

拾貳、衛生局主管

衛生局主管計有公務機關 1 個，非營業特種基金單位 2 個，各該單位決算、附屬單位決算非營業部分之審核情形如次：

一、單位決算部分

衛生局主管僅衛生局 1 個機關，掌理桃園市一般衛生行政、疾病管制、食品衛生、長期照護、衛生稽查及預防保健等衛生管理業務，另為提升及促進市民健康，致力醫療保健照護服務、推動各項衛生政策、積極建構健康知識、健康促進與健康照護之服務網絡，以提供高效能公共衛生服務，營造桃園市為樂活幸福之健康城市。茲將 111 年度決算審核結果說明如次：

(一) 計畫實施之查核

業務計畫 3 項，下分工作計畫 10 項，包括辦理預防接種暨社區傳染病整合性防疫計畫、疫苗品質提升計畫、兒童整合性健康服務計畫、健康幸福家庭計畫、防癌篩檢計畫、桃園市民健康照護服務計畫、緊急醫療及醫療機構品質管理計畫、全方位口腔照護網絡實施計畫、失智照護服務計畫、長期照顧整合型補助計畫、住宿式服務機構品質提升卓越計畫、強化社會安全網計畫、整合型心理健康工作計畫、食品衛生管理及公共衛生業務等重要施政項目，其中已執行完成者 3 項，尚在執行者 7 項，主要係住宿式服務機構使用者補助方案等計畫尚在辦理中，仍須繼續執行。

(二) 預算執行之審核

1. 歲入預算數 11 億 1,461 萬餘元，決算審核結果，修正減列實現數 1,866 萬餘元，係減列未即時繳還之中央補助賸餘款；審定實現數 9 億 8,399 萬餘元，應收保留數 9,256 萬餘元，主要係住宿式服務機構品質提升卓越計畫、住宿式服務機構使用者補助方案等計畫型補助收入，依實際執行進度核撥；合計決算審定數為 10 億 7,656 萬餘元，較預算減少 3,804 萬餘元 (3.41%)，主要係強化社會安全網第二期計畫之中央補助款依實際執行情形撥款。

2. 以前年度歲入轉入數計 9,122 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 2,386 萬餘元 (26.16%)；減免 (註銷) 數 1,304 萬餘元 (14.30%)，主要係中央補助住宿式服務機構使用者補助方案經費較預計減少；應收保留數 5,431 萬餘元 (59.53%)，主要係應收罰鍰尚待收繳。

3. 歲出原編列預算數 23 億 4,567 萬餘元，因新型冠狀病毒肺炎 (COVID-19) 疫情影響，增聘人員及辦理緊急採購 COVID-19 家用快篩試劑等所需經費，經動支第二預備金 2,370 萬元，及衛生局暨各衛生所人事費等原列預算不敷支應，動支各類員工待遇準備 445 萬餘元，合計 23 億 7,383 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 19 億 6,753 萬餘元 (82.88%)，應付保留數 2 億 135 萬餘元 (8.48%)，

保留原因詳「(一)計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 21 億 6,888 萬餘元，預算賸餘 2 億 494 萬餘元 (8.63%)，主要係中央補助長照 2.0 暨口腔照護網絡等計畫之經費賸餘，及實際進用員額較少之人事費賸餘。

4. 以前年度歲出轉入數計 1 億 3,351 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1 億 2,032 萬餘元 (90.12%)；減免(註銷)數 1,319 萬餘元 (9.88%)，主要係中央補助長期照顧 2.0 整合型計畫之經費結餘。

二、附屬單位決算非營業部分

衛生局主管包括(一)作業基金：桃園市醫療作業基金；(二)特別收入基金：桃園市食品安全保護基金等共 2 個單位。茲將 111 年度決算審核結果說明如次：

(一)計畫實施之查核

業務(營運)計畫主要有辦理門診、健檢、各類檢驗、子宮頸抹片檢查及辦理食品安全保護相關業務等 13 項，實施結果，計有體檢業務、X 光業務、診察業務、檢驗業務、兒童健檢業務、子宮頸抹片檢查業務、食品安全保護計畫等 7 項，因體檢、X 光檢查、診察、檢驗、兒童健檢、子宮頸抹片檢查人數減少，及違反食品衛生法規檢舉案件減少，致未達預計目標。

(二)餘絀之審定

1. 作業基金：決算審核結果，審定賸餘 1,651 萬餘元，較預算賸餘 1,455 萬餘元，增加 195 萬餘元，約 13.45%，主要係門診醫療收入較預計增加，連帶影響門診醫療成本增加，兩者增減互抵仍有賸餘所致。

2. 特別收入基金：決算審核結果，審定短絀 310 萬餘元，較預算短絀 1,048 萬元，減少 737 萬餘元，約 70.36%，主要係受新型冠狀病毒肺炎(COVID-19)疫情影響，違反食品衛生法規檢舉案件減少，獎勵金核發較預計減少所致。

三、重要審核意見

(一)持續改善醫療照護環境，惟醫療資源之合理分配監測指標與六都相較落後，且就醫公平性監測指標尚待提升，亟待強化醫療資源之合理配置，以提升市民醫療之可近性及公平性。

依衛生福利部(下稱衛福部)2020健康國民白皮書第二篇第三章主題三醫療體系表現(下稱 2020健康國民白皮書醫療體系)所列，影響民眾健康因素包括遺傳因子、物理與社會性環境因子、個人生活型態與健康照護服務四大類。健康照護體系主要在提供民眾可近而負擔得起之醫療照

護，讓民眾遭受疾病與傷害時得以恢復健康或減少傷害。醫療服務績效設定之確保公平性監測指標，包括確保醫療資源合理分配、就醫公平性、財務負擔公平性等。桃園市自103年12月25日升格為直轄市後，隨著人口移入增加與大量投入公共建設，政府預算規模呈現成長趨勢，惟截至110年底止，桃園市醫療保健支出（不含中央及上級政府補助款）占歲出比率為0.96%，近3年度（108至110年度）支出成長有限，不僅於六都居末，且支出比率不及臺北市及高雄市之三成（表1）。經查

桃園市醫療資源之配置情形，核有：1. 截至110年底，桃園市每萬人口執業西醫數為19.50人，於六都居第5，中醫數為2.53人，牙醫數為5.94人，均居六都之末；又桃園市醫療院所急性一般病床數6,419床，平均每萬人口28.25床，未達醫療網規劃醫療充足區標準（35床），於六都中居第5，且上開指標均未達全國平均數（表2），顯示桃園市醫療資源之合理分配監測指標與六都

相較落後，亟待強化醫療資源之合理配置，以提升市民醫療之可近性；2. 依2020健康國民白皮書醫療體系所列，醫療服務績效設定就醫公平性之監測指標，以平均每人每年看診次數衡量。經查110年度桃園市「平均每人每年看診次數」為12.45次，「健保平均每人每年就診次數」為13.55次，均居六都之末，且低於全國平均數14.59次、15.71次；鑑於桃園市110年度之每10萬人口標準化死亡率（397.90）於六都居第4，惟與第3名之臺中市（399.15）相近，經再分析110年度桃園市平均健保負擔每人醫療費用約為27,527元，則於六都居末，且低

表1 六都醫療保健支出比率分析

單位：新臺幣千元、%

年度 直轄市	108		109		110	
	醫療保健支出	醫療保健支出占總決算比率	醫療保健支出	醫療保健支出占總決算比率	醫療保健支出	醫療保健支出占總決算比率
新北市	1,927,366	1.22	1,865,607	1.11	2,122,846	1.24
臺北市	5,316,226	3.29	5,788,633	3.50	6,322,720	3.49
桃園市	1,046,771	0.95	1,167,908	1.00	1,271,403	0.96
臺中市	1,513,895	1.21	1,778,038	1.27	1,732,637	1.22
臺南市	1,229,936	1.51	1,180,950	1.24	1,151,103	1.21
高雄市	4,629,219	3.57	4,003,297	2.85	5,117,503	3.46

註：1. 醫療保健支出不含中央及上級政府補助款。

2. 資料來源：整理自中華民國統計資訊網站資料，111年度資料尚未公布。

表2 六都醫療院所病床數及執業醫師數分析

單位：床、人

直轄市	平均每萬人口 急性一般病床	平均每萬人口 執業西醫師	平均每萬人口 執業中醫師	平均每萬人口 執業牙醫師
全國平均	32.68	22.32	3.19	6.73
新北市	⑥ 18.87	⑥ 15.70	⑤ 2.72	④ 6.88
臺北市	① 50.42	① 45.20	② 4.26	① 13.54
桃園市	⑤ 28.25	⑤ 19.50	⑥ 2.53	⑥ 5.94
臺中市	② 38.16	③ 24.39	① 5.22	② 7.23
臺南市	④ 29.61	④ 21.37	④ 3.21	⑤ 6.24
高雄市	③ 37.44	② 26.08	③ 3.32	③ 7.06

註：1. 資料時間：110年底。

2. 資料來源：整理自衛福部統計處網站資料，111年度資料尚未公布。

於全國平均數33,250元(表3),顯示桃園市就醫公平性監測指標尚待提升,允應審慎評估健康照顧服務之可近性及公平性等情事,經函請檢討改善。據復:1.積極輔導醫院設立及擴充,截至112年3月31日止,平均每萬人口急性一般病床數為34.53床,併同已同意擴充900床及通過6家醫院設立計994床,俟119年建置完成後,平均每萬人口急性一般病床數將達43床,可達醫療資源充足之定義,期屆時能提升

執業醫師及急性一般病床數之醫療資源配置,增進市民醫療可近性;2.除積極輔導醫院擴充及設立,以滿足民眾就醫需求,為提升偏遠地區民眾就醫近便性,持續辦理弱勢族群就醫補助、原住民族地區原住民就醫及長期

照護資源使用交通費補助,自108年起亦陸續輔導醫療團隊於沿海偏遠地區辦理巡迴醫療、遠距會診等服務。另為均衡桃園市醫療資源、保障民眾就醫權利及守護更多市民健康,亦將極力向中央爭取重新劃分次醫療區域,以符合桃園市醫療需求。

(二) 為改善兒科及新生兒緊急醫療照顧環境,補助醫院提升兒科及新生兒緊急醫療服務品質相關計畫多年,惟急救責任醫院緊急醫療能力及計畫中長程目標執行成效尚待提升,允宜滾動檢討及精進執行方法,俾提供即時且完整緊急醫療服務品質。

衛生局鑑於國內生育率逐年下降,兒科專科醫師人力面臨職業年齡老化,專科醫師成長趨緩之問題,為提供兒科及新生兒(含早產兒)24小時之急重症及緊急醫療照顧,保障偏遠、非都會區民眾之就醫可近性與品質,爰辦理「補助醫院提升兒科及新生兒(含早產兒)緊急醫療服務品質計畫」等,111年度編列相關預算350萬元,截至111年底止實現數為349萬餘元(99.92%),經查其執行情形,核有:1.依衛福部醫事司緊急醫療網111年12月19日公布資料,桃園市急救責任醫院共11家,其中重度級急救責任醫院2家、中度級6家、一般級3家,除重度級急救責任醫院具提供「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護」之醫療能力外,6家中度級急救責任醫院均未參加該項醫療服務能力之評定,而一般級急救責任醫院3家均不具該項評定之資格。惟查六都重度級急救責任醫院共30家,桃園市僅2家,與臺南市並列居末;另六都中度級急救責任

表 3 就醫公平性分析

單位:次、新臺幣元、人

直轄市	健保平均每人每年就診次數	平均每人每年看診次數	每10萬人口就診率	平均每人醫療費用	標準化死亡率
全國平均	15.71	14.59	92,902	33,250	405.49
新北市	15.07	13.91	92,306	31,601	384.65
臺北市	14.99	13.51	90,085	33,718	311.45
桃園市	13.55	12.45	91,891	27,527	397.90
臺中市	16.32	15.26	93,533	32,908	399.15
臺南市	16.46	15.42	93,696	33,495	418.49
高雄市	17.14	16.05	93,643	34,901	443.42

註:1. 健保平均每人每年就診次數=健保就診件數÷健保就診人數。

2. 平均每人每年看診次數=健保就診件數÷年中人口數。

3. 就診率計算公式=患者人數×100,000÷年中人口數。

4. 平均每人醫療費用=健保醫療費用÷患者人數。

5. 標準化死亡率=(年齡別死亡率×標準組人口數)加總÷標準人口總數。

6. 110年年中人口數=(110年年底現住人口數+109年年底現住人口數)÷2。

7. 資料來源:整理自衛福部統計處全民健康保險醫療統計資料,111年度資料尚未公布。

醫院共44家，桃園市有6家，亦於六都居末，其中六都中度級急救責任醫院通過「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護」能力評定者有17家（38.64%），惟桃園市未有評定通過者（表4），顯示兒科及新生兒緊急醫療照顧環境尚待改善，允應積極輔導醫院提升緊急醫療能力，並協助中度急救責任醫院

完成「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護」評定；2. 依衛生局補助醫院提升兒科及新生兒（含早產兒）緊急醫療服務品質計畫所列，中、長期目標為提供兒童

及新生兒（含早產兒）即時且完整之急重症照護並提升醫療品質，輔導中度級急救責任醫院，完成醫院緊急醫療能力分級標準「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護品質」之評定。經查衛生局109至111年度補助醫院提升兒科及新生兒（含早產兒）緊急醫療服務品質計畫，每年度以補助1家醫院為上限，且連續3年均僅補助國軍桃園總醫院；惟該局自105年起即辦理補助醫院提升重大外傷與高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）緊急醫療服務品質等計畫，補助計畫迄今已7年，而6家中度級急救責任醫院均尚未能通過照護品質評定，未達計畫中長程目標，亟待滾動檢討及精進執行方法等情事，經函請檢討改善。據復：1. 考量醫院婦兒科醫師召聘不易，特補助醫師人力費用，以改善兒科及新生兒緊急醫療照顧環境，並持續輔導轄內6家中度級急救責任醫院提升緊急醫療能力，強化「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護」量能，並將持續爭取經費擴大補助區域級以上醫院提升兒科緊急醫療服務量能、處置能力評等；2. 積極輔導國軍桃園總醫院於112年通過中度緊急醫療能力分級標準「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護品質」評定，另規劃於113年度增加補助轄內2家中度級急救責任醫院，輔導受補助醫院於執行計畫4年內通過中度緊急醫療能力分級標準「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）照護品質」評定。

（三）沿海地區巡迴醫療服務有助落實在地醫療，尚待鼓勵計畫承接醫院協助服務對象領取藥物，以完善巡迴醫療服務；又復興區醫療資源不足且分布不均，允宜參酌觀音牙科醫療站之創新模式與成功經驗，提升口腔健康照護成效，並研議改善行動醫療車配備，以提升巡迴醫療品質。

表 4 六都急救責任醫院依能力分級情形

單位：家

直轄市	合計	重度	中度			一般
			中度上（註1）	中度（註2）	小計	
合計	109	30	17	27	44	35
臺北市	19	10	2	5	7	2
新北市	20	5	5	2	7	8
桃園市	11	2	0	6	6	3
臺中市	21	7	3	6	9	5
臺南市	13	2	4	4	8	3
高雄市	25	4	3	4	7	14

註：1. 通過中度級及「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」能力之評定。

2. 通過中度級但「高危險妊娠孕產婦及新生兒照護」能力未申請評定。

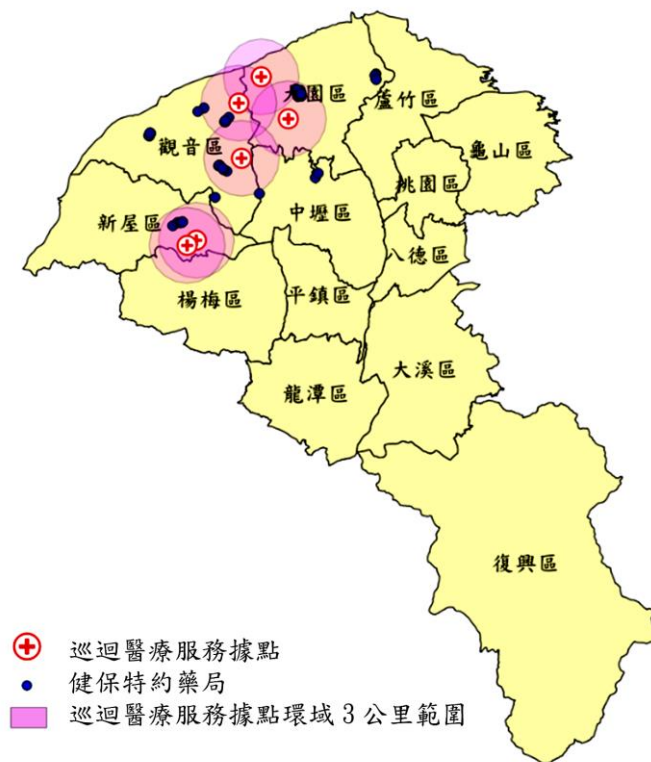
3. 資料來源：整理自衛福部醫事司緊急醫療網111年12月19日更新資料。

衛生局為提升醫療照護品質，辦理推動市民健康照護服務計畫、補助醫院提升緊急醫療服務品質計畫、桃園市沿海地區醫療網絡服務計畫、山地部落健康促進、提升山地地區醫療設備及資訊作業系統等相關工作。經查其執行情形，核有：1. 桃園市沿海偏遠地區人口結構以老年人口為主，加以大眾運輸相對不發達，致就醫近便性之城鄉落差與日俱增。衛生局辦理「桃園市沿海地區(新屋區、觀音區、大園區)

醫療網絡服務計畫」，其中巡迴醫療服務 109 至 111 年服務量達 4,203 人次，顯示該計畫有助落實在地醫療，其中新屋區 111 年計畫承接醫院新國民醫療社團法人新國民醫院（下稱新國民醫院），新增提供處方箋調劑服務，其服務模式係於上午時段巡迴醫療服務結束後，將處方箋攜回新國民醫院調劑，另於下午時段派員送藥至巡迴醫療據點供民眾領取。經查新屋、觀音及大園區內之健保特約藥局分別為 5、18、20 家，而巡迴醫療據點所在里別均無健保特約藥局，且經運用

地理資訊系統（QGIS）分析結果，沿海偏遠地區各巡迴醫療據點在環域 3 公里範圍健保特約藥局分布較不普遍（圖 1），在符合藥事服務相關法令規範之前提下，允宜研議調整計畫補助方式，鼓勵計畫承接醫院協助服務對象領取藥物，以完善巡迴醫療服務；2. 衛生局自 110 年起辦理「觀音牙科醫療站醫療服務計畫」，利用觀音區衛生所現有空間，建置觀音牙科醫療站，協調專業牙醫師組成醫療團輪流駐診，提供當地居民牙科診療及口腔保健服務。經查同屬桃園市偏遠地區之復興區，雖有牙科定期巡迴醫療服務，惟固定提供牙科醫療服務僅有位於三民里之牙科診所 1 家及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」（Integrated Delivery System，簡稱 IDS 計畫）在華陵醫療站之牙科門診（圖 2），顯示牙科醫療資源更為不足且分布不均。鑑於牙科巡迴醫療所能提供之診療項目恐受空間環境、衛生條件與器材設備之限制，此外，目前固定

圖 1 沿海地區巡迴醫療服務據點及健保特約藥局分布情形

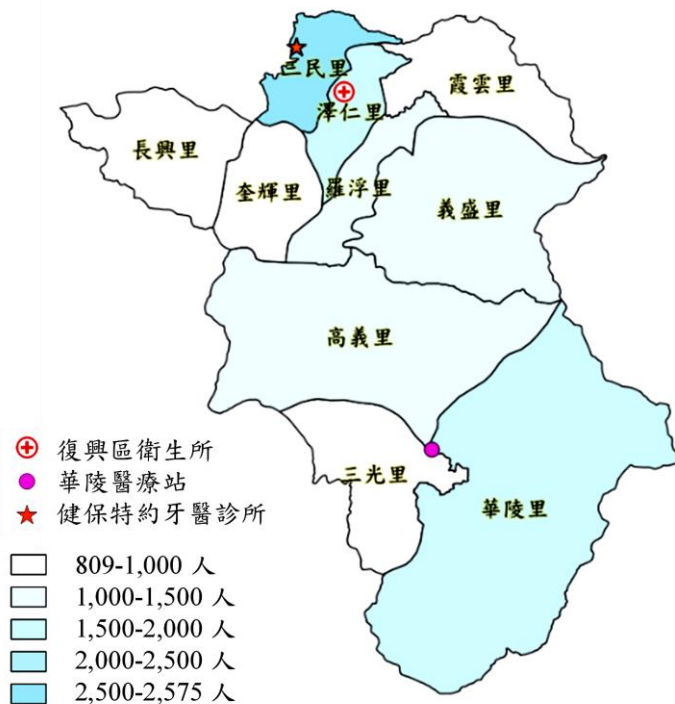


資料來源：整理自衛福部中央健康保險署網頁、衛生局提供資料。

提供診療服務之牙科診所位於復興區三民里與大溪區交界處，與位於華陵里之醫療站兩處相距約 30 餘公里，車程逾 1 個小時，允宜參酌觀音牙科醫療站之創新模式與成功經驗，善用衛生所既有空間設備，研議改善山地偏遠地區牙科醫療服務近便性，以提升口腔健康照護成效；3. 復興區醫療機構分布與人口密度均偏低，該區衛生所有別於一般都會區衛生所，除辦理公共衛生業務外，同時扮演在地基層醫療照護重要角色，該所巡迴醫療服務計畫每週固定時段於村里或部落據點提供醫療服務，以滿足

當地居民醫療保健需求，惟以目前行動醫療車空間配備，搭載必要之醫事人員、電腦、診療設備、疫苗、耗材及藥品箱後已呈現滿載狀態，無剩餘空間可供診療使用，考量部分巡迴據點為室外場所，無適當隱蔽空間可供就醫者脫衣或平躺進行觸診或利用超音波、心電圖等儀器診察。為

圖 2 復興區人口及牙科醫療資源分布情形



資料來源：整理自衛福部中央健康保險署網頁、民政局人口統計資料。



復興區衛生所巡迴醫療車

(圖片來源：復興區衛生所提供)



復興區長興里高遠部落戶外診療情形

(圖片來源：復興區衛生所提供)

保障偏鄉地區民眾就醫權益，並兼顧就醫者隱私權，亟待研議改善行動醫療車配備，提供足夠空間收納藥品及設置簡易隔簾與診療床，以提升巡迴醫療品質等情事，經函請檢討改善。據復：1. 112年桃園市沿海地區醫療網絡服務計畫已明定行動門診須提供送藥服務，且須符合藥事法相關規定，並編列經費補助計畫承接醫院提供送藥服務；2. 將參採建議納入評估，以提升復興區牙科醫療資源近便性；3. 已請復興區衛生所提供相關車輛、設備規格及報價資料，並積極研議相關配置事宜，預計於112年10月完成行動醫療車設備改善。

（四）積極辦理公費疫苗施打作業，惟部分醫療院所因人為疏失造成疫苗毀損、異常接種之情事，亟待加強輔導合約醫療院所落實疫苗接種作業程序，並加強查核集中接種站設置情形與接種狀況，以維護疫苗接種安全及民眾健康。

衛生局為推動公共衛生政策，提供民眾可近性及高品質之預防接種服務，辦理各項傳染病防治、防疫計畫、疫苗採購及疫苗品質提升計畫等相關工作。經查其執行情形，核有：1. 110至111年疫苗毀損賠償案件38件，異常接種86件，冷運冷藏異常7件，經歸納分析發現，疫苗毀損原因主要為備藥過程疫苗滲漏或不慎掉落，異常接種原因以提前接種件數最多（46件、影響人數48人），影響人數最多者為錯誤接種（5件、影響人數123人），冷運冷藏異常件數7件，合計造成疫苗毀損達1,086劑（表5），其中單一事件疫苗毀損數量最高為500劑。經查上開疫苗毀損原因以人為疏失因素占大宗，而異常接種原因主要係部分衛生所或醫療院所人員執行預防接種流程未落實三讀五對原則，或僅核對預防接種紙本紀錄，疏未輔以全國性預防接種資訊管理系統（National Immunization Information System, NIIS系統）查詢個案接種紀錄所致，亟待加強醫事人員教育訓練，落實疫苗施打流程之三讀五對原則，並改善疫苗冷運冷藏管理作業，以維護疫苗接種安全及民眾健康權益；2. 依據衛福部疾病管制署111年度流感疫苗接種計畫，國光生物科技股份有限公司產製之安定伏裂解型四價流感疫苗（下稱國光流感疫苗）適用年齡僅提供3歲以上幼兒或成人使用。衛生局於

表 5 公費疫苗毀損、接種異常或冷運冷藏異常情形

單位：件、人、劑

類別	賠償件數	原因分析		
		毀損原因	件數	
疫苗毀損	38	備藥過程疫苗滲漏	17	
		備藥過程不慎掉落	15	
		A 肝疫苗針劑混入五合一粉劑	2	
		施打於自費對象	1	
		因黃卡未修正致他院重複接種	1	
		針心鬆脫	1	
		疫苗短少	1	
		異常接種	86	異常接種原因
提前接種	46			48
重複接種	17			18
間隔不足	8			8
施打於非計畫實施對象	10			13
錯誤接種	5			123
冷運冷藏異常	7	異常情形	件數	疫苗數量
		低溫異常	6	1,084
		高溫異常	1	2

註：1. 資料期間：110至111年。

2. 資料來源：整理自衛生局提供資料。

111年10月1日至2日間，配合2022桃園市健康樂活食安嘉年華活動，在桃園巨蛋體育館設置疫苗隨到隨打站，由臺北榮民總醫院桃園分院承接，卻因人為疏失致118名未滿3歲幼童錯誤接種流感疫苗。衛生局與各衛生所負責合約醫療院所及集中接種站之實地查核作業，經查所運用之「流感疫苗接種計畫實地查核表」，針對醫療院所之疫苗安全查核，雖有「打錯針預防措施—三讀五對」之查核項目，惟僅勾選是或否，並無具體查核程序，而就學校、社區或企業等集中接種站之查核，甚無上開「打錯針預防措施—三讀五對」之查核項目，亟待加強輔導合約醫療院所落實疫苗接種作業程序，並加強查核集中接種站設置情形與接種狀況，避免類此情形再次發生等情事，經函請檢討改善。據復：1. 已針對預防接種合約醫療院所發生公費疫苗異常接種案件分析異常原因，並於112年4月安排2場次教育訓練課程，同時增加合約醫療院所輔導訪查頻次，以提升合約醫療院所疫苗管理品質；2. 實地查核作業新增社區接種站專案檢核表，針對專案接種站設置專責人員，依檢核表逐項確認接種前各項準備作業，事前與承接院所共同進行場勘及動線規劃，並於接種站開打前再次提醒接種對象及各項疫苗適用年齡，落實執行行前教育及三讀五對流程，避免類此情形再次發生。

(五) 持續辦理四癌篩檢服務，部分篩檢目標達成率偏低或落後全國平均值，且連續3年子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤情形成效欠佳，允宜研謀善策提升四癌篩檢率及陽性個案追蹤率，協助民眾早期發現、及時治療，以有效發揮癌症篩檢預防成效。

癌症已長達數十年蟬聯國人十大死因第1名，為落實癌症防治政策，衛福部自99年起全面推廣乳癌、子宮頸癌、大腸癌及口腔癌篩檢（下稱四癌篩檢）服務。國際醫學研究證實，四癌篩檢可早期偵測癌症及癌前病變，進而降低癌症死亡率，且具防治政策成本效益。衛生局為強化民眾預防保健認知及促進市民健康，持續推動癌症防治工作，辦理四癌篩檢補助及宣導等工作，經查其執行情形，核有：1. 110年4項癌症篩檢目標達成率均低於全國平均值，其中乳癌、子宮頸癌及大腸癌之篩檢目標達成率分別為44.34%、52.50%、58.33%，均低於6成，於六都居第5或第6，

表 6 110 至 111 年度六都辦理四癌篩檢目標達成情形

單位：%

年度 市縣	110				111			
	乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌	乳癌	子宮頸癌	大腸癌	口腔癌
全國平均	47.29	54.30	66.77	107.14	96.94	89.70	94.54	88.08
新北市	① 53.29	③ 56.40	⑤ 67.82	⑤ 89.88	① 100.00	① 99.10	④ 93.69	④ 73.88
臺北市	③ 52.80	⑥ 50.90	④ 72.50	⑥ 64.32	⑤ 89.99	⑤ 86.30	⑤ 88.58	⑥ 39.37
桃園市	⑥ 44.34	⑤ 52.50	⑥ 58.33	④ 93.46	③ 97.39	③ 92.50	⑥ 86.61	⑤ 61.85
臺中市	② 53.15	① 59.60	② 72.60	③ 111.35	⑥ 87.88	④ 91.60	③ 95.62	③ 92.97
臺南市	④ 50.07	② 59.00	① 77.58	① 132.68	① 100.00	② 94.90	① 100.00	① 108.55
高雄市	⑤ 44.36	④ 53.20	② 72.60	② 111.58	④ 93.22	⑥ 83.90	② 98.46	② 97.95

註：1. 篩檢目標達成率=加權後篩檢人數÷篩檢目標數×100。

2. 資料來源：整理自衛生局提供資料。

且大腸癌、口腔癌之篩檢目標達成率分別落後全國平均值8、13個百分點，該2項篩檢目標達成率至111年仍未改善，分別落後全國平均值7、26個百分點（表6），顯示推動癌症篩檢業務成效尚有改善空間，允宜透過多元防治宣導管道，協助民眾早期發現、及時治療，俾有效降低癌症死亡率，落實國家癌症防治政策目標；2. 108至110年度子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤率分別為93.2%、90.3%、85.6%（表7），有逐年下降趨勢，且連續3年均低於全國平均值，於六都居第6或第5，顯示子宮

表 7 六都子宮頸癌篩檢陽性個案追蹤率

單位：%

市縣	年度	108	109	110
全國平均		93.9	90.8	87.4
新北市	②	96.5	93.3	85.4
臺北市	①	99.3	94.3	92.9
桃園市	⑥	93.2	90.3	85.6
臺中市	④	93.5	90.4	90.0
臺南市	③	94.3	91.9	92.0
高雄市	⑤	93.4	90.6	87.5

註：1. 篩檢陽性個案追蹤率=陽性個案追蹤完成數÷陽性個案數×100。
2. 資料來源：整理自國民健康署統計資料，111年度資料尚未公布。

頸癌篩檢陽性個案追蹤辦理成效亟待提升，允宜研謀善策提升癌症篩檢陽性個案追蹤率，加強陽性個案後續衛教或轉介服務，以有效發揮癌症篩檢預防成效等情事，經函請檢討改善。據復：1. 運用多元管道通知符合資格民眾受檢，於平日夜間及假日辦理社區整合性篩檢活動，提供成人健康檢查及四癌篩檢，另運用子宮頸抹片及乳房攝影醫療

巡迴車，於社區定點提供行動篩檢服務，提升篩檢服務可近性，並拜訪轄區醫院，輔導推動四癌篩檢，加強醫療院所間之服務連結、資源整合與篩檢陽性個案轉介等；2. 於疫情趨緩後寄發篩檢陽性個案關懷信函，並以簡訊通知陽性個案回院確診，失聯個案則以申請健保協尋方式積極聯繫陽性個案回院確診。

（六）為守護兒童健康，積極整合醫療專業資源，惟兒童預防保健及兒童牙齒塗氟服務利用率連續 4 年均落後全國平均值，亟待研謀改善措施，以強化兒童健康照護。

衛生局為守護兒童健康，整合醫療專業資源，辦理「兒童整合性健康服務計畫」，111年度編列相關預算2,000萬元，截至111年底止實現數為1,659萬餘元（83.00%），經查其執行情形，核有：1. 全國兒童預防保健服務利用率，已由107年之78.6%微幅上升至110年之80.9%，顯示多數家長已利用該項服務定期檢視兒童身心發展狀況，惟桃

表 8 六都兒童預防保健服務利用率

單位：%

市縣	年度	107	108	109	110
全國平均		78.6	80.3	79.4	80.9
新北市	②	82.4	88.2	85.3	86.8
臺北市	③	80.1	77.8	74.5	77.2
桃園市	⑥	70.2	62.0	71.9	66.3
臺中市	⑤	77.1	81.9	79.8	82.2
臺南市	④	78.4	80.7	79.6	83.7
高雄市	①	83.9	86.9	84.0	86.0

註：1. 利用率為 7 次檢查平均利用率，係以 7 歲以下兒童實際接受兒童預防保健服務人次占該年 7 歲以下兒童年中人口數之百分比計算。
2. 資料來源：整理自衛福部統計資料，111 年度資料尚未公布。

園市107至110年利用率分別為70.2%、62.0%、71.9%、66.3%，連續4年落後全國平均利用率7個百分點以上，且均居於六都之末（表8），顯見仍有約3成兒童未完整利用7次之預防保健服務，亟

待積極探究利用率落後之癥結，研謀改善措施，以強化兒童健康照護；2. 衛生局辦理兒童整合性健康服務計畫，檢查結果以口腔之異常率最高，109至111年分別為47.22%、45.08%、42.28%，雖有微幅下降，惟齲齒仍為桃園市兒童首要健康問題，而桃園市107至110年兒童牙齒塗氟服務利用率分別為60.71%、63.58%、67.45%、61.76%，連續4年低於全國平均值，且均居六都第5(表9)，允應研謀善策提升兒童口腔

表 9 107 至 110 年六都兒童牙齒塗氟服務利用率

單位：%

年度 市縣	107	108	109	110
全國平均	67.34	67.88	74.18	67.58
新北市	② 75.56	② 75.02	② 76.32	③ 69.74
臺北市	⑥ 58.65	⑥ 60.54	⑥ 66.67	⑥ 59.98
桃園市	⑤ 60.71	⑤ 63.58	⑤ 67.45	⑤ 61.76
臺中市	④ 66.76	③ 67.82	③ 75.02	② 71.37
臺南市	① 77.25	① 78.11	① 92.56	① 84.42
高雄市	③ 67.78	④ 67.55	④ 72.70	④ 65.39

註：1. 兒童牙齒塗氟服務利用率=兒童牙齒塗氟人數÷戶籍兒童人數×100。

2. 資料來源：整理自衛福部統計資料，111 年度資料尚未公布。

預防保健成效，降低兒童齲齒發生率等情事，經函請檢討改善。據復：1. 規劃貼近兒童主要照顧者之生活場域及利用大型活動加強宣導，並結合各區衛生所預防接種門診提供兒童預防保健服務；2. 加強政策推廣，促請醫療院所配合提供牙齒塗氟、第一大白齒窩溝封填及填補後評估檢查服

務，跨局處合作辦理潔牙推廣及衛教宣導講座，提升兒童及其主要照顧者口腔保健知能，並舉辦實體或線上親子教育課程，強化家長賦能，另規劃結合桃園市牙醫師公會、托嬰中心及衛生所，辦理0至3歲兒童塗氟服務。

四、110 年度重要審核意見追蹤查核情形

本處於 110 年度審核報告內列重要審核意見 4 項，經廣續追蹤查核實際辦理結果，已研謀改善或依改善措施持續辦理中(表 10)。

表 10 110 年度審核報告所列衛生局主管重要審核意見覆核辦理情形

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) 長照據點佈建數雖已達預期，惟逾半數長照計畫之績效指標未達成，部分長照服務人力不足，且各行政區內之長照服務資源分配不均，允宜積極培育長照人力投入服務體系，提升長照服務量能，並綜整社政及衛政資源，佈建綿密之長照服務輸送網絡，以實現在地老化之目標。	
(二) 持續佈建失智症共照中心及服務據點，惟各項指標達成情形欠佳，允宜加強共照中心與服務據點之串聯，並以需求為導向規劃佈建失智服務據點及共照中心，以提升整體失智照護服務品質，另因應高齡少子女化社會，可結合衛政及教育資源，強化代間學習，以提升失智症照顧初級預防功能。	
(三) 持續建構友善藥癮醫療環境，惟部分行政區無醫療機構可提供藥癮醫療服務，且個案管理人力留存率有下降趨勢，又毒品危害講習出席率未達目標，特色藥癮醫療服務方案服務人次未如預期，允宜促請醫療機構投入藥癮醫療服務，研謀提升補助人力及留存率，並透過多元管道督促個案出席講習及參與特色藥癮醫療服務，以利完善藥癮戒治網絡，協助藥癮者成功戒癮，復歸社會。	
(四) 持續辦理社區安寧療護網絡計畫以減輕家庭照顧者之身心負荷，惟提供服務之安寧機構可近性不足，允宜妥善積極招募服務機構，以落實末期病人在地老化，尊嚴善終。	