

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 5 個，各該單位決算、附屬單位決算非營業部分、行政院管制計畫之審核情形如次（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 38 項，下分工作計畫 43 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、完善保護服務體系、拓展全方位醫療照護體系、構築食品藥物安心消費環境、建立優質防疫應變體系、營造身心健康支持環境、精進健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 16 項，尚在執行者 27 項，主要係部分補助及委辦計畫合約期程跨年度等，仍須繼續執行。

（二）預算執行之審核

1. 歲入預算數 20 億 919 萬餘元，決算審核結果（表 1），審定實現數 23 億 7,071 萬餘元，應收保留數 1,032 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 23 億 8,104 萬餘元，較預算超收 3 億 7,185 萬餘元（18.51%），主要係食品藥物管理署輸入食品查驗案件、暨衛生福利部、疾病管制署、社會及家庭署收回以前年度委辦、補（捐）助經費賸餘款等，較預計增加。

表 1 衛生福利部主管歲入決算審定簡表

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	2,009,197	2,370,717	10,329	2,381,047	371,850	18.51
衛生福利部	200,512	319,391	—	319,391	118,879	59.29
疾病管制署	131,246	186,486	—	186,486	55,240	42.09
食品藥物管理署	1,258,317	1,353,582	1,570	1,355,153	96,836	7.70
中央健康保險署	252,610	282,590	7,430	290,021	37,411	14.81
國民健康署	675	1,624	1,328	2,953	2,278	337.51
社會及家庭署	165,537	226,083	—	226,083	60,546	36.58
國家中醫藥研究所	300	958	—	958	658	219.55

單位：新臺幣千元

2. 以前年度歲入轉入數計 2 億 6,252 萬餘元，決算審核結果（表 2），審定實現數 1,826 萬餘元（6.96%）；減免數 730 萬餘元（2.78%），主要係依規定應向占用人追繳之土地使用補償金，經法院判決確定占用人應給付數額後，註銷溢列款，及胸腔病院南港院區眷舍之應收租金，業取得債權憑證，辦理註銷；應收保留數 2 億 3,695 萬餘元（90.26%），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 2 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			
		減免數	實現數	應收保留數	金額
合計	262,525	7,302	18,269	236,953	90.26
衛生福利部	237,443	6,589	5,473	225,380	94.92
食品藥物管理署	710	328	232	149	21.04
中央健康保險署	23,813	283	12,535	10,994	46.17
國民健康署	558	101	28	427	76.61

3. 歲出原編列預算數 2,094 億 7,516 萬餘元，因應承接法務部毒品成癮單一窗口服務及決策支援系統、辦理新興毒品檢驗及防制措施等所需經費；暨增購流感抗病毒藥劑、強化登革熱防治工作、辦理輸入食品及相關產品委託檢驗計畫、全民健康保險費收繳郵資，所需經費不敷等事由，經動支第二預備金 4 億 6,170 萬元，合計 2,099 億 3,686 萬餘元，決算審核結果（表 3），修正減列實現數 31 億 7,034 萬餘元，係社會及家庭署各項補助計畫之經費結餘；審定實現數 2,046 億 7,442 萬餘元（97.49%），應付保留數 4 億 4,172 萬餘元（0.21%），保留原因詳「(一)計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 2,051 億 1,614 萬餘元，預算賸餘 48 億 2,071 萬餘元（2.30%），主要係各項補（捐）助計畫經費之結餘。

表 3 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	209,936,869	204,674,424	441,725	205,116,149	- 4,820,719	2.30
衛生福利部	165,682,282	164,626,979	275,390	164,902,370	- 779,911	0.47
疾病管制署	5,268,091	5,246,209	1,517	5,247,726	- 20,364	0.39
食品藥物管理署	2,946,331	2,776,341	21,366	2,797,708	- 148,622	5.04
中央健康保險署	5,528,907	5,393,548	64,518	5,458,066	- 70,840	1.28
國民健康署	2,491,111	2,376,398	61,655	2,438,053	- 53,057	2.13
社會及家庭署	27,873,070	24,114,917	16,808	24,131,726	- 3,741,343	13.42
國家中醫藥研究所	147,077	140,028	470	140,498	- 6,578	4.47

4. 以前年度歲出轉入數計 5 億 1,545 萬餘元，決算審核結果（表 4），審定實現數 3 億 6,980 萬餘元（71.74%）；減免數 1,745 萬餘元（3.39%），主要係疾病管制署辦理醫療院所登革熱 NSI 抗原快速篩檢試劑經費之結餘；應付保留數 1 億 2,820 萬餘元（24.87%），主要係衛生福利部所屬醫院新一代門急診及住院雲端醫療照護系統案發生履約爭議，及中央健康保險署臺北業務組辦公房舍整修工程需配合大樓耐震評估修正設計，規劃費時，致未及於年度結束前完成驗收或決標，須保留繼續執行。

表 4 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			
		減免數	實現數	應付保留數	
				金額	%
合計	515,458	17,450	369,804	128,202	24.87
衛生福利部	283,353	5,640	203,585	74,127	26.16
疾病管制署	24,930	6,119	6,622	12,188	48.89
食品藥物管理署	42,495	2,563	28,539	11,392	26.81
中央健康保險署	74,034	—	43,540	30,494	41.19
國民健康署	57,836	2,616	55,219	—	—
社會及家庭署	19,900	—	19,900	—	—
國家中醫藥研究所	12,906	509	12,397	—	—

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 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：衛生福利特別收入基金（含 11 個分基金）等共 5 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、藥害及生產事故救濟給付、菸害防制及衛生保健、疫苗接種、健康照護績效提升、協助弱勢族群排除就醫障礙、補助經濟困難者健保費、運用公彩回饋金推展社會福利工作、充實及均衡長照資源發展、家庭暴力及性侵害防治與處遇工作、管制藥品之生產及銷售、門診及住院病患醫療、全民健康保險及國民年金保險給付，暨所屬社會福利機構收容及養護等福利服務等 30 項，實施結果，計有全民健康保險給付、長期照護整體資源精進計畫、緩和失能創新服務計畫等 27 項，因全民健康保險醫療給付費用總額專款預算執行結餘；或補助計畫申請狀況與執行期程未如預期；或考量業務實需及推動可行性而未予執行等，致未達預計目標。

(二) 餘絀之審定

1. **作業基金**：決算審核結果，同額修正增列業務收入及業務成本與費用 5 億 8,365 萬餘元，餘絀未有增減，主要係增列全民健康保險基金短列之保險成本，並同額增列收回安全準備填補短絀，暨減列國民年金保險基金溢列之人事及行政經費，並同額減列政府補助收入；審定賸餘 12 億 6,725 萬餘元，較預算增加 1 億 8,965 萬餘元，約 17.60% (表 5)，主要係醫療藥品基金研究發展及訓練費用實支數較預計減少所致。

2. **特別收入基金**：決算審核結果，同額修正減列基金來源及基金用途 9 億 5,985 萬餘元，餘絀未有增減，主要係減列衛生福利特別收入基金項下社會福利分基金同額溢列基金來源與用途之菸品健康福利捐賸餘款；審定賸餘 114 億 1,720 萬餘元，與預算短絀相距 118 億 1,129 萬餘元 (表 5)，主要係衛生福利特別收入基金項下長照服務發展分基金獲配之菸稅、遺產及贈與稅等稅課收入較預計增加，暨「緩和失能創新服務計畫」及「長期照護整體資源精進計畫」之部分計畫申請狀況與執行期程未如預期，或考量實需及推動可行性而未予執行等。

表 5 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	1,077,599	1,267,252	189,653	17.60
醫療藥品基金	911,528	1,060,269	148,741	16.32
管制藥品製藥工廠作業基金	166,071	198,388	32,317	19.46
全民健康保險基金	—	8,593	8,593	—
國民年金保險基金	—	—	—	—
特別收入基金	- 394,087	11,417,206	11,811,293	—
衛生福利特別收入基金	- 394,087	11,417,206	11,811,293	—

三、行政院管制計畫執行部分

依據行政院政府計畫資訊檢視平臺公告資料，衛生福利部主管本年度列管個案計畫共 60 項，年度可支用預算數合計 462 億 8,466 萬餘元，實際執行數 436 億 3,254 萬餘元，預算執行率 94.27%。由行政院管制之個案計畫共 5 項，經衛生福利部評核為甲等者 4 項、乙等者 1 項 (表 6)，其中屬乙等者為「兒童與少年未來教育及發展帳戶推動方案」，有待賡續加強辦理。

表 6 衛生福利部主管行政院管制計畫評核情形表

行政院管制計畫名稱	部會評核	行政院管制計畫名稱	部會評核
兒童與少年未來教育及發展帳戶推動方案	乙等	食安新秩序—食安網絡計畫	甲等
長期照顧十年計畫 2.0	甲等	導入健康風險評估科技及精進我國食品安全	甲等
健康醫藥生技前瞻發展計畫	甲等		

資料來源：整理自行政院政府計畫管理資訊網資料。

四、重要審核意見

(一) 政府已建置跨部會食品雲，期提升食品安全管理效能，惟資料後續勾稽運用，仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以發揮系統建置綜效，強化食品安全管理體系。

行政院鑑於食品供應鏈複雜且多元，規劃導入雲端科技技術以協助食品安全管理，由行政院食品安全辦公室（下稱食安辦）協調整合政府間食品相關資訊系統，以衛生福利部（下稱衛福部）食品藥物管理署（下稱食藥署）之 5 大系統（非登不可、非追不可、非稽不可、非報不可、非驗不可）為核心，結合農業雲、化學雲、財稅雲等食品相關資訊，建置跨部會食品雲，期透過跨領域資料介接整合，導入巨量資料分析探勘技術偵測食安風險所在，並因應食安事件發生時，快速推測可疑風險業者追查產品流向，協助提升食品安全管理效能。截至民國 106 年底止，食品雲建置及維運經費合計為 1 億 3,017 萬餘元（表 7），已完成介接 6 個部會、16 套系統（圖 1），累計收載 6,729 萬筆資料。食安辦已督導協調衛福部、農業委員會（下稱農委會）、環境保護署（下稱環保署）等部會，運用食品雲進行進口飼料用油、國內廢食用油、化學原料等項目流入食品供應鏈之跨部會勾稽演練；另督導完成教育部校園食材登錄平臺與農委會 4 章 1Q 系統之介接，使民眾可透過校園食材登錄平臺，即時查詢國產可溯源食材之生產資訊。經查食品雲建置及運用情形，核有下列事項：

表 7 食品雲建置及維運經費情形表

單位：新臺幣千元

年 度	合 計	104	105	106
小 計	130,179	40,356	48,808	41,015
建置經費	108,150	39,127	40,733	28,290
維運經費	22,029	1,229	8,075	12,725

註：1. 本表係以「食品安全巨量資料分析及資訊科技化建置計畫」之資訊系統及相關經費決算數統計。

2. 資料來源：食藥署。

圖 1 食品雲系統介接示意圖



資料來源：本部自行整理繪製。

1. 食品雲及化學雲已分別建置系統化監測模組，防杜非食用油品或化學物質流入食品供應鏈，惟囿於國內產業營運朝多元化發展，食品業者兼營型態多樣，迄未能有效發掘問題業者；按食安辦自民國 105 年起，建立食品雲預警勾稽情境演練機制，以進口飼料用油、廢食用油、化學原料流入食品業等 3 類風險態樣，督導協調衛福部等相關部會運用食品雲資訊系統資料進行演練，藉以發現系統勾稽分析運用實況及問題，後續並請各部會持續辦理常態性跨部會演練，防範非食用油或非食品級之化學物質流入食品供應鏈。經查食藥署已陸續完成建置「食

品雲—油品追溯追蹤」等監測模組（表 8），於民國 106 年 1 月至 107 年 5 月間，累計提出 449 家、173 家優先稽查參考名單，提供業務權責單位進行稽查之參考。惟受限於實務上，國內食品

產業營運朝多元化發展，業者兼營型態多樣，交易複雜度高，系統產出之高風險業者名單，經實地稽查結果，尚未有效發掘問題業者。次為落實各部會化學物質管理，提升預警功能，行政院督請環保署建置跨部會化學物質資訊整合服務平臺—化學雲，定期彙集介接各主管機關依職掌或法令所建置之化學物質管理資訊。經查環保

表 8 食藥署建置跨部會自動化監測模組一覽表

模組名稱	資料來源	防範風險
食品雲— 油品追溯 追蹤	環保署—廢棄油流向資料 農委會—飼料油流向資料 經濟部—國產工業油流向資料、 進口工業油流向資料 食藥署—食品業者登錄系統	防範非食用 油流入食品 供應鏈
化學雲— 選定化學 物質流向	經濟部—選定化學物質流向資料、 商工登記資料 食藥署—食品業者登錄系統	防範非食品 等級之化學 物質流入食 品供應鏈

資料來源：整理自食藥署提供資料。

署化學雲已介接食藥署非登不可、非追不可系統，該署毒物及化學物質局（下稱化學局）並於民國 105 年間與食藥署洽談需求，建置分析模組，針對具食安風險疑慮之化學物質，篩選源頭運作廠商，找出可疑流向，提供食藥署運用產出可疑廠商名單進行稽查，以防杜非食品用途化工原料流入食品供應鏈。惟迄至民國 107 年 4 月，雖經多次修正勾稽邏輯，食藥署對於前開模組篩選結果仍有疑慮，尚難依產出名單進行後續實地稽查，遲無法發揮應有之功能。經函請行政院督促協調兩機關積極精進勾稽分析技術，及早建立系統化監測機制，以發揮政府雲管理運用效能。

2. 食品雲已介接多部會系統資料，期運用大數據資料分析技術，偵測食安風險所在，惟部分資料欠缺勾稽可行性，難以為後續分析應用，影響食品雲建置整體運用效能：為防杜化學物質流入食品供應鏈，食品雲自民國 104 年 3 月間，即完成與環保署毒性化學物質流向資料之介接，惟囿於該資料缺乏逐筆運作紀錄，或因毒性化學物質業者之運作行為倘同時具 2 項以上者，將無法釐清上下游流向關係，致食藥署未能運用該項資料進行跨系統之資料勾稽比對。嗣經該署多次與化學局洽談修正介接欄位事宜，並於民國 107 年 1 月完成重新介接逐日逐筆資料，惟仍囿於毒性化學物質流向資料系統與化學雲之「統一編號」欄位均非必填，資料存有缺漏，肇致資料勾稽缺乏對應之關鍵值，難與食品雲進行後續之資料勾稽應用。次查，政府原希藉由電子發票強制導入食品業者，透過資料串接食品雲，輔助勾稽核證業者申報追溯追蹤資料之完整性及正確性，俾有效掌握產品流向資料，食品雲亦於民國 104 年 6 月間完成與財政部之電子發票資料介接，可依業者統一編號查詢相關交易資料；另財政部財政資訊中心亦已建置開發「食品流向查詢系統」，透過電子發票紀錄消費資訊，提供食藥署非追不可系統進行追溯追蹤資料勾稽比對。惟實務上，囿於業者發票開立方式與記載，可能與物流出貨記載有間，資料勾稽比對不易；且間因營業人免用、免開發票，亦肇致資料斷鏈；復囿於法規限制，介接之

電子發票資料僅呈現交易對象及其金額級距，只能證實交易對象間存在交易事實，尚難藉由系統間資料相互勾稽，協助核證業者追溯追蹤資料申報之正確性，影響食品雲建置整體運用效能。經函請行政院督導積極協調解決，以提升跨部會系統資源整合綜效。

3. 食藥戰情中心業已運用食品雲巨量資料建立多項預警風險預測模型，惟囿於非追不可系統資料品質欠佳，多側重於進口食品風險趨勢分析及逾期產品風險監測，尚未能充分發揮預警功能：食藥署為有效整合與應用食品藥物數據資料，於民國 104 年 9 月成立食藥戰情中心，其主要任務，除在食安事件發生時，針對已知特定風險品項進行邊境與後市場分析，以反饋產品流向追溯追蹤，及推測可疑風險目標，提升追查效率外，平時亦藉由巨量資料進行長期系統性資料分析與探勘，以偵測風險因子及目標，建立食安風險預測路徑模型，以達風險預警之效。截至民國 106 年底止，該中心業運用食品雲核心巨量資料，辦理多項食品輸入查驗及後市場分析，或逾期品輸入效期分析項目，以回饋業務權責單位作為風險管控之參考，或篩選高風險業者名單列為優先稽查對象（表 9）。惟其資料分析來源，多侷限於邊境查驗自動化資訊管理系統（IFI）、產品通路管理便捷查詢系統（PMDS）等兩項系統，側重於進口食品之風險趨勢監測及逾期產品風險預測，至於國產食品部分，據該署說明，囿於非追不可系統收載食品業者追溯追蹤資料尚有申報邏輯錯誤、漏列交易行為或資料欄位填報未盡完整等情事，資料品質欠佳，迄今仍難供後續分析應用，尚無法建立類此風險預警分析模型，而未能充分發揮資料應用效益。經函請行政院督促積極研謀改善，強化系統收載資料品質，俾利系統間資料勾稽分析運用，提升整體風險預警成效。

表 9 食藥戰情中心近年運用食品雲巨量資料辦理食品安全風險監測分析項目一覽表

年度	分析項目	目的	主要資料來源
105	1. 輸入查驗及後市場分析 包括茶葉、蜜柑、非基因改造大豆、非基因改造玉米、大白菜、龍蝦、調味醬、香辛料、大型魚類重金屬與動物用藥殘留分析、藍莓、蜂蜜、烤肉醬、白蝦、烏龍茶、白蘿蔔相關產品、燕麥、鮮蜜瓜、鮮櫻桃、塑膠類餐盒、薄荷等 20 項。	監控進口食品風險趨勢，篩選高風險業者，協助邊境管控措施規劃。	邊境查驗自動化資訊管理系統（IFI）、產品通路管理便捷查詢系統（PMDS）
	2. 即期品輸入查驗資料分析 糖果含巧克力、餅乾、魚產品、甲殼類水產品、粉類等 5 項。	分析進口食品效期偏短情形，篩選風險業者。	邊境查驗自動化資訊管理系統（IFI）
106	1. 輸入查驗及後市場分析 包括蔥、薑黃粉、蝦醬、紅棗、茶類、羅勒、生鮮冷藏冷凍蔬菜、活生鮮冷藏魚、冷凍魚、冷凍甲殼、非基因改造大豆、竹筴、生鮮冷藏冷凍水果、調味醬、烤肉醬、燕麥、魚露、黑胡椒、蘆筍等 19 項。	監控進口食品邊境查驗不合格情形，分析風險趨勢，篩選高風險業者，協助邊境管控措施規劃。	邊境查驗自動化資訊管理系統（IFI）、產品通路管理便捷查詢系統（PMDS）
	2. 逾期品輸入效期分析 冷凍肉品輸入效期及改標风险分析、輸入食品（餅乾類產品）效期分析及建立風險預測示警模式、冷凍水產品輸入效期分析及稽查建議、調味粉（醬）輸入效期分析及稽查建議。	偵測進口食品逾期改標風險，避免業者使用或販賣逾期品。	邊境查驗自動化資訊管理系統（IFI）

資料來源：整理自食藥署食藥戰情中心資料分析小組民國 105、106 年度資料分析成果報告。

4. 環保署新增納管多項具食安疑慮之化學物質，防杜不當流入食品供應鏈，並已研擬修正毒性化學物質管理法，擴大評估列管化學物質範圍，惟迄未完成修法，部分具食安風險疑慮化學物質無法完成納管：行政院為預防工業性化學產品不當流入食品供應鏈，前責由經濟部商衛福部共同研商選定 57 項易非法流入食品之化學品項優先加強列管，自民國 103 年起輔導業者辦理登錄產品流向，並藉由跨部會食品雲介接，勾稽比對篩選高風險業者名單，供稽查管理參考。惟囿於實施法源為工廠管理輔導法，其登錄對象僅侷限國內生產工廠，業者申報範圍亦僅限第一層販售對象，無從掌握後續流向，難以發揮食安風險預警功能。為落實食安五環政策，環保署已於民國 105 年 12 月 28 日成立化學局，由該局依毒性化學物質管理法，管理公告列管毒化物之製造、輸入、輸出、販賣、使用、貯存、運送及廢棄等 8 項運作行為，業者應依法就公告列管之毒化物於「毒性化學物質資料登記申報系統」申報前開 8 項運作行為紀錄。查前揭 57 項具食安風險疑慮之化學物質，除 8 項原已納入毒性化學物質管理法管理範疇、3 項已依農藥管理法管理外，另經該局於民國 106 年 9 月 26 日公告 13 項為第四類毒性化學物質，暨於民國 107 年 6 月 28 日再行公告新增納管 7 項，惟其餘 26 項化學物質，囿於毒化物認定原則，尚無法以毒性化學物質管理法納管，形成管理缺口（圖 2）。該局雖已研擬修正毒性化學物質管理法，新增「關注化學物質」專章，以擴大評估列管化學物質之範圍及流向，期健全源頭管理機制，並經行政院於民國 106 年 11 月 16 日審議通過送請立法院審議，惟迄未完成修法程序。經函請行政院督促積極推動辦理，以及早健全國內化學物質管理機制，維護國人食之安全。

圖 2 57 項具食安風險疑慮化學物質納管情形示意圖

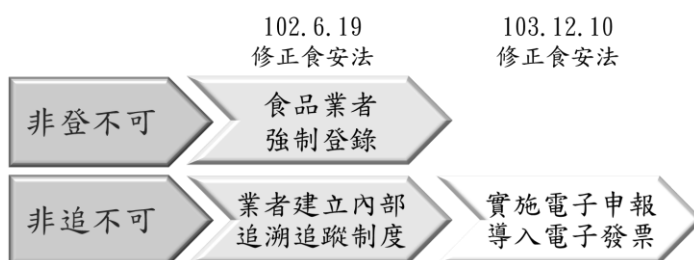


資料來源：依環保署化學局提供資料繪製。

（二）政府推動食品業者登錄及追溯追蹤電子申報制度，期健全食品安全管理制度，惟登錄作業未盡便民，追溯追蹤資料申報品質仍有疑慮，亟待研謀改善，以提升食安管理效能，維護國內食品安全。

政府鑑於近年來國內食安事件層出不窮，為健全我國食品安全管理制度，陸續修正食品安全衛生管理法（下稱食安法），要求食品業者應申請登錄始得營業，並明定經公告類別與規模之食品業者，應分階段強制實施電子申報追溯追蹤資料（圖 3）。食藥署為推動食品業者登錄及電子申報追溯追蹤資料政策，分別建置

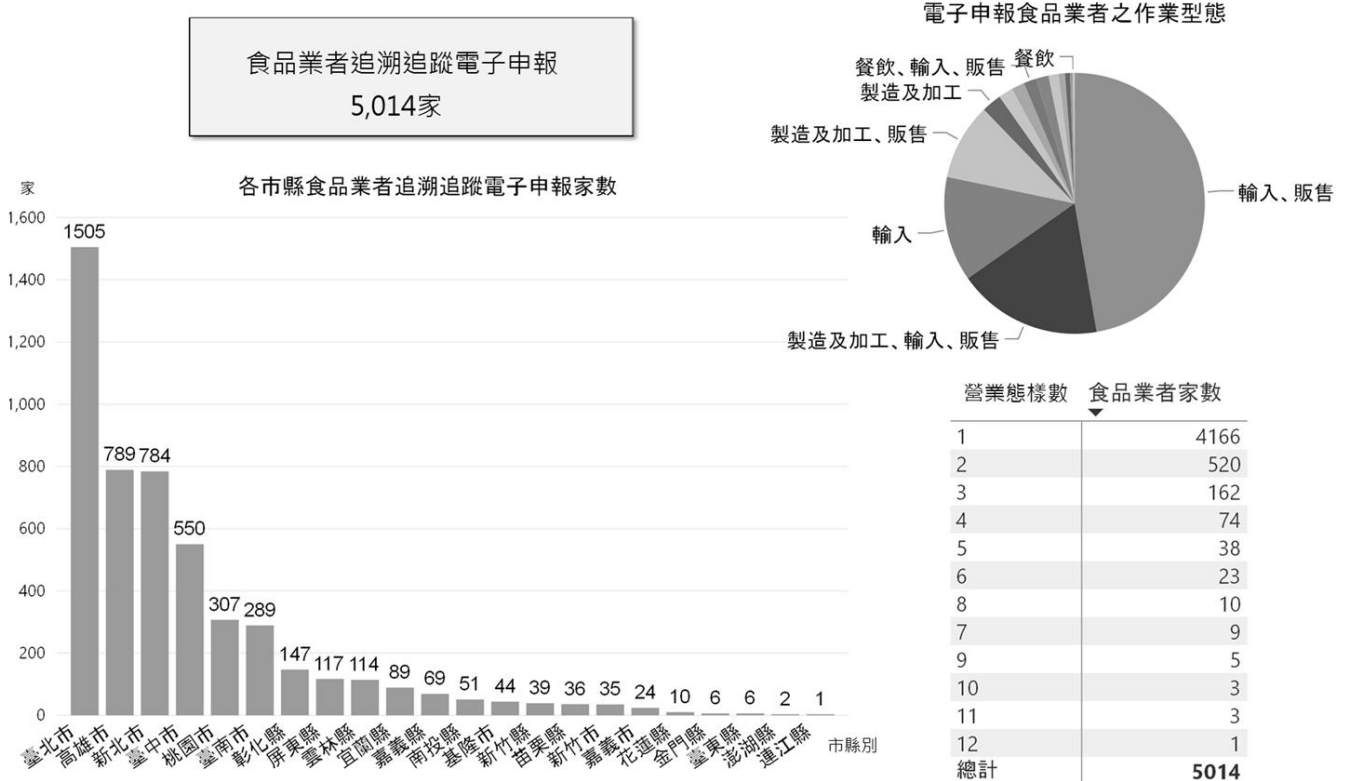
圖 3 食品業者登錄及追溯追蹤制度修法歷程圖



資料來源：本部自行整理繪製。

「非登不可—食品業者登錄平臺」及「非追不可—食品追溯追蹤管理資訊系統」，由地方衛生局輔導業者辦理登錄及申報事宜。截至民國 107 年 5 月 16 日止，全國食品業者登錄數計 44 萬餘家次，並已公告 22 類食品業者應電子申報食品追溯追蹤資訊，累計申報 5,014 家業者（經分析業者市縣別、作業型態及登錄營業態樣如圖 4）。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

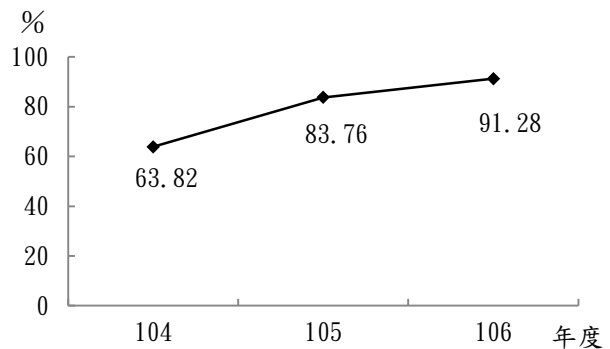
圖 4 食品業者追溯追蹤電子申報分析圖



資料來源：依食藥署提供資料自行整理繪製（資料日期：民國 107 年 5 月 16 日）。

1. 食品業者登錄資料年度再確認比率已逐年提升，惟小型業者法規認知、資訊能力尚有不足，半數未能依限完成，亟待加強宣導，並研議簡易登錄與多元認證之可行性，以達簡政便民之效，同時兼顧維護國內食品安全：為維護食品業者登錄資料之正確性，食品業者登錄辦法第 7 條第 2 項規定，食品業者完成登錄後，應於每年 7 月至食藥署非登不可系統申報確認登錄內容（下稱年度再確認）。實施以來，食品業者完成年度再確認之比率已逐年提升，至本年度約為 91.28%（圖 5），惟食品業者於規定期限內完成年度再確認者僅約半數，多數市縣須至 11 至 12 月完成率方可達 9 成（表 10）。據地方衛生局反映，小型

圖 5 食品業者登錄年度再確認完成比率圖



資料來源：依食藥署提供資料繪製。

食品業者法規認知度尚有不足，食藥署雖以電子郵件通知業者辦理，惟高齡業者普遍資訊能力不足，或缺乏設備，未能接獲訊息，爰自行完成登錄難度高，每年仍須仰賴地方衛生局投注大量人力輔導辦理；加以登錄憑證採行之工商憑證或自然人憑證，申請作業繁瑣不便，又常因業者憑證保管不當，遺失補辦費時，且以電子郵件為過卡確認程序，徒增輔導難度；另短期內已更新資料者仍須於 7 月辦理再確認，增加業者困擾。顯見現行登錄制度設計未盡友善便民，影響業者配合意願，並增加行政輔導管理成本，經函請食藥署研謀改善，加強政策宣導，並研議簡易登錄與多元認證之可行性，以達簡政便民之效，同時兼顧維護國內食品安全。據復：未來將視預算情形，持續辦理相關說明會、教育訓練加強宣導，並發送簡訊通知業者辦理年度再確認，另規劃以健保卡驗證登入系統，及新增書面方式進行年度再確認，以利登錄作業更便民、管道更多元。

表 10 民國 106 年各市縣食品業者登錄再確認比率統計表

單位：%

月份 市縣別	7 月	8 月	9 月	10 月	11 月	12 月
總平均	50.76	63.82	72.57	78.13	82.99	91.28
臺北市	45.95	51.28	58.26	69.73	73.32	93.64
新北市	47.98	55.25	71.03	82.05	85.52	97.20
桃園市	65.74	78.17	86.32	89.73	92.87	95.53
臺中市	54.86	64.10	82.56	84.79	86.05	86.85
臺南市	47.06	63.58	69.07	70.99	74.81	88.42
高雄市	55.71	66.13	70.10	74.10	78.43	88.44
基隆市	35.70	54.13	76.70	81.06	87.40	90.21
宜蘭縣	33.29	71.26	75.53	76.55	94.90	99.68
新竹縣	53.62	66.24	79.54	88.58	95.65	97.66
新竹市	52.18	59.41	63.38	69.05	84.29	92.61
苗栗縣	61.84	79.33	85.65	90.90	93.35	97.55
彰化縣	56.02	80.43	83.86	89.15	91.75	94.86
南投縣	49.30	72.38	76.82	78.50	86.10	93.63
雲林縣	40.84	47.76	50.39	54.38	79.06	91.91
嘉義縣	51.19	90.86	95.65	97.06	99.06	99.43
嘉義市	63.34	71.12	73.09	74.81	82.79	86.52
屏東縣	34.09	46.88	50.07	51.59	53.19	55.62
花蓮縣	43.95	68.81	76.36	90.50	98.12	99.72
臺東縣	53.97	78.45	85.04	88.31	93.70	94.17
澎湖縣	63.41	88.37	91.00	94.47	95.75	97.04
金門縣	31.81	35.30	38.23	56.81	65.93	67.17
連江縣	9.71	12.21	43.74	49.69	67.33	98.54

資料來源：整理自食藥署提供資料。

2. 食品業者電子申報食品追溯追蹤資料龐巨，惟資訊品質尚有疑慮，允宜強化系統自動化檢核分析功能，以協助地方提升管理效能：食藥署為控制問題產品危害風險及降低影響範圍，依食安法第 9 條規定，要求公告類別與規模之食品業者，應依其產業模式，建立產品原材料、半成品與成品供應來源及流向之追溯或追蹤系統；並依同條第 4 項規定，分階段公告應以電子方式申報追溯追蹤資訊之食品業者，俾協助政府於食安事件發生時快速應變處理。截至民國 106 年底止，已公告 22 類食品業者應至非追不可系統申報追溯追蹤資訊，累計申報總筆數 7,755 萬餘筆。經查該署為因應國內多次爆發不肖業者違法使用逾期原料或販售逾期產品等情事，自民國 106 年 9 月起於系統新增申報逾期產品、產品已逾期未申報等提示功能，以強化系統管理功能。惟經分析民國 106 年 12 月肉品、水產品製造業者申報追溯追蹤資料 145,884 筆，仍有「交貨日晚於有效日」、「製造日晚於有效日」及「製造日晚於交貨日」等申報邏輯錯誤態樣情事（表 11），顯示業者申報資料品質仍有疑慮。次查，食品追溯追蹤資料電子申報政策推動以來，累計實施業別逐步擴增，申報家數及筆數日益龐巨，其申報資料品質攸關後續食品雲大數據

資料分析運用之成效，惟各地方衛生局囿於管理人力有限，實務上多於配合實地稽查時，抽樣比對系統資料之正確性，不易即時發掘系統性錯誤，管理效率受限，經函請食藥署研謀改善，強化系統自動化檢核分析功能，協助衛生局提升管理效能，維護申報資料品質。據復：將責請地方衛生局加強業者輔導，另擬依實務管理需求，透過系統自動化檢核產出可能疑慮清單，供地方衛生局實務管理之參考。

表 11 民國 106 年 12 月肉品、水產品製造業者申報追溯追蹤資料邏輯錯誤統計表

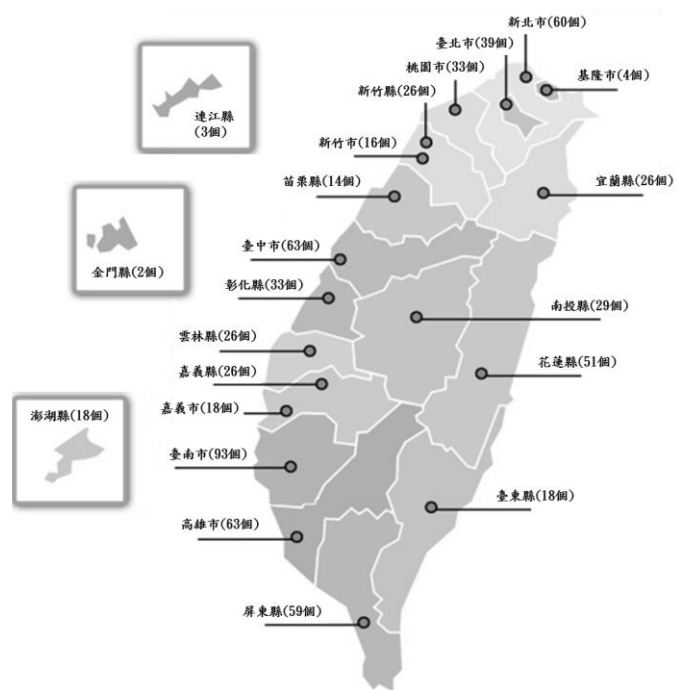
項目	單位:筆、%		
	錯誤態樣	交貨日晚於有效日	製造日晚於有效日
錯誤筆數		23,860	132
占申報總筆數比率		16.36	0.09
			製造日晚於交貨日
			246
			0.17

資料來源：整理自食藥署提供資料。

(三) 政府為發展以社區為基礎之長照服務體系，持續推動社區整體照顧服務體系，惟制度面及執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以利長照資源發展與整合。

政府為促使民眾獲得整合式長照服務，自民國 105 年 10 月起推動社區整體照顧服務體系，將服務提供單位分為社區整合型服務中心（A 級單位）、複合型服務中心（B 級單位）及巷弄長照站（C 級單位），期望在失能長者住家車程 30 分鐘活動範圍內，建構以社區為基礎之整合式照顧服務體系。本年度社會及家庭署運用社會福利基金及長照服務發展基金經費 8 億 6,265 萬餘元，核定補助民間團體佈建社區整體照顧服務據點。截至民國 106 年底止，已佈建之服務據點計有 720 個（80 個 A 級單位、199 個 B 級單位及 441 個 C 級單位；圖 6），本年度服務人數計 16,757 人。經查相關業務之推動，核有下列事項：

圖 6 民國 106 年底社區整體照顧服務體系據點佈建情形圖



資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

1. 小型老人福利機構參與社區整體照顧服務體系之適法性尚有疑慮：依老人福利法第 36 條規定，經許可設立私立老人福利機構者，應於 3 個月內辦理財團法人登記，但小型設立且不對外募捐、不接受補助及不享受租稅減免者，得免辦財團法人登記。

經查社會及家庭署為推動老人福利機構參與長照服務資源佈建，業將本年度社區整體照顧服務體系 B 級或 C 級據點之參與單位資格納列小型老人福利機構，截至民國 106 年底止，全國計有 9 家小型老人福利機構參與設置社區整體照顧服務據點，其可依核定辦理之服務項目，申請修繕及開辦設施設備費用等補助（本年度補助限

額為 142 萬餘元至 354 萬餘元不等；表 12)，核與老人福利法所訂小型老人福利機構不得接受補助之規定未合。次查，小型老人福利機構補助經費之核銷方式，囿於老人福利法是項規定，係由有意願與小型老人福利機構發展社區結盟之 A 級單位與其簽立合作意向書，協助渠等執行提案申請、聘任人力及核銷報結等事宜，惟因部分執行經費（如：水電費、電話費、專業服務費等）之原始憑證未能以 A 級單位名稱開立，致未能核銷取得補助，爰各界對於小型老人福利機構參與社區整體照顧服務體系之適法性多有疑慮，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據復：刻正蒐集地方政府及相關部會、團體意見，研擬老人福利法修正草案，以利長照資源佈建。

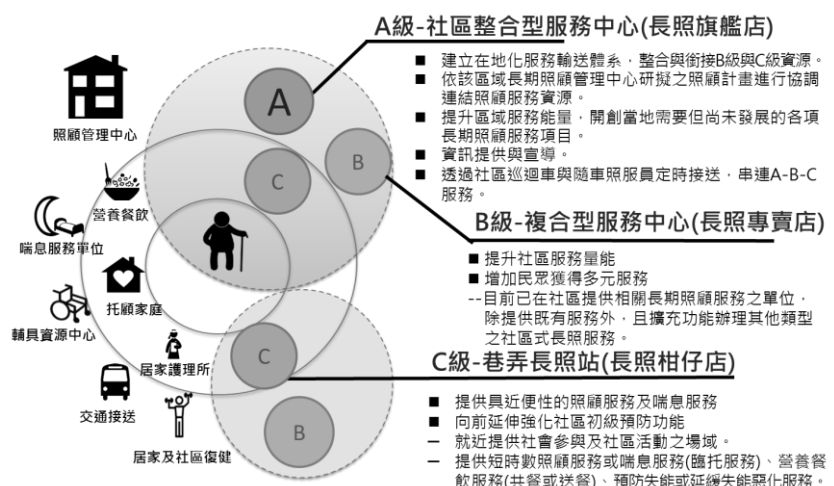
表 12 民國 106 年度社區整體照顧服務體系補助項目表

服務模式	服務提供單位	補助項目（年度補助限額）	補助限額
ABC 模式	社區整合型服務中心 (A 級單位)	1. 修繕及開辦設施設備 (50 萬元) 2. 專案活動費 (24 萬元) 3. 跨專業團隊業務費 (20 萬元) 4. 專案計畫管理費 (總經常門 5%) 5. 專業服務費 (3 人, 150 萬元) 6. 個案管理費 (1 千人, 100 萬元) 7. 社區巡迴車 (1) 交通車 (95 萬元) (2) 司機 (1 人, 33 萬 7 千 5 百元) (3) 車輛租金 (2 年最高補助 162 萬 5 千元, 不得再申請交通車、司機費) (4) 維運費用 (12 萬元, 限購置交通車者)	501 萬 7 千元
	複合型服務中心 (B 級單位)	1. 修繕及開辦設施設備 (50 萬元) 2. 專案活動費 (24 萬元) 3. 專案計畫管理費 (總經常門 5%) 4. 專業服務費 (2 人, 100 萬元)	180 萬 2 千元
	巷弄長照站 (C 級單位)	1. 修繕及開辦設施設備 (50 萬元) 2. 專案活動費 (24 萬元) 3. 專案計畫管理費 (總經常門 5%) 4. 照顧服務員 (50 萬元) 5. 儲備照顧人力 (14 萬元)	142 萬 4 千元
BC 模式	複合型服務中心 (B 級單位)	1. 修繕及開辦設施設備 (50 萬元) 2. 專案活動費 (24 萬元) 3. 專案計畫管理費 (總經常門 5%) 4. 專業服務費 (2 人, 100 萬元) 5. 個案管理費 (3 百人, 30 萬元) 6. 社區巡迴車 (1) 交通車 (95 萬元) (2) 司機 (1 人, 33 萬 7 千 5 百元) (3) 車輛租金 (2 年最高補助 162 萬 5 千元, 不得再申請交通車、司機費) (4) 維運費用 (12 萬元, 限購置交通車者)	354 萬 7 千元
	巷弄長照站 (C 級單位)	1. 修繕及開辦設施設備 (50 萬元) 2. 專案活動費 (24 萬元) 3. 專案計畫管理費 (總經常門 5%) 4. 照顧服務員 (50 萬元) 5. 儲備照顧人力 (14 萬元)	142 萬 4 千元

註：1. ABC 模式係指於社區長照已趨成熟，且具備發展社區協力結盟之區域，由 A 級單位整合區域內 B 級及 C 級資源，提供連續與多元之服務項目。BC 模式係指於社區長照資源佈建進入穩定發展階段之區域，由 B 級單位拓展 C 級單位，發展社區協力結盟策略，以佈建綿密服務網絡。
2. 資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

2. 社區整體照顧服務體系尚乏具體明確之督導考核機制，難以評核及策進其執行成效：社區整體照顧服務體系之主要推動策略係由 A 級單位依照管專員擬定之照顧計畫，協調連結 B 級與 C 級單位之服務資源，落實個案照顧計畫，以提供民眾整合式之照顧服務（圖 7）。社會及家庭署為瞭解 A 級單位之個案管理成效及各據點服務品質，自民國 105 年 11 月起結合輔

圖 7 社區整體照顧服務體系示意圖



資料來源：社會及家庭署。

導團隊，以實地輔導訪視、舉辦分區座談會或工作坊等方式，培力服務單位提升專業量能，並落實個案管理精神。惟查該輔導案自民國 106 年 10 月起，已轉為辦理 A 級單位及照管中心人員之在職訓練課程規劃作業，顯示社區整體照顧服務體系尚乏具體明確之督導考核機制，以評核其推動成效，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據復：已配合長期照顧給付及支付制度之推行，明訂 A 級單位工作內容及支付費用要件，以督促其落實個案管理，並督請市縣政府培力在地輔導團隊，以確保據點服務品質。

3. **資本門補助經費之管控作業未臻健全，影響政府資源之運用效益：**為利長照資源佈建，社會及家庭署提供社區整體照顧服務據點購置交通車、修繕及開辦設施設備等 2 項資本門費用補助，本年度已核定之資本門補助經費計 4 億 3,225 萬餘元。經查該署管理各據點運用補助款購置車輛設備之方式，係於核定補助額度時，於核定函文敘明所購置設備應確實依核定項目執行使用，不得移作他用，並應製作財產清冊，以供查核。惟據點接受資本門補助後，應提供服務之最低年限，或據點停辦後相關設備之處理方式等，則乏相關規範，顯示資本門補助經費之管控作業未臻健全，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據復：業於民國 107 年 3 月 12 日函頒「衛生福利部社區整體照顧服務體系計畫行政作業須知」，明訂服務提供單位受補助購置設施設備之處理原則。

(四) 整建長照衛福據點計畫前瞻特別預算經費執行率欠佳，且部分資源佈建進度未如預期，允宜檢討改善，以提升計畫執行成效。

衛福部為落實長期照顧十年計畫 2.0，建構以社區為基礎之長照服務體系，以中央政府前瞻基礎建設計畫特別預算推動整建長照衛福據點計畫，其中第 1 期特別預算執行期間自民國 106 至 107 年度，該部及所屬計編列 26 億 7,218 萬餘元辦理上開計畫。經查計畫執行情形，核有下列事項：

1. **計畫補助及評選作業要點未能儘早經行政院核定，影響經費執行率：**依行政院於民國 106 年 7 月 7 日核定整建長照衛福據點計畫之工作內容，包括「整建長照 ABC 據點」及「整建照顧管理中心照管分站」等 2 項。衛福部為補助地方政府執行上開工作項目，於民國 106 年 8 月 7 日函請各市縣政府於民國 106 年 8 月 28 日前提報申請計畫書，並於民國 106 年 8 月 14 日研訂「公共服務據點整備之整建長照衛福據點計畫補助及評選作業要點」函報行政院。嗣行政院於民國 106 年 9 月 13 日函復，建議增訂最高補助額度及管考機制，經該部修正該作業要點後於民國 106 年 10 月 6 日第 2 次函報行政院，行政院再於民國 106 年 11 月 6 日函復該部增訂提案地區位於山地原住民及離島地區得按編列標準表所定標準增加 30% 內編列經費等規定後，同意備查。衛福部爰於民國 106 年 11 月 10 日函請各市縣政府依該作業要點修正計畫後，於民國 106 年 12 月底始核定地方政府所提計畫，致截至民國 106 年底止，該計畫累計分配預算數 4 億 5,150 萬元，尚無實現數(表 13)，顯示該部辦理整建長照衛福據點計畫，因補助及評選

表 13 整建長照衛福據點計畫前瞻特別預算編列及執行情形表
單位：新臺幣千元

工作項目			第 1 期 法定預算數	截至 106 年底	
				累計分配 預算數	累計 實現數
合計			2,672,184	451,500	—
整建長照 ABC 據點	補助地方 政府	老人活動中心	303,000	70,000	—
		身障機構	13,533	—	—
		社區活動中心	571,532	60,000	—
		衛生所	562,000	62,000	—
	其他閒置空間/ 土地	600,000	150,000	—	
	補助部 屬機構	醫療及社福 機構	496,481	60,000	—
整建照管中 心照管分站	補助地方 政府		125,638	49,500	—

資料來源：整理自衛福部提供資料。

作業要點未能儘早經行政院核定，復因須請各地方政府配合修正計畫，影響補助經費之執行，經函請衛福部檢討改善，並加速推動計畫，以利如期設置相關據點提供服務。據復：上開作業要點係考量實際業務需要修正後，再次報院，將持續檢討改善，致力提升執行率。

2. 允宜輔導地方政府加速整建設置照管分站，以提升偏遠地區照管服務量能：「整建照顧管理中心照管分站」係補助原住民族、離島及偏鄉地區之社區既有活動中心及衛生所（室），整建設置長期照顧管理中心（下稱照管中心）照管分站（下稱照管分站）所需之修繕費用，第 1 期目標值為整建設置 85 處照管分站。惟查截至民國 107 年 2 月底止，各地方政府僅提案申請 46 處，核定補助 43 處（表 14），據衛福部說明，

主要係因該計畫之補助及評選作業要點規定補助修繕社區活動中心及衛生所（室）設置照管分站，每處以 150 萬元為原則，惟補助修繕衛生所設置長照 ABC 據點，每處最高補助 1,000 萬元，致各地方政府優先申請補助經費較高之項目所致。鑑於照管中心及其分站為受理、提供民眾需求評估及連結、輸送長照服務之單一窗口，截至民國 106 年底各縣市雖已設有 22 處照管中心及 90 處照管分站，惟部分原住民族、離島及偏鄉地區幅員較廣，舉如：臺東縣轄內達仁鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉及海瑞鄉等地區，卻未設置照管分站，係於衛生所派駐照管專員執行長照相關業務，經函請衛福部輔導地方政府加速整建設置照管分站，以提升偏遠地區長照管理服務量能，落實計畫預期達成目標。據復：已於民國 107 年 4 月核定臺東縣轄內 7 處照管分站修繕計畫，亦將邀集專家實地輔導原鄉離島地區，加速整建設置照管分站。

表 14 各市縣照管中心及分站資源佈建情形表

單位：處

市縣別	截至 106 年底資源數		整建長照衛福據點計畫補助整建設置照管分站	
	照管中心	照管分站	第 1 期佈建目標值	截至 107 年 2 月底核定數
合計	22	90	85	43
臺北市	1	5	—	—
新北市	1	7	2	2
桃園市	1	3	1	1
臺中市	1	1	5	—
臺南市	1	10	—	—
高雄市	1	34	7	4
基隆市	1	—	1	1
宜蘭縣	1	1	2	2
新竹縣	1	—	1	1
新竹市	1	—	—	—
苗栗縣	1	1	4	4
彰化縣	1	1	2	2
南投縣	1	2	4	4
雲林縣	1	1	8	—
嘉義縣	1	16	3	2
嘉義市	1	2	—	—
屏東縣	1	5	15	7
花蓮縣	1	1	13	8
臺東縣	1	—	14	4
澎湖縣	1	—	3	1
金門縣	1	—	—	—
連江縣	1	—	—	—

資料來源：整理自衛福部提供資料。

（五） 兒童托育服務量能已逐年擴增，惟公私協力托嬰中心之供給仍有不足，訪視稽查公告作業間有未盡周妥之處，亟待研謀改善，以滿足民眾托育需求，並健全托育管理制度。

為擴大公共托育服務量能，政府近年陸續建置公私協力托嬰中心，並訂定托嬰中心管理實施原則，以強化托嬰中心之管理。截至民國 106 年底止，全國托嬰中心計有 890 家，實際收托人數為 22,879 人，較民國 104 年底成長 2 成餘（表 15），托育服務量能已有擴增，惟有關托育資源之分布及督導管理機制，核有下列事項：

1. 公私協力托嬰中

心分布不均，且候補人數眾多：

為建構平價優質之托育環境，中

央政府於民國 101 至 105 年度運

用公益彩券回饋金 1 億 8,331 萬

餘元，補助地方政府設立公私協力托嬰中心，執行結果，

截至民國 106 年底止，全國計有臺北市等 11 個市縣設置

106 家公私協力托嬰中心，其中 84 家集中設置於臺北市、

新北市及高雄市等 3 個直轄市，餘臺南市等 11 個市縣則

乏該項托育服務（表 16），公共托育資源分布不均，影響

托育服務之可近性。次查，上開 106 家公私協力托嬰中

心之核定收托人數為 5,190 人，占民國 106 年底全國托

嬰中心核定收托人數 31,587 人之 16.43%，且各公私協

力托嬰中心之候補人數達 7,280 人，為可收托人數之 1.4

倍，凸顯國內公共托育資源之供給仍有不足，不利減輕

家庭育兒負擔，經函請社會及家庭署檢討研謀改善。據

復：已針對城鄉發展落差較大且托育資源不足地區，優

先佈建類屬微型托嬰中心之「社區公共托育家園」，預計

於民國 107 至 111 年間，設置 440 處公共托育家園，連

同已設立之公私協力托嬰中心，共可收托約 1 萬 2 千名幼

兒，以滿足民眾托育需求。

2. 多數地方政府未落實辦理托嬰中心訪視

及稽查結果公告作業，不利各界監督敦促提升服務品質：為提升托嬰中心服務品質資訊之透明度，社會及家庭署於托嬰中心托育管理實施原則規定，各地方政府應定期公告托嬰中心訪視輔導、聯合稽查及評鑑結果。經查全國 890 家托嬰中心本年度訪視輔導結果之公告情形，除臺中市、屏東縣及澎湖縣等 3 個市縣業於各自網站公開外，其餘市縣則未公開相關資訊供民眾參考；至聯合稽查結果部分，甚至無市縣公告辦理情形，顯示地方政府未能落實依上開規定公告托嬰中心訪視及稽查結果，不利民眾查詢托嬰中心服務品質。另查社會及家庭署為提升民眾取得托嬰中心評鑑資訊之便利性，雖已於托育人員登記管理資訊網建置托嬰中心評鑑結果專區（圖 8），連結各地方政府相關資訊公告網址，惟漏未連結連江縣之相關資訊，影響專區資訊之完整性。

表 15 全國托嬰中心家數及收托人數表

單位：家、人

項目 年度	托嬰中心家數			收托人數		
	合計	公私協力	私立	合計	公私協力	私立
104	735	92	643	17,246	4,258	12,988
105	808	98	710	19,750	4,601	15,149
106	890	106	784	22,879	5,107	17,772

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

表 16 民國 106 年底公私協力托嬰中心設置、收托及候補情形表

單位：家、人

項目 市縣別	家數	核定 收托人數	候補人數
合計	106	5,190	7,280
臺北市	16	665	1,119
新北市	51	3,030	3,403
桃園市	3	150	543
臺中市	4	113	460
臺南市	—	—	—
高雄市	17	750	1,137
基隆市	2	90	212
宜蘭縣	7	190	187
新竹縣	—	—	—
新竹市	—	—	—
苗栗縣	—	—	—
彰化縣	—	—	—
南投縣	—	—	—
雲林縣	—	—	—
嘉義縣	—	—	—
嘉義市	1	52	16
屏東縣	—	—	—
花蓮縣	—	—	—
臺東縣	2	40	187
澎湖縣	—	—	—
金門縣	1	65	15
連江縣	2	45	1

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

另已建置連結選項之 21 個市縣政府中，僅新竹縣、屏東縣及花蓮縣等 3 個縣可正確查得托嬰中心評鑑結果，其餘 18 個市縣因已變更或移除公告網址，致無法透由該項連結功能取得相關資訊，不利民眾查詢及運用，經函請社會及家庭署督促檢討研謀改善。據復：已規劃於民國 107 年度建置之「社會及家庭署托育體系整合資訊系統」增列必填欄位，責請地方政府查填托嬰中心訪視輔導、聯合稽查及評鑑結果等資料，以利民眾查詢相關資訊。

圖 8 托育人員登記管理資訊網托嬰中心評鑑結果專區



資料來源：社會及家庭署托育人員登記管理資訊網站。

(六) 兒童與少年未來教育及發展帳戶有助弱勢兒少累積資產，惟參與人數未及原推估人數之 3 成，允宜積極研謀改善，以利弱勢兒少自立發展。

政府為減少貧窮代間循環問題，提升貧窮青少年未來接受高等教育、職業訓練或自行創業之機會，自民國 106 年 6 月起實施「兒童與少年未來教育及發展帳戶(下稱兒少發展帳戶)推動方案」，期藉由提供長期儲蓄之獎勵措施，鼓勵弱勢兒少累積資產。截至民國 106 年底止，已設置帳戶人數為

表 17 民國 106 年底兒童與少年未來教育及發展帳戶設置情形表

單位：人、新臺幣千元

開戶人數	存款金額				
	總金額 (1+2+3+4)	開戶金 (1)	自存款 (2)	政府提撥款 (3)	利息 (4)
2,654	53,988	26,540	19,952	7,431	65

註：1. 開戶金係指兒少法定代理人或監護人簽約同意開戶後，政府配合其帳戶開立，所撥入之提撥款 1 萬元。
2. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

2,654 人，累計存款金額為 5,398 萬餘元(表 17)。經查相關業務之執行，核有：1. 兒少發展帳戶之實施對象，係民國 105 年 1 月 1 日以後出生至年滿 18 歲，且為列冊之低收入戶、中低收入戶或長期安置之兒童及少年。依衛福部推估，本年度預計受益人數為 1 萬人，並由該部及教育部共同編列預算 1 億 6,100 萬元支應所需經費，執行結果，截至民國 106 年底止，已設置兒少發展帳戶者計 2,654 人，未及原推估人數之 3 成，實際經費支出為 3,590 萬餘元，執行率約 22.30%(表 18)，與原推估之執行成果落差頗巨，不利弱勢兒少之自立發展；2. 兒少發展帳戶之存款額度，係以簽訂契約方式約定參加者每月存入自存款之金額(每月 500 元、1,000 元或 1,250 元)，自開戶後第 2 年起，參加者可視個人經濟狀況，於每年 1 月底前申請變更每月約定金額，1 年可變更 1 次，每人每年自存款最高為 15,000 元。考量兒少發展帳戶之實施對象為經濟弱勢兒少，其家庭收支狀況變動幅度較巨，每月可支配存款金額不定，如規定其每月定額存款金額，恐限縮參與者所得支配之彈性，增加渠等長期持續儲蓄之難度，允宜研議鬆綁每月存款額度限制之可行性，於年度自存款限額下，開放參與

表 18 民國 106 年度兒童與少年未來教育及發展帳戶推動方案經費執行概況表

單位：新臺幣千元、%

編列預算單位	預算數	執行數	執行率
合計	161,000	35,903	22.30
教育部	150,000	33,971	22.65
衛福部	11,000	1,931	17.56

資料來源：整理自衛福部提供資料。

者自行決定每月存款金額，以提升參與者之儲蓄誘因等情，經函請衛福部檢討研謀改善。據復：1. 已將兒少發展帳戶推動情形納入民國 108 年度社會福利績效考核項目，並定期與地方政府召開聯繫會議，以督導地方政府落實推動並強化宣導作為，擴大計畫實施成效；2. 將視參加者存款情形，評估調降每月自存金額或放寬存款人自行決定每月存款金額之可行性。

(七) 政府持續推動身心障礙證明核(換)發及需求評估作業，惟相關業務執行仍有未盡周妥情事，允宜檢討研謀改善，以維身心障礙者權益。

政府為因應國際間多採世界衛生組織之分類方式定義身心障礙者，於民國 96 年 7 月 11 日修正公布「身心障礙者權益保障法」(下稱身權法)，將以往按疾病名稱分類之身心障礙鑑定方式，改採世界衛生組織頒布「國際健康功能與身體障礙分類系統」之 8 大分類系統定義，並自民國 101 年 7 月 11 日施行。據衛福部統計，截至民國 106 年底止，身心障礙人口達 116 萬餘人。經查身心障礙證明核(換)發業務執行情形，核有下列事項：

1. 多數地方政府辦理領有永久效期身心障礙手冊者換證人數未達總規劃換證人數之 6 成，鑑於法定執行期限將於民國 108 年 7 月 10 日屆期，允應督促加速完成換證作業：依身權法第 106 條第 1 項規定，民國 96 年 6 月 5 日修正之條文全面施行前已領有身心障礙手冊者，應依市縣主管機關指定期日及方式，辦理重新鑑定及需求評估或換發身心障礙證明；復依同條文第 4 項規定，市縣主管機關應於民國 104 年 7 月 11 日起至 108 年 7 月 10 日為止，完成第 1 項領有永久效期手冊者之換證作業。據社會及家庭署提供資料，全國持永久效期身心障礙手冊而須換證者約 69 萬餘人，為避免身心障礙者集中於最後辦理年度進行換證，地方政府預計於民國 104 至 108 年度分年核發證明計 6 萬餘人至 20 萬餘人不等。據統計，截至民國 106 年底累計實際換證 43 萬餘人，雖占各市縣政府規劃換證人數(45 萬餘人)之 94.76%(表 19)，惟與截至民國 108 年 7 月 10 日全國總規劃換證人數(69 萬餘人)相較，僅占 62.64%，各市縣政府累計實際換證人數占總規劃換證人數之比率約為 48.23%至 92.73%

表 19 各市縣政府執行永久效期身心障礙手冊換證情形表
單位：人、%

市縣別	總規劃換證人數(A)	截至106年底換證情形			總換證比率(C/Ax100)
		規劃換證人數(B)	累計換證人數(C)	換證比率(C/Bx100)	
合計	695,500	459,730	435,634	94.76	62.64
臺北市	60,086	43,820	40,787	93.08	67.88
新北市	103,014	59,510	56,535	95.00	54.88
桃園市	49,804	30,769	32,263	104.86	64.78
臺中市	66,028	62,874	61,226	97.38	92.73
臺南市	55,638	33,567	33,177	98.84	59.63
高雄市	79,768	56,579	53,136	93.91	66.61
基隆市	12,774	7,854	7,094	90.32	55.53
宜蘭縣	22,554	14,218	12,080	84.96	53.56
新竹縣	13,869	9,195	7,737	84.14	55.79
新竹市	10,946	6,606	6,152	93.13	56.20
苗栗縣	22,092	13,358	13,152	98.46	59.53
彰化縣	42,003	26,992	23,749	87.99	56.54
南投縣	23,227	13,523	12,706	93.96	54.70
雲林縣	30,778	16,211	14,843	91.56	48.23
嘉義縣	27,442	15,535	15,213	97.93	55.44
嘉義市	9,126	5,979	5,923	99.06	64.90
屏東縣	29,608	20,304	18,597	91.59	62.81
花蓮縣	16,783	10,199	9,295	91.14	55.38
臺東縣	11,965	7,766	7,535	97.03	62.98
澎湖縣	3,536	2,076	1,967	94.75	55.63
金門縣	4,144	2,519	2,194	87.10	52.94
連江縣	315	276	273	98.91	86.67

資料來源：整理自社會及家庭署提供資料。

不等，其中未達 6 成者計有新北市等 14 個市縣政府，顯示各市縣政府實際完成換證進度差異頗大。鑑於法定永久效期身心障礙手冊者換證作業執行期限將於民國 108 年 7 月 10 日屆期，為避免民眾集中於法定期限截止前換證，致案量驟增影響行政效率及衍生民怨，經函請社會及家庭署督促各該市縣政府加速完成換證作業。據復：業自民國 107 年起每 2 個月召開 1 次需求評估工作小組會議，持續請進度落後之市縣政府提出改善措施；另已將換證比率納入民國 108 年社會福利績效考核指標，以督促地方政府加速完成換證作業。

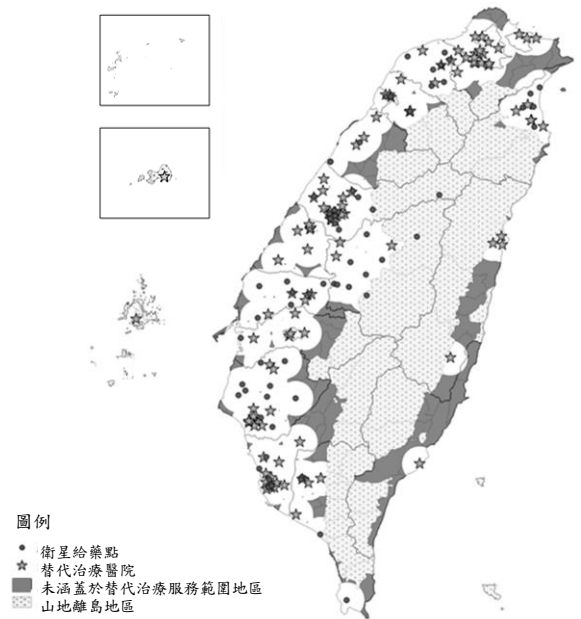
2. 允宜研議跨轄申請身心障礙證明之可行性，以提供民眾更為便捷之申辦服務：依據身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法第 2 條第 1 項規定，身心障礙證明之核發，應向戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所提出申請，經公所發給身心障礙鑑定表，供民眾至鑑定機構辦理鑑定，俟鑑定機構完成鑑定後，將身心障礙者鑑定報告核轉市縣主管機關，供社政主管機關辦理後續需求評估作業，並核發身心障礙證明。有關現行身心障礙證明之受理申請，對於未居住於戶籍地之民眾，尚須返回戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所申請，始能取得身心障礙證明，對不良於行之身障者及其照顧家屬尚屬不便。各市縣政府雖自民國 104 年 1 月起開放轄內跨區申請，並陸續提供線上下載申請表、郵寄申請等服務，惟據行政院主計總處最近一次國內遷徙調查統計，及國家發展委員會民國 104 年身心障礙者數位機會與數位生活需求調查報告，民國 101 年 10 月暫離戶籍所在地人口計 485 萬餘人，且民國 104 年 9 月身心障礙民眾中曾使用電腦及網路之比率分別為 38.8%、35.2%，顯示各市縣政府開放線上下載申請表之措施，對於資訊近用比率較低且未居住於戶籍地之身障者仍屬不便，經函請社會及家庭署研議開放跨市縣申請身心障礙證明之可行性。據復：跨轄申請身心障礙證明須調整整體鑑定及需求評估流程，將於民國 107 年度召開之需求評估工作小組會議與各地方政府共同討論，待完成整體流程規劃，將配合修正身心障礙者福利與服務需求評估及證明核發辦法。

（八） 政府為因應國內新興毒品濫用問題，提出「醫療處遇為主戒治為輔」之反毒策略，惟國內現有藥癮戒治醫療資源仍有不足，允宜研謀因應，提升服務量能，以滿足未來藥癮戒治需求。

行政院鑑於近年來國內新興毒品氾濫，施用者年齡層下降，為有效抑制新生毒品人口增加，於民國 106 年間提出「新世代反毒策略」，擬具「新世代反毒策略行動綱領」，強化跨部會功能整合，提出具體反毒行動方案，未來反毒策略朝向「成癮醫療及復歸社會服務為核心、戒護為輔之戒治模式」發展。其中衛福部主責推動藥癮戒治服務，本年度編列預算 1 億 5,174 萬餘元，實際支用 1 億 1,035 萬餘元。依該部民國 107 年 2 月 12 日公告資料，全國指定藥癮戒治機構、替代治療服務醫院分別有 169 家、111 家；另截至民國 106 年底止，提供鴉片類藥癮者替代治療服務 43,796 人。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 國內投入藥癮戒治之專業團隊尚有不足，難以因應未來藥癮戒治需求，又部分地區替代治療資源匱乏，恐造成需求族群就醫不便，影響戒治成效：衛福部依據毒品危害防制條例第21條規定，訂有指定藥癮戒治機構作業要點，依該要點第2點規定，藥癮戒治機構依服務功能及人員設施區分為藥癮戒治核心醫院、藥癮戒治醫院及藥癮戒治診所，各類機構除需具備精神專科之專業團隊外，專業人員亦需接受藥癮治療相關培訓，並由地方衛生主管機關推薦為指定藥癮戒治機構。依該部民國107年2月12日公告資料，全國指定藥癮戒治機構計169家，其中包含23家藥癮戒治核心醫院、109家藥癮戒治醫院及37家藥癮戒治診所，分別提供門診、住院與替代治療戒治服務。惟經以健保特約醫事機構系統查詢結果，全國設有精神科之健保特約醫院、診所分別為202家、278家（資料日期：民國107年6月6日），現行指定藥癮戒治醫院、診所占國內設有精神專科院所之比率，分別約65.35%、13.31%，顯示國內醫療體系投入成癮戒治之專業團隊仍有不足，恐難以因應未來藥癮戒治需求。另該部自民國98年起辦理非愛滋藥癮者替代治療補助方案，補助個案治療費用，以強化其戒治意願，且為增進替代治療之便利性，於計畫執行院所之外，設置衛星給藥點，以避免因服藥不便，造成個案用藥中斷，影響戒治成效，本年度實支經費6,189萬餘元。依該部民國107年2月14日公告資料，全國替代治療服務醫院計111家，衛星給藥點計67家，合計178個服務據點，惟多集中於臺灣本島西半部，東部地區戒治資源較為匱乏；又經以10公里為服務範圍分析，仍有部分偏遠地區未能涵蓋於10公里服務範圍內（圖9），恐因就醫不便，而降低藥癮者戒治動機，經函請衛福部研謀改善，加強培育專業人才，擴大戒治服務量能。據復：將推動發展藥癮防治專業人才培訓制度，規劃擴大辦理培訓班次，充實藥癮處遇人力；另將補助偏鄉地區設置替代治療執行機構，及研議擴大補助丁基原啡因，並成立跨區給藥協作中心，擴大辦理跨區給藥試辦計畫，提升替代治療可近性與便利性。

圖9 替代治療服務據點10公里服務範圍分析圖



資料來源：依據衛福部民國107年2月14日公告提供替代治療醫療院所名單，以地理資訊系統(QGIS)分析繪製。

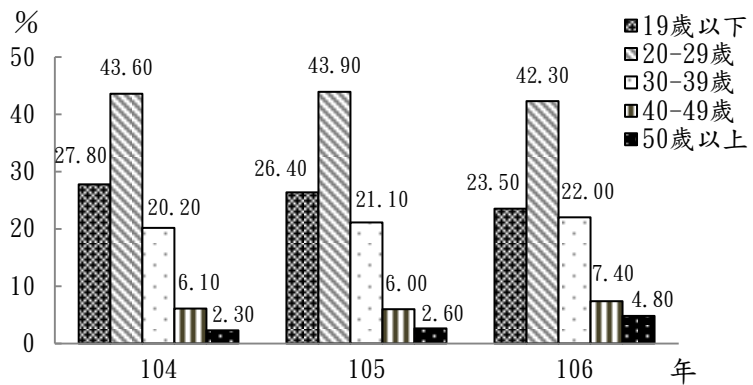
2. 非鴉片類藥癮治療補助計畫因於經費限制，執行院所家數受限，服務量能仍少；又個案治療費用採部分補助，間有個案補助額度用罄而自行中斷療程，影響計畫成效：衛福部鑑於國內查獲第二級及第三級毒品施用人數日益增加，且首次施用者以29歲以下年輕族群占大宗（圖10），自民國103年度起辦理非鴉片類藥癮治療補助計畫，補助第二、三、四級非鴉片類

毒品施用者部分治療費用，期能提升渠等治療意願，協助預防復發、復歸社會，本年度實支經費 1,778 萬餘元。惟查囿於經費限制，計畫執行家數受限，參與院所雖由民國 103 年之 7 家，民國 104 至 105 年增為 12 家，至民國 106 年擴大為 17 家，仍僅涵蓋全國指定藥癮戒治機構 169 家之 10.06%，又渠等院

所多集中於中、南部地區，北部及東部地區相關資源匱乏（表 20）；另以服務人數分析，本年度預計服務 1,800 人，與同年查獲施用第二、三、四級毒品人數 48,732 人相去甚遠，服務資源尚待進一步擴展。次據執行院所反映，補助費用無法分配予實際參與治療人員，加以給付水準低，亦影響專業人員參與意願。另因個案治療費用採部分補助，部分院所反映間有個案補助額度用罄後不願自行負擔就診費用而中斷療程，影響計畫執行成效，經函請衛福部研謀改善。據復：已於民國 107 年度爭取增編藥癮醫療相關經費，亦督請地方政府編列補助費用，以擴大量能；並將配合新世代反毒策略之推動，強化藥癮醫療服務之基礎建設，包括人員培訓、合理費用補助、支給制度建立及網絡合作機制等，以促進醫療機構之參與；另請醫療機構將提升個案持續接受治療動機之獎勵機制納入個案療程規劃，俾提升個案留置率。

3. 補助醫療機構設立藥癮治療性社區，惟目前全國僅有 1 家，服務量能有限，且個案來源侷限司法單位，醫療社政單位轉介合作機制尚待強化：衛福部鑑於國內施用毒品人口年齡下降，惟青少年戒毒資源匱乏，自民國 95 年起補助草屯療養院建構以青少年為主之藥癮治療性社區—茄荖山莊，設置可容納 30 人之全日居住型復健醫療資源，希以社區生活取代藥物治療，協助藥癮者戒癮復歸社會，為國內第三、四級毒品施用者提供長期之戒癮復健治療服務。惟囿於經費有限，迄今全國僅有 1 家草屯療養院治療性社區，可提供服務人數每年約在 50 人次以內，服務量能極為有限。另該療養院於民國 106 年間與司法、社政、藥癮戒治民間機構等共 15 個單位建立戒毒復健治療轉介服務機制，接受轉介評估人數共 84 人，實際入住 45 人，惟上開轉介

圖 10 各機關(構)通報濫用藥物個案之首次用藥年齡層分布圖



資料來源：整理自衛福部藥物濫用案件檢驗統計資料。

表 20 民國 106 年度非鴉片類藥癮治療補助計畫執行醫院名單

市縣別	執行單位
臺北市	臺北市立聯合醫院
臺中市	中山醫學大學附設醫院
	中國醫藥大學附設醫院
	童綜合醫療社團法人童綜合醫院
	臺中榮民總醫院
彰化縣	衛生福利部彰化醫院
南投縣	衛生福利部草屯療養院
嘉義市	臺中榮民總醫院嘉義分院
嘉義縣	衛生福利部朴子醫院
臺南市	高雄榮民總醫院臺南分院
	國立成功大學醫學院附設醫院
	衛生福利部嘉南療養院
高雄市	國軍高雄總醫院附設民眾診療服務處
	高雄市立凱旋醫院
	長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院
	財團法人私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院
屏東縣	安泰醫療社團法人安泰醫院

資料來源：整理自衛福部提供資料。

單位中，14 個單位皆為司法單位，顯示醫療、社政等單位轉介合作機制尚待強化，經函請衛福部研謀改善，以提升個案轉介管道之多元性。據復：將積極洽談有能力之機構，增設治療性社區服務據點，並督請草屯療養院強化社政等非司法單位之網絡人員專業知能，加強合作機制。

4. 國內附命完成戒癮治療緩起訴處分毒品查獲施用案件已大幅成長，惟部分地方檢察機關僅指派少數醫療機構辦理，肇致醫院負荷過重，影響戒治品質：行政院新世代反毒策略，提出以醫療處遇為主戒治為輔之政策方向，爰依新世代反毒策略行動綱領戒毒策略所列，法務部將逐步提升附命戒癮治療緩起訴處分之比率，從民國 105 年之 11%，民國 106 年提升至 15%，並於 4 年內提升至 20%。據法務部民國 107 年 1 月法務統計摘要顯示，民國 106 年國內偵查毒品案件以緩起訴處分者計 8,713 件，較民國 105 年之 3,864 件，呈倍數成長，惟據部分地方政府反映，地檢署僅選擇與轄內少數或特定之醫療機構簽約合作辦理，導致醫院負荷量過重，影響戒癮治療服務品質。經函請衛福部研謀改善，盤點各地區藥癮戒治機構可供服務量能，協請權責機關共同研議建立分流機制，以維護戒癮服務品質，同時鼓勵指定藥癮戒治機構共同提供服務，逐步提升服務量能，以應未來戒治需求。據復：將請各地方政府衛生局透過地方毒品防制網絡聯繫會報，加強與地檢署之雙向溝通，期建立分流機制，並將「藥癮戒治機構辦理緩起訴附命戒癮治療業務比例」納入各地方毒品危害防制中心民國 107 年度視導考評指標，積極輔導藥癮戒治機構參與緩起訴戒癮治療服務；另將持續與法務部溝通，促進戒癮治療及處遇服務之共識。

(九) 衛福部為強化緊急醫療救護體系，獎勵大型醫院支援急重症照護人力，期充實偏鄉在地醫療照護能力，惟支援人力更迭頻繁，計畫亦面臨財源縮減、醫師人力短缺問題，恐難以為繼，又緊急醫療能力分級評定尚乏全面且持續性之追蹤監測機制，允宜研謀改善，以維護急重症患者就醫權益與醫療照護品質。

衛福部為強化緊急醫療救護體系，依據緊急醫療救護法第 38 條規定，訂定醫院緊急醫療能力分級標準，推動辦理醫院緊急醫療能力分級評定，依該部民國 107 年 3 月 14 日公告資料，全國 22 市縣計有 199 家急救責任醫院（含重度級 39 家、中度級 81 家、一般級 79 家），已建置 14 個緊急傷病患轉診網絡，依病人病情及醫療需求提供轉診服務。復為維護離島及醫療資源不足地區醫療服務資源與品質，同時運用醫療發展基金，辦理「醫學中心或重度級急救責任醫院支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」（下稱醫中支援計畫），協助醫療資源不足地區之醫院達成醫院緊急醫療能力分級標準之五大急重症照護能力，期使偏鄉民眾在地即時獲得適當之醫療照護。本年度實支經費 6 億 6,753 萬元，已核定由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院支援 25 家離島及醫療資源不足地區 108 名急重症醫師人力。經查相關業務之推動，核有：1. 衛福部辦理醫中支援計畫，為獎勵支援醫院長期派任同一名專科醫師支援，提供長期支援獎勵費（每人每年 360 萬元），期增進支援醫師人力穩定性。執行以來，領取該項獎勵費之醫師人數雖有成長，惟部分支援醫師人力更迭頻繁，民國 104 年度僅約 5 成領取長期支援

獎勵費(表 21)，另民國 105 年度約有 3 成科別醫師平均支援期間未滿 6 個月，不利醫病關係之建立；復因計畫經費係以醫療發展基金獲配之菸品健康福利捐支應，惟本年度該基金獲配比率由 9%調降至 3.2%，致獲配收入較民國 105 年度大幅減少 21 億餘元，基金財源縮減，連帶影響計畫可供執行經費；加以隨著未來醫師納入勞動基準法之政策實施，大型醫院醫師人力益形短缺，恐無餘力支援其他醫院，而影響計畫之持續推行，難以落實醫療在地化之政策目標，保障偏鄉民眾就醫權益及品質；2. 依衛福部訂定之醫院緊急醫療能力分級標準規定，急救責任醫院以五大急重症及一般急診能力，依醫院提供之緊急醫療種類、人力設施、作業量能等評定結果，區分為重度級、中度級及一般級；其評定方式，係由急救責任醫院提出評定申請，由該部聘請專家依分級評定基準進行實地評定，一經評定者，有效期間為 4 年，於評定效期內，得進行不定時追蹤輔導訪查。惟其追蹤輔導訪查對象，主要為經評定會議決議為必要訪查者，或經認定有違反醫療品質、醫學倫理或危害病人安全者，或係評定結果改善事項之後續追蹤等，尚乏全面且持續性之追蹤監測機制，難以即時掌握急救責任醫院是否確實依其評定等級提供緊急醫療服務，維護急重症患者就醫權益及醫療照護品質等情，經函請衛福部研謀因應。據復：1. 已盤點各市縣醫療資源，檢討整合現行補助計畫，並將研商建立區域聯防機制，規劃以醫學中心認養區域方式進行支援；2. 為強化分級評定後續監測機制，將要求各急救責任醫院通報人力及服務量能，並建立監測指標，確實掌握急救責任醫院之服務量能等。

表 21 醫中支援計畫長期支援獎勵費領取人數情形表

單位：人、%

項目	102	103	104
支援醫師人數(註 2)	40	40	45
領取獎勵費人數	—	14	21
占比	—	35.00	46.67

註：1. 民國 105 年度尚有部分醫院未完成經費申請結報，爰未列入本表。
2. 排除本分院及同體系支援人數。
3. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

(十) 腦中風為國人死亡與失能主要原因，惟因民眾對急性症狀認知不足，多數病患未能及時送達醫院，且部分偏鄉仍較缺乏居家醫療及長照相關資源，尚難滿足患者支持性復健需求，允宜研謀改善，以強化腦中風醫療照護品質。

腦中風為國人死亡與失能主要原因，造成患者、照護者及家庭沉重負擔，其醫療照護牽涉急性期緊急醫療處置、急性後期照護復健、慢性期醫療與長期照護銜接等醫療照護體系之整合。腦中風急性發作後須於黃金治療期內予以急救，衛福部自民國 98 年起推動醫院緊急醫療能力分級評定制度，建置急救責任醫院緊急醫療體系，並將急性腦中風納入重點項目，截至民國 106 年底公告 199 家急救責任醫院中已有 124 家具備急性腦中風章節之中度級與重度級能力。又中央健康保險署(下稱健保署)為因應患者於急性醫療後之再住院及超長住院問題，自民國 103 年起先以腦中風病患為對象，推動提升急性後期整合照護計畫(下稱健保 PAC 計畫)，促使醫院於急性後之黃金復健期給予積極性整合照護，協助病患改善失能，恢復功能與健康，本年度預算數 4 億元，收案 4,155 人。經查相關計畫、措施之推動，核有下列事項：

1. 缺血性腦中風病患應於發作 3 小時內接受血栓溶解劑治療，囿於民眾對於腦中風急性症狀認知不足，多數病患未能及時送達醫院；腦中風分為由血管或腦梗塞引起之「缺血性

腦中風」及腦血管破裂引起之「出血性腦中風」兩種類型，又以缺血性腦中風占 7 至 8 成為大宗。按血栓溶解劑可打通阻塞血管，使腦組織受損範圍縮小，增加復原機會及減少殘障失能風險，惟病患需於缺血性腦中風發生後 3 小時內接受該項治療，超過 3 小時使用將導致病患腦出血風險增加。查民國 104 至 106 年經緊急醫療能力分級評定之急性腦中風中度級以上能力急救責任醫院計 35 家，其中已有 31 家對於符合施行血栓溶解劑治療條件病患，於送達醫院後 60 分鐘內完成該項治療者，達 50% 至 100% 不等，超越美國心臟及中風學會 (American Heart Association/American Stroke Association) 於 2010 年所訂定大於 50% 病患數之目標。惟據本部赴醫院訪談及台灣腦中風學會會訊刊載研究指出，國內缺血性腦中風病患僅約 1 成可於病發 2 至 3 小時內送達醫院，主要係因民眾對於腦中風急性症狀普遍認知不足，過晚發現病患中風症狀，延遲送醫時間。經函請衛福部督促研謀改善。據復：國民健康署將研議與台灣神經學學會研商合作計畫以提升宣導效益之可行性，並於民國 107 年委託台灣腦中風學會更新編修「腦中風防禦手冊」，配合世界腦中風日加強宣導。

2. 推估 4 成腦中風患者具居家醫療及長照相關需求，惟部分偏鄉仍較缺乏相關資源，其中又以居家呼吸照顧、長照居家服務及居家喘息服務涵蓋較為不足，恐難滿足患者支持性復健需求：按腦中風為國人失能主要因素，患者參與健保 PAC 計畫 8 成以上可回歸社區且功能進步，有助改善失能情形，惟整體腦中風病患僅約 1 至 2 成符合健保 PAC 計畫收案條件。查腦中風病患障礙與失能評估方式，臨床常用量表之一為 Modified Rankin Scale (下稱 MRS)，將病患功能狀態區分 7 個不同等級 (表 22)。健保 PAC 計畫腦中風收案對象係急性腦血管疾病發作後 1 個月內醫療狀況穩定，功能狀況為 MRS 分數 3 至 4 分且具積極復健潛能之病患。至於 MRS 分數 3 至 4 分而不具積極復健潛能個案，以及 MRS 分數 5 分個案，採機構式照護或居家健康照護等支持性復健。經分析健保署提供國內約 200 家醫院民國 105 至 106 年腦中風各 MRS 分數人數，分數介於 3 至 5 分者占整體腦中風人數近 6 成，如扣除符合健保 PAC 計畫收案條件之 2 成患者，推估仍有 4 成患者具居家醫療及長照相關需求。另以健保居家醫療整合計畫與長照社區及居家式服務提供機構設置地點半徑 10 至 30 公里為服務範圍分析，則以山地離島地區及花東、彰雲嘉南沿海、屏東滿州等平地偏鄉較為缺乏相關資源，其中部分腦中風人數 500 人以上，甚至逾 1,000 人之鄉鎮，30 公里內仍缺乏居家呼吸照顧、長照居家及居

表 22 腦中風 Modified Rankin Scale (MRS) 分級標準表

評分標準	患者狀況	功能障礙情形
0	沒有症狀。	無明顯功能障礙
1	除症狀外，無顯著失能，能執行所有日常活動。	
2	輕度失能，無法執行之前所有活動，但能照料自己的事情不需協助。	輕度功能障礙
3	中度失能，需要一些幫助，但能獨立行走不須協助。	中度功能障礙
4	中重度失能，無法不依賴協助而獨立行走及照料自身所需。	中重度功能障礙
5	重度失能，臥床、失禁，須持續照顧及注意。	重度功能障礙或意識不清
6	死亡。	

資料來源：整理自健保署民國 104 年全民健康保險急性後期照護研討會會議資料及本年度健保 PAC 計畫部分團隊執行報告。

家喘息等服務機構(表 23), **表 23 居家呼吸照顧、長照居家服務及居家喘息等服務提供機構半徑 30 公里未涵蓋區域所屬鄉鎮表**

恐難滿足該等區域腦中風患者支持性復健需求,增加失能程度惡化之風險。經函請衛福部督促研謀改善。據復:將持續協助各市縣政府依其區域特性與長照服務需求,積極佈建偏遠地區服務資源,以增進長照服務之可近性。

服務項目	腦中風人數 501 至 1,000 人鄉鎮	腦中風逾 1,000 人鄉鎮
居家呼吸照顧特約醫事機構	麥寮鄉、東石鄉、臺西鄉、梅山鄉、玉里鎮、鹿谷鄉、大城鄉、卑南鄉、魚池鄉、信義鄉、成功鎮	埔里鎮、竹山鎮、美濃區、馬公市、芳苑鄉、口湖鄉、四湖鄉
長照居家服務機構	玉里鎮、卑南鄉、信義鄉、成功鎮	
長照居家喘息機構	玉里鎮、信義鄉	馬公市

註:1.本表僅列示腦血管疾病門(急)、住診合計人數 500 人以上鄉鎮。
2.本表所列鄉鎮包含服務提供機構半徑 30 公里未涵蓋區域占鄉鎮部分範圍者。
3.資料來源:依據健保署網站居家醫療整合照護特約醫事機構查詢資料(資料日期:民國 107 年 4 月 5 日)、衛福部網站長照政策專區長照服務資源地理地圖開放資料(資料日期:民國 106 年 6 月)、民國 105 年全民健康保險醫療統計年報等資料,以地理資訊系統分析結果。

3. 為改善包括腦中風在內之出院患者銜接居家醫療及長照相關服務及時性,已獎助醫院辦理銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫,並鼓勵醫院申報健保出院準備及追蹤管理費,惟囿於相關給付不敷醫院成本,申報病患數仍少,恐有腦中風病患未能及時獲得出院整合性轉介追蹤服務:按腦中風為國人失能主因,部分病患出院後仍具有居家醫療及長照相關需求。衛福部鑑於過往病患出院後無縫接軌長照服務涵蓋率偏低及取得服務等待天數過長等問題,配合長期照顧十年計畫 2.0 之推展,獎助醫院辦理銜接長照 2.0 出院準備友善醫院獎勵計畫,期藉由地方政府照護管理中心連結醫院出院準備團隊,於出院前即共同完成評估病患照護需求,縮短病患等候取得長照服務天數,以協助民眾及時獲得所需服務資源。查該計畫以補助醫院創新建立出院準備銜接長照服務流程為主,醫院實際辦理每位病患出院準備服務則鼓勵依健保民國 105 年新增之「出院準備及追蹤管理費」支付標準申請給付 1,500 點。經統計民國 106 年健保該項費用申報情形,已申報病患數 83,761 人,其中屬腦血管疾病者 7,884 人,惟依衛生福利統計互動式指標查詢系統資料,腦血管疾病住院患者每年約 12 萬人,如以前述推估 4 成患者具居家醫療及長照相關需求,即近 5 萬人需要相關轉介追蹤服務,則目前該項費用申報病患數仍少。且據本部訪談醫院及衛福部委託研究報告指出,申請該項費用須擬訂並執行病患出院準備計畫,內容包括跨專業團隊溝通協調、護理用藥或復健衛教指導、院外醫療、社會或長照資源整合及後續轉介、出院後諮詢追蹤等項目,相關人力及時間成本高於給付,且該項費用歸屬醫院總額,申報件數過多亦可能稀釋總額點值。顯示相關給付尚難促使醫院積極對包括腦中風在內之出院患者提供完善出院準備服務,恐有腦中風病患未能及時獲得出院轉介追蹤之整合服務。經函請衛福部督促研謀改善。據復:民國 107 年度健保醫療給付費用總額預算已增編 5,000 萬元,用於出院準備銜接長照 2.0 案件,將不影響醫院部門總額點值。

(十一) 衛福部為促進醫療資源均衡發展,持續推動醫療網計畫,全國急性一般病床平均每萬人口許可數已達規劃目標,惟相關規範久未檢討修訂,國內病床資源分布仍有不均情事,允宜研謀改善,以引導醫療資源合理配置。

衛福部為促進醫療資源均衡發展,依醫療法第 88 條第 1 項規定,統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布,將全國劃分為 17 個醫療區域及 50 個次醫療區域,並訂定醫療網計畫。

經查該部於民國 79 年核定之醫療網第二期計畫，規劃至民國 89 年應達急性一般病床平均每萬人口 35 床之目標。又參酌民國 90 年 5 月 3 日公告「行政院衛生署受理醫院設立或擴充案件審查原則一覽表」，於醫院設立或擴充許可辦法規定，急性一般病床於次醫療區域，每萬人不得逾 50 床。截至民國 107 年 5 月底止，全國急性一般病床平均每萬人口許可數為 37.32 床，已達醫療網每萬人口 35 床之規劃目標。惟倘以次醫療區域分析，其中「臺北—北區」等 8 個次醫療區域，急性一般病床平均每萬人口許可數已逾前揭醫院設立或擴充許可辦法規定 50 床之上限；另「基隆—基隆」等 25 個次醫療區域及金門縣、連江縣，急性一般病床平均每萬人口許可數則尚未達成 35

表 24 每萬人口逾 50 床及未達 35 床之次醫療區統計表

單位：床

二級醫療區	次醫療區	許可數	二級醫療區	次醫療區	許可數
每萬人口逾 50 床					
臺北	北區	74.47	嘉義	太保	56.58
宜蘭	羅東	55.88	屏東	屏東	50.57
苗栗	海線	54.92	花蓮	花蓮	54.29
嘉義	嘉義	61.16	臺東	臺東	51.46
每萬人口未達 35 床					
基隆	基隆	31.99	雲林	斗六	30.25
臺北	西北區	10.99	雲林	北港	31.97
臺北	西區	18.59	嘉義	阿里山	25.10
臺北	南區	29.42	臺南	臺南	34.29
宜蘭	宜蘭	27.37	臺南	新營	31.58
桃園	中壢	24.05	臺南	永康	25.92
新竹	竹東	18.38	高雄	旗山	18.76
苗栗	中港	21.10	屏東	恆春	24.85
臺中	山線	34.95	澎湖	澎湖	25.64
南投	南投	25.30	臺東	大武	3.25
南投	竹山	23.46	臺東	成功	22.70
南投	草屯	30.76	臺東	關山	15.29
彰化	南彰化	10.78	金門縣 (註 1)		18.44
連江縣 (註 1)		30.87			

註：1. 依醫院設立或擴充許可辦法第 5 條附表備註：二、金門縣、連江縣之人口數併入臺北一級醫療區域計但不列入二級及次醫療區域劃分。

2. 資料來源：整理自衛福部提供資料(資料日期：民國 107 年 5 月底)。

床之目標(表 24)，顯示國內病床資源分布仍有不均，存有城鄉差距。又近年來隨著國內交通建設之發展，民眾就醫流向已有轉變，惟前揭急性一般病床設置之目標及上限，自民國 79 年、90 年訂定至今，未能檢討修訂，難以引導醫療資源為合理配置，達成均衡醫療資源分布之政策目標，經函請衛福部研謀改善。據復：刻正委託辦理「評估我國病床資源現況與需求計畫」，希藉由該計畫之評估分析，作為後續檢討病床資源規劃管理政策之參考。

(十二) 衛福部為提升國人心理健康，辦理「國民心理健康促進計畫」，惟所屬醫院精神醫療業務執行情形，尚有超長住院、相關人力負荷過重及收案標準不一等情事，允宜研謀改善，以維精神病患照護品質。

衛福部為提升國人心理健康，本年度編列預算 6 億 3,560 萬餘元，辦理「國民心理健康促進計畫」，包含「促進全民心理健康」、「落實精神疾病防治與照護服務」、「強化成癮防治服務」、「加強族群處遇服務」、「整合及加強心理健康基礎建設」等 5 大工作領域，其中就「落實精神疾病防治與照護服務」領域，規劃由該部及各市、縣政府衛生局辦理均衡精神照護資源等措施，該部所屬八里、桃園、草屯、嘉南療養院及玉里醫院等精神專科醫院亦提供精神病患門診、住院等醫療照護服務。經查執行結果，核有：1. 桃園、草屯及嘉南療養院收治之慢性精神病患屬難治型精神病，其生活自理及日常生活能力退化，家人難以照顧，或配合衛福部醫療政策收治者，尚有超長住院情事，排擠其他精神病患對病床之需求，並影響病患復

健潛能；2. 精神病患隨醫療品質提升而有高齡化趨勢，所屬精神專科醫院仍待增設相關醫療專科，或建立穩定支援機制；3. 臺北市等 6 市縣每位訪員（含公共衛生護士、衛生行政人員、個案管理人員、關懷訪視員等）管理之個案數及訪視人次，高於全國之平均數（表 25），負荷過重，影響訪視品質；4. 嘉南療養院、桃園療養院護理人員、臨床心理師及社會工作人員等人力配置未達精神科醫院評鑑基準及評量項目標準，影響照護品質；5. 全民健康保險醫療品質資訊公開網公開之醫院總額指標中，所屬精神專科醫院對於精神病患出院後之後續追蹤照護及用藥品質等指標達成情形仍待加強等情，經函請衛福部研謀改善。據復：1. 將持續研訂社區化照護服務獎勵措施，均衡精神照護資源配置及精神照護輸送體系，改善慢性精神病患超長住院情事；2. 各療養院將積極招募家醫或內科人力，提供慢性病與功能障礙顯著之高齡精神病患適切照顧；3. 辦理「強化社會安全網計畫」，補助各市縣政府增聘任心理衛生社工，針對精神疾病合併家庭暴力、性侵案件者，進行關懷訪視，補實關懷訪視人力，降低案量負荷比；4. 將積極招募人力並適時分配護理人力及休假調整，以符設置標準；5. 八里療養院等 5 家精神專科醫院將加強出院準備服務，擬訂適切追蹤方式，並持續加強電腦提示系統，減少重複開藥情形。

表 25 地方政府訪員負荷高於全國平均值情形表

單位：人、人次

項目	每位訪員管理個案數	每位訪員訪視人次
全國平均值	51	250
臺北市	88	427
新北市	61	298
桃園市	55	301
高雄市	96	461
嘉義市	114	513
金門縣	56	289

註：1. 民國 105 年度各市縣管理個案數計 141,651 人，全國訪員人數計 2,802 人，訪視人次共計 700,131 人次。

2. 資料來源：整理自衛福部公開之精神衛生行政工作執行成果表（本年度之資料尚未公布）。

（十三） 我國早於民國 85 年起推動安寧療護，惟相關療護資源分配不均，且多數民眾仍係於自身或家屬罹病末期才得知相關資訊，或部分潛在需求族群尚未接受安寧療護等情事，允宜廣續推廣強化教育與宣導，以落實安寧療護在地化之政策目標。

我國自民國 85 年起推動安寧療護，於民國 89 年 6 月 7 日公布施行安寧緩和醫療條例，經健保署統計，民國 106 年（截至 9 月 6 日止）國內已有 66 家醫院設置安寧病房，149 家醫院將安寧照護模式引進一般病房（安寧共同照護），105 家院所提供安寧居家甲類療護服務，247 家院所提供安寧居家乙類療護服務（表 26），使重症末期病人得以獲得安寧療護之照顧。經查執行結果，核有：1. 衛福部所屬苗栗、旗山及花蓮醫院尚未依所定期程開設安寧病床，或雖已設置安寧病床惟占床率偏低或無收案人數；2. 國內安寧病房多設置於大型醫院，且金門及澎湖縣尚未設置安寧病房，安寧資源核有分配不均情事；3. 國內辦理安寧居家療護院所已逐步增加，惟多數院所未有收案人數，且居家安寧資源涵蓋率不足，影響服務提供之可近性；4. 我國簽署安寧醫療意願書之人數及安寧利用率已逐年上升，惟仍有部分適合收案之病患尚未接受安寧療護，甚有部分已簽署放棄急救意願書或同意書之病患仍發生無效醫療情事；5. 醫院培育安寧療護醫事人力已有逐年增加，惟部分人員仍未實際投入安寧緩和醫療業務之執行，影響安寧療護

拓展成效；6. 多數民眾仍係自身或家屬罹病末期才得知相關資訊，或部分潛在需求族群尚未接受安寧療護，有待賡續推廣等情，經函請衛福部研謀改善。據復：1. 將持續鼓勵所屬醫院開設安寧病床，並加強安寧共照服務，使重症末期病患及家屬獲得整體性及人性化照護服務；2. 已於民國 107 年度補助國立成功大學醫學院附設醫院等 8 家醫院，辦理鄰近醫療與長期照護機構整合作業，建構以病人為中心之安寧療護網絡；3. 民國 107 年起由健保署整合在地資源，協助基層院所提供安寧居家服務及病患轉介至社區醫院、社區及居家；4. 已將安寧療護推動成效納入醫院業務考評之評鑑項目，並於民國 107 年列為衛生教育主軸計畫之推廣主題；5. 鼓勵同仁持續接受安寧療護之繼續教育及落實執行安寧療護業務，提升醫事人員相關知能；

6. 持續輔導醫院提供安寧照護資源，暨委託專業學會與衛生局建立合作模式，共同推廣。

（十四） 二代健保已建立保險財務收支連動機制，惟保險收支存在結構性失衡，且仍有醫療浪費情事，亟待研謀改善，俾確保健保長期財務健全，建立永續之健康照護保險體制。

衛福部為澈底改善健保財務問題，推動二代健保改革，全民健康保險法於民國 100 年 1 月 26 日修正公布，自民國 102 年起實施保費新制，並成立全民健康保險會（下稱健保會），統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議權責，期建立保險財務收支連動機制，確保健保財務穩定。實施以來，因擴大費基收繳補充保險費及政府總負擔比率提高等財源挹注，財務大幅改善，累積高額結餘，爰經健保會於民國 104 年 11 月 20 日決議訂定「健保財務平衡及收支連動機制」，並自民國 105 年起調降保險費率，截至民國 106 年底止，健保安全準備 2,375 億餘元，約當 4.75 個月保險給付支出。有關健保現行財務收支體制及醫療資源運用情形，核有下列事項：

1. 二代健保已建立保險財務收支連動機制，惟隨著人口老化及醫療科技進步，保險收支存在結構性失衡，預估短絀數額將逐年擴大，現行健保財務平衡及收支連動機制缺乏彈性，尚乏長期財務穩健之宏觀考量，亟待積極研謀因應，俾使健保維繫永續運作：全民健保自民國 102 年實施保費新制以來，因健保安全準備折合保險給付支出月數高於全民健康保險法第 78 條所定 3 個月上限原則，爰經健保會決議訂定健保財務平衡及收支連動機制，同時調降保險費率。

表 26 各市縣辦理安寧療護醫療院所統計表

單位：家

安寧類別 市縣別	住院 安寧	安寧 共照	居家 甲類	居家 乙類
總計	66	149	105	247
臺北市	11	13	12	11
新北市	6	11	14	15
基隆市	2	2	2	2
桃園市	3	14	8	20
新竹市	1	4	2	5
新竹縣	1	5	1	6
苗栗縣	1	7	3	7
臺中市	9	14	14	5
彰化縣	2	5	2	21
南投縣	2	4	3	15
雲林縣	1	4	2	18
嘉義市	3	5	3	9
嘉義縣	2	4	2	21
臺南市	5	11	10	14
高雄市	7	18	12	15
屏東縣	3	9	4	28
宜蘭縣	3	5	3	17
花蓮縣	2	6	4	10
臺東縣	2	5	4	5
金門縣	—	1	—	2
澎湖縣	—	2	—	1

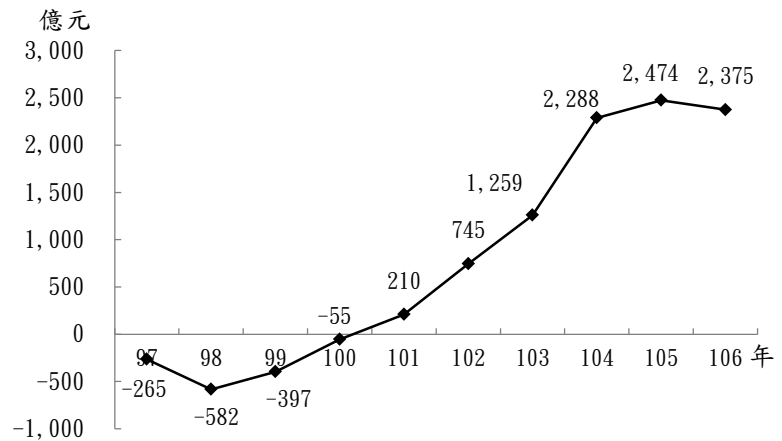
資料來源：整理自健保署提供資料（資料日期：民國 106 年 9 月 6 日）。

因保險收入不增反減，惟醫療費用仍伴隨人口老化及醫藥科技之進步而持續成長，爰自民國 105 年度起保費收入即不敷支應保險給付，且缺口持續擴張，至本年度收支短差達 271 億餘元；經加計菸品健康福利捐等補充性財源後，民國 105 年度雖獲有結餘 185 億餘元，惟至本年度發生短絀 98 億餘元，健保安全準備餘額遂由民國 105 年底之 2,474 億餘元，降至民國 106 年底為 2,375 億餘元（圖 11），約當 4.75 個月保險給付支出。據健保署編製民國 106 年度全民健康保險財務評估報告結論指出，健保財務收支存在結構性失衡，於維持現行健保費率 4.69% 情況下，預估保險收支短絀逐年擴大，民國 109 年度短絀將達 727 億元，安全準備僅存 1.56 個月；若依健保會研訂之收支連動機制，至民國 110 年度須啟動保險費率調漲機制，一般保險費率調升為 5.69%，調幅達 21.32%，方可維持健保財務平衡；至民國 113 年度一般保險費之平衡費率更將陡升至 6.34%，而超逾 6% 之法定上限。衛福部鑑於現行健保財務平衡及收支連動機制僅考量安全準備存量作為啟動費率調整時點，缺乏彈性，為期周延，研擬建議修正方案，送請健保

會於民國 105 年 11 月 18 日召開會議進行討論，惟會中未達成共識。其後，健保會雖再於民國 106 年間兩度召開專家諮詢會議，會中專家建議「全民健保財務平衡及收支連動機制」朝「啟動條件」多元化、「調整方式」具彈性之方向修正，經健保署將專家諮詢會議建議方案，提報民國 106 年 11 月 17 日健保會委員會議審議，惟仍未獲共識。鑑於健保財務採隨收隨付制，未事先提存未來所需費用，隨著人口老化，付費人口減少，收支短差將逐年擴大，惟現行保險財務收支連動機制缺乏彈性，尚乏長期財務穩健之宏觀考量，恐有礙健保之永續運行，經函請衛福部及早研謀因應。據復：自民國 107 年起已著手進行健保改革計畫，將於蒐集專家學者意見後，再配合財務影響評估，審慎研議，期能兼顧負擔公平性、執行面可行性與財務穩定性之原則，完善健保制度改革。

2. 健保署已推動多項措施促使醫療院所節制醫療資源之使用，惟仍有部分民眾未能珍惜健保資源，存有浪費情事，允宜配套研議制度改革，抑制不當需求導致之醫療浪費，共同維護有限健保資源：全民健保開辦以來，支付基準多採論量計酬，易誘發醫療院所提供不必要之醫療服務；因分級醫療及轉診制度未能落實，就醫自由且費用低廉，致有部分國人不當使用健保醫療資源。健保署鑑於部分國人跨院所遊走就醫，持續辦理「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，執行以來，全年門診就醫次數 90 次以上之人數及就醫次數，由民國 104 年之 4 萬 7 千餘人、507 萬餘人次，至民國 105 年降為 4 萬 4 千餘人、481

圖 11 健保安全準備餘額圖



註：1. 民國 99 年 4 月保險費率由 4.55% 調高至 5.17%；民國 102 年 1 月一般保險費率調降為 4.91%，另就股利所得等 6 類所得加收補充保險費；民國 105 年 1 月一般保險費率調降為 4.69%，補充保險費率由 2% 降為 1.91%。
2. 資料來源：整理自全民健康保險安全準備提列情形表（依權責發生基礎）。

萬餘人次，惟至本年度，全年門診就醫次數 90 次以上者，再增為 4 萬 5 千餘人、483 萬餘人次，甚有民眾就醫次數多達 300 次以上，不當使用健保資源。次查，健保藥費支出持續成長，至本年度高達 1,834 億餘元，約占醫療費用之 26.18%，其中門診慢性病用藥支出 927 億餘元，即占總藥費支出之 5 成，當中降血壓用藥等 6 類健保慢性病用藥藥費 355 億餘元，約占慢性病藥費支出三分之一。該署自民國 104 年 7 月起，針對前揭 6 類慢性病用藥，實施門診特定藥品重複用藥費用管控方案，實施以來，該 6 類藥品用藥日數重疊率逐年下降（表 27），每年用藥日數重疊之藥品費用由民國 104 年之 3 億 5,793 萬餘元，降至本年度之 2 億 815 萬餘元。惟本年度門診慢性病用藥 927 億餘元，相較於民國 105 年之 841 億餘元，成長達 1 成，且高於總藥費支出之成長幅度 7.69%（表 28），顯見慢性病用藥成長快速。據該署於民國 106 年間蒐集醫學中心、區域醫院藥品回收數據結果，在 1 個月間，醫學中心及區域醫院回收藥品合計超過 5 千公斤，顯示實務上仍存有藥品浪費之情事。鑑於健保資源有限，且面對未來人口老化趨勢，醫療需求勢必將急遽上升，經函請衛福部研謀因應，研議從需求

表 27 六類健保用藥日數重疊率統計表

單位：%

類別 \ 年	104	105	106
降血壓	1.12	0.78	0.71
降血脂	0.79	0.56	0.55
降血糖	0.94	0.64	0.58
抗思覺失調	1.31	0.80	0.76
抗憂鬱症	1.02	0.68	0.63
安眠鎮靜類	3.01	2.03	1.81

註：1. 用藥日數重疊率為同一位病人在各院所之不同處方，開立同一種藥物之重複給藥日份加總，占該項藥物開立給藥日份加總之比率。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

端配套進行改革措施，以抑制不當需求所導致之醫療浪費，俾雙管齊下，提升醫療資源使用之合理性，維護有限健保資源。據復：將持續敦促醫藥界藉由健保醫療資訊雲端查詢系統掌握病人用藥歷程，協助輔導正確用藥，減少不必要之重複用藥或檢驗檢查，惟民眾就醫習慣非朝夕即可改變，將持續觀察，再適時推動策略因應。

表 28 健保藥費支出分析表

單位：新臺幣億元、%

類別 \ 年度	合計		重大傷病		門診慢性病		其他	
	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率
104	1,623		506		805		312	
105	1,703	4.93	538	6.32	841	4.47	324	3.85
106	1,834	7.69	582	8.18	927	10.23	325	0.31

資料來源：整理自健保署提供資料。

3. 基於實踐全面保障國人就醫權，健保欠費全面解卡，惟保費收繳率呈下滑趨勢，欠費金額日趨成長：我國全民健保為自助互助、危險分擔之社會保險體制，係以全體被保險人繳納保險費共同分攤醫療費用，達成減輕民眾就醫之財務障礙，維護國民健康之目標。依原全民健康保險法第 30 條規定，對於被保險人未繳清保險費予以鎖卡，以避免欠費影響健保財務。惟為維護弱勢民眾就醫權益，健保署歷年來針對弱勢民眾逐步鬆綁鎖卡，並自民國 105 年 6 月起實施「健保欠費與就醫權脫鉤（全面解卡）案」，推動全面解卡。同時為防杜蓄意積欠健保費，除持續依法對欠費者催繳及移送行政執行外，並加強有清償能力者之催收機制。經查二代健保實施後，保險對象及投保單位欠費金額，由民國 102 年底之 184 億餘元，逐年增至民國 105 年底之 210 億餘元，每年欠費成長率約 3% 至 6%，惟至民國 106 年底欠費金額增為 233 億餘元，1 年間增幅約 10.76%（圖 12），較以往年度為高。經比較健保全面解卡前後保險費收繳情形結果，截至民國 106 年底止，保

險對象及投保單位保險費收繳率約 98.66%，較全面解卡前，截至民國 105 年 5 月之 98.82%，略降 0.16 個百分點。倘分析當年度應收保險費之收繳狀況，民國 102 至 106 年保險對象及投保單位當年度保險費收繳率平均約為 97%，惟其中保險對象當年度收繳率民國 102 至 105 年間約為 71.46%至 72.04% 不等，至解卡後之民國 106 年則降為 69.72%，顯示保險對象之保險費當年度收繳率呈下滑趨勢，將增加後續訴追之

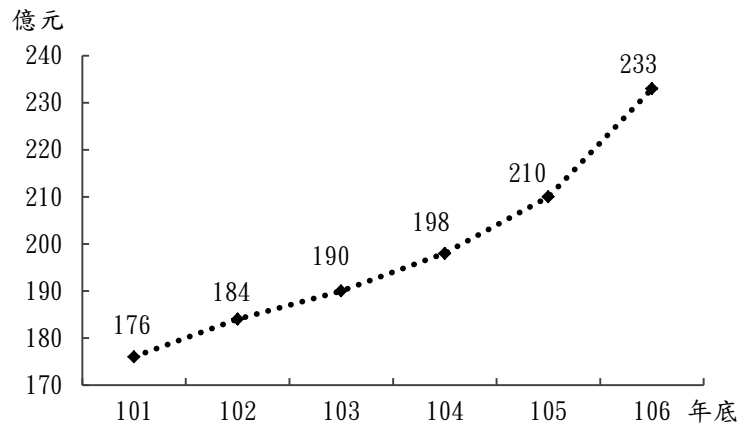
行政成本，經函請健保署研謀因應。據復：為防杜蓄意積欠健保費，強化與法務部行政執行署溝通協調，針對有清償能力者加強催收相關機制；又為保障健保債權，每年檢討並依不同欠費類型訂定「欠費監控項目實施計畫表」，由分區業務組據以辦理，另建立投保單位欠費監控系統，俾評估防範及採取保障債權之措施。

（十五） 健保署為維護有限醫療資源，協助民眾自我健康管理，建置健保醫療資訊雲端查詢系統與健康存摺，並獎勵醫事服務機構上傳醫療資訊充實系統內涵，惟資料上傳即時性仍有大幅提升空間，又健康存摺普及度不高，亟待研謀改善，以充分發揮系統建置功能。

健保署為避免醫師重複處方及病人重複用藥，提升用藥安全與品質，於民國 102 年 7 月建置以病人為中心之「健保雲端藥歷系統」，自民國 103 年 8 月起全面開放各層級院所使用，以即時查詢病患近期用藥紀錄作為處方之參考；其後逐步擴充系統資訊內容及功能，更名為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，本年度全國計有 24,478 家醫事服務機構運用該系統查詢病人就醫資訊，查詢筆數達 4 億 9,118 萬餘人次。又該署為使民眾得以掌握個人醫療資訊，整合跨機關健康資料，於民國 103 年 9 月建置「健康存摺」系統，提供民眾下載運用個人健康資料，以協助自我健康管理，本年度累計下載使用人數為 59 萬餘人，查閱筆數達 457 萬餘筆。另該署為鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利即時迅速查詢病患醫療資訊，辦理「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，除提供網路月租費用之支付誘因外，自民國 104 年度起鼓勵額外上傳檢驗（查）結果等醫療資訊，以利健保醫療資訊雲端查詢系統及健康存摺之推廣應用。本年度預算 11 億元，截至第 4 季止，參與醫療院所 10,189 家，其中醫學中心及區域醫院已全數參加，地區醫院參加率亦達 9 成。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. 為擴充健康存摺與健保醫療資訊雲端查詢系統資訊內涵，獎勵醫事服務機構額外上傳醫療資訊，惟資料上傳即時性仍有大幅提升空間，完整性尚有不足：健保署為配合健保醫療資訊雲端查詢系統及健康存摺等系統收載醫療資訊之擴充，運用「鼓勵醫事服務機構即時查

圖 12 保險對象及投保單位保險費欠費金額趨勢圖



資料來源：整理自健保署提供資料。

詢病患就醫資訊方案」經費，鼓勵醫療院所於原有費用申報資料外，上傳重要檢驗（查）結果暨相關影像及病理檢驗報告、出院病歷摘要、人工關節植入物資料等醫療資訊。經查截至民國 106 年第 4 季止，醫院層級檢驗（查）結果資料上傳比率已達 8 成以上，相關影像及病理檢驗報告上傳比率則僅約 6 成餘，仍有成長空間；另診所及醫事檢驗機構檢驗（查）結果上傳比率亦僅約 7.83%、26.75%（表 29），比率偏低，不僅影響健保醫療資訊雲端查詢系統收載資訊之完整性，亦造成健康存摺資訊闕漏，將損及民眾查閱之信賴度。另該署為提升醫療資訊上傳即時性，自民國 106 年 7 月起針對檢驗（查）數值型資料，新增即時上傳獎勵金。執行以來，民國 106 年第 3、4 季各層級院所上傳檢驗（查）結果距報告日期平均天數已有縮短，惟 24 小時內上傳率僅約 2 至 3 成左右（表 30），資料上傳即時性仍有大幅提升空間，為免影響院所及民眾查閱之時效性，經函請健保署研謀改善。據復：考量診所及醫事檢驗機構案件量少且資訊能力較差，已建置檢驗（查）結果每日上傳單筆登錄系統，供其使用登錄檢驗（查）結果，並請分區業務組加強輔導，定期監控及回饋資訊。

表 29 民國 106 年醫事服務機構檢驗（查）結果上傳比率統計表

單位：%

機構別	季別	第 1 季	第 2 季	第 3 季	第 4 季
平均		75.33	75.33	76.77	77.61
醫學中心		88.58	87.62	88.78	89.60
區域醫院		83.62	85.10	87.01	87.77
地區醫院		76.23	77.11	79.57	80.88
診所		6.26	6.73	6.44	7.83
醫事檢驗機構		22.45	24.63	25.52	26.75

資料來源：整理自健保署提供資料。

另診所及醫事檢驗機構檢驗（查）結果上傳比率亦僅約 7.83%、26.75%（表 29），比率偏低，不僅影響健保醫療資訊雲端查詢系統收載資訊之完整性，亦造成健康存摺資訊闕漏，將損及民眾查閱之信賴度。另該署為提升醫療資訊上傳即時性，自民國 106 年 7 月起針對檢驗（查）數值型資料，新增即時上傳獎勵金。執行以來，民國 106 年第 3、4 季各層級院所上傳檢驗（查）結果距報告日期平均天數已有縮短，惟 24 小時內上傳率僅約 2 至 3 成左右（表 30），資料上傳即時性仍有大幅提升空間，為免影響院所及民眾查閱之時效性，經函請健保署研謀改善。據復：考量診所及醫事檢驗機構案件量少且資訊能力較差，已建置檢驗（查）結果每日上傳單筆登錄系統，供其使用登錄檢驗（查）結果，並請分區業務組加強輔導，定期監控及回饋資訊。

表 30 民國 106 年第 4 季醫事服務機構檢驗（查）結果上傳時效性統計表

單位：%

機構別	報告日期 24 小時內上傳比率	就醫次月底前上傳比率（註 1）	未及於就醫次月底前上傳比率
醫學中心	21.05	77.99	0.96
區域醫院	28.67	71.02	0.31
地區醫院	23.06	76.11	0.83
診所	24.27	62.74	13.00
醫事檢驗機構	24.80	72.03	3.18

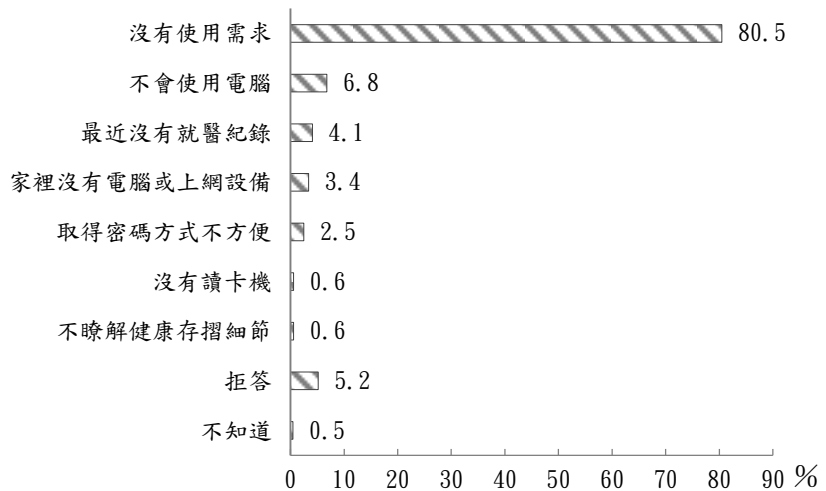
註：1. 就醫次月底前上傳數，不包含報告日期 24 小時內上傳數。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

2. 為使民眾掌握個人醫療資訊，協助自我健康管理，推動健康存摺服務，政策立意良善，惟民眾認知度尚有不足，又申請認證作業繁複不便，影響使用意願：健保署為提升健保資訊透明化，於民國 103 年 9 月建置健康存摺系統，截至民國 107 年 5 月止，系統收載資料涵括西醫、中醫、牙醫門診及手術、用藥紀錄、檢驗（查）結果等資訊，提供民眾下載運用瞭解個人醫療資源使用狀況，同時協助做好自我健康管理。截至民國 106 年底止，累計有 59 萬餘人查閱使用，占全國人口 2,357 萬餘人，約 2.50%。據該署本年度委託國立陽明大學醫務管理研究所辦理「發展資料治理於健保服務之創新模式研究（1/3）運用資料治理於民眾就醫權益之創新模式研究」調查結果指出，國人僅約 2.4% 使用過健康存摺服務，1 成雖知道健康存摺服務但未曾使用，餘 8 成民眾則不知道該項服務，其中「知道健康存摺但未曾使用」之原因，以沒有使用需求之占比 80.5% 最高（圖 13）。顯示健康存摺推行 3 年多來，民眾對健康存摺之認知普遍不足，或因系統服務未契合實際需求，而影響民眾使用意願。又截至民國 106 年底止，系統使用人數 59 萬餘人中，總查閱筆數計 457 萬餘人次，其中使用 3 次（含）以下之人數為 37 萬餘人，

占比高達 6 成，而當中使用 1 次者即有 25 萬餘人，約占 43.61%，顯示多數使用者未能持續運用該項服務。次查，健康存摺系統提供民眾以電腦登入查詢或運用行動裝置下載「全民健保行動快易通 APP」查詢使用，惟操作程序繁複，亦降低民眾申請意願。經函請健保署研謀改善。據復：自民國 107 年 5 月 29 日起新增手機快速認證方式，可免插卡使用健康存摺查詢個人健康資料；另為提升民眾認知，已列為民國 107 年度業務宣導重點，加強推廣健康存摺。

圖 13 民眾知道健康存摺但沒使用過之原因統計圖

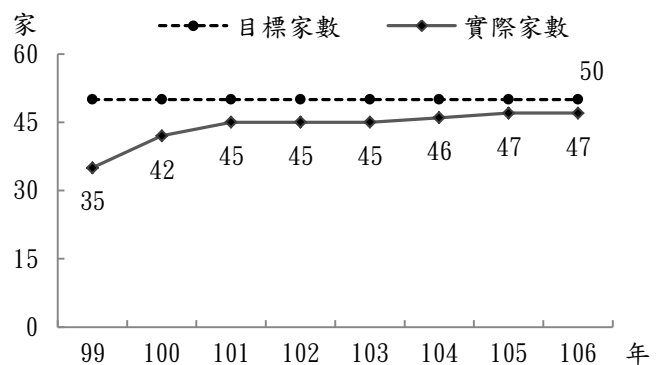


資料來源：健保署本年度委託辦理「發展資料治理於健保服務之創新模式研究（1/3）運用資料治理於民眾就醫權益之創新模式研究」期末報告（調查期間為民國 106 年 8 月 21 日至 31 日）。

（十六）政府已推動設置兒童發展聯合評估中心，並開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，以期早期發掘發展遲緩兒童，提供妥適醫療照護服務，惟聯評資源尚有不足，參與前開方案院所仍少，亟待研謀改善，提升服務資源可近性，維護兒童健康。

根據聯合國世界衛生組織（WHO）研究報告統計，兒童發展遲緩之發生率為 6% 至 8%，如能早期診斷發現，於 3 歲前之黃金療育期接受治療，可改善遲緩程度與發展品質。我國發展遲緩兒童早期療育服務實施方案規定，每市縣至少需設置 1 家聯合評估中心或評估醫院，辦理聯合評估服務事宜。國民健康署爰自民國 99 年起辦理兒童發展聯合評估中心服務品質提升計畫，委託醫院設置兒童發展聯合評估中心（下稱聯評中心），以提供疑似發展遲緩兒童聯合評估服務，本年度預算數 6,060 萬元，實支經費 5,386 萬餘元。執行以來，全國設置家數由民國 99 年之 35 家，逐步成長至民國 106 年之 47 家（圖 14），本年度完成評估個案 20,379 人。另健保署為提供發展遲緩兒童完整醫療照護，自民國 104 年 10 月起開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，期建立以家庭為中心之整合性照護模式，提升醫療服務品質。經查相關業務之推動，核有下列事項：

圖 14 兒童發展聯合評估中心設置目標與實際家數比較圖



資料來源：依國民健康署提供資料繪製。

1. 兒童發展聯合評估中心家數已逐步成長，惟囿於專業人力匱乏等因素，醫院參與意願不高，未能達成目標家數，聯評資源仍有不足，又偏遠地區外展評估資源尚待整合，以維護偏鄉兒童健康：國民健康署為提供疑似發展遲緩兒童之可近性服務據點，參酌內政部統計各市縣兒童人口數及土地面積等因素，規劃於全國 22 市縣設置 50 家聯評中心，每家每年預算 120 萬元，對外公開徵求醫院承作。惟因兒童發展評估須有多領域專業人員參與，亦須有適合兒童之評估模式與整合性流程規劃，以避免家長來回奔波，致運作成本高，加以心理師、語言治療師等專業人力羅致不易，醫院亦有空間限制等考量，承作意願普遍不高，截至民國 104 年底止，僅 46 家醫院參與，且其後復有 2 家醫院於民國 105 年間申請退出。該署雖再於民國 105 年間就未達設置目標家數及新增需求之市縣重行招標結果，亦僅再吸引 3 家醫院投入，截至本年度止，全國共設置 47 家聯評中心，仍未達目標設置家數 50 家；22 市縣中，計有臺南市、新竹縣、彰化縣及南投縣等 4 市縣轄內聯評中心家數較目標家數各短少 1 家（表 31），渠等轄內聯評中心平均收案人數眾多，業務負荷沉重，恐拉長個案等待聯評時間，影響療育契機。另國內發展遲緩兒童聯合評估資源，除國民健康署委外辦理之 47 家聯評中心外，另有臺北市、新北市、基隆市、桃園市、臺中市、高雄市、彰化縣及宜蘭縣等 8 市縣衛生局指定或委託、補助轄內醫院 33 家成

表 31 民國 106 年度各市縣兒童發展聯合評估據點分布表

單位：家

市縣別	聯評中心		評估醫院家數 B	合計 C=A+B
	目標家數	實際家數 A		
合計	50	47	33	80
臺北市	4	4	14	18
新北市	4	4	5	9
桃園市	3	3	4	7
臺中市	4	4	3	7
臺南市	3	2	—	2
高雄市	4	4	3	7
基隆市	1	1	1	2
宜蘭縣	2	2	1	3
新竹縣	2	1	—	1
新竹市	2	2	—	2
苗栗縣	2	2	—	2
彰化縣	3	2	2	4
南投縣	2	1	—	1
雲林縣	2	2	—	2
嘉義縣	1	2	—	2
嘉義市	2	2	—	2
屏東縣	2	2	—	2
花蓮縣	2	2	—	2
臺東縣	2	2	—	2
澎湖縣	1	1	—	1
金門縣	1	1	—	1
連江縣	1	1	—	1

資料來源：整理自國民健康署提供資料。

為評估醫院，合計 80 家醫院共同擔負兒童發展評估業務，惟評估資源主要集中於都會區（表 31）。部分聯評中心或評估醫院雖亦至偏遠地區提供篩檢或評估服務，惟囿於分屬中央、地方衛生主管機關督導，外展篩檢或評估資源未能統整，該署尚無法掌握服務辦理全貌，不利相關政策之擬訂。經函請國民健康署研謀善策，並整合中央與地方評估資源，以提升聯評服務可近性，共同維護偏鄉兒童健康。據復：自民國 107 年度起，改以補助地方衛生局招募轄區醫院申請設置聯評中心，並請衛生局整合轄內聯評資源，依地方需求規劃外展服務，維護偏鄉兒童健康。

2. 全民健康保險開辦早期療育門診醫療給付改善方案，期提供個案以家庭為中心之整合性照護服務，政策立意良善，惟囿於行政作業繁複、專業人力不足等因素，參與院所仍少，且收案對象限於聯評中心確診個案，致地方政府指定之評估醫院評估個案無法獲致方案整合照護資源，影響民眾權益：健保署鑑於部分多重發展遲緩兒童之家長四處就醫，造成患童過度治療，療效不佳之情形，自民國 104 年 10 月起開辦全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案，由治療團隊進行家庭功能評估及諮詢，與家長共同訂定療育目標及計畫，期引導個案接受適當

之療育服務，政策立意良善。執行結果，全國參與之院所家數由民國 104 年之 19 家，增至民國 106 年之 43 家，其中以臺中市、桃園市、苗栗縣、臺北市、新北市及高雄市等 6 市縣參與院所較多，各有 4 家以上（表 32），至於基隆市、南投縣、嘉義縣、澎湖縣、金門縣及連江縣等 6 縣市轄內則尚乏醫療院所參與。據院所反映，該方案行政作業繁雜，惟支付誘因不高，影響參與意願；加以醫療團隊應有臨床心理師或社工師等專業人力加入，惟國內相關人力普遍缺乏，遑論具兒童療育相關醫療經驗與資格者更難尋覓，亦形成院所參與障礙。另為確保個案評估確診之品質，該方案收案條件，僅以聯評中心確診之多重發展遲緩兒童為限，至於地方政府指定或委託、補助之 33 家評估醫院評估確診之個案，則無法獲致方案整合性照護資源，損及民眾權益。經函請健保署研謀改善，以利服務之推展，嘉惠更多發展遲緩兒童。據復：將配合國民健康署調整聯評中心設置方式，並參考醫界及相關專業意見修訂方案內容，調整收案規定，以符合實際臨床需求。

表 32 民國 106 年全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案參與院所分布情形表

單位：家

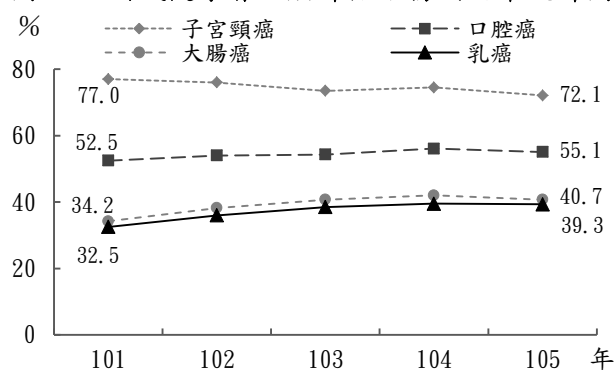
市縣別	院所家數	市縣別	院所家數
合計	43		
臺中市	6	彰化縣	1
桃園市	5	宜蘭縣	1
苗栗縣	4	新竹縣	1
臺北市	4	雲林縣	1
新北市	4	臺南市	1
高雄市	4	南投縣	—
新竹市	3	嘉義縣	—
嘉義市	2	基隆市	—
屏東縣	2	金門縣	—
臺東縣	2	澎湖縣	—
花蓮縣	2	連江縣	—

資料來源：整理自健保署提供資料。

（十七） 國民健康署推動四癌篩檢服務，期早期發現早期治療，降低國人癌症死亡率，惟市縣間服務利用存有大幅落差，又肺癌高居國人癌症死因之首，惟國內尚乏實證研究成果可供制定肺癌早期篩檢政策參考，亟待研謀善策，並加速推動相關研究，以維國人健康。

我國自民國 71 年起，癌症即高居國人十大死因之首位。依據衛福部統計，民國 105 年國人計有 47,760 人死於癌症，占有死亡人數之 27.70%，每十萬人口標準化死亡率為 126.8 人，顯見對國人生命健康威脅之嚴重；又民國 105 年健保癌症門診及住院醫療費用合計高達 706 億元，亦造成健保沉重負擔。國民健康署自民國 99 年起運用菸品健康福利捐，擴大推動子宮頸癌、乳癌、口腔癌、大腸癌等四項癌症篩檢服務，期能早期發現早期治療，降低國人癌症死亡率，民國 105 年度實支經費 23 億 6,391 萬餘元，篩檢人數達 512 萬餘人次。據該署民國 101 至 105 年統計資料，子宮頸癌篩檢利用率已達 7 成，其餘 3 項癌症篩檢利用率則大致呈逐年上升趨勢，惟至民國 105 年仍僅約 4 至 5 成（圖 15），顯示約有半數符合資格之民眾尚未能定期接受篩檢服務；若依市縣別分析，各項服務利用率最高與最低者相差 27.3 至 48.8 個百分點，差距頗

圖 15 國民健康署四癌篩檢服務利用率統計圖



註：1. 子宮頸癌篩檢利用率，係國民健康署電訪調查之結果（含自費篩檢資料）。
2. 資料來源：國民健康署 2017 年年報。

為懸殊，其中又以口腔癌篩檢服務利用率差異最巨（表 33），顯示市縣間癌症篩檢服務利用存有大幅落差。另據衛福部統計及癌症登記資料，肺癌自民國 99 年起即高居國人癌症死因之第一名，民國 104 年新增癌症病例人數，亦以肺癌 13,086 人為最多，亟須積極研採對策加強防治。該署業自民國 103 年起委外辦理「以低劑量電腦斷層掃描篩檢臺灣不吸菸肺癌高危險群之研究」，惟該研究屬多年期計畫，短期內尚無法辦理完竣，爰我國尚乏相關本土性實證研究成果，可供制定肺癌早期篩檢政策參考。鑑於國內肺癌罹病人數持續成長，死亡率居高不下，各界對於相關篩檢政策之提出日益殷切，經函請衛福部督促研採因應對策，並加速推動相關研究，落實導入醫療科技評估進行經濟效益分析，俾改善國人健康兼顧維護政府資源運用效益。據

復：國民健康署將加強宣導，及藉由訂定市縣考評，或研議補助人力、辦理教育訓練提升知能等因地制宜鼓勵方法，以促使地方衛生局有效提升篩檢率；另將持續蒐集提供低劑量電腦斷層掃描篩檢肺癌服務之利弊實證資料，加速進行相關計畫，再規劃後續提供服務模式之作法。

（十八） 菸品健康福利捐獲配及運用資訊已公開揭露，強化政府資訊透明度，惟運用成效評核機制迄未落實，亟待研謀改善，以維護政府資源運用效益。

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，由衛福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 298 億餘元（各用途別項目之獲配、執行及待運用款項情形詳表 34）。衛福部為提升政府資源運用效益，於民國 104 年 10 月 15 日修正菸品健康福利捐分配及運作辦法，調整菸品健康福利捐分配比率，並依該辦法第 5 條第 4 項規定，將各受配機關獲配菸品健康福利捐金額、執行情形與成效等相關資訊，於國民健康署「菸品健康福利捐」專區及各機關網站公開，以強化資訊透明度。另為建立外部監督機制，該辦法第 5 條第 3 項同時增訂，該部應就菸品健康福利捐使用成效、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。國民健康署原規劃委由公正團體擬定菸品健康福利捐成效運用管理機制，惟經兩度公開徵求結果未能覓得合適廠商辦理，嗣雖研擬改採自行辦理，惟迄至民國 106 年底止，據該署說明，

表 33 民國 105 年各市縣四癌篩檢服務利用率統計表
單位：%

市縣別	子宮頸癌	乳癌	口腔癌	大腸癌
臺北市	49.0	37.7	52.7	39.9
新北市	*56.4	36.9	61.9	42.3
桃園市	53.6	46.5	48.3	43.2
臺中市	53.1	*47.7	59.7	39.2
臺南市	51.2	35.5	51.9	41.0
高雄市	50.5	38.2	56.5	41.1
基隆市	51.9	33.1	53.2	43.8
宜蘭縣	50.1	41.1	46.7	41.7
新竹縣	48.0	31.0	55.3	37.5
新竹市	54.1	36.1	32.6	42.7
苗栗縣	44.9	42.0	42.9	31.5
彰化縣	51.8	43.0	57.3	44.0
南投縣	45.8	41.9	48.6	35.3
雲林縣	44.9	41.8	53.1	34.7
嘉義縣	48.5	41.6	57.2	43.1
嘉義市	50.4	37.7	*67.5	*48.0
屏東縣	48.2	38.4	54.0	42.3
花蓮縣	49.2	38.4	64.4	43.0
臺東縣	43.6	34.7	55.1	38.0
澎湖縣	37.9	34.5	59.8	31.8
金門縣	#23.5	#20.4	#18.7	#16.6
連江縣	39.6	36.4	44.8	37.5

註：1. 子宮癌篩檢利用率，電話調查之結果為 72.1%（含自費檢查）。
2. 標記「*」、「#」者，分別為利用率最高與最低者。
3. 資料來源：國民健康署。

因現有人力不足，上開評核制度仍在研議中，監督管理機制遲未完成建立，經函請國民健康署檢討研謀改善。據復：將辦理「菸捐成效管理網站開發及維護計畫」，標準化與整合各受配單位應用成效等相關資訊，並研議採滾動式管理菸品健康福利捐分配使用。

表 34 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	104 年度		105 年度		106 年度		截至 106 年底止待運用款項
		獲配數	執行數	獲配數	執行數	獲配數	執行數	
行政院農業委員會(農業特別收入基金)	菸農及產業輔導	—	2	14	21	—	375	396
衛生福利部(醫療發展基金)	醫療資源缺乏地區	1,054	766	1,546	932	924	2,475	4,124
	提升預防醫學與臨床醫學醫療品質	547	1,625	1,546	1,348			
疾病管制署(疫苗基金)	補助經濟困難者之保險費	1,150	1,404	962	950	2,780	2,164	1,721
中央健康保險署(全民健康保險特種基金)	罕見疾病等之醫療費用	1,874	1,868	1,718	1,798	1,616	1,478	465
中央健康保險署(全民健康保險基金)	癌症防治	180	180	243	243	243	243	—
國民健康署(菸害防制及衛生保健基金)	菸害防制	561	352	684	345	7,581	7,305	6,673
	衛生保健	2,443	3,221	3,780	3,197			
	衛生保健	1,219	1,311	1,718	1,317			
衛生福利部(生產事故救濟基金)	衛生保健	1,276	1,177	1,890	1,111			
衛生福利部(生產事故救濟基金)	生產事故救濟					110	101	8

註：1. 本表不含「全民健康保險安全準備」(係健保補充性財源)、「社會福利」(係 13 家部屬社會福利機構運作財源之一)、「長期照顧資源發展」(自民國 106 年 6 月 3 日起設立運作)及「私菸查緝及防制菸捐逃漏」(納入公務預算辦理，賸餘款繳庫)等用途項目。
2. 菸品健康福利捐分配及運作辦法於民國 105 年 10 月 7 日修正，將各用途別分配比率按受配機關別合併。
3. 資料來源：整理自國民健康署提供資料。

(十九) 衛福部為達成所屬醫院轉型目標及改善其醫事人力，推動醫療資源整合相關措施，惟所屬醫院間人力支援以短期為主，且未建立定期調查醫院人力需求機制，影響支援成效及醫病關係建立，允宜研謀改善，以提升所屬醫院服務量能。

為維護偏鄉民眾健康，衛福部所屬醫院約有三分之二為偏遠離島地區及特殊功能醫院，提供必要之急重症與特殊醫療服務，惟隨著國內醫療市場高度競爭，致所屬醫院營運狀況及醫師人力缺額日趨惡化。衛福部為達成所屬醫院轉型目標及改善醫事人力服務量能，推動醫療資源整合相關措施，自民國 103 年辦理衛福部所屬醫療機構種子醫院計畫(本年度為衛福部所屬醫療機構長期醫療支援補助原則)，規劃透過所屬醫院體系內醫師人力培育與支援機制，水平整合各區合作醫院，支援偏鄉、離島及經營艱困醫院所需科別，本年度實際支用 4,222 萬餘元。經查執行情形，核有：1. 因缺乏長期支援獎勵誘因，且囿於負責支援醫院自身人力困難，支援情形以多位醫師輪流之短期支援為主，同 1 名醫師長期全時段支援仍為少數，致影響受支援醫院民眾就醫忠誠度，難以有效發揮支援成效；2. 未建立定期統整調查各所屬醫院專科人力需求機制，仍以各院間自行協調所需人力為主，不利整體所屬醫院人力支援之策略規劃及成效評估等情，經函請衛福部研謀改善。據復：1. 將持續爭取公費醫師及透過辦理長期醫療支援補助原則方式，以提升偏鄉離島醫療資源，並考量市場行情，適度調整支援誘因，以善用所屬醫院體系間人力資源，強化醫院服務效能；2. 將適度協調各醫院間支援，必要時亦將主動盤點各所屬醫院專科人力情形及需求科別，整合各醫院醫師人力，提供偏鄉、離島及經營困難醫院所需協助。

(二十) 衛福部所屬醫院定位為社區型醫院，惟囿於專科醫師人力不足或未主動與當地基層診所合作，仍有部分醫院未加入健保居家醫療照護整合計畫及家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群，允宜研謀改善，以深化社區醫療服務角色。

據衛福部第八期醫療網計畫指出，為落實分級醫療，增進社區健康照護服務量能，導引民眾轉診就醫習慣，社區醫院應有效支援區域內基層醫療單位，並成為大型醫院與基層醫療單位間之樞紐，串連急性後期照護、社區居家照護等各項服務，促進醫療體系水平與垂直整合。而衛福部所屬醫院遍及全國，多數為中、小型之社區型醫院，宜強化社區醫療服務項目，以符醫療網計畫所提發展方向。查健保署為因應人口老化，越來越多病患於急性醫療後可能出現失能情形，推動健保急性後期整合照護計畫，病患於急性期後，經大型醫院評估後，轉介至住家附近急性後期照護團隊之社區醫院，訂定個人化治療計畫，於治療期限內接受高強度復健及整合照護。另該署為提升外出就醫不便患者醫療照護可近性，以及鼓勵醫事服務機構連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院，推動健保居家醫療照護整合計畫，以提供病患整合性之全人照護。又該署為建立家庭醫師制度，以落實全人、全家、全社區整合照護，推動健保家庭醫師整合性照護計畫，以診所與醫院合作成立社區醫療群提供服務，整合基層與醫院照護品質，建立社區照護網絡。經查該部所屬醫院參與上開健保社區醫療相關計畫情形，多數醫院均已加入健保急性後期整合照護計畫，惟健保居家醫療照護整合計畫，除 5 家精神專科醫院因不符參與條件外，仍有 5 家醫院因專科醫師人力不足或資格欠缺，尚未參與；至於與診所合作成立社區醫療群部分，除花蓮醫院豐濱原住民分院因所處豐濱鄉無其他診所可合作外，仍有 9 家醫院尚未參與社區醫療群，主動與當地

表 35 衛福部所屬醫院未參與健保居家醫療照護整合計畫及家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群情形表

項目	未參與健保居家醫療照護整合計畫	未參與健保家庭醫師整合性照護計畫社區醫療群
醫院名稱	臺北醫院、恆春旅遊醫院、臺東醫院成功分院、樂生療養院、胸腔病院	嘉義醫院、屏東醫院、臺東醫院成功分院、桃園療養院、八里療養院、草屯療養院、嘉南療養院、樂生療養院、胸腔病院

資料來源：整理自健保署網站民國 106 年 11 月 10 日「居家醫療整合照護特約醫事機構查詢」資料及家庭醫師整合性照護計畫「查詢住家附近的家庭醫師」資料。

基層診所合作(表 35)，恐難達成醫療網所規劃社區醫院支援社區醫療照護之定位。經函請衛福部研謀改善。據復：將請所屬醫院自我檢視現有人力資源及服務量能，積極充實醫事人力，期能申請健保居家醫療照護整合計畫及與當地基層診所合作執行家庭醫師整合性照護計畫，並將持續督導所屬醫院積極配合衛生及健保政策，參與各項健保相關計畫。

五、上年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於民國 105 年度總決算審核報告內列重要審核意見 21 項，經廣續追蹤查核實際辦理結果，均已研謀改善或依改善措施持續辦理(表 36)。

表 36 民國 105 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
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一)政府為改善偏鄉醫療照護體系，推動醫療在地化多項措施，充實偏鄉醫療人力與資源，惟仍有部分偏遠地區醫護人力長期缺乏，基礎網路建設尚有不足，允宜研謀改善，以維護偏鄉民眾健康。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(二)為充實五大科醫師人力，已推動各項相關措施並收初步成果，惟五大科醫師領證人數比率仍未有效提升，且平均執業年齡中高齡化未見減緩，亟待研謀改善。	
(三)為提升五大科別住院醫師招收率及留任率，推動辦理重點科別住院醫師津貼補助計畫，吸引醫學生投入五大科服務，惟計畫評核方式難以衡量長期執行成效，且內、外科住院醫師人數未能大幅提升，允宜研謀改善，以提升計畫執行成效。	
(四)為保障醫師合理工時，並落實全人健康照護之目標，補助區域級以上醫院推廣專責一般醫療主治醫師照護制度，惟醫院參與意願不高，復乏長期穩健財源支應，有礙制度之永續推行，允宜研謀改善。	
(五)政府推動食品三級品管及健康食品查驗登記制度，保障消費者權益，惟其制度面及執行面仍有未盡周妥情事，亟待研謀改善，維護國內食品安全。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(六)持續推動兒少保護工作，近年來兒少受虐人數已呈下降趨勢，惟地方政府未落實執行強制性親職教育輔導，且部分兒少保護案件未能依限提出家庭處遇計畫，間有兒少保護與兒少高風險家庭通報作業待整合等情，允宜研謀改善，以提升兒少保護服務成效。	
(七)政府對未受適當照顧之兒少，提供寄養家庭安置服務，惟寄養體系逐漸高齡化，間有地方政府未落實執行訪視業務及資訊系統登錄資料欠完整等情，允宜檢討改善，以保障兒少權益。	
(八)政府持續推動長照政策，以減輕國內家庭照顧負擔，惟多元照顧中心服務規模缺乏彈性，長照資源公開資訊未盡完整，且照顧失智症者之補助機制未臻周全，允宜研謀改善，以提升長照政策執行成效。	前經監察院立案調查，該院尚在處理中。
(九)政府為建立社會工作專業服務體系，持續規劃推動社工專業制度，惟專業社會工作者進用資格審查機制未盡周延，且社工人力資源仍有不足，允宜檢討研謀改善，以提升社會福利服務品質。	
(十)為防範具性侵害前科之教師轉往補教業任職，補習及進修教育法已明定渠等不得擔任短期補習班之負責人及教職員工，惟相關管理機制仍欠完備，亟待研謀改善，以保障學生人身安全。	
(十一)衛生福利部建有緊急醫療管理系統，供緊急事件應變決策管理所需，惟系統尚未與醫院自有資訊系統自動介接，又各機關緊急醫療相關資訊未能統整運用，影響決策效率，亦未能發揮預警功能，允宜研謀改善，以提升緊急醫療事件之決策效率與管理效能。	
(十二)政府為促進醫病關係和諧，試辦生育、手術及麻醉事故爭議處理相關計畫，減少生產相關訴訟案件約 7 成，惟手術及麻醉事故相關計畫執行成效未盡理想，允宜研謀改善，強化醫療糾紛處理機制，有效減少爭訟。	
(十三)中央健康保險署為促使醫療體系健全發展，實施分級醫療改革措施，推動促進醫療體系整合計畫，惟醫院參與情形未盡理想，急性後期照護模式未能全面滿足民眾需求，且國外就醫自墊醫療費用核退上限有欠合理等，允宜研謀改善。	
(十四)健保提供外出不便患者居家醫療照護服務，惟囿於法規限制，醫事人員執行服務彈性不足，財務誘因有限，影響醫療院所參與意願，有礙服務之推展，允宜研謀因應，拓展服務量能，俾應高齡社會來臨之在宅醫療需求。	
(十五)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，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。	
(十六)疾病管制署為因應流感大流行防治整備之需，持續推動相關準備計畫，建置防治工作架構，惟各市縣大型隔離收治場所設置規劃詳簡程度落差甚巨，疫苗預購協議採購機制囿於經費不足暫緩辦理，允宜研謀改善，以完備相關準備工作。	
(十七)食品藥物管理署為強化藥品源頭管理，規劃逐步推動藥品追溯追蹤及運銷管理制度，惟已公告實施追溯追蹤之藥品種類仍少，實施對象亦未及醫療院所及藥局，無法發揮上下游勾稽功能；又藥品運銷管理制度之實施對象未全面涵括藥品販售業者，形成管理缺口，允宜研謀改善，以保障國人用藥安全。	
(十八)管制藥品製藥工廠辦理廠房新建暨整建工程計畫，未妥善規劃計畫期程，審慎編列預算，肇致預算執行率連年低落，又新舊廠房生產銜接及委製品收回自製所需配套人力等規劃未臻縝密周延，亟待檢討改善及早因應，以滿足國內醫療需求，並提升廠房運用效益。	
(十九)衛生福利部推動老人福利及長期照顧政策，惟於住宿式機構之資源分配與評鑑作業，及所屬老人福利機構之照顧服務員運用與薪資偏低等情形，尚待研謀改善。	

重要審核意見標題	說明
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(二十)衛生福利部辦理老人福利機構多機能綜合服務計畫，所屬中區、南區老人之家及彰化老人養護中心業已執行完竣，惟東區及北區老人之家執行情形間有效能過低情事，亟待檢討改善。	前經依法陳報監察院，該院業同意備查，詳「六、其他事項(三)」。
(二十一)衛生福利部辦理新竹生醫園區醫院計畫，有助於推動生技產業發展，惟先期規劃未盡周延妥適，肇致計畫多次修正，延宕執行進度，亟待檢討改善。	前經依法陳報監察院，該院業糾正，詳「六、其他事項(一)」。

六、其他事項

衛生福利部主管推動施政計畫之執行結果，前經本部查核後於審核報告揭露，或依法陳報監察院，嗣經監察院於民國 106 年 7 月 16 日至 107 年 6 月 30 日間糾正、同意備查者，摘述如次：

(一) 衛生福利部於民國 98 年 4 月間被指定為新竹生醫園區醫院之統籌機關，且按新竹生醫園區第 2 次修正計畫之園區醫院計畫期程，原預定於民國 100 年 6 月核定、民國 103 年 9 月營運，惟該部未善盡主辦機關職責，對於園區醫院之定位、規模及如何推動生醫產業之發展，或未落實先期之評估，或其規劃內容草率，且提出之方案迭與園區醫院設立目標相悖，使園區醫院之規劃進度嚴重延宕，無實質進展，核有違失，經監察院提案糾正。(107.5.9 監察院公報第 3079 期)

(二) 衛生福利部基隆醫院「腫瘤醫療暨檢驗大樓新建計畫」執行情形，核有：該院未按規定辦理先期規劃、未積極妥適審查設計成果、未針對流標原因妥適修正招標內容，致延宕計畫期程；另決策過程前後不一，於推動計畫 4 年餘停建，且停建後未妥為辦理全院區整體先期規劃，降低民眾至該院就醫之意願及營收；衛生福利部未妥為審議與督導考核，無法掌握計畫進度並適時督導或協助等 3 項未盡職責或效能過低情事，經依審計法第 69 條第 1 項規定，函請衛生福利部查明妥處，並報告監察院。嗣經衛生福利部責成基隆醫院檢討處理結果，該院已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；另衛生福利部已要求所屬醫療機構日後辦理 1,000 萬元以上之工程案件，須報經該部請外部之專家、學者 3 人以上辦理評估審查，並建立進度異常案件進行實地查核等管考機制。案經本部陳報監察院，並經該院於民國 106 年 11 月 24 日同意備查。

(三) 衛生福利部暨東區及北區老人之家辦理老人福利機構多機能綜合服務計畫執行情形，核有：東區老人之家辦理院舍整建工程，未同時辦理院舍報廢程序及進行規劃設計作業，且先期規劃作業未盡周延，復未積極要求代辦機關內政部營建署檢討改善使用執照取得及驗收作業延遲情形，肇致展延期程 3 年；北區老人之家辦理院舍整(新)建工程，先期規劃作業未盡周延，耗時 2 年方變更興建方式，復未積極要求代辦機關內政部營建署檢討改善都審作業延遲情形，肇致展延期程 6 年；衛生福利部對於執行進度持續落後情形，未能積極有效督導及管考，肇致計畫進度落後幅度擴大等 3 項效能過低情事，經依審計法第 69 條第 1 項規定，函請衛生福利部查明妥處，並報告監察院。嗣經衛生福利部檢討處理結果，東區老人之家業於民國 107 年 3 月完工啟用；北區老人之家安養院區整建工程民國 106 年 6 月開工、養護院區新建工程民國 107 年 5 月開工；另該部已函知所屬老人福利機構，爾後辦理重大公共工程應參照國家發展委員會函頒之「政府重大公共建設計畫全生命週期績效管理手冊(法規篇)」，作為辦理過程之內部控制參考。案經本部陳報監察院，並經該院於民國 107 年 4 月 27 日同意備查。