

德國與我國監獄醫療相關問題探討

--兼論前總統陳水扁先生保外就醫爭議之分析--

國立中正大學法律系教授 盧映潔

目 次

- 壹、前言
- 貳、監獄醫療之德國法制介紹
 - 一、監獄醫療之相關規範基礎與引導原則
 - 二、德國監獄醫療之具體規定與適用
 - 三、德國監獄醫療之實務現況
- 參、監獄醫療之我國狀況與問題
 - 一、我國監獄醫療之相關法規範狀況
 - 二、我國監獄醫療問題簡析
 - 三、附論：前總統陳水扁先生保外就醫爭議之原因分析
 - (一)政治問題法律化、法律問題政治化之我國思維
 - (二)監獄醫療欠缺下不公平對待之危機
- 肆、結語

摘 要

受刑人係依法律以限制其人身自由作為處罰，但並非謂身為人的其他基本權利皆受到剝奪。倘若受刑人在精神心理上、生理上患有疾病，監獄均應給予適當治療。基於我國監獄醫療的法制面及實務面與國際人權相關規約之要求有相當的距離，本文以下從遵循歐洲監獄規則的德國監獄法制出發，介紹德國監獄行刑法中有關受刑人醫療的法規狀況以及德國監獄醫療的實務運作狀況，繼而說明我國受刑人醫療的相關問題，最後再就近期引起政治、社會紛爭的前總統陳水扁先生保外就醫的事項，提出個人些許意見。

關鍵詞：受刑人、監獄醫療、監獄行刑法、歐洲監獄規則、保外就醫

壹、前言

受刑人係依法律以限制其人身自由作為處罰，但並非謂身為人的其他基本權利皆受到剝奪。倘若受刑人在精神心理上、生理上患有疾病，監獄均應給予適當治療。但是由於監獄機關並非醫療機構，其硬體設計即非以醫療機構為範本，而且在我國因為獄政法令老舊、經費不足與人員編制缺陷等等問題，導致監獄缺乏醫療資源，對於受刑人的醫療需求長期以來無法提供實質上的照護。故而若受刑人在監獄發生因病死亡，每每遭到社會、媒體與家屬爭相責難¹。監獄機關面對醫療資源不足的情形，雖可依戒護外醫或保外監治方式處理，然而受刑人戒護外醫，每每耗費戒護人力甚鉅，尚有收容人串通脫逃、劫囚意外之顧慮²；至於保外監治的決定，由於各監獄的醫療資源有所差異，導致各監獄對於是否准予保外監治沒有一致審查基準，容易造成黑箱作業的批評，又往往會可能造成延誤就醫，亦可能發生醫療糾紛等情事。

基於我國監獄醫療的法制面及實務面與國際人權相關規約之要求有相當的距離，本文以下從遵循歐洲監獄規則的德國監獄法制出發，介紹德國監獄行刑法中有關受刑人醫療的法規狀況以及德國監獄醫療的實務運作狀況，繼而說明我國受刑人醫療的相關問題，最後再就近期引起政治、社會紛爭的前總統陳水扁先生保外醫的事項，提出個人些許意見。

貳、監獄醫療之德國法制介紹

一、監獄醫療之相關規範基礎與引導原則

德國有關監獄醫療的法律基礎是規定在監獄行刑法（StVollzG）第 55 條至第 66 條以及第 158 條。而國際層級則是在 2006 年的歐洲監獄規則（European Prison Rule 或稱 Die Europäischen Gefängnisregeln）中第 39 號至 48 號中可以見到關於監獄中醫療事務的依據，此係立基於 1955 年聯合國通過的最低標準準則（Die Standard Minimum Rules der Vereinten Nationen）中的要求。雖然聯合國與歐洲委員會（Europarat）所決議的規則並非正式的法律規範，但是上述的決議規則在實務上的重要性卻日益增加，蓋因歐洲人權法院（Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte）以及歐洲防止酷刑委員會（Europäische Ausschuss zur Verhütung von Folter）皆會將其納入考量，並且歐洲人權公約第 3 號有關禁止酷刑以及禁止

¹ 參見 2007 年 8 月 3 日媒體報導「台東監所 一個半月 3 受刑人暴斃」，網址連結：<http://www.libertytimes.com.tw/2007/new/aug/23/today-south24.htm>，瀏覽日期：2012.10.28

² 吳正博，犯罪矯正機構附設醫療專區成效之探討，國立中正大學犯罪防治研究所碩士論文，民國 95 年，頁 1-2。

非人道或羞辱的待遇或處罰的規定乃直接有效的法律依據³。

根據國際層級的規約文件對於監獄中醫療事務主要有兩個引導原則：其一為「等效性原則」(Äquivalenzprinzip)，其二為「醫療優先」(Primat der Medizin)⁴。首先「等效性原則」是要求監獄中的醫療需求原則上應朝著自由社會中病人所適用的情形作為規劃方向。此等效性原則在德國監獄行刑法第 3 條第 1 項所揭示的「近似原則」(Angleichungsgrundsatz)，以及歐洲監獄規則第 5 號的規定要求⁵都可找到相同的依據，亦即如德國監獄行刑法第 3 條第 1 項規定，在監獄中的生活應該儘可能地近似於一般的生活條件(Das Leben im Vollzug soll den allgemeinen Lebensverhältnissen soweit als möglich angeglichen werden)，其中當然包括醫療事務。此外，歐洲監獄規則第 40 號第 1 項的規定要求，監獄中醫療人員的組織應與社會中或國家中的醫療人員為緊密連結⁶。

因此，以德國而言，監獄中的醫療需求就應該以符合社會法(Sozialgesetzbuch)第五篇有關法定醫療保險(gesetzliche Krankengesicherung)所規劃者。唯一的限制是社會法第五篇第 76 條有關自由選擇醫師的可能性。當初德國監獄行刑法政府版修正草案的第 53 條第 2 項是將選擇醫師的權限交由監獄機關為裁量。會限制監獄受刑人的醫師自由選擇權利主要是來自兩個現實因素，其一為監獄受刑人並依法定醫療保險之被保險人，其二為監獄行刑法第 158 條第 1 項明文，監獄醫師是對於監獄受刑人的醫療照護唯一之承擔負責者⁷。

其次，「醫療優先」依學者 Karlheinz Keppler 的主張⁸係指，監獄醫師的首要任務是承擔受刑人的醫療照護。歐洲監獄規則第 40 號第 4 項規定，監獄中的醫療人員應該致力於查察知並治療處理受刑人生理與心理的疾病，以及因為這些疾病所承受的缺陷⁹。1998 年歐洲委員會的指令明白宣稱，受拘禁者的健康需求對於監獄醫師而言永遠是居於第一位的。不過，監獄醫師「醫療優先」的宣示在實務上難免有所衝突，蓋因監獄醫師被賦予的工作是雙重機能(Bifunktionalität)，甚至是三重機能(Trifunktionalität)。亦即，監獄醫師雖然一方面是對受刑人進行治療，但另一方面對於監獄首長遇到一些與受刑人健康相關的問題上監獄醫師又是重要諮詢者，諸如受刑人是否有工作能力、受刑人是否有拘禁適應力、受刑人是

³ Keppler, Karlheinz/ Stöver, Heino(Hersg.): Gefängnismedizin, Medizinische Versorgung unter Haftbedingungen, Thieme 2009, S.29-30.

⁴ Keppler, Karlheinz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.30.

⁵ 原文為 Life in prison shall approximate as closely as possible the positive aspects of life in the community.

⁶ 原文為 Medical services in prison shall be organised in close relation with the general health administration of the community or nation

⁷ Feest, Johannes(Hersg.): Kommentar zum Strafvollzugsgesetz, 5.Aufl. Neuwied: Luchterland 2006, §56 Rnd.4, 12.

⁸ Keppler, K.: Grundlagen der Anstaltsmedizin, in: Deutsche Aidshilfe(Hrsg.): Betreuung im Strafvollzug, Ein Handbuch, Berlin, 1.Aufl. Eingenverlag 1996, S.111-129.

⁹ 原文為 Medical services in prison shall seek to detect and treat physical or mental illnesses or defects from which prisoners may suffer.

否有單獨監禁適應力等等，而監獄醫師具有向監獄首長報告的義務。另外，監獄醫師還要作為監獄中公共健康衛生事務的事實管理者，因而需將心力關注在所有受刑人的一般健康情形。也就是，監獄醫師在監獄行刑法¹⁰要求的各種不同的任務責任，使其運作自身的角色不能單單只是照顧病人的醫師而已，作為執行監獄首長的相關決定之下屬機關，監獄醫師也只能在立基於醫師倫理良知下對於監獄首長的決定提出反對建議，而儘可能堅持「醫療優先」的要求¹⁰。

二、德國監獄醫療之具體規定與適用

(一)監獄醫師(Anstaltarzt)、契約醫師(Vertragarzt)及私請醫師(Privatartz)

依德國監獄行刑法第 158 條第 1 項規定，有關監獄中的醫療照護是由監獄中專職醫師確立為之。監獄中的專職醫師是公務員而隸屬於監獄中的組織，是立於監獄首長以及職務監督機關之下的人員。每一個情形或個案下監獄醫師的措施在法律層面上來看都是監獄的高權行為，對外而言都是代表監獄首長所為¹¹。

根據監獄行刑法第 158 條第 1 項前段之規定意旨，罹患疾病的受刑人之治療，是絕對歸屬於監獄中專職醫師的權限並由其加以負責，監獄中專職醫師對於受刑人疾病的處理具有裁量判斷的自主空間，監獄首長只能在事後進行有限度的查核。不過，在實務上並不罕見，監獄醫師的判斷與監獄首長基於監獄安全與紀律或是受拘禁者本身的安全等考量觀點會產生衝突，特別是在監獄行刑法第 65 條有關將受刑人病人移置至監獄外醫療院所之決定的問題上面，亦即監獄醫師的判斷認為受刑人病患應該在外面的醫療院所接受治療，但此決定的執行卻必需繫於監獄首長的同意¹²。其次，根據監獄行刑法第 158 條第 1 項後段，出於特別的原因時可將受刑人之治療委託給兼職醫師或契約醫師。所謂特別的原因，依監獄行刑法第 58 條之施行細則第 2 號的規定，是指依照個案情形的疾病種類與嚴重程度之必要。而由監獄外部聘請的醫師對於受刑人之治療措施與決定仍然是立於受監獄首長的審視之下，此即意味著外部醫師的決定仍會被監獄首長加以否決。不過，由於外部醫師不是隸屬於監獄的組織，除了受刑人病患的治療之外沒有其他額外的任務，所以醫師自身的角色衝突或者與監獄首長的潛在衝突會降低很多。

此外，只有在例外情形，個別的受刑人始有可能以他所信賴的私請醫師進行諮詢問診。監獄行刑法對此沒有明文規定，而且向來實務見解主張，延請私人醫師並非受刑人的請求權¹³。不過，根據監獄行刑法第 58 條之施行細則第 3 號所規定的複雜程序可以見到這個可能性。依此規定，在經過監獄醫師的聽證(Anhörung) 程序之後，監獄首長可以許可受刑人以自己的費用延請欲諮詢問診的醫師，而且必需是該受刑人對於所欲延請的醫師以及監獄醫師進行保密義務的

¹⁰ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.30-31.

¹¹ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.31.

¹² Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.31.

¹³ OLG Hamm, ZfStrVo 1979, 127.

解除程序後，監獄首長才可以給予許可。在實務上，由於受刑人沒有法定醫療保險，所以通常只有少數相當有財力的受刑人才有可能進行此等程序而得到監獄首長的許可。

(二)受刑人醫療照護之種類與範疇

1.疾病照護範疇

上揭提到國際層級的規則中的等效原則在德國監獄行刑法中是有獲得落實的。依德國監獄行刑法第 56 條第 1 項規定，受刑人的生理與心理健康應予以照護。第 58 條第 1 項規定，對於疾病的查知與治療、疾病惡化的防止或者疾病帶來的痛苦之減緩，受刑人有請求權存在；同條第 2 項規定，疾病照護包含：(1) 醫師的治療；(2) 牙醫的治療，包括假牙的照護提供；(3) 藥品、外用敷料、矯正及輔助物品或工具的照護提供；(4) 在不會抵觸抵觸監獄行刑的運作下，針對疾病復原(Rehabilitation)、壓力測試(Belastungserprobung)與工作治療(Arbeitstherapie)提供的醫學以及額外增加的措施。第 61 條規定，監獄中健康檢查與醫療照護的提供及其範圍，以及疾病治療措施包括提供輔助物品或工具的範圍，應符合社會法與基於社會法所涉及的相關規定。由此可知，在德國受刑人病患得到的醫療照護原則是與法定醫療保險下的病患相同標準，也就是受刑人病患得到的醫療照護之種類與範疇必需以社會法(SGB) 第 5 篇為依歸，而基於社會法第 5 篇第 92 條的授權，由醫師與醫療保險公司組成的共同聯邦委員會(Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) 所決議的有關合目的性與經濟性的病患照護準則，除了監獄行刑法另有規定者外，監獄醫師仍是受其拘束¹⁴。

在監獄行刑法中有些規定乃對於社會法第 5 篇的適用加以限縮，諸如監獄行刑法第 59 條雖然規定，為了在個案中確保疾病的治療成效或是使殘障獲得平衡，受刑人有權請求獲得視力、聽力、身體義肢、骨科方面或其他協助物品，但前提是，需顧及短期剝奪自由而沒有不正當性存在，並且這些協助物品不是日常生活的一般消耗品。在不會抵觸抵觸監獄行刑的運作下，受刑人的請求權包括協助物品的換新、修復與更替以及使用訓練。對於視力上的協助物品（眼鏡）只有在視力的屈光度至少有 0.5 的改變時才能請求換新，而只有在醫學強制必要的例外情形下才可以有隱形眼鏡的配置請求權。

至於牙齒的醫療照護依監獄行刑法第 58 條第 2 項第 2 號的規定是明顯包括牙病治療以及裝置假牙。此乃符合歐洲監獄規則第 41 條第 4 號規定：「受有牙醫及眼科專業訓練的人員應該是每一個受刑人皆得以接近使用的」。不過，德國獄政實務上都是透過契約醫師來進行牙齒的醫療照護，此係依據社會法第 5 篇第 92 條第 1 項第 2 號及同條第 5 項的授權，在此範圍內的監獄中牙齒醫療照護是毋庸付費的，但是逾此範圍的假牙與牙套裝置照護則是自費，不過，依監獄行刑法第 62 條，各邦的司法行政當局可以自行決定是否對於受刑人予以津貼補助。

¹⁴ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.33.

然而在 2003 年的法定醫療保險修正法案(GKV-Modernisierungsgesetz 2003)引進的費用確立程序，並沒有將津貼補助加以連結。這引發背離等效原則的批評，蓋因倘若受刑人無法支付自費部份或者無法預見這些費用可經由外部加以承擔時，受刑人即無法獲得必要的牙齒醫療復原¹⁵。

2.健康檢查範疇

有關受刑人為預防疾病的健康檢查，依監獄行刑法第 57 條第 1 項規定，受刑人年滿三十五歲時，每年有權請求兩次的醫療健康檢查，俾以提早查知疾病，尤其是心臟、血管、腎臟方面的疾病以及糖尿病；第 2 項規定，女性受刑人最早從二十歲開始，男性受刑人最早從四十五歲開始，受刑人每年有權請求一次有關癌症的醫療健康檢查。這兩項的健康檢查依監獄行刑法第 57 條第 3 項規定是立基於下列三個前提：(1)涉及可以有效治療的疾病 (2)透過診斷措施可以查知此疾病的前期或早期階段 (3)此疾病的病症是可由醫學儀器加以充分明顯掌握的 (4)有提供足夠的醫師及設備，對於被發現的可疑病例是可以進行診斷與治療。

至於牙齒的檢查，依監獄行刑法第 57 條第 5 項規定，十四歲至二十歲未滿的受刑人，為了預防牙齒疾病，每半年可進行一次牙醫檢查。此項牙醫檢查應該從牙肉問題、牙病原因的釐清及其預防、診治療程的比較，延伸至口腔衛生、牙肉狀態、相較於蛀牙的感受、口腔照顧動機與指示以及牙齒琺瑯質加強措施。另外，依監獄行刑法第 57 條第 4 項規定，女性受刑人若有攜帶子女入監同住，至小孩六歲前，女性受刑人有權請求對小孩進行疾病早期查知的健康檢查，也就是避免因疾病使小孩的身體及心智發展受到些許的危害。

3.為達再社會化之醫療措施

其實在社會法第 5 篇中並沒有關於整形等外科的醫療措施的規定，但在一般社會中，基於社會心理的評估(sozialpsychologische Gutachten)之要求，並且該外科手術是屬於心理治療下的伴隨措施，醫療保險公司是可以針對特定的外科手術支付費用的。所以依監獄行刑法第 63 條前段規定，在受刑人同意之下，監獄行刑機關應該准允諸如手術或裝義肢等醫療措施，以促進受刑人的再社會化；同條後段規定，倘若依受刑人的經濟狀況是合理的，而且該醫療措施對於目的之達成沒有疑問的話，受刑人應該要承擔此費用。監獄行刑法第 63 條是賦予監獄行刑機關在一般情形下的「應為義務」(Soll-Pflicht)，而受刑人則是擁有未受限制的權利。在實務上這裏可適用的醫療措施，諸如祛除刺青(Tätowierung)、依照變性法要進行的手術之準備措施(Vorbereitung auf eine operation nach dem Transsexuellengesetz)、監獄行刑中性慾困擾的治療(Behandlung sexueller Störung im Vollzug)等等。通常除了醫師的評估之外，還會要有心理治療師或者社會教育人員的額外評估說明，俾以對於這個社會復歸措施之必要性提供立論¹⁶。

¹⁵ Feest, Johannes(Hersg.), a.a.O., §62 Rnd.1.

¹⁶ Feest, Johannes(Hersg.), a.a.O., §63 Rnd.6f..

此外，雖然如前述，監獄行刑法第 56 條有關受刑人醫療照護的規定是包含「精神健康」(geistige Gesundheit) 的照顧，但是監獄行刑法第 58 條有關疾病照護範疇卻沒有明白提到精神疾病，在監獄行刑實務上確實也欠缺這方面的專業人員提供，也欠缺這樣的觀念，然而許多受刑人因監禁出現了心理或精神上的困擾其實是需要有合乎專業的處理。惟可惜，在 1997 年的一則 Karlsruhe 邦高等法院的判決¹⁷表示，對於一個精神分裂(schizoid)且自戀情緒困擾的受刑人，弗萊堡監獄不需支付其心理治療費用，蓋因這並非監獄行刑法第 58 條的條文規定下的疾病，因此受刑人對監獄沒有支付醫療費用的請求權。不過，文獻上對於這個判決的批評卻不是集中在如何對監獄行刑法第 58 條加以闡釋，反而都是主張對於一個有心理或人格困擾而有治療需求的受刑人，監獄行刑機關應該有義務將其送入社會治療監禁所(sozialtherapeutische Anstalt)或者監獄中的社會治療部門¹⁸。

(三)費用問題

在監獄行刑中受刑人對於醫療措施的提供不需要有自己的部份負擔，蓋因受刑人的監禁費用已將任何的支出都計算在內，只有依監獄行刑法第 50 條，在受刑人為自由外出(Freigänger)期間、依僱用關係而有社會保險義務(sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältniss)或者其他自行在外部購買的保險，始屬自行負擔。即使在 2003 年的法定醫療保險修正法案之後亦無法改變，也就是，不論是依社會法第 5 篇第 28 條第 4 項第 1 句有關看診費用的提高，或是社會法第 5 篇第 31 條第 3 項有關藥品及輔助物品的費用負擔之引進，都與監獄行刑法的規定不相符合。對此巴伐利亞邦(Bayern) 以及巴登符騰堡邦(Baden-Württemberg) 嘗試提出相應的監獄行刑法修法，而在 2006 年的聯邦體制改革(Föderalismusreform)¹⁹之下達成，自此聯邦立法機構不能修改監獄行刑法，而是必需經由各邦的權限為之。修法後在各邦共同適用的規定，即一般而言受刑人不需負擔醫療措施費用，但在例外法條有明文規定時，如監獄行刑法第 62 條有關假牙以及第 63 條有關為達再社會化之醫療措施的費用，則由受刑人負擔²⁰。

(四) 移置於監獄外的醫療院所

依德國監獄行刑法第 65 條第 1 項規定，罹患疾病的受刑人可以被安置於監獄中的醫療病院或者對於其疾病治療更適當的監獄設施；同條第 2 項規定，當處於監獄設施或者監獄內醫療病院的受刑人其疾病無法被查知或治療時，或者不可能適時地(rechtzeitig)將罹患疾病的受刑人安置於監獄中病院時，則應該將其送往監獄外的醫療病院。

是否將罹患疾病的受刑人安置於醫療病院是屬於監獄行刑專業以外的醫療

¹⁷ OLG Karlsruhe, NStZ 1998, S.302ff..

¹⁸ Feest, Johannes(Hersg.), a.a.O., §58 Rnd.12-15.

¹⁹ 德國在 2006 年 9 月 1 日進行了基本法上最大規模的聯邦體制改革，透過此次改革應該改善聯邦與各邦的行為與決定自由、政治責任的明確分配，以及任務履行效率與目的符合性的提升。

²⁰ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.34.

實踐上的自我理解性(*Selbstverständlichkeit der ärztlichen Praxis*) 的事務。倘若醫療病院是在自己的監獄中，監獄醫師主管可以毫無問題地依自己的決定將罹患疾病的受刑人從牢房移至醫療病院的自由病床；比較有因難的是醫療病院在其他監獄中，就必需在符合監獄行刑法第 65 條的前提要件時，由監獄首長基於合乎義務的裁量(*pflichtgemässen Ermessen*) 進行決定²¹。

雖然在法律規定上是近似的前提要件，但是相較於將罹患疾病的受刑人移置於其他監獄中的醫療病院而言，依監獄行刑法第 65 條第 2 項規定的將罹患疾病的受刑人移置監獄外的一般醫療病院，在實務上操作更形複雜。對此應是監獄醫師對於決定內容的正確性加以負責，而由監獄首長加以執行，然而在實務操作上至少會遇到兩個阻礙：費用問題及安全問題。安全問題是由監獄行刑法第 65 條的施行細則對於監獄人員為監視有階層式的規定，亦即，依該施行細則第 1 項規定，只有在基於受刑人的人格或其他特別情形而有逃亡的憂慮時，由監獄人員在受刑人移置監獄外醫療病院的行刑時期內進行監視始有必要；倘若著眼於病情狀況而完全放棄監視，醫療病院可被要求，若病患有所改善，而呈現可能的逃亡時，醫療病院應通知監獄。依該施行細則第 2 項規定，倘若因受刑人在監獄外醫療病院的事實治療或觀察的進行期間是無法為監視者，則移置監獄外醫療病院的決定必需綜合衡量病情急迫性與逃亡的危險以及對公共安全的危害。在衡量這些因素後一個非立即必要的臨床治療應加以推延²²。

雖然在符合監獄行刑法第 65 條第 2 項的前提要件時，亦即在監獄中受刑人疾病的無法探知性或疾病的無法治療性，受刑人對於移置監獄外醫療病院是具有請求權的，並且可經由法院訴訟途徑加以實現。一般認為，安全問題是首要考量，但是在德國許多實務案例卻是費用問題多於安全問題，而形成受刑人移置監獄外醫療病院的阻礙，因為監獄行政方面必需以自己的預算支付醫院費用，從而監獄當局多半會嘗試阻礙受刑人移置監獄外一般醫療病院。在緊急的情形，監獄實務上寧可依刑事訴訟法第 455 條經由檢察官的決定而為刑罰中斷措施，蓋因此等刑罰中斷下的受刑人醫療費用與安全確保是受刑人自己承擔。也就是依刑事訴訟法第 455 條第 4 項規定，凡是(1)受判決人有精神疾病、(2) 因疾病若刑之執行會對於受判決人有近期生命危險之憂慮、(3) 受判決人病重或者其疾病在監獄設施或者監獄內醫療病院無法被查知或治療者，並且可預期該疾病顯然會持續相當時間，刑事執行機關可以中斷刑之執行。但是若有更重要的原因，亦即背離公共安全時，刑之執行則不允許中斷²³。

三、德國監獄醫療之實務現況

(一)監獄中醫療病院的型態與醫療人力近況

德國的監獄醫療病院(*Justizvollzugskrankenhaus*)的型態，首先是自 19 世紀最

²¹ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.36.

²² Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.36.

²³ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.36.

開始出現，至 20 世紀仍有許多監獄加以使用的「附屬式醫院」(Appendix-Krankenhäuser) 型態。當時的監獄建築是十字型或者星狀型，各建築物的翼端是可以全視景地觀看得到，醫院會設在每一個建築翼端可以最近地到達的地方。這種附屬式醫院是德國典型的監獄醫院，目前例如在 Niedersachsen 邦的 Lingen 監獄，以及 Hessen 邦的 Kassel 第一監獄都有這樣的監獄醫院（見下列表格）。當然這種附屬式醫院沒有辦法執行特別的手術，也沒有辦法因應現在日益增加的受刑人醫療需求之請求權落實狀況²⁴。

其次，在 Nordrhein-Westfalen 邦的 Fröndenberg 監獄病院則是走一個反向思考之路，也就是並不是只將監獄建築物改個名稱變作醫院，而是將醫院建置為符合基礎及經常性的醫療照護，並且確保符合監獄要求的措施。而 Berlin 新近蓋的一個醫院，是在監獄中而朝向符合監療照護必要的設置為方向。再者，在 Mecklenburg-Vorpommern 邦的 Warnow 醫院自 2005 年起，以及 Brandenburg 邦之中的 Brandenburg 市的公立醫院自 2008 年起創建新的模式而邁向新的進展。亦即由 Warnow 醫院及的 Brandenburg 市的公立醫院在院內設置具有安全設備的醫療區域，在其中受拘禁的病人可以獲得臨床的治療（見下述）。這兩個邦可以進行這樣的方式，是因為其擁有數量較少的監禁位置，而且在過去東德時受刑人醫療照護採集中方式，也就是在 Leipzig 負責外科手術與內科，在 Bautzen 是負責心理治療，但是在德國統一後，這兩個邦自己的監獄在重建後卻沒有引進運用²⁵。

表格 1：Übersicht über JVKH in Deutschland 德國監獄醫院概觀

Bundesland/ Name des JVKH 聯邦/ 監獄醫院 名稱	Status (Bausubstanz) 狀態 (建築型態)	Abteilungen/Stationen 部門/ 治療站	Externe Möglichkeiten 外部的可能性	Bettenzahl 床位數量
Baden-Württemberg/ JVKH Hohenasperg	Eigenes Krankenhaus(alt) /KH der Regelversorgung mit Einschränkungen 自己的醫院(舊)/ 帶有限制之一般 照護的醫院	Psychiatrie/Psychotherapie 精神/心理治療 Neurologie神經內科 Innere內科 Kleine Chirurgie小的 外科手術	Keine Angabe 沒有訊息	172 Psychiatrie/ Psychotherapie/ Neurologie (96) 精神/心理 治療/神經 內科 Innere (51)

²⁴ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.246.

²⁵ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.246.

				內科 Chirurgie (25)外科手術
Berlin /JVKH Berlin	Krankenhaus der Grundversorgung (neu) 帶有基礎照護的 醫院 (新)	Innere 內科 Psychiatrie/Psychother apie 精神/心理治療 Röntgen X光射線	Inanspruchnahm e von Konsiliarärzten 經由連繫醫師的 參加要求	125 Innere (80) 內科 Psychiatrie/ Psychothera pie (45) 精神/心理 治療
Hamburg/ Zentralkrankenh aus der Untersuchungsh aftanstalt Hamburg	Appendix-Kranken haus (alt)	Allgemeinmedizin家 醫科 Chirurgie(inkl. Urologie) 外科手術(含泌尿科) Innere(inkl. Pulmologie) 內科(含肺科)	Anästhesie麻醉 Augen眼科 Haut皮膚科 Gynäkologie婦 科 Neurologie神經 內科 HNO耳鼻喉科 Orthopädie骨科 Radiologie放射 線科	63 (Manner + Frauen) 63床 (男性 + 女性)
Hessen/Zentralkr ankenhaus bei der JVA Kassel 1	Appendix-Kranken haus (alt) 附屬式醫院	Innere/ Allgemeinmedizin(ink l. Infektionskrankheit) 內科/家醫科(含傳染 病) Kleine Chirurgie(Keine Ops in Vollnarkose) 小外科手術(不含全 身麻醉的手術) Psychiatrie/Psychother apie 精神/心理治療	HNO耳鼻喉科 Radiologie放射 線科 Augen眼科 Urologie泌尿科 Haut皮膚科 Orthopädie骨科 Gynäkologie婦 科 Kieferchirurgie 下顎手術	69
Niedersachsen/ JVKH Lingen	Appendix-Kranken haus (alt)	Chirurgie外科手術 Innere (inkl. Infektionsstation) 內	HNO耳鼻喉科 Urologie泌尿科 Haut皮膚科	91 Davon 5 Frauen-Bett

	附屬式醫院	科(含傳染病站) Psychiatrie精神治療	Neurologie神經 內科 Röntgen X光射像	en 91床其中 有5個女性 床位
Nordrhein-Westf alen/ JVKH Fröndenberg	Eigenes Krankenhaus der Grund-und Regelversorgung 帶有基礎及一般 照護的自己的醫 院	Chirurgie外科手術 Innere內科 Psychiatrie精神科 Anästhesie麻醉科 Interdisziplinäre Intensivstation跨學科 的密集治療站	HNO耳鼻喉科 Augen眼科 Urologie泌尿科 Haut皮膚科 Orthopädie骨科 Gynäkologie婦 科 Kieferchirurgie 下顎手術	226 Davon 26 Frauen-Bett en 226床其中 有26個女 性床位
Reinland-Pfalz/ JVKH Wittlich	Appendix-Kranken haus der Grundversorgung (alt) 帶有基礎照護的附 屬醫院(舊)	Innere(inkl. Isolierstation) 內科(含隔離站) Chirurgie外科手術	Keine Angabe 沒有資料	38 (Manner +Frauen) 38床(男性 +女性) Innere 內科 (27) Chirurgie外 科手術(11)
Sachsen/ VKH Leipzig	Appendix-Kranken haus (modern) 附屬醫院(新穎的)	Somatische Erkrankungen 軀體疾病 Psychiatrie/Neurologie 精神疾病/神經內科 Innere內科 Kleine Chirurgie小外 科手術	HNO耳鼻喉科 Augen眼科 Haut皮膚科 Orthopädie骨科 Gynäkologie婦科 Kieferchirurgie下 顎手術	70 (Manner +Frauen) 70床(男性 +女性)

表格來源：Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.247.

上揭德國監獄行刑法中關於受刑人醫療照護的規定，係為確保監獄中受刑人的醫療照護可以與外界在法定醫療保險的醫療照護達到相等程度。但必需進一步探究的是，現實上受刑人得到的醫療照護狀況與法規要求的情形是否相符，或者說有多少程度上的相符，也就是國家可以為監獄內的每一個受刑人提供多少的醫療照護，與法定醫療保險下的每一個被保險人可以獲得的醫療照護加以比較。只不過，德國聯邦醫師委員會(Bundesärztkammer) 所統計的執業醫師人數並沒有

辦法區分是在哪裡執業，所以通常只能提出監獄內執業醫師人數與受刑人人數及其比例之統計數字。根據 2004 年德國聯邦核定的監獄醫師位置有 305 位，而在 2003 年年底監禁中的受刑人人數是 79,752 人，依此計算之醫師對受刑人的比例是 1:261，也就是每一位監獄醫師平均要照護 261 個受刑人。下列表格是德國各聯邦在 2004 年的監獄專職醫師位置數量，與前一年底的受刑人平均監禁人數，及兩者的比例。由此圖表可看到，1:261 是平均的照護比例，但各個邦的差異其實頗大。例如在柏林地區的醫師對受刑人的比例是 1:159，但在 Saarland 卻是 1:931，甚至在 Thüringen 邦沒有監獄專職醫師位置²⁶。

表格 2：德國各聯邦在 2004 年的監獄專職醫師位置數量，2003 年年底的受刑人平均監禁人數，及兩者的比例

Bundesland (聯邦)	Stellenzahl 2004 (2004 年位 置數量)	Jahresdurchschnittsbelegung 2003 (2003 年的年平均監禁數量)	Versorgungsrelation (照護比例)
Baden-Württemberg	26	8,604	1:331
Bayern	45	11,964	1:266
Berlin	33	5,318	1:159
Brandenburg	11	2,308	1:210
Bremen	1	733	1:733
Hamburg	15.24	3,123	1:205
Hessen	21	5,883	1:280
Mecklenburg-Vorp.	7	1,634	1:233
Niedersachsen	32	6,951	1:217
Nordrhein-Westfalen	63	17,727	1:281
Rheinland-Pfalz	9	3,873	1:430
Saarland	1	931	1:931
Sachsen	25	4,253	1:170
Sachsen-Anhalt	13	2,882	1:217
Schleswig-Holstein	3	1,577	1:526
Thüringen	0	2,051	-
Insgesamt (總數)	305.74	79,752	1:261

圖表來源: Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.82.

當然上述醫師對受刑人的照顧比例是不能完全反映出監獄中醫療照護的狀況

²⁶ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.81.

況，蓋因監獄醫師位置是指專職者，監獄會大量地運用兼職醫師，並且與外面醫院的醫師為連結，而這些統計並沒有把送樣的因素考量進去，上揭統計只有以專職的監獄醫師為計算。此外，上揭統計也沒有考量到的是，有些較大型的監獄醫院會接納各個德國聯邦轉介過來的愛受刑人病患。例如來自於 Bremen 監獄需要臨床醫療照護的受刑人都是安置在 Niedersachsen 邦的 Lingen 監獄醫院；來自於 Saarland 監獄需要臨床醫療照護的受刑人都是安置在 Rheinland-Pfalz 邦的 Wittlich 監獄醫院。又例如經過 Thüringen 邦司法部與其他邦司法部的協商約定，Sachsen 邦的 Leipzig 監獄醫院、Hessen 邦的 Kassel 第一監獄的中心醫院、Bayern 邦的 St. Georgen-Bayreuth 監獄的肺病治療部門 (Tbc-Abteilung) 以及 Nordrhein-Westfalen 邦的 Fröndenberg 監獄醫院都可以接受安置 Thüringen 邦需要臨床醫療照護的受刑人²⁷。

不過，從另一個角度來看，倘若是用年平均受刑人數來評估監獄醫師的醫療服務負擔，反而是有利的景像。因為現實上監獄全年收容的受刑人人數會比年平均受刑人數多得多，也就是有許多是短期刑罰者以及被羈押的人來來去去²⁸。依 2004 年的監獄統計，新收入監的有 375,671 人，這數量遠遠高於該年平均受刑人人數的 79,752 人，所以實際上監獄醫師的負擔應該是高得多。此外，若要比較監獄內醫師與外部醫師的負擔量，除了人數之外，還要考慮到病患諮詢的次數。而呈現出來的現象是，監獄中受刑人比起外面一般社會中的人更常造訪醫師，雖然受刑人造訪醫師的平均次數在德國沒有統計數字，但是可以參考鄰近的國家的統計，例如英國的報告，其監獄中受刑人造訪醫師的平均次數是一般社會中的人的三倍之多；比利時則是 3.8 倍²⁹。監獄中受刑人更常造訪醫師的原因是來自於，在監禁中受刑人對於自己的身體及健康之自我意識較深刻，並且在監獄中醫師是比較容易接近的。當然不可忽略的是，許多受刑人的身體及健康在入監前就處於較差的狀況，根據荷蘭司法部的統計，有 20% 至 50% 的受刑人在入監時就是處於需要醫療照護的情形³⁰。綜合這些因素，都形成監獄醫師的負擔高於外面一般社會中的醫師。

(二)傳統的醫療服務範疇與目前的發展

從上揭德國監獄醫院的概觀描述可知，傳統的監獄醫院提供的主要醫療服務範疇是內科與外科手術，其他的科別由於沒有自己的醫師，只能透過外部的諮詢醫師(konsiliarärzte)來診斷病因，但問題是無法將受刑人病患帶到諮詢醫師面前來接受診查。而向來監獄醫院會進行外科手術或侵入性的醫療措施，主要的思考是毋庸耗費額外的安全與監視的人力物力。然而近來對於外科手術或侵入性的醫療

²⁷ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.82.

²⁸ Schwind, Hans-Dieter /Böhm, Alexander / Jehle, Jörg-Martin/Laubenthal, Klaus (Hrsg.): Strafvollzugsgesetz- - Bund und Länder, Kommentar, 5.geänderte und neu bearb. Aufl.,Berlin : De Gruyter Recht 2009, §56 Rdn.25ff..

²⁹ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.83.

³⁰ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.83.

措施之衛生與品質確保的要求日益增高，而且對於術後的復健臨床照護也幾乎無法提供。因此，在近年來德國的監獄醫療是朝著下列的發展併行³¹：

1.縮減外科手術、削減外科手術床位

在這幾年之間，監獄醫院已不再進行大型的外科手術，而傳統的外科醫院，如舊東德地區的 Leipzig 監獄現在僅提供小型的外科手術。被視為監獄醫院的典範之 Nordrhein-Westfalen 邦的 Fröndenberg 監獄醫院則是將外科手術床位全數削減，而改為精神治療病床。這樣的潮流包括 Berlin 監獄近期開始營運的監獄醫院也沒有建置符合要求的外科手術部門。

2.在公立醫院建置臨床的監獄醫療

當監獄醫院不再進行外科手術時，或者說外科手術醫療資源日益減少時，就會發生所謂「病患旅行」(Patient-Tourismus) 以及「手術與術後照護分裂」(Splittin von operative und postoperativer Leistung) 的情形。在「病患旅行」的情形，在受刑人病患停留在外部醫院的期間就會增加外逃的危險，故必需耗費大量的安全人力物力。至於「手術與術後照護分裂」是指，有手術需求的受刑人病患在公立醫院接受外科手術，在甦醒至術後照顧的階段則送回監獄中。但是這樣的情形產的問題是，倘若在接送過程受刑人病患發生狀況，則很難釐清原因何在，就醫師的責任而言，亦難以釐清是進行手術的醫師或者照顧的醫師是可歸咎的，造成監獄與公立醫院合作的不利影響。所以在 Mecklenburg-Vorpommern 邦的 Warnow 醫院，以及 Brandenburg 邦之中的 Brandenburg 市的公立醫院，在院內設置具有安全設備的醫療區域，在其中受拘禁的病人可以獲得臨床的治療，兩者之具體內容見下列表格 3 所示。

表格 3：öffentliche Krankenhäuser mit gesicherten Haftstationen 具有安全設備監禁站之公立醫院

	Warnow-Klinik Bützow (Mecklenburg-Vorpommern) In Betrieb seit Januar 2005 自2005年1月開始營運	Städtisches Klinikum Brandenburg (Brandenburg) In Betrieb seit April 2008 自2008年4月開始營運
Status 狀態	In Mecklenburg-Vorpommern sind die klassischen Versorgungsstufen abgeschafft, daher am ehesten KH der Grundversorgung 在Mecklenburg-Vorpommern邦傳統的照護階段被廢止，之後則是基礎照護的醫院	KH der qualifizierten Regelversorgung 合格的一般照護醫院 Akademische Lehrkrankenhaus der Charite Charite的學術教學醫院
Abteilung 部門	Innere Medizin內科醫學 Chirurgie外科手術	Allgemein-und Viszeralchirurgie一般及內臟手術

³¹ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.248.

	Anästhesie麻醉	Anästhesiologie und Intensivtherapie 麻醉學及密集治療 Augenheilkunde眼科治療 HNO, Gesicht-und Halschirurgie耳鼻喉科, 臉部及喉嚨外科手術 Gefäßchirurgie血管外科手術 Frauenheilkunde und Geburtshilfe婦女疾病治療與接生協助 Innere Medizin I und II 內科醫學I及II Kinder-und Jugendmedizin孩童及少年醫學 Neurochirurgie神經外科手術 Orthopädie und Unfallchirurgie骨科及意外事件外科手術 Urologie und Kinder Urologie泌尿科及兒童泌尿科
Sicherung 安全狀況	Abgetrennter Bereich am Ende einer Station, nach den Vorgaben des Justizministeriums gesichert entsprechend JVA-Standard 根據司法部要求的符合監獄的安全標準, 在醫療站的尾端為隔開的區域	Fenstergitter, Schleuse, Haftraumtüren, detektierte Aussenkameraüberwachung 窗戶柵欄, 渠道、監禁房間的門, 偵測用的外部攝影監視器
Bewachung 監視	AVD, ganztägig 自動錄影監視器, 全天	AVD, ganztägig 自動錄影監視器, 全天
Bettzahl 牀位數量	5 Betten 5個床位	6 Zimmer 6個房間
Pflegeleistung 照護提供	Pflegepersonal des Krankenhauses 醫院的照護人力	Pflegepersonal des Justizvollzuges 監獄的照護人力
Aufnahme von Patient aus anderen Bundesländer 自其他聯邦接納病人	Möglich (allerdings erst Verlegung in JVA Bützow erforderlich) 有可能 (但是必需以先移監至Bützow的監獄為必要)	Möglich (über Ltd Anstaltsärztin JVA Brandenburg) 有可能 (透過Brandenburg監獄的監獄醫師主管)
Sonstiges 其他	Behandlungsfrequenz: ca. 3-4 Patient pro Woche 治療頻率: 每星期大的3至4個病人 Ca. 90 % der auftretenden Krankheiten behandelbar 大約90 % 出現的疾病皆可治療	In den 6 Zimmer z.T. Doppelbelegung möglich 六個房間目前雙倍容納安置是有可能

表格來源：Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.249.

(三) 當前的問題

目前德國監獄中的臨床疾病照護，有幾個問題的存在是極待解決，若沒有解決之道，未來即無法再給予受刑人符合品質、具有功能的臨床疾病照護。分述如下³²：

1. 監視的問題

凡是在監獄外進行疾病照護，都會面臨監獄人力的大量耗費的問題。例如安置在外面的公立醫院進行一項急性而必要的手術，所需的人力難以計劃，亦即通常是由兩個監獄人員監視一位受刑人，若是 24 小時的監視，人力的需求計算大約是 5.6 個人員位置，倘若超過一個月的時間，就會超過 11 個人員位置。另外，在監視工作上還有一些無從計算的壓力因素存在，例如監視工作的極端無聊，以及必需不斷與醫院的人員討論並決定一些事項，諸如鎖鍊是否因醫療考量而解除？在哪些醫療措施進行時，監獄人員應該離開等等問題。

2. 醫師欠缺及減縮醫療服務的問題

在德國目前面臨的問題是，許多小醫院都找不到合格的專業醫師人力，這種情形在監獄更形惡化，而且更是不可能完成的任務。監獄醫師欠缺的問題，在舊東德地區尤其嚴重。並且，愈來愈明顯的事實是，在監獄中對於衛生及醫療品質的要求期望愈來愈高，再加上各種醫療行為所應遵守的規則與指令之密度愈來愈強，當然對於人力資源的需求就愈來愈多，但衛生及醫療人力其實是高度專業能力者，原本就沒有那麼龐大的數量，這一方面導致監獄中醫療服務的費用不成比例地增加，另一方面則是導致監獄就縮減醫療服務的內涵，例如外科手術或侵入性治療行為，或者需要專業設備的治療都逐漸消失。

3. 建築物狀況的問題

在一些老舊的監獄醫院，其建築物的狀況完全無法符合醫院水準的要求，倘若要做到必要的改變，需耗費相當可觀的財力物力，並且實際上會遭遇很大的困難。

(四) 問題解決之道的建議

倘若以加強監獄醫師人力的角度做為目前問題的處理方式，恐怕是無法解決問題。如上述，在 Mecklenburg-Vorpommern 邦及 Brandenburg 邦在公立醫院設置給受刑人的臨床醫療照護區域，是比較好的方向。不過，以現行可見到的床位數量 (Warnow 醫院有 5 床；Brandenburg 市的公立醫院有 6 個房間)，對於一些受刑人數量大龐大的聯邦而言，恐怕較難以這種模式作為解決之道。

至於受刑人病患床位需求龐大的聯邦則應相對地採取另外的模式作為解決之道，該模式的基本想法是一種內部醫療與外部醫療的傳動運輸 (Verzahnung von

³² Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.249-250.

intra-und extramuraler Medizin)。亦即在這樣傳動運輸模式中，基本的元素是³³：

1. 監獄醫院是作為當地的大型公立醫院 (Ö kumenischen Krankenhaus) 之「分支醫院」(Filialkrankenhaus)。
2. 在大型公立醫院中有自己的隔離安全區域，在其中有醫院人員與監獄人員共同進行工作。而這個區域，特別是其中的安全設施，是以這樣的觀念來設置的，也就是當這個地區的監獄沒有受刑人有醫療的需求時，它可以用於其他的醫院及受刑人病患。
3. 在大型公立醫院任職的醫師也要在監獄醫院提供醫療服務。
4. 監獄醫院的醫師也要對於在大型公立醫院中的受刑人病患提供醫療服務。倘若監獄醫院的醫師想要選擇參與一般醫院的運作，則應該經過審查。
5. 監獄醫院的醫療急救也應由大型公立醫院任職的醫師共同進行照護。
6. 基於日漸增加的醫療行為所應遵守的規則與指令，而要求的必要人力資源（例如衛生人員或品質確保人員）應該由監獄醫師與大型公立醫院的醫師共同運用。
7. 監獄醫院與一個醫療照護的中心之連結在執行面上，應該在傳動運輸使其更加簡化，並且更有選擇性。

透過如此醫療照護的傳動運輸，應該可以達到以下的好處³⁴：

1. 對於那種鮮少使用的醫療措施的費用支出就可以降低，蓋因這種醫療措施只要在大型公立醫院進行即可。也就是，將監獄醫師與大型公立醫院連結，在大型公立醫院進行外科手術或其他需要較大設備的醫療措施，不但可以使監獄醫師在這些少見的醫療行為上獲得實務操作能力之培訓機會，也同時使得「量少」的問題獲得解決。
2. 可以減少將受刑人病患外送至其他醫院的可能性，並且可以節省掉外送醫院時的監視人力。
3. 對受刑人病患而言較有可能獲得合格的專業醫療人員的照護，以及有符合資格之專業醫療人員可加以運用。
4. 對於日漸增加的醫療行為所應遵守的規則與指令，也可以得到較平均的注意。
5. 可以使得不符合需求而要耗費大量人力物力去改變的監獄建築保留原樣，蓋因所需的醫療資源可由大型公立醫院提供。

近期在德國的大型公立醫院一直被質疑的財務狀況，也可因為與監獄醫院連結而開啓額外收入的來源。而監獄醫院透過與大型公立醫院的合作關係可以獲額外的利益，也就是透過合作可再連結至教學級醫院而獲得更多資源。至於大型公立醫院是否因此在社會大眾的印象中變成是一種監獄醫院，應該還沒有產生這樣的狀況，Warnow 醫院院內具有安全設備的醫療區域自 2005 年即存在，但該醫院

³³ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.250-251.

³⁴ Keppler, Karlheitz/ Stöver, Heino(Hersg.), a.a.O., S.250-251.

並沒有這種「負面印象」的問題。況且若將受刑人病患以全程監視的方式，將其送至一般的醫院，相較之下對醫院更可能會引起明顯的壓力與騷動不安。

參、監獄醫療之我國狀況與問題

一、我國監獄醫療之相關法令規範狀況

在我國有關監獄中受刑人的醫療照護，依照監獄行刑法及監獄行刑法施行細則等規定，大致分其情形簡單說明如下：

(一)監獄內就醫

監獄行刑法第 54 條第 1 項規定，罹患急病者，應於附設之病監收容之；監獄行刑法施行細則第 71 條第 2 項規定，受刑人或其攜帶之子女罹疾病者，應由監獄醫師悉心診治，不得延誤，並作紀錄，以備查考。人力不足時，得特約監外醫師協助。依此等規定，若受刑人罹患疾病，是由監獄之醫師或者延聘之特約醫師、兼任醫師在監獄內為受刑人診療，藥品材料亦由監獄提供，受刑人是不需負擔任何費用。

(二)監獄內自費延醫

監獄行刑法第 57 條規定，罹患疾病之病人請求自費延醫診治時，監獄長官應予許可。依此規定，受刑人自願負擔所有醫療費用請求外界醫師診治，得由監獄代聘醫師為受刑人辦理自費延醫。自費延醫的狀況，依監獄性質以及受刑人需求，分為受刑人或家屬自行延請醫師至監獄內為受刑人診療，以及監獄延請醫師至監獄內為受刑人診療等兩種情形。通常自費延醫診治時，由監獄提供現有醫療設備使用之，所需藥品材料，原則上由監獄就現有者供應，特殊或不足之藥品材料則由延請之醫師開立處方，由受刑人或其家屬自行提供或請監獄代購之，其費用由受刑人或其家屬自行負擔³⁵。

(三)移送病監

監獄行刑法第 54 條第 1 項規定，罹患急病者，應於附設之病監收容之；監獄行刑法第 58 條第 1 項規定，受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之治療者得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治，或移送病監或醫院；監獄行刑法第 55 條規定，罹患肺病者，應移送於特設之肺病監；監獄行刑法第 56 條規定，受刑人精神喪失時，移送於精神病院，或其他監護處分處所；監獄行刑法施行細則第 72 條規定，受刑人經醫師診斷有左列情形之一者，得收容於監獄附設之病監，並報告典獄長：一、患急性疾病或所患疾病須療養者。二、有嚴重外傷或須急救者。

³⁵ 姜東山，矯正機關收容人就醫權益之保障，國立中正大學法律研究所碩士論文，2010 年，頁 74-75。

三、有隔離治療或住病監治療之必要者。

有關移送病監，其實我國各監獄並沒有設置真正的病監，於 2004 年台中監獄附設培德醫院正式設立後，才算是監獄中附設之病監。而過去曾有針對特定疾病設置專門的病監，例如法務部曾於基隆設置肺病治療專門監獄，但因該地區氣候不利於呼吸疾病療養，後改設置於彰化監獄，又因當地居民反對，現在因有設置臺中監獄培德醫院之醫療專區，故肺病之受刑人已移入臺中監獄醫療專區。對於精神病患者則設有台北監獄桃園分監、台中監獄草屯分監，現亦已移入台中醫療專區治療，以及台北監獄桃園分監改專門收容女性精神病患³⁶。

(四)戒護外醫

監獄行刑法第 58 條規定，受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之治療者得斟酌情形，報請監督機關許可保外監治，或移送病監或醫院。該條規定中所稱移送醫院即獄政實務上的戒護外醫，有文獻指出³⁷，通常是因受刑人罹患重病而監獄內醫療設備無法作適當治療，或病情急需治療而夜晚、假日無醫師駐診，則由監獄派員戒護病患外出至醫院接受門診檢查或住院等醫療。

戒護外醫時，有文獻指出³⁸，實務上通常每名受刑人住院治療時需 3 名戒護人員 24 小時戒護，隔時換班，故一名受刑人戒護住院即需配置四名警力³⁹。受刑人在戒護人員戒護下使用手銬、腳鐐等戒具⁴⁰。戒護外醫之性質，因仍受公權力約束，視同在監服刑。戒護外醫一般情況以自費為原則，家境清寒無力繳納者，由主管機關管理之作業基金適度補助⁴¹。

³⁶ 姜東山，前揭論文，頁 75-76。

³⁷ 姜東山，前揭論文，頁 76。

³⁸ 姜東山，前揭論文，頁 76-77。

³⁹ 惟依筆者查得之民國 101 年 2 月 23 日公佈之法務部矯正署臺南監獄戒護外醫（住院）應注意事項，其中並無提及每位戒護外醫之受刑人應由幾位戒護人員戒護之。該項命令查詢來源請參照網址：<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT01.aspx?lsid=FL064419>，瀏覽日期：2012.10.24。

⁴⁰ 參照上揭提及之法務部矯正署臺南監獄戒護外醫（住院）應注意事項第四點：外醫（住院）戒具之施用：一、戒護外醫情況緊急時，施用活動式腳鐐，到達醫院，病情穩定後，再更換為固定式腳鐐及製作受刑人及同房收容人談話筆錄存查。二、病情非常危急時，為免耽誤救治時效，得暫免施用戒具，惟戒護人員應隨時攜帶活動式腳鐐，於戒送醫院途中施用。三、外醫收容人住院中，一律穿著收容人制服並使用腳鐐、手銬、聯鎖，並應固定於病床上，如因醫療上必須開啟時應注意戒護及安全，立即以電話報告戒護科核備後實施。四、外醫受刑人住院後病況嚴重，經醫師發出病危通知，值勤人員應解除固定式腳鐐，改以施用活動式腳鐐，俟病情穩定後，再更換為固定式腳鐐，以免招受刑人家屬議論。

⁴¹ 依民國 101 年 2 月 16 日修正的法務部矯正機關作業基金收支保管及運用辦法第 5 條第 7 款，基金之用途有補助收容人及其家屬醫療、教育及生活照顧之支出。該項命令查詢來源請參照網址：<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT0202.aspx?lsid=FL010360>，瀏覽日期：2012.10.24。

(五)保外醫治

根據監獄行刑法第 58 條規定，受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之治療者，得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治，或移送病監或醫院。監獄行刑法施行細則第 73 條第 1 項規定，依監獄行刑法第 58 條報准許可受刑人保外醫治時，應詳述其病狀，必需保外醫治之理由、所犯罪名、刑期及殘餘刑期。保外醫治之治療期間屬自費醫療，而保外醫治期間內不算入刑期，待痊癒後再返回監獄繼續服刑，亦即監獄不承擔對受刑人的醫療責任⁴²。

然而依此等規定，究竟在何種審查基準下可准予保外醫治，法令上其實是付之闕如的。對此有文獻提及，保外醫治乃罹患疾病之受刑人，因衰老或殘廢不能自理生活或懷胎五月以上或分娩未滿二月，在監獄內不能為適當之醫治，暫時釋放至監獄外醫療院所就醫⁴³。但依主管機關在民國 92 年 3 月 28 日頒佈之保外醫治受刑人管理規則⁴⁴中，並無保外醫治之審查基準，該項規則之內容皆為已核准保外醫治後，受刑人在保外醫治期間應遵守的事項。

過去監獄審查是否可保外醫治之基準，或許可供參考的是，於民國 75 年頒佈、100 年 1 月 1 日已廢止之法務部審核各監獄保外醫治受刑人限制住院治療及不予限制住院治療要點⁴⁵，其中第 1 條規定，本部審核各監獄保外醫治受刑人，除依監獄行刑法有及其施行細則有關規定辦理外，左列受刑人應予限制住院治療：(一) 犯殺人、搶奪、搶劫、煙毒、強盜、盜罪、竊盜、違反麻醉藥品管理條例及違反槍砲彈藥刀械管制條例之罪者。(二) 累(再)犯、附有保安處分尚未執行或有另案未決者。(三) 犯貪污罪，宣告刑在五年以上者。(四) 殘餘刑期在五年以上者。(五) 有脫逃記錄者。(六) 保外醫治受刑人對於被害人或社會有不良影響之虞者。(七) 監獄依法先行保外醫治者。(八) 曾違反保外醫治規定者。(九) 其他情形認有限制住院治療之必要者。又，第 2 條規定，左列保外醫治受刑人，得不予限制住院治療：(一) 保外醫治受刑人經住院治療，效果不彰，經住院醫師診斷，短期內顯難治癒，需繼續治療者。(二) 所患為慢性疾病或因傷(病)至肢體有殘廢之虞，經醫師診所，需長期住院者。(三) 年齡逾七十歲者。

另外，依筆者參訪台中監獄所獲得的資料⁴⁶，依台中監獄自訂之保外醫治審酌標準為：(一) 癌症末期、(二) 重症經醫師評估後建議需施行器官移植或骨髓移植者、(三) 慢性病經積極治療後仍無好轉趨勢且病情加劇者、(四) 器官衰竭無法自理生活者、(五) 經醫師詳細評估後，其病情在數個月或近期內可能惡化而危及生命之虞者。

⁴² 楊士隆、林建陽著，犯罪矯治一問題與對策，五南出版社，1997 年，頁 101。

⁴³ 姜東山，前揭論文，頁 77。

⁴⁴ 該項命令查詢來源請參照網址：

<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT01.aspx?lsid=FL023881>，瀏覽日期:2012.10.24。

⁴⁵ 該項命令查詢來源請參照網址：

<http://db.lawbank.com.tw/FLAW/FLAWDAT0202.aspx?lsid=FL043036>，瀏覽日期:2012.10.24。

⁴⁶ 筆者於民國 101 年 10 月 22 日與監察委員黃煌雄參訪台中監獄所得資料。

二、我國監獄醫療問題簡析

(一)監獄醫療人力及資源不足且分配不均

有關監獄醫療人力及資源，有文獻提及⁴⁷，依法務部矯正司 2009 年統計資料顯示，法務部所屬 49 個監院所校編制醫師員額為 119 名，僅有專任醫師 2 名，即臺灣基隆看守所及臺灣高雄第二監獄各有壹名回任公費醫師在職，其它 47 個矯正機關則無專任醫師，而約聘之聘任或兼任醫師有 192 名人員，其他相關醫護人員編制為 407 名，實際上為 142 名（如表格 4），以此等人力負責我國矯正體系約 64,000 名受刑人所有醫療相關業務。又依 2010 年監察院的調查報告⁴⁸中指出，法務部所屬 49 個矯正機關核定容額為 54,924 人，至 98 年收容 63,582 名（98 年 10 月 8 日統計），醫師預算員額上限為 44 名，現僅有專任醫師 1 名，其他醫護人員（含心理師、藥師、藥劑生、護理師、護士、醫事檢驗師（生）等）編制 218 名，現有 164 名（截至 98 年 9 月底止），以一百多名醫護人員要應付 6 萬 3 千餘收容人之日常醫療業務，尚需兼辦一般行政業務，故醫事人員的編制需全盤的調整與檢討（見表格 5-7）。再依媒體報導，依矯正署統計資料，截至 2011 年底，全國監所醫事人員（醫師、護理人員、藥師、醫檢師等）僅 211 人，須處理近 6 萬 5000 名收容人的醫療衛生業務，平均每位醫事人員服務 308 名收容人，明顯吃力，而桃園監獄的醫護人力與收容人數比例約為 1 比 1000，嚴重不足，且部分監所連醫師法定編制都闕如⁴⁹。我國以這樣醫事人員的數量，對照監獄的看診人次，例如表格 8 係單單高雄監獄自民國 94 年至 99 年上半年間的年度看診人次的統計資料，每年皆是四萬多人次的數量，由此亦可反映出我國監獄醫療資源欠缺及品質不佳的問題確實嚴重。而根據筆者曾進行過的一項有關受拘禁人人權的研究⁵⁰中顯示，受拘禁人相當多批評的醫療資源欠缺及品質不佳之狀況，該研究中有關「監獄或看守所提供的醫療品質與設備」的問卷問題，回答非常不足的有 1358 人，約佔 50 %；回答尚可的有 941 人，約佔 35 %；回答滿意的有 106 人，約佔 4 %；回答無意見的有 299 人，約佔 11 %⁵¹。由此亦可反映監獄醫療照護不足是我國監獄長期以來的問題。

⁴⁷ 姜東山，前揭論文，頁 72。

⁴⁸ 監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國 99 年 5 月，頁 160。

⁴⁹ 請見網址連結 <http://www.libertytimes.com.tw/2012/new/oct/8/today-so8.htm>，瀏覽日期：2012.10.28。

⁵⁰ 本次研究為行政院國家科學委員會專題研究「我國監所受拘禁人之人權狀況暨權利救濟途徑需求之實証探討」（計劃編號 NSC 98-2410-H-194-083）。以問卷調查方式為之。問卷調查是在臺北監獄、嘉義監獄、高雄監獄、臺南看守所、臺中女子監獄、桃園女子監獄的協助下進行⁵⁰。進行問卷的時期為 98 年 9 月 1 日至 12 月 31 日，合計完成共 2704 份有效樣本，男性受拘禁人有 2404 位、女性受拘禁人有 300 位。分別是臺北監獄 200 人、嘉義監獄 100 人、高雄監獄 2000 人、臺南看守所 104 人、臺中女子監獄 100 人、桃園女子監獄 200 人。

⁵¹ 盧映潔、魏寬成，2011/ 04，我國監所受拘禁人的人權狀況暨權利救濟需求之探討--兼論我國假釋相關決定之救濟制度研析，中正法學集刊第 33 期，頁 1-79。

表格 4：我國矯正機關醫事人員編制統計表 (2005 年)

職稱	編制員額	現有員額	備註
醫師	119	2	特約醫師另 89 員 兼任醫師另 103 員
藥師	76	38	含藥劑生
護理師	130	59	含護士
醫檢師	86	10	
臨床心理師	115	33	編配戒治所服務

表格來源：姜東山，矯正機關收容人就醫權益之保障，國立中正大學法律研究所碩士論文，2010 年，頁 72。

表格 5：矯正機關醫師人員統計 (民國 98 年 9 月)

機關別	監獄	獨立戒治所	技訓所	少輔院	矯正學校	看守所	少觀所	合計
法定員額	28-56	4-5	3-9	4-10	2-4	4-14	2-3	計
預算員額	27	6	1	0	2	6	2	44
現有員額	0	1	0	0	0	0	0	1

表格來源：監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國 99 年 5 月，頁 158。

表格 6：矯正機關護理人員統計(民國 98 年 9 月)

機關別	監獄	獨立戒治所	技訓所	少輔院	矯正學校	看守所	少觀所	合計
法定員額	40-54	5-8	3-9	4-10	2	13-14	5	計
預算員額	39	6	5	3	2	14	3	72
現有員額	39	6	5	2	2	13	3	70

表格來源：監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國 99 年 5 月，頁 158。

表格 7：矯正機關醫事檢驗人員統計(民國 98 年 9 月)

機關別	監獄	獨立戒治所	技訓所	少輔院	矯正學校	看守所	少觀所	合計
法定員額	13-41	8	3-6	0	2	4-14	2	計
預算員額	6	8	1	0	0	2	0	17
現有員額	4	8	1	0	0	1	0	14

表格來源：監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國 99 年 5 月，頁 158。

表格 8：臺灣高雄監獄受刑人看診情形 (民國 94 至 99 年)

年度別	總人數	內科	外科	耳鼻喉科	皮膚科	牙科	眼科	婦科	骨科	泌尿科	神經科	精神科	家庭醫學	中醫	自費延診	義診	其他
94 年	47,338	40,20	1643									1666			2271	155	
95 年	54,854	40,39	2499									1737			1022		
96 年	43,853	38,80	1537									1256			2260		
97 年	48,351	45,20	854									1411			880		
98 年	47,100	42,89	569									1871			1761		
99 年 1~6 月	19,877	17,784	156		----- 891							891			995		

表格資料來源：高雄監獄衛生科統計資料。

<http://www.ksp.moj.gov.tw/lp.asp?ctNode=12746&CtUnit=774&BaseDSD=7&mp=0>

56 (最後瀏覽日 2011/03/09)。

備註：自費延醫含牙科、中醫、皮膚科、眼科、耳鼻喉科。

有關我國監獄醫療資源欠缺及品質不佳的原因，有文獻提及⁵²，應該是因為大部分監獄位於偏遠地區，加之醫師聘用經費過低，每診次上限為3小時，約2,300元至2,600元，在交通不便及經費不足考量下，一般醫院醫師至監獄看診之意願不高，加上受刑人醫療偏向某些病症，聘請專科醫師診治更為不易。又，多半監獄甚至無藥師編制，若受刑人因病需調劑藥品，勢必違反藥事法之規定，醫師人力嚴重不足為監獄醫療服務提供之最大阻礙。其次，因監獄原設計規畫非以醫療為目的，長年經費缺乏使設備無法更新擴充，受刑人具傳染病、肺結核病時，應與一般受刑人隔離或移送適當處所進行治療，但是部分監獄原有建築物已無法提供足夠空間供作為治療處所，非但影響罹病受刑人醫療權益，亦增加一般受刑人感染傳染病之機率。另外，專收女性受刑人病患的監獄僅有桃園分監內之精神病與肺結核療養區（具備二間負壓病房），而女性受刑人人數不斷增加，都已無法應付女性受刑人的醫療需求。而上揭提及的監察院 2010年調查報告⁵³中同樣指出，監獄（矯正機關）醫療問題之癥結，在於醫師待遇偏低（師二級俸點 505，月支待遇為新台幣91,470 元），與外界醫師每月動輒二、三十萬元薪資相較之

⁵² 姜東山，前揭論文，頁 83-84。

⁵³ 監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國 99 年 5 月，頁 159。

下，幾無醫師願意至監獄（矯正機關）服務。另因監所散布各地，部分偏遠及離島之矯正機關遴聘特約及兼任醫師更屬不易。而行政院核定之兼任醫師酬勞費係比照中央健康保險局聯合門診中心按次支付，訂有上限之規定（每診次3小時，2,660元），致部分兼任醫師不願前往監獄（矯正機關）看診。另矯正機關醫師升遷管道狹窄，除專任醫師外，僅有衛生科長之職缺得以升任，致使外界醫師對於擔任矯正機關專任醫師之興趣缺缺。

此外，由於監獄內之醫療配備實無法符合專業性醫療上之需，僅能施行一般簡單、基礎性醫療作業，如遇受刑人罹患重病或急病仍需以「戒護外醫」之方式辦理。而根據主管機關法務部的說明⁵⁴，受刑人（收容人）至醫療院所就診多採自費方式辦理，惟現行獄政法規中，並未明文規範受刑人（收容人）戒送外醫、住院所需費用究應由公務預算抑或受刑人（收容人）自行負擔。實務作法係由受刑人（收容人）自付，如屬清寒者方得檢附相關資料，報由法務部專案補助。又，受刑人（收容人）積欠之醫療費用非屬公法上之金錢給付義務，故無法移送行政執行處強制執行，以致賴帳情形普遍。矯正機關為兼顧與醫療院所間之長遠合作關係，多由機關先行墊付相關費用，加以陳報法務部專案補助所需文件繁複、取得不易，致監獄（矯正機關）常需由其他經費支應，影響其他業務之推展。此亦形成不公平現象。

為提升監獄的醫療品質，台中監獄於2002年4月間委由中國醫藥大學附設醫院開辦門診服務、2003年9月試辦住院服務、2004年2月「台中監獄附設培德醫院」正式營運。其醫療服務的內含有門診、住院、手術及血液透析中心，醫療項目有內科、外科、檢驗科、放射線科與給予藥劑。在門診服務提供方式上每週有43個診次、20個次專科診別，共有9個門診診間，並且包含基本檢驗、放射、超音波及內視鏡檢查服務，若需給藥就當日看診當日給藥。至於住院服務，是對於全國各監獄（包括技能訓練所、戒治所）之受刑人（收容人），若符合收治標準⁵⁵而在原監獄（矯正機關）無法得到適當治療者，均可於呈報獲准後移送醫療專區治療。住院服務採取「隨時入住」以及「團隊照護」，由專責醫師每日查房、二十四小時專科護士照護之集中護理與全責照護模式。台中監獄附設培德醫院的醫療服務量在2011年，門診業務量為56,842人次、急診業務量為3,655人次、手術業務量為131台、血液透析業務量為9,850人次⁵⁶。近期台中監獄附設培德醫院的病床等硬體設備及人力配置狀況如下列表格9；醫療服務量（月平均業務量）如下列表格10。

除了附設培德醫院之外，台中監獄已於2003年12月11日經核定，為法務

⁵⁴ 監察院，監獄、看守所收容人處遇、超收及教化問題之檢討專案調查研究報告，民國99年5月，頁160-161。

⁵⁵ 收治標準為：(1) 單純性無嚴重併發症之病例、(2) 急症病例經相關檢查後之病例、(3) 需短期加強護理之病例、(4) 局部麻醉手術之病例、(5) 其他經醫師認定需住院醫療者。筆者於民國101年10月22日與監察委員黃煌雄參訪台中監獄所得資料。

⁵⁶ 筆者於民國101年10月22日與監察委員黃煌雄參訪台中監獄所得資料。

部所設置之中區醫療專區，以收治全國各監獄（矯正機關）男性精神疾病、肺結核症之受刑人（收容人）。2004 年臺中監獄的中區醫療專區設置有精神病房 350 床、肺結核病房 80 床。因此，所謂醫療專區，其中門診（含急診、手術房）、血液透析中心、住院（含住院病床、急診觀察床與手術恢復後病床）等部門設置暨作業，乃委由中國醫藥大學附設醫院經營管理；而精神病療養區以及具負壓隔離病房之肺結核隔離專區，則是將台北監獄桃園分監、台中監獄草屯分監及彰化監獄精神病監中的精神病患以及罹患肺結核的男性受刑人（收容人）移入⁵⁷。又依 2005 年 4 月 28 日奉法務部函示，台中監獄為中部地區感染後天免疫不全症候群（即愛滋帶源者）之受刑人（收容人）的集中收容機關，而培德醫院為後天免疫不全症候群已發病受刑人收容人之後送醫院⁵⁸。

表格 9：台中監獄附設培德醫院病床等硬體設備及人力配置狀況

病床類別	開放床數
一般急性病床	68
手術恢復後床	2
急診觀察床	1
血液透析床	20

其他設備	數量
手術台	1
門診診間	9

人員別	人數
醫師	8
護理師	32
醫檢師	2
放射師	2
藥師	3

表格資料來源：台中監獄提供

⁵⁷ 女性精神病、肺結核收容人則是移送臺北監獄桃園第一分監執行與治療（目前可收容精神病床為 38 床、肺結核病床為 18 床）。姜東山，前揭論文，頁 91。

⁵⁸ 姜東山，前揭論文，頁 92。

表格 10：台中監獄附設培德醫院醫療服務量（月平均業務量）

年度 業務項目	民國 98 年	民國 99 年	民國 100 年	民國 101 年 1-9 月
門診人次	4,455	4,415	4,737	5,054
急診人次	274	296	305	345
住院人次	82	79	75	77
住院人日	1,268	1,012	1,090	1,026
血液透析人次	736	874	821	857

表格資料來源：台中監獄提供

綜合上述有關我監獄醫療人力及資源狀況可知，我國絕大多數的監獄並無專任醫師，皆是運用約聘醫師，實在難應付實際需要，而演變成延誤送醫甚或發生醫療糾紛等情事。至於醫療設備與資源較充足的醫療專區，其門診服務僅提供給台中監獄的受刑人，而血液透析或住院診療服務，其對象多為中區區域內其他監所無法提供適當醫療之受刑人（收容人），以臺中監獄、臺中看守所、臺中女子監獄、臺中戒治所等收容人為重。雖然也可以接受北、南、東各區域其他監獄（矯正機關）長途轉送診療之受刑人（收容人），但仍需視限額收容量來決定是否可移送醫療專區培進行治療。此即產生不同區域的受刑人獲得的醫療資源是不公平的現象。

（二）法令規範思維老舊且密度不足

如前所提及，我國有關受刑人醫療照護的法令規定有以下條文，羅列如下：

1. 監獄行刑法部份：

法律名稱及條號	條文內容
監獄行刑法第 54 條第 1 項	罹急病者，應於附設之病監收容之。
監獄行刑法第 55 條	罹肺病者，應移送於特設之肺病監。
監獄行刑法第 56 條	受刑人精神喪失時，移送於精神病院，或其他監護處分處所。
監獄行刑法第 57 條	罹患疾病之病人請求自費延醫診治時，監獄長官應予許可。
監獄行刑法第 58 條第 1 項	受刑人現罹疾病，在監內不能為適當之治療者得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治，或移送病監或醫院。

2. 監獄行刑法施行細則部份

法令名稱及條號	條文內容
監獄行刑法施行細則第 71 條第 2 項	受刑人或其攜帶之子女罹疾病者，應由監獄醫師悉心診治，不得延誤，並作紀錄，以備查考。人力不足時，得特約監外醫師協助。
監獄行刑法施行細則第 72 條	受刑人經醫師診斷有左列情形之一者，得收容於監獄附設之病監，並報告典獄長：一、患急性疾病或所患疾病須療養者。二、有嚴重外傷或須急救者。三、有隔離治療或住病監治療之必要者。

比較觀察目前歐洲人權法院對於監獄受刑人之基本待遇所援引的歐洲監獄規則(European Prison Rule)⁵⁹，其中有關醫療照護之要求，先簡單介紹如下：

第 39 條 監獄當局應保障所有受刑人在他們的照顧下之健康 (Prison authorities shall safeguard the health of all prisoners in their care)
第 40 條 監獄中的醫療服務應該與社會或國家的衛生行政部門密切關連地加以組織建置 (Medical services in prison shall be organised in close relation with the general health administration of the community or nation.)
第 40 條之 3 受刑人即使基於他們所處的法律狀態，仍應獲得國內的衛生服務而不應加以歧視 (Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation)
第 40 條之 4 監獄中的醫療服務應尋求檢查出以及治療受刑人可能遭受身體或精神疾病或缺陷 (Medical services in prison shall seek to detect and treat physical or mental illnesses or defects from which prisoners may suffer)
第 40 條之 5 在社會上可使用的所有必要之醫療，包括外科及精神科服務，皆應提供予受刑人用於相同目的 (All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner for that purpose)
第 41 條之 1 每個監獄應當至少有一名合格的普通科醫生的服務 (Every prison shall have the services of at least one qualified general medical practitioner)

⁵⁹ 參照下列網址：<https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=955747>，瀏覽日期:2012/10/28。

<p>第 41 條之 2 應確保在任何時候皆可作出安排，一個合格的醫生在緊急情況下沒有延遲地可供使用(Arrangements shall be made to ensure at all times that a qualified medical practitioner is available without delay in cases of urgency)</p>
<p>第 41 條之 3 在沒有全職醫生的監獄，應有兼職醫生定期訪問 (Where prisons do not have a full-time medical practitioner, a part-time medical practitioner shall visit regularly)</p>
<p>第 41 條之 4 每個監獄應有適當培訓的醫療照護人員 (Every prison shall have personnel suitably trained in health care)</p>
<p>第 41 條之 5 合格的牙醫師和配鏡師應該提供予每一個受刑人 (The services of qualified dentists and opticians shall be available to every prisoner)</p>
<p>第 41 條之 6 需要專科治療的患病受刑人，若是監獄無法提供治療，應被轉移到專門的機構或民間醫院 (Sick prisoners who require specialist treatment shall be transferred to specialised institutions or to civil hospitals, when such treatment is not available in prison)</p>
<p>第 46 條之 2 凡是監獄服務中有自己的醫院設施，則應配備足夠的工作人員，以提供受刑人所稱他們需要的適當之護理和治療 (Where a prison service has its own hospital facilities, they shall be adequately staffed and equipped to provide the prisoners referred to them with appropriate care and treatment)</p>

由我國監獄相關法令中就受刑人醫療照護的規定，對照歐洲監獄規則的要求，筆者認為我國的規定呈現出的思維頗為老舊，也就是沒有顯現出受刑人應具有醫療照護之主體性，以及國家（或說獄政機關）應提供醫療照護之義務性，並且在法律條文中對於監獄醫療人力與資源，以及醫療照護的內容也沒有明白的要求。因此，在我國獄政實務上向來不認為受刑人對於醫療照護有請求權存在，加以法條對於醫療照護的具體提供內容付之闕如，究竟要提供哪些科別的醫療照護幾乎只能仰賴獄方能夠尋得或者提供多少資源就是多少；在醫療照護的費用支付問題，尤其在戒護外醫的情形，也因受刑人醫療照護的法律性質定位不夠明確以及法令規定不周，容易產生紛爭與質疑；在保外醫治的問題上，更因法令上完全缺乏審查基準的列舉，加上獄政實務上究竟是醫療優先或者社會安全優先的態度並不明確，還有決定的流程太過隱諱且欠缺涉事者的參與，導致保外醫治准允與否的個案決定往往難以獲得受刑人及其家屬與外信任。希望在民國 102 年開始施行的新修之全民健康保險法，將受刑人（收容人）納入健保後，未來監獄醫療將

由健保醫療之保險醫事服務機構對受刑人提供醫療服務，上述這些問題能夠獲得相當的解決。但獄政主管機關在受刑人(收容人)納入健保後，同時也應修改獄政相關法令，使受刑人醫療照護的規定能夠以符合國際人權準則的內容為呈現。

三、附論：前總統陳水扁先生保外就醫爭議之原因分析

(一)政治問題法律化、法律問題政治化之我國思維

前總統陳水扁先生自 2008 年 11 月 12 日卸任總統職務後，即因涉嫌貪污、洗錢等弊案遭起訴，並曾受到羈押禁見，目前為止因所謂因龍潭購地、陳敏薰人事等兩案收賄，以及龍潭購地洗錢案，經法院將三罪合併訂定應執行十八年六月徒刑、併科一億五千六百萬元罰金⁶⁰，而在台北監獄執行刑罰，成為中華民國歷史上首位在監的卸任總統。近期因陳水扁先生健康狀況不佳，自今年(2012)起開始有與陳水扁先生同黨籍的立法委員以及支持陳水扁先生的民間人士或社團要求當局給予陳水扁先生保外就醫⁶¹，並發起連署活動⁶²，立法院與一些縣市議會亦曾通過提案，建請獄政主管機關即法務部可只同意讓陳水扁先生保外就醫⁶³。由於陳水扁先生的身份特殊，是否應准予保外就醫的問題，引起許多政治人物表達意見，例如台北市長郝龍斌曾明白表示支持陳水扁先生保外就醫，其認為，讓陳前總統保外就醫不只是司法問題，而是牽動許多綠營支持者情感的社會心理問題，陳前總統保外就醫，對於撫平社會傷痕上，有指標意義⁶⁴。不過，馬英九總統則是在接受官方通訊社中央社專訪時重申不接受陳水扁保外就醫，並示保外就醫其實是醫療假釋，也就是出來後其實就自由了⁶⁵。另外，在 2010 年 8 月時立法院曾通過修正「卸任總統副總統禮遇條例」，原規定係卸任總統副總統如果再任公職、犯內亂、外患、貪污罪經判刑確定，或是喪失中華民國國籍、移居國外定居者，將停止禮遇。後修正的條文則規定為卸任正副元首犯內亂、外患、貪污罪一審被判有罪，就停止禮遇、縮減隨扈，前總統陳水扁的禮遇金與事務費將遭停止⁶⁶。然而，因陳水扁先生近期是否保外就醫的爭論，今年（2012 年）10 月

⁶⁰ 相關新聞請參見網址：<http://n.yam.com/tlt/politics/20121102/20121102939692.html>，瀏覽日期：2012/11/2。

⁶¹ 相關新聞請參見網址：<http://www.cna.com.tw/News/aIPL/201207250308.aspx>，瀏覽日期：2012/10/28。

⁶² 相關新聞請參見網址：<http://www.appledaily.com.tw/appledaily/article/headline/20120620/34311905/>，瀏覽日期：2012/10/28。

⁶³ 相關新聞請參見網址：<http://www.nownews.com/2012/10/04/301-2860449.htm>，以及<http://www.libertytimes.com.tw/2012/new/oct/2/today-p3.htm>，瀏覽日期：2012/10/28。

⁶⁴ 相關新聞請參見網址：http://newtalk.tw/news_read.php?oid=28509，瀏覽日期：2012/10/28。

⁶⁵ 相關新聞請參見網址：http://www.bbc.co.uk/zhongwen/trad/chinese_news/2012/08/120827_tw_chenshuibian_on_bail.shtml，瀏覽日期：2012/10/28。

⁶⁶ 相關新聞請參見網址：<http://blog.udn.com/sheujialan1/4336717#ixzz2B1zHabFh>，瀏覽日期：2012/11/2。

份又有與陳水扁先生同黨籍的立法委員提案欲修正卸任總統、副總統禮遇條例第4條規定，其主張修正為卸任的正副元首若受有期徒刑宣告，在受刑期間身體健康有安全顧慮，政府應恢復保健醫療的禮遇，保障卸任正副元首的醫療權益⁶⁷。

針對上述這些有關陳水扁先生是否保外就醫的相關言論意見或舉動，筆者認為這些都是台灣社會習慣將法律問題政治化、又將政治問題法律化之典型呈現，因而有諸多誤謬應該加以指出。申言之，即使陳水扁先生因過去擔任國家元首，有其身份特殊性之政治意涵存在，但是目前陳水扁先生是因刑事判決確定而在監服刑的受刑人，對於受刑人因疾病或健康狀況差而是否應給予保外醫治的決定，應該是一個監獄法令上的法律問題。面對這樣的法律問題，以連署方式、民意機關通過提案呼籲方式或者政治人物表達意見方式，都只能解讀為是個人出於政治情感或政治利益所展現的表象行為，並不能真正解決此一問題。至於卸任總統副總統禮遇條例在2010年8月的修正，原本就是不喜陳水扁先生的不同黨籍立法委員形成的修法，日前又提出要修正卸任總統副總統禮遇條例的立法委員，則是基於與陳水扁先生的同黨籍情誼所為的政治舉動。其實，卸任總統副總統禮遇條例本質上與監獄行刑法中受刑人醫療照護問題，兩部法律應該不屬於同一事務的處理，當然就不是同一層次的法律適用關係。換言之，卸任總統副總統禮遇條例第1條第1項第4款規定對於卸任總統副總統供應保健醫療，就如同配置隨扈一事，性質上是屬於卸任總統副總統身處在自由社會中才有執行可能性的禮遇事項，然而當卸任總統經剝奪人身自由而監禁於監獄中，凡是禮遇事項與監禁本質有實踐上的衝突時，禮遇條例即使沒有修法，原本就無適用餘地，也就是試問在監獄中如何為卸任總統配置隨扈？！在監獄中如何如何為卸任總統進行年度的健康檢查？！由此可見我國立法機關對於法律適用未斟明瞭瞭，而以試圖以卸任總統副總統禮遇條例的修法作為陳水扁先生能保外醫治的法律依據，其實是不正確且不恰當的做法。

另外，在我國的獄政法令上並沒有所謂「醫療假釋」的制度或說法，而我國的「假釋制度」與受刑人的醫療照護事項無關。惟馬英九總統卻將保外醫治與假釋兩個在法律規定上以及目的功能上屬於完全不同的事項混淆在一起，而提出保外醫治等同於醫療假釋的不正確說法，依此來反對陳水扁先生的保外醫治，亦屬不可取。申言之，受刑人是否能假釋，係依照刑法第77條規定的要件為審查⁶⁸，除了需服刑達一段期間外，尚需考量受刑人有悔悔實據，在我國是依照累進處遇

⁶⁷ 相關新聞請參見網址：<http://www.nownews.com/2012/10/01/91-2859149.htm>，瀏覽日期：2012/11/2。

⁶⁸ 刑法第77條的規定為：受徒刑之執行而有悔悔實據者，無期徒刑逾二十五年，有期徒刑逾二分之一、累犯逾三分之二，由監獄報請法務部，得許假釋出獄(第1項)。前項關於有期徒刑假釋之規定，於下列情形，不適用之：一、有期徒刑執行未滿六個月者。二、犯最輕本刑五年以上有期徒刑之罪之累犯，於假釋期間，受徒刑之執行完畢，或一部之執行而赦免後，五年以內故意再犯最輕本刑為五年以上有期徒刑之罪者。三、犯第九十一條之一所列之罪，於徒刑執行期間接受輔導或治療後，經鑑定、評估其再犯危險未顯著降低者(第二項)。無期徒刑裁判確定前逾一年部分之羈押日數算入第一項已執行之期間內(第三項)。

條例的相關規定，對於受刑人在獄中的教化、作業、操行等各項表現的分數計算達一定標準始認為符合此要件。而假釋在本質上乃一種附條件釋放的行刑措施，其的目的功能是因為認定該受刑人業已改過遷善，一方面提前釋放受刑人出獄，使其在自由社會中進行非機構性處遇，而更能實現受刑人再社會化之目的構想，另一方面假釋亦可視為受刑人經歷長期的監禁，在完全釋放前一種過渡時期的附條件釋放，當做完全釋放前的一種重返社會的準備階段⁶⁹。至於保外醫治，如前述，係根據監獄行刑法第 58 條規定，受刑人現罹疾病在監內不能為適當之治療者，得斟酌情形，報請監督機關許可保外醫治。也就是說，受刑人雖經剝奪人身自由，但其仍然擁有維持生命及身體健康的基本人權，從而若有受刑人因疾病而危及生命及身體健康者，監獄機關在無法於獄中進行充足的醫療照護時，受刑人應該擁有到外部醫療機構接受醫療照護的機會。總之，保外醫治與假釋分屬於兩件不同的事物，不應將兩者等同視之。

基此，筆者認為，目前我國社會上對於陳水扁先生之保外醫治的爭執都是出於某些政治思維下所形成的言詞或舉動，並沒有真正碰觸到問題核心以及提出有用的解決之道。因而以下筆者嘗試提出個人對此一問題的分析與解決之道的建議。

(二)監獄醫療欠缺下不公平對待之危機

承上，筆者認為前總統陳水扁先生之保外醫治為何會引發相當的爭執，除了那些與陳水扁先生同黨籍人士出於長期的政治情感而不忍心他身繫囹圄，才會出現許多類似救援的行動。但是一個受刑人是否保外醫治乃獄政法令上應規範事項，並且是獄政主管機關應審查決定的事項。然而，為何陳水扁先生之保外醫治事件中會引起各界的疑慮與不滿，筆者認為追根究底的原因在於獄政法令有缺失，以及獄政主管機關的決策過程有太大的裁量權限，這些因素再加上監獄醫療資源的不足又分配不均，將會透過陳水扁先生保外醫治的事件凸顯出對於其他受刑人的不公平對待，從而可能產生獄政管理危機。

申言之，執政者與獄政主管機關多次表達陳水扁先生尚未達到保外醫治的標準⁷⁰，但是，其實監獄行刑法及相關法令上卻看不到准駁保外醫治的標準何在，監獄行刑法第 58 條僅空洞地規定，受刑人現罹疾病在監內不能為適當之治療者，得斟酌情形報請監督機關許可保外醫治，所以形成了獄政主管機關的絕對裁量權限。目前吾人見到獄政主管機關是以戒護外醫的方式來處理陳水扁先生的醫療照護，也就是監獄內部確實無法提供適當之治療，在監獄內無法提供適當治療的情形下，監獄行刑法第 58 條給予戒護外醫以及保外醫治兩種選擇，但是這兩種選擇的區別及其適用基準究竟何在，法令上是付之闕如的，從而形成獄政主管

⁶⁹ 盧映潔，2006，刑事制裁體系：第三講刑罰論--「科處的障礙」、「暫緩或中斷」以及「執行與執行方式的變更」，月旦法學教室第 41 期，頁 1-11。

⁷⁰ 相關新聞請參見網址：<http://www.cna.com.tw/News/aIPL/201208290358.aspx>，瀏覽日期：2012/11/2。

機關在這些事項的審查判斷及決定程序上擁有相當大的自我權限。而依媒體報導⁷¹，法務部陳守煌次長指出，保外就醫病情通常是嚴重的腦溢血或中風，造成全身或半身癱瘓，或器官嚴重衰竭，或癌症末期等。然而筆者遍尋法令，並沒有找到這樣說法的法令依據⁷²，也就是說，在沒有明確法令規定保外醫治准駁的審查基準，保外醫治准駁全然是由獄政主管機關為個案決定。但是，筆者認為，倘若獄政主管機關對於受刑人保外醫治的申請，沒有給予充足法令依據以及理由來說明准駁的決定，或者對於某受刑人為何選擇戒護外醫而非保外醫治，或者反過來，對於某受刑人為何對選擇准允保外醫治而非戒護外醫，倘若沒有明確基準以及清楚的理由，反而更容易招致黑箱作業以及不公平對待的強烈批評。

陳水扁先生由於身份特殊，獄政主管機關也不諱言已經給予他在監獄中生活相當的特別待遇，甚至為了解除外界疑慮，於法務部網站設置「陳水扁先生收容處遇資訊專區」⁷³提供訊息，而且在陳水扁先生戒護外醫中，還有台北榮民總醫院的病情醫療報告的公布。但是，筆者認為，由這些做法反而是反映出一般受刑人所獲得的對待與醫療照護是非常欠缺且不足的⁷⁴。詳言之，依今年 10 月陳水扁先生戒護外醫住院於台北榮民總院，醫院提出的報告⁷⁵診斷陳水扁先生的疾病為：(1)嚴重型憂鬱症合併焦慮及多重身體症狀、(2)嚴重型睡眠呼吸中止症候群、(3)結巴性語言障礙合併輕度命名障礙、(4)慢性攝護腺炎。對此筆者認為，陳水

⁷¹ 相關新聞請參見網址：

<http://tw.news.yahoo.com/%E6%B3%95%E7%95%8C%E9%A7%81%E9%A6%AC%E8%AA%AA%E6%B3%95-%E4%BF%9D%E5%A4%96%E5%B0%B1%E9%86%AB%E5%92%8C%E9%87%8B%E6%94%BE-%E5%85%A9%E5%9B%9E%E4%BA%8B-202310917.html>，瀏覽日期：2012/11/2。

⁷² 筆者唯一找到的「保外醫治受刑人管理規則」，其中並沒有任何准駁保外醫治的審查基準的規定。

⁷³ 參照網址：<http://www.moj.gov.tw/mp199.html>，瀏覽日期：2012/11/2。

⁷⁴ 例如筆者前述註 50 提過曾執行的國科會研究計劃，其中受刑人對於醫療品質的抱怨整理如下：
(1)高雄監獄受刑人意見表

監所醫療品質	犯人本來就該死一個少一個、治療很慢、等待看病天數太久、醫生不專業馬虎、設備陳舊、蒙古醫生、醫生態度不良、藥品缺乏、看病要等很久、環境髒亂、無正當醫療設備及器材人員、需中醫才能治療的從缺、醫生不肯給藥膏、無法應付突發狀況、治療緩慢、看牙醫不方便、看病不及時、藥膏、每種病狀的藥物都差不多無輕重之別、有病時卻無醫師診病或要等很久、外醫條件相當嚴格、牙科、庸醫、蒙古大夫騙錢、無針對症狀開立藥物、沒法立即轉醫、醫生態度差
--------	---

(2)女子監獄受刑人意見表

監所醫療品質	牙醫太貴(須自費)、沒有婦科、醫療費太貴外醫麻煩且限制太多、星期六日生病沒醫生看診、藥吃不會好、看診態度差、掛診看醫生都會被刪除
--------	--

⁷⁵ 請參照網址：

<http://www.moj.gov.tw/lp.asp?ctNode=25714&CtUnit=12022&BaseDSD=7&mp=199>，瀏覽日期：2012/11/2。

扁先生從位居高位到身繫囹圄，其心理承受的落差極大可想而知，加上相當時日的監禁生活以及年齡漸長之身體自然老化，產生這些疾病並非意料之外。然而，這何嘗不是許多受刑人獄中健康狀況的寫照，或許有更多的受刑人其疾病狀況相較於陳水扁先生是更加嚴重⁷⁶，況且長期的監禁生活原本就容易發生監禁化效應，而導致精神與心智狀態的損傷或退化。因而，筆者認為，獄政主管機關不准予陳水扁先生保外就醫而一再選擇戒護外醫的方式，可能是考慮到監獄中有許多比起陳水扁先生病況更嚴重的受刑人亦無准予保外就醫，為公平起見，故不能准允陳水扁先生的保外就醫，否則恐怕引起其他受刑人的不滿情緒。但是對陳水扁先生一再採取戒護外醫，所花費的戒護人力等相關費用由公帑支出⁷⁷，影響獄政資源的分配，對於目前在監獄中空間極度擁擠、醫療照護不足的情形下的其他受刑人而言，同樣不公平，同樣會引起其他受刑人的不滿。

基此，筆者認為，從陳水扁先生保外就醫事件的爭議，引出的是我國受刑人醫療照護之法令不健全以及資源不足的普遍性現象，獄政主管機關應當有效解決這個問題，否則可能會借由陳水扁先生一再戒護外醫的情況，引起其他受刑人及其家屬乃致於社會的批評與反彈。對於陳水扁先生而言，縱使考量其身份特殊，但同樣應考量受刑人所獲資源的分配公平性，再考慮到陳水扁先生長期醫療的需求，筆者建議對陳水扁先生的醫療照護採行任何受刑人都可以使用到的醫療資源管道，也就是台北監獄向台中監獄申請移送陳水扁先生至醫療專區培德醫院為住院，由於陳水扁先生的親屬多居於中南部，相信其在理解醫療專區培德醫院的醫療水準與設備後，應不致於反對。而且醫療專區培德醫院是任何有住院需求的受刑人皆可由獄方申請申請移送，在目前獄政法令與醫療照護公平性的考量下，這或許是可能的解決之道。

肆、結語

我國受刑人在監獄中未獲充足醫療照護，乃長久以來的問題。然而，此一問題目前正透出改變的曙光，亦即民國 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法，將於 102 年 1 月 1 日施行，其中將受刑人（收容人）納入健保。法務部矯正署業即與行政院衛生署中央健康保險局研商「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」，已於 101 年 9 月至 10 月間公告並遴選保險醫事服務機構。若有獲選之醫療院所，將於全民健康保險法施行後，即可支援監獄（矯正機關）中受刑人（收容人）健保醫療。換言之，以往由各監獄（矯正機關）自行

⁷⁶ 「扁要保外就醫，立委：其他人更有資格」，相關新聞請參見網址：

<http://tw.news.yahoo.com/%E6%89%81%E8%A6%81%E4%BF%9D%E5%A4%96%E5%B0%B1%E9%86%AB-%E7%AB%8B%E5%A7%94-%E5%85%B6%E4%BB%96%E4%BA%BA%E6%9B%B4%E6%9C%89%E8%B3%87%E6%A0%BC-035824993.html>，瀏覽日期:2012/11/2。

⁷⁷ 相關新聞請參見網址：<http://news.cnyes.com/Content/20121018/KFNCH3GOGVAOY.shtml>，瀏覽日期:2012/11/2。

以公家經費以尋求各地醫療機構入監提供醫療服務的情形，將由健保醫療之保險醫事服務機構所取代。本文行筆之時，新制尚未進行，期盼這一次獄政與健保的合作能夠成為我國受刑人醫療照護真正進展的新頁。