

由實務判決 看醫院治理的核心任務： 病人安全

The Core Task of Hospital Administration
from the Judgment of Medical Malpractice :
Patient Safety

林萍章 Pyng-Jing Lin*



摘要

病人安全問題通常是源於系統的疏失，故改善醫院的管理制度最為重要。臺灣民事法院多以醫療法追究醫療機構的法律責任，最高法院更進一步肯認醫療機構在醫療上必要之注意包含「醫院……、設備、能力、醫護人員有無定期按規定施以必要之在職訓練及當日配置人力、病人多寡，醫護人員有無充裕時間問診照護與其他情形，綜合而為研判」；然而，民法第188條第3項的求償權規定可能使得醫療機構的賠償責任形同虛設。本文主張，當法院向醫療機構追償時，如醫療事故原因指向系統性錯誤者，醫療機構不得向醫事人員求償，以增加醫療機構改善其制度並提升病人安全

*長庚紀念醫院外科臨床教授（Clinical Professor, Cardiac Surgery Department, Chang Gung Medical Foundation）；政治大學法學院兼任教授（Adjunct Professor, College of Law, Chengchi University）

關鍵詞：病人安全（patient safety）、醫院治理（hospital administration）、醫療法（Medical Care Act）、醫療訴訟判決（judgments of medical malpractice）

DOI：10.3966/241553062018020016002

Angle

維護之動機。

Patient safety problems usually come from system failure which is the most important issue of hospital administration. The civil courts using “Medical Care Act” to pursue the legal responsibility of hospitals. The Supreme Court stipulates that medical personnel in the hospital should receive regular training to update their skills of patient care. In case of medical dispute, judges should consider the number of medical personnel on duty, the number of patient they cared, and the urgency of patient’s conditions. However, the claim right to medical personnel of Civil Act, No. 188c make hospitals legal responsibility useless. This article claims that hospital should not ask for payback from the medical personnel while hospital with system failure should pay for the damage of the patient. So that hospitals have motivation to change their system to improve patient safety.

壹、前言

長久以來，社會大眾對醫師的要求就是不可以犯錯。但根據1999年美國醫學研究院出版的《犯錯是人性：建構一個安全的健康系統》（*To Err is Human: Building a Safer Health System*）一書所述，只要是人都會犯錯，當代醫療並非如大眾所預期般安全¹。在此情況下，重要的是應積極地從錯誤中改善醫療體制。2000年，英國第四頻道（Channel 4）拍攝《醫

1 該書指出美國每年計有約44000~98000人死於醫療錯誤，至於因醫療不良事件所發生之損失則約170億至290億美元。LINDA T. KOHN, JANET M. CORRIGAN & MOLLA S. DONALDSON, *TO ERR IS HUMAN: BUILDING A SAFER HEALTH SYSTEM* 1-2 (2000).

師為何會犯錯？》(*Why Doctors Make Mistakes?*) 影集 (曾在臺灣公共電視臺放映過)²，提出一個可以大幅降低因醫療錯誤而死亡的人數之方法，稱為「體制檢討」。許多研究報告皆認為：病人安全問題通常不是健康照護提供者 (醫師) 的錯誤，大多數的事件是因為系統的疏失³。如何減少這些錯誤再度發生的唯一方法，即是改善醫療體制，其中又以醫院管理制度之改善最為重要。學界多年來已提出解決方法⁴：一、檢討醫院管理制度：解決醫師人力不足、工作時間過長所造成的醫療過錯問題，尋求績效提升與維持醫療品質間的平衡；二、改善醫師彼此之間的溝通與互動：醫療工作是一種團隊工作，醫師之間的不良溝通，正是醫療疏失的原因之一；三、破除醫界的沉默文化：醫療疏失永遠會發生，減少這個問題的唯一方法是讓醫師說出他們的疏失，自發性地報告過錯，進而公開討論，使其他人員能從中學習，而不再犯同樣的錯誤。航太等高科技工業的安全網，就是這樣建立起來的⁵；四、改變臺灣目

-
- 2 《醫生為何會犯錯？》影集為英國第四頻道於2000年拍攝的紀錄片。討論的問題是，在醫學領域中持續存在但卻極少得到深入了解的現象：醫生為什麼會在執業的過程中犯下人命關天的錯？不同於一般避談這個問題，或將原因歸咎醫療專業人員個人疏失的解釋方式，本片試圖從制度層次著手探討問題的根源，並由實際發生醫療疏失的醫護人員現身說法，綜合實際發生的眾多個案，追究事件發生除了個人之外，背後種種結構性的因素。公視，醫生為何會犯錯，<http://web.pts.org.tw/~web02/changing/t7-7.htm> (瀏覽日期：2017年12月3日)。
 - 3 杜玉卿、王瑞霞，從病人安全談優質健康照護環境，護理雜誌，58卷3期，2011年6月，93頁。
 - 4 林萍章，終於承認「醫療體制有缺失」，聯合報，2005年9月29日報導，<https://www.ptt.cc/bbs/medstudent/M.1128092620.A.B7B.html> (瀏覽日期：2017年12月3日)。
 - 5 吳俊穎、賴惠蓁、王服清、王宗曦、李中月、陳榮基，臺灣病人安全通報系統十週年的成效：全國性實證研究，月旦醫事法報告，1期，2016年7月，42-53頁。該文指出，臺灣病人安全通報案件中，病人受有重傷或死亡之結果者，僅占1%左右。依據實證研究成果，臺灣病人安全通報系統的推動，並未減少醫療糾紛訴訟的效果。此外，差不多99%的臺灣病人安全通報案件，都不是醫療糾紛的個案。

前的刑罰制度：必須廢除刑罰制度而代之以民事賠償制度⁶。本文以下將藉由整理實務判決看醫院治理對病人安全的重要性，並分別討論檢驗結果通知、就醫環境安全之維護、完善人力配置等議題。

貳、檢驗結果通知

醫療法第65條規定：「醫療機構對採取之組織檢體或手術切取之器官，應送請病理檢查，並將結果告知病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人。」由此可知，醫療院所只有在替病患施作「組織檢體之採取或手術器官之切取」時，才有在病患未回門診時有將檢查報告結果另行「通知」病患之義務，至於對其他檢查醫療院所則並無藉由相關人留存醫院之「聯絡方式」將結果「主動告知」之義務。況依目前醫療實務，一般醫院半日之門診，一位醫師可能看診數十至上百人，實難要求醫師對其每位看門診之病人皆須善盡一般委任關係所應盡之報告義務⁷。

由於民眾曾反應，若檢查（驗）報告無異常或無後續治療

6 目前醫療法第82條已修法完成，相關議題討論背景請參考：張孟源、盧言珮，醫療刑責明確化——從醫療法第八十二條第三項修法芻議談起，台灣醫界，54卷7期，2011年7月，37-43頁。

7 詳見臺灣士林地方法院94年度醫字第10號民事判決。本件病人於2003年12月12日第一次至A醫院外科門診，經甲醫師診斷為「乳房病灶」，囑於同年月18日施作乳房超音波攝影，超音波檢查報告內容為「右乳房11點鐘方位有10×5 mm大小超音波低頻回音結節，及在右乳房6點鐘方位有8×4 mm大小超音波低頻回音結節，要排除（R/O）是纖維腺瘤。」病人自行決定未回門診追蹤檢查。俟於2004年9月15日，病人第二次看甲醫師門診，並於同年月22日施作第二次乳房超音波攝影檢查，報告內容為「右乳房在11點鐘方位有26×11 mm大小的超音波低頻回音結節，6點鐘方位有5×3 mm大小的超音波低頻回音結節，2點鐘方位有4×3 mm大小的超音波低頻回音結節。」然病人亦未再度回診。其後病人於2004年10月10日至B醫院作右側乳房纖維腺瘤切除手術，術後病理檢驗結果為「侵襲性乳房腺管癌」。