

## 醫療鑑定與醫病關係

黃俊雄

- 一、序言
- 二、統計
  - 1. 某醫學中心 2001-2005 年統計
  - 2. 病友、臨床專業、醫院法律對品質看法
- 三、案例

### 一、序言

本篇所探討的主題係「醫療鑑定」與「醫病關係」，我們將以科學方法及某醫學中心的統計資料、病友、臨床專業、醫院法律對品質的看法及一些案例來分析，期望增進法律實務與醫療臨床間的共識，預防及避免不必要的訴求及社會成本的付出。

直轄市及縣市皆有設置醫事審議委員會，根據醫療法第 90 條之規定，其任務在於醫療機構設施設立、擴充之審議，醫療社會標準之審議，醫療爭議的調處，醫德的促進及相關醫事審議。又根據醫療法第 98 條規定，中央主管機關主要任務是設置幾個小組掌管不同任務、醫療制度的改進、醫事技術審查、人體試驗審查、審議司法或檢察機關之委託鑑定，專科醫師制度之改進，醫德之促進、一定規模之大型醫院（一百床以上的醫院）設立、擴充的審議，及其他相關的醫事審議等等。本人曾經在醫療技術審議、人體試驗審議及醫療專科醫師制度之審議及擴充之審議，擔任過審議委員，每次都是以慎審的態度參與審議。



醫事審議委員會，主要的任務僅接受法院或檢察機關的委託鑑定，根據調查所得事證資料，作為委鑑機關之參考，一般的醫事審議鑑定的作業流程是，先由司法機關委託鑑定小組，鑑定小組會先形式審查，審核檢送之資料是否完備、送鑑問題是否明確，接著選擇專科專長，選擇初審醫生並讓該醫生撰寫初步鑑定報告，最後提出書面鑑定意見。在此形式審查告一段落後，小組即安排召開審議委員會，此時會由醫師代表、法界代表、消基會代表、社會賢達人士等取得共識，這是一個共識決，非個人決，達成共識後即草擬鑑定書，回覆給鑑定小組，鑑定小組再回覆給司法機關，如果有問題或是大家意見分歧，則

重新另覓鑑定醫師，再安排時間，流程重複一次。

## 二、統計

### 1. 某醫學中心 2001-2005 年統計

衛生署辦理醫療糾紛鑑定，根據醫療法第 98 條，只限於司法及檢察機關之委託，若是當事人或非司法、檢察機關之委託，並不受理，對於器官及檢體之病毒檢查亦不受理，根據醫療糾紛鑑定要點，司法機關須提供完整的病歷資料、護理記錄、X 光片及訴訟調查相關卷證，法醫解剖鑑定報告等資料予鑑定委員會。本人也是醫師，知悉醫療道德的重要性，更瞭解病歷是保護醫師之極重要資料。

鑑定書不提供予訴訟當事人，鑑定小組亦不負責證據之調查及蒐集，如果當事人有意見或是發現新的證據或資料，應請委託鑑定機關提供給衛生署參考，因為醫事鑑定委員會並非司法機關，僅是諮詢機構而已，故不受理訴訟當事人任何一方到場陳述意見。

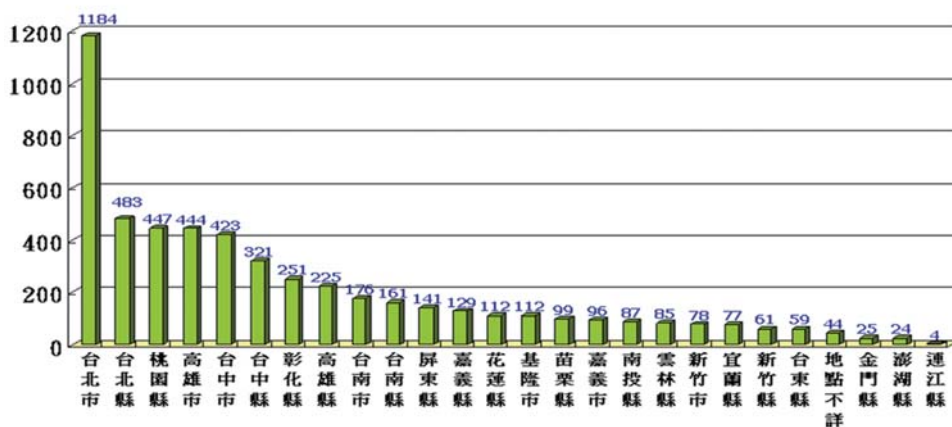
歷年受委託鑑定件數，逐年增加，至九十一、二年時達到四百多件，九十四年

有三百七十五，九十五年四百一十九件，很高興這幾年並無顯著增加。以九十五年鑑定統計數據來看，在四百一十九件中，鑑定二次以上的有八十三件，三次的有二十件，四次的十六件，再鑑定之比例是百分之二十九點四，其中以第二次的比例最多，占百分之十九點八，在九十五年每一個案件的平均鑑定次數是一點四五次，二次鑑定以上的平均次數是二點五三次，最多曾經鑑定到第六次，各縣市情形以臺北市最多，臺北縣其次，桃園縣居三。各科分布情形，以七十六年到九十五年間統計來看，內科占醫療糾紛是百分之二十六點九，外科、整型外科、骨科、神經外科、泌尿科等外科系裡面占百分之三十三點八，如果是用醫生人數來比，內科醫師之人數比外科人數多很多，若依此角度來看，還是外科系的風險高。

大部份的醫療案件都是依刑事訴訟來解決，約占全部案件的百分之七十九點七六。為何當事人如此依賴刑事訴訟解決糾紛？因為毋庸支付訴訟費，又有檢察官的強大的偵查力可調閱病歷，真正使

各縣市案件分布狀況（76~95 年）

資料期間：76 年 1 月至 95 年 12 月



用民事訴訟的反而不多。這幾年下來，鑑定的結果大部份都是無疏失，占了百分之六十四點七八，有疏失占了百分之十點八五，可能疏失的占百分之七點零六。為何判決結果會呈現如此數據？外界質疑我們「醫醫相護」，不過現在也有人說是「醫醫相害」了，因為現在都是用比較嚴格、公正的標準來鑑定。

醫療糾紛之訴訟案件中，經鑑定結果無疏失之比例如此高之原因在於醫院大都設有醫療糾紛處理小組，一旦有糾紛，就有社工、院務部介入，同時馬上成立一個委員會，醫生當事人陳述之後，就不再介入本案，案件就交由相關科主任、資深醫師、院長、醫療副院長等來負責，審查後若覺得醫院確有疏失，就會私下與病人和解；真正到法院訴訟的，都是比較有把握的案件，如此才造成外界覺得我們會袒護醫生之刻板印象，其實不然。

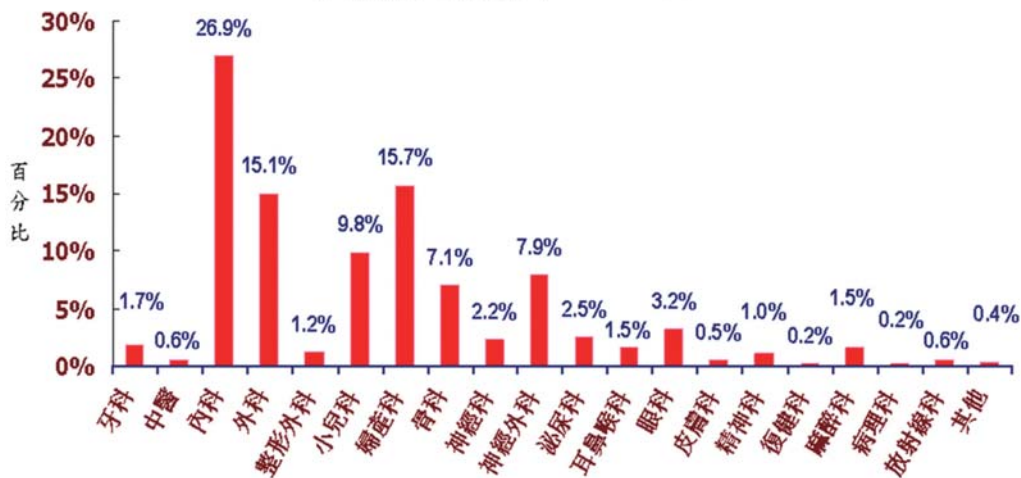
根據我們醫院的統計，病人主訴的大概都是以醫療疏失為主；還有病人的認知不足；院方政策不良、擾民；給錯藥部份真的難以預防；最多的是態度不佳，這點其實醫生是很無奈，因為醫師晚上時常要

值班，也沒有納入勞基法，工作時間長，經常心力交瘁；其他醫療糾紛還有還有設備不良；醫療說明不詳等等。

以本人服務的醫院為例，院內意見經檢討後，發現真正有醫療爭議的有百分之二十三點五，病人個人問題占最多，針對給錯藥疏失的部分，我們有事件報告，處方開出後，覺得不對，不一定要等到病人發現疏失，醫院有其職責必須在用藥錯誤而導致更大的傷害前就給予遏止。本院有分第一至四級的篩檢處理等級，第四級已是發生在病人用藥錯誤最危險的程度，大部分的疏失都是在第一到三級程序中，大部份在藥劑師、醫師那邊就被篩檢出來了。一個月大約二百多件給藥錯誤疏失的內部記錄，但真正在病人身上引起糾紛的是其中一、二件，不像北辰事件造成嚴重死傷。我們是從嚴認定，只要量錯了，差一點的量，我們都列入疏失。再來就是認知不同、政策不良等其他有關醫院其他服務部份，還是以個人問題居多。

常見的醫療抱怨有以下幾點：第一，服務態度及言語表達不良，引起病患及家屬不滿；第二，醫療人員對於病患之病情未予

各科別分布比例 (76~94年)



詳加說明，造成誤解，招致糾紛；第三，醫療人員對於病患照顧及關心不夠，導致實質上之失誤；第四，醫療人員基於善意及同情，在急救為先之意念下，而當時狀況難予判斷，亦即屬於善意第三者疏忽；第五，病患家屬受親友之唆使，誣指醫療上有過失之處，故意借題發揮等。

而成為醫療糾紛常見情況有很多，以下舉例說明：第一，選擇性手術及住院發生嚴重不良結果，這不是緊急處理的案件但卻造成不滿意或傷殘的結果，如美容失敗，眼睛手術不成功等情況；第二，急重症病情惡化卻叫不到醫療人員，但是不是真的叫不到醫療人員，有時候很難界定。譬如主治醫生在門診或是在開刀房開刀，須醫護的患者叫不到主治醫生，醫生又不能放著手邊病人，如果手邊病人在開刀途中因此死亡，那醫療疏失會更嚴重；請別人代為處理，又不滿意，就逐漸產生糾紛事端。曾有一個病例，一位婦產科醫生，連星期日都去查房，查房結果認為產婦沒有那麼快生產，查房後就離開醫院前往外縣市，結果過了一、二個小時，婦人開始產痛分娩，同時發生了胎兒窘迫症，就由值班醫生接生，後來大概是沒有處理好，

就告那個醫生，不過在該醫療糾紛中，該主治醫師已經盡了力，因為不可能要求醫師一天二十四小時，一年三百六十五天都在，只要代替的醫生處理好就可以了。第三，發生顯而易見的醫療事故。

高危險群指標，根據我們的統計如下，第一、急診收住院，不是醫院原有的病人，引發醫療疏失的可能性較高，如果是平常的老病人，比較知道他的狀況，也因此較不易犯錯；第二、收住院時，立刻碰上週末或是假期；第三、其他醫院已經處理過，而轉診到本院；第四、家屬中有本院員工；第五、家屬有其他醫療院所的醫療人員；第六、民意代表介紹；第七、家屬多或是背景複雜，家屬平常不來看的；第八、病歷中已有訊息顯示為易挑剔者；第九、家屬溝通態度不信任或有攻擊性者；第十、病情有可能快速轉壞；第十一、有可能過敏或是感染；第十二、已轉介好幾科的患者；第十三、癒後不佳，會慢慢轉壞者，或有功能障礙者；第十四、必須做有侵犯性或複雜檢查；第十五、在急診或住院中曾經被施以 C P R 急救患者；第十六、新生兒重症、早產兒；第十七、人格特質突出；第十八、期望太高者；第

主訴意見

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
醫療疏失	76.2%	81.0%	69.4%	68.4%	82.4%
認知不足	2.4%	7.1%	8.3%	7.9%	5.9%
給錯藥	2.4%	4.8%	4.2%	2.6%	
政策不良	2.4%	2.4%	1.4%	1.3%	2%
態度不良	2.4%		4.2%	6.6%	5.9%
設備不良	2.4%	4.8%		2.6%	2%
藥品分裝及品質	2.4%				
醫療說名不詳	2.4%		4.2%		
健保問題			5.6%	1.3%	
法律諮詢					2%

院內檢討意見

項目	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
醫療有爭議	21.4%	16.7%	15.8%	15.3%	23.5%
設備不良	2.4%	2.4%	2.6%		
個人問題	31%	45.2%	34.2%	30.6%	29.4%
給藥錯誤	2.4%	2.4%	1.3%	4.2%	
未說明病情	2.4%		2.6%	1.4%	
溝通問題	9.5%	9.5%	10.5%	13.9%	2.0%
認知不足		4.8%	3.9%	6.9%	3.9%
無同意書		2.4%			
政策不良				4.2%	
其他	31.1%	16.7%	28.9%	23.6%	41.2%

十九、病人本身不配合治療；第二十、主治醫生請假；第二十一、家屬不來探視或有意忽略者；有第二十二、經數次診斷判別有所改變；第二十三、家屬中有意肇事者；第二十四、應有處置而延誤者；第二十五、只有電話了解，未親身訪視者；第二十六、當太忙、太累之時，最容易出問題。

我在還未當院長之前，也是有接受基層的病患，常常會有陌生人來問說，你是黃醫師嗎？請問某某病人現在的病情如何？在未查明該人身分之前切記不能將病人的情況跟他說，那時我問他他是誰？他說我是他朋友，我就問他說你是不是撞到他的人，他說是啦，他就是肇事者，像這種情況我們如果跟他說明病人的病情就構成洩密罪。

還有曾經遇過一個例子，病人在住院時，肇事者來問我說他可否出院了，我說他兩天前就可以出院了，肇事者就幫他辦理出院，但當患者知悉此事時，卻說那個是肇事者怎可以幫我辦出院？像這種情形我們也不知道病人的家屬朋友是誰，因此容易產生糾紛。

## 2. 病友、臨床專業、醫院法律對品質看法

醫療講求品質，我們的病患、臨床醫師、醫院對品質的看法都不太一樣，醫學著眼在分析統計、法律則著眼於個案得失、民眾的期待失落，都在不同的著眼點。

很標準的 SOP 作業流程，還有我們要實證醫學的基礎，行政人員在業務的品管上面 QCC、全面品管 TQM、持續品管 CQI、國際認證 ISO 等等來確保我們的醫療品質，那一般民眾期待的醫院是醫師專業、醫療人員服務親切、藥到病除不是藥到命除、資訊與公道。

再回到醫病關係，這個跟機構的文化還有社會的價值都息息相關，絕對不是醫療團隊就可以改變，尤其社會的結構、醫療團隊的文化，還有社會的價值。

醫療服務品質的多重面向

醫事人員	行政人員	一般民眾
診治正確 臨床路徑 CP 實證醫學 EBM	品管圈 QCC 全面品管 TQM 持續 品管 CQI 國際認證 ISO	窗明几淨 服務親切 藥到病除 資訊與公道

## 三、案例

我們舉個例子來說，馬偕醫院最有名的醫療糾紛案例是發生在民國 80 年代的華航空姐打錯針死亡案例。一位正值花樣年華的華航空姐，星期日放假到淡水拜訪朋友，途中被狗咬傷到醫院掛急診，因為擔心傷口會感染其他病症，因此住院觀察，但當時外科病房已滿，所以只好和一位洗腎病患同時住進內科病房，而負責照顧該病房的護士小姐是剛來半年的新人，在幫該空姐施打藥劑時，誤用了洗腎病患專用的抗生素，因而導致空姐當場死亡，最後法院判護士小姐緩刑。但實際上就這案件本身而言，醫院行政人員也有管理上的疏失，導致錯誤發生，管理階層也須負責。

我想任何事件的發生都要先檢討事情發生的原因，譬如說：有個地方經常發生車禍，若總是懲罰駕駛，那不是治本的辦法，總要找出原因，因此主管機關便查詢道路設計是否有缺失，結果發現是因為旁邊開了一間理髮店，裡面有個服務小姐很漂亮，導致駕駛不專心而經常發生車禍。

另一個案例：一位產婦患有卵巢腫瘤需要住院，並照了胸部X光，住院兩三天之後就出院了。但出院時因為胸部X光的檢驗報告尚未出來，醫師因此並未告知產婦胸部有顆良性腫瘤，結果三四年之後，腫瘤變成癌症，婦人因而控告醫師。

經過醫事鑑定委員會之歷練後，我常會思考要如何預防醫療糾紛的發生，所以我在擔任馬階醫院院長時就規定院內內、外科的X光片要自己看，如果是其他眼科、骨科、一般外科發現X光片有問題，需聯繫該病人之主治醫師，告知該X光片有問題。醫療疏失常常是發生於只注意到病人主訴的病情而未注意到其他相關傷害，未能及時正確的診斷所產生的。

例如以前在臺東地區曾流行恙蟲病，有一個平地人到蘭嶼工作，腳指頭挫傷，傷口發黑，在臺東的醫院住了三、四天，出院後，因持續高燒而至板橋馬偕醫院就診，但已經出現高燒、黃疸等併發症，後來醫生因未及時診斷出恙蟲病，喪失了救援時機導致患者喪生。最後是蘭嶼衛生所抽血檢驗之後打電話來通知那位死者是得了恙蟲病；假使這位主治醫生提早發現病人前幾日曾在蘭嶼受傷且前往臺東看過病，也許可以聯絡當地醫療院所取得資訊，就不至於發生這個悲劇。

對於邱小妹人球事件，相信大家都還記憶猶新，一位生長在夫妻分居環境的小女孩，有個喝醉酒便會施暴的父親，在九十四年一月十日凌晨，邱小妹遭毆打至腦部重創陷入昏迷，臺北市聯合醫院仁愛院區一通轉診求助電話打進位於中興院區六樓的EOC（行政院衛生署北區緊急醫療應變中心），請EOC協助搜尋病床，前後詢問了臺北的三十餘間的醫院都沒有病房，需要緊急醫治的邱小妹被迫由醫療資源最豐沛之臺北市，

遠送到一百多公里外之臺中縣進行急救，此事件造成國內社會相當大之震撼，也使國人對於我國醫療體系是否真能在民眾有需要時有效發揮功能、確實保障民眾之健康產生疑慮。邱小妹事件的爆發導因於仁愛醫院醫師未經診治即將病患轉診，倘若醫師能在第一時間給予適當之處置，或許整個事件會有不一樣的結果。然而，整起事件之發生，除了醫師個人之疏失外，亦揭露了國內醫療體系許多制度上之弊病與缺失。因此，在追究個人之責任的同時，亦應針對制度上的問題進行深切之檢討，由制度面之改善做起，以防止同樣的不幸事件再次發生。

我本身是教會的一員，因此和大家分享一個故事，有次一個女人被捉到送上行刑臺時，他們想要陷耶穌於不義，便問耶穌「耶穌啊！根據摩西的指示，這個女人犯了錯，所以要被用石頭打死，你覺得呢？」，耶穌彎著身子用指頭在地上寫字，寫完便站起來和對方說「誰若沒有犯過罪，就先拿起石頭打他」，說完又在地上寫起字來，其他人聽完耶穌的話面面相覷、彼此觀望許久，之後便無聲無息地離開了，剩下的只有耶穌和站在那兒的女人，耶穌起身拍拍女人的肩膀，並和她說「同樣的錯誤不要再犯了！」，當然這是以一個基督徒的角度來思考，在法律上是不可能的，提出這個觀點主要是增進各位的瞭解，在醫療方面，我們追求最高的醫療品質，期望每個病人都能達到期許的醫療結果，還得注意到病人及家屬的醫療需求，並且兼顧到經費及文書記錄，因為病歷是非常重要的，我們有好幾次醫療糾紛能夠順利解決，靠的都是病歷上所詳實記載的資訊，不過很多醫師在填寫病歷時都馬虎了事，可能是因為各位醫師都很忙碌，所以病歷都記載的很隨便，因此我希望大家能夠用

點心思寫，也是減少糾紛的方法之一。

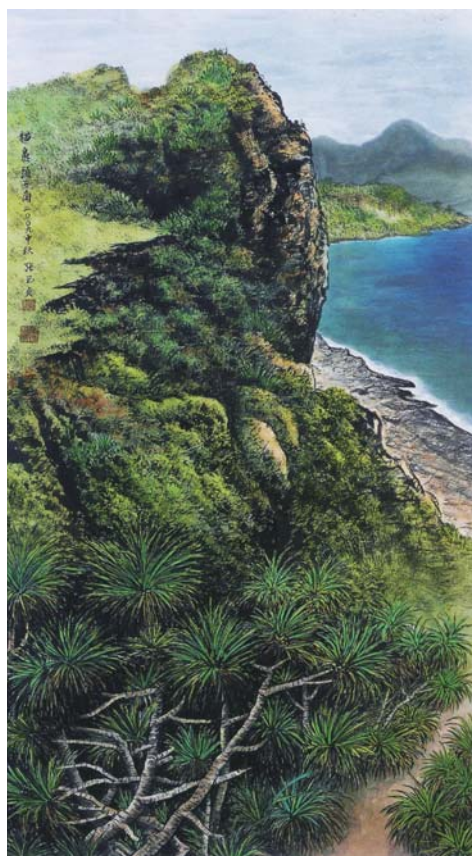
企業服務品質的定義是符合客戶的期望，而我們醫療品質的定義則傾向於病人及其家屬對我們醫療內容的瞭解，並妥善填寫病人病歷。西方醫學之父曾說過，治人最好的方法是「給予」，愛心與關懷瞭解勝於照料，在法律上，醫學承載眾多不確定，病人就醫所表現出症狀無法盡為分明，更難以立即診斷，事實上醫師並無法就所有意見判定，應採取預防、迴避之措施，不能苛求必須醫療每一個個案，亦不可能排除所有病因後才給予治療，醫師實行醫療業務是否已盡診療、注意之義務，應以診療行為是否符合當時的醫學常規及臨床醫療認定之水準，並應當時醫療常規能否合理期待醫師對該可預見之判定，採取預防、迴避措施，以為判定之依據，這個在醫療法中的判定在各醫院都有所不同，不能用醫學中心的水準來要求其他醫院，要每個醫院都符合自己的步調。消費主義的觀念在於告知的義務，安全與選擇的義務，應注意構成法律責任之要件，增進法律實務與醫療臨床間的共識，醫療糾紛的處理成為現在醫療服務印象新的課題，最難纏也是最煩人的就是醫療糾紛，需要團隊合作才能妥善處理，用「80：20」理論來講，我們醫院病患的需求，大約80%是他個人的態度、權衡，只有20%是必要的、平常的業務，醫院所花費在醫療所需的人力與物力80%用於醫療，20%用於態度與情緒應對，其實這是很可惜不太正確的，不過我們目前也只能做到這樣。

如何避免不必要的醫療糾紛，有賴於醫學知識的進修，親切的帶領，虛心傾聽病人的病情，詳實的病歷記錄，說明治療的方式與可能的結果。

人性的觀點不論正面、負面都有，可以透過互動、溝通來達到信任的關係，也

可能自我為中心、互不瞭解而疏遠，我們都瞭解，關懷其實也是醫治的一部分，可能最重要的還是將理論去實踐，大家也都知道病歷要寫好，要行告知的義務，可是真的會去做的人有多少？每個人都說很忙、沒有空，可是解釋一件事情也不過是五分鐘左右的事，多花個幾分鐘也許就能省下未來因糾紛而花費的時間成本，對醫生與病人及其家屬各方皆有保障，何樂而不為呢？願與各位醫療同仁共勉之。

（講座為馬偕紀念醫院前院長，本文由萬國慶、吳炳松記錄整理）



貓鼻頭岩崖 / 張玉珍 / 墾丁國家公園管理處