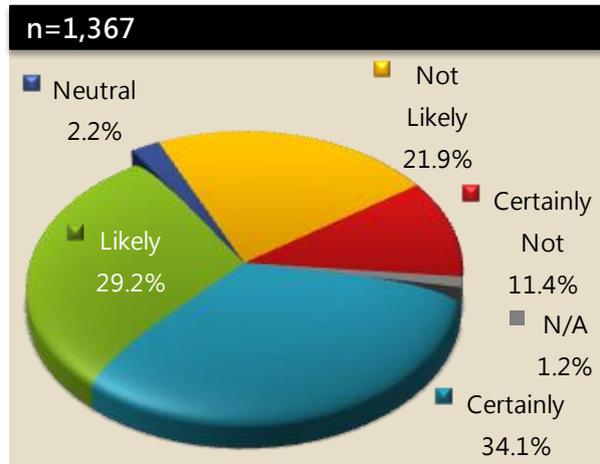
**(11) 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－嚴重醫療傷害事件**

Q36. 如果是嚴重醫療傷害事件，您會不會提出告訴？

在相同的前提假設下，倘若是發生嚴重的醫療傷害事件，有63.3%的民眾表示會(包含一定會34.1%及可能會29.2%)提出告訴；相反的，有33.3%的民眾表示不會(包含一定不會11.4%及可能不會21.9%)提告。此外，認為本議題沒什麼會不會者占2.2%。另有1.2%的民眾未表示意見。

表 3-12 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－嚴重醫療傷害事件分析表

Category	Frequency	Percent
Certainly	465	34.1%
Likely	399	29.2%
Neutral	30	2.2%
Not Likely	300	21.9%
Certainly Not	156	11.4%
N/A	17	1.2%
Total	1,367	100.0%



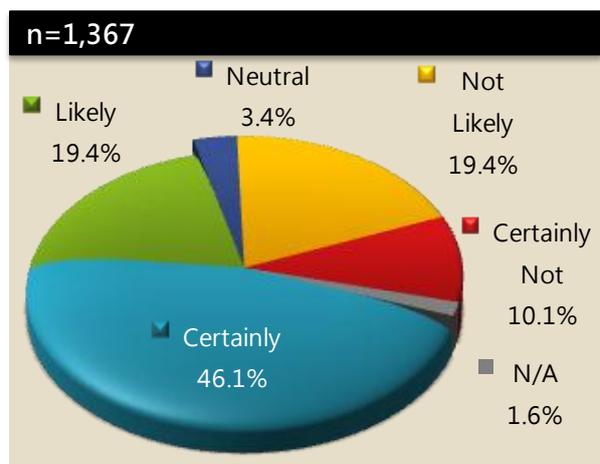
(12) 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－導致病人死亡事件

Q37.如果導致病人死亡，您會不會提出告訴？

在相同的前提假設下，倘若最終導致病人死亡時，有65.5%的民眾表示會(包含一定會46.1%及可能會19.4%)提出告訴；相反的，有29.5%的民眾表示不會(包含一定會10.1%及可能不會19.4%)提告。此外，認為本議題沒什麼會不會者占3.4%。另有1.6%的民眾未表示意見。

表 3-13 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－導致病人死亡事件分析表

Category	Frequency	Percent
Certainly	631	46.1%
Likely	265	19.4%
Neutral	46	3.4%
Not Likely	265	19.4%
Certainly Not	138	10.1%
N/A	22	1.6%
Total	1,367	100.0%



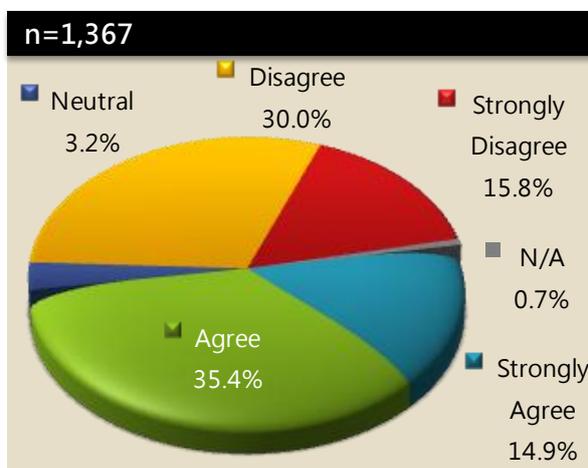
### (13) 「只須以民事損害賠償追究醫療人員過錯」之同意度

Q38. 「有人認為，追究醫療人員的過錯時，民事損害賠償(可補充說明：賠錢、道歉)就已經足夠，不需要動用刑事處罰(可補充說明：判刑或坐牢)。」請問您同不同意這種看法？

有50.3%的民眾同意(包含非常同意14.9%及同意35.4%)「追究醫療人員的過錯時，民事損害賠償就已經足夠，不需要動用刑事處罰」的說法；相反的，有45.8%的民眾表示不同意(包含非常不同意15.8%及不同意30.0%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占3.2%。另有0.7%的民眾未表示意見。

表3-14 「只須以民事損害賠償追究醫療人員過錯」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	203	14.9%
Agree	485	35.4%
Neutral	44	3.2%
Disagree	410	30.0%
Strongly Disagree	216	15.8%
N/A	9	0.7%
Total	1,367	100.0%



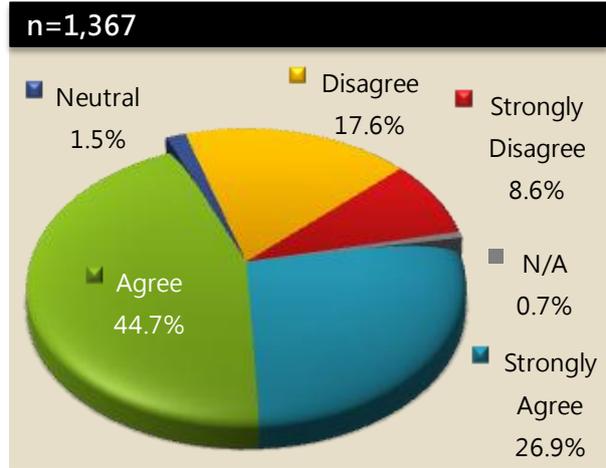
### (14) 「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度

Q39. 「有人認為，只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰。」請問您同不同意這種看法？

有71.6%的民眾同意(包含非常同意26.9%及同意44.7%)「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」的說法；相反的，有26.2%的民眾表示不同意(包含非常不同意8.6%及不同意17.6%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.5%。另有0.7%的民眾未表示意見。

表 3-15 「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	368	26.9%
Agree	611	44.7%
Neutral	20	1.5%
Disagree	241	17.6%
Strongly Disagree	118	8.6%
N/A	9	0.7%
Total	1,367	100.0%



【小結3】在Q13和Q14的結果中，我們可以看到約有七成的民眾同意只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰。但是只有五成的民眾認為追究醫療人員的過錯時，民事損害賠償就已經足夠；另有四成五的民眾認為民事損害賠償仍顯不足，所以此結果肯定了刑事處罰的必要性，尤其是醫療人員犯有重大過錯時；此與Q35至Q37的結果相呼應，當醫療傷害輕微時，九成民眾傾向於不提告，但是隨著醫療傷害事件的嚴重性提升到了相當的程度，會提告的民眾最高則上升到六成五（請參考表3-16）。「醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－嚴重醫療傷害事件(Q36)」與「醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性－導致病人死亡事件(Q37)」呈顯著中度正相關( $r=0.671$ ,  $p<0.01$ )。在此，民眾在判斷嚴重醫療傷害事件的當下，可能已經考量了死亡事件在內；但也可能是醫療傷害事件嚴重度超過一個閾值，即會啟動民眾主動提告的意願。但整體而言，刑事處罰在醫療人員犯有重大傷害的情況下，對於民眾而言仍是較為合理的法律制裁途徑。

表 3-16 醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性-不同程度醫療傷害事件比較表

不同嚴重度的醫療傷害事件	可能會提告	可能不會提告	沒什麼會不會	未表示意見
輕微醫療傷害事件	4.2%	94.8%	0.7%	0.3%
嚴重醫療傷害事件	63.3%	33.3%	2.2%	1.2%
導致病人死亡事件	65.5%	29.5%	3.4%	1.6%

註：此表為 Q35-Q36 整理結果

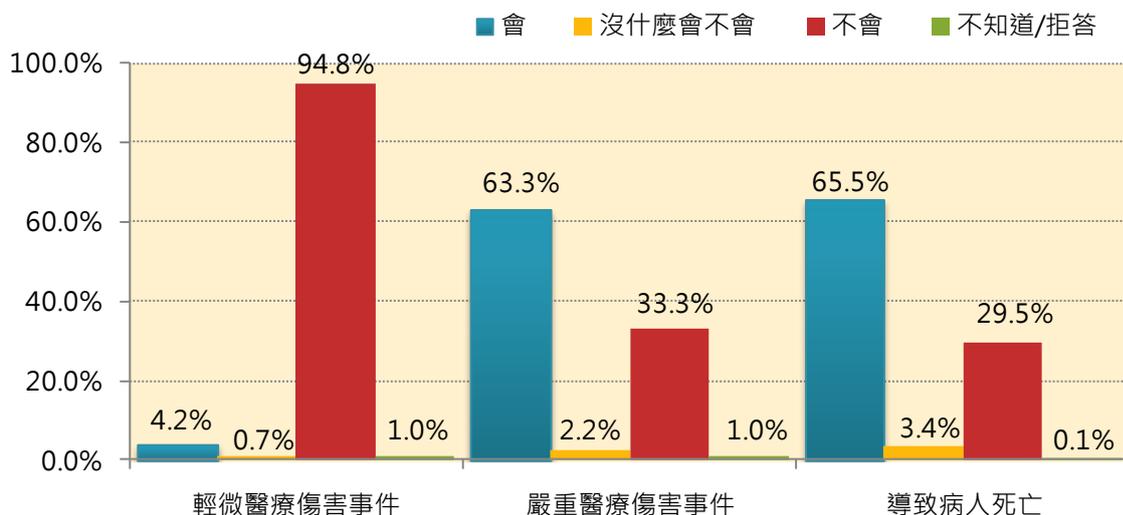


圖 1 面對不同程度之醫療傷害事件時，民眾提告可能性比較圖

## 2. 對於醫療品質之看法

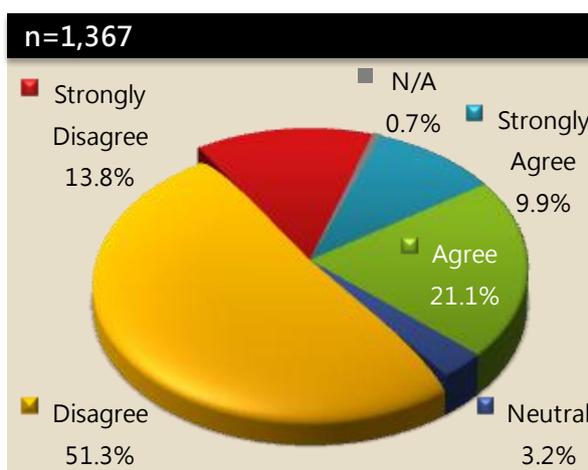
### (1) 「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題」之同意度

Q40. 請問您同不同意「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題。」？

有31.0%的民眾同意(包含非常同意9.9%及同意21.1%)當「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題」的說法；相反的，有65.1%的民眾表示不同意(包含非常不同意13.8%及不同意51.3%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占3.2%。另有0.7%的民眾未表示意見。

表 3-17 「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	136	9.9%
Agree	289	21.1%
Neutral	44	3.2%
Disagree	701	51.3%
Strongly Disagree	188	13.8%
N/A	9	0.7%
Total	1,367	100.0%

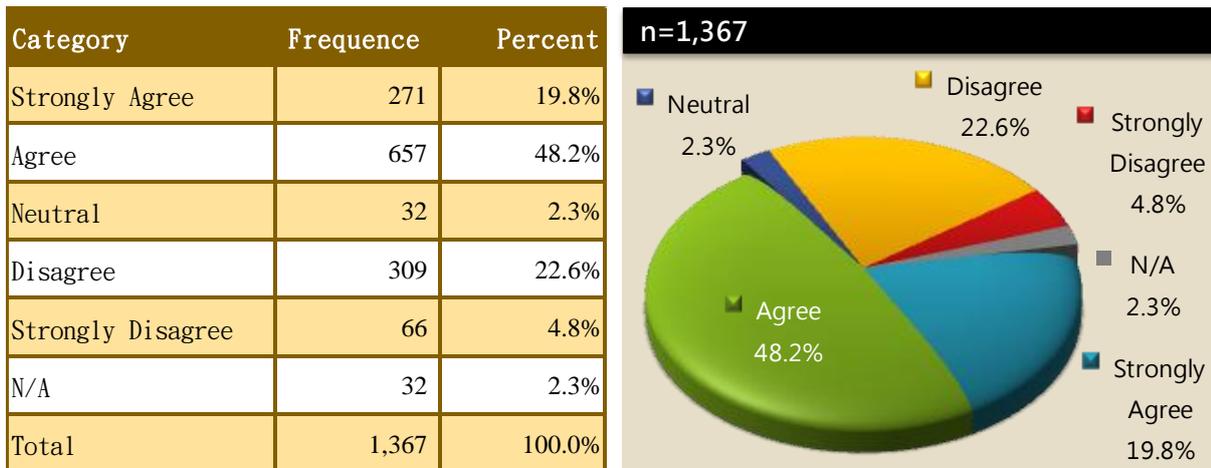


**(2) 「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題」之同意度**

Q41. 請問您同不同意「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題。」？

關於「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題」的說法，有68.0%的民眾表示同意(包含非常同意19.8%及同意48.2%)；相反的，有27.4%的民眾表示不同意(包含非常不同意4.8%及不同意22.6%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.3%。另有2.3%的民眾未表示意見。

表 3-18 「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題」之同意度分析表



【小結 4】Q40 和 Q41 的結果顯示醫師犯錯而傷害到病人時，僅有三成的民眾認為那完全是醫師個人的問題，卻有將近七成的民眾認為是病人照護制度整體的問題。此結果顯示民眾認為病人照護制度的不健全可能會關聯到醫師犯錯時所造成的醫療傷害，所以更進一步點出醫療制度面完善的重要性。

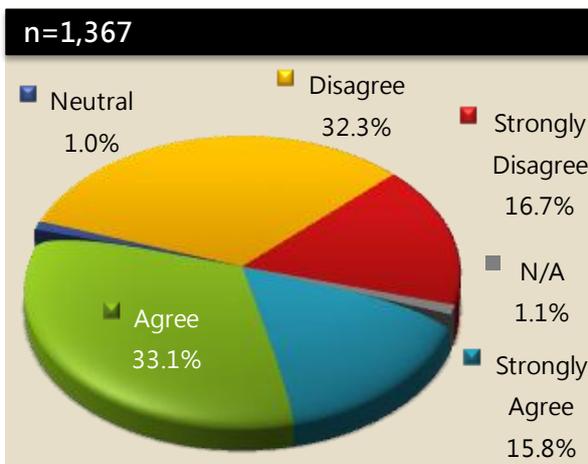
**(3) 「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療」之同意度**

Q42. 「有人認為，醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療。」請問您同不同意這種看法？

關於「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療」的說法，有48.9%的民眾表示同意(包含非常同意15.8%及同意33.1%)；相反的，有49.0%的民眾表示不同意(包含非常不同意16.7%及不同意32.3%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.0%。另有1.1%的民眾未表示意見。

表3-19 「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	216	15.8%
Agree	453	33.1%
Neutral	14	1.0%
Disagree	441	32.3%
Strongly Disagree	228	16.7%
N/A	15	1.1%
Total	1,367	100.0%

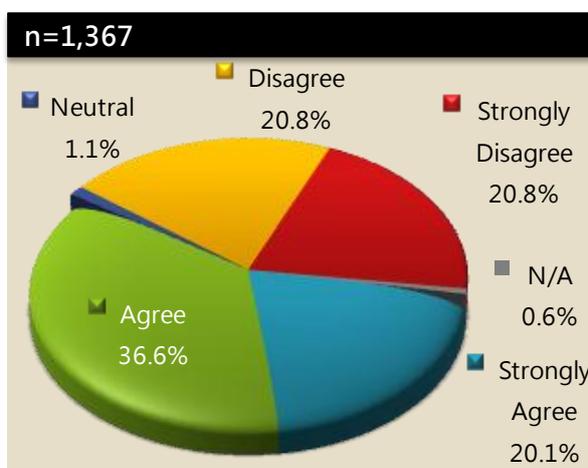


(4) 「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人」之同意度  
 Q43. 「有人認為，醫師或醫療機構會因害怕被告，而避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人。」請問您同不同意這種看法？

關於「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人」的說法，有56.7%的民眾表示同意(包含非常同意20.1%及同意36.6%)；相反的，有41.6%的民眾表示不同意(包含非常不同意20.8%及不同意20.8%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.1%。另有0.6%的民眾未表示意見。

表 3-20 「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	275	20.1%
Agree	499	36.6%
Neutral	15	1.1%
Disagree	285	20.8%
Strongly Disagree	285	20.8%
N/A	8	0.6%
Total	1,367	100.0%



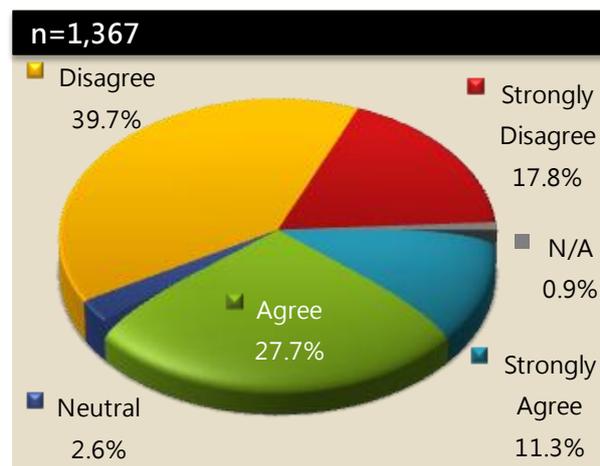
**(5) 「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」之同意度**

Q44. 「為了鼓勵醫療人員主動報告自己的錯誤，讓醫療機構能進行制度上的調整以避免同樣的問題。因此，有人認為不應該用法律來追究這些醫療人員。」請問您同不同意這個看法？

關於「為了鼓勵醫療人員主動報告自己的錯誤，讓醫療機構能進行制度上的調整以避免同樣的問題。因此，有人認為不應該用法律來追究這些醫療人員」的說法，有39.0%的民眾表示同意(包含非常同意11.3%及同意27.7%)；相反的，有57.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意17.8%及不同意39.7%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.6%。另有0.9%的民眾未表示意見。

表 3-21 「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	155	11.3%
Agree	379	27.7%
Neutral	35	2.6%
Disagree	542	39.7%
Strongly Disagree	244	17.8%
N/A	12	0.9%
Total	1,367	100.0%



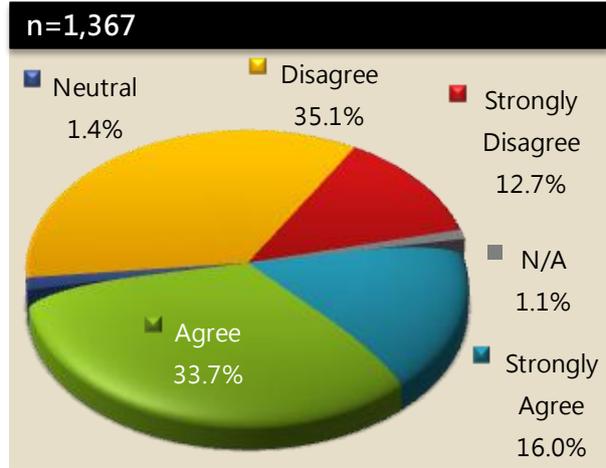
**(6) 「醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質」之同意度**

Q45. 「有些人因此認為，醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質。」請問您同不同意這個看法？

根據美國研究發現，大部分醫療傷害事件的病人或家屬，都沒有提出告訴，對此有人提出「醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質」的說法，有49.7%的民眾表示同意(包含非常同意16.0%及同意33.7%)；相反的，有47.8%的民眾表示不同意(包含非常不同意12.7%及不同意35.1%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.4%。另有1.1%的民眾未表示意見。

表 3-22 「醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	219	16.0%
Agree	460	33.7%
Neutral	19	1.4%
Disagree	480	35.1%
Strongly Disagree	174	12.7%
N/A	15	1.1%
Total	1,367	100.0%



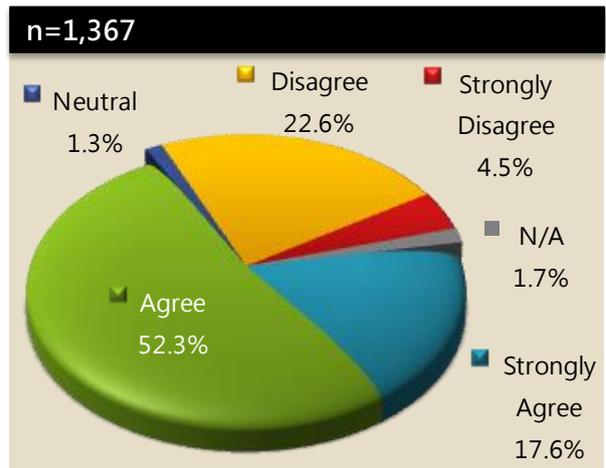
(7) 「醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償」之同意度

Q46. 「另外，則有人認為，醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償。」請問您同不同意這個看法？

關於「醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償」的說法，有69.9%的民眾表示同意(包含非常同意17.6%及同意52.3%)；相反的，有27.1%的民眾表示不同意(包含非常不同意4.5%及不同意22.6%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.3%。另有1.7%的民眾未表示意見。

表 3-23 「醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	241	17.6%
Agree	714	52.3%
Neutral	18	1.3%
Disagree	309	22.6%
Strongly Disagree	62	4.5%
N/A	23	1.7%
Total	1,367	100.0%



【小結 5】從 Q45 和 Q46 結果觀之，民眾對於醫療傷害訴訟制度的實質作用抱持著存疑的態度，不同意醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質的民眾只有將近五成，更有約七成的民眾認為醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償。

所以醫療傷害訴訟制度為何無法取得民眾的信任，是在於民眾對於制度本身的了解不足，還是長期以來鮮少有民眾透過醫療傷害訴訟制度獲得合理且應得的補償？此結果值得醫界和法界專業人員深思為何制度無法帶給民眾期待的保障與信任，未來如何修正制度才能合乎民眾對於醫療保障的期待。

### 3.對於醫療傷害無過失補償制度之看法

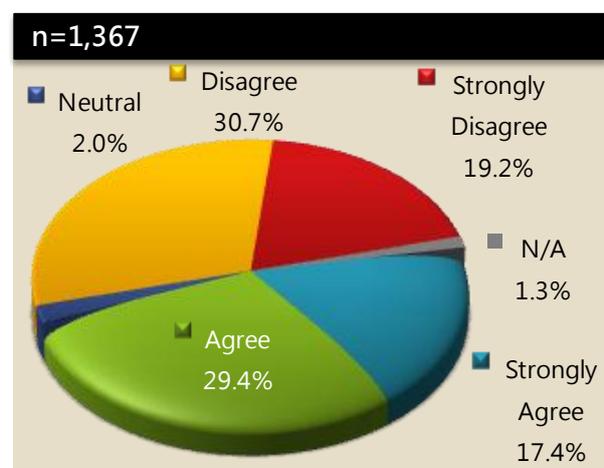
#### (1) 「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之同意度

Q47.請問您同不同意「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用。」？

關於「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」的說法，有46.8%的民眾表示同意(包含非常同意17.4%及同意29.4%)；相反的，有49.9%的民眾表示不同意(包含非常不同意19.2%及不同意30.7%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占2.0%。另有1.3%的民眾未表示意見。

表 3-24 「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	238	17.4%
Agree	402	29.4%
Neutral	28	2.0%
Disagree	418	30.7%
Strongly Disagree	263	19.2%
N/A	18	1.3%
Total	1,367	100.0%



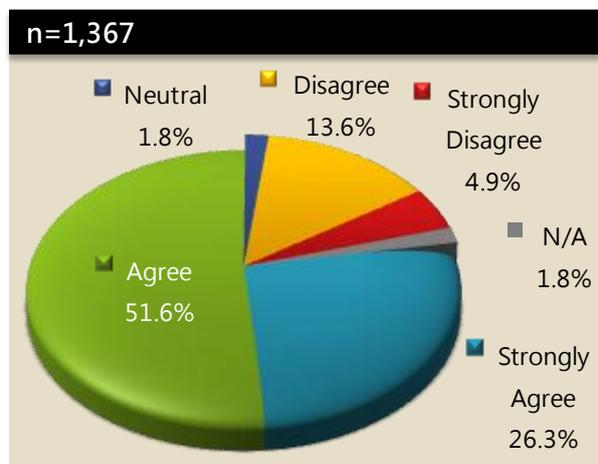
(2) 「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」之同意度

Q48.請問您同不同意「與法院訴訟比較起來，無過失補償制度可以更快速地補償受害病人或家屬。」？

關於「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」的說法，有77.9%的民眾表示同意(包含非常同意26.3%及同意51.6%)；相反的，有18.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意4.9%及不同意13.6%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.8%。另有1.8%的民眾未表示意見。

表 3-25 「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	360	26.3%
Agree	705	51.6%
Neutral	25	1.8%
Disagree	186	13.6%
Strongly Disagree	67	4.9%
N/A	24	1.8%
Total	1,367	100.0%



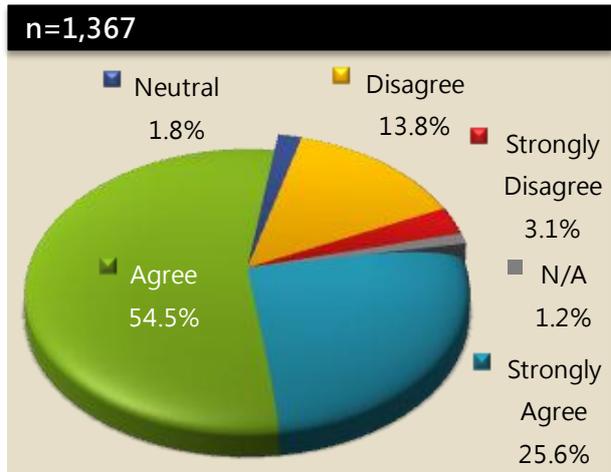
(3) 「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」之同意度

Q49.請問您同不同意「與法院訴訟比較起來，無過失補償制度可以讓更多的受害病人或家屬得到補償。」？

關於「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」的說法，有80.1%的民眾表示同意(包含非常同意25.6%及同意54.5%)；相反的，有16.9%的民眾表示不同意(包含非常不同意3.1%及不同意13.8%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.8%。另有1.2%的民眾未表示意見。

表 3-26 「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	350	25.6%
Agree	744	54.5%
Neutral	25	1.8%
Disagree	189	13.8%
Strongly Disagree	43	3.1%
N/A	16	1.2%
Total	1,367	100.0%



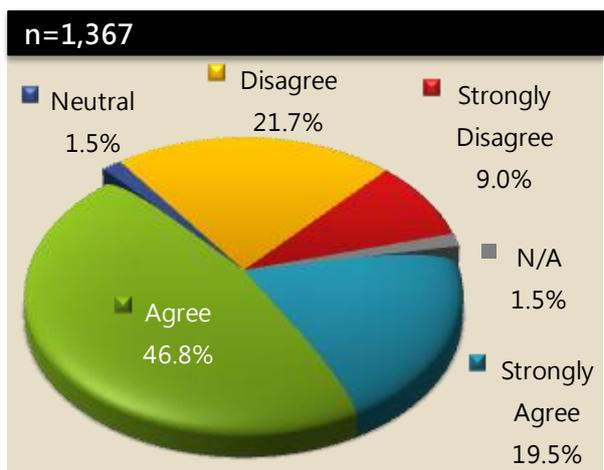
(4) 「無過失補償制度可避免醫病對立」之同意度

Q50. 請問您同不同意「無過失補償制度不強調過失與責難(責備)，可以避免醫師與病人對立。」?

關於「無過失補償制度可避免醫病對立」的說法，有66.3%的民眾表示同意(包含非常同意19.5%及同意46.8%)；相反的，有30.7%的民眾表示不同意(包含非常不同意9.0%及不同意21.7%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.5%。另有1.5%的民眾未表示意見。

表 3-27 「無過失補償制度可避免醫病對立」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	267	19.5%
Agree	640	46.8%
Neutral	21	1.5%
Disagree	296	21.7%
Strongly Disagree	123	9.0%
N/A	20	1.5%
Total	1,367	100.0%



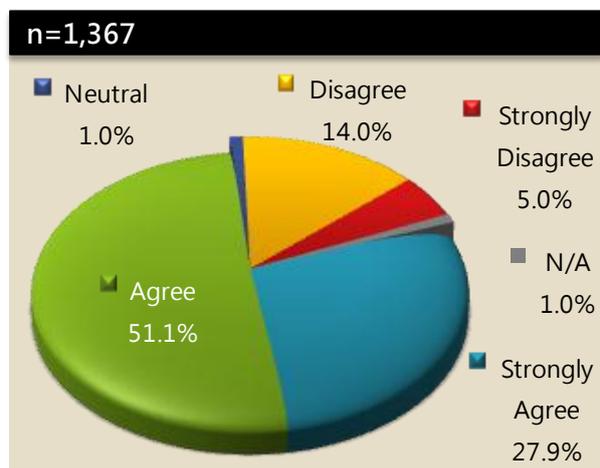
**(5) 「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度**

Q51. 請問您同不同意「無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，有助於規劃提升病人安全的措施。」？

關於「無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」的說法，有 79.0% 的民眾表示同意(包含非常同意 27.9% 及同意 51.1%)；相反的，有 19.0% 的民眾表示不同意(包含非常不同意 5.0% 及不同意 14.0%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占 1.0%。另有 1.0% 的民眾未表示意見。

表 3-28 「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	381	27.9%
Agree	699	51.1%
Neutral	14	1.0%
Disagree	191	14.0%
Strongly Disagree	68	5.0%
N/A	14	1.0%
Total	1,367	100.0%



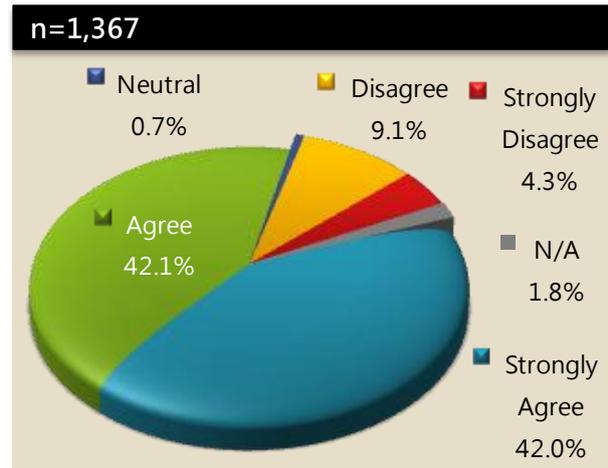
**(6) 「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」之同意度**

Q52. 請問您同不同意「無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確。」？

關於「無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確」的說法，有 84.1% 的民眾表示同意(包含非常同意 42.0% 及同意 42.1%)；相反的，有 13.4% 的民眾表示不同意(包含非常不同意 4.3% 及不同意 9.1%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占 0.7%。另有 1.8% 的民眾未表示意見。

表 3-29 「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	574	42.0%
Agree	575	42.1%
Neutral	10	0.7%
Disagree	124	9.1%
Strongly Disagree	59	4.3%
N/A	25	1.8%
Total	1,367	100.0%



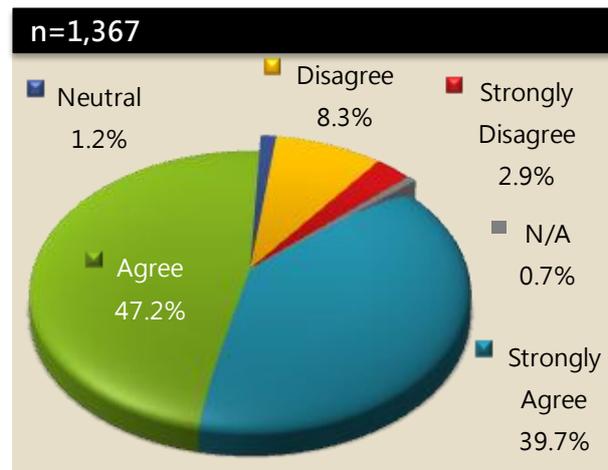
(7) 「無過失補償制度應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」之同意度

Q53.請問您同不同意「為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限。」？

關於「為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」的說法，有86.9%的民眾表示同意(包含非常同意39.7%及同意47.2%)；相反的，有11.2%的民眾表示不同意(包含非常不同意2.9%及不同意8.3%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占1.2%。另有0.7%的民眾未表示意見。

表 3-30 「無過失補償制度應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	543	39.7%
Agree	645	47.2%
Neutral	16	1.2%
Disagree	114	8.3%
Strongly Disagree	39	2.9%
N/A	10	0.7%
Total	1,367	100.0%



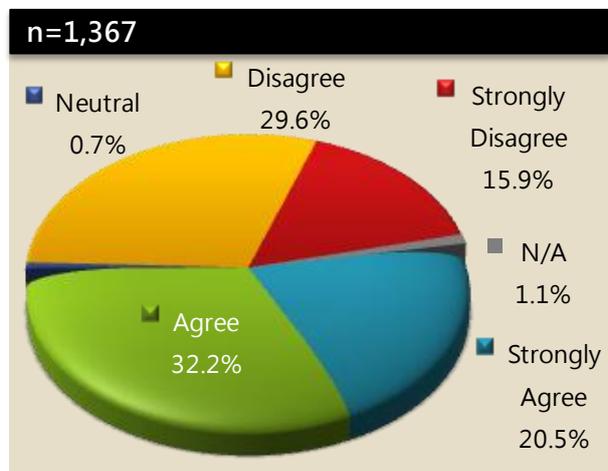
(8) 「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」之同意度

Q54. 請問您同不同意「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況，如生產傷害、手術傷害、麻醉傷害等，不應全面實施。」？

關於「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」的說法，有52.7%的民眾表示同意(包含非常同意20.5%及同意32.2%)；相反的，有45.5%的民眾表示不同意(包含非常不同意15.9%及不同意29.6%)。此外，認為本議題沒什麼同不同意者占0.7%。另有1.1%的民眾未表示意見。

表 3-31 「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」之同意度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	280	20.5%
Agree	439	32.2%
Neutral	10	0.7%
Disagree	405	29.6%
Strongly Disagree	218	15.9%
N/A	15	1.1%
Total	1,367	100.0%



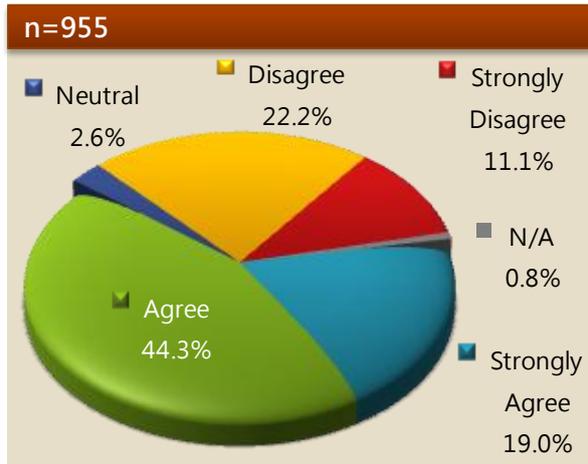
(9) 對於推動「醫療無過失補償制度」之贊成度

Q54A. 整體而言，請問您贊不贊成實施「醫療傷害無過失補償制度」？

整體而言，有63.3%的民眾表示贊成(包含非常贊成19.0%及贊成44.3%)實施「醫療傷害無過失補償制度」；相反的，有33.3%的民眾表示不贊成(包含非常不贊成11.1%及不贊成22.2%)。此外，認為本議題沒有贊不贊成者占2.6%。另有0.8%的民眾未表示意見。

表 3-32 對於推動「醫療無過失補償制度」之贊成度分析表

Category	Frequency	Percent
Strongly Agree	181	19.0%
Agree	424	44.3%
Neutral	25	2.6%
Disagree	212	22.2%
Strongly Disagree	106	11.1%
N/A	7	0.8%
Total	955	100.0%



【小結 6】對於無過失補償制度，整體而言，有 63.3% 的民眾表示贊成，故此制度有推行的必要，但是如何才能讓此制度符合民眾的需求，此為制度細節的問題。本研究尚調查到以下幾個值得注意的結果。

1. 相較於法院訴訟，77.9% 的民眾同意「無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」；80.1% 的民眾同意「無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」。
2. 有 66.3% 的民眾同意「無過失補償制度可避免醫病對立」；79.0% 的民眾同意「無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」。然而，有 46.8% 的民眾表示「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」。
3. 民眾對「無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確」(84.1%)及「為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」(86.9%)的認同度較高；相反的，僅逾半數認同「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」(52.7%)。

以上結果顯示民眾在無過失補償制度對於醫療傷害可以提供快速的賠償且讓家屬受惠持著正面的態度，並且有六成多的民眾同意此制度可以避免醫病對立，且近八成民眾同意無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，以上結果都說明了無過失補償制度所帶來的正向助益。但是有趣的是此制度若可以有效地解決醫療糾紛，則多半民眾應會傾向支持此制度的運作，可是

調查結果顯示約近半數的民眾(46.8%)認同「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」。換言之，無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，對於該制度的採用的應當性，民眾抱持著保留的態度。由此可見民眾對於該制度仍存在某些疑慮，此是否意味著該制度的運作必須存在著一些前提或必要的配套措施。調查分析進一步顯示八成多的民眾認為無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確。故醫療傷害的審查機制是否準確？醫療糾紛的真相是否單憑藉法官就可以公正地揭露？此皆為民眾對於以往醫療訴訟制度的疑慮，而透過無過失補償制度是否能夠改善？這都可能關連到民眾對於此制度的贊成度。此外，約八成七的民眾同意為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限。國家的賠償制度在任何規劃不當或補償失衡的情況都可能瀕臨破產，民眾認為訂出補償金額的上限是可以避免制度破產的一種方式。最後本研究關切的是無過失補償制度施行面的問題，僅逾半數民眾認同「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」，故無過失補償制度的實施情況是否應該擴大至一般醫療傷害情況，而不僅限於生產傷害、手術傷害、麻醉傷害？什麼才是此制度合理的補償範圍，以及制度適切的實施場域與情境？這是制度運作時需要再進一步深究的問題。而在「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」與「醫療無過失補償制度贊成度」的關聯性分析中，同意「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」之受訪者中，有67.7%贊成推行無過失補償制度；並且經卡方檢定後發現，同意「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」的受訪者，對於無過失補償制度的贊成度也明顯較高( $\chi^2=11.273$ ,  $p<.05$ )。在此，本研究推論民眾對於無過失補償制度的實施範圍仍傾向於明確、特定的醫療傷害事件，並非支持全面性的實施。

整體觀之，民眾普遍認同無過失補償制度對於醫病對立的緩和效果，但此制度若能夠提供民眾準確的醫療傷害審查機制、訂定出合理的補償金額上限，且運作在合適且特定的醫療傷害事件之中。本研究預期多數民眾應會對此制度的實施持有正面認同的態度，且支持的民眾應會突破目前所調查的六成贊成度。

## 4. 醫療傷害經驗分析

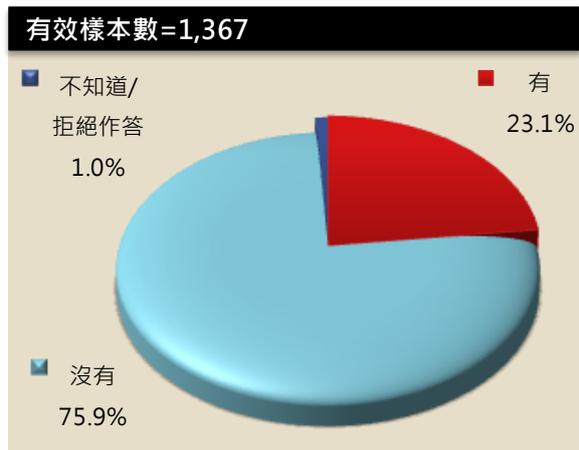
### (1) 熟識親友是否曾發生醫療傷害事件

Q60. 請問您熟識的親友當中，有沒有人發生過醫療傷害事件？

經調查發現，有23.1%的民眾表示熟識親友曾發生過醫療傷害事件；相反的，未曾有此經驗者占75.9%。另有1.0%的民眾未表示意見。

表 3-33 熟識親友是否曾發生醫療傷害事件分析表

項目	次數	百分比
有	316	23.1%
沒有	1,038	75.9%
不知道/拒絕作答	13	1.0%
總和	1,367	100.0%



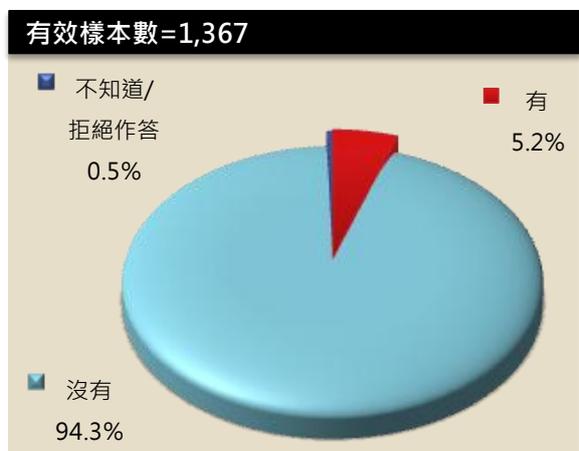
### (2) 本人是否曾發生醫療傷害事件

Q61. 請問您本人有沒有發生過醫療傷害事件？

經調查發現，有5.2%的民眾表示自己曾發生過醫療傷害事件；相反的，未曾有此經驗者占94.3%。另有0.5%的民眾未表示意見。

表 3-34 本人是否曾發生醫療傷害事件分析表

項目	次數	百分比
有	71	5.2%
沒有	1,289	94.3%
不知道/拒絕作答	7	0.5%
總和	1,367	100.0%



### (三) 綜合性比較分析

#### 1. 相關性分析

本研究針對所有非受訪者基本特性的題項，進行各題項間的相關性分析。將各題項分數得分的相關性列於表 4。

計算各題項分數得分之相關性發現，「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質(Q28)」與「提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相(Q29)」呈顯著中度正相關( $r=0.451$ ,  $p<0.01$ )；「醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—嚴重醫療傷害事件(Q36)」與「醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件(Q37)」呈顯著中度正相關( $r=0.671$ ,  $p<0.01$ )；「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療(Q42)」與「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人(Q43)」呈顯著中度正相關( $r=0.470$ ,  $p<0.01$ )。其餘呈現低度相關之項目則不再贅述，詳見表4所示。

#### 2. 因素分析

此外，為了簡化此問卷的題項，找出變項之間共同因素，本研究進行了因素分析(Factor Analysis)，藉此找出較少的成份來解釋原始變項中大部份的變異量。為了檢驗問卷題項是否適合進行因素分析，依據 Kaiser(1974)觀點，適切性量數(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy；KMO)值在 0.70 以上時，題項間可進行因素分析。故研究先經由題項之取樣適切性量數(Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy；KMO)值判別是否適合進行因素分析，經分析後 KMO 值為 0.7141，代表母群體的相關矩陣間有共同因素存在，適合進行因素分析。在因素抽取部份以「主成份分析法」，並採用「最大變異法」之因素轉軸，抽取出特徵值大於 1 之因素，共萃取出 9 個因素，分別依其涵蓋題項為如表 5 所示。

表 4 各題項之相關性

	Q26	Q27	Q28	Q29	Q30	Q31	Q32	Q33	Q34	Q35	Q36	Q37	Q38	Q39	Q40	Q41	Q42	Q43	Q44	Q45	Q46	Q47	Q48	Q49	Q50	Q51	Q52	Q53	Q54	Q64
Q26	1	.175**	.000	.021	.003	.038	.014	.062*	.09**	.075**	.111**	.119**	.049	.065*	.091**	.015	.039	.015	-.003	-.043	.010	-.015	.109**	.112**	.057*	.044	.059*	.094**	-.016	.096**
Q27	.175**	1	.105**	.175**	-.096**	.010	-.082**	.019	.186**	.023	.086**	.134**	-.123**	.023	.147**	.068*	.003	-.066*	-.136**	.006	.100**	-.007	.017	.030	-.080**	-.085**	-.047	.007	-.032	-.029
Q28	.000	.105**	1	.451**	-.060*	-.013	-.087**	.062*	.102**	-.033	.079**	.138**	-.117**	.038	.044	.065*	-.052	-.043	-.105**	-.044	.055*	.052	-.014	.045	-.043	-.018	.017	.015	-.006	-.083*
Q29	.021	.175**	.451**	1	-.088**	.028	-.138**	.018	.151**	.042	.074**	.133**	-.145**	.004	.063*	.079**	-.115**	-.072**	-.168**	.019	.121**	.083**	-.003	.079**	-.063*	.012	-.028	.063*	-.047	-.077*
Q30	.003	-.096**	-.060*	-.088**	1	.056	.280**	.119**	-.132**	-.137**	-.139**	-.144**	.314**	.184**	.022	.081**	.041	.025	.251**	.074**	-.065*	-.087**	.083**	.057*	.189**	.099**	.080**	.085**	.152**	.109**
Q31	.038	.010	-.013	.028	.056	1	.003	.011	.100**	-.059	-.089**	-.119**	.118**	.027	.073*	.076*	-.023	-.057	.012	.026	-.011	.024	.032	-.001	.022	-.029	.006	.011	-.021	.043
Q32	.014	-.082**	-.087**	-.138**	.280**	.003	1	.126**	-.038	-.103**	-.081**	-.115**	.251**	.175**	.004	.052	.106**	.099**	.234**	.120**	-.007	-.032	.035	.056*	.138**	.129**	.137**	.103**	.166**	.108**
Q33	.062*	.019	.062*	.018	.119**	.011	.126**	1	.026	-.114**	-.077**	-.051	.084**	.109**	.031	.036	.101**	.131**	.037	-.011	.113**	-.071	.047	.025	.071**	.014	.094**	.063*	.044	.048
Q34	.090**	.186**	.102**	.151**	-.132**	.100**	-.038	.026	1	.060*	.038	.076**	-.103**	.036	.160**	.058*	.035	.029	-.077**	.084**	.206**	.004	.043	.035	-.062*	.004	.010	-.006	-.074**	-.036
Q35	.075**	.023	-.033	.042	-.137**	-.059	-.103**	-.114**	.06*	1	.300**	.298**	-.204**	-.125**	.119**	.049	-.061*	-.007	-.094**	.024	.030	.049	-.033	-.030	-.078**	.004	-.052	-.088**	-.035	.009
Q36	.111**	.086**	.079**	.074**	-.139**	-.089**	-.081**	-.077**	.038	.300**	1	.671**	-.270**	-.084**	.011	.041	-.018	-.005	-.120**	-.049	.016	.082**	-.087**	-.052	-.073**	-.037	-.041	-.032	-.043	-.099**
Q37	.119**	.134**	.138**	.133**	-.144**	-.119**	-.115**	-.051	.076**	.298**	.671**	1	-.334**	-.067*	.009	.003	-.019	.005	-.199**	-.08**	.032	.037	-.053	-.036	-.091**	-.067*	-.059**	-.083**	-.082**	-.139**
Q38	.049	-.123**	-.117**	-.145**	.314**	.118**	.251**	.084**	-.103**	-.204**	-.270**	-.334**	1	.246**	.067*	.048	.074**	.068*	.347**	.142**	-.028	-.082**	.164**	.155**	.199**	.192**	.117**	.098**	.118**	.185**
Q39	.065*	.023	.038	.004	.184**	.027	.175**	.109**	.036	-.125**	-.084**	-.067*	.246**	1	.101**	.072**	.045	.073**	.183**	.081**	.008	-.002	.132**	.130**	.129**	.181**	.111**	.153**	.143**	.185**
Q40	.091**	.147**	.044	.063*	.022	.073*	.004	.031	.160**	.119**	.011	.009	.067*	.101**	1	.036	-.053*	-.113**	.037	.069*	.059*	.045	.048	.047	-.010	.074**	-.087**	-.02	.015	.051
Q41	.015	.068*	.065*	.079**	.081**	.076*	.052	.036	.058*	.049	.041	.003	.048	.072**	.036	1	.086**	.056*	.092**	.060*	.080**	-.021	.077**	.091**	.071*	.047	.095**	.078**	.133**	.001
Q42	.039	.003	-.052	-.115**	.041	-.023	.106**	.101**	.035*	-.061*	-.018	-.019	.074**	.045	-.053*	.086**	1	.470**	.009	.025	.105**	-.091**	.064*	.008	.097**	-.016	.123**	.029	.082**	.090**
Q43	.015	-.066*	-.043	-.072**	.025	-.057	.099**	.131**	.029	-.007	-.005	.005	.068*	.073**	-.113**	.056*	.470**	1	.006	.078**	.128**	-.095**	.061*	.025	.072**	-.023	.176**	-.015	.081**	.070**
Q44	-.003	-.136**	-.105**	-.168**	.251**	.012	.234**	.037	-.077**	-.094**	-.120**	-.199**	.347**	.183**	.037	.092**	.009	.006	1	.217**	-.022	-.067*	.144**	.128**	.200**	.224**	.136**	.128**	.139**	.200**
Q45	-.043	.006	-.044	.019	.074**	.026	.120**	-.011	.084**	.024	-.049	-.080**	.142**	.081**	.069*	.06*	.025	.078**	.217**	1	.336**	-.081**	.134**	.137**	.134**	.079**	.121**	.016	.095**	.119**
Q46	.010	.100**	.055*	.121**	-.065*	-.011	-.007	.113**	.206**	.030	.016	.032	-.028	.008	.059*	.08**	.105**	.128**	-.022	.336**	1	-.066*	.091**	.110**	.040	.054*	.107**	.029	.058*	.007
Q47	-.015	-.007	.052	.083**	-.087**	.024	-.032	-.071*	.004	.049	.082**	.037	-.082**	-.002	.045	-.021	-.091**	-.095**	-.067*	-.081**	-.066*	1	-.097**	-.067*	-.062*	.064*	-.009	.035	-.114**	-.004
Q48	.109**	.017	-.014	-.003	.083**	.032	.035	.047	.043	-.033	-.087**	-.053	.164**	.132**	.048	.077**	.064*	.061*	.144**	.134**	.091**	-.097**	1	.597**	.331**	.275**	.168**	.246**	.020	.360**
Q49	.112**	.030	.045	.079**	.057*	-.001	.056*	.025	.035	-.030	-.052	-.036	.155**	.130**	.047	.091**	.008	.025	.128**	.137**	.110**	-.067*	.597**	1	.394**	.319**	.168**	.322**	.029	.374**
Q50	.057*	-.08**	-.043	-.063*	.189**	.022	.138**	.071**	-.062*	-.078**	-.073**	-.091**	.199**	.129**	-.010	.071*	.097**	.072**	.200**	.134**	.040	-.062*	.331**	.394	1	.459**	.282**	.209**	.111**	.347**
Q51	.044	-.085**	-.018	.012	.099**	-.029	.129**	.014	.004	.004	-.037	-.067*	.192**	.181**	.074**	.047	-.016	-.023	.224**	.079**	.054*	.064*	.275**	.319**	.459**	1	.236**	.292**	.100**	.285**
Q52	.059*	-.047	.017	-.028	.080**	.006	.137**	.094**	.010	-.052	-.041	-.059*	.117**	.111**	-.087**	.095**	.123**	.176**	.136**	.121**	.107**	-.009	.168**	.168**	.282**	.236**	1	.196**	.088**	.225**
Q53	.094**	.007	.015	.063*	.085**	.011	.103**	.063*	-.006	-.088**	-.032	-.083**	.098**	.153**	-.020	.078**	.029	-.015	.128**	.016	.029	.035	.246**	.322**	.209**	.292**	.196**	1	.181**	.240**
Q54	-.016	-.032	-.006	-.047	.152**	-.021	.166**	.044	-.074**	-.035	-.043	-.082**	.118**	.143**	.015	.133**	.082**	.081**	.139**	.095**	.058*	-.114**	.020	.029	.111**	.100**	.088**	.181	1	.108**
Q64	.096**	-.029	-.083*	-.077*	.109**	.043	.108**	.048	-.036	.009	-.099**	-.139**	.185**	.185**	.051	.001	.090**	.070*	.200**	.119**	.007	-.004	.36**	.374**	.347**	.285**	.225**	.240**	.108**	1

\*\* = p < .01; \* = p < .05 (2-tailed).

表 5 因素分析

題號	內容	成份 1	成份 2	成份 3	成份 4	成份 5	成份 6	成份 7	成份 8	成份 9
Q48	「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」	0.699	-0.018	-0.082	-0.091	0.051	0.048	0.281	0.030	0.021
Q49	「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」	0.768	0.014	-0.028	0.020	-0.022	0.094	0.214	0.015	-0.028
Q50	「無過失補償制度可避免醫病對立」	0.694	0.169	0.023	-0.074	0.089	0.012	-0.136	-0.053	0.033
Q51	「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」	0.624	0.169	0.082	0.059	-0.068	-0.002	-0.247	0.003	0.180
Q52	「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」	0.421	0.188	-0.042	-0.005	0.211	0.287	-0.157	-0.058	-0.146
Q53	「無過失補償制度應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」	0.572	0.006	-0.142	0.112	-0.088	0.045	0.005	0.331	-0.035
Q30	「經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬不應再抗爭」	0.044	0.679	-0.123	0.046	0.042	-0.072	-0.054	0.026	0.053
Q32	「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」	0.023	0.683	0.044	-0.063	0.107	0.094	-0.009	0.016	-0.065
Q38	「只須民事損害賠償追究醫療人員過錯」	0.132	0.555	-0.398	-0.174	-0.026	-0.022	0.065	0.073	0.038
Q39	「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」	0.203	0.416	-0.086	0.148	0.070	-0.070	0.114	0.228	0.279
Q44	「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」	0.190	0.532	-0.065	-0.147	-0.120	0.144	-0.055	0.179	-0.066
Q35	醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—輕微醫療傷害事件	0.006	-0.145	0.553	-0.255	-0.103	0.018	0.116	0.082	0.204
Q36	醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—嚴重醫療傷害事件	-0.062	-0.039	0.849	0.072	0.029	0.000	0.010	0.033	-0.040
Q37	醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件	-0.025	-0.111	0.835	0.145	0.042	0.023	0.081	-0.038	-0.051
Q28	「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」	-0.038	-0.005	0.060	0.819	-0.037	-0.039	0.035	0.044	-0.033
Q29	「提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相」	0.043	-0.184	0.043	0.775	-0.161	0.077	0.097	0.062	0.017
Q33	「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因醫師或醫療機構自認有過失會先和解」	-0.020	0.289	-0.096	0.327	0.401	0.149	0.047	-0.343	0.123
Q42	「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療」	0.055	-0.008	-0.003	-0.106	0.774	0.013	0.043	0.164	-0.033
Q43	「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人」	-0.005	0.030	0.028	-0.082	0.785	0.079	-0.074	0.052	-0.036
Q34	「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」	0.048	-0.276	-0.004	0.196	0.141	0.369	0.313	0.042	0.270
Q45	「醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質」	0.161	0.246	0.045	-0.099	-0.025	0.737	-0.046	0.117	0.032
Q46	「醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償」	0.046	-0.087	0.008	0.087	0.104	0.799	0.061	-0.015	-0.029
Q26	「醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償」	0.156	0.137	0.126	-0.014	0.087	-0.138	0.646	-0.229	-0.081
Q27	「醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構」	-0.068	-0.119	0.058	0.130	-0.121	0.134	0.613	0.157	0.078
Q41	「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題」	0.004	0.112	0.079	0.107	0.171	0.056	0.212	0.624	0.041
Q54	「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」	0.092	0.202	-0.018	-0.012	0.078	0.050	-0.247	0.627	-0.087
Q40	「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題」	-0.023	0.042	0.079	0.047	-0.111	0.101	0.286	-0.010	0.677
Q47	「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」	0.068	-0.016	-0.039	-0.091	0.034	-0.080	-0.299	-0.072	0.657

透過因素分析，共萃取出九個成份，成份命名如下：

- I. 成份1：涵蓋「Q48-Q53」，其敘述內容均為對無過失補償制度所帶來的正面效益，因此將此成份命名為「無過失補償制度效益認同」。
- II. 成份2：涵蓋「Q30」、「Q32」、「Q38」、「Q39」、「Q44」，其敘述內容多以站在醫師或醫療機構角色設想，認為在非必要情形下，不須以手段強硬的刑罰制度處罰醫師或醫療機構，因此將此成份命名為「醫師或醫療機構觀點導向」。
- III. 成份3：涵蓋「Q35-Q37」，其敘述內容係在輕微醫療傷害事件、嚴重醫療傷害事件及導致病人死亡事件時，民眾向醫師或醫療機構提出告訴的可能性，因此將此成份命名為「醫師或醫療機構道歉後提告可能性」。
- IV. 成份4：涵蓋「Q28」及「Q29」，其敘述內容主要是肯定醫療傷害告訴帶來的好處，如改善醫療品質及瞭解醫療過程真相，因此將此成份命名為「醫療傷害告訴對醫療品質提升」。
- V. 成份5：涵蓋「Q33」、「Q42」及「Q43」，其敘述內容係指醫師或醫療機構有法律訴訟或醫療責任規避之情形，因此將此成份命名為「醫師或醫療機構責任規避」。
- VI. 成份6：涵蓋「Q34」、「Q45」及「Q46」，其敘述內容係否定醫療傷害告訴的效益，認為其無法為病人或家屬爭取補償或提升醫療品質，因此將此成份命名為「醫療傷害告訴效益否定」。
- VII. 成份7：涵蓋「Q26」及「Q27」，其敘述內容是指對醫療傷害告訴懲罰權的認同，即為病人獲取賠償及責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構，因此將此成份命名為「醫療傷害告訴補償效益認同」。
- VIII. 成份8：涵蓋「Q41」及「Q54」，其敘述內包含醫療傷害事件發生應由醫療照護制度責任，及無過失補償制度應限制傷害類型等，因此將此成份命名為「醫療制度面向考量」。
- IX. 成份9：涵蓋「Q40」及「Q47」，其敘述內容認為當醫療傷害案件發生時，醫師必須負完全責任，並且對於無過失補償制度不苛責醫療人員的作法不甚認同，因此將此成份命名為「醫師道德譴責」。

### 3.多元迴歸分析

除了基本的問卷資料描述統計分析之外，以下將分別針對各個題項以及因素分析而出的九個因素構面，進行多元迴歸分析，主要探討各題項或各因素構面對於醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響。

#### A.各因素構面對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

利用民眾對因素分析之九項因素評價分數為自變項，藉以瞭解其對於醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響，而結果發現在「無過失補償制度效益認同」、「醫師或醫療機構觀點導向」及「醫療傷害告訴對醫療品質提升」自變項中均達顯著水準。若就影響力來看，以「無過失補償制度效益認同」( $\beta=0.444$ )的影響力最大。同時經VIF檢定後，各變項VIF值均小於10，顯示自變項間沒有嚴重的共線問題，此模型的迴歸方程式為 $Y=0.645+0.809X_1+0.125X_2-0.109X_3-0.094 X_4$ ，整體來看此預測模式的解釋力為22.3%。

表 1-1 多元迴歸分析-各因素構面對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

變項	b	S.E.	$\beta$	T	p	VIF	Adj-R <sup>2</sup>	F 值
(常數)	.645	.344		1.873	.061		.223	59.336 <sup>***</sup>
無過失補償制度效益認同	.809	.061	.444	13.340	.000	1.160		
醫師或醫療機構觀點導向	.125	.050	.082	2.498	.013	1.130		
醫療傷害告訴對醫療品質提升	-.109	.052	-.067	-2.123	.034	1.032		
醫療傷害告訴效益否定	-.094	.047	-.064	-1.999	.046	1.061		

表6-2 各因素構面對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響迴歸方程式

依變數名稱	方程式代號	自變數名稱	方程式代號
醫療傷害無過失補償制度贊成度	Y	無過失補償制度效益認同	X <sub>1</sub>
		醫師或醫療機構觀點導向	X <sub>2</sub>
		醫療傷害告訴對醫療品質提升	X <sub>3</sub>
		醫療傷害告訴效益否定	X <sub>4</sub>
$Y=0.645+0.809X_1+0.125X_2-0.109X_3-0.094 X_4$			

## B.各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

經由多元迴歸分析的「逐步迴歸法」分析個別題項對於醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響發現，在表7-1中的11項自變項均達顯著水準。若就影響力來看，以「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」( $\beta=0.184$ )的影響力最大。同時經VIF檢定後，各變項VIF值均小於10，顯示自變項間沒有嚴重的共線問題，此迴歸方程式 $Y=1.112+0.233X_1+0.123X_2+0.182X_3+0.129 X_4+0.097 X_5-0.0751 X_6-0.087 X_7+0.088 X_8-0.095 X_9$ 。為整體來看此預測模式的解釋力為24.5%。

表 7-1 多元迴歸分析-各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

變項	<i>b</i>	<i>S. E.</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>VIF</i>	<i>Adj-R<sup>2</sup></i>	<i>F</i> 值
(常數)	1.112	.323		3.446	.001		.245	30.269**
「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」之同意度	.233	.051	.184	4.576	.000	1.745		
「無過失補償制度可避免醫病對立」之同意度	.123	.038	.119	3.227	.001	1.470		
「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」之同意度	.182	.045	.157	4.031	.000	1.639		
「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」之同意度	.129	.039	.106	3.295	.001	1.120		
「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度	.097	.032	.097	3.066	.002	1.073		
醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件	-.075	.028	-.082	-2.643	.008	1.037		
「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」之同意度	-.087	.032	-.083	-2.690	.007	1.036		
「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度	.088	.041	.076	2.137	.033	1.346		
「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」之同意度	-.095	.045	-.066	-2.108	.035	1.046		

表 7-2 各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響迴歸方程式

依變數名稱	方程式代號	自變數名稱	方程式代號
醫療傷害無過失補償制度贊成度	Y	「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」之同意度	X <sub>1</sub>
		「無過失補償制度可避免醫病對立」之同意度	X <sub>2</sub>
		「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」之同意度	X <sub>3</sub>
		「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」之同意度	X <sub>4</sub>
		「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度	X <sub>5</sub>
		醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件	X <sub>6</sub>
		「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」之同意度	X <sub>7</sub>
		「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之同意度	X <sub>8</sub>
		「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」之同意度	X <sub>9</sub>
		「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度	X <sub>10</sub>
		「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」之同意度	X <sub>11</sub>
Y=1.112+0.233X <sub>1</sub> +0.123X <sub>2</sub> +0.182X <sub>3</sub> +0.129 X <sub>4</sub> +0.097 X <sub>5</sub> -0.0751 X <sub>6</sub> -0.087 X <sub>7</sub> +0.088 X <sub>8</sub> -0.095 X <sub>9</sub>			

#### 4. 邏輯迴歸分析

##### A.各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

在迴歸方程式的預測準確性方面，當Nagelkerke R<sup>2</sup>愈趨近於1時，表示模型能夠完美預測（王濟川與郭志剛，2003：88），本模式Nagelkerke R<sup>2</sup>為0.345，未達0.5以上，表示自變項與依變項間關聯強度的關係尚可。

再者，運用Hosmer-Lemeshow Test檢測檢測邏輯斯迴歸方程式的整體配適度發現， $\chi^2$ 係數為9.033，顯著性為0.339，未達顯著水準，表示此方程式的整體配適度適當。在模式中篩選之變數表5-15所示，以11個預測變項進行預測後，並設定機率的分割點為.500，重新分類正確性為67.8%。

表 8-1 模式摘要-各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

步驟	-2 對數概似	Cox & Snell R 平方	Nagelkerke R 平方
1	616.006(a)	.263	.368
...	...	...	...
17	630.228(b)	.247	.345

a 因為參數估計值變化小於 .001，所以估計工作在疊代數 6 時終止。

b 因為參數估計值變化小於 .001，所以估計工作在疊代數 5 時終止。

表 8-2 模式涵蓋變數摘要-各題項對醫療傷害無過失補償制度贊成度之影響

	B	S.E.	Wald	自由度	顯著性	Exp(B)
「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫療品質」之同意度	-1.314	.587	5.008	1	.025	.269
「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因法院裁判不公平」之同意度	-.560	.205	7.487	1	.006	.571
醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—輕微醫療傷害事件	1.285	.574	5.017	1	.025	3.614
醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件	-.831	.241	11.901	1	.001	.435
「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度	.511	.217	5.530	1	.019	1.667
「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」之同意度	.572	.218	6.857	1	.009	1.771
「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之同意度	-.478	.201	5.635	1	.018	.620
「相較於法院訴訟，無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」之同意度	1.273	.284	2.089	1	.000	3.572
「相較於法院訴訟，無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」之同意度	.702	.322	4.758	1	.029	2.018
「無過失補償制度可避免醫病對立」之同意度	.743	.235	9.985	1	.002	2.102
「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度	.529	.263	4.039	1	.044	1.697
「無過失補償制度由醫療專家審查傷害，較法官準確」之同意度	.563	.277	4.131	1	.042	1.757
常數	-5.530	1.505	13.498	1	.000	.004

**B. 各題項對「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」同意度之影響**

在迴歸方程式的預測準確性方面，本模式Nagelkerke R<sup>2</sup>為0.098，未達0.5以上，表示自變項與依變項間關聯強度的關係尚可。

再者，運用Hosmer-Lemeshow Test檢測檢測邏輯斯迴歸方程式的整體配適度發現， $\chi^2$ 係數為6.048，顯著性為0.642，未達顯著水準，表示此方程式的整體配適度良好。在模式中篩選之變數表5-17所示，以8個預測變項進行預測後，並設定機率的分割點為.500，重新分類正確性為58.7%。

表 8-3 模式摘要-各題項對「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」同意度之影響

步驟	-2 對數概似	Cox & Snell R 平方	Nagelkerke R 平方
1	804.847	.091	.121
...	...	...	...
21	816.674	.073	.098

a 因為參數估計值變化小於 .001，所以估計工作在疊代數 4 時終止。

表8-4 模式涵蓋變數摘要-各題項對「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之影響

	B	S.E.	Wald	自由度	顯著性	Exp(B)
「提出醫療傷害告訴是為了知道醫療過程的真相」之同意度	-1.314	.587	5.008	1	.025	.269
「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」之同意度	-.560	.205	7.487	1	.006	.571
「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因醫師或醫療機構自認有過失會先和解」之同意度	1.285	.574	5.017	1	.025	3.614
醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—嚴重醫療傷害事件	-.831	.241	11.901	1	.001	.435
「為鼓勵醫療人員主動報告錯誤以改善醫療機構制度，不應用法律追究醫療人員」之同意度	.511	.217	5.530	1	.019	1.667
「無過失補償制度讓醫療人員較願意透露相關資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」之同意度	.572	.218	6.857	1	.009	1.771
「無過失補償制度應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」之同意度	-.478	.201	5.635	1	.018	.620
「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」之同意度	1.273	.284	2.089	1	.000	3.572
常數	.702	.322	4.758	1	.029	2.018

C.各題項對「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」同意度之影響

在迴歸方程式的預測準確性方面，本模式Nagelkerke R<sup>2</sup>為0.137，未達0.5以上，表示自變項與依變項間關聯強度的關係尚可。

再者，運用Hosemer-Lemeshow Test檢測檢測邏輯斯迴歸方程式的整體配適度發現， $\chi^2$ 係數為12.068，顯著性為0.148，未達顯著水準，表示此方程式的整體配適度良好。在模式中篩選之變數表8-6所示，以9個預測變項進行預測後，並設定機率的分割點為.500，重新分類正確性為52.7%。

表 8-5 模式摘要-各題項對「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」同意度之影響

步驟	-2 對數概似	Cox & Snell R 平方	Nagelkerke R 平方
1	1176.232	.113	.150
...	...	...	...
22	1186.482	.103	.137

a 因為參數估計值變化小於 .001，所以估計工作在疊代數 4 時終止。

表8-6 模式涵蓋變數摘要-各題項對「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」之影響

	B	S.E.	Wald	自由度	顯著性	Exp(B)
「經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬不應再抗爭」之同意度	.331	.146	5.110	1	.024	1.392
「臺灣醫療傷害訴訟事件勝率現況係因許多病人或家屬亂告」之同意度	.393	.146	7.292	1	.007	1.482
醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾提告可能性—導致病人死亡事件	-.355	.155	5.266	1	.022	.701
「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」之同意度	.345	.158	4.760	1	.029	1.412
「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題」之同意度	.518	.152	11.579	1	.001	1.678
「醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療」之同意度	.242	.140	3.000	1	.083	1.274
「醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質」之同意度	.292	.140	4.349	1	.037	1.339
「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」之同意度	.539	.140	14.818	1	.000	1.714
「無過失補償制度應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」之同意度	.844	.241	12.225	1	.000	2.325
常數	-4.458	.596	55.852	1	.000	.012

#### (四) 研究調查結論

本調查研究針對各題項進行描述統計、關連性分析、因素分析、多元迴歸分析、邏輯迴歸分析，並對相關的題項，逐步進行小結，探討分析結果的可能性。在此，我們針對所有的分析結果，再總結一些重要的結論於下：

##### 1. 對於醫療傷害訴訟制度之看法

- A. 民眾同意醫療訴訟的主要目的是為「改善醫療品質」(91.4%)或「知道醫療過程的真相」(89.9%)的比例較高；並且有 57.5%的民眾認同如經判決確定醫師或醫療機構沒有過失，原告病人或家屬就不應再行抗爭。
- B. 民眾對臺灣醫療傷害訴訟事件病人或家屬勝訴率認知與相關研究數據相近；並且根據在臺灣醫療傷害訴訟結果，民眾同意係因「醫師或醫療機構會先和解」(78.7%)的比例較高。
- C. 當醫療傷害事件導致病人死亡時，即使醫師或醫療機構願意主動解釋補救，民眾傾向於提告的可能性仍然較高(65.5%)；相反的，輕微醫療事件的提告可能性則明顯較低(4.2%)。
- D. 50.3%的民眾同意「追究醫療人員的過錯時，民事損害賠償就已經足夠，不需要動用刑事處罰」；71.6%同意「只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰」。

##### 2. 對於醫療品質之看法

- A. 當醫師犯錯而傷害到病人時，31.0%的民眾同意「完全是醫師個人的問題」；相對的，68.0%同意「是病人照護制度的整體問題」。
- B. 民眾同意「醫師或醫療機構會因害怕被告，避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人」(56.7%)的比例較醫師或醫療機構會「多做不必要的檢查或治療」(48.9%)高。
- C. 民眾對於「為了鼓勵醫療人員主動報告自己的錯誤，讓醫療機構能進行制度上

的調整以避免同樣的問題。因此，有人認為不應該用法律來追究這些醫療人員」的同意度占 39.0%。

- D. 對於醫療傷害訴訟制度，有 49.7% 民眾同意「無法提升醫療的品質」；69.9% 民眾同意此制度「無法讓大部分應受到補償的人獲得補償」。

### 3. 對於醫療傷害無過失補償制度之看法

- A. 相較於法院訴訟，77.9% 的民眾同意「無過失補償制度能快速補償受害病人或家屬」；80.1% 的民眾同意「無過失補償制度能讓更多受害病人或家屬受惠」。
- B. 有 66.3% 的民眾同意「無過失補償制度可避免醫病對立」；79.0% 的民眾同意「無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，有助於規劃提升病人安全的措施」。然而，有 46.8% 的民眾表示「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用」。
- C. 民眾對「無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確」(84.1%)及「為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限」(86.9%)的認同度較高；相反的，僅逾半數認同「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況」(52.7%)。
- D. 整體而言，有 63.6% 的民眾贊成實施「醫療傷害無過失補償制度」

### 4. 醫療傷害經驗分析

經調查發現，有 23.1% 的民眾表示熟識親友曾發生過醫療傷害事件，而在自身經驗中，有 5.2% 的民眾表示自己曾發生過醫療傷害事件。

## 八、參考文獻

1. Weiler P. *Medical malpractice on trial* Cambridge, MA: Harvard University Press; 1991.
2. Kohn LT, Corrigan JM, Molla S, Donaldson E. *TO ERR IS HUMAN : Building a safer Health system*. Washington,: National Academy; 2000.
3. Law S. Torts. In: Morrison A, ed. *Fundamentals of American Law*. New York: Oxford University Press; 1996:239-262.
4. Mello MM, Studdert DM, DesRoches CM, et al. Caring For Patients In A Malpractice Crisis: Physician Satisfaction And Quality Of Care. *Health Affairs*. July 1, 2004 2004;23(4):42-53.
5. Weiler PC. The case for no-fault medical liability. *Maryland Law Review*. 1993;52:908-950.
6. Harris D, Wu C. Medical malpractice in The People's Republic of China: The 2002 Regulation on the Handling of Medical Accidents *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2005;Fall 2005:456-477.
7. Sage WM. The Forgotten Third: Liability Insurance And The Medical Malpractice Crisis. *Health Affairs*. July 1, 2004 2004;23(4):10-21.
8. Mello MM, Studdert DM, Kachalia AB, Brennan TA. “Health Courts” and Accountability for Patient Safety. *Milbank Quarterly*. 2006;84(3):459-492.
9. Calabresi G, Hirschhoff JT. Toward a test for strict liability in torts. *The Yale Law Journal*. 1972;85:1055-1085.
10. Strunk AL, Queenan JT. Beyond negligence: Administrative compensation for adverse medical outcomes. *Obstetrics & Gynecology*. 2010;115(5):896-903.
11. Abraham KS, Weiler PC. Enterprise medical liability and the evolution of the American health care system. *Harvard Law Review*. 1994;108(2):381-436.
12. 吳志正. *解讀醫病關係 I : 醫療契約篇*. 台北市: 元照出版公司; 2006.
13. 林欣柔, 楊秀儀. 告別馬偕肩難產事件?—新醫療法第八二條第二項評估. *月旦法學雜誌*. 2004(112):24-34.
14. Smith HW. *Legal Responsibility for Medical Malpractice* Chicago: American Medical Association 1942:57.
15. McCoid AH. The Care Required of Medical Practitioners. *Vanderbilt Law Review*. 1959;12(3):550.
16. Ville KAD. *Medical Malpractice in Nineteenth-century American: Origins and Legacy* New York: New York University 1990.
17. Morris C. Custom and Negligence. *Columbia Law Review*. 1942;42(7):1147-1168.
18. *Small v. Howard* 128 Mass 131(1880).
19. Havighurst CC, Blumstein JF, Brennan TA. *Health Care Law and Policy* New York Foundational Press; 1998:1015.

20. Hall MA, Bobinski MA, Orentlicher D. Medical liability and treatment relationship New York Aspen Publishers; 2005:319.
21. *Helling v. Carey*, 519 P. 2d 981(1974).
22. Schwartz WB, Komesar NK. Damages and Deterrence: an Economic View of Medical Malpractice. *The New England Journal of Medicine*. 1978;298(3):1282-1289.
23. Wennberg JE. Dealing with Medical Practice Variations: a Proposal for Action *Health Affairs*. 1984;3(2):6-32.
24. Warner JH. Ideals of Science and Their Discontents on Late Nineteenth-century American Medicine. *Isis*. 1991;82(3):454-478.
25. Starr P. *The social Transformation of American Medicine: the Rise of Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*. New York Basic Books; 1982.
26. Eddy DM. Probabilistic Reasoning in Clinical Medicine: Problems and Opportunities. In: al. Ke, ed. *Judgment Under Uncertainty*. New York Cambridge University Press; 1982:249-267.
27. McGuire T. Physician Agency In: Newhouse AJCaJP, ed. *Handbook of Health Economics* Vol 1: Elsevier Science B. V.; 2000:461-536.
28. *United Blood Services v. Quintana*, 827 P. 2d 509(1992).
29. *Nowatske v. Osterloh* 543 N.W. 2d 265(1996).
30. *Daubert v. Merrel Dow Pharmaceuticals*, 509 U.S. 579(1993).
31. *General Electric v. Joiner*, 552 U.S. 136(1997).
32. *Kumho Tire Company. Ltd v. Carmichael et al.*, 526 U.S. 137(1999).
33. Williams CL. The Washington and Lee Law Alumni Association Student Note Colloquium: Evidenced-based Medicine in the Law beyond Clinical Practice Guidelines: What Effects Will EBM Have on the Standard of Care. *Wash & Lee L. Rev.* 2004;61:479-533.
34. Pappas SC. A Tribute to United States District Judge David Hittner: Comment: Curing the DAubert Disappointment: Evidence-based Medicine and Expert Medical Testimony. *S. Tex. L.Rev.* 2005;46:595-625.
35. Sage WM, Hastings KE, Berenson RA. Enterprise liability for medical malpractice and health care quality improvement. *American Journal of Law & Medicine*. 1994;20:1-28.
36. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, et al. Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *New England Journal of Medicine*. 2006;354(19):2024-2033.
37. Catino M. Blame culture and defensive medicine. *Cognition, Technology & Work*. 2009;11(4):245-253.
38. Studdert DM, Brennan TA. No-Fault Compensation for Medical Injuries. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. July 11, 2001 2001;286(2):217-223.
39. Studdert DM, Brennan TA. Toward a workable model of "no-fault" compensation for medical injury in the United States. *American Journal of Law & Medicine*.

2001;27:225-252.

40. Studdert DM, Thomas EJ, Zbar BIW, et al. Can the United States afford a "no-fault" system of compensation for medical injury? *Law & Contemporary Problems*. 1997;60(2):1-34.
41. Sage WM. Enterprise liability and the emerging managed health care system. *Law & Contemporary Problems*. 1997;60(2):159-210.
42. Barringer PJ, Studdert DM, Kachalia AB, Mello MM. Administrative Compensation of Medical Injuries: A Hardy Perennial Blooms Again. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. August 2008 2008;33(4):725-760.
43. 古清華. 維他命過敏死亡民事判決介紹----台灣高等法院八十九年上字一一八九號民事判決. *醫事法學*. 2003;10(3)-11(1):70-101.
44. 吳志正. *解讀醫病關係II 醫療責任體系篇*. 台北: 元照出版社; 2006.
45. 侯英冷. 醫療行為的民事上賠償責任(上)----從德國醫師責任法(Arzthaftungsrecht)切入探討. *月旦法學雜誌*. 2001;72:116-132.
46. 侯英冷. 醫療行為的民事上賠償責任(下)----從德國醫師責任法(Arzthaftungsrecht)切入探討. *月旦法學雜誌*. 2001;73:112-119.
47. 楊秀儀. 醫療糾紛與醫療無過失制度----美國經驗四十年來之探討. *政大法學評論*. 2001;68:1-41.
48. 楊秀儀. 從無過失重回過失----紐西蘭有關醫療傷害補償制度之變遷及對台灣之啟示. *政大法學評論*. 2000;64:97-119.
49. 楊秀儀. 瑞典「病人賠償保險」制度之研究----對台灣醫療傷害責任制之啟發. *台大法學論叢*. 2000;30(6):165-194.
50. 楊秀儀. 美國「告知後同意」法則之考察分析. *月旦法學雜誌*. 2005;121:138-152.
51. 楊秀儀. 告知後同意法則之司法實務發展----最高法院九四年台上字第二六七六號判決評釋. *台灣本土法學*. 2005;73:212-214.
52. 陳忠五. 醫療事故與消費者保護法服務責任之適用要件(上)----台灣台北地方法院八十五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八十七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決再評釋. *台灣本土法學*. 2000;17:75-111.
53. 陳忠五. 醫療行為與消費者保護法服務責任之適用領域----台灣台北地方法院八十五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八十七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決評釋. *台灣本土法學*. 2000;7:36-61.
54. 陳忠五. 醫療事故與消費者保護法服務責任之適用要件(下)----台灣台北地方法院八十五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八十七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案件)判決再評釋. *台灣本土法學*. 2001;18:39-56.
55. 陳忠五. 醫療事故與消費者保護法服務責任之適用問題(上)----最高法院九0年度台上字第七0九號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決評釋. *台灣本土法學*. 2002;36:47-74.
56. 陳忠五. 醫療事故與消費者保護法服務責任之適用問題(下)----最高法院九0年度台上字第七0九號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決評釋. *台灣本土法學*. 2002;37:31-62.
57. 陳忠五. 二00三年消費者保護法商品於與服務責任修正評論----消費者保護的「進

- 步」或「退步」？. *台灣本土法學*. 2003;50:24-69.
58. 陳忠五. 醫療糾紛的現象與問題. *台灣法學*. 2004;55:1-4.
59. 陳聰富. 「存活機會喪失」之損害賠償. *全國律師*. 1996;11月號:85-113.
60. 朱伯松. *消費者保護法論*. 台北: 翰蘆圖書出版有限公司; 1998.
61. 劉文榕. 醫療過失 (Medical Negligence) ----英美法案例為中心 (上). *醫事法學*. 2000;7(4) -8(1):28-42.
62. 劉文榕. 醫療過失 (Medical Negligence) ----英美法案例為中心 (中). *醫事法學*. 2000;8(2/3):13-23.
63. 劉文榕. 醫療過失 (Medical Negligence) ----英美法案例為中心 (下). *醫事法學*. 2001;9(1):28-46.
64. 楊秀儀. 論醫療糾紛之定義、成因及歸責原則. *台灣本土法學*. 2002;39:12-131.
65. 吳基福. *台灣地區醫療糾紛實況*. 台北市: 台灣醫界雜誌; 1984.
66. 陳榮基. *台灣醫療糾紛的現況與處理 (上)*. 台北: 健康世界雜誌社; 1993.
67. 陳榮基. *台灣醫療糾紛的現況與處理 (下)*. 台北: 健康世界雜誌社; 1993.
68. 王咪咪 楊. 醫療糾紛鑑定簡介. *衛生報導*. 1998;8(2).
69. 邱清華, 劉緒倫, 饒明先. 醫療糾紛鑑定之現況、檢討及建議. *醫事法學*. 2000;7(4) and 8(1):7-12.
70. 高鳳仙. 論我國鑑定制度與美國專家證人制度在醫療事件之角色扮演 (上). *萬國法律*. 2003;129:60-71.
71. 高鳳仙. 論我國鑑定制度與美國專家證人制度在醫療事件之角色扮演 (下). *萬國法律*. 2003;130:85-95.
72. Moorhouse JC, Morriss AP, Whaples R. Law & economics and tort law: A survey of scholarly opinion. *Albany Law Review*. 1998;62:667-696.
73. Keeton RE. Compensation for medical accidents. *University of Pennsylvania Law Review*. 1973;121(3):590-617.

## 貳、計畫工作項目及成果

### 一、會議簡介

本會議於 2012 年 12 月 14 日舉行，藉由結合學術演講與專家座談，希望能夠凝聚共識，做出政策建議，作為政府將來之參考。早上之學術演講，闡述醫療傷害處理之法律與政策；首先由全球之觀點比較醫療傷害訴訟制度，接著藉由台灣本土之民意調查資料闡述發展上述政策之可能方向，最後則從法理與實證研究分別探討「刑責合理化」之制度。下午則由蒞臨參加演講之學界、實務界、及社會團體成員，共同以專家座談之方式發言，針對上述政策之核心議題，進行討論，希望能夠形成共識，做出政策建議提綱，提供給政府作為立法政策與修訂法令之參考。

早上之學術演講邀請到北卡羅萊那大學公共衛生學院的 Dean Harris 教授與臺大醫學院社會醫學科吳建昌助理教授兩位教授分別以「全球之觀點比較醫療傷害訴訟制度」與「臺灣醫療傷害「不責難之無過失補償制度」：民意導向之政策可能性」為題進行演講，接著請陽明大學醫學系內科學吳俊穎教授與臺大法律學系陳聰富教授從法理與實證研究分別以「醫療糾紛責任合理化—從實證研究省思」和「醫療刑事責任合理化立法爭議及相關配套措施」為題講述並探討「刑責合理化」之制度。本次會議邀請陳為堅院長與蔡甫昌主任主辦單位致詞，並邀請行政院衛生署林奏延副署長、法務部朱坤茂司長、簡美慧主任檢察官、臺灣醫療改革基金會陳芙嫩副執行長、醫師公會全國聯合會李明濱理事長貴賓致詞，會議及演講主持人由臺大法律學院陳聰富教授及臺大醫學院社會醫學科蔡甫昌主任擔任。

下午醫療傷害處理制度圓桌論壇以「醫療傷害處理制度」為主題，以專家座談之方式共同發言，會議開場邀請到臺大政策與法律研究中心陳正倉執行長致詞，會議主持人則是邀請和信治癌中心醫院黃達夫院長、臺大法律學系陳聰富教授、臺大醫學院社會醫學科吳建昌助理教授擔任外，還邀請到政策制定者及社會團體代表行政院衛生署林奏延副署長、田秋堇立法委員、劉建國立法委員法務助理林有忠、林政德先生、台南市政府劉依軒小姐、臺灣醫療改革基金會陳芙嫩副執行長、朱顯光組長、張雅婷研究員、醫師公會全國聯合會林萍章副執行長、施肇榮執行長、趙堅委員、蔣友良委員、臺灣女人連線黃淑英理事長、

台北醫師公會陳義聰理事長、護理師護士公會全國聯合會林月桂副理事長等，和學界、法界及實務界代表馬偕醫院江盛醫師、臺大醫學院謝豐舟教授、林口長庚婦產科部李奇龍主任、臺大法律學系王皇玉教授、台北地方法院張瑜鳳庭長、姚念慈法官、臺灣高等法院邱琦法官、臺灣麻醉醫學會謝宜哲醫師、彰化基督教醫院葉光芄醫師等。

## 二、會議緣起

醫療訴訟是許多醫師執業過程中及醫療機構營運過程中揮之不去的夢魘，對他們而言，醫療訴訟有百害而無一利，不僅可能造成防衛醫療，甚至可能對於受訴醫師的執業水準產生負面影響。然而，從醫事政策理論的角度而言，醫療傷害處理制度具有下列的目的：決定醫療傷害責任的歸屬並分配傷害的成本、預防醫療傷害並提升醫療品質、對有醫療過失的醫師或醫療機構進行道德譴責。然而，這些政策目的彼此之間可能產生衝突，而且對於醫師的道德譴責若是不一定能夠達到有利於病人安全及健康之目的時，傳統的醫療過失傷害訴訟制度之正當性即可質疑。

在數個北歐國家（瑞典、挪威、丹麥及芬蘭等）、紐西蘭及美國等國家，皆有採用所謂的無過失補償制度，然而其制度設計的精神、涵蓋的傷害內容範圍及處理之程序等，不盡相同。而在我國消費者保護法開創使用無過失損害賠償制度之後，台灣法院乃是率先在醫療傷害訴訟案件使用這一個歸責制度者，我國法院關於肩難產案判決的一系列判決，導致社會、學界及政府對於醫療傷害是否應採取無過失賠償制度的論爭，然而由於欠缺對於國外無過失損害補償（或賠償）之整體架構之瞭解，法院所採用的所謂「個人化的無過失損害賠償」歸責制度，終究成為「法學革命」的失敗，最後導致民國 93 年 4 月 28 日修正公布的醫療法第 82 條重申醫療傷害以故意或過失責任為限，就是最佳的例子。鑑於最近醫療糾紛的激化及工作負擔繁重，導致內科、外科、婦產科、兒科及急診科等科別人才羅致困難，最近衛生署有意推出醫療傷害之「無過失補償」及「刑責合理化」制度，目前應該是繼續檢討醫療傷害處理制度之契機。

我們從法律與政策的觀點出發，首先必須提出者，乃醫療傷害處理制度之公共政策目的為何？從經濟學的觀點，目前的醫療傷害訴訟制度，是一種近似於「社會保險」的制度，只是申請理賠之條件嚴苛，門檻很高。而若是為了讓應得補償者皆得補償（這裡面就有政

策上的大辯論，到底是不是要以醫療過失做為前提等等)，我們的確要使這個制度更具備有可近性，讓更多人可以獲得補償。而若無過失補償制度可以達到這個目的，那麼就值得採行。若是在於合理分配有利於人民健康的醫療制度的副作用（醫療傷害），而必須以國家社會的資源來進行補償，也要考慮利益與傷害之分配正義的問題（包括醫療傷害訴訟或補償程序及實質決定之成本分配正義）。它也牽涉到是否可以提升醫療品質；法律政策常常講到一般預防（讓所有的醫師警惕）及特別預防（讓犯錯的醫師警惕），希望將來能夠提升醫療品質。當然，關於醫師犯錯這一點，美國 IOM 從整個制度面來進行探討，認為現在以「責難」為導向的醫療傷害訴訟制度可能反而不利於醫療品質的提升；但也有學者持反對意見，認為「民事」醫療傷害訴訟制度，乃是醫療品質的礎石。但是，刑事追訴與處罰是否能夠達到提升醫療品質的目的，是非常值得懷疑的。或許，保留刑事追訴的目的是，它也牽涉到社會的道德評價的情感需求，例如對於「壞醫師」的責備及病人或家屬 fairness 的感受。然而，責難的情感需求之公共政策實踐，是否能夠導致社會良善，或者造成更多的衝突與傷害，應該是值得審視的問題。

如何整合上述這些法律與公共政策的思維，提出一套符合公平正義的醫療傷害處理政策，是本次會議的主要目的。目前我國政府已經「不責難之醫療傷害補償」及「刑責合理化」之具體法條，本提綱之目的除了提出一個法律政策之脈絡給與會者思考外，也在最後提出具體的討論問題，供與會者進行聚焦式之討論，希望在討論的過程，能夠對於政府之法案有具體建議之政策建議。

### 三、會議摘要

(一) 此次會議主要討論事項為：

1. 醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案（101 年 12 月 3 日版本）
  - (1) 要不要採取強制調解及調解前置主義？
  - (2) 醫療不責難制度的補償對象為何？何種情形應排除？
  - (3) 補償基金的來源為何？
  - (4) 基金補償後，病人得否再行提起民刑事訴訟？
  - (5) 在何種情形下，如何向醫院及醫師行使求償權？

## 2. 醫療法第 82 條之 1 修正草案 — 「刑責合理化制度之提議」

「醫事人員執行醫療業務以故意或違反醫療上必要之注意義務且偏離醫療常規致病人死傷者為限，負刑事上之責任。但屬於醫療上可容許之風險，不罰。」「前項注意義務之違反，應依醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施及客觀情況為斷。」

(1) 「醫療常規」應該成為病人之矛（不遵守常規則之醫師負刑責）或醫師之盾（醫師遵守常規則不需負刑責）？

(2) 此規定是否為可接受之「刑責合理化」？

### (二) 此次會議討論結果：

會議中，各界專家學者主要針對上述政策之核心議題，進行討論，最後以專家學者們的多數意見，做出政策建議提綱，提供給政府作為立法政策與修訂法令之參考。專家學者們共同討論之多數意見為下列八點：

1. 補償對象：無論醫師有無過失，均應補償病人之死傷，行政院草案第 31 條應修訂。
2. 補償範圍：限於病人死亡或重大傷害，始予補償。
3. 排除補償之情形：除草案原規定外，病人或家屬之行為所致死傷者，得減輕或免除補償。
4. 補償基金來源：健保給付應成為補償基金之來源。
5. 訴訟與補償之關係：提起民刑事訴訟與獲得補償，只能擇一行使。
6. 求償權之行使：基金補償後，得對醫院求償，但對醫事人員不求償。
7. 調解前置原則：在良好的證據保全及諮詢制度之下，採取調解先行原則。
8. 醫療刑事責任：醫師人員以故意與重大過失為限，始負刑事責任。

## 參、附錄

一、問卷

二、會議照片集

三、投稿論文

## 一、問卷

### 醫療傷害無過失補償制度之分析與臺灣民眾態度初探

#### 專案說明

- \*計畫名稱： 醫療傷害無過失補償制度之分析與臺灣民眾態度初探
- \*計畫主持人： 吳建昌 助理教授/醫師
- \*委託單位： 國立臺灣大學政策與法律中心
- \*訪問地區： 臺閩地區（含澎湖、金門、馬祖等離島）
- \*訪問對象： 十八歲到七十歲之一般民眾
- \*\*\*若受訪者有任何疑問，  
白天請撥（04）3702-2223 找沈小姐；晚上請撥（04）3501-9969 找當天督導

#### 開場白

您好，我是畢肯市場研究的訪問員，目前接受臺灣大學委託正在進行一項有關「民眾對於醫療傷害處理制度之態度」的電話訪問。可不可以耽誤您幾分鐘，跟您請教一些問題，謝謝！

#### 過濾題

S1.請問這是住家的電話嗎？

- (01)是 【請續問 Q1】
- (02)不是 【因為我們訪問的對象是住家，以後有機會再訪問您，謝謝！】

#### 戶中抽樣

S2.首先請教您「每周住在這裡四天以上，有使用這支電話，年齡在 18 歲至 70 歲的家人」有幾位？

- (01)有，\_\_\_\_\_位 【請續問 S3】
- (02)拒絕作答 【請結束訪問】

S3.由於我們需要從您家中隨機抽選一位進行訪問，請問如果年齡由大排到小，年齡排在第○順位的家人在家嗎？【第 1 順位不在或拒訪可邀請第 2 順位，若 2 位皆不再則進行當日約訪或隔日約訪】

找到合格受訪者時請告知以下訊息

您好，我是畢肯市場研究的訪問員，目前接受臺灣大學委託正在進行一項有關「民眾對於醫療傷害處理制度之態度」的電話訪問。可不可以耽誤您幾分鐘，跟您請教一些問題，謝謝！

如果我唸得太快或者您有聽不清楚的地方，請告訴我，我會再唸一次給您聽，謝謝！

Q1.請問您是民國幾年出生的？

【只訪問民國 31 年 1 月 1 日以後至民國 83 年 12 月 31 日以前出生者】

- (01)民國\_\_\_\_年 【請跳問 Q3】
- (96)不知道 【請續問 Q2】
- (98)拒絕作答 【請續問 Q2】

Q2.請問您今年大概幾歲？

- (01)18 歲-19 歲
- (02)20 歲-29 歲
- (03)30 歲-39 歲
- (04)40 歲-49 歲
- (05)50 歲-59 歲
- (06)60 歲-70 歲
- (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q3.請問這支電話的所在地區是哪個縣市？（【02：北部】【032~037：桃竹苗】  
【038~039、089：東部】【042~049：中部】【05：中南部】【06、07、087  
~088：南部】）

- (01)臺北市
- (02)新北市【跳答第 5 題】
- (03)基隆市【跳答第 6 題】
- (04)桃園縣【跳答第 7 題】
- (05)新竹縣【跳答第 8 題】
- (06)新竹市【跳答第 9 題】
- (07)苗栗縣【跳答第 10 題】
- (08)臺中市【跳答第 11 題】
- (09)彰化縣【跳答第 12 題】
- (10)南投縣【跳答第 13 題】
- (11)雲林縣【跳答第 14 題】
- (12)嘉義縣【跳答第 15 題】
- (13)嘉義市【跳答第 16 題】
- (14)臺南市【跳答第 17 題】
- (15)高雄市【跳答第 18 題】
- (16)屏東縣【跳答第 19 題】
- (17)宜蘭縣【跳答第 20 題】
- (18)花蓮縣【跳答第 21 題】
- (19)臺東縣【跳答第 22 題】
- (20)澎湖縣【跳答第 23 題】
- (21)金門縣【跳答第 24 題】
- (22)連江縣【跳答第 25 題】
- (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q4.請問是臺北市的哪個區？

- (01)中正區
- (02)大同區
- (03)中山區
- (04)松山區
- (05)大安區
- (06)萬華區
- (07)信義區
- (08)士林區
- (09)北投區
- (10)內湖區
- (11)南港區
- (12)文山區
- (97)其他\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】
- (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q5.請問是新北市的哪個區？

- (01)萬里區     (02)金山區     (03)板橋區     (04)汐止區     (05)深坑區
- (06)石碇區     (07)瑞芳區     (08)平溪區     (09)雙溪區     (10)貢寮區
- (11)新店區     (12)坪林區     (13)烏來區     (14)永和區     (15)中和區
- (16)土城區     (17)三峽區     (18)樹林區     (19)鶯歌區     (20)三重區
- (21)新莊區     (22)泰山區     (23)林口區     (24)蘆洲區     (25)五股區
- (26)八里區     (27)淡水區     (28)三芝區     (29)石門區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q6.請問是基隆市的哪個區？

- (01)仁愛區     (02)信義區     (03)中正區     (04)中山區     (05)安樂區
- (06)暖暖區     (07)七堵區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q7.請問是桃園縣的哪個鄉鎮市？

- (01)中壢市     (02)平鎮市     (03)龍潭鄉     (04)楊梅鎮     (05)新屋鄉
- (06)觀音鄉     (07)桃園市     (08)龜山鄉     (09)八德市     (10)大溪鎮
- (11)復興鄉     (12)大園鄉     (13)蘆竹鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q8.請問是新竹縣的哪個鄉鎮市？

- (01)竹北市     (02)湖口鄉     (03)新豐鄉     (04)新埔鎮     (05)關西鎮
- (06)芎林鄉     (07)寶山鄉     (08)竹東鎮     (09)五峰鄉     (10)橫山鄉
- (11)尖石鄉     (12)北埔鄉     (13)峨眉鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q9.請問是新竹市的哪個區？

- (01)東區     (02)北區     (03)香山區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q10.請問是苗栗縣的哪個鄉鎮市?

- (01)竹南鎮     (02)頭份鎮     (03)三灣鄉     (04)南庄鄉     (05)獅潭鄉  
 (06)後龍鎮     (07)通霄鎮     (08)苑裡鎮     (09)苗栗市     (10)造橋鄉  
 (11)頭屋鄉     (12)公館鄉     (13)大湖鄉     (14)泰安鄉     (15)銅鑼鄉  
 (16)三義鄉     (17)西湖鄉     (18)卓蘭鎮  
 (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q11.請問是臺中市的哪個區?

- (01)太平區     (02)大里區     (03)霧峰區     (04)烏日區     (05)豐原區  
 (06)后里區     (07)石岡區     (08)東勢區     (09)和平區     (10)新社區  
 (11)潭子區     (12)大雅區     (13)神岡區     (14)大肚區     (15)沙鹿區  
 (16)龍井區     (17)梧棲區     (18)清水區     (19)大甲區     (20)外埔區  
 (21)大安區     (22)中區     (23)東區     (24)西區     (25)北區  
 (26)南區     (27)北屯區     (28)西屯區     (29)南屯區  
 (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q12.請問是彰化縣的哪個鄉鎮市?

- (01)彰化市     (02)芬園鄉     (03)花壇鄉     (04)秀水鄉     (05)鹿港鎮  
 (06)福興鄉     (07)線西鄉     (08)和美鎮     (09)伸港鄉     (10)員林鎮  
 (11)社頭鄉     (12)永靖鄉     (13)埔心鄉     (14)溪湖鎮     (15)大村鄉  
 (16)埔鹽鄉     (17)田中鎮     (18)北斗鎮     (19)田尾鄉     (20)埤頭鄉  
 (21)溪州鄉     (22)竹塘鄉     (23)二林鎮     (24)大城鄉     (25)芳苑鄉  
 (26)二水鄉  
 (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q13.請問是南投縣的哪個鄉鎮市?

- (01)南投市     (02)埔里鎮     (03)草屯鎮     (04)竹山鎮     (05)集集鎮  
 (06)名間鄉     (07)鹿谷鄉     (08)中寮鄉     (09)魚池鄉     (10)國姓鄉  
 (11)水里鄉     (12)信義鄉     (13)仁愛鄉  
 (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q14.請問是雲林縣的哪個鄉鎮市？

- (01)斗六市     (02)斗南鎮     (03)虎尾鎮     (04)西螺鎮     (05)土庫鎮
- (06)北港鎮     (07)古坑鄉     (08)大埤鄉     (09)莿桐鄉     (10)林內鄉
- (11)二崙鄉     (12)崙背鄉     (13)麥寮鄉     (14)東勢鄉     (15)褒忠鄉
- (16)臺西鄉     (17)元長鄉     (18)四湖鄉     (19)口湖鄉     (20)水林鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q15.請問是嘉義縣的哪個鄉鎮市？

- (01)番路鄉     (02)梅山鄉     (03)竹崎鄉     (04)阿里山     (05)中埔鄉
- (06)大埔鄉     (07)水上鄉     (08)鹿草鄉     (09)太保市     (10)朴子市
- (11)東石鄉     (12)六腳鄉     (13)新港鄉     (14)民雄鄉     (15)大林鎮
- (16)溪口鄉     (17)義竹鄉     (18)布袋鎮
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q16.請問是嘉義市的哪一區？

- (01)東區     (02)西區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q17.請問是臺南市的哪個區？

- (01)新化區     (02)永康區     (03)歸仁區     (04)左鎮區     (05)玉井區
- (06)楠西區     (07)南化區     (08)仁德區     (09)關廟區     (10)龍崎區
- (11)官田區     (12)麻豆區     (13)佳里區     (14)西港區     (15)七股區
- (16)將軍區     (17)學甲區     (18)北門區     (19)新營區     (20)後壁區
- (21)白河區     (22)東山區     (23)六甲區     (24)下營區     (25)柳營區
- (26)鹽水區     (27)善化區     (28)大內區     (29)山上區     (30)新市區
- (31)安定區     (32)中區     (33)東區     (34)西區     (35)北區
- (36)南區     (37)安平區     (38)安南區     (39)中西區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q18.請問是高雄市的哪個區？

- (01)甲仙區     (02)仁武區     (03)大社區     (04)岡山區     (05)路竹區
- (06)阿蓮區     (07)田寮區     (08)燕巢區     (09)橋頭區     (10)梓官區
- (11)彌陀區     (12)永安區     (13)湖內區     (14)鳳山區     (15)大寮區
- (16)林園區     (17)鳥松區     (18)大樹區     (19)旗山區     (20)美濃區
- (21)六龜區     (22)內門區     (23)杉林區     (24)桃源區     (25)那瑪夏區
- (26)茂林區     (27)茄萣區     (28)新興區     (29)前金區     (30)苓雅區
- (31)鹽埕區     (32)鼓山區     (33)旗津區     (34)前鎮區     (35)三民區
- (36)楠梓區     (37)小港區     (38)左營區
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q19.請問是屏東縣的哪個鄉鎮市？

- (01)東港鎮     (02)屏東市     (03)三地門     (04)霧臺鄉     (05)瑪家鄉
- (06)九如鄉     (07)里港鄉     (08)高樹鄉     (09)鹽埔鄉     (10)長治鄉
- (11)麟洛鄉     (12)竹田鄉     (13)內埔鄉     (14)萬丹鄉     (15)潮州鎮
- (16)泰武鄉     (17)來義鄉     (18)萬巒鄉     (19)嵌頂鄉     (20)新埤鄉
- (21)南州鄉     (22)林邊鄉     (23)琉球鄉     (24)佳冬鄉     (25)新園鄉
- (26)枋寮鄉     (27)枋山鄉     (28)春日鄉     (29)獅子鄉     (30)車城鄉
- (31)牡丹鄉     (32)恆春鎮     (33)滿洲鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q20.請問是宜蘭縣的哪個鄉鎮市？

- (01)大同鄉     (02)宜蘭市     (03)頭城鎮     (04)礁溪鄉     (05)壯圍鄉
- (06)員山鄉     (07)羅東鎮     (08)三星鄉     (09)五結鄉     (10)冬山鄉
- (11)蘇澳鎮     (12)南澳鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q21.請問是花蓮縣的哪個鄉鎮市？

- (01)花蓮市     (02)新城鄉     (03)秀林鄉     (04)吉安鄉     (05)壽豐鄉
- (06)鳳林鎮     (07)光復鄉     (08)豐濱鄉     (09)瑞穗鄉     (10)萬榮鄉
- (11)玉里鎮     (12)卓溪鄉     (13)富里鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q22.請問是臺東縣的哪個鄉鎮市？

- (01)成功鎮     (02)臺東市     (03)綠島鄉     (04)蘭嶼鄉     (05)延平鄉
- (06)卑南鄉     (07)鹿野鄉     (08)關山鎮     (09)海端鄉     (10)池上鄉
- (11)東河鄉     (12)長濱鄉     (13)太麻里     (14)金峰鄉     (15)大武鄉
- (16)達仁鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q23.請問是澎湖縣的哪個鄉鎮市？

- (01)望安鄉     (02)馬公市     (03)西嶼鄉     (04)七美鄉     (05)白沙鄉
- (06)湖西鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q24.請問是金門縣的哪個鄉鎮市？

- (01)金沙鎮     (02)金湖鎮     (03)金寧鄉     (04)金城鎮     (05)烈嶼鄉
- (06)烏坵鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

Q25.請問是連江縣的哪個鄉鎮市？

- (01)南竿鄉     (02)北竿鄉     (03)莒光鄉     (04)東引鄉
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (96)不知道【請結束訪問】     (98)拒絕作答【請結束訪問】

## 【對於醫療傷害訴訟制度之看法】

請訪員唸出以下說明：

目前在臺灣，病人或他的家屬告醫師或醫院的案件數目逐年上升，醫療傷害訴訟已經成為許多醫師及醫療機構非常擔心的事情。

Q26. 請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是尋求賠償。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q27. 請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是責備或處罰犯錯的醫師或醫療機構。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q28. 請問您同不同意「醫療傷害訴訟的主要目的是改善醫師或醫療機構的醫療品質。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q29. 請問您同不同意「病人或家屬對醫師或醫療機構提出醫療傷害告訴，主要是為了知道醫療過程的真相。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q30. 請問您同不同意「法院已經判決確定醫師或醫療機構沒有過失（可補充說明：不能再上訴或不能再提告），原告病人或家屬不應再向醫師或醫療機構抗爭。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q31. 您認為在臺灣100件醫療傷害訴訟事件中，病人或家屬大概會告贏幾件？

- (01)少於 10 件       (02)10-19 件       (03)20-29 件       (04)30-39 件  
 (05)40-49 件       (06)50 件以上       (06)不知道       (08)拒絕作答

請訪員唸出以下說明：

根據研究，在臺灣醫療傷害訴訟事件中，病人或家屬100件大概告贏20件。

Q32. 「針對這樣的研究結果，有人認為主要原因是許多病人或家屬亂告。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q33. 「那也有人認為，這個結果主要是醫師或醫療機構自認有過失的時候，就會先和解。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q34.「另外，也有人認為，這個結果主要是因為法院裁判不公平。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q35.假設您是病人或家屬，在發生輕微醫療傷害事件後，若醫師或醫療機構主動解釋補救，並願意在有錯誤時主動認錯，您會不會提出告訴？

- (01)一定會       (02)可能會       (03)沒有什麼會不會       (04)可能不會  
 (05)一定不會       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q36.如果是嚴重醫療傷害事件，您會不會提出告訴？

- (01)一定會       (02)可能會       (03)沒有什麼會不會       (04)可能不會  
 (05)一定不會       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q37.如果導致病人死亡，您會不會提出告訴？

- (01)一定會       (02)可能會       (03)沒有什麼會不會       (04)可能不會  
 (05)一定不會       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q38.「有人認為，追究醫療人員的過錯時，民事損害賠償(可補充說明：賠錢、道歉)就已經足夠，不需要動用刑事處罰(可補充說明：判刑或坐牢)。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q39.「有人認為，只有在醫療人員有重大過錯時，才需要動用刑事處罰。」請請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

#### 【對於醫療品質之看法】

Q40.請問您同不同意「醫師犯錯而傷害到病人時，完全是醫師個人的問題。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q41. 請問您同不同意「醫師犯錯而傷害到病人時，是病人照護制度的整體問題。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q42. 「有人認為，醫師或醫療機構會因害怕被告，多做不必要的檢查或治療。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q43. 「有人認為，醫師或醫療機構會因害怕被告，而避免接收、治療病情複雜或嚴重的病人。」請問您同不同意這種看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q44. 「為了鼓勵醫療人員主動報告自己的錯誤，讓醫療機構能進行制度上的調整以避免同樣的問題。因此，有人認為不應該用法律來追究這些醫療人員。」請問您同不同意這個看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

**請訪員唸出以下說明：**

**美國研究發現，大部分醫療傷害事件的病人或家屬，都沒有提出告訴。**

Q45. 「有些人因此認為，醫療傷害訴訟制度無法提升醫療的品質。」請問您同不同意這個看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

#### **【對於醫療傷害無過失補償制度之看法】**

Q46. 「另外，則有人認為，醫療傷害訴訟制度無法讓大部分應受到補償的人獲得補償。」請問您同不同意這個看法？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

**請訪員唸出以下說明：**

目前世界上有些國家採用一個制度，只要病人死亡或受傷是醫師的醫療行為造成的，不管是否為醫療疏失，都由國家或保險公司給付一筆補償金，事後不再追究醫療人員是否有過失，這個制度就叫做醫療傷害無過失補償制度。

Q47. 請問您同不同意「無過失補償制度讓犯錯的醫療人員免於責難(責備)，不應該採用。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q48. 請問您同不同意「與法院訴訟比較起來，無過失補償制度可以更快速地補償受害病人或家屬。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q49. 請問您同不同意「與法院訴訟比較起來，無過失補償制度可以讓更多的受害病人或家屬得到補償。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q50. 請問您同不同意「無過失補償制度不強調過失與責難(責備)，可以避免醫師與病人對立。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q51. 請問您同不同意「無過失補償制度不強調過失與責難，讓醫療人員比較願意透露醫療傷害的資訊，有助於規劃提升病人安全的措施。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q52. 請問您同不同意「無過失補償制度中，由醫療專家審查傷害是否為醫療所造成，比沒有受過醫學訓練的法官準確。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q53. 請問您同不同意「為了避免無過失補償制度破產，應該訂出各種傷害或死亡的補償金額的上限。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (96)不知道       (98)拒絕作答

Q54. 請問您同不同意「無過失補償制度應該只限定於某些特殊醫療傷害的情況，如生產傷害、手術傷害、麻醉傷害等，不應全面實施。」？

- (01)非常同意       (02)同意       (03)沒什麼同不同意       (04)不同意  
 (05)非常不同意       (06)不知道       (08)拒絕作答

Q54A. 整體而言，請問您贊不贊成實施「醫療傷害無過失補償制度」？

- (01)非常贊成       (02)贊成       (03)沒什麼贊不贊成       (04)不贊成  
 (05)非常不贊成       (06)不知道       (08)拒絕作答

### 【受訪者基本資料】

接下來我要請問一些關於您的一般問題

Q55. 請問您父親是臺灣客家人、臺灣閩南人、大陸各省市還是原住民？(指籍貫)

- (01)臺灣客家人       (02)臺灣閩南人       (03)大陸各省市       (04)臺灣原住民  
 (07)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (08)拒絕作答

Q56. 請問您的婚姻狀況是未婚、已婚、離婚、分居、喪偶還是同居？

- (01)未婚       (02)已婚       (03)離婚       (04)分居  
 (05)喪偶(寡居)       (06)同居  
 (07)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (08)拒絕作答

Q57. 您的教育程度是？(不必唸選項)

- (01)無[跳答第58題]       (02)自修[跳答第58題]       (03)小學  
 (04)國中/初中       (05)初職       (06)高中  
 (07)高職       (08)士官學校       (09)五專  
 (10)二、三專/軍警專修班       (11)軍警官學校       (12)大學/技術學院  
 (13)研究所及以上  
 (07)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (08)拒絕作答

Q58. 請問您有沒有畢業？

- (01)有  
 (07)沒有，唸了\_\_\_\_\_年【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】  
 (06)不知道  
 (08)拒絕作答

Q59.請問您目前有沒有工作？

- (01)全職工作
- (02)兼職工作
- (03)學生
- (04)家庭主婦
- (05)義務役軍人
- (06)退休
- (07)待業(沒有工作)
- (08)久病、殘障或年老(沒有工作)
- (97)其他\_\_\_\_\_【請鍵入並記錄在開放紀錄表中】
- (98)拒絕作答

Q60.請問您熟識的親友當中，有沒有人發生過醫療傷害事件？

- (01)有
- (02)沒有
- (96)不知道
- (98)拒絕作答

Q61.請問您本人有沒有發生過醫療傷害事件？

- (01)有
- (02)沒有
- (96)不知道
- (98)拒絕作答

Q62.請問您個人平均一個月所有的收入加起來大概有多少？

- (01)沒有收入
- (02)不到1萬元
- (03)1萬以上，不到2萬
- (04)2萬以上，不到3萬
- (05)3萬以上，不到4萬
- (06)4萬以上，不到5萬
- (07)5萬以上，不到6萬
- (08)6萬以上，不到7萬
- (09)7萬以上，不到8萬
- (10)8萬以上，不到9萬
- (11)9萬以上，不到10萬
- (12)10萬以上，不到15萬
- (13)15萬以上，不到20萬
- (14)20萬以上
- (96)不知道
- (98)拒絕作答

Q63.受訪者性別（訪員請自行填答）

- (01)男性
- (02)女性

\* 謝謝您接受我們的訪問，畢肯祝您健康快樂！！

**【訪員自行填答】**

Q64.使用語言：

- (01)臺語
- (02)國語
- (03)客語
- (04)國臺語
- (05)國客語

Q65.受訪者回答的可信度：

- (01)大部份不可信
- (02)有些不可信
- (03)大致可信
- (04)非常可信

## 二、會議照片集



12/14 醫療傷害處理之法律與政策會議記錄，左起為陳聰富教授、林奏延副署長、黃達夫院長、陳正倉執行長、陳芙嫩副執行長。



12/14 醫療傷害處理之法律與政策會議後合影，陳聰富教授(左一)、蔡甫昌主任(左二)擔任會議主持人，演講來賓為 Dean Harris 教授(左三)、吳建昌醫師(第二列左二)、吳俊穎教授(第二列右四)。



12/14 醫療傷害處理制度圓桌會議，發言者為法務部朱坤茂司長，左起為陳聰富教授、林奏延副署長、黃達夫院長、朱坤茂司長、陳芙嫩副執行長、田秋堃委員。



12/14 醫療傷害處理制度圓桌會議記錄，左起為陳聰富教授、林奏延副署長、黃達夫院長、吳建昌醫師、陳芙嫩副執行長、田秋堃委員。



12/14 醫療傷害處理制度圓桌論壇會後合影，黃達夫院長(左四)、陳聰富教授(左二)、吳建昌醫師(後列左六)擔任會議主持人。

## 三、投稿論文

### 論文一

#### 臺灣侵權行為法處理醫療傷害之制度發展：消費者保護法適用爭議之啟示

前言：

早在數千年前，世界各地區即有紀錄處理醫療傷害之制度，例如在漢摩拉比法典(1780 BCE)即有處罰醫師的規定；例如，若醫師開刀時致病人於死者，則該醫師將遭受雙手斬斷之處罰(REF)。而中國古代，在唐朝時期至清朝時期，也有「庸醫殺人」的規定，例如唐律疏義記載：「諸醫為人合藥及題疏、針刺，誤不如本方殺人者，徒二年半。其故不如本方殺傷人者，以故殺傷論；雖不傷人，杖六十。即賣藥不如本方傷人者，亦如之。」(劉聰、梁竣、徐江雁，略論唐宋官修醫籍的標準地位)因此，若是當時醫師之處方或配藥沒有按照醫療典籍之記載，則必須受到刑罰。

臺灣目前處理醫療傷害之制度，乃承襲歐洲大陸法系國家之制度，在法律之運用上，包括刑法(業務過失致死、致重傷或致傷)、契約法(債務不履行或履行不完全)、或者侵權行為法。英美研究醫療傷害民事侵權行為法處理制度之文獻，非常豐沛，反觀台灣目前相關文獻則較為欠缺；因此，正值政府修訂醫療事故處理法律之際，有必要從歷史的觀點瞭解法律政策之走向，以作為修法之參考，因此本文首先回顧過去台灣對於醫療糾紛(傷害)處理之重要研究，並以醫療侵權行為責任之法理為基礎，就台灣於1990年代開始之消費者保護法適用於醫療傷害訴訟之爭議進行分析，對目前臺灣之醫療傷害處理制度之修法進行建言。

#### 台灣醫療糾紛狀況

目前對於臺灣早期之醫療糾紛之處理文獻，非常欠缺。最早比較有系統化之研究者，乃是吳基福醫師於1961年對於個別醫師所進行之問卷調查研究(吳基福)。在發出之4101份問卷中，回收801份，其觀察到臺灣自1945年以後，醫療糾紛逐漸增加。在所收集到的261個醫療訴訟案件中，其中病人死亡者占約3/4，約70%案件以刑事判決收場，而且在民、

刑事判決的案例中，病人勝訴者僅有 4.7%。在其時代文化之氛圍中，吳基福認為常見醫療糾紛之類型為：(1) 病人或家屬存心敲詐，有打針則稱「打針致死」，無打針則稱「見死不救」；(2) 使用久積變質日本藥物；(3) 盤尼西林或其他藥物導致過敏休克。而造成醫療糾紛逐漸增加之原因，則認為乃民眾知識水準低、社會道德敗壞、醫療與醫藥之複雜與危險。然而，學者懷疑其資料的可信度，因為此資料中庭外和解案例的數目竟然遠低於法院判決案例的數目，與國外的文獻及學者的估計有明顯的落差<sup>2</sup>（謝啟瑞等）。

而吳基福醫師也曾經利用採用臺灣省醫師公會「醫療糾紛鑑定委員會」之鑑定資料所進行分析，發現合計自 1967 年至 1982 年共有 1123 件醫療訴訟案件，平均每年 70.2 件，多集中於大都會地區，如台北縣市、台中縣市及高雄縣市，超過全部醫療訴訟案件的 1/3。其中台北市每年即占 16.5 件，近 1/5 強。在科別的分佈上，臺灣全體醫療訴訟案件中，外科占了將近 30%，內科占了將近 26%，婦產科約 18%，小兒科約 14%；亦即內、外、婦、兒四大科即囊括 88% 左右的醫療訴訟鑑定案件。醫療訴訟案件中，受害人之年齡分佈則以青壯年及 10 歲以下的兒童居多。此種在青壯年族群集中的趨勢，可能有兩種原因：一方面青壯年者醫療傷害所造成之經濟損失較大，另一方面青壯年者健康一向較佳，病人或家屬較容易將不良後果歸因於醫療行為。然而，在兒童族群（新生兒除外）的集中趨勢則與美國有明顯差異，此或可顯示出台灣小兒照護可能在當時與臺灣父母的期待有明顯的落差。

而在 1991 年，謝啟瑞採用衛生署「醫事審議委員會」自民國 76 年至 79 年之鑑定資料，進行統計<sup>2</sup>。其顯示，台灣醫療訴訟案件數有逐年上生的趨勢；相較於吳基福 1984 年的研究所顯示每年 70.2 件醫療訴訟，謝啟瑞發現 76 年至 79 年間，台灣每年平均有 128 件醫療訴訟。發生醫療訴訟案件的科別仍集中於內、外、婦、兒等傳統大科，約占 54%；且若將屬於外科系的其他專科如骨科及神經外科等計入，則占 88%，與吳基福之研究結果類似。另外，在年齡的分佈上，60 歲以上老年人醫療訴訟案件的比例為 17.8%，與美國的 18.0% 近似，較吳基福研究中之 5.8% 為高。此種趨勢可能的原因為台灣人民壽命提升及一般大眾對醫療成果的期待提高。在醫療訴訟的原因上，病人死亡者占 73.8%；刑事案件占總數 78.7%；鑑定結果有過失者 7.6%，可能有過失者 6.8%，仍居少數。謝啟瑞認為，病人勝訴率低或鑑定結果病人有過失或可能有過失的比例偏低，可能之原因包括：醫師或醫療機構在

顯有過失之醫療糾紛選擇性和解，結果在訴訟案件中過失之比例偏低；資訊欠缺，法院或鑑定單位其實不易直接觀察醫師在複雜的醫療程序中所投入的注意程度；大眾對醫療的期待過高，也可能過度興訟。然而，類似於吳基福的研究所具有的缺點，謝啟瑞的研究並未無法顯示未經「醫事審議委員會」鑑定之案例，而且也無法與法院之判決進行對比分析，無法呈現鑑定結果對法院判決的影響以及法院最後判決的特質及趨勢。

1991年，陳榮基與謝啟瑞於民國80年，對台灣醫師進行問卷調查（問卷回收率18%），瞭解其執業生涯中、過去5年及過去1年醫療糾紛的經驗，並附帶詢問其所經驗之醫療訴訟的結果。足供參考者為，在所有1117件醫療糾紛事件中，約有43%左右的病人最後可拿到金錢給付。但是，只有15.7%醫療糾紛是以醫療訴訟之方式解決。在每100名醫師中，最近一年內約曾發生1.7件醫療訴訟，最近5年內約4.4件，而在其執業生涯中約15.5件。其中，刑事案件的比例仍明顯多於民事案件者，且其中有同一醫療糾紛案件民、刑事皆起訴之情形，但病人的勝訴率甚低，在所有的醫療訴訟案件中，病人的勝訴率只有3.4%，即使將統計侷限在最近一年發生的案件，病人勝訴率也僅有1.8%。陳榮基及謝啟瑞的調查對國內醫療糾紛的實證研究貢獻頗大，雖然樣本之執業地區分佈與母體之間並無明顯統計上的差異，然而其並未能夠完全解決受訪者之選擇性偏誤及回憶性偏誤的問題，在欠缺直接自法院收集的醫療訴訟實證資料佐證之下，並無法真正反映出當時醫療訴訟案件的實況及趨勢。

楊哲彥及楊秀儀在2004年發表的研究（問卷回收率為15.2%）<sup>3</sup>顯示，中醫師發生醫療訴訟的比例僅占醫療糾紛之5%，與陳榮基及謝啟瑞的研究結果相較，僅為西醫師之1/3。吳俊穎等人於2005年進行之問卷調查（回收率10.3%），發現以醫療訴訟來解決醫療糾紛者，占23.1%，已較過去之調查為高。女性病患發生醫療糾紛之風險（27.2%）較男性（18.9%）高，21-40歲受到醫療傷患者，其以司法訴訟解決之風險最高（31.9%）；死亡（29.6%以訴訟解決）或重傷（24.3%以訴訟解決）者之訴訟風險，皆較輕傷或無傷患者高。醫審會鑑定之結果，認為有醫療疏失者，約12.8%；而司法訴訟之結果，病患之勝訴率則為9%（皆為重傷或死亡者）。（吳俊穎等，臺灣的醫療糾紛狀況）而男醫師及35-54歲之醫師之醫療糾紛風險較高，且如同1991年陳榮基與謝啟瑞之研究，婦產科、麻醉科及外科仍為高風險科

別。(吳俊穎等，醫療糾紛與醫師特性分析)

吳建昌等人收集 2000 年至 2006 年之衛生署審議委員會之鑑定書，發現其鑑定書之數目逐年呈波動現象 (2000 年為 384 件，2006 年為 419 件，最低為 2004 年 260 件，最高為 2003 年 464 件)。然而，仍比吳基福、謝啟瑞等人過去之數據為高。而從科別所佔之案件比例判斷，高訴訟風險之科別主要為：外科 (31%，韓骨科 8%)、內科 (21%) 及婦產科 (17.6%)。其醫療傷害之結果，51.6% 為病患死亡，永久傷害占 20.1%。而經過與司法院法學資料檢索系統之案件進行比對之後，發現一審之原告勝訴率為 22%，而民事案件 129 件中，原告勝訴率為 16.3%，而刑事案件 259 件中，檢察官或病方之勝訴率則為 23.6%。

較能夠反應實際醫療傷害訴訟實況之研究，乃 2010 年吳俊穎等人以醫療傷害相關之關鍵字 (「(醫師+醫療)&(業務+過失)&(致死+致人於死+死亡)」，或為「(醫師+醫療)&(業務+過失)&(傷害+重傷)」，而在民事訴訟方面，檢索語詞設為「(醫師+醫院)&(疏失+侵權行為+過失)」)，在臺灣司法院法學資料檢索系統搜尋篩選，分別確認了 453 件刑事案件之裁判文及 664 件刑事案件裁判文。其發現，醫療傷害訴訟案件之民事案件增加比刑事案件快速，在 2002 年民事案件有 53 件，2007 年則成長至 190 件 (3.6 倍)，而在 2002 年至 2007 年之間，刑事案件每年數額約在 70-80 件左右波動，沒有增加之趨勢。臺灣將來之醫療傷害民事訴訟將逐漸成為大宗。在訴訟結果部分，原告或檢察官勝訴率亦比以往之數據來得高；在地方法院及高等法院，檢察官公訴勝訴率皆可達 40-41%；刑事自訴案件的病患或家屬勝訴率，在地方法院約 7%，在高等院則為 10%。地方法院民事訴訟病患或家屬之勝訴率則為 17.7%，在高等法院則為 28% 左右。

沈冠伶與莊錦秀等人，同樣根據醫療傷害案件相關關鍵字 (「醫療&損害賠償-交通事故」)，搜尋司法院法學資料檢索系統，經過研究人員篩選之後，觀察地方法院 (1997 年-2008 年)、高等法院 (1998 年-2008 年) 及最高法院 (1996 年-2008 年) 之醫療傷害案件裁判文，民事案件在一審為 496 件、二審案件為 194 件，而第三審案件則為 81 件。不管在地方法院 (2005-2007 年，48 件至 129 件)、高等法院 (2005-2007 年，22 件至 41 件) 或最高法院 (2001-2007 年，12 件至 19 件)，醫療訴訟案件皆呈上升之趨勢。而所有醫療傷害訴訟案件中，仍以內科 (31.5%)、外科 (26.7%) 及婦產科 (17%) 占大宗 (合占 75.2%)。一審

民事案件中，僅主張侵權行為者（286 件）比僅主張契約者（12 件）多，二審亦是僅主張侵權者（85 件）比主張契約者（7 件）多。在民事案件中，過失判斷採用鑑定意見者占 95%，而因果關係判斷採用鑑定者占 97%，鑑定者對於裁判結果有決定性之影響。從原告主張金額檢視裁判結果，發現一審原告全部敗訴者占 81.5%，而二審全部敗訴者，則占 77.3%。綜合以上之實證研究，因為研究方法（蒐集資料之對象及資料種類）之不同，在各個研究所呈現之醫療傷害訴訟相關統計數據或有不同，然而仍可觀察到數個趨勢：（1）醫療糾紛及醫療傷害訴訟案件有逐漸增加之趨勢；（2）醫療傷害訴訟中，原告（病患方或檢察官）之勝訴率比往年提高；（3）民事案件之增加幅度比刑事案件之增加幅度明顯；（4）醫療傷害民事案件中，侵權行為法之主張比契約法之主張明顯。亦即由此可見，醫療傷害民事侵權之分析，將是未來醫療傷害法律政策之主軸。

### 醫療侵權行為責任之法理分析

就法律政策之觀點而言，侵權行為法之主要目標有四：（1）分配傷害之成本；（2）嚇阻社會上不合理之行為；（3）道德譴責；（4）定止紛爭。（可以考慮 Morris 之文章）美國聯邦最高法院大法官 Holmes 認為，就個案而言，發生傷害之後，對於社會而言，最為節省成本之方式，乃是讓受到傷害之人承擔，因為啟動任何重新分配傷害成本之程序，皆需要更多的勞力、時間及金錢。（可以參考 Calabresi 之文章提到 liability rule 或者我的碩士論文）然而，從分配傷害成本之矯正正義（corrective justice）之觀點，若是侵權行為人因為自身之可責難的錯誤（包括故意或過失）而導致被害人之傷害（因果關係），則經由侵權行為之裁判，應該由侵權行為人對於被害人提供損害賠償，以填補其損失。而且，藉由裁判之宣示，可以讓本案之侵權行為人警惕，將來不再犯同樣的錯誤（特別預防），或者可以讓大眾瞭解到不要犯此種樣態之錯誤行為（一般預防），避免類似傷害之產生。而且，藉由裁判之宣示，對於侵權行為人之過錯，其實也有譴責之效果，可以滿足被害人、家屬及社會大眾知道道德法律情感。最後，希望侵權行為人與被害人之紛爭，能夠在窮盡裁判程序之後確定終止，避免其他的自力救濟（例如私行報復等等），可以維持社會的秩序並降低不安全感。（可以再考慮一下 Morris 之寫作內容，包括確定責任歸屬...Sylvia Law）

一般而言，若不考慮醫療人員故意傷害病人之情形，醫療侵權行為需要考慮之要件有四：(1) 醫療關係；(2) 醫療過失行為；(3) 病人傷害；(4) 醫療過失行為與傷害之間有因果關係。然而，在複雜的醫療行為之情境，醫療人員之行為是否有過失，過失行為與傷害之間是否有因果關係，一向是醫療侵權行為最困難的兩個議題。在過失行為之標準上，刑法 14 條第一項規定，「按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失」；刑法 14 條第二項亦規定，「構成犯罪之事實，雖預見其能發生而確信其不發生者，以過失論。」在此，將「構成犯罪之事實」，改成「構成侵權之事實」，亦可適用論斷傷害行為是否有過失。

然而，在醫療侵權行為，何為「應注意並能注意」之標準，在美國，向來有豐富之資料討論醫療過失之建構，以下將以之作為討論醫療侵權行為責任法理之基礎。在十九世紀，美國遵循英國之醫療過失理論及案例法，認為醫師在執業時，表示其必須具備「業務上之通常技能」，亦即其必須符合「照顧、技能及努力的通常標準」，而此標準又稱為「醫療慣行」(medical custom)。醫療慣行乃是客觀標準，因此，不管醫師之特性（例如，一向是個好醫師）或主觀努力之程度，皆非考量之因素，而且「通常」也並非將所有醫師之表現加以「平均」，而是一種門檻之概念，亦即只要醫師達到做到此種醫療慣行之程度，及不應加以責難。然而，因為醫療知識之複雜及各地醫療科技發展不同，在十九世紀末，美國法院開始採用「當地原則」(locality rule)，只允許當地之醫師做為專家證人 (expert witness)，說明當地之「醫療慣行」為何。然而，此一制度帶來的最大副作用乃「沈默共謀」(conspiracy of silence)，亦即當地醫師們彼此認識之情況下，原告病方不容易找到當地醫師願意作證他們的同儕有過失，而且當地醫師共同在法院作證陳述之「當地醫療慣行」有可能非常低，甚至一般常識判斷就瞭解其不足。

為了解決此一問題，美國法院發展出某些策略來拓展專家證人來源之地理範圍；例如，有些法院擴大「當地」之面積，有些法院則容許來自於類似當地醫療科技水準或社會經濟水準地區 (similar localities) 之專家證人。然而，即使如此，美國法院此一策略還是無法解決當地醫療慣行水準可能過低之問題，因為類似的地區也有可能類似的低水準。法院解決醫療慣行水準過低之一個方案，乃採用「事實自明」(*res ipsa loquitur*, “the situation speaks for itself”) 原則，當某個醫療事實發生時，依常識即可推出「若無過失此現象不會發生」(例

如，病患腹腔內發現開刀用紗布）之結論時，不需專家證人即可認定醫師有過失。此外，由於醫療知識訓練及醫療科技操作之普及，有些法院不僅在特殊科醫師之醫療慣行揚棄當地原則，而改採國家醫療水準（national standard of care）之原則，甚至在一般科醫師也改採國家醫療水準，但在確認醫師之能力時，同時也考量當地資源匱乏之程度。最後，在肯定醫療有不同門派之認知與價值判斷時，某些法院採用「不同學派」之標準，亦即若被告醫師可證明有「一定數量」之「有名聲且受尊敬」之醫師採用此其治療模式時，法院也可認定醫師在創新其治療或保持其傳統治療模式時，不致於受到多數之箝制。

然而，當法院致力於建構認定醫療過失之標準，以解決醫療侵權行為責任之問題時，學者逐漸發現侵權行為責任理論之不足，而開始從社會整體之危險概念來建構過失責任之判斷。在西方自由主義的背景，過失責任之道德概念基礎乃是理性個人之自主抉擇所導致之後果，必須由個人承擔，而過失責任之界線，乃是調和個人自由與社會安全之結果，因此侵權行為責任概念之演進，實與社會經濟活動及科技風險有密切關係。而且，從上述之討論，我們也觀察到過失責任標準如何在一般與特殊之間、地區與全國之間、主觀與客觀之間尋求解決之道，而其發展方向則是強調一般、全國與客觀之標準。

隨著企業生產規模逐漸擴大，論者逐漸發現，在複雜之科技危險事物，要求被害人（資訊缺乏）舉證行為人具有過失且過失行為與傷害之間具有因果關係，乃是非常困難之事，因此容易產生被害人「舉證之所在，敗訴之所在」之結果，因此，在德國法發展出舉證責任轉換之概念。在「重大醫療瑕疵」原則下，若該診斷或治療錯誤之發生，是不可理解的，且不應該發生的，則在被害人舉證醫師有過失時，則需由醫師被告舉證其錯誤與被害人之傷害無因果關係。在「可完全控制之危險」原則下，若傷害之發生與被害人體質無關，而純然是醫療科技設備或醫療組織行為之問題，則需由被告醫師或醫院負舉證責任，證明其無過失責任或其過失行為與傷害之間無因果關係（沈冠伶，武器平等原則於醫療訴訟之適用，2005）。台灣台北地院「89年重訴字第472號判決」，曾試著採用「事實自明原則」（子宮肌瘤切除卻傷及輸尿管），將舉證責任轉換給被告醫師，而在醫師無法舉證其無過失之情形下，認定醫師應負侵權過失責任。然則，子宮肌瘤切除卻傷及輸尿管（約1%之發生率）是否依常識判斷必然有過失，其實仍有爭議（沈冠伶，武器平等原則於醫療訴訟之適用，

2005)。

傳統過失侵權責任之理論及概念，已經無法因應保障社會安全之效率與結果之要求，因此創造出危險責任之理論，認為行為人（例如公司與企業）具有科技知識，在其經濟活動之中製造危險並有能力控制危險，亦即得因盡相當注意而避免之（王澤鑑老師，特殊侵權行為，260），而且行為人自其產生危險之經濟活動中獲利，而被害人具有「結構上」弱點，難於取得必要的證據以證明過失或因果關係，此時就應該課從事經濟活動者侵權行為之危險責任，一方面行為人可以更有動機從事降低危險之改正措施，從事改正措施時亦較有效率，同時亦可藉由調整價格及保險來藉由市場機制來分散危險（王澤鑑老師，特殊侵權行為，283-284）。此種危險責任之規定，亦稱為危險之分配正義（王澤鑑老師，特殊侵權行為，289）。而台灣民法第191條之3（1999年增訂），承襲義大利之立法例，創設由特別危險之行為人之工作或活動涉及傷害時，需舉證證明其無過失或因果關係之責任，其條文為：「經營一定事業或從事其他工作或活動之人，其工作或活動之性質或其使用之工具或方法有生損害於他人之危險者，對他人之損害應負賠償責任。但損害非由於其工作或活動或其使用之工具或方法所致，或於防止損害之發生已盡相當之注意者，不在此限。」此種風險必須具有超過日常生活一般風險以上之特別危險時，始得當之。這些特別危險之範圍包括工廠廢水廢氣排放、桶裝瓦斯爆竹、賽車、炸藥使用、設置變電所、高壓電線、瓦斯及油料運送管線等活動（王澤鑑老師，特殊侵權行為，261）。

而1994年制訂之消費者保護法第7條，亦規定：「（第一項）從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者應確保其提供之商品或服務，無安全或衛生上之危險。（第二項）商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法。（第三項）企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」此種符合危險責任法理之規定，使危險行為人（商品製造人或服務提供者）在無過失時，仍須負減輕之賠償責任，比上述之過失及因果關係舉證責任轉換之規定，更能夠提升危險行為人採取行動降低危險之動機。

然而，上述危險工作或活動舉證責任轉換之規定，以及消費者保護法無過失損害賠償責任

之規定是否適用於醫療行為，在台灣之學術界及實務界皆產生了重大之爭論。以下即以台灣此一爭論之發展以及現今台灣醫療傷害處理之立法進展，來說明在危險責任（無過失責任）運用於醫療傷害案件時，台灣各界囿於字義且欠缺對於經濟理論之分析時，所帶來之制度發展更新時之困擾。

### 消費者保護法與醫療傷害訴訟之關係

在1994年消費者保護法剛制訂實施之後數年，馬偕醫院發生了孕婦肩難產事件，當時任職於鄭姓婦產科醫師於接生前評估不需採剖腹方式，然於自然生產過程中，因為胎兒肩部過寬無法通過產婦之產道，經使用器械協助生產後，發生了新生兒右臂肱神經叢（brachial plexus）拉傷之情事，新生兒法定代理人對於馬偕醫院依消費者保護法第七條請求「無過失」賠償責任。台灣台北地方法院於1998年在「85年度訴字第5125號判決」中認為醫療行為屬消費行為，由被告鄭姓醫師須就其所提供之服務符合提供當時科技或專業水準之事實（無過失）負舉證責任，台大醫學院及衛生署醫事審議委員會之鑑定意見認為，「胎兒體重成長與肩難產之發生有相當因果關係」，鄭姓醫師並無法舉證其「無人處於得認識該危險或瑕疵之狀況」，無法舉證免責，然依鑑定意見，鄭姓醫師並無醫療過失，因此仍應依消費者保護法負減輕之損害賠償責任。此案成為台灣消費者保護法通過後，第一個將消費者保護法適用於醫療傷害之判決。此案件裁判文一經公布，激起了實務界與學術界之爭論。

其他法院對於醫療傷害案件是否適用消費者保護法之判決，有語焉不詳者（台灣高等法院87年度上字第151號判決，台灣最高法院90年度臺上字第709號判決），有認為醫療行為適用消費者保護法者（例如：台灣高等法院92年度上字第596號，台灣板橋地方法院91年度重訴字第285號），亦有認為醫療行為不適用消費者保護法者（例如：臺灣臺北地方法院87年度訴字第4511號民事判決，台灣高等法院94年度醫上字第5號民事判決）。

學者之間亦有不同之意見。除有認為醫療行為具有社會公益性、強制性，並非全然商業對價關係之外，亦有探討無過失責任與單純無從避免、無從預見及無從發現之意外，應如何區分歸責之問題<sup>84</sup>；有認為醫師或醫療機關並無法藉由調整醫療價格來內化危險（全民健保訂定醫療服務價格），即使欲使用保險將成本內化導入醫療費用之內，依照台灣當時之保

險業環境，並無法得到適當之醫療責任保險，責任保險來分散風險，即無法達成內化危險成本提升危險預防措施之立法目的，而且若醫師採取防禦性措施來降低危險發生後之無過失責任，則病人將因此無法獲得更適切之治療，有違消費者保護法之初衷（陳聰富，侵權規則行為與損害賠償，205）；亦有認為此案件之問題，並不需處理無過失之問題，而是應該處理未盡說明義務之告知過失之問題<sup>85</sup>；亦有認為非以治療疾病為目的之醫學活動，如美容及變性等服務，應更為接近消費活動之概念，應有消費者保護法之運用<sup>84</sup>。而醫界之反應則多採反對意見，認為此將使得防衛醫學更行發達，對病人、醫師及社會皆非好事<sup>85</sup>（王澤鑑，同上書，331）。然而，法院在原告創新法條運用之主張時，勇於嘗試法條釋義學建構之努力，並沒有在法院判決適用法律之詮釋過程中解決問題，而是由立法機關以立法之方式於2004年修訂醫療法第82條第二項：「醫療機構及其醫事人員因執行業務至生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」雖然其中文字並未明文排除消費者保護法之適用，論者皆稱其效果等於排除消費者保護法於醫療服務行為之適用（陳聰富，侵權規則行為與損害賠償，253）。而最高法院亦於數個判決中明確認定傳統醫療行為並不適用消費者保護法（例如最高法院96年度台上字1468號判決，最高法院96年度台上字1736號判決，以及最高法院96年度台上字第2738號判決），然而對於美容等「消費性質」較為明顯之醫療服務，是否適用消費者保護法，則仍無表示意見之機會。因此，至今而言，樣態繁多之醫療服務是否皆無消費者保護法之適用，仍在未定之天。

然而上述反對醫療侵權無過失責任論述，當中的三個假設，其實有可能藉由制度之設計來處理。首先，論者認為醫療侵權無過失責任制度，將導致醫療人員或醫療機構採用規避高危險醫療行為之「防衛醫療」；然而，這是一個需要實證資料來加以解答之問題，並非可以純由論述進行確認。例如，瑞典採用之「不責難」（無過失之一種）損害賠償制度，強調在「可避免」（avoidable）之醫療傷害發生時，始給予損害賠償。然而，瑞典並無因此出現防衛醫療之狀況，甚至有醫師主動幫病患申請損害賠償之情節出現（要加上註解）。因此，在台灣是否必然會出現相應於醫療侵權無過失責任制度之「防衛醫療」行為，事實上仍在未定之天。況且，「防衛醫療」本身並非一目了然之現象，其存在與效果在學術與實務上仍有討論之餘地（Kessler & MacClellan），而且，若是國家採用評鑑制度，考量醫療人員或醫療

機構所治療病人之病情難易特性，依其醫療努力付出之程度定其醫療品質的高低，而適度調整其負擔損害賠償之成本，則醫療人員或醫療機構「防衛醫療」之必要性，將可大幅降低。第二，論者認為，臺灣消費者保護法適用於醫療傷害事項之爭議發生時，醫療機構並無法自行利用價格調整或責任保險之方式來內化並分散其損害賠償之風險，然而，在長期而言，若臺灣醫療責任保險之提供較為豐富時，或是政府成立基金（包含醫療人員及醫療機構貢獻之部分）來進行醫療侵權無過失損害賠償之給付，則消費者保護法適用於醫療傷害事件並無必然不可行之道理。第三，論者認為經濟學以「消費」之概念分析醫療行為，然而在法理上及社會常識之理解，病人接受醫療照顧並非滿足慾望之「消費行為」，醫療人員及醫療機構並非以營利為醫療行為之主要動機，因此不適用消費者保護法(法院裁判)，因此也不適用其醫療侵權無過失損害賠償制度。然而，即使不以消費之概念來分析醫療行為，在學理上仍有適用醫療侵權無過失損害賠償制度之可能性。因為，國內及國外之立法例，運用侵權無過失損害賠償制度於非消費之社會行為者亦所在多有，例如勞工傷害、在醫療過程中之生產傷害、北歐國家之「不責難」(no fault)醫療侵權損害賠償制度、甚至是紐西蘭全面施行於所有傷害事件之無過失損害賠償制度等等，皆是。(有 references)

其實，醫療侵權無過失賠償制度並非如許多醫事人員之想像—「無過失(沒有錯)竟然還要賠錢」此種簡單思維及作為而已，而是必須有各種配套措施，例如提升醫療品質之措施、醫療責任保險、賠償額度之訂定、申請賠償時行政審查之措施、有無排除被害人提起訴訟之權利等等，因此，醫療侵權無過失損害賠償制度就在認定「消費者保護法」不適用於醫療傷害事件時，逐漸淡出了醫療傷害訴訟討論之焦點。

### **無過失損害補償制度—風雲再起**

就如上述台灣醫療糾紛與醫療傷害訴訟之實證資料顯示，醫療法第82條第二項限制「消費者保護法」適用於醫療傷害訴訟之規定，並沒有消弭醫療傷害訴訟之跡象，反而醫療傷害過失侵權之鑑定及訴訟案件數目節節升高，甚至產生了報章雜誌所稱之「四大皆空」—內科、外科、婦產科及兒科等四大醫療科別招不到年輕醫師，因為不僅這四大科工作辛勞，也經常比其他醫療科別更容易有被告之風險，因此社會上開始出現制訂「不責難」之醫療侵權

損害「補償」制度之聲音（找新聞報導）。

2012年10月衛生署也開始推動「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，希望鼓勵婦產科醫療人員或單位主動與生產傷害被害人進行和解或調解，再由政府從基金中撥出一筆金額（最高200萬元）作為救濟給付之補助，然而，該試辦計畫特別指明，「生育事故明顯可完全歸責於機構或病方者」則不提供救濟給付之補助，強調者乃是在責任不明之情況下，始有運用此基金救濟之適格性，因此也同時保留了醫療侵權過失責任之制度。2012年12月13日，行政院通過「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，其第31條規定：「醫療事故之補償，以中央主管機關作成審議決定時，有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員之故意或過失，亦非醫事人員無過失為限。…」其立法理由謂：「按損害發生如可歸責醫事人員，病人或家屬可依相關法律究責與求償，如醫事人員並無故意或過失，或係因病人或家屬所致者，亦不應由醫事人員負擔，爰規定有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員之故意或過失，亦非醫事人員無過失之情形，始給予補償。」依照同草案第3條第2款，「醫療事故：指病人因接受醫療行為而發生死亡或重大傷害之結果。」

姑且不論此一醫療事故補償基金來源如何，此種侵權責任制度疊床架屋，區分為（確定）「有故意或過失」、（確定）「無故意或過失」及「有相當理由懷疑無故意或過失」等三種樣態，而僅在「有相當理由懷疑無故意或過失」之樣態，始可獲得本草案基金之補償，此與上述學說之侵權行為法之政策目的實有背道而馳之處。第一，在醫療事故審議委員會（第29條）之決議認定有醫療傷害故意或過失之情況下，許多被害人仍需起訴請求損害賠償，而法院之裁判與前述決議是否一致，仍有疑問；除非審議委員會極度擴大「有相當理由懷疑無故意或過失」之詮釋範圍，因被害人其實並無程序選擇權，有可能最後導致兩頭落空。第二，本草案仍舊維持了傳統個別過失責任矯正正義（corrective justice）之思維，保留了侵權行為法道德譴責之功能，然而以醫療品質系統性觀察之角度，以危險責任（無過失責任）之思維促使醫療人員及醫療機構全面性地檢視危險之來源，並進行處理，應該更能夠快速有效率地解決醫療品質之問題，道德譴責之功能或許由刑法進行嚴格審慎之檢視，更為適當。第三，醫療侵權無過失責任制度之主要目的，乃在於促使醫療人員或醫療機構提升醫療品質並降低風險，即使醫療傷害無過失之情形，其實在醫療系統上仍有改善

努力之餘地，將無過失之樣態排除於補償之外，是否會導致醫療人員或醫療機構較為缺乏動機提升品質降低風險，值得考慮。第四，危險責任之另一個重要的考量乃是讓被害人能夠盡量取得補償，使其在有益於社會之醫療科技運用中受到傷害時，可以得到社會之救濟。雖然臺灣「藥害救濟法」第 13 條第 1 款規定，「有事實足以認定藥害之產生應由藥害受害人、藥物製造業者或輸入業者、醫師或其他之人負其責任」，則不適用藥害救濟之規定，然而即使在所有相關人員「無過失」之情況下，在未具第 13 條其他款之排除條件時，仍可獲得藥害救濟。而臺灣「預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法」，更沒有明文排除「無過失」情況下之預防接種受害救濟。在醫療科技對社會之有益運用之過程中產生傷害時，更為符合公平正義之方式，乃是由社會共同分擔傷害之成本，而非讓受害人嗟嘆命運之作弄而自行承擔。就此觀之，行政院之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」關於補償責任之規定，誠乃為德不足。

## 論文二

### 醫療無過失（不責難）損害補償制度之利與弊

#### 一、前言

近幾年來，臺灣醫學界出現了一個令人矚目的名詞—「四大皆空」，用以描述內科、外科、婦產科及兒科醫師人才荒之現象（或有將急診科包括在內，而稱之「五大皆空」）。雖然此一現象之存在及其發生之原因仍有爭議（見醫改會之網站，衛生署之資料），然而這些科別醫師之醫療傷害訴訟風險，確實較其他醫療科別為高（實證資料，含楊秀儀者刑事案件，參見影印文書），因此論者認為臺灣應該採取無過失（不責難）之損害補償制度（參見兩個研討會之資料）。

臺灣行政院提出之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，在其立法總說明中（要提到 website location），提到瑞典、紐西蘭、美國、英國及日本之無過失醫療傷害補償制度，將「強化調解機制」及「提供及時補償」作為立法政策之主軸。然而，依據草案第 31 條第 1 項之規定，「醫療事故之補償，以中央主管機關作成審議決定時，有相當理由可懷疑醫療事故之發生非因醫事人員之故意或過失，亦非醫事人員無過失為限」，其實仍保留「無過失不必補償、有過失需要賠償」之傳統侵權責任概念，僅有在「責任不明」之時，始有「即時」補償適用之餘地。然而，依據同草案第 32 條之規定，若是事證認定依第 31 條有不應補償之情況<sup>2</sup>，或者同一醫療事故續後提起民事或刑事訴訟者，則應命受領人返還。

行政院為何不採用無過失（不責難）之損害補償制度，是否與本草案之政治可行性考量有

---

<sup>2</sup>「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」第 31 條規定：「醫療事故…有下列各款情事之一時，不予補償：

- 一、應依藥害、疫苗預防接種或依其他法律所定申請救濟。
- 二、屬於病人原有疾病之病程進展致生意料中之死傷。
- 三、非以治療疾病目的之美容醫學醫療行為。
- 四、同一醫療事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴。但下列情形，不在此限：
  - （一）民事訴訟前於第一審辯論終結前撤回起訴。
  - （二）告訴乃論案件於偵查終結前撤回告訴或於第一審辯論終結前撤回自訴。
  - （三）非告訴乃論案件於偵查終結前以書面陳報不追究之意，並獲檢察官處分不起訴確定。
- 五、申請補償資料虛偽或不實。
- 六、本法施行前已發生之醫療事故。」

關，目前不得而知。然而，關於醫療無過失（不責難）損害補償制度之利與弊，臺灣學界與實務界目前仍欠缺系統性之完整考量，沒有考察外國醫療無過失（不責難）損害補償制度之最新發展，亦欠缺法律與經濟理論之整體分析(例外，見陳榮基編，臺灣醫療糾紛的現況與處理)，因此本論文首先將分析無過失責任之經濟與正義考量，繼而考察國外無過失（不責難）損害補償制度之現況，並就其可能之利弊得失進行分析，並對於臺灣將來無過失（不責難）損害補償制度之方向提出建言。

二、 侵權責任：矯正正義（corrective justice）與分配正義（distributive justice）之考量

依據傳統之侵權行為法理論，侵權行為法具有四大政策目標：(1) 分配傷害之成本；(2) 嚇阻社會上不合理之行為；(3) 道德譴責；(4) 定止紛爭。就國家設計司法裁判制度，主要用意當然是希望能夠一勞永逸地解決紛爭，避免動盪社會秩序之其他自力救濟或私人報復行為。而且，藉由司法裁判之宣示效果，希望能夠讓犯錯者有所警惕（特別預防），將來不會再犯同樣或類似的錯誤，而且也可以讓社會大眾有所警惕（一般預防），不會做出同樣或類似的錯誤行為。就這一點而言，侵權行為法與刑法有類似之處（林山田、蘇俊雄）。刑事處罰之法律政策重點之一，乃在於應報正義（retributive justice），以強制性之處罰「殺傷」（死刑之情況）犯罪人或限制犯罪人之自由，使犯罪人心理跟肉體上感到痛苦；而在侵權行為法，使侵權人之肉體遭到傷害或行動限制，並非侵權行為法之法律政策目標，但是藉由裁判認定侵權人有故意或過失之時，某種程度上認定行為人的道德錯誤，強制行為人提出損害賠償之際，在行為人之心理上也極可能造成痛苦之結果。因為相較於刑法而言，侵權行為法並未將應報正義置於其法律政策之核心，因此，將嚴厲道德譴責與應報之作用交給刑法制度實踐，較為恰當。因此，底下提到之故意過失等對於侵權行為人行為之道德判斷，主要在於處理其與損害賠償認定與實施之關連，而非與應報正義有關。

關於傷害風險實現後，成本之分配，美國聯邦最高法院大法官 Holmes 認為，發生傷害之後，最為節省社會成本之方式，乃是讓受到傷害之人承擔，因為啟動任何重新分配傷害成本之程序，皆需要更多的勞力、時間及金錢。（可以參考 Calabresi 之文章提到 property rules, liability rule 或者我的碩士論文）然而，從矯正正義之觀點，若從分配傷害成本之矯正正義

(corrective justice) 之觀點，若是侵權行為人因為自身之可責難的錯誤（包括故意或過失）而導致被害人之傷害（因果關係），則經由侵權行為之裁判，應該由侵權行為人對於被害人提供損害賠償，以填補其損失。著名美國法學者 Keating 從自由 (freedom) 與安全 (security) 權衡之觀點出發，認為在每個人都可能成為侵權行為之加害人，也都可能成為侵權行為被害人之時，則基於人際相處交互性 (reciprocity) 之考量，加害人雖然必須提供損害賠償來填補被害人之損失，同樣地在其成為被害人之時，其同樣地也可以從另一個加害人之處取得損害賠償，此時，行為人之過失（底下將以過失之討論為主）乃是社會調和個人及組織團體自由與個人社會安全之後，要求行為人必須謹慎小心之界線；若行為人有過失，造成被害人受損害時（因果關係），這種將被害人之損害成本轉由加害人負擔之機制，乃是社會認為符合矯正正義之模式。

上述之過失侵權損害賠償制度，雖然目前社會接受度高，並非歷史之必然，而有其社會經濟脈絡變動之因應性，因此其未來之發展，仍有討論之空間。早在兩千多年前，亞理斯多德 (Aristotle) 就已經開始從矯正正義的觀點討論社會傷害成本分配之問題，雖然此種強調矯正正義傷害風險分配概念，然而以矯正正義為基礎之侵權行為法之現代面貌，強調個人之過失責任，在美國這個重要的侵權行為法制度發展之國家，乃是從十九世紀才開始出現 (G Edward White; Schwartz, Gary, yale law review)，而之前法院之裁判經常採用強調社會連帶之嚴格責任論 (strict liability)，處理損害責任之問題。

隨著科學技術與經濟制度之發展，上述加害人與被害人之交互性現象，在某些社會經濟活動中，並無法繼續維持；某些從事社會經濟活動（例如商品製造販售或定型化服務提供）之企業或個人，其商品或服務可能對於許多社會大眾帶來利益，但是社會中之某些人可能因此而蒙受該商品或服務所帶來之傷害，然而，社會大眾並沒有機會對於企業（也有可能是個人）交互地造成類似之傷害，Keating 認為在此種情況下，傳統過失侵權行為之理論基礎即產生了動搖；因為，根據傳統過失侵權行為理論，製造商品或提供定型服務之企業人若沒有過失（可能性不低），要求這些運氣不佳 (bad luck) 的被害人承受傷害之成本，而由企業及社會大多數人獲益，並無法符合利益與傷害分配正義 (distributive justice)。(Keating; Wright philosophical foundation of tort law)

因此，隨著侵權行為過失認定之標準脫離了行為人之性格與主觀態度，採用客觀標準之後，使僱用人必須為其受僱人之侵權行為負責，進一步之發展則是將過失侵權行為之舉證風險轉移到行為人（中間責任，賴進祥），更進一步，則是採取危險責任之制度，認為行為人（例如公司與企業）具有科技知識，在其經濟活動之中製造危險並有能力控制危險，亦即得因盡相當注意而避免之（王澤鑑老師，特殊侵權行為，260），而且行為人自其產生危險之經濟活動中獲利，而被害人具有「結構上」弱點，難於取得必要的證據以證明過失或因果關係，此時就應該課從事經濟活動者侵權行為之危險責任，一方面行為人可以更有動機從事降低危險之改正措施，從事改正措施時亦較有效率，同時亦可藉由調整價格及保險來藉由市場機制來分散危險（王澤鑑老師，特殊侵權行為，283-284）。此種危險責任之規定，亦稱為危險之分配正義（王澤鑑老師，特殊侵權行為，289）。我國著名民法學者王澤鑑認為，此種風險必須具有超過日常生活一般風險以上之特別危險時，始得當之；這些特別危險之範圍包括工廠廢水廢氣排放、桶裝瓦斯爆竹、賽車、炸藥使用、設置變電所、高壓電線、瓦斯及油料運送管線等活動（王澤鑑老師，特殊侵權行為，261）。因此，其主張這種危險責任之規定，亦不管是反應在臺灣民法第 191 條之 3 或消費者保護法之條文，皆不適用於醫師或醫療機構所從事之醫療活動。

然而，以廣義之無過失（不責難）補償制度來處理醫療傷害事件，在國外已經有著名之立法例，如果制度設計得當，政治可行性具備，單從醫療科技與服務之利益與風險分配之觀點而言，醫療無過失（不責難）損害補償制度在臺灣實施之可能性，光是在法理適當性的部分，仍頗有討論之空間。更何況，根據著名之哈佛大學所做的醫療過失傷害之研究，於 1984 年紐約的住院病人中，大約 3.7% 受到醫療傷害，其中約有 27.6% 之受害人遭到過失醫療傷害（占有住院病人之 1% 左右），但在美國只有 2% 之過失醫療傷害被害人尋求損害賠償，而在尋求損害賠償者之中，僅有一半左右取得賠償，而這些人之等待期大約平均 6 年（中位數約 3 年）。（要去念 Paul Weiller 的 medical malpractice on trial）此一制度不僅無法符合矯正正義之要求，亦遠遠不符合分配正義之理想。因此從事這些研究的學者們，主張採取無過失損害補償制度。目前在臺灣並沒有相應之研究（醫療傷害訴訟之數據要考慮），然而殊難想像臺灣之醫療傷害完全不會有類似的問題，因此他山之石可以攻錯，在瞭解了

世界各國目前之醫療無過失（不責難）損害補償制度後，分析其利弊，應可對於臺灣將來醫療傷害成本分配之制度做出更合適之建言。

### 三、 世界各國醫療傷害無過失損害補償制度

目前世界上討論醫療無過失損害補償制度，在個案上之分析架構仍如同過失侵權之分析架構，亦即侵權行為發生在醫療關係之中，醫療過程中發生了傷害，醫師或醫療機構有特定的醫療作為或不作為，該特定的醫療作為或不作為與與傷害之間有因果關係。

如何認定此一特定的作為或不作為，並非漫無界線，因為目前並沒有國家採取只要有傷害就有責任之「最嚴格責任」，因此必須有一定的機制劃定某一部份之醫療行為，觀察其與傷害之間的因果關係。否則，不管傷害之原因為何皆加以補償的話，無過失損害補償制度將成為社會救濟制度，與原先制度之理論與目的不符。因此，目前強調分配正義之無過失損害補償理論中，在沒有明顯定義「無過失」行為之範疇界線之時，學者如 Keating 主張應該只觀察行為人之作為（action）與傷害之間之因果關係，而行為人之不作為（omission）將使因果關係無所附麗，並非討論之主軸。其主將，其實亦是某種劃定行為界線之方法之一。因此，目前採取醫療「無過失」（不責難）損害補償制度者，轉而採取將「無過失」解釋「並非有過失」，亦即，此種醫療行為創造了風險，但是在目前之醫療過失侵權行為之解釋上，並非「醫療過失」行為。例如，「依照目前最佳臨床操作可能性或最佳科技水準，可避免而未避免(AVOIDABLE)之醫療行為」，其非「過失行為」，然而此與傷害之發生有因果關係。

#### 無過失責任制度規劃之考量要素

排除性：其他求償制度是否併行？

補償給付：一次性或定期給付？

行政程序：正式非正式；公家或私人；申請、調查與決定之程序；爭議處理；風險管  
控

涵蓋方式：自願或強制；第一人或第三人給付

申請資格：寬、窄

利益之整合：是否與其他補償或福利措施整合

財源：固定或浮動；稅收、保險費或其他

保險費率：社區費率或依風險因子及出險記錄調整

償付能力：是否有其他財源支持或再保險等

損失預防機制：可以併入行政程序處理

## 無過失責任制度之歸責對象

### 個別醫師

個別醫師自行投保（或政府基金支出），由保險公司（政府單位）審查後提出給付

可依照醫師之出險狀況，進行品質管控或調整保險費率

### 醫療機構

由醫療機構投保（或政府基金支出），由保險公司（政府單位）審查後提出給付

可依照醫療機構之出險情況，進行品質管控或調整保險費率

醫療機構也可在對其內部人員及制度進行品質管控

## 紐西蘭之無過失責任制度

1974 年實施

含括所有的個人意外傷害事件

受到醫療意外傷害者，必須放棄向法院起訴之權利

由國家設立「意外事件補償公司」（Accidents Compensation Corporation）聘請專家進行

補償之評估、調查與決定

費用來源：一般稅收與雇主負擔

固定之補償標準表：強調相似的傷害或失能得到相似的補償

補償範圍：

治療與復健費用

補償所失之收入

受傷時收入程度之 80%

有上限；高收入者應事先另外投保收入保障險

定期給付

對於永久傷害之一次給付：有上限

對於死者近親之給付：如給予喪葬費、配偶及未滿 18 歲子女之扶養費

受補償資格之認定(1992 年之前)

Medical, surgical, dental and first aid misadventure

受補償資格之認定(1992 年-2005 年)

Medical error: failure to observe a reasonable standard of care and skill

Medical mishap: rare (少於 1%) and severe consequence (住院超過 14 天，或者嚴重

失能超過 28 天) of properly given treatment; Omission was not accountable.

受補償資格之認定(2005 年迄今)

Treatment injury: 但是醫療上「必要或通常」之傷害不在此限

對補償決定不服之程序

第一階段：向 ACC 之下設機構聲請聽審（也可在同意下改書面審查）

第二階段：對於 ACC 下設機構之決定不服，可向地方法院起訴（少見）

## 瑞典之無過失責任制度

1975 年實施

一開始，保險業者聯合組成醫療責任保險，由醫師自由加入。

1997 年，改為強制投保，由 Swedish Patient Insurance Association 聘請專人（醫療或法律專業人士），負責接受醫療傷害補償之申請、評估、審查及決定。如為可補償事件，由該 Association 給付。

醫療傷害之範疇：包括在醫療機構中之跌倒事件。用藥錯誤包括在內，但是藥物本身的缺陷不在此內（另有補償機制）。

補償額度上限：約美金 120 萬元

對於決定不滿者，可上訴，由上訴委員會決定；再不服者，可訴請一般法院決定。  
將補償資訊與醫師懲戒或侵權訴訟脫勾，提升醫師告知醫療傷害之意願。

五種可補償之傷害種類：

治療傷害

可避免：最佳專業水準

替代治療選擇性、必要資訊之可獲取性

診斷傷害

可避免：最佳專業水準

器材相關傷害：器材缺陷或誤用

感染相關傷害

治療過程中引入、感染嚴重度及稀少度超過本身疾病之嚴重度及對於該治療之需要性

意外相關傷害：跌倒或燙傷等

美國維吉尼亞州（VA）生產相關神經傷害補償計畫

1987 年成立，受到與美國勞工職業災害無過失補償制度之成功運作鼓舞

類似健康保險公司

經費來源：有產科部門之醫療機構、執行產科業務之醫療人員、VA 醫療責任保險公司

自願性計畫：在 VA 有 2/3 的產科醫師與 27 家醫療機構加入此一計畫

產傷補償董事會組織：由州長提名 9 人擔任，下設執行長一人

開辦至 2008 年，有 65 名兒童進入此一補償計畫

資格

因缺氧或物理傷害造成大腦或脊髓傷害，導致永久肉體或發展殘障並且需要日常生活之協助

排除條件

遺傳或先天異常

## 母親有藥物濫用之情形

排除醫療侵權行為法之適用；法院需將此類案件轉到此一計畫進行評估  
給予之利益

補充既有保險、政府或有責單位給付或福利措施之不足為原則

視受害者之需求而提供補助，因此每人之補助金額各不相同

補助項目：必要且合理之費用---醫藥、住院、復健、護理、看護、住居、監護、  
特殊器材或設施、相關交通費、18歲以後喪失之薪水

申請程序：

向美國勞工職業災害補償委員會（WCC）提出申請，並由該委員會決定是否補償

州衛生部決定醫療機構之照顧是否為「水準以下」（substandard）、州醫學會決定醫師之照顧是否為「水準以下」

產傷補償計畫提出意見書

由醫學院專家組決定是否符合法律之規定

WCC 聽證

上訴：

WCC 委員會全會

VA 上訴法院

VA 最高法院

由產傷補償計畫評估、決定受害者之實際需求

### • 利（不會更耗錢）

- 僅就既有之補償制度不足之處，加以補償，不會耗費更多金錢
- 僅就喪失薪水之固定成數補償，上限至平均薪水之（例如）1.5 倍
- 非財產上之傷害補償亦有上限

- 上述規劃具有部分負擔之效應，可以降低道德風險
- 弊
  - 會比過失責任制度耗費更多金錢
  - 在醫療過失制度中，將賠償額訂定上限，也可以省錢。
- 利（實現矯正正義）
  - 就既有之補償制度不足之處，加以補償，最後仍可使重大傷害者獲得充分補償
  - 使更多受到醫療傷害者可獲得補償
  - 使受到醫療傷害者更快速地獲得補償
  - 依照醫療傷害者之需要而進行補償
- 弊
  - 會使重大傷害者無法獲得充分補償
- 利（分配正義與公平）
  - 決定某些醫療傷害結果是否可避免（最佳照顧標準），比決定是否有過失容易
  - 醫療過失責任制度也要處理因果關係的問題
  - 因果關係之決定，只有少數困難個案
  - 減少利用訴訟制度確認過失存在與否，可以大量降低行政（訴訟）成本
  - 更恰當地分配醫療傷害之成本，使相似之傷害程度獲得類似之補償
- 弊
  - 決定有無因果關係也是要耗費勞力、時間、成本，再加上申請的案件增多，因此不會節省多少行政成本。
- 利（專業信賴）
  - 判斷較具有專業性，可取得醫療人員之信賴

- 弊
  - 全部由專家判斷，可能造成醫醫相護
  - 缺乏律師為病人或家屬發言
  
- 利（醫病關係）
  - 不強調過失與錯誤，避免醫師與病人對立
  
- 弊
  - 道德譴責無法獲得滿足
  
- 利（病人安全與醫療品質）
  - 不強調過失或錯誤，醫療人員比較願意揭露醫療錯誤之訊息
  - 紐西蘭之無過失責任制度，藉由廣泛收集醫療傷害之資訊，有助於保障病人安全，預防將來之醫療傷害
  - 對於某些有造成特殊醫療傷害模式之醫療人員，進行保險費調整或風險管理
  - 降低防衛醫療
  
- 弊
  - 瑞典之無過失責任制度與其醫師懲戒脫勾；醫師不用負過失責任，更無警惕之效果

## 參考文獻

- 王皇玉(2012)。醫療過失中的因果關係：從邱小妹人球案談起。臺大法學論叢，41(2)，725-793。
- 王澤鑑(1998)。侵權行為法：基本理論，一般侵權行為。台北市：王慕華。
- 王澤鑑(2006)。特殊侵權行為。台北市：王慕華。
- 吳志正(2011)。實證醫學數據於醫療事故損害賠償上之意義。臺大法學論叢，40(1)，139-207。
- 吳俊穎、賴蕙蓁、陳榮基(2009)。台灣的醫療糾紛狀況。臺灣醫學，13(1)，1-8。
- 吳俊穎、賴蕙蓁、陳榮基(2009)。醫療糾紛與醫師特性分析。臺灣醫學，13(2)，115-121。
- 吳建樑(2000)。醫療關係與消費者保護法。醫事法學，7(3)，6-32。
- 沈冠伶(2006)。武器平等原則於醫療訴訟之適用。月旦法學雜誌(127)，28-49。
- 沈冠伶、莊錦秀(2012)。民事醫療訴訟之證明法則與實務運作。政大法學評論(127)，167-266。
- 林山田(2005)。刑法通論(上冊)(第九版版)。台北市：林山田。
- 林山田(2005)。刑法通論(下冊)(第九版版)。台北市：林山田。
- 林欣柔、楊秀儀(2004)。告別馬偕肩難產案？新醫療法第八二條第二項評析。月旦法學雜誌(112)，24-34。
- 侯英冷(2001)。醫療行為的民事上賠償責任(上)從德國醫師責任法(arzthaftungsrecht)切入探討。月旦法學雜誌(72)，116-132。
- 侯英冷(2001)。醫療行為的民事上賠償責任(下)從德國醫師責任法(arzthaftungsrecht)切入探討。月旦法學雜誌(73)，112-119。
- 張孟源、張嘉訓、吳佳琳(解決醫療糾紛的拼裝車—談「調解制度」與「補償制度」。臺灣醫界，56(4)，10-14。
- 陳忠五(2000)。醫療行為與消費者保護法服務責任之適用要件(上)：臺灣台北地方法院八五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決再評釋。台灣本土法學(17)，75-111。
- 陳忠五(2000)。醫療行為與消費者保護法服務責任之適用領域：臺灣台北地方法院八五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決評釋。台灣本土法學(7)，36-61。
- 陳忠五(2001)。醫療行為與消費者保護法服務責任之適用要件(下)：臺灣台北地方法院八五年度訴字第五一二五號與台灣高等法院八七年度上字第一五一號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決再評釋。台灣本土法學(18)，39-56。
- 陳忠五(2002)。醫療事故與消費者保護法服務責任之適用問題(上)：最高法院九〇年度台上字第七〇九號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決評釋。台灣本土法學(36)，47-74。
- 陳忠五(2002)。醫療事故與消費者保護法服務責任之適用問題(下)：最高法院九〇年度台上字第七〇九號(馬偕紀念醫院肩難產案)判決評釋。台灣本土法學(37)，31-62。
- 陳聰富(2004)。侵權規則原則與損害賠償。台北市：元照出版有限公司。
- 陳聰富(2011)。歐陸法嚴格責任立法與我國民法第191條之3之檢討。臺大法學論叢，40

- (2) , 569-628。
- 黃立 (2003) 。消保法第七條與民法第一九一條之三對醫療行為適用之研析。 *政大法學評論* (75) , 1-78。
- 楊秀儀 (2000) 。從無過失重回過失--紐西蘭有關醫療傷害補償制度之變遷及對臺灣之啟示。 *政大法學評論* (64) , 97-119。
- 楊秀儀 (2001) 。瑞典「病人賠償保險」制度之研究：對臺灣醫療傷害責任制之啟發。 *臺大法學論叢* , 30 (6) , 165-194。
- 楊秀儀 (2001) 。醫療糾紛與醫療無過失制度—美國經驗四十年來之探討。 *政大法學評論* (68) , 1-41。
- 劉永宏 (2000) 。消費者保護法之服務責任與醫療。 *醫事法學* , 7 (3) , 33-48。
- 賴進祥 (2003) 。 *醫療關係之危險責任*。台北市：渤海堂文化事業有限公司。
- 謝啟瑞 (1991) 。台灣的醫療責任、糾紛與訴訟——理論與實證的回顧。 *經濟論文叢刊* , 19 (1) , 87-114。
- 蘇俊雄 (1995) 。 *刑法總論 i：刑法之基礎理論、架構及適用原則*。台北市：蘇俊雄。
- Abraham, Kenneth S, & Weiler, Paul C. (1994). Enterprise medical liability and the evolution of the American health care system. *Harv. L. Rev*, 108, 381-436.
- Alexander, Larry A. (1987). Causation and corrective justice: Does tort law make sense? *Law and Philosophy*, 6(1), 1-23.
- Aristotle. (1977). *The Ethics of Aristotle: The Nicomachean Ethics* (J. A. K. Thomson & H. Tredennick, Trans.). New York: Penguin Books.
- Barringer, Paul J, Studdert, David M, Kachalia, Allen B, & Mello, Michelle M. (2008). Administrative compensation of medical injuries: a hardy perennial blooms again. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(4), 725-760.
- Bismark, Marie M, Brennan, Troyen A, Davis, Peter B, & Studdert, David M. (2006). Claiming behaviour in a no-fault system of medical injury: a descriptive analysis of claimants and non-claimants. *Medical journal of Australia*, 185(4), 203.
- Bovbjerg, Randall R. (2006). Reform of Medical Liability and Patent Safety: Are Health Courts and Medicare the Keys to Effective Change. *J. Health Care L. & Pol'y*, 9, 252-279.
- Bovbjerg, Randall R, & Sloan, Frank A. (1998). No-fault for medical injury: theory and evidence. *U. Cin. L. Rev.*, 67, 53.
- Bovbjerg, Randall R, Sloan, Frank A, & Rankin, Peter J. (1997). Administrative performance of "no-fault" compensation for medical injury. *Law and Contemporary Problems*, 60(2), 71-115.
- Calabresi, Guido, & Cooper, Jeffrey O. (1996). THE MONSANTO LECTURE: NEW DIRECTIONS IN TORT LAW 1995 Monsanto Lecture Valparaiso University School of Law. *Val. UL Rev.*, 30, 859-1071.
- Calabresi, Guido, & Hirschoff, Jon T. (1971). Toward a test for strict liability in torts. *Yale. LJ*, 81, 1055-1085.
- Calabresi, Guido, & Klevorick, Alvin K. (1985). Four Tests for Liability in Torts. *The Journal of*

*Legal Studies*, 14(3), 585-627.

- Calabresi, Guido, & Melamed, A Douglas. (1972). Property rules, liability rules, and inalienability: one view of the cathedral. *Harvard Law Review*, 1089-1128.
- Carlson, Rick J. (1972). Conceptualization of a No-Fault Compensation System for Medical Injuries, A. *Law & Soc'y Rev.*, 7, 329-370.
- Coleman, Jules L. (1982). Moral theories of torts: Their scope and limits: Part I. *Law and Philosophy*, 1(3), 371-390.
- Coleman, Jules L. (1995). The practice of corrective justice. In D. G. Owen (Ed.), *Philosophical Foundations of Tort Law* (pp. 53-72). New York: Oxford University Press.
- Davis, Peter, Lay-Yee, Roy, Fitzjohn, Julie, Hider, Phil, Briant, Robin, & Schug, Stephan. (2002). Compensation for medical injury in New Zealand: Does "no-fault" increase the level of claims making and reduce social and clinical selectivity? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 27(5), 833-854.
- Dute, Jos. (2004). Comparison of no-fault compensation schemes. In J. Dute, M. G. Faure & H. Koziol (Eds.), *No-Fault Compensation in the Health Care Sector* (pp. 444-484). Vienna: SpringerWienNew York.
- Dute, Jos, Faure, Michael, & Koziol, Helmut (Eds.). (2004). *No fault compensation system in the health care sector*. Vienna: SpringerWienceNewYork.
- Englard, Izhak. (1995). The idea of complementarity as a philosophical basis for pluralism in tort law. In D. G. Owen (Ed.), *Philosophical Foundations of Tort Law* (pp. 183-195). New York: Oxford University Press.
- Faure, Michael G. (2004). Economic observations concerning optimal prevention and compensaion of damage caused by medical malpractice. In J. Dute, M. G. Faure & H. Koziol (Eds.), *No-Fault Compresation in the Health Care Sector* (pp. 5-87). Vienna: SrpingerWienNew York.
- Fenn, Paul, Gray, Alastair, & Rickman, Neil. (2007). Liability, insurance and medical practice. *Journal of health economics*, 26(5), 1057-1070.
- Goldberg, John CP, & Zipursky, Benjamin C. TORT LAW AND MORAL LUCK. *CORNELL LAW REVIEW*, 92, 1123-1176.
- Hall, Mark A. (2004). Can You Trust a Doctor You Can't Sue. *DePaul L. Rev.*, 54, 303-314.
- Hermer, Laura D, & Brody, Howard. (2010). Defensive medicine, cost containment, and reform. *Journal of general internal medicine*, 25(5), 470.
- Honoré, Tony. (1995). The morality of tort law - Questions and answers. In D. G. Owen (Ed.), *Philosophical Foundations of Tort Law* (pp. 73-98). New York: Oxford University Press.
- Hurd, Heidi M. (1991). Correcting Injustice to Corrective Justice. *Notre Dame L. Rev.*, 67, 51-96.
- Hyman, David A, & Silver, Charles. (2013). Five Myths of Medical MalpracticeFive Myths of Medical Malpractice. *CHEST Journal*, 143(1), 222-227.
- Jena, Anupam B, Seabury, Seth, Lakdawalla, Darius, & Chandra, Amitabh. (2011). Malpractice risk according to physician specialty. *New England Journal of Medicine*, 365(7), 629-636.

- Kachalia, Allen, & Mello, Michelle M. (2011). New directions in medical liability reform. *New England Journal of Medicine*, 364(16), 1564-1572.
- Kachalia, Allen, & Mello, Michelle M. (2013). Defensive Medicine—Legally Necessary but Ethically Wrong? Inpatient Stress Testing for Chest Pain in Low-Risk Patients. *Defensive Medicine—Necessary but Ethically Wrong? JAMA internal medicine*, 1-3.
- Kachalia, Allen B, Mello, Michelle M, Brennan, Troyen A, & Studdert, David M. (2008). Beyond negligence: avoidability and medical injury compensation. *Social science & medicine (1982)*, 66(2), 387.
- Kachalia, Allen B., Mello, Michelle M., Brennan, Troyen A., & Studdert, David M. (2008). Beyond negligence: Avoidability and medical injury compensation. *Social Science & Medicine*, 66, 387-402.
- Keating, Gregory C. (2000). Distributive and Corrective Justice in the Tort Law of Accidents. *Southern California Law Review*, 74, 193-226.
- Keating, Gregory C. (2001). The Theory of Enterprise Liability and Common Law Strict Liability. *Vanderbilt Law Review*, 54, 1285-1336.
- Keating, Gregory C. (2004). Tort, Rawlsian Fairness and Regime Choice in the Law of Accidents. *Fordham Law Review*, 72(5), 1857-1921.
- Keeton, Robert E. (1973). Compensation for medical accidents. *University of Pennsylvania Law Review*, 121(3), 590-617.
- Kessler, Daniel, & McClellan, Mark. (1996). Do doctors practice defensive medicine? *The Quarterly Journal of Economics*, 111(2), 353-390.
- Koch, Bernard A. (2011). Medical liability in Europe: Comparative analysis. In B. A. Koch (Ed.), *Medical Liability: A Comparison of Selected Jurisprudence* (pp. 611-691). Berlin: De Gruyter.
- Law, Sylvia A. (2000). Torts. In A. B. Morrison (Ed.), *Fundamentals of American law* (pp. 239-262). New York: Oxford University Press.
- Leebron, David W. (1990). Right to Privacy's Place in the Intellectual History of Tort Law, *The Case W. Res. L. Rev.*, 41, 769-809.
- Mello, MM, & Brennan, TA. (2001-2002). Deterrence of medical errors: theory and evidence for malpractice reform. *Texas. Law Review*, 80, 1595-1638.
- Mello, Michelle M, Chandra, Amitabh, Gawande, Atul A, & Studdert, David M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs*, 29(9), 1569-1577.
- Mello, Michelle M, Chandra, Amitabh, Gawande, Atul A, & Studdert, David M. (2010). National costs of the medical liability system. *Health Affairs*, 29(9), 1569-1577.
- Mello, Michelle M, Studdert, David M, Kachalia, Allen B, & Brennan, Troyen A. (2006). "Health Courts" and Accountability for Patient Safety. *Milbank Quarterly*, 84(3), 459-492.
- Mello, Michelle M, Studdert, David M, Thomas, Eric J, Yoon, Catherine S, & Brennan, Troyen A. (2007). Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical

- liability system, and incentives for patient safety improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(4), 835-860.
- Mello, Michelle M, Studdert, David M, Thomas, Eric J, Yoon, Catherine S, & Brennan, Troyen A. (2007). Who pays for medical errors? An analysis of adverse event costs, the medical liability system, and incentives for patient safety improvement. *Journal of Empirical Legal Studies*, 4(4), 835-860.
- Metzler, Ian S, & Meara, John G. (2012). Evidence for legislative and alternative approaches. *Bulletin of the American College of Surgeons*, 97(1), 6-11.
- Murtagh, Lindsey, Gallagher, Thomas H, Andrew, Penny, & Mello, Michelle M. (2012). Disclosure-And-Resolution Programs That Include Generous Compensation Offers May Prompt A Complex Patient Response. *Health Affairs*, 31(12), 2681-2689.
- Nelson, Leonard J, Morrissey, Michael A, & Kilgore, Meredith L. (2007). Damages caps in medical malpractice cases. *Milbank Quarterly*, 85(2), 259-286.
- O'Connell, Jeffrey. (1975). Elective No-Fault Liability by Contract-With or Without an Enabling Statute. *U. Ill. LF*, 59-72.
- O'Connell, Jeffrey. (1986). Neo-no-fault remedies for medical injuries: coordinated statutory and contractual alternatives. *Law and Contemporary Problems*, 49(2), 125-141.
- Posner, Richard A. (1981). The concept of corrective justice in recent theories of tort law. *The Journal of Legal Studies*, 10(1), 187-206.
- Sage, William M. (1997). Enterprise liability and the emerging managed health care system. *Law and Contemporary Problems*, 60(2), 159-210.
- Sage, William M. (2003). Medical liability and patient safety. *Health Affairs*, 22(4), 26-36.
- Schwartz, Gary T. (1981). Tort Law and the Economy in Nineteenth-Century America: A Reinterpretation. *The Yale Law Journal*, 90(8), 1717-1775.
- Shepherd, Joanna M. (2007). Tort Reforms' Winners and Losers: The Competing Effects of Care and Activity Levels. *UCLA L. Rev.*, 55, 905-977.
- Sloan, Frank A, Whetten-Goldstein, Kathryn, Entman, Stephen S, & Kulas, Elizabeth D. (1997). Road from Medical Injury to Claims Resolution: How No-Fault and Tort Differ, The. *Law and Contemp. Probs.*, 60, 35-70.
- Sohn, David H, & Sonny Bal, B. (2012). Medical Malpractice Reform: The Role of Alternative Dispute Resolution. *Clinical orthopaedics and related research*, 470(5), 1370.
- Stevenson, David G, Spittal, Matthew J, & Studdert, David M. (2013). Does Litigation Increase or Decrease Health Care Quality?: A National Study of Negligence Claims Against Nursing Homes. *Medical care*, 51(5), 430-436.
- Strunk, Albert L, & Queenan, John T. (2010). Beyond negligence: administrative compensation for adverse medical outcomes. *Obstetrics & Gynecology*, 115(5), 896.
- Studdert, David M, & Brennan, Troyen A. (2001). No-fault compensation for medical injuries. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 286(2), 217-223.
- Studdert, David M, & Brennan, Troyen A. (2001). Toward a Workable Model of No-Fault

- Compensation for Medical Injury in the United States. *Am. JL & Med.*, 27(2 & 3), 225-252.
- Studdert, David M, Mello, Michelle M, & Brennan, Troyen A. (2004). Medical malpractice. *New England Journal of Medicine*, 350(3), 283-292.
- Studdert, David M, Mello, Michelle M, Gawande, Atul A, Gandhi, Tejal K, Kachalia, Allen, Yoon, Catherine, . . . Brennan, Troyen A. (2006). Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *New England Journal of Medicine*, 354(19), 2024-2033.
- Thomas, J William, Ziller, Erika C, & Thayer, Deborah A. (2010). Low costs of defensive medicine, small savings from tort reform. *Health Affairs*, 29(9), 1578-1584.
- Wagner, Gerhard. (2012). Tort, Social Security, and No-Fault Schemes: Lessons from Real-World Experiments. *Duke J. Comp. & Int'l L.*, 23, 1-187.
- Weiler, Paul C. (1993). Case for No-Fault Medical Liability, The. *Md. L. Rev.*, 52, 908-950.
- Weiler, Paul C., Hiatt, Howard H., Newhouse, Joseph P., Johnson, William G., Brennan, Troyen A., & Leape, Lucian L. (1993). *A measure of malpractice: medical injury, malpractice litigation, and patient compensation*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Weston, Nancy A. (1993). Metaphysics of Modern Tort Theory, The. *Val. UL Rev.*, 28, 919-1006.
- White, G. Edward. (2003). *Tort law in America : an intellectual history* (Expanded ed.). New York: Oxford University Press.
- Wright, Richard W. (1995). Right, justice and tort law. In D. G. Owen (Ed.), *Philosophical Foundations of Tort Law* (pp. 159-182). New York: Oxford University Press.
- Wright, Richard W. (1995). The standards of care in negligence law. In D. G. Owen (Ed.), *Philosophical Foundations of Tort Law* (pp. 249-275). New York: Oxford University Press.
- Yang, Y Tony, Studdert, David M, Subramanian, SV, & Mello, Michelle M. (2012). Does tort law improve the health of newborns, or miscarry? A longitudinal analysis of the effect of liability pressure on birth outcomes. *Journal of Empirical Legal Studies*, 9(2), 217-245.