



## 醫療糾紛，該當何罪？

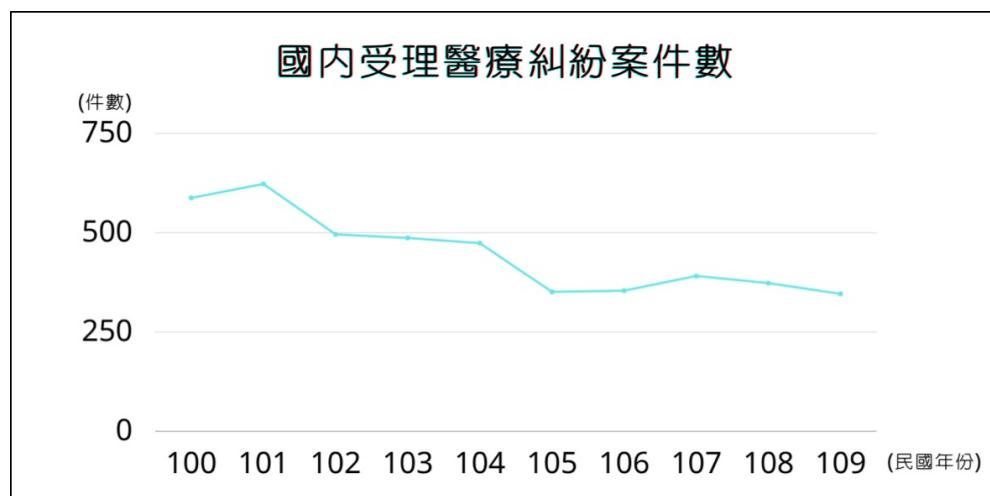
記者 薛復蓉 報導

2021/05/30

網路上醫療資訊普及氾濫，民眾接觸到醫療相關知識的門檻大幅降低，造成醫病關係（Doctor-Patient Relationship）發生改變。病患拿著網路資料去對質醫師的質疑聲浪愈發高漲、頻繁，換湯不換藥的醫療糾紛案件更是層出不窮。為避免糾紛，醫師多採取自保方式診療，不想卻可能危害到病患的權益與身體健康。如何讓醫病雙方達到共識、和平化解糾紛，實屬全國人民應共同思考的重要議題。

### 誰是受害者？

在社會新聞的報導中，醫療糾紛實為常客，每隔一段時間總會準時報到，年復一年，從不缺席。千遍一律的劇情發展，總少不了在新聞畫面中淚訴著因醫方判診錯誤而受到傷害的病患家屬，以及總是解釋得不清不楚的醫療團隊。兩方人馬互不相讓，最終走上法庭，展開耗時數年的官司長跑，在耗費心神、時間的狀態下，等到審判結束雙方大多皆已心力交瘁，結果只能說是兩敗俱傷、得不償失。

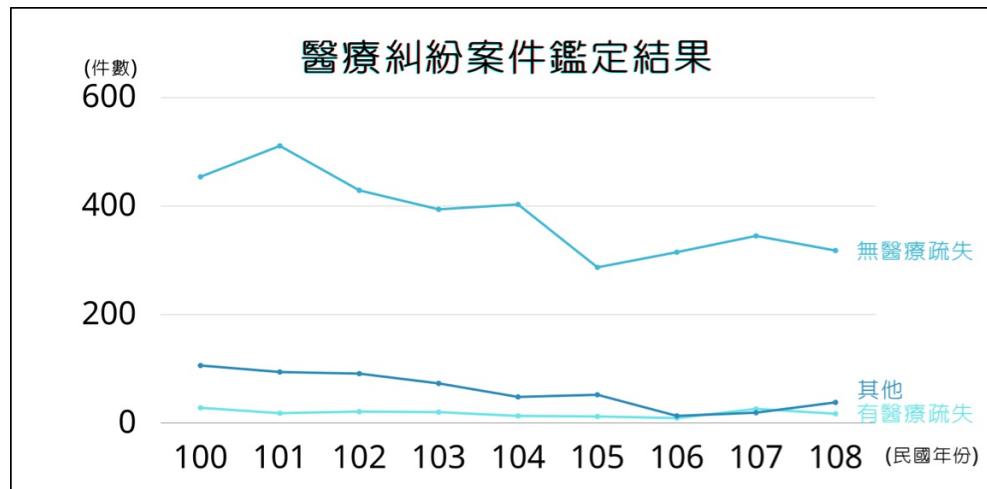


國內近十年來受理之醫療糾紛訴訟每年平均高達三四百件。（圖片來源 / 薛復蓉製）資料來源：衛生福利部醫事司

新聞媒體為激起讀者的同情心，多站在投書的病方，為其塑造出「弱者」、「受害者」的形象。在這樣的生態下，醫方自然被視為站在知識與權力制高點上的

「加害者」，然而礙於醫療倫理與法規的限制，內心詳細的內疚、治療力差的評等都是醫師無法公開對外說明的，即便是有口也難言。對此，目前任職於林口長庚醫院肺腫瘤及內視鏡科的主治醫師陳志弘無奈表示：「面對醫療糾紛，我們無法解釋太多，所以只能相信司法最終給我們公正的審判。」事實上，國內歷年來的醫療糾紛訴訟確實最終以「無醫療疏失」結案的比例佔多數，但就算正義匆匆趕到，醫方前期所遭受的輿論壓力與名譽受損皆已是不可逆的傷害。

在醫療糾紛持續延燒的風浪之下，不免造成越來越多醫療新血將高風險的外科與急重症科別視為畏途，使得國內醫療環境愈加嚴峻，受害的更是民眾自身。目前就讀中國醫藥大學醫學系二年級的小恩（化名）即表示：「在選擇未來就職的科別時確實會將醫療糾紛的風險考慮進去，就像系上很多成績頂尖的學長姐都會優先選擇風險較低的皮膚科、耳鼻喉科，而非重症科別。」不過值得慶幸的是國內仍有不少出於興趣而自願投入急重症科別的年輕醫學學子，加上衛生福利部強制公平配額的政策，使得國內醫療領域目前暫免於出現人才斷層的問題。但若是希望一勞永逸，醫病共創良好互信的醫療環境，一改現今動輒官司纏身的風氣依舊是不可忽略的重要課題。



國內近十年來醫療糾紛素訴訟案之鑑定結果數據。（圖片來源／薛復蓉  
製）資料來源：衛生福利部醫事司

## 防禦性醫療 問心有愧？

為了避免醫療糾紛，許多醫師採取防禦性醫療，也就是醫師出於防止日後遭到病人責難或被告的自保心態而進行額外且不必要的醫療行為。此舉不但在無形中增加了病患的治療風險，更對醫療資源造成無謂的浪費。

對此現象，陳志弘醫師表示十分不認同：「有些醫師因為怕被告就會想多做一些檢查，讓病患曝露在相對不必要的高風險之中，這對病患是非常不公平的。」尤其是在遇到病患背景涉及法律、新聞等相關行業時，更容易發生醫師採取防禦性醫療的自我保護行為。因此，那些偏好提出醫療訴訟的病方有時反而因此得到更不利的醫療照顧，令人不禁感嘆其諷刺之處。

然而，現職於林口長庚醫院胸腔科的主治醫師王智亮答道：「會造成防禦性醫療的根源來自於醫師與病患之間的信任不足。」病患對於醫師的療程產生疑慮，醫師亦對病患保持戒備之心，相互猜疑的狀況之下，病患便成了這場防守戰下的犧牲品。不過王智亮亦表示，雖然這個行為在醫德上備受爭議，卻仍然不能只將錯誤歸咎於醫師，如何改善整個大環境下的社會風氣，搭起醫病之間信任的橋樑才是真正關鍵。

## 醫病共享 群策同心

醫病共享決策 ( Shared Decision Making · SDM ) 為一種通過醫病雙方共同討論治療方案，一同進行決策的互動過程。此概念最早是在1982年由美國為促進醫病溝通所提出，現今在國內亦漸漸受到重視，不僅衛生福利部有在持續推動，在醫界也獲得了不少醫師的肯定。



醫病共享決策的五個步驟，落實醫病雙方的充分溝通與尊重。（圖片來源 / 薛復蓉重製）資料來源：[衛生福利部醫病共享決策平台](#)

的診療。此種情況造成了醫病關係的改變，醫師不再是唯一決策者，病患亦不再無條件地聽命於醫師的診療。因此，醫病共享決策此時似乎不失為一個折衷且和平的解決辦法，對此曾擔任台北榮總新竹分院加護病房主任，現職於衛福部桃園醫院胸腔內科的主治醫師邱鈺棋表示：「醫療有一定的不確定性和值得討論的空間，例如要不要手術。如果由醫師一方很權威的去幫病人決定反而不見得是好的，這時候若能使用醫病共享決策，就能夠讓病患與家屬更有參與感，同時也能分擔掉醫師所承擔的壓力與責任。」

此醫療方式雖然需要花費較多時間成本，但對於後續病患的遵從度、信賴感皆有很大的提升與幫助，且若是治療結果不如預期，也可以減少家屬對醫方的責難怪罪，進而降低引發醫療糾紛的機率。

然而，雖然醫病共享決策的出發點與觀念皆是正確的，在執行層面卻有一定的困難。王智亮醫師表示，由於知識背景的差異，病患不一定能對醫師的說明有很全面的理解，加上一般門診時間的限制，要徹底執行也不容易，「台灣不像國外一個門診都看三十分鐘，有時候我們一個診必須抓在十分鐘內解決，這時候若是要做很完整的解釋分析就比較困難了。」王智亮說道。因此很多時候還是必須視情況而定，沒有一定正確的做法，大家在觀念上仍需保持彈性，與醫生多做溝通，方能達到良好的共識。

## 化干戈為玉帛吧！

若是追根究底便可發現，醫療糾紛的起因多來自於醫師未能妥善處理病患與家屬的情緒，安撫不成的情況下，病患對院方積累的情緒缺乏出口，最終才難逃走上法院一途。因此化解醫病雙方的隔閡與誤解是許多醫院很重視的一環，邱鈺棋醫師對此表示，若有醫病關係緊張的病患，院內會斟酌召開醫療團隊與病方的對談委員會，與病患與家屬進行半小時至一小時的充分溝通，「只要病方感受到院方對病患的關心與在乎，往往都能讓醫病關係瞬間從敵對轉化成配合且相互尊重。」邱鈺棋說道。

若是人人都能多一些理解，少一些責怪，給一直在為我們努力付出的醫療人員們多點掌聲與珍惜，便能為雙方打造出一個和諧良好的醫療空間，讓醫師能安心、不受威脅的為人民服務。民眾也能在互相信賴的前提下相信並且尊重專業，攜手減少不必要的官司與糾紛。





改善醫病關係，共創和睦醫療環境。（圖片來源 / [Unsplash](#)）

關鍵字：醫療糾紛、防禦性醫療、醫病共享決策、醫病關係、醫療訴訟

縮圖來源：[Unsplash](#)

