

拾玖、衛生福利部主管

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 110 年度決算審核結果說明如次（有關歲入、歲出決算之審定及各項差異之原因分析等詳細內容，請參閱總決算審核報告第 1 冊戊篇「拾玖、衛生福利部主管」）：

一、計畫實施之查核

業務計畫 40 項，下分工作計畫 44 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、優化保護服務體系、拓展全方位醫療照護體系、建構優質防疫應變體系、構築食品藥物安心消費環境、營造身心健康支持環境、完善健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 13 項，尚在執行者 31 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

（一） 歲入預算數 25 億 1,428 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 28 億 462 萬餘元，應收保留數 1,406 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，尚在催繳中；合計決算審定數為 28 億 1,869 萬餘元，較預算增加 3 億 440 萬餘元（12.11%），主要係食品藥物管理署調漲及新增藥品查驗登記收費標準等審查費收入，暨社會及家庭署收回以前年度補（捐）助經費賸餘款等較預計增加。

（二） 以前年度歲入轉入數計 2 億 7,645 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1 億 2,072 萬餘元（43.67%）；減免數 245 萬餘元（0.89%），主要係中央健康保險署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 5,327 萬餘元（55.44%），主要係衛生福利部應收九二一震災災民慰問金及租金賸餘款，分期收回中。

（三） 歲出原編列預算數 2,475 億 4,007 萬餘元，因食品藥物管理署辦理畜肉安心計畫經費不敷支用，暨衛生福利部補助財團法人國家衛生研究院成立高齡醫學暨健康福祉研究中心籌備處所需等事由，經動支第二預備金 2 億 4,720 萬餘元，合計 2,477 億 8,728 萬餘元，決算審核結果，修正減列實現數 3 億 779 萬餘元，係衛生福利部暨社會及家庭署各項補助經費賸餘；審定實現數 2,446 億 7,713 萬餘元（98.74%），應付保留數 10 億 5,681 萬餘元（0.43%），保留原因詳「一、計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 2,457 億 3,395 萬餘元，預算賸餘 20 億 5,332 萬餘元（0.83%），主要係各項委辦、補（捐）助計畫經費之結餘。

（四） 以前年度歲出轉入數計 7 億 5,409 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 6 億 1,041 萬餘元（80.95%）；減免數 5,816 萬餘元（7.71%），主要係委辦計畫經費結餘；應付保留數 8,551 萬餘元（11.34%），主要係衛生福利部部分委辦計畫及採購案合約期程跨年度，須保留繼續執行。

三、重要審核意見

(一) 政府已自國內外採購新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 疫苗供民眾施打，有助提升對疾病之抵抗及預防能力，惟疫苗採購作業間有未臻周妥情事，允宜研謀改善，以利推動防治工作。

政府為因應新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 疫情，依傳染病防治法規定，於 109 年 1 月 20 日成立嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心。該指揮中心為有效推動 COVID-19 防治工作，規劃符合安全及接種效益之疫苗採購方針，召集行政院主計總處、行政院公共工程委員會等機關與專家學者，簽報行政院成立「行政院 COVID-19 疫苗採購工作小組」(下稱工作小組)。國內、外 COVID-19 疫苗採購經工作小組會議討論決定後，由衛生福利部 (下稱衛福部) 簽陳行政院核定，續由該部疾病管制署 (下稱疾管署) 辦理採購等相關作業，截至 111 年 3 月 8 日止，我國簽訂之 COVID-19 疫苗採購合約計 7 案。經查執行情形，核有下列事項：

1. **國外疫苗採購契約內容與政府採購契約範本規範有別，尚待研議於傳染病防治法增訂緊急採購相關規範：**疾管署辦理國外廠商疫苗採購作業，間有簽辦採購時未載明採購依據條款規定，或雖載明依政府採購法第 105 條第 1 項第 2 款規定辦理，卻未敘明招標及決標規定中因緊急處置得不適用之條文，與特別採購招標決標處理辦法第 5 條規定未符，且該等疫苗受限於全球供需失衡及賣方市場情形下，契約條文內容、品質管理及履約監督作業等均與政府採購契約範本規範有別，經函請衛福部督促疾管署檢討改善，並研議於傳染病防治法增訂緊急採購相關規範，及進一步建立合宜採購程序與機制，俾供嗣後新興傳染病發生，需緊急採購疫苗時有所遵循。據復：未來將謹慎遵守採購相關規定，齊備各項文件，使程序更加完備，並參酌 COVID-19 疫苗採購經驗，作為傳染病防治法修法方向之考量。

2. **部分疫苗採購履約交貨，未核實估算逾期違約金：**疾管署為辦理國內 COVID-19 疫苗採購，於 110 年 5 月 28 日依政府採購法第 105 條第 1 項第 2 款及特別採購招標決標處理辦法第 2 條等規定，洽請高端疫苗生物製劑有限公司進行議約作業，案經該公司同意議約事項，採購數量 500 萬劑。該公司部分批次疫苗交貨期程逾越履約期限，疾管署已計罰每日逾期違約金，惟未就逾期 30 日以上仍未能履約部分，依約扣罰該部分之違約金，經函請衛福部督促疾管署妥適處理。據復：已就逾期 30 日以上仍未能履約部分，扣罰違約金。

3. **部分庫存疫苗可施打效期短暫，面臨過期銷毀之風險：**截至 111 年 3 月 8 日止，政府已採購及受贈之 COVID-19 疫苗共 8,986 萬餘劑，累計到貨 5,032 萬餘劑，施打 4,816 萬餘人次，耗用 4,246 萬餘劑疫苗 (表 1)，耗用疫苗約為已到貨量之 8 成，賸餘之 786 萬餘劑疫苗，使用期限為 111 年 3 月至 11 月，可施打效期短暫，如以疫苗廠牌歸類，則以 AstraZeneca 疫苗將到期劑數為最多，賸餘疫苗 251 萬餘劑全數於 111 年 5 月底前屆期，倘據 111 年 1 月 3 日至 28 日每日疫苗接種人數資料，該廠牌疫苗之平均每日施打人數為 3,656 人，推估每月耗用劑量僅約為 10 萬劑，恐未能於疫苗有效期限內完全去化，而有過期銷毀之虞。又截至 111 年 3 月 8 日止，政府所採購之 COVID-19 疫苗有近 4 千萬劑尚未到貨，該等疫苗將於 112 年底前陸

續送抵交貨，數量龐巨，在數量漸趨充足之情況下，疫苗屆期銷毀之風險將隨之增加，經函請衛福部妥謀善策籌劃因應，以有效利用珍貴疫苗資源。據復：為提升民眾接種疫苗意願，已採行設置隨到隨打之接

表 1 累計至 111 年 3 月 8 日 COVID—19 疫苗到貨及耗用情形

單位：萬劑

疫苗廠牌/ 採購平臺	採購及受贈疫苗數量			到貨劑數	耗用劑數	贖餘疫苗	
	合計	採購劑數	受贈劑數			劑數	效期 (年/月)
合計	8,986	6,581	2,405	5,032	4,246	786	
AstraZeneca	2,002	1,500	502	1,502	1,353	251	111/3- 111/5
COVAX (註 1)	476	476	—	102			
Moderna	4,508	4,105 (註 2)	403	1,426	1,183	243	111/3- 111/10
高端	500	500	—	481	227	254	111/4- 111/11
BioNTech	1,500	—	1,500	1,521	1,483	38	111/3

註：1. 世界衛生組織、全球疫苗免疫聯盟、流行病預防創新聯盟主導之全球疫苗供應機制 (COVID—19 Vaccines Global Access；簡稱 COVAX)。截至 111 年 3 月 8 日止，我國自 COVAX 採購之疫苗已到貨 102 萬劑，全數為 AstraZeneca 疫苗。
2. 其中 3,500 萬劑係簽署 2 年供應合約，於 111 年及 112 年分批供應。
3. 資料來源：整理自疾管署提供資料。

種站等多項加強宣導措施，並配送冷凍疫苗至地方政府，延長疫苗使用期限，另可透過外交管道捐贈友好國家，或提供學術單位動物實驗使用，俾使疫苗資源有效利用。

(二) 我國對於預防接種之投資相較其他先進國家為低，疫苗及藥品之緊急使用授權法規及配套措施亦待強化，又新型冠狀病毒肺炎 (COVID—19) 疫苗接種作業間有未盡周妥情事，允宜研謀因應，以保障國人健康。

按疫苗接種係最具效益之傳染病預防介入措施，亦為我國針對新型冠狀病毒肺炎 (COVID—19) 必要之防治策略。政府為使國人能達成群體免疫，防杜疫情傳播，自 109 年起陸續自國內外採購及受贈疫苗，並於 110 年 3 月 22 日起提供民眾施打，截至 111 年 6 月 9 日止，各類 COVID—19 疫苗已累計接種 5,605 萬餘人次，第 1、2 劑疫苗人口涵蓋率分別為 90.79% 及 82.23%，追加劑疫苗人口涵蓋率 67.44% (如以符合追加劑接種間隔人數統計，涵蓋率為 91.39%)，已具成效。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 預防接種之投資相較其他先進國家為低，疫苗研發及代工產製能量亟待提升：政府為推動國民預防接種政策，依傳染病防治法規定，於 99 年設置疫苗基金，支應疫苗採購及相關接種作業所需經費，主要財源來自菸品健康福利捐及政府預算撥充，惟近年來因疫苗單價上漲及擴大預防接種對象等因素，基金用途逐年增加，致疫苗基金迭有短絀情事，影響新疫苗之導入及接種時程，衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) 建議於 108 至 112 年間陸續推動之侵襲性肺炎鏈球菌感染高風險族群肺炎鏈球菌疫苗等 5 項疫苗導入方案，均囿於基金財源不足，暫緩實施 (表 2)。復依財團法人國家衛生研究院 (下稱國衛院) 109 年 11 月「預防接種服務財務解決對策」報告指出，2016 年我國疫苗預算占國民醫療保健支出 (National Health Expenditure) 之比率為 0.17%，較德國 (0.47%)、瑞典 (0.42%)、英國 (0.40%) 等先進國家為低，如與鄰近之韓國相較，2016 年韓國每位國民平均獲配之疫苗經費約 166 元，而我國僅為 112 元，顯示我國對於預防接

種之投入經費仍待提升。另疫病防治所需之預防疫苗因研發成本高昂，廠商投入研究或製造之誘因有限，經濟部 2021 生技產業白皮書指出，106 至 109 年度衛生福利部（下稱衛福部）核准國內研發新藥執行查驗登記用之 113 件臨床試驗計畫中，藥品類別為疫苗者計 11 件，尚未及總核准件數之 1 成，國衛院 110 年 5 月「疫苗之研發、採購與安全性評估政

表 2 衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組建議推動之新疫苗方案導入時程

項目	導入年度				
	108	109	110	111	112
侵襲性肺炎鏈球菌感染高風險族群肺炎鏈球菌疫苗	●	●	●	●	●
65 歲以上長者肺炎鏈球菌疫苗		●	●	●	●
幼兒輪狀病毒疫苗		● (低收入/中低收入戶)	●	●	●
潛在風險族群肺炎鏈球菌疫苗				●	●
高一新生接種 A 型肝炎疫苗					●

註：1. 據衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組 106 年 12 月 27 日會議紀錄，建議於 108 至 112 年間導入之新疫苗方案計有 8 項，本表僅列示尚未實施之 5 項方案。

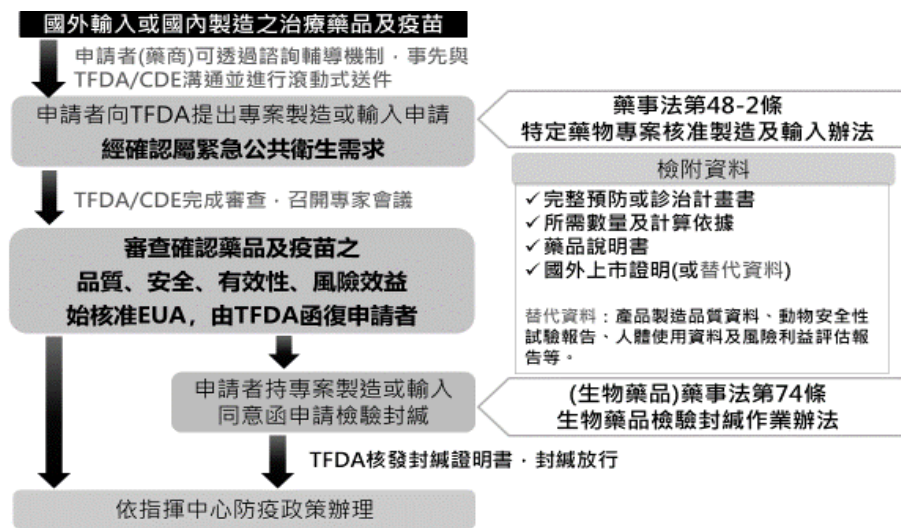
2. 資料來源：整理自疾管署提供資料。

策研議—由 COVID-19 看新興傳染病加速疫苗研發政策建言」報告亦指出，國內目前所使用之疫苗，多來自國外進口，自製比率約為 8%，相較美國、日本、韓國之疫苗自製率分別為 100%、59%、38%，我國疫苗自製能力與其他先進或鄰近國家顯有落差。又全球爆發 COVID-19 疫情後，亞洲各國因疫苗開發能量不足，紛向歐美疫苗廠商爭取獲得代工機會，我國亦曾於 109 年 8 月與國外疫苗廠商洽談代工授權製造疫苗，惟囿於產能無法達到國外廠商要求而未能成案，凸顯我國疫苗廠商代工製造之國際競爭力尚有增進空間。為強化我國疫病防疫能量，經函請衛福部籌措適足財源，以利導入新疫苗，並妥為擘劃疫苗產業發展策略，輔導國內疫苗廠商強化研發產製能量，俾提升自有疫苗供應能力及國家競爭力，保障國人健康。據復：將積極爭取增加公務預算補助額度、提高菸品健康福利捐分配比例等，使疫苗基金獲得長期穩定財源，以加速新疫苗之導入；另為強化國家疫苗研製能量，國衛院已獲行政院核定推動生物製劑廠擴建工程，協助廠商在疫苗研發及臨床試驗初期能減少建廠投資，以加速國內產業升級與提升疫苗自製能力，並將透過 111 至 114 年「精準健康技術研發與創新應用推動計畫」，建構創新生物製造技術之法規環境，加速國內核酸疫苗與藥物發展。

2. 疫苗及藥品緊急使用授權法規在具體要件及配套措施等面向尚待強化，審查資訊之公開透明度亦待提升：為確保安全與有效性，疫苗及新藥從研發至上市，需費時多年經過研發探索、臨床前發展、臨床試驗、查驗登記申請取得許可證等階段。而各國為因應 COVID-19 疫情，以緊急使用授權（Emergency Use Authorization, EUA）方式，簡化上開流程並暫時授權尚未取得常規許可證之特定藥品、生物藥品（如疫苗）或醫療器材。我國因應本次疫情，EUA 係採專案核准方式，在 COVID-19 藥品及疫苗部分，由食品藥物管理署（下稱食藥署）依藥事法、特定藥物專案核准製造及輸入辦法等規定進行審查，並由財團法人醫藥品查驗中心（Center for Drug Evaluation, CDE）協助進行技術性資料審查，申請者得依前開規定檢附資料向食藥署提出申請，食藥署、CDE 及專家會議除考量因應緊急公共衛生需求，並確認使用效益大於風險，

始予以核准(圖1)。惟依學界建議，藥事法第48條之2之專案核准作為疫苗緊急授權法規依據，與歐美國家法規相較，在EUA具體要件、課予EUA相對人風險告知及安全監視等義務、授權期限及廢止事由、EUA之資訊公開等面向及配套措施尚待強化，並應完備相關法制。另參考歐美日等先進國家

圖1 COVID-19藥品及疫苗專案製造及輸入審查流程



註：1. 食藥署簡稱 TFDA。
2. 資料來源：轉引自食藥署提供資料。

藥物監理機構為提高民眾對於通過EUA審查疫苗及藥品之信任，均公開通過審查品項清單、審查(評估)報告、疫苗專家審查會議紀錄、使用說明指引等資訊，而我國未揭露通過EUA之藥品清單，亦未公開相關審查(評估)報告等資訊，EUA審查資訊之公開透明度尚待提升。經函請衛福部研議完善EUA相關法制及資訊揭露之可行性，以確保疫苗及藥品之安全性與有效性，提升民眾之信任。據復：為於緊急公共衛生事件時，更有彈性審酌藥品利益風險及課予申請者應有義務，將研擬修訂「特定藥物專案核准製造及輸入辦法」；另食藥署已主動公布核准藥品及疫苗之中文說明書，必要時亦主動公開專家會議紀錄。

3. 疫苗接種計畫未能汲取國外經驗及早納入疫苗預約平台相關規劃，致後續須以緊急方式建置系統並補辦採購作業：110年5月底COVID-19疫苗進入大量接種階段，行政院考量疾病管制署(下稱疾管署)過往無類此大規模複雜之疫苗接種實施經驗，為使疫苗能集中接種且快速執行，並避免疫苗搶打與聚集所造成之疫情傳播及防疫壓力，指導設置「COVID-19公費疫苗預約平台」(下稱疫苗預約平台)，自110年5月26日起與關貿網路股份有限公司(下稱關貿公司)討論平台建置需求，由該公司與介接單位溝通協調建置方式等事宜。嗣疾管署於110年9月15日簽陳「COVID-19公費疫苗預約平台租用服務」採購案，並於同年9月29日決標予關貿公司，決標金額1億9,688萬元，履約項目包含疫苗預約平台建置與使用、軟硬體設備租賃、資訊安全監控及客服諮詢服務等。經查執行情形，核有：(1)我國「110年COVID-19疫苗接種計畫」已規劃視取得疫苗數量，分3階段進行疫苗接種作業，並預計於第3階段進入大規模接種作業(預計累計接種人數達1,370萬餘人)，然未能汲取國外經驗及早納入疫苗預約平台相關規劃，致後續須以緊急採購方式建置系統，又疫苗預約平台自110年5月規劃建置並於7月開放民眾登記接種意願及預約，惟疾管署未儘速簽辦平台相關採購程序，迨至110年9月29日始完成採購決標作業，致約有4個月時間無契約規範可供遵循；(2)疫苗預約平台租用服務採購案屬巨額之勞務採購，疾管署辦理該採購時，已簽准將請上級機關衛福部派員監辦，惟實際辦

理議價前卻未報請上級機關監辦，與政府採購法第 12 條等相關規定有間；(3) 疫苗預約平台曾發生服務異常及疫苗接種資料上傳有誤等狀況，雖已研提改採分流方式進行預約，或請接種單位全面檢視疫苗接種紀錄上傳作業等相關措施，惟仍再發生簡訊通知錯誤、產生亂碼或預約網頁備註資訊未符事實等情事，經函請衛福部研謀改善，以利疫苗接種作業之順暢推展。據復：(1) 爾後將持續妥善規劃疫苗接種計畫，調整改善疫苗預約接種流程，並遵循政府採購法規定儘速辦理相關採購作業，以確保各項服務品質；(2) 爾後將依相關規定報請上級機關監辦，以符合法令規定；(3) 已督促廠商就異常情事交付檢討說明，並提報因應改善措施，避免錯誤再發生。

4. 多數國家未將國產疫苗納入疫苗認可清單，影響已接種國產疫苗民眾出國之便利：政府為加速及確保 COVID-19 疫苗之取得，以中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算經費 9.11 億元，補助高端疫苗生物製劑有限公司（下稱高端公司）、聯亞生技開發股份有限公司及國光生物科技股份有限公司等 3 家藥廠，研發 COVID-19 疫苗（表 3），其中高

端公司於 110 年 7 月 18 日經食藥署審核通過取得 EUA 專案製造許可，並自 110 年 8 月 23 日起提供國內民眾接種選擇。隨著各國自 2020 年底加速施打 COVID-19 疫苗，疫苗涵蓋率持續上升，已陸續於 2021 年下半年鬆綁邊境管制措施，並將完整接種通過各國 EUA 或世界衛生組織（World Health Organization, WHO）緊急使用清單（Emergency Use Listing, EUL）之疫

苗作為入境免隔離或縮短隔離期之條件，截至 110 年 11 月底止，已有紐西蘭、帛琉、印尼及貝里斯等 4 個國家將高端疫苗納入疫苗認可清單，享有入境免隔離之檢疫豁免措施。惟依交通部觀光局統計，104 至 109 年國人出境該 4 國者計 102 萬餘人次，僅占總出境人次 7,950 萬人次之 1.29%，尚不符國人實際出國所需，且截至 110 年 12 月 15 日止，高端疫苗第 1 劑、第 2 劑累計接種 78 萬餘劑、68 萬餘劑，僅占我國 COVID-19 疫苗第 1 劑、第 2 劑累計接種之 4.21%、4.49%，顯示多數國家未將高端疫苗納入疫苗認可清單，亦影響民眾接種選擇意願。另政府雖針對接種高端疫苗且有緊急出國需求之民眾，於該疫苗列入 WHO 核准之 EUL 或民眾擬入境國家之 EUA 前，在與最後 1 劑高端疫苗間隔 28 天後，可接種經食藥署核准專案輸入之 COVID-19 疫苗，惟據 110 年 11 月 9 日 ACIP 第 8 次臨時會議紀錄指出，尚無臨床研究或臨床試驗證實高端疫苗與其他廠牌 COVID-19 疫苗交替使用之安全性與有效性，引發民眾安全疑慮。為確保接種高端疫苗能與接種其他國際廠牌疫苗之民眾，入境他國均得享有相同之檢疫豁免措施，經函請衛福部研議因應措施，以增進已接種高端疫苗民眾出國之便利性，並提升其餘國人對高端疫苗接種選擇意願。據復：高端疫苗已獲得 WHO 團結試驗疫苗計畫經費，展開第三期臨床試驗，並將向澳洲申請疫苗緊急許可等，另新增獲得索馬利蘭、愛沙尼亞、泰國、巴拉圭等 4 個國家承認，將持續與各國衛生主管單位溝通協調，爭取國產疫苗取得廣泛國際認證。

表 3 國內 COVID-19 疫苗研發補助情形

單位：新臺幣億元

研發機構	進度	補助金額
合計		9.11
高端疫苗生物製劑有限公司	已於 110 年 7 月 18 日取得 EUA 專案製造許可	4.60
聯亞生技開發股份有限公司	EUA 之申請未通過(註 1)	3.29
國光生物科技股份有限公司	第一期人體臨床試驗(因抗體力價未如預期)	1.22

註：1. 食藥署於 110 年 8 月 16 日公布聯亞生技開發股份有限公司之 EUA 申請未通過。

2. 資料來源：整理自疾管署提供資料(截至 110 年 7 月)。

5. 疫苗預防接種受害救濟案件審議進度緩慢，引發民眾訾議：依傳染病防治法第30條第1項規定，因預防接種而受害者，得請求救濟補償。據疾管署提供資料，106至109年度全國疫苗接種受害救濟申請案件數為117件至231件不等，110年因擴大施打COVID-19疫苗，申請案件數大幅增加，截至10月底止，申請件數為1,699件，其中與COVID-19疫苗相關計1,588件(表4)，約占總申請件數之93.47%。依預防接種受害救濟基金徵收及審議辦法規定，民眾向接種地直轄市、縣(市)主管機關提出申請後，地方主管機關將進行案情調查及病歷調閱，交由衛生福利部預防接種受害救濟審議小組(下稱審議小組)於案件資料齊全之次日起6個月內完成審定。查截至110年10月底止，上開1,588件中僅有22件完成審議，占申請案量之1.39%，其餘案件仍多處於調閱病歷階段，雖未逾上開審議辦法所訂之辦理期限，惟參據106至109年度疫苗受害救濟案件審議件數為94至162件不等，110年1月至10月審議件數則為246件，如以110年平均每月審議案件數約25件估算，全年度可審議件數約為300件，約需時5年方能將申請案件全數審議完畢，致各界迭有審議進度緩慢，影響民眾權益之訾議。另截至110年12月5日止，國內COVID-19疫苗接種後死亡通報數計1,164件，其中半數以上個案為75歲以上長者，

表4 110年1至10月疫苗接種受害救濟申請案件

單位：件

疫苗種類	申請件數
合計	1,699
COVID-19疫苗相關小計	1,588
COVID-19	1,582
COVID-19+Flu(季節性流感疫苗)	1
COVID-19+MMR(麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗)	1
COVID-19+PCV(結合型肺炎鏈球菌疫苗)	1
COVID-19+PCV13(13價結合型肺炎鏈球菌疫苗)	1
COVID-19+VZV(帶狀疱疹疫苗)	1
COVID-19+HPV(人類乳突病毒疫苗)	1
BCG(卡介苗)	39
Flu(季節性流感疫苗)	34
HPV(人類乳突病毒疫苗)	12
PPV(肺炎鏈球菌多醣體疫苗)	3
PCV13(13價結合型肺炎鏈球菌疫苗)	4
MMR(麻疹腮腺炎德國麻疹混合疫苗)	1
Var(水痘疫苗)	4
TT(破傷風類毒素疫苗)	2
HepA(A型肝炎疫苗)	1
其他多劑次疫苗	11

資料來源：整理自疾管署提供資料。

該等案件雖尚未確認死因與疫苗間之關聯，然在報章媒體接連報導下，部分長者因擔心疫苗施打風險而出現「疫苗猶豫」現象，110年5月10日開放長者施打COVID-19疫苗後，迄同年12月6日止，75歲以上長者尚有26.3%未施打，相較於18至29歲之年輕族群，110年8月23日起陸續開放接種疫苗後，僅餘6.5%尚未施打，顯示疫苗之安全性疑慮，已使高齡者對接種疫苗產生觀望卻步心理，不利提升渠等之預防能力。經函請衛福部檢討預防接種受害救濟案件審理時效，儘速完成審議作業，釐清個案傷病或死亡與施打疫苗間之關聯性，使預防接種受害民眾迅速獲得合理之補償，並維持接種疫苗之信心，以利國家公衛政策推行。據復：已自110年10月底起實施預防接種受害救濟申請案行政流程暫行措施，由衛福部委託社團法人國家生技醫療產業策進會代地方政府辦理病歷調閱及相關行政作業，並增加審議小組人力與開會頻率，以加速審議流程及維護民眾權益，另已針對長者加強疫苗接種措施，包括加強住宿型長照機構、社區式與居家照顧機構等服務使用者與相關工作人員之外展接種服務等。

(三) 為防範社區疫情，已推動居家隔離（檢疫）及疫情調查等措施，惟疾病管制公衛人員長期防疫工作負荷沉重且嚴重過勞，又疫調輔助平臺未規劃使用者端資安稽核作業，民眾下載臺灣社交距離 App 普及率不足，允宜研謀因應，以確保重大傳染病整備應變體系人力之永續性，並完善民眾個人資料安全及 App 輔助疫調之功能。

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（下稱指揮中心）為將具新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）感染風險民眾區隔並監測健康狀況，降低疫情傳播風險，辦理社區防疫措施，針對確診個案接觸者及入境者分別採取居家隔離及檢疫，對於違反措施者裁罰並強制安置於集中檢疫場所；如有確診案例，疾病管制公衛人員進行疫情調查與匡列隔離，並建置簡訊實聯制及疫調輔助平臺協助疫情調查作業，暨藉由臺灣社交距離 App 提醒與確診者接觸之使用者，以減少疫情擴散機會。截至 110 年底止，居家隔離、檢疫各 9 萬餘人、95 萬餘人。經查相關措施推動情形，核有下列事項：

1. 疾病管制公衛人員歷經長達 2 年以上緊密辦理防疫作業，工作負荷沉重且普遍嚴重過勞，有影響公衛任務推展之虞：按本次 COVID-19 疫情期間，中央及地方疾病管制公衛人員緊密辦理疫情調查匡列、篩檢隔離、醫療機構收治管控協調、防疫物資調度、疫苗接種等作業。中央及地方各機關雖得於防疫期間覈實支給專案加班費，惟據本部訪談地方衛生局反映，疾病管制公衛人力於 COVID-19 疫情 2 年餘期間，長期承受沉重工作負荷，致人員流動率高，不利公衛任務之推展。另經設計問卷調查瞭解防疫作業對疾病管制公衛人員工作負荷影響情形，發現疫情前（108 年以前）之一週平均工作天數、一天平均工作時數、一週平均加班時數、一天平均睡眠時間等占多數者分別為 5 天（86.94%）、8 小時以內（55.10%）、0 至 5 小時（61.05%）、7 至 9 小時（82.07%），疫情後（109 年以後）則為 6 天（51.47%）、9 至 16 小時（90.11%）、20 小時以上（40.81%）、4 至 6 小時（85.70%），且一週平均工作天數滿 7 天者之占比亦達 38.10%，該等公衛人員於疫情發生後之工作負荷明顯加重；再分析過勞量表之個人自身感受過勞，及對於工作感受過勞情形，屬嚴重者各有 1,042 位、983 位，約占 80.53%、75.97%，比率甚高，凸顯疫情發生 2 年多以來，已造成疾病管制公衛人員工作負荷沉重並有嚴重過勞情形，恐對於 COVID-19 及新興重大傳染病整備應變體系人力體制及運作帶來不利之影響。經函請行政院督促研謀改善疾病管制公衛人員工作條件及人力體制，以確保 COVID-19 及新興重大傳染病整備應變體系人力之永續性。

2. 指揮中心建置疫調輔助平臺及開發臺灣社交距離 App，惟前者未規劃該平臺使用者端資安稽核作業，後者民眾下載普及率不足：指揮中心鑑於 110 年 5 月中旬我國本土 COVID-19 疫情進入社區感染階段，各地方政府疫調作業須處理大量資訊，爰由疾病管制署（下稱疾管署）緊急委託規劃疫調輔助平臺，規劃成果提供國家通訊傳播委員會委託開發建置並租賃該平臺系統，所需經費由中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算衛生福利部項下編列 2,718 萬餘元支應。該平臺系統自 110 年 7 月 26 日上線，提供熱區地圖、疫調軌跡、簡訊實聯制疫調查詢等功能。經查該平臺簡訊實聯制僅能調取 28 天內資料，在帳號管理上僅提供地

方政府疫調衛政人員登入使用，截至 110 年 9 月底止，提供中央及地方政府單位帳號合計 174 個（表 5）。惟截至 110 年 11 月底止，疾管署對該平臺各使用單位之資安管理情形，未規劃及實施稽核作業，尚難評估資訊安全風險，據以改善。另政府為優化疫情調查效率，發掘可能風險個案，109 年間由行政院資通安全處、疾管署及台灣人工智慧實驗室合作開發「臺灣社交距離 App」（下稱 App），偵測並記錄使用者間接觸之距離與時間等去識別化資料，當有使用者確診時，經取得確診者同意後，該 App 將主動告警過去 14 天內與確診者接觸之使用者，以減少疫情擴散機會。據指揮中心會議紀錄列載，該 App 須至少 5 成民眾下載使用方能產生效益，且確診者資料上傳為 APP 充分發揮功效之關鍵。惟截至 110 年 10 月 30 日止，該 APP 累計下載次數 696 萬餘次，僅占 110 年 10 月底 15 歲以上人口 2,051 萬餘人之 33.97%，下載普及率未及 5 成；上傳接觸資料之確診使用者計有 1,043 名，僅占該期間本土確診病例數 13,203 例之 7.90%，顯示民眾下載普及率偏低，連帶影響確診者上傳接觸資料情形，難以發揮 App 建置效益。經函請衛生福利部研謀因應，以完善民眾個人資料安全，及確保 App 發揮輔助疫調功能。據復：指揮中心已規劃辦理疫調輔助平臺資訊安全稽核計畫，稽核作業包含委外廠商及使用機關；每週於指揮中心會議報告 App 下載量及確診者之統計數據，及持續優化確診者自主勾稽通報資料機制等 APP 功能，以提高確診者上傳比例，並將於防疫資訊應用管道進行宣導。

（四）衛生福利部因應疫情設置專責病房，並發給醫事機構及人員津貼及獎勵，惟疫情升溫期間仍面臨快速清空病房及分流轉送等挑戰，且部分津貼及獎勵款項未及時撥付，允宜研謀改善，以確保重大疫情期間之醫療量能。

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心（下稱指揮中心）於新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）疫情期間就醫療量能整備應變，指定社區採檢院所及重度收治醫院，並要求醫院開設專責病房；另為慰勉醫事機構及人員，發給公、私立醫療（事）機構執行防治、醫療、照護之醫事人員及其他相關工作人員津貼及獎勵。110 年度全國醫院收治疑似及確診 COVID-19 病患，住院隔離治療計 2 萬餘人次、加護病房 4 千餘人次，及截至 110 年底止，發放津貼及獎勵金額 228 億餘元。經查相關措施執行情形，核有下列事項：

1. 110 年 5 月起社區疫情升溫期間，面臨快速清空病房及分流轉送等挑戰，尚需緊急醫療網因應介入，允宜研謀整合傳染病防治醫療網與緊急醫療網資源，以確保重大疫情期間之醫療量能：政府於 92 年嚴重急性呼吸道症候群（SARS）疫情過後建置傳染病防治醫療網，以

表 5 累計至 110 年 9 月疫調輔助平臺提供中央及地方政府單位帳號情形

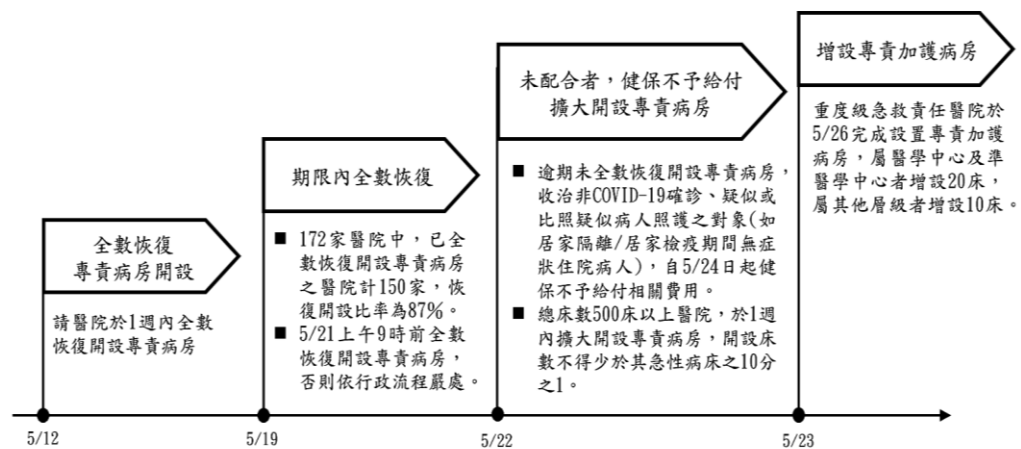
單位：個

序號	使用者層級	單位名稱	帳號數量
合計			174
1	中央機關	指揮中心	5
2		疾管署	17
3	市縣政府	臺北市	65
4		新北市	3
5		桃園市	3
6		臺中市	3
7		臺南市	21
8		高雄市	6
9		基隆市	3
10		宜蘭縣	3
11		新竹縣	3
12		新竹市	3
13		苗栗縣	3
14		彰化縣	3
15		南投縣	3
16		雲林縣	6
17		嘉義縣	3
18		嘉義市	3
19		屏東縣	3
20		花蓮縣	3
21		臺東縣	3
22		澎湖縣	3
23		金門縣	3
24		連江縣	3

資料來源：整理自疾管署提供資料。

指定專責醫院集中收治高傳染性或致死性新興傳染病病患，由各市縣提報並經衛生福利部（下稱衛福部）指定轄內醫療院所作為隔離醫院，各醫療網區則由隔離醫院中指定 1 家為網區應變醫院，各市縣可指定轄內 1 家以上隔離醫院作為縣市應變醫院，111 年計 6 家網區應變醫院、25 家縣市應變醫院、115 家隔離醫院。另衛福部為確保緊急傷病患之生命及健康，建置緊急醫療救護區域協調指揮體系（下稱緊急醫療網），並依據緊急醫療能力，將醫院分級評定為重度級、中度級、一般級急救責任醫院，111 年計 46 家重度級、77 家中度級、81 家一般級急救責任醫院。而因應 COVID-19 疫情，指揮中心針對疑似個案採檢及分流就醫，納入急救責任醫院、傳染病防治醫療網醫院及地方衛生局指定醫院，區分為指定社區採檢院所及重度收治醫院，要求醫院整備開設專責病房；嗣於 110 年 5 月起，因應國內疫情升溫，增設專責病房與專責加護病房（圖 2），並由緊急醫療網之各區域緊急醫療應變中心協助傳染病防治醫療網進行急重症病床調度事宜，分派重度級急救責任醫院如無法收治，則啟動南送機制送往備援醫學中心。經統計全民健康保險 110 年 5 月至 8 月因 COVID-19 住院隔離治療情形，全國 147 家醫院共收治疑似及確診病患 18,615 人次、加護病房病患 3,301 人次，其中由重度級急救責任醫院收治者，分別計有 11,048 人次、2,368 人次，占比分別為 59.35%、71.74%；另由傳染病防治醫療網應變醫院收治者，分別計有 3,450 人次、356 人次，占比分別為 18.53%、10.78%，顯示傳染病防治醫療網

圖 2 110 年 5 月指揮中心擴大徵用醫院專責病房及專責加護病房情形



資料來源：整理自指揮中心 110 年 5 月 25 日第 81 次會議、10 月 12 日第 101 次會議簡報資料。

應變醫院體系尚無法完全滿足傳染病於社區流行期間之重症醫療需求，仍需緊急醫療網之重度級急救責任醫院資源因應介入。嗣指揮中心於疫情趨緩後，陸續檢討在收治大量確診病患情形下之緊急快速清空病床、病患收治分流與轉送機制執行情形，據以規劃研擬 COVID-19 病例分流收治四階段指引、病人運送（轉送）網絡指引、備援醫學中心配對機制、重症病人收治與轉送流程等，並針對上開指引等辦理醫療應變演習，惟據演習會議紀錄載列，傳染病防治網網區指揮官與區域緊急醫療應變中心之權責關係尚待釐清；且據本部訪談部分疾病管制署區域管制中心與地方衛生局反映，傳染病防治醫療網及緊急醫療網在聯繫協調醫院收治方面尚待強化整合，顯示對於新興重大傳染病進入重症疫災階段，該 2 項醫療網間尚待完善相關協調機制。經函請行政院督促研謀於醫療量能整備應變相關計畫，整合傳染病防治醫療網與緊急醫療網相關資源與機制，以確保重大疫情期間之醫療量能。

2. 衛福部為慰勉醫事機構及人員發給津貼及獎勵，惟部分款項未及時核撥，又部分醫院未儘速將獲撥款項撥付及分配予相關人員，亟待檢討改進，以落實政策美意：衛福部為慰勉醫事機構及人員，依嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例第 2 條規定，訂定「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」（下稱發給要點），發給公、私立醫療（事）機構執行防治、醫療、照護之醫事人員及其他相關工作人員津貼及獎勵。各項津貼及獎勵之預算數分別為 93 億 3,564 萬餘元及 151 億 8,790 萬餘元，截至 110 年底止，執行數分別為 63 億 20 萬餘元及 165 億 4,082 萬餘元，其中津貼預算執行率為 67.49%，獎勵預算不敷支應數由防治工作經費勻支。經查執行情形，核有：(1) 截至 111 年 5 月 6 日止，共計 187 家醫院申請 110 年度津貼，惟僅完成 22 家醫院全年度撥款，其餘 165 家醫院僅預撥申請金額之 80%，其中對於各醫院申請 110 年 4 至 12 月各月份津貼，尚由該部審查中之醫院家數，占申請醫院總家數之比率約 3 至 7 成（表 6），顯示多數醫院提出申請津貼，經審查多時仍未完成，審查作業效率欠佳，影響及時慰勉相關人員之效果。又該部為加速撥付相關人員津貼，自 109 年第 2 季起調整津貼撥付流程，改採先行預撥醫院申請金額之 8 成（下稱預撥款項），復自 110 年 4 月起，要求各醫院收到預撥款項後，應於 1 周內核撥予實際執行人員。惟桃園醫院於 110 年 9 月 27 日獲撥 110 年 4 至 6 月份津貼 2,295 萬餘元，截至 111 年 2 月 18 日止，尚有 2,194 萬餘元未撥付予相關人員，彰化醫院 110 年 4 至 9 月份津貼，亦有部分預撥款項尚未撥付；桃園醫院新屋分院等 8 家醫院獲撥 110 年 7 至 12 月份之預撥款項合計 3,351 萬餘元，截至 111 年 2 月 18 日止，皆尚未撥付予相關人員，各該醫院收到津貼款項後，未儘速撥付申請人員，影響及時鼓勵相關人員之效果；(2) 依發給要點第 4 點規定，獎勵項目包含專責病房或專責加護病房獎勵等 24 項，其中應按月核發之獎勵計有 9 項，截至 111 年 5 月 6 日止，專責病房基礎及收治、治療、重症患者照護等 3 項獎勵，實際僅核發至 110 年 4 月份，採檢總量及個案採檢等 2 項獎勵僅核發至 110 年 7 月份，後續獎勵尚須由該部進行審查及計算獎勵費用後撥款，審查作業進度緩慢，影響獎勵發放時程。又須分配予相關人員之獎勵項目包含專責病房或專責加護病房獎勵等 7 項，其中治療獎勵等 6 項，桃園醫院等 22 家醫院於獲撥獎勵至完成分配期間逾 3 個月；又澎湖醫院等 6 家醫院，獲撥指定採檢醫療機構案件、個案及通報等 4 項獎勵，截至 111 年 2 月 18 日止，已逾 3 個月尚未分配，甚且臺中醫院獲撥急救責任醫院防疫獎勵已逾 8 個月仍未分配，各該醫院收到獎勵後，未儘速分配予相關人員，影響及時慰勉之效果等情事，經函請衛福部儘速辦理審查及核發作業，並督促檢討改善撥付及分配作業。

表 6 醫療機構申請 110 年度津貼之審查進度

單位：家、%

月份	申請家數	審查中		醫院補件中		核可數	
		家數	比率	家數	比率	家數	比率
1 至 3	174	—	—	—	—	174	100.00
4	174	53	30.46	27	15.52	94	54.02
5	184	61	33.15	31	16.85	92	50.00
6	185	61	32.97	31	16.76	93	50.27
7	171	128	74.85	20	11.70	23	13.45
8	168	129	76.79	16	9.52	23	13.69
9	168	130	77.38	15	8.93	23	13.69
10	156	118	75.64	—	—	38	24.36
11	152	114	75.00	—	—	38	25.00
12	155	118	76.13	—	—	37	23.87

資料來源：整理自衛福部公布於 COVID-19 防疫關鍵決策網 (<https://covid19.mohw.gov.tw/ch/cp-5189-61503-205.html>) 截至 111 年 5 月 6 日止之資料。

(五) 政府持續辦理防疫物資整備作業，惟口服抗病毒藥物未適用藥害救濟制度、家用快篩試劑之供給無法及時因應民眾及公務機關之需求，允宜研謀因應，以提升防疫作業效能。

政府為因應醫療與防疫單位及民眾之防疫物資需求，於新型冠狀病毒肺炎（COVID-19）疫情期間實施醫療物資管制政策，徵用國內廠商生產口罩，及緊急購置防護衣與隔離衣，並蒐集國際相關醫學資訊，擴充採購注射用抗病毒藥物。嗣 111 年間隨著 Omicron 病毒株於全球不斷蔓延，國內疫情亦逐漸升溫，本土確診個案快速增加，政府爰自 4 月 7 日起推動「重症清零、輕症控管」之「新臺灣模式」防疫策略，並陸續採購（徵用）口服抗病毒藥物與家用快篩試劑，以兼顧國家經濟與國人生活。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 口服抗病毒藥物未適用藥害救濟制度，且各界迭有藥物申領程序繁複之訾議：

政府為因應 COVID-19 疫情，已於 111 年 1 月核准專案輸入美商默沙東藥廠 Molnupiravir 及輝瑞藥廠 Paxlovid 等 2 款口服抗病毒藥物，並陸續辦理相關採購作業，以治療輕度至中度且具有重症危險因子之高風險患者，降低其轉為重症之風險，截至 111 年 5 月 10 日止，已採購 82 萬餘人份藥物，到貨 57 萬餘人份，提供近 4 千名病患使用（表 7）。上開 2 款治療藥物因未

依藥事法第 39 條第 1 項規定，經查驗登記取得藥品許可證，非屬藥害救濟法所定義之「合法藥物」，故無藥害救濟法之適用，倘民眾使用後產生不良反應，無法獲得救濟補償，惟該等藥物用於臨床使用之經驗有限，尚未完整確認所有可能之風險，使用後仍有發生非預期不良事件之可能。且該等藥物雖未取得藥品許可證，然仍經政

表 7 累計至 111 年 5 月 10 日 COVID-19 治療用口服抗病毒藥物採購及使用情形

單位：人份

藥物名稱	採購量	到貨量	使用量	庫存量
合計	825,840	575,316	3,926	571,390
Molnupiravir	105,840 (註 1)	5,040	1,270	3,770
Paxlovid	720,000	570,276	2,656	567,620

註：1. 其中 100,800 人份係於 111 年 5 月 9 日簽約採購。

2. 資料來源：整理自疾管署提供資料。

府就其療效、安全性及使用之風險效益等事項進行一定程度之評估，方核准其輸入國內使用，對於多數民眾而言，亦為政府完成審核同意使用之藥品，尚難以辨別專案核准進口與查驗登記許可藥品之差異，如依醫師處方服用該等藥物而受害，卻未能獲得相關救濟恐生訾議。另 111 年起我國疫情逐漸升溫，截至 5 月 10 日止，COVID-19 本土確診案例已逾 42 萬例，其中約 99.79% 案例為無症狀或輕症個案，倘具有重症風險因子，可經醫師處方使用口服抗病毒藥物，惟已領用之藥物僅有 3,926 人份，除因藥物有其適用條件，須由醫師專業診療開立處方，非所有確診個案均可使用外，外界亦有藥物開立程序繁複及領用據點不足之反映意見。為利正當使用 COVID-19 口服藥物而受害之民眾，獲得救濟補償，並使確診病患及時獲得所需之治療，經函請行政院針對專案核准輸入之藥物，研議納入藥害救濟法適用範圍或另訂其他救濟機制之可行性，並持續滾動檢討口服藥物投放相關措施或行政流程，提升藥品使用之近便性及時效性，以維護民眾權益。

2. 家用快篩試劑共同供應契約立約商囿於試劑經政府徵用無法出貨，致諸多機關無法訂購或下單後遲未收到所訂物品：疾病管制署（下稱疾管署）為應各公務機關推動 COVID-19 防治工作及執行公務所需，委託臺灣銀行股份有限公司辦理「COVID-19 家用快篩試劑」

共同供應契約採購案(下稱共同供應契約採購案),於111年2月15日決標,採購品項包含「專案輸入2-3歲(含)以上抗原檢測COVID-19家用快篩試劑」等4種,決標單價分別為59及95元,並按單筆訂購數量多寡採不同交貨方式。嗣因COVID-19疫情於111年4月初快速升溫、防疫政策調整,造成快篩試劑供需大幅波動,廠商供貨進度受影響,嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中心)於111年4月20日函各機關,自111年4月8日起,立約商未能依訂單所訂期限交貨履約或不能履約者,得適用契約條款第10、(三)不可抗力之規定。另疾管署依據行政院召開防疫相關會議決議,辦理「國內輸入家用COVID-19抗原快速篩檢試劑」緊急採購案(下稱緊急採購案),於111年5月4日決標予9家廠商,總決標金額33億9,150萬元,共採購3,570萬劑。經查執行情形,核有:(1)指揮中心放寬共同供應契約採購案逾期交貨罰款條件後,立約商屢以快篩試劑經政府徵用等由表示無法出貨,導致諸多機關無法訂購或下單後遲未收到所訂物品,允應正視該共同供應契約無法交貨問題,積極協調立約商妥適調配所製造或輸入快篩試劑,促請依約交貨,以確保機關落實有效之防疫措施;(2)緊急採購案屬巨額財物採購,惟其招標文件僅訂定廠商登記或設立、納稅等證明,並無訂定與履約能力有關之基本資格,亦無進一步規定具有相當經驗或實績、或具有相當財力等特定資格,且未收取押標金、履約保證金,得標廠商實績或財力是否得以符合履約條件,疾管署均未詳加評估,採購主管機關允應研謀強化緊急採購作業機制,確保廠商履約能力,維護機關權益等情事,經分別函請衛生福利部及行政院公共工程委員會研謀改善。

3. 自費家用快篩試劑整備速度尚無法及時因應民眾需求,衍生民怨:「新臺灣模式」防疫策略推動之後,指揮中心因應疫情迅速上升,政府及民眾對家用快篩試劑需求大增,且為平抑市售家用快篩試劑售價,自111年4月中旬起徵用家用快篩試劑,截至111年5月5日止,徵用國產試劑3,090萬劑、進口試劑1億9,500萬劑,合計2億2,590萬劑,並自4月28日起推動家用快篩實名制,於4,909家健保特約藥局及58個偏鄉衛生所販售,供民眾憑健保卡或居留證購買,每輪每人可購買1份5劑,每劑100元,共500元。惟此時國內疫情急速攀升,指揮中心所徵購試劑到貨量不敷民眾購買需求,分配於實名制各販售據點數量有限,民眾常須排隊等候多時,或洽詢多家據點,方能購得。另為使民眾可於多元管道購得,於超商等通路販售家用快篩試劑,惟因各通路分配數量有限,相對實名制每人每次得購買數量較少,售價亦較高,民眾仍多所怨言。顯示指揮中心對於快篩試劑之整備,未配合疫情發展趨勢及政策規劃,及早因應籌措,致徵購後之到貨速度無法及時滿足民眾需求,而衍生民怨。鑑於國內疫情仍持續變化,未來亦有發生新興傳染病之可能性,經函請行政院督促參考各國疫情發展與防疫經驗,因應未來疫情變化,及早規劃防疫策略,並預為整備民眾所需防疫物資,以提升防疫作業效能,協助國人平安渡過疫情。

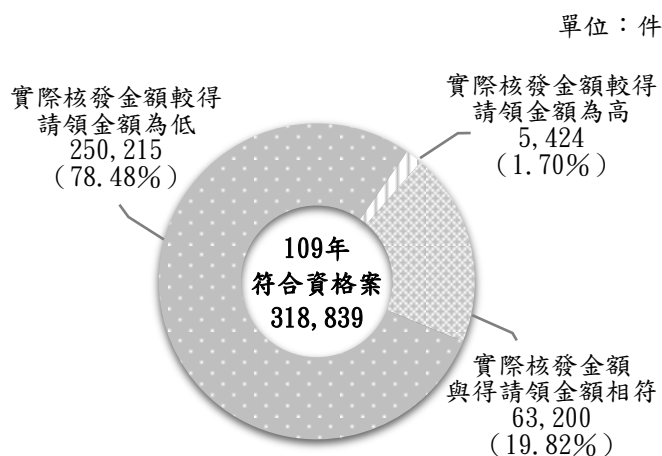
(六) 衛生福利部核發急難紓困金、孩童家庭防疫補貼等,有助紓解民眾家庭生計,惟核發對象間有實際核給金額與得請領金額未符、資格審認作業未臻周延,或部分弱勢民眾未申請補助等,允宜檢討研謀妥處。

衛生福利部(下稱衛福部)為照顧因新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情,致工作及

家庭生計受影響之中低收入戶及育有未滿 2 歲孩童之家長或監護人，依行政院 110 年 6 月 2 日、6 月 11 日核定之「110 年衛生福利部因應疫情擴大急難紓困實施計畫」（下稱擴大急難紓困計畫）、「嚴重特殊傳染性肺炎防疫期間關懷照顧未滿 2 歲孩童家庭防疫補貼計畫」，發給擴大急難紓困金（下稱 110 年度急難紓困金）、孩童家庭防疫補貼。110 年度全國已核定發放急難紓困金、孩童家庭防疫補貼案件分別為 88 萬餘件、34 萬餘件，金額計 165 億餘元、34 億餘元，所需經費以中央政府嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支應，有助紓解民眾家庭生計受困情形。經查執行情形，核有下列事項：

1. 為加速發放急難紓困金而簡化資格審認作業，致部分經濟條件惡化民眾領取紓困金額較規定得請領金額減少，或所得已有改善者仍領取較高額紓困金，亟待研議改善措施：依擴大急難紓困計畫規定，110 年度急難紓困金之核發對象，除 109 年已獲核定因應疫情擴大急難紓困者（下稱 109 年符合資格者）外，109 年已申請經核未符合（下稱 109 年未符資格者）及 110 年申請者，須符合家戶內平均每人每月生活費未逾當地每人每月最低生活費之 2 倍等要件，並按其家戶所得情形，發給急難紓困金 1 至 3 萬元不等，辦理期間至 110 年 6 月底止。衛福部考量 109 年符合資格者逾半數為中高齡者，其就業機會難覓亦須照顧家庭，爰依行政院紓困措施從寬、從簡、從速政策，針對是類案件從寬審認，未再查調其財稅資料，並依 109 年核定金額發給，如民眾對領取金額存有疑義，可提出申復。經就衛福部提供 109 年符合資格者計 31 萬 8,839 件及其家戶內 110 年 6 月平均每人每月生活費資料，依 109 年未符資格者及 110 年申請者之發放急難紓困金標準，核算個案得請領紓困金，發現 109 年符合資格者內近八成民眾（圖 3），110 年度家庭經濟狀況惡化，因不諳申復程序，致領取紓困金額較同條件之 109 年未符資格者及 110 年申請者少，另部分民眾經濟狀況已有改善，實際核發金額較得請領金額為高，衍生虛擲政府有限資源情事，經函請衛福部就前述實際核發金額與得請領金額未符案件，研議執行相關補救措施之可行性，又嗣後推動類此案件，宜於兼顧政策時效性下，完備審查機制，以落實發揮政策效益。據復：考量 110 年度疫情爆發過於緊急，為爭取時效，簡化核發條件，以協助民眾度過難關，惟申請人如仍生活陷困，可再申請急難救助或急難紓困實施方案予以救助，另針對所得優渥仍領取紓困金之民眾，將檢討研議後續處理措施。

圖 3 110 年度急難紓困金核發申請人實際金額與得請領金額比較情形

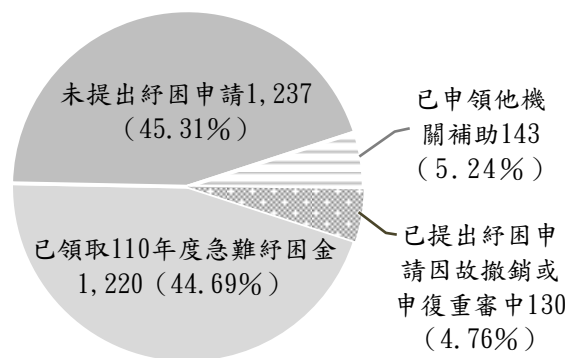


註：1. 申請人得請領金額，係以 110 年衛生福利部因應疫情擴大急難紓困實施計畫第 3 點規定，109 年未符資格者及 110 年申請者發放急難紓困金標準，額度如下：(1)全家收入平均在最低生活費 1 倍以下，3 萬元；(2)全家收入平均在最低生活費 1 至 1.5 倍，2 萬元；(3)全家收入平均在最低生活費 1.5 至 2 倍，1 萬元；(4)申請人如屬單人戶，1 萬元。
2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

2. 部分於疫情期間失業之低收入戶、中低收入戶未提出紓困補助申請，允宜強化協助措施，以保障有需求之弱勢家庭得到政府救助：依擴大急難紓困計畫規定，110 年申請者須原有工作，因疫情請假或無法從事工作，致家庭生計受困，亦須符合 110 年 4 月 30 日未加入軍、公、教、勞、農保等社會保險，且家戶內平均每人每月生活費未逾當地每人每月最低生活費之 2 倍，亦未領有其他政府機關紓困相關補助。經查前述有關「未加入軍、公、教、勞、農保等社會保險」、「家戶內平均每人每月生活費未逾當地每人每月最低生活費之 2 倍」等條件，分別為國民年金保險之納保要件，及申請低收入戶、中低收入戶之資格要件。經運用勞動部勞工保險局提供國民年金保險被保險人媒體資料，並與衛福部核發 110 年度急難紓困金案件清冊及國家發展委員會建置之「紓困資料上傳與比對平臺」資料比對結果，於 110 年 4 月間退出勞工保險等職業保險並加入國民年金保險，且 110 年 4 月 30 日在保之低收入戶、中低收入戶被保險人計 2,730 件，其中 1,237 件之弱勢民眾未提出紓困申請(圖 4)。參據國民年金保險納保作業，係由勞動部勞工保險局主動比對戶政及相關社會保險資料，將符合加保資格者直接納保並寄發繳款單，被保險人無須辦理加(退)保手續之機制，為避免經濟弱勢民眾未獲悉急難紓困政策資訊而影響領取紓困金權益，經函請衛福部檢討研議參考國民年金保險主動發現弱勢民眾納保方式，強化低收入戶、中低收入戶民眾協助措施，以確保有需要之家庭得到適切救助。據復：將研議參考國民年金保險主動納保方式，多元宣導紓困政策資訊，並強化協助民眾措施。

圖 4 110 年 4 月退出勞工保險等職業保險並加入國民年金保險之低收入戶、中低收入戶被保險人申請紓困補助情形

單位：件



資料來源：整理自衛福部、勞動部勞工保險局及國家發展委員會提供資料。

3. 急難紓困金資格審認作業未臻周延，衍生涉有溢領紓困金情事，亟待查明妥適處理：衛福部於擴大急難紓困計畫規定，急難紓困金核發對象須 110 年 4 月 30 日未加入軍、公、教、勞、農保等社會保險。另為協助地方政府審核申請人是否符合 110 年度急難紓困金之核發條件，建置「弱勢 E 關懷－急難紓困專案資訊系統」，透過介接其他政府機關資訊系統，由系統初評是否符合資格，並由居住地鄉(鎮、市、區)公所逐案核定，續由衛福部

表 8 110 年度急難紓困金發放對象不符請領資格情形

單位：件、新臺幣千元

態樣	社會保險別	案件數	核發紓困金金額
合計		6,188	94,585
110 年 4 月 30 日具社會保險身分	小計	6,030	92,450
	勞工保險	5,277	79,950
	軍人保險	472	8,600
	就業保險	230	3,260
	公教人員保險	37	370
	農民健康保險	14	270
個案於申請日前戶籍已遷出國外		45	640
個案於申請日前已死亡		113	1,495

資料來源：整理自衛福部、勞動部勞工保險局、國防部及臺灣銀行公教保險部提供資料。

依核定名冊撥付款項。經以衛福部提供之 110 年度急難紓困金發放名冊，與內政部戶役政、國防部軍人保險、臺灣銀行公教保險部公教人員保險，暨勞動部勞工保險局農民健康保險及勞工保險等資料勾稽比對結果，計有 6,188 件個案於 110 年 4 月 30 日具軍、公、教、勞、農保等社會保險身分，或於申請日前已死亡、戶籍已遷出等情事，均與上開紓困金發放對象之資格條件未符，仍核發紓困金計 9,458 萬餘元（表 8），顯示審核機制存有疏漏，經函請衛福部查明妥處。據復：針對本部查核發現之不符紓困金請領資格案件，將請案件核定單位查明後辦理後續追繳事宜。

4. **孩童家庭防疫補貼發放對象未排除經政府公費安置收容兒少家庭，所訂發放條件未臻嚴謹，允宜檢討改善：**衛福部辦理「嚴重特殊傳染性肺炎防疫期間關懷照顧未滿 2 歲孩童家庭防疫補貼計畫」，截至 110 年底止，已核發之孩童家庭防疫補貼案件計 34 萬 8,481 件、金額 34 億 9,847 萬元，經運用社會及家庭署（下稱社家署）提供之孩童防疫補貼發放名冊及政府公費安置兒少名冊等資料勾稽比對結果，其中 138 件之孩童於補貼發放期間，經政府安置於寄養家庭、兒少安置及教養機構等家外安置單位，且安置孩童所需費用由市縣政府全額補助，其家長或監護人並無實際照顧孩童事實，仍領取孩童家庭防疫補貼，所訂發放條件未臻嚴謹，經函請社家署嗣後研議類此計畫，審慎規劃訂定資格條件。據復：爾後將審慎訂定類此補貼措施之請領資格，以契合政策目的。

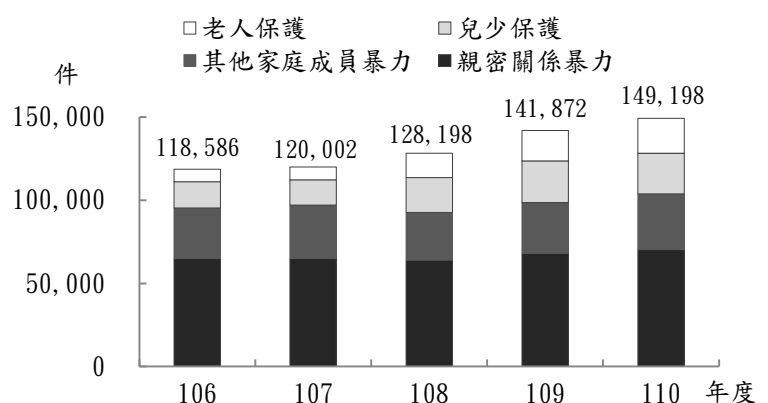
（七）政府持續推動家庭暴力防治及兒少保護業務，惟親密關係暴力通報案件未開案比率偏高，又交友軟體年齡管控機制鬆散，及兒少性剝削被害人數大幅攀升，暨接受家外安置兒少之親屬安置比率偏低，允宜研謀改善，以優化保護服務之輸送。

政府為推動家庭暴力防治暨兒童及少年保護服務相關工作，於家庭暴力防治法第五章「預防及處遇」、兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法）第四章「保護措施」等專章中，訂定保護案件通報、處理調查、處遇等程序之相關規範。據衛生福利部（下稱衛福部）統計，110 年度家庭暴力通報案件數 14 萬 9,198 件，較 106 年度成長 25.81%；兒少性剝削通報案件亦呈逐年攀升之趨勢，110 年度通報人數達 1,879 人，較 106 年度成長近 8 成。經查家庭暴力防治及兒少保護業務執行情形，核有下列事項：

1. 親密關係暴力通報案件

受限於被害人多無接受服務意願，致未能及早介入提供處遇服務，亟待針對問題癥結研謀因應措施：由於民眾自我保護意識提升，及醫事、警察等相關通報系統之落實，家庭暴力通報案量居高不下，據衛福部統計資料顯示，110 年度家庭暴力通報案件數 14 萬 9,198 件（圖 5），其中案件類型

圖 5 家庭暴力事件通報案件數



資料來源：整理自衛福部公務統計資料。

仍以婚姻、離婚或同居之親密關係暴力案件數量最多，占總通報件數之 47.14%。惟親密關係暴力有效通報案件經社工人員評估後，未開案之比率亦隨通報件數同步增加，由 108 年度之 43.19%，逐年攀升至 110 年度之 47.56%，增加 4.37 個百分點，經分析未開案之原因，多為被害人自認受暴情節輕微，具問題解決能力，或無接受服務意願，顯示親密關係暴力案件之開案與否常受限於被害人意願，囿於被害人往往基於情感、家庭、子女、經濟及住所等因素而婉拒服務，不利社政資源及早介入並提供適當處遇服務。經函請衛福部針對被害人無接受服務意願之問題癥結，研謀因應措施，及強化辨識暴力宣導，積極協助進入服務資源體系。據復：將持續透過社區宣導，強化民眾自我保護及身體自主權觀念，並協助家暴被害人瞭解暴力徵兆，提升求助意識，以降低再次受暴風險。

2. 交友軟體年齡管控機制鬆散，又兒少性剝削被害人數大幅攀升，影響兒少身心甚巨，亟待針對交友軟體業者管理方式研謀配套措施，並加速推動兒童及少年性剝削防制條例修法進程，以保障兒少身心健全發展：政府為落實保障兒童及少年網路安全，避免其接觸色情、暴力等網路不當資訊，依據兒少法第 46 條第 1 項規定，由國家通訊傳播委員會召集衛福部等目的事業主管機關共同委託民間團體於 102 年 8 月 1 日成立 iWIN 網路內容防護機構（下稱 iWIN），推動網際網路平臺業者建立自律機制及其他防護機制等事項。復依同法第 46 條第 2 項規定，網際網路平臺提供者應訂定自律規範採取明確可行防護措施；未訂定自律規範者，應依相關公（協）會所定自律規範採取必要措施。查衛福部前為因應部分交友軟體年齡認證管控機制鬆散，且裁罰機制尚乏規範，致多數業者僅以加註警語方式處理，未能防止兒少冒齡註冊，經於 110 年間督導 iWIN 盤點多款交友軟體年齡驗證機制，針對防護較不完善之處，提供業者改善建議，積極輔導業者自律。惟經於 111 年 4 月底盤點 15 款熱門交友軟體，僅有 1 款交友軟體於註冊時須提供身分證件進行驗證，多數業者仍未針對年齡驗證等防護機制進行修正，未符兒少法第 46 條第 2 項有關網際網路平臺提供者應採取明確可行防護措施之規定，亟待周延相關管理作業。另據衛福部兒童及少年性剝削通報被害人概況統計資料，110 年度通報人數 1,879 人，較 106 年度之 1,060 人（表 9），增加 819 人，增幅近 8 成，顯示兒少性剝削通報被害人數大幅攀升，其中通報案件類型以與私密影像相關之「拍攝、製造兒少為性交或猥褻行為之物品」案件數量最高，倘影像遭到外流，對兒少身心影響甚巨。惟查，現行兒童及少年性剝削防制條例對於無正當理由持有兒少性剝削影像，且為第一次被查獲者，僅處 1 萬元至 10 萬元不等之行政罰鍰，未課以相關刑事責任，與日本、德國針對持有者處 1 至 3 年以下有期徒刑，裁罰刑度相對較輕，未能達到保護兒少身心健全發展之目的，亦難收嚇阻作用，各界迭有呼籲修法嚴懲製造、散布及持有兒少性

表 9 兒童及少年性剝削通報被害人年齡層別

單位：人

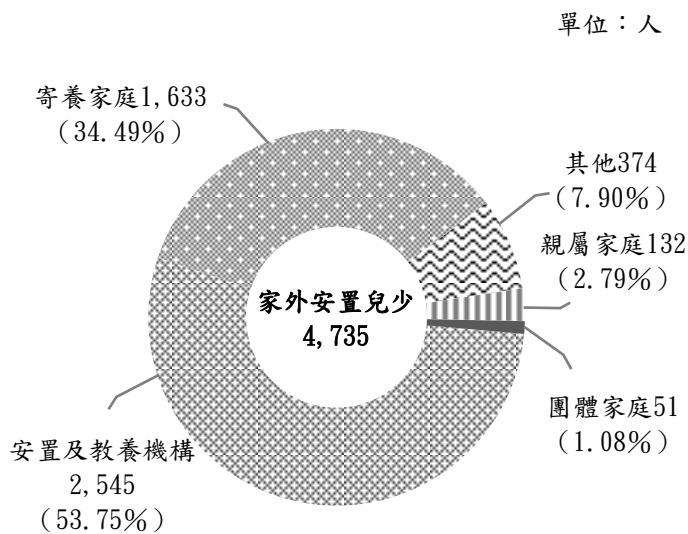
年度	合計	未滿12歲	12歲至未滿15歲	15歲至未滿18歲
106	1,060	59	444	557
107	1,060	74	378	608
108	1,211	78	510	623
109	1,691	153	757	781
110	1,879	200	857	822

資料來源：整理自衛福部公務統計資料。

剝削影像者之意見。嗣衛福部擬具兒童及少年性剝削防制條例部分條文修正草案，增訂對於不法拍攝、製造、散布及持有兒少性剝削影像者均加重刑責，經行政院審查後，於111年3月10日送立法院審議，截至111年6月17日尚由立法院審議中。為期有效杜絕兒少色情及維護兒少網路交友安全，降低兒少性剝削案件，經函請衛福部積極協調加速推動修法進程，並針對網路平臺交友軟體業者管理方式研謀相關配套措施，以完備兒少網路防護機制。據復：已督促 iWIN 針對交友軟體檢視服務條款及是否屬於成人內容等，提供強化防護機制建議，並持續推動修法進程，避免兒少性剝削案件再生，以維護兒少網路安全。

3. 衛福部為給予兒少最佳安置環境，已推動以家庭環境為主之替代性照顧，惟制定替代性照顧政策之辦理期程較預計落後1年，且間有親屬安置比率偏低等情，允宜研謀改善，以落實政策目標，確保兒少獲得適當照顧：行政院依兒童權利公約施行法規定於105年11月17日提出我國兒童權利公約首次國家報告，並於106年間邀集國際專家組成國際審查委員會，召開審查會議提出98項意見，供各權責機關規劃後續行動方案及兒權目標。衛福部為回應國際審查委員會建議政府依據聯合國兒童替代性照顧準則（Guidelines for the Alternative Care of Children）制定全面性策略，將替代性照顧體系去機構化，倡議以家庭環境為主之替代性照顧，並以親屬照顧為優先，俾給予兒少最佳安置環境等相關意見，於108年4月成立替代性照顧政策小組，規劃於109年8月底前擬定替代性照顧政策，並促請地方政府優先將兒少安置於親屬家庭，復訂定109年底接受家外安置兒少之親屬安置比率提高至15%之成果指標。嗣衛福部擬具「兒少替代性照顧政策（草案）」，包括發展家庭式替代性照顧等6項政策目標、各項實施策略與行動計畫、績效衡量指標等，於110年12月7日經行政院兒童及少年福利與權益推動小組備查，惟已較原訂期程（109年8月底）落後1年。另據社會及家庭署統計，110年底家外安置兒少為4,735人，安置於親屬家庭者僅132人，約2.79%（圖6），未及預期成果指標15%，且相較於英國、美國、澳洲等國家之15.37%、33.81%、53.74%，仍屬偏低。經函請衛福部督促地方政府依前述政策目標及實施策略加速布建兒少所需家外安置資源，並針對親屬安置推動成效未如預期之問題癥結研擬因應對策妥處，以落實各項政策目標，確保兒少獲得適當照顧。據復：已於111年1月7日函頒兒少替代性照顧政策，後續將每年追蹤政策目標達成情形，適時滾動檢討修正實施策略，另已補助地方政府加強推動親屬安置服務，將適時掌握執行情形並給予協助。

圖 6 110 年底兒少家外安置概況



資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

(八) 衛生福利部為促進民眾就醫可近性，辦理遠距醫療相關計畫，惟部分計畫執行成效尚待提升，又中央健康保險署推動虛擬健保卡就醫模式試辦方案，於遠距醫療等場域使用尚少，執行成果與方案目的尚屬有間，允宜研謀改善，以利遠距醫療服務之推動。

按遠距醫療係指結合電腦、通訊技術與醫療專業技術，使醫師得以與病人遠距離互動，達到診療及照護之目的。衛生福利部(下稱衛福部)於 110 年度以前瞻基礎建設計畫特別預算及醫療發展基金經費，辦理遠距醫療相關計畫；又中央健康保險署(下稱健保署)自 108 年起推動虛擬健保卡就醫模式，110 年度規劃推廣至遠距醫療等場域。經查執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部補助原住民族及離島地區衛生所購置遠距醫療相關設備，惟後續維運經費無著恐影響遠距醫療服務之持續性；又偏遠地區遠距醫療建置計畫執行進度落後，且參與計畫醫院尚未擬定妥適之跨網絡合作機制；另各計畫間採用不同醫療資訊交換平臺，增加院際間整合及介接成本，亟待研謀改善；衛福部為減少原住民族、離島及偏鄉地區就醫障礙，於 110 年度以前瞻基礎建設計畫第 3 期特別預算 1 億元辦理「原住民族、離島及偏鄉地區遠距醫療專科門診暨強化衛生所醫療影像設備計畫」，分配預算數 9,957 萬元，執行數 6,830 萬餘元，執行率 68.60%。該計畫包含 3 項細部計畫(表 10)，其中「遠距醫療專科門診建置計畫」執行情形，核有：(1) 經盤點核列 41 處衛生所所有建置遠距醫療專科門診之需求，依急迫性及 5G 網路基礎建設情形，分年規劃補助建置遠距照護服務平臺及購置遠距醫療設備，惟鑑於多數原鄉離島地區衛生所所在縣市財政困窘，且該部對於計畫後續維運尚無明確財源規劃，恐因後續未妥予維運，影響遠距醫療服務之持續性，且截至 111 年 3 月底止，臺東縣三地門鄉、霧臺鄉、獅子鄉、來義鄉及春日鄉等 5 處衛生所尚未通過健保署核定辦理遠距醫療給付計畫，未能提供遠距醫療服務，致已建置之遠距醫療設備尚未能發揮使用效益；(2) 為減少急診病患轉診舟車勞頓及就醫成本，辦理「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，並規劃以「偏遠地區遠距醫療建置輔導及資源盤點計畫」，先行盤點各偏遠地區醫療資源，並實地輔導參與計畫之醫療機構辦理相關作業，惟於

110 年 5 月 6 日始決標委託辦理輔導及資源盤點相關作業，且迨至 110 年 9 月始核定「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，續公告徵求參與計畫之醫院，參與醫院則至同年 11 月 26 日始獲該部核定辦理，及部分申請醫

表 10 110 年度原住民族、離島及偏鄉地區遠距醫療專科門診暨強化衛生所醫療影像設備計畫預算編列及執行情形

單位：新臺幣千元、%

計畫名稱	項目	預算數	執行數	執行率
合計		99,570	68,309	68.60
遠距醫療專科門診建置計畫	小計	52,370	24,284	46.37
	原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫	21,000	21,000	100.00
	110-111 年度「偏遠地區遠距醫療建置計畫」	25,550	—	—
	偏遠地區遠距醫療建置輔導及資源盤點計畫	3,640	2,338	64.23
	建置遠距醫療指引暨急重症轉診網絡區域聯防合作模式計畫	2,180	946	43.42
原住民族及離島地區衛生所 4G 維運及 5G 網路建設計畫	25,000	23,854	95.42	
原住民族及離島地區衛生所醫療影像設備升級計畫	22,200	20,170	90.86	

資料來源：整理自衛福部提供資料。

院採跨網絡方式合作，卻尚未擬定妥適合作機制，均影響預算及計畫執行進度；(3) 規劃更換原電子病歷交換中心架構 (EEC)，統一醫療資料交換標準，惟於「遠距醫療專科門診建置計畫」項下之「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」、「偏遠地區遠距醫療建置計畫」等 2 項子計畫卻採用不同醫療資訊交換平臺，或由執行單位各自發展資料交換系統，增加院際間資訊整合及介接成本等情事，經函請衛福部檢討改善，以提升計畫執行成效，提供病患適切遠距醫療服務。據復：(1) 將另尋其他預算協助遠距醫療服務平臺持續運作；又上述臺東縣 5 處衛生所業於 111 年 4 月獲健保署核定辦理遠距醫療給付計畫，或由該署核定作業中；(2) 將加速推動計畫，並督促計畫執行醫院擬定妥適之遠距醫療合作模式，達成強化偏遠地區緊急醫療救護資源之目標；(3) 俟平臺功能發展完善，將進行整合，以減少院際間資訊交換及介接成本。

2. 醫師法第 11 條為醫療院所執行遠距醫療業務之法源依據，惟未能因應科技水準之提升所帶動遠距醫療發展趨勢，各界迭有檢討修正之建議，允宜積極推動修法作業，以擴大遠距醫療之應用：依醫師法第 11 條第 1 項規定，醫師非親自診察，不得施行治療、開給方劑或交付診斷書。但於山地、離島、偏僻地區或有特殊、急迫情形，為應醫療需要，得以通訊方式詢問病情，為之診察，開給方劑。衛福部並依醫師法第 11 條第 2 項規定，訂定通訊診察治療辦法(下稱通訊診療辦法)，規範通訊診療項目、實施程序等事項。按衛福部 106 年委託研究報告指出，我國遠距醫療受限於醫師法第 11 條規定，除偏鄉地區及有特別緊急情況，似尚無法執行遠距醫療行為，而遠距醫療型態已超越醫師法立法當時科技水準之想像。又多位立法委員以考量後疫情時代，應透過法令鬆綁，使遠距醫療全面合法化，且政府結合科技技術，擴大遠距醫療之應用已趨成熟等由，陸續提案研議修正醫師法第 11 條。足見現行醫師法第 11 條規定，尚未能因應科技水準之提升所帶動遠距醫療發展趨勢，致各界迭有檢討修正之建議。另因疫情影響，衛福部以行政函釋陸續放寬通訊診察治療範圍，惟僅為疫情期間之因應作法，為擴大遠距醫療之應用，仍宜通盤檢討醫師法第 11 條與通訊診療辦法修法需求，方能使醫療院所有所遵循。經函請衛福部積極推動醫師法第 11 條及相關子法修法作業，以符實務所需。據復：已委託研究團隊蒐集其他國家推動遠距醫療之經驗與建議，並分析英、美、德等國家之遠距醫療法規，供未來修法參考。

3. 部分實施遠距醫療門診地區民眾區外實體就醫情形頻仍，允宜研議加強推廣，提升民眾認知及使用意願：衛福部藉由遠距醫療相關計畫，提供原住民族、離島地區當地非緊急但迫切之門診診療服務，減少病人舟車勞頓，落實醫療在地化。經查臺東縣達仁鄉衛生所等 14 處原鄉離島地區衛生所購置遠距醫療設備，開設遠距專科門診，並由遠端院所協助執行眼科、耳鼻喉科、皮膚科、急診科等專科門診，110 年度已提供 3,330 人次遠距門診服務，惟尚有 1,075 人次係於區外就醫，占總就醫 14,484 人次(含區內實體就醫、遠距門診及區外就醫)之 7.42%，其中達仁鄉、成功鎮及延平鄉等 3 個鄉鎮之民眾，區外就醫人次高於各該鄉鎮遠距醫療門診人次，分別占各該鄉鎮就醫人次之 73.46%、48.15%及 60.18%，顯示部分實施遠距醫療門診地區之民眾區外實體就醫情形頻仍。又查年長者之就醫習慣係影響遠距醫療推動成效之主要因素，且遠距醫療屬新興醫療模式，目前推動範圍主要於原鄉及離島地區，老年人口眾多，更需

強化當地民眾認知並提升接受度，方能使遠距醫療得以遂行。鑑於遠距醫療可減省民眾就醫奔波及疫情期間降低染疫風險，經函請衛福部研議加強宣導推廣遠距醫療，提升民眾認知及使用意願。據復：將督促執行單位加強推廣及宣導遠距專科門診服務，增進民眾接受度及認知。

4. 健保署推動虛擬健保卡就醫模式試辦方案，主要運用於一般就醫案件，於遠距醫療等場域使用尚少，執行成果與方案目的尚屬有間，又民眾多未知悉試辦虛擬健保卡訊息，允宜研謀改善及積極推廣：健保卡自 93 年起由紙卡改為晶片卡，迄今已 18 年，健保署考量其資安等級待提升，且為因應未來人口老化趨勢及居家醫療服務需求等，於 105 年啟動新一代健保卡規劃。復為使新一代健保卡規劃契合數位國家發展方向，自 108 年起推動「虛擬健保卡就醫模式試辦方案」，108 及 109 年度編列預算 300 萬元及 1,010 萬元，辦理虛擬健保卡系統開發建置，及導入醫療院所，進行小型場域試作；110 年度則以前瞻基礎建設計畫第 3 期特別預算 628 萬元，辦理「導入 5G 及智慧科技提升醫療與健康照護計畫」，擴大場域進行推廣，試辦方案目的係以虛擬健保卡補足「居家醫療」、「遠距醫療」服務缺口，並因應 COVID-19 疫情之「擴大視訊診療門診」，建立視訊診療門診模式、機制及標準作業流程。經查執行情形，核有：(1) 110 年度以虛擬健保卡申報醫療給付之醫療院所計 377 家，申報件數 3,623 件，其中居家醫療 79 件、遠距醫療 19 件、視訊診療 384 件及一般就醫 3,141 件，以一般就醫占多數(約 86.70%)，而該試辦方案主要規劃推動之居家醫療、遠距醫療及視訊診療等 3 大場域案件數卻僅占 1 成餘，執行成果與方案目的尚屬有間；(2) 截至 111 年 3 月 13 日止，虛擬健保卡申請試辦人數計 6.9 萬人，占全國人口數(2,352 萬餘人)之比率仍低，顯示民眾多未知悉試辦虛擬健保卡訊息，又健保卡現行採虛擬與實體並行原則，尚待審慎檢討試辦方案推動實務經驗，及參考試辦方案之參與者所提建議，並考量資訊安全要求，及早確定新一代健保卡之中長期規劃等情事，經函請健保署檢討改善。據復：(1) 將簡化特約醫療院所申請使用虛擬健保卡作業，及優化虛擬健保卡運用於居家醫療、視訊診療等就醫流程，並於 111 年「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」及「全民健康保險遠距醫療給付計畫」，訂定「協助保險對象綁定虛擬健保卡」及「虛擬健保卡申報指標」之獎勵金，提供獎勵誘因；(2) 為提升民眾認知度，將透過全球資訊網等媒體管道向各界宣導虛擬健保卡，及透過各分區業務組及醫療院所加強宣導，並參酌虛擬健保卡試辦方案推動實務經驗及各界建議，作為政策評估及未來擴大辦理之策略方案與政策規劃參考。

(九) 衛生福利部及食品藥物管理署配合新世代反毒策略行動綱領推動藥癮戒治及驗毒相關策略，惟指定藥癮戒治機構參與藥癮治療費用補助方案涵蓋率仍有不足，且各地方政府未參與麻黃素製劑異常流向稽查，或市縣急救責任醫院參與率偏低等情，允宜研謀改善，以增進藥癮戒治處遇服務品質，強化毒品防制監控體系。

行政院為持續落實反毒政策執行，於 109 年底核定新世代反毒策略行動綱領(第二期 110-113 年)，衛生福利部(下稱衛福部)及所屬食品藥物管理署(下稱食藥署)延續主責戒毒、驗毒策略，藉由鼓勵醫療機構提供藥癮醫療服務，暨防止製毒原料假冒藥品原料藥等多項工作推展，強化戒癮資源布建，完善新興毒品濫用預警機制，並支援其他策略項下業務，如藥物濫用防制宣導等。110 年度運用公務預算及法務部毒品防制基金預算，計 8 億 4,444 萬餘元，已設置 168 家指定藥

癮戒治機構、補助 6,737 人接受鴉片類藥癮者替代治療費用，及完成 50 家藥廠原料藥來源稽查、建置含麻黃素製劑流向預警模式等。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 為提升藥癮者接受藥癮治療，辦理藥癮治療費用補助方案，惟指定藥癮戒治機構參與該方案涵蓋率仍有不足：衛福部鑑於藥癮治療非全民健康保險給付項目，為提升藥癮者接受藥癮治療及強化藥癮治療之完整性、全面性，辦理藥癮治療費用補助方案，108 至 110 年度累計支用 3 億 2,763 萬餘元，藉由補助個案丁基原啡因與美沙冬等替代治療、替代治療以外之藥癮醫療處置等醫療費用，及醫療機構執行該方案之獎勵，鼓勵個案早期發現早期治療，並促進醫療機構積極投入藥癮醫療服務，以普及國內藥癮治療服務並提升治療成效。另為建置戒癮服務體系，依毒品危害防制條例第 21 條規定，指定藥癮戒治核心醫院、藥癮戒治醫院及藥癮戒治診所等辦理藥癮戒治作業。惟截至 110 年底止，指定藥癮戒治機構協助個案可藉由藥癮治療費用補助方案獲得替代治療、替代治療以外之藥癮醫療處置費用補助者計有 88 家、93 家，占全國 168 家指定藥癮戒治機構之 52.38%、55.36%（表 11），比率仍低；又其中臺北市、新竹縣、連江縣等 3 市縣指定藥癮戒治機構參與該方案甚未及 3 成，顯示指定藥癮戒治機構參與該方案涵蓋率仍有不足，不利達成降低個案就醫障礙，並提升治療動機之方案目的。經函請衛福部研議強化指定藥癮戒治機構參與方案誘因，以促進個案穩定及持續就醫，促其重返正常生活。據復：為提升藥癮治療費用補助方案使用率，已優化藥酒癮醫療個案管理系統功能，簡化機構申報個案治療費用補助所需文件及行政流程；另增加社工師申報藥癮治療費用補助項目，及提高治療機構參與該方案之獎勵費；並函送該方案資訊，供教育部、國防部軍醫局、國軍退除役官兵輔導委員會等鼓勵所屬或所轄醫療機構參與。

表 11 110 年度指定藥癮戒治機構參與藥癮治療費用補助方案參與率

單位：家、%

市縣別	指定藥癮戒治機構家數(A)	替代治療部分		藥癮醫療處置部分	
		家數(B)	比率(B/A×100)	家數(C)	比率(C/A×100)
全國	168	88	52.38	93	55.36
臺北市	19	5	26.32	3	15.79
新北市	15	8	53.33	9	60.00
桃園市	10	4	40.00	5	50.00
臺中市	21	13	61.90	13	61.90
臺南市	13	8	61.54	6	46.15
高雄市	18	10	55.56	13	72.22
基隆市	4	4	100.00	4	100.00
宜蘭縣	7	3	42.86	3	42.86
新竹縣	4	1	25.00	1	25.00
新竹市	3	2	66.67	3	100.00
苗栗縣	5	3	60.00	4	80.00
彰化縣	7	5	71.43	5	71.43
南投縣	4	3	75.00	3	75.00
雲林縣	7	4	57.14	4	57.14
嘉義縣	3	2	66.67	2	66.67
嘉義市	4	2	50.00	2	50.00
屏東縣	12	5	41.67	4	33.33
花蓮縣	6	3	50.00	4	66.67
臺東縣	3	1	33.33	2	66.67
澎湖縣	1	1	100.00	1	100.00
金門縣	1	1	100.00	1	100.00
連江縣	1	—	—	1	100.00

資料來源：整理自衛福部提供資料。

2. 建置含麻黃素製劑流向之系統預警功能，供地方政府快速偵測異常流向，惟部分市縣政府未參與稽查，恐潛藏製劑用於非法製毒之風險：按麻黃素為製成安非他命之先驅原料，食藥署為加強對含麻黃素製劑流向異常之監測，自 108 年 10 月起含麻黃素製劑許可證持有者及從事該藥品批發之販賣業者，須每月於藥品追溯或追蹤系統（下稱追溯追蹤系統）辦理申報，並於系統內建置含麻黃素製劑流向預警功能。又自 110 年起委託地方政府衛生局運用該功能，加強查核進貨量異常業者之製劑流向，另針對藥商、藥局辦理宣導說明會，提升渠等認知及責任，相關業務併入該署「推動多元藥事照護服務計畫」辦理。該署係開放各衛生局依其管理需求，自行於追溯追蹤

系統設定進貨異常條件，再由系統產製異常交易之業者名單，作為稽查參考。經統計各衛生局 110 年度稽查結果，計查核零售業者及藥局 310 家、批發業者 56 家、醫療院所 22 家，並查獲違規之批發業者、藥局各 2 家，依查獲事實核處裁罰及輔導，其中 2 家批發業者之申報資料與現場稽查未符，另 1 家藥局含麻黃素製劑進貨量大，卻未有相關調劑紀錄，涉及製劑流向不明，遭衛生局移送檢調偵辦，顯示透過中央之管理系統及地方之實地抽樣稽查合作模式，確能發現業者所涉違法情事、申報資料之正確性及製劑使用情形，惟 110 年度僅有 15 市縣參與計畫查核含麻黃素製劑流通情形，除連江縣無相關業者外，未參與之市縣計有臺北市、新竹市、嘉義市、屏東縣、金門縣及澎湖縣等 6 市縣，轄內之批發業者、零售業者及健保特約藥局家數合計各有 83 家、362 家、1,234 家。查該 6 市縣未能參與計畫，且該署亦未掌握該等市縣辦理稽查情形，恐潛藏業者收購製劑用於非法製毒卻未被發掘之風險，經函請食藥署研謀其他稽查措施，或督促各市縣政府充分利用追溯追蹤系統預警功能，並落實稽查，俾有效防止製劑非法流用。據復：經持續鼓勵各市縣加入，111 年度計有 19 市縣參與，除連江縣無相關業者外，未參與市縣僅臺北市及金門縣，該署已另將「查核販賣含麻黃素類製劑之流向」納入 111 年度藥品聯合稽查計畫，由各市縣政府運用追溯追蹤系統進行稽查，並增加臺北市、金門縣之稽查家數，以降低流向異常卻未被查獲之風險。

3. 辦理急診醫療端新興濫用藥物監測機制，提供醫師診療病患之檢驗需求，惟部分市縣急救責任醫院參與率未及全國平均，且間有具急診規模之醫院未參與監測，影響監測涵蓋範圍：依行政院 107 年 5 月 23 日第 25 次毒品防制會報院長指示略以，醫療端應有廣篩計畫與急診醫療救護訓練，避免吸食毒品者送到醫療院所急診時，無法得到妥適醫療。食藥署為滿足急診臨床之濫用藥物醫療照護需求，自 108 年度起爭取毒品防制基金經費，委託台灣急診醫學會辦理醫療端新興濫用藥物監測機制等相關計畫，蒐集醫療院所急診疑似濫用藥物個案之尿液檢驗資料進行分析、提供急診醫師診療病患之檢驗需求，並辦理藥物濫用醫療急救訓練，增進醫事人員新興藥物濫用防制之知能，以提供病患妥適之醫療照護，另給予參與醫院個案收集費及通報登錄費各 350 元及 150 元。108 至 110 年度計畫監測之新興影響精神物質 (New Psychoactive Substances, NPS) 品項數由 100 項增至 150 項，蒐集疑似個案尿檢檢體 2,649 件至 3,303 件不等，均逾計畫目標數 2,500 件及 3,000 件。查該等計畫以設有急診服務之醫院為招募對象，參與醫院由 108 年度之 97 家增至 110 年度之 131 家，其中全國急救責任醫院平均參與率由 108 年度之 46.00% 逐年提高至 110 年度之 60.78%，惟就市縣別分析發現，高雄市等 10 市縣之急救責任醫院參與率低於全國平均，其中以基

表 12 110 年度部分市縣參與「醫療端新興濫用藥物監測機制計畫」之急救責任醫院未及全國平均及急診就醫情形

單位：家、人次、%

市縣別	參與計畫醫院家數			急救責任醫院家數 (B)	急診就醫人次	
	急救責任醫院家數 (A)	參與率 (A/Bx100)			參與計畫醫院占比	
高雄市	11	9	36.00	25	663,146	64.21
屏東縣	8	8	57.14	14	241,034	67.99
彰化縣	7	7	50.00	14	298,853	72.77
桃園市	5	4	36.36	11	542,929	55.97
南投縣	4	3	50.00	6	124,631	53.53
臺東縣	3	3	60.00	5	70,137	57.63
新竹市	3	3	60.00	5	166,931	53.37
宜蘭縣	3	3	42.86	7	147,231	86.98
苗栗縣	3	3	50.00	6	124,711	79.25
基隆市	1	1	25.00	4	101,211	51.97

資料來源：整理自中央健康保險署、食藥署提供資料及衛福部 111 年 1 月 7 日公告之急救責任醫院分區名單。

隆市之 25% 為最低，僅 1 家醫院參與；又計畫收案目標為醫院急診端之疑似個案，以 110 年度各市縣健保急診就醫人次觀之，有基隆市等 5 市縣參與計畫醫院之急診就醫人次未及該市縣急診人次之 6 成(表 12)，主要係參與醫院數較少，或如新竹市及臺東縣醫院之參與率雖達 6 成，惟轄內急診人次較高之醫院未加入計畫等所致。經函請食藥署研謀促使具急診規模之醫院參與計畫，俾擴大疑似個案收案來源，提高監測涵蓋範圍。據復：該計畫委辦單位已透過行文至各急救責任醫院、巡迴說明及辦理藥物濫用個案醫療照護訓練課程時宣傳該計畫，111 年參與醫院增加至 137 家(參與率 67.16%)，逐年成長；另 110 年度參與醫院之急診總人次已占全國急診總人次的 74.9%，未來亦將針對參與率較低之市縣加強推廣力度，以提升未參與醫院之意願。

(十) 政府持續精進中醫人才培育及強化中藥材管理，提升傳統醫學服務品質，惟中醫醫事人力管理仍有精進空間，且中藥材管理制度未臻完善，允宜研謀改善，提升中醫服務品質及健全藥材安全管理。

中醫藥為我國傳統醫學，與西醫併行醫療照護，全民健保亦將中醫診療納入給付範圍，民眾可依需求自行選擇，且國人常用中醫藥調理體質及養生保健，爰中醫就醫品質及中藥用藥安全倍受重視。政府為促進中醫藥永續發展，於 108 年 12 月通過中醫藥發展法，確立傳統醫學發展基本原則，並於該法規定，政府須強化中藥材源頭管理、上市後監測，及完善中醫醫事人力規劃等多項措施。衛生福利部(下稱衛福部) 110 年度辦理有關中醫負責醫師訓練與醫事輔助人力，及中藥材管理等業務編列相關預算各為 5,908 萬元及 1,343 萬餘元。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

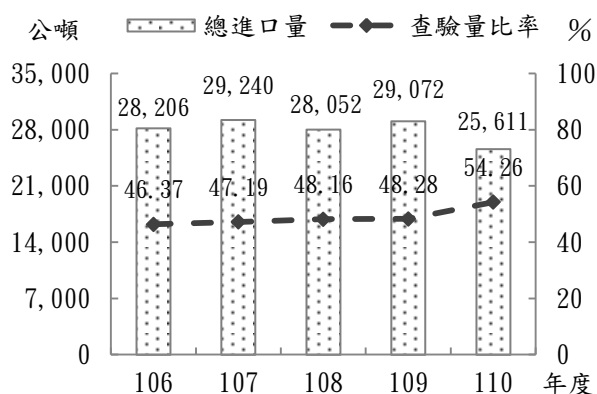
1. 政府已訂有中藥材含異常物質限量基準，管控中藥材安全，惟納管農藥種類及其
中藥材品項仍寡，且重金屬等限量基準多年未修訂，相關管理規範未臻完備：衛福部自 93 年起陸續公告中藥材含異常物質限量基準，以管制有害殘留物，截至 110 年底止，已公告 181 項中藥材含異常物質(農藥、重金屬、黃麴毒素及二氧化硫)限量基準，暨鎘、鉛、砷、汞分項重金屬及二氧化硫等通則基準，其中農藥殘留部分，僅公告 16 項中藥材之 3 種農藥標準。該部另持續委外調查市售中藥材之殘留農藥種類、含量及擬定相關安全容許標準等，並於 106 年研提中藥材農藥殘留容許量訂定原則(草案)，與中醫界、藥商及製藥產業、專家學者等研商管理範疇，據該部 108 年 11 月 29 日、12 月 24 日研商會議決議，中藥材如供食品用途者，由該部中醫藥司與食品藥物管理署(下稱食藥署)共同審視現有規範並研訂相同限量基準，該殘留農藥限量基準公告後緩衝期 2 年，預計 112 年 1 月 1 日實施。惟該部於 110 年 11 月始與食藥署研議完竣，迄 110 年底尚未公告殘留農藥限量基準。又該部辦理 105 至 109 年度市售中藥材稽查檢出之農藥種類多達 41 至 77 種不等，且其未訂農藥殘留標準之中藥材中，過半數品項檢出農藥殘留。另衛福部自 106 年起委外辦理市售中藥材含重金屬、二氧化硫及黃麴毒素等相關監測計畫，作為檢討異常物質限量基準之參考，囿於每年蒐集之檢體數量過少，且經費逐年萎縮等因素，自 109 年起未再續辦，現行仍維持 105 年間公告之重金屬等相關限量基準。惟參酌日本藥典已於 2021 年調整中藥材之總重金屬限量情事，而我國自 105 年公告重金屬等相關限量基準後，已逾 5 年未再檢討相關規範，影響民眾食用中藥材之安全。經函請衛福部加速完備管理規範，健

全中藥材安全管理。據復：已於 111 年 3 月及 6 月召開 2 次研商中藥材農藥限量管理相關事宜會議，取得初步共識，將就有疑慮之品項進行研析處理；另將持續關注邊境、市售抽驗結果及國際重金屬異常訊息等，評估檢討中藥材重金屬標準等。

2. 中藥材邊境查驗制度實施多年，惟部分高用量品項未納入查驗，且市售品檢出不合格者，仍未能於邊境加以管制，邊境查驗之風險管控機制不足：衛福部為落實中藥材品質管控，自 101 年 8 月實施邊境查驗制度，經公告之品項於查驗合格後方可輸入，截至 110 年底止，累計公告 21 項中藥材。查該部係擇進口量大且具有專屬輸入貨品分類號列之中藥材實施查驗，其檢驗項目及標準依中藥材含異常物質限量基準相關規定辦理。惟據統計 106 至 110 年度邊境實施查驗之中藥材

重量占總進口量之比率雖有成長(圖 7)，仍有逾 4 成 5 之中藥材未實施查驗；又上開期間進口排名前 20 大中藥材中，除吉林人參、廣橘皮(陳皮)及西洋參等 3 項自 106 年實施書面審查後，迄未實施抽批檢驗外，尚有鹿角、黨參、苦杏仁及「韭菜子、萊菔子(蘿蔔子)、菟絲子、地膚子、牛蒡子、決明子、車前子、冬瓜子」等 4 項高用量中藥材，尚無須查驗即可直接進口。另經統計該部 106 至 108 年度市售中藥材含重金屬、二氧化硫及黃麴毒素等異常物質背景值監測計畫期末報告，及該部委託食藥署辦理 106 至 109 年度市售中藥材檢驗相關成果報告執行結果，計有 13 項中藥材於該期間有 2 年度抽驗不合格情形(表 13)，其中延胡索及桔梗更有 3 年度檢出二氧化硫超限，惟上開不合格中藥材多屬進口，其中酸棗仁及知母有專屬輸入貨品分類號列，卻未列為邊境查驗品項，暨其餘尚無專屬輸入貨品分類號列 11 項中藥材，則無法於進口時加以管制，恐有無法阻絕高風險中藥材流入市面等情事，經函請衛福部研謀結合後市場監測結果，檢討邊境查驗之風險管控，以發揮邊境管制功能。據復：將持續評估尚未查驗品項之進口量、異常物質殘留風險及其危害性等因素，在有限經費下擇定新增品項，有效管控中藥材異常物質殘留風險。

圖 7 邊境查驗中藥材比率



資料來源：整理自衛福部提供及其網站資料。

表 13 106 至 109 年間衛福部委託監測之不合格中藥材

項次	名稱	不合格物質	檢出年度
1	延胡索	二氧化硫	106、107、109
2	桔梗	二氧化硫	106 至 108
3	茵陳	鎘	107 及 109
4	百合	鎘	106 及 107
5	通草	鎘	106 及 107
6	續斷	二氧化硫、鎘	106 及 107
7	知母	二氧化硫	106 及 107
8	款冬花	二氧化硫	108 及 109
9	白芷	二氧化硫	106 及 107
10	獨活	二氧化硫	106 及 107
11	酸棗仁	黃麴毒素	107 及 108
12	柏子仁	黃麴毒素	106 及 107
13	遠志	黃麴毒素	107 及 108

資料來源：整理自衛福部 106 至 108 年度市售中藥材含重金屬、二氧化硫及黃麴毒素等異常物質背景值監測計畫期末報告，及該部委託食藥署辦理 106 至 109 年度市售中藥材檢驗相關成果報告。

3. 中醫負責醫師訓練制度已逐年擴充受訓員額，醫師可隨時參與訓練，惟訓練院所未全數參與管理系統訓練選配，尚無法藉由系統選配作業瞭解醫師參訓需求：中醫診療多以基層

診所為主，依醫療法第 18 條規定，醫療機構應置負責醫師 1 人，於中央主管機關指定之醫院、診所接受 2 年以上之醫師訓練並取得證明文件。衛福部為落實前揭規定並強化中醫診所負責醫師之督導功能及全人醫療能力，自 103 年起正式實施中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，通過訓練之中醫師始得自行開業，另建置中醫負責醫師訓練管理系統，供受訓醫師、指導教師及衛生行政人員查詢與登錄，參與該計畫之訓練院所由 103 年度之 28 家，增至 110 年度之 113 家，受訓醫師則由 103 年度之 136 人提高至 110 年度之 538 人。查中醫師可隨時參與負責醫師訓練，申請時須自行向訓練院所逐一洽詢招訓情形，耗費人力時間，且外界時有質疑訓練容額不足情事，該部為使訓練院所之訓練容額公開透明，並減省申請醫師之查詢時間，自 109 年起於中醫負責醫師訓練管理系統新增選配功能，由系統處理報名、甄試通知及志願查填與訓練院所甄試名次之電腦配對等作業，簡化雙方媒合作業，並規劃於 109 年底辦理中醫醫療機構負責醫師訓練計畫時，請全數訓練院所及參訓中醫師參與選配試辦作業，惟 109 及 110 年度僅有 43、64 家院所參與選配，占全體參訓院所之 41.75% 及 56.64% (表 14)，其餘院所囿於招募期程與選配期程無法配合等因素未加入選配，部分參訓醫師仍須自行向該等訓練院所申請，致尚無法藉由系統選配作業得知醫師參訓需求全貌。經函請衛福部研謀改善，確實掌握醫師參訓需求，適時調整訓練院所訓練量能。據復：已於 111 年規範訓練院所須透過系統選配招募受訓醫師，始得申請訓練補助費用，以提升選配參與率及成功率，並持續輔導優良醫療機構申請訓練計畫，增加訓練機構數，以符合受訓醫師需求。

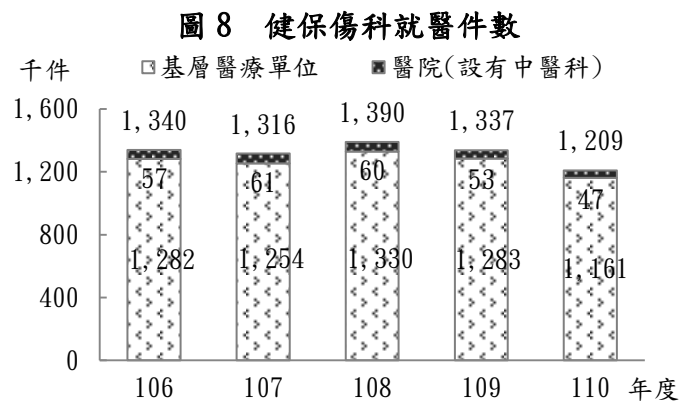
表 14 中醫醫療機構負責醫師訓練計畫之訓練院所參與系統選配情形

單位：家、%

年度 項目	109			110		
	合計	醫院	診所	合計	醫院	診所
參與計畫	103	48	55	113	44	69
參與選配	43	23	20	64	34	30
比率	41.75	47.92	36.36	56.64	77.27	43.48

資料來源：整理自衛福部提供資料。

4. 傷科推拿耗費醫師體力較大，已限縮其服務量能，惟醫事輔助人力規劃遲未定案，無法填補醫療人力需求缺口，影響服務品質：傷科推拿為中醫對筋骨損傷特有之治療方法，須先由中醫師對病人進行疾病診斷及處置後，始由中醫師或醫事人員執行，執行時須耗費體力。據 106 至 110 年度健保統計傷科申報情形，傷科就醫件數介於 120 萬至 139 萬餘件不等 (圖 8)，存有一定需求，並以診所為申報大宗。據衛福部 106 年委託研究報告所載，中醫師親自操作傷科推拿之平均治療時間，以未達 10 分鐘占 6 成，其次為 10 至 20 分鐘有 2 成，中醫師實際服務量能有限。次據 109 年醫事機構服務量統計年報所載，已有 24 名物理治療師執業登記於中醫診所，惟該部迄未訂定物理治療師相關訓練規範及作業程序，該等人員實際能否投入傷科推拿仍有疑慮。另該部於 106 至 110 年度



註：1. 基層醫療單位包含中醫診所及中醫醫院(健保特約類別為診所)，醫院為醫學中心、區域醫院及地區醫院等設有中醫科之醫院。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

持續委託辦理中醫醫事輔助人力設置之評估，釐清其業務範疇、培育養成方式及相關配套規定等，雖已研擬輔助人力相關專法（草案）、物理治療人員相關執業範圍及訓練規範等多種方案之配套措施，惟迄 110 年底止，尚未確定採行方案，無法填補醫療人力需求缺口。經函請衛福部研謀妥處，儘速確立輔助人力政策方向，以健全中醫醫療團隊，提升服務品質。據復：已於 111 年研析現有醫事人員進入中醫醫療機構執行醫療業務之訓練方案，並建置醫事人員媒合機制及試辦方式等，短期以現有醫事人員進行教育訓練為過渡措施，中長期以建置中醫推拿人員之教考訓用制度，及推動中醫醫療團隊之轉型為目標。

（十一） 衛生福利部督導醫療機構事業廢棄物清理及管理，有助改善環境衛生，惟部分醫療機構生物醫療廢棄物之再利用比率偏低，又未核實辦理每季巡察稽核與每年訪查委託廠商等工作，且未有效落實內部控管作業，亟待研謀改善。

政府為節約自然資源使用、落實資源循環零廢棄，達成廢棄物產生量最小化與資源回收再利用量最大化，業於 91 年訂定「資源回收再用法」；至於醫療事業廢棄物再利用管理，則依「醫療事業廢棄物再利用管理辦法」規定，由中央目的事業主管機關衛生福利部（下稱衛福部），就醫療機構進行相關醫療廢棄物產出調查、輔導資源回收等工作，以提升醫療廢棄物再利用比率。衛福部近年為推動生物醫療廢棄物減量及再利用，邀請部分醫療機構參與示範作業，並記錄與分析推動前後之數據；嗣依據分析結果，研訂減量及再利用推動示範模式，供其他醫療機構參考。依該部提供資料，107 至 110 年度之醫療廢棄物總量介於 11 萬 2,176 公噸至 11 萬 3,425 公噸之間，生物醫療廢棄物再利用率介於 6.14% 至 6.96% 之間（表 15）。另衛福部為提升所屬醫療機構廢棄物管理效能及落實檢核作業，於 103 年 1 月 27 日函頒「衛生福利部所屬醫院生物醫療廢棄物管理檢核表」，供各醫療機構辦理自主檢查作業，嗣於 109 年 7 月修正為「衛生福利部所屬醫院廢棄物管理檢核表」（下稱廢棄物管理檢核表）；為配合行政院環境保護署 110 年 2 月 23 日修正發布「事業委託清理之相當注意義務認定準則」（下稱義務認定準則），該部再次修正

表 15 110 年度生物醫療廢棄物產出及再利用情形

單位：公噸、%

年度	廢棄物總量 (A)	生物醫療廢棄物		
		產出量	再利用量(B)	再利用率 (B/A×100)
107	112,423	33,277	6,902	6.14
108	112,605	34,730	7,495	6.66
109	112,176	35,265	7,574	6.75
110	113,425	37,598	7,897	6.96

資料來源：整理自衛福部提供資料。

該廢棄物管理檢核表內容，於 111 年 2 月 23 日通函所屬醫療機構辦理。經查執行情形，核有：
 1. 部分醫療機構生物醫療廢棄物之再利用率可達 100%，部分醫療機構之再利用率卻為 0%，完全未進行再利用作業。由於醫療廢棄物採委託清除處理之費用較採再利用方式辦理之費用高出甚多，如能落實分類達到廢棄物減量效果，將可達到減少清除處理費用、降低營運成本之效，允宜督促各醫療機構擬定減量策略並落實分類，以提升再利用比率；
 2. 衛福部所屬部分醫療機構未確依義務認定準則辦理每季巡察稽核與每年訪查委託廠商等工作，卻於廢棄物管理檢核表之檢核結果勾選「符合」，甚有部分醫療機構未及時使用最新頒布之檢核表進行檢核，未能有效落實內部控管作業等情事，經函請衛福部研謀改善。

(十二) 衛生福利部及食品藥物管理署運用前瞻基礎建設特別預算，辦理政府基層服務設施補強重建與現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建，惟部分補助計畫相關審查及管考作業未臻周延，暨興建計畫歷經多次修正，與實際執行仍有落差等，允宜檢討改善。

政府為國家未來發展需求，自 106 年起推動前瞻基礎建設計畫，擬定城鄉建設等 8 類建設項目，挹注公共建設資源，奠定未來發展基礎建設。其中，衛生福利部（下稱衛福部）配合內政部主責之公共服務據點整備—公有危險建築補強重建計畫，辦理所轄公有建築物之耐震能力評估及補強工程；食品藥物管理署（下稱食藥署）為提升食品藥物管理之基礎設施，辦理現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建計畫（下稱實驗大樓興建計畫），執行期程均為 106 年 9 月至 114 年 8 月。前開計畫於前瞻基礎建設第 3 期特別預算（110 至 111 年）分別編列預算 1 億 9,300 萬元及 11 億 5,374 萬元。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部補助地方政府辦理公有社區活動中心危險建築物補強重建計畫，以提升公有建築物耐震能力，惟其補助計畫審查及管考機制未臻周延，且未依規定追蹤補助案件後續使用情形：政府為打造安全之公有建築，創造優良服務品質，由內政部於前瞻基礎建設計畫城鄉建設項下，研擬公共服務據點整備—公有危險建築補強重建計畫，經行政院於 106 年 7 月核定，嗣於 109 年 9 月修正計畫，調整執行期程自 106 年 9 月 1 日至 114 年 8 月 31 日止，預計分年分期辦理中央及地方機關所轄公有建築物耐震能力詳細評估等工作，並由內政部、經濟部及衛福部等中央目的事業主管機關補助地方政府執行。其中，有關衛福部補助辦理部分，自 108 年起擴大補助市縣政府辦理公有社區活動中心建築物耐震能力評估、補強及拆除重建工程，截至 110 年底止，已核定補助計 221 件，於中央政府前瞻基礎建設計畫第 2 期及第 3 期特別預算之 108 至 110 年度內，編列總計 9,503 萬餘元支應所需經費。經查執行情形，核有：(1) 補助作業未訂定明確之評比標準及財務計畫檢核規範，迭有核定補助後又撤案（表 16），影響整體計畫預算執行效能；(2) 管考作業未明訂補助計畫執行之查核點、管考週期、查核項目等規範，致缺乏管考準據，且 110 年度預算執行欠佳，未針對執行進度落後之地方政府，適時實地督導訪視瞭解問題癥結；(3) 部分補助案件未能於年度完成招標作業，或未依規定辦理請款作業，影響預算之執行；(4) 地方政府未依補助

表 16 衛福部核定公有危險建築補強重建計畫補助案件撤案情形

單位：新臺幣千元

市縣別	計畫項目	中央補助經費	撤案原因態樣
合計 (5縣, 8件)		6,743	
臺東縣	長濱鄉大俱來社區活動中心耐震能力評估計畫	135	經耐震初步評估結果，不需辦理詳細評估。
	長濱鄉永福社區活動中心耐震能力評估計畫	164	
	長濱鄉八桑安社區活動中心耐震能力評估計畫	135	
彰化縣	大村鄉加錫社區活動中心耐震能力詳評計畫	270	政策變更：建物不再使用、變更使用目的、使用單位不同意補強等。
南投縣	國姓鄉長壽社區活動中心耐震補強計畫	1,055	地方政府未完成自籌款預算編列作業。
	中寮鄉龍安社區活動中心耐震補強計畫	2,000	
宜蘭縣	羅東鎮北成社區活動中心耐震補強計畫	2,000	
苗栗縣	苗栗市建功社區活動中心耐震補強計畫	984	

資料來源：整理自衛福部提供截至 110 年底止資料。

作業要點檢送成果報告，該部亦未督促函報後續使用情形等情事，經函請衛福部研謀改善。據復：(1) 將研訂評比標準(含配分)及財務規劃情形等規範，並一併檢討修正補助作業要點，據以評定成績及排列優先順序依序補助；(2) 將針對執行進度落後之地方政府，適時實地督導訪視，瞭解問題癥結，並檢討修正補助作業要點，訂定補助計畫執行之查核點、管考週期、查核項目等規範，以提升計畫執行效益；(3) 規劃於下一階段審查，將市縣政府所提計畫之先期規劃作業辦理情形納入評分，瞭解補助案件招標前置作業之完整性，並依執行情形滾動式檢討補助金額分配，以提升預算執行效能；(4) 將定期於年度終了後，翌年 1 月底前函請市縣政府依規定檢送成果報告及後續使用情形，以作為往後年度核定補助之參據等。

2. 食藥署辦理現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建計畫，提升食品藥物管理及檢驗量能，惟計畫歷經多次修正，已延後計畫期程，且工程預定完工日在計畫修正期限之後，尚未能如期達成計畫目標：食藥署為加強食品藥物管理及檢驗量能，提供各類食安風險所需高階儀器設備空間，辦理實驗大樓興建計畫，經行政院於 106 年 7 月核定計畫經費 20 億 9,763 萬元，執行期程至 110 年 8 月。嗣該署依可行性評估、先期規劃結果及都市設計審議等各類審查要求或建議，兩度陳報修正計畫草案並獲行政院核定，計畫經費調增為 27 億 2,990 萬元，並於 109 年 7 月委託內政部營建署(下稱營建署)代辦工程及技術服務採購等。案經營建署於 109 年 11 月至 110 年 7 月間辦理該工程 6 次公開招標，均因投標廠商家數不足或無廠商投標而流標(表 17)，期間雖經食藥署邀集相關人員辦理流標檢討會議，採行增加工期、調高工程預算等因應措施，仍無法順利決標。據食藥署

表 17 現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建工程採購歷次招標情形

單位：新臺幣億元、日曆天、家

招標序次	公開招標公告日	工程預算金額	工期	投標廠商
1	109 年 11 月 16 日	22.87	1,200	1
2	110 年 1 月 18 日	22.87	1,200	—
3	110 年 4 月 7 日	23.84	1,380	2
4	110 年 5 月 13 日	23.84	1,380	—
5	110 年 7 月 8 日	23.84	1,380	—
6	110 年 7 月 30 日	23.84	1,380	—
7	110 年 12 月 17 日	31.06	1,425	1
8	111 年 1 月 19 日	31.06	1,425	2

資料來源：整理自食藥署提供資料及政府電子採購網。

110 年 9 月 29 日召開之流標檢討會議決議，因營建物資、工資上漲，經綜合考量將調增經費並辦理計畫修正。該修正計畫於 110 年 10 月 12 日陳報行政院，食藥署亦報經衛福部同意於計畫報核期間併行辦理工程招標作業，經行政院於 111 年 1 月 6 日函復原則同意，計畫總經費增為 39 億 7,114 萬餘元，其中工程經費為 31 億 4,203 萬餘元，預計於 114 年 8 月 31 日完成工程施作。期間營建署再辦理 2 次招標，終於 111 年 2 月 25 日決標，決標金額 31 億 671 萬餘元。惟據政府電子採購網登載工程決標公告記載，該工程預定於 111 年 4 月 11 日開工，預定完工日為 115 年 3 月 26 日，若未採行趕工措施，將無法達成計畫所訂於 114 年 8 月 31 日完工之目標。經函請食藥署協調代辦機關加強工程後續施工與驗收等作業之管控，並伺機督導廠商採行有效趕工措施，以如期達成計畫目標。據復：該工程已於 111 年 6 月 2 日開工，預計 115 年 5 月完工，將建請營建署、施工廠商討論加速工作之可行性，並依工程履約情形滾動檢討計畫期程，據以辦理計畫修正。

(十三) 政府持續推動托育公共化及準公共政策，惟部分準公共托嬰中心仍未達成托育人員薪資改善目標，且對於減輕家長育兒經濟負擔尚有精進空間，另間有部分區域準公共托育資源之近便性尚待提升，及建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫執行進度落後等情，允宜研謀改善，以提升執行成效。

社會及家庭署(下稱社家署)為因應我國少子女化現象，依據 107 年 7 月核定「我國少子女化對策計畫」(下稱少子女對策計畫)辦理 0 至未滿 2 歲兒童相關照顧措施，110 年度實際支用 136 億 4,406 萬餘元，110 年 12 月全國未滿 2 歲育兒津貼及托育補助之受益人數合計 30 萬餘人，約占當月份未滿 2 歲兒童數之 99.36%，並已布建社區公共托育家園 127 家、公設民營托嬰中心 186 家、準公共居家托育人員 2 萬 2,880 名、準公共托嬰中心 859 家等公共及準公共托育服務資源。復以前瞻基礎建設計畫特別預算辦理「前瞻基礎建設計畫-少子化友善育兒空間建設-建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫」(下稱建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫)，補助地方政府活化地區閒置空間，布建或修繕社區公共托育設施等服務據點。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 部分準公共托嬰中心仍未達成托育人員投保薪資之改善目標，亟待積極輔導改善，以保障托育人員勞動條件：按少子女化對策計畫載列，國內外研究指出托育人員係影響托育服務品質之關鍵，社家署爰將改善托育人員薪資，列為推動該計畫「0 至 2 歲(未滿)嬰幼兒照顧」項目之政策目標，並自 107 年 8 月起推動 0 至未滿 2 歲兒童準公共托育服務，由各市縣政府與符合特定資格要件之托育服務提供者簽訂行政契約，要求參與準公共機制之托嬰中心(下稱準公共托嬰中心)遵循「直轄市、縣(市)政府辦理未滿二歲兒童托育公共化及準公共服務作業要點」(下稱準公共服務作業要點)規定，保障托育人員之勞動條件。依準公共服務作業要點第 20 點第 2 項及第 3 項規定，托嬰中心之托育人員投保薪資低於 2 萬 8,000 元者，自該要點生效之日起 3 年內，應至少 85% 以上之托育人員投保薪資達 2 萬 8,000 元，且 4 年內應全數符合規定；該要點生效前，前項托育人員投保薪資已達 2 萬 8,000 元以上者，應建立調薪機制，並應於 3 年內全數達 3 萬元以上。查準公共服務作業要點自 107 年 8 月 1 日生效至 110 年 8 月 1 日已屆滿 3 年，惟依社家署提供各市縣準公共托嬰中心托育人員 110 年 8 月份投保薪資之調查結果，仍有 253 家準公共托嬰中心未達成托育人員薪資改善目標，占全國準公共托嬰中心家數 859 家之比率將近 3 成，其中包括未達成 85% 以上之托育人員投保薪資達 2 萬 8,000 元者計 239 家，及未達成全數托育人員投保薪資達 3 萬元者計 14 家，該等托嬰中心托育人員薪資條件之改善進度落後，不利穩定托育服務人力發展。經函請社家署積極輔導依準公共服務作業要點規定提升托育人員薪資水準，增進托育人才投入服務及留任職場之意願。據復：將函轉未達托育人員薪資改善目標之托嬰中心名冊予市縣政府，積極輔導托嬰中心加速完成改善，以保障托育人員勞動條件。

2. 政府推動準公共托育機制，已協助每名受補助幼童托育費用不超過家庭可支配所得之 15%，惟約 3 成受補助家長仍因經濟負擔沉重而無生育下一胎之規劃，允宜持續精進政策規劃，以減輕家長育兒費用負擔：社家署為減輕家長育兒費用負擔，自 107 年 8 月起推動 0 至未滿 2 歲兒童準公共托育機制，民眾如將兒童送托已簽約之準公共居家托育或托嬰中心，由政府協助支付

每名子女每月 6,000 元至 1 萬元不等之托育費用(下稱中央準公共托育補助);嗣為落實總統「0-6 歲國家一起養」政見,自 110 年 8 月起分二階段提高托育補助額度,並依家庭經濟條件及生育胎次支付不同額度補助,其中 110 年 8 月起至 111 年 7 月提高至 7,000 元至 1 萬 3,000 元不等,111 年 8 月起提高至 8,500 元至 1 萬 4,500 元不等。另依據社家署 103 年委託辦理我國托育服務供給模式與收費機制之研究報告建議,倘若能將 1 名兒童托育費用控制在家庭可支配所得之 10%至 15% 間,才有機會增加家長生養第 2 名子女之意願。社家署參考上開研究建議,於準公共服務作業要點第 9 點第 1 項及第 2 項規定,市縣政府應審酌轄內物價指數、當地區最近 2 年托育服務收費情形,及行政院主計總處公告當地區最近 2 年家庭可支配所得,依服務提供方式分區訂定簽約收費上限,並公告之;前項所定簽約收費上限,日間托育費用部分扣除政府協助支付之費用外,每名幼兒托育費用支出最高不得超過當地區家庭可支配所得之 15%。經核計發現,除嘉義縣、澎湖縣及連江縣等 3 縣尚無準公共托嬰中心外,其餘市縣雖已符準公共服務作業要點所列不超過 15%之規定,惟臺中市等 3 市縣送托準公共居家托育服務、臺中市等 6 市縣送托準公共托嬰中心,經核計 111 年 8 月起前開支出比率仍高於 10% (表 18);又再考量家長可能尚須支付托嬰中心註冊費、副食品、延托費用、居家托育服務人員之節慶禮金等項目,暨部分地方政府將同步自 111 年 8 月起調增準公共化托育服務收費上限等影響,仍可能衍生家長托育額外負擔。又依社家署 108 至 110 年度委託辦理未滿 2 歲準公共托育服務滿意度調查結果,領有中央準公共托育補助之家長,無規劃生育下一胎者之比率於該 3 年度均超過 7 成(表 19),主要仍有約 3 成受補助

表 18 每名送托幼童扣除補助後托育費用占平均每月家庭可支配所得之比率

單位：%

市縣別	送托準公共居家托育		送托準公共托嬰中心	
	110 年 8 月起	111 年 8 月起	110 年 8 月起	111 年 8 月起
臺北市	6.75	5.48	9.28	8.01
新北市	8.99	7.40	10.57	8.99
桃園市	7.10	5.58	10.15	8.62
臺中市	13.89	12.23	12.34	10.68
臺南市	10.62	8.63	13.94	11.95
高雄市	9.90	8.14	14.15	12.38
基隆市	10.15	8.24	11.41	9.51
宜蘭縣	10.01	8.13	11.26	9.38
新竹縣	8.34	6.95	11.12	9.73
新竹市	9.73	8.34	11.13	9.73
苗栗縣	9.89	8.04	12.86	11.01
彰化縣	9.94	7.81	12.78	10.65
南投縣	11.35	9.22	12.06	9.93
雲林縣	11.56	9.39	8.67	6.50
嘉義縣	12.29	9.98	—	—
嘉義市	8.61	6.89	9.95	8.23
屏東縣	11.77	9.75	11.77	9.75
花蓮縣	10.99	8.93	9.62	7.56
臺東縣	13.03	10.67	12.08	9.73
澎湖縣	11.75	9.79	—	—
金門縣	12.33	10.48	14.62	12.77
連江縣	8.70	7.07	—	—

註：1. 本表所列比率,係以110年度各市縣準公共居家托育或準公共托嬰中心日間托育應收項目簽約收費每月上限,扣除每月中央及地方托育補助後,除以109年度家庭平均每月可支配所得予以核計。
2. 嘉義縣、澎湖縣及連江縣無準公共托嬰中心。
3. 資料來源：整理自行政院主計總處、金門縣及連江縣政府公開資料,暨社家署提供資料。

表 19 領有準公共托育補助之家長生育下一胎規劃調查結果

單位：%

年度	有規劃	沒有規劃原因						不知道
		合計	經濟負擔沉重	個人家庭計畫	已過生育年齡	無法兼顧工作	其他(註1)	
108	22.3	76.2	39.0	23.4	4.4	4.8	4.6	1.5
109	19.0	79.8	28.9	33.6	5.5	5.1	6.7	1.2
110	18.7	79.0	32.1	27.5	4.9	7.2	7.3	2.3

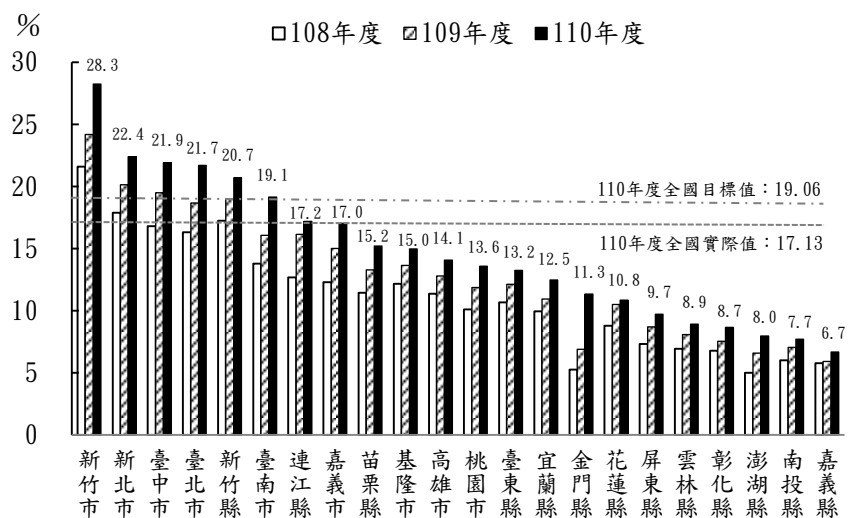
註：1. 「其他」欄,包括無家庭支持系統、個人健康因素等。
2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

家長認為經濟負擔沉重，顯示推動準公共托育服務尚有精進空間。為提升國人生養子女意願，經函請社家署研謀改善，並鼓勵地方政府共同推動托育費用補助及友善育兒措施，以有效減輕家長育兒費用負擔。據復：持續透過推動托育公共化與建置準公共服務，及擴大發放育兒津貼暨平衡就業與家庭等多元支持措施，積極營造友善育兒之生養環境。

3. 國內未滿2歲兒童家外送托率持續成長，惟各市縣送托情形差異頗大，且間有部分區域準公共托育資源之近便性尚待提升，允宜研謀改善，以協助家長兼顧就業與育兒需求：依少子女化對策計畫分析，國內低生育率與家庭育兒負擔沉重、婦女難以兼顧家庭與就業、平價優質托育服務不足等因素相關，該計畫爰以減輕家長育兒費用負擔、持續加速照顧公共化、提高家外托育照顧使用率等為政策目標，由社家署推動0至未滿2歲兒童之育兒津貼發放、擴大公共化托育量、建置準公共托育機制等措施，並以幼兒家外送托率為績效指標，期於113年使家外送托率達成23.16%之目標。有關107至109年度國內未滿2歲兒童家外送托率均未達成各該年度目標值，前經本部函請社家署研謀改善，據復已爭取中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算持續布建公共托育設施，提高服務可近性及平價公共托育機會。經追蹤查核結果，110年度國內未滿2歲兒童家外送托率為17.13%，仍未達110年度之全國目標值19.06%，其中計有新竹市等5市縣家外送托率達2成以上，已超過110年度之全國目標值，然亦有屏東縣等6縣之家外送托率尚未及1成，嘉義縣甚至於108至110年度家外送托率之增加幅度均小於1個百分點(圖9)，凸顯各市縣送托情形差異頗大，部分縣市家外送托率成長緩慢。另依社家署109及110年度委託辦理未滿2歲準公共托育服務滿意度調查，對於領有準公共托育補助之家長尋找準公共保母或托嬰中心容易程度，以10分代表非常容易、0分代表非常不容易，經進行電話訪問結果，全國受訪者於109及110年度之平均分數為6.9分及6.8分，其中北部地區、南部地區110年度平均分數為6.6分、6.5分，均較109年度減少0.3分；又金馬地區110年度平均分數僅5.3分，遠低於全國110年度平均分數6.8分，顯示準公共托育資源之近便性尚待提升。為協助家長找尋平價及安全之托育服務，經函請社家署研謀改善，以協助家長兼顧就業與育兒需求。據復：截至111年5月底止，全國已布建340家公共托

育設施，彰化縣亦有5處刻正籌設中，已持續以中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算補助地方政府布建公共托育設施，並訂頒「少子化友善育兒空間建設之建構零至二歲兒童社區公共托育計畫補助及評選作業要點」，明定優先補助托育服務資源不足地區與原住民族、離島及偏鄉等地區，協助資源缺乏之市縣積極布建，俾協助有需求家庭獲得托育資源。

圖9 國內0至未滿2歲兒童家外送托率



資料來源：整理自社家署提供資料。

4. 「建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫」有助強化福利服務輸送量能，惟預算執行欠佳，允宜積極輔導市縣政府排除進度落後之窒礙因素，並協助因應解決，以提升計畫執行成效：建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫之執行期程為 106 至 114 年，計分 5 期辦理，總經費需求計 60 億餘元。第 1 期計畫執行期間為 106 及 107 年度，編列預算 5 億 9,050 萬元（不含經行政院同意停止執行之育兒百寶箱經費 2 億元）；第 2 期計畫執行期間為 108 及 109 年度，編列預算 14 億 5,481 萬元；第 3 期計畫執行期間為 110 及 111 年度，編列預算 18 億 1,400 萬元。執行結果，截至 110 年底止，第 1 期計畫尚有 1 案因未完成驗收作業，續予保留經費 5,740 萬餘元至 111 年度執行；第 2 期計畫部分，社家署計核定補助 475 案、總經費 14 億 1,567 萬餘元，實現數 6 億 2,442 萬餘元，僅為核定數之 44.11%，須保留 36 件未辦竣案件之補助經費 4 億 2,600 萬餘元至 111 年度繼續執行；第 3 期計畫部分，社家署計核定補助 651 案、總經費 17 億 3,970 萬餘元，110 年度分配預算數 6 億 1,200 萬元，實現數 1 億 6,614 萬餘元，實現率僅 27.15%，經費執行成效欠佳。社家署雖已採行每月召開公共建設推動會報檢討案件執行進度，並以公文稽催地方政府趕辦進度落後案件，惟仍未有效提升預算執行成效。另國家發展委員會依「公共建設計畫審議、預警及退場機制」規定，於 109 至 110 年連續 2 年將該計畫評列為高風險（紅燈）預警計畫，並建議加強管控地方政府執行進度等因應對策。為提升預算執行效率，經函請社家署就執行進度落後之補助案件，積極輔導地方政府排除進度落後之窒礙因素，並協助因應解決，儘速完成托育據點布建及服務開辦事宜，以提升計畫執行成效，強化福利服務輸送量能。據復：已研擬相關因應作為，包括不定期請市縣政府參與公共建設推動會報說明進度嚴重落後之原因，或至各該市縣實地訪查瞭解所遭遇之困境，並針對工程執行進度落後案件提供建議意見，以輔導市縣政府順利完成採購案件等措施，另已提早辦理第 4 期計畫之案件審查與核定作業，以利市縣政府先行辦理相關預算程序及工程發包作業。

（十四） 食品藥物管理署建置藥物濫用通報機制，提供防制工作之參考，惟醫療院所及民間戒癮團體參與情形仍有提升空間，亟待研謀改善，俾通報數據更趨完整，以及早辨識濫用藥物變化趨勢，進行相關防制措施。

食品藥物管理署（下稱食藥署）為監測及瞭解國內藥物濫用情形，依管制藥品管理條例第 34 條之 1 及管制藥品濫用通報及獎勵辦法規定，於 92 年建置管制藥品濫用通報資訊系統（Drug Abuse Reporting System，下稱 DARS 系統），蒐集各醫療院所及民間戒癮團體通報藥物濫用個案之相關資訊，同時將所蒐集資料公布統計結果及趨勢，提供國內藥物濫用防制相關單位參考運用，另提供獎勵金，鼓勵機構、團體辦理通報。按管制藥品濫用通報之對象，為非經醫囑，不當或過度使用管制藥品，而至醫療機構或戒癮輔導機構、團體就診、戒毒者，通報單位須事先申請 DARS 系統帳號，嗣後無論有無個案，每月須登入系統登錄確認，若連續 120 日未登入，即自動暫停帳號使用權限。據 DARS 系統統計結果，110 年度計有 506 家醫療院所及 1 家民間戒癮團體持有有效帳號，其中實際有通報個案者 103 家，約 2 成，合計通報 32,021 件。經依衛生福利部（下稱衛福部）公開之 110 年底醫療機構基本資料，全國設有精神科之醫療院所計 553 家，其中 219 家申

請 DARS 系統帳號參與管制藥品濫用通報，參與率僅 39.60%；又 110 年底提供藥癮戒治服務之指定藥癮戒治機構及替代治療執行機構計 226 家，亦有 25 家醫療院所尚未申請參與，顯示國內醫療體系參與管制藥品濫用通報情形，仍有改善空間。次查，衛福部為鼓勵民間機構團體參與藥癮者治療性社區服務模式，自 108 年開辦「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」，扶植及鼓勵民間機構團體投入治療性社區服務。參與該計畫之 6 家機構中，除衛福部草屯療養院外，尚有 5 家民間機構團體；又據法務部建置之反毒大本營網站提供 8 家民間資源協助戒癮，扣除重複後，合計民間參與戒癮服務者計 10 家（表 20）。惟該 10 家民間機構團體於 110 年度參與管制藥品濫用通報者，僅有財團法人基督教晨曦會 1 個機構，其餘民間機構團體均尚未加入，DARS 系統數據顯欠完整。經函請食藥署研謀提升醫療院所及民間戒癮團體參與管制藥品濫用通報機制，俾 DARS 系統數據更趨完整，以及早辨識濫用藥物變化趨勢，進行相關防制措施。據復：管制藥品濫用通報屬鼓勵性質之通報，該署將透過辦理相關教育訓練、行文等方式，請各市縣衛生局重點輔導藥癮戒治機構及設有精神科之醫療院所加入 DARS 系統，並邀請具長期治療性社區服務性質及具備相關醫療服務等之民間戒癮團體加入；另督促各市縣衛生局協助通報單位完成通報及其通報內容之完整性，以正確掌握濫用藥物變化趨勢。

表 20 民間機構團體參與戒癮服務名單

序號	名稱	資料來源
1	財團法人台灣基督教主愛之家	反毒大本營網站、衛福部「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」
2	財團法人基督教晨曦會	
3	財團法人屏東縣私立基督教沐恩之家	
4	社團法人台灣露德協會	衛福部「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」
5	財團法人利伯他茲教育基金會	
6	社團法人中華民國解癮戒毒協會	反毒大本營網站
7	社團法人中華趕路的雁全人關懷協會	
8	宜蘭渡安居	
9	蛻變驛園	
10	社團法人台灣世界快樂聯盟	

資料來源：整理自衛福部提供之 108-110 年「藥癮治療性社區服務模式多元發展計畫」參與機構及法務部反毒大本營網站之民間協助毒癮者資源。

（十五） 食品藥物管理署為維護國民健康，持續精進食品管理，惟健康食品生產作業規範迄未完成修訂，及功效評估方法與國際應以人體試驗為主之作法有別，亟待加速完備作業規範，以保障民眾食的安全。

食品藥物管理署（下稱食藥署）為維護國民健康，建立保健產品相關查驗登記機制、保健功效之評估方法、落實安全衛生管理及訂定相關產品標示等規範，以保障民眾食的安全。110 年度編列預算 2,119 萬餘元，辦理健康食品查驗登記，暨研擬相關法規草案及建立標準化審查要點等業務。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. **健康食品生產作業規範施行逾 20 年迄未完成修訂，難以確保健康食品品質，允宜加速完備生產作業標準規範，以完善健康食品管理，保障民眾食的安全：**食品概分為一般食品及健康食品。食藥署於 88 年訂定「健康食品工廠良好作業規範」（下稱健康食品工廠 GMP），規範健康食品工廠之廠區環境、廠房與設施及衛生等之管理標準；而一般食品工廠則以符合該署 103 年訂定之「食品良好衛生規範準則」（下稱食品 GHP）標準辦理。查該署於 108 年委外辦理「健康食品工廠良好作業規範研析」計畫，據期末報告所載，國內健康食品工廠 GMP 與國外生產作業規範及國內食品 GHP 相較，現行健康食品工廠 GMP 於工廠自我稽核制度、持續監控產品

上市後之功效、維持品質管理之運作、風險管控機制、不合格品及退貨品之處理程序、員工訓練機構之資格條件、低溫食品之緊急應變計畫及食品原料之追蹤制度等規範，尚有精進空間，建議該署參照上開國內外之規定，完成兼具在地化及符合國際管理趨勢之規範。該署嗣提出健康食品工廠 GMP 修正草案，惟截至 111 年 4 月 15 日止，該署健康食品工廠 GMP 修正草案仍僅止於預告作業階段，迄未修訂完竣。鑑於健康食品工廠 GMP 施行已逾 20 年，其管控作業尚未配合食品 GHP 作修訂，且與國際生產作業相關規範仍有諸多落差，尚乏持續監控產品上市後之功效等重要項目，經函請食藥署加速完備生產作業標準規範，以完善健康食品管理。據復：健康食品工廠 GMP 修正草案業已納列國內食品 GHP 及國際等相關規範，內容兼具在地化並與國際接軌，預計於 111 年完成草案之預告作業，並俟正式發布 1 年後施行，以完備健康食品製造業者之管理制度。

2. 國內健康食品保健功效之評估方法，多數仍以動物實驗為主，與國際應以人體試驗為主之作法尚屬有別，允宜研議修正評估方法之可行性，以與國際接軌，並提升業者宣稱健康食品保健功效之可靠度：參據國際食品法典委員會 (Codex Alimentarius Commission, CAC) 於 2013 年公告修正之「健康及營養宣稱之指引」(Guidelines for use of nutrition and health claims) 及美國食品藥物管理局於 2009 年公告之行業指南關於聯邦食品、藥品和化妝品法根據第 403(r)(6) 條提出的膳食補充品之成分宣稱 (Guidance for Industry: Substantiation for Dietary Supplement Claims Made Under Section 403(r) (6) of the Federal Food, Drug, and Cosmetic Act) 略以，經由人體試驗所獲得之結果，始可宣稱產品功效，而經動物試驗之結果難以推論其對人體亦有相同功效，其證據力尚顯不足，顯示國際保健功效之評估方法係以人體試驗為主。按食藥署依健康食品管理法第 3 條規定，針對健康產品訂有 13 項保健功效，該署已針對 13 項保健功效各訂有不同之評估方法，廠商申請核發健康食品許可證，應依規定檢具產品經人體試驗或動物試驗之評估報告。查該 13 項保健功效評估方法中，僅抗疲勞及輔助調節血壓 2 項，業已公告修正須進行人體試驗，其餘 11 項係由廠商自行決定採用動物或人體試驗，且經運用健康食品資料檔查核結果，截至 110 年底止，該署計核發 406 張 (項) 健康食品查驗登記許可證，其中計有 318 項產品仍係以動物實驗結果評估佐證其功效 (表 21)，與上述國際多要求人體試驗之作法顯屬有別，恐難評估業者宣稱健康食品對人體具有之保健功效，經函請食藥署研議修正保健功效評估方法之可行性，以與國際接軌。據復：已就牙齒保健功效之人體研究模式進行檢討修正，規劃於 111 年辦理預告程序，其餘 10 項將持續以進行人體食用研究辦理檢討修正。

表 21 110 年底食藥署核發健康食品許可證情形

單位：張

合計	保健功效之評估方法			無需執行評估試驗
	小計	人體試驗	動物試驗	
406	341	23	318	65

註：1. 有 2 種以上保健功效之產品，如有 1 種以上功效採人體實驗評估，僅計入 1 件。

2. 資料來源：整理自政府資料開放平臺資料。

四、109 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 109 年度審核報告內列普通公務相關重要審核意見 12 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 6 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 6 項 (表 22)，其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 6 項通知檢討改善。

表 22 109 年度審核報告所列衛生福利部主管普通公務相關重要審核意見覆核辦理情形

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
(一) 衛生福利部已逐步推動各項戒毒策略，惟相關戒癮處遇服務尚有精進空間，易科罰金與易服社會勞動者亦待納入毒品危害防制中心列管輔導追蹤對象，允宜研謀改善，以協助成癮者脫離毒品重返社會。	因衛生福利部相關戒癮處遇服務尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(九)1.」。
(二) 因應新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情，對醫療機構等訂有強化感染管制及專責病房整備等多項應變整備策略，惟醫院感染管制人力配置標準較先進國家仍有落差，又 SARS 疫情過後建構之傳染病防治醫療網有關應變措施雖以應變醫院為主，惟仍有相當比率之病患收治於非應變醫院，允宜研謀善策因應，以確保醫療照護體系應變量能。	因新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)醫療量能整備應變措施尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(四)1.」。
(三) 中央流行疫情指揮中心於疫情期間管制徵用口罩等重要防疫物資，並進行疫苗研發及採購，惟徵用口罩戰備庫存費用於特別預算屆期後恐乏經費來源，又與國外洽談代工授權製造疫苗囿於國內產能未達原廠要求而未能成案，且已輸入疫苗數量尚難於近期内大幅提升接種人口涵蓋率，允宜研謀善策因應，以有效維運口罩戰備庫存，強化國內疫苗廠商研發或代工生產之彈性應變能力，並早日達成國內接種涵蓋率目標。	因我國預防接種之投資相較其他先進國家為低，疫苗研發及代工產製能量尚有提升空間，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(二)1.」。
(四) 衛生福利部為慰勉醫事機構執行新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疑似或確診病人採檢及照護，發給相關補助、津貼或獎勵，惟部分獎勵項目未持續撥付，或尚未研訂獎勵標準，且部分醫院未儘速撥付津貼，亟待積極辦理核發作業。	因衛生福利部未及時核撥部分款項，又部分醫院未儘速將獲撥款項撥付予相關人員，改善成效未如預期，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(四)2.」。
(五) 急難紓困政策有助紓解民困，惟紓困金核發對象間有不符資格要件情事，且重複請領補助案件清理作業亦欠周妥，允宜檢討研謀妥處。	因急難紓困金資格審核機制仍存有疏漏，改善成效未如預期，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(六)」。
(六) 政府持續推動公共及準公共化托育服務，惟國內未滿2歲兒童家外送托率亟待提升，部分托育機構服務量能尚未充分運用，允宜研謀改善，以提升執行成效。	因部分區域準公共托育資源之近便性仍有不足，改善成效未如預期，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(十三)」。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一) 政府持續推動兒少保護工作，惟近3年兒虐人數略呈上升趨勢，間有部分地方政府親職教育輔導執行比率偏低，或部分案件未能依法定期限提出家庭處遇計畫，允宜研謀改善，以提升執行成效。	/
(二) 食品藥物管理署配合新世代反毒策略行動綱領防毒策略，分年籌購毒品與新興成分之標準品及建置標準品圖譜資料，惟部分毒品及國內已檢出新興影響精神物質之標準品仍未取得，無法滿足檢驗實務需求，亟待研謀加速取得標準品，有效提升實驗室檢驗效能。	
(三) 政府為提供合併保護性案件精神疾病個案整合性服務，推動強化社會安全網計畫策略三，以期降低個案暴力再犯風險，惟服務對象僅以列管社區精神病患為主，又補助進用之心衛社工人力異動頻仍，社區支持資源尚未能滿足精神疾病個案需求，跨部會關鍵資訊勾稽功能仍有提升空間，允宜研謀因應，以提升照護服務量能與品質。	
(四) 中央流行疫情指揮中心為阻絕病毒於境外，降低境外移入造成國內疫情擴散之風險，實施高強度邊境檢疫，並採取居家隔離及檢疫等多項防疫措施，惟邊境檢疫人力尚有缺口，且指定檢驗網絡及實聯制措施之推動，尚待研擬相關配套措施等，允宜研謀改善，以提升邊境檢疫品質與傳染病檢驗量能。	
(五) 財團法人國家衛生研究院係衛生福利部推動生醫產業創新推動方案之重要執行單位，扮演國內生技醫藥研發產業橋接與鏈結角色，惟研究成果獲得專利者移轉授權仍有大幅成長空間，且取得上市許可或進入人體三期臨床試驗階段者仍少，允宜研謀改善，以促進生醫產業發展。	
(六) 衛生福利部為建立病人出院後照護體系間之銜接與轉介機制，辦理醫療體系垂直整合轉銜計畫，惟囿於病人就醫習慣或基層院所缺乏其所需藥品等，影響其參與計畫意願，且部分基層院所醫師未能到醫院共同照護病患，允宜研議相關配套措施，強化基層院所醫療照護能力，提升計畫收案及社區轉銜成效。	