

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議紀錄

時 間 中華民國 105 年 3 月 7 日（星期一）9 時至 16 時 50 分

地 點 本院群賢樓 801 會議室

主 席 王委員育敏

主席：出席委員已足法定人數，現在開會。

進行報告事項。

報 告 事 項

一、宣讀上次會議議事錄。

立法院第 9 屆第 1 會期社會福利及衛生環境委員會第 1 次全體委員會議議事錄

時 間：105 年 3 月 2 日（星期三）9 時 1 分至 11 時 11 分

地 點：本院群賢樓 801 會議室

出席委員：鍾孔炤 林淑芬 王育敏 陳曼麗 吳玉琴 陳宜民 李彥秀 林靜儀
蔣萬安 黃秀芳 洪慈庸 吳焜裕 楊 曜 劉建國 陳 瑩

（委員出席 15 人）

主 席：林委員淑芬（在場委員現場推舉）

專門委員：趙弘靜

主任秘書：劉錦章

紀 錄：簡任秘書 黃淑敏

研 究 員 鄭翔勻

簡任編審 黃維郎

科 長 葉淑婷

專 員 江建逸

報 告 事 項

一、本院秘書長函為「立法院第 9 屆第 1 會期各委員會召集委員選舉時間、地點表」，業經本院人事處提報本院第 9 屆第 1 會期第 1 次會議決定照案通過在案。

二、依本院各委員會組織法第 3 條之 4 規定，本會應置召集委員 2 人。

三、宣讀本會期本會召集委員選舉人名冊。

選 舉 事 項

選舉第 9 屆第 1 會期本會召集委員。

（依本院各委員會召集委員選舉辦法第 5 條規定：召集委員之選舉，以無記名單記法票選之。但經各該委員會全體委員，或經各黨團及未參加黨團之該委員會委員之書面同意，亦得以推選方式行之

。)

主席宣告：在場委員現場推定林委員靜儀擔任發票員、吳委員玉琴擔任唱票員、吳委員焜裕擔任記票員、陳委員曼麗擔任監票員。

選舉結果：出席委員 15 人，發出票數 15 張，有效票數 15 張，開票結果為林委員淑芬（6 票）、劉委員建國（4 票）、王委員育敏（4 票）及楊委員曜（1 票）。依本院各委員會召集委員選舉辦法第 8 條之規定，票數相同者抽籤定之，經劉委員建國與王委員育敏抽籤，由王委員育敏抽中，主席宣告林委員淑芬及王委員育敏當選為本會期本會召集委員。

散會

主席：請問各位，上次會議議事錄有無錯誤？（無）無錯誤，確定。繼續報告。

二、邀請衛生福利部蔣部長丙煌率所屬單位主管列席報告業務概況及立法計畫，並備質詢。

三、邀請衛生福利部、勞動部、教育部就「如何因應重大流感疫情衍生之急診壅塞、加護病房不敷使用、民眾不願配合轉診、高危險群流感疫苗接種率不足、缺乏全國一致停課標準、家庭照顧假無給薪、各縣市幼兒園退費標準不一等問題」列席報告，並備質詢。

主席：請衛福部蔣部長就「衛生福利部業務概況暨本會期優先立法計畫報告」及「流感疫情及防治作為檢討專案報告」做綜合報告。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。

今天是大院第九屆第一會期社會福利及衛生環境委員會全體委員會議，本人承邀前來列席報告，深感榮幸。首先，對於大院委員對本部的支持及指教，致上最高的敬意及謝忱。

本部秉持促進全民健康、幸福、公平、永續的核心價值，擬定整合連續性之政策，以「促進全民健康與福祉」為使命，以「最值得民眾信賴的部會」為願景，持續執行各項政策，期讓全民更幸福、更健康。有關本部 104 年下半年的各項施政成果詳細資料，已編印成書面報告送達大院，敬請各位委員先進參閱。以下僅擇要報告並提出未來重要施政方向，敬請各位委員不吝惠予指教。

壹、打造優質社會福利及保護服務體系

為因應少子女化現象，持續透過經濟支持及優質托育措施，鼓勵生育並提供兒少友善環境；針對弱勢家庭另提供緊急生活扶助補助、健保費及醫療費用補助措施，以減輕家庭育兒負擔；建構幼托支持體系，並補助民眾保母托育費用，截至 104 年 10 月底投入計 50.4 億元，近 26 萬幼童受益。另針對遭遇不幸、高風險、經濟困頓且有子女需要照顧的家庭，104 年 1-11 月共協助 6,010 戶家庭；兒童醫療補助則計 1,191 萬人次受惠。保護服務通報單一窗口（113 專線）104 年共計接線近 20 萬通，提供近 15 萬件次諮詢及通報服務。

為落實身心障礙者福利服務，104 年 1-9 月提供生活補助費逾 35 萬人受益，補助中度以上障礙者 104 年健保費共 56 萬人受益，另補助日間及住宿式照顧服務及輔具購置；4 項補助累計達 249 億餘元。

貳、扶貧自立，營造互助祥和社會

社會救助之目的，在於發揮社會互助之精神，保障弱勢者基本生活水準。截至 104 年 9 月提供社會救助生活扶助受益人次達 134 萬，補助經費 71 億餘元。針對遭逢一時急難之民眾，則給予及時救助（馬上關懷專案），104 年累計有 1.4 萬個家庭受益，救助金 2 億餘元。此外加強遊民各項輔導工作，提供其醫療、沐浴等服務，以維護其基本生活。

推展社區發展工作及擴大民眾參與志願服務工作，截至 104 年 6 月底，全國計有 6,766 個社區發展協會，登記有案之志工人數已達 92 萬餘人。

參、完善高齡友善環境、積極建構長照體系

透過 65 歲以上老人預防保健服務，期能早期發現相關慢性病早期介入及治療，104 年 1 至 7 月服務 72 萬人次；推動老人健康促進活動，104 年度 22 縣市超過 10 萬名長者參與。

長照服務法已於 104 年 6 月 3 日總統令公告，除積極研訂長照法人法及 9 個子法。透過第一階段的長照十年計畫，失能老人服務涵蓋率已由 97 年的 2.3% 提升至 104 年月的 35%；104 年已完成建置 220 所多元日照服務中心、27 個失智症社區服務據點、2,476 處社區照顧關懷據點；並自 104 年 11 月起推動長期照顧服務量能提升計畫。

對弱勢長者持續就其經濟安全、健康維護、生活照顧之全方位協助政策推動，104 年 1 至 11 月補助長者生活津貼達 12.4 萬人，核撥金額計 96 億餘元；家庭照顧者特別照顧津貼 104 年 1 至 9 月核撥 4,753 萬元，9,407 人次受益，另考量長者就醫需求，補助保險費或部分負擔近 95 萬人次。

肆、推動社會保險改革、打造社會安全網絡

自 102 年 1 月起實施二代健保補充保費新制，截至 105 年 1 月底止保險收支累計結餘約 2,302 億元，達法定安全準備原則。為提供國人兼具效能與品質的健康照護服務，仍廣續推動各項改革措施，包括：

一、持續支付制度改革，如推動論質計酬與試辦論人計酬支付，調整五大科及護理支付標準，發展「急性後期照護計畫」及整合居家醫療照護服務等。

二、提供經濟弱勢者保費補助，至 104 年 11 月底計 324 萬餘人受益，補助金額 263 億餘元。持續提供紓困貸款、分期繳納、公益彩券回饋金等協助無力繳交健保費或醫療費者，金額達 36.9 億元。另，發展身心障礙者牙科在宅服務與巡迴醫療服務，104 年服務人次為 13.9 萬人次，投入金額約 4 億。

三、合理使用醫療資源：辦理門診高利用對象輔導措施，102 年該等對象 103 年經輔導後平均就醫次數下降 20%、平均醫療費用下降 15%。另推動健保雲端藥歷系統，至 104 年底計有 1 萬 8,853 家特約醫事服務機構查詢使用，減少重複用藥，統計最近一年（103 年第 3 季至 104 年第

3 季止)雲端藥歷查詢,扣除藥價調整效益,推估約為減少 78.28 億元藥費。

四、「長期照顧保險法」草案,因應大院屆期不續審,已重新送請大院審議。另,參考長照十年計畫及國外實施長照保險之經驗,進行長照保險 13 項給付之規劃。

伍、提倡全人健康概念、追求全民健康平等

為落實全人全歷程,從出生到死亡之健康照護理念,規劃推動多項健康促進與預防保健服務計畫,包括:

一、健康的出生與成長,補助高風險孕婦接受產前遺傳診斷檢驗費用,104 年共計補助 5.7 萬案;補助遺傳性疾病檢查,計 6,855 案;提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健服務、新生兒聽力篩檢補助方案、疑似發展遲緩兒童轉介補助費用等,以提升兒童健康。

二、營造健康支持環境,推動健康城市認證,計 12 個縣市及 11 地區、健康促進醫院計 160 家機構、安全社區計 145 個社區及健康促進學校計 3,885 校。

三、推動二代戒菸服務,至 104 年 10 月已服務近 33 萬人,6 個月戒菸率從實施前 23.9%提高為 27.7%,幫助 9 萬人成功戒菸。

四、擴大推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌、口腔癌等四癌篩檢,104 年共完成篩檢 506.34 萬人次,確診約 1.1 萬名癌症及 4.8 萬名癌前病變。

五、推動罕見疾病防治及藥物法修法,104 年 12 月 7 日發布修正「罕見疾病防治及藥物法施行細則」。截至 105 年 1 月止,共公告 210 種罕見疾病、92 種罕見疾病藥物名單及 40 項之罕見疾病特殊營養食品品目。

陸、拓展全方位醫療照護體系、優化醫療品質

為改善急重症醫療品質並強化偏鄉照護,持續推動以下措施,包括:

一、為改善偏遠地區急重症醫療品質,辦理醫院緊急醫療能力分級作業,目前共有 194 家急救責任醫院,本島除南投縣和臺東縣外,均有重度級急救責任醫院,每一縣市均有中度級以上急救責任醫院。另為緩解急診壅塞,建立急重症搶救動線,加強救護車到院前的分流分送。

二、訂定「急診 48 小時置留率」三年歸零目標(104 年 7%、105 年 4%、106 年 0%),納入醫院評鑑相關條文中落實規範。

三、104 年度起將住院醫師執勤時數與職業災害保護列入教學醫院評鑑項目,規定每周執勤時數不得超過 88 小時。另推動住院醫師工時改善獎勵等計畫。

四、「生產事故救濟條例」業於 104 年 12 月 30 日公布,將自 105 年 6 月 30 日施行。

五、培育在地醫事人才公費生制度,迄今已培育 910 名醫事人員,公費醫師留任率達 7 成。推動偏鄉護理菁英計畫,護理工作至少服務 4 年,以解決偏鄉地區護理人力不足問題。

六、強化心理健康策略及自殺防治工作,24 小時免費安心專線(0800-788-995)104 年累計服務超過 7 萬人次,篩檢出有自殺意念之電話通數為 12,152 通,重而及時阻止自殺個案 464 人。

柒、建構食藥安全體系、重拾消費信心

為維護食品藥物衛生安全，同時顧及消費者權益之保護，本部持續進行食品藥物安全管理體系改革：

一、健全食安法規：食安法業於 104 年 2 月 4 日及 12 月 16 日修正公布部分條文，修正重點涵蓋成立跨部會之食品安全會報、強化食品業者管理、提高罰則刑度等。依據食安新法已公布並執行追溯追蹤、一級品管、分廠分照等多面向加強食品安全管理，提升食安管理效能，保障國人健康及消費權益。

二、食品登錄制度：104 年 9 月 18 日公告修正「應申請登錄始得營業之食品業者類別、規模及實施日期」，新增及擴大應登錄始得營業之食品業者相關類別、規模及實施日期。截至 104 年 12 月 31 日止，已超過 30 萬家業者完成登錄，將持續推廣食品業者須辦理登錄政策。

三、為保障民眾用藥需求，使藥政管理更符合實務需求，「藥事法」部分條文修正 104 年 11 月 17 日經立法院三讀通過，12 月 2 日公布施行，全面提高罰則，加重藥商責任，增訂建立藥品追蹤追溯機制、必要藥品供應不足通報、提供藥品資訊易讀性輔助措施、因應緊急需求等藥物製造或輸入專案核准機制及藥品原料藥來源管理等條文。

捌、建置完備防疫體系、阻絕新興傳染疾病

為確保國人健康與生命安全，持續強化各類傳染病監測，並密切關注國際疫情變化，及時啟動應變作為：

一、104 年 7 月 1 日至 105 年 3 月 3 日止，流感併發重症確定病例累計 1,266 例，流感相關死亡個案 84 例。流感疫苗自 104 年 10 月 1 日起開打，已接種 290 萬 7,108 劑，疫苗使用率為 98.76%。H5N1、H7N9 等人類感染各 A 型亞型禽流感合併為「新型 A 型流感」列為第五類傳染病。104 年 1 月 1 日至 105 年 2 月 25 日止，「新型 A 型流感」累積通報病例共 85 例，均排除感染。105 年 3 月 3 日本部與地方政府衛生局建置流感應變醫院機制，協助流感疫情加護病床轉診；並於流感高峰期加開類流感門診、協助宣導輕症病患分流，避免醫學中心急診壅塞。

二、落實登革熱防治：104 年入夏截至 105 年 2 月 25 日止，本土登革熱確定病例累計 43,687 例，主要集中於臺南市，共計 229 例死亡，平均年齡 74 歲，多有慢性疾病。針對高風險縣市辦理登革熱防治計畫，由中央政府 104 年度總預算第二預備金提撥地方政府 2 億元，協助因應疫情。

三、10 年來我國結核病發生率逐年下降，降幅已達 33%，臺灣正式由結核病中高負擔國家邁入中負擔國家，另新案數也逐年遞減，優於南韓及香港等地，表示結核病防治成效良好。103 年發生率降至每十萬人口 48.4 人，在 103 年的世界經濟論壇（WEF）排名 69 名，較前一年進步 3 名。

四、針對愛滋病高危險族群，建置多元化諮詢服務及宣導管道，104 年委託民間組織設置同志健康社區服務中心，提供約 11 萬人次相關服務；修正「人類免疫缺乏病毒檢驗及治療費用給付

辦法」，於 104 年 12 月 14 日發布施行；我國愛滋病年發生率趨緩，WEF2015 年全球競爭力報告將我國列為第一名群組國家，優於南韓、香港、大陸，有效控制愛滋病疫情。

五、105 年 1 月 10 日國內首例境外移入茲卡病毒（Zika virus），係本部疾管署自 2003 年主動監測茲卡病毒約 5 萬件檢體以來首次發現感染個案。已於 105 年 2 月 2 日公告茲卡病毒感染症為第五類法定傳染病，醫師發現疑似個案應於 24 小時內通報。目前茲卡病毒感染症疫情主要集中於中南美洲，已提升中南美洲及加勒比海地區多國旅遊疫情建議至二級警示（Alert）。另依醫療整備、境外防疫、邊境檢疫及病媒控制四大策略建構國內防疫網，並完成中央流行疫情指揮中心應變架構，隨時掌握國際疫情訊息，一旦世界衛生組織宣布疫情達全球緊急事件，將依疫情需求成立指揮中心。

玖、0206 震災醫療照護及社會福利工作作為

一、自 2 月 6 日震災發生後，立即啟動收容機制，妥適安置災民，累計收容 313 人。受災民眾相關救（慰）助金，已發放（本部及賑災基金會）死亡、重傷慰問（助）金，累計新臺幣 220 萬元；賑災基金會另發放 0206 震災年節急難慰助金累計發放 23 人、計 23 萬元。

二、本部緊急醫療應變中心自 2 月 6 日凌晨事件發生後立即開始應變，由南區 REMOC 主責監控地震災害之發展及蒐集傷病患處理情形。震災現場醫療站自 2 月 6 日中午起於現場設置四個醫療救護站，本部緊急南區 REMOC 基地醫院（成大醫院）直至所有搜救人員完成撤離後，於 2 月 14 日始撤離，堅守現場達 192 小時。

三、本部、臺南市政府衛生局及南區精神醫療網核心醫院（本部嘉南療養院）於 105 年 2 月 6 日即啟動災難心理衛生應變機制，派遣心理專業人員於救災現場、收容處所、殯儀館設置安心關懷站，進行評估並提供心理關懷與諮詢服務，截至 2 月 14 日共派遣 391 人次，累計服務災民 661 人次。

四、因地震受傷需就醫的民眾未持有健保卡，已協調各特約醫療院所依「全民健康保險特約醫療院所例外就醫名冊」，對災民就醫各項協助。緊急醫療救護傷患通報名單自 105 年 2 月 6 日至 2 月 15 日止計有 561 位，收治於 34 家醫院。截至 105 年 3 月 1 日 11 時止，仍有 14 人住院（加護病房 3 人、一般病房 11 人）。

為因應社會高齡化及少子化之趨勢與挑戰，本部除持續強化既有施政作為外，並積極規劃未來施政重點如下：

一、健全社會福利服務：啟動「兒童權利公約施行法」優先法規檢視及國家報告撰寫作業。提出身心障礙者權利公約施行法相關法規優先檢視清單。105 年 3 月規劃完成高齡社會白皮書行動方案計畫，召開平台會議。依社會救助法第 15 條之 1 第 3 項授權，於 105 年 6 月 30 日前完成發布子法，協助各地方政府推動脫貧方案。

二、建構長照體系：持續辦理 105 年推動長期照顧服務量能提升計畫，完成長期照顧服務法

授權子法訂定作業，包含一部法律（長照法人法）及 9 部子法。另已研擬「長期照顧保險法」草案，送請大院審議，後續仍將持續向各界溝通說明。

三、續推健保改革：持續推動健康存摺等計畫，鼓勵民眾自我健康管理，讓民眾掌握自我健康情形，創新健保醫療服務模式。加強 Tw-DRGs 政策推動溝通：實施前全面對醫院院長、醫事主管、醫師、申報人員及疾病分類專家辦理 Tw-DRGs 宣導說明會，即時回應醫院之疑慮與建議，並設置 DRG 案件申訴管道。

四、強化國人健康服務：強化癌症及重要慢性病防治服務與體系發展，推動菸害防制法修正草案，調高菸品健康福利捐，以擴散菸捐效用。進行預告及通報 WTO 推動鹽品碘標示規定及食鹽碘含量之提升。

五、完善醫護體系：強化緊急醫療資源（病床、ECMO）調度機制；提高急診診察費支付點數；修訂急診品質提升方案，透過補助急診科醫師支援地區醫院及補助地區醫院增聘急診醫師，提升急診醫療照護適當性；規劃「植牙治療應注意事項或指導」手冊，作為民眾治療過程與特別注意事項的參考工具。

六、重建食藥安全：強化食品業者登錄、落實食品追溯追蹤制度及電子化紀錄（累計公告 19 類食品業者（約計 6,000 家業者，自 105 年 1 月 1 日起，分階段納入追溯追蹤系統、電子申報及使用電子發票）、持續精進食品標示規定；另規劃巧克力、奶油及人造奶油等標示研析。持續進行藥事法及化粧品衛生管理條例之修正。

七、強化防疫體系：妥適儲備抗病毒藥劑，同時嚴密監視國際疫情發展，並研議成立「國家蚊媒傳染病研究防治中心」，立即啟動病媒蚊防治研究。與農委會、科技部和中研院共同提出 106-109 年的「全球衛生安全—追求防疫一體之傳染病整合防治研究」科技計畫。成立「亞太傳染病防治訓練中心」，於 4 月份辦理茲卡病毒診斷檢驗訓練營，有效提升區域傳染病聯防量能。

八、持續參與國際衛生組織：專業參與世界衛生大會（WHA），持續與大會聯繫出席會議進程，以積極爭取與會權益，已著手進行相關發言稿件撰擬及雙邊會談洽排；積極籌備「亞太經濟合作」（APEC）衛生工作小組相關會議（高階論壇）及活動。

九、持續辦理 0206 震災災民慰助金發放作業並針對投入救災者及災民之長期追蹤及心理重建事宜，主動跨部會聯繫救災機關團體及教育部輔導系統，協助提供心理諮商/治療服務。

本部於第八屆各會期多承大院協助，通過多項重要法案，對本部業務之推展有莫大助益，本會期預定請大院優先審議之法案為長期照顧保險法草案。尚祈大院鼎力支持優先審議，早日完成立法程序，以嘉惠全體國人。

接下來謹就流感疫情及防疫作為進行檢討專案報告，敬請各位委員指教。

壹、背景：

一、為有效防治流感疫情，本部疾管署每年針對高危險群及高傳播群執行流感疫苗接種計畫，以及提供公費流感抗病毒藥劑予「流感併發重症」通報病例及其他高風險族群使用。

二、依據監測資料顯示，國內流感併發重症通報在 2 月 22 日達到單日高峰（當日通報 105 例）後，已下降至 3 月 6 日之 14 例，各醫學中心的單日類流感就診人次也降到百人以下。本流感季從去（104）年 7 月到今（105）年 3 月 6 日，已累計有 1,419 名流感併發重症確定病例，其中 84 名死亡，上一流感季分別為 726 例及 131 例。

三、依病毒監測結果，我國此波流感疫情之流感病毒並無變異，流行株與疫苗株吻合度，H1N1 為 90%，在 H3N2 為 100%、B 型為 60%，疫苗確實具保護力達七成以上；且未發現抗藥性。

貳、因應整備：

一、本部依既有對流感疫情之整備量能，持續掌握、調度及使用流感疫苗、流感抗病毒藥劑等防疫物資，並持續依「流感疫情高峰期應變作戰計畫」因應疫情高峰期之防疫需求，嚴密監測疫情發展，辦理擴大公費流感抗病毒藥劑適用對象/增設藥劑配置點及急診壅塞紓緩措施等相關作為。

二、提供流感抗病毒藥劑：

1. 本部疾管署目前儲備有流感抗病毒藥劑 294 萬餘盒（克流感膠囊 214 萬餘盒、瑞樂沙 79 萬餘盒、RAPIACPTA 420 袋），總計達全人口比例 12.7%。

2. 為減少秋冬流感疫情可能的衝擊，本部自去（104）年 12 月 1 日起擴大公費流感抗病毒藥劑適用對象至今（105）年 3 月 31 日止，增加「高燒持續 48 小時之類流感患者」及「家人/同事/同班同學有類流感發病者」二類適用對象；目前持續適用。

3. 隨時調度抗病毒藥劑，3 月已調度 64,427 盒（克流感 17,400 盒、瑞樂沙 47,027 盒）至台北市、高雄市、新北市、台東縣、宜蘭縣、花蓮縣、屏東縣、苗栗縣、桃園市、基隆市、雲林縣、新竹市、新竹縣、嘉義市、嘉義縣、彰化縣及澎湖縣等 17 縣市。

三、紓緩急診壅塞現象：

1. 因為今年流感高峰期適逢幾波寒流，同時引發慢性病患之急性惡化而有住院需求，造成自春節假期前迄今，醫院病床一直呈現吃緊情況，間接導致急診壅塞情形惡化，甚至有重症患者滯留急診待床。

2. 本部透過緊急醫療救護系統（EMS）掌握全國加護病床空床數資源，並每日與地方政府衛生局召開「因應流感疫情協調急診壅塞相關事宜研商視訊會議」，由中央與地方衛生機關共同攜手防治流感，解決急診擁擠的現況。

3. 於 3 月 3 日晚間公布由衛生局指定之 8 醫療區域（10 縣市）26 家流感應變醫院，並於 3 月 6 日增加到 9 醫療區域（11 縣市）29 家流感應變醫院（如附件）。由衛生局每日上午 9 時監測轄區醫學中心加護病床（ICU）待床數大於 5 床時，啟動應變醫院機制，由衛生局通知轄區 A 級

應變醫院（每家每日專門提供 2 床 ICU 空床接收轉診），A 級應變醫院滿床後啟動轄區 B 級應變醫院因應；此方案將於辦理一週後視疫情發展進行調整與檢討。

4. 衛生局將持續督導轄區急救責任醫院於流感高峰期加開類流感門診、協助宣導輕症病患（檢傷分類第 4 級與第 5 級）分流，避免醫學中心急診壅塞。本部、各區域緊急醫療應變中心（REMOC）與各縣市衛生局均全力支持調度醫院加護病床及相關醫療資源，另為有效紓緩本次流感導致之急診壅塞，亦請各醫院延後非緊急之手術與住院。

5. 本部（REMOC）持續定時彙整、監測各急救責任醫院 ICU 空床、葉克膜機器使用需求及各醫院急診室收治狀況等緊急醫療資源相關訊息，可以回饋與協助地方衛生機構掌握狀況。另有關 EMS 資料均由各急救責任醫院填報，為落實 EMS 資訊完整性與正確性、協助各家醫院順利轉診，如經發現系統顯示加護病床有空床，卻以無病床為由拒絕轉診之醫院，將由轄區衛生局介入了解與確認。

6. 目前急診以醫學中心待床情形較為嚴重，本部要求當地衛生局積極介入轉院協調等協助事宜，亦呼籲民眾珍惜現有的寶貴緊急醫療資源，如非必要請勿佔用，把醫療資源留給最需要的人，並務必配合醫院疏散就醫，以紓緩急診待床現象。如有類流感症狀時，症狀輕微者請先至基層醫療院所就醫，症狀較嚴重或需要轉診之民眾，建議可先至全國 82 家中度級急救責任醫院及 36 家重度級急救責任醫院就診。

7. 本部疾管署持續派員前往醫學中心實地掌握急診及類流感病患分流情形。

四、訂定校園防治主軸：本部於 3 月 1 日召開流感專家諮詢會議，教育部亦派員與會，考量流感病毒沒有變異，疫苗確實具有保護力，且本次重症及死亡病例多發生在 50 歲以上成人，並非學齡兒童，而且流感之停課效益不明顯，同時疫情已趨緩，因此決議不訂定全國統一的停課標準，但保留縣市政府可因地制宜實施停課措施的彈性，然更重要的是應落實生病不上課，並且加強疫苗接種及衛生教育。

參、總結：

依疫情監測資訊，評估本波流感疫情已過高峰期，且以上各項醫療、物資及傳染阻絕等手段多管齊下，預期對疫情控制有效；重症病患之衝擊預計再持續一周左右。除持續監控疫情發展及辦理相關作為，並將透過多元管道加強各項溝通及宣導，包括：

一、積極向民眾溝通說明流感疫情已呈下降趨勢，避免恐慌。

二、宣導流感併發重症之早期危險徵兆及可能之相關感染，以提高民眾與醫師之警覺心，並發布致醫界通函提醒臨床醫師即早適時使用公費藥劑。

三、基於流感併發重症死亡個案未接種流感疫苗的比率偏高，持續衛教溝通接種流感疫苗之重要性。

四、與相關團體和基層人員保持溝通，以適時調整相關作為共同度過難關。

另將針對流感疫情未來發展趨勢及所需醫療資源建立有效預判機制，並儘早因應。

附件

縣市	醫學中心	應變醫院
臺北市	臺大醫院 台北榮總 新光醫院 台北國泰 內湖三總	市立和平院區(A級)
		市立中興院區(A級)
		國軍松山(A級)
		市立仁愛醫院醫院(A級)
		市立陽明院區(A級)
新北市	亞東醫院 馬偕醫院(淡水馬偕)	新北市聯醫(三重院區)(A級)
		雙和醫院(A級)
		部立台北醫院(B級)
桃園市	林口長庚	國軍桃園總醫院(A級)
部立桃園醫院(B級)		
敏盛綜合醫院(B級)		
臺北榮總(新竹分院)(B級)		
新竹縣		
臺中市	臺中榮總 中國附醫	中港澄清(A級)
		部立臺中醫院(A級)
		部立豐原醫院(A級)
國軍台中總醫院(A級)		
部立彰化醫院(A級)		
彰濱秀傳紀念醫院(A級)		
彰化縣		
嘉義市	嘉義長庚醫院	部立嘉義醫院(A級)
嘉義榮民醫院(A級)		
台南市	成大醫院 奇美醫院	部立台南醫院(A級)
		高榮台南分院(B級)
高雄市	高雄長庚醫院 高雄榮民總醫院 高醫中和紀念醫院	國軍高雄總醫院(A級)
		國軍左營分院(A級)
		高雄市立聯合醫院(A級)
		高雄阮綜合醫院(B級)
部立屏東醫院(A級)		
屏東基督教醫院(A級)		
屏東縣		
花蓮縣	慈濟醫院	花蓮國軍總醫院(B級)

主席：請勞動部勞動條件司謝司長報告。

謝司長倩蓀：主席、各位委員。今天大院召開社會福利及衛生環境委員會全體委員會議，本部應邀就「如何因應重大流感疫情衍生之急診壅塞、加護病房不敷使用、民眾不願配合轉診、高危險群流感疫苗接種率不足、缺乏全國一致停課標準、家庭照顧假無給薪、各縣市幼兒園退費標準不一等問題」列席作口頭報告，並得親聆各位委員的教益，深感榮幸。

首先，感謝各位委員對於本部業務的關心，並為勞工爭取福利，至感欽佩。以下謹就此議題提出報告：

一、勞工如因職業上原因感染重大流感，雇主依法應給予「公傷病假」及工資補償。

二、勞工如非因職業上原因感染重大流感，得依勞工請假規則第 4 條規定請普通傷病假。普通傷病假 1 年內未超過 30 日部分，工資折半發給。勞工亦可選擇請特別休假或事假，以為因應。

三、勞工若因家庭成員感染重大流感，或子女因流感疫情停課，有親自照顧之必要，可依性別工作平等法第 20 條規定，請家庭照顧假；其請假日數併入事假計算，全年以 7 日為限，雇主不得拒絕或視為缺勤而影響其全勤獎金、考績或為其他不利之處分。公務人員、教育人員及軍職人員，亦適用相關規定。

四、依現行規定，家庭照顧假之薪資，依各該受僱者所適用之事假規定辦理。適用勞動基準法之勞工，依勞工請假規則之規定，每年事假不得超過 14 日，事假期間不給工資。經初步評估，雇主 1 日之薪資負擔約為 90.45 億元；如果現行 7 日之家庭照顧假都給薪資，整體薪資負擔將增加 633.15 億元。規範方向因涉及雇主財務之負擔，宜進一步凝聚共識，本部將審慎研議。

以上報告，敬請指教，並祝主席、各位委員身體健康，萬事如意。謝謝！

主席：請教育部綜合規劃司傅司長報告。

傅司長瑋瑋：主席、各位委員。教育部本日應邀列席 貴委員會召開「如何因應重大流感疫情衍生之急診壅塞、加護病房不敷使用、民眾不願意配合轉診、高危險流感疫苗接種不足、缺乏全國一致停課標準、家庭照顧假無給薪、各縣市幼兒園退費標準不一等問題」全體委員會議，以下教育部就「重大流感疫情校園防疫措施」提出報告，敬請指正。

壹、現況

依據衛生福利部疾病管制署（以下簡稱疾管署）新聞稿指出，目前流感疫情主要仍以 A 型 H1N1 流感為主，約占 7 成。本流感季自去（104）年 7 月 1 日以來，截至本（105）年 2 月 22 日已累計 771 名流感併發重症確定病例，9 成 5 以上重症患者未接種本季流感疫苗。該署表示，本季流感疫情於春節左右達到最高峰後，現已逐漸下降。

貳、相關因應作為

為防範流感疫情傳播，教育部多次函請各級學校及發布新聞稿籲請各級學校師生及家長勿輕忽流感，持續加強落實各項防治措施，以降低流感威脅，相關措施如下：

一、向教職員工生及家長實施衛生教育宣導：

（一）落實良好衛生習慣：平時應養成勤洗手及注意手部衛生、良好的呼吸道衛生及咳嗽禮節，盡量避免出入人潮擁擠、空氣不流通的公共場所。如有呼吸道症狀時應配戴口罩；打噴嚏時應用面紙或手帕遮住口鼻，或用衣袖代替；與他人交談時，儘可能保持 1 公尺以上。

（二）落實「生病不上課、不上班」原則：對感染流感之師生，請其戴口罩，指導其適當休息與適當補充水分，並依醫師指示接受治療，並儘量與家長溝通，讓學生在家休養直至症狀解除後 24 小時始返校上課。

（三）運用多元管道加強宣導：多加利用疾管署流感專區（網址為 <http://www.cdc.gov.tw>）之相關衛教宣導資料，透過相關集會場合、家庭訪視、家庭聯絡簿、宣導單張、佈告欄及跑馬燈

等方式，將流感防治正確知識傳達學生及其家人，強化師生及家長對流感防治之了解與重視。

(四)注意流感危險徵兆，儘速就醫：加強宣導生病之師生如出現呼吸困難、急促、發紺（缺氧、嘴唇發紫或變藍）、血痰或痰液變濃、胸痛、意識改變、低血壓、高燒持續 72 小時等流感危險徵兆應儘速就醫，以掌握治療的黃金時間。

(五)配合醫囑服用流感抗病毒藥劑：疾管署自去年 12 月 1 日起即擴大公費流感抗病毒藥劑用藥對象，增加「高燒持續 48 小時之類流感患者」及「家人/同事/同班同學有類流感發病者」2 項，且尚未檢出對公費流感抗病毒藥劑具抗藥性的病毒株。籲請符合服用條件之師生應及早用藥，以減低病毒對身體之影響。

二、學校提供適當環境設施，落實疫情監測及通報機制：

(一)學校應提供充足且適當之洗手環境，保持教室之清潔與通風，並維持室內寬敞空間；如有需要，進行全面環境清掃及消毒工作。

(二)隨時關心與注意學生之健康與出缺勤情況，如學生出現異常之請假狀況時，應聯繫家長瞭解原因；如為疑似群聚感染情形，應進行必要之通報與預防措施。

三、專家會議決議不訂定全國停課標準：

本年 3 月 1 日疾管署召開流感防治諮詢會議，決議不訂定停課標準，原因說明如下：

(一)由於流感疫情逐漸降溫，病毒並未變異且疫苗仍具保護力，且本次流感疫情重症及死亡病例發生於 50 歲以上成人，並非學齡兒童，考量國際間並無流感停課標準，部分研究亦顯示停課後學童在社區及家庭接觸頻率提高，反而可能造成流感發生率上升 27%，且必須停課至少 8 星期才有顯著效果，因此專家一致決議不訂定全國停課標準，但各級學校應落實生病不上課、不上班，並加強疫苗接種及衛生教育。

(二)當年 H1N1 流感定有停課標準在於考量 H1N1 屬於新型病毒，並無疫苗可供預防且多數人並無抵抗力。今年國小學童疫苗接種率高達 7 成，且非重症主要發生族群，疫情與當年明顯不同，建議持續加強高風險族群疫苗接種率，校園應落實咳嗽禮節及手部衛生防範流感。

參、結語

本部將持續督導各級學校落實防治教育，提醒教職員工生及家長澈底落實流感各項防治措施，並注意是否發生流感危險徵兆，以降低疫情威脅，並與疾管署保持密切聯繫，配合相關防疫措施，以維護師生健康。

主席：請教育部國教署王專門委員報告。

王專門委員慧秋：主席、各位委員。我國在幼托整合前，負責學齡前幼兒教育及照顧服務之機構，分別為幼稚園與托兒所，二者在師資、管理、課程、設立要件及教保服務品質有不相等之情形，爰透過推動幼托整合政策，解決過去幼托體系分流所衍生之問題。101 年 1 月 1 日幼兒教育及照顧法（以下稱幼照法）施行，確立幼兒教育及照顧方針，幼稚園及托兒所全面改制為「幼兒園」，並由教育部門統籌督導管理。

幼照法施行前，幼稚園及托兒所係分別依幼稚教育法、兒童及少年福利法之規定辦理；原幼稚園收退費係由直轄市、縣（市）主管機關自定，原托兒所則無收退費之相關規定。

壹、各直轄市、縣（市）幼兒園退費標準規定及現況

一、幼照法第 42 條幼兒園退費規定

幼兒因故無法繼續就讀而離園者，幼兒園應依其就讀期間退還幼兒所繳費用；其退費項目及基準之自治法規，由直轄市、縣（市）主管機關定之。

二、現行全國 22 縣（市）政府所定幼兒園退費自治法規，彙整主要分為以下四種類型：

（一）因故連續請假達一定日數

幼兒因故請假並於事前辦妥請假手續，且請假日數連續達五（七）日以上（不含假日）者，按當月就讀日數比例退還點心費、午餐費、交通費代辦費項目，其餘項目不予退費。

（二）因法定傳染病、流行病或流行性疫情等強制停課

因法定傳染病、流行病或流行性疫情等原因強制停課，停課期間連續達上課日五（七）日以上者，應依停課日數與當月教保服務日數之比例，退還停課期間之午餐費、點心費、活動費及交通費，其餘項目不予退費。

（三）國定假日、農曆春節達一定日數

國定假日、農曆春節連續達五（七）日（含例假日）以上，應以就讀日數退還停課週間之點心費、午餐費、交通費、按日或按次計算之課後延托費等代辦費項目，且採事前扣除方式辦理，須辦理補課之彈性放假日不予退費。

（四）幼兒因故無法就讀而離園（中途離園）

1. 學費、雜費：學期教保服務起始日前即提出無法就讀者，全數退還。學期教保服務起始日後，未逾學期教保服務總日數三分之一者，退還三分之二。學期教保服務起始日後，逾學期教保服務總日數三分之一，未逾學期三分之二者，退還三分之一。學期教保服務起始日後，逾學期教保服務總日數三分之二者，不予退費。

2. 保險費及家長會費：依學生團體保險及家長會設置相關規定辦理退費。

3. 其他代辦費：以學期為收費期間者，按就讀月數比例計算退費；以月為收費期間者，按離園當月就讀日數比例計算退費；已製成成品者不予退費，並發還成品。

幼兒園依前項規定退費時，應發給退費單據，並列明退費項目及數額。因幼兒園退費標準之訂定係屬地方自治權責，爰有縣（市）間之差異。

貳、結語

本部將持續請各直轄市、縣（市）政府督導各幼兒園落實依幼照法第 42 條及縣（市）所定收退費相關規定辦理退費事宜，並保障家長就學補助權益。

以上說明，敬請各位委員惠予指教。

主席：現在開始進行詢答，每位委員質詢時間為 10 分鐘，必要時得延長 2 分鐘；至上午 10 時 30 分截止質詢登記。委員如有書面質詢請於質詢結束前提出，逾時不受理；本委員會將於 12 時處理提案。

首先請劉委員建國質詢。

劉委員建國：主席、各位列席官員、各位同仁。請教部長，在整個流感大流行過程當中，CDC 有

沒有據實向你做相關的報告？有沒有向你建議應該提高防疫的層級或成立指揮中心，還是從頭到尾都沒有提出建議，或者他們跟你報備時，你覺得不需要？所以到 3 月 3 日才實施分流的相關計畫，請簡單說明。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。整個流感的管控，其實從去年施打疫苗開始……

劉委員建國：請你回答問題！CDC 有沒有據實向你回報，這次的流感這麼嚴重，該不該提高防疫層級或成立應變中心？請針對這兩個問題回答。

蔣部長丙煌：持續有提供……

劉委員建國：有沒有建議？請回答我所詢問的問題！

蔣部長丙煌：我準備回答你！

劉委員建國：已經死了八十幾個人了，請回答清楚！CDC 有沒有具體建議提高防疫層級或成立流感應變中心？

蔣部長丙煌：沒有具體建議成立應變中心。

劉委員建國：你有沒有向部長建議提高防疫層級且應該成立應變中心？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。沒有。

劉委員建國：當時發生 MERS、伊波拉及 2009 年的 H1N1 等疾病都有成立應變中心，總共發生多少死亡病例？請簡單說明。

郭署長旭崧：報告委員，有關成立指揮中心，依傳染病防治法由 CDC 來做評估，然後呈報給部長。

劉委員建國：經由你們評估之後，MERS、伊波拉及 2009 年的 H1N1 必須要成立。

郭署長旭崧：是，沒錯。

劉委員建國：這次流感的嚴重性，難道不及 2009 年的 H1N1、伊波拉及 MERS，所以不需要成立？

郭署長旭崧：它的嚴重性，假使以死亡的人數來看，是需要成立。但若以致病率來看，它所產生的恐慌度、對國家的危害，相對比較小。

劉委員建國：產生的恐慌度是由你們評估及界定嗎？是憑你們的感受及感覺判定嗎？一個病例死亡與 84 個病例死亡，請問哪一個比較容易造成恐慌？

郭署長旭崧：有關整個傳染病的高度不確定性，自從 SARS 之後，防疫單位都是戒慎恐懼。對於這次的疫情，CDC 沒有在第一時間，全面且及時對醫界與民眾提出警訊，CDC 深表歉意，我也向部長表達……

劉委員建國：你現在深表歉意，是要向全國人民道歉？你表達清楚一點！

郭署長旭崧：是，而且我已經向部長提出自請處分。

劉委員建國：你如何自請處分？引咎辭職還是如何自請處分？請你將自請處分講清楚。你為什麼在第一時間，沒有辦法與醫療相關機關團體溝通清楚，你為什麼到現在還認為不是造成恐慌最嚴

重的階段。你們在農曆過年後，就已經片面宣布流感的高峰期已過，這幾個大事紀裡面記載的清清楚楚。你們到了 3 月初還持續在說流感高峰期已過，但是流感引發的重症病例卻節節上升，造成 5 年來因流感死亡及併發重症人數創單日最高，還說不會造成恐慌。

這兩天據媒體報導，因流感加開病床數都還不夠，而且 A 型流感可能轉變成 B 型流感增加到三成，如果這樣還不夠恐慌，什麼才夠恐慌？什麼才叫流感大流行？你要如何自請處分？講清楚！因流感疫情導致 84 人死亡，你現在還在爭辯，你不懂就不要裝懂！

郭署長旭崧：報告委員，容我說明……

劉委員建國：你在隱匿什麼？你到底在隱瞞什麼？你該啟動提升防疫層級，為什麼都不作為？

郭署長旭崧：報告委員，容我說明一下，有關疫情的公開與透明……

劉委員建國：你是不是把人命當作數字？

郭署長旭崧：從 SARS 之後，防疫單位對於疫情的公開與透明是我們的第二生命，從來沒有一位防疫人員敢在疫情上做任何隱匿。今天我們所掌握的疫情，有時是根據醫院的通報，沒有辦法非常即時。

劉委員建國：從 2003 年 SARS 到現在，不管是 2005 年、2006 年、2009 年，所有針對相關的流行病學，統統有你們的整備計畫，你們還有設置定點的監測醫師，CDC 還對監測醫師施以長期的訓練。關於監測醫師對定點實施監測，請問監測的結果如何？定點的監測醫師提供你們什麼數據？請簡單跟委員會及全國媒體說清楚。你們編了經費、培訓人員，這些都是人民的納稅錢，請將這些數據及狀況向委員會做簡單的說明。

郭署長旭崧：整個監測的體系其實是包括四個層面，第一個，關於病毒的監測，我們建立一個防疫網與全國實驗室直接做聯繫，我們可以知道病毒的變化，所以我們現在發現……

劉委員建國：請你回答本席，定點醫師現在有沒有據實提供相關的數據給 CDC 做為參考？

郭署長旭崧：有。

劉委員建國：有嗎？

郭署長旭崧：就是過去的定點醫師是舊的作法，現在我們可以透過……

劉委員建國：現在持續在做嗎？

郭署長旭崧：現在因為健保規定，醫師每天都要將資料上傳，所以我們……

劉委員建國：現在定點醫師有沒有據實提供 CDC 相關的數據？這麼簡單的問題，請回答本席。

郭署長旭崧：因為定點醫師是舊的系統……

劉委員建國：所以就是沒有嘛！你剛剛回答本席有，現在又說沒有，你們是不是已經取消了，對不對？

郭署長旭崧：是，很早就取消了。

劉委員建國：多久前取消？

郭署長旭崧：大概在 4、5 年前，因為那不是重點。我們現在有四種層次來監控疫情，這次最大的問題在於我們看到流感感染及門診的高峰期確實已過。

劉委員建國：你還在說高峰期已過，是真的過了嗎？

郭署長旭崧：是真的過了，現在我們所看到的重症的高峰期已過……

劉委員建國：你在今年的第三個禮拜說高峰期已過，到現在 3 月初又說高峰期已過，到底什麼叫高峰期已過？請說明清楚，你不要在社環委員會又製造恐慌。

郭署長旭崧：不會。這可能是我們溝通不足的地方，因為這裡面有……

劉委員建國：你跟誰溝通不足？你跟院長、部長溝通不足，你和衛福部相關單位都溝通不足。

郭署長旭崧：我們是有責任將疫情以科學的方法來做說明，這裡面確實有感染的高峰、門診的高峰、重症的高峰及死亡的高峰。當我們在講高峰時，或許我們自己努力不夠，溝通的不是非常清楚。所以當我們說高峰已過時，是在說感染的高峰期已經過了，從實驗室的監測所得到的結果。但是我們確實與第一線的醫療人員感受脫節。

劉委員建國：本席覺得你還處在草菅人命的高峰階段！針對大流感，你的高峰要有幾個面向？你現在在講什麼！你的專業是這種程度嗎？你是在騙小孩！節節高昇的流感疫情所引發的重症死亡案例沒有下降，你要從哪一個面向跟社會大眾說明，到底哪一個面向沒有高峰，哪一個面向有高峰？

郭署長旭崧：是。

劉委員建國：你到現在還在「掰」，你的自請處分到底是處分什麼？

郭署長旭崧：我的自請處分是針對沒有說明清楚的部分。

劉委員建國：一個流感已經造成 84 例死亡。去年香港流感大流行，死了五百多個的病例，竟沒有辦法讓台灣引以為戒。SARS 疫情所造成的慘狀，竟沒有辦法讓你們提高警覺。而你們一再宣稱高峰已過，但是又出現另一個高峰。你現在告訴本席高峰有四個面向。請問部長，疾管署署長是不是這樣向你報告的？

蔣部長丙煌：的確，「高峰」在定義上應該要說的更清楚，所謂「高峰」一是流感疫情的高峰，其次是併發重症人數的高峰，另一則是死亡人數的高峰，其實這些情況是一波波接著來的……

劉委員建國：部長，不論你指的是什麼「高峰」，現在 CDC 相關的法律統統可以依循，既有工具也有武器，你們都可以為台灣的蒼生降低因流感造成的人命損害，只要提高防禦層級及建立應變中心，本席認為不應該到 3 月 3 日晚間才宣布分流計畫成立相關專責的醫院，其實在過去的整備計畫已經有了，不應該有如此焦頭爛額的事情發生。CDC 署長應該儘早讓部長了解情況，迅速提高防禦層級，不該至今年初才實施擴大疫苗注射範圍至 65 歲以下民眾，造成有許多死亡病例，其中有超過 9 成 6 的患者並未施打疫苗。這件事讓我們清楚的了解，這次流感死亡病例的年齡層涵蓋老、中、青三代，而你們至今年年初才擴大施打疫苗至 65 歲以下民眾，造成此次流感疫情是有史以來最嚴重的情況。在施打疫苗部分，張上淳前副署長也透過媒體報導，其中內容前段提及某種程度的疫情摘要，後段實則在指責 CDC，你們真的「剛好就好」！請問為何施打疫苗變成如此情況？

副總統當選人陳建仁請你們加油，也建議應當要儘速處理基層的快篩及克流感用藥。有關你們公布的部分以及健保署給付部分的快篩，比方在雲林縣的偏遠地區有很多醫療院所與 CDC 並沒有簽立合約，患者即便透過快篩確診為流感，卻要跑到其他的診所才能領取克流感的藥物。

難道我們偏遠的人該死，同樣繳健保費，為何一個鄉鎮裡面僅有一、二間診所提供？請問基層的用藥及快篩到底是如何處理的？此外，快篩服務必須自費，但是你們知道快篩劑過期了嗎？為何疫情延燒至如此嚴重的情況下，快篩仍要自費？

部長，你是食安專家，你了解基本上這個事件應該是從源頭的概念來管理，若 CDC 及早提高防禦層級，擴大施打疫苗的年齡層，本席認為疫情絕對不會如此嚴重！部長最近巡查了數家醫院，請問有獲得任何結果或結論嗎？我們都知道雲嘉地區沒有醫學中心，急診室及 999 加護病房一樣塞爆、滿床，導致有部分腦中風的病人急救送到醫院後不敢開刀。你們現在公布要疏解醫學中心的壅塞，請問雲嘉地區要如何疏解？請問對於沒有與 CDC 簽約的雲嘉地區診所你們該如何處理？到底死亡人數要到多少，你們才願意擴大免費提供快篩？如此情況部長是否知道、清楚？此次因為流感而死亡的人數已達 84 人，你們卻真的只把它當成數字看待！我認為相關單位絕對要負擔起責任，台灣是一個醫療進步的國家，如今僅是流感就高達 84 人死亡，請問你們要如何自請處分？

主席：今天我們所排定的專題是為如何防止流感疫情來做深入的探討，我們邀集主管機關到此進行報告與說明，請委員們在質詢時讓官員能夠進一步說明清楚，因為這個議題也是全國民眾非常關心的。

接下來，請陳委員瑩質詢。

陳委員瑩：主席、各位列席官員、各位同仁。部長畢業於 University of Illinois，是嗎？請問是在哪個 campus？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我就讀於 Champaign Urbana 校區。

陳委員瑩：我是你的學妹，今天是我第一次對部長質詢，先說聲：學長好！

蔣部長丙煌：學妹好！

陳委員瑩：雖然你是學長，但是攸關人命的事，我不能給你太多的優待。

蔣部長丙煌：沒有問題。

陳委員瑩：你是眾所皆知的食安專家，因此，本席應會盡量協助你，俾讓你底下醫療體系出身的部屬不要欺負你。

蔣部長丙煌：他們不會。

陳委員瑩：3 月 4 日媒體以斗大的標題報導：已無葉克膜救人！剛剛部長已經報告，此次流感確診病例通報數量已達 1,419 例，死亡人數也已經達到 84 人，這是近 5 年來同期發生病例最多的一次。對於流感急重症病患的救命器材—葉克膜，卻是沒得使用的滿機狀態。據了解，在上星期五各大醫院的情況分別是：台大醫院有 12 部，皆用於流感重症病患；台北馬階醫院有 3 部，其中 2 部用於流感重症病患，而在先前重症病患較多時還須向其他醫院借調；彰化基督教醫院有 4 部是全滿的狀況，該院表示如果還有其他病患需要使用，就必須轉院。事實上，有部分醫師表示若流感重症患者搭乘救護車轉院，風險相對較高。請教如果醫院間調度葉克膜給急重症患者使用而非轉院，對患者而言，是否相對較為安全？

蔣部長丙煌：是，本來就應當如此去做，不僅是機器而已，還包括相關的體外循環室等等都有……

陳委員瑩：所以重點在於避免讓急重症患者轉院，否則將提高死亡的風險。

蔣部長丙煌：是。

陳委員瑩：3 月 3 日衛福部發言人王哲超表示，葉克膜不是一般的儀器，大部分都是動態在使用，他擔心如果逐一詢問醫院葉克膜的使用狀況，會干擾醫護團隊，因此無法得知究竟哪些醫院的葉克膜不足。之前你們曾經表示發言人的發言足以代表你們部會，而他說無法統計葉克膜數量，請教部長，截至今天為止這個問題解決了嗎？又，衛福部是否掌握各家醫院擁有葉克膜數量、使用及調度狀況？

蔣部長丙煌：我們已經清楚地掌握各醫療院所葉克膜使用的情況，上星期六我去了 4 家醫學中心，包括林口長庚、台北及台中榮總與台中中國醫藥大學附設醫院，詢問有關葉克膜的問題，他們皆表示目前尚可應付，如果有需要……

陳委員瑩：所以目前你只去過那 4 家醫院嗎？

蔣部長丙煌：對。

陳委員瑩：你知不知道現在全台灣葉克膜總共有幾部？

蔣部長丙煌：依據體外循環協會所提供的資料，總共有 129 部。

陳委員瑩：請問你知道北、中、南及東部的分布是如何？

蔣部長丙煌：對於這部分王司長比較有清楚的掌握。

陳委員瑩：據你們星期五到本席辦公室報告的資料統計，北部有 74 部、中部 29 部、南部 26 部，而你們把花蓮歸屬於北部，而花蓮有 2 部在慈濟醫院，請問台東有幾部機器？

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。有關葉克膜的數量，在台東馬偕有 1 部，但對於這部機器的使用，我們擔心有人力上的問題。

陳委員瑩：本席只是詢問台東的數量。上週五衛福部派代表到我辦公室所報告的數量是零，後來我的助理到處打電話詢問所得到的數據，與你所說的並不一樣，依據台東馬偕醫院的醫師表示有 2 部，讓我們感到遺憾的是至今衛福部居然對於葉克膜數量都不能掌握！

接下來本席要請問的是，截至今天為止，因流感重症住院人數究竟有多少？

王司長宗曦：這部分的數據……

陳委員瑩：連這項重要的數據也不知道，我跟你們說還比較快！上週你們的國會聯絡人周護理師到我的辦公室提供的訊息是有六十幾個急重症病患，但今天早上給我們新的訊息是七百多個，為何差距如此之大？難道是近幾天病患突然暴增？或者是與葉克膜一樣的情況，你們不清楚到底有多少人？

蔣部長丙煌：有關流感重症住院人數的統計，一是重症住院，另一則是因為流感而併發重症住院，這兩個統計數字可能有所混淆。

陳委員瑩：請部長說明這兩個數字究竟分別是多少？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。我們沒有去調查這部分的數據。

主席：請衛福部健保署黃署長答復。

黃署長三桂：主席、各位委員。健保署每天皆有統計全台急診住院人數，一般是以 5,000 人為標準，2 月 7 日是此次流感的最高峰，將近七、八千人住院，如果以急診重症住院來統計大約是 5,000 人左右，沒有加以區分。

陳委員瑩：我所詢問的是「重症」住院，你不要答非所問！

黃署長三桂：目前對於住院病患並未區分是否為「重症」。

陳委員瑩：你說沒有區分，但是你們的國會聯絡人卻到我的辦公室報告相關的數據，請問這是怎樣的情況？

本席方才質詢的部分是為了凸顯衛福部有很嚴重的問題，請教部長如何處分疾管署署長？

蔣部長丙煌：這部分尚待整個事件結束後，再予以檢討。

陳委員瑩：這個事件不知道何時才會落幕！本席剛才僅對於葉克膜進行提問，醫事司商副司長說台東是零部，但王司長卻說是 1 部，我們去電台東馬偕醫院詢問是 2 部。由此可見，衛福部不論是數據或是整體情況皆未掌握，請問部長在這般情況下可以做好防疫工作嗎？

蔣部長丙煌：據我實地視察數家醫院發現，葉克膜的使用都是動態的，若在機器數量不足的情形下，可以向廠商租借，所以它是一個……

陳委員瑩：你說的本席都了解，但我所要請問的是重症住院人數，你們無法知道。你去看了 4 家醫院，就說對葉克膜很了解、沒有問題！

蔣部長丙煌：我並非說都了解……

陳委員瑩：沒關係，本席都已經幫你們統計相關數據了，王司長也很認真去台大醫院、馬偕醫院、林口長庚以及新光醫院，單是林口長庚醫院，王司長及部長也都去過，其他醫院只去一次，台灣南部、東部也有醫院，也有流感的病例，請問你們為何沒有前往視察？你們連葉克膜有幾部的數字都不能掌握，是否應該實地去視察？你們與本席的數據究竟何者是錯誤的？或者是你們國會聯絡人提供的資訊是錯誤的？

你們在台北都會區任意巡視數家醫院，竟稱之為「深度訪查」，對偏鄉的醫療院所而言，他們又該如何是好？你們不要空口說白話。本席覺得很錯亂，上週五報紙斗大標題說：已經沒有葉克膜可以救人了！但是今天報載王司長表示：不缺葉克膜。請問這是怎麼一回事？現在全台有多少重症患者在使用葉克膜？

王司長宗曦：目前正在 on 上葉克膜的重症病患人數，北部 55 名、中部 18 名以及南部 28 名，總共八、九十人，以上並非僅指流感重症的部分。

陳委員瑩：如果你們原本提供流感重症患者有六十幾個的數字是真的，但媒體的報導卻是葉克膜不夠用，請問這其中發生何種問題？本席認為一是你們的資訊有落差，另一則是葉克膜的分布不平均，如果台東有比較多人需要葉克膜怎麼辦？方才部長也提及要讓重症患者轉院非常的危險，所以我希望你們藉此多加注意有關花東地區的醫療，多去實地視察。

本席在此要替醫界發聲，這次流感讓許多醫療人員的工作量暴增，我們經常痛批「血汗醫院

」、「血汗診所」，根據一位小兒科醫師向我反映，他們診所的業務量估計增加三成，急診的部分增加的數量可能更多，真的非常辛苦！但是健保的給付是依據總額，他們增加看診並非為了多賺錢，而是因為流感病患人數很多，他們業務量因此增加，但健保的點值卻沒有隨之增加。對這部分，你們是否應成立一個專案周全考慮如何因應流感，給予醫院或診所補助，也就是在健保給付點值上稍作調整？這個補助，是單一項目？還是應該用總額來增加？譬如流感門診，如果超過一定人數，醫院可能可以多賺到一些掛號費，但是它會排擠到其他科的計算，這部分我待會會提出臨時提案來處理，也請衛福部可以有比較詳細的答復。謝謝。

蔣部長丙煌：好。謝謝。

主席：請洪委員慈庸質詢。

洪委員慈庸：主席、各位列席官員、各位同仁。今天是我第一次站在質詢台上，而我今天在這邊是代表所有的人民，希望接下來的質詢，部長可以用真誠與真實的態度來回答本席的問題。部長，根據貴部統計，從去年 7 月 1 日到現在為止，國內已經累計超過一千一百多個流感併發重症確定病例，死亡人數超過八十多人，這次的流感疫情可說是近 5 年來最嚴重的一次。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。是從 2009 年以來比較嚴重的一次。

洪委員慈庸：這陣子全國人民都陷入這樣的恐慌中，本席先請教部長一個基本的問題，流感併發重症是不是傳染病防治法所規範的傳染病？

蔣部長丙煌：它是第 4 類。

洪委員慈庸：既然流感併發重症是屬於法定傳染病，根據傳染病防治法第十七條規定，衛福部可以依照疫情嚴重性報請行政院同意，成立中央流行疫情指揮中心，以統一指揮調度各機關、整合醫療資源及設備，讓疫情可以快速得到控制。請問部長，從開始到現在，你們有成立這樣的流行疫情指揮中心嗎？

蔣部長丙煌：沒有。

洪委員慈庸：為什麼不成立？

蔣部長丙煌：這個問題，請疾管署郭署長說明。

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。根據疾病的不同，流感重症是屬於法定第 4 類傳染病，雖然我們沒有成立指揮中心，但是每一天都有以晨會方式應變，流感確實不等同於 SARS、伊波拉或茲卡這些所謂的新興傳染病，所以過去我們是依照每一年流感重症高峰期作戰準備計畫進行因應準備，事實上，過去不會因為季節性的流感而成立指揮中心，也沒有做這樣的建議，但這並不表示我們沒有在做因應。

洪委員慈庸：署長，針對流感你們認為不需要成立疫情指揮中心，但是在 2009 年的 H1N1，以及 2006 年、2010 年，甚至在去年的登革熱，中央都有成立防疫指揮中心，這樣看起來，似乎你們認為這次的流感不夠嚴重，所以不需要成立應變指揮中心？

郭署長旭崧：我們不能講不夠嚴重，確實這是 5 年來……

洪委員慈庸：所以不需要？

郭署長旭崧：我們認為成立要有必要性，如果成立之後，只是增加會議的次數，而沒有其他有幫助的事項，那麼成立事實上是沒有用處的。

洪委員慈庸：所以這一次衛福部認為不需要，嚴重性不夠，低估了疫情，因此造成八十多人的死亡。針對這次的問題，衛福部認不認為是衛福部的疏失？

蔣部長丙煌：我們都持續在檢討中，對於這個事實我們也會深刻檢討，如果有做不夠的地方，我們一定會改善。

洪委員慈庸：這幾天行政院長也一再表示還有很多檢討空間，但是我想跟部長說明的是，從去年登革熱到今年的流感，我們看到衛福部的反應真的不是只有慢半拍！這幾天大家都在講慢半拍，但我個人認為衛福部連最基本的內部溝通都沒有做到，疾管署、健保署和醫事司都在衛福部之下，但這三個單位卻是各自為政，我覺得這是這次疫情沒有辦法得到控制的主要原因。疾管署針對流感一直都有進行監測，從去年底就知道會開始大流行，但是到 1 月，流感人數還是直線上升；健保署在過年前早就掌握醫院急診處已經開始湧入大量流感病患，在這個過程中，病人數和塞車狀況健保署其實也都有掌握，但是醫事司到 2 月底還出了一個笑話，還是搞不清楚狀況，病床數也算錯，葉克膜調度也失靈，一直到 3 月 3 日才緊急公布應變醫院，這樣子的應變方式，在所有人民心中看起來，真的不是只有慢半拍，我們真的不知道到底是慢了多少拍。我們說現在是看守內閣，但是不要把自己當作是一個冬眠的內閣，像流感、腸病毒及登革熱這種在台灣每年幾乎都會爆發的疫情，中央的防疫工作應該要更加謹慎，也要及早介入，更要加強溝通。剛才我也一再提到，你們內部溝通有問題，請問部長，針對這次的檢討，你們內部到底出現了什麼樣的溝通障礙？

蔣部長丙煌：其實我們溝通上是沒有障礙，我們每個禮拜都定期召開所謂的部務會議，各單位主管都會在場，不過委員其實也點出一個很重要的議題，就是相關資訊串接問題，其實在半年前我就要求要成立一個戰情資訊中心，把健保署、疾管署、醫事司，甚至食藥署所有相關資訊整合在一個資訊系統上，讓這個資訊系統可以提出一些警示，這樣就有助於我們在相關防疫事項的因應，其他任何只要涉及醫療部分，我們也都能夠掌握，這部分我們正在積極規劃中。目前整個檢討下來，我是認為我們的資訊體系整合和介接做得不夠，這急需要補強。

洪委員慈庸：很感謝部長這樣的回應，本席還是希望你們能針對整個溝通狀況，提一份報告給本席。

蔣部長丙煌：是，沒有問題。

洪委員慈庸：請在一週內提出。另外，我要回到有關急診資源不足的問題上，有關急診資源不足問題，並不是今天流感爆發才發生的，健保署歷年在總額之外，都有加編 11.2 億解決急診塞車問題，做為急診品質提升方案之獎勵金，請問部長，這樣的獎勵金發放標準是什麼？

蔣部長丙煌：獎勵金發放標準，待會我請黃署長向委員報告，的確，急診壅塞不是現在才發生的現象，持續都有這樣的問題，我們也持續在解決問題，甚至希望在 3 年內，48 小時滯留率能夠歸零，這部分我們也已經納入醫院評鑑，不過，這其實是有基本問題需要解決，像這次發生急診

壅塞，我們希望他們下轉，但病人就是不願走。除非我們在法制面能夠用強制的方式，否則這個問題短期內要完全解決可能還是有一定的難度。

主席：請衛福部健保署黃署長答復。

黃署長三桂：主席、各位委員。有關急診壅塞的問題可分為三個部分，第一個是由下轉上，例如地區醫院或區域醫院轉到醫學中心。第二個是由上轉下或平行轉，比如說醫學中心轉醫學中心或醫學中心轉區域醫院。第三個是最近媒體報導的，一個醫師給 1 千元，其實這只是我們輔導轉院一個小的部分而已。我們希望醫學中心把病人轉到區域醫院時，如果醫師能夠的話，他可以到區域醫院去探視病人。

洪委員慈庸：所以獎勵金的發放是由這樣的方式去發放。

黃署長三桂：是的。

洪委員慈庸：部長覺得這樣發放的方式對醫院急診的品質真的能提升嗎？

蔣部長丙煌：它是一個方法，是一個鼓勵的措施，至於品質有沒有提升，我不敢說，但是多多少少可以達到轉診的效果。

洪委員慈庸：我們一年花十幾億實施這樣的措施，但基層的醫護人員和民眾卻都感受不到，希望你們能妥善檢討。至於急診問題還是要回到吵了十幾年的醫療分級和分流之上。現在大部分民眾還是比較信賴大醫院和名醫，過去可能吵一吵、忍一下就過去了，這次中央針對流感併發重症的問題有沒有做好醫療分級和分流的宣導工作？

蔣部長丙煌：我們持續在宣導，希望民眾能配合，但我必須承認效果還是不夠，所以我剛才說可能要從法制面著手，有一點強制性，否則只靠勸導真的不太容易。

洪委員慈庸：醫療界已講很久，希望你們能好好推動法令面的修改。剛才聽起來好像疫情已經控制住了，你們也評估隨著天氣變熱，流感疫情會慢慢消退。但是很多專家和醫師提出警告，今年天候非常特殊，登革熱的疫情可能比去年更嚴重，希望衛福部能及早因應和規劃。

接下來，4 月份要進行醫學中心的評鑑工作，本席提醒你們把醫護人員的勞動環境、急診和加護病房的處理效率納入評鑑。我相信台灣的醫療人員值得一個更好的工作環境。

蔣部長丙煌：是，謝謝。

主席：請林委員靜儀質詢。

林委員靜儀：主席、各位列席官員、各位同仁。部長，我覺得大家批評您的專業沒有道理，因為部長是掌管一個部，這個部出現訊息整合不良、統計資料數據有問題，這其實是各個部門各司其職的部分有問題。這也讓大家很疑惑，因為去年年底貴部有兩位同仁領了優秀公務人員的獎，這讓大家非常驚訝，如果是這樣的話，為什麼貴部在今年流感會發生這樣的事？請問過去一年，貴部有沒有懲處過？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。懲處持續都有，不過委員知道我是從學界出身，接掌衛福部不過一年半，我覺得我們同仁真的很辛苦，都盡心盡力在做事。所以懲處是有，但我覺得獎勵和懲處必須併行，可能獎勵方面要加強。

林委員靜儀：既然去年獎勵過了，今年該懲處了，請你評估該如何懲處？

蔣部長丙煌：我會評估。

林委員靜儀：好。在你的報告第 4 頁提到，第四點要協助宣傳輕症病患（檢傷分類第 4 級、第 5 級）分流，避免醫學中心急診壅塞。部長剛才也講了，這部分其實很困難，你們有沒有什麼目標？例如在行政程序上用多久時間達成減少輕症病人擠到醫學中心的目標？

蔣部長丙煌：我們的目標是希望以後醫學中心的急診 48 小時待床能夠歸零……

林委員靜儀：你們要求他們歸零很簡單，硬塞上去就好了，但並不代表民眾不會來。而且你們的目標是待床歸零，而第 4 級和第 5 級不會在待床裡面。

蔣部長丙煌：現在問題是 8 成的病患是自己進到……

林委員靜儀：對，8 成的病人是自己跑到醫學中心掛急診。請問醫事司和衛福部有沒有一個計畫，例如在半年內用什麼方式讓這個數字有一定的減緩？

蔣部長丙煌：我等一下請王司長說明，我先跟委員報告，按照醫療法的規定，醫師是沒有辦法拒絕病人的，否則就違法。

林委員靜儀：我知道，但我們的健保法有分級醫療制度，為什麼沒有執行？

蔣部長丙煌：健保法後面還有一些但書，可以用另外一些措施。檢討起來，從 20 年前開始實施健保……

林委員靜儀：20 年前是試辦，現在我們已經知道狀況這麼糟，是不是可以有個進程，看看多久要重新檢討 43 條沒有實施的部分？

蔣部長丙煌：我覺得可以檢討，甚至醫療法有關醫生不能拒絕病人的部分也可以檢討，因為急診明明已經滿了還不得拒絕，這一點也需要檢討。

林委員靜儀：好，我喜歡你這個結論，今天在急診尤其是醫學中心急診，論量或論醫療狀況已經無法承擔第 4 級、第 5 級的病人時，醫生應該有權拒絕。

蔣部長丙煌：是，我認為如此。

林委員靜儀：第五點你們提到 Regional EMOC 有持續會診監控，報告上說有持續定時會診，請問是什麼時候開始做的？

蔣部長丙煌：我請王司長來說明。

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。REMOC 在 6 個區裡面都是在醫學中心委託辦理的。

林委員靜儀：這次疫情是什麼時候開始的？

王司長宗曦：這次疫情在春節前，我們已請 REMOC 和各區的網絡轉診平台開過會，1 月開過多次會議，為了這次流感和春節長假做好準備。

林委員靜儀：既然如此，你們監測出來的 ICU 空床和葉克膜怎麼數量會差那麼多？

王司長宗曦：ICU 空床部分是自動從醫院裡面的……

林委員靜儀：你現在告訴我，你從春節期間就有監控，但是床數都是錯的。

王司長宗曦：這個床數其實是一個客觀的數字，代表重症的量能，只是這次需求孔急的可能是內科

的加護病床，……

林委員靜儀：你們監控出來的數字不是你真正要的東西嘛！

王司長宗曦：我們監控出來的數字包含每一科，只是在新聞稿中沒有呈現出這些比較繁雜的項目。

林委員靜儀：但是這就代表你們的新聞稿提供了會讓民眾誤會的資料。

王司長宗曦：民眾是可能誤會有病床，但還是要經過協調。

林委員靜儀：我們已經在這個問題上爭執非常久，質詢時間也不多，我要強調的是你們呈現的數字是有問題的，既然你們說有監控，整體數字卻還是錯，那我真不知道你們的監控數字是怎麼來的。

衛福部的報告在總結部分提到 2 件事情，第 1 點是要宣導併發症及早期徵兆，請問你們要什麼時候做、在哪裡做？什麼時候開始宣導？做了、還是還沒做？至少我在衛福部或疾管署網站上都沒有看到流感併發症的早期危險徵兆，至少也要找很久才找得到，現在有嗎？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。宣導當然是每年都做，我剛才也提到，我們有一項針對高峰期的應變作戰計畫，其中有很大一部分就是跟您現在關心的問題有關。

林委員靜儀：可是假設我是民眾，對於你現在說的流感重症，我既不知道、也找不到資料耶！

郭署長旭崧：其實，民眾無從得知自己是否得到重症，因為每個人各有早期症狀。

林委員靜儀：但你們至少要提供基本資訊，讓民眾知道自己有沒有相關症狀、需不需要就醫嘛！我今天早上還看到一則消息，有大學生感冒 3 天，沒有發燒，卻還是跑到醫學中心掛急診，就因為他擔心自己得了流感。

郭署長旭崧：其實委員講得一針見血，點出了現在最大的問題，就是台灣或華文社會把「flu」視為感冒的一種，這就是最大的問題。

林委員靜儀：是，既然你知道，那就麻煩你，下一次要清楚呈現相關訊息。現在疫情都出現了，也引發民眾恐慌了，該有的、最快速的訊息卻還沒有出來，連症狀為何都不知道！

郭署長旭崧：我們會加強，但不能說基層防疫人員沒有做到宣導工作。

林委員靜儀：我不會要求基層人員，基層人員夠累了。

郭署長旭崧：在政府部門，疾管署同仁也都在做，包括負責公關、宣導的 media team，可能還是做得不夠，但我們仍然希望能做得好。

林委員靜儀：一旦疫情發生，可以即時讓民眾在最快的時間內接觸到最快的窗口，得知訊息嗎？

郭署長旭崧：有，事實上，我們現在已透過社群網站、網路宣導，也購買廣告，這些工作都在做。

林委員靜儀：接下來這件事是針對流感。你們在報告中表示要持續做衛教，溝通接種流感疫苗之重要性。既然今年秋天還會施打，那麼今年疫苗施打目標是多少？涵蓋率大概是多少？

蔣部長丙煌：委員其實很清楚，現在的涵蓋率真的差很多，已施打的大概只有 300 萬劑左右，連我們準備的都還沒打完，但以我國 2,300 萬人口計算，涵蓋率只有 1 成多，而我們希望至少可以達到 3 成。

林委員靜儀：今年度可不可能做到？

蔣部長丙煌：我們已經向張善政院長報告，希望今年增加一些預算，至少再增加 200 多萬劑。

林委員靜儀：今年可不可以從夏天開始積極宣導，以達到 3 成施打率？

蔣部長丙煌：這是我們的目標。

林委員靜儀：另外，我想請問部長，你是否曾在 17 歲時答應別人某件事，到了 40 歲卻還沒有做？

蔣部長丙煌：我想不起來。

林委員靜儀：有一項制度在 2009 年叫停，就是公費醫學生制度。

蔣部長丙煌：現在又開始啦！

林委員靜儀：對，現在又開始了。但我要說的是，現行公費醫學生制度就是在 17 歲時答應學生，卻在 40 歲才完成的一件事。

蔣部長丙煌：我了解委員的意思，不過我們其實也是不得已，因為在偏鄉等部分地區缺乏醫療資源，我們希望公費生能夠前往服務。

林委員靜儀：我知道你們是要回饋偏鄉，但 2009 年為什麼停招？

王司長宗曦：在 2009 年，政府是認為公費生有許多……

林委員靜儀：是因為後來發現效果不好吧！留任率有幾成？

王司長宗曦：應該是說，當時每逢要分發，就有公費生認為受限很多，導致他們的職涯發展有限。

林委員靜儀：請你告訴我，留任率有幾成？

王司長宗曦：留任率不高，原因是他們與山地和離島公費生不一樣。

林委員靜儀：根據我在前一段時間看到的報告，公師至少還有 1 成留任率。也就是你們設計的制度，最後只會有 1 成的人留下來。不，是只有 1% 的人留下來，也就是說，這些人好不容易、千辛萬苦還完約之後，就離開了。

王司長宗曦：其實有 6 成留任。

林委員靜儀：不，有 85% 後來都因為受不了而離開，沒有留在原地。

根據今年的資料，你們認為照現行方式，可以改善內、外、婦、兒、急這幾個重點科的狀況。

王司長宗曦：不過這次公費生招收制度與過去不同，包括不能到衛生所、不能開業，也不能到偏鄉開業，必須純粹在醫院加入急重症人力，尤其是偏遠地區，例如台東馬偕醫院、澎湖地區等等。

林委員靜儀：我知道你想要改造這個部分，但問題在於所有公費生招生訊息網站或資訊上的最後一句話，都是「……之權利與義務應依衛生福利部相關規定辦理」、「相關規定請洽衛生福利部」等等，但即使真的接洽，也都得不到訊息。

王司長宗曦：因為還要經過面談程序，衛福部通常會在面談時說明。

林委員靜儀：大家要知道，醫學系要念 7 年，之後接受 4 到 6 年的住院醫師訓練，然後還要再工作 6 年償還，也就是說，醫學生 17 歲承諾之後，要還到 39 歲，在這段過程中，如果醫學生像您一樣，因為程度很好，中途獲邀擔任司長，就要賠償 1,500 萬，然而你們現在所揭露的訊息、包括最後會怎麼分發，統統不清楚。我要提醒，我國有一部《兒童少年福利法》，我想主席也非常

清楚，該法第四十九條第八項規定不得拐騙、綁架、買賣、質押兒童及少年，但現行制度等於是要求 17 歲的高三學生簽下未來要還 12 到 14 年的約。

王司長宗曦：還是要監護人同意。

林委員靜儀：但監護人知道後來會發生這些事情嗎？

王司長宗曦：所以衛福部在這一次特別舉辦會談前的說明。

林委員靜儀：我要這樣說，對於你們現在的方案，所有曾經當過公費醫學生的人都大聲疾呼，勸學弟妹不要簽下這種賣身契，所以請醫事司在要求學生簽約之前必須講清楚未來十幾年會發生什麼事情。否則這個約價值 1,500 萬，欺負的就是這些最弱勢、有心服務，卻搞不清楚現況如何的年輕人。

王司長宗曦：是，我們一定會把話解釋清楚。

林委員靜儀：請你們在下禮拜之前就弄清楚，不然考生怎麼填志願？而且非常有可能因為這種不清楚的狀態，導致沒有人要參與公費生制度。照你所說的，這樣做可以改善內外婦兒急這幾科的問題，可是要是 17 年之後才改善，在內外婦兒急等科的病人可能這幾年就過世，來不及了，所以你不要跟我談那麼遠的目標，畢竟 10 幾年之後，連政黨也不知道淪落何處了。

王司長宗曦：是，現在應該是為 2023 年的空窗期預做因應。

林委員靜儀：這個案子，請你們寫清楚，一定要非常清楚地呈現，包括評估清楚如何做到、配套措施、問題在哪裡，都要寫出來。

王司長宗曦：是。

主席：稍後等陳委員宜民質詢完畢之後，休息 5 分鐘。上午的質詢至中午 12 時 30 分告一段落，下午 2 時 30 分再繼續。

請蔣委員萬安質詢。

蔣委員萬安：主席、各位列席官員、各位同仁。本席認為，衛福部這次面對流感疫情大爆發，基本上有 3 點不足，包括事前機警性不足、事後應變不足，以及整體醫療資源的分配與協調不足，很抱歉，本席必須這樣說。依據經驗法則，每年農曆春節基本上都是流感疫情大爆發的高峰，數據也顯示，每年流感疫情高峰幾乎都會造成數十人死亡，主要是因為併發重症，政府應該要有一套完整的 SOP 應變、處理這種流感爆發的情況。從去年 7 月開始到今天，中間還遇到農曆春節期間的流感高峰，流感重症也創 5 年新高，請問衛福部蔣部長，在這段期間，衛福部有沒有任何任務編組，例如任何應變中心、指揮中心或協調各部會與地方政府之間的會報？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我們沒有成立應變中心，這是事實，不過，從去年開始，尤其是去年年底左右開始施打疫苗以後，我們就一直在監測，也持續與地方衛生單位、REMOC 等聯繫，但沒有成立應變中心是事實。

蔣委員萬安：這一次沒有成立？那衛福部在過去或是改制前的衛生署有沒有成立過這樣的協調會報？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。我們沒有成立指揮中心，因為指揮中心必須依照傳染病防治法第十七條成立，換句話說，一旦我們成立指揮中心，當然就代表是非常重大的事件。但我們每年都會成立應變小組，依照作戰計畫進行。

蔣委員萬安：所以有聯絡各部會或地方政府的協調會報？

郭署長旭崧：有。

蔣委員萬安：可是部長剛才說沒有。

郭署長旭崧：那是因為我們沒有使用那樣的名詞，畢竟這是例行事務，我們一直在做，包括每星期一都有疫情會報，我們也會邀請地方疾管科人員、也就是防疫人員一起參加，這些都是政府例行在做的事。不過，我們也承認，這一次沒有意會到第一線醫療人員的感受跟我們在看所有事務時不同。有一件事是後來我們才比較清楚，就是過去在過年期間，醫院都會把病床清出來，因為很多病人會回家過年，但今年不太一樣，多了一個現象，就是過年前剛好有一波冷氣團來襲，許多重症病患發病，導致過年期間醫院病床全滿。

蔣委員萬安：所以你們在過年前就意識到這樣的情況，當時卻沒有成立應變小組？

郭署長旭崧：不，我們在過年前沒有意識到這個情況，所以也不了解醫院當時就處於滿床狀態，等到流感疫情來襲，又有許多病人湧入。第一線的急診科醫師在往年只須要值班兩、三天，還可以輪班回家過年，但今年是到了事後，我們才知道狀況。

蔣委員萬安：署長，您剛才提到有協調會報，是不是？作用是聯絡各部會嗎？

郭署長旭崧：我們與各部會之間平常就有聯繫方式。

蔣委員萬安：會針對流感嗎？

郭署長旭崧：例如教育部對於學生生病的通報，就有一套通報制度，也會跟我們溝通。

蔣委員萬安：是從去年 7 月開始，一直到現在嗎？

郭署長旭崧：這是常態性工作，教育部代表今天也在。在流感問題方面，過去我們已經協調、合作了一段很長的時間，所以並不是主要問題。

蔣委員萬安：如同我剛才提到的，這次疫情爆發不是在過年期間，而是過年之前，甚至是去年就開始，而且每年都可以預見農曆年會是高峰，所以，這樣的協調會報或應變指揮中心不該只在面臨 SARS 等嚴重疫情時才成立。改制前的衛生署在民國 101 年 1 月 3 日就發過新聞稿，我可以唸一段給部長聽：「國內即將進入流感疫情高峰期，為因應農曆春節期間流感疫情，衛生署署長邱文達指示於今（1 月 3 日）日起，每日召開『衛生署流感疫情防治協調會報』」，請問蔣部長，您的協調會報在哪裡？

蔣部長丙煌：我們今年沒有設置這樣的協調會報。

郭署長旭崧：今年沒有由部長主持的每日協調會報。

蔣委員萬安：可是過去都會因應春節成立會報，例如 101 年 1 月 3 日就有。

郭署長旭崧：101 年、也就是 5 年前，那是流感疫情比較嚴重的一年。

蔣委員萬安：那今年不嚴重嗎？病例已經達到 5 年來新高了！

郭署長旭崧：今年也嚴重。

蔣委員萬安：你們事前都沒有掌握任何訊息？

郭署長旭崧：我們其實也在記者會上講過……

蔣委員萬安：署長，如果像您剛才所言，這是常態性的機制，為什麼還會造成今天這樣的局面，讓所有民眾都感到恐慌？很抱歉，本席要用 4 個字形容衛福部這次處理流感疫情大爆發的整個過程，就是「荒腔走板」，真的很可惜。不過，本席還是希望衛福部能夠趕快止血。儘管衛福部已經因應媒體報導做出一些調整，但我希望你們腳步要加快。

本席也很關注急診壅塞的問題，其實也是相關問題。大家都知道必須落實分級轉診制度，也知道健保法第四十三條有這樣的規定，可是都沒有落實，請教部長，從過年到現在，在急診病患中，一到五級各占多少比例？

蔣部長丙煌：我手上沒有這項資料，不過，通常一、二兩級病患相對比較少。

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。從今年一、二月開始，急診就醫人次比去年同期成長了一、二十個百分點，其中第一級和第二級檢傷分類的病患只佔 14%，所以，第三、四、五級還是占大多數，而且四、五兩級病患還是有。就全國來說，每日平均掛急診的人數就有 2 萬多人，所以急診的負荷確實比較大。

蔣委員萬安：衛福部對三到五級病患沒有設限？

王司長宗曦：我們先前是宣導五級檢傷，並且告訴民眾急診不是先到先看，而是以檢傷情形為準，如果屬於四、五級，可能就會等比較久。但這可能會影響民眾的就醫情況。

蔣委員萬安：是因為宣導不夠嗎？有沒有什麼方式可以真正落實，以解決急診壅塞問題？

蔣部長丙煌：這是長久的問題，我自己認為，若真的要從根本解決，必須靠公權力強制執行，例如強制轉診，或者透過醫療法規定，急診到了某個程度就可以不收，醫生也可以不負不收治病患的責任。我認為必須從這些角度下手，要是只靠勸導，效果有限。

蔣委員萬安：除了勸導之外，根據健保法第四十三條，還可以透過價格來限制，不過目前看來，效果不夠好。

蔣部長丙煌：我也思考過這個問題，而且和健保署談過，但若是把價格差異提高，又會招致另一種批評，就是有錢的病患可以直接去醫學中心，沒有錢的病患就不行，所以都是兩難。

蔣委員萬安：除了以價錢制衡以及靠強制力之外，衛福部對於落實轉診制度有沒有計畫？

蔣部長丙煌：其實我們有好幾項措施，包括在 4 月要開始的醫院評鑑中，急診壅塞就是評鑑內容之一，既然我們有 14 個醫療網，當然希望可以發揮功能，讓轉診運作順暢，所以我們也責成醫院在這一塊努力。剛才健保署黃署長也提過，我們還有其他措施，包括補貼在內。

蔣委員萬安：謝謝部長。

另外，部長在上周五總質詢中也提到葉克膜的配置問題，您一直強調操作葉克膜需要人力，請問部長，目前操作一組葉克膜大概需要多少人力？

蔣部長丙煌：我不是專家，但據我所知，需要一位體外循環技師，通常還要有心臟內科與心臟外科醫師一起配合。

蔣委員萬安：部長也提到，目前有 129 台葉克膜，但本席認為，機台不是最核心的問題，而是到底有沒有足夠人力可以操作。

蔣部長丙煌：沒有錯。

蔣委員萬安：在實務上，衛福部有沒有對這樣的人才提供專業培訓？

蔣部長丙煌：心臟內科及心臟外科醫師當然是專業人士，體外循環技師也是專業人士，自有一個團體。至於相關培訓，我就不甚了解。

王司長宗曦：體外循環技師以及呼吸治療師都有學會在訓練，心臟內科與心臟外科醫師也都有專科醫學會。至於這一次除了葉克膜的問題之外，還有團隊方面的問題，可能需要支援調度，所以我們昨天已經要求這些學會再次整合會員的狀況。

蔣委員萬安：所以，機台數量其實不是問題，問題在於有沒有足夠的團隊或人力可以操作。要是足夠的葉克膜機台，卻沒有足夠人力操作，也是不夠的，因為現在醫護人員非常缺乏，大家都在急診室搶救病患。

另外，我也要求部長，除了要成立戰情中心，還要成立全國統一的資料庫，我相信，過去沒有成立過這樣的資料庫。

蔣部長丙煌：過去許多資訊是分散的，例如健保署掌握一定的資訊，疾管署也掌握資訊，食藥署也有，卻沒有完全串在一起，無法進而建立警示體系，而這是我希望做到的。

蔣委員萬安：衛福部多快可以提出這樣的計畫？這個統一資料庫要蒐集什麼訊息、項目？多快可以做好？

蔣部長丙煌：計畫已經有了，衛福部連戰情室的空間都準備好了，對於這件事情，我在好幾個月以前就要求部內去做了。我 5 月 19 號就要卸任，所以也希望在 5 月 19 日以前能夠看到，至於看不看得到，可能還需要繼續努力。

蔣委員萬安：謝謝部長。

主席：請陳委員宜民質詢。

陳委員宜民：主席、各位列席官員、各位同仁。我要延續前幾位委員的問題，繼續關心、探討流感疫情，不過我希望針對成立中央疫情指揮中心的時機進行一點科學上的討論，剛才也有幾位委員關心過這個部分。疾管署在 2 月下旬發布的新聞稿提到，今年我國的流感疫情與往年趨勢相同，請問衛福部蔣部長，您同意嗎？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。疫情的趨勢相同，但程度是不同的。

陳委員宜民：我們在觀察疫情時，經常是透過 real-time、也就是即時性的監測系統，而且這是全國性的資料，每天都可以看到。根據這份資料，在急診室收治的呼吸道病患中，流感所佔的百分比其實從去年開始就慢慢升高，到今年 1 月底，已經可以看出有流行狀況。前一年也出現過小高峰，這不禁讓我們想到，如同剛才蔣委員提到的，每年一到春節，民眾因為返鄉，彼此之間就會有很多接觸，不論是在交通工具上，或是民眾返鄉之後，把疾病從城市帶到鄉村。不過今年 1 月中還有一起重要事件，部長應該知道吧？我們在 1 月中做了什麼，導致全國人口大移動

？許多校園甚至提供返鄉投票專車，對不對？所以，去年和今年其實不太一樣，今年多了一個投票因素，許多人返鄉投票，造成民眾乾坤大挪移。結果，到了春節，疫情也就達到高峰。

不過，同樣根據疾管署統計的資料，從檢出病毒分離型別中可以清楚看出，去年年底的 A 型流感 H1N1 病例已經比前幾年都高得多，在這個表中以粉紅色曲線代表。前面的高峰代表 2009 年的大流行，但我們可以看到，去年底的粉紅色曲線位置也已經比前一年來得高，請問部長，如果這兩個數據是即時資料，你會在什麼時間點要求成立中央疫情指揮中心？這些資料是即時的，也就是每天都會看到，如果你是疫情指揮中心的工作人員，或者要負責彙整資料給署長，你會建議署長嗎？你又會建議從什麼時候開始成立中央疫情指揮中心？

蔣部長丙煌：在 slope 往上的時間點就應該成立。

陳委員宜民：對，slope 就是斜率，而時機就是在 slope 往上的時候，當時就是 1 月底、2 月初，也就是 2 月第 1 個星期，當時我們正在宣誓就職，我還覺得很冷，大家也可以看到，當時就應該成立中央疫情指揮中心。

另外一個重點，在疫情尾聲，也就是上個星期，政府召開了一場專家會議。民眾關心的是病毒有沒有變異、疫苗是不是仍然有效、為什麼許多人症狀如此嚴重，以及應不應該接種疫苗，而政府召開專家會議之後發出的新聞稿都表示，病毒並未變異、疫苗具有保護力，不過本席上周從疾管署取得病毒資料，這是由昆陽研檢中心李淑英組長提供的，從這份資料可以看出，台灣去年年底就產生了第一株變異株，今年初甚至產生了第二株變異株，時間點就在我畫上 2 個圈圈的地方。造成的影響是什麼？研究人員其實都寫出來了，這些變異株其實是在病毒與受體結合部位的胺基酸改變後引發，也就是在 169 和 190 序列之間產生第一群變異株，而且去年底就出現了；到了今年，又在 179 和 233 胺基酸序列之間產生變異株，兩者之間有什麼關係？從國際比較已經得知，H1N1 如果是在這兩個位置產生變異株，就是在病毒與受體結合的部位產生變異，換句話說，它可能在去年就成為疫苗的逃脫株，也就是 escape mutant，這就很嚴重了，而且也不符合專家會議講的「病毒並未變異」。不曉得部長有什麼回應？

蔣部長丙煌：我不是這方面的專家，不過我也注意到這個問題，也詢問過，得到的訊息是基因序列出現少數變異，但還不至於形成真正的病毒突變。另外，目前看來，現有疫苗的保護力仍然可以達到 7 成以上，對 H1N1 的保護力會更高。

陳委員宜民：這個數據也是你們提供的，不過很奇怪，你們上星期提供的資料指出，流行病毒株與本次流感疫苗的吻合率是 88%，也就是 51 人中有 45 人吻合，但是在今天報告第 1 頁提到的吻合率則有 90%，或許是因為你們的統計方式有一些改變，但是誰可以跟我解釋一下，你們提供的資料代表什麼意義？請問疾管署郭署長，你要不要幫忙蔣部長，解釋一下這裡發生了什麼問題？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。我這樣看簡報不太清楚，不過我們每天都盯著資料看，數據確實有點變化。

陳委員宜民：我幫你解釋。我也是看圖識字，不過大概八九不離十，這些數字代表從去年的第 40

周到今年第 9 周，總計從病人檢體中分離出 51 隻病毒，其中有 6 隻病毒，相當於 12%，已經對疫苗產生抗體，無法被中和，也就是抗體效價小於 4，換句話說，變異株確實可能逃過疫苗接種的攻擊。問題來了，既然已經有這些資料，為什麼有關單位還在媒體上告訴民眾「疫苗沒有變異」、大家可以放心，同時要大家趕快接種疫苗？當然，接種疫苗仍有 90% 左右的保護力，但對於 10% 的變異株已經沒有保護力了，該怎麼辦？部長有沒有什麼建議？

蔣部長丙煌：我等一下會請郭署長進一步向委員報告。但疫苗保護力其實還是達到 7 成 5，所以我們仍然要呼籲民眾施打疫苗。這些資料太專業了，民眾並不了解。

陳委員宜民：民眾固然不了解，但你們在專家會議之後的記者招待會上提出這樣的結論，就是有誤導之實或誤導之嫌，因為民眾經常會問「現在去打疫苗有沒有效」？其實大概 9 成有效，1 成沒效，這些人怎麼辦？那就要做好自我保護措施，包括口罩要戴、勤洗手等等，這些都該做，但更積極面的做法是，你們既然知道有這些分離病毒株，是不是應該考慮與 NHRI 國家衛生研究院合作？在今年年底又有一波流行之前，就應該生產出能夠對抗這些變異病毒株的疫苗。

下一張簡報顯示，專家建議不要制訂停課標準，這是植基於你們給的資料，所以召集人張上淳院長在受訪過程中就不斷提到，不是因為疫苗失準，而是接種率太低；剛才您在流感相關報告中也提到，校園之所以不定停課標準，是因為疫苗仍然有效，而且沒有變異株，另外也擔心一旦達到停課標準，小朋友必須回家，家長不曉得該怎麼辦。這裡其實有點問題，你們的工作應該是以防疫為主要基礎提出建議，而不是先思考訂下標準之後，一旦小朋友都回家，你們會被民眾埋怨。你們不該預設立場，還以這個預設立場畫框，讓專家跳進去，給你們這個結論。我不知道張上淳院長有沒有拿到你上周提供給我的這些資料，我相信可能有，所以，他在受訪時也提到，確實出現與疫苗病毒株有小部分差異的病毒。

對於成立中央疫情指揮中心的時機，剛才部長也表示，曲線斜率往上時就要成立。那麼，錯失這個時機的後果是什麼？就是因為缺乏部會協調，導致無法遵循 WHO 定的指導原則，疾管署其實也都有這些資料，可以做為公共衛生措施的法律界定。我認為最大的問題就在這裡，如果早一點制定，在過年返鄉潮開始之前就應該提醒民眾，甚至要訂出校園停課標準，而不是讓各縣市無所依循、自訂標準。如果有應變中心，加上疾管署現在已經配備的 FluAid 2.0 系統，就可以透過這套方案，根據病人數即時預測流感醫療所需要的病床等物資需求，後續還可以解決我們現在面臨的病床壅塞問題。這套方案其實是疾管署既有的，如果有個應變中心，當然就可以預測，預測之後，也就可以要求醫事司及早因應，甚至連健保署也應該拉進來，就像 2003 年處理 SARS 疫情時，負責醫院端的其實就是健保署官員。

最後，我要提醒，知識很重要，所以要念書。《Nature》期刊去年刊登過一篇文章，當中提到，A 型流感中，尤其是 H1N1，以及 B 型流感，其實都與國際旅遊有密切關係，所以不只涉及返鄉投票問題，還有返國投票問題，尤其 A 型流感 H1N1 常常是從美國流行到台灣等亞洲各國。所以，我有兩個簡單的問題，第一，衛生福利部是不是錯失了成立中央疫情指揮中心的時機？另外，病毒變異的解讀與資料、訊息的傳達是否有誤？當然，還有第 3 個部分，就是 3 價與 4 價疫苗的挑選是不是應該從成本效益分析上再做考量？B 型流感現在又蠢蠢欲動，而我們現有的

4 價疫苗只能應付其中兩種病毒株：Yamagata 與 Victoria，3 價疫苗更只能針對一種病毒株，不能請部長再給我一份報告？謝謝。

蔣部長丙煌：好。

主席：現在休息 5 分鐘。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。

請吳委員玉琴質詢。

吳委員玉琴：主席、各位列席官員、各位同仁。我今天在新聞中看到，台北市柯市長似乎對醫療體系很有信心，可是我怎麼覺得衛福部乃至整個看守政府似乎都沒有動起來？過去包括八仙塵爆在內，我覺得衛福部從部內到醫療系統，全都動起來，可是這次流感疫情卻讓我們覺得衛福部慢半拍，甚至懷疑衛福部生重病了，各醫院都努力救人，衛福部卻沒有動起來，是不是需要用葉克膜急救了？整個體系要靠大家合作，尤其第一線醫療系統這麼辛苦，衛福部卻沒有幫他們解決問題，反而一直讓基層懷疑你們講的訊息到底對不對、有沒有幫助，民眾更是搞不清楚。即使是看守政府，大家還是要努力把這件事做好，畢竟剛才也提到，已經有 84 起死亡病例，真的非常嚴重。

我自己也在觀察整體流感疫苗的施打情形。衛福部在總報告第 57 頁提到，國內現有 316 萬劑疫苗，也施打了 289 萬劑，乍看達成率有 98%，可是我覺得這個數字是騙人的。為什麼？因為國內老人就有 290 萬人，其他施打對象還包括 6 個月到國小 6 年級孩童，以及罕病、重大傷病患者，各種機構內的人員也都要施打，需求量這麼大，卻只接種了 289 萬劑。根據我看到的統計，從民國 103 年 10 月到 104 年 7 月，老人流感疫苗的施打率只有 41%，而且施打率一直沒有超過一半，我認為這是防疫上的大漏洞。剛才你們說施打率是有保護效果的，但卻有那麼多人並未施打，對於這個防疫的大漏洞，你們有何策略或做法？以提高施打率，保護民眾先做好預防工作。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。施打率若能提高，的確是流感防疫的最有效措施，目前的施打率真的是不夠高，尤其在老人的部分並不夠，反而是兒童在校園的部分是較高的，至於如何提高施打率，目前我們是以勸導的方式進行，我在思考有無其他方式，因為這是不可能強制的，因為打疫苗也不是完全沒有風險，所以，只能積極地宣導。

吳委員玉琴：疫苗的劑量呢？我印象中疾管署常常說沒有預算，所以疫苗不夠，如何解決？

蔣部長丙煌：我們只準備了 300 多萬劑，今年我們已要求增加預算，行政院都已同意了。

吳委員玉琴：請問增加多少預算？

蔣部長丙煌：我們增加 2 億多的預算來施打疫苗，至少增加 200 多萬劑。

吳委員玉琴：這件事應該是屬於例行性的事務，不是只有今年才這麼做。另外，本席很關心原住民及離島，前陣子，蘭嶼的朋友告訴我，由於過年期間的人口移動，有流感在島上流傳，但是衛

生所沒有流感的篩檢，所以，大家都不知道自己怎麼了，剛才劉建國委員也提到偏鄉也有此情形，不知疾管署對於偏鄉及離島地區，在缺乏其他醫療資源的情況之下，有沒有提供衛生所快篩的機制？

蔣部長丙煌：這部分俟後請郭署長進一步說明。關於流感，其實我們準備充足的是藥品，因為它是有抗病毒的藥物可供使用，這部分的準備是很充足的。

吳委員玉琴：有配到偏鄉及離島嗎？

蔣部長丙煌：應該都會有。我想要表達的是，快篩反而不是關鍵，如果你的週邊人士或家人已得到流感，就直接投藥了，不必篩檢。

吳委員玉琴：可是在過年期間沒有這個藥。

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。關於快篩一事，是錯誤訊息的不斷傳播，因為快篩在流感的效應上，沒有快篩在登革熱之上般準確，很多人誤以為都一定要有快篩才能使用抗病毒藥物，其實這是錯誤的，報章雜誌是有這樣的報導，我們也進行了溝通。至於離島部分，因為現在全國有 3,000 點抗病毒藥物的診所及供給點。

吳委員玉琴：衛生所有嗎？

郭署長旭崧：一定有，所以，在報導上有錯誤，我們也溝通過了，請委員放心。

吳委員玉琴：好。另外，在 3 月 5 日的報導中，台北陽明教養院發生群聚感染，有 5 位院生及 1 位老師流感確診，請問疾管署對於老人、身障及兒童機構的預防，有無相關措施或相關防疫工作在進行？

郭署長旭崧：這方面的工作也是常態性，如果機構發生群聚，若是它有通報衛生局，我們會去調查，該用藥就會用藥，包括此次的教養院，截至今日早上為止，我們的認知是，只有一個病人還在住院，其他人均已康復。

吳委員玉琴：有沒有發生其他病例？

郭署長旭崧：據所知，目前是沒有。因為群聚之中，老人機構是最容易發生的地方，所以，我們長年以來，都會做一些預防性措施，一旦有病例，都會進去做預防性投藥，這部分屬於醫療，我們會請各區指揮官來協助各區同仁做判斷，衛生局也會處理，所以，這是常態性作為。

吳委員玉琴：好，謝謝郭署長。接著請教長照方面的問題，有關偏遠原住民地區既有設施的放寬或標準之調整，上週五本席質詢重點在於既有空間的改建或修建，因為在原住民地區確實沒有所謂合法建築物，這部分我們希望能夠比照幼教法放寬。但如果既有建物無法符合，在新建的部分，不知在長照服務法中的長照發展基金中，有無可能針對偏遠地區不足之處，在新增建物土地之取得方面先有所規劃？

主席：請衛福部健康照護司游司長答復。

游司長麗惠：主席、各位委員。謝謝委員的關心，對於偏遠地區或原住民地區的長照發展，原本我們就有補助計畫，過去在做資源盤點時，總共有 89 個區是屬於資源不足區，目前也都有設置長照服務或是可供利用的資源，我們未來會持續做更多資源的開發；至於新設的部分，我們正在

研訂中，因為長期照顧服務法已公布，我們也在積極研訂一些子辦法，包括設置標準，其中對原住民地區，是以專案的方式規範。

吳委員玉琴：這部分應會涉及內政部營建署或地政司、原民會，以及消防署等部會及單位，所以，將由誰主責統整業務及討論？

游司長麗惠：我們會主責。

吳委員玉琴：是衛福部。好，謝謝。此外，本席也關心在宅醫療的問題，去年已開始推動在宅醫療，請問蔣部長，在 104 年有多少醫院參加？有何成效？有多少個案接受在宅醫療？

蔣部長丙煌：這部分俟後請郭署長進一步說明。不過，我們的在宅醫療都是以計畫的方式進行，在很多年前就有類似的計畫，做的較為成功的是金山的模式，我們期望他們能夠擴大，因為人民有此需求，臺灣的情況特殊，有一些老舊公寓。

吳委員玉琴：我知道去年因為限定的對象非常狹窄，只有中低收入戶，所以，執行的成效不是很好。請郭署長補充說明。

郭署長旭崧：謝謝委員關心此案，去年 104 年參加的醫療院所共有 403 家，送照護的部分有 258 人次，其中較為特殊的 84 人是獨居者，佔 37.7%，誠如委員剛才所指示，去年的條件較為嚴格，我們在今年 2 月 15 日公告居家醫療整合計畫，將條件放寬，預期未來受照顧的人會更多。

吳委員玉琴：我看到今年 105 年的計畫確實較去年好很多，有放寬對象，並做了團隊的整合。雖然你們放寬了條件，但是，對於緊急狀況的往診報備，還是很嚴格，太緊了。而團隊的形成極為重要，但補助只有 600 元，實在太少了。你們最近針對醫院的出院準備計畫，給付是 1,500 點，看起來是有在做整合的工作，那麼有無可能增加居家醫療團隊的形成的費用？以及將出院準備計畫與居家醫療做好銜接與連結。

郭署長旭崧：是的。

吳委員玉琴：好，謝謝。

主席：請鍾委員孔炤質詢。

鍾委員孔炤：主席、各位列席官員、各位同仁。剛才多位委員針對衛福部提供了相關的意見，我個人是提了一個臨時提案。

主席：俟 12 點時會處理。

鍾委員孔炤：屆時再請衛福部作說明。

主席：是的。

鍾委員孔炤：稍早聽到勞動部謝司長提及關於重大流行疾病時，急診部及加護病房的壅塞及不敷使用，包括全國一致性的家庭照顧假無給薪部分，本席特別要就教於謝司長，在勞動條件司的口頭報告中提到，不論是天災或疾病的醫療，勞工是有請事假的，但此事假為無薪，對於勞工的公平性何在？

主席：請勞動部勞動條件司謝司長答復。

謝司長倩蓀：主席、各位委員。誠如鍾委員所言，勞工若因自身感染流感，是請普通傷病假，如其家庭成員感染流感，所請的是家庭照顧假，它是併入事假中，但在性別平等法第 20 條明訂，雇

主不得拒絕，而且不得視為缺勤而影響其全勤獎金、考績或為不利處分。

鍾委員孔炤：這在與公務人員比較時顯然不公，其實在 2011 年，很多團體都曾提出相關訴求，當時勞動部也說要研議，現在已是 2016 年了，經過了 5 年，你們研議的結果還是一樣，仍未改變，尤其是發生八仙塵爆之後，民間團體共同發起爭取有薪家庭照顧假，呼籲不要再製造權利分化，有薪家庭照顧假應該是所有勞工的法定權利，妳同意這句話嗎？

謝司長倩蓓：我了解委員所提，我們參考其他國家的立法例，發現鄰近國家如日本、韓國，有家庭照顧假而不給薪，如英、美、法等國也是有此假，但皆為無薪。當然其他國家的立法例值得我們借鏡，我們也予以評估，在報告中也提及，若主計總處……

鍾委員孔炤：有家庭者對於家庭照顧假的需求，是社會極為重要的問題，不論之前的颱風或地震等天災，以及流感或腸病毒等相關重大流行疾病，包括許多學校的停班停課，家長其實是被迫要請假照顧子女，依性別平等法之規定，其內涵包括其家庭成員預防接種、發生嚴重之疾病或其他重大事故時，都可以請家庭照顧假，你們的口頭報告中，也是說可以請假，但它是無給薪的假，所以，性別平等法的規範，對勞工而言，當然是不公平的，因為，同樣是請家庭照顧假，為何公教人員在 5 天內可以有薪，勞工不但無薪，而且是計入 14 天的事假中，並非額外的事假，只是規定雇主不得視為缺勤而影響其全勤獎金等特別規範而已？對勞工而言，還是要從原有的事假中扣除，對於妳所提國外的立法，其實美國加州有例子，他們還是有薪，是六成薪，並非無薪，公部門一直在強調一致性的問題，包括在討論工時 40 小時之時，你們也特別提到，不要把 19 天拉成 12 天，當時談到一致性，那麼在談到有薪家庭照顧假時，則是否也應有一致性呢？

謝司長倩蓓：謝謝委員的垂詢，關於美國加州的例子……

鍾委員孔炤：妳不要再跟我提美國加州例子了，那還是在 2004 年的事，從 12 年前到現在，時空環境背景都不一樣了。

謝司長倩蓓：的確是有些福利國家，它是有條件去支付……

鍾委員孔炤：我要與你們討論的是，人力應該是等值的，不能因為是勞工或軍公教，就會有所區隔。

謝司長倩蓓：沒錯，所以我們在報告中特別提到，我們也希望勞工的權益受到保障，所以，依照行政院主計總處的調查，去推估如果一天的家庭照顧假，雇主的負擔是……

鍾委員孔炤：剛才勞動部提到，有薪家庭照顧假對於以雙薪的核心家庭為主的現代社會而言，是極重要的制度，如果家庭照顧假的立法本意是要讓勞工能夠安心工作，就應該是全國一致，以彌平公私部門對於勞工請假不平的待遇，則勞工也應有有薪的家庭照顧假，對此，勞動部願不願意再重新研議？

謝司長倩蓓：其實我們有考量到勞工的權益，所以，在報告也提到，我們必須再進一步凝具社會共識，勞動部會審慎研議。

鍾委員孔炤：勞工如果不能安心在職場工作，其實對企業所造成的不良律約，或是在工安職場上的安全性，其實都會有它的危險性存在，這部分也應是勞動部在考量應否給予有薪假時，所必須

納入的重點，本席在此特別要求勞動部對勞工家庭照顧假應進行通盤的檢討，也提出一個改革計畫並積極推動，為因應多元家庭之增加，必須放寬家庭成員之定義，對於家屬的規範應予擴大，而你們的規定多是針對公教人員部分而已。

謝司長倩蓓：在性平法中，對家庭成員的部分並未限縮其定義。

鍾委員孔炤：如果沒有限縮，你們因應多元家庭之增加，對於家庭成員之定義必須放寬。

謝司長倩蓓：我們是依照民法有關家庭成員的規定……

鍾委員孔炤：針對公司部門的不平等待遇，我們希望勞動部能夠同時修改性平法。另外，勞工的請假規定是不是也可以比照公務人員有 5 天的有薪事假？

謝司長倩蓓：是，勞動部會審慎研議。

鍾委員孔炤：包括所謂天災這部分，其實也有一定的規範，譬如颱風假，都有不同的假別和差異性，站在勞動部立場，本來就應該照顧弱勢的勞工朋友，所以針對相關權益法規，希望勞動部可以全面性重新檢視與檢討，以照顧廣大勞工朋友，尤其是不要再製造所謂的權利分化，因為大家同樣都是在台灣這塊土地上生活，面對的假別竟然有有薪與無薪的差別，這對勞工朋友來講也是一種傷害。勞動部的立場，應該是站在勞工朋友的立場看待這些事，而不是像你剛才口頭報告中提到的，事業單位如果給予有薪假，一天大概要 90 億，7 天下來就要 600 多億，我想你那種計算基礎，是預設全部的勞工都會請假，你是用那種預設立場的規範幫雇主設想，這樣的報告說明，等於是在勞工的傷口上又灑了鹽！

謝司長倩蓓：我們在報告中提到的，其實是據實的整體評估……

鍾委員孔炤：490 萬的勞工朋友都會請家庭照顧假？你們這是預設立場，假設近 500 萬的勞工朋友都會請假，事業單位人事成本一天會增加 90 億，7 天下來就是 600 多億，以這種預設立場來規範勞工朋友的有薪假，我想是不太恰當的。這部分勞動部在思考上應該要給予更優惠的規範。

謝司長倩蓓：是，我們會再審慎研究。

鍾委員孔炤：本席要求勞動部在一週內提供相關研議報告給衛環委員會及本席。謝謝。

主席（李委員彥秀代）：請王委員育敏質詢。

王委員育敏：主席、各位列席官員、各位同仁。今天本席排定這樣的議題，真的是覺得這波流感衛福部是一直被輿論追著跑，很多的機制是先在媒體見報後，再緊急召開會議，然後做出因應，這與過去衛福部的防疫作法產生非常的落差。我想衛福部在防疫部分是絕對有能力因應，過去最嚴重的 SARS，我們都走過了，2009 年的 H1N1，我們也因應過了，包括 MERS 等等重大疾病議題，過去衛福部的表現都是穩健的，而且是有備而來，但本席不得不說，這次對於流感的防治，衛福部真的是掉以輕心，沒有嚴陣以待！

為什麼本席會這樣說，請看看這張本席整理出來的圖表，以 SARS 及 2009 年的 H1N1 來和這次流感大流行比較，衛福部整個防疫措施與作法，事實上是非常不一樣的。我們可以看到在 SARS 期間和 H1N1 時，我們都成立了中央疫情指揮中心，在疫情尚未大爆發之前，我們的敏感度就起來了，我們嚴陣以待，但這次到目前為止，我們並沒有成立這樣的疫情指揮中心，雖然剛剛署長表示還是有應變小組，但這兩者的差異，我希望你們可以好好檢討。

另外，在加開門診部分，SARS 和 H1N1 期間都有，但是這次大流感，是等到疫情爆發之後才加開類流感門診，更是因為過年那段期間大家的反映，後來才加開的；有關強制隔離和轉院部分，SARS 因有特別條例，所以有法令可循，也具強制性，但 H1N1 和現在的流感大流行，目前都還沒有這個機制，所以剛才有人提到轉不出去的問題，只能用道德勸說，這的確會有比較大的問題；有關全國停課標準部分，我們看到在 SARS 和 H1N1 期間都有，但這次也沒有，開完專家會議之後，仍然覺得不需要；家裡如果有小孩必須接受治療或停課請假相關規定，目前都只能請家庭照顧假和事假，從 SARS 到現在，統統不給薪。

針對以上這幾個面向，本席有幾個問題就教衛福部，第一，有關中央疫情指揮中心，到底什麼時候才要成立？為什麼 2009 年的 H1N1，我們嚴陣以待，馬上成立疫情指揮中心，而今年到目前為止並沒有成立，本席的問題是，未來如果還有像今年這樣子大規模的流感疫情發生，到底我們要不要成立？標準何在？署長，上午你試圖解釋要不要成立你們有一套評估標準，同樣的我請教你，未來如果有像這次 A 感這麼嚴重的疫情，到底要不要成立疫情指揮中心？我們可以看到 2009 年的 H1N1，我們的因應作為似乎是比較好的，這次其實是做的比較差，署長認為呢？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。報告委員，在回答這個問題之前，我應該先說明成立疫情指揮中心，到底有沒有效用？我之所以有一點資格可以回答這個問題，是因為從 SARS 以來，我大概歷經所有疫情，一般人可能認為只要成立疫情指揮中心，對疫情的處理會比較好，但是很可惜，這部分並沒有對照，說不定成立之後，反而使得政府的腳步更為零亂都有可能，所以我覺得這部分是應該好好檢討的。不過，這次我再回鍋接疾管署署長一職，不成立指揮中心的原因有好幾個，其中一個原因是我覺得不能夠老是把所有的疫情都推給長官，因為一旦成立疫情指揮中心，指揮官就會是次長、部長或是行政院副院長，其實對我們而言，責任反而更少，責任會轉嫁到行政院或是部長，但這不是處理疫情的方式，要處理疫情，還必須看它的大小，我承認這次的疫情，雖然它是一個季節性流感，但是我們溝通的不夠好，以至於讓第一線的醫療人員在感受上有明顯的落差，不過委員講的 SARS 或 H1N1，確實和今年的疫情不一樣，前面那兩個疾病 WHO 都出面呼籲應該要嚴陣以待，也提出旅遊方面的建議，因為這兩個疾病當時不但沒有疫苗，也沒有好的治療方式，而且，疾病本身也很詭異多變，跟我們今天講的 H1N1 是完全不同的狀況。我還是要講，我們這次做得不夠好，在溝通上確實出現問題。不過「指揮中心」這 4 個字只是一個標籤，我們要問的是，成立指揮中心到底對疫情的處理比較好還是比較差？

王委員育敏：這也是本席要問的問題，這次署長承認在流感的防治上有不足之處，可見得你們掉以輕心，過於被動。過去不論是 SARS 或是 H1N1 都因為有 WHO 的警示，所以我們整個動起來。我剛才講「嚴陣以待」這 4 個字，難道只有新興傳染疾病才需要嚴陣以待嗎？防疫沒有假期，防疫視同作戰，而防疫應該也適用於大規模的流行性的疾病，這次的流感應該是同樣的道理。

我希望你們回去能修正對於是否成立中央疫情指揮中心的評估判準，不是因為是新興疾病，不是因為 WHO 的警示，台灣有台灣的問題，像這波疫情感染這麼多人，而且幾乎每個感染到 A

感的請假都非常久，跟一般的感冒真的差很多。這次最大的問題是，我們對第一線疾病的症狀、影響的掌握力不足，把它視為一般性的流感，以為沒有什麼了不起，現在它已造成 84 例死亡，你們要好好正視。剛才署長講得很好，以後要不要成立中央疫情指揮中心，對利弊和時間點要考量，不是說流感就不需要成立。未來如果爆發大規模流感，病毒可能跟過去一樣，也可能來自 H1N1，造成死亡率比較高，你們是否要成立指揮中心呢？不過民眾要的不是一個空的疫情指揮中心，而是要能發揮效果，包括醫療資源、醫院的調度和對第一線疾病的掌控，這樣民眾才能安心。我希望衛福部回去能通盤檢討這件事，其實包括你們在內的第一線人員都很辛苦，但是成績卻讓大家不滿意，所以希望你們回去好好檢討。

另外，雖然你們已經指定應變的醫院，希望可以強制轉診，但是沒有辦法，現在都是用道德勸說，本席認為這部分有修法的必要。可能要在緊急醫療法或傳染病防治法加上規定，遇到大規模的流行，啟動了應變機制，所有的醫院都要配合強制轉診，這樣才能調度。現在都是用道德勸說，我不知道你們的行政強度有多高，能勸說到什麼程度？如此一來，醫療人員的壓力無法解除，而病患在等待的過程也無法得到良好的治療。所以基於防疫的需要，本席認為有修法的必要，我也會提出修法的意見，讓重大疫情發生時有調度的空間。SARS 期間就是透過特別條例實施強制隔離和轉院，有強制性的作為，這部分部長的意見如何？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。碰到重大疫情造成急診壅塞，如果我們還是沒有任何強制力的話，要靠道德勸說紓解急診壅塞的情況是很難做到的。所以我剛才也提出可以考慮修法，不管是傳染病防治法或是醫療法等等都可一併考慮，看看法律面是否可以幫助我們有更多的公權力來處理這個事情。

王委員育敏：如果是基於防疫需要，民眾應該也會支持，希望大家在遇到重大疫情時能得到最好的救治。

另外關於停課的問題，你們在報告中提到停課後小孩可能無人照顧，所以無法訂定全國的標準，這件事情本席不同意，這好像有點倒過來講，如果基於防疫認為有停課的必要，那麼所有人都應該配合。至於小孩沒有人照顧這件事，我待會會有個臨時提案，因為這的確會造成家長很大的困擾，而且兒少法規定小孩必須有大人陪伴。尤其學前的幼兒園一停就是一個禮拜，家長都繳了學費，園方只退少少的點心費，家長還得額外找保母來照顧小孩，這些都是成本。另外，如果家長要請假在家照顧小孩，這都是不給薪的，要是有兩個小孩輪流感冒，一個月來個兩次，爸媽半個月的薪水可能就沒有了，這個問題也必須解決。由於時間的關係，本席有兩個臨時提案，等會再一起討論，謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席（王委員育敏）：請黃委員秀芳質詢。黃委員質詢完畢後，12 點先處理臨時提案，處理完後再繼續詢答。

黃委員秀芳：主席、各位列席官員、各位同仁。這次重症病例非常多，而且基層醫療人員表示，重症病人幾乎都是青壯年或是中年，請問這些人是不是都完全沒有打疫苗？現在我們是鼓勵幼兒

和老年人施打疫苗，未來衛福部和疾管署針對這個區塊有什麼政策來防治？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。目前疫苗注射是著重在 65 歲以上老年人以及孩童，而這次的疫情很多是青壯年，我們已經規劃並且得到院長的首肯，會增加經費 2 億多，增加 2 萬多劑的疫苗，希望把施打疫苗的年齡層降低。如果經費足夠，可以把從 50 歲到 64 歲這個區塊列入公費施打疫苗的範圍，這樣疫情的控制就可得到比較好的幫助。

黃委員秀芳：這是什麼時候開始實施的？

蔣部長丙煌：今年。

黃委員秀芳：是現在嗎？

蔣部長丙煌：施打疫苗通常是在年底。

黃委員秀芳：所以是從年底開始。部長剛才說施打公費疫苗的範圍要放寬，那麼第一線醫療人員的部分呢？

蔣部長丙煌：那本來就沒有問題，他們是高危險群，我去每家醫院都有問院內施打疫苗的情形，他們都跟我講醫院裡面幾乎百分之九十幾，甚至有的高達百分之百都有施打疫苗。

黃委員秀芳：其實，這陣子各醫療院所的醫護人員都非常辛苦，除了急診壅塞之外，加護病房也嚴重不足，都讓他們覺得疲於奔命；其實，我們也都有實際參與這次的防疫工作，醫療人員的確都有向我們抱怨，而事實上，很多病患也都不願配合轉診，我們認為，這些問題都與分級醫療制度有關，固然部長與整個衛福部也都非常關心這個問題，但未來分級醫療政策將如何實施，以及該由哪幾個單位負責，是否請部長在這裡作一明確說明？

蔣部長丙煌：有關分級醫療制度，坦白說，當年健保一開始實施時就一起推動，應該是比較容易，在經過幾十年的時間，有部分民眾已習慣一發現生病就到醫學中心，當然，也有部分民眾習慣到診所看病，在此情況下，我們現在若要採取一種強制的方式來推動分級醫療制度，民眾大概不太能接受，這是我們最大的顧慮。

當然，對於目前的亂象，我們並不是完全沒有積極的作為，譬如我們會思考採取其他一些比較柔性的方式，目前健保署對這方面已提出一系列的作法，坦白說，其效果還是很有限，剛才召委也提到一些辦法，至少在碰到緊急狀況的時候，希望在法律面能給我們處理的權力，目前我們就是朝這個方向來做思考。

黃委員秀芳：照部長所說，你們目前已開始朝這個方向在做思考與研議，是嗎？

蔣部長丙煌：是的，我們正在朝這個方向進行思考與研議。

黃委員秀芳：請問是由疾管署在負責做這件事嗎？

蔣部長丙煌：我們必須從整體來看，因為它可能牽涉到醫事司負責的醫療法、健保署主管的健保法，以及疾管署所負責的傳染病防治法，目前我們正從整體來看，未來這幾個法可能都要做一點調整。

黃委員秀芳：針對此次流感疫情，為什麼會有這麼多的病患都擠到醫學中心急診，相關單位對此現象也都有公開提出呼籲，希望病情比較不嚴重的民眾能到一般診所進行診治，可是我們都了解

一個事實，那就是一般民眾對醫學中心的醫療作為比較有信心，在此情況下，衛福部、疾管署應積極思考如何讓民眾對一般診所與地區醫院的醫療更具信心，本席認為，你們除了在口頭上要提出呼籲之外，還必須提出具體配套措施，俾讓國人了解分級醫療制度的重要性，進而配合政府的步調，如果病情不是那麼嚴重時，就到一般診所或地區醫院看診，病情若是很嚴重者，就到教學醫院或醫學中心就醫。

或許有民眾認為到教學醫院或醫學中心看病，所獲得的醫療服務會更好、檢查的項目也會更多，所以，大家才會一窩蜂地擠到教學醫院，在此本席希望衛福部、疾管署等相關單位，應對分級醫療制度採取更積極的作為，而不是口頭上說說而已。

蔣部長丙煌：根據我們所做的統計，目前國人就診的情形，大概有七、八成都還是到基層的診所或是地區醫院看診，不過，以這次流感疫情為例，民眾的確有一些恐慌，所以，即便是罹患普通的感冒，他們也都跑到教學醫院或醫學中心就醫，事實上，民眾在平時大概只會到診所看診，但面對這次流感疫情，加上心裡非常恐慌，以致於大部分的民眾都選擇到教學醫院或醫學中心就診，當然，在各方面的宣導上我們可能還做得不夠，加上部分大眾傳播系統所做的報導，造成民眾對這方面有一些誤解，所以，這些都會給醫療機構及社會大眾帶來困擾。

黃委員秀芳：記得 98 年政府對流感快篩是採取公費的方式，請問部長，這次流感快篩是否為自費方式？

蔣部長丙煌：基本上，我們對民眾所進行的快篩，除非有特殊狀況，否則是不會列入公費，以這次流感疫情為例，如果有民眾懷疑周邊的人得的是流感，在接到通報後，我們連快篩都用不到就直接用藥了，這都是經過疾管署專業的判斷而採取的方式。

黃委員秀芳：在診所遇到這種狀況是不是也不要經過快篩就直接用藥了？

蔣部長丙煌：是的，在診所也是根據病患症狀判斷就直接用藥。

黃委員秀芳：類似的情況未來仍有可能發生，所以，建議一般診所或教學醫院與醫學中心的流感快篩都能採行公費制，至於剛才部長提到這次所遇到的特殊狀況，我們認為採取直接用藥也是非常正確的方式，俾讓民眾了解他們到一般診所看診，也是可以獲得跟教學醫院或醫學中心一樣的醫療服務，以上建議，請問部長是否可行？

蔣部長丙煌：委員的建議立意甚佳，未來我們會對這一塊努力多做一點溝通。

黃委員秀芳：這陣子很多基層的醫療人員確實非常辛苦，尤其是部分診所的醫生，因為看了太多病患，以致於本身也稍微受到一些感染，如此辛苦之餘竟然還要擔心自己的點值，我知道部長對這部分有做過承諾，針對這次流感疫情或是民眾有上呼吸道感染的部分，本席建議可否將其排除在總額的部分，請問部長是不是可以這樣做？

蔣部長丙煌：有鑑於此次流感疫情相當嚴重，我已要求健保署應從寬處理，至於如何處理則由健保署研議。

黃委員秀芳：健保署如何從寬處理，是否請部長在此作一說明？

蔣部長丙煌：就是不要因為這次流感疫情嚴重，而讓一些很辛勞的醫療院所與醫護人員覺得他們做了那麼多的付出之後，竟然在財務上還遭受損失，相信這也是社會大眾所不樂見的。

黃委員秀芳：部長是不是可以請相關單位更明確的講一下？

蔣部長丙煌：他們可能需要一點時間研議。

主席：請衛福部健保署黃署長答復。

黃署長三桂：主席、各位委員。有關今年的預算，在去年由付費者跟醫療提供者，大家已經協商好了，但是我們有編列 10 億的預算，可以作為政策改變或是未預期風險所需來使用，但是這個健保費設有兩個條件，第一，如果點值浮動得太厲害，或是醫療費用成長率太高的話，符合這個條件就可以動支我們所編列的這個 10 億。

黃委員秀芳：以目前的狀況，可以支用嗎？

黃署長三桂：因為它是以季為單位，所以我們要等到 3 月結束之後再來做統計，如果符合這個條件，我們就會送至健保會做討論。

黃委員秀芳：針對這部分，本席也提出一個臨時提案，是不是可以將上呼吸道感染跟這次的流感，排除在總額之外？

黃署長三桂：有關牽涉到預算跟點值的事情，一定要到全民健保會去做討論。

黃委員秀芳：好，謝謝。本席非常關心這一次整個流感的狀況，我也要再次提到，衛福部針對整個流感的應變措施真的是慢半拍，而且感覺衛福部是跟著媒體在走，媒體講什麼，衛福部就跟在後面做，完全沒有自己的腳步，整個應變真的慢半拍。流感幾乎是每年都會發生的事情，所以本席希望未來衛福部跟疾管署不要讓今年的事情，到了今年年底或明年還會一次發生。

蔣部長丙煌：我們會檢討。

黃委員秀芳：好，謝謝。

主席：現在處理臨時提案，共 11 案。首先進行第 1 案。

1、

按我國性別工作平等法及勞工請假規則，勞工請家庭照顧假時，薪資比照事假規定不給薪，致使勞工請假意願低落，難以兼顧家庭生活與職場工作。爰建請勞動部於一個月內研議修正「性別工作平等法」，重新檢討家庭照顧假給薪規定及請假天數，以打造友善家庭的職場環境。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安 李彥秀

主席：請勞動部勞動條件及就業平等司謝司長說明。

謝司長倩蓓：主席、各位委員。勞動部補充說明，剛才我們有特別在報告中提到，任何一個法令的修正都需要凝聚共識，當然勞動部會努力在接下來的一個月內趕快找勞資團體來研議，還有一些法制作業的程序，包括條文要預告以及法規會討論等，這「一個月內」的確是有點困難，我們建議把時間嚴懲「三個月內」可以嗎？

主席：「三個月內」是指提出法條的版本嗎？照你的說法好像是要提出法條的版本。

謝司長倩蓓：照委員的意思……

主席：你們會提出法條版本嗎？

謝司長倩蓓：如果可以的話，建議是將「一個月內研議修正」中的「一個月內」拿掉，因為事實上

這部分要凝聚共識，剛才在報告中也特別提到，一個法要落實，大家也都希望能夠照顧勞工，的確有一些衝擊，我們也會一併做整體考量去研議，如果可以的話，建議將「於一個月內」這五個字刪掉，修正為：請勞動部研議修正性別工作平等法。

主席：不行，這部分還是要給日期，如果是三個月提出，你們要提出法條版本。

謝司長倩蓓：經我們研議，儘量朝這個方向看可不可以。

主席：現在是三月。

陳委員瑩：（在席位上）折衷為兩個月。

主席：好，兩個月。依照陳瑩委員的建議，修正為「兩個月」，請你們加快腳步。

謝司長倩蓓：好，謝謝。

主席：進行第 2 案。

2、

有鑑於流感病毒肆虐，幼兒園時有停課之情事，但各縣市幼兒園收退費規定不一，迭生爭議，造成家長困擾。爰建請教育部邀集各縣市政府研議幼兒園除退還因流感停課期間之午餐費、點心費、活動費及交通費等代辦費外，應依停課期間比例退還部份月（雜）費之可行性，以確保家長權益。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安 李彥秀

主席：請教育部國教署王專門委員說明。

王專門委員慧秋：主席、各位委員。有關午餐費、點心費及活動費在現行的收費項目本來就是屬於月費，基本上現行已經有按照比例去做退費，所以教育部建議是不是可以將「月費」刪除，只要針對雜費之可行性來做研議？

主席：你所謂的雜費就是午餐、點心那些嗎？

王專門委員慧秋：不是，我們目前收費大概是分為學費、雜費，還有所謂的月費，月費包含午餐、點心跟活動這些費用，現行已經有照比例去做退費了。

主席：你們就剩下雜費還沒有訂定，是嗎？

王專門委員慧秋：是。

主席：好，那就修改為「雜費」。請問你們多久可以訂定出來？一個月可以嗎？

王專門委員慧秋：因為這部分還要跟縣市政府做研議。

主席：好，那就一個月。第 2 案加上文字「一個月」，修正通過。

進行第 3 案。

3、

有鑑於勞動部調查發現，超過 6 成事業單位並無提供家庭照列假，且兒少團體亦指出，近 7 成家長認為政府應嚴格監督事業單位是否依法給假。爰建請勞動部針對受僱者請求家庭照顧假，是否遭到雇主拒絕、影響考績出勤或為其他不利處分，實施專案勞動檢查，以確保受僱者兼顧職場工作與家庭生活，落實性別工作平等法保障受僱者照顧家庭成員之立法宗旨。

提案人：王育敏

連署人：陳宜民 蔣萬安 李彥秀

主席：請問各位，對本案有無異議？（無）無異議，通過。

進行第 4 案。

4、

有鑑於日前衛生福利部公告 3 月 1 日全面實施住院診斷關聯群（Tw-DRGs）制度後，引起醫療體系中諸多議論。雖目前針對該實施日期已定調暫緩，但為求未來制度推展順利，衛生福利部應積極針對各界疑慮多加說明和釐清，以消弭一般民眾與醫療體系工作者之各種擔憂。

爰此，要求衛生福利部應於兩個月內於北中南東各區再行辦理「全面實施住院診斷關聯群（Tw-DRGs）制度」之說明會，廣泛蒐集社會各界意見，期形成社會共識。

提案人：吳玉琴

連署人：劉建國 鍾孔炤 林靜儀

主席：請問各位，對本案有無異議？（無）無異議，通過。

進行第 5 案。

5、

鑒於公費流感疫苗全國接種人數 316 萬人，僅占全國人數的 13.7%，若要達到防治效果，至少全國接種率需達 3 成，以全國 2,350 萬人來計，至少約需 700 萬人以上，顯見現行國人接種率過低，導致群體保護力不足，且據統計這波流感疫情 25 至 64 歲中壯年族群，確診病例及死亡個案均是其他年齡層的數倍，爰建請衛福部擴大公費疫苗接種對象，落實保障國人的健康，是否有當？敬請公決。

提案人：陳 瑩

連署人：陳曼麗 黃秀芳 吳焜裕

主席：請問各位，對本案有無異議？（無）無異議，通過。

進行第 6 案。

6、

鑒於每年週期發生之流感疫情造成醫療院所就醫人數暴增，醫事人員工作量負荷加重，惟中央健保局規定之合理門診量不符現況所需，致醫療院所申報點值遭壓縮，及看診人數越多，健保給付越少之亂象，建請衛福部研擬因應季節流感之健保給付申報點值彈性方案，以庇利民眾之就醫品質，是否有當？敬請公決。

提案人：陳 瑩

連署人：陳曼麗 黃秀芳 吳焜裕

主席：請衛福部健保署黃署長說明。

黃署長三桂：主席、各位委員。謝謝委員的關心，我們同意委員的提案，但是我們是不是可以稍微做文字的修正，建議將倒數第二行「健保給付申報點值彈性方案」修改為「健保給付因應方案」，把文字作一個比較正確的說明？

主席：你是把「申報點值彈性方案」都刪除，變成「因應方案」嗎？

黃署長三桂：是，原來是「健保給付申報點值彈性方案」改成「健保給付因應方案」。

主席：第 6 案將「健保給付申報點值彈性方案」修正為「健保給付因應方案」，請問各位，有無異議？（無）無異議，通過。

進行第 7 案。

7、

鑑於此次流感病患眾多，基層門診量大增 3-5 成，為了民眾的健康，所有醫護人員都冒著被感染的危險，但因為健保總額制度，看的病患愈多，平均點值就會降低，讓基層診所在這波流感中，心疲力竭，建請衛福部針對季節流感 J1001 等的疾病碼，排除健保總額，由健保預備金支附因應，以保障國人就醫品質及基層醫護人員之權益。

提案人：黃秀芳

連署人：陳曼麗 鍾孔炤

主席：請衛福部健保署黃署長說明。

黃署長三桂：主席、各位委員。謝謝黃委員的提案，我們原則上也都同意，因為有幾個文字不是很明確，建議將倒數第四行「建請衛福部針對季節流感 J1001 等疾病碼」，文字改成「建請衛福部針對季節流感之健保總額研議因應方式，以保障國人就醫品質及基層醫護人員之權益」，內容其實是一樣的，我們把文字寫清楚一點。

主席：第 7 案照黃署長建議之文字修正，請問各位，有無異議？（無）無異議，通過。

陳委員瑩：（在席位上）剛才第 6 案第二行「中央健保局」修正為「中央健保署」。

主席：第 6 案將「中央健保局」修正為「中央健保署」。

進行第 8 案。

8、

鑒於近日來，本國因流感爆發，引發民眾恐慌，為弭平各界疑慮，穩定民心，本席提出以下幾點建議，請衛福部一周內研議並即刻施行，以解民憂。

1. 強化醫院醫療資源管控與訊息暢通公開，建置標準作業化流程：掌控院內包含收治流感重症病患所需之葉克膜數量、呼吸器及加護病房調度，建置醫療資源滿載之應變作業流程，讓流感重症患者能有適切的醫療照護。

2. 提高健保給付標準並給予相關獎勵方案：針對醫院反映基層醫療人員致力於照護工作的辛勞，應給予回饋以激勵士氣，建請健保署於下一期審查作業會中提出對於急診加開類流感門診之可行獎勵方案。

3. 加強民眾宣導分流，強化流感知識避免恐慌：可製作各類文宣或全國性媒體露出，並適時啟動與強化民眾就醫分流之觀念與機制。

4. 政策指示應明確，俾利地方衛生主管機關及醫院配合辦理：有關今年因應流感疫情高峰及農曆春節，請醫院配合開設類流感特別門診之時程，應明確指示開設區間，俾利醫院適時人力調度及整備。

提案人：鍾孔炤 林靜儀

連署人：吳焜裕 陳曼麗 黃秀芳

主席：請衛福部健保署黃署長說明。

黃署長三桂：主席、各位委員。謝謝鍾委員，我們贊成鍾委員的提案，鍾委員提案的第 2 項倒數第二行，原來是「建請健保署於下一期審查作業會中提出對於急診加開類流感門診之可行獎勵方案」，文字是不是可以稍微改一下？建議改為「請健保署於下一期審查作業會中提出對於類流感之可行因應方案」？把文字稍微做確認一點。

主席：請問鍾委員可以嗎？

鍾委員孔炤：（在席位上）他是把「急診」兩個字刪除了。

黃署長三桂：我們的範圍更大。

鍾委員孔炤：（在席位上）「獎勵」兩個字也刪掉了。

黃署長三桂：向委員報告，我們改成這樣以後，整個範圍包括急診、門診都在裡面，連委員的意思都包括在裡面了。

鍾委員孔炤：（在席位上）為什麼要把「獎勵方案」中「獎勵」二字拿掉呢？

黃署長三桂：我們改成因應方案……

鍾委員孔炤：我最主要就是針對這一端辛勞的醫護人員，你們之前也特別規劃了獎勵金，因為因應這次的流感，特別要針對這些醫護人員，尤其是急診室的這些人員……

黃署長三桂：沒問題，我們遵照委員的意思。

主席：我想鍾委員只想聚焦在這一次的流感急診。

黃署長三桂：我們尊重委員的意思，就用「獎勵方案」。

主席：好，那文字就不做修正，第 8 案照案通過。

進行第 9 案。

9、

鑒於國內中藥材約九成左右均仰賴大陸地區及其他國家進口，該等進口之中藥材常發現有異常物質（農藥、重金屬等）殘留量過高，危害國人用藥安全及健康甚鉅。經查，國內目前許多原住民族地區土地適合種植中藥材及原生藥用植物，爰建請衛生福利部會同行政院農業委員會及行政院原住民族委員會共同研擬原住民保留地種植中藥材計畫，協助原住民族人栽種中藥材及原生藥用植物，俾利族人改善其經濟狀況及提升原住民族地區土地利用價值，並確保中藥材之品質。是否有當？敬請公決。

提案人：陳 瑩

連署人：吳玉琴 黃秀芳

主席：請問各位，對本案有沒有意見？

陳委員瑩：（在席位上）我對他唸的有意見，倒數第四行是協助「原住民」「族人」，不是「原住民族」「人」。

主席：好，請議事人員下次要注意，是「原住民」「族人」。

第 9 案照案通過。

陳委員瑩：（在席位上）倒數第三行「研擬原住民保留地」改成「原住民地區土地」。

主席：我們拿到的版本，文字已經修改了。

陳委員瑩：（在席位上）謝謝，可是我這邊沒有改，唸的時候也沒有。

主席：有，都是修改過的文字。

陳委員瑩：（在席位上）倒數第三行要不要再唸一次，我確認一下文字。

主席：所以是倒數第三行，不是倒數第二行？

陳委員瑩：（在席位上）倒數第三行改為「研擬原住民地區土地」。

主席：算起來應該是倒數第四行，把「原住民保留地」再改成「原住民地區土地」，對嗎？

陳委員瑩：（在席位上）對，可以再唸一下嗎？

主席：我再次宣讀倒數第四行修改後文字如下：研擬原住民地區土地種植中藥材計畫。第 9 案照剛才宣讀修正的文字通過。

進行第 10 案。

10、

近幾年，台灣飽受流感威脅，政府應全面檢討疫苗接種政策。中央流行疫情指揮中心應於疫情預見將超過過去 3 年，重症發生在不同族群（例如今年是中壯年）、死亡率較高時，即應啟動。爰此，針對啟動應變醫院機制之時機，要求衛福部於一週內向立法院社會福利及衛生環境委員會，提出檢討報告。

提案人：劉建國 王育敏

連署人：黃秀芳 吳玉琴

主席：主管機關有沒有意見？

郭署長旭崧：（在席位上）報告主席，剛才說要提出檢討報告，部長都已經承諾要做了，因為現在處於作戰狀況，一個禮拜時間是稍微緊一點，假使可以修正為一個月，對我們而言協調起來會比較周延。

主席：好，我想現階段還是防疫優先，檢討報告如果需要一個月，那就請你們一個月內送來。第 10 案修正通過。

進行第 11 案。

11、

有鑑於疾病管制署依據去年二月世界衛生組織（WHO）之 2015-2016 年北半球流感疫苗病毒抗原組成分建議，104 年度採購之流感疫苗為 3 價型（2 種 fluA+1 種 flu B）。然 228 連假後，B 型流感病例增加，恐造成另一波流感疫情之大爆發。而之前 100 年底至 101 年初的流行季，就是因為公費疫苗預測「失準」，使得 B 型流感併發症患者大幅增加，造成全台 1,034 人罹病，103 人死亡！爰建請衛生福利部應寬列公費流感疫苗採購經費，採購四價（2A+2B）流感疫苗，以維護國人權益。

提案人：陳宜民

連署人：王育敏 李彥秀

主席：主管機關有沒有意見？

請衛福部疾管署郭署長說明。

郭署長旭崧：主席、各位委員。容我說明一下，因為陳委員是這方面的專家，首先對於四價疫苗，我想這是國際趨勢，早晚台灣也要走向四價疫苗，但因為四價疫苗的費用比較高，事實上我們內部已經在去年開始研議是不是有其他方法，包括以差額給付等方式來做。

另外，提案中委員雖然講的沒錯，但恐怕外界不了解，會以為今年的四價疫苗剛好可以防禦目前的 B 型流感，但事實上並不是如此，今年的情況是三價裡的 B Yamagata 剛好就是流行株，而且也有效，所以以今年來講，三價的疫苗事實上是可行的，但是我也完全同意，今年猜對了，當然不是我們猜對，是 WHO 猜的，未來是不是就一定會猜對，沒有人敢講，所以大部分的想法是認為最好可以採購四價，以後如果能有五價、六價，那當然是更好，因為猜對的機會會更大，所以我完全同意這個提案，只不過建議加兩個字，就是在「採購四價」前面加「考量」或「研議」兩字，這樣的話，就不會變成設限政府今年度就一定要採購四價疫苗，因為的確在經費上是有些困擾，假使這樣修改，CDC 這邊是可以往這個方向來做。容我再說明一點，因為大家都關注在疫苗部分，事實上健保法第五十一條明文規定健保不給付所有預防性措施，包括疫苗，但是像流感疫苗這麼重要的事，其他國家作法，保險是一定要給付的，因為這樣的關係，所以我們被迫把流感疫苗以公務預算方式支應，我認為未來如果想要澈底解決這個問題，還是要往那個方向推動。另外還有很重要的一點，就是我們要問為什麼有那麼多人不施打疫苗？是不是因為不是公費的問題？還是民眾不是感覺那麼有必要？或者是我們第一線的醫師沒有足夠誘因幫政府向民眾宣導？我是認為這些因素都有，錢並不是唯一的問題，其實我們還需要醫師的推動，當然這也是經費的關係，雖然我們有給醫師 100 元的診療費，但是限於很多規範，常常這 100 元的診療費也會受到健保署的核刪，這是長久以來就有的問題，在此向委員說明。

主席：請陳委員宜民發言。

陳委員宜民：主席、各位列席官員、各位同仁。謝謝郭署長的回應，其實之前台大教授就已經很清楚推估，打四價疫苗事實上是可以減少更多流感的死亡和罹病人數，這其實已經有成本效益分析，所以我建議四價疫苗還是應該積極採購。

另外，很重要的一點，根據你們提供的資料顯示，過去三年醫護人員打疫苗的比率大概只有六成左右，其實這也代表我們醫護人員其實是不太健康，沒有想到要保護自己，這部分應該是要有其他的機制及措施來提供。

最後一點，署長提到健保法第五十一條規定，其實這也是我的政見之一，將來我們也會提案修法，預防勝於治療，健保署當然應該給付預防費用，不過這沈痾已久，可能將來會再舉辦公聽會來討論。謝謝。

主席：陳委員，剛剛疾管署建議這個案子加上「研議」兩字，你是不是可以同意？

陳委員宜民：我認為今年就應該開始做比較好，不要用研議，而是要有確切的行動。雖然現在流行的是 Yamagata 沒錯，但是在國際旅遊上，B 流感的 Victoria 流行株反而是比較重要，就是延續

我剛剛一開始質詢時提到的，所以還是要留意這個問題。如果今年施打，其實就是預防年底的那波流行。

主席：請衛福部蔣部長說明。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。跟委員進一步說明，這一方面涉及預算，也就是評估三價可以施打的人比較多，四價可以打的人就比較少……

陳委員宜民：現在的問題就是公費採購都是採購三價國產疫苗，四價的話民眾就要自費施打，所以我建議以採購四價流感疫苗為主。

蔣部長丙煌：這還是涉及到經費問題。

陳委員宜民：但是如果施打一些保護力比較不好的疫苗，不是就浪費嗎？

蔣部長丙煌：對！所以這需要評估。三價、四價的保護力，是很專業的評估，另外坦白跟委員報告，這裡面也涉及到疫苗的提供是不同廠商，所以我覺得我們還是稍微保守一點，加「研議」兩字，我會請疾管署隨時和委員保持連繫。

陳委員宜民：好。修正為研議採購四價疫苗為主。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：加上「研議」兩字，第 11 案修正通過。

現在請吳委員焜裕質詢。

吳委員焜裕：主席、各位列席官員、各位同仁。針對這次的流感，大家都非常關心，我們真的要檢討預防體系及醫療體系到底哪些地方出了問題，不然這樣一直爭論也不是辦法。我想預防是非常重要的，醫療當然在之後的處理也很重要，醫療關係到評鑑問題，醫事司王司長是台大職衛所博士班畢業，所以我想請教的是，醫療體系的進步有賴於我們的評鑑，但是我們的評鑑促進協會的董監事組成好像有點怪怪的，都是業者在擔任董監事，這樣的評鑑能達到促進醫療體系品質的進步嗎？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我請王司長向委員說明。

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。報告委員，因為醫策會的基金會當初成立時，是由公部門和民間醫界團體共同捐助成立，所以董監事的組成確實是包含了醫界的代表，但是在評鑑實務上，董監事是不會涉及實際評鑑的任何一個過程，所以，不會因為董監事而影響到評鑑的公正性。

吳委員焜裕：但是評鑑委員可能會受到影響啊！就是你要聘的評鑑委員是誰，還有董監事聘的執行長或秘書長等等，都會受到影響，這樣可以促進醫療體系的進步嗎？如果需要，是不是可以修法？我們的醫療體系長期受到詬病，尤其醫藥分業一直沒辦法落實，這部分是不是有改革必要？

蔣部長丙煌：醫策會的理事長至少是我們聘的，所以比較可以掌握，這部分我請醫事司再去檢討，看看是不是可以在不修改任何法令的前提下，做什麼樣的改善。

吳委員焜裕：如果要聘所有醫療機構的院長或董事長，好像除了長庚和慈濟沒有，其他都有，這樣

對這兩個醫療體系也不公平，所以我建議這部分應該好好修改，否則整個醫療體系的進步可能會受到很大的限制。

蔣部長丙煌：好，我們來研討。

吳委員焜裕：接下來我要和部長討論有關食安的問題。蔣部長其實是食品加工專業，但社會上都認為蔣部長是食安專業，所以我要請教蔣部長，什麼叫做食品安全？你可不可以下個定義？

蔣部長丙煌：食品安全顧名思義應該是滿清楚的，食品吃進去以後，對人體健康會不會造成妨礙，這就是所謂的食品安議題。

吳委員焜裕：這好像太空泛了一點，應該可以更明確。WHO 及國際上都有相關定義，所以我認為在食品安全部分，我們應該要有更明確的定義，針對此，可不可以請姜署長回應？

主席：請衛福部食藥署姜署長答復。

姜署長郁美：主席、各位委員。103 年年底修食安法時，那時候叫做食品衛生管理法，當時的立法委員建議強制加入「安全」兩字，他們認為食品不是只有衛生問題，還有安全的問題，當然，安全就是有關人體健康跟健康風險，還有很多其他事項在其中。

吳委員焜裕：我覺得非常擔心，全國最高食品安全中央主管單位，連什麼叫做食品安全都弄不清楚，我真的非常擔心！食品安全其實非常簡單，民眾所需求的是什麼？就是我們每天吃、終生吃不會對我們健康造成危害的，這才是我們執政要管理之處，但我一直覺得，當我們社會，包括中央主管機關，都弄不清楚什麼叫做食品安全時，我們又如何期待可以為民眾做好食品安全的把關？這點我覺得有必要檢討。另外，我要請問蔣部長，2010 年我們把藥政處、食品衛生處、藥檢局及管制藥品管理局合併改為 FDA（食品藥物管理局），這樣對我們食品安全的把關有幫助嗎？

蔣部長丙煌：我沒有辦法替當年的決定辯護，不過我個人看法，以目前食藥署這樣的組織和運作，再加上行政院食安辦公室，基本上在食安的管理上，應該還可以處理相關議題。

吳委員焜裕：是還沒有充分把握為民眾健康把關就是了，依照蔣部長的回覆，還是沒有把握……

蔣部長丙煌：我想應該是可以……

吳委員焜裕：但是沒有把握……

蔣部長丙煌：這個面向真的很多，我們的民眾、業者等各方面，都需要大家一起來。

吳委員焜裕：從整個組織架構來看，當時的衛生處可以跟衛生署署長，也就是現在的衛福部部長直接連結，但現在還多了一層，食品藥物管理署的食品組要先跟署長連結，然後才能再跟部長連結，等於層級低了一級，當然改變的結果，就是讓我們覺得食品把關有越來越不好的感覺，在行政流程上，看起來也是越來越沒有效率，所以我們真的要思考，參考國際上先進國家組織建構食品安全的架構和體系。過去我們都是以收拾善後的立場在做，這樣是非常不好的。

剛才部長也提到我們有食安辦，行政院食安會報是一個很重要的體系，食藥署也聘了很多重要的專家學者，食藥署裡有一個食品安全衛生與營業諮議會，這些專家學者是如何聘請的？有沒有考慮利益迴避問題？我們知道，食品產業和學者專家，尤其是食品科技專家，都有很好的關係，甚至是執行計畫相關人員，這些人要不要迴避呢？

姜署長郁美：報告委員，我們的諮議會在每次任期到期後，都有三分之一的委員要更換，這是立法院明文通過的。針對利益迴避部分……

吳委員焜裕：署長，可能我中文講的不好，你不了解我的意思。

姜署長郁美：利益迴避部分，在我們的公告內容中，有要求所有委員和相關議題有關的話，就必須要迴避，這是公務體系都必須要有的。至於委員聘任部分，在選擇委員時，各級主管都有一個非常完整的選舉辦法。

吳委員焜裕：有考慮到利益迴避，但如果他個人沒有想要利益迴避，我們可以排除掉嗎？

姜署長郁美：在任期當中，我們都有檢討機制……

吳委員焜裕：還是沒有利益迴避嘛！

姜署長郁美：任期要點中也有。

吳委員焜裕：譬如食品衛生安全與營養諮議會，當時為大統背書的那位學者專家，請問他有沒有在委員會裡？就是當時在電視上喝油給民眾看，表示這個油沒有問題的那位學者專家，我不好意思說出他的名字，但署長可以點名沒有關係。

姜署長郁美：委員指的是蘇老師、蘇委員？

吳委員焜裕：蘇什麼？你們的網站都可以查得到啊！

姜署長郁美：是，他現在是我們的委員之一，沒錯。

吳委員焜裕：這樣會讓民眾對食藥署的行政管理有信心嗎？

姜署長郁美：在所有委員會的會議過程中，他還是非常中立、專業，給予我們很多的建議……

吳委員焜裕：是，當然從你的立場來看，他可能是非常中立，但是從民眾的立場來看，會覺得他中立嗎？

蔣部長丙煌：我想這個委員應該是屬於這方面的專家，不管是學術或是其他應用面的專家，我們是希望得到專家的意見，設立這個委員會的目的也是在此，至於民眾可能有的感受，我想是和委員會設置的目的不一樣的。

吳委員焜裕：我不知道台灣就真的只有這麼一位專家嗎？不然為什麼還需要這樣的專家來讓民眾對食品安全的管理沒有信心？你們是真的找不到人嗎？其實我們看行政院食安會報裡的專家，有多少是跟業者有關的？

蔣部長丙煌：其實食品科學是一個應用科技，過去我在學校也很清楚，我們都希望學者能夠多跟業界接觸，不要閉門造車，不要在象牙塔裡，所以多多少少這些所謂的專家學者跟業界會有一些關係，不過，中立是一定要維持的，利益迴避也是一定要的原則，這是我們絕對要堅持的。

吳委員焜裕：什麼時候要利益迴避，可以判斷出來嗎？譬如食安會報中有個產業所支持的協會會長，他一定代表業者發言，有時候我們沒有查覺，但事實上他從他的專業就是在為業者背書，譬如當假油事件發生時，他就說棉酚沒有毒，一定可以吃，這種作法其實不一定正確，所以我們看到這些食品科學專家在食品安全事件發生時，第一步站出來說沒有問題的，其實就有很值得可疑之處，因為在科學證據還沒有澄清之前，他可以隨便出來說沒有問題嗎？所以本席認為在聘任委員時，利益迴避原則一定要把持住。

蔣部長丙煌：委員會是合議制，至於個別委員在外面講什麼話，這要他自己負責，但委員會最後的決議，一定是合議的。

吳委員焜裕：雖然是合議，但如果是產業代表，就明寫是產業代表，不要用學者專家之名，可以嗎？這樣才能讓民眾信任，不然食品管理怎麼讓民眾信任呢？他如果代表業者利益，就明寫是業者代表，可以嗎？以後可以這樣做嗎？

蔣部長丙煌：我想委員的聘任是隨時都可以檢討，不管是食藥署或食安辦，都可以做檢討。

吳委員焜裕：好，那本席建議開始檢討，一定要嚴格把持利益迴避原則。謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：現在休息，下午 2 時 30 分繼續開會。

休息

繼續開會

主席：現在繼續開會。在會議之前，想先徵得在場委員的同意，因為本會委員的詢答時間一律都是 10 加 2 分鐘，下午可能會有本會以外的委員來質詢，若把他們的詢答時間改為 6 加 2 分鐘，不知各位委員有無意見？（無）無意見，通過。

請陳委員曼麗質詢。

陳委員曼麗：主席、各位列席官員、各位同仁。這是我第一次在社環委員會質詢。最近已政黨輪替，關於長照保險這個部分，小英在政策面的規劃上是要用賦稅財源作處理。我不知道衛福部內部是否有做過相關的討論？也就是說，除了保險之外，有沒有其他替代方案？你們有沒有這一方面的研議？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。關於長照的經費來源，衛福部長期以來都在作相關的研究。我們不論如何研究，都認為仿效健保制度，利用長照保險的方法是最恰當的。

陳委員曼麗：3 月 10 日我們還會再討論長照保險，可否在會場提供相關的資料？就是說，把你們研議的幾個方案在現場提供給與會者，讓大家都能看一下它們的優、缺點。再者，看看是否有可以再補強或改正的地方。

第二、我要請教社家署署長。社家署針對老人福利部分，結合 12 個縣市成立了 22 處多元服務中心。可是，全台共有 22 個縣市，對於沒有多元服務中心的縣市，你們會如何作補強處理，好讓全台灣的人都能夠享受到小規模、多機能的服務方案？

另外，關於社區照顧據點的部分，我們現在依賴的可能都是民間單位，包括慈濟、村里辦公室等等。請問，這些都是志工嗎？他們會有若干專職的條件嗎？這樣的話，它的效益要如何做評估？請簡單回答。

主席：請衛福部社家署簡署長答復。

簡署長慧娟：主席、各位委員。剛剛委員提的那 12 個縣市 22 處服務中心，是小規模、多機能；這只是我們發展日照資源裡面的一個部分，其他還有 368 個鄉鎮市區，我們希望至少要有一處日照資源。我們會以小規模、多機能的日間照顧中心為基礎，去擴大提供。例如：可以連結居家

服務，也可以有臨時短期住宿等比較多元的照顧……

陳委員曼麗：對不起！我沒有那麼多時間聽你慢慢地回答。

接下來，我要請教關於健康老化這部分。我現在看到的是，目前有 22 個縣市都在推動「健康城市暨高齡友善城市」獎項的評選，獲獎單位還滿多的，光是 104 年就有 94 個，可見這個獎發得非常普遍。請問，這樣的覆蓋率到底是怎麼樣？有沒有分布到城市、鄉村和原住民部落區？它們是否都有適當的分布比率？可否提供相關的資料給我們？

主席：請衛福部國健署邱署長答復。

邱署長淑媵：主席、各位委員。好，我們再提供。這個最主要是希望縣市政府整合相關的局處以及各鄉鎮，期使活躍老化的政策與活動能夠普及。不過，它的重點是從縣市政府政策的角度，所以，它的對象是以縣市政府為主；但是也有一些鄉鎮層級或社區層級。其實這件事就是活動，是紮根的工作。對於高齡友善城市，我們希望縣市政府一定要出來做火車頭，以促進跨部門資源的協調……

陳委員曼麗：麻煩提供相關資料給本席，好嗎？

邱署長淑媵：好。

陳委員曼麗：接下來，我要請教改善醫護環境安全這個部分。根據現行規定，每週的工作時數不能超過 88 個小時，可是我們也看到有許多醫護人員想要離職，說不定有些人已經離職了。他們一再要求納入勞基法，但是第 86 頁的報告裡面有關這方面的規劃，只包括到住院醫師，並不包括護理人員。其實護理人員也是非常辛苦的，為何不能適用勞基法的？

主席：請衛福部護理及健康照護司游司長答復。

游司長麗惠：主席、各位委員。事實上，護理人員已經納入勞基法了。

陳委員曼麗：他們是否也有超時工作的情形？因為我們接到醫勞盟的陳情，關於勞動的條件，他們認為對他們是非常不利的。針對這方面，我希望能夠得到更多的資訊。

王司長宗曦：在醫護人員當中，護理人員已經受勞基法有關工時的保障。關於勞動檢查，也有查出哪些醫院有不符合相關規定者，發現有百分之十幾有超時工作的情形，沒有按照該有的規定……

陳委員曼麗：請提供相關的資料給我。

另外，食藥署提到強化輸入油的管理。我最近曾跟一些廠商聯絡，他們說，他們有些食用油外輸。不知食藥署是否有掌控到這部分的資料？因為很可能國內廠商外銷出去廢食用油，又回流到台灣來。這方面的資訊務必要好好掌握！

其次，關於食安法的管理措施。目前分廠分造這部分已完成 57.8%，表示還有 42.2%尚未完成。沒有完成的部分，其實讓民眾頗為擔心。例如：工業原料和食用原料應該要分流，以豆腐乳為例，它裡面還含有一些工業染劑，二鉀基黃就是其中一種。而胡椒粉本身含有工業用的碳酸鎂。所以，像這樣的分流，我覺得，除了我們在源頭可追溯大廠之外，也要對一些比較小規模的中盤商或化工行，做這樣的管理。如果把這兩種東西放在一起管理，還是會讓人民相當擔心，畢竟只有大約 57%完成分廠分造。我希望這個部分能再加強。

還有一些大眾民生物資，以茶葉為例，其實台灣的產量和市場的供應量是不夠的。於是就會發生外面的茶葉進來魚目混珠的狀況。針對這個問題，食藥署是否有一些追蹤管理的辦法？我知道台灣有很多愛喝茶的人，針對這個部分，是否能夠把相關標示做得更清楚？我看到

你們對於標示的方式大概增加了幾個項目，但是沒看到有關茶飲品的部分。顯然，還是有很多需要再改善或加強的地方。

最後，我想要談流感的問題。最近有很多民眾受到感染，有人甚至因此往生。讓大家感到突兀的是，為什麼它會在這樣的時間造成人數上的影響？你們有沒有作分齡、分區的統計？什麼地方的感染人數是比較多的？那個地方也許就是我們需要去重點加強，請醫護單位對這個部分要清楚。流感的預防接種有沒有達到預期的目標？對於施打對象，是不是都能有這樣的做法？

疾病管制署在 2009 年取消第一線流感的定點醫師通報系統。請問，當時為何要取消這個定點醫師通報系統？因為這樣，第一線流感的敏感度大為降低，造成很多狀況無法掌控。尤其，週末有很多基層醫療系統和社區醫院都不看診，病患就會湧入急診室。你們可曾做一些協調、規劃，讓基層的社區醫院以及醫療院所都能在這個時候開放？我希望能夠落實分級轉診制度，讓我們在這部分可以有較好的規劃。當然，宣導非常重要。一般民眾在事情還沒臨到自己身上時，可能都不會有什麼感覺。所以，第一線服務的基層單位，可能要賦予他們更多的責任；讓他們可以即時向中央傳達相關訊息。這件事已經造成 84 人死亡、1,419 人重症，這是非常危險的一件事情。針對這部分，希望疾管署也能夠提供相關資料給我。

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。謝謝委員的指教。

主席：請李委員彥秀質詢。

李委員彥秀：主席、各位列席官員、各位同仁。部長和兩位署長辛苦了！今天早上有報紙報導，今年度有四成八醫療院所詐領健保費。民眾乍看之下，會覺得兩萬七千多家健保特約醫院中有將近一半是有詐領健保費的，也就是說，幾乎兩家就有一家是有詐領健保費的可能性。所以，今天中午全國醫師公會全聯會馬上發出新聞稿。我不知道這個數據、這則新聞從何而來？健保署有沒有提出數據去作進一步說明？請黃署長先說明一下，這個數據到底是怎麼回事？

主席：請衛福部健保署黃署長答復。

黃署長三桂：主席、各位委員。謝謝委員的關心！所謂的「四成八」是媒體朋友自己寫的，健保署並沒有提供這樣的數據。健保署只說：「我們有去查核 803 家，發現有 383 家有問題。」就是這樣子。

李委員彥秀：署長，那你這個數字就莫名其妙了嘛！你們抽查 803 家的結果，有 383 家確實有詐領健保費。這就好比，警察在路邊做酒駕臨檢，總共抽檢了 100 位民眾，剛好有 50 位民眾受檢後是超過標準數值，有酒駕的可能性。這樣就變成說，今天在馬路上開車的駕駛人好像有 5 成是酒駕者。再者今天的這份報導，看起來好像是兩萬七千多家健保特約醫院當中，幾乎每兩家就有一家有詐領健保費的可能性。儘管你們是抽查 803 家，這些可能是有高度風險的。但是，這個母數來對於整個醫療院所的士氣打擊非常大。

黃署長三桂：報告委員。「四成八」這個數據不是我們提供的，事實上，我們根本沒寫過這個數字。我們很清楚地跟他說，兩萬七千家裡頭，我們過濾了 803 家。

李委員彥秀：從去年八仙塵爆到這次大地震，乃至最近的類流感疫情，我們都認同基層醫療院所所有同仁投入的努力。這是不容抹煞的，對不對？所以，我在此再次拜託！今天整個公會、所有的基層醫療人員全部都反彈。看起來好像增加了很多，但是，我從這個圖表來看，102 年違規的數據是 1.28，到 103 年這個月為止，違規數是 1.39。看起來違規數是愈來愈少，但我還是認為應該對一些詐領健保費的醫療院所，加以重罰。但若這個數據有問題，希望健保署務必要說明清楚。

黃署長三桂：報告委員。我們已經在中午 12 點以前，對於這篇新聞報導，再一次的澄清。

李委員彥秀：好，希望你們把數據說明清楚，讓社會大眾知道。不要抹煞將近八、九成以上基層醫療院所，在這幾波台灣重大事故當中所投入的努力。這是第一點。

中午從媒體上看到郭署長自清處分。未來處分的結果是什麼，我不知道。但是，在民眾的感受上，對於下一波不論是腸病毒或大自然的災害，不知道未來衛福部有什麼樣的挑戰？包括你今天早上一再提到：「未來包括分級分流，我們要法制化。」這個法制化到底怎麼做？能不能做？或許部長會認為，馬上要交接了，這可能已不是我任內的事情。但是，四、五月可能又面臨到另外一波不知道什麼樣的疫情。所以，對民意代表而言，我們關心的是，你們所謂的法制化能不能做？包括剛才陳曼麗委員提的，CDC 在 2009 年已經取消定點醫師的通報系統。這當然可能是未來在分級分流裡面，我們要做的其中一環。你可否稍微說明一下，未來你們法制化要如何去做分級分流的部分？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。今天上午我是說，按照醫療法，有病人進到急診室，醫師是不得拒絕的。它不能說：「我們的急診能量已滿，不收。」這是不能拒絕的。醫師有義務一定要替病人診治，否則，他就違法。所以，在法上面，如果讓醫院的急診部門有拒絕收病人之權，倘若它已經達到某一個臨界點，這樣就可能解決部分的問題。我只是提出這樣的一個概念。我相信這裡面一定有很多很多的討論，因為這樣子對病人的權益……

李委員彥秀：部長，你還是沒有提到分級分流啊！可否請郭署長協助說明一下你們如何把分級分流法制化？這一塊應該是你們都非常熟悉的，因為部長今天早上講了半天未來要法制化，去做分級分流的處理。可是我坐在下面聽了許久，卻不知道你們要如何法制化？是否要強制來做？

蔣部長丙煌：容我先再提一下我所謂的法制化。現在要完全分級分流，個人認為很困難。但我期望在特殊情況下，像這次流感的情況，我們在前線比較吃緊的時候，可以做一些我們現在不能做的事情。

李委員彥秀：所謂「重大疫情」，要如何界定？今天早上我們也一直在討論指揮中心何時成立？也有委員認為，重大疫情指揮中心什麼時候成立，有優點，也有缺點。但是在民眾的觀感上，「登革熱」流行時，或許疾管署可能控制得住。之前在不同場合，我碰到郭署長很多次，你都認為可以控制得住。但是，民眾的感受基層醫療的數據是為何跟你們的數據間有如此大的落差？

不論是在急診室或是一般基層醫療院所裡，這次的類流感或一般感冒的人數都較以往多了三、五成以上。但是，一般人到基層醫療診所去看醫師時，他們在斷碼的編號上，只能說是感冒或上呼吸道的疾病；因為他們不能斷定是類流感。可是有經驗的醫師大概一看就知道，喉嚨腫得很厲害、已經高燒兩天不退，病人應該去做快篩。但是，當下他們沒有權力這樣做。所以長期以來，基層醫療院所的數據跟疾管署的數據其實有很多的落差，這部分的通報系統其實是嚴重出現了問題。雖然郭署長已經自請處分，但還是請你就你的崗位立場，回復我。你們這次的數據怎麼會跟基層醫療院所所有如此大的落差？未來怎麼做後續的處理？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。包括剛才講的定點醫師以及這次所謂「跟基層醫師之感受有落差」，都是同一件事情，我必須要稍微解釋一下，大家才比較容易瞭解。「定點醫師」是在沒有資訊化、沒有全民健保的方式下來做。因為它不是法定傳染病，所以，我們就請了一些定點的醫師來通報。但是，在十年前有了全民健保之後，每一位醫師每日都要通報的情況下，實在不需要再去增加醫師的負擔。我們直接從電腦裡面就可以掌握全面……

李委員彥秀：這一次整個類流感的疫情通報系統上，你們覺得掌控住了，沒有問題。但最後顯示的結果，貴署所掌握的數據跟基層醫療院所的有很大的差異。

郭署長旭崧：假使是就我們所掌控的這些門診或急診的資訊來講，就完全沒有問題。因為它確實是在 24 小時內所展現出來的。但是，我們掌握的是流感的資訊。現在在急診裡面百分八十到八十五，其實是……

李委員彥秀：署長，你還是沒聽懂我的意思。一般在基層醫療院所，即使基層醫療醫師、家庭醫師認為病患應該就是類流感，但是，在那個當口他那邊登記的就是上呼吸道的問題，因為還未作快篩。

郭署長旭崧：是。

李委員彥秀：等到他做快篩，可能又是一兩天之後。所以，你們每天的資訊都是在延後的嘛！

郭署長旭崧：不，大概有一天的落差。但是，我剛才想解釋的就是，為什麼我們沒有辦法感受到急診室？倒不是基層醫師，是急診室……

李委員彥秀：你不要在這邊再解釋，因為狀況已經發生了，如果你還在這邊跟我講「只有一天的落差」，我真覺得非常遺憾！包括最近的葉克膜問題，不論是它的數量、或是所有醫療團隊可以操作葉克膜的人數、抑或是急診病房大塞車的狀況，從這幾波事件看來，我只認為整個衛福部在掌握疫情的部分，完全失靈。這也難怪我們選舉會選得那麼辛苦。

署長，前兩個禮拜我跟你談過這個問題，你一直都說：「在掌控之內；ICU 病房也不會不夠。」一直搞到這麼多人來陳情、抗議，甚至媒體揭露之後，你們才去修正數據。

郭署長旭崧：報告委員。我們不曾修正過數據，事實上，CDC 從來不會去修正這個數據。當然，我們要是錯的話，我們會修正。但是，這一次並不是 CDC。

最後，我還是要為這些辛苦的防疫人員和統計人員講一句話……

李委員彥秀：我再一次強調，不只是衛福部，包括橫向的聯繫，因為教育部是根據你們的數據來決

定後續要不要做什麼樣的處理。所以，未來這整套機制一定要儘速建立。

郭署長旭崧：謝謝委員。

主席：請林委員淑芬質詢。

林委員淑芬：主席、各位列席官員、各位同仁。首先，請教部長，負責流感業務的次長是誰？不管是監督疾管署或是醫事司，負責的次長是誰？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。原來的政務次長林奏延已經請辭退休。

林委員淑芬：他是幾月幾日請辭的？

蔣部長丙煌：他是去年 12 月請辭的。

林委員淑芬：到現在已經空窗三、四個月嘍？

蔣部長丙煌：兩個多月。

林委員淑芬：兩、三個月。

蔣部長丙煌：坦白跟委員報告，找不到人接任，沒有人願意在這麼短的時間來接任。所以，目前是由許銘能次長暫代。

林委員淑芬：他是公衛、流行病學或醫學專業出身的嗎？

蔣部長丙煌：他是醫師。

林委員淑芬：他是藥師，不是醫師。

蔣部長丙煌：他是醫師，也是藥師，具有雙重身分。

林委員淑芬：即便他是醫師，他有辦法既管 FDA、TFDA，還管到這裡？豈不等於所有專業最上層的業務都由他一個人統籌。據我所知，他目前還是個病人，在這樣的狀況下，他能負責這麼多業務嗎？這是第一點。

第二、除了疾管署之外，負責管理醫院的醫事司，司長是幾月幾日出國，到幾月幾日回國，總共出國了幾天？請你報告一下。

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。我搭乘 2 月 28 日晚上的飛機出國，3 月 5 日（星期六）早上回國。

林委員淑芬：所以，疫情最高峰的時候你也不在嘛！

王司長宗曦：我們的副司長在。

林委員淑芬：我當然知道副司長在。

部長應該要自我檢討一番！你的部裡面找不到政務次長、找不到負責醫療業務的主管、找不到主責疾管署公共衛生傳染業務的次長來。而在醫院調度上最需要的時候，醫事司司長也是不在的。所以，我覺得某種程度上這件事情不應問責於這些病人輕症愛到醫學中心去掛急診，在某種程度上也應該問問看，我們醫療行政的管理到底用不用心。

大家一直講強制分流、強制轉院、落實分級和分流，可是，我覺得，站在病人和人民的立場，聽到這句話會讓人覺得它充滿了歧視。你知道是哪種歧視嗎？言下之意，你們認為檢傷四級

、五級的輕症病人濫用急診，而且，認為醫師可以拒絕這些人掛急診。把這部分法制化以後，你們才有辦法強制轉院、強制落實分級分流。你如果認為醫學中心的急診是被輕症檢傷四級、五級的人濫用，請給我一個數字。請問，醫學中心急診室的就診總人次裡面，依檢傷分級來看，你們各自的比率是多少？到台大醫院就診的，都是檢傷四級、五級的嗎？都是幾級的？你照這個比率，把全國醫學中心急診的檢傷分級各級比率告訴我們一下，那麼，我才會承認有檢傷四級、五級的病患濫用急診。

蔣部長丙煌：跟委員報告目前我手上的數字，一級大概 3%、二級 11%、三級 64%、四級 18%、五級 1%。

林委員淑芬：我這裡有一份資料，是你去（104）年 6 月 8 日到立法院本委員會報告的資料。聽清楚哦！你說，全國醫學中心急診病人五級檢傷分布，一級是 3.47%、二級是 17.4%，所以，一級加二級佔了兩成多。三級是 64.95%、四級是 12.94%、五級是 1.24%。可知在醫學中心檢傷一、二級的病患占兩成多，三級的占 64.95%。請問，我們認為的輕症四、五級所占比率是多少？何謂一、二、三級？按照你們的急診檢傷分類表，第一級叫復甦急救（立即處理）；第二級叫危急，10 分鐘內馬上要處理；第三級叫緊急，30 分鐘內要馬上處理。這樣的比率，照你去年給我們的資料計算起來，總共是 85%。因此，請各位聽好！在醫學中心急診室裡檢傷一、二、三級的病患占了 85%，當然，有 15%是相對輕症的。你講強制分流可以解決你的真正問題，其實，你的真正問題是，急診塞、住院塞車、加護病房塞車。請問你，第四級、第五級拿掉了，前三級還是夠住嗎？我再看一下你們醫院緊急醫療能力的分級標準，為什麼這麼多人都要到醫學中心、教學醫院去？因為依照你們對醫院緊急能力的分級，重度級與輕度級的差別在哪裡？以北部新北、台北加基隆地區為例，重度級有 13 家，中度級有 20 家。它們的差別在哪裡，部長，你知道嗎？

蔣部長丙煌：容我請業務主管醫事司王司長向委員說明。

王司長宗曦：重度級目前有 36 家。

林委員淑芬：那是全國。我只講以北部為例。

王司長宗曦：重度級與中度級的差異，第一、就是它會診的科別在 30 分鐘內可以到達的比較多；第二、可能就是在，比如說中度……

林委員淑芬：你講得非常好。各位聽清楚哦！重度級表示可以在 30 分鐘內有專科醫師來會診。可是，我們剛剛看到，85%跑到醫學中心的病患多是檢傷一、二、三級，特別是第三級。什麼叫第三級？他需要在 30 分鐘內馬上處理的。也就是說，這 85%的病患都必須要到有重度級處理能力的醫院就診。我為什麼要講這些事？之前大家都以為輕症病患濫用，不過，事實恐怕不是這樣。

王司長宗曦：報告委員，中度級急救責任醫院可處理近 90%至 95%的病人。現在我們的問題是，那些醫學中心……

林委員淑芬：請問，檢傷三級是不是法定的必須 30 分鐘內完成處理、會診？

王司長宗曦：對。但是，不是在醫學中心的 30 分鐘。

林委員淑芬：你們的中度級和重度級的差異，就是在於病患能否在 30 分鐘內得到適當的專科支援。結果，你們的中度級是 75%都可以在 60 分鐘內得到適當的支援。如果是需要在 60 分鐘內得到處理的，那個叫檢傷第四級。如果依照你們的法定標準，檢傷三級都必須要在 30 分鐘內處理。所謂「重度級」也是 75%以上能夠在 30 分鐘內處理。我其實不是要跟你講這個，只是希望大家把真正的問題講出來，不要講得好像把檢傷第四級、第五級的人放大成全部的人。

事實上，教學醫院、醫學中心裡幾乎 85%都是檢傷一、二、三級的人。所以，真正的問題在於，他已經必須要住院了，而急診室、加護病房就是塞車。這個問題要怎麼解決？你要先搞清楚，不要弄得好像是濫用資源或輕症病患喜歡到教學醫院就診。然後，就說要以價制量。天啊！沒錢的人豈不是可以去死了？沒錢的檢傷三級病患，若是變成四級，要怎麼辦？我的意思是說，要講清楚，但絕對不要污名化這些到急診室看病的人。因為我發現，真正經濟能力弱的人往往連醫院都不敢去，直接就到藥房買藥吃了。他們什麼時候會到醫學中心去就診？因為半夜沒有門診，星期日也沒有門診。我再回頭來講區域醫院，如果說要扮演起分散醫療體系責任的，那就必須靠區域醫院。可是，區域醫院消失了。為什麼它會被市場淘汰？為什麼病人不願意到區域醫院看病？因為衛福部要給我們保證，保證區域醫院的醫療品質和它的醫院管理是他能夠信任的。我們就是要講這件事情而已！像部立新莊醫院，它是中度的；新北市立醫院也是中度的。也就是說，照醫院能力分級的話，它 24 小時內半夜值班只有一名醫師，就可以是中度級的了。另外，會診的人力配置裡面，除了專科外科、內科、骨科的專科醫師以外，它可能就不會有神經外科、婦產科、兒科、神經專科及麻醉醫師。所以，以區域醫院這樣的能力、這樣的狀況，要想 75%以上的病患能在 60 分鐘內處理，可能嗎？你還叫我們的病人都到區域醫院去？所以，有時候要回過頭來檢討為什麼區域醫院的醫療品質不保證，致使病人無法信任。你們有沒有鼓勵的機制？有沒有好的方式，讓我們的區域醫院真正發揮區域醫院的醫療功能？

王司長宗曦：報告委員。區域醫院現在開始應該已具備重度及急救的能力。

林委員淑芬：好，我知道啦！因為時間關係，請部長回去檢討一下，我沒有時間再聽你回答。

另外再請教第二件事情。我到衛環委員會以來，經常提出臨時提案，請你們制定人造奶油的衛生安全及品質標準、請你們定義出什麼叫作巧克力、請你們定出米粉的標示規定。我也覺得很煩，這種事情怎麼會是委員提一個提案，你們就做一個呢？依據食管法第十七條，食品的衛生安全及品質標準中央主管機關本來就應該要定出來可是，你們沒有這麼做。我告訴你，食品安全管理的第一道防線叫做要有食品安全衛生及品質標準的公布。要定義出什麼叫做米粉之後，才能證明什麼不是米粉。定義出什麼叫做豬油，才能確定從餽水油裡面製造出來的，不能叫豬油。定義出什麼叫做牛油，我們才能知道包含淋巴一起熬製出來的精緻牛油是不同等級的。我們必須知道什麼叫做 Virgin Olive Oil、什麼叫做 Pure Olive Oil，可是，你們有這麼多食品安全衛生及品質的定義標準，卻完全沒有定義出來。事實上，這是根據法律你們要去做，你們卻沒有做。不但沒有食品的身分標準制度，而且也沒有檢驗方法。沒有品質和衛生管理的標準，所以就沒有違法、就無從管理。還有一個問題更大，CNS 的標準跟你們 FDA 的標準還不一樣。你的豬油標準與 CNS 的標準不一致，你的牛油標準可能也與 CNS 不一致。部長是食品業的專

家學者，也是食品業最高行政主管，面對過去這麼多的假油事件、餿水油事件等重大食品安全問題，即便現在是看守內閣，未來不一定留任的情況下，但因你的學生很多，能夠影響的事情也還很多，何不在下台之前，對食品安全提出改革制度，好讓人耳目一新，也讓自己下台後的身影弄得漂亮一點？

蔣部長丙煌：誠如委員所提到的，主管單位衛福部食藥署須要去訂定這些標準，我也跟姜署長說過，他們要逐步去訂定，可能訂定的腳步不夠快，不過他們確實也持續在做。

林委員淑芬：問題是很慢啊！光是委員提案的部分，到現在都沒有訂出來！像反式脂肪的標示，你們說在天然的裡面有些就含有 0.3，所以 0.3 以下就不用標示，但你們至少要告訴大家標示為 0 者，不一定不含，因為依照我們的法規，0.3 以下者都可以不標示。對於這樣的要求，立委在立法院都已經提案通過，可是你們也不做。

蔣部長丙煌：我們還要加強這方面的宣導……

林委員淑芬：包括對吸菸者提出安全健康警示，我們也都要求做這樣的標示。部長應該比我清楚，我們在 100 年、102 年全國食用油脂的檢驗裡面，100g 裡面含反式脂肪超過 0.3 的，多如牛毛，現在標示上還要取巧……

蔣部長丙煌：因為它還是有一些天然的……

林委員淑芬：本席的意思是 0.3 以下得不標示，但要加註警語的這件事情，衛福部不用這麼的站在業者的立場，能做就趕快做。謝謝。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：請黃委員昭順質詢。

黃委員昭順：主席、各位列席官員、各位同仁。本席今天特別來與部長商量，希望部長在最後這個時間點上，能為台灣人民的健康做一些事。

本席手上的這張圖是今年在流感的時候，各急診室所顯現出來的情形，另外一張圖是今年一月底前，高雄地區急診室因為登革熱所顯現出來的情形，部長應該很清楚，對不對？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。是。

黃委員昭順：在這個過程當中，我們看到許多的家屬都非常難過。請問部長，從去年到今年一月底前，因為登革熱而死亡的病例有多少？

蔣部長丙煌：有兩百多例。

黃委員昭順：高雄地區有幾例？

蔣部長丙煌：高雄占了一半。

黃委員昭順：就是高雄、台南各占一半。當時我們曾一而再，再而三的說：各急診室的情況都像本席手上的照片那樣，非常嚴重。所以當你們問我有沒有幫人家喬病床，我說有，因為那些病人的情況非常緊急，幾乎無法再活下去，光是登革熱死亡案例，本席就處理了好幾起，也都跟你們連絡過；但我更難過的是這次的流感，我講三個案例給部長聽。

第一個案例是一名二十幾歲的年輕人劉先生，他媽媽非常難過的跟我說，2 月 3 日他還陪父母

親到高雄三鳳街採買過年要用的東西，2 月 4 日進高雄醫學院之後，醫院怎麼篩都說他得的不是流感，卻對他做了 5 天的流感治療，之後又說這個很特別，再對他做 5 天的流感治療，還做了葉克膜，結果孩子走了。他媽媽剛才跟我連絡時還跟我說，至少要讓她知道她的孩子是怎麼走的，因為到今天她還是不知道是什麼原因。

第二個案例是一位楊小姐，她的問題更嚴重。2 月 21 日她到榮總快篩結果，說她得的不是流感，2 月 24 日再次快篩，一樣告訴她得的不是流感，2 月 25 日下午 5 時 19 分進入加護病房，當天下午 6 時 45 分就去世了。院方在她往生之後，才去做深度檢測，說她是 A 型加 B 型流感併發。她的家人說他們的生活從彩色變成黑白。

第三個案例是一位高先生，也是在高醫就醫，我去送他走的時候，他太太跟我說：「謝謝委員，雖然你幫我爭取到加護病房，可是不到一天，他就走了。」

從登革熱到這次的流感，我們非常的心痛，因為這些病人家屬可說是哭訴無門，完全不知道他們的家人發生了什麼事。這兩天我們發現 A 型流感已經到了一個段落，可是 B 型流感又來了，本席不知道在 SARS 的時候，可以做的事，現在能不能做？也就是在流感發生時，要不要設立重症病危中心來協助這些家屬，讓他們在最痛苦、無助的時候，可以得到協助。病人都已經在使用葉克膜了，還告訴家屬：病人得的不是流感，家屬無法接受這麼健康的一個人就這樣走了。請問部長，我們該怎麼辦？怎麼做？雖然登革熱現在已經停下來，在您要離開衛福部之前，可否給國人一個安全的住院空間，一個安全的治療環境？

蔣部長丙煌：委員提到的三個案例……

黃委員昭順：不只三個案例，還包括登革熱……

蔣部長丙煌：委員剛剛提到的這幾個案例，的確都讓人很遺憾，尤其這些病人都經過快篩，可是快篩出來的結果都沒有顯示他是流感病患，這也顯示目前的快速篩檢機制……

黃委員昭順：部長，楊小姐的案例是等她走了以後，才做深層採樣……

蔣部長丙煌：那個不是快篩。

黃委員昭順：這樣的做法無法讓家屬接受，你了解家屬的心情嗎？怎麼連續幾次的快篩都說她沒有問題，結果進了加護病房才一個多小時，人就走了。

蔣部長丙煌：所以快篩的準確度大概只有五、六成左右。基本上，如果症狀有懷疑，就直接給抗病毒的藥物來做處理，這是我們目前的措施。

黃委員昭順：但是我之前提到的那位劉先生，你們給他兩個 course 的流感治療，人還是一樣走了，一直到今天，他媽媽說至少要讓她知道兒子是怎麼走的。因為 2 月 3 日那天，兒子還陪她去採買，2 月 15 日人就走了。她問我衛福部、疾管局春節期間要放假嗎？

所以，面對 B 型流感再度來襲，我們準備好要怎麼做了嗎？本席認為，我們可以比照 SARS 發生時所成立的支援系統，就算找不到次長，也可以把這個系統建立起來。這是我的第一點要求。第二、經醫生判定 90%可能會死亡的部分，能否採中、西醫合作的方式，成立搶救小組來搶救他們的生命？

蔣部長丙煌：委員提到的問題相當專業，我沒辦法馬上回應；不過回去之後，就委員剛剛所提案例

應該如何處理，讓病人可以得到最好的照顧，我可以請他們來做研究。

黃委員昭順：希望部長可以在 520 以前給全民一個信心，我們至少可以來成立一個國家級的聯合搶救中心，就像 SARS 時期那樣的作法。因為 B 型流感又來，緊接著高雄天氣又要熱了，對登革熱的問題，我們準備怎麼辦？

蔣部長丙煌：我們預期今年登革熱的問題可能也會相當的嚴重，已經預做準備，相關經費 3 億多，行政院也核定了。

黃委員昭順：本席要求部長，針對這些可以救，而沒有救的重症家屬，可否給他們一些補償，因為他們的生活都變調了。據我所知，只有一位因為在高雄氣爆區引發登革熱的領了 20 萬，其他家屬都沒有，他們說家庭的中心支柱都沒了，整個家庭都垮掉了，不知道部長對這件事，準備用什麼方法來解決？

蔣部長丙煌：因為這個議題比較複雜，我們可以來研究……

黃委員昭順：我覺得一點都不複雜，因為我們整個防疫工作做得不夠好。我們已經算是醫療非常進步的國家，居然會因為登革熱死了兩百多個人，因為流感死了八十幾個人，這真是天大的笑話，不應該讓很多家庭因此而失去支柱。本席希望部長能在最短的時間內，解決這些問題。

主席：楊委員曜質詢。

楊委員曜：主席、各位列席官員、各位同仁。請問部長，這次的流感較過去都要蔓延得快，所造成的影響也比較大，對不對？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。對，上一波是在 2009 年，這一波是近五、六年來最嚴重的一次。

楊委員曜：現在聽說 A 型流感比較趨於緩和，可是 B 型流感又來了，是不是？

蔣部長丙煌：從我們檢驗病毒株的數據來看，A 型病毒占的比例有點下降，B 型病毒反而有些上升，所以我們有一點點擔心，流感可能會再持續；不過，民眾也不需要過度恐慌，因為 B 型病毒株對身體健康所造成的影響不像 A 型那麼嚴重。

楊委員曜：所以，基本上民眾是被你們的行政作為嚇到的；在今年過年前後，本席幾次到澎湖三總分院急診室，裡面的病人確實滿多的，這次的 A 型流感疫情真的很嚴重。

可是從去年台南的登革熱到這次的 A 型流感，為什麼疾管署好像都沒有角色，沒有工作？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。報告委員，疾管署的職掌在……

楊委員曜：疾病管制？

郭署長旭崧：不是，我們也做疫情監測，對於預防的工作……

楊委員曜：你們有沒有監測到？

郭署長旭崧：是有監測到，今天早上我也花了很多時間向委員會報告，監測工作我們做了，必要的時候也召開了記者會，但與第一線的工作人員顯然還是有落差。

楊委員曜：為什麼會有落差？

郭署長旭崧：主要原因在於春節期間，急診室的病人中有 15%至 20%是流感，這個部分沒有錯，

還有 80% 是其他病人；CDC 只看到這 15% 至 20%，沒有想到過年前的那一波寒流造成一些慢性病患……

楊委員曜：署長，疾病管制局看到這樣的資訊，到本委員會還說「沒有想到」，這樣的答復怎麼可能令委員滿意？

郭署長旭崧：報告委員，我們也深感抱歉，我們當然也希望疫情的預測能夠……

楊委員曜：應該是民眾「希望」，或是民意代表「希望」！你們是疾病管制的主管機關，來到本委員會時卻說「你們沒有想到」、「你希望」，連你都「希望」，台灣還有什麼「希望」？

郭署長旭崧：我應該這樣子講，CDC 的人都很希望對疫情的掌握與預測能夠像預測颱風那樣準確，哪邊有土石流，哪邊有……

楊委員曜：理論上，疾病的管制應該比颱風的預測更能掌握清楚才對；因為你們有數據可以作判斷……

郭署長旭崧：但是在科技上面，有時候沒有到那個地步，當然我們還要再努力，我們也希望在科技方面……

楊委員曜：所以資訊的掌握，本身就有問題？

郭署長旭崧：畢竟人的疾病與氣候是有點……

楊委員曜：署長，我先問你一個問題，當你知道急診室裡面大概有 20% 是 A 型流感病患時，你有沒有想過其他病人很可能在急診室受到感染？

郭署長旭崧：有。

楊委員曜：那你為什麼剛剛在答復的時候，好像認為急診室裡面有兩成流行感冒病人不嚴重，為什麼？

郭署長旭崧：我剛剛的意思是，我們沒有想到其他的慢性病患會因為過年前的那一波寒流，過去在過年的時候，一般的病人都會回家過年，今年比較特殊，所以就造成……

楊委員曜：他沒有回家過年，不是他不想回去，是因為他不能回去啊！

郭署長旭崧：是沒有錯，我剛剛講的意思也是這樣，所以今年在過年的時候……

楊委員曜：所以，過年前有寒流，加上急診室裡面有很多人不能回去過年，其中兩成是流行性感冒的病患，你為什麼研判不出來，這波的流行感冒疫情會很難控制？

郭署長旭崧：我們研判會有兩成，也研判了他們的……

楊委員曜：那兩成是資料，不叫作判斷；疾病管制署應該要運用所有的資料，做出正確的判斷，後半部才是判斷。

郭署長旭崧：委員講的沒有錯。

楊委員曜：從發生登革熱到現在，我覺得衛福部的疾病管制能力太差，問題都很大了，可是署長到委員會的答復，沒有一次是本席可以滿意的。其實疾管署負責的業務相對單純，就是在疫情發生的時候，你們去監測，並透過所有的資料，在它可能上升的時候，對它做出判斷。可是你在什麼時候覺得這次疫情可能上升？

郭署長旭崧：疫情可能上升當然是在很早的時候就有所了解。

楊委員曜：那你們做了什麼？方才就提到，當發現疫情可能上升的時候，你們就必須有所判斷、處置，請問你們判斷出什麼？處置了什麼？

蔣部長丙煌：這次我們沒有掌握很好的的是併發重症的高峰，即疫情在春節是最高峰，我們確實是知道的，但是後續併發重症的高峰，我們掌握得不夠好，所以相關準備度就不夠，這點我們必須坦白承認。

楊委員曜：所以從登革熱到流感都一樣，就是預警不足，然後判斷遲緩、協調不足，這兩次疫情郭署長都沒有主張要成立緊急應變中心，對不對？

郭署長旭崧：委員說得沒錯。

楊委員曜：為什麼？

郭署長旭崧：根據我過去十多年的經驗，有時過早成立指揮中心，確實會造成一些困擾，且不一定對疫情有所助益。

楊委員曜：這個理由本席可以接受，可是從爆發登革熱到現在，兩次疫情發生後都沒有成立這樣的中心，可是這兩次都有造成疫情的蔓延。

郭署長旭崧：疫情的蔓延不見得是因為沒有成立指揮中心。

楊委員曜：是因為你們其他能力有所不足，不是因為沒有成立指揮中心。

郭署長旭崧：我能力不夠是事實，這點我承認。

楊委員曜：能力不夠是事實，然後你也自請處分了，請問部長，你打算如何處分？郭署長公開表示他的能力不足，所以你大概會如何處分？

蔣部長丙煌：我覺得郭署長是有能力的，這次是否有疏忽，還有他自請處分等等，我們都會進行檢討，換言之，俟這次疫情處理完畢後，我們會虛心檢討，該怎麼做我們就會怎麼做。

楊委員曜：方才郭署長承認兩次疫情都處理得不好，然後他能力不足，但你卻說他的能力是足夠的，可是從這兩次的疫情及疾病管制來看，我們認為疾管署確實有很大的問題，無論是事前資訊的掌握、判斷、防止疫情的種種作為，都是有問題的，但部長似乎一直都很滿意疾管署這樣的作為……

蔣部長丙煌：我倒不是說很滿意，的確這次疫情是有很大檢討的空間。

楊委員曜：再來，今天是安排衛福部業務報告，照例我總是要談一談澎湖的醫療現狀以及一些亟需處理的事項，早上劉建國委員感嘆雲林沒有設置醫學中心，其實澎湖是連一家區域醫院都沒有，所以一遇到重大疾病，就必須緊急後送或是透過委員辦公室來做軍機的後送，事實上，這已對離島居民造成經濟負擔以及生活上的困擾，對此，我花了 4 年來跟你們做探討，可是現在澎湖還是存有醫事人力不足的問題，特別是各類科的醫生，據統計，全澎湖的小兒科醫師只有 10 位；婦產科醫師 7 位，其中只有兩位婦科醫師，你們每年培養很多的公費醫師，但你們寧願讓其去私立醫院，也不願優先補到偏鄉、離島服務，關於這個問題，本席就在此點出，請你們回去進行研究，看看這部分如何讓公費醫生來補足，特別是澎湖醫療的部分，雖然我們努力了 4 年，但民眾仍是無感。

其實澎湖醫療還存在一個很大的問題，就是醫師的長駐性不足，所以醫病信賴關係沒有辦法

建立，醫病信賴關係沒有辦法建立，就會變成居民只要一去看醫生，若有辦法馬上處理，就會馬上處理完畢；沒有辦法的，就會馬上轉診，其中的交通費，並不是每一筆政府都會補助，這些多出來的交通費用，搞不好比應該繳的健保費還要多，請問這些費用找誰要？

此外，澎湖還欠缺一個可以攜帶式的葉克膜，澎湖有很多緊急病患必須透過直昇機來緊急後送，而且澎湖不只缺醫生，護理人員也是欠缺的，請部長跟教育部討論一下，希望比照金門大學在澎科大設立護理系，關於這部分的可能性，請你們研究一下。

最後，澎湖除了醫療不足之外，澎湖的老人問題也很大，上會期部長有答應，要把澎湖當成是關懷據點的示範區，希望你們能夠在最短的時間內把相關計畫擬好，我們的醫療問題或許沒有辦法很快解決，但可否先給澎湖的老人一些比本島更好的福利，好不好？

蔣部長丙煌：其實委員很清楚，我們對澎湖的部分已經非常努力了，然後我們會繼續努力。

楊委員曜：我沒有說你們不努力，只是我們共同的努力遠遠比不上澎湖鄉親對醫療改善的期待。

蔣部長丙煌：是的。謝謝。

主席：接下來登記質詢的賴委員士葆、盧委員秀燕均不在場。

請李委員昆澤質詢。

李委員昆澤：主席、各位列席官員、各位同仁。整個流感大爆發，民眾都希望衛福部能有更積極的作為，因為保障人民的健康是衛福部的基本職責，而且你們責無旁貸。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。是的。

李委員昆澤：今年年初，從 2016 年的第 1 週到第 9 週，感染流感重症者達到 1,088 人，相較 2015 年同期，人數只有 129 人，所以人數上增加了 8.43 倍，這是否表示流感已經失控？

蔣部長丙煌：造成流感有很多因素，其中氣候是一個很重要的因素，像今年春節的氣候真的是非常冷，另外就是人的移動也是一個重要的因素。

李委員昆澤：今年重症的發生率是近 3 年來最高的，尤其是中壯年族增加的比例更高，醫學界對於這樣的流感大流行，主要有兩種說法，方才部長提到了人群的流動，而醫學界有人說這可能是流行病毒株的異變，對此，部長的看法為何？

蔣部長丙煌：我們持續都有在觀察這次的病毒是否有產生一些變異的情況，目前從基因上來看是有少數的變異，但不至於整個變異，所以不算是一個新的變異株，不過，它少數一些基因的改變的確會引起一些關切。

李委員昆澤：請教部長，衛福部是不是有一個傳染病防治諮詢會流感防治組這個組織？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。是，沒有錯。

李委員昆澤：請教一下，臺大醫學院張上淳院長是不是這個小組的召集人？

郭署長旭崧：沒錯。

李委員昆澤：他提出今年流感的病毒株沒有變異，他認為大流行的主因是國人疫苗接種率太低，這個看法與剛才部長的說法有點不同。

蔣部長丙煌：對於疫苗接種率低的說法，我完全同意，我們的疫苗接種率真的不夠高。

李委員昆澤：現在國內疫苗接種率大概是多少？

蔣部長丙煌：目前接種了 300 萬劑左右，但是全國有 2,300 萬人口，大概接種率……

李委員昆澤：大概 15%。

蔣部長丙煌：對。

李委員昆澤：我們希望接種率能夠到 3、4 成。

蔣部長丙煌：基本上要有 3 成才有群體防疫的效果。

李委員昆澤：是。請教一下，我們的接種率大概只有 15%，公費接種疫苗大概占了幾成？

蔣部長丙煌：剛剛講的 300 劑主要是用在公費。

李委員昆澤：也就是說，在這個 15% 裡面有 4 成是公費的。就像剛才部長講的，全國接種率至少要 3 成以上，3 成大概就是 700 萬人左右。甚至有的學者表示，流感如果要達到群體免疫效果，至少要有 8 成的人有免疫力，不過基本上 3 成的接種率就具有基本的群體防疫的能力了。我們現在看到疫苗的接種率這麼低，群體的防疫能力是讓社會所擔憂的，沒有辦法達到效果，請問部長，這個問題出在哪裡？為什麼打疫苗的人這麼少？而且接種公費疫苗的人也不多，到底原因是怎麼樣？

蔣部長丙煌：對，都沒有打完。我們準備了 300 萬多劑，但是目前還有剩餘。我覺得可能是我們宣導得不夠，不過我也接觸過一些民眾，他們都擔心接種這個疫苗會有副作用等等。

李委員昆澤：大概有兩個原因：第一，大家都希望帶家中的老幼去接種疫苗，但是現在大家都在上班，非常忙碌，一般上班的人不像公務員可以請假帶家人去打疫苗，一般人請假會變成無薪，要請事假，這是一個問題，所以家裡的人沒有辦法帶家中老幼去打疫苗。

另外一個就是副作用的問題，我辦公室的同仁也有人帶小孩去打疫苗，結果孩子發高燒。其實這種副作用甚至過去也曾經發生不幸死亡的病例，當然是很少，不過這種副作用的問題還是讓民眾產生疑慮。

不管是一般上班族、勞工沒有辦法帶家中的老幼去打疫苗，或是擔心副作用的問題，我們有沒有什麼具體的政策？或者有沒有什麼宣導不周的地方？能不能請部長簡單說明一下，我們有什麼對策？

蔣部長丙煌：第一，我們應該在宣導上面應該多做一些，即便是有很少數的機會有一些副作用，不過從整體來看，它是相當安全的。第二，打疫苗對於身體健康的保障絕對比不打疫苗高了很多、很多，我們必須讓民眾了解這一點，我們應該加強宣導。

李委員昆澤：現在群聚感染的問題也滿嚴重的，不管是流感或感冒，都很容易發生群聚的感染或家內的感染。家裡有小孩子上學的家長都有一種體認，就是只要孩子的同學感冒，自己的孩子被感染以後，很容易變成全家也一起感冒、輪流感冒，或者循環感冒，沒有停過，最主要的原因是照顧者平時工作很忙，沒有辦法充份地休息，導致照顧或自身的感染，衛福部有什麼具體的對策？這種群聚的感染也是一個問題。

蔣部長丙煌：我們現在的基本對策是，如果接觸到流感的家屬等等，我們鼓勵他直接先用藥，進行

預防性的投藥，像克流感這一類的投藥。

李委員昆澤：請教部長，除了打疫苗之外，你是不是能向社會大眾簡單說明一下，你認為還有什麼具體的防治方法，或是……

蔣部長丙煌：有。很重要的就是個人的衛生、常洗手、戴口罩，此外，在流感發生期間少去公共場所等等，這些都是我們需要加強宣導的。

李委員昆澤：所以像口罩、乾洗手或洗手相關設施等等就變得非常重要。

蔣部長丙煌：是。

李委員昆澤：在這個部分，衛福部所做的宣導夠嗎？

蔣部長丙煌：我們應該加強。

李委員昆澤：或是公共場所或公家機關的乾洗手、洗手設施或宣導的措施等等，有沒有需要檢討的地方？做得夠不夠？

蔣部長丙煌：有，我們應該檢討、應該強化這一塊。

李委員昆澤：我們希望衛福部對於民眾的健康必須有更具體、更積極的作為，我們不希望看到部長在面對媒體記者追問的時候是用跑步的，……

蔣部長丙煌：沒有，那是在趕總質詢，因為我遲到了。

李委員昆澤：這麼辛苦？好。

蔣部長丙煌：謝謝。

主席：請蘇委員巧慧質詢。

蘇委員巧慧：主席、各位列席官員、各位同仁。部長辛苦了，今天大家都找部長質詢，不過我也一樣要找部長。我希望接下來短短 8 分鐘的發言時間能夠由部長親自回答，畢竟部長代表貴部，所以我希望能了解您的態度。

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。過於專業或業務性的問題，我可能還要請同仁幫忙。

蘇委員巧慧：對於貴部這次關於疫情的反應，3 月 4 日張院長在答詢的時候表示：「沒有掌握資訊，沒有及早介入」，請問部長對於院長這樣的批評有什麼看法？

蔣部長丙煌：我們虛心接受。

蘇委員巧慧：就這樣？有沒有可以做得更好的部分？

蔣部長丙煌：有關掌握資訊的部分，我記得院長好像也稍微提過，我們目前正在建立一個資訊整合的戰情中心，但是還沒有建置好，所以我們要加快腳步，以後對資訊掌握會更明快。

蘇委員巧慧：今天一整天大家都在討論這個資訊的部分，我覺得院長的批評真的是剛好而已。雖然部長很辛苦，同仁也很辛苦，姑且不論疫情掌握的部分，我們就講今天的會議好了。其實您可以及早知道大家在今天這場會議中是要討論流感的問題，而且因為疫情很重大，所以還邀集了好幾個部門一起來備詢，但是當我們今天早上在這裡等待相關部門送來資訊的時候，其實反而是你們這個主責部門的報告是最慢送來的。教育部的報告送來了，勞動部的報告也送來了，但是到了 7 點半，貴部的報告還沒有送達，我一直在外面等到 7 點 48 分，貴部的報告才送來，你

們是主責的單位耶！

蔣部長丙煌：我們應該改進。

蘇委員巧慧：部長，我覺得就事論事，大家都很辛苦，但是光從這一點，我覺得真的是很有、很有檢討的空間。

蔣部長丙煌：是，我們會改善。

蘇委員巧慧：我是就事論事。接下來我想請問部長，您應該很清楚，對於全國是不是要有統一的停課標準，已經做出了裁示，您知道吧？要，還是不要？

蔣部長丙煌：現在全國沒有統一標準。

蘇委員巧慧：你知道為什麼不要一個標準？可以在這邊說明嗎？

蔣部長丙煌：首先我要說明，這是由張上淳院長當主席，由 12 個專家委員共同討論做出一致的決議。

蘇委員巧慧：其實有 5 個理由。對於這 5 個理由，部長都認同嗎？

蔣部長丙煌：基本上對於專家的建議我是認同的。

蘇委員巧慧：您自己也是專家，而且現在是部長，所以你認同這 5 個理由，同意這個決定？

蔣部長丙煌：是。

蘇委員巧慧：所以這次貴部認為不需要訂立統一的停課標準？

蔣部長丙煌：是，但是各地方政府可以視地方的狀況做一些處理。

蘇委員巧慧：好，這就是我的問題。我的問題是，請問部長現在知道有多少地方政府已經就停課一事做出不同的標準嗎？

蔣部長丙煌：他們有一種……

蘇委員巧慧：有相當多喔！

蔣部長丙煌：是，他們用 3 天內，「325」這樣的標準。

蘇委員巧慧：對，所以其實有相當多，根據本席查到的資料，高雄市、台北市、新竹縣、彰化縣、雲林縣、新北市和台中市都有不同的停課標準。疾管署表示根據五個理由不需訂定全國性的停課標準，但因應地方的輿情等等，讓地方可以有自己的處理方式，結果地方就做出了其實還是停課的標準；甚至新北市和台中市政府也可說是有樣學樣，看到衛福部授權地方自行決定，結果它們的決定就是授權學校自行決定。部長，你覺得這是一個好的方法嗎？從衛福部所揭露的五個理由來看，其中第三個理由是「研究顯示，停課後學童在社區及家庭接觸率提高，可能造成流感發生率上升 27%」，這不可謂不高，意思就是停課反而容易造成流感發生率上升，所以我希望大家不要停課。你沒有訂定統一標準的狀況下，結果是地方政府制訂停課標準或者是讓學校自行決定要不要停課。部長，我覺得這樣相當不妥，作為最高主管機關，你對此事沒有負起責任，結果反而是讓資訊最少的人去做最後的決定，其實我滿同情他們的耶！你覺得這件事現在要怎麼處理？你覺得我提出來的問題是個問題嗎？如果你今天是家長，我到底應該要求學校停課好還是不要要求學校停課好？

蔣部長丙煌：跟委員報告，以我自己的專業來看，我希望學校不要因為流感而停課，應該是得到流

感的學生不要到校上課，在家裡採取自我健康管理的措施，這樣的處理會比較好。

蘇委員巧慧：是啊，我今天聽了一天，確實各位專家的意見都是如此，非常多醫界朋友的看法也是如此，這是最正確的作法。可是我們現在的作法並非是往最正確的作法去執行，我們達到的效果不是這樣啊！

蔣部長丙煌：因為地方政府有時自有其考量，所以我們也只能用呼籲的方式。

蘇委員巧慧：部長，我覺得如果政府要訂定一個標準，不一定是訂停課的標準，而可以是訂定一套教導各縣市政府最安全、最正確的作法，既然我們知道有對的方向、對的作法，那就應該往這個方向去研議。部長目前的態度也滿清楚的，你剛剛認為應該有一個最正確的作法，停課也不妥當，只是好可惜，地方政府有這樣這樣的傾向，但是政府的責任不就是應該要解決問題嗎？

蔣部長丙煌：是，我們應該多跟地方政府溝通，請他們朝我剛才所講的那個方向來做，不過有時地方有地方的考量，所以我們不得已才會……

蘇委員巧慧：我當然知道困難重重，施政都是困難重重的，我要強調的是，流感疫情就是不停地一波一波地發生，部長之前也說過，這是今年最嚴重的一波，可是未來還會不會有更嚴重的狀況？我們其實並不知道。在這種狀況下，部長今天已在本會公開表示最好的處理方式為何，現在衛福部不訂定統一停課標準而放任地方政府自行訂定停課標準，其實反而是不好的作法，本席要求貴部是否可以重新提出一個標準，不一定是停課標準，但總是一個可以往好的方向去執行的措施吧？

蔣部長丙煌：是，我們再跟地方政府溝通此事。

蘇委員巧慧：能否在一個禮拜內提出？

蔣部長丙煌：可以。

蘇委員巧慧：本席代表所有家長謝謝部長。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：請王委員榮璋質詢。

王委員榮璋：主席、各位列席官員、各位同仁。進行了一天的答詢，部長辛苦了，本席不再問你流感的事情，我們換個題目做些溝通與討論。部長是否知道，我們在前年底通過身心障礙者權利公約施行法？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。是。

王委員榮璋：所以今年我們有非常多的工作必須完成，包括第一次提出國家報告書、檢討相關的法規等等。

蔣部長丙煌：對。

王委員榮璋：但是很可惜本席在今天貴部所提供的書面資料中，看不到這部分政府做了哪些努力。

蔣部長丙煌：有，我們的書面資料都有，可能剛才我的口頭報告講的不多，因為時間有限，召集人希望我簡略報告。

王委員榮璋：我的時間更有限，所以我就直接請教部長。貴部是主責的單位，部長對於目前 CRPD

在國內落實推動的情況還滿意嗎？

蔣部長丙煌：我覺得絕對有改善的空間。

王委員榮璋：這是很安全的講法。部長瞭解目前執行的情況嗎？

蔣部長丙煌：我略知，但是當然署長比我更熟悉。

王委員榮璋：請教部長，公約施行法第八條規定，身心障礙者的基本權益受損時，若要聘請律師維護其權益時，政府應提供法律扶助，目前相關的辦法及其執行情況如何？

蔣部長丙煌：我請署長回答。

主席：請衛福部社家署簡署長答復。

簡署長慧娟：主席、各位委員。向委員報告，有關法律扶助這部分，在司法院那方面也有法扶基金會提供一些協助。

王委員榮璋：我問的不是這個，這部分我當然知道。我問的是身心障礙者權益受損時，有關公約施行法第八條的規定你們如何落實執行？還是跟一般法律扶助的作法一樣？

簡署長慧娟：這個要看他的一些狀況，或許在法規……

王委員榮璋：什麼樣的狀況？誰來決定什麼樣的狀況？你們有提出相關的作法或辦法嗎？

簡署長慧娟：委員指的應該是如果因為身心障礙而有一些差別待遇這一塊，受到一些權益……

王委員榮璋：在法律中規定的是基本權益受損的部分，都可以提出請律師維護其相關權益，在這部分跟一般的法律扶助，目前我們的作法上有無不同？

簡署長慧娟：我想每個人的基本權益受損應該都要受到法律的保障。

王委員榮璋：所以你是說施行法第八條是隨便亂訂定、隨便講講的？

簡署長慧娟：我想這邊應該是指他因為身心障礙的這一塊……

王委員榮璋：這不是你在解釋的，法律的規定不是你可以任意解釋的，簡署長是學法的，你應該非常清楚，你應該比我們在座許多人都清楚不要巧辯。部長，有做就有做，沒有做就沒有做，這一條衛福部根本沒有做、沒有在執行，因為跟司法院喬不攏，對不對？

簡署長慧娟：這個主要是司法院……主要是經費的問題啦。

王委員榮璋：你們推給司法院，司法院認為是你們的業務，你們雙方喬了半天喬不攏，所以前年底公布施行，到現在為止並未執行。部長，你覺得可以接受嗎？

蔣部長丙煌：據我瞭解，此事是屬於跨部會的業務，涉及許多部會……

王委員榮璋：即便是跨部會的業務，也要協調，也要處理，也要解決啊！不能皮球一直踢，踢到現在變成這樣子。

蔣部長丙煌：是，我正想講我來督導這件事……

王委員榮璋：不能皮球一直踢，踢到現在這樣的局面。

蔣部長丙煌：我來督導這個事情，看看是否可以……

王委員榮璋：什麼時候可以解決這個問題？

蔣部長丙煌：這個還涉及到司法院，我們會積極協調。

王委員榮璋：多積極？是在 520 之後嗎？

蔣部長丙煌：不會啦！

王委員榮璋：要多久時間？1 個月夠嗎？

蔣部長丙煌：1 個月時間給委員一份報告，可以嗎？

王委員榮璋：報告說還在繼續協調？

蔣部長丙煌：我們 1 個月之內一定召開協調的會議。

王委員榮璋：開協調的會議，可能明天就可以吧？

蔣部長丙煌：我們儘快。

王委員榮璋：你們協調好之後，報告結果什麼時候出來？

蔣部長丙煌：因為這涉及到其他部會跟院，甚至司法院，坦白講，我還真的沒有那麼大的把握，另外也涉及到經費編列。

王委員榮璋：在本席任內，我絕對會繼續關注這個事情。

另外，據身心障礙者權利公約施行法的規定，我們要做國家報告、法規檢視及教育推廣等工作，請問部長，為什麼要把這樣的計畫外包出去？說是為了成立一個專案辦公室，這是例行的工作，不是今年做完就沒有了，我們之後每 4 年都要提出國家報告、法規檢視以及教育推廣工作，這些都必須不斷進行，請問為什麼要把這些法定的工作和業務外包出去？

蔣部長丙煌：目前社家署的人力不夠，社家署的正式編制人力才八十幾人而已。

王委員榮璋：我想沒有一個部會和單位會說自己的人力是足夠的。

蔣部長丙煌：對，但是社家署的正式編制只有八十幾位人力……

王委員榮璋：以後這些工作會經年累月持續的委外嗎？

簡署長慧娟：只是去爭取經費……

王委員榮璋：爭取什麼經費？你們用了什麼經費？編列了多少預算？

簡署長慧娟：因為目前沒有正式公務預算經費。

王委員榮璋：所以你們全部的費用是用公益彩券的回饋金，對不對？

簡署長慧娟：對。

王委員榮璋：去年用了多少錢？

簡署長慧娟：1,360 萬元。

王委員榮璋：今年要花多少錢？

簡署長慧娟：因為會有法規檢視跟製做國家報告，所以會花比較多的經費，大概是 2,000 萬左右。

王委員榮璋：如果公彩回饋金沒有了，這件事情就不做了？

簡署長慧娟：我們儘量爭取編回公務預算。

王委員榮璋：儘量爭取？部長，署長只能「儘量爭取」，你覺得呢？

蔣部長丙煌：我們會想辦法弄錢，我只能跟委員這樣報告，我們會想辦法……

王委員榮璋：所以你還是沒有做明確的答復。

蔣部長丙煌：這個事情會做。

王委員榮璋：這樣重要的突破性工作，我們的主管機關只能說會努力。

蔣部長丙煌：我們一定會做，一定會做。

王委員榮璋：去年花一千三百多萬，今年預計二千二百多萬，請教你們，你們去年委託給誰做？

簡署長慧娟：去年是台灣大學。

王委員榮璋：委託台灣大學來做，而這個計畫的主持人，一方面是計畫的主持人，一方面又是身心障礙者權益推動小組的成員，這個計畫的執行成果要向行政院身心障礙者權益推動小組做報告，他也是委員，自己審查；除此之外，剛才講公益彩券回饋金部分的計畫審查，他也是委員，部長覺得這樣妥當嗎？

蔣部長丙煌：稍後請簡署長解釋一下。不過，這是公開招標，而且當時願意來接計畫的單位還不太容易找。

王委員榮璋：這位教授在接這個計畫之前，有沒有做過任何關於身心障礙的研究計畫？有沒有開過任何一門跟身心障礙有關的課程？

簡署長慧娟：我們是用團隊的方式，這裡面也有很多是研究生……

王委員榮璋：所以計畫主持人本身不需要具備跟身心障礙相關的專業？

簡署長慧娟：裡面所涉及的面向滿寬的，包括社會政策、身心障礙議題……

王委員榮璋：部長可以接受嗎？

蔣部長丙煌：我們一定會很嚴謹的檢視計畫成果。

王委員榮璋：嚴謹的檢視？這又是一個形容詞，我對部長太失望了，對於本席今天的質詢，你只有空話，只有用形容詞做堆砌，部長只有這樣的程度嗎？這是多麼重要的一件事情！

蔣部長丙煌：這個計畫已經外包出去了，我們現在能做的就是讓計畫順利推動……

王委員榮璋：去年的計畫到今年 3 月 26 為止，請部長對本席剛才所提種種問題再做謹慎的思考，我相信有很多的內容和問題，你並不知道，你要對這個部分嚴加督促，然後給本席一個交代，可以嗎？

蔣部長丙煌：是，沒有問題。謝謝委員。

主席：請江委員啟臣質詢。（不在場）江委員不在場。

請賴委員瑞隆質詢。

賴委員瑞隆：主席、各位列席官員、各位同仁。請教部長，這次流感的高峰是在什麼時候？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。是在春節左右。

賴委員瑞隆：大概是什麼時間？

蔣部長丙煌：差不多在 2 月 6 日、7 日的時間點，是感染的高峰點。

賴委員瑞隆：您是在什麼時間點開始關心？

蔣部長丙煌：其實我從去年 12 月開始推動疫苗注射時，我就關心這個事情了。

賴委員瑞隆：您是什麼時候到第一線？就是去地方關心整個流感的狀況。

蔣部長丙煌：委員是指到醫院去嗎？

賴委員瑞隆：對，醫院或地方。

蔣部長丙煌：我上禮拜六才去醫院。

賴委員瑞隆：為什麼那麼晚才到第一線？

蔣部長丙煌：其實有很多事情在做，從春節開始，先是台南發生地震……

賴委員瑞隆：如果有機會讓部長重新選擇的話，你會早一點到第一線去關心地方的狀況嗎？

蔣部長丙煌：如果這對整個事情的處理有幫助的話，我當然會去。

賴委員瑞隆：你認為到第一線有沒有幫助？你到了第一線，對所有同仁跟團隊有沒有幫助？

蔣部長丙煌：當然親身去到第一線，對醫護人員可能……我不確定他們是不是喜歡我去，不過……

賴委員瑞隆：台南發生震災時，為什麼院長第一時間到第一線跟賴清德市長並肩作戰？他得到很高的評價，同時他要求相關單位全力支持地方政府。我認為不是都不能到第一線去，我認為在適當的時間點應該選擇到第一線去，一方面可以讓大家更重視這樣的問題，這具有很強的提醒效果，包括對同仁和所有相關單位都是如此。這一次的流感這麼嚴重，如果部長更早關心這件事情，花更大的力量，我認為狀況應該會更好一點，當然這是我個人的看法。

蔣部長丙煌：向委員報告，我去第一線之前有跟相關的急診專家和醫生開會。

賴委員瑞隆：我想情況是不一樣的，因為你也瞭解疫情這麼嚴重，你也提到這是從 09 年以來最嚴重的一次疫情，如果您早一點去第一線，那麼第一線包括同仁的所有處理狀況，我認為會不太一樣，這是我的看法。

蔣部長丙煌：是。

賴委員瑞隆：如果有機會，您會思考早一點去嗎？

蔣部長丙煌：有可能。

賴委員瑞隆：好，謝謝。您後來到了上禮拜才去，我覺得有點可惜。

流感大家談得很多，我就不再談這個，我接下來想談的是登革熱的問題。去年登革熱疫情很嚴重，從台南兩萬多例到高雄將近兩萬例，總計全台灣有四萬多例。今天我看到成大柯文謙醫師提醒大家，他預估今年 10 月初有可能上看 9 萬例，部長，你的看法如何？

蔣部長丙煌：坦白說，這跟氣候很有關係，由於全球暖化，所以我們……

賴委員瑞隆：部長，部裡有沒有協助地方政府有效預防的措施？現在聽起來，發生 9 萬例相當可怕，去年四萬多例已經讓高雄、台南等南部縣市非常辛苦，如果今年會有萬例，幾乎是兩倍，南台灣會比較吃力。部長，有沒有什麼方式可以協助地方政府或共同合作？

蔣部長丙煌：是，我們已經開始處理了。首先，我們先把錢準備好，我們跟行政院請求了三億多的預備金，以支援地方，在必要時馬上撲滅病媒蚊。我們也會加強相關研究，我們已經對外宣布，要成立研究中心，目前正在籌設當中。

賴委員瑞隆：部長，可以加快速度嗎？冬天過去之後，氣溫慢慢上升，登革熱疫情會越來越嚴重。既然已經有醫師提出警告，在今年 10 月會有將近 9 萬例，顯然已經超出地方政府能處理的量了，除了衛福部以外，包括行政院，都應該用最高等級來看這件事情。我希望部裡所有同仁能夠花更大的力氣來控制疫情。對於讓今年疫情不要超過去年，部長有沒有信心？

蔣部長丙煌：我剛才提到，經費已經準備好，只要病媒蚊開始增多，我們馬上下手，而且我們現在

對病媒蚊的管控也比較好，我個人覺得我們在今年登革熱疫情控制上應該可以做得還不錯。

賴委員瑞隆：部長有沒有信心今年病例數不會超過去年？可以朝這個目標來前進嗎？

蔣部長丙煌：當然是朝這個目標來前進。

賴委員瑞隆：請部長也積極作為，好不好？

蔣部長丙煌：是。

賴委員瑞隆：讓整個相關部分低於去年。

蔣部長丙煌：我們一定會比去年做得更好。

賴委員瑞隆：現在柯醫師提出病例可能多達 9 萬例，讓大家很驚訝，這樣看起來，顯然沒有一個有效的方法，去年這麼嚴重，今年的病例如果是去年的兩倍，顯然登革熱的疫情完全失控，請部長大力來支持登革熱的防疫工作。

蔣部長丙煌：是，我們一定會努力。

賴委員瑞隆：再來談跟流感有一點關連的 PM 2.5，我在總質詢也有提到同樣的問題。現在一年大約有 6 千人因為 PM 2.5 死亡，裡面有五分之一是高雄人，PM 2.5 對人體的傷害很大，南部又特別嚴重，不管是任何時間，台北的指數是十幾、二十幾的時候，高雄有可能是五、六十，像今年一、二月，幾乎有將近三分之二的天數都是超標的，都在紫爆的狀態，高的時候甚至高達八十幾，非常高，已經超出世界衛生組織定的標準七、八倍以上，特別是我的選區小港、前鎮，小港又是重工業污染區，跟一般揚塵的情況不一樣，對身體的危害更大，我不知道署裡有沒有什麼有效的解決方案。

蔣部長丙煌：我請健康署署長回應一下。

主席：請衛福部國健署邱署長答復。

邱署長淑媵：主席、各位委員。謝謝委員關心，這部分源頭的解決很重要，外地來的比較難控制，在地的部分，除了產業轉型以外，在交通的部分，使用綠色交通也是……

賴委員瑞隆：這個我跟其他部會都在推，包括跟交通部、環保署等相關部會，都在努力，但是就衛福部的角度，有沒有什麼方法可以協助地方？

邱署長淑媵：在人的部分，我們就針對空氣污染發布預警，我們會依照嚴重程度來發布對於民眾的提醒。同時我們現在也透過醫療體系，呼籲高風險者（如慢性病、心血管疾病、呼吸道疾病病人等等）在有嚴重空氣污染的情況下減少外出，來做自我防護。

賴委員瑞隆：我希望衛福部在這件事情上不是只有提醒民眾減少外出，告訴民眾空污太嚴重，不要去上學、上班，如果照這樣講的話，小港……

邱署長淑媵：委員建議在哪些方面希望我們再來……

賴委員瑞隆：我希望能夠有一些更有效的作為，包括在醫療院所提供一些相關的協助或資源，除了環境的改善以外，有沒有預防性的措施？

邱署長淑媵：預防性措施就是減少暴露。如果是疾病的預防方面，現在主要可能造成的疾病是肺癌，可是現在肺癌的篩檢在國際還是充滿爭議，所以在這部分我們還是對民眾提出警示，請高風險的病人做自我防護，讓他們知道這很重要。

賴委員瑞隆：能不能針對小港、前鎮這些地區增強健康風險的相關評估？

邱署長淑媵：健康風險評估的職權在環保署，他們有空污費的經費和法定的職責。

賴委員瑞隆：相關的部分，可不可以請衛福部提供更多協助？

邱署長淑媵：我們會跟他們一起來討論，會來加強。

賴委員瑞隆：好，謝謝。

邱署長淑媵：謝謝。

主席：請鍾委員佳濱質詢。

鍾委員佳濱：主席、各位列席官員、各位同仁。我想請教衛福部醫事司王司長，王司長，有沒有去過屏東？

主席：請衛福部醫事司王司長答復。

王司長宗曦：主席、各位委員。有。

鍾委員佳濱：常去嗎？都去哪裡？

王司長宗曦：也不算常。

鍾委員佳濱：有沒有去過墾丁？

王司長宗曦：很久以前去過。

鍾委員佳濱：那你工作太累了。

王司長宗曦：我去都是看醫院。

鍾委員佳濱：我知道。很多台北的朋友都說沒有去過屏東，去過墾丁，他們不知道墾丁就在屏東。

王司長宗曦：我知道。

鍾委員佳濱：你有沒有去過恆春半島？

王司長宗曦：有，我去看醫院。

鍾委員佳濱：那你應該知道恆春地區的醫院最大問題是什麼。

王司長宗曦：我知道。

鍾委員佳濱：請說一下。

王司長宗曦：恆春地區就是南門醫院和……

鍾委員佳濱：我看你有點緊張，我直接講好了。目前我們那邊缺內科和新陳代謝科，其實基本上就是醫生不夠，為什麼醫生不夠？很簡單，因為沒有一定的市場規模可以支撐醫生在那裡開業，如果恆春的醫院請高醫派婦產科醫師來支援，他一個星期可能接生不到一個，所以目前恆春缺這樣的醫師。對於醫缺的地方，你們如何解決這個問題？

王司長宗曦：比如說婦產科的部分，公費生就優先派往那裡。

鍾委員佳濱：在今年或可預計的年內，有沒有規劃公費醫生到恆春地區服務？

王司長宗曦：有。

鍾委員佳濱：多少？

王司長宗曦：有婦產科和兒科的醫師，還有醫中支援計畫去挹注那邊的婦產科和兒科，但是因為恆春旅遊醫院設備的問題，所以還需要一點時間去建置。

鍾委員佳濱：多少時間？缺什麼設備？需要多少經費？

王司長宗曦：他們有提一個需時一、兩年的硬體建置計畫，但是我們的人已經先過去了。

鍾委員佳濱：所以部裡面是支持的？

王司長宗曦：對。支持。

鍾委員佳濱：那我就放心了，我下次會請你去墾丁玩。

王司長宗曦：公費生就有 61 名在這 5 年已經過去了，醫中支援計畫更是不只。

鍾委員佳濱：除了墾丁之外，你還有去過屏東什麼地方嗎？

王司長宗曦：屏東安泰醫院。

鍾委員佳濱：你都是去醫院，你真的太工作狂了。我們屏東有很多好玩的地方，你有沒有去過或聽說過三地門鄉或瑪家鄉？

王司長宗曦：有，學生時代都有去過。

鍾委員佳濱：你知道屏東醫師跟診所密度最高的地方在哪裡嗎？

王司長宗曦：應該是在屏東市。

鍾委員佳濱：我是指很局部的地方。在瑪家鄉三河村，200 公尺的街道上都是診所，密度很高。瑪家鄉三河村不是在山上，它是脫離瑪家鄉，被長治鄉、內埔鄉包夾起來，在行政區域上是屬於瑪家鄉，但是在地理區位上是屬於平地，這樣你聽得懂意思嗎？為什麼這個地方診所特別多，有沒有猜出來？原住民鄉在醫療計點上有沒有一些額外優惠？

王司長宗曦：這可能是在健保署……

鍾委員佳濱：部長應該猜得出我要講什麼，你們有沒有人知道為什麼那個地方的診所密度這麼高？

主席：請衛福部國健署黃署長答復。

黃署長三桂：主席、各位委員。因為隔了一條街是兩個不同的行政區域，一個是山地鄉，一個是平地鄉，所以可以免部分負擔。

鍾委員佳濱：原住民鄉可以免部分負擔？

黃署長三桂：不限定原住民，只要到那條街對面就診就可以。

鍾委員佳濱：你說對了，只要診所開在原住民鄉，附近的市場、人口不一定要是原住民才可以享受免部分負擔，所以醫生都會在那裡開業，在這裡跟高金委員報告一下，不是只有原住民患者受惠，而是附近的鄉民都受惠，但是恆春地區可以有這樣的優惠嗎？

黃署長三桂：因為那裡不屬於山地鄉，所以沒有辦法。

鍾委員佳濱：不是原住民鄉，所以沒有？

黃署長三桂：是。

鍾委員佳濱：但是你知道嗎？屏東那個地區的原住民鄉其實並不缺醫師，可是恆春缺醫師，除了公費生之外，有沒有可能用這個方式去解決呢？

黃署長三桂：恆春地區有 3 個醫院，包括南門、基督教醫院及部立醫院。

鍾委員佳濱：這些我都知道。

黃署長三桂：其實最重要的應該是要整合起來，但是往年整合都失敗。

鍾委員佳濱：有沒有誘因？

黃署長三桂：可能要投入相當的公務預算。

鍾委員佳濱：請你估算一下相當的投資是多少好不好？因為我要說明的是，原住民鄉在各項福利醫療的可及性上，政府都很重視，但是我覺得認定上太狹隘，我認為除了原住民鄉應該享有之外，交通條件比原住民鄉更形落後的地區應該要納入辦理，部長同不同意這樣的方向與原則？

蔣部長丙煌：我同意。

鍾委員佳濱：好，那我們就期待。希望你卸下重擔之後可以到屏東墾丁來玩，我都一直幫墾丁打廣告。

蔣部長丙煌：謝謝。

鍾委員佳濱：請問部長有沒有去過東港？

蔣部長丙煌：很久以前去過。

鍾委員佳濱：東港 3 年一科燒王船，地方有一句話叫「三年一科，好壞照輪」，3 年辦一次燒王船，運氣會輪轉，所以大家要輪流負責主其事。通常我們就用「三年一科，好壞照輪」來形容我跟賴瑞隆委員這幾個中南部縣市—高雄、臺南、屏東的登革熱照輪，所以今年和去年高雄、臺南疫情嚴重的時候，我們就很擔心今年會輪到屏東，所以我們希望對於登革熱疫情能夠加緊預防，不曉得目前有沒有具體作為？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。因為地方上資源比較少，所以我們希望能夠在年初時儘量支持地方。

鍾委員佳濱：我們提出額外的人力需求呢？部裡支持嗎？

郭署長旭崧：有，部長已經都批了，要送到院裡去了。

鍾委員佳濱：那要給你按個讚，我知道最近為了流感疫情，你們被釘的滿頭包，其實滿為難的。你知道為什麼氣象局長會被罵嗎？就因為氣象預報不準，但是你們更慘，氣象局長只有說他們不能影響天氣，但是民眾會期待在流行疾病來臨時，你們不只要判斷得準，還要能夠提早因應。剛剛提到有關公費注射疫苗及宣傳不夠的問題，未來會改善嗎？

郭署長旭崧：我們當然要努力做。

鍾委員佳濱：你們準備多少經費資源改善宣傳不足，或者擴大公費疫苗的注射人口？

郭署長旭崧：我們檢討之後，憑良心講，這也要靠醫界幫忙，過去是醫師的誘因不太夠。

鍾委員佳濱：對，我就是問這個，你們提供了什麼誘因？

郭署長旭崧：健保法第五十一條明定，包括疫苗，所有預防性處理都沒有辦法給付。

鍾委員佳濱：必要時可不可以動支預備金？

郭署長旭崧：必要時可以。

鍾委員佳濱：部長，您有沒有一度考慮過動用預備金處理此事，提早因應？

蔣部長丙煌：針對疫情，如果動支預備金能夠及早因應，降低後續損失，我想應該是可以朝這條路走。

鍾委員佳濱：你知道去年行政院動支預備金最多的是哪個部門？我直接告訴你答案，去年為了 2G 手機升 3G、4G，還有住宿旅遊體驗，行政院一口氣請立法院同意動支 20 億預備金，你想想看，這個錢不用的話會挨罵，但用在刀口人，人民就會支持，我希望下次遇到你，你的動支預備金是為了支持讓人民保持健康，而不是為了讓人民換手機。謝謝。

蔣部長丙煌：我們來爭取。

主席：請高委員金素梅質詢。

高委員金素梅：主席、各位列席官員、各位同仁。剛剛鍾委員提到衛福部非常照顧原住民鄉，我要在這裡抗議一下，這不是事實，唯一比較好的瑪家鄉是一個特殊地域，其他 30 個山地鄉，尤其是後山地區，連一個衛生室都沒有，更別說是診所。對於我們的醫療，衛福部似乎也沒有真正完整的解決方式，現在我就提供一個訊息讓部長知道，在 2 月 23 日總質詢時有關長照部分，院長同意請衛福部和原民會建立一個平臺，請問這個平臺建立起來沒有？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我們和原民會都有持續開會。

高委員金素梅：沒有，為了長照問題，我請原民會到我辦公室來，到現在長照十年已經幾年了？

蔣部長丙煌：長照服務法是去年才通過的。

高委員金素梅：對，但是長照十年計畫已經有 8 年了對嗎？

蔣部長丙煌：對。

高委員金素梅：我想請問部長，在這 8 年當中，原住民老人、失智者被照顧的人數到底有多少？在這 8 年當中衛福部不清楚原鄉狀況沒關係，但我們還有個原民會，你們和原民會在這 8 年當中開了幾次會，部長不知道吧？

蔣部長丙煌：對。

高委員金素梅：只有一次，原因是高金素梅要質詢這個議題了，要請原民會的人提供一些數據，於是衛福部就請原民會去參加一個會議，但這 8 年來，所有有關原住民的地域問題、文化問題，衛福部都是悶著頭做，現在我要請衛福部給我一個數據，這 8 年來你們照顧了多少老人及失智老人？你們有沒有這個數據？第二件事要請問部長，你看得懂這個流程嗎？這是長期照顧的權責分配圖，衛福部下轄有縣市政府，縣市政府又分衛生局處及社會局處，社會局處下又分照顧管理中心及衛生所，然後最離譜的是原住民的失智老人由照顧管理中心評定，但照管中心大概只有 1 個人或 2 個人。請問部長去過原住民地區嗎？剛剛鍾委員提到的瑪家鄉，在路旁邊就可以看到原住民，但其他 30 個山地鄉，包括泰安鄉、新竹尖石鄉等等，你知道從尖石鄉公所到尖石鄉最後一個部落—司馬庫斯的路程是多遠？然後鄉公所到新竹縣政府的路程是多遠？照管中心居然要讓失能的老人家到照管中心去評量到底是不是失能。

蔣部長丙煌：我想照管中心應該去家裡評量。

高委員金素梅：寒溪部落的泰雅族鄉親打電話請宜蘭縣照管中心顧問去部落，他的回答是「好遠喔！」。

蔣部長丙煌：這樣回答是錯的，其實應該要去。

高委員金素梅：部長，你看這樣的權責分配出了什麼問題嗎？你說應該是照管中心的人去部落對嗎？

蔣部長丙煌：是。

高委員金素梅：但裡面只有 2 個人而已，就以新竹為例，縣政府到鄉公所大概要 1 小時車程，鄉公所到最後一個部落—司馬庫斯將近要 4 小時，然後這個人的車程光去程就要花 5 至 6 小時，到達之後還要評量老人，請問他一天能評量幾個人？您知道長照通過到現在已經 8 年了，請衛福部告訴本席，有多人通過評量？我相信沒有數據，而且縣府都是統包出去給機構。部長是否看到這個問題的嚴重性？

不管是國民黨或民進黨，大家都在討論長照到底要用稅收還是保險制度。很抱歉！原住民連錢都還談不到，因為我們都還不知道有多少原住民失智老人需要被照顧，一個失智的老人，如果要到山下的機關或機構，他需要離開部落，希望部長能設身處地為他們想一想，光是要健康的老人到台北居住，他可能待兩天就想回去部落。

本席一直在說，當長照的思考沒有因地制宜時，你們所服務的對象只有都會區的老人。包括鍾委員剛剛說的偏鄉或原住民部落的老人是沒人管的，所以這個問題非常地嚴重。部長同意本席的說法嗎？

蔣部長丙煌：關於這部分，我們一定要再加強。

高委員金素梅：你們所規劃的長照服務量能提升計畫將於 107 年結束，本席希望要在提升計畫裡提出幾個原住民地區的試點，因地制宜，而不是用你們這套標準方法。我研究過，原住民部落不是沒有人力可以提供照顧，我們有很多可愛的鄉親在照顧部落裡的老人。

另外，照顧管理中心人員拿出一張圖表要老人家及家屬畫家系圖，部長知道家系圖有何作用？有誰可以回答本席？

主席：請衛福部護理及健康照護司游司長答復。

游司長麗惠：主席、各位委員。這是家族的系統圖，為了瞭解……

高委員金素梅：一般人有畫嗎？

游司長麗惠：有，我們做評估時，會關心個案的過去家族史與現在的情況。

高委員金素梅：不是吧？

游司長麗惠：這個圖是照專畫的，在照專做完訪談之後畫的……

高委員金素梅：你們這張圖表是要原住民老人家畫的。

游司長麗惠：不是，照專與個案訪談之後，由照專畫的。

高委員金素梅：你們覺得這個設計合理嗎？

游司長麗惠：這在一般的醫療治療評估都有使用，因為需要瞭解個案家族關係。

高委員金素梅：本席知道家系圖是為了瞭解個案家族狀況。

游司長麗惠：個案的病因也會與家族史有關，所以家系圖是家庭評估工具。

高委員金素梅：你們能否不要做的那麼複雜，這是一個非常笨的作法，調查三代啊！部長，這個設計有問題，你們要好好地檢討這件事情。

蔣部長丙煌：我再來瞭解情況。

高委員金素梅：有關新竹縣鄰近原住民區域長照資源聯合服務中心方案中，所規劃的家庭（微）型托育，依照泰雅族的地域分布，有清泉花園、鎮西堡及巴陵等，我們希望在部落裡將已經廢掉的衛生室及派出所，改造為家庭（微）型托育中心，可以提供 4 至 6 床位。因為從鄉公所進入原住民部落路程需要 2 小時，長照人員要進入部落照顧老人，光是花在路程的時間都已經占用許多服務時間，本席所提供的方案才適合原住民地區。

蔣部長丙煌：是，我們同意。

高委員金素梅：我們已經幫你們做了功課，你們原先流程表中所規劃的照管中心不適用在原住民的地區，現在原民會在原住民地區裡設有很多家婦中心，我們有很多的日托照顧，衛福部是不是可以做資源整合？

蔣部長丙煌：是。

高委員金素梅：衛福部在規劃長照計畫時，完全脫離原住民地區的思考，怎麼會做得好呢？我不知道部長是否續任，但在你離開之前，次長級以上官員與原民會一定要共同建置一個平台，因地制宜將原住民的長照計畫做好，部長同不同意？

蔣部長丙煌：同意。

高委員金素梅：何時可以給本席答案？

蔣部長丙煌：3 月 9 日要開會。

高委員金素梅：3 月 9 日才要開第一次會議，本席得到更新的消息，你們次長表示要延期，因為那天他還有其他會議。3 月 9 日的會議不准延期，本席會親自參與會議，因為這件事情太嚴重也太離譜了。

主席：請邱委員志偉質詢。

邱委員志偉：主席、各位列席官員、各位同仁。部長認為行政院各部會當中，哪一個部會最值得民眾信賴？

主席：請衛福部蔣部長答復。

蔣部長丙煌：主席、各位委員。我希望是衛福部，但是我不知道答案。

邱委員志偉：你們的報告第一頁是這樣寫的。

蔣部長丙煌：這是自我期許。

邱委員志偉：你覺得你們現在已經做到多少？到目前為止，是不是最值得民眾信賴？

蔣部長丙煌：據我推測應該不是。

邱委員志偉：這是一個目標，但離目標還差滿遠的，所以努力的空間還很大。

蔣部長丙煌：我們會持續努力。

邱委員志偉：這次的流感防疫，疾管署郭署長、醫事司王司長，你們覺得自己各方面的作為及表現，值不值得人民信賴？

主席：請衛福部疾管署郭署長答復。

郭署長旭崧：主席、各位委員。我們已經盡力，但是離民眾的期待還有一段距離。

邱委員志偉：因為政府相關政策規劃不當或執行不力，導致民眾怨聲載道，本席認為這就是需要檢討的地方，所以衛福部怎麼可能會變成民眾最信任的部會。防疫視同作戰，所謂料敵從寬、禦敵從嚴。從去年 7 月到今年 3 月 6 日，有將近 1,500 位重症病例，是去年同期的兩倍，為什麼今年比去年重症病例成長兩倍，當然也有可能受氣候因素的影響，但是否有人為不力、制度設計不良、執行不當等因素影響？請教部長，今年的疫情為什麼這麼地嚴重？

蔣部長丙煌：我認為主要有兩個原因，首先是氣候因素，因為今年春節前後非常地寒冷且潮濕，這是第一個因素；此外，春節期間、選舉所造成人員的流動較頻繁，這可能是另外一個因素。但長久以來，主要的因素是疫苗的接種率不高。

邱委員志偉：衛福部高層中，今年負責督導相關流感業務的是哪位次長？有無專業的防疫專家？

蔣部長丙煌：我們原本的林奏延次長就具有感染相關的專長。

邱委員志偉：這是他的專業，而他也是這個領域的專家。

蔣部長丙煌：他已請辭退休了。

邱委員志偉：因為沒有一個專業的人做判斷，所以就整個亂了，這也是原因之一吧？

蔣部長丙煌：當然會有些影響，但是本部其他同仁也馬上接棒持續努力。

邱委員志偉：另外還有人提到 CDC 從 2009 年取消定點醫師通報系統這一點，請問這是否也是原因之一？

蔣部長丙煌：這個問題請郭署長答復。

郭署長旭崧：剛才我有稍微說明過，這不會是個原因，因為過去並無網路通報和健保資訊，可是現在已經有了這些資訊，根本毋須再定點通報。

邱委員志偉：所以這不是個原因？

郭署長旭崧：不是，這是過去資訊不發達、沒有全民健保、沒有基層醫師即時通報情況下的一種作法。

邱委員志偉：可是許多基層醫師認為這是原因之一，認為取消此一通報系統後，第一線的通報系統全都失靈了。

郭署長旭崧：不會的，現在都是即時通報，比如門診是利用健保系統通報，急診部分則是直接架接在健保系統上再經過轉碼，同時另外 26 家醫院的實驗室、檢驗室也都以電腦架接在一起，所以現在實在毋須用過去那種定點醫師的方式通報。

邱委員志偉：請問今年的應變作法與過去有何不同？是升高了應變層級和規模抑或增加了更多作為？還是只是遵循過去的應變作戰計畫？

郭署長旭崧：應變作戰計畫是骨架，這當然很重要，比如各醫院急診室中的流感、類流感病人比例超過 13%時，他們就要主動開設類流感門診，除了這些之外，最重要的還是對民眾的衛教、即時分流等。我剛才已經解釋過，這個骨架雖然沒有錯，但是我們今年確實碰到了一些比較不確定的因素，造成了困難。

邱委員志偉：你們召開過幾次專家會議？

郭署長旭崧：每年至少會定期召開兩次。

邱委員志偉：本席認為逢疫期高峰期時，你們應該隨時召開專家會議。最近一次會議是在 3 月 1 日召開的吧？

郭署長旭崧：對。

邱委員志偉：那已經過了疫期高峰期了，你們應該在情況最嚴峻的時候立即召開專家會議，研討有無更好的辦法，以抑制疫情，高峰期都過了才召開專家諮詢會議，這在時機點上是不是有問題？

蔣部長丙煌：我們的確應該有更高的警覺度和敏感度，必要時就趕快請專家進來協助，給予建議。

邱委員志偉：疫苗部分呢？

蔣部長丙煌：目前施打劑數大約在 300 萬劑左右，但是……

邱委員志偉：占多少比例？

蔣部長丙煌：就人口數而言，不到 15%。

邱委員志偉：原因為何？是你剛才提到的誘因不足、信心不夠所致嗎？

蔣部長丙煌：統統都有。

邱委員志偉：你們要如何提升誘因、增加民眾的信心？

蔣部長丙煌：這可以從兩個角度進行，一個是加強宣導，經過今年流感的流行後，我想民眾的警覺度應該會比較高。

邱委員志偉：去年雖然只有七百多例，但有一百多人死亡，今年的死亡人數看起來好像比去年少一點，但目前還在累積中，且情況非常嚴峻，既然疫苗有效，你們應該提升人民的信心，增加民眾施打的誘因，俾提高施打比例。

蔣部長丙煌：這的確是我們要努力的部分。

邱委員志偉：你們為了勞保欠費問題，查封了高雄市 47 筆土地，對不對？

蔣部長丙煌：這是行政執行。

主席：請衛福部社會保險司司長答復。

曲司長同光：主席、各位委員。高雄市在勞保和健保方面目前都有欠費。

邱委員志偉：欠了 125 億元，可是已經有陸續還款計畫啦！

曲司長同光：對，他們訂了一個八年的還款計畫。

邱委員志偉：中央和地方要通力合作，不要動不動就祭出行政手段，一下子就查封了高雄市政府 47 筆土地。

曲司長同光：其實一直都有就此事進行協調、討論，這次之所以會執行是因為……

邱委員志偉：各縣市政府都有其財政狀況，每年的施政計畫也許會有不同和改變。

曲司長同光：之所以必須執行是因為若再不執行，五年期間一到就會消失追訴權，所以必須有些確保權利的動作。

邱委員志偉：其實不用弄到那麼緊張，很多事情可以透過協調的方式解決，何況你們自己也有雙重標準，就如媒體報導的，你們也向國保基金借款，並未編列國民年金保費的預算，不是嗎？這不是嚴以律人、寬以待己嗎？你們既然要求地方政府要嚴格遵守法律，就不能有雙重標準，自

己也要遵守法律。

蔣部長丙煌：就是因為要遵守法律，所以我們必須在時間將屆時進行行政執行。至於國民年金方面，則和營業稅增加 1% 有關，我們還不知道今年會不會增加。

邱委員志偉：你們是應編未編，後來向國保基金借款，不是嗎？

蔣部長丙煌：所以我們是次年補過來。

邱委員志偉：該編不編，然後一年付 1 億多的利息，這難道不是人民的血汗錢嗎？這是不是有不同標準？本席認為中央和地方要相互合作，共同面對問題、解決問題。

蔣部長丙煌：我完全同意。

邱委員志偉：中央部會要帶頭做最好的示範才對，不能嚴以律人、寬以待己，這樣人家怎麼會買你的帳？怎麼會成為人民最信賴的部會呢？那只會永遠成為一個夢而已。

蔣部長丙煌：謝謝委員。

主席：接下來登記質詢的黃委員偉哲、簡委員東明、劉委員權豪、林委員俊憲、顏委員寬恒、徐委員國勇、徐委員永明、孔委員文吉、徐委員榛蔚、林委員為洲、蔣委員乃辛、羅委員明才、周陳委員秀霞、王委員惠美、蕭委員美琴、管委員碧玲、何委員欣純、陳委員歐珀、陳委員亭妃、張委員麗善、呂委員玉玲、姚委員文智及吳委員秉叡均不在場。

本日會議詢答全部結束，李委員彥秀、林委員俊憲、蕭委員美琴及徐委員榛蔚所提書面質詢，列入紀錄、刊登公報，並請以書面答復。委員口頭質詢未及答復或請補充資料者，請於兩週內答復，委員另要求期限者，從其所定。

李委員彥秀書面質詢：

一、本院李彥秀委員，建請行政院與衛福部檢討「疫苗預算之編列」。依據衛福部疾管署 105 年疫苗基金經費編列 18.92 億元，流感疫苗所佔比重是否適合與妥善。鑒於過去幾年施打人數是否與預算編列款項成正比，否則造成預算編列不足，危害影響國內人民健康；亦或施打疫苗宣傳不足、編列預算下之執行尚未落實。特向行政院提出質詢。

說明：

(一)這次「流感疫情」嚴重，不僅使民眾深陷恐慌與不安中，另各層級醫療院所之醫護人員同樣負荷堪重。反觀衛福部，不但未盡疫情監控責任，疑有失職外，關於預防「流感疫情」之措施未盡應有之職責，以致造成流感疫情之嚴重。

(二)針對流感疫苗執行率增加，在基於國民健康考量下，建請政府與專家學者研討是否應當追加流感疫苗預算；但流感疫苗執行率減少，表示執行能力不足、宣傳不夠，造成浪費公帑，預算的編列應該檢視，以為國內人民做最恰當與適合之權益。

二、本院委員李彥秀，針對公共托育政策資源分配不均、城鄉差距過大，應規畫多元托育目標，特向行政院提出質詢。

說明：

(一)根據衛生福利部的專案報告資料，目前各縣市政府辦理類似的公辦民營托育中心有 92 所，共收托 4258 人。但是，根據內政部戶政司人口出生數統計，103、104 新生兒分別為 211,399

及 213,093 人，依照主計處的調查，這些新生兒中，大約有一半有托育需求，也就是目前大概也有 21 萬左右的新生兒有托育需求，但是我們的公托卻只收了 4,258 人，覆蓋率大概只有 2%。

(二)相對公共托育中心每個月的費用 9,000 至 11,000 間，目前私立托嬰中心或是居家保母的費用大概一個月是多少大約都在 18,000-20,000 之間。所以目前，新生兒父母發生會有一個現象，就是要求神拜佛，希望自己可以抽到公托，因為如果沒有抽到公托，就算拿到了每個月 3,000 元（有排富條款）的育兒津貼，還是近萬元的差距。以目前覆蓋率只有 2%的中籤率來說，根本就樂透抽獎。因此，本席希望行政院應該可以更加重視公托資源分配的問題不要讓公托政策變成要憑運氣的樂透政策。

(三)此外，目前只有 92 家，除了幾乎都分布在都會區，而且只有部分縣市設置，尤其是六都的台北、新北、高雄、桃園就佔了 77 家，六都之外只有宜蘭、台東、基隆、嘉義、金門、連江縣（馬祖）設置，其他縣市都沒有設置，而且在六都之外設置的點位也都集中在都會區，對偏鄉的托育環境完全沒有幫助。

(四)同樣是偏鄉的問題。本席也留意到，許多婆婆媽媽，都很積極地報名保母專業訓練課程，因為只要完成取得 126 小時保母專業人員訓練證書者，加入社區保母系統，就算照料自己的孫子也可以獲取補助，鼓勵祖父母成為托育資源。看似立意良善，但卻忽略最有隔代教養需求的偏鄉弱勢家庭祖父母，可能一趟到地方縣市政府所開立的課程班，就要一兩個小時車程，根本無力舟車奔波完成保母訓練，反而難以獲得補助。

(五)本席認為，如果政府有足夠的預算，盡可能地把公托覆蓋率增加，讓每個有托育需求的父母都更有機會享用評價的托育資源當然很好。但是如果無力負擔，那就應該有更多元管理機制跟做法，例如調整補助機制、小型但是擴散據點的社區保母站（利用現有空間、減少公托成本）、獎勵企業增設附屬托育、讓公共托育政策不會變成樂透型，幾家歡樂幾家愁的資源不均機制。

三、本院李彥秀委員，建請衛福部檢討「健保法第 43 條規定」、「健保法第 44 條規定」之問題。衛福部與疾管署應有長期規劃策略與平日如何輔導民眾，小病就近至基層社區醫療院所就醫，以及看診之分級，避免醫療資源分散，造成急診壅塞，影響重症病人與民眾二次感染。由此可見，衛福部、疾管署與健保署等各部門應好好檢討，造成醫療體系崩壞的原因！特向行政院提出質詢。

說明：

(一)「健保法第 43 條規定」，不經轉診者，地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，要負擔 30%、40%及 50%費用。長期以來，自行負擔之費用都是主管機關公告金額，以定額方式收取。但該項自行負擔之定額費用，以醫學中心為例，今年低於去年平均門診費用 X50%，所以現況所執行的自行負擔，是鼓勵民眾往大型醫療院所及醫學中心就診，造成醫院大型化、小病大醫，浪費醫療資源。更顯然違反健保法第 43 條，沒有依法行政。

(二)在疫情高峰設立專責醫院無疑是慢半拍，且常設化後是否對醫療資源分散等問題。建請徹底落實「健保法第 44 條規定」之轉診制度，以維護基層醫護人員與民眾之權益。為何今天所

有醫療體系苦不堪言！非疫情之嚴重。在台灣醫界有足夠能力去承擔這方面所有醫療問題。重要是是否有足夠措施、經費讓基層使用，去面對嚴峻考驗！還是有任何機制協助。

(三)醫療人才與技術需耗費長年養成，政府應要有魄力主導與學界、醫界、民眾詳談，現階段具有高風險性的醫匠醫療體制的崩潰，最後受害者是全體國民。

四、本院李彥秀委員，建請行政院與衛福部檢討「健保法第 52 條」規定。今年流感疫情非同小可，但衛生主管機關似重蹈 100 年低估 H1N1 疫情覆轍。依照《健保法第 52 條》規定，因將此次「流感疫情」定位為「重大疫情」由政府專款支應，避免醫療資源產生排擠效應，為此才不致損失國人權益，以讓醫療人員無後顧之憂為國人就診。

說明：

(一)鑒於近日中央主管機關之作為，可見是低估此波流感疫情，不僅造就民眾與醫療人員之負擔，更讓國人惶恐。長期以來，國內健保之「總額預算」編列長期不足，加上此次疫情嚴重，更顯醫療財政空洞，促使民眾享有醫療資源權益大打折扣。

(二)依據「健保法第 52 條」規定，得經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情，或可比照八仙塵爆模式，另闢財源專款補助，以讓民眾在不受醫療資源有限下再受排擠，損失應有權利，更造成各級醫療院所無法負荷，最終導致國民面臨醫療困境。

林委員俊憲書面質詢：

流感疫情緊張，去年 7 月 1 日流感季到現在，流感併發重症的確定病例就有 1,119 例！其中有 84 例死亡，光今年才短短 2 個多月，就已經有 72 人因流感死亡！各醫院急、門診、病床都是大塞車！

背景資料

流感併發重症以中壯年為主，老人致死率高，227 當週有 339 例新病例流感病患塞爆醫院！急門診、病床壅塞

一、數據

據疾病管制署資料，自去年 7 月 1 日流感季至今年 2 月 27 日止，國內累計 1,109 例流感併發重症確定病例，已有 84 例死亡。主要以 A 型 H1N1 為主、中壯年族群最容易併發重症。觀察 2016 年 2 月 21 日至 2 月 27 日的統計報告，各年齡層的死亡監測趨勢均上升，該週新增了 339 例流感併發重症確定病例。

二、228 以後確診新增數字

3 月 6 日新聞，疾病管制署指出，228 以後，流感門、急診人數已經下降，A 流預計將持續趨緩。3/6 疾病管制署網站資料，上週新增併發重症確診病例人數 77 人。

三、醫院塞爆！病床吃緊

3/6 聯合報新聞，各大醫院急、門診湧入看診民眾，台大雲林分院單日最高 400 人待床，比起往年暴增兩倍，加護病房也出現吃緊現象，目前每天約有 2、30 人待床。

四、學者呼籲政府公開資訊，讓民間取得正確趨勢

台大流行病與預防醫學研究所教授金傳春：「台灣自 SARS 之後，就有急診症候群偵測系統，

數據每 6 小時更新一次，只要即時監測咳嗽發燒人數，應該就可以掌握流感趨勢。「這些數據我們手上都沒有。」政府握有重要資訊，卻讓官員「坐在辦公室吹冷氣」，光靠部門蒐集的二手資料，怎麼可能精確掌握疫情？

五、停班停課討論

3/1 衛福部新聞稿，說流感高峰期已過，病毒並未變異且疫苗仍具保護力，專家建議不訂定停課標準。考量國際間並無流感停課標準，部分研究亦顯示停課後學童在社區及家庭接觸頻率提高，反而可能造成流感發生率上升 27%，且必須停課至少八星期才有顯著效果，因此專家一致決議不訂定全國停課標準。

六、B 型流感恐引發另一波疫情

台大兒童醫院感染科主任黃立民指出，過去每當 A 型流感流行時，B 型流感病例通常不到 1 成，但這次流行季，不僅 B 型流感患者一直維持在 2 成左右，近期甚至有成長，他擔心本流行季的時間可能因此延長。

3/5 衛福部長蔣丙煌視察疫情時受訪，說 A 型流感趨勢緩減，但 B 型流感疑似有增加趨勢，可能會有另一波疫情。

七、葉克膜調度問題

3/5 衛福部醫事司新聞稿，葉克膜並非治療流感的主要治療工具。而且 3/5 訪視各醫院沒有缺乏葉克膜。台大本來就與長庚合作院間協調。

「葉克膜使用，臺大醫院與長庚醫院透過院內調整與院間協調機制，協助因應臨時需求。今日訪視，各醫院均無缺乏葉克膜。並分享葉克膜的使用經驗，強調葉克膜並非主要治療工具，且對於相同嚴重度的病人，並未看到治療成效的具體差異」

八、衛福部目前針對流感的應變措施

1. 四家醫院開設類流感門診，建立病患分流機制、強化發燒篩檢、由專科支援，增設流感加護病床等措施，供重症病患照護使用。

2. 還在協調奇美跟成大醫院協助轉診（3/5 啟動）

提問

1. 病床數量到底夠不夠

(1)到底目前病床數是否充裕？究竟現在還有多少床位？可以容納一般重症病患跟流感病患住院？（衛福部強調目前是分區、分流、分治為原則收治病人）

(2)實際狀況：原本國內的醫院病床數就很緊張了，加上流感疫情的爆發，基層醫護根本消化不了！光一個台大醫院的雲林分院，急、門診病患就激增三成！急診室、病床都被塞爆！最近幾個月竟然有當日 400 人待床的新紀錄！加護病房目前每天都還有 20~30 人待床！

國內醫護人力本來就很短缺了，光處理定時回診的重症或慢性病病患就已經吃緊，現在加上這次突然爆發的流感併發肺炎重症的病患，按原本分級分治的處理辦法根本負荷不了！基層的醫護，光處理流感患者恐怕就先病倒了，何況還有許多本來就有嚴重疾病、或者住院開刀的病

患，等不到病床或加護病房，只能在診間走廊上空等兩三天以上。

2. 比照 SARS 成立專責照護機構，照護流感急重症病患

病例數才剛往下掉，疫情還沒解除，而且流感得病並不是簡單的小手術兩三天就可康復，是不是該比照 SARS 期間，成立短期專責的照護機構，就像以前的 SARS 專區，避免流感在院內四處流竄，讓其他病患避免被傳染的可能性，也可以避免醫療資源的浪費，讓專業醫護可以專門治療這些患者，減輕基層醫療的負擔。

3. 行動不便及年長患者的治療問題

上週流感併發重症的確診病例增加 77 人，本席要求，衛福部仍要加強防疫工作，加強宣導民眾施打疫苗，尤其針對這次疫情死亡人數最高的 65 歲以上族群，年長者出門不易，加上他們未必能清楚認識到身體不適，往往等家屬發現長輩身體不適時，可能已經併發肺炎等問題，行政院應加強里長協助宣導年長者施打疫苗，尤其針對行動不便長者，如何施打疫苗都要好好研究！

4. 防疫工作再加強、傳染病預防

何況 B 型流感病例增加，可能有另一波疫情的風險。現在氣候暖化，氣溫忽冷忽熱將成趨勢，各種疾病、流感肯定也會變多。國內外交通便利，地球越變越小，更容易帶進更多病原，行政院應該要拿出魄力來，邀集學者專家，針對傳染病防治提出長遠規劃。政府在防疫上還可以做的更多！行政單位應該要誠實以對，正視疫情發展！即時告知民眾相關資訊，才不會每次都等到疫情大爆發之後才宣導民眾應該如何注意防疫工作！

蕭委員美琴書面質詢：

1. 緊急醫療站：三不管地帶的偏鄉

衛福部針對偏鄉，擇定了幾間醫院，來做為醫療資源不足的急救責任醫院。但是，花蓮瑞穗因為沒有醫院，又地處於玉里與鳳林之間，表面上，玉里鳳林都是急救責任醫院（今年度玉里醫院已被刪除），但實際上，交通常造成救護的延宕，不管往哪邊，都要半小時以上。此外，瑞穗沒醫院，只有衛生所。衛生所下班後，就沒醫療人力了，因而夜間與假日的醫療都是缺乏的。爰此，建請衛福部針對此問題，研擬偏鄉地區「夜間與假日醫療站」辦法。

2. DRGs

DRGs 的推動，美國的例子呈現：每年倒閉/被整併 400 家小醫院。預期，台灣的醫療產業也會有大醫院集中並且擴張的情形。花蓮很多偏鄉地區醫療資源本身就不足。衛福部是否有先思考，DRGs 推動後，對偏鄉例如花蓮中南區的醫療體系有何影響？

3. 流感

全台灣都在流感。衛福部在控制、監測流感時，是否有特別注意偏鄉地區？偏鄉的醫療資訊宣導？偏鄉的醫藥需求？偏鄉的檢測能力？以及最後的緊急救護機制？

徐委員榛蔚書面質詢：

一、流感延燒，確保疫苗供給，改善花東資源貧脊狀況

我們可以看到，最近三個月我國流感疫情失控，到上週五（3/4）為止，併發重症案例已經高達 1,078 例，更有 68 名死亡病例，在學校方面，已有 50 校 71 班停課；本席在 2 月底的時候，曾經就這一次流感疫情各地各校停課標準與停課期間不一的情形，在院會提出過專案質詢，要求我們主管機關衛福部應該儘快就季節性流行性感冒研議停課標準，讓全國各級學校的防疫標準能一致，健全校園的防疫機制，維護我們學童的健康。

但本席看到，衛福部在 3 月 1 號的時候召開了傳染病防治諮詢會議，就是不是訂定這次流感的停課標準進行過討論，但會議的結論呢，認為在疫苗有效且停課效力不高的考量下，一致認為，不需要有流感停課標準，地方衛生局可視實際的情況，個案審視是否停課，各級學校應落實生病不上課原則，加強衛生觀念宣導。

而疾管署的周副署長也提到，2009 年 H1N1 流行時是新型病毒，未能有預防疫苗，因此當時制定 3 天內，同班級出現 2 名病例，就會要求停課 5 天的規範，但這一次的流感疫情已經有疫苗可能能夠防護，而且具有穩定效力，國小學童接種率到 7 成，疫情狀況明顯不同，所以沒以訂定停課標準的必要。

本席尊重我們相關單位的決定，但本席還是要請我們署長審慎評估，不要造成我們校園防疫機制的漏洞。另外，想請教郭署長，這一次疫情的延燒，到底，是我們的疫苗接種率太低、還是疫苗的防疫力效果變差？署長，現在疫苗接種率有多少？疫苗存量，足夠讓民眾施打嗎？

部長，因為醫政單位一再宣示流感疫苗高保護力，好像近期有不少的醫療院所浮現自費搶打流感疫苗的風潮，衛福部有掌握這方面的資訊嗎？本席希望，既然衛福部、疾管署一再強調，病毒並未變異且疫苗仍具保護力，那就更要確保疫苗的量能足夠，才能確實保障國人維護健康的權益，剛才郭署長也回應本席，疫苗存量是足夠的，那這個部分，部長也能在疫苗量供給足夠的部分，給本席一個保證嗎？

雖然，目前病毒沒有變異的情形，但我們可以看到，其實這一段時間，我們的氣溫變化大，低溫又不斷的下探，甚至在一月底還曾因為霸王寒流出現過平地下雪的景況，氣象報導，這個禮拜四開始又要轉濕冷，本席想請教部長，我國在衛生系統的防疫機制和緊急醫療體系，一旦發生病毒變異，或併發其他傳染疾病，有反應的能力嗎？東台灣在機制體系的連線上，與西台灣是否即時？在全國台北、北區、中區、南區、高屏及東區等六大醫療區域，醫療資源的分配是不是平均、是不是沒有落差？

本席在貴部最新公布的 103 年度醫療數據的統計資料中，看到東區醫療區域，就是花蓮、台東兩個地方，無論在醫院、診所、執業醫事人員、病床數等指標統計數據都是敬陪末座、全國倒數第一，是最為落後和匱乏的，衛福部有沒有什麼措施是能改善我們花東地區醫療資源貧瘠的狀況？

二、研議花東醫療資源補助、榮總玉里分院被更改補助計畫問題

目前因為流感已經衍生很多的問題，不管是我們今天會議討論的急診壅塞、加護病房不敷使用、葉克膜不足、民眾不願配合轉診等等醫療硬體資源，在醫護人力上的吃緊、與醫護人員的

健康維護、醫療資源與醫療品質的平衡，也是衛福部要做長期規劃的重大問題，尤其在普遍各項資源都缺乏的東台灣，更是需要政府資源的挹注。

本席想再請教部長，在這波流感疫情中，衛福部有沒有統計有多少醫護人員受到感染？除了醫療設備資源的調度，在醫療人力的調度，衛福部有沒有進行瞭解、協助？

本席在去（104）年《遠見》雜誌公布的第一線醫療從業人員滿意度大調查中看到，有超過九成的醫療從業人員表示對未來的醫療環境感到悲觀，部長您曉得這份調查嗎？

醫療資源缺乏已是長久以來之問題，近年來更因應整體醫療環境變化，全國五大科（內科、外科、婦科、兒科、急診）醫療資源的嚴重不足，而這樣的情形，在花東更顯嚴重。

部長，我們都在說，國人有應盡的義務和應享的權利，一直以來，我們花東居民所負擔的義務，都是跟全國一致，但能享到的醫療權利，都好像是次一級的，部長，您認為這樣對我們花東居民來說，公平嗎？是不是能夠研議加強對花東地區的醫療資源分配以及提高對偏遠地區醫護人員福利薪資的補助？

以花蓮縣為例，花蓮面積廣大，為全台灣第一大縣，但南北相距近 140 公里，因為地形狹長，所以分為北中南三個醫療責任區分別照護。這幾天，本席獲知花蓮南區的台北榮總玉里分院今（105）年度將不再被列入「緊急醫療資源不足地區急救責任醫院」，不要說是本席，院方跟地方居民都一樣感到困惑，以往，北榮玉里分院和慈濟玉里分院在 102 至 104 年都是為急救責任醫院，經過本席再去深入瞭解查詢，才知道，北榮玉里分院今年被除名，是因為被改列入「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，所以才被取消急救責任醫院的認定與補助。

部長，雖然貴部強調，這樣的改變，只是將以往急救責任醫院的診療費補助改成由醫學中心做人力補助，但是，本席想請教，如此一來，只單單換了補助計畫的名稱，那和原本的政策有何不同？如何落實改善醫療資源城鄉分配不均的落差？

本席認為，對照本席前面提到的，花東偏遠地區醫療資源匱乏的窘境，理應是增加、增大政府補助調整的力道才對，怎是換個名目但實際上卻仍做著相同的事情，這豈不是故做虛工，敷衍了事而已嗎？

本席在這裡，建議部長，貴部不應、也不能用新的醫學中心支援計畫來排擠原本列名急救責任醫院的補助，這樣才能讓花東居民實際感受到政府對於平衡東西部及城鄉醫療資源落差的用心與誠意。

三、醫療系統建立全國統一資料庫

行政院張院長在上週五總質詢的時間也表示過，等流感疫情告一段落，將責成衛福部把重要的醫療系統，依不同疫情或疾病，需要怎樣的設備、資源，建立全國統一資料庫，沒有疫情時每周更新，有疫情則要每天更新；當資源調度不過來時，應自動發警訊，衛福部相關人員要主動介入協調。

但本席在這裡要提醒部長、署長，這些動作，是可以從現在就開始的，疫情的開始與結束，

不是可以人為控制，但在系統的建置、疫請的因應，都是我們政府可以積極應變的部分，在資訊系統的建置維護，也請相關部會能夠確實的更新，不要像勞動部一樣，一個勞退新制退休金試算系統將近 10 年沒有更新相關參數，讓明明立意良善的政府措施反倒成了民眾詬病的問題。本席也希望，我們東台灣的醫療發展能夠因為更多資訊系統的輔助，更加提升，這部分，部長能允諾能儘速完善的建置相關系統嗎？

主席：謝謝各位出席的委員和官員，本次會議到此結束，現在散會。

散會（16 時 50 分）