

醫療法第 82 條修正實施後醫界現況探討

王志嘉

摘要：本文探討醫療法第 82 條修正後對醫界的影響，包括修法背景、修正內容、實施成效、以及如何作為醫療過失的輔助判斷基準，修法的核心係將過失概念明文化為「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量」，亦即是將合理臨床專業裁量入法。醫療法第 82 條修正後以及其他多元醫療糾紛處理模式的介入，醫療糾紛案件的數量並未增加，初步顯示已達到緩解醫療糾紛的效果。最後，探討醫療常規與臨床專業裁量在醫療過失判斷中的重要性，以及新興疾病、罕見疾病、末期病人以及臨床困境等，適合應用臨床專業裁量。

關鍵詞：醫療法第 82 條，醫療常規，臨床專業裁量，醫療糾紛，醫療過失

(台灣醫學 Formosan J Med 2024;28:321-9) DOI:10.6320/FJM.202405_28(3).0006

前言：醫療法第 82 條修正的精神與內涵

醫療法第 82 條原條文共計二項，分別為：「醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」

歷經 10 餘年來的努力，於 2018 年 1 月 24 日將醫療法第 82 條條文修正為五項，除第一項維持不變外，第二至四項分別為：「醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」[1]

對於臨床醫事人員，主要的修正重點係將醫療過失具體明文化為「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量」。換言之，將合理臨床專業裁量入法作為過失的判斷要件是修法的核心，

由於醫療法第 82 條修正實施至今已逾 6 年，本文將針對醫療法第 82 條的修正歷程、醫療爭議或糾紛現況、醫療過失輔助判斷的要件、醫療常規與臨床專業裁量的關係，以及常見適用臨床裁量的醫療行為一一探討，讓醫界對於醫療法第 82 條修正的精神內涵與適用與影響有更深入的了解。

醫療法第 82 條修正的前世與今生

醫療法第 82 條的修正，歷經醫、法、病方共同的努力，於 2018 年 1 月 24 日正式實施，從醫界觀點歷經三個階段[2,3]：

一. 醫療刑責去刑化推動期

第一階段始於 1998 年，時任立法委員沈富雄提出醫療糾紛處理與補償條例草案，其後 2000 年衛生福利部(衛福部)提出相應的草案，名為「醫療糾紛處理法草案」，強調醫療刑責的去刑化，歷經第 4、5、6 等三屆立法委員任期，因醫、法、病三方未達成共識無疾而終[2]。

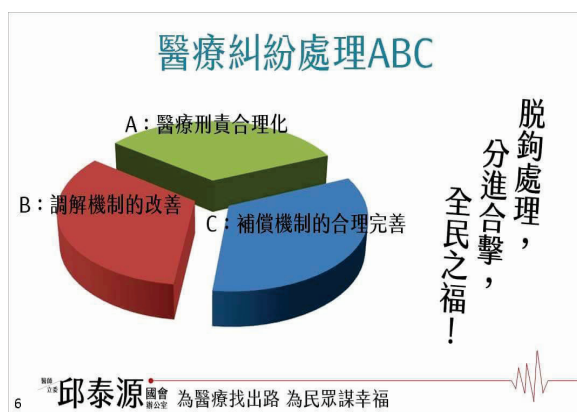
二. 醫療刑責合理化與明確化時期

第二階段始於 2009 年底，時任中華民國醫師公會全國聯合會(全聯會)的李明濱理事長，邀集醫界、法界代表共同研商醫療刑責合理化與明確化入

國防醫學院醫學系醫學人文教育中心，三軍總醫院家庭醫學科，東吳大學法學博士

通訊作者聯絡處：王志嘉，國防醫學院醫學系醫學人文教育中心，臺北市內湖區民權東路 6 段 161 號。

E-mail: ccwang86@gmail.com



圖一：醫療糾紛處理 ABC 三法示意圖
(引用自參考文獻 4)

法，主張於醫療法第 82 之 1 條增訂：「醫事人員執行業務，致病人死傷者，以故意或重大過失為限，負刑事責任。前項所稱重大過失，係指嚴重違反注意義務且偏離醫療常規之行為。醫事人員執業務，因重大過失致病人死傷者，處 5 年以下有期徒刑或拘役，得併科 50 萬元以下罰金。」

之後為回應社會此修法獨厚醫界的聲音，衛生福利部(簡稱衛福部)於 2012 年提出配套的法案「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(醫糾法)」，此外行政院會將增訂的醫療法第 82 條之 1 條修正為：「醫事人員執行醫療業務，以故意或違反必要之注意義務且偏離醫療常規致病人死傷者為限，負刑事責任。但屬於醫療上可容許之風險，不罰。前項注意義務之違反，應以該醫療領域當時當地之醫療水準、醫療設施及客觀情況為斷。」

由於行政院版的醫療法第 82 之 1 條的增訂條文，與現行過失的判斷並無不同，與醫界期望增訂重大過失始負刑事責任的主張不同，加上醫糾法對於補償的預估金額歧異甚大，以及醫界分攤的比率與機制未達成共識，最後仍是功虧一簣。

三. 醫療糾紛處理三法推動時期

第三階段緣起於 2016 年邱泰源教授，擔任全聯會理事長並於同年遞補執政黨(民進黨)不分區立法委員後推動。他認為將醫療刑責合理化與明確化、醫療糾紛處理機制、以及相關補償機制應分別推動，避免環環相扣互相影響，不易形成共識。因

此將醫療糾紛處理法規分為 A、B、C 三部分，並建議依序推動(圖一) [4]。

確定醫療糾紛處理法規 A、B、C 的推動架構與順序後，對於醫療刑責合理化的部分，於 2016 年 11 月 25 日提出醫療法第 82 條的修正案，依序歷經全聯會常務理事會支持、立法院公聽會、立院質詢、以及晉見總統等程序，終於 2017 年 11 月 6 日完成一讀、2017 年 12 月 29 日完成二、三讀程序，於 2018 年 1 月 24 日總統華總一義字第 10700007771 號令修正公布第 82 條條文[4]，臚列相關修法歷程如表一。

醫療法第 82 條修正後的 醫療糾紛現況

從衛福部統計的醫療糾紛鑑定的案件數觀察，從 1987 年的 145 件，至 2002 年達到 623 件，大幅成長了 4.3 倍，醫療糾紛快速增加，成為醫界的夢魘。「醫療崩壞」的用語以及「五大皆空」的現象，引起社會普遍的關注[5]。對於醫療糾紛處理的介入與多元機制的推動，也在 2002 年後成為普遍的社會共識，包括：醫療機構內部的醫療爭議關懷機制、訴訟外替代解決模式，如台中地方法院率先試辦雙調解委員制度[6]、衛福部及法務部推動醫療爭議處理試辦計畫[7]、以及醫療刑責明確化及合理化(醫療法第 82 條修正)的推動等，歷經多元醫療糾紛處理機制的推動，以及醫療法第 82 條修正後 6 年，回顧醫療糾紛的演進與現況。

一. 衛福部醫審會醫療糾紛鑑定

醫療糾紛鑑定的案件，雖然具有多元管道，至今絕大多數的鑑定仍以衛福部的醫療糾紛鑑定為主，從近 15 年(2008-2022 年)的統計資料觀察，鑑定案件於 2012 年的 623 件為最高點，之後下降至 500 件以內；2016 年後下降至 300-400 件[8](表二)。

二. 各縣市衛生局醫療爭議調處

對於各縣市衛生局的醫療爭議調處機制的法源，雖可追溯於 1986 年制定並公布的醫療法於第 73、74 條分別於中央與地方設置醫事審議委員會後，惟何時開始有醫療爭議調處業務已不可考，1995 年新北市已有類似的調解制度，就實證的法

表一：醫療法修法歷程[4]

2016 年 11 月 25 日	立法委員邱泰源等 22 人所提為維護民眾就醫權益，提升醫病關係與醫療品質，使醫療刑事責任合理化，提案修正醫療法第 82 條。
2016 年 12 月 1 日	第 11 屆第 5 次常務理事會研議建議組成「修正醫療法第 82 條推動小組」，全力促成修法案。
2017 年 1 月 13 日	本會與邱泰源立委國會辦公室共同在立法院紅樓舉辦「醫療刑責合理化公聽會」，探討「醫療法」第 82 條增訂醫療刑責合理化條文議題。
2017 年 3 月 28 日	邱泰源立法委員於立法院第 9 屆第 3 會期第 6 次院會，質詢關於「醫療刑責合理化」事宜。
2017 年 10 月 17 日	邱理事長泰源率本會理監事、核心幹部及各縣市醫師公會理事長晉見蔡英文總統。
2017 年 11 月 6 日	第 9 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會第 10 次全體委員會議：全案保留，送出委員會提院會討論（文字再協商）。
2017 年 11 月 28 日	立法院黨團協商結論略以，……(與現行條文幾乎相同)
2017 年 12 月 12 日	二個附帶決議
2017 年 12 月 29 日	立法院二讀、三讀。

表二：2008-2022 年醫療糾紛鑑定案件數[8]

時間	案件數
2022	311
2021	279
2020	356
2019	373
2018	391
2017	354
2016	351
2015	474
2014	487
2013	496
2012	623
2011	588
2010	496
2009	556
2008	472

規面，可溯至 2001 年臺北市的醫療爭議調處自治條例，後來各縣市政府陸續制定調處規則。

衛福部自 2008 年開始有全國的統計資料，由於 2008-2013 年的資料尚不完整，2014 年迄今各縣市衛生局醫療爭議調處的統計資料相對完整，故本文以此進行摘錄與討論。

綜合近 9 年的資料觀察，全國各縣市衛生局調處的總案件數，除 COVID-19 疫情期間的 2020、2011 年案件數少於 600 件外，幾乎都非常穩定在

表三：97-111 年醫療爭議調處的統計資料[8]

年	調處 成立數	調處 案件數	調處 成立率
2022	235	606	38.8%
2021	218	555	39.3%
2020	235	591	39.8%
2019	263	688	38.2%
2018	227	662	34.3%
2017	204	656	31.1%
2016	229	615	37.2%
2015	217	622	34.9%
2014	264	645	40.9%

600-700 案件之間，調處成立率約為 35-40%(除 106 年外)，相對穩定並未特別的變化[8](表三)。

三. 小結

從醫療機構內的醫療爭議關懷，到醫療機構外的醫療爭議調處制度、醫療法第 82 條將臨床專業裁量入法等多元醫療糾紛處理機制的介入，可以看出衛福部醫療糾紛的鑑定案件，以及各縣市衛生局的醫療爭議調處案件數，自 2012 年後的案件數後並未增加，相關的介入措施應該已達到初步的效果，未來對於醫療糾紛的處理，應更進一步強化醫療機構的及時關懷機制，以促進醫病關係的良性發展。

醫療過失主觀要件的輔助判斷基準： 以醫療常規與臨床專業裁量為核心

一. 民、刑法對於過失的概念

刑事過失責任的判斷，就構成要件的要素分析，分為「客觀的構成要件要素」以及「主觀的構成要件要素」。前者包括：實行行為、構成要件的結果、因果關係、行為主體、行為客體以及行為狀況等；後者即構成要件的過失[9]。

對於主觀的構成要件要素之「過失」的判斷，著重在刑法第 14 條第 1 項：「行為人雖非故意，但按其情節應注意，並能注意，而不注意者，為過失。」，根據第 14 條有關注意的規定內容可以得知，所謂過失，係指「應注意、能注意、而不注意」而言，學說上將此稱為「注意義務之違反」[9]。

刑事過失的概念，依據通說已不再是單純罪責層次的問題，而是同屬於不法要素與罪責要素[10]，故「過失行為」係指「行為人為遵守社會生活上所要求之注意或具體的行動基準(結果預見義務)」，以至於「未採取迴避結果之適當措施之行為(結果迴避義務)」，換言之，過失行為就是違反客觀的注意義務行為[9,11-13]。

民法過失的概念，係以欠缺注意的程度作為判斷標準，分為抽象過失、具體過失，及重大過失三種。抽象過失，係指應盡善良管理人之注意(即依交易上一般觀念，認為有相當知識經驗及誠意之人應盡之注意)而欠缺者；具體過失，係指應與處理自己事務為同一注意而欠缺者；重大過失，係指顯然欠缺普通人之注意[14]。

二. 醫療過失主觀要件的實務發展

刑事對於過失的探討，係以「注意義務的違反」作為主觀過失要素的判斷，必須有違反結果預見可能性以及結果迴避可能性；民事對於過失的判斷，強調違反善良管理人的注意義務。

然而，醫療過失的判斷，不論使用前述刑法或是民法的標準，通常由於醫療行為的特性，造成判斷上的困難，故實務或學說上，常藉助一些輔助方式來判斷是否具有過失，包括：醫療常規、醫療水準、醫療準則、臨床指引、標準作業流程以及臨床專業裁量等。

這些輔助方式的判斷，是否等同於刑事主觀過失要件的判斷，實不無疑問，惟事實上卻是不得不然的結果。故學者認為，醫療常規縱可作為民事上過失侵權責任的判斷依據，惟於醫療刑事過失責任的判斷上，應該只具有輔助的功能[15]。由於實務與學理，醫療過失的判斷，藉由輔助判斷基準是不得不然的結果，故本文援引司法實務常用的醫療常規與臨床專業裁量做說明。

(一) 以「醫療常規」作為輔助判斷基準

無論在醫界或是法界，無論在學術或是實務領域，「醫療常規」一詞，常被討論與適用，但至今仍難有定義與一致性的標準。從字義來說，所謂「常規」，係指「沿襲下來經常實行的規矩」，而「醫療常規」應係指「在臨床醫療上，由醫療習慣、條理或經驗等所形成的常見成規」[16]。有學者更進一步闡述，認為「醫療常規」是匯集醫師共同的臨床經驗與專業知識所形成的一套流程標準，是醫界在其長期發展的經驗中，選擇對病人利益及有效醫療的前提下，濃縮出來供個案醫師在臨床診斷上的最佳行為準則[17]。

司法實務認為「在醫療行為，因具專業性、錯綜性及不可預測性，並為求醫療水準提升及保障病人權益的均衡，一般均以醫療常規，作為醫護人員注意義務的判別標準。」[18]除本案外，實務上亦有類似的見解[19]，故以醫療常規作為醫療刑事過失的判斷，為從司法實務的通說。

進一步闡釋，行為人所應具有之注意程度，應依客觀標準認定之。此客觀標準係指一個具有良知理性且小心謹慎之人，處於與行為人同一之具體情狀下所應保持的注意程度。就醫師言，應以「醫療成員之平均、通常具備之技術」為判斷標準，在我國實務操作上，則以「醫療常規」名之[20]。

依據衛福部所訂醫療糾紛鑑定作業要點第 16 條：「醫事鑑定小組委員及初審醫師，對於鑑定案件，應就委託鑑定機關提供之相關卷證資料，基於醫學知識與醫療常規，並衡酌當地醫療資源與醫療水準，提供公正、客觀之意見，不得為虛偽之陳述或鑑定。」，加以衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會的醫事糾紛鑑定，其於初鑑醫師指引手冊，亦是將醫療常規作為醫糾紛鑑定的核心。

因此，醫療民刑事過失的判斷，無論從司法判決、醫事糾紛鑑定法規與實務、以及法規制定的方向等面向觀察，通常係以醫療常規，作為一般、平均醫師注意義務的判斷基準。

(二) 以「臨床專業裁量」作為輔助判斷基準

除了醫療常規外，司法實務對於醫療過失的輔助判斷基準，晚近有主張應採取「臨床裁量權」者[21]，在醫療法第 82 條修正前，較為經典司法實務判決認為：

「又於醫療過程中，個別病人之具體疾病、病程進展及身體狀況等主、客觀條件，原本不一，又不時急遽變化，尤其存在斟酌、取捨之事項，如何選擇在最適當之時機，採取最有利於病患之治療方式，本屬臨床專業醫師裁量、判斷之範疇；倘診療醫師就此所為斟酌、取捨，確有所本，並無明顯輕率疏忽，或顯著不合醫療常規之情，不能因診療醫師採擇其所認最適時、有利於病人之治療方式，摒除其他，即謂其係懈怠或疏虞，有錯誤或延遲治療情事，而令其負刑法上之業務過失責任」[22]。

「又醫療行為固以科學為基礎，惟因每個人之體質差異、病況變化等，當今醫學知識、技術，仍有其侷限，而具有不可預測性、複雜性與多樣性，則所謂醫療過失，應係指明顯應為而不為、不應為而為，或醫療行為操作層面等事項，診療醫師有所懈怠或疏虞。然於醫療過程中，個別病患之具體疾病、病程進展及身體狀況等主、客觀條件不一，且不時急遽變化，當有斟酌、取捨之事項。則如何選擇在最適當之時機，採取最有利於病患之治療方式，本屬臨床專業醫師裁量、判斷之範疇。」[23]。

臨床專業裁量於醫療法第 82 條修正後的適用

一. 醫療常規與臨床專業裁量的關係

由於醫療常規與臨床專業裁量，是司法實務常用來判斷醫療過失的輔助基準，特別是醫療法第 82 條修正後將臨床專業裁量入法後，其與醫療常規的關係值得深究。

醫學是一門專業，專業本即有專業判斷的餘

地，即所謂的專業裁量權，故從學理來說，臨床專業裁量權，是醫師執行醫療的最上概念。學者認為，臨床醫學重視應變性，根本上，非為偏袒醫事人員而創設的特權，而在於維護病人權益科以醫事人員妥善行使其「臨床裁量權」而醫治病人的義務[21]，顯見臨床裁量權是醫師專業的根本，自然是最上位的概念。

修正後的醫療法第 82 條第 4 項規定：「前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。」[1]就法條結構而言，要判斷是否逾越臨床專業裁量權必須考慮醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷，顯見臨床專業裁量權是醫療常規上位的概念。

臨床專業裁量入法後，有醫界、法界學者認為兩者就意義上並無差異，故對於過失的判斷與過去並無不同。主要是理由是醫療是專業，做出的醫療決定本即是基於裁量，此醫療決定日積月累，就會形成一定經驗與慣行，成為醫療常規，甚至醫療準則等，故兩者本質上並無不同。

因此，臨床上最常見的情形是「同時符合醫療常規與臨床裁量權」的醫療行為，以及「當無醫療常規可以依循時，需要倚靠臨床專業裁量」的情形，以下分別說明。

(一) 同時符合醫療常規與臨床裁量權的醫療行為

醫療上大部分的情形均屬之。以「末期胰臟癌」案為例，在該案中醫師未幫臨終瀕死的末期胰臟癌病人進行氣管插管急救而引起訴訟案，關於醫師對於末期病人是否有實施氣管插管來急救的義務，法院在判決中就明白揭示：「給予氣管內插管供氧等充分的醫療資源的支持治療下，雖可讓病人暫時度過此次的感染敗血症危機，但病人為末期胰臟癌患者，其癒後已屬不佳，即使用氣管內插管供氧也無法改變疾病惡化的事實。」以及「依照世界衛生組織對末期癌症病人所推動的安寧緩和照護理念，對此類病人都不建議在疾病惡化時給予患者氣管內插管來供氧。」[24]可以很明白看出，前段話代表著無效醫療的概念；後段話所透露出的意涵是此醫療行為不僅符合醫療常規，也符合臨床專業裁量。

此部分相關的判決最多，茲引醫療法第 82 條尚未修正前的經典判決為例：「本案之手術常見併發症並無心因性休克一項，病人也無心臟病史等一切情事。本案休克之導因是手術後出血所致的出血性休克，而非心因性休克，相關鑑定意見並無錯誤，可資為本院判斷之依據。又本案被告只要稍加注意，醫囑提升術後照護義務(請醫事人員較密集觀察或連結生命徵象監測儀器)，便可有效即時發現本案風險之發生，並立刻治療，大幅減少死亡率、提升治癒率。此與醫療不確定性、個體差異無涉，被告明顯應為而不為，未於適當時機採取耗費成本少、對病人幾無侵害卻極度有利之處置(指提升監護照護密度)，顯著不合醫療常規，逾越臨床裁量、違反注意義務情節嚴重。」[25]。

就醫事糾紛鑑定，最常用語是是否符合「醫療常規」，在醫療法第 82 條修正，將臨床專業裁量權入法後，僅需將提問改為是否符合「臨床專業裁量」或是否符合「醫療專業」即可？就醫審會的初鑑以及醫審會的決議，也顯見兩者並無不同。

(二) 無(不符合)醫療常規，符合臨床專業裁量權的醫療行為

在臨床專業裁量部分，近年較為大家所熟悉的案例係 2013 年台灣第 1 位罹患大陸 H7N9 禽流感的李姓台商，在此新興疫情下，其間經過約 1 個月的治療，最後在台大團隊的努力下，轉危為安順利出院，惟在過程中病情變化，數次病況危急，惟台大在治療過程中，面對病人的各種變化，醫師與醫療團隊依據醫學學理，打破醫療慣例(常規)並發揮高度的專業判斷與裁量，並經病人同意後，嘗試新的治療方式，最終得以成功。誠如時任台大醫院副院長張上淳教授所言，「這是我們醫療團隊首次嘗試，大陸的科學報告沒有發現類似的治療模式。」雖然成功治癒，這只是單一個案，仍不確定是否可以做為未來治療 H7N9 的準則[26]。

就新興手術而言，三軍總醫院移植醫團隊發表亞洲首例，鏡像異位右心症患者心臟移植術後存活個案。時任三軍總醫院移植醫療團隊、外科部主任的蔡建松表示「右心症是指心臟位置在右邊非左邊，患者除了心臟位置相反，所有連接到心臟的大血管位置也都相反，這也增加為患者心臟移植的困難度，最難的是如何將正常捐贈者的心臟放入受贈

者的體內，同時又要兼顧各大血管的連結通暢不受壓迫或撕裂出血。」最後以 7 小時完成心臟移植手術，手術前針對此特殊個案找了國內換心權威、振興醫院心臟醫學中心主任魏崢進行討論與跨院協助，術前與術後移植團隊透過分析國外個案，回顧過去 20 年學術報告，鏡像異位右心接受心臟移植者全球有 5 例，台灣是第 6 例[27]。

二. 以臨床專業裁量為主的醫療行為

醫療行為的決策，本質係基於臨床專業裁量，此醫療決定的累積，就會形成一定經驗與慣行，成為醫療常規。然而，有些醫療行為並不容易有醫療常規，除了前述的新興疾病或手術外，有關罕見疾病、末期病人、臨床困境、人體試驗或臨床試驗等，因為具有新興、罕見、困境等因素，常無醫療常規可以依循，此醫師的臨床專業裁量就顯得重要[28,29]。

此部分主張亦受司法實務所肯定，所稱「合理臨床專業裁量」，即允許醫師對於臨床醫療行為，保有一定的「治療自由」、「臨床的專業裁量權限」，以決定治療方針。尤其對於罕見疾病、遇首例或對於末期病人充滿不確定性的治療，在無具體常規可遵循時，即須仰賴醫師合理的臨床裁量[30]。

(一) 末期病人

針對末期病人的治療方向，其實各國都呈現臨床的困境，以下以英國(安寧療護最早發展的國家)、美國以及我國的倫理困境分別說明。

在英國，針對末期病人的安寧緩和醫療護常發生的倫理困境，包括：高血鈣、尿毒、血糖異常、肝功能異常等代謝異常病況治療目標的抉擇；水分及營養的供給原則；抗生素、類固醇、止痛藥物等的使用原則；照顧地點如何彈性調整以及突發狀況的緊急醫療策略[31]。

在美國，安寧療護緩和醫療照顧工作常發生的倫理困境，包括：醫師不易正確預估存活期；告知病人末期病情的真相；擔心嗎啡會影響呼吸，甚至縮短生命；人工營養或靜脈點滴注射的使用；無法了解意識不清病人的需求以及整體滿意度[32]。

在台灣，安寧療護緩和醫療照顧工作常見的倫理困境，包括：病情告知、照顧場所、治療方向、水分營養、藥物使用、輸血、偏方使用、及末期鎮

靜等[33]。

綜觀英國、美國及我國「水及營養供給」及「藥物的使用」是共同呈現的倫理困境。而所謂的「困境」，在醫療上所指的意涵，就是很難找到一套常規或準則處理此類病人，如果有醫療常規可以依循，就不會產生困境，通常只能藉由醫師的專業判斷，以及與病人或家屬溝通以達成治療的共識，具有個體性，此部分的醫療自然就會以醫師的「臨床專業裁量」為主[26]。

(二) 臨床困境

臨床的困境，也是很難形成醫療常規，常需要依據病情變化適時調整，故具有個人性與裁量性。常見的臨床困境是源自於病人具有共病性或多重疾病，而此共病性的治療的處置往往相反，僅能借助醫師的臨床專業裁量。

如心臟衰竭呈現全身水腫且喘的病人，合併泌尿道感染，實務上曾出現增加水分就喘，水分太少感染不易控制的案例，究竟應該限水或是灌水，此治療上的難題，往往無常規可以依循，需要醫師依據病情變化個別化與專業化的判斷；此外，病人長期使用某種藥物，因手術或其他治療後不適合使用該藥物，如長期使用抗凝血劑治療的病人，進行右膝關節置換手術，此時如是否或如何調降抗凝血劑，就會成為臨床治療上的難題。

結 論

醫療法第 82 條修正將「違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量」明文化為醫療過失的判斷要件，合理化與明確化醫療人員的責任範圍。修法前後的比較顯示，修正案通過後，醫療糾紛案件的數量呈現穩定並未增加，顯示多元醫療糾紛處理機制的推動及醫療法第 82 條的修正，對於醫療糾紛已達到初步的緩解。

醫療法第 82 條修正將臨床專業裁量的人法，明確為醫療人員提供了一定程度的判斷自由，允許醫療人員在特定情況下，根據專業知識和經驗做出最佳決策，由於醫療常規與臨床專業裁量，是醫療過失主觀要件的輔助判斷基準，特別是釐清醫療常規與臨床專業裁量的關係。最後，新興疾病、罕見疾病、末期病人以及臨床困境等，最適用於本次修

法的臨床專業裁量。

參考文獻

1. 法務部：全國法規資料庫(醫療法)。 <https://law.moj.gov.tw/> / Accessed February 3, 2024。
2. 吳欣席：醫療法第 82 條修正後對於醫療實務的影響。月旦醫事法報告 2018;16: 55-6。
3. 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 2023;27:485-92。
4. 中華民國醫師公會全國聯合會：醫療刑責合理化大事紀。https://www.tma.tw/Medical_Dispute/index-MedRational02.asp / Accessed February 3, 2024。
5. 王志嘉：醫療爭議調解系列介紹(一)：淺談醫療爭議「三段五級」調解機制之建立。台北市醫師公會雜誌 2014;58:10-15。
6. 林義龍：論醫療糾紛處理之法制與實務—ADR 台中經驗。醫事法學 2014;21:2-14。
7. 王拔群、陳怡安、王志嘉、朱兆民、林萍章、吳俊穎：醫療紛爭處理資源手冊，醫策會，2018。
8. 衛生福利部：醫事爭議處理、鑑定等相關業務。 <https://dep.mohw.gov.tw/DOMA/cp-2712-7681-106.html/> / Accessed February 3, 2024。
9. 陳子平：刑法總論，第四版。臺北：元照出版有限公司，2017。
10. 林山田：刑法通論(下)，第十版。臺北：元照出版有限公司，2008:17-599。
11. 甘添貴、謝庭晃：捷徑刑法總論。臺北：瑞興圖書，2004:1-334。
12. 張麗卿：刑法總則理論與運用，第四版。臺北：五南，2011:1-704。
13. 黃常仁：刑法總論：邏輯分析與體系論證，第二版。臺北：新學林，2009:1-400。
14. 最高法院 42 年台上字第 865 號判例；最高法院 96 年度台上字第 1649 號判決。
15. 張明偉：違反心血管疾病醫療常規之刑事責任。醫事法學 2015;22:80-1。

16. 甘添貴：醫療糾紛與法律適用論專斷醫療行為的刑事責任。月旦法學雜誌 2008;157:39。
17. 張麗卿：刑事醫療訴訟審判之實務與改革-兼評最高法院 96 年度台上字第 4793 號判決。月旦法學雜誌 2011;196:177。
18. 最高法院 105 年度台上字第 182 號刑事判決。
19. 最高法院 97 年度台上字第 2346 號刑事判決；最高法院 101 年度台上字第 2957 號刑事判決；最高法院 103 年度台上字第 550 號刑事判決。
20. 高等法院 95 年度醫上訴字第 1 號判決。
21. 鄭逸哲：臨床裁量權 vs. 醫療常規。月旦知識庫 2015;7:1-44。
22. 高法院 98 年度台上字第 6890 號刑事判決。
23. 最高法院 102 年度台上字第 3161 號刑事判決。
24. 台灣高等法院高雄分院 96 年度醫上更(一)字第 2 號刑事判決。
25. 臺灣台北地方法院 104 年度醫訴字第 2 號刑事判決。
26. 王志嘉：醫師、病人誰說的算？—病人自主之刑法基礎理論。第一版。臺北，元照出版公司，2014:1-257。
27. 心臟在右邊，亞洲首例移植成功。中時電子報。 <https://www.chinatimes.com/realtimenews/20130523004551-260405/> Accessed February 3, 2024.
28. 醫糾鑑定的困境與迷思。台北榮總醫法論壇 (XIII)，2015。
29. 吳志正、楊秀儀、王志嘉、姚念慈、廖建瑜：醫事鑑定與法院之實質審判權。臺北，元照出版公司，2015:99。
30. 最高法院 107 年度台上字第 4587 號刑事判決。
31. Finlay I: Difficult decisions in palliative care. *Br J Hos Med* 1996;56:264-7.
32. Kinzbrunner BM. Ethical dilemmas in hospice and palliative care. *Support Care Cancer* 1995; 3:28-36.
33. Chiu TY, Hu WY, Chen CY. Prevalence and severity of symptoms in terminal cancer patients: A study in Taiwan. *Support Care Cancer* 2000; 8:311-3

Exploring the Medical Community Situation after the Amendment of Article 82 of the Medical Care Act

Chih-Chia Wang

Abstract: This article discusses the impact on the medical community after the amendment of Article 82 of the Medical Care Act, including the amendment's background, content, effectiveness, and its role as an auxiliary criterion for medical negligence judgment. The amendment's essence is the explicit definition of negligence as "violating the necessary duty of care in medicine and exceeding reasonable professional clinical discretion," effectively incorporating reasonable professional clinical discretion into law. After the amendment of Article 82 of the Medical Act and the intervention of various medical dispute resolution models, there has been no increase in medical dispute cases, indicating initial success in mitigating medical disputes. Finally, the article discusses the significance of medical practice and professional clinical discretion in determining medical negligence, especially in scenarios involving emerging diseases, rare diseases, terminal patients, and clinical dilemmas, where clinical professional discretion is particularly applicable.

Key Words: Article 82 of the Medical Act, medical practice, professional clinical discretion, medical disputes, medical negligence

(Full text in Chinese: Formosan J Med 2024;28:321-9) DOI:10.6320/FJM.202405_28(3).0006

Medical Humanities Education Center, School of Medicine, National Defense Medical Center; Department of Family Medicine, Tri-Service General Hospital; Ph.D., School of Law, Soochow University, Taipei, Taiwan

Address correspondence to: Chih-Chia Wang, Medical Humanities Education Center, School of Medicine, National Defense Medical Center, No.161, Sec. 6, Minquan E. Rd., Neihu Dist., Taipei, Taiwan. E-mail: cewang86@gmail.com