

「醫療事故預防及爭議處理法」 調解模式將遇到的挑戰

鄭若瑟*

陳怡成**

醫療行為充滿了各種不確定性，而且，由於系統太複雜，非常容易出現疏失或錯誤。美國智囊機構Institute of Medicine（醫學研究院）在1999年曾出版的一份報告書“To Err is Human”（暫譯：犯錯是人性）中指出，依據數個大型流行病學的研究結果，估計全美國每年死於「可預防」的醫療疏失的人數約在44,000人至98,000人左右，比同年死於阿茲海默症的50,000人（當年十大死因第八位），自殺29,199人，藥物濫用致死17,000人，他殺死亡16,889人還要多（wiki）。這份報告引起了美國社會和醫療界的極大重視，也促成了之後的20年，各項全世界病人安全的重視與改進。在台灣也在同時期推動，衛福部每年皆訂定病人安全目標與計畫，並納入醫院評鑑的重要項目。雖然沒有任何醫療人員會刻意造成病人傷害，但每年仍有許多醫療疏失、傷害或醫療糾紛無法避免。產生非預期醫療結果的可能因素很多，包括：1.疾病的不確定性：人體非常複雜，疾病變化多端，往往每位病人同樣的病卻對同樣藥物的反應皆不同，或者病人身體已經

有多重器官老化，逐步喪失功能，甚至已正在走向死亡的路徑…以現在的醫療科技，還有太多沒辦法偵測或預防的情形。2.人為因素：如醫師判斷錯誤，處置延誤，手術位置錯誤，開錯藥，護理人員給錯藥，檢驗人員數據登載錯誤，治療人員造成病人燙傷等等。3.設備因素：因為設備的設計產生不良的後果，如最近台大醫院與中國附醫洗腎機接錯自來水的事件，因逆滲透與自來水的水龍頭完全相同，且並排在一起，沒有防呆設計以致非常容易出錯。或者因為是設備故障，老舊或保養不佳的故障造成的損害，如機電室和開刀房火災等事件。4.流程因素：由於醫療流程設計的不良或沒有特別預防，以至於產生錯誤，如前幾年台北榮總電腦斷層檢查室因重覆使用點滴管路造成瘧疾傳染事件，最近成大清潔工友依習慣將使用過的洗腎藥劑誤裝填漂白水，其他人員誤將其裝入洗腎機事件等。5.病方期待與溝通因素：病人或家屬對治療本身有相當高的期待，都希望能夠快速解除他們的病痛，而在治療的溝通過程中，因為醫療人員表達不清、或給

* 本文作者係醫師

** 本文作者係執業律師，中華民國律師公會全國聯合會理事

了過高的希望或承諾。當結果不如預期，便產生糾紛，這在醫美案件是最為常見。6.其他因素：各種不同因素在某一時空中一起出現，或因為系統多重問題，以致產生疏失或錯誤。

因為疏失或錯引起之醫療糾紛，國內常訴諸法院訴訟，而以刑逼民更是常見。故一直都有許多討論的聲音，認為冗長的訴訟程序、時間、成本對醫病雙方都造成極大的壓力與傷害，破壞醫病關係引起更多防衛性醫療，最終造成病方、醫方、保險機構與國家的多方損失，更無助於醫療品質與病人安全的進步。國內外有關病人安全與品質的研究發現，醫療安全跟飛行安全有非常類似的特性，如果一味追究責任，反而會讓當事人變得十分的防衛，許多的事證被掩蓋起來，無法找到真正系統上的問題。也許抓到一個犯錯的人，但若不從系統上改善，其他的人未來還是會繼續犯同樣的錯誤。因此，全世界處理病人安全的原則，祇要未造成傷害的事故，皆以不懲罰的調查為優先，以便找出系統的問題。而對於造成醫療糾紛或傷害，則以醫療過失保險、建立醫糾關懷、調解等非訟化處理機制為重要策略。

壹、台灣醫療糾紛的狀況

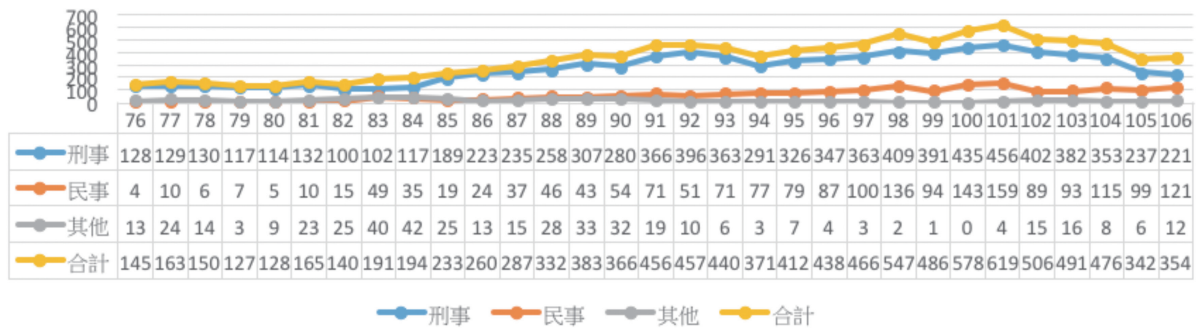
根據衛福部醫事司的統計，從76年至103年的28年期間，衛福部醫事審議委員會受理法院委託的醫療糾紛鑑定案件數成長了3.5倍，以每4年的平均鑑定件數來看，則是從76-79年的每年146件，增加到100-103年的

每年534件。不過到104-106則降為平均391件。依據106年11月6日衛生福利部向立法院社會福利及衛生環境委員會提出之「醫療爭議案件處理相關配套措施及醫療爭議案件調處執行狀況專案報告」，該部自102年起即於每年之「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」中委託地方衛生局，輔導轄區內醫療機構成立醫療糾紛關懷小組，因地制宜發展不同之醫療爭議事件關懷模式，以降低醫療糾紛之案件數，促進醫病關係和諧。進一步，於106年度委託辦理「醫療爭議處理品質提升計畫」，輔導縣市醫師公會成立關懷小組，並建立基層診所及地區醫院之關懷機制，辦理人員訓練講習，逐步推廣建立醫療爭議調處人才庫等。統計醫療糾紛鑑定案件及地方衛生局醫療爭議調處案件數，自102年起開始呈現下降趨勢，醫療糾紛鑑定案件自102年553件降至105年349件，醫療爭議調處案件數則自101年之800多件，降至105年615件，顯示關懷小組的成立及即時介入，已具初步成效。醫療改革基金會特於104年6月啟動調查，回去抽樣追蹤過去一年半之間（大概是法案開始審議、院內關懷訓練起步的時間至今），曾向醫改會求助醫糾個案，詢問是否接受過醫院的關懷與協助。結果發現：83%病家表示，事件發生後，院方並沒有派員來關懷或協助。13%病家表示，醫院有派人來關懷或協助，但不知道是否為院內醫糾關懷小組（對方也未表明）。僅4%病家表示，院方有派員主動說明與關懷，並表明為院內關懷小組或關懷員。針對有接觸到院方派員（不論是否為關懷小組）關懷或協助的醫糾病家，更進一步訪問發現，病家

對於院方關懷與說明的滿意度僅50%（包含非常滿意與滿意）。病家不滿意院方關懷與說明的原因，主要是「沒有清楚說明發生什麼事」、「很難找到人（指關懷專員）」、「時間拖很久」等三大原因。醫療改革基金會於107年5月21日記者會更進一步公布針對醫糾病家最新調查，一半以上的病家（55%）於發生死傷醫糾後，並未選擇找衛

生局調處；找衛生局調處者，卻有57%對衛生局的調處品質不滿意。醫糾病家有接受到院內關懷的比率，只從104年的17%略增一個百分點到18%，醫糾關懷小組「有設置之名、無關懷之實」的老問題依舊存在。此外，接受過院內關懷者對院內關懷的不滿意度，卻由104年的50%飆升至62%。（資料來源：醫改會網站）

圖1：醫審會受理委託醫事鑑定案件數統計



貳、台中地方法院醫療糾紛調解模式之嚐試

為縮短醫療糾紛處理的時間，以及減少法院的訴訟。有別於傳統的調解模式，台中地方法院依據民事訴訟法第403條第1項第7款及司法院訂定之「法院加強辦理民事調解事件實施要點」，101年9月1日起試辦「台中地院試辦醫療糾紛訴訟前調解計畫」，邀請台中市醫界參加。醫療調解委員名額22名、醫療諮詢委員名額60名，醫療鑑定機關為台中榮民總醫院、中國醫大附設醫院、中山醫大附設醫院、彰化基督教醫院。採雙調委制，即由1位醫療專業調解委員及1位法律專業調解

委員共同調解，調解成立與民事確定判決同一效力。第一年法律專業調解委員10位（法院退休庭長、法官及1位法官、4位司法事務官合計），醫療專業調解委員22位，按醫療糾紛比例，由台中市各醫師公會推薦具有醫療專業及及調解專長（多為現任或曾任公會理、監事以上幹部）之醫師組成。台中模式，亦是後來衛福部「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」之參考。綜合台中市衛生局（98-102年）及衛福部（103-106年）統計，調解成立多在30-40%之間，101年9月之後幾年，調解成立率並未增加。106年參加「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」之後，更降至28.7%之新低。

表1：臺中市政府衛生局醫糾調處統計

年	98	99	100	101	102*	103	104	105	106
案件數	18	30	73	65	40	62	64	68	101
調解成立	9	9	31	24	16	21	21	29	29
成立率	50.0%	30.0%	42.5%	36.9%	40.0%	33.9%	32.8%	42.6%	28.7%

*101年9月1日起試辦「台中地院試辦醫療糾紛訴訟前調解計畫」

*資料來源，台中市衛生局及衛福部統計

參、衛福部「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」

衛福部自106年起辦理「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，協助地方衛生局強化醫療糾紛調處機制，包括建立醫、法雙調解委員模式，輔以適時加入第三方專家意見，以公正之第三方協助爭點釐清，並以90天內完成為目標（參考台中試辦模式）；另一方面則由法務部協調部分縣市檢察署（臺中、彰化及臺南）試辦，於民眾向檢察署提起告訴時，協助說明前揭機制，於當事人同意下，由檢察署檢附調處申請書等相關文件函

轉地方衛生局，進行調處程序，衛生局並將調處結果函復檢察署。目前計有13個地方衛生局（新北市、桃園市、新竹市、臺中市、彰化縣、南投縣、嘉義市、臺南市、高雄市、屏東縣、基隆市、宜蘭縣、花蓮縣）參與試辦計畫。表2依衛福部統計近四年六都醫療糾紛調處成立率（其他縣市年件數多在20件以下，故暫不列入統計），試辦前後未見明顯變化，高雄市自104年之後明顯下降。新北市歷年多在六成以上，較試辦多年的台中市高出近兩倍。而六都中台北市未參加試辦，4年平均有35.28%，與試辦多年的台中市34.51%差不多。

表2：近四年六都醫療糾紛調處成立率（%）

年	103	104	105	106*	平均	標準差
臺北市	37.5	33.03	39.42	31.18	35.28	3.31
新北市	62.5	55.74	67.39	62.5	62.03	4.15
高雄市	31.78	15.97	14.94	16.77	19.87	6.91
臺中市	33.87	32.81	42.65	28.71	34.51	5.08
臺南市	44.87	44.9	36.54	31.65	39.49	5.67
桃園市	39.73	44.9	53.19	39.22	44.26	5.61

*資料來源，衛福部統計，106年共13縣市衛生局參加試辦多元雙向醫療爭議處理機制，台北市未參加。

肆、醫療事故預防及爭議處理法草案

衛福部101年開始推動醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，並於103年在立院初審，因有許多爭議，後來胎死腹中。於是重新擬具「醫療事故預防及爭議處理法」草案《簡稱醫爭法》，朝向「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「系統除錯提升品質」三大原則，期能解決醫病雙方面對醫療爭議處理之困境。在107年5月初首度排入立院醫療事故預防及爭議處理法完成審查，等待院會協商。政府主管單位說明這次提出的《醫爭法》不同於除了將上次備受爭議醫糾法，主要是與補償法內容脫鉤，且更強調院內溝通關懷與預防事故的機制設計。其重要內容摘錄如下：

- 第4條 中央主管機關得委託具醫事專業之財團法人、機構或團體（以下稱受託團體）辦理醫療糾紛爭議之釐清爭點及評析意見；必要時，得捐助成立財團法人辦理之。受託團體辦理前項業務時，應秉持公正、客觀及中立立場，提供有關醫事專業之意見，並以雙向匿名方式處理。
- 第5條 100床以上醫院應設醫療事故關懷小組，於非因疾病本身或醫療處置之必然結果所致之醫療事故發生後，儘速向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。99床以下醫院、診所或其他醫療機構，應指定專業人員或委由專業機構、團體為前項之說明、溝通、協助及關懷服務。

- 第7條 依第5條規定進行說明、溝通、提供協助或關懷服務過程中，醫療機構、醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之其他陳述，不得採為相關行政處分、訴訟之證據或裁判基礎。
- 第10條 調解會應由具有醫學、法律或其他具專業知識及信望素孚之公正人士9人至27人組成之；其中醫學以外之委員，或任一性別之委員，各不得少於委員總數1/3。調解委員聘期為3年，並得連任之；聘期中出缺時，得予補聘，期間至原聘期屆滿為止。
- 第12條 當事人未依前項規定申請調解而逕行起訴，或有民事訴訟法第403條第1項第7款因醫療糾紛發生爭執之情形，第一審法院應移付管轄之調解會先行調解。調解期間，訴訟程序停止進行。
- 第13條 檢察官偵查或法院審理之醫療爭議刑事案件，應函請或移付其管轄之調解會先行調解。
- 第21條 調調解過程中，調解委員所為之勸導，當事人所為之遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之其他陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。

伍、未來醫爭法的調解會遇的挑戰

- 衛福部《醫爭法》以「醫療事故即時關懷」、「醫療爭議調解先行」、「系統除錯提升品質」三大原則來規畫，其中「醫療爭議調解先行」應是參考自「台中地院

試辦醫療糾紛訴訟前調解計畫」及其後來衛福部於106年「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」。但醫爭法與前二者不同之處為沒有醫法雙調解委員的設計，人數與人員背景沒有規定，改為9人至27人組成之醫調委員會來審查；也沒有90天完成之目標；辦理醫療糾紛爭議之釐清爭點及評析意見之條件較寬廣「得委託具醫事專業之財團法人、機構或團體」；明訂提供有關醫事專業之意見以雙向匿名方式處理，以求公正、客觀及中立；明訂調解過程中，調解委員所為之勸導，當事人所為之遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之其他陳述，不得採為相關訴訟之證據或裁判基礎。然這樣的制度設計能否突破目前民眾多採用訴訟、以刑逼民之現象，仍有兩大挑戰要突破，茲說明如下：

一、挑戰一：醫調會釐清爭點及評析意見，可以讓民眾接受嗎？

依據醫療改革基金會於民國96年調查，醫糾民眾的訴求（複選題），最高的瞭解真相，佔23.7%，其次請求賠償，佔21.7%，第三是後續的醫療照顧佔13.8%。該會於106年又重新調查，採用單選題。結果發現最多的前三名：第一還是最想知道真相，佔51%，比96年高出一倍多。第二是希望提昇醫療品質別再有人受害，佔26%比，第三是希望得到對方得到懲罰或認錯道歉，佔15%。在針對想知道真相的51%當中，進一步追問，受訪者表示如果對方有錯，希望能夠獲得賠償或道歉。佔44%。只想知道真相，賠償不是重點，佔7%。因此過去醫療糾紛的調解或訴訟，皆以

提出醫療鑑定為瞭解真相的重要手段。

根據吳俊穎醫師的研究，民國76年至95年間，醫審會接受醫療糾紛鑑定案件累計4,949件，將相同案件歸案後後為3,563件。第一次鑑定有疏失596件，比例16.7%，無疏失者2,929件，比例佔82.2%。第一次鑑定有疏失596件有267件（44.8%）再送第二次鑑定，維持有疏失的比例僅有46.1%，其中45.5%再送第三次鑑定，維持有疏失的比例僅有42.9%；反之第一次鑑定無疏失的個案2,929件，有701件（23.9%）再送第二次鑑定，維持無疏失的比例高達90.0%（631件），其中23.6%（149件）再送第三次鑑定，兩次鑑定都無疏失在送第三次鑑定無疏失的維持比例高達95.3%（142件）。綜合上述的資料，醫方不服鑑定結果，一再重複提起鑑定的比例大約四成五，病方不服鑑定結果，一再重複提起鑑定者大約1/4（吳俊穎等，2013）。由此觀之，送到中央醫審會的鑑定，尚且有四成多醫方和1/4的病方不服，醫爭法採「醫事專業之財團法人、機構或團體之釐清爭點及評析意見」之做法，有辦法讓這些人接受嗎？目前由醫審會鑑定制度設計上有許多缺失，屢為研究者批評，其中包括欠缺標準化的鑑定程序、初鑑醫師匿名，醫審會案件量大以致每件討論時間過短，鑑定人不必到庭接受詰問等等，讓醫病雙方皆對鑑定報告常有質疑（楊坤一等，107）。醫爭法所採取第三方提供評析意見的做法，醫爭法取消了醫法雙調委的設計，很可能沒有醫療背景之調解委員在場，如何能向病方清楚說明評析意見呢？與目前鑑定之缺失一樣，採取匿名，出具意見書的人不到場，如何回答醫方或病

方的疑問？如何讓衝突雙方能夠增加信任感呢？

二、挑戰二：新模式調解成立率會提高嗎？可以解決目前醫療訴訟之困境嗎？

衛福部《醫爭法》設計之制度，讓醫療糾紛有相當多的機會在訴訟前或訴訟中需經過調解，希望能夠有效減少法院訴訟。然而101年即已展開之「台中地院試辦醫療糾紛訴訟前調解計畫」及衛福部106年推動之「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」調解成立率之結果來看（見本文前段分析），並未達到預期目標。我們認為問題不是出在制度，而是調解人處理問題的方式。傳統之調解以說理、評析利害得失或是勸說、勸導為主要的手段，多數不處理當事人的情緒。然而在醫療糾紛的情況，特別是病方帶有強烈的情緒，如果沒有被處理，往往很難理性地冷靜地看待問題。而且許多調解真正的當事人並沒有出席，而由醫院或診所派代表人出席，也會讓病方感受不到誠意、得不到真誠的道歉，以致難以達成協議，就算現場勉強同意，也容易事後反悔。

醫療訴訟上若採取刑事公訴程序，附帶請求民事賠償，享有免裁判費，乃至於由檢察官發動偵查享有保全證據等優勢，制度設計上發動訴訟的門檻極低。故當調解不能解決問題，許多當事人在律師或他人之協助下，自然採以刑逼民的訴訟策略，若沒有提高協議達成率，則醫爭法所預期的目標也就很難達成。

陸、建議

有別於傳統說理、勸導、利害分析的調解模式，近年來許多調解訓練都十分看重「情緒」的處理。如世界著名的哈佛大學調解中心（Harvard Negotiation Project）兩位教授Fisher與Shapiro於2005出版專書：Beyond Reason Using Emotions as You Negotiate（暫譯：超越理性，談判中情緒之運用）。Bush及Folger於1994提出「轉換式調解」（transformative mediation）的理論及技巧亦被廣泛應用在許多類型的調解上，包括修復式調解。他們認為衝突是一種人類互動的危機。衝突的發生，當事者變得脆弱和自我關注（self-absorbed）。這種負面的動力，讓當事者進入惡性循環，結果造成彼此間的互動極速退化，成為相互破壞、疏離、去人性化（或妖魔化）。透過增能轉移（empowerment shift）能改變互動的性質，當事人逐漸能對他人相對地開放和反應（認知轉移recognition shift），便能化解衝突。調解人的目標是在對話中找到機會，幫助當事人增能和認知轉移。幫助他們從破壞性互動改變為建設性的互動。由於轉換式調解看重人性，被運用在修復式正義的調解上，因為後者以「尊重、平等、同理、不判斷、安全對話」的人本為核心價值，以修補傷害而非懲罰為目標。修復式正義國際上已推展近40年，除了刑事、少年事件、刑後修復之外，近年更運用在民事、醫糾等之調解案件。我國法務部在民國99年啟動試辦，更在去年正式被納入總統府司法改革國是會議總結會議十二項重點之

一，將擴大推動。

醫療糾紛有別於一般民事或商業利害衝突，情緒佔了衝突很大的比重。尤其是病方在自身或親人受傷害或死亡之後，情緒不佳，承辦法官或檢察官或調解委員若沒有處理心情，僅訴之以理或利害得失，直接處理事情，病方通常不容易接受，這也難怪那麼多人會對鑑定的結果不服，一再重複要求鑑定，換句話說，病方就賭在一口氣上。此現象與轉換式調解的觀察與理論一致，故醫療衝突頗值得採用轉換式調解。筆者自民國99年起與一群律師同道研習善意溝通、修復式正義與轉換式調解，以筆者及幾位律師運用在處理醫糾調解案例的實務經驗，效果相當良好，曾有衝突的醫病雙方最後相擁的感人結果。

目前醫爭法之設計由於調解時，僅取得可能比鑑定較少公信力之爭點或評析意見書，其成敗端賴現場調解委員之能力。故如何讓雙方感受到誠意，營造一個公平、開放、安全的調解氛圍是成功的重要基礎。為增進調解的成功率，我們建議：

1. 調解委員增加修復式調解、善意溝通和轉換式調解的專業能力訓練。
2. 採取醫療及法律雙調解委員的設計，至少其中一位調解委員具有修復式司法促進者資格及經驗。
3. 採取修復式司法精神之調解模式，醫方應由實際治療的醫師或醫療人員親自出席，讓病方能夠感受到誠意，雙方才能真誠對話。必要時得採取修復式司法的流程，也就是調解委員會先對雙方個別進行會前會談，協助雙方為對話做準備。

4. 委員會功能修改為品質促進、系統管理、人員訓練、業務發展等任務。調解之成功與否，現場才是最重要的因素。現場調解無論有沒有達成協議，委員會都不可能改變其結果，故委員會實質上並無對調解結果進行判定之功能與任務。

衛福部為改善醫療糾紛之困境，多年不斷努力修改法令，希望能夠開闢一條非訟調解化解糾紛的途徑，參與負責官員之用心，值得吾人欽佩。然而若沒有適當的配套，增進調解委員的能力，改善調解的模式，這個目標顯不易達成。國際上運用修復式調解在處理各類型的民事與醫療糾紛，已行之有年，頗值得我們參考和採用。

參考文獻

1. 醫改會調查<http://www.thrf.org.tw/medicaldisputes/1695>
2. WIKI “To Err is Human” :[https://en.wikipedia.org/wiki/To_Err_Is_Human_\(report\)](https://en.wikipedia.org/wiki/To_Err_Is_Human_(report))
3. 衛生福利部：「醫療爭議案件處理相關配套措施」及「醫療爭議案件調處執行狀況」專案報告，立法院第九屆第四會期社會福利及衛生環境委員會第十次全體委員會議，106.11.06。
4. 吳俊穎，楊增暉，陳榮基：〈醫療糾紛鑑定意見對法官心証之影響〉。《科技法學評論》12卷1期（2015）97-123
5. 吳俊穎，楊增暉，陳榮基：〈醫療糾紛

- 鑑定的維持率：二十年全國性的實證研究結果〉。《科技法學評論》10卷2期（2013）203-237
6. 楊坤一，張麗卿：《刑事醫療訴訟證據調查之研究—以醫療鑒定為中心》。國立高雄大學法律學系研究所碩士論文，107。
7. Robert A. Baruch Bush and Joseph P. Folger (1994):The Promise of Mediation. [Kindle Android version]
8. Umbreit, M., & Armour, M. P. (2010) . Restorative Justice Dialogue: An Essential Guide for Research and Practice [Kindle Android version]

律師通訊處變更通知書

致：全國律師雜誌編輯部

律師姓名：

電話：

地址：台北市忠孝西路一段4號7樓C室

傳真：

電話：(02) 2388-1707

更新住址：

傳真：(02) 2388-1708

(新執業律師亦請填寫)