

卷宗編號：373/2021

日期： 2022 年 05 月 26 日

關鍵詞： 證據措施、欠缺事實理由說明、追訴時效、事實前提錯誤

### 摘要：

- 不得將司法上訴人可以在之前的行政程序中證明但沒有證明的事實，在司法上訴中作出證明。
- 倘預審員在最後報告中已列出獲得證實的事實，而法律亦沒有要求列出不獲得證實的事實，相關報告不存在任何違法瑕疵。
- 有關的違法事實於 2011 年 12 月 23 日作出，而根據《澳門公共行政工作人員通則》第 289 條第 3 款之規定，相關的紀律追訴時效於 2013 年 11 月 13 日在提起紀律程序時已被中止，不存在追訴時效已完成的情況。
- 根據《行政訴訟法典》第 20 條之規定，司法上訴的目的在於撤銷司法上訴所針對之行為，或宣告其無效或法律上不存在，但另有規定者除外。因此，法院在審查被訴行為是否存有事實前提錯誤時，並非取代被訴實體直接作出證據評價，而是審查有關實體在作出證據評價時有否出錯，是否違反了法定證據原則和一般經驗法則。
- 倘司法上訴人沒有按病人的實際情況，以更謹慎的態度作全面考量，也沒有以更有效的方式(開腹)去探查病人兩次出現術後嚴重出血併發症的原因，繼而作出進一步適當的治療，從而可更大程度上保障病人的安全和權益，被訴實體認定其行為違反了第 10/2010 號法律《醫生職程制度》第 11 條第(三)項規定作為醫生的特別義務及衛生局規章制度(2008 年版)第三章第 6 條的專業精神，以及《澳門公共行政工作人員通則》第 279 條第 2 款 b)項和第 4 款規定的公務員一般義務的熱心義務，從而構成《澳門公共行政工作人員通則》

第 281 條規定的違紀行為，並作出了相應的紀律處分是正確的，不  
存在任何事實前提錯誤。

裁判書製作人

## 司法上訴裁判書

卷宗編號： 373/2021  
日期： 2022 年 05 月 26 日  
司法上訴人： A  
被訴實體： 澳門社會文化司司長

\*

### 一.概述

司法上訴人 A，詳細身份資料載於卷宗內，不服澳門社會文化司司長於 2021 年 03 月 10 日確認對其科處一項相當於 20 天薪俸和其他固定及長期報酬的罰款決定，向本院提出上訴，理由如下：

- A. *É objecto do presente recurso contencioso o Despacho n.º 8/SASC/2021 da Secretária para os Assuntos Sociais e Cultura, de 10 Março de 2021, que considera não provido o recurso hierárquico necessário interposto pelo Recorrente, confirmando o Despacho do Director dos Serviços de Saúde, de 16 de Dezembro de 2016, que aplicou ao ora Recorrente uma multa na quantia correspondente a 20 dias de vencimento e outras remunerações certas e permanentes;*
- B. *O prazo para interposição do presente recurso suspendeu-se a partir da data da apresentação do requerimento de notificação do texto integral do acto administrativo, até à data da notificação com os anexos requeridos, nos termos do n.º 2 do artigo 27.º do CPAC;*
- C. *O presente recurso contencioso é tempestivo, para todos os efeitos legais;*
- D. *Em primeiro lugar, o facto qualificado como infracção disciplinar não foi considerado infracção penal pelo Tribunal Judicial de Base. Neste sentido, o prazo para a prescrição do procedimento disciplinar é de 3 anos nos*

*termos do n.º 1 do artigo 289.º dos ETAPM, e terminaria em 22/12/2014;*

- E. Contudo, ao prazo acima referido, acresce ainda o período de 18 meses (um ano e meio) por força do disposto no artigo 113.º, n.º 3 (1.ª parte) do Código Penal, e o prazo máximo da suspensão referido no artigo 112.º, n.º 2 do mesmo Código, aplicáveis subsidiariamente à matéria de processo disciplinar, por força do disposto no artigo 277.º do ETAPM, o que determina o prazo máximo da prescrição é 7 anos e 6 meses (cfr. o Ac. do douto Tribunal de Segunda Instância de 5 de Maio de 2020, proferido nos autos do Proc. n.º 28/2019);*
- F. No caso em apreciação, o termo do prazo de prescrição ocorreu em 22/06/2018;*
- G. O Recorrente tem estado sujeito a um processo disciplinar relativo a um facto ocorrido há mais de 9 anos, e cuja pendência se deve a erros da Administração, nomeadamente na notificação sobre a forma de impugnação do acto, que a Direcção dos Serviços de Saúde sabia estar errada mas que manteve, durante anos, até à recente notificação do conteúdo correcto, em 11/11/2020, tendo a decisão final da Administração sido proferida pelo Despacho n.º 8/SASC/2021 da Secretária para os Assuntos Sociais e Cultura da RAEM, notificada em 10 de Março de 2021;*
- H. Tendo em conta o período acima referido, decorreram mais de 3 anos por culpa da Administração entre a data da notificação com as menções erradas e a data da notificação com as menções correctas, não há razão que justifique a não contagem do prazo de prescrição durante esse período;*
- I. O Recorrente está a sofrer com a pendência de um processo disciplinar durante mais de 9 anos, dos quais 3 anos foram por culpa única da Administração, circunstância que as regras da prescrição previnem, de*

*forma evitar que os procedimentos se perpetuem no tempo por culpa da Administração, provocando instabilidade e incerteza nas relações jurídicas entre a Administração e os seus funcionários;*

- J. Assim, deve o presente processo disciplinar ser julgado prescrito;*
- K. O acto recorrido enferma de vários vícios de nulidade e anulabilidade;*
- L. A falta de factos provados e não provados constitui uma nulidade do processo disciplinar, pois, no relatório final, após a menção à elaboração da acusação, o Sr. Instrutor entrou directamente na sua análise, não tendo listado os factos que considera provados e não provados na sequência de todas as diligências probatórias realizadas, incluindo aquelas que foram requeridas pelo Recorrente;*
- M. Apesar de o artigo 337.º do ETAPM não exigir qualquer formalismo especial para o relatório final, é entendimento pacífico que este tem de ser conciso, mas completo, indicando a matéria averiguada, os factos provados, os factos não provados, as circunstâncias que possam favorecer ou desfavorecer o infractor e a proposta final;*
- N. Não tendo indicado os factos provados e não provados após todas as diligências realizadas, não existe base factual que permita ao Sr. Instrutor chegar a uma conclusão;*
- O. Mesmo que não se trate de uma nulidade, o que só se admite por mera cautela de patrocínio, o acto é anulável por falta de fundamentação nos termos do artigo 115.º do CPA, por o Sr. Instrutor não se ter pronunciado, fundamentadamente, sobre todos os elementos para explicar a conclusão retirada;*
- P. Quanto à matéria factual, ao longo da sua análise, o Sr. Instrutor utilizou sempre os factos da acusação para contradizer as opiniões da defesa e*

*justificar as suas conclusões (a título de exemplo, veja-se os pontos 35.7, 35.12, 35.16, 35.23 e 35.30);*

- Q. Não tendo mencionado quais são os factos na acusação dados por provados e não provados, qualquer fundamentação carece de base factual;*
- R. Ao basear a sua análise nos factos da acusação, a decisão recorrida enferma do erro nos pressupostos de facto, sendo anulável nos termos do artigo 124.º do CPA;*
- S. Acresce que, o Director dos Serviços de Saúde tentou escrever alguns pontos, considerando-os como provados, mas alguns são conclusões e não factos, nomeadamente a segunda parte do ponto 2.;*
- T. Para além disso, com um juízo meramente póstumo, não se consegue avaliar as actuações realizadas no preciso momento quando a decisão foi tomada, especialmente na área médico-cirúrgica, em que a seleção de técnica não é tão inequívoca, particularmente em casos de urgência;*
- U. Não é fácil antecipar, principalmente em cirurgias de urgência como sucedeu com as segunda e terceira cirurgias, qual o tratamento mais adequado ou mais seguro para um determinado doente durante o pré-operatório - todas as cirurgias são diferentes e cada doente pode reagir de forma diversa;*
- V. Sem um juízo de prognose posterior de avaliação e concluir que os riscos de uma operação cirúrgica são da responsabilidade do médico é ignorar a existência de todos os factores endógenos e exógenos que condicionam o estado clínico do doente;*
- W. Tendo confundido as conclusões e os factos, e analisando os factos com um juízo meramente póstumo, a Entidade Recorrida, quando confirma a primeira decisão do Director dos Serviços de 2016, incorreu, mais uma vez,*

*em erro nos pressupostos de facto, causando a anulabilidade do acto;*

- X. *Quanto à errada leitura dos dados clínicos e à não violação dos deveres funcionais e profissionais, a Entidade Recorrida veio invocar as decisões proferidas no âmbito da acção de indemnização proposta pelos familiares do doente falecido (Proc. n.º 242/15-RA), na qual a própria Entidade Recorrida foi parte e recorreu, por não se conformar;*
- Y. *Certo é que o Recorrente foi absolvido da instância pelo Tribunal Administrativo, por falta de legitimidade processual, tendo os seus argumentos com vista a refutar o valor da prova apresentada pelos Autores, nomeadamente os fundamentos apresentados no recurso interlocutório interposto para junção de documentos que provam a errada leitura dos dados clínicos, e que não foram apreciados pelo Tribunal de Segunda Instância no Proc. n.º 1160/2019;*
- Z. *Pelo contrário, do que foi apurado no processo disciplinar, o Tribunal Judicial de Base absolveu o Recorrente da prática do crime de homicídio por negligência grosseira, nos autos do Proc. n.º CR1-17-0128-PCC;*
- AA. *Vários factos, idênticos àqueles que foram acusados no processo disciplinar, foram julgados não provados, após longas sessões de audiência de julgamento no processo criminal, com inquirição e explicação dos vários médicos e peritos da área, incluindo o Recorrente e o Dr. B, Presidente do Centro de Avaliação das Queixas relativas a Actividades de Prestação de Cuidados de Saúde, na altura em que o caso foi discutido;*
- BB. *A própria DSS, depois de apreciar correctamente a prova produzida dos autos, reconheceu, peremptoriamente, nos autos de acção para Efectivação da Responsabilidade Civil Extracontratual proposta pelos herdeiros do falecido paciente, que correram termos no Tribunal Administrativo como*

*Proc. n.º 242/15-RA, que os Médicos, que realizaram as três cirurgias laparoscópicas, incluindo o Recorrente, não actuaram contra qualquer regras ou práticas médicas, nem violaram qualquer deveres funcionais e profissionais;*

- CC. Como resulta das conclusões nas alegações do recurso apresentadas pela DSS no recurso interposto contra a decisão do Tribunal Administrativo que julgou procedente a acção para Efectivação da Responsabilidade Civil Extracontratual proposta pelos herdeiros do falecido paciente;*
- DD. Ora, se a DSS já reconheceu nos autos do Proc. n.º 242/15-RA que o Recorrente não agiu com dolo ou negligência e que as abordagens cirúrgicas realizadas ao paciente foram as correctas, não pode a Entidade Recorrida insistir na condenação do Recorrente com base em factos já rejeitados pela própria Administração;*
- EE. A Entidade Recorrida, quando mantém a decisão do Director dos Serviços de Saúde, não respondeu directamente nem analisou concretamente o problema de errada leitura dos dados clínicos suscitada pelo Recorrente no recurso hierárquico necessário;*
- FF. Os factos, considerados pelo Instrutor, extraídos dos autos do Centro de Avaliação das Queixas relativas a Actividades de Prestação de Cuidados de Saúde (CAQ), não representam correctamente as condições clínicas do paciente após a primeira e a segunda cirurgia, mas resultam de uma errada leitura dos dados clínicos como foi esclarecido pelo Recorrente nos autos do Processo Penal e expressamente reconhecido Dr. B, Presidente desse Centro que reconheceu, em audiência de julgamento, que a errada leitura dos dados do paciente afectaram a análise correcta dos actos praticados durante as cirurgias e introduziram um juízo enganoso de que o Recorrente*

*actuou mal;*

- GG. o maior erro está na troca das medições de tensão arterial com as das batidas cardíacas do paciente, o CAQ cometeu um erro grosseiro na leitura dos valores e o instrutor do processo disciplinar seguiu o erro sem cuidar de constatar que a legenda inscrita no lado esquerdo de fls. 1035 do processo administrativo explica como se devem distinguir os pontos que assinalam a tensão arterial dos que assinalam a batida cardíaca;*
- HH. Após a produção das provas apresentadas, o Tribunal Judicial de Base corrigiu os factos mencionados no relatório final, julgou provados que: “十四、12月22日早上[...]引流管引流出66ml血性的液體[...];十五、在第一次手術結束後14小時[...]下午2時45分血紅蛋白為11.3g/dL，對比第一次手術後的血紅蛋白13.6g/dL呈顯著下降，故考慮有出血性休克的可能[...];十六、[...]手術於晚上7時10分結束，共轉入麻醉復甦室。觀察期間，血壓一直維持在160/78mmHg之間，心率約在80-75bpm之間[...];”;*
- II. Os factos errados relativos aos sinais vitais do paciente ficaram a constar do relatório preparado pelo Centro de Avaliação das Queixas relativas a Actividades de Prestação de Cuidados de Saúde enviado para consulta e análise do Dr. C, médico de Hong Kong ouvido no âmbito do processo que correu termos no Centro de Avaliação das Queixas relativas a Actividades de Prestação de Cuidados de Saúde, e reflectidos na sua inquirição;*
- JJ. Constatado o erro, o Dr. B, Presidente do CAQ reconheceu que, atenta a prova documental que lhe foi exibida, o ora Recorrente não praticou qualquer acto negligente ou contrário às lege artis;*
- KK. O acto recorrido em crise incorre em erro manifesto e aproveitou provas inadmissíveis, pelo que nenhum dos factos constantes na acusação pode ser*

*considerado apurado sem que sejam reapreciadas todas as provas;*

- LL. Como o Tribunal Judicial de Base concluiu na decisão proferida no Proc. n.º CR1-17-0128-PCC : evidências mostram que o ofendido em três intervenções cirúrgicas não teve hemorragias, mas desenvolveu uma fístula pancreática (complicação comum após a ressecção do pâncreas), seguida de uma infeção grave do abdómen, que evoluiu para falência de múltiplos órgãos até ao dia 10 de Janeiro de 2012. Assim, pode afirmar-se que a morte do ofendido resultou de uma complicação da intervenção cirúrgica, mas não se pode concluir que se tratava de um erro médico;*
- MM. É manifesto que não existe prova suficiente para suportar a acusação, ou seja, a violação dos deveres funcionais previstos no n.º 3) do artigo 11.º da Lei n.º 10/2010 e o espírito profissional previsto no artigo 6.º do capítulo III do Regulamento dos Serviços de Saúde (ano 2008), e do dever de zelo dos deveres gerais do funcionário público previsto no artigo 279.º, n.º 2, b) e n.º 4 do ETAPM;*
- NN. O acto recorrido deve ser anulado uma vez que o Recorrente não violou quaisquer deveres;*
- OO. E Mais, as vantagens da laparoscopia foram aceites pelo Sr. Instrutor no relatório final, pelo que a laparoscopia é mais vantajosa do que a laparotomia por ser menos invasiva e traumática para o paciente operado;*
- PP. Durante a pancreatoduodenectomia por laparoscopia, não houve hemorragias e os valores de hemoglobina e sinais vitais do paciente foram melhores do que os verificados antes da cirurgia, o que demonstra que a pancreatoduodenectomia laparoscópica correu bem, sem complicações que justificassem a conversão numa agressiva laparotomia;*
- QQ. Quando a incisão foi reaberta para o início da segunda laparoscopia, foi detectada no abdómen do paciente uma quantidade de 2300ml de líquidos (que incluíam sangue, líquido intra-abdominal, fluidos pancreáticos e biliar),*

*quando a operação terminou fez-se uma nova contagem e verificou-se que, no final, tinha uma quantidade de 2500ml de líquidos, mediações essas que demonstram que só houve uma perda de 200ml, o que significa que a intervenção foi adequada e que a perda foi pouca;*

*RR. Durante a segunda laparoscopia, foi definitivamente estancada a hemorragia verificada num pequeno ramo da veia esplénica, utilizando o efeito de tampão de compressão e coagulação, tendo sido aplicado localmente um coagulante com o nome comercial de "Flo Seal";*

*SS. Cerca de uma hora depois da segunda intervenção cirúrgica, o Recorrente recebeu uma chamada do Hospital a avisá-lo de que os sinais vitais do doente estavam alterados e que havia sangue no saco do tubo de drenagem, e, como tal, regressou imediatamente ao Hospital;*

*TT. Após a verificação do Recorrente, entendeu-se que era necessário proceder a uma cirurgia;*

*UU. Durante a terceira cirurgia por laparoscopia, não foi verificada um foco de hemorragia activa, mas sim uma "active oozing at liver capsule (S6) and retroperitoneal space (perirenal fascia)" - tal como foi registado no relatório da operação;*

*VV. Uma vez que a segunda operação foi realizada com sucesso, não existe razão para o Recorrente optar pela via laparotomia na terceira cirurgia em primeiro lugar, pois essa técnica é mais invasiva ao paciente;*

*WW. Sendo certo que o Dr. D também não achou ser necessário a conversão da operação em laparotomia;*

*XX. Acresce que, a opção feita pelo Recorrente não significa que não foi prevista a possibilidade de transformar a laparoscopia em laparotomia caso a técnica utilizada não fosse adequada a detectar o foco de*

*hemorragia ou estancar essa hemorragia;*

- YY. Sucede que o Recorrente descobriu o foco de hemorragia durante a terceira operação e estancou a exsudação sanguínea;*
- ZZ. Tudo isso mostra que o Recorrente agiu com zelo na terceira cirurgia, praticando todos os actos médicos no interesse do paciente, de forma a reduzir as consequências traumáticas resultantes da operação;*
- AAA. A decisão recorrida omitiu os factos acima referidos, que são essenciais para o caso ora em apreço, conduzindo uma conclusão errada;*
- BBB. Para o exercício de função médica, não se pode ignorar a autonomia técnico-científica inerente a cada especialidade médica, pois a carreira de médicos é uma profissão de conhecimento técnico, exigindo-se de cada especialidade médica o conhecimento de diferentes técnicas médicas;*
- CCC. Nem se pode criticar uma opção técnica, quando foram observadas as vantagens e desvantagens de cada opção possível e a situação concreta do paciente, e se, conforme os dados científicos, essa técnica escolhida até, em princípio, era do interesse do paciente;*
- DDD. Na verdade, não existe nos autos provas que confirmem que a técnica laparoscópica não pode ser utilizada em caso de hemorragia;*
- EEE. O Recorrente realizou todas as operações cirúrgicas em causa seguindo a *leges artis* e os padrões científicos;*
- FFF. Não sendo razoável e legal concluir que o Recorrente violou o dever de zelo, o despacho ora em recurso é um acto anulável por enfermar do vício do erro na interpretação e na aplicação do artigo 11.º, al. 3) da Lei n.º 10/2010 (Regime da Carreira Médica), do artigo 6.º do Capítulo III do Regulamento dos Serviços de Saúde, versão de 2008, e do artigo 279.º, n.º 2, al. b) e n.º 4 do ETAPM.*

\*

被訴實體就有關上訴作出答覆，有關內容載於卷宗第 137 至 172 頁，在此視為完全轉錄。

檢察院作出以下意見：

“...

*Na petição, o recorrente pediu sucessivamente: ser declarado prescrito o processo disciplinar, ser declarado nulo pelo vício de nulidade em violação de forma legal ou subsidiariamente ser anulado por falta de fundamentação, ser anulado respectivamente pelo erro nos pressupostos de facto, pela errada leitura dos dados clínicos e não violação dos deveres funcionais e profissionais e, finalmente, ainda pelo erro na interpretação e na aplicação das disposições legais aí citadas.*

\*

### ***1. Do pedido da declaração de nulidade***

*Em cumprimento do disposto no n.º2 do art.74.º do CPAC, vamos começar por analisar o “vício de nulidade” arrogado pelo recorrente, que se traduz em o Sr. Instrutor não elencar os factos dados como provados e não provados no relatório final do processo disciplinar.*

*Ora, é assente, doutrinal e jurisprudencialmente, que no Direito Administrativo de Macau, a nulidade é excepcional, e a anulabilidade tem carácter geral. E inculca o Venerando TUI que a nulidade a que se refere o art.298.º, n.º1, do ETAPM tem como consequência a anulação do acto administrativo punitivo (cfr. Acórdão do Processo n.º52/2006).*

*No caso sub judice, não há margem para dúvida de que a falta (de indicação) de factos provados e não provados delineada nas conclusões L a N da petição não pode ser encaixada nem nos n.º1 e n.º2 do art.298.º do ETAPM, nem na alínea f) do n.º2 do art.123.º do CPA. Pois, a pena de multa foi, na realidade, aplicada pelo despacho do*

*Director dos Serviços de Saúde e confirmada pelo despacho da Exma. Senhora SASC.*

*Tudo isto aconselha-nos a inferir que a supramencionada falta de indicação não pode ser enquadrada no vício de nulidade, por isso e ainda dado que não se descortina in casu qualquer vício conducente à nulidade do despacho n.º8/SASC/2021 (doc. de fls.52 a 53 dos autos), o pedido da declaração de nulidade do recorrente tem de ser incuravelmente frustrado.*

\*

## **2. Da arguição da prescrição do processo disciplinar**

*De acordo com a regra prescrita no art.20.º do CPAC, inclinamos a colher que a sensata jurisprudência de que o tribunal não tem jurisdição para declarar a prescrição do processo disciplinar (cfr. Acórdãos do TUI nos Processos n.º37/2015, n.º49/2015 e n.º30/2016), é válida não só para as supervenientes, mas também para as precedentes à aplicação da pena disciplinar.*

*Nesta linha de consideração e dado que fica fora do alcance do n.º1 do art.24.º do CPAC, afigura-se-nos que não é legal o pedido de ser declarado prescrito o processo disciplinar, embora a prescrição precedente à aplicação da pena disciplinar possa ser invocada como causa de pedir do recurso contencioso do acto administrativo da aplicação desta pena.*

*No vertente caso, do Acórdão de absolvição emanado no Processo n.ºCRI-17-0128/1 e já transitado em julgado decorre, sem dúvida, que o prazo do processo disciplinar conducente à aplicação da pena disciplinar é de 3 anos (art.289.º, n.º1, do ETAPM), sendo este prazo passível de suspensão e interrupção nos termos dos n.º3 e n.º4 do art.289.º do ETAPM.*

*Repare-se que ele acabou em 23/12/2011 as operações cirúrgicas que levaram o Director da DSS a mandar em 13/11/2013 a instauração do processo disciplinar, tal instauração determina a suspensão desse processo de acordo com o preceito no n.º4 do*

*art.289.º do ETAPM.*

*Por sua vez, o P.A. constata irrefutavelmente a prática pelos instrutores de actos instrutórios com efectiva incidência na marcha do referido processo, pelo que o mesmo viu interrompido (art.289.º, n.º3, do ETAPM, na interpretação dada pelo Acórdão do TUI no Processo n.º30/2008 e pelo Acórdão do TSI no Processo 650/2016). Daí que se aplica ao vertente caso o disposto no n.º3 do art.113.º do Código Penal (art.277.º do ETAPM), o que vale por dizer que o prazo da prescrição é de 4 anos e 6 meses, ressalvado o tempo da suspensão.*

*Convém assinalar que o ora recorrente interpôs não só o recurso contencioso do Despacho n.º4383/NI/DP/2016 do Director da DSS no Tribunal Administrativo (cfr. art.19.º da petição), mas também o jurisdicional que caiu no não provimento no Venerando TSI, cujo Acórdão decretado no Processo n.º115/2019 transcreveu e confirmou a sentença proferida pela MM.ª Juiz do Tribunal Administrativo, sentença que traduz em rejeitar o recurso contencioso por irrecorribilidade do despacho supra referido.*

*À luz dessa boa sentença e da jurisprudência consolidada na altura da interposição do sobredito recurso jurisdicional (cfr. Acórdãos do TSI nos Processos n.º318/2006, n.º366/2006 e n.º683/2017), afigura-se-nos que a errada indicação quanto ao meio de impugnação do Despacho n.º4383/NI/DP/2016 do Director da DSS não tem virtude de justificar cabalmente a interposição sucessiva do recurso contencioso e sobretudo do jurisdicional supra apontados.*

*Sendo assim, aplica-se in casu a autorizada jurisprudência que vem inculcando: a suspensão derivada da instauração do processo disciplinar manter-se-á até ao trânsito em julgado da sentença proferida no respectivo recurso contencioso (cfr. Acórdãos do TUI nos Processos n.º37/2015, n.º30/2016 e n.º30/2021). O que equivale a dizer que desde o trânsito em julgado do Acórdão do Venerando TSI no Processo n.º115/2019*

voltou a contar o remanescente do prazo prescricional de 4 anos e 6 meses, remanescente que consiste em deste prazo ser descontado o período de 23/12/2011 a 13/11/2013 – dadas respectivamente da conclusão das sobreditas operações cirúrgicas e do despacho de ordenar instauração do processo disciplinar.

Nestes termos e na medida em que o douto veredicto no referido Processo n.º115/2019 teve lugar em 17/09/2020 e o despacho in quaestio foi proferido 10/03/2021 (doc. de fls.52 e 53 dos autos), inclinamos a extrair que não se verifica, à data desse despacho, a arrogada prescrição.

\*

### **3. Do pedido de anulação**

Vamos apreciar o pedido de anulação do despacho em escrutínio formulado pelo recorrente que estribou tal pedido sucessivamente no erro nos pressupostos de facto, na errada leitura dos dados clínicos e afinal na violação de lei, incluindo a errada qualificação jurídica da sua conduta.

Repare-se que na sentença prolatada no Processo n.º242/15-RA e confirmada pelo Venerando TSI (cfr. Acórdão no Processo n.º1160/2019), o MM.º Juiz do Tribunal Administrativo chegou a asseverar que “..., pois que nenhum facto provado nos tenha ilustrado a falha no decurso da execução das laparoscopias – como foram demonstrados nos factos provados (respostas aos quesitos 58.º, 59.º, 61.º, 64.º, 65.º e 66.º da base instrutória), ou seja, a execução das cirurgias, afinal de contas, foi bem sucedida.”

Por seu turno, no Acórdão de absolvição emanado no Processo n.ºCR1-17-0128/20 (doc. de fls.70 a 81 dos autos) o douto Tribunal Colectivo concluiu peremptoriamente que “可以肯定被害人之死亡是因並發症發生而引致，但未能證實是因嫌犯手術失誤所致。” E na nossa óptica, a minuciosa análise processada pelo Tribunal Colectivo das três operações cirúrgicas assegura razoavelmente a entender que não se constata a ilicitude da acção do recorrente como médico responsável pelas ditas operações.

*É verdade que nenhum dos arestos supra aludidos faz caso julgado no processo disciplinar contra o recorrente. Porém e sem embargo do devido re elevado espeito pelo entendimento diferente, inclinamos a colher que não se descortina, no apontado processo disciplinar, prova capaz de abalar as criteriosas convicções dos MM.º julgadores.*

*Convém esclarecer que a ilicitude em foro civil, disciplinar e criminal se distingue da lesão, e que os princípios da presunção de inocência e de in dubio pro reo se aplicam no processo disciplinar. Pois, cabe à Administração a prova dos factos que invoca como pressuposto, quando se trata de actos administrativos praticados no âmbito da Administração agressiva (positiva e desfavorável) (cfr. Acórdão do TUI no Processo n.º12/2002).*

*Ponderando tudo isto e ressalvado respeito pela autonomia da Administração em processo disciplinar, aderimos à prudente posição à qual chegaram o Colectivo do TJB, o Colectivo do Tribunal Administrativo e o Colectivo do TSI. Daí flui que não se comprovou in casu a ilicitude das três operações cirúrgicas qualificadas na infracção disciplinar, e desde modo, o despacho em questão eiva do erro nos pressupostos de facto.*

\*\*\*

*Por todo o expendido acima, propendemos pela procedência do presente recurso contencioso...”。*

\*

本院於 2021 年 07 月 16 日作出批示，不批准司法上訴人所聲請的證據措施。

司法上訴人就上述決定提出異議，有關內容載於卷宗第 190 至 193 頁，在此視為完全轉錄。

被訴實體就有關異議作出答覆，有關內容載於卷宗第 196 至 197 頁，在此視為完全轉錄。

檢察院作出意見書，有關內容載於卷宗第 199 及其背頁，在此視為

完全轉錄。

\*

## 二. 訴訟前提

本院對此案有管轄權。

本案訴訟形式恰當及有效。

訴訟雙方具有當事人能力及正當性。

不存在待解決之無效、抗辯或其他先決問題。

\*

## 三. 事實

根據卷宗及附卷的資料，本院認定以下事實：

1. 澳門衛生局預審員於 2016 年 12 月 12 日就司法上訴人的紀律程序(第 PD-04/2013 號)作出最後報告書，內容如下：

“...

### 第一部分序

1. 就 E 先生及 F 女士對其父親 G 先生(下稱“患者”)在仁伯爵綜合醫院(下稱“本院”)遭受不當治療而作出的投訴，衛生局局長於 2013 年 11 月 13 日作出批示，對衛生局以編制外合同方式任用的普通外科顧問醫生 A(下稱“嫌疑人”)提起第 PD-04/2013 號紀律程序(見卷宗-Vol I 第 0002 至 0038、0073 及 0074 頁)。
2. 按同一批示，委任了前衛生局員工一等高級技術員 H(下稱“前任預審員”)為紀律程序之預審員，前任預審員於 2013 年 11 月 22 日開展了預審並委任 I 先生為秘書(見卷宗-Vol I 第 0050 頁)。
3. 前任預審員於完成預審後，在 2015 年 4 月 30 日向本局局長提交報告並作出了歸檔的建議(見卷宗-Vol VI 第 2177 頁)。
4. 經審閱及分析前任預審員之報告後，根據經十二月二十一日第 87/89/M 號法令通過的及經十二月二十八日第 62/98/M 號法令重新修訂

的《澳門公共行政工作人員通則》(以下簡稱《通則》)第三百三十八條第一款的規定，衛生局局長於2015年5月11日作出批示，為查明事實以作出具依據之裁定，委任了J醫生接任預審員(下稱“預審員”)，就衛生局第PD-04/2013號紀律程序採取以下補足之證明措施(見卷宗-Vol VI第2180頁)：

- i. 為能適當評估嫌疑人執行職務的情況，向醫療活動申訴評估中心成員B醫生、K醫生進行聽證，以確保有關醫療服務的提供；
  - ii. 採取一切必需及有用的措施以查明事實。
5. 預審員於2015年5月12日開始進行補足之證明措施的程序，並指定L先生為秘書(見卷宗-補足之證明措施第00001頁)。
  6. 其後，鑒於未有作成控訴書及無聽取嫌疑人，故根據衛生局局長於2016年1月26日之批示，第PD-04/2013號紀律程序在補足之證明措施的最後預審行為後所作出的所有行為無效。預審員獲退回相關紀律程序卷宗，並須按《通則》相關規定跟進處理。為此，預審員在2016年2月3日指定了M女士為秘書，以替代原秘書L先生(見卷宗-補足之證明措施第00051至00053及00057頁)。

#### 第二部分 預審

7. 根據《通則》第三百二十八條第一及第三款的規定，前任預審員在獲悉提起紀律程序之批示後，已於2013年11月22日展開上述紀律程序，並且已對本紀律程序作出委任之上級、嫌疑人及舉報人作出通知(見卷宗-Vol I第00045至00046頁、00050及00066至00071、00091及00680頁)。
8. 及後，根據《通則》第三百三十八條第三款的規定，第PD-04/2013號紀律程序補足之證明措施於2015年5月12日開展。
9. 在本程序中所採取的補足證明措施是以卷宗-Vol I(第001至0399頁)、卷宗-Vol II(第0400至0765頁)、卷宗-Vol III(第0766至1092頁)、卷

宗-Vol IV (第 1093 至 1374 頁)、卷宗-Vol V (第 1375 至 1740 頁)，以及卷宗-Vol VI (第 1741 至 2062 頁)的預審調查為基礎。

10. 預審員已遵守有關法律手續並按照《通則》第三百三十八條及第三百二十九條之規定所賦予的權限，進行了下列的調查及補足之證明措施(見卷宗-補足之證明措施第 00001 至 00062 頁)：

10.1 通知衛生局局長已展開第 PD-04/2013 號紀律程序補足之證明措施及委任 L 先生為秘書(見卷宗-補足之證明措施第 00001 至 00005 頁)；

10.2 經說明理由獲本局局長於 2015 年 5 月 26 日作出批示，同意將完成預審階段之日期延長(見卷宗-補足之證明措施第 00006 至 00010 頁)；

10.3 邀請本院擔任法醫科主管及主治醫生的 B 醫生(下稱“B 醫生”)以合資格之人士身份作出專家聽證，並於 2015 年 6 月 19 日在本院之內外科病房大樓 C1 遠程醫療會診中心聽取了其聲明(見卷宗-補足之證明措施第 00011 至 00015 頁)；

10.4 邀請在鏡湖醫院擔任骨科副主任的 K 醫生(下稱“K 醫生”)以合資格之人士身份作出專家聽證，並於 2015 年 6 月 24 日在本院新急診大樓 2 樓會議室聽取了其聲明(見卷宗-補足之證明措施第 00016 至 00018 頁)；

10.5 經說明理由獲本局局長於 2015 年 7 月 24 日作出批示，同意將完成預審階段之日期延長(見卷宗-補足之證明措施第 00019 至 00023 頁)；

10.6 預審員向本局局長提交了 2015 年 9 月 10 日的報告，並總結出嫌疑人曾作出違反熱心義務的違紀行為，對此建議科處罰款二十日的處分(見卷宗-補足之證明措施第 00024 至 00031 頁)；

- 10.7 本局代局長於 2015 年 10 月 5 日提請專科衛生護理副局長就本紀律程序所採取的補足證明措施發表意見。稍後獲本院院長回覆表示沒有進一步意見(見卷宗-補足之證明措施第 00032 至 00039 頁)；
- 10.8 針對嫌疑人作出違反熱心義務的違紀行為，本局局長於 2016 年 1 月 6 日對嫌疑人作出了科處罰款二十日的處罰批示(見卷宗-補足之證明措施第 00040 至 00042 頁)；
- 10.9 及後，按照《廉潔管理計劃合作議定書》向廉政公署作出了通報，並分別知會了有關部門需進行跟進工作及裁定通知(見卷宗-補足之證明措施第 00043 至 00045 頁)；
- 10.10 嫌疑人在接獲有關處罰批示後，其辯護人 N(下稱“N 律師”)及 O 於本局查閱了有關紀律程序之卷宗(見卷宗-補足之證明措施第 00046 至 00050 頁)；
- 10.11 然而，鑒於未有作成控訴書及無聽取嫌疑人，故根據衛生局局長於 2016 年 1 月 26 日之批示，以及在第 100/SS/N/2016 號內部工作備註中的指示，第 PD-04/2013 號紀律程序在補足之證明措施的最後預審行為後所作出的所有行為無效。預審員獲退回相關紀律程序卷宗，並須按《通則》相關規定跟進處理。為此，預審員在 2016 年 2 月 3 日指定了 M 女士為秘書，以替代原秘書 L 先生(見卷宗-補足之證明措施第 00051 至 00053 及 00057 頁)；
- 10.12 經說明理由獲本局局長於 2016 年 4 月 27 日作出批示，同意延長編製控訴書的期限(見卷宗-補足之證明措施第 00062 頁)；

### 第三部分 查證事實

11. 預審員已遵守所有適用的法律規定開展程序，並已遵守有關法定手續及作出了《通則》第 329 條所規定之必要措施，審閱及分析了本紀律

程序各卷宗內之所有文件、紀錄、筆錄及證據，證實已具備資料查明有關違紀行為。並且於2015年7月8日完成本紀律程序補足之證明措施的最後預審行為，預審員經查證後總結出的事實如下：

11.1 根據人事處透過第 1284/NI/DP/2014 號內部工作備註提供的“紀律記錄證明書”所載，嫌疑人 A(員工編號 0200532)，以編制外合同方式任用，現正於本院普通外科擔任顧問醫生職務。嫌疑人於1994年4月1日被衛生局錄取為全科實習醫生，從2004年6月1日起在普通外科執行職務，並於2011年4月18日起擔任顧問醫生(見卷宗-Vol I 第0072至0074、0129、卷宗-Vol V 第1499至1501頁、卷宗-Vol VI 第1841至1843頁及卷宗-Vol VI 第1957至1959頁)；

11.2 患者 G 先生，男性，19XX 年 XX 月 XX 日出生，XX 歲，澳門居民身份證編號為 73XXXX2(6)，求診者編號為 003XXXX7.8 (見卷宗-Vol I 第0125及卷宗-Vol II 第0647頁)；

11.3 於2011年11月以前，患者已因阻塞性黃疸(OBSTRUCTIVE JAUNDICE)及膽管阻塞(OBSTRUCTION OF BILE DUCT)等情況在本院接受過診治及跟進，當時未見癌變(見卷宗-Vol III 第0767至0777及0845至0868頁)；

11.4 隨後，於2011年11月11日患者由於再出現腹痛、黃疸、怕冷兩天等的情況，擬膽管炎和阻塞性黃疸，在本院急診診治，從其腹部 CT 檢查可見膽總管和肝內膽管擴張(見卷宗-Vol III 第0870至0943頁)。為此，於2011年11月18日為患者再作“內鏡逆行胰膽管造影”(ERCP)，置放一枚塑料支架，之後黃疸改善，腹痛消失，但經由術中的膽管沖洗細胞學檢查發現腺癌細胞(見卷宗-Vol III 第0877、0910及0920頁)；

11.5 於2011年11月22日開始準備擬為患者實施的外科手術的程

序。患者於2011年11月24日的生命體徵平穩、神清、具定向。同日，由Q醫生約見患者的太太余冰梅女士解釋病情，而患者於稍後亦接受並通過了麻醉評估(見卷宗-Vol III 第0881、0903及0904頁)；

11.6 根據第CIR1\_2320 0200952 20111126 0954 號的“轉科/出院小結”所顯示，患者於2011年11月11日入院至11月26日出院，輸入醫生為P醫生，責任醫生為嫌疑人(見卷宗-Vol III 第0877頁)；

11.7 承接上述情況，根據上述“轉科/出院小結”所載，患者的腹部CT掃描結果顯示：“Abd CT : Dilatation of CBD and intrahepatic bile duct. Stricture of distal CBD is evoked.”(膽總管及肝內膽管腫脹誘發膽總管末段狹窄)；並按2011年11月21日的細胞學檢查報告的結論：“1- and - 2 COMMON BILE DUCT, brush, cytology -- CARCINOMA CELLS SEEN, Consistent with ADENOCARCINOMA.”(1-及-2膽總管末段，沖洗，從細胞學檢查 - 可見癌細胞，符合腺癌)；而在有關文件當中所載之計劃為：“Discharge first and come back to have elective whipple.”(先出院，然後再擇期接受Whipple手術/胰頭十二指腸切除術)(見卷宗-Vol III 第0877、0880至0881、0904、0910、0920、0940至0941頁)；

11.8 就患者被診斷為膽總管遠端癌(Distal Common Bile Duct Cancer)，並且根據患者2011年12月29日的病理解剖報告顯示出中度分化惡性腺癌(moderately-differentiated)，以及在胰頭附近有兩粒淋巴結轉移的情況，分期為:pT3N1(腫瘤第三期，淋巴結1級區域轉移)，鑒此，對於為患者進行外科手術治療，存在其必要性(見卷宗-Vol I 第0124、0180、0181、卷宗-Vol III

- 第 0910 及見卷宗-Vol VI 第 1826)；
- 11.9 於 2011 年 12 月 16 日，即施行手術前一週的星期五，於本院外科的科室會議中曾就緊接的下星期將進行之擇期手術作出過討論(見卷宗-Vol I 第 0972 頁及見卷宗-Vol V 第 1652 頁)；
- 11.10 嫌疑人作為患者的主診及主刀醫生，在 2011 年 12 月 20 日至 12 月 23 日期間，先後為患者進行了編號為 20114072 的預約手術、編號為 20114076 的緊急手術，以及編號為 20114076/II 的緊急手術(見卷宗-Vol I 第 0124、0190、0186 及 0188 頁)；
- 11.11 患者接受的第一次手術之編號為：20114072；所進行的手術為：“Laparoscopic Whipple Operation”(腹腔鏡 Whipple 術)；該預約手術在本院 3 號手術間進行；麻醉種類為全身麻醉；進行時間由 2011 年 12 月 21 日中午 1:00 開始至 12 月 21 日晚上 11:20 結束；主刀醫生為 A 醫生、第一助手為 Q 醫生、第二助手為 P 醫生，而麻醉醫生為 R 醫生(見卷宗-Vol I 第 0138 至 0140、0143、0146 及 0160 頁)；
- 11.12 於進行上述第一次手術前，患者在 2011 年 12 月 20 日入院，及再次接受腹部電腦斷層掃描(Abdomen CT Scan)(見卷宗-Vol I 第 0124、0125、0132、1031、0134、0135 及 0136 頁)。並且，由患者、嫌疑人及 P 醫生於 2011 年 12 月 20 日簽署了“腹腔鏡下或開腹胰十二指腸切除術”的手術同意書，在該同意書上的“Laparoscopic vs open Whipple's operation”字句是由 P 醫生所寫上的。同日，由患者及 P 醫生簽署了輸血/血液成份治療的同意書，及由患者本人簽署了輸血治療說明書(見卷宗-Vol I 第 0131、0158、0159 見卷宗-Vol II 第 0689、0699、0745、0746 頁及見卷宗-Vol III 第 1014 頁)；
- 11.13 於進行手術約半小時或一小時前，嫌疑人曾與患者的兒子 E

先生談話(見卷宗-Vol V 第 1492 頁)；

- 11.14 第一次手術於 2011 年 12 月 21 日中午 1:00 正式開始，患者術前意識清醒、體重為 56.5kg、以“腹腔鏡 Whipple 術式”切除膽管癌，麻醉風險程度 II。手術期間出血量約 1800ml (包括失血、膽汁及腹腔滲出液)。術中曾輸 855ml 紅血球及 1174ml 血漿，於晚上 11:20 手術結束，手術歷時共 10 小時 20 分鐘左右(見卷宗-Vol I 第 0138、0143 至 0150 頁)；
- 11.15 根據手術紀錄表所載，患者的腹部共有五個切口，其中一個切口達 12mm，另外四個切口達 5 mm，這些達 5 mm 的切口是為了移除那些被切的器官部分(見卷宗-Vol I 第 0160 及見卷宗-Vol III 第 0977、1016 及 1017 頁)；
- 11.16 “腹腔鏡 Whipple 術”是一個困難及複雜的手術。嫌疑人於 2011 年 12 月 21 日為患者施行的“腹腔鏡 Whipple 術”為首次作出(見卷宗-Vol III 第 0973、1069 頁及見卷宗-Vol V 第 1580 及 1623 頁)；
- 11.17 於第一次手術結束後，患者在 2011 年 12 月 21 日晚上 11:45 至 12 月 22 日凌晨 1:15 的這段期間，留置於麻醉復甦室(見卷宗-Vol I 第 0149 至 0153 頁)；
- 11.18 於第一次手術結束後翌日，即 2011 年 12 月 22 日凌晨 1:30 患者離開麻醉復甦室，觀察患者神清合作、倦容、血壓：152/96mmHg、脈搏：84bpm (次/分)、SpO<sub>2</sub>(血氧飽和度)：100%，予以禁食、制酸、抗炎、補液、營養支持和生命監測等。患者當時生命體徵平穩、有咳、訴傷口痛、引流管引流出 66ml 綠色+血性的液體、低熱、腹軟、未聞腸鳴音。各項檢驗報告返回，其中血紅蛋白：13.6g/dL、CRP (C-反應蛋白)：3.7mg/dL、血糖：11.5mmol/L 等(見卷宗-Vol I 第 0151、0161、

0171 至 0173、0176 及 0178 頁)；

11.19 患者於第一次手術結束的 14 個小時後，即 2011 年 12 月 22 日下午 2:00 返回第 3014 號病床，但患者突然出現腹痛、出汗、血壓急降至 79/56mmHg、脈搏：78bpm (次/分)、SpO<sub>2</sub> (血氧飽和度)：99%的情況。且檢查引流管可見引流出鮮血和血凝塊。患者於下午 2:45 血紅蛋白為 10.5g/dL，對比第一次手術後的血紅蛋白 13.6g/dL 呈顯著下降，故考慮有出血性休克，腹腔內有活動性出血。為此，立即為患者作輸血、術前準備，以及由嫌疑人及患者本人簽署“腹腔鏡/剖腹探查”的手術同意書，然後馬上為患者進行緊急手術(見卷宗-Vol I 第 0161 至 0162、0167、0168、0169 及 178 頁)；

11.20 患者接受的第二次手術之編號為：20114076；所進行的手術名稱為“腹腔鏡探查 - 止血術”；該緊急手術在本院 3 號手術間進行；麻醉種類為全身麻醉；進行時間由 2011 年 12 月 22 日下午 3:50 開始至晚上 07:10 結束；主刀醫生為 A 醫生、第一助手為 Q 醫生、第二助手為 S 醫生，而麻醉醫生為 T 醫生，此次手術的麻醉風險被分類為第 III 級程度的死亡率(見卷宗-Vol I 第 0184、0186、見卷宗-Vol III 第 1022 至 1028、1034 及見卷宗-Vol IV 第 1122 頁)；

11.21 第二次手術於 2011 年 12 月 22 日下午 3:50 開始，以腹腔鏡經前次切口探查，見腹腔內有 2300ml 血液和血凝塊，並且在脾靜脈分支處發現出血，即予以縫紮，過程中又損傷了脾臟表面，亦予以止血。在胰空腸造口旁和肝空腸造口下方處重置引流管。在手術尾聲約晚上 6:00 覆查患者的血紅蛋白為 9.5g/dL。於第二次手術中患者出血總量約為 2500ml(包括上述所指腹腔內所見的血量)，輸全血 994ml、血漿 807ml、以及血

小板 218ml。手術於晚上 7:10 結束，歷時共 3 小時 20 分鐘左右(見卷宗-Vol I 第 0186 及見卷宗-Vol III 第 1027 至 1028、1034 頁)。

- 11.22 於第二次手術結束後，即 2011 年 12 月 22 日晚上 07:35 至晚上 09:30 左右，患者於這段期間轉入麻醉復甦室，其血壓維持在 80-85/75-78mmHg 之間、心率約在 150-160bpm 之間、SpO<sub>2</sub>(血氧飽和度):100%(見卷宗-Vol I 第 0184、見卷宗-Vol III 第 1035 至 1036 頁)；
- 11.23 於第二次手術結束約 1 小時 50 分鐘之後，即 2011 年 12 月 22 日晚上 8:40 左右，患者的血壓又再次出現急降的情況，於同日晚上 08:50 左右患者的血紅蛋白又再次下降，從 9.6g/dL 急降至 6.5g/dL，且檢查引流管仍見引流出血液和血凝塊。面對此情況，嫌疑人決定再次以腹腔鏡探查(見卷宗-Vol I 第 0161 背頁、0187 及 0188 頁)；
- 11.24 嫌疑人在為患者進行第二次手術時，已見患者腹腔內有 2300ml 高量的血液和血凝塊，由此顯示患者有腹腔內大出血。然而，於第二次手術結束後的一個短時間內，患者的血壓及血紅蛋白均出現急降的情況，由此指示患者腹腔內的活動性出血情況未得合理控制(見卷宗-Vol I 第 0161、0186、0187、0188、見卷宗-Vol III 第 0978、1027 至 1028、1034、1073 頁及見卷宗-Vol IV 第 1125 頁)；
- 11.25 患者接受的第三次手術之編號為：20114076/II；所進行的手術名稱為“腹腔鏡探查 - 止血術”；該緊急手術在本院 3 號手術間進行；麻醉種類為全身麻醉；進行時間由 2011 年 12 月 22 日晚上 10:05 開始至 12 月 23 日凌晨 00:55 結束；主刀醫生為 A 醫生、第一助手為 Q 醫生、第二助手為 S 醫生，而麻

醉醫生為 T 醫生，此次手術的麻醉風險被分類為第 IV 級程度的死亡率(見卷宗-Vol I 第 0187、0188 及見卷宗-Vol III 第 1027、1029、1032 頁)；

11.26 第三次手術於 2011 年 12 月 22 日晚上 10:05 開始。在此次緊急手術中，嫌疑人見患者腹腔內右結腸旁溝、右橫膈膜下、右肝下膽囊窩和右腎周筋膜再有 1000ml 的血液和血凝塊(於此前，嫌疑人在第二次手術中已見患者腹腔內有高量的血液和血凝塊)。於原脾靜脈分支和脾臟損傷處嫌疑人未發現有活動性出血點，但在肝 S6 段小片包膜外有活動性滲血、腎周脂肪和筋膜也見有滲血，予以生物膠止血，期間覆查患者的血紅蛋白為 6.5g/dL。在明確沒有再多的滲血後，於右上腹傷口更換較粗的引流管，關閉腹腔。有關手術至 12 月 23 日凌晨 00:55 結束，手術歷時共 3 小時左右。於第三次手術中患者出血總量約為 1100ml(包括上述所指患者腹腔內 1000ml 的血量)，輸全血 4 單位，血漿 4 單位，血小板 4 單位，以及冰凍沈澱物 6 單位(見卷宗-Vol I 第 0187、0188 及見卷宗-Vol III 第 1027、1029、1031、1032 頁)；

11.27 值得注意的是，患者於第一次手術結束後下午 2:45 左右，曾出現血紅蛋白顯著下降及有出血性休克的情況。於第二次手術結束後，患者又再血壓急降、血紅蛋白亦從 9.6g/dL 降至 6.5 g/dL 的低水平、以及引流管仍見引流出血液和血凝塊，由此均引證患者仍然存在腹腔內大出血未得合理控制的事實。鑒此，嫌疑人在面對須為患者進行第三次手術 N.º 20114076/II 時，必須對該事實情況以更謹慎的態度及更全面地考慮所要採用的止血術式，並且應以病人最大利益為依歸及應抱持嚴謹求實的原則去作出有關的最佳選擇。然而，嫌疑人最後仍

然維持以“腹腔鏡探查”進行第三次手術(見卷宗-Vol I 第 0161、0161 背頁、0162、0167、0168、0169、178、0187 及 0188 頁、見卷宗-Vol III 第 0978、1027、1029、1031、1032 頁、見卷宗-Vol IV 第 1125 及見卷宗-Vol VI 第 1875 頁)；

11.28 根據2011年12月22日由嫌疑人及患者本人簽署的“腹腔鏡/剖腹探查”手術同意書所顯示，患者同意以“腹腔鏡探查”或者以“剖腹探查”來進行緊急手術(見卷宗-Vol I 第 0185 頁)；

11.29 患者在作出的第三次手術中的麻醉風險被分類為第IV級程度的死亡率(見卷宗-Vol I 第 0187、0188 及見卷宗-Vol III 第 1027、1029、1032 頁)；

11.30 根據Q醫生及D醫生作出的聲明筆錄綜合顯示，一般情況下以“腹腔鏡探查”較好，然而，在嚴重或有滲血情況時則應使用或者中轉“剖腹探查”，以阻止用腹腔鏡施行手術術後出現的內出血情況(見卷宗-Vol III 第 0971 及見卷宗-Vol VI 第 1829 頁)；

11.31 承接上述情況，於第二次手術中患者的出血總量約為2500ml(當中包括患者腹腔內所見2300ml的血量)，而於第三次手術中患者出血總量約為1100ml(當中包括患者腹腔內1000ml的血量)，換言之第二次手術N.º20114076加上第三次手術N.º20114076/II患者的出血總量達到了3600ml。事實上，此出血量已達一般人體血液總量的三分之二(見卷宗-Vol I 第 0186、0187、0188、見卷宗-Vol III 第 0978、1027至1028、1029、1031、1032、1034、1073 頁、見卷宗-Vol IV 第 1125 頁及見卷宗-Vol VI 第 01861 頁)；

11.32 覆查患者在2011年12月23日凌晨00:45的血紅蛋白為

10.5g/dL。於第三次手術結束後，約於凌晨 01:25 左右患者被送入深切治療部，觀察患者血壓：150/87mmHg、心率：76bpm、SpO<sub>2</sub>(血氧飽和度)：100%，需在呼吸機輔助下呼吸，並予以對症治療。當日腹腔引流管引流出血性液 332ml(見卷宗-Vol I 第 0187、0189、0190 至 0191、0192 及見卷宗-Vol III 第 1034 頁)；

- 11.33 於第三次手術結束後，患者被送入深切治療部。其後分別為患者作多次腹部 CT 覆查，檢查顯示患者腹腔內不同位置有腹水，右肝 S5 和 S6 段呈不規則低密度影，顯影缺如。隨後患者先後出現心功能不全、肺部及腹腔感染、胰漏、消化道出血等併發症，雖經進行治療措施，患者病情仍持續惡化，相繼出現感染性休克和多器官功能衰竭，最後，患者經搶救無效於 2012 年 1 月 10 日晚上 10:48 臨床死亡(見卷宗-Vol I 第 003、0192 至 0210、0221 至 0229、0287 頁、見卷宗-Vol II 第 0404 至 0427、0585 至 0595、0631、0649 至 0652 頁、及見卷宗-Vol VI 第 1927 頁)；

除上所述，為查明事實以作出具依據之裁定，還必須考慮以下其他因素：

- 11.34 於 2015 年 6 月 19 日聽取了在本院擔任法醫科主管及主治醫生的 B 醫生以合資格之人士身份作出的專家聽證，以及於 2015 年 6 月 24 日聽取了在鏡湖醫院擔任骨科副主任的 K 醫生以合資格之人士身份作出的專家聽證(見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

- 11.35 根據 B 醫生及 K 醫生的聲明筆錄所載，當醫療活動申訴評估中心(下稱“申訴中心”)的委員，需分析特別複雜的個案時，會聘請相關範疇的專家協助，提供專業分析意見。專家包括

本地相關範疇的醫療團體推薦合資格的專科醫生，亦有部份來自澳門以外地區。聘請專家需要上報衛生局局長，請求協助(見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

- 11.36 承接上述情況，就患者的個案，申訴中心委員在聽取第一名本地專家 U 醫生(澳門外科學會代表)的意見後，中心經討論後，認為個案中涉及的問題，未能完全得到釋疑。需進一步聽取其他專家意見，所以透過衛生局聘請外地專家，協助解決個案的問題(見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；
- 11.37 根據 U 醫生於 2012 年 7 月 19 日在申訴中心作出的第三六八次會議，由於其沒有進行“腹控鏡 Whipple 術”方面的經驗不多，故無法對此作出評論，建議另請鄰近地區的專家評論(見卷宗-Vol VI 第 1857 頁)；
- 11.38 及後，於 2013 年 1 月 21 日早上 9:30 至 12:15，在 XX 中心聽取了 C 醫生(XX 醫院微創外科訓練中心的總監)之專家見解。為此，B 醫生當天其以主席身份主持及參與了該聽證會，出席者還有委員 V 醫生、W 醫生、K 醫生、一名法律專家、一名技術員、秘書及顧問 X 醫生。該聽證會是透過衛生局局長協助，由香港醫管局推薦 C 醫生(下稱“C 醫生”)出任專家，參與評估的。C 醫生已於 2005 年作首例“腹腔鏡 Whipple 術”。B 醫生表示在聽取 C 醫生之深入分析後，對腹腔鏡手術加深了認識，而申訴中心委員亦於聽取 C 醫生的全面分析後，多次作出了討論會議，各委員對個案之前存在的疑問，亦得到釋疑，包括該手術指徵，業界對“腹腔鏡 Whipple 術”的評價、主刀醫生的臨床經驗、基本培訓要求、手術風險告知(醫患溝通)、術中出血處理原則及術後併發症等問題。委員會綜合多方面意見而發出的第 018/OUT/CAQ/13 號覆函中，有相當

部份認同 C 醫生的專業見解(見卷宗-Vol I 第 015 至 023 頁、見卷宗-Vol VI 第 1864 至 1872 頁及見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

11.39 綜合 B 醫生及 K 醫生的聲明筆錄表示，申訴中心委員雖然認同 U 醫生在微創範疇具有一定的專業能力，但委員會認為，C 醫生的評估，更為中肯及全面。委員會在聽取 C 醫生的專業見解後，對患者的個案存有的問題得到釋疑。各委員一致同意，不需再聘請專家參與討論(見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

11.40 申訴中心委員聽取了 C 醫生於 2013 年 1 月 21 日在申訴中心第三八九次會議中所作出的專家見解，並且在經多次會議討論後，結合本地區實際工作環境及外地專家意見後，編制了第 018/OUT/CAQ/13 號覆函(見卷宗-Vol I 第 015 至 023 頁)。鑒此，最後證實專家見解具有其依據(見卷宗-Vol I 第 015 至 023 頁、見卷宗-Vol VI 第 1864 至 1872 頁及見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

11.41 綜上所述，得出的結論為，微創外科訓練中心的總監 C 醫生的專家見解具有其依據(見卷宗-Vol VI 第 1864 至 1872 頁及見卷宗-補足之證明措施第 00014 至 00018 頁)；

11.42 關於第三次手術 N.º 20114076/II，核心問題是使用了腹腔鏡探查技術而非剖腹探查技術。事實顯示，嫌疑人經過前兩次手術仍未能有效地控制患者的內出血情況，導致患者多次出現血壓急降、血紅蛋白亦從 9.6g/dL 降至 6.5g/dL 的低水平、以及引流管引流出血液和血凝塊的情況。惟，於第三次手術嫌疑人仍堅持使用腹腔鏡技術。此外，事實上第二次手術 N.º 20114076 加上第三次手術 N.º 20114076/II 患者的出血總量達

到了 3600ml。鑒此，可見嫌疑人在面對須為患者進行第三次手術 N.º 20114076/II 時，沒有為患者的安全情況以更謹慎的態度作全面的考量，亦沒有以有效的方式去改善所採用的止血術式，並且在面對以病人最大利益為依歸的情況下，沒有抱持更嚴謹求實的原則為患者選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病人的安全和保障病人的最大權益。

#### 第四部分 控訴

12. 就已進行的預審行為，以及基於上述之事實，衡量到個案中一系列的主客觀因素，包括嫌疑人的人格、過錯、違紀行為之嚴重程度，以及所產生的影響等因素後，預審員於 2016 年 6 月 3 日向嫌疑人 A 醫生作出了控訴，為適當效力，在此視為已完全轉錄(見卷宗-補足之證明措施第 00063 至 00076 頁)。
13. 嫌疑人於 2016 年 6 月 6 日親身簽收了上述控訴書副本(見卷宗-補足之證明措施第 00077 頁)。
14. 並且根據《通則》第三百三十三條第一款及第三百三十四條的規定，已通知嫌疑人得自接獲上述控訴書副本之日起計 20 日的期限內(即至 2016 年 6 月 27 日為止)提交書面答辯，在該期限內嫌疑人本人或其代表律師仍得查閱卷宗、列出證人名單、附同有關文件及要求採取證明措施。同時提醒嫌疑人，為一切法律效力，不在指定期限內答辯，視作已實際對嫌疑人進行聽證(見卷宗-補足之證明措施第 00077 頁)。
15. 經預審員批准，N 律師於 2016 年 6 月 13 日在其本身之律師事務所內查閱了本紀律程序合共 7 冊的卷宗，並於 2016 年 6 月 14 日退還了有關卷宗(見卷宗-補足之證明措施第 00077 頁 00086 頁)。

#### 第五部分 嫌疑人的辯護、意見及預審員的審視

16. 預審員於 2016 年 6 月 27 日收到由 N 律師提交以葡語編寫的書面答辯，為適當之效力，在此視為已完全轉錄(見卷宗-補足之證明措施第 00087

頁至 00109 頁)。

17. 稍後，預審員於 2016 年 7 月 18 日收到已翻譯成中文的書面答辯(見卷宗-補足之證明措施第 00110 頁至 00161 頁)。
18. 預審員經審閱嫌疑人的書面答辯內容後發現，當中並未就每一事實指出需要聽取聲明之對應證人。故透過發予 N 律師第 PD-04/2013-11 號公函，促請其能清晰指明“就哪一事實而需要聽取由哪位證人對於什麼問題而作出聲明”。並且，透過同一信函，在經說明理由後，駁回嫌疑人及其委任的辯護人在預審員聽取證人時在場的申請(見卷宗-補足之證明措施第 00162 頁至 00166 頁)。
19. N 律師於 2016 年 8 月 29 日以葡語回覆了上述公函，經翻譯後，預審員得悉 N 律師於回覆函中提請就全部事實事宜作出聽證，並指定了 Y、Z 及 AA 醫生作為辯方證人。並且再次請求嫌疑人及其辯護人得出席於證明措施中。經說明理由後，預審員批准就全部事實事宜分別聽取上述三名辯方證人。但對於另一項請求，預審員為免證人在被聽取之時證言受到影響，以及考慮到該請求屬拖延性質故駁回嫌疑人及其委任的辯護人在預審員聽取證人時在場的申請。然而，並不影響三名辯方證人分別所委託的律師在不影響證明措施進行的情況下在場。此外，亦不影響於聽取所有證人後，將作成的聲明筆錄寄予嫌疑人及其辯護人，以就有關筆錄內容發表意見(見卷宗-補足之證明措施第 00167 至 00202 頁及 00218 頁)。
20. 預審員於 2016 年 9 月 29 日向 Y(廣州)、Z(北京)及 AA(武漢)醫生寄發了具收件回執的掛號信函，邀請三名辯方證人在指定日期前往位於澳門特別行政區若憲馬路仁伯爵綜合醫院之內外科大樓 C1 遠程會議中心會議室，為題述的事宜以辯方證人身份作證及作成聲明筆錄(見卷宗-補足之證明措施第 00203 頁至 00211 頁)。
21. 經說明理由獲本局局長於 2016 年 10 月 5 日作出批示，同意將聽取聲

- 明之期限延長(見卷宗-補足之證明措施第 00212 頁至 00216 頁及)。
22. 於 2016 年 10 月 25 日為了解嫌疑人在書面答辯中所指定的三名辯方證人是否出席作出聲明，以電話聯絡 N 律師作出溝通。此外，上述三名辯方證人於 2016 年 11 月 1 日獲局長批准，以醫務專業人員的身份明確承諾及保證將按第 8/2005 號法律《個人資料保護法》對為作出聲明筆錄之目的而得悉的個人資料負保密義務的情況下，得查閱患者的病歷紀錄及倘需要的其餘卷宗文件(見卷宗-補足之證明措施第 00219 至 00225 頁及 00241 至 00245 頁)。
  23. 於 2016 年 10 月 26 日收到 N 律師的來電。N 律師表示可以肯定 Y 醫生可於 2016 年 11 月 3 日早上 10 時正到本局作聲明筆錄。並為通知之用提供了 AA 醫生的電郵地址、Z 醫生的電郵及工作地址。為此，於 2016 年 10 月 28 日向 AA 醫生發出了電郵，同時亦向 Z 醫生發出了電郵及特快專遞信函(見卷宗-補足之證明措施第 00226 至 00233 頁)。
  24. 預審員原本約定於 2016 年 11 月 3 日聽取 Y 醫生，N 律師亦已確認 Y 醫生將會出席，但在約定當天 Y 醫生卻沒有出席於措施。秘書主動致電予 N 律師始獲悉 Y 醫生當天不會出席。及後，主要考慮到 Y 醫生是鑒於其病人需進行緊急手術及有重要的緊急會議而缺席於措施當中，故預審員決定在 Y 醫生提交解釋缺席原因的相關書面文件的情況下，批准將聽取 Y 醫生聲明日期更改為 2016 年 11 月 10 日。惟 Y 醫生又再表示需改期至 2016 年 11 月 14 日，預審員最後經分析、審議及分析解釋原因後，仍批准了有關改期申請，而該措施亦已於 2016 年 11 月 14 日完成(見卷宗-補足之證明措施第 00234 至 00240 頁、第 00251 至 00255 頁，以及第 00256 至 00435 頁)。
  25. 鑒於預審員先前已對 Z 醫生及 AA 醫生發出通知，惟一直並未獲積極回應，加上有辯方證人曾出現無預先通知而缺席等的情況，預審員於 2016 年 11 月 3 日發出第 PD-04/2013-19 號公函予 N 律師說明有關情況，其

中亦強調所有聽取辯方證人措施(包括Z及AA醫生)之進行均不得超逾2016年11月14日(見卷宗-補足之證明措施第00246至00248頁)。

26. 為了解Z醫生能否確實於2016年11月8日出席,以及AA醫生能否確實於2016年11月14日出席。根據預審員的指示,本紀律程序的秘書於2016年11月7日致電N律師。N律師表示已收悉第PD-04/2013-19號公函,此外因嫌疑人現時正在放假,故N律師也不清楚辯方證人能否出席(見卷宗-補足之證明措施第00249頁)。
27. 根據預審員的指示,本紀律程序的秘書於2016年11月8日到達內外科大樓C1遠程會議中心會議室,對將向證人Z醫生進行的聲明筆錄作準備工作。惟等候至約定時間辯方證人Z醫生一直未出現。最後,Z醫生缺席於措施,亦沒有收到任何具體消息或通知(見卷宗-補足之證明措施第00250頁及00435頁)。
28. 根據預審員的指示,本紀律程序的秘書於2016年11月14日到這內外科大樓C1遠程會議中心會議室,對將向證人AA醫生進行的聲明筆錄作準備工作。惟等候至約定時間辯方證人AA醫生一直未出現。最後,AA醫生缺席於措施,亦沒有收到任何具體消息或通知(見卷宗-補足之證明措施第00436頁及00435頁)。
29. 預審員於2016年11月15日收到N律師於提交書面答辯期限以外的日期(即於2016年11月11日提交)的聲請書,當中要求預審員採取將差異、被忽略,以及缺失資料附入卷宗等措施。為此,預審員經分析、審議後,認為有關請求採取之措施為逾期作出的。然而,考慮到在有關聲請書中指出附於本卷宗之病歷紀錄的紙本欠缺醫院內聯網實驗室的電腦病歷紀錄。同時亦考慮到本紀律程序的複雜性,以及為查明倘有之違紀行為或不當情事,故已向本局局長申請獲取該患者之醫院內聯網實驗室的電腦病歷紀錄。除此之外,預審員亦留意到所謂有差異、被忽略的資料,抑或是患者之醫院內聯網實驗室的電腦病歷資料,這

些資料數據事實上並不會影響控訴書內之任何事實或結論。這是由於有關數據所嘗試顯示的只是患者於反覆出血前、後曾處於短暫相對平穩的狀況，該等數據是缺乏指徵作用的(見卷宗-補足之證明措施第00437至00442頁、第0447(a)頁、第0450頁，以及第0457至0485頁)。

30. 預審員於2016年11月16日透過第PD-04/2013-20號公函通知N律師，Z及AA醫生缺席於措施，並請其就Y醫生的聲明筆錄發表意見(見卷宗-補足之證明措施第00443至00445頁)。

31. 預審員於2016年11月18日始收到Z醫生的一封電郵表示“來信收悉感謝邀請，希望11月28日作為A事件辯方証人去澳門。本時間是否合適，請告知”。預審員已於即日回覆該電郵，經說明理由後決定不批准其於2016年11月14日之後作出聲明。及後，Z又再以電郵解釋，主要表示只收到第二封郵件，於11月8日當天有重要事務故已發簡短電郵說不能出席，同時以為是任何時間都可以去參加的，強調聲明願意作為證人(見卷宗-補足之證明措施第00449至00431(a)頁、第00434(a)至00435(a)頁、第0437(a)頁，以及第0443(a)頁)。為此，預審員再次透過電郵於2016年11月21日回覆Z醫生，預審員的兩封回覆電郵之主要概述如下：

31.1 於2016年9月29日已向Z醫生的住處發出第PD-04/2013-14號公函，通知其於二零一六年十一月八日(星期二)，早上十時正，將在澳門特別行政區若憲馬路仁伯爵綜合醫院之內外科大樓C1遠程會議中心會議室，以辯方證人身份作證及作成聲明筆錄。若需更改所定之日期或未能出席，需提供相關證明文件及說明改期/缺席之理由；

31.2 除此之外，亦特意就上述內容於2016年10月28日向Z醫生發出了電子郵件再作通知；

31.3 於2016年10月28日，就上述內容又再向Z醫生的工作單位

- 發出了第 PD-04/2013-18 號公函；
- 31.4 於 2016 年 11 月 3 日，經說明理由向 A 醫生的辯護律師寄發了第 PD-04/2013-19 號公函，強調無論如何所有聽取辯方證人措施(包括 Z 醫生)之進行均不得超逾 2016 年 11 月 14 日；
- 31.5 然而，Z 醫生卻缺席於二零一六年十一月八日早上 10 時正之措施，等待至 2016 年 11 月 8 日上午 11 時正 Z 醫生仍然沒有出現，亦沒有收到任何具體消息或通知；
- 31.6 未成功寄予 Z 醫生的公函編號為第 PD-04/2013-14 號公函；
- 31.7 縱使 Z 醫生沒有收到第 PD-04/2013-14 號公函，但於 2016 年 10 月 28 日經已向 Z 醫生發出了電子郵件作通知；
- 31.8 再者，於 2016 年 10 月 28 日亦已向 Z 醫生的工作單位發出了第 PD-04/2013-18 號公函。根據中國郵政的速遞物流紀錄，郵件號碼為 EE310164130MO 的第 PD-04/2013-18 號公函於 2016 年 11 月 3 日中午 12:09 已成功投遞並簽收；
- 31.9 對於 Z 醫生所述曾發送的簡短郵件，預審員強調在 2016 年 11 月 14 日之前從未曾收過該郵件；
- 31.10 根據前述之理據及分析，仍然未能確切知悉 Z 醫生缺席之解釋為何。故重申由於 Z 醫生在無任何通知的情況下缺席於措施，且現提出的請求亦欠缺說明理由，同時亦考慮到紀律程序期限的限制，尤其考慮到該請求為逾期作出。預審員亦有必要考慮到本身職務之時間安排，故決定維持不批准 Z 醫生於 2016 年 11 月 14 日之後作出聲明的決定。
32. 預審員於 2016 年 11 月 19 日始收到 AA 醫生的一封電郵表示“鑒于我的簽証于今天才拿到手，看時間如何安排。謝謝。AA”。預審員於 2016 年 11 月 21 日回覆了該電郵(見卷宗-補足之證明措施第 0433(a)頁及第 0436(a)頁)，該回覆 AA 醫生的電郵主要概述如下：

- 32.1 於2016年9月29日已向AA醫生發出第PD-04/2013-15號公函，通知其於二零一六年十一月十四日(星期一)，早上十時正，將在澳門特別行政區若憲馬路仁伯爵綜合醫院之內外科大樓C1遠程會議中心會議室，以辯方證人身份作證及作成聲明筆錄。若需更改所定之日期或未能出席，需提供相關證明文件及說明改期/缺席之理由；
- 32.2 及後，本紀律程序秘書於2016年10月26日收到N律師之來電，N律師表示仍未能確認AA醫生能否如期出席，並提供了AA醫生的電郵地址；
- 32.3 於2016年10月28日向AA醫生發出了電郵作通知；
- 32.4 根據預審員的指示，於2016年11月3日，經說明理由向N律師寄發了第PD-04/2013-19號公函，強調無論如何所有聽取辯方證人措施(包括AA醫生)之進行均不得超逾2016年11月14日；
- 32.5 除此之外，於2016年11月7日又再致電N律師。N律師在電話中確認已收悉上述第PD-04/2013-19號公函。而對於AA醫生能否出席一事N律師卻表示不清楚，因嫌疑人現時正在放假，離開了澳門，未能聯絡上，待有進一步消息後會再與秘書聯繫；
- 32.6 最後，AA醫生缺席於二零一六年十一月十四日早上10時正之措施，等待至2016年11月14日上午11時正，AA醫生仍一直沒有出現，亦沒有收到任何具體消息或通知；
- 32.7 AA醫生於2016年11月19日始發出一簡短的電子郵件，表示已取得簽證且欲安排時間作出聲明筆錄；
- 32.8 根據以上所述，由於AA醫生在無任何通知的情況下缺席於措施，且於2016年11月19日始發出一簡短的電子郵件，欠缺

說明理由，同時亦考慮到紀律程序期限的限制，尤其考慮到請求是在超逾進行措施的期限後發出。預審員亦有必要考慮到本身職務之時間安排，故決定不批准AA 醫生於2016 年11 月14 日之後作出聲明。

33. 就Y 醫生的聲明筆錄，N 律師於2016 年11 月24 日發表了意見(見卷宗-補足之證明措施第0452 頁至0456 頁，以及第0486 頁至0503 頁)。而預審員對該意見的主要分析如下：

33.1 N 律師表示就預審員僅向Y 醫生(下稱“Y 醫生”)提供並宣讀控訴書的內容，並只就書面答辯的內容向證人作出詢問的做法，顯然是對控訴書中所載事實的遺漏；

33.2 對於上點所指之質疑，預審員表示不認同。因為，書面答辯的編寫是基於控訴書所載的事實而作出的反駁，故Y 醫生對於書面答辯每一事實的回答完全涵蓋並對應了控訴書所載的每一事實。加上，根據Y 醫生2016 年11 月14 日作出的聲明顯示，Y 醫生經預審員詢問後表示“已完全明白於控訴書及書面答辯內所指的全部內容及事宜”……此外亦“表示無其它事宜再作補充”，故可由此而證實Y 醫生的聲明不存在任何遺漏；

33.3 對於Y 醫生聲明筆錄第9、57 及71 條的回答，N 律師欲再請Y 醫生就這幾條的回答內容作澄清；

33.4 對於上點所提請的要求，預審員認為有關申請缺乏理據。這是由於，根據Y 醫生的聲明內容所載：“聲明人確定所述與事實相符，並表示經閱讀本聲明筆錄內所記錄的全部內容後確認與其所述無異並簽署確實”。故此，Y 醫生在作出聲明當時，有關回答完全合符其意願。鑒於證人不應被影響的原則，以及亦考慮到有關聲明筆錄的真確性，不存在Y 醫生需再次

澄清的理據；

- 33.5 對於書面答辯的中文譯本存在好幾處翻譯上用字差異的問題，預審員表示同意修改在書面答辯第38、47、51、56、65、67及第84條的翻譯用字。但強調該等翻譯上的用字差異絕不會導致作為專業醫護人員在根據一般經驗法則去理解面書辯護當中之內容時產生任何錯誤理解的影響；
- 33.6 除此之外，對於N律師再次提請聽取兩名證人的申請。預審員再次強調一直以來均有透過電話、電郵、書面信函或與N律師/嫌疑人聯絡的方式，務求能夠成功聽取全部辯方證人作出的聲明。有別於Y醫生，Z和AA醫生均在無任何通知的情況下缺席於措施，預審員根據前述的理據決定維持不批准兩名辯方證人於2016年11月14日之後作出聲明的決定。此一決定並非只考慮到紀律程序期限的限制，而是預審員經考慮並縱合分析各方因素後而作出的決定(詳見卷宗-補足之證明措施第0486頁至0503頁)。
34. 預審員於2016年11月28日獲提供患者之醫院內聯網實驗室的電腦病歷紀錄(見卷宗-補足之證據措施第0457至0485頁)。
35. 對於嫌疑人書面答辯及於2016年11月24日針對辯方證人Y之聲明筆錄(見卷宗-補足之證明措施第00088頁至00109頁，以及00145頁至00151頁)所提出的主要質疑及發表的意見，預審員經分析後作出的審視如下：
- 35.1 對於嫌疑人表示完全同意前預審員的建議之有關反駁，預審員並不能給予認同。因為，每一預審員的調查均為獨立、公正及基於所調查之事實為依據的。再者，經預審員採取補足之證明措施及一系列更深入之分析後，預審員得出的結論不一定會或並不必一定需要符合前預審員的結論。此外，值得

強調的是，現任預審員與前任預審員不同的是擁有專業醫療人員的身份；

35.2 對於嫌疑人表示非外科醫生便無醫護能力評估嫌疑人所使用之外科技術的質疑，預審員更不能給予認同。因為，所有有關本個案作出的分析均為完全具依據，經反覆聽取合資格之人士的專家聽證而作出的。就正如控訴書內的分析所得出的結論為，微創外科訓練中心的總監 C 醫生的專家見解具有其依據，因為預審員應採納在調查程序中所有獲得的、應被考量的因素、更中肯及全面的，以及由有經驗的醫生作出的專家見解；

35.3 對於嫌疑人表示預審員使用不接納證言之瑕疵，以及使用不應採納之證據之瑕疵的有關質疑，預審員完全不能給予認同。這是由於，微創外科訓練中心的總監 C 醫生的專家見解具有其依據，預審員作為專業醫療人員得對在紀律程序調查中獲得的所有文件作出分析及在技術層面上作出具依據的裁量。對於附於本紀律程序卷宗的文件，其本身有其文書的證明力，故有關微創外科訓練中心的總監 C 醫生的專業見解同樣亦具有一定的文書證據效力。再者，縱使該專家見解對於預審員並沒有約束力，但無礙作為附於卷宗的書證文件之一，預審員絕對能夠同意及採信文件當中被紀律程度合資格的證人們認同的專家見解；

35.4 除此之外，預審員需要強調的是與刑法相反，紀律責任的其中一個特徵，“就是對過錯較少的要求”，意即“紀律懲處法則在這方面較為寬鬆，通常亦包括單純過失或不小心”，在此有必要引用 Manuel Leal-Henriques《紀律懲處法教程》(中文版的第二版)的第38頁1.2點有關紀律責任的特徵的見解部

- 分。明顯，在本個案中預審員謹慎的對所有因素作出了綜合分析，並採納了更中肯及全面的專家見解，根據應有程序聽取了嫌疑人及辯方證人，以及作出了具依據的控訴及建議；
- 35.5 對於嫌疑人表示第20114076號及第20114076/II號急症外科手術皆以高要求的技術修正進行，而嫌疑人亦遵守了醫生職程法律制度第11條第3項之規定；以及，
- 35.6 嫌疑人表示有關剖腹術及以腹腔鏡施行手術之間之轉換問題，衛生局欠缺強制守則及內部協議規定在甚麼情況下應該選擇一項技術而放棄另一種技術的有關質疑；
- 35.7 對上述之質疑，預審員完全不能給予認同。主要由於考慮到控訴書第25至33條所述之事實依據，尤其考慮到雖然本局無強制守則或內部協議規定，但作為一個具經驗的外科顧問醫生應該以病人最大的利益為考量選擇手術處理方法，但嫌疑人並未為之，沒有以更嚴謹求實的原則，為病人選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式；
- 35.8 對於嫌疑人表示透過腹腔鏡而進行胰十二指腸切除術是由嫌疑人以主要外科醫師的身份作出的，嫌疑人曾與外科主管AB外科醫生對該手術進行討論，考慮到癌症的種類、病人的身體狀況以及由於相對透過剖腹術而進行胰十二指腸切除術，該手術是一項較為保守及其風險較低；以及，
- 35.9 嫌疑人表示腹腔鏡的好處為：1)擴大手術時的視野(令到更清楚留意到解剖的結構)；2)較快恢復；3)較少創傷；4)可以更加準確進行，因為不直接用手進行手術及在腹部及其他器官的手術創傷較小；5)較小影響免疫系統；6)較少術後併發症；7)較少傷害；8)不會導致組織的切割及大範圍的疤痕；9)對人體較少後遺症；以及，

- 35.10 嫌疑人表示自腹腔鏡 Whipple 術完結(2011 年 12 月 21 日下午 11 時 20 分)直至 2011 年 12 月 22 日下午 2 時，病人的血紅蛋白水平及身體指標(生命的信號)均是正常的；以及，
- 35.11 嫌疑人表示明顯地在透過腹腔鏡作出的胰十二指腸切除術進行時及隨後的 14 小時，病人並沒有出血，而且相較於手術前所檢測的數值，其血紅蛋白水平及身體指標(生命的信號)數值皆有好轉。這個情況代表着該手術順利進行，沒有出現需要轉換為較侵略性的剖腹術的併發症；
- 35.12 對上述之質疑，預審員雖然部份給予認同，預審員同意腹腔鏡 Whipple 手術的好處，但綜合各方面的意見，及考慮到控訴書所述之事實依據，認為在決定手術術式的採用時，主刀醫生亦有必要考慮自己的經驗及能力。在本地區亦沒有腹腔鏡 Whipple 手術範疇具權威的指導醫生的情況下，是次個案中的手術是嫌疑人進行的第一例腹腔鏡 Whipple 手術，對於在緊急手術的情況下術式之採用，此一考慮亦是主刀醫生自己應衡量的重點；
- 35.13 對於嫌疑人表示 2011 年 12 月 22 日下午 2 時，病人突然感到痛楚，引流管出血，因此血壓降低，但到了下午 2 時 20 分時，其血壓回到正常水平(正如病人病歷所記載)，這現象在醫學專有名稱為少量出血。如果這是大量出血，則血壓會不斷降低，而不是當時相反的情況；以及，
- 35.14 嫌疑人表示第二次手術開始時，以腹腔鏡經前次切口探查，見腹腔內有 2300ml 血液和血凝塊，當手術完結後重新檢查發現腹腔內有 2500ml 血液和血凝塊(情況正如病人病歷中所載)。此 2 次量度數值(以腹腔鏡施行緊急手術的開始及結束時量度)顯示只有 200ml 血液的流失，此代表著手術是適當的，

而流失的血液是小量的；以及，

- 35.15 嫌疑人表示由於這 2300ml 血液和血凝塊，手術的切口擴大，同時由於嫌疑人知道出血口的位置，所以可以容易地透過使用腹腔鏡將該處止血。這就是為何嫌疑人決定以腹腔鏡施行手術的原因；
- 35.16 對上述之質疑，預審員絕對不予認同。主要由於考慮到控訴書第 25 至 33 及 45 條所述之事實依據，預審員需要釐清的實際情況是，患者引流管出血、血壓下降及第一次緊急手術(編號：N° 20114076)中發現 2300ml 血液及血凝塊，面對此情況肯定不會仍然屬於“少量出血”。2300ml 血液量接近人體總血量的一半，第一次手術(編號：20114072)後出現此大量的出血，預審員認為嫌疑人應採用較為適合的方法，如開腹手術去探查出血的原因，而非單純的只以止血為目的。而且，事實是在第一次緊急手術(編號：N.º 20114076)時沒有更清晰的探查，而未能及時發現潛在出血點，故完成手術短時間內出現其他部位出血；
- 35.17 對於嫌疑人表示第三次以腹腔鏡施行的緊急手術(編號為 20114076/II)在 2011 年 12 月 22 日下午 10 時 05 分至 12 月 23 日凌晨 00 時 50 分結束，手術中並沒有發現活血性出血之源點，但就發現到「active oozing at liver capsule (S6) and retroperitoneal space (perirenal fascia)」，亦即是，在肝囊及腹膜后區域(周筋膜)出現血液滲出的現象(亦即和手術報告內容一致)。因此，第二次和第三次以腹腔鏡施行的緊急手術裡病人所出血地方是不同的，明顯地在控訴書第 26 條將這個情況忽略；以及，
- 35.18 嫌疑人表示出血地方的不同亦證明了先前的手術是成功的，

- 亦即是在脾臟血管分支的出血點得到遏止及停止；以及，
- 35.19 嫌疑人表示必需強調的是血液的滲出已經停止，因此第三次以腹腔鏡施行的緊急手術是成功的(和相關手術於第 188 頁所載的「no more active oozing」相同)；以及，
- 35.20 嫌疑人表示在第三次手術中，亦發現了多個微小的出血點，所以凝血的問題是有可能出現的；以及，
- 35.21 嫌疑人表示面對這個情況，使用腹腔鏡的方法是較好的，因為會帶來較少創傷；而使用剖腹術應會帶來更多創傷以及出血的風險應該會更加大；
- 35.22 嫌疑人表示當在手術進行前已經預料到出血的源點或出血之中心點位置時，更常用的指引是使用腹腔鏡的；而當不清楚出血的源點時則使用剖腹術會較好。嫌疑人是按其專業意見選擇一種令病人更為合適的方法；
- 35.23 對上述之質疑，預審員絕對不予認同。主要由於考慮到控訴書第 20 至 33 及 45 條所述之事實依據，預審員認為嫌疑人進行的第一次及第二次緊急手術(編號：N.º 20114076 及 N.º 20114076/II)雖然不排除可以理解為能短暫成功止血，但預審員再次強調，徹底查清出現併發症的原因，更為重要。預審員始終認同反覆出血與病人隨後出現的一系列併發症不能無任何關係；
- 35.24 對於嫌疑人表示無論是第二次還是第三次手術，為了治癒所發現的出血，現任外科主管 D 醫生均是在場的(2011 年 12 月 22 日在急症室樓梯)，雖然他不是直接參與以腹腔鏡施行的緊急手術，但是他是在嫌疑人身旁並給予處理止血的意見，使病人停止出血；以及，
- 35.25 嫌疑人表示事實是嫌疑人並非在沒有諮詢直屬上級意見的情

況下作出該行為，同時嫌疑人亦是熱心地及嚴謹地進行該手術；

35.26 對上述之質疑，預審員認為作為患者的主診醫生其應承擔的職責無可推卸，有關根據患者當時最確切及具體情況而作出衡量及判斷的責任，並不能由於嫌疑人曾否向上級尋求意見便可被免除或被推卸掉。再者，嫌疑人亦未能就其論點作出具依據支持的引證；

35.27 對於嫌疑人表示已成功地停止脾臟血管分支的出血，代表著手術以成功結束，同時亦沒有必要將手術轉為剖腹術。在所有為病人進行的手術裡，嫌疑人為了減輕病人的痛苦及痛楚，其是高度集中及熱心付出的。明顯地在所有的決定中，嫌疑人會將病人的利益放在最重要的位置，嘗試利用侵略性較少及對病人產生較少痛楚的方法去解決病人的問題；以及，

35.28 嫌疑人表示如使用剖腹術，對病人會帶來更嚴重的後果；以及，

35.29 嫌疑人表示其並沒有違反第 10/2010 號法律第 11 條第 3 項有關職業義務、醫生專業道德規則第 6 條規定之職業精神及公共行政工作人員通則第 279 條第 2 款 b 項規定之義務之規定；

35.30 對上述之質疑，預審員絕對不予認同。主要由於考慮到控訴書第 20 至 46 條所述之事實依據，尤其預審員根據事實顯示，嫌疑人經過前兩次手術仍未能有效地控制患者的內出血情況，導致患者多次出現血壓急降、血紅蛋白亦從 9.6g/dL 降至 6.5g/dL 的低水平、以及引流管引流出血液和血凝塊的情況。惟，於第三次手術嫌疑人仍堅持使用腹腔鏡技術。此外，事實上第二次手術 N.º 20114076 加上第三次手術 N.º 20114076/II 患者的出血總量達到了 3600ml。鑒此，預審員始終認為嫌疑

人第三次以腹腔鏡為患者施行的緊急手術(編號為20114076/II)，以及對所出現的大量出血之情況沒有作出全面的考量，而且亦沒有採取更有效的方法去處理併發症。

36. 就辨方證人Y醫生聲明筆錄的概要(見卷宗-補足之證明措施第00256至00435頁)預審員的主要審視如下：

36.1 Y醫生的觀點為，嫌疑人具備操作胰十二指腸切除術(whipple術)的能力。在這次的手術後也完成了多例類似的手術；以及；

36.2 Y醫生的觀點為，腹腔鏡手術基本取代了開腹手術，因為圖像放大，傷口小，也能透過原來的小切口快速進入腹腔進行操作，如果腹腔鏡手術不能止住出血處，以及不能發現出血的位置，才需要中轉為開腹手術進行手術操作；以及，

36.3 Y醫生的觀點為，本例病人第二次緊急手術的出血點和第一次是不一樣的，是屬於廣泛的凝血功能障礙所引起的腹腔多處滲血；以及，

36.4 Y醫生的觀點為，第三次緊急手術後到患者死亡，相差超過一個禮拜，而且死亡原因不是直接由於出血死，而是胰漏引起的多器官功能衰竭；以及，

36.5 Y醫生的觀點為，根據現今的技術來說不一定要用開腹來控制，倘若已經知道了出血點的位置也不一定是用開腹術會較好。當中也涉及使用超聲刀的風險有關，使用超聲刀後，傷口也可能會因身體移動或血壓升高等誘因導致出血；以及，

36.6 Y醫生的觀點為，嫌疑人已及時、盡力地處理了問題，在此沒有責任事故的問題，但只是出來的效果不良；以及，

36.7 Y醫生的觀點為，外科醫生和內科醫生的觀點是會很不同的，故可以再聽取另一位專家的觀點，這樣會更公平；以及，

36.8 Y醫生的觀點為，在手術後短期內沒有大出血；以及，

- 36.9 對於“2011年12月22日下午2時，病人突然感到痛楚，引流管出血，因此血壓降低，但到了下午2時20分時，其血壓回到正常水平(正如病人病歷所記載)，這現象在醫學專有名稱為少量出血”的情況。就這情況，Y醫生的觀點為，並不代表不存在大出血的情況，也不一定就是少量出血；以及，
- 36.10 Y醫生的觀點為，可能是出現了凝血功能的問題；以及，
- 36.11 Y醫生的觀點為，使用剖腹術也並不一定會對病人帶來更嚴重的後果；
- 36.12 對Y醫生上述的觀點，預審員給予部份認同，預審員同意使用剖腹術也並不一定會對病人帶來更嚴重的後果。除此之外，經分析、審理後預審員認為主醫生提供的聲明筆錄主要是強調嫌疑人有足夠能力進行腹腔鏡whipple手術，而且強調腹腔鏡手術較開腹手術為佳。但同時，Y醫生卻忽略了其實病人出現大量出血的併發症時，去查明原因較單純止血是更為重要的。再者，Y醫生在聲明中亦僅僅只是推測可能出現了凝血功能的問題，Y醫生亦未能進一步證明患者隨後出現的胰漏絕對與手術後出現多次大量出血無連帶關係。故預審員認為Y醫生的聲明筆錄並未能否決預審員認為嫌疑人所作出的行為是應該受到歸責之判斷。

#### 第六部分 分析

37. 就嫌疑人作出的上述行為，存在違反第10/2010號法律《醫生職程制度》第十一條第(三)項規定作為醫生的特別義務的過錯事實，以及有違衛生局規章制度(2008年)版第三章第六條的專業精神，此外嫌疑人的上述行為亦同時違反了公務員一般義務中的熱心義務，對此之有關綜合分析如下：

- 37.1 就嫌疑人為患者施行“Laparoscopic Whipple Operation”(腹

腔鏡 Whipple 術)的判斷及所選取的治療方案方面、施行三次外科手術有關的知情同意書的事宜，以及嫌疑人是否有資格進行“腹腔鏡 Whipple 術”的問題，因有關“腹腔鏡 Whipple 術”的術式選擇是得到科室的認同，故在這方面並不能總結出嫌疑人曾作出應被紀律譴責的行為；

37.2 然而，嫌疑人於2011年12月21日，為患者施行“Laparoscopic Whipple Operation”（腹腔鏡 Whipple 術），及隨後於2011年12月22日，因患者出現出血性休克等問題，嫌疑人對其進行了兩次緊急手術，且均是採用腹腔鏡探查技術，雖然最終患者的出血情況受到了一定的控制，但隨後出現胰漏情況，轉入了深切治療部治療，至2012年1月10日晚上10:48患者臨床死亡；

37.3 經過對不同參與患者治療醫護人員的筆錄、病歷紀錄數據等的分析，以及根據醫療活動申訴評估中心第三八九次的會議記錄，並且根據B醫生及K醫生之聲明筆錄，證實C醫生的專家見解具有一定的權威及客觀性。C醫生認為“個案的第一次手術採用腹控鏡做手術是可取的，但第二次和第三次手術如採用開腹更加合理、穩妥，處理嚴重出血併發症，很少會選擇用腹腔鏡的方式處理”（見卷宗-Vol VI 第1864至1872頁及見卷宗-補足之證明措施第00014至00018頁）；

37.4 關於第三次手術N.º 20114076/II，核心問題是使用了腹腔鏡探查技術而非剖腹探查技術。事實顯示，嫌疑人經過前兩次手術仍未能有效地控制患者的內出血情況，導致患者多次出現血壓急降、血紅蛋白亦從9.6g/dL降至6.5g/dL的低水平、以及引流管引流出血液和血凝塊的情況。惟，於第三次手術嫌疑人仍堅持使用腹腔鏡技術。此外，事實上第二次手術 N.º

20114076 加上第三次手術 N.º 20114076/II 患者的出血總量達到了 3600ml，鑒此，可見嫌疑人在面對須為患者進行第三次手術 N.º 20114076/II 時，沒有為患者的安全情況以更謹慎的態度作全面的考量，亦沒有以有效的方式去改善所採用的止血術式，並且在面對以病人最大利益為依歸的情況下，沒有抱持更嚴謹求實的原則為患者選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病人的安全和保障病人的最大權益；

37.5 就嫌疑人上述的行為，即使並非故意為之但亦已構成違紀行為，因嫌疑人在執行職務時，作為專業的醫生(普通外科顧問醫生)應該要有足夠的能力及以更嚴謹求實的原則，為病人選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病人的安全和保障病人的最大權益。

37.6 綜上所述，根據載於第 10/2010 號法律《醫生職程制度》第十一條第(三)項“熱心專注執行職務，負責小組工作，確保醫療服務的持續提供並保障質素，以及使所有參與者有效配合”的規定，存在嫌疑人違反該特別義務的過錯事實；

37.7 以及有違載於衛生局規章制度(2008 年)版第三章第六條的專業體神“醫生須無私、熱心、勤謹、保密。技術上嚴謹求實，精益求精”的規定；

37.8 綜上所述，按《通則》第二百八十一條的規定，以及根據本紀律程序調查所得的結果證實，嫌疑人存在沒有以有效之方式及盡心之態度執行其職務的過錯行為，並且足以證實嫌疑人沒有為患者的安全情況以更謹慎的態度作全面的考量，亦沒有以有效的方式去改善所採用的止血術式，並且在面對以病人最大利益為依歸的情況下，沒有抱持更嚴謹求實的原則為患者選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病

人的安全和保障病人的最大權益。鑒此，嫌疑人的上述行為存在違反其須遵守之公務員一般義務中的熱心義務(《通則》第二百七十九條第二款b)項及第四款)的過錯事實。

38. 除上述預審員明確表示同意嫌疑人的書面答辯的部分外，基於以上所陳述之所有理據，尤其本最後報告書第五部分所載之分析，預審員認為嫌疑人A 醫生書面辯護的理由不成立。

#### 第七部分 結論

39. 綜上所述，根據本紀律程序所有卷宗的查證事實及分析結果，證實：
- 39.1 嫌疑人於 2011 年 12 月 21 日，為患者施行“Laparoscopic Whipple Operation” (腹腔鏡 Whipple 術)，及隨後於 2011 年 12 月 22 日，因患者出現出血性休克等問題，嫌疑人對其進行了兩次緊急手術，且均是採用腹腔鏡探查技術，雖然最終患者的出血情況受到了一定的控制，但隨後出現胰瘻情況，轉入了深切治療部治療，至 2012 年 1 月 10 日晚上 10:48 患者臨床死亡；
- 39.2 關於第三次手術 N.º 20114076/II，核心問題是使用了腹腔鏡探查技術而非剖腹探查技術。事實顯示，嫌疑人經過前兩次手術仍未能有效地控制患者的內出血情況，導致患者多次出現血壓急降、血紅蛋白亦從 9.6g/dL 降至 6.5g/dL 的低水平、以及引流管引流出血液和血凝塊的情況。惟，於第三次手術嫌疑人仍堅持使用腹腔鏡技術。此外，事實上第二次手術 N.º 20114076 加上第三次手術 N.º 20114076/II 患者的出血總量達到了 3600ml。鑒此，可見嫌疑人在面對須為患者進行第三次手術 N.º 20114076/II 時，沒有為患者的安全情況以更謹慎的態度作全面的考量，亦沒有以有效的方式去改善所採用的止血術式，並且在面對以病人最大利益為依歸的情況下，沒有抱

持更嚴謹求實的原則為患者選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病人的安全和保障病人的最大權益；

39.3 就嫌疑人上述的行為，即使並非故意為之，但亦已構成違紀行為，因嫌疑人在執行職務時，作為專業的醫生(普通外科顧問醫生)應該要有足夠的能力及以更嚴謹求實的原則，為病人選擇安全可靠、合適及最有成效的治療方式，確保病人的安全和保障病人的最大權益；

39.4 在本個案中沒有加重情節；

39.5 根據人事處透過第 1284/NI/DP/2014 號內部工作備註提供的“紀律記錄證明書”所載(見卷宗-Vol I 第 0072 至 0074、0129、卷宗-Vol V 第 1499 至 1501 頁、卷宗-Vol VI 第 1841 至 1843 頁及卷宗-Vol VI 第 1957 至 1959 頁)：

- 嫌疑人在衛生局工作 20 年以上，且工作評核均為“良”或以上(見《通則》第 282 條 a)項)；
- 載於 2008 年 9 月 3 日刊登於《澳門特別行政區公報》第 36 期第二組，獲社會文化司司長於 2008 年 8 月 27 日所簽發之批示，給予嘉許(見《通則》第 282 條 c)項)；
- 欠缺故意(見《通則》第 282 條 g)項)。

39.6 嫌疑人對自身的專業工作有積極進取的意向，並受其他一同工作的同事所肯定，而且當病人出現併發症時及時地採取了措施去補救(見卷宗-Vol IV 第 1110 至 1441 及見卷宗-Vol VI 第 1741 至 1802 頁)；

39.7 嫌疑人沒有違反紀律的前科。

40. 根據控訴書中已證之事實，以及尤其根據本最後報告書第 39.2 至 39.7 點所指由嫌疑人 A 醫生作出的違紀事實是在自願、自由和自主的情況下作出的，根據《通則》第 316 條第 1 款的規定，經考慮本程序中之

已證事實，並已考慮違紀者的過錯程度及人格而酌科，以及亦已考慮到在案中存在之減輕情節，尤其於本最後報告書第 39.5 至 39.7 點所述的減輕情節。嫌疑人的有關行為違反了第 10/2010 號法律《醫生職程制度》第十一條第(三)項規定作為醫生的特別義務，以及有違衛生局規章制度(2008 年)版第三章第六條的專業精神，此外嫌疑人的上述行為亦同時違反了《通則》第 279 條第 2 款 b) 項，以及同一條文第 4 款規定的公務員一般義務的熱心義務，由此構成《通則》第 281 條規定的違紀行為。該違紀行為屬出於過失及誤解職務上之義務之情況，按照《通則》第 300 第 1 款 b) 項，以及第 313 條第 1 款及第 2 款 e) 項的規定，預審員的結論為應科處罰款二十日的紀律處分；根據同一《通則》第 302 條第 1 款的規定，罰款須以確定金額訂定，金額不得超過相當於嫌疑人三十日薪俸及其他固定及長期報酬之總額

#### 第八部分 建議

基於第 PD-04/2013 號紀律程序及有關補足之證明措施的調查結果，以及根據上述結論之理據，本人作出以下建議：

綜合上述的分析、事實說明和搜集所得之所有證據，以及根據《通則》第三百一十六條第一款及第二款的規定，預審員在對違紀者作出之上述違紀行為進行綜合分析及整體考量後，基於在個案中存在之減輕情節，尤其在衡量違紀者之過失程度、人格、沒有違反紀律的前科，以及其他必須考慮的因素後，預審員向局長閣下建議對本院普通外科的顧問醫生 A 科處二十日的罰款處分。

此外，建議局長閣下就本院醫護人員在新技術引入的培訓、認證及執行標準方面宜作出更深入的研究及建立更完善的機制。

根據《通則》第三百二十一條的規定，科處罰款處分屬衛生局局長的權限。並就有關決定對嫌疑人及舉報人作出適當通知。

...”。

2. 於 2016 年 12 月 16 日，澳門衛生局局長對司法上訴人科處一項相當於 20 天薪俸和其他固定及長期報酬的罰款。
3. 司法上訴人就上述決定向被訴實體提起必要訴願。
4. 澳門衛生局局長於 2021 年 03 月 08 日作出建議書編號 119/SS/P/2021，有關內容如下：

“...

就閣下於 2021 年 2 月 17 日在本年 2 月 5 日第 45/SS/P/2021 號建議書所作之批示，有關 A 醫生根據《澳門公共行政工作人員通則》第 341 條第三款的規定而提起的行政上訴，謹報告以下：

#### **附加資料**

1. 就聲稱通知錯誤及紀律程序之時效方面，除在 2021 年 2 月 5 日第 45/SS/P/2021 號建議書中提及外，我們沒有更多資料補充。
2. 就其餘瑕疵，基於以下原因，我們維持其不具任何理據之見解：

#### **2.1 因欠缺詢問所列證人而聲稱無效：**

2.1.1 經閱讀第 04/2013 號紀律程序卷宗可以清楚知道，預審員在聽取/詢問所有由嫌疑人(即上訴人)列舉之證人時出現持續的憂慮；

2.1.2 本紀律程序之預審員用了將近四個月(由 2016 年 7 月 18 日至 2016 年 11 月 14 日)的時間讓嫌疑人所列之證人在其答辯狀中提供聲明，並為此效力多次申請延長預審完結期；

2.1.3 第 04/2013 號紀律程序之預審員竭盡所能去履行所有差事，以便聽取嫌疑人在其答辯狀中所列舉之所有證人；對此，可從紀律程序預審員和上訴人之受託人，以及與其本身的證人之間持續及繁重的正式書信往來(電話及電郵)得以證實(見第 04/2013 號紀律程序第 00202 至 00211 頁)；

2.1.4 嫌疑人(即上訴人)在列舉這些證人時，深知他們難以在中國

內地取得進入澳門特別行政區所需之簽證；故此，為取得簽證而向權限單位辦理所需程序的責任應落在嫌疑人身上，而非預審員身上；

2.1.5 考慮到在本紀律程序卷宗中產生的所有證據，很難推斷出存在違反任何適度、善意及合作原則，以及侵犯嫌疑人答辯之基本權利，因為在歷時將近四個月的時間裡未能提供證詞作證乃其責任；故此，沒有聽取書面答辯狀中列舉之所有證人的責任應歸咎於上訴人的唯一及專屬過錯；

2.1.6 故此，從第 04/2013 號紀律程序卷宗中可以得知，預審員在聽取嫌疑人(即上訴人)所列舉證人的證詞時反覆作出努力；故並沒有出現為發現真相而作出任何對調查屬重要的遺漏，從而違反了辯護原則。

2.2. 因拒絕向證人解釋申請而假定無效：

2.2.1 在紀律程序中，由嫌疑人所列舉之證人在對辯階段僅針對答辯狀中所載之事實被預審員詢問；故此，嫌疑人應在書面答辯狀中展示不應歸責之事實及理據，又或者至少證明非如控訴書般所說的一樣，嫌疑人負有指出證人應被詢問之答辯事實之責任，而為各事實聽取之證人數目不應超過三名(根據《澳門公共行政工作人員通則》第 334 條第 2 款及第 335 條第 1 款的規定)；

2.2.2 綜上所述，嫌疑人在對辯階段中所列舉之證人證詞應針對答辯狀中所載的事實，而不是控訴書中所載的事實為之；故此，反駁上訴人有關“第 04/2013 號紀律程序之預審員有義務就載於控訴書中的事實聽取證人之證詞”之陳述。

2.3 因在最終報告中不存在已證和未證之事實而聲稱無效：

2.3.1 從第 04/2013 號紀律程序的最終報告中可以得知，預審員講

述了已證事實，且該等已證事實亦作為控訴書的依據。嫌疑人(即上訴人)亦適時提交其答辯狀，這可表明一點，從對相關行為認知和分析的過程來看，上訴人明白預審員提出指控的原因；

2.3.2 根據《澳門公共行政工作人員通則》第337條第1款的規定，在嫌疑人答辯階段後完成程序之預審，預審員應編製一全面及簡明之報告，並載有與違紀行為有關之事實、該等事實之定性及嚴重性，這表明了沒有義務在報告中載有未證之事實，僅純粹及單純地在預審程序後載有被視為已證之事實，因為只有這些才有可能涉及嫌疑人所觸犯之違紀行為；

2.3.3 最終報告是由預審員在產生所有被認為對案件的良好決定屬必不可缺之證據後編製而成的，其中包括了在嫌疑人答辯過程中所產生之證據；與其他證據一樣，預審員亦會作出應有的評審。現時，上訴人的論點並沒有任何根據，並透露出他並不認識《澳門公共行政工作人員通則》中涉及紀律程序之法定步驟；

2.3.4 此外，在不影響上述內容之情況下，每當指出行為出現瑕疵時，並不會構成可導致無效之絕對必要手續，正如上訴人錯誤地定性一樣。

2.4 因欠缺直接詢問證人而歸咎於可撤銷：

2.4.1 根據《澳門公共行政工作人員通則》第329條第1款及第2款的規定，紀律程序中的預審員為作出具理據之決定負有收集所有證據之義務；

2.4.2 因認為對查明真相屬適宜，預審員決定詢問作為被審議之紀律程序的證人 -- 醫療活動申訴評估中心職員，當其作出聲明時亦表明了當時有列席該中心為聽取香港專科醫生 C 先

生以外地專家身份出席而舉辦之聽證會議；

2.4.3 恰恰與上訴人所主張的相反，因醫療活動申訴評估中心職員見證了該香港醫生的證詞，故在這裡並沒有任何間接證詞可言(可為此目的參照波爾圖中級法院 2008 年 9 月 24 日在第 0843468 號案卷中之解釋性裁判)；

2.4.4 就涉及對醫療活動申訴評估中心意見作為證據之考量，有必要強調的是：當行政法院在第 242/15-RA 號案卷(針對衛生局及 A 和 Q 醫生所提出的實際履行非合同民事責任之訴)中所作之裁決，亦以該意見作為其心證，尤其是香港專科醫生 C(TONG CHUN NGA)先生所提供的證詞，此考量亦被中級法院在第 1160/2019 號案卷中再次重覆(具體可參照第 6/GJ/2021 號意見書附件七 -- 第 242/15-RA 號案卷之司法裁決第 20 頁)。

2.5 因欠缺說明理由和事實前提錯誤而聲稱可撤銷：

2.5.1 考慮到第 04/2013 號紀律程序的最終報告書的內容，尤其是以條文的方式列舉歸責上訴人的事實和上訴人被指控的違紀行為所適用的法律規定，以及對所涉及行為的認知和分析過程可以得知，嫌疑人(即上訴人)有條件得悉行政當局作出某方面和不作出其他方面的決定之原因，以致其有意識地行使其答辯權，並且完全知道自己被歸責的事實；故此，對聲稱欠缺說明理由之瑕疵並無理據；

2.5.2 考慮到在第 04/2013 號紀律程序中已證之事實，以及當被申訴的行為與實際發生之事實不符時才存在事實前提錯誤，故可輕易推斷出有關處罰性批示並沒有因事實前提錯誤而存有瑕疵。

2.6 因欠缺分析所有證據、錯誤解讀臨床資料和沒有違反職務和專業

義務而聲稱錯誤：

- 2.6.1 上訴人並沒有具體說明哪些證據沒有被紀律程序中的預審員所考慮。事實上，其負有詳細和具體地指出有關證據的責任；
- 2.6.2 紀律程序的預審員在進行分析/調查時，最重要是查明嫌疑人是否存在違反任何職業義務，預審員負有收集被認為對案件的良好決定屬必不可缺之證據，以便作出一個具說明理由之決定；
- 2.6.3 紀律程序預審員之作用是努力重組所有可能情節，查明所有已存事實，並運用所有合法手段去揭露真相，以便以全面及客觀之方式帶領程序，這已在本個案中被完全履行；
- 2.6.4 紀律程序的預審員在評審證據方面享有非常廣泛的自由，其決定在整個程序的構建中慢慢形成並獲法官所採納。從事實出發，並揀選出重要的事實，以及在現行法律體系內並根據現行法律去評價這些事實的行為是否應受到譴責；
- 2.6.5 有關事實和證據被本紀律程序之預審員充分評審，其決定是完全符合已證事實，以及根據適用於本具體個案的法律規範為之；
- 2.6.6 上訴人為避免承擔任何其推諉的責任而在紀律程序中歪曲已查明之事實，此點可以在第 242/15-RA 號案卷中已獲行政法院認定的事實中得以證明，該事實亦獲中級法院在第 1160/2019 號案卷中確認；
- 2.6.7 法院要求發表有關在第二次及第三次手術進行期間，在執行惠普爾(Whipple)程序時選擇腹腔鏡是否最適宜的做法。考慮到患者 G 之臨床情況已可證明答案並非如此，“在患者遭受到劇烈的血壓下降和失血休克後進行第二次腹腔鏡手術是

在普外科中治療出血較不合理的選擇”，而且“當考慮到患者的臨床情況，第三次腹腔鏡手術亦非一個最適合的技術”（見相關意見書附件七之法院判決第 19 至 20 頁）；

2.6.8 就醫生的過錯方面，已提及到：“如上所述，可以證實，基於仁伯爵綜合醫院醫生在第二次和第三次手術所討論的揀選方法的不合適，並因此而揭露出 A 和 Q 醫生在選擇為已逝受害人手術後出血的處理上因過錯及疏忽違反了護理規範”（見第 6/GJ/2021 號意見書附件七第 21 頁）；

2.6.9 在第 04/2013 號紀律程序中，因證實上訴人沒有按照其職業常規行事，其行為違反了第 10/2010 號法律(醫生職程制度)第 11 條(三)項所規定的特別義務、衛生局規章第三章第 6 條所規定的專業精神(2008 年版)，以及《澳門公共行政工作人員通則》第 279 條第二款(b)項和第四款之熱心義務而受到處分，這點可在上述司法判決中得到充分的確定，衛生局於 2020 年 10 月 29 日被法院宣判須向原告支付總額為澳門元 \$1,779,319.10 元(壹佰柒拾柒萬玖仟叁佰壹拾玖元一角)的最高賠償金額 -- 見第 6/GJ/2021 號意見書附件九。

3. 綜上所述，並根據 2021 年 2 月 5 日第 45/SS/P/2021 號建議書所載之理據，我們維持駁回上訴人 A 提起必要行政上訴之見解，因此，謹向司長閣下建議駁回上訴人 A 所提起之必要行政上訴，並維持 2016 年 12 月 16 日衛生局局長作出之處罰批示。

...”

5. 澳門社會文化司司長作出第 8/SASC/2021 號批示，有關內容如下：

“...

經考慮衛生局 2021 年 3 月 8 日第 119/SS/P/2021 號建議書，以及作為其附

件的 2021 年 2 月 5 日第 45/SS/P/2021 號建議書、2021 年 1 月 13 日第 6/GJ/2021 號意見書及 2021 年 2 月 23 日第 23/GJ/2021 號意見書中所載的分析及相關的事實和法律依據，本人同意有關內容，並根據《行政程序法典》第一百一十五條的規定，將之作為理由說明(為一切法律效力，有關內容在此視為完全轉錄)，認同受爭議的行政行為符合法律規定，故屬完全有效。

鑑於上述情況，並根據《行政程序法典》第一百五十三條、第一百五十四條第一款及第一百六十一條第一款的規定，本人認為 A 提起的訴願理由不成立，故駁回訴願，並確認衛生局局長在針對訴願人所提起的第 PD-04/2013 號紀律程序中作出的行政行為，即因 A 違反第 10/2010 號法律(醫生職程制度)第十一條(三)項所規定的特別義務，衛生局規章(2008 年版)第三章第六條所規定的專業精神，以及《澳門公共行政工作人員通則》(《通則》)第二百七十九條第二款 b) 項及第四款所規定的熱心義務，衛生局局長於 2016 年 12 月 16 日根據《通則》第二百零二條第一款對其所科處的一項相當於 20 天薪俸和其他固定及長期報酬的罰款。

將本決定通知訴願人，並附上本批示及上述衛生局 2021 年 3 月 8 日第 119/SS/P/2021 號建議書的副本，為一切法律效力，該建議書及其附件作為本批示的組成部分。

通知衛生局應將有關決定通知訴願人，且在作出通知時應讓訴願人知悉針對有關決定可根據《行政訴訟法典》第二十五條第二款 a) 項及第 9/1999 號法律(司法組織綱要法)第三十六條(八)項(2)分項，於三十日內向中級法院提起司法上訴。

...”。

\*

#### 四.理由陳述

##### I. 向評議會提出之異議：

司法上訴人就裁判書製作人於2021年07月16日作出不批准其所聲請的證據措施之決定提出異議，相關批示內容如下：

“....

司法上訴人聲請聽取證人的證供，以證實在上訴狀所提出之相關事實。就有關問題，檢察院作出了以下意見：

*“... Estando em causa a anulação de um acto praticado em dada conjuntura temporal, em regra, a apreciação do mesmo e aferição da sua legalidade têm de ser apreciadas à luz dessa conjuntura, a não ser que se lhe aponte um vício existente e observável àquela data, não se podendo impor um comportamento a partir de dados que a entidade administrativa não dispunha, por falta de fornecimento dos mesmos por parte do contribuinte. (vide. Acórdão do Venerando TSI no Processo n.º261/2003)*

*Por sua vez, adverte doutamente o Alto TUI: «Perante os trâmites totalmente contraditórios do processo disciplinar em que o arguido tem ampla possibilidade de defesa, não faria sentido que o recurso contencioso fosse uma repetição do processo disciplinar, com uma segunda oportunidade de produção de prova.» e «O que se pode fazer no recurso contencioso da decisão punitiva disciplinar é discutir se essa decisão é correcta ao considerar provados determinados factos, arguindo o vício de erro nos pressupostos de facto. Mas não pode vir pretender produzir nova prova quando o pôde fazer oportunamente.» (cfr. Acórdão do TUI no Processo n.º17/2003)*

*No aresto tirado no Processo n.º39/2013, assevera ainda o douto TUI: «Está vedado, ao que interpõe recurso contencioso de acto disciplinar punitivo, pedir a produção de meios de prova para provar factos ou fazer contraprova de factos da acusação ou da defesa, quando, tendo tido a oportunidade de o fazer no processo disciplinar, omitiu tal pretensão.»*

*De outra banda, a sensata doutrina inculca (José Cândido de Pinho: Manual de Formação de Direito Processual Administrativo Contencioso, Centro de Formação*

*Jurídica e Judiciária 2013, pp.119 a 120): Não deve ser possível fazer no recurso contencioso a prova de factos a respeito dos quais o recorrente tenha podido fazer prova no procedimento Administrativo, não obstante o poder inquisitivo da Administração. ... O TUI e TSI já defenderam que a prova feita no procedimento disciplinar num dado sentido, com base em elementos para ele carreados, conquanto o recorrente tivesse pedido fazer prova noutro sentido, é definitiva. Isto é, não pode ser feita no recurso contencioso a prova de factos – para o efeito do vício do erro sobre os pressupostos de facto, v.g. – se o recorrente teve a possibilidade de em concreto a fazer no procedimento Administrativo (Ac. TUI de 2/06/2004, Proc. n.º17/2003; TSI de 25 /01/2012, Proc. n.º23/2012). O acolhimento desta posição também decorre, para além dos argumentos vazados nos referidos arestos, da circunstância de vigorar no procedimento administrativo o princípio da verdade material, que, como corolário, implica que o órgão ou agente devem adequar a sua análise e respectiva decisão aos factos provados no contexto do procedimento.*

*Seguindo às doudas inculcas acima citadas, e dado que as testemunhas arroladas na audiência do recorrente são, em larga medida, distintas das na petição, inclinamos a colher que não se pode permitir a inquirição das elencadas na petição.*

\*\*\*

*Por todo o expendido acima, e com elevado respeito pela opinião diferente, propendemos pelo indeferimento do requerimento da inquirição formulado na petição.”*

*我們完全同意檢察院就有關問題作出之論證及意見，並根據意見書所載之理由，不批准司法上訴人所聲請的證據措施。*

*作出適當通知。*

*...”。*

*現就有關問題作出審理。*

我們認為裁判書製作人不聽取證人證供的決定是正確的，應予以維持。

事實上，終審法院於 2019 年 01 月 16 日在卷宗編號 104/2018 曾作出以下司法見解：

“...

上訴人指稱被上訴裁判存有以下直接違法的情況：

—違反辯論原則，因為被上訴實體被通知就檢察院的意見—認為不應批准上訴人所聲請的調查措施—表明立場，但上訴人卻未被通知就此發表意見；

—違反調查原則，因為沒有對上訴人在司法上訴中列出的證人作出詢問。

關於第二個問題，我們在 2013 年 7 月 31 日第 39/2013 號案的合議庭裁判中曾指出，在針對紀律處罰行為提起的司法上訴中，如上訴人本可以在紀律程序中聲請調查證據，從而證明或者反證指控或辯護中陳述的事實，但當時沒有提出聲請的話，則不得再聲請調查這些證據。

而在 2004 年 6 月 2 日於第 17/2003 號案內所作的合議庭裁判中，我們曾提到：

「現在所爭議的是根據經第 87/89/M 號法令核准的《澳門公共行政工作人員通則》之規定提起的紀律程序中所作出的處罰決定。

該通則所規定的行政程序從結構上存在很廣闊的辯護可能、顯示無罪推定原則及公正程序等方面的辯護形式。

在司法上訴中，行政法院不審理關於某一項違法行為所作的證據，猶如刑事法庭面對各項必須審理的指控那樣，但是對存在可能玷污行政行為的瑕疵問題進行審理，本案中的行政行為就是處罰行為。凡與紀律程序相關，行政訴訟審判權具有其他的性質。

的確，根據《澳門公共行政工作人員通則》第 334 條第 2 款規定，在被指控後，嫌疑人可以書面答辯並陳述相關的事實及理由、附上有關文件、列出證人名單及要求其他的證明措施。事實上，根據行政程序附文中第 239 頁和 250 頁及續後各頁顯示，上訴人被通知提交書面答辯，也確實提交了相關的答辯，提出了證人名單，所

有證人後來全部陳述了意見。

面對嫌疑人有很大的辯護可能的紀律程序中完全矛盾的手續，把司法上訴變成一次紀律程序的重複是沒有意義的，進行第二次證據調查，同樣的證人甚至都可能在紀律指控事宜方面作出與先前做過的陳述自相矛盾的陳述。允許對這些事實進行新的調查，將會在行政程序範疇取消行政當局的處罰決定的確定性，從而將那項決定的行政處罰願望的中心轉移到法院，如此將違反行政職能和司法審判職能分開的原則。

在針對該項紀律處罰決定提起的司法上訴中，可以做的是在認為某些事實已經被認定時討論該決定是否正確，並對事實前提中的瑕疵提出爭辯。但對原本可以及時調查的情況，不能再請求產生新的證據。

這還因為，如果一旦出現可能顯示確定處罰的事實不存在的某些情節或新的證據方法，嫌疑人可以使用複查紀律程序的手段，以便引致廢止或修改相關決定(《澳門公共行政工作人員通則》第343條第1款及第2款)。

於是，《行政訴訟法典》第42條第1款g項和h項及第64條之規定應該僅被解釋為這樣的意義，即在欲撤銷行政程序中已產生證據的司法上訴中是不可能進行證據調查的。」

...”。

綜上所述，裁定異議不成立。

\*

## II. 司法上訴：

### 1. 就無效/可撤銷(沒有列出已證及未證事實)瑕疵方面：

司法上訴人認為預審員在最後報告中沒有列出已證及未證事實，故相關報告是無效的，從而導致其後的紀律處分決定無效。

倘不認同上述觀點，那被訴行為也因欠缺事實理由說明而應被撤銷。這部分的上訴理由明顯不成立。

《澳門公共行政工作人員通則》第337條第1款規定，“完成程序之

預審階段，並將嫌疑人之紀律記錄載入卷宗後，預審員須在十日內編製一全面而簡明之報告，載明與違紀行為有關之事實、該等事實之定性及嚴重性、倘有之須退回之款項、該等款項之歸屬，以及認為合理之處分或因指控不成立而建議將卷宗歸檔”。

在本個案中，從本裁判已證事實部分中所轉錄的預審最後報告第三部分可見，預審員已列出了獲得證實的事實。

就沒有列出不獲得證實的事實方面，由於法律並沒有對此作出要求，故沒有列出不構成任何違法瑕疵。

\*

## **2. 就紀律程序追訴時效方面：**

《澳門公共行政工作人員通則》第 289 條規定如下：

- 一、 紀律程序之時效經三年完成，自作出違紀行為之日起計算。
- 二、 如定性為違紀行為之事實亦被視為刑事違法行為，且刑事追訴時效之期間超過三年，則刑法所定之時效期間適用於紀律程序。
- 三、 在第一款所指時效期間屆滿前，如就有關違紀行為作出對程序之進行有實際影響之任何預審行為，則時效自作出最後一項行為之日起計算。
- 四、 如提起全面調查程序、簡易調查程序、專案調查程序或紀律程序，即使程序並非針對受惠於時效之公務員或服務人員，但如在該等程序中查出該公務員或服務人員須負責任之違紀行為，則中止時效期間。

在本個案中，相關的違法事實於 2011 年 12 月 23 日作出，而紀律程序則於 2013 年 11 月 13 日提起。

從上可見，在提起相關紀律程序時，紀律追訴時效仍未完成。

雖然紀律處分決定於 2021 年 03 月 10 日才作出，然而根據《澳門公共行政工作人員通則》第 289 條第 3 款之規定，相關的紀律追訴時效於 2013 年 11 月 13 日在提起紀律程序時已被中止，故不存在司法上訴人所提出的追訴時效已完成的情況。

\*

### 3. 就事實前提錯誤，包括錯誤解讀醫療記錄和錯誤認定違反職業義務方面：

我們認為這部分的司法上訴理由同樣是不成立的。

雖然司法上訴人在刑事案件中(卷宗編號 CR1-17-0128-PCC)獲認定不對病人手術後的死亡負上刑事責任，但這並不代表其同樣不需負上紀律責任。

紀律程序和刑事程序是兩個不同且相互獨立的程序。

經分析相關的刑事裁判書後，可知司法上訴人被開釋是因為無法證實病人的死亡與手術存有適當的因果關係，即不能證實因手術出錯而令病人術後死亡。

在本個案中，司法上訴人被紀律處分是因為在選擇第二和第三次手術方式時沒有以更有效的方式(開腹)去探查病人出現術後嚴重出血併發症的原因，繼而作出進一步適當的治療，從而更大程度上保障病人的安全和權益，而非在手術過程中出現失誤而導致病人術後死亡。

根據《行政訴訟法典》第 20 條之規定，司法上訴的目的在於撤銷司法上訴所針對之行為，或宣告其無效或法律上不存在，但另有規定者除外。

因此，法院在審查被訴行為是否存有事實前提錯誤時，並非取代被訴實體直接作出證據評價，而是審查有關實體在作出證據評價時有否出錯，是否違反了法定證據原則和一般經驗法則。

被訴實體認定有關事實主要是基於 C 醫生的專業意見。

雖然有其他醫生(證人)持不同的意見，但被訴實體可自由評價所搜集的證據，其採信 C 醫生的專業意見並沒有違反任何法定證據原則或一般經驗法則。

事實上，卷宗資料顯示有關手術為仁伯爵綜合醫院的首例。申言之，

不論司法上訴人或其他手術醫生和醫務人員均對該手術沒有任何先前具體的操作經驗。

在此情況下，當第一次和第二次手術嘗試不成功，且病人在兩次手術分別失血 1.8 升和 2.5 升及術後出現血壓和血紅蛋白急降，仍繼續以同一方式進行第三次手術是不恰當的。

病人的醫療記錄顯示：

1. 患者於第一次手術結束的 14 個小時後，即 2011 年 12 月 22 日下午 2:00 返回第 3014 號病床，但患者突然出現腹痛、出汗、血壓急降至 79/56mmHg、脈搏：78 bpm (次/分)、SpO<sub>2</sub> (血氧飽和度)：99% 的情況。且檢查引流管可見引流出鮮血和血凝塊。患者於下午 2:45 血紅蛋白為 10.5g/dL，對比第一次手術後的血紅蛋白 13.6g/dL 呈顯著下降，故考慮有出血性休克，腹腔內有活動性出血。為此，立即為患者作輸血、術前準備，以及由患者本人簽署“腹腔鏡/剖腹探查”的手術同意書，然後馬上為患者進行緊急手術；
2. 第二次手術於 2011 年 12 月 22 日下午 3:50 開始，以腹腔鏡經前次切口探查，見腹腔內有 2300ml 血液和血凝塊，並且在脾靜脈分支處發現出血，即予以縫紮，過程中又損傷了脾臟表面，亦予以止血。在胰空腸造口旁和肝空腸造口下方處重置引流管。在手術尾聲約晚上 6:00 覆查患者的血紅蛋白為 9.5g/dL。於第二次手術中患者出血總量約為 2500ml(包括上述所指腹腔內所見的血量)，輸全血 994ml、血漿 807ml，以及血小板 218ml。手術於晚上 7:10 結束，歷時共 3 小時 20 分鐘左右；
3. 於第二次手術結束約 1 小時 50 分鐘之後，即 2011 年 12 月 22 日晚上 8:40 左右，患者的血壓又再次出現急降的情況，於同日晚上 08:50 左右患者的血紅蛋白又再次下降，從 9.6g/dL 急降至

6.5g/dL，且檢查引流管仍見引流出血液和血凝塊。面對此情況，  
嫌疑人決定再次以腹腔鏡探查；

4. 第三次手術於 2011 年 12 月 22 日晚上 10:05 開始。在此次緊急手術中，嫌疑人見患者腹腔內右結腸旁溝、右橫膈膜下、右肝下膽囊窩和右腎周筋膜再有 1000ml 的血液和血凝塊(於此前，嫌疑人在第二次手術中已見患者腹腔內有高量的血液和血凝塊)。

前兩次手術的結果，加上司法上訴人首次作出該手術，存在客觀的經驗不足，已足以警示司法上訴人不應再次以該方式進行手術。

然而司法上訴人並沒有理會這些警示，可能是基於過度自信，又或希望可透過手術獲得更多的臨床經驗，仍決定繼續以同一方式進行手術。

再者，在進行第二次和第三次微創手術時，既然發現了病人腹腔內有大量的血液和血凝塊(分別為 2300ml 和 1000ml)，那也應該立即變更原有手術方式，改為常規開腹術以查明出血的原因，以便可作出進一步適當的治療。

由此可見，司法上訴人確實沒有按病人的實際情況，以更謹慎的態度作全面考量，也沒有以更有效的方式(開腹)去探查病人兩次出現術後嚴重出血併發症的原因，繼而作出進一步適當的治療，從而可更大程度上保障病人的安全和權益。

基於此，被訴實體認定其行為違反了第 10/2010 號法律《醫生職程制度》第 11 條第(三)項規定作為醫生的特別義務及衛生局規章制度(2008 年版)第三章第 6 條的專業精神，以及《澳門公共行政工作人員通則》第 279 條第 2 款 b)項和第 4 款規定的公務員一般義務的熱心義務，從而構成《澳門公共行政工作人員通則》第 281 條規定的違紀行為，並作出了相應的紀律處分是正確的，不存在任何事實前提錯誤。

\*

## 五.決定

綜上所述，裁決如下：

1. 判處司法上訴人提出的異議不成立，維持裁判書製作人不聽取證人證供的決定；
2. 判處本司法上訴不成立，維持被訴行為。

\*

附隨事項的司法費定為 2UC，由司法上訴人承擔。

司法上訴的訴訟費用由司法上訴人承擔，司法費定為 8UC。

作出適當通知及採取適當措施。

\*

2022 年 05 月 26 日

---

何偉寧

---

米萬英

---

唐曉峰

---

Rui Carlos dos Santos P. Ribeiro (李宏信)