

拾玖、衛生福利部主管

衛生福利部主管計有公務機關 7 個，非營業特種基金單位 5 個，各該單位決算、附屬單位決算非營業部分之審核情形如次（各公務機關歲入、歲出決算之審定相關附表及各項差異之原因分析，附屬單位決算各基金單位之審核相關附表及差異原因說明，重大公共建設計畫執行情形之查核，暨政府捐助財團法人效益評估表之查核等詳細內容，請參閱審核報告相關附冊）：

一、單位決算部分

衛生福利部主管包括衛生福利部、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等 7 個機關，掌理全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、健康促進、社會福利及公共衛生等工作之推展防治業務。茲將 108 年度決算審核結果說明如次：

（一）計畫實施之查核

業務計畫 38 項，下分工作計畫 43 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、完善保護服務體系、拓展全方位醫療照護體系、建立優質防疫應變體系、構築食品藥物安心消費環境、營造身心健康支持環境、精進健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 10 項，尚在執行者 33 項，主要係部分補助及委辦計畫合約期程跨年度等，仍須繼續執行。

（二）預算執行之審核

1. 歲入預算數 24 億 6,464 萬餘元，決算審核結果，修正增列實現數 78 萬餘元，減列實現數 320 萬餘元及應收保留數 33 萬餘元，係減列誤列於其他收入之沒入具結放行保證金，改列為罰款及賠償收入，暨減列尚未確定之行政罰鍰收入；審定實現數 25 億 9,797 萬餘元，應收保留數 720 萬餘元，主要係中央健康保險署核處違反全民健康保險法及相關規定之罰鍰及賠償案件等，尚在催繳或移送行政執行中；合計決算審定數為 26 億 518 萬餘元，較預算增加 1 億 4,053 萬餘元（5.70%），主要係社會及家庭署收回以前年度補（捐）助經費賸餘款，暨衛生福利部醫院評鑑審查費收入等，較預計增加。

2. 以前年度歲入轉入數計 1 億 9,677 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1,151 萬餘元（5.85%）；減免數 1,519 萬餘元（7.72%），主要係衛生福利部註銷依法取得債權憑證之違反全民健康保險法罰鍰案件；應收保留數 1 億 7,007 萬餘元（86.43%），主要係衛生福利部應收回之九二一震災災民慰問金及租金賸餘款，分期收回中。

3. 歲出預算數 2,215 億 2,382 萬餘元，決算審核結果，修正減列實現數 1 億 7,961 萬餘元，減列應付保留數 249 萬餘元，係社會及家庭署各項補助計畫之經費結餘，及食品藥物管理署誤列屬前瞻基礎建設計畫特別預算之相關計畫經費；審定實現數 2,200 億 463 萬餘元（99.31%），應付保留數 5 億 7,020 萬餘元（0.26%），保留原因詳「（一）計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 2,205 億 7,483 萬餘元，預算賸餘 9 億 4,898 萬餘元（0.43%），主要

係各項委辦、補（捐）助計畫經費之結餘。

4. 以前年度歲出轉入數計 11 億 4,336 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 9 億 7,593 萬餘元（85.36%）；減免數 9,047 萬餘元（7.91%），主要係委辦及補（捐）助計畫經費結餘，暨衛生福利部所屬醫院新一代門急診及住院雲端醫療照護系統採購案發生履約爭議，依行政院公共工程委員會調解建議支付款項之經費結餘；應付保留數 7,696 萬餘元（6.73%），主要係衛生福利部所屬醫院智能醫療照護計畫設備採購案，及補助部分山地離島衛生所新建及空間整修工程，暨藥酒癮戒治個案管理系統規劃及建置案等，合約期程跨年度或未及於年度結束前完成驗收，須保留繼續執行。

二、附屬單位決算非營業部分

衛生福利部主管包括（一）作業基金：醫療藥品基金（含 26 個分基金）、管制藥品製藥工廠作業基金、全民健康保險基金、國民年金保險基金；（二）特別收入基金：衛生福利特別收入基金（含 11 個分基金）等共 5 個單位。茲將 108 年度決算審核結果說明如次：

（一）計畫實施之查核

業務（營運）計畫主要有辦理醫療資源缺乏地區醫療品質提升及食品衛生安全事件提出消費訴訟相關補助、健保紓困貸款、預防接種受害、藥害及生產事故救濟給付、菸害防制及衛生保健、疫苗接種、健康照護績效提升、協助弱勢族群排除就醫障礙、補助經濟困難者健保費、運用公彩回饋金推展社會福利工作、充實及均衡長照資源發展、家庭暴力及性侵害防治與處遇工作、管制藥品之生產及銷售、門診及住院病患醫療、全民健康保險及國民年金保險給付，暨所屬社會福利機構收容及養護等福利服務等 25 項，實施結果，計有全民健康保險給付、完善長照服務輸送體系計畫、國民年金保險給付等 16 項，因全民健康保險醫療給付費用總額實際結算數額較預計減少；或依民眾實際需求及失能狀況進行長照服務媒合；或符合規定可擇優申請老年年金給付之人數未如預期等，致未達預計目標。

（二）餘絀之審定

1. 作業基金：決算審核結果，同額修正增列業務收入及業務成本與費用 3 億 2,846 萬餘元，餘絀未有增減，主要係增列全民健康保險基金短列之保險成本，及減列溢列之保險收入，並同額增列收回安全準備填補短絀，暨減列國民年金保險基金溢列之人事及行政經費，並同額減列政府補助收入；審定賸餘 13 億 8,062 萬餘元，較預算賸餘 13 億 119 萬餘元，增加 7,943 萬餘元，約 6.10%，主要係管制藥品製藥工廠作業基金輸入或產製管制藥品銷售量較預計增加，銷貨收入隨增所致。

2. 特別收入基金：決算審核結果，修正減列基金用途 7,808 萬餘元，主要係減列衛生福利特別收入基金項下健康照護績效提升計畫、菸害防制及衛生保健計畫、完善長照服務輸送體系計畫、機構及社區預防性照顧服務量能提升計畫等支出；審定賸餘 104 億 5,196 萬餘元，與預算短絀 43 億 1,510 萬餘元，相距 147 億 6,706 萬餘元，主要係衛生福利特別收入基金項下

長照服務發展基金獲配之菸稅及房地合一課徵所得稅等徵收及依法分配收入較預計增加，及完善長照服務輸送體系計畫執行數較預計減少等。

三、重要審核意見

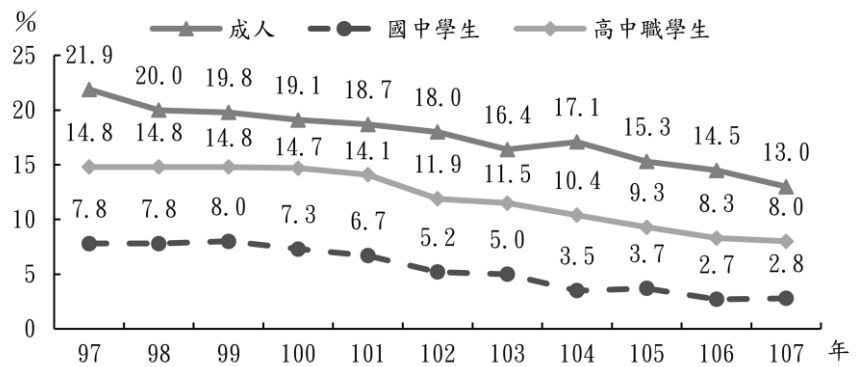
(一) 政府為防治非傳染病，推動健康促進、預防保健、疾病管理與監測等多項措施，惟前端防治資源投注受限，預防保健服務面臨成長瓶頸，國人飲食、運動、吸菸等行為尚待改善，疾病管理照護率仍有提升空間，允宜研謀改善，以利達成降低非傳染病早發性死亡率之永續發展目標。

據世界衛生組織 (World Health Organization, 下稱 WHO) 指出，非傳染病約占全球死亡人數 7 成，而非傳染病亦為國人主要死因，嚴重威脅國人生命健康，並帶來沉重之醫療支出。衛生福利部 (下稱衛福部) 及所屬國民健康署 (下稱國健署) 為完善非傳染病防治體系，推動多項健康促進、預防保健服務、疾病管理與監測等防治工作，106 至 108 年度合計編列預算 296 億 7,334 萬餘元，實支數 291 億 244 萬餘元；另中央健康保險署 (下稱健保署) 亦針對糖尿病等多項疾病推動論質計酬支付方案，期引導院所提供患者完整及連續性之疾病管理照護，106 至 108 年度實支數 42 億 8,806 萬餘元。經查非傳染病防治工作之推動，核有下列事項：

1. 我國非傳染病前端防治經費，囿於整體財政負擔考量與其他政事排擠，投注資源規模受限，在人口老化趨勢下，不利落實 WHO 倡議非傳染病預防及控制措施：衛福部公布 107 年國人十大死因統計中，絕大多數與非傳染病有關，諸如癌症、心臟疾病、腦血管疾病、糖尿病、慢性下呼吸道疾病、高血壓性疾病、腎炎及腎病症候群與腎病變，相關疾病亦占 107 年健保醫療費用前 20 大疾病之半數以上，顯見非傳染病嚴重威脅國人健康，並造成沉重之醫療負擔。據 WHO 指出全球每投注 1 美元於非傳染病防治，至少可產生 7 美元之經濟效益，呼籲各國應加強投注資源於非傳染病之預防措施，並指出預防及控制非傳染疾病之最合算措施，包括減少菸草使用、減少有害使用酒精、抑制不健康飲食、減少身體活動不足、管理癌症、心血管疾病、糖尿病及慢性呼吸道疾病、加強國際與國內非傳染病預防控制合作及宣傳、推動非傳染病預防控制研究及監測非傳染病趨勢與決定因素等。經查我國非傳染病前端防治工作，由衛福部及所屬國健署主責推動，並由政府編列公務預算及菸品健康福利捐支應所需經費，惟囿於整體財政負擔考量，又受其他政事 (如長照服務) 排擠有限資源，肇致公共衛生投注經費規模受到限縮，不利落實推動非傳染病預防及控制措施，尚難以有效減少國人罹病之風險。鑑於我國人口快速老化，罹患非傳染病人口將隨之增加，勢將對我國健康照護體系帶來沉重負擔，經函請行政院督促相關主管機關研議強化非傳染病前端預防資源之投入，並加強跨部門合作強化三段五級預防策略，以利達成聯合國倡議非傳染病過早死亡率下降三分之一之永續發展目標。據復：國健署透過公共衛生三段五級架構，結合跨部會、地方政府、專業及民間團體等共同推動非傳染性疾病防治工作，並於 108 年 5 月 24 日修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，將運用於癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健、罕見疾病等醫療費用之分配比率調增為 27.2%，用於前端健康促進與預防工作，後續將定期檢討及滾動式調整。

2. 為降低非傳染病發生之風險，持續推動菸酒防制、身體活動及均衡飲食等健康促進措施，惟電子煙及家庭與室外非禁菸場所二手菸問題漸趨嚴重，且仍難有效阻絕未成年人接觸酒類訊息，又國人健康飲食及勞動族群規律運動習慣不足，增加罹病之風險：WHO 指出非傳染病之 5 大共同致病因子為吸菸、有害飲酒、身體活動不足、不健康飲食及空氣污染，呼籲各國應致力減少該等致病因子，以預防非傳染病之發生。衛福部及國健署為降低非傳染病發生之風險，已持續辦理菸酒防制、身體活動及均衡飲食等健康促進措施，相關業務推動，核有：(1) 政府為防制菸害問題，實施菸害防制法，透過擴大禁菸場所範圍、嚴禁菸品廣告、菸品健康警示圖文、多元戒菸服務等措施，推動菸害防制工作，據國健署調查，執行以來整體吸菸率漸趨下降（圖 1），惟國人吸菸行為遁入私領域及非禁菸場所，107 年女性家庭二手菸暴露率達 24.1%，而室外公共場所二手菸暴露率 45.6% 亦高於 97 年之 36.2%。又新興之電子煙

圖 1 成人及青少年吸菸率趨勢



資料來源：整理自國健署歷年國人吸菸行為調查及青少年吸菸行為調查。

非屬菸害防制法定義之「菸品」，衛福部雖跨部會合作防制電子煙危害，惟 107 年國、高中生吸食電子煙比率各為 1.9% 及 3.4%，高於成人之 0.6%，而使用電子煙之國、高中生有 37%、20.9% 未曾吸菸，顯示電子煙對青少年健康之危害；(2) 兒童及少年福利與權益保障法暨菸酒管理法已明定，不得供應酒品給未滿 18 歲之兒少，且酒類廣告或促銷不得以未成年人為對象，惟廣播及電視酒類廣告指定播送時段為每日 21 時至翌日 6 時，尚未能完全排除兒童實際收視時段，遑論網際網路大量之酒類廣告，難以有效阻絕未成年人接受酒類訊息；(3) 據教育部體育署調查，13 歲以上國人規律運動比率，自 103 年起維持在 33% 左右，規律運動人口比例成長趨緩，又分析 108 年各年齡層規律運動比例，以 60 歲以上之 5 至 6 成為最高，其次為 13 至 24 歲之 3 至 5 成，至於 25 至 59 歲之勞動人口僅約 2 成，顯示勞動人口較欠缺規律運動習慣，仍待加強營造支持規律運動之友善職場環境；(4) 國健署近年推動營養及健康飲食促進法草案，公布飲食相關指南及建議，並持續推廣國人均衡飲食，惟 106 年僅 13.8% 成人符合每日攝取 3 蔬 2 果標準，另據國民營養健康狀況變遷調查結果，103 至 106 年有 4 成民眾每週至少喝 7 次以上含糖飲料，102 至 105 年 19 歲至 44 歲男性、女性油脂類攝取量分別比建議量超出 0.8 份、0.7 份，而各年齡層鹽攝取量皆已超標，顯示國人偏離健康飲食標準甚多，增加罹病之風險等情事，經函請行政院督促相關主管機關研謀改善。據復：(1) 國健署將儘速提送菸害防制法修正草案，納入電子煙及新興菸品之管制，亦將配合修法逐步擴大禁菸場所範圍，以達成「無菸臺灣」之目標；(2) 衛福部將參據 WHO 酒害防制架構，規劃酒害防制政策推動策略及行動方案，跨部會

強化酒害防制措施及執行成效，以減少有害飲酒對國人健康之危害；(3) 國健署與體育署持續合作促進國人規律運動及身體活動，並鼓勵職場營造促進員工健康工作環境，以改善勞動族群生活型態；(4) 國健署已將營養及健康飲食促進法草案提報行政院，且與教育部合作制定學童及幼兒營養基準，並藉由多元管道宣導健康飲食概念。

3. 成人預防保健及四癌篩檢服務囿於經費受限，利用率成長存有瓶頸，又基層公衛人力編制未隨著人口變化檢討調整，亦有礙服務推展量能：國健署為維護中老年人健康，早期

發現慢性病，提供成人定期預防保健服務，又鑑於子宮頸癌、乳癌、大腸癌與口腔癌等癌症篩檢，可有效降低該等癌症發生率或死亡率，推動四癌篩檢服務。經查相關業務推動，核有：(1) 成人預防保健服務推動以來，服務人數已有成長，惟其服務利用率由 96 年之 34.4% 降至 107 年之 29.7%。而 45 至 69 歲婦女 2 年 1 次接受乳房 X 光攝影及 50 至 69 歲民眾 2 年 1 次接受大腸癌篩檢之篩檢率，逐年成長至 103 至 104 年之 39.5%、42.0%，其後未再明顯增加(表 1)；30 至 69 歲婦女 3 年 1 次接受子宮頸抹片之篩檢率，亦自 99 至 101 年之 59.1% 逐年下滑至 104 至 106 年之 54.9% (表 2)；另 30 至 69 歲有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者口腔黏膜檢查之利用率，在 102 年後維持在 50% 至 52% 左右，106 年則降為 46.1% (表 3)，顯示近年來各項預防保健服務利用率面臨成長瓶頸。按成人預防保健自 95 年度起由健保支付移由國健署公務預算負擔，惟所編預算長期不敷實際需求，且自 103 年度之 12 億餘元逐年減少至 108 年度之 7 億餘元，不足數尚須由健保代墊；至於四癌篩檢服務所需經費，全數以菸品健康福利捐支應，每年預算維持在 22 億餘元至 24 億餘元不等，經費成長亦受限，在國內人口老化趨勢下，益形難以滿足各篩檢年齡層所需服務。為提升癌症篩檢服務利用率，中央癌症防治會報專家建議，結合各部會所轄勞動族群相關健檢資源提供四癌篩檢服務，惟礙於缺乏法源依據，目前僅納為勞工、公教人員健檢之建議執行項目，尚無法落實前開建議；(2) 衛生所為基層衛生保健單位，肩負公共衛生業務推展之責，惟全國衛生所在職人員由 103 年之 4,495 人減少至 107 年之 4,444 人，同期間全國人口數由 2,343 萬餘人增加至 2,358 萬餘人，致每名公衛人力平均服務人數由 5,213 人增加至 5,308 人，遠高於 WHO

表 1 民眾 2 年 1 次接受乳癌及大腸癌篩檢率統計

年	45 至 69 歲 婦女乳房 X 光攝影	50 至 69 歲 民眾大腸癌 篩檢
96-97	12.0	10.3
97-98	11.6	10.4
98-99	21.7	23.4
99-100	29.5	32.2
100-101	32.8	33.3
101-102	36.0	38.2
102-103	36.7	40.7
103-104	39.5	42.0
104-105	38.0	40.7
105-106	39.7	41.0

單位：%
資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報。

表 2 30 至 69 歲婦女 3 年 1 次接受子宮頸抹片篩檢率統計

年	篩檢率
96-98	58.6
97-99	59.3
98-100	59.8
99-101	59.1
100-102	57.1
101-103	56.3
102-104	56.0
103-105	55.2
104-106	54.9

單位：%
資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報。

表 3 30 至 69 歲有嚼檳榔(含已戒)或吸菸習慣者口腔黏膜檢查利用率統計

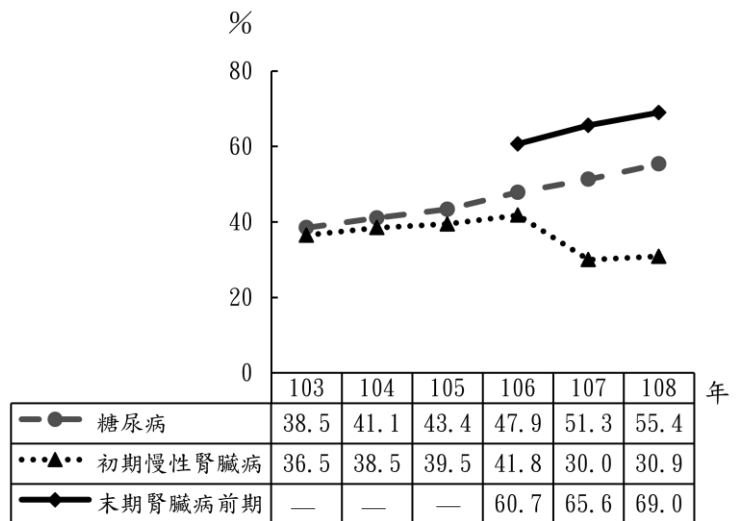
年	利用率
99	35.4
100	44.8
101	52.9
102	53.7
103	51.6
104	52.3
105	50.0
106	46.1

單位：%
資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報。

建議公共衛生人力比之 1:2,000 人，工作負荷沉重，實務上人員流動率高，亦影響前端預防保健服務推展量能。按各市縣衛生所員額設置參考之衛生所組織規程參考基準規範，自 89 年 5 月訂定迄今未曾檢討修訂，現行人力標準恐無法因應日益繁重之公衛業務，不利人員留任及經驗傳承等情事，經函請行政院督促相關主管機關研謀改善。據復：(1) 國健署為因應成人預防保健服務利用率及經費受限問題，透過多元管道加強宣導，協調公私協力之可行合作模式，並將爭取預算或開拓財源因應，衛福部將持續建議勞動部研議將四癌篩檢併入勞工健檢項目之可行性；(2) 衛福部持續研議衛生所朝向透過增加人力、減量工作、提升效率、組織定位等四大面向進行調整，另國健署業進行委外研究，研擬衛生所功能及服務模式之政策建議、組織規程及員額編制參考基準草案之可行性評估，發展因地制宜功能與業務模式，使衛生所人員回歸專業。

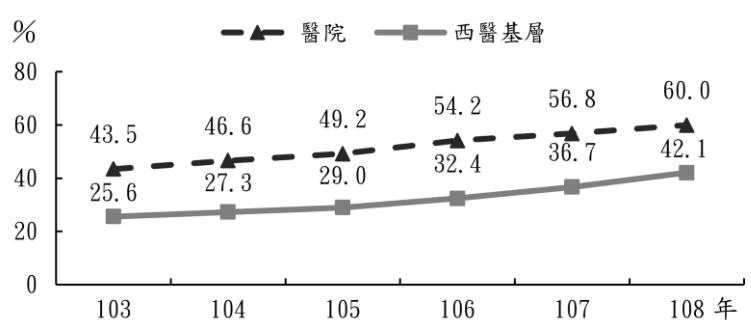
4. 健保署推動多項疾病論質計酬支付方案，降低疾病惡化之風險，惟初期慢性腎臟病及基層診所糖尿病人之收案照護率仍有提升空間，又病患衛教及追蹤管理仰賴個案管理人員，惟渠等工作負荷繁重、流動頻繁，不利維繫個案照護品質：健保署為引導院所提供患者完整、連續之醫療照護，陸續推動包括糖尿病、末期腎臟病前期、初期慢性腎臟病等多項論質計酬支付方案（下稱論質計酬方案），期提升院所疾病治療指引遵循率，加強個案追蹤管理、衛教指導及個案自我照護能力，降低疾病惡化之風險，108 年收案人數分別為 78 萬餘人、9 萬餘人、40 萬餘人。經查執行情形，核有：(1) 各該方案推動多年，糖尿病、末期腎臟病前期之方案照護率約 5 成、6 成，初期慢性腎臟病僅約 3 成（圖 2），又因基層院所普遍缺乏設備及人力，或病患人數少，不敷收案管理成本等，致渠等參與糖尿病論質計酬方案之照護率，與醫院存有 2 成之落差（圖 3）。另為擴大照護糖尿病及初期慢性腎臟病患者，自 105 年 4 月起提供支付誘因，鼓勵院所定期追蹤病患，將其檢驗檢查結果上傳，執行結果，108 年未經論質計酬方案收案之糖尿病患者已有 9 成獲得定期追蹤照護，惟初期慢性腎臟病患者則未及 1 成，顯示仍有相當比例之慢性腎臟病人未能獲致完整照護；(2) 多重慢性病個案常需不同專科照護，惟現行論質計酬方

圖 2 糖尿病及腎臟病相關健保論質計酬方案照護率趨勢



註：1. 健保署自 106 年始產製末期腎臟病前期方案照護率數據。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

圖 3 糖尿病健保論質計酬方案醫院及基層院所照護率趨勢



資料來源：整理自健保署提供資料。

案間各有不同之檢驗（查）資訊登錄要求，且存有個別衛教流程及人員資格認證機制，致個案管理人員需重複衛教及登打病患資訊，亦不利多重慢性病人整合照護；(3) 非傳染病之發生，不良生活型態為主要原因之一，須仰賴個案管理人員提供衛教及追蹤管理，增進病患對醫囑之遵從，促使正確用藥及改變不健康行為，以利疾病控制，惟實務上醫院個案管理人力少，工作負荷繁重，影響人員穩定性，不利維繫個案照護品質等情事，經函請衛福部督促研謀改善。據復：(1) 健保署不定期滾動檢討放寬論質計酬方案參與院所及醫師資格，並將加強初期慢性腎臟病論質計酬方案之執行，另自 107 年新增轉診支付標準，建立院所合作機制，逐年開放擴大基層診所檢驗檢查範圍，並請國健署及相關學協會協助加強宣導，冀能擴大參與；(2) 健保署將逐步整合疾病類型及檢驗檢查需求相近之方案，先針對同院所同時參與糖尿病及慢性腎臟病方案者，進行整合研議作業；(3) 國健署已規劃試辦以病人為中心之慢性病整合性照護措施，期降低個案重複衛教與指導，並減輕護理人員負荷，增加個案管理效能，另健保署已研議新增「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，以減少重複登錄及管理之行政程序。

5. 我國尚未定期彙整公開 WHO 公布之非傳染病相關監測指標數據，不利與國際接軌

進行跨國比較：WHO 為減輕全球非傳染病疾病負擔，於 2013 年通過「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」(Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020)，設定於 2025 年前達成降低 25% 非傳染病早發性死亡率等 9 項全球自願性目標 (Voluntary Global Targets)，並從死亡率及罹病率、危險因子、國家政策措施等面向制訂 25 項全球監測指標 (表 4)，供各國監測及評估非傳染病防治執行情形，並於 2018 年公布各國指標數據。惟我國對於 WHO 訂定之 25 項非傳染病監測指標，尚乏定期彙整公開機制，

表 4 WHO 2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫之 25 項監測指標

項目	指標
1	30 至 70 歲人口因心血管疾病、癌症、糖尿病或慢性呼吸道疾病之死亡率
2	各類癌症之每 10 萬人口發生率
3	15 歲以上人口每年酒精平均消費量
4	青少年及成人之年齡標準化酗酒 (重度飲酒) 盛行率
5	青少年及成人酒精相關疾病之發生率及死亡率
6	青少年身體活動不足盛行率 (每日中高強度活動低於 60 分鐘)
7	18 歲以上人口身體活動不足年齡標準化盛行率 (每週中高強度活動低於 150 分鐘)
8	18 歲以上人口年齡標準化平均每日食鹽 (氯化鈉) 攝取量
9	青少年吸菸率
10	18 歲以上人口年齡標準化吸菸率
11	18 歲以上人口血壓升高年齡標準化盛行率及平均收縮壓
12	18 歲以上人口血糖升高 / 糖尿病之年齡標準化盛行率
13	青少年過重及肥胖盛行率
14	18 歲以上人口過重及肥胖年齡標準化盛行率
15	18 歲以上人口從飽和脂肪酸攝取之熱量占總熱量之年齡標準化平均比率
16	18 歲以上人口蔬菜及水果攝取量少於 5 份 (400 公克) 之年齡標準化盛行率
17	18 歲以上人口總膽固醇升高之年齡標準化盛行率及平均總膽固醇濃度
18	具心臟病及腦中風疾病風險者接受藥物治療及諮詢服務比率
19	在公立及私立醫療院所提供經濟可負擔、優質、安全及有效之非傳染病基本藥物 (包括非專利藥物) 及技術
20	根據每例癌症死亡患者鴉片類止痛劑之嗎啡當量消費量 (不包括美沙冬) 評估安寧緩和醫療之可及性
21	根據國情及國家規劃，制定國家政策，在食品供應中限制使用飽和脂肪酸，且不使用部分氫化植物油
22	根據國家規劃及政策，在具成本效益及經濟可負擔情況下，酌情提供人類乳突病毒 (HPV) 疫苗
23	制定政策，減少富含飽和脂肪、反式脂肪酸、添加糖或食鹽等食品及非酒精飲料之市場行銷對兒童之影響
24	藉由嬰兒接種 B 型肝炎疫苗第 3 劑數量來監測 B 型肝炎疫苗接種率
25	30 至 49 歲婦女接受子宮頸癌篩檢之比率，以及根據國家規劃或政策，更低或更高年齡組接受子宮頸癌篩檢之比率

資料來源：整理自 WHO Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020。

且截至 108 年底止，計有「18 歲以上人口蔬菜及水果攝取少於 5 份（400 公克）之年齡標準化盛行率」及「具心臟病及腦中風疾病風險者接受藥物治療及諮詢服務比率」2 項指標尚未調查，無相關數據。另衛福部已依 WHO 公布之全球永續發展目標相關指標定期公布我國數據，作為跨國比較監測項目，惟其中與非傳染病防治相關之「5 歲以下兒童 B 型肝炎表面抗原盛行率」及「家庭及環境空氣污染導致之每 10 萬人口年齡標準化死亡率」等 2 項指標尚未建立相關數據，不利完整評估我國非傳染病防治績效表現，亦較難進行跨國比較，經函請衛福部研議參照 WHO 建議完備我國指標數據之可行性，以為政策評估及規劃參據。據復：將持續參考 WHO 建議指標，滾動式修正我國非傳染病指標，並進行定期監測及公布相關數值。

6. 部分市縣菸酒檳榔、飲食及身體活動等致病行為及癌症篩檢率與全國相較仍有落差，身心障礙民眾預防保健服務利用率亦待提升：國健署自 101 年起補助菸、酒、檳榔高盛行率及相關癌症發生率暨死亡率較高之市縣辦理「菸酒檳榔防制整合計畫」，並提供弱勢族群較低年齡或縮短間隔之預防保健服務等，期縮小國人健康之落差。經查相關業務推動，核有：(1) 據國健署健康促進年報統計，整體而言，106 年 18 歲以上國人吸菸率、男性人口嚼檳榔率均較 102 年大幅下降，過去 1 個月暴飲率亦呈微幅下滑，其中 18 歲以上國人吸菸率，計有 18 個市縣 106 年比率較 102 年下降，惟仍有臺東縣等 4 縣不減反增，最高與最低者落差達 13.9 個百分點，較 102 年之 9 個百分點為高；至於 18 歲以上男性人口嚼檳榔率，除臺北市外，各市縣均較 102 年下降，惟最高與最低者尚有 16.1 個百分點之差距（表 5）。另部分市縣 106 年 18 歲以上民眾每日攝取 3 蔬 2 果人口占比、108 年 13 歲以上國人規律運動率與全國相較落差逾 2 個百分點（表 6）。顯示部分區域在菸酒檳榔健康危害行為、身體活動不足及不健康飲食等重大致病因子，與全國相較仍有較大落差；(2) 子宮

表 5 各市縣菸酒檳榔之健康危險因子盛行率

單位：％、百分點

市縣別	18 歲以上人口吸菸率			18 歲以上人口 過去 1 個月暴飲率			18 歲以上男性人口 嚼檳榔率		
	102 年	106 年	增減	102 年	106 年	增減	102 年	106 年	增減
全國	18.0	14.5	- 3.5	5.4	5.1	- 0.3	9.5	6.1	- 3.4
臺北市	18.5	△ 9.8	- 8.7	5.7	6.1	0.4	△ 3.2	4.2	1.0
新北市	*20.8	14.4	- 6.4	7.1	7.1	—	6.6	4.4	- 2.2
桃園市	19.8	18.0	- 1.8	6.0	5.6	- 0.4	11.0	6.7	- 4.3
臺中市	16.9	14.3	- 2.6	5.6	5.6	—	8.7	4.3	- 4.4
臺南市	14.4	13.9	- 0.5	3.3	3.0	- 0.3	6.2	4.1	- 2.1
高雄市	18.9	13.3	- 5.6	4.2	3.6	- 0.6	8.6	5.5	- 3.1
基隆市	20.6	18.3	- 2.3	5.6	7.0	1.4	8.8	5.6	- 3.2
宜蘭縣	18.1	18.2	0.1	6.1	8.1	2.0	11.4	7.5	- 3.9
新竹縣	13.2	11.5	- 1.7	3.8	4.1	0.3	7.9	7.5	- 0.4
新竹市	14.1	12.4	- 1.7	4.6	4.5	- 0.1	5.9	4.7	- 1.2
苗栗縣	17.6	15.6	- 2.0	5.2	4.8	- 0.4	12.7	9.0	- 3.7
彰化縣	16.2	13.3	- 2.9	4.6	△2.8	- 1.8	8.4	7.1	- 1.3
南投縣	17.0	14.4	- 2.6	7.1	4.9	- 2.2	12.8	10.2	- 2.6
雲林縣	18.3	13.6	- 4.7	5.3	3.1	- 2.2	14.7	10.1	- 4.6
嘉義縣	17.8	16.2	- 1.6	4.4	2.9	- 1.5	16.9	13.7	- 3.2
嘉義市	15.7	11.8	- 3.9	△ 3.2	3.7	0.5	9.9	7.8	- 2.1
屏東縣	17.1	19.2	2.1	5.0	4.3	- 0.7	15.7	7.8	- 7.9
花蓮縣	18.4	15.1	- 3.3	9.3	7.1	- 2.2	18.7	13.4	- 5.3
臺東縣	19.2	*23.7	4.5	*11.8	*9.0	- 2.8	*24.6	*19.2	- 5.4
澎湖縣	17.4	14.6	- 2.8	5.8	3.3	- 2.5	9.8	6.3	- 3.5
金門縣	△11.8	14.3	2.5	—	—	—	—	△ 3.1	—
連江縣	18.9	10.2	- 8.7	—	—	—	—	4.3	—
最高與最低市縣差距	9.0	13.9	4.9	8.6	6.2	- 2.4	21.4	16.1	- 5.3

註：1. 「*」為盛行率最高市縣，「△」為盛行率最低市縣。

2. 資料來源：整理自國健署 102 及 106 年健康促進統計年報。

頸癌、大腸癌、乳癌篩檢率最高與最低市縣之差距，分別由 103 年之 32.4%、26.3%、25.0%，增加至 107 年之 34.4%、30.8%、27.4%，呈擴大趨勢，顯示市縣間癌症篩檢推動落差加劇；(3) 身心障礙民眾子宮頸癌、乳癌及大腸癌篩檢等服務利用率，均較全國平均為低，其中 107 年子宮頸癌篩檢服務利用率甚至較全國平均落差達 14.4 個百分點（表 7），顯示渠等使用預防保健服務資源存有障礙等情事，經函請衛福部督促研謀改善，進一步縮小區域及族群間之健康不平等。據復：(1) 國健署將持續補助嚼檳榔率及口腔癌等癌症發生率較高之市縣，辦理菸酒檳榔防制整合計畫及推動弱勢族群各項檳榔健康危害防制計畫工作，並自 109 年起將檳榔健康危害業務列為嚼檳榔率、口腔癌發生死亡率高於全國之市縣加分必辦項目，以督促強化相關防制作為，另將協助各市縣針對學生、成人、高齡者擬定提升身體活動策略，強化民眾健康識能；(2) 國健署將針對篩檢率較低之市縣，規劃結合民間組織辦理宣導與篩檢服務；(3) 衛福部正委託辦理就醫無障礙管理中心計畫，擬就不同障別研擬建置友善就醫流程、醫療單張等，並將身心障礙者子宮頸癌及乳癌篩檢服務列入國健署癌症防治品質精進計畫之加分指標。

(二) 衛生福利部為增進對社區精神病患之照護，補助地方政府進用關懷訪視及心理衛生社工人力，惟補助人力不敷業務實需，又補助醫療機構提供社區中高風險精神病人社區照護服務，服務量能及普及度尚有不足，亟待研謀改善，以提升照護服務量能與品質。

據衛生福利部（下稱衛福部）統計，截至 108 年底止，國內列管精神疾病照護關懷個案人數計有 13 萬餘人。衛福部為建立以社區為中心之精神照護模式，持續以國民心理健康相關計畫，擘劃精神疾病防治與照護服務網絡執行策略。又鑑於近年來國內發生多起隨機殺人事件，加害人間有合併精神疾病等問題，爰自 107 年起推動之強化社會安全網計畫（107 至 109 年），納入「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」執行策略，期提供個案以家庭為中心之整合服務，降低暴力再犯風險。經查相關業務之推動，核有下列事項：

表 6 各市縣飲食運動之健康危險因子盛行率
單位：%

市縣別	106 年 18 歲以上民眾每日攝取 3 蔬 2 果人口占比	108 年 13 歲以上國人規律運動率
全國	13.8	33.6
臺北市	13.6	38.0
新北市	12.5	32.2
桃園市	14.0	32.6
臺中市	13.7	*31.4
臺南市	15.4	*30.3
高雄市	15.9	35.3
基隆市	*10.9	33.8
宜蘭縣	14.6	36.1
新竹縣	13.4	32.5
新竹市	14.9	35.0
苗栗縣	13.6	33.0
彰化縣	14.4	34.2
南投縣	12.0	34.4
雲林縣	*9.6	*29.7
嘉義縣	16.0	*30.2
嘉義市	15.8	37.9
屏東縣	14.2	35.6
花蓮縣	14.2	39.4
臺東縣	*11.5	36.3
澎湖縣	12.7	33.2
金門縣	—	31.9
連江縣	—	40.9

註：1. 「*」係指該市縣比率與全國相較落差逾 2 個百分點。
2. 資料來源：國健署 106 年健康促進統計年報、體育署 108 年運動現況調查。

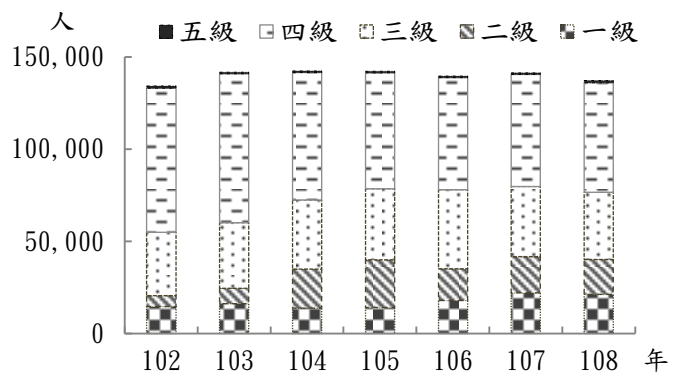
表 7 身心障礙者 107 年癌症篩檢率與全國平均之比較
單位：%

癌別	全國	身心障礙者
子宮頸癌（子宮頸抹片）	55.3	40.9
乳癌（乳房 X 光攝影檢查）	39.9	34.4
大腸癌（定量免疫法糞便潛血檢查）	40.8	36.4

資料來源：整理自國健署提供資料。

1. 為提供社區精神病人追蹤關懷服務，補助地方衛生局進用關懷訪視人力，惟囿於經費限制，補助人力不敷實需，照護負荷沉重，又限於計畫按年聘用及薪資結構受限，人員異動頻仍，有礙照護服務品質；衛福部為增進對精神病患之照護，訂有精神疾病患者社區家訪要點，視個案病情診斷及穩定程度分級照護，由地方衛生局提供列管社區精神病人關懷照護、協助緊急護送就醫及聯繫轉介等追蹤關懷服務。經查該部考量地方公衛護理人員業務繁重，爰每年持續以「整合型心理健康工作計畫」，補助各市縣衛生局進用社區精神病人之關懷訪視員，加計補助自殺關懷訪視人力經費，108 年度預算數 1 億 4,098 萬餘元，實支數 1 億 3,845 萬餘元。嗣為減輕地方公衛護理人員工作負荷，於第二期國民心理健康計畫以一、二級精神疾病列管個案及人力負荷比 1：80 人，推估全國所需社區關懷訪視人力為 425 名，較原有補助人力 96 名，需再增加補助 329 名，並報經行政院核定，惟囿於實際編列預算限制，仍僅核定補助 96 名人力（連同其他計畫補助臺北市，全國共計 99 名人力），未依計畫預估需求增加人力。按近年來社區列管精神病人雖維持在 13 萬餘人至 14 萬餘人左右，然其中訪視頻率需較密集之一、二級列管個案人數，由 102 年之 20,515 人，大幅增至 108 年之 40,162 人，加重社區關懷訪視業務量（圖 4）；又據衛福部推估我國每名社區關懷訪視員平均約須負擔 350 至 400 名列管精神疾病個案訪視工作，較英國（1：35）、香港（1：50）、日本（1：10）高出許多，照護負荷沉重。在有限訪視人力資源下，社區關懷訪視員恐無力在關心病情穩定性與是否規律服藥之外，逐案深入瞭解個案掌握病況，並協助連結適當服務資源，對於缺乏病識感個案，更難與其建立信任關係，亦加深訪視工作之難度。加以社區關懷訪視員採按年聘用無法累積年資及其薪資結構等因素，實務上異動頻仍，不利積累及傳承照護經驗，經函請衛福部研謀因應，以維護照護服務品質。據復：自 108 年起已於計畫訂定薪資晉階制度、督導加給及證照加給，且考量訪視安全風險，109 年度另給予風險加給，以鼓勵優秀人才留任，並修訂社區精神病人收、結案統一標準，另將賡續爭取公務預算，希能逐年補實關懷訪視員至 425 名，以降低訪視員之負荷。

圖 4 列管精神疾病照護關懷個案人數圖



資料來源：整理自衛福部提供資料。

2. 為降低合併保護性案件之精神疾病個案暴力再犯風險，以強化社會安全網計畫補助地方進用心理衛生社工，提供個案密集關懷訪視與整合性服務，惟實際編列預算僅占匡列經費之八成，人力進用率亦仍有提升空間；衛福部鑑於暴力事件加害人常合併精神照護、自殺等議題，爰以強化社會安全網計畫，補助地方衛生局增聘心理衛生社工（下稱心衛社工）283 名，以合併兒少保護、家庭暴力或性侵害等保護性案件之精神疾病（含有自殺企圖）個案為服務對象，提供個案 3 個月密集之追蹤輔導與關懷訪視服務，同時加強對加害人家庭、經濟、就業、居住等面向需求提供完整評估，以協助轉介及串聯社區資源體系，期能降低渠等暴力再犯風險。經查衛福部依據服務個案性質與風險，推估全國所需心衛社工人力 248 人，社工督導人力 35 人，

合計 283 人，採分年補助進用，107 至 109 年度各匡列補助 106 人、214 人、283 人。惟囿於預算未足額編列，自 108 年度起實際編列預算僅約占計畫匡列經費之 8 成(表 8)，108 年度核定補助人力 203 人，未達原訂人力需求 214 人。次查，囿於心衛社工

進用資格門檻高，且與社政領域所需人力競合，又服務對象問題相對多元複雜，存有潛在暴力風險，惟薪資比照保護性社工，未較優渥，影響社工轉任意願。衛福部為提升地方人力進用率，除聘請專家學者進行實地輔導外，自 108 年起另核定心衛社工風險工作費每月 2,000 元，同時將其人力進用率納入地方衛生局考評指標，執行結果，108 年全國人力進用率約 76.35%，較 107 年之 48.11% 已有成長，惟新北市、新竹縣、宜蘭縣及彰化縣等 4 個市縣人力進用率僅約 3 至 5 成不等，尚有大幅提升空間。按該計畫實施初期，係優先以加害人合併精神疾病及保護性案件同時在案之個案提供服務，自 108 年 8 月起分階段納入服務保護性案件曾經在案個案，並預計於 110 年將精神疾病合併自殺企圖者納為服務對象，逐步擴大服務範圍，勢將連帶增加服務案量，為維繫開案量能與服務品質，經函請衛福部研謀增進人員參與誘因，並督促地方衛生局落實人力進用事宜，以提升計畫服務效能。據復：已聘請專家學者組成輔導團，定期至市縣實地輔導，協助地方政府開闢多元徵才管道，並自 109 年起調升風險工作費每月為 3,000 元，另將研修心衛社工及督導聘用資格等。

3. 為建構社區中高風險精神病人持續性社區照護服務，辦理醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫，惟囿於計畫服務報酬不敷成本，院所缺乏參與誘因，服務普及度不足：衛福部為鼓勵醫療機構對社區中高風險之精神病患提供主動式社區照護，引導病人規律就醫及協助家屬處理緊急、突發狀況，減少病人傷害行為發生，並減輕家人照護壓力，自 105 年起辦理「醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫」，以精神醫療網為分區，徵求評鑑合格之區域或精神科專科教學醫院等級之指定精神醫療機構，結合責任區域內協辦醫院共同對社區中高風險精神病人進行收案，由醫療專業團隊提供居家及電話訪視關懷

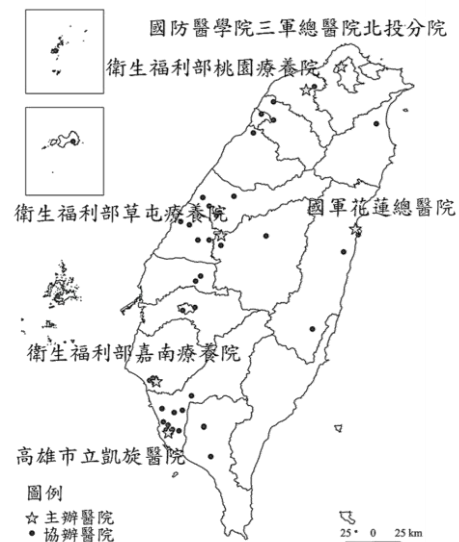
表 8 強化社會安全網計畫「整合加害人合併精神疾病與自殺防治服務」策略經費編列及執行情形表

單位：新臺幣千元

項目	合計	107 年度	108 年度	109 年度
計畫匡列經費	350,639	81,475	120,800	148,364
預算數	289,384	79,030	97,209	113,145
核定補助經費	264,294	(註2)54,422	96,727	113,145
實支數		20,204	61,716	

- 註：1. 本表係包含加害人合併精神疾病(含自殺企圖)服務業務及加害人處遇協調服務業務經費。
 2. 因行政院於 107 年 2 月核定計畫，各市縣提報計畫於 6、7 月始審查通過，爰核定數較預算數為少。
 3. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

圖 5 108 年度醫療機構精神疾病病人社區照護品質提升計畫合作醫院分布圖



資料來源：本部整理繪製。

服務，另有需要時，親至現場，強化精神病人緊急送醫服務，並與衛生局合作建立病患離院準備與後續轉介機制及標準。108 年度核定補助 975 萬元，實支數 795 萬餘元。經查執行以來，全國主、協辦醫院家數已由 105 年之 28 家，成長至 108 年之 51 家，惟新北區尚無醫療機構承作，另協辦醫院亦多集中於中、南部地區，北部及東部地區相對匱乏，服務可近性尚待提升（圖 5）。次查，參與協辦醫院數雖已增加，惟除高屏區部分協辦醫院收案相對較為積極外，其餘協辦醫院多僅服務零星個案，主要仍仰賴主辦醫院收案，然除中區外，各主辦醫院又多以所在地市縣為主要服務提供範圍，服務普及度尚有大幅提升空間。究其原因，主要係院所多考量收案對象以社區中不穩定長期未就醫之高危險個案為主，訪視服務耗時費力，計畫服務報酬不敷所需成本，致普遍缺乏參與意願，而已參與之醫院亦囿於人力不足，服務量能有限，影響計畫執行成效，經函請衛福部研謀改善。據復：將通盤瞭解癥結原因，並研議調高計畫服務報酬之因應策略或方案，規劃於推動 110 年度計畫予以調整，以提升院所參與誘因及服務普及度。

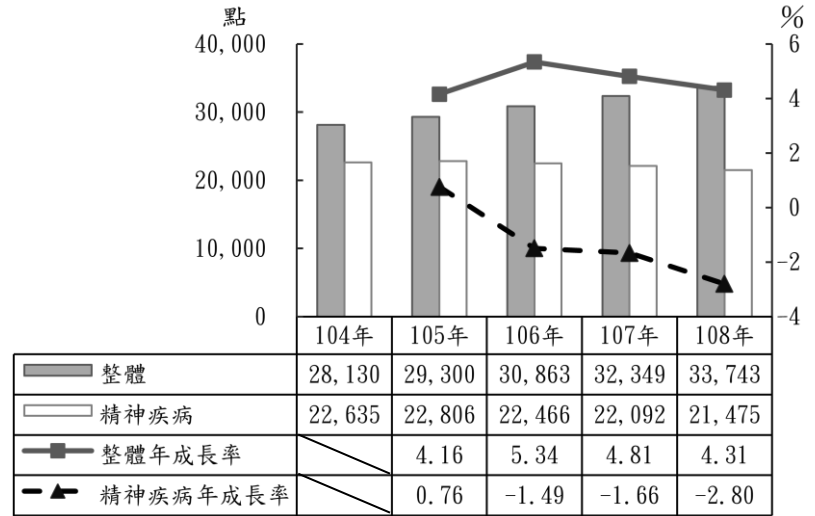
（三） 全民健康保險提供精神病人門住診及社區復健等服務，惟精神病人均醫療費用逐年減少，支付制度設計不利社區復健服務健全發展，又健保、勞政、社福及長照相關政策未能相互配合，無法提供病人整合性服務，亟待研謀改善，完善精神病人社會支持系統之配套措施，以提供病患合適照護。

據中央健康保險署（下稱健保署）統計，108 年國內精神疾病就醫人數達 133 萬餘人，醫療費用高達 285 億餘點；又 107 年底慢性精神疾病領有重大傷病證明人數約 20 萬人，僅次於癌症重大傷病人數，且其門診及住院醫療費用，分別居重大傷病門住診醫療費用之第 4 位及第 3 位，顯見精神疾病醫療照護之重要性與對健保醫療支出之負擔。該署為提供精神疾病患者醫療照護，訂有精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費、精神醫療治療費及精神病患者社區復健等相關健保支付標準。另為促使醫療院所改善思覺失調症患者之照護品質，推動思覺失調症醫療給付改善方案，108 年度實際支出 5,420 萬餘元，收案照護 61,296 人。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. **精神疾病就醫人數成長較整體快速，惟人均醫療費用逐年減少，又心理及職能治療相關支付標準久未調整，有礙服務量能及品質之提升：**近年來我國健保整體就醫人數，由 104 年之 2,285 萬餘人，增至 108 年之 2,323 萬餘人，年成長率未及 1%；同期間精神疾病就醫人數，由 108 萬餘人成長至 133 萬餘人，年成長率由 105 年之 3.61%，上升至 108 年之 6.30%，其就醫人數成長率較整體快速。又健保整體平均每人醫療費用由 104 年之 28,130 點，增加至 108 年之 33,743 點，近 4 年來年成長率維持在 4%至 5%左右，呈穩定增長趨勢；精神疾病平均每人醫療費用卻自 105 年之 22,806 點，下滑至 108 年之 21,475 點，連續 3 年負成長，且逐年加劇（圖 6），顯示精神疾病患者每人所獲醫療資源日益減少。次查，健保給付有關心理、職能及行為治療等精神醫療非藥物治療項目多數自 93 年 7 月迄今已 16 年未曾調整。據本部訪談醫院指出，部分非藥物治療項目之給付，如深度心理治療，每次療程需時甚久，致院所多考量給付不敷成本，較無意願執行。按精神疾病患者除服藥控制病情外，尚需藉持續性復健治療維持病患

之社會心理功能，始能有助穩定病情復歸社會。為維護精神病人照護品質，經函請健保署於兼顧各種疾病醫療給付之衡平下，研議改善精神疾病醫療費用配置及相關給付之可行性，以提供患者全人醫療照護服務。據復：健保支付標準係依據各診療項目耗用之人力及時間、設備成本、維修費用、作業及管理費用、複雜度及困難度等訂定，若醫事服務機構或相關學、公會對精神治療支

圖 6 精神疾病平均每人醫療費用與整體之比較



資料來源：整理自健保署提供資料。

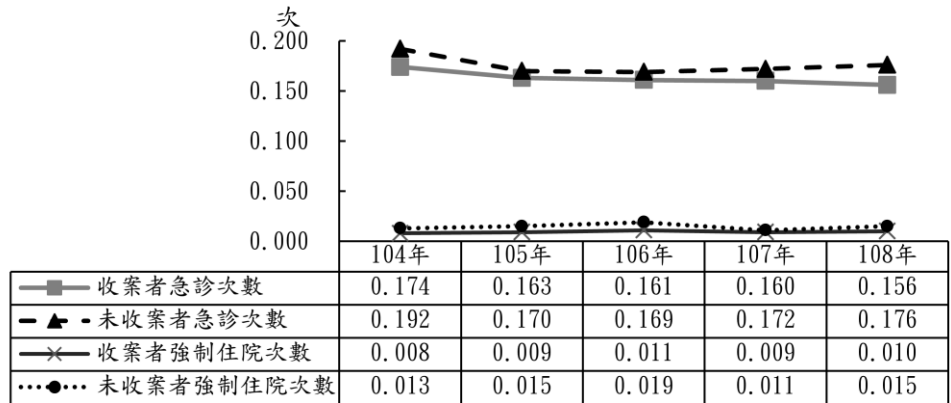
付標準有修訂建議，可依新增修訂診療項目申請流程提出申請，健保署將依程序辦理後續作業。

2. 精神社區復健人數漸有成長，惟日間型復健機構及夜間復健治療服務支付標準與住宿型全日復健存有落差，影響社區復健服務之發展：近年來國際間精神疾病治療趨勢朝社區化方向發展，除可保障病人人權外，將使照護服務更具成本效益，並增加服務可近性。健保自開辦以來，提供慢性精神病人日間型及住宿型精神復健機構等社區化復健照護，對具復健潛能之精神疾病個案提供生活及職能訓練，並作為返家前之暫時、支持性居所，以協助個案提升生活自理能力，復歸社會，落實精神照護社區化目標。經查近年來國內住宿型精神復健機構開辦家數由 101 年之 116 家成長至 108 年之 154 家，同期間日間型精神復健機構則由 74 家降至 68 家；又以健保申報服務人數觀之，住宿型機構全日復健治療由 104 年之 5,131 人增加至 108 年之 6,464 人，呈成長趨勢，而同期間住宿型機構夜間復健治療人數由 966 人減少至 901 人，另日間型機構復健治療人數維持在 3,560 人至 3,873 人不等，顯示精神社區復健服務日趨朝住宿型全日復健發展，日間型機構發展停滯。揆其原因，除受國內社福政策之影響外，在健保支付制度方面，住宿型機構夜間復健治療僅給付 126 點，與全日復健治療之 508 點相距懸殊，致業者較無意願提供夜間復健治療服務；另日間型機構復健治療給付 480 點，亦較住宿型機構全日復健治療 508 點為少，加以不若住宿型機構得另行收取個案住宿費用，致使經營較為不易，影響服務投入意願，有礙精神社區復健服務之發展。經函請健保署研議檢討調整相關支付標準，健全精神病人社區復健服務之發展，以協助病人回歸社區生活，提升醫療資源配置效率。據復：已於 109 年 6 月 3 日邀集精神相關學會、專家、醫療服務提供者代表及衛生福利部、社會及家庭署召開「精神疾病患者社區復健支付標準討論諮詢會議」，將依會議決議，就與會單位建議事項及後續補充資料做整體性規劃及財務影響評估後，依程序辦理後續事宜。

3. 思覺失調症醫療給付改善方案照護率已漸提升，惟收案照護者多屬較易照護之固定就醫病人，未能彰顯方案實施效益：健保署為鼓勵醫師主動積極介入，使思覺失調症患者固

定接受治療，提高治療依從度，自 99 年起推動思覺失調症醫療給付改善方案。執行以來，收案人數由 99 年之 36,580 人，增加至 108 年之 61,296 人，照護率逐年穩定提升，108 年約 67%。按該方案收案對象分為「固定就醫病人」、「未

圖 7 思覺失調症醫療給付改善方案收案病患平均每人急診及強制住院次數與未收案病患之比較



資料來源：整理自健保署提供資料。

固定就醫病人」及「久未就醫病人」等 3 類型，經分析 106 至 108 年院所實際收案情形，其中「固定就醫病人」照護率達 8 成，「未固定就醫病人」照護率約 6 成，另「久未就醫病人」照護率則僅有 1 成 5 至 2 成左右，相形低落。據本部訪談醫院指出，該方案提供每名病人年度個案管理照護費 1,000 點或 1,500 點，其中 60% 須依品質指標達成度計算獎勵費，誘因不高，致院所多以較易照護之規律返診病人進行收案，無法充分彰顯促使患者固定接受治療之效益。另該方案實施多年，近年來其收案照護病人之急診及強制住院次數雖皆略低於未經收案照護者，惟兩者未有明顯差距（圖 7），允宜進一步探究癥結原因，研議改善方案設計，以提升方案實施效益，經函請健保署研謀改善，促使院所加強未規律返診者之收案，以提升預防疾病復發成效。據復：將持續不定期蒐集各學協會建議及進行內部評估，滾動式檢討方案，冀能持續擴大服務範圍，提供思覺失調症患者更有品質之醫療照護。

4. 衛福部推動精神病人社區化照護政策，惟健保、勞政、社福及長照相關政策未能相互配合，無法依病人特性提供整合服務，導致病人接受復健仍不易返回社區生活，個案存有超長住院或長期滯留住宿型精神復健機構情事：衛生福利部（下稱衛福部）鑑於國際間精神照護朝社區化發展趨勢，近年推動精神病人社區化照護政策，期支持患者於社區生活，復歸社會。經查近年來健保精神科慢性住院人數由 104 年之 18,156 人減少至 108 年之 17,899 人，呈微幅下滑趨勢，同期間社區復健人數則由 16,571 人增加至 20,495 人，與精神照護社區化之發展方向大致相符。惟經以 108 年健保精神科住院及社區復健個案每人治療日數分布情形分析，住宿型精神復健機構之全日復健（簡稱住宿型全日復健）治療日數多落在 89 天至 346 天之間，明顯高於日間型復健及住宿型夜間復健治療天數，其收治日數中位數長達 274 天，趨近精神慢性住院之 275 天（圖 8）。又進一步分析 3 年間（106 至 108 年）住宿型全日復健個案每人累計收治日數多介於 63 天至 815 天之間，與精神科慢性住院個案住院日數分布亦甚為相近，其中收治最長者甚至多達 1,059 天（圖 9），顯示住宿型機構全日復健部分收治病人存有長期滯留情事。且據健保署實務審查發現，間有住宿型精神復健機構收容需長期照顧而非積極復健個案情事，未符協助病人恢復正常生活、復歸社會之設置目的。次查 108 年精神科慢性住院個案住院日數多落於 137 天至 331 天

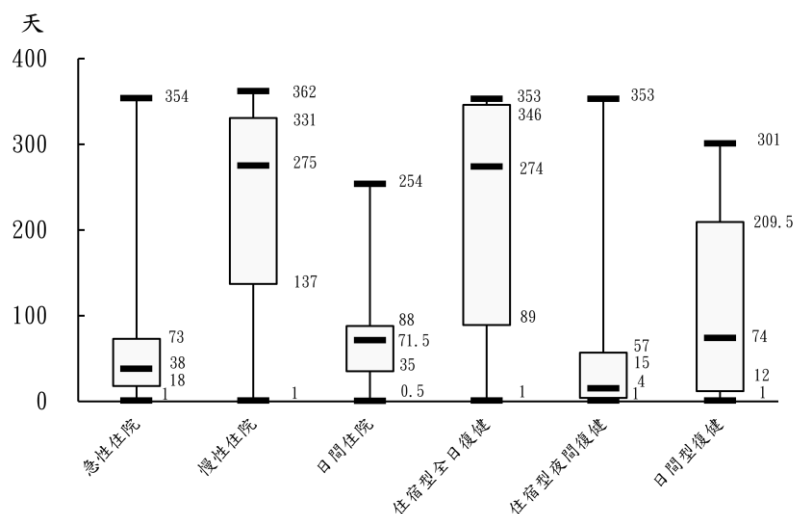
(圖 8)，個案近 3 年 (106 至 108 年) 累計住院日數中位數為 538 天，75 百分位收治期間長達 914 天，而住院日數最長者甚至多達 1,086 天 (圖 9)，顯示部分個案長期滯留於精神慢性病床。據本部訪談醫院指出，精神病人長期留置病房，主要係因家屬無力負擔養護機構及照顧服務員費用，又囿於就業及居住等社會支持系統薄弱，部分個案雖接受復健治療，仍難回歸社區生活；而少數難治型精神病人，難有治療復健潛能，然無法覓得社福或長照機構承接，導致個案長期

滯留醫院占床；另隨著精神住院病人老化，常因生理疾病需轉診住院，衍生照顧服務費用，因無社福政策協助，亦形成家屬沉重負荷。顯示衛福部推動精神病人社區化照護政策，惟健保、勞政、社福及長照相關政策未能相互配合，無法依病人特性整合相關服務，肇致醫療資源錯置，未能提供病人妥善之服務，隨著精神病人逐步老化，將使前開情形益形惡化，損及醫療資源配置效率。經函請衛福部會同相關機關共同研議完善精神病人社會支持系統之配套措施，以提供病患適宜照護，支持渠等於社區生活，並有效因應人口老化對精神照護體系之衝擊。據復：精神病人之照護服務，除醫療外尚須社福、長照以及勞政等各單位資源連結，合作進行，後續將與相關單位共同討論，研議增加精神病人社區資源布建，及強化身心障礙就業服務連結，以逐步朝向精神病人社區化之政策目標。

(四) 長照服務需求人數推估參據調查時間久遠，影響政策規劃評核及未來年度支出估測之準確性，且服務需求人數逐年增加，現有財源恐不敷支應所需經費，允宜研謀妥處，以利長照政策永續發展。

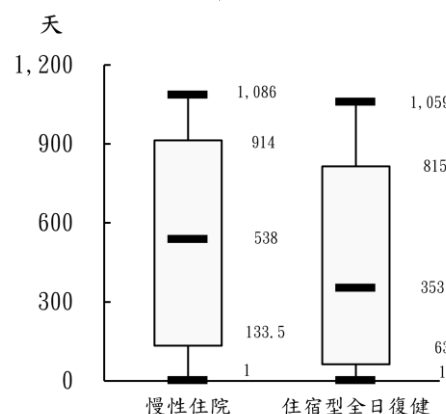
政府為因應高齡化失能人口日增衍生之長照需求，並完備社區照顧服務體系，實現在地老化之目標，自 106 年度起推動長期照顧十年計畫 2.0 (下稱長照 2.0 計畫)，擴大服務對象及服務項目，期使各類失

圖 8 108 年精神科住院及社區復健個案每人治療日數分布



註：1. 各類服務每人住院 (申報) 日數由上而下分別係：「最大值」、「第 3 四分位數」(由小至大排列第 75% 之日數)、「第 2 四分位數」(由小至大排列第 50% 之日數，即中位數)、「第 1 四分位數」(由小至大排列第 25% 之日數)、「最小值」。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

圖 9 106 至 108 年精神科慢性住院及住宿型全日復健個案每人累計收治日數分布



註：1. 各類服務每人住院 (申報) 日數由上而下分別係：「最大值」、「第 3 四分位數」(由小至大排列第 75% 之日數)、「第 2 四分位數」(由小至大排列第 50% 之日數，即中位數)、「第 1 四分位數」(由小至大排列第 25% 之日數)、「最小值」。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

能對象均能獲得適足之長照服務，政策立意良善。惟查長照財源規劃及預算執行情形，核有下列事項：

1. **長照需求人數推估參據調查時間久遠，恐已未符現況，影響政策規劃評核及未來年度支出估測之準確性：**我國長照服務之目標群體，於長期照顧十年計畫（下稱長照 1.0 計畫）時期，係以 65 歲以上之失能老人、55 歲以上失能山地原住民、50 歲以上失能身心障礙者、僅工具性日常生活功能失能之獨居老人等 4 類群體為服務對象，為服務更多長照需求民眾，長照 2.0 計畫除延續原 1.0 計畫之服務對象外，另擴大服務範圍，納入 50 歲以上失智症者、未滿 50 歲失能身心障礙者、55 至 64 歲失能原住民及 65 歲以上衰弱老人，致 106 年度推估長照需求人數由原長照 1.0 計畫之 51 萬餘人，大幅增加為 73 萬餘人，嗣後逐年成長，109 年度推估長照需求人數已達 82 萬餘人，

表 9 長期照顧需求人數推估情形表

單位：人

年度	合計	65歲以上失能老人	失能身心障礙者	55-64歲失能原住民	50歲以上失智症者	65歲以上衰弱老人
106	737,623	415,314	179,832	7,761	109,970	24,746
107	765,218	436,136	179,955	8,062	115,079	25,986
108	794,050	457,855	179,897	8,301	120,717	27,280
109	824,515	481,109	179,490	8,505	126,745	28,666
110	855,253	504,700	179,001	8,627	132,854	30,071
111	883,364	526,328	178,524	8,697	138,455	31,360
112	913,125	549,397	177,807	8,764	144,422	32,735
113	943,471	573,142	176,855	8,762	150,562	34,150
114	973,393	596,622	175,794	8,794	156,634	35,549
115	1,003,043	619,827	174,860	8,769	162,656	36,931

資料來源：整理自長期照顧十年計畫 2.0。

至 115 年度時長照需求人數將逾百萬人（表 9）。經查上開長照服務需求人數之推估，係由各目標群體之人口推計數乘以其長照需要率而得，依據目標群體之不同，長照需要率之參據基礎亦有所差異，如：65 歲以上

失能老人失能率係依據 2010 年人口及住宅普查報告結果；身心障礙者長照需要率係依據 2010 年國民長期照護需要調查結果；50 歲以上失智症盛行率係依據 2013 年失智症（含輕度認知功能障礙）流行病學調查及失智症照護研究計畫；65 歲以上老人衰弱盛行率則係依據 1996 年中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查，惟各該資料調查期間距今已歷時 7 年至 24 年不等，衛生福利部（下稱衛福部）仍以其調查結果推估長照 2.0 計畫之長照需求人數，恐有失真。按長期照顧服務對象之界定乃各項長期照顧規劃工作之基本前提，服務需求人數亦為長期照顧服務給付、資源布建及財務制度等相關業務之重要參考數據，其正確性與真實性影響政策規劃評核及財務支出規模估測之準確性甚巨，經函請衛福部持續關注長照需求人口之變化，並適時研議辦理相關調查研究，以利我國長照政策之推展。據復：將持續辦理相關調查，並依據長照服務使用率等數據進行校正，作為長照政策規劃之參據。

2. **長照經費逐年擴增，預估長照服務發展基金 109 年度起即入不敷出，允宜持續規劃妥謀財源，以利長照政策永續發展：**長照經費之支出用途可概分為布建長照服務資源及支應民眾使用長照服務所需之服務費用，107 年度施行「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」【下稱長照給（支）付基準】後，上開長照服務使用經費之預算編列方式，係以長照給（支）付基準所列各失能等級給付估算，108 年度計編列預算 197 億餘元，約占當年度長照預算 337 億餘元之 6 成，執行結果，當年度長照

服務人數計 284,208 人，平均每人每月使用經費均未逾萬元，尚未及長照給(支)付基準所列之給付額度上限之 3 成(表 10)，惟其經費支用數已達 179 億餘元，超逾預算數之 9 成，倘民眾均依其失能等級額度上限使用服務，則現有經費顯不敷支應。次查，108 年度長照服務人數約為推估需求人數之 3 成，未來我國老年人口逐年增加，在長照 2.0 計畫持續推行下，長照服務人數將隨之成長，衛福部亦已規劃 4 年後將提升長照服務涵蓋率至 7 成，長照經費勢將大幅擴增，據該部推估，113 年度長照經費需求將達 600 億餘元。按目前長照服務發展基金(下稱長照基金)係以遺產及贈與稅、菸酒稅菸品應徵稅額等稅收作為主要財源，108 年度各稅計挹注長照基金 410 億餘元，雖尚能

表 10 108 年度各失能等級每月平均使用額度與額度上限明細表

單位：新臺幣元、%

失能等級	平均每人每月使用額度 (A)	使用額度上限 (B)	差額 (B-A)	平均使用額度占額度上限比率 (A/B×100)
第二級	3,826	16,226	12,400	23.58
第三級	5,999	21,666	15,667	27.69
第四級	7,094	24,786	17,692	28.62
第五級	8,663	30,306	21,643	28.59
第六級	9,836	34,276	24,440	28.70
第七級	9,664	39,644	29,980	24.38
第八級	9,362	43,734	34,372	21.41

註：1. 「使用額度上限」係加總各失能等級個案可使用之照顧及專業、交通、輔具及居家無障礙環境改善、喘息等 4 類服務額度上限而得，其中交通接送係以第四類地區給付額度計算。
2. 資料來源：整理自長期照顧(照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務)給付及支付基準暨衛福部提供資料。

表 11 長照服務經費推估收支情形表

單位：新臺幣億元

科目 \ 年度	109	110	111	112	113
基金來源	387.23	472.08	504.80	568.10	598.15
政府預算撥充	—	80.00	100.00	150.00	170.00
不含政府預算撥充收入之基金來源	387.23	392.08	404.80	418.10	428.15
房地合一稅	55.62	59.03	62.66	66.50	70.59
遺產及贈與稅	64.77	68.18	71.87	75.82	80.05
菸稅	264.80	262.83	268.22	273.73	275.46
菸品健康福利捐	0.26	0.26	0.27	0.27	0.27
其他收入	1.78	1.78	1.78	1.78	1.78
基金用途	408.36	493.17	533.68	574.49	600.99
本期賸餘(短絀)	-21.13	-21.09	-28.88	-6.39	-2.84
期末基金餘額	399.49	378.40	349.52	343.13	340.29
不含政府預算撥充收入之本期賸餘(短絀)	-21.13	-101.09	-128.88	-156.39	-172.84
不含政府預算撥充收入之期末基金餘額	399.49	298.40	169.52	13.13	-159.71

資料來源：整理自衛福部提供資料。

支應當年度所需長照經費，惟 109 年度起各稅挹注收入即有所不足，推估 109 至 113 年度長照基金收支短絀計 21 億餘元至 172 億餘元不等，衛福部為確保長照財源之充足穩定，雖已規劃以政府預算撥充財務缺口，惟政府預算資源有限，能否足額撥補長照財源尚屬未定，倘未能依該部規劃數額撥補基金，則長照基金餘額最快至 113 年度將由正轉負(表 11)，財務結構面臨失衡。為因應長照支出逐年擴增之趨勢，經函請衛福部持續規劃妥謀財源，以利長照政策永續發展。據復：將依長照業務需求及執行能量，持續滾動式檢討長照基金來源、用途及預算額度，並進行財務控管，以利基金永續運作。

(五) 政府持續推動布建長照住宿式機構，惟部分市縣住宿式資源仍有不足，允宜加速提升服務量能，並將家戶經濟能力納入評估設立機構位址之考量，以滿足民眾服務需求。

衛生福利部(下稱衛福部)為強化布建長照住宿式機構服務資源，並提升整體服務品質，自 108 年 5 月起推動獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫(下稱布建住宿機構計畫)，規劃

於 108 至 112 年間，獎助公立醫療院所等單位，於住宿式資源不足地區，設立或修繕住宿式機構，計畫總經費 50 億元，實際執行結果，已核定獎助新（修）建 27 家機構，可提供 3,304 張床位，核定經費 45 億餘元，有助提升住宿式機構服務量能，惟查計畫執行情形，核有下列事項：

1. 計畫目標未能達成，部分市縣之住宿式資源不足地區仍未設置住宿機構，影響民眾取得服務之近便性：布建住宿機構計畫之執行目標，係規劃於 108 至 112 年間，獎助公立醫療院所等單位，優先於衛福部盤點之 88 處住宿式服務資源不足地區，布建 50 家住宿機構，增加 4 千張床位供給。實際執行結果，衛福部於 108 年 5 月 3 日第 1 次公告開放申請，計核定獎助該部臺東醫院修建住宿式機構等 14 案（計 1,613 床），核定經費 21 億 9,554 萬餘元；嗣衛福部考量原公告之 88 處資源不足地區，適

做住宿式機構之公有閒置空間有限，爰擴大獎助區域，除尚未布建資源之 74 處區域外，另納入其鄰近區 12 處及新增離島區域 3 處，於 108 年 10 月 4 日辦理第 2 次計畫公告，並核定獎助彰化縣政府新建住宿機構等 13 案（計 1,691 床），核定經費 23 億 7,938 萬餘元。綜觀該計畫 2 次公告核定結果，因申請案件以新建案為大宗，且機構規模以中大型為主，故核定 27 件機構新（修）建案（計 3,304 床）後，獎助經費已逾計畫總經費之 9 成，爰無法達成原計畫布建 50 家住宿機構及增加 4 千張床位之目標，尚有臺北市、基隆市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、雲林縣、屏東縣及金門縣等 8 個市縣之住宿式資源不足地區，仍未能透由該項計畫拓展住宿式服務資源（表 12），影響民眾取得長照服務之近便性，經函請衛福部配合長照政策整體預算財源

表 12 長照住宿式服務資源不足地區布建機構情形表

單位：處

市縣別	獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫獎助區域				住宿機構布建情形	
	長照住宿式服務資源不足地區		鄰近及離島地區			
	鄉鎮市區	處數	鄉鎮市區	處數	鄉鎮市區	處數
合計		88		15		23
臺北市	信義區	1	松山區	1	—	—
新北市	貢寮區、金山區、泰山區	3	瑞芳區	1	瑞芳區	1
桃園市	觀音區	1	—	—	觀音區	1
臺中市	大安區、大肚區、后里區、神岡區、龍井區	5	清水區、沙鹿區	2	后里區	1
臺南市	柳營區、後壁區、六甲區、大內區、將軍區、北門區、新市區、安定區、山上區、玉井區	10	—	—	柳營區、六甲區、新市區、玉井區	4
高雄市	旗津區、永安區、彌陀區、梓官區、杉林區	5	岡山區	1	旗津區、岡山區	2
基隆市	中山區	1	—	—	—	—
宜蘭縣	頭城鎮	1	—	—	—	—
新竹縣	關西鎮、橫山鄉、寶山鄉、北埔鄉、峨眉鄉	5	—	—	—	—
苗栗縣	後龍鎮、卓蘭鎮、大湖鄉、公館鄉、銅鑼鄉、南庄鄉、頭屋鄉、三義鄉、西湖鄉、造橋鄉、三灣鄉、獅潭鄉	12	—	—	—	—
彰化縣	大城鄉、二水鄉、線西鄉、芳苑鄉、埔鹽鄉、埤頭鄉	6	田中鎮	1	埔鹽鄉、埤頭鄉、田中鎮	3
南投縣	集集鎮、鹿谷鄉、水里鄉	3	—	—	鹿谷鄉	1
雲林縣	大埤鄉、東勢鄉、麥寮鄉、莿桐鄉、臺西鄉、四湖鄉、口湖鄉、水林鄉	8	北港鎮、虎尾鎮	2	—	—
嘉義縣	梅山鄉、義竹鄉、鹿草鄉、六腳鄉、太保市、東石鄉、布袋鎮、新港鄉	8	竹崎鄉	1	六腳鄉、新港鄉、竹崎鄉	3
屏東縣	里港鄉、林邊鄉、南州鄉、車城鄉、滿洲鄉、枋山鄉	6	高樹鄉、東港鎮	2	—	—
花蓮縣	鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、富里鄉	5	玉里鎮	1	鳳林鎮、豐濱鄉、富里鄉、玉里鎮	4
臺東縣	成功鎮、關山鎮、大武鄉、東河鄉、長濱鄉、鹿野鄉、池上鄉、太麻里鄉	8	—	—	成功鎮、關山鎮	2
澎湖縣	—	—	馬公市、湖西鄉	2	湖西鄉	1
金門縣	—	—	烈嶼鄉	1	—	—

註：1. 表內「住宿機構布建情形」係整理自衛福部「獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫」核定之 27 件獎助案，截至 109 年 5 月底止，各案均尚在辦理規劃設計作業中。

2. 衛福部核定獎助之 27 件住宿式長照機構新（修）建案中，計有 4 案機構坐落位址非處該部盤點之長照住宿式服務資源不足地區。

3. 資料來源：整理自獎助布建住宿式長照機構公共化資源計畫申請作業須知及衛福部提供資料。

，於兼顧居家及社區式服務資源布建情形下，持續盤點我國住宿式機構資源，優先於服務量能不足地區，結合公有資產，以公私協力模式加速推動布建住宿式機構。據復：已持續盤點資源不足地區，並規劃運用中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算辦理「布建資源不足地區住宿式長照機構專案計畫」，預計挹注資源不足地區 7,400 床。

2. 獎助設立住宿式機構之位址評估，允宜將民眾家戶經濟能力納入考量，俾使長照資源發揮預期效益：據社團法人台灣老人福利機構協會推估，住宿式長照機構服務費用每月約 3 至 4 萬元，復據勞動部「108 年外籍勞工管理及運用調查統計結果」載述，外籍看護工平均薪資為每月 1 萬 9,947 元，顯示入住機構服務費用約為聘用外籍看護工費用之 1.5 倍至 2 倍。另按本部辦理地方政府推動長期照顧十年計畫 2.0 成效之問卷調查結果，民眾未使用長照服務之原因，除沒有需要外，民眾為期專人 24 小時看護，傾向由外籍看護工、家庭成員或老人（安養）院照護者約占 68.62%；然若考量費用負擔，由家庭成員看護則為首選，顯示民眾經濟能力將影響其對住宿式長照機構之需求。查衛福部推動布建住宿機構計畫，獎助公立醫療院所等單位，優先於住宿式長照機構資源不足地區新（附）設公共化住宿式長照機構，惟按內政部戶政司全球資訊網及財政部財政資訊中心之業務統計資料分析，衛福部所公告之 74 處資源不足地區（不含第 1 次公告核定已布建住宿式資源之 14 個地區，及第 2 次公告之 12 個鄰近地區、3 個離島地區），其 106 年度家戶綜合所得總額中位數，較全國綜合所得總額中位數 626 千元為低者，計有 64 處，占約 86.48%，亦即該等地區其家戶年度綜合所得金額未及全國中位數水準，恐影響民眾使用住宿式長照服務之意願。為期有效運用公共化住宿式長照機構資源及發揮預計效益，經函請衛福部於獎助住宿式資源不足地區新（附）設公共化住宿式長照機構時，針對上開影響入住住宿式機構之關鍵因素審慎評估及妥謀善策因應，以達成長照服務資源建置普及與均衡，縮短城鄉長照服務資源差距。據復：未來規劃設置公共化住宿式長照機構，將針對可能影響入住機構之因素加以審慎評估，以落實在地老化之計畫目標。

（六）長照專業服務使用情形偏低，允宜強化宣導民眾復能照護認知，以提升長者自立生活能力，達成延緩失能進程目標。

2015 年世界衛生組織提出之世界高齡化與健康報告（World report on ageing and health 2015）指出，老化可能導致長者之內在能力受損或下降，而長期照護除應協助長者強化內在能力外，亦須藉由各種策略維持或促進其功能性能力，以保障長者之尊嚴與福祉。我國政府為回應世界衛生組織之倡議，提升長者生活自理能力，並延緩其失能進程，業於 107 年實施之「長期照顧（照顧服務、專業服務、交通接送服務、輔具服務及居家無障礙環境改善服務）給付及支付基準」，導入復能、營養、進食與吞嚥照護等專業服務，期透過個人化的整體性照護指導，使失能者能有效參與日常生活活動，以增進日常生活獨立功能，減少照顧需求，108 年度計服務 84,794 人，已略具成效。經查現行衛生福利部（下稱衛福部）針對民眾使用上開專業服務之費用補助方式，係將各項專業服務與日常生活照料之照顧服務合併歸類為「照顧及專業服務額度」（依長照需要等級不同，每月額度為 10,020 元至 36,180 元不等），民眾可在額度上限內擇選使

用之服務項目，並由服務提供單位依民眾實際使用服務情形向衛福部申請服務費用補助，惟在照顧及專業服務共用額度之制度設計下，民眾為能立即減輕照顧負擔，多偏好選擇使用照顧服務，而輕忽可協助失能者自立之專業服務，

表13 照顧及專業服務使用情形表

單位：人、新臺幣千元

項目 年度	長照服務 人數	照顧服務		專業服務	
		使用人數	服務費用	使用人數	服務費用
107	180,660	127,074	5,935,764	49,234	446,543
108	284,208	173,829	12,136,587	84,794	1,738,542

註：1. 長照服務人數包括使用照顧、專業、交通接送、輔具及居家無障礙環境改善、喘息等服務之民眾人數。
2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

107 及 108 年度專業服務使用人數分別為 49,234 人及 84,794 人，僅約占各該年度長照服務使用人數之 3 成，相較於衛福部 108 年 4 月訂定之長照復能服務操作指引敘及，已接受長照服務之個案中，約 7 成需要職能治療服務，二者比率顯有落差；另以服務費用支用情形觀之，107 及 108 年度專業服務提供單位申報核銷之費用分別為 4 億 4,654 萬餘元及 17 億 3,854 萬餘元，亦與各該年度照顧服務費用 59 億 3,576 萬餘元及 121 億 3,658 萬餘元相距甚遠（表 13），顯示民眾對復能照護之觀念認知尚有不足，專業服務使用情形仍待提升。鑑於復能服務有助於提升失能者整體功能、生活品質及長照服務人員之工作成就感，並可減少服務提供時間，降低照護成本等效益，經函請衛福部加強利用多元管道宣傳復能等專業服務之核心概念，俾扭轉民眾對於失能者無法自理生活之刻板印象，以落實專業服務照護，提升失能者自立生活能力，達成延緩失能進程之目標。據復：已製作影片、海報、摺頁等多元素材，持續運用大眾傳播通路強化宣傳，以提升民眾對於復能服務之認識與瞭解。

（七） 衛生福利部為因應失智人口逐年攀升，推動失智症防治照護政策綱領暨行動方案，整合相關照護計畫，惟仍核有醫療照護資源分布不均，部分計畫執行成效尚待提升等情事，允宜研謀改善，以強化失智醫療照護品質。

為因應失智防治照護之需求，衛生福利部（下稱衛福部）於 103 年推動「失智症防治照護政策綱領」（103 至 105 年），復因失智人口持續攀升，政府部門、民間組織與民眾對於失智議題之關注逐年增加，衛福部於 107 年結合勞動部等 8 個部會，推動「失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」（107 至 114 年），提出「列失智症為公共衛生之優先任務」等 7 項行動策略目標（圖 10），主要計畫包含失智照護服務計畫及失智友善示範社區暨失智症預防推廣計畫等，以協助疑似個案就醫確診及已確診個案相關資源轉介服務，並提升大眾對失智症之認識及友善態度。經查執行情形，核有下列事項：

圖 10 失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 行動策略



資料來源：失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0 計畫書。

1. 衛福部推動失智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0，將健全失智症診斷、治療、照護網絡列為行動策略之一，惟失智醫療照護資源仍存有分布不均情事，允宜研謀改善：按「失

智症防治照護政策綱領暨行動方案 2.0」策略 4「健全失智症診斷、治療、照護網絡」，訂有行動方案 4.1「強化失智症照護服務體系」。目前我國對失智症之診療，以神經內科及精神科為主。依衛福部 100 年委託台灣失智症協會進行之失智症流行病學調查及失智症照護研究計畫結果，以內政部人口統計資料推估，截至 107 年底止，全國失智症患者約 28 萬餘人。另據醫師公會統計，截至 107 年底止，全國神經內科、精神科執業醫師人數合計 2,808 人，平均每位醫師需照顧之失智者約 100 人，其中除臺北市等 6 市縣平均每位醫師照護人數在 100 人以下，新北市等 10 市縣介於 100 人至 200 人之間外，苗栗縣、嘉義

表 14 107 年底失智症醫療資源統計表

單位：人

市縣別	失智人口推估數	社團法人台灣失智症協會調查失智症診療專長醫師		中華民國醫師公會全國聯合會統計精神科、神經內科執業醫師	
		醫師人數	平均照護人數	醫師人數	平均照護人數
合計	282,365	730	387	2,808	101
臺北市	38,990	135	289	617	63
新北市	40,864	92	444	306	134
桃園市	20,772	53	392	249	83
臺中市	26,991	92	293	311	87
臺南市	23,808	33	721	220	108
高雄市	31,855	57	559	418	76
宜蘭縣	6,378	17	375	44	145
基隆市	4,720	17	278	46	103
新竹市	4,557	8	570	35	130
新竹縣	6,149	17	362	36	171
苗栗縣	7,902	21	376	29	272
彰化縣	17,038	45	379	109	156
南投縣	7,443	22	338	55	135
雲林縣	10,961	20	548	57	192
嘉義市	3,332	18	185	54	62
嘉義縣	8,818	20	441	42	210
屏東縣	11,131	26	428	66	169
澎湖縣	1,564	3	521	7	223
花蓮縣	4,407	25	176	89	50
臺東縣	3,016	7	431	14	215
金門縣	1,542	2	771	4	385
連江縣	127	—	—	—	—

註：1. 失智人口依衛福部 100 年委託研究計畫所列分年齡層盛行率，以內政部人口統計資料推估。

2. 資料來源：整理自失智症社會支持中心網站、中華民國醫師公會全國聯合會統計資料。(108 年度資料尚未公布)

縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣等 5 縣則超過 200 人，連江縣則無神經內科、精神科執業醫師（表 14）。復依失智症社會支持中心網站所載，並非所有神經科、精神科醫師專長於失智症之診療，爰社團法人台灣失智症協會調查全國各醫療院所失智症專長醫師，供民眾上網查詢。查該協會調查之全國失智症專長醫師計 730 人，占神經內科、精神科執業醫師人數 2,808 人之比率約 26.00%，如以此醫師人數估算，平均每位醫師需照顧之失智症病患人數將超過 300 人，其中臺南市、高雄市、新竹市、雲林縣、澎湖縣、金門縣等 6 市縣之每位醫師需照顧人數甚至超過 500 人（表 14），顯示具有失智症診療專長之醫師負荷極大，且失智症醫療照護資源存有分布不均情形，經函請衛福部督促研謀改善。據復：內科、家庭醫學科等專科醫師訓練中，已擬定老年醫學知識與技能等課程，並自 108 年 8 月 1 日起實施之 2 年期醫師畢業後一般醫學訓練（PGY 訓練）中，納入老年醫學評估與處置課程，以強化失智醫療照護系統及醫師診療能力。

2. 失智照護服務計畫雖已逐步布建失智社區服務據點，惟囿於服務時間及缺乏交通接送等因素，影響失智者及其家屬獲得服務資源之近便性，且部分失智共同照護中心新確診個案數偏低，恐有多數失智患者仍隱藏於社區中，尚待發掘；衛福部為提供失智者完善照護服務，自 106 年起辦理失智照護服務計畫，108 年度編列預算 6 億 3,409 萬餘元，實際執行數 5 億 7,511 萬餘元。截至 108 年底止，該部已核定設置 434 個失智社區服務據點，提供失智者認知促進及緩和失能（智）活動、87 個失智共同照護中心，協助疑似個案就醫確診及已確診個案後續相關

資源轉介服務。經查計畫執行情形，核有：(1) 國內尚有 96 個行政區尚未設置服務據點，暨據點雖已於平日提供相關服務，惟部分失智者因家屬仍須工作而缺乏交通接送等因素，難以配合據點開放時間，影響失智者及其家屬獲得服務資源之近便性；(2) 失智共同照護中心所照護之個案多為已確診個案，新確診個案數偏低，有待提升發掘潛在失智患者之能力等情事，經函請衛福部督促研謀改善。據復：(1) 109 年已要求地方政府新增服務據點時，應優先考量轄內未設置據點之區域，並因地制宜規劃長照服務機構之 C 級巷弄長照站，俾利失智者獲得照護服務；(2) 已於 109 年失智照護服務計畫中明定，加強各據點將疑似失智個案轉介至共照中心協助確診，以提升失智確診率，並要求地方政府加強督導。

3. 國民健康署為提升大眾對失智症之認識及友善態度，推動相關計畫，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提供失智者適當友善環境：國民健康署（下稱國健署）為提升大眾對失智症之認識及友善態度，消除對失智症的歧視和偏見，自 107 年起補助各市縣政府衛生局辦理「失智友善示範社區計畫暨失智症預防推廣計畫」，108 年度編列預算 2,500 萬元，實際支用數 1,085 萬餘元。經查執行情形，核有：(1) 補助推動失智友善示範社區計畫已逾一年，尚未按計畫規定研訂友善社區之評價認證標準及輔導作業規範，不利各市縣政府督導衛生局協助社區規劃適當友善環境；(2) 該計畫目標之一為招募失智友善組織，藉由社區中之商家、醫療院所及派出所等各場域組織，連結照顧服務資源，使失智症個案及其照顧者皆能在社區內就近找到資源並使用服務。按該計畫所訂之產業類別分類，友善組織可分為生活消費、休閒文化、工商服務、工業製品及社會服務等 5 項類別，惟各市縣所招募之組織類別多集中於社會服務類，仍待擴大友善組織之涵蓋範圍等情事，經函請衛福部督促研謀改善。據復：(1) 經國健署檢討後，將儘速完成友善社區認證或評選相關作業；(2) 國健署業於年度補助須知訂定年度新增友善組織數量，要求執行單位逐年擴增招募數量及種類，以充實失智友善網絡。

(八) 政府持續推動優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務政策，已見成效，惟輔導查核作業仍待強化，以保障身心障礙者就業權益。

依身心障礙者權益保障法（下稱身權法）第 69 條第 1 項及第 2 項規定，身心障礙福利機構或團體、庇護工場（下稱身障廠商），所生產之物品及其提供之服務，於合理價格及一定金額以下者，各級政府機關、公立學校、公營事業機構及接受政府補助之機構、團體、私立學校（下稱義務採購單位）應優先採購至一定比率。復依優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務辦法（下稱優採辦法）第 3 條第 6 項及第 8 項規定，一定金額為新臺幣 1 百萬元、一定比率為 5%。執行結果，全國義務採購單位優先採購金額已由 105 年度之 7 億 2,659 萬餘元，增加為 107 年度 8 億 4,613 萬餘元，占年度總採購金額之比率，亦由 105 年度之 11.86%，成長至 107 年度之 13.74%（表 15），已見成效。惟查優先採購身障廠商生產情形之查核輔導作業，核有下列事項：

1. 身障廠商查核輔導作業未盡確實，允宜積極檢討改善，以保障身障者之就業權益：依優採辦法第 3 條第 3 項規定，身障廠商所生產之物品及其提供之服務，應由身心障礙者

在其所屬依法立案或指派服務之場所為之，並參與生產或服務流程，不得以進貨轉售方式販售商品，並應達到量產及持續提供服務，且其品質須符合採購單位要求。復依同條文第 5 項規定，直轄市、縣（市）主管機關為瞭解身障廠商之生產情形，應定期派員查核及輔導。查社會及家庭署（下稱社家署）為督核各市縣政府查核輔導情形，業於社福績效考核指標中明定各市縣政府應每年辦理轄內所有身障廠商之產品稽核，按年函報「參與優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品或服務生產單位執行查核表」（下稱查核表）送該署備查，並於每 2 年辦理之社會福利績效實地考核其執行情形。執行結果，截至 108 年 9 月底止，全國計有 328 家身障廠商，主管機關未辦理年度查核者，107 年度計有 27 家，108 年度截至 9 月底止，則尚有 166 家未接受輔導查核（表 16），輔導查核密度顯有不足。另經抽查部分市縣政府 106 及 107 年度查核表發現，臺北市政府轄管之庇護工場「愛心生活社」

業於 106 年 12 月 31 日結束營業，107 年 1 月 1 日廢止設立許可，惟其 107 年度查核表「生產物品或提供服務之項目、流程」欄位，仍填有產品代工、手工代工包裝、五穀雜糧代工包裝等 9 項服務（物品），及其生產或提供服務使用之人力及設備，且由查核人員標註查核意見為「符合」，顯示輔導查核作業未盡確實，恐難確保身障廠商所提供之商品係由身障者參與生產，有失政府保障身障者就業權益之政策美意，經函請社家署協同相關權責單位督促檢討改善，以落實輔導查核機制。據復：已於社福績效考核指標中律定各市縣政府每年須辦理轄內所有身障廠商之產品稽核，並函請各市縣政府自 109 年度起就立案地址位於其轄區內之全國性身障福利團體進行查核輔導，並於年度結束前將查核情形函報社家署備查。

表 15 優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務情形表

單位：家、新臺幣千元、%

年度	義務採購單位數	年度採購總金額(A)	優先採購金額(B)	優先採購比率(B/Ax100)
105	6,507	6,126,483	726,598	11.86
106	6,736	6,362,553	785,768	12.35
107	6,773	6,156,216	846,137	13.74

註：1. 依優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務辦法第8條規定，總統府、國家安全會議、行政院、立法院、司法院、考試院、監察院與五院所屬中央二級機關、獨立機關及直轄市、縣（市）政府，就該機關、所屬機關（構）與學校前1年度採購物品及服務之總金額及比率，於年度開始6個月內審核後，彙送中央主管機關公告，爰108年度資料尚未完成統計。

2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

表 16 身心障礙福利機構或團體、庇護工場輔導查核情形表

單位：家

轄管單位	108年9月底身障廠商家數				107年度未查核廠商家數			108年度截至9月底止尚未查核廠商家數			
	小計	身障機構	身障團體	庇護工場	小計	身障機構	身障團體	小計	身障機構	身障團體	庇護工場
合計	328	57	158	113	27	5	22	166	28	85	53
社家署	46	5	41	—	26	5	21	44	5	39	—
臺北市	51	8	8	35	—	—	—	51	8	8	35
新北市	29	1	6	22	—	—	—	6	1	5	—
桃園市	15	7	3	5	—	—	—	—	—	—	—
臺中市	25	8	10	7	—	—	—	—	—	—	—
臺南市	17	3	12	2	—	—	—	11	2	9	—
高雄市	34	2	26	6	—	—	—	—	—	—	—
基隆市	5	1	4	—	—	—	—	—	—	—	—
宜蘭縣	13	2	8	3	—	—	—	—	—	—	—
新竹縣	4	—	1	3	1	—	1	4	—	1	3
新竹市	6	—	3	3	—	—	—	3	—	3	—
苗栗縣	6	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—
彰化縣	12	4	5	3	—	—	—	—	—	—	—
南投縣	6	2	2	2	—	—	—	4	2	—	2
雲林縣	14	1	7	6	—	—	—	—	—	—	—
嘉義縣	9	3	4	2	—	—	—	7	3	4	—
屏東縣	13	2	7	4	—	—	—	13	2	7	4
花蓮縣	6	3	1	2	—	—	—	6	3	1	2
臺東縣	5	1	1	3	—	—	—	5	1	1	3
澎湖縣	8	1	5	2	—	—	—	8	1	5	2
金門縣	4	—	2	2	—	—	—	4	—	2	2

資料來源：整理自社家署提供資料。

2. 身障廠商新商品（服務）審核作業係以書面審查方式辦理，不易確認有無身障者參與生產或服務，允宜研議實地查核之可行性，以落實優採辦法扶助身障廠商之意旨：依身權法第 69 條第 1 項規定，身障廠商所生產之物品及其提供之服務，於合理價格及一定金額以下者，義務採購單位應優先採購。復依優採辦法第 3 條第 4 項規定，直轄市、縣（市）主管機關應定期審核身障廠商增列或更新之物品或服務項目，公告於各該主管機關網站及彙送中央主管機關公告。據社家署說明，現行作業模式係身障廠商提出新商品（服務）申請後，由市縣政府及社家署依序審核，按季於優先採購網路資訊平臺公告，供義務採購單位查詢採購。惟查市縣政府及社家署辦理審核作業時，係就身障廠商之基本資料、設立許可證明、生產物品或服務提供之項目、流程、工作者人數等資料進行書面審核，不易確認其提供之物品（服務）是否確依優採辦法第 3 條第 3 項規定，係由身障者參與生產或服務。鑑於近年來市縣政府間有查獲身障廠商未進用身障者從事生產作業，或作業場所無相關生產器具等案件，不僅損及身障者之就業權益，亦引發民眾對於身障廠商管理作業欠佳，影響政府採購秩序之訾議，經函請社家署評估建立風險導向查核機制，針對新商品（服務）與原有商品（服務）品項差異較大之身障廠商，研議於辦理審核作業時，予以實地查核之可行性，以確認廠商具有提供該商品（服務）之生產能力，俾落實優採辦法扶助身障廠商之意旨，協助身心障礙者自立生活。據復：已函請各市縣主管機關於身障廠商申請於優先採購網路資訊平臺上架產品時，派員實地訪視，經審查合格後始得同意產品於該平臺上架。

（九） 政府持續推動身心障礙者權利公約，惟部分未符公約規定之法規及行政措施已屆法定期限仍未完成修正，且國內導盲犬數量尚有不足，允宜研謀改善，以保障身心障礙者權益。

政府為保障身心障礙者之權益，參採聯合國於 2006 年制定通過之身心障礙者權利公約（The Convention on the Rights of Persons with Disabilities，下稱 CRPD）之意旨，於 96 年 7 月 11 日修正公布身心障礙者權益保障法，復為將 CRPD 國內法化，強化我國身心障礙者人權保障與國際接軌，於 103 年 8 月 20 日制定公布身心障礙者權利公約施行法，自 103 年 12 月 3 日起施行，並已依身心障礙者權利公約施行法第 7 條規定，於 105 年 12 月 2 日提出初次國家報告。經統計，截至 108 年底止，依法領有身心障礙手冊或證明人數計 118 萬餘人，社會及家庭署（下稱社家署）推動身心障礙者各項福利服務措施，108 年度編列預算 24 億餘元，決算數 23 億餘元，相關政策之推動已見成效。經查業務執行情形，核有下列事項：

1. 部分未符身心障礙者權利公約規定之法規及行政措施，已屆法定期限仍未完成修正，亟待促請主管機關加速完成修正作業，以落實公約精神：依身心障礙者權利公約施行法第 10 條第 1 項規定，各級政府機關應依公約規定之內容，就其所主管之法規及行政措施於該法施行後 2 年內（105 年 12 月 3 日前）提出優先檢視清單，有不符公約規定者，應於該法施行後 3 年內（106 年 12 月 3 日前）完成法規之增修、廢止及行政措施之改進，並應於該法施行後 5 年內（108 年 12 月 3 日前），完成其餘法規之制（訂）定、修正或廢止及行政措施之改進。社家署

為落實上開法定事項，報經行政院身心障礙者權益推動小組核定辦理落實身心障礙者權利公約（CRPD）推動計畫，自 104 年起協同各級政府機關辦理法規及行政措施檢視作業，並邀集專家學者及民間團體召開審認會議，經該推動小組確認後，於 105

表 17 CRPD 法規及行政措施修正情形表

類型	優先檢視清單		第 2 階段全面檢視清單	
	須修正數	尚未完成修正數	須修正數	尚未完成修正數
合計	372 部	81 部	90 部	69 部
法規	90 部	23 部	57 部	49 部
行政措施	282 個	58 個	33 個	20 個

資料來源：整理自社家署提供資料（資料日期：108年12月3日）。

年 12 月 2 日發布 CRPD 法規及行政措施優先檢視清單計 372 部（90 部法規、282 個行政措施），並將相關條文後續修正情形納入行政院政府計畫管理資訊網（GPMnet）系統按季列管。各級政府機關配合 CRPD 辦理法規及行政措施修正情形，截至 108 年 12 月 3 日止，優先檢視清單中尚有 81 部（23 部法規、58 個行政措施）未完成修正（表 17），涉及條文內容共 183 條，包括影響身心障礙者權益之 35 條、出現歧視性文字之 148 條；其餘經第 2 階段全面檢視須修正之法規及行政措施計 90 部（57 部法規、33 個行政措施），亦尚有 69 部未完成修正，係包括國家情報工作法等 49 部法規、軍人撫卹（照護）金發放作業程序等 20 個行政措施。據社家署說明，已於 108 年 6 月召開相關會議，請各法規主管機關倘未能於 108 年 12 月 3 日完成修正，應通函及公告因應措施，如有修正草案亦請其一併公告等。鑑於各級政府機關配合 CRPD 辦理法規及行政措施修正作業之法定期限已於 108 年 12 月 3 日屆期，部分未符公約規定之法規及行政措施仍未能完成修正，經函請社家署促請各法規主管機關加速推動，以落實公約精神，並完備政府法令規章對於身心障礙者人權之保障。據復：已再函請相關機關將因應措施通函相關單位並公告周知，避免衍生適法疑義，另將持續配合行政院身心障礙者權益推動小組列管辦理進度，責請各法規主管機關儘速完成。

2. 政府持續補助專業訓練單位培訓導盲犬，惟國內犬隻供給數量仍無法滿足需求，允宜積極協助提升訓練及服務量，以保障視覺功能障礙者使用導盲犬之權利：政府為促進身心障礙者平等參與社會、政治、經濟、文化生活之機會，並保障視覺功能障礙者使用導盲犬之權利，已於身心障礙者權益保障法第 60 條第 1 項規定，視覺功能障礙者由合格導盲犬陪同或導盲犬專業訓練人員於執行訓練時帶同導盲幼犬，得自由出入公共場所；衛生福利部復依同法同條第 4 項規定，於 105 年 12 月 9 日修正發布合格導盲導聾肢體輔助犬及其幼犬資格認定及使用管理辦法，並由社家署辦理相關業務。社家署鑑於視覺功能障礙會影響人之定向行動能力，視覺功能障礙者無論於日常生活、就學、就業等方面皆受到限制，使用導盲犬有助大幅提升視覺功能障礙者行動安全與便利性，為提升導盲犬配對數量，使社會大眾更加認識導盲犬，委託惠光導盲犬教育基金會及台灣導盲犬協會等 2 家導盲犬專業訓練單位，辦理核發合格犬工作證等相關證明事宜，協助培育、訓練本土導盲犬及推展各項宣導活動，並持續予以補助，於 106 至 108 年共計補助 896 萬餘元。據社家署統計，截至 108 年底止，我國視覺功能障礙者為 56,209 人，約占總身心障礙人口 118 萬餘人之 4.74%。按國際導盲犬聯盟（International Guide Dog Federation, IGDF）建議，理想之視覺功能障礙者數與導盲犬數之比例應為 100:1，由此推估，

國內各市縣合計約需 549 隻合格導盲犬(表 18)。惟查截至 108 年底止，國內領有合格犬工作證之導盲犬計 36 隻，服役於臺北市等 9 市縣，其餘基隆市等 13 縣市則尚無導盲犬服役。又 108 年度全國視覺功能障礙者申請使用導盲犬計 307 人，經導盲犬專業訓練單位評估適合使用犬隻之等候者尚有 57 人，顯示目前國內合格導盲犬供給

表 18 108 年度各市縣導盲犬供給情形表

單位：人、隻

市縣別	視覺功能障礙者	推估導盲犬理想數(註1)	現役導盲犬數	市縣別	視覺功能障礙者	推估導盲犬理想數(註1)	現役導盲犬數
合計	56,209	549	36				
臺北市	6,186	61	3	彰化縣	3,185	31	—
新北市	7,830	78	19	南投縣	1,349	13	—
桃園市	3,496	34	3	雲林縣	2,874	28	—
臺中市	6,020	60	2	嘉義縣	2,010	20	—
臺南市	5,566	55	3	嘉義市	686	6	—
高雄市	6,898	68	3	屏東縣	2,294	22	1
基隆市	1,105	11	—	花蓮縣	1,053	10	—
宜蘭縣	1,527	15	—	臺東縣	690	6	—
新竹縣	850	8	—	澎湖縣	390	3	—
新竹市	699	6	1	金門縣	365	3	—
苗栗縣	1,102	11	1	連江縣	34	—	—

註：1. 推估導盲犬理想數係依據國際導盲犬聯盟建議，理想之視覺功能障礙者數與導盲犬數比例應為 100：1 設算。
2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

數量尚無法滿足實際需求，經函請社家署積極協助提升導盲犬訓練及服務量，以完善我國視覺功能障礙者使用導盲犬權益，落實友善社會之目標。據復：將持續與國內合格培訓單位密切合作，提供適當經費及資源予以支持，另預定於 109 年度邀集合格單位共同研議，透過提升培育犬隻數量，提供視覺功能障礙者更多元選擇。

(十) 衛生福利部主責推動新世代反毒策略行動綱領之戒毒策略，擴大藥癮處遇服務量能，惟醫療機構投入藥癮戒治意願尚有不足，非鴉片類藥癮治療補助人數仍待提升，允宜結合跨部會與專業機構力量進一步推展戒毒措施，以協助更多個案脫離毒癮復歸社會。

行政院鑑於國內新興毒品氾濫，施用者年齡層下降，提出新世代反毒策略，並擬具行動綱領，由衛生福利部(下稱衛福部)主責推動毒品戒治策略，主要工作包括建置整合性藥癮醫療示範中心、發展藥癮治療處遇專業人才培訓制度、提升治療性社區量能、改善替代治療便利性、促進藥癮者重返社會等，108 年度預算數 11 億 1,155 萬餘元，實支數 4 億 7,169 萬餘元。經查截至 108 年底止，計補助 5 家醫療機構建置整合性藥癮醫療示範中心，收治 9,515 人，發展轉診與分流處遇系統；辦理藥癮處遇人員專業培訓及完成培訓課綱草案；補助 6 家機構提供全日安置型之藥癮治療性社區服務，共 296 床、收治 193 人次；全國共 184 家替代治療執行機構，累計服藥 4 萬 5,470 人等。經查相關業務之推動，核有：1. 該部辦理 108 至 110 年藥癮戒治機構指定作業，108 年度因部分機構人員異動、未完成訓練或營運政策改變等因素，全國指定藥癮戒治機構計 155 家，較 107 年之 169 家為少，另全國設有精神科之健保特約醫院、診所各為 199 家、303 家(資料日期：109 年 4 月 27 日)，其中指定藥癮戒治醫院 126 家、診所 29 家約占 63.32%、9.57%，顯示醫療機構投入藥癮戒治意願尚待提升；2. 鑑於查獲二、三級毒品施用人數日漸增加，自 103 年度起補助二、三、四級非鴉片類毒品施用者部分治療費用，復為提升藥癮治

療涵蓋率，自 108 年度起以毒品防制基金經費，辦理藥癮治療費用補助方案，進一步提高藥癮者補助費用額度，以提升個案治療動機，執行結果，108 年度補助非鴉片類藥癮者 1,718 人，與同年查獲二、三、四級毒品施用者共 34,630 人相較有大幅落差，尚待增進服務參與誘因，以達成 109 年補助人數增至 3,000 人之政策目標；3. 為有效隔絕危險誘發環境因子，降低毒癮再犯風險，協助個案復原進而復歸社會，擴大補助 6 家機構設置藥癮治療型社區，提供 296 床位，截至 108 年底止實際收治 193 人次，尚待加強與網絡機構合作轉介個案，以充分發揮處遇服務量能；4. 為精進戒治所藥癮處遇模式，擬定「建置以藥癮醫療及復歸社會為核心之戒治模式」試辦計畫，擇定桃園女子戒治所為試辦機構，對外公開徵求專業機構辦理，惟歷經 2 次公開徵求未能覓得合適機構承作等情事，經函請衛福部持續結合跨部會與專業機構力量，進一步推展戒毒措施，以協助更多個案脫離毒癮復歸社會。據復：1. 全國指定藥癮戒治機構家數雖減少，惟參與緩起訴附命戒癮治療之機構數及緩起訴附命戒癮治療比率已有成長，另藉由補助小規模機構投入美沙冬替代治療服務相關營運成本及衛生所新開辦服務，實質提升藥癮醫療服務量能；2. 為提升藥癮治療費用補助方案效益，已督請衛生局廣為宣達，並搭配成癮醫療系統建置，簡化費用申請作業流程，另增加補助行政管理費，以提高機構參與意願；3. 除將藥癮治療性社區服務機構資訊公布於該部網站供各界查閱外，另通知地方毒品危害防制中心，與邀集網絡單位召開啟動會議，俾利其轉介有需求之個案；4. 將與法務部矯正署研議改善方案，並規劃納入行政院新世代反毒策略 2.0 持續辦理。

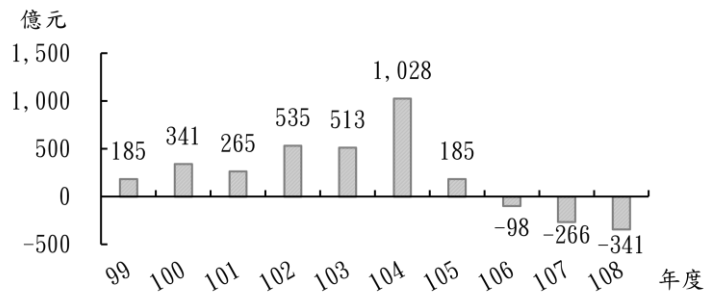
（十一） 健保已建立財務平衡及收支連動機制，惟財務調節靈敏度較為不足，又保險收支結構長期失衡，隨收隨付之財務制度難以因應人口老化之衝擊，亟待儘速推動改革，並在兼顧弱勢民眾就醫權益保障下，研議從需求端配套推動改革，以維繫健保永續運作。

我國全民健保提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，備受國際讚譽。惟隨著整體環境與社會人口結構等影響，保險支出增幅遠高於保費收入成長幅度，健保財務面臨危機。衛生福利部（下稱衛福部）除持續推動支付制度改革外，自 102 年實施二代健保，大幅改善健保財務，截至 108 年底止，健保安全準備餘額為 1,767 億餘元，約當 3.23 個月保險給付支出。又中央健康保險署（下稱健保署）為因應人口快速老化及醫療科技進步所帶來之醫療費用成長壓力，近年來藉由資訊科技，從醫療供給端推動減少重複用藥及檢驗檢查等節流措施，據該署推估，每年約可節省用藥及檢驗檢查費用分別為 12.8 億元、3.5 億點。經查健保收支及財務制度與運作管理，核有下列事項：

1. 為維繫健保收支平衡，建立財務平衡及收支連動機制，惟財務調節靈敏度較為不足，易致費率調升幅度劇烈；又保險收支結構長期失衡，且隨收隨付之財務制度難以因應我國人口老化迅速對財務之衝擊，亟待儘速確立改革方向，建立長期穩健之保險收支財務體制：衛

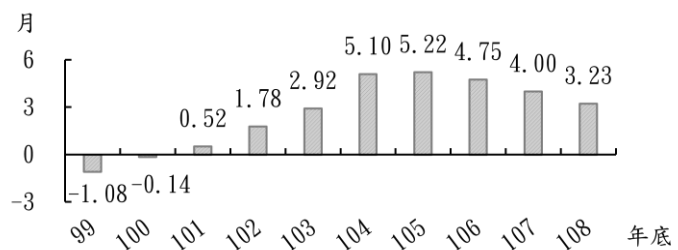
福部推動二代健保改革，對股利所得等 6 項所得另計收補充保險費，保險費基擴大至占綜合所得 9 成以上，並設置全民健康保險會（下稱健保會）統籌醫療給付費用總額及保險費率等收支審議之權責，建立保險收支連動機制。然因全民健康保險法（下稱健保法）未規定費率調整之實務操作定義，經健保會於 104 年 11 月間決議訂定「健保財務平衡及收支連動機制」（下稱平衡費率機制），並自 105 年起將一般及補充保險費率分別由 4.91%、2.00% 調降至 4.69%、1.91%。實施結果，自 106 年度起保險收支由餘轉絀，收支缺口逐年擴大，108 年度短絀數額達 341 億餘元（圖 11），截至 108 年底止，安全準備

圖 11 全民健保收支餘絀



資料來源：整理自全民健康保險基金歷年決算書。

圖 12 全民健保安全準備餘額折合保險給付支出月數



資料來源：整理自全民健康保險基金歷年決算書。

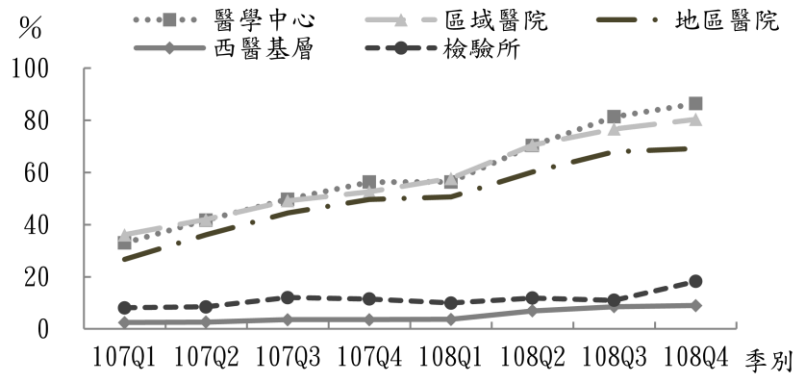
餘額折合保險給付支出之月數 3.23 個月（圖 12），雖尚高於健保法第 78 條規定之 3 個月上限原則，惟現行平衡費率機制僅以安全準備存量作為決定費率調整之啟動要件，且以 3 年期維持相當之安全準備額度為財務平衡機制，當觸及費率調升啟動條件時，為因應益發龐鉅之醫療費用需求，保險費率勢將大幅調整，始得以彌平財務缺口。據健保署推估，109 年度保險收支短差將超過 6 百億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數，至 109 年底止約為 1.89 個月，尚未及費率調整啟動之 1.5 個月要件，然至 110 年底旋即降至 0.36 個月，而須啟動平衡費率機制，調升保險費率，且未來約需每 3 年調漲 1 次，每次調幅均超過 10% 以上。顯示現行平衡費率機制財務調節靈敏度較為不足，易致費率調幅劇烈，恐將衝擊民眾對健保之支持與信心。次查，二代健保加收補充保險費每年約 4 百餘億元，約為一般保險費之十分之一，保費收入仍高度仰賴以薪資所得為主之一般保險費，在國人薪資所得難隨經濟成長而增長情況下，保費收入亦難增加，然醫療費用仍因人口老化等因素而持續攀升，致保險收支存在結構性失衡，須一再調整費率因應，據健保署推估在短期間內保險費率恐有突破健保法規定 6% 上限之虞。又因健保財務處理採隨收隨付制，未事先提存未來所需費用，隨著我國人口快速老化及少子女化，付費者減少，然醫療需求大增，若未及早改革，勢將加重年輕世代之保費負擔，並有礙健保財務長期穩定，前經本部辦理 107 年度全民健康保險基金財務收支及決算抽查，建請衛福部研謀因應。嗣該部雖委外進行健保財務平衡運作模式、財源籌措、保險體制及法規改革等相關研究，惟尚未提出改革具體規劃，經再函請衛福部儘速確立改革方向，並研議保險費率調整平滑化機制，減緩對民眾衝擊，建立長期穩健之保險財務體制。據復：將在兼顧負擔公平性、執行面可行性與財源穩定性之原則下，適時提出改革方向，並與各界溝通尋求共識方案，逐步推動落實，以建立符合社會期待且長久穩健之保險財務制度。

2. 近年推動重複用藥及檢驗檢查等節流措施，獲致成效，允宜在兼顧弱勢民眾就醫權益保障下，研議從需求端配套推動改革，以進一步控制醫療費用之成長：健保自開辦以來，保險給付支出由 85 年度之 2,062 億餘元，逐年攀升至 108 年度之 6,563 億餘元，增長逾 3 倍。健保署為節制醫療費用成長，減少不必要之用藥及檢驗檢查，近年來推動醫療資訊共享政策，並強化重複用藥及檢驗檢查再執行之管理措施，期減少醫療浪費，並維護病人就醫安全。據該署推估，每年約可節省用藥及檢驗檢查費用各約 12.8 億元、3.5 億點，相關費用成長率亦有減緩趨勢，獲致成效。惟查近 5 年來，健保藥費由 104 年之 1,622 億餘點成長至 108 年之 2,082 億餘點，同期間檢驗檢查費用由 827 億餘點增至 1,059 億餘點，成長幅度仍較整體醫療費用快速，且藥費、檢驗檢查費用每年增長之數額分別為 80 億餘點至 132 億餘點間、44 億餘點至 72 億餘點間不等，顯示供給面節流成效遠不及醫療需求成長速度。按健保實施以來，因就醫負擔低、可近性高，致部分民眾存有小病逛醫院、多拿藥、多檢查之現象，據衛福部統計，2016 年我國平均每人西醫門診就醫次數 12.1 次，為經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Cooperation and Development）36 個會員國中位數 6.3 次之 1.9 倍，國人就醫次數較多數已發展國家高出甚多。又近期全球新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）疫情大流行，我國 109 年第 1 季健保門、住診申報件數各 8,497 萬件、79 萬件，與 108 年第 1 季相較，各減少 530 萬件（約 5.88%）、4 萬件（約 5.24%），其原因不乏為避免感染風險而主動減少不必要或非緊急就醫，顯示國人醫療需求仍有進一步節制空間。鑑於我國人口快速老化，勢將帶來更多醫療需求，健保財務將益形嚴峻，經函請衛福部在兼顧弱勢民眾就醫權益保障下，研議從需求端配套推動改革，以有效減少非必要就醫需求，維護有限健保資源。據復：將持續配合以總額控制整體費用，並推動疾病管理、安寧療護、重複檢驗（查）管理方案等管理措施，期望醫界發揮專業力量，藉由健保雲端查詢系統提供病人用藥及檢驗檢查資訊，掌握病人就醫歷程，輔導病人正確就醫與服藥，有效減少非必要之就醫需求，進一步控制醫療費用之成長，維護有限健保資源。

3. 為推動醫療資訊共享，減少不必要之重複用藥及檢驗（查），獎勵院所即時上傳醫療資訊，醫院層級資料上傳即時性已大幅提升，惟基層醫事服務機構資訊能力較為不足，上傳率尚有大幅成長空間：健保署為推動醫療資訊共享，減少不必要之重複用藥及檢驗（查），自 103 年起運用鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案，獎勵醫事服務機構於醫療費用申報資料之外，即時上傳檢驗（查）結果及醫療檢查影像（報告）等醫療資訊。經查截至 108 年底止，除少數地區醫院外，醫院層級幾已全數參與該方案，西醫及中醫診所參與率達 9 成，牙醫診所、特約藥局及檢驗所等醫事服務機構參與率亦達 7 至 8 成。至於醫療資訊上傳執行結果，在醫院層級部分，其 24 小時內上傳件數占申報醫令數之比率逐季提升，至 108 年第 4 季，區域級以上醫院已達 8 成，地區醫院亦達 7 成左右，資料上傳即時性大幅提升；惟基層醫事服務機構部分，檢驗（查）申報案件較多之西醫基層診所及檢驗所等，108 年各季檢驗（查）結果上傳率分別僅約 1 成、2 至 3 成左右，其在 24 小時內上傳者，108 年第 4 季僅約 8.99%、18.24%；

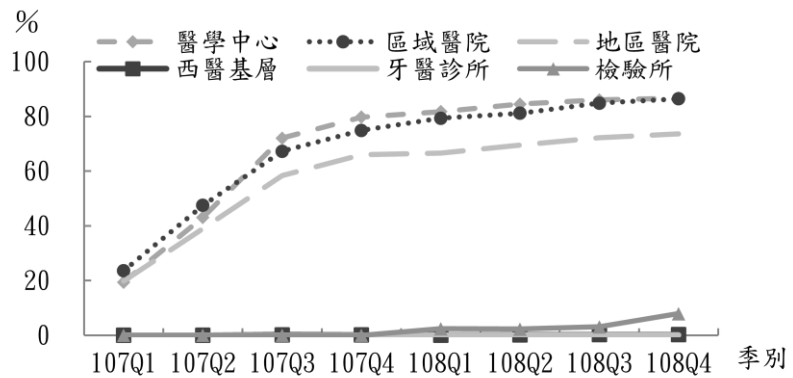
另醫療影像檢查申報案件較多之西醫基層及牙醫診所，上傳率亦未及申報件數之1%（圖13、14）。揆其原因，主要係基層醫事機構資訊能力普遍較為不足，致多無力或無意願上傳其執行之檢驗（查）案件結果及相關醫療檢查影像（報告）。為維護檢驗（查）再執行管理之全面性，經函請健保署研謀改善，積極研議協助措施，以利落實醫療資訊共享政策目標。據復：考量基層醫事服務機構資訊能力較為不足，已建置檢驗（查）結果每日上傳單筆登錄系統及開放X光攝影得以JPG格式上傳影像，並將持續輔導院所上傳牙科X光影像等上傳率較低項目，以提升上傳資料之可近性。

圖13 醫事服務機構24小時內上傳檢驗（查）結果之比率



註：1. 上傳率=24小時內上傳醫令數／申報醫令數×100%。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

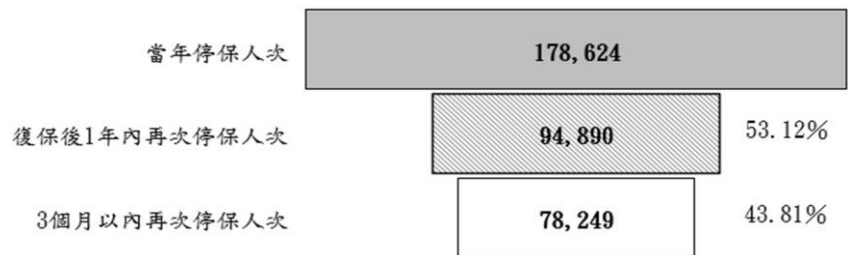
圖14 醫事服務機構24小時內上傳醫療檢查影像（報告）之比率



註：1. 上傳率=24小時內上傳醫令數／申報醫令數×100%。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

4. 健保停復保制度缺乏法源依據，亦與強制納保之立法精神有間：健保法施行細則第37條及第39條規定，預定出國6個月以上者，得辦理停保，並應自返國之日復保；又出國期間未滿6個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。近3年（106至108年）來，出國申請停保及返國復保者均為17萬人次左右。惟健保停復保制度，涉及民眾繳納保費、請求給付之義務及權利，然健保法並未有相關規定及授權，且時有長居海外國人短暫返國，卻因不諳規定而未申請復保及再次停保，致遭追繳數年積欠保費，屢生爭端；又各界多質疑停保者長期免繳保費，卻於有醫療需求時返國復保繳納少許保費，即得與國人同享健保醫療服務，易生義務與權利不對等之投機行為，前經本部多次函請衛福部積極檢討改善在案。經查108年停保之保險對象178,624人次中，屬復保後1年內再次停保者計94,890人次，約占53.12%，而屬3個月以內再次停保者78,249人次，即占43.81%（圖15）。又108年復保後1年內再

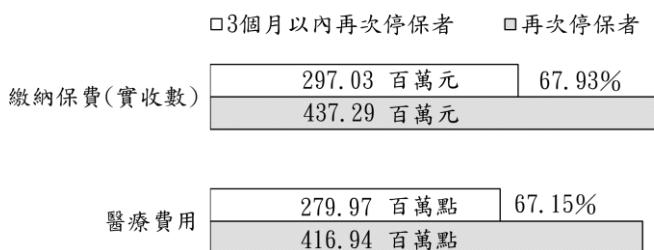
圖15 108年復保後1年內再次停保情形



註：1. 本圖統計復保後1年內（不含滿12個月）再次停保者，並以再次停保日期為年度區分依據。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

次停保者，其復保期間實繳保費雖與所使用之醫療費用相當，惟其中 6 成 7 為 3 個月以內再次停保者所使用（圖 16）。顯示近半數停保者於返國復保使用健保資源後，短期內即再次停保，無法免除外界所存投機疑慮。按日韓等鄰近

圖 16 108 年復保後 1 年內再次停保者繳納保費及醫療利用情形



註：1. 本圖統計定義同圖 15。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

國家健保制度，均以設有戶籍者作為強制納保對象，戶籍遷出國外者即應退保，未有出國得以暫停保險效力免除繳納保費義務之停保制度。我國健保停保者返國復保期間之保險收支雖大致平衡，惟仍欠缺法源依據，亦與保險大數法則及健保強制納保之立法精神有間，經函請衛福部檢討制度之適法性及合理性，以維保費負擔公平性。據復：將參酌各界意見及建議修正方案，按法制程序通盤檢討。

（十二） 食品藥物管理署為精進食品雲分析技術，導入人工智慧分析技術，有效提升邊境管理風險判讀能力，允宜進一步精進後市場稽查應用之風險預警效能，以有效發掘非食品級物質流入食品供應鏈，發揮食品雲建置效益。

食品藥物管理署（下稱食藥署）為運用雲端科技協助食品安全管理，以食品業者登錄等 5 大系統為核心，介接跨部會食品相關系統資料建置跨部會食品雲（圖 17），並以委辦計畫導入巨量資料分析探勘技術建立監測模型，108 年度預算數 2,030 萬餘元，實支數 1,946 萬餘元，除因應食安事件發生時協助快速推測可疑風險目標，提升追查效率外，近年來導入人工智慧機器學習演算法，結合統計科學及大數據分析方法，開發邊境管理智能監測模組，有效提升抽驗不合格命中率，並於 109 年 3 月正式啟用，提升邊境管理風險預警效能。至於後市場稽查應用方面，相關監測模組產出之疑似風險業者清單，經實地稽查結果，或查獲追溯追蹤資料申報不實或漏未申報，或食品添加物管理不合格等情事，仍有待進一步擴大風險因子分析資料範圍，以有效增進風險判讀能力，發揮偵測問題產品或非食品級物質流入食品供應鏈之預警功能。次查，為進行食品相關檢驗資訊大數據分析，食藥署陸續與農業委員會完成農藥、農漁畜產品動物用藥及重金屬等檢驗資料介接，惟囿於資料尚有即時性不足、定義不明、資料缺漏或錯置等品質欠佳情事，致食品雲資料分析仍欠缺農產品源頭管理資訊可資應用。再查，食藥署於 104

圖 17 食品雲系統介接示意圖



資料來源：本部整理繪製。

年間介接財政部電子發票與營業稅資料（下稱財稅資料），囿於系統架構及承載量等限制，無法即時取得多家業者長期間交易資料，難供建置自動化監測模組，嗣經多次協調後，業於109年4月獲財政部同意進行資料定期拋轉。鑑於財稅資料為業者交易關係之重要資訊，可供作為分析食品及相關危害物質來源流向之關鍵因子，仍有待加速完成相關作業，以早日導入食品雲資料分析應用，經函請食藥署研謀強化食品雲資料分析來源及資料可用性，精進食安監測效能，以發揮食品雲建置效益。據復：將結合稽查專案及研析食品良好衛生規範準則（GHP）、食品安全管制系統（HACCP）、產品抽驗、標示查核等衛生管理項目，建構後市場風險預測模式，並納入美食外送平臺暨合作餐飲業、網購通路相關食品業等為風險預測之標的，發掘潛在之風險業者，協助提升環境及食品製程之衛生管理效益；業與農業委員會討論修改相關欄位，以符合介接及後續資料分析需求；另已完成新增財稅資料拋轉事宜，惟尚無法取得近1個月內交易資料，已積極洽財政部協助提供即時資料傳輸模式，以利精進食品雲風險預警能力。

（十三） 食品藥物管理署辦理強化衛生單位食安稽查及檢驗量能計畫，提升地方檢驗量能，惟計畫缺乏持續性，有礙檢驗量能及品質之長遠維繫，亟待研謀因應，俾利落實食安五環「加強查驗」之政策目標。

食品藥物管理署（下稱食藥署）為協助地方食品衛生檢驗設備、人力等檢驗資源短缺之困境，建構全國聯合分工檢驗體系，使各市縣分別有其專責檢驗項目及分工方式，每年並補助衛生局購置檢驗儀器設備、耗材及人力所需經費，以提升地方檢驗量能，維繫聯合分工體系之運作。嗣為落實食安五環「加強查驗」之政策目標，以前瞻基礎建設計畫特別預算，辦理強化衛生單位食安稽查及檢驗量能計畫，擴大補助地方衛生局增購或汰換因應新檢驗方法所需儀器設備及增聘檢驗人力等，107及108年度分別編列1億5,000萬元、9,995萬元，因補助經費大幅增加，補助人力由105年及106年之11名、12名，增加至107年及108年之44名、46名（表19）。執行結果，聯合分工體系檢驗件數已由105年之7,184件成長至108年之9,518件，同時新增「輻射殘留」專責檢驗項目，與強化「食品中微生物」檢驗之量能；另地方衛生局可自行檢驗之比率提升8%，其通過認證之檢驗方法數，亦由計畫辦理前之206項，提升至108年之274項，顯示地方食安檢驗量能及品質已有提升。經查相關業務推動，核有：1. 檢驗人力乃維繫檢驗量能及品質之關鍵因素，因地方政府財政能力及施政重點不一，部分市縣檢驗業務資源不足，年年仰賴中央挹注經費，惟前瞻基礎建設計畫即將於110年8月屆期，補助經費將大幅縮減，致補助人力不敷地方所提需求，加以計畫

表 19 補助地方衛生局購置檢驗儀器設備、耗材及人力經費情形表

單位：新臺幣千元、人

年度	計畫名稱	補助經費			補助人數
		合計	經常門	資本門	
105	強化食品藥物化粧品安全實驗室網絡	22,000	16,318	5,682	11
	地方特色或關鍵性產品抽驗委託計畫	8,000	8,000	—	—
	強化地方檢驗量能計畫	17,553	—	17,553	—
106	強化地方檢驗量能委託計畫	7,000 (註1)	7,000	—	12
107	強化衛生單位食安稽查及檢驗量能計畫	150,000 (註2)	40,000	110,000 (註2)	44
108	強化衛生單位食安稽查及檢驗量能計畫	99,950	40,485	59,465	46

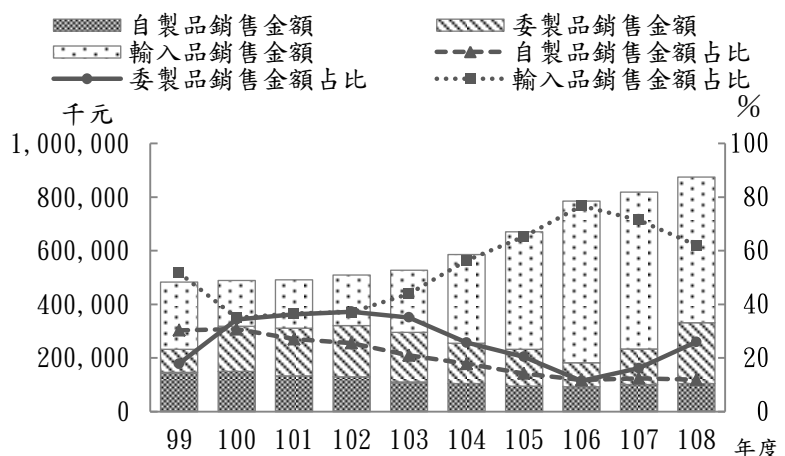
註：1. 原未編列預算，以其他經費調整支應。
 2. 不含購置稽查車經費。
 3. 資料來源：整理自食藥署提供資料。

缺乏持續性，須按年申請補助，肇致部分地方衛生局檢驗人力流動性高，難以積累經驗，均有礙聯合分工檢驗體系量能及品質之長遠維繫；2. 食藥署考量市縣實際檢驗需求、檢驗技術複雜度、檢驗方法難易度等，協調各市縣衛生局執行聯合分工檢驗體系之各項專責檢驗項目，其中動物用藥殘留檢驗項目繁多，各有專責檢驗之協力衛生局，致檢體須分送不同衛生局檢驗，影響管理時效等情事，經函請食藥署研謀因應，以維繫聯合分工檢驗體系之運作，俾利落實食安五環「加強查驗」之政策目標。據復：為延續辦理補助計畫，並考量同一檢體可能需由不同專責局協助執行檢驗，不利時程管控，業精益求精，強化動物用藥殘留檢驗效能，並積極爭取前瞻基礎建設計畫後續4年預算，以持續協助各縣市維持並提升檢驗量能。

(十四) 食品藥物管理署為提升管制藥品國產自製能力，辦理管制藥品製藥工廠新建廠房工程，業已竣工投入生產並規劃逐步將部分輸入及委製品收回自製，亟待加速辦理相關作業，開發多樣化產品，並提升自製研發能力，俾發揮新廠建置效益。

按管制藥品管理條例第4條第1項規定，一、二級管制藥品之輸入、輸出、製造及販賣，應由管制藥品製藥工廠為之。該廠108年度銷售管制藥品品項計30項，銷售額8億7,500萬餘元。經查該廠營運管理，核有：1. 該廠自製品因部分品項逐步遭新引進之輸入產品替代，銷售額自99年度之1億4,669萬餘元，降至108年度之1億454萬餘元，占銷售總額之比率僅一成餘(圖18)。該廠為擴充自製產能，辦理「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程計畫」，總經費5億306萬餘元，其中新廠已於107年12月28日通過國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造規範(PIC/S GMP)後，投入研發及生產製造，並規劃逐步進行產線開發，除業將「吩坦尼注射液0.05毫克/毫升 2毫升」等針劑收回自製外，亦陸續委外開發膠囊及貼片產線，惟仍須俟整建棟工程完工，現有包裝線完成搬遷後，始得增購設備，進行後續製程研發作業，亟待加速辦理相關作業，早日達成提升管制藥品國產自製率之目標；2. 隨著生產設備陸續增置，每年攤提之機械設備折舊費用大幅增加，加以新廠維運費較舊廠為高，致自製品製造成本增加，銷貨毛利率自105年度之26.12%，下滑至108年度之9.60%(表20)，若再加計新建廠房及整建棟

圖 18 管制藥品製藥工廠自製、委製及輸入品銷售情形



註：1. 本圖未列入衛生福利部委託製造之「美沙冬內服液10毫克/毫升 1,000毫升/瓶」。
2. 資料來源：整理自管制藥品製藥工廠提供資料。

整修工程完工後增提之折舊費用，製造成本將再行攀升。又該廠規劃陸續開發液劑、膠囊及貼片產線，惟每條產線規劃生產品項有限，屆時隨著新設備折舊之攤提，每單位產品成本恐較委製或輸入品為高，亟待逐步開發多樣化產品，提升設備

產能，以有效降低產品成本；3. 該廠設有品質及研究發展部門，惟多以自僱臨時人員方式聘用研發人力，薪資不及業界水準，不易延攬具研發經驗之專業人才，致缺乏新產線開發能力，技術門檻較高之膠囊及貼片劑型研發須採委外辦理等情事，經函請食品藥物管理署督促研謀改善，以提升管制藥品自製能力，發揮新廠建置效益。據復：1. 將加速辦理研發及新產線開發等相關作業，以擴增新廠自製產能；2. 將研擬放大批次產量，藉由設備間串接及電腦化控制，以節省製程工時，並持續配合擴增產品品項及開發多樣化產品，以提升產能利用率；3. 已透過多重徵才管道積極招攬具業界研發經驗人才，並藉由委辦研發計畫與工廠人員共同參與研發，以提升整體研發能力。

(十五) 國民健康署推動四癌篩檢服務，期早期發現早期治療，降低國人癌症死亡率，惟基層醫事服務機構大腸癌篩檢服務量能尚有成長空間，陽性個案追蹤能力有待協助強化，亟待研謀改善，以進一步提升癌症篩檢可近性及涵蓋率，並發揮篩檢效益。

癌症自 71 年起迄今，高居國人十大死因首位，107 年癌症重大傷病領證人數 42 萬餘人，醫療支出高達 834 億餘點，形成健保沉重負荷。依據世界衛生組織建議，子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌等 4 項癌症可經由篩檢政策，早期發現早期治療，有效減少疾病之發生與惡化。國民健康署（下稱國健署）爰運用菸品健康福利捐擴大推動前開四癌篩檢服務，並藉由補助計畫及督導考評措施，督請地方衛生局結合醫療院所共同推動癌症篩檢服務。推動以來，84 至 106 年間，30 歲以上子宮頸癌年齡標準化死亡率降幅達 7 成，已見顯著成效。108 年度提供四癌篩檢服務 501 萬餘人次，實支數 24 億 3,906 萬元，共計發現 51,883 例癌前病變及 9,264 例罹癌患者。經查相關業務之推動，核有：1. 癌症篩檢服務推動以來，108 年子宮頸癌、乳癌及大腸癌篩檢率分別為 54.8%、40.0%、38.2%（表 21），尚有 4 至 6 成符合資格民眾未能定期接受篩

表 20 管制藥品製藥工廠自製品銷貨毛利明細表

單位：新臺幣千元、%

年度	銷貨收入	銷貨成本	毛利	毛利率
105	95,296	70,404	24,891	26.12
106	92,587	74,521	18,065	19.51
107	101,775	93,384	8,391	8.24
108	104,549	94,510	10,039	9.60

註：1. 105 至 107 年度自製品 9 項，108 年度增加「吩坦尼注射液 0.05 毫克/毫升 2 毫升」1 項，共 10 項。
2. 資料來源：整理自管制藥品製藥工廠作業基金 105 至 108 年度決算書。

表 21 四癌篩檢政策及篩檢率統計表

單位：%

癌別	篩檢對象	篩檢間隔與工具	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年
子宮頸癌	30 至 69 歲婦女	1 年抹片（建議 3 年）	56.0	55.2	54.9	54.5	54.8
乳癌	45 至 69 歲婦女	2 年乳攝	39.5	38.0	39.7	39.9	40.0
大腸癌	50 至 69 歲民眾	2 年糞便潛血檢查	40.1	38.7	38.7	38.1	38.2
口腔癌	30 歲以上吸菸或嚼檳榔民眾	2 年口腔黏膜檢查	56.1	55.1	（註 1）		

註：1. 104 及 105 年口腔癌篩檢率之分母為菸檳人口推估人數，分子為符合菸檳行為 30 歲以上有效篩檢人數。嗣考量菸檳行為改變，將造成篩檢母數之變動，自 106 年起僅統計篩檢人數，不再計算篩檢率。
2. 資料來源：整理自國健署提供資料。

檢服務。依國健署對於癌症篩檢服務醫事機構資格之要求，其中大腸癌篩檢參與之資格門檻相較其他篩檢服務為低，基層醫事服務機構僅須與通過審查之檢驗醫事機構合作，即可承作。惟108年由基層醫事服務機構執行之大腸癌篩檢占總篩檢人數約37.72%（圖19），相較於子宮頸癌及口腔癌之服務占比為低，仍有成長空間。另國健署為提升癌症篩檢率及陽性個案追蹤率，每年辦理癌症防治品質提升相關計畫，促使院所提供罹癌高風險族群篩檢服務，且為鼓勵基層診所參與意願，自108年起開放基層診所以共同投標方式參與，惟實際僅有7家診所參與投標，與原定計畫目標家數50家，

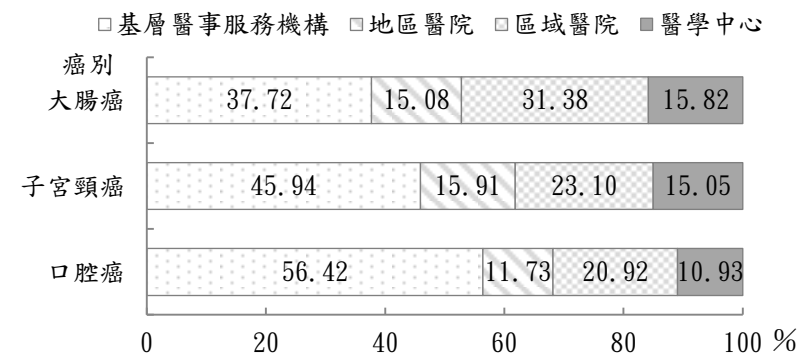
存有大幅落差，尚未能達成促使基層診所擴大參與服務之目標；2. 癌症篩檢服務之推動，旨在發掘潛在陽性個案，並藉由後續追蹤及確診，發現罹癌個案早期接受治療，以提升癌症之治癒率與存活率，減少醫療支出。近年來，子宮頸癌及乳癌陽性個案完成追蹤率均維持9成以上，大腸癌及口腔癌陽性個案完成追蹤率則分別為7成及8成，尚有進一步成長空間。經分析各層級院所108年大腸癌及口腔癌90日內完成追蹤之比率（表22），地區醫院或基層醫事服務機構相形較低，其中基層醫事服務機構口腔癌90日內完成追蹤之比率與全國平均落差達2成，

不僅增加地方公衛人員後續追蹤之人力負荷，亦影響個案接受診療時機等情事，經函請國健署研謀善策，促使更多基層診所投入篩檢服務，並協助渠等提升陽性個案追蹤執行能力，以進一步提升癌症篩檢可近性及涵蓋率，增進篩檢效益。據復：已邀集績優診所及衛生局、所，分享討論如何運用社區資源，建立符合社區民眾需求之整合式預防保健服務，並研議透過衛生局結合基層診所協會、公會建立合作模式，進行大腸癌篩檢服務量與陽性追蹤率提升之試辦計畫。

（十六）衛生福利部為利加速我國生醫產業之發展，規劃推動財團法人醫藥品查驗中心行政法人化，以延攬及培育藥物法規科學人才，惟未能完成立法程序並暫緩推動相關作業，允宜研議規劃其營運方向，並進一步精進醫藥品審查效率，俾協助落實生技產業創新發展政策目標。

衛生福利部為提升醫藥品審查之品質與效率，突破行政單位延攬醫藥專才之限制，解決專

圖 19 108 年各層級院所大腸癌、子宮頸癌及口腔癌篩檢服務占比



註：1. 乳癌篩檢，囿於 X 光攝影檢驗設備及相關專業人員配置限制，符合篩檢資格者多為醫院層級，爰未列示。
2. 資料來源：整理自國健署提供資料。

表 22 108 年各層級院所大腸癌及口腔癌篩檢陽性個案 90 日內完成追蹤之比率

單位：%

層級別 癌別	平均	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層醫事服務機構
大腸癌	62.67	69.67	66.83	58.38	58.45
口腔癌	75.34	91.26	88.60	75.03	53.96

資料來源：整理自國健署提供資料。

業審查人力不足問題，於 87 年捐助成立財團法人醫藥品查驗中心，委託該中心辦理藥品及醫療器材申請臨床試驗或查驗登記案之技術性資料審查，並配合行政院推動生技產業之政策，提供藥物法規諮詢輔導等業務。嗣考量該中心長期仰賴政府捐助及委辦計畫支持，無穩定營運經費來源，難對業務發展為長遠規劃，加以人員流動率較高，易影響審查業務品質及效率等，爰規劃將該中心行政法人化，專責辦理藥品與醫療器材技術性資料審查，以延攬及培育藥物法規科學人才，並提供藥物法規諮詢輔導，俾利加速我國生物產業之發展。經查該中心行政法人化之推動，業納為我國「生醫產業創新推動方案」之具體行動措施之一，該部並擬訂國家藥物審查中心設置條例草案，報經行政院通過於 106 年 2 月送請立法院審議，嗣因立法委員屆期不續審而未能完成立法程序，有關該中心營運經費不穩定及人才流失等經營困境未獲解決，經函請衛生福利部研議規劃其營運方向，並進一步精進我國醫藥品審查效率，進而協助我國生醫產業創新發展之政策目標。據復：因外界對於藥物技術審查是否符合行政法人法低度公權力行使範圍仍有疑義，爰暫緩推動該中心行政法人化立法作業，已透過食品藥物管理署署長擔任該中心董事長，事權統一，整合醫藥品審查人力，持續優化藥物審查作業流程，並強化監督管理措施，以提升審查效能；另由財團法人醫藥品查驗中心善用既有法規專業優勢，積極爭取委辦計畫、推動審查前付費諮詢輔導、提高講習等收入，以謀財務自主能力，並推動醫藥衛生專家講習與培訓課程，延攬外部醫藥衛生專家，建立人才資料庫，以支援產業需求。

（十七） 嘉義醫院東院區部分土地標租予廠商經營停車場，惟未依實際營運範圍收取租金；又規劃興建長期照護大樓，惟計畫歷經多次修正尚未定案，有待妥為規劃運用。

衛生福利部（下稱衛福部）嘉義醫院東院區土地，面積 14,766 平方公尺，自 88 年 10 月 28 日由臺灣省農業試驗所移撥予嘉義醫院，閒置多年。嗣該院將部分土地標租予廠商經營停車場，並規劃興建長期照護大樓。經查其土地使用及規劃情形，核有下列事項：

1. **醫院東院區部分土地標租予廠商經營停車場，惟未依實際營運範圍收取租金：**嘉義醫院自取得東院區土地後，雖多次規劃興建醫護人員宿舍、多項醫療或長照設施，惟均無開發事實。該院考量該基地周邊民眾停車需要，規劃設置臨時路外停車場，自 104 年 8 月 1 日起將部分東院區土地標租予廠商經營停車場，租賃面積 2,000 平方公尺，租金為每月 11 萬餘元。復於契約 107 年 7 月屆期時，再以相同條件續租 3 年。惟查該院僅就劃有停車格之區域，及毗鄰停車格之小部分土地範圍計算使用面積，對於停車場出入口、大部分車道寬度等經營停車場必需之範圍，未列入出租面積計算，收取租金，且經抽核發現實際停車數量有超出核准停車格數量之情形，經函請衛福部督促檢討妥處。據復：廠商業於 109 年 3 月 6 日向嘉義醫院補繳 108 年 9 至 12 月租金差額 11 萬餘元；嘉義醫院已完成新約之標租作業，自 109 年 4 月 9 日起，業依全部出租面積 5,592.58 平方公尺計算租金，每月租金為 33 萬餘元。

2. **規劃興建長期照護大樓，惟計畫歷經多次修正，尚未定案，有待妥為規劃運用：**嘉義醫院東院區土地閒置多年，前經本部多次函請前行政院衛生署督促檢討改善，據復該院已自

100年11月起委請專家進行東院區規劃，內容包括長期照護、護理之家、安養中心及慢性病醫療機構、失智老人照護專區等。惟查嘉義醫院迨衛福部106年5月23日函請所屬醫院就院區建築物狀況整體盤點檢討，始於106年12月7日函報衛福部，預計於東院區興建長照大樓。又該院將「長期照護大樓新建工程計畫書」報經嘉義市政府衛生局於108年5月23日函復准予備查後，復修正計畫為「衛生福利部嘉義醫院附設護理之家擴充及長期照護大樓新建工程」，於108年8月29日再函報嘉義市政府衛生局，規劃以自有資金3億元興建，期程為110至113年。復因衛福部為推動前瞻基礎建設計畫，於108年8月14日函請所屬各醫院盤點需求。嘉義醫院爰函報衛福部將原規劃興建之長期照護大樓等計畫，改為申請前瞻基礎建設計畫預算4億3,000萬元辦理。該大樓興建計畫，歷經多次修正，尚未定案，經函請衛福部妥為規劃執行，俾使該筆土地發揮預期效益。據復：將配合前瞻基礎建設計畫期程，督促嘉義醫院擬具計畫書函報審查。

(十八) 衛生福利部未適時修正所屬醫院生物醫療廢棄物管理檢核表，及部分所屬醫院執行醫療廢棄物清理作業未依規定辦理，尚待檢討改善，以維環境安全及民眾健康。

醫療廢棄物具生物感染性風險，首重感染源之澈底消滅，以保障環境安全及民眾健康。依廢棄物清理法第2條規定，事業廢棄物係指事業（含醫療機構）活動產生非屬其員工生活產生之廢棄物，包括有害事業廢棄物及一般事業廢棄物；同法第28條規定，醫療機構廢棄物之清理可採自行、共同、委託及再利用等方式，醫療機構得選擇以焚化、滅菌、掩埋或再利用方式處理廢棄物。經查有關衛生福利部（下稱衛福部）所屬醫院辦理醫療廢棄物清理等作業，核有：

1. 本部前查核衛福部暨所屬機關（構）生物醫療廢棄物之清理及相關主管機關之管理執行情形，核有未通盤檢討修正生物醫療廢棄物清理之標準作業流程及檢核表等情，經函請檢討改善。嗣經衛福部於105年9月9日函送修正之「衛生福利部所屬醫院生物醫療廢棄物標準作業流程及檢核表」，請所屬醫院依規定辦理內部控管作業，及管理單位應每月至少1次自主檢核作業，並由各醫院自訂監辦單位會同辦理頻率，列入檢核項目。惟衛福部所屬醫院生物醫療廢棄物管理檢核表於105年9月修訂後，尚未再配合新修訂之廢棄物清理法等環保法規進行修正，允應儘速辦理修正，並加強督促所屬醫院落實管理醫療廢棄物之清理作業；
2. 本部實地抽查嘉義及屏東醫院，發現其未訂定監辦單位會同檢核之頻率，致未曾洽請監辦單位會同辦理檢核作業；或使用之管理檢核表與衛福部所訂格式未符，僅列部分檢核類別；或貯存生物醫療廢棄物之冷凍庫溫度偶有超過規定溫度（5度），恐遭裁罰等情。另經書面調查26家部屬醫院105年至108年8

表 23 衛福部所屬醫院辦理生物醫療廢棄物清理作業缺失情形表

缺失情形	醫院名稱
未設置專責廢棄物管理員	彰化醫院
無廢棄物外溢緊急處理程序或方案	苗栗、彰化、新營、臺東等4家醫院
未實施院內廢棄物教育及宣導工作	澎湖醫院、桃園療養院
管理單位未辦理自主檢核	澎湖醫院
管理單位未會同監辦單位辦理	嘉義、澎湖、臺東、金門等4家醫院
未查訪受委託清除處理機構之廢棄物貯存、清除、處理、再利用之操作管理情形	旗山、澎湖、臺東、花蓮、玉里、金門等6家醫院；桃園、八里、嘉南等3家療養院、胸腔病院
有因廢棄物、廢水遭地方環保局裁罰之情形	基隆、豐原、嘉義、新營、臺南、澎湖、花蓮等7家醫院

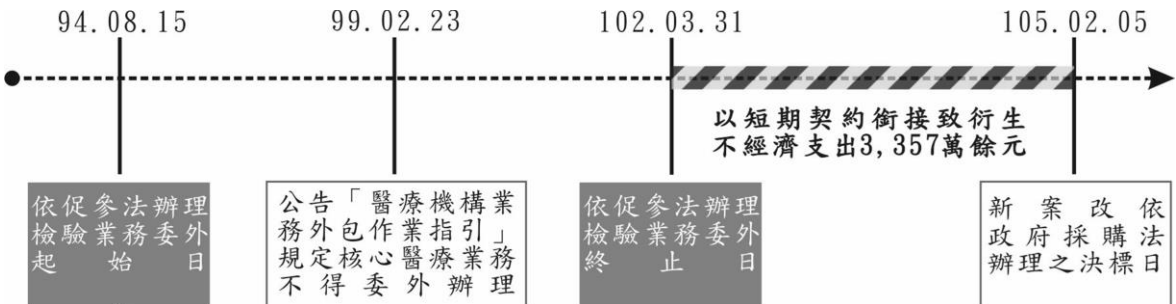
資料來源：整理自衛福部提供資料（資料期間：105年1月1日至108年8月31日）。

月醫療廢棄物清理情形，亦核有未設置專責廢棄物管理員、無廢棄物外溢緊急處理程序或方案、未實施院內廢棄物教育及宣導工作、管理單位未辦理自主檢核、未會同監辦單位定期或不定期監督清除廠商清理情形、未查訪受委託清除處理機構之廢棄物貯存、清除、處理、再利用之操作管理情形，甚至有因廢棄物或廢水處理情形違反相關規定遭地方環保局裁罰等情事（表 23），經函請衛福部督促檢討改善。據復：1. 刻正檢討修訂所屬醫院生物醫療廢棄物管理檢核表；2. 嘉義及屏東醫院已就其缺失研擬改善措施，另衛福部已召開會議，督促所屬醫院加強管理，並將生物醫療廢棄物管理檢核列為 109 年度內控查核項目。

（十九） 衛生福利部所屬彰化、臺中、豐原、南投醫院及草屯療養院辦理檢驗試劑（含系統整合）採購案，未儘早提報招標文件送審，且多項設備採特定規格，引發採購不公疑慮，延宕採購期程及衍生不經濟支出，亟待檢討改善。

衛生福利部（下稱衛福部）所屬彰化、臺中、豐原、南投醫院及草屯療養院（下稱彰化醫院等 5 院）為提供高品質之檢驗服務，於 94 年 8 月依促進民間參與公共建設法（下稱促參法）辦理「行政院衛生署中區區域聯盟醫院中央實驗室委託民間機構參與經營管理投資計畫」（下稱促參案），嗣於 102 年 3 月營運期滿後，因「醫療機構業務外包作業指引」規範核心醫療業務不得委外，遂改依政府採購法辦理「檢驗試劑（含系統整合）採購案」（下稱新案），惟新案歷經 9 次公告招標，始於 105 年 2 月 5 日決標。經查執行情形，核有：1. 彰化醫院等 5 院未積極依衛福部規定時程，儘早提報新案招標文件送審，嗣後復因促參案有償移轉資產設備是否納入新案招標及多項設備採用特定規格等問題，屢遭廠商異議質疑，延宕採購期程 2 年 10 個月，致須額外辦理給付廠商金額比率較高之短期契約，衍生不經濟支出 3,357 萬餘元（圖 20）；2. 衛福部附屬醫療及社會福利機構管理會職司所屬醫療機構重大採購案件審核及促參案件查核管理，卻未及時採取有效之協助及導正措施，致相關設備規格訂定涉有限制競爭等，延宕招標期程，且潛藏民間機構未來求償風險；3. 新案廠商將期初建設成本以零元報價，而攤提列入檢驗試劑費用，雖不影響採購應給付金額，惟恐造成檢驗試劑後續擴充採購預算金額偏高，且長達 2 年 9 個月未進行計價作業，難以掌握契約執行進度及剩餘額度，不利後續擴充議價作業等情事，經函請衛福部查明妥處。據復：1. 爾後擬訂規格將參考市場現況，避免規格限制競爭及違反政府採

圖 20 檢驗試劑未及時完成發包衍生不經濟支出時程圖



資料來源：本部整理繪製。

購法第 6 條規定，若原促參案特許公司依約要求有償移轉資產設備，將另尋訴訟調解等相關法律規定處理；另為避免後續契約銜接不及與不經濟支出等類案情形發生，提前報請該部所屬醫院資財資訊組資財營繕小組會議討論，以利研擬新案妥適之招標方式；2. 除依「衛生福利部所屬醫療機構辦理重大採購案件應行注意事項」規定，於契約限期 6 個月前提報審查外，針對新興或較複雜之重大採購案件，應比照藥品聯標提早 1 年以上進行規劃，並於該部所屬醫院資財資訊組資財營繕小組會議列管，即時掌握醫院執行進度及遭遇問題，並研議精進管理作為，主動及時提供所屬機關所需協助或導正措施；3. 已訂定合理之後續擴充底價，並完成議約及 3 個年度（105 年 10 月至 108 年 9 月）之計價作業，且與資訊系統廠商討論系統增修事宜，俾利未來縮短各院核對帳務之時效等。

（二十） 衛生福利部樂生療養院辦理樂生園區整體發展計畫，未依規定辦理先期規劃構想或可行性評估等作業，致費時 7 年餘始完成計畫核定，延後計畫完成期程，亟待檢討改善，俾及早恢復國家重要文化資產應有風貌。

衛生福利部（下稱衛福部）樂生療養院創建於 19 年，為日治時期強制收容漢生病病患場所，臺灣光復後成為第一所辦理漢生病防治與強制隔離之公立機構。嗣立法院於 97 年 7 月通過漢生病病患人權保障及補償條例，附帶決議要求設立國家漢生病醫療人權園區及進行樂生園區文化資產保存工作。樂生療養院爰於 99 年 2 月提報樂生

圖 21 古蹟或歷史建築修復工程流程圖

圖 21 展示了古蹟或歷史建築修復工程的完整流程。流程從「公告為古蹟或歷史建築」開始，進入「評估是否搭設保護棚架」的決策點。若評估為「是」，則進行「搭設保護棚架」，隨後是「擬定調查研究與修復再利用計畫」並「報主管機關審查」。若評估為「否」，則直接跳過搭設棚架步驟，進入「擬定調查研究與修復再利用計畫」並「報主管機關審查」。此後，流程依次經過「規劃設計」並「報主管機關審查」、「施工」（此階段由「主管機關監督」）、「竣工」、「擬定工作報告書」並「報主管機關審查」，最後到達「使用單位管理維護」。

核有：1. 樂生療養院未依規定辦理先期規劃構想與可行性評估作業，亦未及早進行古蹟修復或再利用之調查研究（圖 21），並積極依行政院歷次審議意見切實修正計畫內容，致計畫陳核過程屢因內容缺漏及相同缺失未能改進而遭審退，前後耗時 7 年 8 個月餘始完成計畫核定作業，復未依規定進行周延之計畫分析，預算執行率偏低，而須辦理計畫修正及鉅額經費保留，間接排擠其他公共建設經費；2. 衛福部未審酌樂生療養院承辦資源與能力，即指定為計畫主辦機關，嗣經行政院指示成立專案小組及文化部建議提升承辦層級推動計畫仍未積極辦理，亦未切實督導所屬機關確依審查意見修正計畫，耽延計畫核定期程等情事，經函請衛福部查明妥處。據復：1. 爾後執行各項重大公共工程，將依政府公

資料來源：本部整理繪製。

共建設計畫先期作業實施要點及行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點等規定，於提報計畫前辦理先期規劃或可行性評估，妥擬完整財務計畫，精進各項管理作為，並透過樂生園區整體發展計畫推動督導小組委員會議及樂生園區整體發展計畫執行進度檢討會議定期追蹤相關進度；2. 為確實改進督導管控作業，爾後除於相關會報定期追蹤執行進度外，並運用國家發展委員會函頒之政府重大公共建設計畫全生命週期績效管理手冊，作為內部控制參考，並要求所屬於執行過程注意參照重大公共建設計畫應辦證照許可盤點檢視表等規定辦理，加強計畫執行督導及預算管控作為，提升計畫執行成效。

四、107 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 107 年度審核報告內列重要審核意見 20 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 3 項、處理中者 1 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 16 項（表 24），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 3 項通知檢討改善。

表 24 107 年度審核報告所列衛生福利部主管重要審核意見覆核辦理情形表

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
(一) 長照服務量能已逐年擴增，惟服務資源之供給仍有不足或分配不均情事，允宜研謀改善，並善用政府閒置資源，提供民眾所需之長照服務，健全長照服務體系。	因衛生福利部布建長照服務資源仍有部分資源不足地區尚乏住宿式機構等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(五)」。
(二) 健保提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，惟保險收支及財務體制難以因應勞動人口減少及高醫療需求成長之趨勢，亟待積極推動改革，以維繫健保永續運作。	因健保收支結構長期失衡，不利永續經營等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(十一)」。
(三) 國民年金保險基金有助維持民眾基本經濟安全，惟財務狀況及業務執行，間有未盡周妥之處，允宜研謀善策，以利永續經營。	因中央政府長年未足額編列國民年金保險基金應補助之保險費及應負擔之款項等，業再研提審核意見詳「乙、決算審核成果、貳、行政院主管、五、重要審核意見(二十九)」。
處理中	
衛生福利部為使民眾發生意外事故時即時獲得救治，公告 8 大類應置有 AED 之公共場所，惟久未檢討應設置場域範圍，亦乏定期清查機制，未能掌握 AED 設置實況，亟待研謀改善，以建構安全且便利之緊急救護網絡。	前經監察院立案調查，該院業提出調查報告。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一) 政府長照預算持續成長，惟經費執行率欠佳，允宜檢討癥結原因，暨利用多元管道宣傳長照服務資訊，俾利民眾熟悉長照新制，以提升計畫實施成效。	/
(二) 政府推動整建長照衛福據點計畫有助布建長照資源，惟計畫經費執行率欠佳，部分案件先期規劃未臻嚴謹，或於設施修繕完成後未能及時開辦服務，允應研謀改善，以提升計畫執行成效。	
(三) 政府持續監督管理公益勸募活動，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，俾使社會資源妥善運用。	
(四) 衛生福利部持續推動弱勢兒童主動關懷方案，惟弱勢兒童之篩檢通報機制未盡周延，且行方不明個案未強制通報警政系統協尋，影響兒少保護之密度，亟待研謀改善，強化兒童預防保護機制，以達完善兒少保護體系之永續發展目標。	

表 24 107 年度審核報告所列衛生福利部主管重要審核意見覆核辦理情形表 (續)

重要審核意見標題	說明
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(五) 政府為維護兒童健康，逐步強化醫療資源不足地區兒科緊急照護能力，惟兒科急重難症照護網絡仍有缺口；又高風險孕產婦健康管理試辦計畫收案情形未盡理想，亟待研謀改善，健全兒童醫療照護體系，以達成降低兒童死亡率之永續發展目標。	
(六) 政府為促進醫療資源有效運用，推動分級醫療六大策略，期促進院所落實雙向轉診，惟相關配套仍有不足，基層診所服務量能尚待提升，允宜研謀完善配套措施，以利分級醫療政策之推行。	
(七) 中央健康保險署為提供外出就醫不便患者整合性照護，推動居家醫療照護整合計畫，照護人數成長快速，惟實務推動仍存有誘因及人力不足等問題，有礙服務之推展，與長照、醫院間之服務轉銜亦待強化，亟待研謀增進參與誘因，順暢溝通合作管道，以因應高齡社會之醫療照護需求。	
(八) 疾病管制署為改善山地鄉結核病發生率，推動多項結核病主動篩檢及診療措施，發生率已逐年降低，惟主動篩檢合作院所家數仍少，部分山地鄉 X 光巡檢服務推動遭遇困難，允宜研謀進一步強化主動發現措施，以維護偏鄉民眾健康。	
(九) 疾病管制署為有效降低流感發病率及致死率，持續推動流感疫苗接種計畫，惟受疫苗品質異常事件影響，高風險族群接種率下降，亟待研謀改善，以維護民眾生命健康。	
(十) 食品藥物管理署因應國際間沙坦類原料藥檢出致癌不純物，隨即清查並回收使用問題原料藥之製劑，惟清查作業未盡完整，部分製劑藥品未能即時回收；又原料藥流向管理機制尚有不足，無法即時掌握問題產品流向之完整性，亟待研謀強化相關管理機制，以維國人用藥安全。	
(十一) 政府為防制菸害維護國民健康，徵收菸品健康福利捐，惟部分受配項目仍有運用效率欠彰情事，亟待落實菸品健康福利捐評核機制，以提升政府資源運用效率。	
(十二) 衛生福利部允宜參酌聯合國及行政院所訂永續發展目標，研擬公私立醫療院所相關指標項目，並督促所屬醫院配合國家政策落實 SDGs 作為，以善盡社會責任。	
(十三) 衛生福利部所屬部分醫院面臨鄰近新設醫院競爭，挑戰日趨嚴峻，又部分醫院位處醫療資源缺乏地區，醫護人力不足且營運績效不佳，允宜研謀妥處，以提供適切之醫療照護服務。	
(十四) 衛生福利部為因應失智人口逐年攀升，推動失智症防治照護政策綱領暨行動方案，辦理各項失智照護計畫，惟所屬醫院服務量能尚待提升，仍待加強與其他機構、醫療院所聯繫合作，以多方發掘疑似失智個案，提供確診及相關醫療照護。	
(十五) 衛生福利部所屬醫院為服務民眾已辦理各項健康檢查服務，惟部分醫院之檢查品質有待提升，或自費檢查定價未進行成本效益分析，或提供同一對象成人預防保健服務及公教健檢，存有相同檢查項目情事，允宜研謀改善，以提供適切之健康檢查服務。	
(十六) 衛生福利部持續推動優先採購身心障礙福利機構團體或庇護工場生產物品及服務政策，已見成效，惟各機關對政策與規定之瞭解，及優先採購比率、項目均有不足，允宜加強宣導及更新調整法定比率與項目，以促進身心障礙者就業權益。	