

醫療糾紛的訴訟與鑑定： 台灣全國性實證研究結果

吳俊穎

台中榮民總醫院、東海大學法律研究所、陽明大學臨床醫學研究所 教授

摘要

台灣的醫療糾紛越來越多，不僅影響醫病關係，更影響了年輕醫師選擇科別的意願。近十年來，本研究團隊承接了衛生福利部、國家衛生研究院以及科技部等國家級單位的委託研究計劃案，進行了全方位的醫療糾紛實證研究，包括跨越十多年的全國性醫師問卷調查、二十年醫事審議委員會完整的醫療糾紛鑑定報告書，以及近十年的全國各級法院醫療糾紛判決書。在本演講中，我們將經由實證研究來分析台灣醫療糾紛，分別針對台灣醫療糾紛的發生狀況、危險因子、解決方式、勝敗訴機會、賠償金額、定罪率及執刑率、醫療糾紛鑑定的重複鑑定率以及鑑定維持率等重要問題，都有第一手珍貴的實證資料分享，希望能夠讓內科醫界同仁對於台灣醫療糾紛的現況有更為深刻的了解。

1. 前言

醫療糾紛在台灣不僅未見停歇，甚至有越演越烈之勢，伴隨而來對醫界內、外、婦、兒、急診等專科造成「五大皆空」的衝擊，乃至徒增所謂「防禦性醫療」之群體焦慮¹，尤其為人所詬病。如何藉由調整法制規範以為因應，社會各界對此問題意見不一，至目前為止，政府僅先跨足試辦生育事故的補償計畫，「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案尚在立法機關審議中。儘管坊間就此紛爭解決之道並未形成高度共識，但至少媒體輿論逐漸體認到問題的嚴重性，相關討論文獻可謂汗牛充棟，學者間所共同關切之議題甚眾，大至醫療危險之防制與分攤、醫療紛爭處理機制，小至醫療過失歸責要件、醫師告知義務、醫療機構組織責任、及醫療糾紛鑑定等，不一而足。

如所周知，醫療行為既屬促進健康的重要社會利益，也兼具無法完全預測結果之性格，鑑於醫學本質的不確定性、生物體本身的多樣性、疾病的自然病史，以及醫療結果所不可避免者，未符合病方期待的治療效果，某意義上可視為被容許之危險²，坦白說並不難理解。棘手的是，醫療過失的歸責問題則與此糾葛不止，醫療傷害之原因事實及其間的因果流程錯綜複雜，在事案解明上向來有其窒礙難行之處，至若反映在具體個案之事證調查過程，承審法院如何區辨醫療傷害是否確實來自人為疏失，往往必須仰賴專業鑑定報告來協助判斷，也因此習見檢察官或法院將患者之病歷資料予以彙整，而後囑託諸如衛生福利部醫事審議委員會（原名行政院衛生署醫事審議委員會，以下簡稱醫審會）、法務部法醫研究所、專科醫學會或醫學中心等進行機關鑑定，並據其鑑定意見判定醫療疏失或因果關係³。

承前所述，鑑定報告本身在醫療訴訟上之功能定位，除強調扮演協助發現真實的角色外，某程度上鑑定意見也對法官自由心證形成抑制效果⁴。但無可諱言的，實務見解明確指出，「鑑定意見乃鑑定人或鑑定機關所為之判斷意見，僅屬證據資料之一種，鑑定意見是否可採，屬證據取舍及其證明力判斷之問題，此為事實審法院之職權，並非案件一經鑑定，審理事實之法院必受鑑定意見之拘束⁵」。在此認識下，如同將視為「證據

¹ 詳細說明，參見醫環五大皆空／監院糾正行政院，2012年7月18日，自由時報新聞網頁：<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/600205>（最後點閱時間：2014年5月20日）。

² 翁玉榮，「可容許危險在醫療刑事過失責任中之適用」，中央警察大學法學論集，第5期，頁27以下（2000）；吳俊穎、賴惠綦、陳榮基，「醫療過失判斷的困境」，法學新論，第17期，頁57以下（2009）；張麗卿，「信賴原則在醫療分工之適用—以護士麻醉致死案為例」，東海大學法學研究，第33期，頁56以下（2010）。關於醫療風險之闡釋與分析，則請參見黃清濱，「醫學倫理、病人安全與醫療刑事責任之研究」，醫事法學，第16卷第1期，頁30以下（2009）。

³ 現行醫療鑑定制度之詳盡分析，請參見許義明，「我國醫療鑑定之現況與檢討」，萬國法律，第151期，頁55-70（2007）。

⁴ 陳運財，「刑事程序鑑定之證據法則」，萬國法律，第137期，頁33-34（2004）。

⁵ 參見最高法院86年度台非字第388號刑事判決。另外，最高法院57年台上字第3399號判例要旨：「刑事訴訟採職權調查主義，鑑定報告祇為形成法院心證之資料，對於法院之審判並無拘束力，故待證事項雖經鑑定，法院仍應本於職權予以調查，以期發見事實之真相，不得僅以鑑定報告作為判決之唯一依據。」亦可供參考。

之王」的被告自白予以除魅一樣⁶，本研究擬由實證取向出發，回溯整理「司法院法學資料檢索系統」所收錄之裁判書，從中採集醫療紛爭進入司法程序的訴訟案例，藉以探詢鑑定意見對法官心證活動到底有何影響，並由此連結預見醫療爭訟實務的發展趨向。

2. 研究對象與方法

2.1 研究設計

本研究係以 91 年至 99 年間醫療糾紛法院判決案件作為研究對象。此處所稱之「醫療糾紛」，乃指醫療過程中，病患與醫事人員或醫療機構間，因傷害、殘廢或死亡之醫療事故所生之糾紛而言，不包括病患單純對醫事人員工作態度的不滿，或對醫療費用有所爭執等情形在內⁷。至於病方如何行使訴訟權，究竟是由何者發動（病患本身或其家屬）或循何種訴訟程序請求救濟（刑事公訴、自訴或民事訴訟），均在所不問。

法院判決如果未涉及實質審判之個案，本研究中未加予收錄。依刑事訴訟法第 258 條之 1 規定意旨，告訴人得向法院聲請交付審判，此機制相對於檢察官不起訴或緩起訴之裁量權，解釋上僅具有外部之監督作用，縱於法院為交付審判之裁定時，也只是形成提起公訴之效果，並未就案件為實質審理，故此類案件未予收錄；第三審（最高法院）為法律審，本研究中也不在研究案例之列。此外，事實審案件以程序（形式）裁判告終者，充其量僅涉及訴訟法上事項之審查，全案無須言詞辯論而單憑形式審理即為已足，也未納入本研究之中，諸如：刑事之不受理判決、上訴不合法律上程式、駁回附帶提起民事訴訟，乃至民事部分之當事人不適格、欠缺訴之利益及本案請求顯無理由等等；案件適用刑事簡易審判程序，因自訴人提起抗告或不服第一審判決不受理而提起上訴，經第二審裁定或判決撤銷發回者，此等案件經由法院之裁判結果，尚未認定歸由當事人何者勝訴，因此暫且排除在研究範圍之外，合先說明。

2.2 研究步驟

本研究經由「司法院法學資料檢索系統」來篩檢醫療糾紛涉訟案件，篩檢流程扼要說明如下：（一）在司法院檢索系統下拉式選單中，摒除司法院一冤獄賠償、司法院一訴願決定、最高行政法院、公務員懲戒委員會、臺灣高等法院一訴願決定、臺北高等行政法院、臺中高等行政法院、高雄高等行政法院等選項，其餘二十八個法院皆屬本研究之採集範圍；（二）每次僅針對單一法院進行檔案搜尋，時間條件設定以各該檢索年度之 1 月 1 日為始期，截至同年度之 12 月 31 日為止；（三）至於檢 索語詞部分，則以「醫師+醫療」&（業務+過失）&（致死+致人於死+死亡）」，「（醫師+醫療）&（業務+過失）&（傷害+重傷）」；以及「（醫師+醫院）&（疏失+侵權行為+過失）」等字串鍵入

⁶ 相同見解，參見張麗卿，「刑事醫療糾紛之課題與展望」，檢察新論，第 8 期，頁 151(2010)。

⁷ 此處醫療糾紛之定義，援引自行政院版「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案（第 3 條），乃指在醫療過程中，病患與醫事人員或醫療機構間，因傷害、殘廢或死亡之醫療事故所生之糾紛而言，不包括病患單純對醫事人員工作態度的不滿，或對醫療費用有所爭執等情形在內。行政院之提案說明，參見立法院第 8 屆第 2 會期第 15 次會議議案關係文書，院總第 1631 號，政府提案第 13479 號，頁 203-220，2012 年 12 月。

欄位。依此完成初步過濾後，接著採以人工方式逐案檢視，遇有涉及醫療糾紛而與篩選條件相符者，則予以收錄判讀，悉數按照審級、裁判法院、裁判日期、訴訟類型、訴訟當事人、病患之損傷程度、是否引用鑑定、鑑定意見屬性、及裁判結果等分項建檔，轉由編碼後再進行統計分析。

醫療糾紛之民事簡易案件中，基隆、瑞芳等簡易庭之檢索結果同於基隆地院；新竹簡易庭之檢索結果同於新竹地院；苗栗簡易庭之檢索結果同於苗栗地院，為免重複調閱，迭生困擾，此處就基隆、瑞芳、新竹、苗栗等簡易庭檢索所得之案件，均不予列入統計範圍之內，至若經由其他簡易庭可得採集部分，則併入其所屬之地方法院計算。

另外，刑事判決大多皆以諭知有罪、無罪收場，反觀民事法院審理結果，卻不乏告以各當事人一部勝訴、一部敗訴之判決。遇此情形，衡諸本研究所關注的焦點，全然置於鑑定本身對醫療過失歸責之形成心證活動是否構成影響，委實說此與醫療賠償訴訟上之一部敗訴者無法獲致全數請求金額較無直接關聯，因此對於勝敗訴之判斷，將單純化約為病方是否獲得賠償為已足。研究案件中之原告即使僅獲一部勝訴判決，仍然把它歸類為病方勝訴。

至於醫療事故除造成死亡結果外，其餘類型之病患傷害程度，係依照刑法第 10 條第 4 項第 1 款至第 6 款之規定，傷害程度與該條款所定之情形相符者，即列屬重傷之範疇，反之則視為輕傷。依此操作結果，病患之受害程度可概分為四級，包括「無身體上的傷害」、「輕傷」、「重傷」及「死亡」等。

2.3 資料統計及分析

案件蒐集完成並加以分項建檔後，先依照案件特性進行描述性統計分析，此處所謂之案件特性，係指醫療訴訟上與法院形成心證活動密切相關，並足以影響裁判結果之重要因子，包括：裁判時間、訴訟審級、訴訟類型、是否引用鑑定意見、病患所受之醫療傷害程度等。在描述統計分析之後，我們再進一步探討判決中是否引用鑑定，是否與其他案件特性存有統計關聯性，並以邏輯迴歸的分析方式來計算各類案件特性援引鑑定意見的機會，此項邏輯迴歸分析的結果則以勝算比(odds ratio, OR)表示。最後我們以多變數分析(multivariate analysis)，來辨明何者確為法院形成心證的獨立影響因子。所謂多變數分析，係同時控制多個可能的干擾因子(confounding factors)，藉此分析方法將各變數間的相互作用予以控制，俾利準確判讀自變項與依變項之間的關聯程度。相關統計結果，乃以 $P < 0.05$ 代表有統計上的差異存在， P 值越小，代表統計上的差異越為顯著，本研究所有分析，均以 SPSS 11.0 套裝軟體進行 (SPSS Inc. Chicago, Illinois, USA)。

3. 研究結果

本研究依照關鍵字，搜集 91 年至 99 年間，分別有 23,908 件及 16,668 件含有關鍵字之民、刑事裁判，經逐案確認屬於屬醫療糾紛者，民、刑事訴訟案件各為 1,213 件及 704 件。因為本研究僅係針對事實審案件進行研究，因此有四類型的案件予以摒除，包

括：重複登錄判決者（3 件）、經由最高法院裁判者（246 件）、經事實審法院為程序裁判者（103 件），經第二審裁定或判決撤銷發回者（5 件），最後總計有 1,560 件案件進入分析。（參見表一）

3.1 判決個案相關特性分析

我們先依照判決年代進行統計分析，如表一所示，早期 91 至 93 年間案件累計 385 件，其占全部案件 24.7%的比例；中期 94 至 96 年間計有 508 件，所占比例為 32.6%；晚期 97 至 99 年間達至 667 件，所占比例為 42.7%。由此可見，醫療糾紛訴訟與時俱增，如何應付處理醫療事故所伴隨而來的歸責問題，訴請司法機關介入成為當事人解決紛爭的可能選項之一。

在訴訟類型方面，如表一所示，醫療糾紛經由民事程序請求損害賠償者，總數達 1,072 件，所占之案件比例為 68.7%；刑事訴追者計有 488 件、比率为 31.3%。進一步將刑事案件分為公訴、自訴兩類加以統計，結果前者公訴部分共 335 件，所占比例為 68.6%；後者自訴部分則有 153 件、比率为 31.4%。

此外，若不分訴訟類型而單純從審級切入觀察，案件分布情形如下：第一審案件累計 1,001 件，所占比例為 64.2%；第二審則有 559 件，其案件比率为 35.8%。案件進入法院後，整體而言，審理過程法官未經援引鑑定意見而為判決者，共計 265 件，占全部案件之 17.0%；相對地，引用鑑定意見據以形成法院心證者，總數達 1,295 件，其案件比率为 83.0%。應予補充說明者，兩者間落差懸殊所寓含之意義，不外乎指向醫療爭訟發展至今，過失歸責判斷仰賴囑託鑑定予以協助釐清，已然成為實務上所不可或缺的操作模式，頗值關注。

至於醫療爭訟過程的演變如何告以落幕，根據統計顯示，裁判結果不利被告而列屬醫方敗訴之案件，合計 352 件，所占比例為 22.6%；反之，醫方勝訴案件共 1,208 件、比率为 77.4%。除了以責任歸屬做為實證調查的重點外，接下來也從損害層面做更深刻的觀察，具體說來病患身體健康之受害程度不一，案件分布結果顯示：無身體傷害 35 件、輕傷 410 件、重傷 373 件、及死亡 742 件，其所占比例，依序為 2.2%、26.3%、23.9% 及 47.6%。（參見表一）

表一：研究個案相關描述性統計

	個案數 (N=1560)	百分比 (%)
時期		
91-93年	385	24.7%
94-96年	508	32.6%
97-99年	667	42.7%
案件屬性		
民事	1072	68.7%
刑事	488	31.3%

刑訴類型		
公訴	335	68.6%
自訴	153	31.4%
審級		
一審	1001	64.2%
二審	559	35.8%
鑑定意見		
未引用	265	17.0%
引用	1295	83.0%
裁判結果		
醫方敗訴	352	22.6%
醫方勝訴	1208	77.4%
病患傷害程度		
無	35	2.2%
輕傷	410	26.3%
重傷	373	23.9%
死亡	742	47.6%

3.2 鑑定引用與案件特性分析

3.2.1 單變數分析

緊接在描述型統計之後，研究主軸將置於判決中是否援引鑑定意見而予以比較分析，從中探詢鑑定引用與其他案件特性之間有何關聯。首先區分不同時期著手調查，早期（91-93 年）案件引用鑑定率達 82.1%；中期（94-96 年）及晚期（97-99 年）則分別顯示為 81.1%、85.0%，其勝算比相對於早期案件各為 0.94 及 1.24，雙雙並未達於統計上之顯著差異。

再者，依訴訟類型來區隔觀察法院裁判是否引用鑑定意見，相較於民事案件之鑑定引用率為 79.6%，刑事案件則達到 90.6%、勝算比為 2.47，兩者差異達到統計上的意義 ($P < 0.001$)。也就是說，在醫療糾紛訴訟上，法院審判實務在刑事案件引用鑑定意見的機會，明顯比民事案件來得更高，約達 2.47 倍之多。假如將目光焦點完全置於刑事訴追部分，依統計顯示，公訴案件援引鑑定意見之比率為 89.3%，相對於此，自訴案件之鑑定引用率則來至 93.5%、勝算比為 1.72，但尚未達於統計上之顯著差異 ($P = 0.140$)。

接著從審級切入觀察，對照比較起第一審之鑑定引用率達 81.3%，第二審案件則呈現為 86.0%、勝算比為 1.42，兩者間有顯著差異存在 ($P = 0.017$)。換句話說，遇有醫療糾紛訴訟案件，第二審裁判援引鑑定意見的機會比起第一審來得較高。另外，若將病患身體傷害程度與引用鑑定與否進行交叉分析，結果發現病患未見身體傷害之案件，其鑑定引用率顯示為 40.0%，相較之下，輕傷、重傷及死亡者之鑑定引用率，如以百分比顯示，

各別達於 72.4%、88.5%及 88.1%，勝算比則為 3.94、11.51 及 11.15，並且紛紛達到統計上之顯著差異(P<0.001)。就此而言，在醫療糾紛案件的裁判過程中，鑑定意見引用與否與病患身體傷害程度有所關聯，比較起來，顯然是以病患受致嚴重傷害之案件，法院更有機會將鑑定報告結果採為證據。(參見表二)

表二：案件特性與鑑定引用

	未引用 (N=265)	引用 (N=1295)	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
時期					
91-93年	69 (17.9%)	316 (82.1%)	1		
94-96年	96 (18.9%)	412 (81.1%)	0.94	0.67-1.32	0.710
97-99年	100 (15.0%)	567 (85.0%)	1.24	0.88-1.73	0.213
案件屬性					
民事	219 (20.4%)	853 (79.6%)	1		
刑事	46 (9.4%)	442 (90.6%)	2.47	1.76-3.46	<0.001*
刑訴類型					
公訴	36 (10.7%)	299 (89.3%)	1		
自訴	10 (6.5%)	143 (93.5%)	1.72	0.83-3.57	0.140
審級					
一審	187 (18.7%)	814 (81.3%)	1		
二審	78 (14.0%)	481 (86.0%)	1.42	1.06-1.89	0.017*
病患傷害程度					
無	21 (60.0%)	14 (40.0%)	1		
輕傷	113 (27.6%)	297 (72.4%)	3.94	1.94-8.02	<0.001*
重傷	43 (11.5%)	330 (88.5%)	11.51	5.45-24.30	<0.001*
死亡	88 (11.9%)	654 (88.1%)	11.15	5.47-22.72	<0.001*

3.2.2 多變數分析

依上所述，在醫療糾紛訴訟案件中，可能成為法院裁判上援引鑑定意見的重要影響因子，至少包括訴訟類型、審級以及病患身體健康的傷害程度。然而，為進一步辨明何者為影響鑑定引用的真正關鍵因素，避免妄下結論，在此即有必要將前述因子帶入多變數分析，亦即同時控制多個可能干擾的變數，而後計算其勝算比，藉此分析方法將各變數間的相互作用予以解消，以有效判讀出何者確為獨立影響因子。比方說，若想要確知訴訟類型是否果真影響法院援引鑑定意見，我們便將審級及病患傷害程度兩者冠以成為控制變項，經由多變數分析方法控制這些干擾因素，結果可見刑事案件在裁判上引用鑑定意見的機會，比起民事案件幾乎高出一倍，兩者間之勝算比為 1.98，而且差異達到統計上的顯著意義(P<0.001)。循此操作方法，在控制訴訟類型、病患傷害程度之變項後，接下來也把審級帶入多變數分析，我們則發現第二審引用鑑定意見的機會，較諸第一審並無明顯差別，兩者間之勝算比顯示為 1.18，而且未達於統計上之顯著差異(P=0.285)。

(參見表三)

除此之外，我們另行調整病患傷害程度的分類方式，第一群組合併無身體上傷害與輕傷，第二群組則含括重傷以及死亡，依此進行多變數分析，以檢視病患傷害程度是否確為法院援引鑑定的獨立影響因子。照此操作下，先將訴訟類型、審級之變項加以控制後，再行納進兩組不同病患傷害程度之案件類型，就其彼此間法院在裁判上引用鑑定的機會進行比較分析，結果可見第二組重傷加上死亡之案件，顯然在裁判上比起第一組未見身體傷害加上輕傷者有更大機會援引鑑定意見，兩者間之勝算比達 2.89，而且差異達到統計上的顯著意義($P < 0.001$)。簡單地說，進一步帶入多變數分析之後，我們發現只剩下訴訟類型($OR = 1.98, P < 0.001$)與病患傷害程度($OR = 2.89, P < 0.001$)這兩項變數，足以個別成為鑑定引用與否的潛在關鍵因素。(參見表三)

表三：案件特性與鑑定引用（多變數分析）

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
案件屬性			
民事	1		
刑事	1.98	1.40–2.81	<0.001*
審級			
一審	1		
二審	1.18	0.87–1.59	0.285
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	2.89	2.19–3.81	<0.001*

3.3 醫方勝訴率與案件特性分析

前所述及者，引用鑑定意見據以形成法院心證者，總數達 1,295 件，所占比例達到 83.0%。即便從中區隔不同案件特性加以統計分析，所得結果亦無明顯出入，除未見身體傷害及輕傷者外，其餘類型之案件引用鑑定率約莫算來皆在八成以上。準此以觀，醫療爭訟發展至今，過失歸責判斷仰賴專業鑑定予以協助釐清，顯已成為實務上所不可或缺的操作模式，如顧及發現真實之要求，為此需要所相應而生之實務運作方式，應可理解。剩下來有疑問者為：反過來就醫療糾紛鑑定本身而言，鑑定意見到底對於法院形成心證活動如何構成影響？

3.3.1 單變數分析

此一問題怎麼透過本次實證研究來獲致解答，操作上不僅集中以引用鑑定案件為調查對象，依照證據特徵而將其鑑定意見區分為有利或不利醫方兩類，藉以探詢鑑定報告與法院裁判結果之間究竟有何關聯，而且更進一步採取分層觀察方式，從中交叉分析鑑

定結果、當事人之勝敗訴機會、以及其他訴訟影響因子三者之間的關聯程度。整體而言，在為數 1,252 件⁸引用鑑定結果之案件中，鑑定意見對醫方不利者共計 383 件，此際醫方的勝訴率顯示為 40.2%；反之，對醫方有利者 869 件、醫方勝訴率 94.1%，較諸不利醫方者之勝訴機會達至 23.85 倍，兩者間有顯著差異存在(P<0.001)。(參見表四)

從訴訟類型進行分隔觀察，在民事案件方面，鑑定意見不利醫方者共 152 件，此際醫方的勝訴率顯示為 25.0%；反之，對醫方有利者 668 件、醫方勝訴率 93.6%，較諸不利醫方者之勝訴機會來至 43.6 倍，兩者間達於統計上之顯著差異(P<0.001)。另一方面，刑事鑑定結果不利醫方者共 231 件，此際醫方的勝訴率達 50.2%；反之，對醫方有利者 201 件、醫方勝訴率 96.0%，比起不利醫方者之勝訴機會到達 23.92 倍，兩者間有顯著差異存在(P<0.001)。如果將刑事訴追案件分為公訴、自訴兩類加以割裂觀察，尤其可見自訴案件在鑑定結果有利醫方時，其醫方勝訴率達於 99.1%，較諸不利醫方者之勝訴機會到達 92 倍，而且差異達到統計上的顯著意義(P<0.001)。至於公訴案件在鑑定有利醫方時，其醫方勝訴率為 91.8%，比起不利醫方者之勝訴機會到達 11.36 倍，兩者間亦有顯著差異存在(P<0.001)。(參見表四)

即便切割審級進行區隔觀察，無論何者，一旦鑑定意見對於醫方較為有利，則清晰可見醫方之勝訴率皆達九成以上，徘徊在 93.9%到 94.5%之間，而且此際醫方的勝訴機會較諸不利者達 20 倍以上，差異達到統計上的顯著意義(P<0.001)。(參見表四)

此外，沿襲之前病患傷害程度的分類方式，第一群組合併無身體上傷害與輕傷，第二群組則包括重傷以及死亡，依此進行切割觀察，結果如表四所見，第一組案件在鑑定意見對醫方端較為有利時，醫方勝訴率為 95.6%，比起不利醫方者之勝訴機會到達 42.37 倍，兩者間在統計上存在顯著差異(P<0.001)。反觀第二組案件在鑑定有利醫方時，其醫方勝訴率來至 93.6%，較諸不利醫方者之勝訴機會到達 20.72 倍，雙方差異也同樣有其顯著意義(P<0.001)。

表四：鑑定引用與裁判結果

	裁判結果					P值 (p value)
	醫方敗訴 (N=280)		醫方勝訴 (N=972)		勝算比 (OR)	
引用鑑定 (n = 1252) *						
對醫方不利(n=383)	229	(59.8%)	154	(40.2%)	1	
對醫方有利(n=869)	51	(5.9%)	818	(94.1%)	23.85	16.83–33.81

民/刑事

⁸ 採集案件中援引鑑定據以形成法院心證者，總共 1,295 件，已如前述。但部份鑑定意見僅止於陳述專門知識經驗而未就個案事實加以判斷(通案鑑定意見)，譬如提供特定疾病之治癒率或死亡率、特定藥物之副作用及其發生率，亦或某專科就特定疾病之醫理、醫療常規與臨床準則等，類此證據資料無從區辨究竟對於原被兩造何者有利，因此相關案例 43 件暫且不予列入分析。學理上之說明，參見吳志正，「科際整合觀點下之醫療糾紛鑑定」，月旦法學雜誌，第 190 期，頁 31-34 (2011)。

民事						
對醫方不利(n=152)	114	(75.0%)	38	(25.0%)	1	
對醫方有利(n=668)	43	(6.4%)	625	(93.6%)	43.60	26.99–70.46 <0.001*
刑事						
對醫方不利(n=231)	115	(49.8%)	116	(50.2%)	1	
對醫方有利(n=201)	8	(4.0%)	193	(96.0%)	23.92	11.27–50.77 <0.001*
公訴						
對醫方不利(n=204)	103	(50.5%)	101	(49.5%)	1	
對醫方有利(n=85)	7	(8.2%)	78	(91.8%)	11.36	5.00–25.82 <0.001*
自訴						
對醫方不利(n=27)	12	(44.4%)	15	(55.6%)	1	
對醫方有利(n=116)	1	(0.9%)	115	(99.1%)	92.00	11.16–758.68 <0.001*
審級						
第一審						
對醫方不利(n=207)	130	(62.8%)	77	(37.2%)	1	
對醫方有利(n=576)	35	(6.1%)	541	(93.9%)	26.10	16.76–40.64 <0.001*
第二審						
對醫方不利(n=176)	99	(56.2%)	77	(43.8%)	1	
對醫方有利(n=293)	16	(5.5%)	277	(94.5%)	22.26	12.40–39.97 <0.001*
病患傷害程度						
無/輕傷						
對醫方不利(n=62)	41	(66.1%)	21	(33.9%)	1	
對醫方有利(n=227)	10	(4.4%)	217	(95.6%)	42.37	18.59–96.55 <0.001*
重傷/死亡						
對醫方不利(n=321)	188	(58.6%)	133	(41.4%)	1	
對醫方有利(n=642)	41	(6.4%)	601	(93.6%)	20.72	14.08–30.50 <0.001*

* 鑑定意見僅止於陳述專門知識經驗而未就個案事實加以判斷者，共 43 件。

3.3.2 多變數分析

為求慎重起見，如何辨認何項變數確為影響裁判結果的關鍵因素，在此便將引用鑑定意見、訴訟類型、審級以及病患傷害程度等紛紛帶入多變數分析，亦即同時控制多個可能干擾的變數，而後計算其勝算比，藉此方法判讀何者果真為勝敗訴之獨立影響因子。具體來說，若要知悉引用鑑定是否確實影響法院裁判結果，操作上可將訴訟類型、審級及病患傷害程度等冠以成為控制變項，經由多變數分析方法控制這些干擾因素，結果可見醫方在鑑定意見於已有利時，其獲得勝訴的機會恰為不利者之 37.72 倍，而且差異到達統計上之顯著意義(P<0.001)。

同此方法操作下，在控制引用鑑定、審級以及病患傷害程度等變項後，接著也把訴

訟類型帶入多變數分析，我們發現醫方在刑事案件之勝訴機會比起民事來得更高，其勝算比達至 2.64 倍，而且在統計上有顯著差異存在(P<0.001)。至於審級與病患傷害程度兩項也如法泡製投以醫方勝訴機會的分組觀察，歷經同時控制多個可能干擾的變數，而後計算其勝算比。從研究結果可發現，一、二審或傷害輕重之間的差異並不會與醫方訴訟勝敗有所關聯，此際所顯示之勝算比分別為 1.14、0.89，而且也沒有統計上之顯著意義(P>0.05)。也就是說，統計上只剩下援引鑑定意見 (OR= 37.72, P<0.001)與訴訟類型 (OR= 2.64, P<0.001)這兩項變數，個別足以成為影響裁判結果的潛在因素。(參見表五)

表五：鑑定引用與裁判結果（多變數分析）

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P 值 (p value)
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	37.72	24.85–57.25	<0.001*
案件屬性			
民事	1		
刑事	2.64	1.76–3.94	<0.001*
審級			
一審	1		
二審	1.14	0.80–1.62	0.467
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	0.89	0.58–1.38	0.609

如何更加精確掌握醫療訴訟實務運作的完整動向，緊接下來則藉由分層多變數之分析方式⁹，逐一將審級、訴訟類型以及病患傷害程度等變項進行細部切割，並配合控制其他的潛在干擾變項，據以分層觀察何者確為當事人勝敗訴之獨立影響因子。光由民事案件切入觀察，當鑑定意見有利於醫方時，顯見醫方的勝訴機會較大而為不利者之 44.18 倍，至於審級或醫療傷害程度的差異，則與醫方勝訴機會並無明顯關聯。相比之下，刑事案件之統計分析結果與此雷同，也唯有鑑定結果會對當事人之訴訟勝敗有帶來影響，醫方在鑑定意見於己有利時，本身獲得勝訴的機會縮減為不利者之 23.98 倍，但與民事案件之間尚未達於統計上顯著差異。(參見表六)

⁹ 所謂分層多變數分析，係指在經過控制其他可能的干擾變項後，再行針對不同層級下兩個觀察變項之間的關聯性予以分析。試舉一例說明之，若欲探詢在不同審級下請求權主張與判決結果間到底有何關聯，那麼就將案件區分為一審與二審兩個類別，從中揀選出一審案件先予觀察，操作上除了請求權主張與判決結果兩個變項外，其他諸如原告身分、被告身分、是否有舉證責任、是否有爭執時效，以及病患之傷害程度等潛在干擾變項，則必須全數網羅加以控制，而後才分析請求權主張與判決結果的關聯程度。至於二審部分的操作流程，也按此步驟重複進行即可。

表六：訴訟類型與裁判結果（分層多變數分析）

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
民事			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	44.18	27.18–71.81	<0.001*
審級			
一審	1		
二審	1.15	0.69–1.91	0.593
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	0.89	0.58–1.38	0.609
刑事			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	23.98	11.29–50.96	<0.001*
審級			
一審	1		
二審	1.15	0.70–1.86	0.586
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	0.78	0.37–1.62	0.502

則如區隔審級加以分層觀察，那麼就一審案件來說，當鑑定意見有利於醫方時，顯見醫方的勝訴機會較大而為不利者之 41.36 倍；醫方在刑事訴訟上獲得勝訴的機會比起民事訴訟來得大，勝算比標示為 2.66 倍；至於傷害程度則與醫方勝訴機會並無明顯關聯。相對而言，醫方在二審中仍以鑑定意見有利於己時，可以獲得更大的勝訴機會，較諸不利者達 32.57 倍，而且與一審案件未有統計上之顯著差異。再者，案件進入二審後，醫方在刑事訴訟上獲得勝訴的機會，還是比起民事訴訟來得大，勝算比與一審同樣標示為 2.66 倍。至於病患傷害程度方面，二審案件沿襲相同的分類方式，一邊先將未見身體傷害與輕傷兩者予以合併，另一邊則把重傷、死亡案件置於同組觀察。依統計顯示，醫方的勝訴機會隨著醫療傷害的嚴重程度而減低，比起第一組未見身體傷害加上輕傷者而言，醫方在第二組重傷、死亡案件短少了 49% 的勝訴機會（勝算比 0.51），不過差異尚未達到統計上的顯著意義(P=0.091)。(參見表七)

表七：審級與裁判結果（分層多變數分析）

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
--	-------------	------------------	-----------------

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
一審			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	41.36	24.22–70.62	<0.001*
訴訟類型			
民事	1		
刑事	2.66	1.55–4.56	<0.001*
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	1.17	0.69–1.98	0.564
二審			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	32.57	16.60–63.89	<0.001*
訴訟類型			
民事	1		
刑事	2.66	1.45–4.88	0.002*
病患傷害程度			
無/輕傷	1		
重傷/死亡	0.51	0.23–1.12	0.091

再者，光就第一組未見身體傷害加上輕傷之案件而言，當鑑定意見有利於醫方時，顯見醫方的勝訴機會較大而為不利者之 108.04 倍；醫方在刑事訴訟上獲得勝訴的機會比起民事訴訟來得大，勝算比標示為 5.31 倍；醫方在第二審的勝訴機會較諸第一審達 2.75 倍，凡此差異皆一一達到統計上的顯著意義。相對於此，在第二組重傷、死亡案件中，醫方雖然仍以鑑定意見有利於己時可獲得更大的勝訴機會，但較諸不利者之勝算比降至 30.40 倍，而且與第一組案件有統計上之顯著差異。此外，在第二組案件中，醫方在刑事訴訟上獲得勝訴的機會，還是比起民事訴訟來得大，勝算比標示為 2.35 倍，至於審級方面則未見明顯差異。（參見表八）

表八：傷害程度與裁判結果（分層多變數分析）

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
無/輕傷			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	108.04	35.27–330.97	<0.001*

	勝算比 (OR)	信賴區間 (95% CI)	P值 (p value)
訴訟類型			
民事	1		
刑事	5.31	1.70–16.54	0.004*
審級			
一審	1		
二審	2.75	1.01–7.53	0.049*
重傷/死亡			
引用鑑定			
對醫方不利	1		
對醫方有利	30.40	19.35–47.78	<0.001*
訴訟類型			
民事	1		
刑事	2.35	1.53–3.61	<0.001*
審級			
一審	1		
二審	0.98	0.67–1.43	0.928

4. 綜合分析：醫療糾紛鑑定的司法映像

依上述統計顯示，醫療糾紛訴訟件數從早期（91 至 93 年間）之 385 件，進展至中期（94 至 96 年間）之 508 件，一直來到晚期（97 至 99 年間）案件累計達 667 件，三者之間的落差形同階梯般不斷向上攀升，整體而言，醫療訴訟的變化呈現與時俱增，如何應付處理醫療糾紛所伴隨而來的歸責問題，訴請司法機關介入成為紛爭解決的重要途徑。此一現象也具體反映在醫審會所承辦之鑑定業務上。根據我們最新的調查發現，近二十幾年來囑託醫審會鑑定之醫療糾紛案件，一路從醫審會成立初始 76 年之 139 件，漸次增加至 85 年之 221 件，95 年甚至已經來到 361 件。若依臺灣每十萬人口 數來計算，歷年醫審會所經辦之醫療糾紛鑑定件數，由 76 年的 0.70 件、85 年的 1.03 件，逐步增加至 95 年的 1.58 件。再者，以每千名醫師為計算基準，醫療糾紛收案量在這二十年來一直維持穩定，各年平均件數介於 8.5 至 10 件之間¹⁰。

另一方面，我們先後於 80 年及 94 年兩度針對全臺醫師進行問卷調查，從中發現 80 年親身有過醫療糾紛經驗之醫師人數比率為 44.1%，到了 94 年則降至 36%。依此推算，

¹⁰ See Chun-Ying Wu, Hai-Ching Weng, and Rong-Chi Chen, *Time trends of assessments for medical dispute cases in Taiwan: a 20-year nationwide study*. 43 *INTERN. MED. J.*1023-30 (2013).此論文所採集之案件數與衛生福利部公布之統計數據稍有出入，其原因在於官方所標示之醫審會鑑定件數，莫不完全依照鑑定案號進行累計，無奈當中有的案件疏於編碼而成為空號，有的雖已登錄案號卻漏載報告內容，甚至還有極少數者根本就與醫療糾紛無涉，而純屬其他諸如保險糾紛及車禍糾紛等鑑定。

80年每千名醫師就會遇有140件的醫療糾紛，到了94年則減為100件；但進入司法訴訟的比例，則從80年的15.7%顯著增加到94年的23.1%。換句話說，平均每年每千名醫師要應付的醫療訴訟在21至23件不等¹¹。接下來每件醫療訴訟平均以2至3名醫師充任被告採計，至此估算而得之醫療糾紛鑑定件數，正好呼應前揭醫審會受理鑑定的實務現況，亦即與每年每千名醫師涉及8.5至10件囑託鑑定等統計數據相符。此外，我們過去也發現91年至96年間醫療賠償訴訟案件遽增，無論採以北中南不同地域、或者按照每百位醫師或者每十萬人口來計算，法院判決數在此六年期間足足成長了一倍，顯見依循民事程序請求損害賠償，毋寧成為當事人解決紛爭的可能選項之一¹²。

4.1 醫療糾紛鑑定承當證據機能

值得注意的是，醫療糾紛的爭端處理模式並不以提起司法訴訟者為限，實際上尚有其他各式方法可供選擇，諸如和解、調解、調處¹³或簽訂仲裁契約等不一而足¹⁴，何以當事人會捨棄迅速便捷的訴外紛爭解決機制，而執意進入冗長耗時的訴訟程序，頗令人費解。從既有的實證經驗顯示，其理由非只一端，自醫方立場言，或為本身自認無過失¹⁵，或為不願自己一方在和解條件上完全退讓。相對於此，「以刑逼民」向來為醫療糾紛所常見的爭訟模式之一，從病方之取徑動機而言，或為不滿醫療結果而冀求查明真相¹⁶，或傾向於刑事訴訟程序附帶提起民事賠償，不僅圖以節省裁判費用、藉助檢察官蒐集證據，甚且依此手段施壓醫方妥協讓步，在在以促成訴訟上或訴訟外和解補償為目的¹⁷。有疑問者為：除了前述出於當事人兩造意願所形成之主觀面向外，是否還有其他源自制度設計本身所採取之客觀面向考量，亦即為配合法制而將醫療訴訟視為不得不然之必要措施？

依本研究結果可知，醫療糾紛案件進入法院後，審理過程法官引用鑑定意見據以形成法院心證者，總數達1,295件，所占比例達到83.0%。即便從中區隔不同案件特性加以統計分析，所得結果亦與此雷同，如表二所示，除未見身體傷害及輕傷者外，其餘類型之案件引用鑑定率約莫算來皆在八成以上。既往相類似的實證研究發現亦可為佐證，綜觀民事醫療訴訟之審判實務，第一審判決中採以鑑定作為證據方法者，所占比例約達

¹¹ See Chun-Ying Wu, Huei-Jen Lai, and Rong-Chi Chen, *Medical malpractice experience of Taiwan: 2005 vs. 1991*. 39 *INTERN. MED. J.* 240-1 (2009).

¹² 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，「醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：台灣醫療糾紛民國91年至96年訴訟案件分析」，*臺灣醫學*，第14卷第4期，頁362、365以下（2010）。

¹³ 相關規定，參照醫療法第99條以及醫療爭議調處作業要點，87年4月17日行政院衛生署(87)衛署醫字第87024150號公告訂定，全文共12點。

¹⁴ 詳細說明，陳聰富，「臺灣醫療糾紛處理機制之現況與檢討」，*月旦民商法雜誌*，第34期，頁5-22（2011）。

¹⁵ 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，「台灣的醫療糾紛狀況」，*臺灣醫學*，第13卷第1期，頁6（2009）。

¹⁶ 邱淑媿，「病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法對實證文獻之回顧」，*台灣公共衛生雜誌*，第26卷第5期，頁347（2007）。

¹⁷ 陳忠五，「醫療糾紛的現象與問題」，*台灣法學雜誌*，第55期，頁2-3（2004）。

79.6%¹⁸。再者，第二審判決中採用原審之鑑定意見者，占全部二審判決數之 60.8%，另外第二審法院又再自行送鑑定者，占全部二審判決數之 26.4%，依此推算，第二審判決中採以鑑定作為證據方法者，所占比例約達 87.2%¹⁹。至於刑事訴訟部分亦不遑多讓，則如聚焦以地方法院近期的刑事判決作為調查對象，那麼在刑事醫療訴訟案件中，絕大多數均委以專業鑑定作為證據調查之方法，所占比例高達 95.7%²⁰。

問題是，如區分訴訟類型進行觀察，在醫療糾紛訴訟上，審判實務在刑事案件引用鑑定意見的機會，明顯比民事案件來得更高，約達 2.47 倍之多。接下來從不同審級加以觀察，遇有醫療糾紛訴訟案件，第二審裁判援引鑑定意見的機會比起第一審來得較高。另外，若將病患身體傷害程度與引用鑑定與否進行交叉分析，結果發現鑑定意見引用與否與病患身體傷害程度有所關聯，比較起來，顯然是以病患受致嚴重傷害之案件，法院更有機會將鑑定報告結果採為證據。然而，進一步帶入多變數分析之後，我們發現只剩下訴訟類型（勝算比 1.98、 $P < 0.001$ ）與病患傷害程度（勝算比 2.89、 $P < 0.001$ ）這兩項變數，足以個別成為鑑定引用與否的潛在關鍵因素。之所以如此，光從訴訟類型切入分析，無非出於醫學本質的不確定性、生物體本身的多樣性、疾病的自然病史，以及醫療結果所不可避免者等，醫療行為兼具無法完全預測結果之性格，未符合病方期待的治療效果，某程度上可視為被容許之危險，如果要迅速釐清醫療疏失是否確實帶來傷害，原本就有其困難，更遑論相較於民事責任的負擔，刑事有罪判決對被告之生命、身體、自由等影響重大，一旦發生誤判，除可能殃及無辜外，更足以釀成無可回復的傷害，因此刑事訴訟對證明程度之要求，較諸民事訴訟更為嚴格²¹。無怪乎，醫療糾紛採以訴訟為其收場方式者，最終標示的刑事定罪率分別為自訴案件之 9%與公訴案件之 4%，雙雙低於整體民事案件的原告平均勝訴率 19%²²。

相較之下，民事訴訟上採用優勢證據主義，並有所謂舉證責任分配的問題；而在刑事訴訟上，除被告無自證己罪之義務外，更相對課以檢察官實質舉證責任，並且適用嚴格證明法則，則如對於被告犯罪事實，檢方所提出之證據，或其指出證明之方法，無從說服法官達於無合理可疑之確信程度，基於無罪推定之原則，裁判上即應作有利被告之

¹⁸ 沈冠伶、莊錦秀，「民事醫療訴訟之證明法則與實務運作」，政大法學評論，第 127 期，頁 216、219（2012）。

¹⁹ 同前註，227 頁。

²⁰ 劉邦揚，「我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000 至年 2010 年」，科技法學評論，第 8 卷第 2 期，頁 277-278（2011）。

²¹ 醫療糾紛訴訟上曾見被告雖不構成刑事犯罪，但卻要負起民事損害賠償責任，例如臺灣高等法院民事判決 97 年度醫上更(一)字第 1 號、臺灣臺北地方法院 95 年度醫字第 5 號民事判決等。最高法院 98 年台上字第 6890 號刑事判決更指出：「醫療行為複雜多樣，就屬明顯可判之應為而不為、不應為而為，或純屬醫療行為操作層面等事項，診療醫師有所懈怠或疏虞，固難辭刑法上業務過失之責任。但民、刑事責任規範目的不同，關於民、刑事過失責任成立要件注意義務之判斷基準，原則上不必等量齊觀，基於刑罰最後手段性、謙抑性之考量，有關刑事上之過失責任之認定，應依嚴格證明之證據法則特別審慎為之。」亦在強調及說明斯旨。

²² 整理自吳俊穎等著，「醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：臺灣醫療糾紛民國 91 年至 96 年訴訟案件分析」，臺灣醫學，第 14 卷第 4 期，頁 359-369（2010）；吳俊穎、楊增暉、陳榮基，「刑事手段在醫療賠償訴訟上之影響：以實證取向觀察與分析」，科技法學評論，第 10 卷第 1 期，頁 195-201（2013）。

認定²³。此等原則落實在司法實踐的結果，比起民事舉證上相對寬鬆的審查密度，刑事法院在案件審理過程必當窮盡一切證據調查之能事，期間悉心竭力採用多元證據方法，以圖符合嚴格證明法則之要求，如此一來，無可避免地也將連帶造成審判實務在刑事案件引用鑑定意見的機會，遠比民事案件來得更高。

有別於實施民刑分立原則之外部法制效果所使然，醫療糾紛內部所牽涉病患傷害之原因事實及其間的因果關係甚為複雜，在事案解明上向來有其窒礙難行之處，尤其遇有死亡或傷重情形者更為顯然，至若反映在醫療訴訟的實務操作上，毋寧強調囑託鑑定本身也是亦步亦趨受此影響。一般而言，普通傷害案件中患者身體健康所面臨的受害情節單純，其醫療事故之成因到底為何，往往比起重傷或死亡者容易抽絲剝繭。正因如此，裁判上輕傷所應配合調查之證據資料較為方便取得，法院僅需憑藉少數證據即可判斷傷害事實之真偽，例如病歷報告、診斷證明書或費用收據等。另一方面，輕傷者所遭遇之健康受損程度，較諸重傷或死亡者誠屬輕微，也因此就因果流程之常態關聯性踐行審查時，不乏經由論理法則或經驗法則，便足以推認傷害結果確否為醫療疏失行為所致。影響所及，無論在證據調查或事實認定方面，比較起來，自然以輕傷案件有利於原被告在法庭上採行直截舉證。回顧關於醫療訴訟賠償的實證研究，以常見之求償項目醫藥費為例，如依損害程度區分案件類型，各別所獲得之賠償機會，由高至低依序為：輕傷 53.3%、重傷 29.6%、及死亡 17.9%，凡此亦不約而同指向重傷或死亡案件的舉證難度，遠比輕傷者來得更高，所以連最起碼的醫藥費求償都不易獲得裁判青睞²⁴。假如就此等現象有過深刻觀察的話，那麼相對於病患遭致輕傷而言，醫療訴訟上恆以死亡或傷重案件有較大機會移送鑑定，其實也就不難索解。

在此認識脈絡下，回歸到前述關於客觀面向考量的問題討論。顯而易見的，醫療爭訟發展至今，醫療傷害責任往往涉及醫療專業之判斷，必須委諸具有特別知識經驗之專家，聽其根據現代醫學實施鑑定，以提出專業意見供作證據評價，尤其遇有刑事案件或病患身負重傷乃至不幸亡故者，此際為求查明醫療傷害之原因事實及其間的因果關係，即有必要採取審慎態度囑託機關鑑定。換句話說，法院在案件審理過程如何踐行細緻化的證據調查以為相應，並且要以何者充當論證基礎用以判斷醫療過失，期間援引鑑定報告作為審查準據，則不失為合理可資運用的手段方法，具體反映在醫療訴訟的實務運作上，也無怪乎引用鑑定意見與待證事實之舉證難度緊密連結，不時可見用來處理那些難以委決的棘手案件。正因為鑑定本身對於複雜案情有此澄清疑慮的積極效用，遇有醫療糾紛事件，當事人間也多半樂於善用此道以競相追查事實真相，但令人遺憾的，現行制度並不允許當事人逕行委託鑑定，案件必須完全倚賴司法或檢察機關啟動鑑定程序，始可移交委由醫審會進行審查，如此一來，反倒迫使病方連忙興訟而變相徒增司法資源的

²³ 黃清濱，「醫學倫理、病人安全與醫療刑事責任之研究」，醫事法學，第 16 卷第 1 期，頁 33 以下（2009）；張麗卿，「實證醫學在醫療過失審判實務上的意義—從胃腺癌存活率談起」，東吳法律學報，第 21 卷第 2 期，頁 17 以下（2009）；陳運財，「醫療刑事訴訟之證明活動」，月旦法學雜誌，第 183 期，頁 8 以下（2010）。

²⁴ 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，「醫療糾紛民事訴訟的損害賠償：法界學說、實務見解及實證研究」，法學新論，第 36 期，頁 46-47（2012）。

浪擲²⁵。

4.2 鑑定審查意見指引訴訟勝敗

在醫療糾紛訴訟案件中，引用鑑定意見據以形成法院心證者所占比例高達 83.0%，即便從中區隔不同案件特性加以統計分析，所得結果亦相差無幾，除未見身體傷害及輕傷者外，其餘類型之案件引用鑑定率約莫算來皆在八成以上。由此以觀，醫療爭訟發展至今，過失歸責判斷仰賴專業鑑定予以協助釐清，顯已成為實務上所不可或缺的操作模式，如顧及發現真實之要求，為此需要所相應而生之實務運作方式，應可理解。剩下來有疑問者為：反過來就醫療糾紛鑑定本身而言，鑑定意見到底對於法院形成心證活動如何構成影響？

從本研究統計結果可知，在為數 1,252 件引用鑑定結果之實務判決中，鑑定意見對醫方不利者共計 383 件，此際醫方的勝訴率顯示為 40.2%；反之，對醫方有利者 869 件、醫方勝訴率 94.1%，較諸不利醫方者之勝訴機會達至 23.85 倍，兩者間有顯著差異存在。再者，區隔不同案件類型加以分層觀察，無論何者，一旦鑑定意見對被告端之醫方較為有利時，則醫方勝訴率皆高居不下穩坐九成以上，其中又以自訴案件之 99.1% 為最高。反之，當鑑定意見不利於醫方時，醫方的勝訴機會則會顯著滑落，各類案型所呈現之降幅不一，最終結果如以百分比計算，分別為：民事案件 25.0%、公訴案件 49.5%、自訴案件 55.6%；第一審 37.2%、第二審 43.8%；未見身體傷害加上輕傷者 33.9%、重傷及死亡者 41.4%。就此而言，目睹鑑定意見有利與否所伴隨而來醫方勝敗訴之落差，不禁使人懷疑起法院心證是否厚此薄彼，偏好採信對醫方有利的專業鑑定報告，而有意無意的將不利於醫方的審查意見棄之不顧。實則，同一個案不乏有反覆多次送交鑑定者，或為偵查期間由檢察機關委請鑑定，或為審判期間由民事或刑事法院囑託鑑定，因此每件判決所參酌援引之鑑定報告可能不只一份，但本研究採取全案綜覽方式，遇有重複鑑定案件，判斷上不分鑑定之實施先後，只要裁判援引之審查意見有過指明系爭醫療行為構成疏失危害，在此即被歸為「鑑定結果不利於醫方」之案例。於是乎，那些所謂鑑定對醫方不利之判決案件，本身或多或少還夾雜著若干對醫方有利的鑑定意見，經法院審酌後而加以認採，也因此前述關於裁判偏頗之疑慮，其實流於直觀而忽略重複鑑定的實務現況。

回溯整理晚近二十年來醫審會之鑑定報告，從中分析醫療糾紛案件的鑑定維持率。所謂鑑定維持率，乃指再次鑑定維持與前次鑑定相同有無疏失認定的比例結果。根據研究發現，第一次鑑定有疏失的比例為 16.7%，初次鑑定有疏失後，再送第二次鑑定，維持有疏失的比例僅有 46.1%；兩次鑑定都有疏失，繼續送第三次鑑定，有疏失的維持率

²⁵ 王皇玉，「論醫療刑責合理化」，月旦法學雜誌，第 213 期，頁 92（2013）。依本研究所見，純以未見身體傷害加上輕傷之案件而言，醫方在二審獲得勝訴的機會比起一審來得大，勝算比顯示為 2.75 倍，而且差異達到統計上的顯著意義。可想而知，遇有傷勢輕微的醫療事故爭議，病方若動輒興訟並執意以此手段抗爭到底，除無法盡如預期邀享勝訴判決外，更形同作繭自縛於冗長程序，毋寧徒增訟累、浪擲司法資源而已。

還是僅有 42.9%。反之，首回鑑定無疏失的個案，再送第二次鑑定，維持無疏失的比例高達 90.0%；兩次鑑定都無疏失，繼續送第三次鑑定，無疏失的維持率高達 95.3%²⁶。從平均超過九成之無疏失鑑定維持率，以及約略達至四成之有疏失鑑定維持率等統計數據觀之，回頭思索鑑定結果與其相應醫方勝敗訴顯見落差的問題，答案實已呼之欲出。兩相對照比較，在醫療糾紛訴訟上，當事人間勝敗訴之機會幾近於鑑定維持率的分布結果，尤以最有可能歷經重複鑑定之公訴或二審案件，其間醫方在鑑定意見不利於己下所保有之勝訴率分別為 49.5%、43.8%，不啻與有疏失者的鑑定維持率 46.1%、42.9%表裡相襯。

再者，既往亦有類似的實證研究發現，則如聚焦以地方法院近期的刑事判決作為調查對象，那麼在刑事醫療訴訟案件中，遇有鑑定意見認為被告行為構成醫療疏失者，此際法院也為相同評價而判定被告成立過失罪責的比例達 61.8%；反之，當鑑定意見認為被告未見醫療疏失時，更有超過九成五以上的案件經法院諭知被告無罪。相較之下，被告端在鑑定肯認醫方構成醫療疏失下獲判有罪的機會，依邏輯迴歸分析顯示為鑑定無疏失者之 35.73 倍，而且差異達到統計上的顯著意義²⁷。不惟如此，另有論者明確指述，綜觀民事醫療訴訟之審判實務，裁判結果亦不乏與鑑定意見具有高度關聯性，不論囑託鑑定的審查事項究竟為何，最終均有高達九成以上之裁判認採鑑定結果，尤以第一審認採之比例高達 95% 以上最為顯著²⁸。凡此研究發現均與本文的實證調查結果不謀而合，紛紛把矛頭指向鑑定意見似乎完全拘束承審法官之心證活動，凌駕司法審判而儼然成為主宰訴訟成敗之「證據之王」。果如此，面對錯綜複雜的醫療糾紛涉訟案件，審判上不問鑑定經過或配合其他證據調查以資認定，法院即一律肯認鑑定結果而採為裁判之唯一依據，無異將其認事用法之職責委諸鑑定機關，混淆行政上醫事鑑定與司法上法律評價之二元制度設計，不免波及到人民對司法正義之信賴，而且也與發現真實之刑事訴訟目的有所抵觸，此種實務慣用之操作模式不免受人質疑²⁹。

為避免冒然下此定論，如何檢證何者確為影響醫療訴訟勝敗的真正關鍵因素，在此將引用鑑定意見、訴訟類型、審級以及病患傷害程度等紛紛帶入多變數分析，亦即同時

²⁶ 詳盡分析，參見吳俊穎、楊增暉、陳榮基，「醫療糾紛鑑定的維持率：二十年全國性的實證研究結果」，科技法學評論，第 10 卷第 2 期，頁 215-216（2013）。至於醫療糾紛鑑定的典型難題，包括：1.未進行解剖，死因無法確定；2.無法區辨疾病自然史與醫療過失；3.移送鑑定資料不夠充分；4.病歷記載錯誤；5.注意義務的判斷標準不一；6.未針對病患病情特殊進行鑑定；7.組織醫療責任的分配問題，參見吳俊穎、賴惠蕓、陳榮基，「醫療糾紛重複鑑定之實證研究」，月旦法學雜誌，第 198 期，頁 157-171（2011）。

²⁷ 劉邦揚，「我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000 至年 2010 年」，科技法學評論，第 8 卷第 2 期，頁 289 以下（2011）。

²⁸ 沈冠伶、莊錦秀，「民事醫療訴訟之證明法則與實務運作」，政大法學評論，第 127 期，頁 224（2012）。

²⁹ 黃清濱，「醫學倫理、病人安全與醫療刑事責任之研究」，醫事法學，第 16 卷第 1 期，頁 37 以下（2009）。此外亦可參見最高法院 79 年台上字第 540 號判例要旨：「法院固得就鑑定人依其特別知識觀察事實，加以判斷而陳述之鑑定意見，依自由心證判斷事實之真偽。然就鑑定人之鑑定意見可採與否，則應踐行調查證據之程序而後定其取捨。倘法院不問鑑定意見所由生之理由如何，遽採為裁判之依據，不啻將法院採證認事之職權委諸鑑定人，與鑑定僅為一種調查證據之方法之趣旨，殊有違背。」

控制多個可能干擾的變數，而後計算其勝算比，藉此方法將各變數間的相互作用予以解消，以期有效判斷何者確為獨立影響因子。依此操作結果，統計上只剩下援引鑑定意見（勝算比 37.72、 $P < 0.001$ ）與訴訟類型（勝算比 2.64、 $P < 0.001$ ）這兩項變數，個別足以成為影響裁判結果的潛在因素。即使透過分層多變數之分析方式加以觀察，所得結論亦無二致，各項統計數據皆直指當鑑定報告有利於己或者案件進入刑事訴訟時，警方在實際上可以獲得較大的勝訴機會，在在印證裁判結果除了取決於鑑定報告所採認之正反意見外，多半還是受到前述民刑分立原則所左右。無可否認的，刑事訴訟對證明程度之要求，遠比民事訴訟來得嚴格甚多，也因此，縱使鑑定意見對於被告端不利，此際警方在刑事案件仍可握有五成的勝訴率，較諸民事案件之二成五明顯相差一倍之多。

附帶一提的是，在冠以引用鑑定、訴訟類型及審級為控制變項後，接著把病患傷害程度帶入多變數分析，如表五所示，警方在病患重傷、死亡案件可獲得勝訴之機會，比起未見身體傷害加上輕傷者減少 11%（勝算比 0.89），但差異尚未達到統計上的顯著意義。進一步採以分層多變數分析方式，逐一將審級、訴訟類型以及病患傷害程度等變項進行細部切割，並配合控制其他的潛在干擾變項，據以割裂觀察何者確為訴訟勝敗之獨立影響因子。淺而易見的，除一審案件外，警方的勝訴機會皆隨著醫療傷害的嚴重程度而降低，尤以在二審案件所呈現的落差最為懸殊，比起未見身體傷害加上輕傷者而言，警方在重傷、死亡案件短少了 49% 的勝訴機會（勝算比 0.51），不過尚未達於統計上之顯著差異。值得注意的是，其他醫療糾紛相關的實證研究中，吾人也曾發現病患獲得和解或調解補償的金額，某種程度上與病患所身受之健康傷害等級成正比，亦即身體健康傷害越為嚴重者獲得補償的機會愈大，而且補償的金額也愈高³⁰。此外，美國哈佛大學過去的研究也同樣指出，醫療事故是否給予損害賠償，與其說是以醫方確有人為疏失帶來不良結果為判準，倒不如說是取決於病方受有嚴重的身體傷害，也就是說，醫療損害賠償與否與病患身體傷害的程度有所牽連，而與是否果真構成醫療過失並無相關性存在³¹。更為重要者，前所述及司法實務對於醫療過失如何進行歸責，隱約可見趨向以病患的損傷規模作為判斷依據。問題是，現行醫療法第 82 條第 2 項既規定：「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任。」準此，醫療事故所生之損害賠償責任，乃以過失責任主義為出發點，更遑論刑事醫療責任體系之規範價值可否實現，還應繫於公平正義而與民事賠償所寓含之損害填補概念無涉。至此若轉從歸責原則的觀點立論，本文所要特別強調的是，不論刑事或民事醫療責任之成立，認定上均毋庸以身體健康傷害程度為其準據，在此理解下，以上所舉之實證經驗儘管並非吾人所樂見，但在問題意識的啟發上仍有其可觀之處，足供作為建構醫療糾紛解決模式之參考。

5. 結語

³⁰ See Chun-Ying Wu, Huei-Jen Lai, and Rong-Chi Chen, *Patient characteristics predict occurrence and outcomes of complaints against physicians*, 108 J. FORMOS. MED. ASSOC. 126-34 (2009).

³¹ See Troyen A. Brennan, Colin M. Sox, and Helen R. Burstin, *Relation between negligence adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation*. 335 N. ENGL. J. MED. 1963, 1965-67 (1996).

歸結而言，囑託鑑定本身在醫療訴訟上之功能定位，除強調扮演協助發現真實的角色外，某程度上鑑定意見也對法官自由心證形成抑制效果。法學界也充分意識到此一問題的重要性，即使倡言提升鑑定成效的聲浪不絕於耳³²，但對於審判實務上鑑定報告究竟如何影響法官形成心證，採用實證研究方法加以廣為調查者寥寥無幾。在此認識下，本文回溯整理「司法院法學資料檢索系統」所收錄之裁判書，從中採集醫療紛爭進入司法程序的訴訟案例，藉以解析鑑定意見與法官心證活動兩者間之關聯程度，並由此連結預見醫療訴訟實務的發展趨向。至目前為止，初步研究發現則可透過以問代答之方式，直截化約成兩個子題加以回應。

第一，在醫療訴訟案件中，可能成為法院裁判上援引鑑定意見的重要影響因子到底為何？依本文所見，醫療爭訟發展至今，醫療事故歸責往往涉及醫療專業之判斷，必須委諸具有特別知識經驗之專家，聽其根據現代醫學實施鑑定，以提出專業意見供作證據評價，尤其遇有刑事案件或病患身負重傷乃至不幸亡故者，為求查明醫療傷害之原因事實及其間的因果關係，此際即有必要採取審慎態度囑託機關鑑定。換句話說，法院在案件審理過程如何踐行細緻化的證據調查以為相應，並且要以何者充當論證基礎用以判斷醫療過失，期間援引鑑定報告作為審查準據，則不失為合理可資運用的手段方法，具體反映在醫療訴訟的實務運作上，也無怪乎引用鑑定意見與待證事實之舉證難度緊密連結，不時可見用來處理那些難以委決的棘手案件。

第二，在醫療訴訟案件中，鑑定結果如何對於當事人間之訴訟勝敗構成實質影響？依本文所見，一旦鑑定意見對被告端之醫方較為有利時，則醫方勝訴率皆高居不下穩坐九成以上，其中又以自訴案件之 99.1% 為最高；反之，當鑑定意見不利於醫方時，醫方的勝訴機會則會顯著滑落。之所以如此，從平均超過九成之無疏失鑑定維持率，以及約略達至四成之有疏失鑑定維持率等統計數據觀之，回頭思索鑑定結果與其相應醫方勝敗訴顯見落差的問題，答案實已呼之欲出。兩相對照比較，在醫療糾紛訴訟上，當事人間勝敗訴之機會幾近於鑑定維持率的分布結果，尤以最有可能歷經重複鑑定之公訴或二審案件，其間醫方在鑑定意見不利於己下所保有之勝訴率分別為 49.5%、43.8%，不啻與有疏失者的鑑定維持率 46.1%、42.9% 表裡相襯。準此以觀，鑑定意見形同完全拘束承審法官之心證活動，凌駕司法審判而儼然成為主宰訴訟成敗之「證據之王」，不容忽視。

³² 高鳳仙，「論我國鑑定制度與美國專家證人制度在醫療事件之角色扮演（下）」，萬國法律，第 130 期，頁 93（2003）；張麗卿，「醫療糾紛鑑定與對質詰問權」，東吳法律學報，第 20 卷第 2 期，頁 22-23（2008）；陳運財，「醫療刑事訴訟之證明活動」，月旦法學雜誌，第 183 期，頁 16-18（2010）；吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，「醫療糾紛鑑定的未來—由專業鑑定探討醫療糾紛鑑定之興革」，月旦法學雜誌，第 183 期，頁 43-47（2010）。

參考文獻

中文期刊

- 王皇玉，〈論醫療刑責合理化〉，《月旦法學雜誌》，第 213 期，頁 73-92，2013 年 2 月。
- 吳志正，〈科際整合觀點下之醫療糾紛鑑定〉，《月旦法學雜誌》，第 190 期，頁 29-46，2011 年 3 月。
- 沈冠伶、莊錦秀，〈民事醫療訴訟之證明法則與實務運作〉，《政大法學評論》，第 127 期，頁 167-266，2012 年 6 月。
- 吳俊穎、楊增暉、陳榮基，〈刑事手段對醫療賠償訴訟之影響：以實證取向觀察與分析〉，《科技法學評論》，第 10 卷第 1 期，頁 179-212，2013 年 6 月。
- 吳俊穎、楊增暉、陳榮基，〈醫療糾紛鑑定的維持率：二十年全國性的實證研究結果〉，《科技法學評論》，第 10 卷第 2 期，頁 203-238，2013 年 12 月。
- 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療糾紛民事訴訟時代的來臨：台灣醫療糾紛民國 91 年至 96 年訴訟案件分析〉，《台灣醫學》，第 14 卷第 4 期，頁 359-369，2010 年 7 月。
- 吳俊穎、楊增暉、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療糾紛民事訴訟的損害賠償—法界學說、實務見解及實證研究〉，《法學新論》，第 36 期，頁 13-51，2012 年 6 月。
- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，〈台灣的醫療糾紛狀況〉，《台灣醫學》，第 13 卷第 1 期，頁 1-8，2009 年 1 月。
- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療過失判斷的困境〉，《法學新論》，第 17 期，頁 57-73，2009 年 12 月。
- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療糾紛鑑定的未來—由專業鑑定探討醫療糾紛鑑定之興革〉，《月旦法學雜誌》，第 183 期，頁 36-47，2010 年 8 月。
- 吳俊穎、賴惠蓁、陳榮基，〈醫療糾紛重複鑑定之實證研究〉，《月旦法學雜誌》，第 198 期，頁 155-173，2011 年 11 月。
- 邱淑媿，〈病人及大眾對於醫師主動揭露醫療錯誤之看法—對實證文獻之回顧〉，《台灣公共衛生

- 雜誌》，第 26 卷第 5 期，頁 339-352，2007 年 10 月。
- 翁玉榮，〈可容許危險在醫療刑事過失責任中之適用〉，《中央警察大學法學論集》，第 5 期，頁 1-29，2000 年 3 月。
- 高鳳仙，〈論我國鑑定制度與美國專家證人制度在醫療事件之角色扮演（下）〉，《萬國法律》，第 130 期，頁 85-95，2003 年 8 月。
- 陳忠五，〈醫療糾紛的現象與問題〉，《台灣本土法學雜誌》，第 55 期，頁 1-4，2004 年 2 月。
- 許義明，〈我國醫療鑑定之現況與檢討〉，《萬國法律》，第 151 期，頁 55-70，2007 年 2 月。
- 陳運財，〈刑事程序鑑定之證據法則〉，《萬國法律》，第 137 期，頁 32-44，2004 年 10 月。
- 陳運財，〈醫療刑事訴訟之證明活動〉，《月旦法學雜誌》，第 183 期，頁 5-20，2010 年 8 月。
- 陳聰富，〈臺灣醫療糾紛處理機制之現況與檢討〉，《月旦民商法雜誌》，第 34 期，頁 5-22，2011 年 12 月。
- 張麗卿，〈醫療糾紛鑑定與對質詰問權〉，《東吳法律學報》，第 20 卷第 2 期，頁 1-28，2008 年 10 月。
- 張麗卿，〈實證醫學在醫療過失審判實務上的意義—從胃腺癌存活率談起〉，《東吳法律學報》，第 21 卷第 2 期，頁 1-30，2009 年 10 月。
- 張麗卿，〈刑事醫療糾紛之課題與展望〉，《檢察新論》，第 8 期，頁 142-162，2010 年 7 月。
- 張麗卿，〈信賴原則在醫療分工之適用—以護士麻醉致死案為例〉，《東海大學法學研究》，第 33 期，頁 45-77，2010 年 12 月。
- 黃清濱，〈醫學倫理、病人安全與醫療刑事責任之研究〉，《醫事法學》，第 16 卷第 1 期，頁 19-40，2009 年 1 月。
- 劉邦揚，〈我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000 至年 2010 年〉，《科技法學評論》，第 8 卷第 2 期，2011 年 12 月，頁 257-294。

其他中文參考文獻

醫環五大皆空／監院糾正行政院，2012 年 7 月 18 日，自由時報新聞網頁：

<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/600205> (最後點閱時間：2014年5月20日)

英文期刊

Brennan, Troyen A., Sox, Colin M., & Burstin, Helen R, *Relation between negligence adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation*. 335 N. ENGL. J. MED. 1963-1967 (1996).

Wu, Chun-Ying, Lai, Huei-Jen & Chen, Rong-Chi, *Medical malpractice experience in Taiwan: 2005 vs. 1991*. 39 INTERN. MED. J. 237-242 (2009).

Wu, Chun-Ying, Lai, Huei-Jen, & Chen, Rong-Chi, *Patient characteristics predict occurrence and outcomes of complaints against physicians: a study from a medical center in central Taiwan*. 108 J. FORMOS. MED. ASSOC. 126-134 (2009).

Wu, Chun-Ying, Weng, Hui-Ching & Chen, Rong-Chi, *Time Trends of Assessments for Medical Dispute Cases in Taiwan: A 20-year Nationwide Study*. 43 INTERN. MED. J. 1023-1030 (2013).