

調 查 報 告 (公 布 版)

壹、案由：據訴，醫事人員於疫情期間執行醫療業務感染嚴重特殊傳染性肺炎，經依「執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法」向衛生福利部申請補助詎遭否准，究前開補助制度及審查作業是否符合相關法令規定？有無指陳黑箱審查情事？是否侵害醫護人員權益？實有深入調查之必要案。

貳、調查事實：

西元(涉及國際年份部分以西元表示，下同)2019年12月31日，中國武漢市衛生健康委員會公布當地發現多名肺炎病例，此訊息受到國際關注，衛生福利部(下衛福部)疾病管制署(下稱疾管署)獲知後即啟動相關整備應變作為。中國官方於2020年1月9日公布其病原體為新型冠狀病毒，此疫情隨後迅速於全球擴散，我國於民國(下同)109年1月15日起公告「武漢肺炎」為第五類法定傳染病，同年1月20日疾管署宣布成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」(下稱指揮中心)。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)亦於同年1月30日公布此為一公共衛生緊急事件，2月11日將此新型冠狀病毒所造成的疾病稱為COVID-19(Coronavirus Disease-2019，即嚴重特殊傳染性肺炎，下稱之)。我國於109年1月21日發現第一起境外移入確診個案，同年1月28日出現第一例本土個案，指揮中心嗣於2月27日由行政院一級開設。自109年起，我國歷經COVID-19全球大流行、醫院院內爆發群聚感染、出現感染源不明之本土病例、疫情進入社區流行階段、疫情嚴峻提升至三級警戒、印度Delta變異株於全球擴散及Omicron變異株持續流行等不同疫情階段，至112年間考量疫情穩定下降，國際間亦

朝向調降防疫等級，遂於同年5月1日將COVID-19調整為第四類傳染病，並於同日解編指揮中心，臺灣邁入疫後新生活。109至112年，持續3年餘，醫事人員挺身抗疫，堅守防疫第一線，執行COVID-19防治工作不輟，以維繫醫療照護量能，肩負守護國人健康之重任。

惟據訴，醫事人員於疫情期間執行醫療業務感染COVID-19，經依《執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法》(下稱《補助辦法》)向衛福部申請補助詎遭否准，究前開補助制度及審查作業是否符合相關法令規定？有無指陳黑箱審查情事？是否侵害醫護人員權益？實有深入調查之必要。

案經本院向衛福部調閱相關卷證，並通知證人於112年8月29日到院作證，以瞭解醫事人員依《補助辦法》申請補助之實際情形；同年9月19日就《補助辦法》之規範、補助基準、審核程序及現行基層醫療人員實際申請補助情形等議題，諮詢相關專家學者；復就本案爭點於11月6日約詢衛福部及勞動部勞工保險局(下稱勞保局)相關主管、業管人員，業調查竣事，提出調查事實如次：

一、本案緣起

(一)陳訴人陳訴要旨

- 1、多位醫療人員於執行職務時接觸確診者，依該《補助辦法》申請相關補助，衛福部審定不核予補助。
- 2、審定補助金額之主管機關應盡合義務裁量，惟衛福部未明訂裁量基準，亦並未審酌個案情形任意決定法律效果，所審定之結果與醫療人員所承受之風險及特別犧牲顯不相當，屬裁量怠惰而構成裁量瑕疵。又衛福部在審定過程中未實質審查醫療人員所受損害，逕行認定不予補助，在認定上未具體說明審酌應處該額度之情由，應認為不行

使法規授予之裁量權，而有裁量怠惰之違法。

- 3、疾管署訂有「因應COVID-19疫情醫療照護工作人員返回工作建議」¹，該建議載有「在醫事與照護機構中維持適當的人力配置對於提供安全的工作環境與安全的照護至關重要。隨著國內COVID-19疫情的進展，當工作人員因罹病以致無法上班之情形增加，可能會導致醫事與照護機構工作人力短缺，無法維持重要業務進行。為維護醫療體系正常運作，保全醫療關鍵核心任務，爰訂定本工作建議，以供衛生主管機關、醫事機構及照護機構參酌運用，以因應可能遭遇之人力困境。」其中關於「人力短缺之應變處置建議」，建議策略包含「要求工作人員延遲非必要的請假」。依《傳染病防治法》第54條規定²，國家指定、徵調醫事人員執行高傳染風險的防疫工作，相關人員對於因指定、徵用、徵調或接受隔離檢疫者所受之損失，國家應給予因公益所受到生命健康財產損害之特別犧牲的損失補償。衛福部未核予補助之行政處分所載「防疫資源充足」一節，顯然悖離現實。
- 4、自109年1月15日COVID-19公告為第五類傳染病以來，該《補助辦法》均未就「補助資格」進行任何修正，亦未有公告。於111年5月國內疫情擴大之前，不少醫事人員確診後雖為輕症，亦符合補助標準；而自疫情擴大後，衛福部並未公告《補助辦法》有任何「補助資格」之修正。惟依陳情

¹ 參照111年11月18日修訂版本。

² 傳染病防治法第54條規定：

中央流行疫情指揮中心成立期間，各級政府機關得依指揮官之指示，徵用或調用民間土地、工作物、建築物、防疫器具、設備、藥品、醫療器材、污染處理設施、運輸工具及其他經中央主管機關公告指定之防疫物資，並給予適當之補償。前項徵用、徵調作業程序、補償方式及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。

人所提供衛福部「不予補助」之處分書所示，衛福部逕以「感染後之症狀輕微，未有肺炎徵候，亦無入住醫院治療且無使用抗病毒藥物之紀錄，係屬『輕症』」等情，認定不符《補助辦法》所定傷病，審定不予補助，不符行政程序法第8條所指誠實信用方法。

(二)衛福部相關回應

- 1、COVID-19迅速蔓延導致全球大流行，持續3年餘造成數波疫情，出現不同病毒變異株，傳播力及致病力不斷變化。我國歷經阻斷傳播及提升免疫期，至111年初，病毒演化為具高傳播力、以輕症為主，國內此時已達高疫苗涵蓋率，治療藥物及防疫物資充足，逐序邁入與病毒共存階段。又該《補助辦法》所定補助與當事人所領取之其他各項給付均不抵充(如勞工職業災害保險(下稱職災保險)給付、商業保險契約理賠、任職機構或所在地主管機關提供之慰問金、請假期間雇主仍給付薪資等)。是以個案可能同時領取多項補助，亦足以佐證該《補助辦法》之補助係屬鼓勵性質，故不應忽視疾病特性、防疫整備與醫療處置等方面之進展，倘無論症狀輕重均應予一定金額補助，恐致失衡浮濫。
- 2、第一線工作人員於不同階段從事防治工作，所面臨的風險並不相同，《補助辦法》所定補助既屬鼓勵性質，自當視疫情狀況及資源到位與否，決定核予補助之範圍，此亦符合《傳染病防治法》第74條第1項明定「主管機關得酌予補助」之意旨。爰此，衛福部審議小組審酌個案染疫當時之疾病特性、防疫物資整備、治療方法有無等狀況，再參據個案執行工作之內容、感染之事實經過、發

病歷程、臨床症狀之輕重(如有無肺炎)、診療處置之過程及特殊情形(如懷孕)，研判是否具備補助要件，以及決定給付數額。目前判定不符合補助要件之情形包括：(1)非因執行防治工作致染疫；(2)疫苗及抗病毒藥物供應無虞後，感染症狀輕微、無肺炎徵候等。

(三)我國感染COVID-19情形

- 1、據衛福部查復資料，針對醫事人員確診COVID-19情形，及其是否因執行防治工作而感染一節，尚需考量疫情調查及實驗室檢驗等綜合結果始能研判。惟自COVID-19引發社區流行疫情，醫療院所通報資料及疫情調查作業均已簡化，故該部並無執行COVID-19防治工作致感染之防疫人員及醫事人員統計資料。
- 2、針對一般社區民眾109至112年10月各年度、各縣市感染COVID-19之人數及發生率統計資料，詳如下表。

表1 109至112年4月各年度、各縣市確診COVID-19人數及發生率統計表

居住縣市	109年		110年		111年		112年	
	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)
臺北市	187	7	5,261	205	891,059	35,606	135,011	5,382
新北市	146	4	7,180	179	1,836,206	45,884	277,129	6,861
基隆市	14	4	331	90	159,770	44,047	25,012	6,900
宜蘭縣	6	1	116	26	174,233	38,729	25,882	5,751
金門縣	1	1	-	-	23,025	16,282	4,231	2,938
連江縣	-	-	4	30	3,687	26,690	412	2,928
桃園市	100	4	924	41	973,804	42,768	158,037	6,830
新竹縣	18	3	136	24	244,570	42,310	43,488	7,389
新竹市	18	4	76	17	196,983	43,527	35,027	7,684
苗栗縣	8	1	559	103	197,869	36,871	33,671	6,296
臺中市	76	3	436	15	1,090,442	38,751	170,214	5,947
彰化縣	33	3	312	25	422,764	33,813	60,118	4,847
南投縣	3	1	59	12	145,539	30,179	21,235	4,447
雲林縣	10	1	41	6	183,761	27,545	27,359	4,144
嘉義縣	5	1	49	10	135,011	27,512	19,450	4,009
嘉義市	4	1	21	8	86,068	32,623	13,089	4,964
臺南市	41	2	139	7	624,578	33,624	115,625	6,217

居住縣市	109年		110年		111年		112年	
	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)	確診人數	發生率 (每十萬人口)
高雄市	108	4	381	14	985,163	36,002	168,324	6,148
屏東縣	15	2	103	13	250,336	31,231	32,764	4,117
澎湖縣	1	1	8	8	25,296	23,689	2,964	2,749
花蓮縣	5	2	89	28	132,941	41,528	16,770	5,277
臺東縣	-	-	26	12	72,591	34,085	8,326	3,935

備註：統計截至112年統計至當年10月底止；確診人數包含本土病例、境外移入、航空器感染等感染來源，自112年3月20日起病例定義調整為必須同時具備陽性檢驗結果及併發症個案。發生率計算方式為(各年度確診人數/各年年中人口數)*10萬人口，惟112年尚無年中人口數，故發生率以112年10月底各縣市人口數為統計基準。

資料來源：衛福部

二、《補助辦法》相關說明

(一)法規背景

- 1、鑒於92年嚴重急性呼吸道症候群(severe acute respiratory syndrome, 下稱SARS)流行初期，疾病特性未明，爆發數起院內感染，又未有充足防疫物資及有效治療方法，造成醫護等人員於相當風險下從事照護或防疫工作，且有多人不幸殉職。
- 2、衛福部於疫情過後檢討修正《傳染病防治法》，參照「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」第13條規定³，針對參與新興傳染病防治之第一線工作人員，因執行防治工作而致傷病、身心障礙或死亡者，訂定酌予補助之規定，於93年1月修正公布，以鼓勵工作人員參與該項防疫工作，並對因而致傷病等狀況者提供慰助。

(二)法規規範

- 1、《傳染病防治法》第74條規定：「因執行本法第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，主管機關得酌予補助各項給付或其子女教育費用等；其給付項目、基準、申請條件、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」
- 2、《補助辦法》第2條規定：「(第一項)本法第七十四條第一項所稱因執行第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，指公、私立醫療機構、警察或消防機關與其他相關機關(構)、學校、法人、團體之人員或受委託之自然人，因執行第五類傳染病防治工作，致感染第五類傳染病造成傷

³ 嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例第13條規定：

因執行本條例防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，其各項給付之請領，準用災害防救法第四十七條之規定。因執行本條例防治工作，致身心障礙或死亡者，其子女教育費用，由政府編列預算支應，至取得學士學位為止。

病、身心障礙或死亡者。(第二項)前項執行第五類傳染病防治工作之人員，因故意或重大過失而感染第五類傳染病者，得不予補助。(第三項)醫事人員或緊急醫療救護人員，執行第五類傳染病防治工作，發生醫療法第一百零六條第三項或第四項規定情事，致傷病、身心障礙或死亡者，準用本辦法規定予以補助。」

(三)審議小組

- 1、《補助辦法》第7-2條規定：「中央主管機關受理申請案件時，應設審議小組審議之。審議小組置委員九人至十七人，由中央主管機關就醫藥、衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並以其中一人為召集人，任期兩年。前項之委員，單一性別不得少於三分之一。」
- 2、依前條規定，衛福部於109至110年度聘兼執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助委員共10位委員(含召集人)；111至112年度其中一位委員因工作職務異動，未予續任，另新聘兼6名委員，共15位委員(含召集人)。
- 3、由於申請案件量會隨疫情而變化，故會議並非定期召開；又委員並非專職於衛福部，多屬各大醫療院所專科資深醫師，職務繁忙。據此，衛福部表示會視申請案調閱病歷及調查資料齊備之數量，調查委員可開會時間後召開會議。截至112年10月31日，審議小組共計召開17次會議，共計審議805案，平均一場會議審議量為47案。

(四)申請案件流程

依據衛福部「執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助申請作業流程」，相關申請流程如下圖所示。

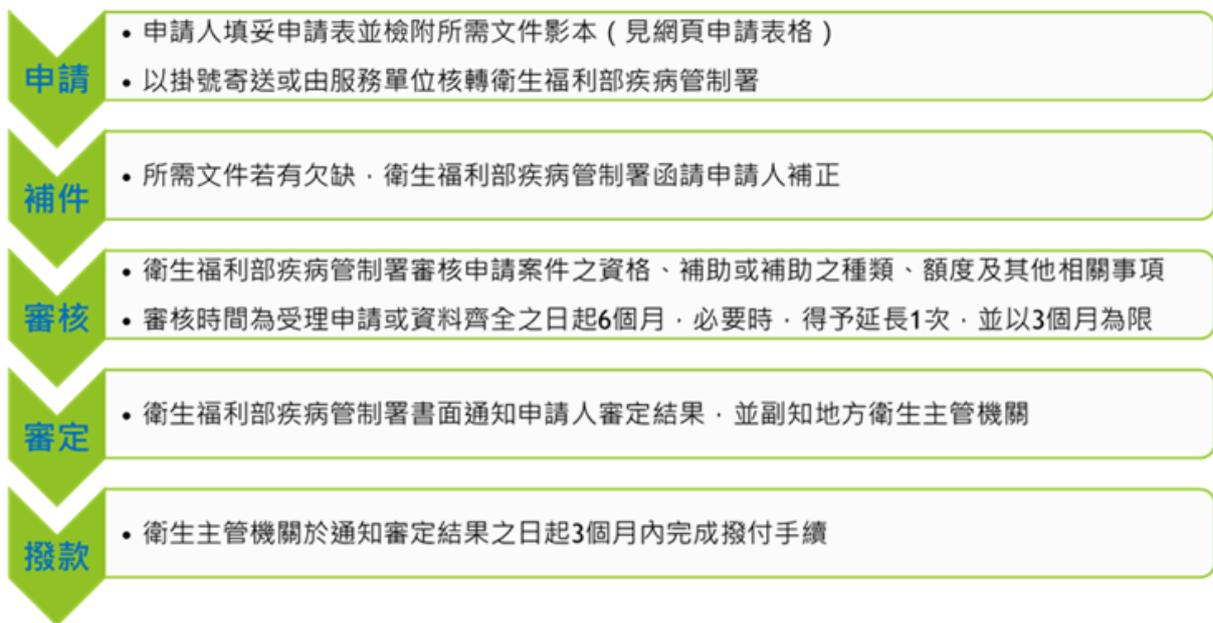


圖 執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助申請作業流程圖

三、針對「因感染 COVID-19」申請補助

(一) 適用情形說明

為因應中國大陸 COVID-19 引起的肺炎疫情，衛福部疾管署於 109 年 1 月 15 日將其列為第五類傳染病，故有《補助辦法》之適用。

(二) 《補助辦法》相關公告

衛福部於 110 年 3 月 19 日修正《補助辦法》⁴，主要修正內容如下：

- 1、提高補助上限：原《補助辦法》規定感染第五類傳染病致傷病者，補助上限為新臺幣(下同)35萬元；修正後感染第五類傳染病致傷病者，補助上限為100萬元。
- 2、審定結果告知：原《補助辦法》規定中央主管機關應將審定結果，以書面通知請求權人，並副知地方主管機關；修正後改為副知請求權人戶籍所在地主管，以資明確。

⁴ 衛福部 110 年 3 月 19 日衛授疾字第 1100100349 號令。

- 3、補助經費核撥：原《補助辦法》規定補助費用經審定後，申請人戶籍所在地主管機關應於接獲通知之日起1個月內完成撥付手續；修正後改為主管機關應於審定結果處分送達日起3個月內完成撥付手續，並保留由中央主管機關或地方主管機關核付補助經費之彈性。
- 4、施行日期：為於COVID-19防治工作期間，對於《補助辦法》適用對象提供一致性保障，爰以COVID-19公告為第五類傳染病之日期(109年1月15日)，為本次修正條文施行日期。

(三)「執行COVID-19防治工作」致「傷病」之判定

- 1、審議小組對傷病之認定，審酌當時可獲得之治療及防疫物資整備狀況，主要考量項目包括：
 - (1) 注射型抗病毒藥物Remdesivir於109年12月起開始使用。
 - (2) 口服抗病毒藥物Paxlovid及Molnupiravir於111年1月底開始提供。
 - (3) 醫護人員之第3劑COVID-19疫苗接種自110年12月開始實施。
- 2、據衛福部查復說明，《傳染病防治法》第74條第1項所定「酌予補助」既屬鼓勵慰助性質，不同階段從事防治工作，以及不同防治工作內容間，所面臨的風險有所差異，故核予補助之範圍自當視疫情狀況及資源到位與否而異。爰此，該部審議小組會審酌個案染疫當時之疾病特性、防疫物資整備及治療方法有無等狀況，以及個案執行工作之內容、感染之事實經過、接觸史紀錄、發病歷程、臨床症狀之輕重(如有無肺炎)、診療處置之過程、特殊情形(如懷孕)、染疫後之心理壓力及有無可供參考之前案審定結果等，核定補助金

額。

- 3、又因注射型抗病毒藥物Remdesivir於109年12月起開始使用、醫護人員之第3劑COVID-19疫苗接種自110年12月開始實施、口服抗病毒藥物Paxlovid及Molnupiravir於111年1月底開始提供等，以及COVID-19之疾病特性流感化、輕症化，經考量自111年2月起，國內預防與治療方式均已完善，又疾病特性明確，與疫情爆發初期之風險情形顯然有別，是以如個案症狀輕微、無肺炎徵候、未住院治療或未使用抗病毒藥物，鑑於此時客觀情形已與疫情爆發初期之缺乏疫苗及治療藥物，因此難以有效預防或阻止重症及死亡之發生，且疾病特性未明之情形顯然有別，審議小組認定前揭個案不符《補助辦法》第2條第1項所定之傷病要件。

(四)「執行COVID-19防治工作」致「身心障礙」之判定
身心障礙等級之鑑定，依身心障礙者權益保障法及其相關法規之規定；又《補助辦法》第7條第2款規定，申請本辦法所定身心障礙補助，應檢附身心障礙證明。

(五)「執行COVID-19防治工作」與「致傷病、身心障礙或死亡」之關聯性

- 1、依《補助辦法》第7條第1款至第3款規定，申請《補助辦法》所定補助應填具申請書，並檢附任職單位出具係因執行防治工作致感染之證明文件。
- 2、審議小組除審酌個案申請書所陳之感染事實經過及任職單位所出具證明文件之說明外，亦會檢視個案執行工作之內容、地點、發病歷程、疫情之流行情形與任職單位曾否就感染經過進行調查、有無相關調查報告或事證資料，如地方主管

機關對個案曾進行疫情調查，也會調取該疫調報告加以審視，並本於醫藥、公衛專業及臨床經驗，審議執行防治工作與感染間之因果關係。

(六) 經費編列

《補助辦法》所編列之預算，由嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支應，此特別預算施行期間自109年1月15日起至112年6月30日止⁵，非以年度編列，無年度編列預算資料。有關該《補助辦法》編列核定預算及執行情形如下表。

表2 嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算執行情形統計表

編列核定預算(元)	執行金額(元)	實際執行率
14,000,000	12,259,000	87.5%

資料來源：衛福部

四、針對「因發生醫療法第106條第3項或第4項規定」申請補助

(一) 適用情形說明

醫事人員或緊急醫療救護人員執行第五類傳染病防治工作，如「發生醫療法第106條第3項或第4項規定情事」得申請補助，係因110年5月間，雙和醫院發生確診者砍傷護理師事件，衛福部爰於《補助辦法》增訂第2條第3項及第7條之1規定，使該等受傷害人員可獲適當補助。

(二) 《補助辦法》相關公告

110年9月3日修正《補助辦法》⁶，增列發生醫療法第106條第3或第4項狀況時，準用該《補助辦法》予以補助。

五、補助案件申請與核准情形

⁵ 112年11月6日衛福部接受本院詢問之代表表示，後續相關經費以公務預算銜接之。

⁶ 衛福部110年9月3日衛授疾字第1100101430號令。

(一)申請案件與駁回

1、「因感染COVID-19」申請補助者，自109年起至112年10月止共計有802人，核准人數123人，駁回人數678人，核准補助總金額共10,016,500元，相關統計資料詳下表。又針對申請案件僅774人，是否與因防治COVID-19工作而遭染疫人數不符比例一節，衛福部說明略以：「本項補助必須以執行防治工作致染疫為前提，當國內發生大規模社區疫情時期，亦有工作人員於社區或家戶內染疫。尤其111年國內進入社區流行階段時，疾病特性及防控方法已明確，口罩及防護衣隔離衣等裝備充足，疫苗及抗病毒藥物皆到位，對醫療機構之支援供應無虞，醫事人員執行業務時，得本於自身專業落實感染管制措施，染疫風險未必較社區或家戶內為高。」

表3 109至112年「因感染COVID-19」申請補助人數相關統計表

年份	申請人數	核准人數	駁回人數	核准率	核准補助總金額(元)
109	4	4	0	100%	509,500
110	97	90	7	92.8%	7,705,500
111	578	26	552	4.5%	1,629,000
112	123	3	119	2.4%	172,500
總計	802	123	678	15.3%	10,016,500

備註：112年統計至當年10月底止,尚有1人尚未審議

資料來源：本院依衛福部查復資料彙整

2、承上，細分「因感染COVID-19」各年度申請補助者，其身分為醫事人員⁷者占比約7至8成，相關統

⁷醫事人員人事條例第2條規定：

本條例所稱醫事人員，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗

計資料如下表。

表4 109至112年「因感染COVID-19」申請補助之醫事人員人數統計表

年份	申請補助者 醫事人員占比	核准補助者 醫事人員占比	駁回補助者 醫事人員占比
109	75%	100%	0%
110	68%	68.82%	57.14%
111	85.12%	88.4%	83.87%
112	86.99%	100%	86.55%

備註：112年統計至當年10月底止

資料來源：衛福部

3、提起行政救濟情形

查衛福部統計資料，自109至112年5月底止依《補助辦法》申請補助者，接獲行政處分後，提起行政救濟共14件，申請補助種類皆為《補助辦法》第3條第1款「感染第五類傳染病致傷病給付」。

4、「因發生醫療法第106條第3項或第4項」申請補助者，自109至112年10月底止，僅110年3位，皆核准補助，核准總金額為2,300,000元。

(二)補助金額統計

查衛福部統計資料，「因感染COVID-19」申請補助者，可依補助類別分為「致傷病者」、「致身心障礙者」、「致死亡者」等3類，各補助金額統計分析詳如下表。

師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員。

表5 各補助類別核准補助之補助金額統計分析表

單位：元

年份	補助類別	平均值	第一四分位數	第二四分位數	第三四分位數	四分位距
109	致傷病者	127,375	107,750	134,250	147,000	39,250
	致身心障礙者	-	-	-	-	-
	致死亡者	-	-	-	-	-
110	致傷病者	85,616	56,750	66,500	82,750	26,000
	致身心障礙者(1人)	1,500,000	-	-	-	-
	致死亡者	-	-	-	-	-
111	致傷病者	62,654	43,000	59,000	72,500	29,500
	致身心障礙者	-	-	-	-	-
	致死亡者	-	-	-	-	-
112	致傷病者	57,500	-	-	-	-
	致身心障礙者	-	-	-	-	-
	致死亡者	-	-	-	-	-

備註：112年統計至當年10月底止

資料來源：衛福部

六、職業因素引起 COVID-19 之職災保險

(一)申請程序及方式

被保險人因執行職務致確診COVID-19，符合職災保險相關給付請領要件者，可向勞保局申請災保險傷病給付、失能給付、死亡給付等3項現金給付。給付種類說明申請程序及應備書件如下：

1、傷病給付：

被保險人檢附「確診COVID-19勞工職業災害保險傷病給付申請書」及給付收據、診斷證明書或COVID-19指定處所隔離通知書影本，並於申請書內保險事故欄位中勾選實際工作內容及敘明

染疫與執行職務之因果關係，經投保單位用印後寄至勞保局。

2、失能給付：

被保險人須先洽符合規定層級之全民健康保險特約醫院或診所診斷開具「勞工職業災害保險失能診斷書」，由醫院逕寄勞保局；另檢具「勞工職業災害保險失能給付申請書及給付收據」、「勞工職業災害保險失能診斷書逕寄勞動部勞工保險局證明書」，經投保單位用印後寄至勞保局。

3、死亡給付：

檢附「勞工職業災害保險本人死亡給付申請書」及給付收據、發病原因及經過情形與執行職務之因果關係說明書、死亡證明書、載有死亡日期之被保險人全戶戶籍謄本、於死者死亡日期之後申請之請領人現住址戶籍謄本、隔離通知書，經投保單位用印後寄至勞保局。

(二)審核流程與規範

勞保局審查確診COVID-19職災保險給付案件，係依據勞工職業災害保險職業傷病審查準則及相關令釋規定辦理，同時參酌勞動部職業安全衛生署(下稱職安署)公告之「職業因素引起嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)認定參考指引」，依個案具體情形認定職業造成疾病之因果關係。

1、法令規定：

- (1) 111年4月30日前，COVID-19非屬勞工保險職業病種類表之表列疾病，係依據勞動部改制前行政院勞工委員會94年1月3日勞保三字第0940000206號令釋規定，勞工保險職業病種類表第八類第二項規定：其他本表未列之有毒物

質或其他疾病，應列為職業病者，得由中央主管機關核准增列之。據此，從事病患診療、看護、清理之勞工保險被保險人，或從事病原體分析、培養之被保險人，或依法從事醫療廢棄物處理之被保險人，因執行職務接觸病患或病原體，罹患《傳染病防治法》第3條規定之傳染病者，其罹患職業病之認定，應視其是否因作業活動，於就業上一切必要行為及其附隨行為而具有相當因果關係所引起，個案事實認定。

- (2) 111年5月1日勞工職業災害保險及保護法施行，依勞工職業災害保險職業傷病審查準則第18條附表職業病種類表第3類生物性危害，第3.16項「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)」，適用職業範圍、工作場所或作業為「從事必須接觸嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)患者或其檢體或廢棄物之工作」。

2、職業因素引起嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)認定參考指引：

按職業病認定涉及醫學專業，為使相關認定有所依循，職安署委請中華民國環境職業醫學會、職業醫學專科醫師等專業團體及專家，訂定「職業因素引起嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)認定參考指引」，供職業醫學科專科醫師及勞保局實務個案認定參考。職安署於110年7月28日公告參考指引，嗣因應流行病學文獻多寡及疫情發展，於112年1月19日修正。

(三)職災保險給付情形

- 1、109至112年9月底止，各年度因感染COVID-19申請職災保險給付之給付情形詳如下表。

表6 109至112年(截至9月)確診COVID-19職災保險給付申請及核付情形表

單位：件、元

年度 給付種類、件數/金額		109	110	111	112	合計
傷病 給付	申請件數	30	494	58,046	15,624	74,194
	核付件數	14	127	20,700	43,144	63,985
	核付金額	392,613	2,581,815	132,378,747	270,068,856	405,422,031
	平均金額	28,044	20,329	6,395	6,260	6,336
失能 給付	申請件數	-	-	-	2	2
	核付件數	-	-	-	2	2
	核付金額	-	-	-	626,222	626,222
	平均金額	-	-	-	313,111	313,111
死亡 給付	申請件數	1	10	9	6	26
	核付件數	1	2	7	2	12
	核付金額	1,055,250	2,994,672	6,612,332	2,581,662	13,243,916
	平均金額	1,055,250	1,497,336	944,619	1,290,831	1,103,660

備註：申請件數依受理年度區分，核付件數依核付年度區分；申請件數含尚在審查中件數共2,270件，自受理至核付之平均工作日數為79.80日。

資料來源：勞保局

2、有關具「醫事人員」身分及從事「醫療服務相關工作」者之統計情形，據勞保局查復說明略以：參加勞(職)保之被保險人於加保期間發生保險事故，即得依規定請領相關給付，不因其職業類別有所差異，爰勞保局未就前開人員另為統計，而係依渠等投保單位所屬行業別統計。故以行政院主計總處行業標準分類第11次修訂版「Q大類-醫療保健及社會工作服務業」⁸統計109至112年9月各年度因感染COVID-19申請職災保險給付之給付情形如下表。

⁸ 依據行政院主計總處行業標準第11次修訂版「Q大類-醫療保健及社會工作服務業」，從業人員包括：從事醫院、診所、醫學檢驗及其他醫療保健服務之醫療保健業；從事提供住所並附帶所需之護理、監管或其他形式照顧服務之居住型照顧服務業；從事居住型照顧服務以外之其他社會工作服務業等三大類別。

表7 109至112年9月醫療保健及社會工作服務業被保險人確診COVID-19
職災保險給付申請及核付情形

單位：件、元

年度		109	110	111	112	合計
給付種類、件數/金額						
傷病 給付	申請件數	1	137	20,725	8,219	29,082
	核付件數	-	94	6,817	21,311	28,222
	核付金額	-	1,894,381	45,257,889	143,109,767	190,262,037
	平均金額	-	20,153	6,639	6,715	6,742
失能 給付	申請件數	-	-	-	-	-
	核付件數	-	-	-	-	-
	核付金額	-	-	-	-	-
	平均金額	-	-	-	-	-
死亡 給付	申請件數	-	-	1	2	3
	核付件數	-	-	1	2	3
	核付金額	-	-	274,000	2,033,390	2,307,390
	平均金額	-	-	274,000	1,016,695	769,130

備註：申請件數依受理年度區分，核付件數依核付年度區分；申請件數含尚在審查中件數379件，受理至核付之平均工作日數為81.67日。

資料來源：勞保局

七、本案證人證詞

為進一步瞭解醫事人員依《補助辦法》申請補助之實際情形，本院通知證人於112年8月28日到院作證。茲將證人證詞摘錄如下：

(一)證人甲

- 1、92年有參與到SARS當時的防疫工作。111年5月醫護人員即便確診，也要繼續工作，因為第一線醫護人員幾乎全部都染疫。
- 2、111年4月確診，住院27天，為中重症患者，有低體溫、低血氧的症狀，中間併發血管炎，瑞德西韋治療未有療效，住院第二星期出現細胞風暴，引發敗血症，現在持續治療中，且確診後因聲帶

受傷無法說話，經開刀才恢復，只獲得〇元補助，因此感到詫異。之後又因COVID-19引起血管炎，住院14天，但衛福部審認此次住院與COVID-19沒關係而無法獲得補助。

- 3、幾乎第一線的醫護人員全都確診COVID-19，到底誰才能拿到這個補助？。我到現在還在回診3、4科，很多藥健保局都核刪，要自費買。非常訝異很多人申請都被駁回。
- 4、問了20年前染疫SARS的人怎麼申請，當時是醫院造冊申請，這次都要個人申請，而且很多申請都還是被駁回。

(二)證人乙

- 1、我111年4月確診，也有住院，因為我有氣喘，也發高燒。我申請補助被駁回的原因是因為他說我沒有肺炎，也沒有用抗病毒用藥。當時抗病毒藥物很珍貴，申請抗病毒藥物是有條件，我有符合抗病毒藥物申請的條件，但我沒有申請，只有使用清冠一號。病歷雖然沒有說我有肺炎，但有說我雙下肺有陰影，不排除是COVID-19造成的。
- 2、我是我們院區最後一個社區感染前住院的病歷。我職災保險申請過了，才申請第五類傳染病的防疫補助，111年7月申請職災保險，12月申請防疫補助，112年4、5月收到駁回的文。

(三)證人丙

- 1、111年5月確診，曾住院5天。出院後仍非常虛弱，無法上班，在宿舍自主健康管理。回醫院上班後仍持續在胸腔科追蹤治療，到現在痰都非常多。
- 2、醫院的職災跟勞工局的都有申請通過，防疫補助申請則是沒有通過。我幾乎每天都在專責病房跟病人長時間的互動。因為我是住員工宿舍，我也

有提供刷卡紀錄證明我下班就是回宿舍，確認感染情況是與我的工作內容相關。我想質疑的一點是說既然衛福部認為我是輕症，為何醫師會要我住院？

(四)證人丁

- 1、我是病房助理，110年5月爆發疫情，進入三級警戒時，進入高風險區協助更換病人尿布污衣床單、清洗便盆尿壺、替換氧氣鋼瓶等，雖穿著三級防護裝備，仍於7月間陽性確診。經過治療後已康復，但至今有經常性喘及胸悶等症狀仍未緩解。
- 2、申請補助後，111年2月收到衛福部公文，覺得很難受。衛福部公文函知可得○元補助，但對於金額訂定依據、衡量項目及參考標準隻字未提，當下的心情是錯愕，因為補償金額與預期差距太大。

(五)證人戊

- 1、111年5確診。111年4月開始與病毒共存的政策，確診不必住院，只需居家隔離。因為已經不是清零政策，陸陸續續有很多機構的人來看診，增加醫護人員確診的風險，但看門診時我們並沒有足夠的防護裝備，補助駁回說個人防護裝備均足，其實根本不夠。我們醫護人員因為有自我照顧的能力，所以不一定有住院，但這不代表我們不需要被照顧。
- 2、申請補助被駁回後有提出訴願，112年7月收到訴願決定書，衛福部認為法規已經訂得非常明確，也沒失誠信，我覺得有很大爭議。

(六)證人己

- 1、第一位醫護人員確診是110年1月，政府優先徵召

公立醫院做防疫的工作，110年5月萬華茶室事件，是第一次疫情爆發。111年4、5月進入社區感染階段，許多醫事人員染疫，當時111年9月羅一鈞副署長(時任)曾表示補助審核標準都沒有改變，結果今(112)年年年初卻發現最後幾乎申請都駁回。

- 2、112年7月疾管署有發一個新聞稿，說自111年2月開始如果沒有使用抗病毒藥物、沒有肺炎徵兆等情形，就不符合申請補助要件。但112年5月COVID-19才降為第四類傳染病。
- 3、工會之間補助訊息都很暢通，也比較能跟醫院做協商。但非常多醫院沒有工會，很多醫事人員申請職災或相關補助，醫院會有很多刁難，因為醫院會覺得醫事人員申請相關補助，會被認為是院內感控沒有做好，所以會解釋醫護人員是自己在外面確診。

八、本案諮詢會議相關重點

本院於112年9月19日，就《補助辦法》之規範、補助基準、審核程序及現行基層醫療人員實際申請補助情形等議題，諮詢相關專家學者與會討論。就諮詢會議所得摘要如下：

(一)A專家

- 1、以我的理解，這個《補助辦法》因果關係很嚴格，是工作「致」傷病，所以一定要因為工作造成，很難去放寬。我聽了大部分感染科醫師也認為是不可能，只有之前一波最早期比較明確可以判定因果關係的。我也不認為可以從寬認定。職災保險是工作補償，跟本案第五類《補助辦法》定義並不一樣。職災保險是因為影響工作就給付，他很寬鬆。
- 2、對於這次《補助辦法》衍生的問題，我認為第一

是爭取預算，第二是因果關係的簡單操作，再來是嚴重度的判定，是否放寬補助門檻等等。

(二)B專家

- 1、只要有照顧COVID-19病患的事實，就應該從寬認定，因為舉證是最困難的。站在醫院立場，都會想把醫護人員的確診推成社區感染。
- 2、在疫情中還有一種黑數，是醫護人員自己覺得確診了，但並沒有通報，因為覺得如果通報確診，會造成醫院輪班輪不過來。
- 3、SARS期間每個單項的補償金額很高，COVID-19一開始類似SARS，但後來死亡率降低，可是染疫率很高。這個《補助辦法》是為了面對未來未知的狀況，所以除了死亡率很高的疾病，對於感染率很高，但嚴重程度沒那麼高的疾病也應該要考慮進去。
- 4、護理人員已經有出走的情形，現在又有離職潮，未來只會更嚴峻。疫情爆發時醫療人員被賦予較嚴格的義務，但對於補償機制如果又嚴格判定，就會有比較大的反彈。

(三)C專家

- 1、各國勞工保險職業病的認定共識標準是與一般民眾相比，該特定職業族群罹患特定疾病的風險必須大於等於2倍，國際勞工組織及歐盟呼籲各國將COVID-19加入職業病表或列入職業意外傷害。染疫風險在不同時期有落差，以一般國際上數據，在2021到2022年期間，醫護人員感染COVID-19，應該要作為職業病的認定。
- 2、111年7月統計，醫學中心和區域醫院的醫事人員有將近15萬人，以最保守的「全臺民眾確診率17.8%」計算，推估可能有2.6萬名醫護確診；若

以30%推算，光醫學中心及區域醫院醫事人員就有4.5萬人確診。

- 3、以職災保險的審核狀況對照第五類核准的比例來說，是有落差。勞保局統計醫療保健及社會服務業111年1至9月因COVID-19申請職災保險者4,355人，核准4,287人，核准率98%以上。假設勞保局認定是職業傷病給付，即認定是因為職業所造成染疫。有例子在110年確診是輕症，同時申請職災保險跟第五類防疫補助，職災保險申請到12,000元，第五類補助則是審核沒有通過。
- 4、COVID-19國家其實有編列相關的補助經費，在不同的部門都有追加相關的預算。如果這個辦法是相對嚴格認定的，是不是可以有一個相對寬鬆的補償機制，去給予醫事人員鼓勵。

九、本案約詢相關重點

本院於112年11月6日詢問衛福部及勞保局主管及業管人員，茲就本案詢問內容及受詢者說明，摘述如下：

(一)審議小組與審議機制

- 1、一開始審議速度較慢，後來形成共識的時間會縮短，會前我們會把資料寄給委員。我們沒有做預審，但會將事實做摘要。如果委員有共識就共識決，如果有爭議就會進行表決。但目前案件都沒有因為爭議進行表決，通常是會再蒐集資料後下次再審查。
- 2、首先要確定是否有跟職務工作相關，如果沒辦法確定跟職務工作相關，給付就會比較低。如果委員會審議與職務工作有相關，就要看醫療人員疾病的嚴重度跟醫療行為。如果是執行侵入式的醫療處置，相對的給付就會比較高，比如因為緊急

插管造成染疫，可能得到的給付就會比較高。但這也是由委員的共識決定。如果只是做發藥等等不是那麼直接接觸的醫療行為，給付的金額就會比較低。另外，也要看醫療人員有沒有遵守相關的標準作業流程等等。

- 3、我們都知道醫療照護人員非常重要，所以我們在提供疫苗時醫療人員是第一優先，他們染疫的機會相對就比較低，我們也在疫情一開始時就提供醫護人員個人的防護裝備、教育訓練等等。
- 4、補助與所從事的醫療行為亦有相關，另外跟住院天數或是門診天數、醫療處置等等都會有給予考量相關的補助。不過確實是沒有直觀的量化的標準。但同仁在整理病歷時，都會告訴委員病人主訴是什麼、住院天數、是否插管、醫療處置等等。
- 5、過半數出席可開會。我們聘的委員比較多都是醫學領域，因為來申請的大部分都是醫界的人，如果對外公布名單在審酌案件時委員較容易受到人情壓力。資料通常於會前一個禮拜左右寄資料給委員。
- 6、當時因為疫情是較早期，不太確定染疫後會造成怎樣的影響，並不知道之後會給到怎樣的金額。原來輕度身心障礙最多是265萬，我們就想說把致傷病的給付上限拉高到100萬，讓落差不要那麼大。
- 7、在一開始補助時委員們也是沒有一個明確的標準，待案件慢慢的增加，再用過去案例來去做審核標準。我們並沒有固定的審核標準，但我們有固定會考慮的因素，就如之前回復資料說明。
- 8、我們幕僚是沒有辦法算的，我們會把個案的病歷調給他，委員針對病歷去做衡酌審議。我們再把

審議小組討論的共識做紀錄，提供給委員，供下次會議時委員參照。

(二)補助申請、駁回與補助金額

- 1、補助是一個補助性質，所講出來的是一個上限，後面決定的金額是由委員審核情況。小組委員人數增加是因為後續案件數量的增加，避免增加委員太多的負擔，委員設置是依據該法規的相關規定。
- 2、委員都會去審酌個案的狀況，甚至是都有肺炎給付也不一定會一樣，因為肺炎嚴重程度也不一樣。
- 3、這個補助其實不只是醫療人員可以申請，事實上當初染疫醫院通常都是給予醫護人員公假養病，醫療費用也不一定有收取。

(三)111年2月後改變致傷病之認定標準

- 1、應該不是我們(幕僚)決定，這是滿專業的問題。因為2月開始流行Omicorn，病毒特性有非常大的轉變。
- 2、委員形成的共識可能也覺得不認為適合對外做公告，這是他們凝聚共識的一個輔助。對於委員會議討論的事項我們並沒有對外來做公告。這還沒有到審核標準，是委員他們形成共識一個基本上的判定補助參考。
- 3、因為當時有非常大量的案件進來，委員討論結果就是請我們查明PPE(個人防護裝備 personal protective equipment)何時開始足額供給？醫療人員補助金額何時發給？疫苗三劑施打時間？注射型及口服抗病毒藥物提供的時間？蒐集資料提供委員後，委員認為111年2月後相關防疫資源都已經到位了，覺得111年2月後傷病情況應該是

要到相當的程度才有核發補助。

- 4、辦法的修正我們一定會公告，對於111年2月改變認定標準，我們並沒有公告，當案件湧進來時可能是疫情高峰的時候，但難以當下判斷後續發展，等疫情相對穩定後審議小組再討論、決定，這也是我們困難的地方。
- 5、我們立法說明時這是一個鼓勵性質，如果他都沒有支付醫療費用或是公假養病，以賠償法理我們可以不補助，但我們都無抵充。委員也是要等案件數量到一個數量，事實到一個程度，才能去做出這個決定。所以是在111年2月之後才做出這樣的決定。

(四)職災保險認定與給付

- 1、勞保局針對職災認定有幾個面向，第一就是要確實有目標疾病，第二是需要有危害的暴露，第三是判定目標疾病跟危害暴露上的時序關聯性，再來就是要排除其他跟職業無關的因素。職業病的認定涉及職業醫學，職安署會委託職業醫學會或職業專科醫學醫生訂定參考指引。原則上我們是幕僚進行書面審查，如果資料明確我們就會逕認，如果有疑慮我們會送請特約的職業醫學科醫師審查。我們職業醫學科醫師有5位，原則上我們是會送1位。保險給付是由勞保局核定，職業醫學專業部份我們會參考醫師專業提供的意見。
- 2、認定過程必須確認事實，如果勞資雙方意見不一致，勞工仍可自行提出申請，這時勞保局依法會請單位提供反證，如無法提供反證，就會以勞工提出的意見作綜合審查，有勞資爭議我們不會偏袒資方，只是會再去做事實的認定。
- 3、委員所提的是傷病給付，是勞工正在傷病無法工

作所提出的給付，治療中無法工作，未領取原有薪資，可以申請傷病給付。因為傷病給付跟不能工作期間，以及投保薪資有關，所以居隔期間長，投保薪資高，給付的金額就會比較多。是根據不能工作天數，還有投保勞保薪資去做判定。

- 4、有些單位給予公假且領有原本的薪資，他的薪資沒有減損，就沒有辦法領到相關的職災保險給付。

參、調查意見

西元(涉及國際年份部分以西元表示，下同)2019年12月31日，中國武漢市衛生健康委員會公布當地發現多名肺炎病例，此訊息受到國際關注，衛生福利部(下衛福部)疾病管制署(下稱疾管署)獲知後即啟動相關整備應變作為。中國官方於2020年1月9日公布其病原體為新型冠狀病毒，此疫情隨後迅速於全球擴散，我國於民國(下同)109年1月15日起公告「武漢肺炎」為第五類法定傳染病，同年1月20日疾管署宣布成立「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」(下稱指揮中心)。世界衛生組織(World Health Organization, WHO)亦於同年1月30日公布此為一公共衛生緊急事件，2月11日將此新型冠狀病毒所造成的疾病稱為COVID-19(Coronavirus Disease-2019，即嚴重特殊傳染性肺炎，下稱之)。我國於109年1月21日發現第一起境外移入確診個案，同年1月28日出現第一例本土個案，指揮中心嗣於2月27日由行政院一級開設。自109年起，我國歷經COVID-19全球大流行、醫院院內爆發群聚感染、出現感染源不明之本土病例、疫情進入社區流行階段、疫情嚴峻提升至三級警戒、印度Delta變異株於全球擴散及Omicron變異株持續流行等不同疫情階段，至112年間考量疫情穩定下降，國際間亦朝向調降防疫等級，遂於同年5月1日將COVID-19調整為第四類傳染病，並於同日解編指揮中心，臺灣邁入疫後新生活。109至112年，持續3年餘，醫事人員挺身抗疫，堅守防疫第一線，執行COVID-19防治工作不輟，以維繫醫療照護量能，肩負守護國人健康之重任。

惟據訴，醫事人員於疫情期間執行醫療業務感染COVID-19，經依「執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法」(下稱《補助辦法》)向衛福部申請補助詎遭否准，究前開補助制度及審查作業是否符合相關法令

規定？有無指陳黑箱審查情事？是否侵害醫護人員權益？實有深入調查之必要。

案經本院向衛福部調閱相關卷證，並通知證人於112年8月29日到院作證，以瞭解醫事人員依《補助辦法》申請補助之實際情形；同年9月19日就《補助辦法》之規範、補助基準、審核程序及現行基層醫療人員實際申請補助情形等議題，諮詢相關專家學者；復就本案爭點於11月6日約詢衛福部及勞動部勞工保險局(下稱勞保局)相關主管、業管人員，業調查竣事，茲提出調查意見如次：

- 一、衛福部辦理因執行 COVID-19 防治工作致傷病者之補助作業，未訂定審議之參考指引，雖已透過「執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助審議小組」會議決定補助金額計算之參考原則，但該原則之判斷標準多次變更，使審定結果難謂具備一致性；又因未公告民眾周知，致多數從事防疫工作人員自始即不知補助之判斷標準及補償金額計算之基準，且因未能獲得正確之相關資訊，使渠等質疑補助制度不明，且無法信服最終審定結果，已斷害政府公信力，應予檢討改進：

- (一)緣 92 年嚴重急性呼吸道症候群 (severe acute respiratory syndrome, 下稱 SARS) 流行初期，疾病特性未明，爆發數起院內感染，又未有充足防疫物資及有效治療方法，造成醫護人員等於相當風險下從事照護或防疫工作，且有多人不幸殉職。衛福部於疫情過後檢討修正《傳染病防治法》，參照《嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例》第 13 條⁹，於

⁹ 嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例第 13 條規定：

因執行本條例防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，其各項給付之請領，準用災害防救法第四十七條之規定。因執行本條例防治工作，致身心障礙或死亡者，其子女教育費用，由

93年1月增訂第72條規定：「因執行本法第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，主管機關得酌予補助各項給付或其子女教育費用等；其給付項目、基準、申請條件、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。」嗣於96年6月修法時移列為第74條規定。衛福部於93年10月20日依據《傳染病防治法》第72條規定（現行條文第74條）授權訂定《執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法》（下稱《補助辦法》），該《補助辦法》第2條第1項規定公、私立醫療機構、警察或消防機關與其他相關機關（構）、學校、法人、團體之人員或受委託之自然人，因執行第五類傳染病防治工作，致感染第五類傳染病造成傷病、身心障礙或死亡者，適用同辦法第3條至第5條規定¹⁰，由主管機關

政府編列預算支應，至取得學士學位為止。

¹⁰ 執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法規定：

第3條：

本辦法之補助種類如下：

- 一、感染第五類傳染病致傷病給付。
- 二、感染第五類傳染病致身心障礙給付。
- 三、感染第五類傳染病致死亡給付。
- 四、感染第五類傳染病致身心障礙或死亡者子女教育費用給付。

第4條：

前條第1款至第3款之補助上限如下：

- 一、感染第五類傳染病致傷病者：新臺幣1百萬元。
- 二、感染第五類傳染病致身心障礙者：
 - （一）重度或極重度身心障礙：新臺幣1千萬元。
 - （二）中度身心障礙：新臺幣5百萬元。
 - （三）輕度身心障礙：新臺幣2百65萬元。
- 三、感染第五類傳染病致死亡者：新臺幣1千萬元。

前項第2款身心障礙等級之鑑定，依身心障礙者權益保障法及其相關法規規定辦理。

第1項補助上限，中央主管機關於必要時，得視第五類傳染病之特性及嚴重度，經報請行政院核定後，以公告調整之。

第5條

第3條第4款規定之子女教育費用，以學費及雜費為限，依下列規定補助之：

- 一、就讀於國內學校之未成年子女，核實補助；其成年時仍在學校就讀者，於取得學位或學業中輟前，亦同。
- 二、就讀於國外學校之子女，比照前款規定補助之。但其額度，以國內相當層級類似性質科系平均額度為限。

酌予傷病、身心障礙、死亡或子女教育費用之補助。是以，各防治工作人員於109年1月15日至112年4月30日COVID-19列於第五類法定傳染病期間，因執行COVID-19相關防治工作致染疫造成傷病、身心障礙或死亡者，得依該《補助辦法》申請補助。

- (二) 衛福部於110年間考量當時對於COVID-19所知有限，尚乏疫苗及有效治療方法，難以預測與控制感染後之症狀及其輕重，為能視個案從事防治工作內容之差異、染疫風險之高低、感染後之症狀輕重及其治療方式與過程之不同加以審酌，且以傷病者之補助上限新臺幣(下同)35萬元與輕度身心障礙者之補助上限150萬元，兩者差距過大，爰於110年3月19日修正《補助辦法》，將該辦法第4條第1項第1款所定傷病者補助上限提高為100萬元，並追溯自109年1月15日適用，同年9月3日再增列發生醫療法第106條第3或第4項狀況時¹¹，準用《補助辦法》予以補助。
- (三) 依據《傳染病防治法》第74條規定，因執行第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者始符合補助要件；另依《補助辦法》第2條第1項規定¹²，

¹¹ 醫療法第106條規定：

違反第24條第2項規定者，處新臺幣3萬元以上5萬元以下罰鍰。如觸犯刑事責任者，應移送司法機關辦理。

毀損醫療機構或其他相類場所內關於保護生命之設備，致生危險於他人之生命、身體或健康者，處3年以下有期徒刑、拘役或新臺幣30萬元以下罰金。

對於醫事人員或緊急醫療救護人員以強暴、脅迫、恐嚇或其他非法之方法，妨害其執行醫療或救護業務者，處3年以下有期徒刑，得併科新臺幣30萬元以下罰金。

犯前項之罪，因而致醫事人員或緊急醫療救護人員於死者，處無期徒刑或7年以上有期徒刑；致重傷者，處3年以上10年以下有期徒刑。

¹² 執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助辦法第2條規定：

本法第74條第1項所稱因執行第五類傳染病防治工作，致傷病、身心障礙或死亡者，指公、私立醫療機構、警察或消防機關與其他相關機關(構)、學校、法人、團體之人員或受委託之自然人，因執行第五類傳染病防治工作，致感染第五類傳染病造成傷病、身心障礙或死亡者。

前項執行第五類傳染病防治工作之人員，因故意或重大過失而感染第五類傳染病者，得不予補助。

醫事人員或緊急醫療救護人員，執行第五類傳染病防治工作，發生醫療法第106條第3項或第

須同時具備感染傳染病，且與執行防治工作有因果關係，並造成傷病、身心障礙或死亡之結果，方能獲得補助。因此從法條文義觀之，感染或確診並非必然能獲得補助，尚需符合造成傷病、身心障礙或死亡之結果，但所謂「傷病」雖為獲得補助的必要條件，於《補助辦法》中卻未有明確之操作型定義，而係授權由「衛生福利部執行第五類傳染病防治工作致傷病或死亡補助審議小組(下稱審議小組)」審定。因此COVID-19疫情於2020至2022年全球大流行持續3年餘，在111年2月以前縱為輕症，亦符合傷病之要件，但於數波疫情出現不同病毒變異株，傳播力及致病力不斷變化，演化為具高傳播力但以輕症為主之傳染病後，衛福部以111年2月為分界點，此後確診之個案，如屬症狀輕微、無肺炎徵候、未住院治療或未使用抗病毒藥物，則認定不符《補助辦法》第2條第1項規定之傷病要件，顯見判斷之標準，並不一致。

- (四)另據衛福部查復表示，自疫情伊始，國內即整備與提供第一線人員執行職務所需之防護裝備，且自111年2月起，已能依據病患感染後之身體狀態及症狀表現，提供有效治療COVID-19之Remdesivir注射型或Paxlovid、Molnupiravir等口服抗病毒藥物，且醫護人員接種COVID-19第3劑疫苗已經過約3個月期間，加上COVID-19亦演化為具高傳播力，但以輕症為主之傳染病。國內既已達高疫苗涵蓋率，治療藥物及防疫物資充足，逐序邁入與病毒共存階段，執行防治工作之風險與疫情爆發初期明顯不同，故不

4項規定情事，致傷病、身心障礙或死亡者，準用本辦法規定予以補助。

應忽視疾病特性、防疫整備與醫療處置等方面之進展，倘無論症狀輕重均應予一定金額補助，恐致失衡浮濫等語。經查審議小組於109年9月14日召開第一次會議，會中即初步決定補償金額計算之基準，除以確診後受隔離及住院之天數計算補償金外，並參考「WHO對SARS-CoV-2感染的相關臨床表現分類」及醫療處置過程，「輕症」不加發補償金額，「肺炎」、「嚴重肺炎」及「加護病床或插管」則各加發定額補償，亦可再斟酌其他因素為最終審定之金額；嗣該小組110年4月21日第四次會議結論，配合《補助辦法》修正第4條第1項第1款提高致傷病者給付上限，輕症亦得加發補助金額，並同時提高肺炎、嚴重肺炎及加護病床或插管之加發補助金額；111年8月22日第十一次會議結論，調整111年2月起適用之基準，輕症不予補助；同年10月25日第十二次會議作出肺炎判斷標準必須具備條件之結論¹³。惟詢據衛福部接受本案詢問之代表稱：「審議小組委員認為111年2月後相關防疫資源都已經到位了，覺得111年2月後傷病情況應該是要到相當的程度才有核發補助……」、「案件數量到一個數量，事實到一個程度，才能去做出這個決定，所以是在111年2月之後才做出這樣的決定……」、「111年2月改變認定標準，我們並沒有公告，當案件湧進來時可能是疫情高峰的時候，難以當下判斷後續發展……」等語。經查，審議小組於第一次會議即初步決定補償金額計算之基準，但該基準未明訂於《補助辦法》中，衛福部亦未訂定審議之參考指引，或公告民眾周知，遲至112年7月26日針對醫事團體陳情後始被

¹³ 包括：入住醫院治療、使用抗病毒藥物治及有肺炎徵候

動發布新聞稿對外說明補助核准條件已有變更¹⁴；但對於絕大多數醫事人員而言，自始即不知審議之判斷標準及補償金額計算之基準。

(五)另按衛福部函復資料，自109至112年10月底止，因感染COVID-19申請補助者計802人，核准人數123人，駁回人數678人，核准補助總金額10,016,500元。其中109年4人申請，全數核准；110年計97人申請，核准率92.8%。惟自111年起，申請人數遽增，但111及112年(截至10月)申請案件數分別為578件及123件，核准件數分別有26件及3件，駁回件數各有552件及119件，核准率則分別降至4.5%及2.4%，核准率降低係因變更111年2月起判斷標準所致。但依衛福部查復資料分析，111年變更標準以前之申請案件，有7件遭駁回，係因感染傳染病與執行職務無因果關係；而變更標準以後之案件仍有29件獲得補助，則係因確診日期早於111年5月，甚而早於2月，審議小組分別考量症狀輕重、有無肺炎徵候、曾否住院治療或是否使用抗病毒藥物等，核予補助等語。

表8 109至112年「因感染COVID-19」申請補助人數相關統計表

年份	申請人數	核准人數	駁回人數	核准率	核准補助總金額(元)
109	4	4	0	100%	509,500
110	97	90	7	92.8%	7,705,500
111	578	26	552	4.5%	1,629,000
112	123	3	119	2.4%	172,500
總計	802	123	678	15.3%	10,016,500

備註：112年統計至當年10月底止,尚有1人尚未審議

資料來源：本院依衛福部查復資料彙整

¹⁴ 新聞稿見衛生福利部官網，首頁/最新消息/焦點新聞/112年衛生福利部新聞/7月新聞(網址：<https://www.mohw.gov.tw/cp-6562-75369-1.html>)

- (六)又依《傳染病防治法》第3條規定¹⁵，傳染病係以致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低作為疾病分類依據。查自109年1月15日公告將COVID-19列為第五類傳染病迄112年5月1日公告將COVID-19調整為第四類傳染病期間，疾管署並未變更COVID-19傳染病等級；然因衛福部逕認111年2月後「國內預防與治療方式均已完善、疾病特性明確、與疫情爆發初期之風險情形顯然有別」等情，判定申請人感染後之症狀輕微、未有肺炎徵候、無入住醫院治療且無使用抗病毒藥物者，皆屬「輕症」，不符《補助辦法》所定傷病之要件，從而審定多數案件不予補助，造成109及110年間因執行COVID-19防疫工作肇致染疫者，申請補助之核准率達90%以上，111年後核准率卻低於5%，差異甚大，致令部分醫事人員訾議，並抨擊染疫補償制度不明，損害醫護人員權益。
- (七)第一線工作人員於疫情不同階段從事防治工作，所面臨的風險並不相同，衛福部以《補助辦法》所定補助既屬鼓勵性質，自當視疫情狀況及資源到位與否，決定核予補助之範圍，應屬有據。惟《補助辦法》係於國內92年發生SARS疫情後，參考疫情防治之經驗據以訂定，但SARS疫情傳播及流行期間約半年，當時並未發生數波疫情，亦未出現不同病毒變

¹⁵ 傳染病防治法第3條規定：

本法所稱傳染病，指下列由中央主管機關依致死率、發生率及傳播速度等危害風險程度高低分類之疾病：一、第一類傳染病：指天花、鼠疫、嚴重急性呼吸道症候群等。二、第二類傳染病：指白喉、傷寒、登革熱等。三、第三類傳染病：指百日咳、破傷風、日本腦炎等。四、第四類傳染病：指前三款以外，經中央主管機關認有監視疫情發生或施行防治必要之已知傳染病或症候群。五、第五類傳染病：指前四款以外，經中央主管機關認定其傳染流行可能對國民健康造成影響，有依本法建立防治對策或準備計畫必要之新興傳染病或症候群。中央主管機關對於前項各款傳染病之名稱，應刊登行政院公報公告之；有調整必要者，應即時修正之。

異株造成傳播力及致病力不斷變化之情形，復未有不同時期之疾病輕重程度明顯不同之狀況，因此《補助辦法》訂定之時，未針對疾病特性、防疫整備與醫療處置等方面之進展進行考量，或訂定相關判斷標準，作為審酌之參考依據，僅授權由審議小組進行審定。然而，COVID-19在國內流行期間超過3年，醫護人員於防疫第一線承擔照護國人責任，身心長期承受巨大壓力，感染人數甚多，衛福部雖依《補助辦法》辦理致傷病者之補助事宜，但針對該辦法所稱「因執行本法第五類傳染病防治工作致傷病」者，未針對COVID-19之特性訂定明確且具一致性之判斷標準，亦未訂定審議之參考指引，據以研判是否具備補助要件及決定給付數額，並公告民眾周知；復以該部逕認自111年2月起疫情已與COVID-19爆發初期之風險情形顯然有別，將補助之條件限縮，以更嚴格之條件進行審定，但亦未適時公布補助標準之調整，遲至112年7月26日針對醫事團體陳情後始被動發布新聞稿對外說明補助核准條件已有變更。綜上，衛福部辦理因執行COVID-19防治工作致傷病者之補助作業，並未訂定審議之參考指引，雖已透過審議小組會議決定補助金額計算之參考原則，但該原則之判斷標準多次變更，使審定結果難謂具備一致性，又因未公告民眾周知，致多數從事防疫工作人員自始即不知補助之判斷標準及補償金額計算之基準，且因未能獲得正確之相關資訊，使渠等質疑補助制度不明，且無法信服最終審定結果，並斷害政府公信力，應予檢討改進。

二、衛福部逕以感染後之症狀輕微，未有肺炎徵候，亦無入住醫院治療且無使用抗病毒藥物之紀錄，係屬「輕

症」等情，認定不符《補助辦法》所定傷病，審定不予補助，並以制式化通知審查結果或教示救濟管道，對於不予補助或補助金額之審議結果係如何形成，未以同理心詳予說明或加強溝通，消弭歧見，致未能釐清疑慮，使其等信服審議結果，亦有檢討改進之必要：

- (一)依《補助辦法》第7-2條第1項及第2項規定：「中央主管機關受理申請案件時，應設審議小組審議之。審議小組置委員九人至十七人，由中央主管機關就醫藥、衛生、解剖病理、法學專家或社會公正人士聘兼之，並以其中一人為召集人，任期兩年。」然《補助辦法》於SARS疫情後訂定，一直未有實際申請審議之案例。至本次COVID-19疫情初起時，衛福部始聘任審議小組委員，109至110年度聘兼委員10人，111至112年度聘兼15人，且以醫界人士居多。
- (二)衛福部於收受申請案件後，先由幕僚人員依《補助辦法》第7條規定，檢視並確認申請書、任職單位出具之因執行防治工作致感染之證明等各項申請文件齊備後，即提報審議小組會議進行個案審議。審議個案時，若對個案事實情節有不明或疑問者，亦責請幕僚單位洽據任職機構或相關單位提供補充說明資料。由於申請案件量會隨疫情而變化，且委員全屬兼職，故會議並非定期召開，截至112年10月31日，審議小組共計召開17次會議，共計審議805案，平均1場會議審議量為47案。
- (三)查審議小組審定個案補助申請之准駁與補助金額，主要之憑據包括：
 - 1、審議小組為審議執行防治工作與感染間之因果關係及是否符合補助之要件，除審酌申請書所載之事實經過及任職單位所出具證明文件之說明外，亦檢視個案執行工作之內容、地點、發病歷

程、疫情之流行情形，若任職單位曾就感染經過進行調查、地方主管機關對個案曾進行疫情調查，也會調取該疫調報告加以審視。

- 2、審議小組為決定給付數額，會參據個案病歷資料，考量發病歷程、臨床症狀之輕重（如有無肺炎）、診療處置之過程、特殊情形（如懷孕）及可供參考之前案審定結果等，加以研判。
- 3、另衛福部接受本案詢問之代表稱：「在一開始補助時委員們也是沒有一個明確的標準，待案件慢慢的增加，再用過去案例來去做審核標準。我們並沒有固定的審核標準，但我們有固定會考慮的因素……」、「我們幕僚是沒有辦法算(補助金額)的，我們會把個案的病歷調給他，委員針對病歷去做衡酌審議。再把審議小組討論的共識做紀錄，提供給委員，供下次會議時委員參照。」

(四)衛福部於110年3月19日修正《補助辦法》，將因執行COVID-19防治工作致傷病者之補助上限由原35萬元調高至100萬元。惟按衛福部查復資料，109至112年平均給付金額分別為127,375元、85,616元、62,654元及57,500元；而110年核准的90件案件中，75%核准金額均低於82,750元；111年核准的26件案件中，75%核准金額均低於72,500元，可知，衛福部核准補助金額多數均低於10萬元以下，不及補助金額上限十分之一。

(五)本案證人證述內容略以：

- 1、證人甲於111年4月確診，住院27天，為中重症患者，有低體溫、低血氧的症狀，中間併發血管炎，瑞德西韋治療未有療效，住院第二星期出現細胞風暴，引發敗血症，現在持續治療中，且確診後因聲帶受傷無法說話，經開刀才恢復，只獲得

140,500元補助，因此感到詫異。之後又因COVID-19引起血管炎，住院14天，但衛福部審認此次住院與COVID-19沒關係而無法獲得補助。渠已接種3劑疫苗，但確診後仍為重症，目前仍要定期至3、4科專科回診，且醫師開立之處方藥遭中央健康保險署核刪，因此要自費購買。

- 2、證人乙於111年4月確診，因有氣喘、高燒而住院。申請補助被駁回的原因是因為沒有肺炎，也沒有用抗病毒用藥。但當時抗病毒藥物很珍貴，申請需符合條件，渠雖然符合申請條件，但認為應留給更需要的人，所以沒有申請，只有使用清冠一號。病歷雖未記載渠有肺炎，但記載雙下肺有陰影，不排除是COVID-19造成的。
- 3、證人丙於111年5月確診，曾住院5天。出院後仍非常虛弱，無法上班，在宿舍自主健康管理。渠回醫院上班後仍持續在胸腔科追蹤治療，到現在痰都非常多。渠質疑倘為輕症，何以醫師要求渠住院？
- 4、證人丁於本案證稱，渠任職於臺北市某醫院急診區，於110年5月本土疫情爆發、進入三級警戒時，進入高風險區協助更換病人尿布污衣床單、清洗便盆尿壺、替換氧氣鋼瓶等，雖穿著三級防護裝備，仍於7月間陽性確診。經過治療後已康復，但至今有經常性喘及胸悶等症狀仍未緩解。渠於申請補助後，於111年2月收受衛福部一紙公文，讓渠無比難受。衛福部公文函知渠可得6.8萬元補助，但對於金額訂定依據、衡量項目及參考標準隻字未提，渠當下的心情是錯愕，因為補償金額與預期差距太大等語。
- 5、證人戊於111年5月確診，渠為醫師，看門診時並

沒有足夠的防護裝備，渠認為醫護人員有自我照顧的能力，所以不一定有住院，但這不代表渠等不需要被照顧。

(六)從案內證人證述，可知各醫院之防護裝備，未必完備，且醫護人員依防護相關規範照護病人仍有染疫風險；接種3劑疫苗後，亦有確診重症；且醫護人員認為應將醫療資源留供更需要之民眾使用，因此縱符合條件，卻未入住醫院接受治療或無使用抗病毒藥物之紀錄，前述情形反而成為未獲補助之原因，使醫護人員無法信服。再對照衛福部於110年3月20日召開記者會宣稱將傷病者之補助上限調高為100萬元，但實際獲得補助金額卻在10萬元以下，讓3年多來承擔感染及致病風險，負擔照顧責任，擔心同住家人的安危，染疫後又留下後遺症，承受極大身心壓力與風險之醫護人員，認為政府並未履行當初之承諾。衛福部逕以感染後之症狀輕微，未有肺炎徵候，亦無入住醫院治療且無使用抗病毒藥物之紀錄，係屬「輕症」等情，認定不符《補助辦法》所定傷病，審定不予補助，並以制式化通知審查結果或教示救濟管道，對於不予補助或補助金額之審議結果係如何形成，未以同理心詳予說明或加強溝通，消弭歧見，致未能釐清疑慮，使其等信服審議結果，亦有檢討改進之必要。

三、109至111年我國民眾 COVID-19 確診人數逐年攀升，據以概算111年執業於醫院之醫事人員確診情形，確診人數高達7萬3千餘人。惟依本案《補助辦法》之申請補助者僅802件，相較醫事人員確診情形與申請本案補助之案件數量明顯有落差。雖衛福部認為至111年初，病毒演化為具高傳播力、以輕症為主，並逐

序邁入與病毒共存階段，而本案《補助辦法》係屬鼓勵性質，應依疾病特性、防疫整備與醫療處置等方面之發展狀況調整補助，不宜不分輕重一律發給，但衛福部仍允宜研酌以釐清、分析醫事人員申請補助人數偏低之原因，並加強申請管道之暢通，以保障醫事人員權益：

- (一) 自COVID-19疫情爆發以來，109至111年確診人數逐年攀升。經統計，109年確診799人、110年確診16,251人，而至111年，確診人數已高達8,855,696人，如以全臺2,300萬人口計算，111年度每10萬人即有約3萬8千人確診。惟針對醫事人員確診COVID-19情形一節，衛福部表示自COVID-19引發社區流行疫情後，醫療院所通報資料及疫情調查作業均已簡化，該部並無執行COVID-19防治工作致感染之防疫人員及醫事人員數量統計資料。
- (二) 醫師、護理人員等依法領有專門執業證書之醫事人員¹⁶，依據醫療法及各醫事人員法規，可執業登記於醫院、診所及其他醫事機構。又執行COVID-19防治工作，係以醫院為大宗，經統計111年我國執業於醫院(不含診所及其他醫事機構)之醫事人員計有193,384人，其中包含西醫師34,147人、護理人員120,002人及其他醫事人員39,235人。如以111年度全國一般民眾COVID-19平均發生率概算之，執業於醫院之醫事人員於111年即約有7萬3千餘人確診。雖醫事人員感染COVID-19之情形，難認皆與從事防疫工

¹⁶ 醫事人員人事條例第2條第1項規定：

本條例所稱醫事人員，指依法領有專門職業證書之醫師、中醫師、牙醫師、藥師、醫事檢驗師、護理師、助產師、營養師、物理治療師、職能治療師、醫事放射師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、藥劑生、醫事檢驗生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事放射士及其他經中央衛生主管機關核發醫事專門職業證書，並擔任公立醫療機構、政府機關或公立學校（以下簡稱各機關）組織法規所定醫事職務之人員。」

作相關，惟截至112年10月底，依本案《補助辦法》申請補助者僅有802人，僅達111年醫事人員確診人數1%。又上開計算方式係僅將111年確診之醫事人員列入計算，尚不包括其他年度確診之醫事人員及其他執行COVID-19防治工作致感染之防疫人員，足見申請補助人數與染疫人數實有落差。又以行政院主計總處行業標準分類第11次修訂版「Q大類-醫療保健及社會工作服務業」¹⁷，統計該職業類別109至112年(截至9月底)申請職災保險之傷病給付計有29,082件，核付28,222件，核付率達97%以上。而本案《補助辦法》自109至112年10月底止，僅接獲申請補助案件802件，且平均補助核准率僅15.3%，醫療從業人員申請本案補助之情形，明顯偏低。

(三)另查，衛福部針對《補助辦法》相關事項，自109年迄今共進行2次公告，公告事項皆為該《補助辦法》之修正¹⁸；惟該部除針對《補助辦法》法規修正內容予以公告外，並未有其他推廣、周知醫療從業人員補助申請、審核及作業等事項之管道。又依《補助辦法》第7條規定¹⁹，申請補助除需提供醫院出具感染第五類傳染病之診斷證明書、主管機關確認罹患第五類傳染病報告外，亦需備有相關單位出具係因執行防治工作致感染第五類傳染病之證明文件，以

¹⁷ 依據行政院主計總處行業標準第11次修訂版「Q大類-醫療保健及社會工作服務業」，從業人員包括：從事醫院、診所、醫學檢驗及其他醫療保健服務之醫療保健業；從事提供住所並附帶所需之護理、監管或其他形式照顧服務之居住型照顧服務業；從事居住型照顧服務以外之其他社會工作服務業等三大類別。

¹⁸ 衛福部110年3月19日衛授疾字第1100100349號令、110年9月3日衛授疾字第1100101430號令。

¹⁹ 補助辦法第7條規定：「請求權人依第二條第一項規定申請補助費者，應填具申請書，並檢附下列文件，向中央主管機關提出申請或由其服務單位核轉：一、感染第五類傳染病致傷病：(一)醫院出具感染第五類傳染病之診斷證明書。(二)相關單位出具係因執行防治工作致感染第五類傳染病之證明文件。(三)主管機關確認罹患第五類傳染病報告。(四)國民身分證正反反面影本。……。」

作為「因執行COVID-19防治工作，致傷病、身心障礙或死亡」之佐證。惟據本院於112年8月29日辦理證人會議，證人已表示：「非常多醫院沒有工會，很多醫事人員申請職災或相關補助，醫院會有很多刁難，因為醫院會覺得醫事人員申請相關補助，會被認為是院內感控沒有做好，所以會解釋醫護人員是自己在外面確診……」顯示醫療從業人員依《補助辦法》申請補助，仍存有窒礙之處。衛福部為醫事人員及醫療機構中央主管機關，允應秉持保障醫事人員權益宗旨並予妥處。

(四)綜上，109至111年我國民眾COVID-19確診人數逐年攀升，據以概算111年執業於醫院之醫事人員確診情形，確診人數高達7萬3千餘人。惟依本案《補助辦法》之申請補助者僅802件，相較醫事人員確診情形與申請本案補助之案件數量明顯有落差。雖衛福部認為至111年初，病毒演化為具高傳播力、以輕症為主，並逐序邁入與病毒共存階段，而本案《補助辦法》係屬鼓勵性質，應依疾病特性、防疫整備與醫療處置等方面之發展狀況調整補助，不宜不分輕重一律發給，但衛福部仍允宜研酌以釐清、分析醫事人員申請補助人數偏低之原因，並加強申請管道之暢通，以保障醫事人員權益。

肆、處理辦法：

- 一、調查意見一至三，函請衛生福利部確實檢討改進見復。
- 二、調查報告，經委員會討論通過及個資處理後上網公布。
- 三、檢附派查函及相關附件，送請社會福利及衛生環境委員會處理。

調查委員：紀惠容

中 華 民 國 1 1 2 年 1 2 月 日