

孫子兵法與危機溝通：運用於醫療爭議調解

紀育君*

摘要

《孫子兵法》是古代經典軍事理論，為軍事戰略提供指導，也被廣泛運用在現代衝突解決及談判過程提供關鍵策略。其主要闡述的原則強調靈活應變、未雨綢繆與全面規劃，這些理念可為醫事機構與醫事人員提供解決醫病衝突的思維。醫療爭議發生往往涉及病人與家屬、醫事機構、醫事人員等多方關係，訴訟外調解機制之核心是關注雙方利益與需求，從而實現爭議解決。孫子的戰略思想可以幫助醫事人員及管理者在面對解決爭議時採取高效能的應對策略，戰略要素中，如「知己知彼」、「攻其不備，出其不意」理念，可提供醫療機構用於醫療爭議調解，並根據情況調整解決方案，而非採取僵化的應對方式。將《孫子兵法》中的靈活性、預見性和系統性等原則應用於醫療爭議調解中，可提高解決問題的效率。

「危機溝通」是以溝通為手段、解決危機為目的所進行的一連串化解危機與避免危機的行為和過程。當醫療爭議發生時，醫事機構可藉由危機溝通理論來降低爭議的衝擊，以實踐化危機為轉機的可能。透過危機溝通理論的有效實踐，醫事機構可在危機爆發前，掌握及消弭危機，在危機爆發後，動員內部解除危機，危機處理後，徹底解決危機的後遺症，以重新建立和諧的醫病關係。

關鍵詞：孫子兵法、危機溝通、醫療爭議調解、衝突解決策略、醫療談判

壹、前言

一、醫療爭議現況

隨著全民健保制度開辦，民眾就醫的可近性及便利性大幅提升，雖有助於健康促進發展，然醫療爭議案件日漸增加，也讓內、外、婦、兒及急診等五大科乏人問津，急重症照護人力缺口也成為全民健康照護品質的一大隱憂（台灣醫療改革基金會，2015）¹。依據衛生福利部（簡稱衛福部），如表 1 臺灣地區

*世新大學行政管理學系博士班學生，E-mail：chi738@tdrf.org.tw

¹ 2015 年 5 月財團法人台灣醫療改革基金會進行「醫護人力吃緊現況」調查，共有 1,220 名醫護人員填答，調查結果顯示了醫學中心的急重症部門在醫護人力負荷早已亮起了紅燈，不論是加護病房或是急診的現狀都與現行的醫院評鑑規定不符。醫學中心放任急重症部門的照護人力吃緊，除了惡化醫護人員的勞動條件與環境，更是影響急重症病患的照護品質。

本論文經 2 位雙向匿名審查通過。收稿：2025 年 3 月 5 日。同意刊登：2025 年 3 月 10 日。

各縣市民國 108-112 年醫療爭議調處案件統計顯示，臺灣地區每年醫療爭議調解案件高達五、六百件，調處成立平均比率約三至四成。另依表 2、3 民國 103 年至 112 年醫審會受司法委託醫糾鑑定案件數（民、刑事）及醫療爭議訴訟案件性質統計顯示，自民國 103 年以來醫療爭議之民刑事案件及委託鑑定案件數平均每年多達三、四百件以上，顯見醫療爭議問題確實不容忽視（衛生福利部，2014-2023）。

表 1

臺灣地區各縣市民國 108-112 年醫療爭議調處案件統計表

縣市	108 年			109 年			110 年			111 年			112 年		
	調處案件數	調處成立案件數	調處成立率	調處案件數	調處成立案件數	調處成立率	調處案件數	調處成立案件數	調處成立率	調處案件數	調處成立案件數	調處成立率	調處案件數	調處成立案件數	調處成立率
臺北市	38	102	37.3%	24	88	27.3%	14	51	27.5%	33	78	42.3%	35	83	42.2%
新北市	36	48	75.0%	28	45	62.2%	33	45	73.3%	28	42	66.7%	31	44	70.5%
高雄市	43	163	26.4%	52	121	43.0%	31	113	27.4%	31	111	27.9%	30	90	33.3%
臺中市	25	71	35.2%	26	101	25.7%	27	100	27.0%	24	86	27.9%	31	118	26.3%
臺南市	40	91	44.0%	24	46	52.2%	13	31	41.9%	25	62	40.3%	55	91	60.4%
桃園市	21	66	31.8%	20	58	34.5%	21	62	33.9%	25	81	30.9%	34	91	37.4%
新竹市	4	9	44.4%	3	6	50.0%	1	3	33.3%	8	8	100.0%	7	11	63.6%
新竹縣	3	5	60.0%	6	6	100.0%	5	6	83.3%	2	2	100.0%	8	11	72.7%
南投縣	1	2	50.0%	2	8	25.0%	4	9	44.4%	5	8	62.5%	1	3	33.3%
苗栗縣	6	13	46.2%	9	12	75.0%	10	13	76.9%	2	5	40.0%	3	8	37.5%
彰化縣	12	33	36.4%	11	28	39.3%	14	33	42.4%	12	31	38.7%	19	45	42.2%
雲林縣	3	4	75.0%	2	4	50.0%	4	9	44.4%	3	19	15.8%	2	11	18.2%
嘉義市	2	17	11.8%	5	19	26.3%	6	15	40.0%	3	15	20.0%	5	14	35.7%
嘉義縣	2	5	40.0%	1	6	16.7%	3	10	30.0%	3	8	37.5%	2	7	28.6%
屏東縣	8	23	34.8%	7	15	46.7%	19	29	65.5%	18	29	62.1%	21	38	55.3%
臺東縣	1	3	33.3%	0	0	-	1	3	33.3%	0	3	0.0%	0	4	0.0%
花蓮縣	0	1	0.0%	0	0	-	1	1	100%	1	1	100.0%	0	0-	-
宜蘭縣	4	6	66.7%	3	4	75.0%	0	0	-	3	7	42.9%	1	2	50.0%
基隆市	10	20	50.0%	9	19	47.4%	10	18	55.6%	7	13	53.8%	9	16	56.3%
澎湖縣	2	2	100.0%	1	1	100.0%	1	3	33.3%	2	2	100.0%	1	2	50.0%
金門縣	2	3	66.7%	2	4	50.0%	0	1	0.0%	1	2	50.0%	0	0	-
連江縣	0	1	0.0%	0	0	-	0	0	-	0	0	0%	0	0	-
總計	263	688	38.2%	235	591	39.8%	218	555	39.3%	236	613	38.5%	290	689	42.1%

註 I：資料來源由各地方衛生局通報，統計至 113 年 5 月 6 日。歸屬年度以案件申請日期為區分。註 II：調處成立率＝調處成立案件數/調處案件數。

資料來源：衛生福利部。

表 2

民國 103-112 年醫審會受司法委託醫糾鑑定案件數（民、刑事）統計表

時間	案件數
103	487
104	474
105	351
106	354
107	391
108	373
109	356
110	279
111	311
112	170

資料來源：衛生福利部。

表 3

民國 103-112 年醫療爭議訴訟案件性質統計表

時間(年)	訴訟性質			
	刑事	民事	其他	合計
103	391	95	1	487
104	355	115	4	474
105	244	101	6	351
106	222	125	7	354
107	245	142	4	391
108	226	137	10	373
109	211	144	1	356
110	163	116	0	279
111	191	119	1	311
112	52	118	0	170

資料來源：衛生福利部。

衛福部為解決長期以來，醫療爭議衍生之醫病關係對立、高風險科別人才流失及防禦性醫療等問題，於 2024 年 1 月 1 日正式實施「醫療事故預防及爭議處理法」（以下簡稱醫預法），以此來保障病人權益、促進醫病和諧、提升醫療品質。醫預法也針對醫療事故及醫療爭議定義進行說明，「醫療事故」是指病人

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。「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。醫預法的重點內容秉持「即時關懷」、「調解先行」、「事故預防」等三大原則，並明定於溝通關懷、爭議調解過程所為之陳述，及醫事機構內外部自主通報、根本分析與改善之內容，均不得採為訴訟證據或裁判基礎，亦不得為相關行政處分之基礎。其「爭議調解」更以導入中立第三方所提供醫事專業諮詢及醫療爭議評析，來協助爭議調解過程中拉近醫病雙方認知差距，以消弭爭議、促成和解。當調解成立送法院核定，也具司法效果，希望以此來減少訟累與社會成本（衛生福利部，2024）。

二、醫療爭議成因、影響與解決方法

(一) 醫療爭議發生原因

1、醫病溝通不當：病人或家屬與醫事人員之間資訊不對稱、溝通不良常導致病人或家屬對醫療過程和結果誤解（Aoki et al., 2008, pp. 360; Zeng, et al., 2018, pp. 726）。

2、醫療技術與服務品質：部分醫療爭議起源於病人對治療結果的不滿意，與醫療技術水平有限或服務品質不滿意有關（Brindley, et al., 2014, pp. 89-91）。

3、病人錯誤的期待與需求俱增：對疾病恢復有不切實際的期望或對醫療需求的擴充，以及對醫療過程誤解也是引發爭議的重要因素（吳秀玲，2014，頁 6-7）。

此外，研究發現，醫院執業的醫師、外科、婦產科及麻醉科和 35 至 54 歲特定年齡層的男性醫師發生醫療爭議風險顯著較高，由此可知，如何改善這些高風險族群醫師面對醫療爭議的發生，將是重要的問題（吳俊穎等，2009，頁 115-121）。

(二) 醫療爭議的影響

醫療爭議發生可能對醫病關係及醫事人員的心理健康造成負擔，良好的醫病關係有助於提升醫療服務品質及病人的滿意度（Deng, et al., 2021, pp. 3）。為避免潛在的醫療爭議發生，醫師有可能傾向採取防禦性醫療行為來保護自己，如：實行不必要之檢查或治療，因此造成醫療負擔及成本增加，損害病人之利益（吳秀玲，2014，頁 6-7）。

(三) 醫療爭議解決方法

1、改善醫病溝通：加強醫事人員在提供醫療服務過程的溝通技巧，確保病人充分了解其病情及治療方案，有助於減少誤解和不切實際的期望（Shin, et al., 2015, pp. 114-116）。

2、建立第三方調解機制：建立中立第三方制度以促進醫病雙方溝通和爭議解決機制，為醫病雙方提供公正調解平台（張美眉，2025，頁 72-74）。

3、完備法律與政策體系：強化醫療相關法律透明性與執行力，提供明確責任

界定與救濟管道，以減少醫病雙方爭議（周賢章，2024，頁 340-344）。

4、加強專業能力與溝通技巧培訓：針對醫事人員進行臨床技能與溝通能力專業培訓，確保能有效處理複雜醫療場域與病人之需求（張美眉，2025，頁 73-75）。

5、實施醫療品質控制機制：建立和推行醫療品質監控與評估機制，以確保醫療過程規範化、制度化，預防醫療爭議之發生（張美眉，2025，頁 70-72）。

6、多方合作促進醫病關係：醫療爭議解決依賴於醫事人員與病人或家屬，另也需要媒體、政府及相關機構共同參與配合，共同推動透明和負責任的醫療環境（張美眉，2025，頁 76-78）。

綜上，醫療爭議發生原因複雜，涉及溝通、醫療專業技術、醫院管理等多方面，其影響範圍限於個案，然往往威脅醫病關係後續發展。為有效因應挑戰，主管機關需要在政策層面和操作層面採取綜合性措施與方法，包括：加強醫病溝通與對話（張美眉，2025，頁 75-77）、完善法律層面規範、實施品質控制及推動多方合作機制。透過系統性策略設計，建立完善醫療爭議非訟處理新機制，期待以此促進醫病關係，實現更高效、和諧運作模式（周賢章，2024，頁 340-344）。

三、孫子兵法與危機溝通在調解中之應用

《孫子兵法》作為經典軍事理論，不僅為軍事戰略提供指導，也在現代管理與衝突解決中被廣泛應用，特別是在醫療爭議解決和危機管理領域具有深刻的啟發意義（初國華，2024，頁 220-224）。孫子的戰略思想中的「靈活性」可以幫助醫療專業人員面對不同的醫療爭議情境時，可根據具體情況調整解決方案；「預見性」則體現在對潛在醫病衝突的早期識別與介入，通過建立溝通機制和風險管理計劃，避免爭議的發生；「系統性規劃」則運用於醫療爭議管理中，意味著以顧全大局的視角檢視爭議問題，結合法律、倫理、公共關係和醫療專業知識制定綜合解決方案，而非採用單一方法來解決爭議。將這些原則應用於醫療爭議及危機管理中，不僅能提高問題解決的效率，還能促進醫病關係的長期和諧與信任的建立，從而建構完善的醫病關係。

「危機溝通」是將溝通框架應用在醫病對話中，以此緩和醫病之間因資訊不對等所造成的衝突，亦促進補充醫學知識與替代醫學之方法（陳建志，2019，頁 27）。藉由建構開放式溝通環境與協商流程，幫助醫療服務提供者與病人間建立共同決策模式，提升病人參與感及滿意度，也促使醫事人員能更有效地管理複雜爭議，實現快速、高效且可持續性解決方案（陳建志，2019，頁 31）。

貳、文獻回顧

一、孫子兵法戰略

《孫子兵法》是中國古代最具影響力的兵書之一，由春秋時期孫武所著作。全書共十三篇，內容涵蓋戰略、戰術、軍事組織、情報與心理戰等多個方面，其核心內容強調知己知彼、靈活應變、以謀略取勝的戰略思想。主要可應用在醫療爭議調解時談判，簡介如下：

(一) 謀攻篇：「不戰而屈人之兵，善之善者也」，說明不經交戰就能使敵人屈服，才是高明中的高明（張國良，2018，頁 14;王崇禮，2019，頁 45）。主張通過非對抗性的方式來實現目標，減少彼此間衝突和對立。尋求創造雙贏方式，設計雙方都能接受的解決方案，讓對方主動接受條件。另以提供多項選擇的方式，讓對方覺得自己擁有掌控權。

(二) 謀攻篇：「上兵伐謀，其次伐交」，說明用兵打仗，其策之上者，是在未戰之前就挫敗敵人的計謀，其次是從外交上挫敗敵人，使敵人孤立無援（張國良，2018，頁 15;王崇禮，2019，頁 47）。闡述應以智慧、策略和計劃取勝，而非依賴強勢壓制。運用理性分析和清晰的數據為依據來說服對方，並尋求對方內部關鍵決策者的支持，來改變談判動向。

(三) 謀攻篇：「知彼知己，百戰不殆」，說明了解自己，又了解敵人，就可以常勝不敗了（張國良，2018，頁 17;王崇禮，2019，頁 50）。意謂充分了解對方的需求、意圖與實力，並同時清楚掌握自己的優勢與劣勢。應用於談判前事先能夠準備充分，徹底研究對方的背景、利益、需求和弱點，並建立共鳴，以理解對方的立場與情感，藉此增強談判中的信任感。

(四) 軍形篇：「勝兵先勝，而後求戰」，說明勝利的軍隊總是先創造必勝的條件，才去尋求與敵人交戰（劉泰昇，2009，頁 64;王崇禮，2019，頁 68）。在進入談判前應確保已經充分具備贏的條件，談判前需事先確保籌碼，準備好談判籌碼，包括有利數據、案例或支持者，再明確設定底線，確定自己可以接受的最低條件，以避免談判過程失控。

(五) 兵勢篇：「激水之疾，至於漂石者，勢也」，說明湍急之水飛快奔流，以至於能將巨石沖走，就是儲存巨大能量而一發不可遏止的客觀態度（王瑞德，2017，頁 127;王崇禮，2019，頁 85）。應根據情勢變化順勢而為，靈活應對，將劣勢轉化為優勢。在談判中利用對方的需求與壓力源，制定有利的策略，並根據談判過程中的變化，適當調整立場或讓步幅度，達成取勝的目標。

(六) 虛實篇：「避實而擊虛」，說明避開敵人牢固設防之處而進攻其虛解薄弱之點（張國良，2018，頁 24;王崇禮，2019，頁 102-103）。主張應避開對方的優勢，專注於其弱點或其鬆懈且不易察覺的方面。辨識核心之利益，找出對方真正關注的問題，集中討論，並將議題分化，將談判拆分為多個小議題，逐項一一解決。

(七) 用間篇：「五間俱起，莫知其道」（用間之道、巧妙借力），說明在軍事爭鬥中使用間諜，如果五種間諜都可以運用，則使敵人摸不著頭緒而手足無措（王瑞德，2017，頁 148;王崇禮，2019，頁 186-187）。運用第三方或內部信息來掌

握對方情況，可透過專家、第三方諮詢意見或內部資源得到情報，了解對方的策略後，再借助中間人進行調解，以緩和雙方緊張關係。

二、危機溝通理論

「危機溝通」是近年來危機管理研究的重要領域，是以溝通為手段、以解決危機為目的所進行的一系列化解危機和避開危機的過程。有效的危機溝通可以降低危機對企業帶來的衝擊，同時可能將危機化為轉機，重塑企業良好形象。

(一) 3 W 和 4 R 的溝通策略

為危機溝通的黃金法則，由「美國福萊靈克公關諮詢公司」特別情況小組（2012）提出的公式「(3 W + 4 R)·8 F=V 1 或 V 2」中所摘錄，被視為危機公關成功的「金科玉律」，也是危機溝通的主要戰略與戰術（趙定濤等人，2004，頁 22；杜艷秋，2007，頁 68-69；孟建、錢海紅，2008，頁 18-19；魏玖長、丁齊英，2012，頁 36-37）。3 W 為了解危機的基本事實，包括 W 1，我們知道了什麼（What did we know）；W 2，我們什麼時候知道的（When did we know about it）；W 3，我們對此做了什麼（What did we do about it）。4 R 為危機處理的四大態度，分別為：R 1，遺憾（Regret）：表達對事件的關注與遺憾；R 2，改革（Reform）：採取措施防止類似事件再發；R 3，賠償（Restitution）：給予合理的補償；R 4，恢復（Recovery）：努力恢復事件前的正常狀態。

(二) 危機公關 5 S 原則

是根據公關危機事件的規模、影響、性質及危害性，以此建立處理公關危機事件的五大原則，其核心策略如下：

策略 1、承擔責任（Shouldering the Matter）：即使不是主要責任方，應該主動表現出負責任的態度。一旦組織遭遇公關危機事件，應該坦然面對，勇敢承擔責任。

策略 2、真誠溝通（Sincerity）：與利益相關者溝通時保持坦誠。當危機事件發生後，組織與公眾的溝通尤為重要，尤其是組織與外部公眾的溝通更為緊迫，必須以真誠為前提進行溝通。

策略 3、速度第一（Speed）：快速回應，以降低誤解和不安。危機事件一旦出現，必須快速回應，及時穩定人心，為後續工作開創有利的局勢。

策略 4、系統運行（System）：有條理地處理問題，包括內外部的統籌安排。處理危機事件的過程中，領導者要按照應對的策略進行全面、有條理的處理，認知處理的過程為一個完整的系統，且環環相扣，要堅持系統運行原則，才能有效處理危機事件。

策略 5、權威證實（Standard）：利用第三方權威機構背書，提升處理過程的公信力。應盡力爭取政府主管機關、專家、有公信力的機構及媒體等支持。

(三) DISCO 原則

由曾任臺灣奧美董事總經理王馥蓓（2012）提出，旨在為企業提供一套有

效的危機處理框架。該原則包含步驟如下：

步驟一、雙軌流程（Dual Path Process）：同步進行管理行動與溝通行動。

步驟二、第一時間回應（Immediate Response）：快速處理並表現誠意。

步驟三、判斷利益關係人（Stakeholder）：確保所有相關者的意見都被考慮。

步驟四、控制發展狀況（Containment）：預估最壞情況，將危機控制在合理範圍內。

步驟五、承擔應有的責任（Ownership）：主動承擔法律和情感責任。

三、醫療爭議調解機制

「調解」，係透過第三方的居間協調處理，找出醫病之間對於醫療爭議事件的看法，然後協調彼此的歧異，看是否能達成讓彼此間互相能接受的共識（王志嘉，2014，頁 14；符玉章，2021，頁 37）。為合意型之訴訟外爭議解決制度，並且未將客觀實體法律當作彼等主要遵守之標準，較能顧及當事人間之實情，維護當事人間向來之感情關係。缺點為訴訟上調解仍要繳納費用，且若是調解無用又強行使用調解制度，反使當事人受程序上不利益（張美眉，2016，頁 19-21）。醫療爭議常用的調解，包括有一般調解、調解委員會調解、以及法院調解。

臺灣調解機制的發展自 2009 年《醫療法》修法後，開始積極推動醫療爭議調解機制，強調醫療機構內部或地方衛生主管機關協助進行調解，鼓勵病人與醫事機構在訴訟前解決紛爭。2012 年《病人自主權利法》實施（衛生福利部，2012），進一步強化了醫療爭議解決的非訴訟途徑，要求醫事機構建立內部申訴與調解機制，部分地區引入專門的醫療爭議調解委員會，為病人與醫院提供第三方平台。後來，地方政府與醫療機構合作建立「醫療調解平台」，藉此進一步提升效率與覆蓋範圍。

現行醫療爭議調解的發展，隨著《醫療事故預防及爭議處理法》的制定與實施，已取得顯著進展。該法於 2022 年 5 月 30 日經立法院三讀通過，並於 2024 年 1 月 1 日正式施行，旨在建立非訴訟的醫療爭議處理機制，促進醫病和諧。其中，調解機制要求地方衛生局組成醫療爭議調解會，所有民、刑事醫療訴訟在進入司法程序前，須先經過調解，調解期間為三個月，必要時可延長至六個月。醫療爭議調解經立法與實務經驗的累積，正朝向更完善的非訴訟解決機制邁進。

參、孫子兵法戰略在醫療調解中的應用

一、「知彼知己，百戰不殆」（建立共鳴與準備）

調解之應用：在調解開始前，深入了解病方及醫方的需求、情緒、訴求以及醫療事實。對醫療爭議的背景和相關專業知識充分掌握，同時理解當事人

（病人）的心理感受，展現同理心。

具體行動：調解人員應主動傾聽與理解病方和醫方各自的立場，避免過早評論，提供客觀、專業的信息，讓雙方感到被尊重。

二、「不戰而屈人之兵，善之善者也」（柔性溝通）

調解之應用：調解的核心在於透過言辭和態度影響雙方，達成和解，而非激化衝突，故應盡量避免情緒性的語言及動作，宜使用柔性話語，例如：「讓我們一起看看有什麼方法解決問題」。

具體行動：避免帶有攻擊性的語言或態度，創造友善的氛圍，同時鼓勵雙方聚焦於未來的解決方案，而非執著於過去的過失。

三、「善戰者，求之於勢，不責於人，故能擇人而任勢」因勢利導，趨利避害（動態應變）

調解之應用：隨時根據雙方情緒和立場的變化，調整溝通策略，善於利用形勢來發現雙方共同利益並加以強調，減少矛盾的對立點。

具體行動：引導雙方關注彼此都重視的目標，如：病人的健康恢復或醫師的專業信譽。使用折衷方案，如金錢賠償結合非經濟補償（道歉或後續醫療支持）。

四、「避實而擊虛」虛實結合（聚焦關鍵的問題）

調解之應用：避免在次要問題上爭執與糾纏，集中解決核心爭議，辨別哪些是雙方關注的「實」問題（如：補償），哪些是「虛」問題（如：情感因素、個人情緒）。

具體行動：對於金額爭議前，先探討病人的心理需求，並引導醫方作出合理的情感修復。

五、「用間之道，巧妙借力」（借助現有第三方資源）

調解之應用：運用醫學專家（提供醫療爭議評析）或法律顧問等第三方意見，增加專業權威性和公正性。也可提供其他有利的資源，如：藥害救濟或生育事故救濟等管道。

具體行動：尋求調解機構的協助，或邀請其他專業人士作為中立的觀察者。在調解中使用心理支持工具，安撫情緒激動的一方。

肆、危機溝通理論在醫療調解中的應用

一、W 1：我們知道了什麼（What did we know）

主要應用於全面掌握事件背景和相關細節，避免資訊不對等與落差導致調

解失敗。應用方式：

- (一)醫療爭議事件背景調查：調解人員應提前了解爭議的基本事實，醫療爭議的經過、雙方的主張以及可能的爭議點（吳文昇，2020，頁 48-49）。如：某病人因手術後發生併發症提起醫療爭議調解，調解人員需了解病人手術前評估的健康狀況與醫方告知手術內容、術後發生的併發症病況及醫方所提供後續治療方案。
- (二)收集當事人陳述：分別傾聽病人與醫事機構的說明，確保對事件有全面了解。如：病人認為醫生未清楚說明與解釋併發症風險，醫事機構則表示已盡告知義務，調解人員需查驗病歷和簽署的同意書所記載的相關內容，釐清雙方爭議。

二、W 2：我們什麼時候知道的（When did we know about it）

主要應用於明確爭議事件中的關鍵時間點，分析各方行動是否及時，以便在調解中還原真相，拉近醫病雙方認知差距。應用方式：

- (一)時間序重建：將事件的重要時間點整理成清晰的時間軸，以便於調解過程中還原事實。如：病人術後併發症發生的時間、病人何時向醫院反應問題、醫事機構採取措施的時間點等。
- (二)確認信息傳遞時間：了解醫事機構是否在第一時間通知病人家屬，病人何時正式提出訴求，是否存在信息延誤。如：病人家屬聲稱手術後病人出現併發症醫院未能及時聯繫家屬，醫事機構後續提供病歷記錄，證明在併發症發生後已立即致電通知家屬。

三、W 3：我們對此做了什麼（What did we do about it）

主要應用於評估各方的反應和行動是否合理，為調解提供解決方案。應用方式：

- (一)分析醫事機構的應對措施：調解人員核實醫事機構在病人反應問題後是否立即進行診療，是否提供替代方案，如：協助轉診或提供必要之醫療處置。
- (二)檢視病人的行動：病人及家屬是否按照醫囑進行術後照護，是否提供了及時、準確的病情反饋。
- (三)制定解決方案：根據雙方的行動分析調解人員可提出改善方案，如：醫方願意提供後續免費醫療服務，病人及家屬願意撤回訴訟。

四、R 1 遺憾（Regret）：表達對事件的關注與遺憾。應用方式：

- (一)情感層面的安撫：調解過程中，醫方應主動表達對病人或家屬的關心，對事件的不幸表示遺憾，即使醫事機構不一定有過失，也需展現同理心。
- (二)運用語言表達技巧：避免使用可能引發病人或家屬情緒的話語，如：我們沒有責任，應聚焦於事件的影響和後續改善措施。

(三) 案例：病人發生術後併發症，對醫事機構表示不滿。醫方為此表達遺憾可以說：「我們對您的狀況深感遺憾，雖然手術同意書載明併發症是手術風險之一，但是我們仍希望協助您並盡力改善您的健康」。

五、R 2 改革 (Reform)：採取措施防止類似事件再發生。應用方式：

(一) 制定改進方案：醫事機構應向病人及家屬清楚說明未來如何改善流程或技術，避免類似事件再次發生。

(二) 提供透明化改革：將具體的改革措施向病人及家屬公開，增強彼此信任。

(三) 案例：病人認為醫事機構未能清楚告知手術風險。醫方提供的改革承諾是：「我們將更新手術同意書的內容，確保病人能充分了解潛在風險，並加強術前溝通及說明的訓練，讓每位病人於術前都能清楚明白手術過程及其風險」。

六、R 3 賠償 (Restitution)：給予合理的補償。應用方式：

(一) 金錢補償：針對病人因醫療事故或延誤治療導致的損失，提供合理的經濟補償方式。

(二) 非金錢補償：醫方提供後續免費治療、心理輔導或公開道歉等方式，滿足病人的情感需求。

(三) 案例：因延誤病人診治而所增加額外醫療費用。醫方願意提供適度補償，方案：「我們將減免您後續看診的部分負擔費用，並安排專家團隊為您進行進一步的治療，以協助您恢復健康」。

七、R 4 恢復 (Recovery)：努力恢復事件前的正常狀態。應用方式：

(一) 恢復信任：通過持續跟進和定期溝通，幫助病人恢復對醫事機構的信任。

(二) 健康恢復：安排並提供最佳的醫療資源，協助病人回復健康狀態。

(三) 案例：病人術後復原緩慢，對醫事機構服務品質表示失望。醫方協助安排後續醫療團隊進行密切跟進，並主動與病人及家屬溝通病情進展：「我們已安排專家為您進行後續復健計畫，確保提供最佳治療，讓病人得以早日恢復健康」。

八、5S 之綜合應用實例--情境描述：病人家屬對醫事機構的延誤治療表示不滿意，要求金錢賠償，否則要提出訴訟。執行步驟：

(一) 承擔責任：醫方承認可能在處理過程中存在不足之處：「我們會全力協助解決此問題」。

(二) 真誠溝通：解釋爭議事件過程溝通不良及病人病情急速變化原因，並坦誠表達改善的決心。

(三) 迅速處理：在收到投訴及需求後，當天立即啟動院內關懷小組安排調查爭議過程，並在 24 小時內回應家屬。

(四) 系統運行：啟動調解程序，由內部法務和中立調解人員共同參與積極處

理。

(五) 權威證實：提交第三方鑑定的醫學專家意見，確認醫事機構的治療是否符合醫療常規，同時探討後續賠償或非賠償方案。

九、DISCO 之綜合應用實例--情境描述：一名病人因手術後感染問題對醫事機構提出懷疑有醫療疏失，要求賠償，並威脅將事件曝光，訴諸媒體。執行步驟：

(一) 雙軌流程 (Dual Path Process)

立即成立內部危機小組，包括醫療專家、法律顧問及公關專員，統一管理爭議事件流程。並指派專人與病人溝通，表達對病情的關心，同時強調願意進一步調查以釐清事實。

(二) 第一時間回應 (Immediate Response)

立即安排醫事專家對病人進行檢查，確認感染原因，並提供必要的治療計劃。對病人的痛苦表達深切的同理心，公開承諾將盡快調查提供完整的結果。

(三) 判斷利益關係人 (Stakeholder)

確定主要關係人，內部利益相關者：主治醫師、醫療團隊、醫事機構管理層。外部利益相關者：病人及其家屬、媒體、衛生局等主管機構。確保所有相關者的意見被考慮，並與病人或家屬進行面對面會談，傾聽他們的疑慮與訴求。必要時主動通報院內關懷小組協助處理，以確保過程公正（周賢章，2024，頁 340）。

(四) 控制發展狀況 (Containment)

預估可能最壞的情況，模擬若事件被媒體曝光的可能造成的影響，包括對醫事機構聲譽的損害及法律風險。盡量將危機控制在合理範圍內，設立新聞發言人，統一因應對外詢問，避免訊息混亂。若事件涉及敏感資訊，建議先與病人或家屬簽署保密協議，防止未經核實的信息外流。

(五) 承擔應有的責任 (Ownership)

主動承擔法律責任，若調查確定醫療疏失，主動協商賠償方案，避免進一步衍生的法律訴訟。公開承認不足之處，並向病人及家屬表達真誠歉意。同時提出改善醫療流程的具體措施，以恢復醫病關係及信任。

伍、醫療爭議實務案例分析

本案例改編自臺灣臺中地方法院 103 年度醫字第 8 號民事判決（臺中地方法院，2014）。案例概要如下：

80 歲病人陳先生，有肝硬化及 B、C 型肝炎病史，經腹部電腦斷層檢查發現肝臟右葉有約 3 公分疑似腫瘤，至甲醫院住院，並由 A 主任擔任主治醫師，預計安排手術。當日晚間 10 時許，值班醫師 B 醫師致電通知家屬，隔日可進行自費腹腔鏡手術，家屬遂到院聽取說明。B 醫師當面解釋腹腔鏡手術優點為

時間較短、傷口小、復原快，並說明主刀醫師為 A 主任，術中若改變計畫或有預期外之狀況會向家屬解釋，家屬遂簽署手術同意書。病人於隔日上午 7 時進入手術室，至同日晚間 11 時手術才結束，過程中無醫療人員走出手術室解釋手術時間延長原因，手術結束後由 C 醫師告知家屬腫瘤大小約 4 公分，已切除肝臟右葉全部及膽囊，並稱手術成功。家屬事後知道 A 主任疑似未進入手術室，手術實由團隊中擅長腹腔鏡手術之 C 醫師執刀。術後第 3 日病人出現肝昏迷、肝衰竭等情況，一個月後因多重器官衰竭死亡。家屬向當地衛生局申訴，主張甲醫院術前未詳細檢查病人身體狀況，且在未告知家屬情況下，即切除病人全部肝臟右葉，致使病人身體無法負荷，導致病人死亡，且主刀醫師並非實際開刀醫師，認為醫院有故意隱瞞醫療疏失的嫌疑。

一、案例分析

- (一) 病人問題：80 歲高齡病人，有肝硬化及 B、C 型肝炎病史，術前評估得知身體狀況較差，具有手術之高風險。術後病情惡化出現肝昏迷、肝衰竭，最終因多重器官衰竭死亡。
- (二) 家屬訴求：質疑醫方未充分檢查病人術前狀況、質疑主刀醫師與實際執刀醫師不符，認為醫方有隱瞞行為，且未在手術過程中及時向家屬說明手術進展，病人病況之訊息透明度不足。
- (三) 醫院責任：手術前溝通未充分說明風險，亦未在手術中途先行解釋手術時間延遲之原因，導致家屬無法即時得知病人之病況，對醫療處置過程及透明度產生不信任，資訊不對等，造成醫病關係受到考驗。

二、運用孫子兵法設計調解之策略

策略一、「知彼知己，百戰不殆」：收集完整的病歷資料、術前檢驗檢查報告、手術過程記錄及家屬的陳述內容後，了解家屬的核心訴求（如：手術風險說明不足、執刀醫事人員責任歸屬問題），分析醫方在手術前後的溝通不足之原因，制定補救措施與方法。

策略二、「不戰而屈人之兵」：主動向家屬解釋醫方在術中和術後溝通上的不足之處，避免激發醫病對立，啟動院內關懷機制，以尋求家屬的理解，而非執著於過去的問題。

策略三、「因勢利導」：以「醫療風險」為核心解釋術後併發症發生的可能性，減輕家屬對「醫療疏失」的誤解，減少醫療爭議發生。提出改善方案，強調未來醫療服務的透明度。

三、運用危機溝通理論設計調解之策略

(一) 3W 原則：

我們知道了什麼：確認術前已向家屬說明手術風險，但未詳細說明術中可能的

變數（如：主刀醫師變更）。

我們什麼時候知道的：手術中時間延長醫院並未通知家屬，造成醫病雙方溝通中斷。

我們對此做了什麼：向家屬解釋手術延誤原因，並提出後續改善計畫（如：建立有效的手術中溝通機制）。

(二) 4 R 原則：

遺憾（Regret）：表達對病人病逝的深切遺憾，承認溝通上的不完善。

改革（Reform）：承諾改進術前溝通流程，明確說明主刀醫師的職責。

賠償（Restitution）：提供合理的經濟賠償（如：自費醫療費用退還或部分慰問金）。

恢復（Recovery）：提供心理輔導支持，協助家屬面對失去至親之痛。

四、調解會協助安排醫療爭議調解

針對本案，醫療爭議調解會將依據《醫療事故預防及爭議處理法》及相關規定進行調解。以下是調解的安排與注意事項（張美眉，2016，頁 21-23;吳文昇，2020，頁 49-51;林佩芸，2021，頁 83-85）：

(一) 召開調解會的前期準備

病歷及相關資料的蒐集，請醫方提供完整病歷資料、手術紀錄、術前評估及檢查報告、家屬簽署的手術同意書等文件，若有醫療影像（如：X 光檢查、電腦斷層影像），應準備好檔案，以提供參考。

聯繫及召集相關當事人，病人家屬（申請人）、醫方代表（處理醫療爭議管理階層人員及法律代表）、醫療團隊人員（A 主任、B 醫師及 C 醫師）。

創造安全環境，提供舒適調解場所，降低醫病雙方緊張情緒，促進開放溝通（吳文昇，2020，頁 50）。

安排公正調解人員（包含：醫學專家及法律專家）及調解時間與地點。確保調解人員具備中立性，能被醫病雙方認可並信任。調解人員應扮演促進者角色，而非強加解決方案（吳文昇，2020，頁 51-53）。

(二) 調解會議的進行

釐清事實及鼓勵雙方公開對話，促使雙方坦誠表達自身觀點與關切處，調解人員需積極傾聽並適時確認，以增強彼此信任（張宇維，2021，頁 18-20;林佩芸，2021，頁 85），針對雙方爭點進行討論。如：術前評估是否充分（醫方是否依據病人病史（肝硬化、B、C 型肝炎病史）進行完整術前評估、是否有醫療紀錄顯示已考慮病人術後肝功能負荷?手術過程中是否適當告知家屬狀況（手術時間延長至 16 小時，為何無人向家屬說明、變更手術範圍（全肝臟右葉切除）是否有即時告知家屬)?手術主刀醫師是否符合家屬預期（A 主任是否有實際參與手術、C 醫師執刀，是否違反病人與家屬的同意)?病人之術後照護是否符合醫療常規（病人術後肝昏迷、肝衰竭，是否為術中決策不當所致、是否有

即時監測病人狀況並採取適當醫療措施)？

討論的方向及運用交換原則，促使各方在關鍵問題上作出妥協，以實現互惠互利（張宇維，2021，頁 25-26）。如：醫方是否承認部分或全部責任（若有醫療疏失，是否願意承擔賠償責任、若無疏失，是否能提出專業證據說明）？家屬的訴求為何（是否要求正式道歉、是否需要金錢賠償、是否希望醫方改善手術告知流程）？法律及醫學倫理考量（醫院是否違反《醫療法》第 82 條（醫療機構應誠實告知病情及醫療過程²）、手術過程中是否涉及「未經病人同意的醫療行為」、是否隱匿醫療過程，涉及刑事責任（如：業務過失致死）？

（三）調解時注意事項

雙方應聚焦利益而非立場，引導雙方專注於實際需求，避免僵化立場，從而促進創意解決方案形成（Fisher, et al., 2011, pp. 40-43）。此外，調解人員可協助制訂雙贏方案，尋求為各方帶來價值解決方案，確保其滿足長期需求且具有可持續性，以呼應「孫子兵法」中「兵不血刃」智慧（張國良，2018，頁 14-15；王崇禮，2019，頁 45）。如：醫方，應展現誠意與透明度、提供完整醫療紀錄、提供具體改進方案。家屬方，應保持理性討論、提出具體訴求、考慮與醫方和解。

（四）可能的調解結果

調解成立，醫方承認部分責任，願意支付合理賠償並公開道歉，承諾改善術前溝通流程，確保未來手術醫師資訊透明化。

調解不成立，醫病雙方進入法律訴訟。（本案例家屬方後續提告醫方）

陸、調解策略的優化建議

美國哈佛大學之「促進式調解（Facilitative Mediation）七要素」（Harvard Negotiation Project, 2000）是以當事人為中心的調解模式，其核心目標是透過有效溝通與利益協調，幫助爭議雙方找到互利的解決方案，該模式在醫療爭議調解過程中極具應用價值，能夠提升調解的成功率與可行性，故以此來做為優化調解過程中之建議。以下說明如何運用這七個要素（張宇維，2021，頁 14-16）：

一、利益（Interests）

聚焦於核心需求，而非立場。關注醫病雙方「根本需求」（interests），而非「表面立場」（positions），運用開放式提問，了解雙方真正關心的核心問題，

² 《醫療法》第 82 條

1.醫療業務之施行，應善盡醫療上必要之注意。

2.醫事人員因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負損害賠償責任。

3.醫事人員執行醫療業務因過失致病人死傷，以違反醫療上必要之注意義務且逾越合理臨床專業裁量所致者為限，負刑事責任。

4.前二項注意義務之違反及臨床專業裁量之範圍，應以該醫療領域當時當地之醫療常規、醫療水準、醫療設施、工作條件及緊急迫切等客觀情況為斷。

5.醫療機構因執行醫療業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。

如果病方提出需求為「賠償金錢 100 萬元」，可藉由引導方式讓其說明為何需要此筆賠償費用，背後動機可能是「為支出醫療費用」，此時可協助尋求其他替代方案「其他補償方式或分期付款」。調解人員需能發掘醫病雙方共同利益所在「金錢或是道歉等」而非聚焦立場，以此解決紛爭，創造雙贏方案（Fisher, et al., 2011, pp. 40-43；符玉章，2021，頁 38）。

二、方案（Options）

調解的目標不是「誰贏誰輸」，而是創造可接受的解決方案，最佳雙贏的建議。調解人員可讓雙方先不否定對方觀點，並共同列出所有可能「方案」的選項，應避免僅限於傳統「和解或訴訟」的二元選擇，讓雙方暢所欲言後，提供過去類似案件的解決方式，啟發新的解決方案，必要時可運用第三方資源（吳文昇，2020，頁 50-52），如：保險公司、政府提供之救濟管道資訊、專業意見等，擴展方案之範圍。

三、標準（Standards）

避免單純以個人情感或主觀偏見來決定調解方案，應參考客觀標準（如：第三方專業意見、現行法律條文及規範、市場價值、過去案例），才能有效說服雙方所謂的「標準」並不可行。客觀的標準可有助於雙方縮小其爭議之範圍，有助於達成協議之可能，調解人員應協助引進客觀標準來解決爭議，當雙方各堅持己見時，「標準」的引用可形成調解過程中公平的程序，以拉近雙方認知差距，達成合理的共識。

四、其他退路（Alternatives）

可分為「最佳退路（BATNA）」及「最差退路（WATNA）」。「BATNA」為調解失敗時的最佳方案，它決定了當事人在調解過程中的談判底線與選擇餘地，藉此幫助當事人了解調解失敗後的可能情境，避免做出衝動或不切實際的決定，當事人在比較調解與 BATNA 的優劣後，可能理解調解比其他選項更具吸引力。「WATNA」為調解失敗後，當事人可能面臨的最糟糕結果，當事人瞭解最差的情況後，有助於其衡量風險，促進達成協議的意願，WATNA 讓當事人認識到調解失敗可能帶來的損失，從而提高對調解的接受度，調解人員可向當事人展示最差退路的可能性，促使其重新考慮在調解中讓步。

BATNA 為當事人的「後備計劃」，提供希望；WATNA 為當事人的「風險底線」，提供壓力，調解人員可結合兩種策略，先行引導 BATNA，激發信心，提升調解吸引力的基礎，再說明 WATNA，平衡期望後，最後幫助當事人權衡調解方案是否比 BATNA 更有利，推動當事人理性選擇的壓力點，以及是否能避免 WATNA 的最差情況，從而提高調解成功率。

五、關係 (Relationship)

維護並修復當事人關係，在許多調解中都在處理有關「人」的問題，如：家人、鄰居、醫師與病人等，除了解決問題外應兼顧維持其關係，使其能降低敵意，先強調共同利益（雙方都希望這件事能有個圓滿結果，讓我們一起找出最佳方案），或是運用「雙贏語言 (Win-Win Language)」(我們如何讓這件事對雙方都有好處？或「你讓步，我才讓步」)等策略，其次可以強調未來合作可能，探討如何修復彼此關係，讓雙方未來仍能合作，而非「一拍兩散、分道揚鑣」。

六、溝通 (Communication)

調解過程是為建立良好對話機制，即是一連串的溝通，有效的溝通能避免誤解與對立，促使集中精力尋找解決方案，提升調解的成功機率。當雙方順利進入調解時，調解人員可已先確保雙方理解彼此的觀點和需求，以消除誤解，避免因誤讀意圖而加深對立。其次可營造尊重與信任的氛圍，讓雙方感到彼此的意見被傾聽和重視，增強爭議解決的意願。最後可引導雙方討論，聚焦於解決問題，避免糾纏於過去的爭執，應專注於未來的解決方案，經由有效溝通來化解爭議。具體應用的溝通技巧如下：

(一) 積極聆聽：調解過程中，確認並重述對方觀點，確認理解，當對方確認自己觀點被準確理解，將有助於減少誤解。此外同理心的表達，也可以降低對立的情緒，運用提問方式促進交流，以引導對話朝向有建設性的方向發展。

(二) 避免衝突式語言：調解中語言的使用方式對雙方情緒產生極大的影響，避免對立性或指責性的語言，應採用中立、客觀且具建設性的表達，以此減少情緒對立，將討論的爭點轉到問題本身。促進雙方願意進一步表達，以尋求共識與解決方案。

(三) 強化中立性：調解人員是溝通的引導者，應避免出現偏袒任何一方的言語，以免失去雙方的信任。中立性的言語不僅表現在不偏向任何一方，更應該表現在行為上，避免使用帶有偏向性語氣或詞句（如：「他說得有道理」可改為「雙方的觀點都有值得討論的地方」），確保雙方都有平等的時間和機會闡述意見，專注於解決方案並討論解決問題方式，而非辯論誰對誰錯，維持雙方對調解人員的信任，促進雙方更願意化解爭議（陳建志，2019，頁 30-31）。

(四) 使用中立化工具：使用紙筆確實將雙方爭點清楚記錄，讓討論更聚焦，以避免混亂而無效的溝通或是遺漏重點，讓雙方看到共同目的及差異處。

(五) 情緒的管控：調解時如雙方情緒激動，惡言相向或失控謾罵時，調解人員可適時緩和氣氛，運用暫停調解（如：提議休息幾分鐘）方式或是重新說明雙方已化解的爭點，營造及增加溝通順暢的正向氛圍。

七、承諾 (Commitments)

確保協議能夠執行，調解過程中，達成協議並不等於問題獲得最終解決，真正的挑戰在於確保協議內容能被有效執行，如果缺乏完善的執行機制或具體條款，可能導致協議的履行困難，進而失去調解意義。為確保協議能執行，應避免協議內容過於模糊或無法操作，不明確的條款可能導致雙方對協議的執行方式產生分歧（如：使用「盡快支付」的字句，需清楚定義時間），否則反而容易引發後續爭議。所以協議應包含明確的執行細節與追蹤機制，以增強雙方對協議的相互信任，促進承諾的履行。在雙方合意下也可加入違約條款，除提升承諾的執行力，也可以讓當事人意識到不履行協議的後果，減少拖延或逃避承諾的執行。

柒、結論

「孫子兵法」與「危機溝通」理論在醫療爭議調解中的應用具有其重要意義，兩者相輔相成，共同為爭議之調解過程提供了戰略思維與溝通技巧的雙重效用。「孫子兵法」其核心精神是「避免交戰」，也就是「不戰而屈人之兵」，所強調兵法並非交戰之法，而是透過精確的謀略與預防機制來化解對立，非依賴直接對抗來解決問題。這一戰略思維幫助醫事機構在爭議調解中能借鑒「孫子兵法」全局掌控與戰略規劃的能力，提前建立風險預警機制，深入分析自身醫療責任與風險，並洞察病人及家屬的需求與期望，從而制定出符合多方利益的解決方案，確保調解過程能夠穩定順利，降低爭議升級的可能性。

另一方面，「危機溝通」理論也強調即時應變與有效對話，當發生醫療爭議時，藉由透明化、真誠性且快速的溝通，能夠有效化解病人與家屬的不安與焦慮，修復因醫療爭議而產生的不信任關係。醫事機構若能運用積極聆聽與同理心技巧，不僅能緩解對立情緒，也能營造相互尊重與合作的氛圍，進一步促進雙方的理解與共識，讓調解過程更加順利。「危機溝通」強調誠信原則，透過即時回應與明確的問題處理方式，讓病人或家屬感受到問題受到重視，從而提升調解的信任感，減少對立衝突，進一步提高調解的成功率。

將「孫子兵法」的戰略思維與「危機溝通」的即時應變能力相結合，能夠讓醫療爭議調解更具結構性與靈活性。戰略思維幫助醫事機構在調解前能建立完善的預測機制，確保談判過程不偏離核心目標，而即時應變能力則在調解過程中發揮關鍵作用，確保當場應對策略能夠適應動態變化的局勢。透過有效溝通與誠信對話，能夠提升病人對醫事機構的信任，並且減少因誤解或資訊不對等所引發的爭議。戰略規劃不僅能夠確保調解過程的成功，也能建立長期有效的醫病信任機制，從根本上降低未來醫療爭議的發生。

為了進一步提升醫療爭議調解的公正性，建議未來制度的發展應著重在強化第三方調解機制、納入醫事人員的溝通培訓以及建立醫療爭議預警系統。當醫療爭議發生時，醫事機構會先行啟動院內申訴管道或內部關懷及調解機制，作為爭議處理的第一步，然醫事機構內部的處理機制本質上屬於自我審查，其

公正性及中立性可能引發病人及家屬疑慮。現行實施《醫療事故預防及爭議處理法》雖明文規定，爭議發生後，當事人可向地方衛生局申請調解，此為法定第三方調解機制，未來可進一步考慮參考國外經驗，設置獨立於醫事機構與主管機關之外的「醫療爭議調解中心」，提供病人與醫事機構更多元、更具公信力的爭議解決管道。此外，調解過程不應僅依賴法律與醫療規範，還可考慮納入心理學、談判學、溝通技巧等跨領域的專業，讓調解人員能夠更靈活地應對不同的醫療爭議情境。醫事人員除專業技能外，其溝通能力在爭議預防與調解過程中也很重要，透過建構完整的系統化溝通培訓，提升醫事人員危機應對能力與同理心溝通技巧，如：舉辦醫療爭議模擬調解訓練，幫助醫事人員在面對病人及家屬時能夠以更加理性與穩定的態度進行對話，避免因言語或態度不當而加劇爭議及對立。

在建立醫療爭議數據庫與即時監測機制部分，可助於提升醫事機構的風險預測與預警能力。運用大數據與 AI 技術，即時分析醫事機構的病人滿意度、醫療爭議發生頻率等關鍵指標，提前預測可能的醫療爭議並採取預防措施，進一步降低調解失敗率。同時，透過促進式調解技術的引入，來提升調解過程的靈活性，使爭議解決不僅限於金錢賠償，而是關注於雙方需求的滿足與關係的修復，促進醫事機構與病人或家屬之間的長期合作關係。

本文透過「孫子兵法」與「危機溝通」的結合應用期待能為醫療爭議調解提供一套完整的戰略與執行框架，使調解過程更具全局視野與即時應變能力。未來制度發展應進一步強化獨立第三方調解機制、提升醫事人員的溝通技巧，並透過科技應用強化醫療風險管理，確保醫療爭議能夠在最短時間內獲得有效、公正的解決，最終實現醫病雙方的共贏與和諧！

參考文獻

- 王志嘉（2014）。淺談醫療爭議「三段五級」調解機制之建立。台北市醫師公會會刊，58(2)，10-15。
- 王崇禮（2019）。孫子兵法的決策思維。商周出版。
- 王瑞德（2017）。孫子兵法的心理戰應用。五南圖書出版公司。
- 王馥蓓（2012）。DISCO 原則：危機管理五大步驟。奧美公關事業部。取自 <https://ogilvypr.pixnet.net/blog/post/33130324>
- 杜艷秋（2007）。中國乳品行業戰略性危機管理研究〔未出版之博士論文〕。對外經濟貿易大學。
- 吳文昇（2020）。醫療爭議調解的實務與挑戰。台灣法學雜誌，(318)，45-60。
- 吳秀玲（2014）。臺灣醫療爭議之省思與對策。社科法政論叢，(2)，1-38。

- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基（2009）。醫療糾紛與醫師特性分析。**台灣醫學**，**13**(2)，115-121。
- 周賢章（2024）。醫療事故預防及爭議處理法以建立強化調解功能之醫療爭議非訟處理新機制。**台灣醫學期刊**，**28**(3)，337-344。
- 林佩芸（2021）。醫療糾紛調解機制與法律實務分析。**台灣法律評論**，(337)，78-92。
- 初國華（2024）。道德經與孫子兵法中的談判哲理策略與戰術。**復興崗學報**，**93**(82)，219-240。
- 孟建、錢海紅（2008）。危機公關：融入中國社會發展的新戰略。**國際新聞界**，(6)，17-21。
- 張宇維（2021）。簡介「促進式調解七要素」。全國律師月刊，2021年2月號，12-36。
- 張美眉（2016）。新興法律問題學術研討會－談醫療糾紛之訴訟外紛爭解決機制。**司法新聲**，(118)，12-36。
- 張美眉（2025）。談醫療糾紛之訴訟外紛爭解決機制。**司法官學院學術研討會論文集**，(118)，72-74。
- 陳建志（2019）。危機溝通在醫療糾紛調解中的應用研究。**醫療管理評論**，(12)，25-38。
- 符玉章（2021）。調解技巧實務經驗分享。全國律師月刊，2021年2月號，37-48。
- 張國良（2018）。孫子兵法於現代談判與衝突管理的應用。**管理與策略期刊**，(45)，12-29。
- 趙定濤、李蓓、撫元廣（2004）。基於動態過程的企業危機管理系統。**管理科學**，17(3)，21-24。
- 魏玖長、丁齊英（2012）。危機聲明的範式研究－基於41篇危機聲明的調查分析。**電子科技大學學報（社科版）**，14(2)，35-39。
- 衛生福利部（2012）。病人自主權利法。取自 <https://law.mohw.gov.tw>
- 衛生福利部（2014-2023）。醫療糾紛調處案件及醫審會相關數據。
- 衛生福利部（2022）。醫療事故預防及爭議處理法。取自 <https://law.mohw.gov.tw>
- 臺中地方法院（2014）。103年度醫字第8號民事判決。
- 劉泰昇（2009）。《孫子兵法與現代戰略》。國防大學出版社。
- Aoki, Noriaki & Uda, Kenji & Ohta, Sachiko & Kiuchi, Takahiro & Fukui, Tsuguya. (2008). Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. 20. 358-62. 10.1093/intqhc/mzn028.

- Brindley, P. G., Smith, K. E., Cardinal, P., & LeBlanc, F. (2014). Improving medical communication: Skills for a complex (and multilingual) clinical world. *Canadian Respiratory Journal*, 21(2), 89–91.
<https://doi.org/10.1155/2014/780270>
- Deng, G., Cai, W., Yang, M., Lio, J., Feng, C., Ma, X., & Liang, L. (2021). Linking doctor-patient relationship to medical residents' work engagement: The influences of role overload and conflict avoidance. *BMC Family Practice*, 22, 191,1-11. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01541-6>
- Fisher, R., Ury, W., & Patton, B. (2011). *Getting to Yes: Negotiating Agreement Without Giving In*. Penguin Books.
- Shin, H., Kim, M.-Y., & Lee, J.-W. (2015). Reduction of medical accidents and disputes: With priority given to effective communication. *Korean Dental Association Journal*, 53(2), 111-117.
- Zeng, Y., Chen, Q., & Zhou, J. (2018). Causes and solutions to medical disputes in China. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(8), 723–730.

The Art of War and Crisis Communication: Application in Medical Dispute Mediation

Yu-Chun Chi *

Abstract

The Art of War, an ancient military theory classic, guides military strategies and is widely applied in modern conflict resolution and negotiation, offering crucial strategies. Its principles emphasize adaptability, foresight, and comprehensive planning, which can help healthcare institutions and professionals resolve medical

*Student in Doctoral Program in Administrative Management, Shih Hsin University , E-mail:
chi738@tdrf.org.tw

The paper was published under two double-blind reviews.

Received: February 26, 2025. Accepted: March 10, 2025.

disputes. Medical disputes often involve complex relationships among patients and families, healthcare institutions, and medical personnel. Out-of-court mediation focuses on mutual interests and needs to resolve disputes. Sun Tzu's strategies enable healthcare staff and managers to adopt efficient response strategies. Strategic elements like "knowing yourself and your enemy" and "attacking the unprepared, catching the unawares" can be applied to medical dispute mediation, adjusting solutions based on circumstances instead of rigid approaches. Applying The Art of War's flexibility, foresight, and systematic principles to medical dispute mediation can improve problem-solving efficiency.

Crisis communication is a process that uses communication to resolve and prevent crises. When medical disputes arise, healthcare institutions can apply crisis communication theories to reduce the impact on those involved, turning crises into opportunities. Effective crisis communication allows institutions to detect and mitigate risks before escalation, manage the crisis efficiently once it occurs, and thoroughly resolve its aftermath, ultimately rebuilding a harmonious doctor-patient relationship.

Keywords : Sun Tzu's Art of War, Crisis Communication, Medical Dispute

The paper was published under two double-blind reviews.