

系統性錯誤的醫療糾紛

一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

高添富婦產科診所 高添富

報載「醫蹺班，婦痛8小時枉死，不用9次求救」，婦人吳○○上月初因腹痛到高雄○綜合醫院就醫，住院9天後開刀，才確診是卵巢膿瘍。吳女術後被推往病房休息，但她疼痛不堪，足足哀號8小時，其間吳母9度向護理站求救，護士回說：「打了5次電話，醫師都不來。」，她從晚上8時起不斷衝到護理站，請求找醫師為女兒看診，但護士說：「打了5次電話，醫師都不來。」，任由一名無醫師執照的實習醫師在電話中「隔空」開藥3次，8小時中沒有任何醫師去診察，其間女兒腹部引流管持續流出血水、喘不過氣，直至隔天凌晨3時54分，她共到護理站求救9次，護士只來給過3次藥，都無醫師探視。吳母最後眼睜睜看著愛女沒了氣息¹。

一系列的系統性錯誤

問題來了：

- 一、吳女11月5日晚上腹痛到○綜合醫院急診，醫師表示有腹水與腸沾黏情況，留院了9天，醫院做斷層、胃鏡檢查與用藥，都找不出病因，病況未改善，於是安排13日下午1時開刀，手術到下午5時許，主刀婦產科醫師李○○捧出吳女的卵巢，吳母才知女兒因膿瘍被切除卵巢，晚上7時45分，吳女被推到一般病房。
- 二、吳女術後身體不適，吳母9度向護理站求救，護士回說：「打了5次電話，醫師都不來。」卻一直等不到醫師診治，任由一名無醫師執照的實習醫師在電話中「隔空」開藥3次，8小時中沒有任何醫

師去診察。

- 三、吳女的值班主治醫師吳○○表示全不知情，吳女術後到送加護病房急救的8個小時中，護理站與實習醫師都未向他報告病況，他未接獲病情通知也沒開藥，直到吳女被送進加護病房急救才被告知。
- 四、○綜合醫院副院長陳○○表示，護理站曾多次打電話通知值班女實習醫師到病房，但她沒到場，將開檢討會議要求她說明。依該院流程，若病人反映不適，護理站先報告值班實習醫師，值班醫師再視病人病情複雜度，評估是否需回報主治醫師。
- 五、衛福部護理及健康照護司司長鄧素文指出，現行法規並無要求若住院病人反映有不適，護理站人員需報告值班主治醫師，這是授權各醫院自主管理。
- 六、記者詢問陳副院長，實習醫師是否違法開藥？開藥前是否也沒向值班主治醫師吳○○報告？副院長只強調實習醫師壓力很大，請手下留情。衛生福利部發言人王哲超指出，無醫師證書的實習醫師僅可在合格醫師指導下開藥，否則涉違反《醫師法》，最高可處5年徒刑。

醫院管理上制度問題

其實整體說來，這一系列的錯誤，包括一、開了四小時的大手術後為什麼病人不送進加護病房觀察？二、為什麼護士打了5次電話，醫師都不來診察？當作是手術後傷口痛，只用電話詢問護士病情後就直接口頭醫囑開處方？三、主治醫師為什麼推說全不知情？值班主治醫師不需要主動瞭解重症開刀後的病人病情

嗎？四、若實習醫師不到場或到場也不會處理或處理錯誤，對病人有何助益？該院有針對實習醫師無法處理時，應如何回報主治醫師的標準作業流程嗎？五、該院標準作業流程中是否有規定，若實習醫師不到場或無法處理時，當班護士可以報告值班護理長，或直接通知值班主治醫師到場嗎？六、實習醫師口頭醫囑開處方，或要護士依手術主治醫師的術後止痛常規用藥，這樣實習醫師就犯了密醫罪了嗎？

綜觀以上這六項疑點，即可知這全部都是一個系統性錯誤，不只是涉及醫療團隊，護士、實習醫師及主治醫師之間的問題，而且是整個醫院管理上制度問題，導致吳女的死因可能是「不排除失血過多」，或也可能是卵巢膿瘍手術時，細菌進入傷口的血管而造成敗血性休克，術後本來就需嚴密監控，豈只是因為一位實習醫師未能三番兩次去多探視病人的關係？而最後竟就把病人的死亡責任完全推給是因為實習醫師的不作為，最後又因實習醫師口頭醫囑術後止痛常規的止痛藥，而被按上有密醫罪之嫌的大帽子！

什麼叫作系統性錯誤？

醫療糾紛時，因行為者違反注意義務，應注意，能注意，而未注意而有疏失責任，固由行為者負擔刑民及行政責任，但有時醫療糾紛並非醫療團隊中之一人所為，或只是因為醫院管理，醫療政策或醫療資源問題，如人力或病床不足，照顧不週所造成的醫療糾紛，統稱為「系統性錯誤」。在醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案第三條「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。」，立法理由是：第四款所稱系統性錯誤，其案例如，一百年國立臺灣大學醫學院附設醫院及國立成功大學醫學院附設醫院發生誤將感染人類免疫缺乏病毒器官用於手術移植之事件(HIV錯誤移植事件)。所以醫療政策包括健保、評鑑制度的錯誤，如因為健保不給付灌食包，連媽祖醫院必須克難方式用點滴袋代替灌食包也算是系統性錯誤，又如護士人手不足，推病人上下電梯去作檢查都是家屬自己的事，有時見到六七十歲老人在吃力的推動六七十歲病人的輪椅，萬一出事又有責任問題，追根究底這就是系統性錯誤所造成的醫療不良結果。而實習醫師或住院醫師在教學醫院學習或接受臨床訓練時，甚至醫事人員在執行醫療輔助行為時，若因主治醫師的指導或指示下出了醫療疏失，因為教學是屬於教學醫院的任務之一，所以也是系統性錯誤，應該由醫院負責，而不應該推由個人來承擔醫療疏失的責任。

醫師教學出問題是系統性錯誤

就是因為教學醫院有教學義務，主治醫師必須負起教學及訓練的課程，不論是實習醫師，住院醫師或其他醫事人員都必須在主治醫師的指導或指示下，執行醫療主要行為或醫療輔助行為，若被指示或指導者發生醫療疏失時，因係系統性錯誤，醫療糾紛的責任應由醫院全權承擔，而非推諉給負責教學之主治醫師或甚至被指導者的實習醫師，或被指示者之住院醫師，如此才能化解主治醫師與住院醫師的對立，加強醫院管理及醫療風險管理制度。

事實上早先年，醫療臨床教育採師徒制，住院醫師在醫院教學計劃內拜師求藝，而由主治醫師傾囊相授。在早期，凡實習醫師或住院醫師所患下的任何醫療疏失，蓋由身為指導者的主治醫師承擔，實習醫師或住院醫師只是主治醫師的使用人或左右手，出了醫療糾紛不但必負責，甚至也都不需出面認錯，一概由主治醫師出面承擔全部責任。近年來因刑法追究行為者之刑事責任，逼得實習醫師或住院醫師都必須出面認錯或作為刑事訴訟的被告當事人，有違醫界師徒制的倫理與擔當，才有系統性錯誤的名詞出現，轉由承擔教學責任的醫院當局承擔實習醫師或住院醫師醫療糾紛時的責任，可說其來有自：

一、教學醫院有教學義務

依醫療法第 6 條第一項第一款：「本法所稱法人附設醫療機構，係指下列醫療機構：一、私立醫學院、校為學生臨床教學需要附設之醫院。」

第 7 條：「本法所稱教學醫院，係指其教學、研究、訓練設施，經依本法評鑑可供醫師或其他醫事人員之訓練及醫學院、校學生臨床見習、實習之醫療機構。」

第 96 條：「教學醫院應擬具訓練計畫，辦理醫師及其他醫事人員訓練及繼續教育，並接受醫學院、校學生臨床見習、實習。前項辦理醫師與其他醫事人員訓練及接受醫學院、校學生臨床見習、實習之人數，應依核定訓練容量為之。」

其中辦理醫師及其他醫事人員訓練及繼續教育，指的是住院醫師及護理師，藥師及檢

驗師等的訓練，而接受醫學院、校學生臨床見習、實習之人數指的是實習醫師及見習學生。

二、實習醫師的角色

實習醫師是指在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。實習醫師本身並無醫師執照，雖未取得合法醫師資格，若擅自執行醫療業務者，本應處六個月以上五年以下有期徒刑，得併科新臺幣三十萬元以上一百五十萬元以下罰金，其所使用之藥械沒收之。但實習醫師因符合醫師法第 28 條第一項第一款：「一、在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校學生或畢業生。」所以不是密醫，不罰。

本案實習醫師口頭醫囑「術後止痛常規」的止痛藥，雖屬「未取得合法醫師資格，若擅自執行醫療業務者」，但實習醫師是在中央主管機關認可之醫療機構，於醫師指導下實習之醫學院、校畢業生，即使並非當場指示下執行醫療業務，也符合不罰的情形，絕對不該當密醫罪的成立要件。

三、住院醫師的角色

住院醫師指有執照執業登記的醫師，只因臨床經驗或專科知識不足，必須在教學醫院依擬具訓練計畫，接受臨床訓練及繼續教育者，住院醫師並非無照密醫。

在醫院擔任住院醫師的工作包括括獨自值班，在病房除了巡視病房，詢問病人病情、填寫醫囑單。在急診必須初步處理病危或急診患者，判斷應否通知急診總住院醫師或主治醫師，請教進一步處理方式等之醫療業務之事實。

原則上，住院醫師本身是不負醫療責任的，患者致死或致重傷害的責任全由其負責訓練的主治醫師所承擔。主治醫師在接獲住院醫師或總住院醫師之病情報告後，可以自由決定授權住院醫師手術、接生或辦住院觀察。住院醫師好像是主治醫師的工具，執行主治醫師的指示，所以在醫學傳統行規中，住院醫師是不負任何醫療責任的，因為他本身仍在受訓練階段，算是助手，其專業能力仍不夠獨當一面，必須由其負責訓練的上級的直屬指導主治醫師負完全責任並出面頂罪，所以被起訴，住院醫師也沒有責任。即使住院醫師沒依照指導醫師的意思作，或若他弄錯了執行錯誤或發生意外，還是主治醫師要負全部責任。

醫學上的訓練學習很多時候是必須從錯誤中成長，沒有訓練就沒辦法進步，所以住院醫師要跟主治醫師關係非常密切，亦師亦父，工作上一定要隨時報告狀況，互相研究切磋。因之住院醫師被要求的只是：1.住院醫師緊急處置是否得當？2.住院醫師有否向上級報告？已足。

四、適用個別化理論：對於不同行為能力的人，適用不同的注意義務判斷標準

司法院大法官解釋第 656 號許大法官玉秀提出之部分不同意見書認為，住院醫師法律責任適用個別化理論。刑事法理論上，有所謂個別化理論，對於不同行為能力的人，適用不同的注意義務判斷標準，我國刑事實務上，對於醫療過失，已經有依據專業能力高低，決定注意義務高低的案例出現。例如從超音波判斷孕婦是否有植入性胎盤現象，或是雙腿膝關節手

術是否同時進行，可能依照不同的注意義務標準，認定大型醫學中心、區域醫院及地區醫院的醫師有無過失。

自行為人能力的定位來說，「個別化理論」認為法定規範作為行為指導規範，具有誘導行為人依法行為的誘導功能，但規範的誘導功能取決於受規範對象個人的能力，這裡的能力指的是認識危險和避免危險的能力，是專技能力，智能等混合而成。若行為人能力低於一般人，在一般人違反注意的行為已具備構成要件不法，但行為人造成風險的行為仍不足構成不法，但如果行為人明知自己能力低於一般人，仍率然行為，則屬「超級承擔」，已滿足構成要件不法，而不能排除罰責。如行為人能力高於一般人，則同樣的行為對一般人而言還未違反義務構成不法，但行為人行為已具有構成要件不法。「個別化理論」就是放棄客觀義務違反性的標準，包括外在注意和內在注意義務，而以行為人個人對結果的認識能力，決定行為人有「違反認識義務」（內在注意），亦即行為人不法的標準，就是行為的安全標準²。

即對於不同行為能力的人，適用不同的注意義務判斷標準，而即使是實習醫師或住院醫師的錯誤，固然也是醫療機構之主治醫師監督不周，為醫療機構作業問題，所以說實習醫師或住院醫師醫療行為出問題就是系統性錯誤，根本是醫院管理，甚至是醫療政策錯誤的問題，至少教學醫院都要有計畫教導實習或住院醫師完整的一套標準作業流程SOP，實習或住院醫師一遇有臨床問題就要往上通報，把責任往上推給主治醫師，甚至護理人員也有警覺，

除通知第一線的實習醫師或住院醫師，若未獲適當回應就可透過值班護理長，或直接向上級住院醫師或主治醫師報告病人的危急狀況，要求主治醫師迅速過來處理，並非說護士已打過幾通電話就算交差了事，即使病人或家屬再來叫八次九次也都置若罔聞愛莫能助，何況行為能力的問題，即使提早叫住院醫師或主治醫師來處理也沒用，怎麼可能要叫一名小實習醫師來承擔最後的責任？

系統性錯誤的法律責任

即使是實習醫師或住院醫師的錯誤，固然也是醫療機構之主治醫師監督不周，為醫療機構作業上系統性錯誤的問題，所以也符合醫療契約不履行之責任要件，正如醫療風險不是醫事人員的過失，但因與病人簽訂醫療契約的當事人是醫療院所，若醫療契約有給付不全或不完成給付，且不可歸責債務人時，醫院仍必須負擔起契約不履行的民事賠償責任，換句話說，實習醫師問題訓練不精督促不週，就是醫院制度系統性的錯誤問題，就必須由醫院來承擔契約不履行的賠償責任。

一、系統性錯誤指的是醫院本身的問題，並非醫事人員個人的錯誤

針對立法院公報第102卷第5期委員會紀錄2212頁系統性錯誤：指因醫療機構之組織、制度、決策或設備等機構性問題，致醫療行為發生之不良結果乙案。陳委員節如質問：那「系統性錯誤」指的是醫院本身的問題嗎？許處長銘能回覆：指因醫院本身的制度、法規、設施、設備或決策過程中造成的傷害，這並非醫事人員個人本身的錯誤，所以我們的醫療風險

補償金中也包括醫療機構要繳交的部分，不全然只有醫事人員。可知系統性錯誤指的是醫院本身的問題，並非醫事人員個人的錯誤

二、醫療糾紛大都是醫療團隊責任

其實醫療行為有所不當時，往往也大都是醫療團隊之責任，而並非單獨一位住院醫師所能承擔。如最高法院99年台上字第1064號判決有一民事裁定案例曰：「本件被上訴人前往上訴人急診室就診時，僅由甫取得醫師執照3個月之醫師傅○○處理，未提供資深醫師支援急診服務，而因傅○○判讀X光片時，未能診斷出被上訴人舟狀骨骨折之症狀，致被上訴人延誤治療而造成傷害。上訴人屬教學級之醫院，應對急診病患提供完善之醫療服務，對被上訴人是否有骨折應予相當之注意，其醫師人力調度雖屬合法，但就被上訴人車禍骨折急診醫療契約之履行，其給付尚不符債之本旨，自應負債務不履行之損害賠償責任。」。

本判決要旨即表明：「按醫療契約係受有報酬之勞務契約，其性質類似有償之委任關係，醫院既應負善良管理人之注意義務，自應依當時醫療水準，對病患履行診斷或治療之義務。故為其履行輔助人之醫師或其他醫療人員（即醫療團隊）於從事診療時，如未具當時醫療水準，或已具上開醫療水準而欠缺善良管理人之注意，因而誤診或未能為適當之治療，終致病患受有傷害時，醫療機構即應與之同負債務不履行之損害賠償責任³。

三、系統性錯誤時，病家可以告醫院

所以說，醫療糾紛時病家要想獲得足夠的民事賠償金額，最好不要告醫師，尤其是醫

療事故中的「系統性錯誤」時，實習醫師或住院醫師並無過失，無法成立醫師的侵權行為責任，求償無門，還不如直接依醫療契約不履行，向醫院求償，反而容易達到損害填補的目的。

在日本，醫療糾紛大都控告醫院而不告醫師，正是因為要證明醫師有過失或違反保護他人之法律，談何容易。除非台灣醫院的醫師在開刀房手術時，也要學美國一樣全程錄影存證，方能證明醫師手術時已善盡職責絕無疏失，而資訊透明化下讓病人也能瞭解手術過程的真相，才能說真正的醫病資訊權平等，何況今日台灣醫界在健保醫療公社制度下，醫師早已苦哈哈擠不出油水，而財團或公私立醫院財大氣粗，許多金主也都知道投資醫院診所這條撈錢管道，深口袋裡是麥克麥克，告倒醫師導致破產，病家不過只是紙上富翁，無分文可取，所以只有告醫院才有實質利益。

加上病家控告作為簽訂醫療契約當事人的醫療院所的契約不履行責任，包括「不完全給付」或「加害給付」時，舉證證明無故意過失的責任在院方，也就是說醫院本身必須證明醫院在履行醫療契約的醫療行為及醫院管理上時並無故意過失，不像要告醫師有侵權行為責任時，必須由病家自己舉證證明醫師的醫療行為有故意或過失的事實證據，資訊權不平等下當然難如登天，何況告醫院是對事不對人，因為不是針對醫師本人，並不會因此破壞醫病關係。

所以可以說，告醫院契約不履行責任有以下幾點優勢考量：1.醫院有錢，不怕醫院破產

或脫產。2.不會破壞醫病關係。3.用契約不履行賠償責任，舉證無過失責任在院方，舉證之所在敗訴之所在。4.醫院沒有刑事責任，病人專心用契約責任民事求償，反而更有勝算。5.即使醫療風險事故時，醫師可以免責，醫院仍要負其他不完全給付的契約責任。6.即使病家取得醫療風險受害救濟基金救助，並不妨礙醫院契約不履行的民事賠償請求權⁴。

總之，日本實務運作上，從昭和40年代（約1965年）開始盛行主張債務不履行損害賠償請求權。時至今日，日本的醫療事故訴訟中，原告大多主張被告（醫師或醫療機構）應同時負擔兩種責任，以增加勝訴之機會。反觀在台灣的醫療判決中，針對醫療契約當事人醫院的債務不履行的請求權主張卻極為少見，絕大部份的訴訟標的仍然只有以醫師為被告的侵權行為損害賠償請求權，不但求償無門或無實質利益，而且對人不對事，不但嚴重破壞醫病信任關係，反而促使醫師紛紛際起防衛醫療，避重就輕亦非國民健康之福，所以針對系統性錯誤，病家更應該考慮只告醫院，不要告醫師的現實選擇。

結語：病人安全制度

其實醫療行為有所不當時，往往大都是醫療團隊之責任，而非單獨一位實習或住院醫師所能承擔，何況即使是實習醫師或住院醫師的錯誤，在教學醫院中固然也是醫療機構之主治醫師監督不周，指導不力的責任，但與整個醫療機構之組織、制度、決策或設備等機構性問題更有關係，亦即在醫療機構作業上系統性錯誤，包括醫療風險管理機制，緊急通知的流程

與備案，醫護人員應變能力的訓練等之缺失才是導致醫療行為發生不良結果，造成病人傷害的主要原因。

如果台灣醫界仍要進步，仍要訓練培養年輕醫師，尤其大家一蜂窩避重就輕跑去醫美科時，對有心學習外科或生產技術的人材，更要有充分的習機會與風險保障。至少針對系統性錯誤，明白指出並非醫事人員個人本身的錯誤，所以不要在追究實習醫師或住院醫師個人責任上窮追猛打，而是要針對立法理由所說應對醫療機構之組織、制度、法規、設備或決策過程中的不當等機構性問題所造成的傷害，作一個全盤性的評估與改進，在醫療風險救濟亡羊補牢之外，更能進一步達到維護病人安全制度的最後目的。

參考資料

1. 醫院失職，善心女枉死！蘋果日報【吳慧芬/高雄報導】2013年12月07日。
2. 許玉秀：探索過失犯的構造—行為人能力的定位，主觀與客觀之間，收錄於春風煦日論壇—刑事法叢書系列196頁，1997年9月。
3. 黃麟倫：從法院實務看醫療過失之認定，2011/10/12台北市醫師公會演講內容參照。
4. 高添富：醫療糾紛時病家可以不要告醫師只告醫院，台北市醫師公會會刊。2013；57(1)：22. ㊦

