

# 以非訟方式解決醫療糾紛之研議一

由德國「醫療糾紛鑑定委員會」及

「醫療糾紛調解委員會」談起

朱富美

## 序、醫病夢魘－醫療糾紛案件

壹、以「裁判外解決爭議程序」(ADR)處理醫療糾紛案件

貳、德國成立「醫療糾紛鑑定委員會」及「醫療糾紛調解委員會」之背景

參、「醫療糾紛鑑定委員會」及「醫療糾紛調解委員會」之組織及運作

肆、結論

## 序、醫病夢魘－醫療糾紛案件

臺灣歷經勞保、公保、農保及全民健保等醫療保險制度，醫療制度及技術已迎頭趕上歐美水準，但醫療糾紛也隨之而來，成為醫療人員心裡的痛。「實在是被告怕了！」<sup>1</sup>這是醫界普遍的感慨，國人醫療權益高漲，第一線臨床醫師稍不留意就可能挨告，對醫療人員形成極大困擾。

醫療過失糾紛案件可說是所有醫生及病人的夢魘，就醫生而言，不僅可能面臨病人或家屬的損害賠償請求，尤其刑事責任之追訴更是難以承受之重。同樣的，發生醫療糾紛案件，病人及其家屬除須承擔面臨本人或至親死亡或疾病之惡化，更由於欠缺醫療專業知識，舉證

困難，無從判斷醫生診治過程及方法是否符合醫療常規，多深感憤怒與徬徨，即令提起訴訟，一則因鑑定耗時冗長，另則鑑定之公正性尚未獲民眾普遍信賴，常引發醫醫相護、耗時過長之批評與民怨。而法官、檢察官面對醫療糾紛之案件，亦因欠缺專業深感無力。然而，醫療糾紛案件舉世皆有，又對醫生醫療過失課以刑事責任亦非我國獨具，德國、日本亦同，面對此一困擾醫、病、審、檢之問題，他國立法例有無減少病人對醫生提出刑事訴訟之對策，甚值研究。

以德國為例，德國「醫療糾紛鑑定委員會」Gutachterkommissionen(以下簡稱醫鑑會)及「醫療糾紛調解委員會」

1 「實在是被告怕了！」臺北榮總臨床毒物科主治醫師葛謹感慨：國人醫療權益高漲，第一線臨床醫師稍不留意就可能挨告，逼得醫師也不得不尋求自力救濟，攻讀法律學位是其中方法之一。葛醫師就是在這種情況下，成為國內百餘位醫法雙修族的一員。另有醫師因案成為被告後，深感法學素養不足重新當上學生。例如6年多前被指隱匿SARS疫情而被起訴的前臺北市立和平醫院感染科主任林榮第，即為適例。中華民國醫師公會全國聯合會理事長李明濱表示：正因醫療糾紛越來越多，全聯會聘請35位醫法雙修的醫界人士成立醫事法律智庫。中華民國醫事法律學會理事長黃清濱認為：改善醫病關係，是減少醫療糾紛最直接有效的方式，唯有讓醫師執業沒有恐懼感，病患的醫療權益才能獲得保障。聯合晚報2009年11月21日。

Schlichtungsstellen(以下簡稱醫調會)之成立即是希望能解決醫生因醫療糾紛成為刑事被告之案件日益增加之窘境，藉由免費提供醫療糾紛案件之病人或家屬公正之醫學專業意見，回復民眾對醫生的信心，弭平民怨<sup>2</sup>，本文乃擬就此二委員會在德國如何運作，為何得以獲得民眾信賴加以討論，藉此拋磚引玉，或能提供我國醫學界、衛生主管機關及司法實務界處理醫療糾紛案件另一選擇之參考。然而此一問題與各國之法律制度、醫療法規息息相關，進而牽涉各國社會保險、醫療保險、衛生醫療主管機關之定位與權限、醫生之自治組織等議題，則非本文所能涵括，且文中謬誤及疏漏難免，均先併予敘明。

### 壹、以「裁判外解決爭議程序」 (ADR)處理醫療糾紛案件

在美國，早於 1970 年代即有專業討論認為醫療疏失案件不應適用傳統之訴訟程序，而應以「裁判外解決爭議程序」(Alternative Dispute Resolution, ADR)解決，也就是以非訟之方式處理，因為「裁判外解決爭議程序」有下列優點：

- 1、裁決者較法官更專業。
- 2、審議費用較裁判費更經濟。
- 3、可避免醫生在與病患對簿公堂之過程中遭受羞辱與指責之尷尬。
- 4、讓病患或家屬能聽到專業醫生的意見進而更瞭解傷害或不幸發生之原因。
- 5、促進二造調解，疏減訟源。
- 6、對輕微之醫療糾紛案件提供較經濟快速之解決方式，對濫訴或輕率提告之案件亦得排除。

美國在 1970 年代即發展以 ADR 方式處理醫療糾紛案件，與當時之外在環境有關，當時因醫療疏失請求損害賠償之訴訟件數激增，陪審團判決醫生或醫療機構損害賠償之金額屢創新高，保險業乃大幅提高醫療機構及醫生之保險費，甚而發生醫療院所買不到保險之窘境<sup>3</sup>，各界要求政府改革醫療疏失案件鑑定及審理方式之聲浪不斷，加以調解、仲裁等應用之成效普遍為各界肯定，乃致在美國產生了引進 ADR 至醫療爭議損害賠償案件之倡議，期利用 ADR 以判斷醫療事故之責任誰屬，此種獨特之司法運作模式隨即為各州採行，

2 本文有關德國醫療糾紛調解及鑑定委員會之實務運作部份主要參考(1)德國科隆之邦高等法院女法官之著作 Dr. Pia Rumler-Detzel, Richterin am OLG, Köln, Die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Ärzten und Patienten, VersR 1998 Heft 1(A), 6. 與(2)beck-Online-Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts §113 Die ärztlichen Schieds- und Gutachterstellen Rn-1-17 及(3)美國教授 Timothy Stoltzfus Just 於 1996 年所撰文章, Timothy Stoltzfus Just, Schlichtungsstellen and Gutachterkommissionen: The German Approach to Extrajudicial Malpractice Claims Resolution (Timothy Stoltzfus Jost) 1996 Ohio State J. on Dispute Resolution 11 Ohio St. J. on Disp. Resol.81。  
Timothy Stoltzfus Just 教授曾經實地參訪巴伐利亞邦、北德之醫療糾紛調解委員會，北萊因河地區及巴登-符騰堡之醫療糾紛鑑定委員會。

3 有稱此為美國第一個現代責任保險危機，但亦有認為此種危機並非單一原因造成。Matthew Parrott, Is Compulsory Court-Annexed Medical Malpractice Arbitration Constitutional? How The Debate Reflects A Trend Towards Compulsion in Alternative, 75 Fordham L.Rev. 2685, April, 2007,p.2707。  
另可參閱 Kyle Miller, Note, Putting the Caps on Caps:Reconciling the Goal of Medical Malpractice Reform with the Twin Objectives of Tort Law, 59 Vand.L.Rev. 1457 (2006)。

紛紛制訂法律，於醫療糾紛之訴訟實施「由法院交付仲裁」制，並設立判斷醫療疏失責任之「審議委員會」（或稱審議小組）(screening panel)<sup>4</sup>，以便於民眾提起醫療疏失損害賠償民事訴訟之初始階段，便可由法官將案件先交付仲裁審議委員會判斷案件責任歸屬，目的是為了在訴訟程序肇始即能促進和解，以較短時間處理病人主張明顯無理由及醫生明顯有疏失之案件。美國各州立法處理醫療糾紛之仲裁機制，其態樣包括「由法院交付之強制仲裁」(compulsory court-annexed med-mal arbitration)<sup>5</sup>，及任意仲裁，前者仲裁結果對當事人無拘束力，後者則有拘束力。基本上，「由法院交付之強制仲裁」其進行方式多為在訴訟之初由法官將醫療糾紛案件主動交由審議委員會審核並鑑定責任歸屬，委員會成員多由律師、現任或卸任法官、醫師等組成，兩造各可推薦一人為委員，惟委員會之決定對於當事人並無拘束力，亦不能取代陪審團。其運作之方式，各州規定不同，如有些州要求法院受理訴訟後，在訴訟程序開始前便應進行此種仲裁，有些州則讓法官或當事人決定何時將訴訟停止，進行仲裁；但無論仲裁結果如何，嗣後仍可重新回到法庭審判則為各州一致規定者。上開程序設計之目的乃係為避免醫療糾紛案件以「訴訟」解決，希望

能以「非訟方式」扮演解決醫療糾紛案件司法改革之角色，以期減少訴訟、減低法院案件負擔，並能節省費用、時間，降低當事人負擔並達成和解。但實施成效在各州卻相當不同，部分州實施成效甚佳；但亦有若干州產生是否合憲之疑義<sup>6</sup>，或實施後因訴訟案件件數並未減少，或請求賠償理由較具體充實之原告於審核委員會裁定後多仍選擇訴訟，或受害人反映覺得仲裁耗時過長且無助於和解，而訴訟前多出來的仲裁程序又增加當事人之支出等原因，致有些州嗣後以成效不彰廢止了設立審議委員會之法律<sup>7</sup>，亦有訂立落日條款者<sup>8</sup>，批評者也有認為不該以單一之 ADR 仲裁方式適用在各種醫療糾紛案件。乃有學者認為，整體而言，美國以裁判外解決爭議方式應用到醫療糾紛案件，就疏減訟源及節省費用之目的而言，成效尚非十分顯著<sup>9</sup>，惟無論如何，縱然與我國規範醫療過失責任之法律規定不同，美國歷經國會、司法部門、醫療主管機關、醫療實務界及法律學者等之努力，自 1970 年代迄今，就如何迅速、合理、有效解決醫療爭議，包括專業之醫療責任鑑定、判定合理之賠償金額等問題，其實務運作發展之過程及遭遇之法律問題等，應仍有許多值得借鏡之處，日後另為文介紹。

4 Timothy Stoltzfus Just, 前揭文, 文中稱當時有 22 個州制定法律設立審核委員會, p.81-82。亦有 1990 年之文章指出, 當時全美國有超過一半以上的州曾經先後設立此種審核委員會, Jean A. Macciaroli, *Medical Malpractice Screening Panels: Proposed Model Legislation to Cure Judicial Ills*, 58Geo. Wash. L.Rev.181, November, 1989/January, 1990.

5 在 1977 年之一篇美國法律著作中就介紹有 28 州採取此種方式, 參見 Edward F. Seavers, Note, *Medical Malpractice Mediation Panels: A Constitutional Analysis*, 46 Fordham L.Rev. 322, 350-53(1977)(appendices I-IV).

6 合憲性之憲法爭議, 包括是否符合美國憲法及州憲法, 前者為美國憲法增修條文第 5 條正當法律程序之保護、第 7 條受陪審團裁判之權利, 第 14 條平等保護權。如有 5 個州最高法院以審核委員會案件稽延過久及設立太多障礙, 阻止原告訴訟為由而認定相關法律違反州憲法者, Timothy Stoltzfus Just, 前揭文, p. 82.

7 Timothy Stoltzfus Just, 前揭文, p. 82.

8 參閱 Kyle Miller, 前揭文。

9 Timothy Stoltzfus Just, 前揭文, p. 83.

## 貳、德國成立「醫療糾紛鑑定委員會」及「醫療糾紛調解委員會」之背景

依據一篇 2009 年之文獻指出，德國醫療糾紛案件近年來有攀升之趨勢，德國人口約有 8250 萬人，每年約有 40000 件醫療糾紛案件<sup>10</sup>。德國亦實施全民健保，但與我國由衛生署中央健康保險局統一辦理承保業務大相逕庭，德國之法定健康保險體系，至少有 200 家以上之保險公司參與承保，保險業間彼此競爭，也容許高收入者不參加法定健康保險體系而選擇自行投保，其人數約占全國人口之 10%<sup>11</sup>。

相較於美國，在德國以非訟方式處理醫療糾紛之成果明顯較佳。

德國常見之醫療糾紛案件類型包括：

a. 治療過程有缺失 b. 診斷錯誤 c. 錯誤之處分或用藥 d. 未告知病人相關資訊 e. 未經同意之醫療等。醫療糾紛多是透過保險解決，有文獻指出只有約 8% 之案件進入訴訟程序<sup>12</sup>。經過調解委員會裁定的案件，85% 會成立，其餘始以訴訟解決<sup>13</sup>。以 1993 年為例<sup>14</sup>，當年全德國醫療糾紛鑑定或調解審議委員會受理件數逾 6000 件，相較於 1988 年間之 5376 件，5 年間成長甚速。

在德國，得以非訟程序處理醫療糾紛案件之機構有「醫療糾紛鑑定委員會」(Gutachterkommissionen)及「醫療糾紛調解委員會」(Schlichtungsstellen)<sup>15</sup>二種，

二者設立之目的均是為了迅速判斷醫療過程醫生有無疏失，如果有疏失，希望能促進調解，二個委員會的區分在於「醫療糾紛『調解』委員會」之程序邀同責任保險公司之代表出席，其目的即是為了促進調解；但「醫療糾紛『鑑定』委員會」較側重於鑑定是否存在醫療疏失及有無因此導致病人傷害。惟實務運作上，二個委員會之程序非常近似。因之，外國文獻多以「仲裁委員會」、「仲裁小組」或「調解委員會」等稱之。

1975 年，德國第一個「醫療糾紛調解委員會」在巴伐利亞邦成立，同年，北萊茵河的杜塞朵夫市(Düsseldorf)亦成立了「醫療糾紛鑑定委員會」，迄 1978 年，西德各邦已普遍設立上揭二種委員會其中之一。德國統一後，新的醫療糾紛調解委員會在原東德的薩克森邦(Saxony)成立，原東德其他的邦亦加入位在下薩克森邦(Niedersachsen)的漢諾威市的北德的「醫療糾紛調解委員會」。

德國設立上開二種委員會其源起可能係參考美國，西德在 1970 年代中也面臨醫療糾紛訴訟激增之難題，同時期在美國設立醫療糾紛審議委員會的觀念為西德所採納，實施之結果，容或仍有令人批評之處，惟因德國的制度非常具本土性，相當為法律及衛生醫療體系所接納。歸納其原因不只一端，惟綜而言之，應與德國實施全民保險、醫療院所

10 Edith Palmer, Medical Malpractice Liability: Germany from Medical Malpractice Liability: Germany -Law Library of Congress, June 2009. .

11 Edith Palmer, 同前文。

12 其餘 92% 多透過與保險公司和解，或是向醫療糾紛鑑定或調解委員會申請後，依其結果與保險公司和解或不續採行動等方式解決。提出 8% 之比率者，可參見 Edith Palmer, 前揭文。另各邦向委員會指出申請後之比率可參見後述之三個圖表。

13 Edith Palmer, 同前文。

14 此為德國可以查到統計數字的最早的一年。

15 Schlichtung、Stellen 分別是調解及處所之意，本文譯為調解委員會。

及醫生有投保責任險、保險公司亦參與鑑定或調解程序，強大之醫生組織及其自律精神、病患申請鑑定或調解無須負擔費用，及調解程序之成員及審查程序甚昭公信等有關，致因醫療糾紛而提起訴訟之案件已大幅下降。

德國與臺灣相同，追究醫療疏失責任，被害人及利害關係人得請求民事損害賠償或提出刑事告訴、告發，德國為了遏止日益增加的醫療過失的刑事訴訟，乃研議成立「醫療糾紛調解委員會」及「醫療糾紛鑑定委員會」，其背景乃因對病人而言，提起民事訴訟須繳納裁判費，且當時醫療記錄取得不易；另對醫生而言，因醫療過失導致死亡或傷害，醫生可能面臨病人之刑事告訴，而上開醫療糾紛鑑定或調解委員會之設立足使病人獲得該爭議醫療事件之專業意見，並能與醫生以較不對立之方式解決爭議。

其次，設立此二種審議醫療糾紛之委員會，某種程度而言，亦是回應社會上對於醫療疏失案件失望與怨懟之聲浪，透過提供病人免費及公正的專業意見，重建民眾對醫療的信賴。

同時，此一制度在德國能獲得成功，其醫療系統「自我監督」(Selbstverwaltung)之核心價值扮演著關鍵角色。以下分別就二委員會之經費來源、組織、受理之案件、案件之申請、案件之程序及實體審查等分述之。

## 參、「醫療糾紛鑑定委員會」及「醫療糾紛調解委員會」之組織及運作

### 一、預算來源係由醫生自治組織「醫生協會」負擔

對上開委員會之運作實際上最具影響力的乃醫生之自治組織「醫生協會」(Ärztammer)<sup>16</sup>，屬聯邦醫生協會之分支，醫生主要是受各邦法律規範，各邦「醫生協會」負責醫生之倫理、教育、訓練、處分，及致力於醫療品質之提升、訂定醫療規則等。在德國許多邦之「醫療糾紛鑑定審議委員會」或「醫療糾紛調解審議委員會」是由各該邦之醫生協會成立並負擔經費，但如巴伐利亞邦及北德地區卻是由該邦的醫生協會及代表責任保險公司之「責任、事故、汽車保險協會」(Haftpflicht- Unfall- und Kraftverkehrsversicherer, HUK-Verband)聯合成立。

### 二、委員會組織

雖然各邦成立「醫療糾紛鑑定委員會」及「醫療糾紛調解委員會」之目標相同，但其組織及程序則各有差異。這些委員會是依醫生協會條例設立，委員人數多在三人至五人不等，其中必有一人為法律背景，多為退休司法官，其餘則由各醫學專科領域的醫生擔任，實務上，個案多由一位具醫生背景及一位具司法官背景之委員共同決定。

### 三、得受理之案件

除了少數邦有特殊規定可受理控告醫院的案件，二委員會之管轄範圍只及於醫生被訴，並不受理護士及其他醫事人員被訴之案件。如此可集中力量處理牽涉不同醫學專科，較為複雜之醫療糾紛案件。

### 四、案件之申請與審查

#### (一)、申請主體

16 德國各邦有邦的醫生協會，聯邦亦有聯邦醫生協會(Bundesärztekammer)，於1947年成立，總部設在柏林，統籌17個邦醫生協會，負責代表全德國超過40萬個醫生之利益，包括醫生之訓練至進修、專業規則、自律、處分等事務。參考Wikipedia, 2010年3月。

案件之申請多由病患本人、代理人、死者之親屬等提出，醫生如認為其名譽或專業受到不當批評或攻訐時，亦得提出申請。在大部分的情形，病患決定利用醫療糾紛調解或鑑定委員會提出申請，都是出於自願。病患可決定直接去法院訴訟或先至上開二委員會會申請調解。但醫生能否於病人就診時要求病人簽署同意書，承諾日後如有糾紛應先至醫療申訴會調解，存有爭議。惟病人得參與調解之自願性，在實務上卻可能有例外，部份法院在審理因醫療疏失請求損害賠償之案件，於被害人聲請訴訟救助時，會要求被害人須先向醫療糾紛調解或鑑定委員會申請調解，惟此種作法引發破壞調解自願性之批評，亦有上級法院判決如此要求係屬違法者<sup>17</sup>。自願性問題在此處之所以重要以及在美國與德國均引發學者熱烈討論之原因，與裁判外解決爭議方式之本質有關，一般認為ADR之二大核心本質，一在於當事人之參與是出於任意性、自願性，另一在於其程序之進行係由當事人主導<sup>18</sup>。

申請人一般都是直接向醫療糾紛調解或鑑定委員會提出申請，惟在巴伐利亞邦，則規定須向醫生的責任保險公司提出申請，經保險公司拒絕理賠之後，才得向醫療糾紛調解或鑑定委員會申請。申請之程序並無要求特定之格式，但其內容須敘明事件的經過，為何提出申請及申訴的醫生是何人等。病人亦得由律師代理向醫療糾紛調解或鑑定委員會提出申請，申請事件中約有二分之一之案件由律師代理聲請，律師任代理人有助於與保險公司協商，因此代理病患向上二委員會提出申請

亦成為律師重要之業務，但一項研究指出，由律師代理與未由律師代理之案件，病人得到有利審議結果之比率不相上下。

### (二)、當事人免繳費用

整個審議程序的進行，都無須繳納費用，程序費用原則上是由各邦「醫生協會」提供，但亦有若干邦，由保險公司支付鑑定專家費用。又二造如聘請律師，應各自負擔費用，而且與一般訴訟實務不同的是，律師費用不會移轉由審議結果不利益的一方負擔。

### (三)、程序審查

在受理申請後，醫療糾紛調解或鑑定委員會進行之程序依序如下：

- (1) 決定有無管轄權，只受理5年內發生之案件，審議之案件限於主張醫療疏失或醫生未經告知及徵求病人同意即施行醫療處分者。
- (2) 不受理已經民訴或刑訴程序審理之案件。
- (3) 通知並詢問醫生是否願意參加調解程序，醫生是否參加亦屬自願，實務上，亦有醫生拒絕參加者。在北德之「醫療糾紛調解委員會」亦須通知醫生的責任保險公司參加，保險公司亦是調解程序之當事人，得參加或拒絕，拒絕參加的比例約為10%。但在其他邦，拒絕比例甚微小。雖然醫生可自由決定是否參加，但一旦選擇參加，便負有配合程序進行之職業上之義務。不少案件因醫生拒絕參加或無管轄權而不受理，以1993年為例，當年6091件結案之案件，其中有2021件（近1/3）因無管轄權、或醫

17 Verfahren bei der Gutachterkommission keine Voraussetzung für Prozesskostenhilfe, OLG Düsseldorf, Beschluss vom 16-01-1989-8 W 84/88, NJW 1989, 2955.

18 Matthew Parrott, 前揭文。

生、保險公司拒絕參加而不受理，或因申請人撤回申請或放棄等原因而終結。惟外界有批評委員會以程序理由駁回聲請之案件數過多，影響解決爭議之效率。

#### (四)、實體審查

##### (1) 鑑定問題由專業委員擬列

一旦醫生同意參與調解程序，**醫療糾紛調解及鑑定委員會即可著手蒐集相關的醫療記錄，包括系爭之醫療記錄、病人在其他醫院的就診記錄、以及該被訴醫生在本案前後對病人之診療記錄，病人在醫院所有的檢驗記錄、X光及其他影像記錄等，這些資料交由委員會具醫學背景之委員閱讀判斷後，再由具法律背景之委員協助，就其中之爭點擬具問題**，雖然列出之問題並不限於申請人提出的問題，但通常不會逾越申請人所提問題之範圍，尤其在牽涉未經告知、未獲病患同意而用藥、手術爭議之糾紛案件更是如此。

##### (2) 由醫學專家實施鑑定

上開擬好之問題及相關資料隨後即交付一位「鑑定專家」鑑定，多為具醫學背景之專家，這位鑑定專家「得」為委員會內之委員，例如在北萊茵河一帶，因委員會規模相當大且成員中有各種專業的專家即採行此種方式；但在其他委員會通常是聘請「外部專家」擔任。這些「鑑定專家」大多是饒富聲望的醫院主任醫師或大學教授。

##### (3) 醫學鑑定專家多不匿名

在大部份的委員會，二造均知悉鑑定人之身分及專長，鑑定人匿名的做法會遭受嚴厲的批評，外界認為很難評斷一位匿

名專家的專業及公正性<sup>19</sup>。「鑑定專家」除得閱讀病歷、記錄外，亦得檢查病人身體，對於較為複雜之案件，得聘請一位以上的專家。

##### (4) 鑑定意見交回專業委員審核

鑑定專家完成鑑定意見後，將之交由負責審議之前述委員會具醫學及法律專業之委員審核，審核之結論，多在論斷本案有無醫療疏失及此一疏失是否導致病人的傷害等。但亦有委員會進一步說明病人傷害的範圍，惟均不會提及與傷害（損害）有關的金額，因此部份係屬於二造協商的範圍。此外，如就事實仍有爭論，有委員會傾向不提出意見，或分別不同事實提出二種版本之意見。反之，北德之委員會則依照訴訟法規定，於認定舉證責任孰屬後依當事人有無舉證而決定事實。

##### (5) 秘密、書面審理原則

依照規定，委員會不能聽取口頭陳述。委員會之審議程序係以秘密方式進行程序，不對外公開，只有兩造知道審議之結果，委員會通常不會將結果通知醫生協會，因此，委員會之審議結果不會成為「醫生協會」處分其醫生會員之依據，對於「醫生協會」未能利用委員會之審議結果達到教育醫生之目的，外界亦有微詞。

##### (五)、審議時間

在巴登-符騰堡邦，委員會審議的時間約在3個月到6個月之間，在北萊茵河約14個月，一般而言，都在9至12個月之間。值得一提的是，審議結果發現醫生有導致病人傷害的醫療疏失或違背告知義務之案件比例，各地不同。如巴伐利亞邦約為11%，但黑森邦約為

<sup>19</sup> 可參考 Keine Anonymität der Mitglieder einer Gutachterkommission, OVG Münster, Urteil vom 13. 8. 1998-13 A 2118-96. NJW 1999, 1902.

34%。巴伐利亞邦的低比率應與該地要求聲請人於向「醫療糾紛調解委員會」申請前應先向保險公司申請有關，而保險公司對明顯有醫療疏失之案件多會同意和解。

(六)、各邦程序不盡相同

上述是一般性的介紹，但各邦委員會的運作仍有很大的不同，如北德的委員會便讓申請人及醫生充分參與，在結案前，二造不僅能就委員持以請教鑑定專家之問題提出答覆，還能就鑑定人提供之鑑定意見為回應。如上所述，委員會將案件先交由內部委員，再交由外部專家審核，聲請人形同獲得二位醫學專家的意見。另外，德國巴登-符騰堡邦之委員會更在做出最後審議決定前，讓兩造對鑑定人之鑑定意見有口頭討論的機會；北萊茵河的委員會則是允許收到不利益審議結果的一方得提起再議，交由委員會全體委員再決定一次。

聲請人接到審議判斷後，應如何續行，有多種選擇。審議結果如是對病人有利，保險公司通常願意和解，但令人意外的是，病人未必會循求和解<sup>20</sup>，這些病人或許只是為了要追究事件的真相；另病人申請和解如遭受保險公司拒絕，多半會提起訴訟，反之，

如果審議結果對病人不利，保險公司通常不願和解，申請人仍可起訴，最後也有獲得勝訴判決者。

審理醫療糾紛案件之法院得採納委員會審議結果之意見，亦得選擇不採委員會之審議意見，自行選擇鑑定人，醫療糾紛調解或鑑定委員會之意見其證明力並無較其他專家之鑑定意見優越，又原告或醫生亦得敘明理由要求排除委員會審議之意見。

以 1993 年為例，該年度全德國之審議委員會共審理 6091 件申請案，逾 2000 件之案件因申請人撤回、無管轄權、醫生或保險公司拒絕參加等程序理由而不受理或結案，已如上述。4070 件經過實質審理之案件，其中有 2787 件（約 68%）完全對醫生有利；1065 件（約 26%）之審議結果對醫生不利，1065 件中約 34 件發現原告未經病人同意而施以特定之醫療處分，1031 件發現因醫療疏失導致病人傷害，此 1065 件約占經實體審議案件（4070 件）之 25%。另有 118 件經認定雖有醫療疏失，惟與病人之傷害無因果關係，其餘的案件則無法決定請求是否有理由。由下圖可知各種審議結果之比例。

德國醫療糾紛調解或鑑定委員會 1993 年審議案件<sup>21</sup>

受理 6091 件 案件	以程序理由結案 2021 件（約 33%）	• 申請人撤回 • 醫生拒絕參加	• 無管轄權 • 保險公司拒絕參加	
	實體審理 4070 件（約 67%）	認定無醫療疏失 2787 件	約 68%(2787/4070)	
		認定有醫療疏失 1065 件	約 26%(1065/4070)	未經病人同意 34 件 醫療疏失導致傷害 1031 件
		有疏失但與病人傷害無因果關係 118 件	約 2.8%(118/4070)	
		無法決定申請人之請求是否有理由 100 件	約 2.45%(100/4070)	

20 其比率可參見本文後述所附三個圖表。

21 統計數字參考 Timothy Stoltzfus Just，前揭文，至本文三個表格則由本文作者繪製。



經實體審理之案件約占受理案件之 67%，其中審議結果：

編號	審議結果	百分比
1	無醫療疏失	68.00%
2	有醫療疏失	26.00%
3	有醫療疏失但與病人死亡或傷害無因果關係	2.80%
4	無法判斷	2.45%

## 肆、結論

德國以非訟方式解決醫療爭議確實達到有效疏減訟源之目的，即使經委員會審議結果認定醫療過程有疏失，申請人提起訴訟之比率亦不高，如北萊茵河醫療糾紛鑑定委員會為 28.74%(1990 年)，巴登 - 符騰堡醫療糾紛鑑定委員會為 31.86%(1989 年)；至經委員會審議認定無醫療疏失後申請人提起訴訟者更降至約 9%-13%，如巴伐利亞邦醫療糾紛調解委員會之 10.85%(1989-1990 年)、巴登 - 符騰堡醫療糾紛鑑定委員會之 9.7%(1989 年)；北萊茵河醫療糾紛鑑定委員會之 13.89%(1990 年)，尤為要者，經過委員會審議及調解後提起刑事訴訟之件數大幅降低，由下頁二圖可明顯看出。

綜而言之，德國以非訟方式解決醫療糾紛爭議能獲得民眾普遍信賴，其前提固然與醫生或醫療院所均就醫療責任投保有關，除此之外，醫生自治組織「醫生協會」自我監督之核心價值，充分參與支持亦功不可沒，其自律精神之展現，由下述例子可見一斑。由於委員具醫師身分者多為退休、負有盛名之醫師或大學教授，固能傳承經驗、貢獻專業，但因有質疑這些委員遠離醫療實務過久，見解未必能與時俱進，跟不上醫療知識技術之進步，此種觀點即為北德之醫療糾紛調解委員會所採納，規定逾七十歲之專家即不能再擔任該會委員。

此外類此鑑定委員會之功能能否發揮，首繫於委員之專業素質，及審議案件之公正性、獨立性，尤以摒棄人情包袱，一以專業考量評斷同業之醫療處分，最屬不易。

以調解方式處理醫療糾紛案件之做法亦見諸於國內，如臺北市醫師公會成立「醫療糾紛調解委員會」，接受發生在臺北市地區民眾醫療糾紛的案件，公會並指派專責醫師甚至律師來參與調解，然如欲發揮功能，似可再加強建立民眾對其處理公正性之信心。另外依據醫療法第九十九條規定「直轄市、縣(市)主管機關(即衛生局)應設置醫事審議委員會，任務如下：一、醫療機構設立或擴充之審議。二、醫療收費標準之審議。三、醫療爭議之調處。四、醫德之促進。五、其他有關醫事之審議。(第一項)前項醫事審議委員會之組織、會議等相關規定，由直轄市、縣(市)主管機關定之。(第二項)」，同法第一〇〇條規定「前二條之醫事審議委員會委員，應就不具民意代表、醫療法人代表身分之醫事、法學專家、學者及社會人士遴聘之，其中法學專家及社會人士之比例，不得少於三分之一。」故各地衛生局均成立「醫事審議委員會」，處理包括醫療爭議調處之法定任務，確具若干成效，惟因就申請調處之要件、調處之程序、調處結果之效力均乏規範，且其處理之方式較類似一般

北萊茵河醫療糾紛鑑定委員會 1990 年審議案件：

審理 案件 665 件	醫生未回復 (問卷)調查	8 件					
	醫生回復 (問卷)調查	657 件	審議結果 有醫療疏失	218 件	有醫療疏失但 未造成傷害		
					有醫療疏失 且造成傷害	與保險公司和解 117 件	
						提起訴訟 48 件	5 件提刑訴 43 件提民訴
					未續提訴訟 378 件		
			審議結果 無醫療疏失	439 件	不服，提起訴訟 61 件	提民訴	醫生勝訴 21 件
						病人(部份或全部) 勝訴 4 件	
						(調查時)尚未判決 29 件	
		提刑訴 1 件					
					與保險公司和解 6 件		

經委員會審議結果：

認定有醫療疏失後申請人提起訴訟	28.74% (48/167)
認定無醫療疏失後申請人提起訴訟	13.89% (61/439)

巴登 - 符騰堡醫療糾紛鑑定委員會 1989 年審議案件：

醫生有疏失 91 件	未續採任何行動	26 件	28.57%		
	向保險公司請求賠償	24 件	26.37%	遭保險公司拒絕	4 件 (4/91, 約 4.39%)
				與保險公司和解	20 件 (20/91, 約 21.97%)
	提起訴訟	29 件	31.86%	提起民訴	28 件 (28/91, 約 30.76%)
提起刑訴				1 件 (1/91, 約 1.09%)	
其他					
醫生無疏失 382 件	不再追究亦不提訴訟		88.00%		
	和解		1.00%		
	提起訴訟	9.70%	提起民訴	8.30%	
			提起刑訴	1.40%	
其他					

經委員會審議結果：

認定有醫療疏失後申請人提起訴訟	3.86%	提起民訴	30.96%
		提起刑訴	1.09%
認定無醫療疏失後申請人提起訴訟	9.70%	提起民訴	8.30%
		提起刑訴	1.40%



北大武山的鐵杉林群落 / 林軍佐 / 林務局屏東林管處

鄉鎮市調解，偏重於勸導和解而非鑑定醫療事故原因，其專業性及公正性似尚未廣為醫療實務界及社會大眾所信服。

此外，相較於我國之醫事鑑定實務，德國上述二委員會進行之實體及程序，如鑑定資料之範圍不限於本次案發之病歷資料，更調取病人以往之病史記錄；鑑定問題委由醫學背景之委員擬列，輔以法學背景委員之協助，交由「鑑定專家」鑑定後再送回委員會為最後判斷，確能避免如我國法官、檢察官不知如何就爭點提問之窘境；如何擷取他國良策，設計一套適合本土之醫療糾紛調解機制，德國上開非訟制度之設計，有許多值得省思與進一步研究之處。

（作者為最高法院檢察署檢察官，臺灣大學法律學研究所法學博士）