

一、醫界：

1、新世代診所吳孟智醫師

本人為大腸直腸外科專科醫師，針對法務部於 101 年 7 月 6 日之公聽會引用之資料：許達夫醫師之商業書籍為參考資料，甚為不安。蓋許醫師之直腸癌接受治療後，反過來鼓吹接收非正統醫療，實不適合引為參考依據。

2、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)

- (1) 醫師可能是病人。
- (2) 飛行失誤 300 萬分之一，醫誤 300 分之一。
- (3) 錯誤是人性，但錯誤是一種警訊。
- (4) 飛安，不責難文化→用來預防。
- (5) 訴訟目的：
 - 減輕財務負擔。
 - 道歉。
 - 真相(預防)。
- (6) 醫療照護全球最好(2000 年 27 回)
 - 瑞典第一。
 - 臺灣第二。
 - 美國第三。
- (7) 瑞典 1975 年起：NO Blame，病人補償↑40 倍。
- (8) 瑞典剖腹產率：17.1%，義大利 38.4%(2009 年)。
- (9) 醫療費用/GDP：

| | 1980 年 | 2000 年 | 2009 年 |
|----|--------|--------|--------|
| 瑞典 | 9.0% | 8.4% | 10% |
| 美國 | 8.8% | 13.6% | 17.4% |

嬰兒死亡率：瑞典 2.2/4 分，美國 6.4/4 分，臺灣 4.1/分。

- (10) 偏離最好就補償。
- (11) 醫院醫師→配分→協助病人。
- (12) 配套→病人安全法案
- (13) 臺灣危機→65 歲以上人口→2010 年→250 萬
2030 年→600 萬(2030 年 15%)
醫療費用 65 歲只<↑1 倍
崩盤→無醫師無健保

3、中華民國醫師公會全國聯合會(榮民總醫院)葛謹醫師

- (1) 故意與過失皆為主觀構成要件，不宜單純為論罪之要件。
- (2) 一般刑事犯不適用秘密審理，惟對醫師過失仍採用，違反正義。

4、中華民國醫師公會全國聯合會李偉華醫師

- (1) 本法案應由關心全民醫療的監督機構團體提出。
- (2) 民眾的反應，不了解醫界的問題與困境。
- (3) 醫療業務的性質和一般業務不同，卡車司機撞死傷人和醫師醫療過失在目前的法律上是同罪。

5、臺灣醫院協會代表長庚大學醫學系外科教授林萍章

此次修法適用對象雖包括全體醫事人員，但五大科以外醫師本就很少被告。陽明大學公共衛生研究所楊秀儀法學博士之研究顯示，89 年 1 月 1 日起至 97 年 6 月 30 日共有 312 名醫師被告，其中四大科+急診科佔 86.2%。故而，目前不是四大皆空，而是

五大皆空。

外國立法例雖無限制醫師須重大過失始負刑責，然而各國刑事司法實務上，很少以刑責追究醫療過失案件。從各國醫療過失刑事訴訟實證研究可知，美國、日本、德國的司法界極少對醫療過失追訴刑事責任。根本原因在於醫療過失之刑事構成要件界定在「客觀上注意義務的偏離必須達到明顯重大的程度」。若未達此標準，則不追訴刑事責任。故而，臺灣醫界乃是出「醫療過失刑責合理化」，要求比照美國、日本、德國的醫療過失之刑事構成要件界定在「客觀上注意義務的偏離須達到明顯重大的程度」。

此次修法，醫界即此採「附屬刑法」方式，將重大過失概念直接定義於法條中，且加上量刑，方不至於回歸《刑法》體系，避免過失概念混淆。因是重大過失，量刑範圍與罰金刑皆提高。至於「嚴重違反注意義務」之嚴重與否標準何在？「醫療常規」又該何處尋？其實，美、日、德已行之數十年，相關文獻與判決比比皆是，國內學者著作與判決亦所在多有。在我國判決早有諸多先例，例如 98 年台上字第 6890 號判決、96 年台上字第 4793 號判決、95 年台上字第 3884 號判決等。

至於「除罪化違反平等原則」：法學界認為若將醫療過失的刑責加以免除，即是將某個群體或行業排除於《刑法》之外，實違反個案立法之禁止，有違反平等原則之虞。其實臺灣《刑法》早有先例，《刑法》第 124 條「枉法裁判罪」與第 127 條之「違法行刑罪」第 1 項，皆以故意為構成要件，將法官與檢察官排除於《刑法》與《民法》過失追訴之外。另外，《刑法》第 127 條第 2 項，乃針對檢察官之過失，但過去 12 年來一件案件也沒有。

此二法條已將法官與檢察官排除於《刑法》過失犯之外，甚至不准被害人提告。故而，臺灣法官與檢察官早已「過失除罪化」。

大家都相信醫事人員絕不會故意傷害病人。然而，「制度錯誤」造成善意救人、不能拒絕重症病人的臺灣醫事人員成為「犯罪率」最高、「有罪率」最高的「世界第一大黑幫」。為解決目前醫療環境困境，真正維護民眾權益，醫療過失刑責應合理化！

6、中華民國醫師公會全國聯合會副秘書長張孟源醫師

有關醫療刑責明確化的淺見如下：

國內醫療糾紛訴訟的情形，往往是以刑事為主且附帶民事，在現行法過失犯的規範下，已經造成醫療生態規避風險的現象，尤其是高風險之科別乏人問津與防禦性的醫療行為。醫改會亦曾指出，以刑事附帶民事之訴訟除了時效問題外，亦將面臨民事判決受刑事判決影響之問題¹。且當事人一開始對檢察官提出刑事告訴時，無法一針見血地出疑點，一旦進入偵查階段後，告訴人對案情的發展只能被動的參與。故本文贊同醫療刑責『合理化』，其中關鍵點在於所謂「重大過失」之認定，國內法而言尚待實務案件累積，對於不同類型之醫療行為型態建構不同的類型之判斷標準，且亦須藉由公正、中立的醫療鑑定機關，使醫事人員不必擔心動輒得咎，並使罔顧人命者亦獲得充分的刑事評價。

刑罰目的在於處罰行為人(或不行為人)，民事損害賠償制度在於填補被害人，二者殊有不同。醫療行為本身具有相當之危險性，醫療傷害與損害應分析鑑定其原因與醫療過程。倘無刑法上的故意或過失；以民事賠償填補被害人之損害，最為合理，而不應以刑罰相繩，然而臺灣現行之法制，卻造成臺灣醫療高犯罪率

之奇特之現象²。

質言之，病患生命、身體健康之侵害結果發生，不能謂醫療行為人即應負責，而本文以為刑法故意或重大過失繩之醫療之刑事責任，為衡諸眾多因素之衡平之點。醫事人員與從事其他業務之人不同，其對救治病人之業務，並無拒絕或置之不理的權利，醫療法第 60 條與醫師法第 21 條對醫院、診所、醫師皆訂有救治病人之義務。此外，任何侵入性的醫療行為，行為前必須取得病人的同意，在醫療法第 63 條及 64 條有明文規定必須充分的告知且同意。因之，除了符合刑法正當業務行為不罰，亦符合刑法之阻卻違法之規定。

醫事人員與從事其他業務之人不同在於，其主要功能乃救治病人，甚至高度風險的病人也不應迴避，醫事人員其無法用『緊急避難』等迴避風險，反而在『明明認識』該情形具有高度風險且該風險可能無法避免時，醫事人員必須勇敢『面對危險』，積極去救治傷病。本文以為醫療法不應適用刑法業務過失之概念，而須在關於醫療業務過失必須在醫療法上專章加以規範。此外，我國衛生行政單位無法積極行政介入醫療糾紛，全民健康保險局亦未編列醫療糾紛補償金，恐是「刑事萬能主義」之迷思，致使行政調查權難以介入³。在現行法上，因刑法沒有區分過失之程度，如經由實務對於醫療過失或其他之具有特殊性之業務過失類型，在過失的注意義務程度上進行較嚴格的認定，僅有在重大違反醫療行為規範之情況下，始對醫師課以刑責，較為合理。

要之，如何選擇有效以及合理之醫療糾紛解決方法，首先正是要解醫療糾紛發生時，醫師所應負有之責任範圍。本文以為，

醫療糾紛的處理應以民法體系規範為主，例外情形之刑事責任應限縮於『故意及重大過失』。亦即，醫療糾紛從醫病關係之本質，係醫療約規範之行為，原則應以私法領域為主。民法上債之關係建立在給付義務之內涵，除了主給付義務以外，債的關係尚有所謂附隨義務及不真正義務。主給付義務係指債之關係中固有、必備，用以決定債之關係、契約類型之基本義務。附隨給付義務係基於法律規定，當事人約定、或誠信原則與補充契約解釋而發生，具有輔助主給付義務的功能。醫療契約除了主要的醫療給付義務外，尚有一些重要的附隨義務，不論是主給付或附隨義務之違反亦或有歸責事由，則依據不完全給付之規定，醫療機構或醫師均須負損害賠償責任。

綜合言之，嚴格之醫療刑事責任將產生醫病關係對立及防禦性醫療的負面效果，所以我國應積極建立醫療損害賠償制度或醫療補償制度之改革，且必須考慮到兩者的利益之平衡對待。對於相對人(病患)的權利保護亦不可忽略，並且盡量能減少不必要的醫療訴訟，不論是民事或刑事，以減少法院審理之負擔並合理分配醫療資源。

此外，直到目前醫療法第 82 條修法目前仍於立法院協商中，雖然醫療糾紛處理方式更是眾說紛紜。但本文對於未來醫療糾紛處理方式，「回歸民事、刑責合理」之大原則永遠抱持樂觀，更相信臺灣社會將朝正面發展的趨勢、以創造醫病和諧與雙贏的願景仍然深具信心與期待。

¹ 參見，醫療爭議參考手冊，財團法人臺灣醫療改革基金會，2011/3/25，頁 17。

² 林萍章，「海峽兩岸醫療訴訟實證研究：從最高法院刑事判決九十九年度臺上字第二四八號與民事決九十八年度臺上字第六五六號出發」，臺北榮民總醫院醫療糾紛案例學術研討會系列：臺灣醫法論壇(IV)—實務判決與實證研究，2010.11.20。頁 21 以下有論者從而認為，該研究雖僅搜集臺灣地方法院刑事醫療糾紛判決，故案件尚未定讞，有部分案件上訴後被判無罪。然而，小小的臺灣在八年半內竟有八十位醫師被地方刑事地方法院判決「有罪」，每 23.5 天有一位醫師被判「有罪」。臺灣醫師在地方法院刑事醫療糾紛判決之「有罪率」竟高達 25.6%。這更進一步證實，臺灣醫師是臺灣犯罪率第一高的行業，臺灣可能是全世界醫師犯罪率最高的國家。

³ 葛謹，「盼達成醫病和諧關係」高雄市醫師公會與衛生局舉辦高市醫療糾紛改革研討會，2008/05/03

7、臺灣醫學生聯合會對外副會長朱彥豪

- (1) 表達臺灣醫學生對現行醫療環境的恐懼與擔憂。
- (2) 支持醫療法第 82-3 修正草案。
- (3) 希望政府鼓勵不責難補償制度。

8、中華民國醫師公會全國聯合會常務理事何博基醫師

(新北市醫師公會理事長、東和婦產科家庭醫學科診所負責醫師)

『生產』屬高風險的醫療行為

即使現代醫療技術再進步發達，生產仍然是一項高風險的行為，生產可能面臨的風險往往造成產婦身體重大傷害，甚至危及產婦性命(如羊水栓塞)，對於胎兒來說更可能造成影響一生智能

或肢體殘缺的極大風險，尤其生產時的不確定性，常常造成來不及搶救就猝死或即使搶救仍無力回天的情況。

『不符合民眾期待』，產生醫療糾紛

加上現在孕婦高齡化趨勢，生產伴隨的妊娠問題及風險更多，另外少子化的趨勢下，每個子女都是父母心頭的寶貝，也因此只要產婦或小孩一但發生「不符合民眾期待」的狀況，家屬往往就難以接受，甚至認為是接生過程中醫師的疏失，糾紛也就因此產生。

『工時長、給付低、醫療糾紛多』

也因為婦產科相較其他科別更加頻繁的醫療糾紛問題，加上24小時都得待命，工時長毫無生活品質可言，自然產的產婦從入院到分娩，醫師至少要待命兩天，但健保的生產給付卻偏低；產檢過程費時，門診給付與其他科別門診相同，花費心力多，回收卻不成正比，種種因素造成年輕一輩的醫師根本不願意投入婦產科這個辛苦的專科。

人力數據統計—呈現『負成長』

婦產科醫師荒到底有多嚴重?根據婦產科醫學會的統計，近10年來，婦產科人力成長率只有16%，平均年紀達54歲，目前全國40歲以下的婦產科醫生只有377位，而現有的兩千多名婦產科醫師，願意接生的只有八百多人，住院醫師大多數選擇只走婦科而不願意走產科，醫學會預估，十年後會有五百名婦產科醫師退休；再根據醫師公會全聯會的統計，從2008年開始至2011年，婦產科醫師每年都已呈現負成長。

| 年度 | 2008年 | 2009年 | 2010年 | 2011年 |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 人數 | 2184人 | 2180人 | 2179人 | 2174人 |

新聞報導

花蓮沒有婦產科醫師

又如日前新聞報導，從去年 11 月到今年 5 月花蓮玉里榮民醫院婦產科鄭吟豪醫師，曾連續工作 22 天，因為得隨時待命，壓力太大，鄭醫師再也支撐不住只好向醫院請了兩星期的假，但當地只有兩位婦產科醫師，另一位又在六月底調職，鄭醫師一但請假，就沒有婦產科醫師了。

生產需『預約』抽號碼牌

而由於醫護人力不足，新竹國泰醫院從 4 月起實施生產預約制，想預約醫師接生，得熬夜排隊抽號碼牌，人潮就跟排福袋一樣！這一點都不誇張，孕婦的先生、家屬只能在開放預約當天凌晨排隊守候，若抽不到號碼，就得改到他院產檢，就是因為婦產科醫師人數不足，造成孕婦想生產得排隊預約的奇特景象。

積極推動『生育事故救濟計畫』

政府應儘快施行有助撫慰病家、減少醫療糾紛的「生育事故救濟計畫」，對產程中產婦或嬰兒無法預期的死亡或重殘，發給救濟金，協助改善惡劣的醫療環境，以減少不必要的醫病緊張及醫療訴訟，讓婦產科醫師可以安心從事醫療接生工作；而行政院針對這個救濟計畫如果有反對意見，衛生署應該要持續積極溝通改善，否則婦產科醫師恐怕的不願意再接生了，出走的人也恐怕將越來越多。

9、中華民國醫師公會全國聯合會副執行長王志嘉醫師

站在歷史的轉捩點，機會或宿命？—醫療刑責合理化，促進醫病雙贏

社會人文價值的多元性

醫療行為刑事責任的議題，已討論近 10 年，醫界、法界、與民眾各有其立場與堅持。事實上，各界的論點均有其道理，這也正是社會人文科學的多元性，價值觀不同，立場自然不同。仔細觀察，各方的論點均有其疏漏與不足，其實，醫療糾紛與其後續的刑事責任非常複雜，這就好比「盲人摸象」一樣，每個人摸到的都是「象」的一部分，都是對的，但都無法掌握全貌，如何調和醫、法、病三方的意見，使醫療刑事責任的議題，得到合理的解決，成為當務之急的課題。

醫療體系正在崩解中

近十年來，醫療的系變化之大，非處在醫療體系中，實在很難體會，有學者提到「醫療糾紛」與「健保體制」，是造成醫療體系逐漸崩解的主因，從醫療實務的觀察的確如此。雖然，醫療糾紛的比率與整體醫療行為相較，尚在可接受範圍，但整體影響，不僅在發生醫療糾紛的醫病雙方，其實對多數未發生醫療糾紛的醫師、醫學生與相關醫事人員，心理的影響更大，防禦性醫療於是產生。

防禦性醫療的產生，除了醫療資源的浪費外，更重要的原因是「病人及其家屬的痛苦」。老年人胸悶非常常見，絕大多數的情形是沒有問題的，但由於醫療的不確定性，無人敢保證，先前曾聽聞家屬抱怨，她的 80 多歲的母親住在護理之家，時常抱怨胸悶，幾乎是每二週至少一次，護理之家擔心，通知家屬處理，家屬將之送往醫學中心的急診，急診醫師每次都做全套檢查，家屬花了一整天處理此事，正常的工作也受影響，每次都花了健保

費三萬餘元，每次都沒事，家屬抱怨，為何醫師不跟他的母親解釋與說明，每次都排了一堆檢查。試問，如果醫師未排檢查，病人真的是心肌梗塞，家屬會覺得醫師無過失嗎，在醫病關係緊張、防禦醫療興起的當下，沒有人敢保證，醫師的內心也是存疑的、不安的、與不信任的，我捫心自問，如果我是急診的醫師，我的作法很可能也是相同，如果醫療刑事責任的問題無法尋求共識，真的是醫、法、病全民皆輸的局面。

原水文化出版的「哈佛醫師之路」提到，美國的醫師發生醫療錯誤時，主治醫師會帶著住院醫師親自跟病人道歉，雖然美國醫療糾紛多，醫病之間似乎比臺灣來的和諧。在臺灣，此情形似乎成為苛求，不僅是病人及家屬心中的痛，也是醫師心中的痛，綜觀其原因，主要在於美國醫療糾紛幾乎不用刑事責任處理，臺灣反而以刑責醫療糾紛為主流，試想，若醫師有錯並道歉，家屬卻用醫師道歉的事由提告並做為證據，不僅違反了人性，也違反法治國「不自證己罪」的原則。

醫療刑責合理化的必要性

(1) 巨觀觀察

醫療糾紛的刑事責任，對醫界的確產生崩解的效應，如身處在臺北，由於醫療資源充足，尚且看不出嚴重性，但只要有親人在中南部，就可以發現，很多醫院並無 24 小時的急診，即便有 24 小時的急診，也欠缺重症專科，若要住院，還要轉診，醫療體系的發展與社會的發展正好背道而馳，這是醫界與社會大眾始料所未及的。不僅如此，護理人力的短缺，也影響正常的病房運作，表面上全國病床數是在增加，但事

實上，不少醫院空有病床，而無護理人力，民眾只能擠爆急診，急診醫護人員負擔更重，更加深急診醫護人力的出走，使醫界陷入惡性循環之中。

綜觀其原因，醫療糾紛的增加以及醫療刑事責任，是其主要原因，雖有論者並不認同此觀點，其實，這部份很簡單，只要對醫界進行大規模的問卷調查或普查，相信答案不脫「醫糾」與「健保」等因素。因此，從巨觀的觀察，醫療刑責的合理化已迫在眉睫。

(2) 微觀觀察

論者提出，醫療刑責合理化獨厚於醫界，對一般人不公平，更有違憲之虞。其實，這是多慮了，醫療行為與一般社會行為本質上不同，救死扶傷、轉危為安、高度不確定性、以及因果關係不易判斷等均是其中原因，從實質上角度觀察，醫療糾紛轉以民事為主，刑事為輔，對民眾比較能獲得實益。眾所皆知，刑事責任，由於需達到相當因果關係的程度，始能定罪，面對醫療行為的不確定性，會造成定罪的困難，民眾訴訟曠日廢時，卻受敗訴判決，內心的不滿不言而喻，受訴訟的醫師，在訴訟過程中所受的內心煎熬，即便勝訴，通常也不再信任司法與病人，真的是醫病雙輸；反之，若以民事訴訟為主，由於其重點在填補被害人損害，因果關係判斷的要求程度，會比刑事責任來的低，通常近似於英美法上「優勢證據(evidence of preponderance)」，民眾反而容易得到補償，受訴訟醫師在訴訟過程的煎熬與不滿較小，對判決也較能接受，反而比較有利於醫病雙贏的情形。

結語

其實，法律並非一成不變，法律應該是與時俱進的，醫療刑責的合理化並不會顛覆刑法體系，相反的有助於解決目前醫病關係緊張，防禦性醫療、依法看病、四大皆空的情形。巨觀來看，對大多數民眾是有利的，微觀來看，即便是醫療糾紛的家屬，也是利多於弊，若在配套後，更無損於發生醫糾的家屬的權益，今日若能向前跨出醫療刑責合理化的一小步，對於促進醫界良性的發展卻是一大步，只要一個小小的改變，就能對醫療體系的發展產生良性的契機。

10、醫療勞動正義與病人安全促進聯盟林秉鴻醫師

- (1) 五大皆空的醫師意見抽樣調查。
- (2) 以刑逼民無法推動不責難補償制度。
- (3) 外國制度之介紹與比較。
- (4) 呼籲司法界討論出一套可行之方式讓醫療糾紛主要能庭外調解。

11、臺灣醫學生聯合會前會長臺大醫院實習醫師

- (1) 醫療刑責明確化是國際趨勢。
- (2) 法律的目的是提供行為人避免不法的指引，但以刑法起訴醫師反而導致許多醫師不願採行高風險但有利於病人的處置。
- (3) 高風險科別醫學生不願選擇，需要醫法兩界合作改善。

12、中華民國急救加護醫學會理事長王宗倫醫師

從事急重症多年。有關醫療刑責明確化的淺見如下：

如果刑事訴訟可以犯罪防制，結果顯然大相逕庭。依衛生署統計，案件日多，犯罪率日高，完全無效。而結果只是讓有志之

士心灰意冷，退出這個行業。當前連中國大陸甚且亦用民事訴訟解決醫療糾紛，而就「刑法謙抑思想」，刑法應處罰故意或接近故意之過失，但以當前判決，醫師接近故意之過失，幾乎少之又少。

我以醫界、法界居中協調之橋樑自居，謹希望能說明法界疑慮，就是法界懷疑醫療到底有何特殊性，而必須在原本適用於各行各業的業務過失罪之外，特別看待及處理？

我認為理由如下：

- (1) 醫療之不確定性：任何藥物及處置，對每個人都不一樣，而且無法預測。即使用醫學數據，對於任何個人仍完全無法預測。而其他行業通常並非如此。
- (2) 醫師法有規定強制締約以及對於危急病人，不得無故不應招請”，因此醫師有強制義務，與其他行業依契約自由而自行決定執業與否，大相逕庭！
- (3) 其他業務過失之論斷，其實是以重大過失為依據：貨車司機的注意義務與一般人其實相差不多；換言之，其輕過失及重過失，幾乎沒有差別；判斷其業務過失，用輕過失之標準，或重過失之標準，通常結果一致。但是醫療上輕過失及重過失差別甚鉅。查詢現在實務界其他業務過失，其實是重大過失；而醫事人員業務過失，卻多為抽象輕過失。如此課與醫事人員過重之法律義務，殊不合理。因此，醫療刑責明確化，確為必要！
- (4) 法之不確定性：同樣醫療情境之案件，判決結果常有天壤之別。不僅浪費司法資源，醫病身心俱疲，且有失司法威信，

因此醫療刑責予明確化，以重大過失為原則。

13、慈文診所黃炤文

臺灣不缺醫師，缺的是願意救命的醫師。

14、中華民國醫師公會全國聯合會副執行長李志宏

個人具醫師身份，這是我第二次進法務部”還好”只是”開會”並非業務過失的當事人...。

臺灣醫療的困境，並非”始自今日”民國 74 年個人選科時，已有此情形，很慶幸我沒選該科...。

個人今年 54 歲，從事醫療 29 載，修習法律 11 載，很憂心未來不能受到合理的醫療照護，各位在座者，不擔心嗎?...

15、高醫醫學系畢業生柳林瑋

人不可能不犯錯，即使是一個受過多年訓練的專業人士，都幾乎不可能在執業的數十年中從未犯過任何專業上的錯誤，相信即使是法官、律師也是一樣，但醫師工作中，我做的每件事都是在幫助病人，如果有任何意外，就成了傷害病人，就會因我國現行法令之困境而受刑法審判。而大多數專業人士犯的專業過失卻不會遇到一樣的狀況。我們不是法律專家，在法理上的辨正不若諸位先進，但我不是聖人，我犯錯，但是我很努力，我也喜歡醫療工作幫助病人帶給我的快樂與成就。希望國家社會給我們一個機會，能夠放心奉獻所學，服務社會。

16、社區醫院協會代表彰化縣員榮醫院副院長吳肇鑫

(1) 馬總統與法界座談(2011.12.23)

主張先從婦產科開始，降低醫事人員的民事責任，並希望免除醫事人員不合理的刑事責任。

(2) 根本解決救命醫療人力荒

- 民刑事責任合理化。
- 鑑定制度改革。
- 評鑑制度改革。
- 健保制度支付改革。

17、秀傳紀念醫急診部主任黃炳文

- (1) 刑事除罪化是醫護人員共同心聲。
- (2) 緊急醫療充滿未知數，病患生死一線間，醫護人員救死扶生，怎又能刑事相責。
- (3) 刑事加諸醫護人員，人人害怕畏懼，動輒得咎。
- (4) 優秀醫生紛紛論罪，醫學生寧可改行或從事簡單醫療。
- (5) 顧及在醫院中病苦之百姓，何苦迫害醫護人員。

18、臺北中心診所內科陳浩熙

維護社會公平，使醫療行為客觀。

19、愛生美皮膚科診所黃翔醫師

- (1) 醫療為民眾所必須的，如果醫事人員在執行醫療業務上心懷恐懼，那醫護人員一定會抱持多做多錯、少做少錯，只做完全沒問題，低風險的醫療。
- (2) 在醫學生選科時，只要聽到前輩提到被告的經驗，尤其是本人在新光醫院見習時(8年前)，知道在新光醫院的婦產科主治醫師，每一位主治醫師都被告過是 100%的被告率，所以有主治醫師去學法律，當我們聽到這樣的情形，只要想到未來的生涯中遲早會被告，絕大部分的醫學生都不會想要選高風險的科，會損及臺灣的醫療根基。

20、臺北關渡醫院方瑞雯

現今臺灣醫療環境惡化有目共睹，而刑事責任為所有醫師共同的重擔，司法已無法不進行改革，雖艱難，卻無法避免，需要法界先進共同努力。

在場有許多參與者對醫療方不信任，可見現今醫療關係之惡劣，而成為這樣的結果顯然目前司法制度必須負一定的責任，所有人的目標應該都是促進醫療進步，保障人民醫療權益，但目前問題並未因”刑事”而解決。應以理性取代憤怒與仇恨。

21、培靈關西醫院(精神專科醫院)院長李光輝醫師

醫師一定會犯錯，錯誤後要被起訴、被關，醫師出走潮是必然。

醫療對民眾資訊不對等、不透明，就如同政府所有施政對民眾資訊不對等、不透明一樣。

有改變才有改善，醫療不除罪化，不是專制優惠於醫療，是避免惡性循環的再惡化。

醫療怠惰，有刑法。立法怠惰、行政怠惰、甚至重大疏失，只有丟官，沒有刑法，醫療何辜，承受如此重責大任，醫療常規，本來就沒有”100%”希望醫、病、法三贏。

22、前醫學院副教授王應霖

敝人之家人只有小感冒、多痰等症狀去就醫後來被醫師害死，經敝人向地方法院檢察署提告，結果被地檢署不合理、不公正的駁回多次，敝人深以為國內醫檢勾結，如果減輕醫師的醫療責任，會有更多病人被害死。醫療鑑定皆不公正，民眾皆是被不公正鑑定所害。希望執法機關能詢問醫療案件受害者。病歷常被

隱匿竄改、調包。國內沒有公正的醫療鑑定機構。

23、中山醫學大學石孟哲

法學上故意過失之困境→那就在 2nd 階阻卻違法，因業務上合法之範圍，是法容許之範圍，否則沒人想給藥。

刑→刑法之目的→嚇阻→故意需嚇阻。

以牙還牙→善意。

矯正→醫生不需。

24、臺灣大學魏志阜

(1) 醫療乃是一國之大業，倘無妥善配套則無健康之國民，過度之刑事訴訟易致於醫療效率、效益之低下，且「以刑逼民」之訴訟方式中易造成濫訴及司法資源之浪費，並對醫療品質之進步無幫助。

(2) 去年度彰化沈祿從診所案，檢察官因其開立 Stilnox(史帝諾斯)之藥物，即認其有所謂「販毒」之嫌疑，羈押其長達一月，此等「偵查」是否合理？又，此種醫事刑事行為對於醫師之精神、名譽和生理之傷害，又當如何補救？

25、新光醫院急診科主治醫師張志華

法律最低標準的道德，法律所禁止的事項往往也是道德所不允許的，但是「不道德」卻未必違法。搶救生命的過程中有許多不可避免的醫療風險必須免除刑責，否則醫師將採取防禦醫療而「依病看病、依法轉診」，屆時，醫療崩壞必定持續擴大，不但耗盡醫療資源，也將衍生更多的醫療難民。

26、臺中榮總王依婷

(1) 公聽會為法務部所舉辦之公平、公正而公開的各界意見聆聽

與討論之場合，然從發放之參考資料乃至參與引言之大多數引言人，都以偏頗於醫療行為應負刑事責任之立論，極有失此會之公平性。

- (2) 醫療行為的常規之所以有眾多分歧是由於病患之個體絕對存在差異性，如果差異性存在，常規則必無定論。
- (3) 醫療為何無法獨立於刑事責任以外，然為何法官能；同樣是擁有決定生命走向之能力，醫療之風險性與未定性是遠高於法官，然僅法官得獨立於刑事責任以外，此極為不妥。

27、臺灣私立醫療院所協會吳明彥秘書長

空白。

28、陽明大學郭子維

既然今天為醫療行為刑事責任探討之公聽會，那麼除了討論醫療行為除罪化之外，我們是否應將討論層面增廣，進而討論刑事責任的歸屬呢？眾所周知，醫師目前並不受勞基法保護，而醫護過勞為高風險四大科普遍之現象。許多醫學研究已證實過長的工作時間，會造成醫師注意力與判斷力嚴重下降，進而增加醫療疏失的機率。過度的工作負擔與醫療疏失之因果關係不言而喻。而最根本的原因乃是醫院無法拒絕病人，不可能任意調整自身的業務量。而病人亦不可能生病不就醫。因此業務量不可能減少，醫院只能變相壓榨受雇醫師接受額外工作，而醫師亦無勞基法等法律自保，只能被迫接受不合理之業務量。

如果僅受雇醫師本人擔任起醫療疏失的刑事責任，卻放任雇主和系統環境的外在壓迫。猶如捉小放大，見樹不見林，永遠不可能改善現在的醫療崩壞。

如果僅是刑事責任需要明確化，那造成血汗醫護的醫院雇主，是否能請主事機關推動修法追究醫院雇主，造成醫護過勞以致醫療疏失的連帶責任呢？

如果醫療不能去刑化，那應是否能請主事機關推動讓醫師加入勞基法，讓醫師至少能勞基法保障，確保醫療品質，進而減少醫療疏失，這也是更符合實際的作法。

29、診所陳立軒

- (1) 醫療改革應追求醫療事故透明化，而非醫療事故定罪化。
- (2) 醫療訴訟人數與定罪人數不能代表醫界所受壓力，對醫界造成防衛性醫療盛行即是證據。

30、張必正醫師

- (1) 我是年輕醫師，一直對醫療充滿熱情，也自詡能積極照顧病人。我來這裡尋找我繼續醫療的熱情。
- (2) 聽到中山大學教授同理醫師學生的案例、聽到林副教授的案例、聽到新光張主任的案例，大家應可以有更多的想法。
- (3) 更多的互動、溝通、實例分享，將有且於法、醫、民更凝聚共識。
- (4) 補償制度有其必要，司法訴訟應該減少，我的熱情還在。

31、彰化基督教醫院麻醉部主任謝宜哲

醫療本質就是傷害，醫療後果就會死亡，在一個以傷害、會死亡為本質的作業，要求一絲錯誤都不許發生，邏輯上不合理。

以麻醉為例，2分鐘的遲疑，就要判刑半年，這不合理。

32、中華民國醫師公會全國聯合會趙堅醫師

尚德緩刑書----醫療事故慎刑化之淺見

各位長官、法界前輩、老師、大家好：

獄者，天下之大命也，死者不可復生，絕者不可復屬。---漢•路溫舒

近來，對於犧牲奉獻勇於救人的醫者，不醫療事故的判決，造成整體醫界退縮縮手，已出現集體防禦性的醫療以態與行動；此種憾事，媒體(如今周刊)輒有深入報導，實非全民之福。

“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；法官的判決也指出人生道德、倫理、價值觀的權衡，引導一條光明善良的方向或者反是；如玻璃娃娃一案，肯定當事人陳易靖同學熱心助人的行為。

今天不是學說實務研討會，但後學有三點淺見提供長官參酌：

- (1) 專家參審制度的精神，是否可加入將來國民參審制度之中來實行；因為它在實務的運作中，確實可減少訟源，增加和解成功的比率。
- (2) 修法曠日廢時，其爭執也激烈；法未修妥之前，是否最高法院能適用更細膩的實證醫學數據與因果關係及客觀歸責之法律見解，比較能快速達到慎刑的目的。就如 95 年臺上字 2178 號判決，對於醫療責任擺脫消保法拘束的問題，具有關鍵性的里程碑地位；判決文中述及防禦性醫療，是病患與社會的災難。
- (3) 修法：強制檢座起訴前必須經過專家鑑定。

“若猶猶泄泄，十年後，幾無可後敵之兵，且無可充餉之銀”---林則徐

同樣的，今天以後，如果我們也猶猶泄泄，10年之後，無充足救命之醫療人員可用，疾病救治的災難就會到來。

謹此 祝長官暑安 平安健康

33、國立高雄大學大陸法制中心副研究員蔡秀男

(臺大法博三，高市聯醫泌尿科主治醫師)

搶救醫療崩盤，改革刑訴氾濫，諸法皆空行正義，讓醫療法制環境更好!

(1) 改革醫療刑訴氾濫，支持醫療慎刑化。

A、醫療刑責合理化，明確化，嚴格化，法律人反對『重大過失』聲浪大。

B、百分之百去刑化/除罪化，易陷入概念陷阱，民眾與法律人多數皆反對。

C、認同醫療慎刑化主張，跳脫重大過失概念爭議。

(2) 『尊重醫療專業裁量權』，應該增修入法。

(3) 『不可避免之醫療風險』，無過失無罪責，亦應入法。

(4) 前項兩項概念，醫療法應增修入法，明文規定，並拘束醫審會鑑定：

『醫療鑑定內容應客觀明確，並應明示避免可能性，以及風險與裁量判斷兩項要件。』

(5) 衛生署應積極建立『醫療風險補償制度』，保障病患權益，減少濫告醫師。

(6) 醫院(醫療法人機構)應負直接賠償責任。醫療人員有故意或過失，醫療機構有內部求償權。(直接告醫院，不要只告醫護個人，改善以刑逼民)

(7) 應儘快立法《醫糾處理法》，強化訴訟外紛爭解決機制，調解，仲裁。

《新增醫療法第 82 條之一 1~4 項修正草案》建議修法：

(第一項)醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或過失為限，負刑事責任。

(第二項)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。

(第三項)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。

(第四項)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。

參考文獻：

臺大陳聰富教授，《醫療機構法人組織責任》

蔡秀男，《病人安全制度與醫療組織責任》—臺灣高雄地院 97 年度醫字第 7 號民事判決評析(高長攝護腺檢體錯置案判決評釋)，中國民商法律網：《國聯民商法網刊》2011 年第 1 期總第 54 期。

34、臺灣神經外科醫學會秘書長馬辛一、理事長林欣榮

建議：

(1) 強化醫界有關醫療糾紛鑑定之機制，請各地醫師公會及醫師公會全國聯合會加強參與以幫忙衛生署原有機制，並參酌各專科醫學會之專業建議。

- (2) 請法界(法官及檢察官)加強醫療知識或成立專責法庭由有醫療常識之法界人士參與，以保障民眾及醫界，另可否先由該機制先篩檢確有醫療疏失後再進入司法程序以免濫訴。

35、臺中榮總鐘國禎

- (1) 贊成不適任的醫師離開醫療業務。
- (2) 減少民眾以刑逼民的機會，可以醫事調解，公開醫療過程，加上保險給付，減少法律、醫師、民眾三輸的情況。
- (3) 醫師強制加入無過失補償保險。

36、雙和 PGY 謝炳賢

身為一個要走入四大科的醫學生，對於臺灣的醫病確實是充滿無力感的。

長久以來仇醫情節，媒體的渲染，讓醫界早已蒙上不白之冤，你會讓你的子女從醫嗎？

我今天來最大的感想是—臺灣的醫病確實是對立的...無力。

37、成大醫院張櫻馨

- (1) 業務過失責任的論定，除因果關係外，尚有”客觀歸責”的部分，但現在判決卻少論證”客觀歸責”成立的理由，只要有「過失」存在，直接就成立過失責任，此違反刑法基本的準則。
- (2) 而在醫療鑑定提問時，依本人經驗，都只問是否違反醫療常規，而不反問，若無此「過失」，是否就絕對不發生此結果。
- (3) 當不論證「客觀歸責」時，醫師就難以心服口服，科別風險大的醫師自然而然就退卻，因為即使有個「有罪判決」當前例，還是沒能告訴後面的醫師以後遇到相同情況，該怎麼做。

38、亞東醫院陳逸彥

- (1) 雖然起訴率近年來並無顯著增加，但訴訟案件的近乎倍增(101年：95年)，正代表著民眾”亂訟”的件數急增，這種”亂訟”的行為大大影響了醫師防衛性醫療行為!!!
- (2) 贊成臺大李教授所提：切斷以刑逼民，成立基金會針對醫糾案件補償，超過補償範圍則走民事訴訟。
- (3) 醫療環境在健保制度下，走向大量廉價的生產模式，醫療人員在時間壓力下，經常缺少足夠時間進行詳細說明，因而產生醫病間之誤解、不信任感，因此健保制度(保費/給付)之改革，進而改善醫療工作環境及醫病間之信任感，也是一項不亞於”去刑化”議題之重要事項。
- (4) 疏失≠過失。醫療有太多的不確定性，若動則以刑事伺候，則受害最深的將是全體民眾就醫的機會與權利。
- (5) 去刑責太不切實際也困難，刑責合理化搭配適切的補償機制才比較實際。
- (6) 不問不答，因為檢察官不知道該問什麼重點?→是否可能讓檢察官遇醫糾案時，在送醫審會鑑定前，能有兼具醫學及法律背景的人，讓承辦檢察官詢問該問哪些重點?

39、臺大醫學系畢業生劉子弘

首先我們必須認清醫界”四大皆空”的現象已是現在進行式，就現今住院醫師而言，在醫療場域的糾紛，訴訟時有所見，甚至淪為被告對象，而主治醫師幾乎都背了幾件案子在身上，在實習的過程中，眾多師長與學長姐多表達了”不如歸去”的無奈，並且主動勸阻同學投身險惡的科別。日前遠見雜誌進行對本系學生的調查，47%選科考量最大的因素便是要避開層出不窮的訴

訟，畢竟行醫本是助人，而非官司纏身，請各位先進謹慎思量！

40、臺灣醫學生聯合會

各位師長前輩大家好，內、外、婦、兒、急診這些高風險科別面臨「五大皆空」的醫療崩盤危機，早已是現在進行式。以外科醫師為例，近幾年國內專科醫師訓練醫院每年大約招募 400 名外科住院醫師，實際招收率只有五成，其中更有二成多的醫師未完成訓練即離職，選擇轉戰其他科別或是投奔醫學美容。為何醫界青年、年輕醫師對這些重要科別興趣缺缺？

對醫學生而言，外科在本質上是個充滿活力、高挑戰性，又能立即救死扶傷的科別。許多內心充滿助人使命並立志救人的醫學生，無不對於外科懷抱十足的熱情與憧憬。然而現行法律規範不分醫療過失輕重，一律動用刑法規範醫事人員，導致高風險科別的醫師們如履薄冰，時時刻刻活在犯罪與刑事起訴的恐懼中，訴訟過程更是對身心產生極大負擔，嚴重影響醫師的身心健康，連帶對民眾的整體就醫品質產生很大的影響。理想與現實產生鴻溝，看著醫界前輩黯然離去的身影，「不是不想，而是不敢」是當代醫學生的共同心聲。

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，然而刑事訴訟氾濫正是臺灣醫療事故案件的特徵。衛生署醫事審議委員會委託鑑定件數歷年來逐步攀升，民國 100 年時已增加至每年 547 件；司法院法學資料庫統計的地方法院刑事醫療糾紛判決，平均每年大約有 40 名醫師因業務過失致死、傷害遭到起訴(約 1.9 位醫師/百萬人口/年)是美國醫師的 40 倍，日本醫師的 16 倍!(分別為 0.004 及

0.12 位醫師/百萬人口/年)。若依據各科別醫師執業人數校正後，外科醫師平均每看 40 個病人就有被刑事起訴的可能。高醫療糾紛風險造成醫界人才對五大科卻步不前，也導致某些高風險的手術乏人問津，倘若醫生治療病人皆以「不會被家屬告」的防禦性醫療做為出發點，相信絕非在場各位所樂見。

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。臺灣醫學生聯合會認為，為了解決臺灣醫療刑事訴訟氾濫的問題，應儘速讓醫療法第 82 條第 3 項修正草案「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」修法草案通過，並明訂注意義務與醫療常規的實質內容與評判標準，讓刑事訴訟比例回歸正常；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經濟上的支持；同時提供檢察官、法官更多觀摩醫療實務走入醫療現場的課程，促進醫法兩界間的理解與共榮。

衛生署邱署長今年世界衛生大會發表演說時，再次驕傲地分享臺灣推行全民健康保險的經驗，並向臺灣醫療人員表達敬意。此刻我們需要改變，需要儘速採取實質的作為來推動醫療刑責明確化與不責難補償制度，否則醫療場域「人才走山」的狀況將會持續惡化，屆時有健保卻沒醫師可接生、可開刀的處境，將對臺灣民眾健康與醫療品質產生無可挽回的傷害。

二、法界：

1、臺北地方法院林鈺琅法官

(1) 醫事誓詞是在醫先進都宣誓過的，有提到醫師過失不用負責嗎？打錯針、給錯藥、不小心割到旁邊的血管，不用負責嗎？

(2) 司法審判上，我們極度尊重行政院衛生署醫療鑑定委員會的鑑定意見，在座諸先進有當過委員的，事實上法官、檢察官也沒有足夠的能力去反駁鑑定意見。

而委員的組成，大家心照不宣，有沒有官官相護、醫醫相護的疑慮，所以，當醫師的行為，連委員會都認為有疏失了，可見這樣的疏失是連醫界都看不下去的，就法官的審判來說，這就是堅強的依據，沒有自由心證的空間。

(3) 最後補充，法官依法審判，客觀公正，衛生署要修法，法官就這麼判，衛生署不修法，法官還是這麼判。

2、學習司法官黃美綾

依據司法實務受理的案件，醫美也有醫療糾紛，如林靜芸隆乳事件，李進良事件，也都被患者提告。但是醫美還是熱門科別，還有臺大外科總醫師洪浩雲跳槽。顯然刑事責任並不是醫師人力荒的主因或向醫美傾斜的原因吧。毋寧是勞基法與工時的因素較重要，以這理由修改醫師的刑事責任，顯然不充分。

3、板橋地方法院檢察署蔡景聖檢察官

目前有國家是用特別法的規定排除刑法關於醫療行為過失責任規定嗎？如果沒有這種立法例，那在醫療法做這種修法，之後各行各業是否可在其規範內修法，排除刑法的規定？

4、板橋地方法院檢察署鄧煜祥檢察官

刑法中並無重大過失之概念，就算要引進重大過失概念，是否應通盤檢討過失責任體系？且若只對醫師之過失責任鬆綁，對其他行業之人是否有失公平？

5、板橋地方法院檢察署檢察官王銘裕檢察官

如果醫療糾紛案件改採重大過失責任，那其他行業類別的人可不可以比照？比如計程車司機可不可以主張車禍案件改採重大過失責任？警察可不可以主張執行職務致人死傷，也要重大過失才負責？

6、板橋地方法院檢察署謝伊婷檢察官

就算改採重大過失責任，民眾還是可以透過刑事告訴的方式提告，因為是不是重大過失，也要檢察官偵查後才能判斷，那對於醫生想要避免被告，也無法解決。

7、板橋地方法院檢察署林俊峰檢察官

什麼是「重大過失」，也就是重大過失要如何去「定義」？是否只要違背「醫療常規」、「醫療準則」就該當之，或是根據「醫事鑑定小組的鑑定意見」為準？

在個案上，是否還須考量個案病人之特殊病情，以及該項診斷治療行為之風險等因素綜合判斷呢？

8、板橋地方法院檢察署李安舜檢察官

依法務部所提立法例資料，德國、日本重大過失概念，並非在鬆綁醫師刑責，此次修法主張之正當性何在？

9、學習司法官林記弘

司法實務上，檢察官跟法官都相當尊重行政院衛生署醫事審議委員會的鑑定報告來判斷醫師的行為是否有疏失。

法官、檢察官是客觀公正地參考鑑定報告，並沒有只憑病患指訴就判醫師有罪，事實上，不起訴跟無罪的比率應該遠高於有罪的比例。

這樣的情形，為何會認為醫師跟一般人不一樣，不用負過失責任？

10、律師全國聯合會、刑事法委員會池泰毅

- (1) 醫療行為”不可預測風險”依法庭上的說明、證明。
- (2) 機構鑑定中，機構未派員到庭作證的對應。
- (3) 偵查機關對於”不可預測風險”的舉證。

11、律師公會(桃園)呂清雄

(律師/醫檢師/公衛碩士)

- (1) 贊同在配套措施下，修法讓醫事人員刑事責任合理化。
- (2) 修法草案在實務操作上不可行。
- (3) 建議從”因果關係”的強調：

……，以確因醫事人員之醫療行為所引起，並排除病人自身疾病或其他因素所造成者為限，負刑事責任。

12、江俊傑律師

- (1) 各行各業都適用刑法業務過失，唯獨醫事人員可以排除不適用的話，這顯然是「刑不上大夫」的不平等式階級社會立法，不公不義。
- (2) 醫療行為的風險性和不確定性是先天本來就會有的，而醫療疏失則是後天人為造成的，這兩者根本是兩碼子事，但今日醫界竟然用風險性和不確性來作為他們主張醫療疏失要除罪的理由，邏輯上明顯不通，更簡直把我們民眾當成笨蛋，

實在太可惡了!

13、臺北地方法院法官李英豪

本人反對醫療法增訂第 82 條之 1 或修正第 82 條第 3 項之理由

(1) 法律層面：人權及公平正義。

■ 憲法第 7 條、第 15 條及第 23 條。

■ 其他法律(理)之論述。

(2) 親身經歷：醫師(院)之處理態度。

■ 媒體報導之緣起。

■ 醫院誤導事實，混淆是非。

■ 部分醫師似是而非之意見。

1、為推動上開醫療法之增訂或修正而為之。

2、未明瞭事實之真實，任意設定事實而為之。

■ 上開醫療法之增訂或修正完成，人民(病患)之權益勢必更無保障。

14、板橋地方法院檢察署王盛輝檢察官

實務上處理醫療糾紛案件，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，檢察官才會起訴，起訴率很低，應無刑事責任不合理的問題。

15、板橋地方法院檢察署楊承翰檢察官

依照法務部所提出之外國立法例資料，除了中國大陸外，並未見有其他國家對於醫師責任採取較寬鬆之立法，那修改我們法律規定之正當基礎何在?我們有仿照中國大陸立法之必要性嗎?

16、臺高等法院檢察署彭南雄檢察官

- (1) 各地檢署宜設專股負責醫療犯罪之偵查及追訴以提昇追訴之效率，並配合法院依醫療法設置醫療專業法庭專辦醫療訴訟之進行。
- (2) 定期舉辦醫療犯罪偵查之研討會，以提升專股檢察官之偵辦能力及追訴不確定性，以泯除醫病的怨懟。

三、法律系教授、學生

1、中正大學法律系盧映潔教授

- (1) 醫界將人力不足歸咎在因醫師有刑事責任，此邏輯是跳躍的。
- (2) 德國的重大過失不是用在認定醫師刑事責任的認定。
- (3) 刑事過失的功能在於期待人對於可掌握的事務進行控管，以避免結果發生。但醫療此一事務的困難在於醫療行為當下可掌握的事是很不明確。而司法實務的習慣作法都是由事後的角度來審視整個過去發生的經過，這種作法當然會讓醫療經過總被挑出某環節的錯誤(鑑定也是如此)。
- (4) 刑法上因果關係是要求某一個錯誤措施是結果發生的唯一必要因素，但許多案件醫師的某一疏忽未必是死亡結果的唯一必要原因，然司法實務對醫療案件的因果關係的認定有問題。

2、政大刑法組研究生張安婷

目前所提出之配套措施，例如醫療責任保險、醫事專業法庭等之內容、運作方式為何、尚在討論階段，為什麼不在各種配套措施之內容研擬完成且能付諸實現後，再來修法？

縱使在維持現行法之情況下，前述配套措施也有存在價值。何不在修法前、先運作看看這些配套措施，使過失之認定更嚴謹，使被害人能得到充分補償，或許即能解決現有問題，而不必修法？

3、臺大科法洪國華

- (1) 過失轉成重大過失，不明確之概念轉換，有無法在法律實務

上有所改變。

- (2) 醫美是否為醫療行為、或消費行為，一併適用醫療法，醫師不會選五大科，還是走醫美，而且醫美還是醫師獨占，沒有競爭，為何不做。
- (3) 勞動環境才是根本問題。

4、臺大法研所學生代表吳允中

並不是所有的醫療行為都屬於高風險或是救人的行為。

像醫美就有很高的商業性質，就民法、刑法過失概念雖有不同，但大原則是有報酬就要負比較高的責任，無償行為負比較輕的重大過失責任。

如果醫美也是比照僅就重大過失負責，這樣能說服一般民眾嗎？

5、臺大法研所伍徹興

目前醫界主張內、外、婦、兒、急診五大皆空，但是又主張修改所有醫師的刑事責任，這樣是不是矯枉過正，民眾能接受嗎？

6、研究生藍鼎灝

既然是衛生署提修法，怎麼過去沒看到衛生署找民眾來開公聽會，反而由法務部來開？

7、臺灣大學法律研究所高啟霈

(1) 病人生理和心理的傷害

■ 生理：

醫審會醫醫相護。

強制醫責險，各科喬不攏。

■ 心理：

搗鬼、刁民。

(2) 醫美行為是否有

■ 必要。

■ 不確定。

■ 商品化。

而同視為醫療行為。

四、一般民眾：

1、李宗瀟

(1) 醫療過失行為除罪化(下稱修法)之目的不明：

現行醫療糾紛的問題在於：

- 醫護人員工作量過重；
- 醫師說明責任不充足；
- 負擔過鉅之賠償費用，而修法卻無助於現況之改善。

(2) 修法之正當性不足：

- 違反平等原則，對高公共利益的行業(如警察)、高風險行業(如機師)形成不合理的差別待遇，此外也不當限制人民訴訟權。
- 民事之一般過失賠償責任仍未修法。
- 尚有醫療保險及增加醫護人力等其他方式可供選擇。
- 目前起訴率僅約 10%，為此修法效益不大。

2、醫療糾紛關懷協會高鴻華理事

(1) 醫療疏失之造成主要在衝醫療業務業績。不注意所造成，平均一個病人 5 百元、十個 5 千元、一百個 5 萬元、兩百個 10 萬元，一個月若 25 天，則收入一個月 250 萬，另外還有非健保給付的個人給付部分，醫師有必要衝業績賺比總統高的收入？

(2) 醫師是賺錢者，病患是付錢者，醫師為賺錢美中不足的感嘆不足以理會。病患如何克服殘障、死亡的痛苦哀嚎才是需要保護。

3、李冠聲

希望立委決定修法前，多聽人民的聲音，不能只顧醫生的意見。

4、簡石結

反對修法。醫生受專業訓練又有精密儀器，又有高薪，反而要負的責任較輕，合理嗎？

5、黃文欣

先前醫界人士亦曾公開表示，健保制度才是造成醫生人力嚴重失衡的原因，換言之，因為醫療費用的支付不合理，導致各醫療部科發展失衡才是促成現在外科、婦科專業人力下降之主因，所以醫生人力不足是否和刑事責任有關，還有討論之必要，但若是貿然通過修法，仍無法改善外科、婦科人力不足之問題，誰該為錯誤之決策負責？

6、簡美雲

醫生受專業訓練、領高薪，是社會上的菁英份子，尤其人命關天，怎麼可以因為太累、太疲勞的這種荒謬說詞，就免去責任呢？所謂太累，還不是醫生不斷超時工作，到處兼差造成的？結果錢賺到了，卻把病人的權益和安危擺在最後順位？

我想問牙醫，他的爸爸右眼白內障，可以接受眼科醫生說因為太累，而開成左眼嗎？我想問外科醫生，全家去餐廳吃飯後，上吐下瀉，廚師說因為太累了，沒依標準程序清洗，讓他們食物中毒，難道會接受這種說法，而不要求賠償或其他補救程序嗎？

7、邰怡瑄

「反對在沒有其他配套措施下，就修改刑事責任規定」。目前刑法規範「從事業務之人」之罪責，係處罰故意及過失，然醫

病關係在此規範條件下，已呈現不對等之地位，造成眾多問題。今如果貿然修改醫師的刑事責任，即僅在「故意」及「重大過失」之情形下，始須負責，如此，醫療疏失之問題是否會益發嚴重，醫師在行使醫療行為時，是否確能盡其所能、用其心力，則不無商榷之餘地，是以，在尚未有健全之配套措施下，實不應貿然修改醫師之刑事責任，避免醫病關係日趨不平衡，危及一般病人之權益。

8、徐嫻

家父在長達5個來月的醫療中，發生的狀況，所以家屬認為除刑化須有完整的配套嚴謹的監督及貫徹的執行，否則病患權益，健保的崩壞及後續的社會成本付出是令人非常憂心。

9、徐婷

反對醫療行為去刑化

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「維護人民就醫權益，維持良好醫病關係」，而非該為、應為而不為，應注意、未注意、而疏於注意，要求去刑化，推諉卸責，影響病患就醫權益。

10、昌景企業有限公司張育勝

陳請貴單位法務部士林地檢署與財團醫院有關說掩蔽事實規避不確實事證，幫忙財團醫院脫嫌罪，且地檢署不面對提出事證病歷以行政程序法第17條第2款同一事由不再予處理。

11、醫療糾紛關懷協會李理事長福民

(1) 醫療訴訟多，各醫院醫護人力不足，應如何保障民眾權益？

A. 診所林立，醫護人力資源分配不恰當：「大」醫院醫護

人力不足，而各鄉鎮街道上診所林立。這是醫護人力資源分配不恰當的問題。許多醫師寧願到市區開業，方便享健保資源這大餅。如此便造成大醫院人力的流出，當然大陸對臺灣醫師的渴求也有影響。

- B. 診所設立草率：各專科診所所需專職的醫事人員數量是否合理，是否應跟相關科別聯合問診，值得省思。
- C. 民眾頻繁就醫：由於健保的便利性，相較以往民眾就醫方便許多，少數民眾因心理心素而頻繁進出醫院，形成健保資源的浪費與醫護人力的重複使用。健保局應針對少數頻繁進出醫院民眾，追縱原因並改善。

(2) 若民眾就醫遭受不當醫療處理，除進行訴訟外，應設置何種救濟管道以保障病患及家屬權益？

回應救濟管道問題：

- A. 社工人類：政府應於社福部門建立醫療糾紛的社工人員，接受民眾求援。
- B. 醫療行為的回饋統計資料庫：病患對該次醫療行為的回饋，特別是嚴重不良的醫療處置統計資料，可供民眾查詢。
- C. 醫事人員準備金：醫事人員繳納準備金於公帳簿，對於通報不良的醫事人員將負擔較高的金額，待一段時日恢復標準金額。準備金供社工人員補償醫療糾紛受害者或家屬。

(3) 面對動輒得咎的醫療訴訟，現行法令制度應如何修正？國外「不責難醫療補償制度」臺灣能否適用？

現行法令：

- A. 未落實鑑定證人出庭詰問。
- B. 醫事審議委員會為機關鑑定，需由當事人主動提問後由醫審會說明，不提問便簡略回應。如此未符合專業知識的公平與正義，尤有甚者用假專業作不實鑑定，刑法偽證罪卻無法約束該機關鑑定的偽證行為。
- C. 公家醫療單位，對法院要求鑑定幾乎拒接。已使法律、法院、訴訟體系崩解。

「不責難醫療補償制度」臺灣是否適用：

- A. 早期醫病關係中，病人需拿出醫藥費治療，醫生都盡力使病人知悉所有可能的治療情形，為什麼需這筆錢，有什麼治療方法，會有什麼風險，術後可能情形，醫師是盡力告知。
- B. 現今醫病關係，病患(輕易)因病循求醫療諮詢，醫師態度堅定要求某施治法，醫師(輕易)從健保取得金錢補助，而對病患採取不必要、過度的或傷害而無法挽回性的手術治療。
- C. 理論上，不合理或錯誤的醫療行為應受法律制裁：事實上，醫事團體的動員與「合作」，早已使法律功能一步步喪失，僅碩果僅存的良知法官判案。
- D. 若未來「不責難醫療補償」制度施行，在現行健保制度下醫師施治病患的心態對改變嗎？若限縮在「故意或重大過失，負刑事責任」，醫師治療病患的心態是更草率還是更嚴謹？換言之「輕微違反注意義務」將不負刑事責

任，「醫療常規」又已是各家醫院有各家的「常規」，在各家的「常規」下又如何認定是「偏離」行為？

E. 因此本會認為在現行健保，若醫師施治病患的心態依然草率，「不責難醫療補償制度」在臺灣只會衍生更多的醫療糾紛案例，因為醫師施治時心態更容易「草率」而不專重病患人權。

(4) 病人或家屬選擇以刑事途徑對醫事人員提起醫療訴訟之考量，所產生之衝擊與影響？

刑事訴訟考量：

A. 病患提起刑事訴訟，無非是「希望政府公權力介入，詳查『不合理的醫療行為』，不要再有其他民眾受害」。然而，掩蓋事實與違法的力量，遠大於民眾的苦難遭遇，民眾事實上已遭受醫療上的傷害，當求助公部門時，又受到法律及政府的摧殘。

B. 刑事對醫事人員兢兢業業於本業，與病患能溝通採取對病患最有利的施治，而非當「實驗室的白鼠」，如此又何須擔心觸法問題呢？

C. 試問在臺灣「家暴」與「醫療糾紛」案例，何者較多？在回答前，筆者嘗試將兩者比對如下：

| | 家暴 | 醫療糾紛 |
|------|--------------|------------------|
| 關係 | 親人(夫妻、父母與子女) | 醫事人員與病患 |
| 互動點 | 愛 | 信任與專業 |
| 主導者 | 施暴者(憑威權) | 醫事人員(憑專業)施治草率、錯誤 |
| 發生原因 | 施暴者情緒失控 | 1、醫事人員專業不夠(政 |

| | 家暴 | 醫療糾紛 |
|------|---------------------------------------|---|
| | | <p>府未把關，未糾正，老師教錯或沒教好)</p> <p>2、醫事人員態度草率(未告知風險、未評估或估錯、過度自信，無同理心視人命如草芥)</p> |
| 解決方式 | <p>1、立「家庭暴力防治法」</p> <p>2、社工人員介入輔導</p> | <p>1、刑事限縮為「故意或重大過失」?(讓醫事人員更草率?)</p> <p>2、建立病人回饋醫師機制，透明可查詢的資料庫。使醫師醫院以病人為主體，形成醫、病、政府雙贏的環境。</p> <p>3、社工人員介入輔導。</p> |

(5) 推動醫事人員刑事責任明確化時可能之配套措施。

刑事責任明確化配套措施：

A. 還原事實

- 公部門的專業鑑定人。
- 公部門主動積極發掘問題與爭議的醫療行為。
- 針對爭議性醫療行為，應公開科學性的方法，取得對民眾最佳的醫療結論。

B. 記錄過程

- 運用科技，全程記錄民眾就醫過程。何時何時做了什麼醫療行為。
- 手術過程全程攝影，建立技術資料庫，提昇醫療技術，並保障醫病權益。

C. 資料統整與可查詢

- 病人就醫回饋資料庫。
- 病人就醫歷程資料庫。
- 國內相關醫療數據資料庫。

(6) 為使醫事人員刑事責任合理化，若增訂「醫療法第八十二條之一條文草案」，應如何規範方能保障醫護與病患達雙贏？

不建議增訂「醫療法第八十二條之一條文草案」理由：

- A. 刑事限縮為「故意或重大過失」？將讓醫事人員執業更為草率，不尊重病患權益。
- B. 「重大過失，係指嚴重違反注意義務且偏離醫療常規之行為」，現行醫療常規常常是不同的醫院有不同的「常規」，「違反注意義務且偏離常規」便形同虛設。
- C. 醫病關係，病人永遠是弱勢方，醫事人員的心態是決定醫病關係的主要關鍵。好的醫事團隊所做的醫療行為，值得民眾嘉許，不好的醫療行為更應受到更多的注意與討論。「病人回饋系統」將可讓在健保制度下沒有聲音的民眾給予醫事人員鼓勵與建議。

(7) 在醫院急診室及病房一定範圍內，應否明定不當行為之規範？以免損及急診患者及住院病患之權益？

回應：任何公開場所，若有不當行為皆應受到制止，已有刑

法或其他公法規範，應可不再特別立法贅述。

12、張世達

主旨：如何在案發當下”保全證據與無辜推定”

(1) 醫病關係存在的盲點在高度(35%)不確定性的問題!!

例如：病情的隱瞞與虛構；時間，真相發掘後均會遲延診斷或誤判；醫生遇事非常害怕被撤照而不知保全證物自保之。

(2) 醫療衝突時，檢、警、司法人員均會保全證物，但案發時情緒化，醫病皆有之，如醫生被殺或醫生不乖?不救病人?”醫生是弱者，媒體無知、黑道介入索高額賠償，試問司法能立刻查明否，法醫為誰說真話，司法也是被質疑，也是受害者?

(3) 證據要說服病家可採 FDA 之科學鑑定(限期之),”SOP 標準”不是「依法行醫?»醫、法為良知、良心、良能為人民有利而作為。

13、陳玟文

上個星期新聞報導臺大醫院發生的誤植愛滋器官移植事件，這麼離譜的烏龍疏失，醫懲會都可以決議不懲戒醫師了，可見醫界內部保護自己人的機制和強度非常的堅固，遠甚其他各行各業，一般民眾要追究醫師的責任都已經這麼困難了，如果今天還要修法把醫療疏失除罪，這不就等於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)來救濟，這根本無助於解決醫療糾紛。

14、彭健軒

本次修法雖係本於維護醫療專業尊嚴、導正醫界「五大皆空」亂象、減少「防禦性醫療」、改善醫病關係、增進醫療品質等宗

旨而推動，然而，將醫療刑責減至重大過失程度，是否就能減輕醫師從事醫療行為時之壓力？是否便能改善五大科醫療人力資源短缺之情形？醫界就本次修法之推動是否係過度簡化問題原因而不計後果，貿然提出之魯莽之舉？再者，細審本次修法條文就重大過失責任之解釋，是以所謂嚴重違反注意義務且偏離醫療常規作為重大過失之內容，但何種程度可稱之為「嚴重違反」？醫療常規之具體內容為？醫界是否已歸納出各科乃至通用之醫療常規？換言之，醫療常規真的存在嗎？可以作為審理醫療刑責之客觀準據嗎？還是依然淪為人言人之殊之解釋困境，不但未能改善現狀，反而增加法院從事正確審判之阻礙，並成為不肖醫師脫免罪責之遁辭？使醫病關係更形惡化，進而造成醫病間之信任崩潰？

15、謝玉琴

反對不公平的修法，法務部要為大家把關。

16、病患家屬徐晉元

- (1) 過失不問大小，造成死傷就要負責。
- (2) 親朋好友、左鄰右舍都反對醫界修法，這麼重要事應該公投，全民決定。

17、馬麗娟

1999 年美國國家科學院研究指出美國一年 44000~98000 死於 Medical Errors，病患安全未見改善卻要先豁免？

所謂醫療常規卻無明文可查，皆由醫界自行說了算？

如何界定是否重大過失？

醫鑑應該透明，否則醫、民難服，球員兼裁判，醫療結果皆由病家承擔，醫療過程卻不見對病人尊重與告知，顯是縱容霸權。

醫師以醫療專業欺壓一般人民，出事後還要人民舉證，醫師應以醫療專業執行業務，而非以健保給付為依據。

醫師沒有醫療道德，態度應加強以提升醫病信任。

18、醫糾會曹芸蓁

- (1) 受害者於訴訟中是武器不平等；例病歷在院方醫療群偽造資料，原告舉證困難。
- (2) 醫事鑑定判定過失，卻不被法官採納。
- (3) 醫師不是”神”，原告是凡人(非聖人)。
- (4) 減少訟源最佳方法：醫師說明真相(誠意)家屬必須”原諒”。被告與原告都是人需要被同理心看待。
- (5) 說一個謊圓十個謊印證醫師承受巨大壓力的因。
- (6) 事件之發生須有解決，不是大欺小(大財團與小蝦米對抗)。
- (7) 醫師被告原因有：不該做的，他做了，(沒必要的手術)手術氾濫。應該做的不做(必要常規)不作為造成結果。
- (8) 我要的公平、公義。
- (9) 要有保險制度。

19、李怡娟

現今無論是法院的審判實務判例或衛生署醫事調解，造成四大空或五大空的元兇，並不是去刑法，而是同樣被稱為醫療行為的醫美行為(那些四或六大空醫師去哪了？沒錯，醫美！)。醫美行為仍在醫療行為的定義下，侵害醫療資源、平民健康。世界上有很多不公平。醫美的商業性醫療行為不但是各大空元兇，也不適用防禦醫療的說法(好端端的人，再謹慎小心，有何不妥？)