

醫療爭議處理制度之回顧與前瞻——以臺中地院醫療試辦計畫為中心（上）

陳宜縱*

陳學德**

壹、前言	一、試辦緣起
貳、醫療調解部分	二、試辦成效
一、試辦緣由	三、日本、臺中地院醫療訴訟輔助制度之實證分析比較
二、試辦成效及分析	四、改善醫療諮詢制度之道
三、本國量化實證分析	五、改善醫療鑑定制度之道
四、日本、我國法院醫療和解 / 調解之實證比較研究	肆、結論
五、醫療調解改善之法	一、醫療調解、醫療諮詢部分
參、醫療訴訟輔助制度——醫療諮詢與醫療鑑定	二、醫療鑑定部分

壹、前言

臺灣臺中地方法院（下稱臺中地院）於2012年9月間試辦醫療調解、醫療專家諮詢及

醫療鑑定，遴聘22位醫療調解委員、100名醫療諮詢委員暨4家醫學中心為醫療鑑定機關¹，期望經由調解達成訴訟外解決紛爭及醫療諮詢、醫療鑑定達成訴訟促進功能²。本文係就臺中地院試辦10年結果，並與日本醫療和

* 本文作者係亞洲大學財經法律學系兼任助理教授，國立中正大學法學博士。

** 本文作者係臺中地方法院法官

註1：臺中地院於2012年7月19日邀請轄區醫師公會，醫學中心開會，決議實施醫療調解，醫療諮詢，醫療鑑定制度，經醫師公會及醫學中心推薦遴選22位醫療調解委員，80位醫療諮詢委員（後增列五大皆空科20名諮詢委員），均為具有各專科醫師10年以上（中醫部分為5年以上）主治醫師資格者擔任，其中醫療諮詢委員，係按健保給付科別，合計西醫11科，牙醫3科，中醫3科，每科經由醫師公會推薦遴選4位，其中2位任職醫學中心，2位任職其餘醫療院所，實施以來成效良好，法官一致反應能發揮協助解決法官醫療專業知識不足之困境。至於醫療鑑定，係由轄區內及彰化合計四家醫學中心擔任，於受理法院囑託醫療鑑定後，於2月內提出鑑定報告，並要求醫學中心鑑定小組成員中應如醫審會具有醫師，法律專業人士及社會公正人士組成，參照醫審會鑑定報告規格提出書面意見，實施後，送鑑定案件均能於1月至1.5月內送回鑑定報告，對於移付醫療調解或案件終結均發揮正面效益。

註2：有關臺中地院醫療試辦之詳細內容，請參陳學德（2013），〈醫療風險與糾紛解決之道——從臺灣臺中地方法院試辦醫療制度談起〉，《月旦法學》，223期，第174頁以下。

解、醫療專門委員、醫療鑑定制度為比較法實證分析，及臺灣高等法院臺南分院2016年問卷實證研究結果³，提出上開試辦制度如何調整，俾達訴訟外解決醫療紛爭功能及訴訟促進功能。

為提升研究問題之明確性，本文擬解答以下三項核心問題：（一）臺中地院醫療調解制度試行十年之成效為何？（二）醫療調解委員參與與調解成功率之關聯性為何？（三）從比較法角度觀之，臺灣應如何借鏡日本經驗以優化本國制度？

本文採取混合研究法（mixed methods），整合質性制度分析與量化問卷調查。問卷於2016年由臺灣高等法院臺南分院委託施行，對象涵蓋病患、醫師、司法官及調解委員，探討其對醫療調解制度與實務運作之態度與期望。然問卷研究仍有其限制，包括調查區域主要集中於都會區法院，屬橫斷面設計，且部分變項未進行推論統計檢定，後文將詳

述分析。

貳、醫療調解部分

一、試辦緣由

向來醫界外科、內科、婦產科（目前因生產事故條例實施後，住院醫師已經滿招，詳如後述）、小兒科、急診醫學科醫師發生人力短缺，而有所謂「五大（科）皆空」之困境。醫師迴避易發生醫療糾紛之五大科，或採取防禦性醫療⁴，實非全民之福。考其原因有二，其一為全民健保制度，其二為醫療糾紛⁵。

醫療爭議係病人方之當事人認醫療不良結果應由醫事人員或醫事機構負責所生爭議⁶，係醫病間因醫療傷害所生之責任歸屬之爭執⁷。醫療爭議處理之方式有二，其一為訴訟方式，其二為訴訟外紛爭解決方式。而醫療爭議發生時，基於人民程序主體權，病人或

註3：筆者2奉派臺灣高等法院臺南分院期間為撰寫司法研究年報，葉院長居正支持下，行文至醫療糾紛較多之地方法院、高等法院及其所在地檢察署，針對辦理醫療糾紛之司法官、醫療調解委員（含醫療諮詢委員）及原告病家（含訴訟代理人）、被告醫療院所（含訴訟代理人或辯護人）為問卷調查，就病家提起醫療告訴或訴訟之原因、目的及醫療調解制度設計意見進行量化研究，合計回收原告病家33份、被告醫療院所56份、司法官64份、醫療調解（諮詢）委員回收168份，均符合統計學上最低問卷份數之要求。

註4：防禦性醫療行為，包括醫師增加檢查、複診次數及問診時間，以確保結果正確；減少門診次數和時間，或減少治療急重症患者及沒有把握的患者，以避免多做多錯；不採積極療法以尋求一絲治癒之可能，而以支持療法以求不出錯的結果等。詳謝啟瑞（1994），〈醫療糾紛風險與防禦性醫療行為〉，《人文及社會叢刊》，6卷2期，第199-230頁。

註5：五大皆空主要原因有二，其一為健保的問題，其二為醫療糾紛的問題。詳前任衛生福利部林奏廷部長於次長任內，「醫療安全暨品質研討系列《48》101年度醫療案例學習討論會，病人安全與醫療糾紛：問題與對策」討論時之發言（2012），《臺灣醫界》，55卷9期，第23頁。

註6：此為2022年6月立法通過之醫療預防及爭議處理法之定義。

註7：黃丁全（2000），《醫事法》，第119頁，元照；衛生福利部前身衛生署65年4月6日衛署字第107880號函則定義為「為凡以治療，矯正或預防人體疾病，傷害殘缺或保健為目的所為之診療，診斷及治療或基於診療，診斷結果，以治療為目的所為之處方或用藥等行為之一部或全部之總稱」，亦同此意旨。

家屬得選擇以訴訟上或訴訟外（私下和解、調解或仲裁方式）方式尋求救濟。學者研究發現臺灣醫療爭議從傷害發生之日至一審刑事判決作成之日止，平均需3.12年⁸，則上訴至第三審至少需5.62年⁹，當屬有據。而醫療爭議以訴訟方式處理，刑事病患敗訴率達97%¹⁰或99.36%¹¹，而因多數民事法官常遵循刑事案件對醫療過失案件認定結果，致構成要件較寬之民事敗訴率亦高¹²，加以判決損害賠償金額又大多在新臺幣100萬元以下¹³，是學者認醫療糾紛有下列四大特色，其一為被害人先刑後民，其二為被告醫方低敗訴率、低定罪率，其三為法院高度依賴醫療鑑

定，其四為判斷有無疏失有醫醫相護現象¹⁴，是以醫療糾紛以訴訟方式處理¹⁵，未能達到訴訟解決醫療爭議之效益。

由於醫療行為本身之特殊性，其施行之對象是活之生物體亦即人體，基於醫學對於人體及疾病知之有限性，醫師對治療結果無法完全控制、無法擔保無危險，故醫療債務為方法債務而非結果債務，鑑於治療結果之不可控制性，過重之醫療責任只會導致防衛性醫療。近年來，病人就醫後發生不利之結果（傷害或死亡），時有對醫師提起刑事告訴¹⁶，醫師因醫療過失經起訴後，病人亦同時對醫師及醫院提起附帶民事賠償，因就醫療爭議

註8：劉邦揚（2009），《臺灣地方法院刑事醫療爭議判決之實證研究》，第5頁，陽明大學公共衛生研究所碩士論文。

註9：沈冠伶，統計二審平均為19.2個月，第三審平均10.8個月，加計一審平均3.12年，合計三審終結需5.62年。詳沈冠伶（2012），〈民事醫療訴訟之研究〉，發表於《司法院民事醫療訴訟之證明法則與實務運作研討會》，司法院主辦，臺北。

註10：吳俊穎（2004），〈由醫療爭議的觀點看臺灣實證醫學未來之發展〉，《台灣醫學》，8卷4期，第576頁。

註11：姚念慈（2012），〈醫界對於醫療訴訟的幾個迷思〉，《萬國法律》，186期，第2頁以下。

註12：學者沈冠伶、莊錦秀研究顯示，臺灣醫療訴訟裁判結果與鑑定相關性達9成，於一審更高達95%，詳沈冠伶、莊錦秀（2012），〈民事醫療訴訟之證明法則與實務運作〉，《政大法律評論》，127期，第29頁。

註13：詳參吳俊穎，同註10文，第576頁附表2。

註14：陳學德（2016），〈改善臺灣民事醫療訴訟制度芻議〉，《月旦民商法》，53期，第74-76頁。

註15：美國醫師財政新聞2001年5期報導，美國各種醫療損害賠償金額，死亡部分平均判賠75萬美元（判賠區間在30萬至150萬美元）、腦損傷為450萬美元（判賠區間在150萬至1200萬美元）、精神損害為15萬美元（判賠區間在5萬至41萬美元）、下肢損傷為50萬美元（判賠區間為23萬至169萬美元）、癌症為85萬美元（判賠區間為32萬至175萬美元）、脊髓神經損傷為83萬美元（判賠區間為40萬至197萬美元）、眼損傷為50萬美元（判賠區間為29萬至120萬美元）、癱瘓為250萬美元（判賠區間為107萬至685萬美元）、腸損傷為61萬美元（判賠區間為21萬至148萬美元）、足損傷為29萬美元（判賠區間為14萬至68萬美元），詳見唐強、李飛（2003），〈醫療責任保險在美國——兼談對我國醫療改革的啟示〉，《中國保險管理幹部學院學報》。

註16：依筆者2於2016年對病家、被告醫師、調解委員及司法官所為問卷研究，確認病家訴求主要目的在醫療真相及醫師親自出面說明（詳後述），惟在醫療爭議發生第一時間醫師或醫療院所對於病家之接觸，提供病歷者僅18%，而病家最在意之醫師說明或道歉或承諾負責等訴求，幾乎全為0%，連最基本之病歷索取亦僅18%，在無病歷或現制不提供私鑑定制度下，病家為了解醫療爭議真相，透過檢察署或法院等司法機關尋求醫療真相，為不得已下唯一選擇，何能苛責病家？

調解成效不佳¹⁷，加上法院對過失醫療行為之損害賠償數額日益擴增，導致醫病間關係由信賴關係轉為對立關係，惟醫師雖有醫療專業，不諳法律專業，法官、律師有法律專業不諳醫療專業，對於訴訟結果不確定性更加難以掌握，而醫療訴訟期間動輒5、6年，訴訟延滯，對於病人或醫師均是一大折磨，被告醫師因訴訟煎熬，憂鬱症者有之，甚而自殺輕生¹⁸，醫界五大（內、外、婦、兒、急診科）皆空，屢見於報章雜誌，一時之間醫學系學生視五大科為畏途，搶攻「五加皮科」¹⁹（眼科、耳鼻喉科、牙科、皮膚科）成為顯學。醫界因而疾呼醫療過失刑事責任除罪化²⁰，於醫療法修正時，因去刑化恐有違反憲法平等權觀念，而退讓為僅限於故意或重大過失責任始負刑事責任，惟立法委員認

應有配套措施，因而衛生福利部於2012年間提出醫療爭議處理及醫療事故補償法草案，草案第9、10條明定醫療爭議於提出民事請求或刑事告訴前應行強制調解程序，於調解不成立時始得提出刑事告訴或民事請求²¹，希望以訴訟外紛爭解決方式（Alternative Dispute Resolution, ADR）調解，減緩醫療事故被害人動輒提出刑事告訴，解決五大皆空現象。臺中地院鑑於上述醫病關係崩壞日益嚴重，故有醫療調解試辦之議。

臺中地院試辦醫療調解，係依民事訴訟法第403條第1項第7款、第420條之1、司法院訂定之法院加強辦理民事調解事件實施要點而來，並參考美國、德國、日本等先進國家醫師公會調解制度，採雙調解委員制，即由法律、醫療調解委員²²一起調解，落實「無

註17：依2010年司法院統計年報，法院調解成功率為37.04%，而至2002年成立已17年的衛生福利部醫事審議委員會，調解成功率平均約20%，顯示其效益不大，參見林義龍（2013年），〈醫療爭議處理與醫療鑑定〉，發表於《臺灣臺中地方法院2013年度第1、2季醫事法律專業研習，第6場》，臺灣臺中地方法院（主辦），臺中。

註18：臺北榮民總醫院84年院內瘧疾感染案件，住院醫師賴○怡因無法承受訴訟壓力，於1998年4月13日上訴二審期間自殺死亡，該案於2007年8月30日始行確定，詳見自由時報，2005年5月30日新聞報導，

<https://news.ltn.com.tw/news/society/paper/9395>（最後瀏覽日：2023年3月10日）。

註19：醫界因五大皆空現象，使醫學系學生選擇耳鼻喉科、眼科、皮膚科等較無醫療爭議科別現象日益失衡，因而自嘲「五加皮科」係醫學系學生之第一志願。不過衛福部表示，婦產科因生產事故試辦計畫及生產事故救濟條例施行，該科住院醫師由99年46人（招收率60%），提升至106年72人（招收率100%），詳改善醫病關係！生產事故救濟六年產科醫療訴訟案降六成，ETtoday新聞雲，2019年2月18日報導，

<http://health.ettoday.net/news/1381777#ixzz7uVIAAyHE>（最後瀏覽日：2023年2月27日）。

註20：報章雜誌曾以「醫療爭議不斷，臺灣醫師『犯罪率』世界第一」為封面故事，詳見今週刊，776期，2011年11月12，網址：

<http://scrapbase.blogspot.com/2011/11/776.html#1>（最後瀏覽日：2013年11月1日）。

註21：衛生福利部於2022年提出醫療事故預防及爭議處理法，業經立法院通過，已於2024年施行，於該法第15條明定，當事人因醫療爭議提起民事訴訟前，應依本法申請調解，第16條明定檢察官偵查或法院審理之醫療爭議刑事案件，應移付管轄之調解會先行調解。調解期間停止偵查、審判。

註22：學者沈冠伶認為，醫療行為具有專門性，連續性及複雜性，醫療紛爭事實之不明確性及事實證據之偏在性，調解委員如不具有醫學上之專門知識，足以判斷紛爭事實之關連性為何並掌握爭點之所

真相、無調解」精神²³，以鑑定為中心，解決病患武器不平等問題²⁴，依上開先進國家調解經驗，經實體判斷比例達7成至8成左右之成效，期以減少醫療糾紛進入訴訟之目標。

而國情相近之日本、韓國處理醫療爭議之制度，依日本厚生勞動省資料顯示，從1989年到2000年3月，全日本之國立醫院、療養院，因為醫療過失而導致醫療機構賠償之醫療爭議，透過調解者超過半數以上，在已經提起訴訟之醫療爭議中，又僅40%被判決，50%係通過調解結案²⁵。日本模式之特色有四，其一為匿名制（當事人雙方個資及病歷均匿名），其二為及時性（處理時間為3月至

1年），其三為處理費用低，其四為權力制衡（調解委員會及鑑定委員會各自獨立）²⁶。至於韓國部分，該國於2012年4月8日施行之「醫療事故被害救濟及醫療紛爭調解法」，受德國法影響，設立一獨立行政法人「醫療紛爭調解仲裁院」，下設醫療事故鑑定團、醫療紛爭調解委員會，當事人向該機構聲請調解後，先由醫療事故鑑定團作出鑑定意見，醫療紛爭調解委員會依鑑定意見書作出判斷。於鑑定過程中使當事人及利害關係人出席陳述意見，而影響鑑定意見作成，鑑定人並具名，使當事人得行使拒卻權²⁷。

因而臺中地院試辦醫療調解時，採醫療、法律雙調解委員模式，貫徹真實發現原則²⁸，亦

在，而事實證據又不能早期蒐集，開示，則調解程序亦難發揮紛爭解決之機制，詳氏著（2012），〈民事醫療訴訟之研究〉，發表《司法院民事醫療訴訟之證明法則與實務運作研討會》，司法院（主辦），臺北。

註23：台大醫院副院長王明鉅表示，就其處理500件以上醫糾案件，未有家屬不要求真相而直接談賠償金額情事，因而認醫糾爭議「鑑定先行」係必要的，發表於關於「醫糾法案中鑑調程序之立法原則與爭議釋疑」座談會會議綜述之發言（2013），臺灣醫療改革基金會，《月旦法學》，217期，第244頁。台大林鈺雄教授於同場座談會亦主張鑑定先行，方能達「無真相，無調解」目標，第234、242頁。醫改會於2007年針對1663名醫糾民眾所為調查，醫糾民眾主要訴求為真相，其次才為賠償。詳楊秀儀（2013），〈論初步鑑定對醫療糾紛處理之意義——對立法院「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案第七條之期待與展望〉，《月旦法學》，216期，第51頁。

註24：依現行法令，病家在民事醫療訴訟依法應證明受有傷害、醫師就醫療行為有過失，病人所受傷害與醫師過失行為間有因果關係，因醫療之高度專業性，不確定性及醫療資訊之不對稱性，病家要證明上述要件甚為困難，而法官亦無能力證明病患所受傷害係病程之自然發展或過失之醫療行為所致，需仰賴專業鑑定協助，未能發現真實，故醫療訴訟之延滯來自法院等待鑑定，是以如何在法院或法院外有迅速之鑑定程序，為醫療糾紛之另一個議題。

註25：張澤洪（2014），《醫療爭議第三方調解》，第10頁，浙江大學出版社。

註26：張澤洪，同前註書，第11頁。

註27：林鈺雄，同註23文座談會發言，第240頁。

註28：從國際文獻來看，病人面對醫療事故時，其主要訴求為：一、公開情報，追求真相；二、道歉（誠意的面對）；三、防止事件再度發生。詳Gerald B. Hickson, Ellen W. Clayton, Penny B. Githens & Frank A. Sloan, *Factors that Prompted Families to File Medical Malpractice Claims Following Perinatal Injuries*, 267J.A.M.A 1359, 1359-63 (1992); Charles Vincent, Magi Young & Angela Pphillips, *Why do People Sue Doctors? A Study of Patients and Relatives Taking Legal Action*, 343 LANCET 1609, 1609-13 (1994).

即前者提供當事人醫療真相，後者提供法律上意見，俾促成當事人調解之成立。此種調解模式，亦行於日本醫師協會之醫療調解²⁹、德國醫師公會之醫療調解³⁰。此種雙調解委員制度，提供醫病雙方更友善、妥適之司法環境，其效果將更勝於「醫療行為除罪化」³¹。

是以，臺中地院參酌德國、日本醫師公會調解方式，採雙調解委員制，即由一位醫療調解委員及一位法律調解委員共同調解，考量上開試辦理念，調解委員必須秉持公正第三人角色，祛除醫醫相護之疑慮，選任調解委員時除需考量醫療調解委員及法律調解委員之專業知識、調解技術外，就醫療過錯、違反醫療常規及過失與損害間因果關係等法律與事實判斷，能破除情面講真話，成為醫療調解試辦最重要試金石，因而於選任調解委員時，參酌德國醫師公會醫調會之例，法律調解委員由法院退休庭長、法官及現職庭長、法官³²、司法事務官（合計10位）共同組成，借重退休法官審判經驗，建立公正形象。而在醫療調解委員方面，係按各醫業醫療糾紛科別比例，由轄區內臺中市六大醫師

公會推薦具有醫療專業及及調解專長之醫師組成，而各公會推薦之調解委員均現任或曾任公會理事、監事以上幹部及現任或曾任衛生局醫療調處委員組成，合計22位，擔任公正第三人角色，以其等熱心醫師公會公共事務，較能破除情面，了解醫療調解委員應有之公正第三人角色，方能使病患信服³³。亦即經由公正之醫療調解委員扮演類似「初步鑑定」醫師角色，調整當事人武器不平等，方能發現真實，減少病患以刑逼民。因而臺中地院試辦之理念，係在於滿足病人對真相的渴望，祛除密室醫療疑慮，又能減輕醫事人員承認錯誤的恐懼，建立可分享學習醫療錯誤之文化。

二、試辦成效及分析

臺中地院自2012年9月起正式試辦醫療調解，迄今已逾10年，依表1所示³⁴，累計收案336件，其中實體終結者達83.93%；而按表2資料，調解成立案件中由保險公司（或公會互助金或醫院互助金）單獨賠（補）償者僅2

註29：張文傑（2008），《本國訴訟外醫療爭議處理模式》，第76-78頁，東海大學法律學研究所碩士論文。

註30：我妻學（2004），〈德國醫療爭議裁判外紛爭處理手續〉，《東京都立大學法學會雜誌》，45卷1期，第49頁以下。

註31：醫界原本均主張廢除醫療刑事責任，惟世界各國亦未廢除，已漸為醫界接受，此有陳再晉副署長於2009年4月18日「臺北醫法論壇——醫療爭議案例學術研討會」時發言指出，美日各國均有業務過失之刑責規定等語，是以醫界改推重大過失醫療刑事責任，現醫療法修正草案改採重大過失責任。

註32：此法律調解委員資格，與德國各邦醫調會、醫鑑會成員均有一位具長年法官經驗者相同，詳林鈺雄（2013），〈初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度——兼論解決醫療糾紛之立法原則〉，《月旦法學》，217期，第210頁。此外，臺中地院法律調解委員含司法事務官，係依現行民事訴訟法規定法院調解得由司法事務官任之，故亦有司法事務官擔任法律調解委員。

註33：事實上，依據臺中地院法律調解委員與醫療調解委員共同調解經驗顯示，醫療調解委員於說明醫療行為之醫學上意義，均能事先準備周詳，不但以現行醫學水準解說爭執之醫療焦點所在，並佐以各種圖片，幻燈片，甚至自作模型向病人詳加解說，因而得到病家之信任者，比比皆是。

註34：此為臺中地院統計資料，以下表2至表10、表13均同。

件，共同分擔賠（補）償者僅6件外，餘均由醫療院所（醫師）賠（補）償，足見醫療院所購買醫療責任險比例甚低，此所以我國醫療爭議發生時，均由醫師或醫療院所第一線直接面對病家，與美、日、德等國醫師公會與保險公司簽訂醫療責任險之團體險，發生醫療爭議時由承攬之保險公司站在第一線與病家協商不同，是以醫師公會（含西醫、牙醫師、中醫師公會）全國聯合會是否有必要出面與保險公司簽訂醫療責任之團體險，庶幾醫療爭議發生時，得由保險公司出面與病家協商？使醫師安於工作，方不生醫療爭議比例較高科別招不到住院醫師之危機³⁵。

而受理科別，依表3所示，前五名依序為

外科（28.66%）、整形外科（14.93%、牙科（11.94%）、內科（11.94%）、婦產科（7.16%），與傳統認知醫療爭議科別為內、外、婦、兒、急診科有別，其中婦產科醫療爭議減少原因，似與2012年施行之「生育事故救濟試辦計畫」成效斐然，降低婦產科醫療爭議³⁶，復於2015年12月11日立法通過「生產事故救濟條例」³⁷，透過醫師、產婦雙重保障，減少生產事故爭議糾紛有關。至小兒科醫療糾紛減少原因，係因政府公共衛生之疫苗政策奏效，嬰幼兒醫療糾紛產生原因，大多為嬰幼兒使用疫苗後發生問題，大多適用藥害救濟法得到補償，致此部分醫療糾紛大幅減少。

表1：終結原因（自製）

勾選	件數	比例
一、程序上終結（未經實體判斷）	54	16.07%
1.當事人（關係人:醫院或保險公司）不同意	20	5.95%
2.當事人（關係人:醫院或保險公司）未到	23	6.85%
3.原告（聲請人）撤回	11	3.27%
4.違背管轄	0	
5.時效消滅	0	
二、實體判決終結	282	83.93%
1.否定醫療糾紛及違反說明義務	228	67.86%
2.肯定醫療過失及損害關係間因果關係	46	13.69%
3.肯定醫療過失但否定因果關係	8	2.38%

資料來源：臺中地院

註35：和信癌症醫院院長黃達夫主張臺灣應建立醫療過失保險制度，方能使醫師專心於醫療專業工作，醫糾則交由醫院或保險公司負責，全文詳網址：http://mag.udn.com/mag/life/storypage.jsp?f_ART_ID=471329#ixzz2bp8b7mqo Power By udn.com（最後瀏覽日：2013年10月27日）。

註36：生育事故救濟試辦計畫自2011年試辦迄今成效良好，產科司法訴訟鑑定案件數已大幅減少72%，訴訟案件減少6成，見

<http://www.mohw.gov.tw/cp-2644-20603-1.html>（最後瀏覽日2023年2月27日）。

註37：三讀通過之新聞報導，

表2：調解結果賠（補）償款支付者（自製）

勾選	件數	比例
一、否定醫療糾紛及違反說明義務	228	80.05%
（一）被告醫師、醫院賠償（補償）者	40	14.08%
1.保險公司（醫師公會互助金）賠償（補償）者		
2.保險公司（醫師公會互助金）與被告醫師（醫院）按比例賠償（補償）者	4	
3.保險公司不賠償，由被告醫師（醫院）賠償（補償）者	36	
（二）被告醫師、醫院不賠償（補償）但道歉者	0	
（三）被告醫師、醫院不賠償（補償），不道歉者	188	66.67%
二、肯定醫療過失及損害關係間因果關係	46	16.31%
（一）被告醫師、醫院賠償（補償）者	39	13.83%
1.保險公司（醫師公會互助金）賠償（補償）者	2	
2.保險公司（醫師公會互助金）與被告醫師（醫院）按比例賠償（補償）者	2	
3.保險公司不賠償，由被告醫師（醫院）賠償（補償）者	35	
（二）被告醫師、醫院不賠償（補償）但道歉者	0	
（三）被告醫師、醫院不賠償（補償），不道歉者	7	2.48%
三、肯定醫療過失但否定因果關係	8	2.84%
（一）被告醫師、醫院賠償（補償）者	7	2.48%
1.保險公司（醫師公會互助金）賠償（補償）者	0	
2.保險公司（醫師公會互助金）與被告醫師（醫院）按比例賠償（補償）者	0	
3.保險公司不賠償，由被告醫師（醫院）賠償（補償）者	7	
（二）被告醫師、醫院不賠償（補償）但道歉者	0	
（三）被告醫師、醫院不賠償（補償），不道歉者	1	0.35%

資料來源：臺中地院

表3：受理醫療調解案件科別（自製）

勾選	科別	件數	比例
3	內科	40	11.94%
1	外科	96	28.66%
5	婦產科	24	7.16%
	小兒科	6	1.79%
	急診科	15	4.48%
2	整型外科	50	14.93%
3	牙科	40	11.94%

其他科	64	19.10%
-----	----	--------

資料來源：臺中地院

至調解案源，依表4資料，民事醫療訴訟案件收件數為294件、刑事醫療案件收案數為11件，臺中地方檢察署偵查件數為29件，其中以起訴強制調解占比達61.08%最高，而刑事審判、偵查轉介調解占比僅11.97%最低；依

表4：調解案件來源（自製）

勾選		件數	比例	
	一、聲請調解	34	10.18%	
	二、起訴強制調解	204	61.08%	
	三、訴訟中移付調解	56	16.77%	
	四、轉介調解	刑庭轉介	11	3.29%
		檢察署轉介	29	8.68%

資料來源：臺中地院

表5：調解結果給付金額（自製）

勾選		件數	比例
	一、請求金額50萬元以下	43	47.87%
	二、請求金額50萬元以上、165萬元以下	23	25.56%
	（一）調解成立金額50萬元以下	17	18.89%
	（二）調解成立金額50萬元以上	6	6.67%
	三、請求金額165萬元以上	24	26.67%
	（一）調解成立金額50萬元以下	12	13.33%
	（二）調解成立金額50萬元以上	5	5.56%
	（二）調解成立金額165萬元以上	7	7.78%

資料來源：臺中地院

表6：臺中地院歷年調解成立比例（累計至2022.8）（自製）

週年	全部調解委員	專業調解委員	一般調解委員	醫療調委加計鑑定	未鑑定無醫療調委
1週年	52.60%	50.00%	65.00%		
2週年	46.48%	41.14%	51.35%	50.00%	41.94%
3週年	38.24%	38.09%	38.33%	42.59%	33.33%
4週年	32.59%	36.96%	30.34%	37.31%	27.94%
5週年	29.07%	35.42%	36.61%	34.21%	25.00%
6週年	27.09%	31.48%	25.50%	30.34%	24.56%
7週年	26.69%	28.95%	25.63%	28.07%	24.79%
8週年	26.24%	27.84%	25.30%	28.99%	24.00%
9週年	29.80%	29.13%	30.26%	30.28%	29.20%
10週年	31.91%	33.33%	30.77%	33.73%	29.31%

資料來源：臺中地院

表7：臺中地院各年調解成立比例（累計至2022.8）（自製）

年度	已結調解件數	不願調解 / 撤回	全部調委成立比例	無醫療調委成立比例	有醫療調委成立比例
101年	7	6	85.71%	100.0%	50.00%
102年	45	10	51.11%	52.63%	50.00%
103年	27	1	25.93%	35.29%	10.00%

年度	已結調解件數	不願調解 / 撤回	全部調委成立比例	無醫療調委成立比例	有醫療調委成立比例
104年	35	2	17.14%	16.13%	25.00%
105年	40	0	12.50%	11.11%	25.00%
106年	31	1	16.13%	16.67%	0.00%
107年	27	4	25.93%	41.67%	13.33%
108年	22	6	18.18%	33.33%	21.05%
109年	26	1	42.13%	50.00%	40.91%
110年	24	4	56.00%	100%(法官)	52.17%

資料來源：臺中地院

表8：調解成立與鑑定之相關性（自製）

總件數	282									
成立	90	強制調解		43	有鑑定	2	有過失	0		
					無過失	2				
		轉介調解		刑庭轉介	9	有鑑定	3	有過失	2	
						無過失	1			
		檢察署轉介		20	有鑑定	3	有過失	2		
					無過失	1				
		民庭移調		18	有鑑定	9	有過失	1		
					無過失	8				
		不成立	192	強制調解		152	有鑑定	29	有過失	4
							無過失	25		
不成立	192	轉介調解		刑庭轉介	1	有鑑定	1	有過失	0	
						無過失	1			
		檢察署轉介		9	有鑑定	0	有過失			
					無過失					
		民庭移調		30	有鑑定	11	有過失	3		
					無過失	8				
有過失	31.91%（成立案件中有鑑定者18.89%，未鑑定者占81.11%）（成立有鑑定者無過失者占70.59%，有過失者占29.41%）				全部有鑑定者調成立占29.31%，未鑑定者調解成立占32.59%					

資料來源：臺中地院

表5顯示，調解結果給付金額，50萬元以下者比例高達80%。而依表6顯示，累計10年平均調解成立比例為31.91%，至於各年調解成立比例，依表7所示，多達85.71%，少則12.50%，起伏甚大，其中調解成立比例最低之2015-2017年間度少有醫療調解委員參與調解，僅由法律調解委員調解，其能成立者，殆皆為當事人已合意調解，於當事人未能就醫療真相確認時，實難達到調解成立之機會，因依學者統計研究，全國醫療爭議案件會進入法院、檢察署比例僅為1/4³⁸，且大部分進入法院醫療爭議案件，大多為庭外和解不成立或醫師公會、衛生局調處不成立之案件，本質上進入法院醫療爭議複雜度、難度均較高，在未能得到醫療專家確認醫療真相下，實難達成調解成立目標。

而就調解實體認定結果，依表8資料，鑑定醫師有過失責任12件中，調解成立比例僅為41.67%，據司法事務官及醫療調解委員表

示，係因鑑定有過失後，病家反而追加請求金額，被告醫師或被告醫院認為不合理，致未能調解成立，是以真相已明，被告醫師有過失時，調解未能成立原因，係原告提高請求賠償金額所致，恐係國情不同，則德國法上「無真相（鑑定）、無調解」，於本國實踐上似未得到印證。又鑑定無過失責任46件中，調解成立比例仍有26.09%，且調解成立案件鑑定無過失者高達70.59%，據司法事務官及醫療調解委員表示，原因均為被告醫師不願再行訴訟，而給付金額只要不高，醫療院所均願息事寧人，因而調解成立。

較值注意者，依表8資料，調解成立案例中，有鑑定者僅占18.89%、未鑑定者為81.11%，參酌調解成立案件中，有鑑定者調解成立比例29.31%，未鑑定調解成立比例32.03%，無鑑定者調解成立比例似較有鑑定者為高，惟佐以表9資料，有鑑定加計未鑑定

表9：調解成立與鑑定、醫療調委相關性（自製）

勾選	件數	282			
		有鑑定	有醫療調委	無醫療調委	百分比
調解成立	90	有鑑定	有醫療調委	3	3.33%
			無醫療調委	14	15.56%
		未鑑定	有醫療調委	39	43.33%
			無醫療調委	34	37.78%
調解不成立	192	有鑑定	有醫療調委	16	8.33%
			無醫療調委	26	13.54%
		未鑑定	有醫療調委	68	35.42%
			無醫療調委	82	42.71%
備註		有鑑定加計未鑑定有醫療調委（初步鑑定效果）中，調解成立比例達33.73%，未鑑定又無醫療調委者調解成立比例僅29.31%，可認事實已明，調解成立比例高			

資料來源：臺中地院

註38：吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基（2009），〈台灣的醫療爭議狀況〉，《台灣醫學》，13卷1期，第6頁。

有醫療調解委員（初步鑑定效果）調解案件中，調解成立比例達33.73%，未鑑定又無醫療調解委員案件，調解成立比例僅29.31%，再斟酌有醫療調解委員參與調解者，均為案情複雜之醫糾案件，較無醫療調解委員參與、案情較簡單者調解成立比例高，足認經過鑑定後真相已明，調解成立比例較高，與德國醫師公會鑑定先行達到「無真相、無調解」相呼應。

至於表10資料，醫療爭議案件由醫療調解委員調解成立僅46.67%、非醫療調解委員高達為53.33%，而醫療調解委員案件（在未全面由醫療調解委員參與調解時期，醫療調解委員參與者多為較難案件）調解成立比例為

33.33%，無醫療調解委員參與案件調解成立比例僅為30.77%，顯示醫療爭議調解能否成立，與醫療調解委員是否參與調解關係度成正比，此參看表7所示，109年下半年至110年間落實（檢方移送案件除外）醫療調解委員全面參與調解作法後，該二年度調解成立比例提升至42.13%、56%。而此一觀察，可印證醫療調解委員扮演類似「初步鑑定」醫師角色後，達到發現真實之立法目的，較易促成調解成立。

再者，醫療案件偵查、審判中轉介臺中地院調解，依表8、10資料，其等調解成立件數達29件、不成立件數僅10件，調解成立比例達74.36%，且占全部調解成立比例32.96%，

表10：調解成立與醫療調委調解之相關性（自製）

勾選	件數	282				
成立	90	強制調解		43	有醫療調委	30
					無醫療調委	13
		轉介調解	刑庭轉介	9	有醫療調委	0
					無醫療調委	9
			檢察署轉介	20	有醫療調委	4
					無醫療調委	16
民庭移調		18	有醫療調委	8		
			無醫療調委	10		
不成立	192	強制調解		152	有醫療調委	61
					無醫療調委	91
		轉介調解	刑庭轉介	1	有醫療調委	1
					無醫療調委	0
			檢察署轉介	9	有醫療調委	6
					無醫療調委	3
民庭移調		30	有醫療調委	16		
			無醫療調委	14		
調解成立比例	31.91%（調解成立中，有醫療調委占46.67%，無醫療調委比例53.33%）（刑事案件調解成立比例高達74.36%）		有醫療調委（較難案件）調解成立比例為33.33%，無調療調委調解立比例為30.77%			

資料來源：臺中地院

易言之，刑事偵查、審判中轉介調解成立之成功機會較高，此觀表11所示，刑事案件歷來轉介調解成立比例，刑庭轉介部分達90%，偵查中轉介則61%-67%間，而細看檢察署轉介調解案件，自2016年後轉介件數甚少，推其原因，應係法務部、衛福部自2017年3月推動「多元雙向醫療爭議處理機制試辦計畫」，臺中地檢署亦為試辦檢察署之一，該署醫療爭議案件轉介臺中院調解件數甚少，再依表12所示，刑事偵查案件轉介調解

成立佔全部調解成立比例在33.33%-52.38%，如果醫療調解少了刑事訴追之案件，調解成立比例可能更低，況轉介調解案件經鑑定者，依表8所示39件中僅有7件，7件中鑑定有過失者僅5件，是否暗示「以刑逼民」之醫糾案件，因醫界不願遭受刑事訴追之精神煎熬，致調解成立比例較高，殊非醫界之福。

唯觀表11、12所示，刑事案件自2017年後，轉介案件甚少，同期間民事調解案件佔全部調解成立比例由48.94%逐年提高至2021

表11：刑事案件轉介調解案件分析（累計）（自製）

年度	刑庭轉介件數	刑庭轉介成立比例	刑庭轉介不成立比例	檢察署轉介件數檢察	檢察署轉介成立比例	檢察署轉介不成立比例
2112	4	100%	0%	12	66.67%	33.33%
2113	4	100%	0%	12	66.67%	33.33%
2114	4	100%	0%	19	63.16%	36.84%
2115	6	100%	0%	26	61.54%	38.46%
2116	8	100%	0%	26	61.54%	38.46%
2117	8	100%	0%	27	62.96%	37.04%
2118	9	100%	0%	29	65.52%	34.48%
2119	10	90%	10%	29	65.52%	34.48%
2120	10	90%	10%	29	65.52%	34.48%
2121	10	90%	10%	29	65.52%	34.48%

資料來源：臺中院

表12：刑事案件轉介調解案件分析（累計）（自製）

年度	刑庭轉介成立件數	刑庭轉介佔全部成立比例	檢察署轉介成立件數	檢察署轉介佔全部成立比例	民事調解成立件數	民事調解佔全部成立比例	備考
2112	2	33.33%	0	0%	4	66.67%	
2113	4	14.29%	8	28.27%	16	57.14%	
2114	4	11.42%	12	34.29%	19	54.29%	
2115	6	14.28%	16	38.10%	20	47.62%	
2116	8	17.02%	16	34.04%	23	48.94%	
2117	8	15.38%	17	32.69%	27	51.93%	
2118	9	15.52%	19	32.76%	30	51.72%	
2119	9	14.29%	19	30.16%	35	55.55%	
2120	9	12.33%	20	27.40%	44	60.27%	
2121	9	10.22%	20	22.73%	59	67.05%	

資料來源：臺中院

年之67.05%，尤其2021年落實醫調解委員全面參與調解作法後，在未有新增刑事案件轉介調解現況下，累計民事調解成立比例提高至67.05%，意謂醫療調解委員參與調解，縱無「以刑逼民」壓力之刑事轉介案件，醫療調解委員依其專業仍能使當事人確認醫療真相，依表7資料，調解立比例提高至歷年最高之56%（2012年因收案較少，不列入比較），亦可明證。

另依表13所示，醫學中心調解成立比例最低，僅有4.78%，推其緣由，據某碩士論文就某醫學中心為例所為「醫療爭議處理協商機制之研究」一文³⁹，表示醫學中心發生醫療爭議時，先由院內社工人員、公關人員與醫護人員組成之第一線「關懷小組」介入處理，無法解決時，則由主治醫師及該科部之醫療主管，會同「關懷小組」組成「醫事評估小組」，對於醫糾進行醫療責任評估與討論，並續與病家進行協商，如仍無法解決，則由醫院院長室之「醫療爭議委員會」鑑定醫師於醫療事故中有無疏失，並討論紛爭解決方式。若委員會評估，醫師失有疏失時，即決定和解之上限，責令「醫事評估小組」進行協商和解，如達成和解並完成賠償後，由醫院內部成立之互助金或基金方式，與醫師共同分擔和解金額。若無法達成和解，則進入訴訟程序。是以，醫學中心不易與病家和解，係因已內部進行嚴謹之責任評估程序，認為無醫療疏失時，始不願賠償病家，否則會造成縱無過失亦賠償，產生提告即可

不問過失均可獲得賠償之刻板印象，反而不問是非，惟此種觀察是否正確，於後述實證資料再為討論。

表13：醫療院所調解成立比例（自製）

事由	件數	293		
成立	90	醫學中心	14	4.78%
		醫院	21	7.17%
		診所	22	7.51%
		醫師	33	11.26%
不成立	192	醫學中心	60	20.48%
		醫院	56	19.11%
		診所	30	10.24%
		醫師	46	15.70%
未繳費駁回	11	醫學中心	2	0.68%
		醫院	0	0.00%
		診所	2	0.68%
		醫師	7	2.39%

資料來源：臺中地院

三、本國量化實證分析

筆者於2016年在臺南高分院協助下進行量化問卷調查，行文至醫療糾紛較多之地方法院、高等法院及其所在地檢察署，針對辦理醫療糾紛之司法官、醫療調解委員（含醫療諮詢委員）及原告病家（含訴訟代理人）、被告醫療院所（含訴訟代理人或辯護人）進行意向與認知問卷調查⁴⁰，問卷項目設計聚焦於病家訴訟動機、醫師與調解委員對調解過程參與與否的態度、以及對理想調解模式之期待。合計回收原告病家33份、被告醫療

註39：向為平（2006），《醫療爭議處理及協商機制之研究——以某醫學中心為例》，第40-42頁，元智大學管理研究所碩士論文。

註40：問卷時間為105年8月至同年10月。

院所56份、司法官64份、醫療調解（諮詢）委員回收168份，均符合統計學上最低問卷份數之要求。

本問卷研究首先參考比較法上醫療糾紛文獻，設計一份3頁共34大題的結構性問卷。

整份問卷分三大部分：

第一部分為填答者的基本人口學資料，包括填答者之性別、年齡、教育程度、發生醫療爭議時之職業、與病人之關係、發生醫療爭議時病人之年齡、是否有醫療、法律背景以及是否有訴訟之經驗等。

第二部分調查填答對於醫療爭議處理之客觀經驗，就醫療爭議訴求之目的，依過往醫療糾紛實證文獻將病人或家屬訴訟目的區分為6類，即求得事實之真相、要醫方賠償、要求醫方道歉、提供後續之照顧、避免類似之不幸再發生、懲罰做錯事之人等，並就此六個目的分別詢問受訪者，由受訪者依其對題目敘述之同意程度勾選，其後計分方式採Likert scale的五分尺度〈5-point scale〉加以衡量，計分方式為「很不同意」：1分、「不同意」：2分、「沒意見」：3分、「同意」：4分、「很同意」：5分。

第三部分則要探知這些有過訴訟或處理訴訟經驗者之主觀態度，包括其對於病家用民事、刑事訴訟處理醫療爭議之想法及醫師若道歉對病是否提告之影響，亦採上開Likert scale的五分尺度〈5-point scale〉加以衡量，計分方式為「很不同意」：1分、「不同意」：2分、「沒意見」：3分、「同意」：4分、「很同意」：5分。由受訪者依其對題目敘述之同意程度勾選，其題目主要包括：讓檢察官來調查，醫方比較願意和解賠償；讓檢察官來調查，比較能知道真相；只要醫方

願賠償，沒有說出真相也無所謂；即使醫師有疏失，也不應該去坐牢；會告醫師是因為醫師發生事情後，態度不好；醫師只要誠實認錯，就不會告醫師；我認為醫師只要道歉，就不會告醫師；提出刑事訴訟，是為了節省訴訟費用等問題。

第四部分則要探知填答者，對於法院以調解處理醫療糾紛之看法，亦採上開Likert scale之五分尺度〈5-point scale〉加以衡量，計分方式為「很不同意」：1分、「不同意」：2分、「沒意見」：3分、「同意」：4分、「很同意」：5分。由受訪者依其對題目敘述之同意程度勾選，其題目主要包括：向檢察官提出告訴或提起民事訴訟，能安排醫療調解，了解醫療真相，減少訴訟之時間拖延和金錢浪費；法院調解時，希望有公正醫療調解委員提供醫療意見，可以幫助發現醫療真相，才能有助於調解之成立；法院調解時，希望有法律調解委員提供法律意見，作為擬具調解方案之參考；醫療調解時，希望醫師本人出席，經由醫師親自說明醫療經過，感受醫師之誠意，方能平心靜氣探討醫療真相為何；醫療調解時，希望先有心理醫師或社工師或精神科醫師協助撫慰病人或家屬之情緒，才能理性探討醫療真相；醫療調解委員調解時，應提出醫療真相之書面資料，減少病人或家屬以「提出刑事告訴方式，追求醫療真相」之動機；如果醫療調解時，已經有鑑定報告，鑑定醫師沒有疏失，醫師仍要負道德責任，補償病人或家屬之精神折磨；醫療調解時，如果有醫療調解委員之醫療意見，不會想聲請衛生福利部醫事審議鑑定；您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員沒有告訴病人醫療真相，僅一味要求雙方以

和為貴，各讓一步；您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員會先告訴病人醫療真相後，再勸諭雙方調解；您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員會先平撫病人或家屬情緒後，再告訴病人醫療真相，才勸諭雙方調解。

第五部分，則就病家醫療爭議前後，醫病雙方互動之看法，包亦採上開Likert scale的五分尺度〈5-point scale〉加以衡量，計分方式為「很不同意」：1分、「不同意」：2分、「沒意見」：3分、「同意」：4分、「很同意」：5分。由受訪者依其對題目敘述之同意程度勾選，其題目主要包括：請主治醫師說明解釋事實發生經過，請醫院迅速提供病歷，請主治醫師或醫院道歉，請主治醫師或醫院承諾負責。

為確保問卷之內容效度，委請二位在醫事法學有專精之教授及統計學專家，就問卷項目測量之敏感度、語意清晰度、測量尺度之

適切性及問卷版本之編排提出批評與建議，再依據其建議進行修正調整。

問卷結果，依表14、15、16所示，被告醫師 / 醫療院所、司法官、醫療調解委員 / 諮詢委員組均認為病家訴訟主要目的係1.要醫方賠償（84%-92%），2.求得事實真相（62%-69%），3.為了讓醫方道歉（57%-62%），4.懲罰做錯事的人（44%-47%），5.要醫方提供後續的照顧（30%-57%），6.避免類似的不幸再發生（20%-37%）。此與病家訴訟目的主要係要「求得事實真相」與「要醫方賠償」，具有高度近似性，至於病家與被告醫師對病家其餘訴訟目的順序，呈現完全相反之看法，因而吾人可得出病家訴訟目的，主要在「求得醫療真相」與「要醫方賠償」，應可認定，其次為要醫師道歉，此項醫療糾紛真相之發現，亦為國內學者或問卷調查所肯認^{41,42}，是以調解時，應注意上項事項列為醫療調解之主要考慮。

表14：病家訴求目的乃為求得醫療真相（總整理）（自製）

		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	0%	0%	14%	37%	2%	12%	0%	12%
	不同意	0%		23%		10%		12%	
沒意見 ⁴³	沒意見	15%	15%	23%	23%	26%	26%	19%	19%
肯定	同意	27%	85%	27%	40%	50%	62%	55%	69%
	非常同意	58%		13%		12%		14%	

資料來源：臺中地院

註41：有關醫糾發生時，病人之目的為何，據臺大吳建昌醫師2012年全國民調結果，顯示醫糾民眾訴求91.4%為改善醫療品質，89.9%為瞭解真相，59.8%為尋求賠償，詳氏發表於醫療傷害處理法律與政策會議（2012年12月14日）。相同意見，如醫改會副執行長劉淑瓊、臺大醫院副院長王明鉅醫師。詳劉淑瓊發表於第一屆臺中醫法論壇發言（2014），《臺灣法學》，241期，第103頁。王明鉅部分，同註23座談會發言，第244頁。林東龍（2004），《醫療糾紛之社會控制：社會學的分析》，摘要第i頁，中山大學學術研究所博士論文，。

註42：黃鈺嫻、楊秀儀（2015），〈病人為何要告醫師？以糾紛發動者為中心之法實證研究〉，《國立臺灣大學法學論叢》，44卷4期，第1845頁。

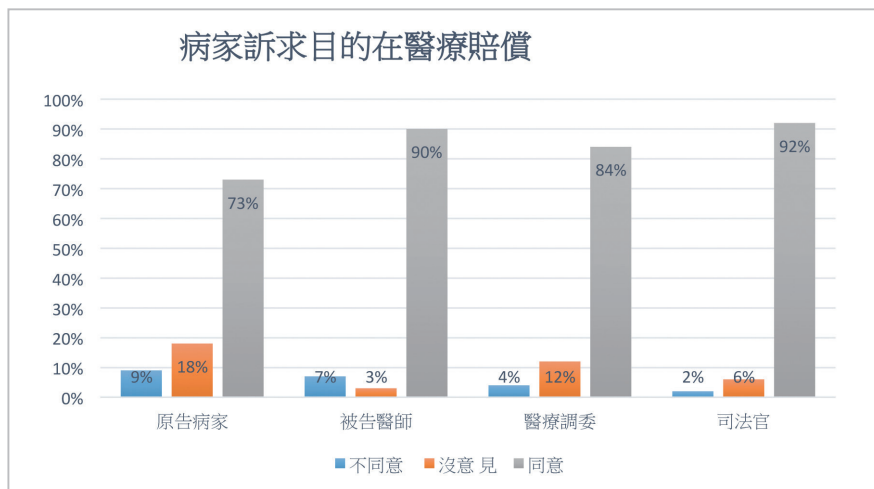
註43：本項沒意見，包含未填及沒意見之總和，以下均同。

表15：病家訴求目的乃為要醫師道歉（總整理）（自製）

		病家 (n=33)		被告醫師 (n=56)		醫療調解委員 (n=168)		司法官 (n=64)	
否定	很不同意	3%	3%	9%	20%	2%	10%	2%	10%
	不同意	0%		11%		8%		8%	
沒意見	沒意見	21%	21%	27%	27%	33%	33%	28%	28%
肯定	同意	46%	76%	39%	53%	51%	57%	56%	62%
	非常同意	30%		14%		6%		6%	

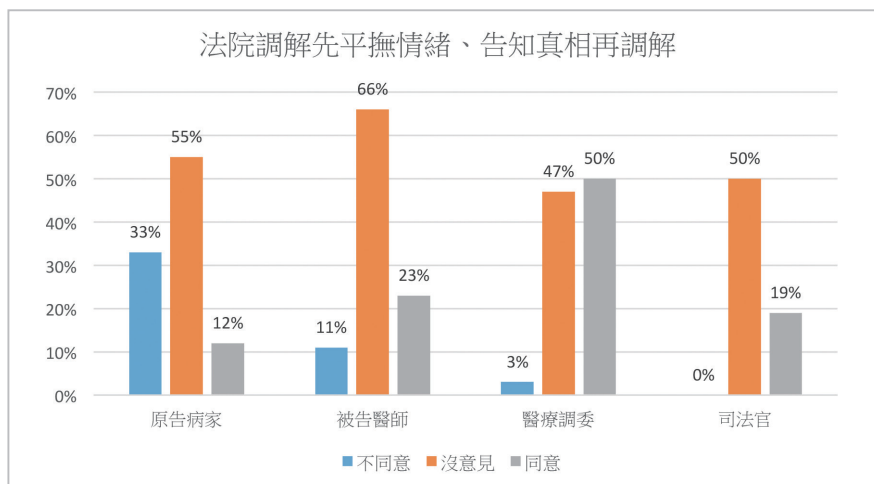
資料來源：臺中地院

表16：病家訴求目的乃為要醫療賠償



資料來源：臺南高分院

表17：您所參加之地方 / 高等法院調解，調解委員會先平撫病人或家屬情緒後，再告訴病人醫療真相，才勸喻雙方調解。（自製）



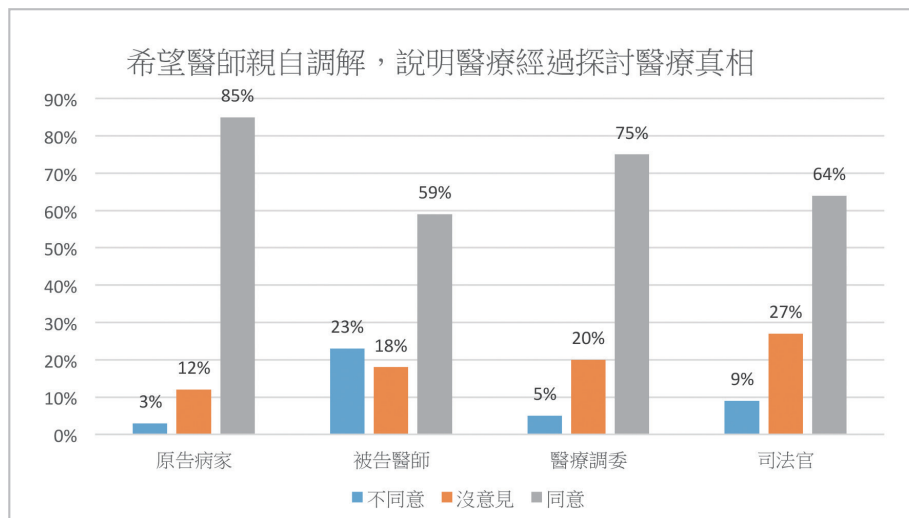
資料來源：臺南高分院

再依表17顯示，對於法院調解時調解委員是否會安撫當事人情緒，病家組肯定者僅有8%，司法官組亦僅18%，而調解時希望醫師出席部分，依表18所示，病家組達85%，其餘各組亦在5成至7成間，顯然醫師親自席說明醫療經過，當事人方能平心靜氣確認醫療真相，上開醫學中心調解成立比例較低之實證分析，均未能讓醫師直接面對病家說明醫療經過，而由醫院社工或公關室出面處理，恐係調解成立比例低之因素，似可認定；而對於調解模式，是否希望有社工師、心理師等參與撫慰當事人情緒，其後方能平心靜氣

確認醫療真相，依表19資料，病家、被告醫師高達7成持肯定意見，是以調解時解委員應先撫慰當事人情緒，再由被告醫師親自出席說明醫療經過，當事人方能平心靜氣探討醫療真相。

雖本研究已呈現醫療調解委員參與率與調解成功率之關聯性，惟仍以描述統計為主。建議後續研究應導入卡方檢定（Chi-Square test）或邏輯迴歸模型（Logistic Regression），以驗證參與與否是否在統計上具有顯著性差異，提升政策建議說服力。

表18：醫療調解時，希望醫師本人出席，經由醫師親自說明醫療經過，感受醫師之誠意，方能平心靜氣探討醫療真相為何。（自製）



資料來源：臺南高分院

表19：醫療調解時，希望先有心理醫師或社工師或精神科醫師協助撫慰病人或家屬之情緒，才能理性探討醫療真相。（自製）

項次	病家 (n=33)	被告醫師 (n=56)	醫療調解委 (n=168) (未詢問)	司法官 (n=64) (未詢問)
不同意	3%	9%		
沒意見	27%	22%		
同意	70%	69%		

資料來源：臺南高分院

四、日本、我國法院醫療和解 / 調解之實證比較研究

上述臺中地院10週年醫療試辦實證資料，如何調整改善醫療調解制度，他山之石足以攻錯，國情相近之日本，法院處理醫療爭議之實證資料，應值得比較分析研究。依表20所載，2013年迄2021年止，日本東京地方裁判所終結案件之平均審理期間為21.1月，全國裁判所則為25月，均在2年左右，相較於學者對臺灣民事醫療訴訟審理期間之實證研究，一審為3.12年、二審為19.2月、三審為10.8月，三審確定期間高達5.62年⁴⁴，顯然日本醫療訴訟第一審終結期間較臺灣為短。

又依表21所示，兩國地方法院和（調）解

率之比較，日本全國地方裁判所和解率平均為58.5%、東京地方裁判所平均為51.7%，歷年和解率均在5成至7成間穩定成長，反觀臺中地院，依表6、7所示，同期間累計調解比例為31.9%，歷年調解率則高低變化甚大，高則達56%、低僅12.5%（2012年案例少，不列入比較），細究臺中地院調解成立比例較低年份，均係醫療調解委員參與比例低，如日後落實醫療調解委員全面參與調解，當能呈現如2020-2021年間調解成立比例達4成至6成間穩定成長。

較值注意者，醫療訴訟和解成立時期，依表22所示，東京地方裁判所近9年在開庭審理前和解率平均為74.1%，在開庭審理、鑑定前

表20：日本地裁已濟事件平均審理期間（自製）

年度	平均審理期間（月）		年度	平均審理期間（月）	
	東京地裁	全國		東京地裁	全國
平成25年(2013年)	19.6	23.9	平成30年(2018年)	20.0	24.4
平成26年(2014年)	17.4	23.3	平成31年、令和元年(2019年)	24.6	26.1
平成27年(2015年)	16.4	23.7	令和2年(2020年)	25.3	26.7
平成28年(2016年)	19.4	24.2	令和3年(2021年)	24.6	27.5
平成29年(2017年)	22.7	25.2			
平均				21.1	25

資料來源：日本最高裁判所

表21：日本地裁近8年醫療訴訟和解率及成立時期（自製）

年度 事項	2013 (平成25年)	2014 (平成25年)	2015 (平成25年)	2016 (平成25年)	2017 (平成25年)	2018 (平成25年)	2019 (平成25年)	2020 (平成25年)	2021 (令和3年)	平均
東京地裁 和解率	50.3%	45.5%	54.6%	67.2%	67.2%	60.6%	57.0%	63.6%	56.0%	51.7%
日本全國 和解率	54.5%	55.6%	55.5%	59.0%	60.2%	59.4%	62.9%	62.1%	59.6%	58.5%
臺中地院 調解率	51.1%	25.9%	17.1%	12.5%	16.1%	25.9%	18.2%	42.1%	56.0%	31.9%

資料來源：日本最高裁判所、臺中地院

註44：沈冠伶（2012年11月），〈民事醫療訴訟之研究〉，發表於《司法院民事醫療訴訟之證明法則與實務運作研討會》，司法院（主辦），臺北。

和解率則為21.5%，至鑑定後始成立和解者為4.4%，其原因係日本於和解時即有專門委員之醫學專家協助⁴⁵，加上日本私鑑定制度，此觀表23所示，東京地方裁判所當事人意見書提出率高達38.1%，是以和解時，當事人已

確認醫療爭點所在，經由專門委員提供醫學上專業知識，知悉醫療真相所在，自然可以早期達成和解。反觀臺灣鮮有私鑑定書⁴⁶提出，於審理前之調解階段，僅能借助醫療調解委員提供專業意見供當事人參考，而醫療

表22：東京地裁近8年醫療訴訟和解率及成立時期（自製）

事項	年度	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	平均
		(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(平成25年)	(令和3年)	
成立時期	尋問前	68.2%	73.2%	81.8%	75.0%	68.6%	81.8%	76.3%	73.0%	75.0%	74.1%
	尋問後	27.1%	26.8%	15.6%	19.6%	25.6%	15.6%	19.6%	23.1%	22.2%	21.5%
	鑑定後	4.7%	0%	2.6%	5.4%	5.8%	2.6%	4.1%	3.4%	2.8%	4.4%

資料來源：日本東京地方裁判所

表23：東京地裁當事人意見書提出率（自製）

年份	提出率(件/%)	原告提出(件)	被告提出(件)	兩造提出(件)
平成25年	61件(34.9%)	26	9	26
平成26年	49件(36.6%)	20	7	22
平成27年	61件(31.2%)	21	7	16
平成28年	61件(38.0%)	23	8	21
平成29年	61件(44.5%)	20	12	25
平成30年	61件(35.6%)	21	9	27
平成31年 / 令和元年	61件(35.2%)	18	10	30
令和2年	61件(44.3%)	22	7	33
令和3年	61件(43.0%)	38	7	38
平均	38.1%			

資料來源：日本東京地方裁判所

註45：日本專門委員制度，在爭點整理階段、證據調查期日、和解期日，聽取當事人意見後，得於雙方當事人皆得到場期日，取得當事人同意後為口頭說明，如上開期日以外為書面說明時，則由書記官交付影本予雙方當事人（日本民訴法第92條之2第1項後段、第92條之2第1、3項、民訴規則第34條之3第2項），於證據調查期日，取得雙方當事人同意，並經過審判長許可後，專門委員得直接對證人等人發問（日本民訴法第92條之2第2項）；於進行協議期日為口頭說明（日本民訴法第92條之2第1項、民訴規則第34條之2），是其說明已有鑑定性質，詳見陳宜縱、陳學德（2020），〈專業委員制度施行對醫療訴訟之影響〉，《月旦民商法》，69期，第104-106頁。

註46：學說及多數實務見解，私鑑定做成之鑑定報告，雖與民事訴訟法所謂「鑑定」之證據方法不同，但仍具私文書性質，詳陳計男在司法院民事訴訟研究修正委員會第285次會議之發言，司法院編（1990），《司法院民事訴訟法研究修正資料彙編（六）》，第644頁。實務判決部分，如臺灣高等法院臺南分院100年度建上更（一）字第2號民事判決、93年度智上字第2號民事判決；臺灣高等法院94年度上字第214號民事判決。

調解委員參考病歷、醫學影像及護理紀錄，即可判斷醫療爭點所在正確率在70%以上，以其醫療專業或加入醫療諮詢委員之次專科專業，而能發現醫療真相，自能促成調解成立，此觀表7所示，在落實醫療調解委員全面參與調解時期之2012-2013年、2020-2021年，醫療調解成立比例平均在50%以上，近於日本之和解比例，堪可認定，是以落實醫療調解委員參與調解實為正途。

五、醫療調解改善之法

由表7臺中地院調解歷年統計及表14-16對病家、被告醫師、醫療調解委員及司法官所為實證資料可知，如有醫療調解委員參與之調解成立比例最高，因可提供病家確認醫療真相，是醫療調解宜有醫療調解委員參與，由醫療調解委員扮演類似「初步鑑定」醫師角色，即出具「說明義務、醫療過錯、責任與損害間因果關係、有無違反醫療常規等法律要件」之書面意見，供醫病雙方作為訴訟勝敗

參考；而當事人告醫師主要目的在確認醫療真相，其次為要醫師道歉，最後才是請求賠償，並希望調解時有社工師、心理師等提供情緒撫慰，已如前述，是以調解委員宜有同理心，方能平撫當事人情緒，經由醫師及醫療調解委員確認醫療真相，最後在法律調解委員說明個案之法律上權利義務，始能促成調解成立。另較值注意者，就被告醫師本人是否出席醫療調解乙事，除被告醫師組順位在第五順位外，其餘各組均高居第二順位，亦點出病家期待醫師本人說明醫療經過，與前述病家主要訴求在追求醫療真相相呼應。

按醫療調解委員或諮詢委員於調解程序中所為「醫療意見」，因法無明文其效力，有認為如同德國醫師公會調解中醫調會或醫鑑會所為初步鑑定，因現行民事訴訟法並無初步鑑定明文⁴⁷，可否逕行認定係德國法制上之「初步鑑定」仍有疑慮！縱認有初步鑑定效力⁴⁸，似應就其要件諸如當事人表示意見、醫療調解或醫療諮詢委員應提出書面意見、

註47：2015年立法院審議之醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，於一讀會時經立法委員提案通過於第7條增列當事人自費「初步鑑定」，第16條規定調解程序行免費之強制鑑定明文，惟尚未經立法院三讀通過，尚難認臺灣法制上有「初步鑑定」明文。立法院一讀會通過第7條之內容為：中央主管機關應自行或委託專業機構或專業團體辦理下列事項之初步鑑定：1.醫療行為與不良結果有無因果關係。2.醫療行為有無符合醫療常規。（第一項）醫療（事）機構於進行關懷時，應主動告知病人，家屬或其代理人有關初步鑑定之資訊。（第二項）病人，家屬或其代理人得檢具病歷複製本並支付費用，向第一項機構或團體申請初步鑑定。（第三項）第一項醫療糾紛事件初步鑑定應確保公正，客觀，並以雙向匿名方式處理。（第四項）辦理第一項初步鑑定之機構或團體之資格與限制，第三項申請程序，費用支付標準，對於支付費用有困難之補助條件與金額，以及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之（第五項）。

註48：學者林鈺雄教授，認新北市醫療調處程序中專科醫師表示意見，實質上即德國法上之「初步鑑定」，對於雙方當事人及法院並不具有拘束性，其所為之決定僅是確認和建議而已，並無法律上之拘束力，當事人於初步鑑定作成後，仍得據此向法院提起訴訟，在經過必要之法定程序後，法院得將此一初步鑑定意見作為裁判上之資料，但法院並不受此報告意見之拘束，詳〈「醫糾法案中鑑調程序之立法原則與爭議釋疑」座談會會議綜述〉之發言（2013），《月旦法學》，217期，第249頁。

簽具切結書等嚴格規定始可。惟現行民事訴訟法第413條規定，行調解時，於必要時得由法官調查證據，既可調查證據，而鑑定意見僅為一種調查證據方法⁴⁹，則法院就醫療調解委員所為意見，性質上係屬具有專門知識之人，得為鑑定證人，惟鑑定證人依法應具結，既未具結則不能以之為鑑定意見⁵⁰，僅得作為日後法官全辯論意旨時心證參考之書證，而參酌德國法實踐上，法院大多認為醫師公會所為「初步鑑定」係屬公正專業意見，除非顯然有疑慮需另行選送鑑定人鑑定予以究明外，均予尊重，是其遭法院排斥不採比例低於1%⁵¹。惟縱有書證之效力，基於程序者權，亦應踐行前述之簽署切結書、提出書面意見、予當事人表示意見之最低度要

求，以確保當事人之程序權保障⁵²。

又立法院2022年通過之醫療事故預防及爭議處理法（下稱醫預法）第4條第4項明定，財團法人依同法第21條第2項規定提供之醫事專業諮詢及醫療爭議評析，除醫療爭議當事人均同意外，不得於本案訴訟採為證據或裁判基礎，亦不得採為相關行政處分之基礎。查衛生局強制醫療調解時，本於「無真相、無調解」意旨，應就醫療糾紛先行鑑定，待開示⁵³醫療加害行為及醫師有無違反醫療常規、因果關係後，始能續行調解，前已言之，德國法制上認為醫師公會所為初步鑑定，得作為法院審理時之書證，應提示予當事人表示意見，亦即踐行當事人程序保障，尚難逕認其有「鑑定」之效力，則於我國法

註49：我國最高法院79年台上字第540號判例認法院全採用鑑定意見，不啻將法院採證認事職權委諸鑑定人，與鑑定僅為一種調查證據方法趣旨，殊有違背。醫糾鑑定乃是提供專業協助來「輔助」法院進行事實之認定與責任判定，鑑定本身並不直接認定事實，判定責任。

註50：德國法之初步鑑定，鑑定人應具名切結鑑定公正，並賦予當事人對鑑定人有表示意見之權利，日本法上法院鑑定人應面對面聽取當事人意見，係採德國法此一精神，惟於臺灣醫界均認臺灣醫界範圍小，不願採自然人鑑定方式，以機構鑑定方式迴避自然人鑑定之困擾，詳王明鉅（2013），〈醫糾法案中鑑調程序之立法原則與爭議釋疑座談會〉會議綜述之發言，《月旦法學雜誌》，217期，第245頁。因醫界認鑑定醫師應採「不告不理」原則，有關鑑定是否有「不告不理」原則適用，採肯定說者，詳吳俊穎，陳榮基，賴惠蓁（2010），〈醫療糾紛鑑定的未來——由專業鑑定探討醫療爭議鑑定之興革〉，《月旦法學》，183期，第44-46頁。採否定說者，詳陳運財（2010），〈醫療刑事訴訟之證明活動〉，《月旦法學》，183期，第44頁。

註51：我妻學，同註30文，第81頁以下。沈冠伶、莊錦秀，同註12文，第81頁以下。1987年5月19日德國聯邦法院認為，將醫鑑會或醫調會所表示的鑑定意見作為書證而採為訴訟資料時，若對於鑑定意見有疑問，法院應重新選任鑑定人予以究明。2002年1月施行之德國民事訴訟改革法第278條，規定為了促使當事人的和解，法院應進行當事人的和解辯論。前揭醫鑑會或醫調會所已經作出醫療過失的判斷，而當事人間仍有爭執的場合，法院再勸和已無意義，故不必進行和解辯論。

註52：台中地院醫療調解試辦過程中，目前醫療調解委員並未出具書面意見，其原因在於恐留下書面資料，對於審理法官發生心理上拘束力，故目前並未對於審理法官產生事實上影響力。

註53：目前法院調解，醫療調解委員所留下之初步醫療意見，並未留下書面資料，除擔心病方要求作為後續訴訟之用外，亦擔心秋後算帳問題，故日本、中國大陸模式，區分調解委員、鑑定委員時，就鑑定部分均採匿名方式，即當事人姓名及病歷上當事人個資均去個人化，使鑑定人員不必擔心秋後算帳問題，詳張澤洪，同註25書，第11、59頁。

上亦同，「初步鑑定」意見，既非法官行言詞審理程序所得，依直接審理原則，不能認為有民事訴訟法上「鑑定」效力，法院仍應予當事人言詞辯論程序保障，始得認有書證效力，作為法官全辯論意旨參考資料。就此，於審理時既得作為書證，則於調解時，如依民事訴訟法第413條規定得行調查證據程序，亦可作為當事人調解參考資料。惟如作為調解時參考資料，如醫療調解委員意見不同於初步鑑定時，且提出書面意見，並予當事人對之為攻擊防禦時，亦僅於法院審理時，作為法官行司法審查時之參考書證。

惟試辦10年來，醫療調解委員仍認為於調解過程中，不宜留下書面初步鑑定意見，以免將來訴訟時病方作為有利於己證據，究其原因，涉及調解模式是否宜由評價式調解改行敘事型調解模式之探討。

而上開醫療調解模式，應採敘事型調解（Narrative Mediator）模式，蓋以調解是一種談判角度言之，從哈佛大學「Getting to Yes」一書之看法⁵⁴，談判是否能成功，不在之於客觀事實存在與否，而在雙方主觀認知為何，因客觀事實只是另一項爭執而已，除非雙方主觀認知能達成一致，則談判成功才有可能。自1990年以來，美國哥倫比亞大學莉塔夏隆（Rita Charon）教授提倡敘事醫學（Narrative based medicine，簡稱為NBM）^{55,56}，認為要瞭解病人，先要先聆聽病人之話語，讓他們知道醫病間是可以彼此溝通信任，不但可提高彼此關係，也讓病人更願意傾訴心聲。面對病人，更須時時保持謙卑態度，不只是問診之手腕，也是醫學倫理中最基本之一環，所以將病人之反應納入醫療處置之參考資料^{57,58}，主張醫學之教學、實踐以及研究，應結合對病

註54：Roger Fisher, William Ury & Bruce Patton（著），劉慧玉（譯）（2013），〈哈佛這樣教談判力（Getting to Yes）——增強優勢，談出利多人和的好結果〉，第61頁，遠流出版。

註55：敘事式醫學在台灣教育領域始自於2010年6月，教育部顧問室醫學人文社會教育師資培育工作坊及台灣大學醫學系邀請夏隆教授進行「敘事醫學師資培育工作坊」後，醫學院校之醫學人文課程亦陸續開設，如中國醫藥大學醫學系自98學年起，高雄醫學大學及長庚醫學大學自99學年起，均陸續開設，詳見徐金雲、陳緋娜、陳學德、吳錫金（2014），Critical Thinking, Narrative Medicine and the Course Design of Medical Malpractice for Preclinical Students-The Experience from China Medical University,《台灣醫學教育》，18卷3期，第93頁以下。國內專書介紹部分，詳謝至鏗（2013），《醫學生之醫學人文訓練——運用敘事醫學模式記錄患者生病史之分步嘗試》，慈濟大學人類發展研究所碩士論文。

註56：Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York, NY: Oxford University Press, 2006.

註57：Charon自2000年開創「敘事醫學」課程，從自傳、現象學、心理分析、創傷研究、美學等訓練出發，來「致敏化」醫學生觀照、傾聽、訴說疾病之能力。簡言之，它訓練醫師如何見證病患之苦難，能將疾病之全貌娓娓道來。

註58：有關敘事醫學相關中文資料，詳林慧如、王心運、賴春生、林育志（2010），〈「敘事醫學倫理」之課程建構及教學經驗〉，《醫學教育》，14期，第272-281頁；威廉奧斯勒（2010），《生活之道》，立緒，第16-97頁。黃琮芸、王俐晴、何明蓉（2010），〈「敘事醫學」師資培育工作坊專題報導〉，《醫學教育》，14期，第304-311頁。劉競明（2011），〈在述說故事與醫學之間——談敘事醫學與醫療照護〉，《醫學教育》，15期，第60-68頁。

患之生活、價值觀、及由患病所帶來之生命之改變與感受，透過醫病之間對疾病之「故事敘事」(narration of stories)，學習重新認知(recognize)、領會(absorb)、詮釋(interpret)以及為之感動(be moved)；而在發生醫療爭議時，如將敘事醫學理念應用於調解時，即成為敘事型調解模式，2000年起並成為該校醫學系人文課程。

敘事型調解模式，認為在醫療行為過程中，病家對於醫師以生物醫學或EBM之數據作為醫療處置之依據，當醫療處置未能達到預期目標時，病家對於醫療行為過程中之反應，不為醫師接受，主觀上認為醫師有所隱瞞或有所疏失，此種主觀認知之結果，如未

能予以理解疏導，難以期待與病家達成一致看法而有調解成立可能，此種主張，強調先處理病家情緒，採取不責難精神，將病家反應納入思考，而非以純生物醫學或EBM模式處理醫療爭議，惟有先處理當事人情緒，方能期待病家理解客觀真相為何，才能達到病家與被告醫師雙方都能接受之調解方案。從而臺中地院自2021年6月改行敘事型調解模式⁵⁹，亦即由受過同理心訓練之法律調解委員偕同醫療調解委員共同調解，期待法律調解委員擔任撫慰當事人情緒功能，促成調解之成立。

(待續)

(投稿日期：2025年2月13日)

註59：陳學德(2021)，〈寫在臺中地院試行「敘事型醫療調解」之前〉，《月旦醫事法報告》，56期，第92頁以下。