

【精神衛生法－民間版】 主要修法精神：

- 一、建立精神衛生的兩大新方向⇩其一：精神衛生法從以往只是「病人」的法，擴展為攸關「全民」心的健康的法。其二：與先進國家同步，在藥物治療迭有進展的新時代中，強調政府與社會應支持及協助精神疾病患者提高「社會參與」的重要方向。
- 二、羅列各目的事業主管機關，對於維護全民精神健康及鼓勵病人社會參與，所應負的責任。
- 三、將醫療機構以外所有協助精神病人康復與回歸社區的機構，統稱為「精神社區保健機構」，其獎勵與設置辦法訂定權責，不再僅限於中央政府之衛生署，小規模者由縣市地方政府視需要自行訂定，以落實地方自治之精神，並期藉此活絡、引進各政府部門與社區資源之投入。
- 四、要求政府提供緊急救護報案專線，組織緊急救護小組協助警、消救護送醫。
- 五、要求設立心理衛生局及每百萬人口至少一所的普及性社區心理衛生中心。
- 六、由：①充足社區保健機構的設施與人力、②建立慢性病人全面性「個案管理」制度、③建立個別化轉介病人獲得適當醫療或社區資源的「轉介制度」，三管齊下建構精神社區保健體系。
- 七、將「精神疾病防治審議委員會」變更為「精神疾病防治委員會」，增列病人與家屬代表之保障席次，擴大委員會對政策之檢討與評估功能；將地方政府「得」設委員會改為「應」設。
- 八、保護人得向政府請求協助資源。刪除對保護人連帶賠償責任的規定。
- 九、精神醫療是醫護、心理、社工、職能治療等，各領域專業需共同合作的團隊醫療，故強調消費者（病人與家屬）得主動要求，獲得醫藥以外其他專業治療資源的權利，並要求獲得保險給付。
- 十、增訂對精神社區保健機構等的評鑑，處罰品質不良或未立案者，以維護病人權益並求其成效。

❖ 懇請立法委員、精神心理衛生專業人士、社會賢達、有志之士，共同支持推動民間版精神衛生法的修法工程。❖

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第一章 總則</p>	<p>第一章 總則</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第一條</p> <p>為增進國民精神健康、強化社會對精神及心理衛生的重視與瞭解、預防及治療精神疾病、保障病人權益與福祉、支持並協助病人自立與社會參與，特制定本法；本法未規定者，適用其他法律之規定。</p>	<p>第一條</p> <p>為預防及治療精神疾病，保護病人權益，促進病人福利，以增進國民心理健康，維護社會和諧安寧，特制定本法；本法未規定者，適用其他法律之規定。</p>	<p>1. 揭諸精神衛生法在現代社會中必須有的新方向：一、這是一部與全民息息相關，用以維護全民精神健康與心理衛生的重要律法，而不僅是一部病人的法。二、在治療精神疾病的藥物，已有顯著進步的今天，慢性精神疾病患者回歸社區已是勢所必然，支持病人自立，以及提高其社會參與，是全民應有的視野，也是政府必須積極負起的責任。</p> <p>2. 精神疾病是病而非盜匪行為，取消維護社會安寧字眼，以避免病人遭社會污名化之累。</p>
<p>第二條</p> <p>本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣〈市〉為縣〈市〉政府。</p> <p>本法所定事項，涉及各目的事業主管機關執掌者，由各目的事業主管機關辦</p>	<p>第二條</p> <p>本法所稱主管機關：在中央為行政院衛生署；在直轄市為直轄市政府；在縣〈市〉為縣〈市〉政府。</p>	<p>1. 精神疾病的防治不只是醫療的問題，慢性病人漫長的人生路，需要社會的鼓勵與支持，才能逐步康復，而包括社會認知的宣導，急性病人的強制送醫等等，都不是僅靠衛生單位的力量就能達成的。因此，參考「身心障礙者保護</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>理。</p> <p><u>前二項各級主管機關及各目的事業主管機關，權責劃分如下：</u></p> <p>一、<u>主管機關：主管精神疾病的預防、治療與保健事務，並負責本法之推行，與執行成效追蹤。</u></p> <p><u>主管機關應規劃並辦理：慢性病人全面性的個案管理制度及協助病人獲得適當資源服務的轉介制度；公設或獎勵民間設置精神醫療機構、精神社區保健機構、精神養護機構等，俾協助病人接受治療、並充實病人參與社會與回歸正常生活所需之社區照顧服務與居住設施，同時監督相關機構之服務品質；精神疾病緊急救護服務；調查並蒐集精神與心理衛生相關的人口、醫藥、資源、事故等資料；各目的事業主管機關間之協調聯繫；非後述各目的事</u></p>		<p>法」之例，增列第二項、第三項，羅列各目的事業主管機關，及其與主管機關的權責劃分，俾獲得政府機關多部門的協調合作，一方面希望能夠杜絕過去各部會以其本身非為精神疾病防治主管機關為藉口，而推託或拒絕協助病人的現象，另一方面，則希望能夠群策群力，整合政府資源，以求有效解決精神疾病長期所帶來的社會問題。</p> <p>2. 雖然時代與社會不斷的快速變遷，但我們國家從中央到地方，都缺乏對於疾病盛行率、病人人口數、病人需求、藥物對國人體質之適合度、防治資源投入金額、社會成本等等資料的調查與蒐集，爰增加衛生署與縣市政府調查蒐集的責任，唯有如此，社會才不至於低估病人的數量與其社會影響，政策制定也才能有所本，不至於盲人摸象，徒勞而無功。</p> <p>3. 隨著醫藥的進步，慢性病人能夠</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>業主管機關辦理事項之其他本法相關業務。</p> <p>地方主管機關執行前述業務無特別指派者，由衛生主管機關辦理。</p> <p>二、社政主管機關：規劃辦理支持病人回歸社會及其福祉之促進的相關業務，包括公設或獎勵民間設置居住性與非居住性的精神社區保健機構及養護機構、配合主管機關建構慢性病人全面性的個案管理制度與轉介制度、參與緊急救護團隊、病人人權之保障、精神障礙者與其家屬、照顧者之福利資源與權益促進等事項。</p> <p>三、教育主管機關：規劃並辦理教育系統中之精神疾病防治事宜，包括精神與心理衛生宣導、病人與情緒障礙者之個案管理與追蹤輔導、精神衛生相關專業領域人</p>		<p>參與社區一般生活的機會大為增加，精神治療中的心理、社工、職能與工作治療等服務，都並不一定要在醫療機構中提供，而可以走入社區提供服務，因此精神社區保健機構已非單純的「醫療機構」，其型態也會隨著社區與民間的參與，而日漸多元；因此本次修訂，要求衛生主管機關以外，社政與勞政主管機關，也都有「充實」精神社區保健機構的責任與權利——開放精神社區保健機構的設置與獎勵，給衛生、社政與勞政主管機關，均得作為其機構設置之主管機關，以期活用政府資源與人力，並給予社區參與更大的空間。</p> <p>4. 精神疾病好發於青少年時期，很多病人在中、小學就已失學，他們需要補強智識教育、性教育、人際互動關係的課程，因此教育主管機關有責任獎勵並辦理，病人之補習教育、成人教育、生活教育等，爰增訂之。另外，就精神</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>才之培育、獎勵與推行改善病人生活品質所需之特殊教育、補習教育、成人教育與生活教育等事項。</p> <p>四、勞政主管機關：規劃並辦理與病人工作與就業有關的業務，包括就業資源開發、職業訓練、工作獎勵、在職情緒輔導、與職場或醫療機構溝通聯繫之協助、公設或獎勵民間設置與病人工作和就業有關的精神社區保健機構等事項。</p> <p>五、民政主管機關：配合並協助主管機關，推行社區精神與心理衛生保健之相關業務，包括個案管理通報系統之參與、獎勵志願服務者參與社區精神與心理衛生保健或里鄰關懷之工作等事項。</p> <p>六、警察主管機關：主管嚴重病人強制送醫之執行、配合主管機關通</p>		<p>衛生相關專業領域而言，舉例來說，臨床心理師人數嚴重不足，國家教育體系需要有長期的人才培育政策與方向，因此增訂教育主管機關規劃培育精神專業人才之責任。(參考第十條第二項，增列中央應設之國家心理衛生中心，其職務之一，即在蒐集訊息，提供教育主管機關，作為專業人力規劃培育的參考)</p> <p>5. 嚴重病人的強制送醫，需要警察機關限制病人行動、消防救護車的送醫，緊急情況之下，更需要有精神相關專業者的陪同，其間可能需動用到衛生、社政或民政的個案管理與通報系統，故此將各相關政府單位，均列入目的事業主管機關，俾收實效避免推諉。</p> <p>6. 精神病患者約有四分之一，病情會慢性化，而生活功能受到影響的慢性精神病患者亦屬身心障礙者保護法所保護之障礙者，亦適用身心障礙者保護</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>報病人嚴重自傷或傷人事件及參與緊急救護團隊等相關業務。</p> <p>七、消防主管機關：配合主管機關或警察機關協助病人送醫，並參與緊急救護團隊等相關業務。</p> <p>八、國防主管機關：主管國防軍事單位從業與軍職人員心理衛生保健事宜、國防體系中病人與心理不健康者之積極治療與諮商輔導及因病停退役時之社區通報與追蹤協助等事宜之規劃與辦理。</p> <p>九、司法主管機關：主管犯罪嫌疑人与罪犯之精神鑑定、監所心理衛生保健事宜的規劃與辦理及積極治療與輔導服刑中或受拘禁或感化處分之病人等相關事宜之規劃與辦理。</p> <p>十、其他有關提高國民精神健康與</p>		<p>法的規定；另外，精神疾病患者日常生活，與常人一般，食衣住行育樂均可能牽扯到其他法令之規定；準此，為求周延，在各目的事業主管機關的最後，加列其他一項。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>保障病人福祉等事宜，由各相關目的事業主管機關依職權辦理。</p> <p><u>第二條之一</u></p> <p>各級主管機關應責成所屬各相關單位、協調平行機關、配合上級機關，通力合作，俾彈性整合政府各部門經費與人力，並結合民間力量，共同推動與落實本法之各項業務。</p> <p>各級主管機關應規劃並擬定推行本法各項業務的進度時程，就主管業務逐年檢討施行成效並將執行成效與規劃時程刊載於相關政府公報。</p>		<p>1. 本條增訂。</p> <p>2. 政府對於精神疾病社區資源的建立、嚴重病人的通報與就醫等問題，各部門間總是互踢皮球、彼此推諉，因此明訂主管機關跨部門協調、整合資源的責任與必要性。另外，因為精神疾病患者人數眾多，潛在未就醫的準患者更多，一方面需要全民里鄰關懷，保健政策才能深入各地，一方面值此政府財源拮据之際，民間志工更可節約經費，因此強調政府結合民間力量重要性。</p> <p>3. 精神衛生法頒行十多年以來，防治的效果並不顯著，本次修訂著重於充實社區資源及建立全面性的個案管理系統，需要政府更積極的規劃辦理，因此要求衛生署、直轄市與縣市政府，必須擬定施行時間表，按年檢討並向立法院及縣市議會與社會大眾公開，俾透過</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第三條</p> <p>本法所稱精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知、行為等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給與醫療、復健、輔導、訓練及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央主管機關認定之精神疾病。</p>	<p>第三條</p> <p>本法所稱精神疾病，係指思考、情緒、知覺、認知等精神狀態異常，致其適應生活之功能發生障礙，需給與醫療及照顧之疾病；其範圍包括精神病、精神官能症、酒癮、藥癮及其他經中央衛生主管機關認定之精神疾病。</p>	<p>民意之監督使得精神疾病的防治工作，能夠更積極的向前邁進。</p> <p>1. 精神疾病的思考、情緒等障礙常藉由行為表現，故行為表徵為臨床上精神狀態檢查項目之一，亦為一般人察覺精神狀態異常的重要判斷依據，增列之。</p> <p>2. 近數十年來的醫藥進步，使得各類精神病人回歸社區已成為可能並且是不得不然的趨勢，僅給與病人醫療是不夠的，為協助病人康復回歸社區，復健、輔導及生活與就業的訓練，均不可或缺，爰增列之。</p> <p>3. 配合第二條文字修改。(中央主管機關即為衛生署)</p>
<p>第四條</p> <p>本法所稱專科醫師，係指經中央主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。</p>	<p>第四條</p> <p>本法所稱專科醫師，係指經中央衛生主管機關依醫師法甄審合格之精神科專科醫師。</p>	<p>1. 配合第二條文字修改。(中央主管機關即為衛生署)</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>第四條之一</u></p> <p>本法所稱精神衛生相關專業領域，係指依照法令，為精神疾病之治療與精神心理衛生保健所需而提供醫藥、護理、心理、職能、社會工作等服務的專業。所稱精神衛生相關專業人員，係指依照法令提供前述服務之人。</p> <p>第一項所稱之法令，除本法外，包括醫師法、心理師法、職能治療師法、社工師法、護理人員法、相關地方自治條例或地方自治規則等。</p>		<p>1. 本條增列。</p> <p>2. 精神疾病強調的是團隊治療，除了服用藥物之外，還需要為病人或親友們提供諮商晤談、活動治療、工作治療、社會資源支持等各種服務，才能避免病人反覆病發，真正穩定康復。而一方面因為專科醫師的成本高昂、一方面術業有專攻，這許多的服務不可能完全由專科醫師來提供，所以在精神衛生治療與保健領域，還需要加入其它專業領域，共同提供服務，爰定義之以茲明確。</p>
<p><u>第五條</u></p> <p>本法所稱病人，係指精神疾病患者。</p> <p>本法所稱嚴重病人，係指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，或有傷害他人或自己之虞，或有傷害行為，經專科醫師診斷認定者。</p> <p>本法所稱精神障礙者，係指身心障礙</p>	<p><u>第五條</u></p> <p>本法所稱病人，係指精神疾病患者。</p> <p>本法所稱嚴重病人，係指病人呈現出與現實脫節之怪異思想及奇特行為，致不能處理自己事務，或有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為，經專科醫師診斷認定</p>	<p>1. 第二項，刪除「明顯」二字，以配合第二十一條之修正。</p> <p>2. 本次修法強調，精神疾病患者中有相當多數需要的不只是醫療，慢性化功能缺損、經濟與社交資源均不足的病人，還需要妥善的生活照顧，社福體系有責任加以協助，故增列對於精神障礙者之定義，定義則援用身保法之規定，</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>者保護法第三條第一項第十二款所稱之慢性精神病患者。</p>	<p>者。</p>	<p>避免一國多制。</p>
<p>第六條</p> <p>本法所稱社區復健，係指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力、情緒管理、智識教育、社會與心理支持、休閒育樂等，對病人適應家庭與社會生活有所助益的各種教育、訓練、活動、日間照顧與治療。</p> <p>本法所稱社區照顧，係指為支持並協助病人改善認知與生活功能、回歸社會、提高自立能力、參與社會經濟與社交活動，而於社區中提供給病人的居住與照顧服務，包括社區復健、就業訓練、庇護性工作、心理衛生輔導、成人教育、補習教育、居家服務、轉介服務、臨時及短期照顧、以及社區住居場所的</p>	<p>第六條</p> <p>本法所稱社區復健，係指為協助病人逐步適應社會生活，於社區中提供病人有關工作能力、工作態度、社交技巧、日常生活處理能力等之復健治療。</p>	<p>1. 精神病人回歸社區需要各方面的資源投入，不能因為復健是幫助病人康復的「治療」，就把協助病人的經費資源，全數撥給醫療機構，結果反而阻礙了醫院之外的政府經費、人力與社會資源的投入。本條增修部分，強調對慢性精神病人的「全人」治療與生活照顧。</p> <p>2. 慢性病人很需要庇護性的活動與工作訓練場所，病人有去處社區才會安寧，而仍有相當智能的病人，也才能夠服務貢獻於社會，由純粹使用資源的消費者進步為有生產能力的「康復者」。但因為社區機構的缺乏，我國慢性精神病人大量湧向慢性病床與養護機構，造成病患「住」低品質「醫院旅館」的現象，一方面造成政府健保財力上的重大負擔，一方面也使得病人的人權受到漠視。為了怕被「關永遠的禁閉」，使得</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>提供等服務。</p> <p>本法所稱社區保健機構，係指醫療院所以外，提供病人單項或多項社區照顧服務之機構與設施。</p> <p>依身心障礙者保護法所設立的各種福利機構，其係為病人提供第二項之社區照顧服務者，亦屬本條所稱之社區保健機構。</p>		<p>生病的人更不願承認自己的病，延誤就醫，造成更高的社會成本。要解決這些問題，就需要接納多元、多形式、多面向的社區機構，提供更廣泛的服務。因此，將第一項社區復健的內涵更豐富化，同時增列第二項社區照顧的定義（於此，社區復健為社區照顧服務中的一環，而非全部），並增列第三項，將醫院以外提供社區照顧的機構統稱為社區保健機構，以方便政策制定鼓勵民間參與機構服務量的補充（參照第二條、第十二條），期望扭轉政府資源補助，過度集中於醫療院所的缺失。</p> <p>3. 社區復健內容增加情緒管理、休閒育樂等項目，是因為慢性病人生病日久，人際關係疏離，平日無處可去，容易情緒浮動自信低落，產生反社會人格造成困擾，所以提供其活動育樂機會、輔導其學習情緒管理、提供生活教育等，也都是可以提供的重要復健服務，</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
		<p>醫藥治療必須與復健活動同步提供方能收效。同時政府各部門都應該有責任與義務投入資源協助病人復健，扭轉目前「精神社區復健」因法規限制而僅局限在使用健保資源的「社區復健中心」與「康復之家」兩類而已。</p> <p>4．成人及補習教育參第四十條之一。</p> <p>5．慢性精神病人亦為「身心障礙者保護法」所保護的身心障礙者，但社福資源從來參與協助精神障礙者卻極少。過去精障者大量「收納」於慢性精神病院，目前社政主管機關雖然逐漸注意到精神消費者的聲音，但因為政府部門間不當的行政分工，社福資源卻也只規劃投入於精障者的養護，依照身保法精障者應該要有的「復健機構」、「庇護工場」、「福利商店」、「團體家庭」、「社區家園」等，均未見勞工及社政主管機關積極辦理。增訂第四項，用以強調病人之社區照顧機構，亦應可尋身保法之</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第七條</p> <p>本法所稱家屬，係指與罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，共同生活於一家之親屬。</p> <p>本法所稱照顧者，係指非前項之家屬但自願照顧精神疾病患者之親屬或他人。</p>	<p>第七條</p> <p>本法所稱家屬，係指與罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，共同生活於一家之親屬或他人。</p>	<p>資源成立之。</p> <p>1. 所有的疾病均未像本法一樣，要求病人家屬擔負超過民法所規定之親屬義務，因此確有相當高的呼聲要求刪除本法中所有的家屬條款，惟考量現行條文已有家屬規定，而同時家屬的支持也的確是陪伴病人康復的重要力量，因此仍保留本法對家屬的若干要求，但我們堅持，在要求家屬責任的同時，政府應該要提供協助的資源給家屬，否則家屬並無三頭六臂，如何達成不可能的任務？故保留家屬條款的同時，需配套修改本法若干條文，包括：第十九條家屬賠償責任的刪除；第十八條、第十八條之一家屬求助資源的建立；以及第八條之一及第二十三條個管與轉介制度的建立與落實。</p> <p>2. 小家庭是我國目前的常態，許多病人並無共同居住的家屬陪伴，加入共同或非共同生活的自願照顧者，以鼓勵</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
		<p>更多的病人親屬或朋友投入扶持病人的行列。</p> <p>3：同居者或同志伴侶，雖非民法上所認可有血緣或姻親之親屬，但卻擔負著與家屬相同的角色，因此可以照顧者身分，經過登記以後（參見第十四條之修訂），獲得本法的相關協助亦可依本法協助病人治療與康復。</p>
<p>第二章 精神衛生體系暨社區保健設施</p> <p>第八條</p> <p>中央及地方政府為提高國民對精神與心理健康的認識，並推動精神醫療、精神社區保健體系、心理衛生保健工作、鼓勵病人自立並參與社會，應按年參考人口資料及病人與家屬需求編列預算支應。</p> <p>各級政府推行本法所需之經費來源如下：</p> <p>一、本法第二條主管機關及各目的</p>	<p>第二章 精神衛生體系及設施</p> <p>第八條</p> <p>中央及地方政府為推動精神醫療、精神復健及心理衛生保健工作，應按年編列預算支應。</p>	<p>配合第六、十、十二、十二之一條修訂</p> <p>1：本法需達成維護全體國民精神健康暨鼓勵病人參與社會的使命，從民眾教育的宣導到建立完善的精神社區保健體系，以至於病人福祉的照顧，都需要政府編列預算落實推動，而現代社會的壓力大於以往，病患人口數不斷增加，政府投入之資源是否足夠、哪些精神疾病防治業務未曾落實、資源投入應該往哪些方向規劃等，都需要一方面參考人口資料，一方面探究消費者需求以為因應。故增列應編列預算之事項，並</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>事業主管機關，為落實本法要求所編列之經費預算；</u></p> <p>二、<u>依身心障礙者保護法所應提供給精神障礙者之福利經費來源；</u></p> <p>三、<u>全民健康保險對於精神相關專業治療與復健之支付；</u></p> <p>四、<u>各級政府所設置，相關醫療發展、社區保健、社區營造、社福公益等現有基金之貸款或補助；</u></p> <p>五、<u>公益彩券之盈餘；</u></p> <p>六、<u>私人或團體捐款；</u></p> <p>七、<u>其他收入。</u></p> <p><u>為推動本法業務，而動用前項第四款所稱現有基金與其孳息時，得排除該等基金原適用法令對於動支範圍的限制，惟動支需符合本法規定並經中央主管機關或目的事業主管機關審核。相關基金之主管機關，應研議修訂相關法規，以孚本法所需。</u></p>		<p>要求政策需參考人口資料與需求。</p> <p>2. 精神疾病的複雜性，在於其病因包括生理、心理與社會因素，期許病人康復除醫藥外，尚需補強社會對病人之心理支持與其參與社會之引導和鼓勵；同時對生活功能發生障礙之慢性精神疾病患者而言，醫療機構無法顧及其生活品質的提昇與照顧；凡此種種，均可知全民精神健康之增進，慢性病人社會參與之提昇，非僅醫療單項服務能夠完成，必須有效結合政府各部門的資源，方能盡其功。故詳列經費來源，藉此提醒政府各部門對於本法之推行，均有其責任。</p> <p>3. 精神衛生法施行十多年來，精神科病床數目的增加，有較大的進展，原因就在於醫療院所得以向「醫療發展基金」貸款或請求利息補助，用以興蓋醫院房舍。同理社區復健為何少有成效，問題就在於獎勵不足，舉例而言，台北</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>各級主管機關，得視需要設置或籌募精神社區保健發展基金，以推動本法有關精神社區保健的相關業務。</p>		<p>市房地價格高，若要在市區便利之處設置復健中心或者商店，房舍負擔就相當的驚人；但是因為醫療發展基金是根據「醫療法」而來，只有「醫師」辦理者，始為「醫療機構」，因此民間若欲興辦提供社區照顧的機構，是無法申請醫療發展基金協助的。為此，參考醫療法第六十七條，增列各級政府得設置基金以為獎勵社區保健設施興辦的財源。使用醫療發展基金，參第十二條第三項。</p> <p>4. 目前每萬人口病床數，加上預計數以後，僅有少數地區未達標準，醫療院所們多半轉向醫療發展基金請求補助設立「康復之家」，這類康復之家多半只是在醫院旁邊緊鄰著蓋上一棟房子，與「回歸社區」之理想，仍有相當大之差距，因此，我們建議醫療發展基金若階段性使命已部分達成，不妨將該基金規模縮小，提供給精神社區保健機構使用，來真正充實民間得以興辦的精</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第八條之一</p> <p><u>直轄市及縣(市)政府需致力於後述業務，以建構精神社區保健體系：</u></p> <p>一、<u>充實精神社區保健機構之設施與人力。</u></p> <p>二、<u>建立慢性精神病人全面性之個案管理制度。</u></p> <p>三、<u>配合個案管理制度，並整合機構資源，建立視病人功能與需求，個別化轉介病人獲得適當之醫療、社區保健、長期養護、或精</u></p>		<p>神社區保健設施(相對的衛生署則應修改醫療法、醫療發展基金收支保管及運用辦法等；因修改這些法規需要花費時間，所以先用本法排除其限制，再逐步修正)。必要的時候，更鼓勵各級政府比照過去的醫療發展基金，設置精神社區保健發展基金，讓社區的相關服務可以永續進行。</p> <p>1. 本條增列。</p> <p>2. 精神疾病會使得患者失能，期間可能長達數十年，如果患者無法獲得適當的幫助改善病情，其干擾行為與失能又會累及週遭所有的親友，社會成本巨大，因此精神社區保健體系的建立，其重要性並不亞於國家的重大基礎建設，可以說這是一種國民「心」的健康基礎建設，可以提昇國力。因此，一則明定建構社區保健體系是地方政府的責任，二則要求中央政府有補助地方政府推行精神健康建設的義務。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>神相關專業與社會福利服務之轉介制度，並應注重病人於機構間之流通性，期使病人皆能獲得治療、復健、輔導與居住等必要需求之協助。</p> <p>前項第二款之個案管理制度，由直轄市及縣（市）衛生主管機關規劃，並結合衛生、社政及教育主管機關，共同辦理。第三款之轉介與流通制度，由區心理衛生中心辦理之。跨縣市之轉介，由心理衛生局協調處理。</p> <p>勞政主管機關應以身心障礙者就業基金或其他經費來源，補助精神障礙者於就業訓練與輔導過程中所需之設施、人力以及聯繫個案管理、轉介流通制度所需之經費，俾開發精神障礙者之工作潛能。</p> <p>地方主管機關辦理本條業務，經費有所不足者，應由中央政府編列預算補助</p>		<p>3. 明定「精神社區保健體系」之內涵為：「保健設施」加「個案管理」加「轉介制度」。</p> <p>4. 病人急性期穩定後，除了門診服藥之外，還需要透過適當的機構，持續接受職能治療、心理與社工等專業之協助，以培養服藥的順從性並增強生活調適能力。但，目前社區中之照顧機構缺乏，使得慢性病人於社區之中，無處可去，失去了復健與輔導的資源，更使得許多的病人無法順利康復，成為個人、家庭與國家的沉重負擔。因此充實社區保健設施的硬體與人力誠為急務。</p> <p>5. 但光有設施，尚不足以解決問題，懶散不積極缺乏動機為慢性病人之一般病癥，需要針對個案不同的需求與狀況，給與適時的鼓勵與引導。但目前少數的機構，特別是醫院的日間留院，院內自行評估，不願意提供復建名額給較嚴重的病人（因為收狀況較差嚴重病</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>部分經費。</p>		<p>人，需要較多的溝通、聯絡、說服、輔導、個別活動設計，也就是說成本較高，健保總額給付，更變相鼓勵此種情形），反而把許多情況穩定，應該要晉級到社區復建與庇護工作場所的病人，繼續留在院內，造成越容易發生危險需要幫助的嚴重患者，越是被推回到社區無從獲得幫助，帶來社區不安的現象。因此很需要全面性為慢性病人提供個案管理服務，再輔以中立且有強度的轉介制度，個別化評估每一位病人的狀況，轉介其至適當機構，獲得康復歷程所必要之資源。</p> <p>6．一直以來病人、家屬與社會，有依賴醫院的習性，大眾對於社區照顧必然會有轉型時的疑慮，因此需要透過社區心理衛生中心的專業團隊，以專業且公正客觀的立場，來協助建立轉介與流通制度。</p> <p>7．轉介制度可以幫助改善目前社區</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
		<p>中嚴重病人無處可去，而醫院卻留置功能佳應回歸社區之病人的荒謬現象，也可以扭轉醫療體系過早放棄嚴重病人，使得禁錮病人且專業與照顧人力不足的長期療養性病床不斷增加，加深健保財政惡化的危機且有侵害人權之虞。</p> <p>8. 輔導慢性病人就業時，常會發現病人有情緒的起伏，需要與了解他的門診醫師或其他專業人員聯絡，協商處理的方法。但是醫院裏面並沒有就業輔導員可以接洽的對口單位，就業輔導員不容易連絡上醫師或其他專業者，難以達到輔導就業的成效，因此，增列第三項，明定勞政主管機關得動用就業基金，補助這一部份個案聯繫所需的費用。如此，醫院可以在社服或職能治療科室裏，設立對口單位，即時提供就業輔導單位所需要的專業諮詢。能夠適當掌握病人的情緒變化，精神障礙者的就業服務也才能夠達到好的效果。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第九條</p> <p>各級主管機關應獨立編列預算並設專責單位，鄉〈鎮、市、區〉衛生所應置專人，辦理本法各項業務。</p> <p>前項人力配置，應對應於轄區內病人人口數，足額編列。</p>	<p>第九條</p> <p>中央及省〈市〉衛生主管機關應設專責單位，縣〈市〉衛生主管機關及鄉〈鎮、市、區〉衛生所應置專人，辦理精神疾病防治及研究有關業務。</p>	<p>1. 精神、心理衛生業務龐大，目前中央與地方業務，分別附屬於衛生署醫政處第四科與衛生局的心理衛生股，中央僅有四人，地方不即二人，而且還是這些人諸多業務之一而已，人力顯然不足。本次修訂，要求本法業務應獨立編列預算，專責單位與專人之人力數，並且應該對應於病人人口數，而有適當的調整。</p>
<p>第十條</p> <p>直轄市及縣〈市〉政府應設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，包括：精神保健知識之推廣、病人福祉之規劃研究與推廣、精神心理衛生資源轉介服務、病人家屬與親友之諮詢服務、心理治療與諮商服務、協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導、支援轄區內警、消等各目的事業主管機關從業人員的精神疾病認識訓練、支援重大意外災害發生後社</p>	<p>第十條</p> <p>直轄市及縣〈市〉衛生主管機關得設社區性心理衛生中心，負責推展心理衛生保健有關工作，並協助教育主管機關推動各級學校心理衛生教育及輔導。</p>	<p>1. 精神衛生法立法已逾十年，卻見不到政府有系統的推廣精神保健知識，也等不到心理、社工等專業資源釋出的直接服務，民眾期盼甚殷，不應該再任由各級政府可做可不做，爰將「得設」改為「應設」以孚民望。</p> <p>2. 在社會競爭壓力與日俱增的今天，心理衛生資源日益重要，是社會人際和諧安寧的重要預防資源。因此增訂第四項，設定每百萬人口應至少有一所的下限。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>區居民之創傷輔導以及搶救人員之心理輔導。</u></p> <p><u>衛生署應設立心理衛生局，其職責包括：支援地方社區性心理衛生中心之從業人員訓練、支援各地監所、法院、軍隊等司法與國防單位所需之精神衛生教育宣導及心理諮商服務、支援重大意外災害發生後國民之創傷輔導以及搶救人員之心理輔導、評估全國精神衛生相關專業領域之人力資源供需情形，提出人才培育建議供教育主管機關參考。</u></p> <p><u>前項心理衛生局之組織法由中央主管機關定之。</u></p> <p><u>心理衛生局，應於本法修正施行後一年內設置完成，社區性心理衛生中心應於二年內設置完成，且不得低於每百萬人人口一所。</u></p> <p><u>心理衛生局所需經費，由中央主管機關逐年編列預算執行，社區性心理衛生</u></p>		<p>3. 在地方，處理嚴重病人強制送醫時（參考第二十二條），需要警察與消防單位的配合，在中央，軍隊、監所與司法審判體系中，會遇到為數不少的精神病人或者是有具罹病傾向的人，這些目的事業主管機關各單位的從業人員，都很需要加強本身對精神疾病、病人與家屬處境的認識，才能夠安全且順利的完成任務，並協助防止精神衛生的惡化，且避免對消費者（病人與家屬）的二次傷害，故將對這些機構從業人員精神衛教訓練的責任，分別歸屬給社區及國家心理衛生中心辦理。</p> <p>4. 精神疾病未康復時，承受痛苦的不只是病人，還有病人的家屬與親友，他們也承受著重大的壓力，雖然病人的康復過程，非常需要家屬與親友的協助，但是他們一般都缺乏精神疾病的相關知識，也缺乏與病人相處的技巧，而門診時因為家屬只是陪同者而非就診</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>中心所需經費，由中央政府視地方政府財政情況，每年最低補助三分之一最高補助百分之六十，其餘經費由地方政府逐年編列預算執行之。</p>		<p>的病人，因此醫師一般無法多花一些時間來協助家屬解除壓力或者學習幫助病人的技巧，為補現行醫療體系之不足，因此責成社區心理衛生中心，提供病人家屬與親友必要的諮商服務。</p> <p>5：依據臺大醫院吳英彰教授及其學生的研究，我國即使不看社區中的需求，光只是醫療院所之中，就需要數千名的臨床心理工作者，但是事實上全國目前卻只有三百多名從業人員，心理專業人力嚴重不足，確有必要列入高等教育的人才培育重點，因此增列國家心理衛生中心，有責任評估精神相關專業領域人才供需之情況，提供給教育主管機關，作為高等教育人才培育之參考。</p> <p>6：近年來空難、地震、水災等重大天災人禍不斷發生，每次事故發生後，只見到未經專業訓練的宗教人士穿梭於現場，只聽到國軍兄弟在沒有心理建設的情況下出勤，因為不斷接觸死屍</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
		<p>而精神恍惚，乃至於發作精神疾病的消息；專業的支援，永遠「遲到」和「不足」，令人感嘆。為此，增訂國家與社區心理衛生中心為專責支援的單位，希望平時就能儲備專業人力，緊急時可以在第一時間支援災害現場，即時的輔導受災者以及支援的警消和國軍人員。</p> <p>7：行政院衛生署民國八十二年一月發行的「精神疾病防治工作計劃」中第一頁就提到，全國要「成立社區心理衛生中心三十八所」，十餘年來無所建樹，早期成立的幾家中心多半被醫院吸收而關門，為避免重蹈行政效率不彰之覆轍，一方面增列第四項明訂政府需編列相應預算，二則於第三項明定國家及地方心理衛生中心成立之時限，另外並將心理衛生中心所應擔負的責任，列舉說明以求明確，俾方便其設立後之運作。</p>
<p>第十一條</p>	<p>第十一條</p>	<p>1：參照「身心障礙者保護法」及「家</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>各級主管機關應設精神疾病防治委員會，以監督本法的推行，並檢討精神疾病防治政策、評估防治效能。</p> <p>前項中央級精神疾病防治委員會組織規程，由中央主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之；各縣市精神疾病防治委員會組織規程，由直轄市、縣（市）政府定之。</p> <p>第一項之防治委員會以衛生主管機關之行政首長為主任委員，委員應包括社政、勞政及教育主管機關，並應有三分之一為病人、家屬、或相關公益團體代表（非病人及家屬之公益團體代表不得超過一席），三分之一為精神衛生相關專業領域代表，並應有至少一名的精神社區保健機構代表。直轄市及縣市防治委員會並應有社區參與席次。</p> <p>委員會應定期召開，並得視需要加開臨時會，或要求其他各目的事業主管機</p>	<p>各級衛生主管機關得設精神疾病防治審議委員會，審議精神疾病防治事項。</p> <p>前項中央衛生主管機關精神疾病防治審議委員會組織規程，由中央衛生主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之；各級地方衛生主管機關精神疾病防治審議委員會組織規程，由省（市）衛生主管機關擬訂，報請權責機關核定後發布之。</p> <p>第一項之審議委員會委員，至少應有三分之一以上為法律專家、臨床心理學者及社會工作人員。各級衛生主管機關設精神疾病防治審議委員會之前，或未能設精神疾病防治審議委員會時，得由醫事審議委員會負責審議。</p>	<p>「家庭暴力法」之推行，為提高本法施行效能，委員會之功能應不止於「審議」既有事項，爰參考「家庭暴力防治委員會」及「身心障礙者保護委員會」之組織方式及功能職掌，強化精神疾病防治委員會之功能。</p> <p>2. 本法已頒行十一年，地方政府應已累積相當經驗，為落實地方自治之精神並符合地方民眾的期待，由以往消極性的鼓勵地方政府「得設」改為積極性的要求「應設」防治委員會。</p> <p>3. 精神疾病防治事務，需要更多第一線意見的加入，故㊸加大委員的代表層面，㊹參考國外做法，提高最瞭解自身需求的消費者席次㊺刪除法律專家席次（法律問題可洽詢政府中的法規會等幕僚單位）㊻增加社區保健機構、公益團體及社區代表之席次，俾博採眾議避免閉門造車與需求脫節，也可收整合</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>關列席報告或參與討論。</u></p>		<p>社會共識之效。</p> <p>4. 精神疾病防治、病人福祉保障事務，常需跨部會跨局處的處理，因此增列第三項，明定其他目的事業主管機關必要時派員與會報告與討論之責。</p>
<p><u>第十一條之一</u></p> <p><u>內政部、直轄市及縣(市)政府，應設精神疾病患者人權保障委員會，受理病人及家屬或照顧者所提出，有關病人遭受歧視、不公平對待及精神醫療疏失等權益受損害案件之申訴。</u></p> <p><u>前項精神疾病患者人權保障委員會組織規程，由內政部擬訂，報請行政院核定後發布之；各縣市精神疾病患者人權保障委員會組織規程，由直轄市、縣(市)政府定之。</u></p> <p><u>申訴案經本委員會決議確認成立後，委員會應協助申訴案之被害人，對侵權人提出告訴或其他適當之法律上</u></p>		<p>1. 病人為社會中之弱勢者，社會上又常因偏見與習慣而歧視病人，許多病人遭受歧視或不公平對待後，沒錢、沒人無法採取行動，只能吃悶虧，為保障病人權益，爰增訂本條，設立病人人權保障委員會，並且要求當申訴案為有理由時，病人人權保障委員會應協助申訴人打官司，病人無力負擔訟費者，並應由內政主管機關補助訴訟所需費用。希望藉本條之增訂，能夠引起社會大眾注意，避免無意或惡意的歧視病人，對我國病人人權之提昇，有宣示性作用。</p> <p>2. 原第十一條之精神疾病防治審議委員會也有處理病人申訴案的功能，故設有法律專家席次，然而本次修訂後的</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>救濟，以回復被害人之工作、名譽、並賠償其損失。被害人無經濟能力者，應由前項主管機關補助訴訟所需之費用。</p> <p>第一項之精神疾病患者人權保障委員會主任委員為社政主管機關代表，委員應包括病人代表、家屬代表、衛生主管機關代表、法律專家、人權團體代表及社會公正人士代表。</p>	<p>現行條文</p>	<p>防治委員會，主要職責乃在於監督政府落實本法之推行，非法律專家之所擅長，因此防治委員會刪除法律專家之席次，而增列本第十一條之一，另設處理申訴案件的人權保障委員會，有申訴案時才做召集，以符實際所需。</p> <p>3：申訴委員會屬社政主管機關之應辦事項，理由是：⊖病人的申訴對象，許多時候會是為其提供服務的精神醫療院所，需要避免衛生、醫療機關球員兼裁判，以求客觀。⊙病人權益受損事件中，有很多是財產侵占等社會事件，宜由有處理民間事務經驗的社政單位為之。</p>
<p>第十二條</p> <p>各級政府應按需要，設立或獎勵民間設立，支持病人就醫、回歸社區、就業、居住與安養所需之精神醫療機構、精神社區保健機構、心理衛生輔導機構，以及無自我照料能力病人的</p>	<p>第十二條</p> <p>各級政府應按需要，設立或獎勵民間設立精神醫療機構、精神復健機構及心理衛生輔導機構。</p> <p>精神醫療機構之設置及管理，依</p>	<p>1：病人需要由醫療、復健到居住與安養整個全人系列的機構服務，凡此均需要政府與民間的資源投入與倡導。精神社區保健機構之定義，詳第六條。</p> <p>2：衛生署所定的復健機構設置與獎勵辦法，多年以來難以吸引民間資源投</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>長期養護機構。</p> <p>精神醫療機構之設置及管理，依醫療法規定。精神長期養護機構之設置及管理辦法由中央主管機關定之。醫療、養護之外的各類精神社區保健機構與心理衛生輔導機構，其設置、管理及獎勵辦法，一定規模以上者由中央主管機關定之，小規模者由直轄市、縣（市）政府視需要自行定之。</p> <p>非醫療院所而申辦第一項醫療機構以外之其他機構者，得適用第八條第二項及第三項之規定，向衛生署申請醫療發展基金之貸款與補助。</p>	<p>醫療法規定：精神復健機構及心理衛生輔導機構之設置、管理及獎勵辦法，由中央衛生主管機構定之。</p>	<p>入社區復健，成效不彰，而所謂的獎勵民間設置心理衛生輔導機構，更只是空話一句未曾擬定辦法，為落實地方自治精神並鼓勵民間資源投入，特放寬將一定規模之下的保健機構，由地方政府視其需要，自行訂定設置與獎勵辦法。各類機構規模大小之劃分，另訂於本法之施行細則。</p> <p>3：病人若沒有好的社區照顧會反覆發作，帶來昂貴的醫療與社會成本，因此，「預防」與「治療」對於精神疾病而言，有同等的重要性；而我國自八十年代初期，即以擴充精神科病床為施政目標，十餘年來，病床數之擴充已有成效，順應世界潮流以及精神科藥物與治療方式之推陳出新，展望未來擴增病床已非首要之務，社區資源之加強，才是往後的施政重點；為此，本條增列要求准許非醫療院所者，亦得申請醫療發展基金之補助，俾充實社區中協助病人的</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>第十二條之一</u></p> <p><u>各級主管機關應積極推動，第六條第二項之各類社區照顧服務。</u></p> <p><u>各直轄市、縣市應設足夠數量之非居住性之社區復健機構與庇護性工作場所，其密度應達每一鄉（鎮、市、區）至少各有一所。</u></p> <p><u>各直轄市、縣市應設足夠數量之慢性病人居住性設施如團體家庭、康復之家、其他病人的社區居住場所，以及失能病人於社區中的安養機構。</u></p>		<p>設施。</p> <p>1. 本條增列。</p> <p>2. 醫療院所以外的精神保健機構設置，分為居住性與非居住性二類，分別說明其設置需求。</p> <p>3. 不論公辦或民營，明定社區復健機構與庇護性工作場所設立密度之政府應達成目標，以求落實本法之執行成效。</p> <p>4. 病人雖離開家庭居住，但仍有與家人互相探望的需要，以穩定病人情緒避免其退縮、憤恨、或自殺，因此各縣市均應有相關之居住與安養設施，方便親友探問，使病人不被社會所遺棄。</p>
<p><u>第十二條之二</u></p> <p><u>各精神醫療機構、精神社區保健機構、精神長期養護機構、或依其他法令設立而有容留或安置病人之機構，無論規模大小，均有責任按第三十五條規定</u></p>		<p>1. 本條增列。</p> <p>2. 目前社區復健機構、康復之家屬於「醫療機構」，其評鑑權原本在衛生署，但是醫療法中所考核評鑒者，卻只有醫療院所，致使衛生署從未對已立案</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>各級主管機關之考核評鑑，經考核評鑑如有疏失者並應限期改正，以做為獎、懲或請領政府補助及保險給付之依據。</p> <p>精神社區保健機構、精神長期養護機構，未依第十二條取得開業執照者，該機構座落地之直轄市或縣(市)政府應限期輔導其立案或予以強制解散。限期輔導立案者，期限不得超過一年。</p>		<p>的復健機構與康復之家，進行全面評鑑（遲至九十二年底才開始試評「自願」接受評鑑之機構），沒有品質的控管、沒有獎懲。但，病人本身在機構中處於弱勢，機構的品質，對其人權與身心健康之維護均相當重要，主管機關的品質監督非常重要。因此，增列中央與地方政府均有對精神相關機構的評鑑考核權，雙重監督，俾杜絕包庇的可能性。同時為避免依其他法律設立之機構，容留與安置病人卻未受監督，因此明定無論何種機構，只要有服務病人者，均有義務依本法接受考核與評鑑。</p> <p>3. 考慮現有一些未立案機構，反而無法可管的現實，明定其接受政府評鑑與輔導立案的義務，以及地方政府應展現公權力，解散未立案者之責任。</p>
<p>第十三條</p> <p>為提供整體性、連續性之精神疾病防治工作，中央衛生主管機關得依人口及</p>	<p>第十三條</p> <p>為提供整體性、連續性之精神疾病防治工作，中央衛生主管機關得</p>	<p>1. 台灣面積不大，又有手足之間共同分攤家庭負擔的美德，因此病人常往來於散居各縣市的親友之間，緊急送</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>醫療資源分布情形，劃分醫療責任區域，建立區域性精神疾病預防及醫療服務網，並訂定計畫實施。<u>前述服務網之協調、聯繫、調度與跨區域合作辦法，由中央主管機關定之。</u></p> <p>地方主管機關為推行第九條至第十一條之二業務，如經費不足時，得由中央主管機關或目的事業主管機關編列預算補助之。</p>	<p>依人口及醫療資源分布情形，劃分醫療責任區域，建立區域性精神疾病預防及醫療服務網，並訂定計畫實施。</p> <p>各級地方衛生主管機關為推行第九條至第十二條業務，如經費不足時，得由中央衛生主管機關編列預算補助之。</p>	<p>醫，或者轉院治療等，常需跨縣市安排，但目前實務上，總是遇到各縣市警、消或醫療院所等，不願跨區協助的問題，爰將其跨區協調責任，明定由衛生署負責之。</p> <p>2. 本次修訂已指出，精神疾病的防治並非政府之中，衛生主管機關單一部門的責任，因此預算之編列與協助，亦應打破只由衛生機關負責的迷思，以整合政府資源，有效運用，俾收成效。</p>
<p>第三章 保護及醫療</p>	<p>第三章 保護及醫療</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第一節 病人之保護</p>	<p>第一節 病人之保護</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第十四條</p> <p>罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，其法定代理人、配偶或家屬，應協助其就醫，如經專科醫師診斷係屬嚴重病人，應置保護人。</p> <p>前項保護人，應依左列順序定之：</p> <p>一、 監護人。</p>	<p>第十四條</p> <p>罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，其法定代理人、配偶或家屬，應協助其就醫，如經專科醫師診斷係屬嚴重病人，應置保護人。</p> <p>前項保護人，應依左列順序定之：</p>	<p>1. 提供病人居住之機構日益增多，為避免如過去龍發堂之收容機構，拒絕病人就醫權利的流弊，爰將容留病人居住機構之負責人亦列為保護人，要求其有協助病人就醫之義務，以保障人民精神健康。</p> <p>2. 配合第七條，增訂照顧者得於向</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>二、配偶。</p> <p>三、父母。</p> <p>四、家屬。</p> <p>五、<u>照顧者</u>。</p> <p>六、<u>容留病人生活居住機構之負責人</u>。</p> <p>前項同一順序中有數人時，以親等近者為先；親等相同或非親屬者，以年長者為先。</p> <p><u>照顧者欲任第一項之保護人者，需向病人戶籍所在地之衛生主管機關辦理登記。</u></p>	<p>一、監護人。</p> <p>二、配偶。</p> <p>三、父母。</p> <p>四、家屬。</p> <p>前項同一順序中有數人時，以親等近者為先；親等相同或非親屬者，以年長者為先。</p>	<p>衛生主管機關登記後，自願任保護人擔負照顧之責任。</p> <p>3：第十九條保護人賠償責任應配套刪除。</p>
<p>第十五條</p> <p>不能依前條及第十六條規定置保護人時，應由其戶籍所在地之直轄市或縣〈市〉政府首長為保護人；戶籍所在地不明者，由其住所或居所所在地之直轄市或縣〈市〉政府首長為之。</p>	<p>第十五條</p> <p>不能依前條規定置保護人時，應由其戶籍所在地之直轄市或縣〈市〉衛生主管機關指定人員為保護人；戶籍所在地不明者，由其住所或居所所在地之直轄市或縣〈市〉衛生主管機關為之。</p>	<p>1：配合第二條對主管機關之定義修正之。</p> <p>2：保護人責任重大，目前指定衛生所護士或社工員擔當的方式，並不合適，並常因其猶豫反而產生延誤，故參考日本做法，以地方首長作為保護人。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第十六條</p> <p>左列之人，不能為保護人：</p> <p>一、未成年人。</p> <p>二、受禁治產宣告，尚未撤銷者。</p> <p>三、受停止全部或一部親權之宣告，或經由親屬會議撤退其監護人資格者。</p> <p>四、與病人涉訟，其利益相反，或有其他情形足認其執行保護職務有偏頗之虞者。</p> <p>五、體力或能力不足以執行保護職務者。</p> <p>保護人有前項第四款或第五款情形之一者，病人之親屬或利害關係人，得向法院聲請另行選定保護人。</p> <p><u>照顧者任保護人而有第一項各款情事者，衛生主管機關得依職權或依聲請撤銷其保護人之登記。</u></p>	<p>第十六條</p> <p>左列之人，不能為保護人：</p> <p>一、未成年人。</p> <p>二、受禁治產宣告，尚未撤銷者。</p> <p>三、受停止全部或一部親權之宣告，或經由親屬會議撤退其監護人資格者。</p> <p>四、與病人涉訟，其利益相反，或有其他情形足認其執行保護職務有偏頗之虞者。</p> <p>五、體力或能力不足以執行保護職務者。</p> <p>保護人有前項第四款或第五款情形之一者，病人之親屬或利害關係人，得向法院聲請另行選定保護人。</p>	<p>1. 配合第七條增訂照顧者，本條增訂第三項，規定照顧者與家屬一樣，不得為保護人之限制條件。</p>
<p>第十七條</p>	<p>第十七條</p>	<p>1. 除本次第七條增訂照顧者要求登</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>保護人不履行或無法履行責任時，主管機關得依第十五條由地方政府首長出任保護人，逕行代行保護人職責。政府首長為執行保護人職責，得指定專人代理。</p>	<p>依前三條規定為保護人，非有事實足認其不能執行保護職務時，不得辭其職務。</p>	<p>記外，其他保護人依本法，並不需要登記，暨無須登記，何來不得辭職之說，向誰辭職？故主張刪除本條。</p> <p>2. 歐美國家家屬支持力弱者，尚且未苛責家屬任何責任，我國民情家屬給與病人之支持已強過其他國家，生病並非家屬做壞，不應給與不公平之責任。又，嚴法只會讓缺乏支持信心的家屬，更害怕承接對病人的負擔，因此而不願與病人「共同生活」(詳第七條本法對家屬的定義)，本條原規定反而變相鼓勵親友離棄病人，任由其自行生滅。</p> <p>3. 實務上有些保護人拒絕履行責任，或者是以一己之偏差意見，限制病人就醫權益。惟病人權益與就醫之必要，不宜受保護人怠惰而有所影響，故明定政府得介入剝奪保護人保護權力之彈性。</p>
<p>第十八條</p>	<p>第十八條</p>	<p>1. 課以保護人責任的同時，政府應當給與相應的資源協助。否則面對缺乏</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>除民法另有規定外，保護人在得請求政府單位協助的前提下，履行左列義務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、促使病人接受治療，避免傷害他人或自己；必要時，依專科醫師診斷或鑑定結果，協助病人辦理住院。 二、病人住院時，協助醫事人員進行治療。病情穩定或康復時，依醫師指示辦理出院。 三、病人出院後，協助其繼續接受門診、社區復健、居家治療及教育訓練或就業輔導。 	<p>除民法另有規定外，保護人應履行左列義務：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、促使病人接受治療，避免傷害他人或自己；必要時，依專科醫師診斷或鑑定結果，協助病人辦理住院。 二、病人住院時，協助醫事人員進行治療。病情穩定或康復時，依醫師指示辦理出院。 三、病人出院後，協助其繼續接受門診、社區復健、居家治療及教育訓練或就業輔導。 	<p>病識感的病人，家屬與其他人都一樣，並無特殊的能力或權利，如何能達成本條的要求，原文規定，豈非陷家屬於罪，而且更助長了社會對家屬的誤解，誤以為病人會出事情，都是家屬的錯，使得家屬被污名與歧視，實有違公理與人權，且讓家屬成為政府施政不力的代罪羔羊。</p>
<p><u>第十八條之一</u></p> <p>因病人心神狀況惡化，致保護人無力履行本法對保護人所課義務時，保護人得向地方主管機關請求協助，地方主管機關不得拒絕保護人前述請求。</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. 本條增列。 2. 協助狀況嚴重的病人就醫，並非保護人個人意志即能完成，發病狀況的嚴重病人拒絕配合時，尚需專業或有經驗人士之共同協助，故明定政府統合資

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>各目的事業主管機關發現保護人有前述困難時，應依職權即時通知地方衛生主管機關，地方衛生主管機關知悉前述情形者，應依職權聯絡保護人並提供協助。</p>		<p>源提供協助之責任。</p> <p>3：危險狀態的嚴重病人，需要第一線的醫療搶救，因此明定負責提供保護人協助的主管機關為衛生單位。明定當警察或里長等單位，知悉保護人需要幫助時，應通報衛生主管機關，即時提供協助。</p> <p>4：本條配合第七條、第二十二條之一等與保護人相關規定之增修，一方面政府提供協助，一方面病人的照護者增加，才能真正避免病人流離失所，於社會安全、病人人權上，都可以有更多的改善與進步。</p>
<p>第十九條 (刪除)。</p>	<p>第十九條 病人之法定代理人或配偶，未依第十四條第一項規定協助其就醫，或依第十四條所置之保護人，違反前條第一款規定，致病人侵害他人權益時，應與病人連帶負損害</p>	<p>1：精神病人心神耗弱或喪失所產生之不當行為，係疾病所致，並非家屬之故意，即便是江洋大盜殺人，亦未聞需家屬賠罪者，原條文歧視病人家屬至為不當，等於由政府領頭，誤導社會大眾，以為精神疾病是教養問題，殊不知精神疾病是生理疾病，不論貧富貴賤或</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
	<p>賠償責任。但保護人執行保護職務已盡相當之注意，或縱加以相當之注意，仍不免發生損害者，不負賠償責任。</p> <p>前項之病人及其法定代理人、配偶或保護人，均無資力負擔損害賠償時，對於被害人之生命、身體、健康之損害，中央主管機關應予以適當之扶助與救濟。</p> <p>病人之法定代理人、配偶、保護人依法免責時，準用第二項之規定。</p>	<p>出生教養，都有可能患病，患病並不是家屬教養失當所引起。</p> <p>2：舉證之所在即敗訴之所在，為司法實務界所深知，原條文雖有保護人已盡注意或縱有注意而仍不免發生損害時不負賠償責任的規定，但保護人負有舉證之責任，使該條文形同虛設。</p> <p>3：我國目前已有犯罪被害人求償制度，得以救濟受犯罪侵害者之損失，無須對精神病人之犯罪行為另立規章。</p> <p>4：依前述公平與救濟原則，爰刪除本條規定。</p>
<p>第二十條</p> <p>監獄、看守所、少年觀護所、少年輔育院、感訓處所、保安處分處所及其他以拘禁或感化為目的之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所提供醫療，或護送協助其就醫。該項醫療資</p>	<p>第二十條</p> <p>監獄、看守所、少年觀護所、少年輔育院、感訓處所、保安處分處所及其他以拘禁或感化為目的之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所提供醫療，或護送協助其就</p>	<p>1：報載如綠島等監所，對精神疾病患者提供的治療協助不足，會加重病情，因此應強調其醫療不得中斷。</p> <p>2：一般人犯罪，服刑可以幫助其自新，精神病人犯罪，服刑只是使其症狀惡化而已，若無適當醫療一旦服刑期滿對社會治安反可能影響更大，最重要的</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>源之提供，於受刑人未痊癒或未服刑期滿前，不得中斷。</u></p> <p>社會福利收容機構、安養機構及其他容留民眾長期生活居住之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所協助其就醫。</p> <p>犯罪嫌疑人如有精神疾病或疑似精神疾病者，司法機關應送請精神鑑定，鑑定應由二位以上專科醫師為之。</p> <p>第一項第二項病人經專科醫師診斷認係屬嚴重病人，除依第十四條規定置保護人外，該機構或場所應通知其法定代理人、配偶、家屬或照顧者，並予必要之協助。</p> <p>病人於離開第一項、第二項之機構或場所後，該機構或場所應即通知其戶籍所在地或住〈居〉所所在地之直轄市或縣〈市〉衛生主管機關予以追蹤保護，</p>	<p>醫。</p> <p>社會福利收容機構、安養機構及其他容留民眾長期生活居住之機構或場所，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由該機構或場所協助其就醫。</p> <p>犯罪嫌疑人如有精神疾病或疑似精神疾病者，得由司法機關送請精神鑑定，鑑定應由二位以上專科醫師為之。</p> <p>第一項第二項病人經專科醫師診斷認係屬嚴重病人，除依第十四條規定置保護人外，該機構或場所應通知其法定代理人、配偶或家屬，並予必要之協助。</p> <p>病人於離開第一項、第二項之機構或場所後，該機構或場所應即通知其戶籍所在地或住〈居〉所所在地之直轄市或縣〈市〉衛生主管機</p>	<p>還是應該要戒護治療，才是將來維持社會安定的基礎。因此嫌疑犯有精神症狀者，一律都應進行精神鑑定，故將「得」鑑定改為「應」鑑定。已服刑之病人，更需持續給與精神醫療與心理輔導。</p> <p>3. 明定司法主管機關應編列足額預算，俾保護病人人權，並協助司法體系收容之病人與疑似病人，僅早就醫獲得協助，避免因為拖延病情，而帶來個人、家庭與國家的更大負擔。</p> <p>4. 藥物與毒品濫用情形日益嚴重，我國配合世界潮流，煙毒犯應該以「病人」而非「罪犯」對待，對戒毒者而言，戒護治療長遠的效果勝於蹲勞房。但是目前，戒護治療並無適當場所，事實上，多數仍是待在看守所待過，因此增列第六項，要求司法機關早日補足此部份所需要的人力與設施。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>並給予必要之協助。</p> <p>司法主管機關應編列足額預算，以落實前述各項安排醫療資源、精神鑑定、戒護治療、通知聯繫等所需之人力物力經費。</p>	<p>關予以追蹤保護，並給予必要之協助。</p>	
<p>第二十條之一</p> <p>役男服役時，如有罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，應由所屬軍隊提供醫療，或護送協助其就醫。該項醫療資源之提供，於役男未服役期滿前，不得中斷。</p> <p>役男服役時因精神疾病而停役或退役者，所屬國防主管機關應於病人停、退役時，通報役男戶籍所在地或住〈居〉所所在地之直轄市或縣〈市〉衛生主管機關，追蹤輔導並提供協助。</p>		<p>1. 本條增列。</p> <p>2. 精神疾病好發於青年期，而役男當兵時又需承受極大壓力，因此許多有情緒障礙（嚴重心理問題）或輕度精神疾病者，服役後均爆發精神疾病或者是病情急速惡化，因此比照前條，強調軍中提供醫療資源，不得中斷。</p> <p>3. 役男在軍中發病而停役者人數眾多，需要後續的衛生體系追蹤協助，才能即時挽救其精神健康，確保病人及他人的安全，因此比照前條，增修停、退役後，通報住居所衛生機關的義務。</p>
<p>第二節 強制鑑定及住院治療</p>	<p>第二節 強制鑑定及住院治療</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第二十一條</p>	<p>第二十一條</p>	<p>1. 刪除「明顯」二字。因嚴重病人</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>嚴重病人如有<u>傷害他人或自己之虞，或嚴重喪失自我照顧能力，或有傷害行為時</u>，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。</p> <p>前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。</p> <p>前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間，以七日為限。</p>	<p>嚴重病人如有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，經專科醫師診斷有全日住院治療之必要者，保護人應協助病人，前往精神醫療機構辦理住院。</p> <p>前項嚴重病人不接受全日住院治療時，應由二位以上專科醫師鑑定，經書面證明有全日住院治療之必要者，應強制其住院；其強制住院，應在中央衛生主管機關指定之精神醫療機構為之。</p> <p>前項鑑定，以全日住院方式為之者，其住院鑑定期間，以七日為限。</p>	<p>強迫送醫時，部分醫院會要求有「明顯」事故發生方收案，但若「明顯」有傷害行為時，傷害行為已經發生，與本法防範未然的意旨未合。</p> <p>2. 有些病人並無自殺或傷人傾向，但經年累月足不出戶，喪失自我照護能力，亦有強迫送醫治療的必須性，爰將此類情況增列入強制送醫的範疇。</p>
<p>第二十二條</p> <p>警察機關於發現或接獲通知，罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，有<u>傷害他人或自己之虞，或嚴重喪失自我照顧能力，或有傷害行為時</u>，除本法或其他法律另有規定外，應即護送</p>	<p>第二十二條</p> <p>警察機關於發現或接獲通知，罹患精神疾病或疑似罹患精神疾病者，有明顯傷害他人或自己之虞，或有傷害行為時，除本法或其他法律另有規定外，應即護送</p>	<p>1. 第一項同第二十一條，刪除「明顯」二字，服務對象並增加不能自理生活者。</p> <p>2. 增列第三、四項。</p> <p>3. 消防署已獨立於警察體系之外，但緊急送醫需要消防署119救護車</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>前往中央衛生主管機關指定之精神醫療機構診療，並應立即通知當地衛生主管機關；其身分經查明者，應立即通知其保護人、家屬或照顧者。</p> <p>前項病人經專科醫師診斷屬嚴重病人，有全日住院治療之必要時，依前條規定辦理。</p> <p>警察機關執行第一項任務需消防機關救護配合者，後者不得拒絕。應保護人要求或應實況需要，消防機關亦得獨立護送有第一項需求者就醫。警察或消防機關執行第一項任務，遇特殊情況需醫護專業人員配合護送時，得向第二十二條之一規定之緊急救護團隊請求支援，或向第一項指定之精神醫療機構請求支援，該醫療院所不得拒絕。</p> <p>協助緊急送醫之警、消人員，應由衛生主管機關或社區心理衛生中心安排</p> <p>在職訓練，俾使其認識精神疾病、瞭解病人特性及家屬處境等，以順利執行職</p>	<p>前往中央衛生主管機關指定之精神醫療機構診療，並應立即通知當地衛生主管機關；其身分經查明者，應立即通知其保護人或家屬。</p> <p>前項病人經專科醫師診斷屬嚴重病人，有全日住院治療之必要時，依前條規定辦理。</p>	<p>之配合，爰修法明定其責任。</p> <p>4：警消人員因為對精神疾病無所體會，所以出勤時言語二度傷害病人家屬之情形，時有所聞，同時也因為對病人特性缺乏了解，所以有時候會防護過當，傷害病人，因此適當的在職訓練是絕對有必要的。爰配合第十條社區心理衛生中心設置之修訂，要求心理衛生中心協助編列教材，提供警消人員在職訓練，警消人員則有接受訓練的義務。</p> <p>5：緊急救護系統參見第二十二條之一、第十八條之一的增訂。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>務。</p> <p><u>第二十二條之一</u></p> <p>直轄市、縣(市)政府應統一警察、消防、衛生、社政及醫療機關事權，設<u>緊急救護團隊</u>，提供民眾「精神疾病緊急救護」二十四小時全年無休之單線電話報案服務，專責協調警察、救護車、醫療院所、衛生所、社福專業人員及民間志工等，視需要組合適當人員共組團隊出勤，俾協助民眾即時、有效處理<u>第二十一條所述之緊急狀況</u>。</p> <p>保護人得衡量病人發病地點，擇定一地方主管機關請求援助，該直轄市或縣(市)政府不得拒絕，但得商洽其他地方主管機關共同協助辦理。跨縣市求援系統設置管理辦法由中央主管機關定之。</p> <p>前二項所須之醫護人力，由衛生署指派<u>第二十一條第二項之精神醫療機構</u></p>		<p>1. 本條增列。</p> <p>2. 目前緊急送醫，需要民眾自行聯絡警察局、消防局或救護車，乃至醫療院所，於緊急狀況時耗費時間，且遇有暴力行為者，受困的家屬或民眾要能脫困多方聯繫更形困難，致無法有效防止傷害發生，爰要求政府設置「精神疾病緊急救護」中心，比照現有的「三三三」、「一一九」等報案專線，擇一簡單好記的號碼，讓民眾可以專線報案，由專線背後的團隊負責協調處理，俾以有經驗的專業團隊，快速支援處理，避免災害的發生。</p> <p>3. 精神病人常會自行遷徙居住地點(如在眾多家屬住所間徘徊)，或者在精神恍惚狀態時，可能遊走住所之外的縣市，緊急狀況時，需要先就地處理，再做後續安排，但是現在常常遇到的狀況是，病人在甲縣市發病，醫院一聽病</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>配合參與。其他緊急救護所需人力，由直轄市、縣(市)政府訓練及調派。</p>		<p>人來自乙縣市，就會要家屬「帶回」乙縣市就醫，因此需增訂跨縣市協助的條款。</p> <p>4. 若干情況之下，需要有醫護、社工或心理背景的專業人員，或者是有經驗的病人或家屬，與病人溝通，以化解病人對強制送醫的敵意，降低警察人員所面對的傷害風險，故列入警消之外，醫護、社福單位人員及志工的配合出勤。</p> <p>5. 明定人力調派與訓練的地方與中央主管機關責任，俾利遵行。</p>
<p>第二十二條之二</p> <p>針對精神病人傷人或自傷之事故，中央主管機關應建立通報系統，彙集個案病人就醫與用藥資訊，由中央主管機關建立資料庫加以研究分析並深入了解國人體質對特定藥物的影響，透過醫療與保健體系，謀求改善之可能性。</p>		<p>1. 本條新增。</p> <p>2. 精神疾病之防治，需要累積訊息與經驗，才能訂出最符合實際需要的政策以及找出最有效的治療方式，或者是治療的通則。美國政府設有專門研究精神疾病的一些機構(如 National Institutes of Mental Health)可以從</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第一線處理事故之警察機關、消防機關、醫療院所與緊急救護團隊，應向各直轄市或縣(市)主管機關於第一時間通報事故，各直轄市或縣(市)主管機關則應調查與彙集相關就醫與用藥資料，轉呈中央主管機關通報資料庫。</p> <p>各機關於執行前述通報系統時，需遵守保密原則，通報經彙整之數據資料應刊載於公報向社會大眾公開俾利研究，但個案姓名等隱私資料，不得對外透漏。</p>		<p>事精神醫療的研究，我們目前沒有這樣的組織，只能期盼先建立通報資料，讓數字先說一些話，來幫助規劃未來的研究發展。</p> <p>3：目前精神科用藥，均係外國人所研發者，對於本國人之體質，或者需要有所調整注意，另外美國若干重大精神病人殺人事故，均被懷疑與病人所服用之藥物有相當程度關係，國內則缺乏這樣的調查研究，唯有透過通報系統建立資料庫，才能夠更有效的掌握國人對藥性的反應，更積極的維護國人之健康與安全。同時通過對於通報個案的檢討，前事不忘才能為後事之師，藉由檢討缺失，謀求改進，才能夠真正預防嚴重事故的發生。</p> <p>4：精神病人事故通報，應比照愛滋病通報等，注意保密原則，防止患者或其親友之姓名等隱私資料外洩。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第二十三條</p> <p>依第二十一條第二項規定之強制住院，其期間以三十日為原則，但經二位專科醫師鑑定，認有必要繼續住院治療者，應留院治療。嚴重病人不接受時，應強制其繼續住院，並通知其保護人或家屬及當地衛生主管機關。強制住院期間，每隔三個月，應依上述程序重新評估。</p> <p>強制住院處理急性症狀之後，若病人尚未達穩定康復狀態，原醫療機構或依第八條之一規定具轉介責任之機構，應視病人病情與生活狀況，優先將病人轉介同院或他院適當之急性、慢性、日間等病房，或轉介至適當之社區保健機構，繼續接受治療、復健與生活輔導。原醫療機構或依第八條之一規定具轉介責任之機構應通知第八條之一的個案管理員進行訪視與追蹤管理。</p>	<p>第二十三條</p> <p>依第二十一條第二項規定之強制住院，其期間以三十日為限。但經二位專科醫師鑑定，認有必要繼續住院治療者，應留院治療。嚴重病人不接受時，應強制其繼續住院，並通知其保護人或家屬及當地衛生主管機關。強制住院期間，每隔六個月，應依上述程序重新評估。</p>	<p>1. 強制住院受限於政府補助而不得超過三十日，使得許多嚴重病人略有起色就出院，尚無法獲得完整醫療協助建立病識感，一出院後旋即斷藥，造成反覆發病不斷住院的所謂「旋轉門現象」，最終反而花費了更多的醫療資源，而且拖延錯過病人康復的契機。因此，強制住院期限應依專業判斷，爰將三十日之「限」改為「原則」。</p> <p>2. 為保障病人人權，並反應健保已施行的要求，將重行評估時程，由六個月縮短為三個月。定三個月的原因，是因為以精神分裂症為例，一般必須持續服用藥物四到五週以上，才能夠看到藥效，所以一般住院投藥，大約經過一個半月如果發現所用的藥物不合適，病人沒有明顯的進步，換藥一次，需再經一個半月的觀察，等於說，如果一開始藥物反應不佳的病人，一次住院至少也需三個月的時間，才有可能找到合適的藥</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>精神醫療機構不得虛報強制住院員額。</u></p>		<p>物。</p> <p>3：要求醫療機構與政府，擔負起轉介嚴重病人繼續接受治療與復健的責任，俾使強制住院之醫療效果，能夠延續下去，減少資源浪費。</p> <p>4：未免不肖醫療機構浮報強制住院員額，榨取政府補助款，故明文禁止，違反者處罰之。(參照第四十四條)</p>
<p>第二十四條</p> <p>保護人因醫療、復健、教育訓練及就業輔導之目的，得限制嚴重病人之居住場所。但不得以強暴、脅迫或其他不正當方法為之。</p>	<p>第二十四條</p> <p>保護人因醫療、復健、教育訓練及就業輔導之目的，得限制嚴重病人之居住場所。但不得以強暴、脅迫或其他不正當方法為之。</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三節 精神治療業務</p>	<p>第三節 精神醫療業務</p>	<p>文字修改，強調多元治療的重要性。</p>
<p>第二十五條</p> <p><u>精神醫療型態包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健、居家治療及其他經法律或中央主管機關審查認可之精神衛生相關專業服務型</u></p>	<p>第二十五條</p> <p>精神醫療方式包括門診、急診、全日住院、日間或夜間住院、社區復健及居家治療。</p>	<p>1：醫療型態，增加其他專業經法律或衛生主管機關認可的服務提供型態。門診一對一的方式，難以提供職能與復健治療，也不敷成本，所以門診病人反而除了吃藥以外，不如住院病人有</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>態。</p> <p><u>精神治療方式，包括為病人提供之醫藥治療、心理治療、職能治療、工作治療、復健治療等，以及為病人家屬或照顧者提供之心理諮商、親屬協談或親職團體帶領等，或其他經法律或中央主管機關審查認可之治療方式。</u></p>		<p>多元的治療資源，造成病人或家屬希望病人多住院，加重健保與政府負擔的現象。因此消費者團體倡導，將職能、心理與復健治療帶入社區，以個別或團體的方式，由醫師以外的專業人士提供多面向的治療資源給病人。</p> <p>2：另外，病人的康復過程能否順利，亟需家屬的協助，但家屬並無這方面的專業與認知，所以如何透過「家屬協談」、或小規模的「親職團體」帶領等方式，指導並教育病人親屬，了解精神疾病，學會與病人相處的方式，非常重要。</p> <p>3：近幾十年來，精神醫學與治療有長足的進步，治療形式與方法之改革與創新，正所謂方興未艾，為免掛一漏萬，故醫療型態與治療方式，均增加其他衛生署或法律核可的項目，以保留未來創新治療的彈性。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第二十六條</p> <p>精神醫療機構應提供病人積極適當之治療，不得無故延誤。病人、病人家屬或照顧者，得要求醫療機構為病人直接提供或轉介其他機構提供一般治療之外的心理、職能或復健治療。精神醫療機構並應視需要或應要求提供親屬或照顧者協談服務。</p> <p>精神醫療機構遇有住院治療必要之病人而無足夠病床或病床已滿時，應透過精神醫療網或依第八條之一規定具轉介責任之機構，安排轉院服務；依第二十一條及第二十二條緊急送醫而未能安排即時住院者，應至少留置觀察四十八小時。</p> <p>精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知其本人及其保護人或本人及其家屬或照顧者辦理出院，不得無故留置病人。</p>	<p>第二十六條</p> <p>精神醫療機構應提供病人積極適當之治療，不得無故延誤。</p> <p>精神醫療機構於住院病人病情穩定或康復，無繼續住院治療之必要時，應通知其本人及其保護人或本人及其家屬辦理出院，不得無故留置病人。</p>	<p>1. 增訂消費者有得請求獲得醫藥以外其他專業治療之自主權，俾使病人增加康復機會，一方面也期以消費者之力量，來要求醫療院所增加專業人力，提高整體治療品質。</p> <p>2. 親屬協談之需要，參見第二十五條修法說明2。照顧者，雖未必與病人有親屬關係，因與病人關係密切，所以亦應獲得相關資源的協助。</p> <p>3. 增列第二項。轉介住院對於急性病人非常重要。要求衛生署督導之精神醫療網或依第八條之一所設置的轉介單位，擔負起應盡之責任。</p> <p>4. 原第二項變為第三項，內容不變以保障病人人權。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>人。</p> <p>第二十七條</p> <p>精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向其本人及其保護人或本人及其家屬或照顧者，說明病情、治療方針、預後情形、住院理由及其應享有之權利等有關事項。</p>	<p>第二十七條</p> <p>精神醫療機構診治病人或於病人住院時，應向其本人及其保護人或本人及其家屬，說明病情、治療方針、預後情形、住院理由及其應享有之權利等有關事項。</p>	<p>1. 配合第七條，增列照顧者之適用。</p>
<p>第二十八條</p> <p>精神醫療機構於全日住院病人擅自離院時，應即全力找尋並通知其保護人、家屬或照顧者以及第八條之一規定之個案管理員；病人行蹤不明時，應即報告當地警察機關。</p> <p>警察機關發現前項擅自離院之病人時，應通知原住院之精神醫療機構及第八條之一規定之個案管理員，並協助送回。</p>	<p>第二十八條</p> <p>精神醫療機構於全日住院病人擅自離院時，應即通知其保護人或家屬；病人行蹤不明時，應即報告當地警察機關。</p> <p>警察機關發現前項擅自離院之病人時，應通知原住院之精神醫療機構，並協助送回。</p>	<p>1. 病人中途離開醫院很容易發生意外，醫院是其第一時間離開的地方，有地理位置之便，應全力於第一時間協尋病人，以保障病人人身安全。</p> <p>2. 配合第七條，增列照顧者之適用。</p> <p>3. 配合本次修法重點，建立慢性病人的全面性個案管理制度，病人心理或治療上的重大變化，均應知會個案管理員，俾主動積極協助病人渡過難關。</p>
<p>第二十九條</p> <p>精神醫療機構、精神社區保健機</p>	<p>第二十九條</p> <p>精神醫療機構、精神復健機構</p>	<p>1. 配合第六條等一起修訂條文。</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>構、精神長期養護機構等，非為醫療、復健之目的或防範緊急暴力意外事件，不得拘禁病人、拘禁其身體或剝奪其行動自由。</p> <p>前項拘禁、拘束或剝奪行動自由，不得以械具或其他不正當方式為之。</p>	<p>非為醫療、復健之目的或防範緊急暴力意外事件，不得拘禁病人、拘禁其身體或剝奪其行動自由。</p> <p>前項拘禁、拘束或剝奪行動自由，不得以械具或其他不正當方式為之。</p>	
<p>第三十條</p> <p>為提高國內精神醫療技術或為治療精神疾病之需要，教學醫院經擬定計劃，提經有關醫療科技人員、法律專家及社會工作人員會同審查通過後，得施行左列特殊治療方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、精神外科手術。 二、外科長效賀爾蒙植入手術。 三、其他經中央衛生主管機關公告之特殊治療方式。 <p>非教學醫院不得施行前項特殊治療方式。</p>	<p>第三十條</p> <p>為提高國內精神醫療技術或為治療精神疾病之需要，教學醫院經擬定計劃，提經有關醫療科技人員、法律專家及社會工作人員會同審查通過後，得施行左列特殊治療方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、精神外科手術。 二、外科長效賀爾蒙植入手術。 三、其他經中央衛生主管機關公告之特殊治療方式。 <p>非教學醫院不得施行前項特殊治療方式。</p>	<p>(未修改)</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第三十一條</p> <p>教學醫院施行前條特殊治療方式，應善盡醫療上必要之注意，並應先取得病人之書面同意；病人為無行為能力或限制行為能力人，應得其法定代理人、配偶或直系血親之書面同意。</p>	<p>第三十一條</p> <p>教學醫院施行前條特殊治療方式，應善盡醫療上必要之注意，並應先取得病人之書面同意；病人為無行為能力或限制行為能力人，應得其法定代理人、配偶或直系血親之書面同意。</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三十二條</p> <p>精神醫療機構施行左列治療方式，應由專科醫師認為有必要，並取得病人書面同意後，始得為之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、電痙攣治療。 二、非屬人體試驗之臨床研究。 三、其他經中央衛生主管機關公告之特殊治療方式。 <p>前項病人為無行為能力或限制行為能力人，得於取得其法定代理人、配偶或最近親屬之書面同意及一位專科醫師書面認為有必要後為之。未有法定代理</p>	<p>第三十二條</p> <p>精神醫療機構施行左列治療方式，應由專科醫師認為有必要，並取得病人書面同意後，始得為之：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、電痙攣治療。 二、非屬人體試驗之臨床研究。 三、其他經中央衛生主管機關公告之特殊治療方式。 <p>前項病人為無行為能力或限制行為能力人，得於取得其法定代理人、配偶或最近親屬之書面同意及</p>	<p>(未修改)</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>人、配偶或最近親屬，或無法取得其同意時，得於取得另二位專科醫師書面認為有必要後為之。</p>	<p>一位專科醫師書面認為有必要後為之；未有法定代理人、配偶或最近親屬，或無法取得其同意時，得於取得另二位專科醫師書面認為有必要後為之。</p>	
<p>第四節 醫療費用</p>	<p>第四節 醫療費用</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三十三條 病人或其家屬家境清寒，無力負擔醫療費用時，應由各級政府編列預算，酌予補助。</p>	<p>第三十三條 病人或其家屬家境清寒，無力負擔醫療費用時，應由各級政府編列預算，酌予補助。</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三十四條 嚴重病人送醫及強制住院期間之醫療費用，應由中央政府負擔。</p>	<p>第三十四條 嚴重病人送醫及強制住院期間之醫療費用，應由中央政府負擔。</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三十五條 各類健康保險及醫療補助，對於精神疾病之醫療給付，應包括第二十五條所定之各醫療型態與治療方式。但屬於商業保險之健康保險，對於精神疾病醫療給付之範圍，得另行約定。</p>	<p>第三十五條 各類健康保險及醫療補助，對於精神疾病之醫療給付，應包括第二十五條所定門診、急診、住院、社區復健及居家治療。但屬於商業保險之健康保險，對於精神疾病醫療</p>	<p>1. 第一項直接援引第二十五條，不再重複寫出醫療型態與治療方式。又，既然是治療，則不問其提供型態是否在醫療院所，都應該由健保局支付。但考量健保制度，係為保障最低需求所設計，而提供好的治療服務，讓病人早一</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>前項治療，保險未為醫療給付前，應另由政府編列預算，酌予補助。</p> <p>各種治療服務，得於符合政府相關證照法令之規定下，由合格之精神衛生相關專業人員，於醫療院所以外之適當場所提供。</p> <p>社政主管機關應以獎勵或補助方式，協助慢性病人於精神社區保健機構中，獲得未列入保險給付之其他多元治療。各級主管機關應獎勵或補助精神衛生相關專業人員，於社區中提供多元化治療服務。</p> <p>第二十五條各種治療方式之認定標準，由中央主管機關或相關法令定之。品質維護則由各級衛生主管機關負責訂定評鑑、考核標準，進行定期或非定期評鑑。衛生主管機關得委託各精神衛生相關專業領域之學會、協會，或其他具公信力之民間消費者團體辦理評鑑</p>	<p>給付之範圍，得另行約定。</p> <p>前項健康保險，對於精神疾病之社區復健及居家治療，未為醫療給付前，應另由政府編列預算，酌予補助。</p> <p>第一項社區復健及居家治療之方式及認定標準，由中央衛生主管機關定之。</p>	<p>點康復，就可以減少慢性病房與社政安養機構，後面的沉重負擔，但有鑒於健保局目前的財務不佳，故要求可以因為病人獲得好的治療，而減少其未來支出的衛生與社政主管機關，編列預算，補助於非醫療院所所提供的各種有效治療所需之差額費用。</p> <p>2. 為落實獎勵社區復健，以及獎勵心理、職能與社工等專業人員進入社區提供服務，減少國家所需負擔的長期養護支出與醫療費用，因此明訂由社政主管機關補貼弱勢病人所需的花費，而由衛生主管機關獎勵專業人員脫離醫療機構，進入社區提供更具可近性、更貼切的服務。</p> <p>3. 醫學、心理、職能、社工各種專業，各有其博大精深之處，若能由各領域自治之專業團體，作該領域的評鑑審核，或可促進專業品質提昇；另外，消費者的角度是評估治療品質的重點，因</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>與考核。</p> <p>機構提供服務品質經考評未達合格標準者，主管機關、各目的事業主管機關及保險機構，得拒絕給付或補助。</p>		<p>此加入主管機關的評鑑考核，得委託民間專業團體或消費者團體辦理之方式。</p> <p>4. 為避免服務提供者，以低劣之品質騙取政府經費及健保費，因此增訂各級衛生主管機關，應做品質之管制，其不符標準者，健保局及相關主管機關，應拒絕支付與補助。俾能存良去劣，確保資源之付出，能換取病人之康復及較佳之生活品質。</p>
<p>第四章 病人之權利</p>	<p>第四章 病人之權利</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第三十六條</p> <p>病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視、虐待或非法利用。對於已康復之病人，除能證明其無勝任能力，不得以罹患精神疾病為由，拒絕入學、復學、應考、僱用、任公職或予其他不公平之待遇。</p>	<p>第三十六條</p> <p>病人之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視、虐待或非法利用。對於已康復之病人，除能證明其無勝任能力，不得以曾罹患精神疾病為由，拒絕入學、應考、僱用或予其他不公平之待遇。</p>	<p>1. 維護康復病人人權，增加復學與任公職不得歧視拒絕二項。</p> <p>2. 康復中的病人，亦不應受到歧視，故刪除「曾罹患精神疾病」的「曾」字。</p>
<p>第三十七條</p> <p>未經病人同意，或於病人住院期間及</p>	<p>第三十七條</p> <p>未經病人及其保護人或病人及</p>	<p>1. 提高康復病人對肖像權的自主權，修訂僅住院或受禁治產宣告時，才</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>受禁治產宣告時未經病人、其保護人、家屬或照顧者同意，不得對病人錄音、錄影或攝影。</p> <p>任何人明知病人已發病有嚴重認知或情緒障礙時，不得藉故或脅迫或誘使病人為損害其自身權益或圖利特定人之行為。</p>	<p>其家屬同意者，不得對病人錄音、錄影或攝影。</p>	<p>需獲得家屬或保護人之同意。</p> <p>2：因為主治醫師對於病人之情緒與病情有較清楚的了解，因此徵詢同意之對象中，增列主治醫師一項。</p> <p>3：病人發病時因為脫離現實或無法控制的情緒，常成為僥倖者與不肖份子覬覦的對象，病人因此常被迫或被誘，作出嚴重損及其個人權益的事情，爰增訂第二項以保護病人。</p>
<p>第三十七條之一</p> <p>犯罪嫌疑人未經司法機關送請精神鑑定為精神病人之時，任何人非經查證屬實不得以犯罪嫌疑人罹患精神疾病加以報導傳播。</p>		<p>1：本條新增。</p> <p>2：避免精神疾病及廣大病人與家屬被污名化，因此要求不論媒體或一般個人或團體，均應盡查證義務，避免散播不實訊息；也避免犯罪嫌疑人企圖脫罪而假冒精神疾病患者之名。</p>
<p>第三十八條</p> <p>病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構、精神社區保健機構、病人居住性機構、精神長期養</p>	<p>第三十八條</p> <p>住院病人應享有個人隱私、自由通訊及會客之權利；精神醫療機構非依病人病情或醫療需要，不得予</p>	<p>1：增列各相關精神機構，均需保障病人隱私以及病人會客、通訊等基本之自由與權利。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>護機構等，非依病人病情或醫療需要，不得予以限制。</p>	<p>以限制。</p>	
<p>第三十九條</p> <p>病人或其保護人、家屬或照顧者，認為精神醫療機構、精神社區保健機構、精神長期養護機構及其工作人員，有侵害本法所定病人權益時，得以書面檢具事實，向各級精神疾病患者人權保障委員會申訴。</p> <p>前項申訴案件，直轄市、縣(市)精神疾病患者人權保障委員會應就其申訴內容加以調查、處理，並應於一個月內將辦理情形通知申訴人；申訴人如有異議，得再檢具書面理由，向中央精神疾病患者人權保障委員會提出申訴，中央精神疾病患者人權保障委員會應於四十五日內，將辦理情形通知申訴人。</p>	<p>第三十九條</p> <p>病人或其保護人或家屬，認為精神醫療機構、精神復健機構、心理衛生輔導機構及其工作人員，有侵害本法所定病人權益時，得以書面檢具事實，向各級衛生主管機關申訴。</p> <p>前項申訴案件，各級衛生主管機關應就其申訴內容加以調查、處理，並應於一個月內將辦理情形通知申訴人；申訴人如有異議，得再檢具書面理由，向上級衛生主管機關提出申訴。</p>	<p>1. 配合第六條及第十二條等，修訂相關機構範圍。</p> <p>2. 配合第十一條之一的修正，明定申訴案應受理之機關，為內政部與縣市政府所成立的病人人權保障委員會。</p> <p>3. 上級委員會亦訂定處理時限。</p>
<p>第四十條</p> <p>勞政主管機關應協助病人復健過程</p>	<p>第四十條</p> <p>勞工行政主管機關應協助康復</p>	<p>1. 主管機關名稱及職責配合第二條修訂。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>中之工作訓練，並協助康復之病人接受職業訓練及輔導推介適當工作。</p> <p>前項協助之業務包括規劃和辦理慢性病人之就業資源開發、職業訓練、支持性就業輔導、工作獎勵、在職情緒輔導、與職場或醫療機構溝通聯繫之協助及籌設或獎勵民間興辦庇護性商店等精神社區保健機構。</p> <p>為病人所設之職業訓練或庇護性工作機構應有精神相關專業人員督導，並建立與病人就診醫療機構或個案管理員間之聯繫管道，一定規模以上者，應聘用全職精神衛生相關專業人員。</p> <p>為鼓勵雇主提供病人就業機會，勞政主管機關應獎勵或補助雇主勞保費、全民健康保險費、第三人責任保險保險費及薪資費用等支出。</p> <p>為鼓勵慢性病人自立工作，各級政府得編列工作獎金，提供參與就業訓練或</p>	<p>之病人，接受職業訓練及輔導推介適當工作。</p>	<p>2. 工作能夠為病人帶來成就感，增強病人自我肯定的信心，並且引導病人過團體生活，避免陷入個人情緒的困境。工作的訓練與就業的機會，對於病人邁向社區生活有非常大的幫助，歷年來病人需求調查中，就業與工作之需求，一直都名列前茅，所以精神衛生防治一定要加強此一環節。</p> <p>2. 明確訂定勞工主管機關興辦庇護性工作場所、推介就業、開辦職訓之責任。又，慢性病人參與一般職訓，常因一般人無法了解其特性，而受排擠或無法持續上課，故需專門開辦，且其職訓或庇護性工作場所需有了解精神疾病之專業人士督導，以即時察覺病人之情緒變化，適當輔導，增強病人工作學習的意願。</p> <p>3. 目前主管機關對精神障礙者就業訓練的補助，常偏重要求工作人員需為精神衛生相關專業，欠缺工商農職業專</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>輔導之病人。</p> <p>勞政主管機關就本法之執行成效，應每年向各級精神疾病防治委員會報告。</p>		<p>業人員，因此經營情況不佳，不易賺錢過度仰賴政府補助，病人薪資過低缺乏參予興趣致使成效不彰。擬比照香港「新生農場」之做法，工作場所以工商農職業專業人員為先，精神相關專業人員為輔，以期能營運獲利提高病人薪酬，達到吸引病人參與的目的。</p> <p>4. 增訂政府對雇主的費用補助，以鼓勵雇主提供精神病人就業機會。</p> <p>5. 香港與日本均有精神障礙者的生活與工作補貼，使精神障礙者能滿足基本的生活需求，我國除台北市以外，均無障礙者津貼，爰增訂政府得提供病人工作獎金，俾鼓勵病人邁步由消費者走向生產者，以至於能自立生活。</p> <p>6. 增訂勞政主管應向防治委員會報告施行績效的規定，俾能積極落實本法有關輔導病人就業的各項業務。</p>
<p>第四十條之一</p>		<p>1. 本條新增。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>教育主管機關應協助病人接受義務教育及特殊教育等適性教育，並協助病人獲得補習教育、成人教育的機會。病人之補習教育與成人教育課程以實用化、生活化為主，得不同於一般之各級學校課程。</p> <p>為執行前項業務，教育主管機關得視需要成立特殊輔導班，或開放學校設施供各級學校或民間團體，申辦針對病人需求之補習教育或成人教育課程。</p> <p>教育主管機關應將心理衛生常識與精神健康防治觀念，列入各級學校課程。</p> <p>各級教育主管機關應加強學校心理衛生教育及輔導，並推動辦理對情緒障礙學生之個案管理服务。</p>		<p>2. 有許多年少發病的病人，失學情形嚴重，因此增訂教育主管機關之職責，並且將補習教育與成人教育列入教育主管機關應辦理事項，俾結合多方面資源，協助病人獲得生活上所需要的人本教育，作為回歸社區的第一步。</p> <p>3. 以往學校教育中，均未對精神疾病有所介紹，使得社會上充斥著誤解與排斥，致使民眾掉以輕心或不願意承認自己或親友的罹病，延誤治療時機，因此增訂要求將精神心理衛生教育，列入各級學校的教育課程中。</p> <p>4. 邇來校園暴力及學生自殺事件頻傳，亟應加強推展學校心理衛生教育與輔導，爰增列此一部份並要求做到對情緒障礙學生之個案輔導管理。</p>
<p>第四十一條</p> <p>病人或其撫養者，應繳納之稅捐，政府應按病人嚴重程度及家庭經濟情</p>	<p>第四十一條</p> <p>病人或其撫養者，應繳納之稅捐，政府應按病人嚴重程度及家庭</p>	<p>(未修改)</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>況，依法給予適當之減免。</p>	<p>經濟情況，依法給予適當之減免。</p>	
<p>第五章 罰責</p>	<p>第五章 罰責</p>	<p>(未修改)</p>
<p>第四十二條</p> <p>違反第二十條第一項或第二項規定之一，如明知有罹患精神疾病者，而未予以醫療或協助其就醫者，科新台幣一萬五千元以上十五萬元以下罰金，因而致人於死者，處一年以上七年以下有期徒刑；致重傷者，處六月以上五年以下有期徒刑。</p>	<p>第四十二條</p> <p>違反第二十條第一項或第二項規定之一，如明知有罹患精神疾病者，而未予以醫療或協助其就醫者，科新台幣一萬五千元以上十五萬元以下罰金；因而致人於死者，處一年以上七年以下有期徒刑；致重傷者，處六月以上五年以下有期徒刑。</p> <p>前項未予以醫療或協助其就醫，係出於家屬之同意者，得減輕或免除其刑。</p>	<p>1. 為保障與尊重病人人格及權益，避免家屬隨意遺棄病患，致病患遭受不當虐待，爰刪除本條第二項規定。</p>

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第四十三條</p> <p>教學醫院違反第三十條第一項或第三十一條規定之一者，處新台幣六萬元以上十五萬元以下罰鍰；情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分。</p> <p>非教學醫院違反第三十條第二項規定者，處新台幣十五萬元以上六十萬元以下罰鍰；情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分或撤銷其開業執照。</p>	<p>第四十三條</p> <p>教學醫院違反第三十條第一項或第三十一條規定之一者，處新台幣六萬元以上十五萬元以下罰鍰；情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分。</p> <p>非教學醫院違反第三十條第二項規定者，處新台幣十五萬元以上六十萬元以下罰鍰；情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分或撤銷其開業執照。</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第四十四條</p> <p>有左列情形之一者，處新台幣一萬五千元以上十五萬元以下之罰鍰，並限期責令改善；逾期不改善或情節重大者，得連續處以罰鍰，並處一個月以上一年以下停業處分或撤銷其開業執照：</p> <p>一、違反依第十二條第二項所定之</p>	<p>第四十四條</p> <p>有左列情形之一者，處新台幣一萬五千元以上十五萬元以下之罰鍰，並限期責令改善；逾期不改善或情節重大者，並處一個月以上一年以下停業處分或撤銷其開業執照：</p> <p>一、違反依第十二條第二項</p>	<p>1. 增加對逾期不改善者之連續處罰規定。</p> <p>2. 增加對醫療院所與機構品質低劣的處罰，以保障病人與家屬之權益。</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>設置及管理辦法者。</p> <p>二、未經第二十一條第二項或第二十三條之鑑定程序，而強制病人住院者。</p> <p>三、違反第二十九條規定者。</p> <p>四、違反第三十二條規定者。</p> <p>五、<u>違反第十二條之二不接受監督考評、或依第三十五條評鑑確認品質低劣且嚴重侵害病人權益者。</u></p> <p>六、<u>違反第二十三條第三項者。</u></p>	<p>所定之設置及管理辦法者。</p> <p>二、 未經第二十一條第二項或第二十三條之鑑定程序，而強制病人住院者。</p> <p>三、 違反第二十九條規定者。</p> <p>四、 違反第三十二條規定者。</p>	
<p>第四十五條</p> <p>違反第二十六條第三項、第二十七條、第二十八條第一項、第三十六條至第三十八條規定之一者，處新台幣六千元以上六萬元以下罰鍰。</p> <p><u>未依中央或地方主管機關核准設立之精神保健機構、精神長期養護機構或其他收容精神病人之機構，違反本法第</u></p>	<p>第四十五條</p> <p>違反第二十六條第三項、第二十七條、第二十八條第一項、第三十六條至第三十八條規定之一者，處新台幣六千元以上六萬元以下罰鍰。</p>	<p>1. 配合第二十六條調整項次。</p> <p>2. 國內有許多未立案機構收容精神病人，但環境惡劣，嚴重侵害病人人權，爰增列對其違反本法時之加重處罰，以儆效由。</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>二十九條及第三十六條至第三十八條</u> <u>規定者，應按前項罰則加重一倍處罰，</u> <u>未於限期內改正者，得連續處罰之。</u></p> <p><u>違反本法第十二條及第十二條之二</u> <u>規定者，直轄市或縣(市)政府得對該</u> <u>未經核准或品質未合標準之機構，停止</u> <u>供水、供電、封閉或強制拆除設施。</u></p>		
<p>第四十六條</p> <p><u>精神醫療機構、養護機構、社區保健</u> <u>機構及心理衛生輔導機構，違反本法有</u> <u>關規定，除依本法第四十三條、第四十</u> <u>四條或第四十五條規定處罰外，對其行</u> <u>為人，亦處以各該條之罰鍰。</u></p>	<p>第四十六條</p> <p>精神醫療機構、精神復健機構及 心理衛生輔導機構違反本法有關 規定，除依本法第四十三條、第四 十四條或第四十五條規定處罰 外，對其行為人，亦處以各該條之 罰鍰。</p>	<p>1. 配合前面各條之修訂，加入對精神保健與養護機構之規範。</p>
<p>第四十七條</p> <p>本法所定之罰鍰，於非財團法人之精神醫療機構、保健機構、養護機構及心理衛生輔導機構，處罰其負責醫師或負責人，及其行為人。</p>	<p>第四十七條</p> <p>本法所定之罰鍰，於非財團法人之精神醫療機構、精神復健機構及心理衛生輔導機構，處罰其負責醫師或負責人。</p>	<p>1. 配合前面各條之修訂，加入對精神保健與養護機構之規範。</p> <p>2. 將第四十六條對行為人之處罰再次說明，以免字義模糊喪失第四十六條之效果。</p>

精神衛生法 (民間版草案)

修正後條文	現行條文	修法說明
<p><u>第四十六條、第四十七條之規定，於未立案機構準用之。</u></p>		<p>3. 增列第二項，明確未立案機構之處罰對象。</p>
<p>第四十八條 本法所定之罰鍰、停業及撤銷開業執照，由直轄市或縣〈市〉政府處罰之。</p>	<p>第四十八條 本法所定之罰鍰、停業及撤銷開業執照，由直轄市或縣〈市〉衛生主管機關處罰之。</p>	<p>1. 配合本次修法，保健機構之主管機關，可能是中央衛生主管機關或地方政府而修正。</p>
<p>第四十九條 依本法所處之罰鍰，經通知期限繳納後，逾期仍未繳者，移送法院強制執行。</p>	<p>第四十九條 依本法所處之罰鍰，經通知期限繳納後，逾期仍未繳者，移送法院強制執行。</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第五十條 依本法應處罰鍰之案件，涉及刑事責任者，應分別處罰。</p>	<p>第五十條 依本法應處罰鍰之案件，涉及刑事責任者，應分別處罰。</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第六章 附則</p>	<p>第六章 附則</p>	<p>(未修正)</p>
<p>第五十一條 本法施行細則，由中央衛生主管機關擬定，<u>於修法後六個月內完成</u>，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>第五十一條 本法施行細則，由中央衛生主管機關擬定，報請行政院核定後發布之。</p>	<p>1. 明訂施行細則應完成日期。</p>

精神衛生法（民間版草案）

修正後條文	現行條文	修法說明
<p>第五十二條</p> <p>本法自公佈日施行，並應配合防治成效，每五年檢討修正一次。</p>	<p>第五十二條</p> <p>本法自公佈日施行。</p>	<p>1. 因時代變遷快速，而過去累積的優良經驗尚有不足，故參考日本精神保健法之規定，定期修法。</p>