

從醫療糾紛處理及 醫療事故補償法草案 省思法院與 病人安全之互動關係

Rethinking the Relationship between
the Court and Patient Safety
from the Perspective of the Medical Dispute Act

梁志鳴 Chih-Ming Liang*



摘要

醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案反映臺灣引進病人安全運動（patient safety movement）相關理念之努力，本次立法的失敗，也提供臺灣社會思考相關理念如何更細緻法制化的契機。以此為背景，本文嘗試從「證據保護」、「早期真相發現」及「過失責任概念」三個角度討論病人安全運動和法院訴訟制度之間的互動關係。針對此一議題，臺灣既有文獻主要聚焦於醫事人員所為帶有歉意或同情的言論，是否可在法庭中做為證據。與此相較，同儕審查特權（peer-review privilege）相關證據法議題、訴訟外早期真相發現機制

*臺北醫學大學醫療生物科技法律研究所助理教授（Assistant Professor, Graduate Institute of Health and Biotechnology Law, Taipei Medical University）

關鍵詞：醫療糾紛處理及醫療事故補償法（Medical Dispute Resolution and Adverse Event Compensation Act）、醫療糾紛（medical malpractice）、醫療過失（medical negligence）、真相（truth）、道歉（apology）、病人安全運動（patient safety movement）

DOI：10.3966/241553062017010003004

的建置，以及病人安全運動對傳統以個人行為為核心的過失責任概念帶來的挑戰，就較少被深入探討。本文主張，若臺灣社會未來再現推動醫療糾紛處理及醫療事故補償法立法之契機，對上述議題之深入討論與研究，實為不可或缺之前置作業。

The proposed Medical Dispute Act reflected a concerted effort to introduce the ideas of the patient safety movement (PSM) to the Taiwanese legal system. The fact that it failed to clear the legislative process, the paper argues, actually presents a precious opportunity for the Taiwanese society to re-examine in more depth how these ideas could and should be incorporated into the legal system. Against this backdrop, this paper examines the following subject areas relevant to the legalization of PSM ideas, including: 1. protection of information; 2. early discovery of truth; and 3. the doctrine of negligence liability. The existing literature typically focuses on the first subject area, in particular on the concept of apology laws, i.e., whether apologetic or sympathetic remarks offered by medical professionals can become evidence in the court. Other legal issues that have tremendous significance to the pursuit of patient safety, however, are often overlooked, which include: 1. peer-review privilege, 2. the establishment of early truth-finding mechanisms, and 3. alternative construction of the doctrine of negligence liability. This paper argues that serious investigation of these heretofore underappreciated topics will help lay a healthy foundation for the next round of legislative discussion over how to overhaul the medical malpractice dispute resolution system in Taiwan.

壹、醫療糾紛處理及醫療事故補償法與病人安全

為解決五大皆空問題，衛生署（現為衛生福利部）於2012年提出「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案（以下簡稱醫糾法），希望透過「強化調解機制」和「提供及時補償」，來和緩臺灣日益緊繃的醫病關係¹。該草案雖一度於2015年5月通過國會二讀，但最終仍因醫界的反彈而闖關失敗。

整體而言，醫界反彈主要牽涉兩大爭點：一、補償機制之財源規劃；以及二、醫療常規概念之入法²。其中前者尤其是立法程序中各界爭論不休之焦點。例如以台灣醫療勞動正義與病人安全促進聯盟（以下簡稱醫勞盟）為首的醫界團體，便批評補償機制具有社會救濟性質，卻要求醫界分攤至少三成經費³，是對醫師極為不公的制度設計。

然而在立法過程中較少為人關注的是，草案在補償機制之外，其實亦嘗試強化糾紛發生時之「說明、溝通及關懷」服務、建置「訴訟前先行調解」等相關機制⁴。草案亦首次將「系統性錯誤」概念（包括通報、調查、分析及資料公布等相關程序）入法，加以明文法制化⁵。

上述草案內容反映臺灣引進病人安全運動（patient safety

1 行政院版草案連結參見衛生福利部，醫糾法懶人包《衛福部澄清醫勞盟五點疑問》，http://www.mohw.gov.tw/cht/Ministry/DM2_P.aspx?f_list_no=334&fod_list_no=0&doc_no=49151（瀏覽日期：2016年8月30日）。

2 參見醫勞盟臉書，醫勞盟關於〈醫療糾紛處理與醫療事故補償法草案〉聲明2015.04.21，<https://zh-tw.facebook.com/TMAL119/posts/645805105550901>（瀏覽日期：2016年8月30日）。

3 相關討論參見衛生福利部，同註1；同上註。

4 行政院版草案第二、三章分別定名為「醫療糾紛說明、溝通及關懷」與「醫療糾紛調解」。行政院版草案連結參見衛生福利部，同註1。

5 行政院版草案第3條規定：「本法用詞，定義如下：……四、系統性錯誤：指因醫療機構之組織、制度、決策或設備設施等機構性問題，致醫療行為發生之不良結果。」本草案第五章則定名為「醫療事件通報、調查、分析及公布」。行政院版草案連結參見衛生福利部，同註1。

movement, PSM) 相關理念之努力⁶。該運動強調醫療體系中可預防醫療錯誤 (preventable medical errors) 之產生，時常係肇因於整體系統設計或運作之瑕疵，而非盡皆可歸責於個人的不當行為。為有效找出並移除這些系統性缺陷，PSM 倡議醫療體系應建置妥善的除錯流程，以有效從錯誤中學習，提升醫療品質⁷。

PSM 的上述理念一般被稱為面對醫療錯誤的系統途徑 (systems approach)⁸。具體言之，此一途徑鼓勵醫事機構：一、建置院內或院外的錯誤或異常事件通報系統⁹；二、自行或委託外部團體對事故進行根本原因分析¹⁰；三、將個別事故資料整合為資料庫，以方便研究者進行統計分析，透過數字揭露人類認知無法直接察覺的錯誤¹¹。

6 學界一般以美國國家醫學研究院 (Institute of Medicine) 於1999年出版之《犯錯是人性》報告 (*To Err Is Human*)，作為病人安全運動興起之代表性時刻。See generally Institute of Medicine, *To Err is Human: Building a Safer Health System* (Linda T. Kohn et al. eds., 2000).

7 《犯錯是人性》第三章 (Why Do Errors Happen?) 透過顯性 (active) 和隱性 (latent) 錯誤之區分，強調個人所犯的顯性錯誤背後，往往肇因於醫療系統設計不良導致的隱性缺陷。因此要改善病人安全，除了追究個人的責任外，更需要根本性的修改導致錯誤的系統成因，本報告將此一思維稱為系統途徑 (systems approach)。See Institute of Medicine, *supra* note 6, at 49-68.

8 同前註。

9 病人安全運動對通報的重視，係借鏡於美國航空安全通報系統 (Aviation Safety Reporting System, ASRS) 之成功經驗。See C. Stephen Redhead, *Health Care Quality: Improving Patient Safety by Promoting Medical Errors Reporting* 12 (Congressional Research Service Report for Congress, 2005).

10 關於根本原因分析之基本定義及其與病人安全之關聯，請參見 The Agency for Healthcare Research and Quality Patient Safety Network Website, <http://psnet.ahrq.gov/default.aspx> (follow “Patient Safety Primers” hyperlink; then follow “Root Cause Analysis” hyperlink) (last visited Aug. 30, 2016)。

11 病人安全運動與統計方法之間的緊密關聯，和其歷史緣起有關。病人安全運動的理念緣起，可追溯至企業管理與工業工程領域常見之全面品質管理與持續品質提升理念 (total quality management and continuous quality improvement, TQM/CQI)。TQM/CQI 強調商品或

PSM的系統途徑，也使美國日漸重視訴訟外途徑（no-trial approach）的醫療糾紛處理發展方向¹²。PSM者普遍憂慮潛在訴訟壓力的存在，會導致醫事人員在發生醫療傷害時蓄意隱匿資訊與真相，妨礙對事故的誠實檢討¹³。此一憂慮導致美國在思考醫療糾紛處理時，逐漸將焦點從訴訟轉移，希望能在法院之外，創造能讓雙方有效分享資訊，並讓醫事機構願意誠實檢討的對話空間¹⁴。

為鼓勵訴訟外紛爭處理，美國近年日益強調由醫事機構主動進行資訊揭露（full disclosure）¹⁵。美國醫事組織評鑑聯合會（Joint Commission）於2001年起便將向病患主動揭露列為評鑑項目，規定醫療行為發生對病患不利之結果時，醫事機構應主動向病患揭露該結果¹⁶。著名的密西根大學醫院系統（University of Michigan Health System）自2002年開始，更進一步要求所屬人不論病家是否知情，均應主動向其揭露所有醫療傷害，並由院方主動對事故進行調查。若調查發現該傷害確係肇因於人員過失（negligence），則由院方主動道歉並迅速

服務品質之缺失，並非盡皆可歸責於個人之錯誤，反而很大幅度反映工業製程或商管流程整體設計之瑕疵。這些系統或流程設計的缺陷，往往非人類之感官所能察覺，而需要透過統計分析才能加以呈現。病人安全運動作為將TQM/CQI引入醫療體系的努力，相當程度也承襲了此一對統計方法的依賴。See Chih-Ming Liang, *Rethinking the Tort Liability System and Patient Safety: From the Conventional Wisdom to Learning from Litigation*, 12(1) Indiana Health L. Rev. 327, 337-38 (2015) (Footnote 38); Troyen A. Brennan & Donald M. Berwick, *New Rules: Regulation, Markets, and the Quality of American Health Care* 127-130 (1996).

¹² See Chih-Ming Liang, *supra* note 11, at 360-366.

¹³ See Chih-Ming Liang, *supra* note 11, at 340-349.

¹⁴ *Id.*

¹⁵ See generally Lucian Leape, *Full Disclosure and Apology: An Idea Whose Time Has Come*, 32(2) PHYSICIAN EXECUTIVE 16 (March-April, 2006); Doug Wojcieszak et al., *The Sorry Works! Coalition: Making the Case for Full Disclosure*, 32(6) JOINT COMM'N J. ON QUALITY & PATIENT SAFETY 344, 344 (2006).

¹⁶ *Id.*