專題報告

醫療侵權之過失：兼論醫師經人工智慧建議後之醫療決策

許愷泰

（一）摘要

醫療行為之侵權責任有鑒其特殊性，其過失之判斷，於我國實務判決中多以違反「醫療常規」建構過失，然學界容有不同見解，有認為基於保護病方利益、貼合個案情況、避免判斷的天秤偏向醫方等因素[1]，以「醫療水準[2]」作為醫療行為過失之判準，而將醫療常規之違反僅作考量因素之一，較為妥適。更有甚者，認為醫療個案因年齡、體重、性別等變數繁多，根本無法予以標準化，醫療常規是否得以形成，恐有疑問[3]。

又現代科技飛速發展，近年以「人工智慧醫療軟體」輔助醫療決策作成之趨勢，日漸廣泛。惟若人工智慧醫療軟體之判斷，與醫療常規相背，醫師應遵循何者、又是否應為其後產生之醫療傷害負責？且隨人工智慧在醫療場域之發展日臻成熟，人工智慧醫療軟體之建議從「輔助工具」搖身一變成為「醫療常規」，進而作為法院判斷醫療過失之依據，亦不無可能，為求醫病雙方利益、避免防禦性醫療，其問題應有釐清之價值。

本文將先由傳統醫療行為之過失認定切入，觀察國內、外實務判決及學說之互動，後進一步探討人工智慧在醫療場域產生之問題，並探討經人工智慧建議之醫療決策在我國實務認定上，可能如何判斷醫師之過失。

關鍵詞：侵權行為、醫療過失、醫療常規、醫療水準、人工智慧醫療

---

[1] 吳振吉，醫療行為之過失認定—簡評最高法院106年度台上字第227號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」，月旦醫事法報告，10期，頁69-85。

[2] 另有稱之為「理性醫師的標準」，可參：王富先，醫療行為過失之認定標準，臺大法學論叢，51卷，2期，頁50。吳振吉，醫療行為之過失認定—簡評最高法院106年度台上字第227號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」，月旦醫事法報告，10期，頁76。陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021年4月修訂版，頁204。

[3] 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021年4月修訂版，頁231、232。

目錄

（一）摘要 1

（二）研究動機與研究問題 3

（三）文獻回顧與探討 4

1、醫療過失之認定 4

（1）醫療常規 4

（2）醫療水準 5

（3）外國法與我國法實務發展 6

①外國法實務 6

②我國法實務 7

2、人工智慧與醫療 7

（1）人工智慧之定義 7

（2）人工智慧在醫療場域之利弊 7

①人工智慧之優勢 7

②人工智慧之弊端 8

（3）人工智慧於醫療場域之角色 9

①前期 9

②中期 9

③後期 10

3、人工智慧之建議與醫療常規衝突，醫師之決策是否構成過失 10

（1）前期及中期 11

（2）後期 12

（四）研究方法及步驟 12

（五）預期成果 13

（六）參考資料 13

（二）研究動機與研究問題

研究動機：實務判決在醫療過失之認定上，多以是否違反「醫療常規」作為判斷標準，然醫療常規多由醫方作成，以其作為判斷依據，就形式上而言，乃將原本應由法院決定之注意標準，委由同一領域之其他專業醫師決定，顯將判斷的天秤偏向醫方[4]，是否妥當？又學說及少數實務判決中所稱「醫療水準」，與上述所稱「醫療常規」究有何不同？

而現代科技進步之下，人工智慧漸漸介入醫療場域，其在醫療行為中扮演什麼角色、與醫療常規衝突時，是否會影響醫療過失之認定，進而在現行實務之概念下，如何認定經人工智慧建議之醫師是否具備過失，深值吾人探究。

1. 何謂「醫療常規」與「醫療水準」？兩者有無區別？

   最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決，係當年極受矚目之醫療訴訟案件[5]，該判決一改傳統「符合醫療常規即無過失」之見解，而明確表示「醫療常規僅最低標準，非謂無違反醫療常規即無過失。[6]」該判決除將醫療常規與醫療過失脫鉤外，亦明確區分「醫療常規」與「醫療水準」兩概念，其兩者內涵及區別，勢有待進一步辨明，將於下文詳述之。

2. 人工智慧有無明確定義？其於醫療場域之角色為何？

   我國於 2024 年 7 月公告制定之「人工智慧基本法草案」第 2 條為人工智慧定義，惟撰文當下草案仍在立院初審階段，尚未成熟。作為該草案主要參考之一、2024 年 8 月 1 日生效之歐盟《人工智慧法》（EU Artificial Intelligence Act）係全球第一部針對人工智慧管制的全面性專法，條文中對於人工智慧系統（AI system）有明確定義[7]，應值參考。而究竟人工智慧在醫療領域中係「輔助」醫師之角色抑或「實質決定

---

[4] 吳振吉，醫療行為之過失認定—簡評最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」，月旦醫事法報告，10 期，頁 74。

[5] 楊致中，醫療糾紛打官司　最高院：醫師負舉證責任，TVBS 新聞網，2017 年 6 月 5 日報導，https://news.tvbs.com.tw/local/733941（最後瀏覽日：2025 年 8 月 2 日）；王揚宇，台大涉醫療疏失 最高院:醫師須自證無過失，中央通訊社，2017 年 6 月 5 日報導，https://www.cna.com.tw/news/firstnews/201706050252.aspx（最後瀏覽日：2025 年 8 月 2 日）；黃哲民，前法官告台大醫疏失害拌倒妻枉死　索賠千萬纏訟 14 年！敗訴確定，ETtoday 新聞雲，2023 年 07 月 26 日報導，https://www.ettoday.net/news/20230726/2547755.htm（最後瀏覽日：2025 年 8 月 2 日）。

[6] 最高法院 106 年台上字第 227 號民事判決：「就醫療個案，本於診療當時之醫學知識...為適當之醫療，始得謂符合醫療水準而無過失；至於醫療常規，為醫療處置之一般最低標準，醫師依據醫療常規所進行之醫療行為，非可皆認為已盡醫療水準之注意義務。

[7] Regulation (EU) 2024/1689 Artificial Intelligence Act, §3(1).

者」，並非恆久不變，應隨人工智慧在該領域之發展而定。

3. 人工智慧在醫療領域之利弊

人工智慧固有較人類判斷更精準、更快速等優點，然人工智慧由於經過「神經網路模型」計算，將產生黑箱問題（black box problem[8]），此乃深度學習神經網路之特性，該黑箱性將導致建議的可解釋性甚低，進而法律責任將難以釐清[9]。又法律責任難以釐清，醫師難免為求自利、自保而選擇防禦性醫療[10]，導致醫療決策並非出於病人之最大利益，此一連串之結果，顯不利於醫療之長遠發展。

4. 人工智慧所給出之建議與醫療常規衝突，醫師之決策是否構成過失？

在現今判決仍多以「醫療常規違反」認定醫療過失之基礎下，人工智慧醫療軟體可能因為個案特性、急迫程度等因素，所給出之醫療建議與醫療常規不同。此時人工智慧建議與常規，必有一者為錯誤，此時醫師應遵循何者？而當決醫師之決策導致病方損害，在過失判斷上，是否可因「遵循人工智慧之建議」而免除過失？

（三）文獻回顧與探討

1、醫療過失之認定—醫療常規與醫療水準

（1）醫療常規

醫療常規作為我國實務多數判斷醫療過失之標準[11]，而其概念源自於英美法上「醫療慣例（professional custom）」[12]。英美法院判決中，最著名者乃 *Bolam v. Friern Hospital Management Committee*[13]案中之 Bolam test，其內涵為：「醫師依一般醫療常規診治，若該醫療常規為該特定專業之醫療人員所認妥適者，即可認為醫師沒有過失。縱有其他不同意見或流派，仍不影響。」

而我國所稱醫療常規，係指在臨床現場，一般醫師間廣泛從事醫療行為所用

---

[8] Hanhui Xu, Kyle Michael James Shuttleworth, *Medical artificial intelligence and the black box problem: a view based on the ethical principle of "do no harm"*, Intelligent Medicine Volume 4, Issue 1, at 52-57, February 2024 (last visited: 2025/8/3).

[9] 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 494。

[10] 所謂防禦性醫療，乃醫師出於自保之心態，將醫療行為以「避免承擔責任」為核心，而做出不必要的醫療檢查或避免對高風險之病人進行手術。另根據 ScienceDirect 估計，有 60%-95% 之醫療人員會出於自保而為防禦性醫療。詳細可參：Holly Vickers, Swati Jha, *Medicolegal Issues in Gynaecology*, Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine Volume 30, Issue 2, at 43-47, February 2020 https://www.sciencedirect.com/topics/medicine-and-dentistry/defensive-medicine (last visited:2025/8/3).

[11] 最高法院 112 年台上字第 2250 號民事裁定、最高法院 112 年台上字第 316 號判決、最高法院 112 年台上字第 2158 號民事判決等。

[12] 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 224。

[13] *Bolam v. Friern* [1957] 1 WLR 583.

之方法，亦即醫師之間依其職業上通常之實務運作，所形成之醫療慣行[14]。若醫療常規得以形成[15]，則醫療常規之優點，可大致整理為：①避免法院因較不了解醫療專業，課與醫師過高、難以達成之注意標準，醫療常規可供法院作判斷依據。②常規於醫療行為時已存在，為醫師可預見、且客觀之基準。

然侵權行為之過失，應以善良管理人之注意義務為標準，若以醫療常規作為醫療過失之判準，似已偏離「善良管理人注意義務」之框架，蓋醫師為醫療行為，縱未盡善良管理人注意義務，其只要符合醫療常規，仍不負過失責任[16]。此無異於降低醫師之注意義務，在醫療行為普遍涉及人民生命權、身體健康權之前提下，注意義務卻不增反減，是否妥適，誠有商榷必要。

此外，亦有學者認為，所謂常規，應係一群人針對某項活動，無意識的具有集體性之同意。然每一醫療個案皆具「唯一性」— 性別、年齡、體重等因素各異，該常規是否具有「集體性」[17]？又退步言，縱醫療常規得以形成，亦多由醫療人員或醫療機構制定，若醫療人員出於自利、自保之心態，或醫療機構摻雜成本考量，自行訂定自己所遵循之醫療常規，除程序上顯非正義外[18]，是否符合病人之最大利益[19]？循此以言，法院基於醫療常規認定過失，相當於將原本應由法院作之「規範判斷」（做什麼會違反注意義務）委由同領域醫師決定，法院僅作有無違反規範之「實證判斷」（是否違反規範而欠注意義務），亦非妥適。

（2）醫療水準

醫療水準源自於日本法同名概念[20]，英美法院則稱其為「理性醫師」之注意標準（reasonable physician standard[21]）。相較於醫療常規「相同病名相同處理」固定不變之一致標準，醫療水準更偏重綜合個案判斷。申言之，縱病名相同，身體因素（體重/年齡）、環境因素（處於醫學重鎮/偏遠地區）、經濟因素（患者是否可以負擔高昂之醫療費用）皆不盡相同，不宜將所有變因忽略不計，而在病名

---

[14] 吳振吉，醫療行為之過失認定—簡評最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」，月旦醫事法報告，10 期，頁 74。

[15] 有見解認為，醫療個案具「唯一性」，是否可形成通案常規，尚非無疑。可參：陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 231 以下。王富先，醫療行為過失之認定標準，軍法專刊，64 卷，1 期，頁 51 以下。吳振吉，醫療行為之過失認定—簡評最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」，月旦醫事法報告，10 期，頁 74。

[16] 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 231。

[17] 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 231-234。

[18] 美國法官 Learned Hand 曾於 *The T.J. Hooper* [1932]案中言明，各行業皆不應訂立自己所遵循之規範，無論其多具說服力。

[19] 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 231-234。

[20] 詳細可參：曾淑瑜，醫療過失與因果關係，翰蘆出版，頁 249-263。

[21] Philip G. Peters Jr, *The Role of Jury in Modern Malpractice Law*, 87 Iowa L. Rev. (2002).

相同時即採用同一常規判斷。上揭提及之最高法院 106 年台上字第 226 號民事判決中亦言明醫療水準之內涵：「…就醫療個案，本於診療當時之醫學知識，審酌病人之病情、醫療行為之價值與風險及避免損害發生之成本暨醫院層級等因素，綜合判斷而為適當之醫療，始得謂符合醫療水準而無過失。」

而在我國，考量到現代醫學鼓勵積極侵入性治療，將可能導致損害發生，在謀求醫療進步之前提下，毋寧為現代醫療必要之風險[22]。若醫師僅得按照醫療常規診治，而違反常規後一有損害發生，即認定醫師具有過失，除將誘導醫師為防禦性醫療外，亦使醫療發展裹足不前[23]，據此，在 2018 年醫療法修法後新增第 82 條第 4 項[24]，於判斷醫師是否違反注意義務時，除醫療常規外，亦將醫療水準、醫療設施、工作條件等考量在內；此外，在醫事糾紛鑑定初鑑醫師指引手冊中之醫療常規[25]，其實也帶有醫療水準的影子，蓋其不僅只判斷醫療常規違反與否，同時考量因個案而異之適應性、適證性、實踐性、倫理性等因素。

（3）外國法與我國法實務之發展

①外國法實務

英國法院早年所建立之 Bolam test 醫療常規標準，乃醫師所遵循之醫療常規只要符合該領域醫師之見解（流派），不論是否為少數意見，皆沒有過失。然英國法院似無穩定採取此單一見解認定醫療過失，其晚近對於醫療常規之態度，多認僅為其中一種認定過失之因素，非全然等於醫療過失。1998 年 *Bolitho v. City and Hackney Health Authority*[26]案即為一重要分野：本件原告病方主張醫師未即時到場診治，且未插管致原告腦部受損，具有過失；被告醫師雖不否認「未即時到場」，但抗辯縱其即時到場仍會依 A 流派之醫療常規不採取插管治療，原告腦部受損為不可避免。原審法院依據 Bolam test，認為醫療常規只要符合多數不同流派之一，醫師遵守之，即無過失，而原告損害確屬無法避免，認被告醫師有理由。然上訴後，當時英國貴族院（United Kingdom House of Lords）認為，並非合於醫療常規即無過失，而係要額外進行危險及利益之衡量（類似美國法上漢德公式之概念），方具邏輯基礎（logic basis）。若所遵循之常規顯不合利益衡量，則法院即應宣告該醫療常規不具邏輯基礎而不予採納。此種將醫療常規與過失脫鉤，

---

22 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 218。

23 陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版，頁 218。

24 醫療法第 82 條第 4 項：「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。」

25 醫事糾紛鑑定初鑑醫師指引手冊：「所稱『醫療常規』，是指臨床醫療上，由醫療習慣、條理或經驗等所形成之常見成規。須具備以下要件：（1）適應性：…（2）適正性：…（3）實踐性：…（4）倫理性：…。

26 *Bolitho v. City and Hackney Health Authority* [1998] A.C. 232.

另外衡量個案危險及利益之思考模式，可謂英國法實務上理性醫師之注意標準（醫療水準）之雛形。

②我國法實務

在我國，採用醫療常規之判決仍為多數[27]，且自判決中可觀察出法官多以醫審會鑑定報告書作為判斷依據，而鑑定報告書又常以是否違反醫療常規判定有無「疏失[28]」。惟近年少數判決漸有採醫療水準作為標準，此一跳脫醫療常規之框架，而以考量更全面的醫療水準作為過失認定標準，其轉變應值贊同。除上述最高法院 106 年台上字第 227 號民事判決外，最高法院 111 年台上字第 2105 號民事判決[29]亦同其旨趣。值得注意者係，最高法院 112 年台上字第 867 號民事判決中，更新增「未逾越合理臨床專業裁量」之條件[30]，以更貼合醫療法第 82 條之意旨。

2、人工智慧與醫療

（1）人工智慧之定義

我國人工智慧基本法草案第 2 條[31]有明定人工智慧定義，惟草案仍在初審階段，本文為求完備，另結合 2024 年 8 月甫生效之歐盟《人工智慧法[32]》，整理出人工智慧必須具有下述特性：①以機器為基礎、②可自主運作、③有學習能力及適應性、④有推論能力、⑤可產出影響實體或虛擬環境之預測、內容或建議。

（2）人工智慧在醫療場域之利弊

①人工智慧之優勢

人工智慧（下稱 AI）相較於人類醫師，有判斷更迅速、更精準之特性，有助於醫師提升效率。舉例而言，傳統健康檢查醫療影像之辨識，若單靠醫師肉眼判斷，醫療數據龐大，辨識時間將相當冗長[33]。在此種「資料龐大、而大部分為正

---

27 司法院裁判書查詢系統數據：最高法院、臺灣高等法院含「醫療常規」之判決合計 1197 件；含「醫療水準」之判決合計僅 502 件（查詢日期：2025/8/7）。

28 醫審會之鑑定意見中僅表明有無「疏失」而非「過失」，蓋疏失為事實概念，過失則為法律概念，有疏失未必即有過失，而過失之有無，應由法院判斷為宜。

29 最高法院 111 年台上字第 2105 號民事判決：「…始得謂符合醫療水準而無過失；至於醫療常規，僅為醫療處置之一般最低標準，醫師依據醫療常規所進行之醫療行為，非可皆認已盡醫療水準之注意義務，尚有依病患個別特殊情形，盡其應盡之善良管理人注意義務…。」

30 最高法院 112 年台上字第 867 號民事判決：「本於診療當時當地之醫學知識，審酌病人之病情、就診時身體狀況、病程變化，醫療行為之風險及醫院層級等因素整體考量，未逾越合理臨床專業裁量而為適當之醫療照護，即應認為符合醫療水準，而無故意、過失可言。」

31 人工智慧基本法草案第 2 條：「本法所稱人工智慧，係指以機器為基礎之系統，該系統具自主運行能力，透過輸入或感測，經由機器學習與演算法，可為明確或隱含之目標實現預測、內容、建議或決策等影響實體或虛擬環境之產出。」

32 Regulation (EU) 2024/1689 Artificial Intelligence Act, §3(1).

33 中國醫藥大學附設醫院，〈領航尖端照護未來—精準醫療大數據〉，首頁醫院介紹 https://www.cmuh.cmu.edu.tw/CMUHPages/BigDataAndAI（最後瀏覽日：2025/8/8）。

常」之醫療影像，可先使 AI 作第一階段之辨識，將檢測正常之絕大部分資料排除，留下 AI 判定為「疑似病變」之個案，此時再由醫師作第二階段辨識，對該些個案作再一次確認。而 AI 對醫療影像之判讀，比起傳統人類醫師判讀更為快速及準確[34]，此時不僅減少醫師判讀龐大數據之負擔，更有「兩階篩檢」增加精準度，效率增加同時更提高準確性。

②人工智慧之弊端

近年來 AI 醫療軟體迅速發展，可歸功於「神經網路」之機器學習法，其組成為：「輸入層（input layer）」用以感知、接收資料，「隱藏層（hidden layer）」為其演算之過程，「輸出層（output layer）」則為資料演算結果。而隱藏層可能構建高達 5-1000 層，用以針對各種不同特徵分析[35]。而在實際操作方面，往往係醫師將病患資料輸入後，直接由 AI 產出結果，至於資料輸入至輸出的過程，究竟經過何種轉換、調整或演算，醫師或開發商根本無從得知，此類問題，被研究者稱之為「黑箱問題[36]」

而 AI 醫療軟體之黑箱問題，將會使其醫療建議之「可解釋性」蕩然無存，亦即 AI 醫療軟體不會說明為何、根據何種規律而做出此次建議。或有認為，醫師決策時，也是依照自己心裡活動所為，外人無從窺知，似乎亦具黑箱性。然，醫師在之決策並無「可解釋性」欠缺之問題，蓋醫師可以提出適當證據，解釋決策過程，如：指出影像上的病變位置，證明病變所在[37]。惟 AI 醫療軟體無法為自己的決策做出解釋；又深度學習模型所做出的決策，往往欠缺明確陳述性特徵而無法由醫師、甚至開發者做出解釋，此乃 AI 醫療軟體因黑箱問題導致「可解釋性」欠缺之弊端。

又基於 AI 醫療軟體之建議可解釋性甚低，將使醫師在操作 AI 醫療軟體時，無從檢驗其運算究竟有無錯誤，更無法預見下次如何避免該錯誤。倘醫師信賴 AI 之醫療建議，依照該建議為醫療決策，導致病患受有損害，在現行 AI 醫療軟體僅作為輔助之前提下，仍由醫師及醫療機構承擔最終法律責任[38]。惟縱使醫師已盡善良管理人注意義務，亦因無從檢驗 AI 醫療建議之正確性，難以期待醫師預見損害而避免之，此時若仍要求醫師負擔最終法律責任，對醫師實言過苛外，可

---

34 Yidi Xu, *How AI Imaging Is Revolutionizing Patient Care*, Forbes, Jun 26,2025 https://www.forbes.com/councils/forbestechcouncil/2025/06/26/how-ai-imaging-is-revolutionizing-patient-care/?utm_source=chatgpt.com (last visited:2025/8/8).

35 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 483。

36 Berman Chan, *Black-box assisted medical decisions: AI power vs. ethical physician care,* Springer Nature, Med Health Care Philos 26(3):285–292, 2023 Jun 5.

37 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 495。

38 王一旅，深度學習 AI 醫療民事侵權責任之探討—以美國、歐盟及我國法治為中心，輔仁法學，61 期，頁 26。

想像醫師將因 AI 醫療軟體之可解釋性低，為避免暴露於法律風險下，未來縱 AI 醫療軟體發展成熟，仍捨先進科技而不用，實非吾人所期。

（3）人工智慧於醫療場域之角色

①前期

由於 AI 初入醫療領域，仍具許多不確定因素，亦可能因訓練資料餵養（feed）尚不足而有判斷精準度低下之虞。據此，避免犧牲醫療品質，在前期僅應用於較自動化、單調之醫療任務，著眼於減少醫師之負擔。如健康檢查之 X 光影像判讀，AI 醫療軟體可作為「篩子」，將無明顯異常之影像先行過濾，留下極小部分疑似病變之病例，再由影像科醫師確認[39]。由此應用可知，醫師與 AI 之醫療判斷係各自獨立，且主要決策者仍為醫師，蓋 AI 醫療軟體所判讀之「疑似病變」，仍須經由醫師再度確認，才得做出最終判斷，故 AI 前期僅作為「輔助醫師判斷」之角色。

②中期

AI 在醫療領域有一定進步（如：可解釋性提高、精準度提升）後，由於除去影響醫療品質之顧慮，AI 將更廣泛運用於各領域，並提升醫師對 AI 之可信性，而使 AI 之醫療建議不再需要醫師覆核，直接作為醫師決策之基礎，此乃與前期最明顯之分水嶺。舉例而言，急診醫師（醫師甲）深夜時處理頭部急症病患時安排部電腦斷層檢查，但一般醫院囿於醫療資源，此一時段並無影像科醫師（醫師乙）在院提供影像判讀之意見[40]，此時醫師甲可將該斷層檢查交由 AI 影像判讀系統判讀，並依其結果作為醫師甲之決策基礎，相當於讓 AI 扮演醫師乙之角色，作為醫師甲決策之獨立依據。

然值吾人反思者係，上例在現行損害賠償責任架構下，將使醫師負擔過重之法律責任：由於醫師甲所作之決策係以 AI 影像判讀系統之判斷作為基礎，可謂結合兩個醫療判斷而作出一個醫療決策。若最終導致病患死亡，而在現行損害賠償責任下，醫師參考 AI 所為醫療決策，仍由醫師承擔最終法律責任[41]。果爾，縱醫師甲在急重症之判斷上無任何缺失，而可能因其他非可歸責醫師甲之因素導致病患死亡（如：AI 判斷錯誤），僅因其作為醫療最終決策者，而使醫師甲負擔全部損害賠償責任，似有過於苛刻之嫌。

另，因中期時 AI 醫療建議尚不足發展為醫療常規，極端個案中勢將有「AI

---

[39] 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 500-501。

[40] 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 502。

[41] 王一旅，深度學習 AI 醫療民事侵權責任之探討—以美國、歐盟及我國法治為中心，輔仁法學，61 期，頁 26。

建議」與「醫療常規」衝突之情形，此時前後必有一者為錯誤，醫師究應依何者做出決策？又若決策後，導致病患損害，醫師所負之損害賠償責任，是否因 AI 醫療建議之出現而有所不同？將於下開「3、」詳述之。

③後期

於此時期，AI 在醫療場域之普遍性，已經如同現代人習以為常之醫療設施般普及、成熟（如 X 光設備），且在醫療專業及臨床判斷上，因深度學習之樣本數足夠，皆已超越頂尖人類醫師。以此觀之，其所產出、提供之資訊，性質將可能由「建議」儼然轉變為「醫療常規」，蓋在 AI 之專業、能力、經驗普遍超越人類醫師之前提下，若醫師無正當理由而捨 AI 醫療軟體之資訊而不用，將有可能構成「超越承擔過失[42]」，此時醫師是否具備過失判斷重點，已非醫師所為之決策是否有瑕疵，而係在可取得 AI 醫療資訊之前提下，應採用而未採用[43]。而醫師拒絕採用 AI 之醫療資訊，相當於違反醫療常規，在多數實務判斷下，應可認為醫師之決策存在過失。

然於後期，縱 AI 之可靠性極高，亦不宜使醫師如同機械般輸入資料、等待結果輸出，完全依賴 AI 之判讀，否則若缺少醫師之診斷資料持續訓練，AI 不會持續改善，將造成醫療技術停滯不前之結果。因此有學者認為，立法論上應使醫師負擔「運用自身醫療知識檢驗 AI 建議是否正確」之義務[44]，以解決上述疑慮。在未來 AI 醫療軟體「可解釋性」上升之前提下，醫師對於 AI 醫療建議之可檢驗性大幅上升，基於醫療倫理及優化 AI 數據之立場，此義務尚非過苛。

3、人工智慧之建議與醫療常規衝突，醫師之決策是否構成過失

AI 廣泛運用於各產業，已然成為未來之趨勢，醫療產業亦不例外。若醫師參考 AI 所為之醫療決策，其過失之認定，無一較客觀、可依循之標準，將可能導致醫師為防禦性醫療的情形加劇，顯對於病人之利益、醫療資源之分配有所戕害。據此，本文參考現行實務認定之下，醫師之決策是否構成過失，並以「人工智慧軟體建議」、「醫師是否採納建議」、「是否造成損害」作為變因製作圖表，並按照現行多數實務—以醫療常規違反認定過失之情形下，醫師是否須負損害賠償責任

---

[42] 超越承擔過失之定義可參最高法院 107 年度台上字第 1283 號判決：「行為人未具備為特定行為所必要之知識與能力，即貿然承擔該特定行為，對於行為過程中出現之危險無能力預見或不能採取有效之迴避措施，因而導致結果發生，行為人此種知識與能力之欠缺，於實施該特定行為前既有預見或預見可能性，仍膽敢超越其個人知識及能力而為該特定行為，本身即構成所謂之『超越承擔過失』。」

[43] 吳振吉，人工智慧醫療傷害之損害賠償責任，臺大法學論叢，51 卷，2 期，頁 506。

[44] 王一旅，深度學習 AI 醫療民事侵權責任之探討—以美國、歐盟及我國法治為中心，輔仁法學，61 期，頁 70。

（本文聚焦過失，相當因果關係容日後討論）。

（1）前期及中期

由於前期及中期，AI 醫療軟體囿於黑箱問題尚未完全解決，除上述可解釋性之疑慮外，黑箱問題更可能造成醫師難以履踐醫療法第 81 條、醫師法第 12 條之 1[45]「告知後同意」法則，蓋醫師告知「治療方針」，乃醫師必須解釋為何、及可能採取何種治療手段，然深度學習之 AI 醫療軟體僅有「輸入資料」、「輸出結果」之構造，並不會顯示其運算邏輯，或運算邏輯人類根本難以理解。倘醫師都無法得知 AI 醫療軟體為何採取該治療手段，遑論將該治療方針向病人解釋及告知。

據此，AI 醫療軟體仍存有上述問題，尚難以成為臨床現場，一般平均醫師之間廣泛從事之醫療方法；而不具上述特性，即非醫療常規。在醫師決策時，若醫療常規與 AI 醫療軟體之建議相衝突，醫師採取何者、在現行多數實務認定下是否構成過失，整理如下表：

以第一次氣胸為例—治療方法分為「保守治療」及「侵入治療」兩種，而按**醫療常規**，第一次氣胸之病人，應採取**保守治療**[46]

	人工智慧軟體建議	醫師是否採納建議	是否造成損害	按多數實務判斷	醫師是否負損害賠償責任
情形一	保守治療	是	否	無過失	否
情形二	保守治療	是	是	無過失	否（有損害但無過失）
情形三	侵入治療	是	否	構成過失	否（無損害）
情形四	侵入治療	是	是	構成過失	**負損害賠償責任**
情形五	保守治療	否	否	構成過失	否（無損害）
情形六	保守治療	否	是	構成過失	**負損害賠償責任**
情形七	侵入治療	否	否	無過失	否（無過失、無損害）
情形八	侵入治療	否	是	無過失	否（有損害但無過失）

＊表格由作者自製

自上表觀察，值得注意者係—依現行多數以醫療常規違反認定過失，將會導致醫療常規與 AI 醫療軟體之建議衝突時，醫師為不暴露在法律風險下，縱 AI 之建議可能帶來更好結果，仍會捨棄其建議，固守常規（如情形八），然如此一來，將使新興醫療方法被醫師拒之門外，抑制醫療發展。若醫師過失之認定除醫療常

[45] 醫療法第 81 條及醫師法第 12 條之 1 皆明定醫師應告知「病情、治療方針、處置、用藥、預後情形及可能之不良反應」。

[46] 由鍾政錦提供，臺北醫學大學附設醫院胸腔外科主治醫師（2025/8/15）。

規外，更參酌其他因個案而異之因素（如：急迫性、個案特殊性等），在維護病患權利與醫療進步間取得平衡下，嘗試嶄新之醫療方式，何嘗不是醫病間的雙贏局面？此無非應證了醫療水準相較於醫療常規，更合於現代醫療及科技發展，而為更適之認定標準。

（2）後期

由於後期，AI 深度學習之黑箱問題有朝一日將被破解，而 AI 醫療軟體之精準度、專業性、臨床判斷皆超越頂尖人類醫師時，可以預見其將成為我國各醫師及醫療機構間廣泛、普遍應用之醫療手段，而躍升成為醫療常規。發展至此，自無醫療常規與 AI 醫療軟體建議衝突之問題，若醫師捨 AI 醫療軟體之建議不用，亦可能構成「超越承擔過失[47]」。

（四）研究方法及步驟

1、比較法學分析

（1）醫療過失之比較

本文以英美法上「醫療慣例」對照我國之「醫療常規」；日本法上「醫療水準」及英美法上「理性醫師標準」對照我國之「醫療水準」，並觀察我國自繼受上開二概念後，在實務上之使用情形，同時比較外國法院在認定醫療行為過失之認定上，與我國有何不同之處。

（2）人工智慧

我國對於人工智慧之立法，目前僅有仍在草案階段之「人工智慧基本法」。相較歐盟已制定且生效之「歐盟人工智慧法案」，其對於人工智慧之定義、規範顯較人工智慧基本法草案成熟許多。據此，本文關於人工智慧之定義、可能帶來之問題等，多參考歐、美之文獻及該法案，以力求資訊之完整性。

2、文獻分析法

本文亦利用法源法律網、月旦知識庫、新學林法學雜誌、現代法律雜誌、月旦法學雜誌等資源閱讀各實務、學者之期刊及文獻，整理各作者對於「醫療過失之認定」之相關文獻。醫學資料方面，則多參考 ScienceDirect、Springer Nature 等權威資料，確保其正確性，人工智慧之參考資料亦然。

3、判決分析法

本文核心之一乃我國法院與外國法院對於「醫療過失」實務判決之比較。在我國實務方面，為求學說及實務兩者衡平，除學術文章外，本文亦有引用我國實

[47] 同註 42。

務判決，用以觀察今昔發展及作為論證之依據。外國實務方面，利用 BAILII、Westlaw 查閱英、美判決，並比較我國及外國法院實務異同之處。

（五）預期成果

1、解決現代醫療過失認定（醫療常規）之弊病

若未來可將醫療行為過失跳脫醫療常規之框架，除常規違反外，另外考量病患當時之急迫性、所處地域之醫療資源、當時之醫療發展狀況、依照常規可能治癒之機率等，將有助於人工智慧在進入醫療領域後，一方面促進醫療發展，一方面保障醫師權益，並因此降低防禦性醫療之機率，可謂社會福祉、醫方、病方之三贏局面。

2、揭開人工智慧醫療軟體可能產生之問題。

現代科技飛速進步，大多人工智慧之研發者著重於如何使產品處理更複雜的任務、提升運算效率、預測精準度等，然對於黑箱問題之解決卻乏人問津。縱人工智慧有許多優勢，若無法解釋其決策方法、揭露運算邏輯，在法律層面上，將使在醫療場域應用時之「過失」變得難以預測及認定。又在現行人工智慧醫療軟體為「輔助」之定位下，法律責任仍由醫療機構及醫師承擔，而人工智慧黑箱問題帶來之不確定性，無論其發展多麼先進，仍將使醫師因不願暴露於法律風險之下，而英雄無用武之地。

（六）參考資料

1、專書

陳聰富，醫療責任的形成與展開，2021 年 4 月修訂版。

2、網站資料

（1）我國文獻

①王一旅，《深度學習 AI 醫療民事侵權責任之探討—以美國、歐盟及我國法治為中心》，輔仁法學，61 期

②王富先，《醫療行為過失之認定標準》，臺大法學論叢，51 卷，2 期

③吳振吉，《醫療行為之過失認定—簡評最高法院 106 年度台上字第 227 號民事判決之「醫療常規」與「醫療水準」》，月旦醫事法報告，10 期

④吳振吉，《人工智慧醫療傷害之損害賠償責任》，臺大法學論叢，

51 卷，2 期

⑤吳振吉，《腹腔鏡氣體栓塞案:醫療民事責任之構成要件與爭點整理》，月旦醫事法報告，85 期

⑥吳振吉，《產前診斷錯誤案: 醫療機構與檢驗機構之法律責任與損害賠償範圍》，月旦醫事法報告，95 期

⑦莊晏詞，《生成式 AI 於醫療領域應用之管制議題》，生物產業科技管理叢刊，12 卷

⑧陳擷安、吳建昌，《人工智慧醫療系統的法律主體性 與民事歸責架構之探討》，財產法暨經濟法，76 期

（2）外國文獻

①Alicia Lai, *Artificial Intelligence, LLC: Corporate Personhood as Tort Reform,* Michigan State Law Review, Volume 2021.

②Berman Chan, *Black-box assisted medical decisions: AI power vs. ethical physician care*, Med Health Care Philos, Volume 26, Issue 3.

③Hanhui Xu, Kyle Michael James Shuttleworth, *Medical Artificial Intelligence and The Black Box Problem: A View Based On The Ethical Principle of "Do No Harm"*, Intelligent Medicine,Volume 4, Issue 1.

④ Holly Vickers, Swati Jha, *Medicolegal Issues in Gynaecology*, Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine , Volume 30, Issue 2.

⑤Philip G. Peters Jr., *The Role of the Jury in Modern Malpractice Law*, 87 Iowa L. Rev. 909 (2002).

⑥Yidi Xu, *How AI Imaging Is Revolutionizing Patient Care*, Forbes, Jun 26,2025 (last visited: 2025/8/8).

⑦The EU Artificial Intelligence Act (2024/1689).

3、法院判決及裁定

（1）我國法院

①最高法院 112 年度台上字第 316 號民事判決

②最高法院 112 年度台上字第 867 號民事判決

③最高法院 112 年度台上字第 2158 號民事裁定

④最高法院 112 年度台上字第 2250 號民事裁定

⑤最高法院 111 年度台上字第 2105 號民事判決

⑥最高法院 107 年度台上字第 1283 號刑事判決

⑥最高法院 106 年度台上字第 227 號民事裁定

⑦最高法院 105 年度台上字第 1658 號民事裁定

（2）英國法院

①*Bolam v. Friern Hospital Management Committee,* [1957] 1 WLR 583.

②*Bolitho v. City and Hackney Health Authority,* [1998] A.C. 232.

（3）美國法院

①*Helling v. Carey*, [1974] Wash., 519 P.2d 981.

②*The T.J. Hooper*, [1932] 60 F.2d 737.