

醫事爭議處理及醫療事故補償法(草案)研商會議紀錄

時間：101 年 8 月 27 日 (星期一) 上午 10 時整

地點：行政院衛生署 1001 會議室

主席：林副署長奏延

紀錄：劉敏玲

出席人員：如簽到表

壹、主席致詞：(略)

貳、醫事處報告：

有關醫事爭議及醫療事故補償法(草案)，本署自 89 年就開始相關規劃及研議，並以醫療糾紛處理法草案或病人安全處理法草案提出至立法院審議，當時也有立法委員提議以強制保險法方式處理，為此本署也有與金管會研議，倘規劃強制保險辦理則可併入醫療糾紛處理法再討論，最後該草案於立法院會期仍未能如期通過。之後，本署再將 98-99 年有關醫療責任與醫療糾紛之問題重新研議並整併為「醫療傷害救濟法(草案，內容包含調解)」，並與相關專家、機關單位召開三次會議研商(最後一次在 99.10.19，草案全文約 58 條)，但都僅於行政機關內部研議作業，另外 98 年起也結合有關生產風險事故救濟試辦計畫，在台北、台中、高雄舉辦了三場公聽會，均獲得相關意見提供。

本(101)年度本署數次與專家學者、民間人士、相關團體、醫改團體

就本草案研議進行意見交流，經相關團體、人員表示本草案應研擬有關預防再錯、損壞填補、公平正義、病人角度規範、強化調解、資訊公開、事故補償等機制，本署採納相關意見後，研擬「醫事爭議處理及醫療事故補償法(草案)」，本草案尚有不足之處，敬請大家提供相關意見供本署參考。

參、討論與建議：

一、林萍章教授：

(一) 草案第三條有關醫事爭議定義，其說明包含醫事人員服務態度、醫療收費等爭議，未來案件會很多，建議修正為醫事服務衍生責任歸屬之爭議，將服務態度等易引起爭議者排除。

(二) 本草案立法目的是要減少醫療糾紛，若損害賠償採保大不保小制度，對減少醫療糾紛的影響不大，其實保大不保小概念很好，但此一制度應採醫師責任險方式運作，對於高額賠償金則由保險制度來支付。又如瑞典補償制度，若民眾對於給予的補償金額若覺得不夠，可以提起訴訟，一旦訴訟成功則由保險或醫師給付，但對原本已給予補償金就應該繳回。

(三) 另本草案第 39 條第 5 款訂定意義為何？如病人是植物人又有 penicillin 過敏，感冒就醫，醫師忘了有 penicillin 過敏，結果打了 penicillin 死亡，此應算健康人致死或是植物人致死。本條第 5 款及第 2 款均符合本草案目的，只是對於條文撰擬應再予修正。

(四) 設置重大醫療事故專案調查小組，前提是仿照飛安事件不究責，其特點是不處罰任何一個飛行員。

二、陳聰富副院長：

(一) 有關醫事爭議範圍大小問題，事實上確實需將本草案之立場確定，若定義為醫療糾紛，範圍較明確，且與本草案定義之醫療事故較相近，並與無過失賠償制度相呼應，但實務上仍有醫療費用等方面爭議。調解機制設計上就應採雙軌制度，讓地方衛生局處理非醫療糾紛之事件。故定義為醫療糾紛事件，一則可解決調解問題，又可解決賠償問題，但是調解應採雙軌或單軌的立場要明確。

(二) 本草案第 8 條及第 31 條有關時效問題，建議可以仿照汽車強制保險法規定，明定提起調解期間，不管民事或刑事所有時效期間停止進行，提供業務單位參酌可行性。

(三) 有關醫療事故病人請求補償後，能不能提起訴訟再請求損害賠償，此一議題應需再研議。草案中設計補償制度，民眾一旦有醫療造成傷害就來申請補償，但因財源有限，對於醫療傷害補償範圍條件界定，應明確規範。另草案第 39 條仍有許多爭議，如第 2 款所述不予補償條件，醫療過失可歸責醫事人員就不補償，相反表示不可歸責就補償，即無過失才補償，此設計與目前國外制度（不論過失）有所不同，且病人知道過失為可歸責，

那將提起刑事訴訟，是否造成更不良結果，應再思考。另第 39 條第 5 款所稱病人原有疾病狀況者，應修正為病人原有疾病狀況致生死傷結果者，比較妥適。

(四) 本草案制度設計比較像汽車強制責任保險法規定，200 萬元以下定額補償，只要醫療行為致生醫療事故，不管可不可歸責均給予補償；若受害者請求損害賠償 500 萬，200 萬元基金不一定要扣除，直接向醫師代位求償即可，而醫師只要再給受害者 300 萬即可。

三、甘添貴教授：

(一) 本草案適用範圍為醫事爭議，乃因 10 年前衛生署擬定之醫療糾紛處理法送至立法院審查時，立委以保障民眾權益不足予以退回，故本草案將適用範圍改為醫事爭議。對於草案適用範圍除了醫療糾紛外，對於其他醫事爭議是否要考慮，可能需由衛生署做出政治性決定，但草案若對於民眾權益保障不足時，立法院一定又予以駁回。

(二) 醫療刑事責任減輕與醫事爭議處理有如鳥的雙翼一樣重要，所以要減輕醫事人員醫療刑事責任壓力，醫療事故補償要一併提出，即使困難重重仍要克服。

(三) 本草案第 39 條第 2、5 款，個人仍覺得有許多疑問，醫療事故補償是一件事，醫療過失歸責又是另一件事，兩者不應相提並論，事實上第 5 款病

人原有疾病狀況者，條文涵意不清，應修正。

(四) 有關申請補償，其申請程序、時間、對象等等都沒有規範，這些規範非常重要，應予明定。

(五) 醫改會曾提議設置重大醫療事故專案調查小組，仿照飛安事件方式；此是否有必要另立一條條文，內容建議為「為了公正調查重大醫療事故，中央主管機關應設置重大醫療事故專案調查小組。重大調查小組得訪談相關人員，受訪人員無正當理由不得規避或拒絕，並據實陳述，受訪人員不得阻止或妨礙訪談人員」。

四、楊秀儀副教授：

(一) 本草案期望能藉由調解機制與提起訴訟之時效規範，使病人與醫師醫療糾紛事件快速解決，故對於草案第 8 條及第 31 條修改撰擬，須與實務運作結合，建議司法院提供協助，使調解機制不礙立法原意，又不影響其他法律規範。

(二) 就補償制度與刑事、民事之關係而論，補償絕對是一種民事損害賠償問題，與刑事責任兩者是涇渭分明的，不可能因有補償就不得提刑事訴訟，醫師因重大過失而須負刑事責任，不能因有補償就免責，應和刑事責任分開論述，但重要的是當醫療傷害造成病人之損害應該如何填補。填補後是否阻斷民事賠償，國外立法例如紐西蘭全民意外保險補償制度就取代民事

賠償，瑞典制度不取代，結果瑞典實施後，大部分民眾都不再訴訟，故本草案制度要採取何種制度應釐清。

(三) 民眾獲得補償後要不要再提起訴訟，與填補金額多寡有關，醫療事故補償原則究竟採取「全額補償」或「部分填補」？其實瑞典制度可以解決大部分醫療傷害，但免不了有時須再處理民事責任問題，尤其是對於民眾要求大額賠償的情形。故個人曾提出應採「保大不保小」概念，對於小額損害賠償由醫師參加責任保險方式處理，補償基金負擔大額損害賠償，如此將醫師的民事責任限縮，並解決多數醫院對於處理大額賠償之壓力。

(四) 未來補償基金會的任務有審議糾紛因果關係、代位求償(追繳溢繳等)，基金會成員組成含有醫學、法學人員、但未來要審議的案件量一定相當多，基金會要多少人力，要好好思考；所以個人一直推薦採保大不保小概念，將損害輕微者排除。

五、蘇清泉立法委員：

(一) 醫療法第 82 條修訂目前評估可行性不高，仍需有配套措施，配套作法有 2 種，一是訂定本法，一是於修醫療法第 82 條中附帶。另有關縣市或鄉鎮之調解委員會，其實運作大多著重於補償和解，而較少論爭議之是非。

(二) 新加坡對於醫療爭議事件規範一定要先經調解，才能提起刑事訴訟，結果解決 99.9% 之醫療爭議事件，故採強制調解可以協助減少醫療訴訟案件。

(三) 認同消基會所提不應該將醫師有無過失作為病人得到補償之要件，且醫療事故發生原因可歸責醫師或不可歸責於醫師，不容易釐清，一旦發生傷害，補償基金先給，歸責問題可再以代位求償，所以傷害補償要快，這樣對消費者才有意義。另以買保險方式協助，其實現行大部分醫院對於小糾紛，都自行私下以小額金錢與病人盡快和解了事，浮到檯面上常是醫院覺得他沒有錯的案件，但民眾就覺得是醫師的過失，因此民眾就以提告方式要求賠償，這也是讓現在高風險科別醫師感到壓力、膽怯、無奈及出走之原因。

六、朱顯光組長(醫改會)：

(一) 有關醫療法規地方縣市政府衛生局設有醫事爭議調解機制，本草案醫事爭議除了辦理傷害與死亡案件外，尚包括態度與費用等爭議，此些爭議未來是否依醫療法至地方縣市政府衛生局調解，亦或依本法規範進行調解，應釐清明確。

(二) 本草案將醫糾處理程序與補償結合在一起，因醫糾處理程序，大家比較有共識，補償涉及財源問題，建議先推動醫療糾紛處理法。

(三) 補償金額也是受害者最在意的問題，一條人命 200 萬，其實法院判定金額填補，以傷殘者為最高，現在此制度仿照藥害救濟設計，是否能解決醫療糾紛，仍需再思索。

(四) 基金的籌措來源用政府公務預算或是健保費用，其有關調查錯誤的機制草案第 48 條略以「得」委託前條規定之財團法人、機關(構)或團體辦理，建議修正為「應」委託前條規定之財團法人、機關(構)或團體辦理，以主動積極態度強化揭露錯誤作為。另草案有關醫療糾紛對象為醫事機構均放入，可能涵蓋層面廣泛，還是先以醫療機構為主，應可再考量。

七、何博基常務理事等代表(中華民國醫師公會全國聯合會)：

(一) 醫事爭議之定義涵蓋過廣，建議參考本會提出意見。

(二) 為解決醫療糾紛之問題，本會已在推動醫療法第 82 條之修訂，本會與衛生署已與法務部進行相關多次溝通，當然配合醫療法第 82 條修訂仍須有配套措施，本草案對於醫療糾紛採強制調解，不知在法律上是否具有效力。

(三) 草案第 3 條醫療事故定義，將使醫療行為導致生死傷之事故，即認其有因果關係，但醫療事故不一定是醫療行為導致，有時候不是很明確，建議酌予放寬，而不要侷限於醫療行為所致生之不良結果。

八、黃鈺瑛律師(消費者文教基金會)：

(一) 有關各法規之間配套問題，本草案總說明表示本草案為醫事爭議處理之專法，但草案第 8 條以下均有規範時效例外規定，例如第 8 條「調解申請於醫事爭議事實發生日起六個月內提出者，視為已於相關民事、刑事規定

之時效期間內提出」之訴訟時效問題，目前法院與地方均有調解制度，本法之規定是否有排除其他法律之規定，就程序上本法已設計時效與法律效果，實務適用上若沒有規範，容易造成民眾適用上之混淆。

- (二) 針對草案第 39 條第 2 款有限制不補償情況，補償制度設計的主要目的即減少訴訟，保障病人權益讓病人及時獲得補償，故不應把醫師有無過失作為病人得到補償之要件，否則會造成實務上病人為取得醫師有無過失之證明，再打一個官司困擾。另若考量基金財源，此應屬於代位求償之問題。應可透過立法機制予以處理，而不應把它列為取得補償之要件。

九、司法院：

- (一) 本草案目前設計具有調解與補償機制，但之間關係為何，如病人獲得補償後，是否影響賠償請求權，應釐清。
- (二) 草案第 3 條第 1、2 款之醫事爭議、醫療事故、醫療行為、醫療服務等之間是否容易區別，其涵意範圍多大，不易判斷。另草案中之受害人、當事人、病人等主體為何、範圍有多大，建議應再定義明確。
- (三) 草案第 8 條第 3 項規範調解視為起訴，因民事尚有其他程序，此條文呈現對象不明，雖民眾經過調解程序，但仍有民事或刑事在法院偵查中，就民事訴訟程序來論述，調解申請視為提起訴訟，然調解與民事有很大差異，即民眾申請調解，可以不具體完整表明請求金額，甚至申請人調解對

爭之人，也可以在調解程序一併簽寫調解書，法院均承認其效力。所以視為提起訴訟，是指視為哪些人可以提起訴訟，還是視為所有可以提起訴訟之人，都提起訴訟，因提起主體不明，範圍過大，對醫師而言不見得有利。另因民眾申請調解在法院仍有一民事訴訟繫屬中，但本草案並沒有對民事訴訟之相關規定，依民事訴訟法，法院仍需進行民事訴訟程序，故所謂調解前置，目前看不出具有法律效力。

(四) 草案第 8 條第 3 項指出調解申請於醫事爭議事實發生日起六個月內提出者，視為提出訴訟時效，民事侵權行為效力為二年，但實務上，民眾若在六個月內提起訴訟，算是很快，但因民眾調解過程有時耗費時間，有時經過一段時日仍調解不成才再提起訴訟，故其時效性仍有討論的空間。

(五) 另草案第 31 條，當事人若沒有遵循提出，其效果為何，以及是否就不能再提出，且本條既為第 8 條配套，但條文之時效規範意義為何，且民事訴訟法沒有起訴時效之規定，故此訂定不一定會影響民事訴訟程序。

(六) 草案第 39 條第 2 款，由政府通知已受領補償金家屬或病人返還，或行使代位求償權，其實體法上構成要件應該要不同。以目前草案設計似乎是由主管機關來決定病人或家屬要不要返還或代位求償，此容易造成相關醫師人員、病人或家屬責任處在不穩定狀況。假如病人或家屬要返還，就不符合補償要件，符合補償要件但是有相關應負責之人而由給付之人行使求償權，此於實體法上之構成要件是不一樣的。此二種情形應該分別加以規

定，以目前草案第 39 條第 2 款規定，並不能紓解訟源，反而使病人及家屬因可歸責於醫師而須返還補償金，必需進行提告獲得賠償，即有鼓勵當事人進行訴訟求償之意味。

(七) 草案第 37 條第 2 款準用民法之關於遺產規定，不知是否補償金或補償金請求權也當作遺產的一部分，法院有許多分割遺產的訴訟，倘補償金繼承人之分配有所紛爭時，此可能衍生主管機關因分割遺產而成為被告，須再研酌。

(八) 草案第 37 條第 3 款，病人獲得其他賠償或補償之給付，與本法補償給付基於同一原因事實者也應返還，對於其他賠償或補償有沒有包括病人獲得的其他單位致贈慰問金在內，應再釐清。

(九) 草案第 6 條規定，其當事人在調解程序所為之陳述或讓步，一般均都給予保守解釋，不一定能做裁判基礎，此規定也不一定對醫師有利。

(十) 另草案設計須有調解前置，ADR 是司法一直再推動的，但仲裁前置程序普遍為社會上所反對的，如工程糾紛強制仲裁一直尚有疑慮，民事調解程序與仲裁程序都是 ADR 的一環，但調解前置可能會遇到程序法理上的困境，故建議可請教熟悉程序法專家此設計是否妥適。

十、朱益宏監事會主席等代表(台灣醫院協會)：

(一) 贊同林副署長所提第 3 條醫事爭議界定為醫療糾紛之事件，排除醫療收費、態度爭議事件，但醫療結果不如預期，常是民眾提起告訴之主因，故建議將醫療結果不如預期納入調解與賠償範疇，以爭取調處時效。

(二) 醫事爭議界定為醫療糾紛之事件，但本草案所訂定之醫療事故定義較為主觀，並具因果關係存在。其實許多醫療糾紛不具因果關係，應定義於不可預期致生死傷之關係，如此可與無過失補償制度相結合，及配合醫療法第 82 條之修訂。

(三) 有關醫事爭議，贊同應先經過調解，調解不成再進入訴訟程序，且調解機制採單軌制，且不影響民眾訴訟權，因醫療糾紛不同於一般性事務糾紛，醫療具特殊性，其實國外對於醫療糾紛的處理也都採先行調解處理，故建議衛生署可採立法，以特別法排除相關法律。

(四) 草案第 39 條第 2 款只是文字敘述之問題，為避免引起消基會誤導，對於醫師過失由補償基金判定並不適當，建議第 39 條第 2 款刪除，另訂一條條文規範，亦即，當醫療事故經司法審判確定有民事賠償事實，再來求償返還，避免補償基金須做過失之判斷。

十一、簡美慧主任檢察官（法務部）：

(一) 草案第 8 條第 3 項病人、家屬或其依法得提起訴訟之人於提起民事訴訟、刑事告訴或自訴前，應先向該醫事爭議事件管轄之調解委員會申請調

解。依據憲法第 16 條保障民眾訴訟權，此規定將有限制人民訴訟權利疑慮，此擬定亦不符配套措施之作法。民眾遇到醫療糾紛提起訴訟，主要原因為病人往往不易取得病歷資料，藉由提告以檢察官力量協助了解事實。

(二) 個人比較贊同 99 年版本條文即醫事爭議經依法提起告訴或訴訟者，檢察官或法官得裁定送請地方主管機關於一定期限內先行調解。若本法要採強制調解，則可將前揭條文之「得」改為「應」。

十二、行政院主計總處：

(一) 有關醫療事故補償基金財源籌措，建議優先檢討仿照衛生署推動生育事故救濟制度試辦計畫，由健康照護基金項下之分基金（醫療發展基金）支應。

(二) 基金收支、保管及運用辦法部分，建議依照預算法規定，由行政院訂之，送立法院辦理，故草案第 34 條第 2 項建議刪除。

(三) 醫療事故補償為合理分攤醫療傷害風險，建議應由醫療機構負擔大部分責任，政府基於協助立場，建議衛生署考量草案第 34 條第 3 項所提基金實際運作情形及政府財務狀況，不宜由法中明定政府撥充金額。

(四) 草案第 35 條規定由健保撥付醫療費用為醫療機構之支付，因全民健保主

要目的是提供人民的醫療服務，請衛生署衡酌是否符合健保給付的目的。

肆、主席指示事項：

感謝大家對本草案提供寶貴意見，對於本草案修正將有很大幫忙，草案條文修正後，將再請大家表示意見，並請法務部及司法院對於草案條文內容，協助實務性之修正。

伍、臨時動議：無

陸、散會：中午 12 時 30 分