

台灣醫療機構執行公開揭露機制之可行性分析

張修維¹ 翁詩亮² 蔡家瑜³ 林東龍^{3,*}

目標：衛生福利部已擬定「醫療事故預防及爭議處理辦法」草案，該草案融入歐美先進國家公開揭露機制之作法和精神。未來台灣實際推動該法案，可能遭遇何種障礙和需要哪些配套措施，需進一步探究。**方法：**除參考國外推動公開揭露經驗的文獻外，以德菲研究法收集團內16名對醫療爭議議題學有專精者的意見，瞭解其對於台灣推行公開揭露機制之障礙和所需配套措施等看法。**結果：**歷經三回合問卷，專家共提出38項醫療機構推行公開揭露的障礙，其中30個項目具高度共識；共提出41項推行公開揭露所需配套措施，其中34項具高度共識。**結論：**本研究建議包括：第一，面對醫療不良事件時，醫療機構需破除隱晦和究責個人的管理框架，建立說明真相的機制和組織文化；二是，改善負面或敵對的社會文化與法制，創造處理醫療爭議的友善環境；三是，透過教育訓練建立醫療人員揭露技巧與自信。（台灣衛誌 2019；38(6)：633-645）

關鍵詞：公開揭露、不良事件、德菲研究法、醫療事故預防及爭議處理法

前 言

全世界以不同名詞來意指醫療照護產生的非意欲性損害（intended harm），也代表各國是採取正向、具建設性，或敵對方式看待此損害，如美國稱為「醫療傷害（medical injury）」，一般通稱為「不良事件（adverse event）」，WHO則建議以「有害病人安全事故（harmful patient safety incident）」稱之。造成這些損害的原因包含治療既有風險、與醫療體系和照護過程有關的疏忽，及與醫療提供者有關的醫療錯誤[1,2]。而不論以何種名詞稱之，當醫療照護

造成患者損害時，不僅可能引發醫病之間對於損害責任歸屬的爭議、衝擊醫病雙方生活和彼此關係外，亦讓整體社會對於醫療體系的安全和品質有所疑慮。

美國、英國、澳洲、加拿大、丹麥等高所得國家的健康照護體系，發生醫療不良事件比率約10-18%，均面臨如何化解醫療爭議和降低不良事件比率的問題。同時，多種具預防性的措施都被運用於減少傷害發生。其中一種行動方式稱為「公開揭露（open disclosure）」，是指當醫療損害發生時，醫療專業者以開放、誠實，以及即時方式，向病人及家屬揭露事件和說明補救方式，並針對醫療錯誤進行調查與改善、從錯誤中學習，避免未來再度發生[3]。因此，公開揭露不僅是不良事件的「事後處理機制」，也是可用以避免不良事件再度發生的「事前預防機制」。國外相關實證研究均證實，公開揭露機制的正面效益，如最早實施該機制的美國Lexington榮民醫學中心（Veterans Affairs Medical Center），因該機制使醫院的醫療訴訟成本和賠償金額均降低[4,5]；另一

¹ 奇美醫療財團法人奇美醫院企劃管理部

² 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院社會服務部

³ 高雄醫學大學人文社會科學院醫學社會學與社會工作學系

* 通訊作者：林東龍

地址：高雄市三民區十全一路100號

E-mail：donglong@kmu.edu.tw

投稿日期：2019年9月9日

接受日期：2019年11月18日

DOI:10.6288/TJPH.201912_38(6).108105



方面，澳洲「公開揭露先導計畫」的評估研究亦顯示，醫病雙方均給予公開揭露機制正面的評價，認為此機制提供參與雙方其內心的情緒與道德壓力獲得釋放的益處[6-9]。由此可知，公開揭露機制不僅具有系統除錯和降低醫療訴訟成本的實質經濟效益，更能化解醫病雙方的心理負擔。

台灣在「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」規範下，各醫療院所雖已定期公開相關醫療品質資訊，同時，中央健保署亦建置醫療品質公開網站供民眾查詢，做為民眾就醫參考，但此作法與公開揭露機制在資訊公開方式（網頁vs.醫病雙方面對面直接溝通）、內容（院所別和整體性之醫療品質資訊vs.個別醫療不良事件）、對象（一般民眾vs.遭遇醫療不良事件的病人）、目的（就醫參考vs.揭露醫療行為實際執行情形）等面向均有不同。再者，2001年美國醫學研究院（Institute of Medicine，簡稱IOM）提出涵蓋安全（safe）等六大醫療品質改善目標[10]，亦在1999年「To Err Is Human：Building a Safer Health System」報告中，鼓勵建立自願性外部通報制度作為改善病人安全的最基本措施之一[11]。2004年起，台灣也由衛福部委託醫策會建置推動台灣病人安全通報系統（簡稱TPR），2005年正式上線迄今已逾十年。不過，TPR系統平台也不同于公開揭露機制，其不具強制性、無任何究責機制，純粹以共同學習避免錯誤為出發點，主要用於醫療院所分析學習，藉由專家群對通報事件的分析，定期發表統計分析之結果。此作法固然可達到鼓勵醫療人員通報異常事件的目的，但其缺點除無任何通報的約束力之外，也忽視病人對釐清醫療真相的期待。醫療不良事件不僅對醫療體系有意義（可從錯誤中學習並預防），瞭解醫療傷害的事實更是病人的權利[9]。

2018年行政院會已通過衛福部擬定「醫療事故預防暨爭議處理辦法（簡稱醫預法）」草案。其中第五條規定醫療機構應設醫療事故關懷小組或指定專業人員、委由專業團體，於非因疾病本身或醫療處置之必然結果所致之醫療事故發生後，儘速向病人、

家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。第七條亦明定醫療機構相關人員於說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，所為遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之其他陳述，不得採為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎，以使相關醫事人員於醫療事故發生時，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，期望有效減少醫療爭議，避免演變成訴訟事件，創造醫病雙贏之局面。同時，第三十一條要求醫療機構應建立病人安全管理制度，擬定推動計畫，鼓勵機構內部人員通報病人安全事件，並對醫療事故風險進行分析、預防及管控，以提升醫療品質及保障病人安全。至於重大醫療事故，醫療機構應主動進行完整之調查及分析根本原因，並提出系統性改善方案後通報主管機關，藉以促成跨機構間之學習分享，以期避免重大醫療事故之重複發生[12]。就上述草案相關條文可知，未來台灣醫療機構將可能推行類似於歐美等先進國家的公開揭露機制，不僅有助於化解醫療爭議事件，亦能創造更高品質和安全的醫療服務體系。

各專業組織和倫理學家認為向患者揭露不良事件是必要的，政策制訂者、健康管理，及臨床工作者亦已積極討論揭露超過十年時間，不斷期待全世界醫療體系能在不良事件發生後向患者完全揭露。國際社會對於處理醫病溝通已有所共識，並發展出相關協助工具。但即使理論上支持公開揭露，從文獻中發現國際社會實際執行情形未達預期，不到三分之一或大約四分之一的病人被告知醫療照護有害的錯誤[2,13]。Wu等人分析由英國、澳洲、紐西蘭、美國、加拿大等5個已執行公開揭露國家，其利益團體共同參與研討各國公開揭露的趨勢和執行困難的跨國研討會議的文本發現，每個國家面臨的障礙不盡相同，包含五種類型：第一，如何將行政高層支持的好政策，推展到第一線且促使他們認同？醫療人員因擔心受責難、對公開有不安全感、缺乏對員工的支持，及缺乏足夠自信和技巧主持討論等因素，導致無法正向看待公開揭露機制；第二，如何消弭責難

文化？因為多數病人仍認為應以懲罰（對醫師提告或撤照）方式來處理醫療錯誤、監督團體或媒體過於強調個人失敗而非體制；第三，為鼓勵醫療人員坦承錯誤、從中分析學習，以提升醫療品質，因而採匿名或不責難的法律保障，但相對地，匿名或不責難卻可能淡化個人行為和結果關係、產生提供資訊不完整或支持秘密的情形，反而限制學習和品質促進的可能性。因此，如何在法律保障隱私下，檢討錯誤、提升品質，又能確實有效揭露資訊；第四，一旦向患者揭露後，即便沒有進入訴訟，仍須面對賠償病人的需要，同時，面臨可能究責和懲罰的不安，如過去紀錄造成保險費增加、求職受阻、名譽受損、懲戒等；第五，目前雖已投入揭露的訓練，但仍很少針對揭露品質和結果進行探究，存在測量問題和挑戰[2]。

就此而言，台灣雖已草擬醫預法並希望藉由即時說明真相、溝通關懷，及預防除錯等措施，達到降低醫療不良事件、提升醫療品質，及化解醫療爭議事件等效果，但實際推行時亦可能遭遇上述國家所面臨的困境，亟需進一步探究。因此，本研究採德菲研究法，收集國內於醫療爭議處理議題學有專精的專業人士意見，尋求專家們對台灣推行公開揭露的障礙和所需配套措施等看法的共識，並與國外相關文獻進行對話，作為台灣推展醫預法之參考。

材料與方法

（一）德菲研究法

德菲研究法是針對某一特定議題，經由多次思考程序，整合群體專家之所長和經驗，建立一致的意見或共識，作為公共政策、目標設定或預測未來的參考依據，提升決策內容的品質。同時，德菲研究適用在當參與成員之間的意見經常是分歧，或是因為政治對立關係，使得團體溝通方式必須運用匿名方式，以避免利害關係或權威因素影響，讓每個成員有平等機會參與並表達意見[14-17]。

長期以來，不同領域專家對於醫療爭議

處理方式之意見和期待分歧，若能以匿名、非面對面方式來收集各方資料，將有助於不同意見的表達，避免與其他成員衝突或是產生流行效應。再者，藉由德菲研究法，不僅可收集不同領域專家對於台灣推行公開揭露機制之看法，亦透過多回合問卷來回修正、澄清、整合和摘要過程，促使專家學者間溝通、使意見趨於一致，作為未來台灣建構公開揭露機制或落實醫預法的參考依據。

（二）專家選擇依據

本研究專家名單來源有二：一是，藉由查詢台灣期刊論文索引系統，以「醫療爭議」和「醫療糾紛」為關鍵字，搜尋對此議題已有專業論著者；二是，搜尋國內醫法論壇和相關研討會邀請與會的專家。之後，研究團隊以此名單為基礎，考量涵蓋醫療、法律，及社工等不同領域和產官學等不同部門的專家，共邀請18位專家，最後有16位完成三回合問卷。其中6名具醫療專業（含醫師和醫院管理者）、6名具法學專業（含律師、法官、學者）、4名具社工專業（含民間團體代表、醫院行政幕僚、學者）。

（三）研究步驟

本研究共進行三回合問卷，茲分述如下。

1. 第一回合

第一回合問卷、問卷說明函，及受訪者同意書以書面方式郵寄給專家學者。問卷說明函主要說明本研究聚焦於台灣醫預法草案，已融入國外公開揭露機制之作法和精神。因此，值此制度建構和準備階段，期望能彙整國內專家對於實際推行後可能的障礙和所需配套措施的意見，作為未來能順利推展與落實醫預法之參考。

第一回合問卷以2題開放式問題請專家進行填寫，分別是：第一，請寫下5項您認為台灣在各醫院推行「公開揭露/開放溝通（即醫預法草案第5條規定向病人方說明真相、溝通，及提供關懷等服務）」的主要困難或障礙；第二，請寫下5項您認為台灣在各醫院推行「公開揭露/開放溝通（即醫預法草案第5條規定向病人方說明真相、溝

通，及提供關懷等服務）」，最需要有哪些配套措施。第一回合18位專家學者皆完成問卷寄回。

研究團隊仔細閱讀專家填寫的質性資料，並以系統理論為參考架構，將專家回饋意見分為四個構面：「社會文化與法制」屬鉅觀層次、「醫院組織文化與管理」屬中觀層次、「醫病溝通與互動」屬微觀層次，及「教育與學習成長」則是促進三種不同層次產生改變和彼此連結的重要機制。之後，依據此分類原則將每位專家填寫資料進行歸類和語句潤飾，形成第二回合結構式問卷之題項。

2. 第二回合

第二回合問卷主要依據前述四個構面，由研究團隊將專家意見逐筆歸入不同構面且進行統計，計算各題項的填答人數和百分比，並回饋給專家參考。問卷說明函亦邀請專家參酌第一回合統計結果，給予第二回合問卷各題項之重要性（依Likert 5點量表，5代表非常重要、1代表非常不重要）評分，並對各題項的文字敘述提供修正意見。另外，專家若對各構面所涵蓋之項目有任何其他意見，亦給予新增項目的機會。第二回合問卷和問卷說明函同樣以書面方式郵寄給專家學者，共17位專家學者寄回，1位專家經多次聯繫仍未寄回問卷。

3. 第三回合

研究團隊分析第二回合回收問卷，並客制化各專家第三回合問卷。第三回合問卷提供專家參考的資料包括：一是，第二回合各題項之重要性填答百分比、各題項平均數，及四分位差；二是，該名專家於第二回合各題項重要性之評分。第三回合問卷說明函亦邀請專家參酌第二回合整體統計結果和自身於第二回合給予重要性之評分，再次進行第三回合問卷各題項之重要性評分（與第二回合相同，依Likert 5點量表）。同時，當專家維持與前次相同答案且該答案非相對多數人之意見時，也請專家學者盡可能註明理由。

第三回合問卷與研究說明函同樣以書面方式郵寄給專家學者，最後共16位專家學者

寄回，再度遺漏一位專家。研究團隊針對第三回合問卷進行分析，並與第二回合統計進行比較，以決定是否需進行第四回合問卷。本研究以四分位差（quartile deviation）判斷各題項達成共識情形，四分位差的定義為「四分位距的一半（one half the inter quartile range）」，亦即 $(Q3-Q1)/2$ 。當四分位差小於或等於0.6代表高度共識、0.6至1之間代表中度共識、大於1表示未達共識[18]。同時，當整體問卷80%以上題項有一致性和共識時，則可停止下一回合問卷[19]。依此評估標準，第三回合全部79題項中，共有64題達成高度共識（如表一之一至表二之三所示），占整體問卷81%，因此，研究團隊決定不再進行第四回合問卷。

結 果

研究結果依兩大研究問題分別呈現：推行公開揭露機制的障礙和所需配套措施。每一部分呈現內容包含：第一，依「社會文化與法制」、「醫院組織文化與管理」、「醫病溝通與互動」、「教育與學習成長」等四類別，及共識程度（高度共識、中度共識、無共識）進行整理。第二，每個類別依其不同共識程度，以表格分別呈現各題項之四分位差和中位數，如表一之一至表二之三所示。同時，參考專家們所寫下不贊同多數意見的質性資料，進一步討論未達成共識或僅達中度共識的可能原因。茲分述如下。

（一）台灣醫療機構推行公開揭露的障礙

從表一之一至一之三可看出，推行公開揭露的障礙，以「醫院組織文化與管理」面向為主，共計18個項目，其中14個項目具高度共識、3個具中度共識、1個無共識。其次，「社會文化與法制」面向共9個項目，其中7個項目具高度共識、1個具中度共識、1個無共識。再者，「醫病溝通與互動」面向共8個項目，其中7個項目具高度共識、1個具中度共識。最後，「教育與學習成長」面向，共有3個項目，其中2個項目具高度共識、1個具中度共識。

進一步而言，從表一之一來看，專家具

表一之一 台灣在各醫院推行公開揭露服務的主要困難或障礙：高度共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
A01 缺乏訴訟前調查與鑑定醫療真相的公正第三方和機制	5	0.5
A03 擔心揭露醫療過程疏失或道歉，會成為司法機關認定要承擔法律責任的依據	5	0.5
A05 台灣社會氛圍以究責為主，缺乏「公開揭露/開放溝通」的文化	5	0.5
A02 未有相關配套法規或措施，以保護醫療人員（如sorry/apology law）	4.5	0.5
A04 擔心成為媒體焦點和不適當報導	4	0.5
A08 病方無法接受醫方承認犯錯，卻不能作為訴訟證據或不必負責	4	0
A07 社會的懷疑文化和酸民文化，使負面情緒蔓延和擴大，無法理性面對	3.5	0.5
B 醫院組織文化與管理		
B03 醫方缺乏公開揭露的執業文化	5	0.375
B06 醫院管理階層無法給予第一線醫事人員協助、保護或支持	5	0.375
B14 醫院管理文化不重視	5	0.5
B12 醫院沒有建構告知真相的程序和相關配套機制	4.5	0.5
B01 擔心傷害聲譽跟形象	4	0.5
B02 擔心醫院人事懲處與考核制度	4	0.5
B04 病人傷害原因和責任歸屬尚未明確，不知如何說明真相	4	0.5
B05 醫方欠缺面對錯誤的道德勇氣	4	0.5
B09 醫方誤解關懷的意義，認為給予安撫即是成功的關懷	4	0.5
B11 醫院以保護醫師為名，不讓爭議醫師親自說明，無法撫慰病家情緒	4	0.5
B15 醫院領導風格缺乏「誠實」的價值，以透明、公開作為追求的標竿	4	0.375
B16 律師警告不可以承認錯誤	4	0.375
B18 涉及系統性錯誤，責任歸屬尚未釐清	3	0.5
B08 醫方負責溝通與關懷的成員層級太低	3	0.375
C 醫病溝通與互動		
C01 擔心招來醫療糾紛或病人興訟	5	0.375
C02 擔心病方要求金錢賠償	5	0.5
C06 醫師擔心主動道歉就會被病人或家屬認定一定有疏失	5	0.5
C04 醫病之間缺乏信任	4	0.5
C05 否認並築起防衛之心的人性能反應	4	0.5
C07 醫病雙方對醫療過程的認知基礎或能力不同	4	0.5
C08 醫事人員對醫療爭議的恐懼害怕	4	0
D 教育與學習成長		
D01 缺乏執行溝通和關懷的專業人才和技巧	5	0
D02 醫學教育缺少醫療爭議處理（如sorry/ apology laws、Being open）之訓練課程	5	0.5

表一之二 台灣在各醫院推行公開揭露服務的主要困難或障礙：中度共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
A06 有些民眾喜歡找民意代表施壓	3	1
B 醫院組織文化與管理		
B13 醫院無專責團隊負責或提供協助	4	0.75
B17 院方試圖隱匿真相，對醫療過程輕描淡寫	4	1
B10 各醫院溝通關懷模式不一	3	0.875
C 醫病溝通與互動		
C03 擔心病方都是無理取鬧、不理性	3	1
D 教育與學習成長		
D03 爭議醫師缺乏修復式正義或敘事醫學思維	4	1

表一之三 台灣在各醫院推行公開揭露服務的主要困難或障礙：未達共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
A09 醫師擔心承認錯誤，會因究責而失去醫師執照	2.5	1.375
B 醫院組織文化與管理		
B07 醫方不願意花時間做這類的事	4	1.25

高度共識且中位數4分以上的題項，在「醫院組織文化與管理」面向共12題，包含醫方缺乏公開揭露文化、擔心傷害醫院名聲、缺乏認錯的道德勇氣和誠實價值，同時，未建構告知真相機制和配套措施、誤解關懷便是給予病家安撫即可、不讓爭議醫師親自說明，也無法提供第一線醫療人員真正支持與保護且擔心醫院懲處和考核等，是導致推行公開揭露的障礙。在「社會文化與法制」面向共6題，包含因台灣缺乏保護揭露的法制、擔心成為訴訟不利證據、病人和整體社會究責的氛圍、媒體不當報導、未有訴訟前公正第三方鑑定機制等，導致推行公開揭露的困難。「醫病溝通與互動」面向亦有7題，專家認為因醫病缺乏信任基礎、擔心病人誤解道歉的意義或無法瞭解醫療過程、引起訴訟或金錢賠償、醫師對醫療爭議的恐懼，及防衛的本能反應等，導致公開揭露的困難。最後，「教育與學習成長」面向，共有2題，專家認為主要與醫學教育缺乏處理醫療爭議的教育課程和缺乏執行溝通關懷的專業人才等有關。

此外，從表一之二來看，專家對民眾找民意代表施壓、病人無理取鬧、醫院無專責團隊負責、各醫院溝通關懷模式不一、或院方試圖隱匿真相等因素，是造成推行公開揭露障礙的看法，只具中度共識。依專家所寫不贊同多數意見的質性資料來看，有些專家認為，找民代是因醫院未落實溝通關懷的「果」，且民代介入更有助於說明真相；相對於醫療和社工背景專家，較多法學專家認為病方無理取鬧、不理性是推行公開揭露的障礙；有些專家認為病人可取得病歷資料，醫院無法隱匿真相或並非所有醫院均是如此；有些專家認為各醫院溝通關懷模式不必然要相同，可依各醫院文化有所不同，多元反而是好的，同時，認為目前醫院大多已有專責團隊協助。從表一之三來看，專家對醫師擔心承認錯誤會被究責而失去醫師執照、或醫方不願意花時間做這類事情，則無共識，主要原因是專家認為從過去經驗來看，醫師不會因醫療疏失而失去執照；有些專家則認為不是醫方不願意做溝通和關懷，而是

不知如何做，或認為法律有規定自然會做。

綜合前述，此意味著醫方非刻意隱瞞事實，而是擔心揭露後產生訴訟、賠償或來自醫院懲處，亦缺乏公開揭露的文化、依循準則、訓練課程、員工支持，及醫病互信基礎等，成為推行公開揭露的可能障礙。同時，過去常被詬病妨礙溝通的病人無理取鬧或民代施壓的情形，似乎也有所改變。

(二) 台灣醫療機構推行公開揭露的所需配套措施

從表二之一至二之三可看出，專家們列舉推行公開揭露需要的配套措施，以「社會文化與法制」面向為主，共有16個項目，其中12個項目具高度共識、3個具中度共識、1個無共識。其次，為「醫院組織文化與管理」面向，共有13個項目，11個項目具高度共識、2個具中度共識。再者，為「醫病溝通與互動」面向，共有8個項目，8個項目均具高度共識。最後，為「教育與學習成長」面向，也有4個項目，其中3個項目具高度共識、1個具中度共識。

進一步而言，從表二之一來看，專家具高度共識且中位數4分以上的題項，在「醫院組織文化與管理」面向共10題，分別是院方支持改變既有觀念與文化、鼓勵醫護人員誠實告知並給予實質協助、醫療人員詳實記載醫療行為過程、提供揭露溝通人員的人身安全防護措施、明訂院內醫療糾紛標準作業處理流程且留有紀錄、推動醫療機構自省自律機制、設有專責人員與單位且將負責人位階提升至領導階層、院方不得妨害醫護人員說明真相或關懷，也不得給予不利處分等，被認為是推行公開揭露所需配套措施。在「社會文化與法制」面向共7題，從這些選項發現，專家認為應明訂專業人員或團體提供基層院所溝通關懷協助、示範性機構先行、建立雙方信任的第三方公正鑑定制度、落實道歉法、妥適的補償機制、要求媒體自律、國家負擔相關經費等，是推行公開揭露服務所需配套措施。至於修改刑法使醫療傷害以故意为限、負刑事責任，專家普遍認為不具重要性。「醫病溝通與互動」面向亦有7題，專家認為應設立關懷小組且成員有社

表二之一 台灣各醫院推行公開揭露服務，最需要有哪些配套措施：高度共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
2.1.A01 法律責任的配套規定：道歉法則	5	0.5
2.1.A02 建立雙方信任的第三方公正鑑定制度	5	0.5
2.1.A03 建立妥適的補償機制	4	0.5
2.1.A04 要求媒體自律和禁止不當報導	4	0.375
2.1.A08 官方獎勵或推薦示範性機構先行	4	0
2.1.A13 國家為推動政策應負擔相關經費	4	0.5
2.1.A15 應明訂有專業人員或團體提供基層院所溝通關懷協助	4	0
2.1.A09 明定避免與醫糾事件無關的人員或有利害衝突的單位介入	3	0.5
2.1.A16 應減輕主動向病人說明和道歉之醫師的法律責任	3	0.5
2.1.A06 先由幾近錯失案件開始推動，進而依序輕度、中重度醫療意外事件，最後再到死亡案例，逐步實施	2.5	0.5
2.1.A07 未提供關懷應有具體罰則	2	0.5
2.1.A12 修改刑法使醫療傷害以故意为限，負刑事責任	1	0.5
B 醫院組織文化與管理		
2.1.B01 院方支持改變既有觀念與文化	5	0
2.1.B02 明訂院內處理醫療糾紛SOP流程且留有紀錄	5	0.5
2.1.B03 院方鼓勵醫護人員誠實告知並給予實質協助	5	0
2.1.B04 院方應提供揭露和溝通醫事人員的人身安全防護措施與協助	5	0.375
2.1.B05 推動醫療機構自省自律機制	5	0.5
2.1.B07 院方不得妨害醫護人員說明真相或提供關懷，也不得給予不利處分	5	0.5
2.1.B08 專責人員與單位	4	0
2.1.B09 資源連結與整合	4	0
2.1.B11 醫療人員應詳實記載醫療行為的過程	4	0
2.1.B13 提升關懷小組負責人位階至領導階層	4	0.5
2.1.B06 院方禁止向媒體或非事件相關人透露資訊，注重病方及當事醫師的個人隱私	3	0.5
C 醫病溝通與互動		
2.1.C07 應該加強事前告知說明義務	5	0.5
2.1.C08 關懷對象應及於病家及爭議醫師	5	0
2.1.C01 強化病家事故後醫療照護需求之協助	4	0.375
2.1.C02 設立關懷小組	4	0.5
2.1.C03 關懷小組需有爭議醫師和同專科醫師參與	4	0
2.1.C04 關懷小組需有社、心專業人員	4	0
2.1.C06 需有醫療關懷員協助溝通了解問題	4	0
2.1.C05 關懷小組需有病人志工	3	0.5
D 教育與學習成長		
2.1.D01 加強專業人員揭露、溝通，及關懷訓練	5	0
2.1.D02 強化民眾宣導與教育不究責文化	5	0
2.1.D03 具與病人溝通能力的專業人力	4.5	0.5

表二之二 台灣各醫院推行公開揭露服務，最需要有哪些配套措施：中度共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
2.1.A14 鼓勵醫方通報公開揭露事故	4	0.875
2.1.A10 保險費率應與過去醫療糾紛發生比率連動	3	0.875
2.1.A11 建立保大不保小的無過失賠償制度	1.5	1
B 醫院組織文化與管理		
2.1.B12 醫療行為的記錄全面電子化，使每一次記錄與修改都能有跡可尋	4	0.875
2.1.B10 醫院主管部門的決策人員應具法律專長	3	0.875
D 教育與學習成長		
2.1.D04 國外標竿經驗學習與交流	4	0.875

表二之三 台灣各醫院推行公開揭露服務，最需要有哪些配套措施：未達共識

題項	中位數	四分位差
A 社會文化與法制		
2.1.A05 「關懷小組」法制化	4	1.375

心專業人員、爭議醫師和同專科醫師參與、關懷對象應及於病家及爭議醫師、應該加強事前告知說明義務等，是推行公開揭露服務所需配套措施。最後，「教育與學習成長」面向，共有3題，專家認為主要與加強專業人員揭露、溝通，及關懷訓練、具備與病人溝通的專業人力、強化民眾宣導與教育不究責文化等因素有關。

此外，從表二之二來看，專家對鼓勵醫方通報公開揭露的事故、保險費率與過去醫療糾紛比率連動、保大不保小的無過失賠償制度、醫療行為的記錄全面電子化、醫院決策人員應具法律專長、國外標竿經驗學習與交流等，是推行公開揭露服務所需配套措施的看法，僅具中度共識。依專家所寫的質性資料來看，有些專家認為不能僅用鼓勵而必須要以強制方式，同時，較多法學和社工背景專家認為，鼓勵醫方通報公開揭露事故是重要的配套措施；醫療記錄已全面電子化或不認同電子化只為了作為糾紛證據；有些專家則認為國外標竿經驗不見得對台灣有用。從表二之三來看，專家對「關懷小組」法制化的看法，則無共識，原因是有些專家認為關懷小組形式上已法制化且不能僅重視形式。

討 論

依據前述結果，此部分主要討論在「社會文化與法制」、「醫院組織文化與管理」、「醫病溝通與互動」，及「教育與學習成長」等不同構面遭遇的困難、需進行的改變，及各構面之間的關連性。

(一) 破除醫院隱晦和究責個人的管理框架，建立說明真相的機制和組織文化

如前述研究結果，未來台灣無論是推行公開揭露的障礙或所需配套措施，專家具共識且被多數認為重要的因素，以「醫院組織文化和管理」面向之項目為最多。就此而言，未來台灣建立公開揭露機制的重要關鍵，在於突破現有醫院組織文化和管理方式。

專家們普遍認為醫院需克服的障礙和調

整策略，包括：1.誠實面對醫療不良事件：醫院需改變因擔心傷害聲譽、形象，及承擔法律或賠償責任，而無法面對錯誤的氛圍，轉而豎立「誠實」價值，接受醫療錯誤的事實，並透過自省和根本原因分析提升醫療安全，重視預防未來再發生的組織文化；2.採不責難和不究責個人的管理方式，不僅不妨礙醫療人員進行告知和關懷，更需鼓勵醫療人員坦承，提供醫療人員支持和人身安全防护措施。Carrillo等人亦指出，當機構不存在責難的文化時，醫療專業人員擔心損害聲譽的情形會減少，同時，也更能確認自身的行為必須符合誠實和倫理[13]；3.建立醫院溝通關懷程序和除錯等機制，以團隊合作方式處理醫療爭議事件。此部分專家們認為多數醫院已建立跨專業醫療爭議處理團隊和機制，相對來說較容易進行。

進一步而言，如何讓醫院願意改革相關管理制度呢？國外經驗或可供參考。如英國國民保健署（National Health Service，簡稱NHS）轄下的國家病人安全機構（National Patient Safety Agency，簡稱NPSA）機構，要求委員會或管理層級的重要領導者需公開宣示支持英國的公開（Being Open）政策，並確認提供工作人員應有支持與溝通教育訓練。加拿大評鑑機構（Accreditation Canada）和加拿大醫療保護協會（Canadian Medical Protective Association，簡稱CMPA）則要求各醫院採取加拿大揭露指引（Canadian Disclosure Guidelines）以符合評鑑要求，並出版小冊子（如當發生不良反應時，如何滿足病人和家屬臨床、資訊，及情緒等需求）宣傳和開設訓練課程，及提供醫療人員即時建議[2]。就此而言，醫療機構主管機關或評鑑單位可推動相關配套的社會法制、擬定揭露準則，及提供公開揭露訓練課程等，作為促進醫療組織改變的重要策略。茲進一步論述如下。

(二) 改善負面或敵對的社會文化與法制，創造處理醫療爭議的友善環境

如研究結果所示，專家普遍認為台灣目前缺少而急需建立的相關配套措施包括落實道歉法精神、訴訟前公正第三方鑑定機制、

妥適的補償機制，及公開揭露準則等。同時，也需改善病人和整體社會究責或責難的氛圍，及媒體不當報導等情形，創造一個有利於醫病之間處理醫療爭議的社會氛圍和環境。

首先，依目前行政院所草擬醫預法內容來看，第四條明訂將委託醫事專業之財團法人、機構或團體，辦理醫療爭議之爭點整理或評析意見，此可作為公正第三方意見，以平衡醫病雙方認知差距，達到發現真相、預為止紛之效果。第七條規定保護相關揭露資訊不得為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎，亦是落實道歉法精神。如此一來，保障醫療人員可以安心的向病人揭露資訊，同時，進行根本原因分析時，所揭露的相關資訊同樣受到保護、不得作為訴訟證據，亦不得對外向任何人透露訊息，此符合目前國際發展趨勢[2]。

不過，有關補償機制和擬定公開揭露準則等配套措施，則未在此次醫預法草案中出現。特別是，過去衛福部所提出的醫糾法版本，多會提及設立補償基金，但在此草案版本卻罕見隻字未提。這與過去眾多利益團體對於補償基金設置方法和財源籌措方式存有極大歧見有關。不過，若以國外經驗來看，一旦向病人揭露後，即便沒有進入訴訟，仍須面對賠償病人的需要，設置補償基金是公開揭露制度重要的配套措施之一，如美國由各機構發展出多元的「揭露與給予（disclosure and offer，簡稱D&O）計畫，或紐西蘭的意外事故賠償制度（Accident Compensation Corporation，簡稱ACC）則由中央政府統籌。另外，目前草案亦未提及制訂執行溝通關懷或公開揭露的指引或準則，僅在第五條提到醫療機構必須說明、溝通，並提供協助及關懷服務。當然台灣可參考美國推行公開揭露的方式，由各醫院自行擬訂公開揭露的程序，亦或者由主管單位著手制訂公開揭露依循的準則，如澳洲公開揭露架構（Australian Open Disclosure Framework）、加拿大揭露指引（Canadian Disclosure Guidelines）、英國公開程序（Being Open Procedure）等，提供各醫院依

據自己機構特性進行調整，不一定要完全相同[2]。

再者，媒體報導強調個人失敗而非體制、病人認為應懲罰或吊銷醫療錯誤醫師執照等敵對的社會氛圍，與國外遭遇困境亦相同。而形成此責難文化的原因在於醫療組織未嚴肅看待醫療錯誤且無責任（accountability），導致大眾不信任。因此，除前述第一點已提到醫療機構需進行相關改革外，也應嘗試建立社會大眾與醫療提供者之間對話，討論病人安全事故的本質、健康照護品質和複雜性等，使病人能從體系而非單一錯誤來瞭解事故。同時，擴大病人角色參與品質評估和同儕審查會議，確保病人對系統改正醫療錯誤有信心，滿意組織的回應方式。另外，若干國家亦改變使用負面專有名詞，如加拿大將錯誤（error）改為病人安全事故（patient safety incident）、有害事故（harmful incident），英國將揭露（Disclosure）改為公開（Being open），加拿大和美國則改為溝通（Communication）等，促進醫病之間調整看待彼此態度和期望的方式[2]。

最後，台灣不像美國有國家健康照護執業者資料庫（National Practitioner Data Bank，簡稱NPDB），恐讓參與D&O計畫醫師反而因揭露醫療錯誤、較多賠償案件，造成醫師保險費增加、求職受阻、名譽受損、懲戒或吊銷執照等風險。美國提出的解決策略包含：1.不懲罰參與D&O計畫的醫師和機構；2.區分賠償案件的類型，如因訴訟被判決有罪或參與D&O計畫者[2]。專家們亦認為目前台灣並無醫師因醫療傷害而被吊銷執照或求職受阻之情形。同時，台灣醫師投保醫療責任保險比率不高且醫療爭議事件補償金額亦不高，尚無如美國和澳洲等都曾出現醫療傷害保險之危機。這些都是台灣相對於其他國家推行公開揭露有利的條件。

（三）透過教育訓練建立醫療人員揭露技巧與自信，進而改善醫病關係

藉由社會立法和建立相關制度，雖可提供醫療人員一個公開揭露友善環境，但若要使醫療專業體系接受公開揭露的文化且能有

力確實執行，則需要透過教育方式來完成。如道歉工作聯盟（Sorry Works! Coalition）一個由醫師、律師、保險公司和病人組成的民間組織，其認為國會或州立法並不是解決醫療訴訟危機的唯一方法，該組織主要目標並非遊說立法，而是期望藉由教育方式打破醫療社群的迷思，如承認過失和道歉只會增加病人提告的可能性、或為自己製造法律責任等。此種醫療社群內部文化形成進行道歉的阻礙並不亞於法律因素，同時，社群文化的改革需要時間，必須從教育著手[9,20]。

再者，相關研究指出，儘管已有執行公開揭露的指引，但實際執行揭露比率仍不高，原因包括害怕訴訟、對專業的影響、擔心揭露和道歉對病人無益、與病人對話或對病人情緒表達感到不舒服等。同時，醫療專業者揭露錯誤的能力也不足，除因不一致的訓練之外，多數是藉由直接觀察臨床指導老師來學習揭露的技巧，使得被訓練者反而暴露於一個負面角色模範中，提高非坦白回應錯誤的可能性[21]。因此，教育醫療人員有效進行揭露和道歉，是彌補此落差的重要方式[22]。事實上，透過教育訓練課程不僅提升醫療人員執行公開揭露的能力與技巧，也培養贊同公開揭露的態度與架構[13]。

目前已有多樣化的教育計畫、課程和方法提供此訓練，但多數的教育實踐計畫都是描述性、只有被訓練者涉入，且很少能指出最有效的方式為何。近年來，教育工作者開始採用擬真（simulation）技術來訓練醫學生和臨床工作者揭露錯誤，其目的在於重建一個安全且受控制的環境，具備物理、情境，及心理等真實要素，提供評估醫病之間關於討論錯誤情形的獨特機會[21,22]，亦或是以標準病人（standardized patients）方式來訓練住院醫師，提升其運用揭露錯誤的關鍵要素的信心和知能[23]。換言之，這些公開揭露擬真課程主要透過案例場景設計，訓練醫療人員進行反思、認識揭露的困難、揭露錯誤的倫理標準、彼此體會，及促進醫病溝通互動能力為主。

不過，Crimmins等人回顧訓練揭露錯誤的研究發現，21項研究中只有5項針對學

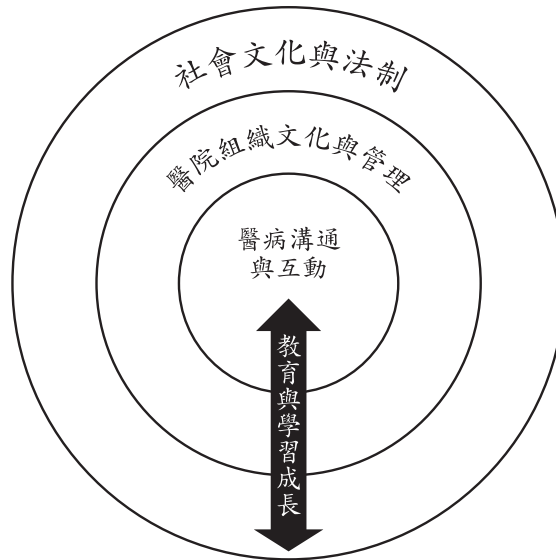
習者進行結構式評估，其他16項研究則以自我評估方式評估學習者的表現，而非客觀評估[21]。因此，如同國外推動經驗一樣，未來台灣也需要針對公開揭露課程之成效進行系統性評估，並建立相關指標如賠償金額、訴訟比率、案件處理時間、病安事件數量、課程評量（爭點整理能力、溝通知能和技巧）、醫病當事雙方（負面或壓力減除、醫療資訊瞭解程度）等[2]。

事實上，從前述專家所提供意見發現，台灣相互對立的醫病關係已存在改變契機，包括醫方並非刻意隱瞞真相，而僅是不熟悉執行公開揭露的方法，且病人不理行行為亦減少等，都是有助於醫病開放溝通和互動的基礎。因此，我們可以期待台灣在建立支持公開揭露的配套措施和可供醫療機構參考的公開揭露準則後，再透過教育課程使醫療專業者學習如何進行有效的溝通和解決紛爭，進而累積醫病之間的信任，使醫病關係進入一個正向循環中。

(四) 結論與研究限制

未來台灣一旦通過醫預法，將有機會與現行實施公開揭露機制等國家一樣，以開放、誠實，以及即時方式，向病人及家屬說明不良事件和補救方式，並針對醫療錯誤進行調查與改善、從錯誤中學習。相對地，從文獻和本研究結果來看，亦可預期推動醫預法的過程，可能遭遇來自社會文化與法制、醫院組織文化與管理、醫病溝通與互動，及教育與學習成長等構面的障礙，且必須在各構面建立相關配套措施。就此而言，推動醫預法或公開揭露機制，是一持續在各構面進行修正和改革的過程，各構面之間亦彼此連結和回饋，如圖一所示。

此外，不同於量化研究可採行隨機抽樣方式，德菲法作為一種質性研究方法，對於專家的界定仍舊是缺乏公信力，使得德菲法在運用過程，研究者如何挑選成員的依據（含專業知識和實務經驗）往往備受質疑[15,16]。本研究為顧及受邀專家的代表性，研究團隊針對專家名單進行討論以取得共識，評估名單中每位專家於醫療糾紛此議題發聲的重要性。特別是，本研究團隊涵蓋學



圖一 台灣推行公開揭露機制之可行脈絡

術和實務領域工作者，思考和關注面向較廣，期望能邀集可信賴的專家參與，提昇研究結果的可參考性和預測性。

致 謝

本研究感謝柳營奇美醫院專題研究計畫經費補助，同時，感謝參與且提供本研究寶貴意見之專家。

參考文獻

1. 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
2. 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.
3. Sorensen R, Iedema R, Piper D, Manias E, Williams A, Tuckett A. Health care professionals' views of implementing a policy of open disclosure of errors. *J Health Serv Res Policy* 2008;**13**:227-32. doi:10.1258/jhsrp.2008.008062.
4. Kraman SS, Hamm G. Risk management: extreme honesty may be the best policy. *Ann Intern Med* 1991;**113**:963-7. doi:10.7326/0003-4819-131-12-199912210-00010.
5. Kraman SS, Cranfill L, Hamm G, Woodard T. Advocacy: the Lexington Veterans Affairs Medical Center. *Jt Comm J Qual Improv* 2002;**28**:646-50. doi:10.1016/S1070-3241(02)28069-4.
6. Iedema R, Mallock N, Sorensen R, et al. Final Report: Evaluation of the Pilot of the National Open Disclosure Standard. Sydney: Australian Commission of Safety and Quality in Healthcare, 2007.
7. Iedema RA, Mallock NA, Sorensen RJ, et al. The National Open Disclosure Pilot: evaluation of a policy implementation initiative. *Med J Aust* 2008;**188**:397-400. doi:10.5694/j.1326-5377.2008.tb01683.x.
8. Iedema R, Jorm C, Wakefield J, Ryan C, Dunn S. Practising open disclosure: clinical incident communication and systems improvement. *Sociol Health Illn* 2009;**31**:262-77. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01131.x.
9. 林東龍、陳郁雯：他山之石－美國和澳洲執行「公開揭露」機制之經驗與啟示。台灣衛誌 2012；**31**：205-16。doi:10.6288/TJPH2012-31-03-01。Lin DL, Chen YW. A comparative study of the "open disclosure" policy in the United States and Australia: lessons for Taiwan. *Taiwan J Public Health* 2012;**31**:205-16. doi:10.6288/TJPH2012-31-03-01. [In Chinese: English abstract]
10. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.

- Washington, DC: National Academy Press, 2001.
11. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America; Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
 12. 衛生福利部：醫療事故預防及爭議處理法草案總說明。https://www.ey.gov.tw/Page/AE106A22FAE592FD/75b1a695-f260-4f77-88f8-854cebcd0302。引用2019/04/13。
Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). General description of the draft on Medical Incidents Prevention and Disputes Resolution Bill. Available at: https://www.ey.gov.tw/Page/AE106A22FAE592FD/75b1a695-f260-4f77-88f8-854cebcd0302. Accessed April 13, 2019. [In Chinese]
 13. Carrillo I, Mira JJ, Guilabert M, Lorenzo S; Second and Third Victim Research Group. Why an open disclosure procedure is and is not followed after an avoidable adverse event. *J Patient Saf* 2017. doi:10.1097/PTS.0000000000000405. [Epub ahead of print]
 14. Goodman CM. The Delphi technique: a critique. *J Adv Nurs* 1987;**12**:729-34. doi:10.1111/j.1365-2648.1987.tb01376.x.
 15. 謝臥龍、駱慧文：德懷研究。謝臥龍：質性研究。台北：心理出版社，2004：317-77。
Shieh V, Lo AHW. Delphi research. In: Shieh V ed. *Qualitative Research*. Taipei: Psychological Publishing Co, 2004: 317-77. [In Chinese]
 16. 潘淑滿：質性研究：理論與應用。台北：心理出版社，2002。
 - Pan SM. *Qualitative Research: Theory and Application*. Taipei: Psychological Publishing Co, 2002. [In Chinese]
 17. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research and Evaluation* 2007;**12**:1-8.
 18. Holden MC, Wedman JF. Future issues of computer-mediated communication: the results of a Delphi study. *ETR&D* 1993;**41**:5-24. doi:10.1007/BF02297509.
 19. Mead DM. *Innovations in Nursing Care. The Development of Primary Nursing in Wales* Unpublished Report. London: Department of Health, 1992.
 20. Wojcieszak D, Banja J, Houk C. The Sorry Works! Coalition: making the case for full disclosure. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006;**32**:344-50. doi:10.1016/s1553-7250(06)32044-2.
 21. Crimmins AC, Wong AH, Bonz JW, et al. "To Err Is Human" but disclosure must be taught: a simulation-based assessment study. *Simul Healthc* 2018;**13**:107-16. doi:10.1097/SIH.0000000000000273.
 22. Raemer DB, Locke S, Walzer TB, Gardner R, Baer L, Simon R. Rapid learning of adverse medical event disclosure and apology. *J Patient Saf* 2016;**12**:140-7. doi:10.1097/PTS.0000000000000080.
 23. Spalding CN, Rudinsky SL. Preparing emergency medicine residents to disclose medical error using standardized patients. *West J Emerg Med* 2018;**19**:211-15. doi:10.5811/westjem.2017.11.35309.

Feasibility analysis of the incorporation of open disclosure practices in medical institutions in Taiwan

SHIU-WEI CHANG¹, SHIH-LIANG WENG², CHIA-YU TSAI³, DONG-LONG LIN^{3,*}

Objectives: The Ministry of Health and Welfare has recently drafted a bill entitled “Medical Incident Prevention and Dispute Resolution,” which seeks to incorporate the strategy and content of open disclosure practices that are in place in Europe and the United States. In the event that Taiwan implements this bill, the potential obstacles that may be encountered should be investigated as well as the coordinated set of measures that the bill will require. **Methods:** In addition to referring to the experience of other countries practicing open disclosure, this study employed the Delphi method to collect opinions from 16 domestic experts on the question of medical disputes. The aim was to analyze the obstacles and evaluate the coordinated set of measures needed to implement open disclosure in Taiwan. **Results:** After 3 rounds of questionnaires, the experts surveyed proposed 38 recommendations addressing the barriers medical institutions may face when implementing open disclosure. High consensus was reached on 30 of these recommendations. Additionally, 41 recommendations were offered regarding a coordinated set of measures for implementing open disclosure, with high consensus achieved for 34. **Conclusions:** The recommendations obtained through this research include the following. First, when medical institutions deal with adverse medical events, the tendency of management to conceal and blame individuals should cease. Instead, solutions should be implemented to establish mechanisms and bring changes to the organizational culture to ensure the truth is preserved. Second, improvements are warranted in terms of the hostile social culture and legal system. A friendly environment should be created to ensure that medical disputes are resolved amicably. Third, efforts should be made to foster mature open disclosure behaviors and enhance the confidence of medical staff through education and training. (*Taiwan J Public Health*. 2019;38(6):633-645)

Key Words: *open disclosure, adverse event, Delphi Method, Medical Incident Prevention and Dispute Resolution Bill*

¹ Planning and Management Department, Chi Mei Medical Center, Tainan, Taiwan, R.O.C.

² Social Work Department, Chi Mei Medical Center, Liouying, Tainan, Taiwan, R.O.C.

³ Department of Medical Sociology and Social Work, College of Humanities and Social Sciences, Kaohsiung Medical University, No. 100, Shin-Chuan 1st Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung, Taiwan, R.O.C.

* Correspondence author. E-mail: donglong@kmu.edu.tw

Received: Sep 9, 2019

Accepted: Nov 18, 2019

評論：台灣醫療機構執行公開揭露機制之可行性分析

根據該篇文章前言闡示「公開揭露」的效益，不僅是不良事件的「事後處理機制」，也是避免不良事件再度發生的「事前預防機制」的一種行動方式。為促使醫療爭議發生後可有效調處減訟止紛，並建立開誠佈公之除錯機制以提升醫療品質與安全，衛福部已研擬醫療事故預防及爭議處理法草案，目前於立法院審議中[1]。然而根據澳洲新南威爾斯州經驗顯示，縱使有已制定明確的公開揭露規範，但醫療院所常規上仍難以落實，主要原因是政策與實務的落差（policy-practice gap）[2]，因此如何釐清醫院推動公開揭露服務的困難或障礙是一項重要議題。作者運用德菲法收集專家對公開揭露機制的共識情形，研究涵蓋面向廣泛，包括社會文化與法制、醫院組織文化與管理、醫病溝通與互動、教育與學習歷程等四大構面，過程歷經三回合的問卷收集，作者歸納了醫療機構推行公開揭露30項具高度共識的障礙，以及34項推行公開揭露所需配套措施的高度共識的障礙，這些多元且豐碩的共識資訊可以提供未來相關單位推動公開揭露的基礎。然而中度共識與未達共識的推動困難或障礙題項，也值得重視，他們可能是日後能否順利推動公開揭露制度的關鍵；例如醫師擔心承認錯誤，會因究責而失去醫師執照；醫方不願意花時間做這類的事。此外，配套措施有一項未達共識—「關懷小組法制化」，「關懷小組」設立也正是目前衛福部醫事司嘗試輔導醫院建立的措施，是不是要法制化推動，仍有溝通與努力的空間。

共識內容諸多部分提及「文化」構面與題項，包括社會文化、醫院組織文化、究責文化等，通常文化因素被認為是醫療照護機構提升各種高品質服務改革主要的

障礙[3]，然而這簡易「文化」二字的概念一直很模糊，每個人的解讀不一，變成共識的測量變項必須更精準，才可能界定明確的問題。不過作者在研究結論中，提供幾點未來不錯的策略方向建議，包括醫療機構需破除隱晦和究責個人的管理框架，建立說明真相的機制和組織文化；改善負面或敵對的社會文化與法制，創造處理醫療爭議的友善環境；以及透過教育訓練建立醫療人員揭露技巧與自信。如何達成上述的目標，「文化因素」仍是關鍵因素。

實務上公開揭露制度的推動除了必須有醫療專業人員的共識參與，未來如何以開放的胸襟讓醫療使用者也有機會參與，是一大挑戰，他們的聲音即所謂“Nothing about me, without me”；在醫病雙方醫療資訊不對等的狀況下，一般民眾更關心醫療機構何時開始公開揭露不良事件？公開揭露的主要內容為何？以及有效的公開揭露的方式與形式等，這些疑問有待更深入的探討與研議。

參考文獻

1. 衛生福利部醫事司：衛福部推動醫療事故預防及爭議處理法，盼建立不課責個人之病人安全制度。
<https://www.mohw.gov.tw/cp-16-45264-1.html>。引用2019/11/29。
Department of Medical Affairs, Ministry of Health and Welfare, R.O.C. (Taiwan). The Ministry of Health and Welfare promoted the “Act for Prevention of Medical Accident and Settlement of Medical Disputes” to establish patient safety systems for non-accountable individuals. Available at: <https://www.mohw.gov.tw/cp-16-45264-1.html>. Accessed November 29, 2019. [In Chinese]
2. Harrison R, Walton M, Smith-Merry J, Manias E, Iedema R. Open disclosure of adverse events: exploring the implications of service and policy structures on practice. *Risk Manag Healthc Policy* 2019;12:5-12. doi:10.2147/RMHP.S180359.
3. Nurok M, Lee TH. Transforming culture in health care. *N Engl J Med* 2019;381:2173-5. doi:10.1056/NEJMms1906654.

林金定

國防醫學院公共衛生學系暨研究所

地址：台北市內湖區民權東路六段161號

E-mail：a530706@mail.ndmctsgh.edu.tw

DOI:10.6288/TJPH.201912_38(6).10810501

作者回覆：台灣醫療機構執行公開揭露機制之可行性分析

感謝評論人提出幾個重要議題，給予筆者進一步說明的機會。首先，評論人指出，某些中度共識與未達共識題項，也可能是日後能否順利推動公開揭露制度的關鍵。研究團隊分析專家們所回覆質性資料發現，這些項目專家們之所以持不同意見，有些是因為專家認為從過去經驗來看，台灣醫師並不像國外醫師一樣會因醫療疏失而失去執照，亦即不同國家推行公開揭露機制的障礙有所差異。再者，有些專家認為不是醫方不願意做溝通和關懷，而是不知如何做，亦或是有些專家認為關懷小組形式上已法制化且不能僅重視形式。就此而言，醫方需花時間進行溝通和關懷、或關懷小組法制化仍是不容忽視的因素，關鍵則在於如何讓這些措施具體落實的方法，而本文亦已提出制訂公開揭露指引或準則和教育訓練課程等建議。

其次，「文化」二字確實是模糊且抽象字眼，其指涉內涵甚廣，泛指由一群人共享的一套價值、規範體系、或生活方式。若以

本文探究的議題而言，便是指台灣社會和醫療組織內對於醫療傷害/不良反應所持的一般觀點和應對方式。研究團隊以由下而上的資料分析方式，將「文化」作為涵蓋專家學者所提到各種推行公開揭露障礙的想法、規範或行為方式。換言之，本文所稱的各種文化內涵，實際上就是每一部份由專家學者提出的具體項目，同時，也是文末能提供未來推行公開揭露機制具體建議的主要依據。

最後，病人的確是落實公開揭露不可缺少的一塊拼圖。過去醫療傷害事件往往被醫院視為是隱晦、不名譽、只能少數人知道的「醫療X檔案」。未來病人透過參與公開揭露的過程，不僅得以瞭解醫療傷害的真相，也可參與討論和掌握醫療體系修正錯誤的情形，避免傷害一再發生。值得預期的是，現有社會大眾或病人的責難文化和對醫療體系的不信任，也將隨著醫療組織嚴肅且具責信態度處理醫療傷害後，獲得反轉與改善。