

# 安心生產 國家保障

生產事故救濟10週年

10

# 安心生產 國家保障

生產事故救濟10週年

10



# 目錄 CONTENTS

## 部長序

## 生產事故救濟重要紀事及推動歷程

### 第壹章 生產事故救濟推動歷程

- 018 生產事故救濟開創醫療安全新局
- 022 回顧制度成形與展望未來
- 028 醫療事故救濟是社會信任的重建
- 032 建構制度正視生產風險守護母嬰健康
- 036 生產事故救濟——用制度接住風險的信念與實踐
- 040 由無到有，到更好。女人，我們做到了！
- 044 謝謝你，我的接生醫師

### 第貳章 走出傷痛

- 050 讓制度被看見，讓家屬更快得到安慰
- 052 醫療的長征與不捨的告別，逆境中前行
- 054 在艱難的路上，還有支持與關懷
- 056 給予黑暗低潮中的妳 / 你，一份力量與勇氣

### 第參章 堅持的力量

- 060 媽媽的信任是我們最大的動力
- 063 生產事故無過失補償為產科注入正能量
- 066 負重前行

## 第肆章 同理及感受

- 070 成為那道光，在陪伴中看見希望
- 073 接住悲傷的情緒，協助家屬找到走出低谷的力量
- 076 關心與陪伴，是醫病溝通最好的橋梁
- 078 在衝擊與無力感之間，盡人事、聽天命
- 082 走進悲傷——共情但不沉溺
- 084 產婦家屬與醫師同樣需要被理解與支持

## 第伍章 從事故中學習

- 088 與醫療機構並肩同行——落實除錯，改善品質
- 091 救濟案件的省思與回饋
- 094 從生產事故救濟經驗談推動孕產兒安全對策
- 098 我們勇敢承擔，要做雲林偏鄉婦幼的靠山
- 102 從「害怕」到「安心」：織起一張守護母嬰的安全網
- 106 孕產婦擬真訓練年輕醫師打怪升級

## 第陸章 不責難的力量

- 112 十年之路，為生產風險找解方
- 116 從生產事故救濟到醫預法：十年回顧、實務觀察與制度展望
- 120 從生產事故救濟條例談不責難文化之精神與落實

## 展望未來

- 126 制度深化十年，落實對孕產兒安全之承諾

# 部長序



# 部長序

## —— 以制度承擔風險，守護每一次新生的可能 ——

迎接新生命的誕生，是每一個家庭的重要時刻，也是國家醫療體系責無旁貸的使命。然而，即使醫療科技持續進步，生產過程中仍存在無法完全預測與避免的風險。當不幸的生產事故發生時，不僅影響家庭的生活與未來，也可能對醫療體系造成衝擊效應。因此，如何在確保醫療專業發展的同時，提供孕產婦更完善的保障，一直是政府推動醫療安全政策的重要課題。

臺灣於十年前制定並施行《生產事故救濟條例》，為全球首部針對生產事故所建立之專法制度，展現出國家以制度承擔生產風險、保障女性生產安全的決心。透過無過失救濟機制的設計，政府主動介入支持事故家庭，在第一時間提供必要之經濟補償與關懷服務，使家庭在面對突發變故時不必獨自承擔後果。這項制度的建立，不僅回應了社會對孕產婦安全保障的期待，也體現國家對於生命價值與生育風險之共同承擔。

少子化趨勢日益嚴峻，打造安全且值得信賴的生產環境，不僅是醫療體系的責任，更是國家面對人口結構變遷所必須承擔的重要任務。唯有讓每位孕產婦在生產過程中感受到制度性的支持與保障，減輕對生育風險的不安與疑慮，方能提升整體社會對生產安全的信心，進而營造更友善的生育環境。《生產事故救濟條例》的推動，正是國家透過制度面對少子化挑戰的重要實踐，期望在保障生命安全的同時，強化社會對於生育風險共同承擔的支持基礎。



本條例的施行亦為我國醫療體系帶來深遠的正向影響。制度透過事故審議與回饋機制，將臨床經驗轉化為醫療品質改善的依據，促進醫療流程之檢討與精進，有助於整體照護品質的持續提升。同時，在即時救濟機制的支持下，事故家庭得以透過制度獲得協助，有效減少因醫療爭議所引發之訴訟案件，並促進醫病雙方在理解與信任基礎上的良性互動，進一步強化醫病關係之和諧發展。

本制度的推動，亦標誌著我國醫療安全文化的重要轉型。從過往以責任歸屬為導向的處理模式，逐步邁向以學習與改善為核心的「不責難文化」，使醫療人員能在支持與信任的環境中持續精進專業，並將事故經驗轉化為未來預防的重要基礎。此一文化的建立，不僅有助於提升醫療品質，更為我國孕產兒照護體系奠定長遠發展的制度基石。

十年來，《生產事故救濟條例》已逐步展現其制度價值，為事故家庭提供即時支持，為醫療體系創造穩定環境，也為社會建立更具信任與安全的生產照護機制。本專刊之出版，正是回顧制度發展歷程的重要契機，期望透過經驗的整理與成果的呈現，持續推動我國醫療安全政策的深化，並為每一次新生命的誕生，提供更安心的保障。

衛生福利部

部長

石崇良

謹識

生產事故救濟  
重要紀事及  
推動歷程



# 生產事故救濟重要紀事及推動歷程

## 93年

5月28日 台灣女人連線黃淑英理事長於第7屆婦女健康行動會議發起行動宣言 - 「營造夥伴關係的生產環境」，籲請政府研議設立基金保障婦女生產風險。



◆ 93年5月28日台灣女人連線黃淑英理事長於第7屆婦女健康行動會議發起行動宣言。

## 95年

衛生署侯勝茂署長表示支持婦女健康行動會議所提出之「產科生產非關對錯(no fault)補償計畫」，同時考慮擴及麻醉、心臟外科等科別。

## 100年

5月 立法委員黃淑英辦公室提出「生育風險補償條例草案」。

7月4日 衛生署擬具「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」草案並召開討論會。

9月15日 配合生育事故補償試辦計畫，衛生署提出婦產科診所醫療品質提升計畫。

11月29日 婦產科葉光芄醫師等辦理醫療事故預防及不責難補償制度國際研討會。



◆ 100年11月29日醫療事故預防及不責難補償制度國際研討會。

## 98年

4月~6月 衛生署規劃無過失補償制度，對於醫療過程(生育、手術、麻醉)發生重大傷害或死亡者，予以補償或救濟。邀集各界代表討論，完成「醫療傷害救濟法(草案)」。

## 99年

衛生署與台灣婦產科醫學會共同規劃推動生育事故補償試辦計畫。

## 101年

6月17日 婦產科醫學會記者會要求國家通過生產事故救濟辦法。

7月5日 行政院核定「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」為期2年。

8月28日 衛生署成立「生育事故救濟審議委員會」並召開第一次會議，建立審查共識。

10月1日 「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」開始受理申請，申請資格回溯自101年1月1日起發生之生育事故。



◆ 101年10月1日「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」。



◆ 103年4月10日立法院第8屆第5會期社會福利及衛生環境委員會第13次全體委員會議。

## 103年

4月10日 立法院第8屆第5會期社會福利及衛生環境委員會第13次全體委員會議 - 邱文達部長專案報告 - 「生育風險爭議事件試辦計畫之成效、延長及擴大辦理至其他科別之計畫」。

## 104年

5月 台灣女人連線及台灣婦產科醫學會共同遊說立法委員林淑芬、田秋堇、黃昭順、蘇清泉等人，提出「《生產事故救濟條例》草案」。

11月18日 立法院衛環委員會安排審查，由林奏廷次長及王宗曦司長說明法案，並通過《生產事故救濟條例》。



◆ 104年5月台灣女人連線及台灣婦產科醫學會共同遊說立法委員提出「《生產事故救濟條例》草案」。



◆ 104年11月18日立法院衛環委員會安排審查並通過《生產事故救濟條例》。

12月11日 立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

12月30日 總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。



◆ 104年12月11日立法院三讀通過《生產事故救濟條例》。

◆ 104年12月30日總統令公布《生產事故救濟條例》制定通過。

### 總統令

中華民國 104 年 12 月 30 日  
華總一義字第 10400151401 號

茲制定生產事故救濟條例，公布之。

總 統 馬英九  
行政院院長 毛治國  
衛生福利部部長 蔣丙煌

生產事故救濟條例

中華民國 104 年 12 月 30 日公布

## 105年

- 6月30日 《生產事故救濟條例》正式施行。
- 9月 收受第一件生產事故救濟申請案；「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。
- 10月 衛生福利部編印「生產事故關懷手冊」，台灣婦產科醫學會同時出版「生產事故救濟專刊」。



◆ 105年10月衛生福利部編印「生產事故關懷手冊」。



◆ 105年6月30日《生產事故救濟條例》正式施行。



◆ 105年9月「生產事故救濟審議會」召開第一次會議，建立審查共識。

## 107年

- 10月17日 台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會演講「臺灣不責難生產事故救濟制度」。



◆ 107年10月17日巴西世界婦產科醫學會年度學術研討會。

## 106年

- 11月6~8日 韓國醫療糾紛調停仲裁院為瞭解臺灣生產事故救濟制度及運作經驗，組團來臺參訪衛生福利部，進行實務經驗交流。
- 12月29日 立法院三讀通過醫療法第82條修正案，明確訂定醫事人員民事與刑事責任之過失認定標準。



◆ 106年11月6-8日韓國醫療糾紛調停仲裁院為瞭解臺灣生產事故救濟制度及運作經驗，組團來臺參訪。



◆ 106年12月29日立法院三讀通過醫療法第82條修正案。



◆ 108年2月19日首次生產事故救濟報告出刊。



◆ 108年3月台灣女人連線黃淑英理事長於紐約分享法案之經驗與策略。



◆ 108年8月第二屆審議委員會。



## 108年

- 2月19日 首次生產事故救濟報告出刊。
- 3月 紐約聯合國第63屆婦女地位委員會非營利組織論壇，台灣女人連線黃淑英理事長分享台灣婦女團體倡議、推動生產事故救濟機制，並促成法案之經驗與策略。
- 8月 第二屆審議委員會。

- 10月4日 衛生福利部公告修正《生產事故救濟條例作業辦法》第7條、第9條條文，調高產婦死亡及重大傷害（極重度、重度、中度障礙）之生產事故救濟給付額度上限。
- 11月11~13日 台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於菲律賓「亞太婦產科醫學會年會暨聯合學術研討會」演講分享「生產事故救濟制度 - 台灣經驗」。
- 12月4日 2019生產事故救濟報告出刊。



◆ 108年11月11-13日台灣婦產科醫學會黃閔照秘書長於菲律賓演講。



◆ 108年12月4日2019生產事故救濟報告出刊。



## 109年

- 7月 台灣婦產科醫學會推動「安產御守（避免產後靜脈栓塞及肺栓塞）」，推廣三階段預防策略，強化母嬰安全防線。



◆ 109年7月台灣婦產科醫學會推廣三階段預防策略，強化母嬰安全防線。



◆ 110年1月推動「周產期照護網絡計畫」。



◆ 110年4月2020生產事故救濟報告出刊。



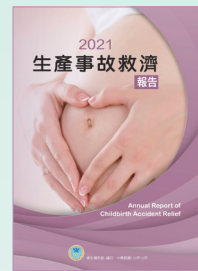
◆ 110年7月擴大產檢項目正式上路。



◆ 110年12月婦產科醫學會舉辦「糖媽媽大作戰」記者會。

## 110年

- 1月 衛福部推動「周產期照護網絡計畫」，以在地化醫療的方式，強化周產期照護區域網絡，提升母嬰照護的就醫可近性與照護品質。
  - 4月 2020生產事故救濟報告出刊。
  - 4月26日 行政院性別平等委員會第23次會議決議通過，新增產前檢查次數與項目，以建構友善生養的環境。
  - 7月 擴大產檢項目正式上路。
  - 12月 婦產科醫學會與國健署、健保署舉辦「糖媽媽大作戰」記者會，呼籲孕媽咪重視妊娠糖尿病控制。將妊娠糖尿病納入常規檢查，並放寬妊娠糖尿病患者給付血糖試紙至生產為止。
- 2021生產事故救濟報告出刊。



◆ 110年12月2021生產事故救濟報告出刊。

## 111年

- 2月 將「維護孕產兒安全」新增列入病人安全年度目標，並推動「產後大出血組合式照護查驗清單」。
- 8月16日 第三屆審議委員第一次審議會。
- 11月22日 2022生產事故救濟報告出刊。



◆ 111年2月新增「病人安全年度目標」，並推動「產後大出血組合式照護查驗清單」。



◆ 111年8月16日第三屆審議委員第一次審議會。



◆ 111年11月22日2022生產事故救濟報告出刊



◆ 112年9月衛福部與醫策會辦理病人安全國際研討會。



◆ 112年11月23日2023生產事故救濟報告出刊。



◆ 115年7月《生產事故救濟條例》施行10周年。

## 112年

- 9月 衛福部與醫策會辦理病人安全國際研討會。
- 11月23日 2023生產事故救濟報告出刊。

## 115年

- 7月 《生產事故救濟條例》施行10周年

## 113年

- 1月1日 《醫療事故預防及爭議處理法》正式施行，以「即時關懷、調節先行、預防除錯」為基礎，建立安全友善的醫療關係。
- 11月28日 2024生產事故救濟報告出刊。

## 114年

- 8月19日 第四屆審議委員第一次審議會。
- 12月1日 2025生產事故救濟報告出刊。



◆ 113年11月28日2024生產事故救濟報告出刊。



◆ 114年8月19日第四屆審議委員第一次審議會。



◆ 114年12月1日2025生產事故救濟報告出刊。



第壹章

# 生產事故救濟 推動歷程





## 生產事故救濟 開創醫療安全 新局

邱文達 / 前衛生福利部部長

沒有當年我們推動的「生育事故救濟試辦計畫」，就不會有今天的《生產事故救濟條例》。那項試辦奠定了整套制度的基礎，也讓本來瀕臨崩盤的婦產科看見重生的可能。這是整體團隊努力的成果，只是我把這件事視為責無旁貸的使命，是我在衛福部期間最重要的工作之一。

我的父親是婦產科醫師，在宜蘭開業，一個月要接生上百個嬰兒。記得有一次，半夜被叫去接生，昏昏欲睡，結果上樓時不小心滾下樓梯，摔得滿身是傷，縫了將近上百針。這樣經常性的半夜工作，加上婦產科的醫療糾紛一直都排在前五名，有時候還和外科並列第一、第二，醫師的壓力非常大。所以很多婦產科醫師不是提早退休，就是轉到內科，甚至乾脆離開高風險的婦產科。

這些年，醫療糾紛與高額賠償案件不斷增加，重災區就是婦產科和重症科。民國100年我擔任衛生署長，民國102年行政院組改後為衛生福利部部長，當時我注意到婦產科醫師平均年齡偏高，幾乎都是50、55歲以上，除了少數大型醫學中心，許多醫院都沒有住院醫師願意報名，那一年婦產科的醫療糾紛甚至排名前三名。



那種「醫師流失率一直降不下來」的焦慮，我的感受特別深刻。所以要用制度來分攤風險，才能保障醫師和病人雙方，避免因為醫療責任過高而讓醫師退出，同時也必須保障病人的安全。

## 無過失補償化解醫病困境

第一關首先必須跟健保署和行政院協商。開始試辦的經費是從醫發基金，等於是國庫補助。在面對行政院時，就以改善醫病關係、降低訴訟，做為政策推動方向；還要讓財政部跟主計總處了解到，這樣做只會讓社會成本更低而非更高，才說服行政院與健保署。

第二關就是爭取立法委員的支持。如果住院醫師不來，未來孕婦可能就沒有醫師接生，事實上，有些偏鄉地區的孕婦必須到都會去生產，這個制度可以保障母親還有嬰兒，減少生產風險。

第三關是跟醫師溝通。讓醫師們都能了解這個制度，不是一種懲罰，而是一種共同分擔風險跟責任，特別強調是補償醫療偶發事故，如果醫師有明顯的疏失，還是需要負責，以避免社會的誤解。

第四關是社會大眾，也是最重要的。政策的主張是從弱勢者的角度出發，強調快速補償，而不是漫長的等待，可以減少家庭痛苦，同時也可以避免悲劇再重演。

從這四個角度去博取各方的支持，展開試辦。同時在產科補償計畫方面，美國有一個 No fault 產科補償計畫，日本針對重度腦性麻痺兒童則設有「重度腦性麻痺兒童醫療補償制度」，我們加以參考，再根據台灣的醫療狀況制訂相關政策。

## 以社會共同承擔取代訴訟雙輸

當然也遇到一些蠻大的阻力，尤其是財源要從哪裡來？由健保提撥，政府編列預算，要用什麼名目？為什麼其他科不編？

第二個阻力就是醫界，有些醫師們覺得補償制度就是承認錯誤，萬一打官司會打輸，後來才慢慢說服他們。

第三個阻力就是補償是不是足夠？當時評估規劃的模式要突破，就要先清楚定義什

麼叫非醫療的事故？讓制度更容易被接受。

民國101年試辦時，經費是由醫發基金提撥，民國104年生產事故救濟條例立法通過，經費來源正式確定主要由國家預算編列，也特別成立生產事故救濟審議會，負責管理補償經費的應用。

當時醫院方面擔心萬一病人拿了補償金再去告怎麼辦？所以重點之一是在條例裡面特別規定，病人如果拿了補償金就不能提告。至於補償夠不夠，我們做了很多次的調解分析，剛開始比較低，慢慢依照財務能力找出一個平衡點，這是其中最困難的部分。

第二個重點是病人家庭可以避免因為意外事故陷入經濟困境。

第三個核心原則就是社會共同負擔這個責任，沒有增加孕婦或是醫師的負擔。因為生產事故很難避免發生，例如：羊水栓塞。所以由整個社會共同承擔，而不是將風險推給病人或者是醫師。

第四個是促進醫療安全。每一個事故除了判定之外，還必須進行事故分析，然後回饋給醫界，避免再發生同樣的悲劇。這個精神是要將救濟制度和醫療品質提升，兩個連結在一起，轉化為醫療安全改善的動能。

試辦成功以後，推動法制化，《生產事故救濟條例》民國104年立法通過。根據統計，民國104年有348件申請案，其中322件進入審查，最後278件獲得補償。其中有兩個特別的案例，就是發生在這個期間，有個產婦的羊水突然跑到血管裡面，醫療團隊全力搶救，還是不幸過世。

這種案例如果在過去，家屬提告求償都是千萬以上，但官司一打通常都是幾年或十幾年，醫師也會面臨刑事調查。有了這試辦計畫，家屬很快就獲得補償，醫師也沒有被告，變成庭外和解，免除漫長的訴訟。

第二個就是日本很重視的新生兒腦性麻痺。胎兒在生產過程中缺氧，生出來腦性麻痺，需要長期的復健照護，病人家庭經濟壓力非常大，就算賠償也要三、五年才能拿到。如果能夠馬上拿到一筆錢，就可以立刻安排復健還有後續的生活照顧。

## 願景：醫療事故救濟走進高風險科別

當時統計數字看到產科醫療訴訟案件下降了70%，住院醫師招募也從50%提升到了



90%，對於整個婦產科人力短缺有很明顯的改善。

現在回過頭來看，如果當年沒有啟動試辦，這個制度是不是延遲誕生？或以不同的模式出現？因為一旦發生醫療事故，沒有人敢做婦產科，孕婦的安全會更惡化，沒有當年的試辦，就不會有今天的立法及制度。

對於我來說，任何制度或法案都要持續精進，透過徹底的根本原因分析，把事件攤開來做 No fault 的討論，醫療安全才有真正改善的可能。也需要持續品質改善（Continuous Quality Improvement, CQI），檢視補償金是否適當，才能在不斷修正中，讓品質更好、制度更成熟。

我也期待，這套模式未來能走出婦產科，擴展到外科、重症醫療等其他高風險領域。但前提始終不變：必須是「非過失的嚴重事故」，以病人優先為核心，並建立在社會共同負擔的基礎上。只有這樣，才能真正推動整體醫療安全的提升。



## 回顧制度成形 與展望未來

石崇良 / 衛生福利部部長

從「生育事故救濟試辦計畫」的規劃與推動，到後來《生產事故救濟條例》的立法與施行，這一路走來，我都深度參與其中。如今，這項制度已邁入第十個年頭，逐步完善，並實際發揮保障母嬰安全、支持醫療人員的功能，我心中既欣慰又感慨。這不僅是一項制度的成長歷程，更是一段關於信任、責任與社會共識的長途旅程。

### 從醫院打錯針事件省思病人安全

回顧這段歷程，要追溯到民國91年11月的「北城事件」。當時的台北縣（今新北市）某家醫院，七名新生兒要施打B型肝炎疫苗，卻因護理人員誤將肌肉鬆弛劑當作疫苗注射，導致多名新生兒突發呼吸困難。儘管立刻急救，仍有一名嬰兒不幸身亡。

此一事件引發社會高度關注，輿論普遍質疑：「怎麼會打錯針？」事後，衛生署成立了「病人安全委員會」，首任主任委員為台大醫院骨科主任侯勝茂，後來他出任衛生署署長，負責帶領病安會的創始工作。

當時，我正於台大醫院成立「品質管理中心」與「病人安全委員會」，這是當時李



源德院長與林芳郁副院長交辦的任務。也因為投入這項工作，侯主任邀請我加入衛生署病人安全委員會，擔任執行秘書。我開始關注國外的經驗，展開學術探討，我的博士論文就是以病人安全為主題，思考如何用「系統化」的方法來面對並改善醫療事故問題。

民國88年出版的《To Err Is Human》一書，書中彙整了各國推動病人安全的經驗，讓我更加確信：這些問題並非台灣獨有——人都會犯錯，各國皆然，真正的差異在於，我們是否能建立適當的制度，又要如何將問題轉化為改進的起點。

當時國際間的共識是：多數醫療事件的發生，其實源於「系統性問題」，而非「個人的問題」。不在於某個人不好，而是整體制度、流程或環境設計存在缺陷；在事件發生後，重點不應放在責怪個人，而是回頭檢視系統何處需要修正，唯有如此，才能避免類似事件一再重演，並透過正向、系統性的檢討機制，將教訓轉化為改善，就有機會防止未來更嚴重的傷害。

## 從「刑訴究責」走向「不責難救濟制度」

在參考多國的作法後，我注意到台灣的醫療糾紛大多仍以刑事訴訟處理。刑事訴訟的本質在於追究個人過失，但在許多國家，已逐步發展出不同的處理模式。其中，紐西蘭與丹麥推動的 No-fault compensation 制度，其核心精神，在於不再一味追究單一醫療人員的責任，而是著重在事件發生後，檢討改善並即時給予病人合理的救濟或補償，因此被稱為「不責難救濟制度」。

台灣的醫療體系相當複雜，不應以「獵巫式」或過度苛責個人的方式處理醫療糾紛；重要的是將事件攤開來，開誠布公地檢討與討論，一方面保障病人權益，另一方面也讓醫療人員在合理、公正的制度下承擔責任，並持續精進。

制定這套條例時，我們參考的國外案例，除了紐西蘭與丹麥，亦包括美國的《Patient Safety and Quality Improvement Act》，以及英國的做法。英國比較特殊，因採公醫體系，設有專責處理醫療糾紛的機構，累積了豐富的爭議處理經驗。最終，我們歸納多國制度設計的基本精神，並與國內專家、學者及相關團體反覆討論，發展出一套較符合台灣國情的制度雛形。

民國97年，我至衛生署醫事處擔任處長。當時我思考，是否能將之前在醫院推動病人安全的研究與實務經驗，從單一醫院與學術研究層次，提升至政策層面，真正推動

全國性、以不歸責為核心概念的病人安全文化。

因此，我們著手建立異常事件通報平台，訂定病人安全年度目標，從制度面推動改革；同時，也委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會），進行醫療事故救濟的相關研究，包含推動立法。

原本的理想目標，是希望制度能涵蓋所有醫療事故，這也是國外 No-fault compensation 的核心精神，但卻遭遇極大阻力。部分法界人士質疑：為何要用國家的錢，去處理本應由醫師個人負責的醫療糾紛？在他們看來，這形同為醫師「脫罪」。

另一方面，也有相反聲音：實務上，約有八成醫療糾紛訴訟最終判定醫師無過失，但卻耗費漫長的訴訟程序，導致醫病雙輸，兩種截然不同的觀點，形成很大的拉鋸。

## 試辦生育事故救濟計畫 發揮正向效果

在所有醫療糾紛中，婦產科案件長年高居第一、二名，導致越來越少醫師願意從事產科。因此，我們思考是否可先從生育事故著手，運用當時的醫療發展基金，試辦生育事故補償機制。一方面減輕產科醫師的壓力，另一方面也作為未來是否擴大推動的參考，用實際成果來檢驗制度能否帶來正向效果。

當然，試辦計畫本身也面臨挑戰。第一個關鍵在於：不能只是「用錢補一補」，就期待大家不再提告；病人的訴訟權仍必須被尊重。因此，我們採取自願參與的方式：若病人選擇訴訟，權利完全不受影響；若願意接受補償，則須簽署同意書，放棄後續訴訟。藉此在補償、權益與制度運作之間，取得相對平衡。

說實話，冗長的訴訟過程對雙方而言都是煎熬，病人和家屬承受煎熬，醫師亦然，幾乎沒有真正的贏家。

從醫療端來看，過度的風險與訴訟壓力，會侵蝕醫師的專業熱情，甚至促使他們採取極度保守的「防禦性醫療」，例如大量重複檢查，或面對高風險病人不願意放手一搏，最終受害的還是病人。如果醫師因為擔心被告，傾向把不易醫治的病人轉診、推給別人，對整個社會來說也是一種傷害。

正因為這樣的考量，我們才會推動試辦計畫，不能只是「拿錢把事情擺平」，必須同時建立「後端的除錯機制」，這並不是換個方式追究個人責任，而是要從系統層面來



改進流程。若檢討後發現，事件並非醫療人員疏失，而是制度或流程存有改善空間，便應即時調整與優化，降低未來再發生事故的機會，不能只停留在「賠錢」而已。

因此在試辦階段，即要求醫療院所進行生育事故通報，並執行根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA）。然而，一開始大家對此不熟悉，無論流程、方法或背後理念，都需要時間學習與推廣。我們因此投入大量的心力在教育訓練上，包含基層醫療人員，希望協助大家逐步放下「獵巫式」思維，改以系統觀點檢視問題：到底哪些環節、流程或環境設計需要調整，才能有效降低風險。

要讓醫療團隊相信：「我們不是在找戰犯，而是一起找出系統可以變得更好的地方。」這牽涉到觀念的改變，必須經過一段磨合與教育，這套制度才能真正運作起來。

所幸，這些挑戰最終逐一克服，也確實產生正向效果：醫療爭議的處理速度加快，程序更為明確，病人滿意度提升，醫療端的回應與態度亦明顯改善。同時，我們也彙整事故分析報告，將經驗與回饋系統化，提供更多醫療院所參考。

透過案例分享，各院所得以檢視自身的醫療流程，及早發現並改善潛在問題，而不必等到事故發生後才付出代價。這正是「從錯誤中學習」（learning from mistakes）的意義所在。而且，錯誤不一定要發生在自己身上，只要願意從他人的經驗中學習，就能提前做出改變。

## 面對醫療爭議 社會逐漸走向成熟理性

這項計畫推動之後，成效確實相當顯著。我們可以清楚觀察到三個具體影響：

- 一、確實減少醫療訴訟。
- 二、看到醫師回流，婦產科住院醫師的招募率上來了。
- 三、制度上的建立，也就是「不究責」的理念。

對於醫療事故，不需要去追究「是誰的錯」，而是系統性的檢討與改善。這樣的文化逐漸產生外溢效果：雖然最初是在婦產科推行，但慢慢擴及整個醫療體系，因此才有後來的《醫療事故預防及爭議處理法》的立法推動。

這樣的成效並非偶然，而是在制度設計之初就確立的幾個重點息息相關，一開始生育事故試辦的重點，主要放在三個面向：

- 一、對病人的救濟補償。
- 二、事故通報。
- 三、根本原因分析（Root Cause Analysis）。

到了後來制定《醫療事故預防及爭議處理法》時，制度焦點進一步擴大與深化，特別強化「爭議處理」的架構，包括：

- 一、及時關懷。
- 二、訴訟前調解。
- 三、爭議處理的具體流程設計。

同時，也將「當事人權益保障」納入制度架構，不僅涵蓋病人與家屬，也包括醫療服務提供者。透過免責條款與相關規範，讓雙方能在有保障的制度下面對醫療爭議。

還記得，當年在立法院審查時，遭遇極大挑戰，整個立法過程歷時數個會期。一開始送進立法院的，其實不是《生產事故救濟條例》，而是《醫療事故補償條例》。

補償條例一提出，立刻引發兩派截然不同的聲音。一派認為，大部分醫師其實都沒有錯，為什麼還要付補償金？錢從哪裡來？財源如何安排？這些問題都無法取得共識，另一派來自民眾，擔心這樣的設計會淪為「醫醫相護」。再加上一些民間團體持不同立場，最終未能完成立法。

後來，「生育事故救濟試辦計畫」展現相當具體的成果，在幾位立法委員與民間團體的支持下，改推《生產事故救濟條例》。由於已有實際經驗作為基礎，只有幾個爭議條款要修正，便順利完成立法。

我很幸運，從最初的試辦，到制度擴大，再到正式立法，每一個階段都親身參與。從民國99年前後開始，一路走到法律通過，前後歷時十餘年，凝聚了很多人的努力。雖然過程漫長，但總算落實了最初的理念：No-fault ——不是責怪任何人，因為沒有人是故意犯錯。

這個制度的核心並不是追究個人的責任，而是從「系統性」的角度去檢討與改善：

- 一、醫療流程如何調整可以更安全？
- 二、體制如何設計可以更支持醫療人員？
- 三、如何讓病人的權益、醫療品質和整體安全一起提升？



這不只是一個部門完成了一項政策任務，而是整個社會在面對醫療風險與醫療糾紛時，逐步走向成熟與理性的象徵。

一個制度的建立，本就不可能一蹴而就。若當年勉強「一次到位」，恐怕也辦不好，因為那時仍缺乏足夠的實務經驗。不論是人員訓練、制度細節、與法院之間的溝通、或地方調解委員會功能的提升，都需要時間逐步累積。

醫院內關懷小組的成立也是一樣，牽涉人力、流程與配套措施，過程中難免遭遇挫折、犯錯或走冤枉路，也正是這些經驗，我們才有機會一步一步調整，最後水到渠成，我覺得這條路不算白走。

## 十年回望：廣納各方意見 路走得更遠更廣

我始終相信：每一種不同的聲音，都是推動制度走向成熟的重要力量。那些質疑、擔憂與反對，迫使我們反覆檢視制度設計，讓它變得更周全。某種程度上，也正是這些聲音，形塑了制度今日的樣貌。

未來若要推動類似制度，我會建議一定要有策略，同時避免重蹈過去的困境。時空背景不斷改變，沒有任何制度可以一勞永逸，真正重要的，是持續修正與調整的能力。只要目標與核心理念清楚，不輕易放棄，並持續廣納各方意見，這條路就能走得更穩、更遠。

從數據來看，醫療糾紛刑事訴訟的比例已由過去約八成，降至六成左右，希望還能繼續降低。這不是說人民不能訴訟，而是希望不要一開始就走向刑事訴訟，而能更多透過調解與對話來解決爭議。這樣的制度，有助於「還原真相」，實現一種更貼近現實的「平凡正義」，而不必訴諸法庭。

尤其在現在這個急重症醫療人力逐漸吃緊的時代，這一點更顯得重要。急重症本就承擔高度風險，若制度設計得宜，便能降低醫師面臨醫療糾紛的壓力，對健保制度的永續與台灣醫療體系的穩定發展，都是正向助力。

十年後回望，我仍深信當初的努力是值得的。那些爭論、挫折與不被理解的時刻，其實都在證明一件事：我們沒有白走這一遭。因為這一路走來，凝聚起來的，不只是制度和條文，而是一個國家願意正視風險、分擔責任、守護生命的真心承諾。



## 醫療事故救濟 是社會信任的 重建

陳時中 / 行政院政務委員

《生產事故救濟條例》在民國104年順利立法，民國106年我擔任衛福部部長，推動落實這個制度，希望建立一套可操作的機制，保障因生產事故受影響的母嬰，也讓家庭與醫療院所之間有明確的責任分擔。這個制度的核心，就是由國家承擔一部分風險，透過及時救助，對胎兒、新生兒或孕婦提供更周全的保護；同時藉由救濟機制，帶動整體安全與健康的提升。

10年過去，我覺得當初的方向是正確的，從事件發生、關懷與救濟，到通報與後續的出錯檢討，每一步都能讓醫院汲取經驗，也讓其他醫院受益，進而提升整體實力，使生產過程更加安全。

回想推動之初，婦產科執業面臨非常嚴峻的困境。當時生產糾紛在所有醫療糾紛裡比例最高，只要孩子出生過程中發生狀況，不管是早產、難產、胎死腹中，或者產婦出現生命危險，家屬覺得自己受害，對醫師也形成沉重壓力，加上可能面臨官司、訴訟甚至刑事責任，讓不少醫師不願再接生，導致產科人力逐漸短缺。



## 第三方處理機制提供緩衝與安撫

因此要建立一個制度，不需要一開始就走向訴訟，而是在事件發生的第一時間，給予家屬實際協助，也給醫師一個相對安全的空間，讓雙方知道有一個公正的第三方機制會介入處理。這樣的制度，其實是一種「緩衝」與「安撫」，不只是法律層面的安排，更是社會信任的重建。

很多醫師一開始不太相信這個制度真的能夠保護他們，輿論也有質疑：為什麼政府要花錢去救濟醫療事故？會不會變成替醫師「擦屁股」？在那個階段，最大的挑戰其實是「溝通」。必須讓醫界、病家、立法院與媒體了解，這個救濟不是在「包庇醫師」，而是在「保障母嬰安全」。只有讓醫師願意執業、敢於承擔風險，母嬰才能得到更好的照顧。

當不幸事件發生時，家屬的痛苦是真實存在的，也必須被制度充分看見與回應。所以，在設計整個制度時，特別重視「同理」與「公平」。

曾遇過一件印象非常深刻的案例：一位年輕媽媽在生產時大出血，醫師和醫療團隊全力搶救，最後母親保住了性命，但孩子沒有留下來，家屬情緒非常激動，一度想要提告。當時制度已經上路，很快啟動通報與協助程序，由救濟基金代表、社工和醫院窗口一起去關懷家屬，協助了解事情經過，並說明制度可以提供的補助與心理支持。家屬感受到不是只有他們孤單面對痛苦，而是有整個系統在協助他們度過難關，最終沒有提告，也與醫師達成了和解。這個案例讓我們非常感動，因為不只是金錢上的補償，更重要的是，讓一個悲劇得以被比較溫柔地對待與承接。

還有一些案例，是透過救濟機制的分析發現某些醫療風險反覆出現，這類資料後來也被用來改進臨床指引，進一步提升整體醫療安全。因此，制度並不只在於「補償」，更在於「預防再發生」，讓每一次事件都成為改進的契機。隨著統計數據與實際案例的累積，也看到醫療糾紛確實下降，醫病關係也逐漸改善。

## 救濟制度啟動互信與支持的良性循環

在所有改變中，最明顯的是醫界更重視「風險管理」與「制度化的支持」。過去醫師多半是個人承擔壓力，有了這個制度之後，知道自己不是孤軍奮戰。醫院開始建立更

完整的通報機制與內部檢討流程，發生事情時，不再只是追究責任，而是先釐清原因、避免再犯，這對醫療品質的提升，影響深遠。

同時社會大眾慢慢理解：醫療行為本身就具有風險，不是每一個結果都能完全預測或控制。當民眾理解這一點，醫病之間的信任就比較有機會重新建立。

這個制度也讓政府學到一件事：有時候，解決問題並不在於「再立一部新法」或「懲罰某一方」，而是要建立一個「互信與支持」的結構。當醫師知道政府與社會在背後支撐他們，他就會更願意承擔責任、投入醫療，形成一種良性循環。

如果把視野從生產事故擴大，幾乎所有科別都可以思考導入，只是不同科別的結構與風險型態不同，實施細節需要相應調整。期待最終建立一個更有溫度、更具彈性的醫療環境，醫療糾紛能更理性、有效地處理，促進醫病關係和諧，也推動整個醫療體系進步。

所以說，《生產事故救濟條例》可以延伸到整個醫療體系，在面對醫療事故時，不只是處理錯誤，而是要修補信任、重建關係。

對於未來，醫療政策應該更強調「預防」、「支持」與「信任」：

- 一、預防：不只是疾病的預防，也包括醫療糾紛的預防。當醫療機構有完善的安全機制，醫師有充分的訓練與支持，病人有清楚的資訊與溝通管道，許多問題在萌芽階段就能被妥善處理。
- 二、支持：醫療是一個高風險、高壓力的行業，醫師與護理人員經常面對生死抉擇。政府與社會應該提供更多心理與制度上的支持，讓醫療人員能專注於照護病人，而不是被恐懼與官司壓垮。
- 三、信任：信任是整個醫療體系的根基。沒有信任，就算有再多的法律與制度，也難以讓醫療真正穩定運作。要重建信任，必須從透明、誠實與充分溝通開始。

## 信念：即使悲劇也要成熟、尊嚴以對

《生產事故救濟條例》也促成《醫療法》第82條修訂，以及《醫療事故預防及爭議處理法》立法，這個過程非常正向且充滿教育意義，不只是針對婦產科或母嬰健康，



更像是一個示範，提供可參考、可複製的模式，使醫療糾紛處理的法律體系得以進一步完善。

從實務層面來看，這套制度促進醫病雙方更多溝通，減少不必要對抗，逐步建立較穩定的夥伴關係。對醫療單位，它提供系統化的學習與檢討管道；對病人，它提供及時且合理的保障。這是一個指標性的法案，不僅在制度設計上突破，也實質提升了社會信任與醫療文化。

對我而言，這不是一個畫下句點的政策成果，而是一份持續進行中的承諾。期待有一天，醫療人員不再孤單承擔指責，病人也不再只能透過訴訟尋求答案，而是站在同一陣線，共同面對疾病與風險。我們談的不只是「避免悲劇」，而是「即使悲劇發生，也能以最成熟、最有尊嚴的方式迎向它」。



## 建構制度 正視生產風險 守護母嬰健康

蘇聰賢 / 生產事故救濟審議會召集人

《生產事故救濟條例》從萌生構想、制度設計到立法定案，我有幸參與其中，身為婦產科醫師，最能切身感受到生產伴隨高度不確定性，以及醫病關係背後龐大的壓力。這不只是單一科別的問題，而是整個醫療體系，甚至國家如何共同面對生育風險的重要課題。如今回頭看，我相信這套制度不只是對個案提供救濟，更是在醫療專業、公共政策與社會信任之間，努力建立起新的平衡。

過去早期的醫療糾紛數量並不高，但由於社會制度及醫病關係改變，醫療糾紛逐年增加。以醫療糾紛鑑定委員會的案件數來看，民國76年為145件，到101年達到619件高峰，社會上開始出現「醫療崩壞」的討論。五大救命科人力不足，年輕醫師不太願意走大科，因為工作相對辛苦、工時長、風險高。以民國100年為例，當時婦產科住院醫師招收率僅56%，相當於年輕醫師少了將近四成，大部分年輕醫師卻希望從事醫美行業。

### 生產事故救濟做為改革起點

在職婦產科醫師年齡偏高，平均約53歲，常常看到滿頭白髮的醫師在產房輪值大



夜班，整體人力非常吃緊。許多婦產科陸續關門，往前推十年約有98家（8.9%）關閉，小兒科也有60家，情況相當嚴重。社會上甚至流行一句口號形容背景：「醜人有人醫，病人無人治。」意思是，大家都希望做醫美，但越來越少人願意留在第一線照顧真正生病的病人。正是在這樣的情況下，社會開始談醫療改革。

當時我在醫策會擔任董事長，受邀參與規劃，雖有「全盤醫療改革」理想，但這不容易，因此選擇從高度風險的產科著手，以「生產事故補償」作為改革起點。這個想法早在民國98年即有人提出，但未獲足夠共識。到民國100年，醫療糾紛與人力流失問題嚴重，生產事故補償制度才獲得社會共識而通過。

制度初期運用醫療發展基金支應，但一開始是放在醫師執業及醫療發展的面向，設計上有困難，後來改為「救濟制度」，由國家編列預算，財務來源比較穩定，也符合公共政策定位。婦產科醫學會在制度推動中，除了支持制度，更參與內容討論，提供專業意見。生產不同於其他疾病，因不確定性高，涉及母嬰雙方，兒童更是國家希望，因此醫學會認為國家應建立完整救濟機制。

制度運作中，每件生產事故都需專業審議，檢視醫療過程中盲點、疏忽及未來可改進之處。透過審議與專家會議，彙整出婦產科醫師需再教育或重新界定常規的部分，這由婦產科醫學會規劃並推動，包括訂定指引、強化教育訓練，以達到除錯目標，將個案教訓轉化為制度化改革。

## 從除錯改進中提升醫療品質

婦女健康暨泌尿基金會與婦產科醫學會合作緊密，當臨床醫師需了解新觀念或新作法需要推廣時，都是一起努力。例如，造成產婦死亡的重要原因之一就是血栓栓塞，醫學會訂定預防守則，從產前介入，提醒病人適度活動、下床走動，必要時進行肢體按摩，對高危族群加強預防，推廣到各地區的婦產醫師落實執行。

另一成功例子是喜克潰錠 (cytotec) 使用規範，此藥對子宮收縮有效，過去常用於催生或妊娠中期流產引產，但若直接用於足月妊娠，可能導致子宮收縮過強、胎兒出現狀況甚至子宮破裂。醫學會訂定藥物使用常規，規範劑量與方式，建議僅使用原藥錠 1/8 溶於水服用，降低併發症風險。

「科學」的方法在這個制度裡扮演非常重要的角色，透過生產事故個案審議與分

析，把問題找出來，推廣新的常規，幫助第一線醫師將風險經驗轉化為改善措施。我們希望達到「除錯、不究責」的目標，制度中「不處罰」並非無所作為，而是以再教育為重，將可改善的流程轉化為實務常規，避免類似事件再發生。

在生產事故救濟制度中，病人或家屬可提出申請，醫療機構也可以主動申請，案件由審議會處理，強調「迅速審查、及時救濟」。時間即壓力，因為雙方處於高度對立的情緒中，拖延只會讓壓力愈積愈大。醫審會內建「除錯機制」，審查醫師或醫療機構是否有疏失或違規，若涉及重大問題，轉交醫策會進一步處理，包括醫療機構撰寫意外事件報告、專家訪查，進行個別或系統性的原因分析。

如果是個別疏失，醫院需提交報告，再由醫策會聘請專家審查，提供回饋與改善建議；如果是結構性問題，則進行系統性分析與輔導，協助醫院整體改善，避免類似事件重複發生。如果報告內容沒抓到真正重點、沒看見關鍵問題，或難免有「講了也不太願意改」的情況，我們也會持續介入，透過多次訪視、輔導或主管機關督導追蹤，確保改善落實，真正除錯。

制度實施後，產科醫師執業壓力明顯降低，不再擔心每次事件都必須走訴訟或背負刑責。初期分析顯示，委託醫療糾紛鑑定案件數下降約70%，反映紓解醫療糾紛壓力效果。年輕醫師選科時也更安心，招收人數多能達標或接近招滿。

對病家而言，《生產事故救濟條例》讓他們理解：醫療存在不確定性，並非每一次不良結果都是醫師的過失。基金會人員在處理申請時，也需定期再教育訓練，適度承接病人的諮詢或抱怨，讓病人有機會把心中的委屈和不滿說出來，耐心引導，才能進一步協助補償與輔導，達成真正救濟效果。

## 承諾：構築醫療安全守護下一代

制度上路後，年度支出遠低於初期推估的可能上億，因為補償金額設計兼顧合理性與財務可負擔性。補償標準考慮了幾個重要情境，例如：死亡補償由上限200萬提高至400萬，重度身心障礙由130萬提高至200萬；子宮切除補償依是否已有孩子調整，更貼近家庭需求。制度規範速審與及時救濟，避免病家與醫師長期承受纏訟壓力，也保障醫療程序與法律程序不衝突。

最後，制度正視醫療不確定性，尤其現今婦女婚育年齡普遍偏高，幾乎都在33、



34歲以上，生產併發症風險增加。政府投入資源，使可能風險及時被發現，透過審查與再教育，提升醫療機構處理能力，也保障母嬰健康。這套制度不只是個別家庭照護，而是社會對母嬰健康的承諾，是守護下一代、構築永續醫療安全的重要基石。



## 生產事故救濟 ——用制度接 住風險的信念 與實踐

劉越萍 / 衛生福利部醫事司司長

推動一項制度的誕生，從來不是靠某一個人或某一項政策，而是許多人在不同位置上，長期堅持、反覆溝通與不斷修正改進。《生產事故救濟條例》的施行，對那些在生產過程中承受巨大風險的家庭而言，代表國家第一次願意以制度化的方式，把他們好好接住。

對我而言，這項條例並不是單純的「業務成果」，它更像是一種信念，終於走到實現的那一天。回顧十多年來，從理念最初被提出討論、逐漸凝聚共識、推動立法到實施，每一個過程都不容易。正因為一路參與其中，我非常清楚，在少子化日益嚴峻的時代，這項制度對每一個願意生產的家庭有多重要。

### 制度落地從開口溝通到系統改善

在行政推動上，對我而言最具挑戰性的部分，可分為兩個層面。第一個層面，是「很多事情需要開口」。有些生產事故屬於系統性風險，希望透過救濟個案的回饋，讓發生事故的醫療院所有改善的機會。但要如何確認院所從中學習、落實改善呢？關鍵在



於申請表單的設計。

因此，在申請表中加入相關項目，讓生產事故救濟審議會的審查委員能提出具體、可執行的專業建議，再由醫療端回應與說明。這套行政流程背後的真正目的，是讓回饋能夠回到醫療體系中，而不是停留在紙上。許多事故其實可以預防，透過制度運作及經驗累積，能提醒醫療機構將可預防的風險盡量避免，以免重蹈覆轍。

第二個層面，是「勇敢出來討論」。每個醫療機構都不希望自身發生意外事故，其創傷不僅影響生產家庭，醫護人員也會受到波及。過去的醫療環境中，關懷與反省往往仰賴個人的體悟，透過制度，把那些遺憾、甚至傷痛的經驗，轉化為醫療進步的動力，需要大家敞開心胸討論，在實務上自然也有一定難度。

非常感謝台灣婦產科醫學會與台灣婦女健康暨泌尿基金會的協助，我稱之為「轉譯」。有時候官方直接溝通，效果未必理想，即使我有醫師背景，與婦產科仍有一些距離。透過專業的「轉譯」，可協助制度得以落實。這樣的做法是多贏：政府贏、醫界贏、家屬和案主也贏，這正是我們希望達到的目標。

## 病安文化從事故中學習與精進

《生產事故救濟條例》的基本精神——「不究責」，藉此促進醫病關係的和諧與信任，建立病人安全文化，讓不幸的個案與家庭在最脆弱的時刻，得到必要的救濟與支持。

歷年拍攝的宣導短片，至今仍放在「衛生福利部生產事故救濟專區」官網上，真實個案願意站出來分享自己的故事，讓社會大眾理解：生產過程中難免有風險，但國家已有制度來接住每個人，因此不必過度恐懼。萬一真的發生事故，只要努力改善，對婦女和新生兒的保護就能持續推進，而不會陷入過往的惡性循環。因此，生產事故救濟制度上路後，我看見了正向的力量。

為了確保申請救濟與審查流程的公平與效率，在標準化、透明化的要求下，透過系統化管控，可以掌握從申請到款項撥付的時效，從申請到結果，也就是救濟與否，目前大約可在兩個月內完成。

在制度運作初期，衛福部即建立專區網站與諮詢專線，製作手冊、海報與懶人包，提供醫療院所參考使用，包括「要怎麼申請？」、「資格符不符合？」等常見問題，都

有詳細說明，醫療機構也願意配合推動。婦產科醫學會更提出許多寶貴意見，例如：發生產後大出血時應迅速輸血；診所因應某些孕產早期警訊（early warning sign），應建立聯絡管道，儘速轉診。當不幸事件發生，亦有通報機制，供醫療機構從中學習與思考如何除錯、改善，並檢視流程，協助提升品質。

## 關懷陪伴同理心讓病患有感

最花心力的環節，其實是「輔導」與「關懷」。依據《生產事故救濟條例》條文，醫院應設置生產事故關懷小組。「關懷」聽起來簡單，實際操作不容易，要如何開口？怎麼做？主動伸出援手會不會被病患誤會「心懷鬼胎」反而帶來後續問題？許多細節需要用心投入。自110年起，透過角色扮演與教育訓練來幫助關懷小組，也讓小組理解到，若所展現的同理心未能讓案家感受到，可能白費功夫。

針對申請案件，也提供系統性的回饋與檢討建議，自113年起開始採用「回饋單」，供醫療機構進行內部品質改善。同時，透過生產事故案例學習、研討會與法規說明，讓第一線人員能從實際事件中學習，並真正應用於臨床實務。

由台灣婦女健康暨泌尿基金會協助進行的年度調查顯示，不論是生產機構或申請救濟的民眾，幾乎每年都有七成以上給予肯定，期待持續精進，提升至八至九成的滿意度。

目前願意生產的婦女變少，更需要讓制度成為她們的後盾，不論發生什麼事，制度都會接住，不必害怕，進而感受到真正的安全感。這份「安全感」，其實就是「信任」；制度存在的目的，是讓這份信任不再只靠個人的善意，而能被穩定、長久地承接。

## 承接信任：生育之路不孤單

制度推動至今，目前較常見的模式，是協助個案家庭申請救濟且選擇不提告，因為一旦提告，救濟金即須返還。生產家庭原本期待喜事，卻突逢變故，處於震驚狀態的當事人，多半是年輕人，情緒衝擊極大。在那個關鍵時刻，他們需要一些支援與緩衝，金錢無法撫平所有傷痛，但多少能提供實質協助。隨著物價上漲，補償金額有討論空間，未來五到十年內，許多政策都需要重新評估，與時俱進。



猶記得第一年舉辦分享會時，只有三個生產事故家庭願意現身。有些人選擇「過去就過去了」，把傷痛深深埋藏；但傷口被埋起來，不代表真的痊癒。能夠攤開傷口，是極大的勇氣，願意走出來的人，其實正邁向復原的下一個階段。

不論事故個案或家屬是選擇站出來分享經驗、照亮他人，或是默默療傷、不願回首，都同樣值得被理解與陪伴。這套制度的存在，不只是補償金額，更希望讓每一個遭遇風暴的家庭，都能找到重新站起來、繼續前行的路。

展望未來，期待這份支持走得更深、更廣，讓所有願意生、勇敢生的女性與家庭都知道：不論路上發生什麼事，你不是孤單的。這個社會、這個制度，會在你需要的時候接住你。



## 由無到有， 到更好。 女人，我們 做到了！

黃淑英 / 臺灣女人連線常務理事

2015年12月11日是歡欣鼓舞的日子，台灣通過了全球第一個保障女人生產風險的法案—《生產事故救濟條例》！

很多人聽到「生產事故救濟」就會問，那是什麼？

大多數的媽媽都經歷過相同的心情：有待產的期待、好奇及喜悅，同時也有不安的焦慮：新生兒是否健全？產台上會不會有意外？以前台灣人有一句話「順利麻油香，不順四塊板」，一語道盡祖母、母親時代女人生產的無奈。近幾十年來，醫療科技的進步，公共衛生的普及，孕產婦照護品質及醫療安全大幅改善，但是仍有一定可避免或不可避免的風險。如果真的發生了不幸事故，怎麼辦？

《生產事故救濟條例》就是這些焦慮的答案，讓女人生產無後顧之憂的國家政策。

### 因為路見不平，就這樣開始了

1999年我們協助幾位發生生產事故的婦女和醫院進行調解，縱使在重疊的社會輿



論壓力之下，醫院仍然無視兩位醫師七個事故超乎常態的事故機率，態度強硬，最後進入司法訴訟。司法訴訟的時程曠日廢時，當事人們之後在照顧家人及訴訟兩頭燒的壓力下，草草和解。這讓我深感無奈及氣憤。為什麼女人辛苦的懷孕、冒險的生產，到頭來出了事，還是弄得焦頭爛額，不抵纏訟，傷上加痛。從個人角度看，生育子女固然是繁衍自己的後代，但是從國家的高度來看，是延續國家的命脈。一旦發生重大事故時，女人卻必須自己承受著一切的不幸及傷痛，既不公平，也不合理。因此有了國家補償女人生產事故的想法。這個想法，經歷了13年時間的醞釀，終於成就了《生產事故救濟條例》。

## 女人生育是國家、社會的事

當我推動這個法案時，常被質問：生孩子是個人的事，為什麼國家要承擔生產事故的責任？

當然，女人因為想要有自己的孩子而生育。然而，在這同時，她生育的孩子也是國家未來的主人翁。它和國家的人力資源、國民健康與國家未來的發展息息相關。因此，生產不但是個人的事，更是社會、國家的大事。然而女性於生產過程中有如前所述的一定風險。當女人背負「永續生存」的使命而冒風險及付出時，國家難道不應該站出來承擔這個風險嗎？

為了這個問題，我也曾和先生及孩子們在餐桌上激烈的討論到面紅耳赤，甚而都哭了出來。男生們就罷了，怎麼連女兒也說不通！？欣慰的是，後來他們都聽懂了。現在先生還比我更會說明給朋友聽呢！

所以《生產事故救濟條例》是國家認同女人生育是國家、社會的大事，由國家承擔女性生產的風險，提高其醫療品質及安全，讓女人生產無後顧之憂的法案。對女人而言，這是生育自由不可或缺的一環。

## 攪局的醫療糾紛處理

在推動的漫長歲月裡，有太多的時候讓你沮喪，只要一個節骨眼放棄，就結束了；但是，同時也有充分的時間讓你更成熟，更有能力去說服人。剛開始提到這個概念時，大家都覺得是天方夜譚，連大大受惠的婦產科醫師們都不熱衷。隨著時間的轉進，我們

的概念也漸趨具體，大家慢慢地瞭解這個價值。2005年我成為立法委員後，台灣婦產科醫學會主動攜手合作，政府氛圍也有友善的回應。

然在推動過程中，由於衛福部一向鍾情於立法一次解決所有的醫療事故處理，於2013年提出《醫療糾紛處理暨醫療事故補償條例》（簡稱《醫糾條例》）草案，並將生產事故納入此法案處理。由於醫界反對《醫糾條例》，生產事故救濟差一點因此而夭折。但是，以女性為主體的論述—保障女性的生產風險—化解了危機。

最後法案可以通過，除了許多人的努力外，很重要的也是大環境的變遷形成了有利於立法的氛圍，如：醫療糾紛的惡化、醫學生不願意選擇婦產科、少子女化的國安問題等。當然這中間，人際關係的運作、正/負政治力的介入以及冥冥之中的靈機一動等也都在這推動的路上留下歷歷的痕跡。

## 保障「女性」為主體的立法

很多人將《生產事故救濟條例》視為解決醫療糾紛的法案，這是不恰當的。它是保障「女性」為主體的立法，並非以解決醫療糾紛為主要理念。也就是說，當發生生產事故時，不論事故發生在何處，家中、救護車裡、路上或醫療院所裡，只要是和生產相關或無法排除相關，都給予產婦及事故家庭補償及撫慰，是一個以女性為出發點，承擔風險保障生產安全。過程中，化解醫病緊張對立及醫療糾紛的訴訟應為連帶效益。如將此法等同於其他國家已經有的生產醫療糾紛法案並論，是矮化了立法精神的高度，同時浪費了法案是全球首例的榮譽。

這也就是為什麼，平時一想到要飛16個小時就退縮的我，說服自己在2019年3月到紐約，參加聯合國第63屆婦女地位委員會非營利組織論壇（NGO CSW63 FORUM）發表台灣獨步全球的法案《生產事故救濟條例》的原因。

## 10年不僅是一個數字，更是累積與傳承

作為一個制度的推動者，我有「始作俑者」的責任檢視法案的施行是否符合立法初衷，滿足人民的需求。

由於產婦死亡及重大傷害的救濟金額度太低，有失公允。制度開跑後，我不斷呼籲提高救濟額度。2019年行政院蘇貞昌院長裁示，大幅調整增加生產事故救濟給付額度，



做實「撫慰」的立法精神。

在擔任生產事故救濟審議委員以來，我也見證「除錯」機制之施行：事故案例納入醫師教育的教材、醫療機構進行生產事故根本原因、醫療機構實地輔導以及執行專業審查意見回饋機制，落實醫療品質提升的立法初衷。

所以，10年，不只是這個制度走了10年，更是在大家的努力下，制度有改變、有累積、也有傳承，進而形塑了婦女與醫師成為伙伴的友善關係與環境。



## 謝謝你，我的 接生醫師

黃閔照 / 馬偕兒童醫院副院長

十年前發生一個高齡產婦在懷孕末期的時候突然胎死腹中的不幸事件，透過立法委員與市議員的控訴，指責醫生的處置不當，引起醫界軒然大波，反而開始攻擊民代及剛失去胎兒的母親。

原本高齡產婦胎死腹中是不可預期的，如果無限苛責醫生的不是，只是引起醫病的緊張。當時擔任婦產科醫學會秘書長的我，認為在生產事故當中，不管是產婦本人或者是醫療機構，在這次事件當中都受到了莫大的傷害，一味地責難只是加深醫病傷痛及雙方的對立。

### 用正向力量回應傷痛

因此婦產科醫學會沒有發表嚴重的譴責，反而希望藉由正面思考，讓雙方都得到心靈上的撫慰或平靜，所以發起一個活動，成立《謝謝你我的接生醫生》的社群網站，邀請社會大眾發聲，傳遞正面的力量，感謝當初為你接生小朋友的醫生，謝謝他們的辛苦。



這個活動受到莫大的關注，也吸引了近六千則的貼文，用文字或畫面向當初為自己接生的婦產科醫師們表達感謝。學會承續正面的力量，用了半個月的時間，將每一封信跟小朋友的照片，轉寄給我們的產科醫師們。

生產事故救濟就是站在這樣溫暖的力量，去正面看待醫療上面的不幸。

單純苛責任何一方，並不會讓事件反轉。相反地，心靈與工作上受傷之後，醫病雙方都會承受莫大壓力。在醫病關係日益緊張的氛圍下，影響的是越來越少醫學生願意選擇婦產科作為一生志業。

故生產事故的精神，就是在救濟我們生產事故上面所受到的傷害，也透過即時的關懷，讓這些受傷的家庭，能得到撫慰，透過不責難制度，也讓醫生能夠在他的崗位上好好地執業，繼續為我們的婦幼健康而努力。

## 從不責難邁向修復傷害

從過去到現在，我也是堅持這種正面的力量來看待我的病人跟我的職業，今年執業已經剛好滿三十年了，當初在醫學院進入臨床科的時候毅然決然地投入婦產科，其中的目的，當然是可以感受到接生的快樂。但即使在醫學中心，仍會遇到一些不可預期的生產變化，因此也養成了二十四小時隨時待命的緊張狀態，也把住家搬到醫院旁邊，家庭的旅行跟聚餐活動，也常常會被打斷，但接生的快樂，直到現在仍然樂在其中。

民國99年，我開始擔任台灣婦產科醫學會秘書長，那時候面臨幾個重大的問題：生產人數創新低、產科醫療糾紛高漲，造成住院醫師招收困難及產科醫師嚴重老化現象。尤其在處理醫療爭議時，我曾經幾次在半夜接到醫師打來電話，詢問針對生產事故要如何應對或者是建議，而且和解金額應該為多少？因此深刻認知到生產事故救濟的重要性與迫切性。

考量立法困難下，99年中，時任衛生署醫事處石崇良處長來電詢問，是否來共同推動「生育事故救濟試辦計畫」，婦產科醫學會理所當然全力配合；惟當時社會還有另一種聲音：由國家來補助醫療糾紛和解金是否合宜？因此試辦計畫一直沒有辦法獲得行政院的首肯。

直到101年的6月，婦產科醫學會在醫藥記者聯誼會的協助下，舉辦《婦產科醫師要走了》記者會，經過媒體大幅報導，幾日後，行政院拍板通過試辦計畫，並於當年

10月開始執行，回溯到101年1月1日所有發生的產科爭議案件。

後來我再接到會員電話，就不是來說和解金額多寡，而是詢問自身所遇到的案子是否適用「生育事故救濟試辦計畫」的條件，以及如何申請救濟。此後的確可以看到產科相關的醫療訴訟明顯下降，住院醫師的招收也漸有回春的現象。

由於試辦計畫成功，因此在104年12月立法院三讀通過《生產事故救濟條例》，105年6月開始實施；法律從通過到實施，僅有半年的時間，所以我們與衛生福利部花了非常多的心血，建置了整個生產事故救濟制度的作業流程及相關的文件表單。當然也因為之前有試辦計畫執行的過程，會員醫師大部分能夠了解救濟條例的精神及施行辦法，因此推動順利，沒有遇到嚴重的阻礙。

這部法律的誕生就像親手接生的小孩，從孕育、誕生到成長，每一步都小心翼翼，步步為營的守護著。

## 從事後救濟延伸到事前預防

10年來，每個月固定召開一次生產事故救濟審議會，每次會議中如有遇到特殊爭議案例，都會影響情緒，覺得心情沉重，我同時開始思考，除了事後救濟，也要著重事前預防。因此結合婦產科醫學會的力量，針對常見的事故原因，如：肺栓塞、妊娠糖尿病進行預防；制定安胎及催生藥物的使用規範，推動緊急輸備血機制流程、周產期轉診計畫、設置轉診後送綠色通道等。

此外，我也在國民健康署、中央健康保險署等部門參與各項政策及會議的討論，希望透過各層面的努力及合作，讓台灣的婦產科在生產事故救濟的制度下，醫師都能安心執業、專心為台灣接生下一代而努力打拼！

第壹章 生產事故救濟  
推動歷程



第貳章

走出傷痛



# 讓制度被看見， 讓家屬更快得到安慰

梁先生（尊重作者隱私，採不具名刊載）

和一般同年齡的人不同，我小時候喜歡看報紙，所以在民國 101 年我就知道生產事故救濟制度相關新聞，當時我還只是個大學生，只是覺得那是一個特別的制度，在我心中留下了印象。

遺憾發生後，事情處理告一個段落，我主動前往當時服務的機構，同時也是孩子媽媽生產的醫院詢問如何申請救濟。我還記得走進法務室時，法務室同事第一次看到我的眼神，大概覺得我要告醫院吧！

## 走進法務室，是要告醫院？

後來接生的醫師聯絡我，並以他的經驗鼓勵我申請救濟。最後，申請也順利完成。

準備資料的過程中，需要的一些文件，例如死亡證明、醫療診斷書等，看似繁瑣，其實孩子媽媽過世的時候，為了戶政除戶、保險理賠等相關手續，這些文件早已備妥，只需稍微整理，並不會造成太多的負擔。

以一個曾經申請生產事故救濟的家屬角度來看，我認為在宣傳上可以再加強。印象中，在婦產科的診間及候診空間，並沒有相關的海報宣傳，我不太清楚醫院的處理流程，如果都等到醫療糾紛發生，醫院才告知生產事故救濟相關資訊，是否會無形增加不必要的誤會與彼此的情緒壓力。

若能在平時已經做好完整的告知，讓產婦或家屬在事故發生後能主動提出申請，應能更快撫慰家屬的心情，同時也減少醫護人員的心理壓力與士氣消耗。這樣的制度，若能更早被認識與理解，相信能發揮更大的安撫與支持力量。

當制度存在卻不被了解，可能錯過了安撫人心的最佳時刻。

制度的宣導與陪伴，才是制度能發揮力量的關鍵。



遺憾無法彌補，制度減輕壓力與無助。

回憶起那段日子，仍是生命中最難以承受的記憶。別人生孩子是喜事，我們卻在短短幾個月，走過人生的春夏秋冬，從天堂墜入地獄，那種痛楚至今難以形容。為了小孩，我沒有時間沮喪，只能讓自己繼續往前。所幸工作上的同事體諒、家人們全力協助，大家含著眼淚陪伴孩子成長。儘管再多的努力都無法彌補母親缺席的遺憾，生產事故救濟制度提供經濟上的幫忙，確實減輕部分壓力與無助。

身為過來人，我衷心希望，未來當遺憾發生時，生產事故救濟制度能主動提供陪伴與支持，除了讓家庭申請救濟之外，也能獲得心理或育兒上的關懷與協助。相信這份制度，若能在經濟與情感層面都給予適切扶持，將更能成為家屬心中的安定力量。

當制度能在經濟與情感兩方面都給予適切的扶持，  
將能成為家屬心中最堅定的安定力量。  
我相信。

我目前在醫院服務，照顧過許多急重症病人，看到病人康復出院，是我們最大的欣慰；相對的，面對病人的離開，心情上的沉重與難過，也是難以言喻。面對疾病的不確定性，沒有人希望看到併發症的發生，但這是醫療過程中無法完全避免的現實。隨著台灣邁入高齡化社會，各種疾病併發症的發生比率勢必增加，醫療人員也在高度壓力下盡力守護每一條生命。

在這樣的環境，若是還要擔心面臨司法風險的問題，只會讓急重症的人力更加流失，對於曾經想要投入急重症照護的人力感到遲疑。

## 在不確定的醫療路上，願有更多理解與陪伴

我期盼「生產事故救濟制度」能作為一個良好的開端，讓社會更加理解醫療的不確定性與風險分擔的重要，希望未來能擴及到其他醫療事故領域，使整體醫療環境更具支持與信任，使醫療從業人員更無後顧之憂照顧病人，也陪伴發生醫療事故的家庭得到撫慰與協助。

# 醫療的長征與不捨的告別， 逆境中前行

余小姐（尊重作者隱私，採不具名刊載）

時間回到民國111年，那是我們滿心期待的日子。那一年，準備我們的同卵雙胞胎女兒——平平與安安。她們的到來，原本應該是我們生命中最幸福的開始。

然而，命運卻在此刻開了一個難以承受的玩笑。小天使平平在胎內就已悄然離世，帶著我們無限的思念飛往天堂。為了搶救安安，醫師緊急安排剖腹產。那一刻，我的世界同時崩塌又燃起希望——一個孩子帶著愛離開了，而另一個孩子，則用盡全力來到這個世界，承接我們所有的期盼。

對於初為人父母的我們來說，原本準備好的，是溫暖的搖籃、滿滿的祝福，以及關於未來的各種憧憬。沒有人會想到，在孩子誕生的同時，伴隨而來的是醫療的長征與不捨的告別。

## 面對現實的轉折，當下盡力

安安漸漸長大，但我們也愈來愈清楚，這條路並不會變得輕鬆。當初領取的是重度身障手冊，民國114年8月重新鑑定時，卻已被核發為「極重度」。那一刻，我的心情再度沉下去，因為意味著孩子的發展挑戰比想像中更艱鉅，未來的需求會更多、更長遠。

我常在夜裡想，醫療科技日新月異，對於我們的孩子，或許未來仍有希望。但現實是，無論技術如何進步，過往的傷痛已無法改變。我們唯一能做的，就是在當下盡力，並對未來保有一絲希望。

也因為這樣，我們深刻體會到制度對家庭的重要性。當孩子的障別因鑑定結果從重度變為極重度時，對家長而言，是一次不小的心理衝擊。如果制度能設計一個「寬限期」（例如1至3年），讓已核發津貼的家庭在修正障別後仍有彈性安排，那將是莫大的幫助。這不僅能讓家長有時間調整心態、安排生活，也能讓我們為孩子的未來做更完整的打算。對其他家庭而言，這樣的設計像是一盞溫暖的燈，提醒大家：即使面對突



如其來的挑戰，也仍有時間和空間去走好每一步。

### 處境被看見，重擔被輕輕托起

回想起當初接觸到《生產事故救濟條例》時，我其實是抱著「試試看」的心情。因為我們太習慣了被拒絕：身障津貼不符合條件、各種補助申請常常不在範圍。

是當時在復健過程中，安安的语言治療師看見了我們的辛苦，鼓勵我：「不妨試試看，也許能幫到你們。」那一句話給了我很大的勇氣，讓我終於鼓起心，撥出了那通電話。

沒想到，接通電話的那一刻，承辦人員溫柔而關懷的語氣，讓我瞬間覺得心頭的重擔被輕輕托起。那不只是行政上的流程，而是一種真實的陪伴與理解。正是這樣的溫暖，讓我深深感受——我們的處境真的被看見了。

申請通過後，那筆津貼在財務上確實幫助我們緩解醫療與復健的壓力，但更大的改變是心境。我開始相信，雖然社會資源有限，但只要有人願意去推動、去守護，就能真的讓制度成為家庭的依靠。

### 被溫柔以待，活出勇敢與美麗

隨著安安逐漸長大，醫療與復健的需求越來越多。她的身障手冊從重度提升為極重度。這樣的結果，再度讓我們心頭沉重，因為意味著未來的路會更加崎嶇。然而，也正因如此，我們更珍惜她現在能笑、能依偎在懷裡的每一刻。

我們常告訴自己，平平雖然沒有機會與我們同行，但她化作小天使，在天上守護著姐姐。而安安則在這裡，用她堅強的存在提醒我們：生命雖然脆弱，卻也能綻放出最強韌、最耀眼的光芒。謝謝基金會，也謝謝這份制度。你們的幫助不只是物質上的支持，更讓我們在心靈深處獲得安慰與力量。當世界看似冷漠時，你們的善舉就像一道光，提醒我們仍被溫柔以待。

安安的路還很長，未來一定還會遇到許多挑戰。但只要懷抱希望，愛就會持續給我們力量。因為每一次看見她用力笑、用力伸手，我們都確信——她正教會我們，即使身處困境，也能活得勇敢而美麗。

我們願意把這段故事分享出來，不只是為了自己，更希望能告訴那些有相似經歷的家庭：你們並不孤單。願我們的經歷，能帶來一點安慰，一點勇氣，也帶來一點希望。

# 在艱難的路上， 還有支持與關懷

陳先生（尊重作者隱私，採不具名刊載）

結婚四年歷經三次試管療程後，太太38歲那年懷上雙胞胎，我們沉浸在將成為父母的喜悅中，感覺一切努力終有回報。然而懷孕34週的產檢中，太太的尿蛋白異常升高，醫師判斷可能是妊娠高血壓併發子癇前症，當天緊急住院，安排施打肺泡成熟劑48小時後生產，未料隔日，弟弟的心跳突然驟降，緊急剖腹產。

太太在手術後大量失血，加上子宮收縮不良，總共輸血12袋與4袋血小板，術後近一週才有力氣下床。孩子方面，哥哥體重不到2500公克，但整體健康無虞，弟弟的狀況卻極不樂觀，出生後一直與死神搏鬥。

## 傷害發生了，積極治療

弟弟由於缺氧窒息，經急救後立即進行低溫療法，隔日肺部與腦部仍有出血，半個月後撐過危險期，可是腦部MRI顯示有嚴重腦傷，醫師提醒我們需做好心理準備，並及早介入復健與早療，另腦波檢查顯示異常放電，懷疑會有癲癇現象，開始服用抗癲癇藥。我們也採取中西醫治療與針灸，在醫療團隊的悉心照護下，弟弟開始會哭、拔除呼吸器，慢慢學會吸吮，約在出生一個半月後出院。



弟弟1歲5個月大了，還是四肢癱軟，到診所針灸，沒帶助聽器就會笑。

但出院後挑戰並未結束，弟弟的聽力檢查未通過，吞嚥困難導致易吐奶，常常因張力過大而入眠困難，之後又因泌尿道感染發燒住院，發現有癲癇及嚴重張力狀況，轉介至復健醫學科診斷出「僵直性四肢癱型腦性麻痺」與「吞嚥困難」，在醫師建議下申請身心障礙手冊。後來弟弟再次感冒發燒住院，返家後吞嚥能力和四肢反應都退步，腦性麻痺仍然嚴重，我們每天都努力幫弟弟積極治療，希望透過針灸、物理-復健治療等，能



改善吞嚥與張力問題，讓弟弟能吃得下、睡得好，期待有朝一日能學會走路。

### 期待救濟宣導到位，成為及時雨

因照顧弟弟花費很多時間復健、喝水及餵食，我們僅透過「生產事故救濟專區」線上填寫表單申請。申請後不久，財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會（以下簡稱基金會）來電，細心詢問弟弟狀況並提供協助，甚至主動幫忙與醫院聯繫補件。儘管只是電話中的關心與協助，卻讓我們感受到這條艱難的路上，還有溫暖的支持與陪伴，也讓我們內心備感欣慰。

由基金會口中得知，生產事故救濟條例一直有在醫院宣傳，我們在生產期間卻未得知，即使醫院曾協助我們申請市公所補助，也未主動提及。直到弟弟出生約一年後，在復健過程中，無意間從復健老師口中得知其他家長有申請生產事故救濟，才意識到或許我們符合申請資格。建議主管單位及基金會能多加宣傳，讓第一線的婦兒科相關人員都瞭解此制度，確保發生生產事故及新生兒重大傷害時，家屬能在第一時間獲得協助與支持，亦可減少家庭困境及後續醫療糾紛。



弟弟出生後 4 天，狀況很不好。

### 無論多辛苦，都不要放棄希望

台灣高齡孕婦比例逐年攀升，生產風險相對提升，太太本身是高齡產婦，懷孕期間又有妊娠糖尿病與子癇前症，雖在醫院產檢過程皆有控制住，但生產後胎兒仍窒息缺氧，後續醫師分析，太太產後抽血檢查發現，弟弟的缺氧可能因胎兒血液回流至母體導致，屬於極為罕見的個案，幸好選擇在醫療資源完善的大型醫院產檢與生產，否則不敢想像會是什麼結果。因此建議，產檢與生產一定要選擇醫療資源充足的大醫院，是為產婦及胎兒生命多爭取多一道保障。並誠摯感謝生產事故救濟制度及基金會的協助與幫忙，使我們得以獲得補助。

最後我們想告訴有類似情況的家庭，無論過程多辛苦，都不要放棄希望，我們希望弟弟能平安健康長大，期盼政府能持續強化對產婦與新生兒重大傷害的照護與保障，讓每一個在困難中的家庭得到協助、走過難關。

# 給予黑暗低潮中的妳 / 你，一份力量與勇氣

曾小姐（尊重作者隱私，採不具名刊載）

民國 111 年 4 月 6 日，是醫生宣布我懷孕的日子，我們很開心跟家人宣布喜訊，還把她取了乳名叫「米米」，滿懷期待也小心翼翼地孕育著她，直到懷孕第 37 週又 3 天，本該是例行產檢，卻被醫生宣告孩子在肚子裡，已經沒有了心跳……

事發前一天，我感覺到寶寶的活動力好像沒那麼多，嘗試叫喚她一段時間，她踢了我一下，以為這就代表孩子沒事，因為醫生曾說過：「有動就好。」神經大條的我，就真的以為如此。隔天早餐依然覺得孩子都沒什麼動靜，心想等等就要產檢了，再請醫生看看，是不是寶寶太懶不想動呢？

產檢時，先由護理長協助用超音波儀器一如往常在肚皮上滑來滑去，只是今天特別久，真的非常久，護理師一直安撫說可能寶寶角度沒對到。護理長離開一下，我的主治醫生卻跑出來，當下我開始擔心，隨後醫生告知：寶寶沒有心跳。

護理師很貼心的把我抱住安撫，告訴我要加油。先生當下也是晴天霹靂，我們都很傷痛，我更是自責——不知寶寶在肚子裡有多痛苦？為什麼我沒有警覺心？為甚麼這麼神經大條？為什麼這麼笨連孩子都不會生？……，各種自責揪心。

不想再讓孩子痛苦，我們果斷決定引產，歷經了一天，一切似乎真的結束了。回到病房是另一段黑暗的開始，聽到很多小孩的哭聲，卻都沒有我孩子的聲音。每天睡醒就是哭，先生也很傷心，也很努力承接我的悲傷和各種情緒。我們給彼此鼓勵，明白要勇敢和堅強，只是真的需要時間。

## 要勇敢和堅強，真的需要時間

最後我和先生在醫院拍了一張微笑的合照，想對孩子說：

「我可愛的寶貝.... 在這 37 週又 3 天的日子裡，除了心疼不捨之外，謝謝妳那麼勇敢到最後，爸爸媽媽想對妳說辛苦了，很遺憾無法帶妳去探索這世界，合照是爸爸媽媽



米米寶貝的小腳丫

在醫院時，對妳的承諾，我們會繼續微笑，不讓妳擔心，也會帶著妳的堅強與勇敢繼續往前走，也希望妳過得好，有好多話來不及對妳說，唯有我愛妳這句話，希望你能真的聽到。」

出院後的每一天，我都會對著鏡子裡的自己打氣喊話，看起來很蠢，但我知道，能讓自己站起來的只有自己。休養的時間，我做點針織活，跟朋友、家人講電話，看些有趣的影片，讓自己有點事做。只是，時不時陷入情緒的深洞裡，休養不是那麼順利，畢竟身心靈的狀態影響到傷口癒合。先生常常抱住我，我知道他也很難過，我們每次都會擁抱彼此哭泣，一直到雙方平復才分開，這是我們安撫自己的方式。

帶著米米的堅強和勇敢，我們學習延續、學習與思念共存。當然也有個屬於我們永遠悼念米米的地方，留著當時準備給米米的娃娃，不管我們去任何地方、旅行都帶著娃娃，各種節慶日也與米米一起慶祝。對我們來說，米米永遠都在一起。



懷念米米的小地方

### 哭完還能振作起來，才是一種堅強

為了讓自己更好、也讓身邊的人放心，在身體好轉後，我開始適度運動。先生買了一雙球鞋送給我，鼓勵我。我也很積極運動調養身體。很開心的是，經過半年努力，我們的下一位寶寶來敲門了，也順利的產下寶寶。

在這過程中，非常感謝惠心婦幼診所的陳志忠醫師和護士，不斷給予我們關懷，也協助我們向「台灣婦女健康暨泌尿基金會」申請補助，讓我們知道原來還有個單位在支持生產事故的婦女，為陷入傷痛的我們帶來力量。多次接到基金會的電話關心和鼓勵，補助也帶來實質幫助，我們將這補助留下來用在下一位孩子身上。

最後，我想對或許正在經歷同樣傷痛的您們說：事情發生之後，要做每件事情真的都不容易，因為生活還是要繼續，每天都有各種觸景傷情之處，想哭就哭，不是忍著眼淚才叫勇敢，每次哭完都還能振作起來才是一種堅強！希望我們都能夠越來越好，祝福大家！

第參章

# 堅持的力量





## 媽媽的信任是我們最大的動力

周天給 / 天給婦產科診所院長

相信這是這位媽媽一段刻骨銘心的歷程。

第一次懷孕時，她滿心喜悅，期待孩子的到來；然而，當醫師告知「胎兒沒有心跳」的瞬間，世界彷彿全然崩塌。隨後，診所安排了引產，她身體所承受的疼痛，與內心的空洞，交織成為一種難以言說、卻深刻存在的失落。

那段時間，醫師沒有迴避，而是溫柔地陪伴，承接她的傷痛，也給予情感上的支持，讓她在悲傷痛苦之中，感受到有一雙手可以握住，一起走出難關。

儘管經歷第一胎不幸的打擊，她仍選擇相信醫師，繼續再次回到熟悉的診間。因為醫師在困境中沒有缺席，始終以關懷與耐心陪伴，當她悲傷時，不讓她孤單。醫師也輕聲對她說：「下一胎懷孕時，若有任何擔心，隨時回來找我們。」

是的，當她懷上第二胎時，再次回到我們診所進行產檢，這是信任，在失落之後仍願意再次託付，也是醫病之間的特殊緣分，感謝她堅定的選擇，繼續讓我們陪她一路同行。這份互信，不僅體現醫病緣分間的溫度，也是政府對母嬰健康持續守護的用心與期待。

### 託付第二段旅程 是醫病緣分的溫度

因著這珍貴的緣分，在整個孕程中，醫師給予專業照護，用心與細緻的關懷，陪伴她度過每一個不安與期待交織的日子。終於，當生命的哭聲響起，愛與勇氣交織，當初流下的失落淚水，化作迎接新生的笑容。她的第二個孩子，順利來到這個世界。

每一段懷孕旅程，都是勇氣與愛的開始。面對生產過程中的不幸事件，政府的補助



與關懷機制，希望孕產婦能得到實際的協助與心靈上的支持，讓救濟化作溫柔依靠；同時，也希望承接生產任務的醫療單位，能以更多的關懷與陪伴，幫助母親走過艱難的時刻，讓她們在失落之後，仍願意繼續信任、繼續託付。

每一段孕程，也都是愛與勇氣的承載。懷孕與生產本是迎接新生命的喜悅起點，卻也可能伴隨著意想不到的不幸事件。我們深知，對母親與家庭而言，任何一個遺憾的事故，都是沉重的衝擊；因此，除了全力提供專業醫療照護外，我們診所主動關注媽媽的後續需求，主動協助媽媽申請生產事故救濟補助，以便即時獲得政府提供的實質補助，減輕經濟壓力與心理負擔。

同時，我們也有團隊夥伴協助轉介心理諮商、社工關懷或支持團體等管道，陪伴媽媽與家人走出低谷。用專業守護，用愛陪伴，在她最脆弱的時刻，以細緻的照護撫慰傷痕，陪她走出陰霾，勇敢迎向未來。

### 專業守護與制度支持 救濟化作溫柔依靠

對每一個接生的醫療院所而言，產婦每一次的生產選擇，都是一份深重的託付。專業守護，是醫師的承諾；這位媽媽的信任與託付，承載了她對我們專業的信心，也承載了對新生命的期盼。

國家建立的生產事故救濟制度，就是希望在生產過程中，無論是產婦、胎兒或新生兒遇到意外，都能即時獲得協助，以減輕家庭的壓力，讓醫療團隊可以更專注於專業照護，專心陪伴媽媽迎接新生命。當遺憾發生時，因為政府設有這些生產事故救濟補助與關懷機制，減輕產婦各種心理負擔，讓醫病之間的信任可以在逆境中延續，媽媽也可以勇敢地再迎接新生命。

再次感謝這位媽媽選擇繼續讓我們陪她一路同行，這段緣分格外珍貴，承載著希望與愛，也提醒我們，要陪伴媽媽與寶寶，走向更美好的未來。在診所裡，不只是一要提供好的醫療服務，也要成為媽媽最好的陪伴者、傾聽者與守護者。我們也相信，醫療不只是一要有好的技術，更要有一份溫馨的陪伴。從產檢到生產，從緊張的等待到喜悅迎接新生命，我們都要能成為媽媽最堅定的依靠。因為每一次選擇，都是珍貴的信任；而每一次守護，也都是愛的延續。

真的，每一次的產檢，都是媽媽對我們專業的肯定，而每一次用心的照護與關懷，

就是我們對這份託付的回應。在這條懷孕與生產的旅程裡，媽媽需要信任與安心，寶寶需要細膩的守護，我們時時刻刻都會站在媽媽的身旁。

守護新生命不只是專業責任，更是一份使命，我們努力將風險降到最低，同時，感謝國家建立完善的生產事故救濟制度，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得即時救濟，也由於國家善意提供病人經濟上的支持，讓醫師面對難以預料的生產事故時，仍能堅定力量，持續為母嬰健康付出，堅定前行。



## 生產事故無過失 補償為產科注入 正能量

何信頤 / 東和婦產科診所

在五大科皆空，婦產科淪為年輕醫師選科倒數第二志願的時候，是什麼讓婦產科醫師還能夠留在接生這個崗位呢？那是在接生小孩子，迎接新生命的那種喜悅。

然而，這個圓滿一個家庭的成就感，卻長期以來面臨產科工作環境高風險、高壓力的現實考驗。隨著社會意識抬頭、醫療資訊透明化，以及民眾對醫療品質要求的提高，產科的醫病關係日益緊張，一旦發生醫療事故，對新生兒及家庭的衝擊甚大，也往往引發高度關注與爭議。

產科有其難以預料的狀況，我們相信醫師從來都不希望任何不幸的事情發生，但站在家屬的立場，當喜事變成悲劇，未必能夠體諒醫師的心血，甚至有一些情緒性的動作，這對守護母嬰安全的醫師造成很大的打擊，產科醫療糾紛與訴訟壓力往往造成第一線醫療人員的沉重負擔，進而影響醫療行為與醫病溝通品質。

一件不開心的事，可能就會讓台灣再少一名願意接生的產科醫師。

如何在保障病患權益與醫師合理責任之間取得平衡，成為婦產科醫療發展無可迴避的重要課題。

### 尋求病患權益與醫師責任的合理平衡

傳統論責任歸屬的醫療賠償，有其侷限性：病患需舉證醫師過失、訴訟曠日廢時；醫師則因擔憂被告而選擇防禦性醫療，最終醫病雙方均受其害。為改善此一困境，政府推動生產事故救濟制度，以「無過失補償」為出發點，也就是不需要證明醫師過失，只

要符合特定條件的生產事故，病人即可申請補償。

制度設計的核心目標在於：減少醫療糾紛訴訟，提升醫療服務品質；協助受害家庭迅速獲得經濟援助，減輕生活壓力；促進醫病互信，營造更友善醫療環境。

在補償方案實施前，婦產科醫師普遍處於高度防禦狀態，即便醫療行為沒有明顯過失，只要發生不幸事件，病患家屬仍然會找各種管道要求有個交代，甚至透過訴訟製造壓力尋求賠償，導致醫師人心惶惶，醫病關係緊繃。

我自己也經歷過產婦在待產過程中突發羊水栓塞救不回來的形態。其實碰到這種事情，醫護人員本身也都要好一陣子吃不下飯睡不好覺，心情難以平復，同時要面對家屬各種的質疑與責難。所幸透過關懷協助家屬申請補償，家屬得到一些補償，相對也減輕了我們產科醫師的壓力。

部分同業間的案例也顯示，家屬在獲得補償後，選擇不再追究醫療團隊責任，醫療糾紛處理時間也大幅縮短。

另一個不愉快的經驗，是一個懷孕 38 週的準媽媽忽然覺得沒什麼胎動，來檢查才發現胎死腹中，上週還很有活力的寶寶這週就不動了，家屬當然一開始難以接受。類似的案例在別家醫院曾鬧過醫療糾紛。我們說明有無過失的補償，強調懷孕有不可預料的各種意外，並不是產檢有遺漏，也不是孕婦做了什麼不對或不好的事情。在一次次的關懷和溝通後，家屬才慢慢接受孩子無緣出生。

令我比較印象深刻的是，家屬直到又成功懷孕，才願意接受申請前胎死腹中的補償。整個過程到孩子再次投胎來到這個家庭，才真正讓媽媽走出來。

## 補償制度帶來醫病合作正向循環

補償方案的實施促進了醫療機構的風險管理意識，產科醫師更重視醫療過程的紀錄與溝通，形成正向循環。在醫療現場，已經看到從兩方面來協助醫師與病人建立健康互信關係；第一層面是無過失補償降低醫師恐懼，醫師更願意誠實面對醫療風險與失誤，主動與病人討論治療計畫與可能併發症。再來就是，透過明確透明的申請流程與審查標準，讓病患知道自身權益受到保障，減少不必要的猜疑與對立。

實務上，補償方案推動後，我們能更坦然與病人溝通，主動說明醫療風險與處置選



項；病患則更能理解醫療的不確定性，雙方共同面對可能的風險挑戰。萬一遇到生產事故，病患家屬因為可以獲得及時補償，心情較為平復，醫病雙方能夠共同面對後續復健與照護挑戰，這不僅提升婦產科醫療團隊的士氣與凝聚力，長遠方面也有助於建立健全穩定的醫病合作，提升整體醫療品質。

展望未來，仍需持續加強醫師與民眾對補償制度的認識，促進社會對醫療風險的合理理解。我們也建議，透過持續蒐集並公開相關數據、定期檢討補償標準與流程，以因應醫療科技進步與社會需求的變遷。

生產事故補償方案自實施以來，對婦產科醫病關係與醫療糾紛處理帶來深遠正面影響。透過無過失補償機制，減輕醫師訴訟壓力，提升病患獲得保障的信心，促進醫病雙方的互信與合作。

這個核心理念已逐步落實，為婦產科醫療生態注入更多正能量。未來，希望持續優化制度、強化溝通與教育，方能建立更和諧、互信的醫病關係，守護母嬰健康與醫療專業的永續發展。

# 負重前行

陳醫師 / 婦產科醫師（尊重作者隱私，採不具名刊載）

空無一人的深夜街道上，一個急匆匆的身影全力奔向醫院。警衛還來不及確認身分，那身影邊跑邊說：「去接生！」

產房傳來新生嬰兒的哭聲，隨之而來的是醫療人員忙進忙出，直到一切歸於平靜。手抱新生兒的產婦看著孩子，一旁的先生在醫師說明完產後注意事項後，向醫師說：「醫師，謝謝您。」

那是一場驚險的生產，在醫療團隊的全力合作下，終於化險為夷。他們開心地與產婦及新生兒拍下大合照。

醫師拿起放在一旁的外套準備回家。口袋裡掉出一張小紙片，護理師撿起來說道：「咦？忘年會的抽獎券怎麼在這裡？」醫師望著那張紙，若有所思地說：「如果一個人一生的運氣有定數，遇到需要用到運氣的事，我都會放棄。希望能把好運都留給病人，讓病人平安。」說完，醫師走出產房，停在走廊盡頭，望著窗外的曙光，眼裡的淚水靜靜流下。

這位醫師不是唯一一位，協助病人度過一場場驚險分娩的醫師；也不是唯一一位，不斷要求自己精進知識與技能，讓醫療工作的努力能達到最好。在生活中有許多小小的堅持與信仰，只是希望把最多的好運留給病人，讓理性的努力，與冥冥之中的運氣，一同守護病人的平安。

## 傾盡努力 願把最多的好運留給病人

和所有婦產科醫師一樣，產檢的孕婦，不只是「產婦」，而是一位懷胎十月、歷經生理與心理磨練的偉大「母親」。長達十個月的陪伴，了解的不只是產婦的健康狀況，也熟悉她們的個性、家庭與對胎兒的期待。當家屬把珍貴的家人交到醫師手上時，承接的是守護的承諾。產婦與家屬的信任，讓醫師願意在深夜出門接生、在假期中放下行程返回醫院，全力守護她們。



不斷增進知識、磨練技術、團隊合作的演練，所有的努力，都是為了把最好的都給她們，竭盡所能守護她們的安全。而當她們懷裡抱著新生的孩子，露出那抹輕鬆的笑容時，那便是醫師心中最珍貴的寶藏。

然而，即使傾盡所有努力，將最多的好運都留給眼前的病人，當突如其來的變化發生時，儘管竭盡所能搶救、動員所有資源，仍有無法挽回的時刻。那一刻，所有的努力、善意與信仰彷彿都背叛了。站在第一線的醫師，掉入最深的黑暗與哀傷。

「生產事故救濟」的推動，讓醫院在第一時間接住傷痛欲絕的家屬與醫師，陪他們一步一步面對事件，也讓竭盡所能、陷入哀慟的醫師，有機會與家屬說明與理解。讓家屬與醫師在陪伴與理解中，繼續呼吸下一口空氣。

景仰的老師曾說過：「負重前行。」

如果在事故發生前，醫師的行為是熱血與積極；那麼在事故之後，這份熱血與積極依然存在。對自我的要求、努力與讓病人平安的信念，也從未消退。只是在所有的訓練、所有為了病人著想的法令背後，都可能藏著許多醫師失去的傷痛。那些傷痛沒有被遺忘，而是化為無聲的約定——要讓下一位病人平安。然而，無論拯救多少生命，那無法挽回的痛楚，隨著時間流逝，依然鮮明。心中最深的願望，是有機會拯救那無法拯救的生命。

沒有醫師不想拯救病人。

「生產事故救濟」給予每一位「負重前行」的醫師力量與支持，讓他們在尚未找到能讓時光倒流的方法之前，仍能持續不懈地努力，守護眼前的生命。

第肆章

# 同理及感受





## 成為那道光， 在陪伴中看見希望

黃品靜 / 新竹馬偕暨新竹市立馬偕兒童醫院  
公共事務課護理師

在醫療現場，總有些瞬間，會深深烙印在心裡。至今我仍清楚記得，那位年僅二十歲的年輕媽媽，她的孕期一切順利、產檢沒有異常，夫妻倆滿心期待迎接第一個孩子。產前，他們憧憬著孩子聰明伶俐、活潑可愛的模樣，還有對於未來家庭生活的美好想像。

生產當天，她經歷了十個小時的產程，醫師嘗試真空吸引協助，仍無法順利娩出，最終改為剖腹產。寶寶出生時沒有哭聲，全身癱軟、反應微弱，檢查發現腦部水腫。原本滿懷期待的家屬，瞬間跌入深淵，情緒從震驚、悲傷到氣憤，並開始懷疑是否醫療過程發生了什麼事情？

產房護理長第一時間發現產婦媽媽悲痛的情緒，也察覺家屬心中滿滿疑慮，立即依醫院《生產事故救濟條例》流程通知公共事務課，讓我們團隊能第一時間介入關懷傾聽與協助，陪伴他們一同走過這個艱難的時刻。

### 在第一時間關懷傾聽與協助

在初步接觸中，我們運用溝通關懷技巧：傾聽感受、評估需求、同理回應，讓產婦媽媽與家屬心裡感覺被理解、也真實感受到院方的協助與支持。我們觀察他們的情緒變化與感受，並努力發掘他們隱藏在內心深處的真正需求。對我而言，同理心不只是「理解」，更是願意站在他們的角度，去感受那份無助與不安。寶寶住院期間，我們時常在旁陪伴家屬，有時靜靜地陪著產婦媽媽、有時聽她傾吐心事，也隨時解答她的醫療疑問。這些點點滴滴互動中，醫病逐漸重新建立起信任。



最令我難忘的一次，是夫妻倆告訴我們，原本計畫在寶寶周歲時拍全家福與寶寶寫真，如今卻再也無法實現。那一刻，我深深感受到身為父母的心痛，看似簡單的心願，沒想到卻如此難得…。於是，與病房護理長討論後，決定幫助媽媽完成心願，我們備妥氧氣設備、病房護理長在旁協助照顧寶寶血氧狀況、請醫院攝影同仁到病房內拍攝，並將照片製成精緻相冊，再邀請醫師與護理師寫下祝福話語。在寶寶出院當天，相冊交付到媽媽手中，媽媽抱著相冊，感動的眼淚奪眶而出。那個瞬間，我深刻感受：原來陪伴與用心，真的能為別人的生命留下難以磨滅的光。

其後，小寶貝病情再度惡化回到醫院，我們仍不間斷地陪伴，給予家屬最即時的幫助。媽媽常自責：「一定是我做錯了什麼，才讓孩子一出生就不健康。」我們總耐心地陪她，告訴她：這不是她的錯，沒有人希望這樣的事發生。直到最後，協助她申請生產事故救濟，陪伴家屬走過這最後一哩路。

這些年，我們在一次又一次的陪伴中，看見了生命的脆弱，也看見了人性中最堅韌的一面。或許我們無法改變事故的發生，但能選擇用什麼方式陪伴他們走過。希望每一次真誠的傾聽、每一次細膩的關懷，都能成為他們未來的心中暖陽。

### 無法改變事故發生，但可以陪伴走過

我自己是護理背景，中年轉職進到醫病關懷領域。剛開始處理個案時，顯得生澀，言談中似乎少了些什麼，常感到挫折與無力。因此，每當有醫療關懷、促進溝通、衝突管理等課程時，我總積極參與，期望藉此增進專業技能與溝通技巧。

記得有一次參加課程，講師看學員們放不開，便說：「這裡是我們的園地，關起門來都是自己人。我們在做關懷人的工作，不會講沒關係，就在這裡大膽練習。」這句話改變了我的心態。從那時起，我把課程當成充電的機會，也笑著比喻自己：「像玩電動一樣，血用完了就上課補血，能量滿格後再回到職場繼續奮戰。」



醫病關懷示意圖

民國 112 年夏，我鼓起勇氣參加衛福部委託台灣婦女健康暨泌尿基金會舉辦的「生產事故溝通關懷與支援工作坊」師資培訓，由陳忠純紀念促進醫病關係教育公益信託推廣會的李醫師跟陳醫師主要講授課程，多位講師分別闡述衝突管理、敘事關懷、支援力、轉換力等主題，藉由影片欣賞深入討論並透過角色扮演實地演練，讓學員們深刻體驗醫病在爭議事件中雙方的心路歷程。兩天的課程安排緊湊、扎實，充滿挑戰，當我完訓取得結訓證書時，那一刻心裡無比踏實。

《生產事故救濟條例》奠定了一個極具意義的制度，它減少了許多產婦與新生兒事故後的醫療糾紛與訴訟，讓醫病關係不再那麼緊張。但制度只是骨架，真正讓它有溫度、有生命力的，是一線人員的投入與陪伴。有幸，我是其中一員並且正走在關懷的道路上。

在第一線的關懷工作中，我常覺得自己像一盞小小的燈，雖無法驅散所有黑暗，但能在病人最需要時，照亮前方的一點路。每一次的相遇，都是生命的交會；每一次的傾聽，都是靈魂的觸碰。事故發生時，沒有人準備好，但我們能選擇陪著對方慢慢走。願我們每一位從事醫療關懷的工作者，都能成為彼此生命中的那道光。



## 接住悲傷的情緒， 協助家屬找到走出 低谷的力量

楊凱雯 / 林口長庚紀念醫院病人關懷小組

在醫院裡，生產通常是少數能讓所有人露出笑容的時刻。當新生命誕生，產房裡的緊張氛圍往往隨著第一聲啼哭化為喜悅。這樣的場景，讓人覺得一切努力與等待都是值得的。

然而，生命的旅程並非總是如此單純。當生產過程出現不良結果，迎接的並非希望，而是沉重的打擊。從期待到失落，從笑聲到哭泣，這種強烈的反差足以撕裂一個家庭的心。

作為病人關懷小組的一員，我常常站在這樣的十字路口。我的工作，並不是解開所有的悲傷，而是讓家屬被悲痛淹沒時，還能有一根繩索可以抓住，陪伴他們理解醫療過程與結果，讓醫療資訊保持透明，避免誤解與懷疑擴大。同時，主動提供救濟制度下的可用資源，幫助他們獲得實際的支持，在低谷中，仍能找到一絲面對未來的力量。

### 「同理」是最具力量的禮物

回顧這些年，我已經在第一線醫療爭議事件處理上走過十三個年頭，其中八年更是專注於協助臨床生產事故救濟。一路走來，我最深刻的體會是：「同理」是我們能給予最具力量的禮物。

「同理」聽來似乎老生常談，在醫院這樣情緒高度張力的場域，卻是極具挑戰。每天，我們都要面對哭喊、質問，甚至是怒氣。這些情緒不僅來自家屬，也可能投射在我們自己身上。

曾經因為無力承受而感到疲憊，甚至懷疑自己是否真的能做到。但後來，我找到一個新的角度：我不是解決所有問題的人，而是陪伴他們走過這段生命低谷的同行者。

當我把自己放在「陪伴」的位置，那些家屬的憤怒、悲痛、質疑，都能轉化為另一種理解。與其抗拒或害怕，我更願意聽見他們的聲音。當我能從他們的角度去解釋艱澀的議題，他們也能逐漸從混亂中找到清晰的脈絡。

於是，只要家屬願意分享，我都會細細聆聽他們的人生故事。那不僅僅是故事的背景，更是他們最珍貴的生命片段：夫妻相識的緣分、備孕的喜悅、懷胎的辛苦，以及事故發生那一刻的混亂與無助。當我協助整理書審資料、彙整文件時，這些故事就像一幕幕電影在腦海閃現浮掠。

在「認識—理解—對話」的過程裡，我能夠更貼近他們的心，也因此，更多個案願意信任我們，與醫院一起尋求救濟的可能。

## 行政訴願爭取救濟，永遠不會忘記的個案

在眾多案例裡，有一件至今深深烙印在我心裡。那位產婦因為極為罕見的生產併發症而不幸離世。由於情況少見，臨床團隊第一時間認為是產婦本身疾病所導致的不良預後。然而，隨著後續更多的臨床證據的發現與文獻的確認，我們可以確認，真正的原因是懷孕生產過程中發生難以預料的罕見狀況。

我們小組立即啟動救濟協助，但第一次審議結果卻是「未予通過」。理由與臨床最初判斷相同——歸因於產婦原有疾病。這對已經承受巨大痛苦的家屬來說，無異於再次重擊，情緒一次次崩潰，悲傷與憤怒交織成一股令人窒息的壓力。而我們，同時面對家屬的質問與無法獲得外部專業審議的支持，那是一段極度艱難的時光，壓力之大，前所未見。

正因如此，更不能放棄。醫療團隊與小組成員合力，蒐集大量臨床文獻並篩選，將病歷與檢體資料一一彙整。那是我們第一次正式為個案提出行政訴願。這條路艱辛，卻也是唯一能夠替家屬爭取權益的途徑。

最終，外部專業委員會覆審，以及外院對病歷檢體的確認之下，案情得以翻轉，家屬最終成功取得救濟。當這個結果傳達給家屬時，他們不僅是悲傷得到寬慰，更是一種



能夠繼續走下去的力量。

這件案例讓我重新省思：醫療的不確定性永遠存在，而我們能做的，就是盡可能用制度與資源，去補足這份不確定性留下的缺口。

醫療本身有著難以避免的未知風險，制度可以成為承接的網。自從生產事故救濟制度上路以來，我看見了它如何在無數家庭的絕境裡，成為一盞燈。它並不是萬能的，但在最需要的時刻，提供了最即時的支持，讓那些幾乎被命運壓垮的人，還能再一次深呼吸。

這些年來，我也觀察到一個現象：接受救濟的案家，社會弱勢族群佔了相當比例。尤其沒有定期產檢的個案，更常出現在其中，他們並非不願意，而是缺乏資源與醫療保健知識。這讓我更深刻體會，救濟制度不僅是事後的補救，更該與社會支持網絡緊密結合，讓更多孕婦能在更早的階段獲得安全保障。



醫病關懷示意圖

## 願家屬悲傷之後，迎來光亮

這些年，我的心境逐漸轉變。面對高張的情緒，我不再只想「安撫」，而是學會「共感」；面對醫院與病方的拉扯，我不再只想「平息」，而是努力「陪伴」。常常想，自己真正的角色，不是去修補所有的裂縫，而是靜靜站在他們身旁，告訴他們：這條路你不是孤單的。

最後，我想對每一位曾經接觸過的個案與家庭說：

謝謝你們，願意在生命最低潮的時刻，讓我與你們同行。

願你們的人生，在悲傷之後，仍能迎來光亮。

「願你們往後人生一切順遂。」



## 關心與陪伴，是醫病溝通最好的橋梁

陳靜慧 / 宋俊宏婦幼醫院產房護理長

個案為初產婦，由於產程遲滯，最終以剖腹方式分娩。產後隔日上午，個案接受治療並拔除導尿管後，坐在床邊準備下床活動。然而剛起身便突然倒下，她的先生立刻呼救並將她扶回床上。當時個案仍有意識及血壓，但表示感到呼吸急促……隨後突然失去意識。

醫療團隊立刻啟動急救措施，隨即聯絡緊急轉院，醫療團隊成員陪同個案搭上救護車。然而，後送醫院接手持續全力搶救，最後仍傳來不幸的消息。醫院也向個案的先生說明，臨床研判可能原因為羊水栓塞。

醫療人員都明白，羊水栓塞是一種罕見且嚴重的產科急症，它的發生往往突如其來，難以預測，死亡率極高。然而，專業知識，家屬真的能理解嗎？

這場意外，不僅對個案的家庭是一場巨大的打擊，對於參與照護的醫療人員而言，同樣是難以抹去的陰影，更是一輩子的遺憾。

當天中午，我便致電給個案的先生，表達關懷，同時給予他和家人一段整理情緒的時間。過了一陣子，下午先生主動回電，語氣中仍充滿哀痛與疑惑。他告訴我，家人們都想知道究竟發生了什麼事。一切來得太突然，他們無法理解，為什麼一位原本健康、好端端的產婦，會在短短幾個小時之內永遠離開人世。讓人實在難以接受。

對於家屬的失落、悲慟與不解，院方經過討論後，決定在當天晚上召開病情說明會，主治醫師及院方主管一同與家屬面對面說明。

一開始，家屬情緒相當激動，特別是個案的父母，難以置信女兒竟然在短短時間內驟然離世。他們哭喊、咆哮，情緒失控，這樣的反應完全可以理解——因為這不僅是一



場突如其來的醫療事件，更是一次重創整個家庭的巨大打擊。

隨著主治醫師耐心解說，逐一回覆家屬的疑問，我們也表達了醫療團隊已盡全力搶救，卻仍無法避免憾事發生的遺憾。漸漸地，家屬情緒稍微平復，並請求我們先幫忙照顧好孩子，好讓他們能專心處理後續事宜。

在這段艱難的時間裡，我持續關懷先生，定期向他報告寶寶的近況，讓家人能稍稍安心。我也主動告知相關救濟資源，並協助他完成申請，讓他知道自己並不孤單——我們會一路陪伴他。

直到個案出殯、孩子接回家，後續每一次回診或打預防針時，先生和家屬依然會來找我，與我分享寶寶的成長點滴。這份牽繫，成為在悲傷中仍能延續的一股力量。

回想起來，在極度的悲傷與失落中，持續的關懷，能讓彼此逐漸建立起信任與溫暖，也讓家屬慢慢放下戒心。

以前的我，或許並不真正明白「關懷」兩個字的深層意涵，直到參與了「溝通關懷工作坊」的課程後，才更深刻體會到陪伴與傾聽的重要。課程讓我理解，在醫療現場，專業技術固然不可或缺，但人性的溫柔與耐心傾聽同樣重要。關懷不僅僅用在病人身上，也能延伸至同事、朋友，甚至家庭，都能因此多一些溫暖與柔軟。

### 專業技術固不可缺，溫柔耐心傾聽同樣重要

在醫院工作的日子裡，我漸漸體會到，對病患的關心與陪伴，不僅是醫療的延伸，更是醫病溝通之間最好的橋梁。

這次的經歷，讓我更深刻體認到國家建立「生產事故救濟」的重要性。唯有透過這樣的制度，才能確保在生產過程中若發生意外，產婦、胎兒與新生兒能即時獲得救濟，不僅減少醫療糾紛，也促進產婦及其家庭與醫事人員之間的夥伴關係。對醫護人員而言，這更是一份支持，能在沒有後顧之憂的情況下，全心投入病患的救治，進一步提升女性的生育健康與安全。

這場醫療事件雖然令人心痛，卻也成為我職涯中極為深刻的一次學習。醫療的本質，不只是救治病患，還包含了人性的關懷與專業的溫暖。唯有兩者並重，才能真正走進病患與家屬的心，使醫療不再只是冰冷的程序，而是一段彼此陪伴、共同承受的歷程。



## 在衝擊與無力感之間，盡人事、聽天命

林芳瑜 / 嘉義長庚紀念醫院法務專員

十年前，《生產事故救濟條例》正式施行，為分娩過程遭遇突發事故的家庭，開啟新的支持管道，不僅讓家屬在巨變中能獲得金錢補助與法律協助，也提醒醫療體系重視關懷陪伴。身為醫療院所的法務人員，同時負責醫病爭議的溝通與支持，我有幸在這十年間，陪伴許多面臨遽變的家庭，也見證制度如何逐漸成熟。

這份工作不只是處理文件與程序，更是一次次面對人性最深沉的痛苦與無力，並學習個人如何在情感與專業之間取得平衡。

### 一個無法輕易忘懷的案件

一名健康的年輕產婦，分娩時突然失去意識、心跳驟停。醫療團隊立刻啟動急救，緊急剖腹產、全力CPR，終於讓寶寶順利平安降臨。然而，母親雖恢復心跳，卻始終沒有意識，最後在加護病房離世。

這對任何家庭都是難以承受的震撼。原本滿心期待迎接新生命，卻在同一天失去至親。當我們前往說明與關懷時，空氣中瀰漫的，是錯愕、悲傷與無助。家屬的問題一波接一波，有時是理性的追問：「為什麼會這樣？有沒有人疏失？」更多時候則是情緒性的吶喊：「怎麼可以這樣！孩子才剛出生就沒有媽媽！」

我除了要協助醫療團隊清楚說明病情與制度運作，也必須成為家屬面對法律與制度時的橋梁。最終，我們協助家屬申請生產事故救濟，提供相關文件與流程說明，家屬也逐漸接受現實。



然而，我深知，對他們而言，這不過是漫長悲傷旅程的起點。我們所做的，不會抹去失落，只能讓他們在風暴中多一點支撐。

## 在關懷與制度之間尋找平衡

第一線的溝通與法務工作，是充滿張力的。

除了必須同理家屬的悲痛與憤怒，理解他們在醫療意外中失去安全感，甚至懷疑醫療體系；同時，也背負著醫院對外的責任，確保溝通正確、符合法律規範，並降低可能的爭議風險。

剛進入這個領域時，常因無法立即化解家屬的敵意或悲傷而感到挫敗，有時耗盡心力傾聽、解釋與安撫，卻仍換來指責或不信任。曾經一度懷疑自己的價值，也質疑「做再多有用嗎？」

多年之後，我開始用一句話安慰並提醒自己，「盡人事，聽天命」。

「盡人事」是對可控制的事務全力以赴，無論是完整地蒐集醫療資料、協助家屬完成救濟申請、或陪伴醫療團隊與家屬艱難對話；「聽天命」，則是接受結果不完全在我們掌握中。家屬是否能諒解、事件能否平和落幕，往往受到許多不可控的情緒與外部環境影響。理解這個道理，讓我可以盡可能的不被無力感拖垮，也能帶著同樣的專業與同理心，迎接下一次的挑戰。

## 不被無力感拖垮，持續學習補充正能量

在這條路上，持續學習是不可或缺的。每當有機會參加溝通關懷或醫病對話相關的課程與工作坊，我總抱著補充能量的心情前往。課程內容固然重要，但更讓我感動的，是看見許多同樣在第一線努力的同伴——醫師、護理師、社工師、法務人員等。我們面臨的壓力相似，既要安撫病家情緒，也要保護醫療團隊；既要同理悲傷，也要維持專業界線。

在課堂上彼此分享經驗，常常讓人覺得「原來不只我覺得辛苦」，這種被理解的感覺，讓我有力量回到工作崗位，再次面對下一個需要支持的家庭。

同時，我也持續學習如何與情緒和平共處。過去的我，總是難以避免地把悲傷與

衝突帶回家，腦海不斷重播病房裡的畫面，疲憊感悄悄滲進生活。現在，我提醒自己在下班後「歸零」，利用通勤的時間聽感興趣的podcast，若思緒不小心又飄回白天的煩惱，就溫柔地提醒自己回到當下正在做的事，這樣的練習讓我逐漸學會把情緒留在醫院，不再把負能量帶回家中。

唯有先照顧好自己，才能在每一次案件來臨時，依然以同樣的耐心與溫暖，去承接病人與家屬的情緒，繼續走在這條陪伴與支持的路上。

### 期待制度提供心理支持與專業培力

十年來，生產事故救濟制度逐漸完善，對受創家庭是一種支持，也給予醫療人員一定的安定力量。然而，我仍期望未來的制度，能進一步整合心理輔導、社會資源，讓家庭除了金錢補助外，也能獲得心靈上的長期支持。同時，也希望第一線工作者能得到更多情緒支持與專業培力，因為我們常被期待成為強韌的靠山，卻也需要有地方可以傾訴、被理解、被療癒。



婦產科團隊進行模擬訓練



作為制度的一環，我深知自己無法改變命運，但希望在這些傷痛裡，能成為一個穩定的陪伴者，在混亂中提供資訊與資源，在崩塌時給予一點力量。人生無常，「盡人事，聽天命」這句話，指引我能堅持專業與善意，也提醒自己，雖然無法撫平所有傷痛，但或許能讓這條路少一些孤單與無助。



## 走進悲傷 ——共情但不沉溺

吳宛珊 / 成大醫院婦產部秘書

在擔任生產事故救濟協助行政人員的這些年裡，我參與過無數起醫療事故後的行政支援工作。其中有一件，至今仍深深刻在我心——那是一位年僅29歲的年輕母親，剛迎來新生兒的誕生，卻在滿懷喜悅的那一天，收到孩子的死亡通知。那一刻，我彷彿看見她整個世界在眼前崩塌。

那次案件對我而言，最困難的並不是繁瑣的程序，而是如何陪伴那個家庭，在悲傷與憤怒的浪潮中，一點一滴地理清現實與權益。面對突如其來的失去，家屬的情緒往往像失控的洪流，質疑、指責、痛哭、否認……這些反應，都那麼真實而沉重。

我無法代替他們走過失去的痛，但我能做的，是在家屬最需要幫助的時候，協助完成生產事故救濟的申請，讓制度成為他們的一線支撐。

這件事的結尾，稱不上「圓滿」，他們在經歷與醫療單位的溝通、制度上的補償與心理支持後，最終選擇離開熟悉的土地，遠赴國外療傷。我想，那也是一種重新開始。

每當面對情緒高張的家屬，我自己也會被捲入其中。剛開始時，我以為要扮演堅強不動搖的角色，後來才明白，「共情但不沉溺」才是真正的專業。學會照顧自己的情緒，是這條路上重要的一課。下班後獨自走回家、擁抱孩子、看看天色與花草，那些片刻的寧靜，成了我重整心緒的儀式。

在行政程序與情感陪伴之間取得平衡，是這份工作的日常。難的從來不是文件的填寫與流程的安排，而是那份人與人之間，無法量化的重量。

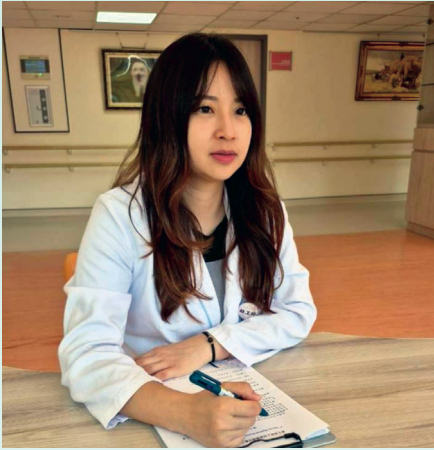
自《病人自主權利法》與《生產事故救濟條例》實施以來，我們在第一線的角色逐



漸明確，有了制度可依、有了脈絡可循，家屬的訴求也得以更有系統地被理解與回應。

我期盼，未來的政策不只強化金錢補償的層面，更重視「情緒支援」的制度建構；也希望能為第一線的工作者，提供更多心理支持與專業訓練，因為這份工作，本身就是一種隱形的情感勞動。

走在這條路上，悲傷與希望總是並行。我無法為每個家庭改寫結局，但願能成為他們黑暗旅程中的一盞燈——哪怕微弱，依然溫暖、堅定。



## 產婦家屬與醫師 同樣需要被理解 與支持

游宛璇 / 臺北市立聯合醫院陽明院區  
社會工作課課長

迎接新生命，是件美好且令人期待的事，「母子均安」四字看似簡單，卻是每一位產婦與家屬與醫療團隊最深的期盼。

俗語說：「生得過，麻油香。生不過，四塊板。」短短一句話，道出了產婦在生產過程中所承受的巨大且未知的風險。現代人普遍晚婚晚育，高齡懷孕日益常見，不孕與高危險妊娠的比例逐年上升，使孕期與生產過程充滿更多挑戰，新生命的誕生更顯得格外珍貴與不易。

從備孕、懷孕到生產，準媽媽們不僅要承受身體與心理的變化，也面對來自家庭、職場與社會的多重壓力。懷胎十月的歷程，家人的陪伴與支持之外，婦產科醫師更是關鍵的守護者。醫師透過定期產檢，見證胎兒成長，陪伴準媽媽們與家人一同迎接新生命的到來。除了提供醫療的專業照護與衛教指導外，醫師更像是準媽媽們的心靈導師，耐心傾聽她們的各種擔憂與煩惱，並以專業化解孕期的不安與焦慮。直到親手將寶寶接到這個世界、聽見清亮的啼哭，醫師才能安心完成這份沉重卻溫暖的使命。

然而，生產過程中仍可能發生意外。無論是身體功能喪失、永久傷害，抑或是生命的消逝，都讓原本充滿希望的時刻瞬間化為悲痛。「喜事變喪事」的衝擊，不僅讓家屬難以承受，也徹底改變了整個家庭的命運。新生兒的逝去，奪走了父母成為父母的機會；產婦的離世，讓孩子失去母親，配偶也在失去摯愛的同時，獨自面對漫長的育兒之路。

這樣的傷痛，同樣深刻烙印在醫療團隊心中。對陪伴產婦十月懷胎的主治醫師而



言，面對非預期的死亡事故，不僅承受失去病患的悲傷，也背負著「盡力仍無法挽回」的無力感。若家屬在悲痛中將責任歸咎於醫療處置不當，原本信任的醫病關係可能瞬間瓦解，轉變為對立與指責。

就筆者的經驗，若能及時以誠懇的關懷與公正第三方的說明介入，往往能協助家屬理解生產事故並非必然源於醫療疏失，從而減輕對立情緒。

勇於面對與及時關懷，是維繫醫病關係、修復信任的重要起點。生產事故關懷的對象，除了產婦、家屬之外，醫師與醫療團隊同樣需要被理解與支持。尤其是主治醫師，十月懷孕的陪伴建立起的情感，當產婦離世，醫師亦會經歷到哀傷與挫敗，若又遭到產婦家屬的質疑與責難，雙重否定與打擊的負向情緒，若未能及時被接住、處理，極可能動搖其繼續投入接生工作的意願。

在此時刻，醫療社工師常扮演溝通與關懷的角色，作為家屬與醫療團隊間橋梁。在傾聽和陪伴悲痛家屬的同時，也將醫師及院方的關懷傳達給家屬，讓家屬感受到醫療團隊與他們同在，並在適當時間協助家屬了解相關的救濟制度，處理申請程序，減輕其焦慮與無助，讓悲傷不至於轉化為敵意與對立。

### 實務挑戰：家屬仍可能期待醫院金錢補償

《生產事故救濟條例》第一條明確指出，國家設立此制度的宗旨在於建立救濟機制，確保產婦、胎兒及新生兒於生產過程中發生事故時能獲得及時救濟，減少醫療糾紛，促進醫病間夥伴關係。

此救濟制度雖有助於降低訴訟發生率，但實務上仍面對另一個挑戰。部分家屬認為生產事故救濟屬於國家補償，並非醫療院所提供之補償，因而期待院方另行提供「慰問金」或「補償金」為生產事故發生負責，以示誠意。若院方無法回應此期待，家屬有可能再透過其他管道提出訴求，醫病關係再度緊繃，醫療團隊也將再次承受壓力與創傷。

如何在制度上進一步完善，讓救濟制度真正實踐「不責難」的精神，是值得社會共同思考的議題。若能透過法律與制度設計，兼顧家屬的情感需求與醫療人員的心理安全，將可減少醫療爭議與社會成本，也讓醫療人員能更安心、專注於守護生命的工作。

第伍章

# 從事故中學習





## 與醫療機構並肩同行——落實除錯，改善品質

財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會生產事故通報工作小組

### 專家視角，從事件到信任，讓安全文化生根

作為生產事故救濟制度的審查與輔導機構，我們深刻體會到：醫療安全的核心，不在於責備錯誤，而在於理解錯誤。每一次輔導訪視，都是一次重新建立信任、共同學習的過程。十年來，醫策會生產事故通報小組陪伴著全台各地的醫療團隊——從大型醫學中心到偏鄉診所，一起走過從事件震撼到改進落實的漫長路途。

### 邁出品質改善的第一步，通報是勇氣的起點

自民國 106 年起，本會承接生產事故事件通報及品質輔導計畫，依據《生產事故救濟條例》第 22 條規定，開始協助醫療機構檢視並回顧事件。通報制度的建立，象徵著「願意誠實面對」的第一步。初期採紙本通報，雖然繁瑣，但每一份報告都代表著一個團隊對安全的承諾。

隨著民國 111 年全面改為線上通報，效率與資料品質大幅提升，也讓醫療機構能即時掌握事件的趨勢。本會透過數據分析與回饋，逐步形成學習網絡，讓通報不再只是「行政程序」，而是「病安改進的起點」。在這個過程中，我們看到許多醫療團隊從「害怕被檢討」轉變為「主動尋求改善」，這樣的改變正是十年來最珍貴的成果。

### 風險管控輔導，在照護現場中看見真實風險

在輔導過程中，我們經常發現，錯誤並非一般的印象源於個人疏忽，而是潛藏於系



統與流程中的「未被看見的風險」。

曾有一家診所，制度上將門診、急診與接生分由不同醫師負責。當高危險妊娠的產婦臨時就診時，因資訊未即時共享，導致臨床判斷延遲。委員團隊在輔導時，沒有先指正，而是邀請醫師與護理人員一同回顧當時的情境：「如果那天能再多一個提醒、多一份確認，結果會不會不同？」經過共同討論，診所重新檢視急診作業規範，建立了高風險產婦即時通報機制與胎心音監測異常即報制度。輔導結束後，診所回饋說：「原來風險管理不是外加的負擔，而是讓我們更有信心照顧病人的方式。」

這種從「怕出錯」到「敢檢視」的心境轉變，正是除錯文化的展現。

## 根本原因分析輔導，從錯誤中學會更安全的思考

在重大生產事故案件中，委員們最常見的挑戰，是如何協助醫療機構從「呈報事件」走向「理解事件」。特別是在喜克潰錠（cytotec）錯誤藥物處方事件中，這樣的過程尤為深刻。

我們曾輔導一間診所發生喜克潰錠（cytotec）錯誤用藥，造成嚴重後果。初次收到的報告內容零散，未聚焦於錯誤核心。經本會多次溝通後，診所同意申請實地輔導。當我們走入現場，看到忙碌的待產區、人力緊繃的輪班表、尚未更新的用藥指引，一切才逐漸明朗。輔導委員以「理解流程而非責怪個人」的方式帶領團隊，逐步釐清問題根源：喜克潰錠（cytotec）用藥指引未更新，使用情境未明確界定；缺乏人力支援，交班過程中資訊傳遞中斷；護理人員對於高風險藥物辨識與急救流程訓練不足。

經討論後，診所主動提出改善方案：

更新藥品管理制度、建立雙人覆核流程、導入跨部門訓練與急救模擬演練。這些改變，不只是制度調整，更是一種「文化的再造」。輔導後，診所再度提交報告，專家委員一致肯定：「這不只是改進措施，而是一種從錯誤中學會更安全思考的證明。」

## 專家省思，讓除錯成為文化，而非事件

十年來，我們在一次次事件的現場，看見醫療人員的壓力、努力與成長。除錯不是讓錯誤消失，而是讓錯誤成為能被看見、被理解、被改善的契機。對審查委員而言，最珍貴的時刻，往往不是完成報告的那一刻，而是看到團隊眼神裡出現的那份「願意再試

一次」的光。這代表制度不再是外加的規範，而是成為團隊共同維護病人安全的信念。

### 結語：病人的安全不是終點

回顧這十年，我們與全國各地的醫療夥伴一同走過挑戰與學習的歷程。每一次事件的檢討、每一次輔導的交流，都是台灣醫療安全文化逐漸成熟的足跡。未來，本會將持續秉持「專業、傾聽與支持」的精神，與各級醫療機構攜手前行，讓「學習型醫療文化」從制度落實到日常，從通報推進到內化。我們深信——病人安全不是終點，而是我們共同努力的方向；它不僅是一項成果，更是一種彼此守護的信念與承諾。



## 救濟案件的省思 與回饋

陳宜雍 / 台北馬偕紀念醫院婦產部高危險  
妊娠科主任

### 系統性理解醫療事故

幾年前，在台灣婦女健康暨泌尿基金會執行長黃閔照的邀請下，我加入了「生產事故救濟計畫」的工作團隊。最初的任務是協助案件的統計整理與分析，並提供產科相關專業問題的諮詢。這樣的角色讓我有機會深入了解制度運作的全貌，也得以參與每個月的生產事故救濟審議會。

身為臨床產科醫師，能從制度面看待事故個案，是截然不同的經驗。過去，我關注的是如何盡心維護手中孕產婦、胎兒與新生兒的健康；如今，我學會從系統性去理解一場事件背後的脈絡與意義。這種角色轉換，讓我看見醫療制度不僅是治療與技術，更是一種社會信任的延伸。

### 救濟與檢討的雙軸運作

生產事故救濟制度的運作，主要分為「救濟補助」與「檢討改進」兩個軸心，剛柔並濟、相輔相成。

#### (一) 救濟補助：公平審議兼顧社會正義

在救濟的面向上，原則明確：只要案件符合條件，幾乎都會通過救濟。這不僅展現了制度的同理精神，也反映出社會對孕產婦及其家庭的支持與尊重。

醫療案件的審議過程，通常由相關專科的醫療委員共同參與。不同專科之間難免有

不同的觀點與見解，尤其在臨床事實存在模糊地帶時，每一次辯證討論，都是在理性與同理之間尋找平衡——讓案件能公平審議。

印象特別深刻的是，有些個案經醫療專家審查認為「不完全符合救濟條件」，但社會與法律領域的委員會從不同的視角切入，提醒我們：制度的設計不只是技術性，更有社會正義的溫度。雖然部分案件最終仍未能通過救濟，但過程中，常看到人性的關懷與溫暖，制度不只是冷冰冰的規範，也能展現出同理與包容的力量。

## （二）檢討改進：回饋臨床同時精進品質

產科現場的變化極為迅速，許多事故的發生只在短短幾分鐘之間。審議委員事後諸葛，當然能更清楚看見缺失，但臨床現場的壓力、資訊不足與突發狀況，往往難以在審查時完全被理解。而且各醫療院所的條件差異甚大——人力、設備、急救資源皆不相同，若以醫學中心的標準去衡量地區醫院或診所，不盡公平。

值得一提的是，自民國113年起，在衛生福利部醫事司劉越萍司長及黃閔照執行長的規劃下，「回饋機制」正式啟動。其目的是讓初審委員能將案件討論中發現的可改進之處，整理成具體建議，經委員會中討論通過後，再回饋給相關醫療機構，作為日後改進醫療品質的參考。

回饋必須務實可行，若僅停留在文字層面，就失去了意義。委員們在撰寫與審議回饋內容時，會特別考量院所的規模、人力與設備條件，確保每一項建議都能真正落地，成為改善行動的起點。因此「救濟」不再只是補償，而是轉化為臨床學習與品質改善的循環。例如，若發現院內急救、備輸血或跨團隊聯繫等流程有瑕疵，或警訊辨識延遲，回饋建議會促使醫院建立或檢討相關流程，並透過教育訓練與模擬演練加以改善。

我們也認知到，事故並非全由醫療過程造成。部分弱勢個案因經濟困難、社會支持薄弱或缺乏健康識能，導致無法規則產檢或延遲就醫而發生事故。此時，社會與法律專家便會依其專業提出建議，例如透過社工介入、協助衛生局後續追蹤輔導等，防止類似憾事再次發生。這讓我深刻體會，醫療安全也是一個社會議題，需要跨領域的共同守護。

## 回饋機制深化醫療安全

參與生產事故救濟，是我目前醫師生涯中一段體驗深刻的歷程。每一次開會，我都



抱著謙卑的心情閱讀個案資料，並聆聽討論與建議，問自己：「如果這件事發生在我身上，我會怎麼做？能否在當下避免事故？」

許多個案提醒我，早一步的警覺、再多一句溝通，往往就能改變結果。每個個案都像一面鏡子，映照出醫療體系的不足，也照見我們改進的途徑。這些年來，越來越多醫療院所從回饋機制，延伸到日常風險管控與品質管理，透過跨團隊討論與持續改善，使醫療安全逐漸深化。當醫療團隊能從指責轉向理解、從防衛醫療改為學習精進，制度的回饋就不只是文字，而是醫療文化的積累。

十年的歷程，代表的是制度的成熟與社會的信任。我相信，生產事故救濟制度不僅是執行一部法律，更促成一種醫療文化——讓每一次的省思，化為更安全、更有溫度的孕產照護。



# 從生產事故救濟經驗談推動孕產兒安全對策

黃建霈 / 台灣婦產科醫學會秘書長

生產事故救濟從發想、鼓吹、試辦計畫到民國 105 年正式上路，全程都可見台灣婦產科醫學會核心人物的努力，可以說沒有婦產科醫學會的推動及持續努力，台灣不會有全世界第一的生產事故救濟。

從開始的謝卿宏理事長、黃閔照秘書長、葉光芄醫師，到正式上路的何弘能理事長、生產事故審議會主席的蘇聰賢院士，及許多來自婦產科、小兒科、法律及社會性等專家審議會委員，都為生產事故救濟的推動及執行、檢討，包括每月的審議會，每年的實地輔導、甚至生產事故根本原因分析（Root Cause Analysis, RCA）、孕產安全教育的推動，貢獻許多心力。

## 救濟制度完善孕產安全通報與檢討

制度實施後，建立了完整的孕產安全事故通報全國性資料庫，可供專家們彙整分析，找出母嬰傷亡的事故比例及原因，並檢討改進，回饋第一線人員，以預防不良事件再發生。

### 一、發現催生藥物及處置不當使用——減少母嬰傷亡

喜克潰錠（cytotec）在足月催生的不當使用、不合適應症卻勉強進行的腹膜外剖腹產、未經同意且不當的宮底加壓而造成子宮破裂、不合仿單規定的催生藥物過度使用等，造成連續多起的母嬰傷亡。其中有許多原可避免，而透過生產事故通報資料分析，



才得以浮現，進而檢討修正用藥指引及醫療行為，確實減少了類似事件再發生。

## 二、產科肺栓塞比例增加——救命繩計畫出爐

分析也發現，近幾年快速增加的產科肺栓塞，取代過去找不到原因就臆斷的羊水栓塞，高居母體死亡原因前三名。主要是高齡、大齡產婦有增無減，高危險妊娠、人工生殖、體重過重等情況日益普遍，導致生產時發生肺栓塞比例越來越高，直追歐美。

婦產科醫學會因此發展出安產御守的第一版及第二版的救命繩計畫（Reduce Obstetric Pulmonary Embolism, ROPE），將剖腹生產由以往須有其他危險因子才建議採用預防措施，改成將要剖腹生產者均建議使用，例如：長期使用壓力漸進式彈性襪、或開刀前後用的間歇性腿部氣壓裝置、或腿部肌肉神經刺激器，以有效減少產科肺栓塞的發生。



台灣婦產科醫學會舉辦救命繩計畫記者會

## 三、產後大出血、子癲前症——強化安全處理機制

此外，也發展出產後大出血（Postpartum Hemorrhage, PPH）及子癲前症（Preeclampsia）的組合式照護，透過生產事故研討會及婦產科醫學會的宣導，推動制式的處理流程及清單，事前準備、平時演練、有秩序不慌亂的適當處理、事後檢討，藉由產科緊急事件處理機制連同ROPE救命繩計畫，解決台灣造成母體死亡的前三大原因。

## 四、推動孕期糖尿病篩檢照護——提升胎兒健康評估

在胎兒方面，以胎死腹中為生產事故大宗，其中能事先預防者，以慢性或妊娠糖尿病的孕期血糖控制不佳、胎兒生長遲緩無適當評估及追蹤為最主要原因。

婦產科醫學會與周產期醫學會、內分泌醫學會、糖尿病衛教學會，共同發展出「孕期糖尿病照護指引」，使內科、產科對血糖控制有共同目標及作法，並爭取到妊娠糖尿



國健署、健保署與台灣婦產科醫學會共同舉辦「糖媽媽大作戰」記者會

病例行篩檢、孕期糖尿病試紙的健保給付、孕期糖尿病共照防護網延伸到產後，使得糖尿病孕產婦的照顧更好。

## 未來目標致力減少新生兒傷病死亡

對胎兒生長遲緩的追蹤，婦產科醫學會持續爭取擴大健保給付胎兒生長評估及胎兒、臍帶、孕期子宮動脈血流評估，讓胎兒健康評估及生產時點的掌握更精準。同時，對第一線的產科醫師全力宣導及繼續教育，並作為專科醫師考試的題目，促使大家都來重視孕產兒安全。

民國110年7月1日起，公費產檢補助次數從10次增為14次，但上述的胎兒健康評估不包含在內，不時看到沒能即時生產的胎死腹中發生，殊為可惜，值得產科醫師繼續努力。

新生兒傷病以胎兒窘迫、產傷為大宗，因此對胎兒缺氧的即時處理，避免真空吸引器、產鉗、腹膜外剖腹產、催生藥物的不當使用就是重點。目前包括手術性產科警示訊息事件的建立、腹膜外手術同意書關於風險及替代方案的告知及修正、喜克潰錠 (cytotec) 在產科正確使用指引的公告，確實有效的改善部分的新生兒傷亡事件，但距離全面遵行實還有一段路要走。

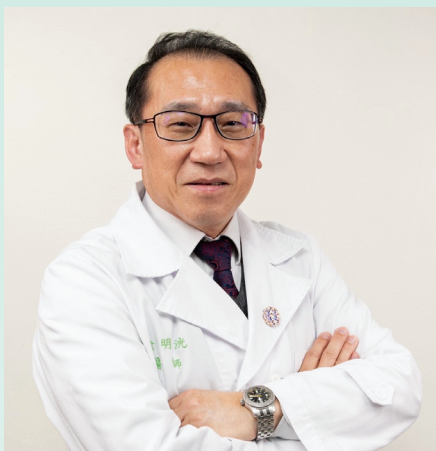


衛福部、財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會與台灣婦產科醫學會共同辦理生產事故救濟研討會



台灣推動生產事故救濟制度的經驗，國內外婦產科醫學會議有多次發表，在國際間均獲得熱烈迴響及討論，許多國家表達高度興趣，羨慕台灣的無過失補償制度（No-Fault Compensation）。

生產事故推動十年以來，國家投入10多億元，給予傷病家撫慰，減少了七成的醫療糾紛，婦產科住院醫師的招募從民國104年谷底的24位，增加到前幾年的平均65位，雖說這兩年又有點下降的趨勢，仍對婦產科界深具正面效益。在此時值十年的重要紀念時點，除了回顧過去，也願生產事故救濟相關事工越辦越好，對母嬰的照護跟上世界第一流的水準，真正實現惠及婦幼的健康台灣。



## 我們勇敢承擔，要做雲林偏鄉婦幼的靠山

徐明洸 / 輔仁大學附設醫院副院長

那些年，我在台大雲林分院擔任副院長。

我常說，雲林是我們的家鄉，但這裡的醫療環境卻長期處於一種「先天不足」的困境。想像一下，在雲林縣的20個鄉鎮中，竟然有14個被列為健保醫療資源不足地區。當全國每萬人口平均有30.4位執業醫師時，雲林卻只有18.1人；而且雲林的醫院專科醫師專任人數比率僅有53.8%，遠低於全國的70%。

特別是在我們奉獻一生的婦產科領域，問題尤為嚴峻。108年衛生福利部就說：「婦產科是國內醫師人力老化最嚴重的科別，平均年齡已高達五十多歲。在雲林的部分偏鄉，甚至出現了「沒有婦產科醫師可接生」的荒涼景象。看著鄉親孕產婦為了生個孩子，遇到緊急狀況，只能奔波於國道，趕往台中、彰化或台南，往往為時已晚，留下終生的遺憾。我們明白，我們必須做點努力，必須要成為這群「偏鄉婦幼的靠山」。

這不是單靠一間醫院就能解決的問題，而是一場需要重新塑造社會關係的「社會創新」。

### 轉媽媽，別等生了再轉寶寶

故事的起點，是從建立一個「周產期照護網絡」開始。過去，許多診所遇到高危險妊娠，往往等到孩子出生後發現狀況不對，才緊急轉院，但那往往已經錯過了黃金救援時機。

所以我們極力主張：「轉媽媽、別等生了再轉寶寶」。



110年台大醫院雲林分院開始串連雲林地區的基層力量，與安安婦兒聯合、婦安、林嘉祈診所以及112年後加入的竹山秀傳醫院建立區域聯防關係。我們建立了有效率的轉診機制，當基層醫師發現高危險妊娠個案時，及早轉診台大雲林分院，負責處理複雜的醫療照護，也包括像是高層次超音波、羊膜穿刺、初期唐氏症篩檢或是非侵入性胎兒基因檢測等等；一旦孕婦情況穩定，我們就將她們送回原本熟悉的基層診所，接受連續且貼近的日常照護。如果它們生產沒有把握，那就轉過來由我們接手。

自110年承接衛福部周產期照護網絡服務計畫之後，導入高危險妊娠轉診通道後，轉診案例比以前增加了近三倍，且每年以26%的速度持續成長。這證明了，只要方法對了，就能讓風險在發生前被攔截。

### 科技，是我們二十四小時的眼

除了守護媽媽，孩子更是我們的寶。雲林的幅員廣大，新生兒外接的過程充滿變數。

為了讓急救不中斷，我們利用計畫預算購置了新生兒專用 4G 監視器，佈建在合作的醫療院所。這套系統厲害的地方在於，當我們的小兒科主治醫師搭坐外接救護車奔馳之時，透過遠距傳輸，就能即時監控危急新生兒的生命徵候，並給予診所醫護人員最即時的處置建議。同時在我們新生兒加護病房也同時收到訊號，所以到院接續照顧時，幾乎是無縫接軌。

這種電子記錄生命徵候趨勢的「智慧醫療模式」，自110年開辦第一年就達成了42例外接，且以169%的年複合率在成長。看著螢幕上跳動的數據，我們知道那不只是數字，那是每一個家庭的希望。

### 找回醫師的使命感：開放產科醫院

在推動計畫的過程中，我們發現了一個令人驚訝的現象：全雲林近65萬人口，僅有三家診所、兩家醫院還有提供接生服務。

為什麼？因為少子化導致規模縮減，診所無法負擔24小時排班的人力成本，加上醫師老齡化，體力上早已不堪負荷。更現實的



基層產檢診所醫師到本院關心開放醫院模式之產婦產後狀況

是，產後大出血等無法預期的併發症，常帶來巨額賠償和醫病糾紛，也讓這些沙場老將們望而卻步。

為了活絡這些醫療量能，我們在110年11月，推動了「開放產科醫院」模式。

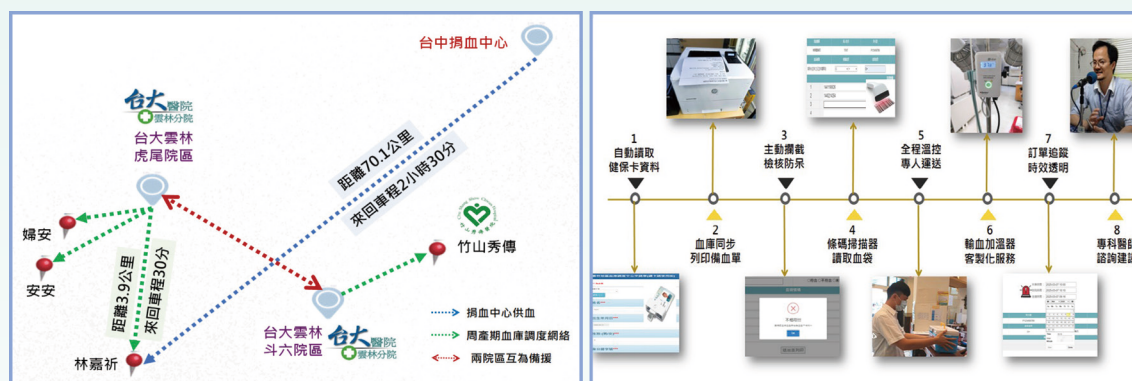
這套流程設計得很靈活：孕婦在懷孕20週前，若屬於低風險，可以在基層診所產檢。到了24至28週之間，來台大雲林分院門診進行糖尿病篩檢及個管登記；之後又回到診所產檢，等到35週，再來雲林分院繼續追蹤並安排生產。生產當下，診所醫師可以參與醫院醫師的「雙軌照護」，讓產婦平安生產。如此產婦有極高的滿意度，診所的服務量能也不會因為不接生而萎縮。

這創造了一個奇妙的氛圍。記得有一位老醫師原本兩年前就萌生退意，但因為有了這套模式，他說：「有了台大做後盾，老兵要重新出發！」。到了113年，我們已經有70位成功案例，更重要的是，我們保存了老醫師們寶貴的經驗，讓區域醫療量能得以延續。

### 三十分鐘的奇蹟：數位化血庫調度平台

在所有的生產風險中，最讓產科醫師驚心動魄的，莫過於「產後大出血」。

雲林的供血主要依賴台中捐血中心，以前一旦發生大出血，往返取血要2到3小時，時間是救命的最大敵人。為此，我們跨部門合作，建置了全台首創的「數位化血庫調度平台」。



臺大醫院雲林分院血庫調度平台網絡與輸血安全八大目的



這個平台的運作非常「數位化」：診所遇到緊急用血需求，只需插卡鍵入資料，系統便會「一鍵送出、血庫同步接收」。我們以斗六與虎尾院區為核心，透過專車冷鏈配送血品，將原本數小時的路程，縮短到最快 30 分鐘內送達。

這就是我們最自豪的「四通八達」策略：斗六、虎尾院區互為備援，與四家婦產科診所合作（四通），並實現從讀取健保卡、血庫同步、主動攔截、條碼掃描、專人溫控運送、加溫器服務、訂單追蹤以及專家諮詢的八大目標（八達）。這些年我們已累計提供 193 人次的輸血支援，其中 28 例是極為驚險的緊急送血輸血。

### 結語：我們構築的烏托邦

這項計畫之所以能成功，關鍵在於「信任」與「共融」。

我們建立了一個共同遵守的「病患回診機制」：所有轉診到台大雲林的孕產婦，在治療或生產完成後，全數回歸原診所照護。這樣消除了基層診所對病人來源流失的疑慮，由於我們是以診所利益為考量，共同努力，建立起「唇齒相依」的協力關係。

這是一個產婦、診所、醫院及政府「四贏」的局面。孕產婦獲得了連續且完善的照顧；診所降低了風險與營運成本；醫院維持了營運績效；而政府則優化了資源分配。

雖然我現在已轉任輔大醫院服務，但那段在雲林與夥伴們一起做學問，一起照顧病人，共同奮鬥的日子，至今仍深深觸動著我。我們用科技及同理心補足了偏鄉失能的遺憾，用制度和關懷溫暖了堅守崗位的醫師初心，真正實踐了醫療平等的理想。這，就是我心中完美的烏托邦。



與基層診所定期舉辦雲林地區婦幼聯合臨床研討會



## 從「害怕」到「安心」：織起一張守護母嬰的安全網

奇美醫療財團法人奇美醫院護理部 / 徐富美督導暨婦產部團隊

在產房推開門的那一刻，世界通常分外安靜，唯有胎兒心跳監測器滴答滴答地響著。對於多數家庭而言，那是迎接希望的樂章；但對於我們來說，那規律的聲音背後，潛伏著難以預測的風險。台灣的生產環境曾走過一段醫病對立的幽谷。過去，一旦發生無法預期的生產事故，家庭陷入悲慟，醫護則陷入漫長的訟累，雙方在法律與心理的創傷中雙輸。然而，隨著《生產事故救濟條例》施行進入第十個年頭，這場關於生命的戰鬥不再孤軍奮戰。這項法規以「非責難」為核心，建立起即時救濟的緩衝空間，讓醫療團隊能從法律糾紛的恐懼中轉身，將精力專注於最純粹的使命：守護。在這樣的大環境下——奇美醫院——投入心力在精實的應變演練與智慧醫療中，將「母嬰平安」從一句祝福，打造成一道堅不可摧的專業防線。

### 黃金救援的接力賽

我們熟悉的產房，其實是一場關於生命的接力賽隨時都在準備著。對於產科醫生來說，產後大出血就像是一個潛伏在喜悅背後的奪命惡魔，它發作快、出血量大，每一秒的遲疑都可能改寫一個家庭的命運。為了與死神賽跑，我們打破了傳統「科別」的界線，建立一套「黃金救援」流程。當外院轉送一名大出血個案的訊息傳來，此流程開始精準運轉。

這場救援的起點，早在病人抵達醫院前就已啟動。當醫師接獲訊息，第一時間便會啟動各部門的 PPH（產後大出血）救治團隊。在短短的幾分鐘待命時間裡，我們必須



要備齊急救包與藥品，產科醫師也必須準備好所有工具趕赴急診。這種「人等病人」而非「病人等人」的備戰狀態，是我們醫療團隊對生命最高的尊重。

當救護車的鳴笛聲劃破空氣，病人進入急救區域，我們展現的是高度專業的默契，所有團隊各司其職，互不干擾。為了節省時間，跨科別、跨單位聯手努力，讓原本驚心動魄的危機，在專業的層層包圍下化險為夷。

在這樣一場場與時間賽跑的過程中，我們也慢慢看見改變。

近年來，我們團隊已成功處置多例產後大出血個案，且均未出現重大併發症。

對外界而言，這或許只是數據；但對我們來說，那代表每一位母親都平安回到家中。這樣的成果，並非偶然。我們深知，真正的安全，不只是在事故發生時成功搶救，更在於事前的風險控管。

因此，我們針對高危險妊娠孕產婦，建立了11項個別化處置流程，讓每一種可能的風險，都有清楚的應對方式。這些流程並非紙上談兵，而是在臨床中反覆演練、持續修正的結果。

而支撐這一切的，是一支訓練紮實的醫療團隊。超過九成成員接受過高危險妊娠專業訓練，對每一個細節都有近乎苛求的要求。

我們都知道，真正讓結果不同的，不是某一個人，而是整個團隊在每一個細節裡的堅持。



針對產後大出血進行實況模擬演練

## 智慧醫療的柔情：24小時的數位好夥伴

然而，我慢慢發現，對於孕產婦及家屬而言，真正的安全感，不只存在於搶救成功的那一刻。它應該更早開始，存在於日常之中。

現在的準媽媽，在資訊爆炸的時代，反而更容易焦慮。一點點身體變化，就可能讓她們整晚無法入睡。

因此，我們開始嘗試，讓醫療走出診間。

透過「奇醫管家」LINE平台，目前已有超過2,400位孕婦，擁有一位24小時陪伴的「智慧好夥伴」，累計推播超過12,000人次。

但對我而言，它不只是工具，更像一位細心的朋友。它提醒產檢事項、即時解釋檢驗數據；更重要的是，在懷孕中後期與產後，主動關心產婦的心理狀態。一旦發現異常，護理師與心理師會主動介入，在情緒跌落之前，先接住她。我們也將原本冗長的衛教內容，轉化為動畫與電子書。原本需要27分鐘的說明，現在12分鐘就能理解，且知識掌握度從78分提升至92分。

## 不再孤軍奮鬥，迎接生命的同時也學會接住彼此

這幾年，很多人問我：「生產事故救濟條例，到底改變了什麼？」

如果只從制度來看，它建立了一套救濟機制；但如果從產房的角度來說，我們終於可以安心地專注在產婦身上。當醫療不幸發生時，家庭可以得到即時的支持與關懷，而不是孤立無援；醫療人員也不再第一時間被推向對立，而是有一個被理解與說明的空間。

這樣的改變，不是劇烈的，而是緩慢、卻真實地發生。但我們每一個在第一線的人，都感受得到。

這十年，《生產事故救濟條例》帶來了很多改變。不只是制度本身，而是醫病之間的信任。醫療人員可以更專心照顧病人，病人也更願意相信醫療團隊。

這種關係的改變，看不見，卻最深遠。



現在，每當我再走進產房，聽到那熟悉的心跳聲，我依然會緊張，也依然專注。但有一件事情不同了。我知道，不論發生什麼，我們不再是各自承受。有制度的支持，有團隊的合作，也有一個更理解醫療的社會。心中少了一份對事故的恐懼，多了一份對醫護團隊的信任。下一個十年，這份溫暖的轉身將繼續延續，讓每一位母親的微笑，都能在平安中綻放。



## 孕產婦擬真訓練 年輕醫師打怪升級

陳艸秀 / 國泰醫院婦產科主治醫師

「為什麼想選婦產科呢？」

「因為整個醫院每一個科接觸到的都是病人，只有婦產科有機會接觸到健康的人；不管哪一科的醫生從病人身上取下的東西都是不要的，只有產科醫師從產婦身上取出的是充滿祝福和喜悅的新生命。」

### 第一次聽見哭聲的感動，也第一次多了敬畏

懵懂無知的大四，到婦產科實習第一次親眼看到寶寶出生的瞬間，我就感動到哭了，一顆小小的種子就此輕輕埋進心田裡。一般醫學訓練計畫（PGY）時如願以償，參加醫院內招選了婦產科。第一年住院醫師（R1）期間，每次參與生產、聽到小寶寶的哭聲就很開心，但也見識到可怕的一面：生產不順利的媽媽經歷宮底加壓與真空吸引，最終仍未聽到那個令人期待的哭聲，讓我對產科除了喜愛，更多了一份敬畏。

在一個又一個產婦及老師們的教導下，雖然遇過好幾次驚險情形，對產科的興趣依然越來越濃烈。R4 選擇次專科時，跟著初心選了產科，主任說：「艸秀很適合產科，她有產科醫師的特質。」有時候心中不免惶恐：如果遇到一些我未曾見過的狀況，沒有老師在身邊，我真的有辦法獨立處理嗎？

以前看著學姊們參加擬真比賽，我知道總有一天會輪到我。參加比賽向來被視為吃力不討好的苦差事，在次專科訓練第 2 年（Fellow 2）時，終於收到「兵單」，正式



被徵召為國泰醫院出征。不過這一年，科內同時接受衛生福利部醫學中心支援偏鄉醫療計畫，派我支援苗栗偏鄉醫院，正值國泰醫院總院建築結構補強工程期間，大家四散各地。每次要練習，各路兵馬一起回到拉著施工警示線、佈滿粉塵的大本營，讓一陣又一陣的電鑽聲和敲打聲陪伴我們。

頭兩次演練可說是亂無章法，老師們提到的溝通技巧，包含放慢語速、指定人員分派任務、確認對方收到並回覆正確資訊等，我一開始覺得只是紙上談兵。然而，每次演練都被點出相同的問題，這才發現指導老師真有兩把刷子，一眼就看出問題所在，照著老師們的方法去做，整個流程有模有樣多了。

### 學會怎麼帶一個團隊，原來不是紙上談兵

醫院也很用心，採購高階擬真假人並安排廠商講解功能與注意事項。指導老師陣容華麗，涵蓋婦產科、兒科醫師、專科護理師、護理長、急診醫師、神經內科醫師，還有行政人員協助設置場地、計時、拍照與記錄練習細節。加上老師們的即時回饋，讓我們團隊得以不斷反思與進步。

反覆操練中，我逐漸理解臨床上良好的團隊合作應該是什麼樣子。比起整個房間的人大吼大叫、各做各的事，有效的溝通才是解決問題的不二法門。所謂比賽中的陷阱、考官們吹毛求疵的小細節，其實都是臨床上可能被忽略或出錯的地方。在訓練過程中，我常回想起住院醫師階段遇到的一些棘手個案，是否會讓病人多流一些血、多住一天院、或多承擔麻醉風險？若當時能有更有效的溝通與更有組織的應對，是否能得到更皆大歡喜的結果？

擬真競賽當天，我們第二個抵達會場，看到旁邊隊伍的資深老將，不免開始懷疑自己。幸好我們抽到第二組，不需要經過漫長焦慮的等待。場上的15分鐘有點煎熬，好像怎麼回答都不是考官要的，只能硬著頭皮儘量答題，還得讓自己看起來從容不迫。我不斷提醒自己要記得團隊會議、要聽到隊友回覆、要注意兒科團隊是否需要支援、要進行病情解說並安撫病人，腦袋幾乎快要燒起來。

賽後有一種如釋重負的虛脫感，觀看其他隊伍的競賽實況轉播時，又覺得他們的答案似乎不太一樣，有的組別顯得非常厲害，心情彷彿坐雲霄飛車，每一根神經都緊



孕產婦擬真訓練



繃著。終於到了比賽結束的頒獎時刻，沒想到銀獎竟然是國泰醫院，我眼淚瞬間奪眶而出，張嘴想叫卻發不出聲音。隨後又公布我獲得產科醫師MVP，只覺得真的是不負使命、完成任務了。



擬真競賽獲得 MVP

在臨床上，醫師多半扮演主要發號施令的角色，通常依循團隊中最資深醫師的指令。擬真訓練讓我建立一個重要觀念：團隊中的每一個人都必須有所貢獻，而且每一個人的意見都很重要。再怎麼厲害的領導者，也難免百密一疏，若能善用團隊力量，就能疏而不漏。臨床上，常有經驗豐富的資深護理師見微知著、化險為夷，從醫以來，他們的提醒與建議，往往能幫助我安全下莊。

產科是一個容錯率極低的專科，需要24小時待命，承受高度精神壓力。從前遇到緊急或突發狀況，覺得快要處理不了時，我常遊走在情緒失控的邊緣，卻未曾意識到，被我吼罵的人是並肩作戰的戰友，我們要一起解決眼前的難題。經過擬真訓練後，我學會了團隊溝通的技巧，能更有效率地處理問題、將失誤降到最低，知道什麼時候該讓大家冷靜下來集思廣益，也了解情況再複雜總有頭緒可以梳理。



## 把失誤留在擬真裡，真正落實「不傷害」

擬真訓練也體現了「三個臭皮匠，勝過一個諸葛亮」的真諦。老師們彙整臨床實際案例，設計成更聚焦的個別情境，更棒的是可以重複演練，每一次的不完美，都可以下一次改善。短短兩個月的訓練中，我經歷了產婦子宮破裂、外院轉診早產急產、產婦創傷性顱內出血、嚴重子癲症合併高級心臟救命術（ACLS）急救、胎盤早剝合併產後大出血、臍帶脫垂等產科急症的模擬情境，其中有一半我都沒有在臨床上實際遇過。這樣的訓練不僅不需在真實病人身上做實驗，經驗不足的產科醫師可以充分練習，真正落實「不傷害」的原則。

過去常形容生孩子是「鬼門關前走一遭」，如今已能用各種方法保障產婦與寶寶的安全，這都是醫界前輩們長年努力的成果。我身為產科醫師，也希望有朝一日能成為媽媽，期盼更多人能在這樣的擬真訓練計畫中受惠，不僅讓年輕醫師減少面對真實情境時的恐懼，也讓孕產婦獲得更完善周全的照顧，進而減少憾事的發生。

第陸章

# 不責難的力量





## 十年之路，為生產 風險找解方

財團法人台灣婦女健康暨泌尿基金會

十年前的台灣，產房的壓力遠比我們想像中沉重。

那時候的產科醫療現場，雖有新生命誕生的歡笑，然而，產科醫師夜以繼日接生的辛勞，卻隨時面臨產婦家屬撒冥紙抗議與媒體報導「庸醫害命」。醫療糾紛頻繁是各國共同的現象，歐美國家大多以民事訴訟求償，而在台灣得以刑事責任追究醫師過失。

### 每一次開庭都是一次傷害

在《生產事故救濟條例》施行前，台灣每年都有大量婦產科醫療糾紛與訴訟，醫師常被迫面對刑事偵查、法院出庭、巨額求償，甚至承受輿論壓力。台灣「以刑附民」的醫療訴訟手段，產科只要發生不幸事件，病家往往先以過失致死、過失致傷害等提起刑訴。曠日廢時的過程，醫療人員即使獲判無罪，也已耗費數年時間與莫大心力，成為第二受害者，而事故家屬勝訴的機會不高，對醫病雙方都是煎熬。

防禦性醫療措施開始出現，產科醫師活在醫療訴訟的陰影中，紛紛出走，住院醫師招生嚴重不足，甚至視接生為畏途，加上少子化的衝擊，部分醫療院所因此停止生產業務，醫學生避之唯恐不及。

在民國99年前後，台灣面臨「產科醫療崩盤」的人力萎縮危險，醫病雙方陷入恐懼與不信任的循環裡。



這樣的困境，成為救濟制度的誕生契機。

「不追究責任歸屬，只要發生生產事故，由國家給予補償。」這樣既能協助家庭，也能避免醫師訟累。

經歷「生育事故救濟試辦計畫」的施行與立法努力，《生產事故救濟條例》終於在105年6月正式施行，建立台灣在產科領域的第一個「國家級風險保障制度」。

條例施行至今十年，國家已提供超過2377個家庭救濟，核予救濟率達91.6%，只要與生產有關、或無法排除相關，大多給予救濟，主要類型包括：產婦死亡（占37.5%）、胎兒死亡（22%）、新生兒中度以上身心障礙（超過20%）。這些年來總救濟金額超過16億元，代表台灣願意用公共財支持承擔因生產風險導致之事故。

### 救濟制度逆轉困境

對於許多家庭而言，這份救濟不只是金錢，更是一種「國家願意與你承擔」的象徵。

台灣產科醫療訴訟案件在民國100年前後來到最高點，根據調查，「生育事故試辦計畫」開辦前，產科醫療訴訟案件，每年平均8.4件，試辦計畫施行期間為每年平均6.7件；《生產事故救濟條例》施行後顯著下降，每年約2件，這是過去十年的重大成效之一。

臨床醫師不再因不可預期的產科風險而捲入刑事責任審理；事故家庭也因為選擇救濟，避免進入漫長的訴訟程序。婦產科執業環境在國家提供保障之下，住院醫師招生回流，臨床醫師不再孤軍奮戰，得以安心執業，提供孕產婦良好的周產期照護服務。

條例的重要精神之一為及時救濟，生產事故救濟申請案件，從提出申請到實際領到救濟金約60天；然而，從發生生產事故到提出申請救濟的期間，曾有案件長達1年以上，原因除了身心障礙鑑定，還包含事故家庭對於訴訟的不確定性、對醫療的不信任感與矛盾，以及對國家提供救濟的誤解與疑問。

曾有一件個案於生產過程中突發胎兒窘迫，緊急剖腹產時，醫師發現產婦子宮破裂，寶寶出生後立即接受急救，隨後轉入加護病房，惟因腦部缺氧損傷，經鑑定為重度

身心障礙。初期來電的個案先生情緒相當激動，懷疑是醫師疏失導致子宮破裂，進而造成孩子腦性麻痺。他也提到所認識的律師友人建議直接對醫院與醫師提告，並表示勝訴機率很高。然而，院方同時告知可申請生產事故救濟，家屬對於究竟應救濟或訴訟產生諸多疑問，因此想先了解相關流程。

我們並未急於說明申請程序，而是先耐心傾聽家屬的敘述與不滿，逐一回應其疑慮，並誠實分享臨床經驗與專業看法。起初先生單獨來電，充滿敵意與猜疑；隨著多次溝通，逐漸轉為夫妻共同參與的三方通話，開始理性釐清問題並討論，逐步理解子宮破裂屬於生產過程中難以完全預防的風險之一。

最終，家屬卸下心防，針對醫療處置的疑問，家屬選擇透過衛生局調解機制，讓醫病雙方開啟對話、進行溝通；至於事故本身，則申請生產事故救濟並獲得補償，使事件在理性與對話中逐步走向處理與理解。

本案歷經將近半年的諮詢與陪伴，我們在過程中提供情緒支持，同時理性分析各種可能途徑與解決方式，包括法律訴訟、衛生局調解及院內協調會議等，協助家屬評估並選擇最適合且能接受的方案。



基金會生產事故救濟工作小組



## 生產現場的溫柔力量陪伴前行

生產本應是迎接新生命的喜悅，但許多潛在的風險會導致不幸事故，一旦走向訴訟，往往兩敗俱傷。《生產事故救濟條例》，讓事故家庭獲得救濟，也讓醫療單位透過關懷、說明，與事故家庭建立信任關係，促進醫病和諧。

十年前，我們用立法方式找到了讓婦產科不再孤軍奮戰的出口；

十年後，我們看到它確實減少訴訟、安定醫療現場，也協助了無數家庭。

但制度的更深意義，不只是提供補償，而是：

在生命最脆弱的時刻，有一個制度願意站在家庭身旁；

在醫療最艱難的時刻，有一個機制願意分擔醫護的風險。

未來十年，我們期待制度能更貼近人心、更公平、更溫暖。

讓每一位迎接新生命的家庭，都能在最安心的環境中前行，

也讓每一位站在生產前線的醫護人員，都知道自己不是孤單的。



# 從生產事故救濟到醫預法： 十年回顧、實務觀察與制度展望

王志嘉 / 國防醫學大學醫學系教授

## 一、前言：見證與參與，從醫療爭議現場談起

自101年「生育事故試辦計畫」、105年《生產事故救濟條例》施行以來，筆者持續參與生產事故救濟的審議與制度推動，後續主持《醫療事故預防及爭議處理法》（簡稱《醫預法》）前驅計畫之醫療爭議處理品質提升計畫。基於前述參與經驗，本文從醫事法律與調解實務的觀點，整理回顧制度形成的脈絡，其次說明《生產事故救濟條例》與《醫預法》的誕生背景，最後討論其核心精神與實務交會。

## 二、誕生歷程：從歷史經驗到生產事故先行

對於醫療爭議的處理，可溯自民國89年衛生署提出的醫療糾紛處理與補償條例草案，但醫療刑責去化的主張未能達成共識。101年衛生署再度提出醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，又因補償機制無法形成共識，仍未能完成立法。

然而，醫療事故的關懷與補償機制，對於長期處於生產風險的婦兒科領域，不僅重要而且較無爭議。因此在衛生福利部、婦產科醫學會、相關NGO團體等努力推動下，於104年12月11日立法院通過生產事故救濟條例，經公告後於105年6月30日正式施行。

這段過程並非一蹴可幾，101年已先行推動「生育事故救濟試辦計畫」，以行政措施建立關懷、審議與救濟的作業模式，累積案件處理經驗與制度運作的實證數據，在實務中逐步建立非訴訟化、關懷、風險救濟等處理潛在醫療爭議模式；可以說，試辦計畫為《生產事故救濟條例》奠定重要基礎。



在社會氛圍形成及經驗累積後，107年衛福部進一步推動《醫預法》，於111年5月30日經立法院三讀通過，113年1月1日正式施行，讓醫療爭議處理從產兒科的單點救濟，走向全醫療科別的非訴訟全面處理模式。

以下就《生產事故救濟條例》本身，說明其精神與內涵，進而理解《醫預法》的制度設計。

### 三、生產事故救濟的精神：建構支持、關懷與除錯的醫療環境

#### 1. 生產風險救濟

這是本條例最核心的部分。過去生產時的醫療爭議事件必須證明醫療人員「有過失」病家才能獲得賠償，條例立法後將賠償 (Liability) 轉化為救濟 (Relief)，亦即承認醫療行為本身具有不可避免的風險，當不幸發生時，由國家與社會共同承擔，而非讓醫護或家屬獨自面對，從究責文化轉向支持文化。

#### 2. 及時關懷修復醫病關係

救濟只是手段，真正的目的在於關懷，故條例規定醫療機構必須在事故發生後的48小時提供及時關懷、溝通與真相說明，在爭議擴大前先修復受損的信任，避免更進一步的衝突。

#### 3. 建立非究責的除錯機制

鼓勵醫療人員通報事故並進行分析，落實「從錯誤中學習」，預防再次發生，故條例規定救濟申請過程中的陳述或證據，原則上不能在訴訟中作為不利於醫護的證據（證據排除原則），創造執業安全的環境。

綜上，《生產事故救濟條例》建構了從究責轉向支持的社會安全連帶制度。首先，透過無過失救濟的機制，將醫療行為的風險由國家與社會共擔，解開醫病在法庭的對立；在此基礎上落實及時關懷，透過真相說明與撫慰修復信任，取代冰冷的法律攻防。更重要的是，它確立了除錯而非究責的環境，讓醫療事故轉化為系統的改善。最後，條例隱含社會權的理念，透過國家編列預算保障婦幼健康權，不僅留住了第一線產兒科醫師，更將醫療爭議處理提升至守護國家安全的層次。

### 四、當醫預法遇到生產事故救濟條例：契合與挑戰

從105年《生產事故救濟條例》上路到113年醫預法施行，此二法的精神與內涵有

不少相同之處。《生產事故救濟條例》以「及時救濟、減少醫療糾紛、醫病相安」為核心，《醫預法》以「即時關懷、爭議調解、事故預防」為主軸，共同目標均是以支持性、非對抗性的制度設計，以期降低爭議的爭訟。其具體內涵，包括：

**1. 強調溝通關懷：**《生產事故救濟條例》率先引進的即時關懷機制，在《醫預法》中進一步被完整吸收，並制度化為院內的關懷小組。

**2. 建立非訴訟的制度：**《生產事故救濟條例》以救濟先行，降低醫病對立；《醫預法》則以調解先行，輔以醫療專業評析，擴大訴訟外紛爭解決機制（ADR）在一般醫療爭議中的適用，並無救濟或補償機制。

**3. 鼓勵坦誠溝通表達遺憾：**《生產事故救濟條例》已將溝通關懷、重大生產事故通報作為不得作為訴訟證據或裁判基礎入法，《醫預法》進一步將調解過程的陳述等列入不得作為訴訟證據或裁判基礎入法。

**4. 從事件處理朝向預防再發：**兩者皆把救濟、調解視為處理爭議的起點，而非終點，真正要達到的是把經驗回饋到病人安全文化與系統改善，強調不責難的病人安全通報，以共同學習為目的。

上述制度設計在理念上高度契合，但一旦進入具體案件，生產事故救濟與醫療爭議調解如何銜接，更能呈現制度運作的真實樣貌。以下即以一則經去識別化處理之婦產科生產事故調解案例，說明二者在實務上的交會。

#### **5. 實務案例：生產事故救濟與醫療爭議調解的交會**

實務上，生產事故並不必然止於救濟程序。當病方對醫療處置仍有疑義時，往往會進一步進入醫療爭議調解。曾有一名孕婦於妊娠後期接受例行產檢時，因出現異常情形，醫療團隊已進行相關評估與處置。其後不久，孕婦突發不適並緊急就醫，最終發生胎兒不幸死亡之結果。病方對於事故發生前醫療團隊之評估與處置仍有疑義，認為當時若採取不同處理方式，結果或許可能有所不同，因而向衛生局申請醫療爭議調解，並於社群媒體發表對醫師不利之評論。

在調解過程中，醫方就當時之臨床評估與處置經過提出說明，惟醫病雙方對事故發生前之醫療決策仍有不同理解，對於是否已採取適當處理，難以形成共識。惟因當時已有生產事故救濟制度，經調解委員協調，雙方同意以「生產事故救濟審議結果及其



核定內容」作為調解成立的重要條件之一。亦即，若經審議認定屬生產風險並核予一定救濟，病方同意接受該審議結果；如未獲救濟，醫方亦表達一定善意，以利爭議解決。其後，該案經生產事故救濟審議，認定屬於生產風險，最終紛爭獲得解決。另須注意的是，因病方先前於社群媒體所為負面評論，亦應一併納入調解成立條件，以求醫療爭議得獲整體解決，而非僅止於金錢層面的處置。

此一案例亦可看出，《生產事故救濟條例》與《醫預法》在不同時期下的制度交會。若發生於《醫預法》施行前，病方面對生產事故，多數係循生產事故救濟途徑處理，少數則進入司法程序；而司法實務上，常會建議當事人循生產事故救濟審議，以確認是否屬可救濟之生產風險。倘最終獲得救濟，訴訟往往即不再繼續，或因條例設有提起民事訴訟、刑事自訴或告訴後不得請求救濟，或已受救濟者應返還之規定，而使案件終結。

然而，若發生於《醫預法》施行後，病方如採取司法途徑，因《醫預法》採「調解先行」，司法機關通常會將案件移至衛生局進行醫療爭議調解。由於醫療爭議調解程序本身，並不當然排除病方同時申請生產事故救濟，亦不直接受生產事故救濟條例中有關提起民、刑事程序後不得救濟或應返還等規定之限制。因此，在實務上，病方可能同時進行醫療爭議調解與生產事故救濟審議。此種雙軌並行，未必符合當初立法欲透過制度分流、減少重複程序之初衷，卻已成為醫預法時代必須面對的實務現象。

因此，對醫方而言，在現行法尚未修正前，宜對此類案件保持高度敏感。當面對醫療爭議調解與生產事故救濟並行時，若能妥善運用生產事故救濟審議結果，並將其作為調解成立之條件之一，不僅有助於雙方建立可接受之處理基礎，亦較能達成息紛止訟與一次性解決醫療爭議之目的。

## 五、未來展望：從單點突破邁向全方位解決

《生產事故救濟條例》，可以視為我國醫療ADR的先行示範，是台灣在醫療爭議處理上的一場成功經驗；《醫預法》，則是在示範經驗上完成全體醫療事故處理的制度，兩者並非互相取代，而是從單點的救濟演變為全面的預防與保障。展望下一個十年，制度的成敗將不僅在於有無救濟或調解，更在於將關懷更早落實、讓對話更可近、讓醫療回到病人安全與品質改善的核心價值。



# 從生產事故救濟條例談不責難文化之精神與落實

陳雅萍 / 財團法人中華民國消費者文教基金會  
秘書長

孕育生命的過程應是充滿期待及喜悅，但生產過程潛藏諸多不確定的風險，一旦發生，嚴重者可能危及產婦、胎兒或新生兒之性命，甚或造成一定程度重大傷害（障礙），即便現今醫療科技如此發達，對於生產風險仍無法完全事前防範，就可能導致的嚴重後果也未能全然避免。

生產事故一旦發生，無法接受不良結果之產婦或家屬，在醫病關係缺乏信任下，或激烈抗議揚言「討公道」，或循司法途徑探求真相、追究責任及請求賠償，無論採取何種方式，雙方已呈對立狀態。實務上，大部分醫療司法案件認定醫療機構或醫師有疏失的比例極低；縱使醫師勝訴，在應訴過程中往往心力交瘁，隨之而來對醫病關係灰心，從醫熱情在多年纏訟下消失殆盡，最終落得醫病雙輸。

## 以救濟取代究責：不責難立法精神

正因生產過程充滿太多不確定性，發生不良結果的原因亦相當複雜，多數緣於當前醫療技術仍無法避免之生產風險，未可歸責於醫師、產婦或胎兒之任一方。基此，《生產事故救濟條例》之立法，以國家承擔生產風險建立救濟制度為出發點，採取「不責難」精神輔以救濟補償，以期減少醫療糾紛，並促進醫病關係和諧。

「不責難」精神具體展現，包含救濟制度僅就生產事故進行事實因果關係評斷，無須對醫療行為價值予以評定。當生產事故無法排除與生產有因果關係時，無須論斷是非對錯，亦無需判斷過失誰屬，即予以救濟。但「同一生產事故已提起民事訴訟或刑事案件之自訴或告訴」除於一定程序終結前撤回起訴、告訴、自訴或書面表達不追究之意



外，則例外不予救濟。

如此對盡心盡力之醫事人員不予究責，對於當事產婦及家屬則提供及時救濟，醫事人員即可傾注其心力於醫療事務上，提升整體醫療品質，而產婦或家屬亦不需探究故意或過失責任歸屬，即可獲得救濟。藉此讓醫病關係不致在究責過程中撕裂，對於避免醫療糾紛訴諸法律究責應有一定效果。

### 制度落實：關懷協助、醫病溝通、檢討機制

為具體落實不究責精神，醫病溝通對話有其必要性，及早關懷不可或缺，《生產事故救濟條例》規定醫院應設置生產事故關懷小組，成員包含法律、醫學、心理、社會工作等相關專業人員，在生產事故發生時二個工作日內，主動向產婦、家屬或其代理人進行說明、溝通，並提供協助及關懷服務，以滿足產婦、家屬對生產事故發生「知」的權利；亦可避免產婦或家屬求助無門，拉近醫病間資訊、資源不對等之距離。當產婦或家屬對於事故緣由能多一些理解，對於不良結果則較能釋懷及接受，如此將有助於緩和因生產事故緊繃的醫病關係。

這部法律亦規劃風險控管、通報、事故原因分析等檢討機制，對醫療機構課以相當責任，以預防及降低後續生產事故風險之發生。

除明定醫療（助產）機構應建立風險事件管控與通報機制外，亦要求對於重大生產事故應分析根本原因、提出改善方案。另對於生產事故糾紛爭議或生產事故之醫療（助產）機構，中央主管機關得視需要分析發生原因，並命其檢討及提出改善方案。雖要求分析根本原因，目的在藉由分析而改善系統以預防再次發生，預防及降低後續生產風險，非在究責，故明定分析根本原因內容不得作為司法案件之證據，亦不得以處分或追究責任為目的，以重申不責難之精神。

此制度鼓勵醫療機構或醫事人員對於生產事故坦然進行檢討及接受調查，避免因擔心遭追究民刑事法律或行政責任而未敢說出真相或面對錯誤，以致未能找出事故根本原因，失去改錯機會。於不責難精神貫徹下，相關風險控管及檢討機制較易推行並收成效，有助於改善醫療品質。

於民國105年6月30日施行，猶記立法三讀通過時，對於條例所明定不責難精神，猶有不少反對聲音，質疑為何獨厚生產相關醫事人員免責，剝奪產婦或家屬訴訟權；但

產婦及家屬僅有在申請生產事故救濟補助者，方有提告限制，對於是否訴訟或申請救濟補助享有選擇權。另對於產婦或家屬遭遇生產事故的常見訴求，透過救濟保障、及早關懷、事件通報、原因分析及醫療改善制度，均能達其目的。

## 十年有成：不究責成為解決醫療糾紛上策

近十年來，生產事故醫療糾紛大幅度減少、婦產科住院醫師招收率提高、醫病溝通關係改善，對《生產事故救濟條例》的相關質疑聲音已然消失，民國 113 年 1 月 1 日施行之《醫療事故預防及爭議處理法》亦將不究責精神納入法規，不究責精神儼然已為醫療紛爭解決中心思想之一。

《生產事故救濟條例》亦是國家對婦女福利保障之展現，期能藉由施行十年成功經驗，改變大眾以往解決醫療紛爭之傳統思維，落實不究責精神，醫病間建立溝通管道，在不究責下仍能釐清事故根本原因，促進醫療品質改善，共同建立優質生產環境，方為解決生產事故糾紛或醫療爭議之上策。



展望未來



# 制度深化十年， 落實對孕產兒安全之承諾

《生產事故救濟條例》自施行以來，已逐步從一項救濟機制，發展為促進醫療安全與醫病關係修復的重要制度。截至民國 114 年底，本制度已協助超過 2,000 個事故家庭獲得即時救濟與支持，使其在面對生產事故時，不必獨自承擔生產事故所帶來之衝擊。為更貼近實務需求，政府亦於民國 108 年依據制度運作經驗與家庭實際需求，提高救濟金額之給付標準，以確保制度能持續發揮實質支持之功能，落實對事故家庭的照顧責任。

制度的推動，不僅提供即時的經濟補償，更透過事故審議與回饋機制，累積臨床經驗，作為醫療品質持續改善的重要依據。此一制度運作成果，逐步促進醫療體系從責任歸屬導向，轉向系統性風險管理與安全文化的建立，使醫療人員得以在支持與信任的環境中持續精進專業，並將事故經驗轉化為預防策略，進一步強化孕產婦與新生兒照護品質。

《生產事故救濟條例》施行十年所展現之成效，亦為我國醫療安全政策奠定重要基礎。基於制度推動所累積之實務經驗與正向成果，《醫療事故預防及爭議處理法》已於民國 113 年正式施行，進一步擴展醫療安全與爭議處理之制度框架，象徵我國醫療體系由事後救濟邁向事前預防的重要政策轉型。透過相關法制之整合，醫療事故關懷服務之推動得以持續深化與強化，並促進跨專業合作，以提升整體醫療照護品質。

回顧制度十年之發展，政府與醫療專業團體攜手合作，在即時救濟機制的支持下，醫療糾紛獲得適當處理，醫病關係逐步修復。生產事故的關懷服務雖已逐步建立基本運作模式，然目前實務上仍多著重於協助家庭完成救濟程序，其功能仍停留於紛爭處理與訴訟替代之階段，對於事故後家庭之長期心理復原與支持尚有不足。未來，將持續推動



事故關懷服務之制度化發展，建立跨專業整合之長期支援機制，針對重大事故及高風險家庭，導入專業心理諮商與創傷復原輔導服務，協助家庭走出事故帶來之長期情緒衝擊與生活困境。透過事故關懷體系之延伸與強化，使制度支持由事後救濟進一步邁向持續陪伴，落實以家庭需求為核心之醫療安全政策。

展望未來，透過經驗的累積與品質改善機制，持續強化醫療品質之深化提升，仍為政策發展之重要方向。唯有在制度支持與專業精進的基礎上，持續強化安全管理與風險預防，方能確保每一位孕產婦在生產過程中獲得更完善的保障。

十年的制度實踐，凝聚了政府、醫療人員與社會各界的共同努力。在少子化趨勢的挑戰下，打造友善且安全的生育環境，不僅是醫療政策的重要目標，更是國家對未來世代的承諾。儘管我國孕產婦及新生兒健康照護水準已具相當基礎，惟與鄰近已開發國家相比，孕產婦死亡率及新生兒死亡率仍有持續精進之空間。未來，將持續透過事故原因之系統性分析，強化醫療機構風險管控與輔導機制，協助其改善臨床照護流程與安全管理能力，並以制度經驗為基礎推動醫療品質之持續提升。同時，面對生產人數下降，執行生產業務之醫療院所普遍面臨產房運作韌性不足與生產量能維持困難等挑戰，因此，研議發展支持策略，協助穩定產科人力配置，強化產房運作體系之應變能力，確保急重症生產照護服務之可近性與安全性，以制度支持與品質提升為政策推動主軸，攜手醫療專業團體與醫療機構，共同打造友善且安全之生育環境，推動醫療安全文化之深化，讓每一次誕生，都能在更安心與信任的環境中迎向希望，落實國家對孕產婦及新生兒健康保障之承諾。

## 安心生產國家保障 生產事故救濟10週年

National Assurance for Safe Childbirth

The 10th Anniversary of Childbirth Accident Emergency Relief Act

發行人 | 石崇良

總編輯 | 劉越萍

編輯委員 | (按筆畫順序排列)

王志嘉、李詩應、林瑞瑩、陳宜雍、區慶建、黃淑英、詹德富

編輯小組 | 黃閱照、李幸齡、謝瑜珊、禹美君、藍斐雯、龔筱媛、簡琬儒、  
徐欣岑、羅 珊、陳清芳

執行編輯 | 劉玉菁、呂念慈、張舒婷、楊雅淳

出版機關 | 衛生福利部

地 址 | 11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話 | (02) 8590-6666

傳 真 | (02) 8590-7088

出版年月 | 中華民國 115 年 6 月

編輯製作 | 健康世界有限公司

定 價 | 新臺幣 250 元整

展 售 處 | 臺北 國家書店松江門市

地址 臺北市松江路 209 號 1 樓

電話 (02) 2518-0207

臺中 五南文化廣場

地址 臺中市西區臺灣大道二段 85 號

電話 (04) 2226-0330

ISBN 978-626-448-036-9

GPN 1011500674

本出版品同時載於衛生福利部網站，網址：<https://www.mohw.gov.tw>



促進全民健康與福祉  
成為民眾最信賴部會