

訴訟以外解決醫療糾紛的管道：調解

文:周吉麒（認證法律人） · 健康·醫療·銀髮族 · 2025-08-07

案例

在臺灣某處發生了一場車禍，傷者A送至B醫院救護。C醫師發現A顱骨有骨折、出血等情形，建議手術治療；手術結束後，A轉至加護病房，由D、E醫師照護治療。在加護病房期間，A因發生續發性顱內出血，病情逐漸惡化，最終成植物人。病家認為醫院和醫生沒有注意到A的病況變化、做進一步的治療，向B醫院和C、D、E醫師提起訴訟，請求民事損害賠償，雙方就此進入漫長的法院訴訟^[1]。除了法院訴訟以外，當事人有沒有其他可以解決醫療糾紛的管道呢？

註腳

[1] 案例來自臺灣臺中地方法院97年度醫字第2號民事判決。

本文

一、醫療糾紛發生後的程序

在臺灣，病人就醫後發生臨床上可以避免的重大傷害或死亡，因而產生醫療糾紛時^[1]，依新公布的醫療事故預防及爭議處理法（以下簡稱醫預法）規定，醫院內部必須先組成關懷小組與病家說明、溝通與關懷^[2]，在醫病雙方無法調解成功時，病家可以進一步向醫療機構所在地的縣市醫療爭議調解會（以下簡稱調解會）申請調解^[3]；若調解仍無法成立，再採取司法途徑（圖1實線）。

因為醫預法要求「調解先行」，因此就算病家在醫療事故發生後直接向法院或檢察官提告，還是會先被移送調解會調解（圖1虛線），調解無法成立時才會回到司法程序^[4]。

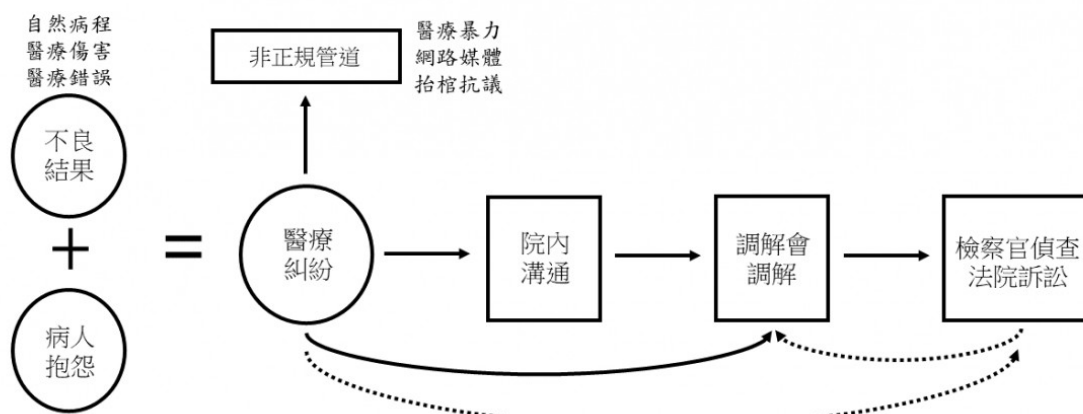


圖1：醫療糾紛的形成與處置管道

資料來源：改自蔡依倫、董鈺琪、鄭雅文（2019），〈從醫師經驗探討醫院的醫療糾紛處理制度〉，《台灣公共衛生雜誌》，第38卷第2期，頁179。

二、醫療糾紛的訴訟外紛爭解決機制（ADR）

由於訴訟具有強烈的對立性和勝敗分明的特質，醫病雙方在訴訟過程中必須不斷地否定對方，以求得法官認同其中一造的主張，取得一個勝敗兩立的判決^[5]。此種方式，無疑擴大醫病情緒對立，雙方最後可能均無法獲得理想的結果。尤其病家發動訴訟的動機，多數是因為「想要知道事實真相」，但在訴訟漫長程序中未必能求得「真相」，倘若在進入訴訟前，醫方能在院內與病家充足地溝通說明，紛爭或許就能止於醫院內^[6]。

而調解等訴訟外紛爭解決機制是提供雙方可以對談溝通的管道，透過雙方直接交涉、協商解決方案，作成雙方都可以接受的結論，避免衝突對立加深，讓醫病關係有機會從對立走向修復，重新建立起信賴。

有鑑於此，新公布的醫預法即規定院內關懷小組溝通過程與調解程序中所為的道歉、讓步或其他為緩和醫病緊張關係所為等陳述，不可以做為日後訴訟裁判與行政機關裁罰的基礎^[7]，院方也不可以因為院內人員參與、成立調解，而給予不利益的處置^[8]，以鼓勵醫方在院內溝通或調解過程中說出事實真相，促成醫病關係修復、和解。

三、案例說明

文章一開始的案例，是一個真實的醫療糾紛案件，在歷經8年、6個法院審理^[9]，最後才因為醫病雙方成立調解而結束案件。長達8年的訴訟，對醫病雙方都是煎熬磨難。醫療糾紛進入法院訴訟，恐怕不符合醫病雙方的最佳利益。對病方而言，在民事方面，病家在醫療訴訟的勝訴機率低、訴訟期間長、賠償金額亦未較傳統民事案件高；在刑事方面，檢察官對醫師的起訴率低、起訴後的定罪率低、定罪後的服刑率低，足見司法訴訟程序

並非病家解決醫療糾紛的良方^[10]。對醫方而言，即便在醫療訴訟的勝訴機率高，但長時間訟累帶來的壓力焦慮與負面影響並未較少。

為了讓紛爭在進入訴訟前能夠圓滿解決，訴訟外紛爭解決機制即是醫療糾紛案件中重要的處理方式，醫療事故預防及爭議處理法因此而生^[11]。

註腳

[1] 醫療事故預防及爭議處理法第3條第1款、第2款：「本法用詞，定義如下：

一、醫療事故：指病人接受醫事機構之醫事服務，發生重大傷害或死亡之結果。但不包括因疾病本身或醫療處置不能避免之結果。

二、醫療爭議：指病人方之當事人認為醫療不良結果應由醫事人員、醫事機構負責所生之爭議。」

醫療事故預防及爭議處理法施行細則第2條：「本法第三條第一款所稱重大傷害，指有下列情形之一者：

一、符合刑法第十條第四項重傷之定義。

二、身心障礙程度屬中度以上。

三、其他經中央主管機關認定身體或健康有重大不治或難治之傷害。」

醫療事故預防及爭議處理法施行細則第3條：「本法第三條第一款但書所稱因疾病本身或醫療處置不能避免之結果，指因下列情形之一，致臨床上無法或難以避免之疾病或治療之併發症及副作用：

一、疾病本身病程之自然發展，所生加重之病況或結果。

二、醫療處置時或依醫學實證，可預見而難以事先預防或避免所併發之症狀或結果。」

醫療事故預防及爭議處理法已於2022年6月22日公布，按本法第45條規定，施行日期將由行政院決定，行政院以2023年12月12日院臺衛字第1121043912號令，定自2024年1月1日開始施行。

[2] 醫療事故預防及爭議處理法第6條第1項：「醫療機構應組成醫療事故關懷小組，於醫療事故發生之翌日起五個工作日內，向病人、家屬或其代理人說明、溝通，並提供協助及關懷服務。但九十九床以下醫院及診所，得指定專業人員或委由專業機構、團體為之。」

[3] 醫療事故預防及爭議處理法第12條第1項：「直轄市、縣（市）主管機關應組成醫療爭議調解會（以下簡稱調解會），辦理醫療爭議之調解。」

醫療事故預防及爭議處理法第13條第1項：「當事人申請調解，應檢具申請書向調解會為之；填寫申請書有困難者，調解會得指派人員協助之。」

[4] 醫療事故預防及爭議處理法第15條：「

Ⅰ 當事人因醫療爭議提起民事訴訟前，應依本法申請調解，不適用醫療法第九十九條第一項第三款及鄉鎮市調解條例之規定。

Ⅱ 當事人未依前項規定申請調解而逕行起訴，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。

Ⅲ 當事人申請調解且調解不成立，於調解不成立證明書送達之翌日起六個月內起訴者，視為自申請調解時，已經起訴。」

醫療事故預防及爭議處理法第16條：「

Ⅰ 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

。

II 前項移付調解，應通知被告、告訴人、病人與其家屬、自訴人及檢察官。必要時，檢察官或法院得將相關卷證資料函送調解會。

III 當事人申請調解而調解不成立，於調解不成立證明書送達之翌日起六個月內就醫療爭議刑事案件提起告訴者，視為自申請調解時，已經提出告訴。

IV 醫療爭議刑事案件曾依本法調解不成立，或有刑事訴訟法第一百六十一條第二項、第二百五十二條第一款至第九款、第三百零二條至第三百零四條、第三百二十六條第一項及第三項、第三百二十九條第二項、第三百三十四條、第三百三十五條規定情形，不適用第一項前段移付先行調解之規定。」

[5] 黃鈺嫻、楊秀儀（2014），〈訴訟外醫療糾紛處理機制－認錯、道歉有用嗎？美國道歉法制度沿革與啟示〉，《月旦法學雜誌》，第230期，頁144。

[6] 實證研究發現，多數病人或家屬會直接向醫療單位反應做為第一時間的糾紛處理機制，在無法獲得醫療單位妥適處理時，才會開始尋求第三者單位的介入，最後不得已才採取訴訟。因此學者認為，處理醫療糾紛的最好地方，就是在醫院第一現場，醫方應強化醫院內的溝通調解機制，以之做為最重要的紛爭解決平台。

。

參閱黃鈺嫻、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》，第44卷第4期，頁1857-1871。亦有其他學者進行相同研究而得到相似結果，參閱陳怡成、謝哲勝、劉梅君、陳學德、陳運財（2016），《醫療糾紛處理之新思維(四)：醫療糾紛處理面面觀》，頁9-10、138-142。

[7] **醫療事故預防及爭議處理法第7條**：「依前條規定進行說明、溝通、提供協助及關懷服務過程中，醫療機構、醫療事故關懷小組、專業人員、專業機構或團體、醫事人員或其代理人所為遺憾、道歉、讓步或其他為緩和醫病緊張關係所為之陳述，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。」

醫療事故預防及爭議處理法第23條：「調解程序中，調解委員所為之勸導及當事人所為遺憾、道歉、不利於己之陳述或讓步，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。」

[8] **醫療事故預防及爭議處理法第19條**第4項：「醫事機構不得因其所屬人員申請或同意調解，或因調解成立或不成立，予以不利之處置。」

[9] 這個案子歷經臺灣臺中地方法院97年度醫字第2號民事判決、臺灣高等法院臺中分院99年度醫上字第11號民事判決、最高法院103年度台上字第706號民事判決、臺灣高等法院臺中分院103年度醫上更(一)字第1號民事判決、最高法院104年度台上字第2004號民事判決，才終於在臺灣高等法院臺中分院104年醫上更(二)字第2號的程序中調解結束。

[10] 實證研究可參閱吳俊穎、陳榮基、楊增暉、賴惠蓁、翁慧卿（2014），《實證法學：醫療糾紛的全國性實證研究》，頁91-100、167-171、225-246；黃鈺嫻（2014），《美國道歉制度沿革及啟示－告別對立走向對話》，頁7-13；陳學德、陳聰富、楊秀儀、林鈺雄、蔡秀男、吳志正、姚念慈、沈冠伶、莊錦秀（2014），《醫療糾紛處理之新思維(一)：以臺中地院醫療試辦制度為中心》，頁62-66；陳學德（2014），《臺中地院醫療調解、諮詢、鑑定制度經驗分享》，頁25-26；沈冠伶（2017），《民事醫療訴訟與紛爭處理》，頁25-38；劉邦揚（2011），〈我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：20

00年至2010年》，《科技法學評論》，第8卷第2期，頁284-291；楊秀儀（2014），〈臺灣醫療糾紛之迷思與真相—十五年回顧與展望〉，《月旦民商法雜誌》，第45期，頁68-72；劉邦揚（2016），〈刑事醫療糾紛判決於上訴審的實證考察〉，《中研院法學期刊》，第18期，頁284-307；吳俊穎、楊增暉、陳榮基（2017），〈醫療訴訟之實證研究—民事案件之上訴率及其維持率〉，《國立中正大學法學集刊》，第55期，頁150-157；吳志正（2017），〈醫療過失刑罰化之現況與變革〉，《月旦醫事法報告》，第13期，頁23-31。

[11]為鼓勵醫病雙方利用訴訟外紛爭解決機制來解決糾紛，在醫預法中，即有規定諸多對醫病雙方的保護措施。在病家方面，可以向主管機關委託之財團法人申請醫事專業諮詢（本法第9條）。在調解過程中，可以得到調解會協助（本法第21條），並且不收取任何費用（本法第30條）。已繫屬於法院的醫療民事事件，在調解成立後，亦得向法院聲請退還已繳裁判費三分之二（本法第31條）。在醫方方面，醫事人員在院內溝通與調解程序中所為的陳述，不會成為日後訴訟裁判與行政機關裁罰的基礎（本法第7條、第23條），醫院亦不可因院內人員參與調解，而給予不利之處置（本法第19條第4項）。在調解過程中，可以得到調解會協助（本法第21條），並且不收取任何費用（本法第30條）。

延伸閱讀

- （一） 林義龍（2014），《醫療糾紛處理與鑑定》，頁39-61，臺北：元照。
- （二） 陳聰富（2014），《醫療責任的形成與展開》，頁515-540，臺北：臺大出版中心。
- （三） 黃鈺嫻（2014），《美國道歉制度沿革及啟示—告別對立走向對話》，頁12-26，臺北：元照。
- （四） 陳怡成、謝哲勝、劉梅君、陳學德、陳運財（2016），《醫療糾紛處理之新思維(四)：醫療糾紛處理面面觀》，頁159-215，臺北：元照。

標籤

► 醫療糾紛，醫糾，調解，醫療事故預防及爭議處理法，ADR