

貳拾、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 6 個，各該單位決算及附屬單位決算非營業部分、重大計畫執行之審核情形如次（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；暨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）：

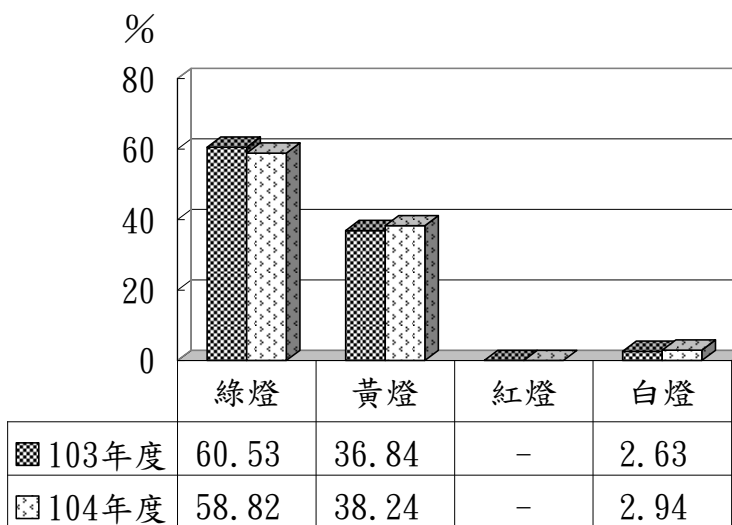
一、單位決算部分

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。茲將本年度決算審核結果說明如次：

（一）計畫實施之查核

業務計畫 37 項，下分工作計畫 39 項，包括健全福利服務體系、精進醫療照護體系、完善高齡照護體系、促進全民心理健康、營造友善健康支持環境、落實防疫整備、推動衛生福利科技、強化食品藥物管理、健全社會保險制度等重要施政項目，並依據本年度施政目標，編定關鍵策略目標 14 項，再結合共同性目標，訂定 68 項年度衡量指標，執行結果，經行政院評核為綠燈 40 項、黃燈 26 項、白燈 2 項，與民國 103 年度相較，綠燈比率略為下滑，且黃、白燈比率略為上升（圖 1），整體目標達成情形略遜往年，施政表現尚待檢討強化。又上開 39 項工作計畫，其中已執行完成者 13 項，尚在執行者 26 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。

圖1 衛生福利部主管績效評估結果分布圖



資料來源：民國103、104年度行政院所屬各機關施政績效評估報告。

本年度由行政院管制計畫共 8 項，經行政院評核為甲等 5 項、乙等 3 項（表 1），其中衛生福利部辦理「長照服務網計畫」、食品藥物管理署辦理「重建食品藥物安全（清雲行動五五方案）計畫」等 2 項之等第較民國 103 年度進步；惟衛生福利部辦理「臺灣環境毒物健康危害之監測、評估及對策研究」連續 2 年被評為乙等，「國民心理健康促進計畫」自民國 103 年度之甲等降為本年度之乙等，均有待賡續加強辦理。

表 1 衛生福利部主管行政院管制計畫評核等第情形

機關名稱	行政院管制計畫名稱	評核等第		機關名稱	行政院管制計畫名稱	評核等第	
		103 年度	104 年度			103 年度	104 年度
衛生福利部	長照服務網計畫	乙等	甲等	衛生福利部	癌症預防與治療		乙等
	推動國內醫藥衛生研究	甲等	甲等	社會及家庭署	推動長期照顧服務機制	甲等	甲等
	國民心理健康促進計畫	甲等	乙等	食品藥物管理署	重建食品藥物安全(清雲行動五五方案)計畫	乙等	甲等
	臺灣環境毒物健康危害之監測、評估及對策研究	乙等	乙等		導入健康風險評估科技,精進我國食品安全		甲等

資料來源：民國 103 及 104 年度行政院管制計畫評核報告。

(二) 預算執行之審核

1. 歲入預算數 17 億 3,540 萬餘元，決算審核結果(表 2)，審定實現數 23 億 9,074 萬餘元，應收保留數 3,227 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尚在催繳中；合計決算審定數為 24 億 2,301 萬餘元，較預算超收 6 億 8,760 萬餘元(39.62%)，主要係食品藥物管理署審查費收費標準自民國 104 年 7 月 1 日調增，輸入食品查驗及國外藥廠查核案件亦較預計增加，暨社會及家庭署收回以前年度委辦及補(捐)助經費賸餘款較預計增加。

表 2 衛生福利部主管歲入決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	預算數	決算審定數			審定數與預算數比較增減	
		實現數	應收保留數	合計	金額	%
合計	1,735,409	2,390,740	32,272	2,423,013	687,604	39.62
衛生福利部	180,378	217,032	2,469	219,501	39,123	21.69
疾病管制署	84,902	95,494	—	95,494	10,592	12.48
食品藥物管理署	900,726	1,211,164	253	1,211,418	310,692	34.49
中央健康保險署	402,919	436,248	29,440	465,689	62,770	15.58
國民健康署	717	618	108	727	10	1.47
社會及家庭署	165,437	429,517	—	429,517	264,080	159.63
國家中醫藥研究所	330	664	—	664	334	101.50

2. 以前年度歲入轉入數計 5 億 8,062 萬餘元，決算審核結果(表 3)，審定實現數 1,697 萬餘元(2.92%)；減免數 1 億 7,008 萬餘元(29.29%)，主要係註銷部分應收回之九二一震災災民慰問金及租金賸餘款；應收保留數 3 億 9,356 萬餘元(67.78%)，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。

表 3 衛生福利部主管以前年度歲入轉入數決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	以前年度轉入數	決算審定數			應收保留數	
		減免數	實現數	應收保留數	金額	%
合計	580,622	170,084	16,970	393,567	67.78	
衛生福利部	558,365	169,905	4,975	383,484	68.68	
食品藥物管理署	1,094	79	253	761	69.55	
中央健康保險署	19,782	14	11,699	8,068	40.79	
國民健康署	1,380	84	42	1,253	90.80	

3. 歲出原編列預算數 1,753 億 9,310 萬元，因應辦理八仙樂園粉塵暴燃事件相關救治工作；登革熱緊急防治及應變工作；食品安全業務增聘人力；辦理國家藥用植物園既有林道

及相關設施第二期工程變更設計；新增辦理第一代油症患者血液檢驗及醫療費用等補助；暨補助地方政府辦理建構托育管理制度實施計畫、父母未就業家庭育兒津貼實施計畫，所需經費不敷等事由，經動支第二預備金 21 億 8,118 萬餘元，合計 1,775 億 7,428 萬餘元，決算審核結果（表 4），修正減列實現數 2 億 1,797 萬餘元，係衛生福利部、社會及家庭署各項補（捐）助計畫之經費結餘；審定實現數 1,751 億 1,204 萬餘元（98.61%），應付保留數 6 億 6,079 萬餘元（0.37%），保留原因詳「（一）計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 1,757 億 7,284 萬餘元，預算賸餘 18 億 144 萬餘元（1.01%），主要係各項委辦及補（捐）助計畫經費之結餘。

表 4 衛生福利部主管歲出決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	預算數	決算審定數			審定數與預算數比較增減	
		實現數	應付保留數	合計	金額	%
合計	177,574,288	175,112,048	660,792	175,772,841	- 1,801,446	1.01
衛生福利部	137,118,786	135,462,372	379,209	135,841,581	- 1,277,204	0.93
疾病管制署	5,728,455	5,552,471	114,577	5,667,049	- 61,405	1.07
食品藥物管理署	2,505,290	2,436,183	19,859	2,456,042	- 49,247	1.97
中央健康保險署	5,522,757	5,454,449	39,228	5,493,677	- 29,079	0.53
國民健康署	2,914,415	2,739,240	58,014	2,797,255	- 117,159	4.02
社會及家庭署	23,622,083	23,320,184	36,060	23,356,245	- 265,837	1.13
國家中醫藥研究所	162,502	147,146	13,842	160,989	- 1,512	0.93

4. 以前年度歲出轉入數計 7 億 7,069 萬餘元，決算審核結果（表 5），審定實現數 4 億 8,885 萬餘元（63.43%）；減免數 8,844 萬餘元（11.48%），主要係財團法人國家衛生研究院「國家癌症研究中心先期規劃計畫」，因外在環境改變，暫緩作業；應付保留數 1 億 9,339 萬餘元（25.09%），主要係衛生福利部衛生福利大樓新建工程案，因發生履約爭議，須保留繼續執行。

表 5 衛生福利部主管以前年度歲出轉入數決算審定簡表

單位：新臺幣千元

機關名稱	以前年度轉入數	決算審定數			應付保留數	
		減免數	實現數	金額	%	
合計	770,698	88,449	488,853	193,395	25.09	
衛生福利部	486,607	60,000	292,823	133,782	27.49	
疾病管制署	119,202	27,993	87,158	4,050	3.40	
食品藥物管理署	27,360	237	26,016	1,106	4.05	
中央健康保險署	87,239	4	33,687	53,546	61.38	
國民健康署	33,000	46	32,953	-	-	
社會及家庭署	13,525	165	13,359	-	-	
國家中醫藥研究所	3,763	-	2,853	910	24.18	

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（含基隆醫院等 27 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：健康照護基金（含醫療發展、菸害防制及衛生保健、藥害救濟、預防接種受害救濟、全民健康保險紓困、疫苗、食品安全保護等 7 個分基金）、社會福利基金等共 6 個單位。茲將本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、預防接種受害及藥害救濟給付、菸害防制、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、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、所屬社會福利機構收容及養護等福利服務，暨公彩回饋推展社福計畫等 24 項，實施結果，計有全民健康保險給付、國民年金保險給付、健康照護績效提升計畫等 20 項，因全民健康保險醫療保險給付費用總額專款預算執行結餘；或國民年金實際核付老年年金差額較預計減少；或計畫執行進度未如預期等，致未達預計目標。

(二) 餘絀之審定

1. **作業基金**：決算審核結果，同額修正減列業務收入及業務成本與費用 13 億 7,714 萬餘元，餘絀未有增減，主要係減列國民年金保險基金溢列之人事及行政經費，並同額減列其他補助收入，暨減列全民健康保險基金溢列之保費收入，並同額減列因而提列之安全準備；審定賸餘 11 億 3,345 萬餘元，較預算增加 2 億 4,538 萬餘元，約 27.63% (表 6)，主要係醫療藥品基金民國 102 及 103 年度醫療費用被中央健康保險署核減數額較預計減少，各該年度未清結之「備抵醫療折讓」轉列業務外收入較預計增加所致。

2. **特別收入基金**：決算審核結果，修正增列基金用途 2 億 3,571 萬餘元，主要係增列社會福利基金短列之公彩回饋推展社福計畫支出；審定短絀 9 億 1,865 萬餘元，較預算減少短絀 57 億 2,239 萬餘元，約 86.17% (表 6)，主要係「菸品健康福利捐分配及運作辦法」於民國 104 年 10 月 15 日修正發布，自民國 104 年 9 月起調升健康照護基金用途項目獲配比率，菸品健康福利捐獲配收入較預計增加，暨醫療發展分基金原考量菸品健康福利捐獲配收入不足，刪減部分計畫經費，及健康照護績效提升計畫部分分項計畫執行進度未如預期所致。

表 6 衛生福利部主管非營業特種基金餘絀審定簡表

單位：新臺幣千元

基金名稱	預算數	決算審定數	審定數與預算數比較增減	
			金額	%
作業基金	888,066	1,133,452	245,386	27.63
醫療藥品基金	763,127	953,812	190,685	24.99
管制藥品製藥工廠作業基金	154,646	196,785	42,139	27.25
全民健康保險基金	- 29,707	- 17,145	12,561	42.29
國民年金保險基金	—	—	—	—
特別收入基金	- 6,641,056	- 918,656	5,722,399	86.17
健康照護基金	- 6,134,468	- 807,073	5,327,394	86.84
社會福利基金	- 506,588	- 111,582	395,005	77.97

三、重大公共建設計畫執行部分

行政院公共工程委員會本年度列管衛生福利部主管可支用預算數達 1 億元之公共建設計畫 1 件，係新竹生醫園區醫院計畫，計畫期程自民國 103 至 117 年，計畫總經費 54 億 9,828 萬餘元，累計預定支用數 2 億 856 萬餘元，累計實際支用數 2,706 萬餘元；本年度可支用預算數 1 億 9,806 萬餘元，實際執行數 1,656 萬餘元，執行率 8.37%，係因規劃時未考量新竹科學工業園區管理局為該案土地管理機關，各項作業程序需依該局相關規定辦理，且其建築規劃需經國立臺灣大學審查，辦理時程較為費時所致，有待賡續依計畫期程加速辦理。

四、重要審核意見

(一) 政府推行多項食品安全新政策，期完善食品安全衛生管理體系，惟食品業者登錄、追溯追蹤及分廠分照等管理制度，仍未臻周全，允待研謀改善，維護國內食品安全。

行政院為因應近年來層出不窮之食品安全事件，多次修正食品安全衛生管理法（簡稱食安法；原名為食品衛生管理法），並於民國 103 年初提出食品安全六大管理策略，復為因應餿水油事件，責成權責機關研提「加重刑責罰鍰」、「提高檢舉獎金」、「中央檢舉專線」、「廢油回收管理」、「油品分流管制」、「落實三級品管」、「食品追溯追蹤」及「食品 GMP 改革」等 8 項強化食品安全措施，期完善食品安全衛生管理體系。本年度中央及地方食品安全管理經費合計 10 億 1,748 萬餘元。有關食品業者登錄、追溯追蹤及分廠分照等管理制度推動，暨食品安全管理人力配置，仍核有下列待研謀改善事項：

1. 政府逐步發展食品雲，跨部會介接毒性化學物質及生產選定化學物質相關資料庫，期防杜非食用化學品流入食品鏈，惟囿於登錄範圍仍有不足，亦未能全面掌握流向，難以有效發揮監控預警功能：政府為提升食品安全管理效率，逐步發展食品雲，希透過資通訊科技之運用，整合各部會管理資訊，藉由跨機關之勾稽及大數據分析，發掘潛在問題，發揮預警功能。行政院為強化化工原料源頭及流向追蹤管理機制，經督請環境保護署（簡稱環保署）要求生產或輸入毒性化學物質業者辦理登錄，並囑經濟部會商衛生福利部共同研商優先加強列管易流入食品之化學品項，輔導業者登錄產品流向；環保署「毒性化學物質資料庫」及經濟部「生產選定化學物質工廠申報系統」已於民國 104 年間分別與衛生福利部「食品業者登錄平臺」完成介接及進行勾稽，期全面監控化學品上、中、下游之流向，防杜非食用化學品流入食品鏈。經查環保署「毒性化學物質資料庫」，係依據毒性化學物質管理法，要求製造或輸入新化學物質等，應依所定項目辦理登錄，然其應登錄項目未包含產品之後續流向，難供追溯追蹤之用。次查經濟部「生產選定化學物質工廠申報系統」，旨在建立工業用化學原料之源頭及流向追蹤管理機制，該部雖陸續公告選定化學物質（至民國 105 年 4 月 27 日計已公告 57 項），要求生產工廠於每年 1 月及 7 月底前登錄揭露其產品流向，惟因其辦理之依據為工廠管理輔導法，爰登錄之對象侷限於國內工廠，至國外輸入選定化學物質尚乏法源要求登錄管理，致無從追蹤其進口後販售流向；又雖已規範國內工廠申報選定化學物質銷售對象及數量等資料，亦僅限於直接販售之對象，尚無法掌握後續產品流向，難以發揮監控化學品流入食品鏈之預警功能，經函請行政院督促研謀改善。

2. 食品追溯追蹤電子申報制度設計未符產業實況，推動不久即面臨重大變革，造成遵循困擾；又業者申報產品及原物料串接碼非屬必要，恐造成資訊斷鏈，影響追溯追蹤成效：食品藥物管理署（簡稱食藥署）鑑於近年來發生重大食品安全事件時，未能即時釐清問題產品之原料來源及其流向，控制危害風險及降低影響範圍，爰參酌先進國家作法，推動建立國內食

品追溯追蹤制度。又為即時掌握相關資訊，依據民國 103 年 12 月 10 日修正之食安法第 9 條第 3 項規定，分階段強制實施電子申報追溯追蹤資料，截至本年度止，已公告 19 類食品業者實施。經查食藥署食品追溯追蹤管理資訊系統建置之初，原要求業者逐批申報原料收貨、製造及產品交貨等資料，以利批次追查產品之流向及其原料來源。嗣因部分業者反映申報程序過於繁複，或資訊能力不足，採人工申報耗費人力，又隨著食品產業類別之不同，食品製造過程經由大量加工、調配等程序，改變原有型態，致使批次申報之電子追溯追蹤成效未如預期，爰進行系統改版，自民國 105 年起，業者得選擇按日或按月總量申報產品追溯追蹤資料，顯示原有申報制度設計未能符合產業實況，致推動不久即面臨重大變革，造成業者遵循困擾。次查，食品供應鏈上、下游同一商品之名稱與代號，因不同業別者而各異，肇致產品追溯追蹤不易，食藥署為統整串連各項產品於上、下游間之完整資訊，於食品追溯追蹤管理資訊系統已建有產品追溯系統串接碼之產出功能，可供業者於建立產品相關資訊時，由系統自動產出，售貨時提供下游廠商鍵入系統，以利勾稽串連，惟因非屬必填項目，恐造成資訊斷鏈，勢將影響追溯追蹤成效，經函請食藥署研謀改善。據復：原規定經業者反映過於繁複，爰改以總量上傳，以減輕業者登錄負擔；將持續研議規劃產品追溯系統串接碼納入強制記錄。

3. 食品業者登錄平臺資料正確性不足，間有重複登錄情事，允宜研謀改善，以增進食品安全管理效能：食藥署為全面掌握食品業者資訊，經參酌先進國家管理作法，推動食品業者登錄制度，自民國 101 年 4 月起，率先針對食品添加物業者，輔導辦理自願性登錄；嗣於民國 102 年 6 月 19 日修正之食安法，增列食品業者登錄之法源，明定經公告類別及規模之食品業者，應向縣（市）主管機關申請登錄，始得營業，並陸續公告應實施之食品業者，截至民國 104 年底止，辦理工商及營業登記之食品業者或經地方經建主管機關許可營業之攤（鋪）位使用人及攤販已全數納入強制登錄實施範圍。執行以來，至民國 104 年底止已完成登錄之食品業者計 28 萬餘家，惟仍核有：(1)食品業者登錄平臺已介接經濟部商工登記資料，作為地方輔導稽查之依據，惟商工登記資料與業者營運實況落差甚大，耗費地方管理人力成本，亦影響平臺資料之正確性，允待建立跨機關勾稽比對機制，俾正確掌握業者動態，提升管理效能；(2)國內食品業者已逐步納入強制登錄實施範圍，惟小規模業者資訊能力不足，落實不易，加以更迭頻繁，較難即時掌握業者營運動態，易致登錄資料與實況存有落差，允宜考量我國食品產業特性，本於風險管理原則，審慎評估研謀改善；(3)地方衛生局囿於人力有限，係以輔導業者登錄並達成中央所訂目標數為首要，平臺資料之正確性仍有疑慮，且間有重複登錄等情事，經函請食藥署研謀改善。據復：(1)民國 105 年已規劃介接財政部稅籍登記資料，並開放地方衛生局查詢具營業登記業者登錄情形；(2)業採取辦理業者說明會、設置諮詢專線及提供地方衛生局駐點人力等配套措施，降低對地方人力之衝擊，並協助輔導小規模業者完成登錄；(3)年度例行稽查與專案稽查，均將業者登錄資料正確性納為稽查項目，查核發現有重複登錄情形，將廢止其登錄字號。

4. 食品工廠分廠分照政策立意良善，惟與產業現況存有落差，難以全面落實：民國 103 年 12 月 10 日修正之食安法增訂第 10 條第 3 項規定，明定從事食品或食品添加物之工廠應單獨設立，不得於同一廠址及廠房同時從事非食品之製造、加工及調配（簡稱分廠分照），衛生福利部並於民國 104 年 6 月 10 日公告，民國 103 年 12 月 12 日前，食品或食品添加物工廠未單獨設立者，應於民國 105 年 6 月 10 日前完成單獨設立，期避免非食用原料、添加物混充流入食品供應鏈中，保障國內食品安全。經濟部為推動國內食品工廠分廠分照政策，本年度委託中國生產力中心成立輔導團隊辦理相關輔導事宜，計輔導廠商 320 家。惟政策推行以來，面臨部分產品難以劃分屬「工業級」或「食品級」性質；或食品化工製造難以切割生產線；或自產自用食品器具一貫化作業無法劃分獨立廠區；或新申請執照面臨地號切割、建築、環保、消防審查問題無法於限期內完成等諸多問題，爰先經經濟部召開會議決議，放寬分廠分照定義為「單獨設立與不同廠址及廠房」，即得以門牌加註適當「產品種類」或「英文字母」區分方式登記，以區分不同廠址；次經食藥署多次函示食品廠兼營酒類產品、食品業者自產自用之食品器具或包裝、屠宰場及肉類加工場位於同一廠址等得免適用分廠分照規定，暨生產鹽酸等 13 項化學產品之化工廠業者，符合連續生產及製程難以分割，無需另辦理工廠登記，得以「獨立廠房或廠區」方式管理。據國家發展委員會民國 105 年 3 月調查結果，上開輔導廠商中，計有 25 家因涉及廠地規劃、增購設備、環保消防及工廠登記程序等問題，無法依限完成；33 家因執行困難而放棄生產，推估影響產值逾 2 億元；而已完成分廠分照廠商 187 家，多屬實際未從事食品生產或不再生產，僅須變更工廠登記或減列工廠登記之產品項目；又經評估可於限期內完成 75 家中，經彈性解釋法令免除分廠分照者計有 61 家。顯示食安法「食品或食品添加物廠應單獨設立」之規定，與產業現況存有落差，難以全面落實，經函請行政院審視產業實務推動困境，於兼顧食品安全風險無虞之立法意旨等原則下，研酌檢討妥為因應。

5. 地方食品安全管理人力仍存有缺口，允待研謀因應，以利食品安全管理新政策之推行：我國食品安全衛生管理人力長期不足，業務經費不敷實需，前經監察院於民國 100 年間，提案糾正行政院，嗣經行政院於民國 103 年 9 月 24 日核增 70 名稽查人力，配置於食藥署，由中央統一調度，並增編中央食品安全管理經費額度。經查近 3 年度（民國 102 至 104 年度），中央（食藥署）編列食品安全管理經費之預算（不含動支第二預備金及補助地方政府部分）已由民國 102 年度之 7 億 943 萬餘元，增至本年度之 8 億 4,607 萬餘元（表 7）；食品安全管理預算員額，亦由

表 7 民國 102 至 104 年度中央與地方食品安全管理經費編列及執行情形表

單位：新臺幣千元

年 度	102		103		104	
	預 算	決 算	預 算	決 算	預 算	決 算
合 計	864,223	854,708	941,579	901,595	1,017,481	982,665
中 央 部 分						
小 計	841,236	831,730	921,959	882,250	993,412	958,817
機關預算 (食藥署)	709,435	702,117	759,942	727,900	846,075	815,284
補助地方經費	117,301	116,885	101,812	100,661	126,110	122,554
第二預備金	14,500	12,728	60,205	53,689	21,227	20,979
地 方 部 分						
小 計	140,288	139,863	121,432	120,006	150,179	146,402
中央補助經費	117,301	116,885	101,812	100,661	126,110	122,554
地方自籌經費	22,987	22,978	19,620	19,345	24,069	23,848

資料來源：整理自食品藥物管理署提供資料。

民國 102 年度之 212 人，增至本年度之 295 人（表 8）。至地方部分，中央補助及地方自籌預算合計經費已由民國 102 年度之 1 億 4,028 萬餘元，至本年度增為 1 億 5,017 萬餘元（表 7），惟各市縣衛生局民國 104 年食品安全管理人力配置合計 504 人，與地方衛生局估計合理人力 718 人相較，仍存有缺口，隨著各項食品安全管理新政策之逐步推行，原已窘困之地方稽查人力益形捉襟見肘，經函請行政院督促研謀因應，以利食品安全管理新政策之推行。

表 8 食品藥物管理署民國 102 至 104 年度食品安全管理人力預算員額及進用情形表
單位：人

年度	項目	工作類型	預算員額	進用人數 (註 1)
102	小計		212	175
		食品管理人力	64	59
		稽查、查驗、查核人力	109	82
		檢驗人力	39	34
103	小計		282	193
		食品管理人力	92	60
		稽查、查驗、查核人力	152	100
		檢驗人力	38	33
104	小計		295	271
		食品管理人力	103	91
		稽查、查驗、查核人力	151	142
		檢驗人力	41	38

註：1. 統計時間：各該年度之 12 月 31 日。

2. 資料來源：整理自食品藥物管理署提供資料。

（二） 健保為提供民眾全人醫療照護，推動家庭醫師及促進醫療體系整合相關計畫，惟家醫參與診所及收案人數未能普及，地區醫院家數逐年萎縮，分級醫療難以落實，允待研謀改善，以健全社區醫療體系。

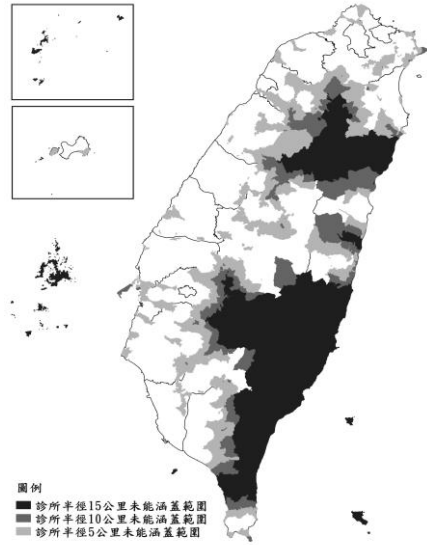
我國自民國 84 年實施全民健康保險，在自由就醫環境下，多數民眾轉往大型醫院求診，造成社區基層醫療萎縮，分級轉診制度難以落實，形成醫療資源浪費。按民國 100 年 1 月 26 日修正之全民健康保險法第 44 條明定，保險人應訂定家庭責任醫師制度，指明我國醫療照護朝向社區基層體系之發展方向。中央健康保險署自民國 92 年起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」（簡稱家醫計畫），期建立家庭醫師制度，提供民眾周全性、協調性與持續性之醫療照護服務，民國 93 至 103 年度累計支用 89 億餘元，本年度預算 11 億 8,000 萬元，計已成立社區醫療群 426 群，參與診所 3,035 家，收案照護 248 萬餘人；另自民國 98 年起運用健保總額「推動促進醫療體系整合計畫」專款預算陸續推動「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「論人計酬試辦計畫」及「提升急性後期照護品質試辦計畫」等，期整合各級醫療體系，提供全人醫療照護，民國 99 至 103 年度累計支用 16 億餘元，本年度預算 11 億元，各有 183 家醫院、8 家團隊、39 家團隊參與。經查相關措施之推動，仍核有下列待研謀改善事項：

1. 家醫參與診所及收案人數仍有大幅成長空間，服務涵蓋未能普及，且囿於經費有限，難再擴大服務量能，加以現行健康照護體系專科化導向，難以滿足基層醫療照護所需：據中央健康保險署統計，家醫計畫於民國 99 至 104 年間，社區醫療群由 356 群增至 426 群，參與診所家數由 2,183 家增至 3,035 家，收案人數則由 131 萬餘人增至 248 萬餘人，漸有成長，惟參與診所占西醫診所家數之比率仍未突破 3 成，收案人數占總納保人數之比率更僅約 1 成，涵蓋率仍有大幅成長空間；又分析參與診所地理分布情形，以東部及金門以外之離島區域最為缺乏健保家醫計畫服務（圖 2），顯示家醫計畫診所仍未普及。惟家醫計畫預算雖由民國 93 年度之 6 億餘元，增至本年度之 11 億餘元，然近年度預算執行率幾近 100%，經費運用空間已達極限，

難再擴大參與規模。次據該署本年度委外研究指出，國人主要健康威脅為慢性疾病，由公共衛生結合具「全人照護」能力之家庭醫師，配合後續專科化服務，最能滿足國人健康需要，惟臺灣現行健康照護體系乃專科化導向，受過家庭醫學、內科或小兒科等全科訓練之基層醫療執業醫師未及4成。再據該研究調查結果，家醫計畫收案會員知道家醫計畫者未及3成，知道自己是家醫計畫會員者更未達2成，凸顯家庭醫師概念及計畫之推廣與宣傳仍待加強，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：自民國105年起將家醫社區醫療群醫師參與糖尿病、慢性腎臟疾病照護方案之病患納入照護，以擴大照護對象；為避免過度專科化情形，自民國92年起辦理醫師畢業後一般醫學訓練計畫，以加強醫師一般醫學訓練，提供全人醫療照護，提升基層醫療服務品質；持續透過不同管道增進民眾認知家醫計畫之宣導措施；並將定期檢討，就各界有共識部分予以改善。

2. 家醫計畫由基層診所與醫院合作組成社區醫療群，惟深入社區之地區醫院參與率有待提升，又因國內自由就醫環境，群內水平及垂直轉診均未盡理想：按家醫計畫推動策略，係成立社區醫療群，以群體力量提供服務，整合基層與醫院照護品質，促進社區水平整合，提供民眾完善整合性照護，並作為未來垂直整合醫療體系式照護模式之基礎。查民國104年全國計有165家醫院與各社區醫療群合作參與家醫計畫之推行，惟其中地區醫院參與家數(68家)占全國家數之比率18.48%，與醫學中心、區域醫院之73.08%、82.98%相較，參與率相對偏低，凸顯深入社區之地區醫院，多數仍未加入社區醫療群之運作。次據中央健康保險署統計，各社區醫療群民國104年群內水平轉診19,053人次，僅占當年所有轉診人次195,721人次之9.73%，明顯低於垂直轉診155,212人次之79.30%；而垂直轉診中，合作醫院下轉基層診所人次50,795人次，亦低於基層診所上轉至合作醫院門診(含急診)人次73,589人次(表9)，顯示社區醫療群內水平轉診仍少，下轉人次亦

圖2 家庭醫師整合性照護計畫參與診所半徑5、10、15公里未能涵蓋範圍分布圖



註：1. 以具人口及社會經濟均勻分布特性之最小統計區分析家醫參與診所涵蓋範圍。有關最小統計區定義，請參見內政部「統計區分類系統建置及應用」1文。
2. 資料來源：整理自政府資料開放平臺發布之「全國最小統計區圖」(資料日期：民國104年12月3日)、「直轄市、縣市界線」圖、「家庭醫師整合性照護計畫院所」(資料日期：民國104年12月17日)等資料。

表9 家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群轉診件數統計表

單位：人次

年	轉診人次 合計	群內水平 轉診人次	垂直轉診				其他 (註1)
			小計	基層診所上轉至 合作醫院門診 (含急診)人次	基層診所上轉至 合作醫院 檢查 人次	合作醫院 下轉基層 診所人次	
101	113,849	9,593	93,750	49,136	13,198	31,416	10,506
102	160,404	13,107	130,006	65,145	22,556	42,305	17,291
103	219,455	15,857	141,755	68,527	25,500	47,728	61,843
104	195,721	19,053	155,212	73,589	30,828	50,795	21,456

註：1. 「其他」係指家醫會員轉診至「非群內診所」或「非合作醫院」。

2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

未及上轉人次。據該署臺北業務組民國 104 年 12 月間邀集醫界召開會議，與會代表指出，民眾自由就醫之便利性為家庭責任醫師之實務困境，病患由基層診所轉至醫院後即固定於醫院門診就診，未再回轉至基層診所，減少渠等轉診意願，民眾亦常指定轉診醫院，而不願轉至診所醫師所建議之醫院，失去轉診制度之意義。經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：中央健康保險署期凝聚各界共識後，擴大實施家醫計畫，促進社區醫療群與地區醫院合作，取代現行家醫診所多與醫學中心、區域醫院合作之模式；將導入轉診 e 化系統，俾利社區醫療群充分善用資訊共享，以利基層院所與其他院所之雙向轉診作業。

3. 中大型醫院急診輕症負荷仍重，惟較具可近性之地區醫院家數逐年萎縮，衝擊社區醫療安全網絡；又急診相關宣導及諮詢措施仍有不足，不利引導民眾正確就醫觀念，落實分級醫療：衛生福利部為避免民眾輕病赴大型醫院急診就醫，影響急重症病患之救命時間，自民國 99 年起實施急診五級檢傷分類標準，將病患就醫病情輕重區分為「第 1 級復甦急救」、「第 2 級危急」、「第 3 級緊急」、「第 4 級次緊急」、「第 5 級非緊急」等 5 級，其中第 4 級及第 5 級病況較不嚴重，適合於小型醫院處理，以避免大醫院急診壅塞。據中央健康保險署統計，民國 104 年急診檢傷分類第 4 級以下（第 4 級、第 5 級、其他）急診案件，區域醫院合計 70 萬餘件，高於地區醫院之 68 萬餘件，而醫學中心 24 萬餘件，亦占其急診總件數 193 萬餘件之 12.42%（表 10），凸顯中大型醫院急診部門之輕症負荷仍重。按地區醫院較醫學中心及區域醫院分散且深入社區，就醫可近性高，惟隨著整體醫療體系之變化，急性醫療功能漸由大型醫院取代及病人就醫選擇等因素，自民國 84 年健保開辦以來，迄至民國 104 年，全國地區醫院由 568 家降為 368 家，逐年萎縮，勢將衝擊社區醫療安全網絡。次查，中央健康保險署對於民眾急病就醫之宣導措施，主要以「急診五級檢傷分類」作為宣導主軸，惟急診檢傷分類標準，主要係供醫護人員判斷患者處置順序，民眾尚未具備醫療專業知識，不易判別病情輕重，難以引導輕症分流至小型醫院就醫；又健保家醫計畫雖提供 24 小時諮詢專線，惟收案人數僅占總納保人數 1 成，且據該署本年度委託研究調查結果，家醫收案會員知道該專線者比例未及 2 成，凸顯相關宣導及諮詢措施仍有不足，不利引導民眾正確就醫觀念，落實分級醫療。經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：民眾就醫自由度高，為大型醫院急診壅塞之主因，為紓緩部分醫學中心急診壅塞情形，民國 102 年起辦理提升急診暨轉診品質計畫；民國 104 年起將全國 194 家急救責任醫院規劃為 14 個急診轉診網絡，並獎助 4 家醫學中心增設急診轉診個案管理師負責病患下轉事務；加強與消防單位橫向聯繫落實到院前分流分送；另實施「全民健康保險轉診實施辦法」，

表 10 民國 104 年各層級醫院急診檢傷分類案件統計表

單位：件

醫院層級	急診檢傷分類	件數
醫學中心	小計	1,934,466
	第 1 級	62,369
	第 2 級	319,972
	第 3 級	1,311,886
	第 4 級	218,153
	第 5 級	13,139
區域醫院	其他	8,947
	小計	3,669,329
	第 1 級	84,863
	第 2 級	378,111
	第 3 級	2,496,696
	第 4 級	623,076
地區醫院	第 5 級	49,407
	其他	37,176
	小計	1,568,352
	第 1 級	21,223
	第 2 級	78,025
	第 3 級	785,789
第 4 級	343,645	
	第 5 級	27,702
	其他	311,968

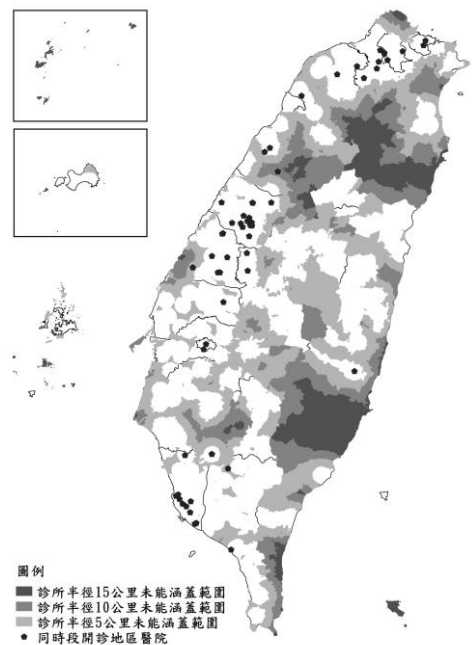
註：1. 「其他」係指醫院申報急診案件時未作急診檢傷分類，健保給付較少，且通常以第 4 級以下病症為主。

2. 資料來源：中央健康保險署。

明定院所建立雙向轉診作業機制，依該辦法辦理之轉診，民眾就醫之部分負擔較自行赴大醫院就醫者少，確保民眾轉診就醫得到妥適安排。

4. 基層診所擔負醫療體系守門員角色，惟假日時段休診者眾，部分區域同時段亦乏地區醫院開診，有礙民眾就醫可近性，亦加重當地大醫院急診負擔：基層診所對於社區民眾之就醫可近性相較於大型醫院具有其優勢及不可替代性，擔負醫療體系第一線守門員之角色。據中央健康保險署統計，民國 103 年基層院所門診醫療費用申報件數 2 億 5,576 萬餘件，約占健保特約醫療院所申報總件數之 7 成。惟經據該署網站「特約醫療院所看診時段查詢」民國 105 年 4 月間登載資料，分析基層診所週間（星期一至五）及週末假日開診狀況結果，週間上（下）午及晚上暨星期六上午等時段開診之診所家數，各時段為 16,767 家至 18,070 家不等，惟至星期六下午及晚上時段陸續減少為 12,144 家、7,319 家，星期日上午至晚上時段全國更僅餘 2,546 家、996 家、1,170 家診所開診，約占全國特約基層診所家數 20,180 家之 12.62%、4.94%、5.80%，顯示基層診所於星期日假日時段休診者眾。又分析開診家數最少之星期日下午時段診所地理分布情形，未開診區域多非屬人口密集區，並以東部地區較為嚴重，渠等地區同時段甚多乏地區醫院開診（圖 3），顯示該等地區民眾假日時段就醫可近性不足，易因一般門診休診，輕症亦尋求急診治療，而加重大醫院急診負擔。經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：民國 103 年 12 月 24 日「全民健康保險共同擬訂會議」決議自民國 104 年 2 月 1 日起調整西醫基層院所每月看診日數上限為 25 日，為避免診所假日開診意願降低，決議中央健康保險署及中華民國醫師公會全國聯合會須討論並設監控指標，若診所假日開診率低於前一年度之水準，則應恢復原制，以確保民眾就醫可近性不受影響；據民國 105 年 5 月 26 日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」報告之西醫基層院所假日觀察指標，配合民國 105 年勞動基準法工時改變，週六開診率仍有 8 成，週日 2 至 3 成，與前一年度比較並無明顯差異。

圖 3 星期日下午時段開診診所半徑 5、10、15 公里未能涵蓋範圍及開診地區醫院分布圖



註：1. 以具人口及社會經濟均勻分布特性之最小統計區分析假日開診診所涵蓋範圍。有關最小統計區定義，請參見內政部「統計區分類系統建置及應用」1 文。
2. 資料來源：整理自政府資料開放平臺發布之「全國最小統計區圖」（資料日期：民國 104 年 12 月 3 日）及「直轄市、縣市界線」圖、中央健康保險署網站「特約醫療院所看診時段查詢」（診所資料日期：民國 105 年 4 月 6 日；地區醫院資料日期：民國 105 年 4 月 26 日）等資料。

5. 各層級醫院初級照護案件占門診件數比率已逐年降低，惟部分區域級以上醫院初級照護率仍高，侵蝕基層醫療體系初級照護功能：按中央健康保險署已陸續推動家醫計畫、論人計酬試辦計畫、急診品質提升方案、急性後期照護品質試辦計畫等，及訂定全民健康保險轉診實施辦法，期以全人照護為導向，提供民眾周全性、協調性與持續性之醫療照護，促進分級醫療及雙向轉診，期使醫療體系整合，減少醫療浪費。據中央健康保險署統計，較適合由基層

診所或地區醫院處理之感冒、輕症等初級照護案件，占門診件數之比率（簡稱初級照護率），在民國 101 至 104 年間，醫學中心由 15.05% 降至 12.66%、區域醫院由 20.07% 降至 19.00%（表 11），顯示整體而言，區域級以上醫院門診輕症之比率已逐年減少，經分析個別醫院初級照護率結果，約有 5 成之醫學中心初級照護率介於 9.32% 至 14.53% 間，5 成之區域醫院初級照護率介於 16.04% 至 21.51% 間，惟仍有醫學中心、區域醫院初級照護率高達 18.48%、35.92%，有侵蝕基層醫療體系初級照護功能之虞，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：目前政策並未限制民眾就醫，民眾就醫習慣之改變非短期可見，中央健康保險署前為修訂部分負擔制度，曾多次提案至全民健康保險會討論，然未獲共識，未來將持續與社會各界溝通，以利分級醫療及轉診等相關政策推動。

表 11 各層級醫院初級照護件數及其占門診件數之比率統計表

		單位：萬件		
年	單位	醫學中心	區域醫院	地區醫院
101	件數	419	745	940
	%	15.05	20.07	36.15
102	件數	405	753	922
	%	14.27	19.81	34.70
103	件數	400	746	894
	%	13.76	19.31	33.82
104	件數	379	749	886
	%	12.66	19.00	33.05

資料來源：民國 105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告。

（三）政府為提升國人心理健康，落實精神疾病防治與照護服務，已推動各項政策，惟仍有社區精神病人關懷訪視人力不足等欠妥情事，亟待研謀改善。

衛生福利部為全面提升國人心理健康，規劃於民國 102 至 105 年度辦理「國民心理健康促進計畫」，計畫總經費 26 億 2,737 萬餘元，該計畫提出 5 大工作領域，其中「落實精神疾病防治與照護服務」1 項，係規劃辦理均衡精神照護資源、強化精神衛生體系及服務網絡、強化精神病人緊急處置、強制治療及社區照護服務、落實社區精神病人管理及追蹤關懷、發展多元化精神病人社區照護模式等工作項目，執行結果已有初步成效，惟仍核有待改善事項如次：

1. 社區精神病人關懷訪視人力不足，影響訪視成效：依衛生福利部統計資料，民國 100 至 103 年度社區精神病人訪員（含公衛護士及社區關懷訪視員）人數分別為 2,499 人、2,515 人、2,588 人、2,648 人，訪視病人人次分別為 49 萬餘人次、53 萬餘人次、66 萬餘人次、71 萬餘人次，平均每位訪員每年訪視人次自民國 100 年度之 196 人次，逐年增加至民國 103 年度之 270 人次，本年度僅略降為 268 人次，多個市縣提出訪員人力不足等問題。經查民國 102 至 104 年度全國平均每位社區精神病人被訪視之次數分別為 4.73 次/人、5.64 次/人、4.94 次/人，雖已達目標值 4.15 次/人，惟其中訪視未遇之人次占總訪視人次之比率分別為 26.67%、25.52%、25.35%。又訪

表 12 訪員訪視社區精神病人情形統計表

		單位：人次、%					
年度		102		103		104	
項目		人次	比率	人次	比率	人次	比率
合計		666,719	100.00	715,322	100.00	703,345	100.00
訪視到人次	小計	488,913	73.33	532,786	74.48	525,018	74.65
	面訪	280,030	42.00	300,939	42.07	284,288	40.42
	電訪及其他訪視方式	208,883	31.33	231,847	32.41	240,730	34.23
訪視未遇人次		177,806	26.67	182,536	25.52	178,327	25.35

資料來源：整理自衛生福利部統計處公布資料及衛生福利部統計資料。

視到之人次中，屬面訪之人次占總訪視人次之比率僅分別為 42.00%、42.07%、40.42%（表 12），與社區家訪要點規定訪視係以實際家庭訪視為主未盡相符。按家訪

之目標為早期發現社區精神疾病疑似患者，並轉介適當醫療院所確定診斷之精神疾病患者規則就醫，全國社區關懷訪視精神病人人次雖逐年增加，協助精神病人就醫次數，卻由民國 100 年度之 7,101 人次，減少為本年度之 4,646 人次，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)積極爭取增加關懷訪視人力預算及加強教育訓練；(2)推動「醫療機構精神病人社區照護品質提升計畫」，由醫院主動介入治療及追蹤。

2. 精神疾病嚴重病人之強制治療面臨困境，強制住院治療人數逐年下降，強制社區治療之個案數少：我國精神疾病嚴重病人強制住院案件，自民國 99 年度之 1,670 件，逐年下降至本年度之 677 件（表 13），依衛生福利部委託臺灣精神醫學會辦理本年度「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查作業計畫」期末報告指出，我國精神病人強制住院占一般住院人次比率，自民國 98 年度之 3.22%，降為民國 102 年度之 1.46%，

原因包含精神科醫師對於嚴重病人診斷定義嚴格度不一、強制鑑定及申請強制流程不熟稔、醫師業務繁忙等；審查委員審查重點不同、新聘委員審案經驗較少等；申請流程耗時、系統操作不熟悉、無設置專責人員、缺乏配套措施與誘因等，顯示我國精神疾病

嚴重病人接受強制住院治療，面臨許多困境。又我國精神疾病嚴重病人強制社區治療之人數，民國 100 至 104 年度分別為 40 人、56 人、63 人、48 人、70 人，占各年度全國嚴重病人數之比率僅分別為 0.97%、1.69%、1.62%、0.83%、1.23%，主要係精神專科醫師人力無法負荷、無多餘人力進行強制社區治療等，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)已持續透過教育訓練，凝聚審查共識；(2)將檢討修正強制社區治療實施方式，讓精神病人於社區接受治療。

3. 為提升社區精神照護品質，雖已辦理各項計畫，部分市縣仍有精神復健資源不足情形：西元 2001 年世界衛生組織（World Health Organization, WHO）針對精神健康服務供給與計畫，提出應發展社區照護，除可保障精神病人人權，減少污名化外，當病人將治療方式移轉至社區照護層級時，將使照護服務更具成本效益。為此，衛生福利部辦理「精神衛生機構團體獎勵計畫」及「補(捐)助公立及民間精神照護機構充實精神復健及精神護理設施經費計畫」，獎勵精神衛生機構、團體從事精神病人社區照顧、支持及復健服務，暨鼓勵精神照護資源不足地區日間型或住宿型精神復健機構及精神護理之家擴充服務量，充實相關設施，提升社區精神照護品質，經查截至民國 104 年底止，仍有金門縣等 7 個縣未設置日間型精神復健機構，計 15 個市縣登記服務量未達每萬人口 2 人；金門縣等 3 個縣未設置住宿型精神復健機構，計 5 個市縣登記服務量未達每萬人口 1 床（表 14），各該市縣精神復健資源缺乏，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)已建立市縣衛生局主動對社區精神病人提供追蹤、輔導之服務，以完善居家社

表 13 精神疾病嚴重病人強制住院及強制社區治療統計表

單位：件、%

類別 年度	強制住院		強制社區治療	
	許可數/案件數	許可率	許可數/案件數	許可率
99	1,584/1,670	94.9	26/26	100.0
100	1,164/1,211	96.1	39/40	97.5
101	1,182/1,221	96.8	52/56	92.9
102	735/772	95.2	62/63	98.4
103	680/728	93.4	44/48	91.7
104	634/677	93.6	68/70	97.1

註：1. 許可數為經精神疾病強制鑑定、強制社區治療審查會審查許可之案件數。
2. 資料來源：整理自衛生福利部委託臺灣精神醫學會辦理本年度「精神疾病嚴重病人強制鑑定與強制社區治療審查會審查作業計畫」期末報告。

區化復健服務；(2)將持續會同地方政府，鼓勵公、私立機構及民間團體設置精神復健機構。

4. **精神障礙者社區居住服務方案資源不足且分配不均，不利其回歸社區生活：**依衛生福利部國民心理健康促進計畫所列，「康復」及「社區融合」為精神病人復健之重要理念，強調其潛能，而非疾病治療，故精神病人社區復健應以社區融合為導向，需福利、勞政、衛政及教育之資源整合。經查衛生福利部於民國 104 年 4 月 20 日召開精神疾病防治諮議會第 6 次會議決議，基於衛生福利部社會及家庭署現行推動之「社區居住服務方案」立意甚佳，建議多加宣導。經查截至民國 104 年底止，全國設有 96 個社區服務據點，可服務身心障礙者之人數為 576 人，其中提供慢性精神病患社區居住服務者計有 9 個據點，分別設置於南投縣、彰化縣、嘉義縣、雲林縣、臺南市、高雄市等 6 個市縣，可服務人數合計 54 人，實際服務人數為 45 人，其中屬心智障礙者為 14 人，慢性精神障礙者為 31 人(表 15)，又全國有 16 個市縣尚無社區居住服務單位提供慢性精神病患服務，據衛生福利部社會及家庭署推估慢性精神障礙者社區居住需求數為 189 人，現有可服務量確有不足，經函請衛生福利部研謀改善。據復：(1)衛生福利部社會及家庭署透過每 2 年 1 次身心障礙社會福利績效考核，督導各市縣辦理社區居住服務情形；(2)積極輔導各地方政府設置社區居住服務，於預算額度內挹注資源發展服務。

表 14 民國 104 年底精神復健機構資源缺乏市縣明細表

單位：家、人、床

日間型精神復健機構				住宿型精神復健機構			
市縣	家數	可收治服務對象數	每萬人口服務量	市縣	家數	可收治服務對象數	每萬人口服務量
金門縣	—	—	0.00	金門縣	—	—	0.00
桃園市	4	175	0.83	連江縣	—	—	0.00
連江縣	—	—	0.00	嘉義縣	1	40	0.77
雲林縣	—	—	0.00	臺南市	7	165	0.88
新北市	5	188	0.47	澎湖縣	—	—	0.00
新竹市	2	66	1.52				
新竹縣	—	—	0.00				
嘉義市	1	28	1.04				
嘉義縣	—	—	0.00				
彰化縣	1	33	0.26				
臺中市	9	470	1.71				
臺北市	7	397	1.47				
臺東縣	—	—	0.00				
臺南市	3	160	0.85				
澎湖縣	—	—	0.00				

- 註：1. 依衛生福利部精神衛生機構團體獎勵計畫需求說明書，日間型機構登記服務量未達每萬人口 2 人、住宿型機構登記服務量未達每萬人口 1 床之直轄市、縣(市)，為精神復健資源缺乏地區。
2. 每萬人口服務量計算公式為：各市縣精神復健機構可收治服務對象數÷(各市縣人口數÷10,000)。又各市縣人口數係引用內政部統計處公布之內政統計年報資料。
3. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

表 15 民國 104 年底提供慢性精神病患者社區居住服務單位明細表

單位：個、人

市縣別	機構名稱	據點數	可服務人數	實際服務人數		
				合計	心智障礙	慢性精神障礙
合計		9	54	45	14	31
南投縣	社團法人南投縣康復之友協會	1	6	6	—	6
彰化縣	財團法人彰化縣私立慈恩社會福利慈善事業基金會	1	6	6	6	—
嘉義縣	社團法人嘉義縣精神康扶之友協會	1	6	5	1	4
雲林縣	社團法人雲林縣身心照護協會	1	6	6	5	1
臺南市	財團法人臺南市私立菩提林教養院	1	6	6	1	5
高雄市	社團法人高雄市心理復健協會	3	18	12	1	11
高雄市	社團法人高雄市耕馨身心關懷協會	1	6	4	—	4

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

5. **精神科醫院護病比相關規範不足，致有護病比過高情事：**依衛生福利部精神科醫院評鑑基準 2.3.7 條「護理時數合理」，C 等級之評量項目尚無對精神科醫院護病比有明確規範，

B 等級及 A 等級之評量項目雖已分別規範白班急性病房每位護理人員照顧病人數小於等於 10 人及 8 人，惟對小夜班、大夜班及全日護病比尚無規範。衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會（簡稱醫策會）辦理本年度「精神照護機構（含精神科醫院、精神科教學醫院、精神復健機構、精神護理之家）評鑑計畫」，要求醫策會彙整民國 102 至 104 年精神科醫院急性、慢性病房 3 班護病比現況。依醫策會調查結果報告，各精神科醫院民國 102 年 7 月至 104 年 7 月期間精神急性及慢性一般病床護理人員配置情形，護病比多有逾精神衛生護理學會所建議之護病比情事（表 16），顯示精神科醫院護病比相關規範不足，致

表 16 精神科醫院及精神科教學醫院民國 102 年 7 月至 104 年 7 月護病比與精神衛生護理學會建議護病比比較表

單位：人

類別		白班	小夜班	大夜班	3 班平均護病比
精神急性一般病床	精神衛生護理學會建議護病比（教學醫院）	≤9	≤12	≤15	1：12
	調查結果	7.68	16.96	19.71	1：12.36
	精神衛生護理學會建議護病比（非教學醫院）	≤10	≤16.6	≤25	1：15
	調查結果	9.73	19.65	24.06	1：14.27
精神慢性一般病床	精神衛生護理學會建議護病比（教學醫院）	≤23.8	≤50	≤50	1：36.6
	調查結果	32.05	50.95	59.26	1：43.01
	精神衛生護理學會建議護病比（非教學醫院）	≤38	≤50	≤50	1：45
	調查結果	35.01	58.28	69.37	1：49.19

資料來源：整理自衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會調查結果報告。

護病比過高，恐造成護理人員工作負荷過重，影響精神病患之醫療照護品質，經函請衛生福利部研謀改善。據復：已於辦理民國 105 年度精神科醫院及精神科教學醫院試評作業，增訂精神科病房之「全日平均護病比」條文，進行資料收集及試算，再行檢討修訂。

（四）衛生福利部為提升緊急醫療服務品質及效率，已辦理「提升急診暨轉診品質計畫」及「全民健康保險急診品質提升方案」，惟急診壅塞情形仍未有效紓解，亟待研謀改善。

衛生福利部為提升緊急醫療服務品質及效率，自民國 101 年度起辦理「提升急診暨轉診品質計畫」，本年度計畫經費 6,706 萬餘元，組織緊急傷病患轉診網絡，計 194 家急救責任醫院參與；衛生福利部中央健康保險署（簡稱健保署）為落實品質導向轉診制度及提升急診病人處置效率，自民國 101 年度起辦理「全民健康保險急診品質提升方案」，本年度計畫經費 1 億 6,000 萬元。執行結果核有：1. 推動 27 個轉診網絡，民國 102 年 7 至 12 月及民國 103 年度網絡外轉診人數分別計有 1 萬餘人、3 萬餘人，復於本年度調整修正為 14 個網絡，民國 104 年 1 至 8 月網絡外轉診人數仍有 1 萬餘人，網絡功能仍待加強；2. 規劃透過雙向轉診機制，由地區及區域醫院紓解部分大型醫院急診壅塞情形，惟民國 102 至 104 年度各網絡內轉入重度級急救責任醫院人數占網絡內轉診總人數之比率皆達 6 成，地區及區域醫院緊急醫療照護能力待加強；3. 民國 103 年度於醫學中心急診後，檢傷程度屬於一至三級且須入住病房之病人計有 65 萬餘人，其中有 18 萬餘人於入住病房前，急診治療時間超過 24 小時，比率為 30.16%，又民國 102 至 104 年度國立臺灣大學醫學院附設醫院及臺北榮民總醫院急診病人留院觀察或等待住院超過 24 小時

及超過 48 小時之比率均逐年增加，而高雄醫學大學附設中和紀念醫院則是急診病人留院觀察或等待住院超過 48 小時比率逐年增加（表 17），急診壅塞情形未有效改善，經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 業於民國 105 年 1 月 11 日召開急診轉診網絡工作檢討會議；2. 健保署於民國 105 年 2 月 18 日公告修正「全民健康保險急診品質提升方案」，將急診 48 小時滯留率 3 年「達零或小於同儕平均值」列入撥付獎勵金之門檻指標，並新增「醫學中心急診病患下轉住院獎勵費」及「急性醫療醫院醫師訪視獎勵費」；3. 健保署已函請分區業務組加強督導及管理急診留置率較高之醫院。

表 17 急診病患留院觀察或等待住院超過 24 或 48 小時比率逐年增加之醫學中心明細表

單位：%

醫院名稱	急診病患留院觀察或等待住院情形					
	超過 24 小時比率			超過 48 小時比率		
	102 年度	103 年度	104 年度	102 年度	103 年度	104 年度
國立臺灣大學醫學院附設醫院	25.47	27.15	27.86	14.30	15.86	17.71
臺北榮民總醫院	3.84	4.24	4.54	1.22	1.25	1.29
高雄醫學大學附設中和紀念醫院	6.15	10.03	6.94	2.78	3.50	3.70

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

（五）國內燒傷病床、燒傷加護病床數量及整形外科醫師人力不足，有待研謀改善。

民國 103 年 7 月 31 日發生高雄氣爆事件，共 340 名傷病患，民國 104 年 6 月 27 日發生八仙樂園粉塵暴燃事件，共 499 名傷病患。截至民國 104 年 8 月底止，全國各醫療機構分別設有燒傷病床 220 床、燒傷加護病床 92 床，合計 312 床，上開 2 事件所造成之傷病患數量，皆已超過全國燒傷（加護）病床之總數。又八仙樂園粉塵暴燃事件 499 名傷病患中，483 人經由全國 50 家醫院收治住院治療，其中 84 人係由未設置燒傷（加護）病床之 20 家醫院收治，餘 399 名傷病患，係由有設置燒傷（加護）病床之 30 家醫院收治，惟因傷患病人數過多，致其中 15 家醫院設置之燒傷（加護）病床數量合計 132 床，收治之傷病患數量合計 347 名，已大幅超出設置之燒傷（加護）病床數量（表 18）。

表 18 八仙樂園粉塵暴燃事件收治住院病患數高於燒傷（加護）病床設置數之醫院統計表

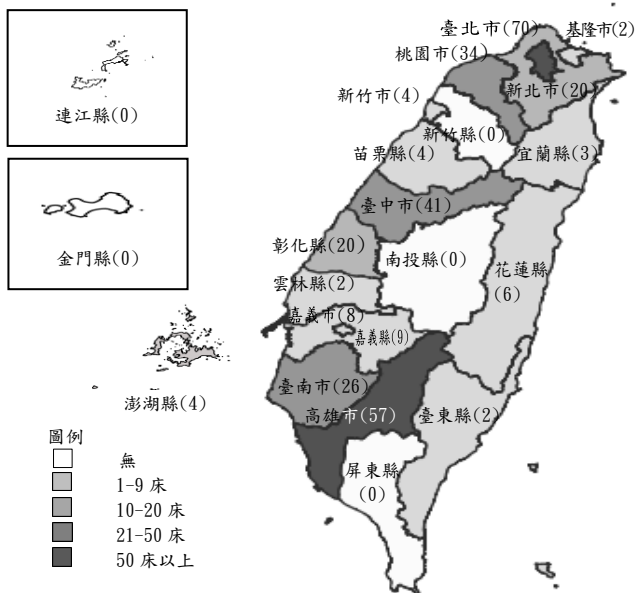
單位：人、床

醫院名稱	收治住院病患數	燒傷(加護)病床合計數	住院病患數高於燒傷(加護)病床設置數
合計	347	132	215
三軍總醫院	56	11	45
國立臺灣大學醫學院附設醫院	33	14	19
醫療財團法人徐元智先生醫藥基金會亞東紀念醫院	20	12	8
振興醫療財團法人振興醫院	12	6	6
長庚醫療財團法人基隆長庚紀念醫院	4	2	2
財團法人基督長老教會馬偕紀念醫院淡水分院	26	8	18
新光醫療財團法人新光吳火獅紀念醫院	26	3	23
臺北市立萬芳醫院—委託財團法人臺北醫學大學辦理	13	4	9
財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕紀念醫院	30	8	22
國泰醫療財團法人國泰綜合醫院	18	4	14
臺北榮民總醫院	40	20	20
長庚醫療財團法人林口長庚紀念醫院	49	28	21
衛生福利部桃園醫院	6	2	4
國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處	7	4	3
中國醫藥大學附設醫院	7	6	1

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

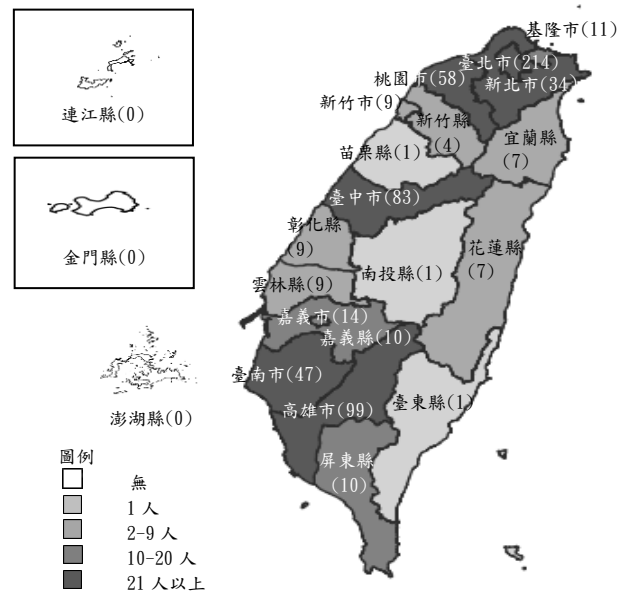
經查截至民國 104 年 8 月底止，嘉義縣等 15 個縣市設置燒傷（加護）病床數皆不到 10 床，其中屏東縣等 5 個縣未設置燒傷（加護）病床，國內燒燙傷醫療資源顯有不足且分布不均情形（圖 4）。又衛生福利部因應八仙樂園粉塵暴燃事件醫療照護需求，透過多重管道提供各醫療院所所需之人力資源協助，計 12 家醫院提出 28 位醫師需求，需求之醫師科別多為整形外科醫師。截至民國 104 年 12 月 7 日止，新竹市等 12 個市縣之整形外科專科醫師人數皆少於 10 名，其中金門縣、連江縣及澎湖縣皆無整形外科專科醫師，苗栗縣、南投縣及臺東縣僅有 1 名整形外科專科醫師，全國各市縣整形外科專科醫師人力分布不均，且部分市縣醫師人力不足（圖 5），經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 各醫院特殊病床之設置，經各衛生局評估後，如確有設置之需要，應協調所轄醫院依醫療機構設置標準辦理；2. 曾函文各地方政府衛生局，務必督導大型活動主辦單位注意緊急醫療救護規劃；3. 民國 104 及 105 年度整形外科專科醫師訓練容額，業已考量國內急重難醫療體系專科照護醫師人力需求及醫師工時等因素，調增至 26 名。

圖 4 各市縣燒傷病床及燒傷加護病床之床數分布圖



註：1. 各市縣括號內數字為各該市縣燒傷病床及燒傷加護病床合計床數。
2. 資料來源：依據衛生福利部提供資料（資料日期：民國 104 年 8 月 31 日），本部運用地理資訊系統（QGIS）繪製。

圖 5 各市縣整形外科專科醫師執業人數分布圖



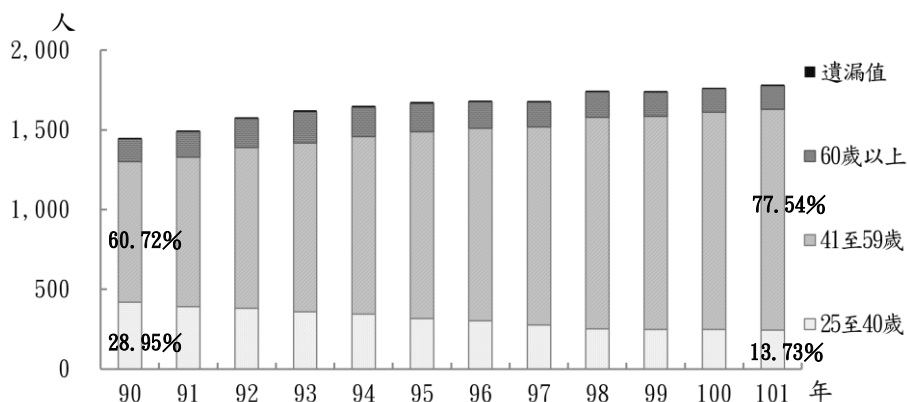
註：1. 各市縣括號內數字為各該市縣整形外科專科醫師執業人數。
2. 資料來源：依據衛生福利部提供資料（資料日期：民國 104 年 12 月 7 日），本部運用地理資訊系統（QGIS）繪製。

（六）衛生福利部已推動多項措施期提升孕產婦全程照護品質，惟我國婦產科別面臨醫師執業年齡偏高及斷層問題，緊急醫療照護處理量能仍有不足，允宜妥謀善策，以提升孕產婦醫療照護品質。

衛生福利部為改善婦產科醫師人力缺乏且不均問題，加強對孕產婦之醫療照護，持續推出多項措施補充婦產科醫事人力、提升孕產婦及新生兒之緊急醫療照護能力，暨推動友善多元溫柔生產醫院試辦計畫，期能提升孕產婦照護品質；國民健康署亦藉由提供孕婦 10 次產檢、乙型鏈球菌篩檢、產前遺傳診斷補助等措施，照護母嬰健康。經查各項計畫之辦理，核有：1. 我國

婦產科別因少子化導致之執業環境改變、給付制度未盡合理、工作時間長、醫療糾紛案件多等原因，影響醫師執業意願，據衛生福利部民國 102 年委託研究報告所載，婦產科主治醫師之年齡區間為 41 至 59 歲者之占比，由民國 90 年之 60.72% 逐年攀升至民國 101 年之 77.54%，25 至 40 歲之醫師占比則由 28.95% 降至 13.73% (圖 6)，推估至民國 111 年，婦產科專科醫師人力 60 歲以上者，將達 49%

圖 6 婦產科執業醫師人數及年齡分布情形圖



註：1. 係以具婦產科專科證書且執業登記為婦產科或一般科之主治醫師人數統計；遺漏值為醫師出生年月日不明者。
2. 資料來源：本部依國家衛生研究院民國 102 年「內、外、婦、兒及急診專科醫師人力評估及醫學生選科偏好評估計畫」成果報告資料自行繪製。

及斷層問題；2. 部分市縣具備中度級以上高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護能力之急救責任醫院家數仍有不足，其中連江縣、苗栗縣及南投縣等轄內甚乏醫院具備該等照護能力，而地形狹長且幅員廣闊之臺東縣、花蓮縣轄內亦各僅有 1 家醫院具備重度或中度級照護能力(表 19)，難以滿足民眾在地就醫之需求；3. 該部自民國 103 年度起試辦友善多元溫柔生產醫院計畫，提供國人多元生產照護選擇，惟因國人接受度普遍不足等，致計畫成效受限，復以本年度計畫歷經多次檢討修正仍未核定，肇致所編預算 2,000 萬元悉未執行，減損政府資源運用效益，亦影響政策執行之延續性；4. 國民健康署為降低孕產婦及嬰幼兒死亡率，早於民國 102 年 1 月間即規劃針對高風險懷孕婦女建立懷孕期至產後之完整追蹤機制，並對高風險兒童(如早產兒、低體重兒)提供追蹤關懷服務等，民國 103 至 104 年度合計編列預算 2 億 1,821 萬元，政策立意良善，惟相關計畫仍止於修正階段，本年度遲未核定辦理，所編預算連年未能執行，損及政府資源運用效率；5. 母嬰親善醫療院所認證家數及其出生涵蓋率均已逐年成長，國內現今執行產科服務之醫

表 19 各市縣具高危險妊娠孕產婦、新生兒照護能力之急救責任醫院家數統計表

單位：家

區域	市縣別	合計	重度級家數	中度級具重度級能力家數(註1)	中度級家數(註2)
臺北區	基隆市	2	1	—	1
	宜蘭縣	2	1	—	1
	臺北市	10	7	—	3
	新北市	8	4	1	3
	金門縣	1	—	—	1
北區	連江縣	—	—	—	—
	桃園市	1	1	—	—
	新竹市	2	1	1	—
中區	新竹縣	1	1	—	—
	苗栗縣	—	—	—	—
	臺中市	8	6	—	2
南區	彰化縣	3	2	—	1
	南投縣	—	—	—	—
	雲林縣	2	1	1	—
高屏區	嘉義市	2	1	—	1
	嘉義縣	2	2	—	—
	臺南市	3	2	1	—
東區	高雄市	4	4	—	—
	屏東縣	1	1	—	—
	澎湖縣	1	—	—	1
東區	花蓮縣	1	1	—	—
	臺東縣	1	—	—	1

註：1. 係中度級急救責任醫院，並具備高危險妊娠孕產婦及新生兒重度級能力之醫院家數。
2. 係中度級急救責任醫院，且通過高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質章節能力評定者。
3. 資料來源：衛生福利部公告之民國 104 年急救責任醫院名單。

療院所 3 百餘家中，基層診所約占 5 成，惟至民國 104 年底止，通過認證之基層診所占全國診所出生數涵蓋率仍僅 42.79%，相較於醫院達 9 成以上（表 20），仍有大幅成長空間等情事，經函請衛生福利部妥謀善策，並督促權責單位積極研謀改善。據復：1. 自民國 102 年起，已陸續辦理五大科住院醫師津貼補助、重點科別公費生計畫、推動生育事故救濟及籌辦醫療事故救濟制度，暨提高健保五大科別支付標準等多項措施，未來將持續監測婦產科招收率；2. 自民國 105 年起擴大辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務

表 20 母嬰親善院所認證家數、占比及出生數涵蓋率一覽表

單位：家、%

年	101		102		103		104	
	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所	醫院	診所
醫療院所家數（註 1）	169	197	169	187	163	172	162	166
通過認證院所	家數		占比		家數		占比	
	128	34	132	43	133	44	138	43
	75.74	17.26	78.11	22.99	81.60	25.58	85.19	25.90
	出生數涵蓋率（註 2）		占比		出生數涵蓋率（註 2）		占比	
	92.99	32.03	93.81	40.71	90.65	41.76	95.29	42.79

註：1. 係有執行產科服務之醫療院所家數。

2. 係通過認證之醫院（診所）出生人數占全體醫院（診所）總出生人數之比率。

3. 資料來源：國民健康署民國 101 至 104 年之母嬰親善醫療院所認證計畫認證結果分析報告。

獎勵計畫」，將重度級急救責任醫院納入支援醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務，並新增辦理「提升兒科急診醫療品質及資源整合計畫」，期增進兒科緊急醫療服務之即時性與可近性；3. 已邀集相關學會，研議計畫業務方向建議，並提高婦產科醫師及助產師（士）之獎助誘因；另研議將助產師服務納入健保孕產婦照護品質確保及諮詢服務計畫支付；4. 將邀集專家學者及地方衛生局就修正後計畫進行討論達成共識，預計民國 105 年度可執行部分預算；5. 已於地方衛生保健業務考評項目納入「鼓勵轄區院所參與母嬰親善認證」項目，並辦理相關計畫，加強輔導院所參與認證，針對全國接生數排名前 70 名之未曾參與或尚未通過認證之院所，列為優先輔導對象。

（七） 政府對於遭逢急難者已訂有相關社會救助制度，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升政府救助資源之運用效率。

衛生福利部為協助遭受急難民眾，獲得及時、有效之救助，訂有「衛生福利部急難救助金申請審核及核撥作業規定」及「馬上關懷急難救助作業要點」，以設置相關急難救助金。本年度編列預算計 3 億 8,846 萬餘元，執行結果，救助 15,200 人次，已提供部分弱勢家庭及時經濟紓困，惟查相關業務之執行，仍核有：1. 「馬上關懷急難救助作業要點」規範之救助對象係以負擔家庭主要生計責任者死亡、失蹤或罹患重傷病、失業或因其他原因無法工作，致家庭生活陷於困境者為主，核與「衛生福利部急難救助金申請審核及核撥作業規定」規範之救助對象為戶內人口死亡無力殮葬、遭受意外傷害或罹患重病、負家庭主要生計責任者失業或失蹤無法工作，致生活陷於困境者等存有高度重疊性，且民國 103 及 104 年度該部編列馬上關懷急難救助預算均為 3 億 8,471 萬餘元，執行率皆未達 8 成，惟衛生福利部急難救助預算為 445 萬餘元及 374 萬餘元，執行結果大幅超支，經費不足數均由馬上關懷急難救助預算流用支應（表 21），不利政府救助資源之運用，允宜研議整併之可行性，以提供民眾單一、適足之急難救助服務；2. 政府

現行急難救助制度除衛生福利部依上開規定設置之馬上關懷急難救助金及衛生福利部急難救助金等 2 項外，尚有各地方政府依社會救助法第 21 條規定

表 21 馬上關懷急難救助金及衛生福利部急難救助金預算執行情形及受益人次表

單位：新臺幣千元、%、人次

名稱 項目 年度	馬上關懷急難救助金						衛生福利部急難救助金				
	預算數	決算數	執行率	經費 流用數	經費 賸餘數	受益 人次	預算數	決算數	執行率	由馬上關 懷急難救 助實施計 畫流用數	受益 人次
103	384,718	287,363	74.69	54,886	42,468	16,218	4,459	14,605	327.54	10,146	1,039
104	384,718	299,964	77.97	31,494	53,258	14,197	3,746	16,445	439.00	12,699	1,003

註：1. 馬上關懷急難救助金決算數含撥付予各地方政府之行政事務費。

2. 馬上關懷急難救助金民國 103 年度經費流用數包括流用至衛生福利部急難救助金 1,014 萬餘元、小康計畫精神病患收治經費 3,777 萬餘元及低收入健保病患住院膳食費 696 萬餘元；本年度經費流用數包括流用至衛生福利部急難救助金 1,269 萬餘元及小康計畫精神病患收治經費 1,879 萬餘元。

3. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

設置之急難救助金、教育部學產基金設置之急難慰問金、國軍退除役官兵輔導委員會榮民榮譽遺眷急難救助、原住民族委員會輔助原住民急難救助等，各項急難救助機制分由中央不同部會及各地方政府執行，未能資訊共享，為避免民眾針對同一事由申請不同單位之急難救助金，而造成政府資源浪費，允宜建立急難救助資訊整合平臺，以利資源整合及資訊共享；3. 內政部於民國 99 年間設置「全國社會福利資源整合系統—馬上關懷急難救助子系統」，供地方政府承辦人員登錄馬上關懷急難救助申請個案相關資料，惟系統設計未臻周延，尚乏受理個案之訪視、核定及撥款日期等資訊，不利評核地方政府訪視及核定作業辦理進度等情，經函請衛生福利部檢討研謀改善。據復：1. 將適時邀集地方政府召開會議，研議馬上關懷急難救助與衛生福利部急難救助機制整合之可行性；2. 民國 105 年度完成建置「弱勢 e 關懷計畫全國社會福利資源整合系統擴充—急難救助資訊整合系統」，供承辦人員查詢馬上關懷急難救助、衛生福利部急難救助及地方政府急難救助等 3 項資訊，另將逐步擴充納入或介接其他部會執行之急難救助系統，以提升政府救助資源整體運作效益；3. 將於系統內增建個案訪視、核定及撥款日期等欄位，俾利控管各地方政府相關作業辦理進度。

(八) 政府持續推展失能老人日間照顧服務，惟國內整體資源普及度及服務量能仍待提升，間有部分市縣日照中心補助經費執行率欠佳等未盡周妥情事，允宜研謀改善，俾提供失能長者所需服務。

政府自民國 97 年起推動我國長期照顧十年計畫，積極佈建失能老人「日間照顧中心」(簡稱日照中心)提供社區式照顧服務，並自民國 103 年起推動「社區照顧關懷據點佈建日間托老服務計畫」，輔導現有社區照顧關懷據點試辦日間托老服務，以培養在地日間照顧服務提供單位之量能。本年度社會及家庭署編列預算 5 億 9,185 萬元補助各市縣政府辦理上開日間照顧及日間托老服務，服務人數約 4 千餘人。經查上開業務執行情形，核有：1. 截至民國 104 年底止，全國已有 179 個鄉鎮市區設置 233 處多元日間照顧服務資源，尚有 189 個鄉鎮市區仍乏日照服務資源(表 22)。另已設置多元日照服務之 179 個鄉鎮市區，經推估其中 94 個鄉鎮市區轄

內 65 歲以上失能人數為 1,009 至 7,481 人不等，惟僅設有 1 至 4 處日照服務單位，甚者，新北市中和區及永和區、桃園市中壢區等 3 區推估 65 歲以上失能人數達 5,000 人以上，卻僅設有 1 處日照服務單位，顯示國內整體日照資源普及度及服務量能亟待提升；2. 政府自民國 103 年度起規劃輔導社區照顧關懷據點擴大服務項目與時段，針對健康與亞健康老人，提供日間托老服務，以培養在地日照提供單位之能量，進而銜接發展失能老人日照服務，本年度核定補助各市縣政府 3,031 萬餘元，執行結果，至民國 104 年底止，全國計有 52 處據點提供日間托老服務。經查部分市縣鄉鎮市區老年人口較多，且社區照顧關懷據點資源較為充足，如：新北市三峽區等 9 個鄉鎮市區老年人口均達萬人以上，並設有 10 處以上之社區照顧關懷據點，惟尚乏日照服務（表 23），允宜積極輔導既有社區照顧關懷據點轉型開辦日間托老服務，以培植在地日間照顧服務量能；3. 民國 103 年度社會及家庭署核定補助地方政府辦理日照中心經費 4 億 347 萬餘元，實際執行 2 億 8,276 萬餘元，執行率 70.08%，其中桃園市等 8 市縣民國 103 年度經費執行率未達 7 成（表 24），經各該市縣政府說明，主要係日照中心用地無法取得、未及時完成地目變更、使用執照尚未通過等，原預計於民國 103 年度開設之日照中心未開辦，或延遲開設，致補助經費執行率欠佳，經函請社會及家庭署督

促檢討改善。據復：
1. 業定期邀集地方政府及相關部會召開日間照顧聯繫會議，並廣續鼓勵地方政府積極結合民間服務提供單位於資源不足之鄉鎮市區協力佈建社區照顧資源；2. 將輔導適合之據點辦理日間托

表 23 民國 104 年度各市縣鄉鎮市區老年人口達萬人以上並設有 10 處以上社區照顧關懷據點，惟尚乏日照服務者一覽表

市縣別	鄉鎮市區	社區照顧關懷據點數量
		單位：處
新北市	1. 三峽區	10
	2. 龍潭區	18
桃園市	3. 龜山區	12
	4. 八德區	15
	5. 蘆竹區	15
臺南市	6. 永康區	22
高雄市	7. 三民區	17
苗栗縣	8. 頭份市	13
	9. 苗栗市	12

資料來源：整理自政府資料開放平臺登載「我國各鄉（鎮、市、區）行政區域界線圖資」、社會及家庭署提供本年度社區照顧關懷據點位址清冊資料。

表 22 民國 104 年度各市縣鄉鎮市區設置日照服務情形表

單位：處

市縣別	鄉鎮市區數	日照服務資源設置情形	
		已設置區域數	未設置區域數
合計	368	179	189
臺北市	12	11	1
新北市	29	18	11
桃園市	13	4	9
臺中市	29	19	10
臺南市	37	18	19
高雄市	38	16	22
宜蘭縣	12	7	5
新竹縣	13	4	9
苗栗縣	18	7	11
彰化縣	26	9	17
南投縣	13	8	5
雲林縣	20	13	7
嘉義縣	18	7	11
屏東縣	33	12	21
臺東縣	16	6	10
花蓮縣	13	5	8
澎湖縣	6	2	4
基隆市	7	5	2
新竹市	3	3	—
嘉義市	2	2	—
金門縣	6	2	4
連江縣	4	1	3

資料來源：整理自政府資料開放平臺登載「我國各鄉（鎮、市、區）行政區域界線圖資」、社會及家庭署提供本年度日間照顧資源位址清冊資料。

表 24 民國 103 年度社會及家庭署補助地方政府辦理日間照顧服務經費執行情形表

單位：新臺幣千元、%

市縣別	核定數	執行數	執行率
合計	403,476	282,766	70.08
臺北市	40,643	32,298	79.47
新北市	37,347	28,951	77.52
桃園市	24,845	13,429	54.05
臺中市	55,555	39,977	71.96
臺南市	39,174	31,415	80.19
高雄市	26,591	14,900	56.04
宜蘭縣	18,765	13,289	70.82
新竹縣	8,770	6,808	77.64
苗栗縣	13,657	7,249	53.08
彰化縣	9,033	7,806	86.42
南投縣	17,455	12,163	69.69
雲林縣	32,568	28,553	87.67
嘉義縣	14,822	8,699	58.69
屏東縣	15,908	7,074	44.47
臺東縣	10,220	8,336	81.57
花蓮縣	9,174	34	0.38
澎湖縣	8,172	4,791	58.64
基隆市	3,084	2,533	82.13
新竹市	6,567	6,291	95.80
嘉義市	11,120	8,159	73.37
金門縣	—	—	—
連江縣	—	—	—

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

老服務，以落實政府社區照顧政策；3. 業召開聯繫會議督導各市縣政府強化經費執行成效，並責請各地方政府強化地方建管、地政、消防等跨專業之協調與溝通，以積極佈建日照資源。

(九) 政府持續輔導設置社區照顧關懷據點，促進長者身心健康，惟部分市縣據點普及度尚待提升，或存有業務執行欠佳等未盡周妥情事，允宜研謀改善。

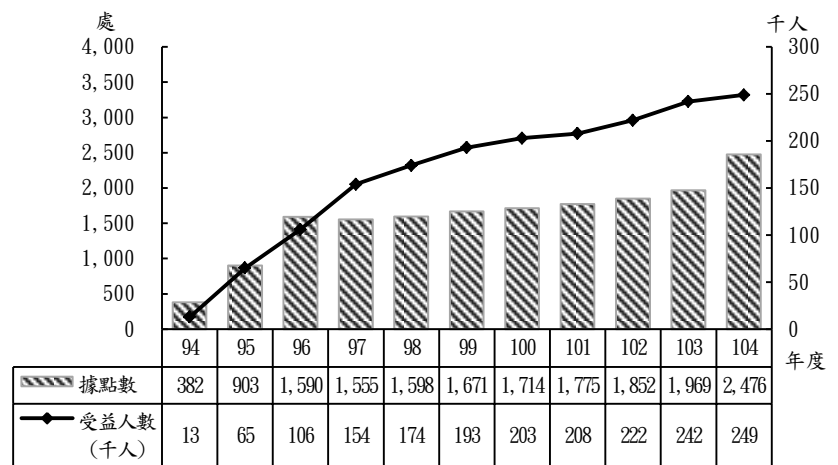
社會及家庭署為促進社區老人身心健康，落實預防照顧普及化及社區化，依據行政院民國 94 年 5 月 18 日核定「建立社區照顧關懷據點實施計畫」，持續補助地方政府結合村里辦公處及社會團體設置社區照顧關懷據點，以提供長者關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、健康促進活動等服務，本年度編列預算 2 億 7,000 萬元，經流用經費 2,063 萬餘元，實際支用 2 億 9,063 萬餘元。執行結果，本年度受益人數約 24 萬餘人，已提供民眾相當服務，惟查執行情形，核有：

1. 據社會及家庭署統計，全國社區照顧關懷據點設置數量已由民國 94 年底之 382 處，增加至民國 104 年底之 2,476 處（圖 7），本年度全國村里涵蓋率約 66.67%，其中雲林縣、嘉義縣、宜蘭縣、嘉義市等 4 個縣市本年度村里涵蓋率僅約 5 成，另臺北市等 8 個市縣轄內 30 個村里老年人口達千人以上，卻乏服務據點（表 25），亟待提升據點普及度及服務量能；

2. 社會及家庭署為督促各市縣政府確實瞭解各社區照顧關懷據點實際推動情形，已規範申請該署補助經費設置達 3 個月以上之據點，應由地方政府納入考核評鑑對象，惟民國 103 年度計有桃園市、宜蘭縣、彰化縣、嘉義市等 4 個市縣轄內 14 處據點以承辦單位內部人員更迭、志工人力及文書能力不足等為由，未依規定配合接受評鑑；

3. 據社會及家庭署統計，全國各市縣民國 102

圖 7 全國社區照顧關懷據點設置數及受益人數成長情形圖



資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

表 25 民國 104 年度老年人口逾千人且無社區照顧關懷據點村里一覽表

市縣別		村里	老年人口	市縣別		村里	老年人口
臺北市		1. 松山區龍田里	1,695	臺北市	16. 大安區義安里	1,077	
		2. 大安區民炤里	1,672		17. 松山區敦化里	1,093	
		3. 大安區民輝里	1,455		18. 大安區新龍里	1,087	
		4. 大安區光信里	1,402	新北市	19. 新店區公爺里	1,186	
		5. 大安區車層里	1,364		20. 三峽區龍學里	1,099	
		6. 大同區至聖里	1,352		21. 鼓山區明誠里	1,631	
		7. 大安區建倫里	1,310	高雄市	22. 鳥松區大華里	1,444	
		8. 大安區義村里	1,293		23. 鼓山區龍子里	1,443	
		9. 大安區黎孝里	1,273		臺中市	24. 豐原區社皮里	1,082
		10. 大安區古莊里	1,242	25. 竹東鎮榮華里		1,153	
		11. 松山區新聚里	1,224	新竹縣		26. 竹北市竹仁里	1,042
		12. 大安區敦煌里	1,215		27. 竹東鎮二重里	1,008	
		13. 大安區敦安里	1,211	花蓮縣	28. 吉安鄉北昌村	1,032	
		14. 松山區民福里	1,166		屏東縣	29. 屏東市瑞光里	1,235
		15. 大同區鄰江里	1,102	新竹市		30. 北區武陵里	1,084

資料來源：整理自政府資料開放平臺登載「全國村里界圖資」及「各村(里)戶籍人口統計月報表」、社會及家庭署提供本年度社區照顧關懷據點位址清冊資料。

至 104 年度各有 82 個、75 個、70 個據點撤點停辦服務，其中臺南市等 7 個市縣，因轄內承辦團體組織調整、志工人力流失、原有場地無法續供使用等，致 3 年度累積撤點數均達 16 個以上（表 26），甚有部分據點營運未滿 3 年撤點停辦，其接受補助購置之開辦設施設備移交各該市縣政府轄內社區活動中心使用，不利提升設施使用成效；

4. 政府已建置社區照顧關懷據點便民入口網站供民眾查詢利用相關資訊，惟多數據點並未登載每月特色活動或課程方案，且該網站登載之最新據點活動短片為民國 102 年度資料，復以表格形式呈現各市縣據點資料，尚乏據點位址之地圖空間資訊檢索功能，顯示資訊內容之完整性與即時性存有不足，不易吸引民眾關注據點服務訊息，及不利查詢所在區域內據點資源概況等情，經函請社會及家庭署督促研謀改善。據復：1. 將結合衛生福利部相關單位加強社區組織培力，並透過各市縣政府輔導，將老年人口數較高且未設置據點之村里列為優先設置據點區域，以提升村里涵蓋率；2. 將督請各市縣政府發展評鑑手冊或樣本，並規劃輔導課程，避免據點因評鑑文書能力無法負擔而不願配合；3. 業訂定撤點相關輔導流程及紀錄表單，責成各市縣政府落實據點輔導工作，適時提供據點承辦團體相關協助；4. 業規劃於民國 105 年度建置社區照顧關懷據點資訊平臺，並以國土資訊系統描繪據點分布情形，使民眾可透過該資訊平臺快速取得相關資訊。

（十） 政府推動身心障礙者輔具服務已略具成效，惟各地方政府受理輔具申請、補助費用審核及輔具中心人力配置等作業仍有未盡周妥情事，允宜督促檢討策進。

依據身心障礙者權益保障法第 52 條第 1 項第 7 款規定，各級及各目的事業主管機關應辦理補助科技設備及服務，以協助身心障礙者參與社會。經查本年度社會及家庭署運用公務預算 1,066 萬餘元及公益彩券回饋金 2,573 萬餘元，補助各地方政府設置 26 家輔具中心，受益人次達 495,273 人次，另各地方政府補助身心障礙者輔具費用 74,393 人次，補助經費 7 億 6,139 萬餘元，尚具成效。有關各地方政府受理輔具申請、補助費用審核及輔具中心人力配置等作業，仍核有：1. 各地方政府現行辦理輔具費用補助，除依身心障礙者權益保障法第 71 條規定辦理身心障礙者輔具費用補助外，尚有依同法第 26 條及失能老人接受長期照顧服務補助辦法第 3 條規定辦理之醫療輔具及失能老人輔具費用補助。各地方政府針對上開 3 項輔具費用之申請補助案件，係分由各衛生所、鄉（鎮、市、區）公所或輔具中心受理，民眾需赴多處諮詢及申請補助，爰社會及家庭署於本年度試辦整合上開 3 項補助之受理作業，由各鄉（鎮、市、區）公所擔任整合窗口，提供民眾整合式諮詢、受理及轉介服務，惟截至民國 104 年底止，尚有臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義縣、花蓮縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等 11 個市縣政府未能設置整合窗口，影響相關服務之便利性；2. 為控管身心障礙者同一項目輔具費用

表 26 社區照顧關懷據點累積撤點數達 16 個以上市縣一覽表

單位：處

市縣別	撤點數			
	合計	102 年度	103 年度	104 年度
臺南市	38	6	16	16
高雄市	16	8	3	5
宜蘭縣	18	4	7	7
南投縣	17	5	9	3
屏東縣	22	4	12	6
臺東縣	19	9	6	4
花蓮縣	16	12	—	4

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

補助於其使用年限內不得重複補助，社會及家庭署已建置「全國身心障礙福利資訊整合平臺輔具補助與服務系統」，供地方政府查對民眾輔具費用補助紀錄，惟查新北市、臺南市及嘉義市等 3 個市縣政府未落實辦理氣墊床輔具費用補助審核作業，致有部分案件之輔具未屆使用年限，仍核予補助之欠妥情事；3. 宜蘭縣、嘉義縣、連江縣等 3 個縣之輔具中心未配置專職輔具維修技術人員或社會工作人員；臺南市及連江縣等 2 個市縣之輔具中心，其配置之輔具評估人力未達法定人數（表 27），核與身心障礙者個人照顧服務辦法第 90 條第 2 項及第 3 項規範之輔具中心應設置之專業人力標準未合，影響輔具中心服務提供品質等情，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據復：1. 將檢視試辦結果並進行成效分析後，再逐步輔導其他市縣辦理；2. 將加強督導地方政府檢討改善輔具費用補助審核作業；3. 業將輔具中心人員任用符合身心障礙者個人照顧服務辦法所訂法規標準之情形，納入民國 105 年度中央對直轄市與縣（市）政府執行輔具工作成效查核指標，以督促各地方政府落實辦理。

表 27 民國 104 年度身心障礙者輔具中心專業人力不足情形表

單位：人

市縣別	104 年第 4 季身心障礙人口數	輔具中心名稱	應配置輔具評估人數	實際配置人數		
				輔具評估人員	輔具維修技術人員	社會工作人員
臺南市	96,182	臺南市輔具中心	7	5*	2	3
宜蘭縣	31,596	宜蘭縣輔具中心	1	2	0#	1
嘉義縣	38,804	嘉義縣輔具中心	1	3	0#	1
連江縣	476	連江縣輔具中心	1	0*	0#	0#

註：1. 表列「*」標記，係指輔具中心配置之輔具評估人員，未達身心障礙者個人照顧服務辦法第 90 條第 3 項規定，有關輔具評估人員之設置，以直轄市、縣（市）身心障礙人口數為基準，身心障礙人口數超過 3 萬人時，每增加 1 萬人，應增置 1 名之人數標準。

2. 表列「#」標記，係指輔具中心未依身心障礙者個人照顧服務辦法第 90 條第 2 項規定，配置輔具維修技術人員或社工人員等專業人員至少各 1 人。

3. 資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

（十一）二代健保實施以來，健保財務已獲改善，惟其制度設計及經營管理尚有未盡周全情事，允待研謀改善，以促進醫療資源合理配置，並增進公平性。

全民健保實施後，排除民眾就醫經濟障礙，大幅增進就醫之可近性，惟隨著國內人口老化，醫療需求漸增，加以醫藥科技不斷進步，致使醫療支出逐年成長，自民國 88 年度起，健保連續多年虧損，財務面臨危機。行政院為澈底解決健保財務問題，推動二代健保改革，於民國 100 年 1 月 26 日修正全民健康保險法，自民國 102 年起實施保費新制，截至民國 104 年底止，健保安全準備餘額達 2,288 億餘元，約當折合 5.10 個月保險給付支出，財務已獲改善，惟其制度設計及經營管理仍有下列未盡周全情事：

1. 為推動安寧療護社區化，讓重症末期病患得以返家善終，健保新增社區安寧療護給付，惟基層診所參與意願仍低，服務人數尚寡：衛生福利部自民國 85 年起推動安寧療護政策，20 年來已辦理住院安寧療護、安寧共同照護及安寧居家療護等 3 類安寧療護服務，讓重症末期病人得以獲得安寧療護之照顧。惟隨著我國邁入高齡化社會，多數長者希在地老化，返家善終，各界積極推動安寧療護社區化，健保爰自民國 103 年 1 月起新增乙類安寧居家療護給付（簡稱社區安寧療護），放寬醫事人員安寧療護教育訓練時數，以鼓勵社區基層院所就近提供安寧療護服務。又衛生福利部為發展本土性社區安寧療護服務模式，於本年度補助臺北市立聯合醫院忠

孝院區等 4 家醫院辦理「推廣安寧緩和醫療社區照護模式試辦計畫」，藉由受補助醫院整合醫療機構與長期照護機構，輔導發展安寧緩和醫療照護模式，建構以病人為中心之安寧緩和醫療照護網絡，核定補助經費 640 萬元。查相關業務之推動，核有：(1) 參與社區安寧療護之基層診所與服務人數，由民國 103 年之 32 家、32 人，至民國 104 年增為 103 家、525 人，已略有成長，惟其服務人數與住院、共同照護及居家安寧療護服務人數相距仍遠(表 28)，究其原因，主要係健保支付誘因較住院安寧仍低，基層診所復考量護理人力不足，或管制藥品取得及管理問題，導致參與意願不高，加以醫事人員訓練時數短，民眾對其服務品質亦有存疑等所致；次據衛生福利部民國 103 年委外研究指出，國外研究顯示居家安寧較住院或機構療護，可降低醫療費用、提高病患及其家屬滿意度，並提高病人在家善終之可能性，爰近年來國際間安寧療護往社區發展，惟國內安寧療護服務仍多由醫院提供，其中又以區域級以上醫院為多(表 28)，未符國外朝社區與居家發展之趨勢；(2) 據社會及家庭署統計，截至民國 104 年底止，

表 28 民國 104 年各層級院所安寧療護服務人數統計表
單位：人

類別 層級別	安寧療護	住院安寧 療護	安寧共同 照護	安寧居家 療護	社區安寧 療護
合計	37,545	11,381	30,748	7,661	525
醫學中心	19,327	5,410	16,655	2,088	—
區域醫院	16,966	5,282	13,603	2,665	274
地區醫院	1,994	929	1,039	221	55
基層診所	5	—	—	4	5
居家照護	2,732	—	—	2,729	197

註：1. 因部分病患於不同層級院所就醫，或接受不同類別安寧療護服務，爰各層級及各類別加總人數不等於合計數。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

全國長期照顧、安養機構收容人數計有 46,264 人，渠等為社區安寧療護服務之潛在需求族群，惟經中央健康保險署統計，民國 104 年社區安寧療護服務人數 525 人中，來自長期照顧或安養機構者僅 39 人，與全國長期照顧、安養機構住民人數相去仍遠，尚待加強推廣；又衛生福利部本年度補助辦

理「推廣安寧緩和醫療社區照護模式試辦計畫」，獎勵項目未予整合長期照護機構之誘因，影響社區安寧療護之推廣成效等情，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：(1) 中央健康保險署將持續與相關單位進行跨機關(單位)合作，並辦理民眾安寧療護之推廣及教育宣導工作；(2) 將修改計畫內容，要求醫院將長期照護機構納入安寧緩和醫療網絡之一環。

2. 保險對象出國停保已規範返國復保再次停保之期間限制，期衡平保險收支落差，惟停復保制度仍乏法源依據，亦未符自助互助之社會保險精神：全民健康保險法施行細則第 37 條第 1 項第 2 款規定，保險對象預定出國 6 個月以上，得辦理停保。衛生福利部為配合全民健康保險法於民國 100 年 1 月 26 日修正，研擬檢討健保停復保制度，嗣於民國 101 年 10 月 30 日修正之全民健康保險法施行細則，增訂第 37 條第 1 項第 2 款但書，明定出國停保者返國復保至少須 3 個月後始得再次辦理停保，以衡平停保者保險費收入與醫療費用之收支落差。據中央健康保險署統計，本年度於 1 年內返國復保又辦理出國停保之保險對象共計 5 萬餘人，全年保險費收入 3 億餘元，其中有就醫紀錄者為 4 萬餘人，健保醫療費用 2 億餘點(表 29)，保險費收入尚足以支應渠等醫療費用。惟查出國停復保制度尚未於全民健康保險法納入法源依據，適法性仍有疑慮；又我國全民健保屬強制性之社會保險，倘保險對象長期出國辦理停保，遇有傷病繳納小額保費辦理復保，即得與其他保險對象享有等同之保險給付，公平性易受質疑，亦未符自

助互助之社會保險精神，況部分國人出（返）國頻仍，一旦申請停保，短期內返國即須再辦理復保，作業繁複不便，不僅增加行政成本，且迭因民眾不諳規定而衍生爭端，經函請衛生福利部通盤檢討研謀改善，完善法制。據復：立法院已有委員提案修正全民健康保險法，將失蹤停保提高法律位階，同時廢止出國停保制度，將視法案審查情況及各界討論共識續處。

表 29 民國 102 至 104 年度全民健康保險短期復停保保險對象保險費收入及醫療費用統計表

單位：千人、新臺幣百萬元、百萬點

年度	項目 短期復停保 人 數	保險費收入	醫療費用點數
102	51	275	260
103	54	301	256
104	57	311	281

註：1. 短期復停保，係指於該年度中，原出國停保之保險對象於 1 年內返國復保又再次停保；醫療費用含申請點數及部分負擔。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

3. 保險對象境外分娩申請核退自墊醫療費用，一律視為「緊急」同意核退費用，與母法意旨存有落差，實務審查亦未臻嚴謹：全民健康保險法第 55 條第 2 款規定，保險對象於臺灣地區外就醫，得申請核退自墊醫療費用，惟為避免造成不當鼓勵保險對象前往國外就醫之效應，並合理節制長期旅居國外者之醫療資源利用，明定核退範圍僅限於不可預期之緊急傷病或緊急分娩之情形。據中央健康保險署統計，本年度保險對象境外就醫申請核退醫療費用核付件數 13 萬餘件，金額 3 億 4,174 萬餘元（表 30），其中分娩案件 427 件，金額 557 萬餘元。惟據中央健康保險署函示，保險對象於國外分娩，得從寬認定為「緊急分娩」，核與母法限於緊急分娩之意旨有所落差。次查，該署對於國外分娩申請自墊醫療費用核退案件，悉參照國內分娩合理住院日數，對自然產住院 3 天以下，剖腹產住院 5 或 6 天以下者，依保險對象實際接受住院之服務項目上限辦理核退，免送請醫師專業審查，剖腹產亦不問是否符合適應症，皆等同給付，殊欠合理，經函請中央健康保險署檢討研謀改善，俾維護有限之健保資源。據復：已修訂國外分娩申請核退案件相關函示，對於是否屬「計畫性生產」加以審查，並將加強審查。

表 30 民國 103 及 104 年度全民健康保險國外就醫自墊醫療費用核退申請及核付情形統計表

單位：件、%、新臺幣千元

年度	103				104			
	申請就醫 類別	申請就醫 件數	核付案件		申請就醫 件數	核付案件		核付金額
就醫件數 (註 1)			核付率	就醫件數 (註 1)		核付率		
合計	149,677	133,542	89.22	334,792	146,486	131,239	89.59	341,747
門診	136,569	121,894	89.25	153,625	133,323	119,496	89.63	157,732
急診	5,821	5,334	91.63	10,757	5,662	5,364	94.74	11,284
住院	7,287	6,314	86.65	170,409	7,501	6,379	85.04	172,730

註：1. 就醫件數：依保險對象申請核退之實際就醫件數計算之；單次申請案件可能包含 1 次以上之就醫件數。

2. 資料來源：整理自中央健康保險署網站及該署提供資料。

4. 為確保醫療資源之合理運用，二代健保已納入醫療科技評估應用於健保給付項目決策機制之法源，惟囿於補助經費規模，評估量能有限，人員留任亦不易，允待研謀改善，加強辦理新醫療服務之評估：隨著醫藥科技日新月異，藥物、醫療器材及技術等費用不斷攀升，加以人口結構老化等因素，致使各國醫療支出大幅成長，爰先進國家紛紛採行醫療科技評估（HTA），期合理分配有限之醫療資源。衛生福利部基於健保資源有限，自民國 96 年起委由財團

法人醫藥品查驗中心建立我國醫藥科技評估機制與作業流程，以協助健保新藥收載給付之評估，並於民國 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法（二代健保）納入醫療科技評估應用於健保給付項目決策機制之法源依據；至本年度止，計完成新藥（含突破創新性新藥）344 件、特材 19 件及新醫療服務 3 件等醫療科技評估案件（表 31）。有關我國醫療科技評估機制之推行，核有：(1) 當前國際間醫療科技評估機制運作較為成熟之國家，諸如英國 NICE、加拿大 CADTH、澳洲 PBAC 等，皆屬獨立機構，經費來源穩定，使業務得以順利運作。衛生福利部前於民國 102 年間委託醫藥品查驗中心成立我國「國家醫療科技評估中心籌備辦公室（NIHTA）」，期使我國醫療科技評估制度能完備發展，促進醫療資源有效運用，惟嗣考量國家財政，暫緩推動成立事宜，爰現階段仍採補助方式，由醫藥品查驗中心辦理醫藥科技評估相關計畫，本年度計畫經費 6,440 萬餘元。囿於補助經費規模，評估量能有限，迄今除新藥收載案件發展出較具系統性且正式之評估機制外，餘則仍待建立，對從事醫療科技評估研究之人員，亦乏持續性之工作保障，不利人員之留任；(2) 中央健康保險署為落實二代健保規定，已針對新藥、新特材及新醫療服務三大範疇辦理醫療科技評估，其中預估每年費用超過 1 億元之新藥及超過 3 千萬元之新特材，依衛生福利部補助計畫送請醫藥品查驗中心辦理評估，至新增醫療服務項目，除參考健保新醫療技術診療項目擇定原則辦理外，另須審酌年度預算，以委託研究計畫方式辦理，至本年度止計完成 3 案之評估，相較於新藥及特材醫療科技評估各已完成 344 案及 19 案，新醫療服務之評估項目仍寡，遑論對於現行健保給付項目進行檢討等情，經建請衛生福利部研謀改善。據復：(1) 持續推動醫療科技評估於衛生福利政策之應用，待國家財務改善，將積極協助推動獨立專責之醫療科技評估機構；(2) 自民國 106 年起新醫療服務項目之評估執行，將比照新藥及新特材辦理科技評估方式執行等。

表 31 財團法人醫藥品查驗中心歷年
健保醫療科技評估案件統計表
單位：件

年	新藥	突破創新性 新藥案	特材	醫療 服務
合計	283	61	19	3
96	18	—	—	—
97	44	—	—	—
98	37	—	—	—
99	33	3	3	—
100	24	9	2	—
101	20	8	2	—
102	28	18	1	—
103	34	14	3	2
104	45	9	8	1

註：1. 本表案件數係按完成年度統計。
2. 資料來源：整理自二代健保總體檢報告及財團法人醫藥品查驗中心提供資料。

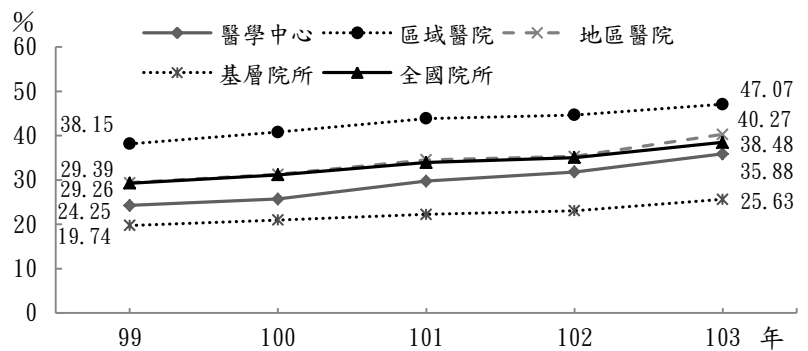
(十二) 健保糖尿病論質計酬方案提供患者完整之門診追蹤照護，有效降低住院醫療費用，惟收案照護面臨成長瓶頸，市縣間照護率落差甚巨，又照護對象再經慢性腎臟病疾病管理方案收案，衍生不必要之重複檢查，允宜研謀改善，以維國人健康，並擷節有限資源。

國民健康署（前行政院衛生署保健處）為提升醫療院所糖尿病照護品質，自民國 80 至 91 年間逐步於各市縣政府推廣建置糖尿病共同照護網，期藉由專業醫事人員間團隊合作，提供病人完整照護服務，以降低或延緩糖尿病患併發症與合併症發生；中央健康保險署亦自民國 90 年 11 月起試辦全民健康保險糖尿病醫療給付改善方案，期藉由健保支付誘因，引導院所提供糖尿

病患者完整及連續性之照護，並自民國 101 年導入健保支付標準（簡稱糖尿病論質計酬支付方案），民國 103 年度實際支用 4 億 5,110 萬餘點，收案照護 41 萬餘人。據中央健康保險署統計分析結果，民國 103 年收案照護對象平均每人門診醫療費用雖高於全國糖尿病患者，惟平均每人住院醫療費用則較全國糖尿病患者為低，顯示藉由該方案對糖尿病患者提供完整之門診追蹤照護，可有效降低病患住院醫療費用，惟仍核有下列待研謀改善事項：

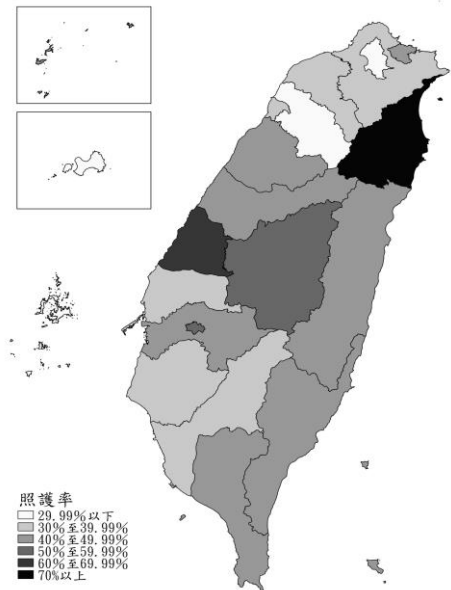
1. **糖尿病論質計酬支付方案收案照護面臨成長瓶頸，市縣間照護率落差甚巨，基層院所猶待加強：**近 5 年來（民國 99 至 103 年）健保糖尿病論質計酬支付方案收案照護人數呈緩步成長趨勢，收案照護率始終維持 3 成多，至民國 103 年止，全國糖尿病患經收案照護者 41 萬餘人，仍僅占符合收案條件對象 109 萬餘人之 38.48%（圖 8），方案收案面臨成長瓶頸；其中除宜蘭縣及彰化縣收案照護率達 6 至 7 成、嘉義市及南投縣達 5 成外，其餘市縣收案照護率均未及 5 成（圖 9），市縣間照護率落差甚巨。又以各層級醫療院所收案情形分析，糖尿病患符合收案條件人數最多之基層院所，其收案照護率 25.63% 卻為各層級院所中最低（圖 8），待進步空間仍大；揆其原因，主要係渠等糖尿病患就診規模小、病患就醫習性不利個案追蹤，復乏疾病管理經驗及完善支持網絡，且因成本考量未聘有合格個案衛教師及營養師等，形成參與障礙。鑑於糖尿病論質計酬支付方案可節省糖尿病患後續住院醫療費用，為維護有限健保資源，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：中央健康保險署監控院所收案率，並與衛生局溝通合作，以強化糖尿病共同照護網之運作；新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」支付標準，鼓勵未參與糖尿病論質計酬支付方案之院所，提供病患定期追蹤管理及檢驗檢查結果上傳等照護服務，擴大實質照護範圍；國民健康署已針對縮小市縣服務差異、加強院所服務質量等研採相關因應作為。

圖 8 健保糖尿病論質計酬支付方案收案照護率趨勢圖



註：1. 照護率 = 各層級（全國）院所糖尿病論質計酬支付方案收案照護病人數 / 各層級（全國）院所符合收案條件糖尿病患者人數。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

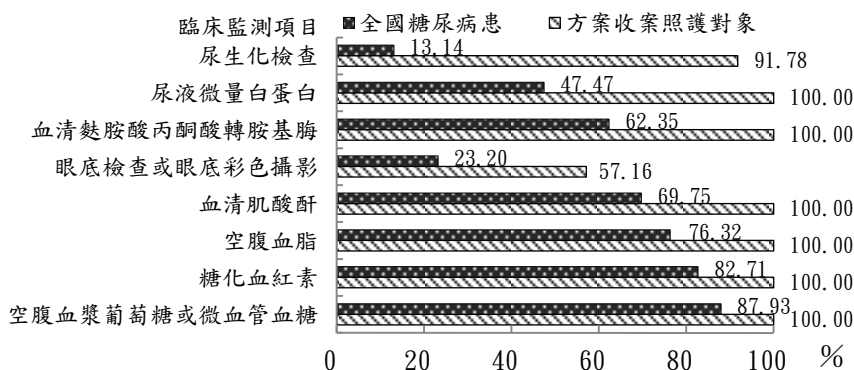
圖 9 民國 103 年各市縣糖尿病論質計酬支付方案照護率比較圖



註：1. 照護率 = 各市縣糖尿病論質計酬支付方案收案照護病人數 / 各市縣符合方案收案條件糖尿病患者人數。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

2. 糖尿病論質計酬支付方案照護病患多數臨床監測項目執行檢查率已達 100%，惟全國糖尿病患者執行檢查率仍有進步空間：按糖尿病患者應執行或建議執行之臨床監測項目，包括：眼底檢查或眼底彩色攝影、足部檢查、糖化血紅素、空腹血漿葡萄糖、空腹血脂、血清肌酸酐、血清麩胺酸丙酮酸轉胺基酶、尿生化檢查、尿液微量白蛋白等，以定期監測追蹤病情，減少併發症之發生。據中央健康保險署統計結果，民國 103 年經糖尿病論質計酬支付方案收案照護病患除「尿生化檢查」、「眼底檢查或眼底彩色攝影」等 2 項外，餘臨床監測項目執行檢查率均達 100%；反觀全國糖尿病患者，除「空腹血漿葡萄糖」、「糖化血紅素」、「空腹血脂」、「血清肌酸酐」等 4 項執行檢查率達 7 至 8 成

圖 10 民國 103 年全國糖尿病患者與糖尿病論質計酬支付方案收案照護對象臨床監測項目執行檢查率圖



註：1. 因全國糖尿病患係以門診明細檔擷取資料，惟該明細檔缺乏血壓及足部檢查欄位資料，爰無法比較執行檢查率。
2. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料。

外，其餘臨床監測項目執行率約為 1 至 6 成不等，未盡理想，其中又以「尿生化檢查」、「尿液微量白蛋白」等項目執行檢查率與糖尿病論質計酬支付方案收案照護者落差最巨（圖 10），顯示未經收案之糖尿病患者較難獲得完整之定期臨床監測，易增加病情惡化或併發症之風險。為使更多之糖尿病患者獲得完整之照護，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：國民健康署已將糖尿病人尿液微量白蛋白檢查率、眼底檢查執行率及糖尿病醫療給付改善方案照護率等 3 項指標納入地方衛生局考評標準，並透過補助地方慢性病照護網，強化基層衛生單位因地制宜規劃具體可行方案；另中央健康保險署已新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」支付標準，促使院所定期追蹤非收案個案，監測其臨床檢驗值。

3. 健保糖尿病及初期慢性腎臟病論質計酬支付方案均提供患者定期追蹤檢查及衛教服務，惟部分病患同時由兩服務收案照護，衍生不必要之重複檢查：中央健康保險署為強化糖尿病及腎臟病照護品質，延緩疾病併發症之發生，自民國 90 及 100 年起分別推動糖尿病及初期慢性腎臟病論質計酬支付方案，提供病患定期追蹤檢查及衛教服務。經交叉比對兩項方案民國 103 年收案照護對象，發現經初期慢性腎臟病論質計酬支付方案收案照護之 23 萬餘人中，再經糖尿病論質計酬支付方案收案者計有 9 萬餘人，約占初期慢性腎臟病論質計酬支付方案收案人數之 4 成，亦占糖尿病論質計酬支付方案收案照護人數 41 萬餘人之 2 成，渠等經由不同醫療團隊收案照護，因兩項方案必要檢驗項目多有重疊，造成民眾重複受檢，亦有浪費照護管理資源之虞，經函請衛生福利部督促研謀改善。據復：中央健康保險署已新增「糖尿病及初期慢性腎臟病個案資訊整合及鼓勵資料上傳」支付標準，以集中共病個案照護。

(十三) 疾病管制署為防治傳染病，已委託高風險市縣政府辦理登革熱等病媒防治計畫，並辦理流感疫苗接種計畫及督導開設類流感特別門診，惟地方登革熱防治量能與專業能力不足，多數類流感病患仍未有效引導至特別門診就診，亟待研謀善策妥處，以維國人健康。

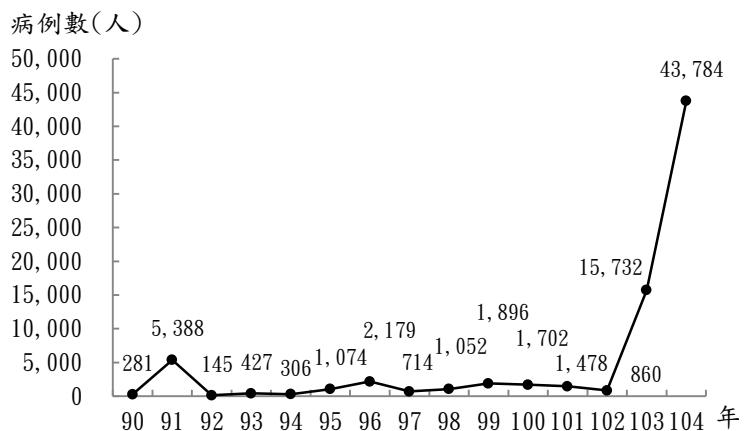
疾病管制署為辦理登革熱防治業務，民國 102 至 104 年度與臺南市、高雄市、嘉義縣、屏東縣、臺東縣及澎湖縣等 6 個高風險市縣合計編列防治經費 7 億 2,422 萬餘元（含動支第二預備金），其中該署委託渠等高風險市縣辦理登革熱防治經費合計 2 億 9,080 萬餘元。另該署鑑於流感大流行影響國民生命健康及國家安全至巨，辦理「我國因應流感大流行準備第二期計畫」（民國 99 年 6 月至 104 年 12 月），推動「疫苗之儲備及使用」、「流感抗病毒藥劑之儲備及使用」、「醫療體系之維持與量能提升」、「防疫物資之儲備」、「整體防疫量能之強化」等五大因應準備工作，民國 99 至 104 年度累計編列預算 12 億 5,994 萬餘元，實際支用 12 億 2,056 萬餘元。經查相關業務之推動，核有下列待研謀改善事項：

1. 地方登革熱防治量能與專業能力不足，民眾防疫知能亦待提升：自民國 103 年起國內接連兩年爆發登革熱大流行，民國 103 年病例數多達 15,732 例，民國 104 年更大幅攀升至 43,784 例（圖 11），疫情嚴峻為近年之最，其中又以高雄市及臺南市等高度都市化之熱帶區域最為嚴重。按登革熱防治策略，首

重病媒蚊監測與孳生源清除，前者監測需具備專業知識及經驗，後者亦需具備辨識孳生源是否確實清除之經驗及對民眾教育溝通之技巧。惟據該署統計結果，近年疫情嚴峻之高雄市及臺南市，配置專責防治人力皆未滿 10 人，一旦大規模疫情發生，多以聘用臨時人力支應防疫所需，防疫專業知能累積不易，且渠等民國 104 年每人平均僅施以 8 小時之訓練，即投入防疫工作，能

否滿足實務需求，存有疑慮，勢將影響防疫效能。次據該署民國 100 至 104 年間調查民眾防疫認知，每年仍約有 3 成上下民眾錯誤認知目前已有疫苗可預防登革熱，對於後眼窩痛等登革熱症狀認知度較低，民眾防疫認知仍待加強等情，經函請疾病管制署研謀改善。據復：民國 105 年除補助高風險市縣 2,200 萬餘元辦理登革熱防治計畫外，行政院已增加核撥中央統籌分配稅款 2,000 萬元予南、高、屏 3 市縣加強辦理登革熱防治工作、社區民眾認知提升相關活動、社區動員及媒體衛教宣導等，地方政府亦調度跨局處人員參與登革熱防治工作以因應疫情；並將透過多元管道加強民眾衛教溝通。

圖 11 全國登革熱病例趨勢圖



資料來源：整理自疾病管制署網站公布資料。

2. 部分高風險族群流感疫苗接種率仍待提升，多數類流感病患仍未有效引導至類流感特別門診就診：該署為降低流感併發重症或死亡，辦理流感疫苗接種計畫，提供 65 歲以上老人等高危險族群使用，民國 104 至 105 年流感流行季截至民國 104 年底止，使用約 284 萬劑疫苗，使用率達 96.5%。惟民國 104 年 7 月 1 日至 105 年 5 月 21 日止，全國累計 2,005 例流感併發重症確定病例、163 例死亡，其中未接種疫苗者約占 95.1%；又近 3 年來流感季 65 歲以上老人、3 歲以上至入學前幼兒之流感疫苗接種率，每年均僅約 4 至 5 成，顯示部分高風險族群接種率仍待提升。次查，該署為妥善分流類流感病患，避免造成疫情擴大，已請各市縣衛生局密切監控急診類流感病患就診情形，並督導轄區醫療機構開設類流感特別門診，據該署統計，農曆春節期間開設類流感特別門診之醫院家數及診次，已從民國 102 至 103 年流感季之 37 家、199 診次，增至民國 104 至 105 年流感季之 143 家、1,383 診次，惟民國 104 至 105 年流感季農曆春節期間，全國類流感病患於急診就診者 62,016 人次，為同期間類流感特別門診就診 23,532 人次之 2.64 倍；又同期間開設類流感特別門診之醫院其急診類流感病患就診人次計有 57,150 人次，亦為前開類流感特別門診就診人次之 2.43 倍（表 32），顯示多數類流感病患仍未有效引導至類流感特別門診就診，加重急診部門負荷，影響病患就醫品質及醫護人員照護負荷，經函請疾病管制署研謀改善。據復：已規劃自民國 105 年度起擴大流感疫苗接種計畫實施對象，並向行政院爭取動支第二預備金支應，另研議增加醫界協助接種之誘因、提高接種之可近性策略及加強風險溝通等措施，以確實達成預期之接種涵蓋率目標；囿於民眾就醫自由度高且多傾向至大型醫院就醫，落實分級醫療與轉診制度為紓解急診壅塞之根本，將持續與衛生福利部及中央健康保險署等相關單位密切合作，協助紓解急診類流感病患壅塞問題。

表 32 農曆春節期間類流感特別門診開設及就診情形統計表

單位：家、診次、人次

統計數據	流感季		
	102 至 103 年	103 至 104 年	104 至 105 年
開設醫院家數	37	145	143
開設診次	199	1,031	1,383
類流感特別門診就診人次	2,300	12,423	23,532
開設類流感特別門診醫院急診類流感病例就診人次	10,992	25,250	57,150
全國急診類流感病例就診人次	39,474	29,984	62,016

資料來源：整理自疾病管制署提供資料。

（十四）政府已將美容醫療機構納入管理，惟仍待參酌國際管理趨勢，研酌精進管理機制；又醫美機構違規情形仍多，違規醫療廣告裁罰金額與業者獲利未成比例，難以發揮遏阻之效，允待研謀改善，以保障民眾就醫安全。

近年來，美容醫學市場快速發展，截至民國 104 年底止全國執行美容醫療機構家數達 936 家（醫院 114 家、診所 822 家）。衛生福利部為強化美容醫療機構管理，已督請地方衛生局加強查核，並將渠等機構管理情形納入對地方衛生局醫政業務執行成效之督導考核重點，另公告「美容醫學處置同意書及說明書範本」等，期逐步健全管理制度。經查美容醫療機構之管理，仍核有：1. 我國現行未限制美容醫學執業科別，管理制度與美、日及韓等國類同，惟對於操作人員之美容醫學相關臨床經驗要求，與歐盟、日本及大陸地區相較，尚顯寬鬆（表 33），允待參酌國

際管理趨勢，研酌精進管理制度；2.衛生福利部自民國 103 年度將美容醫療機構管理，納入對地方衛生局醫政業務考評項目，訂有「美容醫學服務資訊明顯揭示」、「醫療儀器之維護、檢查、測試、保養或校正作業有無定期執行」及「機構內設立美容中心或部門」等 3 項考核指標，以引導地方衛生局加強稽查管理，各該項目經渠等實際查核結果不合格率分別為 4.61%、3.35%、5.42%，惟行政院消費者保護會於民國 103 年 12 月間針對臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市及高雄市等 6 市轄內 19 家美容醫療機構進行稽查結果(表 34)，衛生經營管理部分之 9 項稽查項目，僅 3 家機構全數合格，其中又以「美容醫學醫療處置項目之費用未揭示於機構」、「機構與提供美容服務之使用空間與醫療區域未有所區隔、明確標示」等 2 項違規者多達 9 家(約 47.37%)，違規情形仍多，有待加強督導地方主管機關落實醫美機構之管理；3. 違規醫療廣告，依醫療法及衛生福利部訂定之「違規醫療廣告處理原則」，應處新臺幣 5 萬元以上 25 萬元以下罰鍰，並依違規次數逐次提高罰鍰，如有違反醫療法第 103 條第 2 項者，

表 33 我國與歐盟、日本及大陸地區美容醫學管理制度比較情形表

國別(地區)	美容醫學管理制度
我國	1. 執業人員資格：執業醫師。 2. 專科醫師制度：無部定專科；中華民國美容醫學醫學會(非官方單位)會員入會 3 年以上及修滿 180 個學分，並按時繳納年會費及其他教育費用等，得以參加學會之專科醫師考試，及格者經理監事會審核通過，發予專科認證證書。 3. 民國 104 年 12 月 29 日修正「特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或管理辦法」： (1) 從事美容醫學手術、美容醫學針劑注射及美容醫學光電治療，需具專科醫師資格，且需受「感染控制」2 小時、「病人安全」2 小時、「醫學倫理」2 小時、基礎生命支持(BLS, Basic Life Support) 等教育訓練課程。 (2) 從事隆乳、自體脂肪乳房注射、削骨、拉皮、雙眼皮、眼袋、隆鼻、抽脂、植髮、生殖器官等手術操作醫師，具有下列資格： A. 需原專科醫師訓練已有相關美容醫學手術訓練；B. 原專科醫師訓練未受美容醫學手術訓練，但課程基準已包括 1 年外科訓練者，需參與手術達 10 例及參加學術講座達 4 小時；C. 原專科醫師訓練未受美容手術訓練，課程基準亦未包括 1 年外科訓練者，需補足相當於外科訓練 1 年時數訓練，並參與手術達 10 例及參加學術講座達 8 小時。
歐盟	法國與丹麥於整形外科下建立美容醫學次專科，美容手術僅能由註冊合格之美容醫學專科醫師執行。(歐盟中現階段規定最嚴謹為法國及丹麥)
日本	1. 執業人員資格：執業醫師。 2. 日本美容外科學會推出「專門醫認定制度」，但非屬政府認證制度，不具強制力；其申請資格，需經過住院醫師 2 年、經過認可之醫院、診所從事美容醫學研修 5 年，且有 500 件手術以上經驗，經過筆試及口試者。認證資格 5 年更新 1 次。
大陸地區	1. 執業人員資格：執業醫師。 2. 具從事相關臨床學科工作經歷。其中，負責實施美容外科項目醫師應具有 6 年以上從事美容外科或整形外科等相關專業臨床工作經歷；負責美容皮膚科項目醫師，應具有 3 年以上皮膚專業臨床工作經歷。 3. 經醫療美容專業培訓或進修合格，或已從事醫療美容臨床工作 1 年以上。

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

表 34 行政院消費者保護會民國 103 年 12 月稽查臺北市等 6 市轄內 19 家美容醫學機構查獲違規家數及比率統計表

單位：家、%

衛生經營管理稽查項目	違規家數	違規比率
美容醫學醫療處置項目之費用未揭示於機構	9	47.37
機構與提供美容服務之使用空間與醫療區域未有所區隔、明確標示	9	47.37
機構名稱、市招、廣告不符合規定	7	36.84
開立之收據不符合規定	6	31.58
販售之化粧品標示不符合規定	5	26.32
機構內醫事人員未合法登錄	3	15.79
同意書不符合規定	2	10.53
提供美容服務之瘦身美容業者未辦商業登記	1	5.26
提供美容服務者所發行之禮券未符合規定	1	5.26

註：1. 稽查臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市及高雄市等 6 市轄內 19 家美容醫學機構。

2. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

應從重裁處，同事項第 4 次處分者，並予停業或廢止開業執照處分，情節重大者，應併予廢止開業執照，惟民國 102 至 104 年（8 月底止）各市縣政府對於美容醫療機構違規醫療廣告案件，平均每件裁罰僅 5 萬餘元至 7 萬餘元不等，且多以最低之罰鍰金額 5 萬元裁處，復乏遭處停業或廢止開業執照之案件，相關罰則與業者獲利相較顯未成比例，難以發揮嚇阻之效等情，經函請衛生福利部研謀改善。據復：1. 已公告修正特定醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法，將美容醫學納入管理，並委外研究先進國家美容醫學管理規範或相關措施，供日後研擬政策之參考；2. 將加強督導地方主管機關落實美容醫學機構之管理；3. 已研擬修正醫療法第 104 條規定，加重罰則額度。

（十五） 政府為及時診斷早期治療降低失智症風險，已持續推動失智症防治照護政策，惟資訊揭露未盡即時便民，服務量能仍有不足，允宜研謀改善。

近年來國內人口快速老化，據衛生福利部民國 100 至 102 年度委託社團法人臺灣失智症協會辦理「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」調查結果，我國失智症盛行率為 8.04%，推估至民國 105 年，65 歲以上失智症長者約 25 萬餘人。行政院為延緩及減輕失智症對於社會與家庭之衝擊，並提供失智症患者及其家庭所需醫療照護，於民國 102 年 6 月 17 日訂頒「失智症防治照護政策綱領」，作為衛生福利整合計畫與施政之指導原則；並於民國 103 年 9 月 2 日核定「失智症防治照護政策綱領暨行動方案（民國 103 至 105 年）」，訂定 7 大策略、32 項具體行動方案及 92 項工作項目，分由衛生福利部、教育部、交通部等機關辦理，計畫總經費 17 億餘元，期及時診斷早期治療，降低失智症風險，並提供失智症患者及家屬優質服務，維持尊嚴及良好生活品質之目標。經查衛生福利部失智症防治照護相關工作之推動，核有：1. 該部為提供民眾失智症醫療照護資訊查詢管道，已函請地方衛生局盤點轄內服務資源，於網站公開相關資訊，並於該部官方網站揭露失智症醫療照護服務院所名單，惟市縣衛生局或未揭露相關資訊，或所揭露之資訊散置於機關網站，查詢不易，該部復未依各市縣資源現況適時更新網頁登載內容，亦未能統整衛政與社政資訊，未盡便民；2. 衛生福利部自民國 102 年度起辦理「長照資源不足地區建置失智症社區服務計畫」，規劃於全國 63 個長照次區域中，長照資源較為不足之 30 個次區域設置失智症社區服務據點，期早期發現失智症患者及早介入預防措施，延緩疾病之惡化，本年度核定補助經費 4,460 萬元，已設置 27 個失智症社區服務據點（表 35），服務 6,450 名失智症患者，惟非屬長照資源不足之 33 個次區域，仍乏早期積極介入之失智症前端預防服務，服務量能仍有不足；3. 國民健康署自民國 100 年起，於醫院層級推動高齡友善健康照護機構認證，民國 101 年再擴展至基層診所、長期照顧等其他健康照護機構，期提供長者友善支持之照護環境，截至民國 104 年底，全國已有 206 家機構通過認證（表 36），惟其中醫院層級即有 153 家，約占健保特約家數之 3 成；衛生所、長期照顧等其他健康照護機構則分別為 25 家、28 家，僅占全國家數之 6.76%、1.77%，涵蓋率尚微；至基層診所方面，自推動認證以來，僅 1 家診所提出申請惟未獲通過，顯示基層院所及長期照顧等其他健康照護

機構參與意願仍低，有礙政策目標之達成；4. 該部為建立以病人為中心之老年及失智整合醫療照護模式，辦理「老年及失智整合醫療照護模式獎勵計畫」，本年度核定補助經費2,000萬元，惟計畫服務對象、執行方式及補助範圍，與全民健保「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」有所重疊，有礙政府資源之有效配置等情，經函請衛生福利部研謀改善，並督促檢討妥處。據復：

1. 將請各市縣盤點醫療與照護資源，建置專屬查詢專區，並更新該部網站資訊；
2. 民國106年將移由長照發展基金持續辦理，以完成63個次區域均設有失智症社區服務據點；
3. 將持續推動社區型醫院與長照機構參與認證，透過社會及家庭署函文機構與輔導地方政府鼓勵轄內老人福利機構參與，並研議納入老人福利機構評鑑指標，與納入醫院評鑑指標之可行性，以強化參與誘因；
4. 未來將依據計畫執行情形，配合中央健康保險署辦理相關計畫，調整計畫內容，以避免重複獎勵項目。

表 35 民國 104 年長照資源不足地區失智症社區服務據點建置情形表

單位：個

市縣別	長照資源不足之次區域	次區域數	已設置失智症社區服務據點		未設置失智症社區服務據點	
			次區域	次區域數	次區域	次區域數
合計				27		3
基隆市	基隆	1			基隆	1
臺北市	西區	1	西區	1		
新北市	板橋、淡水、新莊	3	板橋、淡水、新莊	3		
桃園縣	中壢	1	中壢	1		
新竹市	新竹	1	新竹	1		
新竹縣	竹北、竹東、橫山	3	竹北、竹東	2	橫山	1
苗栗縣	海線、中港	2	海線、中港	2		
南投縣	竹山、埔里	2	竹山、埔里	2		
嘉義縣	嘉東	1	嘉東	1		
臺南市	永康	1	永康	1		
屏東縣	潮州、東港、屏東、恆春	4	潮州、東港、屏東、恆春	4		
花蓮縣	花蓮、玉里、鳳林	3	花蓮、玉里、鳳林	3		
臺東縣	大武、臺東、成功	3	大武、臺東、成功	3		
宜蘭縣	溪北、溪南	2	溪北、溪南	2		
雲林縣	西螺	1	西螺	1		
連江縣	連江	1			連江	1

資料來源：整理自衛生福利部提供資料。

表 36 民國 104 年高齡友善健康照護機構家數及占比統計表

單位：家、%

層級別	高齡友善健康照護機構家數	健保特約家數或全國家數	高齡友善健康照護機構家數占健保特約家數或全國家數之比率
合計	206	22,714	0.91
醫院	153	487	31.42
衛生所	25	370	6.76
基層診所	—	20,275	—
其他健康照護機構	28	1,582	1.77

註：1. 其他健康照護機構含長期照顧機構、安養機構、護理之家及榮民之家。

2. 資料來源：整理自國民健康署提供資料、衛生福利部及中央健康保險署統計資料。

(十六) 食品藥物管理署已逐年強化藥品品質管理機制，惟部分藥品退出市場，影響國內藥品供應，又醫療院所自行調製藥品管理機制未臻完備，藥典編修頻率及品項亦落後先進國家，允宜研謀改善，俾維護國人用藥安全。

藥品品質良窳攸關國人身體健康甚巨，食品藥物管理署為國家藥政管理機關，從藥品上市前透過查驗登記制度審查藥品之品質、安全與療效，至上市後以變更管理、新藥監視、不良反應與療效不等通報、市售品品質監測及生產源頭稽查管理等機制，確保藥品之安全、有效及品質。經查相關業務執行情形，核有：1. 該署近年參照國際管理趨勢，陸續實施藥廠應符合國際醫藥品稽查協約組織藥品優良製造指引（簡稱 PIC/S GMP）、西藥原料藥應符合藥品優良製造規

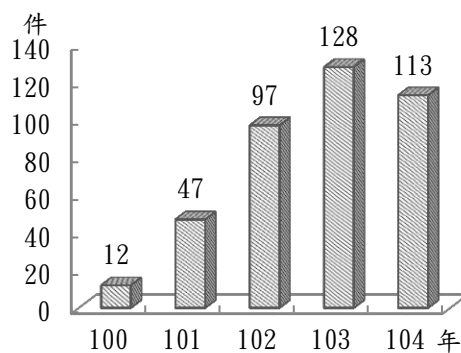
範（簡稱 GMP）、製劑許可證應檢附原料藥符合 GMP 相關證明文件並登錄原料藥來源，及不再生產（或輸入）者應辦理切結等品質管制措施，期加強原料藥管理，政策立意良善，惟部分藥品或因健保核價，或原料取得困難，或廠房未符 PIC/S GMP 等因素退出市場，據該署藥品短缺通報統計，通報案件數已由民國 100 年之 12 件，大幅增加

至民國 104 年之 113 件（圖 12），其中 24 件（約占 21.24%）經評估為無替代藥品，雖經該署持續協調處理，惟至民國 105 年 2 月底止，仍有 5 件藥品未獲解決；次據該署於民國 105 年 4 月間對藥品供應情形評估結果，民國 103 或 104 年健保申報年度用量逾 5 千顆，惟已切結不再生產之藥品許可證計 441 張，其中有供藥不足疑慮者計 18 張，已影響國內藥品供應及國人用藥權益；2. 醫療院所為臨床需求存有自行調製藥品情事，惟現行除調製風險較高之「斷層掃描用正子放射同位素」，訂有調製

作業要點及相關查核須知，並由該署每年定期辦理實地查核，暨化學治療藥品或特殊混合注射藥品，藉由醫院評鑑條文要求醫院自行訂定相關調劑及給藥作業程序等外，其餘調製品項之管理，僅以「藥品優良調劑作業準則」，對人員資格、處所面積、藥品調劑（製）及保存等為原則性之規範，相較於歐美先進國家對於藥品調劑使用之主成分原料藥與賦形劑、限制範圍、人員訓練及品質確認機制等訂有明確規範或指引，管理強度存有落差；3. 我國訂有中華藥典作為藥品品質管理及製藥產業之準繩，自民國 84 年第四版出版後，每 5 年出版 1 次，其間雖再以補篇增修品項，仍遠不及歐美先進國家更新頻率，收載品項相較於歐美先進國家，存有大幅落差（表 37），無法滿足實務需求等情事，經函請食品藥物管理署檢討研謀改善，以完備藥品管理機制，維護國人用藥安全。據復：1. 有供

藥不足疑慮之藥品，或已恢復供貨，或因國內需求量低，影響甚小，或有其他替代品項等，目前尚無藥品供應不足之疑慮，另已修正藥事法，明定藥商如有無法繼續製造、輸入或不足供應藥品之虞時，應至少於 6 個月前通報，並將持續透過監測，預防藥品短缺，減緩藥品供應不足之衝擊；2. 已委外辦理「醫院藥局調製藥品管理機制研擬計畫」，並將蒐集相關團體意見，參考歐美日及國際醫藥品稽查協約組織（PIC/S）等規範，強化查核管理辦法；3. 未來將採滾動式編修機制，即時公開新增修品項，另收載品項不足部分，擬規劃納入「藥健康—精進藥物全計畫生命週期管理計畫（民國 106 至 109 年度）」，分年完成編修。

圖 12 國內缺藥通報案件數統計圖



資料來源：食品藥物管理署本年度「藥品短缺通報暨評估處理機制」計畫成果報告。

表 37 我國與先進國家藥典更新頻率及收載品項比較表

藥典名稱	更新頻率	收載品項及數量			
		原料藥、賦形劑	製劑	生物用藥	通則正文及方法
中華藥典	5 年（補篇：5 年 1 至 2 版）	1,010	1,233	86	147
美國藥典	每年（補篇：1 年 2 版）	1,848	2,454	153	300
歐洲藥典	3 年（補篇：1 年 3 版）	1,850	30	295	22

註：1. 美國藥典、歐洲藥典係世界衛生組織（WHO）西元 2013 年資料。

2. 資料來源：整理自食品藥物管理署提供資料。

(十七) 公益彩券回饋金對於政府推動各項社會福利業務已有助益，惟其審核、運用及資訊揭露等作業未盡周延妥適，允宜研謀改善，以提升公益彩券回饋金運用成效。

政府為合理分配及運用公益彩券回饋金，訂有「公益彩券回饋金運用及管理作業要點」，其中有關推展兒童、少年、婦女、老人、身心障礙者等社會福利事項，係由衛生福利部主辦，民國 102 至 104 年度，獲配之公益彩券回饋金數額合計 36 億 7,070 萬餘元（表 38），相關收支納入社會福利基金預算辦理。該基金本年度公彩回饋推展社福計畫預算數 12 億 7,308 萬餘元，連同以前年度保留數 1,813 萬餘元，合計 12 億 9,122 萬餘元，決算審定數 13 億 8,647 萬餘元（包含以前年度計畫於本年度核銷數額），對於協助地方政府及民間團體等辦理各項社會福利推展計畫，尚具成效，惟查部分計畫之執行情形，核有下列情事：

表 38 衛生福利部獲配公益彩券回饋金推展社會福利事項數額表

單位：新臺幣千元

年度	獲配數額
合計	3,670,708
102	1,206,750
103	1,190,869
104	1,273,089

資料來源：整理自社會及家庭署網站資料。

1. 「提升政府公益彩券形象－社會福利公營造物補助計畫」審核作業未盡嚴謹，且待強化相關督導考核機制：衛生福利部為提供民眾多元服務環境，並協助地方政府活化既有社福公營造物，運用公益彩券回饋金受理申請公營造物之興（新）建、修繕或購置。經查民國 103 年度核定補助 20 案，其中 2 案因未有合適場地或無人投標而撤案；另 5 案因工程施工進度延宕、招標不順、建物占用水利用地等，至本年度仍未及執行完竣，需保留經費至民國 105 年度辦理（表 39），顯示受補助單位未審慎評估計畫之可行性及執行期程，社會及家庭署審核作業亦欠嚴謹，經函請該署檢討改善。據復：將加強審核機制，並逐年增加抽查公營造物案件數，定期追蹤列管成效。

表 39 民國 103 年度「提升政府公益彩券形象－社會福利公營造物補助計畫」執行情形表

單位：件、新臺幣千元

項目	核定補助情形	
	件數	金額
合計	20	48,040
已核銷	13	28,240
未核銷	5	15,200
撤案	2	4,600

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

2. 運用公益彩券回饋金辦理兒童權利公約施行法及身心障礙者權利公約施行法規範事項，未優先以公務預算經費支應：政府為實施聯合國於西元 1989 及 2006 年制定通過之「兒童權利公約」及「身心障礙者權利公約」，於民國 103 年 6 月 4 日及 8 月 20 日制定公布「兒童權利公約施行法」及「身心障礙者權利公約施行法」，並分別自民國 103 年 11 月 20 日及 12 月 3 日起施行。經查社會及家庭署為落實執行上開施行法規範事項，已擬訂「落實兒童權利公約推動計畫」及「落實身心障礙者權利公約推動計畫」，因上開施行法公布時，民國 103 及 104 年度預算均已編列完竣，爰申請公益彩券回饋金，並獲補助 1,142 萬元及 3,277 萬餘元（表 40），惟該署民國 105 年度

表 40 社會及家庭署辦理「落實兒童權利公約推動計畫」及「落實身心障礙者權利公約推動計畫」經費明細表

單位：新臺幣千元

項目	年度		
	103	104	105
合計	11,420	32,774	43,779
落實兒童權利公約推動計畫	6,960	17,487	21,897
落實身心障礙者權利公約推動計畫	4,460	15,287	21,882

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

仍未編列是項預算，據說明係因整體預算額度有限，基於整體政策考量，未獲納入，爰申請公益彩券回饋金補助，核與「兒童權利公約施行法」第8條及「身心障礙者權利公約施行法」第9條，執行公約相關事宜所需經費，應優先編列之規定未合，經函請社會及家庭署檢討改善。據復：嗣後將爭取優先編列公務預算支應執行公約所需經費。

3. 社會及家庭署網站已設置公益彩券回饋金專區，以利外界查詢相關資訊，惟待強化資訊之即時性及查詢介面之友善性：社會及家庭署為利外界瞭解公益彩券回饋金補助計畫審核及執行情形，業於該署網站設置公益彩券回饋金專區，以利各界查詢相關資訊。經查公益彩券回饋金專區各項資訊公開情形，核有該署遲至民國104年6月及民國105年2月始公開民國102及103年度之「公益彩券回饋金計畫執行情形績效彙總表」，且迄民國105年5月底止，尚未公開本年度相關資訊，另經檢視民國100至102年度公彩回饋金計畫執行情形績效彙總表，各年度核定補助之案件多達1千餘件，惟未依市縣別或福利別分類表達，亟待強化相關資訊之即時性及查詢介面之友善性等情，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據復：將加強更新資訊，並研酌將公彩回饋金計畫執行情形績效彙總表改以福利別分類呈現，以利外界查詢。

(十八) 菸品健康福利捐分配及運作辦法已納入資訊公開及監督管理機制，期提升資訊透明度及運用效能，惟資訊揭露品質參差不齊，監督管理機制迄未落實，亟待研謀改善。

政府為營造健康無菸之生活環境，維護國民健康，公布施行菸害防制法，依該法第4條規定徵收菸品健康福利捐，由衛生福利部與財政部會銜訂定菸品健康福利捐分配及運作辦法，規範其分配比率及運作方式等事項，本年度菸品健康福利捐分配數額計331億餘元。有關部分菸品健康福利捐用途項目執行率長期未達8成，未獲有效運用等，前經函請衛生福利部檢討研謀改善，並強化資訊透明度。嗣民國104年10月15日修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法，已明定各受配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受補(捐)助單位名稱與金額等相關資訊，應於次年4月前於網站公開；該部應就使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考等規定，以強化資訊透明度及建立監督管理機制。惟查菸品健康福利捐分配、運用及資訊揭露情形，核仍有：1. 國民健康署官方網站已建置「菸品健康福利捐」專區，連結各獲配項目之運用相關資訊，惟間有資訊表達形式不一，揭露事項各有不同，部分缺漏補(捐)助事項、受補(捐)助單位名稱及金額等規定應揭露事項，或乏年度獲配經費金額及執行數額等，揭露資訊品質參差不齊，不利民眾瞭解菸品健康福利捐分配及運用流向，亦難以彰顯運用效益；2. 菸品健康福利捐運用等相關考核指標及評分標準尚在研議中，監督管理機制遲未落實，待運用款項數額雖由民國102年度之138億餘元，降至本年度之106億餘元，呈逐年減少趨勢，惟仍有國民健康署獲配之「罕見疾病等之醫療費用」、衛生福利部獲配之「醫療資源缺乏地區」、行政院農業委員會獲配之「菸農及產業輔導」等3項，運用成效連年欠佳未獲改善(表41)，亟待及早完成建立菸品健康福利捐運用監督管理機制等情，經函請衛生福利部檢討研謀改善。據復：1. 將研酌以使用者觀點，規劃分配及運用資訊公開內

容，補（捐）助相關資訊將增列經費來源及分配用途等欄位，以供查詢；2. 擬委託公正團體擬定成效運用管理機制，使菸品健康福利捐使用更嚴謹。

表 41 菸品健康福利捐各用途別之獲配、執行及待運用款項情形表

單位：新臺幣百萬元、%

受配機關（基金）	用途別	102 年度			103 年度			104 年度			截至 104 年底止待運用款項
		獲配數	執行數	執行率	獲配數	執行數	執行率	獲配數	執行數	執行率	
合計		9,403	8,216	87.38	8,514	10,391	122.05	10,306	12,280	119.15	10,665
行政院農業委員會 （農業特別收入基金）	菸農及產 業輔導	200	0.03	0.02	—	2	—	—	2	—	794
衛生福利部 （醫療發展基金）	醫療資源 缺乏地區	885	559	63.16	818	612	74.78	1,054	766	72.73	3,756
	提升預防 醫學與臨 床醫學醫 療品質	530	781	147.36	163	980	598.57	547	1,625	296.82	896
疾病管制署 （疫苗基金）	補助經濟 困難者之 保險費	885	875	98.87	1,146	788	68.80	1,150	1,774	154.28	1,031
中央健康保險署 （全民健康保險 紓困基金）	罕見疾病 等之醫療 費用	2,124	2,083	98.07	1,964	1,838	93.58	1,874	1,868	99.71	403
國民健康署 （菸害防制及衛 生保健基金）	罕見疾病 等之醫療 費用	180	180	100.00	180	180	100.00	180	180	100.00	—
	癌症防治	528	295	55.87	474	333	70.16	561	352	62.79	852
	菸害防制	1,947	1,473	75.65	1,801	3,279	182.06	2,443	3,221	131.87	837
	衛生保健	1,062	1,058	99.62	982	1,215	123.70	1,219	1,311	107.53	1,661
	衛生保健	1,062	912	85.88	982	1,162	118.28	1,276	1,177	92.25	431

註：1. 本表未列入無待運用款項之用途項目。

2. 待運用款項包含菸品健康福利捐所衍生之利息收入及雜項收入。

3. 資料來源：整理自國民健康署提供資料、各該基金民國 102 至 104 年度附屬單位決算。

（十九） 衛生福利部及所屬依法或業務需要應負擔之費用，因預算編列不足等因素，積欠健保及國保金額龐鉅，允宜籌謀適足財源因應，以維繫其財務健全。

衛生福利部及所屬依法或業務需要，委由中央健康保險署代辦愛滋病檢驗預防及治療、預防保健服務、3 歲以下兒童醫療補助等多項醫療補助款之申報、審查及核付事宜，各該機關分別自民國 96、97、99 年度起，所編預算即無法足額支應所需經費，不足數額悉由健保代墊，截至民國 104 年底止，累計積欠數額分別為 85 億餘元、29 億餘元、10 億餘元（表 42）。又依民國 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法第 3 條規定，政府每年度應負擔之保險經費，在於菸品健康福利捐等法定收入之外，不得低於全部保險經費之 36%，不足部分由衛生福利部編列預算撥補，惟自民國 102 年度實施以來，因該部所編預算不足，加以全民健康保險法對於政府應負擔健保經費之計算基礎定義未臻明確，衍生該部與行政院主計總處計列歧異，經本部促請行政院查明妥處後，於民國 104 年 5 月確立處理原則，經重新計算不足數額，該部應增加負擔健保經費，連同原預算編列不足額，截至民國 104 年底止，累計待撥補數額高達 679 億餘元（表 42）。另依國民年金法第 47 條規定，衛生福利部應負擔之國民年金保險費及相關款項，亦因預算編列未足額，截至民國 104 年底止，仍有 204 億餘元待清償（表 42）。綜上，該部及所屬累計待撥補數額合計已高達 1,009 億餘元，欠款金額龐鉅，若以民國 105 年度法定預算編列數額觀之，除 3 歲以下兒童醫療補助、政府應負擔國民年金保險費及相關款項外，餘年度預算編列數額均低於積欠數額，難於 1 年內清償完竣。又除社會及家庭署 3 歲以下兒童醫療補助，據說明預計可於民國 105 年度清償欠款外，愛滋病檢驗預防及治療費用、預防保健服務費用暨政府應

負擔之國民年金保險費及相關款項等欠款，或已擬訂還款計畫尚待行政院審查，或仍乏還款財源而未能獲償；至政府應負擔健保經費不足數額，雖預計於民國 105 至 108 年度分年編列預算撥付，惟本年度數額，係暫依民國 104 年 12 月 15 日修正之全民健康保險法施行細則第 45 條定義計算，尚未經立法院備查，屆時尚未獲同意溯自本年度實施，該部應負擔之健保經費不足數額恐將再增加逾百億元。經函請衛生福利部本主管權責，積極洽請權責機關

表 42 衛生福利部及所屬積欠健保、國保項目及金額情形表

單位：新臺幣百萬元

欠款項目	欠款單位	欠款年度	累計欠款金額			104 年度實際支用數	105 年度預算數
			104.12.31	103.12.31	金額增減		
合計			100,990	41,173	+ 59,816	74,578	83,059
政府負擔健保經費不足法定 36% 差額	衛生福利部	102 至 104	67,916 (註 1)	14,597 (註 1)	+ 53,318	41,725	52,000
政府負擔之國民年金保險費及相關款項		104	20,494 (註 2)	15,621 (註 2)	+ 4,873	24,852 (註 2)	23,900
愛滋病檢驗預防及治療費用 (註 3)	疾病管制署	102 至 104	8,510	6,340	+ 2,170	3,649	1,625
預防保健服務費用 (註 4)	國民健康署 衛生福利部 (註 4)	102 至 104	2,994	3,213	- 218	2,494	2,430
3 歲以下兒童醫療補助	社會及家庭署	103	1,073	1,400	- 326	1,856	3,104

- 註：1. 民國 103 年底列數，係依行政院原認列標準列示。惟依行政院民國 104 年 5 月 15 日召開協商會議結論重新計算後，民國 102 及 103 年度短列數合計 489 億餘元，於本年度補列入帳；民國 104 年底列數，暫依民國 104 年 12 月 15 日修正之全民健康保險法施行細則第 45 條定義計算。
2. 表列累計欠款金額，含中央應負擔保費、短期週轉金及利息；「104 年度實際支用數」，係衛生福利部依國民年金法規定應負擔之保費、年金差額、人事及行政管理經費，加計遲繳利息後，扣除以公益彩券盈餘支應部分之數額。
3. 包括孕婦全面篩檢愛滋計畫之檢驗費、愛滋病患者之醫療費用、性病病患全面篩檢愛滋計畫之檢驗費、愛滋病防治替代治療計畫費用。
4. 包括兒童預防保健、孕婦產前檢查、成人預防保健、兒童牙齒塗氟等服務費用。兒童塗氟服務業務自本年度起移由衛生福利部（心理及口腔健康司）辦理。
5. 資料來源：整理自中央健康保險署提供資料；資料日期：民國 105 年 5 月 9 日。

籌謀適足財源因應，以維繫健保及國保財務之健全。據復：疾病管制署已將還款計畫編列於「愛滋防治第六期五年計畫」（民國 106 至 110 年），分 5 年平均攤還，刻正報院核定中；國民健康署將規劃「第二期預防保健服務計畫」（民國 107 至 110 年），積極爭取預算以攤還不足額經費；兒童牙齒塗氟預防保健服務不足數，已積極向行政院申請額度外預算，經行政院函請該部檢討由菸害防制及衛生保健基金支應；應負擔之國民年金保險費及相關款項不足數，將持續向行政院爭取依法調增營業稅徵收率 1%；應負擔健保經費不足法定 36% 差額，已於民國 105 年度起分 4 年編列預算攤還民國 102 至 104 年度不足數，將持續確保如期完成撥補。

（二十） 政府持續辦理托育管理及育兒津貼福利業務，惟原編預算不敷實際需求，或未能有效推估津貼請領人數，致連年以同一事由動支第二預備金，亟待研謀改善，以利計畫執行。

政府為營造普及托育環境，自民國 97 年度推動「建構友善托育環境—保母托育管理與托育費用補助實施計畫」（民國 104 年修正為「建構托育管理制度實施計畫」），辦理托育管理及托育費用補助；另為強化家庭照顧功能，建構完整 0 至 2 歲兒童照顧體系，自民國 101 年度推動「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，依民眾家庭經濟狀況發放不同額度之育兒津貼。有關前內政部兒童局推動上開 2 項計畫，自民國 101 年起連年動支第二預備金支應所需經費，不利計畫之推展，前經本部函請社會及家庭署檢討改進，經說明業參據民國 102 年度決算數及國家發展委

員會人口推計報告，審慎推估本年度所需經費，並積極爭取經費。惟查社會及家庭署民國 103 及 104 年度編列「建構托育管理制度實施計畫」預算 9 億 6,086 萬元、12 億 1,368 萬餘元；「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」預算 39 億 8,100 萬元、45 億 5,867 萬餘元。實際執行結果，上開 2 項計畫所編預算均不敷支應所需，民國 103 及 104 年度合計流用經費 1 億 2,131 萬餘元，並動支第一預備金 200 萬元、第二預備金 28 億 1,527 萬餘元，截至民國 104 年底止，尚有待撥補地方政府之經費不足款項合計 1 億 7,420 萬餘元（表 43）。據說明，主要係行政院主計總處衡酌國家整體財政，匡列基本預算需求，及因各項津貼請領人數干涉生育率、勞工請領育嬰留職停薪津貼、父母就業異動情形等影響因素，尚難準確推估請領人數等所致，經函請社會及家庭署廣續研謀改善。據復：已積極向行政院主計總處爭取預算因應，儘可能避免再動支第二預備金；或改依國家發展委員會人口推計報告之高推計推估所需經費；或調整中央與地方財力分攤方式，逐步改依地方財力級次作為補助依據，提高地方政府自籌比例，以符實際需求，並健全計畫財務狀況。

表 43 建構托育管理制度實施計畫及父母未就業家庭育兒津貼實施計畫預算編列及執行情形表

單位：新臺幣千元

計畫別	103 年度					104 年度					
	預算數	經費流用數	動支第二預備金	實際執行金額(註 1)	待次年度撥補地方政府金額	預算數	經費流用數	動支第一預備金	動支第二預備金	實際執行金額(註 1)	待次年度撥補地方政府金額
合計	4,941,860	45,054	1,746,000	7,005,611	272,697	5,772,365	76,263	2,000	1,069,277	7,094,110	174,205
建構托育管理制度實施計畫	960,860	13,054	624,000	1,634,730	36,816	1,213,688	1,263	—	491,114	1,708,515	2,450
父母未就業家庭育兒津貼實施計畫	3,981,000	32,000	1,122,000	5,370,881	235,881	4,558,677	75,000	2,000	578,163	5,385,595	171,755

註：1. 係社會及家庭署當年度實際補助金額、地方政府先行墊付數之合計數。

2. 表列實際執行金額不含地方政府自籌經費部分。

3. 資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

(二十一) 醫療發展基金部分業務計畫預算執行率連年低落，又全民健康保險紓困基金協助弱勢族群排除就醫障礙計畫，惟部分市縣執行率未及 8 成，亟待檢討改善，以提升政府資源運用效率與效益。

政府為落實全民健康保險制度，加強國民衛生保健，照顧弱勢族群之醫療照護，提供國民健康照護保障，依據醫療法、全民健康保險法、傳染病防治法、藥害救濟法、菸害防制法、食品安全衛生管理法等規定，設立健康照護基金，下設醫療發展基金、全民健康保險紓困基金、預防接種受害救濟基金、藥害救濟基金、菸害防制及衛生保健基金、疫苗基金及食品安全保護基金等 7 個分基金。經查該基金部分業務計畫預算執行率偏低，核有下列待研謀改善事項：

1. 醫療發展基金部分業務計畫，未能適時辦理前置規劃作業，迭因規劃不及延宕辦理，預算執行低落，損及計畫執行成效：衛生福利部為促進醫療事業發展，提升醫療品質與效率及均衡醫療資源，依據醫療法規定設立醫療發展基金。經查該基金本年度列有「獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼計畫」等 8 項業務計畫，合計預算數 53 億 8,878 萬餘元，經醫療發展基金審議小組審議通過核定計畫經費 40 億 3,671 萬餘元。執行結果，實支數 32 億 4,078 萬餘元，

約占核定計畫經費之 80.28%，僅占年度預算數約 60.14%，預算執行率偏低(表 44)；各業務計畫中，「提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫」、「健康照護績效提升計畫」及「推動弱勢族群醫療照護計畫」等 3 項預算執行率連年未達 8 成，執行績效欠彰(表 45)。究其原因，除因考量菸品健康福利捐獲配收入不足，刪減本年度部分計畫經費，及部分計畫申請人數未如預期等外，間有計畫延至年中始提報基金審議小組審議，復歷經多次修正始通過審查，不僅嚴重壓縮執行期程，甚有延至次年度始辦理，甚或停辦，預算悉未執行等情事，顯示計畫前置規劃作業未能適時辦理，迭因規劃不及延宕計畫執行，預算執行低落，

不僅損及政府資源運用效率，亦影響計畫執行成效，經函請衛生福利部檢討改善。據復：民國 105 年度各項計畫之審查作業已於民國 104 年底辦理完成，並要求各計畫加速先期作業與行政簽核程序，以加強管控計畫之收支作業執行進度。

2. 全民健康保險紓困基金運用公益彩券回饋金提供地方政府辦理補助轄內經濟弱勢民眾就醫費用相關計畫，經費執行率達 8 成，惟仍有部分市縣因補助資格認定困難，執行率偏低，影響計畫執行成效：衛生福利部為協助經濟弱勢者排除就醫障礙，維護弱勢族群健康，自民國 97 年度起，逐年申請公益彩券回饋金辦理「協助弱勢族群排除就醫障礙計畫」，納列全民健康保險紓困基金收支預算辦理；本年度獲配金額 2 億 8,637 萬餘元，其中用以供市縣衛生局申請辦理補助轄內經濟弱勢民眾就醫相關費用計畫經費 3,502 萬餘元。執行結果，計補助 20

表 44 民國 104 年度醫療發展基金業務計畫預算執行情形表

單位：新臺幣千元、%

項目	預算數	計畫核定數	實支數	實支數占預算數比率	實支數占計畫核定數比率
合計	5,388,782	4,036,715	3,240,787	60.14	80.28
獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼計畫	12,000	12,000	3,855	32.13	32.13
提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫	750,000	615,813	529,154	70.55	85.93
健康照護績效提升計畫	3,231,571	2,439,597	2,116,037	65.48	86.74
推動弱勢族群醫療照護計畫	646,214	562,930	235,850	36.50	41.90
心理及口腔健康品質提升計畫	347,957	208,468	194,506	55.90	93.30
醫院醫療品質提升計畫	103,900	40,000	3,930	3.78	9.83
醫療及照護機構應變保全和醫療及照護品質提升計畫	222,540	135,170	134,716	60.54	99.66
提升醫療機構臨床試驗品質與藥事照護計畫	74,600	22,736	22,736	30.48	100.00

註：1. 計畫核定數較預算數減少 13 億餘元，主要係該部考量菸品健康福利捐獲配收入不足，刪減部分計畫經費。

2. 資料來源：整理自衛生福利部提供資料及該基金決算審定數額。

表 45 醫療發展基金業務計畫預算執行率統計表

單位：%

項目	年度			
	101	102	103	104
獎勵新擴建醫療機構貸款利息補貼計畫	116.93	81.81	276.82	32.13
提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫	48.38	56.23	59.57	70.55
健康照護績效提升計畫	25.74	41.36	47.48	65.48
推動弱勢族群醫療照護計畫	24.09	37.39	38.94	36.50
心理及口腔健康品質提升計畫				55.90
醫院醫療品質提升計畫				3.78
醫療及照護機構應變保全和醫療及照護品質提升計畫	(註 1)			60.54
提升醫療機構臨床試驗品質與藥事照護計畫				30.48

註：1. 本年度依業務性質，將業務計畫重分類，原健康照護績效提升計畫部分計畫拆分，新增心理及口腔健康品質提升計畫、醫療及照護機構應變保全和醫療及照護品質提升計畫、提升醫療機構臨床試驗品質與藥事照護計畫等 3 項業務計畫；另醫院醫療品質提升計畫為本年度新增計畫。

2. 資料來源：整理自該基金各年度決算審定數額。

個市縣衛生局，核定補助金額合計 3,180 萬餘元，實支數 2,747 萬餘元，計畫整體執行率約 86.37%（表 46）；惟若以各市縣執行率分析，仍有臺北市等 9 個市縣執行率未達 8 成，其中連江縣、臺北市、臺東縣等 3 個市縣執行率甚至未及 5 成，執行成效欠彰（表 46）。究其原因，主要係該計畫補助對象，涵蓋低收入戶、中低收入戶及其他經濟弱勢者 3 類，前兩者於現行「社會救助法」已明定相關認定標準；然「其他經濟弱勢」之認定，依原計畫（本年度前）申請書規定，為「村里長開立之清寒證明」，嗣該部為避免補助流於浮濫，自本年度起改為「符合各級政府依其相關規定補助之經濟弱勢者或由各級政府認定經濟困難並開立證明者」，以兼顧補助之公正客觀性及地方需求。惟仍有部分市縣衛生局審認實務執行困難，經濟弱勢民眾不易獲致補助，致實際補助人次較往年減少，影響計畫執行成效，經函請衛生福利部研謀善策，並督導落實執行。據復：已發函提示或進行實地訪視，俟地方衛生局熟悉相關規定，並整合社政單位對於其他經濟弱勢之認定後，應可改善；將密切追蹤各申請計畫之執行情形，積極督導執行單位落實執行。

（二十二） 衛生福利部對所屬機關（構）清理生物醫療廢棄物之管理已訂定作業規範，惟所屬機關（構）清理作業及內部控制執行情形，尚待檢討改善。

衛生福利部所屬機關（構）民國 101 至 104 年度關於生物醫療廢棄物之清理，分別依廢棄物清理法第 28 條第 1 項規定，採共同清除、處理或委託清除、處理方式辦理，清理總重量 504 萬 6,588 公斤，總費用 2 億 1,661 萬餘元（表 47）。該部針對所屬機關（構）清理生物醫療廢棄物之管理，已訂定內部控制作業規範，惟查其管理與所屬機關（構）清理作業及內部控制執行情形，核有：1. 生物醫療廢棄物清理之自主檢核、貯存、過磅等作業尚有疏漏，亟待通盤檢討作業規範，並督導所屬機關（構）強化內部控制作業，以提升其清理作業品質；2. 生物醫療廢棄物之清理及管理，尚待推廣運用自動辨識及資料擷取系統，以提升管理與行政效率；3. 廢棄物之分類尚待落實，可回收再利用率亦待提升，以降低生物醫療廢棄物清理費用，並提高資源利用效率；4. 部分醫療機構未會同廠商過磅生物醫療廢棄物清理數量，或未於廢棄物包裝袋妥善標示等情事，經函請衛生福利部研議改善。據復：1. 已著手修正「生物醫療廢棄物處理標準作業流程及檢核表」，並要求所屬醫療機構確實辦理自主檢核，落實內控機制，另已將生物醫療廢棄物之清理及管理執行情形納入該部民國 105 年度所屬醫院「聯合督導考核」作業督考項目；

表 46 民國 104 年度市縣衛生局辦理公益彩券回饋金排除就醫障礙補助計畫經費執行情形表

單位：新臺幣千元、%

市縣別	核定金額	實支金額	執行率
合計	31,808	27,472	86.37
連江縣	99	17	18.16
臺北市	2,922	892	30.54
臺東縣	816	333	40.92
新竹縣	504	260	51.68
新竹市	625	384	61.50
宜蘭縣	694	459	66.20
嘉義市	394	283	71.85
花蓮縣	1,184	864	73.00
彰化縣	2,100	1,610	76.68
臺南市	3,045	2,941	96.60
嘉義縣	150	150	100.00
澎湖縣	173	173	100.00
苗栗縣	245	245	100.00
桃園市	380	380	100.00
雲林縣	735	735	100.00
南投縣	1,187	1,187	100.00
屏東縣	1,759	1,759	100.00
臺中市	3,460	3,460	100.00
高雄市	4,390	4,390	100.00
新北市	6,946	6,946	100.00

資料來源：整理自各該地方衛生局本年度計畫經費收支明細表。

2. 已安排嘉義及花蓮醫院分享運用自動辨識及資料擷取系統於醫療廢棄物管理執行情形，並已另行蒐集市面較大之新型磅秤電腦軟體或套裝軟體，提供各醫療機構依其經費、維護人力及現階段需求評估使用；3. 督導所屬醫療機構確實做好分類，以避免一般廢棄物混入生物醫療廢棄物處理，並將利用相關會議時加強宣導廢棄物分類及資源再回收利用；另該部民國 105 年度所屬醫院「聯合督導考核」作業，亦將醫院廢塑膠、醫療用廢塑膠及許可再利用項目（如透析、廢尖銳器具）等 3 類委託再利用機構處理情形，列為重點查核項目；4. 桃園醫院及桃園療養院已於院區廢棄物存放處放置磅秤，改由總務室人員會同過磅，亦已改善醫療廢棄物包裝袋最外層標示不完整情形。

表 47 衛生福利部所屬機關(構)民國 101 至 104 年度生物醫療廢棄物委託清理重量、費用及處理方式統計表
單位：公斤、新臺幣元

項次	機關(構)名稱	清理重量	清理費用	處理方式
	合計	5,046,588	216,610,801	—
1	疾病管制署	55,317	2,833,529	委託清除處理
2	食品藥物管理署	47,505	2,908,336	委託清除處理 共同清除處理
3	中央健康保險署	23,622	1,296,006	委託清除處理
4	國家中醫藥研究所	9,476	752,504	委託清除處理
5	基隆醫院	350,753	13,465,890	委託清除處理
6	八里療養院	3,347	175,754	委託清除處理
7	臺北醫院	552,124	21,187,361	委託清除處理
8	樂生療養院	127,948	4,906,159	委託清除處理
9	桃園醫院	876,156	34,754,339	委託清除處理
10	桃園療養院	4,349	166,392	委託清除處理
11	苗栗醫院	215,490	8,269,930	委託清除處理
12	臺中醫院	323,898	12,360,528	委託清除處理
13	豐原醫院	442,913	16,936,963	委託清除處理
14	草屯療養院	2,955	117,743	委託清除處理
15	彰化醫院	248,795	9,466,648	委託清除處理
16	南投醫院	177,665	6,813,456	委託清除處理
17	嘉義醫院	112,954	4,812,028	委託清除處理
18	朴子醫院	75,021	3,201,846	委託清除處理
19	新營醫院	99,320	3,815,636	委託清除處理
20	臺南醫院	226,167	9,196,482	委託清除處理
21	嘉南療養院	8,036	320,634	委託清除處理
22	胸腔病院	74,042	2,547,833	委託清除處理
23	旗山醫院	177,538	7,003,108	委託清除處理
24	屏東醫院	325,489	9,025,744	共同清除處理
25	恆春旅遊醫院	60,685	1,859,141	共同清除處理
26	花蓮醫院	102,986	4,700,640	共同清除處理
27	玉里醫院	48,277	2,853,606	委託清除處理
28	臺東醫院	72,851	3,788,252	委託清除處理
29	澎湖醫院	69,679	6,062,115	委託清除處理
30	金門醫院	131,230	21,012,198	委託清除處理

資料來源：整理自各被審核機關(構)查填之調查表。

(二十三) 衛生福利部基隆醫院辦理「腫瘤醫療暨檢驗大樓新建計畫」及後續全院區整體規劃整建案，核有未妥為調整計畫規模及決策反覆，致原訂目標遲無法達成，亟待檢討改善。

衛生福利部基隆醫院(簡稱基隆醫院)為提升基隆市民醫療照護品質，並改善該院醫療空間不足問題，爰擬訂「腫瘤醫療暨檢驗大樓新建計畫」，報經行政院於民國 98 年 5 月 12 日核定興建地下 1 層，地上 8 層之腫瘤醫療暨檢驗大樓，總經費 2 億 127 萬元，預定於民國 101 年底完工。經查執行情形，核有：1. 基隆醫院未按規定辦理先期規劃，致計畫內容不符建築相關法令規定，延宕計畫期程 7 個月餘；另未積極妥適審查設計成果並督促設計建築師確實修正，再延宕計畫期程 8 個月餘；又未依經費額度與原計畫目標妥為調整計畫規模，致嗣後因工程預算相對於興建規模明顯偏低，無法完成發包而停止辦理，未能達成改善醫療服務品質等計畫效益與目標；2. 基隆醫院未針對流標原因妥適修正招標內容，肇致本案工程於 8 個月內招標 7 次，均因無廠商投標而無法完成發包，採購效率低落；另決策過程前後不一，於推動計畫 4 年餘之際，以「市場競爭激烈」等與新建類同之理由停建，致已支付之規劃設計等費用約 269 萬餘元

形同虛擲；且計畫停止執行逾 2 年，仍未依行政院核示辦理全院區整體先期規劃，致原計畫所訂提升醫療服務品質之目標遲無法達成，難以提升民眾就醫意願及營收(表 48)；3. 衛生福利部針對基隆醫院未依工程經費額度合理調整計畫規模情事，未妥為審議與督導修正，對於重大公共工程計畫管考機制亦欠周妥，無法掌握計畫進度並適時督導或協助，致該計畫於耗時近 5 年間之人力、物力，及虛耗 269 萬餘元之規劃設計等費用後，仍決議停止興建等情事，經函請衛生福利部查明妥處。據復：1. 基隆醫院無專業工程人員，不諳建築相關法規，且無興建巨額工程之經驗，致生疏漏，為彌補此不足，該院外聘相關專家學者組成審查委員會議，實質審查相關資料，並檢討流廢標原因及擬定後續相關招標策略與備案；另本案規劃設計廠商不諳該院環境與位置，且未落實訪價與分析，故未能即時提出有效建議，該院將釐清與檢討相關責任，並為妥適處理；2. 該院將逐年修繕院區硬體設備，除翻新整修既有建築物，並重新規劃既有空間；另為維護病人及醫護人員之安全，於本年度投入相關經費辦理兩棟建築物之耐震能力補強，預計於民國 105 年 10 月底完竣；又考量民眾生命末期醫療照護及長期照護之需求甚為急切，刻正規劃推動發展急性後期醫療照護及安寧療護醫療服務，經積極轉型與努力，本年度醫療收入相較前年度增加 3.97%；3. 衛生福利部已要求所屬醫療機構辦理 1,000 萬元以上之工程案件，須報經該部送請外部之專家、學者 3 人以上辦理評估審查；並要求每月定期回復所辦理 100 萬元以上公共工程之進度，若有延遲或進度異常者，則以專案方式個別追蹤列管，或進行實地查核；另每季召開例行性會議，邀集工程領域之專家學者共同與會，以利協助解決所遇困難，倘若進度落後情節重大，則專案提報於機關首長主持之「衛生福利部各單位主管暨所屬醫療機構院長聯繫會議」提請討論；復於民國 105 年度訂定相關關鍵績效指標，追蹤進度落後 10% 以上之工程案件，逐月列管及檢討，以避免類案再發生。

表 48 基隆醫院民國 101 至 103 年度急性一般病床占床率及醫療收入決算數一覽表

單位：%、新臺幣千元

年度	急性一般病床占床率	醫療收入決算數
101	62.8	1,381,128
102	53.3	1,352,517
103	49.9	1,321,148

資料來源：衛生福利部中央健康保險署全球資訊網及各年度醫療藥品基金基隆醫院作業基金附屬單位決算之分決算。

五、上年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於民國 103 年度總決算審核報告列重要審核意見計 24 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，經核已研謀改善或依改善措施持續辦理中者計 16 項；處理中或仍待繼續改善者 8 項(表 49)，均經再研提審核意見通知檢討改善。

表 49 民國 103 年度總決算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
處理中或仍待繼續改善	
(一) 政府已逐步強化食品安全源頭管理機制，惟輸入食品國外查廠家次仍低，邊境查驗量能不足，食品添加物源頭管理亦欠周全，允待研謀改善，善盡食品安全把關之職。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(一)」。
(二) 我國藥品管理方式大致與先進國家同，惟相關法令及管理規章仍未盡周延，允待檢討完備藥品管理機制，以確保藥品品質，維護國人用藥安全。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十六)」。
(三) 政府持續推展失智症照護服務，惟部分縣市服務資源仍有不足，或服務利用情形欠佳等未盡周妥情事，允宜研謀改善。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(八)」。
(四) 二代健保改革已改善財務狀況，惟其制度設計及經營管理仍有未盡周全情事，允宜妥謀因應，以維健保財務長期穩健及世代負擔之公平正義。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十一)」。

重要審核意見標題	說明
(五) 全民健康保險逐步推動多元支付制度，惟相關計畫之制度設計未臻完善，且仍待加強推廣，以提升醫療品質與效率，維護民眾健康。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十二)」。
(六) 我國已積極推動安寧緩和醫療政策，惟國內安寧病房資源尚未普及，醫護人力亦顯不足，且仍待加強推廣正確觀念，使更多末期病患有機會接受安寧照護服務。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十一)」。
(七) 疾病管制署已委託6市縣辦理登革熱等病媒防治計畫，惟未能針對疫情高風險地區，及早研採有效防治作為，亟待研謀改善，提升防治效能。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十三)」。
(八) 菸品健康福利捐應用於菸害防制及衛生保健等多項用途，惟其分配、運用及資訊揭露情形未盡周延允適，亟待研謀改善。	業再研提審核意見詳「四、重要審核意見(十八)」。
已改善辦理	
(一) 政府對於醫療、社會福利及公設之財團法人均已訂有相關監督管理機制，惟仍未盡周全，允待檢討強化。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(二) 公益勸募條例對於勸募行為已有規範，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。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(三) 各級政府為確保社會福利機構之服務品質，多已辦理輔導、檢查及評鑑業務，惟間有未落實執行等未盡周妥情事，允宜檢討研謀改善。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(四) 臺灣健康雲計畫推動建構醫療雲、照護雲、保健雲及防疫雲，已具初步成效，惟各子雲仍乏整合銜接之具體規劃，允待及早因應，以提升政府資源運用效益。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(五) 為提升我國兒童醫療品質及就醫可近性，已推動各項兒童醫療相關政策，惟仍有我國兒童死亡率較其他先進國家為高，亟待研謀改善。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(六) 衛生福利部已辦理慢性腎臟病防治與照護品質計畫，期降低尿毒症之發生率與盛行率，惟相關計畫收案照護仍有成長之空間，腹膜透析治療亦待加強推廣，允宜研謀改善。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(七) 疾病管制署於SARS過後已逐步強化醫療機構感染管制相關規範，促使醫院重視感染管制作業，惟我國醫療機構感染管制專責人力低於先進國家標準，且高感染源之機構納列感染管制查核之比例尚低，允待研謀改善，以維民眾健康安全。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(八) 中藥材管理已漸強化，惟邊境查驗仍有不足，亟待健全中藥材管理機制，以營造國人用藥安全環境。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(九) 管制藥品之管理已訂有分級管理、流向稽核、證照制度等措施，惟仍待強化自費使用管制藥品之管理機制；部分第一、二級管制藥品產銷管理欠佳，未能充分供應醫療院所需求，影響病人用藥權益及用藥安全。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十) 為減少醫病爭議，已陸續辦理生育及手術麻醉事爭爭議試辦計畫，惟仍待建立全面且完善之醫療事故救濟補償制度，以減少醫療糾紛訴訟發生，改善醫事人員執業環境與安全。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十一) 已推動辦理基層醫事機構醫療品質提升相關計畫，惟參與者仍寡，尚乏全面性及持續性之品質監督管理機制，允待研酌檢討，提供品質改善誘因，以維護病人安全及醫療品質。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十二) 國民年金保險基金對維持民眾之基本經濟安全已有助益，惟財務狀況及業務執行等，仍有未盡周妥之處，允宜研謀善策，以維保險業務之永續經營。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十三) 為維護醫護人員工作安全與健康，醫療法已明定至民國105年全面提供安全針具，惟相關配套規範未盡明確，且實務推動存有窒礙之處，允宜及早研謀因應。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十四) 衛生福利部所屬醫院多仰賴公務預算補助，無法自給自足，且部分醫院占床率偏低，未妥為運用所開設之病床，部分醫院醫療照護品質欠佳，亟待檢討改善。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十五) 辦理重整偏遠地區公立醫院服務效能計畫以改善偏遠地區醫院服務量能不足問題，惟未建立醫師人力統一調度機制，各醫院需自行尋求不足之醫師人力，亟待檢討改進。	已研謀改善或依改善措施持續辦理中。
(十六) 衛生福利部國家中藥藥研究所辦理國家藥用植物園興建計畫，期發展品質優良中藥材，惟計畫停滯多年，任令已完成設施損壞及大面積國有土地長期閒置，亟待檢討改善。	前經依法陳報監察院，該院業提出調查報告。

六、其他事項

衛生福利部主管推動施政計畫之執行結果，前經本部查核，於審核報告揭露，監察院並請本部提供資料，嗣經監察院於民國104年7月16日至105年7月15日間糾正者，摘述如次：

民國97年1月30日「身心障礙福利機構設施及人員配置標準」修正發布施行後，衛生福利部長長期怠於督導地方政府輔導協助身心障礙福利機構進行設施之改善，且研擬之輔導措施多僅屬徒具形式，致截至民國103年12月底將近7年時間，仍有67家機構不符合標準，核有違失，經監察院糾正。(104.9.16監察院公報第2968期)