

## 企劃導讀

世界各國解決醫療過失爭議，共有下列三種模式：第一種模式是醫療過失民事訴訟。第二種模式是醫療過失刑事訴訟。第三種模式是訴訟外紛爭解決機制。

臺灣醫師醫療過失刑事判決自2000年1月1日起至2018年12月31日，共有569名具醫師身分之被告，其中115名醫師被判有罪定讞。因此，每年有30名醫師刑事訴訟定讞，6名醫師刑事有罪定讞，醫師敗訴率平均20%（月旦醫事法報告，2020年10月，48期，55-77頁）。楊秀儀教授指出2000年1月1日起至2008年6月30日共有372件醫療民事訴訟（43.8案／年），其中469位醫師被訴（55.2人／年），病方勝訴8.1案／年。近期廖建瑜法官的實證研究顯示，2019年6月1日起至2023年5月31日，共有72件醫療過失刑事判決（18案／年），36位醫師有罪確定（9位／年）。同時期，另有704案民事醫療判決，平均每年176案（病方勝訴22.9案／年）。從而，近年來，醫療過失刑事訴訟案件減少，但是醫師有罪人數增加。醫療民事訴訟案件則大幅增加，病方勝訴案件亦增加。

為保障醫病雙方權益、促進醫病和諧關係、改善醫療執業環境、確保病人安全、提升醫療品質，並建立妥速醫療爭議處理機制，立法院於2022年6月22日通過「醫療事故預防及爭議處理法」（以下簡稱本法）。本法第三章爭議調解，其重點如下：醫療爭議之民刑事案件均須先行調解，但民眾訴訟權利不受影響；地方衛生局設醫療爭議調解會辦理醫療爭議調解，調解期間以3個月為限，必要時可延長3個月，經雙方當事人同意，得再延長1次；調解委員之勸導及當事人之遺憾、道歉、讓步或為緩和醫病緊張關係所為之陳述，不得採為相關訴訟之

證據或裁判基礎；調解結果送法院核定，與民事確定判決同一效力。期望能在短期間內解決醫療爭議，不要走上漫長的醫療訴訟。本期企劃擬以討論本法第三章刑事案件為核心，依序解析本法違反自證己罪、調解非訟化之侷限、醫療調解的法律層面特殊性及醫療調解模式，以期有效發揮調解解決醫療爭議功能。

臺灣高等法院刑事庭審判長廖建瑜法官於「醫預法強制調解制度之侷限性與不自證己罪原則」一文中，指出本法因醫療事故定義延襲未能通過之以補償處理醫療爭議之草案，導致本法處處皆有可能構成自證己罪；另本法以強制調解來處理醫療爭議，但由於非訟化之新制僅少數異於現制，原本草案調解委員得主動提供調解建議意見最後未能入法，可能導致調解無功而虛耗時間。

臺灣高等法院高雄分院楊智守法官本於「醫療調解的法律層面特殊性探討」一文中指出，本法所建立的妥速醫療爭議處理機制，係先由醫療機構提供說明、溝通及關懷服務，次以強制先行醫療調解，並在調解過程中引進第三方意見，以期拉近雙方認知差距，爭議消弭以成和解，乃屬專業領域之訴訟外紛爭解決機制之一。為實現本法規範目的，本文從調解委員的資格、調解程序開啟進行與調解結果等三方面比較其他類型事件之爭議調解，探討醫療調解在法律層面之特殊性，俾實務操作時參考。

中正大學法律研究所陳宜縱博士生及臺中地方法院陳學德法官兼庭長於「醫預法調解運作模式之探討——從臺中地院醫療調解經驗出發」一文中指出本法未明定調解模式，本文特別討論之。又以臺灣臺中地方法院自2012年9月起試辦醫療調解之經驗和研究，及參考先進國家醫療調解作法，提出本法調解應採「鑑定先行」、「雙調解委員制」、「敘事型調解」，以期有效發揮調解解決醫療爭議功能。