

# 列隊指認程序—臺灣臺北地方法院 99年度醫字第66號民事判決讀後心得

臺北榮民總醫院 內科部臨床毒物科 蔡志奇(實習醫學生) 葛 謹

## 前言

醫師一向以挽救垂危生命及幫助他人為業，自然受到民眾的尊敬。臺灣於1945年前之日本時代，鮮少聽過有醫療糾紛案件，但在資訊爆炸的現代，病家對醫療結果一旦不滿意，經常以上網攫取有利於病患之片面醫療知識，訴諸法庭。臺灣醫師被告頻率在先進各國家中也愈來愈高，臺灣之地方法院2000年至2010年至少有380位醫師被起訴，93人(24.5%)有罪<sup>1</sup>。年輕醫師怎能無憾？臨床毒物科實習時，受命選讀一則醫事法律案件並報告讀後心得。

## 事件經過

甲為長居美國科羅拉多州工作之建築師，未加入我國全民健康保險，民國96年9月12日至我國A醫院接受健康檢查，包含胸部X光片(下稱系爭X光片)檢查。X光片經放射專科的乙醫師判讀後判定為正常。丙醫師負責總結檢查結果，將此結果告知甲。民國98年7月25日，甲因腹痛與發燒至B醫院急診。X光檢查後發現甲胸部縱膈及肺門處有明顯腫塊陰影。再經電腦斷層檢查後發現胸腔有「多發性結節與腫塊和淋巴結腫大」，經穿刺切片病理檢查後診斷為「惡性胸腺瘤」。甲調閱系爭X光片供該醫院參考，B醫院醫師認為當時甲之腫瘤已明顯可見，不應判定為正常。

甲有美國科羅拉多州之醫療保險，故返美接受治療。美國C醫院亦診斷為末期(第四期)胸腺腫瘤。甲經過化學治療使腫瘤縮小後進行大規模切除手術，術後留下後遺症，包括：左胸麻木感、胸骨後疼痛、腹脹而進食困難、體重持續減輕、呼吸短促和聲音沙啞。

## 原告(甲)主張

- 一、甲主張96年當初健康檢查時，若能發現胸部腫瘤應屬初期，五年存活率90%。因醫師乙、丙診斷疏失，使甲至民國98年才被診斷出為「末期胸腺腫瘤」，五年存活率降到25%，為剝奪生存之機會，侵害原告之人格權。其年收入依獨資經營之公司2007年、2008年及2009半年之平均計算，個人年收入為美金\$103,152元，折合新臺幣約\$3,321,494元(兌換率以1比32.20計算)，然因被告之過失，甲生存機會從第1期之90%降低到第4期之25%，即喪失65%之生存機會，每年減少之勞動能力損害應以甲平均年收入65%計算，即2,158,971元(3,321,494x 65%=2,158,971)。96年間健康檢查時年齡為43歲，以勞動基準法第54條規定之退休年齡60歲計算退休年齡，可工作期間共計22年(60-43=17，似應為17年?)，請求一次給付之賠償總額，扣除中間利息，依霍夫曼計算法，所受減少勞動能力之損害為31,470,000元。(2,158,971 x 14.5800 = 約31,470,000)。因此，甲主張其損失如下：因生存機會喪失所減少之收入共31,470,000元、接受治療期間所喪失之收入共4,150,000元、接受治療之費用共5,340,000元、精神賠償2,000,000元，共40,960,000元。
- 二、綜上，甲受有上述之損失僅就其中15,000,000元為請求。
- 三、甲亦主張被告醫師乙、丙受僱於A醫院，A醫院應連帶負賠償責任。

## 被告(醫師乙、丙)主張

- 一、放射科醫師乙認為系爭X光片只能勉強顯示胸部正面第9根肋骨，為甲吸氣不足狀態下拍攝(註：一般吸氣足夠之X光片應能顯示正面第10根肋骨)，且認為系爭X光片上的陰影應為縱膈腔內心臟血管擴大鼓起所造成。故認為在判讀X光片中並無疏失。
- 二、被告醫師丙只是就各專科醫師之判讀結果進行綜合判斷，並未對系爭X光片進行判讀，甲主張醫師丙亦有過失應非正確。
- 三、僅以胸部X光根本無法判斷甲當時是否罹患惡性胸腺瘤，還須仰賴手術及病理切片才可直接確認惡性胸腺瘤侵犯之範圍與期數，是故甲主張因被告乙判讀錯誤致其喪失65%之存活機會應非正確。
- 四、收入可疑：關於賠償方面，被告否認甲有如此高之收入。且不論原告何時診斷出惡性胸腺瘤皆需接受化學治療與手術，其治療費用實與被告無關。
- 五、與有過失：甲在接受健康檢查之後和診斷出惡性胸腺瘤之前，有斷續胸部抽痛或其它不適，然甲未能進一步接受其它診斷和追蹤，顯對於損害之結果亦有過失。

## 兩造爭執點之法院決定

- 一、系爭X片是否為原告吸氣不足之情狀下所拍攝？X光片是否足以作為判讀胸部之用？  
法院囑託D醫院鑑定結果如下：系爭X光片，其曝光、X光強弱、清晰度、病人吸氣程度等拍攝條件，足以作為判讀胸部X光之用；病人接受胸部X光檢查時，並無

吸氣不足之情形。據此，被告辯稱系爭X片為原告吸氣不足之情狀下所拍攝之X光片，為不可採，系爭X光片足供判讀胸部之用，應可以認定。

- 二、醫師乙判讀系爭X光片後為「正常」之認定，是否符合當時醫療水準？被告有無過失？

D醫院：系爭X光片在主動脈弓及主動脈肺動脈窗附近「疑似異常」，異常之可能情形有：肺癌及縱膈腔腫瘤（如淋巴瘤、胸腺腫瘤、畸胎瘤），且無法排除為胸腺瘤初發病灶所造成之陰影，而為心臟附近血管所造成之陰影，可能性不高，系爭檢查報告及系爭X光片判斷原告胸部為正常，並不正確，不符合當時臨床醫療水準。醫師乙實未能善盡其醫療職務上應具備之注意義務，為有過失。

- 三、醫師丙出具系爭X光片為正常之系爭檢查報告，有無過失？

D醫院：醫師丙為兒科主治醫師，固非放射科專科醫師。然依據D醫院判定，判讀系爭X光片為正常之結果，並不正確（「疑似異常」與「不正確」並非相等！），並不符合當時之臨床醫療水準，該臨床醫學水準不應因判讀醫師所屬專科為放射科或兒科而有所差異。據此，醫師丙出具檢查報告已屬醫療行為，而其未能就系爭X光片之判讀結果，於製作檢查報告時再為確認，即遽而援引作為系爭檢查報告內容之一部，自屬有過失。

- 四、醫師乙、丙有上開過失，則甲主張醫師乙、丙之上開過失，致使甲之存活機會降

低而受有損害，是否有理由？

醫師乙判讀系爭X光片為正常；醫師丙亦怠於確認，即出具X光檢查正常之檢查報告。甲因醫師乙、丙之上開過失，未能及時接受進一步檢查，並及早把握治療時機。依據惡性胸腺瘤第1期至第4期之5年存活比率，甲於96年間在A醫院檢查時起，至於98年間於B醫院檢查已為第4期，其存活率減低46%(註：此處存活率減低與原告所提出有所出入乃因引用之分期系統不同)，應堪以認定，甲之存活機率降低，與醫師乙、丙之過失行為，兩者間應具有因果關係。

五、甲發生上開損害，本身是否「與有過失」？

依據檢查報告所載，甲之身體或健康有異常狀況、需門診追蹤者為：骨質密度檢查異常、直腸鏡異常需至一般外科門診追蹤、胃鏡異常需至腸胃科門診，是以甲無從針對肺部為門診追蹤檢查。而甲係於96年間至A醫院健康檢查，後於98年間在B醫院發現罹患惡性胸腺瘤，從而甲縱未於97年間為健康檢查，衡情亦難謂有何違反善良注意義務可言。據此，被告辯稱甲就損害之發生與有過失，為不可採。

六、甲主張為有理由，則得以請求賠償之損害範圍如何？A醫院應否與醫師乙、丙負連帶賠償責任？

1. 法院將甲病前、病後收入差乘上至退休年齡之年數(17年)得出收入損失為3,211,823元
2. 治療期間無收入和醫療費用支出，因

為不論何時診斷出惡性胸腺瘤原告皆需暫停工作接受治療，其所提出之損害應與被告無關。

3. 精神慰撫金：因醫師乙、丙過失，致晚2年始發現罹患惡性胸腺瘤第4期，精神上應承受極大痛苦，非財產上損害2,000,000元，應為適當。
4. 醫師乙、丙均為A醫院之受雇人，執行健康檢查之職務而有醫療過失，致使原告之存活機會降低，A醫院應本於雇用人之地位，連帶負賠償責任，亦屬有據。

判決：醫師乙、丙因醫療過失需賠償甲收入損失3,211,823元和精神上損失2,000,000元，共5,211,823。且A醫院連帶負賠償責任。

### 討論

民事過失種類：最高法院民事判決：「(民事)過失為注意之欠缺，民法上所謂過失，以其欠缺注意之程度為標準，可分為抽象的過失、具體的過失，及重大過失三種。應盡善良管理人之注意(即依交易上一般觀念，認為有相當知識經驗及誠意之人應盡之注意)而欠缺者，為抽象的過失，應與處理自己事務為同一注意而欠缺者，為具體的過失，顯然欠缺普通人之注意者，為重大過失。」<sup>2</sup>本案所可討論者為：「肺部X片之腫瘤異常，是否一般人皆可分辨，或是專業人員方可分辨？」若為一般人皆可分辨，則有「重大過失」之嫌，若是專業人員方可分辨(善良管理人之注意)，則為「抽象的過失」。客觀而言，本文認為：一般未受肺部X片專科訓練之醫師，雖有清晰

可見之異常，一般醫師未必能清楚分辨，何況是一般人。

程序正義：最高法院刑事判決：「刑事實務上之對人指認陳述，乃經由被害人或目擊證人指證確認實行犯罪行為人之證據方法。現行刑事訴訟法雖未明定關於指認之程序，然因指認人可能受其本身觀察能力、記憶能力及真誠性之不確定因素影響，考諸刑事訴訟法第一百五十九條之一至第一百五十九條之三規定被告以外之人所為審判外之陳述，須有可信之情況，始得作為證據之趣旨，是如何由指認人為適當正確之指認，自應依個案具體情形而決定。案發後之初次指認，無論係司法警察（官）調查或檢察官偵查中所為，常重大影響案件之偵查方向甚或審判心證，自當力求慎重無訛，故除被告或犯罪嫌疑人係社會（地區）知名人士、熟識親友、特徵顯著、曾長期近距接觸、現行犯或準現行犯，或其他無誤認之虞者，方得採行當面、單獨之指認外，皆應依訴訟制度健全國家之例，以「真人列隊指認」方式為之，不宜以單獨一人供指認，或僅提供單一照片，甚或陳舊相片，以作指認，更不得有任何暗示、誘導之不正方法，否則其踐行之程序即非適法，自難認已具備傳聞法則例外之可信性要件。」<sup>3</sup>準此，為避免「事後諸葛」之「指認錯誤」，肺部X片是否異常，法庭與鑑定單位應行「真人列隊指認」（The identification parade）程序。

指認程序：最高法院刑事判決：「我國現行法制雖尚無類似「證人指證（認）程序法」，然依法務部及內政部警政署於90年5月與8月頒布之「法務部對於指認犯罪嫌疑人程

序要點」、「人犯指認作業要點」及「警察機關實施指認犯罪嫌疑人程序要領」中之規定，於偵查過程中指認犯罪行為人，應採取選擇式之真人列隊指認，而非一對一、是非式的單一指認；其供選擇指認之數人在外形上不得有重大的差異；實施照片指認，不得以單一相片提供指認，並避免提供老舊照片指認；指認前應由指認人先陳述嫌疑人的特徵、不得對指認人進行誘導或暗示等程序，作為檢警偵查人員於指認犯罪行為人所應遵循之規範，以提高案發之初所為指認之正確度，並避免發生指認錯誤，造成錯判冤獄。」<sup>4</sup>本案96年之X光是否有清晰可見之腫瘤異常，不應以單一相片提供鑑定醫師指認，本文建議法庭與鑑定單位應比照警政署「人犯指認作業要點」：「實施照片指認，不得以單一相片提供指認，並避免提供老舊照片指認，…不得對指認人進行誘導或暗示等程序。」衛生署應將此X光片混於相似之照片中進行「列隊指認」程序，方符公平正義原則<sup>5</sup>。如果鑑定人員在醫療案件上能將心比心討論事實，認真踐行指認程序，或許醫師被定罪的次數會減少，讓大家的工作壓力都能與英、美等國相同，不也是一件好事嗎？

### 參考文獻

1. 劉邦揚：我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000年至2010年。科技法學評論；2011：8(2)：257-294.
2. 最高法院42年台上字第865號民事判決。
3. 最高法院95年度台上字第1172號刑事判決。
4. 最高法院95年度台上字第5707號刑事判決。
5. 葛謹：臺灣醫師制度與醫療糾紛案例評釋。臺北，元照，2011，155-175頁。⊕