



立法院社會福利及衛生環境委員會
第八屆第二會期第二十二次全體委員會議

全民健康保險扣取及繳納 補充保險費辦法

行政院衛生署
101年11月21日



大綱

- ◆補充保險費之立法背景
- ◆扣取及繳納補充保險費辦法
- ◆各界關心議題之處理
- ◆後續推動作業



補充保險費之立法背景

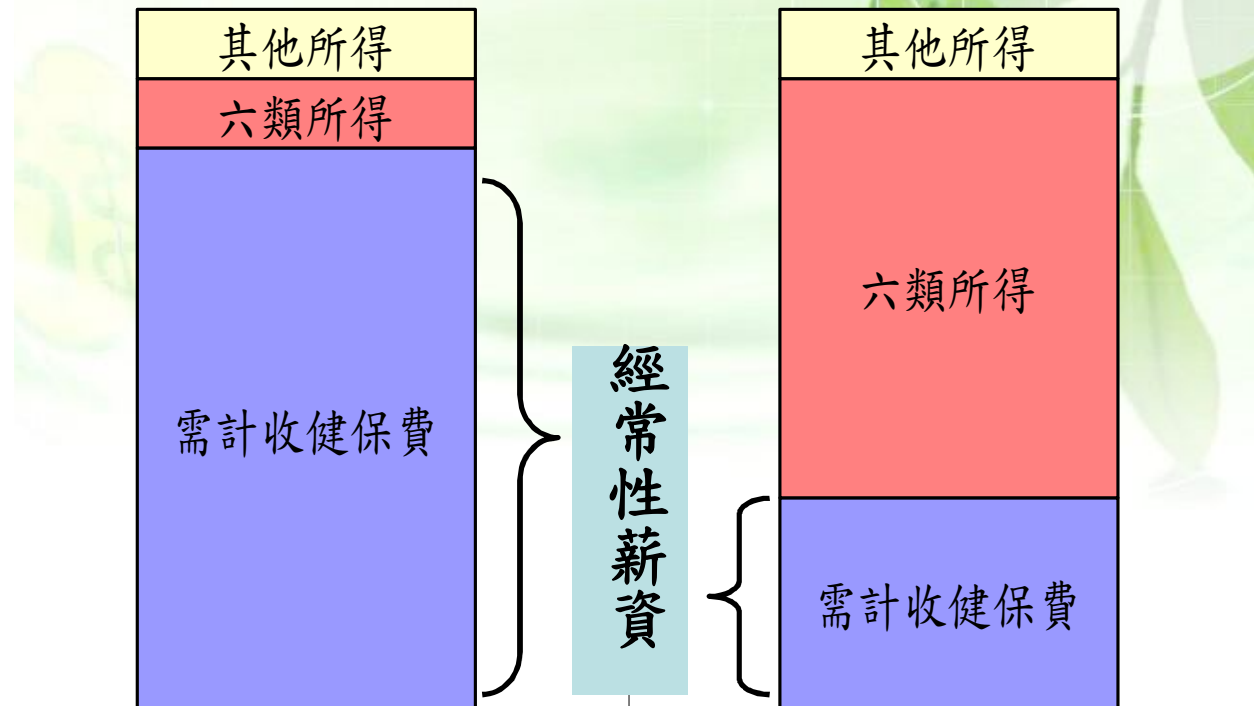
- 90年李明亮署長開始研修二代健保
- 99年4月8日，送立法院審查
- 99年5月20日，保留26條送協商
- 協商提出修正動議—擴大費基，計收補充保險費，增加公平性
- 100年1月4日三讀，100年1月26日總統修正公布—前後歷經十年



立法背景^{1/3}

為什麼要收補充保險費？

→ 因為只按照薪水計收健保費會造成不公平現象



所得最低那一層級民眾

所得最高那一層級民眾



立法背景^{2/3}

◆立法選擇



◆全民健康保險法修正案於100年1月4日經立法院三讀通過，並於100年1月26日以總統令公布。



立法背景^{3/3}

◆保險對象補充保險費之計算方式

扣取對象：第1類～第4類及第6類保險對象(§31)
(第5類保險對象為低收入戶成員，免扣取補充保險費)

補充保費

- ◆補充保險費費基×補充保險費之費率(2%)
- ◆被保險人及眷屬各自依其其他所得計算補充保險費

費基

高額獎金

執行業務收入

兼職所得

股利所得

利息所得

租金收入

- 註：1. 補充保險費有免扣取之範圍規定
2. 補充保險費費率第一年2%



扣取及繳納補充保險費辦法

- ◆ 健保法第31條第3項規定：「第1項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。」
- ◆ 101年10月30日發布，並自102年1月1日施行。



補充保險費新制^{1/10}

◆法規研議過程

- 舉辦9場座談會及5次法規草案討論會議
 - 各場次採分眾、分議題
 - 參與對象包括：
 - 熟悉健保業務及財稅制度之專家學者
 - 扣費義務人
 - 相關政府機關
 - 保險對象代表
- 5月7日進行法規預告，廣泛蒐集各界意見
- 拜會相關團體及部會，爭取支持建立共識



補充保險費新制^{2/10}

◆ 規劃原則



註: 如為股票或外國貨幣, 其價格或兌換率, 依所得稅法相關規定辦理。



補充保險費新制^{3/10}

◆6項各項所得(收入)之定義^{1/2}

➤ 獎金

- 投保單位給付
- 符合所得稅法第14條第1項第3類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。

➤ 兼職薪資所得

- 非所屬投保單位給付
- 所得稅法第14條第1項第3類所稱之薪資所得。

➤ 執行業務收入

- 所得稅法第14條第1項第2類所稱執行業務者之業務或演技收入。



補充保險費新制^{4/10}

◆ 6項各項所得(收入)之定義^{2/2}

➤ 股利所得

- 所得稅法第14條第1項第1類所稱公司股東所獲分配之股利總額。

➤ 利息所得

- 所得稅法第14條第1項第4類所稱之利息所得。

➤ 租金收入

- 所得稅法第14條第1項第5類第1款所稱之租賃收入及第2款所稱之租賃所得。



補充保險費新制^{5/10}

◆扣取保險對象補充保險費項目

項 目	說 明	所得稅代號 (前2碼)
全年累計超過 投保金額4倍 部分的獎金	給付所屬被保險人的薪資所得中，未列入投保金額計算的獎金(如年終獎金、節金、紅利等)，累計超過當月投保金額4倍部分。	50
兼職薪資所得	給付兼職人員(指非在本單位投保健保)的薪資所得	50
執行業務收入	給付民眾的執行業務收入，不扣除必要費用或成本。	9A 9B
股利所得	公司給付股東的股利總額。	54
利息所得	給付民眾公債、公司債、金融債券、各種短期票券、存款及其他貸出款項的利息。	5A 5B 5C 52
租金收入	機關、團體、公司等，給付給民眾的租金。	51

註:單位如有給付民眾上開6項所得(或收入)時，即為補充保險費的扣費義務人，應於給付時按補充保險費率(第1年為2%)扣取補充保險費，彙繳健保局。



補充保險費新制^{6/10}

◆ 保險對象補充保險費計收方式



單次給付未達新臺幣20,000元者，扣費義務人併得於次年1月31日之前，依照規定格式造冊，彙送給健保局，由健保局逕向保險對象收取。



補充保險費新制^{7/10}

◆扣繳方式

- **扣費義務人**：指所得稅法所定之扣繳義務人。
- **採就源扣繳**：由扣費義務人於給付保險對象應負擔補充保險費之各項所得時，按照規定費率扣取，並於給付日之次月底前，向健保局繳納。
- **免扣對象主動告知**
 - 保險對象有免扣取補充保險費之事由，應於受領給付之前，主動告知扣費義務人。
- **免扣對象認定方式**
 - 除雇主已列入投保金額之股利所得，係由扣費義務人逕行認定免扣以外，其餘應於受領之前，提具證明文件，始得免予扣取。
 - 健保局將建置網頁查詢系統，讓扣費義務人有疑慮時，可查詢及確認。



補充保險費新制^{8/10}

◆ 單次給付之扣繳下限

➤ 扣繳下限5千元

- 單次給付金額達新臺幣5千元者，才須扣費。

➤ 特殊狀況之處理

- 部分弱勢對象之兼職薪資所得，單次給付之扣繳標準提高至基本工資(目前為18,780元)之水準。
- 單筆利息達2萬元由銀行扣繳，5千元至未達2萬元者，銀行得併於次年1月31日前造冊，彙送健保局統一收取。



補充保險費新制^{9/10}

◆提高弱勢族群兼職所得之扣費門檻

- 符合下列條件，其兼職所得未達基本工資者，免予扣取補充保險費：
 - ✓ 兒童及少年
 - ✓ 中低收入戶
 - ✓ 中低收入老人
 - ✓ 領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達基本工資之身心障礙者
 - ✓ 在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生
 - ✓ 符合健保法第100條所定之經濟困難者



補充保險費新制^{10/10}

◆ 溢扣款之退費

- 扣取日次月起6個月內，向扣費義務人申請退費，逾期得向健保局申請退費。
- 按月填報扣費明細，並以電子媒體彙送健保局者，保險對象得逕向健保局申請退還。

◆ 申報扣費明細

- 各扣費義務人，應於每年1月底前，將上年度扣取之補充保險費，填報扣費明細，彙報給健保局。
- 信託業者如有特殊情形，得申請展延至次年2月15日。

◆ 扣費證明

- 保險對象得向各扣費義務人或健保局索取。



各界關心議題之處理



補充保險費扣費下限定為**5千元**

- ◆ 起扣標準，須考量扣費之社會成本。
- ◆ 依循社會共識，順應民意並保護弱勢，訂定扣費下限：
 - 經徵詢專家、學者、機構及民間團體，多數建議扣費下限定為**5千元**。
 - 立法院社福衛環委員會於**9月27日**通過，提高扣費下限為**5千元**之附帶決議。
 - 所得**2千至5千元**的族群，為相對弱勢，下限提高至**5千元**，可使多數弱勢者不會成為補充保險費之扣取對象。



股票股利計收補充保險費

- ◆ 股利所得包含現金股利與股票股利。
- ◆ 所得稅法將股票股利認屬股東之所得。
- ◆ 立法院衛環委員會101年5月3日臨時提案決議略以：
補充保險費課徵對象不包括股票股利，係踰越母法之舉，要求依立法意旨辦理，以符法制。
- ◆ 由扣費義務人於撥付現金股利時，一併扣取當次股票股利應計收之補充保險費，如扣取不足或無現金可供扣取時，由健保局於次年開單收取。



利息所得拆單問題之處理

- ◆ 年度結算再扣繳，與健保法第**31**條規定「就源扣繳」之方式牴觸。
- ◆ 合法拆單已於財務估算預為考量。
- ◆ 為減輕扣費義務人之行政成本，單次給付利息所得未達**2**萬元者，並得彙送健保局收取。
- ◆ 經與銀行界不斷溝通後，銀行公會已表示將全力配合二代健保之推動，且部分銀行已開發新的金融商品，鼓勵存戶不要拆單。
- ◆ 未來仍會不斷地諮詢各界意見，整體考量並持續進行行政措施與法規之改革。



後續推動作業



二代健保資訊應用系統開發

101年11月底
完成資訊系統開發

101年11、12月
輔導試辦單位模擬
試作及資料申報

102年1月
系統上線



多憑證網路作業平台 資訊系統開發

已完成

開放參與二代健保試辦計畫之單位使用

提供網路辦理
補充保費
申報功能

提供補充保費
明細媒體檔
上傳功能

提供免扣繳補
充保險費
身分查詢功能

提供單機版申
報軟體
下載功能



二代健保宣導說明會

100年

辦理 1,637場

101年
(迄10月底)

辦理 1,227場

101年
(11月至12月)

預計再辦 300場



我們有世界最好的健保

— 今年就有四大國際媒體報導，每年有50國代表來台參訪

2012	Taiwan's Progress on Health Care By Uwe E. Reinhardt (July 27, 2012)	紐約時報	
	NGC Documentary featuring Taiwan's 'medical miracle' to premiere. (June 26, 2012)	國家地理頻道	
	Health Insurance Is for Everyone By Fareed Zakaria (Mar 26, 2012)	時代雜誌	
	GPS Special: Global Lessons – The GPS Road Map for Saving Health Care. (Mar 17, 2012)	CNN電視台	
2009	5 Myths About Health Care Around the World (華盛頓郵報) By T.R. Reid (Aug 23, 2009)		
2008	CNN put Taiwan's health insurance on the same level as other advanced countries as a valuable paradigm. (CNN電視台)		
	美國公共電視PBS將台灣與其他先進國家並列參考典範 (Apr 15, 2008)		
2005	諾貝爾得主保羅克魯曼將台灣經驗作為美國健保問題的借鏡 (紐約時報) (Nov, 2005)		



今日您挺健保，明日健保挺您

- ◆ 財務壓力大，共盡社會責任，共體時艱。
- ◆ 立法已兩年，就像前署長所說「雖不完美，但可接受」。
- ◆ 先實施補充保險費，最低估算的情形可至105年。
- ◆ 四年間，我們有信心重啟規劃修法，建立更完美的新一代健保。



敬請指教

行政院衛生署

關於「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」；「田秋堇委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」

報告

(書面報告)

報告人：行政院衛生署

報告日期：中華民國 101 年 11 月 21 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第 8 屆第 2 會期社會福利及衛生環境委員會召開第 11 次全體委員會議，本人承邀列席報告，深感榮幸。關於 「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」；「田秋堇委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」部分，提出本署意見，敬請各位 委員不吝指教：

一、「劉建國委員等 21 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」；「蔣乃辛委員等 23 人所提緊急醫療救護法第三十五條之一條文修正草案」；「盧秀燕委員等 38 人所提緊急醫療救護法第十五條條文修正草案」

(一) 修正重點說明

鑒於對建構緊急醫療救護體系、救治緊急傷病患及提升緊急醫療救護品質等工作之關心，劉建國委員等 21 人與蔣乃辛委員等 23 人所提有關公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器 (AED)、劉建國委員等 21 人與盧秀燕委員等人所提救護車裝設車廂內外監視錄影器。修正重點臚列如下：

1. 獎勵或補助購置 AED(第十四條之一)

課予私人之公共場所強制裝設 AED，應參考美國作法

以獎勵或補助來推動設置。

2. 實施心肺復甦術(CPR)及使用 AED 之急救免責(第十四條之二)

先進國家推動於公共場所裝設自動體外心臟電擊去顫器 (AED)，證實能有效提高突發性心臟停止個案之急救成功率，為消除民眾疑慮期使每位熱心救助者不致因為救人義舉而背負法律責任，爰對伸出援手民眾及非值勤期間之救護人員實施心肺復甦術 (CPR)及使用 AED 之急救行為，將刑事責任限縮於故意，及民事責任限縮於故意或重大過失。

3. 救護車裝設車廂內外監視錄影器(第十七條)

為便於釐清事故責任及遭遇不肖駕駛惡意擋道時便於舉證，必要時還原運送傷病患緊急處置過程，應於車廂內外裝設監視錄影器。

4. 自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 設置場所(第三十五條之一)

依據日本推廣 AED 經驗，公共場所發生自動體外心臟電擊去顫器(AED)突發性心臟停止個案的急救成功率，可從原來 7%提高至 38%。為拯救突發性心臟停止病患之生命，引用美國公共場所設置 AED 之標準，爰提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置自動體外心臟電擊去顫器(AED)。

(二) 本署對相關修正草案意見

- 1、公共場所設置 AED 係屬公共利益，又法律明文課予私人所設公共場所之強制義務，本修正案並非首例，如公共場所母乳哺育條例第五條規定公共場所應設置哺（集）乳室供民眾使用、消防法第六條規定場所應設置消防安全設備等措施。復按設置自動體外心臟電擊去顫器不但可保護所屬員工亦可保護其他人，以提供健康安全之環境，進而提升企業公益形象。我國目前 AED 比率每 10 萬人口 15.2 台，按本署「開創全民均等健康照護計畫」，AED 布建指標，預計至 105 年每 10 萬人口達 25 台，預期增加 2,254 台，所需費用約 5 億 802 萬元，如欲達成日本標準每 10 萬人口 234 台之標準，須增加 51,000 台，費用達 102 億元。爰其設置之補助及獎勵，建請得審酌辦理。
- 2、為鼓勵路人對緊急傷病患者伸出援手，將國外「善良的撒瑪利亞人法」的救人不受罰精神納入，期使鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施救，符合推動本意，爰敬表支持並尊重委員意見。
- 3、緊急醫療救護法第十七條所列係屬供民眾辨識之必要外觀要件，而「車廂內外監視錄影器」屬內部設備，建請收錄於該法第十五條授權訂定之「救護車裝備標準及管理辦法」中予以增修；另查救護車設置機關，消防機關占約半數，消防法第二十四條第二項亦有授權訂定「直轄

市縣市消防機關救護車裝備人力配置標準」，需併請內政部配合修正相關法規。

4. 本署委託台灣急診醫學會辦理「民眾心肺復甦與早期電擊推動之評估計畫」研究結果，建議 AED 設置場所應以「高密度」、「高風險」、「難到達」、「高效益」等原則，作為公共場所設置 AED 之建議基準。爰突發性的心臟停止，依前開原則將年齡、人潮、地點作為建議基準，並考量設置效益與施救效果，有關蔣委員等人提案每天有 250 名 50 歲以上成年人通過或聚集之公共場所，應設置 AED，本署敬表支持並建議與本署擬具第十四條之一併案審查，授權訂定於子法中。

二、「田秋堃委員等 19 人所提緊急醫療救護法部分條文修正草案」

(一) 修正重點說明

田秋堃委員等 19 人針對近年數起山難與野外地區緊急救護事件，凸顯野外地區緊急救護有其獨特性，救護方式及策略往往需針對地形、氣候、地點與傷病型態做綜合考量。修正重點臚列如下：

1. 野外地區緊急救護區域與野外地區之緊急醫療救護(第三條、第五條、第八條、第九條、第十二條、第十三條、第十四

條、第三十條、第三十二條、第三十三條正草案)

基於野外地區之緊急傷病型態與救護技術員所需技能與城市(郊區)或大量傷患大不相同，建議增列野外地區之緊急救護。

2. 訂定救護直昇機臨時起降辦法(第二十二條、第二十三條)

為增進野外地區救援時效且放寬避免救護直昇機之機能，增加授權訂定救護直昇機臨時起降辦法。

3. 野外救護技術員(第二十四條、第二十五條)

由於野外救護技術員所需之技能、救護技巧與一般(城市)救護技術員差異甚大，建議將本條文中救護技術員分類為一般(城市)救護技術員及野外救護技術員。由於野外地區，往往需要第一線機動力強之搜索隊。而將野外救護技術員分為搜索救護技術員、救援救護技術員及高階搜救救護技術員三類。

(二) 本署對相關修正草案意見

1. 按本法所稱緊急醫療救護體系與機制，係依到院前現場之緊急傷病或大量傷病患之緊急救護、救援，及依醫療區域與醫院緊急醫療處理能力之後送醫療處理，分別由相關權責機關負責，並於其組織法及其相關法令定有明文與職掌：如直轄市、縣(市)消防機關應以轄內之消防分隊或鄉(鎮、市、區)為單位，劃分救護區，由消防機關或消防分隊設置救護

隊，辦理緊急救護業務。山地、離島，得視實際需要增設救護隊。而野外地區之緊急救護亦屬到院前現場之緊急救護、救援，係屬內政部消防署權責，建請由內政部消防署研議。

2. 消防機關若發現有傷病患受困野外高山地區，需救護直昇機出動協助救援，定有相關機制請內政部空勤總隊出勤救援。另查交通部主管之民用航空法相關作業規範已訂有直昇機執行緊急救難、緊急醫療救護時，其起降場所由機長視直昇機性能、地形及目視天氣情況，經判斷無安全顧慮後即可使用，爰無須再另行增訂救護直昇機臨時起降辦法。
3. 救護技術員係依其所受緊急傷病患的訓練內容與能力，區分初級、中級及高級等三類，皆以其救護專業能力做分級，然為因應野外地區所需救護技術，基於救難與緊急救護無縫接軌基本精神，本署敬表支持，惟為避免因另定野外救護技術員之分軌，而限縮野外救護量能，建請同意將野外救護員所需之搜索、救援技能及野外急救所需預立醫療流程，一併納入「現行救護技術員管理辦法」與「醫療指導醫師實施辦法」一同增修，以利相關管理之一致性。

三、結語

本署承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律
案及相關業務之推動，本人在此敬致謝忱，以上意見，
敬請 指教。

立法院第八屆第二會期

社會福利及衛生環境委員會第十一次全體委員會議

行政院衛生署

關於「劉建國委員等 18 人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「江惠貞委員等 20 人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「蔡錦隆委員等 24 人所提醫事爭議處理法草案」、「蔡錦隆委員等 24 人所提醫療事故補償法草案」、「劉建國委員等 18 人所提醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」

報告

(書面報告)

報告人：行政院衛生署

報告日期：中華民國 101 年 11 月 21 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 大院第8屆第2會期社會福利及衛生環境委員會召開第11次全體委員會議，本人承邀列席報告，深感榮幸。關於「劉建國委員等18人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「江惠貞委員等20人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」、「蔡錦隆委員等24人所提醫事爭議處理法草案」、「蔡錦隆委員等24人所提醫療事故補償法草案」、「劉建國委員等18人所提醫療法第八十三條及第九十八條條文修正草案」部分，提出本署意見，敬請各位 委員不吝指教：

一、「劉建國委員等18人、江惠貞委員等20人所提醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」；「蔡錦隆委員等24人所提醫事爭議處理法草案」；「蔡錦隆委員等24人所提醫療事故補償法草案」重點綜合說明

鑒於我國醫療糾紛被刑事起訴案件多，訴訟過程曠日廢時，且經過漫長的鑑定、訴訟程序，不但醫師蒙受極大身心壓力，病家難獲得補償，落得醫病對立、民眾不信任司法，最後造成醫、病、法三輸局面，準此， 大院相關委員認為醫療糾紛解決機制有專法建立之必要，紛紛擬具有關草案，期使醫療糾紛處理機制能明確建立，增進病家對於醫療專業之信任，以緩和醫病關係之對立，減少醫療糾紛之訟源。

二、劉建國委員等 16 人所提「醫療法第 83 條及第 98 條條文修正草案」說明

劉建國委員等 16 人鑒於醫事糾紛事關醫病雙方權益至鉅且大，目前有台北、士林、板橋、台中、高雄地方法院及台灣高等法院、台中分院、高雄分院設立醫事專業法庭，處理民、刑事醫療訴訟案件，基於醫事糾紛案件具有高度專業醫學知識，故若有專家參審當有利於訴訟之進行；其次，為增進醫療鑑定報告之有效性、及時性和完整性，就提出醫療鑑定報告書者，應有出庭說明及被詰問之義務。

三、本署刻已研議「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」之進度說明

- (一) 醫事人員遭受提告情事，漸漸增加，現行司法訴訟制度及程序，對於醫療糾紛案件，常讓病人及醫事人員雙方落入曠日廢時、耗費高額費用等不利情事，因之，目前執業中醫事人員、實習醫護人員、甚至醫學生多畏懼進入高風險科別，也是五大科人力斷層之重要因素之一。
- (二) 本署為解決相關問題，維護保障病人安全及就醫權益，並提升醫療服務品質，除推動擬具醫療刑責合理化有關修正草案外，更已研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」，作為重要的配套措施。有關醫糾處理及補償法草案已於 10 月 9 日函送行政院審查，11 月 5 日及 11 月 14 日，行政院已召開第二次審查會議，近期將再召開第三次會議。

(三) 本署所提醫糾處理及補償草案採取「強化調解機制」、「提供及時補償」二大原則，以促進與維護病人權益保障。草案重點包含：

- 1、委託民間專業團體或機構，建置客觀的醫學諮詢或諮商機制，使病人得獲知有關醫事知識及糾紛處理途徑，緩和醫病對立關係。
- 2、對於重大如涉及制度設計的醫療糾紛或醫療事故，籌組專案調查小組。
- 3、強化病歷證據保全，要求醫療機構應在二個工作天提供完整病歷。
- 4、建立調解前置原則，明定未向地方衛生機關所設爭議調解會申請、進行調解，不得提起民事訴訟及刑事自訴。
- 5、規劃建置有關醫療事故補償機制，原則並應於三個月內審定補償結果，使病方及時獲得補償填補，彌補傷痛。

四、對於委員所提相關法案之本署意見

(一) 醫糾處理及補償草案部分

- 1、 大院相關委員所提涉及醫療糾紛處理及醫療事故補償之草案內容，諸如強化醫療糾紛處理機制；增訂醫療道歉或病家關懷；建置補償基金，及時補償；以及

增設防錯機制等事項，與本署目前研訂醫糾處理及補償法草案要旨，不謀而合。

- 2、鑒於行政院對本署所提草案，近期已密集持續召開相關會議，並預定進行第三次審查，行政院並允將儘速進行後續審議，爰建請 大院考量，待行政院審議具體結果，併案修正推動相關醫糾處理及醫療補償之草案。

(二) 醫療法第 83 條及第 98 條修正草案部分

- 1、按目前本署醫事審議委員會依醫療法第 98 條第 1 項第 4 款規定，受理司法或檢察機關委託鑑定醫事案件，獨立行使鑑定職權，僅針對委託鑑定機關所詢事項，就相關卷證及病歷或護理資料所述案情，基於醫學知識及醫療常規，提供書面之專業鑑定意見。
- 2、由於機關鑑定性質，本署受託醫事鑑定乃以委員達成一致為鑑定意見，採取合議制，鑑定結果並非個人之意見；鑑定報告書，亦以醫事審議委員會名義回復委託之司法或檢察機關，任何委員均無法代表委員會出庭說明及接受詢問。因之，鑑定委員未便到庭說明或報告。
- 3、至於，醫療法第 83 條修正草案擬增訂有關法院選定專家，涉及司法權限及法院開庭程序，本署也已將本醫療法修正草案轉知司法院，宜由司法院表示意見。

五、結語

本署承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律案及相關業務之推動，本人在此敬致謝忱，以上意見，敬請 指教。