

計畫編號:DOH80 - HI - 13 1-

行政院衛生署八十年度委託研究計畫

┌  
| 醫療糾紛對醫療成本之影響: |  
| 臺灣西醫師的實証研究 |  
└

研究報告

執行機構：中華民國神經學學會 計畫主持人：陳榮基

研究人員： 謝啟瑞

執行期限：民國八十年七月一日至八十一年六月三十日

\*\*本研究報告僅供參考用，不代表本署意見\*\*

醫療糾紛對醫療成本之影響：臺灣西醫師的實証研究

計畫主持人：陳榮基

台大醫院神經科教授

研究人員：謝啟瑞

中央研究院經濟研究所助研究員

研究助理：朱惠玲 鄭嘉慧

1- 行政院衛生署八十年度委託研究計畫

民國八十一年六月三十日

醫療糾紛對醫療成本之影響：臺灣西醫師的實証研究

## 摘要

本研究係利用抽樣問卷調查的方式,蒐集臺灣醫師實際醫療糾紛經驗的資料,以評估醫療糾紛對整體醫療成本的實際影響程度。

本研究的問卷調查結果,共得有效問卷 1,131 份,有效回收率為百分之十八。在回收率稍微偏低的情行下,本文並無法完全排除樣本代表性不足的可能。惟在了解本文樣本資料的可能缺失之後,本文分析所提供的的第一手資料與詳細的實証估計結果,仍然有許多有價值的發現。首先,由樣本資料的分析結果顯示,有百分之四十四的醫師,在其執業生涯中,曾經有過醫療糾紛的經驗。而在最近五年內,則有百分之二十六的醫師,曾經遭遇到醫療糾紛。另外,有百分之十一的醫師,在過去一年裡,曾經遭遇醫療糾紛。以此推估母體,可得知台灣地區在過去一年裡,共有 2,151 位醫師曾經遇到醫療糾紛。同時,根據醫師所遇到的醫療糾紛次數加權得出,台灣地區在過去一年(民國八十年),共發生 2,781 件醫療糾紛。上述結果,係反映全體醫師的平均醫療糾紛頻率。而若以醫師的特性加以區分,則其間就有很大的不同。本文的迴歸分析結果顯示,若以醫師整個執業生涯來看,醫療糾紛發生機率較高的醫師,主要具有下列特性:(1)年紀大;(2)男性;(3)執業科別為外科、婦產科、骨科與麻醉科;(4)高所得;(5)以檢覆考試取得資格,並具有專科醫師證書。

其次,若以醫療糾紛解決的方式區分,醫師與病人雙方自行和解,或透過中介機構(或人士)調處和解,病人因此獲得金錢補償的案件約佔百分之四十二。而透過司法訴訟解決的案件,則只佔一成左右,其餘的則是病人放棄或撤回的情形。而在訴諸法庭判決的醫療糾紛案件中,則以刑事訴訟的案件較多。同時,病人在法庭勝訴的機率甚低,約只有一成左右。

至於獲得金錢補償的醫療糾紛案件,其平均補償金額只有二十三萬元。根據此一平均補償金額,乘上病人獲得補償的機率與醫療糾紛案件的總數,可得出台灣在過去一年內,醫師花在補償病人醫療傷害的支出,約為二億七千萬元,平均每位醫師負擔 13,690 元。除了金錢補償的損失之外,醫師為處理醫療糾紛案件所花費的處理成本,平均每件約為十三萬元。利用此一結果可估計出,台灣地區在過去一年

裡，醫師為處理醫療糾紛所花費的時間成本、請託(或訴訟)費用與律師費等，約為三億七千萬元，平均每位醫師花費 18,535 元。上述分析結果顯示，台灣地區的醫師為醫療糾紛案件所花費的每一元支出中，只有約四角是用於補償病人損失的支出，而其餘的六角則是所謂的交易成本。上述經驗顯示，現行醫療糾紛處理制度是一個相當「昂貴」的制度，有許多資源浪費的情形。

另一方面，現行的醫療糾紛處理制度，亦確實已對許多醫師的執業行為產生影響。本文的調查結果發現，有百分之七十四的醫師，在過去一年內，因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而保持較完整的病歷資料。而因此增加檢驗項目或治療程序的醫師，則有百分之六十八，因此增加病人複診次數的醫師，則有百分之五十七。另外，亦有約六成的醫師，則會增加每次診病的時間。而在上述四種情形之中，至少有一種以上行為改變的醫師，則高達百分之八十七。此外，有將近四成的醫師，以減少門診的次數和時間，來避免醫療糾紛的困擾。而以減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來避免醫療糾紛困擾的醫師，則高達八成。同時，迴歸分析的結果發現，醫師過去一年所遭遇的醫療糾紛經驗，對醫師的防禦性醫療行為傾向，具有顯著的解釋能力。而曾被病人採取「自力救濟」方式騷擾的經驗，亦是造成醫師採行防禦性醫療行為的主要原因。

綜合上述分析結果，臺灣地區的醫療糾紛發生率，已不再是一個零星或偶發的現象。同時，現行以「過失責任」為基礎的醫療糾紛處理制度，在實際運作時，亦已產生許多缺失，諸如浪費資源、病人不易獲得補償與干擾醫師的執業行為等皆屬之。因此，改革現行制度，建立一個有效率的醫療糾紛處理方式，給予病人公平的補償，並避免干擾醫療體系的正常運作，應是政府所應努力的方向。

# 目 錄

	頁數
圖次	v
表次	vi
第一章 前言 .....	1
第二章 醫療糾紛對醫療成本影響的理論分析.....	4
第一節    醫療傷害賠償與醫療成本.....	4
第二節    防禦性醫療行為的經濟分析.....	10
第三節    本章小結.....	13
註釋 .....	14
第三章 國外實證研究的發現.....	15
第一節    美國醫療傷害賠償對醫療費用的影響.....	15
第二節    醫師執業行為改變的影響.....	18
第三節    本章小結.....	23
註釋 .....	24
第四章 實證資料來源說明.....	25
第一節    問卷設計.....	25
第二節    抽樣訪問方式.....	27
第三節    問卷調查結果.....	28

第五章 臺灣醫療糾紛問題的統計分析·····	32
第一節    醫療糾紛的頻率·····	32
第二節    醫療糾紛案件的特性·····	39
第三節    醫療糾紛的間接損失成本·····	52
第四節    醫師的防禦性醫療行為·····	60
第五節    本章小節·····	
註釋    ·····	
第六章 計量方法與實証估計結果·····	65
第一節    醫療糾紛頻率的計量分析·····	65
第二節    醫療糾紛補償金額的計量分析·····	73
第三節    防禦性醫療行為的計量分析·····	78
第四節    本章小結·····	85
第七章 結論與建議·····	87
參考文獻·····	93
附錄	
附錄一 簡介醫療糾紛問題的研究計畫·····	
附錄二 專家討論會出席人員名單及會議記錄·····	96
附錄三 致醫師信函·····	
附錄四 醫療糾紛發生原因的分類及其次數分配·····	99

## 圖次

	頁數
圖一 過失責任制度下，醫師的成本函數.....	6
圖二 不確定情況下，法院所定最適醫療標準的機率分配.....	7
圖三 醫療市場的轉嫁機能.....	9

## 表次

	頁數
表一 美國醫師執業行為改變的比率及其對醫療成本的影響·····	21
表二 醫師問卷調查表·····	
表三 樣本特性分析及適合度檢定·····	30
表四 醫療糾紛頻率與醫師的特性·····	36
表五 臺灣地區醫療糾紛案件樣本的特性分析·····	43
表六 醫療糾紛案件的補償金額分配·····	46
表七 醫療糾紛補償金額與醫療糾紛案件特性·····	50
表八 醫療糾紛案件的間接損失成本·····	53
表九 醫療糾紛平均間接損失成本與醫療糾紛案件的特性·····	54
表十 病人「自力救濟」對醫療糾紛處理結果的影響·····	56
表十一 防禦性醫療行為的頻率及其對醫療成本的影響·····	60
表十二 防禦性醫療行為的頻率與醫師的特性·····	62
表十三 估計醫療糾紛頻率的解釋變數·····	68
表十四 醫療糾紛頻率的迴歸式—Probit 模型·····	71
表十五 估計醫療糾紛補償金額的解釋變數·····	74
表十六 醫療糾紛補償金額的迴歸式·····	77
表十七 防禦性醫療行為傾向的迴歸式—Probit 模型·····	81



## 第一章 前言

近年來，台灣的醫療糾紛案件已有日益增加的趨勢。謝啟瑞(1991a)的研究即指出，近四年來，平均每年透過法院判決的醫療糾紛案件高達 128 件，較民國六十年代的平均每年件數，增加將近一倍。若再加上醫師與病人私下達成庭外和解的案件，則實際上台灣每年發生的醫療糾紛案件，將是數倍於上述數字。而這些日益增加的醫療糾紛案件，會對現行醫療體系產生何種影響，以及其影響的程度如何，就成為各界所關注的問題。

事實上，醫療糾紛的增加，除了破壞傳統一向和諧的醫師與病人關係之外，對醫療體系最明顯的衝擊，即是將助長醫療成本上漲的壓力。在現行醫療過失責任制度之下，醫師必須對因其醫療過失，所造成病人醫療傷害的損失，負擔補償責任。因此，日益增加的醫療糾紛案件，將使醫師補償病人損失的成本增加。同時，因為法院並無充分的資訊，使決定醫療責任的過程有很大的不確定性，醫師可能必須花費許多時間與金錢，來解決其與病人之間所產生的爭議，或進行訴訟。另外，醫療責任的不確定性與日益增加的醫療糾紛，也有可能對醫師形成一種潛在威脅，進而迫使有些醫師採行「防禦性」的醫療行為(defensive medicine)，以求自保。例如：醫師為避免將來官司纏身，在治療過程中儘量增加檢驗的項目或增加病人複診的次數；同時對於發生醫療傷害風險較高的病人，如急診的病患或病況複雜的病人，則儘可能將其轉診。除此之外，醫療糾紛的增加也有可能迫使醫師改變執業科別或地點，或甚而退出執業。

從上述分析可知，日益增加的醫療糾紛案件，對整體醫療成本的可能影響主要有下列四項：(1)醫師補償病人損失的直接支出；(2)醫師處理醫療糾紛問題所造成的時間損失與其它費用支出；(3)醫師採行防禦性醫療行為所增加的醫療支出；(4)醫師執業行為改變，可能影響某些病人就醫的機會。上述第一項與第二項影響，使醫師的執業成本增加，但透過醫療市場的轉嫁機能，最後有部份成本將以提高醫療費用的方式，由消費者承擔。而第三項影響，則會直接造成消費者醫療支出的增加。最後一項的影響，則減少某些特定病人的就醫機會，進而間接影響到這些病

人的就醫成本。

現行國內執業醫師，每年所支付的醫療傷害補償金額，究竟有多少，尚未見到有系統的研究。主要是因為大部份的醫療傷害補償，皆是透過雙方私下和解的方式達成，所以不易獲得研究所需的資料。而有關國內醫師的執業行為，是否因醫療糾紛問題而有所改變，至今亦尚無人進行類似的研究。同時，在政府即將實施全民健康保險制度的前夕，我國現行醫療糾紛處理制度，如何因應調整，就成為各界所關切的議題。為了比較現有制度與其它替代制度的優缺點，以提供政府決策的參考，研究現行制度下，醫療糾紛問題對醫療成本的影響，就顯得格外迫切和重要。

本文的目的，即是探討醫療糾紛問題對醫療成本的可能影響管道，並針對臺灣西醫師的實際醫療糾紛經驗，進行實証估計，以評估臺灣西醫師的醫療糾紛對整體醫療費用的真正影響程度。本文共分七章。第二章將先從理論上探討醫療糾紛對醫療成本的各種可能影響，以做為實証分析的基礎。第三章則利用文獻回顧的方式，說明國外已有的實証研究及其主要發現。第四章說明本文實証資料來源。本文將利用郵寄問卷調查表的方式，對國內執業的西醫師進行抽樣問卷調查，以搜集國內的醫療傷害賠償資料、醫師的防禦性醫療行為傾向、以及醫師個人的其它相關資料，供研究醫療傷害賠償對整體醫療費用影響之用。同時，本章亦將進一步探討抽樣調查所得樣本資料之特性，並與母體資料相對照，以驗證樣本資料的可靠性。

第五章則對問卷調查所得的資料，進行統計分析。分析的重點包括醫師的醫療糾紛發生率、平均補償金額及醫師的防禦性醫療行為傾向。本章的分析結果發現，有百分之十一的醫師，在過去一年裡(民國八十年)，曾經遭遇到醫療糾紛。以此推估母體則顯示，臺灣地區在過去一年裡，共有 2,151 位醫師曾經遇到醫療糾紛。同時，根據醫師所遇到的醫療糾紛次數加權得出，臺灣地區在過去一年內，共發生 2,781 件醫療糾紛。而從問卷調查所獲得的醫療糾紛案件樣本顯示，透過和解或調處，病人因此獲得補償的案件約佔百分之四十二。而透過司法訴訟解決的案件，則只佔一成左右，其餘的則是病人放棄或撤回的情形。至於獲得金錢補償的醫療糾紛案件，其平均補償金額只有二十三萬元。根據此一結果，可得出臺灣在過去一年

裡，醫師花在補償病人醫療傷害的支出，總計約為二億七千萬元，平均每位醫師負擔 13,690 元。而醫師為處理醫療糾紛所花費的時間成本，請託(或訴訟)費用與律師費等，總計高達三億七千萬元，平均每位醫師花費 18,535 元。另外，本章的分析結果亦發現，醫師採行防禦性醫療行為的現象甚為普遍。

第六章則進一步利用經濟計量模型，估計影響醫師遭遇醫療糾紛的機率、補償金額與防禦性醫療行為傾向的因素。本章的估計結果發現，年紀愈大、男性、高所得及執業科別為外科、婦產科、骨科與麻醉科的醫師，其在整個執業生涯過程中，遭遇醫療糾紛的機率較高。而補償金額較高的醫療糾紛案件，則有下列特性：(1)病人死亡；(2)因藥物或治療過程的不良反應所造成的醫療傷害；(3)醫師的執業場所是在醫院。至於在防禦性醫療行為方面，則以過去一年曾經遭遇醫療糾紛經驗、曾被病人採取「自力救濟」的方式騷擾，以及年輕的醫師，較傾向於採行防禦性的醫療行為。

最後，第七章則總結本文的研究成果，並申論本文研究發現的政策含意，供政府參考。本文的研究結果發現，現行以「過失責任」為基礎的醫療糾紛處理制度，是一個非常「昂貴」的制度，每年所增加的醫療成本甚為可觀。因此，改革現行制度，尋找較有效率的醫療糾紛處理方式，應是未來所應努力的方向。

## 第二章 醫療糾紛對醫療成本影響的理論分析

本文將探討醫療糾紛問題對醫療體系運作的各種可能影響。第一節說明醫療傷害賠償對醫療成本的影響。第二節則說明醫療責任制度對醫師執業行為的影響,以及醫師執業行為改變對醫療成本的影響。第三節則綜合本章分析所得的論點,提出醫療糾紛對醫療成本影響的管道,以做為實証分析的基礎。

### 第一節 醫療傷害賠償與醫療成本

醫療照護(**medical care**)與其它商品相比較,其主要特色是醫療品質的不確定程度很高,而且病人與醫事人員之間所擁有的資訊並不對稱(**Arrow, 1963**)。例如,當病人因疾病接受醫師的治療後,其結果不一定保證治癒或好轉。有些病人的病情並沒有改善,有些病人則出現短暫的病情惡化,另有些病人則遭遇永久性的傷害,而有些病人則死亡。一般而言,對於這些不幸的醫療結果(**adverse medical outcome**),可以將其分為二類:□不可避免的不幸結果--即醫師的治療已經盡了力,符合一般社會所公認的醫療標準,但因為醫療過程中的正常風險,使病人受到傷害或死亡;□可以避免的不幸結果--即醫師在治療過程中有所疏忽,因而造成病人的傷害或死亡。而因為病人的資訊不充分,大部份的病人並無法區分不幸的醫療結果是那一類,病人只看到傷害發生的事實。所以病人與醫事人員之間,就可能因醫療傷害的賠償責任問題而有所爭議,形成所謂的「醫療糾紛」。

正因為醫療風險的資訊並不充分,且病人與醫事人員之間,並無法透過事前協調的方式,來分配傷害的損失成本,所以單靠市場機能,並無法提供足夠的安全誘因,使醫事人員在醫療過程中,盡到最適的注意義務,因而形成市場失靈(**market failure**)的現象。而醫療責任制度的存在,即是為了彌補市場機能的不足。現行世界各國所通行的過失責任制度(**negligence rule of liability**),即是在醫療傷害發生以後,對有過失的醫師,課以賠償受害病人損失的責任。透過此一賠償責任的規範,可誘使醫師將病人可能的傷害損失成本予以內部化,進而選擇適當的注意程度,以避免醫療傷害的發生(註一)。

上述醫療過失責任制度所扮演的作用，以及其在實際運作時所產生的影響，可用下列簡單的數學模型來加以說明(註二)。假設每一病人只購買一單位的醫療照護，則醫師提供醫療照護的成本(C)，即可表示如下：

$$C = C(X) \quad (1)$$

式中 X 表示醫師提供醫療照護的注意程度，醫師的注意程度愈高，醫療的品質愈好，但每單位的醫療照護成本也就愈高，故  $C'(X) > 0$ 。

另一方面，醫療傷害發生的機率(P)，亦可以表示如下：

$$P = P(X) \quad (2)$$

式(2) 表示醫療傷害發生的機率，只受醫師注意程度的影響，並不受病人行為的影響。一般而言，醫師的注意程度愈高，發生醫療傷害的可能性就愈低，故  $P'(X) < 0$ 。此外，假定醫療傷害發生後，病人的傷害損失(D)是固定的(註三)。根據此一模型，整個社會所面臨的預期意外傷害成本(SC)可表示如下：

$$SC = C(X) + P(X)D \quad (3)$$

式(3) 表示社會的預期意外傷害成本，等於醫師為預防醫療傷害所投入的成本(C(X))，加上預期的醫療傷害損失成本(P(X)D)。故從社會效率最大的觀點來看，醫師的最適醫療照護水準(X)，應是使社會的預期意外傷害成本達到最小，也就是必須滿足下式：

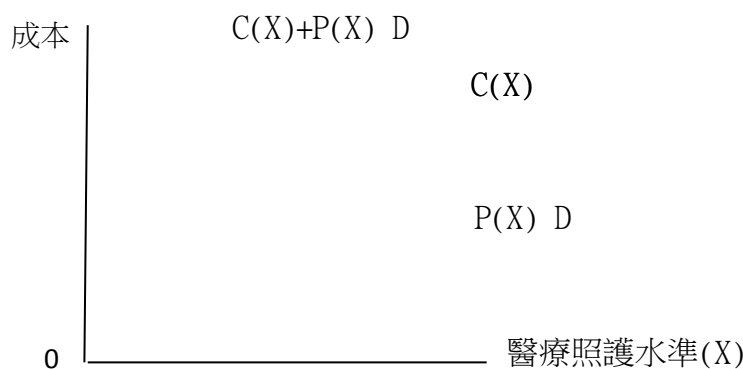
$$C'(X) = -P'(X)D \quad (4)$$

式(4) 左項表示醫師所提供醫療照護的邊際成本，式(4) 右項則表示醫師所提供醫療照護的邊際利益。此一邊際利益是以醫師多增加一單位的注意程度，所能減少的預期賠償成本來衡量。

在現行的醫療過失責任制度下，過失的認定，通常是假定有一最適的醫療照護標準(due care standard)，X。如果醫師實際的醫療照護水準(X) 超過此一

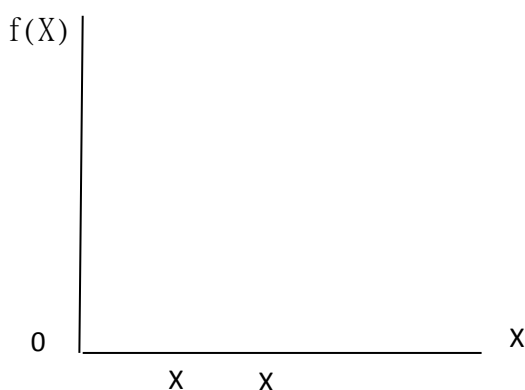
標準( $X \geq X$ )，醫師就無責任，若低於此一標準( $X < X$ )，醫師就有責任。假定法院具有充分的資訊，則法院就可將最適醫療標準，設定在使社會 預期意外成本為最小的醫療照護水準，也就是令  $X=X$ ，而且此一標準亦為醫師所知悉。同時，假定在醫師有過失時，其所必須負擔的賠償金額，等於病人實際的傷害損失。在此一理想情況下，醫師提供醫療照護所面臨的成本函數，即可用圖一來表示。如果醫師實際的醫療照護水準低於法院所定的最適醫療標準( $X$ )，此時醫師有過失，必須負擔病人傷害損失的賠償責任，故醫師執業所面臨的預期成本為  $C(X)+P(X)D$ ，與式(3)相同。相反的，如果醫師實際的醫療照護水準高過法院所定的最適醫療標準( $X$ )，此時醫師就沒有過失，不必負擔醫療傷害損失的賠償責任，所以醫師執業所面臨的成本只有  $C(X)$ 。故醫師在執業時所面臨的整個成本函數是不連續的，其缺口正好是在  $X$ 。圖一顯示，當  $X < X$  時，醫師執業的成本將隨其注意程度之增加而降低，而當  $X > X$  時，醫師執業的成本就隨其注意程度的增加而增加。因此， $X$  就是醫師執業成本最小的最適選擇，也就是醫師將遵守法院所定的最適醫療標準。

上述結果顯示，在法院具有充分資訊的理想情況下，過失責任制度可發揮誘使醫師遵守法院所定最適醫療標準的作用，以達到確保醫療品質的效果。此時，醫師的最適選擇就是法院所定的醫療標準，因此實際上醫師將不會有過失，故不會有任何醫療糾紛發生，而醫師也將不必負擔任何醫療傷害的賠償責任。在此一情況下，醫療責任制度的存在，將不會對實際醫療體系的運作，產生任何不利的影響，因此，整體的醫療費用，也不會受到任何影響。



圖一 過失責任制度下，醫師的成本函數

但在實際上,法院所擁有的資訊並不充分。法院必須仰賴雙方當事人提出證明,或是由法院主動搜集資訊。法院搜集資訊的方法,通常是請醫療主管機關或醫療專業團體進行責任鑑定。不論法院採用那一種方式,資訊的傳送過程皆必須花費大量的成本,而且所得的資訊,不一定百分之百可靠,此一結果將造成法院決定責任過程的不確定性。在此一情況下,醫師在醫療傷害發生以前,並無法確知法院的醫療標準,醫師最多只能知道此一醫療標準的分配。根據 Kolstad 等人(1990)的模型,我們可假定醫師對法院的醫療標準(X),在事前有一主觀的機率分配,如圖二所示,其機率密度函數(probability density function)為  $f(X)$ ,而其均數為  $\bar{X}$ ,也就是  $E(X)=\bar{X}$ 。



圖二 不確定情況下,法院所定最適醫療標準的機率分配

因為法院的醫療標準是屬於事後的概念,也就是當醫療傷害發生以後,法院才根據其所認定的醫療標準,來判定醫師有無過失,此時醫師所提供的醫療照護已是一個確定的水準。因此,在事前(醫療傷害發生以前)醫師預期其所選擇的醫療照護水準(X),在事後會小於法院所認定標準(也就是  $X > \bar{X}$ )的機率,即為圖二的斜線面積所示,也就是:

$$R(X) = P(X > \bar{X}) = \int_{\bar{X}}^{\infty} f(X)dX = 1 - F(\bar{X}) \quad (5)$$

上式中  $F(X)$  為  $X$  的累積分配函數(cumulative distribution function)

,而  $R(X)$  即代表在醫療標準不確定的情況下,醫師在事前預期其被法院判定有過失的機率。根據式(5)的定義,  $R(X) > 0$ ,表示不管醫師實際醫療照護水準的大小,醫師皆有可能被法院判定有過失,只是醫師被判定有過失的機率,將隨醫師注意程度之增加而降低(註四)。在此一情況下,醫師執業所面臨的預期成本函數(TC),可表示如下:

$$TC(X) = C(X) + R(X)P(X)D \quad (6)$$

式(6) 表示，醫師執業的預期成本函數，等於其執行醫療業務所需的成本(C(X))，加上醫師預期其所必須負擔病人傷害損失的賠償成本(R(X)P(X)D)。而此一預期賠償成本，即由醫師預期其被法院判定有過失的機率、醫療傷害發生的機率與病人的傷害損失等三項因素相乘而得(註五)。

除了醫療傷害的直接賠償成本之外，法院資訊不充分所造成醫療責任的不確定性，也會使醫師必須花費許多時間與金錢，來解決其與病人之間所產生的醫療責任(或賠償)爭議，或進行訴訟。因此，醫師為處理醫療爭議所損失的時間成本，以及所花費的訴訟費用支出，就成為醫師在執行醫療業務時所必須負擔的成本之一。假定醫師為處理醫療傷害賠償問題所花費的時間成本與訴訟費用，可以用一固定的數值(L)加以量化，則醫師在醫療責任不確定情況下的預期執業成本，可改寫如下：

$$\begin{aligned} TC(X) &= C(X) + R(X)P(X)D + P(X)L \\ &= C(X) + A(X) \end{aligned} \quad (7)$$

式中  $A(X)=R(X)P(X)D+P(X)L$ 。式(7) 右邊的第一項表示醫師提供醫療照護的成本，第二項表示醫師預期醫療傷害的總損失成本(A(X))。而此一成本則由下列二項所構成：(1)醫師預期醫療傷害的直接賠償成本；(2)醫師預期為處理醫療傷害賠償問題，所產生的其它間接損失成本，例如時間損失或訴訟費用支出(註六)。

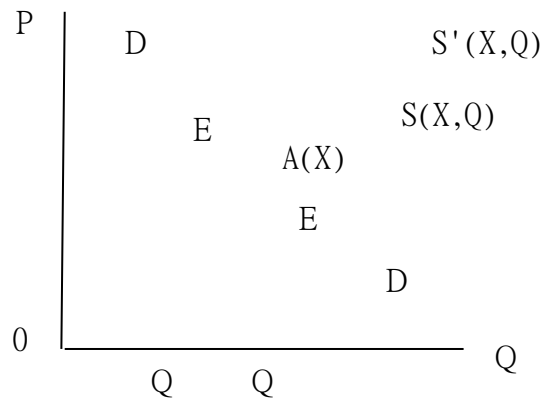
從上述的分析可知，在資訊不充分的情況下，醫療責任制度的運作，將使醫師執業的成本增加 A(X)。而此一因醫療傷害賠償問題所增加的成本，將透過市場機能的轉嫁作用，最後有部份成本，將以提高醫療費用的方式，由消費者負擔。因為醫療市場乃是典型的不完全競爭市場(imperfect competitive market)，也就是每一位醫師所提供的醫療服務品質，並不完全相同，因此醫師是價格的決定者；同時，市場上有許多醫師存在，故每一位醫師彼此之間仍有競爭性(參閱 Newhouse,1970)。在這種特性下的市場，個別醫師所面對的消費者需要曲線，是一條負斜率的曲線，故醫師具有轉嫁的能力。利用圖三的分析，可進一步說明此一轉嫁機能。



圖三的 DD 曲線代表消費者的需要曲線，而  $S(X,Q)$  代表在沒有醫療責任的制度下，醫師提供醫療照護的供給曲線， $Q$  代表醫療照護的數量(例如診察病人的次數，或檢驗的次數)。一般而言，在符合一般經濟學的假定下，醫療價格( $P$ )愈高，病人就醫的次數( $Q$ )愈少，故 DD 線是一條負斜率的曲線。而醫療價格愈高，醫師所願意提供的醫療照護愈多，故  $S(X,Q)$  線是一條正斜率的曲線。在此一條件下，醫療市場的均衡價格為  $P$ ，均衡數量為  $Q$ 。根據上述分析，在引入醫療責任制度後，因為法院資訊不充分，使醫師的執業成本增加  $A(X)$ ，故醫師的醫療照護供給曲線將往上移  $A(X)$  的距離。在此一情形下，新的市場均衡價格增加為  $P$ ，使消費者必須負擔較高的醫療價格。消費者所增加負擔的價格為  $PP$ ，其與醫師執業成本增加量的關係，可以表示如下：

$$PP = \alpha A(X) \quad (8)$$

式中  $\alpha$  代表醫師的轉嫁程度， $\alpha = PP/A(X)$ 。式(8)表示，因醫療責任不確定，所造成醫師執業成本的增加，有  $\alpha A(X)$  的部份將歸消費者負擔，而另外  $(1-\alpha)A(X)$  則歸醫師負擔。而實際上， $\alpha$  的大小則取決於醫療市場上，供給彈性與需要彈性的相對大小而定。



圖三 醫療市場的轉嫁機能

此外，圖三的分析亦顯示，醫療市場的價格上漲，會使消費者的醫療利用量減少，但消費者所支付的總支出，在醫療需求價格彈性的絕對值是小於一的條件下，將因而增加，也就是 OPEQ 的面積將大過 OPEQ 的面積。事實上，國外的許多實証研究已顯示，醫療需求價格彈性的絕對值小於一(註七)。因此，上述的分析顯示，醫療責任的不確定性，所造成醫師執業成本的增加，除了使消費者必須負擔較高的醫療價格外，消費者的總醫療支出，亦將隨之增加。

## 第二節 防禦性醫療行為的經濟分析

除了增加醫師的執業成本以外，醫療傷害賠償責任的不確定性，也會改變醫師的執業行為。在不確定的情況下，醫師的最適執業行為將是求其預期執業成本之最小，也就是選擇一最適的醫療照護水準(X)，使式(7)的預期成本達到最小。符合此一條件必須滿足下式：

$$C'(X) = -\{P'(X)[R(X)D + L] + R'(X)P(X)D\} \quad (9)$$

式(9)的左項，表示醫師增加醫療照護的邊際成本，而式(9)的右項，則整個代表醫師增加醫療照護所能減少的醫療傷害損失成本，也就是醫師增加醫療照護所能獲致的邊際利益。此一邊際利益包含二個項目：第一項表示增加醫療照護，可降低醫療傷害發生的機率，進而降低醫師的預期醫療傷害賠償成本與其它損失成本，此項的影響可稱之為傷害效果(injury effect)；而第二項則代表增加醫療照護，可使醫師被法院判定有過失的機率降低，進而使醫師預期的賠償成本降低，此項的影響可稱之為責任效果(liability effect)。綜合上述分析顯示，醫師增加醫療照護，一方面會增加醫療的成本，但另一方面亦會使醫療傷害發生的機率及醫師被判定有過失的機率降低，使醫師所必須負擔的預期傷害損失成本減少。因此，醫師的最適選擇，即是使其所增加醫療照護的邊際成本，等於其所能獲致的邊際利益。故滿足式(9)的X，即是醫師在醫療責任標準不確定情況下的最適選擇。將上述結果與資訊充分情況下所獲得的結果相比較，即可說明醫療責任標準的不確

定性，對醫師執業行為的影響。此一比較方式，是將資訊充分情況下的最適條件(式(4))，代入式(9)，然後評估  $TC'(X)$  的符號。因為式(9)是由式(7)的一階條件求得，所以  $TC'(X)=0$ ，而且  $TC(X)$  是嚴格凸性(strictly convex)。在此一條件下，如果  $TC'(X) < 0$ ，即表示  $X < X$ ；而若  $TC'(X) > 0$ ，即表示  $X > X$  (註八)。因此將式(4)代入式(9)後，若得到  $TC'(X) < 0$ ，即表示  $X < X$ ；而若得到  $TC'(X) > 0$ ，則表示  $X > X$ 。根據上述方法代入後，得到下列結果：

$$TC'(X) = C'(X)[1-R(X)] + P'(X)L + R'(X)P(X)D \quad (10)$$

式(10)右邊第一項符號為正( $0 < R(X) < 1$ )，第二項與第三項符號皆為負，因此式(10)並不保證  $TC'(X)=0$ 。此一結果表示  $X$  不一定等於  $X$ ，也就是醫師在法院醫療標準不確定情況下的最適選擇( $X$ )，不一定會等於資訊充分情況下，社會效率達到最大的最適醫療標準( $X$ )。此時  $X$  可能大於  $X$ ，也可能小於  $X$ ，端視式(10)右邊各項的相對大小而定。

一般而言，在法院醫療標準不確定程度較低時，醫師若提高其在醫療過程的注意程度，即可顯著減少其被法院判定有過失的機率，使增加醫療照護所產生的責任效果(式(10)第三項)，顯著地大過醫師所增加的醫療成本(式(10)第一項)，因此  $TC'(X) < 0$ (註九)。此一結果表示  $X < X$ ，即醫師在醫療標準不確定情況下，將選擇比充分資訊下最適醫療標準還高的醫療照護水準。此一結果的經濟意義即表示，醫師在醫療標準不確定的情況下，將提高其醫療照護水準，以避免醫療傷害的賠償責任，例如醫師將增加每次診病的時間，或增加每次治療的程序和檢察的項目。而此種提高醫療照護的行為，可使醫師被判定有過失的機率大幅降低，從而減少醫師預期的賠償成本，而且此一預期賠償成本的減少，可顯著的抵銷醫療照護提高後所增加的成本。故在法院醫療標準不確定程度較低時，醫師會有過度預防(over precaution)的傾向，此即一般所謂防禦性醫療行為產生的根源。

另一方面，在法院醫療標準不確定程度較高時，醫師增加醫療照護所能減少的責任效果並不顯著，但隨之增加的醫療照護成本則增加較多，使  $TC'(X) > 0$ 。

此一結果隱含  $X > X^*$ ，即醫師將選擇較充分資訊下最適醫療標準為低的醫療照護水準。此一結果的經濟意義如下：在法院醫療標準的不確定程度很高時，醫師降低醫療照護水準，可顯著地減少其醫療成本，但其被法院判定有過失的機率將不會很顯著的增加，故造成醫師有低度預防(under precaution)的傾向。此一結論，在實際的醫療行為，亦可觀察得到。例如醫師在面對病況複雜的病人，或急診的病況，此時法院醫療標準的不確定程度很高，故醫師通常只給予低度治療後，即將其轉診。

綜合上述分析顯示，在資訊不充分的情況下，法院醫療標準的不確定性，亦會改變醫師的執業行為。在醫療責任的不確定程度較低時，醫師會有過度預防的傾向，因為醫師提高醫療照護程度，將可顯著地降低醫師的預期賠償成本，而隨之增加的醫療成本的相對增加程度則較低。很顯然地，此種過度預防的醫療行為，將增加病人的就醫成本。相反的，在醫療責任的不確定程度較高時，醫師增加醫療照護所能減少的預期賠償成本較小，而所增加的醫療成本則相對較多，故醫師會降低其醫療照護水準，造成醫師有低度預防的傾向。此種情形會影響到部份病人就醫的機會，並間接提高這些病人就醫的成本。

### 第三節 本章小結

綜合上述分析，醫療糾紛對醫療成本的可能影響途徑，可歸納為下列四項：

- 一．醫師對病人醫療傷害的賠償支出。此一支出將成為醫師在執行醫療業務的成本之一。在這種情形下，醫療糾紛案件的增加，將使醫師執行業務時的預期成本增加。而透過市場機能的轉嫁作用，醫師可將部份增加的執業成本，以提高醫療費用的方式，轉嫁給病人負擔，因而使病人的就醫成本增加。至於實際的轉嫁比例，則取決於市場的競爭程度。
- 二．醫師因病人提出醫療糾紛訴訟，所產生的其它間接損失成本，例如時間的損失、訴訟的費用與處理醫療糾紛案件所產生的其它費用。這些因醫療傷害問題所衍生的間接損失成本，亦將增加醫師的執業成本，並透過與上述相同的市場轉嫁機能，影響到病人的就醫成本。
- 三．醫療傷害賠償責任的不確定性較低時，會誘使醫師有過度預防的傾向。在此一情形下，醫師為降低將來被法院判定有過失的機率，將提高其醫療照護水準。例如：醫師將盡量增加檢驗的項目，增加每次診察病人的時間，或增加病人複診的次數。很顯然地，這種過度預防的醫療行為，將增加病人的醫療支出。
- 四．醫療傷害賠償責任的不確定性很高時，會誘使醫師有低度預防的傾向。因為在此一情形下，醫師提高其醫療照護程度，對其被法院判定有過失的機率，並不會有顯著的影響，反而只是增加醫療的成本，故醫師將選擇較低的醫療照護水準。此一現象在醫師實際的執業行為，亦不乏具體的例子。例如有些醫師在面對醫療責任的高度不確定時，會改變其執業科別，拒絕某些病人，或者是提早退休。這些行為將影響到一些特定病人的就醫機會，進而影響到病人的就醫成本。

## 第二章 註釋

註一：除了事後的责任制度外，另外一種常見的政府干預方式，即是透過事前管制的方式，訂定醫療的標準，要求所有醫事人員在提供醫療服務時，必須遵守此一事先設定的標準。例如我國醫師法第十一條至第二十四條，即明文規定醫師在執行醫療業務時，必須遵守一些特定的醫療標準。有關利用事前管制來預防意外傷害的分析，請參閱 Shave11 (1984)。

註二：有關一般過失責任制度的數學模型分析，請參閱 Shave11 (1987)，而將過失責任制度應用到醫療照護市場的討論，則參閱 Danzon(1985)。

註三：事實上，病人的傷害損失亦可能受到醫師實際注意程度的影響，但此一般化的情形，並不會改變本文的結論。

註四：此一結果可由式(5)的一階微分得知，即  $R'(X)=-f(X)<0$ 。

註五：事實上，醫師只有在醫療傷害發生後，而且病人提出請求賠償要求時，才有可能需要負擔病人傷害損失的賠償責任。本文為了簡化分析，假定病人在醫療傷害發生後，一定會提出請求賠償的要求。事實上，若放寬此一假設，並不會改變本文的結論。

註六：一般而言，醫師為處理醫療傷害賠償所造成的時間損失或訴訟費用支出，在醫療傷害發生後，即會產生，不管醫師最後是否被法院判定有過失。故此一項目  $(P(X)L)$  即不必再乘上  $R(X)$ 。

註七：例如 Manning 等人(1987)的研究即顯示，醫療需求的價格彈性為-0.2。

註八：從經濟直覺來講，此一數學條件表示，醫師的預期執業成本函數為一先降後升的曲線，最小值在  $X=X$  之處。 $TC'(X)<0$  表示預期成本函數是處於遞減的階段，故  $X$  是在最小值的左邊，也就是  $X<X$ 。相反的，若  $TC'(X)>0$ ，表示預期成本函數是處於遞增的階段，故  $X$  是位在最 小值的右邊，也就是  $X>X$ 。請參閱 Kolstad 等人(1990,頁 893)。

註九：有關此一結論的數學證明，請參閱 Kolstad 等人(1990,頁 894-95)。

### 第三章 國外實証研究的發現

近年來，文獻上許多研究皆顯示，大部份先進國家的醫療糾紛案件，皆有日益增加的趨勢，例如美國、加拿大與英國即是顯著的例子（參閱 Danzon, 1991; Coyte 等人, 1991）。但有關醫療糾紛對整體醫療費用的實際影響，則只有美國有較詳細的實証研究。利用美國已有的研究成果，可幫助我們了解美國的「經驗」，以供國內研究類似問題的借鏡。因此，本章的主要目的，即是利用文獻回顧的方式，說明美國已有的實証研究成果。第一節首先針對醫療傷害賠償對醫療費用的影響，說明相關實証研究的發現。第二節則針對醫師執業行為改變的影響，評述相關實証研究所使用的估計方法及其主要發現。

#### 第一節 美國醫療傷害賠償對醫療費用的影響

現行美國的醫療制度，醫師皆有投保醫療責任保險，故醫療傷害賠償皆由保險公司負責。因此，醫療傷害賠償對醫療費用的影響，主要是透過醫師投保醫療責任保險的保費支出，而不是傷害賠償的支出。而醫師投保醫療責任保險的保費負擔，隨醫師執業科別與地區而有所不同(Sloan and Bovbjerg, 1989, 頁 6)。以 1985 年的資料為例，在阿肯色(Arkansas)州的一般執業醫師，每年的保費負擔為 2,000 美元左右，但在加州與佛羅里達州的保費，則高達一萬美元，相差達五倍之多。另一方面，同一地區不同的執業科別，保費差距也很大，例如加州婦產科醫師每年所繳的保費高達四萬美元，約為一般執業醫師的四倍。此外，美國近年來醫療糾紛案件持續不斷地增加，也使醫師醫療責任保險的保費，持續不斷地上漲。在 1970 年到 1985 年之間，美國醫療責任保險的保費，平均每年的成長率高達百分之十二(參閱 U.S. Department of Health & Human Service, 1987, 頁 169)。

上述日益增加的醫療責任保險費，已成為美國醫師執業時所必須負擔的主要業務成本之一。根據美國國會主計處的報告，1984 年全美國平均每位醫師所須負擔的醫療責任保險保費支出為 8,400 美元，佔醫師所有執業費用的百分之九，或佔

醫師平均毛所得(average gross income)的百分之四(U.S. General Accounting Office, 1986, 頁 28-29)。此外,上述報告也指出,醫師所支付的醫療責任保險費,是美國醫師執業費用的第四大項目,但是此一費用的增加率,則是醫師執業所需各項費用中成長最快者(註一)。而此一快速增加的執業費用,透過醫療市場的轉嫁機能,大部份將為一般消費者所負擔。

Newhouse(1970)的研究早已指出,醫療市場並不具備完全競爭市場的特性,故醫師將有能力將其所增加的執業成本,轉嫁給消費者負擔。因為一般消費者通常對醫療照護的價格與品質,並不具備充分的資訊,使不同醫師之間的需求交叉彈性(cross-elasticity of demand)很低。在這種情形下,個別醫師提高其醫療照護價格,並不會因而減少許多前來就醫的病人。因為病人並不容易知道不同醫師之間價格的差異,而縱使病人知道此種差異,病人亦可能將其視為反映不同醫師之間服務品質的差異。因此,個別醫師將具有決定價格的力量,也就是個別醫師所面對的需求曲線,將是一條與市場需求曲線相類似的負斜率曲線。另一方面,醫療照護市場上,同時有許多醫師存在,故不同醫師之間彼此仍有競爭性。上述特性顯示,醫療照護市場是一典型的壟斷性競爭市場(monopolistically competitive market)(參閱 Satterthwaite, 1985)。

至於醫師實際轉嫁能力的大小,則取決於市場的競爭程度,因此上述日益增加的醫療責任保險費,對醫療價格的實際影響,即是一實証上的問題。近年來,有許多文獻即針對醫療責任保險費率(premiums)與醫師收費(physician fees)之間的關係,進行實証研究,例如 Sloan(1985)與 Danzon 等人(1990)的研究,即是較著名的例子。這些研究皆發現醫療責任保險費率與醫師收費之間,具有顯著的正向關係,顯示醫療市場的轉嫁機能確實存在,但這些研究並沒有進一步去估算轉嫁過程所須花費的時間。另一方面,從上述不同文獻估計結果所得到的轉嫁程度,並不一致。Sloan(1985)的研究顯示,醫師可將其所增加保費支出的四分之三,以提高醫療收費的方式,轉嫁給病人負擔,而另外四分之一,則由醫師自行吸收。此一結果顯示,醫師的淨所得將隨著保費的增加而下降。但 Danzon 等人(1990)的估計結果則顯示,保險費率增加一倍,則醫師的收費會提高百分之十到百分之二十之間。因為醫師



的保費支出只佔其毛所得的百分之四,故在醫療照護利用量不變的假定下,上述估計結果表示,醫師的淨所得反而隨醫療責任保險費率的增加而增加,顯示醫師具有超額轉嫁的能力,也就是醫師收費所增加的比率超過醫師執業成本所增加的比率。

對於上述醫師有超額轉嫁能力的估計結果, Danzon 等人(1990)的解釋認為,這是反映醫療糾紛案件所產生的其它間接損失費用的影響。事實上,醫療糾紛案件的訴訟,常迫使醫師必須花費許多訴訟費用與造成執業時間的損失,而這些訴訟成本與時間成本,並不在醫療責任保險的給付範圍內,使醫師在醫療責任保險費用的負擔之外,尚須面臨可能的訴訟成本與時間損失的負擔。根據 Reynolds 等人(1987)的估計,美國醫師平均為處理一件醫療糾紛案件,所損失的工作天數是 2.7 日,而平均每件醫療糾紛案件,醫師所支付的訴訟費用為 725 美元。將上述數字按美國醫療糾紛平均發生頻率與醫師執業成本加以換算,得出醫療糾紛的時間損失與訴訟費用負擔,約使美國每位醫師每年的執業成本增加 270 美元,佔美國醫師平均毛所得的百分之 0.1。

綜合上述文獻的分析顯示,美國醫療責任保險的保費,雖然每年皆以顯著的幅度在增加,但美國醫師的淨所得,並沒有因此而有顯著的減少。此一結果顯示醫師可將保費增加所造成的影響,迅速地轉嫁給病人負擔,造成醫療價格上漲的現象。至於實際的轉嫁程度,則不同的文獻有不同的估計結果。而醫療糾紛問題所造成的時間損失與訴訟費用支出,對醫師執業成本的影響並不顯著,只佔醫師毛所得的百分之 0.1。但醫療糾紛問題對醫師所可能造成的名譽損失,因為難於量化,文獻上並沒有實際的估計。另一方面,若將上述醫師醫療責任保險費、醫療糾紛訴訟費用與醫師的時間損失成本加總,其佔美國整體醫療費用的比例,亦甚為微小。根據 Reynolds(1987)的估計,全美國醫師為處理醫療糾紛問題,所花費的訴訟成本與時間損失成本,總計為一億美元。同時 Reynolds(1987, 頁 2776)亦估計,1984 年全美國醫師所負擔的醫療責任保險費總共為 30 億美元。將上述二項成本加總,其佔美國 1984 年全體醫療保健費用的比率,只有百分之 0.8 (註二)。因此,整體而言,美國的醫療糾紛頻率與賠償金額雖然是世界第一,但用於醫療傷害賠償的醫療責任保險費與醫師的其它間接損失成本,對整體醫療費用的影響,並不顯著。

儘管上述的實証研究發現，美國醫師的淨所得，並沒有因醫療傷害賠償成本的增加而減少，但這並不表示我們可忽視醫療糾紛問題對醫師執業成本的不利影響。事實上，Danzon(1991)即指出，上述統計數字的背後，有下列幾項重要的趨勢，不容忽略：(1)近年來，美國醫療糾紛的平均賠償金額愈來愈高，但醫師所投保醫療責任保險的保額(coverage)，並沒有等比例的提高，使醫師執業所面臨的未保險風險(uninsured risk)愈來愈高；(2)近幾年來，美國醫療市場的競爭程度有日益增高的趨勢，此一現象將降低醫師未來的轉嫁能力，使醫師的淨所得面臨下降的壓力；(3)上述所估計的統計數字皆是指平均值，故其忽略了分配的效果，也就是有些醫師的淨所得可能下降，只是其影響被淨所得反而增加的醫師所抵銷。

## 第二節 醫師執業行為改變的影響

本文第二章的理論分析已指出，醫療責任的不確定性，會改變醫師的執業行為。而醫師執業行為的改變，有兩種可能的情形：一是在醫療責任的不確定程度較低時，醫師相信大幅提高其醫療照護水準，可顯著降低其被法院判定有過失的機率，故醫師會有過度預防的傾向；另外一種情形是在醫療責任的不確定程度很高時，醫師認為提高醫療照護水準，亦不會對其被法院判定有過失的機率，有任何顯著的影響，反而只是增加醫療照護的成本，故此時醫師會有低度預防的傾向。在醫師有過度預防傾向的情況下，醫師即可能以增加檢驗的項目，或增加每次診病的時間，來避免其未來可能面臨的醫療傷害賠償責任。此種行為可稱為正的防禦性醫療行為(positive defensive medicine)。很顯然的，這種防禦性的醫療行為，將增加病人就醫的成本。而在醫師有低度預防傾向的情況下，醫師可能拒絕某些病人，或是迅速將病人轉診，甚或改變其執業科別。此種行為可稱為負的防禦性醫療行為(negative defensive medicine)。這些行為將影響到一些特定病人的就醫機會，進而影響到病人的就醫成本。

儘管理論上對防禦性醫療行為的分析，頗符合直覺，且在實際上的醫療行為，亦不難觀察到類似的例子，但要實証估計防禦性醫療行為的實際影響程度，則甚為困難。主要原因是防禦性的醫療行為與正常醫療目的之醫療行為，很難截然劃分。

雖然如此，文獻上仍有許多研究，嚐試估計防禦性醫療行為所造成的影響。Zuckerman 等人(1986)在評論上述實証研究文獻時指出，估計防禦性醫療行為的方法，主要有下列三種：

一．詢問醫師對一些假想狀況的治療方法。1971 年美國杜克(Duke)大學 即利用此一方法進行調查，結果發現不同醫師所回答的治療方法，有很大的差異，同時從醫師所回答的治療方法中，確實發現有防禦性醫療行為的現象。

二．利用病人的病歷表，逐件評估醫師的治療程序，是否有防禦性的醫療行為。例如 Garg 等人在 1978 年即實際評估 199 位病人的全部病歷表，在這些病歷表中，醫師共進行 6,300 項一般檢驗，以及 900 件 X 光檢驗。其評估結果發現，在上述檢驗項目中，有百分之八的一般檢驗，與百分之十五的 X 光檢驗，在性質上是屬於防禦性的醫療行為(參閱 Zuckerman, 1986, 頁 108)。但因為這種調查方法，必須耗費許多時間和人力，故只能進行小樣本的分析。而在樣本有限的情況下，上述調查結果的發現，是否能夠代表一般母體的特性，即不無疑問。

三．利用抽樣問卷調查的方法，詢問醫師是否因擔心醫療責任的威脅，而改變其執業行為。例如 Zuckerman(1984)的研究，即是利用此一方法，調查醫師是否因擔心醫療糾紛的威脅，而有下列行為：(1)保持較完整的病歷資料；(2)進行更多的檢驗；(3)將更多的病人轉診；(4)增加每次診病的時間。Zuckerman 的研究結果顯示，至少有三分之一以上的醫師，有上述一項以上的防禦性醫療行為。此外，美國婦產科學會在 1985 年亦應用同一方法，進行類似的研究，只是其研究對象只針對產科的醫師。

上述不同研究方法所具有的共同特色，即是其只估計防禦性醫療行為的可能影響層面，並沒有估計出此一影響的實際貨幣成本。例如 Zuckerman (1984)的研究顯示，醫師過去所遭遇到的醫療糾紛頻率，與醫師的防禦性醫療行為傾向之間，具有正相關。而在比較美國婦產科醫師學會與 Zuckerman (1984)二者之間的研究結果後，發現婦產科醫師的防禦性醫療行為傾向，較一般醫師的平均防禦性醫療行為傾向高，顯示面臨較高醫療責任風險的醫師，較傾向於採行防禦性的醫療行為。

最近，Reynolds 等人(1987)的研究，即進一步想嚐試估計防禦性醫療行為所

造成影響的實際貨幣成本。Reynolds 等人在 1984 年也是利用問卷調查的方式，詢問醫師是否因擔心醫療糾紛的威脅，而改變其執業的方式，以及其改變的比率。Reynolds 等人所詢問的問題包括：(1)醫師是否保持較完整的病歷資料；(2)是否增加檢驗項目或治療程序；(3)是否增加每次診病時間；(4)是否增加病人複診次數；(5)上述各項執業行為在 1984 年所改變的比率。上述調查結果發現，在受訪的 1,202 位醫師中，有百分之四十二的醫師，回答至少有一項以上的防禦性醫療行為。而各項執業行為改變的比率，及其因而所增加的貨幣成本，則分別列舉如表一所示。表一的結果顯示，Reynolds 等人估計出，在 1984 年平均每位醫師因防禦性醫療行為所增加的成本，為 4,600 美元。

上述估計數，只代表在 1984 年，美國醫師執業行為改變所增加的醫療成本，並不包括 1984 年以前，醫師執業行為改變所造成醫療成本增加的影響(註三)。故為了估計在 1984 年時，醫師採行防禦性醫療行為的全部貨幣成本，則必須在特定的假設下，才能由前述估計數推論而得。Reynolds 等人認為，醫師執業行為的改變仍是反映醫療責任風險的變化，而醫療責任的風險，可由醫師所花費的醫療責任保險成本來衡量。故其假定防禦性醫療成本每年成長的比率，等於醫療責任保險費用每年成長的比率(註四)。利用此一簡化的假設，Reynolds 等人估算出，在 1984 年防禦性醫療行為平均使每一位醫師的醫療費用，增加 29,723 美元(註五)。將上述平均數字加總得出，防禦性醫療行為所增加的總醫療費用支出，在 1984 年高達 106 億美元，或佔美國當年醫師執業總收入的百分之十四。

表一 美國醫師執業行為改變的比率及其對醫療成本的影響

項 目	1984 年執業行為 有改變的醫師比率 (%)	1984 年執業行為 平均改變的比率 (%)	1984 年執業行為改 變所增加的平均成 本(%)
增加保存病歷的時間	31.0	2.9	900
增加檢驗項目或治療 程序	20.0	3.2	--
增加每次診病的時間	17.0	2.4	1,800
增加病人複診的次數	17.0	2.6	1,900
至少有上述一項以上 行為改變的醫師比率	41.8	--	--
1984 年醫師執業行為 改變的平均成本	--	--	4,600

資料來源：Reynolds 等人(1987，表一，頁 2778)。

上述 Reynolds 等人(1987)的研究，雖然能夠將防禦性醫療行為所造成的實際影響程度，加以具體的量化，但是其所使用的估計方法，亦有許多缺點。首先，Zuckerman(1986)即指出，Reynolds 等人實証估計所用的資料，係利用電話訪問的方式獲得。在此一方法下，醫師似乎不容易在很短的時間內，正確估計出其執業行為改變的比率，使所得到的資料可能有許多偏誤。其次，Danzon(1991，頁 61)也指出，Reynolds 等人所使用的研究方法，對防禦性醫療行為所增加的醫療費用支出，並未區分「合理」的支出與「不合理」的支出。因為醫師增加檢驗次數或增加病人複診次數，對病人而言，未必皆是不必要的支出。因為醫療責任制度的目的，旨在誘使醫師能盡到治療的最適注意程度，以確保醫療的品質。故如醫師執業行為的改變，尚在「最適醫療標準」的範圍內，表示此種執業行為的改變，是對病人有益，此時因醫師執業行為改變所增加的醫療支出，應屬「合理」的支出。但在實際上，因缺乏每一執業行為的「標準」可循，使防禦性醫療行為所增加的支出，有多少比例是對病人有益，屬於合理的支出，另有多少比例是對病人沒有益處，屬於不

合理的支出，並沒有辦法做嚴格的區分。

另外，在醫療保險甚為普及的美國，醫療保險所造成的道德危機(moral hazard)效果，亦有可能誘使醫師多增加病人複診的次數，或多增加檢驗的項目。此一因醫療保險所誘發的醫療行為，與因醫療責任不確定所誘發的防禦性醫療行為，在實証上亦甚難區分(參閱 Danzon, 1991, 頁 54)。在面臨上述諸多實証估計困難的情況下，Sloan(1985) 即指出,防禦性醫療行為確實會增加醫療成本,但了解防禦性醫療行為對醫療費用的可能影響層面，遠比估計出一個貨幣數字來得重要。

至於醫師執業行為改變，對病人就醫機會的可能影響，亦有許多文獻進行實証估計。Zuckerman 等人(1986)指出，從現有的實証研究結果顯示，美國的執業醫師人數，並沒有因醫療糾紛問題而受到任何影響。例如 Lipson (1976)針對加州地區的實証研究，以及 Sloan(1985) 利用佛羅里達與紐約州 的資料所獲得的實証結果，皆顯示執業醫師的人數，並沒有因醫療糾紛頻率的增加而減少。

儘管執業醫師的人數並沒有改變，但許多實証研究發現，醫師所提供的 醫療照護量或治療病人的次數，在一些高風險的醫療項目，有減少的現象。 例如美國婦產科醫師學會在 1985 年所進行的調查，發現有百分之二十三的產 科醫師，已減少其對高風險孕婦的治療次數，其中有百分之十二的醫師，甚至已完全放棄產科，不再為孕婦接生(參閱 Zuckerman 等人，1986, 頁 109)。另外，美國醫師公會在 1983 年所進行的問卷調查，亦發現有三分之一的受訪醫師，有拒絕某些特定病人的經驗。而 Danzon(1991, 頁 62)亦指出，在 1985 年所進行的一項調查發現，約有百分之二十的醫師，為了避免日益增多的醫療糾紛，已經完全放棄某些高風險的治療程序。上述實証研究結果顯示，醫療糾紛頻率增加所造成醫師執業行為的改變，已確實影響到某些特定病人的就醫機會。但因為文獻上尚未見到有關對病人方面的研究，故無法得知上述就醫機會的減少，是否會影響到病人的就醫成本，以及其真正的影響程度。

### 第三節 本章小結

綜合本章對實証研究的文獻回顧，美國醫療糾紛問題對醫療成本所造成的實際影響，主要有下列各項：

一．現行美國的醫療制度，醫療糾紛問題對醫師執業所造成的財務負擔，主要係來自醫師購買醫療責任保險的保費支出。而近年來，美國醫療糾紛頻率日益增多，造成醫療責任保險的保費，持續不斷地上漲，使醫療責任保險費，已成為美國醫師的第四大執業成本。根據美國國會主計處的統計，1984 年全美國醫師所負擔的醫療責任保險費，總共為三十億美元，平均每位醫師所負擔的保費支出為 8,400 美元，佔醫師所有執業費用的百分之九，或佔醫師毛所得的百分之四。

二．除了醫療責任保險費外，醫療糾紛問題也會衍生其它間接損失。根據統計，美國醫師為處理醫療糾紛問題，所花費的訴訟成本與執業時間損失成本，總共為一億美元，平均使每位醫師的執業成本增加 270 美元，佔醫師平均毛所得的百分之 0.1 。

三．上述兩項費用，雖然使醫師的執業成本因而增加，但從文獻上的實証估計結果顯示，美國醫師的淨所得，並沒有因此而有顯著的減少。此一發現顯示，美國醫師可將因醫療糾紛問題所增加的執業成本，完全轉嫁給消費者負擔。

四．另外，文獻上亦有不少實証研究，嚐試估計醫療責任不確定性對醫師執業行為的影響。但是此一實証工作甚為困難，使現有文獻所用的估計方法，有許多缺失。例如：利用電話抽樣訪問的方式，可能使所得到的資料有許多偏誤；而醫療保險所誘發的醫療行為，或有助於提高醫療品質的醫療行為，與所謂的「防禦性」醫療行為，在實証上亦甚難區分。在了解上述估計所可能面臨的問題後，文獻上所獲得的估計結果，亦仍具參考價值。根據 Reynolds 等人(1987)的實証發現，防禦性醫療行為所增加的醫療費用，在 1984 年高達 106 億美元，平均使每位醫師的醫療費用增加 29,723 美元，佔美國當年醫師執業收入的百分之十四。

五．上述研究發現顯示，用於賠償病人醫療傷害損失的醫療責任保險費，與因處理醫療糾紛問題所衍生的其它間接損失成本，佔整體醫療費用的比例並不高，反而是因醫療責任不確定所引發的防禦性醫療行為，才是造成醫療費用增加的主要原

因。

六. 另外, 雖然現有的實証研究顯示, 美國的執業醫師人數, 並沒有因醫療糾紛問題而受到任何影響, 但是醫師所提供的醫療照護量或治療病人的次數, 在一些高風險的醫療項目, 已有減少的現象。此一實証發現顯示, 醫師執業行為的改變, 已影響到某些特定病人的就醫機會, 但此一現象對病人就醫成本的影響, 則尚無精確的實証研究。

### 第三章 註釋

一. 其它三項醫師執業的主要費用為非醫師人員薪資, 診所費用與醫療器材支出, 其佔總費用的比例分別為 33%, 26%, 與 11%。此外, 上述三項費用在 1984 年的成長率分別為 1%, 37%, 與 35%, 皆低於醫療責任保險費高達百分之四十五的成長率。請參閱 U.S. General Accounting Office (1986, 頁 28)。

二. 美國 1984 年所支出的醫療保健費用, 共有 3,900 億美元, 參閱 U.S. General Accounting Office (1986, 頁 25)。

三. 假設醫師防禦性醫療行為所造成醫療支出的增加, 可以用  $Y$  表示。則表一所估計的數字, 只是代表防禦性醫療行為所增加的成本, 在 1984 年的變化量, 也就是  $Y=4,600$ 。

四. 假設  $Z$  代表醫療責任保險的保費支出, 則上述假設即隱含  $Y/Y=Z/Z$ 。五. 在 1984 年, 美國平均每位醫師所負擔的醫療責任保險費為 8,400 美元,

而且 1983 到 1984 年之間, 此一費用增加 1,300 美元(參閱 U.S. General Accounting Office, 1986, 頁 28)。根據註四的符號和上述的資料,  $Z=1,300$ ,  $Z=8,400$ , 故可得到  $4,600/Y=1,300/8,400$  的關係。求解上述方程式, 得出  $Y=29,723$ 。



## 第四章 實証資料來源說明

本章將說明本文實証分析所需的資料來源。第一節首先說明問卷設計。第二節則說明抽樣訪問方式。第三節說明問卷調查結果，並分析樣本資料的主要特性。

### 第一節 問卷設計

本文實証分析的主要目的，即是要實証估計臺灣西醫師的實際醫療糾紛經驗及其對醫療成本的真正影響程度。而從本文第二章的理論分析可知，醫師的醫療糾紛問題對醫療成本的影響，主要是透過下列四個途徑：

- (1)醫師賠償病人損失的支出；
- (2)醫師為處理醫療糾紛問題，所支出的訴訟費用與執業時間損失的成本；
- (3)醫療責任的不確定性，可能迫使醫師採行「防禦性」醫療行為；
- (4)醫療責任的不確定性，也有可能迫使醫師拒絕某些特定的病人，或改變執業科別，或是提早退休，因而影響到病人的就醫機會。

欲估計上述所列各項因素的實際影響，國內尚無現成的資料可資利用。主要是因為大部份的醫療糾紛案件，皆是透過雙方私下和解的方式解決，所以不易獲得研究所需的資料。同時，有關國內醫師的執業行為，是否因醫療糾紛案件日益增多而有所改變，至今尚無人進行類似的研究。在相關資料皆欠缺的情形下，本文只有利用問卷調查的方式，以蒐集實証估計所需的資料。

本文的問卷調查對象，僅限於執業的西醫師，至於中醫師、牙醫師及其他醫事人員，則不包括在內。而醫師問卷調查表的內容，則如表二所示。在此一問卷調查表內，我們首先將「醫療糾紛」定義為醫師與病人或病人家屬之間，在醫療過程中，所形成的民事或刑事糾紛(參閱林山田，1988，附錄一)。問卷內容的設計，主要係以美國國會主計處與美國醫師公會的醫療糾紛問卷調查表為藍本 參閱 U.S.General Accounting Office, 1987, 頁 61-73; Reynolds 等人, 1987)。此外，為了能充分考慮國內醫療糾紛問題的本土文化特色，我們亦利用座談會的方式，邀請專家學者對問卷調查表的內容提供意見，並進行試訪。然後再根據學者專家所提

供的意見與試訪結果，進行修改而成。

根據表二所示，醫師的問卷調查表共分為四個單元。第一單元係詢問醫師對醫療糾紛頻率的主觀感受，醫師對改革醫療糾紛處理制度的意見，以及醫師所期望的解決醫療糾紛方式。上述各項調查的主要目的，旨在了解醫師對現狀的滿意程度，並提供另一項計畫「醫療糾紛處理制度之研究」所需的資料。

第二單元則調查醫療糾紛對醫師執業行為的影響。在此一單元中，前四個問題詢問醫師是否有下列四項正的防禦性醫療行為(positive defensive medicine)，以及其行為改變的比率：(1)是否保持較完整的病歷資料；(2)是否增加檢驗的項目或治療的程序；(3)是否增加病人複診的次數；(4)是否增加每次診病的時間。透過上述調查所獲得的資料，我們將據以估計防禦性醫療行為的影響程度，並嘗試估計其所增加的貨幣成本。但因上述調查方法係源自 Reynolds 等人(1987)所使用的方法，故我們仍無法免除其缺點，也就是上述方法將無法區分對病人有益的執業行為改變與對病人無益的執業行為改變。受到上述缺點的限制下，我們將著重在估計防禦性醫療行為所造成的影響層面，而不是只為了求得一個貨幣數字。

另外，表二所列第二單元的第八題到第十題，則詢問醫師是否有負的防禦性醫療行為，也就是調查醫師是否因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而減少門診的次數或時間，或減少沒有把握或病況不佳的病例。透過上述調查所得的資料，我們將評估醫師執業行為的改變，是否會影響到病人就醫的機會，以及其影響的程度。

表二問卷調查表的第三單元，則調查醫師的實際醫療糾紛經驗，以供估計醫師賠償病人損失的支出，及醫師為處理醫療糾紛所花費的訴訟支出與所損失的時間成本之用。雖然有些醫師可能有一次以上的醫療糾紛經驗，但表二的問卷設計，只調查醫師最近一次的醫療糾紛案件資料。此種調查方式的主要目的，乃在簡化問卷內容，並方便資料的處理。但為了考慮到有二次以上醫療糾紛經驗的情形，我們將以醫師從開始執業到現在的醫療糾紛次數為樣本權數，使上項調查所得的醫療糾紛案件樣本，能反映母體的真實情況。

最後，表二的第四單元，則調查醫師個人基本資料，以做為實証估計上述各項影響的貨幣成本之基礎。

## 第二節 抽樣訪問方式

一般實証研究所用的問卷調查方式，主要有面訪、電話訪問與郵寄等三種方式。面訪與電話訪問的方式，雖然有許多優點，但其主要限制是受訪者必須要能立即回答所問的問題。而郵寄問卷調查表的方式，雖有回收率不易掌握之缺點，但其也有問卷調查費用低廉，及受訪者有較充分時間回答問題的優點。因為本文的實証分析對象是以執業醫師為主，故不易在上班時間與醫師約好訪問的時間，使進行面訪或電話訪問的工作甚為困難。因此，在權衡各種抽樣調查方法的優缺點後，本文選擇以郵寄問卷調查表的方式，對國內現有的執業西醫師進行問卷調查，以蒐集本文實証分析所需的資料。

為了提高問卷調查表的回收率，本研究在寄出問卷調查表之前，特別撰寫一短文，向醫學界說明研究計畫之目的與內容，以提高醫師回覆問卷的意願。此一短文經投稿於台北市醫師公會與醫師公會全國聯合會的期刊，已於問卷發出前獲得刊登，內容如附錄一所示。另外，我們亦於民國八十年八月三十日下午，召開「醫療糾紛問題之研究計畫」專家討論會。在會中，我們邀請了多位醫師代表，參與討論（參閱附錄二）。此項討論會除了徵詢專家對問卷調查設計之意見外，並可收到宣傳之效果，提高受訪醫師填答問卷的興趣。最後，我們在郵寄問卷時，亦同時附有給每位醫師的信函，說明問卷的目的及重要性（參閱附錄三）。

此外，在正式問卷調查工作開始之前，我們亦於民國八十年九月下旬到十月上旬之間，進行試訪的工作。試訪的對象，包括服務於台大醫院、市立婦幼醫院、博仁醫院、中國醫藥學院附設醫院、中山醫學院附設醫院及其他私立醫院診所等的二十三位醫師。綜合上述醫師的試訪意見，我們即對醫師的問卷調查表進行最後的修正。

完成各項問卷調查的準備工作後，正式的醫師問卷調查表分別在民國八十年十一月八日與十一月十一日分兩批寄出。醫師的問卷調查，係利用醫師公會全聯會，七十九年度會員名冊上所列之執業醫師為研究母體，共有 19,921 位。抽樣方法則採等距系統抽樣，依縣市別，每隔三人抽取一人，共抽出 6,411 位醫師為問卷調查的樣本。

### 第三節 問卷調查結果

醫師的問卷調查，截至民國八十年十二月中旬為止，共回收問卷 1,161 份，扣除其中 30 份重要資料填答不完整的廢卷，共得有效問卷 1,131 份，回收率為百分之十八。此一回收率稍低於國內學者對醫師進行問卷調查的回收率，例如林芸芸與江東亮(1990)的研究，其回收率為百分之二十二。本研究回收率稍低的可能原因有二：(1)本研究係以調查醫師的醫療糾紛經驗，以及醫師對醫療糾紛問題的執業行為反應為主，因事涉醫師個人的業務機密，醫師回答問卷的意願較低；(2)在本研究期間，為了規劃全民健保制度，有許多研究亦同時以醫師為問卷調查的對象，使同一醫師在同一時間內有可能收到多份問卷，因而影響到醫師答卷的意願。在回收率稍微偏低的情形下，本文並無法完全排除樣本代表性不足的可能。儘管如此，與 Reynolds 等人(1987) 在美國進行類似研究的樣本數(1,202 人) 相比較，本文資料的樣本數並未偏低。因此，上述問卷調查資料已能符合本文研究所需。

表三分析本文樣本資料的特性，並與全體醫師的母體特性相比較。表三的分析顯示，本文樣本中，男性醫師有 1,070 人，佔 95%，而女性醫師有 54 人，佔 5%，與全體醫師的性別分配比率相當接近。另外，有七份問卷並未填答性別資料。這是因為在問卷調查表中，醫師對各問題的回答率不太一致，而對於只有少部份問題未回答或漏答的問卷，因醫師所填答的其它大部份資料仍具利用價值，故仍予保留，以增加樣本數。而在本文資料中，各項變數漏答的比率，皆未超過百分之七，因此保留上項資料對本文各項分析的結論，將不會有顯著的影響。在不考慮醫師性別資料不詳的樣本下，本文亦進行配適度(goodness of fit) 檢定。表三的分析結果顯示，本文樣本的醫師性別比率分佈，與母體的分佈並無顯著差異。

至於醫師年齡分佈與醫師執業場所的類別，在樣本與母體之間則有顯著的差異。表三顯示，年齡在 25-34 歲、35-44 歲與 45-54 歲之間的醫師，在樣本分別佔 13.2%、36.2%與 18.5%，而在母體則分別佔 24.9%、29.1%與 12.1%，二者之間的差距頗大。但 55-64 歲與 65 歲以上的醫師，在樣本之中所佔比率與在母體之中的比率則較接近。上述分析顯示，樣本中三十四歲以下的年輕醫師比例偏低，而三十

五歲到五十四歲的醫師比例則偏高。而若以醫師的執業場所來分，醫院的醫師佔樣本的百分之四十四，但在母體中，其所佔比例則是百分之六十二，故樣本中醫院醫師的比例偏低，而診所醫師的比例則偏高。

另外，表三的樣本資料分析顯示，台北市的醫師最多，約佔四分之一，其次是台北縣與高雄市，約各佔一成。而宜蘭、嘉義、澎湖與台東等四個縣的醫師最少，其佔總樣本的比率皆低於百分之一。此皆與母體的分佈比率相當，同時經卡方(Chi square)配適度檢定後發現，醫師執業地區的分佈，在樣本與母體之間並無顯著的差異。此一結果顯示，按醫師執業地區來看，本文所使用的樣本資料，係一不偏的樣本。因此，利用上述樣本資料所獲得的分析結果，將可具有地區代表性，可正確反映全國各地區醫師的醫療糾紛經驗。

表三 樣本特性分析及適合度檢定

項目	樣本特性		母體特性	
	人數	百分比	人數	百分比
所有醫師	1,131	100.0	19,921	100.0
醫師性別				
男	1,070	94.6	18,546	93.1
女	54	4.8	1,375	6.9
不詳	7	0.6	--	--
X(df=1)				0.66
醫師年齡				
25-34	149	13.2	4,960	24.9
35-44	409	36.2	5,797	19.1
45-54	209	18.5	2,410	12.1
55-64	169	14.9	3,108	15.6
65 以上	181	16.0	3,646	18.3
不詳	14	1.2	--	--
X (df=4)				10.94
醫師執業場所				
醫院	493	43.6	12,298	61.8
診所	617	54.5	7,605	38.2
不詳	21	1.9	--	--
X (df=1)				12.32
醫師執業地區				
台北市	268	23.7	5,167	25.9
台北縣	107	9.5	1,813	9.1
基隆市	18	1.6	387	1.9
宜蘭縣	10	0.9	372	1.9
桃園縣	77	6.8	1,463	7.3
新竹市	16	1.4	313	1.6
新竹縣	12	1.1	195	1.0
苗栗縣	25	2.2	315	1.6
台中市	88	7.8	1,457	7.3
台中縣	56	4.9	802	4.0
南投縣	29	2.6	307	1.5

表三 樣本特性分析及適合度檢定(續)

項目	樣本特性		母體特性	
	人數	百分比	人數	百分比
彰化縣	49	4.3	822	4.1
雲林縣	25	2.2	373	1.9
嘉義市	25	2.2	399	2.0
嘉義縣	8	0.7	170	0.8
台南市	61	5.4	884	4.4
台南縣	30	2.6	582	2.9
高雄市	105	9.3	2,101	10.5
高雄縣	39	3.5	820	4.1
屏東縣	27	2.4	561	2.8
澎湖縣	6	0.5	69	0.3
台東縣	8	0.7	146	0.7
花蓮縣	29	2.6	403	2.0
不詳	13	1.2	--	--
X(df=22)				3.06

1.母體特性中，醫師執業地區與執業場所的統計資料，請參閱衛生署(1991) 衛生統計(一)，表 9-1 及表 35。而醫師年齡與醫師性別的母體資料，則請參閱林芸芸與江東亮(1990)，表 5。

\* 表示符合 5%顯著水準的檢定。

## 第五章 台灣醫療糾紛問題的統計分析

本章將針對前章所述醫師的抽樣問卷調查資料，進行統計分析。第一節首先按醫師的特性，分析醫療糾紛的頻率(frequency)。第二節則分析醫療糾紛案件的特性，分析的重點包括醫療糾紛發生的原因，解決的方式及平均補償金額等。第三節則進一步分析醫療糾紛問題對醫師所造成的其它間接性影響，如醫師的時間損失與訴訟費用支出等。第四節則探討醫師的防禦性醫療行為傾向及其影響程度。最後，第五節就本章的分析結果，作一綜合結論。

### 第一節 醫療糾紛的頻率

在本文資料中，我們用三種不同的方式來衡量醫師的醫療糾紛頻率：(1)最近一年內，曾經遭遇醫療糾紛的醫師，佔全體醫師的百分比；(2)最近五年內，有醫療糾紛經驗的醫師，佔全體醫師的百分比；(3)從開始執業以來，曾經有過醫療糾紛經驗的醫師，佔全體醫師的百分比。從樣本資料內 1,131 位 醫師的實際醫療糾紛經驗顯示，最近一年內，百分之十一的醫師有醫療糾紛的經驗。而在最近五年內，則有百分之二十六的醫師，曾經遭遇到醫療糾紛。同時，有百分之四十四的醫師，在其執業生涯中，曾經有過醫療糾紛的經驗(見表四)。

如第四章分析所述，本文的樣本是一具有代表性的樣本，因此從上述樣本的結果，可以推估整個母體的情形。若以最近一年的平均醫療糾紛頻率來推估母體人數，則上述調查結果顯示，台灣地區在過去一年裏，共有 2,151 位醫師曾經遇到醫療糾紛(註一)。同時，抽樣調查的結果顯示，在最近一年內有醫療糾紛經驗的醫師中，80.6%的醫師遇到一件，12%的醫師遇到二件，5.6% 的醫師遇到三件，另外各有 0.9%的醫師分別遇到四件與五件。根據此一案件頻率加總得出，台灣地區在過去一年(民國八十年)裏，共發生 2,781 件醫療糾紛。此一結果顯示，醫療糾紛在台灣已不再是一個零星或偶發的問題，而且其發生的頻率，已接近美國在 1980 年代初期的水準(註二)。



上述分析結果，係反映全體醫師的平均醫療糾紛頻率。事實上，個別醫師所面臨的醫療糾紛風險，常因執業科別、執業場所與醫師本身特性等之不同，而有很大的差異。因此，表四即進一步按醫師的特性，分析醫療糾紛頻率的差異。首先，表四的分析顯示，不論就那一種衡量指標來看，男醫師的醫療糾紛頻率皆較女醫師高。而若以年齡的差異來看，不同年齡群的醫師，其醫療糾紛頻率亦有差異。以最近一年的醫療糾紛頻率為例，三十四歲以下年輕醫師的醫療糾紛頻率為百分之十，而五十五歲到六十四歲及六十五歲以上的資深醫師，其醫療糾紛頻率則分別只有百分之八及百分之五，皆較三十五歲到五十四歲二組中年醫師的醫療糾紛頻率低。而且上述關係在其它二種衡量指標上亦成立。年輕醫師(34 歲以下)醫療糾紛頻率較低的原因，主要是其剛開始執業不久，獨立開業者不多，而在醫院執業者亦大部份是住院醫師，因此其在執業時所面臨的風險較低。而資深醫師(55 歲以上)醫療糾紛發生頻率較低的原因，則主要是經驗較為豐富，而且其看診量較少，因此其面對的醫療糾紛風險則相對較低。

其次，表四亦按醫師執業科別，分析醫師醫療糾紛頻率的差異。表四的分析顯示，不論就那一種指標來衡量，外科、婦產科、骨科與麻醉科的醫療糾紛頻率皆高居前四名，且較全體醫師的平均醫療糾紛頻率高出甚多，而神經科與精神科的醫療糾紛頻率則最低。一般而言，外科、婦產科與麻醉科的醫療風險較高，因此其醫療糾紛頻率亦較高，而且此一趨勢也與美國的醫療糾紛經驗類似(參閱 U.S. General Accounting Office, 1987, 頁 54)。而若以不同的醫療糾紛頻率指標之間的變化來看，則亦可發現醫療糾紛頻率的長期結構性改變。例如，以從開始執業以來，曾經有過醫療糾紛經驗的醫師比率來看，小兒科的醫療糾紛頻率是百分之四十，在十四個科別之中排名第九，且與所有醫師的平均醫療糾紛頻率(百分之四十四)相當。但若以最近一年與最近五年的醫療糾紛頻率指標來看，小兒科的醫療糾紛頻率分別為百分之五與百分之十一，皆是排名第十二，且遠低於所有醫師的平均醫療糾紛頻率(百分之十一與百分之二十六)。上述變化顯示小兒科的醫療糾紛頻率，在近年來已大幅降低。此外，內科亦顯示出相同的趨勢。因此，以最近一年有醫療糾紛經驗的醫師比率來看，內科和小兒科已與神經科及精神科相同，同屬低醫

療糾紛頻率的科別。其在去年一年中，每二十位醫師只有一位醫師有醫療糾紛經驗。而麻醉科則是每三位醫師之中，有一人曾經遭遇醫療糾紛，在所有執業科別之中，醫療糾紛的頻率最高。其次是婦產科與骨科，約每四位醫師中有一位在過去一年，曾經遭遇醫療糾紛。至於外科，其醫療糾紛頻率則排名第四，在去年一年之中，每五位醫師之中約有一人有醫療糾紛的經驗。綜合上述分析結果顯示，醫師的醫療糾紛頻率，在不同的執業科別之間有很大的差異。

至於醫療糾紛頻率的地區性差異，亦可從表四的統計看出。表四的分析顯示，台北市的醫療糾紛案件雖然最多，但是醫療糾紛的頻率並非最高。這是因為台北市的醫師亦最多(約佔全部的四分之一)，因此造成上述的差異。與一般傳統印象不同的是，最近一年醫療糾紛頻率較高的地區是台南、高雄與屏東等三個縣，約為百分之二十，其次為澎湖縣、高雄市與台中市。而台北縣、市的醫療糾紛頻率反而較低，只有百分之八左右。至於宜蘭、新竹、苗栗與台東等四縣，在過去一年內，皆沒有醫療糾紛發生。而若將全台灣地區，按地理位置分成北、中、南、東等四區，則從表四的分析可發現，不論以那一種指標來衡量，南部地區九個縣市的平均醫療糾紛頻率最高，其次是中部地區，而東部地區的醫療糾紛頻率則最低。造成台灣醫療糾紛頻率有地區性差異的可能原因，主要有下列二項：(1)社會發展因素。一般而言，工業化程度較高的地區，人際關係較疏離，因此醫病之間較容易處於對立的關係。而過去四十年來，台灣的工業發展皆集中在西部地區，東部地區的發展程度則較落後，但也因而使傳統和諧的醫病關係得以保存，使東部地區的醫療糾紛頻率遠較西部地區為低。(2)醫療資源分佈不均的因素。台灣過去的區域發展經驗，因重北輕南的政策，造成北部的公共設施較為充裕，中部次之，南部則相對較為缺乏，而醫療資源的分佈亦不例外。此一醫療資源分佈的差異，使南部地區的民眾未能像北部地區的民眾一般，享有較好的醫療照護，因而使南部地區的醫療糾紛頻率，遠高於北部地區的醫療糾紛頻率。

另外，表四亦按醫師資格取得方式，醫師是否受過住院醫師的訓練與是否取得專科醫師證書，來分析醫療糾紛頻率的差異。表四的分析顯示，以檢覈考試及格取得資格，受過住院醫師訓練，並有專科醫師證書的醫師，其醫療糾紛頻率反而較高。

這是因為上述受過較多與較好訓練的醫師，其所治療的對象通常是病情較為複雜，醫療風險較高之故。而若以醫師執業場所來區分，表四的分析亦顯示，醫院醫師的醫療糾紛頻率，較診所醫師的醫療糾紛頻率高。造成此一現象的原因亦與上述相同。因為一般診所診治的疾病，通常是屬病情較為單純的小病，而醫院則常成為診所將病情危急或狀況複雜病人後送的對象。因此，在醫院執業的醫師，其所面臨的醫療風險較高。至於以執業至今是否曾經發生醫療糾紛來衡量的醫療糾紛頻率，在醫院醫師與診所醫師二者之間，並沒有明顯的差異。此一現象的可能原因是醫師可能會改變其執業場所，因而使長期觀察的醫療糾紛頻率沒有差別。最後，表四亦按醫師是否有保險特約，來分析醫療糾紛頻率的差異。統計分析的結果發現，有保險特約與無保險特約的醫師，其間的醫療糾紛頻率並無明顯的差異趨勢。

表四 醫療糾紛頻率與醫師的特性

醫師特性	總樣本數	有醫療糾紛經驗的醫師					
		最近一年		最近五年		執業至今	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
所有醫師	1,131	122	10.8	297	26.3	499	44.1
性別							
男	1,070	118	11.0	283	26.5	483	45.1
女	54	3	5.6	11	20.4	13	24.1
年齡							
25-34	149	15	10.1	30	20.1	34	22.8
35-44	409	55	13.5	135	33.1	185	45.2
45-54	209	26	12.4	72	34.5	127	60.8
55-64	169	14	8.3	32	18.9	71	42.1
65 以上	181	10	5.5	24	13.3	77	42.5
不詳	14	2	14.3	4	28.6	5	35.71
科別							
家醫科或一般科	282	21	7.4	55	19.5	110	39.0
內科	271	15	5.5	56	20.7	114	42.1
外科	120	22	18.3	52	43.3	76	63.3
小兒科	149	8	5.4	17	11.4	60	40.3
婦產科	109	26	23.8	55	50.5	75	68.8
神經科	27	1	3.7	3	11.1	4	14.8
精神科	20	1	5.0	2	10.0	4	20.0
皮膚病	22	2	9.1	6	27.3	6	27.3
泌尿科	14	2	14.3	5	35.7	5	35.7
眼科	47	6	12.8	13	27.7	17	36.2
耳鼻喉科	54	4	7.4	11	20.4	22	40.7
骨科	30	7	23.3	14	46.7	22	73.3
麻醉科	12	4	33.3	6	50.0	7	58.3
其他	44	5	11.4	13	29.5	18	40.9
不詳	23	2	8.7	8	34.8	10	43.5

表四 醫療糾紛頻率與醫師的特性(續)

醫師特性	總樣本數	有醫療糾紛經驗的醫師				執業至今	
		最近一年		最近五年		人數	百分比
執業地點		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
北部地區	498	43	8.6	123	24.7	208	41.8
台北市	268	21	7.6	64	23.9	108	40.3
台北縣	107	9	8.4	29	27.1	48	44.9
基隆市	18	2	11.1	3	16.7	6	33.3
桃園縣	77	9	11.7	20	26.0	33	42.9
新竹市	16	2	12.5	6	37.5	8	50.0
新竹縣	12	0	0.0	1	8.3	5	41.7
中部地區	247	29	11.7	69	27.9	114	46.2
苗栗縣	25	0	0.0	6	24.0	11	44.0
台中市	88	12	13.6	27	30.7	40	45.5
台中縣	56	7	12.5	13	23.2	26	46.4
南投縣	29	4	13.8	9	31.0	15	51.7
彰化縣	49	6	12.2	14	28.6	22	44.9
南部地區	326	45	13.8	92	28.2	151	46.3
雲林縣	25	1	4.0	5	20.0	9	36.0
嘉義市	25	1	4.0	5	20.0	16	64.0
嘉義縣	8	1	12.5	1	12.5	1	12.5
台南市	61	7	11.5	13	21.3	20	32.8
台南縣	30	7	23.3	11	36.7	14	46.7
高雄市	105	15	14.3	29	27.6	49	46.7
高雄縣	39	7	18.0	15	38.5	22	56.4
屏東縣	27	5	18.5	11	40.7	18	66.7
澎湖縣	6	1	16.7	2	33.3	2	33.3
東部地區	47	2	4.3	9	19.2	20	42.6
台東縣	8	0	0.0	2	25.0	2	25.0
花蓮縣	29	2	6.9	7	24.1	16	55.2
宜蘭縣	10	0	0.0	0	0.0	2	20.0
不詳	13	3	23.1	4	30.8	6	46.2

表四 醫療糾紛頻率與醫師的特性(續)

醫師特性	總樣本數	有醫療糾紛經驗的醫師					
		最近一年		最近五年		執業至今	
		人數	百分比	人數	百分比	人數	百分比
醫師資格取得方式							
檢覆考試及格	947	106	11.2	263	27.8	438	46.3
甄訓或國軍特考及格	146	10	6.9	19	13.0	39	26.7
不詳	38	6	15.8	15	39.5	22	57.9
受過住院醫師的訓練							
有	972	112	11.5	275	28.3	449	46.2
沒有	127	9	7.1	17	13.4	41	32.3
不詳	32	1	3.1	5	15.6	9	28.1
是否有專科醫師證書							
有	807	99	12.3	245	30.4	398	49.3
沒有	292	21	7.2	45	15.4	91	31.2
不詳	32	2	6.3	7	21.9	10	31.2
執業場所							
醫院	493	61	12.4	155	31.4	214	43.4
診所	617	57	9.2	136	22.0	273	44.3
不詳	21	4	19.1	6	28.6	12	57.1
有無保險特約							
有	799	88	11.0	221	27.7	348	43.6
無	270	30	11.1	59	21.9	126	46.7
不詳	62	4	6.5	17	27.4	25	40.3

\*本項有少部份醫師選填二項以上科別，致各科醫師人數加總不等於總樣本人數。

\*\* 其他包括復健科、放射線科與病理科等。

## 第二節 醫療糾紛案件的特性

本文問卷調查所獲得的 1,131 位醫師的資料中，有 122 人在最近一年內曾經遭遇醫療糾紛，297 人在最近五年內有醫療糾紛，499 人在其執業生涯中有遇到醫療糾紛的經驗。為了簡化問卷內容，並方便資料處理，在問卷調查時只調查醫師最近一次的醫療糾紛案件資料，因此本文應可得 499 件醫療糾紛案件資料。但其中有 24 位醫師並未填答案件資料，故實際上只獲得 475 件醫療糾紛案件資料。而為了考慮有些醫師有二次以上醫療糾紛經驗的情形，本文以醫師所填答的醫療糾紛發生次數為權數，將問卷調查所獲得的醫療糾紛案件樣本加權，以使上述調查所得的醫療糾紛案件，能反映母體的真實情況。經上述方法加權後，本文的醫療糾紛案件樣本，共有 1,117 件，其中最近五年內發生的有 464 件，而在最近一年內發生的則有 154 件。上述件數，只是抽樣問卷調查所得的樣本數，若將其乘以本文資料的母體／樣本比率（約為 18），即可推估全部母體的醫療糾紛件數。

上述醫療糾紛樣本案件的特性及處理結果，如表五所示。表五的分析顯示，在所有的醫療糾紛案件中，病人死亡的情形佔最大的比率，約有四成。另外，約有二至三成的醫療糾紛案件，病人並沒有任何傷害。此一結果可能是因病人必須延長治療的時間，或是不滿意醫師的治療方式，或是有關醫療收費問題的爭議。而若以病人的性別來分，男、女約各佔一半。若以病人的年齡分，則三組不同期間的樣本案件皆顯示，10 歲以下、21 歲－40 歲及 51 歲－70 歲等三個年齡層較多，21 歲－40 歲之間的青壯人口，其醫療糾紛案件較多的原因有二項：(1)青壯人口發生醫療傷害的所得損失比較高，故病人或其家屬希望獲得補償的動機較強；(2)一般而言，青壯人口的身體皆比較健康，故醫療傷害的發生是因為醫師在治療過程中有所疏忽的可能性比較大(參閱 謝啟瑞，1991a，頁 107)。

而 10 歲以下人口的醫療糾紛案件亦較多，在不同期間的樣本則有不同的原因。以所有樣本案件來看，新生兒的醫療傷害案件佔 10 歲以下案件的三分之一，另外三分之二則為 1 到 10 歲的兒童。但在最近五年的醫療糾紛樣本案件中，新生兒與 1-10 歲的兒童則約各佔一半。而在最近一年的醫療糾紛樣本案件中，新生兒的醫療糾紛案件比率則已增加到百分之十七，約佔十歲以下兒童醫療糾紛案件的四分之

三。從上述不同期間樣本結構性的變動顯示，近年來新生兒的醫療糾紛案件有愈來愈高的趨勢。此一結果與前節分析所述，婦產科醫師的醫療糾紛頻率在各科醫師之中高居第二的結果相一致。造成此一現象的原因，乃是近年來婦女平均生育的子女數愈來愈少，因此父母對完美生產過程的期望也愈來愈高。同時，社會結構的變遷，也使得台灣的高齡產婦與未婚媽媽有愈來愈多的趨勢，此皆增加生產過程的風險。另外，51歲－70歲的人口，亦是醫療糾紛案件較多的一群，主要是反映此一年齡層的人口，傷病率(morbidity rate)較高，故醫療風險亦相對較高之故。但從比較三組不同期間的樣本顯示，不論是50歲以上或60歲以上人口的醫療糾紛案件比率，近年來皆有增加的趨勢。造成此一結果的主要原因有二：(1)人口老化的現象；(2)民眾對醫療技術期望過高的結果(參閱謝啟瑞，1991a，頁108)。

除了病人傷害程度、性別與年齡之外，表五亦統計醫療糾紛發生的原因。因醫療糾紛發生的原因繁多，很難用少數幾個選擇項加以概括，所以在問卷設計時，我們採用開放式的問題，讓醫師用約五十個字左右的文字，描述醫療糾紛發生的原因。然後再根據此一描述逐件加以分類。醫療糾紛發生原因的分類標準，係參考美國國會主計處(U.S. General Accounting Office)在1984年進行醫療糾紛調查時所採用的分類方法(註三)，並針對國內特殊的情況修改而成，共計分為六十五項。而各項醫療糾紛發生原因的詳細內容及其次數分配，則列於附錄四。為了便於分析，上述六十五種醫療糾紛發生的原因，可再依其性質之不同，歸納為十二大項，其內容如下：(1)與診斷過程有關的事項，如診斷檢驗過程不當、延遲診斷及錯誤診斷等；(2)與麻醉及注射相關的事項，如注射操作不當或麻醉藥不良反應；(3)與產科相關的事項，如生產過程處理不當；(4)未得病人同意(例如手術未獲病人或其家屬同意)；(5)與手術過程有關的事項，如手術後狀況未見改善或手術後昏迷不醒等；(6)醫師的明顯疏忽，如手術後留下異物或醫師開錯藥等；(7)與治療過程有關的事項，如治療遲延或未對病人病情變化做適當反應或處理；(8)因缺乏預防所造成，如醫療器材故障或病人從病床上跌落；(9)不良反應，如藥物不良反應或手術感染；(10)對醫療過程或結果不滿意，如對手術結果不滿意等；(11)死因不明，如嬰兒猝死症或病人到診已死亡的情形等；(12)其他難於歸類的原因，如醫藥費的問題或後診醫



師論說前診醫師的錯誤等（註四）。

利用上述的分類方法，表五的分析顯示，最常見到的醫療糾紛原因是醫療過程所引起的不良反應，如手術感染、併發症與藥物過敏等。其次是病人對醫療過程或結果不滿意，上述二種原因合計約佔所有醫療糾紛案件的三分之一。而排名第三的則是因懷孕或生產過程所引起的醫療糾紛，其在所有樣本中約佔百分之八，而在最近一年的樣本中則佔百分之十一，顯示其比重已有增加的趨勢。此一結果與前文分析顯示，新生兒的醫療糾紛案件有愈來愈多的趨勢相符合。另外，死因不明也是常見到的醫療糾紛原因，但是其比重在近年來已逐漸降低，取而代之的是與治療過程有關的醫療糾紛。而在美國最常見的醫療糾紛原因，如診斷相關與手術相關等（參閱 Hsieh, 1990），在國內所佔的比率並不高，約只有一成。顯示我國醫療糾紛發生的原因，與美國相比較，有很大的差異。

若以醫療糾紛解決的方式來區分，表五的分析顯示，醫病雙方自行和解或透過中介機構調處，病人因此獲得金錢補償的案件，在最近一年的樣本中有 65 件(佔 42%)，在最近五年的樣本中則有 188 件(佔 41%)，而在所有樣本中，則有 469 件(佔 42%)。而病人中途撤回或放棄的案件，在上述三組樣本中，則分別有 72 件(佔 47%)，226 件(佔 49%)及 473 件(42%)。此類案件病人並沒有得到任何補償，其通常情況是醫師不同意病人的補償要求，而病人亦無法獲得有關的資訊，或者是缺乏足夠的知識與能力，以致並未採取進一步行動；而另外一種可能則是病人在獲得醫師滿意的解釋後，或在中介人士(機關)調處下，同意撤回其要求醫師補(賠)償的請求。而透過司法訴訟來解決醫病雙方糾紛的案件，在最近一年的樣本中有 17 件(佔 11%)，在最近五年的樣本中則有 50 件(佔 11%)，而在所有樣本中，則有 175 件(佔 16%)。

上述透過司法訴訟解決的案件中，涉及刑事訴訟的案件佔較大的比率，顯示國內大部份的醫療糾紛訴訟，乃是訴諸刑法的「業務過失」來解決(見表五)。但從比較三組不同期間的樣本顯示，近年來選擇民事訴訟(或附帶民事訴訟)的比率，則有增加的趨勢。而從表五的分析也顯示，在訴諸法院判決的醫療糾紛案件中，病人勝訴的比率甚低，最多不超過百分之十二。此一結果與民國五十年台灣省醫師公會

所進行的問卷調查結果，及最近衛生署醫事審議委員會所統計的鑑定資料相當(參閱謝啟瑞，1991a，頁 108-109)。而在未加權的 4 件病人勝訴案件當中，有一件醫師被判處罰金 6,000 元；有二件醫師皆被判處徒刑六個月，其中一件還附帶民事賠償六十萬元；上述三件皆是最近五年內發生的醫療糾紛案件，而另外一件則發生於民國五十七年，只獲民事賠償 3,000 元。另外，訴諸法院的醫療糾紛訴訟，尚有不少案件仍處於訴訟中的狀態，顯示司法訴訟確實是耗時費日之事。

在上述病人透過和解或調處而獲得金錢補償的案件中，補償金額的分配如表六所示。為了讓不同期間的醫療糾紛案件，有相同的比較標準，表六的補償金額係以民國八十年的真實貨幣價值表示(註五)。表六的分析顯示，在所有的樣本案件中，有一成的補償金額在一萬元以下，其平均補償金額只有 4,402 元，而補償金額在一萬元到十萬元之間的案件，約佔三成，另外，補償金額在十萬元到五十萬元之間的案件則佔最大多數，約有四成半。上述三組補償金額在五十萬元以下的案件，共佔所有案件的百分之八十四，但其所獲得的補償金額則只佔所有案件總補償金額的百分之四十二。而補償金額在百萬元以上的案件只佔總件數的百分之五，但其所獲得的補償金額，佔所有案件總補償金額的比例，則超過三成(註六)。由此可見，醫療糾紛補償金額的分配極不平均。我們將在本節稍後，再回來討論此一問題。

表五 台灣地區醫療糾紛案件樣本的特性分析

案件特性	最近一年的案件		最近五年的案件		所有的案件	
	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比
所有案件	154	100	464	100	1,117	100
病人傷害程度						
無身體上的傷害	49	31.8	115	24.8	209	18.7
輕傷	27	17.6	86	18.5	203	18.2
重傷	15	9.7	35	7.6	107	9.6
死亡	59	38.3	207	44.6	517	46.3
不詳	4	2.6	21	4.5	81	7.2
病人性別						
男	75	48.7	229	49.4	531	47.5
女	77	50.0	221	47.6	540	48.3
不詳	2	1.3	14	3.0	46	4.2
病人年齡						
新生兒	27	17.5	49	10.6	77	6.9
1-10 歲	9	5.8	41	8.8	142	12.7
11-20 歲	9	5.8	23	5.0	92	8.2
21-30 歲	17	11.0	82	17.7	183	16.4
31-40 歲	29	18.8	78	16.8	186	16.7
41-50 歲	13	8.5	45	9.7	99	8.9
51-60 歲	25	16.2	68	14.6	155	13.9
61-70 歲	18	11.7	55	11.9	115	10.3
71 歲以上	6	3.9	20	4.3	45	4.0
不詳	1	0.6	3	0.6	23	2.0

表五 台灣地區醫療糾紛案件樣本的特性分析(續)

案件特性	最近一年的案件		最近五年的案件		所有的案件	
	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比
<b>糾紛發生原因</b>						
診斷相關	9	5.8	21	4.5	65	5.8
麻醉及注射相關	7	4.5	18	3.9	42	3.8
產科相關	17	11.0	42	9.1	87	7.8
未得病人同意	8	5.2	20	4.3	56	5.0
手術相關	7	4.5	23	5.0	55	4.9
明顯疏忽	4	2.6	6	1.3	20	1.8
治療相關	12	7.8	29	6.2	43	3.8
缺乏預防	1	0.6	8	1.7	14	1.3
不良反應	25	16.2	73	15.7	218	19.5
不滿意	20	13.0	76	16.4	135	12.1
死因不明	11	7.1	40	8.6	129	11.5
其他原因	16	10.4	60	12.9	116	10.4
不詳	17	11.0	48	10.3	137	12.3
<b>解決方式</b>						
病人撤回或放棄	72	46.8	226	48.7	473	42.3
和解或調處	65	42.2	188	40.5	469	42.0
司法訴訟	17	11.0	50	10.8	175	15.7
<b>訴訟案件的性質</b>						
民事	11	64.7	27	54.0	77	44.0
刑事	11	64.7	31	62.0	144	82.3
<b>訴訟案件的結果</b>						
病人勝訴	2	11.8	4	8.0	6	3.4
病人敗訴	7	41.2	36	72.0	145	82.9
訴訟中	7	41.2	8	16.0	19	10.9
不詳	1	5.8	2	4.0	5	2.8

1. 有關各項糾紛發生原因的詳細內容,請參閱附錄四。
2. 有些案件同時包含民事及刑事,故民事與刑事加總的百分比超過 100。

以上所述所有樣本案件的補償金額分配情形，在最近五年的案件與最近一年的案件中，亦呈現相同的結構。雖然表五的分析顯示，病人透過和解或調處而獲得補償的比率，高達百分之四十二，但表六的分析顯示，病人平均所能得到的補償金額並不高，只有約二十七萬元。若以最近五年案件的平均值來看，也只有二十九萬元，顯示平均補償金額的水準，並未隨近年來國民所得的成長，而有顯著的增加。而最近一年醫療糾紛案件的平均補償金額則更低，只有約二十三萬元。造成此一現象的原因，主要是最近一年的醫療糾紛案件，較少有百萬元以上的補償案件。上述平均補償金額的水準，與國內其他意外傷害事件的平均賠償水準相比較，並未偏低，但若與國外醫療糾紛案件的平均補償金額相比較，則屬偏低(註七)。事實上，國內醫療糾紛案件的平均補償金額不高，主要是病人在法庭上勝訴的機率不高所致。因為在醫病雙方私下和解或調處的過程中，醫師通常以其預期的病人勝訴機率，乘上其預期病人勝訴後所能獲得的補償金額，來設定其所願意支付的最高金額(參閱 Hsieh, 1990, p.18)。而如表五所示，我國病人在法庭上勝訴的平均機率只有一成左右，因此，大部份醫師所願意支付的和解金額自然不高。

綜合表五與表六的分析結果顯示，若只考慮透過司法訴訟的醫療糾紛案件，病人獲得賠償的機率極低，與過去文獻的研究結果一致。但若以全部的醫療糾紛案件來看，病人獲得補償的比率就高達百分之四十三，與美國 1984 年調查的結果相當(參閱 U.S. General Accounting Office, 1987)。從上述的比較顯示，訴諸法院解決的醫療糾紛案件，與透過和解或調處解決的醫療糾紛案件，在性質上有很大的差異。因此，欲得知醫療糾紛案件的特性，必須觀察全部的樣本，不能只看透過法庭判決的特殊樣本，以免得到偏誤的結論。而本文的樣本資料，係國內首度獲得的全部醫療糾紛案件樣本，因此其所呈現的分析結果，自與傳統得自偏誤樣本(bias sample)的結論，有很大的差異，此正是本文的主要貢獻所在。另一方面，儘管病人獲得補償的比率比以往所知道的高，但平均每件醫療糾紛案件的補償金額並不高，只有在二十三萬到二十九萬之間。若以最近一年的醫療糾紛案件資料為準，則由本文的調查結果可估計出，台灣地區在過去一年裏，醫師花在補償病人醫療傷害的支出，約為二億七千萬元，平均每位醫師負擔 13,690 元(註八)。

表六 醫療糾紛案件的補償金額分配 (單位：新台幣元)

補償金額	案件數	案件百分比	平均補償金額	總計補償金額	佔總補償金額百分比
I 所有樣本案件					
一萬元以下	48	10.2	4,402	211,281	0.2
一萬~十萬	140	29.9	41,782	5,849,520	4.7
十萬~五十萬	207	44.1	222,797	46,118,990	36.8
五十萬~一百萬	52	11.1	670,442	34,863,000	27.8
一百萬以上	22	4.7	1,744,818	38,386,000	30.5
總計	469	100.0	267,439	125,428,791	100.0
II 最近五年的案件					
一萬元以下	20	10.7	3,940	78,808	0.2
一萬~十萬	48	25.5	38,981	1,871,100	3.4
十萬~五十萬	84	44.7	212,896	17,883,300	32.9
五十萬~一百萬	26	13.8	655,608	17,045,800	31.3
一百萬以上	10	5.3	1,749,100	17,491,000	32.2
總計	188	100.0	289,202	54,370,008	100.0
III 最近一年的案件					
一萬元以下	7	10.8	3,760	26,320	0.2
一萬~十萬	18	27.7	42,056	757,000	5.1
十萬~五十萬	28	43.1	212,143	5,940,000	40.1
五十萬~一百萬	11	16.9	645,455	7,100,000	47.9
一百萬以上	1	1.5	1,000,000	1,000,000	6.7
總計	65	100.0	228,051	14,823,320	100.0

上述分析結果，只反映所有醫療糾紛案件的平均補償水準。而如前文分析所述，不同的醫療糾紛案件，其補償金額有很大的不同。因此，表七即更進一步按醫療糾紛案件的特性，分析醫療糾紛補償金額差異的因素。首先，以所有醫療糾紛的樣本案件來看，表七的分析顯示，無明顯身體傷害的醫療糾紛案件，所獲得的補償金額最低，平均只有十三萬元，其次是病人輕傷與重傷的案件。而病人死亡的案件，所獲得的補償金額最高，平均每件的補償金額為三十五萬元，約為前述病人傷害案件的二倍。至於傷害程度較嚴重的病人，其所獲得的補償金額，並未較只遭遇輕度傷害的病人高，反而較低。造成此一現象的可能原因，是在問卷調查表中，並未對輕傷與重傷提出明確的定義，只憑醫師個人的認定，因而有分類上不一致的可能。但是此一現象在最近一年與最近五年案件的樣本中，則未見發生。另一方面，在最近一年案件的樣本中，遭遇重度傷害的病人所獲得的平均補償金額，約與病人死亡案件的平均補償金額相當。這主要是反映遭遇重度傷害的病人，其後續的醫藥費用與復建費用可能相當龐大。儘管上述按傷害程度統計的補償金額分配，在不同期間的樣本之間稍有差異，但整體而言，上述分析結果仍顯示，傷害程度的不同，是造成補償金額差異的主要原因。另一方面，表七的分析亦顯示，不同傷害等級的案件，其獲得補償的機率亦有不同。平均而言，病人沒有明顯傷害的醫療糾紛案件，其獲得補償的機率較低。

而在病人性別的差異方面，表七的分析顯示，男性病人獲得補償的機率較低。至於按病人性別統計的補償金額分配，在不同期間的樣本有不同的結果。表七的分析顯示，在最近一年案件的樣本中，男性病人所獲得的補償金額較女性病人高。一般而言，男性的平均工資較女性高，因此在其它情況皆相同的情形下，男性所獲得的傷害損失補償金額通常較高。但在最近五年案件的樣本與所有案件的樣本中，則是女性病人的平均補償金額較高，與上述的直覺相反。其可能的原因是男、女病人的醫療糾紛案件特性不同（如傷害程度不同），而在表七未控制其它因素的影響下，才造成上述的結果。因此，有關上述不一致結果的可能原因，將留待下一章迴歸分析(控制其它因素的影響)時再予討論。

在病人年齡方面，新生兒與 71 歲以上的老人，其獲得補的機率最高。新生兒

獲得補償的機率較高，可能是與生產過程有關的傷害(birth-related injury)，有很多情形係源於可避免的錯誤有關。而 71 歲以上人口的醫療糾紛案件，亦很容易獲得補償，則可能是源於醫師的同情因素所致。另外 11—20 歲的病人，其獲得補償的機率則較低。而在補償金額的分配方面，除了最近一年案件的情形之外，31—40 歲病人的平均補償金額最高。這主要是反映這組人口正是一般家庭經濟上主要來源，故其傷害損失亦相對較大之故。但 41—50 歲這組病人的平均補償金額，並未顯現相同的趨勢，則令人迷惑。而補償金額較低的年齡層，則為十歲以下的兒童，與一般以經濟損失來衡量的直覺相同。綜合上述分析顯示，病人年齡的差異，亦是補償金額分配不平均的主要原因，只是其間的差異趨勢，在不同的樣本之間，並不完全相同。

另外，表七亦按醫師執業場所之不同，比較補償金額與補償率之差異。表七的分析顯示，與在診所執業的醫師相比，病人若與在醫院執業的醫師產生醫療糾紛，其獲得補償的機率較低，但若能獲得補償，其所獲得的平均補償金額則較高。醫院醫師補償率較低的原因，可能是此類的醫療糾紛案件，通常會牽涉其他醫師或醫護人員，故責任有時不在醫師一個人身上，因而由醫師出面負起補償責任的情形相對較少。另一方面，如前文分析所述，醫院所治療的病情，通常較診所複雜，因而所發生的醫療傷害是源於不可避免的醫療風險的可能性較大，此亦可能是病人較不易獲得補償的原因。而正因為在醫院執業的醫師看「大病」的比例較多，故一旦發生醫療傷害，其嚴重程度亦相對較高，因而使醫師必須支付較高的補償金額。

最後，表七亦按醫療糾紛發生的原因，分析平均補償金額與補償率的變化情形。在眾多的糾紛發生原因之中，與麻醉及注射有關的問題所引起的醫療糾紛案件，其獲得補償的機率最高，約在七到八成之間。其它較易獲補償的案件，則為與手術及生產過程有關，此類病人獲得補償的機率約有五成。同時，上述二類案件的平均補償水準亦較高，其主要原因是因外科手術或生產過程所導致的醫療傷害，病人的傷害程度通常較嚴重。而因醫護人員明顯疏忽或缺乏預防所導致的醫療糾紛案件，其獲得補償的機率並未較高，反而是較低，而且其平均補償金額亦偏低，與一般的直覺相反。造成此一現象的可能原因有二：(1)樣本數過少(如「明顯疏忽」獲補償的



案件只有三件，而「缺乏預防」只有一件，使所得結果的代表性不足；(2)因「明顯疏忽」或「缺乏預防」所導致的醫療傷害，因原因至為明顯，而且大部份可能不是醫師的疏忽所造成(例如醫護人員給錯藥可能是護士的過失，而病人從床上跌落的情形亦同)，故此類案件可能是由醫院或其他醫護人員負補償責任，而不是醫師。至於最常發生的糾紛原因(不良反應)，其獲得補償的機率亦頗高，在四成半到六成之間，但其所獲得的補償金額則稍低於平均水準。而因病人「不滿意」或因病人死亡而原因不明所導致的醫療糾紛案件，其補償率與平均補償金額，在不同的樣本則呈現不同的結果，沒有一致的趨勢。

表七 醫療糾紛補償金額與醫療糾紛案件特性

案件特性	最近一年的案件			最近五年的案件			所有的樣本案件		
	補償件數	補償率 (%)	平均補償金額	補償件數	補償率 (%)	平均補償金額	補償件數	補償率 (%)	平均補償金額
所有案件	65	42.2	288,051	188	40.5	289,202	469	42.0	267,439
病人傷害程度									
無身體上的傷害	19	38.8	148,157	38	33.0	139,104	77	36.8	132,362
輕傷	11	40.7	193,636	39	45.4	189,292	100	49.3	189,439
重傷	7	46.7	288,617	11	31.4	208,087	24	22.4	167,108
死亡	27	45.8	287,333	90	43.5	373,937	238	46.0	352,816
不詳	1	25.0	100,000	10	47.6	575,830	30	37.0	277,068
病人性別									
男	29	38.7	278,655	87	38.0	225,347	219	41.2	220,122
女	35	45.5	191,780	94	42.5	337,027	232	42.9	322,074
不詳	1	50.0	30,000	7	50.0	440,606	18	39.1	138,930
病人年齡									
新生兒	20	74.1	148,400	40	81.6	163,862	64	83.1	172,430
1-10 歲	3	33.3	106,667	15	36.6	208,401	61	42.9	130,261
11-20 歲	2	22.2	565,000	6	26.1	330,233	12	13.0	303,308
21-30 歲	3	17.7	116,773	20	24.4	243,474	65	35.5	206,433
31-40 歲	8	27.6	151,000	28	35.9	486,854	90	48.4	424,362
41-50 歲	2	15.4	290,000	13	28.9	237,615	32	32.3	248,534
51-60 歲	12	48.0	399,333	33	48.5	304,141	63	40.7	266,130
61-70 歲	11	61.1	256,545	18	32.7	374,461	44	38.3	351,514
71 歲以上	4	66.7	163,250	14	70.0	310,036	30	66.7	363,103
不詳	0	0	-	1	33.3	243	8	34.8	14,732

表七 醫療糾紛補償金額與醫療糾紛案件特性(續)

案件特性	最近一年的案件			最近五年的案件			所有的樣本案件		
	補償件數	補償率(%)	平均補償金額	補償件數	補償率(%)	平均補償金額	補償件數	補償率(%)	平均補償金額
醫師執業場所									
醫院	27	38.0	254,259	82	35.6	341,166	169	37.7	351,177
診所	35	44.9	210,237	103	46.0	250,431	296	47.7	218,296
不詳	3	60.0	200,000	3	30.0	200,000	4	8.3	366,000
糾紛發生原因									
診斷相關	3	33.3	171,667	8	38.1	126,250	34	52.3	134,149
麻醉及注射相關	6	85.7	250,333	13	72.2	239,623	32	76.2	187,877
產科相關	7	41.2	81,143	21	50.0	445,752	50	57.5	464,574
未得病人同意	5	62.5	120,064	11	55.0	175,149	20	35.7	136,898
手術相關	4	57.1	512,500	13	56.5	346,333	30	54.6	311,299
明顯疏忽	1	25.0	3,000	2	33.3	55,500	3	15.0	56,000
治療相關	1	8.3	60,000	7	24.1	133,829	11	25.6	159,950
缺乏預防	0	0.0	-	1	12.5	520,000	1	7.1	520,000
不良反應	15	60.0	184,333	39	53.4	178,864	102	46.8	251,424
不滿意	7	35.0	325,000	28	36.8	268,785	62	45.9	198,336
死因不明	7	63.6	286,429	14	35.0	317,071	47	36.4	267,321
其他原因	5	31.3	336,000	17	28.3	311,670	37	31.9	318,464
不詳	4	23.5	200,000	14	29.2	617,732	40	29.2	370,325

1.補償率 = (獲得補償的醫療糾紛件數 / 總醫療糾紛件數) × 100。

2.有關各項糾紛發生原因的詳細內容,請參閱附錄四。

### 第三節 醫療糾紛的間接損失成本

如本文第二章的理論分析所述，醫師在遭遇醫療糾紛時，除了可能發生的補償病人損失支出外，醫師也必須花費許多時間與金錢來解決其與病人之間所產生的爭議，本文將此種花費稱之為醫療糾紛的間接損失成本。一般而言，醫療糾紛的間接損失成本主要是包括醫師為處理醫療爭議所損失的時間成本，以及所花費的訴訟費用或律師費等支出。本節的主要目的即是說明上述各項間接損失成本的資料來源與計算方式，並進一步按醫療糾紛案件的特性，說明間接損失成本的分配。

首先，從表八的分析顯示，約超過一成的醫師，在處理醫療糾紛過程中，並沒有損失任何工作時間。而工作時間損失在一星期之內的醫師，則佔最大多數，將近四成。另外，亦有少數的醫療糾紛案件，醫師所損失的工作時間，超過一個月以上。而在本文的樣本中，約三分之一有醫療糾紛經驗的醫師，並未填答其為處理醫療糾紛所損失的工作時間。儘管有上述缺點，從其他三分之二有回答的樣本中，已可顯現醫師的時間損失概況。同時，我們進一步詢問醫師上述時間損失所導致的「損失收入」，並以此來衡量醫師為處理醫療糾紛問題所損失的時間成本(註九)。

其次，表八的分析也顯示，只有約一成左右的醫師，有聘請律師協助其解決醫療糾紛。這與訴諸法庭解決的醫療糾紛案件，亦約佔所有案件一成的結果相一致。此一結果顯示，國內大部份的醫療糾紛案件，仍只是由醫師獨自應付。因此，律師費用只佔醫療糾紛處理成本一個很小的比例。但在未聘請律師的醫療糾紛案件中，有不少情形是醫師透過中介團體(或人士)出面調處解決，因此請託的費用亦成為醫療糾紛處理成本之一。將問卷調查所得到的請託(或訴訟)費用及律師費，與前述醫師的時間損失成本加總，即構成醫師為處理醫療糾紛案件的間接損失成本(註十)。至於醫師在處理醫療糾紛問題時所承受的精神壓力與名譽損失，則因難於量化，無法將其包括在上述的間接損失成本內。

表八的分析顯示，約有一成半到二成的醫師，在處理醫療糾紛過程中，並沒發生任何間接損失成本。此類案件大部份是病人放棄或撤回，因此並未造成醫師的時間或金錢損失。而約有三成的醫師，其所發生的間接損失成本在十萬元內。但也有少數醫師間接損失成本超過五十萬元。整體而言，醫師為處理醫療糾紛案件所花費

的間接損失成本，平均每件約為新台幣十三萬元(見表九)。

表八 醫療糾紛案件的間接損失成本

損失項目	最近一年案件		最近五年案件		所有樣本案件	
	件數	百分比	件數	百分比	件數	百分比
所有案件	154	100	464	100	1,117	100
時間損失						
沒有	20	13.0	68	14.7	126	11.3
1-7 日	60	39.0	174	37.5	401	35.9
8-14 日	7	4.5	28	6.0	89	8.0
15-30 日	7	4.5	25	5.4	97	8.7
一個月以上	5	3.2	13	2.8	21	1.9
不詳	55	35.7	156	33.6	383	34.3
是否有聘請律師						
有	17	11.0	44	9.5	140	12.5
沒有	120	77.9	378	81.5	867	77.6
不詳	17	11.0	42	9.1	110	9.8
間接損失成本						
0	29	18.8	96	20.7	176	15.8
一萬元以下	14	9.1	42	9.1	65	5.8
一萬-十萬	34	22.1	110	23.7	265	23.7
十萬-五十萬	24	15.6	62	13.4	204	18.3
五十萬元以上	6	3.9	14	3.0	43	3.8
不詳	47	30.5	140	30.2	364	32.6

1 間接損失成本=法庭訴訟費用+時間損失成本+律師費

表九 醫療糾紛平均間接損失成本與醫療糾紛案件的特性(單位：新台幣元)

案件特性	最近一年案件	最近五年案件	所有樣本案件
所有案件	132,769	104,407	137,438
解決方式			
病人撤回或放棄	49,204	45,773	84,818
和解或調處	155,209	148,918	148,150
司法訴訟	343,805	166,981	206,481
病人傷害程度			
輕傷	42,474	38,462	59,579
重傷	169,722	127,080	114,742
死亡	220,222	158,631	210,254
不詳	6,000	78,665	42,546
糾紛發生原因			
診斷相關	139,333	125,762	71,582
麻醉及注射相關	38,333	33,933	48,325
產科相關	38,697	58,302	70,479
未得病人同意	10,000	48,983	72,939
手術相關	291,267	182,123	247,964
明顯疏忽	1,444	15,267	7,649
治療相關	195,333	151,679	133,754
缺乏預防	-	1,130	12,378
不良反應	232,250	115,109	227,899
不滿意	106,852	90,772	147,365
死因不明	184,375	120,278	145,810
其他原因	53,212	103,752	75,776
不詳	169,200	186,063	241,499

\*本表的平均間接損失成本，係以民國八十年的貨幣價值表示。

雖然在本文資料中，有近三分之一的醫療糾紛案件，並未提供上述有關間接損失成本的任何資料，使間接損失成本的統計品質，未若前述二節的資料理想。但從有回答案件所獲得的平均值，亦仍可反映整體醫療糾紛案件的平均特性。若以最近一年案件的平均間接損失成本為準，則由上述統計結果可估計出，台灣地區在過去一年裏，醫師為處理醫療糾紛所花費的時間成本，請託(或訴訟)費用與律師費等，約為三億七千萬元，平均每位醫師花費 18,535 元(註十一)。

上述分析結果，只是反映所有醫療糾紛案件的平均間接損失成本。事實上，醫療糾紛案件的處理成本，通常隨糾紛的解決方式、病人傷害程度與糾紛發生的原因，而有很大的不同。因此，表九即按上述特性，分析平均間接損失成本的不同。首先，就醫療糾紛解決方式之不同而言，表九的分析顯示，病人撤回或中途放棄的醫療糾紛案件，醫師的平均間接損失成本最少，只有五萬元左右（最近一年的樣本）。而醫師與病人雙方私下和解或透過中介機構(人士)調處解決的案件則次之，其間接損失成本平均約為十五萬元。至於透過司法訴訟解決的醫療糾紛案件，其間接損失成本最高，平均高達三十四萬元(最近一年的樣本)。上述結果顯示，用和解或調處的方式來解決醫療糾紛，確實可節省許多時間成本與訴訟費用支出，與一般文獻上的理論預期相符合(參閱 Hsieh, 1990, pp.9-33)。

若按傷害程度之不同來看，表九的分析顯示，傷害程度愈嚴重的案件，醫師所必須花費的處理成本愈高。以所有樣本案件的統計為例，病人只有輕傷的醫療糾紛案件，醫師平均花費的間接損失成本，只有六萬元左右，此在病人重傷的案件則要十一萬元，而在病人死亡的案件則高達二十一萬元。此一結果與一般的直覺相符，因為病人的傷害程度愈大，病人所要求的補(賠)償金額也就愈高，因此醫病雙方的要求差距也就可能愈大，使雙方爭議必須花更多的時間與金錢才能得到解決。

此外，表九亦顯示不同糾紛原因所花費的處理成本有很大的不同。以所有樣本案件的統計為例，因手術相關問題或不良反應所引起的醫療糾紛，醫師的平均間接損失成本皆超過二十萬元。而此一成本在「明顯疏忽」或「缺乏預防」的醫療糾紛案件，則只有一萬餘元。上述差距顯示，因手術相關或不良反應所引起的醫療傷害，其所牽涉的病情通常較為複雜，因此病人的傷害是否因醫師的疏忽所引起，或者只

是在正常醫療風險下的不幸結果，醫病雙方不易有一致的看法，使此類爭議的解決要花費許多時間與金錢。而「明顯疏忽」與「缺乏預防」的醫療糾紛案件，因病人傷害的根源至為清楚(如血型錯誤或病人從病床跌落)，故此類案件通常可迅速解決，不致造成太大的時間損失與其他費用的支出。

除了上述所分析的時間損失成本、請託(或訴訟)費用與律師費等支出外，國內醫師在處理醫療糾紛問題時，亦可能遭到病人採取所謂「自力救濟」的干擾，例如恐嚇、勒索、抬棺騷擾或棄置屍體於診所等皆屬之。此類行為對醫師執業時所造成的精神損害，雖不可忽略，但其影響則很難量化，因此不易衡量上述病人「自力救濟」行為對醫師執業成本的影響。儘管如此，病人「自力救濟」對醫療糾紛處理結果的影響層面，仍是一值得探討的問題。因此，表十即進一步分析所謂「自力救濟」問題的影響，分析的主要重點有下列各項：(1)醫師遭遇病人採行「自力救濟」干擾的頻率；(2)此類行為是否較易獲得補償，及補償的金額是否較高；(3)此類行為是否增加醫師處理醫療糾紛所花費的時間與金錢。

表十 病人「自力救濟」對醫療糾紛處理結果的影響

自力救濟方式	總件數	百分比	獲補償比率 (%)	平均補償金 額	平均間接損失 成本
I. 所有樣本案件	1,117	100.0	42.0	267,439	137,438
所有案件					
恐嚇或勒索					
有	629	56.3	46.7	275,734	176,344
無	488	43.7	35.9	253,501	83,633
抬棺騷擾或棄屍					
有	132	11.8	35.6	192,053	207,454
無	985	88.2	42.8	275,835	126,592



表十 病人「自力救濟」對醫療糾紛處理結果的影響(續)

自力救濟方式	總件數	百分比	獲補償比率 (%)	平均補償金 額	平均間接損 失成本
個人或家人身體傷害					
有	39	3.5	61.5	191,217	107,171
無	1,078	96.5	41.3	271,549	138,737
II. 最近五年案件					
所有案件	464	100.0	40.5	289,202	104,407
恐嚇或勒索					
有	270	58.2	43.7	287,962	124,838
無	194	41.8	36.1	291,292	75,436
抬棺騷擾或棄屍					
有	35	7.5	45.7	292,206	235,050
無	429	92.5	40.1	288,923	93,955
個人或家人身體傷害					
有	21	4.5	42.9	242,956	179,313
無	443	95.5	40.4	291,527	100,000
III. 最近一年案件					
所有案件	154	100.0	42.2	228,051	132,769
恐嚇或勒索					
有	92	59.7	46.7	247,938	169,941
無	62	40.3	35.5	189,182	59,458
抬棺騷擾或棄屍					
有	10	6.5	30.0	247,333	344,852
無	144	93.5	43.1	227,118	113,292
個人或家人身體傷害					
有	5	3.3	40.0	350,000	45,000
無	149	96.7	42.3	224,180	137,071

1. 此一百分比係指是否有遭遇上述三種「自力救濟」方式的醫療糾紛案件，佔所有案件的比率。
2. 係指在該類案件中，有得到補償的醫療糾紛案件，佔該類所有醫療糾紛案件總數的百分比。
3. 平均補償金額與平均間接損失成本，皆以民國八十年的幣值表示，單位是新台幣元。

表十的分析顯示，國內曾經遭遇醫療糾紛的醫師，有一半以上認為其曾受到恐嚇或勒索的困擾。此一結果顯示，國內醫療糾紛問題的解決過程，有一半以上是處在暴力威脅的陰影中，值得重視。而平均而言，曾經遭受恐嚇或勒索的醫師，其給予病人補償的比率、補償的金額與間接損失成本，皆較未曾遭到恐嚇或勒索的醫師高。以最近一年的樣本為例，有被恐嚇或勒索經驗的醫師，其平均補償病人的比率是百分之四十七，平均補償金額約二十五萬元，平均間接損失成本約十七萬元，皆較未有此種經驗的醫師高出許多。上述結果顯示，恐嚇或勒索的陰影確實已對醫師造成許多實質的損害：(1)醫師常被迫補償許多其不一定有過失的案件；(2)醫師亦因此被迫花更多的錢用於補償病人的損失；(3)醫師亦必須因此花更多的時間與金錢來解決此類案件，使間接損失成本亦隨之提高。

至於抬棺騷擾或棄屍的頻率，在所有樣本案件中佔 11.8% ，在最近五年案件中佔 7.5%，而在最近一年案件中，則再降到 6.5%。上述結果顯示，抬棺騷擾或棄屍的行為，近年來已較少見，但仍未完全根絕。另一方面，表十的分析指出，病人家屬採取抬棺騷擾或棄屍的抗爭行為，其獲得補償的比率與平均補償金額，在不同的樣本之間並不一致，顯示此類行為未必較容易獲得補償，同時補償金額也未必較高。但表十所列三種不同樣本的分析結果皆顯示，曾經遭遇「抬棺」或「棄屍」騷擾的醫師，其平均間接損失成本較無此類經驗的醫師高出許多，同時也比遭遇恐嚇或勒索的醫師高。以最近一年的樣本為例，遭遇「抬棺」或「棄屍」騷擾的醫師，其平均間接損失成本高達三十四萬元，為沒有遭遇此類騷擾者的三倍。上述結果顯示，「抬棺」或「棄屍」的騷擾行為，其不合法的證據至為明顯，因此病人家屬不一定因此能得到(或得到較好的)補償，但醫師為此所花費的時間損失成本(如診所被病人罷佔，無法正常執業)及其它處理成本，則甚為可觀。

另外，表十的分析亦顯示，約有百分之四左右有醫療糾紛經驗的醫師，曾經遭遇個人或家人身體的傷害。因為此類案件的樣本數較少，故其所造成的影響在不同的樣本之間，並沒有一致的趨勢。在所有樣本的統計中，曾經遭遇此類困擾的醫師，其補償病人的比率高達六成以上，顯示醫師被迫補償病人損失的情形甚為普遍。而最近五年案件的統計則顯示，曾遭受個人或家人身體傷害的醫師，其所花費的平均

間接損失成本將近十八萬，約為沒有此類經驗醫師的兩倍。上述結果顯示，遭遇個人或家人身體傷害的醫師，除了精神的痛苦之外，亦因此而增加許多金錢的損失，因此其影響亦不容忽視。

#### 第四節 醫師的防禦性醫療行為

本文估計防禦性醫療行為的方法，係採用問卷的方式，詢問醫師是否因擔心醫療責任的威脅，而改變其執業的行為。如本文第三章的分析所示，此種方法並非是估計防禦性醫療行為的唯一方法，同時其亦存在許多缺點。但在其它可行方法不易採行的情形下，問卷調查方式就成為欲估計防禦性醫療行為影響的唯一選擇。在問卷調查中，我們詢問醫師是否因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而有下列六種執業行為的改變，以及其行為改變的比率：(1)是否保持較完的病歷資料；(2)是否增加檢驗項目或治療程序；(3)是否增加病人複診的次數；(4)是否增加每次診病的時間；(5)是否減少門診的次數或時間(如夜間不診)；(6)是否減少治療沒有把握或病況不佳的病例。上述前四種執業行為改變，係屬正的防禦性醫療行為，因其將增加病人就醫的成本；而後二種執業行為改變，係屬負的防禦性醫療行為，其將影響到病人就醫的機會。

表十一 防禦性醫療行為的頻率及其對醫療成本的影響

項目	執業行為有改變的醫師比率(%)	執業行為平均改變的比率(%)	執業行為改變所增加的年平均成本
I. 正的防禦性醫療行為			
保持較完整的病歷資料	73.9	10.7	88,176
加檢驗項目或治療程序	67.8	18.4	—
增加病人複診的次數	56.9	16.5	617,760
增加每次診病的時間	60.7	20.3	760,032
至少有上述一項以上行為改變的醫師比率	86.6	—	—
II · 負的防禦性醫療行為			
減少門診的次數或時間	39.4	18.6	—
減少治療沒有把握（或病況不佳）的病例	80.6	9.8	—

\*此一數字係估計而得。根據本文的資料顯示，臺灣地區醫師每週平均看診時間為三十九小時。假設醫師每小時看十位病人，每次門診費用 200 元，則平均每位醫師一年看診的毛收入為 3,744,000 元(由 39x10x200x4x12 而得)。根據此一數字，乘上醫師增加病人複診次數 或增加每次診病時間等執業行為平均改變的比率，即得上述執業行為改變所增加的年平均成本。

上述問卷調查的結果如表十一所示。在回答問卷的 1,131 位醫師中，有百分之七十四的醫師，在過去一年裏，因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而保持較完整的病歷資料。而因此增加檢驗項目或治療程序的醫師，則有百分之六十八，因此增加病人複診次數的醫師，則有百分之五十七。另外，亦有約六成的醫師，則會增加每次診病的時間。而在上述四種情形之中，至少有一種以上行為改變的醫師，則將近九成，顯示醫療糾紛問題對醫師執業行為的影響，確實是相當顯著。

此外，有將近四成的醫師，以減少門診的次數和時間，來避免醫療糾紛的困擾。而以減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來避免醫療糾紛困擾的醫師，則高達八成，是上述六種行為中最為普遍的一種。上述結果與一般的直覺相符，因病況不佳病人的醫療風險較高，因而導致醫療糾紛的可能性很大，故將病況不佳的病人轉診，即成為醫師避免醫療糾紛困擾的最常見方式。上述結果顯示，醫師因擔心遇到醫療糾紛困擾的反應，確實已影響到某些特定病人的就醫機會。

至於醫師執業行為改變的程度，在問卷調查表中，則只有約一半的醫師有回答。從有回答的資料所得的平均值顯示，醫師執業行為平均改變程度最小者，為減少治療沒有把握或病況不佳的病例，平均約減少一成；而平均改變程度最大者，為增加每次診病的時間，平均約增加百分之二十。而上述調查結果所顯示的醫師防禦性醫療行為傾向與影響程度，皆較 Reynolds(1987) 在美國所得到的調查結果高(見表一)。造成此一現象的可能原因是，美國早在 1970 年代初期，即已面臨醫療糾紛大量增加的現象，故在 1984 年進行調查時，大部份醫師早已因應高醫療糾紛頻率的環境，改變其執業行為。因此 1984 年才再新增加的執業行為改變，自然較少。反觀我國，醫療糾紛案件是最近幾年才變得比較常見，因此醫師在過去一年才改變執業行為的現象即較為普遍，而且其改變的幅度也較大。

另外，在問卷調查表中，我們亦詢問醫師因保持較完整病歷所增加的成本。結果顯示此種執業行為改變，平均使醫師每年增加約八萬八千元的執業成本。根據此一結果推估，得到臺灣地區醫師因保持較完整病歷資料，所增加的成本約為十三億元(註十二)。除此之外，上述其它各項執業行為改變對醫療成本的影響，則不易估計。這是因為各項檢驗或治療程序的成本不一，醫師很難逐項加以估計，故在問卷

調查表中，我們並未加入此一問題。而若以整體醫療費用的統計來做為估計的標準，現有的資料亦不齊全。因此，若勉強予以設算，亦必須建立在許多很強的假定下，使所得到的估計數字不一定準確。儘管如此，我們仍嚐試估計醫師增加病人複診的次數與增加每次診病的時間對醫療成本的影響。若以醫師平均每週看診三十九小時(由問卷調查資料而得)，每小時看十位病人，每次門診費用 200 元的假定來推估，上述兩項執業行為改變的貨幣價值高達 162 億元(註十三)。

事實上，如 Sloan(1985) 的研究指出，了解防禦性醫療行為的影響層面，遠比對上述執業行為改變的影響貼上一個成本數字來得重要。因此，本節即進一步利用表十二，說明影響醫師採行防禦性醫療行為的主要因素。首先，表十二按醫師是否有醫療糾紛經驗的差別，分析醫師的防禦性醫療行為傾向。

表十二 防禦性醫療行為的頻率與醫師的特性

醫師的特性	執業行為有改變的醫師比率(%)						
	樣本數	保持完整的病歷資料	增加檢驗項目或治療程序	增加病人複診的次數	增加每次診病的時間	減少門診的次數或時間	減少治療沒有把握的病例
執業迄今是否曾發生醫療糾紛							
有	499	79.8	77	63.1	65.9	48.7	86.8
沒有	632	69.3	60.6	52.1	56.7	32.1	75.8
最近五年是否曾發生醫療糾紛							
有	297	84.5	83.2	69.4	67	46.1	85.9
沒有	834	70.1	62.4	52.5	58.5	37.1	78.8
最近一年是否曾發生醫療糾紛							
有	122	86.1	90.2	75.4	69.7	50	89.3
沒有	1,009	72.5	65.1	54.7	59.7	38.2	79.6
醫師性別							
男	1,070	74.3	67.6	56.2	60.8	40.1	81
女	54	66.7	75.9	74.1	59.3	22.2	70.4

表十二 防禦性醫療行為的頻率與醫師的特性(續)

醫師的特性	樣本數	執業行為有改變的醫師比率(%)					
		保持完整的 病歷資料	增加檢驗 項目或治 療程序	增加病 人複診 的次數	增加每 次診病 的時間	減少門診 的次數或 時間	減少治療 沒有把握 的病例
執業迄今是否曾發生醫療糾紛							
有	499	79.8	77	63.1	65.9	48.7	86.8
沒有	632	69.3	60.6	52.1	56.7	32.1	75.8
最近五年是否曾發生醫療糾紛							
有	297	84.5	83.2	69.4	67	46.1	85.9
沒有	834	70.1	62.4	52.5	58.5	37.1	78.8
最近一年是否曾發生醫療糾紛							
有	122	86.1	90.2	75.4	69.7	50	89.3
沒有	1,009	72.5	65.1	54.7	59.7	38.2	79.6
醫師性別							
男	1,070	74.3	67.6	56.2	60.8	40.1	81
女	54	66.7	75.9	74.1	59.3	22.2	70.4
醫師年齡							
34 歲以下	149	70.5	80.5	69.8	61.1	9.4	75.2
35—44 歲	409	77.3	76	67.5	64.3	34.2	80.9
45—54 歲	209	75.6	64.1	53.1	59.3	55.5	85.7
55—64 歲	169	71	53.9	45.6	58.9	47.9	81.7
65 歲以上	181	70.2	56.4	37.6	55.8	48.6	76.8
醫師執業場所							
診所	617	73.9	61.9	52.8	62.4	54.6	88.7
醫院	493	74	75.2	62.1	58.8	20.1	70.8

表十二 防禦性醫療行為的頻率與醫師的特性(續)

執業行為有改變的醫師比率(%)							
醫師的特性	樣本數	保持完整的病歷資料	增加檢驗項目或治療程序	增加病人複診的次數	增加每次診病的時間	減少門診的次數或時間	減少治療沒有把握的病例
<b>醫師執業地區</b>							
北部地區	498	73.3	66.3	54.6	57.4	35.9	75.7
中部地區	247	74.1	67.6	61.1	64.8	43.7	82.6
南部地區	326	73.9	68.7	56.1	61.7	41.1	85.3
東部地區	47	80.9	78.7	61.7	72.3	44.7	95.7
<b>醫師執業科別</b>							
家醫科或一般科	282	76.6	61.4	53.2	66	54.6	90.8
內科	271	69.7	63.8	51.7	55.7	35.4	76.4
外科	120	78.3	79.2	59.2	61.7	39.2	76.7
小兒科	149	69.1	61.7	59.7	61.1	47.7	85.9
婦產科	109	79.8	84.4	67.9	70.6	47.7	84.4
神經科	27	74.1	77.8	59.3	63	14.8	55.6
精神科	20	55	45	45	35	5	60
皮膚科	22	72.7	54.5	27.3	72.7	45.5	59.1
泌尿科	14	78.6	85.7	71.4	57.1	28.6	92.9
眼科	47	83	76.6	68.1	68.1	31.9	82.9
耳鼻喉科	54	74.1	70.1	57.4	53.7	29.6	87
骨科	30	66.7	80	73.3	76.7	40	86.7
麻醉科	12	66.7	91.7	58.3	16.7	25	66.7
其他	44	63.6	61.4	50	45.4	20.5	61.4

\* 包括復健科、放射線科與病理科



## 第六章 計量方法與實証估計結果

前述第五章已就本文問卷調查所得資料，進行敘述性的統計分析。上述統計分析，雖已估計出台灣地區的醫療糾紛總件數、醫師補償病人的支出及醫師為處理醫療糾紛所花費的其它間接損失成本，但是對於影響醫療糾紛頻率、醫療糾紛補償金額與醫師防禦性醫療行為的因素，則尚未能做到精確的數量分析。因為統計分析通常未控制其它變數的影響，使所得結果不一定代表二組變數之間的淨影響。有鑑於此，本章即進一步利用迴歸分析的方法，來分析影響醫療糾紛頻率、補償金額水準與醫師防禦性醫療行為的因素。此種方法的主要特性是控制其它變數的影響，使所得到的估計結果即代表某一特定因素的淨影響。

### 第一節 醫療糾紛頻率的計量分析

#### 計量模型設定

本節將利用 Probit 模型，估計影響醫師是否遇到醫療糾紛的因素。Probit 模型的設定如下：

$$I = X\beta + u \quad (11)$$

式中， $x$  為解釋變數向量， $\beta$  則是待估計的參數向量，而  $u$  則為殘差項。假設  $u$  具有常態分配(normal distribution) 的特性，其均數與變異數分別為 0 與與  $\sigma$ 。I 則代表醫師是否遇到醫療糾紛的指數(index)。事實上，I 並無法觀察得到，但有一可觀察的二分變數( $I$ )與  $I$  相對應，其對應關係如下：

$$I = 1 \text{ if } I > 0 \quad (\text{醫師曾經遇到醫療糾紛})$$

$$I = 0 \text{ if } I \leq 0 \quad (\text{醫師未曾遭遇醫療糾紛})$$

利用上述關係，醫師遇到醫療糾紛的機率(P)，可以表示如下：

$$\begin{aligned} P = \text{Prob}(I=1) &= \text{Prob}(u > -X\beta) \\ &= 1 - F(-X\beta) \end{aligned} \quad (12)$$

式中，F 代表常態配的累積分配函數(cumulative distribution function)。利用上述定義，本節計量模型的概似函數(likelihood function)可以表示如下：

$$L = \prod_{I=0} F(-X\beta) \prod_{I=1} [1-F(-X\beta)] \quad (13)$$

根據上述架構， $\beta$  的參數值即可利用最大概似法(maximum likelihood procedure)加以估計(參閱 Maddala, 1983, pp.22-27)。本節在實際估計時，係採用 LIMDEP 軟體程式(參閱 Greene, 1990)。

透過式(13)的估計，本文即可說明影響醫師是否遇到醫療糾紛的因素。本節衡量醫師是否遭遇醫療糾紛的方式有三種：(1)最近一年內；(2)最近五年內；(3)醫師從其開始執業至今。而各項解釋變數的定義及其樣本特性，則如表十三所示。在本文的樣本中，有些醫師的相關資料並不完整，如醫師並未填答其性別與年齡。為了避免失去只有少數幾項資料欠缺的樣本，本節定義許多虛擬變數，用以代表相關資料值不詳(missing)的情形，並做為控制變數。例如醫師執業所得不詳時，我們將醫師的執業所得設定為 0，而另外設一虛擬變數(dummy variable)令其等於一以控制上述情形的影響。而醫師年齡與性別等屬質的(qualitative)變數，因係以虛擬變數的方式來衡量，故如有資料值不詳的情形，我們在該組變數中增加一個虛擬變數。除了醫師執業所得資料不詳者佔總樣本的比例較多(約有二成)以外，其餘各變數資料欠缺的情形皆很少，最多不超過百分之五。上述代表資料值不詳的變數，因其所獲得的估計結果很難解釋，只是做為控制變數之用，因此在估計結果的報告中，我們將予以省略。

在本節的迴歸分析中，我們主要是以醫師的特性，來解釋醫師遭遇醫療糾紛的機率。以下即說明這些解釋變數的設定方式及其預期的影響。

(1) 醫師的年齡與性別。本節將醫師年齡的影響定義成四個虛擬變數，分別是 25 歲至 34 歲，35 歲至 44 歲，45 歲至 54 歲，55 歲至 64 歲，而以 65 歲以上為對照組。至於醫師的性別則以女性等於一的虛擬變數代表，而男性則為對照組。一般而言，醫師的年齡通常是反映醫師的執業經驗，年齡愈大，執業經驗愈久。但其對醫療糾紛發生率的影響則不確定：因為執業經驗愈豐富的醫師，技術愈為熟練，故發生醫療糾紛的可能性愈低；但

另一方面，執業經驗愈豐富的醫師，愈常處理病情複雜的案件，其發生醫療糾紛的機率因而愈高。

(2) 醫師的執業場所。醫師的執業場所主要分為診所與醫院二種。本節定義在醫院執業的醫師為一，而以在診所執業的醫師為對照組。一般而言，「醫院醫師」治療較複雜病情者佔較大的比例，故其所面臨的醫療風險較高，因此，「醫院醫師」的預期符號是正的。

(3) 醫師執業的科別。本節共定義十四個代表各種醫師科別的虛擬變數。因有些醫師的主要執業科別在二種以上，故代表科別的虛擬變數並非是互斥的(mutual exclusive)，而是各自獨立的虛擬變數。一般而言，高醫療風險的科別(如婦產科與外科)其發生醫療糾紛的機率較高，故其預期符號是正的。而醫療風險較低的科則(如精神科)，其預期符號則是負的。

(4) 醫師執業的地區。本節將醫師的執業地區按區域發展特性的差異，分成三組虛擬變數：中部地區，南部地區，東部地區，而以北部地區為對照組。利用此一變數可以衡量醫師遭遇醫療糾紛的機率，是否有地區性的差別。

(5) 醫師執業所得。本節衡量醫師執業所得的影響，係採取自然對數的方式，以避免所得分配極端左偏的影響。一般而言，醫師所得愈高者，其補償病人損失的能力愈強，故可能因而遭遇更多的醫療糾紛。故醫師執業所得對醫療糾紛發生率的預期影響是正的。

(6) 醫師的能力因素。本節另以醫師資格取得方式，是否受過住院醫師訓練，是否取得專科醫師及是否有保險特約，來衡量醫師的能力差異，並分別據以設立四組虛擬變數，用以估計醫師能力差異，對醫療糾紛發生率的影響。醫師能力的高低，其影響亦如執業經驗一般，故其影響方向並無法事前確定。

表十三 估計醫療糾紛頻率的解釋變數

變數名稱	定義說明	樣本特性	
		平均數	標準差
<b>醫師性別</b>			
女性	女性醫師=1，其餘為0	0.048	0.213
性別不詳	醫師性別資料值不詳=1，其餘為0	0.006	0.078
男性	對照組		
<b>醫師年齡</b>			
25至34歲	醫師的年齡在25歲至34歲之間=1，其餘為0	0.132	0.338
35至44歲	醫師的年齡在35歲至44歲之間=1，其餘為0	0.362	0.481
45至54歲	醫師的年齡在45歲至54歲之間=1，其餘為0	0.185	0.388
55至64歲	醫師的年齡在55歲至64歲之間=1，其餘為0	0.149	0.357
年齡不詳	醫師的年齡資料不詳=1，其餘為0	0.012	0.111
65歲以上	對照組		
<b>醫師執業場所</b>			
醫院	醫師在醫院執業=1，其餘為0	0.436	0.496
場所不詳	醫師的執業場所不詳=1，其餘為0	0.019	0.135
診所	對照組		
<b>醫師執業地區</b>			
中部地區	醫師執業地區是在中部地區=1，其餘為0	0.218	0.413
南部地區	醫師執業地區是在南部地區=1，其餘為0	0.288	0.453
東部地區	醫師執業地區是在東部地區=1，其餘為0	0.042	0.199
地區不詳	醫師執業地點資料不詳=1，其餘為0	0.011	0.107
北部地區	對照組		
<b>科別</b>			
家醫科或一般科	執業科別為家醫科或一般科=1，其餘為0	0.249	0.433
內科	執業科別為內科=1，其餘為0	0.239	0.427
外科	執業科別為外科=1，其餘為0	0.106	0.308
小兒科	執業科別為小兒科=1，其餘為0	0.132	0.338
婦產科	執業科別為婦產科=1，其餘為0	0.096	0.295
神經科	執業科別為神經科=1，其餘為0	0.024	0.153
精神科	執業科別為精神科=1，其餘為0	0.018	0.132
皮膚科	執業科別為皮膚科=1，其餘為0	0.019	0.138
泌尿科	執業科別為泌尿科=1，其餘為0	0.012	0.111
眼科	執業科別為眼科=1，其餘為0	0.042	0.199

表十三 估計醫療糾紛頻率的解釋變數(續)

變數名稱	定義說明	樣本特性	
		平均數	標準差
眼科	執業科別為眼科=1，其餘為0	0.042	0.199
耳鼻喉科	執業科別為耳鼻喉科=1，其餘為0	0.048	0.213
骨科	執業科別為骨科=1，其餘為0	0.027	0.161
麻醉科	執業科別為麻醉科=1，其餘為0	0.011	0.102
其他科	執業科別為其他科=1，其餘為0	0.039	0.193
醫師執業所得	醫師執業所得取自然對數值	9.311	4.767
執業所得不詳	醫師執業所得不詳者=1，其餘為0	0.204	0.403
資格取得方式			
甄訓或國軍特考及格	醫師以甄訓或國軍特考及格取得資格=1，其餘為0	0.129	0.335
資格不詳	醫師資格取得方式不詳=1，其餘為0	0.033	0.18
檢覆考試及格	對照組		
是否受過住院醫師訓練			
沒有	醫師曾受過住院醫師訓練=1，其餘為0	0.112	0.316
不詳	醫師是否受過住院醫師訓練不詳者=1,其餘為0	0.282	0.166
有	對照組		
是否取得專科醫師證書			
沒有	未曾取得專科醫師證書=1，其餘為0	0.258	0.438
不詳	是否有取得專科醫師證書不詳=1，其餘為0	0.028	0.166
有	對照組		
是否有醫療保險特約			
沒有	沒有任何醫療保險特約=1，其餘為0	0.239	0.426
不詳	保險特約的資料不詳=1，其餘為0	0.055	0.228
有	對照組		

\*除了醫師執業所得係取自然對數值的連續變數外，表中所列各變數皆是虛擬變數。

## 實証結果

表十四說明醫療糾紛發生頻率的迴歸分析結果。從表十四的估計結果發現，醫師的年齡變數在「執業至今」的迴歸係數皆為負，而在其它二條迴歸式中皆為正的。其中 35 至 44 歲一組的變數，在三條迴歸式中，皆符合統計上的顯著水準。而 25-34 歲及 45 至 54 歲則分別在「執業至今」與「最近五年」二條迴歸式中符合顯著水準。上述結果顯示，若以醫師整個執業生涯來看，年紀愈輕的醫師，遭遇醫療糾紛的可能性就愈低。而若以最近五年的固定期間來看，35 歲至 54 歲的醫師，其遭遇醫療糾紛的可能性，顯著地較 65 歲以上的醫師高。而年齡在 25 歲至 34 歲及 55 歲至 64 歲之間的醫師，其發生醫療糾紛的可能性，與 65 歲以上的醫師相比，則沒有顯著的差別。而若以最近一年的固定期間來看，則只有 35 歲至 44 歲的醫師，其發生醫療糾紛的可能性，顯著地較 65 歲以上的醫師高，其餘各年齡層的醫師之間，則沒有顯著的差別。至於性別的差異，若以醫師整個執業生涯來看，女醫師發生醫療糾紛的機率，顯著低於男醫師。但若以最近一年或最近五年的固定期間來看，則不同性別的醫師，其遭遇醫療糾紛的機率並沒有顯著差別。

另外，代表醫師執業場所差異的變數(醫院)，其估計係數為正，但皆不符合統計上的顯著水準。此一結果雖與前章的統計分析一致，顯示在醫院執業的醫師，其面臨的醫療糾紛風險，較在診所執業的醫師高，但經控制其它變數的影響之後發現，此種差異已不顯著。

若以醫師整個執業生涯或以最近五年的固定期間來看，醫師執業地區之不同，對其遭遇醫療糾紛的風險，並無顯著差異。但若以最近一年的固定期間來看，表十四的估計結果即顯示，台灣南部地區醫師遭遇醫療糾紛的風險，顯著地較北部地區的醫師高。而東部地區醫師的醫療糾紛風險，則較北部地區低，但此一估計結果並不顯著。造成上述差異的原因，已在前章統計分析中予以說明，不再重複。

表十四的估計結果亦顯示，醫師的執業科別對醫療糾紛風險的差異，亦具有顯著的解釋能力。若以醫師整個執業生涯來看，外科、婦產科、骨科與麻醉科的估計係數皆為正且顯著，顯示上述四科的醫師，其發生醫療糾紛的風險最高，與一般的直覺相符。而若以最近五年來看，上述四科的估計係數亦皆為正，但只有「婦產科」的估計結果，符合統計上的顯著水準。另外「小兒科」的估計係數，在「最近一年」與「最近五年」二條迴歸式中，

皆為負並且顯著，顯示近年來小兒科的醫療糾紛風險已大幅降低。而「內科」在「最近一年」的迴歸式中，亦具有相同的估計結果。

另外，表十四的估計結果發現，在三條迴歸式中，「醫師執業所得」的估計係數皆為正，且符合統計上的顯著水準。此一結果顯示，不論以醫師的整體執業生涯來看，或以五年或一年的特定期間來看，醫師的所得愈高，其發生醫療糾紛的機率也就愈高。此一實証結果，符合一般文獻上的所謂「深口袋理論」(deep pocket theory)，即所得愈高的醫師，因其口袋裡的錢愈多(即補償病人損失的能力愈強)，因此遭遇醫療糾紛的可能性就愈大(參閱 Chin and Peterson, 1985)。而另一方面，醫師的所得愈高，也可能是工作愈忙碌的結果。因此，醫師所承擔的醫療風險亦愈高，因而遭遇醫療糾紛的可能性就愈大。

最後，表十四的估計結果亦發現，若以醫師整體執業生涯來看，透過甄訓或國軍特考及格取得資格的醫師，其估計係數符號為負且顯著，而無專科證書的醫師亦同。至於有無受過住院醫師訓練及有無保險特約的變數，其估計結果並不顯著。而在最近五年與最近一年的迴歸式中，上述四個變數的係數皆未達統計上的顯著水準。從上述的估計結果顯示，若以最近一年或最近五年的固定期間來看，醫師資格取得方式或能力差異的因素，對醫師遭遇醫療糾紛的機率，並沒有顯著的影響。但若以醫師整個執業生涯來看，則透過檢覈考試取得資格及具有專科醫師證書的醫師，其發生醫療糾紛的機率較大。此一結果顯示，受過較好訓練或能力較強的醫師，在其執業生涯中，所面臨的醫療糾紛風險也較高。

表十四 醫療糾紛頻率的迴歸式—Probit 模型

解釋變數	最近一年	最近五年	執業至今
常數項	-3.54(-3.18)	-4.04(-4.51)	-3.04(-3.17)
醫師的年齡性別			
25 至 34 歲	0.42(1.56)	0.20(0.98)	-0.81(-4.38)
35 至 44 歲	0.46(2.08)	0.48(2.80)	-0.42(-2.87)
45 至 54 歲	0.34(1.47)	0.49(2.72)	-0.06(-0.36)
55 至 64 歲	0.21(0.96)	0.17(0.99)	-0.19(-1.32)
女性	-0.33(-1.08)	-0.14(-0.69)	-0.41(-1.98)
醫師執業場所			
醫院	0.05(0.34)	0.17(1.52)	0.05(0.53)

表十四 醫療糾紛頻率的迴歸式—Probit 模型(續)

解釋變數	最近一年	最近五年	執業至今
醫師執業地區			
中部地區	0.10(0.72)	0.004(0.04)	0.02(0.16)
南部地區	0.24(1.91)	0.06(0.63)	0.04(0.44)
東部地區	-0.43(-1.22)	-0.22(-0.93)	0.03(0.16)
醫師執業科別			
家醫科或一般科	-0.34(-1.31)	-0.16(-0.81)	0.22(1.21)
內科	-0.51(-2.08)	-0.13(-0.73)	0.23(1.48)
外科	0.12(0.49)	0.28(1.47)	0.61(3.27)
小兒科	-0.47(-1.79)	-0.55(-2.81)	0.09(0.55)
婦產科	0.29(1.13)	0.55(2.69)	0.86(4.29)
神經科	-0.61(-1.20)	-0.55(-1.48)	-0.42(-1.23)
精神科	-0.64(-1.18)	-0.62(-1.42)	-0.26(-0.72)
皮膚科	-0.22(-0.49)	0.18(0.54)	-0.01(-0.02)
泌尿科	-0.05(-0.10)	0.15(0.39)	0.15(0.39)
眼科	-0.13(-0.39)	-0.06(-0.23)	0.12(0.47)
耳鼻喉科	-0.41(-1.17)	-0.23(-0.88)	0.13(0.56)
骨科	0.21(0.65)	0.33(1.16)	1.06(3.49)
麻醉科	0.58(1.28)	0.63(1.53)	0.77(1.88)
其他科	-0.13(-0.39)	0.05(0.19)	0.34(1.35)
醫師執業所得	0.17(1.90)	0.26(3.53)	0.25(3.68)
其他變數			
甄訓或國軍特考及格	0.42(1.64)	0.21(1.00)	-0.27(-1.62)
無住院醫師訓練	-0.07(-0.33)	-0.19(-1.01)	-0.15(-0.97)
無專科醫師證書	-0.05(-0.28)	-0.08(-0.62)	-0.27(-2.24)
無保險特約	0.14(1.04)	-0.03(-0.29)	0.10(1.05)
-2xlog-likelihood	695.48	1154.25	1369.46
正確預測率(%)	89.21	76.7	65.42
樣本數	1,131	1,131	1,131

註：1.括弧內數值為估計係數的 t 統計量。

2.a.表示該係數在 99%水準下顯著異於 0。

b.表示該係數在 95%水準下顯著異於 0。

c.表示該係數在 90%水準下顯著異於 0。



## 第二節 醫療糾紛補償金額的計量分析

### 計量模型設定

本節將利用問卷調查所獲得的全部醫療糾紛案件資料，估計影響病人是否獲得補償以及補償金額大小的因素。病人是否獲得補償的估計方法，係採用 Probit 模型，其模型設定與估計程序皆與本章第一節所使用的方法相同，因此不再重複。而補償金額的估計方法，係採普通最小平方法(ordinary least square, 簡稱 OLS)，而其用於估計的樣本，則只包括透過和解或調處而獲得金錢補償的案件。有關上述估計過程所使用的解釋變數及其定義說明，如表十五所示。在估計病人獲得補償機率的迴歸式中，我們所使用的解釋變數，主要有下列五項：

(1) 醫師的執業所得。本節衡量醫師執業所得的方式，亦與前節相同，係採取自然對數的方式，以避免所得分配極端左偏的影響。一般而言，醫師的所得愈高，其補償病人損失的能力愈強，病人因此獲得補償的可能性就愈大，此即前述的所謂「深口袋理論」。故我們預期醫師執業所得的係數是正的。

(2) 醫療糾紛案件的處理時間。此一變數係以醫療糾紛案件從發生到解決所花費的時間(以月為單位)來衡量。一般而言，處理的時間拖得愈長，相關的病歷資料愈不容易取得，病人愈不容易發現醫師有過失的證據。另一方面，處理的時間愈長，表示病人與醫師之間的歧見愈深，因此病人獲得補償的可能性愈低。故「處理時間」的預期符號是負的。

(3) 病人傷害程度。本節定義二個虛擬變數，來代表病人的傷害程度，這二個變數分別是「輕、重傷」與「死亡」，而以病人沒有明顯傷害為對照組。在現行醫療過失責任制度下，病人是否獲得補償，主要是取決於醫師是否有「過失」。理論上來講，「傷害程度」的大小與醫師是否有過失之間，並沒有關係。但在實際上，傷害程度愈嚴重的醫療糾紛案件，病人可能愈容易找出醫師有過失的證據(參閱 Danzon and Lillard, 1983, pp.361-62)。因此，「輕、重傷」與「死亡」的預期符號是正的。

(4) 醫療糾紛發生的原因。一般而言，醫師的責任並無法觀察，但由醫療糾紛發生的原因，或可找出與醫療責任有關的線索，因此文獻上皆以醫療糾紛發生原因來做為「醫療責任」的替代變數(參閱 Hsieh, 1990)。在前章的統計分析中，我們將醫療糾紛發生的原因分成十二大類。但在本節的迴歸分析中，為了避免有些項目因案件數目較少而影響到變

數的解釋能力，我們將性質類似的糾紛發生原因予以合併。經上述調整後，我們共定義七個虛擬變數來代表糾紛發生的原因，其分別是「麻醉、手術相關」，「產科相關」，「可以預防事項」，「不良反應」，「不滿意」，「死因不明」及「其他原因」，並以「與診斷或治療有關」為對照組。

(5)醫師執業場所。本節對醫師執業場所的定義，與前節相同。利用此一變數可以衡量病人獲得補償的機率，是否因醫師執業場所不同而有所差異。

至於解釋補償金額水準的變數，則有下列各項：(1)醫師的執業所得；(2)病人的年齡、性別、教育程度與就業狀況等社經特性；(3)病人的傷害程度；(4)糾紛發生原因；(5)醫師的執業場所。「醫師執業所得」主要是用於驗證文獻上的「深口袋理論」，即所得愈高的醫師，其給予病人補償的金額也就愈高，故上述變數的預期符號為正。而代表病人社經特性的變數，主要是用於衡量病人的經濟損失程度。一般而言，在傷害程度相同的情況下，有就業者、高教育程度者、男性及年輕者，其傷害的所得損失通常較高，因此其所獲得的補償也應較高，故此類變數的預期符號是正的。至於衡量傷害程度的變數，其預期符號也是正的。這是因為傷害程度愈嚴重，病人(或其家屬)所蒙受的損失就愈高，因此其所獲得的補償也應愈高。而糾紛發生的原因與醫師執業場所的變數，主要是用於探討病人所獲得的補償金額水準，是否因糾紛發生原因不同或執業場所不同而有所差異。

表十五 估計醫療糾紛補償金額的解釋變數

變數名稱	定義說明	樣本特性	
		平均數	標準差
病人性別			
女性	女病人=1，其餘為0	0.46	0.5
性別不詳	病人性別資料不詳=1，其餘為0	0.05	0.22
男性	對照組		
病人年齡			
10歲以下	病人年齡在10歲以下者=1，其餘為0	0.22	0.41
11至30歲	病人年齡在11至30歲之間者=1，其餘為0	0.21	0.41
31至50歲	病人年齡在31至50歲之間者=1，其餘為0	0.24	0.43
51至70歲	病人年齡在51至70歲之間者=1，其餘為0	0.25	0.43
年齡不詳	病人年齡資料不詳=1，其餘為0	0.03	0.17
71歲以上	對照組		

表十五 估計醫療糾紛補償金額的解釋變數(續)

變數名稱	定義說明	樣本特性	
		平均數	標準差
病人傷害程度			
輕、重傷	病人的傷害程度為輕傷或重傷者=1，其餘為0	0.23	0.42
死亡	病人死亡的情形=1，其餘為0	0.49	0.5
傷害程度不詳	病人傷害程度資料不詳=1，其餘為0	0.08	0.27
沒有傷害	對照組		
病人教育程度			
高中以上	病人的教育程度係在高中以上者=1，其餘為0	0.21	0.41
教育不詳	病人教育程度資料不詳=1，其餘為0	0.15	0.36
國中以下	對照組		
病人就業狀況			
有就業	病人有職業者=1，其餘為0	0.48	0.5
就業不詳	病人就業資料不詳=1，其餘為0	0.1	0.3
未就業	對照組		
糾紛發生原因			
麻醉、手術相關	與麻醉、注射及手術過程有關者=1，其餘為0	0.1	0.3
產科相關	與生產過程有關者=1，其餘為0	0.06	0.24
可以預防事項	手術未獲病人同意，醫事人員有明顯疏忽及醫療過程有缺乏預防情形者=1，其餘為0	0.07	0.26
不良反應	糾紛係源於手術感染，藥物不良反應等=1，其餘為0	0.19	0.39
不滿意	對醫護人員或治療過程或結果不滿意=1，其餘為0	0.13	0.34
死因不明	病人死亡，但未能舉出特定原因=1，其餘為0	0.11	0.31
其他原因	其他難於歸類之原因=1，其餘為0	0.1	0.3
原因不詳	糾紛發生原因的資料不詳=1，其餘為0	0.13	0.34
診斷治療相關	對照組		
醫師執業場所			
醫院	醫師在醫院執業=1，其餘為0	0.44	0.5
地點不詳	醫師的執業場所不詳=1，其餘為0	0.02	0.15
診所	對照組		
其他變數			
處理時間	醫療糾紛案件自發生到結案所花費的時間(月)	2.55	6.28
時間不詳	上項資料不詳=1，其餘為0	0.39	0.49
醫師執業所得	醫師執業所得的自然對數值	9.48	4.79
所得不詳	上項資料不詳=1，其餘為0	0.19	0.39

## 實証結果

表十六說明病人獲得補償的機率與補償金額的迴歸分析結果。在表十六中，「醫師執業所得」的係數為正，與理論的預期相符合，並且符合統計上的顯著水準。此一結果顯示，醫師的所得愈高，病人獲得補償的可能性就愈大。而「處理時間」的係數為負且顯著，亦與理論的預期相符合，顯示處理時間拖得愈長，對病人愈為不利。至於衡量傷害程度差異的變數，其係數皆為正，雖然與理論的預期相符合，但是不符合統計上的顯著水準。此一結果顯示，病人的傷害程度與獲得補償的機率之間，並無顯著的關係。

而在糾紛發生原因的差異方面，則只有「麻醉，手術相關」與「不滿意」的係數為正，並且顯著。上述的估計結果顯示，與診斷或治療所導致的醫療糾紛案件相比較，因麻醉、注射或手術等因素所導致的醫療糾紛案件，較容易獲得補償。至於「不滿意」的案件，係指病人並未找出具體的過失證據，只是對醫療過程或結果不滿意，此類案件獲得補償的可能性也較大，與一般的直覺相反。另外，「醫院」的估計係數為負並且顯著，顯示與診所的醫師相比較，在醫院執業的醫師較少給予病人補償。此一結果的可能原因是因為發生在醫院的醫療糾紛案件，有些情況是醫院或其他醫護人員的疏忽所造成，此類案件通常由醫院負起補償責任。而在診所執業的醫師，則必須對所遭遇的醫療糾紛案件獨自負責，因此其補償病人的機率較在醫院執業的醫師高。

另外，表十六亦包含補償金額的估計結果。在表十六中，醫師執業所得係數雖為正，但不顯著。此一結果顯示病人獲得補償的機率，雖隨醫師所得的提高而提高，但在獲得補償的病人之中，其補償金額的大小，與醫師的執業所得並無顯著的關係。而病人年齡、性別、教育程度與就業狀況的變數皆不顯著，顯示病人的社經特性差異，對補償金額的決定，並無解釋能力。而衡量傷害程度的變數，其係數為正，與理論預期相符合，其中「死亡」符合顯著水準。此一結果顯示，病人死亡的醫療糾紛案件，其所獲得的補償金額較「病人沒有傷害」及「輕、重傷」的案件高。而在各種不同的糾紛發生原因之中，則以因「不良反應」所導致的醫療糾紛案件所獲得的補償金額最高，並與診斷或治療過程所導致的醫療糾紛案件，有顯著的差異。最後，「醫院」的估計係數為正，並且顯著，顯示在醫院執業的醫師，雖然其給予病人補償的機率較低，但是一旦給予病人補償，其補償金額反而較

診所的醫師高。

表十六 醫療糾紛補償金額的迴歸式

解釋變數	病人獲得補償的機率 (Probit 迴歸式)	補償金額 (OLS 迴歸式)
常數項	-0.95(-1.29)	9.28(5.48)
醫師執業所得	0.11(1.88)	0.09(0.76)
處理時間	-0.05(-3.86)	--
病人的年齡性別		
10 歲以下	--	-0.72(-1.26)
11 至 30 歲	--	-0.81(-1.25)
31 至 50 歲	--	0.03(0.06)
51 至 70 歲	--	-0.43(-0.73)
女性	--	0.29(1.00)
病人傷害程度		
輕、重傷	0.25(1.18)	0.43(1.00)
死亡	0.29(1.50)	0.89(2.29)
病人教育程度		
高中以上	--	0.46(1.10)
病人就業狀況		
有就業	--	-0.34(-1.06)
糾紛發生原因		
麻醉、手術相關	0.73(2.32)	0.12(0.21)
產科相關	0.23(0.75)	0.14(0.23)
可以預防事項	-0.44(-1.41)	0.75(0.99)
不良反應	0.32(1.25)	0.95(1.88)
不滿意	0.59(2.11)	0.37(0.68)
死因不明	0.13(0.42)	0.56(0.91)
其他原因	0.05(0.16)	0.93(1.52)
醫師執業場所		
醫院	-0.27(-1.81)	0.69(2.34)
R	--	0.25
R	--	0.13
-2X Log-likelihood	458.7	--
正確預測率(%)	0.76	--
樣本數(加權後樣本數)	475(1,117)	195(469)

註：1.括弧內數值為估計係數的 t 統計量。

2.a 表示該係數在 99% 水準下顯著異於 0。

b 表示該係數在 95% 水準下顯著異於 0。

c 表示該係數在 90% 水準下顯著異於 0。

### 第三節 防禦性醫療行為的計量分析

#### 計量模型設定

本節亦將利用 Probit 模型，估計影響防禦性醫療行為傾向的因素。Probit 模型的設定與估計方法，皆與本章第一節所述類似，不再重複。本節衡量防禦性醫療行為的指標有六種：(1)醫師是否保持較完整的病歷資料；(2)醫師是否增加檢驗項目或治療程序；(3)醫師是否增加病人複診的次數；(4)醫師是否增加每次診病的時間；(5)醫師是否減少門診的次數或時間；(6)醫師是否減少治療沒有把握或病況不佳的病例。而解釋上述行為的變數，則有下列各項：

(1) 醫師的醫療糾紛經驗。本節定義一虛擬變數「醫療糾紛」，來代表醫師最近一年的醫療糾紛經驗(有醫療糾紛經驗者=1)。如本文第二章理論分析所述，防禦性醫療行為乃是源於醫療責任的不確定性。而醫師對醫療責任的不確定感，主要是來自熟悉同業的經驗或自身的醫療糾紛經驗。因此，曾經遭遇醫療糾紛經驗的醫師，其會採行防禦性醫療行為的可能性較大，故「醫療糾紛」變數的預期符號是正的。

(2) 醫師是否遭遇病人「自力救濟」騷擾的經驗。本節定義一虛擬變數「自力救濟」，來代表醫師是否曾經遭遇病人恐嚇、勒索、檯棺騷擾、棄置屍體或家人(或自己)遭身體傷害的經驗(有上述經驗之一者=1)。在本文樣本中，有上述經驗的醫師約佔全體醫師的百分之二十三。而從前一章的統計分析顯示，曾經遭遇病人「自力救濟」的醫師，其平均所花費的醫療糾紛處理成本，較未有此類經驗的醫師高出許多。因此，曾經遭遇上述「自力救濟」經驗的醫師，比較傾向於採取防禦性醫療行為，以避免再度遇到類似的困擾，故「自力救濟」變數的預期符號是正的。

(3) 醫師的特性。除了上述兩個變數以外，本節的解釋變數亦包括醫師的年齡、性別、執業場所、執業地點、科別等特性。這些變數的定義，與本章第一節表十三所列的變數完全相同，不再重複。

## 實証結果

表十七說明防禦性醫療行為的迴歸分析結果。表十七的估計結果發現，「醫療糾紛」變數的估計係數，在六條迴歸式中皆為正，而且除了「增加每次診病時間」的迴歸式外，其餘皆符合統計上的顯著水準。此一結果顯示，醫師過去一年所遭遇到的醫療糾紛經驗，對醫師的防禦性醫療行為傾向，具有顯著的解釋能力，與文獻上已有的研究發現相一致（參閱 Zuckerman, 1984）。同時，「醫療糾紛」變數在「增加檢驗項目或治療程序」的迴歸式中，其估計係數高達 0.72，較此一變數在其它五條迴歸式的估計係數大，顯示最近一年有醫療糾紛經驗的醫師，最常以採取增加檢驗項目或治療程序的方式，來避免再度遇到醫療糾紛的困擾。

另外，表十七的估計結果亦顯示，「自力救濟」變數的估計係數皆為正，而且絕大部份符合統計上的顯著水準。此一結果顯示，曾被病人採取「自力救濟」方式騷擾的經驗，亦是造成醫師採行防禦性醫療行為的主要原因。至於醫師執業所得的估計係數則不顯著，顯示醫師的防禦性醫療行為傾向，並不受醫師執業所得高低的影響。

此外，表十七的估計結果亦顯示，醫師特性的差異，亦對防禦性醫療行為傾向的差異，有顯著的解釋能力。首先，就醫師年齡的差異來看，除了「減少門診的次數或時間」這一項以外，整體而言，愈年輕的醫師，其採行防禦性醫療行為的傾向愈高（因係數愈大之故）。此一結果印証了前章統計分析所得的論點，即是執業經驗愈淺的醫師，愈傾向採行防禦性的醫療行為來保護自己。而在「減少門診次數或時間」的迴歸式中，「25 至 34 歲」一組變數的估計係數為負，並且顯著，而「35 至 44 歲」一組係數的估計係數亦為負，但不顯著。上述結果顯示，與 65 歲以上的醫師相比較，34 歲以下的年輕醫師較不會減少門診的次數或時間。此一結果主要是反映年輕執業醫師，正值事業的起步，經驗與收入皆不多，因此較不會以減少門診次數或時間的方式，來避免醫療糾紛的風險。反觀六十五歲以上的醫師，一方面是已近退休年齡，另一方面則是不必再顧慮金錢收入的減少，故其即常以減少門診的次數或時間，來避免再遇到醫療糾紛的困擾。

至於衡量醫師性別差異的變數，除了在「增加病人複診次數」的迴歸式外，其餘皆不顯著，顯示大部份的防禦性醫療行為傾向，並不因醫師性別的差異，而有不同。而在「增加病人複診次數」的迴歸式中，「女性」的估計係數為正，並且顯著，顯示女醫師較常以

增加病人複診次數的方式來保護自己。

而若以醫師執業場所的差異來看，表十七的估計結果顯示，在醫院執業的醫師與在診所執業的醫師，其在表十七所列的前四項正的防禦性醫療行為之間，並沒有顯著的差別，但在表十七所列的負的防禦性醫療行為中，則有顯著的差別。由表十七的估計結果發現，「醫院」變數在「減少門診次數或時間」及「減少治療沒有把握病例」兩條迴歸式中，估計係數皆為負且顯著。此一結果顯示，相對於在醫院執業的醫師，診所的醫師較常以減少門診的次數或時間，及減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來保護自己。這主要是因為診所的醫師，對自己看病的時間與次數，有較大的自主性。同時，一般診所的設備通常不如醫院完備，因此診所醫師較常將病況複雜的病人轉送到醫院。

若以醫師執業地區的差異來看，表十七的估計結果顯示，衡量地區差異的變數，在「保持較完整病歷資料」、「增加病人複診次數」及「減少門診次數或時間」的迴歸式中，皆不顯著，顯示上述行為傾向在不同地區的醫師之間，並沒有差異。而在其它三條迴歸式中，「東部地區」的估計係數皆為正，並且顯著。此一結果顯示東部地區的醫師，在檢驗治療、診病時間與轉診病人三方面，較常採取防禦性醫療行為。而在表十七所列的最後一條迴歸式中，「南部地區」的估計係數亦為正，並且顯著。綜合上述兩項分析結果，顯示南部與東部地區的醫師，較常減少治療沒有把握或病況不佳的病例(與北部地區的醫師相比)。此一結果或許是因為東部地區與南部地區的醫療資源相對較北部缺乏，而且分佈上更不平均，故造成上述地區將病人轉診的比率相對較高。

另外，表十七的估計結果亦顯示，醫師的防禦性醫療行為傾向，亦因醫師執業科別不同而有所差異。從「保持較完整病歷」的迴歸式來看，精神科的醫師較少見到此項行為。而若從「增加檢驗項目或治療程序」的迴歸式來看，外科、婦產科與泌尿科的醫師，較常採取增加檢驗或治療的防禦性醫療行為，而精神科的醫師則較少有此類的行為。上述發現，除了泌尿科外，皆與一般的直覺相同。而「小兒科」在「增加病人複診次數」的迴歸式中，估計係數為正且顯著，顯示小兒科的醫師，較常以增加病人複診次數的方式，來避免醫療糾紛的風險。若從「增加每次診病時間」的迴歸式來看，精神科與麻醉科的醫師則較少見到此項反應。而在表十七所列最後兩項負的防禦性醫療行為方面，家醫及一般科、外科、小兒科、婦產科與骨科的醫師，則常以減少門診的次數或時間，來避免醫療糾紛的風險。而減少治療沒有把握病例的防禦性醫療行為，則在許多科別的醫師中皆可見到，包括家醫



及一般科、內科、小兒科、婦產科、泌尿科、眼科、耳鼻喉科與骨科等。上述結果顯示，減少治療沒有把握或病況不佳的病例，是國內醫師最常用來「防禦」醫療糾紛風險的方法。

最後，表十七所列其它變數的估計結果顯示，除了「甄訓或國軍特考」變數在第一條與第六條迴歸式中，估計係數為正並且顯著外，其餘變數皆不顯著，顯示醫師的能力因素或有無保險特約，對其防禦性醫療行為傾向，並無顯著的影響。其中值得特別注意的是「無保險特約」的變數，其估計係數在前四項正的防禦性醫療行為中雖皆為負，但也皆不顯著，顯示醫療保險的制度，並未誘使醫師乘機增加更多的檢驗、或增加病人複診的次數來保護自己。此一發現使上述對防禦性醫療行為的估計更具意義，因上述估計結果已控制醫師是否有保險特約的影響，故可避免「防禦性醫療行為」與因保險制度存在所產生的「醫師誘發行為」無法區分的缺失。但在另一方面，本節所估計的防禦性醫療行為，因受到資料性質的限制，乃無法區分對病人「有益」的防禦性醫療行為與對病人「無益」的防禦性醫療行為。

表十七 防禦性醫療行為傾向的迴歸式—Probit 模型

解釋變數	保持較完整的病歷資料	增加檢驗項目或治療程序	增加病人複診的次數	增加每次診病的時間	減少門診的次數或時間	減少治療沒有把握的病人
常數項	0.3 (0.35)	0.32 (0.40)	0.7 (0.89)	0.87 (1.09)	-0.45 (-0.57)	0.05 (0.05)
醫療糾紛	0.40 (2.51)	0.72 (4.08)	0.41 (2.86)	0.14 (1.00)	0.24 (1.74)	0.32 (1.77)
自力救濟	0.15 (1.34)	0.25 (2.23)	0.32 (3.03)	0.35 (3.37)	0.33 (3.21)	0.26 (1.99)
醫師執業所得	0.02 (0.24)	-0.04 (-0.56)	-0.10 (-1.56)	-0.08 (-1.24)	0.01 (0.16)	-0.01 (-0.17)
醫師的年齡性別						
25 至 34 歲	0.16 (0.88)	0.63 (3.33)	0.8 (4.45)	0.37 (2.07)	-0.69 (-3.63)	0.82 (3.99)
35 至 44 歲	0.28 (1.86)	0.38 (2.55)	0.66 (4.52)	0.35 (2.43)	0.15 (-1.01)	0.71 (4.14)

表十七 防禦性醫療行為傾向的迴歸式—Probit 模型(續)

解釋變數	保持較完整的病歷資料	增加檢驗項目或治療程序	增加病人複診的次數	增加每次診病的時間	減少門診的次數或時間	減少治療沒有把握的病人
45 至 54 歲	0.17 (1.06)	0.004 (0.03)	0.25 (1.66)	0.11 (0.69)	0.19 (1.24)	0.6 (3.29)
55 至 64 歲	0.01 (0.05)	-0.12 (-0.86)	0.16 (1.11)	0.12 (0.87)	0.03 (0.23)	0.40 (2.36)
女性	-0.25 (-1.32)	0.02 (0.07)	0.33 (1.65)	-0.09 (-0.46)	-0.09 (-0.40)	-0.14 (-0.67)
醫師執業場所						
醫院	0.05 (0.46)	0.16 (1.48)	0.002 (0.02)	-0.10 (-0.97)	-0.78 (-7.17)	-0.60 (-4.83)
醫師執業地區						
中部地區	-0.03 (-0.30)	-0.07 (-0.63)	0.12 (1.18)	0.15 (1.44)	0.12 (1.14)	0.16 (1.32)
南部地區	0.01 (0.07)	0.02 (0.17)	0.5 (0.52)	0.12 (1.26)	0.16 (1.60)	0.39 (3.43)
東部地區	0.23 (0.99)	0.41 (1.79)	0.29 (1.43)	0.46 (2.17)	0.21 (1.04)	1.19 (3.02)

表十七 防禦性醫療行為傾向的迴歸式—Probit 模型(續)

解釋變數	保持較完整的 病歷資料	增加檢驗項目或 治療程序	增加病人複診 的次數	增加每次診病 的時間	減少門診的次 數或時間	減少治療沒有把 握的病人
醫師執業科別						
家醫科或 一般科	0.04 (0.24)	0.23 (1.24)	0.26 (1.44)	0.19 (1.08)	0.45 (2.53)	0.88 (3.90)
內科	-0.14 (-0.87)	0.15 (0.94)	0.01 (0.09)	-0.08 (-0.49)	0.15 (0.98)	0.31 (1.65)
外科	-0.01 (-0.03)	0.44 (2.23)	0.06 (0.38)	-0.02 (-0.13)	0.32 (1.69)	0.29 (1.33)
小兒科	-0.10 (-0.64)	0.10 (0.61)	0.30 (1.91)	0.13 (0.87)	0.39 (2.44)	0.54 (2.8)
婦產科	0.03 (0.12)	0.64 (2.94)	0.26 (1.33)	0.18 (0.93)	0.34 (1.74)	0.42 (1.77)
神經科	0.03 (0.10)	0.38 (1.24)	-0.003 (-0.012)	0.15 (0.52)	0.09 (0.24)	-0.22 (-0.73)
精神科	-0.58 (-1.79)	-0.68 (-2.12)	-0.37 (-1.14)	-0.69 (-2.15)	-0.68 (-1.35)	-0.06 (-0.18)
皮膚科	-0.03 (-0.10)	-0.33 (-1.06)	-0.21 (-0.68)	-0.08 (-0.25)	-0.01 (-0.02)	0.21 (-0.59)
泌尿科	-0.02 (-0.05)	0.82 (1.80)	0.46 (1.18)	-0.15 (-0.41)	0.2 (0.49)	1.21 (2.10)
眼科	0.25 (0.93)	0.40 (1.51)	0.39 (1.56)	0.23 (0.95)	0.25 (0.97)	0.54 (1.86)
耳鼻喉科	-0.08 (-0.34)	0.23 (0.94)	0.10 (0.41)	-0.17 (-0.74)	-0.01 (-0.02)	0.64 (2.15)
骨科	-0.42 (-1.47)	0.24 (0.77)	0.34 (1.16)	0.45 (1.54)	0.7 (-2.45)	0.78 (-2.3)
麻醉科	-0.39 (-0.94)	0.77 (1.32)	-0.30 (-0.72)	-1.40 (-2.88)	0.34 (0.77)	0.13 (0.29)
其他科	-0.37 (-1.48)	-0.13 (-0.52)	-0.23 (-0.93)	-0.34 (-1.40)	0.22 (0.80)	0.07 (0.25)

表十七 防禦性醫療行為傾向的迴歸式—Probit 模型(續)

解釋變數	保持較完整的病歷資料	增加檢驗項目或治療程序	增加病人複診的次數	增加每次診病的時間	減少門診的次數或時間	減少治療沒有把握的病人
其它變數						
甄訓或國軍特考	0.34 (1.94)	-0.10 (-0.62)	0.09 (0.54)	0.80 (0.47)	0.12 (0.73)	0.33 (1.63)
無住院醫師訓練	-0.07 (-0.45)	-0.20 (-1.32)	-0.24 (-1.58)	-0.05 (-0.32)	-0.13 (-0.85)	-0.25 (-1.31)
無專科醫師證書	-0.06 (-0.51)	-0.05 (-0.39)	-0.14 (-1.18)	0.005 (0.04)	-0.09 (-0.78)	0.01 (0.09)
無保險特約	-0.06 (-0.55)	-0.04 (-0.40)	-0.03 (-0.27)	-0.08 (-0.84)	-0.09 (-0.86)	0.08 (0.68)
-2XLog-likelihood	1256.3	1274.5	1415.7	1441.9	1274.5	950.3
正確預測率(%)	73.9	69.2	64.3	63.4	70.2	81.2
樣本數	1131	1131	1131	1131	1131	1131

註：1.括弧內數值為估計係數的 t 統計量。

2. a 表示該係數在 99% 下顯著異於 0，

b 表示該係數在 95% 水準下顯著異於 0，

c 表示該係數在 90% 水準下顯著異於 0。

#### 第四節 本章小結

綜合本章的實証估計結果，主要有下列發現：一·本章分別使用「最近一年」、「最近五年」與「執業至今」等三種不同的期間，來衡量醫師的醫療糾紛頻率。在上述三種不同的設定中以「執業至今」的迴歸式所得的估計結果最為理想，因為大部份的自變數(independent variables)皆具有顯著的解釋能力。造成此一現象的主要原因，則是「最近一年」與「最近五年」兩種固定期間所衡量的醫療糾紛頻率，較易受短期隨機性因素的影響，故自變數的解釋能力較差。而「執業至今」的衡量期間較長，因此較能顯示醫療糾紛頻率的長期趨勢。而從「執業至今」的迴歸式所得的估計結果發現，影響醫療糾紛頻率的因子，主要有醫師的年齡、性別、執業科別、執業所得、資格取得方式及是否有專科醫師證書等項。上述的估計結果顯示，若以醫師整個執業生涯來看：(1)年紀愈輕的醫師，遭遇醫療糾紛的可能性就愈低；(2)女醫師發生醫療糾紛的機率，顯著低於男醫師；(3)外科、婦產科、骨科與麻醉科等四科的醫師，其發生醫療糾紛的風險，較其他各科的醫師高；(4)醫師的所得愈高，其發生醫療糾紛的機率也就愈高；(5)透過檢覈考試取得資格及具有專科醫師證書的醫師，其發生醫療糾紛的機率較大。至於醫師的執業場所與執業地區，則對醫療糾紛發生的頻率，並沒有顯著的影響。

二·至於醫療糾紛案件的補償金額，其估計結果較不理想，可能的原因是樣本數較少所致。迴歸分析的結果發現，醫師的執業所得愈高，病人獲得補償的機率愈大，但對補償金額則沒有影響。另一方面，在醫院執業的醫師，雖較少給予病人補償，但其給予病人的平均補償水準則較高。而病人死亡的醫療糾紛案件，所獲得的補償金額，則顯著較其它類的案件高。至於病人的年齡、性別、教育程度與就業狀況，則對補償金額的決定，沒有顯著的影響。而在各種不同的糾紛發生原因之中，獲得補償的可能性較大者是：(1)因麻醉、注射或手術過程所導致的醫療糾紛；(2)因病人對醫療過程或結果不滿意所導致的醫療糾紛。而因藥物或治療所導致的不良反應，以及各種感染問題所造成的醫療糾紛案件，其所獲得的補償金額則較高。

三·另外，本章亦探討影響醫師防禦性醫療行為傾向的因子。迴歸分析的結果發現，醫師過去一年所遭遇的醫療糾紛經驗，對醫師的防禦性醫療行為傾向，具有顯著的解釋能力。而曾被病人採取「自力救濟」方式騷擾的經驗，亦是造成醫師採行防禦性醫療行為的

主要原因。至於醫師特性的差異，亦對防禦性醫療行為傾向，具有顯著的解釋能力。這方面的發現，主要有下列各項：(1)愈年輕的醫師，其採取防禦性醫療行為的傾向愈高；(2)相對於在 醫院執業的醫師，診所的醫師較常以減少門診的次數或時間，及減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來保護自己；(3)與北部地區的醫師相比，南部與東部地區的醫師，較常減少治療沒有把握或病況不佳的病例；(4)外科與婦產科的醫師，較常採取增加檢驗或治療的防禦性醫療行為。

## 第七章 結論與建議

本研究之目的，旨在探討臺灣醫師的醫療糾紛問題對醫療成本可能影響的管道，並進行實證估計，以評估醫療糾紛對國內整體醫療成本的實際影響程度。

本文的理論分析顯示，醫療糾紛對醫療成本的可能影響，主要有下列四項：

- (1) 醫師補償病人損失的直接支出；
- (2) 醫師處理醫療糾紛問題所造成的時間損失及其他費用支出；
- (3) 醫師採行防禦性醫療行為所增加的醫療支出；
- (4) 醫師執業行為改變，可能影響到某些病人的就醫機會。

欲估計上述所列各項因素的實際影響，國內尚無現成的資料可資利用。因此，本研究係利用抽樣問卷調查的方式，蒐集實證估計所需的資料。此項抽樣調查，係以台灣地區全體西醫師為研究母體。抽樣方法則採等距系統抽樣，由醫師公會全聯會七十九年度會員名冊上所列之執業醫師，依縣市別，每隔三人抽取一人，共抽出 6,411 位醫師為研究樣本。上述問卷調查共回收問卷 1,161 份，扣除其中 30 份重要資料填答不完整的廢卷，共得有效問卷 1,131 份，有效回收率為百分之十八。上述樣本經配適度檢定後發現，醫師執業地區的分佈，在樣本與母體之間並無顯著的差異。此一結果顯示，利用上述樣本資料所獲得的分析結果，將可具有代表性，可正確反映全國各地區醫師的醫療糾紛經驗。

綜合本文的實證分析結果，主要的發現可歸納為下列七項：

一、由問卷調查所獲得的樣本資料顯示，有百分之四十四的醫師，在其執業生涯中，曾經有過醫療糾紛的經驗。而在最近五年內，則有百分之二十六的醫師，曾經遭遇到醫療糾紛。另外，有百分之十一的醫師，在過去一年裏，曾經遭遇醫療糾紛。以此推估母體，可得知台灣地區在過去一年裏，共有 2,151 位醫師曾經遇到醫療糾紛。同時，根據醫師所遇到的醫療糾紛次數加權得出，台灣地區在過去一年(民國八十年)裏，共發生 2,781 件醫療糾紛。

二、上述結果，係反映全體醫師的平均醫療糾紛頻率。而若以醫師的特性加以區分，則其間就有很大的不同。根據本文第六章對醫療糾紛頻率所進行的迴歸分析

結果顯示，若以醫師整個執業生涯來看，醫療糾紛發生機率較高的醫師，主要具有下列特性：(1)年紀大；(2)男性；(3)執業科別為外科、婦產科、骨科與麻醉科；(4)高所得；(5)以檢覆考試取得資格，並具有專科醫師證書。

三、另外，若以醫療糾紛解決的方式區分，醫師與病人雙方自行和解，或透過中介機構(或人士)調處和解，病人因此獲得金錢補償的案件約佔百分之四十二。而透過司法訴訟解決的案件，則約佔一成左右，其餘的則是病人放棄或撤回的情形。而在訴諸法庭判決的醫療糾紛案件中，則以刑事訴訟的案件較多。同時，病人在法庭勝訴的機率甚低，約只有一成左右。

四、至於獲得金錢補償的醫療糾紛案件，其平均補償金額只有二十三萬元(最近一年的案件)。根據此一平均補償金額，乘上病人獲得補償的機率與醫療糾紛案件的總數，可得出台灣在過去一年裏，醫師花在補償病人醫療傷害的支出，約為二億七千萬元，平均每位醫師負擔 13,690 元。

五、除了金錢補償的損失之外，醫師在遭遇醫療糾紛後，亦必須花費許多時間、請託費用(或訴訟費)與律師費，才能解決其與病人之間的爭議。由樣本資料所得的估計結果顯示，整體而言，醫師為處理醫療糾紛案件所花費的處理成本，平均每件約為十三萬元。利用此一結果可估計出，台灣地區在過去一年裏，醫師為處理醫療糾紛所花費的時間成本、請託(或訴訟)費用與律師費等，約為三億七千萬元，平均每位醫師花費 18,535 元。

六、而在防禦性醫療行為方面，本文的調查結果發現，有百分之七十四的醫師，在過去一年裏，因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而保持較完整的病歷資料。而因此增加檢驗項目或治療程序的醫師，則有百分之六十八，因此增加病人複診次數的醫師，則有百分之五十七。另外，亦有約六成的醫師，則會增加每次診病的時間。而在上述四種情形之中，至少有一種以上行為改變的醫師，則高達百分之八十七，顯示醫療糾紛問題對醫師執業行為的影響，確實是相當顯著。此外，有將近四成的醫師，以減少門診的次數和時間，來避免醫療糾紛的困擾。而以減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來避免醫療糾紛困擾的醫師，則高達八成，是上述六種行為中最為普遍的一種。上述結果顯示，醫師因擔心遇到醫療糾紛困擾的反應，確實已影響到某



些特定病人的就醫機會。

七、最後，本文亦探討影響醫師防禦性醫療行為傾向的因素。迴歸分析的結果發現，醫師過去一年所遭遇的醫療糾紛經驗，對醫師的防禦性醫療行為傾向，具有顯著的解釋能力。而曾被病人採取「自力救濟」方式騷擾的經驗，亦是造成醫師採行防禦性醫療行為的主要原因。至於醫師特性的差異，對防禦性醫療行為傾向的影響，則有下列發現：(1)愈年輕的醫師，其採行防禦性醫療行為的傾向愈高；(2)相對於在醫院執業的醫師，診所的醫師較常以減少門診的次數或時間，及減少治療沒有把握或病況不佳的病例，來保護自己；(3)與北部地區的醫師相比，南部與東部地區的醫師，較常減少治療沒有把握或病況不佳的病例；(4)外科與婦產科的醫師，較常採取增加檢驗或治療的防禦性醫療行為。

綜合上述分析結果顯示，台灣地區的醫療糾紛發生率，已不再是一個零星或偶發的現象。因此，現行以「過失責任」為基礎的醫療糾紛處理制度，是否能有效運作，即是一個值得深入檢討的議題。而從本文的分析結果顯示，現行的醫療糾紛處理制度，在實際運作時，至少有下列三大缺失：

一、現行制度在資源的使用上，並不符合效率的原則。如上述分析所述，過去一年(民國八十年)台灣地區的醫師，花費在補償病人損失的支出共計二億七千萬元，但花費在處理醫療糾紛案件的成本(時間損失、請託或訴訟費用及律師費)則高達三億七千萬元。上述資料顯示，台灣地區的醫師為醫療糾紛案件所花費的每一元支出中，只有約四角是用於補償病人損失的支出，而其餘的六角則是所謂的交易成本。此一結果與美國現行醫療責任保險制度所面臨的情形相同(參閱 Danzon, 1985)。上述經驗顯示，現行醫療糾紛處理制度是一個相當「昂貴」的制度，有許多資源浪費的情形。

二、病人所獲得的補償金額並不高，同時未必符合公平的原則。儘管本文樣本資料的分析結果顯示，在所有的醫療糾紛案件之中，病人獲得補償的比率，比以往所知道的高，但平均每件醫療糾紛案件的補償金額並不高，只有二十三萬元。而若進一步按醫療糾紛案件的特性區分，則可發現其間的補償金額分配，有很大的差異。本文的迴歸分析結果發現，補償金額較高的醫療糾紛案件，主要有下列特性：

(1)病人死亡；(2)因藥物或治療過程不良反應（如手術感染、併發症與藥物過敏等）所導致；(3)醫師的執業場所是在醫院。除此之外，病人的年齡、性別、教育程度與就業狀況等因素，皆對補償金額的決定，沒有顯著的影響。此一結果顯示，補償金額的決定，仍有很大的比例是無法解釋的隨機性因素。因此，相同性質的醫療傷害案件，可能有不同的處理結果，而且其補償金額也不一定相同。

三、醫師採行防禦性醫療行為的現象甚為普遍。如上述分析所述，醫療糾紛問題對醫師執業行為的影響，確實是相當顯著。而此種執業行為改變所造成醫療支出的增加，究竟有多少，則不易量化。根據第五章的分析顯示，在過去一年裏，台灣地區有將近四分之三的醫師，因擔心遇到醫療糾紛的困擾，而保持較完整的病歷資料。同時，其改變的幅度平均約為一成，因此所增加的執業成本平均為 88,176 元。根據此一結果推估，台灣地區醫師因保持較完整的病歷資料，所增加的成本約為十三億元。而增加檢驗項目或治療程序的執業行為改變，則因各項檢驗或治療的成本不一，不易估計其所增加的醫療成本。至於增加病人複診次數或增加診病時間的執業行為改變，若以醫師平均每週看診三十九小時(由問卷調查資料而得)，每小時看十位病人，每次門診費用 200 元的假定來推估，其貨幣價值高達 162 億元。

根據上述分析結果，在現行醫療糾紛處理制度下，台灣過去一年因醫療糾紛問題，所造成醫療成本的增加，高達 181.4 億元。其中用於補償病人損失的支出為 2.7 億元，用於處理醫療糾紛案件所花費的成本為 3.7 億元，而防禦性醫療行為所增加的支出為 175 億元。至於增加檢驗項目或治療程序所增加的成本，及其他因執業行為改變對病人就醫機會的影響，因不易量化，並未包括在上述數字之中。

從上述的結果顯示，現行醫療糾紛處理制度所花費的成本相當可觀，同時在其他方面，並沒有可資相對應的效益，故其可說是一種浪費資源的制度。有鑑於此，改革現行醫療糾紛處理制度，以降低其對醫療成本的衝擊，並增加其所能獲得的效益，應是政府所應努力的方向。而在各種改革政策中，則以建立「行政補償制度」最具參考價值。「行政補償制度」係指透過政府行政力量的介入，以強制(醫師)保險的方式，對遭受醫療傷害的病人，提供一個迅速及公平的補償管道。在此一制度下，補償的對象係根據事先訂好的補償條件來決定，因此不必再鑑定醫師有無過失，

故可節省許多醫療糾紛處理的成本，使資源的使用更具效率。另一方面，在「行政上補償制度」之下，醫師可不再受不確定的醫療責任之威脅，如此可避免現行過失責任制度對醫師執業過程的干擾，因而可大幅減少防禦性醫療行為所增加的醫療支出。

儘管本文的分析已對台灣的醫療糾紛問題，提供許多第一手的資料與詳細的實證估計結果，但是本文在分析過程中，仍有許多相關問題略而未論。這些尚待未來進一步深入研究的問題，主要有下列各項：

一、上述因醫療糾紛問題所增加的成本，醫師是否能將其完全轉嫁給病人負擔，本文並未觸及。事實上，在國內現行的醫療制度之下，市場上的競爭力量與政府的管制，對醫師定價行為有何影響，尚未見到有系統的研究。因此，醫師因醫療糾紛問題所增加的執業成本，是否能將其轉嫁給病人負擔，以及其轉嫁的程度如何，即是未來實證研究的課題。

二、本文雖已嘗試估計防禦性醫療行為的影響，但所使用的估計方法並未完全符合理想。如本文第三章分析所述，利用問卷調查方式估計防禦性醫療行為所增加的支出，並無法區分對病人「有益」的支出與對病人「無益」的支出。為了避免上述的缺點，未來宜利用病人的病歷表，逐件評估醫師的治療程序，是否有防禦性的醫療行為。但此一方法的缺點是須耗費較多的時間和人力。

三、本文的分析雖已證實，醫師因擔心遇到醫療糾紛困擾的反應，已影響到某些特定病人的就醫機會。但是此種就醫機會的減少，是否會影響到病人的就醫成本，以及其真正的影響程度，則因缺乏病人方面的資料，並無法進行實證上的估計。另外，本文的樣本係屬醫師的橫斷面(cross section)資料，只就民國八十年底的特定時點，觀察醫師的醫療糾紛經驗，並未能獲得醫師的時間數列資料。因此，本文將無法估計醫療糾紛頻率與醫療資源分佈的關係。

四、本文問卷調查的對象，只限於西醫師，至於中醫師、牙醫師及其他醫事人員的醫療糾紛經驗，本文並未探討。另外，本文所估計的醫療糾紛成本，亦僅從醫師的觀點來看，並未考慮到醫院本身在遭遇醫療糾紛問題時所可能增加的經營成本。同時，在現行醫療糾紛處理制度下，病人(或其家屬)所花費的時間成本及其它

請託(或訴訟)費用，本文亦未觸及。

## 參 考 文 獻

林山田(1988), 台北市立醫院醫療糾紛及其法律問題之研究, 市政建設專輯研究報告 201 輯, 台北市政府。

林芸芸, 江東亮(1990), 健康保險介入對醫師醫療行為的影響研究, 行政院經濟建設委員會委託研究報告。

謝啟瑞 (1991), 「台灣的醫療責任、糾紛與訴訟—理論與實證的回顧」經濟論文叢刊, 19:1, 87-114。

謝啟瑞(1991), 「意外傷害事件的責任與賠償: 國家賠償法的實証研究」, 中國經濟學會 1991 年年會論文。

Arrow, Kenneth J. (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care," *American Economic Review*, 53:3941-73.

Chin, Audrey and Peterson, Mark(1985), *Deep Pockets, Empty Pockets: Who Wins in Cook County Jury Trials*, Santa Monica, CA: The Rand Corporation.

Coyte, Peter C; Donald N. Dewees and Michael J. Trebilcock (1991), "Canadian Medical Malpractice Liability: An Empirical Analysis of Recent Trends," *Journal of Health Economics*, 10:1, 143-168.

Danzon, Patricia M (1985), "Liability and Liability Insurance for Medical Malpractice," *Journal of Health Economics* 4:4, 309-31.

Danzon, Patricia M (1991), "Liability for Medical Malpractice," *Journal of Economic Perspectives*, 5:3, 51-69.

Danzon, Patricia M. and Lee A. Lillard(1983), "Settlement Out of Court: The Disposition of Medical Malpractice Claims," *Journal of Legal Studies*, 12:2, 345-77.

Danzon, Patricia M.; Mark V. Pauly, and Raynard S. Kington (1990), "The Effects of Malpractice Litigation on Physicians' Fee and Incomes," *American Economic Review*, 80:2, 122-127.

Greene, William(1992), LIMDEP Version 6 User's Manual, New York: Econometric Software.

Hsieh, Chee Ruey (1990), Disposition of Medical Malpractice Claims: Theory and Evidence, Monograph Series No.47, The Institute of Economics, Academia Sinica.

Kolstad, Charles D.; Thomas S. Ulen and Gary V Johnson, (1990), "Ex Post Liability for Harm Versus Ex Ante Safety Regulation: Substitutes or Complements?" American Economic Review, 80:4, 888-901.

Lipson, A.(1976), The Response of Physicians to Premium Increases in California, The Rand Corporation, Report No. R-2026-PSEC.

Maddala, G.S.(1983), Limited-dependent and Qualitative Variables in Econometrics, New York: Cambridge University Press.

Manning, Willard G. et al. (1987), "Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment," American Economic Review, 77:3, 251-277.

Newhouse, Joseph P.(1970), "A Model of Physician Pricing," Southern Economic Journal, 37:1, 174-183.

Reynolds, R.A.; J.A. Rizzo and M.L. Gonzales (1987), "The Cost of Medical Professional Liability," Journal of American Medical Association, 257, 2776-81.

Satterthwaite, Mark A. (1985), "Competition and Equilibrium as a Driving Force in the Health Services Sector," in Inman ed, Managing the Service Economy : Prospects and Problems, Cambridge University Press.

Shavell, Steven(1984), "Liability for Harm Versus Regulation of Safety," Journal of Legal Studies, 13:2, 357-74.

Shavell, Steven(1987), "Economic Analysis of Accident Law, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Sloan, Frank A (1985), "Economic Issues in Medical Malpractice," in Manue ed., Medical Policy Guidebook, Florida Medical Association, 41-43.

Sloan, Frank A and Randall R. Bovbjerg (1989), *Medical Malpractice: Crises, Response and Effects*, Research Bulletin, Health Insurance Association of America, Washington, D.C.

U.S. Department of Health & Human Service (1987), *Report of the Task Force on Medical Liability and Malpractice*, Washington D.C.: U.S. Government Printing Office.

U.S. General Accounting Office (1986), *Medical Malpractice: Insurance Costs Increased but Varied Among Physicians and Hospitals*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

(1987), *Medical Malpractice : Characteristics of Claims Closed in 1984*, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.

Zuckerman, Stephen (1984), "Medical Malpractice Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine," *Health Affairs*, 128

Zuckerman, Stephen; Christopher F. Koller and Randall R. Bovbjerg (1986), "Information on Malpractice: A Review of Empirical Research on Major Policy Issues," *Law and Contemporary Problems*, 49:2, 85-111.

## 附錄二 「醫療糾紛問題之研究計畫」專家討論會

會議時間：民國八十年八月三十日（星期五）下午二時—四時三十分

會議地點：台北市立仁愛醫院檢驗大樓大樓會議室

參加人員：吳坤光（台北市醫師公會理事長）

石賢彥（執業醫師）

王榮樞（執業醫師）

林茂泉（中華民國醫師公會全國聯合會秘書長）

詹德旺（衛生署醫政處科長）

林榮豐（臺灣省衛生處股長）

蔡振修（台中地方法院檢察署主任檢察官）

黃遵誠（台北市立仁愛醫院總務室主任）

吳明彥（中華民國私立醫療院所協會秘書長）

會議記錄：吳坤光發言：（以下均簡稱其姓名）

「醫療保險」美國已有，台灣未來將會採行。因醫療糾紛案件層出不窮，目前組成「醫療糾紛互助基金會」，但成立二年，基金已一空。而醫療保險亦可能引發醫療糾紛，因而產生反效果，故小型醫療糾紛可委由消費者文教基金會及其他委員會解決，最好不必上法庭。至於大型醫療糾紛，如造成死亡，就得經由法庭公証。另外，亦有無過失賠償，但必有其限度，使病人獲得適當賠償。

石賢彥：

問卷P\_第2.4題改新生兒傷害為嬰兒猝死症。無過失賠償較適用於嬰兒猝死症及藥物過敏反應，贊成二審制。



丁大田：

「醫療糾紛」之名詞不妥，因病人至醫院目的為看病，故改為「醫療過失」為妥。此外，防禦性醫療行為之說法，見人見智。另外，對醫療保險之看法是「又愛又怕受傷害」。由第三者出面仲裁，醫療保險費增加負擔，過去未有一好制度，使醫療糾紛層出不窮，甚至有檯棺之事。究竟醫師是弱者或病人是弱者？看誰聲音較大而定。

大部分醫療糾紛仍得靠金錢來解決問題。故醫療保險仍列入考慮較好，建議在問卷上增加提出較具體醫療保險之建議。目前台北已有，醫師未公開參加醫療保險，但為避免麻煩，暫不公開，我贊成醫師以個人名義加入醫療保險。此外，醫院亦可加入醫療保險。保險種類分為醫事人員與非醫事人員兩種，醫事人員保費較高。另外，亦有整體加入保險，由保險第三人仲裁醫療糾紛，醫師不必出面。另外，醫療過失是否牽扯到刑責？醫師目前心態即為免刑責及不影響正常之醫療行為。

陳榮基：

請各位幫忙定義醫療糾紛，究竟實際使病人意外傷害或病人不滿意醫療行為即算？

王榮樞：

醫療糾紛定義為「醫療意外事故」，即病人因而死亡或殘廢才算。建議醫師得保護醫師，勿因消費者或律師等聲音大，因而影響口才木訥醫師的權益。如傳播媒體勿渲染等。

吳明彥：

民眾的醫療常識日益增加，導致醫療糾紛增加。另外，防禦性醫療行為，過去多看一位病人可多收一份費用，但全民健保以 Package 來算，多看一位病人可能不能多收一份費用。再者，對無過失賠償制，無法界定清楚，故認為無過失賠償制會降低醫療服務品質。醫療糾紛應採狹義的定義。至於醫師，在各國未曾聽過醫師因醫療糾紛被判刑罰，建議醫院加強醫藥品管，問卷中可問增加醫藥品管項目，醫療糾紛是否因而減少？另外，問卷中詢及醫療糾紛之資料，實際上，可能執行有問題。

蔡振修：

問卷中，改由教學醫院作初次鑑定，實際上有困難，第一、對象不確定，第二、公正性差，甚至比中華民國鑑定委員會之效果更差，故須法定常設機關才可由司法單位委託作鑑定，若由省市衛生機關設立鑑定委員會為初次鑑定機關，可能會有經費不足之顧慮。可由衛生署設立二個鑑定機關，為初次及複議者。

總結：加強公正性及衛生機關的權責，必有專款專責之機關負責。醫療糾紛應包括醫療費用及服務態度等。

林榮豐：

贊成醫療糾紛之廣義定義，醫療法有明細規定，已規定醫師應例行對病人的醫療服務。問卷中應列入醫師所應注意之事項。至於問卷調查方式，建議用相關科系之學生當面詢訪較佳。

吳坤光：

衛生署醫療糾紛委員會亦先委託醫學中心鑑定。加入醫療保險後，醫療保險費根據美國的例子，保費頗高。故建議保費不可完全比照美國，而應加以減少某百分比。

詹德旺：

目前，調處居於醫院（醫師）與病人之間，使兩造能平心靜氣坐下來談，而並未有正式的調處程序。衛生署接到案件後，再委由鑑定單位作初步鑑定，再由衛生署調集醫師之資料，民眾的消費意識增高，但必須先在法律上對民眾權利保障了解清楚。問卷調查上須立場中立，如文字上須採中立立場。無過失賠償制度，不可有推動無過失賠償之嫌疑。

林茂泉：

醫療糾紛之定義，在台灣似乎患者對醫療行為不滿意，即鬧將起來。至於醫療糾紛鑑定委員會，衛生署交給該委員會鑑定，除此之外，尚有軍方、警方等，可見該委員會立場之公立性。一般醫療糾紛鑑定委員會將案子送給國立醫院（或醫學院），事先都不知案子交給那些成員，以避免引起麻煩，影響其公正性。問卷中所提及者，應是先有糾紛，引發賠償之議。若醫師自認有疏失，則賠償很快可達成協議。若醫師自認無過失（有 1/10 機會），就可能上法庭。醫療糾紛中醫師亦有刑責，但通常以罰金了事，並非如吳明彥所謂皆無醫師有刑事責任。國外醫療糾紛多找律師，以民事起訴，而我國醫療糾紛一發生，就找派出所，故多以刑事起訴。故將來不管由那一單位鑑定，皆須認清鑑定並非最後之判決。醫療保險可訂立一特別法，排除刑事上之相關規定，而另一方面，因保險費之增加，將來可能轉嫁等，不在討論之列。

劉緒倫：

請說明「二級鑑定」之看法，且希望鑑定委員會中能有懂法律者加入，以免產生踢皮球之現象。林茂泉：贊成二級鑑定。

丁大田：

醫療過失之定位。另一是法官的醫療常識。如何想辦法使醫界的朋友充實法律知識，而使法律界的朋友充實醫療常識。

蔡振修：法務部有一提案，讓法律界人士選修醫療學分。

石賢彥之補充：

無過失賠償制度，只適合於某些無法避免與預測之特殊問題，反對全面實施無過失賠償制度。

陳榮基：謝謝各位之光臨指教。

附錄四 醫療糾紛發生原因的分類及其次數分配

糾紛原因	最近一年 樣本	最近五年 樣本	所有的樣 本
診斷相關	9	21	65
診斷檢驗過程不當	0	3	10
錯誤診斷	2	3	11
未及時診斷	1	2	8
檢驗不足(ex.未照 X 光、CT 等)	2	5	13
延遲診斷	1	1	6
未將病因診斷出來	3	7	14
檢驗中死亡	0	0	3
麻醉及注射相關	7	18	42
(靜脈)注射操作不當	2	4	16
麻醉藥不良反應	0	2	6
麻醉後昏迷不醒或死亡	4	10	16
麻醉藥插入不當	1	2	4
附錄四 醫療糾紛發生原因的分類及其次數分配(續)			
產科相關	17	42	87
死產/出生缺陷/早產	7	11	19
肩位難產(shoulder dystocia)/其他生產問題 (胎兒受害)	5	15	22
墮胎問題	0	0	2
生產併發症(母體受害)	2	10	36
錯誤的懷孕/生產(子宮外孕)	2	4	3
其他與產科有關的錯誤	1	2	5
未得病人同意	8	20	56
不當性行為(sexual misconduct)	0	1	4
醫病間溝通不良	8	19	51
手術未獲病人(或家屬)同意	0	0	1

附錄四 醫療糾紛發生原因的分類及其次數分配(續)

手術相關	7	23	55
手術過程不當	2	2	5
手術後狀況未見改善	2	7	17
手術後昏迷不醒或死亡	3	7	15
不必要的手術	0	0	1
其他與手術有關的錯誤	0	7	17
明顯疏忽	4	6	20
血液(或血漿)感染	0	0	1
血型錯誤	1	1	1
醫護人員給錯藥	3	3	13
醫師開錯藥	0	0	2
手術後留下異物	0	2	3
治療相關	12	29	43
治療遲延	1	3	3
未對病人病情變化做適當反映或處理	3	5	6
治療過程不當	2	5	8
病患暗中使用中藥治療引起未能預知反應	5	11	18
未做好治療的監護工作	0	0	3
未給予治療	1	5	5
缺乏預防	1	8	14
醫療器材故障	0	1	3
未能確保病人的安全	0	4	6
移動病人時，病人受傷	1	1	1
病人跌倒或從病床上跌落	0	2	4

附錄四 醫療糾紛發生原因的分類及其次數分配(續)

不良反應	25	73	218
感染(引起併發症)	5	11	33
藥物不良反應(如過敏或無法吸收)	9	22	103
手術感染(併發症)	1	9	24
治療(或檢驗)不良反應	3	15	28
小兒科感染	7	16	30
不滿意	20	76	135
對醫師個人治療不滿意	4	13	2
對手術結果不滿意	2	8	21
對醫療結果不滿意	8	38	82
對診療處理程序不滿意	2	9	14
對服務不滿意(包括醫護人員、醫生)	4	8	15
精神病人亂告	0	0	1
死因不明	11	40	129
嬰兒猝死症	3	7	11
病人到診已死亡(Dead on arrival)	0	2	3
病人到診未及時診治，突然死亡	0	1	5
其他	8	30	110
其他原因	16	60	116
行政上的問題(如受行政上的牽連或診斷書等)	1	11	16
藥物品質不佳	0	0	2
病人(或家屬)要錢	5	14	33
黑道介入	0	3	4
醫藥費的問題(如病人不滿意或未付)	3	6	15
家屬(或病人)無理取鬧	3	6	17
後診醫師論說前診醫師的錯誤(或同行中傷)	0	6	9
病人不合作	3	11	17
其他無法歸類的原因	1	3	3