

道歉法對醫療糾紛之影響：實證回顧與對台灣之啟示

林欣柔

目標：過去二十年道歉法成為減少醫療糾紛的重要改革策略，但其對醫療傷害責任之實際影響尚不清楚。本文藉由回顧實證性文獻，分析道歉法之影響，以及對台灣醫療爭議預防及處理法之啟示。**方法：**於PubMed資料庫進行英文文獻搜尋，經排除重複、納入及排除條件篩選，再逐一查閱文末參考資料，納入符合篩選條件之文獻。**結果：**共納入14篇文獻，研究地區均為美國，全國性資料的研究顯示道歉法對降低整體醫療責任效果不明顯，但由道歉法帶動、在機構層次推行之溝通與紛爭解決計畫（Communication and Resolution Program, CRP），有較顯著減少訴訟、降低成本、縮短爭議解決時間之成效。有成功經驗的機構通常具備強有力領導者、責任保險人、醫師及品質與風險人員認同、專業經理負責執行以及主動提出補償等條件。**結論：**台灣目前欠缺揭露醫療錯誤之倫理共識，機構層次之政策及橫向組織連結不明確，亦無補償機制，道歉法在台灣之執行成效需要持續關注與分析。（台灣衛誌 2024；43(2)：121-132）

關鍵詞：道歉法、醫療糾紛、醫療錯誤

前 言

自1991年以來，在美國、澳洲、英國、紐西蘭及丹麥等國進行的醫療錯誤盛行率研究，已說明醫療錯誤帶來的傷害足以威脅公眾健康[1-6]。美國在1999年Institute of Medicine發表To Err is Human報告後推動病人安全運動，致力於使大眾及健康照護提供者了解健康照護具有潛在危險，即便機構及醫事人員盡了最大努力避免錯誤，錯誤仍會發生。當錯誤發生、病人受到傷害時，若健康照護提供者怠於告知病人醫療錯誤，可能會損及病人對自己的醫療處置做出適當決定，增加病人的痛苦，也會增加他們尋求法律救濟的動機；同時病人也有正當的期待，被告知遭遇醫療錯誤且受到傷害，特別是涉及未達照護水準（standard of care）、也就是因過失（negligence）所造成的傷害[7]。

美國醫界在病人安全運動浪潮下，一方面受到高度期待須改善醫療錯誤、提升醫療品質，另一方面承受來自病人的壓力，因為病人認為他/她們有正當期待被告知醫療錯誤（或非預期結果）。在21世紀初美國醫療機構評鑑要求以及醫界的共識聲明，逐漸承認病人的期待與主張。2001年健康照護組織評鑑機構JCAHO（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization）公布了第一個全國性的揭露準則，要求告知病人所有的照護結果，包括非預期結果，但未具體要求揭露的內容、非預期結果是否肇因於錯誤等，理由在於擔心可能強迫機構承認責任。這雖僅是起步，卻是石破天驚的一舉，因為這將揭露醫療錯誤從僅僅承認重要，提升到醫院評鑑要求的一部分[8]。然而，病人的期待與臨床上的實踐情形仍有相當差距。對美國及加拿大到兩千六百多位醫師的調查顯示，42%的受訪醫師會揭露不良事件是因錯誤而引起，而56%會提到不良事件但不會提及錯誤。這樣的差異可能反映醫師在揭露時面臨的不同壓力，一方面倫理學家及病人權益倡議者敦促醫師完全揭露，但風險管理人員及醫療傷害責任保險公司則要求醫師限制揭露的資訊[9]。

長庚大學醫務管理學系

通訊作者：林欣柔

地址：桃園市龜山區文化一路259號

E-mail：shinrou@mail.cgu.edu.tw

投稿日期：2023年11月3日

接受日期：2024年3月8日

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202404_43\(2\).112127](http://doi.org/10.6288/TJPH.202404_43(2).112127)



醫療服務提供者無法與病人有更開放性的溝通，主要的障礙之一是擔心這類互動可能引發訴訟，特別是當不良結果是因為可預防的錯誤造成時[10]。醫師經常在面臨醫療糾紛時，被教導避免承認錯誤及道歉，但研究顯示，發生醫療錯誤時醫師是希望向病人道歉的[7]；道歉也可能有助於緩和病人的憤怒，使病人較願意接受較差的和解方案，並迅速解決爭議[11]。為促進醫病溝通，美國各州掀起一股立法風潮，立法策略可分為揭露法（disclosure law）與道歉法（apology law）兩種類型，前者係要求健康照護者向病人揭露非預期結果，而揭露的行為與說明的內容不能作為將來民事訴訟的證據，後者係指建立證據法則，使健康照護提供者向病人表達慰問或道歉之溝通，不能作為將來民事訴訟之證據。兩種法律都希冀透過保護發生醫療傷害後醫事人員分享資訊、表達關心慰問同情甚至道歉的口頭、文字或動作的表示，達到鼓勵醫師揭露、道歉、進而減少病人採取法律行動，達到減少責任訴訟風險之目的[10]。此類保護溝通、表達遺憾之法律，若僅保護慰問同情等陳述，稱為部分道歉法（partial apology laws），若保護範圍包括慰問同情及承認錯誤或責任，稱為完全道歉法（full apology laws）[11]。至2019年美國有39州有道歉法，保護範圍有包括所有事故者，也有僅限於醫療傷害事件者[11]。此等鼓勵健康照護者揭露資訊與分享之策略，也影響英國、加拿大、紐西蘭、澳洲及香港等地制定揭露或道歉法[12,13]，成為過去二十年最受矚目的醫療責任改革策略。過往的改革主張多關注直接降低醫療傷害侵權行為法律責任的措施，例如規定非財產上損害賠償的上限，以減少訴訟及賠償金額，但道歉法開啟了替代方法之探索，包括美國聯邦政府資助試辦計畫以及各醫院自行發起的爭議解決計畫（Communication and Resolution Program, CRP），以測試所謂非傳統改革策略之潛力，能否改善醫療糾紛的高成本問題及降低病人獲得補償的障礙[14]。

雖然道歉法立意良善、改革企圖強烈，但實際上對醫療糾紛與臨床實踐之影響如何，證據相當有限[15]。最初立法者對揭露與道歉的策略躍躍欲試是基於幾個個案的經驗，例如肯塔基州Lexington退伍軍人醫學

中心自1987年起實施的揭露與道歉計畫顯示，該醫院採納揭露與道歉政策後，其財務成本與未實施該等政策的醫院相較，費用並未增加[16]；2002年賓州醫院的研究也發現，開放地與病人溝通，減少了醫療傷害訴訟[17]；最為人熟知的是密西根大學健康體系（UMHS）揭露與補償計畫，其實施前後的醫療責任索賠（claim）案件量及成本相較，顯示資訊透明化有降低責任的效果，包括每月平均新索賠案件從每十萬病人7.03件降至4.52件，每月平均訴訟案件從每十萬病人2.13件降至0.75件，爭議解決時間中位數從1.36年降至0.95年，平均每月的整體責任、提供給病人的補償及未補償案件相關法律成本之費用亦有減少[18]。在這些統稱為溝通與紛爭解決計畫（CRP）的策略中，醫療機構及責任保險公司鼓勵向受影響的病人揭露非預期結果，並主動尋求解決方案，包括道歉、提供解釋說明並在適當情況下免除醫療費用或提供補償[19]。較早開始採納CRP方案的機構資料顯示，CRP方案可大幅降低責任成本並提高病人安全[20]。如今經過二十年的推展，究竟道歉法是否發揮預期成效，有沒有更多證據可資探索，已成為美國醫療責任改革接下來的重點。

台灣自2000年行政院提出醫療糾紛處理法草案以來，數度在立法院討論醫療糾紛爭議解決機制[21-26]，直到2022年始通過「醫療事故預防及爭議處理法」（以下簡稱「醫預法」），並於2024年開始施行。此法除建立醫療糾紛的非訴訟處理機制（醫療爭議調解先行）外，亦仿效揭露法與道歉法建立證據排除法則。醫預法第6條第1項規定「醫療機構應組成醫療事故關懷小組，於醫療事故發生之翌日起五個工作日內，向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。但九十九床以下醫院及診所，得指定專業人員或委由專業機構、團體為之。」衛生福利部認為醫預法以營造病人安全文化為目標，鼓勵自主發掘問題追求改善[27]，故而醫預法第7條規定「依前條規定進行說明、溝通、提供協助及關懷服務過程中，醫療機構、醫療事故關懷小組、專業人員、專業機構或團體、醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉、讓步或其他為緩和醫病緊張關係所為之陳述，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」，「俾使是類人員、機構或團體於醫療事故發生時，勇於向病人或家屬誠實說明、表達遺憾或歉意，緩和醫病緊張關係，以期有效減少醫療爭議並避免使醫療事故進而成為訴訟事件，創造醫病雙贏之局面[28]。」醫預法之證據排除法則相較國外道歉法制，保護之當事人不限於健康照護提供者，亦包括醫療機構、醫療事故關懷小組、專業人員、調解程序中之調解委員等，證據採納限制範圍不限於民事訴訟，亦包含行政處分及刑事訴訟。醫預法象徵台灣已跨出一大步、向國際間的道歉法趨勢靠攏，國際間實施非傳統醫療糾紛改革策略究竟對醫療傷害責任產生何種影響，是否達成預期目標抑或面臨挑戰，目前又有何實證資料可提供解答，對台灣具有鑑往知來之意義。本文透過收集實證性文獻，檢視目前可得之證據，並探討實證資料對台灣的啟示。

材料與方法

一、文獻搜尋策略

於2023年9月21日利用PubMed資料庫進行檢索，在PubMed首頁點選Advanced，在所有欄位（All Fields）搜尋欄位輸入檢索詞disclosure laws AND liability得出資料數379筆；輸入檢索詞apology laws AND liability得出資料數24筆；輸入檢索詞apology AND malpractice得出資料數84筆。487筆資料利用篩選器排除沒有摘要、非以英文發表論文共216篇。接著逐篇閱讀271篇摘要，依照以下標準篩選出文獻：

1. 研究問題中包含發生醫療錯誤後向病人揭露或道歉對索賠或責任訴訟之影響；
2. 運用量化或質性的實證研究方法，而非回顧性或論述性文章；

依上述程序篩選出8筆文獻，逐篇閱讀、檢視每篇文獻的引註，再依照上述標準篩選出6筆文獻。依照文獻發表時間排列，整理出作者、發表年、研究目的、樣本及其收集地點、研究設計及主要發現如表一。

結 果

本文僅分析英文文獻，符合納入條件

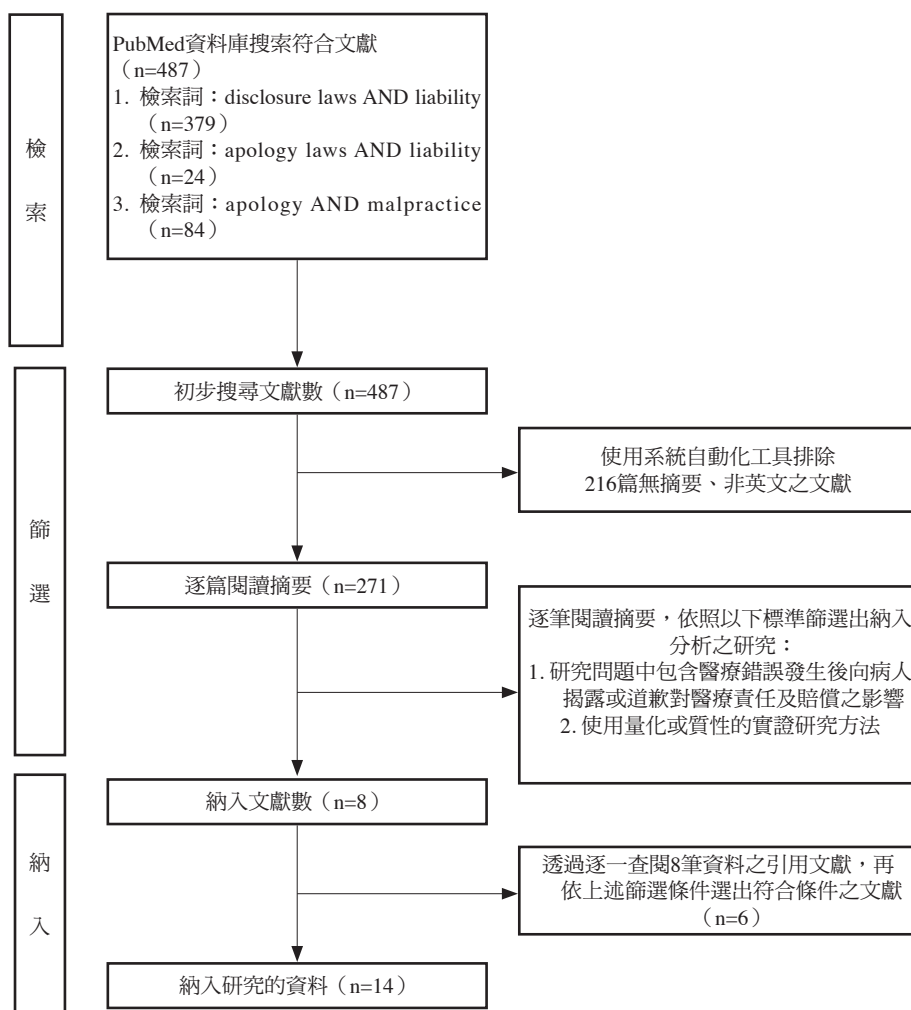
之研究均在美國進行，可能原因是進行道歉法的影響評估需要適當資料來源及學術研究人員參與，美國醫療責任保險體系及美國聯邦政府資助的計畫，提供進行此等研究的條件。受限資料來源，本文分析結果的外展性將受到限制。這些文獻的研究方法包括質性訪談、焦點團體訪談、量化問卷調查、次級資料分析等，探討主題可分為兩個面向：一為實施道歉法後對醫療傷害損害賠償責任之影響[11,29-32]，另一為醫療機構實施CRP之成效評估[18-20,33-38]。CRP雖非道歉法的一部分，但促進了道歉法的具體實踐，符合本文的篩選條件。

一、道歉法對醫師醫療傷害責任之影響—美國全國及州次級資料之發現

道歉法被立法者期待能減少醫療傷害責任訴訟，但一旦病人得知曾發生醫療錯誤，即便道歉本身無法納為訴訟證據，病人也有誘因主張賠償。因此，理論上道歉有可能增加、也可能減少醫療糾紛責任訴訟風險。前揭文獻中以美國全國性資料或以州的資料為分析對象者，研究發現道歉法對醫療傷害責任訴訟之影響無一致的明確結果。

兩個較早期的研究分析1991年至2009年的資料，發現道歉法沒有減少最終給予賠償案件的發生頻率，但降低嚴重傷害案件中的平均損害賠償金額，也減少解決爭議所需的時間[30,31]。由於這兩個研究使用的是全國醫師執業資料庫（National Practitioner Data Bank, NPDB），此資料庫收錄的案件是最終有賠償的案件，最後沒有賠償的案件不包括在內，故而無法用來檢視醫師是否因為道歉法而面臨更多或更少的損害賠償請求；此資料庫亦不包括醫療機構提供賠償的案件，故而無法檢視此部分的醫療責任變化[30,31]。另一個全國性資料研究，是利用2007年美國50州及華盛頓特區醫療糾紛索賠資料，用以比較在不同立法策略的州之間，對醫療糾紛索賠率之影響。此研究發現，施行道歉法或揭露法任一或兩者皆無或兩者皆有，各州間索賠率差異不顯著[32]。

較近期的研究嘗試克服資料限制，透過使用全國醫療事故保險公司的資料，檢視全美某一單一專科9,096位專科醫師之經驗。此研究發現道歉法對整體經歷法律程序（亦



圖一 文獻搜尋流程圖

即損害賠償主張或訴訟)的可能性並無統計上顯著影響；對外科醫師，道歉法未明顯增加被索賠的風險，也沒有增加平均解決爭議的賠償金額，但對非外科醫師，道歉法增加了被告提起訴訟的可能性，也增加解決爭議之平均賠償金額[11]。作者認為道歉法對外科或非外科醫師有不同影響的原因是，病人原本就比較容易發現外科醫師手術時發生醫療錯誤，而在非外科的案例中，與道歉相關的對話可能傳達出更多有用的資訊，也因此增加責任風險[11]。此研究未發現道歉法增加責任風險的有力證據，但削弱了道歉法能減少責任風險的假設。綜合這四個以全國性資料為基礎的研究，道歉法對責任之影響尚

無明確結論。

除全國性資料研究外，以麻州最大醫療賠償保險之保險人2012年至2013年間434件索賠資料為分析對象之研究[29]，發現研究期間的訴訟案件量沒有變化；健康照護機構在發生醫療錯誤後被索賠時，健康照護者不常向病人或其家屬揭露醫療錯誤或道歉；大多數進行揭露及道歉的醫療錯誤，是被歸類為中度或重度嚴重者。這顯示道歉法對促進道歉行為之影響可能有限，醫界可能仍傾向認為導致較嚴重結果的醫療錯誤應予揭露，而非所有產生傷害的醫療錯誤均應揭露[7]。

表一 評估道歉法對醫療糾紛影響之實證研究文獻

作者 (年分)	研究目的	研究設計/樣本或資料來源	主要發現
Giraldo P et al. (2020) [29]	評估醫療傷害損害賠償事件中之揭露行為	美國/次級資料分析 (麻州最大醫療賠償保險人的索賠資料) 以2012及2013年間434案件	1. 發生醫療錯誤後被索賠時，健康照護者不經常向病人或其家屬揭露醫療錯誤或道歉。大多數進行揭露及道歉的醫療錯誤，是被歸類為中度 (67.4%) 或重度嚴重。 2. 研究期間的訴訟案件量沒有變化。
McMichael BJ et al. (2019) [11]	道歉法成為侵權行為改革方案，是否達成減少醫療責任訴訟的目標	美國/大型全國性醫療責任保險人2004-2011年、全美從事某一特定專科9096位醫師理賠資料	1. 對外科醫師，道歉法未明顯增加索賠風險，未增加平均解決爭議的賠償金額。 2. 對非外科醫師，道歉法增加被訴可能性，增加解決爭議之平均賠償金額。
Kachalia A et al. (2018) [33]	醫院實施溝通與爭議解決計畫 (CRP) 後對醫院醫療失當責任索賠之影響	美國/四家麻州醫院實施CRP前後之責任影響，包括索賠案件量、成本及爭議解決時間，並與未實施CRP同儕機構比較	1. 實施CRP與部分醫院新索賠率及法律辯護費用之改善趨勢有相關性，但在其他結果表現上無顯著改變。 2. 實施CRP後沒有一家醫院的責任趨勢惡化。
LeCraw FR et al. (2018) [34]	調查溝通與爭議解決計畫與傳統否認及防禦策略相較，是否促進發生不良事件後之透明度，且未造成較高醫療過失責任成本	美國/田納西州，比較Erlanger Health System 2009年1月啟動溝通與爭議解決計畫前後的責任結果	1. 與實施前相比，每1000住院人次的新索賠案件平均量、辯護費用、和解費用、總責任成本均下降。 2. 解決爭議時間中位數從17個月減少到8個月，減少了53%。 3. 43%的醫療錯誤事件僅透過道歉就解決 (這些病人中60%有律師代理)，有助於鼓勵醫師支持CRP。
Mello MM et al. (2017) [35]	評估麻州兩個醫院體系 (每個體系各一家醫學中心及兩家社區醫院) 在2013-2015年間執行CRP之結果	美國/麻州，機構CRP執行紀錄、參與醫師的問卷調查	1. 醫院遵守計畫內容之情形良好；91%的事件未符合補償標準；符合補償標準的事件，成本不高，支付金額的中位數為75,000美元； 2. 只有5%的事件導致醫療糾紛索賠或訴訟； 3. 臨床醫生支持該計畫，但希望工作人員就該計畫能有更好的溝通； 4. 當醫院遵守主動提供補償的承諾時，CRP不會導致更高的責任成本。
Mello MM et al. (2016) [36]	為回應一般外科手術中的不良事件而實施的CRP，參與計畫之個案結果	美國/紐約市，五家急症醫院實施CRP後22個月間之事件資訊；風險管理人員與醫院保險公司的代表共同向前瞻性地收集數據；外部研究人員對參與CRP事件的臨床醫師進行網路滿意度調查	1. 125個CRP案例，92%進行揭露的對話，88%提供解釋。72.8%給與道歉；四分之三的事件未涉及低於照護標準的醫療照護。 2. 有30例涉及提供病人「低於照護標準的醫療服務」，其中9例的補償範圍超過免除醫療費用，有6個案件進行補償溝通。 3. 醫院在44%的案件中提出改善安全的步驟。 4. 臨床醫師對CRP的運作知之甚少，但對其自身的經驗感到高度滿意。 5. CRP調查及溝通「非低於照護標準的醫療」所引起之不良事件相當成功，但在涉及低於照護標準之案件，院方提供的補償不一致。
Mello MM et al. (2016) [37]	在責任保險公司及健康照護機構必須合作的環境下，評估機構及醫師各有不同保險人時CRP的實施成效	美國/華盛頓州，質性分析六家執行CRP的醫院，診所20個月的案例資料，訪談負責執行CRP人員	1. 實施CRP的機構在解決特定案例及簡化部分工作關係上有進展，但無法成功實施合作性的CRP。障礙原因包括：保險公司與照護地點間的距離妨礙即時取得病歷或通知、高層領導者被動而非主動支持、跨部門及組織的協調、工作量、部分醫生不參與以及克服不信任。 2. 不易在多個組織須合作的情況下執行CRP。成功先決條件包括組織間需先有信任、積極的領導參與、醫師參與計畫的承諾、向保險公司快速傳遞資訊的機制、在早期合作階段對程序失誤的容忍及聯合調查、解決爭議有明確計畫。受訪者指出促成其計畫成功之因素，包括機構內有強大的擁護者、努力投入建議計畫、向懷疑此制度的醫師們推銷，並明確表示此種變革，需要時間才能看到結果。
Mello MM et al. (2014) [20]	較早開始採納CRP者為何可大幅降低責任成本並提高病人安全，執行CRP的主要挑戰與所沒取的教訓	美國，訪談6個CRP計畫參與者 (n=45)	1. 受訪者支持進行更廣泛實驗，例如在責任保險人不具所有權或控制權的健康照護機構，或在未有強烈侵權行為法改革呼聲的州。 2. 受訪者指出進行更廣泛實驗，例如在責任保險人不具所有權或控制權的健康照護機構，或在未有強烈侵權行為法改革呼聲的州。

表一 評估道歉法對醫療糾紛影響之實證研究文獻（續）

作者（年分）	研究目的	研究設計+樣本或資料來源	主要發現
Mello MM et al. (2014) [38]	評估2010年紐約市5家醫院一般外科，在22個月間CRP（對未達照護標準的傷害提供病人資訊、道歉及補償）之經驗	美國/紐約市，訪談、問卷、醫院資料、計畫執行過程衛生局與醫院計畫經理的聯繫紀錄	1. 五家醫院的揭露與不良事件監測皆有改善，但無法完全執行計畫中的補償機制。 2. CRP成功關鍵在於醫院領導層與保險人的強力支持和適當人力資源。 3. 欲實施CRP的醫院需考慮組織承受風險程度、領導階層執行計畫意願及教育臨床人員該計畫對自身益處的資源是否到位。
Ho B, Liu E. (2011) [30]	提出新的道歉及醫療責任模型，檢驗州制定道歉法是否影響醫療訴訟及和解	美國/全國醫師執業資料庫 (National Practitioner Data Bank, NPDB) 2009年賠償案件	1. 使用差異中的差異估計，道歉法可以加快爭議解決過程。 2. 在涉及病人面臨嚴重傷害時，道歉法可以最大程度地減少平均賠償金額及和解時間。
Ho B, Liu E. (2011) [31]	評估不同類型之道歉法的影響	美國/全國醫師執業資料庫 (NPDB) 自1991-2009年發生的不良事件，共234,826件結付報告。	1. 在醫療糾紛訴訟中向病人道歉可減少平均支出32,000美元。 2. 涉及產科、麻醉、嬰兒、醫師管理不當及未能診斷的病例，道歉最具價值。
Perez B et al. (2010) [32]	評估立法對建立機構醫療錯誤透明度的影響，比較採用不同立法方法的州的醫療糾紛索賠率差異	美國/2007年50州及DC醫療糾紛索賠資料庫橫斷面研究/兩種單向的變因分析	1. 第一個分析顯示，只施行道歉法、只有醫療錯誤通報法或兩種法律皆有和兩種法律皆無，這些州之間的索賠率差異不顯著。 2. 第二個分析顯示，施行兩種法律、其中一種法律或兩種法律皆無的州之間，索賠率差異不顯著。
Kachalia, Allen, et al. (2010) [18]	比較2001年密西根大學健康照護體系實施全面揭露醫療錯誤並提供補償前後損害賠償請求及成本。	美國/密西根州，回溯性分析UMHS實施CRP前後（1995-2007年）之新索賠案件量、獲得補償案件量及解決爭議時間與相關成本	1. 全面實施CRP後，每100,000病人的平均每月新索賠案件從7.03降至4.52；平均每月訴訟案件從2.13起降至0.75。 2. 從通報索賠到爭議解決，所需時間中位數從1.36年減少至0.95年。整體責任平均每月成本、補償金額、未補償之法律成本均降低。
Quinn RE et al. (2008) [19]	一家醫療責任保險人（COPIC）所實施的3Rs（承認、回應、解決）計畫成效	美國/科羅拉多州，計畫實施數據（2000/10-2007/12）/案例（n=4）/醫師及病人問卷病人訪談	1. 計畫納入5274事件，1110病人獲得補償，平均金額為5,258；早期通報及誠實揭露是部分沒有提供補償而爭議獲得解決的關鍵。 2. 1,110獲得計畫補償的病人，34（3%）後續提出索賠要求或訴訟；254（6%）沒有獲得計畫補償者，後續提出索賠要求或訴訟。 3. 醫師及病人對計畫的滿意度高；病人與醫師溝通的好壞決定病人的經驗與看法，也影響是否繼續維繫醫病關係。

二、溝通與紛爭解決計畫（CRP）對醫療傷害責任之影響

相對於使用全國性或各州資料庫進行研究，另有9篇涉及機構實施CRP之成效評估，反映全美在執行CRP上的積極程度。但各機構評估結果並不一致，部分機構得到正面的結果[18-20,32-34]，部分機構的經驗仍無法克服障礙[36-38]。

2009年美國衛生及公共服務部（U.S. Department of Health & Human Services）轄下的美國健康照護研究與品質局（Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ），為了測試CRP在不同醫療機構的成效，開始在紐約市五家非營利、非政府、超過500床醫院的綜合醫療及外科教學醫院開展試辦計畫[36]。這五家試辦醫院執行結果顯示在不良事件通報及與病人的溝通上有所改善，但主動提供補償之行動不一致[36,38]。理論上，違反照護水準造成的傷害，醫院應主動提出補償，但在涉及違反照護標準而造成傷害的CRP案件中，醫院未能遵守主動提供補償的CRP要求，反而偏好提供較微薄的補償，例如免除醫療費用及道歉，並等待病人提出賠償請求。在所有被認為違反照護水準的案件，僅有六分之一的案件醫院主動提出補償提議，原因在於CRP沒有改變醫院原本的補償模式，CRP只是就涉及明顯錯誤、嚴重傷害和引發家屬抱怨的簡單案件，花更大力氣促成和解[38]。華盛頓州執行CRP的六家醫院則

在解決特定案件上有成效，但需要整合多位利害關係人的CRP未能成功執行；執行經驗顯示利害關係人對於是否確實執行CRP仍猶豫不決，CRP在20個月期間中僅納入30個案件，且僅有一家醫院表示補償模式有所改變[37]。

相對的，麻州兩個醫院體系是由醫院的風險管理部門執行CRP，每個體系均聘有全職、在現場工作的專案經理，CRP的創建與執行是由醫學中心的品質管理最高主管及前任州醫學會會長領導，持續獲得麻州醫療傷害溝通與紛爭解決聯合會（Massachusetts Alliance for Communication and Resolution following Medical Injury, MACRMI）協助，並由學術研究人員進行實施成效評估[33,35]。研究人員檢視每天由風險管理人員做成的CRP紀錄，認為醫院忠實遵守計劃流程，使關鍵措施發揮作用。研究期間91%的事件未符合補償標準；符合補償標準的事件，解決爭議之成本不高，支付金額的中位數為75,000美元；僅有5%的事件導致醫療糾紛損害賠償主張或訴訟；臨床醫師支持CRP，但希望能與工作人員就該計劃有更好的溝通。整體而言，當醫院遵守CRP主動提供補償的承諾時，CRP不會導致更高的責任成本。

討 論

一、道歉法對降低整體醫療責任之效果不明顯

至今美國全國或各州的研究，尚未發現明確降低醫療責任的證據。道歉法對降低整體醫療責任效果不明顯之可能原因包括：第一，評估道歉法效果之研究，有資料來源及研究設計上困難。利用公開可得的NPDB資訊固然方便，但此資料庫的案件是已賠償者，醫療機構的和解案件亦不在其中，資料來源已大大限制研究結論。除NPDB外，研究者可獲得單一保險人或單一機構的資料，但研究發現的外展性仍然受限。再者，要衡量醫師在有沒有道歉法的州執業以及醫師的損害賠償經驗的相關性，兩個因素相距甚遠，變因太多，在任何一年期間，醫師可能會或可能不會經歷不良事件，可能會也可能不會揭露錯誤並道歉，可能會或可能不會揭露發生錯誤，可能有也可能沒有保險公司進行後續補償或提出其他填補損害方案。上述

每個因素都可能影響醫師經歷損害賠償主張的可能性，但這些因素尚未被衡量。特別是目前還沒有衡量道歉法與醫師道歉頻率的相關性研究（道歉法有沒有促進醫師去道歉）；評估道歉法對醫療傷害責任的影響，需要先了解不良事件發生率、醫師和醫療機構在發生不良事件後的行為[10,11]。

其次，道歉法可能實際上並未讓醫師增加道歉頻率。在39個州中有34個州的道歉法只保護表達慰問、同情之陳述，僅有5個州的道歉法保護範圍較廣，包括表達過錯、錯誤或承認責任的陳述[11]；部分法律的保護範圍較狹隘，僅限定某些情況下可適用，例如嚴重的不良事件或在一定時間範圍內的溝通[11]。因此醫師可能不了解法律，或者知道法律、但對受到保護的溝通範圍不確定或有懷疑，因而影響表達道歉的意願，甚至醫院或責任保險的保險人會向醫師強調法律不保護的範圍，而不是鼓勵醫師去善用法律的保護。此外，道歉法雖可能鼓勵醫師道歉，但醫師不一定善於表達、溝通。若醫師知悉法律只保護表達同情而不包含發生傷害原因或預防等資訊的分享，他們的表達可能會變得彆扭、被病人認為「沒誠意」[10]。對病人及其家屬的研究也發現，醫師欠缺適當的對話訓練，會引起病人、家屬的不滿及憤怒[11]。

第三，道歉可能讓病人不索賠，也可能讓病人因為獲知重要資訊而索賠，這兩種效果可能同時產生而互相抵銷。若是如此，從促進紛爭解決、避免訴訟而言道歉法發揮了預期效果，但問題是仍會有病人是因為醫師誠實告知而產生索賠動機。最後，若道歉後沒有伴隨彌補傷害、填補損害的建議、作法或努力，道歉會顯得空洞。道歉雖有心理面的回復功能，但即便是最真誠的道歉，也無法滿足病人因為醫療傷害而產生的經濟壓力。由於CRP是在醫師道歉後由計畫人員跟進詢問病人「您的需求是什麼？」或「我們能做些什麼來幫助你？」之類的問題，較能正視部分病人有獲得金錢補償的需求[39]。

二、機構CRP的成功因素

以全國性資料為基礎之研究未發現道歉法減少醫療責任之明顯證據，但在機構層次推行的CRP則有降低責任風險，或至少促進積極溝通並不會增加責任成本的證據，部分

實施CRP的醫學中心已出現索賠數量減少、整體賠償金額減少、紛爭解決時間減少的情形[33]。然而各機構間之成效不一，CRP的關鍵成功因素是什麼？

對六個早期的CRP計畫利害關係人進行訪談、紐約五家試辦醫院經驗評估及麻州六家實施CRP醫院訪談及會議紀錄研究發現[20,38,40]，成功因素涵蓋機構面、人員、流程面的因素。就機構面而言，需要最高階管理者持續領導及風險管理人員的支持。領導者必須將CRP成功與否視為優先事項並親自參與，說服醫院董事會、保險公司及不同層級的管理者支持，例如科主任及風險管理人員。此外，幾個機構同步實施可提供共同學習及同儕支持，與同儕討論對話可帶動塑造改變的感覺、肯定自己是在做對的事，集體實施亦可深化一種承諾、課責的文化。實施CRP計畫的醫療機構規模小會具有優勢，因為小醫院的不良事件較少，高階管理者可在第一時間獲悉並參與處理，快速到病床邊開啟對話、促進信任，並盡速指定經驗豐富的核心團隊成員為聯繫窗口，均認為是隨後促進解決方案成功的關鍵；醫院規模小也縮短「指揮鏈」，審查案件無須上下往返，亦讓對醫師的教育較容易推行，醫師間口耳相傳正向經驗也較容易[20,38,40]。

就利害關係人層面而言，需要投入大量資源讓醫師參與。由於美國臨床醫師多非醫院的受僱人，必須主動去接觸醫師，以便讓醫師了解CRP提供的協助，並降低醫師對揭露及補償提議的擔憂。醫師的主要顧慮是若達成和解，賠償報告會通報到全國醫師執業資料庫（National Practitioner Data Bank, NPDB），因此仍抱持傳統想法不要分享資訊。CRP團隊需要持續對臨床人員進行宣導、說明、回答醫師的疑問。醫院領導者也需要透過教育訓練不斷向醫師強調減少責任風險的證據、分享正面經驗，促進醫師對CRP的認識。再者，責任保險人之認同與合作不可或缺。CRP挑戰了長久以來的美國醫療責任保險理賠流程與文化，責任保險人的理賠部門過去的角色是要大力捍衛醫師，但在CRP中卻要從體系面、從病人與家屬面來思考。醫院的風險管理人員與保險人的理賠人員若能深化合作關係、換位思考及異中求同，有助於建立信任，讓理賠人員了解臨

床醫師的態度及對財務面的可能影響，讓保險人願意支持提供病人補償的提議；若保險公司不願意付錢，任何補償提議都不可能實現。在實施CRP初期，保險人與醫院在灰色案件的處理及決定的速度上曾產生歧異，醫院代表認為不嚴重的傷害應盡速補償，保險人則會多方考慮醫師及醫院的需求，但最終只要醫院完成評估，保險公司多會尊重醫院的決定。此外，保險公司的審查流程複雜、延誤理賠速度延誤的問題，讓醫院風險管理小組開發了一個與理賠人員的共同管理模式，促進溝通與增加信任。此外，計畫專案經理的監督和協助亦為受訪者一再提及之優勢，受過商業經營管理訓練的專職經理可穩定推動計畫，確保CRP依照計畫執行，協助執行團隊將CRP融入常規的工作流程，指導風險管理人員實施步驟，參與風險部門審查會議，確認案件的進度並督促做成決定，亦可花費大量時間與醫師及病人、家屬溝通，以便發揮像膠水一樣的黏合功能，將所有人朝同一目標推進[20,38,40]。

就流程面而言，麻州醫療傷害溝通與紛爭解決聯合會協助制訂標準流程，包括定義哪些類型的事件應納入CRP並制定回應步驟，以及當醫院決定補償時的適當步驟。流程上另一個創新作法是建立常設會議，不同部門人員，例如風險管理、病人安全及保險公司每周聚會，確保每個案件的進度及應執行的步驟沒有遺漏，這同時亦可強化彼此關係。例如醫院與保險人若就是否符合補償要件意見不一致，定期會議提供討論棘手、具挑戰性問題之平台，並激盪出解決方案；又如出現執行手冊中沒有提到的情境時，電話會議成為各團隊的討論平台，有助於發展出更精緻的準則，例如病人對於面對面討論的會議邀請沒有回應，風險人員要以什麼樣的頻率持續連繫，以及要如何告知家屬補償會如何被考量[20,38,40]。

三、小結

道歉法對降低醫療傷害責任之影響，因受資料來源、評估醫師、病人行為之研究設計及方法限制，目前可得證據有限，結果不一，因此有主張不應持續仰賴道歉法來降低醫療傷害責任風險[11]，但也有認為即便仍有爭議，法律的核心價值在於彰顯健康照

護者重視醫療傷害，包括揭露醫療錯誤及道歉[41]。如若回到推行道歉法的初衷是希望複製早期幾個CRP之成功經驗，那麼目前的證據顯示道歉法是具有潛力的，道歉法可能並未產生廣泛改變行為、降低責任風險的效果，但機構實施的CRP在道歉法支持下已有正面結果。因此要讓道歉法發揮功能，法律應該確保保護範圍能涵括機構實施之CRP，確保健康照護者了解法律的保護範圍，及鼓勵醫院提供訓練及支持。道歉從來就不僅僅是一個對話，法律也從來就不是快速解決問題的神藥，必須正視其成功要素包含了溝通、心理、對家庭與照顧者的支持、機構內部調查、主動提供紛爭解決方案及對病人安全的反饋等支持措施。

結論與建議

道歉法之實證發現對台灣醫預法具有重要啟示。首先，由道歉法所開啟的非傳統醫糾改革策略，是肇始於1999年病人安全運動後展開的醫療錯誤資訊透明化論辯。雖然一開始推動醫界醫療錯誤透明化的力量是源於外部，包括評鑑規範及法律，但醫療專業內部經歷過對揭露醫療錯誤的掙扎論辯後[42]，共識越來越高，逐漸承認倫理上醫師有向病人揭露醫療錯誤的義務。接著醫療機構採納揭露政策，就發生醫療錯誤後之對話提供溝通訓練，進而建立溝通與爭議解決計畫，確保向病人揭露與道歉、不良事件調查及在適當情形提供補償或其他填補損害方式；為幫助醫方履行揭露義務，縮短病人的期待與現實的落差，故而立法制定證據法則，將道歉排除在將來的民事訴訟證據之列。道歉法背後的促進要素包括滿足醫師的倫理上義務、促進與病人間之信任關係及塑造病人安全文化。此一改革策略與過往最大的不同在於其成功需要醫師改變行為，而非僅僅是侵權行為為法上限縮責任或限制賠償金額。台灣醫預法雖仿照道歉法建立證據排除法則，但法律實踐的社會背景是欠缺揭露醫療錯誤之倫理義務共識，已推行二十年的病人安全運動並未普遍建立醫療錯誤透明化的文化，且醫預法為廣泛對象與溝通內容提供保護，顯現延續現行醫療機構處理醫療糾紛現況及醫療調處程序之傾向，與道歉法初衷是希望鼓勵醫師與病人對話、使病人獲得心

理上安慰與補償，存在明顯差異。

再者，CRP的成功經驗說明機構政策的重要性。從機構層次推行之CRP若能有強有力領導者，加上機構政策支持品質管理人員、風險管理人員、專案經理等人落實執行，較易成功。相較於CRP具有連結醫療錯誤通報、追蹤紀錄之品質管理到醫療錯誤告知及補償之完整流程，醫預法雖要求醫療機構應組成醫療事故關懷小組（第6條）、提供與醫療爭議相關員工關懷及具體協助（第8條）及強化病人安全管理通報、分析、預防及重大醫療事故之根本原因分析與改善方案（第33、34條），但啟動醫療機構上述義務之要件不一，若醫療機構欠缺連結上述義務之組織或機制，實際執行上有可能出現不同單位各行其職，欠缺橫向聯繫與合作之情形。

最後，補償之提議對病人仍具重要性，若醫療機構原本的補償模式沒有改變，會妨礙CRP成效。醫預法在擱置無過失補償基金爭議後順利立法，但欠缺補償機制可能妨礙道歉法發揮功能。CRP實施經驗指出責任保險人對促成補償居關鍵地位，責任保險人必須從過往捍衛醫師轉變為從整體制度、病人方思考，這是對責任保險人向來立場的顛覆。台灣已出現越來越多醫療責任保險，例如醫美診所及牙醫師之責任保險，地方衛生局之醫療調處程序常見保險人參與，保險公司願意提供之理賠金額往往左右調處能否達成協議。未來責任保險人對病人安全、揭露醫療錯誤以及溝通說明關懷程序之態度，亦為制度實施成效之觀察重點。台灣實施道歉法後可仿效CRP經驗進行成效評估，長期觀察與收集資料，始能得到道歉法在本土化過程中的實踐證據，作為下一步精進制度之依據。

參考文獻

1. Brennan TA, Leape LL, Laird NM, et al. Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients--results of the Harvard Medical Practice Study I. *N Engl J Med* 1991;**324**:370-6. doi:10.1056/NEJM199102073240604.
2. Wilson RM, Runciman WB, Gibberd RW, Harrison BT, Newby L, Hamilton JD. The quality in Australian health care study. *Med J Aust* 1995;**163**:458-71. doi:10.5694/j.1326-5377.1995.tb124691.x.

3. Thomas EJ, Studdert DM, Burstin HR, et al. Incidence and types of adverse events and negligent care in Utah and Colorado. *Med Care* 2000;**38**:261-71. doi:10.1097/00005650-200003000-00003.
4. Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse events in British hospitals: preliminary retrospective record review. *BMJ* 2001;**322**:517-9. doi:10.1136/bmj.322.7285.517.
5. Schiøler T, Lipczak H, Pedersen BL, et al. Incidence of adverse events in hospitals. A retrospective study of medical records. *Ugeskr Laeger* 2001;**163**:5370-8. [In Danish: English abstract]
6. Davis P, Lay-Yee R, Briant R, Ali W, Scott A, Schug S. Adverse events in New Zealand public hospitals I: occurrence and impact. *N Z Med J* 2002;**115**:U271.
7. Gallagher TH, Waterman AD, Ebers AG, Fraser VJ, Levinson W. Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. *JAMA* 2003;**289**:1001-7. doi:10.1001/jama.289.8.1001.
8. Gallagher TH, Studdert D, Levinson W. Disclosing harmful medical errors to patients. *N Engl J Med* 2007;**356**:2713-9. doi:10.1056/NEJMra070568.
9. Gallagher TH, Garbutt JM, Waterman AD, et al. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;**166**:1585-93. doi:10.1001/archinte.166.15.1585.
10. Mastroianni AC, Mello MM, Sommer S, Hardy M, Gallagher TH. The flaws in state 'apology' and 'disclosure' laws dilute their intended impact on malpractice suits. *Health Aff* 2010;**29**:1611-9. doi:10.1377/hlthaff.2009.0134.
11. McMichael BJ, Van Horn RL, Viscusi WK. "Sorry" is never enough: how state apology laws fail to reduce medical malpractice liability risk. *Stanford Law Rev* 2019;**71**:341-409. doi:10.2139/ssrn.2883693.
12. Wu AW, McCay L, Levinson W, et al. Disclosing adverse events to patients: international norms and trends. *J Patient Saf* 2017;**13**:43-9. doi:10.1097/PTS.000000000000107.
13. Leung GK, Porter G. New Hong Kong statute protects factual statements in medical apologies from use in litigation. *Med Leg J* 2018;**86**:198-201. doi:10.1177/0025817218771803.
14. Ridgely MS, Greenberg MD, Pillen MB, Bell J. Progress at the intersection of patient safety and medical liability: insights from the AHRQ patient safety and medical liability demonstration program. *Health Serv Res* 2016;**51**(Suppl 3):2414-30. doi:10.1111/1475-6773.12625.
15. Mello MM, Kachalia A. Medical malpractice: evidence on reform alternatives and claims involving elderly patients. Available at: <https://www.medpac.gov/document/medical-malpractice-evidence-on-reform-alternatives-and-claims-involving-elderly-patients/>. Accessed November 3, 2023.
16. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1999;**131**:963-7. doi:10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010.
17. Liebman CB, Hyman CS. A mediation skills model to manage disclosure of errors and adverse events to patients. *Health Aff (Millwood)* 2004;**23**:22-32. doi:10.1377/hlthaff.23.4.22.
18. Kachalia A, Kaufman SR, Boothman R, et al. Liability claims and costs before and after implementation of a medical error disclosure program. *Ann Intern Med* 2010;**153**:213-21. doi:10.7326/0003-4819-153-4-201008170-00002.
19. Quinn RE, Eichler MC. The 3Rs program: the Colorado experience. *Clin Obstet Gynecol* 2008;**51**:709-18. doi:10.1097/GRF.0b013e3181899cc2.
20. Mello MM, Boothman RC, McDonald T, et al. Communication-and-resolution programs: the challenges and lessons learned from six early adopters. *Health Aff (Millwood)* 2014;**33**:20-9. doi:10.1377/hlthaff.2013.0828.
21. 黃鈺嫻：美國道歉制度沿革及啟示：告別對立走向對話。初版。台北：元照出版，2014。
Huang YY. Evolution and Insights of the Apology Law in the United States: Moving from Confrontation to Dialogue. 1st ed., Taipei: Angle Publishing, 2014. [In Chinese]
22. 黃鈺嫻、楊秀儀：訴訟外醫療糾紛處理機制——認錯、道歉有用嗎？美國道歉法制度沿革與啟示。月旦法學雜誌 2014；(230)：140-72. doi:10.3966/102559312014070230007。
Hunag YY, Yang HI. Mechanism for handling medical disputes outside litigation--is acknowledging mistakes and apologizing useful? The evolution and enlightenment of the apology law system of the United States. *Taiwan Law Rev* 2014;**(230)**:140-72. doi:10.3966/102559312014070230007. [In Chinese]
23. 楊秀儀、黃鈺嫻：當法律遇見醫療——醫療糾紛立法論上的兩個主張。司法新聲 2015；(115)：7-31。
Yang HI, Hunag YY. When law meets medicine: two perspectives on medical dispute legislation. *Judicial Aspiration* 2015;**(115)**:7-31. [In Chinese]
24. 吳俊穎、宋佳玲：醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案：毒藥還是解藥？司法新聲 2015；(115)：32-46。
Wu CY, Sung CL. Medical dispute resolution and Medical Malpractice Compensation Bill: poison or cure? *Judicial Aspiration* 2015;**(115)**:32-46. [In Chinese]
25. 吳振吉、劉宜廉、王志嘉：再論醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案之疑義。月旦醫事法報告 2017；(3)：9-26。

- Wu CC, Liu YL, Wang CC. Revisit on the disputes of medical malpractice draft. *Angle Health Law Rev* 2017;**(3)**:9-26. [In Chinese: English abstract]
26. 吳建昌、劉靜婷：道歉是否能夠了事？結合論理與實證觀點論台灣醫療事故道歉法制之建置。台北大學法學論叢 2023；**(126)**：1-75。
Wu KCC, Liu CT. Could apology resolve medical disputes? the construction of medical incident apology law in Taiwan from doctrinal and empirical perspectives. *Taipei Univ Law Rev* 2023;**(126)**:1-75. [In Chinese: English abstract]
27. 衛生福利部：立法院三讀通過「醫療事故預防及爭議處理法」營造醫病和諧關係。https://www.mohw.gov.tw/cp-16-69786-1.html。引用2023/10/18。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). “Medical Accident Prevention and Dispute Resolution Act” passed by the Legislative Yuan on third reading, fostering harmonious doctor-patient relations. Available at: https://www.mohw.gov.tw/cp-16-69786-1.html. Accessed October 18, 2023. [In Chinese]
28. 立法院：第10屆第5會期第14次會議議案關係文書，院總第1631號、政府/委員提案第17871、27747、28630、27672號之1。https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=45465。引用2023/10/18。
The Legislative Yuan, R.O.C. (Taiwan). Documentation related to the proposals of the 14th Meeting of the 5th Session of the 10th Legislative Period, Yuan Tsong Tze No. 1631, Government/Committee Proposals No. 17871, 27747, 28630, and 27672-1. Available at: https://www.ly.gov.tw/Pages/List.aspx?nodeid=45465. Accessed October 18, 2023. [In Chinese]
29. Giraldo P, Sato L, Castells X. The impact of incident disclosure behaviors on medical malpractice claims. *J Patient Saf* 2020;**16**:e225-9. doi:10.1097/PTS.0000000000000342.
30. Ho B, Liu E. Does sorry work? The impact of apology laws on medical malpractice. *J Risk Uncertain* 2011;**43**:141-67. doi:10.1007/s11166-011-9126-0.
31. Ho B, Liu E. What’s an apology worth? Decomposing the effect of apologies on medical malpractice payments using state apology laws. *J Empir Leg Stud* 2011;**8**(Suppl 1):179-99. doi:10.1111/j.1740-1461.2011.01226.x.
32. Perez B, Didona T. Assessing legislative potential to institute error transparency: a state comparison of malpractice claims rates. *J Healthc Qual* 2010;**32**:36-41. doi:10.1111/j.1945-1474.2009.00066.x.
33. Kachalia A, Sands K, Niel MV, et al. Effects of a communication-and-resolution program on hospitals’ malpractice claims and costs. *Health Aff (Millwood)* 2018;**37**:1836-44. doi:10.1377/hlthaff.2018.0720.
34. LeCraw FR, Montanera D, Jackson JP, Keys JC, Hetzler DC, Mroz TA. Changes in liability claims, costs, and resolution times following the introduction of a communication-and-resolution program in Tennessee. *J Patient Saf Risk Manag* 2018;**23**:13-8. doi:10.1177/1356262217751808.
35. Mello MM, Kachalia A, Roche S, et al. Outcomes in two Massachusetts hospital systems give reason for optimism about communication-and-resolution program. *Health Aff (Millwood)* 2017;**36**:1795-803. doi:10.1377/hlthaff.2017.0320.
36. Mello MM, Greenberg Y, Senecal SK, Cohn JS. Case outcomes in a communication-and-resolution program in New York hospitals. *Health Serv Res* 2016;**51**(Suppl 3):2583-99. doi:10.1111/1475-6773.12594.
37. Mello MM, Armstrong SJ, Greenberg Y, McCotter PI, Gallagher TH. Challenges of implementing a communication-and-resolution program where multiple organizations must cooperate. *Health Serv Res* 2016;**51**(Suppl 3):2550-68. doi:10.1111/1475-6773.12580.
38. Mello MM, Senecal SK, Kuznetsov Y, Cohn JS. Implementing hospital-based communication-and-resolution programs: lessons learned in New York City. *Health Aff (Millwood)* 2014;**33**:30-8. doi:10.1377/hlthaff.2013.0849.
39. Moore J, Bismark M, Mello MM. Patients’ experiences with communication-and-resolution programs after medical injury. *JAMA Intern Med* 2017;**177**:1595-603. doi:10.1001/jamainternmed.2017.4002.
40. Mello MM, Roche S, Greenberg Y, Folcarelli PH, Van Niel MB, Kachalia A. Ensuring successful implementation of communication-and-resolution programmes. *BMJ Qual Saf* 2020;**29**:895-904. doi:10.1136/bmjqs-2019-010296.
41. Fields AC, Mello MM, Kachalia A. Apology laws and malpractice liability: what have we learned? *BMJ Qual Saf* 2021;**30**:64-7. doi:10.1136/bmjqs-2020-010955.
42. Gallagher TH, Waterman AD, Garbutt JM, et al. US and Canadian physicians’ attitudes and experiences regarding disclosing errors to patients. *Arch Intern Med* 2006;**166**:1605-11. doi:10.1001/archinte.166.15.1605.

Impact of apology laws on medical malpractice: an empirical review and implications for Taiwan

SHIN-ROU LIN

Objectives: Over the last two decades, apology laws have emerged as a crucial strategy for reducing medical malpractice liabilities. However, the effectiveness of these laws is unclear. This study investigated the effect of apology laws on medical malpractice by conducting a systematic literature review, providing insights into Taiwan's Medical Accident Prevention and Dispute Resolution Act. **Methods:** A search for relevant articles in the PubMed database was conducted. Articles lacking abstracts or not written in English were excluded. Eight studies that met the inclusion criteria were identified. The reference lists of these eight articles were checked, and six additional eligible studies were identified. **Results:** We included 14 studies in the analysis. All the studies were conducted in the United States. The studies revealed that apology laws have a negligible effect on reducing medical malpractice liabilities. However, communication and resolution programs implemented at institutional levels do effectively reduce litigation frequency and costs and expedite dispute resolution. Organizations with successful outcomes typically exhibit strong leadership, support from liability insurers, physicians, and quality and risk personnel, dedicated management by skilled professionals, and proactive reimbursement. **Conclusions:** Taiwan currently lacks an ethical consensus regarding the disclosure of medical errors. Institutional-level policies and horizontal organizational relationships are not well-defined, and a mechanism for compensation is absent. The effectiveness of apology laws necessitates continuous monitoring and discussion. (*Taiwan J Public Health*. 2024;**43**(2):121-132)

Key Words: *apology law, medical malpractice, medical error*

Department of Health Care Management, Chang Gung University, No. 259, Wenhua 1st Rd., Guishan Dist., Taoyuan, Taiwan, R.O.C.

Correspondence author E-mail: shinrou@mail.cgu.edu.tw

Received: Nov 3, 2023 Accepted: Mar 8, 2024

[http://doi.org/10.6288/TJPH.202404_43\(2\).112127](http://doi.org/10.6288/TJPH.202404_43(2).112127)