

建構公共利益導向之醫療合作新模式 ——以高雄市市有財產管理自治條例為討論核心

廖哲宏*

目次

- 壹、前言—公立醫院的歷史角色與公共性定位
- 貳、促參契約下醫療合作框架
 - 一、公立醫院的經營困境
 - 二、公立醫院以促進民間參與公共建設法（下稱促參法）委託經營之常見態樣
 - 三、主辦機關架構民間機構參與公立醫院委託經營之選擇策略
 - 四、小結
- 參、從急重症功能需求思考自治條例在醫療合作中適用之可行性
 - 一、有建設性投資需求之公立醫院適合依據促參法引進民間機構
 - 二、在優先拉昇急重症功能、整合醫療與公衛任務情境下之選擇
 - 三、不能偏廢地方主管機關應有之角色
 - 四、小結
- 肆、透過契約自治、市有財產管理與行政管制之介面整合救濟促參契約之不足
 - 一、以管理自治條例作為法源之相容性高
 - 二、選擇醫療合作之民間機構與利益分配更能聚焦於公共性
 - 三、訂定合宜的私法契約來契合「公有、共管、私營」治理目標
 - 四、小結——法制路徑之比較
- 伍、結語

關鍵字：所有權與經營權分離、BOT/ROT/OT、
重度急救責任醫院

壹、前言—公立醫院的歷史角色與公共性定位¹

論起公立醫院，一般多認與國家建構公共衛生體系同步。早期，政府以防疫與軍民醫療為優先，設置官辦醫院與衛生機構，承擔傳染病監測、隔離與檢疫，並在天災戰亂時維持最低限度的急救量能。二次戰後，社會保險為主之基礎建設逐步推動，將公立醫院由衛生警備擴張為地區醫療樞紐。一方面填補市場因地理距離、收入不均、醫療風險等造成的服務缺口；另一方面在醫師養成、護理訓練與公共衛生教育中扮演其無可替代的角色。當全民健保與急救醫療體系成形後，公立醫院更被賦予最後照護者的政策定位：接住無法由市場妥善承擔之重症、弱勢與偏鄉需求，並在疫情大流行與重大事故時，成為動員與後送的核心。

因此，論及公立醫院之公共性，大致上可以從六個視角來定性：

- （一）可近性：確保地理上可達、時間上可及，不因住在偏鄉或夜間時段而失去治療時機。
- （二）可負擔性：以合理費用、減免費用等機制，輔以醫療社會工作，降低民眾就醫之經濟障礙。
- （三）維持最低程度之必要醫療量能：維持高成本、低周轉但攸關生命安全之急

* 本文作者係高雄市政府衛生局主任秘書、高雄醫學大學兼任助理教授、國立高雄大學兼任助理教授、國立中山大學企業管理學系醫務管理碩士班、律師。

1. 張玉山、賴春生、李正芳、李淳，我國公立醫院經營體制與權責之研究（科技研究發展計畫編號 DOH89-TD-1096），行政院衛生署（現行政院衛生福利部），2000 年。

重症、加護、創傷、母嬰與新生兒照護，並備妥隔離或負壓病房等防疫能力。

- (四) 公平與弱勢照護：針對身心障礙者、獨居長者、遊民、移工與多元文化社群，提供無差別處遇之醫療服務。
- (五) 透明與問責：主動揭露醫療服務品質指標、感染通報、財務資訊與病床等待時間等，並接受議會、審計與公民團體之監督。
- (六) 教育與研究：公立醫院常作為教學與人體試驗之場域，並將臨床與公衛知識回饋社會，以維繫醫療體系的人才供應。

也就是說，衡量公立醫院之公共性不能僅看門診量與營收。更要從急診待床時間、重大外傷黃金小時之處置、特殊病床（包括加護病床、精神科加護病床、燒傷加護病床、燒傷病床、亞急性呼吸照護病床、慢性呼吸照護病床、隔離病床、骨髓移植病床、安寧病床、嬰兒病床……等）占比、救護車候床時間、院內感染與死亡率、弱勢就醫免負擔人次、社區整合照護、出院轉銜天數、衛教觸及率……等數據，在高齡化、慢病化、極端災害與傳染病威脅並存下之現實狀況中，以其不可或缺，成為急重症防線、社區健康樞紐與韌性社會之重要據點。

貳、促參契約下醫療合作框架

一、公立醫院的經營困境

在現代醫療體系中，急重症處置、偏鄉巡迴服務、長照銜接與防疫隔離……等任務，往往具有投入成本高、現金回收低、風

險承擔重之結構性特徵；若僅依賴單一公立醫院長期承擔自籌資本與自行培訓人力，極易陷入量能不足、設備汰換遲緩、專科待命斷點與品質不均等困境。以腦中風、心肌梗塞與重大外傷為例，臨床上需要多專科團隊無縫接力與即時判斷，從院前分級與救護後送，到後續門（急）診評估、影像判讀、導管介入與加護銜接，每一環節都仰賴醫事人員、儀器與醫療資訊同步到位。是以，公立醫院與其他非公立醫學中心、醫療法人之策略性合作，主要就是在引入其資本，並技術升級公立醫院之醫事人力結構、數位轉型（如電子病歷互通、遠距醫療、醫療影像與AI輔助……等涉巨額投資項目），逐步縮短診療時間並提升醫療應變能量。

二、公立醫院以促進民間參與公共建設法（下稱促參法）委託經營之常見態樣

從以上公立醫院的經營困境來看，因其是資本支出高、回收期長、高度行政管制之公營造物，在委託經營時，不容閃失，因此有明確的法源依據即是中央及各地方政府特別關注的重點。由於促參法是專為引入民間機構之資金、創意及管理技術而設之基本法，其立法目的（第1條）即在「提升公共服務水準、加速社會經濟發展」；其施行細則（第8條）更將促參法規定「衛生福利及醫療設施」列為得以促參之公共建設類別，包含醫療機構、精神照護機構、物理治療機構、職能治療機構、醫事放射機構、醫事檢驗機構、護理機構……等，讓公立醫院可以正規地採用BOT（興建－營運－移轉模式）、ROT（整擴建－營運－移轉模式）或OT（營運－移轉）等促參模式，進一步讓民間機構持有足夠長之營運期以回收投資，符

合醫院巨額土建與設備支出之財務現實；並就屬公有醫院之現址，主辦機關可依法辦理撥用後，以租賃、設定地上權、信託或權利金（租金）出資方式提供民間機構使用，且不受土地法、國有財產法與地方公產管理法令之限制，亦得訂定優惠租金，顯著降低民間機構用地取得與持有成本；此外，主辦機關亦可評定民間機構之投資未具自償能力部分，可補貼利息或按績效補貼（促參法第 29 條參照），且得洽請金融機構或特種基金提供中長期貸款（促參法第 30 條參照），遇天災並可協調復舊貸款（促參法第 35 條參照）。更重要的是，另有「促進民間參與公共建設優惠貸款要點」之規定，衛生醫療設

施可適用國發基金搭配銀行的優惠貸款，並在營運初期最長有 5 年之營所稅免稅（促參法第 36 條參照）、5% 至 20% 之投資抵減（促參法第 37 條參照）、興建營運設備進口關稅優惠（促參法第 38 條參照）、地價稅與房屋稅減免（促參法第 39 條參照）等，對昂貴的醫療儀器（MRI、CT、心導管設備等）尤具吸引力。因此，中央及直轄市、各縣（市）政府多半選擇用促參法來辦理所屬公立醫院之醫療合作，而作為民間機構之其他非公立醫學中心、學校法人，在促參法之框架下，亦有相當參與之意願，自不待言。以下謹列國內目前主要以促參法委託經營之案例：

表 1 以促參法委託經營之公立醫院

縣市	醫院促參案件	健保署 急性病床數	醫事管理系統急性病 床數		首次開辦日	備註
			許可數	開放數		
臺北市	行政院衛生署甄選民間機構投資興建經營雙和醫院	979床	800床	800床	民國93年3月8日簽約至143年3月7日結束	臺北醫學大學
新北市	新北市立土城醫院興建營運暨移轉案(BOT)	625床	499床	499床	109年7月22日正式開幕(BOT案)；103年7月25日簽約至153年7月24日結束	長庚醫療財團法人
新竹市	新竹市兒童醫院興建營運移轉(BOT)案	200床(根據最低床位數之規範推估，目前在衛福部未查得資料)	250床	143床	111年9月試營運；106年9月7日簽約至156年9月6日結束	兒童專科為主；台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人
臺中市	臺中市立老人復健綜合醫院新建營運移轉案	尚未開業	尚未開業	尚未開業	開業日尚未公布	預計於115年底完工啟用

縣市	醫院促參案件	健保署 急性病床數	醫事管理系統急性病 床數		首次開辦日	備註
			許可數	開放數		
台南市	台南市立安南醫院興建、營運、移轉BOT案	618床	499床	499床	107年開辦；99年6月23日簽約至149年6月22日結束	由中國醫藥大學醫院經營
	台南市立醫院委託經營暨整建計畫	431床	431床	346床	98年2月6日簽約至141年12月31日結束	秀傳醫療社團法人
高雄市	高雄市立小港醫院興建營運移轉(OT+BOT)案	527床	496床	446床	107年1月1日簽約至141年12月31日結束	財團法人私立高雄醫學大學
	高雄市立岡山醫院整擴建營運移轉(ROT)案	72床	64床	64床	105年2月25日簽約至120年2月28日結束	秀傳醫療社團法人
	高雄市立鳳山醫院興建營運移轉(OT+BOT)案	104床	250床	100床	105年3月31日簽約至155年3月31日結束	長庚醫療財團法人
	高雄市立旗津醫院整擴建營運移轉(ROT)案	20床	30床	20床	103年10月1日正式開幕；103年3月31日簽約至118年3月30日結束	財團法人私立高雄醫學大學
	高雄市立大同醫院(高雄市立聯合醫院大同院區)委託經營暨整建計畫案	401床	350床	336床	98年12月31日簽約，目前契約已屆滿結束	財團法人私立高雄醫學大學

資料來源：

1. 財政部促進民間參與公共建設資訊網（促參案件及簽約起迄日）
2. 健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網（急性病床數取自114年4月1日數據）



三、主辦機關架構民間機構參與公立醫院委託經營之選擇策略

由表 1 所示，目前中央、各直轄市及縣（市）在促參法上如何選擇適當的方式讓民

間機構參與公立醫院之經營管理，顯然有其各自策略，以下謹就筆者在高雄市立醫院委託經營個案中所思考的層面，概略表列如下：

表2 民間機構參與公立醫院經營在促參法運用之方式選擇

思考順序	決策問題 (依序判斷)	是 →	否 →	選型思考
1	是否需要新建大量硬體設施？	BOT	進入第2問	新建案需長年期或民間機構可能需要融資或稅賦利益。
2	既有院舍是否需大幅補強或改建？	ROT；若同時擴張且須不中斷→OT+BOT	進入第3問	工區分期與遲延扣罰；不中斷則需設過渡計畫。
3	是否只需外包部分服務、且不需委託經營？	單純委託（可採政府採購法或財產管理自治條例之「醫療合作」模式）	進入第4問	適合清潔、資訊維運、特定檢驗等「購買勞務」方式處理。
4	是否需要維持營運不中斷？	「OT+BOT」或「ROT+OT」配套	依前述要模式擇BOT、ROT、OT或加以組合後定案	如民間機構加快「興建期」，可以將減省的工期用以延長「營運期」；如興建期延誤，則亦有處罰機制。
5	公共性之目標權重高低？	不論何型，皆需有「回饋」、「租金」、「公衛任務指標」、「行政管制」治理等措施	仍建議納入基本公衛KPI及財務透明機制	將急重症、弱勢免負擔、長照銜接、防疫量能等條文化、數據化、可執行化

來源：作者自編

從表 2 類似決策樹之思考方式，進一步分析表 1 各家公立醫院之狀況，可見雙和、土城、安南、新竹兒童醫院尚需大規模新建，則採 BOT（興建－營運－移轉模式）可適合醫院屬高資本、長回收期之標的特性²；至於岡山、旗津或臺南市立醫院，其具既有院舍，惟須大幅整建或擴建以進行補強，且有營運不中斷之需求，故以 ROT（整擴建－營

運－移轉模式）之方式進行委託經營，較能切合地方政府需求；而小港、鳳山醫院則須在同場域範圍內同時營運並新建或整擴建醫院新建物，其採 OT+BOT 方式，無非係以 OT（營運－移轉）維繫既有床數與急救責任能力、維持院區動線與救護後送不中斷，又同步以 BOT 啟動新建（或擴建）工程並

2. 臺中老人復健綜合醫院如非地方政府自建，則可思考採 BOT（興建－營運－移轉模式）方式辦理。

設定不同工期里程碑（如主體結構、機電、法定醫療設備安裝、試運轉至開辦核准……等）方式，在「不中斷醫療服務」前提下完成空間轉置與醫療量能升級。

四、小結

承上可見，公立醫院固然有其結構性困境，但配合以促參法為核心的多元合作模式，並非不能在「新建一整擴建—不中斷營運—外包服務」之間形成可組合的案型選擇，進一步以決策樹來對映各地委託經營案例顯示，凡屬大規模新建、資本支出高且回收期長者，採 BOT 可藉由長年之營運期、搭配融資與租稅誘因，讓民間機構得以攤平投入並加速完工；至於公立醫院如已有既有院舍，但需大幅補強、擴建且必須營運不中斷者，以 ROT 或 OT + BOT 能在維持既有運作之際完成空間轉置；惟若僅為特定業務外包且不授經營權，則以政府採購法或自治條例下之醫療合作即可達目的，於法亦非不可。

特別要強調的是，所有案型中採用之促參方式都只是「工具」，關鍵在於如何在契約中嵌入以公共性³為對價的治理結構，把重度級急救、弱勢減免、長照銜接、防疫量能等理念，加以條文化、數據化、可執行化後，並以設定分期、履約保證金、逾期扣罰與公證契約取得逕自強制執行之依據；同時，導入第三方稽核、關係人交易揭露，以降低資訊不對稱與私益擴張風險。也就是說，不論採何種方式，皆須因地制宜、動態調整，亦即地方政府應依區域醫療量能缺口、人口結構、救護後送時程、健保支付變化與資金

需求，必要時在階段性契約結束時進行調整（例如自 ROT 過渡至自治條例之醫療合作），形成可修、可換、可收回之彈性治理模式；並以營運不中斷為首要原則。總而言之，促參並非萬靈丹，靈活運用市有財產管理自治條例、私法自治，亦可在「問題導向」的脈絡下，視個別醫院生命週期與在地條件採取不同策略，方能在財務可承擔與醫療可近、可負擔之間取得平衡，達成以公共利益為核心的醫療合作模式。

參、從急重症功能需求思考自治條例在醫療合作中適用之可行性

一、有建設性投資需求之公立醫院適合依據促參法引進民間機構

對於存在大規模建設性投資需求⁴的公立醫院而言，採用促參法引進民間機構，參如前述，其之所以特別適合，關鍵在於其同時解決資本、風險配置與法源正當性等問題。首先，醫院新建與整擴建涉及巨額土建、機電、醫療設備與智慧醫療等關鍵基礎設施，回收期長、現金流初期偏弱，若完全依賴公共預算往往面臨年度撙節預算的天花板，導致工程分期拉長與設備汰換遲滯。促參法提供專法授權之融資與資產使用機制，主辦機關可將院地以出租、設定地上權或信託等方式合法供民間機構使用，並透過長年期的契約，讓民間機構以專案融資在起始期投入龐大資本，同時保留期末移轉機制，兼顧市有財產使用效益與世代公平之差距。不

3. 蔡茂寅，財政作用之權力性與公共性—兼論建立財政法學之必要性，國立臺灣大學法學論叢 25(4)，頁 53-76，1996 年。

4. 廖欽福，財政投融资法概念之構築與原理原則之規制，載於財政法，頁 343-392，新學林，2021 年。

過，從反面來看，當作為委託經營管理標的之公立醫院如果已經是建物的完整體，而無須可持續的財務與治理機制支持醫院生命週期之初期運作，則在高齡化與醫療需求提升、健保支付壓力對應醫事人力緊縮下，如何以制度化方式引入外部資本與管理，提高公共醫療服務供給品質與穩定性，則是在法制面上如何選擇的另一重要問題。

二、在優先拉昇急重症功能、整合醫療與公衛任務之任務型情境下之選擇

以高雄市立大同醫院為例，其既有院舍所在區域已無新建及整擴建之可能，促參法（BOT、ROT、OT）最擅長處理有關資本高、回收長、需開發的建設型專案（例如：新建院區、整擴建伴隨長年期融資與稅賦誘因），已非重點。市立大同醫院當前所需，在建置全時急重症團隊、跨院支援、流程整合、不熱門但必須之科別與常態性值班，而非無需土建之本體，促參法原有立法意旨偏向授與絕對經營權搭配民間機構資金挹注的情況，已不符市政府規劃「公有、共管、私營」的治理目標，而高雄市市有財產管理自治條例（下稱管理自治條例）則提供更加靈活的空間，得以對應所有權與「部分」經營權分離的醫療合作路徑。

從管理自治條例第 43 條規定來看，市有不動產得「出租、設定地上權、委託、合作或信託」等方式開發利用，亦即可經市府核准後，由主辦機關擬定個別化之經營計畫與收益分配機制，以符合「公有（資產仍歸市有）、共管（由市府與衛生主管機關治理）、私營（委由專業醫療團隊實際營運）」

的政策設計。尤其，高雄市行政版圖從沿海到山區、由都會到偏遠，急救半徑長、到院易超過黃金急救時間，同時高齡化帶來腦中風、心肌梗塞、敗血症……等，具有高時間敏感度的重症數量偏高，即使目前高雄已有四家醫學中心，但服務面積與人口分布讓急救醫療之可近性顯著不足。加上轄區內石化、鋼鐵、港埠、機場及物流之密度均位居全國數一數二，工安事故、化災、中暑熱傷、淹水與大規模傳染病等高衝擊事件發生之機率，相較於其他直轄市都偏高，故對創傷、燒傷、毒化學暴露與大量傷患動員之需求亦大於其他直轄市。因此，為維持公立醫院之公有、共管、私營治理取向，並促進公共利益、增進市產使用效益以增加市庫收益，市立大同醫院勢必大幅提升急診、各專科、加護病房的處理能力，並建立完善的跨科協作機制，管理自治條例作為改造大同醫院為重度急救醫院之主要法制框架，有其必要性。

三、不偏廢地方政府在醫療法上主管機關角色

在我國醫療法體系下，地方政府並非純然是中央主管機關之政策執行者，醫療法亦明確賦予直轄市、縣（市）政府有關許可、行政管制、分級醫療與緊急動員……等職權，顯示地方政府在政策落實、品質治理與公共性維護上，亦負有無可迴避的責任，故在公立醫院經營上，亦應透過建置適當之法制，將法定職權化為具體而有效之治理工具。尤其地方政府需對於醫療品質與病人安全進行第一線之行政管制，依法可對醫療機構之人力配置（醫療法第 12 條第 3 項參照）、設備運作、病歷維護（醫療法第 67

條至第 74 條參照）、資訊安全、收費透明與感染防治進行稽核，並以警告、罰鍰、停業乃至廢照等層級化手段，確保醫療機構與醫事人員能善盡其醫療法上之義務；同時，醫療法授權地方主管機關定期督考，與中央的教學醫院評鑑相互銜接（醫療法第 28 條參照），使有關醫療品質管理之檢查不是偶一為之，而是持續改進的制度，因此在醫療網與分級轉診上，依法得針對轄內醫療機構設立或擴充提出審查與限制，並主導急救責任醫院的布點、升級與互補（醫療法第 88 條參照），高雄市政府在轄區地理條件差異大、人口結構快速老化下，其地方主管機關之角色尤為關鍵，醫療法賦予整合消防、衛生、環保、工務與民政系統之地位，得以快速協調醫院床位、加護能量、救護車後送、醫療物資與人力替班，對於急救不拒收、弱勢免負擔、長照銜接、偏鄉巡迴、院前分級、跨院轉診（醫療法第 73 條參照）等任務，地方政府亦有責任將抽象的政策目標量化為具可驗證的執行策略，並以行政管制與私法契約結合的方式，使公立醫院在健保支付與成本壓力下仍有誘因推動醫療事業之健全發展，合理分布醫療資源，提高醫療品質（醫療法第 1 條參照）；在此脈絡下，地方政府推動改造公立醫院為重度急救責任醫院，不能倚賴單一法制遂行，而應以醫療法相關之強行規定（具有罰則之規定）為基礎，並輔以管理自治條例與醫療合作契約，確保所有權、管理權與經營權的比例關係，均能服膺於公共利益，公立醫院之醫療合作與升級才不會流於利益交換，而達醫療法賦權地方政府行政管制職權之立法意旨。

四、小結

參諸前述說明，高雄市立大同醫院要從「中度」躍升「重度急救責任」，關鍵不在建物新建或整擴建，而在如何以治理結構與任務導向來重塑公立醫院之醫療量能。促參法的優勢在於處理需長期開發之建設，對已成形且受限於都市既設環境，而無法新建與整擴建之院區，邊際效益有限；相對地，運用「高雄巿市有財產管理自治條例」第 43 條之出租、設定地上權、委託、合作或信託等彈性工具，搭配「契約自治」可量身訂做公私協作，把所有權留在巿府（公有）、政策與行政管制由主管機關主導（公管）、臨床與營運交由專業團隊執行（私營），不全然依循以往公立醫院委託經營時，以所有權與經營權絕對分離之方式為治理設計。地方政府依醫療法之許可、督考、分級醫療與災時動員權能，得把重度急救責任醫院之所需，具體化為私法契約條款，特別適合高雄地區屬於急救半徑長、老化加速且公安事件風險較高的港區工業都會大城。更重要的是，管理自治條例提供可動態調整之合作機制，使改造市立大同醫院為重度急救責任醫院，不受單一醫療合作之法制所拘束，而有較高的彈性空間，相關論述接於下章說明。

肆、透過契約自治、市有財產管理與行政管制之介面整合救濟促參契約之不足

如上所述，促參契約對於已具完整建築體之公立醫院，常見公共性不足之缺漏，以下先表列各個面向可能的風險：

表3 促參契約常見公立醫院公共性不足之風險問題

面向	契約架構	契約條款摘要	不足	風險及影響	摘要結論
合作模式與財產權	促參法下之ROT（整擴建、營運暨移轉）；公有資產權留市府，經營管理權授與受託者	地方政府點交原基地土地、建物、設備予民間機構，整擴建後營運，期滿無償返還全部營運資產	非所有權讓渡，但權利行使與經營管理分離幅度大，需有得以動態調整之契約精準補足公共性	公共目標必須靠契約落實，若條款過於抽象，易被營利取向替代	ROT能導入能量與品牌，但公共性之落實須靠可量測指標與強制機制
法律適用層級	契約及附件優先→投資執行計畫→申請須知，如有爭議需澄清→促參法及其他法令	授權個案條款嵌入營運目標	契約公共任務多為概括義務，缺少可量測之KPI指標與違約罰則連動	公共目標與營利誘因落差大，事後難以藉契約變更補救	形式上固然合規，但欠缺公共性
契約期間與暫管	基本年期長；期滿若市府無法即時接管，設一年「暫管契約」	可確保不中斷服務	若未提早啟動續約，政府期末談判籌碼弱化，易受制於原受託者	降低競爭性遴選空間，條件更新困難	必須前置規劃「競爭性」重招條件及時程，避免被動續約
投資義務與整擴建	簽約後設定最低投資額；並完成耐震、消防、空間改造	以金額與時程作為履約衡量	缺乏獨立審價與公開透明機制；資本支出內容由受託者提報、政府核備為主	容易出現「帳面達標」但與公共需求落差；難證投資真正聚焦急重症處理能力	
營運與設施維護重置費	每年自「營業總收入」提撥一定比例為專戶，使用須報主辦機關同意；期末餘額移轉主辦機關	建立資產維護之基本資金需求	審查多為形式性；資金動支傾向營利導向（自費、內裝、影像升級），對急重症、隔離、偏鄉量能之投入不足	專戶「被內部化」，與原意（設施永續、公衛量能）可能產生落差	專戶應明列可支用之公共性項目與禁止用途，並強化審查機制

面向	契約架構	契約條款摘要	不足	風險及影響	摘要結論
權利金設計	固定權利金＋「營業總收入」百分比為變動權利金（低固定且低變動）	鼓勵提升營收	營業總收入定義不清；未排除民間機構體系內移轉收入；無管理費上限或分攤規則；權利金未與公共KPI指標連動	誘發醫療往「低風險、高現金流」之業務傾斜；可用內部分攤壓縮盈餘而不影響權利金基礎	
營運績效評估與優先議約	年度評分達一定分數為良好；良好次數達標且具教學醫院資格，可於屆滿前申請優先議約	建立優先議約權門檻	指標偏重形式合規（營運與設施維護），欠缺急重症量能、偏鄉支援、公衛應變等構面；續約誘因與公共價值連結薄弱	形成先行者優勢，卻不必然回應地方公共任務	

資料來源：作者參考高雄市立大同醫院於 110 年至 113 年相關營運報表製作

由此以觀，如何進一步透過契約自治、市有財產管理與行政管制之介面整合來救濟促參契約之不足，已是公立醫院治理的重要課題，以下進一步說明：

一、以管理自治條例作為法源之相容性高

如前所述，管理自治條例第 43 條明定市有不動產得以出租、設定地上權、委託、合作或信託等多元方式開發利用，市府得就大同院區訂定個別化「醫療合作」與「營運回饋」方案，不必授予民間機構絕對且長期之經營權特許結構，亦能透過契約自治明確化雙方給付（如全時重度急救之醫師及醫事人員團隊）與對價（如租金、公益回饋金），故以管理自治條例作為法源與政策目標之相

容性顯著高於促參法之規定。

二、選擇醫療合作之民間機構與利益分配更能聚焦於公共性

在管理自治條例架構下，市府可自行訂定公開徵求合作企劃與最有利方案評選要點，將重度急救能力建置時程、常態醫事人員人力配置、跨院支援承諾、臨床指標達成率、醫療資訊互通、人才訓練、對地區醫療網之貢獻……等列為高權重評分項目，租金與公益回饋金的權重比例可以不用太高，但可與公共性表現連動，使得醫療合作後的公立醫院仍可確保其不失公共性；也可在契約中明定確保弱勢免負擔、急救不拒收、偏鄉巡迴、長照銜接、傳染病備援等公衛任務。

同時民間機構於醫療合作過程中，亦不因管理自治條例而免除醫療法下之義務（評鑑、品質、病安、資訊、公共衛生動員），反而藉由契約進一步具體化義務之執行，同時維繫公有、共管、私營的政策目標與市民最大利益。

三、訂定合宜的私法契約來契合「公有、共管、私營」治理目標

由於大同院區內之市有財產所有權仍為市有（公有），營運過程由市府及衛生主管機關依醫療法進行行政管制與醫療品質稽核（共管），臨床服務與管理由合作醫療法人負責（私營），達成所有權與部分經營權

的可分離安排，避免傳統促參模式中全部經營權讓與民間機構可能的弊害（顯而易見的是，低收益之婦兒科或負壓隔離病房將被捨棄）；簡單來說，促參法上的民間機構為經營主體，而在管理自治條例下，透過私法契約來定性民間機構為公立醫院之行政助手⁵，並把重度急救責任醫院的臨床指標直接「條文化」，並兼容「營運不中斷」之需求。

四、小結——法制路徑之比較

本文最後以一簡表，略就促參契約（BOT/ROT/OT）與管理自治條例第 43 條醫療合作加以比較：

表4 促參契約（BOT/ROT/OT）與管理自治條例第43條之醫療合作契約

法制路徑	核心性質	適用情境	經營風險	行政管制	契約彈性	對醫療品質升級之影響
促參契約 (BOT/ROT/OT)	公私協力以公共建設投資為標的，授予排他經營與收益	新建或大規模整擴建，需長年期融資與稅賦誘因	民間機構負擔較多興建與營運風險	公告徵求、評選、議約；中央財政部與主辦機關雙軌併行行政管制	期中變更較不易	具建物或設備新建與整擴建可行性，但如重點係在急重症團隊與流程升級，則促參契約似非最佳解
自治條例 § 43	地方資產管理 + 公私協力之混合制	既有院舍、不移轉所有權，增強公共任務	無興建風險，營運風險雖低，但民間機構收益可能不高	議會監督、契約公證、公開揭露	高度可客製化，便於公共性指標設計	以提升為重度急救責任醫院為目標，可將公共任務量化並與財務回饋連動

資料來源：作者整理作

經由比較可知，對已成形、無新增土建空間與需求之公立醫院而言，其治本之道在於急重症量能系統性升級，而非單純硬體擴張。此時，適用高雄市市有財產管理自治條例第 43 條之「合作契約」應更能兼顧「公有、

共管、私營」之治理模式，把公共任務內化為經濟誘因，並以議會監督與契約公證確保營運期間之程序正當與財務透明。

5. 張文郁，行政輔助人（行政助手），月旦法學教室第 2 期，頁 18-19，2002 年。

伍、結語

本文主張以公共利益為核心，依高雄巿市有財產管理自治條例第 43 條，重塑公立醫院與民間機構之醫療合作。公立醫院的任務不僅是營運，而是提供市民可近、可負擔之醫療服務，如何維持急重症量能、照顧弱勢、資訊透明，病善盡衛教與教學研究責任，均是重要課題。不過，對於需新建或大幅整擴建之公立醫院，重點在於透過促參法（BOT/ROT/OT）能以長年期融資與稅負誘因補足資本門檻；然以市立大同醫院為例，其院區建物已然成熟，關鍵在如何提升急重症醫療團隊、流程與跨院區協作，促參法之架構著重讓民間機構盡量獲利來填補投入新建或整擴建之資金需求，故非難以想像民間機構易有誘因將醫療業務導向自費與門診。管理自

治條例第 43 條可透過出租或合作等方式，落實「公有、共管、私營」之所有權與經營權部分分離，作為公營造物之公立醫院所有權仍在地方政府、治理由地方主管機關依醫療法行使，營運則交由專業醫療法人擔任行政助手；並以租金、公益金回饋、第三方審計、重增置專戶、履約保證金、違約金與公證契約逕行執行等方式，將重度急救、偏鄉支援、防疫備援等公衛指標內化為履約項目，並以年度滾動調整，確保營運不中斷與財務透明。藉由適當之法律工具因應醫療合作標的之屬性選用，對既有院舍且以功能升級為核心者，透過管理自治條例進行醫療合作，輔以地方政府將醫療法權限導入嚴謹之行政管制，期使公立醫院之公共性與效率得以併行，則萬幸矣。



醫療事故預防及爭議處理法的應對策略： 創造醫病雙贏的實踐

張偉洲* 林武震**

● 前言

在傳統社會中，醫病間之關係，多基於信賴原則，病患皆忠誠地將生命、身體、健康交予醫護人員治療，甚少發生醫療爭議或法律責任之追究。然隨著社會結構及時代之變遷、相關法律之制定施行等因素，病人（含家屬）權益意識提高，醫病間之關係亦隨之複雜化，甚至形成諸多法律事件，對執業之醫護人員造成極大之壓力與打擊。然而，古今中外，再完善的醫療設備與技術，均無法絕對保證不會發生醫療爭議，可見醫療行為尚難完全達到「十全十美」，因此，「病人若有三長兩短」，醫師將會「七上八下」。

醫療爭議事件是醫療機構或醫療相關專業人員，最不願遇到也最隱晦的事情；根據研究指出，大約 37% 的醫療專業人員表示在執業生涯中遇到過醫療糾紛 (Xiuzhu Gu, Kenji Itoh, 2019)¹；美國也曾報導因醫療疏失、錯誤，造成病患的死亡是全美十大死因的第 7 位 (Institute of Medicine, 1999)²。因此，如何避免醫療爭議的發生或是發生後如何保護雙方權益，降低醫病之間的認知誤差與緊張關係，是病患與醫療專業人員彼此須共同面對的課題。

追溯至民國 87 年由當時的沈富雄委員仿照瑞典病人賠償保險制度法案提出的「醫療糾紛處理與補償條例草案」開始（吳若

儒, 2018)³，歷經各界超過 25 年的努力，「醫療事故預防及爭議處理法（簡稱醫預法）」終於在 113 年 1 月 1 日起實施，對醫病之間的爭議處理，邁入「對話取代對立」、「調解代替訴訟」的新時代，從溝通關懷、爭議調解及預防除錯等三階段，優化醫療糾紛處理的規範與實施程序。筆者曾擔任醫療爭議處理第一線專責人員超過 15 年的時間，深刻感受到這部法律不僅是對醫療行業的規範，更是對醫病關係的一次重塑。本文將從醫療機構的立場出發，探討如何有效應對醫預法的實施，並尋求創造醫病雙贏的策略。

● 相關法規要求與醫院評鑑規範

根據 113 年台灣醫院評鑑基準⁴，要求醫院須「建立醫療事故預防及爭議事件處理機制，確保醫病間之信賴與和諧關係且對涉及醫療爭議員工有支持及關懷辦法」；美國醫療機構評鑑聯合委員會 (The Joint Commission)⁵ 對於相關概念也規範在其評鑑標準 (JCI Accreditation Standards for Hospitals) 中：「醫院應依據其政策所訂的時限，調查並在可能的情況下解決病人的申訴」(PCC.02.03 ME2)、「醫院應建立一套追蹤與支持程序，提供給那些因不良事件或重大傷害事件而成為「第二受害者 (Second Victim)」的員工 (SQE.02.00)」，

「重大警訊事件 (Sentinel Event) 發生後 45 天內完成全面的系統性分析（包括矯正行動計畫）(Sentinel Event Policy (SE) Chapter)」⁵。每年地方衛生局的醫療機構督導考核也同樣要求醫院須「強化醫療事故預防及醫療爭議處理能力（醫政業務 2.1）」⁶。因著上述的規範與要求，其實醫界在面對醫療糾紛的處理早已建立內部風險管理機制，但是，因應醫預法的施行，原來適合該醫院且行之有年的標準作業程序，勢必要做適度的檢討、修正與優化。

● 醫療機構的因應

以南部某醫療體系為例，主要的因應對策如下：

1. 加強教育訓練：根據王志嘉醫師（2023）⁶ 的研究顯示，多數臨床醫事人員對醫預法的認知仍有不足，這反映出醫院在人員教育訓練上的急迫需求。透過法規及案例分析，讓醫療人員熟悉醫療事故的處理流程與溝通技巧，提升應對突發事件的能力。
2. 盤點並完備法制：檢視醫院內現行法規，如醫療問題評估委員會設置辦法內容，配合醫預法規定，正式成立「醫療事故關懷小組及重大醫療事故通報小組」，以期符合法定要求。另進一步修訂醫院內處理醫療事故標準作業流程，將 ISO 文件程序書正式更名為「醫療事故關懷及重大醫療事故通報流程管理程序書」，其內容依據醫預法逐項規定，依時間序明訂醫療事故關懷流程及重大醫療事故

通報流程，並配合更新或建立各項表單紀錄，以完備執行規範。

3. 醫療事故關懷小組及重大醫療事故通報小組之組成與任務：

3.1 醫療事故關懷小組係由院長聘任跨領域專業人員組成，由醫務秘書（醫師）擔任召集人，成員由秘書、社工、公關、人力資源、法務、心理、護理等專業人員所組成，得以在事故發生或接獲院內病人安全通報系統中具醫糾傾向案件之通報時，於第一時間介入。當事部科主任或其代理人於案件知悉後 24 小時之內，立即協助當事人員先行向病人、家屬或其代理人進行初步說明與溝通，以期減少疑問、即時化解爭議。

3.2 重大醫療事故通報小組成員也是由院長選聘相關專業同仁組成，召集人為醫務秘書（醫師），成員包括秘書、法務、護理、院級根本原因分析 (Root Cause Analysis；RCA) 小組成員、醫療問題評估委員會幹事等組成。為綜整發生重大醫療事故之醫事部科所提出各類通報表單、醫療品質及病人安全中心 RCA 通報單等資料，召開事故通報討論，擬定重大醫療事故通報所需之通報資料、根本原因分析及改善方案等。

4. 醫療事故關懷小組及重大醫療事故通報小組之運作：

4.1 醫療事故關懷小組：接獲醫療事故發生通報（醫療爭議事件通報單、病人安全通報系統中有醫糾傾向的案件或病友意見表等事故相關資料）後：

4.1.1 參考重大醫療事故事件通報定義及排除條件，先行分析研判，如評估可能屬於重大醫療事故者，立即通知重大醫療事故通報小組進行重大醫療事故之評估與通報。

4.1.2 召開「醫療過程重建會議」，嚴謹地釐清醫療過程並了解家屬的訴求，規劃因應策略後，啟動院級關懷程序，由社工師負責對病患及家屬進行安撫與關懷，且於病歷中留下溝通紀錄，並擔任單一聯繫窗口，維持醫病溝通無礙。臨床科部於5日內召開家庭會議，提供所需的情感支持，除情緒安撫，必要時就醫學專業重點提供客觀說明，如此，不僅能減少病人和家屬的焦慮，有助於增進患者對醫療機構的信任，還能在一定程度上降低訴訟的風險；同時，依「員工協助方案實施辦法」，協助涉故員工面對心理、生理健康的調適，積極介入提供心理諮

商輔導、醫療諮詢及法律服務等，以期減輕員工面臨的困境與壓力，避免受到二次傷害，影響後續職涯發展。

4.2 重大醫療事故通報小組：接獲醫療事故關懷小組通報後，即依召集人或其代理人研判結果，召集醫療事故當事醫事人員、當事及相關部科等，召開「重大醫療事故通報重建會議」，依醫預法第34條第1項應通報之重大醫療事故定義與排除條件評估事故內容，初步重建事故過程以釐清問題，獲得共識後，共同擬定事故發生通報內容，完成重大醫療事故發生通報單，依重大醫療事故通報及處理辦法第4條規定，於7個工作日內由專人通報「衛生福利部醫療事故通報平台」
<https://www.mars.mohw.gov.tw/mars/index.html>。

5. 內部風險管理機制：透過建立無責罰的通報系統，對潛在的醫療事故進行預測與防範；針對重大醫療警訊事件，除7日內依法完成通報之外，院級RCA小組成員，亦將針對醫療事故進行深入探討，擬訂改善對策，並依重大醫療事故通報及處理辦法第5條規定，於45日內完成報告並上傳通報系統，同時呈報校方及董事會。

● 預防勝於治療

醫預法建立了完整的「溝通關懷→爭議

調解→預防除錯」三階段處理機制，這意味著醫院不能再被動地等待糾紛發生，而必須主動建立預防機制。例如：落實無責罰的通報系統、強調醫學人文精神、遵守醫學倫理且保持符合當時、當地的專業水準、完整詳實的病歷記載（跨團隊）、以全人照護的概念，加強跨領域團隊合作等。同時，醫預法也強調溝通的重要性，醫院應該在日常的診療過程中，以病人為中心思考，以同理心關懷病患及家屬並注重與病人間的有效溝通，對於病患的抱怨應理性積極面對與處理，因為「抱怨未及時澄清處理往往是醫療爭議的前兆」，其實，有時候處理情緒問題，要比處理疾病更為重要。

● 結語

建立良好的醫病關係是調解成功之鑰。雖然各醫療機構都已經建立相關的標準作業程序，對於爭議的處理也有一定的經驗與方法，但隨著醫預法的公布與施行，醫療機構及同仁們仍須透過累積更多實務案例，持續學習適應新的流程與規範，此過程採取滾動式修正的方法，針對不足之處補充，不當之處修正，方能真正發揮新法帶來的制度效益。

因此，醫療機構更應強化以醫療品質與病人安全為核心的關懷文化，重新檢視並優化自身的醫療服務與管理流程。在實務執行上，雖然專業堅持不可或缺，但態度必須謙卑，溝通說明要需更加清晰與真誠。唯有確

實遵守醫預法的規範，厚實醫病間的互信基礎，確保雙方的權益與需求能夠透過有效溝通得到滿足，才能真正促進醫病雙方關係的和諧，從根本減少醫療爭議，最終實現醫病雙贏的理想局面。

● 參考資料：

1. Gu, X., & Itoh, K. (2019). A comparative study on healthcare employee satisfaction between Japan and China. *Health Planning & Management*.
2. Institute of Medicine. (1999). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy Press.
3. 吳若儒（2018）。我國醫療糾紛處理及醫療事故補償法發展之光與影（碩士論文）。國立政治大學，臺北市。
4. 衛生福利部醫事司（2024）。113 年度醫院評鑑基準、教學醫院評鑑基準及醫學中心任務指標基準，衛生福利部。
5. Joint Commission International. (2025). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (8th ed.)*. Joint Commission Resources.
6. 王志嘉（2023）。從醫學人文與全人教育觀點談醫療事故預防及爭議處理法。 *台灣醫學*，27(4)，485-492。

* 本文作者係高雄醫學大學附設中和紀念醫院院長室高級專員、高雄醫學大學秘書處組長。

** 本文作者係高雄醫學大學附設中和紀念醫院法規室主任。

醫療爭議處理及鑑定新制之探討

吳政航*

【醫預法簡介】

醫預法 2022 年 5 月 30 日經立法院三讀通過，於 2024 年 1 月 1 日施行。全文 45 條，將「關懷溝通」、「爭議調解」、「預防除錯」三者具體明文化，以下分列簡述之：

- 一、關懷溝通：百床以上大型醫院應設置醫療事故關懷小組；九十九床以下醫院或診所不需設置，但可指定專業人員或委由專業團體代為提供關懷及溝通（醫預法第 6 條）。只要醫事人員執行業務非因疾病本身或醫療處置不可避免所致病人重大傷害或死亡之結果，關懷小組即應於翌日起 5 個工作天內啟動。
- 二、爭議調解：衛生局應成立醫療爭議調解會（醫預法第 12 條），民刑訴訟均應有調解先行之適用（醫預法第 15、16 條），調解期間 3 個月為限，必要時可延長 3 個月（醫預法第 14 條）。另可委由專業第三方提供爭點整理及專業醫療評析意見以促成和解（醫預法第 4 條），現行該專業第三方機構目前為財團法人藥害救濟基金會。調解成立後由法院核定後，與民事確定判決有同一效力（醫預法第 28 條）。
- 三、預防除錯：醫療機構遇到重大醫療事故，包含實施手術或侵入性檢查、治療有錯誤（病人錯誤、部位錯誤、術式錯誤、人工植入物錯誤、誤遺留異物於體內）、以不相容血型之血液輸血、藥品處方、

調劑或給藥錯誤、醫療設備使用錯誤、其他衛福部認定之重大醫療事故，以上均應主動進行原因分析及檢討改善，並主動通報衛生局（醫預法第 34 條）。情節嚴重之醫療事故則由衛福部成立專案調查小組來調查及分析以達除錯及預防再度發生類似的重大醫療事故（醫預法第 35 條）。

醫預法之強制調解先行，調解會之運作採類似醫審會之組織成員運作模式（醫預法第 12 條）。調解會有其醫療專業及第三方公正之性質，應能有效紓減醫療糾紛之訟源。關懷溝通及調解程序中所為之陳述或意見表示，醫預法雖明訂不得採為證據或裁判基礎（醫預法第 23 條），惟調解不成立時司法機關仍有權介入調查，其前程序所生之文書資料，仍有可能隨卷回送於司法機關，進而引發後續進一步調查，甚至有可能影響司法審判心證之形成，雖不得為裁判基礎，但實務上非謂不具影響裁判心證之效果。

【醫預法施行前 5 年醫療訴訟案件分析】

一、科別：最多為骨科，其次為醫美、婦產科、牙科、神經外科等。此為已有判決書之統計（無論勝訴或敗訴），排除已調解成立、訴訟撤回或和解。

二、刑事案件

1. 起訴後，有罪判決 47%、無罪判決

* 本文作者係醫師、律師。

53%。

- 2.有罪判決中診所 50%，其次為護理之家、區域醫院、地區醫院、醫學中心。
- 3.過失態樣：最多為醫療行為處置失當（最多為照護失當，其次為處置失當、診斷錯誤、用藥失當），其次為醫療文件醫療登載不實、手術失當。
- 4.量刑：最重為 1 年 4 個月，佔最多的過失傷害平均為 2.7 個月。

三、民事案件

- 1.過失態樣：最多為違反告知說明義務，其次為手術失當、醫療處置失當。
- 2.賠償金額：最多為 1551 萬，其次為 979 萬、806 萬，判賠案件區域醫院及醫學中心合計佔 63%。
- 3.審理期間：第一審級法院平均 3.5 年。

（數據參考來源：廖建瑜，醫療訴訟之過去、現在及未來，月旦醫事法報告，第 100 期，2025 年 2 月，頁 118-137。）

【醫預法之施行】

醫預法於 2024 年 1 月 1 日施行，全台衛生局調解委員會受理醫糾調解量大幅度上升。以高雄市衛生局醫療爭議調解會為例，成員組織由醫師、藥師、護理師、律師、檢察官、曾任法官及消保官、信望素孚之公正人士（含現任各法院之調解委員），共計 45 人組成，聘期為 113-115 年。醫師類別及專科別分別有中醫師、心臟內科；胃腸肝膽科、神經外科、骨科、急診科、整形外科、泌尿科、婦產科、皮膚科、眼科、神經科、兒科、精神科、齒顎矯正科、家庭牙醫科。自醫預法施行後民國 113 年 1 月至

11 月統計，進入醫療糾紛調解案件為 165 件，召開調解數為 114 件，調解成立 48 件（佔 42.11%）。調解案件中前五名分別為牙科（佔 15.76%）、外科（佔 10.91%）、骨科（佔 10.3%）、內科（佔 9.7%）及急診科（佔 7.88%）。其他科還有泌尿科、婦產科、神經外科、整形外科、眼科、中醫及精神科。前五名科別的調解案件之調解成功率分別為牙科（54.55%）、外科（45.45%）、骨科（42.86%）、內科（27.27%）及急診科（7.88%）。2023 年共受理 156 件，2024 年共受理 196 件，增加 40 件，2024 年較 2023 年增加 25.6%，預期未來調解量必定也會逐年成長。而調解成功率 2023 年成立率為 36.1%，2024 年成立率為 42.03%，2024 年較 2023 年調解成功率增加 6%，顯然調解先行制度的確可以適度舒緩訟源。主管機關衛生福利部也著力許多經費在全台開課專業醫療爭議調解課程，培訓更多具有高度專業之醫療爭議調解委員，預期未來不但調解量逐年成長外，調解成功率有可能也逐年遞增。

【醫療爭議評析制度】

調解程序中可委由專業第三方提供爭點整理及專業醫療評析意見以促成和解，現行該專業第三方機構目前為衛生福利部委託之財團法人藥害救濟基金會，可專就當事人提出之病歷資料及爭點，依循醫療常規及醫療專業裁量做出綜合性之分析報告，此可引為醫療事故爭議之規則準據。其原意乃為使調解資訊更豐富，增加當事人信服而接受調解結果，然而其發動者為調解會而非調解當事

人(醫預法第21條第2項、醫療爭議評析作業辦法第5條第1項)，若調解會認為無必要時，則當事人亦無法主動發動。醫療爭議當事人僅能自行檢具病歷向財團法人藥害救濟基金會申請醫事專業諮詢而已。

【醫療爭議評析與醫療鑑定新制之調和】

立法院於2023年12月1日三讀通過刑事訴訟法有關鑑定新制修法草案，修法重點簡介如下：

- 一、揭露鑑定人與案件利益關係(刑訴法第198條)：鑑定人就鑑定案件相關專業意見或資料之準備或提出，應同時揭露與被告、自訴人、代理人、辯護人、輔佐人或其他訴訟關係人有無分工或合作關係，有無受前款之人金錢報酬或資助及其金額或價值，其他提供金錢報酬或資助者之身分及其金額或價值。
- 二、當事人於偵查中得請求或選任鑑定(刑訴法第198條之1第1項)：被告、辯護人及得為被告輔佐人之於偵查中得請求鑑定，並得請求檢察官選任符合刑訴法第198條第1項鑑定資格之人為鑑定。
- 三、當事人於審判中得聲請選任或囑託鑑定(刑訴法第198條之1第3項、第208條第4項)：當事人於審判中得向法院聲請選任符合刑訴法第198條第1項鑑定資格之人為鑑定；當事人於審判中亦得向法院聲請囑託醫院、學校、機構或團體為鑑定或審查他人之鑑定。
- 四、保障選任鑑定前陳述意見之機會(刑訴法第198條之2)：檢察官於偵查中選任鑑定人前，得予被告及其辯護人陳述意見之機會。審判長、受命法官於審判中選任鑑定人前，當事人、代理人、辯護人或輔佐人得陳述意見。
- 五、鑑定報告應記載事項(刑訴法第206條第3項)：鑑定報告應記載事項須包含鑑定人有何專業能力助於事實之認定、以何事實或資料為鑑定之基礎、以何原理及方法作成鑑定，及其原理或方法是以何種方式適用於鑑定當中。
- 六、鑑定人原則上應於審判中出庭(刑訴法第206條第4項)：原則上鑑定提出書面報告者，鑑定人應於審判中出庭說明。例外則為如經當事人明示同意書面報告得為證據者鑑定人可不出庭。
- 七、具可信性之鑑定機關，書面報告得為證據(刑訴法第208條第3項)：機構鑑定之書面報告如經當事人明示同意之鑑定報告、依法令具有執掌鑑定、鑑識或檢驗等業務之機關所實施之鑑定報告，及經主管機關認證之機構或團體所實施之鑑定報告，因上述情形為具有可信性或當事人已同意，得採為證據使用。
- 八、鑑定人應具結及具名(刑訴法第202條、第208條第2項)：實施鑑定或審查之人，應於鑑定前具結並記載其鑑定必為公正誠實等語，並應於鑑定書面報告中具名。
- 九、法院得選任專家學者陳述其法律上意見(刑訴法第211條之1)：法院認有必要時，得依職權或依當事人、代理人、辯護人或輔佐人之聲請，就案件之專業法律問題選任專家學者，以書面或於審判

期日到場陳述其法律上意見。

十、當事人於審判中得自行委任機關鑑定（刑訴法第 208 條第 5 項）：當事人於審判中得委任醫院、學校或其他相當之機關、機構或團體為鑑定或審查他人之鑑定，並準用鑑定人資格、利益揭露義務、具結義務及到庭說明義務之規定。

依據新制刑事訴訟法第 202 條、第 208 條第 2 項及第 206 條第 4 項，原則上提出書面報告之鑑定人不但需要具結、具名，並應出庭說明。檢察官或法官針對醫療專業事項最常選任鑑定機關為依據醫療法第 98 條第 2 項授權之衛服部醫審會，此有 2013 年 9 月制定之衛服部醫事審議委員會設置要點及醫療糾紛鑑定作業要點可遵循，醫審會即為刑事訴訟法第 208 條第 3 項第 2 款之依法令具有執掌鑑定、鑑識或檢驗等業務之鑑定機關，其鑑定報告應有證據能力，惟又有不同見解認為即使醫審會出具鑑定報告，鑑定委員仍應具名及出庭說明程序始能完備，但現實狀況，到庭出席日費僅有新台幣 500 元，對於醫師鑑定人毫無誘因，難期待醫師會願意擔任刑事訴訟的鑑定人。面對此種困境，衛福部於 2025 年 5 月 1 日啟動「醫療專業意見試辦計畫」，於偵查階段檢察機關如有醫療專業意見需求，得由衛服部提供「醫療專業意見」作為判斷刑事偵查方向之依據。另其他醫療機構或其他醫學會等機構以及自然人執行鑑定及出具書面報告，則均需再經主管機關認證後其鑑定報告始能成為證據。醫預法採取調解先行原則，在刑事偵查中或審判程序中均應先以移付衛生局調解程序為

優先，調解程序中如雙方對於某些醫療事故爭點未達共識時，調解會得依據醫預法及醫療爭議評析作業辦法向衛生福利部委託之財團法人藥害救濟基金會提出醫療爭議評析報告申請，其報告性質等同鑑定報告。此書面報告依據醫預法第 4 條第 4 項雖不得採為訴訟中證據或裁判基礎，然而是否可採為偵查中起訴之依據，或依據刑事訴訟法第 208 條第 3 項第 3 款「經主管機關認證之機構或團體所實施之鑑定」得為證據，在實務運作中可能存有疑義。

【醫療訴訟未來鑑定趨勢】

醫療事故預防及爭議處理法於 2024 年 1 月 1 日開始實施，刑事訴訟法鑑定新制於 2024 年 5 月 15 日開始實施，兩法對醫療爭議及處理程序均有重大影響，且幾乎在同樣時空背景下同時施行。

醫預法調解程序先行，在調解程序中先申請醫療爭議評析報告，此類似鑑定之書面報告僅明訂不得為訴訟中證據及裁判基礎，惟得否在偵查階段或審判階段依據刑事訴訟法新制第 208 條第 3 項第 3 款具有證據能力仍存疑義。

縱然認定不能直接當作訴訟中證據或裁判依據，惟依據刑事訴訟法鑑定新制引進於偵查階段或法院審理階段當事人均得向檢察官或法院聲請鑑定，於審判中也得自行委任機關鑑定，當事人應得將醫療事故評析報告採為委任機關鑑定問題設計基礎，此將會對未來不管醫療糾紛民事或刑事訴訟產生巨大程度的影響，值得未來持續觀察及研究。