

主席：邱委員泰源的書面質詢，請行政院書面答復，並列入紀錄、刊登公報。

邱委員泰源書面質詢：

一、關於施打公費疫苗之醫療院所補助問題：

1. 按保障兒童健康權是進步國家的象徵，預防接種更是全球公認對傳染病防治最具成本效益的方法。從歷年流感疫情中可以清楚知道，重症病患大多是未接種流感疫苗的族群；而零到六歲的兒童正是接種率最高的年齡族群，成功的防疫政策不僅為健保省下大筆直接支出，並同時節省照護人力、間接增加經濟成長率，可謂是一大德政。不獨流感防治是如此，我國其他公費疫苗的近百分百接種率更是傲視全球。

2. 然而這樣的成績，並不是只有公部門編列預算購買疫苗、下發各級衛生機關、呼籲家長定期帶嬰幼兒前來接種即可輕易達成。根據衛生福利部統計，目前公費疫苗接種約有 80% 是於基層院所完成，只有 20% 是由公衛體系之鄉鎮市衛生所施打。原因無他，因為基層院所遍布各地，提供就診之便利，診療時間可以配合家長、使之不必因此請假，都大大地使家長端的接種成本下降，基層院所實乃是此超高接種率的最大功臣，更是此德政的基石砥柱。但是在這閃亮政績背後長期默默付出的無名英雄，非但沒有得到應有的尊重與報酬，反而遭受到越來越多的不公平的待遇卻無人聞問。

3. 查兒童接種疫苗之前須經醫師詳細檢查，兒童無法清楚表達不舒服之症狀與程度，時有哭鬧情事，在診斷上越顯困難與複雜，從掛號、量體溫、身高、體重到醫師診察問診，接受家長諮詢其他健康問題，到最後注射疫苗，領用備用退燒藥到離開診所，一個個案至少耗費 30 分鐘以上，比一般疾病診療花費更多時間與人力。又公部門除提供基層院所疫苗外，施打疫苗所需的設備幾乎付之闕如；兒科診所及醫院尚必須自備注射耗材、自購疫苗專用冰箱及不斷電系統，每日數次監測溫度並紀錄，上傳接種資料至 NIS 系統，並事後追蹤接種反應及提醒逾期未施打之個案。此外，院所自備的儲存設備於接受稽查時若有不符規定要接受懲處，疫苗如有保存不當或不慎損毀更要照價賠償。更有甚者，衛福部健保署並同時對注射疫苗當天同時掛一般健保卡號看診之病患資料加以對比勾稽，比例相較同儕值高者甚至被視為趁打疫苗盜刷 IC 卡而必須『喝咖啡、退回款項』，不僅將基層醫師視為預防接種之當然義工，並視之為趁打疫苗順便『A 健保』的預備犯。長久以來兒科醫師本於守護兒童健康之天職，願意配合國家政策而作為，但有誰能體會兒科醫師在各主管機關『期之如聖賢、驅之如奴僕、防之如盜賊、刑之如寇讎』的心態及對待下，漫漫長日是如何熬過？

4. 基層院所耗費人力精力如此之多，已如前述，但所得幾何？以往公費疫苗接種僅 6 歲以下之流感疫苗注射給付診察費 100 點（卡號 IC01），其他嬰幼兒公費疫苗（自 0 歲至入學前止）共 18 劑，全無任何公務預算之補助，縱使今年度衛福部表示將擴大補助範圍，然仍僅補助診察費 100 元，與醫療院所所負擔成本及風險顯不相當。

5. 綜上，本席雖對於近年來衛福部已編列預算將諸多原本是自費選擇之疫苗編入公費疫苗並擴大補助診察費或處置費之範圍，持肯定看法，惟給予施打公費疫苗之醫療院所合理與適度的報酬，實屬應然，請行政院及相關部會體恤基層醫療院所之困境，嚴加督促衛福部疾管署，繼

續編列並提高給付疫苗接種診察費之預算，勿再行政怠惰，一味以無預算來源當藉口推諉搪塞。

二、關於醫療行為刑事責任應合理化問題：

1. 按近年醫療環境面臨嚴肅的挑戰，健保總額的桎梏、專科醫師人力失衡、血汗醫院等問題，在在暴露著醫界隨著社會變遷、醫療多元發展與健保制度等眾多因素影響，累積沉痾、亟須針砭。然而，雖然醫療環境惡化的因素眾多，當中醫療糾紛訴訟氾濫的陰影，卻是壓倒駱駝的最後一根稻草，在聲聲槍響之下，讓醫事人員有如驚弓之鳥，重要科別日漸空蕩，更遭醫界人員戲稱為「五大皆空」。

2. 次按現行醫療法第 82 條第 2 項，「醫療機構及其醫事人員因執行業務致生損害於病人，以故意或過失為限，負損害賠償責任」已規範醫事人員民事責任。在醫師法中對於醫師之不正行為亦訂有懲處規範，最重得廢止醫師證書。對於醫師的過錯，已有一定管道規範自律與損害賠償。然而針對醫事人員刑事責任，目前仍一體適用我國刑法規範，在區分「業務過失」與「普通過失」之立法規範下，「醫師專業」反而成為原罪，醫師與卡車司機一樣得適用「業務過失」致人於死傷之規範。

3. 惟查，醫療行為有其特殊性，首先醫療本身具不確定性，醫事人員並不是神，即使存活率有 90%，但在開刀完成前，沒有人知道這病人是不是屬於不幸的 10%；其次醫事人員負強制救治義務，計程車司機可以選擇在颱風天不載客，醫事人員卻多要在最急迫或不利的情況下救治病人；且醫療通常就是在攔截死傷，最後死傷的結果是否能完全歸責於醫療，難以判斷。醫療行為刑事規範亦應正視考量醫療與其他專業不同，讓醫事人員能有合理的刑責規範，始為正途。

4. 有關醫療法修正相關配套，除現行已有規定之民事賠償責任、行政責任、懲戒處罰等眾多規範層面之外，衛福部雖曾草擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」設計增加諮詢管道、強制調解溝通、快速補償弭平傷害等措施，然在無法凝聚共識下，仍無疾而終。但這並非衛福部得以持續怠惰並忽視醫事人員之保障，蓋此等糾紛之氾濫已使防禦性醫療順勢而生，實非民眾之福。

5. 綜上，本席強烈要求行政院、衛福部及相關部會體察醫事人員所面臨之難局，盡速檢討醫療行為刑事責任之相關規範，使醫事人員於進行醫療工作時無後顧之憂，促進和諧之醫病關係。

三、衛生福利部重啟公費醫學生制度引起相關爭議部分：

1. 為彌補離島與偏鄉醫療資源不足，以及解決五大科醫師人力缺乏狀況，衛生福利部重啟已經停辦多年的公費醫學生制度，在本年度有數十名學生就讀。有多名公費醫學生指出，在 105 年 4 月 28 日舉辦之招生說明會上，學生要求公費生契約範本，衛生福利部以未有範本為由未提供。在本學期開學後一個月，衛福部才提出具有空白授權條款的契約與簡則，要求學生於兩週內找到年收入五十萬以上保證人（其中未滿十八歲者，雙親不能兼任）並簽名繳回，遭到許多批評與質疑如下：

2. 願意加入公費醫學生計畫的學生，大多經濟條件相對較差，為了減輕家中經濟重擔而就讀。雖衛福部指出保證人條件與舊制相同，但在實質薪資倒退的狀況下，比照舊制標準無異於保證人標準的提高，導致許多公費生找不到符合資格保證人的狀況。以台大為例，20 個公費生中就有 13 位有困難。因此本席認為衛福部應就保證人資格進行修正，讓已經就學的公費醫學生能夠順利完成契約簽訂、專心就學。

3. 在《衛生福利重點科別培育公費醫學生契約書》的第二條授予衛福部任意修正《重點科別培育公費醫師分發服務實施簡則》的權限，簡則中載明許多與公費醫學生相關的權利義務事項。不論契約精神或保障公費生權益，這樣空白授權的條文，都實有不妥。衛福部對於公費生進行服務或科別選擇的調度，皆無須如此的空白授權，僅需要在簡則中，針對個別項目載明衛福部權限即可。請衛福部會法規相關單位進行修改。

4. 學生指出，4 月招生說明會衛福部的 QA 簡介與說明內容，與開學後實際拿到的契約與簡則內容多有出入，為避免拘泥於文字解釋爭議，本席建議直接將 QA 簡介與實際契約與簡則視為不同版本，並與公費生代表討論後，從優認定作為契約與簡則修改依歸。

5. 為使該政策順利進行與避免爭議，應有順暢的溝通與救濟管道。衛福部應設立相關窗口，與公費醫學生代表建立聯繫，便於後續契約與簡則修改，亦可作為公費醫學生權利受損時的救濟管道。同時，請衛福部順勢檢討公費醫學生制度之利弊得失，並向本席提出報告。

四、空氣污染嚴重影響國人健康，應該採相關對應措施：

1. 肺癌長期占據國人癌症死因第一名，2014 年因肺癌死亡人數為 9,167 人。統計數據指出，1992 年平均每 135 分鐘才有一人罹患肺癌，2002 年減為 71 分鐘，2012 年縮短成 45 分鐘，加快了三倍時間，在同一段時間內抽菸人口減少了一倍，但是肺癌人口卻大幅增加，學者認為空氣污染是主要的原因。不僅肺癌，包含台灣盛行的過敏性鼻炎、異位性皮膚炎，以及學習障礙、過動、失智症與心血管疾病，也都被認為與空氣污染相關。因此針對空氣污染進行防治，是台灣重要的健康政策問題。

2. 台灣空氣污染有三成是來自東北季風帶來的中國霧霾，五成為工業污染，兩成為交通排放廢棄，也就是說大部分的空氣污染還是來自於台灣本身。因此管制 PM2.5 等污染物質，針對工業排放進行監測與管制，將是空氣污染治理的核心要點。

3. 由於台灣的環評制度僅規定一定規模以上的開發與工廠才需要受到環評規範，進而擁有相對好的管制。但是眾多未達環評標準的中小型工廠，其 PM2.5 排放量未受環評要求管制，因此更是管制的重點項目。在產業項目上，石化工業，排放的微粒與重金屬是提高肺癌的重大風險因子。在能源項目上，被視為嚴重污染源的燃煤火力發電廠，不僅排碳量高，更是排放多種污染物質。

4. 雖然政府已經提出產業與能源轉型計畫，企圖根治上述空汙來源。然而在計畫實現之前，仍應針對上述重大污染源提出全面的排放監測制度，有效追蹤與即時控管各大污染源，並進一步在空汙嚴重時節進行排放總量管制，以保障國人健康。

五、家庭醫師整合性照護計畫，如何擴大並呼應長照 2.0 和分級醫療：

1. 「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」自 92 年 3 月 10 日起試辦（以下簡稱家醫計畫），如今即將邁入第 14 年。主要目的是建立家庭醫師制度，並提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，同時提供家庭與社區健康服務，以落實全人、全家、全社區的整合照護。

2. 家醫計畫的模式也從當初的垂直整合，發展到現在的平行整合。台灣的醫療體系並沒有守門人制度，因此自由就醫成為台灣全民健保的一大特色，為了讓病人養成從基層開始和固定就醫的習慣，家醫計畫從早期建立基層與醫院之合作關係，促進分級醫療及雙向轉診的垂直整合；到現在發展成社區醫療群，以群體力量照護民眾，整合平行資源，其最主要的目的都是減少醫療資源浪費，並提供民眾更好的照護。

3. 根據健保署的報告，截至 2015 年 6 月底，已有 426 個社區醫療群在運作，參與之基層診所 3,035 家，參與率為 29.69%，參加醫師數 3,709 位，參與率為 24.87%，透過社區醫療群受益者超過 248 萬人，民眾滿意度高達 90%，在各項指標和服務量也有亮眼的成績。但走訪基層，複雜繁重的作業程序和較低的酬勞，讓基層醫師都希望在制度和財務面能有所改善。放眼未來，基層將扮演更重要的角色，如何給基層和病人更好的醫療環境？請提出相關因應措施。

4. 分級醫療之重要性大家都能理解，如何讓民眾都能從基層開始就醫，如何讓民眾能固定就醫，是有關當局長年努力的目標，而家醫計畫多年來就是分級醫療和固定就醫的強力推手。未來若能增加預算，讓更多民眾可以納入家醫計畫，而不再只是特定族群；或者是讓現有的民眾可以有更好的照護，相信對於分級醫療和固定就醫能有更好的幫助。請提出相關因應措施。

5. 家醫計畫有一方面，是希望就診次數較高和慢性病患可以固定就醫，而此類病患最常就診的診所就是家醫科或內科系診所。依規定，醫療給付改善方案照護對象無法納入家醫計畫收案，這導致了家醫科和內科系診所經常收不到會員，是否能就現有制度進行整合，或新增方案和經費，讓基層醫師能提供更多民眾更好的服務。請提出相關因應措施。

6. 全台灣總共有 1 萬 6 千多位基層醫師，1 萬 1 千多家基層診所，診所家數比 4 大超商加起來還要更多，其實在基層已有許多耕耘已久，累積雄厚實力和經驗的人才和團體，基層的力量不容忽視。面對長照 2.0 和分級醫療的到來，如何更有效率的整合垂直和水平資源，是不是有更新更具體的制度或鼓勵措施。請提出相關因應措施。

主席：請王委員金平質詢，詢答時間為 30 分鐘。

王委員金平：（15 時 53 分）主席、行政院林院長、各部會首長、各位同仁。本席今天以「為天地立心，為生民立命—順天應民，人和政通」為題向行政院提出以下質詢：金平今天再度走上質詢台，希望藉由這三十分鐘的時間，向執政團隊及朝野政黨，就當今國家面臨的困境，提出建言。中間提到的相關問題，請行政院書面答復即可。

無論是涉及勞工休假權益的勞動基準法修正案、軍公教勞的年金改革方案，或各地引起爭議的土地徵收與房屋拆遷糾紛，及美國豬肉、日本核災區食品是否開放進口等議題，從馬英九總統時代就已經引發民間的諸多抗爭與對立。如今政黨輪替了，不但抗爭依舊，而且力道加大，讓社會更加分裂，民心更加不安。短期內，仍看不到解決方案。政黨雖然輪替，抗爭卻沒有平息，問題依舊存在，原因到底是什麼？