

王志嘉

SY39

現職：國防醫學系教授兼副系主任
國防醫學系醫學人文教育中心主任
三軍總醫院醫學教育專責醫師
三總 IRB 委員兼審議會第二組主席
台北市衛生局醫療爭議調解委員
台北市性騷擾防治委員會委員

醫預法：醫療事故關懷理論與實務

Chih-Chia Wang, MD, LLM, PhD

Tri-Service General Hospital, National Defense Medical Center, Taipei, Taiwan

醫預法，已於 113 年 1 月 1 日實施，共計六章 45 條條文，包括：第一章總則 (5 條)、第二章說明、溝通與關懷 (6 條)、第三章醫療爭議調解 (21 條)、第四章醫療事故預防 (5 條)、第五章罰則 (5 條) 以及第六章附則 (3 條)。分析醫預法的核心內涵，主要為機構內的醫療事故關懷、機構外的醫療爭議調解、以及醫療事故預防。

醫療事故關懷，就法條規定，包括「說明、溝通、協助與關懷」等四要素，強調醫療機構有義務設置「醫療事故關懷小組」，除非是 99 床以下醫院或診所等，可以採取指定「專業人員」或委由「專業機構、團體」的方式進行關懷。

具體的應作為事項與程序包括：組成關懷小組；對病方提供關懷服務；對涉爭員工提供協助保護；時限內提供病歷複製本；學習、檢討與改善作為等。

醫療事故關懷，就實務或醫事人員專業素養而言，就是在衝突發生時，需要更進一步就由溝通探詢病人的需求，此即為常用的「爭點 -- 立場 -- 利益模式 (Issue, Position, Interest (IPI))」的技巧，藉由醫病溝通探詢病方的需求，以尋求解決方案。

除了溝通技巧以外，臨床醫事人員面對衝突或潛在爭議的溝通情境，尚需有面對此情境的態度與心理素質，如此對於衝突理論以及自身所承受的壓力的認知與了解，此即續發受害症候群 (second victim syndrome)，以下針對此二部分進行說明。

當發生醫療不良事件或其他衝突發生時，醫病雙方處在對立面，是自然而常見的情形，免對此衝突，如果醫病雙方都沒有能力去因應，就會變得脆弱、無力感以及失去控制，這種負面情緒，會讓醫病雙方陷入惡性循環，強化其脆弱感和自閉。

然而，如果一方有能力去因應，情況可能就會不同，故當醫方對於衝突理論有所了解，能夠發揮同理與尊重，就有自信與力量，降低防禦心，達成增能轉移 (empowerment shift)，由於防禦心的降低，願意從不同角度來看事情，就會產生認知轉移 (empowerment shift)，透過建設性與正面的對話，讓衝突有緩解甚至化解的機會。

當醫病衝突或醫療爭議事件發生時，醫方依據時序會產生三種壓力，包括：(1) 首先是當醫療不良事件發生時的心理衝擊而陷入混亂；(2) 其次是侵入性反思 (instructive reflections)，常伴隨著自我懷疑和內疚，如在過程中我錯過何事，是否能再做得更好等，會使醫師的混亂加劇；(3) 最後是組織機構調查的焦慮，源自於院方為擬定因應策略以及後續與病方的協商，會請當事醫方進行說明，雖然此程序是基於必要性與善意，即便醫預法對於組織機構的調查設有保護規定，明文規定不得採為相關行政處分的基礎，但身為當事的醫方，心理上仍會擔心院方是否因此懲處，自身長期以來建立的專業形象是毀於一旦，是否影響同事間的信賴，甚至就業的焦慮等，此即為第二 (續發) 受害症候群 (second victim syndrome, SVS)。

歷經三次的心理衝擊且順利度過後，有些人會保持行醫初衷而且繼續茁壯的行醫 (最為樂見)；有些人可能勉強留在醫界繼續貢獻，但已喪失當初行醫的初衷與熱誠 (最為常見)；也有些人可能從此退出醫療職場 (最不樂見)。

綜上，說明、溝通、協助與關懷等四項是醫預法明文規定的關懷四要素，於實際應用或醫學人文教育，必須搭配利益需求探知的溝通技巧、了解衝突理論產生增能轉移、以及認識自己可能面對的心理衝擊。

參考資料

王志嘉，從醫學人文與全人教育觀點談醫療事故預防及爭議處理法，台灣醫學雜誌，第 27 卷第 3 期，2023 年 7 月，頁 485-492。

陳聰富

SY40

現職：台灣大學講座教授
經歷：台灣大學法律學院院長
台灣大學法務長
台灣大學學生事務長
教育部學術獎、師鐸獎
科技部傑出研究獎

醫預法的調解制度

本法關於醫療爭議調解，採取以下重要原則：1. 先調解、後訴訟之原則、2. 調解不公開原則、3. 醫療爭議評析、4. 調解成立，不得起訴或訴訟終結、5. 醫療爭議調解程序，不收取任何費用。

就先調解、後訴訟之原則：本法規定，當事人因醫療爭議提起民事訴訟前，應依本法申請調解（第 15 條）。檢察官偵查或法院審理之醫療爭議刑事案件，應移付管轄之調解會先行調解（第 16 條）。調解程序不公開之。不得將調解過程錄音、錄影或使用其他方式傳播（第 18 條）。調解程序中，調解委員所為之勸導及當事人所為遺憾、道歉、不利於己之陳述或讓步，除醫療爭議當事人均同意外，不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎（第 23 條）。

就醫療爭議評析：本法規定，調解會調解時，得邀請醫學、法律、心理、社會工作或其他相關專業人員列席陳述意見，或就醫療爭議之爭點向中央主管機關委託之財團法人申請醫療爭議評析（第 21 條），當事人無申請權。調解會應遴聘專家三人以上組成評析小組召開會議，由醫事專家擔任召集人，其中非醫事專家委員不得少於三分之一；醫事專家應包括前款撰寫分析意見者（醫療爭議評析作業辦法第 7 條）。亦即召集人 1 人、撰寫人 1 人、非醫事專家委員 1 人。又評析小組會議以委員達成一致共識為評析意見，不另作會議紀錄。且評析意見書應逕送調解會，不另提供案件當事人，亦不對外提供（辦法第 8 條）。

就調解成立後，不得起訴、或訴訟終結，本法規定，主管機關應於調解成立之日起算七個工作日內，將調解書及卷證送請移付或管轄之法院核定（第 27 條）。調解經法院核定後，當事人就同一民事事件不得再行起訴或於刑事訴訟程序附帶提起民事訴訟；其已繫屬法院者，訴訟終結（第 28 條第 1 項）。調解經法院核定後，當事人就醫療爭議刑事案件，不得提起告訴或自訴（第 28 條第 2 項）。告訴乃論之醫療爭議刑事案件於偵查中或第一審法院辯論終結前，調解成立，並於調解書上記載當事人同意撤回意旨，經法院核定者，視為於調解成立時撤回告訴或自訴（第 28 條第 3 項）。

洪聖惠

SY41

現職：財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會 副執行長
經歷：國泰醫療財團法人國泰綜合醫院品質管理部 副主任
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院品質管理中心 管理師

醫療事故預防與孕產婦安全提升

洪聖惠 副執行長
財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會

為解決長期以來，醫療爭議訴訟衍生之醫病關係對立、高風險科別人才流失及防禦醫療等問題，衛福部從民國 89 年起即持續推動醫療糾紛處理立法，期間也陸續推動生產事故救濟、多元醫療爭議處理機制等計畫，近年法院受理之醫療糾紛訴訟案件已明顯下降。經多年努力，「醫療事故預防及爭議處理法」也在 113 年 1 月 1 日正式施行，其中第四章「醫療事故預防」，期待醫院應建立病人安全管理制度，並就醫療事故風險進行分析、預防及管控，提升醫療品質及保障病人安全，另醫療機構亦須針對重大醫療事故應分析其根本原因、提出改善方案，並發現事實真相、共同學習為目的。系統除錯提升品質為「醫療事故預防及爭議處理法」重點之一，建置重大醫療事故通報制度，以蒐集對病人造成死亡或嚴重傷害的事件，藉以分析錯誤的本質與原因，進而建立預防錯誤發生的機制，避免同樣問題反覆發生於不同的機構，以達到建立安全醫療環境的目標。本法讓民眾和醫師在面對醫療事故時，除了多一個尋求專業意見的管道，促進醫病關係，也可以透過對於事故的檢討改善，預防相似事件的再次發生，達到建立安全醫療環境的目標。

此外，在提升孕產婦照護的安全，透過生產事故救濟條例之推動與生產事故通報資料分析，近年也與病人安全目標結合推動，提出產科高風險管控重點，建立「事前準備」、「辨識預防」、「緊急應變」及「檢討學習」因應措施，此外也開發產後大出血、妊娠高血壓及子癲前症之組合式照護措施檢核表，以及產後大出血醫護人員宣導及孕產婦衛教單張，期待透過強化機構風險管控能力，建構完整周全的周產期照護與孕產兒安全環境。

蔡甫昌

SY42

現職：臺大醫學院醫學教育暨生命倫理學科暨研究所 教授
臺大醫院醫學研究部 主治醫師
臺大醫院倫理中心 主任
臺灣大學生醫倫理中心 主任
台灣大學人文社會高等研究院特約研究員
台灣臨床研究倫理審查學會 常務理事
國際生命倫理講座國際網絡台灣代表機構 主任

代理孕母議題：各國代孕現況及相關倫理法律規範

代孕生殖立法在我國歷經約 20 年的努力卻始終無法完成走出立法院。反對者以女權團體以不能物化女性為生育工具為主要論點，卻阻擋了生來有卵巢無子宮女性能獲得協助以生育有血緣關係子女之機會，一場女人何苦為難女人的爭戰似乎還未見解決曙光。本演講將回顧代孕生殖所涉及之相關醫學倫理議題、在我國立法嘗試之歷程與爭點、比較國際法規管理現況、並展望當前立法之進程。

何信頤 SY43

現職：東和婦產科診所主治醫師
台灣婦產科醫學會副祕書長
台灣生殖醫學會理事
衛福部人工生殖技術委員會委員
經歷：台灣生殖醫學會祕書長

如何維護代孕者權益

The gestational carrier is the mother of the fetus produced by the surrogate during the pregnancy. She should not be viewed merely as baby manufacturing machines.

The gestational carrier retains all rights to direct her medical care, including any decisions regarding prenatal testing, pregnancy termination, or multifetal pregnancy reduction. Her right to make choices for her body is over the rights of the intended parents.

We obstetrician who choose to care for gestational carriers should provide the same level of medical care as they would to any patient. We should provide the primacy of her right to autonomous decision making related to her health and her pregnancy, which includes the right to choose what information she does and does not wish to receive or share.

雷文玫

SY44

現職：陽明交通大學公衛所政策法律組副教授
陽明交通大學醫學系醫學人文暨教育學科副教授
衛福部國健署人工生殖技術諮詢委員會委員
衛福部國健署優生保健諮詢委員會委員

代孕子女親權歸屬之倫理法律議題

Wenmay Rei, J.S.D
Institute of Public Health,
National Yang Ming Chiao Tung University,
Taipei, Taiwan.

隨著晚婚遲育，人們越來越仰賴人工生殖來孕育有自己血緣的子女。即使有這些科技的協助，先天無子宮或子宮無法懷孕的人而言，還是需要仰賴他人代理懷孕。然而，代理懷孕由於根本地改變了「分娩者為母」的傳統，加上有女性身體與販賣嬰兒之嫌，因此許多國家均視為禁忌。少數允許代孕的國家例如英國、澳洲、紐西蘭，則透過準收養的方式，允許代孕，但代孕者在出養孩子之前，都是孩子的母親。美國有些州，儘管立法允許代孕，也沒有以收養的方式為之，但實質上仍然需在孩子出生後，經法院採定，委託者與子女才能成立親子關係，在此之前包含懷孕，代孕者實質上仍是孩子的母親，身體自主權也比照一般母親受到完整的保障，不因代孕而有差異。

然而，自從一九八〇年代以來，英國、美國各州、澳洲、荷蘭等國家陸續允許代孕，累積了大量的實證經驗及立法例，讓我們有機會去理解代孕者如何看待與所懷胎兒的關係，也促使許多地區反省代孕相關法制親子關係的安排。這些討論一方面攸關代孕者的身體自主權、所生子女的利益，也攸關委託者成為父母的權益及代孕法制的邏輯。因此我們將檢視這些實證與立法經驗，並且分析其利弊得失。