

醫療事故責任之經濟分析

簡資修*

一、前言

醫療服務不像土地之供給是固定的¹，對其課予不當的責任，會減少其供給，從而也對病人不利，這不但表現在醫療數量之減少，而且也造成分配之不均，防禦性醫療也。醫療事故之損害承擔，應是以契約為基礎的，而非法定分配的。我國民法第 220 條規定：「I 債務人就其故意或過失之行為，應負責任。II 過失之責任，依事件之特性而有輕重，如其事件非予債務人以利益者，應從輕酌定。」這是契約責任的基本對價原則。在醫方負有不得拒絕醫療之義務下²或納入全民健保之不得不情況下，其醫療契約即對價，因此其過失之責任，應從輕酌定。另外，我國民法第 175 條規定：「管理人為免除本人之生命、身體或財產上之急迫危險，而為事務之管理者，對於因其管理所生之損害，除有惡意或重大過失者外，不負賠償之責。」也有適用餘地。不過，醫療契約作為大眾契約，其可有保險之功能，但道德危險或逆選擇等之防弊，也須隨之而來，否則濫情矣。

在我國實務與學說，醫療事故之責任分配，卻多以侵權或併合契約責任處理³，如此即不當提高醫方的責任。侵權法是以過失責任為原則，契約法是以對價為原則。在醫療事故案件，前者之責任標準往往高於後者。尤其在事後之明偏誤（hindsight bias）下，一旦有損害，就會被認定為有過失。不特此也，刑事責任往往也與侵權責任掛勾，更是加重了醫方的責任。以醫療為危險活動或提

* 中央研究院法律學研究所研究員；台灣大學法律學系合聘教授。感謝戴昕、謝長江的評論。

¹ The Economist August 11th 2018, pp.18-20.

² 醫療法第 60 條第 1 項規定：「醫院、診所遇有危急病人，應先予適當之急救，並即依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延。」

³ 參見沈冠伶（2017），民事醫療訴訟與紛爭處理，頁 19-22，台北：元照。

供消費，因此有「無過失責任」⁴之適用，也是侵權與契約不分之結果。

目前主流的損害賠償責任之經濟分析，是事前能力管制型的，雖然其邏輯與數學儼然，但其與以行為為中心的損害賠償責任，是本質上不合的⁵。我國法院曾大膽以經濟分析論證出：醫療事故責任不應有消費者保護法「無過失責任」之適用。但其經濟分析是事前能力管制型的，因此論證是失敗了，雖然其結果是對的。經濟分析是經驗科學，其模型之建構，必須是符合經驗的⁶，因此損害賠償責任之經濟分析，必須是事後行為究責型，如此才能捕捉到損害賠償法之特徵。此型之經濟分析，不但能解說為何醫療事故不應適用「無過失責任」，而且能預測醫療過失認定不當時，其效果一如「無過失責任」，也會產生防禦性醫療。

二、 損害賠償責任模型

我國民法第 148 條第 1 項規定：「權利之行使，不得違反公共利益，或以損害他人為主要目的。」此意味了權利之性質，即是在合法造成他人之損害，或者說，此時受害人對於侵害人是沒有損害賠償請求權。在經濟學上的外部性理論（externality），此即造成損害就要負擔法律責任，因此是錯誤的。在私法自治體系下，損害賠償請求權優先順序為契約、無因管理、不當得利，最後是侵權行為。這個順序是排他的，無所謂的競合，一個事件不能同時被放入兩個類型中，例如不能是契約責任又是侵權責任，否則體系就崩潰了⁷。

按說損害賠償法，其特徵是損害發生後之究責填補⁸，但主流的經濟分析，

⁴ 這是我國通用之詞，但誤導頗深。首先，「無過失責任」可能意味了結果責任，但現實世界是不存在結果責任，責任之發生，總有理由的。次之，「嚴格責任」會比較好，因為其不排除責任發生之限制與範圍。三者，這些「嚴格責任」是「過失推定責任」：當某行為類型在過失責任下往往要負損害賠償責任，則基於立法技術，將其規定為「嚴格責任」。

⁵ 參見簡資修（2014），過失責任作為私法自治之原則，北大法律評論，第 15 卷第 1 輯，頁 155 - 173；簡資修（2016），侵權責任的私法性質，北大法律評論，第 17 卷第 1 輯，頁 122 - 141。

⁶ 參見簡資修（2018），論法律經濟分析之科學性，政治與社會哲學評論，第 66 期，頁 1-41。

⁷ 參見簡資修，法律繼受之漂移與超越——民法第 184 條權利之解釋視野，未刊稿。

⁸ 我國民法第 213 條第 1 項規定：「負損害賠償責任者，除法律另有規定或契約另有訂定外，應回復他方損害發生前之原狀。」第 216 條規定：「損害賠償，除法律另有規定或契約另有訂定外，應以填補債權人所受損害及所失利益為限。」

卻是以損害發生前之能力管制為之者⁹。漢德公式 $B < PL$ ，是損害賠償責任的計算基礎，在此 B (burden) 代表成本， PL (probability \times loss) 代表可以減少的預期損害，則避免 $B < PL$ 之真實發生，是對社會有利的。若從事前能力管制觀點看，此時侵害人若負（無過失）結果責任¹⁰，是對社會有利的，因為當 $B < PL$ ，侵害人將會花 B 採取預防措施，去避免 PL 之發生；而當 $B > PL$ ，侵害人不會花 B 去避免比較小的 PL 之發生。但問題是，現實世界是有嚴格責任或危險責任，卻不存在著任何結果責任。不特此也，在其相對的所謂過錯責任之分析，其以侵害人的能力高低為賠償責任成立之標準，造成了能力與責任之倒掛——愈是能力強者，愈是要負損害賠償責任；因為能力愈強，意味了其可以減少的預期損害 PL 愈大，而其成本 B 一般為相同，則 $B < PL$ 即愈是可能成立；換言之，一般人需負好撒馬利亞人之積極義務，這顯然也不是現實世界的法律。經濟分析是經驗科學，法律作為其分析對象，法律之定性是法律經濟分析之驗證基礎。

漢德公式在損害賠償法之計算，應是以行為為基礎的，此即其問：若無此（侵權）行為，因之無法實現的利益 B ，是否小於因之可以減少的預期損害 PL 。此不同於上述的事前能力管制模型之問：若其擁有某種能力，所須成本 B ，是否小於因之可以減少的預期損害 PL 。以開車為例，在行為究責模型中，明眼駕駛人的責任標準是比弱視駕駛人為低的，但在能力管制模型中，其責任標準剛好是相反的。在行為究責模型中，駕駛人的假設不行為是減速，其 B 因此是時間成本，而一般說來，明眼駕駛人與弱視駕駛人就此應是相同的，但其 PL 則是明眼駕駛人低於弱視駕駛人——因為弱視駕駛人是危險駕駛人，其之減速定義上就是可以減少比較大的預期損害——則明眼駕駛人的容許風險時速比較高而弱視駕駛人比較低。在能力管制模型中，駕駛人之弱視，被認為其使得

⁹ 例如 William M. Landes and Richard A. Posner (1987), *The Economic Structure of Tort law*; Steven Shavell (1987), *Economic Analysis of Accident Law*; Robert Cooter and Thomas Ulen (2012), *Law and Economics* (6th ed) 187-275.

¹⁰ 其是以 strict liability 稱之，但此 strict liability 已非普通法上獨立侵權類型之 strict liability，而是結果責任，因為其根本未探討責任之發生原因，而是以責任之結果，去探討行為後果。

駕駛人必須花費比較大的心力 B ，才能減少同樣的 PL ，則弱視駕駛人的責任就比明眼駕駛人低；此一模型之主張者，也知道此一結果之荒謬，因此以「過失客觀化」¹¹、「法院訊息不足」¹²或「活動利益較小」¹³等說詞，主張能力弱者，仍應負損害賠償責任，但此無異於能力管制模型之瓦解。

此外，行為究責模型才可以區分契約責任與侵權責任。在能力管制模型，能力愈強者，負愈高的責任標準，個人意志與此無關，因此非私法自治；在行為究責模型，他人危險若非因我行為而增加，此即 P 為 0 ， $B < PL$ 不成立，則即使我的能力再強，也不負損害賠償責任，此才是私法自治。在醫療事故，甚多是病方原有危險之實現，這些既有危險，既非由醫療行為所生，是不應由醫方承擔責任的。即使醫方為免除病人之生命、身體或財產上之急迫危險，而為醫療，依據民法第 175 條之規定，其應僅負故意或重大過失之損害賠償責任。

更重要的是，行為究責模型才可以「預測」法律課責的行為後果。在能力管制模型，其預設了受管制對象在法律威嚇之下，會遵守法律所訂之標準，這顯然不切實際。在行為究責模型，由於其是自治模型，若法律的課責過度，受規範對象是會避而遠之的。按侵權法如果依照漢德公式 $B < PL$ 去分配損害賠償責任，損害若非故意，即是無庸負責，因為當 $B < PL$ ，侵害人將會承受 B 成本而不行為，從而避免 PL 以賠償責任移轉至其身。現實世界之所以有過失侵權之發生，乃是人之判斷或決策往往是快思而非慢想¹⁴，過失在所難免，因此作為人間制度（合約安排）之侵權法，乃有了互蒙其利之以過失分配損害之責任規定。換言之，過失時， B 與 PL 間之差距，不可過大，否則就是故意了。當法律過度課責，此即不當膨脹了 PL ，行為人就不只是預見可能而不預見，從而仍然行為，而是非常可能預見，從而不行為；但此行為是對社會有利的，則社會損失矣！

¹¹ 這是大陸法的說詞，參見王澤鑑（2015），頁 701。

¹² 參見 William M. Landes and Richard A. Posner (1987), pp. 123-131.

¹³ 參見 Steven Shavell (1987), pp.73-77.

¹⁴ 參見 Daniel Kahneman (2011), Thinking, Fast and Slow.

三、 消費者保護

1994 年我國制定消費者保護法，規定了企業經營者應對消費者之損害負「無過失責任」，但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。由於該法適用對象不僅是商品提供者，而且包括服務提供者，引起了該法是否也適用於醫療事故之爭議。台北地方法院林鴻達法官在 87 年度訴字 1521 號民事判決（民國 90 年宣判），以經濟分析目的性解釋法律，認為醫療事故不適用消費者保護法的「無過失責任」。此誠為開創之舉¹⁵，但其經濟分析係本文上節所言的事前能力管制模型，因此論證是錯了，但結果是正確的。

該判決理由一說：「在無過失責任制度下，與過失責任制度類似的是：潛在加害者在預防成本小於預期事故成本（即事故機率乘以平均事故賠償額）時，會採取預防措施以減少事故之發生；反之，若潛在加害者在預防成本大於預期事故成本時，即不會採取預防措施，因為採取預防措施並不符經濟效益。」但接著以下的推理，則是與之矛盾的：「因此雖然與過失責任制度相較，無過失責任制度之預期事故成本可能相對較高，故能提高部分潛在加害者之注意度」，不過，再接著的推理，又是正確的：「但無論如何，在損害賠償額較事故避免成本低時，潛在加害者也不會因為無過失責任制度即採取任何預防措施。」再來的推理，也頗奇怪：「然而，若僅僅是為了提高潛在加害者之注意度，其實是可以透過其他機制來達成，而無須利用無過失責任制度，例如將舉證責任加以轉換，以降低被害者之訴訟成本即為適例。是以，自羅馬法時代即已發展出之無過失責任制度，在經濟分析的觀點裡，除了提高潛在加害者之部分注意度外，即應具有其他更為獨特之立法目的。」但既然無過失責任的效果，不必然使得潛在加害人提高其注意度，而且其也不會使得潛在加害者採取過度的「預防措施」，更何況其替代的舉證責任轉換之副作用也未經計算，怎能推論得出無過失責任不好？

¹⁵ 最高法院 96 年度台上字第 450 號民事判決，也部分採用此論證。

判決理由二說：「就此，一般而言，減少事故發生的方法，除了提高注意度外，另一有效的方法是降低危險行為量，然由於何謂最佳行為量（相當於最佳注意度之概念，即預防成本等於預期事故成本之情形），經常涉及該行為之純粹經濟收益程度，法院通常難以判斷，是無法以最佳行為量為基準，適用罕德定律（Hand's Rule）以決定過失之有無。危險行為量應降低至如何之程度法院既無從判斷，是以在立法設計上，即可考慮交由潛在加害者自行依各種成本加以評估後決定之，並在其決定之後，不論有無行為上之過失（即不論預防成本與預期事故成本孰高孰低），均須對任何事故負起完全之賠償責任，此即為無過失責任制度。基於前揭說明，可知無過失責任制度之適用目的及結果，其實是著重於有效減低危險行為量，而非如過失責任制度下，僅著眼於提高潛在加害人之注意度。」若是如此，既然法院無法決定最適的行為量，而後者又是重要的，則無過失責任為何不好？

該判決（理由六）總結經濟分析說：「基於前揭之經濟分析，可知無過失責任制度具有促使潛在加害人降低危險行為量，及無法鼓勵潛在被害人提高注意度之特徵，並有經由市場機制使危險商品或服務減少、甚至完全退出市場之作用，從而前揭無過失責任制度之特徵及作用，發生於醫療行為時，能否適切達成消費者保護法第一條所明定之立法目的，即成為在法的目的解釋下之最重要課題。」

其接著說：「經查：就特定之疾病，醫師原係以專業知識，就病患之病情及身體狀況等綜合考量，選擇最適宜之醫療方式進行醫療，且此所謂之最適宜醫療方式，並非以治療副作用之多寡及輕重為其惟一依據。然若將無過失責任適用於醫療行為，醫師為降低危險行為量，將可能專以副作用之多寡與輕重，作為其選擇醫療方式之惟一或最重要之因素（在我國消費者保護法下，醫師亦無從以善盡告知義務且經病患同意而免責，此由該法第七條之立法方式可以探知）。以冠狀動脈阻塞為例，現代醫學所可能採行之醫療行為，概為藥物控

制、繞道手術、汽球擴張幾類，其中以繞道手術危險性最高，藥物控制危險性最低，但為治癒病患起見，有時醫師仍得選擇危險性較高之繞道手術，今設若對醫療行為科以無過失責任，醫師為降低危險行為量，將傾向選擇較不具危險之藥物控制，而捨棄對某些病患較為適宜之繞道手術此一情形自不能達成消費者保護法第一條第一項所稱「為保護消費者權益，促進國民消費生活安全，提昇國民消費生活品質，特制定本法。」之目的甚明。」

其又說：「另相較於種類及特性可能無限之消費商品，現代醫療行為就特定疾病之可能治療方式，其實是相當有限的。以前揭冠狀動脈阻塞為例，若藥物控制方式所存在之危險性，經評估仍然高於醫師所能承受者，而醫師無從選擇其他醫療方式時；或改用較不適宜但危險較小之醫療行為可能被認為有過失時，醫師將不免選擇降低危險行為量至其所能承受之程度，換言之，醫師將選擇性的對某些病患以各種手段不予治療（在尚未締結醫療委任契約時即先過濾，例如以病房不夠為由拒收病患），且此選擇，勢將先行排除年紀較大、體力不佳、預後能力差之病患，而此類病患又恰為最須醫療保護者。此種選擇病患傾向之出現，與前揭採用危險最小卻非最適治療方式之情形，均即為「防禦性醫療」中最重要之類型，同樣不能達成消費者保護法第一條第一項所明定之立法目的。」

首先，將醫療方法之選擇視為行為量，是錯誤的。行為量在「無過失責任」的意義是，同樣的醫療方法，若個別觀察是無「過失」的，但大量累積，其發生的損害量，不是最適的，因此令行為人無「過失」負損害賠償責任，如此行為人即有誘因去控制其行為量，而不只是其單一行為之無過失¹⁶。藥物控制、繞道手術或汽球擴張，是不同的醫療方法，其選擇不是行為量之選擇。更何況，無過失責任之行為量理論，極可能是無稽之談¹⁷。反觀之，依照本文上節

¹⁶ 參見 Steven Shavell (1980), *Strict Liability versus Negligence*, 9 *Journal of Legal Studies* 1-25.

¹⁷ 參見 Nuno Garoupa and Thomas S. Ulen (2014), *The Economics of Activity Levels in Tort Liability and Regulation*, in Thomas J. Miceli and Matthew J. Baker ed., *Research Handbook on Economic*

所述的行為究責模型，防禦性醫療是非常容易解釋的。此即，危險性較低的醫療方法或可能的話甚至不醫療，皆使得醫方之損害賠償責任 PL 變小，其何樂而不為？

該判決又說：「再者就病患之角度觀之，雖依常理而言，對自己身體健康之重視，會產生風險厭惡之效應，使得病患願以較高甚至不合理之注意成本降低不成比例之風險，但純就機率言，因無過失責任制度無法鼓勵潛在被害人提高注意度，過失責任制度則可，故兩者相較，在過失責任制度下之病患，有較高比例會提高注意度以配合醫療行為。由此益見無過失責任制度適用於醫療行為，對整體醫療品質之提昇，未必會有所幫助。」但現實世界無純粹的「無過失責任」，受害人的與有過失，不管是表現在因果關係或責任之免除或減輕（民法第 217 條）等，一定會被考慮的。消費者保護法第 7 條第 3 項但書也規定：「但企業經營者能證明其無過失者，法院得減輕其賠償責任。」

該判決最後說：「此外，無過失責任制度作用於消費性商品，有促進危險商品退出市場，加速商品安全性提昇之功能，已如前述。然現代醫療行為就特定之疾病，能選擇之醫療方式大多有限，替代性低，新型醫療方式之出現亦非一蹴可幾，則前揭將危險退出市場之作用，能否發生於醫療市場，即有疑問。若上揭市場機能無從發揮，則為免於無過失賠償責任，醫師之唯一選擇方式，恐即係採取前揭所示之防禦性醫療作為，如此反有害於病患之治療。又查在我國之全民健康保險制度之下，醫療行為之價格亦非市場得以決定，則亦難發生將危險訊息併入醫療行為價格供病患選擇之結果，是亦不可能發生藉由價格選擇排除危險之情形，如此，將醫療行為以無過失責任制度相繩，實無任何實益可言。」

此說法劃錯重點了。消費者保護法的「無過失責任」之功能，並非如該判決所言在「促進危險商品退出市場，加速商品安全性提昇」，而是保險——消

費者以比較高的價格作為保費，分攤了商品造成損害之風險。而從保險來看，醫療服務市場是非常不同於一般商品市場。一般商品市場的保險對象，是商品之使用而造成的損害；但醫療服務市場的保險對象，多是既有危險而非由醫療服務所造成者，因此逆選擇（adverse selection）很嚴重，則課醫方負保險之「無過失責任」，即是其不可承受之重。在此漢德公式之計算即是，PL 變得很大，因為既有危險將移轉給醫方，從而 B 與 PL 差距甚大，其即不從事此對社會有益但對其而言是「危險」的行為。

四、 醫療過失

2004 年我國修改醫療法，其第 82 條規定：「I 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。II 醫療機構或其醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」明文排除了消費者保護法「無過失責任」之適用於醫療損害賠償責任。但即使如此，實務上，醫療損害賠償責任仍被定性為侵權責任而不是契約責任，因此不當膨脹醫療責任，例如均一醫療水準、問錯鑑定問題或甚至以刑逼民，更不用說事後之明偏誤之發生。在漢德公式之計算上，此即 B 變小（因為行為人責任加重或爭訟成本增加使得其獲利變小），而 PL 變大（因為損害賠償責任變得容易成立），則不如歸去或跳槽去也。

醫療事故責任之本質應是契約的，此即對價原則的，但我國法院居然有濫用之者。在最高法院 103 年度台上字第 2070 號民事判決，其原審法院說：「上訴人雖否認對林女之醫療救治有所疏失，然按醫師（醫院、診所）遇有危急病人，應先予適當之急救，依其人員及設備能力予以救治或採取必要措施，不得無故拖延，應善盡醫療上必要之注意。故醫院及醫師之醫療除應符合醫療常規外，亦須提供符合債務本旨之完善治療。」此說無異於將所有的醫療契約都視為包醫契約，更何況本案所涉及者是急診案例，醫院是無法拒絕醫療的，則依據民法第 175 條之規定，醫方應僅負故意或重大過失之責任，所謂「符合債務本旨之完善治療」是混淆視聽了。

將醫療責任以侵權責任而非契約責任視之，目前也影響到了醫療刑事責任。雖說（過失）侵權責任，本質上仍是「合約責任」的，因此不應是懲罰性的；換言之，只有故意或重大過失之侵權，才應有刑事責任。但在我國，醫療民事訴訟往往附帶於刑事訴訟¹⁸，更加深此混淆。雖然實證上，醫師最後被判決有罪者，寥寥無幾，而且也是罪有應得¹⁹，但這不是重點，而是被起訴的可能以及冗長的訴訟程序所造成的心理負擔與訴訟費用，此即漢德公式中的 B 變小了，或甚至為負值，如此一來醫師走為上策矣。

由於醫療事故涉及醫療專業，鑑定因此被引進了。我國法院多以衛生福利部的醫事審議委員會之鑑定，作為是否不合醫療常規，因此有醫療過失之認定²⁰。但此鑑定往往被質疑「醫醫相護」，有些法院即以更高的「醫療水準」去認定醫療過失。其結果，往往是法院受制於「事後之明偏誤」（hindsight bias）²¹，直將因果關係視為責任成立，而無視於過失與否。例如「不按時予以 X 光檢查，以明瞭病情，作為應否開刀之決定，致未能為適時醫療」、「未將病人之骨折處接合，致成陳舊性骨折畸形不癒合且腫脹」、「應知注射葡萄糖液，引發熱性副作用致人於死，注射之初，未密切注意病人反應，對甫行手術之病人，注射 200cc，未審慎施用」、「未經試驗即注射盤尼西林針劑，致中毒發生過敏反應，引發心臟肥大等症」、「注射康必安未預作皮膚敏感測試，致人於死」等說詞²²，只是事後因果關係之描述，其未為過失認定之價值判斷與利益衡量。在漢德公式 $B < PL$ 之計算，其 P 是事前觀點的，而在上述的說詞下，其值仍可能是近乎 0 的。如此一來，醫方的責任即不當膨脹，趨向於「無過失責任」，防禦性醫療發生了。

¹⁸ 參見吳志正（2018），論醫事鑑定與法院之實質審判權，收於邱玟惠主編（2018），醫事鑑定與法院之實質審判權（二版），頁 6，台北：元照。

¹⁹ 參見吳志正、葉眉君（2018），醫療刑責過失程度之法實證分析：對醫療刑責合理化之省思，國立臺灣大學法學論叢，第 47 卷第 3 期，頁 1125-1174。

²⁰ 參見邱玟惠主編（2018），醫事鑑定與法院之實質審判權（二版），台北：元照。

²¹ 參見 Ward Farnsworth (2007), *The Legal Analyst: A toolkit for Thinking about the Law* 218-223, Chicago: The University of Chicago Press.

²² 引自王澤鑑（2015），侵權行為法，頁 345-346，台北：自版。

基於上述，無怪乎醫療法第 82 條於今年（2018 年）再度修正為：「I 醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。II 醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。III 醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。IV 前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。V 醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」但可預見的，如果法院仍將醫療責任以懲罰性的侵權責任視之，此條文之效果，是會大打折扣的。

五、 結論

本人曾於十年前即就醫療事故責任的經濟分析寫過文章²³，但影響力為零，不但贊成者沒有，連批評者也沒有。本文算是再訪，以更融貫簡潔的模型，說明為何有防禦性醫療。其原因是，私法自治原則被違背了。損害之分配，是契約優先的，侵權責任是在後的，而且必須是過失責任，不是結果責任之無過失責任。醫療事故之發生，誠令人難過，但法律不可濫情，誠如黃茂榮教授說：「這不具備為圓滿解決大量存在之問題所需要的理性考量基礎：可以量化的倫理價值。²⁴」其實，法院若以同理心去想，為何其所做的判決被上級法院撤銷或廢棄，不管是基於法律或事實理由，通常其是無庸負責的²⁵，則醫療事故責任之本質，就不難理解了。

²³ 簡資修（2008），醫師的賠償責任與說明義務——經濟分析與其法院實踐，月旦民商法雜誌，第 22 期，頁 38-52，收於氏著，經濟推理與法律（2017 年增訂四版），頁 325-348。

²⁴ 黃茂榮（2002），債法總論（第二冊），頁 47。

²⁵ 參見司法院釋字 228 號大法官解釋。感謝張守銘就此之提醒。