

法務部「醫療行為刑事責任之探討」公聽會會議紀錄

壹、時間：101年7月6日（星期五）上午9時30分至12時40分

貳、地點：法務部5樓大禮堂

參、主持人：吳政務次長陳鐸

肆、與談貴賓與機關代表：臺灣大學法律學系李教授茂生、世新大學法律學系甘教授添貴、交通大學科技法律研究所林副教授志潔、臺灣臺北地方法院姚法官念慈、黃淑英理事長、司法院代表、行政院衛生署代表、中華民國醫師公會全國聯合會代表、財團法人臺灣醫療改革基金會代表、行政院消費者保護處代表

伍、主持人致詞

歡迎各位在座貴賓專家學者與民眾參加法務部「醫療行為刑事責任之探討」公聽會，今日有如此多人參加，可見醫療行為之刑事責任是大家非常關注的問題，因為以往大家沒有對話機會，可能醫界說醫界的話、民眾說民眾的話，並無機會傾聽不同聲音，因此，法務部特地舉辦此公聽會，希望能夠讓彼此聽見對方的聲音，然後讓主管機關包括行政院衛生署與法務部獲取更多資訊以作成較妥當、更合乎大家理想的作法，因為今天出席機關代表與民眾相當多，所以剛剛主辦單位也已拜託各位把握時間，每一位提出意見者約為3至5分鐘，但我們也希望大家維持秩序，如果你聽到與自己意見不同之聲音，應該要尊重彼此不同的聲音，在民主社會中有不同意見存在本來就是正常的現象，若是一言堂，大家的意見皆一致，這反而是不正常之現象，所以如果聽到不同聲音，希望各位皆能尊重發言者之發言權與意見。在此切勿再舉布條抗議，因為在這是要傾聽各方之意見，不是用拉布條方式解

決問題，因此，希望會議進行當中勿再發生此狀況，希望各位完整聽完每一位發言者之說法、他的理論基礎與主張，不同意見的人可以在下一輪有機會時表達你的不同意見，我們希望會議能依序進行。不過，因為此議題牽涉範圍很廣，各界有不同之聲音，為使大家能更聚焦談論問題，因而拜託 5 位引言人，由他們引起各位討論的興趣，先提出一些關鍵性問題並發表他們的看法，之後再請相關機關、團體表示意見，這些程序完成後，再請在座其他機關團體與民眾表示意見，今日程序將依此進行，再次感謝今日的 5 位引言人、機關團體與廣大的民眾，特別感謝我們的立法委員在百忙之中特地親自參加本次公聽會，現在公聽會正式開始，首先請世新大學法律學系甘教授添貴發言。謝謝!

陸、引言人引言

一、世新大學法律學系甘教授添貴

因為今日發言時間只有 5 分鐘，現在不客套直接切入正題，因時間關係以下簡單表達意見。

(一)首先第一個要表達的問題是長期以來有醫界人士與部分法界人士，甚至前幾天中研院院士亦極力主張—醫生的醫療行為應該除刑化，當時涉及除罪化與除刑化問題，但我們考慮到人命關天，若醫師有故意或重大疏失導致病人發生死傷時而將此除罪化與除刑化，個人覺得這是非常不合理亦不可行。

(二)但回頭來講，醫師之醫療行為本就具有高風險性與高度不確定性，同時有很多病人送到醫院時都是在非常緊急的情況之下，如：心肌梗塞、車禍重傷病患等皆已命在旦夕，大家看到戲劇或自現實社會到醫院走一趟，不難發現往往被救護車送到醫院

後醫生護士急著將病人推入急診室，在匆忙狀況之下、忙中免不了有錯，忙中一有小疏忽，結果要醫生負刑事責任，對醫生而言也是不公平的事，所以，我個人一直贊同--「醫生必須在故意或重大過失時才負刑事責任」。

(三)醫生若只限於故意或重大過失時才負刑事責任的話，問題又來了，我們刑法並無重大過失的規定（不是沒有重大過失之概念），法官必須依法裁判，法律沒有重大過失之規定，法官必須依法裁判，當找不到重大過失之規定作為依據時，如何為判決？因而在此涉及到一個問題，我發現法務部代表到立法院接受質詢時一再講這些話，我是不以為然，他說：重大過失只有在民法中有此規定，因為民法規定有抽象輕過失、具體輕過失、重大過失；刑法只有有認識過失與無認識過失而已，而且是屬於過失責任體系，我對這一句話很不以為然，因為這不是過失責任體系，刑法第 14 條規定有認識過失與無認識過失，這是屬於過失概念之內涵也是過失的定義，針對過失的定義不僅僅是刑法上可得適用，民法、刑法也有過失之定義，但民法也是引用此定義，大家可以從最高法院許多判例與判決中發現這一點，因此顯然將有認識過失與無認識過失拿來與對比民法上之抽象輕過失、具體輕過失、重大過失，顯然是對比對象錯誤。

(四)其實民法上之抽象輕過失與重大過失是以過失行為注意程度之輕重與過失行為輕重區別抽象輕過失與重大過失，刑法上對於過失行為之分類是在刑法第 276 條、第 284 條分為普通過失與業務過失兩種，刑法上區分這兩種是以行為人的身分作為區

別標準，若行為人有從事一定業務身分的話就要加重處罰，進一步想，為何刑法上從事一定業務之人就要受到加重處罰？當然學界看法意見很多，如果以最高法院歷年來一貫見解認為因為從事業務之人具有特別的注意義務或高度注意義務，但我們進一步去想，同樣是開車出門在馬路上跑，計程車司機是從事業務之人，我們一般人並不是從事業務之人，請問同樣開車上馬路，計程車司機要特別注意什麼東西？我們一樣都要遵行交通規則、注意交通安全，避免撞到人、避免出車禍，大家都相同，計程車司機要負什麼高度或特別注意義務？沒有。同樣的醫生本身具有醫學的知識背景，依其能力本來就應該盡到一定之注意義務，一般人、普通人民對於醫護根本就沒有任何知識，根本沒有什麼注意義務可言，特別之下對比是普通，一般人等於是對醫療行為負普通注意義務，醫生負有特別注意義務，在此對比之下可見，此見解不通。所以，醫生應該負一定注意義務是沒錯，但沒有所謂特別注意義務，因為，特別的對象沒有普通。

(五)若醫師之行為責任以故意或重大過失為限時，等於是減輕了醫師的刑事責任，但另一方面，病人權益之保障亦非常重要，我們對於不當之醫療行為到底應該如何給病人適當之保障，這無疑是非常重要的，所以我一直建議衛生署本來就有責任制定有關醫療糾紛之法案，這法案已將近十年了，在 94 年制定醫療糾紛處理法，而且行政院審議通過，送到立法院審議，結果送到立法院審議後立法委員認為對病人之保障不足，送回衛生署從新研擬，結果衛生署又研擬病人權益保障以及醫療糾紛處理

法，又討論半天胎死腹中，在 94 年已將此法案送到行政院了，迄今經過 7 年仍未擬出一部法案，所以若要在醫療法中規定醫師的行為責任以故意或重大過失為限，此時醫師才負擔刑事責任的話，在此之配套措施，衛生署之醫療糾紛處理法這個必要措施是相當重要的，經過 10 年還研擬不出來，我不客氣的說，衛生署是立法怠惰，無論如何亦應盡快將醫療糾紛處理法研擬出來，其中除了包含對病人的調解、補償、救濟機制之外，像醫療疏失檢討機制、資訊公開機制皆應涵蓋在內，因為時間關係，發言到此。謝謝！

二、臺灣大學法律學系李教授茂生：

其實若改為重大過失，其實用規範來解釋規範是無法解決問題，而且若只有醫界適用重大過失，下回警察也主張適用重大過失，否則就不保護各位民眾，如此下去將會不得了。若要改一個刑法概念將造成整部刑法總則與分則之改變，此舉將花費十年或二十年根本緩不濟急。

另外，醫事刑事問題，另外一個就是所謂因果關係問題，其實說起來，我們刑法的因果關係，一般人大體上還能理解我們在講什麼東西，但是在醫學上，第一它是在密室中進行而且有極度專業知識，在這地方法律人若太過度用自己一般人的觀點去看醫師這部分之因果關係可能會出問題。如果我們覺得重大過失這條路不可行，只好走因果關係這條路線，在此有幾個問題。其實法務部說帖中提到，1 年大約告發 200 件案件，200 件案件中大概只有一成被起訴，一成之中大概也只有幾件被判刑，被判刑的其中都是罰金與緩刑，其實說實話，醫生被關到監獄中，對社會是

一個損失，對矯正署是一大利多，那是另外一回事，但事實上醫生並沒有在監獄中，這並不多，除非真的是已經非常嚴重的情形，這時為何醫學界還會講說——我們四大皆空、六大皆空的原因就是因為你們法官、檢察官將醫生判刑，這根本是與事實無關、跟事實完全不一樣，問題在這地方，200 件案件中若只有 20 件起訴，剩下 180 件案件做何用？其實一位醫師從來未到過法院，突然之間被開偵查庭，為了 5 分鐘的偵查，他在那等 4 小時，請問身為一位醫師若他這 4 小時待在醫院中是否更能服務大眾，有時檢察官在此用自己平常之態度對待醫師，我覺得這是對醫界非常大之不尊重，所以這時是否建議，因為偵查庭不一定要在檢察署開，若能移尊就駕派檢察事務官先問一下醫生發生什麼事情、蒐集資料、交付鑑定，聽說現在有些檢察官根本還未搞清楚狀況如何，就跟當事人說你給我和解，如果真要這樣做下去，醫師當然會感到不舒服，在尚未弄清楚因果關係之前，為何要和解？為何要逼當事人和解？為何要全部交付鑑定？醫師審議會中的鑑定，如果因為人數過多，根本來不及的話，我們再另外想辦法，那是醫學界本身要去解決的問題，這一類案件因為一般人民不懂這些東西，只有專家才懂這些，所以全部交付鑑定，若鑑定有問題再找鑑定機關，其實整個醫事問題的犯罪化問題，最大的問題是以刑逼民，民眾根本不想把醫生關到監獄中，將醫生關到監獄中其實沒有什麼意義，其實民眾要的就是賠償、討回一個公道，既是賠償的話為何人民都要走刑事路線？很簡單，以刑逼民附帶民事訴訟，附帶民事訴訟後其訴訟費用、鑑定費用都不需要付，甚至於還有一位檢察官幫你的忙，在這種情況下，人民縱然在勝算機率

很小還是想走這條路線，而且刑事一旦確定，民事絕對是跟著刑事走，因為刑事比民事更嚴格，在故意、過失認定，在因果關係認定上更嚴格，如果可能的話，我們有沒有可能請司法院考量在這方面將此關係切斷，若不能切斷，我建議成立基金會，成立基金會若有這情形，馬上就交付鑑定，交付鑑定後就補償，補償完畢，在補償範圍之外打民事官司，在補償範圍之內是禁止打民事官司，這基金會對此醫師是否能求償？當然可以求償，我們可以參考國家賠償法或刑事補償法，在此可向行為人—醫師求償，求償時可以規定一件事情，因為醫師是一個公益事業，所以我們只有故意與重大過失才需要求償，如此重大過失這種東西就從刑法移轉到民法，移轉到民法後，民法有無故意或重大過失概念？有，有無這樣的運作？有，所以我誠摯的勸各位，這場公聽會不應該在此舉辦，應該在司法院民事廳舉辦。

三、交通大學科技法律研究所林副教授志潔：

今天十分榮幸能就修正醫療法第 82 條發表個人意見，在此提供以下意見。

有鑒於近年來醫療權益意識之提升，醫療糾紛增多，使得醫師面對訟累，執業意願低落、醫病關係緊張，司法其實有必要做出回應，以免醫師對於重大病患之救治卻步，損及病患權益影響國民健康，所以，個人贊成反思關於目前業務過失與醫療行為中的判斷，此修法亦有其必要。但是我認為目前所提出的醫療法第 82 條修正草案，各位請看公聽會意見書草案內容是「醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事上責任。」我認為這樣的修法無法解決目前之困境，反而可能造成我國刑法

體系之紊亂，理由分述如下：

- (一)我認為重大過失之概念與我國刑事過失之體系不合，我們的刑事責任體系其實沒有「重大過失」之用語，我們也較難想像為何獨獨將醫事責任之主觀要件獨立於其他業務過失的類型之外，我們就想一個狀況，如果有位病患是因為醫療事故身亡，經過檢察官偵查以後認為很可能是有注意義務之違反而將他起訴，法院送鑑定以後認為醫師確實有過失，但是他告訴當事人說：「這是屬於具體輕過失，因此我沒有辦法判這位醫師有罪。」若你我是病患的家屬，請問你要如何理解——醫師有過失，但卻無刑責，這件事情？我覺得這非常難說明。
- (二)我見到有文獻引用美國都是用重大過失，我個人必須說這是不精確的用語，美國刑法上根本就沒有「重大過失」這個概念，在此必須先以正視聽，美國的模範刑法典有四種等級，它對於主觀之分類並不像臺灣的法系，將故意與過失一分為二，故意有容任故意、直接故意，過失中有認識過失無認識過失，美國並不是這樣的區分，美國刑法中的故意，所謂的主觀或過失，它是層升概念，也是從最低階的 negligence，高一點的到所謂的輕率，再高一點到所謂的 knowing，再高一點到所謂的 purposely，所以它是四個階層，像光譜一樣，並非區分為故意與過失，而若針對「輕率」，「輕率」的定義翻譯成中文是：「所謂輕率必須證明被告忽視其所認知的實質而無正當理由的風險。」所以，很明顯的它其實並不是所謂的重大，根本沒有出現所謂的「重大」這個字，若英文要表示重大會用 gross 或 material，例如內線消息的重大性，但在所謂的「輕率」中根本

未出現「重大」這個字，所以我並不是很理解在臺灣為何會執意認為美國刑法上有重大過失？其實並沒有這樣的字，所以若要將「輕率」勉強與我國的刑事主觀相對照，個人認為這其實不能類比但若勉強相對比，它可能是介於有認識過失與容任故意中間的某一個程度，若一定要翻譯為重大過失其實是不精確的，將不精確的用語拿來作為構成要件，我認為是不恰當的，至於修法方向之建議，其實為何會提出來去處理主觀，這是因為你無法去處理客觀，因為目前醫事糾紛的客觀是由醫審會鑑定，由於無法處理醫審會之鑑定狀況，所以希望由司法這邊以提高主觀的方式某程度做去刑化之引導，但這是治標不治本的方式，最根本的原因還是到底客觀要件是什麼？其實以過失來講，過失之行為，其客觀構成要件就是注意義務的不履行，所以我建議有無可能在本條修法時，例如在客觀要件上加上醫事的業務過失必須是重大偏離醫療常規，起碼提出一個比較客觀的標準，讓司法在判斷客觀時有準則，而不是去修正主觀要件，為何修正主觀要件沒有用？因為現在醫界認為司法對於過失的判斷是非常恣意的，好像醫師稍有疏失就會被認為是有具體輕過失，但是現在將它改為重大過失，一樣的問題還是會發生，並無法解決醫界的焦慮，因為法官此時仍舊認為這是構成重大過失的，因為過失本身就是一個抽象概念，所以，我建議在修正上應修正客觀要件，而不要修正主觀要件，因為修正主觀要件無助於解決各位目前的困境。

(三)最後，我想問的問題是——其實病人要的真的是錢嗎？因為我個人長期因為身體健康關係出入醫院，我覺得病患要的是尊重與

主體性。個人曾經在懷孕 5、6 個月時到臺灣一間最大的教學醫院，因為當時有胎盤前置問題非常危險，我希望在臺北看個診，以免我在臺北發生事故時沒有地方進行剖腹，當好不容易排到這位醫師，我一坐下，他就跟我說：我看你這樣的一位病患，我寧願去看別的三位病患，健保也沒有多付我錢，我要是收你這個病患，這叫作養虎為患，你知道嗎？醫師足足羞辱了我 15 分鐘，他對一位非常擔心會流產的產婦說這樣的話，我真的匪夷所思，當天走出教學醫院，我真的是坐在大門口哭，我沒跟他講我的身分，為何我要跟他講我的身分，我才能得到一個病患應該有的尊重，所以，恐怕醫病關係的緊張就如同人民對司法的不信賴，我們的專業都應該徹底的檢討，我們是否在專業中呈現一種傲慢，使得人民對我們不信賴，那如果要趨緩這樣的緊張，最根本的東西恐怕不是刑法或錢，而是對病患主體性的尊重，以上是個人意見，謝謝！

四、黃淑英理事長：

我們是長期關心醫療議題，所以對醫師的付出，我們是肯定的也同情的，但我們作為病人之團體，我們也常常收到病人的申訴，所以對於目前之修法，不管是要修正刑法或增設特別刑法，我們站在病人的角度想要了解，究竟在這次修法中醫生跟其他行業的人有何不同？為何他們有不同的刑事責任時，在此有沒有像法務部所說的不公平、違反公平的原則？也就是醫生的業務有何特殊性而可以在醫療法中以特別刑法規範？剛剛聽到他可能有高風險、高不確定性等等，這樣的不確定性與風險的分擔，是否要用特別刑法加以排除？這是我們較想清楚了解的。

不管今天是講醫療刑責合理化？或如法務部所言的是「限縮醫療刑責」的這種說法，我們較擔心的是修法之後，它到底會不會影響人民訴訟的權益？在臺灣目前醫療糾紛，一般都是以刑事逼民事，修法以後是否會限縮到我們人民或病人在刑事訴訟上之權利或不利於損害賠償之取得？假如政府與醫療體系，如果在修法同時未積極提出一個配套，例如在政策上，我們有醫療傷害補償之機制，或在醫療體系中對醫療倫理之重視與加強，我想這樣的修法可能在病人心裡會認為是損害到大家的權利。

再者，從法務部資料看到這幾年來我國之病患提告的件數是逐年增加，但在起訴的件數上卻是在減少，可見特別是在這兩年來，起訴案件大約是在 2% 左右，這反映檢察官在目前刑法規定下對醫療糾紛之認知有改進，也更抱持審慎態度，再看法務部提供之國外有關醫療糾紛之國外判例，事實上我們也發現法官的認知、對於醫療糾紛本質的認知，它是非常重要的，究竟要修法或是醫療體系裡面或檢察體系裡面對於醫療糾紛本質之認知、改進，究竟是哪一個比較重要？對於醫師也好或對於病患也好，對其權益之保障是比較好的，我想這是值得大家思考的問題。

在醫療法中事實上也有設置醫療法庭之規定，我認為落實醫療法這個規定，說不定也是一個對民眾與醫生更好的保障，所以這部分亦值得思考。

另外，減少醫療糾紛的訴訟，其根本是在減少醫療糾紛的發生，醫療糾紛的發生其實是與醫療的期待，對醫療結果跟期待有落差，這與醫病關係不良有很大的關係，所以我們常常要醫師善盡告知義務或維持醫病和諧關係，我認為這是最基本的方法，醫

療體系也不一味地將這問題歸諸於這是健保給付的問題，所以我沒有辦法做到這些部分，所以我想在醫療體系與政府之配套，醫療體系若有善意改革的決心，我們看到這東西，今天要來修這些法律，我想才能說服病人對於修法方向之支持，謝謝！

五、臺灣臺北地方法院姚法官念慈：

今日十分榮幸參與盛會，現在法院是扮演公平、中立之裁判角色，就兩造提出之攻擊防禦方法，依法律規定做出判斷，所以法律與訴訟制度之設計是否能讓兩造站在同一高度，擁有相同對等之武器，這是我非常關心的議題，之前各位專家已經提出許多精闢意見，我不敢班門弄斧，僅就個人在實務上所遇之經驗陳述感想。首先，我必須要很現實的說，以這種修法是無法解決訟源，只是讓民眾變成主張醫師有過失變成主張醫師有重大過失，所以醫界認為至少在檢察官這一部分能先攔截一些起訴率，但根據98年楊秀儀教授指導之論文統計，89年至97年間醫療疏失比率高達91.6%，一半案件都是自訴案件，所以縱使這樣修法，民眾還是可以主張醫師有重大過失提出自訴，這本身是無法減少訟源的，而且個人在實務上的觀察，認為目前制度的規定其實是有利於醫事人員，若修法限縮醫事人員過失責任恐怕會無法解決問題、無法紓解訟源之外，而且會更進一步將法院的天平偏向醫事人員而不利於病患，到底是哪一邊會有利於醫事人員？個人陳述幾項要點：

- (一)在醫療過程中資訊不見得透明，而且證據取得困難，醫學是大部分民眾皆未鑽研過之領域，雖然理想上現在醫病關係是由目前的醫療走向尊重病患自主權，但實際上仍屬於偏向由醫師主

導的審議模式，而醫師也很難鉅細靡遺，病患難有參與空間，病患很少能參與整個醫療過程，更限制對於整個醫療過程之了解，目前病歷記載仍屬簡略，也都是以外文與專有名詞堆砌而成，醫療紀錄檢體與各項檢驗資料都在醫事人員掌控當中，醫療過程也不像法院之審理是公開的，而且法院筆錄是可以交給當事人閱覽、簽名方能作為整個訴訟資料之一部分，整個審理過程與偵查過程皆全程錄音、錄影，因為這種狀況在很多醫療結果不如預期時，醫生擁有遠超過病患的詮釋空間，病患難有反駁餘地，蒐證更是困難。

(二)在舉證責任分配上亦有失公平，若刑事責任減輕或免除之後，病患要循民事途徑爭取正義就會遭遇到舉證責任這道不可攀之高牆，在醫療民事訴訟當中，原則上病患要舉證醫事人員有故意過失，而且這過失與病患之身體健康與損害之間有相當因果關係，雖然民事訴訟法第 277 條但書有規定，依其情形顯失公平是可以將舉證責任倒置，而且在民事訴訟這一條修正時，它在討論過程中也是認為醫療訴訟要由病患負舉證責任是屬於顯失公平的狀況，但在目前實務上很少看到法院按前述但書規定分配舉證責任，還是由原告（病患）負舉證責任，如前所述醫療過程欠缺透明、資訊掌握困難、蒐證困難，再加上舉證責任之分配，病患在醫療訴訟當中，其實他是非常弱勢的，剛才有很多的先進或是老師都提到以刑逼民，我認為這名詞似乎是有一點點是讓病患背負了污名化，其實民眾並不是想用刑逼民，我在訴訟上也常見到許多病患不要錢，請求 1 塊錢賠償，我只要一個道歉，事實上他為何要提刑事？他就是因為舉證的

困難，而且醫療常規其實是定義不明的，法院為釐清醫師是否有應注意未注意之過失都會囑託專業機關鑑定，但是鑑定機關不同常常結論就不同，同樣案件問題答案卻不一樣，顯然醫界對於何謂醫療常規，自己並無定見，這樣讓法院與民眾如何遵循？

(三)關於醫療鑑定問題，我也認為醫療鑑定制度有待改進，因為目前法院審理訴訟案件十分尊重醫師鑑定之結論，但第一個我們醫療鑑定之公信力恐怕有點需要提升，當然我們法院判決之公信力恐怕也是有待提升，但是我們常常看到的鑑定報告，民眾質疑醫醫相護，但醫事人員批評醫醫相害，法院只好無奈。第二，醫事鑑定常是不問不理，僅針對囑託問題回答，不願針對整體醫療過程全盤考量、綜合判斷以至於掛一漏萬，而且醫事鑑定常常只有結論、沒有推論過程，缺乏論斷文獻、書籍、理論依據，甚至語焉不詳實難招致公眾信服，而且鑑定主筆通常多半拒絕到庭接受交互詰問，使得細節無法獲得釐清，而且目前並無強制責任險制度，病患要獲得補償過程非常艱辛困難，而且醫療行為本身是一個不確定之法概念，目前醫療法中並未明確規定何謂醫療行為？只有衛生署81年8月11日函有一概括性規定，但我們知道醫療有醫療核心行為、醫療輔助行為，從其他之面向分析，醫療行為有傳統的救命治病對於不可測之風險、難以抗拒的予以即時處理；但事實上醫療行為有很多，現在各位所在乎的甚至屬於商業行為、醫美行為，若在醫療行為尚未界定明確情況之下，一律將醫療行為除罪化，將會有很多事實上不適合、不確定性或根本屬於商業行為都納入醫療行為

之大傘中而獲得豁免，其實不論工作性質，在法律上本來應該一律平等，甚至我們有很多待遇、福利、社會地位不見得比醫師高卻負擔比醫師更嚴苛之無過失責任與懲罰性損害賠償，就是適用消費者保護法之行業，我想若單就醫師這行業特別限縮刑事責任恐怕會產生一些其他不必要之比照效應或他們闡述不平等待遇問題，目前雖然四大皆空已經上看到六大皆空，其實從法務部提供資料與個人向司法院調取之資料顯示，近年來案件數、起訴率、有罪率並無明顯差別，醫界是否能將內部事務分配不均歸咎到醫療訴訟？恐怕前提有一點小小的問題，尤其透過修法，尤其是特例可能動搖刑法整體公平性之專法而解決某一時間內部事務分配問題，恐怕是有待斟酌的，個人認為在前述因素尚未獲得妥善改進之前，恐怕不宜在醫療法中單獨訂立限縮醫事人員刑事責任特殊規定，而使病患處於更不利之地位，以上個人意見，謝謝！

主席：

謝謝各位引言人之引言，以下請主辦單位檢察司朱司長提出說明。

朱委員坤茂：

大家好，本人代表檢察司感謝各位踴躍參與今日之公聽會，在此亦誠懇向各位報告，法務部知道為了維護全體國民之健康，我們不能沒有良好之醫療服務，有良好之醫療服務當然要有醫師能夠盡心盡力，如果任何一件醫療糾紛都要嚴苛追訴醫師的刑事責任，可能會造成醫師心理上過重之負擔，甚至會有防禦性的醫療，反而使病人不能得到該有的醫療，所以基本上我們理解醫師團體的主張，行政院衛生署邱署長也深切關心此項議題，但是醫病雙方的權利不同、看法也不

同，法務部不能全然不顧被害人之權利，所以到底如何方能取得平衡？如何才是合理？因此，我們認為有必要召開公聽會聽取各方之意見，今日之公聽會從六月初起即開始公告週知，也邀請相關機關團體參與，並且公開接受報名，今日場地有 444 個座位，現場看來顯然座位已將近坐滿，在此報告主要目的是表示法務部對此議題是保持中立，會場提供之書面資料是檢察司目前可搜集到之資料，還有其他的立法例，若各位先進有更周詳之資料或能提供之立法例亦歡迎隨時提出，我們都會參考，今日公聽會有全程錄影、錄音，會後亦作成會議紀錄，但是因為到場人數太多，時間有限，無法讓各位暢所欲言，亦無法讓所有到場貴賓都能發言，我們對此深深表示歉意，但每位進場者都可以填寫發言單，我們將回收並列入我們的統計，各位寶貴之意見，我們都會納入今後修法之參考，以上報告，謝謝！

主席：

謝謝法務部檢察司朱司長之說明，下一程序是請各機關代表表示意見，請衛生署石處長。

柒、各機關代表發言

一、衛生署醫事處石處長崇良：

僅代表衛生署就今日之議題、特別是對醫療法修法之說明發表三點簡單說明：

- (一)臺灣的醫療成就實際上這幾年來在世界上是有目共睹，但醫師的犯罪率在世界上也是罕見的高，臺灣從民國 75 年通過醫療法，78 年辦理醫院評鑑，84 年開辦全民健保，至今不僅民眾就醫的便利性高，醫療品質與成就也是舉世矚目，與先進國家齊名，屢受國際知名學者與媒體之讚揚，國人滿意度從開辦之

初的不及四成至今已超過八成之滿意度，但醫療的爭訟事件卻逐年攀高，根據研究報告顯示，臺灣醫師平均每年有 36.7 位醫師因為醫療糾紛被刑事起訴，遠高於美國的每年 1.2 位，德國、日本的每年平均 15 位，如果換算成人口數，這樣之指數相當於美國的 400 倍，德國 9 倍、日本 13 倍。

(二)五大科--傳統的內、外、婦、兒加上急診，他們的工作負荷很大、風險也很高、醫療糾紛也多，讓近年來投入之意願者越來越少，依據本署醫事鑑定委員會接受司法與檢察機關委託鑑定之醫事爭議案件統計，從 1987 年每年 150 件至 2001 年已超過 550 件，其中八成都是刑事訴訟，內、外、婦、兒傳統四大科加起來超過 85%，在法院起訴案件之分布也是一樣之比例，探究其最後之原因當然如前面幾位先進所言，民眾經常是以刑事附加民事賠償方式提起訴訟，無需負擔舉證責任與訴訟費用，這是其優勢，但是在過失責任，無論疏失之輕重都負刑事責任造成醫師的高犯罪率的怪現象，同時也因為刑事與民事之裁量基準不同，使得民眾也無法獲得合理之賠償，造成兩造之間對於醫療糾紛之解決無所助益，但另一方面已經對醫界產生巨大影響，不僅這些高風險科的投入意願減少，醫療的防禦性行為也越來越高。

(三)因此，醫療業務有其急迫性、救命性、強制性與不確定性，這是不同於一般的業務行為，所以應負的責任應在醫療法中明定，醫療的本質是在救死扶傷，不管是在醫療相關法規或醫學倫理之原則皆要求醫師要施以醫療的強制性、不可選擇，加上醫療本身難以避免的風險與個案之特殊性與不確定性是不同

於其他業務行為，無論輕重皆科以業務過失之刑事責任，不僅會衍生防禦性醫療問題，也導致醫療生態的嚴重扭曲、救醜不救命，皆非社會大眾之福，所以若能將醫師應負之刑事責任在醫療法中明定，搭配我們會推動之醫療事故賠償制度，今年優先從生育事故補償辦起，逐年擴大到所有的高風險醫療事故，同時我們也引進了醫事爭議處理及醫療事故補償法的草案，下一個會期將送進立法院審查，期待藉由前揭措施緩和醫療訴訟，挽救流失中的四大科與急診醫師人力，也省下因畏懼醫療訴訟所付出的醫療浪費、防禦性醫療處置，將使全民獲利，因此，衛生署主張推動醫療過失的刑事責任明確化，擬具醫療法第 82 條第 3 項修正草案，「醫事人員執行業務致病人死傷者，以故意或明顯違反醫療常規且情節重大者為限，負刑事責任。」希望扭轉醫療生態，共創社會共贏，謝謝！

二、 中華民國醫師公會全國聯合會代表陳常務理事夢熊：

本人僅代表中華民國醫師公會全國聯合會在此提出相關說明，意見如下。

為保護民眾就醫權益 避免醫療環境惡化--醫療行為責任之「三不二要一有」。

首先感謝立法院社福及衛環委員會及許多關心醫療環境與民眾權益的立法委員，能體察醫療糾紛刑責壓力所造成的醫療困境，責成法務部提出「明定醫療過失刑責合理化」之修法版本。當然，我們也要感謝法務部因而能正視醫療行為刑事責任的問題，召開此公聽會，讓我們能有相互交流的機會，來與社會各界共同研商解決問題。

醫界的訴求很簡單，我們主張「三不二要一有」

三不：不要污名化、不敢除罪化、不求去刑化！

很遺憾的，包括部分民眾或是媒體朋友，有些人常常誤解醫界是想要除罪化、去刑化、豁免刑事責任，甚至本次公聽會原定名稱也是「醫療行為應否『除罪化』或過失責任應否嚴格化」。這些理解，其實歪曲了醫界真正想要訴求的重點。

二要：要醫療刑責明確化、要醫療刑責合理化！

在我國，所有醫療訴訟案件中刑事案件約佔 40%，在日本卻只有 1.6%、在德國則是 4.3%；美國從 1981 年到 2008 年，二十年間總共只有 24 件案件進入刑事一審，我國自 2000 年至 2008 年，八年間就有 264 件案件、312 名醫師被告。這些案件，甚至特別集中在高風險卻重要的科別，例如神經外科醫師，平均每人每年既有 1.5 件醫療爭訟。

寒蟬效應之下，當然造成醫事人力出走、保守醫療與健保支出不斷增加等惡果，相關法制已經不能再固守成規，而是要面對問題，共同解決問題。

一有：有明確合理的醫療刑責，共創全民與醫界的美好願景。

醫療糾紛定罪率平均只有 25%，獲得一審判決就要三年以上，平均只有 5% 的被告未獲緩刑或易科罰金；也就是說有四分之三的醫病雙方都花了漫長的寶貴時間在冗長的訴訟程序中。換來的，不只是當事人醫病雙輸，還包括民眾就醫環境的嚴重傷害。如此定罪率低、耗時傷神、刑罰效果低弱之刑事追訴制度，有助於社會秩序的改善或醫療品質的提升嗎？其立法成效實值得檢討。醫師公會拋磚引玉，支持廖國棟立委與趙天麟立委所

提，新增醫療法第 82 條之 1，作為醫療行為刑事責任檢討改革的起點，希望能集合各界更多的力量與智慧，還給全民健全的醫療環境。

◎新增醫療法第 82 條之 1

醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任。

前項所稱重大過失，係指嚴重違反注意義務且偏離醫療常規之行為。

醫事人員執行業務，因重大過失致病人死傷者，處 5 年以下有期徒刑或拘役，得併科 50 萬元以下罰金。

三、財團法人臺灣醫療改革基金會代表張雅婷：

本人是財團法人臺灣醫療改革基金會研究員，以下將代表醫改會發言，首先簡單介紹醫改會，醫改會成立 10 年來推動醫療政策之改革與建議，其實我們這 10 年來一直從未間斷過的民眾服務就是接聽民眾的醫療糾紛電話，我們 1 年大約接到 400 至 500 通醫療糾紛電話；其實我們無法代表發生醫療糾紛之民眾，但我們很想表達他們的心聲，這些他們的故事其實都告訴我們，其實醫生害怕被告，但民眾又何嘗喜歡上法院？可是這 10 年下來，我們發現為何會造成今天這樣的結果，是因為制度逼著民眾走上法院，因為我們做一些調查發現醫療糾紛民眾不是想到賠償，他們最主要是想要了解，整個醫療過程的真相，甚至是希望得到醫生的一句道歉，但是現在的醫療糾紛處理處理管道是非常有限，就溝通部分現在主要的管道一是院內的協商，二是衛生局的調處服務，三是醫療的司法訴訟，其實在前面兩個訴訟外的溝通機制就

是院內協商與衛生局的調處，其實都有很多限制，例如：民眾無法在第一時間取得他們的病歷資料，我們常常聽到民眾的申訴，我今天要去申請我的病歷資料，醫院卻告訴我要去掛號，但他其實住院時會診許多科別之醫師，要民眾就這些科別之醫師一一掛號，這些掛號完後才能獲得病歷資料，其實民眾可能拖了7天甚至2週才取得這些病歷資料，他當然會合理懷疑醫院有些嫌疑甚至這些資料有遭到竄改之可能。再者，醫院溝通的處理管道，醫院可能只派一位公關處理，甚至是丟了一些慰問金叫民眾簽名，後來這位民眾有任何需求則默默不理。

其次，衛生局無法強迫雙方參與，若今天醫院不願意處理、不願意參與，民眾無法與醫院溝通，最後該怎麼辦？最後求助無門情況下，他只能走上司法一途。有時因為衛生局是地方單位，他與醫院關係其實很好，有時民眾到衛生局的調處單位，民眾一發現醫師或院方代表直接與衛生局代表在場直接有說有笑，這其實對民眾而言，其感觀又是如何？

可是我們覺得醫師被當作犯罪罪犯來調查，這對醫師來說也是一項傷害，所以今天要談醫療糾紛的處理，也是要透過除罪化這一部分進行溝通，這其實是一整個制度之改善過程。

所以，我們認為整個醫療糾紛之處理應有四大目標：

1. 預防錯誤的再發生：這部分可能要有定期之通報或檢討機制。
2. 民眾之損害賠償部分，可能要建立救濟之補償制度。政府單位主動進行協助，甚至連結後續醫療或社會資源。
3. 經濟效益部分，其實只要透過強化訴訟外的管道之溝通機制，甚至是調處之功能，如此民眾可能就不會再走上司法途徑。

4. 公平正義：我們也覺得每個科別之醫師之風險當然不同，所以不應該讓風險如此大之科別一再承擔，應該建立一個合理的風險，醫療風險承擔機制，以上是醫改會之意見，謝謝！

四、 行政院消費者保護處代表：

因為今日公聽會主要是針對醫療行為，行政院消保處僅就消費者保護政策表達一些意見。

首先說明消保法之立法目的，按照消保法第 1 條明文規定，本法在保護消費者權益，促進消費者生活之安全，提升消費生活之品質，有關消費者之保護原則上應適用消保法之規定，若消保法未規定適用其他之法律。這是消保法目前規範之範圍與立法目的，關於今天醫療行為部分，因為從剛剛各位先進說明知道，醫療行為態樣繁多，除一些核心部分，其他也可能涉及到商業行為部分，因此基於消費者權益保護之公平性，我們認為醫療服務這樣的行為原則上不應該排除在消保法之適用，至於大家較關心的醫療行為之侵權行為責任部分，消保法第 7 條與第 7 條之 1 明文規定，提供服務時應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性。因此對於此責任要件之規定是應該受到尊重而且可保護大多數之消費者。我想在醫療行為上這樣的規定應該也不是很嚴苛之條件。

最後，大家皆提到消費爭議問題，醫療服務的這些態樣原則上適用消保法，關於消保法上一些消費爭議之處理機制其實都是可以適用的，因此，若有消費爭議，民眾都可以向地方政府提出申訴或調解。另外，剛剛也提到衛生署正在進行相關爭議處理程序的一些規範，或者可以透過民事訴訟之方式尋求救濟，以上是

消保處之簡單說明，謝謝！

捌、立法委員發言

主席：

因為所有法律案皆要經過立法院立法委員審議，以下依照發言單之順序請各位委員發言，先請趙天麟委員發言。

一、立法委員趙委員天麟：

身為法律提案委員在此向各位委員說明整體看法，我認為醫病之緊張關係已經到不能不解決之階段，若還只是放任著法律的不審議，然後任由醫界與病患各說各話，彼此因為法律的不修訂處於極為緊張崩解之關係，我認為這是相關修法單位不管是立法院或行政院之怠惰與疏失，所以我積極跳入這領域，我們認為應該進行對話與了解，事實上雙方之歧異並非完全無交集，試想對於將醫師當成刑事罪犯予以訴追，不管其目的是為了道歉或賠償，它所導致的防禦性醫療，甚至在衛教上都造成防禦性醫療，事實上為何弊多於利？因為他現在讓你簽下一大堆免責條款，讓你進行一大堆他沒辦法積極處理的方針，這樣對於病人還未到達醫療糾紛誕生之前你已是受害狀態。另外，重大傷病、轉診、拒絕積極醫療之情況已開始出現，更重要的是醫事人員的逐漸減少那種危險性醫療的投入，不管是婦產科、神經外科或各種方面，我覺得在這會期中，我們所看到的每一個科別，那種情況不是一種學術討論而是實質存在，我認為這嚴重性絕對不能再忽視，絕對不能再如駱駝將頭埋在沙漠的沙中視而不見，但我們見到醫療糾紛發生之後，難道我們也只有這項修法而完全無任何配套措施嗎？立法院也不是這麼不負責任，所以我們在上個會期討論中已

積極要求衛生署與相關單位必須同步討論出配套措施，醫改會所提出之具體措施中，哪一項是不可行的呢？這不過是補償制度，現在婦產科已開始在推行生育責任，但我見到行政院光是在推行生育責任上還是不是這麼高度重視，還要你們不斷的溝通才能完成，這一點我覺得行政院也負起極大的責任，婦產科的生育責任只是一個開始，所有的無過失補償責任是國際通行，而且對於病患無論是需要補償金或不需要補償金，它都在金額補償上可以有一個獨立的制度予以補償。

另外，獨立管理員制度必須有效的建立才可以避免因為刑事責任或重大過失責任，醫師或醫院為了保護自己拒絕提供病歷，這一點是大家完全無法接受的，獨立管理員制度之建立是極為重要。

藉此機會，我們若能讓醫師建立起一個有尊嚴，不需要因為刑事訴追而對病患直接在第一線就消極治療，而事實上發糾紛之後，又可以由這種第三者獨立制度，讓病患不會處於極為劣勢的狀態，我覺得非常重要。

最後我呼籲台上所有的專家們，你們的意見我們都已經聽進去，我們知道這都非常的專業，但是除了一個無法撼動的罪刑法定主義、大陸法系國家的法條之外，不要忘記各位皆生活在實實在在的生活當中，法律積極的調整配合現實情況也是你們的責任，謝謝！

二、立法委員林委員世嘉：

我想「醫病共贏的信賴社會」是大家所追求的，因為現在資訊透明，所以其實有很多過去在醫病關係當中不會發生之狀況，

陸陸續續其實會因為整個關係會整個衍生出來。在立法部門部分，因為這問題在社會上已造成許多紛擾，我們覺得在醫病共贏，在讓就醫者尊嚴與治療者尊嚴上其實在立法部分我們會加緊腳步，所以在此除剛剛幾個相關部門所提的意見之外，我們追求故意或明顯違反醫療常規且情節重大者，以此取代所謂的重大過失，在措辭上能夠較委婉、讓大家可以接受，不知道這在法學上是否能被接受，我覺得這是較好的措詞，我想每一位從事醫療工作者大部分時候是兢兢業業，我們也知道其實透過這麼多討論之後，其實這社會一直在進步，這進步包括病人知道他有知的權利，所以透過一些制度讓整個知識不對稱得到一些改進，很多時候醫師本身的態度也會因為這麼多的糾紛、紛擾與不同意見之後，大家逐漸做修正，更謙卑、更尊重自己的醫療專業與態度問題，也透過這些資料，許多事情是包括在健保與醫院管理制度上問題，不全然是這一條刑事責任的法規上面，但這整個是一個處理的過程，今天見到許多位立法委員到場關心，我很少在一個公聽會上見到這麼多位委員，不分藍綠，大家都有共識推動一個醫病共贏的信賴社會，希望能夠得到大家的支持與肯定，謝謝！

三、立法委員李委員應元

這問題已經討論幾十年，已經到了不能不解決的階段，醫生再度給我們生命時，我們將他尊重為神，但當發生過失時，我們就將棺材扛到診所或醫院門前，醫生不好當，病人也很艱苦。剛剛林教授算是知識份子，他還有辦法這樣子忍耐，所以這問題只好還是透過法律的修改以作處理。

我有提議整個醫療法的修正和部分相關的，在此稍微說明並

就教於各方先進：

(一)第 82 條第 1 項規定「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。」而在第 4 項將此部分擴充，避免法務部一直擔心的重大過失之措詞用語，我們就用「醫事人員執行業務之過失行為，以違反第 1 項注意義務且偏離醫療常規者為限，負刑事責任。」並在此增加第 2 項「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，不論醫療機構或其醫事人員有無過失，強制醫療事故第三人責任保險人應依第 83 條之 2 第 2 項所訂辦法，負保險給付責任。」相關無過失責任之賠償制度。在此不再敘述第 83 條之 2 之內容，這部分則由醫療相關單位認真處理，讓我們一起努力。在本條之最後一項「第 4 項所稱醫療常規係指在臨床醫療上之習慣、條理或經驗，經醫事主管機關訂定之各種醫事標準作業程序。」因為醫事的進步，每 2 年、每 5 年都進步很多，所以每一個階段之比標準作業程序皆不同，所以醫療單位、醫療行政主管單位經常性的修訂這些標準作業程序是非常重要的，這一部分除了希望相關單位能夠作出標準作業常規，讓我們大家相信、取信於人民之外，恐怕沒有更好的方法。

(二)我想這問題已經討論很久了，剛剛檢察司或法務單位今天提出來的準備資料，強調各國立法例基本上並無太大差異，但是從衛生署與醫師公會全國聯合會代表，在接近相同之醫療體系沒有所謂的重大過失這樣的規範，但是不同的國家醫療中醫師被起訴的人數或定罪數目竟然相差如此大，這地方彼此包括消費者大家都有爭議，建議將此部分予以釐清清楚，是否對法條之

適用不同?或是我們的文化大家較喜歡訴訟?或是他國國民對醫療常規較尊重?或法院法官在判定這類案件時，他採取的方式能夠說服雙方?因為雙方的確在醫療資訊上有所資訊的分別，差異非常大。剛才姚法官舉出本國之經驗，過去與現在並無較高的定罪率，但從法界所提出之準備資料，法系的見解沒有太大不同，但是從醫界提出來的定罪率被起訴的人數，一開始就不同，這一點值得我們社會注意，因為時間關係，僅在此具體提出修法動議，我們會在立法院一起努力，謝謝!

四、立法院蘇委員清泉：

十分難得一項議案有民進黨、國民黨、台聯黨大家都有共識，所以這問題確實超越黨派，因為大家都知道問題之嚴重性，這在立法院講了許多次，在此向各位報告，三天前陳沖院長已經批准了婦產科的補償制度，試辦 2 至 3 年，陳沖院長也知道問題十分嚴重，我身為立法委員又是心臟外科醫師，我已經當了 30 年以上的醫師，當院長也已經 20 年了，現在改當立委，在此舉例說明讓各位了解，我說醫療的要求是不用外界來要求，他們本身就有一個 auto innovation 機制，在此以心臟科為例，現在要求這家醫院若能做心導管，一家能做心導管緊急開心手術的醫院被要求的是什麼樣子?一位病人從急診進入是幾點幾分幾秒電腦中都有時間紀錄，5 分鐘內要做完心電圖，10 分鐘要判定，從病人進入醫院的幾點幾分幾秒到進入導管室 (door to room) 在幾分鐘內要完成，血管扎進去，第 1 條血管打通 75 分鐘內要完成，其本身即有非常嚴格之規定，醫療人員全部 6 年要換證 1 次，大家可以看到很多醫療人員週六週日都在補學分、參加 seminar。至

於，單單只有醫療者要去刑化，我們從來沒講過要去刑化，這是我們主席這邊的題目首先是這樣講，現在已經改了。今天邱署長打電話給我告訴我兩件事情，第一，萊克多巴胺 10ppb，內臟 40ppb 在 CNC 已經通過。第二，今天你們去法務部的公聽會，是法務部作主場，法務部已經有結論了——就是不修正，所以今天你們去是多跑一趟而已。我想法官法與律師法都應該修訂，以上意見，謝謝！

五、立法院江委員惠貞：

(一)在幾位引言人與委員談過話之後，其實大概可以看到大家面對問題的過程當中當然還有一些立場的堅持，但我只針對執行這部分，大家一起共同研討，其實李應元委員已將最重要的問題點出，在法界來講、在衛生署來講其實大家都在認真努力，但顯然在最尾端的執行部分，因為我們剛剛頗訝異，從姚法官的一些論述當中，如果真是如此的話，今天這場公聽會或者這項法律的修改根本一點都沒有用，但目前所見在整個醫病行為發生糾紛與爭議情況之下，民眾到底有多少之理解？如何能保護他自己的權益？到底衛生署給予了如何之積極協助與制度之建立？

(二)在整個法界，從檢察單位到法官的判決過程當中曠日費時，而且病患每次提告時絕對不是只有告一位醫師，可能包括所有醫事輔助人員都一起被告，試問一間醫院所有的人事配置當中，一大塊被切除出去，常常要應付法院或檢察署之傳喚過程當中，我們其他人的醫病權益何在？我想這是我們要去理解的。整個醫病發生這樣的糾紛，最大的弱勢當然是我們的病患，但

是也不要忘記了，第二個弱勢的應該是在這個醫事體系當中的醫師，因此，在此強烈呼籲包括衛生署等是否能更積極對於整個醫療的、所謂醫事標準的作業程序與所有的補救，以及對於醫療的糾紛產生時，對於病人的一些權益，如何逐步配套的進行規劃與設計，如此才能讓今天的公聽會或未來各項包括消保法等，在我們的醫療法，甚至於其他相關法律都來做一番整理，是否有互相衝突？或者有立場鮮明到彼此會衝突與失衡？我想這部分是衛生署、法務部與立法院等皆經加強努力的部分。剛剛提到除了病人是最大弱勢之外，我想第二個弱勢應該就是處於高風險，而且有時無法經過考慮就必須動手裁處做醫療行為的醫師，相對情況下他也是弱勢，所以在這些部分需要大家一起加油努力，我想在立法院所有的立委也一定會在最關鍵時刻為大家做最好的立法努力，謝謝！

六、前立法委員涂委員醒哲：

我今天帶著贖罪心情，相信今天有很多人與我一樣，因為這件事情拖太久了。醫師是治療病人、治療人的醫師，司法是治療、診治社會的醫師，這問題絕對不是個人的健康而已，這已經變成社會的重要問題，已經影響到醫療生態，因此與其說延宕已久，不僅是法務部連同衛生署都是立法怠惰，今日相當高興大家終於要一起面對這問題，醫療行為的確與其他行為不同，有的法界人士認為都是一樣，這是錯誤的觀念，醫療行為是用小惡取代大惡，我們不管開藥有無副作用，我們開刀當然會有傷害但是還是要做，醫療是一種跟上帝拔河的比赛，當他要蒙主寵召時我們將他拉回來，但是拉幾次之後，有一次還是會失敗，如果我們失敗

了，就被當成這是我們的錯誤，這就是犯錯，甚至是犯罪，如此一來救命的科的確會沒有人要去，剛剛很多人提到何謂防衛性醫療？所謂防衛性醫療就是做很多不必要之診斷與治療，這不是幫忙民眾，而是幫忙醫師自己保護自己，本來某甲肚子痛只要吃藥打針即可，但是卻一再檢查，為何要如此？因為唯恐少做一項檢查屆時會被告，醫師該怎麼辦？如此一來，醫療品質會比較好嗎？照很多 X 光會比較好嗎？這已經是造成個人醫療品質的下降，何況宏觀面醫療生態已經四大皆空、五大皆空，未來將找不到醫師，醫療人才斷層，這豈是民眾之福？所以，很多人以為用刑事化即可解決人民之困擾，這是提倡人權，這是錯誤的想法，這會影響到其健康人權，而且造成整個社會之損失，我想這才是最重要，也是今天在此要做的，不要因此造成五大皆空，所以這情形之下，希望大家今天不要再用皇帝重於興利的心態處理問題，我當過醫師，我知道人一定會犯錯，我也相信醫界也有敗類，但是 99.9% 以上之醫師用心盡力為醫療行為幫助民眾，但是若為了 0.1% 可能的錯誤嚴刑伺候將會造成醫療生態之破壞以及醫療品質之下降，這樣對民眾會有好處嗎？今天要用一個更理性的方式，大家一起解決這問題，這不是情緒問題，這是要理性解決問題，在美國很多律師去興訟，但他們刑事只是我們的四百分之一，所以這部分是可以解決的問題，我們要發揮理性、智慧一起解決問題，讓醫師可以安心的來幫忙，也可以讓這五大皆空問題能夠繼續趕快解決，我今天代表臺灣永續全人健康照顧協會以及彰化基督教醫院在此發言，我們協會已經在去年 11 月舉辦過一次公聽會請所有醫學院院長與醫學中心院長齊聚一堂討論，其中

第一個五大皆空的原因就是刑法，所以這造成很多民眾即使受害卻得不到賠償，這已經拖太久了，法官遲遲無法宣判，不斷拖延對受害者而言有何好處？所以，無關對錯趕快給民眾補償，這才是今天最重要之問題，我們有沒有要這樣做？有，這是做得到的，趕快給受害民眾補償，不要斤斤計較因果關係，因為這的確是非常困難，因此，深切希望今天能走向理性立法的開始。

玖、綜合討論

主席：

感謝各機關代表與立委之發言，以下分為四大區塊，請各區塊代表依序發言，因為會議時間預計在 12 點 30 分結束，還需保留 25 分鐘給引言人回應各位之問題，因此本階段將在 12 點結束，因為各位已經提出書面資料，我們將整理成會議紀錄，未來將送給衛生署、相關機關與法務部作為未來採取相關措施或研擬相關法案的參考，以下先請法學界代表發言，依據發言單順序請臺大法研所學生代表吳允中先生發言，請新光醫院急診科張主治醫師志華準備。

一、臺大法研所學生代表吳允中先生：

法官剛剛提到關於醫事鑑定部分，我覺得這才是整個醫療訴訟之問題所在，首先它屬於鑑定之一部分，若法官只能被動了解這整個案件會有什麼問題再詢問鑑定單位，鑑定單位只能被動的就他所問的問題回答有或無，他無法就整個案件作出整體判斷提供給法官知道，是否在整個訴訟案件扮演重要角色的鑑定單位是否要有所表示、反省或改進？以上是我的提問，謝謝！

二、新光醫院急診科張志華醫師：

大家好，我不是法律的專家，我是急診科醫生，我想藉由一

個個案帶大家進入一個情境，有一位 30 多歲年輕人在新竹發生車禍，他是硬腦膜下出血，昏迷指數是 11 分，此時若能開刀治療是最好的、這要馬上開刀，但是因為它是發生在最近天價賠償訴訟與刑事追究的事件後，所以他們一直找醫院，最後是問到在臺北市某個醫學中心才有醫師願意開刀，為何我會說「才有醫師願意開刀」？因為其實從途中從新竹到臺北市其實是有神經外科醫師，是有醫院可以接手，但是他們可以採取「依法看診、依法轉診」，何謂「依法」？法令為何這麼重要？因為法律是道德的最低標準，道德不允許的事情，法律大概都不會允許，但道德不允許的事情不一定會違法，所以該位病患問的區域醫院可能是有神經外科，那位醫師剛下刀，因為已經開到半夜了，他可以不處理這件 case，因為依法他不是重度的急救責任醫院，他可以依法將病人轉到重度急救責任醫院，他並沒有違法，有沒有加護病房願意？其實我們當醫師都知道，加護病房有很多個案是可以挪動的，可是假如加護病房已經住滿，病人需要緊急開刀急救，加護病房是滿的，但並不代表不能挪動，你也可以依法將病人轉走，因為你是滿床的，你可以依法將病人轉走，這很合法、合理，所以這位病人就一路轉到臺北市，到院時昏迷指數剩下 3，等於變成開刀也沒有意義，可能變成植物人，大家知道「依法看診、依法轉診」其實是很恐怖的一種效應，所以，因為在場有很多法律專家，我不是學法的，我只是提供大家一個意見，我也是醫師，我也是病人的家屬，所以我很清楚這個狀況，假如我們都依法看病、依法轉診，其實受害的最後還是病人。假如這個 case 是發生在一個很有愛心和諧的社會，容許醫師去搶救病人，即便失敗也

不會負刑事責任、不會被追訴，那這位醫師即便他不是急救責任醫院的重度醫院，他是可以跳下來幫忙開刀，將加護病房挪一挪，多塞一床也沒有關係，這位病人不用從 11 分變成 3 分，在不斷轉診過程中流失機會。

三、江俊傑律師：

我想各位民眾大家都非常尊重醫師，平日醫師救助我們生與死，但說真的醫師像士大夫，今天若法律果真如此修訂，這等於是「刑不上大夫」，不免令人有回到封建階級時代不平等社會之感。

現在醫界提出主張因為醫療行為本身具有不確定性與風險性存在，因而主張應如此修法，但所謂的風險性和不確定性皆是先天因素，今天會處罰醫師之行為，主要是因為醫師在醫療上有疏失，這疏失是後天人為所造成的，與所謂醫療行為先天的不確定性與風險根本是兩碼子事，一是先天因素，一是後天人為所造成的，但今日醫界竟然用風險性和不確性作為修法除罪之理由，邏輯上明顯不通。剛剛有引言人提到有時醫療情況很緊急，有時忙中出錯來處罰醫生，這東西不公平，我們認為這樣之說法實在非常不公平，因為醫生是有專業知識的人，因為你有專業知識、專業技能，所以更不容許你在忙中還出錯，忙中出錯是一般沒有知識技能，一般的被告辯解其行為之理由，專業醫師不能用此作為理由，主張你忙中出錯，所以你沒關係，更何況你都說是忙中出錯了，既然都出錯了怎麼還可以不用負責呢？所以，以此作為除罪理由是不通的。

再者，有委員提到現在計程車司機一樣是職業駕駛，與一般

民眾一樣，為何當他們在交通安全上有違規時他們就要負擔較高之業務過失責任？這是因為現在交通普及，尤其臺北大家幾乎都有車子可以開，大家都可以上路，若以此作為除罪理由，第一個主張除罪的應該是計程車司機，應該是司機要先跳出來主張除罪，而不是醫師，今天若每一位民眾皆有醫學的專業知識，每一位民眾都是大長今，每一位民眾都是華佗，而主張醫師不用負特別高之罪責，這是合理，但問題是現在並非如此，每一位民眾都是不知道醫學常識的人，所以他認為醫生要負擔較高之義務、較高之責任，我認為這是符合人民的感情。

衛生署剛提到因為他們的醫療訴訟有多少、比例有多高？有多少位醫師被判有罪，今天這些數據，我認為其實就一般民眾而言會聽不下去，為什麼呢？衛生署是否有深入去了解這些訴訟中醫生到底犯多少錯？有沒有醫療行為失當之處？衛生署有沒有對此進行了解？好像沒有，衣服只穿了褲子而已，衛生署並沒有了解在這些醫療糾紛中每一位民眾遭遇到什麼樣之損失，衛生署並未對此進行了解。

最後，姚法官提到民眾告醫療訴訟基本上是告不太贏，這確實是如此，我本身擔任律師也處理過醫療訴訟案件，真的是告不贏，病歷診斷書沒有幾個人看得懂，沒有人喜歡去告醫生，委員提到要修法才能創造醫病雙贏，我個人認為這樣的修法根本不是醫病雙贏，輸的一定是病患，因為他連告的這些都沒有了。

最後剛剛有委員提到若醫師救得活我們，我們就很開心，若救不活，我們就會抬棺材到醫師家裡去，我覺得這說法雖然是有點玩笑談諧，但我認為有點污名化病患之嫌，好像救不活，我們

就一定會非告不可，其實不是這樣子，其實是因為我們認為醫師的處置確實有一些讓我們無法接受、有錯誤之處，所以我們才要討一個公道，並不是我們每一個人都愛提告，以上是我的主張，謝謝!

四、 陳玟文小姐：

前不久新聞報導臺大醫院曾經發生的誤植愛滋器官移植事件，發生這樣的烏龍疏失，醫懲會卻決議不懲戒醫師，結果實在令人匪夷所思，難道在整個過程中參與的所有醫師都沒有責任、沒有半點疏失嗎?難道一切所有的結果都要由民眾自行負責、自認倒楣嗎?可見醫界內部保護自己人的機制和決心都非常堅固，甚至遠遠超過其他各行各業，一般民眾若要追究醫師的責任，目前來看都已經這麼困難了，如今若還要修法將醫療疏失除罪化，豈不是將民眾自保的最後一道防線都撤除了，可能會迫使受害的民眾只能採取司法以外更激烈的手段(例如抬棺抗議、撒冥紙)等方式自力救濟，這真的好像無助於解決醫療糾紛，情況可能會更糟，以上是我個人之淺見。謝謝!

五、 中正大學法律系盧映潔教授：

(一) 今天似乎在討論醫界希望所謂的除罪，但剛剛醫界解釋並不是這樣，病患代表希望不要除罪，大家好像覺得刑法萬能，刑法可以解決這個問題，若將問題聚焦在此會忽視掉很多需要注意的，例如以為除罪就可以提升醫療品質，這是不對的，但病患這邊認為賦予醫師刑事責任就可以解決其資訊不足或不能受到保護的狀況，我覺得這些都模糊焦點，這是我第一個意見，這會模糊焦點。

(二) 今日在座有多位刑法專家，但大家並未探討所謂的刑事過失責任之功能為何？刑事過失責任其實是希望每一個人在他可以掌握的事物範圍之內加以控管，你可以控管之後要防止所謂結果的發生，亦即所謂法律侵害結果之發生，防止讓病患死亡或演變成重傷、傷害這樣的結果發生，我在在職專班有多位擔任醫師之學生，他們告訴我醫療這件事情之麻煩在於當他面對的那個事情，他的掌握程度是什麼，我們所謂的醫療不確定性，好像他面對較緊急、較突發的情況，他自己本身掌握的訊息是不足的，所以當他掌握訊息不足的時候，他所做的判斷就可能是失誤的。剛才多位先進提到所謂在臺灣司法的醫療訴訟中判醫師有罪之比率很高，我覺得這是我們司法的問題，因為我們法律人的訓練，尤其刑法的整個訓練，它太喜歡從後面的結果來看前面，也就是司法的鑑定是這樣，它都是從後面一直來檢視你前面到底做了什麼事情，因為證據就是這樣子，它就是在檢驗你前面做了什麼事情，當你這樣去檢驗醫療過程一定都會找出醫生的錯誤，這時法官就抓著醫生的這項錯誤，所以他就是有刑事過失責任，然後就判他有罪，我覺得這是司法的問題，所以這公聽會應該在司法院舉辦才對，我覺得法官的問題比檢察官的問題更大，因為我們司法包括鑑定都是這樣一回事。

(三) 刑法上的因果關係希望某一個人的某一個行為或某一條件是造成結果的唯一必要原因，可是在醫療行為上醫師就算在某一個環節他有所疏失時，他也不見得是最後結果發生的唯一必要原因，但我們司法實務上有太多醫療糾紛的判決，太多法官只

要見到醫師有疏失就直接推定這有因果關係，對於病患死亡結果有因果關係，這都是我們司法實務的問題，因為我是讀法律的，所以我會從這個角度出發。

(四) 剛剛林志潔教授提到這草案是否會違反醫療常規？我對於「醫療常規」的用詞有意見，因為我寫過醫療準則的文章，醫界學生告訴我，當這東西一規定下去，它就落伍了，因為醫療會每天不斷在發展，當你討論出一個疾病醫療的準則時，它馬上就落伍了，你就不能讓醫生追求更新的治療方式，必須一直固守這東西，等到 2、3 年後再修改，這時病患權益又如何兼顧，原先他可以接受更新的治療，所以這用詞上可能還要再考慮。
謝謝！

六、 彰化基督教醫院麻醉部謝宜哲主任：

剛剛有先進提到醫療之不確定性，他認為這是醫方代表提出之訴求，其實更重要的原因是在醫療本質就是傷害，醫療後就可能會造成死亡，本質為傷害、可能會造成死亡的醫療過程中，你要找出疏失，這太容易了，80 萬件的手術病人怎麼可能找不到疏失，你用這點就要判決未免過於苛刻，也有人提到違反平等原則，我也要告訴大家，當你醫好了，為何法院沒有用一般傷害罪訴訟？你一樣可以告，你用一般傷害罪一樣可以告醫生，因為醫生這個就是傷害，他在你身上挖一個洞，為何不告他傷害？沒有用一般傷害追訴醫生，卻用過失傷害？所以這平等原則究竟在哪？其實我不知道。再來以麻醉科為例，麻醉就像是救火隊員，我們看到的判例，在 2 分鐘的疏失中，在火場中它規定你要衝到二樓把人救出來，若未救出來就要科以刑責，就像我們看到的判例只

差 2 分鐘，第 2 次插管沒有去向另外一人求救，而到第 3 次插管才求救，你就要判刑半年，用此判例給全國百姓看，給全國的麻醉醫師看，沒有一位麻醉醫師敢做麻醉了。我們想請問刑法的目的為何？是要阻卻違法，多關一些醫師能否阻卻違法？多關一些醫生到底是在阻卻違法或是在阻卻醫療？再多關一點是更多人不違法，還是更多人不敢當醫生？我真的真心以為這樣是幫助不了民眾的，我們也關心民眾，我們跟婦產科醫學會去年也舉辦過「不責難補償醫學研討會」，我們站在病人立場上，我們希望病人能獲得補償、能夠的到公正的待遇去解決、獲得對待，但是解救臺灣有很多辦法，每個人都要在自己的立場努力，司法院可以努力，法務部可以努力，醫界也可以努力，民眾也可以一起努力，司法院、最高法院有過判例，可以讓檢察官靜坐、抗議，為何司法院、最高法院沒有過判例，讓我們醫師拍手叫好？等人來解救醫師？法務部亦可做出努力，我覺得臺灣醫療已經到今日之景況，亟需每個人都做努力。

再來，法務部引用許達夫著作資料，我覺得這有圖利他人之嫌，像其中提到李前總統罹癌治療不恰當，標靶治療惡化更快，這些都是不符實證醫療的，當你將這樣的資料放在這裡面作為宣傳，這應該值得檢討。剛剛提到華佗，難道每個人都是華佗就不會挨告嗎？很遺憾華佗就是被告、被關在牢裡、關在監獄中，華佗是第一位麻醉醫生，他研究出麻醉散，華佗都被關了，其實現在所有的醫生都與華佗一樣，即使當了華佗也被關在牢裡，謝謝大家！

七、臺灣臺北地方法院法官李英豪：

我是以一個被害人之立場來此向大家報告我所遭遇的問題，本想從法律層與事實層面來講，法律層面在此就不講了，大家已經講很多了；事實層面，我在 98 年 6 月 19 日無端的被手術切除了膽囊，101 年 6 月 5 日開庭時是有一位記者無意間看到我怎麼在法庭上當自訴人，所以記者就進行調查而在 101 年 6 月 7 日，他就以頭版頭條大肆報導，報導之後隔天一大早平面記者與電子記者就到我們樓下法警室要我去講，不然他們就不走，我因而不得被動下去接受採訪幾分鐘，結果就引來醫師界非常大的反彈，也引來社會大眾的注意，所以在此不得不對某醫院，也就是臺大醫院，某醫院誤導事實、混淆是非的作法以及部分醫師在了解整個案件情節，還有整個事實的情形之下，任意以不實情節發表其主觀意見，甚至在網路或媒體對本人作出人身攻擊，本人感到非常遺憾與不解，因而在此提出四點說明：

- (一) 某醫院，也就是臺大醫院，創造及設定了與事實不符之事實，企圖誤導社會大眾，這實在是不足取，剛剛有位先進提到醫師界非常的堅固的一個作法之一。
- (二) 部分醫師從而依據該設定與真實不符之事實，再據以作成合乎醫療常規之描述、論述，並藉以作為推動這一次醫療法增訂第 82 條之 1 或修正第 82 條第 3 項之論據，似有藉題發揮之嫌疑。我太太在 6 月 7 日以後常常失眠，看到網路都是醫界在罵我，真是莫名其妙。
- (三) 部分醫師設定與真實不符之事實再以之作為醫師並無過失竟痛責被告之言論，並藉以作為推動醫療法增訂第 82 條之 1 或修正第 82 條第 3 項之理由，似有倒果為因之情形。

在此我不說案件事實，案件事實在法庭上會很清楚的呈現，若要評論至少要了解案件事實，醫師界為了要推到這個法之修正，不分青紅皂白全部丟過來，所以我有一個感受，我本來對醫界是沒有什麼成見的，但我就有一個感受，若醫師如此團結為了修法不擇手段，若上開醫療法之增訂或修正完成，老百姓之處境豈不更加令人堪慮，變成小蝦米（人民、病患）對抗大鯨魚（醫生與醫院）之局面，小蝦米的權利豈不是更加沒有保障，權力嚴重失衡，小蝦米最後只能哭訴無門，我都已經告了3年，3年多迄今皆無任何結果，你們還要如何？我的膽囊無端被你們割除，那還要怎樣？我有什麼過失？還一天到晚在網路上、媒體上攻擊我，我有什麼好攻擊的，我就這樣子而已，對不對？謝謝各位！

八、彭健軒先生：

有關本次修法有關重大過失這個概念，在醫界提出的修正草案中提到--所謂重大過失是指嚴重違反注意義務以及偏離醫療常規，以此作為重大過失之意涵，但問題是所謂嚴重違反注意義務，何種程度叫作嚴重違反注意義務？而注意義務本身之具體內涵為何？在此並未說明，再加上何謂醫療常規？目前來講現在有明文之醫療常規嗎？我們各個醫師科目有其醫療常規嗎？或有通用之醫療常規嗎？這些都是內容不明的東西，可是事實上這卻是規定的要件之一，我們用這種不確定的東西作為要件，我們要如何確保，我們在法庭上如何能夠認定一位醫師他的確沒有過失或他的確有這樣的過失？再加上今天有很多醫師將所謂的五大皆空以及許多亂象歸咎於醫療訴訟太多，但又有什麼樣的文獻或資料可以佐證這樣大量的刑事糾紛就是導致所謂五大皆空等亂象之主

要原因，還是說，醫事人員根本就是將這些東西背後的原因作簡化，而沒有探討是否還有其他原因造成如今之現象，再加上很多人都說防禦性醫療延誤治療將侵害到民眾權益，可是毋寧說謹慎而小心的醫療不正是民眾所希望的嗎？如果醫師能夠謹慎的從事你的醫療行為，民眾的健康就能獲得保全，就不會有後面所謂的刑事糾紛的存在。

剛剛有先進提到像司法有關醫療糾紛，刑事上定罪率或刑事上起訴率過高等等，但問題是法律上做這些醫療糾紛之審理，它是就一個已經過去的事實作審理，自然無法將事實作百分之百的呈現，但問題是醫事人員面對病患在做治療過程當中，他是面對一個現在正在進行的狀況作判斷與診療，如果你在對一個現在正在進行的狀況作診療的過程中發生疏失，你卻質疑事後人家對你的審理有問題等等，認為這都是判錯，這都是司法對你們的不公或污名化，這樣豈不是說，實際上在第一線最應該負起責任的人不想負責任，卻要在事後與第二線去確認他是否有這樣責任的人，將這些責任推給他，再期望立法減少自己的責任呢？以上是個人之意見，謝謝！

九、臺大法研所伍徹輿先生：

個人認為並非所有醫療行為都是屬於高風險或救人的行為，像是醫療美容就是比較高的商業性質行為，所以除非能將醫美行為與一般醫療行為劃分來談，若將醫美亦比照重大過失負責，如此將無法說服一般民眾，而且若將醫師排除在刑事責任之外，我想一般民眾亦是無法接受，若也只是限制在重大過失，依我的觀察在目前司法實務上來看，亦不會有太大或更多之實益存

在。

而且，個人認為現在的醫療糾紛重點不是在於過失與否，而是很多醫療鑑定認為他有疏失導致推定他有過失，但個人淺見認為他有疏失，但是不一定他就是有過失，重點在於其因果關係上之認定，以上簡單想法，謝謝!

十、 中華民國醫師公會全國聯合會趙堅醫師：

今日的主題不是除罪化，我們只是要慎刑化—審慎我們的刑法，漢朝路溫舒說「獄者，天下之大命也，死者不可復生，絕者不可復屬」，同樣的對醫生動用刑罰也會造成這樣的後果，我們知道「法官不語」是法界的鐵律，有聲之言不過十尺，法官的判決，是無聲之言，聲傳千里，影響深遠；今天不是學術研討會，但後學在此提出3點淺見提供法界老師與長官參酌以供解決此問題。

- (一) 專家參審制度的精神是否可以加入將來國民參審制度中實行，因為在實務運作中他確實可以減少訟源，增加和解成功之比例。後學是新北市醫審會委員，參與15年，我們在調解過程，一個法界，一個醫界，個人也向李老師修習過幾年法律。
- (二) 修法曠日費時其爭執也激烈，但在未修法之前，或未修妥之前，是否最高法院能否適用更細膩的實證醫學數據以及他與因果關係，以及客觀歸責的法律見解，較能快速達到謹慎刑法的目的，就像95年台上字第2178號判決，對於醫療責任擺脫消保法拘束問題具有關鍵性里程碑地位，判決文中述及防禦性醫療是病患與社會之災難。
- (三) 修正刑事訴訟法，強制醫療事故不論自訴或檢方起訴必須先經

過專家鑑定之後才進入起訴階段。同時，對於武器不平等原則，其實對醫師反而是一個弱者，當然依刑事訴訟法規定是由檢方提出舉證，但是我們要擺脫罪責，我們也有主觀的舉證責任，依民事訴訟法第 277 條但書規定也是我們要先提出舉證，所以我們醫者在法學上是一個弱者。最後引用林則徐禁煙的名言「若猶猶豫豫，十年之後幾無可禦敵之兵，且無可充餉之銀。」我是一位婦產科醫師，可是我 15 年來已經不接生、不開刀，因為它風險太大，可是我們的民眾與法界並不了解醫界婦產科的風險，所以今天以後，我也要引用林則徐之言，若今天仍是猶猶豫豫，十年之後沒有充足救命之醫療人員可用，疾病救治的災難就會到來，謝謝！

十一、臺灣板橋地方法院檢察署王盛輝檢察官：

我想在場人士較有機會接觸到醫療糾紛的相對人或家屬聽他們陳述心理想法的應該只有檢察官了，不過因為今天法務部這場公聽會之承辦人員十分用心的邀請許多團體與家屬到場，也可以讓各位聽到各界的想法，畢竟這議題並不是只有醫界的先進們在關心，之前聽說醫生開 100 次刀救了 99 個人只有 1 次的疏失為何要如此苛責？但是否也該想想這 1% 的疏失卻是造成家屬 100% 的傷痛，醫生的出走與家屬的權利，這樣兩難的議題，是否只有將過失改為重大過失、破壞法律的體系，這樣就可以解決了嗎？況且實務上處理醫療糾紛的案件，都是送行政院衛生署醫事審議委員會鑑定，必須鑑定結果認為有過失，檢察官才會考慮起訴，這樣的責任分配並無不合理之處，與其考量改為重大過失或破壞法律的體系，是否更應該思考如何健全並且監督醫事審議

委員會的鑑定流程或健全醫療補償制度，這樣的思維是否更具實益，不然除非剝奪人民的訴訟權的告訴權，否則以後檢察官收到案由可能不是過失傷害或過失致死，而是重大過失傷害或不確定故意殺人，偵審的程序依然無可避免，以上意見，謝謝!

十二、謝玉琴小姐：

在此想表達深作為一般民眾其實我們真正要的，正如前面幾位先進提到的我們所要的不是什麼賠償，大家都知道人之生老病死是難免的，但都希望最後能得到非常妥善的照顧，我真的想表達其實一般民眾想要的只是公平正義，確認我們是在非常合理狀況之下而得到這樣的結果，而不是只是很簡單的疏失，在此想請大家正視的是在這邊所討論的疏失，在此有非常多醫界代表、非常多的專業知識與專業人士，你們知道疏失代表的是什麼?什麼是疏失呢?在我們財務會計上，疏失可能只是帳做錯了，在餐廳可能是送錯餐，這叫疏失，但是在醫療行為上所謂的疏失是造成無法挽回之悲劇，例如：被切除錯器官，白內障左眼開成右眼，或是產婦臍帶繞頸應檢查出來卻未被檢查出來，或是麻醉不當導致癱瘓，或者其他更嚴重之後果，這是這裡所探討的疏失，這是一個人寶貴的生命，而且是一個人家庭的破碎，所以不能用一般的常規來檢視它、輕描淡寫的帶過去叫做疏失，我想請教醫界代表，若大家都無法在自己的工作崗位上堅守工作崗位、增進自己的專業技能提供更好的服務，而一心一意挖空思想要減輕責任，那各行各業都這樣爭取，社會豈不是要大亂了，客運司機是否能說他是因為長途的疲勞駕駛，所以疏失，然後發生交通事故的意外，各位若作為乘客或意外的家屬，你們能夠接受這樣的說

法嗎?

再者，前面提到四大皆空或專業人才的流失，我覺得這部分應該要正本清源，而且我也不相信，我覺得這是太過誇張的一個說法，難道現在排名第一的志願不是醫學系嗎?所以，應該要正視的是怎麼樣從這些青年優秀的人才中培育他們，賦予他們對育醫療行為更有熱忱，與民眾之間醫病關係能更良好的維護，這才是一般民眾所希望看到的，謝謝各位！

十三、 研究生藍鼎灝先生：

剛剛聽完各位教授、醫師與各方代表之意見後，這次修正第82條之1顯然不是一個可以解決問題的方式，現在有很多醫療疏失，檢察官講大部分都是送醫審會鑑定，認定是疏失都很困難了，是否有再修正為重大過失之必要?而且，剛剛提到定罪率部分，我們也不知道其他國家展現出來比我們更低的數據，到底他們是否有其他相關配套措施?既然大家覺得這樣無法真正解決問題，現在對於相關配套措施，我們看得也不是很清楚，因此，在資料上是否應更加補充?不然，今天的討論可能也不會有什麼結果。謝謝！

十四、 國立高雄大學大陸法制中心蔡秀男副研究員(臺大法博三，高市聯醫泌尿科主治醫師)：

我學醫也學法，我自己是病人家屬，我也當過醫師，我其實是最樂觀的一個，因為各位可以聽到藍、綠立委，其實今天醫、法也有共識了，什麼樣的共識?今天根本沒有在講100%的除罪化與100%的去刑化，所以，希望病人家屬先不要太焦慮，因為那是空氣。我們現在追求的是合理化與慎刑化，所以具體主張改革

醫療刑訴氾濫，支持醫療慎刑化。

希望現在能改革醫療刑事氾濫，既然法界對重大過失有一些疑義，我們提供第三種折衷見解，跳過重大過失，有很多法學教授皆主張我們須謹慎用刑、慎刑化，所以如何跳過這樣的爭議，我們要『尊重醫療專業裁量權』以及『不可避免之醫療風險』具體明確地修法在醫療法中，進一步我們最關心的，不管是我法學的同学或醫界的同事們，最重要的關鍵是醫療鑑定，所以希望能將此二要件在醫療法中入法，故建議在第1項修法「以故意或過失為限，負刑事責任。」第2項前項所稱過失，係指嚴重違反客觀注意義務，逾越專業裁量範圍，顯非不可避免之臨床醫療風險，致生可避免之損害於病人之行為。第3項醫療鑑定內容應客觀明確，並應明示客觀注意義務與避免可能性，以及判斷臨床風險與專業裁量兩項要件。以此拘束醫審會的鑑定之具體明確規範。最後，現在要改變以刑逼民，改變刑事的氾濫，還有一個更好的方法是現在在法學學術上還有實務上，所以實務判決已經不是告醫師個人，而是醫院要主動跳出來負擔直接民事賠償責任，唯有如此方能使病患權益得到保障，這學說是英美法陳聰富教授於《醫療機構法人組織責任》所主張，還有現在大多數人是直接告醫療機構，我自己是泌尿科醫師，我們最大的爭議是告攝護腺發炎，搞了半天告刑事醫師告了6年，所有的人都非常煎熬，我問過陳院長當時為何不和解？因為當時沒有醫療糾紛處理法，沒有很好的調解機制，所以今天若能呼應醫改會，我們在訴訟外的處理機制能規定清楚，將可降低這些悲劇。因此，主張修法規定「醫療機構及其醫事人員，因執行業務過失致生損害於病人，由

醫療機構承擔直接民事賠償責任。」其他相關部分呼應醫改會，臺灣醫療法系改革在我的書面文件中，其他相關部分請參考臺灣醫療網網站，與今天的頻果日報，我也寫了一篇，希望大家折衷一起來搶救醫療崩盤，改革刑事氾濫，諸法皆空行正義，讓醫療法制環境更好!謝謝!

十五、臺灣板橋地方法院檢察署楊承翰檢察官：

個人目前服務於板橋地檢署，目前地檢署的確有很多醫療糾紛案件，我 100 件案件中就有 6 件醫療糾紛案件，這比例上其實是非常高，在此先說明的是檢察官其實不是處於與醫師對立之地位，畢竟衛生署的醫事審議委員會鑑定報告是我們相當借重的專業意見，實證結果上醫師責任藉由「是否符合醫療常規」這項構成要件要素，事實上醫師的行為責任與其他過失責任比較上其實已相當程度有弱化過失責任之認定，這是我的意見，我想表達的是我們看到法務部所提出之外國立法例資料，回歸到立法例的比較上，除了中國大陸以外，我們並未見到其他國家對醫師責任採取較寬鬆之立法，因此，我們是否要仿照中國大陸之立法?並以此作為修法之立論基礎嗎?這是個人較大之質疑，謝謝!

十六、徐晉元先生：

- (一)所有的群眾都非常關心這件事情，這是一件非常重大之政策，就算立法院全力支持修法，我認為至少要等一段時間，等時機完全成熟才可以，不可以倉卒修法；在此舉例說明這問題之嚴重性：記得十多年前美國太空署發射奮進號太空梭，它飛到半空中因為一個螺絲環破裂，燃料外洩、燃燒、爆炸，所有太空人全體罹難，各位對此應該印象深刻吧！請問各位一個螺絲環

是否是一個小疏失，但因此造成全體罹難，美國太空計劃因而中止，因此，我想強調一點--小疏失、重大後果，因為一個醫師的小疏失，結果就是一條人命，我不是說醫師不好，醫師也是人，會有小疏失，沒錯，可是你要想到小疏失最後就是一條人命。我舉兩個現成例子，第一個例子是我在中國廣播公司聽到的真實案例，一個孕婦 30 多歲很健康，他說我生產沒有問題，到附近一個醫院生產，結果生產當天失血、血崩，剛好該醫院沒有這種血型，馬上至其他醫院調血過來，半小時後接近 1 個小時調血過來，產婦已經失血過多死亡，我請問這是否是一個小疏失？一條人命？這叫做小疏失嗎？是啊！這是小疏失！一條人命！所以，疏失不問大小，有時大疏失反而不是人命，我喝酒開車撞到人，剛好撞到的不是重要之處，沒事！一位卡車司機昨晚沒睡好，恍神撞到一個人，剛好撞到腦部就一條人命。所以，過失不問大小，後果一樣嚴重，所以沒有小過失、大過失，疏失就是疏失，這是第一點。

(二) 除罪化，很多立法委員不管藍綠都全體支持，好像聲勢很浩大，我舉一個例子，我聽到廣播消息說行政院要推動醫療除罪化，我不知道行政院是哪一個單位要推動？我聽到之後，當場想哭，我在學校教書就馬上到操場散步，我就將此消息說給民眾聽，有 2、3 位 3、40 歲婦女聽完直搖頭，他說：將來我到醫院，生命就沒有保障了！醫生有一點疏失都沒有罪了，他說：醫師哪會故意殺人呢？醫生都是善心的，他是救人優先，可是就是因為小疏失、就是一條人命，若小疏失都無罪，將來會很麻煩。

- (三) 這是一項重要的公共政策，所以我建議每 1 週、每 1 個月在公共電視台轉播 1、2 次類似這種公聽會，讓醫界專長與法界專長都召開辯論會，讓此意見成熟。
- (四) 這是一項重要的公共政策，一定要全民公投，這是屬於重大公共政策，不牽涉到統獨、國家定位問題，所以最好的公共政策議題，我建議在 2 年後選舉年，將它作成最好的公共政策的公投，我相信不管是醫界或一般民眾皆會贊成，在此公投之前，希望能由在公共電視台每 1 個月轉播 1、2 次類似這種公聽會，讓全國民眾了解到此問題。
- (五) 今天之所以會發生這麼多問題，最大的責任就是衛生署，它未將醫療糾紛減少才是個問題，它不減少又要將醫療糾紛除罪化，加以掩蓋，好像沒有醫療糾紛，這叫作將頭埋在沙中，好像臺灣的醫療很進步，那是騙人的，因為醫療糾紛照樣隨時存在，不會因為除罪化就不存在，所以重點是要醫療糾紛減少，這是衛生署的責任，如何減少?標準作業流程，醫療的一些手術規範。我太太就是因為試管嬰兒手術去世的，為何會去世?我太太 11 月 8 日下體流血，醫生天不來看，隔一天輸卵管破裂死亡，醫師只有一天沒來查病房就是疏失了，一天醫生忙、沒來查病房、沒有事喔!但是，隔一天輸卵管破裂死亡，是否是小過失?所以，大過失、小過失不是重點，醫生有沒有真的很細心照顧病人，這是重點。

十七、政大刑法組研究生張安婷：

- (一) 我想沒有人會反對改善醫病關係，沒有人會反對改善四大皆空之狀況，今日公聽會之重點放在重大過失之修法問題，其實在

提到修法時，我們必須先問修法的目的為何？所要解決的問題為何？它所要解決這個問題是因為現行制度的哪個地方出了問題？是刑事實體法本身或刑事訴訟法、民事訴訟法、保險制度或整個偵查審判流程之實務作法？或者醫療體系本身亦有有待改進之處？當我們能找到真正的問題在哪？對症下藥，我們的問題才能獲得解決，今天想提出的一個疑問是剛剛衛生署提出的以刑逼民的問題，所謂「以刑逼民」，其實大家都知道，其實我們要得到的是賠償，既然賠償是錢的問題，那它就是一個民事問題，它可能不是刑事實體法本身的問題，它有可能是出在民事舉證責任有一些待改進之處，或者文書的提出義務，亦即病歷的提出義務，或者鑑定的問題，對此李應元委員之修法建議，第 83 條之 2 提出強制第三人責任保限制度，先不論這東西在內涵上可能有一些困難，但是我覺得強制保險這東西即使在現行法，也就是在不修法的情況下，他都有其存在之價值，也就是說如果我們先施行這部分，我們先充實這一部分，讓一部分的人若是想迅速獲得補償，我們可以先解決其問題，是否就能先解決一部分之訟源？也就是先施行這部分再談修法部分，不宜冒然在大家仍有爭議時進行修正重大過失部分，提供以上意見供委員參考以尋求可行方法。

十八、醫療糾紛關懷協會李理事長福民：

個人代表醫療糾紛關懷協會發言，剛剛聽完醫事團體與衛生署之發言，他們講醫療行為其實是責任，因為刑事約束所造成的幾個狀況：一、醫師的被訴率高，二、四大皆空，人力流失問題，所以要求把刑事責任作明確規範，我針對這兩個問題提出說明。

關於醫師的被訴率高，醫界所持是楊教授所做之調查，那是在 2000 年至 2008 年有 312 位醫師被告，232 位無罪，80 位有罪，每 38.8 天有 1 位醫師被定罪，被定罪醫師中有 60 位緩刑或易科罰金，有服刑風險的，實際上這 8 年來只有 16 位，這是站在醫師的立場。

其次，針對病患立場進行探討，這其實是在 223 個刑事判決中做討論，意思是有 223 個家庭遭受醫療糾紛，其中自訴的有 95 件，公訴的有 128 件，意思是每 13.9 天就有一位民眾遭受醫療糾紛，各位可以想想這個刑事被訴率會高嗎？這僅是刑事部分，至於民事部分，民眾可能會因為刑事走不下去，改走民事取得求償。根據美國醫療疏失的數據，每年有 19 萬 5 千件之醫療疏失案件，兩相比較之後，發現我們臺灣的醫師被訴率其實是低於美國的數據，以上是關於醫師被訴率高之問題。

二、關於四大皆空人力流失問題，我覺得這問題應該要去思考為何醫療糾紛發生了造成醫師會畏懼去執行醫療行為？可能剛剛有醫師團體說，現在防護性醫療高，其實若這防護性醫療造成病患的傷害，我都認為他應該要去要求這醫師付出責任，因為醫師是拿著醫師證照，你的專職就是做救人的工作，你當然也得盡到應盡之責任，我不是說只要發生事情醫生就一定有責任，而是衛生署應該去發現任何一個出事的個案，他發生的原因是什麼，換言之，就是醫療統計的數據，包含醫事團體內部，剛剛有一位醫師說病患昏迷指數 11 分因為沒有醫師願意救治變 3 分，請問醫事團體內部都如此不合作，大家應該汲汲營營的將病患救治起來，而不是我推、你推造成病患的傷亡，這不是刑事責任的問題，

這是醫事團體內部的問題，也是衛生署的問題，衛生署應該站在一個政府的站在全民的立場去發現如何讓醫療糾紛數據減少，包含剛剛有民眾提到產婦失血案件，為何醫院中沒有醫師做急救動作？所以醫療問題現在發展成假如一位醫師接了個案，這個個案我接了之後，其他醫師不要碰、插手，造成我個人專業可能會有疏失之處或誤判之處，造成病患的損傷，今天我要說的是醫事團體內部本來就應該是一個 Team，這個團隊本來就應該救治病人，病人進入醫院他主觀的認為醫院這個大環境，所有的專業、所有的專家都在裡面，病人進來裡面應該是安全的，我應該是有安全感，若將醫療環境因為你們醫事團體自己造成了很多問題，卻將它加諸到病患身上，甚至要求整個去刑事化，我為何講「去刑事化」？因為它的形式要件，有一位民眾說得很好——這都太模糊了，因為醫療常規，每一家醫院的醫療常規都不同，到了法院之後，他說我們醫院的「醫療常規」就是這樣，那你能說什麼？所以這問題我認為是衛生署的問題，衛生署應該是全民的衛生署，而不是醫事團體的衛生署，我發言完畢，謝謝！

十九、彰化基督教醫院婦產科葉光芄醫師(婦產科醫學會人力委員會創立召集人—1998-2010年、2011年不責難補償制度國際研討會召集人)：

在此向各位報告七月遠見雜誌封面「臺灣的病人誰來醫?」、康健雜誌「臺灣醫療大崩盤，病人誰來顧?」所以，我自己身為婦產科醫學會人力委員會創立召集人，1996年於婦產科醫學會，當時我已經知道招募婦產科醫師有困難了，所以1998年我在婦產科已經探討婦產科所需要之人力，我們初生嬰兒需要多少位醫

師?所以負責任來說，我們一年只收 70 億元，所以醫事處也沒有對我們減人，在此向各位報告婦產科是非常恐怖的，10 分鐘內要將剖腹產小孩生出來，否則對小孩一定會有影響，10 分鐘內要麻醉、剖腹、抱小孩很困難，所以懷孕末期在胎兒與血液循環到胎盤 1 分鐘有 600 至 800cc，全身有幾分鐘可以大出血?而我們擔心的是我們的產婦是全世界年齡最大、最高的高齡產婦，美國是 26 歲，我國是 30 歲。在臺灣剖腹產比率很高之原因何在?因為怕被告這是一個因素，美國醫師也怕被告所以剖腹產是 32%，義大利是 39%，因為都怕被告，所以如此，至於瑞典醫師因為幾乎不用先考慮被告，他們只要考慮該如何當醫師即可，結果嬰兒死亡率就一直下降，這醫療品質怎會不好?我跟各位報告，瑞典的醫療品質是千分之 2.2，就是新生兒死亡一千個有 2.2，我們臺灣是 4 點幾，美國是 6 點幾，美國是用訴訟、用告的、用賠錢的方式，臺灣是用刑法加上民法，用錢以外還用刑罰，因此首先就讓大家覺得要提告，我們病歷之所以會拿不到，若能如立委所言，若能以不責難制度，醫師就有義務盡力預防與檢討協助病人，瑞典從 1975 年開始實施此制度後，病人增加 40 倍的補助，病人的安全品質，紗布放在病人肚子中最少的就是瑞典，所以瑞典的醫生可以專心做醫生，所以我們擔心的是今天 2008 年臺灣人口是中位數 37 歲，2035 至 2040 年臺灣人口是中位數 54 歲，以健保來說 35 至 40 歲，假使是 1，50 至 55 歲用到健保是 2，現在給付若不改變，現在的 7%，在 30 年後增加為 14%，這先不講防衛性醫療，當然健保會崩塌，但最擔心的是沒有醫師了，我擔任召集人十幾年了，我向我的婦產科醫師說，如果臺灣的環境不改變，若怕被

告，你就要有祖產，不然你就要有膽。在此，懇求臺灣真的沒有時間，我們以全世界最快的速度老化，我們臺灣以最快時間最需要重症醫師來治療未來的老化人口，所以在此拜託大家，我們真的沒有時間，當各位立委都支持時，我們今天用不責難補償制度一定要配套、一定要提高病人安全、提高病人權益，拜託！這反而是保障病人，反而是協助病人，拜託！謝謝！

二十、臺灣醫學生聯合會代表：

大家好，我是臺灣醫學生聯合會同學，在此代表同學發表對「醫療行為刑事責任之看法」。相信大家已經了解這六大科，內、外、婦、兒、急診與麻醉之崩盤危機已是現在進行式，以外科醫師來講，其實國內每年要招收 400 名外科住院醫師，但是現在招收率只有五成，其中有二成多醫師沒有完成訓練就離開職位，離開職位去其他科別或投身醫學美容，大家也許會很好奇為何醫界青年與年輕醫師要離開這些重要的科別，這些與我們性命所賴相關之科別？因為對醫學生來說，以外科為例，外科是一個充滿活力、高挑戰性又可以救死扶傷的科別，許多內心充滿助人使命與救人意志之醫學生都對外科有許多憧憬，可是現行法律告訴我們不分醫療過失之輕重都動用刑法規範醫師責任，導致高風險科別的醫師其實如履薄冰，時時刻刻都活在犯罪與刑事起訴的恐懼中，訴訟過程對身心產生極大負擔，也影響到民眾整體的就醫品質，當我們了解理想與現實產生鴻溝，看著醫界前輩黯然離開六大科別的身影，「不是不想，而是不敢」這是當代醫學生共同的心聲。

根據臺灣醫學教育期刊的調查，關於醫學生的專科偏好和相

關因素的探討，其實最主要的原因還是來自於醫療的刑事糾紛的這個問題，我們相信絕大多數的醫師都是以治癒病人為己任，秉持國內外的醫療常規提供病患最理想的照護品質，但臺灣的醫療問題真的就是刑事訴訟的氾濫，相較於其他國家而言。我們認為用刑罰處分醫師，其實還是無法避免醫療過失的產生，而當這些高醫療糾紛風險的科別一再出現天價的判賠數字，只會讓醫界人才對這些科別卻步不前，也導致某些高風險的科別乏人問津，大家可以見到一些防禦性醫療，以及醫生會用更保守的方式去處理，相信這些絕非在場各位所樂見。所以，我們也希望若今天醫界所提的修正案有些疑慮時，法界與其他學界能否提出一些更積極的作為，以正視與處理現在臺灣的醫療刑事訴訟居高不下的問題，做為明日的醫界新血，我們相信只要醫師執業環境有所改善，人才自然會回流。臺灣醫學生聯合會希望能讓這項修正草案之精神「醫療刑責明確化，以嚴重違反注意義務及偏離醫療常規為限」，讓此修法草案盡速通過，並明訂注意義務與醫療常規的實質內容與評判標準；並同時逐步試辦「不責難補償制度」，讓過失真相得以釐清，亦使病人與家屬獲得第一時間經濟上的支持，以及是否能在訴訟外提供更多和解方式，得到醫病之間關係的雙贏。

最後，我想說其實我們未來都會成為醫師，希望將來在臺灣醫生可以專心在醫療工作上面，而非像現在醫師在法院，律師在醫院，民眾在法院與醫院之間來回奔走的狀況，其實卸下醫師袍後，我們也是個人，我們親戚、朋友、家人、自己也會生病，我當然希望當我生病時，如果是因為醫療的不確定性與醫療的緊急

性受到損害，我可以立刻獲得賠償。當民眾或我自己因為醫療機構的疏失造成影響時，我也可以獲得心理、經濟與社會的支持，我希望大家能更理性看待這項議題，而不要讓在醫療崗位上認真打拼的醫療工作者受到刑法的規範，甚至是接受無止盡的訴訟，這對全民的醫療會是極大之損失與傷害。謝謝大家！

二十一、 徐嫻小姐：

剛剛與會代表有正反兩面意見，在此請問正反兩面意見是否符合比例原則？反對的意見是否充分發揮出來？在此請容我說明一下。

我們剛剛聽到醫師代表或衛生署代表之意見，個人對此是反對去刑化，我要求以現有體制強化監督管理責任、分層負責、落實該為應為而為之，維護民眾就醫權益，維持良好醫病關係，而非該為、應為而不為，應注意而未注意，疏於注意，要求去刑化、無罪化，推諉卸責嚴重影響病患就醫權益。剛剛聽到大部分是屬於醫事代表或諸位立委之意見，我想請教一下，在醫療團隊裡面不是只有醫生，該誰負責就誰負責，不是所有的醫療疏失或責任都歸責在醫師一個人身上，我這樣講應該是符合所謂的權責分離並予以落實，請勿以五大皆空、健保給付不足綁架國家一定要制定這醫療行為去刑化，假使這責任就歸責到中央衛生署的單位，請問其醫療資源是否符合合理的分配？教育是否有充足的人員？有沒有合理的分配？有沒有做醫事人員的總量管制？為何大家都出走做醫美？這責任絕對是在衛生署責無旁貸，以上發言，謝謝！

主席：

因為時間剩下不到 10 分鐘，請田秋堃委員與劉建國委員發言。

立法委員田委員秋堃：

今天這會議非常重要，雖然今天早上我與劉建國委員因為美牛問題開了兩場記者會，我們還是盡快趕來。

我當過 8 年省議員、8 年縣長，我自己在服務選民中間也處理過很多醫病糾紛，我發現其中的問題，我當了立法委員 8 年，我看著 8 年前從四大皆空加上急診的五大皆空，再加上麻醉的六大皆空，我一直在想要怎麼辦？最近美國 CNN 才報導我們的健保有多好，也幫助歐巴馬通過他現在的健保制度，問題是我要跟大家報告，我發現我們這些六大皆空的重症醫師是弱勢者，我們在醫療傷害裡面的病人與家屬也是弱勢者，今天是一場弱勢者對弱勢者的互相煎熬，我過去的想法，我自己當病人時面對醫師，即便總統也一樣，大家面對牙科醫師，牙科醫師要你把嘴巴張開就要把嘴巴張開，醫師叫你脫衣服，總統也是要脫衣服，所以病人面對醫師的弱勢感覺，我自己也可以體會，但今天面對制度，我要向大家報告一件事情，這是可以不用像今天這樣弱勢者對弱勢者，不仿參考北歐的制度，這制度讓醫師犯錯時，他敢去陪同病人、協助病人去填寫表格，幫助病人發覺真相，因為我在處理很多醫病糾紛過程中，很多民眾告訴我，他的目標不是錢也不是讓醫生去關，目標是要知道真相，只有讓醫生說出真相而不會去坐牢時，他才敢說出真相，所以為何飛行員把飛機開到失事掉下來，不能把他捉去關，因為為了要他說出真相，所以今天問題在此，我們想不想建立這樣的制度？在北歐一旦發生醫病糾紛時，這醫生的病歷要立刻送到國家級的病人保險協會保存起來，再由專業評審之後，最慢 8 個月病人就可以獲得補償，而且這裡面所有的疏失或過失都可以鉅細靡遺被

曝露，醫生可以得到學習，家屬可以真相，我們要不要這樣的制度?不責難補償制度!有人問錢從哪來?我告訴大家，美國也跟我們一樣，布希在其國情諮文中也提到因為防衛性醫療，因為醫生怕被告叫病患多吃藥、多檢查，已經高達台幣 2 兆 4 千億元，我說從這些錢裡面拿來做「不責難補償制度」之基金就已足夠了，因此我們一定要有共識，如果醫病關係再繼續的不信任下去，我向各位報告在本會期我是召委，我們辦了幾次公聽會，急診科醫師來我的委員會作報告，國會聽證告訴我再 3 年，我們的急診就會崩潰，婦產科是 5 年，宜蘭不用 5 年，宜蘭婦產科醫師平均年齡是 57 歲以上，再過 3 年宜蘭婦產科醫師崩潰。這情形一定要停止，我們一定要想出一個辦法讓病人權益可以受到保障，而這些搶救我們臺灣人生命的急重症醫師敢留下來、年輕醫師敢進來，拜託大家一起發揮我們的智慧，謝謝!

立法院劉委員建國：

- (一)我從基層上來，從代表、議員到立委，其實參與過很多實務上協助、協調醫療糾紛處理過程，剛剛有位醫師說得不錯，衛生署應該立刻就訴訟以外救濟途徑，這是現今應該立即積極來做。
- (二)第二部分也是剛剛田召委所講的「不責難」，這是新的名詞，簡單說這是無過失的補償制度，這還是應該主要處理的。我剛剛與各位提到一點，剛才各位有說朝野立委都已經要朝向醫療法做修法，我想修法這個方向應該是要確立，但是修什麼內容?我跟各位讀一段，我不是要挑戰過去這些先進制定的法律，醫療法第 82 條如此規定「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。」我覺得這是多說的，「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」我

也覺得這是多說的，這原本就該做的事情，所以我是覺得這工作在前會期甚至更早以前，大家就一直在檢討這件事，但是一直無法達到共識，但我們也期待法務部落實召開這場公聽會，一場又一場的召開，希望能聽到各方更多之意見，但是醫療糾紛現在一直持續在發生，很多訴訟案件，我說真的，個人感覺法界或許在針對這部分，它對重大重過失有所為難，這點我可以去體諒，但是醫界坦白說在執行業務過程中去遇到這樣的一個困難度，必須要被調查，必須要被審判，這也是很痛苦的煎熬。病患聽到這樣的訊息又感覺到很惶恐，這樣三方面的成員、各位的需求與期待有所反向過程裡面，若今天開過數場公聽會，然後有很多專家學者大家共同討論，在臺灣這個民主進步國家中還沒有辦法找出一個平衡點，還沒有辦法找出一個可以透過整個修法過程中，讓這樣三方的疑慮都可以降到最低的情況之下，個人是覺得有點遺憾，我必須強調臺灣既然在醫療的進步，在司法上審判過程中也是在進步過程中，應該針對賦予醫師在整個業務上有更多的尊重與保障，對病患而言，也應該讓他知道什麼樣的疏失才是真正叫作疏失，所以應該有更公開透明的醫事鑑定機制存在。我今天是想表達這項意見，但是我很希望能盡快將這項工程完成，因為我見到很多情況，尤其我本身直接處理很多醫療糾紛的案件，實際上有很多情況我也是覺得十分痛苦也很難處理的狀態，所以今天在此簡單表示個人之意見，謝謝！

行政院衛生署林副署長：

謝謝主席給我時間回應剛才各位先進的問題，衛生署的立場是若

醫療法第 82 條能修正為「以故意或偏離醫療常規且情節重大」始負刑事責任的話，接下來最重要的就是如何保障民眾的權益，也就是甘教授一直提到的以前我們疏忽十年的醫療糾紛處理法，現在我們很認真在做醫療糾紛處理，我們每週都要請醫事處跟進進度，第一個就是補償制度，剛剛田委員也已經提過「不責難補償制度」，這制度第一個試辦計畫就是婦產科的生育制度之救濟，目前行政院院長已經批准這項試辦計畫，第二就是保全病歷，如何保全病歷很重要，這是剛剛醫改會也提到事實上也不用這麼複雜，這一點我們一定會努力。第三訴訟外的調解制度特別列入這處理法裡面。第四諮詢功能，對於剛剛發生醫療糾紛時如何有諮詢功能？目前很多醫師有雙學位，法學律師的學位，他們也願意做這方面的工作。其他就是義務辯護人之制度。此外，最遭受重人詬病的是醫療鑑定制度之改革，在醫審會中，大家都知道的「不問不審、不問不理、一問一答」，所以目前也希望能夠修正，我們一定會要求鑑定的醫師要提出他是否違反醫療常規？是否情節重大？一併提出還有實證醫學的理論到底在哪？

另外，剛才醫改會提出的四大訴求非常好，我們亦會將此列入我們的醫療處理法中。最後，我也希望醫界能更謙卑尊重病人以創造醫病共贏的社會，謝謝大家！

捌、引言人回應

主席：

請五位引言人回應。

一、世新大學法律學系甘教授添貴：

簡單回應幾個問題：

(一)剛剛林副署長提到醫療糾紛鑑定不應該不問不答，為何衛生署

醫事審議委員會要用不問不答態度處理?主要有兩大原因:

1. 第一個原因是因為衛生署醫事審議委員會並無事實調查之權限，一切都是以病歷為準，不能把病人找來問話，沒有這樣的權限存在，所以，有些事實說不一定檢察官或法官調查事實結果已經非常清楚了，根本就不不用再問你了，你為何答這些東西，說這些有的、沒的做什麼?這是第一個原因。
2. 第二個原因是醫療行為並無許多補救方式或替代方案，若不問也要答的話，這建議是否是對這疾病之處理方式應該如何、如何，這可能是寬泛無邊、無邊無際，根本就講不完，何況有許多醫療處置行為，像醫審會開會討論也都是各執一詞、意見並非完全一致，像這種情形「不問也要答」，請問該答哪些?所以，曾經經過充分討論後，所以目前還是採取「不問不答」的方式，當然採取這樣方式之弊是因為檢察官沒有醫學專業知識，他不曉得該如何提問，問不到重點，因而是一個很困難之問題，但未提問時，醫審會也不能隨便亂答，關於「不問不答」在此稍微就個人所了解的提出說明。

(二)方才有人提到若將此規定為「重大過失」概念會紊亂法律體系，而且破壞全部之法律制度，其實這跟法律體系完全無關，像德國刑法根本就無所謂的普通過失、業務過失之規定，所以這與法律體系完全無關，我們要檢討的是目前刑法將此區分為普通過失與業務過失，這到底是如何分類出來的?這樣的分類是否合理?簡單的說，刑法是以行為人作為分類，行為人身分作為

分類之標準，本來法律之前人人平等，為何要分身分決定其罪責輕重？基本上除了像一般身分犯與特別義務犯，像公務員這一類有特別規定之外，應該是法律之前人人平等才對，所以剛剛也有先進提到計程車司機跟一般開車之駕駛人，大家一樣開車上馬路，請問我們的注意義務不是都是一樣的嗎？有什麼特別、有什麼比較高度呢？似乎二者並無差別，既然沒有差別，將此區分為普通過失與業務過失，這樣的分類方式是否合理？既然民法按照過失行為區分為輕過失與重大過失，為何刑法不能按照過失行為區分為輕過失與重大過失？所以這是屬於檢討的問題，這在修法時再檢討，這是我個人之看法而已，但是這與紊亂法律體系應該是無關。以上兩點回應，謝謝！

二、臺灣大學法律學系李教授茂生：

基本上我的觀點不太一樣，我從病患觀點來看，病患之所以要打刑事官司最主要是要一個說明，希望得到一個道歉再加上一點賠償，其實所謂的說明、道歉、賠償，這三個機能，我們都可以用別的機制取代，所以我們才會一直在講說你補償求償的機制要先制定出來，求償時再講重大過失，民事重大過失本來就是有重大過失之概念，可能這太術語化，什麼補償、求償這是類似基金會之運作，其實這件事情與所謂的刑事訴訟是一點關係都沒有的，刑事訴訟雖然也能達到說明、也能道歉、也能弄一點民事損害賠償，但刑事訴訟最主要的機能不在於此，這東西是廢不了的，也不能對此加以限縮，這機能是什麼東西？若A把B的東西摔壞之後，A可以提民事損害賠償，但同時也可以告毀損罪，毀損罪與民事損害賠償之間有何差別？最主要一件事情是對於這

件事件一般國民之觀感是如何？一個法律的實施是否會使得國民失去一種公正公平的感覺？這個只有刑事訴訟法能夠達成的，所以說檢察官法官是看公義來做事情，而不是看個案來做事，如果要把公平正義這種東西，這個只有刑事訴訟法能夠達成的，所以說檢察官法官是看公義來做事情，而不是看個案來做事，如果要把公平正義予以限縮，或在醫生這一方面甚至用恐嚇公眾罪方式，以危害公眾生命、身體安全等，這問法官、檢察官就知道我在講些什麼東西，用這種方式如果你不給我去刑化、不尊重我的專業、不給我刑度減輕，那我們大家一起出走，這樣的話更是一個刑事訴訟法應該發動的地方，所以我不贊成限縮刑罰的責任或整個的去刑化。

三、 交通大學科技法律研究所林副教授志潔：

簡單回應如下：

- (一)承盧教授映潔之意見，我也覺得其實「常規」這件事情是真的很難的，而且我認為醫療中往往是針對個案，針對這位病患的特殊性有時就是不能用常規，因為他與一般通常狀況不同，所以這用語應該如何規定可再斟酌；總之，我認為不適合用主觀上的要件進行修正，因為這對現實一點幫助都沒有。
- (二)若醫界認為有無重大這件事情是重要的，我認為它應該在量刑，亦即刑度上做區隔，不要在構成要件上作區隔，在此再次呼籲法務部，我已經說過很多遍，其實國家的量刑準則早就應該訂定了，去看我們的判決量刑只有第 57 條與第 59 條兩條條文，其中同樣的事實，一審與二審之量刑差異非常大，同樣的民事也有判賠數據差異非常大，是否能制定量刑準則？或檢察

官可以有求刑之準據？讓人民對司法的信賴會有所提升。

四、黃淑英理事長：

剛才大家都提到醫師人力的四大皆空、六大皆空問題，我們不希望將四大皆空、六大皆空問題簡化成是因為醫療糾紛氾濫的原因。在今天的修法，醫事人員希望的是減少醫療糾紛的訴訟，當醫療糾紛發生時其實病人要的是一個公道，這公道是由損失的賠償或一個道歉來解決。關於今天修法方向，事實上我們想問的是它到底能否減少醫療訴訟？我覺得不會，因為其實從檢察官對醫療本質的認知上，他有很大的一個改進，我們自訴的案件仍舊相當多，到底能否達到醫療訴訟之減少？我們從剛剛的解說，我們與其他國家例如美國的四百倍醫療糾紛案件，但是我們事實上應該想到到底他們的醫療文化生態、醫病關係，更重要的是他們的醫生有強制保險制度，以至於他們的糾紛是少的，就是讓病患能夠得到他的公道，能夠得到合理的處置，這是減少醫療糾紛非常重要的一個因素，基於我們國家剛剛大家有談到很多，不管是醫療事故的保險，強制保險也好，或提供醫療補償機制，以保障人民的公道受到比較合理的處置，我想這是一個前提，減少醫療糾紛訴訟的一個前提。另外，我們也必須要承認，我們國內醫療的生態或醫病關係事實上是引起醫療糾紛非常重要的一個因素，所以，在討論此議題時，我覺得在醫療的改革是必要的，也就是說我們對於在醫療的健保制度之下如何做合理的分配？讓醫事人員的工時該如何合理化？對於醫事人員之倫理的加強，以及醫療處置有哪些規範等等，這樣的改革是更能減少醫療糾紛發生之非常重要的一些機制，若我們今天只朝這方向修改法律，其

他配套措施卻未繼續推行，我相信醫療訴訟是不會減少的。

五、臺灣臺北地方法院姚法官念慈：

簡單回應各位的問題，醫生都會認為法院在判決時是否會恣意或有誤判情況？我們只能說目前法院醫療案件幾乎都是跟隨著醫事鑑定委員會鑑定的結果或是專業醫療鑑定的結果為判斷，如果你們認為有誤判的話，或許可以先檢討一下醫事鑑定，它為何與你們的想法不太一樣，其實在法院本身對於醫生的刑責是否成立已經是非常、非常的謙抑，相較於我們交通事故的案件幾乎是有一點點的過失，我們就論以過失傷害、業務過失傷害等等，但我們本身在醫療訴訟判斷上，實務上已經幾乎是在重大過失的層次上面才會認定有罪，而且都是醫事鑑定單位不管是醫審會或是其他醫療鑑定單位認定有，我們才會認定有，很少認定沒有，我們也判有罪，除非是有特別堅強的理由，這是首先要跟各位說明的。我們在整個討論過程中，最怕的是資訊的扭曲與誤解，我們常常聽到一些醫界或者在論壇上面看到--全世界只有臺灣用刑罰在對付醫生，其實我們覺得這是不對的，其實世界各國幾乎都有用刑事來處理過失的醫療錯誤，首先必須說明這一點。關於所謂起訴率、有罪率，關於各個數據都可以看得出來，包括剛才李執行長也提到就美國的資料來看，似乎也是比臺灣多非常多倍，因此，我不清楚為何會一直認為臺灣醫療的犯罪率最高？這數據不曉得是從何而來？我不清楚，至少從今天的整個過程，各方提出的資料，法務部以及我個人向司法院調來的資料來看並非如此，我覺得這種錯誤的資訊流傳，反而會造成醫界內部的恐懼以及後進本身的恐懼，不敢投入醫療的領域，我覺得這部分也

是必要要非常清楚的向各位說明，如此我們所認為的四大皆空、五大皆空、六大皆空是否在某些程度上也是基於某些錯誤資訊而來，我不太清楚。

- 另外，我們當然知道醫界非常辛苦，其實個人非常多的親友本身也是醫事人員，我們非常了解他們的辛苦，但是，我作為一個法官我在乎的是兩造的公平，兩造不管是在武器上、其地位上或資訊取得的方法上，我們需要兩造是公平、平等，如此方能在過程中獲得人性的尊嚴對待，以及訴訟糾紛產生時得到一個合理的還原真相的機會。對於這一點回應我剛才的報告，建議如下：
- (一)我希望除非在民眾、在病患反對情況之下，醫療過程全程錄音、錄影。
 - (二)病歷本身必須即時交付以及讓病患了解，包含資訊透明或病歷中文化的問題。
 - (三)舉證責任，若在刑事部分要減輕或免除，我們希望能夠比照部分外國立法例，在民事訴訟中採推定過失以及舉證責任轉換。
 - (四)關於醫療常規，我也希望醫界或醫事行政單位能訂立明確的醫療常規標準以作為參酌，若符合醫療常規則推定其無過失，這是配合剛才舉證責任轉換，若符合醫療常規則推定其無過失，接下來再由另一造負舉證責任。
 - (五)關於醫療鑑定，剛才我曾經有報告過，我希望能改善各種情況，尤其希望主筆人能到庭接受交互詰問，以利釐清真相。
 - (六)保險制度，我希望推動強制醫療責任險，醫療行為的範疇是否排除各種醫事技術行為？或是排除各種所謂的商业行為、醫美行為等等？我希望這部分亦應確立，另外，有一點點意見的是

我在處理醫療糾紛的過程中，我常常碰到其本質根本不是糾紛，而是對於醫事行為態度的不滿意，事實上民眾還是把醫生當成神，還是把醫生當成救命恩人，為什麼後來會有糾紛？絕對不是說醫療結果的不如意，而是醫療過程溝通上產生困難，這部分我是希望如果我們在醫療過程中多去關懷、多去解釋、多去說明，好過在訴訟中一百句、一千句的辯解、糾紛以及爭執、爭吵，我覺得這非常重要的，真的有一句話必須向各位報告，我們絕對不是沒有醫好就判你們有罪，而是沒有醫好裡面又有很嚴重的過失才會判有罪，這一點希望不要誤會，謝謝！

拾、主持人結論

按照議程今日時間已到，在此稍作總結，感謝今天幾位引言人皆提供寶貴意見，在座各位包括醫界、法學教授、學生、司法人員與一般民眾皆提出許多寶貴意見，以及許多書面意見，會後將詳細記載在紀錄上，不只作為法務部相關政策研擬之參考，亦將送給相關單位包括行政院衛生署作為研擬相關政策之參考。

今天十分感謝各位都提出許多寶貴意見，尤其姚法官提出一項十分值得反省的意見，可能大家所獲取的資訊並不充足，因為獲取的資訊不足，所以對對方所提出來的主張，你也無法充分的了解，所以希望在座與社會各界，若有任何相關資訊，譬如：醫界說全世界沒有一個國家像臺灣用刑罰制裁醫療過失，我們希望能將這些國家列出來供法務部參考，我們也可以去參考這方面的資料，如果我們檢討後認為它的理論基礎確實是合於刑事法上之理論的，我們也未嘗不能採納。其他相關意見，我們希望有較堅實資訊作為支撐，希望各位將這些資訊提供給我們，作為未來研擬相關政策之參考。我想衛生署也非常樂

意見到各位提供相關資料，無論是本國資料或其他各國的資料，我們都歡迎各位踴躍提出，相關數據也希望能是準確的數據，希望不是人云亦云，沒有根據的數據，我們希望大家不要以訛傳訛，剛剛有很多先進也提到這會加重我們醫生的恐懼感，對於我們年輕的學子要進入醫界，反而是一種障礙，所以，希望所蒐集的資訊皆是正確的資訊，待我們將這些正確資訊整理後，將分送相關單位作為研擬相關政策之參考，最後再次感謝五位引言人與在座各位貴賓先進的參與，特別感謝衛生署林副署長與石處長之全程參與，今日公聽會到此結束，謝謝各位！

拾、散會 中午 12 時 40 分

主持人：吳次長 陳 鑾

紀 錄： 朱 錦 綢