

連署人：田秋堇 趙天麟

(七)鑒於我國邁入高齡化社會，推估失智人數在 40 年後將超過 72 萬人。失智症特別門診應有如同糖尿病之特別門診照護諮詢服務。此外，為考量照顧者之就醫需求，應於失智症特別門診內主動提供失智患者與家庭照顧者同時就醫。

提案人：田秋堇

連署人：趙天麟 劉建國

(八)鑒於國內失智人口攀升加快，惟投入失智症患者之居家服務、居家喘息服務與其報酬不成比例，迫使部分居服人員不得不選擇性迴避服務困難度較高之失智個案，爰此，要求研議提高失智症及重度失能居家服務時薪。

提案人：田秋堇

連署人：趙天麟 劉建國

散會

---

主席：請問各位，對上次會議議事錄有無錯誤？（無）無錯誤，確定。

進行討論事項。

### 討 論 事 項

- 一、審查行政院衛生署訂定之「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」。
- 二、併案審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、本院委員劉建國等 21 人擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」、委員田秋堇等 19 人擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案。
- 三、審查本院委員劉建國等 18 人擬具「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、委員江惠貞等 20 人擬具「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、委員蔡錦隆等 24 人擬具「醫療爭議處理法草案」、委員蔡錦隆等 24 人「醫療事故補償法草案」及委員劉建國等 16 人擬具「醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」等 5 案。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。針對討論事項共三案作如下說明。



## 補充保險費之立法背景

- 90年李明亮署長開始研修二代健保
- 99年4月8日，送立法院審查
- 99年5月20日，保留26條送協商
- 協商提出修正動議—擴大費基，計收補充保險費，增加公平性
- 100年1月4日三讀，100年1月26日總統修正公布—前後歷經十年

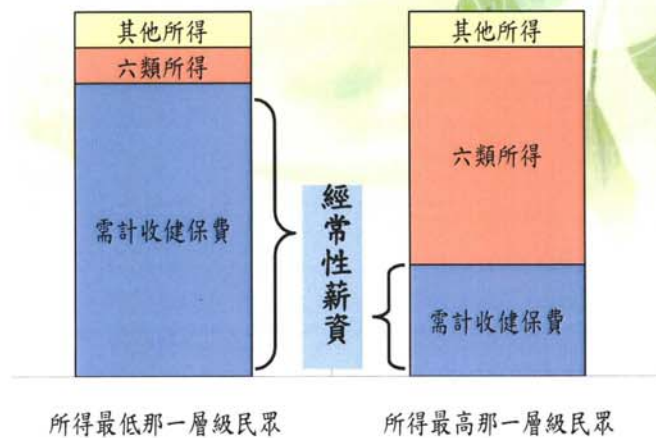
3



## 立法背景<sup>1/3</sup>

為什麼要收補充保險費？

➡ 因為只按照薪水計收健保費會造成不公平現象



4



## 立法背景<sup>2/3</sup>

### ◆立法選擇



◆全民健康保險法修正案於100年1月4日經立法院三讀通過，並於100年1月26日以總統令公布。

5



## 立法背景<sup>3/3</sup>

### ◆保險對象補充保險費之計算方式

扣取對象：第1類～第4類及第6類保險對象(§31)  
(第5類保險對象為低收入戶成員，免扣取補充保險費)

#### 補充保費

- ◆補充保險費費基×補充保險費之費率(2%)
- ◆被保險人及眷屬各自依其其他所得計算補充保險費

#### 費基

高額獎金

執行業務收入

兼職所得

股利所得

利息所得

租金收入

註：1. 補充保險費有免扣取之範圍規定  
2. 補充保險費費率第一年2%

6



## 扣取及繳納補充保險費辦法

- ◆ 健保法第31條第3項規定：「第1項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」
- ◆ 101年10月30日發布，並自102年1月1日施行。

7



## 補充保險費新制<sup>1/10</sup>

- ◆ 法規研議過程
  - 舉辦9場座談會及5次法規草案討論會議
    - 各場次採分眾、分議題
    - 參與對象包括：
      - 熟悉健保業務及財稅制度之專家學者
      - 扣費義務人
      - 相關政府機關
      - 保險對象代表
  - 5月7日進行法規預告，廣泛蒐集各界意見
  - 拜會相關團體及部會，爭取支持建立共識

8





## 補充保險費新制<sup>2/10</sup>

◆ 規劃原則

**計費基礎**

立法意旨:就源扣繳  
扣繳基礎:現金、票據、股票、可等值  
兌換現金之禮券等

**扣費門檻**

單次給付:5千元  
弱勢兼職所得:基本工資


**行政作業**

簡化利息所得扣繳程序  
減輕銀行業行政成本及負擔

簡政便民

註:如為股票或外國貨幣,其價格或兌換率,依所得稅法相關規定辦理。

9



## 補充保險費新制<sup>3/10</sup>

◆ 6項各項所得(收入)之定義<sup>1/2</sup>

- 獎金
  - 投保單位給付
  - 符合所得稅法第14條第1項第3類規定應納入薪資所得項目,且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予,如年終獎金、節金、紅利等。
- 兼職薪資所得
  - 非所屬投保單位給付
  - 所得稅法第14條第1項第3類所稱之薪資所得。
- 執行業務收入
  - 所得稅法第14條第1項第2類所稱執行業務者之業務或演技收入。

10



## 補充保險費新制<sup>4/10</sup>

### ◆6項各項所得(收入)之定義<sup>2/2</sup>

#### ➤ 股利所得

- 所得稅法第14條第1項第1類所稱公司股東所獲分配之股利總額。

#### ➤ 利息所得

- 所得稅法第14條第1項第4類所稱之利息所得。

#### ➤ 租金收入

- 所得稅法第14條第1項第5類第1款所稱之租賃收入及第2款所稱之租賃所得。

11



## 補充保險費新制<sup>5/10</sup>

### ◆扣取保險對象補充保險費項目

項 目	說 明	所得稅代號 (前2碼)
全年累計超過 投保金額4倍 部分的獎金	給付所屬被保險人的薪資所得中，未列入投保金額計算的獎金(如年終獎金、節金、紅利等)，累計超過當月投保金額4倍部分。	50
兼職薪資所得	給付兼職人員(指非在本單位投保健保)的薪資所得	50
執行業務收入	給付民眾的執行業務收入，不扣除必要費用或成本。	9A 9B
股利所得	公司給付股東的股利總額。	54
利息所得	給付民眾公債、公司債、金融債券、各種短期票券、存款及其他貸出款項的利息。	5A 5B 5C 52
租金收入	機關、團體、公司等，給付給民眾的租金。	51

註:單位如有給付民眾上開6項所得(或收入)時，即為補充保險費的扣費義務人，應於給付時按補充保險費率(第1年為2%)扣取補充保險費，彙繳健保局。

12



## 補充保險費新制<sup>6/10</sup>

### ◆保險對象補充保險費計收方式



單次給付未達新臺幣20,000元者，扣費義務人併得於次年1月31日之前，依照規定格式造冊，彙送給健保局，由健保局逕向保險對象收取。

13



## 補充保險費新制<sup>7/10</sup>

### ◆扣繳方式

- 扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。
- 採就源扣繳：由扣費義務人於給付保險對象應負擔補充保險費之各項所得時，按照規定費率扣取，並於給付日之次月底前，向健保局繳納。
- 免扣對象主動告知
  - 保險對象有免扣取補充保險費之事由，應於受領給付之前，主動告知扣費義務人。
- 免扣對象認定方式
  - 除雇主已列入投保金額之股利所得，係由扣費義務人逕行認定免扣以外，其餘應於受領之前，提具證明文件，始得免予扣取。
  - 健保局將建置網頁查詢系統，讓扣費義務人有疑慮時，可查詢及確認。

14





## 補充保險費新制<sup>8/10</sup>

### ◆單次給付之扣繳下限

- 扣繳下限5千元
  - 單次給付金額達新臺幣5千元者，才須扣費。
- 特殊狀況之處理
  - 部分弱勢對象之兼職薪資所得，單次給付之扣繳標準提高至基本工資(目前為18,780元)之水準。
  - 單筆利息達2萬元由銀行扣繳，5千元至未達2萬元者，銀行得併於次年1月31日前造冊，彙送健保局統一收取。

15



## 補充保險費新制<sup>9/10</sup>

### ◆提高弱勢族群兼職所得之扣費門檻

- 符合下列條件，其兼職所得未達基本工資者，免予扣取補充保險費：
  - ✓兒童及少年
  - ✓中低收入戶
  - ✓中低收入老人
  - ✓領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達基本工資之身心障礙者
  - ✓在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生
  - ✓符合健保法第100條所定之經濟困難者

16





## 補充保險費新制<sup>10/10</sup>

### ◆ 溢扣款之退費

- 扣取日次月起6個月內，向扣費義務人申請退費，逾期得向健保局申請退費。
- 按月填報扣費明細，並以電子媒體彙送健保局者，保險對象得逕向健保局申請退還。

### ◆ 申報扣費明細

- 各扣費義務人，應於每年1月底前，將上年度扣取之補充保險費，填報扣費明細，彙報給健保局。
- 信託業者如有特殊情形，得申請展延至次年2月15日。

### ◆ 扣費證明

- 保險對象得向各扣費義務人或健保局索取。

17



## 各界關心議題之處理

18



## 補充保險費扣費下限定為5千元

- ◆起扣標準，須考量扣費之社會成本。
- ◆依循社會共識，順應民意並保護弱勢，訂定扣費下限：
  - －經徵詢專家、學者、機構及民間團體，多數建議扣費下限定為5千元。
  - －立法院社福衛環委員會於9月27日通過，提高扣費下限為5千元之附帶決議。
  - －所得2千至5千元的族群，為相對弱勢，下限提高至5千元，可使多數弱勢者不會成為補充保險費之扣取對象。

19



## 股票股利計收補充保險費

- ◆股利所得包含現金股利與股票股利。
- ◆所得稅法將股票股利認屬股東之所得。
- ◆立法院衛環委員會101年5月3日臨時提案決議略以：  
：補充保險費課徵對象不包括股票股利，係踰越母法之舉，要求依立法意旨辦理，以符法制。
- ◆由扣費義務人於撥付現金股利時，一併扣取當次股票股利應計收之補充保險費，如扣取不足或無現金可供扣取時，由健保局於次年開單收取。

20



## 利息所得拆單問題之處理

- ◆年度結算再扣繳，與健保法第31條規定「就源扣繳」之方式牴觸。
- ◆合法拆單已於財務估算預為考量。
- ◆為減輕扣費義務人之行政成本，單次給付利息所得未達2萬元者，並得彙送健保局收取。
- ◆經與銀行界不斷溝通後，銀行公會已表示將全力配合二代健保之推動，且部分銀行已開發新的金融商品，鼓勵存戶不要拆單。
- ◆未來仍會不斷地諮詢各界意見，整體考量並持續進行行政措施與法規之改革。

21



## 後續推動作業

22



## 二代健保資訊應用系統開發

101年11月底  
完成資訊系統開發

101年11、12月  
輔導試辦單位模擬  
試作及資料申報

102年1月  
系統上線

23



## 多憑證網路作業平台 資訊系統開發

已完成

開放參與二代健保試辦計畫之單位使用

提供網路辦理  
補充保費  
申報功能

提供補充保費  
明細媒體檔  
上傳功能

提供免扣繳補  
充保險費  
身分查詢功能

提供單機版申  
報軟體  
下載功能

24





## 二代健保宣導說明會



25



## 我們有世界最好的健保

— 今年就有四大國際媒體報導，每年有50國代表來台參訪

2012	Taiwan's Progress on Health Care By Uwe E. Reinhardt (July 27, 2012)	紐約時報	The New York Times
	NGC Documentary featuring Taiwan's 'medical miracle' to premiere. (June 26, 2012)	國家地理頻道	NATIONAL GEOGRAPHIC
	Health Insurance Is for Everyone By Fareed Zakaria (Mar 26, 2012)	時代雜誌	TIME
	GPS Special: Global Lessons – The GPS Road Map for Saving Health Care. (Mar 17, 2012)	CNN電視台	CNN
2009	5 Myths About Health Care Around the World (華盛頓郵報) By T.R. Reid (Aug 23, 2009)		WP
2008	CNN put Taiwan's health insurance on the same level as other advanced countries as a valuable paradigm. (CNN電視台)		CNN
	美國公共電視PBS將台灣與其他先進國家並列參考典範 (Apr 15, 2008)		PBS
2005	諾貝爾得主保羅克魯曼將台灣經驗作為美國健保問題的借鏡 (紐約時報) (Nov, 2005)		The New York Times

26



## 今日您挺健保，明日健保挺您

- ◆ 財務壓力大，共盡社會責任，共體時艱。
- ◆ 立法已兩年，就像前署長所說「雖不完美，但可接受」。
- ◆ 先實施補充保險費，最低估算的情形可至 105 年。
- ◆ 四年間，我們有信心重啟規劃修法，建立更完美的新一代健保。

27

以上為針對討論事項第一案所作說明，現在繼續就第二案作如下說明。

關於「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」；「田秋堇委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」部分，提出本署意見，敬請各位委員不吝指教：

一、「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」

### (一)修正重點說明

鑒於對建構緊急醫療救護體系、救治緊急傷病患及提升緊急醫療救護品質等工作之關心，劉建國委員等 21 人與蔣乃辛委員等 23 人所提有關公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器（AED）、劉建國委員等 21 人與盧秀燕委員等人所提救護車裝設車廂內外監視錄影器。修正重點臚列如下：

#### 1. 獎勵或補助購置 AED（第十四條之一）

課予私人之公共場所強制裝設 AED，應參考美國作法以獎勵或補助來推動設置。

#### 2. 實施心肺復甦術（CPR）及使用 AED 之急救免責（第十四條之二）

先進國家推動於公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器（AED），證實能有效提高突發性心

臟停止個案之急救成功率，為消除民眾疑慮期使每位熱心救助者不致因為救人義舉而背負法律責任，爰對伸出援手民眾及非值勤期間之救護人員實施心肺復甦術（CPR）及使用 AED 之急救行為，將刑事責任限縮於故意，及民事責任限縮於故意或重大過失。

3. 救護車裝設車廂內外監視錄影器（第十七條）

為便於釐清事故責任及遭遇不肖駕駛惡意擋道時便於舉證，必要時還原運送傷病患緊急處置過程，應於車廂內外裝設監視錄影器。

4. 自動體外心臟電擊去顫器（AED）設置場所（第三十五條之一）

依據日本推廣 AED 經驗，公共場所發生自動體外心臟電擊去顫器（AED）突發性心臟停止個案的急救成功率，可從原來 7%提高至 38%。為拯救突發性心臟停止病患之生命，引用美國公共場所設置 AED 之標準，爰提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。

（二）本署對相關修正草案意見

1. 公共場所設置 AED 係屬公共利益，又法律明文課予私人所設公共場所之強制義務，本修正案並非首例，如公共場所母乳哺育條例第五條規定公共場所應設置哺（集）乳室供民眾使用、消防法第六條規定場所應設置消防安全設備等措施。復按設置自動體外心臟電擊去顫器不但可保護所屬員工亦可保護其他人，以提供健康安全之環境，進而提升企業公益形象。我國目前 AED 比率每 10 萬人口 15.2 台，按本署「開創全民均等健康照護計畫」，AED 布建指標，預計至 105 年每 10 萬人口達 25 台，預期增加 2,254 台，所需費用約 5 億 802 萬元，如欲達成日本標準每 10 萬人口 234 台之標準，須增加 51,000 台，費用達 102 億元。爰其設置之補助及獎勵，建請得審酌辦理。

2. 為鼓勵路人對緊急傷病患者伸出援手，將國外「善良的撒瑪利亞人法」的救人不受罰精神納入，期使鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施救，符合推動本意，爰敬表支持並尊重委員意見。

3. 緊急醫療救護法第十七條所列係屬供民眾辨識之必要外觀要件，而「車廂內外監視錄影器」屬內部設備，建請收錄於該法第十五條授權訂定之「救護車裝備標準及管理辦法」中予以增修；另查救護車設置機關，消防機關占約半數，消防法第二十四條第二項亦有授權訂定「直轄市縣市消防機關救護車裝備人力配置標準」，需併請內政部配合修正相關法規。

4. 本署委託台灣急診醫學會辦理「民眾心肺復甦與早期電擊推動之評估計畫」研究結果，建議 AED 設置場所應以「高密度」、「高風險」、「難到達」、「高效益」等原則，作為公共場所設置 AED 之建議基準。爰突發性的心臟停止，依前開原則將年齡、人潮、地點作為建議基準，並考量設置效益與施救效果，有關蔣委員等人提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置 AED，本署敬表支持並建議與本署擬具第十四條之一併案審查，授權訂定於子法中。

二、「田秋堇委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」

（一）修正重點說明

田秋堇委員等 19 人針對近年數起山難與野外地區緊急救護事件，凸顯野外地區緊急救護有其

獨特性，救護方式及策略往往需針對地形、氣候、地點與傷病型態做綜合考量。修正重點臚列如下：

1. 野外地區緊急救護區域與野外地區之緊急醫療救護（第三條、第五條、第八條、第九條、第十二條、第十三條、第十四條、第三十條、第三十二條、第三十三條正草案）

基於野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市（郊區）或大量傷患大不相同，建議增列野外地區之緊急救護。

2. 訂定救護直昇機臨時起降辦法（第二十二條、第二十三條）

為增進野外地區救援時效且放寬避免救護直昇機之機能，增加授權訂定救護直昇機臨時起降辦法。

3. 野外救護技術員（第二十四條、第二十五條）

由於野外救護技術員所需之技能、救護技巧與一般（城市）救護技術員差異甚大，建議將本條文中救護技術員分類為一般（城市）救護技術員及野外救護技術員。由於野外地區，往往需要第一線機動力強之搜索隊。而將野外救護技術員分為搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。

（二）本署對相關修正草案意見

1. 按本法所稱緊急醫療救護體系與機制，係依到院前現場之緊急傷病或大量傷病患之緊急救護、救援，及依醫療區域與醫院緊急醫療處理能力之後送醫療處理，分別由相關權責機關負責，並於其組織法及其相關法令定有明文與職掌：如直轄市、縣（市）消防機關應以轄內之消防分隊或鄉（鎮、市、區）為單位，劃分救護區，由消防機關或消防分隊設置救護隊，辦理緊急救護業務。山地、離島，得視實際需要增設救護隊。而野外地區之緊急救護亦屬到院前現場之緊急救護、救援，係屬內政部消防署權責，建請由內政部消防署研議。

2. 消防機關若發現有傷病患受困野外高山地區，需救護直昇機出動協助救援，定有相關機制請內政部空勤總隊出動救援。另查交通部主管之民用航空法相關作業規範已訂有直昇機執行緊急救難、緊急醫療救護時，其起降場所由機長視直昇機性能、地形及目視天氣情況，經判斷無安全顧慮後即可使用，爰無須再另行增訂救護直昇機臨時起降辦法。

3. 救護技術員係依其所受緊急傷病患的訓練內容與能力，區分初級、中級及高級等三類，皆以其救護專業能力做分級，然為因應野外地區所需救護技術，基於救難與緊急救護無縫接軌基本精神，本署敬表支持，惟為避免因另定野外救護技術員之分軌，而限縮野外救護量能，建請同意將野外救護員所需之搜索、救援技能及野外急救所需預立醫療流程，一併納入「現行救護技術員管理辦法」與「醫療指導醫師實施辦法」一同增修，以利相關管理之一致性。

三、結語

本署承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律 案及相關業務之推動，本人在此敬致謝忱，以上意見， 敬請 指教。

最後，再就第三案作如下說明。

關於「劉建國委員等 18 人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「江惠貞委員等 20



人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「蔡錦隆委員等 24 人所提醫事爭議處理法草案」、「蔡錦隆委員等 24 人所提醫療事故補償法草案」、「劉建國委員等 18 人所提醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」部分，提出本署意見，敬請各位委員不吝指教：

一、「劉建國委員等 18 人、江惠貞委員等 20 人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」；「蔡錦隆委員等 24 人所提醫事爭議處理法草案」；「蔡錦隆委員等 24 人所提醫療事故補償法草案」重點綜合說明

鑒於我國醫療糾紛被刑事起訴案件多，訴訟過程曠日廢時，且經過漫長的鑑定、訴訟程序，不但醫師蒙受極大身心壓力，病家難獲得補償，落得醫病對立、民眾不信任司法，最後造成醫、病、法三輸局面，準此， 大院相關委員認為醫療糾紛解決機制有專法建立之必要，紛紛擬具有關草案，期使醫療糾紛處理機制能明確建立，增進病家對於醫療專業之信任，以緩和醫病關係之對立，減少醫療糾紛之訟源。

二、劉建國委員等 16 人所提「醫療法第 83 條及第 98 條條文修正草案」說明

劉建國委員等 16 人鑒於醫事糾紛事關醫病雙方權益至鉅且大，目前有台北、士林、板橋、台中、高雄地方法院及台灣高等法院、台中分院、高雄分院設立醫事專業法庭，處理民、刑事醫療訴訟案件，基於醫事糾紛案件具有高度專業醫學知識，故若有專家參審當有利於訴訟之進行；其次，為增進醫療鑑定報告之有效性、及時性和完整性，就提出醫療鑑定報告書者，應有出庭說明及被詰問之義務。

三、本署刻已研議「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」之進度說明

（一）醫事人員遭受提告情事，漸漸增加，現行司法訴訟制度及程序，對於醫療糾紛案件，常讓病人及醫事人員雙方落入曠日廢時、耗費高額費用等不利情事，因之，目前執業中醫事人員、實習醫護人員、甚至醫學生多畏懼進入高風險科別，也是五大科人力斷層之重要因素之一。

（二）本署為解決相關問題，維護保障病人安全及就醫權益，並提升醫療服務品質，除推動擬具醫療刑責合理化有關修正草案外，更已研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，作為重要的配套措施。有關醫糾處理及補償法草案已於 10 月 9 日函送行政院審查，11 月 5 日及 11 月 14 日，行政院已召開第二次審查會議，近期將再召開第三次會議。

（三）本署所提醫糾處理及補償草案採取「強化調解機制」、「提供及時補償」二大原則，以促進與維護病人權益保障。草案重點包含：

1. 委託民間專業團體或機構，建置客觀的醫學諮詢或諮商機制，使病人得獲知有關醫事知識及糾紛處理途徑，緩和醫病對立關係。

2. 對於重大如涉及制度設計的醫療糾紛或醫療事故，籌組專案調查小組。

3. 強化病歷證據保全，要求醫療機構應在二個工作天提供完整病歷。

4. 建立調解前置原則，明定未向地方衛生機關所設爭議調解會申請、進行調解，不得提起民事訴訟及刑事自訴。

5. 規劃建置有關醫療事故補償機制，原則並應於三個月內審定補償結果，使病方及時獲得補償填補，彌補傷痛。

#### 四、對於委員所提相關法案之本署意見

##### (一)醫糾處理及補償草案部分

1. 大院相關委員所提涉及醫療糾紛處理及醫療事故補償之草案內容，諸如強化醫療糾紛處理機制；增訂醫療道歉或病家關懷；建置補償基金，及時補償；以及增設防錯機制等事項，與本署目前研訂醫糾處理及補償法草案要旨，不謀而合。

2. 鑒於行政院對本署所提草案，近期已密集持續召開相關會議，並預定進行第三次審查，行政院並允將儘速進行後續審議，爰建請 大院考量，待行政院審議具體結果，併案修正推動相關醫糾處理及醫療補償之草案。

##### (二)醫療法第 83 條及第 98 條修正草案部分

1. 按目前本署醫事審議委員會依醫療法第 98 條第 1 項第 4 款規定，受理司法或檢察機關委託鑑定醫事案件，獨立行使鑑定職權，僅針對委託鑑定機關所詢事項，就相關卷證及病歷或護理資料所述案情，基於醫學知識及醫療常規，提供書面之專業鑑定意見。

2. 由於機關鑑定性質，本署受託醫事鑑定乃以委員達成一致為鑑定意見，採取合議制，鑑定結果並非個人之意見；鑑定報告書，亦以醫事審議委員會名義回復委託之司法或檢察機關，任何委員均無法代表委員會出庭說明及接受詢問。因之，鑑定委員未便到庭說明或報告。

3. 至於，醫療法第 83 條修正草案擬增訂有關法院選定專家，涉及司法權限及法院開庭程序，本署也已經將本醫療法修正草案轉知司法院，宜由司法院表示意見。

#### 五、結語

本署承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律案及相關業務之推動，本人在此敬致謝忱，以上意見，敬請指教。

主席：現在請司法院民事訴訟廳周法官說明。

周法官舒雁：主席、各位委員。就 大院併案審查立法委員劉建國等 18 人所提「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」（下稱劉委員版草案）、立法委員江惠貞等 20 人所提「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」（下稱江委員版草案）、立法委員蔡錦隆等 24 人所提「醫事爭議處理法草案」（下稱蔡委員版醫糾法草案）、「醫療事故補償法草案」（下稱蔡委員版醫補法草案）、立法委員劉建國等 16 人擬具「醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」（下稱醫療法草案）計 5 案，謹表示意見如下：

##### 一、江委員版草案、劉委員版草案、蔡委員版醫糾法、醫補法草案：

###### (一)江委員版草案第 3 條、劉委員版草案第 3 條部分：

1. 草案第 3 條第 1 款之「醫療糾紛」與第 2 款之「醫療事故」之界定，並未明確，醫療糾紛有無包含醫療事故？如有包含醫療事故，則醫療事故補償是否應立於補充性地位，即須病人已依法循醫療糾紛程序處理無效後，始得提起醫療事故補償。又草案第 1 款規定「對於醫療行為不良結果之責任歸屬之爭議」，應由何人或何機關認定是否有不良結果？如醫事人員或醫療機構不服該認定，有無救濟途徑？建請斟酌。

2. 另草案第 3 款規定「病人或其依法得提起訴訟之人」其中「其依法得提起訴訟之人」所指

為何？是否係指「其他依法得提起訴訟之人」？建請斟酌。

(二)江委員版草案第 7 條第 2 項、蔡委員版醫糾法草案第 6 條第 2 項：

複製病歷及檢查報告之費用應由第 1 項之請求人負擔，且病人請求交付病歷及檢查報告之費用應由代理之本人負擔，並無由病人之代理人負擔之依據。建請文字修正為「由前項之請求人負擔」。

(三)江委員版草案第 8 條、劉委員版草案第 7 條關於說明或溝通過程中所為之陳述及讓步，不得作為相關訴訟事件或裁判之基礎部分：

當事人在民事訴訟外所為之陳述，亦得由民事法院依證據法則採為間接事實，依自由心證判斷事實之真偽。且民、刑事訴訟法就證據能力及證據力均已有規定，草案規定當事人於說明或溝通過程中所為之陳述或讓步，均不得採為相關民事訴訟事件裁判之基礎，是否有規範之必要，建請斟酌。

(四)江委員版草案第 10 條、劉委員版第 9 條、蔡委員醫糾法草案第 9 條部分：

1. 憲法第 16 條規定人民有訴訟之權，此項權利自亦包括人民尋求刑事司法救濟在內，是故人民因權利遭受非法侵害，加害之行為人因而應負刑事責任者，被害人應有請求司法機關予以偵查、追訴、審判之權利，此項權利之行使國家亦應提供制度性之保障。其基於防止濫訴並避免虛耗國家有限資源，法律對於訴訟權之行使固得予限制，惟限制之條件仍應符合憲法第 23 條之比例原則（參照本院釋字第 507 號解釋意旨）。查醫療糾紛之刑事案件有告訴乃論之罪（如業務過失傷害罪）及非告訴乃論之罪（如業務過失致死罪），後者並非以合法告訴為訴訟條件，縱使被害人或有告訴權人與加害人之紛爭經調解成立，亦無礙該非告訴乃論之罪被追訴。本草案第 10 條第 1 項規定醫療糾紛爭議事件未申請調解者，不得提起刑事自訴；第 22 條第 1 項規定調解成立經法院核定後，不得再行告訴或自訴，並未區分告訴乃論之罪或非告訴乃論之罪，一律全部適用，容有斟酌餘地。

2. 草案第 1 項規定「未依本章申請調解」，如當事人依民事訴訟法第 403 條規定或依鄉鎮市調解條例聲請調解而未成立者，亦屬踐行調解先行程序，仍應再依本法申請調解，有無命當事人一再重複調解之必要？建請斟酌。

3. 草案第 2 項規定消滅時效期間扣除制度，惟民法第 129 條第 2 項已規定聲請調解為中斷時效之事由，何以本法規定之調解與其他法律之調解效果不同，恐易致當事人混淆其間之法律效果，致受不利之判斷或認定。又草案規定「自申請發生效力」，所指為何？建請斟酌。

4. 草案第 3 項規定主管機關通知所在地管轄法院或檢察機關之目的、作用及效果為何？草案既規定須經調解始得起訴，則主管機關受理調解時，法院應無訴訟事件繫屬，有無通知法院之必要？建請斟酌。

(五)江委員版草案第 11 條、劉委員版第 10 條部分：

1. 草案第 3、5 項：法官依獨立審判而為之判決種類，刑事訴訟法已有明文，上開條項再重複宣示數裁判種類，是否有必要？敬請考量。又緩刑之要件，刑法第 74 條第 1 項定有明文，並非調解成立之科刑案件均符合緩刑要件，上開規定第 3 款所稱科刑判決並應為緩刑之宣告，恐將導

致科刑判決者，均須同時宣告緩刑之誤解，尚請斟酌。法官得否為草案第 3 項以外之裁判？例如移轉管轄、免訴裁判？恐有疑義，建請斟酌。

2. 草案第 1 項規定「先行調解」之效果為何？是否發生原訴訟程序當然停止之效果？法院應裁定停止？或原訴訟程序不停止進行？如不停止，則移付調解之實益何在？

3. 草案第 4 項規定「被害人本人（似係指病人）無法表示同意時」，經其特定親屬三分之一以上表示願意調解者，法院即應裁定移付調解。惟被害人本人（似係指病人）無法表示同意時，其法定代理人或特別代理人本即得代其為訴訟行為，何以非由其法定代理人或特別代理人表示同意，而須由逾一定比例之特定親屬表示同意？其理由及實益何在？又此等親屬均非訴訟當事人，由其等與被告進行調解，效力是否及於原告？宜請釐清說明。

4. 草案第 4 項規定規定「被害人本人」是否即係本法所稱之「病人」？或包含其他因醫療糾紛受損害之人？訴訟繫屬中移付調解應經當事人雙方同意（民事訴訟法第 421 條），此乃當事人處分權主義之內涵，草案第 4 項規定僅考量被害人本人（似係指病人）之意願，而不顧被告之意見，恐有違民事程序法上之處分權主義，建請再斟酌。

5. 草案第 1 項、第 4 項規定「法官應裁定移付管轄之調解會於一定期限內先行調解」，該法官裁定移付時是否須諭知該「一定期限」？調解委員會是否受該期間之拘束？建請斟酌。

(六)江委員版草案第 12 條、蔡委員版醫糾法草案第 13 條部分：

草案第 1 項第 1 款規定「當事人或其法定代理人」，則當事人及其法定代理人是否二者擇一記載即可？第 2 款規定「他方當事人」是否已可涵攝於第 1 款規定之「當事人」範圍內？有無重複規定之必要？建請斟酌文字。

(七)蔡委員版醫糾法草案第 18 條：

草案第 1 項規定醫事人員或醫療機構得請求調解委員會要求他方當事人提出依本法規定得為當事人之名冊及聯絡方式，是否可能鼓勵原無意請求之親屬亦同為請求？建請斟酌。

(八)江委員版草案第 16 條、劉委員版草案第 15 條：

草案似未規定本條所生費用由主管機關或當事人何造負擔？建請釐清明定（蔡委員版醫糾法草案第 21 條之費用，同草案第 35 明定條由申請當事人支付）。

(九)江委員版草案第 19 條、劉委員版草案第 18 條關於「免納裁判費」部分：

1. 民事訴訟法採有償主義，一方面是使用者付費，一方面是避免當事人濫訴，浪費司法資源，如依本草案規定，將與上揭有償主義違背，且易啟濫訟之源，例如：病患或家屬原擬請求新臺幣（下同）1000 萬元損害賠償，然因可免繳裁判費後，致其提高為請求 5000 萬元，或請求顯無理由之項目，因此徒增攻擊防禦方法，肇致訴訟程序及時日無謂延長，而增加病患、家屬或醫師之訟累。

2. 於調解時，由於進行訴訟可免繳納裁判費，亦將肇致當事人認為尚可以訴訟程序解決，而易因小差距而不願成立調解。

3. 又不論是何造對於敗訴之判決，因無須負擔裁判費，易提起顯無理由之上訴，以致另一方遭受因濫訴所生之無謂訟累，對於勝訴之一方十分不利。故建請修正為：「暫免納裁判費」



(十)江委員版草案第 20 條、蔡委員版草案第 27 條：

意見同江委員版草案第 12 條、蔡委員版草案第 13 條第 1 項第 1 款。

(十一)江委員版草案第 22 條、劉委員版草案第 21 條：

意見同江委員版草案第 10 條、劉委員版草案第 21 條。(蔡委員版草案第 29 條第 1 項規定僅限告訴乃論刑事事務。)

(十二)江委員版草案第 23 條、劉委員版草案第 22 條、蔡委員版草案第 30 條：

草案並未規定調解成立對原繫屬於法院民事訴訟之效力為何？建議仿鄉鎮市調解條例第 28 條、第 29 條第 2 項之增訂得退還裁判費、告訴乃論之罪視為撤回告訴及撤回民事起訴、訴訟中移付調解者聲請續行訴訟之相關規定。

(十三)江委員版草案、劉委員版草案第四章醫療事故補償、蔡委員醫補法草案部分：

草案就「醫療糾紛」之處理方式係採先行強制調解程序，調解不成立後始得提起民事訴訟或刑事訴訟。惟草案就「醫療事故補償」則採當事人可直接請求補償，並未有先行之調處程序，二者處理方式似未一致。建請就「醫療事故補償」程序，亦宜規定先行調處或協議，調處或協議不成立後，始由中央主管機關予以核定是否補償。

(十四)江委員版草案第 25 條、劉委員版草案第 24 條部分：

草案僅於說明欄中表明「不論醫事人員有無過失，由政府設置良善補償制度，適度彌補病人方所受損害」，惟就所欲填補之損害究竟為何，並未指明。是否擬依江委員版草案第 27 條第 2 項、劉委員版草案第 31 條第 2 項授權中央主管機關以法規命令定之，惟此第 2 項規定並未指出損害項目、損害計算方式亦在法律授權之範圍內。

(十五)江委員版草案第 26 條、劉委員版草案第 25 條第 1 款、蔡委員版醫補法草案第 4 條第 1 項第 1 款部分：

草案對於醫療(事)機構及醫事人員繳付之費用，其精算方式、繳納期限、未繳付效果等事項，授權由中央主管機關另定行政命令。惟查，精算方式、繳納期限、未繳付效果等事項，係各醫療(事)機構及醫事人員實際應負擔數額之重要因素，並決定能負擔之標準。且系爭規定之適用，關係補償基金之公共利益，並涉及人民財產權之限制，自非純屬技術性或細節性事項，是原則上應以法律明定之。若立法機關以法律授權行政機關發布命令為補充規定時，其授權之內容、目的、範圍應有具體明確之指示，否則恐有違反法律保留或授權不夠明確之疑義。

二、醫療法草案部分：

(一)專家參審制度的規劃，目的在於藉由專家參與特定專業類型案件之審理，以提升人民對司法的信任感。司法院前於 94 年間完成「專家參審試行條例」草案內容，並於 95 年間送行政院會銜，因行政院認為參審官並非職業法官，亦無終身職保障，竟與法官共同組成參審法庭，以合議制行使審判權，有參與評議及表決之職權，在現行憲法體系下，可能涉及違憲與否之爭議；並以參審官雖係具有專門知識、技能之社會人士，惟因其專業意見不受交互詰問之檢驗，在法庭內獨占優勢，對其他專業意見不公平，且有規避公開審判及證據調查程序等問題，而請司法院再審酌研參。

(二)對醫療法草案第 83 條第 2 項規定「經訴訟雙方當事人請求及共同合意，法院得同意其選定專家參與審判，以提供法官諮詢」，參採專家參審之制度之方向敬表同意。惟建請斟酌明定專家參與審判之程序（是否受當事人之詢問、詰問、交互結問？有無具結之義務？得否對當事人發問？是否參與合議庭評議？是否或何時應出具書面之諮詢意見？）其諮詢意見之效力是否為證據？與鑑定人如何區辯等相關規定。

主席：請司法院行政訴訟及懲戒廳王法官說明。

王法官俊雄：主席、各位委員。有關大院併案審查「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」等 5 案，謹表示意見如下：

1. 草案就醫療事故補償部分，究竟那些案件可以進入補償，醫療人員如有過失，是否仍可補償，還是無過失才可以補償，草案定位不明。醫療事故補償是否採取正列表列方式訂定符合標準，例外才訂定不予補償之情形。劉委員版本第 31 條第 2 項、江委員版本第 27 條第 2 項授權中央主管機關以法規命令定之，惟此並未指出補償項目、補償數額標準，建請於母法中明定，如欲授權法規命令，亦應符合授權明確性，將前開補償項目、數額明訂標準，使審議機關決定補償與否及數額有明確依據，日後行政院亦能有明確標準審查行政處分之合法性，建請斟酌。2. 劉委員版本第 39 條第 1 項第 1 款審議委員會可以辦理醫療傷害過失之鑑定，惟審議委員會本決定是否給予被害人補償及其數額，事後當事人如有不服再循訴願、行政訴訟救濟，因此審議委員會日後即為行政訴訟之當事人，是以前以其兼辦理醫療鑑定，是否有球員兼裁判之疑義，建請斟酌。3. 草案採「醫療糾紛調解」與「醫療事故補償」併行制，醫療事故補償是有無包含醫事人員具有過失應負其損害賠償責任之情形，定位不明，本有疑義。如認有包含，則劉委員版本第 35 條、江委員版本第 30 條第 1 項第 2 款均僅規定經判決確認醫療事故之發生「重大」可歸責醫事人員時，中央主管機關始予代位追償，對於非「重大」可歸責之情形是否即無需追償？又所謂「重大可歸責」之定義不明，易生執行上之困難。又同條項第 1 款情事應屬本文所規定之「通知領得補償者返還」；第 2 款情事應屬本文所稱「代位追償」之情事，建議分別與第 1 款、第 2 款併同規定，較不致產生疑義（目前草案易使人解為「第 1 款情事發生時，中央主管機關可行使民法第 242 條所稱之代位權」）。另第 2 款所稱「代位追償」是公法行為，抑私法行為？抑中央主管機關執行本條項之職權，是否行政處分？又是否應向普通法院、行政法院提起給付之訴？請預為考量，俾免救濟程序產生爭議損及人民。再者，本條第 2 項所稱「系統性錯誤」應予明文定義，例如目前於各大醫院可見委外之輔助人員之疏失，是否亦為系統性錯誤？補償返還代位追償（求償）係屬不同之請求權，草案第 1 項將之合併規定，於符合各款情形時，究應請求返還補償或代位追償，將致生疑義。前開草案第 2 款規定醫療事故嗣後經司法裁判確認顯可歸責於醫事人員者，應屬求償權行使之範疇。草案此款規定將致司法裁判認可歸責於醫事人員時，補償基金可任意選擇請求返還或求償，恐失之恣意，亦與補償制度之本旨不符。以上報告，建請大院斟酌。

主席：現在請提案委員說明提案旨趣，每位委員 3 分鐘。

首先請田委員秋堇說明。

田委員秋堇：主席、各位同仁。為什麼今天要提出我的緊急醫療救護法版本？因為我們的緊急醫療

救護法於 84 年制定公布之後，雖然這是有關空中救護的規定，但是一直拖到民國 90 年，內政部消防署才說要設立空中消防隊，但是這個只是個暫行條例，空中消防隊也一直都沒有設立，後來又成立空中勤務總隊。昨天我們在衛生署溝通的時候，衛生署還是認為空中救護是消防署的事情，我這邊有一個表給大家看，日本的緊急救護直升機上面，有各式各樣的醫療設備，包括心臟急救的設備、輸血的設備；而我們就只有吊掛式的設備，把人吊掛在一個裡面沒有任何醫療設備的直升機讓你脫離現場，所以常常人還活著上飛機，下了飛機人就已經死了，白忙一場！所以很多急診的、緊急醫療的、急救的醫生，甚至有國際執照的醫生不斷的跟我陳情，說這個事情不可以再下去了！今天就像救護車一樣，就算是屬於消防局的救護車，也要經過衛生單位驗證、查驗及管理，拿到衛生單位許可之後才可以上路。今天我們所有號稱所謂的緊急醫療救護直升機，因為衛生署沒有規定任何的罰則、任何查驗許可的規範，所以衛生署不斷的抱怨內政部及國防部，但到底的問題是衛生署在緊急醫療救護法裡面該規定的也沒有去規定，難怪人家不理你；今天想想看，內政部消防署敢不理你衛生署，然後他的救護車沒有經過衛生單位的驗證就開出去載人嗎？不可能嘛！所以我們今天溝通了那麼久，不得不提出這個修法，我覺得臺灣三分之二都是山區跟野外，在國際的規定就是：任何救護運輸工具要 1 小時內把你載到醫院，距離超過 1 小時的地方就叫做野外。今天我所提的版本對野外的規定，要特別的強調，野外不是我們靠直覺、靠你路面的運輸，然後就自己認為這不是野外；只要任何運輸工具在 1 個鐘頭沒有辦法載到醫院的地方，那個地方就叫野外。這是我的版本，這是非常重要的，到現在我們跟衛生署不斷溝通，衛生署還是沒有辦法接受，這個事情不能再拖延了，臺灣發生同樣的狀況在日本有得救，但在臺灣沒得救！請大家記住這一點，謝謝。

主席：請江委員惠貞說明提案旨趣。

江委員惠貞：主席、各位同仁。針對本席為什麼要提出這樣的醫療糾紛處理相關的法律案？最重要的是我們很清楚，從醫界發現他們在醫療處置的過程當中，現在醫病之間的關係是越來越緊張，而且實質上發生醫療糾紛之後的刑事、民事訴訟，不但拖累了醫師本人，也包括所謂的受害家屬或是發生事故當事人的家屬，而進行這些訴訟有時候也不只 2 年或 3 年，甚至還有到十幾年的。不管最後法院的定讞孰是孰非，或是這個過失到底有多麼的重大，在這過程當中，我們的醫療體系往往被告的不是只有一位醫師，包括麻醉師、所有的醫事輔助人員，一卡車的人這麼多！都是跟著訴訟程序當中備受煎熬，我們有沒有必要在醫療法當中做一個處置呢？醫界雖然是很強烈的希望除罪化或是刑責合理化，但是在兩造之間或是各方之間還是有很大的爭議。所以對於醫療糾紛處理及醫療事故補償法，我們希望能夠先進行，然後再結合現有的處置方式，比如說調處、醫病關係的和緩，在各公立醫院當中應該有一個標準化的處置，能夠幫助醫界在醫病關係過程當中達到實質的減緩。

最後，一併修正醫療法的第八十二條及第八十二條之一，相信到時候社會上才能夠更明朗的，而且能夠互相雖不滿意但可以接受，甚至於不得不接受的一個處境。因為我們現在醫療的整個狀況，各科別之間的風險差別比例太大，致使我們的醫師沒有辦法進入臨床的第一線，這個在今年醫學院畢業的第一名、第二名的孩子跟大多數醫學系的學生，不願意進入到幾個風險比較大的

婦產科、外科，或是其他風險更高的科別的比例來看，是讓我們非常憂心的。連第一線救災救難的人都已經非常的憂心，所以這個部分是我們一定要面對的，提這個法一定有不足的地方，但是也請大家來重視，我們希望能夠快速的出委，並且能夠得到大家更好的意見，以上，謝謝。

主席（陳委員節如代）：請劉委員建國說明提案旨趣。

劉委員建國：主席、各位同仁。本席有提三個法律修正案，第一個是針對緊急醫療救護法部分條文的修正草案，簡單作以下說明：根據衛生署的統計，100 年國人十大死因中前 3 名為癌症、心臟疾病及腦血管疾病，其中心臟疾病約 31 分鐘就奪走一條人命，那是國人生命的一大威脅。目前 AED 已經是臺灣 EMT 的標準配備，高雄市在 2009 年世界運動會會場緊急救護人員也配置有 AED，歐美及鄰近的香港等較先進地區，早已在公共場所配置所謂的 AED，剛結束的北京奧運也配置將近 300 臺的 AED，衛生署的提案就是要強制公共場所裝設 AED，這個是立意良善，本席也同意；但是推廣緊急救護設備卻有理由，不過在公共場所設置緊急救護的設備，如前所敘，是要求私人的公共場所要強制安裝的義務，顯有爭議，故不宜用法律來以定之，這是我的看法。如過對照國外的立法，美國聯邦法是以計畫或補助來鼓勵設置 AED，日本也不是強制的設置，所以建議參酌外國立法例，改為以獎勵或補助的方式鼓勵公共場所購置 AED，所以本席提案為補助或獎勵的設施且要求設施的裝置應該明定為 AED，不應該加上其他緊急的救護措施。再來是設置後的使用問題，為提高利用率，應該將其登錄在緊急醫療救護網路中，讓具有緊急救護資格的人可以就地取用，只怕大部分的人都是沒有救護資格者，但今天如果突然有人倒在路上，到底是誰敢不敢去救的問題，以前都覺得善良人士會前往救助，但是現在大家都怕會被告，所以都袖手旁觀看，也怕救活了卻因為 CPR 這些動作讓對方受傷而被告，甚至更慘的是沒有救活還被對方的家屬提告，所以對於見義勇為救人的人，在其危急的時候應該予以保護，因此也提修法以供解套，免除其這樣過失的結果。

最後本席另外提的一個修正案是，針對救護車應該有完置的車廂內外監視錄影設備，不是所謂行車紀錄器而已，這部分是第一個提案。第二個提案，我要說明的和江惠貞委員大同小異，但只不過今天為什麼特別要把這個醫療糾紛及處理醫療事故補償法提出來？因為院版到現在還沒進來，我們是在 10 月 25 日的時候在本委員會有做下決議，希望要求衛生署必須 1 個月內將院版的草案送到委員會審查，到今天為止剛好是一個月的時間，因為本委員會已將這個法案排進大體審查，所以，我們希望衛生署能儘快將相關版本送進來，畢竟牽涉到的相關法規確實很多，而且，這個法案從 94 年擬訂以來到現在 101 年已經有很長一段時間，直到本會期才終於看到一點點曙光與契機，我們可以針對醫療法的草案條文與醫糾是否入法進行討論，所以，我們一定要把握這個機會，讓大家對幾個關鍵性問題好好討論，如果能在本會期進入實質審查，我們也會再邀請法院相關的法官列席，希望在法律方面能提供我們更多的協助與建議。衛環委員會在審查法案時，基本上，我們都是抱持非常嚴謹與審慎的態度，對提案的內容，我就不在此多作說明，只希望衛生署儘快將草案送進來。

至於醫療法第八十三條及第九十八條修正案，因為發言時間有限，所以，請各位自行參閱書面資料，謹說明如上，請各位委員指正，謝謝。



主席：報告與提案說明完畢，今天會議採分別報告、綜合詢答方式，現在開始進行詢答，每位委員發言時間為 8 分鐘，得延長 2 分鐘；上午 10 時 30 分截止發言登記，並休息 10 分鐘。

現在請登記第一位的蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉：主席、各位列席官員、各位同仁。請教署長幾個問題，首先是我們為什麼要推動二代健保？近來最受社會大眾關切的問題，就是國民年金、勞保基金、勞保退休金及公保等等都有非常龐大的潛在債務，有的債務達 5 兆，有的債務則高達 7 兆，預計到民國 120 年這些基金的債務可能高達二、三十兆，目前民眾對健保的滿意度為 85%至 86%，可以說是中華民國有史以來從來沒有一項公共政策獲得這麼高的滿意度，而且最難能可貴的是，健保完全沒有債留子孫，都是當年度搞定，所以，既沒有潛在債務，也沒有債留子孫；值此經濟不景氣之際，大家手頭都很緊，當我們生病需要就醫時，只有健保守護著我們的生命，由此可見，不是法院或立法院，也不是法務部，而是健保才真正稱得上是台灣社會最大的安定力量，所以，對健保我們要珍惜、珍惜、再珍惜！否則，將來一旦口袋裡沒錢又不幸生病時，在沒有健保的情況下，生命將完全沒有保障，到時候大家一定會死得很難看！

我們知道，健保沒有任何潛在債務，到現在還有一百多億的結餘，在此前提下，請問署長，你們為什麼要堅持二代健保非實施不可？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我從兩方面來向委員作說明，首先是從醫療體制的完整性來談，過去在財務面有很多制度都還未實施，包括收支連動、資訊公開、品質公開及弱勢照顧等策略，我們都沒有執行，這次二代健保我們希望能把這些制度一併納入，俾讓整個醫療照護體系更為完整。

其次，我們從財務面來談這個問題，到現在為止，健保雖然還一百六十幾億的盈餘，但國人年齡老化很快，重大傷病的案例也在快速成長中，預估這兩年財務上就會比較吃緊，我們必須有新的方式以因應未來的醫療照護體系的需要，所以，兩年前我們就通過要以補充保險費的方式來挹注健保。

蘇委員清泉：如果繼續沿用一代健保的制度，就是以薪資所得者為大部分稽徵的基礎，一如一票玩到底的方式，只會讓薪資所得者的負擔越來越重，我們認為這樣的制度也不公平。

邱署長文達：事實上，目前所得比較低的都是薪資所得者，大概占八成，所得比較高的只有三成是薪資所得者，其他都是額外所得，如果一直增加下去，健保法有規定到 6%的上限，而且，我們這樣一直剝削薪資所得者也不是很適當公允，所以，我們希望能從各方面著手，包括從補充保險費及家戶所得等方面來努力。

蘇委員清泉：你們所建構的二代健保是採計家戶總所得，為什麼現階段有其執行的困難？

邱署長文達：就像兩年前報上提到所謂對虛擬所得的懲罰，事實上，從整個稅制來看，目前有百分之三十幾的民眾沒有繳稅，所以，健保局還需要一個很龐大的稅務單位，其次，這百分之三十幾未繳稅的民眾，未來稅基能否再擴大，都是待解決的問題。

蘇委員清泉：針對二代健保的保費，因為在野黨的立法委員一再主張要用家戶總所得來計算，請教

財政部賦稅署許副署長，未來若依據家戶總所得來計算收多少保費，在實務上有哪些困難？

主席：請財政部賦稅署許副署長說明。

許副署長慈美：主席、各位委員。目前綜合所得稅是按照家戶所得來結算申報，雖然有扣繳的問題，但實際上還是有很多是在沒有扣繳的範圍之內，以致納稅義務人無法覈實申報。

蘇委員清泉：目前全台有五百多萬個家庭中，所得稅繳 0 元的占 32%，所得稅繳 5% 的占 40%，所以，繳所得稅 5% 以下的大概有百分之七十幾，至於繳所得稅最高稅率 40% 的才占總戶數的 0.68% 而已，也就是說，全台不到 1% 的戶數，卻繳了全部所得稅的一半，在此情況下，如果按照家戶總所得徵收，的確有其事實上的困難，財政部的立場也是如此，請問副署長，二代健保 6 項補充保費的收取，是否可以挹注健保達到 85% 至 88%？

許副署長慈美：對這部分，我們尊重衛生署所做的處理。

蘇委員清泉：所以，你們也是抱持且戰且走的態度，對健保建立穩定的財務結構，財政部可以幫得上忙嗎？

許副署長慈美：我們會配合衛生署所做的處理。

蘇委員清泉：現在本席就回到今天要討論的議題－緊急救護法，為了這個法案的討論，我把傻瓜電擊器帶來，同時，本會也特別邀請到台大醫院的楊醫師與馬醫師來給委員同仁做現場示範操作。

主席：今天本委員會江委員特別邀請台大醫院的馬惠明及楊志偉兩位醫師來為委員同仁實際操作傻瓜電擊器，現在就請兩位開始示範如何操作傻瓜電擊器。

楊志偉醫師：主席、各位委員。這台就是所謂的「自動體外去顫器」(AED)，俗稱傻瓜電擊器，它的使用方法很簡單，有四個步驟：第一是把插座插上。第二個動作是貼上電擊片，電擊片上有人體的圖形，如果看到人體的圖形在右上方，就知道貼在右上方，如果是在心臟的地方，就貼上在那個地方。第三個步驟其實更簡單，就是各位在病人的旁邊不要動，它會自動分析心律。我來示範一下讓大家看。

主席：是不是直接貼在蘇委員身上？這樣比較實際一點。

楊志偉醫師：因為這是訓練機，所以不用貼就有聲音了。現在機器顯示：不要碰觸病人。因為我已經插上去，而且貼上電擊片了。現在正在分析他的心律，分析完後確認病人需要電擊，所以現在充電的地方已經充電完成，我們只要按下這個按鈕就完成電擊。剛才已經完成四個步驟：第一，打開開關、插上插座；第二，貼上電擊片；第三，它會自動分析心律；第四，如果機器判讀認為病人需要被電擊，它就會自動充電，你只要按電擊的按鈕，它就會自動放電。這四個步驟其實很簡單，可以很快給需要電擊的人電擊。有關電擊的部分，目前急救的教育訓練是這樣：如果病人需要電擊，電擊完之後，馬上要接續心肺復甦術繼續按壓，所以電擊只電擊一次，電擊完要輔助按壓的技術，這樣病人比較容易恢復心跳。

馬惠明醫師：根據以前台北市的經驗，電擊一次，成功的機率是 80%，電擊 3 次以內的成功機率可以到百分之九十幾，所以最重要的是要及早用這電擊機器，讓病人有機會接受電擊，那麼成功率就可以到達 90% 以上。最明顯的案例就是前陣子那個番王老師在非常短的時間內電擊，今年他就要復出舞台，開始演奏了。如果沒有在很短的時間內做 CPR 跟電擊，絕大部分的病人就沒

有辦法復甦。

主席：謝謝兩位醫師。請蘇委員清泉繼續發言。

蘇委員清泉：署長，你說現在台灣 10 萬人口有幾台？

邱署長文達：十五點多。

蘇委員清泉：屏東怎麼沒有？

邱署長文達：有。這次長庚捐了 250 台，我分到偏鄉比較多。

蘇委員清泉：第一次電擊後就開始 CPR 按壓，如果看起來又是 V，心臟還是在顫抖，兩分鐘後還要再電擊一次，總共可以電擊三次。一般而言，台北市和新北市救護車差不多兩分鐘就到了，但是如果是屏東，救護車可能 10 分鐘還沒有來，如果是雲林，我看救護車可能 12 分鐘都還沒有來，所以可能要電擊第三次。事實上，有人還搞不清楚為什麼要用傻瓜電擊器，那是因為心肌梗塞、心臟麻痺或是心臟緊急停止跳動等情況，就變成心室纖維化顫抖，這時候就需要電擊或按壓，但是壓不太能讓心臟再跳動回來，要用強的電擊才能讓心跳回來。剛才馬醫師說有 70% 或 80% 的機會可以跳回來，所以這是有效的、重要的。日本為什麼 10 萬人要設置 200、300 台？他們一定有他們的目的，日本人沒那麼笨啦。我們現在是 10 萬人才 15 台，署長說將來要增加到 25 台，需要 5、6 億，是不是？

邱署長文達：對。

蘇委員清泉：預算都編好了嗎？還是要找別人捐？

邱署長文達：我們鼓勵大家捐，現在已經有滿多企業在捐了。

蘇委員清泉：重要的是什麼身分的人才能執行電擊？如果阿貓、阿狗都能執行電擊，然後像劉建國召委說的電擊完就被告，會不會？

邱署長文達：這就是我們說的「善良撒瑪利亞人法」，就是希望大家受一些訓練，能夠做就做。

蘇委員清泉：所以每位百姓還是要接受基礎的訓練，是不是？

邱署長文達：對。

蘇委員清泉：要執行必須有證照，是不是？

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。如果公共場所設置 AED，而且 80% 以上的員工有受訓的話，我們就給予認證，這個認證就是認可這是一個比較安全的公共場所。

蘇委員清泉：所以就是在車站、百貨公司、醫院等人員流動多的地方，先訓練他們的員工，讓他們的員工可以操作。那路人就沒有訓練嗎？沒有。現在初步是這樣，有沒有辦法做到像美國西雅圖那樣，大部分的百姓都可以接受這些訓練？我們有沒有辦法做到這樣？

王副處長宗曦：報告委員，我們希望對路人（其實就是一般民眾）推廣急救教育，就像全民國防教育一樣，是全民急救教育。過去是國中開始有 CPR 的教育，現在因為有 AED，也許我們可以把這個教育向下延伸到國小。

蘇委員清泉：撒瑪利亞人這種精神很好，不過在台灣救人卻常常被告，我也曾經因為雞婆、因為看到路上發生車禍，我停車下去救，我們的救護車在路邊將受傷者載到醫院，結果對方卻說我們的

救護車撞他，所以這是很嚴重的問題，在台灣，如果看到有人受傷躺在路邊，有良心的就打電話到 119 或 110，這樣就功德無量了！有人經過出事的地點卻不理會，因為他們很怕惹來麻煩。例如之前有人搯玻璃娃娃不慎摔下來，後來這個人挨告且被判刑。所以這是很嚴肅的問題，你們要怎麼做？要修法嗎？

邱署長文達：在國外 AED 有這樣的作法，但對於交通事故或其他的意外，這真的很困難，很多人都提出這問題，尤其是司機。

蘇委員清泉：我們要一起努力，看看有沒有辦法。

邱署長文達：這真的要努力。

主席（劉委員建國）：要提高公民與道德。AED 又叫做「自動體外心臟去顫器」，俗稱「傻瓜機」。

請陳委員節如發言。

陳委員節如：主席、各位列席官員、各位同仁。第三條有關補充保費並沒有排除現值低於 10 元的水餃股的股利，這部分雖然不多，但還是存在，而條文中並沒有排除。請問署長，禮券等同現金嗎？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。這是比較細節的部分。

陳委員節如：對於現值 10 元以下的水餃股股利，你們要扣補充保費嗎？

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。委員指的應該是股票股利，股票股利按照所得稅法規定，適用面值，而面值現在的規定就是一股 10 元。

陳委員節如：面值等同於現金嗎？另外，禮券是不是也等同於現金？

曲參事同光：要能兌換現金的禮券，才計算在內。

陳委員節如：有嗎？

曲參事同光：有，郵政禮券。

陳委員節如：那個不能買東西？

曲參事同光：郵政禮券是兌換現金，不能直接拿去買東西。

陳委員節如：一般禮券呢？

曲參事同光：一般禮券譬如提貨券就不能兌換現金。

陳委員節如：那個就不算？

曲參事同光：是，那是用來提貨購買東西的。

陳委員節如：性質有這樣的差別，公平嗎？都是禮券，有的禮券可以代替現金買東西，但只有郵局的禮券才算數，我覺得這部分你們還要再考慮一下。

邱署長文達：任何一個制度剛開始實施時，一定會有些許問題，但我們會繼續研議。

陳委員節如：第九條第四項規定，股利所得因可扣抵稅額變動，或股票股利因現金不足扣取，致應退補繳者，如其單次金額未達 100 元，得免退補。這樣政府不是坑人嗎？50 元就不退了嗎？一



個人 50 元，以繳稅的人口數一半計算，等於你們多賺了好幾億元，這都不用退嗎？政府委託民間的一些經費，如果放在銀行，利息一塊錢都要退回，為什麼這個地方不退給人民呢？

曲參事同光：當初在做這個規劃時，是考慮到整個行政作業的簡便化……

陳委員節如：沒錯啦！但 50 元就不是錢嗎？

曲參事同光：當然，任何一塊都是錢，但是考慮到整個行政……

陳委員節如：你們這一塊要再檢討，50 元不是錢嗎？低於 100 元，那 99 元呢？

曲參事同光：因為徵收的成本可能會超過費用，所以，很多徵收的規定，包括所得稅部分，也都有規定在一定金額下不予……

陳委員節如：談到徵收成本，你們說 2 萬元以上要讓銀行收，其他 2 萬元以下由你們來收，那你們對 NGO 團體為什麼不這樣？不要造成人家的困擾嘛！為什麼特別對銀行那麼好？這些都是問題啊！署長，我現在已經把有關補充保費的問題拋出來……

邱署長文達：謝謝！我們都會參考。

陳委員節如：這些將來爭議都非常大，就以 50 元來講好了，50 元雖然不是很多，但是可以買一個便當，你們怎麼能不退給人家呢？如果繳費的人有一半有這樣的情形，你們就白白多拿了好幾億元！如果這些錢可以拿來救助，那該有多好啊！

另外，有關醫療糾紛的處理流程，進入調解後，民眾不得提出民事告訴或刑事自訴，這點，司法院的看法如何？

主席：請司法院民事廳及司法行政廳調辦事法官周法官說明。

周法官舒雁：主席、各位委員。民事部分，我們認為比較沒有問題，但是我今天來之前，刑事廳是認為就刑事部分，因為它的訴追條件跟調解並沒有關係，所以刑事廳建議這點可以再斟酌。

陳委員節如：檢察官調查的程序和調查權，是否有受影響？就是一邊調解，一邊提起刑事告訴。

主席：請法務部檢察司林副司長說明。

林副司長錦村：主席、各位委員。跟委員報告，如果檢察官受理案件後，可以先送去調解，這部分沒有問題。

陳委員節如：那在調解期間，就不能提起告訴的這個問題，你們的看法如何？有沒有違憲問題？

林副司長錦村：可能會有一點違憲之虞，因為第一部分是告訴期間的限制，第二部分是案件發生後，會有證據保全的問題。

陳委員節如：以前是民事、刑事，現在加一個行政訴訟，對不對？署長，剛剛他們的回答，除了民事、刑事之外，調解還加一個刑事訴訟，將來會不會讓調解案件的時間更為延長？更為麻煩？

邱署長文達：不會。這點，請醫事處跟委員說明。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。現在某些縣市調解成功率可以高達 3 成，所以，我們希望強化調解機制，而且，也把一些關懷機制列入。

陳委員節如：其實很多人不是為了錢而提起告訴，很多人是為了爭一個真理，他不接受錢，也不接受調解，直接就要提起告訴，而且，他要求的也不是賠償，而是刑事責任，對此，你們怎麼辦？

王副處長宗曦：行政院上禮拜討論時，其實有個共識，就是不要影響人民的訴訟權，這可以透過機制引導或什麼樣的方式解決，但是，我們還是有一個多元選擇，來解決糾紛之間的途徑……

陳委員節如：所以當事人可以不接受你們的調解，直接提起訴訟，對不對？

邱署長文達：對！可以。

陳委員節如：這樣才是不違憲嘛！對不對？

林副司長錦村：假如送調解後，兩造沒有調解意願，那麼他們就會把調解結果陳報地檢署，地檢署會根據案件性質，繼續偵辦。

陳委員節如：署長，你本身是醫師，在蒐集病歷部分，一般醫師看病後寫病歷，譬如開刀完，多久要把病歷完成？

邱署長文達：醫院一般規定是 3 天。

陳委員節如：可是你們是規定 2 天……

邱署長文達：為了配合調處，我們有把時間縮短，改成 2 天。

陳委員節如：現在大醫院都有電子檔，對不對？

邱署長文達：現在都有。

陳委員節如：但小醫院、診所要怎麼辦？如果要預防人為竄改，以電子檔方式是不是可以控制？

邱署長文達：是。其實現在是不容易竄改。

陳委員節如：診所呢？他們沒有電子檔啊！

邱署長文達：他們是手寫的，這跟現在的制度是一樣的。現在的制度就是這樣。

陳委員節如：如果是這樣，署長認為病歷的取得公平嗎？

邱署長文達：一般大家都非常注意這些事，應該不會有問題，也不會再去做特別的事。

陳委員節如：你們的草案規定，「如有不完整……」，請問什麼叫做「不完整」？「不完整」的解釋空間很大耶！如果法務部再上來說明，這部分可能又要解釋半天。

邱署長文達：譬如病人需要某部分資料，如心電圖等等……

陳委員節如：這個「不完整」的定義，還有剛剛也有委員提到「不良」，什麼叫做「不良」？這兩者的界定都有問題！你們要說明清楚！

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏廷：主席、各位委員。這是委員提出的版本，我們的版本沒有這樣。

陳委員節如：我的版本馬上要提出來了，我要跟法務部深入討論後，才會提出來。針對我剛才提到的「不良」、「不完整」，要怎麼解釋？

王副處長宗曦：在醫療糾紛發生的時候，證據保全很重要，所以我們規定有糾紛案件時，病歷在幾個工作天內必須提供，這很明確。日後補償時，這些病歷又可作為對照。

陳委員節如：「不良、不完整」要如何界定？光這些你們就搞不定了。

王副處長宗曦：完整病歷是醫院保存的病歷，包含醫生的診斷書及護理人員的護理紀錄。

陳委員節如：你們對「不完整」的部分要訂定出項目，是不是？

王副處長宗曦：是。

陳委員節如：現在非常含糊，如果法官要裁判或是調解委員會要處理，要怎麼界定？另外，什麼叫做「不良」？

王副處長宗曦：我們會在法上……

陳委員節如：醫療事故發生時有不良的行為，什麼叫「不良」？

王副處長宗曦：如果在法上……

陳委員節如：你們要界定得很清楚啦！

王副處長宗曦：是。

陳委員節如：我是提醒署長注意，謝謝。

邱署長文達：謝謝。

主席：請趙委員天麟發言。

趙委員天麟：主席、各位列席官員、各位同仁。有件事是很多委員都在爭取，而衛生署也從善如流的，就是兒童可以比照老人，在施打疫苗時免診察費。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。行政院已經核定了。

趙委員天麟：對，用第二預備金，大概 1 億元。本席和媒體繼續追擊的是，行政院為德不卒，因為先前很多公共衛生的工作都沒有編列預算，而是慷健保之慨，至今已累積 800 多億的欠款未還。如今又傳出 103 年時，行政院要把老人和小孩施打疫苗的診察費回歸讓健保買單，請問有這件事嗎？

邱署長文達：目前我們沒有聽到。

趙委員天麟：院長或行政院有沒有曾經試圖這樣做？

邱署長文達：沒有。

趙委員天麟：如果他們有這樣的意見，你會反對嗎？

邱署長文達：我會建議用公務預算，因為像這種預防保健、公共衛生的部分儘量要用公務預算。

趙委員天麟：我們也很希望是空穴來風，問題是有這樣的聲音傳出來，所以我希望署長能再次宣示，目前小孩部分的預算是 1 億元，老人大概是多少錢？

邱署長文達：8,000 多萬。

趙委員天麟：所以總共是 1 億 8,000 多萬，如果行政院試圖在未來讓健保支付這筆費用，署長會反對嗎？

邱署長文達：是，我們會建議儘量用公務預算，將來的趨勢也都是這樣，二代健保已經列出來了，凡是公衛或預防保健都儘量用公務預算。

趙委員天麟：好，在學理上為什麼要分開？

邱署長文達：因為照顧幼兒和老人以及預防保健是政府的責任，而不是保險。

趙委員天麟：這是完全不同的概念？

邱署長文達：對。

趙委員天麟：這是重要的宣示，不能政府請客，讓健保買單。另外一個問題是先前所欠的 800 多億

，未來政府東課西課，補充保費也不過 200 億出頭，而政府公衛欠費就欠了 800 多億。就算那兩百零幾億全部課徵到也只能多撐 4 年，如果 800 多億能拿回來，或許我們就不必討論健保要不要再漲價或是要不要課補充保費，因為 800 多億占健保虧損的 9 成以上。請問署長，你們可否要求行政院把之前用健保的錢逐年編回來，還給健保？

邱署長文達：這 800 多億是以前法令的問題，曲參事從頭到尾都有參與，我請他向委員說明。

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。二代健保已經把一代健保裡面提供預防保健辦法的依據拿掉，明文規定公共衛生歸公共衛生，健保歸健保。至於委員剛才提到的問題，那是因為一代健保在概念上本來就有提供預防保健的服務。

趙委員天麟：我認為不只是打疫苗，而是過去政府把整個公共衛生的部分……

曲參事同光：其實並不是所有的公共衛生都在健保，健保在過去有提供一些預防保健……

趙委員天麟：那累積了 800 多億……

曲參事同光：過去健保的法裡面就有提供預防保健，那 800 多億可能還包括教學醫院的成本等等，而教學醫院的成本也是在過去健保的支付標準裡面，從公、勞保時代沿革下來就有的，在民國九十幾年已取消掉，後來就不再有這些了。

趙委員天麟：所以這 800 多億就如同肉包子打狗，要不回來了？

曲參事同光：那是在當時的法令和時空背景下，要求健保要負擔這一塊，後來我們都排除掉了。

趙委員天麟：我知道，在這一、兩年才停下來。

曲參事同光：不只，好幾年了。

趙委員天麟：這 800 多億就沒有辦法要回來了？

曲參事同光：這 800 多億是大家看法的問題，在健保之前的架構裡就有承擔一部分的費用。

趙委員天麟：我了解，署長和行政院討論二代健保的時候，行政院或許會雙手一攤，表示這是過去法令不周延或是法令沒有把概念釐清所累積下來的，現在無法一刀切下去，再把錢補充回健保。這樣一個概念的混淆和重疊，導致費用的累積，政府在某種程度上也有相當的責任，這一點可否請你們和行政院溝通？

邱署長文達：這一點我們也注意到，政府真的要負很多公共衛生和預防保健的責任，不應該由健保負擔，這是事實。

趙委員天麟：對，這些累積的費用已占健保虧損的 9 成以上，而補充保費只有 200 億，卻花了那麼多的稽徵成本。本席想請教賦稅署副署長，看起來補充保費課徵的已占稅務的 9 成，其他課稅有好多都課不到，那麼以後所有的課稅可不可以都變成補充課稅？也就是說既然課稅都課不到，那麼賦稅署以後就比照二代健保，把所有的稅全部用條列式的方式來課稅，把獎金、房租、利息都列出來，這樣國庫會不會虧空？

主席：請財政部賦稅署副署長說明。

許副署長慈美：主席、各位委員。綜合所得稅申報的概念跟二代健保的處理其實是有歷史的背景，綜合所得稅的結算申報有些屬於免稅所得，也有一些是分離課稅，如果要比照二代健保的話會有



稅基的差距。另外，所得稅是結算申報，也就是在次年 5 月才開始申報，經過稽徵機關查核認定之後，可能要到申報的次年 1 月才會完成核定，這個時間上的落差恐怕沒有辦法讓全民健保即時在當年度收取保費。另外一個因素是，稽徵機關在查核認定的期間有 5 年的核課權時間，事後的查核會發現有一些短漏報或是納稅義務人自動報繳稅款，如果我們有稽徵再補徵，健保局還要再補退保費，造成雙方成本的增加。

趙委員天麟：補充保費也是課稅的概念，它不會有這樣的問題嗎？

許副署長慈美：所以雙方都必須做補退的動作。

趙委員天麟：對，補充保費也有這樣的問題啊！如果你發現不實或造假，還是有這樣的問題存在啊！上會期我們討論時，財政部的立場是如果要加入總所得的課稅方式，在技術上你們是做得到的，只是你們不願意承擔這個責任，讓衛生署自己來處理，導致我們現在為了 200 億元的補充保費，大家東扣西扣、東躲西躲，能不能課到 200 億元都是個問題，財政部不能負起這個責任嗎？

許副署長慈美：其實在一代健保規劃考慮的時候，我們都是竭力配合健保局、衛生署處理，但是後來因為有部分的委員認為我們原來結算申報的資料納入健保的話，會有我剛才所報告的一些實務上的困難，所以才會改成採用現在二代健保的處理方式。

趙委員天麟：再請教署長，今天媒體也有報導上次你們為了緩和大家對利息收入徵收補充保費的反彈，把起徵下限由 2,000 元改成 5,000 元，這下好了，5,000 元剛好可以讓房租作規避，一個月可能有 4 到 5 個禮拜，所以，只要是 20,000 元到 25,000 元以上的房租，就可以形成另一種拆契約潮，就是一週租金只要在 4,999 元以下，每個月 25,000 元、20,000 元的租金就不用課到補充保費，你們現在把利息部分放寬了，卻又剛好讓房租部分出現一個漏洞，針對二代健保補充保費房租的部分，你們會如何去避免這種問題？

邱署長文達：其實這個問題當時都想過了，所以我們當時的設計是機構法人的租金才收，至於個人的部分，因為大部分個人、私人的都是弱勢比較多，所以當初並沒有將私人的納入。

趙委員天麟：這種 5,000 元以下的，你要怎麼處理？

邱署長文達：以 5,000 元為標準的原因是我們辦了大概 2,000 多場的說明會，大家都認為 2,000 元太低，而且立法院也提出附帶決議，在很多的討論會中大家也認為 2,000 元的門檻太低。

趙委員天麟：在房租方面，你有辦法避免如媒體所報導的弊端嗎？

邱署長文達：我們的對象是機構法人。

趙委員天麟：如果機構法人拆契約，用週租的方式可以嗎？你們如何查緝這種規避行為？

曲參事同光：首先，租金與利息的性質不太一樣，利息是當存款戶要求拆單的時候，你非拆不可，銀行一定要提供這樣的服務；可是租金……

趙委員天麟：你現在不要談他們要或不要，假設他們合意。

曲參事同光：租金是兩造之間契約問題。

趙委員天麟：對，假設他們合意願意這樣做，你怎麼辦？

曲參事同光：如果他們願意合意，而且又能拆到正好在 5,000 元以下，我想我們就必須接受他用合法的手段。

趙委員天麟：這樣又會短收多少？

曲參事同光：我們當初在作財估的時候，有作一些保守的估算。

趙委員天麟：就是我們可以預期，以後只要是 20,000 元到 25,000 元中間的機構法人的租金，你就收不到了。

曲參事同光：不一定，要看對方願不願意配合，每個公司在付款有很多的考慮，不見得願意配合房東去做這樣的動作。

趙委員天麟：我的發言時間到了，我只想要凸顯這就是二代健保補充保費的問題，挖東牆補西牆，順了姑意卻逆了嫂意，搞到後來，可能我們花了很多稽徵成本，但是最後能夠收到的錢非常有限。我想我們未來還有很多時間討論這個議題，可是二代健保明年就要上路了，我只是預告這樣的混亂不一定是衛生署能夠承擔得起的。

邱署長文達：所以我特別強調健保對我們國家非常重要，很多人都要依賴它，今天大家挺健保，其實健保有一天也會挺你。

趙委員天麟：你很難去期待小老百姓的良心，他們唯一想到的就是看緊自己的荷包，有機會的話我們再做進一步討論。謝謝！

主席：現在休息 10 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。請王委員育敏發言。

王委員育敏：主席、各位列席官員、各位同仁。今天我們還是有提到二代健保的議題，署長在剛剛的報告中也提到二代健保不是 100 分的健保，但是署長基本上也肯定這其實是跨出了一大步，我這邊有整理出一些資料，比較一代健保和二代健保，其實有一些錢在一代健保的時候是一毛錢都課不到的，但是二代健保可以課到，例如剛才署長報告的股利的部分，在一代健保的時候就完全課徵不到，對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。是，完全沒有。

王委員育敏：現在二代健保要上路了，之前大家也在討論股票股利的問題，你們後來也決定要課徵，所以股利不論是現金或股票，都一律會課徵，對不對？

邱署長文達：對，我想這也是大家共同的意見。

王委員育敏：對這部分本席要給予衛生署高度的肯定，改革其實非常不容易，我記得在談股利部分的時候，大家還是有非常多的雜音，但是你們堅持公平正義，推動這個改革，所以本席在這部分要給予肯定。至於兼職所得的部分，你們也充分保障弱勢，包括兒童、少年、中低收入戶、學生甚至是在學的大學學生都免扣取補充保費，本席覺得在改革的過程當中照顧弱勢，乃是非常重要的精神，我們衛環委員會開了那麼多次的會議，我覺得衛生署都有廣納、參採大家一些重要的意見，所以對於能在改革過程中保障到弱勢的權利，我們應該給予肯定。另外，剛剛提到利息所得的部分，不論是媒體或銀行公會，這好像是大家意見最多的部分，但是前一陣子我也看到一個新

聞，報導中提到財政部長邀集公股銀行業者，由他們主動發起，只要存戶不拆單的話，用信用卡或金融卡消費可以回饋到隔年的補充保費，關於這個部分，你們是不是要再作補充說明？是不是已經確定？如果確定的話，我認為這就是一個非常好的突破，從原本大家所認為的課徵成本過高，到後來大家集思廣益想出一個好的辦法，就目前公股銀行的作法，請署長說明一下。

邱署長文達：這部分比較細節，可否請曲參事說明？他跟銀行界的互動非常好。

王委員育敏：曲參事在這方面可能花了很多時間和精力，請問你們目前得到的共識是什麼？

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。這部分除了我們衛生署自己很努力地去溝通之外，也非常謝謝財政部、金管會等等相關的部會一起促成相關的事情。就我們所了解，目前臺銀有這樣的產品，而且已經成熟，他們也非常希望透過銀行公會的力量，讓其他相關的銀行也能加入，財政部對這方面應該也是持支持、鼓勵的態度。

王委員育敏：請財政部的代表說明一下。

主席：請財政部賦稅署許副署長說明。

許副署長慈美：主席、各位委員。財政部對於衛生署所推動的二代健保相關事項，一向都非常支持與肯定。

王委員育敏：所以，降低民眾拆單方面，你們會繼續由臺銀主導，然後推動其他銀行也跟進？

許副署長慈美：我們很樂意。

王委員育敏：我在這邊也謝謝財政部，政府是一體的，二代健保的改革並非只是衛生署的事情，財政部就其職權願意協助推動，降低整個行政成本，我覺得這是全民之福，對此也應該給予肯定。剛才趙委員提到房租的部分，今天媒體又報導大家想要規避補充保費，把 20,000 元以下的租金拆成 5,000、5,000 等等，針對這樣的現象，目前有沒有法令可以管理民眾這種規避的行為？

邱署長文達：我們當初設定的是只有機構法人才需要徵收，因為我們認為私人是比較弱勢的，所以事實上也是考慮到弱勢。基本上必須兩邊要達成契約行為才能規避補充保費，一般機構法人不會做這樣的事，所以我覺得這種規避的情形應該不會太多。

王委員育敏：所以不會像媒體講的那麼嚴重？曲參事剛才才有說這本來就在你們預估的情況之內，是嗎？

曲參事同光：對於新的規範，其實大家都會想要有一些所謂合理的避費行為，對這些狀況，我們當初都有作一些估算，像委員所說的情形，如果雙方面都願意的話，我們也不能阻止他，但是事實上牽涉到是不是真的願意這樣做。

王委員育敏：一般機構法人的房租在 20,000 元以下的應該算偏低吧？

曲參事同光：很少。

王委員育敏：所以它必須要在 20,000 元以下才有辦法拆成 5,000 元，一般辦公室租金大概都是 50,000 元以上。

曲參事同光：遠高於此。

王委員育敏：所以拆約的狀況可能不會像今天媒體所講的那麼嚴重，當然我們也要呼籲大家，正如

剛才署長講的，今天你挺健保，明天健保也挺大家，照顧健康是每一個人應盡的義務與責任，所以我也呼籲社會大眾，大家應該要力挺健保。

邱署長文達：非常謝謝。

王委員育敏：就一代健保與二代健保相較，其實政府的財政責任已從原本負擔 34% 提高到 36%，在二代健保整個改革的過程中，雖然民眾要多繳費，但是，政府其實也已經多負擔了，所以本席認為應該要讓它如期而且順利地上路，就在明年的 1 月 1 日啟動，所以我希望也呼籲全民大家一起來支持我們的二代健保，就像署長所講的，如果在明年開始實施之後，在過程中發現還有一些問題，我們可以開始去蒐集資訊，設法解決，也許在未來的四到五年之內會出現一個更完美的版本，從現在的 75 分，在五年之後真的會出現一個趨近 90 分以上或 100 分的三代健保，這才應該是我們努力的方向來。

邱署長文達：現在當然要先行實施二代健保，等到知道很多的問題以後，我們就會再來作一些修正，必須先要取得實證的經驗。

王委員育敏：我想任何的改革都很難一步到位，能夠跨出一大步，這個成果就應該要珍惜，而且全民應該要共同來力挺，我們希望二代健保能夠順利如期上路。

今天的另一個議題是關於廣設 AED，謝謝江委員緊急調度，讓我們實體看到 AED 的效果，但是在修法過程中我想提出一個問題。署長之前有提到，根據你們委託臺灣急診醫學會所作的報告，AED 的設置場所應以高密度、高風險、難到達、高效益為原則，請問現行衛生署已經設置 AED 的點都有符合這些要件嗎？蔣委員乃辛提出來的版本是以流量 250 人且年齡 50 歲以上為標準，我不曉得他提出這個標準的依據在哪裡？但是我看到衛生署肯定他這樣一個原則，這部分請署長說明一下，因為這個單位成本看起來不便宜，如果按照你們的估算，2,000 多台要 5 億元，等於一台要 20 萬，所以它放置的點是不是應該要更審慎一點？你們的想法為何？

邱署長文達：流量 250 人是美國的心臟學會提供的標準，如果以世界的標準來看，這應該是很好的，醫事處已經有把何謂高密度、高風險、難到達、高效益都定義出來了，我請副處長來說明。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。「高密度」指的是人潮眾多的地方，因為比較會有心臟停止的案例出現；「高危險」是指例如中老年人經常會使用的處所或是人群的活動比較有一些激烈運動的處所，這些地方比較容易會有一些心跳停止的案例；「難到達」比如說像是……

王委員育敏：「難到達」指的是救護車難到達的地方嗎？

王副處長宗曦：是指救護體系比較難進去的地方，例如比較偏僻的國家公園區、比較高山的環境等；「高效益」的意思是說疾病的型態不明，在處理時因為 AED 的設置可以達到比較高的效益，所以高效益其實是綜合高密度、高風險及難到達等等的因素。

王委員育敏：我希望將來設置時還是要秉持這樣的原則。另外，現在很多人捐救護車，我想或許我們開始導正那個觀念，剛署長說希望用捐的，我也希望將來 AED 不是純由政府的經費編列，而是可以鼓勵民間企業多來捐贈 AED，讓更多的人在發生急性心臟病的時候可以得到適當的救護。

邱署長文達：謝謝委員。

主席：請吳委員宜臻發言。

吳委員宜臻：主席、各位列席官員、各位同仁。今天主要討論醫療糾紛處理及醫療事故的補償，請教署長，這樣的法的重點是應該站在醫生的立場，幫醫生解套、去刑化？還是要站在病人的立場，把重點放在後面醫療事故的補償，讓病人或病人家屬在醫療糾紛有了結果之後，能很快地繼續重生往前走，不管是病人自己本身的復健，或是家屬心理、身體健康的重建、復健？你認為這部法到底是強調前面幫醫生解套還是在後面呢？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。衛生署一定是從病人的角度出發，先考慮到長期的纏訟和病人生理、心理上的折磨，當然，我們還是希望最後的結果是醫、病、法能夠三贏，這就是我們最終的目的。

吳委員宜臻：所以前面是為醫生或醫療機構面臨到醫療訴訟，導致他沒有辦法專心在自己的專業上的情況解套，但同時也希望病人或病人家屬在碰到醫療事件或事故之後，可以很快的重生，所以後面對病人的補償概念應該是一個重點，對不對？

邱署長文達：是，各國都有這種制度。

吳委員宜臻：我就從這兩點來請教署長，從我們今天推動的醫療糾紛處理程序看起來，不管是委員的版本或行政院版本，在醫療糾紛處理程序中都有很多先行調解、強制調解的概念，甚至在調解有結論之後，要人民放棄或拋棄一定的刑事訴訟的權利或告訴的權利等等的規定，而司法院和法務部則認為這非常的嚴重，第一，你設計了一套強制的先行調解的程序，對於人民訴訟權益是不是造成限制或影響？本席要提醒署長，訴訟權是憲法揭櫫的基本人權，這樣一個程序的設計，其實某個程度已經讓整個司法制度為了處理醫療糾紛事件，可能要另外產生一套新的事件糾紛的處理程序，你不覺得其實這樣的案件不應該剝奪本院例如司法委員會的委員一起來討論的權利嗎？因為這已經涉及到司法程序的變革或者是說一個糾紛事件的處理，甚至還要賦予他調解的結論是不是應該有相當於確定判決的效力，或甚至剝奪他刑事的人民訴訟上公法上的權利，衛生署能懂這個訴訟程序嗎？不懂對不對？

邱署長文達：我們對這個部分不是那麼深入，不過我想這個事情大概都不會……

吳委員宜臻：我們可以理解衛生署想要幫這些外科系的醫生面臨醫療糾紛處理程序時解套的用心，可是本席看到司法院不斷的在報告裏面強調，這個制度的設計在某個層面上已經影響到人民在憲法上的訴訟權，要如何兼顧而且不破壞現行司法制度，事實上是一個很重要的討論，可惜的是本席在程序委員會中沒有注意到它只交付到衛環委員會審查，沒有與司法委員會聯席審查，所以本席希望衛生署和司法院、法務部的代表針對程序處理的部分要很小心，不要在顧著幫醫生解套、幫醫事解套、幫醫療團體解套的同時，傷害到人民的訴訟權。另外，關於從病人的角度醫療事故的補償部分，請問署長，你認為醫療事故補償基金有沒有法源？

邱署長文達：這個部分都是林副署長在做處理，所以我請他來做說明。

主席：請衛生署林副署長說明。



林副署長奏廷：主席、各位委員。目前是沒有法源，是授權衛生署來訂。

吳委員宜臻：第二十五條只規定「得辦理醫療事故補償」，相信在場的法務部或是司法院代表都知道，「得」這個字的意思其實就是如果今天衛生署或者是機關找不到錢的時候，可能就暫時沒有醫療補償基金，可是如果今天訂下處理程序，一定要先行調解，且先行剝奪人民的訴訟權，或是當事人要進行調解，決定不到法院去訴訟了，卻連之後期待的醫療補償基金都有可能沒著落時，你還要人民用訴訟權去交換走強制調解，結果你們開出的是這樣一個醫療補償基金的空頭支票、芭樂票的話，那是很危險的。本席再次強調，我們今天討論醫療糾紛的處理程序和醫療事故補償，還是要從病人的角度著眼，就病人的角度而言，他不是要告倒醫生，也不是要跟醫生結仇，我們每一個人都會變成病人，包含今天會去訴訟的那些家屬都有可能倒下來要躺進醫院，都要倚賴醫生，沒有人想要告醫生，沒有人真的想要告醫院，是因為這裡面有疑慮－醫生有沒有盡到告知義務？在醫療上的疏失是不是能夠讓他解惑，放心的讓他的家屬走了，放手不要去訴訟？我覺得醫療專業的部分沒有溝通清楚，所以如果讓他連醫療補償的部分也看不到這塊餅，讓它變成是芭樂票，他當然要抓住憲法上唯一賦予的訴訟權嘛！所以你這樣子的修法版本，沒有醫療補償基金，你讓我們的人民怎麼去放心面對這些非常專業的醫生，非常龐大的醫療機構？當這些非常龐大、有錢的醫療機構有專業律師協助訴訟的時候，病人家屬還要跟他進行調解，時間可能長達三個月，這段期間甚至連解剖都還暫時不能做，要等到三個月之後，當事人真的想訴訟時再回來做，屆時來得及還是來不及？很多證據的保存也都不在了！所以我認為至少要讓醫療補償基金這部分讓人家看得到，不是讓人家再去懷疑衛生署，讓病人本人或是其家屬在面對醫療糾紛時，帶著傷、殘的身體去思考要打官司還是要拿到補償，抑或是決定要重新生活，你要讓他可以選擇嘛！不可以讓他「得」然後到時候就弄個基金說只補償三十萬。本席手上就有一個陳情案，當事人在台大醫院生了一對雙胞胎，其中一個生出來已經變成腦麻兒，另一個是左眼失明，台大醫院院方認為沒有醫療疏失，但是家屬透過本席的辦公室陳情協調，卻連 20 萬都拿不到！台大醫院堅持不肯給，因為他們害怕給了這 20 萬會變成將來訴訟的依據，可是家屬其實的意思只是要告訴醫院，我生出來一對雙胞胎，一個是腦麻全殘，一個是失明，你讓我如何帶著他們走向他們新的人生？你們沒有補償基金，醫院不處理，醫生怕被告也不願處理，在沒有幫醫生解套的現在都沒有辦法讓病人放心了，還要訂定這樣的授權條款！所以本席拜託衛生署不要開芭樂票，不要空白的，讓我們的病人看得到，他才能放心的選擇，好不好？拜託一下。

另外，我知道衛生署非常用心回應我們婦女團體的一些訴求，就是關於生產風險補償部分，本席也提出一個生產風險補償條例。請問署長，你認為生產的風險跟病人進到醫院裡面發生醫療糾紛的風險有沒有一樣？

邱署長文達：那個完全不一樣。

吳委員宜臻：完全不一樣對不對！所以假使今天我是一個健康的產婦不論是為为了提高生育率這個很冠冕堂皇的理由還是為了要傳宗接代，在某個程度上，我是健康的走進了醫院，承擔了國家的責任，但進去之後可能碰到羊水栓塞兼難產的問題，所有的婦產科都知道，這兩個問題在生產的過程中，幾乎沒有所謂的可預期性和可避免性，即使是人為也不可能去控制跟預防，而生產風險補

償機制就是要去處理發生這些問題後的情況。假使我今天是健康的產婦，生產時我可能是走的進去，但卻可能是躺著出來，你認為這跟我們今天討論醫療糾紛處理、醫療事故補償時，假設醫生在過程中可能有一些疏失，或是內控制度的 SOP 可能有問題絕對不一樣，對不對，你身為一個外科醫生，看過產婦也當過院長，你認為是不是不一樣？

邱署長文達：我看過了委員提出來的草案，我覺得您做得很好，另外我們那天也有過討論，我們建議在裡面弄一個專章，因為他是不太一樣的一個方式。

吳委員宜臻：所以基本上，生產風險補償跟醫療糾紛的概念是不同的。最後，我知道衛生署非常照顧我們女性，今年就有先試辦「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，你們在推廣過程的 Q&A 本來是說基本上這個試辦計畫的補償基金不以要求產婦病人或家屬放棄訴訟權為主要條件，但是在談的過程裡面，當人民最後表示要領這筆補償金時，你們擬定的、給我們一般的家屬或是產婦病人本身簽的協議書範本第一條就擺明要人家放棄訴訟權！這個東西很痛苦耶！而且在試辦的過程裡面，如果生產風險補償機制是不論醫院有無過失，只要是在生產過程裡發生無法控制的過失，我們都認為應該要照顧產婦或是她生產出來的胎兒，可是事實上你們還是很在乎，在協議書範本中就先要他放棄訴訟權，這樣的範本要怎麼樣讓我們相信我們的衛生署真的有弄懂女人的生產風險跟我們一般在談的醫療糾紛真的不一樣？我相信衛生署有很多藥害救濟、疫苗救濟等，很多都是不論有無過失，他只在乎這個程序裡面有沒有問題，作為下一次程序檢討時的依據，署長你是不是同意我的看法？衛生署是不是應該檢討一下。

邱署長文達：這是一個試辦計畫，因此所有的建議我們都會很虛心的採納。

吳委員宜臻：是，謝謝。

主席：林副署長要不要再補充說明一下，我覺得你應該要再講清楚一點。

林副署長奏廷：行政院版還沒有送到立法院，所以今天審查的這幾個草案都是委員的版本，我們今天下午三點會召開第三次政務委員的審查會議，那我們現在試圖調節的可能跟委員提出的版本不一樣，剛才提到的這些都有考慮在裡面。

主席：副署長，你這麼講好像我們三位委員提出的版本都是如吳委員所講的，然後你們提的版本就不是如吳委員所講的，你這樣的講法很奇怪！我個人絕對反對所謂的行政調節，本席的提案內容也是這樣。

林副署長奏廷：我們目前的調節是有程度的強制。

主席：你這樣解釋會讓人更昏頭。

請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。針對今天多位委員提出來的醫療糾紛及醫療事故補償法草案、醫事爭議處理法草案以及醫療法修正草案，如果我們要問到底行政單位是站在醫事機關的立場還是站在病患的立場，我想這個真的很難回答，因為雙方都必須要照顧到，我們現在都認為被害或者是遭遇事故的當事人，在資訊取得上有不衡平。其實現在和過去整個社會的道德體系、道德思考模式都很不一樣，在以前，一個病人不管因為什麼原因死亡，病家還是會非常感謝醫生強力的救助，是不會直接懷疑的，可是現在的情況是即使是一些必定、必有的風險，我們的

病家還是不能夠原諒，這是一個很嚴重的社會道德說是轉型也好、變化也好，不論到底是變得更好或是更不好，為自己爭取權益絕對是正確的，只是在為自己爭取權益的過程中，我們是不是也要更進一步的去思考，尤其是行政機關，如果一個醫生能夠照顧這麼多的病人，那麼對於他們應有的權益部分是不是要給予保障？並且在整個養成、受訓的過程當中，更要回溫到醫術、醫德，因為現在不只是病家愈來愈注意到自己的權益，我們的醫師也愈來愈太過保護自己，而且這個現象絕對不是只有發生在醫病關係上面，在親師的關係上、在師生的關係上不也是如此嗎！這是社會上一個很大的化學變化，因此本席認為在政策上及很多的法律作為上，可能都要更有耐性，要更互相包容，一起來決定怎麼樣才能夠對整體社會有最好的影響，既能減少個別所受到的傷害；又能對他的權利提供保障，這才是我們在這個立法機構該有的基礎跟態度。

有關二代健保的費率部分，請問署長，我們的費率是不是已經確定是 4.91%了，還是還要經過院會決定？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。這部分目前還在行政院。

江委員惠貞：明年 1 月 1 日不是就要開始實施了嗎？

邱署長文達：那個比較沒有關係。

江委員惠貞：費率是多少其實影響不大？

邱署長文達：辦法細則先訂出來。

江委員惠貞：辦法先走，是不是？

邱署長文達：是。

江委員惠貞：反正只要先收得到，先來支撐我們整個健保的支出，這個比較重要？

邱署長文達：對。

江委員惠貞：所以基本上這個部分你們還不急著做決定就對了？

邱署長文達：那要看行政院，因為還要精算對國家整體經濟的影響，很多部會要一起談。

江委員惠貞：不過我想這個部分無論是民眾或媒體，不管懂或不懂，大家都在等這個數字的最後定奪。對於現在談論的關於二代健保所謂的六類兼職課徵方面，很多民眾的感覺是以前這部分並沒有被課徵到，譬如業外所得、兼差所得、租金、股利所得等，以前只知道說這部分該繳稅，稅金也都繳給政府了，但是健保保費並不包括這部分，我們一再講，過去被課徵的幾乎 60%都是薪資所得者，這種多所得或是多兼差的部分，政府反而從來都課不到，所以自從我們說要課徵之後，大家是上有政策下有對策，我想這個是在所難免，這就是人性，而且這是一個民主國家，是尊重每一個人的，如果你要這樣子去拆單，不管是說像我們剛剛講的是租金的拆單，或者雖然是兼差，但是本來是一個月給一次酬勞，現在可能就拆成幾次給，我想這個我們都尊重，沒有辦法去制約，更沒有辦法用法律去強制他，因為憲法是保障他有這樣的一個自由，所以我想這一塊你們也不用去擔心太多。當然以民意代表來講，我們擔心的是你們課不到，那就真的是白忙一場。如果真如你所說五年可能還撐得下去，但真的課不到而且逐年越課越少，那你們就可能要提早面對崩盤，這個才是現在我們委員最擔心的地方。因此本席還是要問一個老問題，依你們來講，你們

最保守的認為最少一定可以課得到的，而且無論民眾怎麼樣做都要繳的，大概可以課徵到多少？  
邱署長文達：我們對此有做過高估、中估跟低估，如果以最壞的低估來講，應該差不多是 200 億。

江委員惠貞：200 億這個數字是明年的這個時候就可以驗證喔！

邱署長文達：對。

江委員惠貞：曲參事，你不要害署長喔！你現在可以拍胸脯保證嗎？

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。健保局對這部分其實花了很多的精神，也委託了一些專家做過一些估算，綜合估算後，比較合理的推估是 200 億。

江委員惠貞：數字不會抓太高？你是算 200 億最少可以撐五年，還是高估的部分撐五年？

曲參事同光：目前我們到民國 105 年時是以 200 億為基礎來做估算。

江委員惠貞：民國 105 年是剩 4 年還不到 5 年！

邱署長文達：那個是最低估的，因為最重要的是政府要投入的比率從 33.6%到 36%，那就增加了一百多億，再加上補充保費，事實上會比現行的要多百億。

江委員惠貞：所以基本上你們對此是老神在在！因為這個是很快就可以驗證的數字，不是到民國 105 年才可以驗證的，而且會不會逐年下滑還不知道，現在一切的經濟狀況只有不斷的更惡化沒有往上的。

邱署長文達：因為二代健保中有收支連動的機制，每年都會去估算然後再提出新的辦法給衛生署再到行政院。

江委員惠貞：如果我們實施的是家戶總所得制的话，我們現在所討論的補充保費這六大類反而再怎麼樣都跑不掉。

邱署長文達：是，那就整個都一起動。

江委員惠貞：你現在用補充保費的方式，反而可以讓那些人自己想辦法，各顯神通，但若真的用家戶總所得來課，那就一毛錢都跑不掉，就跟著稅走！請問你們預估何時能真正推動二代健保家戶總所得的精神？

邱署長文達：因為要等結算的話，時間又會延後很久，所以事實上用家戶總所得制的問題還是很大。

江委員惠貞：如果是用設算方式呢？比如證所稅先期推出時就是用設算的方式。

邱署長文達：那是用虛擬所得，可是大家對那個方式有意見。

江委員惠貞：我們那時候在公所服務就知道，當年在推動國民年金時，剛開始推動時也許你是要保人，但事實上這是兩年前的資料，所以當時稅捐處鬧了很多笑話，比如有人當老闆賺了很多錢還要他加入國民年金保險，所以這的確會有一些失真和失準，但是不管怎麼說這都是一個制度，可能剛開始施行的一兩年會產生這些問題，可是順著走下去，等機制穩定了，逐漸修正之後，是會越來越準確、穩當的。所以本席誠摯的拜託你們，一切的準備要更早起步，更早啟動，更早說明，我們知道其實現在各個機構、學校、單位都已經在準備，所以也要請你們加快腳步。

邱署長文達：我們目前已經說明了兩千多場。

江委員惠貞：有關傻瓜電擊器的設置，本席非常感謝劉委員和其他幾位委員一同提出了這個修正草案，其實本席在第一次向衛生署提出質詢時就提到此事，國外設置這個裝置時間非常早，除了日本的資料顯示設置後的獲救率從 7% 提高到 38% 以外，美國的芝加哥機場從 2000 年開始設置公眾 AED 之後十多年，存活率從原來的 2% 提高到 61%，對於你們剛剛提的四個設置原則—高密度、高風險、難到達、高效益，我們非常贊成，但是我們希望本法修正通過後，除了政府機關要負責推動外，本席認為消防單位會比你們更清楚哪些地方該設置、應設置，只要你們在地圖上畫出一些地點之後，我相信很多企業的捐獻、捐款都會順著這個方向來挪移，這樣既可以達到設置的必要性，在經費上也不會捉襟見肘。

邱署長文達：謝謝委員。

主席：請蔡委員錦隆發言。

蔡委員錦隆：主席、各位列席官員、各位同仁。請問署長是否同意增訂緊急醫療救護法第三十五條之一以增設 AED？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我們當然支持。

蔡委員錦隆：本席也是這個草案的連署人，建議在流量 250 人以上的公眾場所廣泛設置 AED，請問你同意嗎？

邱署長文達：我們會把它納入執法。

蔡委員錦隆：這樣的話應該可以救很多人，因為現在愈來愈多若不能在短時間內作適當處置或使用心臟電擊的話就很難挽回寶貴生命的案例。

邱署長文達：所以這部分非常重要。

蔡委員錦隆：所以衛生署是同意此一修正的，那就沒有問題了。

有關醫事爭議處理法與醫療事故補償法方面，本席之所以提案是有鑒於現在的醫療糾紛沒有一個統一的協調機制，而且這種糾紛的行政調處成功率大概只有六成，可是現在家屬常常充滿懷疑，本席也接過這樣的陳情，當事人明明已經 87 歲了，可是家屬還是說人都好好的，身體也很健康，結果去醫院之後幾天就沒了，因此要我們去醫院抗議、陳情或是談判等等，雖然本席是第一個提出這個草案的委員，但是有另外幾位委員也提出相同提案，這表示朝野對此都很認同，請問署長同意這個爭議處理法嗎？

邱署長文達：我們的草案正在行政院審查中，今天下午會召開第三次審查會議，等到我們的法案送到大院後會與各位委員的提案併案討論，但是這是非常好的方向。

蔡委員錦隆：本席本來想等其他委員的提案付委以後再進行審查，沒想到劉召委這次就將這個案子排上議程，這也表示他對這個案子的重視，既然朝野都有共識，我們就應該趕快研擬措施，因為按照推估，每年會有 4,000 多件的醫療糾紛。

邱署長文達：衛生署的統計是每年的總數有 5,400 多件，但真正上法庭的大概是 600 多件。

蔡委員錦隆：醫療審議委員會鑑定的案件一年大概才 430 件，照這樣推估下來，每年對醫療案件有質疑的大概有 4,300 件左右，各先進國家對這方面都有不同制度，我們提出的程序則是先經過醫



療鑑定，因為大部分的患者都是比較弱勢的，家屬對於醫生開立的藥物、處理方式及護理過程完全不清楚，如果我們沒有調處的機構能夠馬上取得醫療過程的整個流程，此時不只患者家屬要質疑，醫生也會擔心如果出了事怎麼辦，因此當署長面對目前這種醫生四大皆空甚至六大皆空狀況時，這兩個案可以說是相形重要。

邱署長文達：對，這是非常重要的配套法案。

蔡委員錦隆：如果能夠先通過的話，大概第八十二條之一的問題就可以解決一大半，你們今天下午要審查嗎？

邱署長文達：今天下午是第三次會議。

蔡委員錦隆：有沒有特別的意見？

邱署長文達：因為都是由副署長去參與會議，所以我請副署長來做說明。

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏廷：主席、各位委員。現在整個流程都已經做好了，目前跟其他部會都有比較強的共識，希望可以在今天下午的最後一次……

蔡委員錦隆：政委這邊還有沒有什麼其他意見？

林副署長奏廷：這個流程圖是我們跟政委一起畫出來的。

蔡委員錦隆：如果不趕快通過的話，我想紛爭是在所難免，而且經過幾次法院的高額罰鍰判決後，現在不只醫生心態保守，連患者都質疑一定是有疏失，不然怎麼會罰這麼多錢，醫師高超的品德受到質疑以後更做不下去了，變成防衛性的治療，這樣的話又害了患者，如此惡性循環，我們的醫療品質真的會讓人愈來愈擔心。

邱署長文達：現在一方面行政院在審查，一方面我們也接受大家的建議，會把他做得更完美。

蔡委員錦隆：請問調解人可不可以在第一時間取得醫療過程、使用的藥物和護理等完整的證據和資訊？

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。除了院內的調解機制外，院外調解機制也是希望能尋求一個雙方都能認同的點，所以通常是不介入事實真相過失的判斷，但是到後端的補償機制時，就會有鑑定和判斷的部分。

蔡委員錦隆：由於家屬和病患缺乏相關的專業知識，再加上資訊的不對等，當然是處於比較弱勢的境遇，但是以爭議處理人員的位階，應該可以很明確地取得第一手的資料和完整的資訊，這樣對患者才有保障也才公道，否則在資訊不對等的情況下，你怎麼要求患者真的能認同這個爭議處理機構人員會確實公平的來對待？他都說是被處理的了，要怎麼去調處呢？所以這個處理爭議的機構一定要有權力取得第一手完整的資訊，對吧？

林副署長奏廷：除了院內有關懷小組以外，這一次也將在院外設立相似的團體，一方面讓病人能在兩個工作天內取得病例和所有相關資料，一方面是有鑑於資訊的不對等，所以我們會在院外設諮詢單位，由我們衛生署來支援。

蔡委員錦隆：本席的法案是規定要有具專業的人士及外面的專家學者一起參與。

林副署長奏廷：每個調解案件都有法界和醫界的人士參與。

蔡委員錦隆：不過我覺得兩天才能取得資料還是太慢了，因為你們在醫治的過程中時時都有記載而且記得非常清楚，本席擔心的是未來如果家屬質疑的話，在處理上就會比較棘手，因為他都不信任那些紀錄，那該怎麼辦？所以我覺得取得資訊應該要越早越好，而且要讓家屬相信已經掌握了確切的醫療流程，不會因為資訊的不對稱讓家屬對這些流程有質疑，這樣調解起來才比較公平、公正，家屬也才比較能夠接受，至於未來的補償，可以用保險或是基金的方式為之，請問現在行政院版計畫採用什麼方式？

林副署長奏廷：目前是採用基金的方式，基金取決於兩個因素，一個是因果關係，一個是判定有無過失，但最後的鑑定還是在衛生署的醫療鑑定委員會。

蔡委員錦隆：前段的爭議是調解，不是判定，也不是處理的唯一手段，只是讓雙方能夠互相確信、理解，使爭議得到釐清而已。

林副署長奏廷：進入補償基金階段時，可能就有判定的問題。

蔡委員錦隆：就是判定有問題才會有補償，所以我是先問前段才問後段，如果真的到了後半段的處理的話，我想還是要用比較寬鬆的態度去面對受害的家屬，不論是疏失或是嚴重過失，都應該讓家屬能夠獲得補償，其實我們大家都是在這個範圍之內的，因為每個人都會碰到生老病死，如能讓受害的補償優渥一點也可以彌補民怨。

邱署長文達：謝謝委員。

主席：請吳委員育仁發言。

吳委員育仁：主席、各位列席官員、各位同仁。本席看過資料，瞭解二代健保的改革從 1990 年代就開始著手辦理，最近這二、三年來不斷加速，當時也引起很多的辯論，前署長楊志良也因此搞出很大的風波，預計明年 1 月 1 日實施，對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。對，明年 1 月 1 日實施。

吳委員育仁：會不會有變數？

邱署長文達：不會，都準備好了。

吳委員育仁：你認為還有沒有需要修正的地方？或是對於修正有什麼的看法？

邱署長文達：這個政策已經籌備兩年了，也聽取了各方的意見，尤其是大院的委員會也給予我們很好的意見，我們多半都已將其納入。

吳委員育仁：剛才有委員問到你們預計能收多少補充保費，署長說預計可收 200 多億，請問衛生署規劃了多少行政費用來處理徵收補充保費的業務？

邱署長文達：這部分請健保局黃局長說明。

主席：請衛生署中央健保局黃局長說明。

黃局長三桂：主席、各位委員。因為這個 200 億的補充保費收入都是就源扣繳，所以不會增加太多的相關費用。

吳委員育仁：有沒有編列預算？

邱署長文達：這個部分主要是編列宣導和資訊設備的預算。

吳委員育仁：要不要付錢給銀行？

黃局長三桂：不用。

吳委員育仁：在代繳的部分，是否需與稅捐單位配合？

黃局長三桂：這部分都有拜託他們配合。

吳委員育仁：他們都是義務配合的嗎？

黃局長三桂：大部分是。

吳委員育仁：二代健保即將實施，本席也希望能夠著手展開，因為過去對此的討論已經非常多，好的討論，壞的也討論，台灣人在享受全民健保的同時也要感謝全民健保的存在，有時候必得要在動手術的時候才會發現到繳這麼少的保費卻可以享受那麼大的手術和醫護照料，所以大家生病了使用全民健保的時候，應該感念全民健保帶給大家的福利。最近有一個詞很流行，就是 **Bumble**、**Bumbler**，我不知道署長要是沒有推行二代健保的話會不會被冠上這個名詞，你覺得你會不會？

邱署長文達：不會，有一百多位專家一直在幫忙研究二代健保，所以二代健保中會放入很多很好的政策，像這次的品質資訊公開、收支連動等等，其實這基本上不只是收費上的問題，很多新的制度、好的制度都會在這一次補全。

吳委員育仁：當然其中還是有很多有爭議之處，像是利息所得、兼職所得等，我們社福衛環委員會的委員還特別針對利息所得的部分進行協商並達成了一定的共識，這個也是大家花了許多努力才獲得的結果。之前大家也討論到有關銀行的拆單潮，請問拆單現象是否仍持續發生？

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏廷：主席、各位委員。目前已經沒有所謂的拆單潮了，大概是因為銀行公會這邊配合得非常好。

吳委員育仁：會不會是因為大家認為還是要繳交保費，所以懶得拆單了？

林副署長奏廷：現在已經沒有聽到拆單這回事了。

吳委員育仁：就源扣繳總也要找到財源，如果找到了就朝這個方向扣繳，沒有找到的話當然就沒有被扣到，因此就會引起公平不公平的問題，我知道你們目前在兼職所得部分對於一些比較弱勢只有些除外規定，請問除了基本工資之外還有一些什麼樣的規定？

邱署長文達：特別將六大項內的兼職所得提升到基本工資標準，免扣取補充保費，包括兒童、少年、中低收入戶、中低收入老人等，同時排除身心障礙的各種規定，另外對於沒有兼職的大專生或是健保法第一百條所規定的經濟困難者都排除了。

吳委員育仁：我順便問一下，有很多教師在大學裡兼課，甲大學兼、乙大學兼、丙大學也兼，都領取兼職鐘點費，拼湊的結果，可能超過基本工資，請問在兼職所得的扣繳上，是用什麼樣的方法？

邱署長文達：我想曲參事對這很多都精算過。

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。兼職所得的定義就是不是他的投保單位所給他的薪資所得，如果他在很多不同學校兼職，就要看他每次兼職所領到的報酬是多少錢。如果領到的超過 5,000 元，那次的就要扣補充保險費；如果領到的沒有超過 5,000 元，那次的就不需要扣補充保險費。

吳委員育仁：加總起來，如果沒有超過基本工資呢？

曲參事同光：因為他本身不是我們所定義的弱勢者，所以如果加總起來沒有到基本工資，而且目前我們並沒有用加總的概念，都是單筆單筆算的，基本工資是針對特定的弱勢，也是單筆單筆用基本工資的額度來看。

吳委員育仁：目前也有這樣的聲音凸顯出來，很多教師在各個大學兼課，可能不符合這樣的標準，但還是被扣了。另外，我來立法院之後，注意到大家過去在推的醫療刑責合理化的問題，這裡面的爭議相當多，委員同仁也提出一些法律提案，包括醫療糾紛處理法及醫療事故補償法。針對這樣的制度，有人主張為何不推醫療強制保險？因為我們有全民健保、有勞工保險、有汽車強制責任險，對於這些醫療糾紛，大家要的可能是一個補償的概念，而這又很複雜，裡面包含過失責任、無過失責任、錢從哪裡來、誰要把錢提撥到補償金裡面的問題，茲事體大。之前我質詢過，這裡面的金錢分配牽涉到責任比重，衛生署有沒有規劃醫療強制險的方向？

邱署長文達：我想這個由林副署長來回答。

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏廷：主席、各位委員。目前的醫療事故基金裡面就包含保險的概念，可能會有一半由醫事人員或醫療機構出錢，另外一半由政府出。因為很多醫療事故可能是責任不明的，這部分就由政府負責；另外由醫師負責的部分，就有保險的概念在裡面。

吳委員育仁：關於勞工的積欠工資墊償基金，是由雇主提撥，所以這個強制保險當然也要由雇主提撥，醫療事業單位這些從事醫療的技術人員，無論公司也好、醫院也好、人員也好，由他們提繳。這個強制責任險或是你們規劃的基金，都有助於當糾紛發生時，能迅速立即的給家屬或當事人一些補償，這樣的規劃很好，我衷心期盼醫療糾紛處理及醫療事故補償法能儘速通過立法。

主席：委員會在此做一個報告，上午會議時間延長至所有登記委員詢答結束，含處理第一案。另外，下午 3 點法務部及司法院要在行政院召開第三次醫糾草案審查，所以醫糾部分下午就不逐條處理，下午的整個時間都針對緊急醫療救護法進行逐條討論。各位如果沒有意見，我們就照這樣進行。下午原本是 2 點 30 分開會，我們改為 3 點開會。

請徐委員少萍發言。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。今天召委所排的案子都很重要，因為補充保費在明年 1 月 1 日就要開始；而緊急救護法也很重要，非常感謝提案委員，目前社會很欠缺這種急救設施的設置；至於另外這兩個法，我們做了決議要先大體討論，然後逼行政院版趕快提出來，可是我看今天法務部的報告，這好像跟醫療法第八十二條之一一樣，也不是那麼簡單。

現在先來談補充保費，衛生署特別要我們挺健保，說是今天挺健保，明天健保挺你，並希望大家都知道財務壓力很大，我們的健保是全世界最好的，有 50 個國家前來參訪、取經，而且 2012 年就有四大國際媒體相繼前來報導。我們當然一定要挺健保，不能讓它有閃失，任何一個

法都不很完美的，都是在立法之後再逐漸修法，健保也是如此，經常有委員提出修法，衛生署也提出修法，希望修到讓大家滿意，但是大家永遠不會滿意，所以永遠都在修改。關於補充保費，很多委員提出相當珍貴的意見，希望衛生署聽得進去。但是我要講，無論滿意也好，不滿意也好，1 月 1 日確定就要實施，所以大家要挺這樣的健保。我對此當然也有不滿意的地方，但是因為署長說健保可能可以撐個四、五年，在這四、五年當中，我們還可以再修，或者是恢復到原來的家戶總所得，或者是就目前的法再修到最完整、最完美。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。家戶總所得也有它很難解決的問題，但是如果有很多能做一些修正……

徐委員少萍：如果能夠解決，你們也可以用家戶總所得。因為當初原本就是要用家戶總所得，後來的一些過程也不必再計較，但是現在已經走到補充保費，我說過這個條文可以繼續再修，或是整個翻修，反正 4 年之內可以有很大的作為。請問 100 年 6 月 29 日修正通過的健保法第三十一條是不是新增的？

邱署長文達：是。

徐委員少萍：裡面有一個規定是單次給付金額超過新臺幣 1,000 萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取。這個未達一定金額者，我們目前設定是 5,000 元；至於超過 1,000 萬元之部分，譬如 1,200 萬，200 萬就不扣取；或者是 1,500 萬，500 萬也不扣取，只扣 1,000 萬的部分。我要問的是當時為何將上限設定在 1,000 萬？我找不到你們的立法意旨。

邱署長文達：我不是專家，但是稅跟費不同，費是有一些限制，稅則沒有限制。

徐委員少萍：2010 年財稅中心的資料告訴我們，全台有 8,500 人的年所得在 1,000 萬元以上。根據消基會統計，全台經濟最弱勢的 20% 的貧戶，每一年所享受、運用到的健保資源，從 2000 年到 2009 年來看，2000 年是每人 32,804 元，2009 年是 34,202 元，大概增加了 4%；而全台最富有的 20% 這個族群，從 2000 年到 2009 年來看，2000 年個人運用到的健保資源是 51,620 元，2009 年是 73,740 元，增加 40%。但是無論貧富都採用 5.17% 的費率，請問是窮人會用比較多的健保資源，還是富人會用比較多的健保資源？你們有沒有做過統計？根據消基會的統計，窮人不太會用健保資源，有錢人因為懂得健保資源在哪裡，反而比較會使用。既然富人用得更多，為什麼限定超過 1,000 萬元之部分免予扣取？這不一定要照稅法呀！你們可以訂為 2,000 萬、3,000 萬，甚至沒有上限。

邱署長文達：這個部分請曲參事說明。

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。我們會訂定上限，是因為……

徐委員少萍：我先問你是窮人用的多，還是富人用的多。

曲參事同光：其實消基會的統計，……

徐委員少萍：不對嗎？

曲參事同光：他本身是用戶的概念。



徐委員少萍：戶也一樣呀！

曲參事同光：戶的話，每戶會有多有少，譬如經濟能力好的，一戶的人是比較多。

徐委員少萍：可是也不會差那麼多，一個增加 4%，一個增加 40%。我想是因為有錢人懂得健保資源在哪裡，一般來講，有錢人多半屬於知識豐富的，比較容易取得資源；窮人反而不知道有哪些健保資源。

曲參事同光：事實上，整個健保設計還是對照顧弱勢者有很大功能。

徐委員少萍：我現在問的是，使用健保資源的是窮人多，還是富人多？有沒有做過這樣的統計？

曲參事同光：以門診來講，是窮人用得比富人多。

徐委員少萍：我現在講的是健保資源，不是講門診。你有沒有統計過？

曲參事同光：曾經分析過，如果以門診服務來看，比較窮的那群人用的比有錢的那群人多。

徐委員少萍：多了多少？你有沒有從哪個年度到哪個年度做過統計？

曲參事同光：數字方面，我們是不是另外再提供？

徐委員少萍：這個數字要給我，就像消基會的數字如果不對，你們就要更正。照他們的統計，是窮人用的少，我覺得也有道理，因為窮人對健保有哪些新藥的資訊不一定清楚，或者是不會要求；有錢人是高知識份子，資訊獲得的多，反而使用的多。你們將補充保費限制在 1,000 萬，這不是不公平嗎？

主席：請衛生署中央健康保險局黃局長說明。

黃局長三桂：主席、各位委員。消基會的數字不是很正確。

徐委員少萍：不是很正確？那你要更正呀！他們給我的觀念就是窮人用的少，富人用的多。

黃局長三桂：窮人用的多。

徐委員少萍：那你對消基會的資料要更正，不要讓我們取得不正確的資訊，誤導了大家。

黃局長三桂：我們做過一個很正確的富人與窮人的受益比。

徐委員少萍：你要去更正，並把這個資料給委員，因為我們一般的想法可能也是如此。

黃局長三桂：那是不對的。

徐委員少萍：富人可能比較重視身體，雖然看病少，可是要看的都是大病；窮人如果感冒或是生了一些小病，都會去醫院就診，反正免費。所以這個資料你們要好好的去更正，然後再提供給我們。

黃局長三桂：是。

徐委員少萍：署長，今天談到 AED，現在所有的 AED 是不是都放在醫院？公共場所沒有嗎？

邱署長文達：都是在公共場所。

徐委員少萍：現在知道要捐贈 AED 的人可能不多，因為獅子會或一般社會公益團體都是捐贈救護車或復康巴士，請問現在救護車夠嗎？還需要大家捐嗎？

邱署長文達：這不一定，有的是夠了。

徐委員少萍：復康巴士夠不夠？

邱署長文達：那個也要再努力。

徐委員少萍：要努力？表示不夠就對了。我聽說很多人喜歡捐救護車，一輛救護車要好幾百萬元，而這個 AED 一台是多少錢？

邱署長文達：10 萬元。

徐委員少萍：如果救護車夠了，我覺得可以勸他們轉贈 AED，救護車是救人的，這也是救人的。

邱署長文達：好，謝謝。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我想請教民間監督健保聯盟的滕發言人，今天民進黨跟台聯的社環委員會委員全部都連署了一個提案，認為「全民健康保險扣取與繳納補充保險費辦法」違反母法，要把它退回。因為我們認為補充保費創造出同樣保費有兩種不同費率，而且六類對象訂有差額下限，已經跟健保法的社會保險精神相違背；最重要的是補充保費的費基不僅在母法裡面沒有定義，而且這個收取跟扣繳辦法違反法律保留原則，恣意以子法過度解釋母法。我們認為這個補充保費辦法已經違反中央法規標準法第五條第二款關於人民之權利及義務應以法律定之的規定，所以我們不予備查，而且依照立法院職權行使法第六十二條規定，我們認為要提報院會決議後，通知行政院廢止該辦法。請教你，身為督保盟發言人，你長期關心健保，你認為這個提案有沒有道理？其次，有些人可能擔心補充保費無法上路的話，會不會影響健保財政？

主席：請民間監督健保聯盟滕西華發言人發言。

滕西華發言人：主席、各位委員。關於剛才委員所提的補充保費相關扣繳辦法跟母法之間的競合，我們也非常同意委員所說的，在補充保費扣繳辦法裡面羅列了不同所得對象有差額下限，這部分在母法確實是沒有明確的提到，我們也覺得可能有違反母法授權的部分；特別是有些人要繳，有些人不繳的這部分，其實在母法也沒有得到充分授權，在沒有得到母法授權的情況下，由子法來規定，對於整個健保法財務結構的穩定性也是非常嚴重的傷害，而且不利整個財務結構。我們建議即便要實施補充保費扣繳辦法，也不應該在子法另外再列出 12 種對象，其中有些人要收，有些人不收，有些人又有差額下限。

第二，補充保費對整個健保財務的重要性其實是微乎其微，整個補充保費占整個健保財務支出不到 5%，而且可能逐年遞減。補充保費在 6 類 14 目裡面，有 6 種所得，有 12 類不同的扣取及免扣取的對象，它會產生出來的所得樣貌大概數十種到近千種，所增加的行政成本是非常高的。回答委員剛剛垂詢的第二個問題，如果我們不實施補充保費，健保制度要怎麼樣維繫？如果要實施補充保費，而使費率必須從 5.17% 降到 4.91% 的話，當然可以知道，短收的保費用補充保費大概也沒有辦法收齊，如果以現況 5.17% 的費率維持，再輔以菸捐跟其他收入，據我們觀察，應該勉強可以維持到 104 年沒有問題，但是在 105 年之後仍然必須面臨修法，甚至費率要提高到 6% 法定上限，而到 108 年，即使實施補充保費或不做，我們的費率修到法定上限 6%，109 年仍可能要借貸 900 億來度日，所以朝家戶總所得來修法已經是勢在必行了。

田委員秋堇：是，就是我們把補充保費的辦法退回去，還有這兩、三年的時間，我們好好來修法，楊志良前署長也認為應該直接修健保法，我們不應該逾越母法而自己去訂一些違反母法的子法。謝謝。

接著請教邱署長。署長，我要問你有關緊急醫療救護法的問題，今天很少立委問到這個問題。我跟你請教一件事情，在我今天的緊急醫療救護法版本中，我要求要訂定野外地區緊急救護區域獨立劃分，我們跟衛生署人員溝通時，他們一直認為好像不太需要，但是我現在有個實際的案例，前不久在達芬尖山發生山難，登山口一邊是台東，另一邊是南投，但是達芬尖山剛剛好落在高雄市的行政區劃裏面，我在晚上 9 點多接到一個急診科醫師的電話，跟我說，慘了，現在必須請高雄市的人去救，他想要跟著高雄市的救援隊上山，但他又不是高雄市的醫師，所以叫我打電話給陳菊市長。我晚上 10 點找到陳菊市長，陳菊市長說會叫消防局長打電話給我，我快 11 時接到消防局局長的電話，好不容易，第二天緊急的救護藥包、藥材跟著這個醫生終於可以上山。這個醫生後來跟我講，高雄市這些救難人員有的從六龜，有的從美濃趕到南投的登山口，多花了四、五個鐘頭，然後才開始去救。

我的意思是，如果這個法第五條已經通過了，我們的版本有個野外地區的緊急救護區獨立劃分的規定，我剛剛講的山難地區達芬尖山也許屬於玉山救護地區，可以就近在登山口附近設專責的救護隊，跟當地的消防隊放在一起，也許就放在東埔，那麼這個人就可以更早被救到了。今天是他運氣好，他的家屬透過民間搜救隊找到這個王醫師，而王醫師剛好有我的大哥大號碼，晚上九點多我趕快找，到 10 點也找到了陳菊市長，而消防局局長也願意接納這個醫師。這個醫師是世界山嶽聯盟醫療委員會的成員，他說我們的法律若有野外地區緊急救護區獨立劃分的規定，那麼四輪傳動救護車就是這些野外地區緊急救護區的標準配備，就像現在國家公園警察隊的警車是四輪傳動一樣，但是野外地區的救護車還是照城市思維，都沒有四輪傳動，出了事情要千辛萬苦將人從山上搬到馬路旁邊才有辦法上救護車。

我剛剛也講了，現在空勤總隊直昇機上面並沒有救護的配備，在野外地區受傷的，有時候並不是因為自己喜歡爬山而受傷的，可能是學術單位的人去做學術研究，也可能是在野外辛苦工作的農民，或者是國外的登山客，在這種狀況下，上了一架沒有任何醫療設備的直昇機，就好像上了一輛計程車，而不是上救護車。我們對這個緊急醫療救護法版本花了很多力氣，不知道署長聽我這樣講後，是否願意接受在第五條，就是緊急醫療救護計畫在野外地區應該成立緊急醫療救護區，讓四輪傳動救護車成為在野外地區的標準配備？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。首先，我對田委員能提出這樣深入、思慮完整，且花很多心血的法案深表敬佩。因為這是到院前救護的成分比較高，就跟消防單位的比較密切，相較於我們單獨在這邊修法，我更希望他們一起來，要不然，兩個變成一個……

田委員秋堇：署長，你聽我說，我剛剛在立法說明中已經講了，你們對於救護車的規定，即使是屬於消防局、消防隊的救護車，也要符合衛生署的標準。

邱署長文達：對，但譬如怎麼樣來……

田委員秋堇：就車輛，它要符合交通的規範才能掛牌上路，但是車子裏有關救護的配備是要符合衛生署規定的，我的意思是，就算救難飛機屬於內政部、消防局或國防部，裏面的配備也一樣要由你們訂出來。

邱署長文達：配備一樣，但最重要的是共同作業的流程。

田委員秋堇：裏面的配備是什麼？還有罰則也要訂出來。

邱署長文達：是。

田委員秋堇：現在我們開了記者會，空勤總隊來，兩手一攤說，他們上面如果裝了輸血設備等，就沒有辦法多載人，所以他們還是那種計程車的觀念，就是多載一些人送到醫院，在上飛機到醫院之前都沒有他們的事。

邱署長文達：剛才提到的事，最近好像我們都有救護直昇機的管理辦法，必要的設備、人力要求都有。

田委員秋堇：在說明裏面你說，現在你們只想修現行救護技術員管理辦法跟醫療指導醫師實施辦法，我跟你講，不行，在母法中針對野外地區一定要有特別的救護技術員，就像特種部隊可以去執行步兵的任務，但步兵沒有辦法執行特種部隊的任務；登聖母峰的嚮導當登觀音山的嚮導沒有問題，但登觀音山的嚮導並沒有辦法去當登聖母峰的嚮導，這是一樣的道理。台灣三分之二是山地，有這麼多人出過山難，都是民間搜救隊到處搜救，博威媽媽自己的孩子在山裏面獨自撐了二十幾天，我們國家的系統花 40 天還找不到，博威媽媽受不了，就去拜託民間搜救隊，結果一天半就找到了，這就是我們要修緊急醫療救護法的原因，好不好？

邱署長文達：好，我們……

田委員秋堇：不要繼續停留在城市思維中。謝謝。

邱署長文達：是。謝謝。

主席：請楊委員曜發言。

楊委員曜：主席、各位列席官員、各位同仁。本席想請教空勤隊的代表。

主席：今天列席的有空中勤務總隊航務組組長及空中勤務總隊勤務指揮中心科長，可是這兩人現在都不在現場，請議事人員連絡一下。本席希望各列席單位不要有這種不好的行為，對於這兩位擅自離開的官員，我們等一下會處理。

楊委員曜：本席首先想請教有關 AED 的問題，現在每 10 萬人有 15 台……

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。有 15.2 台。

楊委員曜：澎湖現在有幾台？

王副處長宗曦：不好意思，我手上沒有資料。

楊委員曜：假如以人口數來看，澎湖只能分配到 15 台，可是澎湖有人居住的島嶼有 4 個。所以很多東西不能純粹由人口數來分配，你們必須考慮地域性的特殊需求。

王副處長宗曦：這可能就符合「難取得」的條件。我們希望 AED 能擴大設置，我們訂了 4 個條件，包括高密度、高風險、難取得跟高效益。澎湖因為是偏遠的地區……

楊委員曜：澎湖是高風險加上難取得。

王副處長宗曦：因此它的設置是高效益的，可以優先設置。

楊委員曜：現在澎湖空中後送的案子中，心血管疾病就占了 50% 以上，所以同時具備高風險及難

取得兩個條件，請你們注意一下。

今天大家在討論醫療糾紛和醫療事故補償法，不過法律是後社會現象的產物，也就是先有社會現象，遇到了問題，大家才來立法。這樣的一個法律再搭配醫療法第八十二條及第八十二條之一，就是要解決當前台灣醫療界五大皆空的問題，可是只要制度失衡就不可能達到原本想達到的目的。現在問題並不僅僅是醫師要面對病患家屬或病患本身以民逼刑的困境，事實上也有很多弱勢的病患遇到醫療糾紛的時候非常無奈。對於這兩種社會現象，我們必須在這次立法時同時兼顧，才能有效解決原本要解決的問題。關於你們提到的補償，請問以後是不是任何醫療糾紛都會補償？

主席：請衛生署林副署長說明。

林副署長奏延：主席、各位委員。不是，我們現在設計的是，如果醫師有明顯過錯的話就不列入補償，如果完全是病人的因素或是 **natural cause** 的話也不補償。我們現在的補償主要是比較不明白、沒有辦法區分的部分。

楊委員曜：所以你們必須有一個很強的鑑定或判斷的委員會。

林副署長奏延：有。

楊委員曜：夠強嗎？

林副署長奏延：夠。

楊委員曜：那這個委員會其實已兼具一定的裁判的作用，是不是？

林副署長奏延：這個委員會跟衛生署醫審會具有醫療糾紛鑑定的功能可能不完全一樣，但是它有判定的功能。

楊委員曜：目前院版沒有送來，我看到委員所提的版本對醫療糾紛的定義，一方面是對醫療行為不良結果的責任歸屬爭議，另外多數的立法理由都提到，醫療結果不如病人預期的情形。但是這兩者的差異非常大，是不是？

林副署長奏延：是。

楊委員曜：院版的立場是什麼？你們雖然急著想要解決醫療糾紛的問題，可是院版的步調卻那麼慢。

林副署長奏延：司法院和法務部代表都在這裡，我們希望下午甚至晚上挑燈夜戰，能把這個問題解決。

楊委員曜：你們覺得醫療糾紛的定義是什麼？

林副署長奏延：剛才提到不良事件，至於病人的預期應該不算在裡面。

楊委員曜：院版的立場是不算？

林副署長奏延：對。

楊委員曜：所以是有責任才有補償？

林副署長奏延：這次我們對補償又作了一點修正，因為這次立法最重要的是要保障病人的權利，第二是要減少訟源，所以我們都往這兩個方向來考慮。如果是醫師或機構有明確責任，我們就不補償。第二個是……



楊委員曜：我先提醒你們一件事，假如說醫生有責任，你們才補償，等於說在這個委員會就要先確定醫師的責任。可是你們的補償絕對不可能完全填補病患的損害，如此一來醫生恐怕會因為這個法律而陷入更艱難的訴訟困境，因為責任已經在委員會就先確定了。

林副署長奏延：其實醫療糾紛只有很少數是明確確定的，還有極少數是因為病人的因素，大部分是在中間的灰色地帶。

楊委員曜：可是你們說要先確定醫生的責任嘛！責任一經確定，填補損害的補償又不足，這樣的話是不是又會再一次訴訟？

林副署長奏延：對。

楊委員曜：訴訟的時候，醫生會處在一個很不利的情況，因為責任已經先被委員會確定了嘛！

林副署長奏延：我說的這個灰色地帶大部分是沒有辦法排除的項目，這次修法基本上是要擴大這個部分，讓民眾比較有機會得到補償。

楊委員曜：你們用「補償」的概念，我原本以為你們會回答沒有責任的認定，因為有責任的認定就會變成賠償。

林副署長奏延：對。

楊委員曜：今天本席是把我看到的問題再點出來，我們真的很希望訂出一套制度，在不違背現行法律體系的可能範圍內，儘量解決現有的社會現象，這樣才是負責任的做法。因為現在補償的金額不足，你們想要避免訴訟的最原始本意就會無法達成。

林副署長奏延：灰色地帶無法排除的部分有責任的程度並不高，所以會再上訴的機會可能較少。

楊委員曜：你們回去再想想看，這個法還會再討論到。另外，院版是不是也主張在調解程序之前的說明和溝通內容不能成為偵查或裁判的基礎？

林副署長奏延：有，我們是這樣，另外下午司法院可能會給我們一些協助。

楊委員曜：這樣對一般民眾的保護會不會太過不足？醫師可能儘可能在過程中把不利的部分全部拋出，等到以後偵查時這些內容都不能用到，這也是一個問題。

林副署長奏延：這一條在下午會作很詳細的討論。

楊委員曜：根據院版的立場，調解是不是強制性的？

林副署長奏延：目前民事是強制，至於刑事自訴部分，我們想要強制，非告訴乃論就無法強制。司法院對此有不同意見，刑事自訴部分，他們認為不宜，不過這些都可以討論。

楊委員曜：民事部分先不要兩邊進行，這是對的。至於刑事部分，告訴乃論之罪還可以討論，過失致死是公訴，這就沒有辦法了。我想沒有人會反對幫醫界從目前面臨的困境中尋求解套，可是我們也不希望立了一部法律之後，立法委員每天都得不斷面對病患家屬或病患本身的陳情和抗議，所以院版請趕快送來。另外，上午我聽了司法院和法務部代表的說明，你們在口頭說明可能提到某委員的版本有點不妥，就把那部分拿掉，純粹把法律意見送給本委員會委員參考，好不好？我希望能把這套制度建立好，我常講，天平的兩端不對稱就會產生很多問題。

主席，空勤隊那部分要怎麼辦？

主席：他們已經回來了，他們有向我解釋，不過我不接受，楊委員可以繼續問，我給你時間。

楊委員曜：不要緊。

主席：楊委員可以繼續問，我把時間留給你，剛才因為他們的緣故才花了時間，這很要緊，不是不要緊。

本席在此要跟各列席單位說明一下，尤其是空勤總隊怎麼可以在開會時間自動離開，不須向議事人員或主席報告？其實列席單位的人員如果有重要事情，只要向議事人員或主席報告，基本上我們都會同意。但是當委員進行質詢時，希望有關的列席單位作說明，結果卻找不到人，這是非常不應該的。我覺得這個單位的專業性非常不足，空勤總隊離譜至極，連基本該守的法都不清楚。剛才還好意思跑到主席台上解釋他們是在樓下討論事情，801 和 802 會議室旁邊有這麼大的空間，難道不足以容納你們兩位科長和組長來討論事情嗎？你們講那什麼理由！兩位請上來，楊委員要對你們提出質詢。

楊委員曜：我剛才說不要緊是尊重主席的做法，並不是我要問的這件事不要緊，我要問的很要緊。

今天大家在討論緊急救護，本席在本委員會就質詢過兩次，空勤隊在高雄有一個分隊，是不是？

主席：請內政部空中勤務總隊勤務指揮中心林科長說明。

林科長金柔：主席、各位委員。是。

楊委員曜：一個分隊有幾架飛機？

林科長金柔：目前有 3 架在高雄。

楊委員曜：有多少人？

林科長金柔：飛行員有 10 人，機工長有 5 人。

楊委員曜：如果台灣海峽海域發生海難，是不是高雄的分隊要出勤？

林科長金柔：要看位置，南邊應該都是從高雄起飛。

楊委員曜：我之前就要求把這 3 架飛機放一架在澎湖，因為澎湖的緊急救護工作，空中後送必須仰賴直升機。澎湖的醫療品質提升沒有那麼快，每年大概還有一百多次需要空勤隊的直升機支援。假如能放一架飛機在澎湖，可以讓澎湖居民緊急後送縮短時間，不會像田委員秋堇剛才所講的，坐直升機之前是活的，載送到之後已經死了。如果台灣海峽海域真的發生海難，從澎湖出發也比從高雄出發，地點來得適中。這很困難嗎？

林科長金柔：我們現在能過海的飛機只有 10 架，妥善率大概只有 6 架或 7 架，如果要在澎湖進駐，金門、馬祖可能都要比照。

楊委員曜：什麼比照？飛機放在澎湖，從澎湖去金門一定比從高雄去金門來得快。

林科長金柔：報告委員，澎湖沒辦法飛金門，因為有飛航航路的問題。

楊委員曜：澎湖有直飛金門的民航機，你知道嗎？

林科長金柔：我們的直升機可能不是這樣航管的，所以目前無法從澎湖直接飛金門，還要再申請。

楊委員曜：就是為了澎湖不能直接飛金門，所以不能放一架飛機在澎湖？

林科長金柔：不是，其實最近金門一直在提進駐的案子，我們也知道離島對空中航空器的需求，可是以我們的能量來說，真的無法再進駐澎湖。由於妥善率的關係，我們目前只有 6 架飛機可以飛，因為飛機要固定進廠維修，所以平常能飛的飛機大概就 6、7 架。如果到澎湖的時候，本島一

定會抽離，因為這些飛機分台北、台中、高雄三個地方在放。

**楊委員曜：**其實本島用到直升機的可能性比離島還低，你們只是不想作改變而已，你們的思維不在救難本身，只是想怎麼做最方便。我不相信離島的緊急救援會比本島少，你們回去統計看看，直升機在本島使用的機率高還是飛到澎湖、金門、馬祖的機率高？不要我們問什麼，你們都理由一大堆。假如你們真的想要解決問題或是想讓空勤隊發揮功能，就必須設法突破現有的想法和做法。由於時間關係，本席也不好占用別人的時間，我再提出書面質詢，謝謝。

**主席：**謝謝楊委員對這件事情不再計較，身為會議主席，維護委員基本質詢的時間以及議場秩序是我理所當然要做的，所以請兩位把來立法院開會的時間，甚至離開會場的理由，送書面報告給社環委員會及每一位委員，然後我們再做後續的處理。

請許委員添財發言。

**許委員添財：**主席、各位列席官員、各位同仁。在討論補充保費的時候，有沒有討論到資本交易所得中的房地產交易所得補充保費的問題？

**主席：**請衛生署邱署長說明。

**邱署長文達：**主席、各位委員。這個一直都有在討論，而這部分是不包含在內的。

**許委員添財：**為何不包含在內呢？當時本席不在立法院，所以我想了解一下，為何最該課的且稅負是最低的，因為只是被課了土地增值稅，即用公告現值去課土地增值稅，所以其資本利得應該是百分比最大的、繳稅最少的，所以為何不包含在內呢？

**邱署長文達：**本人請曲參事代為說明。

**主席：**請衛生署健保小組曲參事說明。

**曲參事同光：**主席、各位委員。現在所得稅有 10 項所得，當時就從裡面挑了……

**許委員添財：**在所得稅範圍裡面再去挑？就是一隻牛剝兩層皮？就是累進稅率一層皮剝了以後，又再剝一層，是這個意思嗎？是因為跑不掉了，所以才好課稅，像就源課稅就是如此，反觀那些不好課稅的，社會也公認最應該課的，即使現在做了實價登錄，但要真正做到實價課稅，還有一段遙遠的路要走，所以這個時候可說是全身都是毛，多拔幾根應該沒有什麼關係，結果你們卻不敢碰，這真的很奇怪，難道你們不覺得奇怪嗎？現在提出的這 6 項，就是所得稅申報內容中的附加保費，要對薪資所得以外的所得來課補充保費，你知道屆時造成的問題會有多大嗎？第一，行政成本會很高，第二，對市場的干擾很大，以課股利補充保費為例，屆時股市的很多行為都會因此改變了，還有，對定期存款課補充保費，就會讓民眾對定期存款的投資意願、市場供需、貨幣供給等，連帶都會產生變化，不要說拆單造成行政成本很高了，所以屆時可能會得不償失，俗語說沒有遠慮、必有近憂，現在近憂已經相當嚴重了，台灣的財政懸崖是無解的，是結構性的問題，不是短期政策可以扭轉的，可能會在 2016 年提前引爆、提前到來，不必等到 2025 年四大基金破產，總之這是相當嚴重的問題。

再來，你提到了健保，行政院政務委員薛承泰在 10 月 3 日有提到，估計在 2025 年台灣老人人口將是現在的兩倍，人口自然成長率從現在的千分之一點八八會變成負的千分之一點三，所以現在 2,300 萬的人口沒有辦法一直持續到 2025 年。另外，據了解，2010 年的老人人口有 250 萬

、身障人口有 110 萬，而必須密集照顧、失能的人口有 45 萬，總計 405 萬，另外失智人口則有 19 萬；到了 2025 年時，老人人口則成長至 460 萬、身障人口 200 萬，必須密集照顧、失能的人口有 88 萬，請問失智人口屆時會增加到多少人？

主席：請衛生署護理及健康照護處蔡簡任技正說明。

蔡簡任技正閻閻：主席、各位委員。約 40 萬到 60 萬的間距。

許委員添財：所以高達 750 萬上下的人必須密集的照顧。另外，現在 70 歲以上還在就業的有二十幾萬人，這真的是很可憐，因為他們若不自己工作、不自食其力的話，就沒有人養他們了，而 65 歲以上還在就業的人更多，所以台灣變成了老人的地獄，而且到時健保可能被拖垮，則到時該怎麼辦？所以本席在立法院曾提出呼籲，要老人健保免付，即讓年輕人提早為老年準備健保的經費來源，現在年青人每個月多繳 1%、多繳幾十元，老年的時候就不用再繳了，不然到了老年卻要自食其力、沒有收入卻還要繳健保費，這跟健保垮不垮無關，反而是健保制度精神的一個抵觸，所以台灣是老人的地獄將提早到來，而且比一般想像的還嚴重，就像我說的，現在的近憂已經相當的嚴重，所以本席一再向署長建議醫藥黑洞一定要先堵住，藥品浪費的問題一定要先堵住，還有醫療上的亂開刀等情況也要堵住，像這些都可以事後去檢查，然後要求改善，換言之，要專業出擊才行，不檢查、不了解狀況，將要如何改革呢？而且有的民眾從醫院拿的藥袋比在超級市場買東西的購物袋還大，的確，政府有宣導用藥安全，但所回收的藥品堆積如山，雖然那些藥是不能用的、是要燒毀的，所以台灣是這樣糟蹋、這樣浪費，反觀現在卻去計較這 4.91% 的部分，請問 4.91% 的費率可以支撐多少？

邱署長文達：105 年。

許委員添財：所以不超過 4 年。

邱署長文達：會繼續收支連動。

許委員添財：這會讓原來 2025 年健保拖垮政府的時間又再提早到來嗎？

邱署長文達：因為這個新的健保有收支連動的機制。

許委員添財：這都是假設台灣經濟是繼續成長的，而且成長是可以滿足未來需要的，政府是可以不斷編預算的，但是這個夢已經碎掉了，現在台灣的財政已經沒有空間了，今年編出來的預算中，可以用在公共建設的只有 188 億，今年我們要求課稅收入的 7.5% 要提撥還本，但結果只編了 6%，這是違法編列並少編了 194 億，表示預算已經編不出來了，還有，四大基金也通通瀕臨破產，而四大基金的最適費率跟現行、實際的費率相差好幾倍，而且馬總統又做了一件怪事，找了三院院長來談，結論是要改革，要改革大家都知道，為何還要召集這樣的會議呢？這不是虛晃全國人民一招嗎？原因是他不敢面對、他是外行的，只要稍微專業的人來報告，他就嚇壞了，而且嚇到只剩下嘴巴會動而已，台灣就是這樣積重難返，所以補充保費實施後大家等著瞧，因為整個台灣的經濟一定會受到破壞，市場效率馬上會因為行為的改變而變差，一定會變成這個樣子的，因為大家都是本位主義。其實今天在討論炒房地產、不繳稅的問題，事實上這都是合法的，因為政府沒有相關法律可以規範，所以他們為何要繳稅呢？然目前的情況就是政府制度造成的，而不是要去怪那些買房地產的人，因為遺贈稅減、土地增值稅稅率減，結果造成房地產的暴漲，反而害了

更多人買不起房地產、反而造成平均實質薪資倒退十幾年，造成民眾要花更長的時間買房子住，所以台灣經濟就這樣被破壞了，類似的情況從經濟理論上很容易看得出來，健保基本上還是屬於經濟理論的問題，並不是醫療技術問題，可是你們卻將其當技術問題來看待，其實未來除了四大基金要改革外，健保也是要改革，不改革也是走不下去，有可能就在 2025 年就破產了。

邱署長文達：我們在執行之後就會開始做改革。謝謝。

主席：請陳委員歐珀發言。

陳委員歐珀：主席、各位列席官員、各位同仁。現在二代健保的費率是多少？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。案子還在行政院，費率有 3 種，就是 4.91%、5.0%、5.17%。

陳委員歐珀：是不是已經確定 4.91%？

邱署長文達：還沒有。

陳委員歐珀：報紙怎麼寫得那麼確定？

邱署長文達：那是前一陣子有討論。

陳委員歐珀：現在還沒有確定？

邱署長文達：是。

陳委員歐珀：如果是 4.91%，是不是會維持到 105 年？

邱署長文達：這是最低的費率。

陳委員歐珀：現在如果沒有辦法確定，則我們沒有辦法討論下去，現在為何談二代健保，就是因為健保不保，所以要擴大整個健保的財政，然後為了兼顧社會公平性，又搞了一個補充保費出來，據報告指出，討論了 10 年，終於有了一個二代健保，但到最後政黨協商的那幾天，突然跑出一個補充保費，結果大家就跟著這樣走，總之，就這樣修修補補，然後你們就提出了一部子法，而今天就是要討論子法的問題，可否署長說明一下現有的健保每年收支的情形？

邱署長文達：本人請黃局長代為說明。

主席：請衛生署中央健康保險局黃局長說明。

黃局長三桂：主席、各位委員。到 10 月底的時候，約有盈餘 168 億。

陳委員歐珀：我指的是每年的收跟支。

黃局長三桂：大概是 5,300 億。

陳委員歐珀：按照你們的計算，若是採取 4.91%，則是維持到 105 年，是不是？

黃局長三桂：是。

陳委員歐珀：但看了你們的報告後，讓我很擔心，請問二代健保實施補充保費後，估計每年可以增加多少經費？

黃局長三桂：補充保費的部分，我們推估約有 200 億。

陳委員歐珀：一年增加 200 億嗎？

黃局長三桂：是的。

陳委員歐珀：所以 4 年下來就可以增加 800 億？

黃局長三桂：是的。

陳委員歐珀：這是保守還是樂觀的估計？

黃局長三桂：比較保守、謹慎的估計。

陳委員歐珀：我的態度比你保守，即二代健保兩年就玩完了，因為上個會期有發生利息的拆單潮，後來針對二代健保、二代腫瘤，我們要求的是標靶治療，結果你們提出的是民俗療法，而理由是為了合法節費，所以你們予以尊重，且衛生署、健保局當於二代健保實施以後，俟累積相關實務經驗後再予檢討，可是在還沒有經驗之前我就可以跟你說結果了，光談今年就好了，照理明年初要發年終獎金，但有的公司今年就提早發了，你們知道有這樣的情況發生嗎？

黃局長三桂：知道。

陳委員歐珀：那這筆收入你們就沒有算到了。

黃局長三桂：比較有規模、有制度的公司，應該不會這樣來處理，因為這對整個會計、作帳來說，也不是很好。

陳委員歐珀：應該員工要求的，而不是企業要求的，因為提早發放年終獎金，明年二代健保補充保費施行後他們就可以節省一點費用。

另外，署長有租房子或是把房子租給別人嗎？你的合約書上有寫到租金要報稅嗎？

邱署長文達：規劃的時候就已經註明是機關法人，其他私人的部分，因為比較弱勢，所以就沒有列入。

陳委員歐珀：房東並沒有比較弱勢，有很多人有很多房子，但都不報稅，即合約上都寫明不報稅，如此一來，健保局就沒有辦法收到這筆錢，這樣林林總總下來，雖然你們是保守在估計，但相關的問題可能會讓二代健保無法改善健保的財務結構，反而增加社會的行政成本及輿論壓力，所以這個法本身就是一隻大怪獸，然後你們提出的子法又違反了母法的相關決議，全民健康保險扣取及繳納補充保險費用辦法，也是在今年 10 月 25 日晚上倉促拍板定案的東西，所以我們有去研究一下這個辦法是否違反了母法的規定，結果我們發現確實有逾越母法相關的精神，署長你知不知道？法制人員有跟你講嗎？

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。報告委員，其實這個辦法我們花了非常長的時間去修訂，絕對沒有匆促。至於有些人會認為裡面有一些是跟母法有一點逾越，事實上因為這是母法所授權訂定的相關規定，所以我們盡可能在訂定這個扣繳辦法的時候，把母法沒有辦法明確規範的一些相關事情，或行政體系上應該注意的事情，盡可能的規範在這裡面，所以有些母法沒有明文規定的事情，我們就盡可能利用這個辦法去做詳細的規範。

陳委員歐珀：補充保費創造出同一個保費，兩種不同的費率，這是不對的，這是第一點。第二點，你在第 6 類的對象裡面定了差額的下限，這部分也是不行這樣訂定的，這個已經違反社會保險法的精神，這是第一個，而且你訂定這個差額下限是違反母法，這個部分是法律上的見解。第二個，補充保費的費基，於母法中訂定，這也是一個問題，你的費基為什麼不在母法裡面定義？而且你在收取跟扣繳的辦法裡面，違反法律的保留原則，用違法的行政來破壞繳納健保的公平性，而



且你之前喊價式的送紅包，2,000 元變 5,000 元，這都不符合依法行政的精神，我們對你今天提出的辦法有相當的疑慮，這部分是不是大家討論之後，再做一個處理。本席再請問你，4.91%的二代健保費率，看起來是調降，但因為政府取消現行收入比較低的民眾的保費，所以預計大概有 6 成以上民眾的實質保費不降反增，本席算了一下，大概一個人的保費，如果月薪在 41,000 元以下，每個月保費將增加 19 元~44 元。第四類失業的民眾，每個月要多支出 90 元，有些有股利等高所得者，或有其他收入者，他們也要多繳補充保費，這樣變成全民皆漲，並沒有達到所謂「劫富濟貧」的精神，這也是二代健保為我們社會所質疑的部分，根本無法劫富濟貧，原本應該是所得比較多的人扣比較多的保費，但事實上現在二代健保保費費率下降，但因為保費也增加一些收入，所以民眾質疑將來二代健保實施之後，他們所擔心的事情將會發生，第一個就是，你的財務沒辦法每年增加 200 億的收入，亦即二代健保的補充保費收入沒辦法每年增加 200 億。第二、人民實質上的負擔越重，如果將來二代健保這樣實施下去的話，可能維持不到 105 年，本席估計大概兩年就結束了，因此你們必須要有相關的配套措施，最後本席建議署長要預期補充保費收不到的因應方案，並訂定備案以為處理，本席看這個方案勢在必行，辦法再怎麼修，我們明年還是要執行，本席在這裡希望就補充保費收取不到的因應方案，你們要提早做規劃，本席剛剛已經點醒你們這些問題，還有你們收不到保費的狀況，其他本席想不到的地方，還沒有提出來提醒你們的，請你們都要提早擬妥因應方案。

邱署長文達：關於母法方面，我們都沒有違反。第二個，其實這個法也照顧了很多弱勢。第三個，關於費差問題，大家說好二代健保以後就要取消。第四個，關於財務方面，就像委員所建議的，我相信我們應該會做一些備案。

陳委員歐珀：二代健保的費率什麼時候會訂定？

邱署長文達：這部分還沒有確定。

主席：還沒有確定。

陳委員歐珀：好。謝謝。

主席：請劉委員建國發言。

劉委員建國：主席、各位列席官員、各位同仁。剛才署長提出一個口號，就是：今天我們挺健保，明天換健保挺我們，但是本席講一個狀況，可能會變成：今天我們挺健保，明天我們就讓健保倒。我們的全民健保搞得變成全球健保，也就是說，要讓陸生跟外籍生可以納保，而且他們所繳交的保費又比我們中華民國自己的國民還要低，而他們所享受的權益，及健保所給付的相關權益都一模一樣，請問，公平性何在？這是第一點。第二點，本席曾經聽到健保局對外發言說，基本上陸生及外籍生的人數不多，但各位可想而知，當健保在被他們使用之後，會不會有所謂的效應，這效應會不會變成今天他們就直接來這邊治療慢性病，來這邊生孩子，來這邊看東看西，讓他們覺得非常方便，然後造成健保更大的給付支出，這樣的情況你們有預估過嗎？如果沒有的話，怎麼可以對外說，基本上陸生跟外籍生的人數並不多。第三、就公平性而言，我們台灣留學生到歐美國家，必須去買他們的商業醫療保險，為什麼今天他們到我們台灣，只要繳一點點錢，就可以加入我們的全民健保？請大致上簡單扼要的說明理由，你們所持的立場到底為何？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。首先我簡單的說明一下，其實英國跟日本對學生的禮遇，是跟我們現在所做的一樣，英國是以繳稅方式，日本則是繳費方式，他們都有給外籍學生一些禮遇，因為我自己也親身經歷過，所以我想他們來到台灣，在一般人權方面我們也要重視，另外他們如果出現問題，對我們社會也是一個重大負擔。我想全世界各國也都在照顧留學生，所以我們是站在這樣的角度來支持這個政策。

劉委員建國：所以你的意思是說，我們台灣留學生到歐美國家，不需要被他們的政府強制要求加入他們的……

邱署長文達：在美國是商業保險，在英國跟日本是沒有，而是跟他們的健保……

劉委員建國：對嘛，就是有一個國家叫美國，美國這個國家又是全世界最強盛的國家，他要求留學生、外籍生必須用商業保險的方式加入。

邱署長文達：其費率也非常低。

劉委員建國：多低？

邱署長文達：學生保險大概是一般保費的……

曲參事同光：（在席位上）學生也是一樣，一定要加……

劉委員建國：曲參事，請你來講清楚……

主席：請衛生署健保小組曲參事說明。

曲參事同光：主席、各位委員。跟委員報告，其實在美國讀書時，學生都要買保險，不管是本國、外國的學生，他們都一律要求，學生在註冊時，就必須告訴學校，他已經買了學校所提供的團體保險，所以那個不是針對外籍生，對本籍生也是一樣。至於像英國，英國如果你……

劉委員建國：法國呢？

曲參事同光：其實有社會保險的國家，基本上對於到他們國家讀書的人，只要超過一定時間，他們都會提供安全保障。

劉委員建國：OK，超過一定的時間？

曲參事同光：英國不是……

劉委員建國：超過多久的時間？

曲參事同光：6 個月……

劉委員建國：你現在不要跟本席說有的，本席現在是要跟你講沒有的，我們應該用沒有的來討論，這樣的基礎才對，你不能拿現在有的東西，來跟我說。

曲參事同光：是。這要看那個國家本身有沒有健保制度。

劉委員建國：對嘛。

曲參事同光：如果他沒有健保制度，他們就沒有辦法要求……

劉委員建國：他們如果沒有全民健保這樣的制度，卻還要求他們的外籍生必須要加入他們的商業醫療保險，怎麼辦？

曲參事同光：據我們所了解，多半國家本身如果具有社會保險性質的健康保險，他都會要求他們參

加健康保險，不會另外再要求他們參加所謂的商業保險。

劉委員建國：本席的訊息、本席的資料、以及來自醫界給本席的相關資料，就是有這樣的案例，所以本席才會在這邊提出來，本席不需要在這個亂講，對不對？本席不需要在這邊講沒有的事情，我幹什麼要浪費我的生命跟時間？黃局長，就本席剛剛說的，我們健保局對外宣稱，外籍生跟陸生人數不多，所以對我們的健保給付不會造成沉重負擔，的確有此一說嗎？

主席：請衛生署中央健康保險局黃局長說明。

黃局長三桂：主席、各位委員。大陸學生人數在健保局本身是沒有數據資料的，我們是從教育部得到相關資料。剛剛委員……

劉委員建國：你們有沒有說過，對健保局不會造成沉重的給付負擔，健保局對外有沒有講過這樣的話？

黃局長三桂：跟委員報告，我們應該不是這個意思，事實上現在在臺灣我們是有港、澳僑生，我們是以港、澳僑生目前在臺灣利用健保資源的情況，來推估之後的相關情況，當 1,800 個大陸學生，如果以後有機會加入健保的話，其可能的情況為何，我們的說法是這樣子的。

劉委員建國：你們有沒有先去預估，可能這 1,800 位經過一年、兩年之後，可能會變成 3,600 位，再來變成 7,200 位，有沒有可能？

黃局長三桂：這個數目字，我們沒有辦法掌控，因為這個部分是教育部……

劉委員建國：所以你們是以 1,800 去做預估。對不對？

黃局長三桂：是的。

劉委員建國：所以才對外這樣宣稱，對不對？

黃局長三桂：是的。

劉委員建國：所以本席覺得這樣不夠精準，再者，本席也覺得別人在吃麵，我們在喊熱，這樣的感覺也不太好。本席覺得站在健保局角度，健保減少給付，或健保減少別人來跟我們分這一塊餅的立場，都應該是健保局要捍衛的立場？

黃局長三桂：是。

劉委員建國：剛才署長說，我們今天所提的全民健康保險扣取及繳納補充保險費的辦法，並沒有逾越到母法。本席覺得署長是不是……

就此，本席請滕發言人西華來講好了，到底今天為什麼本席要把行政命令排入委員會來審查，若今天並沒有逾越母法，那是不是本席搞錯了，而現在有很多委員也認定違法，我們都搞錯了。所以滕發言人，請你就你的瞭解，說明到底這相關的母法，包含全民健保施行細則，及今天我們提出要求他更正或廢止這補充保費的辦法，有沒有逾越全民健康保險法？

主席：請民間監督健保聯盟滕發言人發言。

滕西華發言人：主席、各位委員。就一個民間單位對法令的解讀來說，法律沒有授權的事情，政府就不應該做，但是如果政府有另外的考量，認為法律沒有禁止可以做，則民間團體對這個法的看法，當然會跟政府單位有很大的不同。但全民健康保險法第三十一條規定的補充保費，其扣取及免扣取的對象確實是明定的，也就是說，這個費基確實應該在全民健康保險法裡面，就像一般保

費一樣要明訂，列明 6 類 15 目，哪些人應該要繳，哪些人應該不繳，所以在補充保費的辦法裡，免扣取及所謂的未達一定金額下限的標準，雖然授權給主管機關訂定，但是他仍然不能超過我們母法第三十一條裡面所定的六種所得以及免扣取的對象範圍，所以我們才會認為，在目前所提出的補充保費扣繳辦法裡面，另外針對 7 種人訂有一些不同的下限，以及哪些人應該要繳或應該不繳的規定，其實不但違反母法授權，恐怕還會引發不公平的爭議，譬如說大學生要繳，研究生就不用繳，就會產生諸多非法的，無法令明確規定的爭議。

劉委員建國：署長，你要不要反駁滕發言人的說法？

邱署長文達：我不是法律專家，不過這個案子我們真的請了非常多法規方面的學者一起參與，他們也都提出看法。目前從我們幾次研修的角度看起來，都是沒有逾越的。另外，我們也非常重視要照顧弱勢者，我想劉委員也非常照顧弱勢，所以我們在規劃時，都是很重視弱勢的照顧……

劉委員建國：我們照顧弱勢，但基本上我們訂定相關的子法也不應該去牴觸母法，逾越母法，對不對？

邱署長文達：就是希望在不牴觸的情況下，我們儘量給弱勢一些幫助。

劉委員建國：我們訂出一個差額的下限，這還沒有牴觸到母法嗎？

邱署長文達：因為他有授權給當時法規機關訂定……

劉委員建國：有什麼授權？

邱署長文達：裡面就是說明，能否請曲參事……

曲參事同光：報告委員。因為健保法確實是規範下限是授權由主管機關另外訂定辦法，並沒有說我們的下限只能夠有一種下限，而不能在不同的薪資下有不同的下限，而且我們在扣繳辦法裡面之所以考慮特別針對弱勢者的兼職所得，去訂定一個不一樣的下限，那也是當時在立法院，有很多委員針對各種弱勢者，希望替他們提出特別的照顧，所以我們綜合了這些意見之後，特別對弱勢者提供一個不一樣的考慮，希望能夠照顧到弱勢者。這種不一樣的下限，其實並沒有違反母法所規定的，他一定要怎麼樣。

劉委員建國：滕發言人，要不要再反駁他一下？

滕西華發言人：跟委員報告，我剛剛有提到，就是對法律的解讀，人民的權利義務是必須要表列的，也就是採正面表列或負面表列，一律都要表列。第三十一條提到未達一定金額，以及單次金額逾新台幣一千萬元以上，理所當然應該適用 6 目的所得，也就是包括 4 倍以上的獎金等這些，乃至於租金也都應該要適用才對。如果說授權主管機關定義，在不違反的情況下，可以訂定差別下限，那就是母法本身有疏漏，母法的疏漏是絕對不能用一個行政命令的規則來補足的，謝謝。

劉委員建國：好，謝謝。曲參事要不要再反駁一下？

曲參事同光：對法律的看法，大家不一定都一樣，我不敢說他是錯的，但法律的見解大家不一定都一樣。

劉委員建國：OK，等一下我們有司法院的兩位法官，還有我們法務部兩位主任檢察官、副司長，我們就剛才這部份，大家私底下來進行討論，好不好？看到底會不會全部通通都不一樣？還是他們兩個單位的看法是跟滕發言人所講的是一樣的，唯獨跟你的不一樣。本席發言時間到了，謝

謝。

主席：接下來登記發言的賴委員士葆、薛委員凌、李委員桐豪、林委員德福、李委員應元、李委員貴敏、廖委員國棟、林委員佳龍、廖委員正井、陳委員亭妃、吳委員秉叡、鄭委員天財、林委員正二、楊委員瓊瓔、簡委員東明、蔡委員其昌、王委員惠美、蕭委員美琴、潘委員孟安、邱委員志偉、林委員滄敏、徐委員欣瑩、林委員世嘉、陳委員其邁、黃委員偉哲均不在場。

請鄭委員汝芬發言。

鄭委員汝芬：主席、各位列席官員，各位同仁。本席在星期一晚上看到聯合報關於牙醫師整個配置所作的報導，著實讓本席嚇一跳，彰化縣芳苑鄉居然一位醫師要照顧 35,752 個人，你有沒有看到這則新聞？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。有。

鄭委員汝芬：您覺得如何？

邱署長文達：牙醫師跟所有的醫師都一樣，在分布上可能沒有那麼平均，這個也是我們還在努力的一個方向。

鄭委員汝芬：署長，不是這樣。本席看我們彰化縣的醫院、醫事人員分布服務的區分，我們彰化縣牙醫師在埔心只有一個人，在你們的電腦資料上面也顯示只有一個人，但依據我們牙醫全聯會醫師公會裡面所登記的資料，這部分資料竟然跟你們完全不同，請王處長宗曦等一下回答本席這個問題，本席先就教署長，你這樣會影響到我們牙醫公會的努力，他們針對城鄉差距較偏遠的地方，所做出來的貢獻及付出，你全部把他否決掉了。第二點，彰化縣偏遠地區民眾繳交的保費金額是同樣的，你讓民眾的觀感真的非常不好。我們知道病人看病有時候是跳動式的，好比他要去彰化市、員林、北斗、二林、溪湖或是台中等等，都是不一定的，可是你們這樣整個報導出來，實在讓本席非常驚訝！

邱署長文達：因為那是叫做執業登錄，在執業登錄上也許會有這種現象，我必須說明的是，城鄉之間雖然距離比較遠，但是健保費用是一定的；至於服務方面，現在全世界也面臨這種健康不平等的問題，這是我們未來要努力解決的方向。

鄭委員汝芬：這個問題讓民眾的觀感確實非常不好，如果我在彰化縣看到這樣的報導，當然會非常生氣啊！以高雄市來講，他們在前鎮這一塊區域，一個醫生可以照顧四百多個病人，反觀彰化縣，一個醫生要照顧三萬四千多個病人。你們的數據不清楚，卻讓報紙這樣報導出來，對於彰化縣民，你們究竟要如何解釋？

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。我們的執業登錄系統是接受對方向我們登錄，如果是跟醫師公會的數字不一樣，我們會趕快釐清，倘若需要我們發新聞稿特別說明，我們也可以來做。至於偏鄉的牙醫照護這部分，其實今年署長有頒發一位牙醫師醫療奉獻獎，可見對於牙醫師在偏鄉服務，我們署裡是非常肯定的。

鄭委員汝芬：妳的解釋這麼清楚，但是你們所報導出來的完全不一樣，完全否決了你們所做的這一

部分的貢獻。有關醫師公會所登錄的住址，都是清清楚楚的，而你們所登錄的住址，卻讓本席看了嚇一跳，因為我選區的 10 個鄉鎮裡面，只有埔心鄉有一個牙醫師，這不是很離譜嗎？這是完全不一樣的東西啊！

邱署長文達：我們一定會朝這個方向努力，但是有時候執業登錄，全世界也都有這個現象，即使是日本、美國也是在……

鄭委員汝芬：同樣都會登錄錯誤嗎？

邱署長文達：但是我們就是要鼓勵他們去做。

鄭委員汝芬：我的意思是，我們的彰化醫師公會在城鄉差距上，已經貢獻很多，對於偏鄉的牙醫醫療服務來說，他們都已經負這樣的責任了，可是你們這樣報導，讓他們的觀感不好，而且民眾的觀感也不好，我所質疑的就是這兩個問題！

邱署長文達：有關醫師公會的登錄，我們會再去了解一下；當然，對於城鄉差距也會繼續來做。其實我們一直努力在做這部分，不過，只能用鼓勵或是獎勵……

鄭委員汝芬：不能只用鼓勵或獎勵，因為有關偏遠地區的醫療服務，是政府應該要負起的責任啊！

邱署長文達：對，我們一直都在做。

鄭委員汝芬：另外，今天報紙報導國際綠色和平組織的調查報告指出，有若干品牌服飾含有壬基酚（NPEO）的化學成份，因此，有學者專家呼籲民眾衣服買回來後多洗幾次就好了。署長認為是這樣嗎？

邱署長文達：這是學者專家的建議，通常 NPE 經過幾次洗滌之後就會好一點，這部分我也是聽專家講的，因為我本身並不是這方面的專家。也許 FDA 對這個部分有經驗，是否請他們向委員說明？

主席：請衛生署食品藥物管理局食品組鄭科長說明。

鄭科長維智：主席、各位委員。目前有關服飾當中所驗出的這個東西，是屬於環境荷爾蒙的一種成份，所以在國際上都是需要特別注意的。

鄭委員汝芬：問題是這些學者專家說洗一洗就好了，可是在我的腦海裡就想到，洗了之後，用過的水流出去一樣會造成污染，因為不論是植物或動物都有可能再吸收這個污水，所以我們是否應該嚴加禁用？

鄭科長維智：這個部分如果污染到環境，我想環境等相關單位應該會來進行評估；衛生署這邊也會再……

鄭委員汝芬：當然，這不是衛生署的問題啦！

鄭科長維智：對。

鄭委員汝芬：署長，學者專家講說把買回來的衣服洗一洗會比較安全，可是依我看來，洗過的水一樣會流入土地，植物或動物還是會接觸吸收到，你以為如何？

邱署長文達：我想這個問題……

鄭委員汝芬：所以我們應該想一想要如何規範比較好。

邱署長文達：是，我們會和環保署以及衣服的……



鄭委員汝芬：你們應該提供這部分的專業資訊，去跟環保署勾稽起來，這樣對我們整個環境和穿著的部分才會有幫助，否則的話，二十幾個品牌都同樣有這個問題，更何況是沒有品牌的衣服，要怎麼辦？是不是這樣？

邱署長文達：是。

鄭委員汝芬：二十幾個大的品牌都有問題，其中有 9 個品牌還是在我們台灣耶！那沒有品牌的部分要怎麼辦？沒有規範到的，要怎麼辦？

邱署長文達：這個我們會來處理……

鄭委員汝芬：希望署長針對這個部分負起責任，好不好？

邱署長文達：好，我們就從健康的角度來看。謝謝。

主席（劉委員建國）：請陳委員其邁發言。

陳委員其邁：主席、各位列席官員、各位同仁。依照全民健康保險法第三十一條的規定，大概有 6 類收入要依照比例扣取補充保費，實施辦法當然是由衛生署來訂定。因此，我在上次討論時曾經就教過署長有關馬總統是否要扣取補充保費的問題，結論是因為他的薪資雖然超過投保上限 18 萬，但他所領的獎金沒有超過 4 個月月薪，所以馬總統不用繳交補充保費，而署長反而要繳交補充保費，因為加計不開業獎金，對不對？

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。對，主要是在醫師不開業獎金的問題。

陳委員其邁：本席認為這個問題真的要好好檢討。本席今天還是以馬總統為例來談這個問題，這樣大家會覺得比較淺顯易懂，也便於討論。現在我們投保薪資的上限是 18 萬，署長有沒有超過？

邱署長文達：剛好是上限。

陳委員其邁：就是超過嘛！衛生署還有誰超過？大概沒有吧！所以只有署長一個人超過投保上限 18 萬……

邱署長文達：不止我一個，還有好幾個，像副署長也超過。

陳委員其邁：大概是政務官級的才會超過，其他人應該不會。以馬總統來講，他的薪水是 47.6 萬，也是超過 18 萬的上限，而目前我們的健保保費，投保上限就是 18 萬；至於補充保費的部分，因為這筆薪資不是馬總統的兼職所得，所以馬總統的薪資即使高達 47.6 萬，超過 18 萬，但是超過的部分也不用繳交補充保費，對不對？

邱署長文達：他的一般保費比較高。

陳委員其邁：他要不要繳交補充保費？你不知道嗎？依照這個制度設計他是不用繳交的。我再回頭請教署長，為什麼兼職所得這部分要扣取補充保費？理由是什麼？

邱署長文達：因為……

陳委員其邁：我簡單告訴你，因為兼職是有收入的，正所謂有所得就要課稅，所以這是合理的，可是不合理的地方就在於馬總統的薪資是 47.6 萬，超過 18 萬的部分不用繳交補充保費。本席認為這次有關補充保費的設計，超過 18 萬的薪資所得，不必繳交補充保費是不合理的，而領取這些

高薪的人，包括馬總統、署長、衛生署的高官以及國營事業的高官等等。但是我們知道，這些人的雇主是政府，請問政府要不要繳交補充保費？答案是政府要繳交補充保費，所以總統府每個月要幫馬總統繳交 5,880 元的補充保費，一年 12 個月就是七萬多元。結論就是馬總統的薪資 47.6 萬，超過 18.2 萬的部分都不用扣取補充保費，但是他的雇主要幫他繳交補充保費，也就是由全民買單，大家來幫他繳交補充保費。同樣的，衛生署裡面幾位薪資超過 18 萬的高官，也是由人民的納稅錢來幫他們繳交補充保費，他們個人完全不用繳交，包括署長在內，你也是和馬總統一樣，薪資所得的部分都不用繳交補充保費。反倒是基層辛苦工作的勞工以及低階公務員，每一項兼職所得都要扣取補充保費，所以不合理的地方就在這裡。今天本席要告訴署長的是，所有的補充保費以及健保保費，應該是要量能課徵，也就是有所得就要課稅，不能說人家起薪較低，然後辛苦兼任第二份工作的兼職所得，也必須繳交補充保費。像馬總統薪資 47.6 萬，超過 18.2 萬的上限，卻不用繳交補充保費，反倒這部分是由全民來買單，這樣當然不合理啊！

邱署長文達：二代健保其實是很公平的，這種補充保費大部分是考量多數人的情形，而無法兼顧所有的狀況，我想在所有的法裡面，最後要施行時，都會有這種情形，所以如果有什麼特別狀況……

陳委員其邁：這個不是特別狀況，而是所謂「肥貓」的通案狀況，包括國營事業的高階主管以及署長在內都是如此，只是這部分比例不多，所以我特別舉出一個最明顯的例子來提醒署長，有所得就應該要繳交補充保費，這樣才合理，否則的話，小老百姓拚命的辛苦工作，兼職所得還要扣取補充保費，相形之下，馬總統就由政府幫他繳交，讓人民買單，這是非常不合理的！因此，本席認為你們訂定的這個辦法要好好檢討，我所列舉的這些項目是在健保法及相關的辦法裡面，說穿了，這是一種「肥高官，瘦小吏」的作法。

邱署長文達：謝謝。

主席：本日會議報告及詢答完畢，作以下決定：一、所有登記發言委員除不在場者外，其餘均已發言完畢，詢答結束；二、委員潘維剛、蔡錦隆、楊瓊瓔所提書面質詢，列入紀錄，刊登公報，並請相關機關於兩週內以書面答復本會與本會委員及質詢委員；三、本日會議所提質詢未及答復部分（含委員質詢中要求提供之相關資料），亦請相關機關於兩週內以書面答復本會與本會委員及質詢委員。

潘委員維剛書面意見：

依據衛生署統計顯示，醫事審議委員會每年受司法或檢察機關委託醫療鑑定超過 500 件，若進一步分析 76 至 100 年間的 8,045 件案件，其中病患傷害程度，以死亡個案的 4,471 件（佔 56%）最多，其次為重傷害的 1,805 件（佔 22%）以及傷害 1,450 件（佔 18%）。而發生醫療糾紛最多科別，外科第一，共 2,715 件（佔 34%），內科第二，有 2,189 件（佔 28%），第三名則是婦產科的 1,172 件（佔 15%）。在判決結果方面，一審刑事判決平均得等上 3.12 年，更只有 2 至 3 成病人會獲得民事一、二審勝訴，衛生署統計近 10 年醫事鑑定結果，約僅 17%醫事人員會被認定醫療上有疏失，平均賠償金額為 200 萬元，扣除律師費、交通費等，病人方只拿到剩 120

萬元，不如採強制調解、補償基金等設計，來保障醫病雙方。

而訴訟的結果造成我國醫病關係逐漸分離，醫界對於醫療環境的不理想而感到卻步，使得將來患者在就醫的困難度日益增加，甚至許多科別現在醫生人數銳減，造成門診大排長龍等現象。患者也因為訴訟結果不理想而對於司法不信任，認為醫事審議委員會的鑑定報告公平性有疑慮，導致雙輸的情況發生。

本席認為衛生署對於醫療訴訟事件至今未將相關法案送至本院逕行立法程序，顯示衛生署對於該類事件的忽視，使得國內醫病關係對立情況日益升高，將來造成民眾就醫困難將會造成國家安全的新問題，期盼衛生署能夠儘速提出官方版本與本院委員同仁之版本進行併案審查，而使法案圓滿完成立法程序，以利醫病關係良性發展。

蔡委員錦隆書面意見：

※醫事爭議處理法與醫療事故補償法：

Q1：本席此次提案醫事爭議處理法與醫療事故補償法，就是有鑑於現今針對醫糾並未有一個統一協調機制，且醫糾行政調處成功率只有六成，加上受害家屬求償曠日廢時，才提這兩個法案。這已經在委員會討論過好幾次，現在就是等法案審議通過，趕快推行，請問署長是否同意？

Q2：這次一共有四位委員針對醫糾提案，顯見醫糾與補償機制立法已成為朝野的共識，請問署長，衛生署是否針對此已先行研擬執行措施與配套？

※緊急醫療法第 35 條之一：

每天有二百五十名五十歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED），蔣乃辛委員提案，委員聯署。

Q1：這提案主要是希望在公共場所能有簡易的心臟電擊器，來預防公共場所心臟病患發作時能簡易自救，請問署長是否贊成？

Q2：我國現在有關 AED 雖還是在醫院比較多（公共場所僅 200 餘台），然最重要的是民眾要會使用，請問署長，對於 AED 的宣導教育，衛生署承辦狀況如何？

※醫療事故補償法修法書面：

一、現今世界重視醫療投資，以醫療系統延展人類壽命，而在醫療系統中有一定機率發生的醫療事故，實在已成為現代人面對的一種社會風險。

二、近年來台灣的醫療糾紛頻傳，根據衛生署統計，每年光是醫療審議委員會完成鑑定的案件就高達 430 件，推估台灣一年約有 4,300 件醫療糾紛案件。

三、先進國家推行非過失醫療事故補償制度，解決現時每一宗醫療事故都是醫病雙方尖銳對立問題。否則，正如現在我國所面對的情況，醫方如果輸了，整個專業生涯所得都可能賠不起一宗醫療事故，故此一定是全力抵擋，辯稱沒有人為錯誤；而病方則必須證明醫方人為錯誤才有補償，但基於專業力量對比懸殊，往往以深感含冤受屈告終。

四、有鑑於醫療糾紛問題的逐年嚴重，爰擬具「醫療事故補償法」草案，期盼能減少司法纏訟帶來的精神與金錢損失。

※醫事爭議處理法：

一、在醫療過程中，病人與醫事人員或醫療機構間，常因傷害、殘廢或死亡之醫療事故衍生爭議糾紛，而此等醫事爭議，醫事人員及醫療機構應否負責，涉及醫學、法學等領域專業知識，具高度技術性，單由治療結果無法據以論斷。

二、醫事爭議發生時，病人及其家屬常因缺乏相關專業知識，處於知識及資訊的不對稱之不利地位，而其逕予起訴、告訴或自訴之結果，對於應由醫事人員及醫療機構負責之案件或事件，仍將以損害賠償為主要之彌補方式，須耗費相當之勞力、時間及費用；對於醫事人員及醫療機構需負責之案件或事件，亦將造成其疲於應訴，不利醫療服務之提供。

三、為避免病人及其家屬花費勞力、時間及費用進行不必要之訴訟，使其得適度釐清事實、責任，獲得及時之正義，並使醫事人員及醫療機構得有更多時間專注於醫療服務，宜提供解決爭議之便捷管道。透過良好調解機制，讓病人在提起訴訟之前，經由調解程序取得溝通管道，釐清相關責任，給予道義補償，即可減少不必要之醫療訴訟，對整體醫病關係之改善，並可產生正面良好之效果。

楊委員瓊瓔書面意見：

一、二代健保明年元月上路，費率擬從現行 5.17%，降為 4.91%。雖然費率調降，但針對額外收入超過五千元，將加收補充保費，預估明年全國三百多萬人健保費喊漲。衛生署表示將有八成民眾保費調降而受惠，加上補充保費挹注，健保財政至少撐到 105 年沒問題。

1. 署長，倘到 105 年屆期保費是否仍要漲？可否明確宣示？健保絕對不會破產（倒）？保費絕對不會再漲？

2. 署長，請問未來失業勞工是否自付補充保費？是否可先行排除？補充保險費是否排除「未成年、在學學生兼職所得、近貧家庭所得」？是否提高扣繳下限門檻？如何降低對弱勢族群的衝擊？

二、台中市一名八旬林姓老翁，日前因車禍造成六根肋骨斷裂，家屬要求送中國醫藥大學附設醫院，119 消防人員告知因區域責任制只能就近送中山醫學大學附設醫院，只有護士量血壓，家屬焦急要求轉院，結果又等了二十八分鐘，才由民間救護車載送轉院。

1. 署長，責任醫院制度係一成不變而無彈性？倘遇上開情形是否應循最近適當醫院？而非遷就區域責任制？人命關天不敵制度？救護系統能否有更具彈性的作法？

註 1：現行醫療糾紛可先向醫院申訴、調解，第二步向衛生局醫事審議委員會進行申訴、調解，若仍然無法達成和解，最後就會進入司法程序。衛生署應儘速健全和解機制，將過往既有的和解、判決金額公布，研訂出合理的賠償金額，供醫院、醫師及民眾參考，醫病雙方才不會因走入司法程序，最後兩敗俱傷。

註 2：鑑於國內醫療糾紛案例層出不窮，讓許多醫師動輒得咎，三天兩頭到法院出庭，衛生署提倡推動「醫療爭議處理法」，針對生育、手術、麻醉等醫療爭議訂出補償上限，目前暫訂為 200 萬元，希望減少醫療訴訟。

項 目	重 點	內 容
一般保險（費率）	4.91%：至 105 年收支平衡	
	5%：撐至 106 年，下半年有數十億虧損	
	5.17%：可撐至 107 年	
補充保費	六大類別	全年累計逾投保金額 4 倍獎金、兼差所得、執行業務收入、股利（現金、股票）、利息所得、租金收入
	費率	2%
	門檻	5,000~1,000 萬元
	收入	估 206 億
政府負擔	33.6%提高為 36%	
企業負擔	進用兼差員工、員工報酬含許多獎金、紅利，補充保費增加多	
施行日	102/1/1	

主席：現在處理行政院衛生署訂定之全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法，我們先請議事人員宣讀委員提案內容後再行處理。請宣讀。

「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」違反母法之決議：

衛生署於 101 年 10 月 25 日夜間倉促公布攸關人民權益的健保重要子法規，其中「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，衛生署無視於各界對健保新制的批評，執意「違法行政」，不僅破壞健保的納保公平性，更隨各界喊價送紅包，逾越母法，恣意以子法過度解釋母法，顯示「依法行政」早就不是馬政府的施政原則。我們認為，其中諸多違反母法之處：

一、補充保費創造出「同樣保費有兩種不同費率」與「六類對象訂有差額下限」，已使健保法之社會保險精神蕩然無存，且「差額下限」之規定早已逾越母法全民健康保險法在修法過程橫遭執政黨黨政運作嚴重干預，最終三讀條文有關計收補充保費之制度設計，創造了社會保險中，同樣保費卻有「不同保險費率」的罕見現象，此舉已然破壞社會保險精神。然衛生署無視於補充保費本質上的不公不義，政府同樣隨各界喊價，於「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」中，亦以違反母法的方式，為某些對象訂出「差額下限」，在第四條第三項第七款，違法列出六類「弱勢族群」來為補充保費化妝，訂出兼職所得之「差額下限」為基本工資，企圖合理化補充保費，不僅逾越全民健康保險法第 31 條並未訂定不同對象有不同計收下限之規定，卻更加凸顯出其不公義的本質。

二、補充保費之費基不僅未於母法中定義，更在收取與扣繳辦法中，違反法律保留原則，恣意以子法過度解釋母法

根據 100 年 1 月 26 日總統公布的全民健康保險法，第 31 條規定有 6 類所得需扣取補充保險費，但攸關人民權利的費基項目卻未在母法中定義，衛生署不行修法之道，竟又於「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」中創造出與所得稅法第 14 條所沒有的「具獎勵性質之獎金」外，亦未列出「薪資所得」之各項內涵，模糊不清！從衛生署與健保局對津貼與補助是否納入扣繳，即可知健保局屆時無法界定所得的困境，因為各類薪資所得均以『50』開立扣繳憑單，根本無

從區分津貼、具獎勵性質的獎金、紅利、補助、超出範圍的加班費等等，衛生署現在為了怕外界質疑放過一個，寧可自創名詞錯殺一百，將超過 12 個月投保金額者全都定義為獎金來避免保費規避現象，明顯以子法解釋母法，違反法律保留原則。

綜上所述，「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」已違反 100 年 1 月 26 日總統公布的全民健康保險法，爰此，擬請本委員會作成如下決議：「行政院函送『全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法』已違反中央法規標準法第 5 條第 2 款『關於人民之權利、義務者，應以法律定之』之規定，不予備查；且依立法院職權行使法第 62 條規定，提報院會議決後，通知行政院廢止該辦法。」

提案人：劉建國 陳節如 陳歐珀 林世嘉 田秋堇  
趙天麟 楊 曜

主席：這等於是民進黨黨團的提案。當然大家會有不同的觀點和意見。我要特別補充說明，剛才議事人員已經把提案內容宣讀得很清楚，今天衛生署所訂的全民健康保險扣取及繳納補充保險費的辦法有牴觸母法、逾越母法的情況，如果有其他委員有不同意見，我們就進行討論，之後再做出結論。

請問各位，對本案照案通過，有無異議？（有）有異議，進行討論。

我們要先請提案人說明提案旨趣，還是請反對者先發言？

徐委員少萍：（在席位上）就表決啊！你們提案，剛才署長都答復了，不用再討論。

主席：沒關係，我總是要問一下。

現在請王委員育敏發言。

王委員育敏：主席、各位列席官員、各位同仁。補充保費的討論過程中，我們都在衛環委員會裡面，所以針對這個提案，第一，他提出為弱勢族群爭取是違法的說法，我表達抗議！第二，他說是為了補充保費來化妝的說法，我也表達抗議！

我當時針對兒童及少年族群提出意見的時候，絕對沒有為了要化妝、不化妝的問題。我記得當時陳節如委員也特別提到，對於身心障礙者的一些保障。所以我想，這樣的提案非常不合理。我表達反對的意見，謝謝。

主席：請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。雖然母法是在上一屆通過的，不過立法院本來就有連續的責任和義務。對於全民健康保險扣取及繳納補充保險費的辦法到底有沒有逾越母法，我想，除了通過的母法之外，還有其他各部會所訂的一些法律，例如針對弱勢族群的法律，是不是也要一併做整合的思考？基本上，把它定義成是為了補充保費化妝，把訂定所謂的差額下限認為是企圖讓保費合理化，我想這是不是過於主觀，還是說，也見仁見智呢？

不過我要特別提醒大家，根據立法慣例，對於這些所謂的實施辦法、細則，事實上只要備查就可以了，根本可以不要送到委員會來。可是因為大家認為有重大的爭議或是還有意見要表達，所以我們特別再把這個辦法送到委員會來，事實上，已經算是又再一次的實質審查。在這種情況下，其實會產生一個連動的現象，就是未來我們的行政部門根本不知道如何舉措、如何行政。

我想，我們立法要旨是希望，在二代健保家戶總所得還沒有辦法完整的啟動之前，實施這種健保補充保費的方式。不管如何，全民健保法是已經合法通過的法律，這個辦法其實是送來備查，但今天本委員是進行審查，如果還要再送到院會去做表決的話，我想那就更貽笑大方了，而且基本上對於整個立法體制是不利的，也是輕蔑了自己、輕蔑了各位委員在委員會的能力。謝謝。

主席：請陳委員歐珀發言。

陳委員歐珀：主席、各位列席官員、各位同仁。有關這個辦法是不是有逾越母法，違法行政的部分，我想大家都不是學法律的，剛好今天法院有派員列席，甚至是主任檢察官，稍後是不是也能夠請他們發表一下看法。

另外，我個人比較疑慮的是，因為關於人民的權利、義務者要以法律來定之，今天之所以會有一些衝突，事實上就是因為跟我們人民的權利、義務有很大的關係。辦法是子法，用這樣的方式來涵蓋、來處理，我認為稍後也應該請相關的法律學者來解釋一下這部分。

關於剛才兩位委員提到這個法的迫切性，其實我也知道，但是如果倉促上路，引來的後遺症會更大。所以如果在這個辦法還沒有公告實施之前，我們能夠適時做一些處理，避免實施後衍生很多爭議，其實是好的，否則屆時再收拾場面就更混亂了。

針對這 3 點，本席要請大家思考一下。

主席：請徐委員少萍發言。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。其實剛才陳委員歐珀在質詢時已經講過有沒有逾越母法或什麼的，署長也已經答復得很清楚，而且曲參事也做了說明。另外，劉召委質詢時也講過要私底下再來討論，可見得有沒有逾越母法也見仁見智。這不是你們講逾越母法，就是逾越母法。

其實補充保費我們也討論一個會期了，討論滿久了，不是很倉促的。補充保費不但經過多次會議討論，而且報紙媒體也一直在討論，我們委員會整個會期也都在關注這件事，我想，明年 1 月 1 日應該讓它上路。

主席：我補充說明一下。剛才因為質詢的時間到了，而且法院兩位法官和法務部副司長、主任檢察官剛好有列席，所以我才會講私下可以就教他們。

現在請林委員世嘉發言。

林委員世嘉：主席、各位列席官員、各位同仁。我跟提案人建議，如果會讓國民黨委員覺得不舒服的地方，譬如說，講馬政府早就怎樣，感覺上是攻擊的地方，我們就把它修正成中性的字眼。因為它逾越母法這件事是事實，他可以一下 2 千塊、一下 4 千塊、一下 5 千塊，什麼時候要訂多少，我們都不知道。我們不願意把這部分授權給行政部門，而且這整個違反母法的部分我們要收回。

如果說會讓國民黨委員不舒服的地方，覺得攻擊到政黨，或是對馬的批評他們也會覺得不舒服，雖然國際已經認證，我就同意把那個地方修掉。但是重點是，這種補充保費的規範我們要擋下來，不然我們失職。舉例來說，今天早上我搭電梯的時候遇到賴○葆委員—因為現在不能講全名，我就問他 12 年國教的事情，告訴他有孩子的人都非常煩惱。他說 12 年國教不好。我又問他



，星期二那天中午，不就是他在程序委員會把我的案子擋下來的嗎？他說那是教育部叫我們擋的。我不希望這種事情再發生在在場的國民黨委員身上，不希望他們口中講出來，只是因為有國際認證的「那個」叫你們要這樣做，所以你們就一起變成「那個」，然後來做補充保費這件全部的人都討厭的事情。聽得懂嗎？2 個字的「那個」？不要大家一起跳進去，成為「那個」。

就是說，如果會讓大家覺得不舒服，會感覺有政黨攻擊的地方，我同意做修正。但是這個補充保費的辦法要退回去，不能夠接受這樣的版本。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我想，保障弱勢應該沒有人反對。不過我想請教署長、副署長，還有在座所有的同仁，到底誰比較弱勢？是在國內就學，沒有專職工作的專科學校、大學學生比較弱勢，還是我們中高齡的失業者比較弱勢？誰可以回答我這個問題？

為什麼我們在衛環委員會非常辛苦修出來的健保法第三十一條，講得那麼清楚，就是「第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費……」，衛生署擅自去把它排除？這個 18 歲以下兒童及少年—這當然我也同意，中低收入戶、中低收入老人，還有身心障礙人士，還有剛剛我講的這些在專科學校或大學唸書的學生，他們也算是弱勢，那中高齡的失業者呢？不是更慘嗎？那為什麼他們沒有在這裡面？

我們現在爭的是一個理字，以及一個立法體例的問題。你要怎麼排除—這應該放在健保法的規定，怎麼會母法制定出來後，排除母法規定的竟然是衛生署在做！現在我們認為，中高齡失業者應該放進去，那怎麼辦，署長？所以我們才提這個案，把你們的辦法退回。

你逾越母法做這些解釋，這些第三十一條有講嗎？如果我是 19 歲，家裡很窮必須去工作。我去打工，還要扣補充保費！而那些在學校唸書的大學生，衛生署認為他們是弱勢族群，荒謬在這裡啊！違反立法的體例在這裡啊！我們身為國會議員，立法要可受公評。我們立了法，衛生署擅自加上這些條件，也沒有經過我們立法院同意，今天民進黨幫大家提出提案，就是請大家停、看、聽這樣對嗎？這明年 1 月 1 日才要上路，退回去大家再好好討論一下。就只有這幾個是弱勢族群嗎？我覺得不一定吧！還有很多漏網的弱勢族群，根本沒有被列在裡面。

今天我們的提案被退回去，等於無形中承認衛生署這樣是對的，沒有別的需要被列入弱勢了。大家認為這樣對嗎？

主席：請鄭委員汝芬發言。

鄭委員汝芬：主席、各位列席官員、各位同仁。二代健保是沿襲第一代整個六類十四目的基礎訂出來的，是從六類十四目這樣的基礎架構沿續過來的，所以補充保費也是從這個基礎上來的。每一類所繳的保費當然是不一樣，有的是政府多繳一點，有的是企業多繳一點，情況並不相同。

我舉第五類為例來說明，第五類是低收入戶，100%由政府負擔保費，所以並沒有什麼劫貧濟富，我覺得我們不要再這樣講，不要造成社會這樣的氛圍。所以不向他們收其他的補充保費，以第五類來說，就是 100%由政府來繳。我們立法授權給衛生署去做這樣的調整，而且在第三十一條，我們對整個六類的補充保費也做了非常明確的規範。

上一屆、上個會期我們花了足足一會期的時間，用冗長的時間充分討論，因為我們有健保不

能倒，健保是年輕朋友最好支柱的想法，所以要去維護健保。這也是我們共同的責任。本席覺得，這部分我們花了那麼久的時間討論，而且上一屆的委員也非常、非常用心，尤其是黃淑英委員講的最多。所以這部分，我希望我們應該停止討論，進行表決。

主席：我補充說明一下，今天有邀請前立委黃淑英列席，可是他因為有事不能前來，後來傳簡訊說他看破了。

接下來請陳委員節如發言。

蔡委員錦隆：（在席位上）主席，現在是不是停止討論，進行表決了？

主席：好。可是我想，大家都在這裡，如果要討論就讓大家討論一下。大家只發言一次就好了，不會拖時間。

請陳委員節如發言。

陳委員節如：主席、各位列席官員、各位同仁。其實這個補充保費是非常、非常烏龍的法。在一夜之間，由財政委員會的委員、不是我們衛環委員會的委員，是財政委員會委員所想出來的這麼不公平辦法，而且一個法裡面有兩種費率！

現在我要請法務部人員來解釋一下。如果在一個保險法的母法裡面有這樣不同費率產生的話，合不合法？有沒有越法？

主席，你剛才不是說要跟他們討論？

主席：我一定會邀請他們討論，但我剛才特別強調過是私底下。因為現在你請他們上台，這些司法人員的正義有時候會暫時休假。我怕他們不好意思說。

陳委員節如：一個法裡面的補充保費創造出兩種費率，這樣對嗎？而且你看，剛剛有很多委員質詢，賣房子的所得不屬於薪資所得，也不必扣，對不對？還有股票、股利、禮券，其中禮券還分兩種，百貨公司的不用算，郵局的才算。此外，在獎勵、獎品部分，公司給結婚的人一台冷氣機或洗衣機當結婚禮物，跟他 1 萬塊獎金，結果 1 萬塊獎金要扣，禮品就不用扣。有這樣子的道理嗎？所以你這個辦法一出來，造成很多、很多不合理的現象會發生，而且在保險法裡面，你不能有這種差額下限的訂定。這種種都是違法的。

在這麼匆促之下，一夜之間想出一個補充保費，就要叫人民來接受嗎？剛剛陳委員其邁也講，很多官員除了薪水之外，還有一些加給，這些加給的就源扣繳單位在哪裡？就是政府啊！那要不要扣？署長的其他費用要不要扣？這些都沒有扣，這樣公平嗎？再怎麼扣，還是扣到這些沒有薪資的人，拿他們來開刀，這樣對嗎？我早上也質詢過，超過 100 塊的退，不超過 100 塊的就不退，那 99 塊呢？50 塊呢？可以買兩個便當呢！政府這樣扣的話，我算一算每年可以增加六、七億的收入。你這六、七億的收入要做什麼？如果是這樣的話，你們還要算政府給民間團體的費用，所有委託案的費用放在銀行，連一塊錢利息都要退回，難道這個東西你們不必退回嗎？100 塊以下就不是錢嗎？這太不合理了。

不合理的一大堆，難道我們立法委員要這樣子就唬弄過去嗎？這麼草率嗎？你們衛生署說了就算嗎？我們不能批評嗎？所以本席建議，這個辦法應該退回。你們再把我剛剛講的，為什麼房子租給公司就要扣，租給私人就不用扣，這什麼道理？政府官員外加給的薪水就不用扣、賣房子

的所得就不用扣，這些都是很合理的，而且還有一大堆，不是只有一、二項。如果是少數的話，我們還可以先上路再說，可是現在問題已經存在這麼多，難道你們要硬幹嗎？

主席：現在停止討論。在進行處理之前，先向委員會報告，本院對於行政命令之審查，沒有所謂的退回，如果該行政命令違反法律的話，就依照立法院職權行使法第六十二條第一項規定提報院會，經議決後通知原訂頒之機關更正或廢止之；如果沒有違反法律，一樣依照立法院職權行使法第六十二條第二項規定，由本委員會報請院會存查；最後有一個狀況，就是視需要可以以依照立法院職權行使法第六十一條第一項規定提報院會同意展延。

現在已經停止討論，作為主席，我要善意地提醒衛生署及法規委員會，這項辦法有沒有逾越母法，你們心知肚明，如果可以經過大家理性地討論，作出決議提報院會同意展延，對衛生署未來來講，對人民是比較好交代的，對行政單位也是比較 OK 的。這是善意的提醒。

現在進行處理，清點出席人數。

（清點人數）

主席：出席委員 14 人。

先向各位說明，第三個狀況是視情況需要可以提報院會同意展延；如果認定是違反法律的話，就提報院會廢止或更正；如果多數認定沒有違反，就是報請院會存查。

如果要提報院會提出展延，……

田委員秋堇：（在席位上）那就表決啦。

主席：我徵詢大家的意見，有人反對。我們就來進行表決。

現在進行表決，贊成劉委員建國、陳委員節如、陳委員歐珀、林委員世嘉、田委員秋堇、趙委員天麟、楊委員曜等委員等所提「全民健康保險扣除及繳納補充保險費辦法」違反母法之提案者，請舉手。

（進行表決）

陳委員節如：（在席位上）贊成什麼？

主席：贊成這個提案。

林委員世嘉：（在席位上）贊成本於事實、忠於良心的，請舉手。

主席：贊成者 6 人。反對者，請舉手。

（進行表決）

林委員世嘉：（在席位上）反對本於事實、忠於良心的，請舉手。

主席：反對者 8 人。本案不予通過，結論就是准予備查。

本案准予存查，衛生署要小心一點，可能會被監察院糾正。現在休息，下午 3 時繼續開會。

休息（14 時 14 分）

繼續開會（15 時 6 分）

主席：現在繼續開會。繼續併案審查行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」、本院委員劉建國等 21 人、委員田秋堇等 19 人分別擬具「緊急醫療救護法部分條文修正草案」、委員蔣乃辛等 23 人擬具「緊急醫療救護法增訂第三十五條之一條文草案」

及委員盧秀燕等 38 人擬具「緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」等 5 案，請議事人員逐條宣讀後再逐條處理。

進行田委員秋堃等提案條文第三條。

田委員秋堃等提案條文：

第 三 條 本法所稱緊急醫療救護，包括下列事項：

- 一、緊急傷病、大量傷病患或野外地區之現場緊急救護及醫療處理。
- 二、送醫途中之緊急救護。
- 三、重大傷病患或離島、偏遠地區難以診治之傷病患之轉診。
- 四、醫療機構之緊急醫療。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。關於第三條部分，因為在緊急醫療救護法裡面就直接要增加 1 個「野外地區」的部分處理，因為其實在整個緊急醫療救護法的內涵裡面是包含野外地區，那野外地區一方面定義很難以確定，再加上事涉整個「到院前救護」，所以我想這部分是不是也允許讓內政部消防署的同仁能夠上來表達一下意見？

主席：請內政部消防署緊急救護組陳組長說明。

陳組長稔惠：主席、各位委員。關於緊急醫療救護法裡面要增設「野外地區」的現場緊急救護及醫療處理，它整個法案是整體性的規劃，其中關於第三條、第五條的部分，我想先把大體上的一些意見先行表示。

對於野外地區的劃設，我想委員還有很多相關團隊等等，對於山難的搜救部分都花了很多的心力在上面，也做了一些規劃，我想各界都看得到這樣的用心啦。對於野外搜救，之所以想要劃定 1 個所謂的野外區域，就消防的經驗來看，我們之所要劃定 1 個所謂的消防服務區域，也就是以分隊為範圍來劃定 1 個服務區域，我們裡面有非常多的考量，除了人口的考量之外，其實還要想到有一些所謂的救災資源到底能不能到這個區域來作業，所以我們就會考量到是哪些種類的救災資源、哪些救災資源的可行性和可及性到底有多高，必須要綜合性地來規劃。我想委員跟他的團隊可能想到要劃設這樣的野外區域，也是想要把資源投入，讓資源能夠做一些運作，但是在我們的實務上運作的時候，我們也發現了 1 件事情，那就是劃定這些區域，同時它意含著一件事情，就是它會有排他性，也就是或許會讓一些其他的救災資源不能夠那麼容易地來啟動，或者是馬上投入到我們這個範圍裡面來，所以這部分所連帶影響的其他效應，我們請大院還有各位委員能夠斟酌、考量一下。

我們很多分隊在運作的時候，如果說這個區域本來就是這個分隊要負責的，到時候如果事故發生在這個區域，就只有這個分隊才能去，變成有些分隊在接到電話的時候，因為區域已經劃定了，就只有那個專責的隊伍才能夠處理，這樣會造成其他的資源反而不能夠做及時的應變，所以它的及時性應變跟資源的到達，可能有排他性，這部分我們就請大院跟委員能夠斟酌、思考一下。這是我們對於這部分的說明。

另外針對山難的搜救部分，本署非常積極地透過我們部長整個在協調，已經協調有關單位，

如果遇到這樣的山難事件，有所謂的第一反應時間的資源投入，如果做這樣的劃定之後，反而讓第一時間的反應不能運作，那也是滿可惜的 1 件事情。以上是我們的說明。

主席：謝謝陳組長的補充說明。請問是否還有其他單位要針對這部分來說明嗎？

請提案人田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。為什麼我那麼堅持、一定要把「野外地區」特別放在母法裡面？我們臺灣的面積有 2/3 是高山，緊急醫療救護法實施到現在，很多都是城市的思考，因為很多醫生就在城市中長大，醫院也都放在城市，所以事實上在野外的緊急醫療救護就發生很多的狀況。

我在立法說明中已經講得很清楚，所謂野外地區的定義，就是凡救護單位接受到病患的求救起，到使用任何救護工具包括直升機，將病患送到最近的急救責任醫院，所需的時間大於 1 小時的地點，就叫野外。今天我的意思是你沒有把這個寫進去，消防署當然也有參與一些急救，但是現在我們接到許許多多的投訴，說消防署的緊急救護直升機上面，事實上沒有足夠的急救設施，所以就像我剛剛已經講過的，就像我已經受重傷，結果你派來的是 1 輛計程車而不是救護車！那為什麼要把野外地區特別標示出來呢？因為你如果有野外地區，那在第五條的全國緊急醫療救護計畫中，就要把野外地區特別做個獨立劃分。

而在這些被劃為野外地區的這些地方，我剛剛講了，你的救護車就要是四輪傳動的救護車。我剛剛已經講了，國家公園的警察有四輪傳動的警車，為什麼我們的救護單位、消防單位就沒有想到我們在這些地區的救護車要四輪傳動？就是因為我們整個緊急醫療救護法並沒有把野外地區放在整個立法體系的思維裡面嘛！如果說我們現在已經在做，放進去也很好啊；你們本來就在做，我把它放進去，讓它更明確，未來的預算編列會更有歸屬；未來在跟行政院、主計總處談要求的四輪傳動救護車、要放在哪些地方時，他們就不會跟你們爭論嘛，就不會說「為什麼這裡要用四輪傳動救護車，用一般的救護車就可以了」嘛。

主席：請徐委員少萍發言。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。臺灣有山、有海，所以山難、海難都有，我覺得田委員等人所提的第三條、第五條、第八條等條文都很重要，但是我想為了時效的關係，是不是我們把這幾條就先保留，讓它念過去後先保留？我們先審查比較沒有爭議的劉委員建國等人、盧委員秀燕等人或蔣委員乃辛等人的提案條文，他們的提案條文沒有幾條，先讓這些條文過了之後，我們再回過頭來討論田委員等人的提案條文，看田委員的意見怎麼樣。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我想徐委員，你還不如跟我一起向邱文達署長說「田委員等人提案這幾條你就快快答應了吧！」那我們就不用花很多時間在這邊 argue 嘛，然後就可以趕快審剛剛的那些提案嘛。我的意思是我還是覺得要從頭來，因為事實上要不要被保留，搞不好在衛生署說明之後，我就願意接受衛生署的意見，就不需要保留了；我的意思是說，我很難接受我的條文還沒有討論就被保留，而其他人的條文都審了然後就過了，我覺得這樣不對吧？至少在整個法案的審查裡面，我的經驗都是從條數比較少的開始審啦，好不好？

事實上，我今天早上也很體諒啊，不論是立法說明，包括我的質詢時間，都幾乎有九成是放在這個條文上面，已經讓署長有充分的瞭解了嘛，我今天只要來重複講說「把它放進去又會怎麼樣？」本來衛生署有衛生署管的救護車，消防署有消防署管的救護車，但是救護車應該如何查核、驗證，還是衛生署在管嘛，所以我說放進一個「野外地區」會怎麼樣？根本跟消防署無關嘛，你放進去消防署就要照辦；如果說沒有放而你們已經在做，那放進去更好啊，讓大家更安心啊、知道你們已經有在做，而且母法上也有，所以署長你就答應了嘛！放進去才 4 個字，讓我講這麼久，早上我也講、質詢也講、立法說明也講、現在又講！而這樣大家也很累啊！

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。真的非常感謝委員，其實這個用心良苦，我們非常瞭解。但是有鑑於緊急醫療救護法的雙主管機關是衛生署跟消防署，所以我們真的要考量到消防署提到的「到院前救護劃分之後是不是會限縮」等等，我們其實也非常尊重啦。

田委員秋堇：不會啊，這樣我請博威媽媽上來講一下，她救了無數的山難傷者。主席，是不是可以讓博威媽媽上來講她在第一線看到的狀況？

王副處長宗曦：或者是說我們因為其實這個部分的部分，是不是可以就這些能夠讓我們有一些時間？讓消防署能夠召開 1 個會議，討論這個法案比較能夠銜接的規定？也許再給我們一點點時間，下一次再討論？這樣子委員是不是有……

田委員秋堇：我的案子上個會期就送進來，你們要討論應該早討論了，怎麼到現在才跟我講給你們時間討論？那把我當成什麼？我的案子就不重要是不是？別人的案子你們都講好了？我上個會期就送來了呢！你們是雙主管，你們就應該跟消防署講啊！消防署你今天來跟我講，消防署防從來……

我上上個會期就送了啦、我上一屆就送了，然後這一屆我立刻就又送，你消防署有意見？我從來沒有遇到過你們 1 個人跟我講說你們對我這個有什麼意見啊，你們野外本來就在做啦，繼續做、放在法裡面，會妨礙你們什麼嘛？你講出來給我聽聽嘛。

王副處長宗曦：因為我們會期又再 go through 1 遍，其中包含如地方的 119 就可以去調遣救護直升機，這其實就牽涉到空勤總隊本身的一些權限啦。

田委員秋堇：這跟放個「野外地區」有什麼相干？

王副處長宗曦：因為這個放進「野外地區」之後，整個後面法案的扣合會受影響，如果只有單單這一條而不考慮到其他條文，也許這個可以；因為我們是想到這個法條的一致性。

田委員秋堇：先放進去再講後面你出什麼事情嘛！我今天早上就已經講了，例如說第五條，你在全國緊急醫療救護計畫有 1 個野外地區的緊急醫療救護區域的獨立劃分，第一，你被劃分在野外緊急救護區的，你的救護車就是四輪傳動救護車，就不用說當地的 119、衛生局長想到了才給你四輪傳動救護車，然後預算還報不過，而且議會也在阻擋，這些大家都沒有想到嘛！為什麼警政單位會想到、要去抓人的時候就知道用四輪傳動？要去救人的時候就不懂得去準備四輪傳動的救護車？就是我們緊急醫療救護法沒有把野外地區放進去嘛！這非常清楚，梅嶺的那個車禍，死了二十幾個人啊！所以你所有在山上的傷患，如果直升機沒有辦法到的地方，你都要千辛萬苦，像上

次林務局的巡山員，那一對快要結婚的準新郎跟準新娘碰到山崩，他們是用拼裝車呢！是用那種 pump 車那樣一路把他們送到山腳下來，到有馬路、有救護車停在那裡的地方才上救護車耶！

王副處長宗曦：是。

田委員秋堇：如果有四輪傳動救護車，他們早就上救護車，什麼心肺護甦術、心臟電擊器、輸血、氧氣等等，該怎麼做就怎麼做啦。但是沒有嘛，2 個人全身溼淋淋的，就在曠野中間，由老農夫用拼裝車把他們送到山下去，問題就出在你們不肯把「野外地區」單獨規劃出來嘛。

王副處長宗曦：其實這個野外地區是有包含在這個法裡面，只是說我們要不要去加上這個文字。

田委員秋堇：既然有了就把它區隔出來，這樣該準備的東西就不會漏掉嘛，你就是因為沒有把它區隔出來，所以全國所有的救護車全部都是城市思維嘛！都是走柏油鋪得很順暢的路才能到了嘛，那山上的農民就該死嗎？山上的巡山員就該死嗎？

主席：因為田委員等人所提的這 7 條條文的修正案當中，都有「野外地區」，所以請內政部消防署緊急救護組陳組長再補充說明一下，然後我們就來處理。

陳組長稔惠：主席、各位委員。非常感謝田委員在「野外地區」的相關救援部分的努力，因為野外地區大部分都是位處比較偏遠的地區，所以我們在做救援的反應概念上，都大部分有所謂的第一反應人員的方式，就是 first responder 的概念，剛剛聽到委員所指導的一些事項，我個人認為其實可以朝兩個方向來進行。第一個，就是這些 first responder 的人，是不是可以加一些野外的相關救護訓練？

田委員秋堇：你現在講這個我也同意啊，那把第三條放入「野外地區」跟你那個有什麼衝突？

陳組長稔惠：因為整體的法規會產生一些不能夠接合的問題，請容我先報告完可不可以？

田委員秋堇：哪一條不能接合？

陳組長稔惠：請等一下，我先講完。它可能會有兩個部分，一個是人的部分，一個是車的部分。人要經過這樣的訓練，然後車的部分……

田委員秋堇：沒問題啊，我的法條都有啊。

陳組長稔惠：所以說如果委員認為對於野外地區需要加強的話，我們建議在整個緊急醫療救護法的第十五條部分，救護車能夠分為一般型的救護車、家戶的救護車，及野外型的救護車。那麼在所謂的救護人員的管理部分，對不起，我的意思是指第二十四條。

田委員秋堇：沒有，你這個第三條放入「野外地區」，跟你這個第十五條要有野外救護車又有什麼相干？不衝突嘛。

陳組長稔惠：報告委員……

田委員秋堇：好，你野外救護車要放哪裡？放陽明山嗎？

陳組長稔惠：不是，因為它……

田委員秋堇：他說我離開陽明山公路、馬路 15 公尺外就算野外……

陳組長稔惠：是，我……

田委員秋堇：那陽明山上的人要向你討那輛野外救護車時，你要怎麼辦？

陳組長稔惠：對不起，打個岔，先向委員報告一下，整個緊急醫療救護法的概念是對於所有的臺灣



地區，不管哪裡，它是 1 個全國、全島的概念，是針對如何來施作整個緊急醫療跟救護的作業，所以它對於救護車的管理、設置，包括消防、軍事、一般的民間救護車還有醫療機構等等，這些全部都是包括在它涵蓋的範圍內。

田委員秋堇：我這個整套的東西跟你完全不衝突啊。

陳組長稔惠：如果說在最前面的第三條裡面加了「野外地區」的話，那麼相對地它所帶來的意涵就是說，這些所有的救護車的機構、單位，全部都要去做野外的緊急醫療救護。

田委員秋堇：你在講什麼？

陳組長稔惠：因為大部分的法的體制……

田委員秋堇：我的第五條你要不要看一下？在全國緊急醫療救護計畫裡面，被獨立劃分出來的野外地區緊急救護區，你的救護車就要有四輪傳動救護車嘛。

陳組長稔惠：如果要四輪傳動的救護車，我們的建議是只要單純在第十三條修正。

田委員秋堇：那放在哪裡嘛？

陳組長稔惠：啊！第十五條，第十五條。

田委員秋堇：我就是說你沒有在第三條、第五條裡面有這樣子的配套，住在山上的人比較富有，對不對？陽明山沒有野外地區嗎？陽明山到處都是樹跟茶，我也要 1 個四輪傳動的救護車啊，你怎麼辦？

陳組長稔惠：是……

田委員秋堇：那我在南投的人就倒楣啦，本來要放在我那裡的，被陽明山的人搶走啊！

陳組長稔惠：謝謝委員。

田委員秋堇：所以我的意思是說你一定要在第五條裡面，你第三條裡面有 1 個「野外地區」，那第五條就是根據這個野外地區的定義，全國緊急醫療救護計畫裡面要加上 1 個野外地區的緊急醫療救護區嘛。然後你要在第十五條設救護車的分類，這個我完全同意啊，所以我不懂你反對我的這個條文是在反對什麼。

陳組長稔惠：報告委員，我沒有直接、馬上就說反對，而是說我們希望大家能共同研討出……

田委員秋堇：那你把我這整套都看過了嘛，我哪一條讓你做不了事？

陳組長稔惠：不是說做得了事或做不了事，而是整個法的體制問題跟整個緊急醫療的運作部分。

田委員秋堇：抱歉，我請教一下，我們臺灣到底有沒有野外地區？從消防署的觀點。

陳組長稔惠：從政府相關的公告文件裡面，目前我個人沒有看到有相關的正式文件上的公告。

田委員秋堇：那在常識上面，我們到底有沒有野外地區？

陳組長稔惠：在常識上面，就我所讀到的相關文獻資料，美國跟外國的 **wildness** 部分，也沒有做非常明確的 **definition** 或是它的 **confined meaning**。

田委員秋堇：UIAA 也就是世界山岳聯盟的醫療委員會，他們長年來對登山醫學的各種設置標準裡面，就講得很清楚，只要救護單位接到病患的求救起開始算，使用任何救護工具把病患送到最近的醫院，超過 1 個鐘頭以上的地方，就叫野外！這是從醫療方面來講，也許你不知道，但是我的意思就是說，你今天代表消防署來，那我今天想聽聽衛生署的意見，而衛生署把責任推給消防署

，說「消防署有意見，所以我衛生署也不接受」。我今天是說你們現在在做的事情，我現在要修的這個法，對你們要做的事情產生什麼妨礙？正因為你說你所知道的法律裡面沒有對「野外地區」做規定，所以我們才要在緊急醫療救護法裡面對「野外地區」進行定義嘛，而這個定義跟國際上 UIAA 的那個標準，事實上是符合的嘛。紐西蘭、日本的情形，我這邊桌子上都有資料，他們都有啊！如果要這樣爭論到 5 點半也不要緊啦。

王副處長宗曦：如果委員堅持的話，我們就討論。

主席：就不予堅持啦？

田委員秋堇：除非你告訴我臺灣沒有野外地區、所有的地方都是都市。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長文達：主席、各位委員。我看田委員真的是用心良苦啦，其實這個對國人都很有幫助，我只是擔心，因為老實說，我看到從第十四條這裡開始，這其實都是在決定消防署的工作，包括野外緊急救護分隊這些；到第十四條以後就會這樣子。

田委員秋堇：如果到那個時候消防署……

邱署長文達：對，這個地方可能考量一下……

田委員秋堇：消防署被監察院糾正……

邱署長文達：我們是對野外我們可以……

田委員秋堇：沒關係署長……

邱署長文達：但是這裡面關係我們的很少。

田委員秋堇：你如果可以接受我非常高興，那到第十四條如果消防有意見，名額啦等等的，我都可以來討論。

邱署長文達：好。

田委員秋堇：但是我認為在概念上不要告訴我臺灣沒有野外，然後在那邊跟我「舞」半天，這樣我真的沒辦法離開這個質詢台。

邱署長文達：我想我們也是這樣建議……

田委員秋堇：我從小爬山，經過多少野外啊！

邱署長文達：就是說可能有很多地方要決定消防署的工作啦，所以這點我們是稍微有點那個……

田委員秋堇：有問題叫署長來找我啊，我的案子送到立法院來那麼久了，他明知道這東西跟他有關係，他完全沒有意見啊！

邱署長文達：是，好。

田委員秋堇：何況消防署這個部分還被監察院糾正咧！

主席：謝謝。本席跟委員會報告，這一條會用比較久的時間是有原因的，因為它連動後面將近快 8 條條文，所以「野外地區」到底要不要放進去，就牽涉到後面的審查。簡單講，放進去以後，後面的審查速度就會相對的快啦。

我這邊要提醒的，請署長還有陳組長聽看看啦。我覺得田委員這個案子上上個會期就提出來了，等於是上一屆就提出來，而且這一屆又提出來，你們如果覺得這樣有什麼不妥，雖然我不清

楚，但是剛才我是聽田委員這麼講。

第 2 個部分是，剛才你在答復田委員的過程裡面，可能還沒有對她所講的那個重點有做比較直接的答復。她說針對野外地區的部分，你們基本上應該有的配備、相關的機具等，簡單地講例如救護車，不能用一般的救護車，基本上必須要是有四輪傳動性能的救護車，你如果沒有把它區分開來，你要把它放在什麼地方，才能去應付田委員所講的大於 1 個小時的地點、可以做怎樣的緊急救護？我在這邊沒有聽到你有就這部分做答復，或許你要答復的時間不夠多，但這是 1 個重點。

另外，剛剛衛生署邱署長說他們私底下要再檢討一下。

現在請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。其實這個案子在整個處理的過程當中，我從早上大概聽到現在，尤其剛剛靜靜地聆聽下來，其實如果在原有的法規當中就可以做的事情，那要不要再另立新的觀念進來？尤其 1 個新的觀念進來，就立法例來講，在委員會這裡這樣子的討論，其實我看真的是不夠。譬如說剛剛田委員一再提到的，是不是在山野、海邊等一些地形比較險峻的地方，要有四輪傳動救護車？我今天要問的其實是很簡單的 1 個問題：目前以我們救護車的車型、車款，不管是國內或或外，有沒有這種四輪傳動的車款？這可能是最直接的問題了，如果沒有的話，臺灣自己要生一輛出來，就用一輛四輪傳動車來改裝、配置，可以！可以！但是有沒有什麼困難？這個是消防署你們比較有經驗，是消防署要提出來的。

如果沒有的話，我也贊成在現有的緊急醫療救護法當中，其實基於緊急救護這些相關的立法要旨當中，是可以做這樣的行政要求，不必在法律上再來修法或立法。我想這是我的見解，譬如說所謂的野外醫療要設置專區，我想衛生署也好、消防署也好，真的會把它認為是茲事體大，以臺灣來講，雖然有這麼多的山區，但是就整個世界各國的地型地圖來看，不是只有臺灣是這樣子的地型，可是為什麼在臺灣現有的緊急救護體制的設備、設施、機構當中，我想是怎麼樣由原有的緊急醫療救護法去要求行政機關，必須有怎麼樣的更標準化救助系統出來。

其次，在設施、設備上面，就像剛剛講的四輪傳動的設施、設備、救護車，我們是不是能夠引進更多更高科技的？譬如說衛星定位導航，以衛星定位而言，同樣是做定位，為什麼政府花了這麼多錢去配置，結果四十幾天救不到人？而民間的救難隊部分，或許你可以說人家是運氣好，可是救災、救難不是靠運氣啊！基本上政府該給這些救難、救助系統編列該有的預算、該有的人力，我想以現有的這些醫療救助系統來加以整合、整頓，可能會比我們今天修法或是重新定義野外醫療，來得更實際。這是我以上的提醒。

主席：謝謝江委員。

請提案人田委員秋堇就本條進行最後一次的發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我給大家看一下這是日本救援、救難的全國規畫。綠色的部分是他們的救援直升機在 15 分鐘以內可以到的；還有 16 分鐘以上到 30 分鐘以內可以到的；蘋果綠是 31 分鐘以上到 60 分鐘以內的；黃色的部分則是 61 分鐘以上到 90 分鐘以內的。我的意思是說你沒有把野外地區標示出來，現在大家就想說反正臺灣就一點點大而已，而且現在

還有手機，但為什麼還常常發生山難呢？所以我現在要跟各位同仁拜託一下，這是 1 個功德法案，我們把野外地區放進去之後，我們在第五條的全國緊急醫療救護計畫就要特別標示 1 個野外地區的緊急救護區，為什麼？我今天早上就有跟邱署長談到這個事情：前不久達芬尖山出了山難，它的登山口一邊在臺東、一邊在南投，結果達芬尖山在行政區域上是落在高雄市，還好那個家屬找到 1 位王醫師，而王醫師剛好有我的手機，他打電話給我，九點多我打給陳菊市長，陳菊市長叫她的消防局長再打給我，十點半我接到她消防局長的電話，然後好不容易把王醫師的這些意見和他的大哥大給這位消防局長，再請消防局長打給王醫師，最後才好不容易把這個人救下來。結果王醫師說從高雄趕到南投登山口去救援，因為南投說達芬尖山在高雄，跟南投無關，所以高雄的這些救難人員花了 5、6 個鐘頭，從美濃、六龜到南投的登山口去集合，才有辦法開始上去救人，還好人還活著，也活著救下來了。我的意思是說，如果今天這是你的家人，你會不會跳腳痛罵「這是什麼政府」？

所以今天如果我們有 1 個野外地區的緊急救護區的獨立規畫，達芬尖山這個區，譬如我們把它取名為玉山救護專區，那玉山救護專區就有它自己專責的救護隊，這個救護隊可能在臺東、可能在南投附近的登山口，那很快啊，接到電話就可以上去了！像王醫師也跟我講，他們也曾經晚上趕到溪谷去救人，至少看到人，第 1 他心神安定，第 2 趕快幫他止血、急救，陪伴他到天亮；或者是路途跟氣候許可，就開始在晚上慢慢把人搬下來了。這個我開了多少記者會、接受多少陳情，都是民間的搜救隊、這些佛心來著的自掏腰包去救人，今天我們的國家沒有出大難，事實上是這些人像螞蟻搬豆一樣不斷、不斷地把這些國家沒有做到的事情收拾善後，因為他們都是愛登山的人，他們不忍心任何登山受困、在山上受困或為了學術研究而受困的人，我覺得不可以這樣下去嘛。

所以你有 1 個野外地區的法律上標準之後，因為你有 1 個全國緊急醫療救護計畫，那就不用再一個一個去盯、一個一個去要求，至少那很清楚，你被劃為野外地區緊急救護區的，那些在城市柏油路上可以奔跑的救護車，你給別人，國家另外再給你新的四輪傳動的救護車，國外有，沒有問題。署長，這不是很好嗎？我們法律下去、制度下去，不要說放在辦法裡面、署長重視，因為署長你也很忙，大概也很少時間去爬山，山上的狀況你也不一定瞭解，出了山難的人，博威媽媽救了無數的人。我現在辦公室常常接到博威媽媽說她接到誰-哪個山難家屬的電話，拜託我們幫她調直升機、幫她調什麼這樣子，或者是她又跟哪一個消防隊的什麼人在那邊跳腳等等，當然消防隊也有很好的人，但是我的意思是說今天我們是國會議員，但我們不會永遠當國會議員，我看到了問題，然後這些民間人士包括打電話給我的王醫師，他本身就是世界山岳聯盟 UIAA 的醫療委員會的成員，他也跟我建議，我們國家應該面對我們國家就是有野外地區，我們把它放在法律裡面，被劃為野外地區的緊急救護區，要有一些基本的配備，我今天不要求我們和紐西蘭及其他先進國家等量齊觀，但至少基本配備要有嘛，今天是我們連基本配備都沒有。我們公務員不是沒想到，警政署他們就有想到，國家公園警察小隊的警車就是四輪傳動的，要去抓人的時候是四輪傳動，救人的時候沒有四輪傳動，我覺得-署長，這樣對嗎？

接下來如果你碰到消防署，那個可以保留下來，這個我都沒話講，但是我跟你講，消防署你

也不用擔心，你可以用約聘僱或用什麼，我都不會去在意，但是你要有 1 個專屬的。我就看過消防署的消防隊員上山去，全隊陣亡-都得高山症，還要民間的救難隊把他們救下來，那個是不一樣的，消防弟兄水裡來、火裡去沒問題，但上山救人那又是另外一回事，那今天我不去討論，因為你們突然變成災防總署，這個過程我都知道，你們也是不得已，我也不怪你們，但是做為一個立法者，我們看到問題，我們要解決問題，不要告訴我根本沒有這些問題、你們現在都做得好好的。

主席：謝謝。田委員充分發言了。

現在請徐委員少萍發言。徐委員發言完畢後我們就處理了啦。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。我請問一下，假設說把「野外地區」擺在條文裡面，是會牽動到裡面的內容不銜接還是怎麼樣？假如真有那個需要，是不是另外弄個專章？因為你這裡講野外地區我就想到海難，我最近 1 個很好的朋友他小孩就是掉到水裡面，那也是屬於緊急醫療嘛，也是要趕快去救嘛，救出來之後還要緊急醫療嘛。我不曉得，我說假設有這個需要的話，因為會牽涉到其他的條文，是不是弄個專章可不可以？我不曉得田委員有沒有這樣想過，就是把它拿出來弄個專章好了，不要跟其他的條文放在一起，因為其他條文已經很完備了，你再弄進去可能那些條文統統不完備了，那樣要修的就更多了還是怎麼樣，是不是？我的意思是弄個專章可行不可行？我建議這條先保留。

主席：還是要處理第三條，因為已經……

田委員秋堇：（在席位上）如果沒有辦法弄專章，直接……

主席：田委員發言已經超過 3 次了。在處理第三條之前，為求慎重，我們先休息 5 分鐘。現在休息 5 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。衛生署和消防署對於第三條原則上應該沒有問題吧？

田委員秋堇：（在席位上）是不是我放棄第十三條和第十四條消防署就可以接受了？

主席：我們照條文順序現在處理第三條，等一下再審查第十三條。

第三條照田委員秋堇等提案條文通過，請問各位有無異議？

田委員秋堇：（在席位上）建議加上「傷病」兩字個。

主席：第三條第一款「野外地區」之後增列「傷病」兩個字。請問各位有無異議？（無）異議，第三條照田委員秋堇等提案修正通過。

進行田委員秋堇等提案條文第五條。

田委員秋堇等提案條文：

第 五 條 為促進緊急醫療救護設施及人力均衡發展，中央衛生主管機關應會同中央消防主管機關劃定緊急醫療救護區域，訂定全國緊急醫療救護計畫。其中，野外地區緊急救護區域需獨立劃分。

中央衛生主管機關為整合緊急醫療救護資源，強化緊急應變機制，應建立緊急醫

療救護區域協調指揮體系，並每年公布緊急醫療品質相關統計報告。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。有關第五條「其中，野外地區緊急救護區域需獨立劃分。」部分，因為扣合著前面的意思是，我們有一項全國緊急醫療救護計畫是由衛生署和消防署來訂定的，所以我們建議這個部分不要有這樣的文字，主要是避免獨立劃分之後跟全國緊急醫療救護計畫會有所限縮。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。很抱歉！我剛剛可能有點激動，因為我開過太多的記者會和公聽會，結果問題都沒有辦法解決。剛剛我也跟署長談過，在達芬尖山遇難民眾幸虧獲救，但是也有很多是沒有獲救的，因為當遇難者被發現的時候都還活著，可是最後卻救不回來，這個打擊是很大的。因為全國緊急醫療救護計畫是本來就要做的，我要拜託公務單位衛生署是不是設法行行好，針對野外地區設置緊急救護區域。就像我剛才提到的，在達芬尖山遇難的人，或者剛剛博威媽媽也有提到，在另外一座山，又有互相劃線、互相爭執的情形，一旦歸某人管，就要幾天幾夜的搜索，沒完沒了，所以大家都不想去搜救。以前消防局大部分的消防弟兄都沒有受過山難訓練，所以山難救援對他們來說是隔外辛苦，以前山地的警察局、派出所都有跟山地青年合作，但是現在這些線全部都斷了。我當然知道消防署的弟兄都非常辛苦，但我希望能設立一個野外地區緊急救護區域。換言之，本來我們就有全國緊急醫療救護計畫，現在要多設立一個野外地區緊急救護區域。

在上會期我們就有開過公聽會。請署長看一下我手上的資料，日本他們的直昇機從醫院起飛可以在 15 分鐘、30 分鐘、1 個鐘頭或 1 個半鐘內到達山難地點救人，我不要求你們做到這個地步，只拜託你們在全國緊急醫療救護計畫中將野外地區緊急救護區域獨立劃分出來，這個只要紙上作業，也不必花費很多錢。

王副處長宗曦：報告委員，剛剛我們經過法規討論之後，我們建議文字酌修為「其中，野外地區緊急救護應予納入。」，基本上，如果我們把第十三條和第十四條刪除，就沒有分隊等等的問題，所以我們應該把野外地區的緊急救護納入全國緊急醫療救護計畫當中，這樣是否同意？

田委員秋堇：加上「區域」兩個字會怎麼樣呢？加上「區域」兩個字我就接受。

蘇委員清泉：（在席位上）這樣劃分會變成到處都是獨立區域？

田委員秋堇：不會！不會！

蘇委員清泉：（在席位上）會啦！

田委員秋堇：就像我手上拿的日本地圖一樣，飛機或任何救護工具可以在 1 個鐘頭以內到達的野外地區，如果地方被劃入野外地區的緊急區域，公部門就要幫地方準備四輪傳動的救護車和其他配備，當然不只是救護車，救護車只是比較容易討論的例子，所以我覺得區域事實上是劃得出來的。

王副處長宗曦：報告委員，其實「野外地區」就已經有區域的概念，如果我們把野外地區的緊急救護納入的話，就如委員剛剛所提到的，我們到這個地方去做緊急救護時，我們的救護車需要具備

什麼樣的配備，本來在救護車管理辦法就有授權子法規去訂定四輪傳動的配備，這樣是可以達到委員的期待和要求。

田委員秋堇：抱歉！請你再講一次。如果「區域」兩個字不拿掉，你們在執行上會有什麼困擾？

王副處長宗曦：因為在全國的緊急醫療救護計畫裡面，這個區域本來就包含在全國裡面，這是第一點。第二點，因為……

田委員秋堇：你的意思是，在全國緊急醫療救護計畫裡面本來就有野外地區緊急救護區，是不是？

王副處長宗曦：我的意思是，後面加上的這段文字是要呼應前面，也就是消防署和衛生署要去訂定全國緊急醫療救護計畫，如果我們在這裡面特別標示「其中，野外地區緊急救護應予納入。」等於是對野外地區的緊急救護給予高度的關注，所以在後續的……

田委員秋堇：你的意思是已經有野外地區，是不是？

王副處長宗曦：對，已經有地區和區域的概念了。應予納入到全國的……

田委員秋堇：好像可以接受。

主席：請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。衛生署的腦子都已經漿糊了。如果田委員對於第十三條和第十四條，尤其是第十四條有關人員配置、配備部分，能夠接受，不堅持的話，本席要問，如果要以地區的概念，跟現在以縣市的概念有何不同？如果要從玉山橫跨到另外一個區域時，嚴格說來，這個地方應該不是要設立專區，而是在縣市之間的資源共用當中，到底中央消防署和救護系統的功能為何？能夠提供何種調度能力？不然無論區域再怎麼切割，都有跨區的可能，現在縣市之間都有門戶之見了，跨區之後難道還不會有門戶之見嗎？一定會在同一座山脈上嗎？以臺灣的中央山脈來講，不知劃成多少個支脈，所以無論這個地區再怎麼劃分都會出問題。既然我們現在擔心的是，例如屏東和高雄會這兩個地方會有互不管轄的困擾，如果現在你還要求地區要如何劃分的話，我告訴你，如果你繼續講下去，恐怕什麼事都做不了。有關緊急醫療系統配置部分，我簡單說一句話，中央也好，尤其是地方縣市政府到底要不要在這一塊去努力？要不要因地制宜？就近去編列相當的預算來成立緊急救護系統，不然中央要有專屬單位。可是臺灣幅員、山區這麼大，現在已經有縣立的或市立的救護系統，乾脆今天再成立一個國立的救護系統，可以這樣做嗎？絕對不是嘛！所以不要愈走愈進去，自己就不知道怎麼出來了。對於登山我並不太懂，不過我先生常常攀登 3,000 公尺以上的高山，我們都知道臺灣的山非常險峻也很美。對於緊急醫療系統，現在各縣市有沒有編列獨立的預算或增加預算比率？中央能否在能力範圍之內去做統一？如果今天我們這樣修法，要求每個縣市一定要有某些配置，這樣恐變成我們在干預地方自治。但問題是，現在每個縣市、直轄市都專挑容易解決的去做，叫中央不斷的補助，然後地方就不斷的傾斜，這就叫做尊重地方自治，我們其實是在自食惡果。

主席：請蘇委員清泉發言。

蘇委員清泉：主席、各位列席官員、各位同仁。今天消防署由誰代表與會？

主席：緊急救護組陳組長。

蘇委員清泉：請陳組長上台。我是屏東縣鳳凰志工大隊大隊長，現在屏東縣從屏北到屏南的鳳凰志



工大隊有 4 個中隊，最近要成立第 5 個中隊。鳳凰志工全部都是義務職，目前已經累計約二百五十幾位志工，這些志工都是 EMT1，有的已經到 EMT2 了。他們每次訓練都要花很多錢，我都是自掏腰包讓他們去訓練，反正每項訓練都要花錢，而我們屏東縣又是最窮的縣市，我們是用很少的錢去做很多的事情。屏東縣的消防隊沒有一個分隊的員額是足額的，每一個鄉都希望設置一個消防分隊，包括撒水車、消防車和救護車等等配備，但是每一個地方的消防隊員額都不足，現在屏東縣新埤鄉要成立消防分隊，人員是從每個分隊中去調動，總共調得 9 位成員，才得以成立，大家都叫苦連天。每次要出動救護車，鳳凰志工隊都要攜帶配備一同前往，否則就要找替代役。當然警消人員是救護主力，但是如果沒有替代役和鳳凰志工隊，這些救護工作根本就無法行動。現在屏東縣有哪個分隊人數是足額的？

本席認為立這個法非常好，年輕人喜歡冒險犯難，我也非常贊成大武山成年禮，因為可以訓練他們堅苦卓絕的精神。但是有些人明明知道颱風來襲還是照樣爬山、入山，一旦出事，家屬心急如焚，然後就請求動員各項救援。你們不曾去過高山的人可以去看看，從嘉義到高雄的高山，哪能夠劃分清楚？分也分不開。以前我們戲稱林務局為「林霧局」；何謂林務局，就像一大早喝酒會讓人的眼睛模糊，就叫「林霧局」，這就是林務局的由來。所以你們都不知道實際的問題在哪。你們現在立了一大堆法，問題是配備從哪裡來？人員從哪裡來？現在全部的人都有員額和總量的管制，這樣只會累死鳳凰志工隊而已，我一直在找人投入救援，如果 250 人不夠就要找 300 人投入救援，耗費很多資源。鳳凰志工隊要維持屏東縣每一輛消防車都可以出勤，我們都已經「面青面粒」，現在我講的每一件事都是事實。如果這個法修到無限上綱，修得非常好，迎合每一個人，但問題是，是否可行？你們有武器和裝備嗎？我光看到「野外搜索救援、救護技術員」，還有「高階搜索救護技術員」這幾個字，心想慘了，以後我不是會做得更吃力。這是屬於野外的部分，剛才田委員提到，海上的部分，像屏東、澎湖就要設立海上搜索救護技術員，海上救援等等，如果下雪，豈不是要成立雪地搜索救護技術員。這樣只會讓那些員警及鳳凰志工隊的人員去接受更多的訓練而已，如果我叫你們加入鳳凰志工隊，你們會去嗎？搞不好在座沒有幾個人會做這種事，所以大家不要立一些沒有辦法實行的法，謝謝。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我當然知道我們國家的資源有限，身為國會議員絕對不會立出不可行的法。臺灣的山非常美，很多外國人看到這些山都嚇一跳。我記得我小時候去爬山遇到在大陸華北長大的老伯伯，他超喜歡臺灣的山，因為他在中國華北看不到山，泰山和臺灣的山是不能比的，臺灣的山也變成是我們國際觀光非常重要的一部分。今天本席絕不是有無限上綱或過高的標準，剛剛江委員在談縣市的問題，不要講其他的，宜蘭縣單單人口就跟板橋差不多，地方政府的資源真的非常有限。所以本席才主張要設專區，就可以跨縣市，本席剛才提到的達芬尖山，一邊等登山口在台東，一邊在南投，發生山難的人手機發號出去，是在高雄市，在這種狀況下，如果有專區，就有專責的救護隊，他們就知道這地方是我要去救，都不用互相爭執，或像我剛才提的，為了找救援主管像是一段漫長的旅程！家屬找到王醫師，王醫師找我，我找陳菊，陳菊找消防局長，消防局長再打給王醫師，王醫師再跟他說明；如果這中間有個環結沒有找

到，那個人會變成如何，也沒有人會知道。本席不做別的要求，只要求在高山救護專區設置專責救護隊，可以得到比較充份的高山救難訓練；因為我們在臨時會通過了急難防制法，結果消防署突然變成消防總署，要負責山難處理，警察局以前在山地鄉派出所建立的山青全部都斷線，現在必需重新規劃。

本席剛聽蘇清泉委員說他鳳凰志工的大隊長，江委員副分隊長，本委員會真是臥虎藏龍。我相信未來我們的民間搜救還是要負擔很多的責任，但這中間我們要讓流程變短、讓對口單位明確，讓國家體制內負責山難搜救的消防隊，知道這個區域是他的，逼他在這方面加強，國家也要給他裝備及訓練，對於民間搜救隊的專業意見，他們至少要聽得懂，現在還有消防隊員聽不懂民間搜救隊的要求，甚至還有民間搜救隊費盡千辛萬苦把人救到，開記者會時，消防隊的人卻把他們還把擠到一邊，叫人家先回去，然後說人是他們找到的。這些心態都要慢慢的磨合，不要怕人不是我消防隊救到的，會很丟臉。剛才衛生署提到，野外地區緊急醫療救護應包含在裡面？

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。我們建議的文字是：「在訂定全國緊急醫療救護計劃。其中，野外地區緊急救護應予納入。」所以後面「區域需獨立畫分」的字眼要拿掉，以避免有問題時還要討論是哪個縣市的問題。其實各縣市對野外地區還是有責任。因為第十三、第十四條，剛才在消防署的建議下是要拿掉的，所以這部分的文字，這樣處理會比較合適。

田委員秋堇：我要拿掉的部分是指我修法的部分，不是十三條、十四條都拿掉，它們在原來的法案裡是有的。

主席：田委員等提案第五條照王副處長的提議修正通過。

進行田委員秋堇等提案條文第八條。

田委員秋堇等提案條文：

第 八 條 中央衛生主管機關得邀集醫療機構、團體與政府機關代表及學者專家，為下列事項之諮詢或審查：

- 一、緊急醫療救護體系建置及緊急醫療救護區域劃定之諮詢。
- 二、化學災害、輻射災害、燒傷、野外地區之緊急醫療救護等特殊緊急醫療救護之諮詢。
- 三、急救教育訓練及宣導之諮詢。
- 四、第三十八條醫院醫療處理能力分級標準及評定結果之審查。
- 五、其他有關中央或緊急醫療救護區域之緊急醫療救護業務之諮詢。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。第八條第一項第二款「化學災害、輻射災害、燒傷」都不是以地區來畫分的，是否要在裡面加上，可以再考量；但如果委員覺得有必要，才能做相關諮詢的話，應該是可以同意。另外，原來有空中救護的文字，後來拿掉了，不知道會不會有相關的問題。

主席：第八條照田委員的提案，並將原有的空中救護也納入，還要增加野外地區特殊緊急醫療救護的字眼。

請衛生署法規會高參事說明。

**高參事宗賢：**主席、各位委員。這一款的文字可否改為：化學災害、輻射災害、燒傷、空中救護及野外地區之緊急醫療救護等。

**主席：**第八條照田委員等提案條文修正通過。

進行田委員秋堇等提案條文第九條。

**田委員秋堇等提案條文：**

**第九條** 中央衛生主管機關應依第五條第二項之緊急醫療救護區域協調指揮體系，委託醫療機構於各區域內組成區域緊急醫療應變中心（以下簡稱區域應變中心），辦理下列業務：

- 一、即時監控區域內災害有關緊急醫療之事件。
- 二、即時掌握區域內緊急醫療資訊及資源狀況。
- 三、建置區域內災害醫療資源之資料庫。
- 四、協助規劃災害有關緊急醫療事件之復健工作。
- 五、定期辦理年度重大災害有關緊急醫療之演練。
- 六、跨直轄市、縣（市）之災害發生時，協助中央衛生主管機關調度區域內緊急醫療資源，進行應變工作。
- 七、協助中央衛生主管機關指揮區域內急救責任醫院派遣相關人員，協助處理大量緊急傷病患。
- 八、協助中央搜救指揮主管機關、區域內野外地區救護單位與急救責任醫院處理野外地區救護事件。
- 九、其他有關區域緊急醫療災害應變事項。

前項第六款與第七款調度、指揮之啟動要件、指揮體系架構、應變程序及其他應配合事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

**主席：**請田委員秋堇發言。

**田委員秋堇：**主席、各位列席官員、各位同仁。跟大家報告為什麼要加上第八款，因為現行的第九條裡，已經有組成區域緊急應變中心，北、中、南、東都有，但這些區域中心現在做的是一些數字的統計，比如病床的床數、蒐集新聞，加上訓練，發生這麼多的山難事故後，我們認為該給他們一個責任，即：他們在這個區域中，屬於比較區域型的緊急醫療應變中心，他們應該成為第八款中提到的協助中央搜救指揮主管機關，就是國搜中心，做區域內野外地區的救護單位跟急救責任醫院的處理，扮演前進指揮所的角色。本席相信，我們成立區域緊急醫療應變中心，當時一定有其立法需要，但是成立後，並沒有給它真正的責任，在緊急救護上沒有發揮功能，所以本席希望在母法中寫得更清楚。因為本席接到許多投訴，很可惜他們做的大都是數字統計、蒐集新聞，加上訓練工作而已。

**主席：**請衛生署醫事處王副處長說明。

**王副處長宗曦：**主席、各位委員。有關第九條增加第八款的部分，EOC 是我們在處理重大傷病患

醫病流向時，像各醫院接案子時，聘有一些行政人員做協調的工作，因為各縣市的協調，透過 EOC 在資訊掌握上也比較容易，事實上它是 **coordination center** 而不是 **response center**，並不負責實際的應變，至少在目前的量能跟現有的經費裡是這樣進行，所以建議委員第八款的部分可否先不要加上。

主席：第九條保留。

進行田委員秋堇等提案條文第十二條。

田委員秋堇等提案條文：

第十二條 直轄市、縣（市）消防機關之救災救護指揮中心，應由救護人員二十四小時執勤，處理下列緊急救護事項：

- 一、建立緊急醫療救護資訊。
- 二、提供緊急傷病患送達醫療機構前之緊急傷病諮詢。
- 三、受理緊急醫療救護申請。
- 四、指揮救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護。
- 五、聯絡醫療機構接受緊急傷病患。
- 六、聯絡救護運輸工具之設置機關（構）執行緊急救護業務。
- 七、協調有關機關執行緊急救護業務。
- 八、遇緊急傷病、大量傷病患或野外地區救護時，派遣當地救護運輸工具設置機關（構）之救護運輸工具及救護人員出勤，並通知直轄市、縣（市）衛生主管機關。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。本席之所以要修正這一條是因為野外緊急救護時，不止是救護車，像剛徐少萍委員也提到，海面上也有直昇機、船，因為現行條文只有寫到救護車，所以本席提議改成救護運輸工具，這樣會更精確。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。關於第十二條第八款，從救護車變救護運輸工具，工具就包含救護直昇機，當地設置的救護直升機的機關，還包含民營的 SOS，甚至中央的空勤總隊，如果地方的 119 可以去派遣空勤總隊派出直昇機時，會不會涉及到空勤總隊的相關權責？所以要請空勤總隊表達意見。

主席：請內政部空中勤務總隊勤務指揮中心林科長說明。

林科長金柔：主席、各位委員。根據直昇機申請辦法，還是要經過中央主管機關的同意，因為直昇機是需要審核機制的；救難很需要，可是也有濫用的可能，地方如果因為民眾一通電話就跟我們申請，畢竟我們的能量有限，所以還是需要中央主管機關的審核，才有比較好的管理機制。

主席：第八款的設置是否如剛才林科長所提，會牽涉到地方通知派直昇機出勤？

林科長金柔：（席位上）會。

主席：請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。直昇機畢竟是稀有資源，不是每個縣市，或是可以分東、南、西、北、中，到處設基地的，你們現在目前有幾個基地？

林科長金柔：我們目前有 6 個駐地。

江委員惠貞：以台灣的地型來說，直昇機要落地，其實是很大的考驗，這些都是技術上的問題，大家都不需要假會。如果集中在中央調度，中央要負的責任最大，如果要讓區域、地方縣市或是野外緊急救護單位做調度，誰都可以處理，那民意代表也可以打電話給你！打電話都不需要負責任，到時候你們要負的責任就不得了了！找不到人，或是救護中出錯了，只能啞巴吃黃蓮，有苦說不出。所以，衛生署千萬不要輕易的把不是你們業務的直昇機，隨便接下，到時候真的接不下來，反而治絲益棼，這個責任是很麻煩的。

台灣的地形地勢很險峻，我父親以前在台電，現在大家對高壓電塔恨的要死，可是當初若沒有台電人員在高山上設置高壓電塔，台灣哪有今天這樣的經濟發展！設置高壓電塔的時間大概只有半小時到 1 小時，一整天就為了那半小時的工作，就是因為山區變化多端；不要說別的地方，光是以前國民大會在陽明山上開會，只是到中山樓，還沒到更高的七星山、大霸山，就可怕的要命；晚半個小時和早半個小時，情況完全不同，這也是為什麼我的孩子念文化大學時要讓他住校的原因，我不要他天天回來，因為來回騎摩托車我會擔心。以前我自己開車上國民大會時，就很害怕，晚半小時差多少你們知道嗎？大家既然知道山是這樣的難纏，就不要隨便把責任往外推。

主席：請徐委員少萍發言。

徐委員少萍：主席、各位列席官員、各位同仁。這是我實際的例子，上個月的時候我朋友的小孩掉到海裡面，也找了你們的直昇機，結果因為風力達到幾級，無法執行業務，請問有這樣的限制嗎？他們說為了保護執勤人員的安全，所以沒有辦法，連潛水的蛙人隊也是一樣！因為風力幾級，很險惡，我們要保護我們的兄弟，所以不能下去。後來我們找民間的，也是這樣回覆。所以就算有直昇機，還是要看天候，不是叫他來就一定要來。

主席：請內政部空中勤務總隊勤務指揮中心林科長說明。

林科長金柔：主席、各位委員。直昇機的設計是靠風力帶動，風速會有很大的影響。所以風速太高時，對飛安真的會有影響。

徐委員少萍：所以就算有直昇機，天候不好的話，他還是以保護自己兄弟為主？

林科長金柔：這是一個安全問題。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：會有這一條是因為我們需要直昇機救援時，還要經過重重的申請，人都已經命在旦夕了，還要這麼做，真的會捶心肝。誠如你們剛才說的，本席也覺得要再加上更多配套，這一條我願意保留，回去會再好好思考，如何讓它更周全，不會讓你們有困擾；也有內政部官員跟我提到，特別是離島地區的民眾，不是很大的病，但就是把直昇機當計程車一樣，這我也不贊成，所以我們前面才會說是緊急傷病、大量傷病患或野外地區的救護。

主席：本條保留。

進行田委員秋堇等提案條文第十三條。

田委員秋堇等提案條文：

第十三條 直轄市、縣（市）消防主管機關應依其轄區人口分佈、地理環境、交通及醫療設施狀況，劃分救護區，並由救護隊或消防分隊執行緊急傷病患送達醫療機構前之緊急救護業務。其中，野外地區之緊急救護需獨立劃分。

主席：本條維持現行條文。

進行田委員秋堇等提案條文第十四條。

田委員秋堇等提案條文：

第十四條 前條救護隊或消防分隊，每隊至少應配置救護車一輛及救護人員七名，其中專職人員不得少於半數。野外地區之緊急救護分隊，每隊至少須配置搜索隊員三名、救護隊員三名及高階搜救員一名。其中，專職人員不得少於半數。

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。第十四條原來是說救護車或消防分隊要有救護人員，本席剛才就一直跟大家報告，野外地區的緊急救護有不足之處。剛才消防署陳組長提到，現在因為總員額的限制，本來的條文是寫要有專職人員且不得少於半數，你說這你有困難，本席也可以接受。但我們也有聽到民間搜救隊非常自動自發，三更半夜跑去救人，他們要跟我們消防救護隊結合有它的困難，你們是否能想個辦法，像環保署有環保護義工，而民間搜救隊就像是消防署野外地區的救護義工，在不增加員額與經費的考量下，可否在母法裡把這個精神放進去？也許可以給他們一年一度的頒獎諸如此類的。像宜蘭縣政府環保立縣，每個鄉鎮都有環保護義工，一年請他們吃一頓飯，由縣長去感謝他們，大家就很開心了，也不一定要有錢。剛才蘇清泉委員也有提到，也有自掏腰包去救人的。

主席：請內政部消防署緊急救護組陳組長說明。

陳組長稔惠：主席、各位委員。非常謝謝田委員給我們這樣的建議，跟委員報告一下我們目前實施的狀況。現在各地方的消防人力確實不足，不止要做滅火的工作，還有災害搶救及救護工作。其實一個消防人員本身就要肩負很多工作，所以我們也很希望可以仰賴民間資源，其中僅救護的部分，我們有鳳凰志工的救護，剛才蘇委員也提到他在地方的奉獻，我們也很感謝，很多的救護志工都是無私無我的奉獻，全天 24 小時在隊上輪職服務，所以我們現在每一年對鳳凰志工裡的菁英給予表揚。

田委員秋堇：能不能在法律裡面給他們一個地位，就像義消、義警。

陳組長稔惠：所有救災人員都併合在消防法裡運作。

田委員秋堇：這部分我想了很久，也跟民間很多救難的朋友討論，要把他們放到義消的部分，好像有些不搭。本席的意思是，請你想個辦法，在母法裡，把這精神放進去。至少在野外地區緊急救護時，要聽得懂在消防局的醫療指導員告訴你如何急救，文字上應該要寫明，亦即野外救護隊需要什麼樣的教育訓練。人員方面我不強求，但民間力量要讓他們進來。有的消防隊真的不錯，但是也有消防隊隊長在民間搜救隊來時，都把人家趕到一邊，等到來不及救了，才叫民間搜救隊抬個屍體回來！

陳組長稔惠：我們會主動向委員說明運作辦法。

主席：第十四條保留。

進行行政院提案條文第十四條之一、劉委員建國等提案條文第十四條之一、蔣委員乃辛等提案條文第三十五條之一。

行政院提案條文：

第十四條之一 中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備。

前項緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

劉委員建國等提案條文：

第十四條之一 中央衛生主管機關應獎勵或補助公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備。

前項場所負責人於購置設備後，應通報登錄於救災救護指揮中心，並以善良管理人之注意維護之。

蔣委員乃辛等提案條文：

第三十五條之一 每天有二百五十名五十歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器（AED）。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。針對第十四條之一第一項，有關補助與獎勵的部分，我們希望將「應」改為「得」，修正為「得獎勵或部分補助公共場所購置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備」。至於第二項，內政部消防署覺得救災、救護指揮中心的登錄在書面上有困難，建議修改為「前項場所負責人於購置設備後，應以善良管理人之注意維護之，並通報地方主管機關備查。」至於行政院版本中之「前項緊急救護設備之項目、設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。」我們希望保留這樣的授權條文。

主席：請衛生署法規會高參事說明。

高參事宗賢：主席、各位委員。劉委員提案第二項末句提到「並以善良管理人之注意維護之」，要求他負注意義務的話，他會不會就比較沒有意願去做這件事？

主席：你們的意思是善良管理人應通報地方主管機關備查？

高參事宗賢：就是這一項後面那段話可以不要訂定？

主席：請王副處長再說明一次。

王副處長宗曦：這一條文我們讓他去購置救護設備，政策上我們制訂，鼓勵大家來設置，但是在不訂定罰則的情況下，既使不設也沒有罰則的話，我們建議把劉委員版本中的罰則一起拿掉，改為「前項場所負責人於購置設備後，通報地方主管機關備查。」

主席：請江委員惠貞發言。

江委員惠貞：主席、各位列席官員、各位同仁。人家要捐贈，人家自己要設置，你給他錢，獎勵他，補助他，你們的意思就是這樣子，也就是「得」的意思。不論得不得，就看你們要不要編這個



預算，做這樣的補助。這個法令通過後，今天我設置了一個公共場所，我應不應該設這些設備？其實這些東西是可以增加企業的商譽與形象，而且投資也不多，是不是可以有相對的鼓勵，而非補助。你給錢讓他設置，又要他備查，充其量只是併入我們原來的緊急救護系統的一環，列冊就可以了，何須備查？如果要備查，日後還得編列預算去維護，是不是？提醒你們不要大開善門！事實上，衛生署或消防署要做這個的話，絕非一年內或兩年內可以做好的，因為金額不小，如果以日本的比例來看，起碼要有上百億的預算。如果很快的全部去設置，就會和過去的一個情況相似，到處都有消防系統的滅火器，可是民眾還是不知道如何使用滅火器，結果就成了高貴的裝飾品。過去市公所要為滅火器換藥的時候，原本掛勾上都是空的，突然都掛上去了，等我們換了藥之後，又都不見了。針對該部分，本席提出一個附帶決議。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。對於 AED 的推動，其實這兩年我們已經有推動的認證辦法，就是讓這個場所除了有 AED 之外，還有人員的訓練，來鼓勵他們認證。目前已有 36 個公共場所已經認證。

江委員惠貞：這個部分由衛生署還是消防署來做會比較好？地方在做 CPR 教學的時候，衛生所其實沒有人力可以支援，都是消防署在處理。衛生署攬了很多事情在身上，卻沒有能力來做，你們既要負責公共衛生，又要負責疫苗，萬一有登革熱發生，你們還要做區域消毒，一個衛生所裡面配置一位醫師主任加幾名護士，能做什麼？衛生署沒有實務經驗，卻大談修法，本席希望你們可以務實一點！召委，我看這個會議不能再開下去，再開下去，衛生署什麼都敢答應。

主席：衛生署自己也有提案，在他們的提案中寫著中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備，連私人被他們公告之公共場所，也應該要設置。你要私人場所去設置，請問這筆經費誰要負責？

江委員惠貞：我沒有說不要，我的意思是衛生署要衡量自己有多大的能耐。我們現在是很明確的告訴他要設置 AED 這個東西，所以本席建議將第二項修正為「前項場所負責人於購置設備後，應以善良管理人之注意維護之。」以後你們就不用再維護。本席並非反對你們，也不是反對 AED，本席現在跟你們談的是實務問題，要你們想清楚實務上的問題，要不要列入緊急系統，消防署這邊有沒有辦法做，衛生署的基層衛生單位有沒有辦法這樣做？你們要想清楚！本席有一個附帶決議，請你們兩個單位先整理好，全國要如何配置，先把布建地圖做出來，逐年要編列多少預算，要做幾年的計畫，同步來做；以後要如何捐贈，可以引導民眾的善款，往這個部分去做捐贈。本席剛剛也跟蘇清泉委員說了，像屏東也有子弟出去打拚成了很成功的企業家，他們若想回饋屏東家鄉，也可以捐贈 AED。

主席：請衛生署邱署長說明。

邱署長宏達：主席、各位委員。稍微解釋一下，並非衛生署愛攬事情，像前面幾條條文，如野外地區的緊急救護這種觀念，在國內推廣是非常重要的，我也贊成將它放進來，但是人員問題還要和消防署一起配合；事實上我們自己的緊急救難人員也不是很足夠，後面部分我們就很困難去執行完成；但是觀念上，我覺得應該放入。AED 與 CPR 亦然，尤其 AED 加 CPR 之後，醫療單位更

要介入。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。謝謝江委員的提醒，江委員擔心我們過度擴張自己的能力，其實第十四條之一，劉委員的目的是對於某一些資源比較不充足的地方，可以有一個獎勵或補助的機制，事實上這個法的推動原意還是在設置，而且是課以公共場所符合高密度、高風險、難取得、高效益的場所，它應該要有設置 AED 的義務，就好比這個公共場所要有消防設備一般，有提供安全環境的義務。我們希望第十四條之一可以把劉委員等人的提案精神放進去，再以院版的文字為依歸，即：「中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有必要之緊急救護設備。前項緊急救護設備之項目、設置方式、管理、獎勵、使用訓練及其他有關事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。」用獎勵的方式。至於劉委員提案中的第二項，這次先予保留。

主席：休息 5 分鐘。

休息

繼續開會

主席：繼續開會。第十四條之一保留。

繼續進行行政院提案第十四條之二、劉委員建國等提案條文第十四條之二。

行政院提案條文：

第十四條之二 救護人員以外之人，為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。

劉委員建國等提案條文：

第十四條之二 未具救護人員資格者，為免除他人生命之急迫危險，使用自動體外電擊去顫器或施予心肺復甦術致生損害者，非因故意或重大過失，不負損害賠償責任；非因故意致他人受傷或死亡者，不負刑事責任。

前項規定於非值勤期間，或於延長執勤期間之救護人員亦適用之。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。關於第十四條之二，行政院的版本為「救護人員以外之人，為免除他們生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。」救護人員做這件事情會不會有民法、刑法的究責？針對這部分，在我們的法案說明裡寫著如果他不在執勤期間，他算是救護人員以外之人，劉委員等人的提案則直接將此概念放在條文中，更為明確。如果法務部沒有意見的話，我們願意予以支持與尊重。

主席：請法務部檢察司林副司長說明。

林副司長錦村：主席、各位委員。本條的立意很好，有一些人如果能使用這些設備，存活率可以增加，這是沒有錯；原本他就有救助義務，當然就不在這條規範之內；但是沒有救助義務之人去做這件事情，要不要對他處罰？這部分就有了爭點。有救助義務之人包括醫生、救護人員、受過護理訓練的人；但有一種情況，假設是醫學系大一、大二的學生，他受過有關的醫學急救常識或實務上的訓練，或是讀護理學校的人員，他在學校受過一定的訓練，但還未取得正式的資格，他若

是去施救，會不會有刑責，所以是著重在這方面，免除他所擔憂的民、刑事責任。另外要考慮家屬的感受問題，這是一體兩面的考量。假設去為人急救，後來這個人死亡，家屬發現這個人什麼都不會，也沒有受過訓練，也沒有使用這些設施的經驗就去救他，家屬會不會責怪他當初應該用更好的方法或是其他的緊急措施會比較好。所以院版的文字比較衡平，不僅能兼顧家屬的感受，也能讓醫學院的學生或護理學校的學生碰到這種情形時，更勇於救人。只要符合緊急救難的要件，即可免除民事、刑事的責任。

主席：剛剛副處長提到，救護人員以外之人，包含他的下班時間，都當作是救護人員以外之人；可是本席的提案說明也寫得很清楚，危險一旦發生，周邊如果沒有所謂的救護人員或是下班的救護人員或是完全沒有接受過訓練的人員去操作 AED，萬一發生一些相關的狀況……

林副司長錦村：劉委員提到救護人員下班之後的問題，我們覺得就立法的完整性來看，劉委員版本裡面的第二項是比較周延。若要採納第二項的文字，則其主體文字，可以修正為「前項規定救護人員非值勤期間，或於延長執勤期間，亦適用之。」第一項是針對救護人員以外的，第二項是針對救護人員下班後，或其他情況下，這樣會不會比較清楚？以上意見，提供各位委員參考。

主席：你現在談的都是救護人員，本席的第一項是針對未具有救護人員資格者，他在執行 AED 的時候，如有操作不當，還有家屬的感受等等，這部分要怎麼辦？是不是要告訴大家，如果你不具備救護人員資格，就不要去做這件事情？

林副司長錦村：不是。我剛剛講的情況是，一、像護理系或醫學系的學生；二、他曾上過主管機關舉辦的訓練課程中，一些基本的急救常識規定，曾經實務操作過。這樣會不會妥適些？

主席：衛生署在第十四條之一已經寫著公告之公共場所，應置 AED 這些設備；如果在這些已公告之公共場所，在等待救護人員，等待下班的救護人員或是醫學系的學生的時候，現場沒有接受過訓練的人難道不應該去？

林副司長錦村：這就要有一個判斷基準，要符合民法、刑法的規定；例如火災來了，你的屋子在三樓，二樓發生火災，如果往下跑的話，會有危險，你可能要跑到頂樓，再從隔壁的頂樓下來才安全，隔壁的門窗可能都鎖起來，你為了逃生，將它打破，這部分是符合緊急避難的條件，不必負刑責。如果在條文中明白揭示的話，至少有告知若符合民、刑法符規定，也可以免除他民刑事的責任，比較能解除沒有救助義務者心裡的擔憂。

王副處長宗曦：我們的法規會建議可否用院版的第一段文字，再加上劉委員提案的第二項文字。

主席：這樣還是不對，因為你們還是在強調救護人員及救護人員下班後的部分。

王副處長宗曦：建議在「或於延長執勤期間之救護人員」與「亦適用之」之間加逗號（，）。

主席：請再說清楚。

林副司長錦村：即，前項規定於救護人員於非值勤期間，或延長執勤期間亦適用之。

王副處長宗曦：我再唸一遍，前項規定之救護人員於非值勤期間，或於延長執勤期間亦適用之。

主席：你們建議修正的文字還是侷限於救護人員的範疇內。

林副司長錦村：第一項的主體是指救護人員以外之人，第二項是救護人員下班時間或延長執勤期間。另外一個方式是，救護人員於非值勤期間或於延長執勤期間，於前項規定亦適用之。

主席：本案先保留，請你與王副處長將修正文字寫好，這大致上已有一些共識。

王副處長宗曦：我可不可以再有一個建議？因為考量到救護人員執行業務的需要，所以這部分可不可以列入第一項？其實在劉委員提案版本第一項還是有執行業務的概念，所以希望在救護人員以外之人，是否能夠同意修正為：「除救護人員執行業務外？」法務部似乎不能同意，我們就不堅持。謝謝。

主席：請你們先將文字做修正，我們稍後再處理。

進行盧委員秀燕等提案條文第十五條。

盧委員秀燕等提案條文：

第十五條 救護車分為一般救護車及加護救護車，須裝設車內外監視錄影器；其裝備標準、用途及有關事項之管理辦法，由中央衛生主管機關定之。

主席：由於第十七條與第十五條內容相關，我們繼續。

進行劉委員建國等提案條文第十七條。

劉委員建國等提案條文：

第十七條 救護車應裝設警鳴器、車廂內外監視錄影器及紅色閃光燈，車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名稱，車身後部應漆許可字號。未經所在地直轄市、縣（市）衛生主管機關核准，不得為其他標識。

前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈。

主席：針對盧委員秀燕等提案第十五條及劉委員建國等提案第十七條，我們就併案討論。

請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。盧委員秀燕等提案第十五條條文建議修正為「須裝設車內外監視錄影器」；劉委員建國等提案第十七條條文建議修正為「車廂內外監視錄影器」，其實這是一樣的意思，但是，第十五條規定的是內裝，而第十七條則是外部設備，因此我們建議將兩者併起來，放在第十五條裡面做處理，文字修正為：「須裝設車內外監視錄影器」。

主席：這都是在車廂內外啊！沒有所謂第十五條是內、第十七條是外呀！所以兩者都一樣。

王副處長宗曦：對，所以看要放在第十五條或第十七條中的哪一條。

主席：我不是說我的條文比較好，但是，我剛剛聽到副處長的解釋，感覺有點怪怪的。其實第十五條與第十七條都是一樣的，不過，第十七條有更明確的規定，包括車身為白色，兩側漆紅色十字及機關（構）名稱，車身後部應漆許可字號等等。至於盧委員秀燕等提案第十五條增列「須裝設車內外監視錄影器」等文字，這與本席等提案第十七條增列「車廂內外監視錄影器」一樣，本席還多了「前項救護車非因情況緊急，不得使用警鳴器及紅色閃光燈」之規定。事實上，有些救護車在沒有緊急的情況之下，它也會假借是發生緊急的情況，而使用警鳴器。

王副處長宗曦：另外，消防署提醒有關車廂內的監視錄影是否會影響到個案隱私？建請大院審酌。

主席：請大家參考第十五條及第十七條的原條文，事實上，兩者還是不太一樣的。

請內政部消防署緊急救護組陳組長說明。

陳組長稔惠：主席、各位委員。有關第十五條及第十七條規定，一般救護車及加護型救護車要裝設

車內外的監視錄影器，隨著時代的潮流及交通安全的考量，監視錄影器或行車記錄器是有其需要的，但是，如果在車內進行錄製的行為，由於有些傷病患要從事故現場搬運上救護車，有時候他的傷勢非常的嚴重，而有必須暴露個人隱私的狀態，所以這會牽涉到他身體健康隱私的問題，我們很怕這些攝錄會影響到傷、病患的隱私，所以這部分請法務部來幫我們補充說明。

其次，針對這部分我們曾經請教過法律界的學者專家，他們認為在救護車的內部不屬於公共出入場所，亦即不是多數可人進出的場所，做這樣的錄製的行為是否恰當，這也是有不同的意見，我們謹將所蒐集的相關資料提供給大院及各位委員予以斟酌。謝謝。

**主席：**這牽涉到病患隱私的問題，衛生署醫事處的主張應該比你更強硬才對，怎麼會是由內政部消防署提出這件事情？本人做如下的說明：第一，我覺得牽涉到病患隱私的問題只要不公開，基本上就沒有違法的問題。第二，為什麼要內外裝設錄影器？我想盧委員與我的看法是一致的，至於現在應該要放在第十五條或第十七條，請主管機關來做回應。因為第十五條現行條文規定：「救護車分為一般救護車及加護救護車；其裝備標準……」；第十七條現行條文規定：「救護車應裝設警鳴器及紅色閃光燈……」我不清楚當初制定為何分為兩條，所以我們才會把它放在第十七條裡面，這是希望若未來發生糾紛的時候，可以做一個舉證，以上是我們的修法立意。

**王副處長宗曦：**對於委員所垂詢的問題，本人做如下的說明：第一，有關隱私權的部分，其實車內監視錄影通常是在發生糾紛的時候可能會調閱，所以車內監視錄影的必要性如何？這點是我們可以考量的。至於車廂內外監視錄影器的部分，也許就條文來說，在唸得通順與否上，似乎第十七條會比較能包含所有的要求。第十五條主要是我們有子法，亦即授權的裝備、標準、用途及有關事項的管理辦法，那時候是很直覺的認為在車內外的監視錄影器，也許跟子法會比較契合。至於是要放在第十五條或第十七條，我沒有意見。謝謝。

**主席：**這是我自己的提案，我不知道要怎麼處理……

請衛生署醫事處王副處長再做說明。

**王副處長宗曦：**主席、各位委員。剛剛法規會的建議是，似乎放在第十七條會比較好。

**主席：**請問各位，第十七條照劉委員建國等提案條文通過有無異議？（無）無異議，通過。

第十五條維持現行法。

進行田委員秋堇等提案條文第二十二條。

**田委員秋堇等提案條文：**

第二十二條 救護直昇機、救護飛機、救護船（艦）及其他救護車以外之救護運輸工具，其救護之範圍、應配置之配備、查驗、給證、申請與派遣救護之程序、停降地點與接駁方式、救護人員之資格與訓練、執勤人數、執勤紀錄之製作與保存、檢查及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關會同有關機關定之。

**主席：**請田委員秋堇發言。

**田委員秋堇：**主席、各位列席官員、各位同仁。現在救護車的車子本身有經過監理單位的驗證，其配備標準則是由衛生單位在做決定；但是救護直昇機就沒有，所以現在都是以非救護直昇機來執行救護直昇機的業務，因此我們認為救護直昇機應該比照救護車做查驗和認證，而且總共也沒有

幾輛直昇機。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。有關第二十二條，我們在救護直昇機的管理辦法裡面就訂有附表，要求救護直昇機的配備包含哪些。但進行野外救護或各種救護工作時，救護直昇機的功能其實是越彈性越好，因為要是他們認為不是救護直昇機就不出勤，反而會限縮直昇機的出動，所以我們建議還是在救護直昇機管理辦法裡面……

田委員秋堇：對不起，我有一個觀念，你聽聽看。

我們現在有緊急醫療飛機及救護直昇機的飛航作業規範，但這是交通部民航局針對民用航空器的規定，對國軍的航空器及內政部空勤總隊的飛機並沒有管理權，所以現在只有民間的航空公司有真正的救護直昇機，政府所屬公務飛機反而都不受這項規範管理，這是一個問題。第二，雖然交通部民航局對航空器的飛航部分有進行監理，可是衛生署仍應對救護直昇機的配備標準負起責任，你剛剛表示予以規定的話，怕有些飛機會因為並非救護直昇機而不出動，我覺得這是不可能的。我現在只是要讓大家知道，我國整個公務體系裡面沒有半架真正合格的救護直昇機。

現在可以去救人的直昇機我相信還是可以去救人，問題是你要讓他知道，救上飛機之後，就像放到計程車上一樣，裡面並沒有合格的救護設備。我今天只是要讓這個問題凸顯出來，不能再便直行事、蒙混過關。就像徐委員那個朋友的孩子，把他救上來之後一樣是愛莫能助，只有到醫院才有辦法接受醫療，搞不好本來有救就變沒救了。

主席：因為時間已經超過 5 點半，我還是要向委員會報告。現在剩下 7 條，……

田委員秋堇：不然這一條就保留。

主席：好，這一條保留；今天會議進行到本案審查完畢為止。

進行田委員秋堇等提案條文第二十三條。

田委員秋堇等提案條文：

第二十三條 中央衛生主管機關為因應離島、偏遠地區或野外地區緊急醫療救護之需要，得會同有關機關訂定救護直昇機臨時起降辦法。

田委員秋堇：（在席位上）這一條換成主決議，現在正在影印中。請先進行第二十四條。

主席：進行田委員秋堇等提案條文第二十四條。

田委員秋堇等提案條文：

第二十四條 救護技術員分為一般（城市）救護技術員及野外救護技術員。

一般救護技術員分為初級、中級及高級三類。

野外救護技術員分為搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。

前二項各級救護技術員之受訓資格、訓練、繼續教育、得施行之救護項目、應配合措施及其他應遵行事項之辦法，由中央衛生主管機關定之。

各級野外救護技術員於野外現場得施行項目，若涉及醫療行為，得使用預立醫囑執行之，前述預立醫囑需由野外醫療指導醫師訂定並於事後簽核。且上開行為不受醫

師法第二十八條之規範。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。救護技術員養成不易，現在國內好不容易訓練出一批初、中、高級的救護技術員，救難人員其實是很少的，所以我們希望野外救護技術能夠成為所有救護技術員的基本技能，包含預立醫囑的部分也都放在這裡，加以訓練，藉以擴充野外地區救護技術的量能。所以我們建議第二十四條維持現行條文，但現行條文第二項「前項各級救護技術員之受訓資格、訓練……」中的「訓練」包含野外救護技術，以這樣的方式呈現在子法裡面，不知委員能否同意？

主席：請田委員秋堇發言。

田委員秋堇：主席、各位列席官員、各位同仁。我是可以接受，但是如果修正為「救護技術員分為初級、中級及高級三類，皆須接受野外救護訓練」，這樣強調一下應該也可以吧？

王副處長宗曦：「皆須接受野外救護訓練」？

田委員秋堇：對，加上這句話就好了。先確立這個原則，應該不會妨礙你們其他的規定。

主席：請衛生署長保小組鄭參事說明。

鄭參事聰明：主席、各位委員。我建議增列一項，文字為「前項訓練之訓練課程，應包括野外地區之救護訓練。」

田委員秋堇：要加在哪裡？

鄭參事聰明：另立為第三項。

主席：就是現行條文增列第三項就對了。

田委員秋堇：好。你們說要把預立醫囑放在第二十五條，我沒有意見。

王副處長宗曦：謝謝委員。

主席：第二十四條就照剛剛所講的修正通過。

進行田委員秋堇等提案條文第二十五條。

田委員秋堇等提案條文：

第二十五條 直轄市、縣（市）消防主管機關為辦理下列事項，應指定醫療指導醫師，建立醫療指導制度：

- 一、各級救護技術員執行緊急救護之教育、訓練、督導及考核。
- 二、訂定各級救護技術員品質指標、執行品質監測。
- 三、核簽高級救護員依據預立醫療流程施行緊急救護之救護紀錄表。
- 四、於野外地區緊急救護中辦理前三款業務並得提供派遣需求建議與即時遠距醫療。野外地區醫療指導醫師需獨立設置之。

前項所定醫療指導醫師之資格、訓練及其他相關事項之辦法，由中央衛生主管機關會同中央消防主管機關定之。

主席：請問各位，對本條有無異議？

邱署長文達：（在席位上）保留好了。



主席：好，本條保留。

進行田委員秋堃等提案條文第三十條。

田委員秋堃等提案條文：

第三十條 直轄市、縣（市）衛生主管機關應訂定大量傷病患救護辦法及野外地區緊急救護辦法，並定期辦理演習。

前項演習，得聯合消防等有關機關舉行，並請當地醫療機構及救護車設置機關（構）配合辦理。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。田委員的提案條文第三十條是規定直轄市、縣（市）衛生主管機關除現行訂定大量傷病患救護辦法外，還要訂定野外地區緊急救護辦法。針對這點，我們署裡面經過討論，因為野外地區才剛剛在法律上有這樣的文字和相關的教育訓練，也要慢慢去養成這些救護技術員，所以直轄市、縣（市）衛生主管機關訂定辦法的時候可能會產生一堆問題，因此我們建議現在這個部分先予以保留。

主席：好，先保留。可是保留是指等一下會再重新 review 一次，所以你們有不同看法要趕快表達，也就是說，我們的保留是希望大家可以有一個溝通的時間。

進行田委員秋堃等提案條文第三十二條。

田委員秋堃等提案條文：

第三十二條 直轄市、縣（市）政府遇大量傷病患或野外緊急救護，應依災害規模及種類，建立現場指揮協調系統，施行救護有關工作。

前項大量傷病患或野外緊急救護處理涉及軍事機密時，應會商軍事機關處理之。

主席：請問各位，對本條有無異議？（無）無異議，通過。

進行田委員秋堃等提案條文第三十三條。

田委員秋堃等提案條文：

第三十三條 遇大量傷病患或野外緊急救護，參與現場急救救護人員及救護運輸工具設置機關（構），均應依現場指揮協調系統之指揮，施行救護。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。第三十三條前半段修正為「遇大量傷病患或野外緊急救護」應該沒有問題，但是後段把原來的「救護車設置機關（構）」改為「救護運輸工具設置機關（構）」，就會衍生和先前同樣的問題，比方空勤總隊的相關派遣調度，所以我們建議後段維持現行條文的文字，至於前段的修正，我們沒有意見。

主席：所以如果前面那條解套的話，這一條就解套了。

邱署長文達：（在席位上）直接改成「救護車」啦！

主席：如果同意這邊改成「救護車」，就會變成前面也改成「救護車」，有連動的關係。

請田委員秋堃發言。

田委員秋堃：主席、各位列席官員、各位同仁。前面談到要把「救護車」改成「救護運輸工具」時

怕有濫用的情況發生，但是這一條有「應依現場指揮協調系統之指揮」的規定，所以應該不會有濫用的顧慮。

主席：請內政部空中勤務總隊勤務指揮中心林科長說明。

林科長金柔：主席、各位委員。遇有大量傷病患的時候，如果直昇機出動的話，我們會派員赴現場指揮交通，這是沒有問題的。

田委員秋堇：所以沒有執行上的問題嘛！

林科長金柔：對。

主席：所以大家對這一條沒有什麼意見嘛！

林科長金柔：因為有大量傷病患的話，現場通常都會鬧烘烘的，我們還是要派人去現場，所以這是沒有問題的。

主席：請衛生署醫事處王副處長說明。

王副處長宗曦：主席、各位委員。這裡加了一個「野外緊急救護」喔！

田委員秋堇：一樣啊！

林科長金柔：那個應該是比較沒有問題。可是我現在不懂野外的……

田委員秋堇：像梅嶺的車禍，或阿里山車禍現場。

林科長金柔：可是山難我們可能沒有辦法派赴現場，因為我們只有一架……

田委員秋堇：現在主要是現場已經有指揮協調系統，所以就不會有隨便把直昇機當成計程車的現象發生。

林科長金柔：那個沒有問題。

王副處長宗曦：我們還是要提出一點點疑義，就是現行條文第三十三條有「均應依現場指揮協調系統之指揮」的規定，因為出現大量傷病患的時候，一定會有一個現場指揮系統，而且也許是跨縣市層級或中央層級，但是如果是野外緊急救護的話，所謂的「現場」到底是不是野外地區的現場？誰是這個現場的指揮系統？在執行面可能還是會有認定上的問題。

田委員秋堇：對不起，現場指揮系統的部分是現行條文的文字耶！所以現場指揮系統該怎麼做就怎麼做啊！怎麼會有你剛剛講的那個問題呢？

王副處長宗曦：我的意思是，原來的現場指揮系統是針對大量傷病患發生的現場，應該會有一個前進指揮所，但是在野外緊急救護的時候，現場可能只有傷者再加上一個領隊，所以那個現場有沒有現場指揮系統？這個現場指揮系統的指揮官是領隊嗎？

田委員秋堇：這個條文之所以有設現場指揮系統，就表示這是大量的，也就是有相當的人數，所以我沒有去改現行條文有關現場指揮系統的文字。我認為只要有現場指揮系統，一定比中央國搜中心在臺北的人還瞭解狀況，他可以調任何救護運輸工具，包括直昇機。

王副處長宗曦：如果是委員所講的，野外緊急救護基本上還是有「大量」的概念的話，我們是不是可以把這部分放在法案說明裡面，稍微說明一下？

田委員秋堇：可以，因為既然有設現場指揮協調系統，毫無疑義就是大量，只有一個人不可能設現

場指揮協調系統。謝謝。

王副處長宗曦：謝謝委員。

主席：第三十三條是維持現行條文嗎？

田委員秋堇：（在席位上）照我的版本，但是在法案說明中……

主席：那就照田委員的提案條文通過，然後在法案說明中加註說明。

王副處長宗曦：加註說明或者是按照我們法規人員建議的，將第一句修正為「遇大量傷病患或野外大量傷病患緊急救護」。

主席：這樣好像有點怪怪的。

田委員秋堇：（在席位上）保留好了啦！

主席：好，本條先保留，再看看文字怎麼修比較好。

進行劉委員建國等案條文第四十四條。

劉委員建國等提案條文：

第四十四條 有下列情形之一者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰，並通知限期改善；屆期未改善者，按次處罰至改善為止：

- 一、醫療機構違反第三十四條第二項規定。
- 二、急救責任醫院違反第三十九條第一項規定。
- 三、設置自動體外心臟電擊去顫器或其他必要之緊急救護設備之場所負責人違反第十四條之一第二項規定。

徐委員少萍：（在席位上）主席，時間差不多了，可不可以擇期再審？

主席：我知道。

王副處長宗曦：（在台下）我們建請將本條保留。

主席：好，本條先保留，因為這和前面那條是連動的。

我們總共保留 10 個條文，徐召委建議擇期再審。

田委員，如果我們每條都講好，當然可以拜託徐召委繼續審查，如果不是，就會拖延很多時間。坦白講，如果徐委員離開會場，只有我們兩個人一樣不能審啊！

田委員秋堇：（在席位上）第二十三條不是已經講好了嗎？

主席：第二十三條改為主決議，這個沒問題。

我的意思是擇日再審，因為都講好的話，還可以拜託徐委員，可是既然沒有講好，就算繼續處理，時間也會拖很久。

好，主決議和臨時提案都連同下次擇期再審時一併處理。

行政院函請審議「緊急醫療救護法增訂第十四條之一及第十四條之二條文草案」及各委員提案擇期再審。

本院委員劉建國等 18 人、委員江惠貞等 20 人分別擬具「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、委員蔡錦隆等 24 人擬具「醫事爭議處理法草案」、委員蔡錦隆等 24 人擬具「醫療事故補

償法草案」及委員劉建國等 16 人擬具「醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」等 5 案另擇期繼續審查。

本日會議到此結束，謝謝各位。現在散會。

**散會（17 時 50 分）**