國立政治大學法學院碩士在職專班

碩士論文

因應 COVID-19 醫事及社工人員禁止出國之探討

The Study of the Travel Ban on Medical Personnel and Social Worker due to Covid-19

指導教授：江　玉　林　博士

研究生：丁　雅　智　撰

中 華 民 國　111　年　06　月

DOI:10.6814/NCCU202200753

摘要

全球大流行的 COVID-19 疫情迫使世界各國政府採取非常態的法律措施，以達到有效管理公共衛生危機之果。而台灣政府為了避免醫事人力短缺致使醫療系統崩潰，實施了禁止醫院醫事人員和社工人員出國之防疫措施。儘管有時為了控制疫情大流行，限制自由的公共衛生政策具有必要性，但其中許多政策過於寬泛，甚至已經侵犯了人權。

本篇研究的主要目的在於探討禁止醫院醫事及社工人員出國措施是否符合正當行政程序、法律保留原則、比例原則以及平等原則。本文認為，台灣政府已在未遵循正當行政程序的情況下，作出剝奪人權的決定。除此之外，對醫事人員和社工人員的出國禁令不僅違反了法律確定性原則，也違反了平等原則及比例原則。而現行法制中，傳染病防治的出境管制措施，應以具有傳染性之疑似個案或確診病人為限。

總結而言，我們不應該停止對公共衛生政策進行批判性研究。這種問責制對於確保政府在應對突發公共衛生事件時不會逾越法治和人權的紅線至關重要。本文建議進行公共衛生政策的評估與檢視時，應整合性地考量法律、社會以及科學證據。儘管在面對緊急疫病的大流行中，某些基本權利是可以被減免的，但政府仍應保持對人民的尊重和人權的保護。

關鍵詞：嚴重特殊傳染性肺炎；出國規定

DOI:10.6814/NCCU202200753

Abstract

Responding to a global pandemic of COVID-19 forced governments all over the world to adopt extraordinary legal measures towards effectively managing the public health crisis. Taiwan government imposed a travel ban for medical personnel and social worker who work in hospitals in order to avoid the collapse of healthcare systems. While limitations of public health policies on liberties are sometimes necessary for pandemic control, many of these policies have been overly broad and already violated human rights.

The main goals of this research are to discuss the due process in administrative procedures, the principle of legal reservation, the principle of proportionality and the principle of equality of the travel ban on medical personnel and social worker who work in hospitals.

This paper believes that Taiwan government made the decision which deprives human rights without following due process procedures. Besides, the travel ban on medical personnel and social worker not only violated principle oflegal certainty but also violated the principle of equality and proportionality. In order to preventing infectious disease, implement exit restrictions should be limited to suspect or affected persons.

In conclusion, we should not absolve us of the need to take a critical look at public health policies. This promise of accountability is crucial in ensuring that governments don’t cross the red lines of the rule of law and human rights while responding to public health emergencies. This article suggests that public health policies should be evaluated and justified under a common legal, society and scientific evidence. Although in an emergency pandemic, certain rights can be derogated, governments need to be respecting and protecting, among human rights.

Keywords: COVID-19; Travel Ban

DOI:10.6814/NCCU202200753

目錄

第一章　緒論 1
第一節　醫事及社工人員禁止出國背景 1
第二節　我國傳染病防治之出境管制 19
第三節　文獻回顧 25
第四節　問題意識與研究方法 32
第五節　小結 34
第二章　傳染病防治中的公衛政策考量 36
第一節　傳染病防治措施之設計與考量 36
第二節　傳染病防治的「法律／社會／科技」關係 44
第三節　疫情下的公共衛生權力與 ICCPR 減免權利 55
第四節　小結 61
第三章　醫事及社工人員禁止出國形式合法性探討 63
第一節　禁止出國規定函之法律性質 63
第二節　正當法律程序之檢視 73
第三節　小結 82
第四章　禁止出國實質合法性探討 84
第一節　禁止醫事及社工人員出國法律依據分析 84
第二節　法律明確性之探討 90
第三節　禁止出國比例原則檢視 98
第四節　禁止出國平等原則檢視 112
第五節　小結 121
第五章　結論 124
參考文獻 133

DOI:10.6814/NCCU202200753

表次

表 1 Winfried Brugger 共通福祉模型 49
表 2 2019-2021 年中華民國國民出國人次（按停留夜數分） 100
表 3 2020 年醫療院所執業醫事人員數 116

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

圖次

圖 1 醫事及社工人員禁止出國發布時序.....17

圖 2 社會－生態模式（social ecological model）.....42

圖 3 法律／社會／科技理論模型.....51

圖 4 歷年醫療院所家數.....113

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第一章　緒論

第一節　醫事及社工人員禁止出國背景

自 2019 年 12 月，於中華人民共和國湖北省武漢市發現不明原因的肺炎群聚感染，中國官方於 12 月 31 日首次正式報告與武漢市華南海鮮批發市場有關之肺炎病例，此疫情隨後迅速地在中國其他省市與世界各國蔓延。確診個案之臨床表現包含：發燒、乾咳、倦怠、呼吸急促、肌肉痛、頭痛、喉嚨痛、腹瀉等，部分個案出現嗅覺或味覺喪失（或異常）；少數病人進展至嚴重肺炎、呼吸道窘迫症候群、多重器官衰竭、休克或死亡。我國衛生福利部於 2020 年 1 月 15 日公告新增「嚴重特殊傳染性肺炎」為「第五類法定傳染病」（衛授疾字第 1090100030 號）[1]，並於 2020 年 1 月 21 日於登機檢疫發現首例境外移入確診個案[2]，另於 1 月 28 日由中央流行疫情指揮中心（下稱疫情指揮中心）公布第 1 例本土確診個案，為境外移入造成之家庭群聚感染[3]。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）於 2020 年 1 月 30 日公布此疫情為公共衛生緊急事件（Public Health Emergency of International Concern, PHEIC）；並於同年 2 月 11 日由國際病毒學分類委員會（International Committee on Taxonomy of Viruses）則將此病毒學名定為 SARS-CoV-2（Severe Acute

[1] 衛生福利部疾病管制署，「嚴重特殊傳染性肺炎」，https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/N6XvFa1YP9CXYdB0kNSA9A，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

[2] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜我國藉由登機檢疫即時發現首例中國大陸武漢移入之嚴重特殊傳染性肺炎個案 指揮中心提升中國大陸武漢之旅遊疫情建議至第三級警告(Warning)＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51189-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

[3] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜中央流行疫情指揮中心公布國內本土嚴重特殊傳染性肺炎病例，衛生單位已依相關處置流程啟動防治＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51223-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

Respiratory Syndrome Coronavirus 2），將此新型冠狀病毒所造成之疾病稱為 COVID-19（Coronavirus Disease-2019），截至當日全球共有 43,103 人確診，其中 1,018 位個案死亡。

COVID-19 疫情迅速傳播到全球，造成人類生命、健康、經濟之重大危機，依 2020 年截至 2022 年 4 月 23 日衛福部公告數據，全球確定病例數達到 505,609,409，死亡病例數為 6,228,881，全球致死率為 1.23%，我國確診者數為 51,298，死亡人數為 856 人[4]。面對遽增的 COVID-19 確診個案，亦有多國醫療院所出現藥物[5]、呼吸器[6]、病房等醫療資源不足以及醫療人員欠缺[7]的困境。為減少疫情擴散，各國政府陸續採取各項防疫措施，例如：邊境封鎖、交通管制、居家避疫、限制集會人數等防疫與社交隔離措施[8]；並積極投入藥品及疫苗研發，以期能盡速控制疫情。

於 2020 年初國際間 COVID-19 確診者及死亡病例個案數開始快速攀升，衛生福利部於同年 2 月 23 日新聞稿指出，中國大陸 (不含港澳特別行政區)累計確診已達 76,936 例，其中 2,442 例死亡；國際間累計 1,766 例確診病例[9]。鑒於國外發生醫療院所病房設備及醫事人力不足的困境，疫情指揮中心於同（2020 年 2 月 23 日）日記者會宣布所有的醫事人員除報准外，不得出國。並於同年 3 月 17

[4] 衛生福利部疾病管制署，「COVID-19」，https://sites.google.com/cdc.gov.tw/2019ncov/taiwan，最後瀏覽日：2022 年 4 月 23 日。

[5] 中央社，＜巴西插管藥物短缺 醫療院所減少加護病房床位＞，https://udn.com/news/story/120944/5392062，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[6] 陳韻年、蔡明政，民視新聞網，<美國呼吸器不夠用了！醫院設法讓部分病患共用提升存活率>，https://www.ftvnews.com.tw/news/detail/2020403P09M1，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[7] 中央社，<病床與呼吸器不足、醫療人力短缺，義大利醫護面臨「先救誰」的道德難題>，https://www.storm.mg/article/2395162，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[8] 外交部領事事務局，最新消息，＜世界各國因應 COVID-19 疫情相關措施一覽表＞，https：//www.boca.gov.tw/cp-56-5248-791bd-1.html，最後瀏覽日：2021 年 1 月 3 日。

[9] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜北部家庭群聚接觸者 173 人檢驗陰性；伊朗、義大利旅遊疫情提升至第一級「注意(Watch)」＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4635-51637-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

日發布「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」（下稱禁止出國規定），限制醫院任職之醫事人員及社工人員出境，以此方式做為維持國內醫療量能之手段。本項措施自疫情指揮中心記者會首次宣布後，迅速成為討論焦點，亦引發醫界反彈及質疑聲浪，奇美醫院林進嘉醫師認為禁止醫事人員出國縱有強大民粹的支持，仍然是沒有法源依據之違憲措施，並於＜林進嘉觀點：禁醫事人員出國是民粹擴權，法理情不容＞一文寫道：「**我是醫事人員，我今年不會出國去「旅遊注意/警示/警告地區」，但我誓死捍衛醫事人員有自行決定出國的權利。**」[10]可見醫事人員對於此項出境管制措施感到權利與個人自主性遭受侵害。

以下本文將先說明各場記者會說明、指揮中心正式頒布之「醫院因應 COVID-19 人員出國規定」、立法院質詢內容、立法委員質詢之行政院書面答復，並整理相關時序。

一、疫情指揮中心記者會說明內容

醫院人員禁止出國之內容首次宣布於 2020 年 2 月 23 日疫情指揮中心記者會，由疫情指揮中心指揮官陳時中部長宣布：「**要求所有的醫事人員除報准外，不得出國。因為在這裡面如果任何一個區域如果去了回來需要做居家檢疫，會有相關的一個疫情高的區域裡面，那可能回來要做居家檢疫 14 天。那在醫療人力吃緊的情況之下，那這樣會對我們的醫院產生不利的影響，所以我們也要求醫事人員除報准外不得出國。**」[11]於本次記者會中，疫情指揮中心僅對出國限制

[10] 林進嘉，風傳媒，＜林進嘉觀點：禁醫事人員出國是民粹擴權，法理情不容＞，https://www.storm.mg/article/2349262，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日；林惠琴，自由時報，<禁醫事人員出國引批評　部分醫院早已建議同仁別出國>，https://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/3077914，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日；黃翊婷，ETtoday 新聞雲，＜禁醫事人員出國「我們不是戰略物資」醫勸：方向正確但打擊士氣＞，https://www.ettoday.net/news/20200224/1652427.htm，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日。

[11] 衛生福利部疾病管制署，「2020/2/23 14:00 中央流行疫情指揮中心嚴重特殊傳染性肺炎記者會」，https://www.youtube.com/watch?v=2AcJf0B4bHU，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

做簡單說明，並未談及明確適用對象、限制期間與禁止前往地區，亦無說明因受限制人員取消出國所致財產損失的補償方式及法源依據。此場記者會後，立即引發許多醫事人員的不滿與質疑[12]。同日隨後由衛福部所發之新聞稿補充說明：「現階段之防疫重點，首在控制疫情發展，避免醫療需求暴增；其次為採取必要措施，降低醫療人員耗損，特別是專業醫療人員培養不易，人力難以於短時間提升或及時遞補，因此，應盡可能避免醫療人員於防護不足下，因接觸感染個案而染病或需要居家隔離，或因旅遊史而需要居家檢疫的情形發生，進而影響醫療人力之調度，甚至衝擊醫療服務量能緊縮。」[13]可見禁止出國的原因除了疫情升溫使醫療需求增加，同時也因醫事人員培養與資格取得不易，是指揮中心為了避免醫療人力遞補困難，而設計的保全人力方法。

面對各界質疑聲浪，疫情指揮中心遂於隔日(24 日)疫情指揮中心記者會中進行說明。首先，陳時中部長就醫事人員人數範圍表示：「我們的醫療人員大概有四萬七嘛，護理人員大概一萬五，那大概在我們的診所的數目裡面，大概把它扣掉，大概是一半一半，我想在醫院第一線的也多。」[14]續由石崇良司長為禁止醫事人員出國之法源依據說明：「有關於醫師的部分，醫師法二十四條、醫療法第二十七條，都給予這樣的一些在疫情期間的指揮調度的權限。」[15]就本次記者會內容，石崇良司長僅對於醫師的法源提出說明，對於限制其他職類醫事

[12] 中央社，＜防人力不足，醫事人員除報准不得出國…引爆不滿＞，https://www.businessweekly.com.tw/focus/blog/3001807；Yahoo 新聞，＜不滿被管制出境醫事人員怒吼：我們不是戰略物資！＞，https://tw.news.yahoo.com/%E4%B8%8D%E6%BB%BF%E8%A2%AB%E7%A6%81%E5%87%BA%E5%9C%8B-%E9%86%AB%E4%BA%8B%E4%BA%BA%E5%93%A1%E6%80%92%E5%90%BC%E6%88%91%E5%80%91%E4%B8%8D%E6%98%AF%E6%88%B0%E7%95%A5%E7%89%A9%E8%B3%87-004716968.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[13] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜衛福部因應疫情發展醫事人員出國規定＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4635-51640-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[14] 中央疫情指揮中心記者會影片紀錄，由臺北市醫師職業工會彙整逐字稿，＜回應禁止醫護出國》指揮中心 0224(一)下午四點記者會＞，https://www.youtube.com/watch?v=SadQBBvU3jg，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[15] 同前註。

DOI:10.6814/NCCU202200753

人員出國的法源未做說明。

另外，於該場記者會中記者提問因禁止前往中港澳，針對民間醫師自組醫療團要前往武漢，是否有相關回應？石崇良司長回應：「**有關民間自主性發起，據我們的了解呢，並沒有成行。現在這個活動也沒有持續的在招募，還是搭配指揮中心的政策，三級的旅遊警示地區就會跟中港澳一樣是屬於嚴格禁止前往，那其餘的一二級就是報准。**」[16]自 2 月 23 日首次宣布醫事人員禁止出國後，詳細的內容未有定案。然而，除了觀光旅遊等非必要性之出國旅行，人民的出國需求可能來自其他重要事由，例如：必要的家庭事由（養育照顧子女責任，出席親屬的喪禮或婚禮等）、人道事由（國際醫療救護工作等）或其他專業事由。對此，疫情指揮中心未曾對外說明符合什麼條件才可能獲准出國。僅可由疫情指揮中心記者會內容推知，縱有醫事人員基於醫療專業，欲前往三級旅遊警示地區提供醫療援助等人道協助，仍屬於衛生福利部嚴格禁止前往範圍之內。

疫情指揮中心後續邀請 15 類的醫事人員的全聯會、勞動部以及基層工會代表針對禁止出國規定之細節進行討論。並於 2020 年 2 月 27 日疫情指揮中心記者會由石崇良司長說明會議內容。這場會議結論與先前於 2 月 23 日陳時中部長報告內容之主要差異點在於，將醫院任職之社工人員新增納入禁止出國對象。本文參酌臺北市醫師職業工會彙整之逐字稿，將記者會內容整理如下[17]：

（一）以「醫院」醫事人員為限制對象之原因：

石崇良司長說明：「**這一次的適用對象，主要是以醫院裡頭服務的醫事人員為主，那麼排除診所的任職者，主要是考量到整個這個感染的風險、**

[16] 同註 14。

[17] 中央疫情指揮中心記者會影片紀錄，由臺北市醫師職業工會彙整逐字稿，＜逐字稿》醫事及社工人員出國禁令｜完整公開｜指揮中心記者會最新回應＞，https://www.youtube.com/watch?v=aQspSy7RTs8，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

那麼人員的複雜度、那麼以及一旦發生需要居家隔離，或者是發生院內感染的情形之下的這個衝擊程度。」

（二）新增社工人員為適用對象之原因：

石崇良司長說明：「社工人員的代表們（社工公會全聯會，不是社工工會；此為臺北市醫師職業工會備註）提出來，他們認為社工人員跟我們雖然不是在法定的醫事人員裡頭，但是一樣在醫院裡面，跟所有的醫事人員團體，共同來對病人提供照顧，所以是應該等同於醫事人員，所以主動提出要納入適用的對象。因為是這個醫事人員團體，呃社工人員團體主動提出，我們非常感謝願意共同投入，犧牲自己的一些出國的權益的權利，所以我們這個部分會做修正，所以適用對象是醫院服務的醫事人員及社工人員。」從石司長這段說明顯示，社工人員非屬執行醫療行為之醫事人員卻納入適用對象，其原因為社工人員代表表示社工人員亦有參與照顧病人，主動提出納入適用對象，於是疫情指揮中心將醫院任職之社工人員新增為適用對象。

（三）為何非限制全體醫院人員？

對於該場會議有團體代表提出限制對象希望擴及到醫院的所有人員，以防有防疫漏洞。石崇良司長說明：「第一呢，在這個在這個業務上的風險，接觸病人的機會比較高。第二，是團隊的互動之間比較頻繁的，那再來就是考量到一旦被隔離或者是染病之後，造成的人力缺口的遞補的難易度。因為醫事人員或社工人員都是需要證照才能夠從事業務，所以我們初步的階段先框定是醫事人員、社工人員為主要的對象。」這段說明中，石崇良司長再次強調限制對象之考量為接觸風險、醫療團隊間

DOI:10.6814/NCCU202200753

的傳播以及人員的專業證照制度。因此，對於醫院內其他工作人員並沒有納入限制出國的適用對象中。

（四）限制地區及實施期間：

石崇良司長說明：「這個限制地區維持不變。三級的部份，原則上是禁止除特殊情形，需要由本部來同意之後才可以。那麼一、二級的部份就是由醫院報准之後才可以。所以原則上簡單的講，這九個國家地區都是禁止前往的，這個是維持。實施的期間也是維持先到六月三十號，視疫情的情況縮短，或者是延長。」

（五）取消出國之補償：

石崇良司長說明：「因為這樣的防疫需要取消出國的人，我們會按照相關法律規定，對於損失的部分與補償。至於補償，不限原本要前往這個旅遊的這三級地區的九個國家地區，而取消之後產生的損失，我們會把這個損失的補償或補助擴及到在防疫期間，只要取消出國的行程，不論是公務或者是私人關係，因為配合這樣的防疫政策，不論到哪一個國家取消出國的產生的損失，我們都予以補償。」

（六）法源依據：

該場會議中有部分團體對於這項規定的適用法源、法律依據提出問題，但是未於會議中詳細的討論，石崇良司長說明：「主要是考量到第一個，那麼在這個適用的法律上，有多條的法律可以適用，所以在最後公布的公告的時候，會選擇最適當的法律依據。那麼第二個還涉及到後續的這些補償或補助，那也是目前正在訂定相關辦法裡面，會去研訂。這些辦法目前都還在研訂當中，所以也沒有辦法馬上就跟大家講這個補

DOI:10.6814/NCCU202200753

償，或者是這個補助是適用哪一個辦法，但是都是在這個法律授權之下來執行。」雖然司長表示有多條法律可適用，然自同月 2 月 23 日中央疫情指揮中心記者會首次宣布「要求所有的醫事人員除報准外，不得出國」後，僅在隔日（24 日）記者會中說明醫師部分的法源為醫師法二十四條、醫療法第二十七條。直至當日（27 日）記者會，對於其他職類醫事人員以及甫新增之社工人員禁止出國之法律依據，皆未有說明。

二、「醫院因應 COVID-19 人員出國規定」之內容

自 2021 年 2 月 23 日記者會宣布醫院醫事及社工人員禁止出國後約一個月，指揮中心於同年 3 月 17 日函頒「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」（肺中指字第 1093800250 號，本函文下稱禁止出國規定函）。該篇函文內容如下[18]：

一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例（以下簡稱特別條例）第 7 條規定，「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施」。

二、醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定如下：

(一)適用對象：於醫院服務之醫事人員及社工人員。

(二)限制地區：第三級旅遊警告地區，除特殊情形外，禁止前往；第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區，須報准後始得前往。

(三)報准程序：因會議、公務或其他特殊原因，欲前往第三級旅遊警告地區，應經所屬醫院報衛生福利部同意；第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區應報經所屬醫院同意。

[18] COVID-19 防疫關鍵決策網，「法規」，＜醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定(109 年 3 月 17 日函)＞，https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4847-52362-205.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

(四)實施期間：自 109 年 2 月 23 日起至 109 年 6 月 30 日止，並得視疫情狀況縮短或延長之。

(五)出國者，返國後應依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心針對其前往地區規定，接受居家檢疫或自主健康管理 14 天，且於該期間不得從事醫療照護工作。

三、違反中央流行疫情指揮中心指揮官依特別條例第七條規定實施之應變處置或措施者，將依該條例第 16 條規定，處新臺幣 5 萬元以上 100 萬元以下罰鍰。

四、因配合防疫需要取消出國所致之損失，係依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例及相關規定，由衛生福利部予以補助。

五、上開補助應符合訂購日為 109 年 2 月 23 日（含當日）以前，出國始日（含當日）為本規定實施期間且相關單據、證明完整齊全者，由所屬醫院統一掣據向衛生福利部提出申請，核實補助且不重複支領，相關作業細節衛生福利部將另案通知。

六、上開出國規定，並未限制該規定適用對象應有之休假權益，惟如因投入防疫工作致無法於法定時間內完成之婚假，請休期間最長可遞延至疫情結束後一年；當年度特別休假於年度終結而未休之日數，可依人員意願提出申請，遞延至次一年度實施。

上開禁止出國規定函中，關於禁止出國規定適用對象之定義，「醫事人員」依據醫療法第 10 條規定，係指領有中央主管機關核發之醫師、藥師、護理師、物理治療師、職能治療師、醫事檢驗師、醫事放射師、營養師、助產師、臨床心理師、諮商心理師、呼吸治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師、驗光師、藥劑生、護士、助產士、物理治療生、職能治療生、醫事檢驗生、醫事放射士、牙體技術生、驗光生及其他醫事專門職業證書之人員。其中，該條所稱

DOI:10.6814/NCCU202200753

之醫師包含西醫師、中醫師及牙醫師，亦即全體完成執業登記之醫院醫事人員，無區分專業科別及可執行之醫療照護內容，皆為限制對象。此外，依社會工作師法第 4 條規定，「社工人員」係指中華民國國民經社會工作師考試及格，並依本法領有社會工作師證書者；從前述人員職別觀之，限制出境對象涉及人員數量及種類甚多。

關於限制地區明確範圍，依衛福部公告之第三級旅遊警告地區截至 2020 年 3 月 17 日止已遍及亞洲、中東、歐洲、美洲、非洲、大洋洲[19]；並且於同年 3 月 21 日起，提升全球旅遊疫情建議至第三級警告[20]，亦即凡屬醫院醫事人員及社工人員皆不得出境。

三、立法院質詢內容

關於疫情指揮中心提出醫事及社工人員禁止出國作為防疫措施，多位立法委員針對此事件提出質詢，本文將相關討論整理如下：

（一）陳柏維立法委員質詢內容（2020 年 3 月 3 日）

立法委員陳柏維質詢時提問是否有評估過此措施有多少人受到限制？衛福部陳時中部長回覆：「**現在我沒辦法掌握清楚，不過目前有職登的醫**

[19] 截至 2020 年 3 月 17 日止，衛福部公告為第三級旅遊警告地區包含：中國、香港、澳門、韓國、義大利、伊朗、法國、德國、西班牙、葡萄牙、奧地利、荷蘭、比利時、盧森堡、丹麥、芬蘭、瑞典、斯洛伐克、斯洛維尼亞、波蘭、捷克、匈牙利、希臘、馬爾他、愛沙尼亞、拉脫維亞、立陶宛、冰島、挪威、瑞士、英國、愛爾蘭、杜拜、俄羅斯、白俄羅斯、烏克蘭、羅馬尼亞、保加利亞、賽普勒斯、塞爾維亞、波士尼亞與赫塞哥維納、蒙特內哥羅、科索沃、克羅埃西亞、阿爾巴尼亞、北馬其頓、沙烏地阿拉伯、阿拉伯聯合大公國、卡達、阿曼、葉門、科威特、巴林、約旦、黎巴嫩、敘利亞、伊拉克、以色列、土耳其、阿富汗、巴基斯坦、巴勒斯坦地區、埃及、利比亞、突尼西亞、阿爾及利亞、摩洛哥、喬治亞、亞塞拜然、亞美尼亞、哈薩克、吉爾吉斯、塔吉克、土庫曼、烏茲別克、蒙古。衛生福利部疾管署，「新聞稿」，＜東歐、中東、中亞及北非共 42 國與 1 地區，旅遊疫情提升至第三級警告，非必要避免前往＞，https://www.cdc.gov.tw/Bulletin/Detail/VjYKIYKdOR4I8ctV_gL7qQ?typeid=9，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

[20] 衛生福利部疾病管制署，「新聞稿」，＜全球旅遊疫情升至第三級警告，國人應避免所有非必要之出國旅遊＞，https://www.cdc.gov.tw/Bulletin/Detail/bYT2npF18R-hGXNmOwCcMA?typeid=9，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

護人員大概有 32 萬人，其中醫師 4 萬 7,000 人、護理人員 15 萬 5,000 人，而且並不是大家都在休假，總之，我們現在正請醫院整理當中。」[21]陳時中部長對於社工人員之人數未納入前項受限制人數說明，對於且僅有說明執登總數，未說明實際醫院執業登記之醫事人員數量。

（二）高嘉瑜立法委員質詢內容（2020 年 3 月 3 日）

立法委員高嘉瑜質詢：「據我們了解，就目前來講，其實不能算是有明確的法源依據，所以禁止醫事人員這個部分，未來可能會引發不管是勞資糾紛或是相關法源依據等等一些爭議，關於這些部分，行政院有做好準備，有沒有相關的罰則？如果醫院不同意進而引發了勞資糾紛，甚至醫事人員在不同意的情況之下還是出國了，有相關的罰則可以處理嗎？」[22]。

陳時中部長回覆：「若是到第一級、第二級的區域，是由醫院負責准駁，而醫院會基於醫院的治理、相關的勞動法規去作最適合的判斷。」[23]

高嘉瑜委員則針對禁止出國之法源依據提問：「所以現在的法源依據到底是什麼？因為我們有向衛福部要求提供這部分的資料，但是衛福部只提供我們新聞稿，並沒有提供我們法源依據，到底現在禁止醫事人員出國的法源依據是依據什麼？」[24]陳時中部長回答：「像特別條例第七條可以用，還有醫師法、醫療人員的醫療法等等都有相關的法規可以依循。」[25]

[21]《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 2 期，頁 189，2020 年 3 月 13 日。
[22] 同前註，頁 228。
[23] 同前註。
[24] 同註 22。
[25] 同前註，頁 229。

DOI:10.6814/NCCU202200753

高嘉瑜委員就部長回答之內容續提問：「醫療法、醫師法、傳染病防治法等等，其實並沒有明確限制、禁止醫事人員出國，只有提到必須遵從主管機關的指揮，但是指揮包不包括限制出國？這個有沒有符合比例原則？這可能是後續行政機關必須面臨的問題，因為如果予以直接禁止，然後又沒有法源依據，後續也會涉及相關的賠償問題，也會產生剛剛我所說的，如果醫事人員仍然堅持要出國，這部分有罰則嗎？」[26]

對於高委員提出關於法源依據、法律明確性、比例原則、相關補償及罰則等問題，部長陳時中則以「沒有」回覆，並補充說明：「那是一個不得已的講法，因為我們知道未來出國風險會越高，而且那些都可能會到第三級的區域，如果那時沒有趕快禁止他們的話，他們出國回來之後可能就要居家檢疫而且得不到賠償、得不到相關的補助，所以我們在兩害取其輕的情況下，疫情指揮中心必須保護我們的戰力，所以不得已作出這樣的宣布。」[27]從陳時中部長上述說明中，未回答遵從主管機關的指揮是否包含限制出國，對於出國人員是否有罰則亦無回應。

行政院長蘇貞昌補充：「貴院剛剛通過這個特別條例第七條就明白規定，中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。這就是法源依據啊！法律規定得明明白白，這是第一點。第二點，就事實上也有需要。剛才部長講得很清楚，如果不是有這樣的要求，如果醫事人員去了有疫情的國家，回來後要居家檢疫 14 天，這樣對他不好，對防疫力量、能量也都不好。第三，現在我們的特別預算經貴院通過後要進行補助，正因為對他有限制，所以他所受的任何損失，譬如他本來要出國或是度假等，因此沒有去的話，任何費用的損失、任何因此而增

[26] 同前註。
[27] 同註 25。

DOI:10.6814/NCCU202200753

加的費用我們都會予以補貼，這個是環環相扣套起來用 。」[28]行政院長則是再次強調法源依據為特別條例第 7 條，此屬必要措施之原因在於相關人員回國須居家檢疫 14 天，將不利防疫。

（二）江永昌立法委員質詢內容（2020 年 3 月 10 日）

江永昌立法委員對於適用對象由醫事人員擴大範圍至醫事及工人員提出質詢：「請教衛福部，你們在 2 月 23 日講限制相關醫事人員出國 ，到了 2 月 27 日，你們從第一線直接照護改成所有醫院的醫事人員跟社工人員，也就是擴大範圍了，這一刀切下去，所有醫院的醫事人員和社工人員，是指醫療法或是醫療人員人事條例以及社工師法當中所定的那些人統統在裡面嗎？你知道這個範圍有多大？[29]」

衛生福利部政務次長何啟功回覆：「向委員說明，當時因為不希望造成院內的醫療人力不足，以及可能發生交叉感染的一些狀況。」、「在社工方向，是他們自己主動出來說他們願意同時參加這樣的管制措施。[30]」由何啟功次長之說明顯示，社工人員之所以納入出國管制，理由為社工代表表示願意主動參加，而非依據主管機關 2 月 23 日說明因醫療人員培育不易、遞補困難，為避免影響醫療人力之調度、衝擊醫療服務量能所作之判斷與決定。

由上述立法委員質詢及主管機關答復內容可見，主要針對限制人員的範圍以及禁止出國之法源依據進行討論。立法委員高嘉瑜質疑醫療法、醫師法、傳染病防治法沒有明確限制、禁止醫事人員出國。而面對立委提問，衛生福利部

[28] 同前註，頁 229-330。
[29] 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 3 期，頁 167，2020 年 3 月 20 日。
[30] 同前註。

DOI:10.6814/NCCU202200753

部長陳時中未回應是否符合比例原則，以及醫師法中「遵從主管機關的指揮」包不包括限制出國？僅由行政院長蘇貞昌強調甫（當月 25 日）通過之肺炎特別條例第 7 條可作為依據。陳時中部長及蘇貞昌院長皆強調若無宣布禁止出國，醫事人員返國須居家檢疫，對防疫醫療量能不利。而對於適用對象擴大新增社工人員的原因，則由衛福部政務次長何啟功表示係因社工團體主動表示願意參加管制。

四、立法委員質詢之行政院書面答復

（一）吳斯懷立法委員質詢內容（2020 年 3 月 3 日）

吳斯懷立法委員就醫事人員不同職業別與防疫的關聯性，建請主管機關對全類別醫事人員禁止出國一事與醫界及人民溝通，提出質詢：「針對防疫指揮中心於 23 日記者會上，要求所有的醫事人員，除了報准之外，禁止出國一事提出質詢。本席肯定防疫指揮中心這些日子來的努力，並了解醫事人員對於我國防疫之重要性，但蔡政府是否仍應考量醫事人員需提早排假之職業特殊性，以及醫事人員範疇涵蓋甚廣，許多與防疫較無關係之職業，例如語言治療師、聽力師、牙體技術師等，皆在《醫事人員人事條例》規範的醫事人員內，本席建請主管機關應儘速與醫護人員及社會大眾溝通，並召開醫療系統相關的整備會議，俾利提出更具體務實且周全的實施辦法」[31]。

行政院對於吳委員就要求所有的醫事人員禁止出國問題所提質詢，書面回覆內容略如下：已於 2020 年 2 月 25 日與醫院代表、學會、感控專家等討論取得共識，另於 2 月 27 日與醫事及社工人員代表討論修正「醫院因應嚴重特殊傳染

[31] 同註 21，頁 303-304。

DOI:10.6814/NCCU202200753

性肺炎（COVID-19）醫事人員出國規定（草案）」，並回覆修正內容之重點[32]。而對於吳斯懷委員提出的醫事人員具有職業內容差異性，若所有醫事人員納為對象，將包含與防疫工作較無關聯之人員，行政院則未作回覆。

（二）賴香伶立法委員質詢內容（2020 年 3 月 17 日）

立法委員賴香伶禁止醫事人員出國具體措施、法律依據、行政行為定性等問題向行政院提出質詢：「鑑於中央流行疫情指揮中心於 2020 年 2 月 23 日宣布禁止醫事人員出境 措施及其與衛生福利部嗣後各種政策或行政行為，欠缺法律依據卻對醫事人員或其他在醫療院所之工作者基本權產生重大限制，認有違憲疑慮。爰就指揮中心所稱限制出境（地）政策具體措施為何？系爭函文是否即屬其中一部？限制出境（地）及系爭函文之法律依據為何？送達對象為何？行政行為係定性為單純觀念通知、行政指導、行政處分、行政規則或法規命令？對何人有何種拘束力？違反有何處罰規定？[33]」

行政院就賴委員禁止醫事人員出境具體措施、法律依據等問題所提質詢之書面答復略以：本案依據為嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 7

[32] 行政院交據衛生福利部查復內容：「為因應全球疫情升溫，減少醫事人員出國返國所致之風險，本部於 109 年 2 月 25 日邀集各級醫院協會代表、專業學會、感控專家及醫學中心院長共同討論獲得共識，擬定「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）醫事人員出國規定（草案）」。為求周延，復於同年月 27 日，再邀請 15 類醫事人員與社工師全聯會代表、基層工會代表、各級醫院協會代表及勞動部共同討論修正該規定，重點如下： (一)適用對象：於醫院服務之醫事人員及社工人員。 (二)限制地區：第三級旅遊警告地區，除特殊情形外，禁止（含轉機）前往，第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區則須報准後始得前往。 (三)報准程序：因會議、公務或其他特殊原因，欲前往第三級旅遊警告地區，應報經本部同意；第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區應報經所屬醫院同意。 (四)實施期間：自 109 年 2 月 23 日起至 109 年 6 月 30 日止，並得視疫情狀況縮短或延長之 。 (五)出國者，返國後應依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心針對其前往地區規定，接受居家檢疫或自主健康管理 14 天，且於該期間不得從事醫療照護工作。 (六)因配合防疫需要取消出國（不限於本規定之限制地區）所致之損失，依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例及相關規定予以補助。 (七)因投入防疫工作致無法於法定時間內完成之婚假，請休期間最長可遞延至疫情結束後一年；另有關當年度特別休假於年度終結而未休之日數，可依人員意願提出申請，遞延至次一年度實施。」《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 9 期，頁 187，2020 年 4 月 8 日。

[33] 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 4 期，頁 357，2020 年 3 月 30 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

條規定；另已於 2 月 25 日及 27 日邀集醫院團體、各職類醫事人員團體及勞動部等會商討論，並提供醫事人員出國規定內容[34]。然而，行政院函覆賴香伶委員之出國規定內容未包含3月17日發文之出國規定函（肺指中字第193800250號）說明段第三項「違反中央流行疫情指揮中心指揮官依特別條例第七條規定實施之應變處置或措施者，將依該條例第 16 條規定，處新臺幣 5 萬元以上 100 萬元以下罰鍰。」以及說明段第五項「上開補助應符合訂購日為 109 年 2 月 23 日（含當日）以前，出國始日（含當日）為本規定實施期間且相關單據、證明完整齊全者，由所屬醫院統一掣據向衛生福利部提出申請，核實補助且不重複支領，相關作業細節衛生福利部將另案通知。」亦即行政院之就具體措施之答復不完整，且未說明送達對象、行政行為定性、違反之處罰規定等事項。

行政院對於兩位立法委員之書面答復，主要內容皆為出國規定函草案之事項，以及曾於 2 月 25 日及 27 日邀集醫院團體、各職類醫事人員團體及勞動部等會商討論。對於其他問題，是否有處罰規定？不論是在陳時中部長接受高嘉瑜立法委員質詢時之回答，或是行政院予賴香伶立法委員之書面答復，皆未對質詢內容給予完整說明。

[34] 行政院經交據衛生福利查復內容：「一、依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 7 條規定，「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施」。二、因應 COVID-19 疫情發展，中央流行疫情指揮中心於 109 年 2 月 23 日宣布醫事人員出國規定，以確保醫事人員的健康安全及醫療體系的防疫量能。本部並於 2 月 25 日、27 日邀集醫院團體、各職類醫事人員團體及勞動部等會商討論，訂定醫事人員出國規定，內容如下：(一)適用對象：於醫院服務之醫事人員及社工人員。 (二)限制地區：第三級旅遊警告地區，除特殊情形外，禁止（含轉機）前往，第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區則須報准後始得前往。 (三)報准程序：因會議、公務或其他特殊原因，欲前往第三級旅遊警告地區，應報經本部同 意；第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區應報經所屬醫院同意。 (四)實施期間：自 109 年 2 月 23 日起至 109 年 6 月 30 日止，並得視疫情狀況縮短或延長之。(五)出國者，返國後應依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心針對其前往地區規定，接受居家檢疫或自主健康管理 14 天，且於該期間不得從事醫療照護工作。 (六)因配合防疫需要取消出國（不限於本規定之限制地區）所致之損失，依嚴重特殊傳染性 肺炎防治及紓困振興特別條例及相關規定予以補助。 四、上開出國規定，並未限制該規定適用對象應有之休假權益，亦無限制前往非旅遊警告、警示、注意地區之國家。 五、另因投入防疫工作致無法於法定時間內完成之婚假，請休期間最長可遞延至疫情結束後一年；當年度特別休假於年度終結而未休之日數，可依人員意願提出申請，遞延至次一年度實施。」《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 14 期，頁 224-225，2020 年 4 月 16 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

五、醫事及社工人員禁止出國時序整理

有關本次因應 COVID-19 疫情所制定的「醫院因應 COVID-19 人員出國規定」之完整時序經筆者整理繪製如下圖所示:

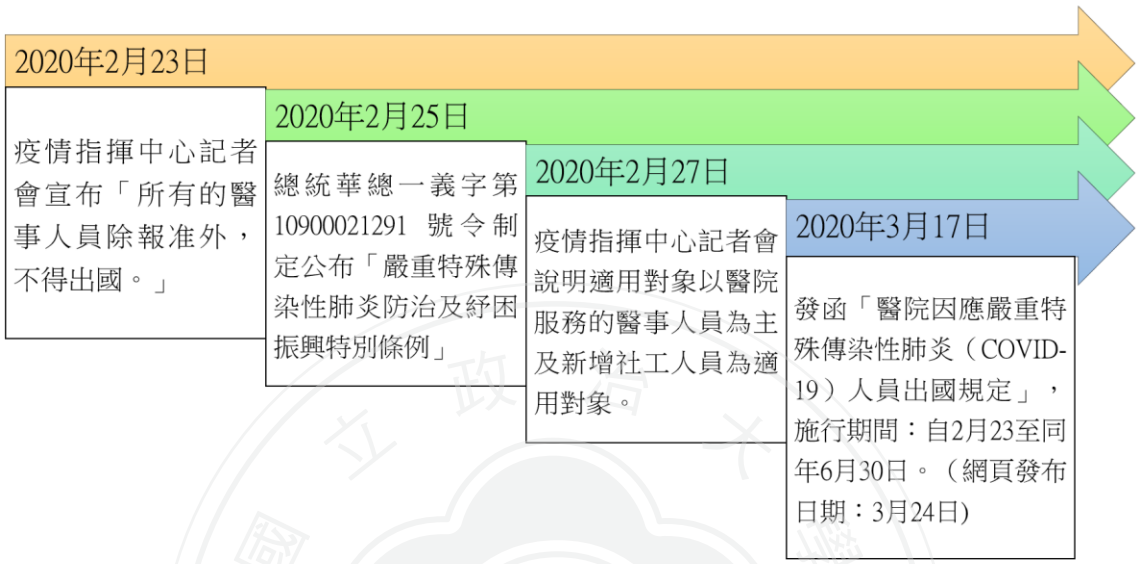

圖 1 醫事及社工人員禁止出國發布時序

疫情指揮中心於 2020 年 3 月 17 日將「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」正式發函予地方政府衛生局等單位[35]。該措施的施行起始日回溯到疫情中心首次宣布日期（2020 年 2 月 23 日），而本措施之法源依據「肺炎特別條例第 7 條」在其後（2020 年 2 月 25 日）公布。在此時間軸中尚存在一個問題點，便是關於 2020 年 2 月 27 日記者會宣布的「新增社工人員為適用對象」，因社工人員非屬醫事人員之列，2 月 23 日之記者會僅有宣布醫事人員除報准外不得出國，故社工人員施行禁止出國措施之起始日自應與醫事人員不同，規範日期以 2 月 27 日之後生效始為合理，而非與醫事人員同於 2 月 23 日起始。

[35] 肺中指字第 1093800250 號函受文者包含：地方政府衛生局、教育部、法務部、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會以及台灣社區醫院協會。

DOI:10.6814/NCCU202200753

另，禁止出國規定函文記載：「違反中央流行疫情指揮中心指揮官依特別條例第七條規定實施之應變處置或措施者，將依該條例第 16 條規定，處新臺幣 5 萬元以上 100 萬元以下罰鍰。」可見違反時將有相關罰則。特別條例第 16 條之生效日依同條例第 19 條規定，自公布日期施行（2 月 25 日）。然而，本出國規定函之發文日期為 3 月 17 日，不應期待於 2 月 23 日至 3 月 17 日間出國之人員能遵守未來制訂之規範，基於法律安定性及信賴保護之要求，相關處罰規範應以禁止出國規定函公布日之後始生效力。

鑒於禁止出國規定之實施期間至 2020 年 6 月 30 日止，疫情指揮中心考量國內疫情趨緩，於同年 6 月 19 日函令，出國規定之實施期間將至 2020 年 6 月 30 日止，惟自 2020 年 7 月 1 日起，醫院醫事及社工人員如欲出國應報經所屬醫院同意[36]。亦即主管機關將對醫院人員出國的准駁權，從衛福部下放予各醫療院所負責。另，相關人員返國後，仍應依照指揮中心針對其前往地區之規定，接受居家檢疫 14 天，且須依「因應 COVID-19 疫情醫療照護工作人員自主健康管理期間返回工作建議」辦理[37]。

[36] 肺中指字第 1093900539 號，https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4847-54552-205.html?fbclid=IwAR3uE0b77Et8vqwvJheUDOdrt7JNgQmpWEXyQNgI_ZyIvAFNOKYtgsr-j5c，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[37] 同前註。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第二節　我國傳染病防治之出境管制

國境管制一直是傳染病防治任務中的重要一環，我國主管機關除了對入、出國（境）之人員，得施行檢疫或措施，為避免人員因國境移動過程造成傳染風險，另有設計出國（境）限制（傳染病防治法第 58 條第 1 項第 5 款規定）。除了我國傳染病防止法有出入境管制規範，於國際衛生條例第 18 條關於世界衛生組織針對人員向締約國發布的建議，亦有包含人員出入境之管制，例如：不准疑似病例或受感染者入境以及進行出境檢查並／或限制來自受感染地區的人員出境[38]。可見限制入、出境可作為預防、抵禦和控制疾病國際傳播的手段之一。

由外交部領事事務局發布之＜世界各國因應 COVID-19 疫情相關措施一覽表＞觀之，對於 COVID-19 疫情期間人員入、出國（境）限制措施，可觀察到世界各國採取了不同程度國境出入境管制，例如：限制外國人入境申請、依風險程度進行隔離檢疫、入境須提出 PCR 陰性證明或疫苗接種證明等。其中依據風險程度進行入境管制措施是世界各國常使用的方式之一，例如：英國政府公布之國家及領域 COVID-19 風險燈號清單，分為綠燈、黃燈及紅燈三類，自這三種國家及領域抵、返者，入境後區分為無須進行隔離、須隔離檢疫並接受病毒檢測以及須至指定旅館進行監控隔離[39]。於本一覽表中，僅有澳大利亞政府為遏制 COVID-19 疫情，全面限制澳洲公民及永久居民自由出入境，屬於國境管制嚴格

[38] 《國際衛生條例》（International Health Regulations）第 18 條原文：Article 18 Recommendations with respect to persons, baggage, cargo, containers, conveyances, goods and postal parcel. 1. Recommendations issued by WHO to States Parties with respect to persons may include the following advice: – no specific health measures are advised; – review travel history in affected areas; – review proof of medical examination and any laboratory analysis; – require medical examinations; – review proof of vaccination or other prophylaxis; – require vaccination or other prophylaxis; – place suspect persons under public health observation; – implement quarantine or other health measures for suspect persons; – implement isolation and treatment where necessary of affected persons; – implement tracing of contacts of suspect or affected persons; – refuse entry of suspect and affected persons; – refuse entry of unaffected persons to affected areas; and – implement exit screening and/or restrictions on persons from affected areas.

[39] 外交部領事事務局，「最新消息」，＜世界各國因應 COVID-19 疫情相關措施一覽表＞，頁 59，https://www.boca.gov.tw/cp-56-5248-791bd-1.html，最後瀏覽日：2021 年 7 月 22 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

的國家；比利時政府則是禁止所有旅客出入比利時從事「非必要旅行」（non-essential travel），但並非全面關閉國境，人員仍然可以進行「必要旅行」（essential travel）[40]；另如紐西蘭則以旅遊警示呼籲所有國民停止出國旅遊，並要求旅外國人盡速返國[41]。

我國邊境管制因應 COVID-19 疫情對於入境人員有嚴格管制措施。自 2020 年 3 月 19 日起，對來臺的非本國籍人士，除持居留證、外交公務證明、商務履約證明，或其他經特別許可者外，一律限制其入境[42]。至於出境管制的部分，則是依據人員之身分施以限制出境管制，受限制對象分別為公私立高級中等以下學校、外國僑民學校、實驗教育機構、團體及教保服務機構之教職員工生，自 2020 年 3 月 20 日至 2020 年 7 月 15 日止，暫時停止出國（臺教授國部字第 1090032762 號）[43]以及本文所要討論的醫院之醫事及社工人員。

而前述因應 COVID-19 疫情防治的所制訂的出境管制並非我國首例，其實為了預防傳染性疾病於國際傳播，早已為了避免疾病傳播制定限制出境之規定，例如：傳染病防治法第 58 條第 1 項第 5 款「對未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病病人，通知入出國管理機關，限制其出國（境）。」並於同條第 2 項訂有但

---

[40] 「必要旅行」（essential travel），適用範圍包括：1.專業事由（行使職務的高級運動員、文化事業人員及記者）；2.外交官、政府部會首長及國家元首，國際組織（機構）及駐外使領館職員及獲該等組織邀請的人員且有必要親自到場者、行使職權的歐洲議員；3.必要的家庭事由(家庭團聚、拜訪未同住一戶之配偶、伴侶為共同擔負養育子女責任，以及出席第一、二等親屬的喪禮及婚禮者)；4.人道事由；5.就學相關事由；6.跨境工作；7.照護動物；8.行使法律義務；9.車輛緊急救護；10.搬遷及 11.過境。外交部領事事務部，「最新消息」，＜(旅遊警示燈號：紅色)比利時政府為因應 COVID-19 疫情更新入境防疫措施＞，https://www.boca.gov.tw/cp-56-6335-b457b-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

[41] 同註 39，頁 13-14，最後瀏覽日：2021 年 7 月 22 日。

[42] 外交部領事事務局，「訊息公告」，＜因應全球「武漢肺炎(COVID-19)」疫情持續擴大，我國將限制全球非我國籍人士入境＞，https://www.boca.gov.tw/cp-56-5078-41ac3-1.html，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

[43] 教育部學校衛生資訊網，「嚴重特殊傳染性肺炎教育專區」，＜為防治控制疫情需要，自公告日起至 109 年 7 月 15 日止，公私立高級中等以下學校、外國僑民學校、實驗教育機構、團體及教保服務機構之教職員工生，非經專案許可，應暫時停止出國（境）＞，https://cpd.moe.gov.tw/page_two.php?id=34102，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

書「前項第五款人員，已無傳染他人之虞，主管機關應立即通知入出國管理機關廢止其出國（境）之限制。」該條文為 2007 年傳染病防治法增列條文，立法理由為因應實務需求而增列，以資周延。同時，為避免因傳染病受限制出國境者之權益，爰增列第二項有關其已無傳染他人之虞時，主管機關應立即通知入出國管理機關廢止其出國（境）限制之規定[44]。從立法設計可明確了解是否限制出境的關鍵在於該人員是否具有傳染性，而可能對他人健康造成威脅之可能，且為了保障人民出境權益，當個案不具傳染性時應立即解除限制。而台灣近年基於傳染病防治所產生之出境管制如下：

一、SARS 期間醫事人員出境管制

至於我國基於傳染病疫情因素而對醫事人員進行出境管制亦非首次。於 2003 年 SARS 疫情爆發時，曾發生台北馬偕醫院一名周姓醫師在感染 SARS 後，前往日本旅遊，造成日本當地民眾恐慌，馬偕醫院隨即舉行記者會，說明事情經過並向日本人民致歉[45]。

於此事件後，衛生主管機關考量醫事人員於執行醫療照護過程易接觸 SARS 病人，為避免高接觸風險之醫事人員因出境而將病毒傳播至國外。衛生署（現衛福部）依據行政院嚴重急性呼吸道症候群防制及紓困委員會境外管制組決議，特予規定醫事人員應持有服務醫療院所出具之「醫療機構服務人員出境證明」，始得辦理出境[46]。其證明內容須記載該人員於申請出國前十日內，未接觸 SARS 通報病患。違反者，則依嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例第 18 條第

[44] 立法院法律系統，「異動條文及理由」，《傳染病防治法》，https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?000401EF4EAA000000000000000001400000000400FFFFFD00^02516096061400^00008001001，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[45] 華視新聞，「新聞」，＜中煞還遊日 醫生：不知自己被感染＞，https://news.cts.com.tw/cts/general/200305/200305180107332.html，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

[46] 衛生福利部疾病管制署，「新聞稿」，＜醫事人員出境應檢附未接觸 SARS 病人證明文件＞，https://www.cdc.gov.tw/En/Category/ListContent/KplNRx9vk1IAg9meu6zYFA?uaid=W2aVrXSSKY0A1u9b8uRHjg，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

2 項規定（已於 2004 年 12 月 31 日廢止），處新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰。

此項出境管制措施雖非以傳染病病人為適用對象，但其管制標準尚具有類似傳染病防治法第 58 條第 1 項第 5 款以該人員是否具有「傳染他人之虞」為依據的概念。此措施係因醫事人員身處於高感染風險環境，有較高受感染風險，因而存在將病毒傳染他人可能性，為避免在出境後對他國人民生命健康造成重大威脅可能性，要求提供未接觸 SARS 通報病患證明，證明自己無傳染他人之虞後，仍然可以辦理出境。換而言之，所採取之手段雖有對醫事人員權益之侵害，但若能提供未接觸 SARS 通報病患證明，確認無傳染他人之虞，仍然可以出境，以當時醫療對 SARS 的治療能力、檢測能力及整體風險評估，本文認為此措施尚為符合傳染病防治中避免疫病傳播之精神。

二、限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點

傳染病防治法第 58 條第 1 項第 5 款現最早實際應用於傳染性結核的防治中。結核病為我國第三類傳染病，主要傳染途徑是透過飛沫與空氣傳染，為一種全球性的慢性傳染病，在開發中國家尤其盛行[47]。

依據 2007 年頒布之「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」，其適用對象為全國結核病人。這些結核病人區分為：

（一）甲類：痰抹片抗酸菌檢驗陽性有傳染之虞之肺結核病患；不得搭乘單次飛航行程逾八小時之大眾航空器出國。

（二）乙類：傳染性之多重抗藥性（MDR）結核病患。

[47] 衛生福利部疾病管制署，「結核病」，https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/j5_xY8JbRq3IzXAqxbnAvQ，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（三）丙類：慢性傳染性結核病患。其中乙類及丙類肺結核病人，為一律禁止搭乘大眾航空器出國。

以上三類病人在確認感染結核病後，將依據＜結核病防治工作手冊＞[48]之「結核病患飛航限制及航空器接觸者追蹤」辦理，由地方主管機關於收案訪視時發給「限制對象限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境通知單」，相關限制對象名冊資料由疾病管制署每日滙入內政部入出國及移民署資訊系統。若限制對象出境事實經確認無誤，將通知該管地方主管機關依法處置[49]。

此實施要點對上述三類人員皆分別設計得解除限制的條件，例如：甲類病人於直接觀察治療（DOT）達十四天或其他證據證實已無傳染之虞者，得解除限制[50]。可見我國對於限制傳染性病人之遷徙自由是有條件的。相關限制早已在公共傳染風險、病人疾病狀態與病人自主性之間做衡量，可以觀察到醫療界存在對於病人人權的保障與重視。

三、麻疹疫情期間之出境管制

2018 年全球麻疹疫情升溫，我國陸續發現多名境外移入麻疹個案及國內傳播之群聚事件，該年度麻疹確診者達 40 例，截至隔年 5 月 8 日止已高達 90 例麻疹確診者，為自 1999 年以來人次最高的一年[51]。鑑於鄰近國家為麻疹流行

[48] 衛生福利部疾病管制署，「結核病」，《結核病防治工作手冊》，https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/YpPM4PxFx3b_6FKuMDYjew，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[49] 衛生福利部疾病管制署，「結核病」，《限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點》，https://www.cdc.gov.tw/Uploads/01f852da-910d-4316-8b98-68bb25219dbb.pdf，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

[50] 同前註。

[51] 賴淑寬、林福田、陳秋美、王恩慈、劉定萍、楊靖慧，＜2019 年一至五月台灣麻疹疫情概況＞，《疫情報導》，第 35 卷第 11 期，頁 136，2019 年 6 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

地區，為了有效限制病毒傳播，疾病管制署於 2019 年訂定《麻疹疫調、接觸者追蹤管理及群聚事件處理原則》[52]。

其中，針對處於「可傳染期間」進行住院隔離治療或居家隔離之疑似麻疹個案或麻疹確定病例，若屬於可能出境之隔離個案，則依「麻疹個案隔離及出境管制作業流程」[53]，進行溝通及提供必要的協助（例如：協助向航空公司申請機票展延或退票、個案為外籍人士則通知其所屬國家之駐台機構提供其他協助）；若經溝通無效且經評估可能逕自出境時，為避免造成社區人員感染及跨國境之傳播，必要時得開立「出國(境)管制通知書」，通知書記載於可傳染期間禁止搭乘大眾運輸工具或出入國際機場及海港，且暫勿出境，並向個案說明相關法規、應配合衛生措施、違規罰則及造成他人損害之後續民、刑事責任等。若經評估仍可能逕自出境，則續由衛生局函請移民署出境管制。對於麻疹防治之出境管制與結核病防治方式類似，同樣設有解除出境限制的條件。當疑似個案經檢驗或審查排除、已過可傳染期或經評估可提前解除管制，將由衛生局函請移民署解除管制，並副知個案以及疾管署區管中心[54]。

從麻疹個案隔離及出境管制作業流程中，可以看出衛生主管機關設計麻疹防治之禁止出境措施時，是經由審慎判斷已無其他有效且侵害最小之手段，始函請內政部移民署執行出境管制措施，並對已無傳染性個案，設有解除管制的條件及程序，盡可能地在傳染病傳播風險及個人自由遷徙權利間取得平衡。

[52] 衛生福利部疾病管制署，「麻疹」，《麻疹疫調、接觸者追蹤管理及群聚事件處理原則》，2019 年 5 月 31 日，https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/cXOGgsKTJ5MG4SyOAF2fng，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。
[53] 同前註，頁 44-45。
[54] 同註 52，頁 45。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第三節　文獻回顧

自宣布禁止醫院人員出國後，在醫界及法學界引發討論，以下筆者將針對相關文獻發表內容進行整理。

（一）於＜從醫事人員限制出境禁令論紓困條例的憲法爭議＞[55]一文中，洪國華認為，限制出境攸關居住遷徙自由，自應有法律明文授權。並認為本禁止出國規定之法律性質，屬於依行政程序法第 150 條第 1 項允許政府依法律授權，發布對外生效之法規命令；衛福部限制醫院人員出境既然非屬立法院通過之法律，形式上應屬「法規命令」。筆者認為是否為法規命令仍有疑義，將於後續章節進行討論。

關於衛福部最初主張之法律依據醫療法第 27 條與醫師法第 24 條，洪國華認為前條醫療法規範主體為醫療機構而非醫事人員，後者法條所指內容應為醫師執行醫療行為上之義務，而「不得出國」顯非屬於「醫療行為」之範疇，故以醫療法第 27 條與醫師法第 24 條作為法源依據，似有疑慮。此外，以特別條例第 7 條為法源依據，將面臨授權欠缺明確性、欠缺得聲請法院救濟等疑慮。該篇文章中，洪國華另就特別條例公布時點做討論，分析內容為若以 2 月 25 日通過之特別條例為其依據，則不能溯及既往 2 天前的 2 月 23 日。故認此禁止出國措施不符合行政程序法第 150 條第 2 項對法規命令「應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神」之要求。況且 3 月 17 日發布之公文，溯及 2 月 23 日生效，顯違背法律不溯及既往原則。並對於未直接禁止全體人民出境，僅針對醫院人員，作者認為可能違背憲法第 23 條比例原則中關於必

[55] 洪國華，＜從醫事人員限制出境禁令論紓困條例的憲法爭議＞，《月旦醫事法報告》，第 44 期，頁 53-63，2020 年 6 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

要性的檢驗，及有違背憲法第 8 條平等權可能。

（二）學者吳秦雯發表之＜從 SARS 到 COVID-19：司法院釋字第 690 號解釋架構下之傳染病防治法制與基本權限制＞[56]以過去 SARS 召回和平醫院員工返院集中隔離之爭議，透過司法院大法官釋字第 690 號解釋，來檢視 COVID-19 防治措施對基本權限制妥適性。本篇文章先就解釋理由書分析，認為第 690 號解釋以疫情防治所採取的強制隔離不具備刑事處罰性質，且因涉及醫療及公共衛生專業領域為由而降低明確性審查密度。對於人身自由剝奪之比例原則審查，則以具維護被剝奪者身體健康與生命之目的，且對其人格權無重大影響，並具備重大公共利益價值，即通過比例原則審查。對於正當法律程序之要求，本號解釋除再次重申以保障人民生命與身體健康為目的，同時強調疫情防治貴在迅速採行正確措施，得由專業主管機關以醫療與公衛知識，基於嚴謹組織程序，作成客觀之正確性決定。換而言之，本號解釋認為疫情防治因具維護人民身體健康與生命之重大公共利益目的，主管機關得對人民人身自由有不同程度之保障，此差別對待並未違憲。吳秦雯認為司法院大法官釋字第 690 號解釋對各項重要憲法原則要求略顯不足，而重於強調疫情防治貴在迅速及尊重專業判斷，以此論理恐導致傳染病法制相關措施對基本權產生過度限制。

對於主管機關因應 COVID-19 實施限制醫事人員與各級學校師生出國，吳秦雯認為以特別條例第 7 條此等概括規範為依據，不僅超出一般人所得預見範圍，亦難以憑藉社會通念加以判斷得知，恐不符合明確性原則，且難認合致司法院大法官釋字第 443 號解釋所建立之層級化法律保留原則。惟考量醫事人員與社工人員於疫情期間承擔醫療照護職責，其職業專業性非短期得以培養或取代，若返國後因 14 日檢疫期無法執行醫療業務，恐影響國內防疫能量，且此限制出

[56] 吳秦雯，＜從 SARS 到 COVID-19：司法院釋字第 690 號解釋架構下之傳染病防治法制與基本權限制＞，《法律與生命科學》，第 9 卷 1 期，頁 91-112，2020 年 6 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

國禁令設有期限，並非一般性無限期限制，因此或可認為是特殊國家災難期間之短期非常措施，而得認定程序規範正當合理。筆者認為雖醫療專業人員難以於短期內培養或取代，但就醫療體系現況而言，尚有多種方式可保全甚至增進醫療人力及醫療服務量能，且對醫院人員限制較小。因此，本文將於後續章節分析其他醫療人力保全之方式。

（三）學者張文貞於＜COVID-19 與國際人權＞[57]一文中，認為各國採取的緊急應對措施，如：封城、鎖國、禁止特定族群出國、居家避難、關閉學校及公共服務設施、禁止大型集會、監測及追蹤接觸者、檢疫、隔離等，雖可能對人權造成嚴重影響，然由國際人權法角度觀之，各國亦須迅速有效地採取防疫措施，以履行對生命健康等核心人權的積極保障義務。

然而，張文貞認為縱以生命健康保護為目的而限縮其他人權保障，仍不得放棄給予所有人，相等的人道和尊重人格尊嚴的待遇。依聯合國人權事務高專辦公室 (Office of the High Commissioner for Human Rights)發布疫情期間緊急措施的指引，緊急措施應有嚴格的時間限制，採最小侵害的手段，並且透過如夕陽條款或是審查制度，以確保緊急情況結束後得以回歸正常法制[58]。本篇文章僅有提及禁止特定族群出國，未針對禁止醫院人員出國進行細部討論，因此本文除將檢視我國是否有依聯合國人權事務高專辦公室發布的指引，實施疫情期間緊急措施，並將針對禁止醫院人員出國進行詳細討論。

（四）吳采模及高塚真希發表之＜「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興

[57] 張文貞，＜COVID-19 與國際人權＞，《月旦法學雜誌》，No.312，頁 8-22，2021 年 5 月。
[58] Emergency Measures and Covid-19: Guidance, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (April 27, 2020), https://www.ohchr.org/Documents/Events/ EmergencyMeasuresCOVID19.pdf，最後瀏覽日：2021 年 4 月 26 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

特別條例」之概要及其法律問題＞[59]中，比較我國與日本之醫師法及醫療法設計，日本相關規定並無類似我國醫師法第 24 條及醫療法第 27 條第 1 項規定，未有要求醫師或醫療機關於事發時必須遵守行政機關指揮之規定。另外，吳采模及高塚真希認為特別條例第 7 條僅以「為防治控制疫情」為目的，即可實施「必要之應變處置或措施」，其要件或效果均屬極為抽象，如同空白授權。依此種規定，可能產生指揮官恣意適用本條文，遂行對國民權利之侵害，將無法貫徹法治國原則。對於醫事人員出國限制措施所限制之人權，為憲法第 10 條所定遷徙自由，其限制更應慎重。以特別條例第 7 條作為依據，可能違反明確性原則，而存在違憲之虞。

在該篇文章中提出了我國醫師法第 24 條與日本醫師法之比較，但未有討論「遵從主管機關指揮之義務」是否以醫師執業時執行醫療行為限，例如：診斷、治療等病患照護行為，抑或包含其他非關醫療專業事項？本文將對此進行討論。

（五）除了法學刊物發表之文章，另於《臺灣醫界》由林工凱及謝碧珠發表之＜嚴重特殊傳染性肺炎疫情下應變處置措施之探討＞[60]針對限制醫事人員出國則有較嚴厲之評論。對於行政機關以防治肺炎疫情為由，將人視為工具，透過犧牲部分人的權利，以維護他人尚未發生的危害，在不必透過法律制定及授權下，禁止醫事人員出國，是否可通過法律保留、法律明確性、比例原則審查提出質疑。首先，對於指揮官於 2020 年 2 月 23 日宣布將限制醫事人員出國，經醫師職業工會等批評後，隧縮小範圍於限於醫院之醫事人員。認為行政機關似無需探討法律面，即可於短時間對於「必要性」有浮動的詮釋，使一般人難以知道法律的界線為何。對於限制醫院人員出國以特別條例第 7 條作為依據，對

[59] 吳采模、高塚真希，＜「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」之概要及其法律問題＞，《萬國法律》，NO.231，頁 107-115，2020 年 6 月。
[60] 林工凱、謝碧珠，＜嚴重特殊傳染性肺炎疫情下應變處置措施之探討＞，《臺灣醫界》，第 63 卷 8 號，頁 49-58，2020 年 8 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

於此條文中的「必要之應變處置或措施」，認為法律明確性審查標準之程度，以對基本權侵害越強，法律制定應越明確，使受規範者有更高的可預見性。就此，林工凱及謝碧珠以當時未有足以使醫事人員預見出境管制為「必要」措施之情事（如：確診者暴增趨勢將超過醫院收治量能），認為難符合明確性精神。此外，就是否符合比例原則，論者認為行政機關在無證據可合理支持其預測，而以未雨綢繆的方式管制醫事人員出國，預期此法可確保人民就醫權利及醫院收治量能，應不符合比例原則。於行政程序面，該文認為出國規定函於形式上屬於「職權命令」，屬行政機關依法定職權、下達至下屬機關並產生外部效力之通案規定。對於此禁止出國措施是否為職權命令尚有疑義，筆者將於後續章節進行討論。

（六）學者林三欽以禁止高中以下師生出國為中心發表之＜我國防疫措施法制之合憲性爭議作探討＞[61]，亦有對類似議題做討論。首先，林三欽針對教育部依據指揮中心指示將出國禁令定性為「一般處分」表示認同，其論述為本禁令基於 COVID-19 疫情需求而生，且符合「對人之一般處分」概念，雖持續期間長達數月，涉及對象人數眾多，於實務上較為罕見，似是將「對人之一般處分」概念擴展至極大化。就出國禁令合憲性問題，林三欽認為防疫事務的高度不確定性及專業性降低「法律保留原則」與「法律明確性原則」要求，特別條例第 7 條概括規範模式有其正當性，是具體規定不敷使用時的例外補充規範。執法者援用此類概括授權條款所作成之措施，均須接受「必要性」（比例原則）、「正當合理關聯性」等相關原則的嚴格檢驗；若人民不服時亦得就此尋求司法救濟。

然而，林三欽雖肯定防疫法令概括規定正當性，也呼籲不得形成對概括條款的依賴，應積極參酌各國立法，對於國內未發生但可預想的情境與措施，修

[61] 林三欽，＜我國防疫措施法制之合憲性爭議作探討＞，《月旦法學教室》，第 212 期，頁 44-51，2020 年 6 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

法予以明定，並加以細緻化，如德國「傳染病防治法」第 28 條亦有以概括文義授權主管機關採取「必要的防護措施（die notwendigen Schutzmaßnahmen）」，並同時提醒執法者相關措施「僅得於阻止傳染病擴散的必要範圍內」[62]。本篇就防疫措施法制之合憲性探討以禁止高中以下師生出國為主軸，對於醫事人員及社工人員出國限制未有探討，但兩項措施有相似之處，因此筆者將參考此處論述將出國禁令定性為「一般處分」，以禁止醫院人員出國為主軸進行討論。

（七）學者林欣柔就公衛角度發表＜新冠肺炎流行下的公衛權力與界限＞[63]一文，表示旅行自由是人權公約明文規定的基本權利，但同時也會因公衛理由受到限制，如國際衛生條例第 30 條，對於國際旅行者，須採取措施，防止已知感染或被懷疑罹患傳染病者離開，以免可能對公眾健康產生重大威脅[64]。當國家提供旅行風險資訊後，人民應有能力且應被允許有判斷前往疫區的自由，若要限制人民前往疫區旅行，關鍵理由在於：人民可能因此行為罹患傳染病，導致回國時會對他人產生健康風險。然而，對於具可協助控制疫情的科學家或健康

[62] 德國《傳染病防治法（Infektionsschutzgesetz）》第 28 條第 1 項

被診斷為病患、疑似病患及確定具傳染風險者或死者被確認染病或疑似染病風險者，主管機關在防止傳染病傳播所必需的範圍和期限內，應採取必要的防護措施，特別是同法第 28a 條及第 29-31 條規定。主管機關亦得命上列對象不得或只可在特定條件下離開固定居所或進入特定場所。

原文：Werden Kranke, Krankheitsverdächtige, Ansteckungsverdächtige oder Ausscheider festgestellt oder ergibt sich, dass ein Verstorbener krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider war, so trifft die zuständige Behörde die notwendigen Schutzmaßnahmen, insbesondere die in § 28a und in den §§ 29 bis 31 genannten, soweit und solange es zur Verhinderung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten erforderlich ist; sie kann insbesondere Personen verpflichten, den Ort, an dem sie sich befinden, nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu verlassen oder von ihr bestimmte Orte oder öffentliche Orte nicht oder nur unter bestimmten Bedingungen zu betreten.

[63] 林欣柔，＜新冠肺炎流行下的公衛權力與界限＞，《法律與生命科學》，第 9 卷第 1 期，頁 67-89，2020 年 6 月。

[64] 國際衛生條例（International Health Regulations；IHR）第 30 條

除第 43 條另有規定外或按照適用的國際協定的規定，如在抵達時接受公共衛生觀察的可疑旅客不構成直接的公共衛生危害，而締約國將其預期到達的時間通知入境港埠的主管當局（如知 道），則該旅客可允許繼續國際旅行。該旅客在抵達後應報告該主管當局。

原文：Subject to Article 43 or as authorized in applicable international agreements, a suspect traveller who on arrival is placed under public health observation may continue an international voyage, if the traveller does not pose an imminent public health risk and the State Party informs the competent authority of the point of entry at destination, if known, of the traveller’s expected arrival. On arrival, the traveller shall report to that authority.

DOI:10.6814/NCCU202200753

照護者，或提供資訊、報導新聞的記者，仍應允許其前往旅行。因此，公衛手段之目標應是降低風險行為，而非針對具有某些特徵者，如：禁止特定族群出境。以限制醫事人員出國的措施為例，雖具有維護防疫量能的正當目的，然其概念較像是人員及機構徵用，而非為了控制該行為對公眾健康造成威脅。此外，為了達成公衛目標，公衛介入手段會涉及利益、負擔及成本的分配，但平等原則要求國家必須公平分配利益與負擔，亦即不能單獨課予某個族群負擔而獨厚另一族群。若禁止醫事人員出國是以維護醫療量能為目的，禁止所有醫事人員則有涵蓋過廣的問題，因為並非所有醫事人員皆與醫療量能有關。此禁令似非透過控制個人行為，以降低對公眾健康之威脅，而傾向針對族群的社會特徵（職業）所做限制，此差異對待屬欠缺合理基礎之歧視性手段。

此篇文章雖已提出禁止所有醫事人員則有涵蓋過廣的問題，但缺少分析醫療實務現況，筆者將透過此角度觀察我國現行醫療體制實務資料，進行平等原則的檢視。

小結：

經以上文獻回顧可以發現，本次因防疫而禁止醫院醫事及社工人員出國已引起學術界許多討論。然而，未有文章從法律面的形式合法性及實質合法性進行完整探討，亦無從我國現行醫療體系實務面及科學證據進行觀察與分析，來評估此措施的妥適性。因此，本文欲透過檢索科學文獻證據及醫療體系的實務數據，以結合法律／社會／科學的角度進行討論。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第四節　問題意識與研究方法

本文研究目的在於探討本次因應 COVID-19 實施的「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」是否符合正當行政程序、法律保留原則、比例原則以及平等原則，並從公衛政策的制定考量進行觀察與分析。文章架構分為五個章節，各章重點及研究方法分述如下：

於第一章緒論中，將說明 2020 年疫情指揮中心因應 COVID-19 實施醫事人員及社工人員禁止出國之背景，內容包含本次疫情簡述、對社會產生的影響、及針對醫事人員及社工人員禁止出國相關之疫情指揮中心記者會內容、醫院因應 COVID-19 人員出國規定內容、立法院質詢內容、立法委員質詢之行政院書面答覆以及時序整理。並整理我國歷年面對傳染性疾病實施的出境管制措施，後續針對討論本次 COVID-19 疫情出境管制的文獻進行回顧。

第二章將從傳染病防治的公衛政策考量角度出發，檢視過往國內及國際間的重大傳染病事件，討論防疫政策檢視與反思的重要性。透過公衛學者 Gostin 及 Childress 等人發表之文章討論防疫政策的重要思量點，並討論由江玉林所提出之「法律／社會／科技理論模型」應用於本次禁止醫事及社工人員出國問題的可行性。最後說明疫情下的 ICCPR 減免履行義務之權利，以及我國政府對「公民與政治權利國際公約審查委員會」提出之「第三次國家報告問題清單之回應」，分析法務部對於問題清單所提問：「疫情是否導致遷徙自由受到限制？如有，是哪些限制？」之回應。

第三章針對本次醫事及社工人員禁止出國之形式合法性探討，由於在衛生福利部兩個網頁中，分別將醫院人員出國規定之內容發布於「行政規則」分類

DOI:10.6814/NCCU202200753

內以及「法規」分類，另如本章第三節文獻回顧中可看到與本措施相似之禁止高中以下師生出國定性為一般處分。因此本章將先討論禁止出國規定函之法律性質，並檢視其法律程序。

第四章將進行醫事及社工人員禁止出國之實質合法性探討，分析及檢視其法律依據、法律明確姓、比例原則及平等原則，並應用「法律／社會／科技理論模型」進行整合性評估。在探討法律問題的同時，融入社會與科技面的分析，在社會面透過觀察我國醫療體制現況，如：醫療機構分類、醫事人員人數及醫療制度，分析禁止出國的妥適性；科學面則是透過搜尋 SCI 資料庫及檢視國際公共衛生組織之指引建議，判斷是否有科學依據可支持此措施。

第五章為本文結論，將統整各章節對醫事及社工人員禁止出國的討論，並提出防疫實務及法規範之建議。

國立政治大學 National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第五節　小結

COVID-19 是本世紀以來最嚴重的疫情，其高度傳播率與死亡率，造成全球人類生命、健康、經濟等嚴重傷害。疫情指揮中心為維護國內防疫之醫療量能，實施禁止醫院醫事及社工人員出國措施，雖看似可避免國內醫事人員減少，具有公共利益考量。然而，此措施引發各界質疑與不滿並非無理由，除了有別於我國傳染病法治及國際衛生條例，以是否具傳染他人之虞作為限制出境標準，此禁止出國措施之法律依據為何？法律屬性為何？是否能通過法律保留原則、法律明確性原則以及比例原則等重要法治國原則檢視？皆有待釐清。

面對疫情期間各項措施限制人民自由、財產等基本權利的時候，縱然衛生主管機關及醫療團體對疾病防治具高度專業及見解，在現今自由民主憲政秩序的法律支配原則（rule of law）下，我們仍然不能沒有法律。法律除了強制性的作用外，另一個重要角色就是提供穩定的治理結構，讓社會及其成員得以解決各種爭議性問題，可因此規劃並經營自己的社會生活。此種社會治理功能，亦可理解為法律有積極回應社會各種需求的責任[65]。因此，我們無法永遠以疾病防治屬高度醫療專業或立法者無法事先預料作為理由，而放寬對人權保障及依法行政的要求，如何將傳染病防治法制及管制措施的執行細緻化，是立法者及衛生主管機關必須面對的重要課題。

鑒於「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」涉及憲法第 10 條保障之遷徙自由，且面對傳染性疾病的多變及國際間日益頻繁的人員轉移，除將可能與 COVID-19 病毒長期共存，亦須思量未來仍會有其他新型傳染

[65] 江玉林，＜法律、權力與共同福祉－從 SARS 防治及紓困暫行條例談起＞，載：邱文聰主編，《2007 科技發展與法律規範雙年刊》，頁 66，2008 年 3 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

病發生時如何因應。出境管制此種與醫療行為無關聯之事項，是否屬醫師法中的遵從主管機關指揮之義務？以特別條例第 7 條作為禁止出國之法律依據是否合適？是否符合平等原則、比例原則等重要的法律原則？這項措施是否依循正當行政程序？基於以上，本研究目的在於探討：限制醫事人員出國之形式合法性與實質合法性，提出相關見解及建議，供政府及醫界參考。

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第二章　傳染病防治中的公衛政策考量

第一節　傳染病防治措施之設計與考量

世界各國因應 COVID-19 疫情採取大量緊急措施，透過前述 Zweig 等人的研究分析結果[66]，可以發現面對 COVID-19 危機所採取之措施涉及的法律層面甚廣，包含社會安全、人性尊嚴、生命權、健康權、財產權、隱私權、工作權、遷徙自由、言論自由、職業自由、營業自由等，我們可以從中觀察到各種法律問題的堆疊與相互影響。因此，各項干預措施的設計與評估極為重要。筆者認為政府面對公共衛生危機時，不論是因應當下的問題處理、事後的重建與恢復，或是以未雨綢繆的預防性角度進行法規或策略的實施，都應注意下列事項：

一、保持對各項公衛危機處理的檢視與反思

嚴重的公共衛生問題不會只有一次，以常引發大規模傳染疾病的病毒為例，因為病毒具有高度變異性，同屬冠狀病毒的 SARS、MERS 及 COVID-19 之間存在許多差異，在疾病傳染速度、病徵、治療方式等，皆有所不同[67]，這使新型的疫病往往充滿未知數，且難以預測何時會突然發生，治療方式又為何。人類必須在經歷每一次危機時，不僅是努力化解當下的問題，更要不斷的對各項應對措施進行反思、調整、改變和研究。

在 COVID-19 疫情爆發前，世界衛生組織（WHO）曾經宣布 5 次緊急公共衛生事件（PHEIC），分別為：H1N1（2009 年）、脊髓灰白質炎病毒（2014 年）、

[66] 同註 103。

[67] Petrosillo N, Viceconte G, Ergonul O, Ippolito G, Petersen E, (2020). COVID-19, SARS and MERS: are they closely related? Clin Microbiol Infect., 26(6):729-734.

DOI:10.6814/NCCU202200753

西非伊波拉病毒（2014 年）、寨卡病毒（2016 年）和剛果民主共和國伊波拉病毒（2019 年）[68]，可預想就算 COVID-19 疫情有結束之日，仍可能有下一波緊急公共衛生事件發生。這些經歷也將成為日後防治教材，例如：H1N1 促使 WHO 研訂「全球大規模流感風險管理暫行指引」（Pandemic Influenza Risk Management WHO Interim Guidance）[69]。除了從醫療層面進行研究與強化，增進對疫病的防止與治療；另一方面也應檢視在此事件下，是否有人因此受到歧視、難以挽回的傷痛或其他重大的侵害，應思考補償機制及避免類似情形再發生，例如：台灣自 1930 年代開始，日本政府對漢生病患（痲瘋病病人）進行絕對的強制隔離，並施行強制墮胎等不人道手段，而戰後的台灣政府依然繼續日治時期的強制隔離政策[70]。對於這些因隔離治療政策遭受痛苦的漢生病患，為了給予他們撫慰、補償及保障其醫療及安養權益，我國在 2008 年立法通過「漢生病病患人權保障及補償條例」。這種反思與補償機制，是在疫病或災害發生後的重要課題。

保持對各項政策的檢視極為重要，尤其是對於執行方法、科學研究、社會經濟與人權保障，應透過政府與民間不斷反思、溝通、改善及創新研究，提升對抗下一次危機的處理能力。

二、重視干預措施的危險管理週期性

各項措施並不是只有對事發當下的處理，整個過程中應具有階段性的策略思考，公衛學者 Gostin 亦於《公共衛生法：權力、責任、限制》中討論以「危機管理週期」的概念，此週期包含以下幾種階段性作為[71]：

[68] Phelan AL, Katz R, Gostin LO, (2020). The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. JAMA, 323(8):709－710.

[69] 王自雄、王德瀛，＜COVID-19 與全球公衛治理－WHO 的衰頹與新典範的崛起＞，《科技法律透析》，第 32 卷第 5 期，頁 54，2020 年 4 月。

[70] 張鑫隆，＜漢生病政策與醫療人權＞，《月旦醫事法報告》，第 40 期，頁 35，2020 年 2 月。

[71] 同註 108，頁 468-469。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（一）預防：防止危險事件發生的作為。

（二）緩和：事前採取的行為，以減輕危險事件可能造成的影響。

（三）防備：事前採取的行為，培養回應能力或從危險事件中恢復的能力。

（四）回應：事後採取的行為，以減輕危險事件產生的影響，避免死亡、疾病和財產損失等。

（五）恢復：事後採取的行為，旨在處理事件造成的長期影響，以恢復及重建為目標。

因此，在合適的時間點實施與之對應的措施，相當重要。以前述的「防備」為例，培養回應能力需要在危機發生前，利用一段時間進行教育訓練，像是消防員、醫療急救人員等需要高度專業的危機回應能力，無法在發生事件當下臨時性學習所需技能；又如地震過後的社區重建，屬於週期中的「恢復」，目的為加速恢復正常生活，過早啟動可能餘震尚未停歇，過遲則使人民須忍受更長久的不便。前兩個例子為實施時點的舉例，危機管理週期中另一個考量為「期間」，如 2021 年 5 月雙北第三級警戒各級學校及教育機構停課 11 日[72]，停課期間過短可能無法達成減少疾病傳播之果，然而時間過長之影響層面，不僅只有學生的受教權，也可能使其家庭成員受影響，例如：依據兒童及少年福利與權益保障法第 51 條規定，六歲以下或有需要特別看護的兒童，不可讓兒童獨處或由不適當的人代為照顧，若長期停課，將可能對其父母或照顧者之工作產生影響。因此，筆者認為各項公衛措施皆應利用危機管理週期的思考，評估實施時點及實施期間。

[72] 臺北市政府教育局，「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，簡稱新冠肺炎)專區」，＜1100517 為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，簡稱新冠肺炎)雙北進入第三級警戒，本市各級學校及教育機構(含各型態幼兒園、實驗教育機構、課後照顧服務中心、短期補習班)自 110 年 5 月 18 日至 110 年 5 月 28 日止停課一案。＞，https://www.doe.gov.taipei/News_Content.-aspx?n=582AAC387AE6DB76&sms=94A43B25A7E2F865&s=32001B8F521FD119；最後瀏覽日：2022 年 3 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

三、法律、道德標準及科學的評估

縱使世界公衛治理不斷隨著時代進步，仍可能發生無法預期的事件，甚至發展成難以控制的局面。美國疾病管制及預防中心（Center for Disease Control and Prevention，CDC）指出「公共衛生倫理」是指依據倫理原則、利益關係人之價值與信念、科學及相關資訊，針對亟欲解決的公共衛生議題進行系統性的釐清、界定優先順序，進而研擬出合適對應措施[73]。

Childress 等人更指出，政府作為一個被賦予與公權力的角色，基於警察權（Police powers）及保護人民健康福祉的責任，於某些特定情況下，必須執行公共衛生政策的管制與干預，而公共衛生權責機構擬定政策或是證成政策的執行，會有下列「公共衛生中的道德考慮」(Moral Considerations in Public Health)[74]：

（一）產生利益。

（二）避免、預防和移除傷害。

（三）創造利益與危害（其他成本）間的最大平衡，使利益大於傷害及其他成本。

（四）落實分配正義與程序正義：公平分配利益和負擔並確保公眾參與，包括受影響方參與。

（五）尊重自主選擇與行動，包含行動自由。

（六）保護隱私及機密資訊。

（七）信守承諾與義務。

（八）真實地揭露資訊，以確保資訊的透明化。

[73] 原文為 Public health ethics involves a systematic process to clarify, prioritize and justify possible courses of public health action based on ethical principles, values and beliefs of stakeholders, and scientific and other information. Center for Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Ethics. https://www.cdc.gov/os/integrity/phethics/index.htm，最後瀏覽日：2022 年 3 月 3 日。

[74] Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P. (2002). Public Health Ethics: Mapping the Terrain. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30(2), 170-178.

DOI:10.6814/NCCU202200753

（九）建立和維護信任。

而上述的一般道德考量並非絕對，當個人自主與公共利益間產生衝突時，Childress 等人另提出「可證成情境」（justificatory conditions）[75]，作為促進公共衛生得以凌駕於個人自由或正義的依據，其內容如下[76]：

（一）有效性（Effectiveness）：侵犯某種道德原則時，必須顯示此方式可能達到保護公共衛生的目的。

（二）必要性（Necessity）：所採取衝突道德原則的強制手段，對於達成公共衛生目的具有必要性。

（三）最小侵害（Least infringement）：應尋求限制及侵害最少的方案。

（四）比例原則（Proportionality）：顯示可能產生之公共衛生利益勝過於侵害一般道德考量產生的負面影響。

（五）公共證成（Public justification）：公共衛生機構有責任盡可能向公眾解釋和證明公共衛生措施導致的任何違反道德考慮的行為，尤其是會受到影響最大的族群。Childress 認為這一點很重要，因為需要提供道德理由來平等和尊重地對待公民，且透明度對於建立和維護公眾信任以及問責至關重要。

面對緊急公衛事件，著名公衛學者 Gostin 透過觀察美國因應新型冠狀病毒制定緊急法律後對社會的影響，對於公共衛生及人民自由之間的平衡提出了看法，認為強制性公共衛生權力應根據共同的「法律」和「道德標準」進行評估和證明，其中包含幾項思量重點如下[77]：

（一）對象（個人）必須構成傳播危險傳染病的重大風險。

[75] 同前註。
[76] 同前註。
[77] Gostin LO, Hodge JG. US, (2020). Emergency Legal Responses to Novel Coronavirus: Balancing Public Health and Civil Liberties. JAMA, 323(12):1131－1132.

DOI:10.6814/NCCU202200753

（二）干預措施必須具減輕風險之可能。

（三）需要是實現公共衛生目標所需之限制最少的手段。

（四）強制性手段的使用應與風險相稱。

（五）評估必須基於現有的最佳科學證據；若在科學證據中不確定的新危機中，為確保公共安全採用「預防性原則」是合理的。

Gostin 並於同篇文章強調，良好的社會回應始於「科學」、「自願主義」以及「公民責任」，使用強制性的措施亦可能會適得其反，降低公眾對政府的信任與合作[78]。除此之外，在這些公共危機中，社會中的弱勢族群可能因此處於更加不利的環境，也有可能造成特定人群（如：特定職業或特殊疾病者）在事件中產生較高風險，使之變得較為弱勢且需要更多保護。因此，各項措施應加入法律和道德標準的評估，優先重視弱勢族群的權益保護[79]。而受於 COVID-19 中干預措施的影響弱勢族群包含：年長者、孩童、女性、身心障礙人士、慢性疾病者、失業者、醫療人員（高暴露風險、高壓工作環境）、種族、民族、宗教和政治的少數群體、難民、被監禁和拘留的人等[80]。

四、整合性的評估方式

面對嚴重的公共衛生問題，以本次 COVID-19 疫情為例，除了對人類的健康生命造成威脅，更同時有著對法律上基本權、社會經濟、國際交流、宗教活動、教育、種族問題的多重影響與重創。政府的每一個決定，往往不只涉及單一層面，如何有效分析與評價這般錯綜複雜的問題，實已超過法律案件分析與法律解釋的領域。

[78] 同前註。

[79] dos Santos JLG, Stein Messetti PA, Adami F, Bezerra IMP, Maia PCGGS, Tristan-Cheever E and Abreu LCd ,(2021). Collision of Fundamental Human Rights and the Right to Health Access During the Novel Coronavirus Pandemic. Front. Public Health, 8:570243, 1-14.

[80] 同註 66。

DOI:10.6814/NCCU202200753

因此，我們需要以整合性的評估方式，清楚分析不同面向的性質與利弊，給予每一種聲音平等的機會與重視，讓政府與民間相互溝通，並將各方意見、證據及社會觀察結果等內容，整合後進行分析、反思及改善，隨時保持動態的批判，避免公共衛生治理成為多頭馬車或是由少數專家或官僚意見專斷行事，以促進人民的健康與福祉，降低每次事件所產生負面影響的範圍及社會成本。

從古至今的公共衛生問題中，人類逐漸形成對應的分析模式，例如：二十世紀末發展出的「社會－生態模式」（social ecological model），此模式不僅包含致病及個人行為因素，更納入與個人因素相互作用的社會與物理環境，試圖透過分析遠端決定因素（如：社會經濟階層、環境條件）影響近端決定因素（如：毒素接觸、風險行為或感染源等）的因果路徑，再依循路徑施予干預措施，破壞這條因果鏈[81]。社會－生態模式（social ecological model）示意如下。

圖 2 社會－生態模式（social ecological model）[82]

「社會－生態模式」已廣泛運用於許多公共衛生議題，應用方式如美國學者 Casola 用其檢視 COVID-19 疫情期間的配戴口罩措施。通過對社會、人際和社

[81] 同註 108，頁 25-27。
[82] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention，https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html，最後瀏覽日：2022 年 3 月 6 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

區以及個人影響的分析，發現戴口罩的決定是多方面的，受到公共衛生建議、政府授權、種族主義、文化規範、地理、家庭收入、年齡、和個人態度等，例如：以文化層面觀之，在美國和西歐較重視個人主義、自我表達，可能使人民不易遵守戴口罩的建議來保護他人。與此同時，許多亞洲國家重視集體主義意識，將個人視為整體的一部分，受集體主義文化的影響較願意配合公共場合戴口罩。從個人層面觀之，男性較不相信病毒會嚴重影響他們，甚至覺得戴口罩是虛弱或羞恥的。因此可以透過一個或多層次干預，例如：透過具社會影響力的人物為榜樣、以媒體影響文化規範，或鼓勵減少對戴口罩的恐懼和焦慮[83]。從這篇研究即可看到透過「社會－生態模式」層次化的分析效果，不論是社會面或是個人面的因素，都可以找到影響配戴口罩的行為的因果關係。

因此，利用上述的「社會－生態模式」分析各種公衛問題，可達到從「個人」至「社會面」的分層分析，找到相互之間的因果鏈，從中尋找合適的干預措施實施點。這樣的分析方式如上圖 2 所示，較具有環環相扣的垂直關係。至於除了以因果關係進行討論，是否還有其他方式可用以整合與檢視問題呢？或許由德國法律學者 Winfried Brugger 提出的「共通福祉模型」以及我國學者能提供不同面向的有效探討方式。關於相關內容筆者將於下一節進行說明。

[83] Casola AR, Kunes B, Cunningham A, Motley RJ, (2021). Mask Use During COVID-19: A Social-Ecological Analysis. Health Promotion Practice, 22(2):152-155.

DOI:10.6814/NCCU202200753

第二節　傳染病防治的「法律／社會／科技」關係

我國雖然鄰近中國大陸且航班往返頻繁，地緣關係使疫病自對岸傳入風險極高，美國霍普金斯大學一項研究中，曾經預估於 2020 年 1 月底由大陸入境台灣的 COVID-19 病例數量將會位居世界第二位[84]。但我國政府在經歷 SARS 經驗下，迅速建立防疫應對機制，加上人民的高度配合下，有著良好的防疫成果，並未發生前述研究預測的高病例數。同時，並有數據顯示，國人對於衛生福利部部長的危機處理民調結果，陳時中部長獲得超過 80%的支持率[85]。可見國人對於政府的防疫作為有相當高的滿意度。

雖然就世界各國確診者數量、死亡人數以及死亡率[86]等疫情數據及資料而言，我國疫情防治成果確實優於其他國家。但在為了對抗疫情所使用的強制性干預手段是否適當，並非僅是以疾病的臨床數據就能評論，而多數人對防疫措施的認同也並非就能代表措施符合公平正義。我們在討論這些因應防疫產生的強制性管制手段時，思考面向至少應包含法律、科學證據及社會層面，而不能僅憑手段有效性、獲得大量民眾支持或是確診人次、死亡人數的數據做判斷。

對於如何分析牽涉層面多元的公共衛生議題，利用前述的「社會－生態模式」有助分析垂直性的因果關係，找出不同層面的影響因子，而後提出對症下藥之策，此模型雖具有直接有效的優點，並已廣為使用，但是對於法律層面及社會層面的探討則是較為缺乏，較缺乏全面性的思維。筆者認為，各項干預性

[84] Gardner L, (2020). Update January 31: Modeling the Spreading Risk of 2019-nCoV. Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering. https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov-model-2，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

[85] Wang CJ, Ng CY, Brook RH, (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. JAMA, 323(14):1341 – 1342.

[86] Johns Hopkins Coronavirus Resource Center,「Data Visualizations」, Mortality Analyses, https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

手段除了尋求打破因果鍊的有效性，亦須同時輔以法律層面的思量。將社會－生態間的分析探討，整合法律與權力的現象與作用一起進行整合性思考。

以下本文將從學者江玉林於＜法律、權力與共同福祉－從 SARS 防治及紓困暫行條例談起＞[87]一文中，彙整 Selznick 和 Nonet 提出的「法律發展模型」、傅柯（Michel Foucault）的「權力作用分析」以及德國學者 Brugger 提出之「共通福祉模型」後所提出的「法律／社會／科技理論模型」進行討論，思考透過具有整合性的模型，於公共衛生問題的應用可能性。

一、Selznick & Nonet 之「法律發展模型」

對於法律的作用方式，1978 年，Selznick 和 Nonet 提出的「法律發展模型」至少包含三種面向：壓抑型的法律（the repressive law）、自律型的法律（the autonomous law）以及回應型的法律（the responsive law）[88]。「壓抑型的法律」特色在於法律的強制性，尤其是強制性所隱喻的秩序（order）理念。「自律型的法律」強調權力分立、基本人權保障、法律正當程序、違憲審查、司法審查等機制。「回應型的法律」則是擴充法律的功能，作用在於法律負有積極回應社會各種需求的責任，而不僅是秩序的維護或用以對抗、反抗、箝制國家的法律[89]。

二、傅柯的權力分析論述

而傅柯提出的權力分析論述則包含三種權力作用態樣，分別是：主權權力、規訓權力以及治理權力，以下分別對三種權力進行扼要說明[90]。

---

[87] 同註 65，頁 59-97。

[88] Philip Selznick & Philippe Nonet, (1978). Law and Society in Transition. Toward Responsive Law. 轉引自江玉林，同前註。

[89] 同註 65，頁 127。

[90] 同註 65，頁 69-71；江玉林，＜性的歷史卷一：求知的意志導讀－傅柯的權利分析與對現代法學的權力批判＞，《台灣法學雜誌》，207 期，頁 127，2012 年 9 月；楊志偉，＜傅柯權力與生命關係論述中的醫療與健康＞，《中外文學》，第 49 卷第 3 期，頁 64，2020 年 9 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（一）主權權力：主權權力集中於單一中心（君主或政府），其作用追求普遍或整體效果，作用表現在一般化（generalization）上，亦即對所有人要求以臣民（subject）的身分服從法律及主權者的命令，要求形塑守法的國民、公民形象；運用的權力技術包含法律、命令、義務、懲罰及強制。

（二）規訓權力：主要以身體為權力作用的對象，尤其是個別身體或個體（individual），強調效率的提升並以個體化（individualization）的方式實施監控。規訓權力同樣具有規範性質，但非法律的「常規」或「標準」， 具有產生「正常化」（normalization）效果，運用的權力技術是規訓（discipline）。形成以全景敞視（panopticism）方式監控身體的權力效果，在隨時被監控的狀態下，使規範或義務的履行，透過受監視者內心趨利避害的內在強制即可達成，而不需透過外在強制。

對傅柯來說，現代醫療的重要性在於作為規訓權力個人化、正常化與提高生命力的推手，同時成為規訓權力與主權權力交會、甚至互通有無的場域。此外，「醫療」具有維護健康的重要功能，使國家有充足、順服而容易取用的勞動力，此功能亦與「規訓化」（disciplinarization）具密切關連，因而成為規訓權力的重要技術之一[91]。

（三）治理權力：治理權力的重點在於生命政治，主要的治理對象為人口；著重透過整體化（totalization）的權力作用，兼採全體與個體的整合方式，調節人口面臨的各種問題。特色在於運用可總括在措置（Dispositive）下的各種策略，例如：技術、方法、理論、制度、成

[91] 楊志偉，傅柯權力與生命關係論述中的醫療與健康，中外文學，第 49 卷第 3 期，頁 64-65，2020 年 9 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

本效益分析、風險評估、統計學等，以使人口管制能滿足各種安全指標的要求。

三、法律與權力的交疊關係

Selznick 和 Nonet 討論的法律現象與傅柯對權力作用的分析，看似屬於兩種領域。我國法律學者江玉林教授在彙整傅柯的權力分析與 Philip Selznick／Philippe Nonet 的法律發展模型後，認為可從其中找到「法律與權力的交疊關係」[92]，並可以之進行社會觀察與反思。

首先，壓抑型法律及自律型法律可看作源自傅柯提出的主權權力作用結果。先是透過國家、主權與法律的互動過程，發展出壓抑型的法律類型。而為了對抗此種壓抑型法律，遂發展出強調權利保障、權力分力、正當程序等理念的自律型法律，此種發展亦是立基於壓抑型權力的存在。此外，從壓抑型法律、自律型法律乃至後期出現的回應型法律皆為基於特定目的發展出的法律措置，亦符合治理權力中透過策略性措施滿足安全需求的目標。而從規訓權力作用對象為身體的角度思考，則在壓抑型法律、自律型法律及回應型法律共同塑造的憲政國家體制中，同樣可以觀察到規訓權力的作用[93]。

若以我國因應 COVID-19 防治而生的各項法律規定及管制作為觀察對象，從流行病學的觀察統計、實施隔離檢疫及措施、外出時全程佩戴口罩、配合實聯制、關閉教育學習場域、集會人數限制、出入境限制等措施，可以看到許多公共衛生措施具有規訓與治理等權力的作用。這些措施的目的，可視為利用規訓技術以達到觀察、監視及控制疫情發展，並透過積極促進每一個人的身體健康，

[92] 同註 65，頁 71-84。
[93] 同註 65，頁 71 -73。

DOI:10.6814/NCCU202200753

降低遭受傳染病感染的風險，此類傳染病的治理策略即是以全體人口安全生活為最終目標，可謂存在多種「法律與權力的交疊關係」。

四、分析工具－共通福祉模型

傳染病防治中包含著政治目標、權力分立、基本權保障、成本效益、醫療科學等多種面向，並存在著許多法律與權力的交疊關係。為了有效地分析各種防疫措施是否得通過正當性檢驗，我們需要一個策略性的架構來分析這些複雜的法律問題。而德國法律學者 Winfried Brugger 提出的「共通福祉模型」或許可作為良好的分析與評價工具。以下本文將由江玉林於＜法律、權力與共同福祉－從 SARS 防治及紓困暫行條例談起＞一文中探討之 Winfried Brugger「共通福祉模型」進行說明。

Brugger 提出的「共通福祉模型」是以「法安定性」、「正當性」以及「合目的性」等三項法律價值理念作為主幹，透過策略性的角度，用以指出、分析及反思當代各種多層次、且價值判斷與利益衡量相互衝突的複雜社會問題。Brugger 的共同福祉模型如下頁表 2 所示:

DOI:10.6814/NCCU202200753

表 1　Winfried Brugger 共通福祉模型[94]

1. 法安定性 －形式理性 －法律上的相關性	2. 正當性 －實質理性 －倫理上的相關性	3. 合目的性 －目的理性 －經驗上的相關性
a) 意義的安定性 b) 執行的安定性 c) 穩定 d) 功能的區分	a) 良善的各種目標／各種目的 b) 正當的各種管道（特別是涉及到各種政治目標以及各種基本權）	a) 各種經驗上主張的有效性以及對於各種相關利益的分析 b) 手段－目的－效率以及成本－效益－效率 c) 各種事物結構的考量
著重於法實證主義	著重於法理想主義	著重於法現實主義
強調法律論述的面向 特點： 對於法律制定與法律控制的權力分立程序	強調政治與道德論述的面向 特點： 公共意見形塑與民主	強調社會科學論述的面向 特點： 知識上的政治商議

[94] Winfried Brugger, (2000).Gemeinwohl als Ziel von Staat und Recht, in: Dietrich Murswiek, Ulrich Storost, Heinrich A. Wolff (hg.), Staat-Souveränität-Verfassung. Festschrift für Helmut Quaritsch zum 70. Geburtstag, S. 66；轉引自：江玉林，同註 65，頁 87-88。

DOI:10.6814/NCCU202200753

以下本文就 Brugger「共同福祉模型」中的法安定性、正當性以及合目的性做扼要說明[95]。

（一）法安定性：為形式理性的展現，強調成文憲法文化及法制思想，偏重於價值中立。著重於法律的文字意義、法律規定之存續以及法律的執行等方面之穩定性，並確認基於權力分立原則而對國家權力作用與功能所做的限制。

（二）正當性：為實質理性的展現，從價值或倫理學的關聯性出發，透過公共辯論的民主機制討論可能的社會價值與目標。由成文憲法文化所發展出的對基本權利乃至於普遍人權之尊重與保障，成為一個具有兼容性的論述框架，讓彼此不同甚至相互衝突的社會價值與目標得以容納及彙整。

（三）合目的性：可視為目的理性或工具理性的另種說法。強調由經驗科學角度對實際運用各種法律管制手段之有效性、效率、成本效益等情形，進行分析、預測及檢討。其特點在於可以透過實證科學或知識加以驗證的社會經驗。

五、分析工具－法律／社會／科技理論模型

除了前述的共同福祉模型，可作為社會中複雜法律問題的分析工具。在 2008 年爆發中國奶粉內含有毒物質三聚氰胺，且相關產品已進口至台灣，在當時成為社會關注的食品安全問題。面對這種同樣涉及到法律、科學、社會風險等多種領域的公共衛生難題。我國學者江玉林曾以 Brugger 的共同福祉模型作為

[95] 同前註，頁 86-88。

DOI:10.6814/NCCU202200753

架構，發展出全新一套的分析架構：「法律／社會／科技理論模型」，用以分析前述的三聚氰胺食品安全問題。

相較於 Brugger 的共同福祉模型，「法律／社會／科技理論模型」的主要調整內容以及圖示如下：

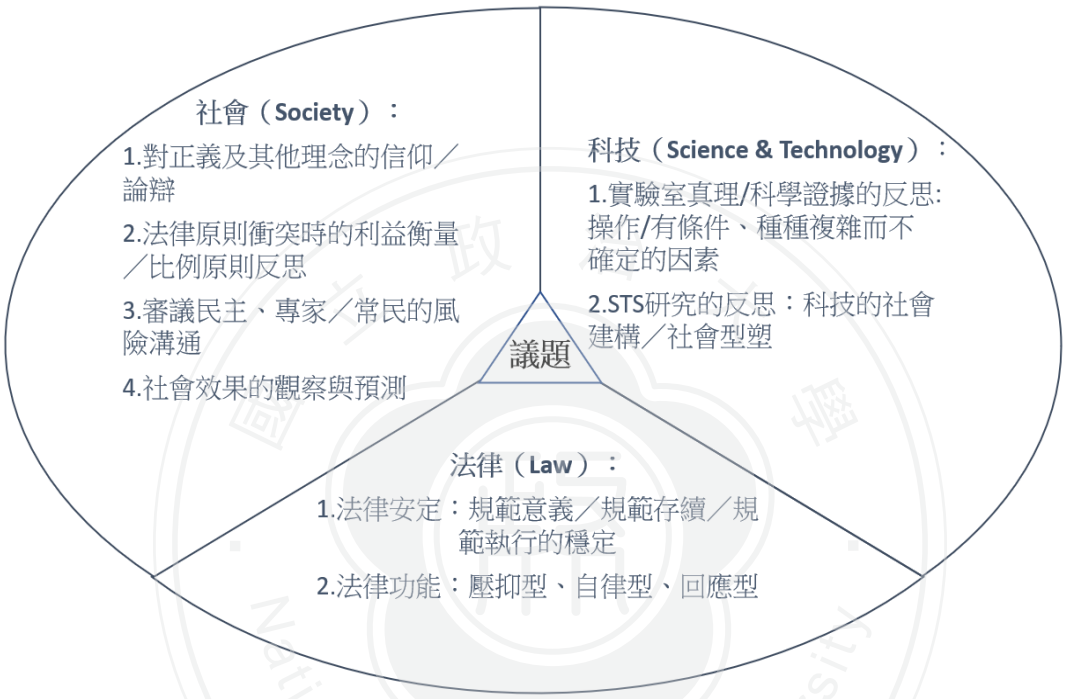

圖 3 法律／社會／科技理論模型[96]

（一）將「法安定性」改為「法律」，除了保留 Brugger 法安定性的概念，並強調法律文字的穩定、規範存續以及規範執行的穩定；新增對 Philip Selznick 和 Philippe Nonet 提出的三種法律類型（壓抑型、自律型、回應型）進行發律功能的觀察與分析。

（二）社會範疇的探討：重視多元民主價值的正當性，強調專家與常民

[96] 江玉林，＜你吃得安心嗎？—毒牛奶事件的「法律／科技／社會」反思＞，《月旦法學雜誌》，第 173 卷，2009 年 10 月，頁 76-78。

DOI:10.6814/NCCU202200753

間的風險溝通，並進行社會效果的觀察與預測。這個部分重視的是平等對待不同的看法，透過制度保障使不一致的價值與理念得以表達與溝通，亦即強調審議民主、公民參與決策決策。

（三）「合目的性」改為科技範疇：從科技與社會(Science, technology and society, STS)的觀點反思實驗室真理、科學證據的有效條件與不確定性。重視在與社會進行風險溝通時，充分揭露科技操條件、證據、其中的不確定性因素等資訊，避免只憑少數科技專家或官僚即可獨斷制定法規及政策。

筆者認為這套從 Brugger 的共同福祉模型發展出來的「法律／社會／科技理論模型」相當適合運用於傳染病防治議題。首先，傳染病防治往往運用大量規訓技術，但整體觀之，則是同時包含具強制特色的主權、監視措施的規訓以及考量策略與成本效益的治理；從另個角度分析，可以看到壓抑型法律的秩序理念、自律型法律的基本權保障、權力分立、正當程序以及回應型法律的回應社會需求責任。欲處理這般複雜的法律與權力的交疊關係，使用「法律／社會／科技理論模型」則具備以下優點：

（一）在保留 Brugger 共同福祉模型中法安定的基礎下，並特別強調對於規範文字用語穩定、規範存續及執行的穩定性；另增加了 Selznick 和 Nonet 對法律功能的檢視，則有助於法律問題的釐清。

（二）社會範疇的設計重視專家與常民間的風險溝通，強調審議民主；並透過觀察及預測法律對社會面產生的影響，形成互動性的反思與批判，讓不同意見有平等發聲的機會，此種方式將有助於修正、進步與取得平衡。對於

DOI:10.6814/NCCU202200753

這點國外研究亦有相同看法，經由研究結果顯示官方與公民溝通中的透明度和真實性具有高度重要性，提供公共信息對減輕人們的恐懼和獲取公眾支持對抗 COVID-19 具決定性作用，對於危機管理和經濟至關重要[97]。此外，我認為記者會應該也是政府與社會溝通的方式。決策者可透過與記者的詢答，了解人民的疑慮與需求，並透過這個過程讓社會了解決策者的想法、判斷依據、未來規劃或相關的顧慮與風險考量，這反而是民主審議的表現。

（三）將合目的性調整為科技，此修改對於傳染病防治的檢視有很大幫助。有鑑於公共衛生領域經常以人為研究目標，其結果往往與人的安全或健康福祉有關，若研究違反科學研究的「誠實正確性（integrity）」時，將可能危害人的安全與健康[98]。因此，科學證據的正確性與即時性對於公衛政策的設計極為重要，雖然在新型疾病研究中可能有證據力不足的情況，例如：收納研究數目不足，使統計力量不足使精準度下降，像是於綜合分析（meta-analysis） 中出現顯著的異質性數據（heterogeneity）[99]。但如同此模型設計者江玉林所述，必須充分揭露不確定的因素，這不僅是科技責任，同時也是法律在制度上所需要求的正當程序[100]。在面對瞬息萬變的疾病威脅下，更不應該在國內外傳染病疫情監測蒐集、分析研究不完全或是科學證據不明確下，僅由少數的醫療或公衛專家獨斷制定政策。自指揮中心成立起，已有多項防疫作為涉及法律爭議，因此，專家諮詢小組等專家會議除了具備公衛、病毒、感染科等領域，同時應有專業法制人員的參與。畢竟多數防疫措施密切影響人民生活與各項基本權利，在科學證據尚未明

[97] Liu J, Shahab Y and Hoque H. (2022). Government Response Measures and Public Trust during the COVID-19 Pandemic: Evidence from Around the World. British Journal of Management. Vol. 33, 571－602.

[98] 李銘杰、劉宏恩，＜論我國生物醫學研究者利益衝突管制－以研究者利益衝突之揭露制度為中心＞，《台灣衛誌》，第 35 卷 3 期，頁 239，2016 年 6 月。

[99] Huedo-Medina TB, Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F, Botella J,(2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I2 index? Psychol Methods;11(2):193-206.

[100] 同註 96，頁 78。

DOI:10.6814/NCCU202200753

確時，更應加入法制人員或其他相關領域人員，共同評估各項防疫作為社會中運作時將產生的影響。

綜合上述，「法律／社會／科技理論模型」可謂同時具備了「社會－生態模式」的因果關係分析及策略設計能力、「共通福祉模型」對於法律重要基本價值理念（法安定性、正當性以及合目的性）的評估，以及重視科學面的證據和資訊透明；亦同時內含了 Childress 等人提出的「一般道德考量」及「可證成情境」（justificatory conditions）的思量。此「法律／社會／科技理論模型」除了可以分析及反思各種充滿利益衝突和風險管理的問題，並能提供解決問題的方案，相當適合運用於複雜公共衛生防治策略的設計與檢討，亦可應用於我國因應 COVID-19 疫情，實施限制醫院醫事及社工人員出境之議題探討。

國立政治大學 National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第三節　疫情下的公共衛生權力與 ICCPR 減免權利

面對各種類型的突發性公共衛生事件，例如：新型傳染疾病、自然災害、恐怖襲擊等事件，人民生命健康將可能遭受重大威脅。此時，政府負有促進及保護人民的責任。正如司法院大法官釋字第 785 號理由書第 9 段中所述「**人民之健康權，為憲法第 22 條所保障之基本權利（本院釋字第 753 號及第 767 號解釋參照）。憲法所保障之健康權，旨在保障人民生理及心理機能之完整性，不受任意侵害，且國家對人民身心健康亦負一定照顧義務**[101]。」

為實現公眾健康、安全與福祉等公眾利益，公共衛生權力便扮演重要角色，透過各種法律授權方式，賦予各級行政機關相當裁量空間並得以實施強制性手段。像是傳染性疾病爆發期間，依我國傳染病防治法規定，主管機關除得施行各項檢查、治療、預防接種或其他防疫、檢疫措施，必要時更得協調國軍支援、暫行封閉可能散布傳染病之水源或將傳染病病人施行隔離治療等，以防止疾病傳染及蔓延，減輕對社會造成的負面影響。除此之外，由於傳染病影響層面不僅是人民生命健康，甚至有衝擊國內經濟、社會、國際外交的可能性，為穩定疫情病促進社會回復正軌，中央其他主管機關（如：內政、外交、財政、教育、法務、經濟、交通、大陸事務、環境保護、農業、勞動、海巡、新聞及廣播電視等主管機關）均須配合衛生福利部辦理傳染病防治事項。

從歷史中的公共衛生事件可觀察到，限制自由有時是控制大流行所需，然而其中有許多政策過於寬泛或者忽略考慮侵犯人權後的影響、弱勢族群的保護以及增加的社會成本，例如：1980 年代後期面對愛滋病（Acquired

[101] 司法院大法官釋字第 785 號解釋，憲法法庭，「解釋」，https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310966，最後瀏覽日：2021 年 4 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

Immunodeficiency Syndrome，AIDS）流行，古巴當局決定對所有成年人強制性地進行 HIV（human immunodeficiency virus）病毒檢驗，將血清反應呈現陽性者進行隔離，儘管這項政策可能預防了 4,000 例新感染者產生，但此般嚴格的作為以長期觀之，並沒有影響愛滋病的流行率，反而造成大量人民因檢測出偽陽性結果而被錯誤地隔離，同時對國家預算的經濟負擔增加了近 5%[102]。因此，實施各項強制性的干預手段，並非越嚴苛的方式會得到較佳的效果，也有可能適得其反。

時至今日，綜觀民主、醫療、科技及國際交流皆有大幅成長，國際間面對疫情又是如何以對呢？自 COVID-19 疫情爆發後，世界各國施行了多項對公共衛生的干預措施。國外一份研究統計了 2020 年 1 月至 6 月國際間針對 COVID-19 實施的公共衛生措施，並參考《世界人權宣言》（UDHR）標準將防疫措施分為 21 大類。此項研究發現在這六個月實施的 10,720 項干預措施中，有 71.67%的措施至少對一項基本權產生潛在的影響，例如：受教權、自由遷徙及擇居權、集會結社自由、工作權等。在這 21 類的公共衛生干預措施中，在各地區總計實施較常使用的公衛措施如下：學校及教育機構關閉（28.61%）、邊境關閉（12.62%）、檢疫及隔離（6.03%）、限制集會規模（5.23%）、居家隔離（5.11%）、關閉休閒及娛樂場所（4.64%）、關閉零售店（4.38%）、關閉或限制餐廳（內用）（4.20%）、邊境症狀篩檢（3.97%）、關閉辦公室（3.38%）、限制移動（3.31%）、關閉公共場所（2.43%）、啟動緊急狀態（2.39%）、強制配戴口罩（2.30%）以及接觸者追蹤（1.59%）、關閉護理之家及長照機構（1.52%）以及武裝或警察部署（1.51%）等[103]。通過這篇研究的結果，可以觀察到世界各地在短短半年間便產

[102] Pérez-Stable, E. J. (1991) Cuba's response to the HIV epidemic. American Journal of Public Health 81, 563-567.

[103] Zweig SA, Zapf AJ, Beyrer C, Guha-Sapir D, Haar RJ. , (2021). Ensuring Rights while Protecting Health: The Importance of Using a Human Rights Approach in Implementing Public Health Responses to COVID-19. Health and Human Rights, 23(2), 173 – 186.

DOI:10.6814/NCCU202200753

生為數龐大的干預措施，導致廣泛地影響全球人類的生活。觀察這項結果，彷彿對人權的限制已經是 COVID-19 疫情期間的常態，如此大範圍的人權限制是否合法呢？成為各國需要思考的問題。

一、ICCPR 之減免履行義務之權利

公共衛生權力雖能合法正當地限制個人自由權利，但是當遇到法律所保護的個人利益（例如：自主權、隱私權、自由與財產權等），此項公衛權力將受到限制。但此種限制並非沒有例外，當社會面對緊急且嚴重的疫情危機，國家可能難以履行人權公約義務，那些於平時可能被認為是違反條約義務的作為或不作為，可以在特殊情況下被暫時接受。但在國際人權法中，縱使國家有權行使緊急權，對於若干重要基本權利的保障義務仍然是不得暫時免除的，例如：生命權、禁止不人道刑罰、奴隸與強制勞動、罪刑法定主義及宗教自由等，這些人權公約對於國家緊急權行使的規定分別如下：公民及政治權利國際公約（The International Covenant on Civil and Political Rights； ICCPR）第 4 條、歐洲人權公約（European Convention on Human Rights；ECHR）第 15 條、美洲人權公約（American Convention on Human Rights；ACHR）第 27 條[104]。

有鑑於 COVID-19 在對人類社會造成巨大傷害，聯合國人權事務委員會就公民與政治權利國際公約(ICCPR) 提出了「關於 COVID-19 疫情的公約義務減免相關聲明」（Statement on derogations from the Covenant in connection with the COVID-19 pandemic；CCPR/C/128/2）。在這次聲明中，聯合國人權事務委員會承認締約國必須採取有效措施以保護境內所有人的生命權與健康權，這些措施可能導致公約中保障的個人權利遭受限制，締約國在面臨傳染病威脅時得暫時行使特殊緊

[104] Lebret A, (2020). COVID-19 pandemic and derogation to human rights. J Law Biosci. , 7(1) ,1-12；吳志光，＜國家緊急權行使之界限－以國際人權法為核心＞，《月旦法學雜誌》，No.111，頁 159-172，2004 年 8 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

急權力，並援引第 4 條之減免權利。

同時委員會並對各締約國行使特殊緊急權力提出以下指引[105]：

（一）緊急狀態須經正式宣布，並向秘書長提交正式通知。

（二）採取措施需具有必要性。

（三）採取措施仍應符合其他國際義務、不歧視，以及禁止減免若干不可減免的權利。

並強調這些措施的最大目標必須是恢復正常狀態，各項減免權利的情況必須盡可能限定持續期間、地理範圍及涉事範圍，且任何措施及相關處罰必須具有相稱的性質，如有限制較少的措施則應擇之。

二、我國對 ICCPR 審查委員會提問疫情下的人權影響之回應

而我國在歷經一段辛苦艱難的歷史，終於結束了威權時代打開民主的大門，近年政府積極提升人權意識，遵循聯合國人權保障之模式，將重要之國際人權公約國內法化，並主動邀請國際人權專家遵循聯合國之模式至我國審查國家報告。在我國政府對「公民與政治權利國際公約審查委員會」提出之「第三次國家報告問題清單之回應」，可以看到清單中有許多問題皆是關於 COVID-19 期間實施的防疫措施內容為何？是否符合人權保障？例如：「台灣針對 COVID-19 疫情而採取的任何相關措施是否減免了根據《公政公約》承擔的義務，包括言論自由、和平集會/結社自由和遷徙自由，且是否如國際人權事務委員會在其針對 COVID-19 疫情的公約義務減免相關聲明 （CCPR/C/128/2）中所述，在時間長度、地理範圍、實質範圍皆有所限？以及針對《嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振

[105] Human Rights Committee, (2020). Statement on derogations from the Covenant in connection with the COVID-19 pandemic, CCPR/C/128/2. https://digitallibrary.un.org/record/3863948，最後瀏覽日：2021 年 4 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

興特別條例》如何影響人權？」。我國法務部對於相關問題之回應略如下：我國未曾宣告或解除依公政公約第 4 條規定而減損公約保障權利之義務，相關防疫措施皆有法律明文作為防疫行為之授權依據，目的為保護人民生命、身體、健康等重大公益，為實現上開目的所必要之手段，中央疫情指揮中心亦會隨時因應國內、外疫情發展滾動式調整，以符合憲法第 23 條比例則之要求[106]。

另外，針對本文所要探討的醫院人員出國限制議題，公民與政治權利國際公約審查委員會之問題清單中亦有提問：「疫情是否導致遷徙自由受到限制？如有，是哪些限制？」然而，法務部未將醫院醫療及社工人員限制出境之列入回應中，關於我國出入境限制僅說明暫緩中國大陸人士入境、未持有居留證之非本國籍人士，除緊急或人道考量等經專案許可者，均暫緩入境，以及學校教職員生暫停出國，並表示有出國必要之教職員工生，教育部已權衡公益與私益的衡平性，另定基準供各該主管教育行政機關參考[107]；於該份回應內容中法務部並無對醫院人員出境管制措施進行說明。

正如公民與政治權利國際公約第 12 條第 2 項規定：「人人應有自由離去任何國家，連其本國在內。」可見出境亦是一項重要權利，我國醫院醫療及社工人員逾數十萬人，且限制出境期間長達數月，此項防疫措施自屬對遷徙自由的重大限制。筆者認為法務部亦應當針對本次禁止醫院醫事及社工人員出國提出說明。

自從聯合國人權事務委員會提出的「關於 COVID-19 疫情的公約義務減免相關聲明」，更能確認在公共衛生法領域中，為了達成傳染病防治之果，個人權益

[106] 法務部，＜中華民國(臺灣)政府對公民與政治權利國際公約審查委員會提出第三次國家報告問題清單之回應＞，頁 24-71，https://www.humanrights.moj.gov.tw/17725/17733/17735/17740/17742/，2021 年 10 月。
[107] 同前註。

DOI:10.6814/NCCU202200753

並非不可限制。為了控制疫情傳播和降低死亡率，遏制性政策至關重要，國際人權委員會亦承認締約面臨 COVID-19 威脅時，得援引第 4 條減免權利，但同時也提醒在暫時行使特殊緊急權力時，政府必須警惕這些措施因設計或疏忽而過度侵犯人權，若有更小侵害性的措施應以之作選擇。除此之外，在這艱難的時刻，流行傳染疾病更是加劇了醫療保健不足、貧困、種族歧視、難民危機和教育缺乏等問題。因此，如何在保障與促進公眾健康的公共利益與受法律保護的公民自由（個人和企業）間達成一個公平的平衡，成為一項重要議題。

我國迄今雖未曾宣告或解除依公政公約第 4 條規定而減損公約保障權利之義務，但在賦予中央疫情指揮中心廣泛權力的同時，許多限制措施也對人民的權利產生侵害。因此，我們必須思考，公共衛生政策雖能合法地限制個人自由與權力，而這項權力的行使必需要有科學依據，並遵循憲法與法律對政府的限制[108]。在本次 COVID-19 帶來的公共衛生危機中，透過各項防疫措施（如：隔離、檢疫、限制旅行自由、接觸者追蹤或學校停課等）讓我們看到了各種問題與衝突，如何在促進公眾利益與保護個人權利間保持平衡，不斷考驗著我們對傳染病防治的能力。

[108] Lawrence O. Gostin & Lindsay F. Wiley ，譯者：蘇玉菊、劉碧波、穆冠群，《公共衛生法：權力、責任、限制》，元照出版有限公司，頁 11，2019 年 10 月初版。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第四節　小結

我國憲法雖對健康權未有明文，而另於釋憲實務肯認國家應積極保障人民健康與醫療保健。因此，當社會在面對緊急且嚴重的公共衛生事件時，例如：SARS、H1N1、COVID-19 等傳染性疾病，為了保護國人健康，公共衛生權力在此處便扮演相當重要的角色，賦予各級行政機關相當裁量空間並得以實施強制性手段。

然而，公共衛生權力雖能合法正當地限制個人自由權利，但是此種限制並非沒有界線，縱使在國際人權法中，面臨傳染病威脅時得暫時行使特殊緊急權力，並援引公民與政治權利國際公約第 4 條之減免權利，但是對於若干重要基本權利的保障義務仍然是不得暫時免除的，例如：生命權、禁止不人道刑罰、奴隸與強制勞動、罪刑法定主義及宗教自由等。並要注意若有行使減免權利，在時間長度、地理範圍、實質範圍皆須有所限，各項限制應符合比例原則。

本文認為，政府對於傳染病防治措施之設計與考量，應隨時保持對各項公衛危機處理的檢視與反思、重視干預措施的危險管理週期性、執行結合法律、道德、社會及科學的整體性評估。除了因應變化萬千的傳染病病毒，即時制定對應措施，更重要的是完善現行傳染病防治法制，未雨綢繆。而非如 2003 年遭遇 SARS 制定了嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例；於 2020 年 COVID-19 疫情另再制定嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例，若每發生一次疫情，便以補充傳染病防治法之不足為由制定一套法規，何不檢討現行法制，將不足之處修補、完善，減少概括條款的使用呢？且可避免在事發突然時，現行制度無合適法源可用的處境。

DOI:10.6814/NCCU202200753

由於傳染病防治措施同時受到法律上基本權、社會經濟、國際交流、宗教活動、教育、種族問題等多重影響，其設計與檢討評估並非容易之事。如欲快速找出各項公衛問題的對應解決方式，應用「社會－生態模式」（social ecological model），分析遠端決定因素影響近端決定因素的因果路徑，並依循路徑施予干預措施破壞因果鏈，是一種垂直性的公衛問題思考模式。如欲結合法律與社會面的整合性思考，學者江玉林從 Brugger 的「共同福祉模型」發展而來的「法律／社會／科技理論模型」則相當適合運用於探討傳染病防治議題。此模型同時具備三個面向的思量：（一）法律安定及法律功能。（二）社會：重視專家與常民間的風險溝通及社會效果的觀察與預測。（三）科技：充分揭露科學證據及不確定的因素。透過此種整合性模型，可以分析及反思各種複雜的公共衛生問題，提供因應方案，相當適合運用於傳染病防治策略的設計與檢討，亦可應用於本次我國因應 COVID-19 疫情，實施限制醫院醫事及社工人員出境之議題探討。

National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第三章　醫事及社工人員禁止出國形式合法性探討

第一節　禁止出國規定函之法律性質

按不同種類行政行為有不同法律設計，其合法性要件、效力、行政救濟等皆不相同，故進行合法性審查時，首應於案例找出行政行為，並加以定性。

經查衛生福利部網頁將醫院人員出國規定之內容分別發布於「衛生福利法規檢索系統」中的「行政規則」分類內[109]以及「臺灣嚴重特殊傳染性肺炎（COVID 19）防疫關鍵決策網」之「其他」頁面中的「法規」分類[110]。另洪國華發表之＜從醫事人員限制出境禁令論紓困條例的憲法爭議＞一文中，認為醫院人員禁止出國規定函形式上屬於政府依法律授權，發布對外生效之「法規命令」[111]；而林工凱、謝碧珠發表之＜嚴重特殊傳染性肺炎疫情下應變處置措施之探討＞，認為該函屬「職權命令」，屬於行政機關依法定職權、下達至下屬機關並產生外部效力之通案規定[112]。此外，筆者查詢國內其他相似之出國管制防疫措施「公私立高級中等以下學校教職員工生暫時停止出國（境）」，教育部於行政院公報刊登時，記載其依據為行政程序法第 92 條第 2 項前段及第 100 條第 2 項，可見教育部將學校師生停止出國之措施定性為「一般處分」。由以上內容可見，針對醫院醫事及社工人員出國規定之定性各界看法不一；而同為政府機關之衛生福利部與教育部所發布的出國管制措施定性又不相同。查賴香

[109] 衛生福利部，「衛生福利法規檢索系統」，https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWQRY01.aspx，最後瀏覽日：2021 年 1 月 3 日。
[110] 同註 18。
[111] 同註 55，頁 55。
[112] 同註 60，頁 57。

DOI:10.6814/NCCU202200753

伶立法委員 2020 年 3 月 17 日質詢問題亦有包含該行政行為之定性[113]。而行政院之書面答復並未回應[114]，關於禁止出國之行政行為定應有釐清之必要。

一、禁止出國規定是否為法規命令

「法規命令」依學理，係指行政部門基於法律授權，對多數人民，就一般事項所制訂之普遍抽象法律規範（Rechtsnorm）。按行政程序法第 150 條第 1 規定：「本法所稱法規命令，係指行政機關基於法律授權，對多數不特定人民就一般事項所作抽象之對外發生法律效果之規定。」可見法規命令須符合兩項要件：（一）行政機關基於法律授權訂定。（二）對「多數不特定人民」就「一般事項」所作抽象並「對外發生法律效果」之規定。如僅符合上開二項要件之一者，則不屬之（法務部行政程序法諮詢小組第 17 次會議參照）[115]。至法規命令之發布，係以「令」之方式為之[116]。其法律要件包含：

（一）授權根據：我國中央法規標準法第 7 條規定：「各機關依其法定職權或基於法律授權訂定之命令，應視其性質分別下達或發布，並即送立法院。」其所謂機於法律授權訂定之命令，即為法規命令。依行政程序法第 150 條第 2 項：「法規命令之內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神。」另如司法院大法官釋字第 367 號理由書：「如法律之授權涉及限制人民自由權利者，其授權之目的、範圍及內容符合具體明確之條件時，亦為憲法之所許。……若法律僅概括授權行政機關訂定施行細則者，該管行政機關於符合立法意旨且未逾越母法規定之限度內，自亦得就執行法律有關之細

[113] 同註 33。
[114] 同註 34。
[115] 法務部，「行政程序法」，＜法務部「行政程序法諮詢小組」第 17 次至第 24 次會議紀錄＞，https://www.moj.gov.tw/media/2535/68221433282.pdf?mediaDL=true，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。
[116] 法務部 90 年 5 月 2 日法 90 律字第 015511 號函，https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?type=e&id=FE079460，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

節性、技術性之事項以施行細則定之，惟其內容不能牴觸母法或對人民之自由權利增加法律所無之限制，行政機關在施行細則之外，為執行法律依職權發布之命令，尤應遵守上述原則。」

（二）內容之合法性：依中央法規標準法第 11 條規定：「法律不得牴觸憲法，命令不得牴觸憲法或法律，下級機關訂定之命令不得牴觸上級機關之命令。」亦即下級機關之命令內容如果牴觸憲法、法律或上級機關之命令，應為無效。

（三）形式合法性：法規命令係基於法律之授權，用以補充法律者。其制定之機關須經法律之授權，此被授權之機關原則上為中央之各機關，如行政院及各部會。所制定之法規命令依行政程序法第 150 條第 2 項規定，「法規命令之內容應明列其法律授權之依據，並不得逾越法律授權之範圍與立法精神。」而法規命令之訂定需踐行事先公告周知，即對人民預告之意。依行政程序法第 154 條第 1 項規定：「行政機關擬訂法規命令時，除情況急迫，顯然無法事先公告周知者外，應於政府公報或新聞紙公告，載明下列事項：一、訂定機關之名稱，其依法應由數機關會同訂定者，各該機關名稱。二、訂定之依據。三、草案全文或其主要內容。四、任何人得於所定期間內向指定機關陳述意見之意旨。」並依同條第 2 項規定，「並得以適當之方法，將公告內容廣泛周知。」前揭條文雖規定機關預告時需表明「任何人得於所定期間內向指定機關陳述意見之意旨。」但關於陳述意見之方法，未有規定。最後，因法規命令為對不特定人民所制定之法規範，自應對外進行發布，使人民得以周知及遵循。為確保知悉可能性，行政程序法第 157 條第 3 項規定：「法規命令之發布，應刊登政府公報或新聞紙。」因此，不得僅於該發布機關之牌示處或網站公告之。如未依法定方式完成公告者，應不生效力。

依出國規定函內容，此出國規定係因應嚴重特殊傳染性肺炎，適用對象規

DOI:10.6814/NCCU202200753

定為「醫院」服務之「醫事人員」及「社工人員」，為具體事件及且人員皆具特定證照且完成執業登記之特定人，與法規命令規範「多數不特定人民」有異。在預告程序部分，經查未有依行政程序法第 154 條第 1 項規定事先於政府公報或新聞紙公告，如認係因防制疫情而屬情況急迫，尚為合理。然而，本出國規定內容未依行政程序法第 157 條第 3 項規定刊登於政府公報或新聞紙，如認其為法規命令，依法將不生效力。

二、禁止出國規定是否為行政規則

經查衛生福利部網頁「衛生福利法規檢索系統」將醫院人員出國規定分類於「行政規則」，然行政規則依行政程序法第 159 條規定：「本法所稱行政規則，係指上級機關對下級機關，或長官對屬官，依其權限或職權為規範機關內部秩序及運作，所為非直接對外發生法規範效力之一般、抽象之規定。（第一項）行政規則包括下列各款之規定：一、關於機關內部之組織、事務之分配、業務處理方式、人事管理等一般性規定。二、為協助下級機關或屬官統一解釋法令、認定事實、及行使裁量權，而訂頒之解釋性規定及裁量基準。（第二項）」由該條文可知行政規則得由行政機關依職權訂定，原則上無需法律授權，以行政體系內部事項為內容，以對內生效為原則。

因行政規則不直接發生拘束人民之效力，不須如法規命令以公布始生效力，行政規則得以下達方式生效[117]。例如：臺北市政府衛生局依據醫療法第 21 條規定：「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣 (市) 主管機關核定之。」訂定了「臺北市立醫療院所醫療收費基準」，適用其所屬臺北市立之醫療院所（如：臺北市立聯合醫院）對於健保不給付項目應依該基準收費，此即屬行政程序法第 159 條第 2 項第 2 款規定之行政規則。既然行政規則為內部規定，原則上效力並

[117] 吳庚，《行政法之理論與實用》，三民書局，2008 年 2 月 10 版，頁 287。

DOI:10.6814/NCCU202200753

不及於人民，對人民不能創設權利及義務，亦不得增加法律所無之限制。且法院就國家與人民之法律爭訟為裁判時，不應僅以行政規則作為依據[118]。

本文認為如依衛福部將該出國規定分類於行政規則，可能係因衛福部亦同時將其視為對下級機關所為之對內規定，用以拘束各縣市之衛生福利部所屬醫療院所（例如：衛生福利部桃園醫院等）。

三、禁止出國規定是否為職權命令

另，林工凱及謝碧珠認為出國規定函形式上應屬職權命令性質，為行政機關依其法定職權下達至下屬機關並產生外部效力之通案規定[119]。雖我國中央法規標準法第 7 條所規定，各機關依其法定職權訂定之命令，應即為所謂之職權命令。然職權命令之合法性及適用範圍具有爭議，其存廢亦引起討論[120]。至於本出國規定函是否屬於職權命令？如依司法院大法官釋字第 443 號解釋所建立之層級化法律保留體系之意旨，涉及人民基本權力保障者，應遵守法律保留之憲法要求。如該號解釋理由書「……涉及人民其他自由權利之限制者，亦應由法律加以規定，如以法律授權主管機關發布命令為補充規定時，其授權應符合具體明確之原則；若僅屬與執行法律之細節性、技術性次要事項，則得由主管機關發布命令為必要之規範，雖因而對人民產生不便或輕微影響，尚非憲法所不許。又關於給付行政措施，其受法律規範之密度，自較限制人民權益者寬鬆，倘涉及公共利益之重大事項者，應有法律或法律授權之命令為依據之必要，……」在此背景下，職權命令尚可能有存在的空間，惟被限縮適用的範圍。因此，在法律已明文規定或授權制定法規命令情況下，行政機關不得逕以職權

[118] 林錫堯，＜行政規則面面觀＞，《中華法學》，第 15 期，頁 39，2013 年 11 月。
[119] 同註 60，頁 57。
[120] 黃舒芃，＜再論「二分」與「三分」之爭：從憲法觀點檢討職權命令的存廢問題＞，《東吳法律學報》，第 23 卷第 2 期，頁 1-29，2011 年 10 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

命令或行政函釋替代之（參見司法院大法官釋字第 454 號、第 455 號解釋）。該出國規定函內容既干涉人民遷徙自由，應有法律或法律明確授權之依據，自非行政機關依職權訂定之職權命令。

四、禁止出國規定是否為一般處分

指揮中心於疫情期間對國人的出國限制，除了醫院之醫事人員及社工人員，另有高級中等以下學校停止學校師生出國；此防疫措施由教育部依照中央流行疫情指揮中心第 16 次會議決議內容實施，並將其刊登於行政院公報[121]。公報內容記載法律依據包含特別條例第 7 條規定、傳染病防治法第 7 條、災害防救法第 31 條第 1 項第 11 款、行政程序法第 92 條第 2 項前段以及第 100 條第 2 項。由此可見對於高中以下教職員生停止出國措施之定性，因其相對人雖非特定，但依一般性特徵可得確定其範圍，將其定為一般處分。而本措施之所以由教育部發布，而非由疫情指揮中心為之，此應與疫情指揮中心所扮演的角色有關，疫情指揮中心之重要職權功能依傳染病防治法法第 17 條第 1 項規定，為統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業、後備軍人組織、民間團體執行防疫工作。至於具體規範人民權利義務之行政處分及裁罰等，除法律另有規定外，原則應回歸各該目的事業主管機關處理。

至於醫院醫事人員及社工人員出國限制是否同屬一般處分？此措施屬於行政處分或法規區別之實益在於，若為此防疫措施為行政處分，對此不服者可循行政爭訟途徑救濟之；若為法規且直接對特定對象存在與行政處分相同效果的「個案效力」，則尚需待其以身試法方得進行行政爭訟。現行體制行政法院對法

[121]《行政院公報》，教育部公告：為防治控制疫情需要，自公告日起至 2020 年 7 月 15 日止，公私立高級中等以下學校、外國僑民學校、實驗教育機構、團體及教保服務機構之教職員工生，非經專案許可，應暫時停止出國（境），第 026 卷第 052 期，2020 年 3 月 20 日。https://gazette.nat.gov.tw/egFront/detail.do?metaid=114251&log=detailLog，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。註：教育部公報於 2004 年 12 月停刊，自 2005 年 01 月併入《行政院公報》。

DOI:10.6814/NCCU202200753

律無違憲審查權，雖有對行政命令之審查權，但主要為透過個案附隨審查。故人民未受行政處分下，若主張法規直接影響其權利，實難提起行政爭訟請求法院進行規範審查[122]。

行政處分（Verwaltungsakt）為 19 世紀由德國公法學者 Otto Mayer 建構，將行政處分定義為「行政向人民就什麼是個案的法所為的高權宣示」，此種行政行為的概念類型，主要是為藉助其執行、落實一般抽象行政法規，確定具體個案權利義務狀態之特徵，於國家處理大量行政事務時，係有效達成行政目的之手段，同時可界定國家與人民間的法律關係[123]。行政處分是配合法治國家法律安定要求之行政手段，具有「闡明及穩定之功能（Klarstellungs-und Stabilisierungsfunktion）」，使公行政在國家與人民關係中，得以法律之方式，對人民自由做明白的規制及界限[124]。

依我國行政程序法第 92 條第 1 項規定：「本法所稱行政處分，係指行政機關就公法上具體事件所為之決定或其他公權力措施而對外直接發生法律效果之單方行政行為。」可將行政處分之定義與要素如下[125]：

（一）行政處分須是出於行政機關所為之行為。

（二）直接發生法律效果的行為：行政處分是直接發生法律效果的行為，導致權利與（或）義務發生、變更、消滅、或確認的行為。行政處分對權利與（或）義務產生「規制（Regelung）」作用，可視為具有法律拘束力之意思表示。規制方式著重於法律效果發生之有無，不以文字、標誌、語言、手勢等為限。

[122] 吳志光，《行政法》，新學林出版股份有限公司，2019 年 3 月，第 9 版，頁 192-193。
[123] 許宗力，＜行政處分＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，2006 年 10 月 3 版，頁 474。
[124] 陳敏，《行政法總論》，自版，105 年 9 月 9 版，頁 304。
[125] 同註 123，頁 478-501。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（三）公法行為：行政處分必須是根據或執行公法規定之公法行為，或稱行使公權力行為。至於該公法行為所規制的法律效果屬於公法或私法，在所不問。

（四）單方行為：需是行政機關單方行為，此乃與行政契約之區別。行政處分乃基於公權力做成，此單方行為具有高權性與官方性，不受相對人意思之拘束。

（五）外部行為：行政處分是行政機關所為直接對外發生法律效果的行為，與僅產生內部法效果的行政行為區隔。

（六）針對特定具體事件的行為：特定具體事件，指相對人必須「特定」，所涉及事實關係需具體（行政法院 59 年判字第 192 號判例參照），藉此得與規範不特定一般人與抽象事實關係之法規命令區別。相對人是否特定，應以行政行為「發布時」作為判斷基準點。至於判斷是否屬於具體事實關係，原則上可由規範效力為一次性或反覆性作為輔助判斷標準。行政處分代表性例子如警察指揮手勢，因每次手勢以當時具體交通狀態做為所規範事實，並以在場範圍之用路人為規範相對人，具備「相對人特定」及「具體事實關係」兩要件，而定性為行政處分。

而當行政行為發布時，相對人不特定，但有具體事實關係，依德國通說亦承認其屬行政處分。依德國行政程序法第 35 條第 2 句，擴張界定為依照「一般性特徵」而「確定」或「可得確定其範圍之相對人」，所為之行政處分為一般處分[126]。我國行政程序法參考德國立法例，於第 92 條另立第 2 項規定：「前項決定或措施之相對人雖非特定，而依一般性特徵可得確定其範圍者，為一般處分，適用本法有關行政處分之規定。有關公物之設定、變更、廢止或其一般使用者，亦同。」將一般處分為兩種類型：

[126] 同註 124，頁 334。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（一）對人之一般處分，例如：傳染病發生或有發生之虞時，主管機關依傳染病防治防治法第 37 條第 1 項第 4 款，撤離特定場所或區域之人員。

（二）對物之一般處分，如古蹟列管、設置行人徒步區。另如交通標誌、標線有實務認為屬於對人之一般處分[127]；亦有實務見解認為交通標誌、標線應是對不確定之多數人規範抽象事實關係，其法律性質就法理而言應是法規命令。於行政程序法實施後，依據該法第 92 條另立第 2 項後段規定，已將公物之一般使用納入一般處分，如依德國學說定性為公物使用規則，理解為對用路人用路秩序之規範，可定性為屬物之一般處分[128]。

五、小結：醫院之醫事及社工人員出國規定應屬一般處分

醫院人員禁止出國措施既然係因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情防治，以醫院之醫事人員及社工人員為規範對象所為之措施，其規範內容屬於行政機關基於公權力就特定病毒引發之疫情所為的規制措施，自屬單次且直接對外發生法律效果之行為，雖規範期間有數月之久，應仍屬具體事件。

至於相對人屬於特定人或可得確定範圍之多數人，茲分析如下：「醫院」之定義依照「醫療機構設置標準」已有明確設置基準，得與診所及其他醫療機構區別。而「醫事人員」依「醫事人員執業登記及繼續教育辦法」第 2 條定義包含：「醫師、中醫師、牙醫師、藥師、藥劑生、護理師、護士、物理治療師、物理治療生、職能治療師、職能治療生、醫事檢驗師、醫事檢驗師、語言治療師、聽力師、牙體技術師及牙體技術生、驗光師及驗光生。」前述醫事人員均

[127] 最高行政法院 98 年度裁字第 622 號裁定表示：「禁制標線之劃設，雖非針對特定人，然係以該標線效力所及即『行經該路段之用路人』為規範對象，可謂『依一般性特徵』（特定路段之用路人）可得確定，並係針對『各該（無數之）用路事實』所為之規範，從而可將之認定為一種『對人之一般處分』。」司法院，「法學資料檢索系統」，https://law.judicial.gov.tw/FINT/Default_AD.aspx，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

[128] 同註 123，頁 500；註 124，頁 339-340。

DOI:10.6814/NCCU202200753

須依法考試，並取得醫事專門職業證書。社工人員則依照社會工作師法之規定，資格取得須經社會工作師考試及格，並領有社會工作師證書者，得充任社會工作師。如欲於醫療機構執行醫療業務，醫事人員與社工人員執業須檢附「醫事人員證書」或「社會工作師證書」及「擬執業機構出具之證明文件」等文件，向所在地直轄市、縣（市）主管機關申請登記，發給執業執照始得為之。雖受規範對象逾數十萬人，然依前述之一般性特徵可得確定其是否屬受規制之範圍。故醫院之醫事人員及社工人員出國規定應屬行政程序法第 92 條第 2 項前段所規定之「對人之一般處分」。而定性為一般處分，得使人民在不服此出國禁令時，有尋求行政救濟的可能。反之，若定性為行政命令，因我國行政爭訟制度原則上僅得以具體個案行為作為標的，則無法針對此禁令直接尋求救濟[129]。

[129] 同註 61，頁 44-45。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第二節　正當法律程序之檢視

「正當程序」又稱「正當法律程序」（due process of law），其理念源於英國法「自然正義法則」，意為任何人不假思索，依其固有理性即可判斷為正當。並於 1215 年英國《大憲章》（Magna Carta）以及 1354 年《倫敦自由律》（Statue of Westminster of the Liberties of Lodon）形成法律文字[130]。行政程序中的正義應包括：當事人應受告知、當事人應有表示意見機會、決策者應公正、決定應附理由、決定書應附記救濟途徑等[131]。行政處分作成不可恣意非為，按我國行政程序法第 4 條：「行政行為應受法律及一般法律原則之拘束。」行政處分既屬行政行為之一種，自應遵守有關依法行政之原則。應審查行政處分之形式合法性，檢驗是否符合程序上及形式上法律規定，如：法定管轄、作成程序、作成方式、說明理由、行政處分之通知、告知救濟途徑等。

我國為文明法治國家，應重視行政處分作成之嚴謹性，遵守相關法律規定；鑑此，本文亦將探討本處分作成是否符合形式合法要件。

一、管轄機關

行政處分應由有管轄權之行政機關作成，按「嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心」為本函文作成者，依傳染病防治法第 17 條第 1 項規定：「中央主管機關經考量國內、外流行疫情嚴重程度，認有統籌各種資源、設備及整合相關機關（構）人員之必要時，得報請行政院同意成立中央流行疫情指揮中心，並指定人員擔任指揮官，統一指揮、督導及協調各級政府機關、公營事業、後備軍人組織、民間團體執行防疫工作；必要時，得協調國軍支援。」可見其

[130] 李建良，＜論基本權利之程序功能與程序基本權－德國理論的借鑑與反思＞，《憲政時代》，第 29 卷第 4 期，頁 484，2004 年 4 月。
[131]湯德宗，《行政程序法論－論正當行政程序》，元照出版有限公司，2005 年 2 月 2 版，頁 8-9。

DOI:10.6814/NCCU202200753

在防疫工作中具指揮及執行角色，並對外有執行公權力之權限。另由中央流行疫情指揮中心實施辦法第 3 條規定：「本中心任務如下：一、疫情監測資訊之研判、防疫應變政策之制訂及其推動。 二、防疫應變所需之資源、設備及相關機關（構）人員等之統籌與整合。 三、防疫應變所需之新聞發布、教育宣導、傳播媒體優先使用、入出國（境）管制、居家檢疫、國際組織聯繫與合作、機場與港口管制、運輸工具徵用、公共環境清消、勞動安全衛生、人畜共通傳染病防治及其他流行疫情防治必要措施。」載明指揮中心在疫情期間可能執行的應變政策包含出入國管制，故疫情指揮中心因應疫情實施人員出國管制措施具有管轄權自無爭議。

二、作成程序

作成對相對人不利益行政處分作成時，應給予當事人陳述意見機會，使機關了解當事人意見並加以考量，藉由參與處分作成，影響程序結果，以避免機關專斷行事，確保人民權益。即行政程序法第 102 條規定：「行政機關作成限制或剝奪人民自由或權利之行政處分前，除已依第三十九條規定，通知處分相對人陳述意見，或決定舉行聽證者外，應給予該處分相對人陳述意見之機會。但法規另有規定者，從其規定。」本條文之立法目的乃在於使行政機關行使公權力時，能透過一套公正、公開之程序及人民參與過程，強化政府與人民之溝通，以確保政府依法行政，作成正確行政決定，進而達到保障人民權益，促進行政效能之目的[132]。因此，行政機關對當事人之請求陳述，亦有加以認識並予以斟酌之義務[133]。

然而，在部分例外情形，行政機關得不給予人民陳述意見機會，此例外情

[132] 臺灣新北地方法院 104 年度簡更字第 2 號行政訴訟判決，https://law.judicial.gov.tw/FJUD/default.aspx，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。
[133] 李震山，《行政法導論》，三民書局，2012 年修訂 9 版，頁 281。

DOI:10.6814/NCCU202200753

依據同法第 103 條規定包含：「……一、大量作成同種類之處分。二、情況急迫，如予陳述意見之機會，顯然違背公益者。三、受法定期間之限制，如予陳述意見之機會，顯然不能遵行者。四、行政強制執行時所採取之各種處置。五、行政處分所根據之事實，客觀上明白足以確認者。六、限制自由或權利之內容及程度，顯屬輕微，而無事先聽取相對人意見之必要者。七、相對人於提起訴願前依法律應向行政機關聲請再審查、異議、復查、重審或其他先行程序者。八、為避免處分相對人隱匿、移轉財產或潛逃出境，依法律所為保全或限制出境之處分。」

對於本處分未給予相對人陳述意見之機會，本文認為當時國際疫情嚴峻，雖國內疫情狀態與醫療資源，尚無呈現醫療院所人力即將短缺或防疫量能不足，但面對疫情演變難以預測，且全國醫事人員及高達 27 萬餘人，如認其屬「情況急迫，如予陳述意見之機會，顯然違背公益者」雖似合理。

本禁止出國規定函發文日期雖為 2020 年 3 月 17 日，實則早於同年 2 月 23 日記者會宣布限制醫事人員出國事宜，在未先行聽取、討論各專業意見下，該決定迅速引發醫療界反彈。嗣後於同年 2 月 27 日召開研商「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎醫事人員出國」相關事宜會議，邀請各醫療領域相關人員討論。而防疫量能及人民出入國境權利兩者皆極為重要，且各方意見爭議不斷，疫情雖然危險緊急，然危及之下更容易因處置不佳產生悲劇，故遵守正當程序實為減少傷害重要方法。

本文認為，面對疫情期間各項醫療人力統籌，如可在作成限制措施前，尤其是此種影響層面涉及個人基本權，應先有全面性討論與整合，定能增加可運用醫療量能，同時減少對人民權利產生侵害，更有效的增進社會公共利益。主

DOI:10.6814/NCCU202200753

管機關應得考量其嚴重性、爭議性以及醫療實務考量，重視人民參與過程，強化政府與人民之溝通，以利行政機關作成之決定盡可能達到完善。

三、敘明理由

敘明理由是現代法治國家行政程序基本要求，若處分理由有違法或不當，將是人民得以提起行政爭訟根據。依行政程序法第 96 條第 2 款規定：「行政處分以書面為之者，應記載下列事項：二、主旨、事實、理由及其法令依據。」敘明理由有助於人民了解行政處分，以資判斷行政處分是否合法妥當，亦因為需要說明理由，使做成處分之機關對事實及法律觀點進行自我審查，進一步確保行政處分正確性[134]。

又所謂理由，是指行政機關獲致結論的依據，理由的說明所要表達的是行政機關作成決定之重要事實及法律依據。對於理由的敘述，不須鉅細靡遺，只須寫出使當事人得以知悉獲致結論的理由何在（法律字第 10703500230 號）[135]。該禁止出國規定函為書面之行政處分，然除紀載法令依據外，並無記載具體理由。惟依行政程序法第 97 條設有例外規定：「書面之行政處分有下列各款情形之一者，得不記明理由：一、未限制人民之權益者。二、處分相對人或利害關係人無待處分機關之說明已知悉或可知悉作成處分之理由者。三、大量作成之同種類行政處分或以自動機器作成之行政處分依其狀況無須說明理由者。四、一般處分經公告或刊登政府公報或新聞紙者。五、有關專門知識、技能或資格所為之考試、檢定或鑑定等程序。六、依法律規定無須記明理由者。」經查該函文內容未曾刊登政府公報或新聞紙，另於 2020 年 3 月 24 日發 COVID-19 防疫

[134] 同註 122，頁 220。

[135] 法務部，「行政函釋」，法律字第 10703500230 號，https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?id=FE307790&type=e，最後瀏覽日：2021 年 1 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

關鍵決策網「其他」頁面的「法規」分類下[136]。本文認為衛生主管機關雖未曾刊登政府公報或新聞紙，另擇以疫情指揮中心記者會及官方網頁中說明理由，亦可能是認為處分相對人無待處分機關之說明已知悉或可知悉作成處分之理由，在這個科技媒體發達的時代資訊流通快速，受限制之醫事及社工人員如欲知悉處分理由確實並非難事。亦有可能係因主管機關自始未有明確定性，而無依作成書面行政處分之要求敘明理由。

四、程序公告或送達程序

依據行政程序法第 100 條規定：「書面之行政處分，應送達相對人及已知之利害關係人；書面以外之行政處分，應以其他適當方法通知或使其知悉。一般處分之送達，得以公告或刊登政府公報或新聞紙代替之。」行政處分之通知意義在於行政機關將其決定內容，告知相對人或利害關係人使其知悉該處分之存在，並藉由行政機關通知發生外部效力。行政機關通知方式包含：（1）以書面作成行政處分－送達（行政程序法第 100 條第一項前段，並同法第 67 條至第 91 條送達程序規定）；（2）非書面作成行政處分－其他適當方法通知或使其知悉（行政程序法第 100 條第一項後段）；（3）一般處分－公告（行政程序法第 100 條第 2 項）。

本文認為禁止出國規定函為行政程序法第 92 條所稱一般處分，屬行政處分一種，自應依法通知相對人。觀其受文對象，正本通知地方政府衛生局，副本通知教育部、法務部、國防部軍醫局、國軍退役官兵輔導委員會、衛生福利部附屬醫療及社會福利機構管理會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會及台灣社區醫院協會，未發函予相對人。就此，因相對人為全體醫院醫事及社工人員，人數龐大，自難個別發函送達。

[136] 同註 110。

DOI:10.6814/NCCU202200753

疫情指揮中心未刊載該函文之內容於行政院公報或新聞紙，選擇於衛福部官方網站公布內容及函文元件掃描檔案供下載。至於以網站公布是否可取代行政院公報或新聞紙？參最高行政法院 104 年度 4 月份第 1 次庭長法官聯席會議決議：「政府公報或新聞紙，係屬文書。網際網路並非文書，自非屬政府公報或新聞紙。」另法務部於 89 年 8 月 8 日邀請相關機關研商「行政程序法各條文中有關刊登政府公報或新聞紙規定之涵義」，其結論略以：「基於目前電腦及網路使用之普及度與接受度仍屬可議、電腦資料之安全性無法確保及其他相關法制尚不完備等考量，暫不宜將行政程序法各條文中所稱之『政府公報』解釋為包括行政機關於網路上之電子公報，亦不包括電子公布欄。」（法律決字第 048924 號）[137]在案。而行政程序法對「公告」方式未有定義，理論上應指任何使相對人可能知悉處分內容之方式[138]。雖不可否認今日社會已成為網際網路世界，上網公告是便於社會大眾獲取資訊方法之一，政府公報及新聞紙反而少人閱覽。透過網站電子公告，使受規範者知悉效果，似猶勝於刊於政府公報或新聞紙。透過本案，相關部門應重新檢視網路資料安全性與接受度，尤以資訊傳遞應求效率及普及化，更應評估網站上公告可行性。

另一個問題是以發布新聞替代通知是否對受管制人員發生效力？依最高行政法院 96 年度判字第 43 號判決理由第 5 段：「……有關和平醫院員工集中隔離管理之措施，係被上訴人依據行政院召開之 92 年 4 月 24 日「研商臺北市立和平醫院醫護人員感染 SARS 因應措施會議」及同日地方主管機關臺北市政府召開之「防止 SARS 疫情擴大緊急應變小組會議」之決議辦理。上開決議所為之具體措施，係主管機關依行為時傳染病防治法第 37 條第 1 項規定所為之下命處分。雖其相對人並非特定，然依其決定或措施之內容可以確定應受管制之人員，性

[137] 法務部，「行政函釋」，（90）法律決字第 048924 號，https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?id=FE079802&type=E&kw=&etype=etype3，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。
[138] 同註 124，頁 379。

DOI:10.6814/NCCU202200753

質上為一般處分，經該主管機關以發布新聞代替通知，即對受管制之人員發生效力。」由此判決可見對於當年 SARS 疫情實施隔離措施的程序正當性討論，最高行政法院認為此屬一般處分並得以發布新聞替代通知，即對受管制人員發生效力。然而，隔離措施涉及人民重要基本人權，本文認為發布新聞僅是使受管制人「可能知悉」的方式，對人民權利的保障似有不足。

綜合以上，如認衛福部以官方網站公告進行通知屬可行方式，雖其發函日為 2020 年 3 月 17 日，然網頁公告日期遲至 2020 年 3 月 24 日，分別發布於衛生福利部網頁「衛生福利法規檢索系統」項中的「行政規則」分類下[139]及 COVID-19 防疫關鍵決策網「其他」頁面的「法規」分類下[140]。本函文應屬對人之一般處分，而非法規命令，故此發布方式似有不妥。而衛福部官方網頁既已存在「公告訊息」及疾管署「致醫界通函」等頁面設計而未使用，另擇「衛生福利法規檢索系統」作為發布方式，此作法使相對人難以查閱內容；另一關鍵決策網登載於「其他」之頁面，且此關鍵決策網屬於因應疫情新架設之網頁，雖已將相關出境管制措施訊息刊登，然衛生福利部遲至 2020 年 6 月 7 日之新聞始公告此網頁上線，實令相對人難以知悉。此外，相對人既非函文受文者，應認相對人可知悉處分內容之日期（如網頁公告日）起對相對人生規制效力，而非函文記載之 2020 年 2 月 23 日(記者會首次宣布日)為生效日。

如主管機關認其非屬對人之一般處分，而屬法規命令，則依行政程序法第 157 條第 3 項規定：「法規命令之發布，應刊登政府公報或新聞紙。」衛生福利部或指揮中心應依上開規定刊登於政府公報或新聞紙，僅將禁止出國規定函上網公告，視同未完成發布程序，則不對外生效力。若如衛福利法規檢索系統分類認其為「行政規則」，為非直接對外法規範效力之一般、抽象之規定，則屬定

[139] 同註 109。
[140] 同註 110

DOI:10.6814/NCCU202200753

性錯誤。

綜上，本文認為衛生主管機關對於本禁止出國規定函內容定性不明，公告方式亦欠缺妥適性。雖現代社會網際網路通訊發達，且疫情發展具急迫性，為求便利快捷，雖未刊登政府公報或新聞紙，透過網頁公告或許在未來修法後會是可行方法，主管機關應依照現行規定進行公告，網頁公布內容亦應盡可能以相對人容易知悉之方式為之，已達資訊公開透明與取得便捷。

五、救濟及教示記載

為使處分相對人知所救濟，以確保權益，應告知救濟方法，此為法治國家行政程序基本要求。依行政程序法第 96 條第 1 項第 6 款規定：「行政處分以書面為之者，應記載下列事項：六、表明其為行政處分之意旨及不符行政處分之救濟方法、期間及其受理機關。」原係針對書面行政處分而設，對於書面以外之行政處分是否亦應教示救濟途徑？學者湯德宗認為由行政程序法第 98 條及第 99 條內容觀之，規範重點在於處分機關告知錯誤或未為告知時，如何承擔因此所生之不利益，並未僅限定書面行政處分始有適用，鑒於救濟教示對於當事人之重要性，第 96 條第 1 項第 6 款救濟教示之規定應類推適用書面以外之行政處分[141]。而禁止出國規定函未表明行政處分意旨及不服行政處分之救濟方法、期間其受理機關，屬教示瑕疵。其法律效果另依同法第 98 條第 3 項：「處分機關未告知救濟期間或告知錯誤未為更正，致相對人或利害關係人遲誤者，如自處分書送達後一年內聲明不服時，視為於法定期間內所為。」及第 99 條：「對於行政處分聲明不服，因處分機關未為告知或告知錯誤致向無管轄權之機關為之者，該機關應於十日內移送有管轄權之機關，並通知當事人。前項情形，視為自始向有管轄權之機關聲明不服。」等規定分別處理。故本函救濟之告示瑕

[141] 同註 131，頁 35。

DOI:10.6814/NCCU202200753

疵雖對處分效力不生影響，其法定救濟期間應得予以延長。筆者認為，主管機關應是認定其屬法規，而未記載救濟方法、期間及其受理機關。

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第三節　小結

綜合上述討論，疫情指揮中心因應疫情實施人員出國管制措施，其具有管轄權自無爭議。然而，主管機關對於醫院人員禁止出國規定函之定性非但不明確，甚至出現兩種不同定性，分別在衛生福利部所設網頁「COVID-19 防疫關鍵決策網」及「衛生福利法規檢索系統」，將其分別列於「法規」及「行政規則」下，不若教育部對於「限制高中以下學校師生出國」措施之處理，於行政院公報明確記載法律依據為行政程序法第 92 條第 2 項前段以及第 100 條第 2 項，清楚定性為「對人之一般處分」。本文認為禁止出國規定函為行政機關就公法上具體事件所為措施，且相對人依一般性特徵可得確定其範圍，屬於行政程序法第 92 條第 2 項當中「對人之一般處分」。

就公告程序觀之，禁止出國規定函雖已發布於衛生福利部網頁供民眾查閱。然而，網路文章容易進行增刪修改，資料之安全性與完整性尚無法確保，似仍不宜將行政程序法各條文中所稱之「政府公報」解釋為包括行政機關於網路上之電子公報或電子公布欄。此外，本函未敘明理由及未記載救濟方法、期間及其受理機關等，從衛福部網頁公告方式，應可推論主管機關可能將出國限制定性為法規，而非屬一般處分。這會產生另外一個問題，如定調為法規，未刊登於政府公報或新聞紙，視同未完成發布程序，則不對外生效力。

正如許玉秀大法官於司法院大法官解釋釋字第 690 號之不同意見書所述：「一個社會的文明程度，取決於對正當程序的堅持與實踐能力。緊急危險不能成為正當程序的例外。愈緊急，愈應該嚴謹有效地遵守正當程序，因為緊急情

DOI:10.6814/NCCU202200753

況最容易出現致命的悲劇。」[142]筆者認為，雖 COVID-19 於國際間爆發大規模傳染，國人亦受其威脅與影響，衛生主管機關仍應堅持正當行政程序，勿因揮舞公益旗幟，恣意做成行政決定。此外，嚴重的傳染性疾病不會只有這一次，政府應積極檢討與修正傳染病防治法制，補正不足與闕漏，而非每遭遇一次公衛危機便制定一套緊急性法制，例如：2003 年因應 SARS 疫情制定公布「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」；於2020年又因遭遇COVID-19疫情後，見疫情嚴峻而制定公布「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」，而發生先宣布措施，數日後才有法源依據，整個行政行為的過程彷彿主管機關得恣意行事無須依循正當行政程序。

[142] 許玉秀，司法院大法官釋字第 690 號不同意見，法務部，「司法解釋」，https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?id=D%2c690&type=c&kw=，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第四章　禁止出國實質合法性探討

第一節　禁止醫事及社工人員出國法律依據分析

於法治國家原則中，要求國家與人民間法律關係，應以一般性法律加以規範，使人民有預見可能性及計畫可能性，並排除濫用及恣意。導出行政作用必須以形式意義的法律加以規定，並稱為法律保留原則[143]。為保障據人民基本權，行政機關不應濫發命令或過度限制人民權利，檢視機關行為是否有法律依據極為重要。

本次對醫院任職醫事人員及社工人員禁止出國之法源依據，可依出國禁令頒布日前後分為兩個階段區別：

第一階段（禁止出國規定函頒布前）：疫情中心指揮官陳時中於 2020 年 2 月 23 日記者會宣布出國禁令，並於同日在衛生福利部網站發布預計限制之對象、方式與目的，並於同月 25 日邀集各級醫院協會代表、專業學會及院長共同討論相關細節[144]，但於記者會及新聞稿內容中皆未說明禁令法源依據。在各界質疑聲浪中，衛生福利部醫事司司長石崇良隔日（24 日）補充說明法源依據為「醫療法」第 27 條以及「醫師法」第 24 條。

第二階段（禁止出國規定函頒布後）：疫情指揮中心於同年 3 月 17 日頒布之禁止出國規定函文中（肺中指字第 1093800250 號），說明段敘述該措施之依據為「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」第 7 條規定：「中央流行疫

[143] 陳清秀，＜依法行政與法律的適用＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，2006 年 10 月 3 版，頁 151-152。
[144] 同註 13。

DOI:10.6814/NCCU202200753

情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。」

以下本文將依禁止出國規定函頒布前後進行分析：

一、禁止出國規定函頒布前法律依據

依衛生福利部醫事司司長石崇良說明，依據為「醫療法」第 27 條以及「醫師法」第 24 條，關於醫療法第 27 條規定：「於重大災害發生時，醫療機構應遵從主管機關指揮、派遣，提供醫療服務及協助辦理公共衛生，不得規避、妨礙或拒絕。」由條文內容可知其規範對象為「醫療機構」，顯不適用醫事人員及社工人員。

而醫師法第 24 條規定：「醫師對於天災、事變及法定傳染病之預防事項，有遵從主管機關指揮之義務。」條文內容明確規範醫師對法定傳染病之預防，有遵從指管機關指揮的義務。而本條中「主管機關指揮」是否以醫師執業時執行醫療行為限，例如：診斷、治療等病患照護行為，抑或包含其他非關醫療專業事項？由於相關判決甚少，以過去 SARS 疫情和平醫院召回隔離事件觀之，當時被召回的醫師已被認定為疑似被感染者，應當被隔離且不得與人接觸，自然無法執行醫療業務，又如何能遵從主管機關指揮，投入醫療之行列，以符合醫師法第 24 條要求？就此，最高行政法院 98 年度判字第 75 號則認為：「依醫師法第 24 條規定，即有遵從主管機關指揮之義務，與其當時是否能在醫院中執行醫療業務無關。」對於此判決，筆者認為「遵從指管機關指揮之義務」之解釋應以醫療專業事項範圍為限，若主管機關之指揮範圍包含限制人身自由、限制出入境等事項，容易過度限制各項基本權。每位醫師皆是權利主體，在提供醫療專業維護他人健康的同時，本身仍擁有著自由與平等的人格，可以不受他人

DOI:10.6814/NCCU202200753

及國家權力的恣意干涉，更不容淪為僅只是國家權力作用的客體[145]。

除此之外，醫師法內所稱之「醫師」僅限於經醫師考試及格並依本法領有醫師證書者，不應適用於其他類別之醫事人員。另查我國對其他醫事人員法規內容，均未有「義務」之章節設計，更無遵從主管機關等語。且從立法者對相關法規的設計方式、目的、預期的規範方式觀察，醫師法第 24 條列於第三章「義務」之中，其他醫事人員法規內容無「義務」章節，如「護理人員法」以及「藥師法」將所需執行之醫療業務範圍與內容規範於「業務與責任」章節中；其餘醫事人員法規僅於「執業」章記載業務範圍，無類護理人員法及藥師法之「業務與責任」章節。可見立法者在立法過程中，已依照不同類別醫療人員所需執行之醫療業務，給予不同程度的責任規範。更遑論社工人員非屬醫事人員職類，自然不適用醫事人員相關法規之規範。而納入社工人員為禁止出國對象之因，僅說明係社工人員團體主動提出願意加入管制，疫情指揮中心對此未說明主管機關判斷與決策原因，若僅因為社工公會代表提出自願受出境管制，即可將全數社工人員納入，實無法源依據。

除了前述之條文，雖此期間尚未頒布特別條例，仍應有傳染病防治法之適用，另陳信安及賴秉詳於＜因防疫而限制入出境之憲法爭議評析＞中認為傳染病防治法第 59 條第 1 項規定應可作限制人員入出境法律依據[146]。該條文內容為「主管機關為防止傳染病傳入、出國（境），得商請相關機關採行下列措施：對入、出國（境）之人員、運輸工具及其所載物品，採行必要防疫、檢疫措施，並得徵收費用」。本條目的為防止傳染病傳入及傳出國境，避免帶有病毒之人

[145] 江玉林，＜人性尊嚴的移植與混生－臺灣憲政秩序的價值格局＞，《月旦法學雜誌》，No.255，頁 72，2016 年 8 月。
[146] 陳信安、賴秉詳，自由時報自由評論網，＜因防疫而限制入出境之憲法爭議評析＞，https：//talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/3105086，最後瀏覽日：2022 年 1 月 10 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

員、物品在移動過程造成疫情擴散，對象為實際有入、出國行為之人員，對該人員得實行防疫、檢疫措施，並非禁止入、出境。

觀傳染病防治法全文，有關出境限制之條文僅出現於同法第 58 條第 1 項第 5 款中，規範內容為「對未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病病人，通知入出國管理機關，限制其出國（境）。」並於同條第 2 項訂有但書「前項第五款人員，已無傳染他人之虞，主管機關應立即通知入出國管理機關廢止其出國（境）之限制。」可推得在現行傳染病防治法，如有限制人員出國必要性，須符合對象為未治癒感染病人且具有明顯傳染他人可能性，始得限制，可看出立法者對於人權的重視，即使未治癒，若已無造成他人危害之可能，即不得限制其出國權利。

如目的為避免曾照護新冠肺炎病人之醫療人員在受感染情況下出境，應可比照類似 2003 年 SARS 疫情期間醫事人員出入境管制方式：醫事人員出境，應持有服務之醫療院所出具之「醫療機構服務人員出境證明」，始得辦理出境，處理措施為應檢附服務機構開立之申請出國前十日內，未接觸 SARS 通報病患證明[147]，或是提供相關檢測、疫苗接種證明。而針對自國外入境的醫事人員、社工人員，則比照一般具有國外旅遊史者，接受 14 天居家檢疫及 7 天自主健康管理。

綜合以上，在未有特別條例之前，通過檢視傳染病防治法、醫師法、醫療法以及其他醫事人員法規，除了醫師在醫師法規範下，具有在疫情期間遵從主管機關指揮之義務，對於其他醫事及社工人員無類似「遵從指揮官指揮之義務」之規定。且本文認為，醫師法義務章中要求醫師有遵從主管機關指揮，其內容

[147] 同註 46。

DOI:10.6814/NCCU202200753

應以提供醫療專業行為為限，政府須保護個人主體性，不恣意行使國家權力限制個人自由；而傳染病防治法雖有多處規範「必要時」得實行之處置或措施，觀同法第 58 條規定，可見對於出國限制具有明確且嚴格的條件，得以見得我國立法者對於基本人權的重視，以具有傳染他人之虞始得限制其出境。故本文認為，傳染病防治法、醫療法第 27 條以及醫師法第 24 條均無法作為禁止醫事與社工人員出國之依據，禁止出國措施管制並無法源適用。

二、禁止出國規定函頒布後法律依據

2020 年 3 月 17 日衛福部公布之禁止出國規定函中，註明該措施依據為同年 2 月 25 日通過之肺炎特別條例第 7 條規定：「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。」而出國禁令處分生效日為 2 月 23 日，是否可以後公布之特別條例作為較早公布出國禁令法源？

查司法院大法官解釋第 751 號解釋理由書揭示：「法律一旦發生變動，除法律有溯及適用之特別規定者外，原則上係自法律公布生效日起，向將來發生效力（本院釋字第 574 號及第 629 號解釋參照）。又如法律有溯及適用之特別規定，且溯及適用之結果有利於人民者，即無違信賴保護原則，非法律不溯及既往原則所禁止。」

因此，本文認為雖然依特別條例第 19 條第 1 項規定「本條例施行期間，自中華民國一百零九年一月十五日起至一百十年六月三十日止。但第十二條至第十六條自公布日施行。」立法者在制定時例外允許效力向前溯及至 109 年 1 月 15 日生效，亦即衛福部將嚴重特殊傳染性肺炎經公告為第五類傳染病之日。然而，本文認為適用結果可溯及至 1 月 15 日的內容應僅限對人民有利的事項，例如：各項因應疫情之補貼、補助、津貼、獎勵、補償及免納所得稅等紓困振興

DOI:10.6814/NCCU202200753

措施。禁止出國屬於對人民不利措施，若是用溯及既往規定，則違反信賴保護原則。若為配合政府防疫政策取消出國之相關補助，因屬於對人民有利事項，仍應有適用，可溯及至 2 月 23 日。

另應注意，禁止出國規定函係 2020 年 3 月 17 日發文，上網公告日則在 2020 年 3 月 24 日，實施日則早在公告前一個月（2020 年 2 月 23 日）生效。此溯及規制，若違反疫情指揮中心指揮官依特別條例第 7 條規定實施之應變處置或措施者，將依該條例第 16 條規定，處新臺幣 5 萬元以上 100 萬元以下罰鍰。顯然屬於溯及既往之處罰。尤以禁止出國規定函上網公告之規制起始日早於特別條例公布日（2020 年 2 月 25 日），則於指揮官首次宣布日（2020 年 2 月 23 日）至正式公告日（2020 年 3 月 24 日），對於受限制者而言，實屬難以於公告日前預見違反時之法律效果，而違反法律保留原則及處罰法定主義。

三、小結

禁止出國規定於 2020 年 3 月 17 日肺中指字第 1093800250 號函頒之前，衛福部所舉之法律依據皆不適用本案，如醫療法第 27 條規範對象為醫療機構而非人員；醫師法第 24 條規範對象僅限醫師，其餘人員未有任何類似規範，且本條規定不宜作為醫療行為以外之限制。而我國傳染病防治法對限制出國須為未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病病人，因此亦不適用於醫院醫事及社工人員等非經判斷具有傳染之虞者。故此期間禁止醫院人員出國實屬無法律依據。

該禁止出國規定函頒布後，則另以肺炎特別條例第 7 條規定作為其依據，並依該條例第 16 條規定，訂有違反之罰鍰。雖肺炎特別條例第 7 條固然可作為法律依據，惟須注意，該函文發文日為 3 月 17 日，實施起始日早至 2020 年 2 月 23 日，對於溯及既往之處罰部分，顯有違反處罰法定原則 。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第二節　法律明確性之探討

「明確性原則」為依法行政原則主要成分，所謂內容明確並不限於行政行為，在法律保留原則支配下，法律及法規命令之規定，內容亦必須明確，涉及人民權利義務事項時，始有清楚界線與範圍，以便人民理解什麼是允許的，什麼是禁止的，得以事先預見與考量[148]。我國行政程序法第 5 條即有規定：「行政行為之內容應明確。」

查我國在 SARS 期間之管制亦有法明確性不足的例子，例如:：嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例規定第 5 條第 1 項規定「各級政府機關為防疫工作之迅速有效執行，得指定特定防疫區域實施管制；必要時，並得強制隔離或撤離居民。」對於 SARS 此種新型傳染病，在醫學界對疾病認識有限的情況下，以不確定法律概念作為構成要件，是否符合法律明確性要求進行討論，學者陳英鈴認為若此時仍要求具體明確的構成要件，反而可能成為防疫的阻礙；透過不確定法律概念的規範，有助於衛生主管機關在防疫需求與自由保障間取得平衡；但亦認為隨著對疾病理解增加，並比較美國法與德國法對隔離要件的規定，發現他國已將隔離之要件具體化，認為管制制度並非無法明文化，台灣社會在法律制度層面仍待改善[149]。學者林明鏘認為，緊急危機處理之明確程度得與正常時期有區別，宜依照對人民權益侵害程度及影響大小加以判斷；尤其在具有行政罰鍰等法律效果時，不宜以「緊急」之名規定漫無明確範圍之構成要件[150]。

---

[148] 同註 117，頁 70。

[149] 陳英鈴，＜SARS 防治與人權保障－隔離與疫情發佈的憲法界＞，《憲政時代》，第 29 卷第 3 期，頁 404-405，2004 年 2 月。

[150] 林明鏘，＜論 SARS 所生之行政法上法律關係－以醫療院所為中心＞，《 台灣本土法學雜誌》，第 49 期，頁 107，2003 年 8 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

本次出國規定限制人民居住遷徙自由，雖疫情中心指揮官以特別條例第 7 條作為法源依據，然因條文內容中「防治控制疫情需要」及「必要之應變處置或措施」等語均屬於不確定法律概念，被指出欠缺「法律明確性」。而法律明確性對保障人民權利極為重要，司法院釋字第 636 號解釋理由書中曾提及：「基於法治國原則，以法律限制人民權利，其構成要件應符合法律明確性原則，使受規範者可能預見其行為之法律效果，以確保法律預先告知之功能，並使執法之準據明確，以保障規範目的之實現。」因此，本規定是否使受規範者能預見所規範之內容及效果，應予以討論。

觀察特別條例第 7 條立法理由：「一、考量防治控制疫情須視疫情狀況採取適切之應變處置作為，賦予中央流行疫情指揮中心指揮官相關彈性權限實有必要，爰為本條規定。二、又指揮官依本條所為之應變處置或措施不得逾越必要範圍，並應與防疫目的具有正當合理關聯，自屬當然。」[151]，可得知為了防治疫情，國家賦予指揮官彈性權限，其範圍以具有正當合理防疫目的為限。雖不能從「防治控制疫情需要」及「必要之應變處置或措施」等語，推得在何等情況下會採取何等必要措施，仍應依據實際狀況進行判斷。由司法院釋字第 690 號解釋，此類涉及醫療及公共衛生，法律明確性之審查降至採取一般標準；若以國際疫情持續嚴重，為減少人員因移動造成疾病蔓延，在我國相關公衛法令及各國法規政策參考下，可以理解限制出入境屬防止疫情傳播可能的「必要之應變處置或措施」，並得以全體國人及外籍旅客為限制對象。雖然在司法院釋字第 690 號解釋的脈絡下，特別條例第 7 條或許得涵蓋未明文之配套措施，然依憲法第 23 條「重要性法律保留原則」之意旨，但凡侵害人民自由權利重要事項者，均應有法律明確規定始得為之。學者林明鏘認為諸如民間人力徵用或委託，

[151] 立法院法律系統，「異動條文及理由」，《嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例》：https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?002E12D99627000000000000000000A000000002000000^07181109022500^00000000000，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

或是其他必要之財政措施等，難由特別條例第 7 條中導出，故政府應檢視措施之定義，將必要的配套措施規定於傳染病防治法第 7 章附則中[152]。若人力徵用尚難符合特別條例第 7 條之適用，更遑論禁止醫事人員及社工人員出境了。

然本案雖類似「限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點」、SARS 期間醫事人員出境應檢附「未接觸 SARS 病人證明文件」以及「麻疹個案隔離及出境管制作業流程」等，同為因應傳染病而設計的出境管制，但 COVID-19 疫情限制對象僅為特定執業處所（醫院）之專業人員，且並非有證據顯示此等人員具有傳染他人之虞，其理由為確保國內醫療量能充足，而非防止國內疫情傳播至境外等，顯非現行傳染病防治法之規範範圍；以當時台灣國內疫情尚屬穩定，醫院醫事及社工人員如何能依現行法令認知，國家為了防治控制疫情，將因其所屬身分及執業處所，執行限制出境等管制措施？

討論疫情相關處置措施及相關法制時，國人往往聯想起 2003 年爆發的 SARS（嚴重急性呼吸道症候群疫情）。當時臺北市政府依「臺北市政府 SARS 緊急應變處理措施」，召回台北市立聯合醫院和平院區員工返院集中隔離，其中一位周姓醫師，因為未遵守返院受懲戒處分。本案後續聲請憲法解釋，經司法院大法官作成釋字第 690 號解釋。查本次限制出境爭議與該 690 號解釋背景相似，均針對防疫概括條款能否作為限制人民自由的依據進行討論。

> 觀其解釋文記載：「中華民國九十一年一月三十日修正公布之傳染病防治法第三十七條第一項規定：『曾與傳染病病人接觸或疑似被傳染者，得由該管主管機關予以留驗；必要時，得令遷入指定之處所檢查，或施行預防接種等必要之處置。』關於必要之處置應包含強制隔離在內之部

[152] 林明鏘，＜治傳染性肺炎用重典？－以「居家隔離」與「居家檢疫」管制措施為中心＞，《台灣法學雜誌》，388 期，頁 10，2020 年 3 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

分，對人身自由之限制，尚不違反法律明確性原則」。理由書中更闡明：「法律明確性之要求，非僅指法律文義具體詳盡之體例而言，立法者於立法定制時，仍得衡酌法律所規範生活事實之複雜性及適用於個案之妥當性，從立法上適當運用不確定法律概念而為相應之規定。如法律規定之意義，自立法目的與法體系整體關聯性觀點非難以理解，且個案事實是否屬於法律所欲規範之對象，為一般受規範者所得預見，並可經由司法審查加以認定及判斷者，即無違反法律明確性原則（本院釋字第四三二號、第五二一號、第五九四號及第六〇二號解釋參照）」

由此可得知大法官基於當時各國對 SARS 疫情尚無處理經驗且醫界處理方法亦無定論，在無其他侵害較小之方法下，為阻絕疫情之蔓延，認該規定雖未將強制隔離予以明文例示，惟已有明文得令遷入指定處所，則令受規範者遷入一定處所，使其強制隔離不能與外界接觸，屬必要處置。認為由法條文義及立法目的，此種例示結合概括的立法模式，並非受法律規範人民所不能預見，與法律明確性原則尚無違背。當其他具體規定不足時，以概括規定作為主管機關採取必要措施的法律依據，具其正當性。

然而，綜觀傳染病防治法第 35 條至 60 條關於防疫措施及檢疫措施規定，主管機關得施行居家檢疫、集中檢疫、隔離治療、限制出國等措施之對象如下：「自感染區入境」、「曾與傳染病病人接觸或疑似接觸之人員」、「傳染病病人」或「疑似傳染病病人」，皆以本身已具有傳染或被傳染事實或風險者，而非以本身職業是否與傳染病防治相關作為規範。且對出國人員限制定義更加明確，依傳染病防治法第 58 條第 1 項規定：「對未治癒且顯有傳染他人之虞之傳染病病人，通知入出國管理機關，限制其出國（境）。」並於同條第 2 項訂有但書「前項第五款人員，已無傳染他人之虞，主管機關應立即通知入出

DOI:10.6814/NCCU202200753

國管理機關廢止其出國（境）之限制。」可見我國對出境管制判斷基準為「是否具傳染他人之虞」。

另觀察國際衛生條例（IHR）第 18 條「針對人員、行李、貨物、貨櫃、交通工具、物品和郵包的建議」中之出境管制建議則為：不准疑似病例或受感染者入境；禁止未感染的人員進入受感染地區；以及進行出境檢查並/或限制來自受感染地區的人員出境[153]，可見國際衛生條例亦以傳染風險為考量。由傳染病防治法文義及立法目的可推斷，當各項措施涉及人身自由、遷徙自由，以受感染者或有受感染之虞者為限，並以治療及阻絕疫情之蔓延為目的，未見醫療量能為目的對防疫人員進行限制。故醫事人員因具傳染病防治相關背景，自然認定限制出境對象以防止疫情擴散為目的，並依「傳染風險」作為判斷基準。而且國內自 106 年已有訂定「傳染病防治醫療網區應變醫院啟動及支援人力運作原則」[154]，該原則中已規劃人力調度方式。因此，對醫院醫事人員而言，傳染病防治法對早已有出境管制規範，且其目的在於防止具傳染之虞者離境；而國內亦有針對傳染病防治制定醫事人員人力徵調方式，實難預測遭受限制出境屬具體規定不敷使用時的例外補充。

其次，若以維持足夠醫療人力為目的，尚有許多措施可優先執行而不影響人身自由或遷徙自由等基本權。參考國內過往重大醫療事故（如 921 地震、SARS、八仙塵爆等），即便因突然醫療需求量突發性爆增，可推測醫院人力將不足收治病人，醫療人員通常僅預期為提供醫療照護將有徵調支援、增加工時或取消休假等。既非如 921 地震或八仙塵爆事件發生在一瞬間，COVID-19 疫情

[153] 衛生福利部疾病管制署，「法令規章」，《國際衛生條例》，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListPage/MSQ6hO2quVtmUPUnN5Xgmg，最後瀏覽日：2022 年 4 月 15 日。

[154] 衛生福利部疾病管制署，「傳染病防治醫療網作業指引」，《傳染病防治醫療網區應變醫院啟動及支援人力運作原則》，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListPage/MSQ6hO2quVtmUPUnN5Xgmg，最後瀏覽日：2022 年 4 月 15 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

變化是隨時間推移擴大，在國內未針對此疫情發布進一步的支援徵調、徵召、分流或休假及工時調整等措施下，醫療人員更難以預知將受出境限制；更遑論特別條例第 7 條必要性前提係以「防治控制疫情需要」，應以防止受感染者增加為首要目標，有效阻斷傳播鏈才是避免醫療崩壞優先對策，如已嚴重至需限制人員出入境，應是全面管制前往或由高風險國家入境。

「傳染病防治醫療網作業辦法」及「傳染病防治法」皆訂有關於人力「徵調」之規定，以助醫療院所面對突發事件間得以相互支援，維持醫療量能充足。假如主管機關基於維護國內醫療能量為由，將人力運用由「徵調」擴大延伸為「禁止出境」，兩者影響權利範圍差異甚大；未若釋字第 690 號解釋中關於「遷入指定處所」與「隔離」間尚有文義關聯。難認限制遷徙自由為人力徵調之延伸。故以限制出國為確保醫療人力必要手段，實屬受規範者難以預見。

再者，醫療為具有高度分工之行業，醫事人員依所屬專業分科多達數十種，又醫療機構中，以醫院所含醫事人員種類及業務分工最複雜，且依照各類醫事人員法規內容，不同類人員有各自可執行醫療業務，無該資格者不得執行其專屬業務。故醫院體系下，僅有部分醫事科別直接參與 COVID-19 確診者照護，他類人員則是各自執行常態性醫療業務，且知悉其可執行之醫療業務，可能依法不適於照護 COVID-19 患者。多種醫事類別甚至未曾列於傳染病防治醫療網作業辦法徵調人力中[155]，又該如何預知將受限制出境管制？而不具有醫事人員資格之社工人員，若因於醫院協助病人與家屬解決疾病相關的社會心理問題，便成為受限制對象，其與防治控制疫情之關聯性又為何？自然難以預見行政機關將對其採取禁止出國措施。

[155] 依「傳染病防治醫療網區應變醫院啟動及支援人力運作原則」之「人員支援及調度」，臨床照護人員包含：西醫師、護產人員（含護理師、護士、助產士）、呼吸治療師、臨床（諮商）心理師、醫事放射師（士）、醫事檢驗師（士）、藥師（藥劑生）等。同註 154。

DOI:10.6814/NCCU202200753

對於禁止出國規定之明確性討論，應參酌受規範對象為醫療領域任職之專業人員，如同李震山大法官於司法院大法官釋字第 702 號之部分不同意見書：

「……概括條款不乏以具專業知識背景者為規範對象，例如醫師法、會計師法、教師法等之相關規定，而各該受規範者對不確定法律概念之認知與理解，自與『一般人民』有別。至於『所得預見』之重點是，該不確定法律概念是否足夠明確（hinreichende Bestimmtheit），以使受規範者對『個案事實是否屬於法律所欲規範之對象」有『可預見性』，甚至包括對國家干預風險之『可量度性』，其乃憲法站在受規範者之立場要求立法者，而非任令立法者怠惰於先，等事件發生之後，才由其他公權力自行詮釋定奪的『可預見性』[156]。」

醫事人員及社工人員就專業知識背景，對於傳染病防治法律概念之認知與理解自與一般人民有別，雖能判斷國外疫情嚴峻，出國屬於風險較高之行為，但對於政府以防疫為由限制從事醫療工作者出境，則缺乏可預見性。

此外，對於概括條款之應用，若規範的事項非屬立法者所不知，所採取的處置或措施對人民權利干預甚鉅者，主管機關不得動用概括條款，以圓法源不足。例如面對另一項爭議議題，針對政府利用數位技術進行對確診者及接觸者的足跡追蹤，並發送細胞簡訊，是否適用特別條例第 7 條？就此問題，學者李建良認為，司法院釋字第 535 號解釋已要求臨檢要件應趨於嚴格，不得以概括條款為之；「數位疫調」對人權干預程度更甚，如果立法者可以預見、且已經看見數位追蹤被廣泛運用，則應建立嚴密的法律機制，且法制之研修不應停擺，

[156] 李震山，司法院大法官釋字第 702 號部分不同意見書，法務部，「司法解釋」，https://mojlaw.moj.gov.tw/LawContentExShow.aspx?id=D%2C702&type=c&kw=最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

需依照疫情同步調整、完備之[157]。衛福部作為我國衛生主管機關，掌握各項疾病及醫療資訊，例如：醫療機構設備與人力、醫療物資數量、國內外即時疫情資訊、防疫相關法制、過往防疫經驗、醫藥研發等資料數據，應可以預見醫療人力短缺可能性，既然涉及全國人民健康之重大公共利益，而須有配套措施確保醫療量能，在考量可能涉及醫療照護人員權利影響，就法制面應建立完備的醫療人力管理機制，而非以概括條款突襲式地限制人民重要的基本權利，除了是保障醫療人員的權益，法制的完善更能迅速因應瞬息萬變的危機，守護全體國人的健康安全。

綜上，本文認為縱使在面對具高度不確定性且現代醫療未能有效控制之傳染病，立法者無法逐一條例所有防治措施，而以概括條款授權主管機關，使其於必要時得援用具必要性。然執法者援用此類概括授權條款所訂之措施，仍應符合法律明確性，以維護人民基本權。關於以特別條例第 7 條作為限制醫院醫事及社工人員禁止出國之法律依據，實屬受規範者無法從所具知識或現行法令預見其法律效果為，難認符合法律明確性精神。除此之外，雖因疫情嚴峻，肺炎特別條例以緊急立法方式快速通過，然國內醫療量能整備對防疫極為重要，衛生主管機關擁有最多的資源、資訊與權力，對於醫療人力及設備等資源自應加速籌備及完善法制，讓相關人員明確知悉如何採取應對作為，而非以抽象且空泛的特別條例。自 1 月 15 日宣布新增嚴重特殊傳染性肺炎為第五類法定傳染病至作成禁止出國之措施，難道這段期間不足讓衛生主管機關制定並完善國內人力整備機制嗎？此無疑是立法者與衛生主管機關的怠惰。因此，本文認為主管機關在此議題無動用概括條款的正當性。

[157] 李建良，＜疫情社會的民主、法治與人權＞，載：思想編委會主編，《記憶共同體》，聯經出版事業股份有限公司，2022 年 1 月，頁 218-226。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第三節　禁止出國比例原則檢視

在我國行政機關行使公權力時，但凡影響人民基本權利，應符合憲法第 23 條規定：「以上各條列舉之自由權利，除為防止妨礙他人自由、避免緊急危難、維持社會秩序，或增進公共利益所必要者外，不得以法律限制之。」其「必要性」即屬比例原則之要求，為公法上重要基本原則。依德國實務，在行政裁量及判斷餘地權限行使時，比例原則扮演著重要監督角色，立法者會審視情況嚴重程度，賦予行政權不同層級權限，同時於司法裁判亦為相對應的把關者，可謂深具重要性[158]。按行政程序法第 7 條規定：「行政行為，應依下列原則為之：一、採取之方法應有助於目的之達成。二、有多種同樣能達成目的之方法時，應選擇對人民權益損害最少者。三、採取之方法所造成之損害不得與欲達成目的之利益顯失均衡。」即要求比例原則包含：（一）適合原則：要求限制人權手段必須適合達成公益目的。（二）必要原則：要求所有符合適合原則之限制人權手段，必須選擇其中對人權限制最小者，又稱為最小侵害原則或不得以原則。（三）狹義比例原則：不能採取過度犧牲人民私益手段，為追求一個較小公益，亦即不能用大砲打小鳥[159]。本次禁止出境措施涉及人民基本權利，應符合比例原則；採取這項手段應是在數種措施中選擇對人民權利侵害最輕微者，且對私益侵害急迫性與欲促成公共利益間有適當關聯，以保障人民的自由權利。

一、 禁止出國規定函適合性原則檢視

適合原則指行政機關採取的方法，應有助於目的之達成。亦即行政程序法第 7 條第 1 款規定事項，要求所選擇的手段，必須能夠達成行政目的，否則即

[158] 林明鏘，《歐盟行政法-德國行政法總論之變革》，新學林出版股份有限公司，2009 年 12 月 1 版，頁 74。

[159] 許宗力，＜從大法官解釋論比例原則與違憲審查＞，國科會補助研究計畫研究成果，計畫編號 NSC 89-2414-H-002-044，2000 年，頁 4。

DOI:10.6814/NCCU202200753

為違法[160]。在本案即禁止醫院醫事及社工人員出國，是否能避免影響醫院的醫事人力，以達到保全醫療服務量能。

首先，確認衛生福利部目的意義，查肺中指字第 1093800250 號函文說明段，僅載依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 7 條規定，「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。」未有明確理由說明，僅可由 2020 年 2 月 23 日新聞稿內容判斷此措施為何屬於防疫控制疫情需要。

依據衛福部 2 月 23 日新聞稿表示：「現階段之防疫重點，首在控制疫情發展，避免醫療需求暴增；其次為採取必要措施，降低醫療人員耗損，特別是專業醫療人員培養不易，人力難以於短時間提升或及時遞補，因此，應盡可能避免醫療人員於防護不足下，因接觸感染個案而染病或需要居家隔離，或因旅遊史而需要居家檢疫的情形發生，進而影響醫療人力之調度，甚至衝擊醫療服務量能緊縮。為因應防疫需要，衛福部初步規劃將嚴格限制醫院第一線醫事人員前往中港澳地區[161]。」由新聞內容可得知其原因係基於資格取得困難，為避免第一線醫療人員減少，使服務量緊縮，以維護疫情防治醫療量能為目的。

其次，評估醫院醫事人員出國對醫療量能之影響。經查交通部觀光局統計資料庫之出國人次統計，2020 年全年度出國人次由前一年（2019）的 15,772,651 人降為 2,098,072 人，平均停留夜數為 9.61 日（如表 1），相當於疫情爆發後，每位國人平均每年出國次數從 2019 年的 0.67 次降為每人 0.09 次。

[160] 陳清秀，＜行政法的法源＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，2006 年 10 月 3 版，頁 135。
[161] 同註 13。

DOI:10.6814/NCCU202200753

表 2 2019-2021 年中華民國國民出國人次（按停留夜數分）[162]

年度 Year	停留夜數合計 Total Visitor Nights	人數合計 Total Visitors	平均停留夜數 (夜數) Average Length of Stay (Nights)
2019年	124,171,080	15,772,651	7.87
2020年	20,164,213	2,098,072	9.61
2021年	1,968,045	61,143	32.19

另，衛福部強調防疫期間仍鼓勵醫事人員適當休息，不強制停止各類休假；因此即使不能出國，每位醫療人員可休假日數未有受疫情減少，故國外停留日數（9.61 日）應屬個人固有休假，而未對醫院額外造成執業天數減少，實際因出國增生的無法執業日數，為返國後居家檢疫或集中檢疫期（每人次 14 日防疫隔離假）。若依照 2020 年度醫院執業醫事人員總數 189,628 人[163]，以觀光局統計數字計算出之國人每人平均每年出國 0.09 次計算（不考量相關人員自主性停止國際旅遊），該禁止出國措施預估可防止 17,067 人次醫事人員出國；另估算每人次因返國產生居家檢疫 14 日（防疫隔離假），總計避免短少 238,938 個醫事人員工作日。經上述計算分析，該措施可減少因旅遊史需居家檢疫 14 日產生的人力短少。同時該項管制禁止人員前往第三級旅遊警告地區，第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區報准後前往，直接性避免相關人員於出國期間因接觸確診個案受感染，進而降低醫療人員染病耗損可能性。綜合以上，筆者認為「禁止醫事人員出國」這項措施，若目的是避免醫事人員歸國後工作日減少或因染病

[162] 交通部觀光局觀光統計資料庫，「統計報表」，https://stat.taiwan.net.tw/statistics/year/outbound/lengthOfStay，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

[163] 衛生福利部統計處，「醫事機構服務量調查」＜109 年醫事機構服務量統計年報＞，https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5099-113-xCat-y109.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

無法執業，從上述透過交通部觀光局統計資料庫之出國人次統計計算屬，似乎是於可達成目的方法之一。

然而，經本文估算，禁止醫事人員出國看似一年可減少 23.9 萬個無法執業日數，但此項出境管制是否有科學性根據可證明有助於防治控制疫情呢？經查目前並沒有關於禁止醫事人員出國對於防疫具有效性的科學研究，但 Gwee 等人另有針對新加坡、臺灣、香港和韓國實施旅行禁令對 COVID-19 傳播的影響進行研究。此研究發現，旅行禁令的有效性取決於執行的及時性和廣泛性，旅行禁令和限制可能只有在初始階段對預防病毒輸入國內有效；一旦入境病例持續上升，且傳染病已變得普遍，旅行禁令就會無效；並強調多管齊下的方法，例如保持社交距離、提高檢測能力、及時識別接觸者身份和隔離，對於控制社區傳播仍然至關重要[164]。因此，本文認為，禁止出國雖可減少醫事人員無法執行醫療業務的總日次，但無科學研究證據顯示對防治控制疫情具有效果，且未有 WHO 等指標性公共衛生組織提出管制醫事人員出入境之建議。

另一方面，「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎人員出國規定」適用對象除了醫院醫事人員，另一類型適用對象為醫院任職的「社工人員」。然而，不論是 2020 年 2 月 23 日疫情指揮中心記者會或禁止出國規定函內容，皆未說明社工師為適用對象之原因，僅於 2020 年 2 月 27 日中央疫情指揮中心記者會由石崇良司長報告是因為社工人員團體表示社工人員跟醫事人員共同照顧病人，應該等同於醫事人員，主動提出要納入適用的對象[165]。

[164] Gwee SXW, Chua PEY, Wang MX, Pang J, (2021). Impact of travel ban implementation on COVID-19 spread in Singapore, Taiwan, Hong Kong and South Korea during the early phase of the pandemic: a comparative study. BMC Infect Dis, 21(1):799, 1-17.
[165] 同註 17。

DOI:10.6814/NCCU202200753

就職業內容而論，醫院社工師無法執行任何醫療行為，依照社會工作師法第 2 條規定內容：「本法所稱社會工作師，指依社會工作專業知識與技術，協助個人、家庭、團體、社區，促進、發展或恢復其社會功能，謀求其福利的專業工作者。」雖醫院社工師須服務個案經濟問題、情緒問題、疾病適應問題、福利申請、出院安置等眾多事項，在醫院如同重要的螺絲釘一般，但既以保全「醫療」量能為目的，將社工人員作為適用對象顯然無法達成行政目的，而不符合比例原則中的適合性原則。

二、 禁止出國規定函必要性原則檢視

第二項重要原則為「必要原則」，即行政程序法第 7 條第 2 款規定事項，指行政行為不得超過達成目的必要程度，須採取影響最輕微之手段。要求行政機關有多種方法同樣可達成目的時，應選則對人民權益損害最少者[166]。以下將討論除了禁止醫事人員出國，尚有哪些方法可於疫情期間保全醫院醫事人力，並分析各類方式產生的效果及對人民權利影響程度，以判斷「禁止醫院醫事人員出國」是否通過必要性原則檢視。

為保護廣大國人生命健康，保全醫事人力是國家必行之路。然而醫事人員不同於一片又一片的口罩，絕非醫療器材般可讓主管機關輕易限制。當國家要求相關人員為社會付出與犧牲，以守護國人健康的同時，不得遺忘每一位醫事人員是「人」而非「工具」，具自主性與自治性，不應該被物化。有鑑於人力具有流動性，可在現行醫療體制框架下進行轉移執業處所轉移。因此，醫事人力保全相較於醫療物資會增加不確定性；但是也因人員種類、業務性質等各方面是多變的，欲達成保全醫療量能之目的，可採取的方法不會只有一種，影響

[166] 同註 160，頁 135-136。

DOI:10.6814/NCCU202200753

範圍及程度也各有不同，主管機關應盡所能在眾多方式中為其考量，降低對個人權利的侵害。

除 2020 年 2 月 23 日宣布禁止醫事人員出國，及現行的傳染病防治醫療網支援制度，其他尚有多種可保全醫療量能的措施，例如：相關醫事人員執業執照更新展延[167]、醫院評鑑及教學醫院評鑑暫停辦理[168]、醫療營運降載[169]、視訊診療[170]、招募醫事人員辦理防治工作、強化傳染病防治醫療網等，是否對達成保全醫事人員具良好功效，且侵害較小值得思考。以下針對各項方式對維持醫療量能與對人員權利侵害程度進行分析。

（一）禁止醫院醫事人員出國或鼓勵取消出國

如前述，禁止醫院醫事人員出國相較於未禁止，可避免返國後 14 日檢疫期間無法執業，並使醫事人員處於隨時處於國內待命狀態，以助保全醫院醫療量能，對疫情控制具有助益。然而在另一方面，此限制遷徙自由的措施侵害憲法第 10 條保障之基本權利，此亦延伸涉及人性尊嚴、人格權、資訊自決權以及家庭權等[171]；對於財產損失部分，可依照「因應嚴重特殊傳染性肺炎醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失補助作業須知」辦理[172]，以 2020 年 2 月

[167] 衛部醫字第 1091660951 號，https://www.tma.tw/files/meeting/N2021419164049_001.pdf、及衛部醫字第 1101660973 號 https://www.tma.tw/files/meeting/N2021419164049_001.pdf，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

[168] 衛生福利部網頁，「焦點新聞」，＜醫院評鑑停辦二年 醫護全力投入防疫＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-5016-60649-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

[169] 衛生福利部疾病管制署，「致醫界通函」，＜因應國內疫情進入社區流行階段，保全醫療量能，指揮中心宣布四大醫療應變策略（疾病管制署致醫界通函第 454 號）＞，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn1I1VVTOv7_3bA?uaid=qjLPbiOtHhwprxP5qbl67Q，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

[170] 衛生福利部中央健康保險署，「重要政策」， https：//www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx？n=1482911120B73697&topn=787128DAD5F71B1A，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

[171] 陳正根，＜行政法制有關限制出境之探討＞，《靜宜法學》，第 6 期，頁 42-44，2017 年 12 月。

[172] 衛生福利部 COVID-19 防疫關鍵決策往，「法規」，＜因應嚴重特殊傳染性肺炎醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失補助作業須知(109 年 4 月 17 日修正)＞，https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4847-52373-205.html，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

23 日（含當日）前預定出國且已繳費，因配合政府政策或防疫需要，取消出國所衍生無法退費相關損失（如交通、住宿、會議報名費等），予以全額補助或補償，而無財產損失。故本方式雖有達成目的之效果，但因侵害個人憲法上遷徙自由權利，如其他方式可達成目的而侵害較小，則應選擇該方式。雖然出國規定內容說明「**第三級旅遊警告地區，除特殊情形外，禁止前往；第一級旅遊注意地區、第二級旅遊警示地區，須報准後始得前往。**」看似並非全面禁止，但對於特殊情形之定義並無任何說明或例示，未若比利時以是否為必要旅行做為限制標準，並以例示方式說明可旅行的條件[173]。若依 2020 年 2 月 24 日疫情指揮中心記者會中，石崇良司長對於民間自組醫療團前往三級的旅遊警示地區，表示屬嚴格禁止前往。以此措施公布之時國內疫情狀態尚穩定，醫事人員欲組醫療團前往疫情嚴峻地區提供人道緊急醫療援助，如此種態樣非屬允許範圍內，實難想像何種態樣屬於衛生主管機關認定之「特殊情形」，而得以出國。 此種禁止方式，是否真有必要性？是否已過度限制？

此外，禁止醫院醫事人員出國更引起醫療人員感受不被尊重[174]，甚至覺得因這項禁令使醫事人員遭受汙名化[175]，政府此舉打擊了辛苦防疫的醫療人員士氣[176]，並有一份針對出國禁令進行的網路情緒聲量分析數據，透過 AI 語言判斷正負評價進行輿情分析評價，顯示自 2020 年 2 月 23 至同月 26 日統計出負面評價筆數高達 1,982 筆，正面評價僅有 567 筆[177]。

---

[173] 同註 40。

[174] 鄧麗萍，《遠見》，＜醫護忙翻天！禁出國令一下他們第一時間在想什麼？＞，https://www.gvm.com.tw/article/71458?msclkid=f9f4dbc8bd9a11ecb1723e90afae9183，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

[175] 簡浩正、邱瓊玉，元氣網，「疫情發展」，＜出國禁令惹怨 醫界反彈：別把我們當賊＞，https://health.udn.com/health/story/120950/4366580，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

[176] 急診護理師匿名投書，《今周刊》，「焦點新聞」，＜醫護人員禁止出國　急診護理師告白：總是在「共體時艱」…上輩子做錯什麼，要當護理師？＞，https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/202002260022/，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

[177] 台灣議題研究中心，「最新上架輿情解讀」，＜過勞救疫情 醫護出國禁令惹毛基層|QuickseeK

DOI:10.6814/NCCU202200753

從另個思考點觀之，若主管機關既然希望維持疫情期間人力充足穩定，以「鼓勵」方式，建議醫事人員取消非必要性出國，對於配合防疫取消行程所致損失給予全額補助，或另加發獎金，亦為可行之法。以美國為例，在醫療專業人員短缺或面臨公共衛生緊急情況地區，得為願意完成服務的個人提供貸款償還計畫[178]，此等獎勵措施亦可提高醫事人員投入一定期間於防疫任務。亦能達到減少人員出國，保全醫療量能，且對醫事人員影響從限制與懲罰，轉為獎勵性措施，可避免基本權侵害。筆者認為，此禁止出國措施如同將長期辛苦付出的醫療及社工人員視為物資般對待，缺乏對個人自主選擇之尊重，且難以達到建立和維護人員與國家間的信任。

（二）醫事人員執業執照更新展延

「醫事人員執業執照更新展延」是每一位醫事人員都要定期辦理的事項，執業執照制度已存在於各類醫事人員相關法規中[179]。醫事人員應每六年接受一定繼續教育時數，始得辦理執業執照更新。未依規定辦理執照更新之效果，在各醫事人員法規中皆有明文，除了處以罰鍰令其改善，以護理人員為例，若屆期未改善，依護理人員法第 33 條第 1 項規定，甚至可能處一個月以上一年以下停業處分。因此，未完成執業執照更新展延人員可能無法執業，造成醫事人力減少。

網路輿情調查＞，https://www.tpoc.com.tw/article/680?tag=%E6%9C%80%E6%96%B0%E4%B8%8A%E6%9E%B6%E8%BC%BF%E6%83%85%E8%A7%A3%E8%AE%80，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

[178] 施明遠，＜從公共衛生危機到國家安全意識—美國醫療對應措施立法之演進與分析＞，《月旦法學雜誌》，第 312 期，頁 56，2021 年 5 月。

[179] 醫師法第八條第三項與第四項、藥師法第七條第三項至第四項及第四十條、護理人員法第八條第三項、物理治療師法第七條第三項、職能治療師法第七條第三項、醫事檢驗師法第七條第三項、醫事放射師法第七條第三項、營養師法第七條第三項與第四項、助產人員法第九條第三項、心理師法第七條第三項與第八條第二項、呼吸治療師法第七條第二項與第八條第二項、語言治療師法第七條第三項、聽力師法第七條第三項、牙體技術師法第九條第三項及驗光人員法第七條第三項規定。

DOI:10.6814/NCCU202200753

然而，自疫情爆發後，為避免大型室內聚會，許多繼續教育課程停辦，使醫事人員難以取得足夠繼續教育積分，而無法辦理執照更新。在各種醫事人員中，以護理人員人數居冠，同時在防疫中扮演重要角色，參考衛生福利部護理及健康照護司資料，截至 2020 年 2 月底，全國執業護理人員總數為 17 萬 4,416 人，其中近 7 成在醫院執業，該年度護理人員執業執照效期屆滿需更新人數約有 10 萬 4,500 人[180]，若因疫情期間困難更新，遭受一個月以上一年以下之停業處分，將嚴重影響醫院可運作人力。單論護理人員即有超過十萬人有執照更新需求，更遑論該年國內全體執業醫事人員人數高達 273,145 人[181]，其對人力影響將甚鉅。

故「醫事人員執業執照更新展延」，可有效避免因未更新執照而無法執業的風險，除了同樣可達成保全醫院量能之目的，甚至保全社區診所及其他醫療機構醫事人力。而此方式性質上屬於執照資格有效期限的展延，對醫事人員基本權並無造成損害，反而有助於減輕醫事人員換照壓力、同時降低各縣市衛生局行政業務負擔及減少人員群聚的風險。

（三）暫停辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑

現行醫療體系中，醫院評鑑及教學評鑑一直為各醫院所重視，對提升醫療服務品質，具有正面意義；同時，評鑑成績將影響該院未來健保給付，以及影響醫事人員教學實習場所認證、教學補助費用等。因此，醫院面對評鑑前置準備皆不敢懈怠，增加了醫事人員業務量及壓力。有鑑於嚴重特殊傳染性肺炎疫情持續緊張，為使醫院專注防疫，避免醫院及醫事人員負擔，衛生福利部醫事司於 2020 年 2 月 7 日及 2021 年 5 月 12 日公告暫停辦理醫院評鑑及教學醫院評

[180] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜防疫優先 護理安心 執業執照更新免申請直接展延 6 個月＞：https：//www.mohw.gov.tw/cp-16-51929-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。
[181] 衛生福利部，《中華民國 109 年醫療機構現況及 醫院醫療服務量統計》，2021 年 9 月，頁 47，https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5099-113-xCat-y109.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

鑑，分別停辦 1 年及 2 年，評鑑合格效期亦配合展延[182]。停辦醫院評鑑及教學醫院評鑑後，可避免醫院在防疫工作與評鑑準備兩頭燒的局面，將原先分配於評鑑準備的醫療人力釋出，同時省去內部對評鑑條文自我評量、會前會議、演練、外部評鑑委員訪視等，減少群聚風險。此措施有助醫院全心投入防疫工作，釋出醫療人力，增進防疫醫療量能。對醫事人員而言，減少評鑑業務並不會對個人造成任何損害，在面臨伴隨疫情而欄來的龐大壓力，有助於減少負擔及壓力，利於專注醫療行為上。

（四）招募醫事人員辦理防治工作

自疫情爆發以來，醫院人力除了提供確診者醫療照護，許多醫院投入大量人員於醫院外部的防疫任務，例如：機場、檢疫所及疫苗接種站等，皆須要醫事人員在場；若皆由醫院人員調度至院外執行任務，將可能造成院內照護人力不足及人員過勞，而使醫療照護過程產生破口，將嚴重影響既有病人的醫療，更直接衝擊醫院醫療量能。例如：2020 年 2 月 3 日武漢包機返台，通過檢疫的乘客分別被送往烏來、林口及臺中檢疫所隔離安置，三處檢疫所分別由部立臺北醫院、部立桃園醫院和部立臺中醫院規劃，檢疫所開設期間皆有醫護人員到場支援防疫工作[183]；又如疫苗接種站接種任務，以台北市聯合醫院仁愛院區支援花博接種站為例，曾調度 15 位主治醫師、6 位專科護理師，使醫院內部人力吃緊[184] 。因此，透過「招募醫事人員辦理防治工作」，緩解醫院人員調度至外部，成為保全醫院量能方法之一。

[182] 衛生福利部，「焦點新聞」，＜醫院評鑑停辦二年 醫護全力投入防疫＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-16-60649-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 12 日。

[183] 陳柏因，＜醫福會半夜喊聲，後援迅速到位－部立醫院支援防疫擦亮招牌＞，《衛福季刊》，第 24 期，頁 14-17，2020 年 3 月。

[184] 蔡思培，自由時報，＜花博夜間將接種疫苗 基層醫累壞：不要叫大家做功德！＞，https：//news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/3710045，最後瀏覽日：2022 年 1 月 9 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

部分政府機關公開招募醫事人員辦理防治工作，如 2021 年 5 月 19 日台北市政府徵召退休或離職醫護人員協助防疫，以調控醫院的營運量能；截至隔日下午為止，即有 1,121 人報名[185]。或如於 2021 年 5 月 22 日，由衛生福利部護理及健康照護司發起的「疫苗注射護理隊」招募，其目的除了提升社區防疫，讓國民即早獲得群體免疫保護力，同時也為了降載醫院業務及衛生所護理人力負擔，讓醫療院所照護作業分流，減少感染風險。依據衛生福利部全國醫療資訊網台閩地區護理人員統計 2020 年 3 月 1 日公布之統計資料顯示，護理師及護士總執業登記人數為 179,648 人，領證人數為 301,420 人，執業率 59.6%（扣除 65 歲以上領照 18,307 人，則執業率：63.5%）[186]。由此數據可發現，單計算護理執類人員即有 4 成人員已領證人員但並未執登，雖然這些人員平時可能已有其他職業，但若能從中招募部分人力投入防疫，將有助填補醫事人力的不足。

各類醫事人員招募活動，皆有增加投入防疫的總人數效果，有利於減少各醫院人員調度至院外人數。確保醫院量能的同時，可降低人員執業地點異動，減少不斷重新適應新環境的壓力，幫助分流減少感染風險。此方式對醫院醫事人員非但無造成權益侵害，反而成為強大的助力；對於參與招募的醫事人員，是否接受招募皆是基於個人意願，支援工作採自主排班無強制性，並另提供優先安排疫苗接種、培訓課程、防護設備及防疫津貼等，亦無產生權利損害。且本方式可於疫情惡化前先以儲備方式進行，將募集人員造冊，隨時依照疫情變化調整啟用人力，機動性強化國家醫療防線。因此，「招募醫事人員辦理防治工作」可有效保全醫院營運量能，且有效減輕醫院醫事人員負擔，而無產生其他權利侵害，同時可促進全國醫事人員的團結，並增進醫療品質。

[185] 郭采彥、張梓嘉，公視新聞網，＜【更新】北市、高市徵召退休或離職醫護 作為後備醫療人力＞，https：//news.pts.org.tw/article/527023，最後瀏覽日：2022 年 1 月 9 日。

[186] 中華民國護理師護士公會全國聯合會，「統計資料」，＜台閩地區護理人員統計表-110 年 3 月＞，https://www.nurse.org.tw/publicUI/H/H10201.aspx?arg=8D8DEF2A790FFAD062，最後瀏覽日：2022 年 3 月 9 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

（五）醫療營運降載

2021 年 5 月 15 日台北市及新北市提升疫情警戒至第三級後，疫情指揮中心於隔日宣布四大醫療應變策略，其中一項為全國醫療機構實施「醫療營運降載」[187]，透過整體評估病人治療急迫性、延遲提供醫療的風險及疾病傳播風險，暫緩可延遲醫療（如：健檢、美容、預定手術、檢查、物理復健或職能復健等）；並鼓勵病人持第二、三次慢性病連續處方箋至健保特約藥局領藥，減少進入醫院人次。實施醫療營運降載後，門診、檢查、手術及輕症住院等病人減少，將醫事人力、病房及設備釋出，確保照護新冠肺炎確診者人力充足不被分散，有效減輕醫事人員工作負擔，以專心投入治療新冠肺炎病人，可達成保全醫院醫療量能目的。實施醫療營運降載，雖使醫療機構營收減少，但相較限制性措施對醫事人員非但無基本權侵害，反而因醫院人流下降，院內感染風險減低，使醫事人員及來院民眾健康安全更有保障，增進醫事人員健康利益。本方式適合於確診者增加時實行，且為避免醫療崩潰關鍵性措施，各醫療院所（尤以專責醫院）應積極落實；然此法並不適合做為長久之計，若非疫情警戒期間，應盡可能提供病人完善醫療，以守護全體民眾健康。

（六）推動視訊診療

疫情爆發後，放大對「零接觸診療」的需求，催化了我國對遠距離醫療開放程度。在過去受限醫師法第 11 條第 1 項規定：「醫師非『親自』診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。」僅在特定情況如山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得由直轄市、縣（市）、主管機關指定之醫師，以通訊方式詢問病情，為之診察。遠距離醫療的優點為打破時空限制及

[187] 衛生福利部疾病管制署，「致醫界通函」，＜因應國內疫情進入社區流行階段，保全醫療量能，指揮中心宣布四大醫療應變策略（疾病管制署致醫界通函第 454 號）＞，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn1I1VVTOv7_3bA?uaid=qjLPbiOtHhwprxP5qbl67Q，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

資源分享，提供彈性及流動性服務，透過立即性的傳播爭取診療時效，尤以緊急醫療具極大功效[188]。自 2020 年 2 月 10 日我國為因應疫情放寬通訊醫療，起初適用對象僅居家隔離或居家檢疫者（衛部醫字第 1091660661 號）；後因雙北地區提升疫情警戒至第三級，為兼顧醫療量能及病人就醫需求，自 2021 年 5 月 15 日起放寬全國醫療機構以通訊方式診察治療門診病人（衛部醫字第 1101663441 號）。各醫療院所多採「視訊診療」進行遠距醫療，以避免醫院人員與病人交叉感染與不必要的接觸，與前述的「醫療營運降載」有輔助及加成效果，同樣可以減少醫事人員感染風險，減輕醫事人員負擔，有助達成保全醫療量能。綜合上述，「視訊醫療」提供診療方式另一種選擇，增加對醫事人員健康保障，且未產生權利侵害或干預。

三、小結

前述措施依操作原理略可分成三種類型：（一）維持現況，避免總人數減少，如：禁止醫事人員出國、鼓勵醫事人員避免出國、執業執照更新展延。（二）既有業務調整，將釋出人力投入防疫，如：暫停辦理評鑑、醫院營運降載、視訊診療。（三）增加醫事人員總數，如：招募醫事人員辦理防治工作。各項方式皆有助於疫情期間保全醫院服務量能，且多數措施對醫事人員未造成負面影響，唯獨禁止醫事人員出國造成基本權侵害。

當面對疫情發展日益嚴峻，在這個非常時期防疫之法並非唯一，主管機關可採取多項作為達成目的。在疫情指揮中心宣布禁止醫事人員國之前，我國僅宣布「停止辦理醫院評鑑及教學評鑑一年」此項措施，既然尚有多項可行之法，且對受規範者權益侵害更小，應選擇其他合適方式，亦可嘗試多管齊下；若經

[188] 陳恆順，＜遠距醫療與遠距健康照護法律管制之探討＞，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士學位論文，頁 35，2020 年 7 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

評估施行較小侵害之手段仍無法達成目標，始得採取「禁止醫事人員出國」此等較激烈手段，更何況未有研究證明或其他防疫經驗顯示此為有效之法。因此，筆者認為「禁止醫院醫事人員出國」為目前各項方式中侵害最重者，且存在多種方式可達成目的而影響輕微，故不符合必要原則。

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第四節　禁止出國平等原則檢視

「平等原則」由憲法第 7 條導出，又稱為「禁止差別待遇原則」，指行政權行使時，不論於實體或程序面，於相同事件應為相同處理，非有合理正當理由，不得為差別待遇，即「等者等之，不等者不等之」[189]。司法院大法官釋字第 485 號理由書即謂：「憲法第七條平等原則並非指絕對、機械之形式上平等，而係保障人民在法律上地位之實質平等，立法機關基於憲法之價值體系及立法目的，自得斟酌規範事物性質之差異而為合理之區別對待。」

又如司法院大法官釋字第 802 號理由書：「憲法第 7 條保障人民之平等權，並不當然禁止國家為差別待遇。法規範所為差別待遇，是否符合平等保障之要求，應視該差別待遇之目的是否合憲，及其所採取之分類與規範目的之達成間，是否存有一定程度之關聯性而定。如其立法目的係為追求正當公共利益，且其分類與目的之達成間有合理關聯，即與憲法第 7 條平等權保障無違。」以下將針該函措施是否對適用對象有差別對待，採取分類與欲達成目的是否具相當關連性。

一、以「機構」分類平等性探討

該函文適用對象僅以「醫院」為限，「診所」或於「其他醫療機構」任職者不在限制，其理由於函文內容與新聞稿皆未說明。而我國「醫療機構」依有無設置病房以收治病人區分：有病房者為「醫院」，僅有門診無病房者為「診所」；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構稱為「其他醫療機構」，如：捐血機構。醫院類型則因設置專科及收治對象另有分類，依照「醫療機構設置標準」第 2 條第 1 款第 1 目：「一、醫院：（一）醫院：指設有一科或數科診療科

[189] 同註 160，頁 127。

DOI:10.6814/NCCU202200753

別，每科均有專科醫師之醫院。（二）慢性醫院：指設有慢性一般病床，其收治之病人平均住院日在三十日以上之醫院。（三）精神科醫院：指設有病床，主要收治罹患精神疾病病人之醫院。（四）中醫醫院：指設有病床，主要從事中醫診療業務之醫院。（五）牙醫醫院：指設有病床，專門從事牙醫診療業務之醫院。（六）性侵害犯罪加害人強制治療醫院：指設有病床，專門收治性侵害犯罪加害人強制治療業務之醫院」。

依據衛生福利部統計，實施禁止出國管制之年度（2020 年）臺灣地區醫療院所總計 2 萬 3,132 家，其中西醫醫院計 475 家，較 2019 年減少 1 家；中醫醫院計 4 家，與 2019 年相同；診所（西醫、牙醫、中醫合計）計 2 萬 2,653 家，較 2019 年增加 141 家；與 十年前（2010 年）相較，醫院減少 29 家（ 5.7%），診所則增加了 2,470 家（ 12.2%）[190]。數據顯示國內醫療機構趨勢呈現醫院數量逐年減少，診所數量逐年增加（如圖 4 所示）。因此，政府應更加重視診所在地方所扮演的醫療角色。

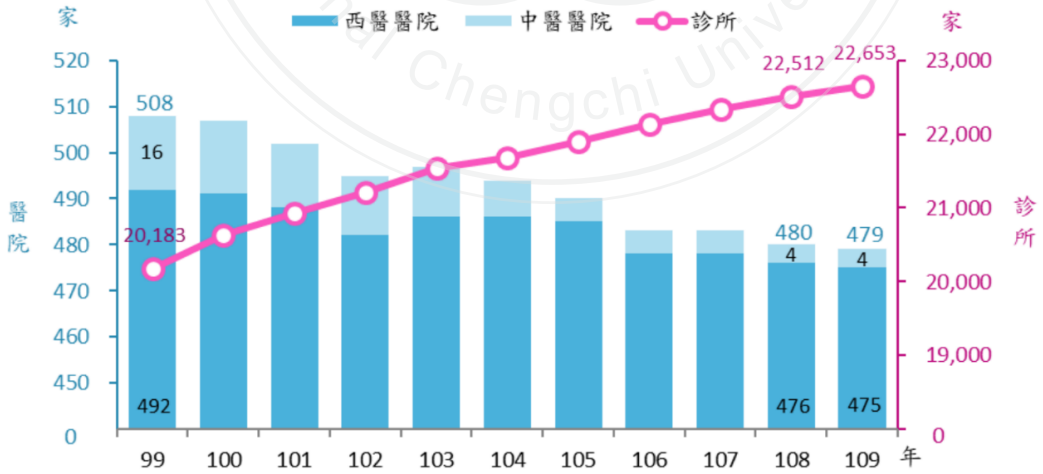

圖 4 歷年醫療院所家數[191]

[190] 同註 181，頁 14-38。
[191] 同註 181，頁 14。

DOI:10.6814/NCCU202200753

各類型之醫療機構除了照護民眾日常醫療保健，在發生重大事故、災害、疫病時，另有提供醫療專業的責任，例如：公共衛生、緊急醫療、災害防救、傳染病防治等，需負擔責任高低與其醫療機構分類有關。若依據衛生福利部新聞稿內容：「……特別是專業醫療人員培養不易，人力難以於短時間提升或及時遞補，因此，應盡可能避免醫療人員於防護不足下，因接觸感染個案而染病或需要居家隔離，或因旅遊史而需要居家檢疫的情形發生，進而影響醫療人力之調度，甚至衝擊醫療服務量能緊縮。」[192]則不論「醫院」與「診所、其他醫療機構」之醫事人員，皆是經過專業醫療教育訓練、通過考試及實習制度培養而得，相同執業別人員未因所屬機構不同而有差異，且同為醫療防線一環。

若僅認於醫院執業之醫事人員屬於「第一線直接與照護病患相關醫事人員」，則與臨床醫療實務面不相符；平日肩負人民在地就醫的診所、執行疾病防治的衛生所、健康服務中心或集中檢疫所等醫療防線，難道任職不同醫療機構的醫事人員已從「第一線直接與照護病患相關醫事人員」被排除？例如在檢疫所內執行業務的醫事人員為例，此等人員需大量接觸檢疫者，任務包含：檢疫者喉部或鼻腔、血液採檢、感染管制動線規劃、檢疫者健康狀況追蹤、症狀評估及後送就醫等，須面對被檢疫者亦有可能為確診者，採檢及照護等同曝露於高度傳染風險的環境[193]；另如須面對自疫區入境旅客之機場醫事人員；或如疫苗接種站的醫事人員，亦須面對大量民眾。對於這些場所內提供直接性提供照護的醫護人員，其負擔的醫療任務何其重，又怎會排除於第一線直接與照護病患相關醫事人員之外呢？由此可見，以機構作為分類，將疏於考量實際醫事人員執行的醫療任務內容以及承擔的風險。

---

[192] 同註 144。

[193] 蔡衣帆、黃俐晴、陳頌云、何璇、王嘉寧、楊雅婷、簡郁珊、黃遵誠，＜以焦點團體訪談探究台灣北區某集中檢疫所醫護人員自願參與防疫任務之分析＞，《台灣衛誌》， Vol.40 No.2，頁 188，2021 年 4 月。

DOI:10.6814/NCCU202200753

經查不同醫療機構的定義，依照我國醫療法第 12 條規定：「醫療機構設有病房收治病人者為醫院，僅應門診者為診所；非以直接診治病人為目的而辦理醫療業務之機構為其他醫療機構。」故「門診」提供之醫療業務亦以直接診治病人為目的，此與醫院並無不同，主要差異在於該機構是否設置病房以收治病人，何以排除其人員對醫療量能之貢獻？又如何能認定該類人員非第一線醫事人員？衛福部若以醫療機構有無收治病人能力為分類，區分所屬醫事人員是否為主管機關欲保全對象，無視人員本身專業與執行業務風險性，則與其保全醫療量能之目的欠缺關聯性。

故此等以機構為分類方式，既不符合主管機關所述保全培養不易的專業醫療人員，更忽略不同機構人員皆可能為「第一線直接與照護病患相關醫事人員」，同屬維持醫療量能重要角色。縱使主管機關之思量點為縮小影響範圍，然此分類標準與目的間的關聯性與理由，顯與主管機關說明不相符，與社會實際防疫情況亦不同，難認符合平等原則。

二、以「執照」分類平等性探討

對於適用對象執照別探討，由於執行臨床醫療業務需高度知識教育及技術訓練，醫事人員依其專業執照資格有所區別，得執行醫療項目有明確規範，各司其職具有精細分工。禁止出國措施發布年度之總醫事人員數為 273,145 人，醫療院所各執業醫事人員數統計如下方表 3 所示。其中醫院執業之西醫師、中醫師及牙醫師分別為 32,963 人、944 人以及 2,183 人；醫院執業之護理人員（護理師及護士合計）為總人數最高之職類，共計 118,217 人；醫護以外之醫事人員（如：營養師、物理治療師等）為 35,321 人。可計算出符合醫師法規範對象之醫師總計 36,090 人，僅佔全體醫院醫事人員人數之 19.0%。

DOI:10.6814/NCCU202200753

表 3 2020 年醫療院所執業醫事人員數[194]

權屬別	院所家數	執業醫事人員數																		
		合計	西醫師	中醫師	牙醫師	藥師／藥劑生	醫事檢驗師／醫事檢驗生	醫事放射師／醫事放射士	護理師／護士	助產師／助產士	營養師	物理治療師／物理治療生	職能治療師／職能治療生	臨床心理師	諮商心理師	呼吸治療師	語言治療師	聽力師	牙體技術師／牙體技術生	驗光師／驗光生
醫院合計	479	189,628	32,963	944	2,183	8,726	7,931	6,365	118,217	110	1,635	3,532	2,484	1,049	83	2,134	743	300	88	141
診所合計	22,653	83,517	18,036	6,356	13,246	8,706	742	543	29,119	24	423	4,353	876	160	246	5	296	6	90	290
總計	23,132	273,145	50,999	7,300	15,429	17,432	8,673	6,908	147,336	134	2,058	7,885	3,360	1,209	329	2,139	1,039	306	178	431

雖然部分職別醫療人員曾學習共同專業知識與技術，如生理學、病理學、解剖學等，但多數醫療行為需有特定資格者始得為之，無法由其他職類醫事人員替代。以醫師工作為例，醫療工作之診斷、處方、手術、病歷記載、施行麻醉等醫療行為，應由醫師親自執行，其餘醫療工作得在醫師親自指導下，由輔助人員為之，但該行為所產生之責但該行為所產生之責任應由指導醫師負責。醫院、診所之輔助人員縱於醫師在場指導下，執行應由醫師親自執行之醫療行為，仍屬擅自執行醫療業務（衛署醫字第 85072934 號函）[195]。故日常生活中常見「處方藥」，須由醫師診斷開立處方箋，若非經由醫師處方，則不得調劑供應（藥事法第 50 條規定）；藥品調劑亦有相似限制，須由具有藥師資格者始得執行藥品調劑（藥師法第 24 條規定），不得由護理師、藥助等代之。又如處方或使用中藥非屬西醫專業範疇，西醫師若不具備中醫師資格，開立中藥則逾越其所得執行之醫療業務範圍，而不得為之（衛部中字第 1081840211 號）[196]。因醫

194 同註 181。

195 衛生福利部，《護理人員法解釋彙編》，頁 243，2019 年 5 月。

196 宜蘭縣醫師公會，「訊息佈達」，＜衛生局函 為衛生福利部對於非具中醫師資格之西醫師開立含中藥成分之「安全濃縮膠囊」及「天明活力順濃縮膠囊」供民眾減重使用，是否合於法令規範之說明＞，https://www.yilandoctor.org.tw/event201，最後瀏覽日：2022 年 3 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

療專業不同，實務上若某特定職別醫事人力短缺，往往無法調用另一職別醫事人員替補之，故醫療量能無法透過挖東牆補西牆滿足。

每一種醫事人員對人民健康促進皆具重要角色，在社會中缺一不可，在大範圍的統稱為「醫事人員」之下，其實彼此專業截然不相同。因此，在防疫工作中，各職別業務內容、風險性、需求人力及時間花費並不相等，在彼此固有學識、專業技術不同的情況下，全體醫事人員皆需受同等出國限制即有不合理之處。惟該函目的在是於疫情期間維持「醫療量能」，而所謂的「量能」，應並非僅需要醫事人員的「量」，更要是具有醫事人員的「能」；本文認為其中「能」的意涵，即是符合疫情工作所需的醫學專業與技術，具備相關專業資格且得執行者始屬之。若依前一節於機構分類分析，推得主管機關限制醫院人員在於考量所屬機構具備收治病人量能；門診因無病房設置，所屬醫事人員被認定不需受限制；同理，執照類別非屬提供 COVID-19 病人醫療照護者，且未因疫情導致人力不足，是否應自適用對象排除？

非照護嚴重特殊傳染性肺炎確診者或急迫性醫療需求者之醫事人員，其職別未受疫情衝擊產生量能不足，得以正常供應專業服務，甚至營運量可能受疫情影響減低者（例如：牙醫師、物理治療師、職能治療師、語言治療師、聽力師、牙體技術師及驗光人員等），與專責單位防疫工作者，所面臨事件態樣又如何相等之？更遑論無法執行任何醫療行為的社工人員亦納入其中，難道社工人員於疫情中與醫事人員業務內容具相當性嗎？顯然與「等者等之，不等者不等之」相違背。

除了前述依「醫療行為」區分業務與責任歸屬何種醫事人員，更有於同種醫療業務依「風險程度」區分執行人員，如中央流行疫情指揮中心曾針對「執

DOI:10.6814/NCCU202200753

行 COVID-19 採檢人資格案」發函說明：「嚴重特殊傳染性肺炎確定病例之檢體，應由醫師採檢為原則；疑似病例或社區監測通報採檢病例之咽喉或鼻咽拭子等接觸者檢體，不限由醫師採檢，得由醫師或其他醫事人員採檢。」[197]其依據為傳染病防治法第 46 條第 1 項第 1 款：「採檢：傳染病檢體，由醫師採檢為原則；接觸者檢體，由醫師或其他醫事人員採檢；環境等檢體，由醫事人員或經採檢相關訓練之人員採檢。採檢之實施，醫事機構負責人應負督導之責；病人及有關人員不得拒絕、規避或妨礙」。可推論「抽血檢驗」屬醫療輔助行為，係提供醫師診斷與治療參考依據，本得由護理人員、醫事檢驗人員依醫師指示為之[198]，然因採檢部位需至咽喉或鼻咽部位等涉及醫學專業技術，加上 COVID-19 病毒傳染風險較高，故以醫師執行為原則。由當疫情爆發時，如為具接觸史或足跡重疊之疑似病例或社區監測通報採檢病例，有高度可能為陽性個案，故將需要更多醫師人力投入採檢工作。

再者，檢視我國如醫師法等 15 種醫事人員法規[199]，對所屬人員「義務」規範存在差異，僅「醫師法」編章節中具「義務章」，其所執行業務皆編於「義務」章中，如：診察、治療、開給方劑或交付診斷書等。且特別規定醫師法第 24 條規定：「醫師對於天災、事變及法定傳染病之預防事項，有遵從主管機關指揮之義務」。其餘 14 種醫事人員法規並未存在義務章節，更無設計遵從主管機關指揮義務等語。另外，僅以「護理人員法」及「藥師法」訂有「業務與責任」章，對於其餘職別，立法者僅將執行業務寫入「執業」章中。由此，可推得立法者與主管機關早已對各醫事人員進行分類，區別不同職別面對醫療事件

[197] 肺中指字第 1103800239 號，http://www.tda.org.tw/doctor/news/content.asp?ID=5922，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

[198] 衛部醫字第 1050021772 號，https://www.tainanpharma.com.tw/userfiles/files/1050905SA0001.pdf，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

[199] 醫師法、藥師法、護理人員法、物理治療師法、職能治療師、醫事檢驗師法、醫事放射師法、營養師法、助產人員法、心理師法、呼吸治療師法、語言治療師法、聽力師法、牙體技術師法及驗光人員法

DOI:10.6814/NCCU202200753

的義務與責任；尤以於面對天災、事變及法定傳染病，可於法規及 COVID-19 採檢人資格案等，明顯觀察到醫師與其他醫事人員的區分。

因此，雖然國內醫事人員種類及人數眾多，疫情期間產生短缺醫事人員類別，深受其執行業務種類及風險性影響，並非全數醫事職別皆有人力不足情事。特定醫事人員（如：醫師、護理師、醫事檢驗師、藥師、醫事放射師等）需求量在防疫期間將大幅提升，會迅速產生部分種類醫療人員不足，造成醫療量能下降；而在部分非急迫或非必要性醫療業務，則會減少就醫人次，相關人力非但未受衝擊反而是釋放出來。筆者認為，不同類別醫療人員雖同樣培訓不易，然所受教育與訓練不同，執行醫療行為與照護內容、責任義務亦不相同；如疫情已嚴重至須採取人員管制，主管機關應依執照專業考量，區分管制措施而非一體適用。該函文將全體醫事與社工人員列為適用對象，似過度草率有恣意之嫌，且違背平等原則。

三、小結

綜合以上，疫情爆發時，醫療量能並非僅有醫院屬於第一線，其他提供醫療診治單位亦屬重要防線，若無在地醫療基層的努力，醫院營運量能必然潰堤，以機構類型粗略地分類是否為限制對象，缺乏事實面的關聯性與合理性，違反平等原則要求。另醫療機構性質與醫事人員人數是防疫工作需思考的問題。疫情爆發時，醫院及診所皆處重要防線，應思考哪些類型醫事人員專業別差異，如為預期將人力短缺，再施以行政措施；如本身職別專業非屬疫情醫療照護或衍生業務，應於限制範圍排除。而社工人員雖同為醫院重要一員，其專業能力及工作內容與醫事人員性質迥異，與全體醫事人員作相同限制，顯不合理。

DOI:10.6814/NCCU202200753

縱使主管機關以 COVID-19 疫情變化瞬息萬變或對疾病未知性為由，要求醫院全體醫事及社工人員接受相同出國限制，或許屬於社會大眾所期待的，因其對醫事人員權責及醫療體系架構不理解。然而，衛生主管機關掌管國內醫療事務，對各醫事人員專業本應已有充足了解，且在過去國內重大疫情（如 SARS），亦掌握國內各醫療科別健保數據消長與人力使用狀況。又怎會無法預期防疫工作不僅需要醫院投入，地方衛生所、診所、檢疫所等同樣重要？不知非急迫性醫療產業服務量將下降，無人力短缺？不知醫事人員專業與責任義務多不具重疊性，難以互相代之？衛生主管機關既已明知施行措施將影響個人基本權，且本身掌握醫學及法律專業、醫療公衛經驗、全國統計數據及資源，足資考量各醫療機構與醫事、社工人員間之個別本質與事實狀況，此分類方式未具有充分理由，應屬主管機關圖求行政簡便的專斷與恣意，而違反平等原則。

國立政治大學 National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

第五節　小結

COVID-19 疫情迅速席捲全球，對人類健康與社會造成極大威脅。面對這突如其來的威脅，我國政府為了加速因應，許多防疫措施匆促地執行，對於受管制對象之自由與權益產生影響。縱使緊急應變的速度與效率對於傳染病防治是重要的，台灣作為一個民主法治國家，政府在制定與執行這些措施時，仍應依循法治國家的基本原則並正視人性尊嚴。這也是維繫人民與政府間信任的重要一環，正如著名學者 Gostin 及 Childress 等人皆強調在公共衛生政策的制定，應平等和尊重地對待公民，建立和維護公眾信任以及問責至關重要。

關於政府因應疫情禁止醫事及社工人員出國，由於涉及憲法保障之遷徙自由，行政機關不應過度限制人民權利，檢視法律依據極為重要。於肺炎特別條例公布前，衛生福利部以醫療法第 27 條以及醫師法第 24 條及傳染病防治法作為禁止出國之法律依據。本文認為前述規定皆不足以作為限制醫事及社工人員出國之法源，因醫療法第 27 條規範對象為「醫療機構」，而醫師法第 24 條規範對象僅限醫師，且醫師雖對法定傳染病之預防事項，有遵從主管機關指揮之義務，且就主管機關指揮的內容範圍未有明定，筆者認為應以執行醫師醫療專業行為為限，否則過於空泛。肺炎特別條例公布後，主管機關另以第 7 條規定：「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。」作為法律依據。因此，於肺炎特別條例公布前，禁止醫院醫事及社工人員出國並無法律依據。

「明確性原則」為依法行政原則主要成分，涉及人民權利義務事項時，內容須明確始有清楚界線與範圍。本次禁止出國規定以特別條例第 7 條作為法源依據，條文內容之「防治控制疫情需要」及「必要之應變處置或措施」均屬

DOI:10.6814/NCCU202200753

於不確定法律概念，此種近乎空白的概括授權條款欠缺明確性。且醫事人員因孰悉傳染病防治醫療知識、傳染病防治網等應變模式及傳染病防治法概念，自然認知不論是我國或國際的傳染病防治，對於人員禁止出境係以防止疫情擴散為目的，並依傳染風險作為判斷基準，且我國對於防疫已訂有人力調度的應變模式。醫事及社工人員實難以由特別條例第 7 條推知將因自身職業遭受限制出境，而此屬具體規定不敷使用時的例外補充。

於比例原則的檢視，禁止醫事人員出國能避免醫事人員歸國後工作日減少或因染病無法執業，降低對醫療服務量能衝擊性，屬於可達成目的方法之一。但既以保全「醫療」量能為目的，將社工人員非屬醫事人員作為適用對象顯然無法達成行政目的。此外，當主管機關有多種方法同樣可達成目的時，應選則對人民權益損害最少者。依當時狀態尚有多種可行方式，如：醫事人員執業執照更新展延、醫院評鑑及教學醫院評鑑暫停辦理、醫療營運降載、視訊診療、招募醫事人員辦理防治工作、強化傳染病防治醫療網等，皆有助於提升醫療量能，且對醫事及社工人員影響較小。

最後進行「平等原則」檢視，行政權行使時，不論於實體或程序面，於相同事件應為相同處理，非有合理正當理由，不得為差別待遇，追求公共利益時，其分類與目的之達成間應有合理關聯。關於禁止出國規定函中的適用對象的納入條件，主要是依照醫療機構類型區別。依我國醫療機構設置標準，醫院與診所主要差異在於該機構是否設置病房以收治病人，兩者提供之醫療業務皆同以直接診治病人為目的。若如主管機關新聞稿所述，目的為保全培養不易的專業醫療人員，僅限制醫院似有不足，更忽略不同機構人員皆可能成為「第一線直接與照護病患相關醫事人員」。縱使思量點在於縮小影響範圍，然此分類標準與目的間的關聯性，似乎與主管機關說明不相符。其次，限制人員身分依執照屬

DOI:10.6814/NCCU202200753

性為全體醫事及社工人員，因醫療行為具高度專業性，每種醫事人員不得逾越其所得執行之醫療業務範圍，所以當特定職類人力短缺時，無法以其他職別替代。該禁止出國措施對於醫療量能的維持，僅考慮醫事人員的總體「量」，未考慮個別醫事人員專業資格的「能」；其中「能」，即是符合疫情工作所需的醫學專業與技術，這是一項存在不同職類醫事人員的重要差異。

綜合上述討論，本文認為台灣在經歷 SARS、MERS 及 H1N1 等疫情後，防疫知識、態度與政策皆得到成長，使政府在面對 COVID-19 疫情時，能迅速採取各項防疫行動。然而，這些防疫措施在追求迅速已達防疫之功的過程中，確保醫療機構病房設備與醫事人力充足絕對是防疫關鍵。政府除了保全現有醫療資源，亦須考如何讓更多醫療專業人士投入，並且達到有效運用。同時給予辛勞付出的醫事人員更多鼓勵與支持，取代非必要的限制與懲罰。以限制醫事人員出境作為保全醫療量能之法，看似可直接性避免人員數量減少，實則並非佳策。處處可見主管機關未盡其專業審慎評估，明知傳染病防治中對於人員出境管制，不論是我國傳染病防治法或國際衛生條例，皆以是否具有傳染之虞為依據，卻例外地已保全醫療量能為由，長達數月地禁止醫院人員出國，此種限制人民重大基本權，對於法律保留原則標準應採嚴格標準，衛福部在無合適法源依據下，以極為空泛的概括條款限制出境權益。以當時國內疫情穩定，尚有多種保全甚至增進醫療人力的方式，可見主管機關非但未選擇最小侵害的方式，反而優先採取傷害醫院人員基本權及公眾信任的措施。

政府為了防疫禁止醫事及社工人員出國，對人民的權益影響並非用一句「共體時艱」即可帶過。期盼立法機關檢視防疫措施的合法性與合理性，更盼政府除了維護國人民的健康與權益，可以重視長期為防疫與全國醫療辛勞付出的醫事及社工人員，以平等和尊重的方式對待他們。

DOI:10.6814/NCCU202200753

第五章　結論

COVID-19 造成的高度傳播率與死亡率，對世界各國人類生命、健康、經濟等產生重大傷害，可謂是本世紀以來最嚴重的傳染病。我國為避免在日益嚴峻的疫情，因醫事人力下降導致醫療量能不足，疫情指揮中心指揮官陳時中遂於 2022 年 2 月 23 日記者會宣布，所有的醫事人員除報准外，不得出國。這項限制措施的公布，隨即引發醫療界人士反彈與質疑。而這項限制措施的對象不僅醫事人員，在疫情指揮中心與 15 類的醫事人員的全聯會、勞動部以及基層工會代表針對禁止出國規定之細節進行討論後，於同月 27 日宣布新增醫院社工人員為適用對象。並於 2020 年 3 月 17 日以肺中指字第 1093800250 號函頒「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」。這項防疫措施有別於我國傳染病法治及國際衛生條例規定內容，以是否具傳染他人之虞作為限制出境標準，而係起因於擔心國內醫事人員有不足之可能，為了防止這些人員回國後須接受 14 天居家檢疫，無法從事醫療工作，而禁止其出境。在法源依據不明的強況下，迅速引起醫事人員不滿與各界質疑。

在面對緊急且嚴重的傳染疾病時，例如：SARS、H1N1、COVID-19 等，國家應積極保障人民健康與醫療保健。為了防止疫情蔓延，政府必須在此施行各項防治措施，可能因此限制人民部分生活與行為。公共衛生權力於此處便扮演相當重要的角色，賦予各級行政機關相當裁量空間並得以實施強制性手段。公衛權力雖能合法正當地限制個人自由權利，但是此種權力並非沒有界線，政府仍然需要在人民的自由與防疫間取得平衡，不得過度限制。縱使在國際人權法中，面臨傳染病威脅時得暫時行使特殊緊急權力，並援引公民與政治權利國際公約第 4 條之減免權利，但是對於若干重要基本權利的保障義務仍然是不得暫

DOI:10.6814/NCCU202200753

時免除的，例如：生命權、禁止不人道刑罰、奴隸與強制勞動、罪刑法定主義及宗教自由等。

我國在面臨 COVID-19 疫情的挑戰中，除施行醫院醫事及社工人員禁止出國外，其他如：學校師生禁止出國、居家檢疫、強制隔離治療、數位足跡疫調等，亦同時挑戰著我國的民主法治。本文認為政府對於傳染病防治措施之設計與考量，應隨時保持對各項公衛危機處理的檢視與反思、重視干預措施的危險管理週期性、執行結合法律、道德、社會及科學的整體性評估。除了因應變化萬千的傳染病病毒，以緊急立法或緊急命令等方式立即制定法治因應，更重要的是完善現行傳染病防治法制，對於防疫法治的檢視不可停擺，必須依照社會狀況（如科技及醫藥發展）演變調整與修補，並能未雨綢繆替未來的危機做準備，而非將特別條例中的概括條款視為防疫的尚方寶劍。

鑒於傳染病防治措施同時受到法律上基本權、社會經濟、國際交流、宗教活動、教育、種族問題等多重影響，其設計與檢討評估並非僅是著重疾病防治即可。COVID-19 疫情迅速席捲全球，衛生主管機關為了加速防疫之功，許多防疫措施匆促上路，對於人民之自由與權益產生影響。在追求即時性的防疫作為的同時，台灣作為一個民主法治國家，仍應依循法治國家的基本原則並正視人性尊嚴，除了達成防疫目的，同時亦須維繫人民與政府間信任，正如著名公衛學者 Gostin 及 Childress 等人所提出，公共衛生政策的制定，其手段必須是有效的、具有必要性的、是實現公衛目標限制最少的手段。此外 Childress 強調應平等和尊重地對待公民，建立和維護公眾信任以及問責至關重要。Gostin 另提出良好的社會回應始於「科學」、「自願主義」以及「公民責任」。從以上可得知，防疫手段並非僅強調有效，應同時重視民主、法治、人權、科學，若要維繫人民對政府的信任，兼容與尊重不可或缺。

DOI:10.6814/NCCU202200753

如欲快速找出各項公衛問題的對應解決方式，應用「社會－生態模式」（social ecological model），分析問題的因果路徑，並依循路徑施予干預措施破壞因果鏈，是具垂直性的公衛問題思考模式，但缺乏與其他領域交互影響的評估。本文認為如欲將傳染病防治問題結合法律與社會面進行整合性思考，學者江玉林從 Brugger 提出的「共同福祉模型」發展出的「法律／社會／科技理論模型」，相當適合運用於探討此類議題。此模型同時具備三個面向的思量：（一）法律安定及法律功能。（二）社會：重視專家與常民間的風險溝通及社會效果的觀察與預測。（三）科技：充分揭露科學證據及不確定的因素。決策者設計措施時可先從「社會－生態模式」找出各種方案，再透過「法律／社會／科技理論模型」分析評估，並提供較適選擇。因具有全面性的整體視野，除了前端策略的設計，此模型亦適合運用於傳染病防治施行後的檢討與反思，如應用於本次我國因應 COVID-19 疫情，實施限制醫院醫事及社工人員出境之議題探討。

就禁止出國規定函的形式合法性探討部分，疫情指揮中心因應疫情實施人員出國管制措施，其具有管轄權自無爭議。然而，主管機關對於醫院人員禁止出國規定函之定性非但不明確，甚至於衛福部網頁分別歸類於行政規則及法規中，不若教育部對於限制高中以下學校師生出國措施於行政院公報明確記載法律依據為行政程序法第 92 條第 2 項前段以及第 100 條第 2 項，清楚定性為「對人之一般處分」。本文認為禁止出國規定函為行政機關就公法上具體事件所為措施，且相對人依一般性特徵可得確定其範圍，應屬於行政程序法第 92 條第 2 項當中「對人之一般處分」。

就公告程序觀之，禁止出國規定函雖於 2020 年 3 月 24 日發布於衛生福利部網頁供民眾查閱。然而，網路文章容易進行增刪修改，資料之安全性與完整性尚無法確保，似仍不宜將行政程序法各條文中所稱之「政府公報」解釋為包括

DOI:10.6814/NCCU202200753

行政機關於網路上之電子公報或電子公布欄。此外，本函未敘明理由及未記載救濟方法、期間及其受理機關等，從衛福部網頁公告方式，應可推論主管機關將禁止出國規定定性為法規，而非屬一般處分。倘若如定調為法規，未刊登於政府公報或新聞紙，視同未完成發布程序，則不對外生效力。

綜觀此措施發布過程，自 2022 年 2 月 23 日疫情指揮中心記者會首次宣布禁止醫事人員出國（當日適用對象尚未包含社工人員）至同年 3 月 17 正式發函出國規定予地方衛生局，另在 3 月 24 日於主管機關網頁發布供民眾查閱，該措施生效日追溯自 2 月 23 日宣布日開始。對於一項產生人民基本權重大限制，甚至有違憲疑慮的措施，除了法源依據不明確，行政行為係定性為行政處分、行政規則或法規命令？是否依法送達或公告？從這些角度分析後，不經令人產生疑問，是否只要揮舞防疫旗幟，對正當行政程序的要求便可退讓？

關於禁止醫事及社工人員出國之實質合法性討論部分，縱使國際間疫情嚴峻，可預想若國內亦爆發大規模傳染，醫院人員將扮演維護人民健康的重要角色。但因禁止出國涉及憲法第 10 條保障之遷徙自由，如釋字第 558 號解釋文指出：「……，**惟為維護國家安全及社會秩序，人民入出境之權利，並非不得限制，但須符合憲法第二十三條之比例原則，並以法律定之。**[200]」行政機關不得恣意或過度限制人民權利，檢視法律依據、是否符合比例原則極為重要。特別條例公布前，衛生福利部以醫療法第 27 條以及醫師法第 24 條及傳染病防治法作為禁止出國之法律依據。然前述規定皆不足以作為限制醫事及社工人員出國之法源，因醫療法第 27 條規範對象為「醫療機構」，而醫師法第 24 條規範對象僅限醫師（西醫師、中醫師及牙醫師），且醫師雖對法定傳染病之預防事項，有遵從

[200] 憲法法庭，「解釋」，釋字第 558 號，https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310739&rn=-29722，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

主管機關指揮之義務，就主管機關指揮的內容範圍我國未有明定，筆者認為應以執行醫師醫療專業行為為限，否則過於空泛。肺炎特別條例公布後，主管機關另以第 7 條規定：「中央流行疫情指揮中心指揮官為防治控制疫情需要，得實施必要之應變處置或措施。」作為法律依據。因此，於肺炎特別條例公布前，禁止醫院醫事及社工人員出國並無法律依據。

對於禁止出國規定函之「明確性原則」討論，其法源依據為特別條例第 7 條，條文內容之「防治控制疫情需要」及「必要之應變處置或措施」均屬於不確定法律概念，此種近乎空白的概括授權條款實屬欠缺明確性。如李震山大法官於釋字第 702 號之部分不同意見書所示，以概括條款規範具專業知識背景人員時，此等人員對不確定法律概念的認知與理解自與一般人民不同。是否「所得預見」之判斷在於從受規範者對於該不確定法律概念的理解觀之，是否對「個案事實使否屬於法律所欲規範之對象」有「可預見性」。醫事人員因孰悉傳染病防治醫療知識、傳染病防治網等應變模式及傳染病防治法概念，自然認知傳染病防治對於人員禁止出境係以防止疫情擴散為目的，並依傳染風險作為判斷基準，且國家對於防疫已另有訂定人力調度的應變模式。醫事及社工人員實難以由特別條例第 7 條預見將因自身職業遭受限制出境。雖然在疫情蔓延快速且全球未能有效控制下，主管機關確實需要此種概括性條款，使其具有依據疫情變化進行應變的空間。然以此種空泛的概括條款，進行超越傳染病防治法治概念與醫療實務經驗的重大限制，難認符合明確性原則。

對於比例原則的檢視，從衛福部 2 月 23 日新聞稿觀察，禁止出國主要原因在於專業醫療人員培養不易，為避免因人員回國後須居家檢疫或居家隔離，影響醫療人力之調度，衝擊醫療服務量能，所以限制醫事人員出國。就此，禁止醫院醫事人員出國確實能避免醫事人員歸國後工作日減少或因染病無法執業，

DOI:10.6814/NCCU202200753

降低對醫療服務量能衝擊性，屬於可達成目的方法之一。然而，非屬醫事人員之社工人員亦作為適用對象，雖然社工人員亦是醫院的重要成員，並提供病人多項協助，但此限制措施顯與行政目的無直接關聯。此外，當主管機關有多種方法同樣可達成目的時，應選則對人民權益損害最少者。依當時狀態尚有多種可行方式，例如：醫事人員執業執照更新展延、醫院評鑑及教學醫院評鑑暫停辦理、醫療營運降載、視訊診療、招募醫事人員辦理防治工作、強化傳染病防治醫療網等，皆有助於保全甚至提升醫療量能，且對醫院醫事及社工人員權益影響較小。故難認禁止醫院醫事及社工人員出國符合比例原則之要求。

對於「平等原則」之檢視，禁止出國規定函適用對象的納入條件，主要是依照醫療機構類型區別，鎖定「醫院」之全體醫事人員及社工人員，無另行針對醫事人員的職業別區分。然而，不論是醫院或診所，提供之醫療業務皆是以直接診治病人為目的，依我國醫療機構設置標準，兩者主要差異點在於是否有設置病房。若依主管機關之目的在於保全專業醫療人員，僅限制醫院似有不足，且忽略「第一線直接與照護病患相關醫事人員」不僅只有醫院人員。此分類標準與目的間的關聯性，似與主管機關說明不相符。其次，限制人員包含全體醫事人員難謂符合「等者等之，不等者不等之」，因醫療行為具高度專業性，醫療業務分工極細，每種醫事人員不得逾越其所得執行之醫療業務範圍，所以當特定職類人力短缺時，無法以其他職別替代。因此並非全數種類的醫事人員皆會產生短缺，亦無法將人力充足的職別去遞補人力短缺的職別，例如：當醫師不足時，無法由藥師替其進行診斷。該禁止出國措施對於醫療量能的維持，僅考慮醫院內醫事人員的總體「量」，未考慮不同機構都可能是第一線人員，亦未考慮個別醫事人員專業資格是否符合疫情工作所需的醫學專業與技術。筆者認為，此措施除了不符合平等原則，更可看出主管機關卻乏完整性的思量。

DOI:10.6814/NCCU202200753

自 COVID-19 爆發至今，儘管鄰近中國，但臺灣成功挺過國際爆發大流行時的嚴峻時刻，這段期間除了有效控制疾病傳染及死亡人數，國內商家及學校幾乎維持正常運作。可見我國在政府、醫療界及人民共同努力之下，得到優異的防疫成果，這是值得國人驕傲的，同時對於政府與所有參與防疫的人員，也是我們應該支持、鼓勵與感謝。然而，不可忽略的，政府為保障全國人民健康與生活所採取各項防疫措施中，難免使人民權利遭受限制並產生各種法律爭議。在追求有效抗疫的過程中，不應停止對於各項措施與現有法制的檢視、反思與調整。

保全醫事人力充足確實是防疫關鍵。疫情指揮中心函頒的「醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定」雖可避免人員因歸國後居家檢疫或居家隔離而無法執行醫療業務，是保全人力方法之一。但過程中可觀察到此措施，宣布時缺乏法源依據、行政行為定性不明、未依法公告、缺乏法律明確性、不符合比例原則及平等原則，可謂存在眾多法律爭議。甚至引發大量醫事人員的不滿，感受到長期為了醫療付出，卻不受到政府的尊重，深深打擊醫院人員士氣及對政府的信任。醫事及社工人員不同於口罩一聲令下即可禁止出口，不應視同物品般對待，亦不是一句「為了公眾利益，請共體時艱」即可帶過。醫療界近年不斷致力提升對人權的重視，追求尊嚴、自由、平等，不僅在於提升病人醫療品質與個人尊嚴，也努力提升醫事人員的工作權利保護。從前述於 2019 年訂定的《麻疹疫調、接觸者追蹤管理及群聚事件處理原則》中，即可觀察到為了避免具有傳染性的病人出境，除了有明確法律依據，更訂有完整「麻疹個案隔離及出境管制作業流程」，會先進行溝通及提供必要的協助，並有明確解除管制條件。對於傳染病防治的出境管制，我國是有前例可循且可以做到符合正當程序，並對人權限制在適度範圍內，尊重受規範對象。何以政府能做到重視病人人權，卻草率且恣意地對待醫療工作者？每一位醫事人員及社工人員

DOI:10.6814/NCCU202200753

皆是活生生的「人」，絕對不僅僅是國家的防疫工具。

禁止醫院醫事及社工人員出國施行期間已在 2020 年 6 月 30 日結束，而自 2020 年 2 月以特別條例第 7 條作為法源依據禁止人員出國迄今已超過兩年，疫情尚未停歇，試問立法機關以及衛生主管機關是否對於醫療人力短缺已有配套？抑或在下個疫情爆發時，再次動用概括條款限制醫事人員？筆者認為本次禁止醫事人員及社工人員出國除了不符合多項重要法律原則，同時打擊醫療從業人員的士氣與對政府的信任，就現行法制面，政府對於傳染病防治中的出境管制對象應限於具有傳染力之疑似個案或確診病人。如欲確保國內可投入防疫之醫療人員數量，另有許多方式可使用，應是具有計畫性、制度性與功能性的。若衛生主管機關足夠重視人民健康權益與醫事人員自主性及專業性，作為該領域專業性的行政機關，對此應有立即性作為，明確化、完善化相關機制，而非在欠缺制度下施以禁止出國此等粗略的手段。

對於禁止醫院人員出國措施，本文嘗試在「法律／社會／科技理論模型」的思考脈絡下進行討論，發現在法律面對於法安定性不論是法律的文字意義、法律的執行等皆缺乏穩定性；在正當性部分，其社會價值與目標似有混亂情事，如：社工人員的納入已經與主管機關之目的有所差異。且缺乏對受限制人員人權尊重與保障；合目的性的分析從適用對象的選擇，可看出管制手段缺乏科學角度、有效性、過去經驗等分析。於社會面，指揮中心未先與相關團體溝通，於 2 月 23 日宣布禁止出國措施後，才邀集相關團體進行討論；從受規範者大量表示不滿、打擊士氣等社會反應觀察，此過程缺乏公民參與及溝通。就科學角度觀之，經查國內外學術研究無證據顯示單限制醫院醫事人員及社工人員有助於防治疫情控制；另有研究顯示，旅行禁令的有效性取決於執行的及時性和廣泛性，旅行禁令和限制可能只有在初始階段對預防病毒輸入國內有效。本文認

DOI:10.6814/NCCU202200753

為，此措施雖能避免醫院人員因出國而減少工作日，然對傳染病防治是否能有顯著效果仍無證據，主管機關之判斷依據令人質疑。

在疫情的威脅下，全球已有超過 5 億確診人次，逾 6 百萬人死亡。我國政府採取了多種防疫措施，在人民團結配合抗疫之下，呈現良好的成果，對衛生主管機關的辛勞與付出，亦是國人有目共睹。然而在抗疫過程中，人民亦失去許多自由，彷彿人權的底線在防疫的公益旗幟揮舞下逐漸模糊。在疫情仍嚴峻且有大量民氣支持下，各項防疫措施是否適當，似難於此刻逐一檢視與修正，或許只能交由時間來證明了。不可忽略的是，嚴重的傳染性疾病不會只有這一次，筆者深盼在未來的防疫工作中，政府除了積極提升防疫效能，同時應重視對各項措施與法制的檢視與反思，從法律、社會、科學的角度整合思考評估，除了在法制面符合形式合法性與實質合法性，補正現行傳染病防治法制的不足與闕漏保持與醫療界及人民的溝通與資訊透明，強化發生疫病或災難時的醫療人力徵調機制，同時對於處於高風險環境及高度工作壓力的醫療人員，給予更多鼓勵、支持與尊重。而防疫工作並不僅只是法律與醫療界的課題，同時深深地影響著各領域，期待各界能有更多聲音參與討論， 相信在人民與政府的共同努力下，台灣的公衛體系能不斷進步並克服各種難關。

DOI:10.6814/NCCU202200753

參考文獻

一、 中文資料

（一）書籍

1、 吳志光，《行政法》，新學林出版股份有限公司，2019 年 3 月，第 9 版。

2、 吳庚，《行政法之理論與實用》，三民書局，2008 年 2 月 10 版。

3、 李震山，《行政法導論》，三民書局，2012 年修訂 9 版。

4、 林明鏘，《歐盟行政法-德國行政法總論之變革》，新學林出版股份有限公司，2009 年 12 月 1 版。

5、 陳敏，《行政法總論》，自版，105 年 9 月 9 版。

6、 湯德宗，《行政程序法論－論正當行政程序》，元照出版有限公司，2005 年 2 月 2 版。

（二）譯著

1、 Lawrence O. Gostin & Lindsay F. Wiley 著 ，譯者：蘇玉菊、劉碧波、穆冠群，《公共衛生法：權力、責任、限制》，元照出版有限公司，2019 年 10 月初版。

（三）專書論文

1、 江玉林，＜法律、權力與共同福祉－從 SARS 防治及紓困暫行條例談起＞，載：邱文聰主編，《2007 科技發展與法律規範雙年刊》，頁 59-97，2008 年 3 月。

2、 李建良，＜疫情社會的民主、法治與人權＞，載：思想編委會主編，《記憶共同體》，聯經出版事業股份有限公司，頁 211-332，2022 年 1 月。

3、 許宗力，＜行政處分＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，頁 475-558，2006 年 10 月 3 版。

DOI:10.6814/NCCU202200753

4、 陳清秀，＜依法行政與法律的適用＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，頁 145-220，2006 年 10 月 3 版。

5、 陳清秀，＜行政法的法源＞，載：翁岳生主編，《行政法（上）》，元照，頁 95-144，2006 年 10 月 3 版。

（四）期刊論文

1、 王自雄、王德瀛，＜COVID-19 與全球公衛治理－WHO 的衰頹與新典範的崛起＞，《科技法律透析》，第 32 卷第 5 期，頁 51-71，2020 年 4 月。

2、 江玉林，＜人性尊嚴的移植與混生－臺灣憲政秩序的價值格局＞，《月旦法學雜誌》，NO. 255，頁 64-73，2016 年 8 月。

3、 江玉林，＜你吃得安心嗎？—毒牛奶事件的「法律／科技／社會」反思＞，《月旦法學雜誌》，第 173 卷，2009 年 10 月，頁 63-78。

4、 江玉林，＜性的歷史卷一：求知的意志導讀－傅柯的權利分析與對現代法學的權力批判＞，《台灣法學雜誌》，第 207 期，頁 114-129，2012 年 9 月。

5、 李建良，＜論基本權利之程序功能與程序基本權－德國理論的借鑑與反思＞，《憲政時代》，第 29 卷第 4 期，頁 481-540，2004 年 4 月。

6、 吳志光，＜國家緊急權行使之界限－以國際人權法為核心＞，《月旦法學雜誌》，NO. 111，頁 159-172，2004 年 8 月。

7、 吳采模、高塚真希，＜「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例」之概要及其法律問題＞，《萬國法律》，NO. 231，頁 107-115，2020 年 6 月。

8、 吳秦雯，＜從 SARS 到 COVID-19：司法院釋字第 690 號解釋架構下之傳染病防治法制與基本權限制＞，《法律與生命科學》，第 9 卷 1 期，頁 91-112，2020 年 6 月。

9、 李銘杰、劉宏恩，＜論我國生物醫學研究者利益衝突管制－以研究者利

DOI:10.6814/NCCU202200753

益衝突之揭露制度為中心＞，《台灣衛誌》，第 35 卷 3 期，頁 239-244，2016 年 6 月。

10、林三欽，＜我國防疫措施法制之合憲性爭議作探討＞，《月旦法學教室》，第 212 期，頁 44-51，2020 年 6 月。

11、林工凱、謝碧珠，＜嚴重特殊傳染性肺炎疫情下應變處置措施之探討＞，《臺灣醫界》，第 63 卷 8 號，頁 49-58，2020 年 8 月。

12、林明鏘，＜治傳染性肺炎用重典？－以「居家隔離」與「居家檢疫」管制措施為中心＞，《台灣法學雜誌》，第 388 期，頁 1-11，2020 年 3 月。

13、林明鏘，＜論 SARS 所生之行政法上法律關係－以醫療院所為中心＞，《 台灣本土法學雜誌》，第 49 期，頁 99-113，2003 年 8 月。

14、林欣柔，＜新冠肺炎流行下的公衛權力與界限＞，《法律與生命科學》，第 9 卷第 1 期，頁 67-89，2020 年 6 月。

15、林錫堯，＜行政規則面面觀＞，《中華法學》，第 15 期，頁 25-59，2013 年 11 月。

16、施明遠，＜從公共衛生危機到國家安全意識—美國醫療對應措施立法之演進與分析＞，《月旦法學雜誌》，第 312 期，頁 46-69，2021 年 5 月。

17、洪國華，＜從醫事人員限制出境禁令論紓困條例的憲法爭議＞，《月旦醫事法報告》，第 44 期，頁 53-63，2020 年 6 月。

18、張文貞，＜COVID-19 與國際人權＞，《月旦法學雜誌》，第 312 期，頁 8-22，2021 年 5 月。

19、張鑫隆，＜漢生病政策與醫療人權＞，《月旦醫事法報告》，第 40 期，頁 32-42，2020 年 2 月。

20、許宗力，＜從大法官解釋論比例原則與違憲審查＞，國科會補助研究計畫研究成果，計畫編號 NSC 89-2414-H-002-044，頁 1-10，2000 年。

21、陳正根，＜行政法制有關限制出境之探討＞，《靜宜法學》，第 6 期，頁

DOI:10.6814/NCCU202200753

39-76，2017 年 12 月。

22、陳英鈴，＜SARS 防治與人權保障—隔離與疫情發佈的憲法界＞，《憲政時代》，第 29 卷第 3 期，頁 391-444，2004 年 2 月。

23、黃舒芃，＜再論「二分」與「三分」之爭：從憲法觀點檢討職權命令的存廢問題＞，《東吳法律學報》，第 23 卷第 2 期，頁 1-29，2011 年 10 月。

24、楊志偉，＜傅柯權力與生命關係論述中的醫療與健康＞，《中外文學》，第 49 卷第 3 期，頁 59-103，2020 年 9 月。

25、蔡衣帆、黃俐晴、陳頌云、何璇、王嘉寧、楊雅婷、簡郁珊、黃遵誠，＜以焦點團體訪談探究台灣北區某集中檢疫所醫護人員自願參與防疫任務之分析＞，《台灣衛誌》， 第 40 卷第 2 號，頁 187-198，2021 年 4 月。

26、賴淑寬、林福田、陳秋美、王恩慈、劉定萍、楊靖慧，＜2019 年一至五月台灣麻疹疫情概況＞，《疫情報導》，第 35 卷第 11 期，頁 135-139，2019 年 6 月。

（五）政府刊物及公報

1、 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 2 期，2020 年 3 月 13 日。

2、 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 3 期， 2020 年 3 月 20 日。

3、 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 4 期，2020 年 3 月 30 日。

4、 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 9 期，2020 年 4 月 8 日。

5、 《立法院公報》，＜院會紀錄＞，第 109 卷第 14 期，2020 年 4 月 16 日。

6、 《行政院公報》，教育部公告：為防治控制疫情需要，自公告日起至 2020 年 7 月 15 日止，公私立高級中等以下學校、外國僑民學校、實驗教育機構、團體及教保服務機構之教職員工生，非經專案許可，應暫時停止出國（境），第 026 卷第 052 期，2020 年 3 月 20 日。https://gazette.nat.gov.tw/egFront/detail.do?metaid=114251&log=detailLog，最後

DOI:10.6814/NCCU202200753

瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

7、 法務部，＜中華民國(臺灣)政府對公民與政治權利國際公約審查委員會提出第三次國家報告問題清單之回應＞，2021 年 10 月。

8、 衛生福利部，《護理人員法解釋彙編》， 2019 年 5 月。

（六）學位論文

1、 陳恆順，＜遠距醫療與遠距健康照護法律管制之探討＞，國立政治大學法學院碩士在職專班碩士學位論文，2020 年 7 月。

（七）網路資料

1、 COVID-19 防疫關鍵決策網，「法規」，＜醫院因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）人員出國規定(109 年 3 月 17 日函)＞，https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4847-52362-205.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

2、 Yahoo 新聞，＜不滿被管制出境醫事人員怒吼：我們不是戰略物資！＞，https://tw.news.yahoo.com/%E4%B8%8D%E6%BB%BF%E8%A2%AB%E7%A6%81%E5%87%BA%E5%9C%8B-%E9%86%AB%E4%BA%8B%E4%BA%BA%E5%93%A1%E6%80%92%E5%90%BC%E6%88%91%E5%80%91%E4%B8%8D%E6%98%AF%E6%88%B0%E7%95%A5%E7%89%A9%E8%B3%87-004716968.html，最後瀏覽日：2021 年 4 月 26 日。

3、 中央社，＜防人力不足，醫事人員除報准不得出國...引爆不滿＞，https://www.businessweekly.com.tw/focus/blog/3001807，最後瀏覽日：2021 年 4 月 26 日。

4、 中央社，<病床與呼吸器不足、醫療人力短缺，義大利醫護面臨「先救誰」的道德難題>，https://www.storm.mg/article/2395162，最後瀏覽日：2022 年

DOI:10.6814/NCCU202200753

4 月 1 日。

5、 中央社， <巴西插管藥物短缺 醫療院所減少加護病房床位>，https://udn.com/news/story/120944/5392062，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

6、 中央疫情指揮中心記者會影片紀錄，由臺北市醫師職業工會彙整逐字稿，＜回應禁止醫護出國》指揮中心 0224(一)下午四點記者會＞，https://www.youtube.com/watch?v=SadQBBvU3jg，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

7、 中央疫情指揮中心記者會影片紀錄，由臺北市醫師職業工會彙整逐字稿，＜逐字稿》醫事及社工人員出國禁令｜完整公開｜指揮中心記者會最新回應＞，https://www.youtube.com/watch?v=aQspSy7RTs8，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

8、 中央疫情指揮中心記者會影片紀錄，衛生福利部疾病管制署，「2020/2/23 14:00 中央流行疫情指揮中心嚴重特殊傳染性肺炎記者會」，https://www.youtube.com/watch?v=2AcJf0B4bHU，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

9、 台灣議題研究中心，「最新上架輿情解讀」，＜過勞救疫情 醫護出國禁令惹毛基層 |QuickseeK 網路輿情調查＞，https://www.tpoc.com.tw/article/680?tag=%E6%9C%80%E6%96%B0%E4%B8%8A%E6%9E%B6%E8%BC%BF%E6%83%85%E8%A7%A3%E8%AE%80，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

10、司法院大法官釋字第 785 號解釋，憲法法庭，「解釋」，https://cons.judicial.gov.tw/docdata.aspx?fid=100&id=310966，最後瀏覽日：2021 年 4 月 3 日。

11、外交部領事事務局，「訊息公告」，＜因應全球「武漢肺炎(COVID-19)」疫情持續擴大，我國將限制全球非我國籍人士入境＞，

DOI:10.6814/NCCU202200753

https://www.boca.gov.tw/cp-56-5078-41ac3-1.html，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

12、外交部領事事務局，「最新消息」，＜世界各國因應 COVID-19 疫情相關措施一覽表＞，頁 59，https://www.boca.gov.tw/cp-56-5248-791bd-1.html，最後瀏覽日：2021 年 7 月 22 日。

13、外交部領事事務局，最新消息，＜世界各國因應 COVID-19 疫情相關措施一覽表＞，https：//www.boca.gov.tw/cp-56-5248-791bd-1.html，最後瀏覽日：2021 年 1 月 3 日。

14、外交部領事事務部，「最新消息」，＜(旅遊警示燈號：紅色)比利時政府為因應 COVID-19 疫情更新入境防疫措施＞，https://www.boca.gov.tw/cp-56-6335-b457b-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

15、立法院法律系統，「異動條文及理由」，《傳染病防治法》，https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?000401EF4EAA00000000000000000140000000000400FFFFFD00^02516096061400^00008001001，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

16、立法院法律系統，「異動條文及理由」，《嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例》：https://lis.ly.gov.tw/lglawc/lawsingle?002E12D996270000000000000000000A000000002000000^07181109022500^00000000000，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

17、交通部觀光局觀光統計資料庫，「統計報表」，https://stat.taiwan.net.tw/statistics/year/outbound/lengthOfStay，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

18、宜蘭縣醫師公會，「訊息佈達」，＜衛生局函 為衛生福利部對於非具中醫師資格之西醫師開立含中藥成分之「安全濃縮膠囊」及「天明活力順濃縮膠囊」供民眾減重使用，是否合於法令規範之說明＞，

DOI:10.6814/NCCU202200753

https://www.yilandoctor.org.tw/event201，最後瀏覽日：2022 年 3 月 3 日。

19、林惠琴，自由時報，<禁醫事人員出國引批評 部分醫院早已建議同仁別出國>，https://news.ltn.com.tw/news/life/breakingnews/3077914，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日。

20、林進嘉，風傳媒，＜林進嘉觀點：禁醫事人員出國是民粹擴權，法理情不容＞，https://www.storm.mg/article/2349262，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日。

21、法務部，「行政程序法」，＜法務部「行政程序法諮詢小組」第 17 次至第 24 次會議紀錄＞，https://www.moj.gov.tw/media/2535/68221433282.pdf?mediaDL=true，最後瀏覽日：2022 年 3 月 27 日。

22、急診護理師匿名投書，今周刊，＜醫護人員禁止出國　急診護理師告白：總是在「共體時艱」...上輩子做錯什麼，要當護理師？＞，https://www.businesstoday.com.tw/article/category/80392/post/202002260022/ ，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

23、教育部學校衛生資訊網，「嚴重特殊傳染性肺炎教育專區」，＜為防治控制疫情需要，自公告日起至 109 年 7 月 15 日止，公私立高級中等以下學校、外國僑民學校、實驗教育機構、團體及教保服務機構之教職員工生，非經專案許可，應暫時停止出國（境）＞，https://cpd.moe.gov.tw/page_two.php?id=34102，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

24、陳信安、賴秉詳，自由時報自由評論網，＜因防疫而限制入出境之憲法爭議評析＞，https：//talk.ltn.com.tw/article/breakingnews/3105086，最後瀏覽日：2022 年 1 月 10 日。

25、陳韻年、蔡明政，民視新聞網，<美國呼吸器不夠用了！醫院設法讓部分病患共用提升存活率>，https://www.ftvnews.com.tw/news/detail/2020403

DOI:10.6814/NCCU202200753

P09M1，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

26、華視新聞，「新聞」，＜中煞還遊日 醫生：不知自己被感染＞，https://news.cts.com.tw/cts/general/200305/200305180107332.html，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

27、黃翊婷，ETtoday 新聞雲，＜禁醫事人員出國「我們不是戰略物資」醫勸：方向正確但打擊士氣＞，https://www.ettoday.net/news/20200224/1652427.htm，最後瀏覽日：2022 年 4 月 16 日。

28、臺北市政府教育局，「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，簡稱新冠肺炎)專區」，＜1100517 為因應嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19，簡稱新冠肺炎)雙北進入第三級警戒，本市各級學校及教育機構(含各型態幼兒園、實驗教育機構、課後照顧服務中心、短期補習班)自 110 年 5 月 18 日至 110 年 5 月 28 日止停課一案。＞，https://www.doe.gov.taipei/News_Content.-aspx?n=582AAC387AE6DB76&sms=94A43B25A7E2F865&s=32001B8F521FD119；最後瀏覽日：2022 年 3 月 3 日。

29、衛生福利部，「焦點新聞」，＜中央流行疫情指揮中心公布國內本土嚴重特殊傳染性肺炎病例，衛生單位已依相關處置流程啟動防治＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51223-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

30、衛生福利部，「焦點新聞」，＜北部家庭群聚接觸者 173 人檢驗陰性；伊朗、義大利旅遊疫情提升至第一級「注意(Watch)」＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4635-51637-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

31、衛生福利部，「焦點新聞」，＜防疫優先 護理安心 執業執照更新免申請直接展延 6 個月＞：https：//www.mohw.gov.tw/cp-16-51929-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753

32、衛生福利部，「焦點新聞」，＜我國藉由登機檢疫即時發現首例中國大陸武漢移入之嚴重特殊傳染性肺炎個案 指揮中心提升中國大陸武漢之旅遊疫情建議至第三級警告(Warning)＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4636-51189-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

33、衛生福利部，「焦點新聞」，＜衛福部因應疫情發展醫事人員出國規定＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-16-51640-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

34、衛生福利部，「焦點新聞」，＜衛福部因應疫情發展醫事人員出國規定＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-4635-51640-1.html，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

35、衛生福利部，「焦點新聞」，https：//www.mohw.gov.tw/cp-4635-51640-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

36、衛生福利部，「衛生福利法規檢索系統」，https://mohwlaw.mohw.gov.tw/FLAW/FLAWQRY01.aspx，最後瀏覽日：2021 年 1 月 3 日。

37、衛生福利部 COVID-19 防疫關鍵決策往，「法規」，＜因應嚴重特殊傳染性肺炎醫院醫事人員及社工人員配合防疫取消出國之損失補助作業須知(109 年 4 月 17 日修正)＞，https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-4847-52373-205.html，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

38、衛生福利部中央健康保險署，「重要政策」，https：//www.nhi.gov.tw/Content_List.aspx?n=1482911120B73697&topn=787128DAD5F71B1A，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

39、衛生福利部疾病管制署，「傳染病防治醫療網作業指引」，《傳染病防治醫療網區應變醫院啟動及支援人力運作原則》，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListPage/MSQ6hO2quVtmUPUnN5Xgmg，最

DOI:10.6814/NCCU202200753

後瀏覽日：2022 年 4 月 15 日。

40、衛生福利部疾病管制署，「COVID-19」，https://sites.google.com/cdc.gov.tw/2019ncov/taiwan，最後瀏覽日：2022 年 4 月 23 日。

41、衛生福利部疾病管制署，「法令規章」，《國際衛生條例》，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListPage/MSQ6hO2quVtmUPUnN5Xgmg，最後瀏覽日：2022 年 1 月 15 日。

42、衛生福利部疾病管制署，「致醫界通函」，＜因應國內疫情進入社區流行階段，保全醫療量能，指揮中心宣布四大醫療應變策略(疾病管制署致醫界通函第 454 號)＞，https://www.cdc.gov.tw/Category/ListContent/wUSsVJVXn1I1VVTOv7_3bA?uaid=qjLPbiOtHhwprxP5qbl67Q，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

43、衛生福利部疾病管制署，「麻疹」，《麻疹疫調、接觸者追蹤管理及群聚事件處理原則》，2019 年 5 月 31 日，https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/cXOGgsKTJ5MG4SyOAF2fng，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

44、衛生福利部疾病管制署，「結核病」，《限制傳染性結核病患搭乘大眾航空器出國出境實施要點》，https://www.cdc.gov.tw/Uploads/01f852da-910d-4316-8b98-68bb25219dbb.pdf，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

45、衛生福利部疾病管制署，「結核病」，《結核病防治工作手冊》，https://www.cdc.gov.tw/Category/MPage/YpPM4PxFx3b_6FKuMDYjew，最後瀏覽日：2022 年 4 月 1 日。

46、衛生福利部疾病管制署，「結核病」，https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/j5_xY8JbRq3IzXAqxbnAvQ，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

47、衛生福利部疾病管制署，「新聞稿」，＜全球旅遊疫情升至第三級警告，

DOI:10.6814/NCCU202200753

國人應避免所有非必要之出國旅遊＞，https://www.cdc.gov.tw/Bulletin/Detail/bYT2npF18R-hGXNmOwCcMA?typeid=9，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

48、衛生福利部疾病管制署，「新聞稿」，＜醫事人員出境應檢附未接觸 SARS 病人證明文件＞，https://www.cdc.gov.tw/En/Category/ListContent/KplNRx9vk1IAg9meu6zYFA?uaid=W2aVrXSSKY0A1u9b8uRHjg，最後瀏覽日：2022 年 2 月 1 日。

49、衛生福利部疾病管制署，「嚴重特殊傳染性肺炎」，https://www.cdc.gov.tw/Disease/SubIndex/N6XvFa1YP9CXYdB0kNSA9A，最後瀏覽日：2022 年 4 月 7 日。

50、衛生福利部疾管署，「新聞稿」，＜東歐、中東、中亞及北非共 42 國與 1 地區，旅遊疫情提升至第三級警告，非必要避免前往＞，https://www.cdc.gov.tw/Bulletin/Detail/VjYKIYKdOR4I8ctV_gL7qQ?typeid=9，最後瀏覽日：2022 年 4 月 2 日。

51、衛生福利部統計處，「醫事機構服務量調查」＜109 年醫事機構服務量統計年報＞，https://dep.mohw.gov.tw/DOS/lp-5099-113-xCat-y109.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 6 日。

52、衛生福利部網頁，「焦點新聞」，＜醫院評鑑停辦二年 醫護全力投入防疫＞，https://www.mohw.gov.tw/cp-5016-60649-1.html，最後瀏覽日：2022 年 1 月 7 日。

53、鄧麗萍，《遠見》，＜醫護忙翻天！禁出國令一下他們第一時間在想什麼？＞，https://www.gvm.com.tw/article/71458?msclkid=f9f4dbc8bd9a11ecb1723e90afae9183，最後瀏覽日：2022 年 3 月 7 日。

54、簡浩正、邱瓊玉，元氣網，「疫情發展」，＜出國禁令惹怨 醫界反彈：別把我們當賊＞，https://health.udn.com/health/story/120950/4366580，最後瀏

DOI:10.6814/NCCU202200753

覽日：2022 年 4 月 7 日。

國立政治大學
National Chengchi University

DOI:10.6814/NCCU202200753

二、 英文資料

（一）期刊論文

1、 Casola AR, Kunes B, Cunningham A, Motley RJ, (2021). Mask Use During COVID-19: A Social-Ecological Analysis. Health Promotion Practice, 22(2):152-155.

2、 Childress JF, Faden RR, Gaare RD, Gostin LO, Kahn J, Bonnie RJ, Kass NE, Mastroianni AC, Moreno JD, Nieburg P. (2002). Public Health Ethics: Mapping the Terrain. Journal of Law, Medicine & Ethics, 30(2), 170-178.

3、 dos Santos JLG, Stein Messetti PA, Adami F, Bezerra IMP, Maia PCGGS, Tristan-Cheever E and Abreu LCd ,(2021). Collision of Fundamental Human Rights and the Right to Health Access During the Novel Coronavirus Pandemic. Front. Public Health, 8:570243, 1-14.

4、 Gostin LO, Hodge JG. US, (2020). Emergency Legal Responses to Novel Coronavirus: Balancing Public Health and Civil Liberties. JAMA, 323(12):1131－1132.

5、 Gwee SXW, Chua PEY, Wang MX, Pang J, (2021). Impact of travel ban implementation on COVID-19 spread in Singapore, Taiwan, Hong Kong and South Korea during the early phase of the pandemic: a comparative study. BMC Infect Dis, 21(1):799, 1-17.

6、 Huedo-Medina TB, Sánchez-Meca J, Marín-Martínez F, Botella J,(2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I2 index? Psychol Methods,11(2):193-206.

7、 Lebret A, (2020). COVID-19 pandemic and derogation to human rights. J Law Biosci. , 7(1) ,1-12.

8、 Pérez-Stable E. J. (1991) Cuba's response to the HIV epidemic. American Journal

DOI:10.6814/NCCU202200753

of Public Health, 81, 563-567.

9、 Petrosillo N, Viceconte G, Ergonul O, Ippolito G, Petersen E, (2020). COVID-19, SARS and MERS: are they closely related? Clin Microbiol Infect. , 26(6):729-734.

10、Phelan AL, Katz R, Gostin LO,(2020). The Novel Coronavirus Originating in Wuhan, China: Challenges for Global Health Governance. JAMA, 323(8):709－710.

11、Wang CJ, Ng CY, Brook RH, (2020). Response to COVID-19 in Taiwan: Big Data Analytics, New Technology, and Proactive Testing. JAMA, 323(14):1341－1342.

12、Zweig SA, Zapf AJ, Beyrer C, Guha-Sapir D, Haar RJ. , (2021). Ensuring Rights while Protecting Health: The Importance of Using a Human Rights Approach in Implementing Public Health Responses to COVID-19. Health and Human Rights, 23(2), 173－186.

（二）網路資料

1、 Gardner L, (2020). Update January 31: Modeling the Spreading Risk of 2019-nCoV. Johns Hopkins University Center for Systems Science and Engineering. https://systems.jhu.edu/research/public-health/ncov-model-2，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

2、 Johns Hopkins Coronavirus Resource Center,「Data Visualizations」, Mortality Analyses, https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality，最後瀏覽日：2022 年 4 月 17 日。

3、 Center for Disease Control and Prevention (CDC). Public Health Ethics. https://www.cdc.gov/os/integrity/phethics/index.htm，最後瀏覽日：2022 年 3

DOI:10.6814/NCCU202200753

月 3 日。

4、 Centers forDiseaseControl and Prevention (CDC), The Social-Ecological Model: A Framework for Prevention , https://www.cdc.gov/violenceprevention/about/social-ecologicalmodel.html，最後瀏覽日：2022 年 3 月 6 日。

5、 Emergency Measures and Covid-19: Guidance, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (April 27, 2020), https://www.ohchr.org/Documents/Events/ EmergencyMeasuresCOVID19.pdf ，最後瀏覽日：2021 年 4 月 26 日。

6、 Human Rights Committee, (2020). Statement on derogations from the Covenant in connection with the COVID-19 pandemic, CCPR/C/128/2. https://digitallibrary.un.org/record/3863948，最後瀏覽日：2021 年 4 月 3 日。

DOI:10.6814/NCCU202200753