

刑事醫療糾紛判決於上訴審的實證考察*

劉邦揚**

摘要

本研究追蹤2000年至2010年間，曾因醫療糾紛而在地方法院獲得實體判決的380名醫師的上訴情況，迄至本研究建檔止，共有365名被告已經獲得確定判決，其中298人無罪判決確定，比例為81.6%；有罪確定的被告計67人，比例為18.4%。

觀察發現，此類案件有較平均值為高的判決維持率，在地方法院獲判無罪的被告有98.2%可以無罪確定，遭到自訴的被告也有96.9%為無罪確定。使用結構方程模型 (structural equation modeling, SEM) 分析後發現：一審判決結果才是影響確定判決的重要因素，而非是否提起自訴。另自醫療傷害發生時起至判決確定止，平均需要花費4.77年。

上訴審的實證結果顯示，我國刑事醫療糾紛訴訟存在：低定罪率、自訴案件多無罪確定、一審判決傾向被維持以及需時冗長等特性，值得吾人加以關注。

* 投稿日：2014年4月6日；接受刊登日：2015年4月29日。〔責任校對：向民潔〕。

三位匿名審查人提供了嚴謹的統計建議與寶貴意見，筆者獲益良多，在此敬申謝忱。筆者也要特別感謝張育璋博士、黃芳銘教授、丁承教授在統計方法上的慷慨協助，以及寫作期間內，陳竑卉博士候選人、陳娟瑜教授所提供的一切支持。本系列的研究發想，都必須感謝黃心苑教授、楊秀儀教授於筆者碩士班修業期間內所給予的指導，陳振業醫師、張倍齊律師亦曾對於本文初稿給予實質建議，特此一併致謝。當然，所有的文責均由筆者自負。

** 國立陽明大學醫學院公共衛生研究所法律與政策組碩士。

穩定網址：<http://publication.ias.sinica.edu.tw/71600151.pdf>。



關鍵詞：醫療糾紛、法學實證研究、上訴審、自訴、定罪率、結構方程模型。

目 次

壹、前言	一、臺灣的醫師是否經常性地 受到刑法的嚴厲處罰？
貳、研究方法	二、自訴與否會影響最終的確 定判決嗎？
一、上訴審判決的蒐集流程	三、小結
二、變項設計	伍、結語
三、統計方法	一、研究成果的歸納與建議
參、統計結果	二、研究限制與展望
一、描述性統計之分析	
二、從確定判決看刑事醫療糾 紛訴訟的特徵	
肆、臺灣刑事醫療糾紛訴訟的特 徵與討論	

壹、前言

近三年來，國內對於醫療糾紛議題的討論可謂十分熱絡，希望緩解醫病緊張關係的修法聲浪不斷，報章媒體上聳動的標題與專題報導更是讓人怵目驚心，在部分醫界人士的倡議之下，「臺灣醫師犯罪率為全球第一」¹、「醫療過失除罪化」²、「醫療過失刑責合理

1 燕貞宜，醫療糾紛不斷 臺灣醫生犯罪率「世界第一」，今周刊，776 期，2011 年 11 月 3 日，<http://www.businesstoday.com.tw/article-content-80392-95449>（最後瀏覽日：2014 年 4 月 6 日）；林萍章，醫療過失刑事責任之實然與應然：從中國醫療事故罪出發，台灣法學雜誌，163 期，頁 30-31（2010 年）。

2 丁予安、黃珮清，號角響起，推動醫療疏失除罪化之進程，臺灣醫界，55 卷 12 期，頁 50-55（2012 年）；醫勞盟，醫療必須除罪化！，2012 年 6 月 13 日，

化」³等論調深植人心，且引起了國會的關切，立法委員曾在院會中引用實證數據質詢衛生署長，強調醫師遭訴的嚴重性⁴；「鐵面法官割膽案」⁵的爭議與論辯更是引起了社會輿論的高度關注；加上實務判決曾出現鉅額的損害賠償金⁶，使得醫界傳出強烈不滿的聲音，指稱法院的判決不夠專業，並認為「臺灣的法官或整個司法行政系統的自以為是、傲慢、偏見已到了一種極致」⁷。對於這樣的抨擊實務界雖然提出回應，認為這種指責過於武斷，法院對於醫療糾紛的審理其實並未如同醫界所言的那般輕率⁸，但醫界對於現行法律及法界人士的不滿情緒，似乎面臨一觸即發的崩潰邊緣。在醫療糾紛研究的領域，近年來的情勢以「風起雲湧」形容也實不為過。

面對社會關注的刑事醫療糾紛訴訟，筆者曾於2011年發表初步實證成果，分析自2000年起至2010年止，全國共計21處地方法院之相關判決⁹。其後，醫界人士亦參考了前開研究的部分成果，對醫療法提出了第82條第3項的修正建議，欲使醫師僅在因故意或重大

http://tmall119.blogspot.tw/2012/06/blog-post_2789.html?sref=fb（最後瀏覽日：2014年4月6日）。

- 3 李明濱，化悲憤為力量續推醫療刑責合理化，臺灣醫界，55卷6期，頁7-8（2012年）。
- 4 立法院公報，100卷79期，頁253，鄭汝芬委員書面意見（2011年）。
- 5 劉志源，臺大名醫開錯刀 好冤 鐵面法官沒了膽，蘋果日報，2012年6月7日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120607/34282960/>（最後瀏覽日：2014年4月6日）。
- 6 許淑惠，未測腦壓害癱 名醫判賠 3341萬，蘋果日報，2012年3月21日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120321/34104239/>（最後瀏覽日：2014年4月6日）。
- 7 楊憲宏，當法官變密醫，蘋果日報，2012年4月2日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120402/34131141/>（最後瀏覽日：2014年4月6日）。
- 8 姚念慈，醫界對於醫療訴訟的幾個迷思，萬國法律，186期，頁15-16（2012年）。
- 9 劉邦揚，我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析：2000年至2010年，科技法學評論，8卷2期，頁257-294（2011年）。

過失而致患者死傷時，方論以刑事責任¹⁰。雖然我國刑法在犯罪的主觀構成要件層次僅區分為故意與過失二類，但值得一提的是，對於引進重大過失的建議，在刑法學者間其實不乏支持的聲音，學者援引德國法的概念，認為引進重大過失的概念並非毫不可行¹¹，雖然我國的刑法架構下並沒有重大過失的概念，但是重大過失的概念卻在刑事政策與量刑參考上有討論的價值¹²；而且基於刑法謙抑性質的考量，並不應該動輒考慮對於醫療人員科以刑罰，引進重大過失概念應該是可以努力的方向¹³。

為了處理醫療糾紛議題，行政院也在2012年提出了醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案¹⁴，其中第10條及第11條的規定導入了調解先行的概念，學者認為醫療糾紛應先進行調解程序，且在刑事訴訟也應有所適用，望能疏減訟源，修復醫病關係¹⁵。對此醫界有持肯定的態度，並且進一步的認為在刑事自訴程序上更應先行調解¹⁶；但法務部則持反對意見，認為強制調解會限制人民的訴訟權¹⁷，學者也批評在真相未明的狀況下，若是一律強制調解將使當

10 張孟源、盧言珮，醫療刑責明確化——從醫療法第八十二條第三項修法芻議談起，臺灣醫界，54卷7期，頁394-400（2011年）。

11 王皇玉，論醫療刑責合理化，月旦法學雜誌，213期，頁81-91（2013年）。

12 林東茂，刑事醫療過失探微——從一個案例談起，收於：猶爭造化功——追憶山田師，頁252-256（2013年）。

13 甘添貴，醫療糾紛的預防與改進措施，法令月刊，62卷6期，頁74（2011年）；張麗卿，醫療刑事責任認定與相關醫療法修正之探討，月旦法學雜誌，223期，頁77（2013年）。

14 行政院全球資訊網，醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案，<http://www.ey.gov.tw/Upload/RelFile/2016/694727/5b31e152-2b7d-4c5a-8dbd-20b9080ab75a.pdf>。

15 陳聰富，醫療糾紛調解制度之立法爭議，月旦法學雜誌，213期，頁71-72（2013年）。

16 林萍章，醫療調解前置主義之爭議，月旦法學雜誌，216期，頁81-84（2013年）。

17 魏怡家、程項鎮，醫療糾紛擬強制調解 法部：恐有違憲之虞，自由時報，2012年10月6日，<http://www.libertytimes.com.tw/2012/new/oct/6/today-life13.htm>（最後瀏覽日：2014年4月6日）。

事人難以信服¹⁸，因此行政院提出的最終版本並未將刑事訴訟的強制調解納入。前開草案當中也包含了初步鑑定的概念，學者認為若使醫療糾紛可進行初步鑑定程序，並設立具有公信力且中立的鑑定機構，讓病患或家屬在訴訟前就可以取得客觀公正的鑑定報告，將有助提前化解醫病間的紛爭¹⁹，實務上初步的試辦成果也具有相當的成效²⁰。另外，對於難解的醫療糾紛，學者²¹及國外的研究成果²²都提出了醫療事故責任保險的概念，希望可以藉此紓緩醫師的壓力。

由上述資料不難發現，近期對於醫療糾紛議題所提出的建議當中，有部分的論述是以筆者過往的實證成果作為依據，並以此強調醫療糾紛的浮濫將使得醫師受到刑法的嚴厲處罰，因而有改革的必要²³。但筆者在此要強調的是：先前的成果充其量僅是對於地方法院的判決進行分析，卻尚未進行上訴審的考察，在案件可以上訴的情況之下，判決仍未確定，從而，可否僅憑一審判決的實證分析，就直接論定我國的醫療糾紛的刑事判決具有某類特性？特別是部分醫界人士的論述指出，自訴浮濫是「五大皆空」²⁴、「醫療崩壞」²⁵的主因之一，醫療糾紛的有罪率低，是因為濫行自訴導致，故認為

18 林鈺雄，初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度——兼論解決醫療糾紛之立法原則，月旦法學雜誌，217期，頁229-230（2013年）。

19 楊秀儀，論初步鑑定對醫療糾紛處理之意義——對立法院「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案第七條之期待與展望，月旦法學雜誌，216期，頁56-61（2013年）。

20 陳學德，醫療風險與糾紛解決之道——從臺灣臺中地方法院試辦醫療制度談起，月旦法學雜誌，223期，頁206（2013年）。

21 林志潔，何不推醫療強制險？，中國時報，2012年11月20日A14版。

22 Jennifer Arlen, *Contracting Over Liability: Medical Malpractice and the Cost of Choice*, 158 U. PA. L. REV. 957, 1017-23 (2010).

23 例如：為了強調國內醫師遭訴的嚴重性，論者從地方法院的判決結果推論，「臺灣醫師是臺灣犯罪率第一高的行業」，林萍章（註1），頁31。

24 林萍章（註16），頁64。

25 張恆豪、洪國華，醫療刑責 別忘自訴制度改革，蘋果日報，2012年7月17日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120717/3437288/>（最後瀏覽日：2015年1月30日）。

醫療糾紛案件有必要限縮人民提起自訴的空間。然而筆者也不禁好奇，若從確定判決結果觀察，是否也能夠得到相同的結論？以上問題，似乎還需要更周全的論述與實證數據佐證。但無論如何，在醫療臨床工作者與利益團體的關切之下，醫療過失行為除罪化或過失刑責合理化等議題，終究已經被推上社會輿論的舞台，而醫療糾紛訴訟的真實面目最終也必須接受檢驗——無論真相是否如同我們的想像。

因此，筆者將承續先前的研究脈絡，以地方法院判決書的資料庫為基底，繼續追蹤這些判決的上訴狀況與判決內容，並以「判決已告確定者」作為此次的分析對象，除了可以繼續回報這些案件於上訴審的各類資訊外，最重要的是，筆者將可以在案件已告確定的情況下，觀察影響確定判決結果的因素為何，並將分析結果回饋至我國醫療糾紛法制改革議題，望能更加全面且客觀的描述醫療糾紛刑事判決在我國的真實面貌。

在本文的架構上，第貳部份將說明所採用的研究方法，包括判決的蒐集與篩選流程，其後也將詳細介紹本研究所觀察的變項，以及使用的統計方法。第參部分則是先以描述性統計的結果向讀者匯報初步的分析結果，並且透過結構方程模型（structural equation modeling, SEM）觀察影響確定判決的重要因素，最後彙整我國刑事醫療糾紛訴訟判決的特徵。第肆部分係筆者依據本研究的統計結果，回應近期以來醫界對於醫療糾紛議題所提出的批評與建議。第伍部分總結本研究的實證發現，期望作為討論醫療糾紛議題的參考依據，且公開本文的研究限制，供讀者諸君檢驗。

貳、研究方法

法學實證研究在我國是較為新興的研究方法，近年來已經有許

多學者嘗試使用此種方法進行各類法學議題的討論²⁶，其中使用判決書內容作為研究對象者，多係透過判決書的閱讀，並對之編碼後，進行統計分析，最後驗證作者的問題意識²⁷。

為了探討醫療糾紛案件在經過上訴審後的確定判決結果，本研究將以法學實證研究方法（empirical legal study）進行，並針對在2000年至2010年間，共計380名曾因為醫療糾紛而受地方法院刑事庭作出判決，且具有醫師身分的被告的上訴狀況加以追蹤，對於上訴審的判決記錄，本研究會系統性的進行建檔，再使用統計軟體SPSS 15.0版與Mplus 5.0版進行編碼與統計分析，判決蒐集的過程與各類變項的定義，則分論如下：

一、上訴審判決的蒐集流程

本研究先對於我國21處地方法院於2000年至2010年間，就醫療糾紛所作的實體判決進行檢索，在判決的蒐集上使用「法源法律網」之判決書檢索功能²⁸，並鍵入「(醫師&業務過失)-附民-交簡-交訴-交易-勞安」作為關鍵字，輸入後共可以得到964份地方法院的裁判書，之後再以人工方式剔除不是本研究要觀察的對象（例如：非實體裁判、被告不具醫師身分、該案其實與醫療糾紛無涉等情形），最後可得到277份判決，共計380名具有醫師身分的被告。

隨後，本文針對這380名被告進行上訴審的追蹤，逐筆鍵入地

26 例如近期在證券交易法領域的研究成果可參照：林郁馨，公開發行公司經營者薪酬決定機制之實證分析——兼論薪資報酬委員會新制，中研院法學期刊，14期，頁245-317（2014年）。

27 此種類型的研究方式可參見：張永健，袋地通行權判決之實證研究，月旦法學雜誌，216期，頁213-214（2013年）；張永健，越界建築訴訟之實證研究，中研院法學期刊，14期，頁327-329（2014年）；許家馨，民刑誹謗二元體系之形成與分析——以「故意過失」為中心的實證研究，收於：張永健編，2011司法制度實證研究，頁157-158（2013年）。

28 請參照：法源法律網裁判書查詢，<http://fjud.lawbank.com.tw/index.aspx>（最後瀏覽日：2014年4月5日）。

方法院的判決字號，並使用判決書檢索功能中的「歷審裁判」功能，觀察該案迄今是否有上訴審的紀錄；若存在上訴審的紀錄則予以建檔並且編號。

二、變項設計

在變項設計部份，各變項的定義如下：

(一) 是否自訴

由判決書字號與內文，判斷該案是否經由自訴程序提起。

(二) 地理區域

依據地方法院之所在地與被告服務單位所在縣市綜合判斷，區分為：北部、中部、南部、東部與離島等四個類別。

(三) 是否為五大科醫師²⁹

依據判決書內容所記載，歸類被告之科別，而所謂「五大科」，則是指內科、外科、婦產科、兒科、急診。

(四) 醫院層級

依據案發時，被告服務之醫療機構，於當年度之舊制醫院評鑑下之醫院層級，區分為：醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所、其他醫療機構或單位不明等五類。

²⁹ 近期醫界認為這些科別受到醫療糾紛的風險太高，導致越來越多的年輕醫師不願意投入，形成所謂的「醫療人力荒」，所以筆者認為這樣的分類應該是具有意義的；王昶閔，準醫師轉行 五大皆空崩潰警鐘，自由時報，2012年6月18日，<http://news.ltn.com.tw/news/life/paper/592522>（最後瀏覽日：2014年4月10日）。

(五) 是否上訴

本研究在「法源法律網」裁判書檢索頁面鍵入各地方法院的判決字號後，點入該份地方法院的判決書內文，可以在頁面的右上角或頁面的下端發現該份判決是否有「歷審裁判」，若存在歷審裁判可供查詢時，則要確認該裁判的內容是否屬於上訴審的判決，經過人工閱讀後，如果判定是屬於該案之上訴審判決時，則可以確定該案有上訴之記錄³⁰。

(六) 二審判決結果

由判決主文所載，可區分為：上訴駁回、原判撤銷兩類，並依據一審的判決結果進一步的判斷為：有罪判決或無罪判決。

(七) 是否上訴三審

依照判決書檢索系統中之歷審判決資訊進行定義。

(八) 三審判決結果

依據判決主文判斷，類型可區分為：上訴駁回與撤銷原判發回更審二類，並依據二審的判決結果判斷為：有罪判決或無罪判決。

³⁰ 追蹤上訴結果的難度在於開始進行判決蒐集的時間，若過早進行蒐集，則恐有些判決尚未確定；若過晚蒐集，或許也已經出現了更多的判決可資研究，研究規模會難以確立。另「開始建檔」的時間也必須謹慎、建檔的工作甚至應該密集且快速的進行。若蒐集判決的時間拉得太長，就很有可能發現有些案件雖然一開始沒有發現上訴審判決，但卻在蒐集的尾聲時發現上訴的判決結果，此時研究者又要重頭再重新檢視是否有遺漏（missing）的狀況出現，一來一往之間會耗損許多寶貴的時間，所以筆者係在短時間內盡快地進行判決蒐集，不要將蒐集的工作時間拉得太長，而此時所提供給讀者的「建檔時間」也才具有意義。綜上所述，本研究蒐集上訴審判決的建檔時間為：2014年3月18日起至2014年3月19日止。

(九) 判決是否確定

地方法院作出判決的380名被告是否進行上訴、判決是否已經確定，都是本研究要觀察的重點，然而判決是否確定除了與刑事訴訟制度的設計有關外，也可能與當事人的上訴意願有所關連，若想要確實的探究這些被告所涉的案件狀態，則必須進行一些推測與計算，藉以判定這些判決是否已經確定，判定的方式則如下述：

1. 關於起訴日期的推估

觀察一審判決時，受限於判決書的記載內容並不固定，不是每一份判決書都有記錄該案起訴的日期，不過上訴審的起訴時間則是有跡可循，依據刑事訴訟法第227條第2項與第349條的規定可知，從判決書正本作成後，最多7日即應送達於訴訟之當事人，又當事人收受判決書後則應於10日內提起上訴，因此可以推測在判決書正本作成後，至多17日當事人就應該提起上訴，提起上訴後，再加計高等檢察署與最高法院檢察署的平均結案日數³¹，就可以約略推算出該案向上級審法院起訴的日期。

2. 判決確定的判斷標準

本研究所關切的焦點是確定判決的結果，因此曾受地方法院判決的380名被告所繫屬的案件是否有再上訴？上訴過後判決是否因而確定？毋寧都是本研究應該加以明確定義的問題。綜觀所有的判決當中，從案由可以區分為兩類：業務過失致死之案件與業務過失致傷或重傷之案件，從這兩類案件的性質便可以判別其可上訴的審級。依據刑法第276條第2項的內容可知業務過失致死罪最重本刑為

³¹ 此部分的資訊整理自 2012 年的法務統計年報，各級檢察署於各年度的資訊可參表 1。從統計年報的記載進行計算，2008 年至 2012 年間，高等法院檢察署的平均結案日數為 1.79 日；最高法院檢察署則為 3.62 日。2012 年法務統計年報「肆、提要分析」之「二、檢察統計」，<http://www.moj.gov.tw/ct.asp?xItem=121842&ctNode=28166&mp=001>（最後瀏覽日：2014 年 6 月 3 日）。

五年有期徒刑，故以刑事訴訟法第376條第1款的規定判斷，業務過失致死的案件屬於「得上訴至最高法院之案件」；而依據刑法第284條第2項的規定，業務過失致他人成傷或重傷的最重本刑分別為一年與三年有期徒刑，並不符合刑事訴訟法第376條第1款上訴至最高法院的要件，因此此類案件僅得上訴至高等法院。

(1) 經由上訴審駁回確定

由上述可知，若該判決的案由是業務過失致死，則必須追蹤是否有最高法院的判決，若已經上訴至最高法院，並由最高法院駁回上訴者，則該判決便已確定。另一方面，如係業務過失致傷或重傷之案件，由於僅能上訴至高等法院，因此這些案件如果已經上訴至高等法院，且經由高等法院駁回其上訴者，該判決亦告確定。經過分類可以發現，這類判決共有170名被告。

(2) 未上訴而在原審確定

研究對象中，較難確定的是並未發現有上級審判決、或是發回更審後，未再發現最高法院判決的情況。此時，由於吾人並不知道這些判決是仍在審理中，抑或是當事人已經放棄上訴而告確定，故而本文建立了一套推測的計算方式，以下依據不同的狀況分類述之：

A. 僅有一審判決

僅有一審判決者，本研究先假設該案有提起上訴，因而可以先進行上訴日期的預測，即是從一審判決書作成日起加上送達最多所需的7日與提起上訴的10日期間後，再加上高等法院檢察署的平均結案日數1.79日³²（共計約18.79日），就可以得出可能提起上訴的

³² 這個數據的推論是依照2003年至2013年司法統計年報中，關於臺灣高等法院及其分院的平均結案天數計算而來，各年度之分布情況與平均值計算，詳參表1。

日期。上訴日期的推測可以表示如下：

$$\text{上訴二審日期} = \text{一審判決正本作成日} + 18.79\text{日}$$

接著推測二審可能需要的審理時間，雖然也可以相同的依照表1的平均結案日數進行計算，不過醫療糾紛的審理往往被論者認為有「費時甚鉅」的特性，因此本研究將不使用司法統計年報的平均結案日數作為參考依據，而是利用前段所提及「確實已經由上訴審駁回而告確定」的判決（N=170）在二審的平均審理時間來進行計算，而前段資料中，二審的平均審理時間為372.16日。

綜上所述，從一審判決作成日起加上提起上訴程序所需要的18.79日與在二審所需的審理時間約372.16日以及法源法律網將判決書上架的工作日約21日³³，若此時間點落在本研究建檔之前，而本研究在建立判決書資料庫時又未發現其二審判決時，則會被本研究定義為：未提起上訴而在一審確定。

B. 僅有二審判決且為得以上訴第三審之案件類型

應先說明的是，這部分的觀察對象亦包括經由最高法院發回更審者，而推測的方式亦與前段相同，是以二審判決做成日起，先加上送達最多所需的7日與提起上訴的10日期間，再加上最高法院檢察署的平均結案日數3.62日（共計約20.62日），得到可能提起上訴的日期。上訴日期的推測如下：

$$\text{上訴三審日期} = \text{二審判決作成日} + 20.62\text{日}$$

司法統計網站，<http://www.judicial.gov.tw/juds/index1.htm>（最後瀏覽日：2014年4月5日），點選左側欄位之「公務統計」後，再點選「年報」，就可以進入司法統計年報的畫面。

³³ 進行本研究時筆者曾電詢法源法律網，得知該公司平均二至三周會更新判決書系統之資料庫，故以寬計，該公司將新作成之裁判上架約需要3周，亦即21日。

再參考「確實已經由上訴審駁回而告確定」的判決（N=170）在三審的平均審理時間為620.74日，若從二審判決後，經過上訴程序所需要的20.62日與三審推測所需的審理時間620.74日與法源法律網將判決書上架的21日工作日，如果本研究建檔時仍未發現這些案件的三審判決，便推測該案已經在二審確定。

3. 小結

本研究的檢索過程中發現10名被告的案件因為遭到最高法院發回而尚未確定，另外有2個自訴案件計5名被告在上訴至高等法院後，因為自訴人未委任律師而遭法院判決自訴不受理，並且撤銷第一審之原判。對於前述的情況，學者認為不受理判決僅具形式確定力，而無既判力可言³⁴；實務見解也認為此時自訴人仍有可能對之再提起自訴或告訴，並不受一事不再理的拘束³⁵，故對於這5名被告所繫屬的案件應認為是尚未確定。至於有1名被告之案件上訴至高等法院後，由告訴人撤回上訴，於此情形下，依據刑事訴訟法第359條之規定³⁶，告訴人喪失上訴權，故可認為訴訟關係消滅，原判決因而確定³⁷。故本研究共納入了365名判決已確定的被告進行統計的建檔與分析（N=365）。

（十）時間的計算方式

由於本研究想要觀察醫療糾紛案件所需要的審理時間，因此分別以「醫療傷害發生時」與「推測的上訴日期」當作基準點，進行兩種類型的觀察，分論如下：

34 林俊益，刑事訴訟法概論（上），13版，頁596（2013年）。

35 最高法院73年度第9次刑事庭會議決議（一）。

36 刑事訴訟法第359條：「捨棄上訴權或撤回上訴者，喪失其上訴權。」

37 林鈺雄，刑事訴訟法（下），7版，頁320-321（2013年）。

1. 從醫療傷害開始到判決確定

為了呈現醫療糾紛發生的「始點」，本文以一審法院判決書中記載之醫療傷害發生的時間作為基準，計算從醫療傷害發生時起，至判決確定為止所需要的時間。

2. 二審與三審的審理時間

此部分則是將判決做成日減去可能的上訴日期進行計算。

(十一) 有罪確定被告之主刑

依據判決書所載之內容區分為：有期徒刑及拘役。

(十二) 有罪確定被告是否受到緩刑宣告或得易科罰金

依據判決書內容觀察，並且分別編碼，但同時受緩刑宣告且也得易科罰金者，則將單獨編碼觀察。

表1 各級檢察機關與法院平均結案日數統計

年度	地方法院	地方法院	高等法院	高等法院	最高法院	最高法院
	檢察署	檢察署	檢察署	檢察署	檢察署	檢察署
單位：日						
2003	-	92.46	-	80.19	-	44.79
2004	-	75.16	-	89.01	-	41.49
2005	-	73.22	-	83.82	-	34.90
2006	-	66.90	-	83.90	-	34.68
2007	-	62.93	-	79.01	-	30.37
2008	48.67	61.68	1.91	67.47	3.66	30.89
2009	47.68	61.46	1.99	62.53	3.32	26.43
2010	49.35	57.86	1.69	68.1	3.62	25.17
2011	50.63	59.61	1.69	68.92	3.68	27.07
2012	51.24	62.42	1.71	73.58	3.82	28.95
2013	-	64.11	-	78.52	-	32.06
平均結案日	49.51	67.07	1.79	75.91	3.62	32.43

資料來源：2003-2013年司法統計年報、2012年法務統計年報。本文製表。

三、統計方法

本研究對於判決已確定的365名具醫師身分的被告，使用SPSS 15.0版進行建檔，各類統計方法呈現如下：

(一) 描述性統計分析

呈現各變項之分布與百分比 (N=365)。

(二) 相關性分析

1. 卡方檢定 (chi-square test)

由於本研究是對於判決書的內容進行編碼並且加以分析，因此統計資料的內容主要是以類別性的變項呈現，故以卡方檢定可驗證兩變數間是否具有統計上的關聯性³⁸。若兩個變數之間沒有關聯性，則可以稱之為統計上獨立³⁹。而經過卡方檢定後所計算出的顯著性 (*p-value*)，則是代表接受虛無假設 (*null hypothesis*) 之機率，因此，若顯著性所呈現出的數字越小，則代表越應該要拒絕兩變項為獨立之虛無假設⁴⁰。顯著性或許會因為作者的設定有所不同，大體而言，在統計分析上多設定*p-value*小於0.05為達到統計上顯著的程度⁴¹，本研究亦設定以*p-value*<0.05為達到顯著的標準。

2. 結構方程模型分析 (structural equation modeling, SEM)

本研究的問題意識在於觀察影響確定判決的變項為何，惟於確定判決出現之前，必定會先得到一審判決結果，因此一審判決在整體的迴歸模型中可能具有內生性質，故無法排除一審判決屬於中介因素 (*mediator*) 的可能，因為一審為事實審，且近期以來的司法改革目標，均以建立一審為堅實的事實審為目標，若一審已進行了完整的調查與考量，則或許會與上級審間存在統計上的相關，因此在討論影響確定判決的因素時，吾人無法忽略有其他變項可能透過一審判決進而對確定判決產生影響，所以在使用迴歸分析探討影響確定判決的重要因素時，必需採用結構方程模型分析 (SEM)，並

38 林惠玲、陳正倉，應用統計學，4版，頁680(2011年)。

39 Robert L. Miller, Ciaran Acton, Deirdre A. Fullerton & John Maltby 著，莊文忠譯，SPSS在社會科學的應用，頁179(2006年)。

40 LEE EPSTEIN & ANDREW D. MARTIN, AN INTRODUCTION TO EMPIRICAL LEGAL RESEARCH 168-171 (2014).

41 ROBERT M. LAWLESS, JENNIFER K. ROBBENOLT & THOMAS S. ULEN, EMPIRICAL METHODS IN LAW 227-245 (2010).

假設如下圖1。

於進行SEM時，本研究使用統計軟體Mplus 5.0版先進行模型整體的適配度分析，其後再進行徑路分析（pathway analysis），並判讀一審判決結果在此模型之下是否為中介變項。近期統計學界對於中介變項雖然有不同的判斷標準，但較為傳統的看法是，驗證中介變項必須要同時具備以下四個條件⁴²：

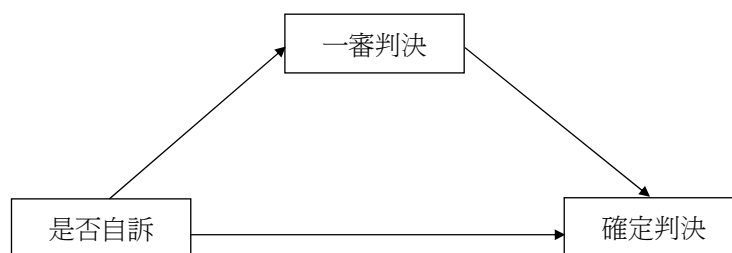
- (1) 自變項要與依變項有統計顯著性⁴³
- (2) 自變項要與中介變項有統計顯著性
- (3) 中介變項被納入迴歸模型時，應該與依變項間具有統計顯著性
- (4) 當中介變項被納入迴歸模型時，若削弱了自變項與依變項的顯著性，但仍達顯著水準時，可認為是部分中介；如果已使自變項和依變項間不再具有顯著水準，則可稱之為完全中介。

在本文中，主要觀察的自變項為：「是否為自訴」，並再搭配：「地理區域」、「是否為五大科」、「醫院層級」等三個變項，共計有四個自變項，依變項則為：「確定判決結果」，並假設「一審判決」可能是中介變項，本文將依據前開步驟，驗證一審判決是否為中介變項，並歸納影響最終確定判決之變項為何。

42 以下整理自：邱皓政，結構方程模式，2版，頁10-8至10-9（2011年）；Reuben M. Baron & David A. Kenny, *The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statical Considerations*, 51 J. PERS. SOC. PSYCHOL. 1173, 1174-81 (1986); Grayson N. Holmbeck, *Post-hoc Probing of Significant Moderational and Meditational Effects in Studies of Pediatric Populations*, 27 J. PEDIATR. PSYCHOL. 87, 93-95 (2002).

43 此要件是否應該存在，統計學上或有不同的觀點，有認為不需具備此要件者，see Patrick E. Shrout & Niall Bolger, *Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations*, 7 PSYCHOL. METHODS 422, 437-40 (2002).

圖1 一審為中介變項之假設



資料來源：本文製圖。

參、統計結果

一、描述性統計之分析

(一) 整體資訊

本研究觀察的380名被告，追蹤上訴情況後發現，有15名被告的案件迄今仍未確定，其餘365名被告所涉之案件依據本研究的定義，應可認為均已確定，故本文以下均以判決確定之被告當作主要分析之對象（N=365）。

參照表2的分析結果，365名被告當中有245人所涉之案件有提起上訴的紀錄，占全體被告的67.1%，其餘120人並未提起上訴。在判決結果上，有298名被告獲得無罪判決確定，占81.6%；有罪判決確定之被告有67名，占18.4%。在案件可能遭最高法院發回更審的情況下，可以發現本研究觀察的被告當中，最多更審次數者為5次⁴⁴。

44 臺灣高等法院 101 年度重醫上更（五）字第 8 號刑事判決。

此外，有163名被告被提起自訴，占44.7%，其餘202名被告則是被提起公訴，占55.3%。判決確定之原因，則以推測因時效經過而確定者較多，計有225名被告，占61.6%，另有140名被告係遭到上訴審駁回，判決因而確定。有23名被告曾被當事人提起附帶民事訴訟，占6.3%，這23名被告均無罪確定，故附帶民事訴訟全部遭到駁回⁴⁵。

在被告的特徵上，地理區域部分以北部為最多，有165名被告，占45.2%，其次為中部，有98名，占26.8%，再來為南部的90名，占24.7%，東部與離島地區則為12名，占3.3%。科別部分，屬於「內科、外科、婦產科、兒科、急診」的五大科醫師有326名，占有所有被告的89.3%。醫院層級部分，服務於醫學中心之被告人數最多，有126名，占34.5%，其次為區域醫院，計82名，占22.5%，地區醫院與區域醫院各有70名，比例為19.2%。

⁴⁵ 參照刑事訴訟法第 503 條第 1 項之規定。關於醫療糾紛案件是否另行（或附帶）提起民事訴訟的討論，可參見：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，10 卷 1 期，頁 195-200（2013 年）。

表2 描述性統計分析結果

	判決確定之被告(%)	無罪確定(%)	有罪確定(%)
地理區域			
北部	165 (45.2)	135 (45.3)	30 (44.8)
中部	98 (26.8)	82 (27.5)	16 (23.9)
南部	90 (24.7)	73 (24.5)	17 (25.4)
東部與離島	12 (3.3)	8 (2.7)	4 (6.0)
是否提起自訴			
否	202 (55.3)	140 (47.0)	62 (92.5)
是	163 (44.7)	158 (53.0)	5 (7.5)
是否有上訴審紀錄			
否	120 (32.9)	93 (31.2)	27 (40.3)
是	245 (67.1)	205 (68.8)	40 (59.7)
判決確定的原因			
遭到上級審駁回確定	140 (38.4)	116 (38.9)	24 (35.8)
因時效經過而確定	225 (61.6)	182 (61.1)	43 (64.2)
提起附帶民事訴訟			
否	342 (93.7)	275 (92.3)	67 (100)
是	23 (6.3)	23 (7.7)	0 (0)
是否為五大科醫師			
否	39 (10.7)	31 (10.4)	8 (11.9)
是	326 (89.3)	267 (89.6)	59 (88.1)
醫院層級			
醫學中心	126 (34.5)	104 (34.9)	22 (32.8)
區域醫院	82 (22.5)	74 (24.8)	8 (11.9)
地區醫院	70 (19.2)	53 (17.8)	17 (25.4)
診所	70 (19.2)	53 (17.8)	17 (25.4)
其他醫療單位或不明	17 (4.7)	14 (4.7)	3 (4.5)

N=365

資料來源：本文製表。

(二) 有罪確定之被告資訊

有罪確定的被告當中，以服務於醫學中心者最多，計有22名，占32.8%。其次為診所之開業醫師與服務於地區醫院者，各有17名，占25.4%。再來則是服務於區域醫院者計8名，占11.9%。服務於其他類型之醫療機構或機構不明者，有3名，占4.5%。

遭判有罪確定的被告的科別集中在五大科⁴⁶，有59名，占88.1%；非五大科有8名，占11.9%。

在主刑部分，58名被告被判處有期徒刑，占86.6%；其餘9名被告則被判處拘役，占13.4%。以刑期的分布來看，在6個月以下者（包含6個月）有43名，占64.2%；在6個月以上者有24名，占35.8%⁴⁷。

此外，全部的有罪確定被告都有受緩刑宣告或者是得易科罰金；在這當中，僅受宣告緩刑者10名，占14.9%；僅得易科罰金者27名，占40.3%；宣告緩刑且得易科罰金者30名，占44.8%。惟應加以留意的是，易科罰金即係刑之執行，故繳納易科罰金者，其刑已執行完畢，所以會留有法律上的前科；但若是受緩刑宣告，且在緩刑期間內未再因故意或過失犯罪者，依刑法第76條規定，刑之宣告則失其效力。因此在受有罪確定的被告當中計有40名可以期待在緩刑期滿後不會留有法律上的犯罪前科，比例為59.7%。

46 對於醫師科別與受訴風險的研究，主要觀察的面向仍是民事訴訟的損害賠償，曾有研究發現外科醫師的受訴風險確實較高。See Anupam B. Jena, Seth Seabury, Darius Lakdawalla & Amitabh Chandra, *Malpractice Risk According to Physician Specialty*, 365 N. ENG. J. MED. 629, 630-35 (2011).

47 此處將刑期區分為六個月以下與六個月以上的目的，乃依據刑法第41條第1項本文規定而來，又因為本研究所觀察的被告所遭訴的罪名，均為最重本刑五年以下有期徒刑之罪，故若確定判決為六個月以下有期徒刑時，被告則可聲請為易科罰金，以繳納罰金代替自由刑，可以免去其牢獄之災。

表3 有罪確定被告之特有資訊

	有罪確定 (%)
主刑	
有期徒刑	58 (86.6)
拘役	9 (13.4)
緩刑或易科罰金	
僅受緩刑宣告	10 (14.9)
僅得易科罰金	27 (40.3)
受緩刑宣告亦可易科罰金	30 (44.8)
刑期長度	
6個月以下	43 (64.2)
6個月以上	24 (35.8)

N=67

資料來源：本文製表。

二、從確定判決看刑事醫療糾紛訴訟的特徵

(一) 地方法院的判決具有高維持率

本研究嘗試將地方法院的判決結果分別與二審及終局確定的判決結果進行交叉分析。參照表2與表4我們可以發現，判決已確定的365名被告當中，如果有上訴至二審（臺灣高等法院或其分院）時，有174名，計93.5%的被告可以繼續獲判無罪；而一審有罪的被告上訴至高等法院時，也有36名，計61.0%的被告會被高等法院維持有罪判決；另39.0%的被告會被改判無罪。

參照學者對於我國刑事訴訟案件在第二審之上訴審維持率的實證成果，在通常上訴案件的部分，約在49.04%至61.2%之間擺

盪⁴⁸，整體而言趨近為五成左右的維持率。而本研究所觀察到的二審維持率為85.7%，相較於我國刑事訴訟的平均值而言顯然較高。另外再依照卡方檢定的結果，一審判決與二審判決之間達到統計上的顯著（檢定統計量 χ^2 之值為85.98；自由度為1； p -value<0.001）。

表4 一審判決結果與二審判決結果的相關性分析⁴⁹

一審結果	二審結果			維持率 (%)
	無罪	有罪	小計	
無罪	174	12	186	93.5
有罪	23	36	59	61.0
小計	197	48	245	

資料來源：本文製表。

若將確定判決結果與一審判決結果進行比較，參照下表5的交叉分析結果也可以發現，一審得到無罪的被告有98.2%會獲得無罪判決確定，而一審遭判有罪的被告也有71.3%會有罪確定。而經過卡方檢定後也可發現，一審的判決結果與終局的確定判決結果之間達到統計上的顯著（檢定統計量 χ^2 之值為213.36；自由度為1； p -value<0.001）。

48 黃國昌，刑事訴訟新制之實證考察——以第一審法院之審理日數與上訴維持率為中心，收於：程序法學的實證研究，頁362-365（2012年）。

49 表4的母數是：確定判決中有上訴二審紀錄的被告（N=245），在此予以說明。

表5 一審判決結果與確定判決結果的相關性分析

一審結果	確定判決			維持率(%)
	無罪	有罪	小計	
無罪	273	5	278	98.2
有罪	25	62	87	71.3
小計	298	67	365	

資料來源：本文製表。

(二) 自訴案件的被告多是無罪確定

先前的研究成果曾觀察到所有案件當中有37.2%的比例是經由自訴提起，自訴案件經地方法院的審理之後，7.1%的被告遭判有罪⁵⁰。而本研究觀察的上訴審結果，自訴案件僅有3.1%的被告獲得有罪判決確定。卡方檢定也驗證：「是否提起自訴與確定判決結果之間」存在統計上顯著（檢定統計量 χ^2 之值為45.94；自由度為1； p -value<0.001），而被提起自訴的被告獲得無罪確定的比例確實比公訴提起者為高。在地方法院時，刑事醫療糾紛的訴訟案件中以自訴提起的比例，遠高於刑事訴訟法於2003年修法為強制律師代理自訴後的平均比例⁵¹，而追蹤迄今，被提起自訴的被告也僅有3.1%有罪確定，可見得並沒有達到2003年修正刑事訴訟法第319條第2項時所期待的：「保護被害人權益、突破自訴案件易受敗訴」之目的⁵²，醫療糾紛的自訴案件，其有罪確定比率依舊低迷。

50 劉邦揚（註9），頁283。

51 劉邦揚（註9），頁285-287。

52 參見：立法院法律系統，2003年1月14日刑事訴訟法第319條修正理由，[http://lis.ly.gov.tw/lcggi/lglaw?@19:1804289383:f:NO%3DE04552*%20OR%20NO%3DB04552\\$\\$11\\$\\$\\$PD%2BNO](http://lis.ly.gov.tw/lcggi/lglaw?@19:1804289383:f:NO%3DE04552*%20OR%20NO%3DB04552$$11$$$PD%2BNO)（最後瀏覽日：2014年4月10日）。

表6 自訴案件與確定判決的相關性分析

起訴程序	確定判決		小計	無罪確定比例(%)
	無罪	有罪		
公訴	140	62	202	69.3
自訴	158	5	163	96.9
小計	298	67	365	81.6

資料來源：本文製表。

(三) 醫療糾紛訴訟所需時間的分析

醫療糾紛審理耗時冗長的觀點常見於各類的報導與文獻⁵³，不過至目前為止，卻少有文獻能夠將其所觀察到的數值與各類訴訟案件的平均值加以比較，進而得出「醫療糾紛確實比其他類型的訴訟要花上更多審理時間」的結論。本研究在這個段落嘗試依據蒐集到的資料，分別觀察從醫療傷害發生時起到確定判決所要耗費的時間，與二、三審分別的審理時間，與司法統計年報所公布的各級法院平均結案日數進行初步的對照，希望可以對於前開「醫療糾紛訴訟耗時冗長」的論點進行初步的驗證。

1. 自醫療傷害時起到判決確定的耗時分析

本研究首先對於「耗時」進行計算，而對於耗時的定義是：自醫療傷害發生時起算，至確定判決日為止所需之天數。雖然受限於資料取得不易，因而無法確定每個判決的起訴日期，不過就醫療糾紛而言，醫療傷害會導致患者死亡或有輕重不一的傷害結果，故臨床醫師會立即性的接收到來自患者或其家屬的情緒性反應，並直接

⁵³ 高添富，醫療糾紛去刑事訴訟化才是今後修法重點，臺灣醫界，55 卷 10 期，頁 553 (2012 年)。

的感受到心理上的壓力，雖然每個人對於壓力的耐受程度不一，不過觀察從醫療傷害發生時起到確定判決為止所需要的時間也具有相當程度的意義⁵⁴。

而我們可以觀察到，每位被告自醫療傷害時起到判決確定為止，平均需要1739.29日，約是4.77年⁵⁵。最短者則是199日⁵⁶，約0.55年。耗時分析的中位數為1612日，約為4.42年；標準差則為890.85日，約為2.44年。

2. 第二審及第三審的審理時間

本研究所蒐集的資料中包含了365名被告的上訴審紀錄，以上級審判決做成的確實日期，再減去可能的起訴時間便可以得出刑事醫療糾紛判決在第二審與第三審所需的審理時間。

(1) 司法統計年報的平均結案日數

依據表1整理的結果，2003年至2013年的司法統計年報顯示這十年內高等法院及其分院審理刑事案件的平均結案日期為75.91日；最高法院的平均結案日則為32.43日⁵⁷。

54 更精確的說，吾人最想觀察的應該是法院審理此類案件所需耗費的時間，而理想的計算方式是以起訴之日作為始點計算至判決作成日為止，類似的研究結果可參：黃國昌，我國勞動訴訟之實證研究，收於：程序法學的實證研究，頁175-176（2012年）。不過起訴書的資料係由法務部管理，我國目前對於偵查至起訴階段的司法書類都並未對外公開，因此這類資訊的取得十分困難，故本文只得依照判決書內有詳細記載的「醫療傷害發生」日期作為起點，進行初步的耗時分析，而本文所使用的計算方式，參照國內現有的實證觀察成果，尚沒有發現類似的研究可資參照。

55 在所有判決當中，耗時最長為5105日，約13.98年，可參見：臺灣高等法院臺中分院98年度重醫上更（一）號第141號判決。

56 臺灣臺中地方法院88年度自字第975號判決。本案並未有上訴紀錄，故以一審判決後加計上訴期間10日與7日的送達時間為判決確定之日。

57 關於司法統計中的名詞定義，請參照：http://www.judicial.gov.tw/juds/3_noun.pdf（最後瀏覽日：2014年8月18日）。

(3) 刑事醫療糾紛在二審與三審的平均審理時間

而從本研究所蒐集到的資料計算，以二審的判決日期減去可能的上訴日期後所得出的平均數據為395.76日；以三審的判決日期減去可能的上訴日期後則是630.22日。換言之，在醫療糾紛的訴訟案件中，上訴至二審後平均仍需要約1.08年的審理時間方能做出判決，若再進入最高法院審理，則還要再花費1.72年才可做出判決。

3. 小結

雖然吾人無法最直接的觀察醫療糾紛案件在一審的起訴時間，不過在進行了上訴審的追蹤之後，其實可以從一審或二審做成判決的日期推算可能上訴的時間，進而推論在高等法院與最高法院審理醫療糾紛案件所需要的時間。初步的比較結果是：醫療糾紛案件在二審平均所需要的時間為395.76日；最高法院則需要630.22日，這個數據與司法統計年報公布的：所有刑事訴訟案件平均在高等法院結案所需的75.91日與最高法院所需的32.43日高出許多⁵⁸。

(四) 影響確定判決結果的因素探討

在本研究所蒐集的判決當中，依照其確定的理由有可分成兩大類：一類為「確實經過上級審法院判決駁回而確定」；另一類則是「未發現上級審之判決而推測在原審確定」。不管是站在病患的立場或是醫師的立場，吾人都會希望了解醫療糾紛判決在窮盡審級救濟途徑後的可能的結果，因此在這個階段，筆者僅針對確實遭到上訴

58 筆者在這裡想要再予以補充的是：理想的比較方式，其實應該是要鎖定全國各級法院審理業務過失致傷害、重傷害罪與業務過失致死罪所需要的時間，並與本研究所觀察到的數據加以對照，從而才能更加正確的驗證「醫療糾紛訴訟的審理需時甚鉅」的命題。不過這類司法統計的原始資料無法輕易取得，因而筆者也只能先利用司法統計年報中已公開的數據進行比較，故稱本段落的比較結果係一項「初步」的驗證。類似的統計觀念分析，參見：黃國昌，法學實證研究方法初探，收於：程序法學的實證研究，頁 11-15 (2012 年)。

審駁回而告確定的判決進行分析 (N=140)，希望藉由這些確實歷經各級審理的判決來觀察影響確定判決的因素。

過往的研究顯示，以一審判決為依變項時，自訴與否將會影響判決結果，然而，若以確定判決為依變項時，本文是否還能夠維持過往研究成果的論調，認為自訴依舊是影響確定判決的重要因素？仍有待驗證，特別是前段卡方檢定顯示了「一審判決結果」與「是否自訴」均分別的與「確定判決結果」間存在統計上顯著的相關，究竟是哪一個變項才是影響確定判決的重要因素？則必須透過相關性分析加以驗證。

在進行相關性統計分析前，值得一提的是，審稿人曾一再地強調本文的問題意識，應該透過結構方程模型 (SEM) 進行驗證，但由於本研究資料均屬於類別變項，而非連續變項，在資料屬性上，便不是傳統SEM研究法的分析對象，且分析對象僅有140名被告，並不符合SEM大樣本的要求⁵⁹，因此本文決定採用可支援類別資料分析的SEM軟體Mplus進行路徑分析，且因為是小樣本數，故選擇加權最小平方估計法 (weighted least squares, WLS)，並搭配適用於類別資料的Probit模型進行分析。

1. 模型適配度檢測

於進行徑路分析前，本研究先進行模型的適配度檢測⁶⁰，結果顯示：CFI=1，TLI=1，RMSEA<0.001，WRMR=0.02。由前述檢測值可知，本模型適合進行SEM之分析。

⁵⁹ 傳統的 SEM 分析，均以資料屬於大樣本為其前提要件，可參閱：黃芳銘，結構方程模式理論與應用，5 版，頁 114 (2007 年)。

⁶⁰ 適配度的指標判讀，可參見：陳新豐，結構方程模式 Mplus 的應用，頁 48-53 (2014 年)。

2. 徑路分析

本研究先提出影響確定判決因素之假說，並於考量一審判決結果可能為中介因素的前提下，設計之徑路圖如下圖2，於地理區域、被告所服務之醫院層級上，均設定為虛擬變數（dummy variable）⁶¹，並且進行SEM分析結果如下：

（1）一審判決結果屬於中介因素

參照下表7可以發現，以一審判決結果為應變項時，是否自訴確實會對於判決結果造成影響，自訴案件多傾向於獲得無罪判決，此外，在地理區域上，發生於北部與中部的案件相較於東部與離島區域，均較容易得到無罪判決。

然而，依據本研究所提出之：一審判決可能為中介因素之假說，將「一審判決」擺入自變項，並以「確定判決」為應變項時，徑路分析的結果卻顯示，原本呈現顯著的變項「是否自訴」以及地理區域中的虛擬變數「是否為北部案件」、「是否為中部案件」均不再出現顯著，取而代之的，是「一審判決結果」與醫院層級中的虛擬變數「是否為地區醫院」與確定判決結果之間出現統計上顯著的相關。

徑路分析的結果發現，將「一審判決」放入自變項後，顯著地削弱了「是否為自訴案件」對於「確定判決結果」的影響程度，使「是否自訴」對「確定判決結果」之間不再具有統計顯著性，而在此模型之中，「一審判決」與「確定判決」之間具有統計顯著性，依照本文對於中介變數的判斷標準，驗證了一審判決屬於中介變數的假設，且為完全中介。

⁶¹ 其中，於醫院層級上，設定診所為參考類別；於地理區域上，以東部為參考類別。關於設定虛擬變項之目的，可參照：MICHAEL O. FINKELSTEIN & BRUCE LEVIN, STATISTICS FOR LAWYERS 380 (2d ed. 2001).

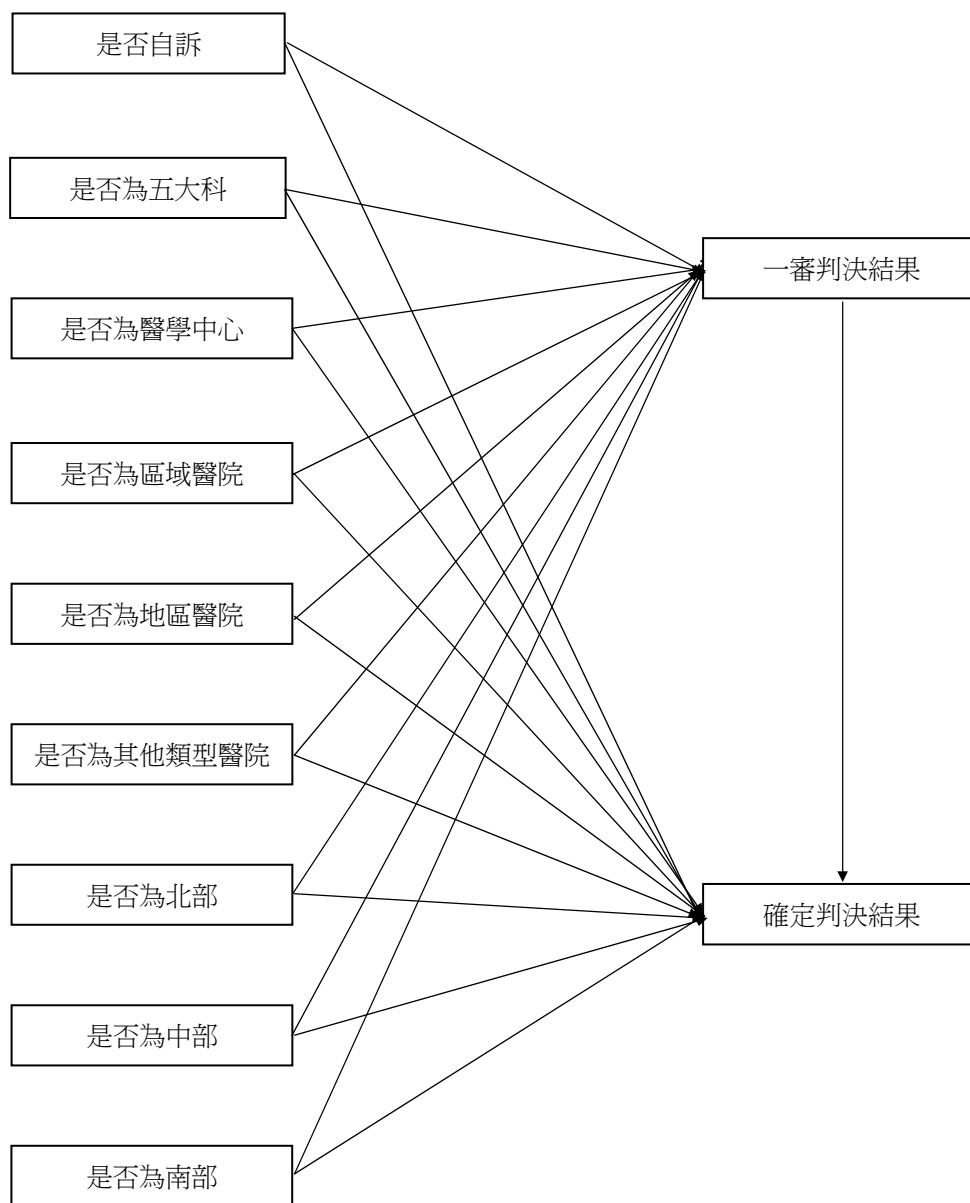
(2) 分析結果

於本模型中可以發現，由於一審判決為完全中介因素，是否自訴已非影響確定判決的重要原因，將一審判決納入自變數後，完整的迴歸分析發現，一審判決是影響確定判決結果的重要因素，一審若獲判無罪，亦通常會無罪確定；此外，在醫院層級底下，服務於地區醫院之被告，相對於服務於診所的被告，亦較容易有罪確定。

3. 小結

綜上所述，本研究在經過SEM分析後發現，在只進行到一審的情況之下，自訴與否將顯著的影響一審判決結果，但在上訴以後乃至確定判決結果出爐，此時「是否自訴」已經不再影響確定判決的結果，反而是「一審判決結果」才會對之影響，在這樣的架構之下，吾人應該理解，案件不管是以公訴或自訴提起，一審判決才是影響確定判決的重要因素。

圖2 徑路分析圖



資料來源：本文製圖。

表7 徑路分析之結果

	一審判決為有罪	確定判決為有罪
一審判決有罪		1.90* (0.80)
病患或家屬提起自訴	-1.02** (0.37)	-1.07 (0.80)
被告為五大科醫師	-0.06 (0.39)	-0.64 (1.00)
醫院層級 (以診所為參考類別)		
醫學中心	-0.19 (0.38)	0.57 (0.66)
區域醫院	-0.65 (0.47)	-0.78 (1.89)
地區醫院	0.01 (0.40)	1.37* (0.55)
其他單位	-0.68 (0.81)	-0.02 (0.39)
地理區域 (以東部與離島地區為參考類別)		
北部	-1.40* (0.67)	0.96 (1.37)
中部	-1.62* (0.71)	0.75 (1.45)
南部	-1.15 (0.73)	0.62 (1.70)

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.005$

資料來源：本文製表。

肆、臺灣刑事醫療糾紛訴訟的特徵與討論

一、臺灣的醫師是否經常性地受到刑法的嚴厲處罰？

目前因醫療糾紛所導致的問題當中，醫界抨擊最有力的看法是認為我國的醫師係「經常性地受到刑法的嚴厲處罰」，而這樣的現象在各個先進國家中實屬罕見，所以進一步的主張這是一個不合理的現象，更有進行改革之必要⁶²。醫界這樣的論點似已存在多年⁶³，論者也藉此持續的倡議不該使用刑法鞭策醫師⁶⁴；近年的媒體報導之中，每有提到醫療糾紛者，也多數會引用這樣的觀點進行報導⁶⁵。然而，這樣的論點在統計上是否為真？司法實務上是否真的如同論者所言：「經常性地使用刑法嚴厲地處罰醫師」？如果答案是否定的，那麼醫界顯然誤解了目前司法實務運作的成果，從而依據這種論調之下所衍伸出的修法建議，或許也有再加商榷的必要，所以本文將依據醫師受到有罪確定的狀況，對醫界的呼籲進行回應。

(一) 從有罪確定的比例觀察

目前的輿論焦點大多關切於醫師受到刑事追訴的狀況，所以被

62 林萍章，由實證研究看臺灣醫療過失刑事責任，台灣法學雜誌，139 期，頁 37（2009 年）。

63 黃天如，世界第一 每 3 個月 1 醫師定罪，中國時報，2008 年 1 月 20 日 A1 版。

64 林萍章，不可用刑罰鞭策醫師，蘋果日報，2010 年 9 月 30 日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20100903/32785298/>（最後瀏覽日：2014 年 4 月 6 日）。葛謹，臺灣醫療糾紛應不受刑事訴訟之理由，臺灣醫界，50 卷 8 期，頁 379-383（2007 年）。

65 燕貞宜（註 1）；范榮靖，醫療糾紛多 全台每天至少一名醫師被告，遠見雜誌，2012 年 7 月，http://www.gym.com.tw/Boardcontent_20306.html（最後瀏覽日：2014 年 4 月 6 日）；王蕙潔，【臺灣醫療急救中】動輒被告 臺灣醫生犯罪率世界第一！，TVBS，2012 年 7 月 27 日，<http://news.tvbs.com.tw/entry/25674>（最後瀏覽日：2014 年 4 月 6 日）。

告是否會獲得確定的有罪判決毋寧才是重點之所在。但就本研究追蹤的380名具有醫師身分的被告，除了15位被告所涉之案件迄今仍未能確定外，判決已確定的365名被告當中有81.6%的被告是無罪確定。81.6%的無罪確定比例是高或是低，或許言人人殊，但至少無法直觀的認為這是一個「高比例的有罪判決結果」。

(二) 從有罪被告受監禁的風險觀察

此外另一個大家關切的焦點是：醫師到底會不會被監禁？醫界或有認為我國的醫師經常遭受到刑法的嚴厲處罰，舉世少見⁶⁶。但從實證研究的角度來看，受到醫療糾紛牽累的醫師當中，未進入司法訴訟中的被告沒有刑事責任的問題，這應該是可以確定的。而進入訴訟程序且判決確定者，計67人是有罪確定，比例為18.4%，且均可以獲得緩刑或易科罰金，其中尚有27人在一審遭判有罪後並未提起上訴而告確定。

此外，有罪確定者中有57人，即85.1%的比例被法院宣告得易科罰金⁶⁷，換言之，這57名被告只要願意繳納罰金，其實都沒有失去自由的風險；另外受有緩刑宣告者有40名，占59.7%，只要於緩刑期間內不再因故意或過失犯罪，更有機會於緩刑期滿後不留有法律上的前科⁶⁸。所以從現況而言，我國的臨床醫師是否「經常性」地受到了刑法的「嚴厲處罰」？有罪確定的醫師所要承受的刑責是否「合理」？這些問題似乎應該留給讀者諸君判斷。

66 林萍章(註1)，頁37。

67 搭配表3觀察：得易科罰金的總人數是「僅得易科罰金」者加上「宣告緩刑且可易科罰金」之人數計算，故為57人，合計共占85.1%。

68 同前註之概念，亦是參照表3的內容計算，宣告緩刑的總人數是「僅受緩刑宣告」者加上「宣告緩刑且可易科罰金」之人數計算，故為40人，合計共占59.7%。

二、自訴與否會影響最終的確定判決嗎？

晚近以來，從實證研究角度觀察醫療糾紛議題者，多認為自訴浮濫是一個需要被關注的問題，由於提起自訴不需要經過檢察官進行偵查即可進入審判階段，往往被論者批評：淪於當事人恣意起訴，作為以刑逼民的手段，係浪費司法資源的不良設計⁶⁹；但相對的，亦有論者認為，自訴制度原本就是為了防範檢察官濫權不起訴而有的設計，當事人捨公訴而採自訴，並無不妥之處⁷⁰。關於自訴制度的討論，由來已久，長期以來，對於自訴制度的優缺點評論始終兩立，此回在醫療糾紛的領域中，自訴氾濫且被告多獲判無罪的狀況又再被發掘，因而也引發熱議，在這樣的討論氣氛之下，醫界人士已出現了廢除自訴，以達到改革刑事訴訟制度之論點⁷¹，法界的實務工作者亦有持相同看法者，認為應當趁此機會一併廢止自訴制度⁷²。然而，在追蹤完所有案件的上訴情況後，果真還能維持如此的論調嗎？

(一)「是否提起自訴」並非影響確定判決的重要因素

吾人可以發現，刑事醫療糾紛訴訟中的高自訴比例確實引人注目，過往的研究成果顯示，刑事醫療糾紛的案件中，經由自訴提起的比例遠高於普通案件的平均值⁷³，本研究追蹤上訴審的結果後也發現，被提起自訴的被告僅有5名係有罪確定，比例為3.1%，其餘

69 李念祖，自訴制度的復仇情結——無罪推定原則系列之二，風傳媒，2014年8月26日，<http://www.storm.mg/article/23488>（最後瀏覽日：2014年11月12日）。

70 李佳玟，自訴與無罪推定何干？，想想論壇，2014年8月28日，<http://www.thinkingtaiwan.com/content/3043>（最後瀏覽日：2014年11月12日）。

71 丁予安、詹人豪，醫療糾紛自訴之濫用與興革，臺灣醫界，57卷3期，頁53-54（2014年）。

72 陳長文，以人為本 醫療糾紛解決之道，中國時報，2012年7月16日，<http://www.want-daily.com/portal.php?mod=view&aid=33365>（最後瀏覽日：2015年1月30日）。

73 劉邦揚（註9），頁285-288。

158名被告最後都可無罪確定，自訴制度在醫療糾紛的案件中確實具有其特殊性。

但單憑描述性統計的結果，吾人並沒有辦法認定「自訴」與「確定判決結果」之間存在關聯性——即便這是一個可能的推論方向。為了驗證這個問題，本文透過結構方程模型進行分析，結果發現，自訴與否確實會影響一審判決結果，但從確定判決觀察，真正會對之造成影響的，其實是一審判決，而非是否提起自訴。換言之，若吾人關注的對象是確定判決，此時，該案是否經由自訴程序提起已非重點，若期待預測該案確定的結果，其實應該要透過一審判決。

(二) 一審判決對於最終之確定判決具有預測性

因此筆者認為，對於醫療糾紛相關法制的改革芻議，在完成前開統計分析後，其訴求應該進行適度的調整，因為：「是否自訴」，並不是影響確定判決的關鍵因素，會影響確定判決者，是一審判決。這個發現是過往文獻都未曾觸及的論點，且亦顛覆了吾人對於醫療糾紛的想像。從統計結果來說，無罪確定比例為81.6%、一審獲判無罪比例75.5%⁷⁴，二者合併觀察，筆者的解讀是：不僅自訴案件傾向被維持無罪，公訴案件亦復如此，「無論公自訴，案件多獲判無罪，縱然經過上訴，亦傾向無罪確定」，毋寧才是醫療糾紛訴訟的真實面目。

至於「一審判決與確定判決之間存在相關性」的實證結果，似乎呼應了司法改革之目的，亦即期待提高一審判決的審理品質，使一審成為堅實的事實審⁷⁵。然而從另一個角度觀察，若一審判決就相當於上訴以後的確定判決結果，是否也有可能犧牲了人民的審級

74 劉邦揚(註9)，頁279。

75 類似的觀點可以參照：黃國昌(註48)，頁362。

利益，從而有侵害人民訴訟權之虞？這樣的推論，當然也需要更加完整的詮釋，方能論證，但無論如何，從本文的實證結果觀察，在醫療糾紛的刑事判決部分，似乎與司法院所期待之改革成果接近，即：一審判決較不容易被上級審推翻。

三、小結

近來熱議的修法問題，包括在醫療法中引進重大過失概念，或是增定醫療糾紛處理與醫療事故補償法，並採取調解先行、初步鑑定等制度，無疑都是想解決現在臨床醫師面臨的困境。而筆者想進一步提出的問題是：臨床醫師目前所面對的真實困境究竟為何？從實證研究的數據來看，若說醫師的困境或風險是在於被法院定罪、判刑、甚至被監禁，恐怕言過其實，因為受訴醫師有罪確定的比例，並沒有「想當然爾」的那麼高，縱然是有罪判決確定者，也不見得會立即遭到監禁，所以，若是將焦點擺在醫師動輒遭判有罪的嚴重情狀，其實容有誤會。但從另一個角度來觀察，隨著越來越多的醫師揭露他們在工作時面臨的診間暴力、恐嚇、興訟威脅等惡劣情境，臨床醫師們的焦慮其實是顯而易見的，所以筆者認為臨床醫師的困境其實並不在於訴訟可能帶來的刑罰，而是訴訟所伴隨的冗長耗時以及面對刑事追訴——特別是患者或其家屬對醫師提起自訴時所帶來的身心壓力，因此，醫界對於司法實務的批評與建議，也應該有調整的必要。

伍、結語

一、研究成果的歸納與建議

嶄新理論的提出無疑是社會進步的原動力，但立論若無法建立在穩固的基礎上，則形同疊床架屋。近年來臨床醫師與利益團體持

續的為醫療過失行為除罪化或刑責合理化而奔走，竭盡其力的向社會各界訴說他們所面臨的艱困處境，無非就是希望透過修法的手段可以緩解動輒受訴的壓力；而從醫界訴求的內容可以發現，這類修法的建議有部分停留在刑事實體法的層面，也就是爭辯醫療過失行為要到什麼樣的程度才會該當過失犯罪的主觀構成要件⁷⁶。倡議者的立場自然是希望臨床醫師能不要動輒受到刑事訴追的威脅，但仔細觀察也不難發現，醫療糾紛的刑事訴訟案件有相當之比例是自訴提起⁷⁷；換言之，無論在實體法層面將醫療過失犯罪的構成要件限制得多麼嚴苛，只要病家願意，仍舊能夠向檢察官提起告訴或者委任律師進行自訴，縱然醫師們最後可以因為這些理論的適用結果而獲得無罪判決，但偵查或者是訴訟程序的煎熬仍然不可避免，學者也有認為限縮構成要件層次的過失概念或阻卻違法事由的提出，其實都不是處理現今惡劣醫療環境的治本之道⁷⁸。

也因為如此，筆者建議醫療糾紛議題的研究，與其著墨於「醫師是不是很容易受到刑法嚴厲處罰」的命題上，似不如關切這些臨床醫師在冗長訴訟程序中可能受到的牽累⁷⁹。從本研究可發現，從

76 近期利益團體將訴求修正為「醫療刑責合理化」，主張除了故意或具有重大過失，都不應受到刑事訴追，並提出醫療法第 82 條之 1 的修正草案，設定刑度為五年以下有期徒刑，並得併科五十萬元以下罰金。本修正草案所提出的刑度如果與現行刑法規定比較，在主刑部分，業務過失致死的部分並無差異，在業務過失致傷或致重傷的部分的顯然較現行法重。

77 由表 2 的內容可知，判決已確定的 365 名被告中，有 163 名被提起自訴，占全體被告的 44.7%。

78 李茂生，醫療事故刑事責任判斷架構初探，收於：法務部保護司編，刑事政策與犯罪研究論文集（十五），頁 145-147（2012 年）。

79 感謝一位匿名審稿人的提醒。誠然，作為一篇實證論文，對於「醫師真正面臨的壓力，其實是訴訟過程將帶來的牽累，而非刑罰」的命題，本文應該有更加全面的實證資訊，方能加以佐證，不過筆者也必須承認，真正會讓醫師在「主觀上」感到困擾的因素，以本文所蒐集的資料並沒有能力加以驗證，這或許有待未來透過問卷調查或訪談等實證研究方法再行探索，而於此，筆者亦僅是就一己之見，由本文統計所得到的「耗時計算」提出了一個較為直觀的推論：因為筆者發現從醫療傷害時起算至判決確定，大約要經過 4.77 年；進入二審的案件，其審理時間約需要 1.08 年；若上訴進入最高法院，亦再需 1.72 年才可得

醫療傷害發生開始，每位被告平均要經過4.77年方能獲得確定判決，這段期間當中，不論是醫師或是病患、家屬，確實都可能飽受心理上的折磨。相較於有罪確定的比例，冗長的訴訟過程其實更顯而易見，而也有學者早就意識到這個問題的嚴重性⁸⁰，所以持平而論，在現況之下，若想打破醫師動輒受訴的困境，與其推動實體法上的除罪化或所謂的刑責合理化，似不如聚焦於長時間的訴訟程序可能造成的負面效應，並以此作為立論的出發點，推動以緩減訟源為目的之立法或修法，盡可能的使醫療糾紛不要太快進入偵查程序或審判程序，這樣似更能精確的傳達立論者的訴求，從而也可以期待讓醫者不再身處動輒遭訴的困境。

若從訴訟策略與訴訟經濟的角度著眼，使用結構方程模型分析後也證明了：醫療糾紛的刑事訴訟中，一審判決與上訴後最終的確定判決具有一致性，被告如曾於一審得到無罪判決，縱然遭到上訴，該案之確定判決結果仍傾向維持無罪。因此，涉訟於醫療糾紛的當事人在取得一審判決後，其實應該慎重的考慮是否要再提起上訴。

更進一步的假設是：如果一審判決與確定判決相去不遠，那麼此類案件的當事人在得到一審判決結果之後，是否願意不再提起上訴，及早確定本案的訴訟結果，不使彼此陷於長期訴訟的泥淖之中？隨著實證數據的揭露，筆者認為這確實是一個值得加以深思的問題。

二、研究限制與展望

本文使用實證研究作為研究方法之目的在於反映現行法律制度

到判決，以上數據，與司法院統計年報公布各審級的結案日期進行初步對照，已高出許多。此部分推論，亦可同步參照本文註 58 與內文之說明。

⁸⁰ 張麗卿，刑事醫療訴訟審判之實務與改革——兼評最高法院九十六年度台上字第四七九三號判決，月旦法學雜誌，196期，頁181（2011年）。

的運作成果⁸¹，惟必須承認的是，以蒐集判決書作為研究對象的實證研究並無法面面俱到，受限於我國司法院目前所提供一般民眾查詢裁判的系統僅限於各審級已做成的判決或裁定，而對於所有裁判的原始資訊（raw data），吾人並無法輕易取得。因此對於自始就沒有進入訴訟程序的醫療糾紛、偵查中的案件、或曾提起告訴、自訴卻又撤回之案件、以及尚在審理的案件、或之後才發生的案件⁸²，本研究都無法確實的掌控這些資訊。

學者也曾論及在這種情況下可能會在案件的蒐集上出現偏差（bias），進而影響研究結果⁸³。但不可諱言的，這也正是以判決書作為研究對象時所將存在的研究限制。也因此醫療糾紛的研究上，如果僅使用判決書作為研究對象時，研究者除了無法百分之百的「立即呈現」爭議現況外，對於一些特定的問題意識，也無法進行觀察⁸⁴。

為了避免前述研究限制所可能造成的選擇性誤差⁸⁵（selection bias），本研究所關切的議題是聚焦在：自2000年至2010年間，已經

81 Theodore Eisenberg, *Empirical Method and The Law*, 95 J. AM. STAT. ASS'N. 665, 667-68 (2000).

82 本研究蒐集判決書完畢後才出現的案件，筆者自然沒有能力加以觀察，可參見：黃哲銘，開禁藥害女癱亡 無良醫下獄，蘋果日報，2014年7月27日，<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20140727/35984080/>（最後瀏覽日：2015年1月31日）。本案經一審臺灣新北地方法院100年度易字第1895號判決後，再上訴至臺灣高等法院，臺灣高等法院作出102年度醫上訴字第6號判決，認被告涉犯業務過失致重傷罪，處有期徒刑一年，未有緩刑宣告，當事人因而入監服刑，後不幸於獄中亡故。

83 黃國昌（註58），頁7。

84 這其中最明顯也是最常被拿出來討論的問題就是：在什麼情況下病患或家屬會願意放棄以訴訟追究醫師的責任？但這個問題光是蒐集判決書是無法得到答案的，因為放棄以訴訟程序究責的記錄並不會百分之百的留在判決書資料庫當中。相類似的研究可參：Tom Baker & Timothy D. Lytton, *Allowing Patients to Waive the Right to Sue for Medical Malpractice: A Response to Thaler and Sunstein*, 104 NW. U. L. REV. 233, 250 (2010).

85 MICHAEL O. FINKELSTEIN, BASIC CONCEPTS OF PROBABILITY AND STATISTICS IN THE LAW 98-100 (2009).

自訴或由檢察官提起公訴而進入訴訟程序，且由法院作成實體判決的被告於上訴審的追蹤狀況。

文末筆者要重申的是：一份研究能夠涵蓋的範圍畢竟有限，實證研究的成果也不代表該議題在現實下的完整面貌。本文希望盡可能的呈現刑事醫療糾紛訴訟的現狀，但這份數據仍然需要一些前提要件才能夠正確的解讀。筆者認為，實證研究不該僅被片面的擷取統計結果，用來製造誇大聳動的新聞標題；而一個負責任的倡議者，理應將其所引用的數據來源與研究限制全面公布，才能讓正反雙方都有客觀檢視的空間，並且進行理性的思辯，而非僅流於情緒性的攻擊；過度強化對立有時反而會模糊訴求的焦點，最後只留下正反雙方各說各話，毫無交集可言，倡議者實在不可不慎。最後，無論讀者對於醫療糾紛議題的立場為何，筆者都誠摯地希望這份實證數據的揭露，可以成為一份更加客觀的參考資訊。

參考文獻

1. 中文部分

- Robert L. Miller, Ciaran Acton, Deirdre A. Fullerton, and John Maltby 著，莊文忠譯（2006），SPSS在社會科學的應用，臺北：五南。[Miller, Robert L., Ciaran Acton, Deirdre A. Fullerton, and John Maltby. 2006. *SPSS for Social Scientists*. New York, NY: Palgrave Macmillan.]
- 丁予安、黃珮清（2012），號角響起，推動醫療疏失除罪化之進程，臺灣醫界，55卷12期，頁50-55。
- 丁予安、詹人豪（2014），醫療糾紛自訴之濫用與興革，臺灣醫界，57卷3期，頁50-54。
- 王皇玉（2013），論醫療刑責合理化，月旦法學雜誌，213期，頁73-92。
- 甘添貴（2011），醫療糾紛的預防與改進措施，法令月刊，62卷6期，頁66-74。
- 吳俊穎、楊增暉、陳榮基（2013），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，10卷1期，頁179-212。
- 李明濱（2012），化悲憤為力量續推醫療刑責合理化，臺灣醫界，55卷6期，頁7-8。
- 李茂生（2012），醫療事故刑事責任判斷架構初探，收於：法務部保護司編，刑事政策與犯罪研究論文集（十五），頁117-148，臺北：法務部保護司。
- 林東茂（2013），刑事醫療過失探微——從一個案例談起，收於：猶爭造化功——追憶山田師，頁239-258，臺北：一品。
- 林俊益（2013），刑事訴訟法概論（上），13版，臺北：新學林。

- 林郁馨（2014），公開發行公司經營者薪酬決定機制之實證分析——兼論薪資報酬委員會新制，中研院法學期刊，14期，頁245-317。
- 林惠玲、陳正倉（2011），應用統計學，4版，臺北：雙葉。
- 林萍章（2009），由實證研究看臺灣醫療過失刑事責任，台灣法學雜誌，139期，頁35-37。
- （2010），醫療過失刑事責任之實然與應然：從中國醫療事故罪出發，台灣法學雜誌，163期，頁29-32。
- （2013），醫療調解前置主義之爭議，月旦法學雜誌，216期，頁62-86。
- 林鈺雄（2013），刑事訴訟法（下），7版，臺北：元照。
- （2013），初探德國醫療糾紛鑑定調解會制度——兼論解決醫療糾紛之立法原則，月旦法學雜誌，217期，頁207-230。
- 邱皓政（2011），結構方程模式，2版，臺北：雙葉。
- 姚念慈（2012），醫界對於醫療訴訟的幾個迷思，萬國法律，186期，頁2-25。
- 高添富（2012），醫療糾紛去刑事訴訟化才是今後修法重點，臺灣醫界，55卷10期，頁553-556。
- 張永健（2013），袋地通行權判決之實證研究，月旦法學雜誌，216期，頁211-227。
- （2014），越界建築訴訟之實證研究，中研院法學期刊，14期，頁319-373。
- 張孟源、盧言珮（2011），醫療刑責明確化——從醫療法第八十二條第三項修法芻議談起，臺灣醫界，54卷7期，頁394-400。
- 張麗卿（2011），刑事醫療訴訟審判之實務與改革——兼評最高法院九十六年度台上字第四七九三號判決，月旦法學雜誌，196期，頁160-182。
- （2013），醫療刑事責任認定與相關醫療法修正之探討，月旦法學雜誌，223期，頁54-78。

- 許家馨(2013), 民刑誹謗二元體系之形成與分析——以「故意過失」為中心的實證研究, 收於: 張永健編, 2011司法制度實證研究, 頁147-220, 臺北: 中央研究院法律學研究所。
- 陳新豐(2014), 結構方程模式Mplus的應用, 臺北: 心理。
- 陳學德(2013), 醫療風險與糾紛解決之道——從臺灣臺中地方法院試辦醫療制度談起, 月旦法學雜誌, 223期, 頁174-215。
- 陳聰富(2013), 醫療糾紛調解制度之立法爭議, 月旦法學雜誌, 213期, 頁60-72。
- 黃芳銘(2007), 結構方程模式理論與應用, 5版, 臺北: 五南。
- 黃國昌(2012), 刑事訴訟新制之實證考察——以第一審法院之審理日數與上訴維持率為中心, 收於: 程序法學的實證研究, 頁325-367, 臺北: 元照。
- (2012), 我國勞動訴訟之實證研究, 收於: 程序法學的實證研究, 頁129-217, 臺北: 元照。
- (2012), 法學實證研究方法初探, 收於: 程序法學的實證研究, 頁1-17, 臺北: 元照。
- 楊秀儀(2013), 論初步鑑定對醫療糾紛處理之意義——對立法院「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案第七條之期待與展望, 月旦法學雜誌, 216期, 頁49-61。
- 葛謹(2007), 臺灣醫療糾紛應不受刑事訴訟之理由, 臺灣醫界, 50卷8期, 頁379-383。
- 劉邦揚(2011), 我國地方法院刑事醫療糾紛判決的實證分析: 2000年至2010年, 科技法學評論, 8卷2期, 頁257-294。

2. 外文部分

- Arlen, Jennifer. 2010. Contracting Over Liability: Medical Malpractice and the Cost of Choice. *University of Pennsylvania Law Review* 158:957-1023.
- Baker, Tom, and Timothy D. Lytton. 2010. Allowing Patients to Waive

- the Right to Sue for Medical Malpractice: A Response to Thaler and Sunstein. *Northwestern University Law Review* 104:233-251.
- Baron, Reuben M., and David A. Kenny. 1986. The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 51:1173-1182.
- Eisenberg, Theodore. 2000. Empirical Method and The Law. *Journal of the American Statistical Association* 95:665-669.
- Epstein, Lee, and Andrew D. Martin. 2014. *An Introduction to Empirical Legal Research*. New York, NY: Oxford University Press.
- Finkelstein, Michael O. 2009. *Basic Concepts of Probability and Statistics in the Law*. New York, NY: Springer.
- Finkelstein, Michael O., and Bruce Levin. 2001. *Statistics for Lawyers*. 2d ed. New York, NY: Springer.
- Holmbeck, Grayson N. 2002. Post-hoc Probing of Significant Moderational and Mediation Effects in Studies of Pediatric Populations. *Journal of Pediatric Psychology* 27:87-96.
- Jena, Anupam B., Seth Seabury, Darius Lakdawalla, and Amitabh Chandra. 2011. Malpractice Risk According to Physician Specialty. *The New England Journal of Medicine* 365:629-636.
- Lawless, Robert M., Jennifer K. Robbennolt, and Thomas S. Ulen. 2010. *Empirical Methods in Law*. New York, NY: Aspen.
- Shrout, Patrick E., and Niall Bolger. 2002. Mediation in Experimental and Nonexperimental Studies: New Procedures and Recommendations. *Psychological Methods* 7:422-445.

Comment & Note

An Empirical Study of Medical Malpractice Judgments in Taiwan's Criminal Appellate Courts

*Pang-Yang Liu**

Abstract

This population-based study was conducted to analyze the characteristics and processes of appellate court decisions regarding medical malpractice lawsuits in Taiwan, from 2000-2010. A total of 365 physician-defendants were included. Authors analyzed the contents of each court judgment and applied descriptive statistical methods. Chi-square tests and structural equation modeling (SEM) analysis revealed the factors affecting the decisions.

In general, medical malpractice lawsuits had a low conviction rate and high (innocence) maintainance rate on appeal. Of the 365 defendants, 67 defendants were convicted (18.4%), but none of the defendants were at risk of imprisonment. 158 of the defendants sued through private prosecution procedures were found not guilty (96.9%). Additionally, 273 defendants (98.2%) maintained acquittal after their appellate trials. On average, it took 4.77 years to complete a judgment from patient hurt to conviction. The result of the SEM analysis demonstrated that the results of first trials, other than whether to use the private prosecution procedure or not, were the key elements that influenced the final decisions.

In conclusion, criminal medical malpractice judgments in Taiwan possess several characteristics: low conviction rates, the high acquittal

* Master of Science, Division of Law and Policy, Institute of Public Health, School of Medicine, National Yang-Ming University.

rates under the private prosecution procedure, time-consuming process (almost five years), and the tendency of maintaining the results of first trials.

KEYWORDS: medical malpractice, empirical legal studies, appellate judgments, private prosecution, conviction rate, structural equation modeling.