

# 對北歐不責難 補償制度之期許

高添富婦產科診所 高添富

臺灣醫法界於2011年11月29日，在張榮發基金會國際會議中心10樓1001廳舉辦「醫療事故之預防及不責難補償制度」國際研討會。由瑞典病人保險協會(The Swedish Patient Insurance Association)資深法律顧問艾思帕森Carl, Axel Wilhelm Espersson及丹麥哥本哈根大學教授，麻醉科醫師霍夫Lars Dahlgaard Hove主講。

## 一、瑞典醫療事故補償基金

瑞典病人申訴委員會資深法律顧問艾思帕森演講題目是「Don't Ask Who, Just Ask Why, Ask System, Ask Routine.-Why the Nordic No Blame Compensation System Enhance Patient Right and Patient Safety」。艾思帕森指出，針對醫療傷害，瑞典用稅金成立「醫療事故補償基金」，每個瑞典人平均分攤10美元。當病人發生醫療傷害，損失超過350美元時，在「不責難」前提下，此一基金就會按月給付受害人失能救濟金、復健費用、一筆精神補償金等。每年1萬2000件申請案，大約5成可獲得救濟，瑞典的醫療訴訟「幾乎消失了」。

## 二、丹麥醫療事故補償基金

丹麥哥本哈根大學的麻醉科醫師霍夫演講題目是「Anesthesia-related Injury: How to use patient injury registry to reduce Morbidity & Mortality of Anesthesia-related Injuries?」  
「Gynecology-related injury: How to use patient injury registry to reduce ureteral injuries? The learning curve of a new operation technique is observed in the patient injury registry.」  
「Obstetrics-related injury: How to use patient

injury registry to reduce infant mortality and birth-related injuries?」，自麻醉、婦科、產科相關傷害登記來減少醫療傷害的制度，因「不責難」，醫師有義務誠實通報，不但讓醫師能免於訴訟之苦，也增進醫病關係的互信，讓醫師和病人雙方都樂於探究事故成因。霍夫醫師並指出，丹麥的制度與瑞典大同小異，每個丹麥人平均分攤20美元，對於損失超過2000美元的受害病患給予救濟，病人如果不滿意救濟金額，還可以申訴。因為醫療訴訟曠日費時且勞民傷財，只要醫師道歉、補償及事故不再發生，幾乎沒有病人會想告醫師。

## 三、對北歐不責難補償制度Nordic No Blame Compensation System之批判

與會的台灣醫界人士指出，北歐實施醫療事故救濟制度約30年，醫療事故大幅減少，提升病人安全；這也反證醫病緊張對峙時，一旦發生醫療疏失，醫師傾向隱瞞而非改進，不願意向病人道歉，病人只好控告醫師以獲得賠償，兩敗俱傷。擔任會議召集人的彰化基督教醫院婦產科主治醫師葉光芃指出，醫療正因為有其不確定性，才需要有風險補償以下降不必要的醫病緊張，醫療訴訟，同時也能提升醫療品質。

兩名北歐學者都強調，病人要的是醫師道歉、補償及事故不再發生，但北歐制度能夠成功，原因在於人民互助，而且在「不責難」前提下，讓醫師和病人雙方都樂於探究事故成因；除了獨立醫療補償調查委員會之外，醫師組織也致力減少疏失，但在台灣國情民俗迥異，會不會南橘北枳，值得商榷。

### (一)北歐不責難補償制度用國家稅收支付補償金額，其實是一種救濟制度。

「醫療事故」必須補償醫療受害人，「醫療風險」必須救濟醫療受害人。因為「補償」是一種上位觀念，補償是無關過失、不論對錯情況下都予以被害人補償的意思，所以補償範圍較大，同時包括「過失賠償」與「無過失救濟」兩項，因此醫療事故補償時，其中至少有28%還是因為加害人的過失所引起，加害人不可能不必負擔部份的補償責任，而完全交由全民稅金來負責繳納補償基金。何況發生醫療事故的案件數量龐大，依哈佛大學統計，每100名住院病人有3.7名患者受到醫療傷害，國家稅收恐不堪負荷。

但在醫療風險的救濟方面，都是已確定絕對不是醫師的醫療過失下才予以救濟，何況救濟制度本身都是在配合政府政策的推行，站在公共利益的目的，救濟基金財務由特定利益團體(如藥商或疫苗製造商)危險責任的負擔為主(利之所存，險之所擔)，政府稅收為輔，當然是天經地義。所以北歐不責難補償制度用國家稅收支付補償金額，其實是一種救濟而非補償制度。

衛生署醫事處處長石崇良也同意，北歐是高稅率的社會福利國家，醫療事故補償制度難以複製到其他國家；不過，有鑒於醫療糾紛問題逐年嚴重，衛生署預計今年初試辦「生育救濟計畫」，踏出台灣醫療補償制度的第一步，若試辦成效良好，擬擴大實施，期能健全台灣的醫療體系，共創醫病雙贏。

### (二)補償與救濟不同，補償是絕對責任，救濟

是嚴格責任，但兩者可以相輔相成。

「絕對責任」absolute liability者，指行為人不得以其無過失而免責，而受害人於向行為人求償時，亦無須證明其所受之損害係行為人之過失所導致，針對不可歸責於雙方當事人之危險所造成的損害賠償問題，藉由將風險移轉至行為人，來平衡因危險活動而受益之人與被害人間之權益。即無關過失no fault的重點不在行為人有或無過失，而是不必去證明行為人有否過失下，即予以受害人基本保障範圍內的理賠。所以無關過失之絕對責任，也可說是一種不歸責的不追究責任no blame liability型態，此亦可在日後作為醫界得以建立醫療錯誤通報系統，成立病人安全制度的一項重大法源根據。

「嚴格責任」strict liability者，指的是行為人對於其行為所致的損害，雖如同絕對責任一樣，受害人請求行為人為賠償時亦無需為任何證明，但最大不同在於，行為人得證明受害人所遭受之損害，非出於其之過失，或與其無關，或係不可抗力之事故所導致，而免責。在醫療行為時不可預知醫療意外及預知的醫療不幸所負的「無過失責任」即為一種嚴格責任，一般採取的求償方式是「救濟」，亦即我國的藥害救濟或預防接種受害救濟基金都是採嚴格責任(即結果責任)，而以「救濟」為其求償方式。

在發生醫療事故時，「不論對錯，無關過失」先行給付受害人限額補償金後，若再進一步瞭解該醫療事故是醫療風險所致，確定是「無結果迴避可能性」的醫療不幸(如腹腔鏡

手術有0/3%機率穿刺血管，或抗黴菌藥的肝毒性)或醫療意外(如羊水栓塞或急性麻醉藥過敏反應)，既然知道這些醫療風險是可容許的危險範圍，而且知道不是醫師的過失所引起的醫療事故，站在保護被害人的立場，為了要省下曠日費時的訴訟與鑑定程序，更需要建立救濟制度，早日在事發三個月內發放定額救濟金給受害人，以應付家庭變故，同時也可間接表明，這類的醫療風險並非醫師的過失所造成的傷害，當然不能責備醫師，由此亦可證明補償與救濟制度兩者可以重覆給付，相輔相成而不相斥。

### (三)不責難不同於不論對錯無關過失

「不責難」補償是在保護醫師的行醫環境，避免醫師防衛醫療，而「不論對錯、無關過失」補償則是在即時保障醫療受害人，以應付臨時家庭變故，兩者在建立「醫療錯誤報告」及「病人安全制度」方面的目標相同，但保護客體有異。衛生署最近推出的「生育風險救濟計畫」，強調無論醫療有無過失(醫療風險下醫師應是沒有過失才對)，只要「生育過程」(生產過程才對)發生糾紛，將給付最高兩百萬元，鼓勵醫院與病患和解，本來就是配合我國鼓勵生產的人口政策，目的是為保護產婦冒險生產所付出的代價，針對醫療風險，亦即只要是醫療意外(如羊水栓塞症)或醫療不幸(如新生兒腦麻痺)都給予受害產婦即時救濟的一種社會安全制度。問題是，既然醫療風險就是所謂「可容許的危險」，且確定不是醫師的過失所致，救濟制度本身應該根本「無可責難」，可知不責難補償，不論對錯無關過失補

償與無可責難救濟都不盡相同，但在法律適用上，三者的區隔仍是相當重要的。

也不知道是否政令宣導有問題，社會人士知識份子卻都一直誤解以為生育風險救濟計畫只是在保護產科醫師免責而已，因而嘖有煩言，加上衛生署根據國外研究，發現醫療賠償的精神並不是著重金錢給付的多少，而是在追求真相與道歉，更希望的是醫師能開誠布公跟病人家屬去解釋，醫界人士更不要忘了，兩名北歐學者都強調，北歐制度能夠成功原因在於人民互助。現今我國醫師的公關衛教，民眾的宣導溝通都尚未展開，醫界就汲汲營營冀望一步登天，明目張膽明示要求病家不要責難醫師，即使醫師真的是無過失，但在我國社會目前根深柢固的仇醫情結下，醫改團體的衛道之士肯定更是「是可忍，孰不可忍」，所以即使北歐的不責難(No Blame)制度讓醫師能免於訴訟之苦，也能使病人與醫師之間的互信關係得到增強，但在台灣，要用不責難這個字眼，讓醫師全身而退，雖然立意良好，時機尚未成熟之前冒然提倡，曲高和寡保證一定會被民眾排斥批判到體無完膚，恐怕最後仍是窒礙難行。

### (四)對北歐不責難補償制度之期許

北歐、日本都已建立了無過失醫療傷害救濟制度，讓醫療傷害透明化，蒐集全國資料以統計分析，做為改善、預防的參考，減少再犯機會，也才有機會作制度性檢討，提供國家健保政策改進依據。本次研討會召集人葉光芃醫師即指出：「因為不責難醫師，這種制度可以讓很多問題透明化，但是醫師在不責難以後，他就有義務把所有的事情、所有的醫療傷害誠

實的通報出來，他甚至可以協助病人去通報，那病人跟醫師的關係就很好，兩者互信」。

所以將來若能在不責難的前提下，我國也可仿效北歐建立醫療傷害登錄制度，經委員會審查，只要不是故意的傷害或有道德問題，都給予受到傷害的病患合理的救濟，如我國現行的藥害救濟審查制度就作得有聲有色，日後可將藥害救濟(內科)、預防接種受害救濟(小兒科)、生產風險受害救濟(婦產科)、手術風險受害救濟(外科)、急症風險受害救濟(急診科)、麻醉風險受害救濟(麻醉科)等諸多救濟制度，整合成一個「醫療風險受害救濟基金會」，除了有社會福利國家社會安全制度下的救助功能外，主要還有配合國家政策推行的功效，如預防接種受害救濟是配合政府的防疫政策，生產風險受害救濟是配合國家的人口政策，並兼可避免醫師防衛醫療，改善醫病關係，扭轉醫療生態失衡，化危機為轉機，從而建立起「醫療錯誤通報系統」，貫徹「病人安全制度」的醫療環境，進而達到全民醫療保健的最終目的，這個遠大的理想，仍是值得我們醫界同心協力，努力以赴去追求的。☩