

行政院國家科學委員會專題研究計畫成果報告

計畫名稱：(中文)全民健保後醫師與病人關係及醫療糾紛之評估研究
(英文) The Evaluation of Physician-Patient Relationship and Malpractice after the
Implementation of National Health Insurance

計畫編號：NSC 88-2416-H-002-030

執行期限：87 年 8 月 1 日至 88 年 7 月 31 日

計畫主持人：鍾國彪副教授

協同主持人：郭乃文助理教授、陳端容助理教授

執行機構及單位名稱：台灣大學醫療機構管理研究所

一、中文摘要

本研究目的在探究影響醫師醫病關係及對醫療糾紛的因應行為的因素，利用郵寄問卷的方式，針對大台北地區內、外、婦、小兒四科共 1939 位醫師進行調查，有效問卷共計 203 份，回收率為 10.47%，本研究同時利用內容分析的方式針對法院判決進行分析，嘗試歸納出進入司法程序醫療糾紛的特性。

結果顯示：影響醫師醫病關係的因素主要還是取決於醫師對醫療糾紛的態度；而醫師對醫療糾紛的認知及對醫療糾紛相關主題的態度，則會影響醫師對於醫療糾紛的因應行為。而經由內容分析則發現，進入司法程序的醫療糾紛判決結果，醫師勝訴還是佔多數，而病人提出告訴的原因，主要是偏向對醫師在「專業知識」及「關照義務」的挑戰，亦是一種期望的落差。

關鍵詞：醫療糾紛、醫病關係、判決書

Abstract

The purpose of this study is to explore the factors that influence physician-patient relationship and physicians' coping behavior due to malpractice. A structural questionnaire is developed and mailed to the internal medical physicians, surgeons, gynecologists and obstetricians, and pediatricians. The response rate is 10.47 percent. In qualitative part, we analyzed the court room final judgment, and tried to conclude the characteristics in these cases.

The major outcomes included: the major factor which influence physician-patient

relationship is physicians' attitude of malpractice. Physicians' knowledge and attitude of malpractice will impact physicians' coping behavior due to malpractice. In the content analysis, physicians won most of the cases for those entering into judicial process. The reasons why patients brought up the claim include that patients try to challenge medical professions and obligation of care as well as gap of expectation.

Keywords：Malpractice, Physician-Patient Relationship, Judgment

二、緣由與目的

醫療科技的進步加上民眾消費意識的提高，醫療糾紛事件的發生有逐年增加的趨勢，根據行政院衛生署醫事審議委員會每年接受委託的司法訴訟醫療糾紛案件鑑定數來看，民國 80 年到 83 年平均每年為 157 件，而民國 85 年則增加為 235 件【1】，若是按照七成的司法訴訟醫療糾紛案件會委託醫事審議委員會鑑定，而實際發生的醫療糾紛案件數為進入到司法程序的醫療糾紛案件數的十倍來計算，可以發現醫療糾紛的發生不再是零星的個案。而造成醫療糾紛案件頻傳的因素是否與健保的推行有關，亦或是醫病關係的改變造成醫療糾紛案件的增加。

醫療糾紛的發生具有其地理特性，國外的研究發現，在都市地區執業的醫師遭遇醫療糾紛的機會比在非都市地區執業的醫師高【2】，而醫事審議委員會每年接受

的委託鑑定案件，有四成左右是集中在北部地區【1】，因此本研究在時間與經費的考量下，僅針對大台北地區的醫師作相關的調查研究。

本研究希望達到的目的有：1.瞭解大台北地區醫師與病人互動之情況；2.瞭解大台北地區醫師遭遇醫療糾紛的經驗；3.瞭解醫師對醫療糾紛相關事件的看法；4.探討影響醫師對醫療糾紛因應行為的相關因素；5.瞭解健保前後醫療糾紛司法訴訟案件的特性。

三、材料與方法

本研究共分為量性與質性研究兩大部分，量性研究以醫師為分析單位。研究對象的選取主要是依據台北市、台北縣醫師公會所提供之 88 年會員名單為母群體，按照執業地點與科別之不同進行抽樣，共計選取 1939 位醫師，以自填式問卷的方式針對醫師進行調查，問卷內容包括醫師遭遇醫療糾紛的經驗、醫師對醫療糾紛事件的看法、醫師自覺目前與病人互動的情況及醫師對醫療糾紛所採取的因應行為等；質性研究部份，是針對行政院衛生署醫政處所提供之民國八十一年一月至民國八十七年十月間法院委託醫療鑑定之公文文號，並尋求各法院提供相關判決書進行內容分析。

四、結果與討論

量性研究部份

本研究針對台北縣及台北市內、外、婦、兒四科資歷在住院醫師及以上的醫師，共計發 1939 份問卷，有效回收 203 份問卷，問卷回收率為 10.47%。

描述性分析

在醫師遭遇醫療糾紛經驗方面，在受訪的醫師中，有 8.37%的醫師在民國八十七年間曾經遭遇醫療糾紛，其中有 9 件（56.3%）醫療糾紛事件，醫師曾經給予病家金錢上的補償，而以科別來看，則是外科醫師佔較高的比例；而在執業至今遭遇司法訴訟醫療糾紛的經驗來看，有 15.2%

的受訪醫師執業至今曾經遭遇司法訴訟的醫療糾紛，其中有 57.1%為醫師勝訴，若依科別來看，則以婦產科醫師所佔比例為最高，在科別及發生經驗上，與國內先前的研究差異並不大【3】。

在醫師對醫療糾紛的看法方面，醫師認同程度較高的題目依照問題類型可以分為：在醫療糾紛發生的原因方面，認同程度較高的有「因為醫病雙方溝通不良」及「醫療上的不確定性」；而對於醫療糾紛處理程序方面，認同程度較高的題目有「利用刑事責任規範醫療過誤是不合理的」及「消保法不適用於醫療業」；在影響醫療糾紛發生的原因方面，認同程度較高的題目有「多和病人溝通可以減少醫療糾紛的發生」、「良好的醫病關係可以減少醫療糾紛的發生」、「醫師看診人數過多會增加醫療糾紛發生機會」；而在醫療糾紛產生的影響方面，醫師認為「會影響病人再來同一家醫院或醫師看診的意願」、「會影響醫師選擇執業科別」及「會導致醫療費用上漲」。

在醫師對於醫療糾紛產生的因應行為上，在此部份得分越高的表示採取防禦性醫療行為的傾向越高，在 12 項因應行為中，醫師得分較高的題目有「保持較完整的病歷」及「多和病人溝通」。

在醫師目前與病人互動情形方面，醫師所填答的多傾向於正面的回應，而得分較高的題目包括：「對複診病人會先詢問復原情況」（4.51 分）、「對病人作侵入性檢查前會作詳細說明」（4.47 分）、「問診時會注視病人」（4.35 分）、「開立處方前會詢問病人是否對藥物過敏」（4.32 分）等。

雙變項分析

將醫師對醫療糾紛的看法、醫師自覺醫病互動的情況與醫師對醫療糾紛採取的因應行為利用因素分析與以歸類，作為往後多變項分析的主要分析單位。

將醫師對醫療糾紛的看法之 28 道題目分為九項因素，分別為溝通面預防因子、負面影響因子、法律適用與糾紛原因因子、處置預防因子、醫病互動預防因子、政策助長因子、鑑定不信任因子、原因與責任歸屬因子、糾紛處理程序因子等九

項，各因素所包括之題目內容如表 1 所示。

將醫師自覺目前與病人互動情形利用因素分析歸類為以下六類：病情說明與回答因子、詳細回答與資訊提供因子、看診時間因子、批評差別對象因子、另類溝通因子、順從病人要求因子，各因素所包括之題目內容如表 2 所示。

而醫師對醫療糾紛所產生的因應行為，在因素分析之後，分為三大因素，分別為規避風險因子、持續照護因子及照護密度因子。而各因子的詳細內容如表 3 所示。

多變項分析

利用雙變項分析中，因素分析所得之結果進行多變項分析，利用迴歸模式的建立，嘗試尋找出影響醫師醫病關係與醫師對醫療糾紛因應行為的因素。

影響醫病關係的因素方面：在控制了醫師的年齡、資歷及科別之後，醫師對「醫病互動預防因子」的認同程度會影響到醫師在醫病關係面向中『詳細回答與資訊提供因子』的得分，且之間呈現正相關；醫師對於「醫病互動預防因子」及「糾紛處理程序因子」的認同程度亦對『看診時間因子』的得分具有正向影響，顯示對醫病互動越重視的醫師，在其醫療行為上的表現會較正向；醫師對於「鑑定不信任因子」的認同程度會對『批評、差別對象因子』的得分產生正向影響；而醫師對於「醫病互動預防因子」及「法律適用與糾紛原因因子」的認同程度亦會影響醫師在『另類溝通因子』上的得分。

影響醫師對醫療糾紛因應行為的因素方面：在控制了醫師的年齡及執業地點後，醫師對於「處置預防因子」、「政策助長因子」及對醫療糾紛的認知得分會對醫師的因應行為中『規避風險因子』產生正向影響；而醫師對於「負面影響因子」、「處置預防因子」及「政策助長因子」的認同程度，同樣會對醫師因應行為中『持續照護因子』產生正向影響；而醫師對於「醫病互動預防因子」及「政策助長因子」的認同程度，也會對『照護密度因子』的得分產生正向影響；在此部份，研究者雖然以強制的方式將醫師遭遇醫療糾紛的經驗置入模式中，但在控制醫師個

人特質後，醫師遭遇醫療糾紛的經驗對醫師的因應行為的影響並未達到統計上的顯著水準，僅能對其之間的消長稍作解釋，顯示是否有醫療相關經驗，對醫師來說影響並不大，可能是因為近年來醫療糾紛的案件頻傳，加上消保法及形式責任的沿用，讓醫師在執業行為上更小心，因此無法看出其中的差異。

質性研究部分

自行政院衛生署所得之各法院委託鑑定之公文文號共有 405 件，而其中有效的文號案件數為 124 件，經各地方法院協助回覆提供的判決書共計 42 件，依照判決書內容分析之後，發現以下特性：

1. 在這 42 件判決中，有 4 件的判決結果為判決醫師有罪，27 件為醫師無罪，其餘則為原告撤回告訴或是非醫療糾紛的鑑定案件。

2. 從判決書當中，我們觀察醫療糾紛發生的原因多是家屬抱怨醫師誤判、誤診、未加詳查、延誤診治、家屬提醒時未即時注意、未告知等等，因此大致可以歸類於病患或家屬想挑戰的無非是醫師的「專業知識」及「關照義務」，亦是一種期望的落差，或許醫師已對病患作出注意或適當的處置，卻未詳告病患或家屬，也因此所有的猜忌與不信任就從中醞釀出來，因此若在醫病溝通上多作努力，對於所診斷出的病情、用藥、檢驗做適切的說明，對於需注意的症狀，應該要告知病患或家屬注意，對於未來可能的處置及處置後可能產生的不預期情況也能告知，如此一來，病家較可有心理準備，也較能感受醫師所能掌握的情況，同時也能認知到醫療中的不確定性。

五、計畫成果自評

本研究問卷回收情況並不理想，雖然經過兩次的寄發，但是回收率仍僅有 10.47%，與國內先前研究中相較後發現：陳山正（1995）針對『醫療糾紛對牙科診療成本之影響』研究中【4】，問卷回收率為 21.7%，而陳榮基等人（1991）針對醫師對醫療糾紛的因應行為的研究中【3】，問卷回收率則為 18%，統括而言，可能是因為所

牽涉的話題過於敏感，以致醫師填答意願偏低。

以往針對醫療糾紛的研究多是探討醫師遭遇醫療糾紛的經驗與醫師採取防禦性醫療行為的關係【5-11】，或是瞭解影響醫療糾紛發生與否的相關因素【2,12-15】，較少針對其它會影響醫師醫病關係或是醫師採取防禦性醫療行為的因素作討論，本研究探究除了醫療糾紛經驗外，影響醫師醫病關係及對醫療糾紛因應行為的其他因素，結果發現醫師對於醫療糾紛的認知及態度，對醫師醫病關係及因應行為會產生影響，但是在醫師遭遇醫療糾紛的經驗上，對醫病關係或是醫師的因應行為上，其影響力並未達到統計上的顯著水準，可能如文獻上亦提及的，醫師執業環境中發生的醫療糾紛亦會對醫師行為產生影響【16】。

而在質性研究部份，雖經過各地法院的配合，但是真實得到的判決書數量並不多，僅有 42 份，其中仍有重複或是非醫療糾紛的案例，因此在針對判決書所作的內容分析，代表性稍嫌不足，但是仍能看出進入司法程序醫療糾紛的一些特性，

六、參考文獻

- 1.衛生署（1998）醫政處歷年醫療糾紛鑑定案件統計資料。
- 2.Danzon（1986）The Frequency and Severity of Medical Malpractice Claims: New Evidence. *Law and Contemporary Problem*, 49(2):57-84.
- 3.陳榮基、謝啟瑞（1991）醫療糾紛對醫療成本之影響:台灣西醫師的實證研究。行政院衛生署八十年委託計畫。
- 4.陳山正（1995）醫療糾紛對牙科診療成本之影響—台北地區牙科醫療機構的實證研究。國立陽明大學醫務管理研究所碩士論文。
- 5.Sloan F.A., Mergenhagen P.M., Burfield B. et al.（1989）Medical Malpractice Experience of Physician—Predictable or Haphazard? *JAMA*, 262（23）：3291-7.
- 6.Adams E.K., Zuckerman S.（1984）Variation in the Growth and Incidence of Medical Malpractice Claims. *Journal of Health Politics, Policy & Law*, 9（3）：475-88.
- 7.Zuckerman S.（1984）Medical Malpractice：Claims, Legal Costs, and the Practice of Defensive Medicine. *Health Affairs*, 128-133.
- 8.Weisman C.S. et al.（1989）Practice Changes in Response to the Malpractice Litigation Climate- Results of a Maryland Physician Survey. *Medical Care*, 27（1）：16-24.
- 9.Shapiro R.S., Simpson D.E., Lawrence S.L., Talsky A.M., Sobocinski K.A., Schiedermayer D.L.（1989）A Survey of Sued and Nonsued Physician and Suing Patients. *Archives of Internal Medicine*, 149（10）：2190-6.
- 10.Charles S.C., Wilbert J.R., Franke K.J.（1985）Sues and Nonsued Physicians' Self-reported Reactions to Malpractice Litigation. *American Journal of Psychiatry*, 142：437-40.
- 11.謝啟瑞（1994）醫療糾紛風險與防禦性醫療行為。人文及社會科學叢刊第6卷第2期：199-230。
- 12.Charles S.C., Gibbons R.D., Frisch P.R., Pyskotv C.E., Hedeker D., Singha N.K.（1992）Predicting Risk for Medical Claims Using Quality-of-care Characteristics. *Western Journal of Medicine*, 157（4）：433-9.
- 13.Beckman H.B. et al.（1994）The Doctor-Patient Relationship and Malpractice Lessons from Plaintiff Depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154：1365-70.
- 14.Lester G.W., Smith S.G.（1993）Listening and Talking to Patients: A Remedy for Malpractice Suits. *Western Journal of Medicine*, 158：268-72.
- 15.Localio A.R. et al.（1991）Relation Between Malpractice Claims and Adverse Events Due to Negligence-Results of the Harvard Medical practice Study. *The New England Journal of Medicine*, 325（4）：245-51.
- 16.Baldwin L.M., Hart L.G., Lloyd M.,

Fordyce M., Rosenblatt R.A. (1995)
Defensive Medicine and Obstetrics. *JAMA*,
274 (20) : 1606-10.

註：本研究之結果表格並未詳列於研究報告中，若有
需要，請電計畫主持人：(02) 23516478-40

