

臺灣台北地方法院 裁判書 -- 民事類

【裁判字號】94,醫,29

【裁判日期】960914

【裁判案由】損害賠償

【裁判全文】

臺灣臺北地方法院民事判決

94 年度醫字第 29 號

原 告 丙

訴訟代理人 李 律師

被 告 乙

醫院

法定代理人 甲

上列二人共同

訴訟代理人 古清華律師

上列當事人間損害賠償事件，本院於民國 96 年 8 月 24 日言詞辯論終結，判決如下：

主 文

原告之訴及假執行之聲請均駁回。

訴訟費用由原告負擔。

事實及理由

壹、程序方面：按原告對於同一被告，合併提起數宗訴訟，乃所謂訴之客觀合併。其目的在使相同當事人間就其間之私權紛爭，能以同一訴訟程序辯論、裁判，以節省當事人及法院勞費，並使相關連之訴訟事件，受同一裁判，避免發生矛盾，以達訴訟經濟及統一解決紛爭之目的。如無害於公益，基於當事人訴訟上之處分權，應許當事人就其合併提起之數訴，依其意思請求法院為裁判；尚不得因其提起訴訟之型態，不符合學說或實務上分類之模式，即認其起訴不合法。而所謂訴之預備合併，通常固指原告預防其提起之訴訟為無理由，而同時提起不能並存之他訴為備位，以備先位之訴無理由時，可就備位之訴獲得有理由之判決之訴之合併而言；惟原告提起非相排斥之數訴，而定其請求法院為裁判之順序，依上說明，應非法所不許。本件原告起訴之備位聲明，縱與先位聲明非屬相排斥，不符合一般所謂之訴之預備合併，亦不得據此即謂其起訴不合程式（最高法院 95 年台抗字第 184 號裁判參照），合先敘明。

貳、原告起訴主張：

一、民國 93 年 10 月 7 日上午 11 時 55 分被告乙 醫師對於病患江君（下稱江君）尚未完成各種檢驗確認病症並收住入院前，即貿然假設江君罹患有「急性心肌梗塞」（AMI）為由實施「經皮冠狀動脈氣球成形術」（下稱 PTCA）。因心電圖檢查顯示病人原發性竇性心跳間段有異常偏移，有心肌缺血或心肌梗塞跡象，但無心臟血酵素上升情形，也無證據顯示江君有劇烈而持久的胸骨後疼痛、發

燒、白血球增多、紅血球沉降率 (ESR) 加快、血清心肌酶 (CK-MB) 活力增高、心律不整、休克或心臟衰竭等急性心肌梗塞 (AMI) 之臨床表徵，就貿然以「急性心肌梗塞」為適應症 (Indication) 作成實施 PTCA 之處置。查 PTCA 的危險性比血栓溶解性療法 (或稱纖維蛋白分解法) 高出很多。PTCA 會發生冠狀動脈再狹窄與血流再阻塞等問題，一直在臨床上尚未能有普遍性運用。被告未依行為法時醫療法第 1 條、第 63 條、第 81 條、醫師法第 12 條之 1，以及 91 年 6 月 23 日中華民國醫師公會全國聯合會，第 6 屆第 2 次會員代表大會修正通過之「醫師倫理規範」第 8 條「醫師對於診治之病人應提供相關醫療資訊，向病人或其家屬說明病情、治療方式及預後情形。」等規定，向病人江君或原告告知說明 PTCA 的原因、成功率、可能的併發症及危險，以及介紹危險性低的血栓溶解性療法，俾病人啟動「醫療自主權」決定是否接受該手術，被告自有過失，且上述過失導致病人在無所知情況下同意手術造成死亡結果，其過失與江君死亡結果間具有因果關係。被告乙 醫師要求原告自費負擔病人江君兩支塗藥支架費用 (TAXUS) 金額共新台幣(下同)20 萬元。惟被告乙 醫師僅為江君裝設 1 支支架，造成影響病人的治療效果而於死亡。被告乙 之所為形同欺瞞，少裝 1 支自費塗藥支架與江君死亡結果間有因果關係，自不待言。如果不需裝設 2 支支架，被告醫師何必要求原告購買 2 支？應使用 2 支而只用 1 支致病人死亡，其間當然有因果關係。又塗藥支架與不塗藥支架的價格相差甚異，效果也大不相同。被告醫師何以要求原告購買 2 支塗藥支架備用？難道只是徒耗原告支出？

二、被告 醫院有不完全給付情形：

(一) 按債務人因債務不履行，致債權人之人格權受侵害者，準用第 192 條至第 195 條及第 197 條之規定，負損害賠償責任，為民法第 227 條之 1 所明定。其中民法第 192 條、194 條分別規定侵害生命權財產上及非財產上損害賠償，均在得依契約關係準用請求賠償之列。職是，前揭契約關係損害賠償請求權之主體自屬未死亡之繼承人而非醫療契約 (債之關係) 之債權人 (病人) 甚明。自不得謂醫療契約債權人亡死亡，其已無權利能力，其繼承人不得依死者生前之醫療契約關係請求損害賠償。果如被告所言，則民法第 227 條之 1 準用同法第 192 條至第 195 條及第 197 條之規定豈非形同具文？被告抗辯本件病人江君已死亡，醫療契約已不存在，其繼承人不能本於契約關係有所請求，即非有據，合先敘明。

(二) 又按債權人基於債之關係，得向債務人請求給付；債務人非依債務本旨實行提出給付者不生提出之效力；債務人之代理人或使用人，關於債之履行有故意或過失時，債務人應與自己之故意或過失，負同一責任。民法第 199 條第 1 項、第 235 條前段、第 224 條前段分別著有明文。本件被告 醫院就本件系爭醫療給付義務之履行有過失，導致有不完全給付情形，且被告 醫院之履行輔助人 (即

被告乙（醫師）關於債之履行亦有過失，被告（醫院）應與自己之過失負同一責任。茲分別說明如下：

被告（醫院）是行政院衛生署醫院評鑑結果等級為「醫學中心」及教學醫院評鑑結果等級為「甲類教學醫院」之醫療機構。應該是國內醫療機構中醫療人員素質、醫療儀器設備、醫療服務品質、病人權益維護、醫療監督控管及醫療團隊互動等項目表現最好之醫院。惟最基本醫療常規如本件對於「急性心肌梗塞」病人在診斷、鑑別及治療上之常規手冊均付諸闕如。又被告（醫院）一直提不出其醫療常規，自有過失。竟又聲請將本件囑託衛生署醫事審議委員會（簡稱醫審會）鑑定被告（醫院）履行輔助人所為醫療行為是符合醫療常規？豈不自相矛盾。按醫療機構診治病人時或實施手術，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人告知病情、治療方針、說明手術原因、手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之醫療法第 63 條第 1 項、第 81 條定有明文。查被告（醫院）並未分別依前揭規定向病人、配偶即原告說明，有關病人江君診斷結果、為何決定依 PTCA 作為病人江君治療方針、其成功率、之併發症及危險；為何本應使用 2 支 Taxus，最後僅使用 1 支支架之理由，減少 1 支 Taxus 會對病人的預後及可能不良反應。以致於原告無從依民法第 540 條、醫療法第 63 條第 1 項之規定，啟動「醫療自主權」來決定是否再尋求「第二意見」，或選擇採用比較安全的「血栓溶解性療法」或成功率高的「繞道手術」。故病人江君之死亡結果與被告（醫院）有未履行上揭法定告知說明義務間有因果關係。又按醫師診治病人時，應向病人或其家屬告知其病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應，為醫師法第 12 條之 1 所明定。查被告乙（醫師）係被告（醫院）之履行輔助人為雙方所不爭執。惟被告乙（醫師）未依上揭醫師法第 12 條之 1 及醫療法第 63 條第 1 項規定，履行告知說明義務，致違反民法第 184 條第 2 項所規定「保護他（病）人之法律」為有過失。且其過失與病人江君死亡結果有因果關係。

四、求償金額之計算：

- (一) 慰撫金部分：江君為原告之配偶，因被告乙（醫師）之醫療疏失致死。原告為已退休無收入之人，而被告乙（醫師）是（醫院）主治醫師加上不開業之專勤獎金月薪至少 15 萬元以上，斟酌雙方資力，以及被害人受害情形（死亡），請求慰撫金 500 萬元。
- (二) 殯葬費用部分：本件原告為死者江君支出殯葬費共 617,000 元。
- (三) 自費醫療費用部分：原告為死者支出自費醫療費用共 116,124 元。

- (四) 受扶養利益之損失：依 92 年度未滿 70 歲配偶扶養每人每年免稅額為 74,000 元。92 年度台灣地區兩性平均餘命，女性為 73.39 歲。本件被害人於 93 年 10 月 14 日死亡，原告是 30 年 5 月 15 日生，於被害人江君死亡時是 63.4 歲，其受扶養利益損失為 $73.939 - 63.4 = 10$ (年)。原告與被害人互負扶養義務（參照民法第 1116 條之 1）。原告之受扶養利益損失為 293,963 元。 $(74,000 \text{ 元} \times 7.00000000 \div 2 = 293,963 \text{ 元})$ 。
- (五) 上述求償項目合計金額為 6,027,087 元。

五、聲明：爰依民法第 184 條第 1 項、第 2 項、第 188 條第 1 項、第 191 條之 3 規定提起本訴，並為先位聲明：被告等應連帶給付原告 6,027,087 元，自調解聲請狀副本送達最後被告之翌日起至清償日止，按年息 5% 計算之遲延利息。原告願供擔保請准宣告假執行。並依民法第 224 條、第 227 條、第 227 之 1、消費者保護法第 7 條第 1 項、第 2 項、第 51 條之規定提起備位之訴，並為備位聲明：被告 醫院應給付原告 6,027,087 元，自調解聲請狀副本送達被告 醫院之翌日起至清償日止，按年息 5% 計算之遲延利息。原告願供擔保請准宣告假執行。

六、對被告抗辯之陳述：

- (一) 查心肌梗塞之診斷上最有幫助除上述臨床表現外，尚有①心電圖檢查、②血中酵素 (MB-CK) 變化、③核醫檢查及④心臟超音波檢查。應該選擇上述其中 2 種或以 2 種以上方法作檢查才能正確診斷急性心肌梗塞。否則容易與心包膜填塞，大量肺栓塞、主動脈剝離、或急性左心衰竭等病混淆。上情形屬於目前國內外心臟科臨床醫學科技或專業知識，被告醫師不能諉為不知。被告醫師除使用心電圖檢查法外，未另再採用上述其他一種以上方法，以資確認病人江君是否確實罹患急性心肌梗塞症，卻以該症狀為基礎貿然實施 PTCA，而造成江君死亡，係為本件主要之因果關係之一。
- (二) 按被告提出 86 年 7 月發行之「當代醫學」中「以氣球擴張術或血栓溶解劑治療急性心肌梗塞的比較」一文，證明 PTCA 與血栓溶解劑都是最為醫師接受的 2 種方法且將血栓溶解劑排在第一優先。血栓溶解劑的優點是「安全性及療效非常清楚」、「使用簡單」、「到處都有」；PTCA「療效不像血栓溶解劑研究高十幾萬病人的可靠資料」。職是，血栓溶解劑在安全性上比 PTCA 為高，且血栓溶解劑有健保給付，但 PTCA 裝支架必須自費。又 PTCA 會發生冠狀動脈再狹窄與血流再阻塞等問題，並不是完全無缺點的新方法；PTCA 不比繞道手術存活率，也不比傳統血栓溶解劑法安全。又該文章中「PTCA 病人的選擇」中指出「超過 70 歲的患者如果使用 PTCA 來治療心肌梗塞，比使用血栓溶解劑可以降低死亡率達 62%」。查病人江君為 30 年 12 月 28 日生，本件發生時 (93 年 10 月 7 日) 為 63 歲，不是文中 PTCA 所優先選擇之病患。

(三) 被告所提 89 年 3 月 29 日新光醫院程俊傑醫師「急性心肌梗塞病患的最新治療」中指出「急性心肌梗塞病患，在 12 小時黃金時間內應普遍使用血栓溶劑治療，若有併發症或再心肌缺氧氣才作心導管」。又所提高雄醫學大學 92 年 11 月所發行之「高醫醫訊月刊」中「急性心肌梗塞習緊急性心導管介入性治療」載明「再灌流治療可分為以藥物投與(血栓溶解劑)或是緊急經皮冠狀動脈氣球擴張術(簡稱 PTCA)。目的著眼於挽救正在壞死垂危邊緣的心肌組織。血栓溶解劑若能在病人胸痛後 2 小時內投與，效果最好，但隨著每小時時間的流逝，效果便不斷打折扣，另外，當病人因為心肌梗塞併發心因性休克時，PTCA 也應該是首要選擇」。查病人江君於 93 年 10 月 7 日上午 8 時左右感到胸口不適、噁心及嘔吐後臥床休息好轉，經其配偶(即原告)勸告赴院就診，到達被告醫院診治時間大約係上午 10 時 50 分。自發病起至送到被告醫院上，不到 3 小時，並未超過「普通使用血栓溶劑治療的 12 小時黃金時間」，且無心因性休克現象，不應認為 PTCA 是最佳選擇。何不使用血栓溶劑治療，或作繞道手術？

六、被告乙、醫院則以：

一程序方面：

(一) 原告起訴不合起訴要件：

按所謂訴之預備之合併(或稱假定之合併)，係指原告預防其提起之此一訴訟無理由，而同時提起不能並存之他訴，以備先位之訴無理由時，可就後位之訴獲得有理由之判決之訴之合併而言(參照最高法院 64 年台上字第 82 號判例)。查原告起訴之聲明，有先位聲明與備位聲明。核其起訴狀所載，先位聲明係依據侵權行為與債務不履行之請求權基礎為主張；備位聲明為請求清費者保護法之規定所主張。本件原告所提出先位聲明與備位聲明，核其內容並無所謂之不得同時並存之情，顯非前開判例所得允許訴之預備合併。

(二) 原告未提出有力證據證明其起訴主張：

按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事訴訟法第 277 條定有明文。又原告於其所主張之起訴原因，不能為相當之證明，而被告就其抗辯事實，已有相當之反證者，當然駁回原告之請求(參照最高法院 20 年上字第 2466 號判決)。查原告依侵權行為損害賠償及債務不履行之損害賠償等請求權提起系爭訴訟。惟原告至今所提出之各項證，均未對於其所請求之侵權行為及債務不履行之構成要件有所證明，故依前揭說明原告應對其主張提出證明，如原告仍拒絕提出相當之證據應負敗訴之結果。

二實體方面

- (一) 本件原告丙 原任職於被告 醫院 (下簡稱 醫院), 並曾擔任至護理長一職。本件病患江君 (下稱江君) 於 93 年 10 月 7 日因自清晨 8 時起胸痛, 11 時至 醫院急診室就診, 經 醫院急診室醫師初步診斷為急性心肌梗塞。被告乙 因知悉病患為 醫院退休員工家屬, 故立即排除其他事務, 同日 12 時為江君進行緊急心導管治療, 於同日 14 時完成該心導管治療後即轉入 醫院加護病房照顧, 其術後病情逐漸穩定。雖然上開緊急心導管手術相當成功及時挽救病患生命, 然病患江君因心肌梗塞範圍廣泛, 心臟業已受到嚴重損傷。在 醫院醫護人員嚴密照護下, 卻於 93 年 10 月 11 日突然發生休克、心跳停止, 經 醫院醫護人員立即進行緊急急救措施, 並且立即置放體外循環, 進行緊急繞道手術, 仍因病患心臟功能無法恢復, 併發多重器官衰竭, 不幸於 93 年 10 月 14 日逝世。
- (二) 本件病患江君於 醫院診治時, 確實為急性心肌梗塞: 查本件病患江君於 93 年 10 月 7 日至 醫院急診室求診時, 當時處置之醫師立即為病患進行心電圖檢查。由病患當時的主訴症狀及心電圖檢查結果顯示病患確實有急性心肌梗塞之症狀。依目前急性心肌梗塞之診斷, 意指下列 3 種情形中出現 2 種, 包括胸痛、心電圖變化及心肌酶變化即為該病狀, 並非如原告所謂必須心肌酶上。且急診醫師所做診斷亦為急性心肌梗塞, 才會急照會心臟科做導管。現今醫療常規對於急性心肌梗塞病患, 如處理醫院之設備與醫師充分者, 應及時為病患施行緊急心導管治療對於病患預後較佳, 此有眾多醫療文獻明示: 按我國目前對於急性心肌梗塞之診斷與緊急處置上, 均以由有經驗之醫師為病患進行緊急心導管治療為最佳的治療方式。按早期醫療界對於急性心肌梗塞, 依據統計如果未能及時搶救, 死亡率高達 30% 以上, 1980 年代醫學界使用血栓溶解劑用於急性心肌梗塞後, 死亡率可降至 10% 左右。然而如果採用緊急冠狀動脈氣球擴張術治療急性心肌梗塞之病人, 立即打通梗塞血管, 建立足夠的冠狀動脈血流, 並且合併使用血管支架, 死亡更降到 5%。這項手術早已超過以往 80 年代之血栓溶解劑治療, 成為一個安全而有效的治療方式。因此緊急冠狀動脈氣球擴張術及冠狀動脈支架置放術已成為治療急性心肌梗塞病人之標準治療。按原告起訴書中一再誤指本件病患發生急性心肌梗塞時, 被告不應給予緊急心導管治療 (動脈擴張術), 而應改以給予血栓溶解劑之治療, 並以此主張被告之處置有過失。原告此一主張顯係違反現今的醫學常規, 相關醫學文獻如下, 可證原告所言不實:
- (1) 86 年 7 月發行之「當代醫學」, 「以氣球擴張術或血栓溶解劑治療急性心肌梗塞的比較」一文, 早在 10 年前指出『。結果發現在 6 星期後的死亡率, PTCA(心臟氣球擴張術)是 3.7%, 而使用血栓溶

- 解劑的對照組是 6.4%。如果包括 6 個星期後的所有死亡率以及再一次心肌梗塞的復發，那麼 PTCA 是 6.1%而血栓溶解劑是 11%。」
- (2) 民國 89 年 3 月 29 日新光醫院程俊傑醫師發表文獻「急性心肌梗塞的最新治療」指出：『綜合近 3 年大規模隨即分組之研究報告發現，緊急氣球擴張術更有效降低長短期之併發症和死亡率。對高危險群病患或設備條件許可下，緊急氣球擴張是一種較安全有效的治療方式。對某些血管選擇性地緊急置放支架，可維持血流充分通暢，減少血管再狹窄需再通之機率。』又該文強調儘早打通且維持暢通的冠狀動脈是治療心肌梗塞的最高原則。
- (3) 高雄醫學大學 92 年 11 月所發行之「高醫醫訊月刊」專文「急性心肌梗塞的緊急心導管介入性治療」一文：『一般而言，再灌流治療可分為以藥物投與（血栓溶解劑，如 t-PA）或是用心導管介入性治療方式（緊急經皮冠狀動脈氣球擴張術，以下簡稱 primary PTCA），目的皆著眼於挽救正在壞死垂危邊緣的心肌組織。血栓溶解劑若能在病人胸痛後二小時內投與，效果最好，但隨著每小時時間的流逝，效果便不斷打折扣，再加上 t-PA 有其潛在導致顱內出血的可能性，若病人又有施打血栓溶解劑的禁忌症時，就應該將 primary PTCA 列為優先考慮。另外，當病人因為心肌梗塞併發心因性休克時，primary PTCA 也應該是首要選擇。』
- (4) 成大醫學院醫師劉秉彥發表之文獻「談冠狀動脈疾病的預後因子與治療」指出『不過，它（按指溶血劑）也不是完全的安全，大約每千人有 6.7 位病患會有顱內出血的可能性，而且由於血栓溶解的效果是全身性的，周邊血管出血（如胃出血、牙齦出血或靜脈注射處出血等）有時也不可避免。但評估血栓溶解劑的療效對心肌梗塞病人整體的優劣點，有時仍得冒個險。』；『經皮冠狀動脈擴張術萌芽於 1970 年代。這樣的治療不僅適用於穩定或不穩定心絞痛的病患，對於急性心肌梗塞早期數小時內的病患而言，近年來也已證實有相當大的幫助，不僅可以縮短住院天數，其對心肌梗塞的療效，並不亞於血栓溶解劑，甚至少有全身性出血或顱內出血的併發症現象，這是血栓溶解劑無法達成的效果』。
- (5) 西元 2004 年 8 月「美國心臟醫學會對急性心肌梗塞治療之導引指標」更新版中『這些研究顯示，心導管治療之病患與血栓溶解治療之病患相較，其死亡率、再度心肌梗塞及腦出血之機率均較低。』前述醫學文獻在在顯示，急性心肌梗塞病患應採行必要的醫治手段而得以及早且及時打通病患業已梗塞心血管，並維持其心血管繼續通暢。而現今醫療技術上得以達成前述之手段即為心導管擴張術（PTCA）。故被告選擇以心血管擴張術作為治療方式，並無醫療上任何過失，反之為醫療上最佳之治療方法。

(三) 因病患血管彎曲甚大不宜放置 2 支塗藥支架：

被告乙 醫師因手術中發覺病患血管彎曲甚大，不宜放置第 2 支塗藥支架，被告乙 醫師判斷改以放置另 1 個較易彎曲但未塗藥的健保給付之支架，對於病患為較佳之處置。按未塗藥的健保給付之心臟支架並不影響當時病患急性期的治療效果。而塗藥支架之目的僅在於預防術後 6 個月內，業已放置支架的心臟血管管壁，因病患自己身體的原因再度發生慢性狹窄的問題。設若被告乙 醫師當時如同原告主張，在放置第 2 個支架時，強行置入塗藥支架者，反將有可能造成病患急性併發症的高度危險，使心導管治療無法完成，對病患更為不利益。被告醫師為病患所施行的心導管治療非常成功，並及時挽救當時業已命在旦夕的病患江君。原告一再指稱被告乙 醫師在執行緊急心導管時，向病患家屬表示預計放置 2 個塗藥心臟支架，事後僅放置 1 個，有欺瞞之嫌，甚至因此造成病患死亡等語。此皆為原告不瞭解被告乙 醫師事事以及時救治病患生命為優先目的。均為原告不實誣指，以管見猜測專業醫師之診斷與治療目的，顯無事證與理由。並且被告 醫院僅向原告收取 1 支塗藥支架之費用，此有原告所提之收據可證之。又原告一面強力主張被告醫師不應為病患進行擴張術放置支架；另一方面卻又主張被告醫師僅為病患放置 1 支塗藥支架為不足，原告此二論點自相矛盾。

(四) 被告業已善盡所有告知義務：

查本件病患江君送醫時，其急性心肌梗塞性屬大面積梗塞，縱經過相當地醫療救治方式，仍有適時猝死之可能。查被告乙 醫師在為病患手術前，均與家屬詳細說明並溝通，家屬充分瞭解並同意下進行手術。原告竟將被告受雇醫師履行告知義務之行為並告知猝死風險的行為，解讀為被告有意隱瞞實情之意。由原告之主張事實即可證明被告乙 醫師以及照顧病患之護理人員，均充分履行告知義務，將病患可能發生術後風險等重要醫學事實均切實告知原告，此一告知行為為原告所不爭執，被告無庸舉證。

(五) 原告請求之利益無理由：

慰撫金部分：原告僅以其現為退休人員，未有任何事證進而請求賠償慰撫金 500 萬元。並無所據，顯無理由。扶養利益損失部分：本件原告請求計算利益之損失，應以江君之平均餘命計算，而非以原告之平均餘命計算至明。按江君之平均餘命觀之，勢必早於原告死亡，夫死亡後，其配偶即無所謂之扶養利益至明。又原告請求之扶養利益均尚未屆至，且為分期年金之法律性質。今原告請求一次給付，被告應以霍夫曼式計算扣除中間利息，其未扣除，顯有錯誤，被告否認其計算方法。

(六) 並聲明：原告之訴駁回，如受不利益之判決，願供擔保免為假執行。

肆、兩造不爭執之事項：（見本院 96 年 8 月 24 日言詞辯論筆錄及被告 96 年 8 月 14 日民事爭點整理(一)狀）

- 一、原告丙 曾任職於被告 醫院護理長一職。
- 二、病患江君於 93 年 10 月 7 日 11 時，因自清晨 8 時有胸痛至 醫院急診室就診。病患江君為急診之緊急病患。
- 四、被告乙 於 93 年 10 月 7 日 12 時，為病患江君緊急進行心導管治療，於同年月日 14 時完成心導管治療。
- 五、病患江君於 93 年 10 月 14 日因急性心肌梗塞死亡。

伍、得心證之理由：

- 一、原告主張 93 年 10 月 7 日上午 11 時 55 分許，被告乙 醫師（下稱被告乙 醫師）對於病患江君尚未完成各種檢驗確認病症並收住入院前，即貿然假設江君罹患有「急性心肌梗塞」（AMI）為由實施「經皮冠狀動脈氣球成形術即 PTCA」。因心電圖檢查顯示病人原發性竇性心跳間段有異常偏移，有心肌缺血或心肌梗塞跡象，但無心臟血酵素上升情形，也無證據顯示江君有劇烈而持久的胸骨後疼痛、發燒、白血球增多、紅血球沉降率（ESR）加快、血清肌酐（CK-MB）活力增高、心律不整、休克或心臟衰竭等急性心肌梗塞（AMI）之臨床表徵，就貿然以「急性心肌梗塞」為適應症作成實施 PTCA 之處置。因 PTCA 的危險性比血栓溶解性療法（或稱纖維蛋白分解法）高出很多。PTCA 會發生冠狀動脈再狹窄與血流再阻塞等問題，一直在臨床上尚未能有普遍性運用。被告乙 醫師未依法向病人江君或原告告知說明 PTCA 的原因、成功率、可能的併發症及危險，以及介紹危險性低的血栓溶解性療法，俾病人啟動「醫療自主權」決定是否接受該手術或決定是否再尋求「第二意見」，或選擇採用比較安全的「血栓溶解性療法」或成功率高的「繞道手術」。故病人江君之死亡結果與被告 醫院或被告乙 醫師未履行上揭法定告知說明義務自有過失，且上述過失導致病人在無所知情況下同意手術造成死亡結果，其過失與江君死亡結果間具有因果關係。又被告乙 醫師要求原告自費負擔病人江君兩支塗藥支架費用（TAXUS）金額共 20 萬元。惟被告乙 醫師僅為江君裝設 1 支支架，造成影響病人的治療效果而於死亡。被告乙 醫師少裝 1 支自費塗藥支架與江君死亡結果間有因果關係，自不待言。又本件被告 醫院是行政院衛生署醫院評鑑結果等級為「醫學中心」及教學醫院評鑑結果等級為「甲類教學醫院」之醫療機構，惟最基本醫療常規如本件對於「急性心肌梗塞」病人在診斷、鑑別及治療上之常規手冊均付諸闕如。又縱然有，被告 醫院卻一直提不出該醫療常規，就本件系爭醫療給付義務之履行自有過失，而導致有不完全給付情形，且被告 醫院之履行輔助人即被告乙 醫師關於債之履行亦有過失，被告 醫院應與自己之過失負同

一責任。綜上所述，原告自得依據侵權行為損害賠償責任及僱用人之責任，請求被告二人連帶賠償或本於繼承關係及江君生前之醫療契約關係，請求被告 醫院負不完全給付之損害賠償責任及消費者保護法第 7 條及第 51 條之賠償責任云云，則為被告所否認，並以前開情詞置辯。

二、茲就兩造之爭執點，分述如下：

- (一) 關於被告是否未經病患或其家屬同意及善盡說明義務即進行經皮冠狀動脈氣球擴張術之治療手術？經查：按醫療機構實施手術時，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明手術原因，手術成功率或可能發生之併發症及危險，並經其同意，簽具手術同意書及麻醉同意書，始得為之。但情況緊急者，不在此限，醫療法第 63 條第 1 項定有明文。查「手術同意書」內已記載疾病名稱：急性心肌梗塞，建議手術名稱：主動脈內氣球幫浦。並附有「心導管檢查及心血管介入性治療說明書」詳載手術成功率或可能發生之併發症及危險。即其上已載明進行冠狀動脈氣球擴張術過程中，有可能發生生命危險（死亡率 8-2.1 %）與心肌梗塞（小於或等於 0.6%）等，有被告提出而為原告所不否認其真正之手術同意書及心導管檢查及心血管介入性治療說明書各影本一件在卷可稽。原告既不否認江君同意接受本件冠狀動脈氣球擴張術手術，且不否認「手術同意書」上立同意書人「丙」簽名之真正，則原告否認被告乙 醫師術前已詳盡告知義務，自不足採。何況原告在其書狀中一再主張原先術前被告乙 醫師說明要放「兩支」塗藥心臟血管支架，但被告乙 醫師卻僅放一支塗藥支架，另一支卻放未塗藥支架。故由原告自己一再陳述主張的內容，更難否認被告乙 醫師已盡說明義務。
- (二) 按當事人主張有利於己之事實者，就其事實有舉證責任。但法律別有規定，或依其情形顯失公平者，不在此限，民事訴訟法第 277 條定有明文。又原告於其所主張之起訴原因，不能為相當之證明，而被告就其抗辯事實，已有相當之反證者，當然駁回原告之請求；又請求履行債務之訴，除被告自認原告所主張債權發生原因之事實外，應先由原告就其主張此項事實，負舉證之責任，必須證明其為真實後，被告於其抗辯事實，始應負證明之責任，此為舉證責任分擔之原則。（最高法院 20 年上字第 2466 號及 43 年台上字第 377 號判例要旨參照）。查原告丙 曾任職於被告 醫院護理長一職，已如上開不爭之事項所載，其擔任護士職務多年，且知道可以依法取得病歷，衡其情狀，對本件被告之各醫療處置知之甚詳，更可以握有病歷，故並無民事訴訟法第 277 條但書之顯失公平可言。自應對其所主張之侵權行為或債務不履行之各項構成要件有所證明，以盡其舉證責任。然原告所提出之證據並無法舉證證明被告乙 醫師診斷江君罹患有「急性心肌梗塞」係錯誤的，亦未舉證證明其為江君實施「經皮冠狀動脈氣球成形術即

PTCA」係違反醫療常規，更未證明被告乙 醫師僅放一支塗藥支架，另一支放未塗藥支架與江君之死亡有何相當因果關係，則其依侵權行為法則請求被告二人負侵權行為損害賠償責任及僱用人之責任，即有未合，應予以駁回。又原告既未能舉證證明本件被告 醫院之使用人即被告乙 醫師於醫療過程中並有過失，應認被告 醫院就其債務不履行並無可歸責之事由存在，則原告本於繼承關係及江君生前之醫療契約關係，請求被告 醫院負不完全給付之損害賠償責任，亦無可採。

(三) 關於本件醫療行為是否適用消費者保護法之無過失責任？

經查：

按「從事設計、生產、製造商品或提供服務之企業經營者，於提供商品流通進入市場，或提供服務時，應確保該商品或服務，符合當時科技或專業水準可合理期待之安全性」、「商品或服務具有危害消費者生命、身體、健康、財產之可能者，應於明顯處為警告標示及緊急處理危險之方法」、「企業經營者違反前二項規定，致生損害於消費者或第三人時，應負連帶賠償責任。但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任」，消費者保護法第 7 條定有明文。又本法所用名詞定義如下：一、消費者：指以消費為目的而為交易、使用商品或接受服務者。二、企業經營者：指以設計、生產、製造、輸入、經銷商品或提供服務為營業者。三、消費關係：指消費者與企業經營者間就商品或服務所發生之法律關係。本法第 2 條第 2 款所稱營業，不以營利為目的者為限，消費者保護法第 7 條、第 2 條及消費者保護法施行細則第 2 條固分別定有明文。惟消保法及其施行細則就所規範之服務意義為何，並無明確定義，故就何謂消費性服務為一般性之定義，有其困難，更無從僅以文義解釋判斷醫療行為有無消保法之適用，是應分別各個法律行為之性質，而為合目的性之解釋。次按消費者保護法第 1 條第 1 項規定：「為保護消費者權益，促進國民消費生活安全，提昇國民消費生活品質，特制定本法」，此為消費者保護法就該法之立法目的所為之明文規定。是為法律條文之解釋時，即應以此明定之立法目的為其解釋之範圍。消費者保護法規定商品無過失責任制度，係由於消費者無論如何提高注意度，也無法有效防止損害之發生，是藉由無過失責任制度之適用，迫使製造商擔負較重之責任，換言之，製造商在出售危險商品時，會將其所可能賠償之成本計入售價之中，亦即將使產品危險的訊息導入產品價格之內，帶有分擔危險之觀念在內。但就醫療行為，因其醫療過程充滿危險性，治療結果充滿不確定性，醫師係以專業知識，就病患之病情及身體狀況等綜合考量，選擇最適宜之醫療方式進行醫療，若將無過失責任適用於醫療行為，醫師為降低危險行為量，將可能專以危險性之多寡與輕重，作為其選擇醫

療方式之惟一或最重要之因素；但為治癒病患起見，有時醫師仍得選擇危險性較高之手術，今設若對醫療行為課以無過失責任，醫師為降低危險行為量，將傾向選擇較消極，不具危險之醫療方式，而捨棄對某些病患較為適宜、有積極成效之治療方式，此一情形自不能達成消費者保護法第 1 條第 1 項之立法目的甚明。另相較於種類及特性可能無限之消費商品，現代醫療行為就特定疾病之可能治療方式，其實相當有限，若藥物控制方式所存在之危險性，經評估仍然高於醫師所能承受者，而醫師無從選擇其他醫療方式時；或改用較不適宜但危險較小之醫療行為可能被認為有過失時，醫師將不免選擇降低危險行為量至其所能承受之程度，換言之，基於自保之正常心理，醫師將選擇性的對某些病患以各種手段不予治療且此選擇勢將先行排除社會上之弱者，而此類病患又恰為最須醫療保護者。此種選擇病患傾向之出現，即為「防禦性醫療」中最重要的類型，同樣不能達成消費者保護法第 1 條第 1 項所明定之立法目的。而醫師採取「防禦性醫療措施」，一般醫師為免於訴訟之煩，寧可採取任何消極的、安全的醫療措施，以爭取「百分之百」之安全，更盡其所能，採取防禦性醫療，以避免一時疏忽，因未使用全部可能之醫療方法，藉以免除無過失責任。醫療手段之採取，不再係為救治病人之生命及健康，而在於保護醫療人員安全，過度採取醫療措施，將剝奪其他真正需要醫療服務病人之治療機會，延誤救治之時機，增加無謂醫療資源之浪費，誠非病患與社會之福。依此所述，醫療行為適用消費者保護法無過失責任制度，反而不能達成消保第 1 條所明定之立法目的。是應以目的性限縮解釋之方式，將醫療行為排除於消費者保護法適用之範圍之列。未按為促進醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質，保障病人權益，增進國民健康，特制定本法。本法未規定者，適用其他法律規定。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，醫療法第 1 條、第 82 條分別定有明文。是醫師為醫療行為之義務與責任，自應優先適用醫療法，除醫療法未規定，始適用其他法律。而醫師為醫療行為致生損害於病人時，醫療法第 82 條第 2 項明定應以故意或過失者為限，始負損害賠償責任，自不應捨醫療法而適用消費者保護法之規定。是原告主張依消費者保護法第 7 條之規定，被告應負無過失賠償責任云云，殊不足取。綜上所述，原告依據民法第 184 條第 1 項、第 2 項，第 188 條第 1 項，第 192 條第 1 項、第 2 項，第 194 條，第 227 條，第 227 條之 1 及消費者保護法第 7 條、第 51 條之規定，先位聲明請求被告應連帶給付原告 6,027,087 元，自調解聲請狀副本送達最後被告之翌日起至清償日止，按年息 5% 計算之遲延利息；或依民法第 224 條、第 227 條、第 227 條之 1、消費者保護法第 7 條第 1 項、

第 2 項、第 51 條之規定，備位聲明請求被告 醫院應給付原告
6,027,087 元，自調解聲請狀副本送達被告 醫院之翌日起至清償
日止，按年息 5%計算之遲延利息，均屬無理由，均不應准許。又原告
之訴既經駁回，則其假執行之聲請即失所附麗，亦應併予駁回。

陸、又本件事證已臻明確，兩造其餘攻擊防禦方法及未經援用之證據，經本院斟
酌後，認為均不足以影響本判決之結果，爰不一一論述，併此敘明。

柒、據上論結，本件原告之訴為無理由、依民事訴訟法第 78 條，判決如主文。

中 華 民 國 96 年 9 月 14 日

民事第六庭 法 官 陳文正

以上正本係照原本作成如對本判決上訴，須於判決送達後 20 日內向本院提出上
訴狀

中 華 民 國 96 年 9 月 14 日

書記官 黃菀茹