

學術論著

美國毒品法庭計畫與我國附命完成 戒癮治療緩起訴處分之比較

A Comparative Study on the Intervention between the Drug Courts Plans in the United States and Deferred Prosecution with Condition to Complete the Addition Treatment in Taiwan

楊冀華

中央警察大學犯罪防治研究所博士
臺灣臺北地方法院檢察署檢察官

摘要

楊冀華

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分制度設計本意在於體現毒品施用者為「病犯」之本質，惟實務上撤銷緩起訴處分比例過高，導致成效難以彰顯。本研究蒐集相關著作、期刊論文等，以歷史／比較分析法（historical/comparative research），從程序與效能 2 面向切入，比較兩者在監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容、法律效果與實施成效之差異，檢討將毒品法庭計畫優點納入我國法制之可行性。研究結果認為，針對當前附命完成戒癮治療之緩起訴處分之缺失，似可仿效美國毒品法庭計畫，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，並修正毒品危害防制條例，賦予檢察官增加被告驗尿頻率、強制住院解毒、額外增加觀護報到次數、延長緩起訴處分期間等手段。適度擷取美國毒品法庭計畫之優點，廣續發展本土特色之處遇內容，結合司法、醫療與社區之職能，發揮處遇效益。

關鍵字：毒品法庭、戒癮治療、緩起訴處分

DOI : 10.6905/JC.201905_8(2).0002

A Comparative Study on the Intervention between the Drug Courts Plans in the United States and Deferred Prosecution with Condition to Complete the Addition Treatment in Taiwan

Abstract

Chi-Hwa Yang

The deferred prosecution with condition to complete the addition treatment is designed to realize the essence of that the drug users are patients; however, the ratio to withdraw the deferred prosecution is too high; as a result, it is difficult to see the effect of this intervention. The present study collects related books and journal articles, employing historical analysis/ comparative analysis approaches to compare the difference on supervised subjects, treated clients, procedure design, treatment contents, legal effect and effectiveness of implementation between two systems. The comparison is done with two dimensions – procedures and effectiveness. It also considers the feasibility to include the advantages of drug court plans into our current treatment plan for drug users.

The present study indicates that advantages of US drug court plans – help drug users to be employment, education training, family assistance and other multiple social service – could make up the current disadvantages of the deferred prosecution with condition to complete addition treatment. Meanwhile, it is necessary to modify Narcotics Hazard Prevention Acts, giving prosecutors more power to increase the frequency for urine test of the drug users, compulsory hospitalization to receive the detoxification, increase the addition time to report to the probation officers, extend the period for deferred prosecution. Proper adoption of the advantages of US drug court plans to develop Taiwan's specific treatment content. It is expected that combining legal, medical and social works to gain the best treatment effectiveness.

Keywords : drug court, addiction treatment, deferred prosecution intervention

壹、前言

隨著社會風氣開放，毒品危害社會並衍生其他犯罪，如竊盜、搶奪等，影響國家社會秩序甚為嚴重。根據法務部之統計，近年來，我國每年毒品罪新入監受刑人人數約萬入左右¹，占每年新入監受刑人之三成，為各監獄最主要之收容人。基於毒品具有成癮性，在耗盡家財後，可能衍生其他財產或暴力犯罪，例如竊盜、搶奪、強盜、擄人勒贖甚至殺人等，毒品犯罪與其他類型犯罪間存有強烈之關係（許春金，2010），危害社會治安至鉅。2016年3月28日國內發生4歲女童於光天化日公然遭具施用毒品前科之男子割斷首級之駭人聽聞慘案，震驚社會。毒品日趨氾濫，對於個人、家庭、社會之傷害益形嚴重，為此已付出巨大之社會成本。

行政院早於2005年12月6日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，推動替代療法，其後多數地檢署全面推動與行政院衛生署（組織再造後為衛生福利部）合作試辦藥癮戒斷替代療法，立法院並於2008年通過毒品危害防制條例第24條條文修正案，將附命完成戒癮治療之緩起訴處分實務操作法制化。惟我國實踐之結果，刑事司法執行實務上未能充分體現毒癮問題之疾病特性（李宗憲，2010），個案遭撤銷附命完成戒癮治療之緩起訴比例甚高。毒品施用者一旦病情復發，未能完成戒癮治療，即遭檢察官撤銷緩起訴後訴究刑責。一旦撤銷緩起訴處分之比例過高，則附命完成戒癮治療之緩起訴處分對檢察官而言，無疑造成程序上之繁累，反不如直接起訴簡便。附命完成戒癮治療之緩起訴處分誘因不高，導致成效難以彰顯。

如何解決當前附命完成戒癮治療之緩起訴處分之困境？外國法制有無參考之實益？以美國毒品法庭（Drug Courts）計畫為例，乃針對受物質濫用困擾之非暴力犯，在司法強制力監督下，提供醫療與個案管理服務，以代替起訴或監禁之方案。其認為毒品濫用或依賴行為屬於精神疾患，個案亟需接受戒癮治療及多元社會服務。針對進入刑事司法體系之成癮者採取聽證會（status hearing）、尿液檢測等監督方式，並提供戒癮治療及其他就業輔導、家庭扶助等服務。參與者若完成毒品法庭計畫，將獲致免予訴究刑罰或免除其刑之利益；違反處遇內容者，毒品法庭可立即加重其負擔或給予制裁，

1 參見法務統計資訊網 http://www.rjtd.moj.gov.tw/RJSDWEB/book/Book_Detail.aspx?book_id=135

最嚴重者恐於毒品法庭計畫中除名（楊士隆、李宗憲，2012；Franco, 2010；Heck, Roussell & Culhane, 2009；OPPAGA, 2014）。美國毒品法庭計畫不僅為毒品處遇之典範（Paradigm），且與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之原理類似，以司法強制力為後盾，軟硬兼施，鼓勵毒品施用者戒癮，復歸正常社會生活。因此，本文選擇美國毒品法庭計畫作為跨國比較之對象，比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療緩起訴處分之程序設計、實施成效之差異，提供現行實務操作面之改良及未來興革建議。

貳、研究設計

本研究所使用之研究方法為歷史 / 比較分析法（historical/comparative research），主要研究目的為比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之程序與效能，研提未來興革之芻議。在程序方面，主要比較兩者在監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容及法律效果之區別；在效能方面，聚焦於檢討實務運作結果是否達成制度設計之目的，檢討兩者之程序運作價值，例如處遇完成率等，以及是否得以有效節省成本、預防再犯並協助毒品施用者復歸社會。本研究之研究設計如圖 1 所示。

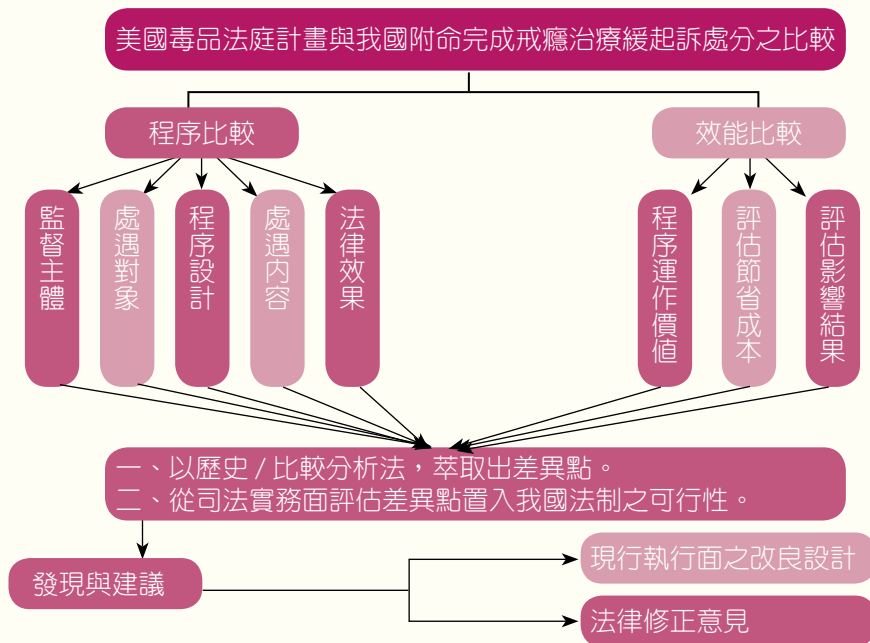


圖 1：研究設計圖

參、美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴程序之比較

一、制度之濫觴

美國毒品法庭計畫之司法處遇措施，係為解決其國內毒品氾濫問題。美國之毒品控制政策向來採取法律強制手段，企圖減少毒品濫用情形，然此種方法事倍功半，效果不彰。為處理 1980 年代古柯鹼濫用問題以及因此衍生之暴力犯罪，國會通過嚴厲之刑罰規定用以處罰毒品犯，包括針對特定毒品逾置之最低刑度。州政府亦加強執法，企圖達成防範毒品濫用之效果。然而由於施用毒品行為具有高復發性以及強烈之覓藥行為所導致之犯罪層出不窮，物質成癮之被告很難擺脫施用毒品與犯罪之輪迴。大量毒品犯進入刑事司法體系之結果，造成毒品犯高監禁率之問題。為解決此一問題，州與地方政府層級於 1980 年代開始出現毒品法庭計畫。

第 1 個毒品法庭計畫建立於 1989 年，此後 20 年毒品法庭之數量迅速增加。當時美國政府與社會飽受毒品濫用與毒品非法交易所苦，因此，毒品法庭計畫迅速地為美國政府與社會所接受。全美 1989 年成立第 1 個毒品法庭，至 10 年後之 1999 年，毒品法庭數已經暴增至 472 個。至 2009 年為止，全美毒品法庭數已經高達 2361 個。時至今日，50 州與哥倫比亞特區、北馬利亞納群島、波多黎各自由邦、關島，皆有運作中之毒品法庭計畫。2361 個毒品法庭當中過半數（1281 個）為成人毒品法庭。（Franco, 2010）

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分則起源於減害計畫。當時之時空背景為後天免疫缺乏症候群（Acquired Immunodeficiency Syndrome, AIDS）等疾病因毒品施用者共用針頭而危害愈烈，先由行政院於 2005 年 12 月 6 日通過「毒品病患愛滋減害試辦計畫」，推動替代療法將口服藥物美沙冬作為第一級毒品海洛因之替代物，提供成癮者每日服用，以期降低毒品施用者對毒品之需求及經由注射途徑感染 HIV 之機率。繼而法務部與行政院衛生署（組織再造後為衛生福利部）合作推動「減少毒癮者對社會治安危害的醫療更生

方案」，率先由臺灣臺南地方法院檢察署於 2006 年 9 月，與轄區之醫療院所開始試辦毒品減害計畫替代療法之刑事處遇模式戒毒。自 2007 年 7 月起，除澎湖、金門、連江地檢署因醫療資源缺乏無法施行外，全國各地檢署已全面推動與行政院衛生署合作藥癮戒斷替代療法之試辦（或稱減害計畫），以有效降低第一級毒品海洛因之吸毒人口，減少愛滋病之蔓延及毒品之需求，防制海洛因毒品之繼續氾濫，減少對整體社會之嚴重傷害。

立法院委員會於 2008 年討論毒品危害防制條例修正案時，在主席主導協商下，通過毒品危害防制條例第 24 條條文修正案，將附命完成戒癮治療之緩起訴處分實務操作法制化，明定檢察官依刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 之規定，為附命完成戒癮治療之緩起訴處分時，或於少年法院（地方法院少年法庭）認以依少年事件處理法程序處理為適當時，不適用本條例本法第 20 條第 1 項（觀察勒戒）及第 23 條第 2 項（依法追訴或裁定交付審理）之程序。強制戒治或附命完成戒癮治療之緩起訴處分，在司法處遇上開啓機構外處遇之先河，標誌著我國毒品施用者處遇之重要里程碑。在戒癮治療實施對象方面，行政院更於 2013 年 6 月 26 日，以院臺法字第 1020138361 號令修正發布「毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準」，復將施用第一級毒品海洛因、嗎啡、鴉片及前開相類製品與第二級毒品者，均納入戒癮治療之實施對象。

二、程序之比較

毒品濫用屬於病因明確之慢性、難以治療、高復發之腦部疾病，整合刑事司法、醫療衛生與社會服務系統，於司法強制力監督下之進行治療、處遇，提供個案管理服務，才能幫助毒品施用者戒除毒癮（J. R. Volpicelli 等著，高淑宜、劉明倫譯，2003；賈少微，2013；國家衛生研究院，2012）。美國毒品法庭計畫將轉向制度運用於毒癮戒治，整合公共安全與公共衛生觀點，運作程序不同於一般刑事法庭。我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由具司法官身分之檢察官，依據刑事訴訟法第 253 條之 1、第 253 條之 2 以及毒品危害防制條例第 24 條之規定，針對施用第一級、第二級毒品之被告，經參酌刑法第 57 條所列事項及公共利益之維護，認以緩起訴為適當，所為之處分。附命完成戒

癮治療之緩起訴處分係以被告同意參加醫療院所之戒癮治療為前提，並應轉介醫療院所評估是否適合戒癮治療。附命完成戒癮治療緩起訴處分之執行程序，除由執行檢察官²監督外，由地檢署觀護人負責追蹤輔導、定期驗尿及戒癮團體課程，並由醫療機構以門診方式執行戒癮治療。以臺灣臺北地方法院檢察署為例，附命完成戒癮治療之緩起訴處分之流程圖如下：

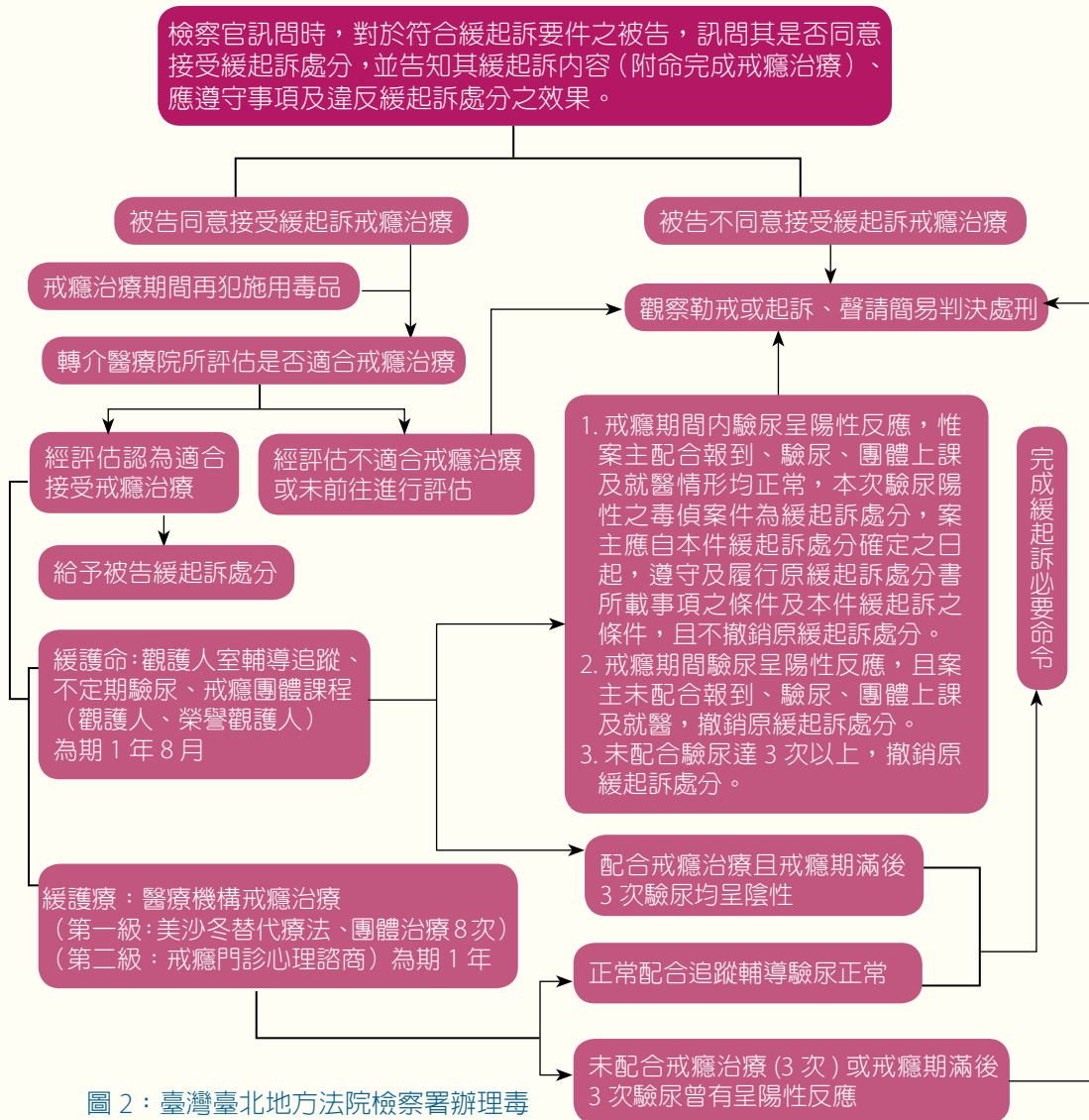


圖 2：臺灣臺北地方法院檢察署辦理毒品緩起訴戒癮治療流程圖

² 附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由偵查股檢察官作成，緩起訴處分確定後，執行案件（字軌：執緩字）則由專責執行檢察官負責。

以下分就監督主體、處遇對象、程序設計、處遇內容、法律效果 5 個面向比較兩者之異同：

(一) 監督主體

在司法監督方面，美國毒品法庭制度係在法官與其他法庭成員監督下，執行參與者之尿液檢驗及物質濫用療程，結合法院、檢察官、被告、辯護人、警察、醫療院所與社會福利機構，鑑別被告成癮程度，尋求個案適當之療程與服務 (Franco, 2010; Heck, Roussell & Culhane, 2009)；附命完成戒癮治療之緩起訴處分，係由檢察官依據毒品危害防制條例第 24 條第 1 項之規定，命被告前往戒癮治療機構接受之治療程序。檢察官負責監督附命完成戒癮治療之緩起訴之執行，責成地檢署觀護人追蹤輔導、定期驗尿及安排戒癮團體課程，並由醫療機構以門診方式執行戒癮治療。

(二) 處遇對象

美國毒品法庭計畫認為毒品濫用係刑事司法或法律執法問題，也是社會公共衛生問題，因此，處遇毒品施用者之通常司法程序必須轉向物質濫用療程。毒品法庭屬於「治療法學」(therapeutic jurisprudence) 之計畫，針對物質成癮之非暴力犯，提供物質濫用療程之方案。毒品法庭計畫在地方層級執行，參與毒品法庭計畫之資格，隨不同之法庭而有所差異，通常限於涉犯微罪，例如：持有毒品、與毒品有關之非暴力犯罪等 (Franco, 2010)。以佛羅里達州為例，適用毒品法庭計畫之被告必須符合非觸犯暴力重罪，其犯行在量刑計分表 (Criminal Punishment Code scoresheet) 上之分數為 60 分以下，經鑑別適合接受治療，且經被告同意等要件 (OPPAGA, 2014)。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之處遇對象則為施用第一級、第二級毒品之被告。

(三) 程序設計

美國毒品法庭制度在程序設計方面，分為 (a) 緩起訴或轉向程序與 (b) 宣判後執行程序 (Defendant has gone to court and been declared or found to be guilty of an offense)。緩起訴或轉向程序之設計，係由檢察官就被告涉犯之微罪，參酌觀護人之審前調查 (Pri-Trail Diversion)，綜合成癮分析報告，由

檢察官與被告、辯護人商議，得被告之同意後，向法院建議轉向戒癮治療。經法院核可後，檢察官乃暫緩起訴（罪名仍存在），被告必須參加治療，以替代刑罰（林健陽、柯雨瑞，2010）。戒毒需要貫徹意志力，持之以恆，被告若無意願，無法克竟其功。因此，被告涉犯微罪，具備參與毒品法庭計畫之資格，亦必須得到被告之同意，始能進入轉向程序。雖然被告參與毒品法庭計畫，然其涉犯罪名尚未消失，若被告未完成毒品法庭計畫，仍將以原罪名起訴。被告若能把握接受療程之機會，即可避免日後遭定罪或監禁。另外，宣判後執行毒品法庭計畫者，前提為被告認罪或遭定罪，若被告同意參加毒品法庭計畫，則暫緩執行刑罰。如被告順利完成毒品法庭計畫，則免除其刑（Franco, 2010）。我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，屬於起訴前之猶豫程序，針對非重罪之案件，檢察官斟酌被告之品行及生活狀況（是否物質成癮等）、犯罪之輕重情狀、犯罪後之態度（有無悔悟之情等）等刑法第57條規範之事項，基於刑事政策之考量，研判能否促使被告復歸社會、維護公共利益後，決定是否諭知緩起訴處分。

（四）處遇內容

美國毒品法庭計畫之處遇內容並非一成不變，但必須遵守治療法學原則（therapeutic jurisprudence principles），通常包括命被告參與社區性之物質濫用療程，並提供其他多元社會服務。毒品法庭計畫乃司法機關與社區組織共同合作，協助被告門診戒毒或住院治療，課予被告遵期就診之義務，並提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務。戒癮治療期間大約在8至16個月左右，平均期間為1年。以佛羅里達州新設毒品法庭為例，個案完成毒品法庭計畫平均費時約15個月。毒品法庭計畫治療內容廣泛，包含藥物檢測、解毒、門診治療、參加支持團體聚會以及住院藥物治療（Franco, 2010; OPPAGA, 2014）。國立毒品法庭專家協會（the National Association of Drug Court Professionals）指出毒品法庭計畫之重要特徵與內容如下（Franco, 2010）：（1）程序進行中實施毒品檢測、（2）法庭與被告屬於非敵對關係、（3）鑑別需要戒癮治療之被告並且儘速於逮捕後進入療程、（4）提供持續治療之機會與復健服務、（5）藉由經常性之強制驗尿監測戒癮、（6）毒品法庭參與者必須嚴格遵守規定、（7）法庭成員與參與

者保持互動、(8) 監測並判斷是否達成計畫目標並評估其成效、(9) 針對毒品法庭成員持續實施在職教育及(10) 公部門與社區組織之穩健關係創造地方支持力量。

我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，被告應自費至指定之醫療院所，依醫師指示接受藥物治療、心理治療及社會復建治療，於1年之治療期程內完成戒癮治療。第一級毒品成癮之被告接受之戒癮治療主要為美沙冬替代療法；第二級毒品成癮之被告之戒癮治療模式，以心理社會治療模式為主，包括動機式晤談法、復發預防、情境處置管理模式、家庭治療等，並輔以相關藥物治療。被告於緩起訴期間屆滿前6個月止，應至指定之醫療院所，接受尿液毒品檢驗，查驗其戒癮成效。另被告於戒癮治療期間，仍應依照指定時間至觀護人室報到，接受追蹤輔導，並配合驗尿，藉以督促被告遠離毒品。以臺灣台北地方法院檢察署為例，參與戒癮治療之被告須參加「戒癮治療多元方案」之團體治療課程，包括正念減壓班、匿名談話會等³。

(五) 法律效果

毒品法庭計畫係運用司法強制力監督毒品施用者參與戒癮治療方案，而參與者亦非單純接受戒癮之醫療服務，完成計畫乃參與者之義務。參與者於毒品法庭裁定前必須定期到案接受審訊，確認適合接受處遇方案。參與者必須實際進入物質濫用療程並且接受尿液檢驗，讓法院能夠確認其等業已戒用毒品。毒品法庭為防範參與者虛以委蛇，藉以脫免刑責，乃監督參與者是否規律地接受戒癮治療，定期接收治療團體有關參與者治療進度之報告。若參與者未定期向法院報到，或未接受治療，或多次驗尿陽性反應，或在療程中因犯他罪遭拘捕，毒品法庭可立即加重其負擔或給予制裁，包括增加驗尿頻率、住院解毒、額外增加法庭報到次數、短期監禁、計畫期間延長等。若參與者仍不履行法院命令，恐將撤銷參與計畫（從計畫中除名）。在緩起訴程序中，則將被依照通常程序

3 「戒癮治療多元方案」乃臺灣臺北地方法院檢察署規劃之戒癮計畫。此方案認為應採取解毒之新思維，徹底解除毒品施用者之心癮，因此規劃正念減壓班，採用靜坐方式提升毒品施用者專注力及意志力，清除體內毒害，代之以正向思考與心靈安適，從意識層面清除心癮。另匿名談話會課程，類似美國「戒毒無名會」成長團體模式，匿名參與者相互分享生命歷程，堅定戒毒決心，共同承諾，相互監督，永續戒毒。「戒癮治療多元方案」由中華民國解癮戒毒協會主辦。

起訴。此外，為鼓勵參與者繼續完成計畫，毒品法庭亦採取獎勵措施，例如，減少尿液檢驗頻率、減少法庭報到次數、撤回起訴以及免刑等。換言之，毒品法庭計畫乃藉由審訊、鑑別、制裁與獎勵措施，課予被告遵守計畫內容之義務（Franco, 2010; Heck, Roussell & Culhane, 2009; OPPAGA, 2014）。我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分，若被告違反緩起訴命令，例如，未完成戒癮治療、觀護人室尿液毒品檢驗結果呈陽性反應或因他案經檢察機關或司法警察機關尿液毒品檢驗結果呈陽性反應者，檢察官得依據刑事訴訟法第 253 條之 3 第 1 項第 3 款之規定，撤銷緩起訴處分⁴。

肆、美國毒品法庭計畫與附命完成戒癮治療之緩起訴處分成效之比較

何謂處遇成效？刑事司法觀點與成癮戒治觀點不同。就刑事司法觀點言，毒癮戒治成效，係以有無再犯作為衡量之依據。然而自成癮戒治專業觀點言，毒癮問題之改善有程度上之差異，舉凡施用毒品之劑量、施用頻率、施用方式、社會生活改善情形、社會適應問題、違法行為之改善等，皆為戒癮成效之展現。國內學者對於司法戒治成效之評估，可歸納為用藥行為之改善（包括成癮行為之改善、用藥渴求、再犯情形等）、內在心靈之強化（包括自我觀點、憂鬱、焦慮、心理困擾、壓力因應與情感表達等）、戒治方案之持續參與（包括戒治意願、方案參與情形等）以及社會生活之改善（包括社會適應、社會功能、家庭互動、人際互動等）等層面（楊士隆、蔡德輝、張伯宏等，2008；楊士隆，2007）。因此，觀察美國毒品法庭計畫或附命完成戒癮治療之緩起訴處分成效時，似應兼顧刑事司法與成癮戒治之觀點。

如何評估毒品施用者處遇之成效？以美國毒品法庭計畫為例，過去文獻通常使用以下 3 種分析方式來評估毒品法庭之效果：（1）程序運作價值：檢驗或說明毒品法庭計畫完成之細節，例如，參與人數、轉介治療人數以及完成計畫人數等。（2）評估節省成本：比較毒品法庭服務所減少之判決、

⁴ 臺灣臺北地方法院檢察署近期研議針對被告於緩起訴戒癮治療期間驗尿呈陽性反應，亦屬於「病情之復發」，檢察官仍得斟酌個案配合報到、驗尿、團體上課及就醫情形，再次給予被告緩起訴處分之機會。

監禁、犯罪被害成本。(3) 影響評估：比較參與毒品法庭計畫者與歷經通常法庭程序之被告，其等再犯、物質濫用以及就業情形有無差異 (Franco, 2010)。以下分別就程序運作價值、評估節省成本以及影響評估 3 個面向比較兩者之差異：

一、程序運作價值

美國總審計局 (Government Accountability Office, GAO) 於 2005 年使用後設分析方法，分析 27 篇毒品法庭評估文獻，這些文獻之研究對象包括 39 個成人毒品法庭，研究期間從 1991 年至 1999 年，用以評估毒品法庭對於減少再犯及藥癮復發是否有效。GAO 研究發現：僅 27% 至 66% 之參與者完成毒品法庭計畫。換言之，即使毒品法庭計畫實施多年，最多僅有 2/3 之參與者完成處遇，其餘 1/3 屬於失敗之案例。程序因素 (program factor)，例如對未完成戒癮治療個案給予處罰之嚴重性，並無法預測個案之成功率 (Franco, 2010)。另根據 OPPAGA (2014) 之研究，佛羅里達州新設毒品法庭自 2010 年 1 月起至 2013 年 6 月間，約有 53% 之毒品法庭參與者完成毒品法庭計畫，完成率較高之地區包括 Broward (67%)、Hillsborough (66%) 以及 Pinellas (51%)。這些完成率較高之地區均有較多之醫療院所提供戒癮治療甚至住院治療，且參與者與法院之間互動密切，參與者必須出席法院所舉行之聽證會，討論毒品法庭計畫實施進展。

附命完成戒癮治療之緩起訴處分為當前重要刑事政策，法務部為定期追蹤各級地檢署執行成效，多次發函要求各地地檢署務必達成預定之績效目標⁵以上，並作為年度機關績效評比及機關人員考績、升遷、調動參考，執行成效不彰者，將要求提具檢討報告及改進措施。鼓勵檢察官於個案作成附命完成戒癮治療之緩起訴處分，目的在於增加程序運作價值。越多個案進入緩起訴程序，即有機率戒除毒癮，擺脫反覆吸毒、監禁之輪迴。惟近年來因緩起訴處分造成

5 法務部於 2011 年 5 月 5 日以法檢字第 1000802701 號函要求所屬地方法院檢察署，就「提高緩起訴處分附命戒癮治療人數」計畫部分，達到具體績效考核標準 12% 以上，將定期考核各地方法院檢察署執行成效，以求將毒品施用者處遇轉向醫療系統，導向正確之醫療戒治、身心復健與社會復歸管道。

刑事訴訟程序之繁累，增加檢察官之工作負擔，緩起訴處分成效未見彰顯。另適用觀察勒戒處分之被告人數佔各該年度施用毒品全部人數之比例亦逐年遞減。法務部為因應情勢變更，並採取較為務實之策略，乃於 2016 年 7 月 7 日以法檢字第 10504517640 號函調整（降低）績效考核指標為 8% 以上。雖然刑事政策上鼓勵檢察官為緩起訴處分，但司法實務上撤銷緩起訴甚高，第一級毒品部分，2012 年、2013 年撤銷緩起訴比例分別達 83% 及 78.6%；第二級毒品部分，2012 年、2013 年撤銷緩起訴比例亦分別達 51% 及 48.9%（詳參表 1）。

表 1：各地方法院檢察署實施附命完成戒癮治療人數統計

| 年度 | 第一級毒品 | | | | | 第二級毒品 | | | | |
|------|----------------------------|-------|-------|------------------|-------------|----------------------------|-------|-------|------------------|-------------|
| | 起訴及 緩起訴 人數 (100%) | 緩起訴 | | 實施戒 癮治療 人數 | 撤銷緩起 訴人數 | 起訴及 緩起訴 人數 (100%) | 緩起訴 | | 實施戒 癮治療 人數 | 撤銷緩起 訴人數 |
| | | 人數 | % | | | | 人數 | % | | |
| 2006 | 13,435 | 73 | 0.54 | 70 | 4 | 5,256 | 11 | 0.21 | 11 | 1 |
| 2007 | 15,128 | 718 | 4.75 | 695 | 91 | 6,894 | 42 | 0.61 | 37 | 6 |
| 2008 | 17,820 | 1,176 | 6.60 | 1,175 | 516 | 7,030 | 26 | 0.37 | 22 | 21 |
| 2009 | 14,102 | 1,326 | 9.40 | 1,324 | 532 | 7,871 | 351 | 4.46 | 339 | 40 |
| 2010 | 11,852 | 1,510 | 12.74 | 1,510 | 709 | 11,559 | 805 | 6.96 | 785 | 184 |
| 2011 | 11,035 | 1,868 | 16.93 | 1,868 | 830 | 12,392 | 1,839 | 14.84 | 1,825 | 461 |
| 2012 | 10,230 | 1,313 | 12.83 | 1,313 | 1,090 | 12,823 | 1,990 | 15.52 | 1,979 | 1,015 |
| 2013 | 8,574 | 794 | 9.26 | 792 | 624 | 12,890 | 1,968 | 15.27 | 1,964 | 963 |
| 合計 | 102,176 | 8,778 | 8.59 | 8,747 | 4,396 | 76,715 | 7,032 | 9.17 | 6,962 | 2,691 |

資料來源：臺灣高等法院檢察署統計室

二、評估節省成本

美國毒品法庭計畫是否能夠節省司法成本？依據前述 GAO 之研究指出，過去僅有 4 篇評估文獻（內容涵蓋 7 個毒品法庭）充分評估毒品法庭之成本與利益。實施毒品法庭計畫，需要法院、檢察官、被告、辯護人、警察、醫療院所與社福機構共同參與，所費不貲。在毒品法庭計畫之成本方面，每 1 位毒品法庭參與者所耗費之成本約美金 750 元至 8,500 元之間。但實施毒品法庭計畫獲益甚多，每 1 位參與者因為降低再犯而減少之犯罪成本大約為 1000 美元至 1 萬 5,000 美元之間。而這些毒品法庭評估報告可能低估了淨效益，因其等並未算入因參與者減少施用毒品而增加之間接社會利益，例如，不再因為藥癮而使用醫療成本、低失業狀態等。因此，實施毒品法庭計畫所

獲致之節省成本效益可能更高 (Franco, 2010)。另 OPPAGA (2014) 從節省監禁成本之角度切入發現，個案 (含完成毒品法庭計畫與未完成毒品法庭計畫者) 參與毒品法庭計畫之平均費用為 7,999 美元，而完成毒品法庭計畫之個案平均費用為 1 萬 6,934.16 美元，上開費用較受刑人監禁 18 個月平均成本 2 萬 6,851 美元為低。計算結果，769 名完成毒品法庭計畫者至少可節省 760 萬美元之司法成本。

我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分有無節省成本之效益？我國學者多從總體面觀察其效益，認為附命完成戒癮治療之緩起訴處分優點甚多，包括可減少疾病傳染、使毒品施用者恢復社會能力、降低因毒品所生之財產犯罪率等 (林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010)，可降低社會處理毒品犯罪所付出之鉅額成本。惟尚無實證數據可供參考。

三、評估影響結果

影響評估包括 2 個部分，第 1 部分是評估毒品施用者處遇有無預防再犯之效果，其次則為評估有無預防物質濫用以及協助就業、改善生活之效能。

(一) 預防再犯

GAO 於 2005 年出版之毒品法庭計畫評估報告指出，美國毒品法庭計畫對於減少再犯施用毒品罪具有統計上之顯著性。完成毒品法庭計畫之參與者，與對照組比較，減少再犯情形較佳。參與毒品法庭計畫之個案，於計畫完成 1 年後，可降低再犯率 5% 至 25% (Heck, Roussell & Culhane, 2009)。如與其他司法處遇措施比較，其他司法處遇措施則成效不甚理想，例如，超過半數之附條件緩刑之被告皆無法遵守毒品檢驗與藥癮治療規定，大部分監禁後釋放之被告，於 6 至 12 個月之間再犯施用毒品罪 (Franco, 2010)。另 OPPAGA (2014) 以佛羅里達州新設毒品法庭於 2010 年 1 月起至 2013 年 6 月間完成毒品法庭計畫者為研究對象，同時期監禁釋放者為對照組，比較兩組於 2013 年 10 月之再犯情形發現，完成毒品法庭計畫者僅 9% 遭重罪定罪 (felony conviction)；而對照組則有 19% 遭重罪定罪，兩者差異已達統計上顯著程度 ($p < .05$)。另分析截至 2013 年 10 月為止，僅有 2% 之完成毒品法庭計畫者因再犯遭判徒刑 (prison

sentence)；而對照組則有 9%。相較於對照組，完成毒品法庭計畫者再犯遭判徒刑之機率降低 48%，已達統計上顯著程度 ($p < .05$)。毒品法庭計畫顯然具有較佳之預防再犯效果。Listwan、Shaffer 和 Hartman(2009) 以 1999 年 3 月至 2002 年 6 月參加毒品法庭計畫之被告為研究樣本，並將研究樣本分為甲基安非他命與非甲基安非他命 2 群，研究發現甲基安非他命與非甲基安非他命施用者再犯遭逮捕之次數統計上並無差異。

附命完成戒癮治療之緩起訴處分有預防再犯之功能，研究顯示，接受緩起訴強制參加毒品替代療法者於參與替代療法後，其犯罪率明顯較參與替代療法之前呈現大幅下降趨勢，對整體犯罪有明顯防治成效（謝政憲、林芳正、黃禮蘭、陳錦華，2009）。若進一步追問：戒癮治療預防再犯施用毒品罪是否有效？戒癮治療預防暴力犯罪較為有效？抑或預防財產犯罪較為有效？陳泉錫、季延平、詹中原（2012）之研究利用官方統計資料（毒品成癮者總歸戶資料庫），針對出監所之毒品施用者，調查其接受美沙酮替代療法之效果。此研究將出監所之毒品施用者分為 2 組，第 1 組個案 157 人，自出監所後半年內，以開始接受美沙酮替代療法第 1 次服藥日為起算基準日，觀察統計個案 18 個月內再犯情形。第 2 組則為未接受美沙酮替代療法之毒品施用者，以出監日為起算基準日，觀察統計其 18 個月內之再犯情形。研究發現，觀察組（持續接受替代療法組），其 18 個月之再涉毒品案件比率為 30.57%，對照組（未接受替代療法組）之再涉毒品案件之比率為 42.03%，效果顯著 ($P = .0084$)，2 組再犯率差異明顯。觀察組再涉財產犯罪之比率為 8.92%，對照組則為 12.65%，差異顯著 ($P = .0202$)。觀察組再涉暴力犯罪之比率為 0%，對照組為 1.61%，差異顯著 ($P = .0002$)。由上開調查研究結果可知，持續接受替代療法，對於預防再犯施用毒品罪、財產犯罪、暴力犯罪，均有較佳之效果。

（二）預防物質濫用以及協助就業、改善生活

前述 GAO 之後設研究指出，毒品法庭計畫能否減少參與者之用藥頻率？眾說紛紜。僅有 4 篇評估報告發現參與者之用藥頻率低於對照組；另 1 篇評估報告則未達統計顯著程度。但自陳施用毒品報告可能少報，並非可信賴之調查方法（Franco, 2010）。另美國毒品法庭計畫提供協助就業、教育

訓練、家庭扶助等多元社會服務，涵蓋面廣，有助於被告復歸社會。

而附命完成戒癮治療之緩起訴處分能給予毒品施用者在正常社會中重生之機會，重建毒品施用者社會網絡與正常工作關係，使其逐漸擺脫對毒品之依賴，恢復社會生活能力（林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010）。在就業率及平均收入方面，參加「美沙冬替代療法」之毒品施用者，施用第一級毒品海洛因之次數、花費，以及就業率與平均收入均有顯著改善（謝淑芬，2008）。另附命完成戒癮治療之緩起訴處分確實可達成對 HIV 與其他傳染性疾病之控管（林健陽、裘雅恬，2009；黃慧娟，2010）。

伍、發現與建議

一、研究發現

比較美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之程序面及成效面發現，在程序方面，有以下之差異：

（一）事權是否統一

美國毒品法庭計畫係由法院實施，法院負實質監督責任，針對被告配合良窳情形，掌握獎懲大權，得斟酌選擇增加驗尿頻率或報到次數，命被告接受強制住院或使用短期監禁手段，延長計畫期間等手段，使被告接受適當之療程。反觀我國涉及毒品戒癮治療之司法處遇，則切割為 2 部分，分別規定於毒品危害防制條例第 24 條、刑事訴訟法第 253 條之 1 第 1 項、第 253 條之 2 及刑法第 74 條第 2 項第 6 款。偵查中為檢察官之職權；審判中則屬法官之職權，但無論附命完成戒癮治療之緩起訴處分抑或緩刑附戒癮治療條件，均交由執行檢察官執行，法院諭知緩刑後與戒癮治療之執行完全脫節，事權分散，多頭馬車。

（二）監督密度強弱

美國毒品法庭計畫參與之監督成員包括法院、檢察官、警察、醫療院所與社會福利機構等，為複數監督，在監督手段上，得使用限制人身自由（例如強制住院、短期監禁）之方式，監督密度甚高。我國附命完成戒癮治療之緩起

訴處分係由醫療院所以門診方式實施戒癮治療，未向觀護人報到追蹤輔導僅能書面告誡，監督密度甚低。被告未履行緩起訴條件、再犯施用毒品罪或有其他得撤銷緩起訴處分情事，檢察官僅得撤銷緩起訴，並無其他手段可供運用，設計上較為僵化。

（三）內容是否多元

美國毒品法庭計畫程序上較為靈活，鑑別後針對個案不同需求，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，性質上屬於個別化處遇，類似我國縣市毒品危害防制中心。反觀我國毒品危害防制條例第 24 條第 1 項僅規定檢察官得命被告完成戒癮治療，並未規定其他緩起訴內容（例如，命被告接受諮商輔導）。實務上檢察官緩起訴之內容多為命令被告依照指定醫療院所醫師之指示，接受藥物治療、心理治療及社會復健治療，並諭知預防再犯所為之必要命令（例如，按時至觀護人室進行追蹤輔導及尿液毒品檢驗，且檢驗結果不得呈陽性反應）。行政部門所制定之毒品戒癮治療實施辦法及完成治療認定標準，處遇內容不具多元性。

在成效面，兩者亦有以下之異同：

（一）成敗比例

完成美國毒品法庭計畫者最多可達參與者總數 2/3 之比例（僅有 1/3 之參與者未能通過毒品法庭計畫），而我國動輒高達七、八成之緩起訴撤銷率，兩者相較，美國毒品法庭計畫似有較高之完成率。

（二）再犯控制

就刑事司法之觀點言，減少毒品施用者之違法或犯罪行為，為戒癮成效之具體展現。由前述分析內容可知，參與美國毒品法庭計畫之個案，於計畫完成 1 年後，可降低再犯率 5% 至 25%。且完成毒品法庭計畫者，因再犯遭重罪定罪及判處徒刑之比例均較一般出監者為低。我國之實證研究亦發現，接受附命完成戒癮治療之個案，其犯罪率明顯較參與戒癮治療前大幅下降。足徵，兩者在再犯控制面向均有成效。

(三) 節省成本

實施戒癮治療必須投入大量醫療資源以及刑事司法體系監督之勞費，必須具備經濟效益，始能說服民衆或民意代表繼續支持推動相關毒品政策。美國毒品法庭計畫實施迄今，經濟分析結果，平均每 1 位毒品法庭參與者所耗費之成本約美金 750 元至 8,500 元之間，但可獲致降低再犯之利益大約為 1000 美元至 1 萬 5,000 美元之間（獲益大於成本），有相當理由可認為此一政策具有可行性。且個案因完成毒品法庭計畫所需之費用亦較監禁為低，確實可以節省司法成本。反觀我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分理論上雖有減少疾病傳染以及降低因毒品所生之財產犯罪率等效能，惟迄無實證數據可供參考。

(四) 社會復歸

美國毒品法庭計畫係在司法監控下之社區處遇，毒品施用者並未遭剝奪人身自由，亦未脫離社區。其服務內容尚且提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，有助於幫助被告復歸社會。而我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分亦能給予毒品施用者在正常社會中重生之機會，重建毒品施用者社會網絡與正常工作關係，使其逐漸擺脫對毒品之依賴，恢復社會生活能力。

(五) 疾病控制

美國毒品法庭計畫係為降低監禁成本（prison costs），乃投入資金，廣建毒品法庭。根據 OPPAGA（2014）之研究，以佛羅里達州新設毒品法庭為例，46% 之毒品法庭計畫參與者之量刑計分表之分數超過 44 分，已達入監執行之標準。毒品法庭計畫似非解決因共用針具所導致之後天免疫缺乏症候群感染問題，而我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分確實可達成對 HIV 與其他傳染性疾病之控管。

(六) 威嚇效果

美國毒品法庭計畫法院與參與者之互動關係較為密切，毒品法庭巧妙運用棒子與胡蘿蔔理論，不僅提供戒癮治療及多元社會服務，如參與者消極不配合，可運用之懲罰手段眾多。針對參與者違反處遇情節之輕重程度，增加驗尿頻率、

法庭報到次數等，警惕參與者遵守處遇內容。如參與者仍執迷不悟，法院可運用之手段甚至包括短期監禁、計畫期間延長以及撤銷參與資格等，甚具威嚇效果。反觀我國之附命完成戒癮治療之緩起訴處分，監督密度甚低。檢察官僅得撤銷緩起訴，並無其他手段可供運用，威嚇效果較差。

茲將美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分之異同列表如後：

表 2：美國毒品法庭計畫與我國附命完成戒癮治療之緩起訴處分比較列表

| 項目 | 毒品法庭計畫 | 附命完成戒癮治療之緩起訴處分 |
|--------|-----------|----------------|
| 事權是否統一 | 統一 | 分散 |
| 監督密度強弱 | 強 | 弱 |
| 內容是否多元 | 提供多元社會服務 | 戒癮治療 |
| 成敗比例 | 完成率較高 | 完成率較低 |
| 再犯控制 | 可降低再犯率 | 可降低再犯率 |
| 節省成本 | 獲益大於成本 | 無實證數據 |
| 社會復歸 | 可幫助被告復歸社會 | 可幫助被告復歸社會 |
| 疾病控制 | 無實證數據 | 有效控制疾病傳染 |
| 威嚇效果 | 具威嚇效果 | 威嚇效果差 |

二、研究建議

毒品係非法精神活性物質，毒品濫用會造成精神活性物質依賴（psychoactive substance dependence），屬於病因明確之慢性、難以治療、高復發之腦部疾病，並非純由個人選擇、意志薄弱與缺乏道德意識等因素所導致。聯合國毒品與犯罪問題辦公室（United Nations Office on Drugs and Crime；簡稱 UNODC）指出：研究顯示，最佳之毒品施用者處遇政策應採取下列原則：（一）視毒癮為慢性疾病，提供持續性戒癮治療。（二）能夠解決再犯風險所導致之多重問題。（三）藉由妥適監控與預防復發措施，促使毒品施用者復歸社會⁶。我國行政院研究發展考核委員會（組織再造後為國家發展委員會）綜合考量國際趨勢與我國國情，於 2010 年 2 月 2 日行政

6 United Nations Office on Drugs and Crime(2003). Investing in Drug Abuse Treatment—A Discussion Paper for Policy Maker. Retrieved 2016/8/1, from http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

院毒品防制會報第4次會議提出「毒品防制政策整體規劃報告」。針對毒品施用者處遇政策，建議採取漸進式改革。在資源有限、民衆接受度低、短其內可能造成毒品施用者增加之顧慮下，立法政策上，短期先落實除刑不除罪各項政策，以司法監督毒品施用者社區治療為主，對不願參與社區治療或治療無效者，施以機構內治療為輔，達成以強制戒治替代刑罰。長期而言，除罪化後面臨龐大醫療、心理復健、追蹤輔導及提供就業機會等需求，需政府帶頭有效整合民間資源，共同防制。

本文贊同上述漸進式改革之觀點，現行檢察官附命完成戒癮治療之緩起訴制度，為現階段「將被告從司法系統轉介至醫療體系」之平台，符合聯合國毒品與犯罪問題辦公室所提出「視毒癮為慢性疾病，提供持續性戒癮治療」為最佳處遇原則。且司法強制力為後盾，毒品施用者與醫療體系之間並非單純醫病關係，可督促個案留置於醫療體系，完成戒癮治療。現行處遇政策雖非完備，執行層面仍存在諸多問題，但仍可補強或微調。因此，現階段衛生福利機關應適當提供戒癮資源，並且提供毒品成癮治療之理論與實務發展之相關課程，俾利檢察官在職進修，充實本職學能，鼓勵檢察官於個案諭知附命完成戒癮治療之緩起訴處分，實為必要。

目前相關法律所規定之附命完成戒癮治療之緩起訴處分內容不具多元性之問題，似可仿效美國毒品法庭計畫，提供協助就業、教育訓練、家庭扶助等多元社會服務，擴大醫療體系、社福體系參與之程度，幫助毒品施用者重建支持系統，早日復歸社會。

其次，為解決當前實務上撤銷緩起訴比例甚高，被告僅因病情復發即無法留置於醫療體系繼續接受戒癮治療之問題，應鼓勵檢察官就參加毒品戒癮治療之被告，於治療期間內驗尿呈陽性反應者，於符合一定要件之情形下，就本次驗尿之施用毒品案件（毒偵字案）再為緩起訴處分，並不須再轉介醫療院所評估，併由前案之專業醫師協助繼續參加療程，且不撤銷原緩起訴處分，以勵自新。換言之，如被告於戒癮治療期間再犯施用毒品罪，檢察官得依據戒癮機構評估報告、訪視調查報告，決定是否撤銷緩起訴處分，以及是否訴究被告於戒癮治療期間之施用毒品行為。而被告於緩起訴期間驗尿呈毒品陽性反應，應加強監督其行為。似可修正毒品危害防制條例，並參考美國毒品法庭之設計，賦

予檢察官增加被告驗尿頻率、強制住院解毒、額外增加觀護報到次數、延長緩起訴處分期間等手段。

綜上所述，可適度擷取美國毒品法庭計畫之優點，賡續發展本土特色之處遇內容，結合司法、醫療與社區之職能，發揮使附命完成戒癮治療之緩起訴處分之效益。

參考書目

一、中文部分

- 李宗憲（2010）。日據時期臺灣鴉片政策之探討—兼論當前臺灣毒品防制政策之反思。中央警察大學警學叢刊，41（1）：p203-224。
- 林健陽、柯雨瑞（2010）。《毒品犯罪與防治》。桃園：中央警察大學。
- 林健陽、裘雅恬（2009）。毒品施用者緩起訴接受替代療法現況與效果之研究。中央警察大學犯罪防治學報，10：p1-41。
- 法務部（2010）。行政院毒品防制會報第四次會議會議資料。
- 高淑宜、劉明倫譯（2003）。《「BRENDA 取向」戒癮手冊》。J. R. Volpicelli 等原著（美國）（2001）。臺北：心理出版社。
- 陳泉錫（2012）。利用 IT 支援毒品防制政策推動之研究—現行毒品防制策略之困境與改善芻議，國立政治大學資訊管理學系博士論文。
- 陳泉錫、季延平、詹中原（2012）。臺灣地區出監毒癮者接受美沙酮替代療法 18 個月之再犯率追蹤。臺灣公共衛生雜誌，31（5）：p485-497。臺北：臺灣公共衛生學會。
- 許春金（2010）。《犯罪學》。桃園：中央警察大學。
- 國家衛生研究院（2012）。藥物成癮防治策略論壇第一次分組會議資料。
- 黃慧娟（2010）。施用毒品行為之處罰與管制探討—毒品戒治醫療化。國立中正大學法律學研究所碩士論文。
- 賈少微（2013）。《精神活性物質依賴》。北京：人民衛生出版社。
- 楊士隆（2007）。毒癮戒治及減害計畫政策績效指標研究。行政院衛生署管制藥品管理局 96 年度委託科技研究計畫成果報告。
- 楊士隆、李宗憲（2012）。藥物濫用之處遇制度—美國毒品法庭，收錄於楊士隆、李思賢主編，《藥物濫用、毒品與防治》，p253-285。臺北：五南圖書公司。
- 楊士隆、蔡德輝、張伯宏、李宗憲、莊淑婷、黃天鈺（2008）。戒治機構內成癮性毒品施用者之管理與處遇模式建構。法務部 97 年度委託研究結案報告。

- 謝政憲、林芳正、黃禮蘭、陳錦華等（2009）。毒品犯罪之對策探討—以臺南縣「毒品減害替代療法」專案工作為例。中央警察大學警學叢刊，39（4）：p97-120。
- 謝淑芬（2008）。美沙冬替代療法的支持服務工作。社區發展季刊，122：頁 264-276。臺北：衛生福利部社會及家庭署。

二、英文部分

- Cary Heck, Aaron Roussell, Scott E. Culhane(2009), Assessing the Effects of the Drug Court Intervention on Offender Criminal Trajectories: A Research Note, 20,Criminal Justice Policy Review, 236,236-246.
- Celinda Franco(2010), Drug Courts: Background, Effectiveness, and Policy Issues for Congress, Congressional Research Service(CRS) Report for Congress,1-29.
- OPPAGA(2014), Expansion Drug Courts Can Produce Positive Outcomes Through Prison Diversion and Reduced Recidivism, , Report No. 14-02, January 2014, Retrieved 2016/12/17, from <http://www.oppaga.state.fl.us/MonitorDocs/Reports/pdf/1402rpt.pdf>.
- Shelley Johnson Listwan, Deborah Koetzle Shaffer, Jennifer L. Hartman(2009), Combating Methamphetamine Use in the Community: The Efficacy of the Drug Court Model, 55, Crime & Delinquency,627, 627-644.
- United Nations Office on Drugs and Crime(2003). Investing in Drug Abuse Treatment—A Discussion Paper for Policy Maker. Retrieved 2016/12/17, from http://www.unodc.org/pdf/report_2003-01-31_1.pdf

三、網路資料部分

- 法務部法務統計網站：<http://www.rjsd.moj.gov.tw/rjsdweb/>，查詢日期：2016/12/17