

台灣病人人權之研究

莊 茂

中山醫學院通識教育中心

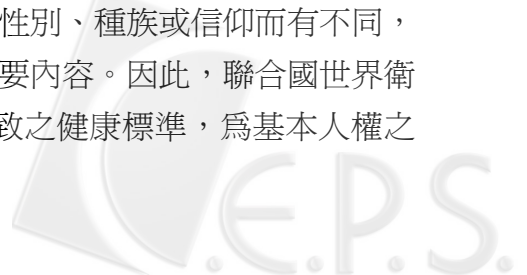
序 文

近三十年來，醫病關係之日益惡化，醫療糾紛之不斷發生，儼然成爲當代社會之重大問題。美國醫院協會有鑑於此，於一九七三年，率先發表「病人權利宣言」，列舉病人權利之內容，洋洋灑灑舉出十二項之多(註一)，本宣言呼籲世人重視病人權利之保障，藉以改善醫病關係，而減少醫療糾紛。蓋病人懂得其權利所在，則不會對醫師爲無理之要求，甚至干擾醫師或濫行控告醫師；醫師能重視病人之權利，尊重其人格尊嚴，彼此之關係因而更加融洽，不必要之誤會或糾紛自然減少。自此之後，各國紛紛響應：譬如，一九七七年，以色列醫院協會發表了「病人權利宣言」；一九八一年，世界醫師總會里斯本宣言，即以病人權利之保障爲主題；一九八四年，日本醫院協會亦發表病人權利宣言(註二)；我國中華醫學會於一九八二年接受世界醫學會之主張病人享有六大權利(註三)，而民間人士則至一九九七年五月廿日發表「病人權利十大聲明」(註四)。據此可之，重視病人權利之保障，已蔚成時代潮流；且由抽象之理念，變成具體之內容，透過各項醫療活動而得實現。

茲從病人權利之意義，醫病關係之特質與病人權利之內容等三方面，做鳥瞰式探討台灣人民，作爲病人之角色，所享有之權利情況，進而批判其缺失，並提出改進之道。

病人權利之意義

何謂「病人權利」？乃指作爲病人之角色，基於獨立人格，有權接受妥善醫療照護，以利恢復其身心健康，不因性別、種族或信仰而有不同，此權利與生命權、平等權同爲基本人權之重要內容。因此，聯合國世界衛生組織憲章序文謂：「……享受最高而能獲致之健康標準，爲基本人權之



一，…不因種族、宗教…而分軒輊。」就是對病人人權之意義的最好寫照。

析論病人人權之定義，可從廣義與狹義兩方面來界說。就廣義而言，相當於國民健康權(註五)：乃源於人民之生存權應予保障之指導原理，國家除提供食、衣、住、行、育、樂等基本需要，讓人民滿足外，尚須提供無污染之良好環境，使人民享受健康與文化之生活。為實現此理念，政府須加強各種建設，使人民「甘其食，美其服，安其居，樂其俗」；還要設法防治空氣、水質、土壤、食品、噪音等公害之發生，將這些破壞環境之污染除去，以免危害國民之健康，或威脅其生命之安全。此外，國家亦須積極推行各項福利政策，使婦女、兒童、老人或殘障等弱勢族群，皆能獲得妥善之照顧，而無生存之困難。

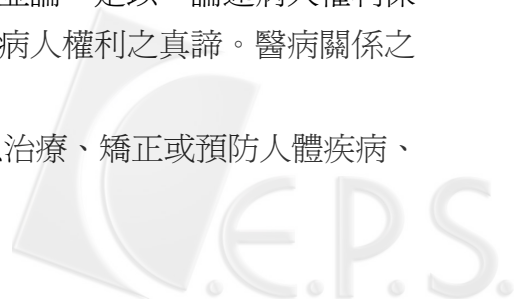
最近幾年政府積極推行醫療福利政策，而且成果不錯，深得百姓之肯定(註六)。為提高醫療品質，實施專科醫師、轉診制度與加強醫師之再教育；為合理分配醫療資源，民國八十三年更排除萬難，實施全民健康保險，使合理、有水準、高品質之醫療照護，具體落實於各項醫療措施，普遍嘉惠於社會大眾。

狹義之病人人權，乃指每位病人，本其獨立人格，有權接受或拒絕妥善醫療照護，以維持其健康生活。詳言之，若國民不幸生病，則可以生病為由，得暫免社會責任之履行，故可以請假不上班不上學，以利調養治療。(註七)公私立機關學校，均不得無故拒絕之，否則，即有侵害人權之嫌疑。病人為了治療，得要求社會提供妥善醫療照護；而社會負有協助其恢復健康之義務，尤其醫護人員當以恢復病人健康為己任。病人本身當然也要具有恢復健康之信心，信任自己所選聘之醫師，對各項醫護處置，多能配合，以收事半功倍之效。

醫療關係之特質

病人在醫療市場，雖為消費者之角色。但此消費者與一般消費者之性質不同，彼等所享有之權利內容，無法相提並論。是以，論述病人權利保障時，宜先探討醫病關係之特質，方可把握病人權利之真諦。醫病關係之特質，約有下列五項：

1. 就消費之目的而言：醫療消費乃「以治療、矯正或預防人體疾病、



傷害、殘缺或保健為直接目的」(註八)。而一般消費者則指享受，增進樂趣。

2. 就交易之對象而言：醫療消費之提供者，原則上並無選擇或拒絕病人之自由。蓋醫師對危急之病症，不得無故不應招請或無故遲延。(醫師法第 21 條)。一般消費，無論是商品或服務之提供者，可依其意願選擇交易之對象。

3. 就當事人之地位而言：醫病關係之雙方當事人地位懸殊，並未建立在平等的基礎。(註九)，醫師憑其專業技能之優勢，具有崇高之地位，對醫療行為之規劃或執行，擁有絕對之裁量權。病人對之，唯「醫命是聽」，殊少參與之餘地。易言之，醫療關係乃專家與非專家之關係，病人只能信賴醫師，任其擺佈。以醫藥費為例，則多屬「不二價」，由醫師片面決定，並非雙方商討之結果。一般消費之雙方當事人，乃立於平等的相對關係，彼此之間，富有討價還價之空間。

4. 就消費之發生而言：醫病關係之發生，具有單元性、被動性與即時性。病人一旦生病，唯有求醫就治外，別無選擇，此為單元性；而病人之所以就醫看病，多為疾病所迫，不得已而為之，此為被動性；又生病必須即時治療，既不能提早亦不宜延後，以免小病拖成大病，大病拖成沒命，此為即時性。一般消費之形成，則有多元性、主動性與無時效性。以欣賞影視為例，觀眾可選看電影、電視或錄影帶，MTV 或 KTV 等多元選擇；且可主動出擊，選個「黃道吉日」安排時間，再去欣賞。

5. 就消費之結果言：醫療行為具有太多之變數與不可預料之危險。即使非常高明之醫師，費盡心力地診斷醫療，也不一定能收到「藥到病除」之預期效果，也無法預知其可能引發之副作用或藥物過敏。(註十)如果疾病因而治癒，則皆大歡喜，醫師備受禮遇。要是不幸失敗，對病人之生命健康所造成之傷害，往往無法挽回或補救。蓋病人之生命健康具有絕對之專一性，缺乏相對之代替性，不能承受一次以上醫療過錯之打擊。因此，病人對醫師之職業要求非常嚴格，總期望其能盡善盡美，不容許有絲毫之差錯。一般消費者，要是對商品或服務不滿意，則可以已退換商品，若減少價值以彌補過失，甚至解除契約，以解決糾紛。



病人權利之內容

綜合各國病人權利法案或宣言，以及我國醫師法、醫療法與消費者保護法（註十一）等規定，既參酌國內外之學說主張。有關吾國病人權利之內容，可歸納為：醫療平等權、知悉權、安全權、同意權、選擇權、隱私權、求償權、醫療文件收取權、醫療拒絕權、醫療尊嚴權等十項。

（一）醫療平等權：

所謂醫療平等權，乃指每位病人對醫療資源（包括機構設備與人力）所享有之權利，不因男女、老幼、貧賤富貴而有所不同，應一律平等。可從實質與形式意義兩方面來探討。

稱實質意義之醫療平等權者，係謂醫療社會各分子都具有平等享受合理質量之醫療資源的權利，即不分「男女、宗教、種族、階級、黨派」（憲法第七條）在醫療資源之享受應一律平等。蓋醫療資源是社會資源，也是國家資源。國家資源應歸全體國民所共有，亦應由全體國民所共享。因此，每位國民都有一律平等地享受相同醫療資源的權利；而且對醫療資源之運用與分配，都有參與決策之權利。（註十二）政府之所以實施全民健康保險與推行台灣地區醫療網之政策，都是為了全民能夠藉平等地普遍享受醫療資源。

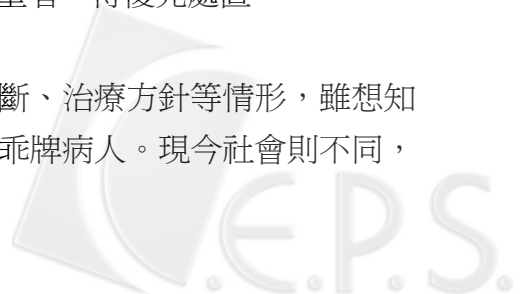
稱形式意義之醫療平等權，係指相同個案之處理，以相同之方式為之，適用相同之準則，不能有兩套以上之不同標準；不同之個案，則適用不同之方式處理之。（註十三）其主要內容，指下列兩大原則：

1. 先來先受服務原則：病人就醫秩序，不論掛號、門診看病或藥局領藥，一切按照排隊秩序辦理，依到來時間之先後應診、繳錢或領藥，即先來先受服務原則，不允特權階級（插隊看病或領藥），亦不受歧視。蓋病人在門診看病之地位，完全平等。不允許在社會上當大官貴族，在同樣是病人的面前也是當大官貴族，享受特權。

2. 急症及重症優先原則：醫護人員照護病人之順序，固然以前項原則為準，但有例外，即遇有病情最危急或最嚴重者，得優先處置。

（二）知悉權：

以前病人就醫時，對其病情、病因、診斷、治療方針等情形，雖想知道，但怕得罪醫生而不敢多問，寧可做個乖乖牌病人。現今社會則不同，



以病人擁有知悉權，自然有話要問，以了解病情之真相；醫生負有告知之義務。至於如何告知？告知到何種程度？可能因人而異，尚無一定原則可適用，醫生得依道德良心、知識經驗好自爲之而已。

病人想知道之訊息，計有下列數項：

(1) 病人有權知道醫療機構之名稱及如何就診，因此，醫療機構應將其開業執照、診療時間、診療規則等懸掛在明顯處所。(醫療法第 16 條) 以醫療規則來說，如掛號程序、候診、就診、檢驗、領藥與辦理住院出院等規定，宜公告週知，由病人參照辦理。又如遇空襲、火災、地震或暴徒入侵時，如何避難逃亡等緊急應變措施，亦需讓病人知道，以備不時之需。

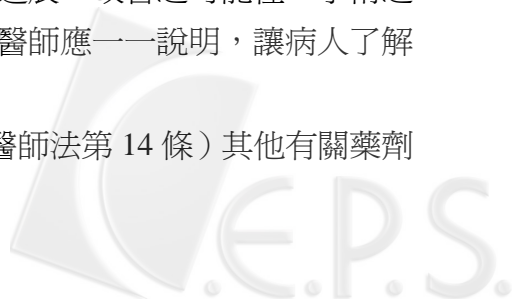
(2) 病人有權知道醫師之姓名、職稱，以爲建立信任醫師之憑藉，故醫師需配帶名牌或服務證，除可當通行證外，亦可提供病人認識醫師之基本資料。

(3) 病人有權知道醫藥收費標準之明細，以判斷費用是否合理。如爲超收，則可要求退費。(醫療法施行細則第 13 條) 故醫療機構收取醫療費用，應依病人要求，製給收費明細表及收據，並應備置收費標準明細表供病人查閱，(醫療法第 18 條) 醫療機構最好將收費標準明細表公告，讓病人一目了然，暨可做繳費之心理準備，並可判斷收費是否合理之基準，以減少不必要之糾紛。目前大多數醫院雖未這樣做，但並不違法。蓋法律僅規定「備置供病人查閱」，並未明定公告週知。

(4) 病人有權知道病名、病情、治療方針、預後情形。(醫療法第 58 條) 醫師解說病情時，應用淺顯易知之白話文，不可用艱深難懂之學術用語，以增進溝通之功能。倘係絕症，而病人又是多愁善感，似不宜直接告知，僅告知其家屬親友或予以保留實情。蓋善意之隱瞞真相，旨在幫助病人，情猶可原。

(5) 病人有權知道手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，醫生有說明之義務。(醫療法第 46 條) 例如病人接受頸部脊椎病手術前，醫師需對該病況詳加說明、今後可能之進展、改善之可能性、手術之有效性、可能照成上下肢完全麻痺等危險，醫師應一一說明，讓病人了解詳情之後，再做決定是否開刀。

(6) 病人有權要求說明藥劑之用法。(醫師法第 14 條) 其他有關藥劑



之療效及副作用；如產生副作用時，如何化解？又服用該藥劑，有無禁忌？醫師亦宜一併告知。（註十四）雖醫事法對此無明文規定，但依藥事法第 75 條規定，則要求藥物標籤應刊載藥物副作用、禁忌及其他注意事項。

（7）病人接受人體試驗時，醫院應向受試驗者或其法定代理人說明之事：1.試驗之目的及方法；2.可能產生之副作用及危險；3.預期試驗效果；4.其他可能之治療方法及說明；5.接受試驗者得隨時撤回同意。（醫療法第 57 條，同法施行細則第 52 條），（按進行前為撤回；已進行試驗階段，亦可取消其同意，法律用語為撤銷。受試驗者不論試驗是否已進行，隨時可取消其同意。而現行法則用「撤回」一詞。易被誤解試驗開始前，才可取消同意；如已進行試驗，則不可。可見，法條用語「撤回」同意，顯然不當。不如修正為「中止」同意。）

實驗性之醫療行為，以新的醫療技術及藥物，對動物實驗成功後，初期試用人體疾病之治療、矯正或預防。而其療效如何？則尚未證實或完全把握之階段。可分為治療性與非治療性之臨床研究兩種。實施人體試驗之過程，對受實驗者身心影響至為重大，不可不謹慎為之。如果造成損害，如何補償？現行法對此並無規定，仍需修法補正。

（三）安全權

病人到醫療機構就診治病，旨在接受即時治療，以免延誤病情，危害生命健康，此為安全權，亦稱妥善醫療權。基於安全權利之原理，病人得要求醫療機構提供下列服務：

1. 有關硬體方面：病人有權要求醫療場所保持整潔、安寧、安全又衛生，以防止遭受意外災害或被感染疾病。其主要事項有三：

a. 醫療機構應保持整潔、秩序安寧、不得妨害公共衛生及安全。（醫療法第 20 條）因此，醫療機構對其環境衛生，需為相當之注意，經常打掃、隨時保持整潔。如有違反，依法予以懲處，並責令限期改善。（醫療法第 76 條第一項）

b. 醫療機構負有維護其建築物處於安全狀態之義務，故其建築物之構造、設備應具備防火避難等必要設施外，並且建立緊急災害應變措施。（醫療法第 21 條）

c. 醫院應建立院內感染控制，避免病人感染其他疾病。（醫療法第 45



條)醫療機構雖是治病之場所，也是最容易感染之地方，故醫院負有防止之義務。

2. 危急病人享有及時醫療照護之權利，醫師對之應為立即救治，不得無故拖延。(醫療法第 43 條，醫師法第 21 條)蓋此類病人大多命在旦夕，若非及時救治，恐將遭受不測，故課醫師以急救責任。

3. 病人有權要求轉診，爭取較好之醫療照護，以保性命之安全。惟危急病人，應先做適當之急救處置，始可轉診。(醫療法第 50 條)

4. 病人有權要求維護追蹤照護，以獲得更完整之良好治療(醫療法第 53 條)

(四) 同意權

所謂同意權乃指病人接受侵襲性治療時，事先被告知了解真相，表示同意接受該治療法之權利。醫師實施手術、麻醉或人體試驗，應取得病人書面同意書，方可為之。(醫療法第 46、57 條)病人為無行為能力者或限制行動能力者，應得其法定代理人之同意。病人表示同意之前，醫師應詳細解說：為何要動手術？不動手術之後果，手術之成功率多少，皆要分析說明，比較利害得失，供病人抉擇之參考。

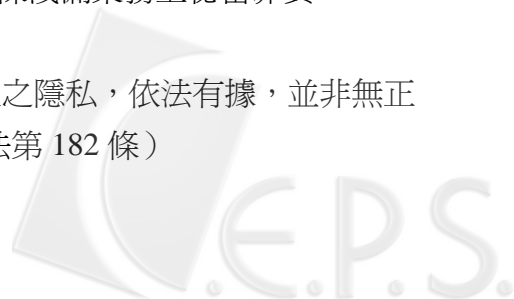
又病例之外借使用，除司法機關或衛生單位之借用，依法定程序外，原則上應經病人之同意，始可為之。蓋病歷記載事情，多為病人之隱私，如未經其同意，擅自外借，將觸犯洩漏業務機密罪。

(五) 隱私權

所謂隱私權乃指個人私生活事項，不願為外人知者，即屬於其個人之秘密，不受非法干擾或侵犯之權利，如竊聽電話，窺探銀行存款，或將隱疾公開，皆為侵害隱私權之行爲。醫事人員因業務知悉病人之秘密，不得無故洩漏。(醫療法第 49 條、醫師法第 23 條)例如醫師因業務知悉某少女婚前曾有墮胎記錄；或某婦女之人工授精生子，該精子係第三人所提供，非其丈夫所有，這些，均為病人隱私權之範疇。病人有權要求醫師守密，不得無故洩漏於外。否則，將負刑法第 316 條洩漏業務上秘密罪責。

下列情形，並非無故洩漏：

1. 依法作証：所為之証言，或涉及病人之隱私，依法有據，並非無正當理由。(民事訴訟法第 307 條、刑事訴訟法第 182 條)



2. 向有關機構報告：醫師執行業務時，如有下列情形之一者，應於二十四小時內，向該管主管機關等報告。

- a. 醫師檢驗屍體或死產兒，如認有他殺嫌疑者。（醫師法第 16 條）
- b. 醫事人員發現患有後天免疫缺乏症候群之病人或因感染該症致死之屍者。（後天免疫缺乏症候群防治條例第 5 條）
- c. 醫師診治病人或檢驗屍體，發現傳染病或疑似傳染病時。（傳染病法第 29 條）
- d. 醫師執行業務，知悉兒童（未滿十二歲）受虐待等情形。（兒童福利法第 15 條）
- e. 醫師執行業務，知悉未滿十八歲之人從事性交易或有從事之虞者。（兒童及少年性交易防制條例第九條）

3. 受司法等有關機關詢問或委託鑑定時，負有真實報告之義務，不得為虛偽之陳述。（醫師法第 22 條）

4. 為學術研究，提出心得報告，引用病例資訊時，難免將病人之秘密洩漏於外。惟須以選擇損害最小之方法為之。

（六）選擇權

依契約自由原則，病人有權選擇醫療機構、主治醫師或治療方式。（註十五）其他如診斷、檢驗、治療或藥劑有多樣時，病人亦有選擇權。惟醫師須詳細解說多樣方法，並分析其利弊，供病人行使選擇權之參考。如高齡孕婦是否要接受羊膜腔穿刺術，以測定胎兒之遺傳情形。如測出胎兒患有唐氏症，是否要墮胎？這些事如何處理？皆由孕婦自行決定，醫師不得越俎代庖。但於其決定之前，醫師仍應說明行使羊膜腔穿刺術，對孕婦及胎兒具有很高之危險性，如胎兒可能成為畸形。

（七）求償權

病人就醫過程，因醫師之侵權行為或債務不履行，以致其權益受到損害時，依法得請求損害賠償。常見情況有下列四種：

1. 病人因醫療過失而致身體或健康受損害時，則可請求財產及非財產上之損害賠償。（民法第 193、195 條）就財產之損害賠償而言，主要項目有醫藥費、勞動能力減少之損害及生活費之增加等三項：

- a. 稱醫藥費者，指住院費、藥品費、手術費、診療費、檢查費及其他



必要之費用等。

b. 稱勞動能力減少之損害者，即謀生能力或工作能力減少之損害賠償，指因醫療過失而致病人喪失或減少勞動能力而言，不以實際之損害為限。

c. 稱增加生活費用者，指病人因醫療傷害，所支出之各種醫療費用，或維持受傷身體或健康之必要費用，病人均得請求。

至於非財產上之損害賠償，則指被害人因醫療傷害，所遭受之精神上痛苦，可請求之慰撫金。其額度及計算方法，須考慮加害人及被害人之地位，家庭狀況及被害人所受之痛苦程度。

2. 病人因醫療過失而死亡，其家屬得請求之損害賠償。因醫療過失致病人於死亡時，病人之繼承人可請求賠償之事項：除上述醫藥費與精神上之損害賠償外，尚有殯葬費、扶養費。(民法第 192、194 條)

就殯葬費而言，主要指收殮埋葬之費用，以實際支出為準，包括棺材費、驗屍、驗棺、靈柩車費、壽衣費、喪葬用品費、墓碑費、埋葬費、遺像費、鏡框費及誦經祭典費等，享有請求權之人，不限於被害人之遺族，凡為被害人之出殯葬費之第三人亦可。

賠償扶養費請求權之人，指被害人生前對之負有扶養義務者，如其配偶、父母、未成年子女（含未出生之胎兒）。(民法第 7、1114、1116 條)

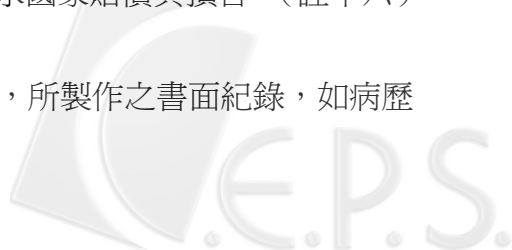
3. 在公立醫療機構之設置或管理有欠缺，以致病人身體受傷害或死亡時，被害人或其家屬，可依向前兩項向醫師求償外，可否依法向國家請求損害賠償？就一般門診或住院醫療行為而言，係屬於行政上之私法行為，原則上不適用於國家賠償法。但下列兩種情況可：

a. 公立醫療機構之設置或管理有欠缺，以致病人身體生命健康受損害者，則可向國家請求賠償。蓋公立醫療機構屬於公有公共設施，故國家對其瑕疵所造成之損害，負有賠償義務。

b. 公立醫療機構所實施之治療行為，被害病人有接受之義務者，若強制疫苗接種或強制隔離治療行為等，(精神衛生法第 22 條)應屬於公權力之行使，則病人可依國家賠償法之規定，請求國家賠償其損害。(註十六)

(八) 醫療文件收取權

所謂醫療文件乃指醫師實施醫療行為時，所製作之書面紀錄，如病歷



(註十七)、診斷書、檢驗報告、死亡證明書、死產證明書、轉診病歷摘要、醫藥費收據。(醫療法第 18、43、50、51、54 條) 這些文件，都是病人行使有關權利或履行義務之重要憑證。病人有所請求醫療機構發給時，除有法律規定外，不得拒絕。

(九) 醫療拒絕權

稱醫療拒絕權者，謂病人接受醫療係權利，而非義務。(註十八) 因此，病人具有接受或拒絕醫療的權利，此權利源於人格自主權。(註十九) 蓋病人在醫療過程中，既有參與權，即有相當程度自主權，其中最重要的是醫療拒絕權。查現行醫事法規，固然無明文宣示其存在，但在一般醫療慣例，大家都默認病人得到「自動出院」或放棄 C.P.R (心肺復甦術)(註二十) 無異認定病人享有此權利。(註二十一)「緩和醫療條例」已於民國 89 年 6 月一日完成立法，依據該法，末期病人享有醫療自主權。(註二十二) 當然包括醫療拒絕權在內。因此，病人不想繼續接受醫療時，醫師依法尊重其意願。

當病人決定放棄醫療時，醫師應告知其後果可能非常危險，或將加速死亡之來臨，或有變成植物人之可能。曾有美國耶和華見證人信徒，以信仰理由拒絕輸血而導致死亡，其意願與決定，仍然受到尊重。(註二十三) 最近數年來，該教之台灣教友，亦陸續發生拒絕輸血之案例。台大附設醫院、台北馬偕醫院、台中仁愛醫院之醫師，碰到這種情況，亦只能表示尊重其決定，無法說「不」。(註二十四)

為使面對「生死關頭」有個妥善安排，免得突遭變故，無法表達意願，以致不知所措。不妨效法美國法制，平時健康時，就立下「生前遺囑」，以被不時之需。按美國再一九七六年通過「自然死法案」，推行「生前遺囑」，呼籲世人在健康時，以書面預先表示將來病危時，放棄 C.P.R 等無意義急救；亦可預立醫療代理人，在其昏迷無法表示意願時，由代理人決定執行或放棄 C.P.R 等急救措施，讓病人自然往生。曾任台北醫學院董事長，高雄醫學院院長謝猷臣博士，曾立下「生前遺囑」，並經高雄地方法院公正認可。(註二十五)「生前遺囑」預先聲明，要是不幸得了絕症，一旦病危，請其家屬或醫師不要用呼吸器等痛苦療法，讓病人自然死亡。這種預先表示放棄醫療等聲明，依法應受尊重。

惟罹患法定傳染病、後天免疫缺乏症候群或有攻擊性之嚴重精神病，依法均須接受隔離治療、強制檢查、強制治療與強制鑑定或強制住院，甚至得拘禁病人，剝奪其自由，以維護社會安全。因此，此類病人不得享有醫療拒絕權。又孕婦如拒絕醫療招致死亡之危險者，為保全其胎兒之生命，亦不得為之。

（十）醫療尊嚴權

所謂醫療尊嚴權，乃指病人就醫時有權要求醫師尊重其人格之尊嚴，至少應該將他當做「人」看待，而以莊重敬肅之態度進行各種醫療活動，不要令病人有遭受輕視或羞辱的感覺。蓋凡人皆有被肯定受尊重之慾望，藉以表示其存在之價值。作為病人，其情緒低落，更有此之訴求。醫療尊嚴權雖是與生俱來，但其本質則屬於道德上之權利而非法律上之權利，因此，即使受到傷害，對加害者之制裁，除法律有明文規定外，大多透過道德上之非難，給予輿論之譴責，令其良心不安外，殊少從法律上追究其責任。

為維護醫療尊嚴權，免受傷害，如因檢查、診斷或治療之需要，而要病人脫衣解褲；或欲對女病人之陰部、胸部作觸診時，醫師須站在病人之立場，將心比心，設身處地考慮其感受，盡心盡力地維護其隱私與尊嚴，不要隨便讓不相關之第三人在場觀看，蓋赤裸裸之病人，在陌生人之前，常有無地自容之羞。

結 論

從現行醫療法規制度視察，台灣病人人權之內容，洋洋大觀，相當完備，較之美國先進國家之病人權利，或許殊少遜色。惟深入剖析之後，不難發現仍有許多不足之處，亟待國人努力充實加強之。茲舉數例說明如下：

（一）就實質意義之醫療平等權來說：政府實施全民健保之後，固然使社會大眾同沾醫療資源之享受。但實際情況，大都會地區與落後城鄉之人民所享受之醫療資源並不公平，甚至差別待遇懸殊。（註二十五）蓋大型醫療機構如醫學中心，都分佈在大都會，且百分之五十以上之病床，亦都座落在大都會地區；造成落後地區之平凡百姓需要住院治療時，常有一床難求之痛，因而喪失公平分享醫療資源之機會。又以醫師分佈為例，根據

行政院衛生署 89 年 8 月 31 日公佈全國各縣市醫療變動分析指出：「每一萬人分配到的（中、西、牙）醫師總數：在高雄市為二十四名；北、中市為三十名以上；竹、苗、雲、嘉、金門五縣卻不及十一名。」（註二十六）姑不論都市與城鄉地區之醫師素質不同外，光就每萬人口醫師數來說，大都會地區台北市、台中市是城鄉地區嘉義縣、金門縣的三倍，差距相當大。

如何擬訂醫藥政策，拉近各地區人民所享受醫療資源之差距，以確保醫療平等權之實現，乃愛人民肯負責之政府要戮力克服之課題。

（二）就形式意義之醫療平等權而言：表面上看來，醫療市場之活動，似乎井然有序，頗有平等精神。但由於醫院紅包文化之盛行，使送紅包者優先取得床位，醫師會優先開他的刀，且多花時間看他的病，多與他的家人解說病情。由於這種「先、多」的特別待遇；其他沒有送紅包的病人，就相對地「後、少」了他們所受到的照顧。（註二十七）由此可見醫療平等權—先來先服務原則，就因醫院紅包之氾濫而蕩然無存。

醫院紅包之贈送，可分為事前與事後兩種：如病人治癒後，為慰勞醫師之辛苦，或感謝其「救命之恩」，事後送些禮物，或一兩仟以下之小紅包以資紀念，這是人情之常，無可厚非。以其未破壞醫療作業程序，不影響他人權益。若事前送紅包，討好醫師以爭取特殊待遇：優先取得床位、開刀與看診之機會。如此，必然擾亂醫療作業程序，影響他人權益，這種近乎傷風敗俗之惡劣行為，則宜設法取締，杜絕其氾濫。

（三）就知悉權來言：醫事法規賦給病人不少之知悉權，以了解病因、病情等資訊。記載病因、病情等資訊之病歷，目前都用外（英）文寫作。一般病人未必看懂外文，自然不能認識病歷之內容；加上醫師解說病情，不是滿口醫學術語，就是語焉不詳。所謂病人之知悉權，究其內容，多為一知半解，甚至懵懵懂懂。

為滿足病人之知悉權，以利其獲知病因、病情等真相，除加強醫師之溝通技巧之訓練外，推行病歷中文化，不失為可行之道。（註二十八）

（四）就求償權來言：病人因就醫治病而遭受傷害或死亡，病人或其家屬固然享有損害賠償請求權，惟以醫師執行之醫療行為有過失為前提。醫師執行醫療行為是否有過失，須經行政院衛生署醫事審議委員會之鑑定始可判斷。依據該會（自七十六年至八十五年）十年來之鑑定統計，認為

醫師有過失責任者，僅佔 11.8 %（註二十九）其實醫師是人不是神，也會常常犯錯。可是，醫療糾紛鑑定結果，認為醫師所作所為竟然將近九成沒有缺失，其公正性與正確性，令人質疑。蓋該會成員，多由醫師擔任，「醫醫相護」，在所難免。有關醫療糾紛案件，法院之判決，又以該會之鑑定結果為事實認定之根據，因此，其判決之公信力，自然不易獲得國人之肯定。

病人權益因醫療失誤而遭受損害，擬由司法訴訟程序而得求償者，其成功率實在偏低，僅有一成左右而已。據此而論，病人之求償權，在現行醫療體制中，欲得充份保障，真是談何容易！匡正之策，宜將醫事爭議鑑定機關獨立於衛生署之外，成為司法單位，以確保其公信力與客觀正確性。（註三十）如果，行政權不再干預司法權，則病人之求償權，將可獲得更多之保障。

（五）就醫療尊嚴權而言：作為良醫要扮演多元之角色，包括疾病之治療與預防；社會大眾與病人之醫藥教育；臨床醫學之吸收研究，以提昇醫療水準。（註三十一）在執行這些活動之際，咸以保障病人權益，增進病人健康為最高指導原則，更要重視病人之人性尊嚴之維護。惟有確保病人人性尊嚴，不受任何傷害，而後病人之權利方可獲得充分之保障。

但現今社會認為「行醫」是獲取社會地位、聲望與財富的最佳途徑。以致原先獻身醫學之理想抱負與道德情操，往往拋至九霄雲外，縱使失去醫師之本質角色，亦在所不惜。且目前醫學教育的重點偏向看診、開處方等醫學技術之學習，對醫學倫理或職業道德之研究，反而等閒視之。因此，造成不少醫師執業時，幾乎不把「病人」當「人」看，僅視為賺錢之交易對象；而且態度傲慢冷淡，不尊重病人，甚至羞辱病人，亦是司空見慣。請看中國時報今（89）年 7 月 7 日報導：有位台大附設醫院小兒血液腫瘤科醫師，對病童家屬解說病情時說：「小兒生病，是基因不好，種不好，基因如陳進興一樣壞。」姑不論該醫師講話動機或比喻是否恰當，（註三十二）在言者無心，聽者有意下，把「基因不好、種不好」比喻為「罪大惡極之壞蛋陳進興」，在家屬聽來實在夠刺激，倍感難堪悲憤，甚至以為連其祖先亦受羞辱，忍無可忍而發出強烈反彈—索賠一億二千元。又如某男教授做男性結紮手術時，局部麻醉已作好，正待開刀之際，兩位小姐（其一為外國人）突然闖進開刀房，病人為之驚愕不已！醫師則若無其事，以英文跟

那位外國小姐，談些黃色笑話，且在其下部指指點點，病人強忍著羞怒，用英文告訴他們：「我是大學教授，我聽懂你們談話，讓我很難為情。」他們輕佻的言行因而收斂。諸如此類，台灣病人之尊嚴，常在醫事人員之「有意」或「無心」言行下，遭受踐踏之案例，枚不勝舉。

如何督促醫師實施醫療活動時，能以「尊重病人人格尊嚴」為其考量之重點？首要之務，當在加強「醫學人文教育」，即把「人」帶回醫學之教育。(註三十三) 蓋醫學人文之教育：強調醫師執行醫療過程中，要知道如何選擇最合乎人性之醫療活動；而且具有溝通對話之技巧與藝術；進而肯定病人之生命與人格，具有神聖不可侵犯。此外，還要幫助醫師對「人—包括其自身」，有進一步之了解，給予醫者一個「自我反省」之機會，以強化其服務奉獻之熱誠。(註三十四)

總之，尊重病人之人格尊嚴，強調病人權利之應受保障，已成為現今時代之潮流。若忽視其存在，則醫病雙方當事人之對立與衝突，將是愈演愈烈，卒至兩敗俱傷，終非醫病雙方當事人之福，亦非國家社會之福。反之，如能因勢利導、喚醒國人注意其發展，大家都有尊重權利，善盡義務之共識，則醫病之關係必將更和諧融洽，安和樂利之時代，必可因之早日來臨。

參考資料

註一：Quinn & Sommers, The Patient's Bill of Rights --- A Significant Aspect of the Consumer Revolution , Nursing outlook Vol.22, No. 4, April , 1974, pp . 240~244

註二： 總合特集，日本 醫療--- ，有斐閣，一九八六年九月，二五六頁。

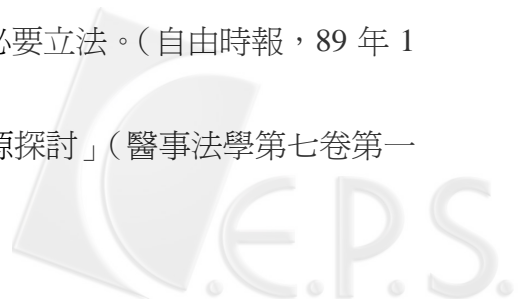
註三：盧美秀·護理倫理學（匯華圖書出版有限公司 1998，三初版 18 刷）頁 182。

註四：中央日報 1997，5，20 第 13 版載台北市議員陳永德、陳錦祥、陳進棋等三人發起台灣病人權利十大聲明。

註五：下山英二·健康權 國 法的責任（岩波書局，1979，6）頁 77~79。



- 註六：詹啓賢·我國醫藥衛生法令之展望（律師通訊第 217 期）頁 24。
- 註七：藍采風、廖榮利合著·醫療社會學（三民書局，73，3 初版）頁 69、80。
- 註八：行政院衛生署 65、4、6 衛署醫字第 107880 函。
- 註九：賴其萬·「醫學與人文」（當代醫學第七卷第一期）頁 52。
- 註十：呂淑好·「從醫囑的探討，談病人須知」（衛生月刊第四期）。
- 註十一：邱清華·在高品質、高效率的醫療要求下---病人權益保障的權衡（醫事法學第三卷第 6、7、8 期合刊）頁 20：消費者的五大權利、應用於醫療上。
- 註十二：李聖隆·醫護法規概論（華杏出版股份有限公司，1996，9 出版一刷）頁 16~18。
- 註十三：王國裕譯：醫療照護上的道德問題。（公共衛生叢書 33，台灣省公共衛生研究所出版，77·2 初版）頁 180~181。
- 註十四：胡海國·「醫生與病人」（杏文出版社有限公司，67·10 再版）
- 註十五：謝炎堯·「醫療與人權---就醫學與醫療的觀點」（醫事法學第三卷第一、二期合刊）頁 37。
- 註十六：行政院研究發展考核委員會·「國家賠償法之研究」（70 年 6 月再版）頁 157~158。
- 註十七：病歷所有權歸醫療機構所有，病人或其家屬僅能要求交付病歷影印本，而非其正本，但須自付費用。參閱註十二。
- 註十八：文思慧·「醫療權利初探---羅里斯哲學的應用之一」（東海大學出版社，中國文化論文集（七），75，1）頁 486。
- 註十九：日本佐藤幸治教授將人格自律權分為三類，…其三為最狹義自律權（自主權），即處分自己的生命、身體的有關事項，如拒絕治療、尊嚴地死亡。（法律時報 68 卷 6 期 1996，6）頁 113。
- 註二十：杏林論壇：「目前醫療政策缺失之檢討---病人權利的探討」（當代醫學第二十四卷第一期）頁 6。
- 註二十一：郭正典·「病人醫療自主權」有必要立法。（自由時報，89 年 1 月 10 日第 14 版）。
- 註二十二：陳榮基·「拒絕心肺復甦術的法源探討」（醫事法學第七卷第一



期 1999，3) 頁 6。

註二十三：李聖隆·「從醫事法論『耶和華見證人』拒絕輸血的問題」(律師雜誌第 217 期) 頁 58。

註二十四：李聖隆·「台灣的病人人權」(律師通訊第 168 期) 頁 49~50。

註二十五：李聖隆·「再論緩和醫療立法」(自由時報 89 年 1 月 17 日第 14 版)。

註二十六：自由時報 89 年 9 月 1 日第 43 版。

註二十七：郭旭崧、莊人祥審訂·山城杏話---醫學生談醫學倫理(合記圖書出版社，85，1 初版) 頁 4。

註二十八：李聖隆·「全民健保與病人權利」(律師通訊第 194 期) 頁 28。

註二十九：楊漢瓊·「醫療糾紛鑑定實況」(律師雜誌第 217 期) 頁 46。

註三十：參閱行政院消費者保護委員會 87，4，17 第○○四八三號函。

註三十一：胡海國·「醫生與病人」(杏文出版社有限公司，67,10,再版) 頁 140~141。

註三十二：蔡淑月·「仁心仁術，還要懂得修辭」(中國時報 89 年 7 月 8 日第 15 版)。

註三十三：黃崑巖·「把『人』帶回醫學—論醫學院的通識教育」(通識教育季刊，第 3 卷第 3 期，1996.9) 頁 1~15。

註三十四：戴正德·「醫學人文與醫學教育」(中山醫學雜誌第 11 卷，89 年元月) 頁 2。

