

# 矯正機關醫療制度與需求評估報告



法務部

106年4月10日

## 目次

壹、衛生保健與醫療提供 .....	1
一、健康檢查與疾病預防 .....	1
二、醫療提供機制-疾病診治 .....	2
貳、監所健康主流化 .....	12
參、矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區評估比較 ...	14
肆、矯正醫療具體需求與建議 .....	16
一、增加矯正機關內健保門診科別與服務量 .....	16
二、增加戒護病房床數 .....	16
三、協調醫學中心設置戒護專區 .....	17
四、矯正機關收容人及職員納入公費疫苗施打對象 .....	17
五、落實高診次個案輔導作業 .....	17
六、建立收容人保外照護安養轉銜機制 .....	18
七、刑後強制治療回歸社區醫院 .....	18
附件 矯正機關收容人健保承作院所名冊 .....	19

## 表次

表 1 臺中監獄中區醫療專區每月平均人數 .....	9
表 2 矯正機關醫療各種提供機制比較 .....	10
表 3 矯正機關陳報保外醫治件數與審核情形 .....	12
表 4 已完成「監所健康主流化」之國家 .....	13
表 5 我國收容人、民眾與義大利等國收容人死亡率(單位每千人) .....	14
表 6 矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區之評估比較 .....	15

## 圖次

圖 1 收容人醫療提供機制 .....	3
圖 2 矯正機關 101 年至 105 年間戒護外醫人數 .....	6
圖 3 矯正機關收容人戒護外醫流程 .....	7

# 矯正機關醫療制度與需求評估報告

矯正機關收容人罹病時，由矯正機關安排協助就醫，俾利維護其健康，且矯正醫療品質向來為各國矯正機關執行績效良窳之重要指標，本部矯正署亦與衛生福利部中央健康保險署藉由 102 年 1 月 1 日施行之收容人納保政策，共同合作將健保醫療引入矯正機關，提供收容人與一般民眾相同之健保醫療資源，從而建構人權保障、生命尊重之執行環境，以臻憲法第 157 條及其增修條文第 10 條第 7 項國家應保障人民健康之要旨，形塑我國維護人權之形象與落實刑罰執行之人道原則。

為完整探討矯正機關醫療需求，茲就衛生保健與醫療提供、監所健康主流化、矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區之評估比較、矯正醫療具體需求與建議等分段說明於后。

## 壹、衛生保健與醫療提供

### 一、健康檢查與疾病預防

為保障收容人健康，依相關矯正法令規定，矯正機關應對新收收容人實施健康檢查，如發現患有疾病者，即予診治，其健康情形如有監獄行刑法第 11 條、戒治處分執行條例第 7 條、觀察勒戒處分執行條例第 6 條、保安處分執行法第 6、7 條、少年輔育院條例第 24 條及少年矯正學校設置及教育實施通則第 30 條所列情形時，則拒絕執行。收容人有異動，如出監、移監、借提還押時，亦施予健康檢查。

遇有流行性或急性傳染病盛行時，除加強身體檢查外，矯正機關亦依衛生署人口密集流感防治工作指引等相關規定採取適當措施，落實感染控制防疫作業，以避免矯正機關內發生群聚感染疫情。各矯正機關為提早發現疑似個案，俾利及時給予治療與減少群聚感染發生機率，每年度亦會對每位收容人實施例行傳染性疾病血液篩檢與肺結核胸部 X 光攝影作業。

## 二、醫療提供機制-疾病診治

我國收容人罹患疾病時，矯正機關依相關法令<sup>1</sup>規定，委請醫師於機關內悉心診治，如無法於機關內提供適當醫療時，矯正機關得斟酌情形，報請監督機關<sup>2</sup>許可保外醫治或移送病監或醫院。收容人亦可依法令規定，申請自費延醫，收容人如提出申請，矯正機關應予同意。綜上可知，我國收容人醫療提供機制包括有機關內診治、戒護外醫、移送病監、保外醫治及自費延醫等 5 種，如圖 1，茲就各種機制說明如下：

---

<sup>1</sup>監獄行刑法第 58 條、監獄行刑法施行細則第 70 條、第 71 條、保安處分執行法第 18 條、觀察勒戒處分執行條例第 7 條、羈押法第 22 條、羈押法施行細則第 66 條、少年矯正學校設置及教育實施通則第 75 條、少年輔育院條例第 45 條、少年觀護所設置及實施通則第 33 條、法務部 66 年 7 月 13 日 (66) 台函監決字第 05920 號。

<sup>2</sup> 被告或收容少年應由該管法院裁定或檢察官許可。



圖 1 收容人醫療提供機制

### (一)機關內診治

依監獄行刑法第 58 條及全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第 3 條第 1 項等矯正與健保法令規定，收容人患有疾病時應優先於矯正機關內就醫。目前依全民健康保險法及全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫於矯正機關內開設健保門診之醫療院所逾 100 所，各矯正機關承作院所名冊如附件。前開醫療院所於矯正機關內開設科別包括有家醫科、內科、外科、皮膚科、精神科、牙科、耳鼻喉科、感染科、骨科、眼科、婦科、胸腔科、中醫等。以 105 年為例，矯正機關內開設之健保門診相較於收容人納保前 101 年的公醫門診，共增加 7,759 診次，增加比率為 37.04%；每診次就醫人數則為 27.70 人次，亦遠低於 101 年的每診 50.10 人等，顯見我國收容人納保後，看診環境除由矯正機關依醫療機構設置標準予以改善外，機關內門診之診次與每診平均就醫人次亦有大幅進步，而提昇收容人醫療品質。本部矯正署為完善矯正機關收容人看診及

其後續醫療處置作業，亦於 104 年 6 月 15 日以法矯署醫字第 10406000890 號函，要求各矯正機關收容人看診後，如有隔離、轉診、檢驗(查)及服藥等相關醫療處置之醫囑時，各機關應依下列提示辦理：

1. 隔離：將收容人隔離至其病情不具傳染性。
2. 轉診：妥適安排收容人依醫囑持續接受治療。
3. 檢驗(查)：醫療機構應告知病人檢驗(查)結果，必要時亦應告知矯正機關妥為處置。
4. 服藥：由矯正機關保管藥品，並協助收容人按醫囑服藥。

收容人納保後醫療品質之提昇亦可從下列醫師、國際學者與媒體的觀察和分享中可見一般：

1. 成大斗六分院蔡醫師於院內緊急手術救治一名戒護外醫之收容人後表示，二代健保上路之後，節省不少醫療資源，且收容人普遍感覺醫療品質提升；因為從監獄到外醫的就醫過程中，醫療資訊的傳達更流暢，使收容人能得到更完善的醫療照護，可避免因為耽擱而造成的遺憾(健康醫療網，2013)。
2. 曾支援桃園監獄的皮膚科黃醫師，應本部矯正署與衛生福利部邀請訪視該監皮膚病防治作為後表示：「我已多年沒來桃監，但這次來，發現診間的環境有醫院的感覺。」(法務部矯正署，2014)。
3. 英國國王學院監獄研究國際中心主任，也曾經在英國擔任過典獄長的 Andrew Coyle 與美國布朗大學監獄衛

生與人權研究中心主任 Josiah Rich 二位教授在參訪臺南監獄後，除肯定該監的診間環境與醫師問診品質外，亦認為醫療機構在受刑人新收或出獄後，還可以藉由完整的健保醫療資訊系統，追蹤與輔導其就醫及藥物使用情況，使得矯正機關與社區間之醫療能無縫接軌的成果，大為讚嘆（蘋果日報，2014）。

4.收容人納入健保在執行的第一年，健保醫療即已平順銜接至矯正機關，醫療品質深獲收容人肯定，整體滿意度超過 9 成(中央社，2014；健保醫療網，2014；中時電子報，2014)。

## (二)自費延醫診治

矯正機關為維護收容人生命安全與身心健康，如有收容人願自行負擔醫療費用延聘醫師入監診治時，亦許其依監獄行刑法第 57 條及「法務部矯正署所屬矯正機關收容人自費延醫診治實施要點」申請自費延醫診治。以 105 年為例，自費延醫者有 284 人次，遠低於納保前的 101 年之 92,286 人次。按自費延醫人數變化趨勢可知，我國矯正機關醫療服務量能與品質已有大幅改善，而收容人於機關內接受與一般民眾相同品質之醫療服務，能妥為治療其所患疾病，而降低其自費延醫之需求。

## (三)戒送醫院門診/住院醫治

收容人如因疾病在矯正機關內不能為適當之治療時，得依監獄行刑法第 58 條第 1 項及全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法第 3 條第 2 項等矯正與健保法令規定，由矯正機關管理人員戒送至醫院治療或檢查，收容人



不得指定就醫時間及處所。依圖 2 可知，101 年度矯正機關戒護外醫總收容人數為 23,544 人次，收容人納保後，每年外醫人數呈現增加的趨勢，相較於 101 年，102 年至 105 年間分別增加 11,644 人次、12,295 人次、14,176 人次、16,473 人次。以 105 年為例，共增加 69.97% 人次。增加類別除血液透析外，不論係門診、住院或檢驗均呈現增加的趨勢。我國矯正機關戒護人力比相較於其他各國，戒護人力明顯不足，但從前開外醫人數之趨勢變化可知，矯正機關仍致力於保障收容人醫療需求。

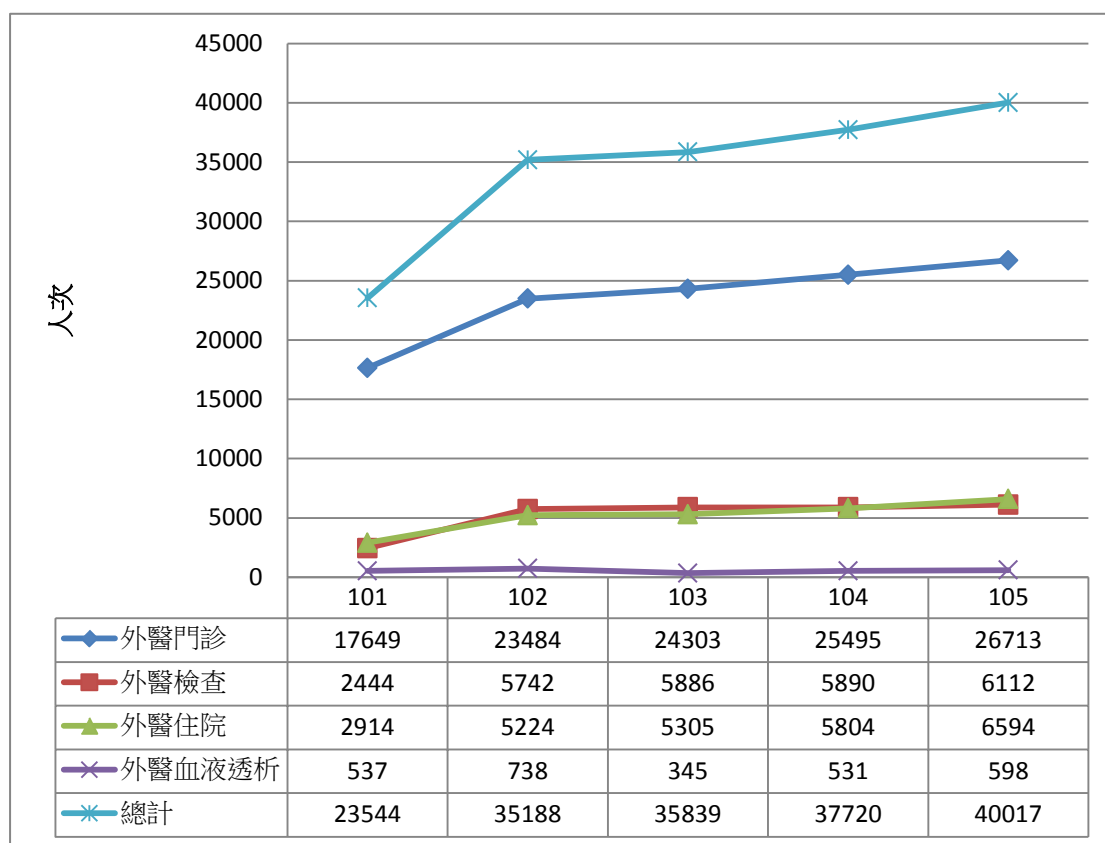


圖 2 矯正機關 101 年至 105 年間戒護外醫人數

本部矯正署為健全收容人作業，亦主動邀集衛福部醫事司及健保署、急救、精神科及家醫科等 3 名專科醫師與矯正機關衛生科長，共同研議矯正機關收容人緊急外醫判定參考

原則，並於 102 年 10 月 7 日以法矯署醫字第 10206001070 號函，將前開參考原則與一般、緊急外醫作業流程、戒具施用原則及外醫勤務注意事項等通函各矯正機關憑辦(如圖 3)。

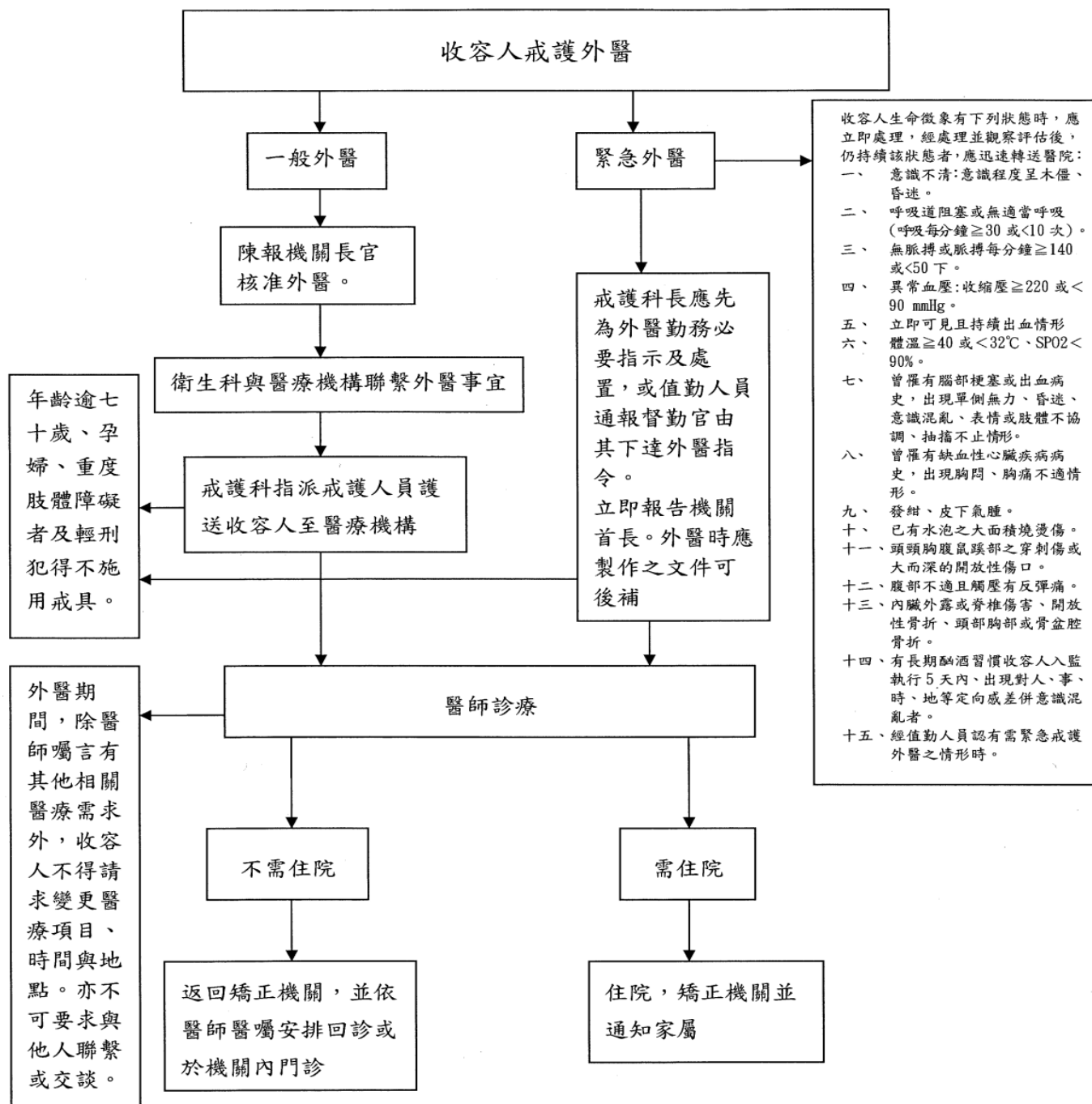


圖 3 矯正機關收容人戒護外醫流程

#### (四)移送病監

受刑人如有罹患開放性肺結核或精神疾病之情形時，可依監獄行刑法第 55 條、56 條及「各監獄、技能訓練所、戒治所肺結核收容人移送法務部矯正署臺中監獄、臺北監獄桃園分監治療注意事項」與「各監獄、技能訓練所、戒治所精神疾病收容人移送法務部矯正署臺中監獄、臺北監獄桃園分監治療注意事項」規定，報請本部矯正署核准，男性得移送臺中監獄醫療專區，女性則移至臺北監獄桃園分監。

收容人患有重症且符合「法務部矯正署臺中監獄醫療專區收治計畫」所訂收治標準，各矯正機關亦可報請移送重症收容人至臺中監獄醫療專區接受診治。

在各矯正機關醫療服務量能與品質尚未能全面提昇的情況下，重點提昇特定矯正機關醫療水準並支援其他矯正機關有其必要性。但在收容人納保後，各矯正機關均有專責之醫療院所承作收容人健保，除提昇矯正機關內之門診服務量能與品質外，亦更普遍於醫療院所內設置戒護病房。爰此，透過收容人納保政策的推動下，已全面提昇矯正機關醫療水準，亦使臺中監獄中區醫療專區支援其他矯正機關醫療服務之重要性降低，從表 1 可知，收容人自 102 年納保後，除血液透析中心外，該專區之肺結核、精神病、重症療養及住院區之每月平均收容人數均呈現下降的趨勢。特別是住院區之核定病床為 68 床，但 103 年至 105 年間的住院利用率均僅約 30.88%。

表 1 臺中監獄中區醫療專區每月平均人數

年度 各區每月 平均收容人數	101 年	102 年	103 年	104 年	105 年
肺結核隔離區	28	24	22	22	23
精神病療養區	155	147	121	100	93
重症療養區	55	59	32	33	50
血液透析中心	65	62	68	71	67
培德醫院住院區	34	27	21	21	21

### (五)保外醫治

保外醫治、機關內診治、戒護外醫及移送病監等醫療提供機制在收容人納保後，依表 2 可知，不論係於醫療費用、醫療支出、藥品調劑、醫療紀錄、醫療來源及診治環境等均因係接受健保醫療，而差別無幾，僅機關內診治之醫療設施不如醫院完善。其最大差異在於就醫選擇自由，即保外醫治係惟一可使收容人獲得自由的醫療提供機制，讓其在刑期暫時中止的狀態下，回歸社會後自行就醫。因此，矯正機關在以機關內診治、戒護外醫或移送病監等方式提供收容人醫療時，主要考量其就醫需求與安全管理之因素即可，但保外醫治之審查則因收容人可恢復自由，則還需考量收容人之犯罪行狀、前科紀錄、再犯風險、親友照顧能力、病況危急性等因素，期以在保障收容人醫療需求時，亦能兼顧社會安全及其後續照護需求。本部矯正署審查罹病收容人得保外醫治之具體病情類型包括有下列六種：

- 1.罹患致死率高疾病，預料短期內將因而死亡。
- 2.身心障礙嚴重，無法自理生活，在監難獲適當照護。
- 3.病情嚴重必須長期監外住院治療。
- 4.肢體障礙嚴重，必須長期在監外復健。
- 5.病情複雜，難以控制，隨時有致死之危險。
- 6.罹患法定傳染病，在監難以適當隔離治療。

表 2 矯正機關醫療各種提供機制比較

提供機制	醫療費用	醫療支出	藥品調劑	醫療紀錄	醫療來源	診治環境/ 醫療設施	就醫選 擇自由
機關內 診治	繳納部分 負擔	健保給付	醫療院所 調劑	健保醫療 資訊網系 統	健保醫師	依「醫療機 構設置標 準」設置/鼓 勵醫院建置	無
戒護外醫	同上	同上	同上	同上	同上	同上/依醫 院層級設 置醫療設 施	同上
移送病監	同上	同上	同上	同上	同上	同上	同上
保外醫治	同上	同上	同上	同上	同上	同上	有

保外醫治並非其他先進國家所常見之收容人醫療提供機制，例如日本即無此一制度，該國收容人僅得以機關內診治、戒護外醫或移送醫療刑務所的方式就醫，另比較法國之延留處分、美國之醫療假釋、英國之許可釋放與暫行離監制度等類似制度可知，我國保外醫治適用對象或審查標準與前開各國一致或相近，茲說明如下：

- 1.均需有嚴謹之醫療報告作為病況嚴重之佐證：如美國要求矯正機關的醫療團隊需向委員會提交合理的醫療

報告，並敘明該收容人確罹患僅有 6 個月以內存活期之絕症或病情；法國法院對於患有致命疾病的囚犯，或是身體狀況已不適於長期執行自由刑之環境，可命其延留，惟命令延留須有兩個不同之醫學檢定報告，經判定確認囚犯的健康狀況是相同情形。

2. 審查標準係綜合評斷之結果，除病況外，尚須衡酌對社會之危害性（如罪名）、及釋放後之福利資源，即該決定並非僅考量收容人之病況：如美國要求審查委員會必須考量該收容人無法對自己或其他人造成危害，且犯第一級謀殺罪等罪名者，不適用醫療假釋之規定；法國規定有嚴重再犯風險者及因精神疾病入精神病院者，不適用延留處分。

3. 由司法或行政機關做出准駁之決定，非由醫療機構判定：如英國監獄法第五章第 28 條規定國務大臣根據囚犯健康不佳的狀況，有權准其有條件之釋放或暫時離監；法國則由法院裁量准駁之決定。

依表 3 可知，101 年至 105 年間，矯正機關陳報收容人保外醫治之件數與核准率均呈現增加的趨勢。綜上可知，收容人病況如確實已非矯正機關能妥為提供醫療之情形時，矯正機關及本部矯正署均係以同意保外醫治之方向思考。惟仍有許多情形卻非收容人重病則可允其保外醫治，例如實務上曾發生之個案有：1. 收容人罹患癌症，經矯正機關戒送醫院治療後，卻拒絕醫院之檢查與治療，僅要求矯正機關給予保外醫治；2. 罹患癌症末期之收容人，於保外醫治期間再犯販毒罪而遭廢止保外醫治者；3. 女性毒品累犯受刑人懷孕逾 5

個月，但無穩定家庭支持系統。前開情形係矯正機關合作醫院可妥為醫治但收容人拒絕治療、已保外後再犯，其病情雖未改善但對社會安全有重大危害者又或再犯毒品罪之風險性高且家庭缺乏照顧能力者，因此，均難謂適合給予保外醫治(待產)。矯正機關如為避免管理爭議與照顧壓力，而忽略社會安全或新生嬰兒之健康風險，陳報前開收容人保外醫治(待產)，亦非妥適。爰此，未來為能兼顧收容人疾病診治需求及維護社會安全，就保外醫治審查實務經驗可知，應有必要於臺灣北、中、南各區之醫學中心設置戒護病房。

表 3 矯正機關陳報保外醫治件數與審核情形

年別	陳報件數	核准		未核准人次	
		人次	%	人次	%
101 年	248	223	89.92%	25	10.08%
102 年	256	232	90.63%	24	9.38%
103 年	244	220	90.16%	24	9.84%
104 年	295	272	92.20%	23	7.80%
105 年	353	341	96.60%	12	3.40%

## 貳、監所健康主流化

監所健康主流化 (Mainstreaming health care in prisons) 可謂是達成健康監所最具系統性的策略。監所健康主流化的最核心意涵，乃是將監所裡的醫療與健康照護置於與一般社會同樣的架構中，由衛生當局作為主要的主政單位，並以與社會一般民眾相同的標準對收容人提供健康照護。依陳孝平等(2016)的研究顯示，目前有達到「監所健康主流化」的國家屈指可數。依表 4 可知，僅有法國、挪威、英國、澳洲新南威爾斯省、加拿大新斯科細亞省及亞伯達省與臺灣。

我國於 102 年隨著二代健保實施後，將收容人全面納入全民健保，而將健保資源引進矯正機關，此舉不但擴大矯正機關可用的醫療資源，也大大增加其醫療透明度(陳孝平等 人，2016)。另言之，我國在矯正與健保二大公務系統的通力合作下，把收容人健康納入正常健康體系，完成了「監所健康主流化 (Mainstreaming health care in prisons)」，實為一其他各國都尚難以完成的重要成就。臺灣的這項成就，以實際行動落實了聯合國的人權兩公約，更讓我國舉世聞名的「全民健保」達成真正保障「全民」的最後一哩路(邱文達，2014)。

表 4 已完成「監所健康主流化」之國家

監所健康主流化情況	年別	國別
	1978 年	澳洲新南威爾斯省
	1994 年	法國
	1998 年	挪威
	2000 年	加拿大新斯科細亞省
	2003 年	英格蘭和威爾士
	2010 年	加拿大亞伯達省
	2011 年	蘇格蘭
	<b>2013 年</b>	<b>*臺灣</b>

從表 5 可知，我國收容人近 3 年的死亡率分別為每千人 2.25 人、2.37 人、2.21 人，除低於我國民眾粗死亡率之 7.00 人、6.97 人、7.33 人，亦均略低於義大利 2014 年的 2.50 人、英國 2014 年及 2015 年的 2.85 人及 3.00 人、美國(州立)2014 年的 2.40 人。綜上，我國矯正機關收容人醫療品質在本部矯正署、矯正機關、衛福部健保署及各健保醫療院所之努力下，並不亞於其他先進國家。



表 5 我國收容人、民眾與義大利等國收容人死亡率(單位每千人)

國家	2014	2015	2016	備註
臺灣	2.25	2.37	2.21	收容人
	7.00	6.97	7.33	民眾
義大利	2.50	-	-	收容人
英國	2.85	3.00	-	收容人
美國(州立)	2.40	-	-	收容人

## 參、矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區 評估比較

本部矯正署從設置成本、硬體建置時間、醫療可近性、醫療服務量能、家屬可近性、醫療連續性與整合、醫療費用等 7 個層面評估比較矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區二種收容人醫療提供模式，評估結果如表 6。按表 6 分析及前揭表 1 臺中監獄中區醫療專區每月平均人數統計可知，矯正機關附設醫療專區雖於矯正機關醫療全面提昇前，具有支援各矯正機關之重要意義，但在收容人納保後，各矯正機關已有專責健保醫療院所提供收容人醫療，而使醫療服務量能與品質均有所提昇的情況下，矯正機關附設醫療專區於前開各層面之評估，除醫療費用外，均遜於於醫療院所設置戒護專區之效益。爰此，矯正機關附設醫療專區之思維或背景係在收容人尚未納保前之因應對策，但在我國矯正機關收容人已全面納入健保而完成監所健康主流化後，再以矯正機關附設醫療專區方式提昇收容人醫療品質，應非最佳對策，宜在目前基礎上，推動醫療機構附設戒護專區，始為精益求精之作為。

表 6 矯正機關附設醫療專區及醫療機構附設戒護專區之評估比較

項目	於矯正機關附設醫療專區	於醫療院所設置戒護專區
設置成本	高 矯正機關自行籌建醫院設置成本較高。	低 無需建置醫院僅需建置符合戒護安全之戒護設備及監視系統。
硬體建置時間	長。 如矯正機關自行籌建醫院硬體建構時間長；另籌建醫院需要符合相關法規規定如醫療院所設置辦法、消防法規等，複雜度與困難度相對較高。	短。 僅需建置戒護設備及監視系統。
醫療可近性與及時性	如將全國矯正機關分為 4 區，每區之收容人數約 15000~17000 人，此收容人數所需醫療服務能量之醫院約為地區醫院，承作院所較無意願投資高價醫療設備如電腦斷層檢查設備、核磁共振檢查設備。如需要此類檢查之住院病人仍需以戒護外醫模式辦理。 各分區成立醫療專區，無法提供非當地矯正機關之急重症病人診治需求。	較佳。 各矯正機關與當地合作醫療院所設置戒護專區，因醫院本身即有相關檢查與治療設備，收容人可於該醫院就近且及時接受檢查與診治。
醫療服務量能	如前述，依此模式設置之醫療專區僅為地區醫院層級(目前臺中監獄培德醫院即是)，爰此，醫療服務量能僅較診所為佳。另言之，收容人如罹患重病時，仍係採戒護外醫方式辦理，此類醫療專區無法真正完整提供醫療服務。	較佳 醫療服務量能取決於原醫療院所層級，爰選擇醫療院所時如設定區域醫院或醫學中心層級院所，其醫療服務量能均優於監獄附設之醫療專區，亦可避免屢次轉診之困境。
家屬可近性	收容人如移至特定分區之矯正機關附設醫療專區，家屬接見關懷較為不易。	較佳 由於各矯正機關合作之醫療院所均以遶近機關為原則，爰此，收容人如為在地民眾，其家屬接見關懷較為便利。
醫療連續性與整合	從他監移入監獄附設之醫療專區，其醫療將因治療醫院不同可能產生重複檢查及醫療連續性較為不佳之情形。	較佳 醫療院所同時提供矯正機關內之門診與外醫診治服務，可提供收容人較具連續性與整合之醫療服務。
醫療費用	均係接受健保醫療，其醫療費用依健保法規定繳納，並無差別。	

## 肆、矯正醫療具體需求與建議

本部矯正署為精進矯正醫療品質，除從過去業務推動經驗分析外，亦於 106 年 3 月 29 日召集臺北監獄等 10 所矯正機關衛生科長開會討論，廣泛蒐集矯正醫療具體需求與研議精進作為。茲就本報告前開分析資料、矯正醫療實務運作現況及矯正醫療專業人員之意見，擬具建議如下：

### 一、增加矯正機關內健保門診科別與服務量

目前各矯正機關開設之健保門診，如內科、家醫科、外科等，雖已能提供收容人於機關內接受與一般民眾相同品質之醫療服務，但在牙科、皮膚科及感染科等科別上，仍有少數矯正機關因承作院所自身服務量能或當地醫療資源之限制未能開設門診或門診服務量不足，而尚有提昇的空間。因此，請衛福部協助增加前開科別或服務量能。

### 二、增加戒護病房床數

收容人納保後，矯正機關普遍於合作醫療機構內設置戒護病房。本案推動依各機關經驗，確實有助於收容人戒護外醫後之安全管理及醫療提供可近性，惟仍有少數機關雖有設置戒護病房，但醫院考量營運成本等因素，而有床數不足之情形，爰此，請衛福部思考戒護病床不列入醫院核定病床數及增加戒護病床之健保給付標準，俾利提昇醫療機構配合設置戒護病床之意願。

### 三、協調醫學中心設置戒護專區

矯正機關於醫療機構設置戒護病房，雖能提昇收容人於機關外就醫之醫療品質與安全管理，但多數醫療機構之層級為地區醫院或區域醫院，如遇罹患重大疾病之收容人仍須轉診至醫學中心，或給予保外醫治。考量重病收容人轉診至醫學中心之需求或因再犯、犯行重大等不適合保外醫治之情形，建請衛福部協助於醫學中心設置戒護專區，俾利兼顧重病收容人就醫需要及社會安全。

### 四、矯正機關收容人及職員納入公費疫苗施打對象

矯正機關為高度人口密集機構，建議將矯正機關收容人及職員納入公費疫苗施打對象，俾利提昇每年流感防治成效。

### 五、落實高診次個案輔導作業

統計 105 年收容人接受機關內健保門診次數可知，就診逾 100 次者有 79 人，最高達 298 次。爰此，收容人罹病時，矯正機關雖應妥為安排健保醫療診治，但收容人如有濫用健保醫療資源時，則非適當。目前如有濫用健保醫療資源情形時，不且由矯正機關予以管制，以避免妨礙收容人就醫之爭議，而僅能由診治醫師予以衛教，以建立收容人正確就醫或用藥之認知。綜上，為避免有健保醫療浪費情形，建請衛福部健保署依全民健康保險醫療辦法第 27 條規定予以就醫輔導，期從開源與節流二個方向，善用健保醫療資源。

## 六、建立收容人保外照護安養轉銜機制

部分重病或身心失能之收容人因家屬考量自身照護能力與費用而不願具保，而讓是類收容人持續留於矯正機關服刑。由於我國刑事政策重刑化之影響，未來因老化而無刑罰適應性之收容人將日漸增多，以刑期逾 15 之受刑人為例，其於 94 年底時在監人數為 2,425 人，但在 105 年底時則增至 9,208 人。因此，建請衛福部協助提供或建立社區照護安養轉銜機制，由各地療養處所協助家屬安置，俾利是類收容人得以順利保外醫治

## 七、刑後強制治療回歸社區醫院

刑後強制治療受處分人係於刑期期滿後，又經法院裁定而須於公私立醫療機構接受強制治療者。是類受處分人目前係收容於臺中監獄培德醫院，該院病床並非依性侵害犯罪加害人強制治療醫院設置標準所建置，且收容人數業已超過培德醫院原提供之床數。為落實該處分之效果及收容人係處於期滿而不適合繼續收容於監獄之狀態，建請衛福部協調醫療機構收容強制治療受處分人。

## 附件 矯正機關收容人健保承作院所名冊

矯正機關名稱	承作院所-醫事機構名稱	特約類別
基隆監獄	衛生福利部基隆醫院	區域醫院
臺北監獄	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
桃園監獄	衛生福利部桃園醫院	區域醫院
桃園女子監獄	衛生福利部桃園醫院	區域醫院
八德外役監獄	衛生福利部桃園醫院	區域醫院
新竹監獄	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	地區醫院
臺中監獄	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院	地區醫院
臺中女子監獄	中國醫藥大學附設醫院	醫學中心
彰化監獄	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	區域醫院
雲林監獄	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院	區域醫院
雲林第二監獄	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院	地區醫院
嘉義監獄	臺中榮民總醫院嘉義分院	區域醫院
臺南監獄	台南市立醫院	區域醫院
明德外役監獄	奇美醫療財團法人奇美醫院	醫學中心
臺南第二監獄	衛生福利部新營醫院	地區醫院
高雄監獄	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
高雄第二監獄	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處	區域醫院
高雄女子監獄	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
屏東監獄	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	區域醫院
宜蘭監獄	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院	區域醫院
花蓮監獄	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
自強外役監獄	國軍花蓮總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
臺東監獄	衛生福利部臺東醫院	地區醫院
綠島監獄	衛生福利部臺東醫院	地區醫院
澎湖監獄	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	地區醫院
金門監獄	衛生福利部金門醫院	地區醫院
新店戒治所	天主教耕莘醫療財團法人耕莘醫院	區域醫院
臺中戒治所	中國醫藥大學附設醫院	醫學中心
高雄戒治所	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處	區域醫院
臺東戒治所	佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院	地區醫院
泰源技能訓練所	台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人台東馬偕紀念醫院	區域醫院
岩灣技能訓練所	臺北榮民總醫院臺東分院	地區醫院
東成技能訓練所	東基醫療財團法人台東基督教醫院	地區醫院
桃園少年輔育院	衛生福利部桃園醫院	區域醫院

彰化少年輔育院	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	區域醫院
誠正中學	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	地區醫院
明陽中學	國軍高雄總醫院左營分院附設民眾診療服務處	區域醫院
基隆看守所	衛生福利部基隆醫院	區域醫院
臺北看守所	衛生福利部臺北醫院	區域醫院
臺北女子看守所	衛生福利部臺北醫院	區域醫院
新竹看守所	國軍新竹地區醫院附設民眾診療服務處	地區醫院
苗栗看守所	大千綜合醫院	地區醫院
臺中看守所	中國醫藥大學附設醫院	醫學中心
彰化看守所	秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院	區域醫院
南投看守所	竹山秀傳醫院	地區醫院
嘉義看守所	臺中榮民總醫院嘉義分院	區域醫院
臺南看守所	奇美醫療財團法人奇美醫院	醫學中心
屏東看守所	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院	區域醫院
花蓮看守所	衛生福利部花蓮醫院	地區醫院
臺北少年觀護所	衛生福利部臺北醫院	區域醫院
臺南少年觀護所	台南市立醫院	區域醫院
臺北監獄桃園分監	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	區域醫院
臺南監獄明德戒治分監	奇美醫療財團法人奇美醫院	醫學中心