卷宗編號： 984/2020
日期： 2021年03月18日
關鍵詞： 上訴的目的、間接受害人、精神損害求償權

摘要：

- 上訴的目的在於審核原審決定在事實層面上或法律適用方面是否有錯。
- 倘有關問題在原審程序中從沒有被提出及審理，且不屬法院可依職權審理的事宜，那則不能成為上訴的理由，否則有違訴訟恆定原則，等同於在上訴程序中接納新的訴因/抗辯。
- 只有在違反法律規定情況中權利被侵犯或者直接利益受到損害的權利人有權利得到賠償，而不是那些僅僅折射或間接受到損害的第三人。

裁判書製作人

何偉寧

行政、稅務及海關方面的上訴裁判書

卷宗編號： 984/2020
日期： 2021 年 03 月 18 日
上訴人： A (第一原告)
衛生局(被告)
被上訴人： B (第二原告，未成年人，由母親 A 代表)
同上

*

一.概述

第一原告 A，詳細身份資料載於卷宗內，不服行政法院於 2020 年 05 月 11 日作出的決定，向本院提出上訴，理由詳載於卷宗第 1078 至 1082 背頁，有關內容在此視為完全轉錄¹。

¹ 第一原告的上訴結論如下：

- a. 本上訴是針對原審法院於 2020 年 05 月 11 日所作出之判決 (以下稱：被上訴判決)。
- b. 被上訴判決駁回上訴人於起訴狀所請求之澳門幣貳拾萬圓整(MOP200,000.00)之非財產損害賠償。
- c. 被上訴判決駁回上訴人關於非財產損害賠償的請求是基於上訴人並非直接受害人。
- d. 對此，上訴人不予認同並作出陳述如下：
- e. 被上訴判決證實上訴人之兒子(即第二原告)因本案被告(衛生局)在上訴人之兒子(即第二原告)之出生過程存有過錯而導致上訴人之兒子(即第二原告)的健康受到損害，但其實被告在上訴人之兒子(即第二原告)之出生過程存有過錯亦導致上訴人在精神上受到嚴重的損害。
- f. 整個分娩過程接近 22 小時，在過程中上訴人一直承受生理痛楚及精神壓力。
- g. 最終因醫護人員的失誤導致第二原告出生過程中產生嚴重的腦部損傷。
- h. 上訴人亦因第二原告的出生後的狀況感到非常焦慮、擔憂及無助。
- i. 分娩是指婦女懷孕之後，一個或多個胎兒離開母親子宮，開始在子宮外生活的過程。
- j. 在本案中，上訴人無疑是直接參與分娩過程，因上訴人作為第二原告母親，第二原告亦是自上訴人中剖腹而生。
- k. 為著分娩的目的，負責的助產士或醫生曾經注射催產素、左側會陰側切及剖腹生產手術等行為，這些行為亦係於上訴人身體上施展。
- l. 再者，倘若上訴人於本案中因醫護人員的失誤而造成任何身體損害，可以肯定上訴人亦會因此而獲得權利請求財產性損害賠償。
- m. 顯然，上訴人是本次醫療事故的直接參與人。
- n. 而在精神上的損害方面，試想像上訴人十月懷胎，並且在產前檢查中並沒有發現胎兒有任何病徵。
- o. 在一般情況下，任何母親均會認為自己的胎兒會健全出世並健康長大。
- p. 然而在本案中，相關醫護人員未能以秉持謹慎及熱忱的態度，密切關注和跟進分娩中產婦的各種狀況。面對突發情形，未能及時採取有效措施化解危機(底線部份見被上訴判決第 18 頁)。

被告衛生局就有關上訴作出答覆，內容載於卷宗第 1110 至 1121 頁，在此視為完全轉錄。

*

被告亦不服上述決定，向本院提出上訴，理由詳載於卷宗第 1083 至 1103 頁，有關內容在此視為完全轉錄²。

- q. 因此最終令上訴人生下一個健康的胎兒的願景落空。
- r. 再者，當第二原告出生時，上訴人眼見自己的胎兒需要立即送往深切治療部接受治療，必然對上訴人本人造成沉重打擊。
- s. 上訴人十分緊張及擔憂，並且非常心痛第二原告所承受的痛苦。
- t. 當上訴人得悉第二原告需要接受各種治療，而且康復無期，更明顯加重上訴人的精神負擔。
- u. 除了照顧第二原告的壓力，更可能需要負擔昂貴的醫療費及藥費。
- v. 最終令上訴人產生各種負面情緒，感到非常焦慮及擔憂、身心感到十分疲累及無助，經常哭泣。
- w. 明顯上訴人的精神健康受本次醫療事故而亦對上述人本人造成損害，並可以預見有關損害需要隨著第二原告身體狀況改善才能好轉。
- x. 根據司法見解的指導意見，「疼痛、痛苦、不快或折磨」這種損害應受法律保護。
- y. 由此，受害者有權就遭受的痛苦獲得非財產損害賠償。該損害尚可透過金錢彌補，這種情況下的賠償旨在給受害人帶去一種能抵消所受痛苦、疼痛和不幸的愉悅感。
- z. 基此，根據第 28/91/M 號法令第 2 條及第 7 條，及《民法典》第 556 條的規定，被告應向作為是次醫療事故的直接受害人之上訴人支付不少於澳門幣貳拾萬圓整(MOP200,000.00)之非財產損害賠償。

² 被告的上訴結論如下：

1. 行政法院(以下簡稱“原審法院”)於 2020 年 5 月 11 日就題述之案件作出判決(以下簡稱“被上訴之判決”)，裁定兩名原告的訴訟理由部份成立，判決如下：“裁定第一原告的訴訟請求不成立，開釋被告；裁定第二原告的訴訟請求成立，判決被告衛生局向第二原告 B 支付賠償金額合共澳門幣 630,658.00 元，以及自本判決作出日起按法定利率計算之遲延利息，直至被告向第二原告全數支付賠償款項為止；判處被告須支付因治療第二原告所需的後續醫療開支，具體金額留待執行判決時結算。”
2. 除了給予必要的尊重外，上訴人並不認同上述的判決。
3. 就上訴人轄下的醫護人員履行職務過程的部份，“被上訴之判決”認定上訴人：“接著，我們再回顧案發經過，了解在第一原告整個分娩的過程中，是否出現亟需醫護人員介入施行剖腹手術分娩的情況：首先，當第一原告 2016 年 7 月 5 日在仁伯爵綜合醫院求診時，曾於 21 時 29 分使用催產素催產。於次日即 7 月 6 日 11 時 33 分，始出現規律宮縮，並於 12 時進行人工破膜。至同日 14 時，第一原告的子宮頸擴張至 4 度，再次使用催產素。起初，由助產士協助第一原告進行分娩。其後，16 時 47 分 C 醫生到達分娩室，指示原告呼吸和用力，以及嘗試用宮底施壓術協助原告將胎兒娩出未果。至 16 時 55 分，C 醫生為第一原告作陰道評估後召喚 D 醫生前來分娩室(見已確定之事實 J 項及調查基礎內容第 15 條至第 19 條)。D 醫生於 16 時 59 分到達分娩室，於 17 時零 3 分對第一原告狀況進行評估，決定使用兒吸術將胎兒引出母體。同時 C 醫生為原告進行左側會陰側切，以助將胎兒娩出。自 17 時 10 分，兩名醫生交替為原告進行兒吸術，合共三次，未能成功(見已確定之事實 K 項及調查基礎內容第 30 條至第 33 條)。直至 17 時 24 分，因胎兒心跳驟降至低於每分鐘 120 次，D 醫生評估後決定為第一原告進行剖腹產手術。最終，第二原告於同日下午 17 時 52 分出生(見已確定之事實 L 項及調查基礎內容第 34 條)。而除了於 17 時 24 分出現胎兒心跳驟降的情況造使緊急施行剖腹產分娩手術之外，同樣的情形在整個分娩過程中還出現過多次、於 16 時 10 分、16 時 55 分、16 時 59 分及 17 時零 3 分(見調查基礎內容第 29 條及第 70 條)換個角度看，‘直至 2016 年 7 月 6 日 16 時為止，第一原告並沒有出現緊急情況或需剖腹產之情況’，而始於 16 時 10 分出現的胎兒

- 心跳驟降的情況，亟需醫護人員醫療介入(見調查基礎內容第 29 條及第 69 條)然而，從上述羅列的情節可以看到，本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，而是持續性地使用效果不彰的輔助分娩手段 - 堅持使用兒吸術 3 次，失敗後，才終於考慮進行剖腹產(見調查基礎內容第 27 條)。直至大約 1 個小時後有關醫護人員才為第一原告施行剖腹產分娩手術以致貽誤時機，令胎兒在母體內淨留時間過長，吸入胎翼引發窒息，繼而產生嚴重的腦部損傷。”
4. 除了給予必要的尊重外，上訴人並不認同上述的認定：
 5. 須指出的是，第一原告於 2016 年 7 月 5 日在仁伯爵綜合醫院求診以至其進行生產當日的分娩過程前，並沒有出現緊急情況，且並未達到必須進行剖腹生產的程度。
 6. 根據原審法院於 2019 年 7 月 2 日製作之合議庭裁判(以下簡稱“合議庭裁判”)已獲證實之調查基礎第 69 點指出，第一原告直至 2016 年 7 月 6 日 16 時為止，並沒有出現緊急情況或需剖腹產之情況。(原文：“Até às 16H00 de 6 de Julho 2016, a 1ª Autora não apresentou quaisquer situações emergentes ou necessárias de cesariana? Provado”)
 7. 根據載於卷宗第 860 頁之由各鑑定人作出之醫學鑑定報告結果第 1 點、第 2 點及第 12 點指出：“對於懷孕 41.6 周之孕婦的生產，世界衛生組織及澳門仁伯爵綜合醫院有否制定相關分娩指引？是否須進行剖腹產手術？答：糾正診斷 40+6；孕婦無絕對剖腹產指征，山頂醫院工作指引在孕婦胎兒無明顯情況下 41 周評估引產。”；“本案的第一原告懷孕 41.6 周(應為 40.6 周)是否出現需緊急進行剖腹產的情況？答：無絕對剖腹產指征(入院時)。”；“若第一原告在嘗試自然分娩期間曾自訴陣痛次數少及短暫，是否應進行剖腹產手術或至少應考慮進行剖腹產手術？答：從記錄顯示為不協調宮縮，可於休息後再行引產。”
 8. 根據載於卷宗第 874 頁之由各鑑定人作出之醫學鑑定補充報告第 2 點指出“醫學鑑定報告第 18 點‘16:25 分胎心曾經降 120 次/分，(開全 16:15)曾時醫生評估可以陰道產(16:45 第一次吸)’中的‘(開全 16:15)’指什麼意思？此外，是否應立即進行剖腹產手術？答：胎兒心率在 160-120/1’被視為正常胎心範圍，胎心 120/1’非立即剖腹產指征。”
 9. 換言之，第一原告於 2016 年 7 月 5 日在仁伯爵綜合醫院求診以至其進行生產當日的分娩過程前，並沒有出現突發的緊急狀況，且在醫學上，以第一原告的 40.6 周的妊娠周數及 120 次/分鐘的胎兒心率指標，屬正常胎心範圍，並未達到必須進行剖腹生產的程度。
 10. 基於此，上訴人並不認同“被上訴之判決”第 16 頁之第 13 至 14 行所指的“本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，而是持續性地使用效果不彰的輔助分娩手段 - 堅持使用兒吸術 3 次，失敗後才終於考慮進行剖腹產(見調查基礎內容第 27 條)。 (...)”，因為正如調查基礎內容第 27 條所指，當時兩名婦產科醫生 C 醫生及 D 醫生是按當時因應兩名原告當時的身體狀況及指征，經過兒吸術失敗後，才考慮進行剖腹產。
 11. 儘管“被上訴之判決”指出“本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，(...)”，但須指出的是，第一原告胎兒的胎心下降至低於 120 次以下，但本案的已證事實，以至卷宗所載的資料，均沒有顯示當出現該情況胎兒的胎心率曾下降至低於 120 次時，便視為出現“分娩過程中突發的緊急狀況”，繼而需要剖腹產。
 12. 相反，儘管本案的已證事實僅包含第一原告胎兒的胎心率在產程中曾下降至低於 120 次的相關事實，但必須提起的是，根據卷宗第 202 至 203 頁之資料顯示，第一原告胎兒在產程中曾下降至低於 120 次，但隨即恢復為正常的胎心率。
 13. 基於此，除了給予應有的尊重外，上訴人並不認同“被上訴之判決”第 16 頁之第 13 至 14 行所指的“本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，而是持續性地使用效果不彰的輔助分娩手段 - 堅持使用兒吸術 3 次，失敗後，才終於考慮進行剖腹產。”
 14. 上訴人須指出的是，相關醫護人員在第一原告的分娩過程中先行採用兒吸術的助產措施是合理的醫學手段，且先後三次進行的兒吸術是在常規及可接受的範圍內。
 15. 根據載於卷宗第 860 頁之由各鑑定人作出之醫學鑑定報告結果第 16 點指出：“使用兒吸術協助分娩的次數上限為多少？超過上限是可會為胎兒帶來風險？會造成怎樣的風險？答：資料顯示 4 次或以上的胎兒吸引術可以增加胎兒缺氧風險。”
 16. 根據“合議庭裁判”已獲證實之調查基礎第 27 點指出，在本案中只有在兒吸術失敗後才考慮剖腹產的需要。(原文：“Antes disso, a Dr. C e a Dra. Vong Kit Man nunca tinha considerado que a 1ª Autora necessitava de uma cesariana? Provado apenas que só após o insucesso do uso de ventosa é que foi considerada a necessidade de cesariana”)
 17. 正如“被上訴之判決”所述：“首先，可以排除的是，過度使用兒吸術對胎兒造成原告所描述的

- 不良後果，因未獲證實‘在進行兒吸術助產期間，兒吸器曾脫落3次，而在使用兒吸術助產失敗2次後不應再使用，因第3次使用兒吸術將對胎兒造成損害、心跳急速下降及缺氧’(見調查基礎內容第60條)”、“同樣，使用半身麻醉替代全身麻醉為產婦施行剖腹產手術並非是造成產程拖長的誘因，未獲證實‘為第一原告緊急進行剖腹產，理應為第一原告進行全身麻醉而非半身麻醉，因全身麻醉比不半身麻醉的過程快，可盡快取出胎兒，減少胎兒缺氧的時間’(見調查基礎內容第61條)”、“概言之由原告所主張的後兩項應於本具體個案適用的技術規則(legis artis)皆未獲得證實。更無從證實違反‘技術規則’的行為與損害性後果間存在怎樣的因果聯繫。(載於卷宗第1060頁背及第1061頁)
18. 必須指出的是，卷宗並不存有任何文件、資料、證據、證人證言，或已獲證事實證明相關醫護人員在第一原告的分娩過程中所採用的技術規則(包括但不限於胎兒吸引術、會陰側切手術、剖腹產分娩手術、麻醉等)是有違醫學常規理論，或屬不必要及不適當的。
 19. 反之，根據已獲證事實及醫療鑑定報告顯示，相關醫護人員在第一原告的分娩過程中先行採用的胎兒吸引術之技術規則，其後因應胎兒吸引術的結果而採用剖腹產，是常規且合理的醫學手段，且相關醫護人員採用胎兒吸引術的次數亦是合理及可接受的範圍內，並未有對第一原告及第二原告造成不良後果。
 20. 正如澳門終審法院於2019年11月29日於第120/2019號之對行政司法裁判的上訴程序作出的判決指出：“III- Cabe ao autor o ónus da prova dos factos integrantes dos pressupostos da responsabilidade civil do médico ou do hospital público. IV – A obrigação do médico e do hospital é uma obrigação de meios e não de resultado, tendo uma obrigação de diligência ou de cuidado.”
 21. 由於本案並無任何任何資料及證據證明被告的相關醫護人員在第一原告的分娩過程中所採用的技術規則(包括但不限於胎兒吸引術、會陰側切手術、剖腹產分娩手術、麻醉等)是有違醫學常規理論，或屬不必要及不適當的，基於此，相關醫護人員在第一原告的分娩過程中先行採用兒吸術的助產措施是合理的醫學手段，且先後三次進行的兒吸術是在常規及可接受的範圍內。
 22. 除了給予應有的尊重外，上訴人並不認同“被上訴之判決”第16頁之第13至14行所指的“本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，而是持續性地使用效果不彰的輔助分娩手段 - 堅持使用兒吸術3次，失敗後，才終於考慮進行剖腹產”，因為它是僅是屬於一般人對相關事件的事後評價，相關醫護人員在第一原告的分娩過程中先行採用兒吸術的助產措施是合理的醫學手段，且先後三次進行的兒吸術是在常規及可接受的範圍內。
 23. 相關醫護人員在第一原告的分娩過程當中，一直是以‘善良家父’的標準，秉持謹慎及熱忱的態度，密切關注和跟進分娩中產婦的各種狀況，並不存有拖延或胎誤進行剖腹產手術時機的情況。
 24. 根據“合議庭裁判”已獲證實之調查基礎第4、7、9、12及14點，第一原告於2016年7月5日在仁伯爵綜合醫院求診以至其進行生產當日的分娩過程前，相關醫護人員既有因應第一原告的狀況即時採取相應的措施，先後兩度為第一原告注射催產素、進行人工破膜，亦向第一原告指導呼吸術及用力使胎兒滑出，並在第一原告生產時一直對第一原告進行胎心監測，以透過胎心監測數據監察宮縮的狀況(原文：Em 6 de Julho de 2016, às 9H15, o medico administrou à 1º Autora a injeção de oxitocina para amolecer o colo do útero de modo que este pudesse expandir até que dilatasse completamente para o parto? Provado que em 05.07.2016 às 21.29 horas (oi administrado à 1º Autora Oxytocin; Às 12h00 do mesmo dia, o médico realizou amniotomia à 1º Autora? Provado. Às 14H00 do mesmo dia, o colo do útero da 1º Autora abria se a grau 4, o médico administrou-lhe novamente a injeção de oxitocina? Provado; A parteira, tendo vestido roupa esterilizada, orientava a 1º Autora sobre a respiração? Provado apenas que a enfermeira orientava a 1º Autora sobre a respiração; A parteira não dava conta, continuando a orientar a 1º Autora a respirar e a fazer força para ajudar a saída do bebé? Provado apenas que a parteira orientava a 1º Autora a respirar e a fazer força para ajudar a saída do bebé)。
 25. 可見，相關醫護人員在為第一原告的分娩過程當中，一直密切關注和跟進分娩中產婦的各種狀況，且已適時給予適合及適當的護理，切實履行其職責。
 26. 此外，根據“合議庭裁判”已獲證實之調查基礎第20、22、27、30及31點，證實D醫生到達分娩室時，立即向在場醫護人員查詢胎兒的心跳，而當時D醫生表示胎兒頭部朝下，胎位正常，事實上只有在胎兒吸引術失敗後才考慮剖腹產的需要。D醫生亦是在評估後方以胎兒吸引術嘗試將胎兒吸引出母體外，C醫生亦因應胎兒吸引術的結果而立即為第一原告進行會陰

- 側切。(原文：Chegando à Sala de partos, a Dra. Vong Kit Man perguntou imediatamente ao pessoal médico presente no local os batimentos cardíacos do feto? Provado; E segundo a Dra. Vong Kit Man, o bebé já se virou de cabeça para baixo, cuja posição era normal? Provado; Antes disso, o Dr. C e a Dra. Vong Kit Man nunca tinham considerado que a 1º Autora necessitava de uma cesariana? Provado apenas que só após o insucesso do uso de ventosa é que foi considerada a necessidade de cesariana; No mesmo dia, às 17H03, após a avaliação realizada pela Dra. Vong Kit Man, decidiram-se aplicar a ventos no sentido de extraia o bebé do corpo da mãe? Provado; O Dr. C realizou episiotomia esquerda a 1º Autora para ampliar o canal vaginal de modo a facilitar a saída do bebé? Provado)
27. 根據載於卷宗第 874 頁之由各鑑定人作出之醫學鑑定補充報告第 1 點指出：“醫學鑑定報告第 3 點中的‘陰道助產會陰側切’是否在所有自然分娩均是必要的手術？答：會陰側切在產科陰道分娩中是一項常用的技術，尤其在陰道助產時多被採用。”
 28. 須特別指出的是，剖腹產分娩手術並非在第一原告胎兒心跳驟降的情況下所須採取的必然措施，卷宗內亦未有任何文件、資料、證明、證人證言，或已獲證實指出在第一原告的胎兒心跳驟降的情況下須即時採取剖腹產分娩手術。
 29. 事實上，早於第一原告於生產當日 16 時 10 分首度出現胎兒心跳驟降情況前，相關醫護人員已作出相應的醫療介入，以第一原告的分娩過程中的狀況，亦只有在胎兒吸引術失敗後才考慮剖腹產的需要。相關醫護人員對第一原告所採取的胎兒吸引術及會陰側切手術等醫學措施，均是相關醫護人員以其職業知識及經驗而作出的判斷，是因應第一原告的分娩狀況而適時提供的適切護理及措施。
 30. 正如以上第 19 點所述，被上訴之判決認定：“無從證實違反該等‘技術規則’的行為與損害性後果間存在怎樣的因果聯繫”，相關醫護人員在第一原告的整個分娩過程中對第一原告所作的評估以及所採取的技術規則，固然是常規、合理且屬必要的醫學手段，並沒有違反任何倘有的醫學理論。
 31. 基於此，上訴人並不存有“被上訴之判決”所述之“本案中被告轄下的醫護人員在履行其職務過程中作出了過錯之不法行為，被告作為公法人應向兩名原告承擔民事責任。”的情況，上訴人在本案中並不存有任何過失。
 32. 故此，鑑於本案不存在構成因公共管理行為而承擔之非合同民事責任的要件，上訴人認為“被上訴之判決”所作之裁判並不正確。
 33. 誠然，根據第 28/91/M 號法令第 2 條之規定：“本地區行政當局及其他公法人，對其機關或行政人員在履行職務中以及因履行職務而作出過錯之不法行為，應向受害人承擔民事責任。”
 34. 上述法令第 7 條對於行為的不法性有以下規定：“一、為本法規之效力，不法性是指違反他人權利或違反保障他人利益之法律規定。二、違反法律和規章規定或違反一般適用原則之法律行為，以及違反上述規定和原則或違反應被考慮之技術性和常識性規則之事實行為亦被視為不法。”
 35. 而在過錯之認定方面，該法令第 4 條還規定：“機關據位人或行政人員之過錯，須按《民法典》第四百八十條之規定予以認定。”
 36. 根據《民法典》第 480 條之規定：“一、侵害人之過錯由受害人證明，但屬法律推定有過錯之情況除外。二、在無其他法定標準之情況下，過錯須按每一具體情況以對善良家父之注意要求予以認定。”
 37. 正如澳門中級法院於 2015 年 9 月 24 日在第 339/2014 號卷宗(有關醫療失誤之司法裁判上訴卷宗)之合議庭裁判指出：“在非合同民事責任制度中，受害人必須主張及證明所有的責任前提：事實(自願的作為或不作為)、不法性(違反他人權利或違反保障他人利益之法律規定；違反法律、規章規定或違反一般適用原則之法律行為，以及違反上述規定和原則或違反應被考慮之技術性和常識性規則之事實行為)、過錯(按每一具體情況以對善良家父之注意要求予以認定)、損害(財產或非財產性質)以及事實與損害之間的因果關係。”
 38. 上訴人認為，在本案中完全欠缺上述上訴人因其機關或行政人員之行為承擔非合同責任所必需之法定要件，尤其未能證實上訴人轄下的醫護人員在履行其職務過程中作出了過錯之不法行為。
 39. 上訴人不認同“被上訴之判決”判決上訴人向須第二原告 B 支付賠償金額合共澳門幣 630,658.00 元(當中包括財產性損害澳門幣 130,658 元及非財產性損害 500,000 元)，以及自“被上訴之判決”作出日起按法定利率計算之遲延利息，直至被告向第二原告全數支付賠償款項為止；以及判處被告須支付因治療第二原告所需的後續醫療開支，具體金額留待執行判決時結算。
 40. 儘管“合議庭裁判”已獲證實之調查基礎第 62 點指出“第二原告現時的症狀是由於出生過程

第一原告及第二原告 **B** 就有關上訴作出答覆，內容載於卷宗第 1104 至 1109 背頁，在此視為完全轉錄。

*

檢察院作出以下意見：

“ ...

1. Do recurso da 1ª autora

Nas alegações de fls.1078 a 1082 dos autos, a recorrente/1ª autora pediu a revogação da sentença recorrida na parte em que o MMº Juiz a quo julgou improcedente o seu pedido consistente na indemnização do dano não patrimonial na quantia de MOP\$200,000.00.

1.1. Os argumentos tecidos nos arts.62.º a 82.º da petição mostram conclusivamente que a recorrente/1ª autora estribou o pedido de indemnização do dano não patrimonial na quantia de MOP\$200,000.00 no facto de “81. 第一原告是基於相關醫護人員的過錯以至第二原告於出生時窒息缺氧 30 分鐘”。 O que evidencia que

窒息缺氧，而非因其患有“先天性多發性羧化酶缺乏症”所造成”，但要注意的是，即使證實第二原告現時的症狀是由於出生過程窒息缺氧所致（這純屬假設，並不同上訴人如此認為），但本案中沒有任何已證實證明第二原告出生過程窒息缺氧是基於被告之機關或行政人員在履行職務中作出過錯之不法行為而引致。

41. 此外，根據本案之已確定之事實 S) 項，“第二原告患有‘先天性多發性羧化酶缺乏症’。”
42. 亦根據“合議庭裁判”已獲證實之調查基礎第 52、53、54、56 及 73 點，有關事實如下：“第二原告眼部發展存有問題，未能集中；第二原告亦患有股張力問題，經常抽搐，抽搐時瞳孔朝上；第二原告體內缺乏生物素(Biotin)；第二原告遠較於其他年紀相約的嬰兒發育遲緩；‘先天性多發性羧化酶缺乏症’會產生肌肉張力減退、運動失調、癲癇症、呼吸困難和發展遲緩等症狀。”
43. 根據載於本卷宗的第 861 頁之鑑定報告第 14 點之意見，以及本卷宗的第 874 頁之鑑定報告第 3 點之意見，顯示胎兒缺氧原因是包含多種不同因素，尤其是，胎盤因素、擠帶因素、母體原因、胎兒原因、難產、產程異常等。
44. 不能否定的是，本案中未能查出第二原告在出生過程中出現缺氧的成因。
45. 事實上，第二原告的目前身體狀況大部份亦符合上述第 42 點所指的情況。
46. 由於第二原告本身患有“先天性多發性羧化酶缺乏症”，上訴人沒有義務為其承擔財產性損害賠償、非財產性損害賠償及第二原告所需的後續醫療開支。
47. 基於此，上訴人不認同“被上訴之判決”判決上訴人向須第二原告 B 支付賠償金額合共澳門幣 630,658.00 元(當中包括財產性損害澳門幣 130,658 元及非財產性損害 500,000 元)，以及自“被上訴之判決”作出日起按法定利率計算之遲延利息，直至上訴人向第二原告全數支付賠償款項為止；以及判處上訴人須支付因治療第二原告所需的後續醫療開支，具體金額留待執行判決時結算。

ela solicitou tal indemnização por dano não patrimonial na qualidade da mãe do 2º autor, em vez de pretender a dita indemnização como directa vítima do acidente médico.

Repare-se que em princípio, o recorrente não pode obter no recurso mais do que aquilo que pediu no recurso interposto (cfr. Acórdão do TUI no Processo n.º32/2009), e os recursos jurisdicionais não visam criar decisões sobre matérias novas, pelo que se a questão não foi suscitada no recurso contencioso, não se pode da mesma conhecer, a menos que se trate de matéria de conhecimento oficioso (vide. designadamente o acórdão do TUI no processo n.º32/2008).

Tudo isto torna irrefutável que a recorrente/1ª autora não pode, no recurso jurisdicional em apreço, exigir a supramencionada indemnização por dano não patrimonial em nome da directa vítima (直接受害人) do acidente médico em causa (a conclusão Z das alegações de fls.1078 a 1082 dos autos).

1.2. Sem prejuízo do elevado respeito pelo melhor entendimento em sentido contrário, as conclusões nas alegações de fls.1078 a 1082 dos autos levam-nos a colher que a recorrente/1ª autora socorreu, a propósito de sustentar o presente recurso jurisdicional, aos angustos, preocupações e pressões profundamente sentidos por si como mãe do 2º autor.

Quanto ao significado e alcance do art.489.º do Código Civil de Macau, de entre as teses divergentes, afigura-se-nos que a preconizada pela ilustre Professora Ana Prata é mais prudente, equilibrada e conforme com a justiça, segundo a qual merecem a tutela do direito os danos não patrimoniais extremamente graves, pese embora sejam sofridos por familiares da vítima, por exemplo, os sofridos pelos pais em relação ao único filho, criança de tenra idade que fica tertraplégico, condenado para sempre a uma situação de incapacidade total e com um sofrimento a cada dia sentido e renovado (apud. João Gil de Oliveira, José Cândido de Pinho: Código Civil de Macau Anotado e Comentado, Vol.

VII, Centro de Formação Jurídica e Judiciária 2020, p.275).

Na nossa modesta opinião, o n.º2 do referido art.489.º não significa que a sobrevivência da vítima seja completa e absolutamente incompatível com o direito (dos seus familiares) à indemnização por danos não patrimoniais, não inibe que a indemnização por dano não patrimonial à vítima coexista com o direito dos seus familiares à indemnização igualmente por dano não patrimonial. Com efeito, o n.º2 do mesmo art.489.º dispõe que o que é essencial e suficiente é que os danos não patrimoniais, pela sua gravidade, são dignos da tutela do direito.

E a experiência da vida comum dá-nos a conhecer que existem, na realidade, casos em que os danos não patrimoniais sofridos pelos íntimos familiares são mais intensivos e graves do que os sentidos pela vítima. O que aconselha que o sobredito n.º2 seja interpretado no sentido de permitir a coexistência do direito da vítima e do dos seus familiares. Daí flui que, segundo nos parece, não é correcta a interpretação do art.489.º do Código Civil de Macau operada pelo MMº Juiz a quo.

Nesta linha de vista, e sopesando os factos provados no que atinem à doença do 2º autor e à situação espiritual da recorrente/1ª autora, inclinamos a inferir que os dados não patrimoniais dela – angustos, pressões e preocupações – são tal graves que mereçam uma indemnização.

*

2. Do recurso do Réu

Com todo respeito pelo juízo de “資料顯示 4 次或以上的胎兒吸引術可以增加胎兒缺氧風險” (cfr. Resposta ao ponto 16 no documento de fls.860 a 863 dos autos), parece-nos que tal legis artis não tem virtude de garantir que três vezes da operação de ventosa (胎兒吸引術) sejam sempre adequadas e lícitas em todos os casos de parto, sendo provável que se surgem casos urgentes em que se impõe a redução das operações

de ventosa ou a cesariana imediata.

No caso sub judice, parece-nos que quanto à ilicitude, tem razão o MMº Juiz a quo que concluiu: 本案中的相關醫護人員遲遲未能採取行動有效應對分娩過程中突發的緊急狀況，而是持續性地使用效果不彰的輔助分娩手段—堅持使用兒吸術3次，失敗後，才終於考慮進行剖腹產。

No Acórdão de fls.993 a 1007 dos autos, o dou Tribunal Colectivo consignou que a testemunha Dra. Vong Kit Man mencionou a situação de que “Uma vez que a sala de operações para a cesariana estava ocupada tentaram pela terceira vez a ventosa e como não houve resultado decidiram então fazer a cesariana ...” (cfr. fls.1003 verso dos autos).

À luz da doutrina preconizada pelo saudoso Professor Freitas do Amaral (Direito Administrativo, vol. III, Lisboa 1989, pp.502 a 505), afigura-se-nos que a situação aludida pela Dra. Vong Kit Man como testemunha constitui um facto anónimo e colectivo de uma administração em geral mal gerida, e deste modo, germina que uma culpa do serviço ou falta do serviço.

No nosso ordenamento jurídico, afirma o Venerando TUI (vide. aresto no Processo n.º23/2005): Pode ser imputada responsabilidade civil à Administração hospitalar, a título de culpa funcional ou culpa do serviço, em situações em que o facto ilícito não se revela susceptível de ser apontado como emergente da conduta ético-juridicamente censurável de um agente determinado, mas resulta de um deficiente funcionamento dos serviços.

Chegando aqui, e ressalvado todo o respeito pelo melhor entendimento em sentido contrário, inclinamos a opinar que a douta sentença no que respeite à indemnização do 2º autor é firmemente sustentada, portanto o recurso interposto pelos SSM não merece provimento.

Por todo o expendido acima, propendemos pelo provimento do recurso da 1ª autora e pelo caimento do recurso dos SSM...”.

*

二.事實

已審理查明之事實載於卷宗第 1055 至 1059 頁，有關內容在此視為完全轉錄³。

³ 已審理查明事實如下:

- 第一原告因懷孕於 2015 年 12 月 16 日首次到海傍衛生中心求診 (已確定之事實 A)項)。
- 第一原告當時為 30 歲，屬第一次懷孕 (已確定之事實 B)項)。
- 第一原告最後一次月經為 2015 年 09 月 17 日 (已確定之事實 C)項)。
- 第一原告之預產期為 2016 年 06 月 29 日 (已確定之事實 D)項)。
- 在懷孕期間，第一原告定期到海傍衛生中心作常規性產前檢查，當時的主診醫生為 E 醫生 (已確定之事實 E)項)。
- 期間，第一原告接受多項產前測試，包括梅毒螺旋病毒檢驗、愛滋病病毒抗體及愛滋病病毒 I 型抗原檢驗、血糖測試、唐氏綜合症驗血篩查測試等，結果均未見異常 (已確定之事實 F)項)。
- 上述醫生曾為第一原告胎兒進行 4 次超聲波掃描檢查，進行日期分別為 2015 年 12 月 16 日、2015 年 12 月 23 日、2016 年 03 月 08 日及 2016 年 05 月 20 日 (已確定之事實 G)項)。
- 於 2016 年 07 月 05 日 22 時許，第一原告因感到劇烈痛楚，前往仁伯爵綜合醫院急診求診 (已確定之事實 H)項)。
- 當時醫生表示第一原告的子宮頸已擴張至 2 度，並安排第一原告入院待產 (已確定之事實 I)項)。
- 在 C 醫生到診前，僅有助產士協助第一原告進行分娩 (已確定之事實 J)項)。
- 於 2016 年 07 月 06 日 16 時 59 分，D 醫生到達分娩室 (已確定之事實 K)項)。
- 第二原告於同日 17 時 52 分出生 (已確定之事實 L)項)。
- 第一原告進行產後評估時，宮頸收縮力正常，但胎盤羊水不清，有二級胎糞污染 (已確定之事實 M)項)。
- 第二原告於出生後 1 分鐘的愛普格新生兒評分(Apgar Score)為 0，出生後 5 分鐘的評分為 7 (已確定之事實 N)項)。
- 第二原告在出生後須立即送往深切治療部接受治療 (已確定之事實 O)項)。
- 第二原告在移送至深切治療部時，心跳曾下降至低於每分鐘 30 次，昏迷且因曾吸入綠色液體而須使用人工急救甦醒球(AMBU)，並無自主呼吸及移動，肌肉及四肢過於鬆弛，出現尿道下裂 (已確定之事實 P)項)。
- 於 2016 年 11 月 10 日，仁伯爵綜合醫院院長透過編號：223/O/GU/16 公函回覆第一原告 (已確定之事實 Q)項)。
- 於 2016 年 09 月 09 日出院時，第二原告的醫療費用為澳門幣 130,658.00 元 (已確定之事實 R)項)。
- 第二原告患有“先天性多發性羧化酶缺乏症” (已確定之事實 S)項)。
- E 醫生無建議第一原告必須進行剖腹產 (調查基礎內容第 2 條)。
- 於 2016 年 07 月 05 日 21 時 29 分，醫生為第一原告注射催產素 (調查基礎內容第 4 條)。
- 醫生檢查胎兒的心跳，但未對第一原告作超聲波掃描檢查 (調查基礎內容第 5 條)。
- 2016 年 07 月 06 日 11 時 33 分，第一原告開始出現規律宮縮 (調查基礎內容第 6 條)。
- 同日 12 時，醫生為第一原告進行人工破膜 (調查基礎內容第 7 條)。
- 同日 14 時，第一原告的子宮頸擴張至 4 度，醫生再次為第一原告注射催產素 (調查基礎內容第 9 條)。
- 助產士指導第一原告進行呼吸 (調查基礎內容第 12 條)。
- 助產士指導第一原告呼吸及用力使胎兒娩出 (調查基礎內容第 14 條)。

- 同日 16 時 47 分，C 醫生到達分娩室（調查基礎內容第 15 條）。
- C 醫生及助產士繼續指示第一原告呼吸及用力，但胎兒仍未能滑出（調查基礎內容第 16 條）。
- 在 C 醫生的指示下，相關助產士替第一原告使用宮底施壓術以助第一原告將胎兒娩出，但未能將胎兒娩出（調查基礎內容第 17 條）。
- 助產士對第一原告腹部施壓（調查基礎內容第 18 條）。
- 同日 16 時 55 分，C 醫生為第一原告作陰道評估後召喚 D 醫生（調查基礎內容第 19 條）。
- D 醫生到達分娩室時，立即向在場醫護人員查詢胎兒的心跳（調查基礎內容第 20 條）。
- 當時，胎兒的胎心率約每分鐘 120 次（調查基礎內容第 21 條）。
- D 醫生表示胎兒頭部已朝下，胎位正常（調查基礎內容第 22 條）。
- 在場醫護人員繼續指導第一原告呼吸及用力，並繼續向其腹部施壓，但胎兒一直未能娩出（調查基礎內容第 23 條）。
- C 醫生及 D 醫生僅僅在使用兒吸術失敗後，才考慮進行剖腹產（調查基礎內容第 27 條）。
- 於 16 時 10 分胎兒的心跳曾下降至低於每分鐘 120 次並且恢復緩慢，亟需醫生介入（調查基礎內容第 29 條）。
- 同日 17 時 3 分，經 D 醫生評估後，決定使用兒吸術嘗試將胎兒吸引出母體外（調查基礎內容第 30 條）。
- C 醫生為第一原告進行左側會陰側切，以使第一原告陰道擴大，有助將胎兒娩出（調查基礎內容第 31 條）。
- 同日 17 時 10 分，C 醫生及 D 醫生交替為第一原告進行兒吸術，而其他助產士則同時為第一原告進行腹外按壓（調查基礎內容第 32 條）。
- 醫護人員使用 3 次兒吸術均未成功將胎兒吸引出母體外（調查基礎內容第 33 條）。
- 同日 17 時 24 分，D 醫生為胎兒進行胎心評估後，因胎兒心跳急促下降至低於每分鐘 120 次，便告知第一原告須立即進行剖腹產術取出胎兒，第一原告同意（調查基礎內容第 34 條）。
- 麻醉科醫生為第一原告進行下半身麻醉（調查基礎內容第 36 條）。
- 第二原告出生時吸入胎糞而缺氧（調查基礎內容第 37 條）。
- 因出生時吸入胎糞缺氧導致第二原告雙側側腦室明顯擴大，周圍腦白質變薄，雙側丘腦軟化灶，雙側側腦室旁白質內異常信號，胼胝體明顯變薄等（調查基礎內容第 38 條）。
- 第二原告於出生時渾身紫色（調查基礎內容第 39 條）。
- 第二原告未能如其他嬰兒般健康活潑（調查基礎內容第 40 條）。
- 第二原告於深切治療部接受治療期間，須接受多項治療、檢驗、測試及服用各種藥物，且身上接駁多條管道以作治療，令第一原告十分緊張及擔憂（調查基礎內容第 41 條）。
- 第一原告非常心痛第二原告所承受的痛苦（調查基礎內容第 42 條）。
- 於出院後，第二原告仍須於普通兒科、小兒神經科、小兒內分泌和兒童心智發育科隨診，接受各種物理及康復治療，康復無期（調查基礎內容第 43 條）。
- 第二原告需以較長的時間以插管餵食（調查基礎內容第 44 條）。
- 第一原告無能力獨自承擔第二原告昂貴的醫療費及藥費，需尋求慈善機構的幫忙（調查基礎內容第 46 條）。
- 第一原告感到非常焦慮及擔憂、身心感到十分疲累及無助，經常哭泣（調查基礎內容第 47 條）。
- 仁伯爵綜合醫院影像科於 2016 年 07 月 15 日為第二原告進行腦部磁力共振測試，製作檢驗報告內容如下：

“...臨床資料：

Informacao clinica

neonatal asphyxia since 2016/7/6

原因：

Reason

need brain MRI within 1 week.(with diffusion)

...

MRI of the HEAD

Technique: Unenhanced sagittal and axial T1 FLAIR weighted images, diffusion with ADC map, coronal T2 STIR weighted images and axial T2 and T2 FLAIR weighted images. Exam performed with the Clinical information: “neonatal asphyxia since 2016/7/6 . MRI evaluation after 1 week with diffusion study . ”

Findings:

*

Image compatible with subgaleal haematoma in the right parietal region measuring 67.8 mm in AP diameter with thickness of 10.8 mm.

Small area compatible with right anterior periventricular leukomalacia is noted measuring 4.5 mm x 10 mm.

Minimal restricted diffusion is noted at the level of the splenium of corpus callosum.

No other areas of restricted diffusion are noted.

No signs of acute or subacute haemorrhages noted.

Cortical sulci and ventricular system have normal volume.

No signs of diffuse brain oedema are noted.

Myelination pattern is normal for age.

Impression:

Restricted diffusion is noted to be in the splenium of corpus callosum suggesting probable ischaemia.

Small image compatible with right anterior periventricular leukomalacia with differential diagnosis with a periventricular cyst.

No other areas of restricted diffusion are noted.

Subgaleal haematoma is noted in the right parietal region.

Follow-up study is recommended.

Confirm date : 2016/07/15

Report by DA SILVA PESTE DRAGO, JOSE JOAQUIM

...” (調查基礎內容第50條)。

- 對第二原告需以插管進行餵食 (調查基礎內容第51條)。
- 第二原告眼部發展存有問題，未能集中 (調查基礎內容第52條)。
- 第二原告亦患有肌張力問題，經常抽搐，抽搐時瞳孔朝上 (調查基礎內容第53條)。
- 第二原告體內缺乏生物素(Biotin) (調查基礎內容第54條)。
- 澳門特別行政區各醫院不能提供生物素，第一原告須自行為第二原告在上海市新華醫院購買 (調查基礎內容第55條)。
- 第二原告遠較於其他年紀相約的嬰兒發育遲緩 (調查基礎內容第56條)。
- 在產期初時當第一原告用力後仍未能將胎兒娩出時，相關醫護人員理應為第一原告進行左側會陰側切，使第一原告陰道擴大，有助於將胎兒娩出 (調查基礎內容第59條)。
- 第二原告現時的症狀因於出生過程窒息缺氧，而非因其患有“先天性多發性羧化酶缺乏症”所造成 (調查基礎內容第62條)。
- 根據第一原告於2016年05月20日在海傍衛生中心進行之產科超聲波掃描檢查結果，掃描之妊娠周數為34.2周，胎兒之雙頂徑是8.92厘米，頭圍是34.45厘米 (調查基礎內容第63條)。
- 胎兒雙頂徑及頭圍數據均符合正常胎兒34周的指標 (調查基礎內容第64條)。
- 於2016年06月27日，第一原告前往仁伯爵綜合醫院急診，在進行一系列身體檢查及胎監措施後，並沒有發現任何宮縮現象，初步診斷為假臨產 (調查基礎內容第65條)。
- 於2016年07月01日，第一原告前往仁伯爵綜合醫院急診，在進行一系列身體檢查及胎監措施後，羊水測試為陰性，且沒有發現任何宮縮現象，治療計劃為注意胎動 (調查基礎內容第66條)。
- 在醫學上，妊娠達到或超過42周為過期妊娠 (調查基礎內容第67條)。
- 在婦產科，一直以來產婦分娩都是由助產士負責的，除非遇到緊急情況或需剖腹產之情況，才會由醫生負責 (調查基礎內容第68條)。
- 直至2016年07月06日16時為止，第一原告並沒有出現緊急情況或需剖腹產之情況 (調查基礎內容第69條)。
- 胎兒於同日16時55分之胎心率為每分鐘110-141次、於16時59分之胎心率為每分鐘82-160次及於17時03分之胎心率為每分鐘82-160次 (調查基礎內容第70條)。
- 剖腹產通常以半身麻醉方式進行，因全身麻醉比半身麻醉存在更大風險及後遺症，全身麻醉只適合胎兒突然沒有心跳的情況下使用 (調查基礎內容第71條)。
- “先天性多發性羧化酶缺乏症”會產生肌肉張力減退、運動失調、癲癇症、呼吸困難和發展遲緩等症狀 (調查基礎內容第73條)。

三.理由陳述

1. 被告的上訴：

被告在上訴中提出一個核心問題，就是是否存在延誤剖腹生產的問題。

被告認為根據鑑定報告對第 18 點的回覆及其後的補充解釋說明，可認定在 16:10 首次出現胎兒心跳下降至低於每分鐘 120 次時不存在需要立即作出剖腹產決定的指徵(卷宗第 861 和 874 頁)。

在尊重不同見解下，我們並不認同被告的立場。

本案證實了以下與生產過程有關的事實：

- 於 2016 年 07 月 05 日 21 時 29 分，醫生為第一原告注射催產素(待調查基礎內容第 4 條)。
- 醫生檢查胎兒的心跳，但未對第一原告作超聲波掃描檢查(待調查基礎內容第 5 條)。
- 2016 年 07 月 06 日 11 時 33 分，第一原告開始出現規律宮縮(待調查基礎內容第 6 條)。
- 同日 12 時，醫生為第一原告進行人工破膜(待調查基礎內容第 7 條)。
- 同日 14 時，第一原告的子宮頸擴張至 4 度，醫生再次為第一原告注射催產素(待調查基礎內容第 9 條)。
- 助產士指導第一原告進行呼吸(待調查基礎內容第 12 條)。
- 助產士指導第一原告呼吸及用力使胎兒娩出(待調查基礎內容第 14 條)。
- 於 16 時 10 分胎兒的心跳曾下降至低於每分鐘 120 次並且恢復緩慢，亟需醫生介入(待調查基礎內容第 29 條)。
- 同日 16 時 47 分，C 醫生到達分娩室(待調查基礎內容第 15 條)。

- C 醫生及助產士繼續指示第一原告呼吸及用力，但胎兒仍未能滑出(待調查基礎內容第 16 條)。
- 在 C 醫生的指示下，相關助產士替第一原告使用宮底施壓術以助第一原告將胎兒娩出，但未能將胎兒娩出(待調查基礎內容第 17 條)。
- 助產士對第一原告腹部施壓(待調查基礎內容第 18 條)。
- 同日 16 時 55 分，C 醫生為第一原告作陰道評估後召喚 D 醫生(待調查基礎內容第 19 條)。
- 於 2016 年 07 月 06 日 16 時 59 分，D 醫生到達分娩室(已確定之事實 K)項)。
- D 醫生到達分娩室時，立即向在場醫護人員查詢胎兒的心跳(待調查基礎內容第 20 條)。
- 當時，胎兒的胎心率約每分鐘 120 次(待調查基礎內容第 21 條)。
- D 醫生表示胎兒頭部已朝下，胎位正常(待調查基礎內容第 22 條)。
- 在場醫護人員繼續指導第一原告呼吸及用力，並繼續向其腹部施壓，但胎兒一直未能娩出(待調查基礎內容第 23 條)。
- C 醫生及 D 醫生僅僅在使用兒吸術失敗後，才考慮進行剖腹產(待調查基礎內容第 27 條)。
- 同日 17 時 03 分，經 D 醫生評估後，決定使用兒吸術嘗試將胎兒吸引出母體外(待調查基礎內容第 30 條)。
- C 醫生為第一原告進行左側會陰側切，以使第一原告陰道擴大，有助將胎兒娩出(待調查基礎內容第 31 條)。

- 同日 17 時 10 分，C 醫生及 D 醫生交替為第一原告進行兒吸術，而其他助產士則同時為第一原告進行腹外按壓(待調查基礎內容第 32 條)。
- 醫護人員使用 3 次兒吸術均未成功將胎兒吸引出母體外(待調查基礎內容第 33 條)。
- 同日 17 時 24 分，D 醫生為胎兒進行胎心評估後，因胎兒心跳急促下降至低於每分鐘 120 次，便告知第一原告須立即進行剖腹產術取出胎兒，第一原告同意(待調查基礎內容第 34 條)。
- 第二原告於同日 17 時 52 分出生(已確定之事實 L)項)。

訴訟雙方對上述事實並沒有任何異議。

根據上述所列出的事實，我們認為原審法院認定被告的醫生在為第一原告接生過程中存有過錯(延誤作出剖腹產決定)是正確的，不存在任何審判錯誤，理由如下：

根據專家鑑定報告(見卷宗第 874 頁)，胎兒心率在每分鐘 120-160 次視為正常胎心範圍，而胎心每分鐘 120 次並非立即剖腹的指徵。

在本案中，胎兒於 16 時 10 分首次出現心率低於每分鐘 120 次，並且恢復緩慢(見待調查基礎內容第 29 條)。

於同日 16 時 55 分、16 時 59 分和 17 時 03 分的心率分別為每分鐘 110-141 次、每分鐘 82-160 次及每分鐘 82-160 次(見待調查基礎內容第 70 條)。

倘第一次心率低於每分鐘 120 次不足以構成立即剖腹的指徵，那其後 3 次心率低於每分鐘 120 次(最低每分鐘 82 次)理應引起在場醫生的重視並立即作出剖腹決定，而不是拖延至 17 時 24 分才作出該決定。

21 分鐘的延誤(從 17 時 03 分開始計算)，足以讓胎兒在子宮內缺氧。

另一方面，亦證實了“在產期初時當第一原告用力後仍未能將胎兒娩出時，相關醫護人員理應為第一原告進行左側會陰側切，使第一原告陰道擴大，有助於將胎兒娩出”(待調查基礎內容第 59 條)，然而被告的醫生僅在 17 時 03 分才為第一原告進行左側會陰側切。

就第二原告的損害和不法行為的適當因果關係方面，雖然嬰兒患有“先天性多發性羧化酶缺乏症”，而該病會產生肌肉張力減退、運動失調、癲癇症、呼吸困難和發展遲緩等症狀(待調查基礎內容第 73 條)，然而經聽證審判後，證實了第二原告因出生時吸入胎糞缺氧導致其雙側側腦室明顯擴大，周圍腦白質變薄，雙側丘腦軟化灶，雙側側腦室旁白質內異常信號，胼胝體明顯變薄等(待調查基礎內容第 38 條)。

從上可見，第二原告的損害是因被告的醫生延誤作出剖腹產決定而直接導致的，兩者間存有適當的因果關係。

綜上所述，被告的上訴理由並不成立。

2. 第一原告的上訴：

第一原告認為其並非間接受害人而是直接受害人，理由是在整個分娩過程中(接近 22 小時)一直承受生理痛楚和精神壓力，而最後卻因被告醫生的失誤而產下一名有缺陷的嬰兒，令其精神大受打擊，感到非常焦慮、擔憂及無助。

基於此，應獲得相應的精神損害補償。

原審法院這部分的判決如下：

“...

有關“間接遭受損失的第三人要求精神損害賠償的權利”這一問題，終審法院於 2015 年 1 月 7 日在第 III/2014 號卷宗的合議庭裁判中曾表達下列觀點：

“...看起來更為複雜的問題，是要知道傷者甲的丈夫是否有權因傷者所受損害對其自身帶來的非財產損害獲得補償。

第一審法院認為無權獲得補償，而被上訴的合議庭裁判則引用了《民法典》第 489 條第 1 款的一般規定認為有權獲得補償。

該問題比被上訴的合議庭裁判提出的方式更加複雜一點，是要知道是誰擁有因過錯不法行為獲得損害賠償的權利。

以 ANTUNES VARELA 為首的傳統學說認為“只有在違反法律規定情況中權利被侵犯或者直接利益受到損害的權利人有權利得到賠償，而不是那些僅僅折射或間接受到損害的第三人。

因此，如果 A 被 B 撞倒而受傷，則 B 必須為其對 A 造成的損害作出賠償。但並非必須對意外當天 A 應去演出的劇院的老闆 C、因沒有演出而未營業的攤位的承租人 D 以及因沒有評論而喪失報酬的戲劇評論家 E 作出賠償，因為 B 並沒有侵犯任何實際穩固性受影響的合同關係。

如果 E 毆打 F，使其不能工作，自然必須對被打者作出賠償，不但要對治療的費用以及為其帶來的不便作出賠償，同樣還要對其因無法工作而遭受的損失進行賠償。但是考慮到勞動關係的相對性，他無需 F 受聘的公司在 F 因被打而無法工作的這段時間內所遭受的損失作出賠償。

實際上，對於上述情況，就像德國的法律一樣，我們的體制中並不存在一個一旦受到侵犯即可保證獲得倘有的受害人要求的賠償的財產完整權。

對於這種在沒有侵害任何法律行為或准法律行為關係，且沒有違反任何一般的不作為義務的情況下對第三人造成的損害，德國學說將其命名為純財產損害，且由於顯而易見的原因，這種損害實際上不被非合同責任及合同責任直接包括在內”。

有必要注意的是，在作為澳門《民法典》，特別是對非合同民事責任的規範之主要淵源的 1966 年葡萄牙《民法典》的草擬文件中，負責起草民事責任部分的作者 VAZ SERRA 明確建議對於非死亡損害，受害人的家庭成員“有權因對其個人造成的損害得到賠償”(草案第 759 條第 5 款)。

但該建議沒有被收錄進《民法典》的最終文本內。在該最終文本內(第 495 及

第 496 條，分別對應澳門《民法典》第 488 及第 489 條)只是規定了一些就第三人所遭受的財產及非財產損害進行彌補的具體情況，包括：

— 侵害他人致死時，責任人有義務賠償為救助受害人所作的開支及其他一切開支，喪葬費亦不例外，而且救助受害人的人、醫療場所、醫生，又或參與治療或扶助受害人的人或實體，均有權獲得損害賠償；

— 在其他傷害身體的情況下，救助受害人的人、醫療場所、醫生，又或參與治療或扶助受害人的人或實體，均有權獲得損害賠償；

— 在侵害他人致死以及其他傷害身體的情況下，可要求受害人扶養的人，或由受害人因履行自然債務而扶養的人，同樣有權獲得損害賠償；

— 因受害人死亡，就非財產損害的賠償請求權，由其未事實分居的配偶及子女、或由未事實分居的配偶及其他直系血親卑親屬共同享有；如無上述親屬，則由與受害人有事實婚關係的人及受害人的父母、或由與受害人有事實婚關係的人及其他直系血親尊親屬共同享有；次之，由受害人的兄弟姊妹或代替其兄弟姊妹地位的甥姪享有；

— 如屬受害人死亡的情況，不僅得考慮受害人所受的非財產損害，亦得考慮按上款規定享有賠償請求權的人所受的非財產損害。

可以肯定的是，這意味著只有在上述具體情況下才可接受有關行為的非直接受害人提出的財產及非財產損害賠償。

因此，一般學說仍認為在一般情況下，只有權利被侵犯的權利人才有權獲得賠償，這不妨礙法律規定的偏離上述規則的具體情況。

雖然，葡萄牙最高司法法院最近所作的一份含有眾多落敗票的表決落敗的合議庭裁判統一了司法見解，認為上述關於民事責任的條款應“被解釋為包括受特別嚴重傷害的幸存受害者的配偶所遭受的特別嚴重的非財產損害”。

而 ABRANTES GERALDES 也同樣支持這一解決辦法，尤其是以對葡萄牙《民法典》第 496 條第 1 款字面上的解釋為依據，認為該規定除了要求損害基於其嚴

重性應受法律保護外，並沒有要求其他條件。但如果是這樣，認為從法律的字面含義不能得出只有直接受害人才有權獲得賠償的話，我們不是十分明白為何不支持將賠償擴張至全部財產損害，而且不取決於是否遭受身體上的傷害。

我們不同意這一學說。

一方面，葡萄牙《民法典》年代久遠，因此需要對其進行與時俱進的解釋這一理由在澳門並不成立。事實上，與已有近50年歷史的葡萄牙《民法典》相反，澳門《民法典》生效至今只有15年的時間。

另一方面，如果法律只規定了損害賠償請求權可擴展至非直接受害人的少數情況，那麼無論是基於多麼正當的利益，法官將該例外擴展至新的情況似乎都不合法，因為像本案這種例外規定不得作類推適用(《民法典》第10條)。

此外，支持第三人所受未經法律特別規定的非財產損害可獲賠償這一觀點的人並沒有指出任何作出賠償的明確標準。應向何人作出賠償？向配偶？向子女及其他直系血親卑親屬？向父母及其他直系血親尊親屬？還是向有事實婚關係的人？應對何種損害作賠償？如何確定損害的嚴重程度？

因此，我們認為交通意外中傷者的丈夫無權因自身所受的非財產損害要求肇事者向其作出賠償。這不是一個訴訟正當性的問題，而是一個實體法的問題，是案件的實體問題。

...

無需贅言，應予駁回上指有關第一原告個人所受非財產性損害賠償的請求...”。

現就第一原告提出的問題作出審理。

首先需指出的是第一原告在起訴狀中並非以其在分娩過程中所承受的生理痛楚和精神壓力為訴因而提出相關的精神損害補償請求，其是以對第二原告出生後的狀況感到非常焦慮及擔憂、身心感到十分疲累及無助，故經常哭泣並因此而需要求助心理醫生作為訴因。

上訴的核心目的在於審核原審決定在事實層面上或法律適用方面

是否有錯。

在此前提下，倘有關問題在原審程序中從沒有被提出及審理，且不屬法院可依職權審理的事宜，那則不能成為上訴的理由，否則有違訴訟恆定原則，等同於在上訴程序中接納新的訴因/抗辯。

另一方面，相信每一名孕婦在分娩過程中均會承受一定的生理痛楚及精神壓力，而這些生理痛楚及精神壓力與被告的不法行為沒有直接因果關係。被告醫生延誤作出剖腹決定導致的是第二被告因缺氧而令腦部受損，影響發育。

從上可見，第一原告所遭受的心理創傷是因嬰兒(第二原告)的出生缺陷所引致，故原審法院認定其為間接受害人的決定是正確的。

就法律適用方面，原審法院已作出了詳盡的理由說明，援引了終審法院卷宗編號 111/2014 裁判書的依據，從法律層面上否定了第一原告對相關的精神損害享有求償的權利。

我們認同原審法院的觀點，故根據《行政訴訟法典》第 149 條第 1 款而適用之《民事訴訟法典》第 631 條第 5 款之規定，引用上述決定及其依據，裁定上訴理由不成立。

*

四. 決定

綜上所述，本合議庭裁決被告及第一原告的上訴均不成立，維持原審判決。

*

被訴實體享有訴訟費用的主體豁免。

第一原告須支付其上訴的訴訟費用，但其享有免交之司法援助。

作出適當通知。

*

2021年03月18日

何偉寧

唐曉峰

賴健雄

*

米萬英