

拾玖、衛生福利部主管

衛生福利部主管包括衛生福利部、疾病管制署、食品藥物管理署、中央健康保險署、國民健康署、社會及家庭署、國家中醫藥研究所等 7 個機關，掌理全民健保、醫療救護、藥物管理、食品安全、防疫監測、健康促進、社會福利及公共衛生等工作之推展防治業務。茲將 112 年度決算審核結果說明如次（有關歲入、歲出決算之審定及各項差異之原因分析等詳細內容，請至審計部全球資訊網/總決算審核報告/總決算審核報告查詢平台查閱）：

一、計畫實施之查核

業務計畫 39 項，下分工作計畫 42 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、優化保護服務體系、拓展全方位醫療照護體系、建構優質防疫應變體系、構築食品藥物安心消費環境、營造身心健康支持環境、精進健保及國保制度等重要施政項目，其中已執行完成者 11 項，尚在執行者 31 項，主要係部分補助及委辦計畫暨採購案未及於年度結束前辦理核銷或合約期程跨年度等，仍須繼續執行。

二、預算執行之審核

（一） 歲入預算數 27 億 7,650 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 47 億 9,332 萬餘元，應收保留數 1,143 萬餘元，主要係中央健康保險署核處違反全民健康保險法及相關規定之罰鍰及賠償案件等，尚在催繳中；合計決算審定數為 48 億 475 萬餘元，較預算增加 20 億 2,824 萬餘元（73.05%），主要係社會及家庭署收回以前年度補（捐）助經費賸餘款，暨食品藥物管理署醫療器材優良運銷許可及藥品查驗登記等審查費收入較預計增加。

（二） 以前年度歲入轉入數計 1 億 5,919 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1,299 萬餘元（8.16%）；減免（註銷）數 29 萬餘元（0.19%），主要係中央健康保險署註銷依法取得債權憑證之違反全民健康保險法罰鍰案件；應收保留數 1 億 4,590 萬餘元（91.65%），主要係衛生福利部應收九二一震災災民慰問金及租金賸餘款，分期收回中。

（三） 歲出原編列預算數 3,679 億 9,819 萬餘元，因衛生福利部配合中興新村整體規劃辦理辦公廳舍整修及搬遷，疾病管制署辦理登革熱防治作業等經費不敷等事由，經動支第二預備金 4,809 萬餘元，合計 3,680 億 4,629 萬元，決算審核結果，修正減列實現數 2 億 2,890 萬餘元，係社會及家庭署各項補助經費賸餘；審定實現數 3,600 億 7,613 萬餘元（97.83%），應付保留數 34 億 7,747 萬餘元（0.94%），保留原因詳「一、計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 3,635 億 5,361 萬餘元，預算賸餘 44 億 9,267 萬餘元（1.22%），主要係各項委辦、補（捐）助計畫經費結餘。

（四） 以前年度歲出轉入數計 17 億 8,867 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 13 億 3,384 萬餘元（74.57%）；減免（註銷）數 6,586 萬餘元（3.68%），主要係委辦及補助計畫經費結餘；應付保留數 3 億 8,896 萬餘元（21.75%），主要係衛生福利部部分委辦及補助計畫未及於年度結束前完成驗收或合約期程跨年度，須保留繼續執行。

三、重要審核意見

(一) 政府持續列冊關懷獨居長者及推動高齡相關研究，惟列冊人數與推估獨居老年人口存有落差，且補助經濟弱勢長者安裝緊急救援裝置成效尚待提升，又成立高齡醫學暨健康福祉研究中心推動高齡研究方面尚有拓展空間，允宜研謀改善，以提升執行成效。

衛生福利部(下稱衛福部)為落實高齡社會白皮書、「因應超高齡社會對策方案(112-115年)」(下稱超高齡對策方案)所列「提升獨居與失智高齡者居家安全」具體措施，於112年1月函頒「強化獨居老人關懷服務計畫」(下稱強化獨老關懷計畫)，據以補助各市縣政府提供獨居長者關懷及需求評估、安裝緊急救援裝置服務費、於天然災害發生時給予協助等服務。另行政院於109年12月5日指示財團法人國家衛生研究院(下稱國衛院)與國立臺灣大學合作成立國家級之「高齡醫學暨健康福祉研究中心」(下稱國衛院高齡中心)，其營運及研發所需經費自111年度起由衛福部編列預算支應；衛福部於112年度編列公務預算2億4,985萬元，支應國衛院執行「高齡醫學暨健康福祉研究中心」計畫，並由國衛院高齡中心執行超高齡對策方案所列彙整全國高齡相關資料、依據研究成果提出高齡相關整體建議、建構高齡社會安全與弱勢照顧機制等工作。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 獨居老人已列冊關懷者與推估獨居老年人口存有落差，且部分市縣列冊人數連年減少，有待盤點關懷服務涵蓋範圍之適足性，並加強發掘及掌握潛在高齡獨居人口：據衛福部統計，112年底全國無直系血親卑親屬或直系血親卑親屬未居住於同市縣之65歲以上獨自居住、同住者無照顧能力、65歲以上夫妻同住者或經各市縣政府社會局(處)派員訪視評估需列冊關懷之老人(下稱列冊獨居老人)計5萬餘人，已達成強化獨老關懷計畫所列112年度關懷服務人數3萬餘人之目標。惟查衛福部另參考行政院主計總處109年人口及住宅普查初步統計結果，國內65歲以上人口獨居比率為15.6%，並據內政部統計112年底國內65歲以上人口為429萬餘人，推估65歲以上獨居人數約為67萬餘人；又衛福部出版之111年老人狀況調查報告列述，65歲以上者獨居之比率為9.11%，若以該項獨居比率核計，65歲以上獨居人數約為39萬餘人，顯示112年底列冊獨居老人之5萬餘人，與上開推估獨居老年人口數介於39至67萬餘人相較，存有相當落差。另上開衛福部111年老人狀況調查報告列述65歲以上者獨居之比率為9.11%，較106年調查報告之8.97%，增加0.14個百分點，顯示老年人口獨居情形有增加之趨勢，又按內政部統計，國內65歲以上人口由108年底之360萬餘人，增加至112年底之429萬餘人，期間各市縣65歲以上人數均逐年增加，惟部分市縣列冊獨居老人人數卻連年減少，包括基隆市及澎湖縣於109至112年底連續4年列冊人數較上年底減少；花蓮縣於110至112年底連續3年列冊人數較上年底減少；高雄市及臺東縣於111及112年底連續2年列冊人數較上年底減少

(表 1)，顯示在

表 1 部分市縣列冊獨居老人增減情形

單位：人

老年人口逐年增加趨勢下，部分市縣獨居老人列冊人數卻未隨之成長，有待盤點推動獨居老人關

市縣別	109			110		111		112	
	108	109	較上年底增減數	110	較上年底增減數	111	較上年底增減數	112	較上年底增減數
高雄市	4,900	3,348	- 1,552	3,607	259	3,320	- 287	3,268	- 52
基隆市	3,420	2,257	- 1,163	1,497	- 760	1,214	- 283	1,156	- 58
花蓮縣	1,331	1,426	95	1,289	- 137	1,216	- 73	1,162	- 54
臺東縣	2,488	2,411	- 77	2,456	45	2,359	- 97	2,317	- 42
澎湖縣	1,356	1,345	- 11	1,260	- 85	1,226	- 34	1,121	- 105

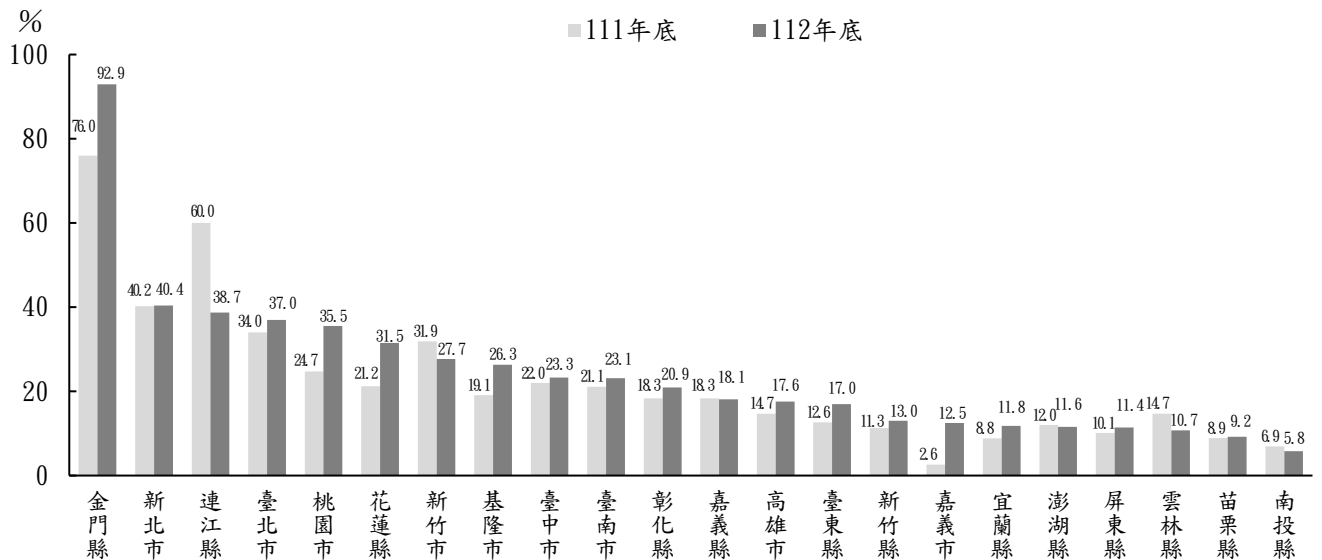
資料來源：整理自衛福部統計資料。

懷服務涵蓋範圍之適足性。鑑於強化獨老關懷計畫之服務項目尚包括於天然災害發生時，及時通知獨居長者、提供防災撤離或緊急避難等協助，為完善獨居老人服務輸送及災害防救體系，並增進其社會連結，經函請衛福部引導各市縣政府加強發掘及掌握轄內潛在高齡獨居人口，以提升關懷支持服務涵蓋範圍。據復：藉由強化獨老關懷計畫協助地方政府深化現有服務，落實社區通報機制，並透過內政部 65 歲以上單一居住戶資料及其他社福或村里轉介個案，運用多元在地人力訪視，開發潛在個案及確實掌握實際獨居老人，另將獨居老人服務列入 113 至 114 年度社會福利績效實地考核指標，督請地方政府掌握獨居老人名單。

2. 獨居長者緊急救援裝置安裝人數逐年成長，惟截至 112 年底尚有半數市縣安裝比率未及 2 成，且補助經濟弱勢獨居長者安裝人數未達計畫預期目標：各市縣政府為因應高齡社會獨居老人增加趨勢，運用智慧科技與服務提升其居家安全，歷年持續補助一般戶及中低收入獨居長者安裝緊急救援裝置之服務費用。衛福部自 112 年起推動強化獨老關懷計畫，補助列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有身心障礙生活補助費，或經各級政府補助身心障礙者日間照顧費用達 50% 以上之獨居老人（下稱經濟弱勢獨居老人）安裝緊急救援裝置之服務費用，裝置功能至少須包含使用者主動回報平安、按鈕通報緊急狀況、不活動偵測、跌倒偵測、GPS 定位裝置等 5 項為原則，112 年度預期目標為補助安裝緊急救援裝置 9,000 人。據衛福部統計，全國獨居老人安裝緊急救援裝置之人數，已由 108 年底之 6,811 人，逐年增加至 112 年底之 1 萬 2,939 人；安裝人數占列冊獨居老人之比率（下稱安裝率），亦由 108 年底之 15.12%，提升至 112 年底之 25.03%。惟查截至 112 年底止，南投縣等 11 市縣之整體安裝率介於 5.8% 至 18.1% 間（圖 1），尚未及 2 成，其中除臺東縣及嘉義市之 112 年底安裝率已較 111 年底提升 4 個及 9 個百分點外，其餘高雄市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣及屏東縣等 5 市縣之 112 年底安裝率較 111 年底增加幅度尚未及 3 個百分點，且南投縣、雲林縣、嘉義縣及澎湖縣等 4 縣之 112 年底安裝率甚至較 111 年底減少，服務普及程度尚待提升。另據該部統計截至 113 年 3 月底止，各市縣經濟弱勢獨居老人安裝緊急救援裝置之人數計 5,254 人，未達成 112 年度預期目標 9,000 人。經函請衛福部加強宣導相關補助措施，並積極鼓勵地方政府善用智慧科技營造

高齡友善環境，以維護獨居長者居家安全。據復：為提升經濟弱勢老人安裝緊急救援裝置成長率，已將中低收入老人安裝緊急救援裝置情形列入 113 至 114 年度社會福利績效實地考核指標，並透過聯繫會議瞭解地方政府推動獨居老人服務現況及實務推動之困境，共同研商對策及改善方法。

圖 1 各市縣列冊獨居老人緊急救援裝置安裝率



資料來源：整理自衛福部統計資料。

3. 衛福部委託國衛院高齡中心執行之政策研究側重於長照議題，有關社會安全及弱勢照顧面向之研究尚有拓展空間，又中心招募之社福領域研究人力較不足，恐影響其研究量能：按國衛院高齡中心之研究計畫徵求及審查機制，自 111 年起，係由衛福部「高齡健康與長照研究策略規劃諮詢會」及該中心「高齡醫學暨健康福祉研究中心學術諮議會」（下稱中心諮議會）之委員、衛福部各司署及該中心於每年 3 月底前提出下年度之研究議題，經評估後提中心諮議會及決策會議同意後推動。經查國衛院高齡中心於 110 至 113 年度執行衛福部所提之研究案件計 11 件，均係由該部長期照顧司提案，期間除該部心理健康司於 111 及 112 年曾提案 2 件經評估暫未推動，及國民健康署另自行委託該中心執行 1 件外，其餘司署均未提案，致衛福部委託該中心執行之政策研究側重於長照議題，高齡社會安全及弱勢照顧研究尚有拓展之空間。又衛福部於 111 年 9 月 30 日召開會議決議請國衛院高齡中心發展研究計畫時，將「社會福利」部分納入考量，並積極招募社會科學領域研究人才，儘速推動該領域相關研究計畫。經查截至 113 年 3 月 12 日止，該中心已聘用研究人員計 17 人，雖曾於 111 年間聘用社會學領域之助研究員 1 人，惟已於 112 年底離職，致目前由該中心研究人員執行相關領域之研究案件僅有 1 件，且該中心提出之 111 及 112 年度「高齡醫學暨健康福祉研究中心計畫」績效報告書均列述，社會福利（社）相關研究領域之人員聘用情形未如預期。顯示該中心招募之社福領域研究人力較不足，

恐影響其研究量能。鑑於部分先進國家高齡研究單位已將老年學、行為學、社會學等領域納為研究發展主軸，並設有專責研究部門，舉如：日本國立長壽醫療研究中心（The National Center for Geriatrics and Gerontology）設有老年學及社會科學中心，美國國家衛生研究院高齡研究所（National Institute on Aging）設有行為與社會研究部，而國衛院高齡中心亦參考上開國外研究單位之組織架構及研究重點，設置行為與社會研究群。為拓展該中心對於高齡社會安全及弱勢照顧面向之研究，協助政府完善高齡政策規劃，經函請衛福部研議改善，以提升執行成效。據復：國衛院高齡中心後續徵求政策研究議題，將與該部相關司署深入討論及規劃，另為彌補社福領域研究人力之不足，已聘任社福領域學者擔任專家委員，並籌組「高齡與長照政策專家小組」協助該中心進行社福相關研究，亦將持續積極辦理各項招募活動。

4. 衛福部及國衛院高齡中心持續出版年報彙整高齡資料，惟揭露內容尚缺乏長期性追蹤調查項目或其他相關高齡研究成果：國衛院自 109 年起參考國外高齡資料統計報告，訂定人口、經濟、健康狀況、預防保健與行為、醫療與長照、社會參與及居住安排等 6 大類統計指標，定期蒐集資料或進行統計分析，彙編為臺灣高齡健康與長照服務年報，與衛福部共同出版，相關工作並列為超高齡對策方案中「統整高齡研究資源」1 項具體措施工作內容。截至 112 年底止，衛福部與國衛院高齡中心已出版「2020 臺灣高齡健康與長照服務年報」及「2021 臺灣高齡健康與長照服務年報」等 2 份年報。查上開年報之統計指標分別為 41 項、49 項，指標資料多整理自各主管機關既有業務統計或調查報告。另查國衛院高齡中心之任務尚包括資料監測，並執行「臺灣中老年健康因子及健康老化長期研究」等 5 項長期性追蹤調查項目（表 2），惟該等項目調查結果均未於年報揭露；復據

表 2 國衛院高齡中心長期性追蹤調查項目

項目名稱	辦理頻率	備註
臺灣中老年健康因子及健康老化長期研究	每年	自 98 年起執行
失智及失能流行病學調查	5 年	109 至 112 年執行第 1 次調查
長照服務滿意度調查	每年	自 112 年起執行
中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查研究規劃設計與轉譯應用計畫	3 至 4 年	執行期間為 111 至 114 年
高齡人體計測資料庫之建置	—	執行期間為 111 至 114 年

資料來源：整理自國衛院提供資料。

國衛院於 110 年 12 月 8 日召開 2020 高齡健康與長照服務年報第 2 次編輯會議之紀錄列述，部分編輯委員建議年報內容除例行之統計描述性資料外，可與國衛院高齡中心之任務結合，研究成果如有適當內容，適時以專輯作為年報附冊等情。經函請衛福部研議適時擴充年報資訊，以利各界瞭解高齡研究及服務發展趨勢。據復：有關長期性追蹤調查及高齡相關研究成果，將評估納入年報之可行性及呈現方式，並於定期召開之年報編輯小組會議提出討論。

（二）衛福部及所屬推動提升高齡者健康及自主選擇權利相關方案，惟部分高齡者於成人預防保健服務發現異常狀況後，未回診追蹤，不利及早介入治療，及高齡者預立醫療決定書簽署率尚有提升空間，允宜研謀改善，以確保高齡者健康及醫療自主權。

行政院為因應高齡者多元需求，於111年11月10日核定「因應超高齡社會對策方案（112—115年）」（下稱超高齡對策方案），以統整全國醫療、健康狀況及預防保健等高齡相關資源與能量，並由衛生福利部（下稱衛福部）及所屬推動「提升高齡者對健康、醫療及照顧安排的自主選擇」執行策略，鼓勵醫院與住宿式機構合作，積極宣導與推廣「預立醫療照護諮商」、「預立醫療決定」之簽立及健保註記，以提升高齡者健康活力、生活福祉及自主選擇權利。經查政府推動預防保健及高齡者預立醫療決定簽署情形，核有：1. 據中央健康保險署統計，截至112年底止，65歲以上人口為429萬餘人，而當年度患有高血壓、高血脂或高血糖慢性病之高齡長者為310萬人，約7成餘，甚有多重慢性病或其他合併症問題。按國民健康署（下稱國健署）為維護中老年人健康，早期發現慢性病並及時介入治療，自85年起推動成人預防保健服務，提供中高齡者定期成人健康檢查（下稱成人健檢），服務內容分2階段，第1階段主要係進行血液及尿液檢查；第2階段則由醫師依民眾檢驗結果提供改善建議，或追蹤健檢異常數值，及早介入治療與疾病管理。惟查110至112年度成人健檢服務利用情形，65歲以上長者第1階段成人健檢利用率分別為25.5%、24.8%及26.9%，均低於40至64歲人口，且差距由110年度之3.2個百分點，擴大至112年度之5.5個百分點，凸顯高齡者預防保健意識尚待提升。復據國健署統計111年度成人健檢資料結果，65歲以上

表3 成人預防保健服務利用率

單位：%、百分點

年度 服務階段	110			111			112		
	40至64歲	65歲以上	差異百分點	40至64歲	65歲以上	差異百分點	40至64歲	65歲以上	差異百分點
第1階段	28.7	25.5	-3.2	27.9	24.8	-3.1	32.4	26.9	-5.5
第2階段	26.1	24.0	-2.1	25.4	23.2	-2.2	29.5	25.3	-4.2

長者血壓異常率為41.42%，大幅高於40至64歲之29.9%，而血糖異常者為18.07%，亦高於40至64歲之12.18%，惟65歲以上長者第2階段成人健檢利用率僅24.0%、23.2%及25.3%（表3），資料來源：整理自國健署提供資料。

較第1階段減少1.5至1.6個百分點，顯示部分高齡者雖藉由第1階段成人健檢發現異常狀況，惟未持續回診追蹤，恐難以及時介入治療與疾病管理；2. 按超高齡對策方案所列「提升高齡者對健康、醫療及照顧安排的自主選擇」執行策略之具體措施為「落實並推廣病人自主」，工作內容主要係鼓勵醫院與住宿式機構合作推廣病人自主觀念，並宣導預立醫療照護諮商及預立醫療決定。經查112年度65歲以上高齡者預立醫療決定書簽署人數為1萬815人，較108至111各年度簽署之高齡人口數明顯增加（表4），惟自108年施行病人自主權利法迄112年底止，已簽署之65歲以上高齡者3萬1,511人，占65歲以上人口數429萬餘人僅0.73%，高齡者預立醫療決定書簽署率尚有提升空間。另該執行策略依工作內容列有112至115年度分年執行目標及預期效益，其中有關宣導預立醫療決定部分，預期效益由112年度簽署預立醫療決定人數達4萬人，逐年上升至115年度之累計簽署人數達5.5萬人，惟查衛福部於111年間訂定該目標時，未考量108至110年

表4 預立醫療決定書簽署情形

單位：人

年度 年齡別	合計	18至64歲	65歲以上
合計	68,165	36,654	31,511
108	11,272	5,178	6,094
109	9,701	4,993	4,708
110	10,165	5,649	4,516
111	12,327	6,949	5,378
112	24,700	13,885	10,815

資料來源：整理自衛福部提供資料。

度平均每年簽署人數均逾 1 萬人，且截至 112 年底止，國內已簽署預立醫療決定書之民眾為 6 萬餘人，已提早達成 115 年度預期累計簽署人數達 5.5 萬人之目標，該部所訂目標尚乏挑戰性；又該對策方案主要係「提升高齡者對健康、醫療及照顧安排的自主選擇，並向其宣導預立醫療照護諮商及預立醫療決定」，然所訂定預立醫療決定書簽署人數之預期效益係整體簽署人數，尚未針對高齡者訂定簽署目標值，亦待研酌等情事。經函請衛福部研議強化高齡者預防保健意識，並加強推廣宣導高齡者簽署預立醫療決定書，以確保高齡者醫療自主權。據復：1. 國健署刻正規劃藉由資料串接分析，主動通知尚未使用成人健檢服務之民眾受檢，並持續鼓勵第 1 階段篩檢異常民眾於第 2 階段回診，由服務單位協助瞭解罹患慢性病風險，以利其遵從後續自我健康管理及追蹤，強化服務涵蓋率及完整性；2. 將持續透過各類宣導活動，向高齡族群推展生命教育及預立醫療照護觀念，鼓勵長者思考未來醫療決策模式，並定期追蹤及評估政策實施成果，據以調整執行策略，以提升簽署預立醫療決定書意願，確保高齡族群醫療自主權利獲得充分之尊重及保障。

（三）食藥署藉由源頭控管及食品雲系統監測，防堵不合格產品進入國內食品市場，惟間有邊境抽驗調控措施未盡及時、查驗人力不足，及系統資料分析運用未盡周妥等情事；部分食品器具容器包裝存有毒性化學物質，惟久未辦理相關研究或尚未建立管理規定，允宜研謀改善，以提升源頭管理效能。

衛生福利部（下稱衛福部）食品藥物管理署（下稱食藥署）依輸入食品及相關產品查驗辦法相關規定，執行邊境查驗業務，並訂定食品器具容器包裝衛生標準，以確保食品器具、容器、包裝符合所訂試驗標準，暨建置跨部會食品雲巨量資料分析資訊系統，建立多項自動化監測模型，期藉由各項源頭管控措施，防堵不合格產品進入國內食品市場，保障國人健康。經查源頭管理相關措施執行情形，核有下列事項：

1. 中國大陸進口辣椒粉原料檢出蘇丹色素，且已售予多家下游廠商，於國內各賣場通路販售，引發食品安全疑慮，食藥署雖採行逐步調高抽驗強度方式因應，惟相關輸入食品抽驗調控措施未盡及時：113 年 1 月間雲林縣政府衛生局接獲民眾舉報，濟○股份有限公司銷售之「家用四合一調味料組合-細粉紅辣椒」產品疑有工業用染料「蘇丹紅」，經該局抽驗於 113 年 1 月 30 日檢出含有蘇丹色素三號。嗣相關機關追查發現，係源自新北市保○企業有限公司自中國大陸進口之紅辣椒原料，並經新北市政府衛生局於 113 年 2 月 9 日檢出蘇丹色素。經查食藥署早於 112 年 1 至 5 月於邊境查驗中國大陸辣椒粉檢出蘇丹色素不合格產品 4 批，相較 110 年度 2 批及 111 年度未檢出，已明顯增加，該署雖自 112 年 5 月 22 日起採加強抽批查驗 20%、自 8 月 15 日起提高抽驗率為 30%、9 月 13 日起再提高為 50%，並自 12 月 11 日起採 100% 逐批查驗，惟僅檢驗農藥殘留，並未將蘇丹色素列為必要檢驗項目，迨至 113 年 3 月 6 日始針對所有國家輸入之辣椒粉，採全面監視查驗，並檢驗蘇丹色素。按食藥署未警覺辛香料食安事件擴及範圍甚廣，流向複雜難以追查，及時將辣椒粉列為高風險產品採行全面監視查驗，致未能於邊境及

時有效阻絕業者輸入含有蘇丹色素產品，嗣經售予多家下游廠商添加於食品，於國內各賣場通路販售，終引發重大食品安全事件，顯示該署源頭控管未臻嚴謹，邊境查驗調控未盡及時。經函請衛福部督促研議強化邊境源頭阻絕不法之相關管控機制，有效於前端把關輸入食品安全。據復：已研採輸入食品無論在邊境或後市場查獲「有毒或含有害人體健康之物質或異物」、「攙偽或假冒」或「添加未經中央主管機關許可之添加物」者，針對同產地及同貨品分類號列產品，於邊境採監視查驗1年，或於1年內100批檢驗合格，評估後續查驗措施；後市場稽查發現進口產品有違規情事，即評估回饋到邊境加強管制等精進作為，以防堵食品危機與風險蔓延。

2. 食藥署依法執行輸入食品邊境查驗審查業務，惟港埠查驗人力不足，經以專案聘用或勞務承攬人員支援，然該等人員流動率高，不利經驗累積與傳承：政府為加強輸入食品管理，前行政院衛生署（102年7月23日改制為衛福部）於99年1月1日成立前食品藥物管理局（102年7月23日改制為衛福部食藥署），並設立北、中、南區管理中心，及於基隆、桃園、臺中及高雄各機場與港口設立辦事處，自100年1月1日起接辦原委託經濟部標準檢驗局辦理之輸入食品邊境查驗工作，執行年度查驗計畫、邊境查驗管制措施（包含書面審核、臨場查核、抽樣檢驗等）、相關法規與查驗內容檢討精進、免輸入查驗案件審核等。近年隨著全球貿易自由化，數位科技及網路資訊普及，國人民生消費習慣逐漸由實體店面選購，轉向網路及電子商務平臺，不僅輸入食品需求提升，輸入產品種類與型態亦日益複雜。據食藥署提供資料，查驗品項自100年度食品之1,463項貨品分類號列，截至113年3月底止，已擴增中藥材、食品添加物、原料藥、口罩、快篩試劑等品項，計4,669項貨品分類號列，輸入查驗品項增加超逾2倍；輸入食品邊境報驗批數亦自100年度之42萬餘批，增加至112年度之73萬餘批，加以近年因應歷次食安事件，檢討精進邊境管控措施，新增多項查驗工作，使邊境查驗業務較以往更為複雜繁瑣。惟查食藥署108、109年度邊境查驗人力預算員額均為81人，110至112年度僅增為82人，其中邊境查驗及綜合規劃正職人員分別為72人、10人，據該署估算，112年度查驗案件所需辦理時間約為邊境查驗人員年度工時之1.46倍，正職查驗人力之負擔沉重。又該署近年請增之人力均為專案期限內之聘用人員，該等人力於聘用期限屆止後即無法續聘，爰112年度改採委外勞務承攬方式因應，不僅需時培訓、流動率高，尚無法穩定分攤及紓解邊境正職人力負荷，亦不利經驗累積與傳承。經函請衛福部協助檢討邊境查驗人力配置，以因應逐年增加且繁瑣之查驗案件，並善用資訊科技輔助業務執行，以提升查驗績效及整體輸入查驗品質。據復：因應逐年增加之查驗量及新興業務，食藥署持續就法規制度、業務執行面（如：導入「人工智慧自動化風險預測抽驗機制」輔助邊境查驗、電子化審查、電子化申報）及人力運用面進行檢討與改進，並舉辦教育訓練及定期考核，增進查驗人員之法規知識及查驗能力，以維查驗人員之專業；另為爭取人力及相關業務經費，已於113年4月22日函送食藥署「強化邊境查驗人力方案」至行政院，以期提升邊境查驗整體量能。

3. 食藥署主責推動建置食品雲，已運用跨部會資料建置多項風險監測模組，惟系統資料後續分析運用，仍有未盡周妥情事：食藥署自 104 年起主責推動建置食品雲，以食品藥物業者登錄平臺（非登不可）等 5 套系統為核心，介接經濟部商工登記資料等 12 套系統或資料庫（圖 2），建置跨部會食品雲巨量資料分析資訊系統，運用資通訊科技建立多項自動化監測模型，協助辨識高風險業者，防杜危害食安物質進入食品供應鏈。經查執行情形，核有：(1)食藥署建置「食品雲油脂關注模組」、「選定化學物質關注清單」及「化學物質流向鏈結跨部會資訊系統」監控進口油脂、化學物質及非法使用食品添加物之異常交易行為，並於環境部化學雲建置「廠商多元篩選-食品業者可疑廠商」功能，監測具食安風險疑慮化學物質之流向等，惟經統計前開 4 項模組

圖 2 跨部會食品雲資訊系統



資料來源：本部整理繪製。

110 至 112 年度產出之風險業者家數，各有 62、40、64 及 23 家，經食藥署評估後擇選部分業者實地稽查結果，多係法規遵循疏漏相關缺失，尚無發現非食用油脂、非法化學物質流向異常情事；(2)113 年 2 月爆發中國大陸進口辣椒粉檢出蘇丹色素事件，經相關單位調查發現，進口業者津 O 國際貿易等 11 家公司為關係企業，107 年間該等公司進口辣椒粉已有檢出蘇丹色素之前例，卻仍持續向同製造廠進貨，且為規避查核，變更出口商持續辦理進口，並於 110 年間，將邊境檢出蘇丹色素之辣椒粉，經退運後改由關係企業再次申報進口。惟食藥署對輸入產品檢驗不合格者之管控措施，係調高該進口業者輸入同產地同貨品分類號列產品之抽驗比率，且食品雲現仍係依據產品上下游流向，就有直接交易關係之業者進行監控，對於業者慣用關係企業輪流進口，以規避邊境查驗，尚乏偵測機制等情事。經函請衛福部督促賡續強化系統功能及精進預警監測模組，以有效增進風險判讀能力。據復：(1)食藥署依據交查之高風險業者清單實地稽查，目前均未發現非食用油脂及非准用之化學物質流入食品鏈情事，將持續就食安相關輿情事件進行研析，發掘可能之犯罪邏輯，並回饋至既有模組，滾動調整監測機制；(2)已於 113 年 3 月 22 日公告「輸入食品及相關產品經通關查驗檢出蘇丹色素者，違反食安法第 15 條第 1 項第 3 款及第 10 款規定，應由輸入者辦理銷毀」，杜絕經退運後改由關係企業再次申報進口之情形；另針對預防業者組織犯罪部分，於邊境產品檢出食安危害物質不合格業者，名單通報經濟部及財政部就其業管資訊（如：工商、財稅、關務資料等）進行調查，並將回饋名單納入邊境預警管理。

4. 部分食品器具容器包裝存有環境部公告之毒性化學物質，經研究證實攝食後影響人體健康，惟國內久未辦理風險暴露評估研究，或尚未建立相關管理規定，難以避免國人存有暴露風險：隨著食品產業多元發展，日常生活中所見食品接觸材料種類隨之增加，部分食品器具

容器包裝存有環境部公告之毒性化學物質，如運動水壺、可微波食品容器存有雙酚 A，防油紙袋、紙盒上之塗層含有全氟及多氟烷基物質 (Per- and polyfluoroalkyl substances, PFAS) 等，該等化學物質恐自食品器具容器包裝溶出進入食物，經攝食後影響人體健康。經查食品器具容器包裝有關上開兩項毒性化學物質管理情形，核有：(1) 我國雙酚 A 試驗標準之研訂及風險評估，主要係參據歐洲食品安全局 (European Food Safety Authority, EFSA) 相關研究成果訂定。EFSA 於 2006 年首次發布雙酚 A 風險評估報告，將雙酚 A 之每人每日每公斤體重耐受量 (Tolerable Daily Intake, TDI) 暫定為 50 mcg，食藥署爰於 98 年 10 月 20 日、99 年 11 月 22 日修正食品器具容器包裝衛生標準，增 (修) 訂雙酚 A 溶出限量。嗣 EFSA 於 2015 年將 TDI 值調降至 4 mcg，食藥署爰於 105 年度辦理「化學性污染物質危害風險之鑑別及評估」計畫，評估國人雙酚 A 攝食暴露風險，研究結果顯示國人暴露劑量低於 EFSA 所訂雙酚 A 之 TDI 值，並無健康危害。惟 EFSA 於 2023 年建議將雙酚 A 之 TDI 值大幅下修至 0.2 ng (0.0002mcg)，相較 2015 年所訂標準值，限縮達 2 萬倍，然我國自 105 年辦理相關研究計畫後，已逾 7 年未辦理評估作業，難以瞭解國人雙酚 A 風險暴露情形；(2) PFAS 係 1 萬餘種含氟化學物質之統稱，人體長期攝取及累積後，可能影響內分泌、免疫系統，甚至增加致癌風險。聯合國爰於 2009 年及 2019 年將全氟辛烷磺酸 (PFOS)、全氟辛烷磺酸鋰鹽 (PFOS-Li)、全氟辛烷磺醯氟 (PFOSF) 及全氟辛酸 (PFOA) 等 4 項 PFAS 家族成員，列入「持久性有機污染物斯德哥爾摩公約」管制清單。復據食藥署 112 年度委外辦理「食品中持久性有機污染物全氟烷基化合物之調查及風險評估」計畫，研究結果顯示部分國人經由飲食攝入之含氟化學物質總和已有危害健康之虞。經查食藥署、國家科學及技術委員會於 100 至 113 年間多次辦理委託研究計畫，蒐集食品及包裝容器具中 PFAS 相關分析方法，並建立市售食品容器中 PFAS 濃度檢驗方法，惟相關研究成果或尚未完成、或尚待回饋作為中央主管機關管理標準訂定之依據，迄未建立食品及食品器具容器包裝中 PFAS 相關管理標準等情事，經函請衛福部參考先進國家及各機關研究結果，適時辦理風險暴露評估研究，並研議修 (增) 訂相關標準。據復：(1) 已參考其他先進國家或組織提出之毒理試驗結果，作為風險評估參考，並持續不定期辦理相關監視檢驗，暨賡續蒐集國際最新研究資訊，適時挹注資源進行評估，以滾動增修正相關管理政策；(2) 鑑於國家科學及技術委員會刻正辦理「紙及紙板類食品接觸包裝」研究計畫，將關注該計畫研究成果，作為未來訂定相關管理標準之參考。

(四) 食藥署推動食品業者自主衛生管理，惟間有業者未落實辦理食品業者登錄、電子申報追溯追蹤資料及執行自主通報等，加以追溯追蹤制度納管業者覆蓋率偏低，影響問題產品追查時效，允宜研謀改善，並督請地方衛生局加強輔導及稽查，以提升食安管理效能。

依食品安全衛生管理法 (下稱食安法) 相關規定，食品業者應實施自主管理與主動通報，並於辦理登錄後始得營業；經衛生福利部 (下稱衛福部) 食品藥物管理署 (下稱食藥署) 公告類別與規模之業者，並應於食品追溯追蹤管理資訊系統 (非追不可) 電子申報追溯追蹤資料，以落實

食安五環之「重建生產管理」政策。截至 112 年底止，食品藥物業者登錄平臺（非登不可）已收載 65 萬餘家次業者登錄資訊，及食藥署已公告 25 類別，計有 1 萬餘家次業者應電子申報追溯追蹤資訊。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. **食品追溯追蹤制度納管業者之申報比率已達 9 成 5，惟間有業者未落實依法申報，或申報資料不實等情，加以納管業者覆蓋率偏低，影響問題產品追查時效：**食藥署推動食品追溯追蹤制度，建立食品鏈之可追溯性，以因應食安事件發生時，政府與業者得以迅速掌握問題產品之來源與流向，有效遏止危害擴散。經查截至 112 年底止，已辦理登錄之食品業者計有 65 萬餘家次，惟其中應電子申報追溯追蹤資料之業者僅 1 萬餘家次，亦即僅約 2% 食品業者納管於追溯追蹤制度，覆蓋率偏低，影響追溯追蹤系統食品供應鏈之完整建立；次查，追溯追蹤相關資料係由廠商自主登錄，已有 9 成 5 業者依規定於非追不可辦理電子申報，惟間有業者未落實依法申報，或申報資料不實等情，造成衛生主管機關追查困難，並致問題產品流向資訊有斷鏈之虞，舉如：113 年 2 月爆發中國大陸進口之辣椒粉檢出蘇丹色素事件，部分食品業者生產辣椒粉相關產品且資本額大於 3 千萬元，符合公告 25 類別之「其他食品業別」，卻未申報其上下游及產製資料，或未於系統覈實登載交貨下游業者，且未依限提供完整及正確之下游流向資料等，有礙違規食品之追溯追蹤，影響問題產品之追查時效。經函請衛福部督促研謀擴增納管業者之可行性，並促請地方衛生局加強輔導及稽查，俾促使食品業者落實產品源頭及流向管理，以發揮追溯追蹤制度效能。據復：食藥署考量食品業者之風險業別及產業現況，設定不同管理強度分階段實施，已於 113 年 4 月 25 日公告新增應建立食品追溯追蹤系統之食品輸入業者，未來仍持續滾動評估及適時研議擴大納管對象；將持續針對公告指定應電子申報追溯追蹤資訊之食品業者，納入專案稽查是否符合規定，並督導地方政府衛生局加強稽查業者落實情形，倘查獲不符規定則應依法處辦。

2. **食品業者登錄制度推動多年，惟仍有部分業者未依法辦理登錄、或未覈實申報確認登錄內容等情：**依食安法及食品業者登錄辦法相關規定，經食藥署公告類別及規模之食品業者，應於非登不可申請登錄後始得營業，並為維護登錄資料之正確性，業者應每年申報確認登錄內容。經查截至 113 年 4 月 18 日止，非登不可已收載 64 萬餘家次之營業中業者資訊，經本部運用政府資料開放平臺公開之財政部全國營業（稅籍）登記資料集等資料，並以「統一編號」與非登不可業者比對結果，計有 19 萬餘家有稅籍登記惟未於非登不可登錄，另經統計 110 至 112 年度各地方衛生局查獲業者未辦理食品業者登錄者，分別為 1,380 件、1,799 件及 1,609 件，顯見食品業者登錄制度推行多年，仍有部分業者未落實辦理；又食品業者完成登錄後，每年應申報確認登錄內容，查食品業者於 112 至 113 年間確認非登不可登錄內容者計 55 萬餘家次，再確認比率逾 8 成，惟仍有 8 萬餘家次未依規定申報確認登錄內容，其中甚有 1 萬餘家次之業者最近

一次確認登錄內容係於 108 年度以前，顯未確實依規定辦理，且間有漏未登打統一編號等情，致非登不可食品業者資料之建立、登載、維護等未臻健全，尚無法確實掌握業者資料及異動情形。經函請衛福部督促地方衛生局加強輔導及稽查業者落實執行情形，並對違規業者依法裁處，以維護登錄資料品質。據復：食藥署後市場稽查專案已將「食品業者登錄」納入稽查重點，並督導地方衛生局執行該署食品專案及例行性食品衛生稽查，倘查有不符食安法相關規定，將依法處辦，並將優化非登不可系統，以維護登錄資料品質。

3. 推動食品業者主動通報機制，惟部分業者未依法通報辣椒粉含非法蘇丹色素，致無法快速掌握訊息，預防食安事件擴大：依食安法相關規定，業者於發現產品有危害衛生安全之虞時，應通報衛生主管機關。經查食藥署於 107 年間訂定食品業者主動通報作業程序，並於非登不可建置「食品業者主動通報專區」，及宣導業者落實自律與善盡自主管理義務，執行結果，110 至 112 年度食品業者主動通報之家數及件數均有增加，然同期間食品業者未落實主動通報，經地方衛生局裁處之案件及金額亦大幅增加；又 113 年初進口辣椒粉檢出蘇丹色素事件，經相關單位調查發現，濟○股份有限公司自行將辣椒粉原料送驗，於檢出蘇丹色素後，為順利出貨逕自變造為合格之檢測報告，暨保○企業有限公司及海○國際食品有限公司於接獲下游業者通知，其販售之辣椒粉含有蘇丹色素並辦理退貨時，仍將同批貨品再販賣予其他業者等情，該等案件無論上、下游業者於發現食品有危害衛生安全之際，均未依法主動通報，並持續販售不合格產品，致地方衛生局無法快速掌握訊息，即時處置。經函請衛福部督促加強宣導食品業者，落實主動通報有疑慮之產品資訊，並督請地方衛生局加強稽查及裁處，以強化食安監測體系。據復：已函請相關公（協）會轉知所屬會員，並辦理業者說明會、教育訓練等，加強宣導業者就有危害衛生安全之虞產品，落實主動通報，並持續輔導業者落實食安法規範及自主管理，以維護民眾食品安全與消費權益；暨督導地方衛生局依權責稽查食品業者自主通報情形，如食品業者未依法通報，則依食安法相關規定裁處。

（五） 政府辦理後市場稽查作業，監管市售食品之衛生安全，惟連年稽查仍未能有效降低業者違規情形，或部分市縣衛生局查驗稽查業務未盡周妥；部分農藥殘留容許量標準久未檢討修訂，或未有相應之檢驗方法等，影響食品衛生之把關，允宜研謀改善，以確保國人飲食安全無虞。

食品藥物管理署（下稱食藥署）為強化市售食品之安全性，結合中央及地方稽查檢驗資源，透過年度稽查專案計畫，擇選高違規、高風險、高關注項目，執行國內市售食品之衛生稽查與抽樣檢驗業務，各市縣衛生局並依其地方產業特色進行年度稽查業務，以落實食安五環之「加強查驗」政策。另為保障國人健康，該署依食品安全衛生管理法（下稱食安法）授權，訂定農藥及動

物用藥殘留標準，暨公告相應之檢驗方法，以強化風險物質管理。經查後市場稽查、藥品殘留容許量標準及檢驗方法之執行與訂定情形，核有下列事項：

1. 市售食品衛生安全稽查結果，間有部分類別之食品良好衛生規範準則(GHP)初查不合格率偏高，或未依法設置專業人員執行及監督GHP，或餐飲業經稽查多存有GHP缺失等，連年稽查仍未能有效降低業者違規情形：食藥署結合地方衛生局每年辦理稽查專案，109至112年度分別辦理40至47項不等之稽查專案，查核項目包含食品良好衛生規範準則(The Regulations on Good Hygiene Practice for Food, GHP)、食品業者登錄、追溯追蹤、專業人員設置及產品標示等，同時抽選相關產品檢驗，檢驗合格率均達98.9%以上。經查執行情形，核有：(1)依食安法第8條第1項規定，食品業者之從業人員、作業場所、設施衛生管理及其品保制度，均應符合GHP。食藥署109至112年度稽查專案計畫中，計有18項計畫連續4年辦理GHP查核，初查不合格業者，多於限期內改正，惟其中肉類加工食品、餐盒食品及豆製品等3項業者類別，連續4年初查不合格率高於5成(表5)，且豆製品製造業甚有連續4年複查不合格者；又112年

表5 食藥署稽查專案查核GHP初查不合格率

單位：%

稽查專案名稱		年度			
		109	110	111	112
1	肉類加工食品製造業(註1)	64.4	63.9	71.3	61.4
2	餐盒食品製造業	59.8	67.1	56.3	76.4
3	罐頭食品工廠(註2)	29.6	61.3	42.0	76.4
4	食品添加物製造業	33.3	42.1	38.7	16.3
5	健康食品、國產維生素錠狀膠囊狀食品及特殊營養食品國內源頭業者	21.9	21.4	12.9	20.6
6	食用油脂製造業	41.2	58.3	53.3	90.0
7	液蛋製造業	44.0	41.2	37.0	37.0
8	醬油製造業	35.4	38.2	56.2	48.0
9	豆製品製造業(註3)	54.7	58.4	64.4	60.0
10	醃漬蔬菜製造業	32.6	50.9	58.7	47.3
11	美食外送平臺	28.7	41.5	41.1	40.0
12	市售流通冷凍冷藏調理食品	3.1	4.4	22.4	8.7
13	食品物流業暨倉儲業	13.8	16.3	18.9	13.1
14	食品接觸面含塑膠材質食品器具或包裝	14.3	25.0	24.0	11.1
15	春節複合式專案1(春節應景食品製造業者稽查)	45.7	43.5	48.9	58.9
	春節複合式專案2(年貨大街暨應景食品販售業稽查抽驗)	6.0	2.8	3.8	10.9
	春節複合式專案3(年菜餐廳業者稽查抽驗)	33.3	39.3	54.5	43.0
16	端午複合式專案1(粽子製造業稽查)	30.6	59.0	43.5	61.5
	端午複合式專案2(端午應景食品販賣業稽查、抽驗)	—	12.6	6.1	7.4
17	供應校園午餐團膳業者	15.4	20.5	14.5	16.0
18	供應校園午餐之學校自設廚房	3.6	5.0	6.1	7.7

註：1. 肉類加工食品製造業稽查專案111及112年度複查不合格為1.9%、1.5%。

2. 罐頭食品工廠稽查專案111及112年度複查不合格為2.9%、3.9%。

3. 豆製品製造業109至112年度複查不合格為5.7%、2.0%、2.0%及3.0%。

4. 資料來源：整理自食藥署提供資料。

度稽查專案查核GHP初查不合格情形，除上開3業別外，初查不合格率高於5成且較111年度增加者，尚有罐頭食品工廠、食用油脂製造業、春節應景食品製造業、粽子製造業等4類別，顯見多數食品業者未依規定落實自主管理，連年稽查仍未能有效降低違規情形；(2)食藥署依食安法第11條及第12條規定授權，陸續公告10類食品製造工廠應設置衛生管理人員、15類食品業者應設置專門職業人員，及9類食品業者應設置技術證照人員(表6)，惟截至112年底止，應置衛生管理人員、專門職業人員及技術證照人員之業者已設置比率各為83.37%、92.93%及30.05%，其中應設置技術證照人員之餐飲業等9類業者，自107年5月1日公告實施迄112年底已5年餘，仍有近7成業者未落實辦理；(3)113年3、4月發生多起餐飲業者食品中毒及

表6 截至112年底食品業者設置專業人員情形

單位：家、%

類別	業別	符合設置要件家數	設置人員	
			家數	占比
衛生管理人員	合計	5,971	4,978	83.37
	1. 乳品製造業	95	93	97.89
	2. 罐頭食品製造業	231	228	98.70
	3. 冷凍食品製造業	827	646	78.11
	4. 即食餐食業	201	201	100.00
	5. 特殊營養食品製造業	43	43	100.00
	6. 食品添加物製造業	251	251	100.00
	7. 水產食品業	433	375	86.61
	8. 肉類加工食品業	847	658	77.69
	9. 健康食品製造業	122	122	100.00
10. 其他食品製造業	2,921	2,361	80.83	
專門職業人員	合計	947	880	92.93
	1. 餐盒食品製造、加工、調配業	201	201	100.00
	2. 乳品加工食品製造、加工、調配業	87	79	90.80
	3. 水產加工食品製造、加工、調配業	88	75	85.23
	4. 肉類加工食品製造、加工、調配業	150	133	88.67
	5. 罐頭食品製造、加工、調配業	114	107	93.86
	6. 食用油脂製造、加工、調配業	21	21	100.00
	7. 蛋製品製造、加工、調配業	11	11	100.00
	8. 麵條及粉條類食品製造、加工、調配業	29	25	86.21
	9. 醬油製造、加工、調配業	11	9	81.82
	10. 食用醋製造、加工、調配業	7	6	85.71
	11. 調味醬製造、加工、調配業	26	23	88.46
	12. 非酒精飲料製造、加工、調配業	85	79	92.94
	13. 設有餐飲之國際觀光旅館業	69	65	94.20
	14. 設有餐飲之五星級旅館業	40	38	95.00
15. 供應鐵路運輸旅客餐食之餐盒食品業	8	8	100.00	
技術證照人員	合計	42,973	12,914	30.05
	1. 設有餐飲之觀光旅館業	835	551	65.99
	2. 團膳承包之餐飲業	1,535	731	47.62
	3. 供應學校餐盒之餐飲業	103	76	73.79
	4. 承攬筵席餐廳之餐飲業	180	121	67.22
	5. 外燴餐飲服務之餐飲業	222	153	68.92
	6. 中央廚房式之餐飲業	157	80	50.96
	7. 自助餐業	2,527	1,166	46.14
	8. 一般餐館餐飲業	32,838	8,660	26.37
9. 前店後廠小型烘焙業	4,576	1,376	30.07	

資料來源：整理自食藥署提供資料。

食安事件，經地方衛生局稽查結果，發現諸多GHP違規事項，顯示業者多有未落實執行GHP情事，又食藥署公告應設置技術證照人員食品業者，雖明定中式及異國料理餐廳等一般餐館餐飲業者應設置技術證照人員，以執行及監督GHP等相關衛生管理，惟將速食店、自助火鍋店，及提供之餐食僅經門市簡單復熱、調理、組合，不需專業烹調技術即可完成供餐等業者排除在外，不易保障其衛生安全等情事。經函請衛生福利部(下稱衛福部)督促持續加強稽查作業，並研議擴

增適用應設置技術證照人員規定之餐飲業樣態，以促業者落實衛生自主管理。據復：(1)食藥署依施政重點、法規政策、輿情關注及風險評估等規劃年度稽查專案，優先納入新增業者、未曾稽查、抽驗不合格等高風險業者加強查核，並針對高違規產品之業者加強輔導及稽查，倘查獲違規情事，請地方政府衛生局視違規情事加重裁處；(2)持續將 GHP、衛生管理人員、專門職業與技術證照人員設置情形等項目納為稽查重點，並督導地方政府衛生局執行稽查專案及例行性食品衛生稽查，依法處辦；(3)研議修正「應置專門職業或技術證照人員之食品業者類別及規模規定」，評估將速食店、自助火鍋店等餐飲業樣態納入應置技術證照人員適用範圍。

2. 部分農藥殘留容許量標準久未重行檢視評估，間有不符現行農藥使用規定或國際標準情事，且部分品項尚未開發檢驗方法，或僅列載未經查證或確效之建議方法清單：依食安法相關規定，食品或食品添加物殘留農藥或動物用藥含量超過安全容許量者，不得製造、加工、販賣、輸入、輸出等，殘留農藥或動物用藥安全容許量之標準，由中央主管機關會商相關機關定之；各級主管機關執行食品、食品添加物之檢驗，其檢驗方法，經食品檢驗方法諮議會諮議，由中央主管機關定之，未定檢驗方法者，得依國際間認可之方法為之。食藥署依據上開規定，公告農藥殘留容許量標準、動物用藥殘留標準及檢驗方法訂定程序，以加強食品中農藥殘留、動物用藥殘留之管理。經查相關業務執行情形，核有：(1)食藥署已因應行政院農業委員會（112 年 8 月 1 日改制為農業部，下稱農業部）及國際貿易需求增修訂 398 項農藥殘留容許量標準（MRL），惟經本部運用農業部農藥資訊服務網登載之農藥許可證相關資料比對結果，計有大克蟊等 11 項農藥（表 7）截至 112 年底止已無有效許可證，卻仍列載其 MRL，查該等農藥 MRL 係於 76 至 104 年間訂定，久未重行檢視評估，間有不符國內現行農藥使用規定或國際食品法典委員會（Codex Alimentarius Commission, Codex）訂定之國際標準情事，允宜適時檢討修正；(2)食藥署訂定「衛生福利部食品藥物管理署檢驗方法訂定程序」，規範檢驗方法分為公告檢驗方法、建議檢驗方法及建議方法清單，供確認食品中之藥物殘留量是否合於標準，惟查截至 112 年底止，食藥署公告之農藥及動物用藥 MRL 中，各有 11 項缺少相應之檢驗方法可精確檢測，恐影響食品安全衛生之把關，又已公布之 21 項農藥殘留及 14 項動物用藥殘留之建議方法清單，係臚列國際期刊所登載有關之檢

表 7 截至 112 年底農藥已無有效許可證仍列載 MRL 情形

項次	名稱	作物類別	MRL 訂定年月
1	大克蟊	茶	98 年 10 月
2	巴拉刈	大漿果類	82 年 7 月
		馬鈴薯等 10 項	99 年 3 月
		小漿果類等 13 項	104 年 6 月
3	甲基巴拉松	雜糧類	82 年 7 月
		蘋果等 2 項	101 年 4 月
		甘藍等 11 項	104 年 6 月
4	抑芽素	根莖菜類	86 年 4 月
5	溴化甲烷	米類	82 年 7 月
6	滅大松	柑桔類	76 年 5 月
		小漿果類	87 年 4 月
7	歐硫素	梨果類	82 年 7 月
8	泰滅寧	包葉菜類等 6 項	82 年 7 月
		葵花籽	100 年 9 月
9	三得芬	麥類等 6 項	76 年 5 月
10	斯美地	甘蔗類	83 年 10 月
11	亞速爛	柑桔類等 2 項	82 年 7 月

資料來源：整理自食藥署提供資料。

驗方法或檢驗流程，須俟進行方法適用性評估並經查證或確效後，始能參考使用，尚無法直接適用於食品檢驗，影響食品檢驗之即時性及準確性等情事。經函請衛福部督促通盤檢討研修農藥 MRL，並研謀加速檢驗方法之開發，以強化食品檢驗效能。據復：(1)食藥署已於 113 年 3 月刪除大克蝨茶類作物之 MRL，另抑芽素根莖菜類作物、滅大松柑桔類作物等 2 項農藥 MRL 經會商農業部，暫緩刪除，其餘品項將函請農業部評估是否提出刪除或修訂容許量之建議；並持續考量國人飲食習慣及膳食暴露量，參酌 Codex 及先進國家管理規範，滾動式檢討增修訂農藥 MRL；(2)有關尚未訂定檢驗方法之農藥及動物用藥品項，皆已列入建議方法清單，將依照國際警訊及管理需求等，排定優先順序規劃檢驗方法開發期程。

3. 地方政府配合執行食品安全管理機制，惟於第二級品管制度推動、查驗稽查業務等面向，間有未盡周妥情事：政府推動食品三級品管機制，第一級品管由業者進行自主管理，第二級品管為第三方驗證機構驗證，第三級品管則由政府進行稽查，其中第二級品管，依食安法、食品衛生安全管理系統驗證機構認證及驗證管理辦法等相關規定，經中央主管機關公告類別及規模之食品業者，應取得衛生安全管理系統之驗證，經通過驗證之食品業者，取得 3 年效期之驗證證明書，效期屆滿前應申請重新驗證。又地方衛生機關為第一線查察管理者，依據食安法、食品良好衛生規範準則（GHP）等規定，執行地方食品衛生查驗及業者稽查工作，並監控食品違規廣告；另為落實檢驗業務地方化及共享檢驗資源，由食藥署協調各市縣衛生局建置「衛生局聯合分工檢驗體系」，辦理例行性

之食品衛生檢驗業務。惟依本部各地方審計處、室查核結果（表 8），發現臺北市等 3 市縣未有效輔導業者取得第三方驗證落實第二級品管，或未於認證效期屆滿前申請展延；臺北市等 13 市縣食品衛生實際查驗稽查數未達目標值或持續對歇業者進行無效稽查，或查驗件數較以往年度減少，惟

不合格件數及比率均增加，或未追蹤違規業者改善情形；臺中市等 4 市縣自行檢驗項目類別取得認證比率低，或尚有屬聯合分工專責檢驗項目遲未取得認證，或接受委託、自辦檢驗案件逾作業規定時限等情事，業經本部相關審計單位函請權責機關檢討改善，並彙整共通性缺失函請衛福部督促研謀改善，以提高稽查執行成效。據復：為落實第二級品管驗證制度，食藥署除每季將尚未取得驗證之業者清單函請轄區衛生局督促業者儘速辦理外，並追蹤前一季地方衛生局處辦

表 8 112 年度地方政府推動食品安全管理機制共通性缺失

缺失事項	市縣別
未有效輔導業者取得第三方驗證落實第二級品管，或未於認證效期屆滿前申請展延。	臺北市、臺南市、宜蘭縣
食品衛生實際查驗稽查數未達目標值或持續對歇業者進行無效稽查，或查驗件數較以往年度減少，惟不合格件數及比率均增加，或未追蹤違規業者改善情形。	臺北市、新北市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、臺東縣、澎湖縣、金門縣
自行檢驗項目類別取得認證比率低，或尚有屬聯合分工專責檢驗項目遲未取得認證，或接受委託、自辦檢驗案件逾作業規定時限。	臺中市、臺南市、高雄市、雲林縣

資料來源：整理自本部各地方審計處、室查核結果。

情形；已將食安稽查時效及目標完成率納為年度地方衛生業務機關考評指標及獎勵計畫等，督促地方衛生局加強查核及落實裁處；另為落實食品安全管理，於中央與地方食品管理聯繫會議加強宣導地方食品管理業務重點及督促改善，強化執行成效。

（六）政府為加強健康食品之管理與監督，制定健康食品管理法並公告健康食品衛生標準，惟久未檢討修正；食藥署訂定食安獎勵辦法與健康食品獎勵辦法，惟近 3 年度各市縣均無核發健康食品檢舉獎金案件，又地方政府食安檢舉獎金預算執行率偏低，且間有未及時發放等情事，允宜通盤檢討，並督促地方主管機關掌握處理時效，以發揮全民監督成效，保障消費者權益。

政府為管理食品衛生安全及品質，於 64 年制定食品安全衛生管理法（下稱食安法），嗣為加強健康食品之管理與監督，於 88 年制定健康食品管理法，食品藥物管理署（下稱食藥署）並訂定食品安全衛生檢舉案件處理及獎勵辦法（下稱食安獎勵辦法）及舉發或緝獲違反健康食品管理法案件獎勵辦法（下稱健康食品獎勵辦法），期加強食品之管理與監督並鼓勵全民監督，以保障消費者權益。經查執行情形，核有下列事項：

1. 健康食品管理法及健康食品衛生標準久未檢討修正，與現行食安法等規定間有未一致情事，恐致地方政府及民間業者認知混淆，而不利遵循：按健康食品本質仍屬食品，對於行為人違反健康食品管理法相關規定，亦同時違反食安法規定之案件，地方衛生機關可依違反健康食品管理法或食安法之罰則論處。惟查上開二法之罰則標準差異甚巨，主要係政府於 102 及 103 年間因應國內爆發多起重大食安事件推行新政策，多次修正食安法，提高食品業者及法人之罰鍰、罰金及刑度，期藉由嚴懲違規業者之惡行，以達遏止不肖業者之不法行為。然健康食品管理法自 88 年制定公布後，相關罰則僅於 91、95 年間大致比照食安法之規定予以修正，其後已歷 18 年未再通盤檢討研修，致健康食品有攙偽或假冒，或產品包裝標示、廣告不實等情事之罰則，均較食安法對一般食品發生相同違規情事之罰則為輕，舉如：健康食品或其原料有攙偽或假冒等情事者，同時違反健康食品管理法及食安法規定，依健康食品管理法規定，處 30 萬元以下罰鍰，致危害人體健康者，處 3 年以下有期徒刑，或併科 100 萬元以下罰金，並對該法人或自然人亦科以罰金，惟倘依食安法規定論處，則處 2 億元以下罰鍰，致危害人體健康者，處 7 年以下有期徒刑，得併科 1 億元以下罰金，且除處罰其行為人外，亦對該法人或自然人科以各該項 10 倍以下之罰金等。另食藥署依據健康食品管理法規定，於 88 年間公告健康食品衛生標準，其中重金屬鉛及砷之最大容許量，分別為 20 ppm、2 ppm，均超逾該署於 107 年間依據食安法規定公告之食品中污染物質及毒素衛生標準（鉛、砷最高限量為 3 ppm、1 ppm）。按政府早年制定之健康食品管理法及食藥署公告之健康食品衛生標準久未檢討修正，與現行食安法及食品衛生安全標準等規定間有未一致情事，不僅易致地方政府及民間業者認知混淆，而不利遵循，且對於業者相同違規事實之裁處，亦恐因地方主管機關引用不同法源致有差異，並衍生爭議。經函請衛生福利部（下稱衛福部）適時規劃與推動修法作業，以強化健康食品之管理。據復：健康食品上市前須依

健康食品管理法規定通過嚴謹之查驗登記審查程序，上市後並施以嚴密之配套管理措施，故有關健康食品之衛生檢驗結果除應符合健康食品衛生標準外，亦應符合食安法相關規定；食藥署為精進查驗登記案之申辦程序及配合實務需求，已於113年5月17日修正健康食品申請許可辦法，並將持續滾動式檢討健康食品管理法及健康食品衛生標準等相關規定之適宜性，以臻完善健康食品管理制度。

2. 食藥署訂定食安獎勵辦法與健康食品獎勵辦法，惟近3年度各市縣均無核發健康食品檢舉獎金案件，又地方政府食安檢舉獎金預算執行率偏低，且間有未及時發放等情事，恐影響民眾踴躍檢舉：食藥署為鼓勵民眾踴躍檢舉違規食品及健康食品，分別訂定食安獎勵辦法及健康食品獎勵辦法，規範法源、檢舉管道、檢舉獎金發給基準、不予獎勵之情形等，並由地方政府編列預算支應。經查食安獎勵辦法係以「罰鍰實收金額」之20%至50%發給檢舉獎金，然健康食品獎勵辦法則依查獲案件「所處罰金或罰鍰額度」之5%核發獎金予舉發人，與前開食安獎勵辦法所訂發給檢舉人獎金之基準有別。次查110至112年度各市縣受理舉發或緝獲違反健康食品管理法之裁處案件計有4市縣受理43件，惟均無發放檢舉獎金；至於地方政府110至112年度編列食安檢舉獎金預算合計7,281萬餘元，決算數1,439萬餘元，預算執行率僅約2成（表9），主要係因部分市縣另訂獎勵作業要點等規定，限縮檢舉獎金發放標準（如：檢舉違規內容係網際網路、資訊軟體之廣告、購物型錄者，不予發放等）；或因尚待檢舉人申請，致未主動核發檢舉獎金；或實務作業係俟違規食品業者分期繳納罰鍰完竣，始依實收金額撥付獎金等，致多有尚未發放或不予發放檢舉獎金情事；又經統計地方政府自受理民眾檢舉至獎金核發，平均費時約5至11個月，處理時效亦待提升。經函請衛福部研議檢視獎金發給要件，並督促加速檢舉獎金核發時效，以鼓勵民眾踴躍檢舉，發揮全民監督之效。據復：食藥署將持續加強對地方政府宣導，依檢舉所提供之事證、對國民健康安全及社會公益重大影響程度等，審酌檢舉獎金之核發，並督請地方衛生局加速檢舉獎金核發時效，以鼓勵民眾踴躍檢舉。

表9 地方政府食安案件檢舉獎金預算編列與執行情形

單位：件、新臺幣千元、%

年度	因檢舉而查獲違反食安法之裁處件數	獎金發放件數	預算數	決算數	
				執行率	
合計	3,028	614	72,818	14,392	19.76
110	825	202	25,169	3,670	14.58
111	1,050	202	24,964	6,156	24.66
112	1,153	210	22,684	4,565	20.13

資料來源：整理自本部臺北市審計處查核結果。

（七）政府持續擴大照顧弱勢民眾，惟實際取得低收入戶及中低收入戶資格人數與預估數存有落差，且各市縣政府相關審查之處理原則尚欠完備，又推動實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫預算執行情形欠佳，允宜研謀改善，以協助弱勢民眾獲取所需福利資源。

政府為協助生活困難之低收入者及遭受急難者，於 69 年 6 月 14 日制定公布社會救助法，嗣為擴大照顧弱勢民眾，於 99 年 12 月 29 日修正該法，調整最低生活費計算方式、增訂中低收入戶之規定、放寬家庭應計算人口及家庭財產計算範圍等，並自 100 年 7 月施行。另政府為因應嚴重特殊傳染性肺炎疫情後全球經濟挑戰，減輕人民負擔、穩定民生物價，以強化經濟與社會韌性及由全民共享經濟成果，於 112 年 3 月通過中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算（下稱疫後特別預算），執行期間為 112 至 114 年度，其中衛生福利部（下稱衛福部）為照顧低收入戶、中低收入戶等弱勢族群之營養健康需求，編列疫後特別預算 7,088 萬餘元，辦理「實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備」計畫，補助地方政府設置或汰換實（食）物銀行之冷藏與冷凍設備及相關管理維護費。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 實際取得低收入戶及中低收入戶資格人數與預估數存有落差，且各市縣政府對於申請案件之審查結果有所差異，允宜通盤檢討現行福利資格審查制度，並加速推動修法作業，以積極照顧弱勢民眾；行政院主計總處為利比較我國與經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Cooperation and Development, OECD）國家間福祉概況，參考 OECD 所採相對貧窮（Relative Poverty）之概念及計算方式，訂定相對貧窮率 1 項指標，並定義該指標之計算方式為等值化可支配所得中位數 50% 以下之人口比率，據該總處統計，我國 100 至 111 年度之相對貧窮率為 6.62% 至 7.74% 不等，其中 110 年度相對貧窮率為 7.53%（表 10）。經查閱 OECD 網站公開之所得分配資料庫（Income Distribution Database）資料，前開比率尚低於 2021 年 OECD 國家相對貧窮率之平均值 11.06%，惟我國家庭收入較低之貧窮人口仍約近 1 成。按社會救助法第 4 條第 1 項至第 3 項、第 4 條之 1 第 1 項已明定有關低收入戶、中低收入戶家庭總收入及財產之審核認定標準，100 至 111 年度國內低收入戶及中低收入戶人數占總人口之比率為 1.87% 至 3.02% 不等，與同期間我國相對貧窮率介於 6.62% 至 7.74% 相較，差異約 3.69 個百分點至 5.87 個百分點不等（表 10），主要係因相對貧窮率之計算未考量資產審查影響。據衛福部統計，截至 112 年底止，國內低收入戶及中低收入戶為 25 萬餘戶、56 萬餘人，與內政部（組改前）預估社會救助法自 100 年 7 月修正施行後可納入低收入戶及中低收入戶之 31 萬餘戶、85 萬餘人存有落差，有待檢視弱勢民眾獲得政府社福及救助服務資源情形。另各市縣政府於 109 至 111 年度

表 10 我國相對貧窮率與低收入戶及中低收入戶比率暨差異情形

單位：%、百分點

年度	相對貧窮率 (A)	低收入戶及中低收入戶比率(註1)(B)	比較差異 (A-B)
100	7.74	1.87	5.87
101	7.72	2.74	4.98
102	7.26	2.98	4.28
103	7.16	3.02	4.14
104	7.12	2.97	4.15
105	6.62	2.93	3.69
106	7.15	2.83	4.32
107	6.75	2.76	3.99
108	7.36	2.71	4.65
109	7.05	2.66	4.39
110	7.53	2.60	4.93
111	7.43	2.52	4.91

註：1. 係該年度低收入戶及中低收入戶人數占總人口數之比率。

2. 資料來源：整理自行政院主計總處、內政部及衛福部統計資料。

受理低收入戶及中低收入戶申請案件之核准率分別介於 88.02%至 69.29%、88.98%至 70.83%、92.00%至 76.06%之間，審查結果有所差異，雖係因申請人資格條件超出審核標準，惟據衛福部於 112 年 1 月 17 日召開研商社會救助法修法事宜會議，部分與會地方政府指出，各市縣低收入戶之申請程序、個案審認標準寬嚴各異，建議中央統一訂定審查標準等事項。鑑於立法院於 112 年 5 月 5 日三讀通過社會福利基本法之附帶決議指出，我國社會救助制度之審查門檻嚴苛，致使貧窮率難以反映真實現狀，要求衛福部應提出社會救助法修正案，儘速填補我國社會安全制度之闕漏。為積極協助生活陷困者進入社會救助服務體系，經函請衛福部通盤檢討現行社會救助法對於福利資格之審查制度，並加速推動修法作業。據復：為減少地方政府對於審核認定之差異，已召開研商會議請各市縣政府落實審核標準符合社會救助法及相關函釋，並提高申復程序之友善性，另已進行社會救助法修法相關作業，納入有關最低生活費之訂定方式、申請程序是否由中央統一訂定等議題，將提出修正草案，以回應各界期待。

2. 社會救助法對於家庭情形特殊致生活陷困之民眾，授權地方政府依據 539 條款彈性認定家庭應計算人口，惟各市縣政府間有輔導民眾申請救助之方式仍待精進，及相關審查之處理原則尚欠完備等情，允宜督促改善，以協助弱勢民眾獲得社會救助：社會救助法第 5 條第 3 項第 9 款（下稱 539 條款）規定，第 5 條第 1 項所定家庭應計算人口範圍之人員，因其他情形特殊，未履行扶養義務，致申請人生活陷於困境，經市縣主管機關訪視評估以申請人最佳利益考量，認定以不列入應計算人口為宜；該法第 5 條第 4 項復規定，前項第 9 款市縣主管機關應訂定處理原則，並報中央主管機關備查。經查各市縣政府對於經核定不符合低收入戶資格之申請案件，得由申請人提出申復主張適用 539 條款，或由社會局處社工人員於服務過程視需求主動協助評估，惟對於提出申復者而言，其尚須經歷市縣政府重新審查作業時程，且易因不諳社會救助法規定，而未提出充分適當主張，地方政府輔導民眾申請救助之方式仍有精進空間。又衛福部於 111 年 11 月 16 日召開會議，針對 539 條款之執行方式，決議請各市縣政府落實規定，勿以明示或暗示要求民眾檢附免除親屬扶養義務之法院判決書，並重申「訪視」與「審核決定」分離原則，減少社工或其他訪視人員單獨承擔個案准駁之責任；嗣該部將 539 條款辦理情形納為 113 年度社會福利績效實地考核指標，設定給分標準為依據社會救助法第 5 條第 4 項訂定處理原則，並明定排除列計應計算人口之證明文件，不須以檢附民事法院確定判決之證明文件為必要條件，惟截至 112 年底止，尚有新北市、臺南市、基隆市、宜蘭縣、新竹縣、新竹市、苗栗縣、南投縣、嘉義市、花蓮縣、臺東縣、金門縣、連江縣等 13 市縣政府所轄處理原則未明定上開事項，不利確保民眾權益，經函請衛福部督促改善，並加強宣導相關規定，以協助弱勢民眾獲得社會救助。據復：已訂定範例供各市縣政府參考，後續將持續宣導，另有關特殊情形個案之認定標準已列入社會救助法修法議題，後續將邀集相關機關及地方政府開會研商，凝聚修法共識。

3. 辦理實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫，有助弱勢族群獲得均衡營養，惟 112 年度預算執行情形欠佳，且受益民眾未達預期目標：衛福部以疫後特別預算辦理「實

「(食)物銀行充實冷藏及冷凍設備」計畫，規劃補助 157 處實(食)物銀行據點，預估受益人次達 120 萬人次，期促進地方政府實(食)物銀行儲備農產品、生鮮或冷凍食品等多元食材，以提供經濟不利處境之家庭及民眾選擇，獲得均衡營養。經查該計畫 112 年度執行情形，累計分配數 2,250 萬餘元，實現數 374 萬餘元，實現率僅 16.65%，預算執行情形欠佳，且原預計 112 年度受益人次為 25 萬人次，實際受益人次為 5 萬 5,494 人次，僅占原預估之 22.20%，主要係衛福部 112 年度原規劃補助 92 處實(食)物銀行據點，因地方政府實際申請較預計減少，僅核定 55 處；及地方政府採購設備期程較久，設備較晚啟用等所致。又截至 113 年 3 月底止，各市縣政府規劃設置之實(食)物銀行據點共計 257 處，其中原已設置冷藏及冷凍設備者 85 處，經以疫後特別預算補助設置者，分別於 112 年度核定 55 處、113 年度(3 月底止)核定 66 處，合計 206 處據點，全國實(食)物銀行冷藏及冷凍設備布建率為 80.16%，惟其中臺北市等 8 市縣布建率未及 8 成，且臺北市及澎湖縣未及 6 成，僅分別為 54.17%及 28.57%(表 11)，執行進度落後，影響實(食)物銀行多元食材之提供。經函請衛福部積極宣導鼓勵地方政府，依轄內弱勢民眾需求，申請補助經費，充實實(食)物銀行冷藏及冷凍設備，以利提供弱勢民眾多元食材，協助獲取均衡營養。據復：經邀集各市縣政府召開會議，透過經驗交流提升計畫執行成果；並督請各市縣政府提早盤點實(食)物銀行設備需求及提報計畫，以提高冷凍(藏)設備之布建率。

表 11 截至 113 年 3 月底各市縣政府實(食)物銀行設置冷藏及冷凍設備情形

單位：處、%

市縣別	規劃實(食)物銀行據點數	原已設置或已核定補助設置	布建率
合計	257	206	80.16
臺北市	24	13	54.17
新北市	14	14	100.00
桃園市	24	19	79.17
臺中市	20	16	80.00
臺南市	19	15	78.95
高雄市	11	11	100.00
基隆市	6	6	100.00
宜蘭縣	14	14	100.00
新竹縣	7	6	85.71
新竹市	1	1	100.00
苗栗縣	7	6	85.71
彰化縣	24	23	95.83
南投縣	2	2	100.00
雲林縣	6	6	100.00
嘉義縣	13	9	69.23
嘉義市	2	2	100.00
屏東縣	21	13	61.90
花蓮縣	3	3	100.00
臺東縣	21	16	76.19
澎湖縣	7	2	28.57
金門縣	9	7	77.78
連江縣	2	2	100.00

資料來源：整理自衛福部提供資料。

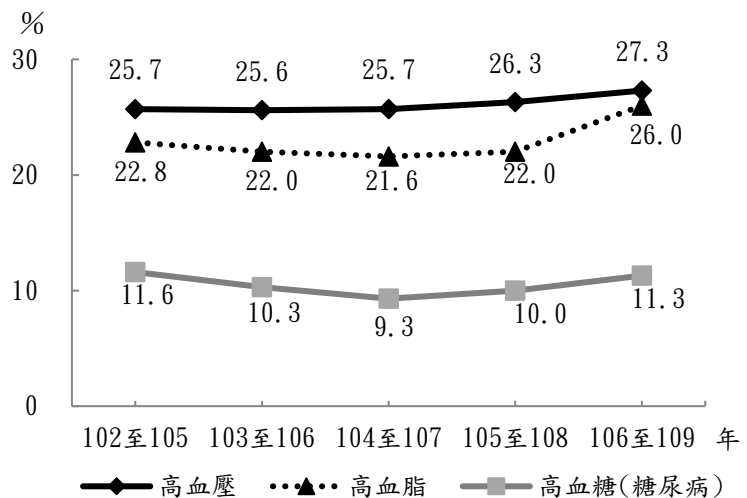
(八) 衛福部及所屬為應氣候變遷增加心血管疾病患者就醫及死亡風險，已推動相關防治措施，惟三高等心血管疾病高風險族群接受診斷及定期追蹤治療之比率未盡理想，不利早期發現及治療，允宜研謀改善，以維護民眾生命健康。

衛生福利部(下稱衛福部)及所屬鑑於氣候變遷導致氣溫驟降或極端高溫，增加心血管疾病患者就醫及死亡風險，近年已針對心血管疾病等氣候變遷健康脆弱族群，於「國家氣候變遷調適行動方案(107-111年)」辦理「提升國人氣候變遷之健康識能與調適策略研究」及「提升民眾氣候變遷健康識能宣導計畫」，又國民健康署(下稱國健署)為因應國人心血管疾病醫療負擔增

加趨勢，於 107 至 111 年度辦理國家心血管疾病防治第一期計畫，推動提升健康識能、發展個人化預防保健服務、建構疾病照護網絡等策略，經費計支用 4 億 6,040 萬餘元，自 112 年度起則回歸衛福部及所屬辦理健康行為促進、健康檢查、醫療照護等例行業務。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 三高為心血管疾病重要風險因素，惟成人預防保健服務檢查三高異常者後續接受追蹤治療比率未盡理想，且高血壓及高血脂患者接受診斷比率尚有改善空間，不利早期發現及治療：隨著國人生活方式日趨靜態，身體活動與不健康飲食模式等影響，易引發高血脂、高血壓及高血糖等三高慢性疾病，導致心肌梗塞與中風等心血管疾病。在民眾健康行為尚難短期內改變下，國人三高盛行率亦難隨之改善(圖 3)，爰及早辨識三高異常者，並使其接受診斷及治療，係心血管疾病防治之要務。惟以民眾接受健康檢查主要途徑之成人預防保健服務而言，因醫療院所對於檢查異常者，係提供生活型態改善或接受治療之建議，爰面臨檢查異常者後續未必接受診斷治療之問題。經分析 108 至 111 年度經成人預防保健服務檢查新發現三高異常並建議進一步檢查或治療者，歷年各約 5 萬餘人至 12 萬餘人不等，渠等於檢查異常後 1 年內接受檢查或治療情形，以 111 年度為例，除血糖異常者近 6 成，血脂異常者僅 3 成餘，血壓異常者更未及 3 成(表 12)，恐不利疾病早期治療。另據英國 2019 年公布之心血管疾病防治策略，設定目標為高血壓、高血脂診斷率由 2019 年之 57%、49% 上升至 2029 年之 80%、75%。然國健署統計我國 106 至 109 年 20 歲以上人口高血壓、高血糖、高血脂盛行率分別為 27.3%、11.3%、26.0%，以 112 年底全國 20 歲以上人口 1,959 萬餘人推估，約有高血壓 534 萬餘人、高血糖 221

圖 3 20 歲以上人口三高盛行率



資料來源：整理自國健署 110 年健康促進統計年報。

表 12 成人預防保健檢查新發現三高異常者後續 1 年內接受檢查或治療情形

單位：人、%

項目 \ 年度		108	109	110	111
血壓異常(註1)	發現人數	60,147	60,406	59,342	58,081
	檢查日期後 1 年內接受檢查或治療人數	16,442	16,875	17,153	15,958
	占比	27.34	27.94	28.91	27.48
血糖異常(註1)	發現人數	67,293	65,691	63,673	60,373
	檢查日期後 1 年內接受檢查或治療人數	46,768	46,806	45,598	35,744
	占比	69.50	71.25	71.61	59.21
血脂異常(註1)	發現人數	121,707	123,388	122,111	118,633
	檢查日期後 1 年內接受檢查或治療人數	58,789	62,892	62,709	43,604
	占比	48.30	50.97	51.35	36.76

註：1. 係經醫事機構申報成人預防保健服務紀錄血壓、血糖、血脂肪檢查結果為異常並建議進一步接受檢查或治療，且僅限於檢查日期前 1 年內未被診斷為三高患者。

2. 資料來源：整理自國健署及健保署提供資料。

萬餘人、高血脂 509 萬餘人，惟依中央健康保險署（下稱健保署）統計 112 年診斷為高血壓、高血糖、高血脂者各有 269 萬餘人、184 萬餘人、113 萬餘人，約占 50.84%、84.31%、22.58%，多數罹患高血壓及高血脂民眾尚未經醫師診斷，未能及早接受治療，不利控制其健康情形。經函請衛福部研謀強化三高患者辨識及診斷涵蓋率，俾使心血管疾病高風險族群及早接受治療，避免健康狀況惡化。據復：成人預防保健服務每案給付 520 元，不足以因應異常追蹤轉介衛教等人力成本，國健署將積極爭取經費，以提升醫療院所服務意願；另健保署於 113 年大家醫計畫建置數位提示系統，國健署將與健保署合作於看診時，主動提示醫療院所對三高異常個案早期介入及個案管理，並於健保健康存摺針對三高異常數值，提醒民眾儘速至醫療院所追蹤，以提升診斷涵蓋率。

2. 健保推動三高疾病相關醫療給付改善方案，以引導醫療院所加強患者醫療照護及追蹤管理，惟 112 年度初期慢性腎臟病方案收案照護率僅 3 成餘；又多數高血壓、高血脂或代謝症候群等心血管疾病高風險族群，尚無法確保獲得相關追蹤照護服務，不利病情控制；心血管疾病高風險族群若未能定期接受治療及衛教，仍難有效控制或改善病情，健保署為引導醫療院所提供患者整體性醫療照護，推動三高疾病相關醫療給付改善方案，期透過調整支付醫療院所醫療費用方式，提供適當誘因，加強個案追蹤管理、衛教指導及自我照護能力。據健保署統計，112 年度糖尿病方案、糖尿病合併初期慢性腎臟病方案對於符合收案條件病患之收案照護率已達 6 成，惟初期慢性腎臟病方案僅 3 成餘，有待加強收案，提供患者完整照護。又健保署另於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱健保支付標準）第 8 部第 3 章訂定「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，鼓勵未參與前述方案之醫療院所持續追蹤糖尿病及慢性腎臟病病患，並將其檢查結果上傳，於年度結束後核付回饋費用。惟 111 年未經醫療給付改善方案收案之糖

表 13 111 年健保申報診斷高血壓或高血脂合併糖尿病或初期慢性腎臟病者之定期追蹤情形

尿病、慢性腎臟病、糖尿病合併慢性腎臟病患者，依健保支付標準第 8 部第 3 章上傳檢查結果比率各為 36.93%、13.29%、46.80%，恐仍有諸多病患尚未能獲致完整追蹤照護；高血壓、高血脂患者部分，其合併糖尿病或初期慢性腎臟病者，111 年經前述醫療給付改善方案收案或依健保支付標準第 8 部第 3 章上傳檢查結果，均已逾 6 成 5(表 13)，惟合併糖尿病或慢性腎臟病者均僅占高血壓、高血脂患者

單位：人、%

對象	項目	人數/占比	
高血壓患者	當年度診斷為高血壓之病人數 (A)	2,660,864	
	共病糖尿病或初期慢性腎臟病	人數 (B)	659,632
		占診斷為高血壓病人比率 (B/A×100)	24.79
	申報或上傳健保支付標準第 8 部第 2 章 (註 1) 或第 3 章人數	人數 (C)	434,259
占共病患者比率 (C/B×100)		65.83	
高血脂患者	當年度診斷為高血脂之病人數 (D)	1,056,918	
	共病糖尿病或初期慢性腎臟病	人數 (E)	283,730
		占診斷為高血脂病人比率 (E/D×100)	26.85
	申報或上傳健保支付標準第 8 部第 2 章 (註 1) 或第 3 章人數	人數 (F)	195,914
占共病患者比率 (F/E×100)		69.05	

註：1. 健保支付標準第 8 部第 2 章，係糖尿病、初期慢性腎臟病、糖尿病合併初期慢性腎臟病等醫療給付改善方案。
2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

之 24.79%、26.85%，尚無法得知其餘近 8 成患者是否定期接受追蹤照護。另健保署鑑於代謝症候群被認為與心血管及三高疾病密切相關，自 111 年 6 月試辦全民健康保險代謝症候群防治計畫，透過疾病前期危險因子防治及個案追蹤管理，以預防或延緩慢性病之發生，惟截至 112 年底止，該計畫符合收案條件者計有 113 萬餘人，實際收案 11 萬餘人，收案照護率僅約 1 成，均凸顯多數經診斷高血壓、高血脂或代謝症候群等心血管疾病高風險族群，尚無法確保獲得相關追蹤照護服務，不利其病情控制。經函請衛福部研謀強化相關個案管理機制，以預防或減緩心臟病、中風等併發症、失能及死亡之風險。據復：健保署將持續加強健保醫療給付改善方案及代謝症候群防治計畫之收案及派案機制，並鼓勵醫療院所定期追蹤上傳未收案病患之檢查結果；另規劃於 113 年辦理地區醫院全人全社區照護計畫，以三高患者為主要收案對象，提升照護涵蓋率，並整合慢性病相關照護計畫，提供三高患者整合性照護。

（九） 政府持續推動強化社會安全網第二期計畫，惟整體兒少及未滿 6 歲幼齡兒童受虐人數仍略呈上升趨勢，且間有托育人員因不當對待兒童而受裁罰案件連年增加、社工人力尚未敷需求等情，又六歲以下弱勢兒童主動關懷方案執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升執行成效。

政府為推動兒少保護服務工作，已於兒童及少年福利與權益保障法（下稱兒少法）「保護措施」專章中，訂定兒少保護案件通報、處理調查、安置、處遇及追蹤輔導等程序之相關規範，並透過強化社會安全網計畫（107—109 年）（下稱社安網第一期計畫）整合保護性服務與高風險家庭服務案件通報作業，暨於第二期計畫（110—114 年）（下稱社安網第二期計畫）優化保護服務輸送，及結合公衛醫療資源，以發掘潛在兒虐個案；復為解決地方政府社工人力長期進用不足問題，持續推動「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」。另衛生福利部（下稱衛福部）考量 6 歲以下學齡前兒童生活空間以自家居所為主，較不易被發現有受虐或未獲適當照顧之情事，為強化家庭預防性服務措施，持續推動辦理「六歲以下弱勢兒童主動關懷方案」（下稱六歲方案），建立 8 類學齡前兒童主動關懷機制，並由各中央主管機關責請所屬單位或市縣政府落實前端輔導或查訪工作，協助篩檢脆弱家庭，於執行家訪時發現有符合兒少保護或脆弱家庭指標者，依兒少法第 53 條及第 54 條規定通報，及早介入關懷協助，預防家庭不幸事件之發生。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 110 至 112 年度整體兒少及未滿 6 歲幼齡兒童受虐人數略呈上升趨勢，重大兒童及少年虐待事件防治小組實施計畫之實施範圍尚有檢討空間，托育人員因不當對待兒童而受裁罰案件連年增加：兒少法第 49 條第 1 項各款規定，任何人對於兒童及少年不得有遺棄、身心虐待等行為。衛福部於 112 年度編列預算 8 億 2,804 萬餘元，補助地方政府增聘兒少保護性社工人力，及補助醫療機構辦理兒少保護區域醫療整合中心等兒少保護業務；復為提升幼兒托育服務品質，已管制不適任人員、訂定托嬰中心監視錄影設備及資訊管理利用辦法等，並請地方主管

機關依據兒少法第 84 條規定，落實托嬰中心之輔導、監督、檢查及評鑑等事項。經查執行情形，核有：(1) 110 至 112 年度國內兒童及少年受虐人數分別為 1 萬 1,523 人、1 萬 1,950 人、1 萬 2,646 人，且其中屬於未滿 6 歲幼齡兒童之受虐人數，該 3 年度分別為 2,466 人、2,659 人、2,868 人，約占 21.40%、22.25%、22.68%，整體兒少及未滿 6 歲幼齡兒童之受虐人數略呈上升趨勢。又衛福部為就父母、監護人或其他實際照顧之人使兒少有兒少法第 53 條所列情事，導致嚴重傷害及死亡個案進行檢討，提出改善跨專業網絡協調與介入策略之建議，於 106 年 7 月 19 日修正「重大兒童及少年虐待事件防治小組實施計畫」，惟該計畫未將部分長時間照顧兒少者（如：托育人員）之施虐案件納入實施範圍，不利完整蒐集兒少遭受實際照顧人員虐待問題樣態；(2) 兒少法第 97 條規定，違反該法第 49 條第 1 項各款規定之一者，處 6 萬元以上 60 萬元以下罰鍰，並得公布其姓名或名稱。據衛福部統計，108 至 112 年度居家托育及托嬰中心人員受通報兒少保護案件，介於 143 件至 260 件間，案經主管機關依據兒少法第 97 條裁罰者，由 108 年度之 37 件，逐漸增加至 112 年度之 158 件，其中居家托育人員受裁罰件數已於 109 至 112 年度連續 4 年增加，托嬰中心人員受裁罰件數亦於 111 至 112 年度連續 2 年增加（表 14），前開托育人員因不當對待兒童而受裁

罰情形有日益嚴重之趨勢等情事。經函請衛福部研謀善策，以精進兒虐相關防治策略，並維護送托兒童人身安全。據復：(1) 持續推動布建社會福利服務中心、加強個案保護及家庭處遇、強化兒少保護跨網絡合作等策進措施，並於 113 年 5 月 16 日修正「重大兒童及少年虐待事件

表 14 居家托育及托嬰中心人員受通報兒少保護案件及裁罰情形

單位：件

年度	合計		居家托育人員		托嬰中心人員	
	受通報兒少保護案件數	依據兒少法第 97 條裁罰案件數	受通報兒少保護案件數	依據兒少法第 97 條裁罰案件數	受通報兒少保護案件數	依據兒少法第 97 條裁罰案件數
108	143	37	116	31	27	6
109	238	85	125	36	113	49
110	179	56	154	45	25	11
111	260	127	135	61	125	66
112	247	158	136	89	111	69

資料來源：整理自衛福部提供資料。

防治小組實施計畫」，擴大實施範圍，將依契約或職務對兒少負有實際照顧義務之人，於照顧期間虐待兒少致其死亡或重傷害之案件一併納入，包括托嬰中心人員、居家托育人員、兒少福利機構人員等其他實際照顧兒少之人；(2) 已於 113 年 4 月 30 日訂定「直轄市、縣(市)政府居家托育服務中心訪視工作指引」，規範市縣政府採不預約及安排不同時段進行訪視，並將全日托及夜間托育 3 歲以下兒童、家外安置兒童等列為加強訪視對象；另督請市縣政府依「托育人員在職訓練實施計畫」落實辦理身心健康等專業課程，協助托育人員情緒管理及壓力調適，並於 113 年 5 至 6 月辦理分區教育訓練，以利地方主管機關及訪視輔導員提升專業知能，維護送托兒童人身安全。

2. 補助地方政府進用社工人員，惟社工人力仍未敷需求且普遍資淺，又部分受補助單位經中央主管機關查獲要求員工薪資回捐等情事，於懲處期間仍承接地方政府補助及委託社

會福利服務案件：行政院為解決地方政府社工人力長期進用不足問題，於 101 年 10 月核定修正「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，及以社安網第一期、第二期計畫，持續增補社工人力，衛福部於 112 年度核定補助各市縣政府進用社工人員 4,190 名、金額計 22 億 2,831 萬餘元，截至 112 年 6 月底止，實際進用 3,440 人，進用率約 82.1%。經查執行情形，核有：(1) 據衛福部統計，111 年底我國社工專職人數為 1 萬 8,628 人，較 105 年底增加 37.08%，惟與該部 106 年度委託社團法人臺灣老人學學會辦理「推估未來十年台灣社會工作專業人力需求 2.0」結案報告，推估 111 年度社工人力之中推估需求數為 2 萬 9,667 人相較，尚不足 1 萬 1,039 人，仍未敷需求。復據該部於 111 年間調查 28 所大學社工相關系所 109 學年度畢業生進入職場情形，其中從事社會工作人數比率約僅 57.7%，不利社工人力資源年輕化及專業化發展；(2) 衛福部為提升社工專業人員久任，自社安網第二期計畫起，增設資深專業人員職位，截至 112 年 6 月底止，各市縣進用資深社工人員計 72 人，其中社會福利服務中心資深社工、保護性資深社工進用人數分別計 11 人、9 人，僅占核定人數 68 人、132 人之 16.18%、6.82%，未如預期，又社安網第二期計畫進用社工之年資未滿 3 年者之比率為 52.96%，已超過半數，顯示社工人員普遍較為資淺；(3) 衛福部暨所屬社會及家庭署（下稱社家署）修正推展社會福利補助作業要點，訂定受補助民間單位經查獲薪資未全額給付或薪資回捐情事，一定期間內不再給予補助之懲處機制，惟部分單位於懲處期間仍承接地方政府補助案件，且機關委託社會福利服務廠商評選及計費辦法未將投標廠商曾遭查獲員工薪資回捐或未全額給付情事，納入廠商資格條件及評選之規定，致部分受懲處單位仍可承接地方政府委託社會福利服務案件等情事。經函請衛福部研謀改善，以健全社工人力發展。據復：(1) 將研議再委託辦理社工人力供需推估研究，以瞭解實際需求，並協請教育部將社會安全網人才培育議題納入高等教育深耕計畫之重要政策推動事項，以提升社工系所畢業生投入社工職場意願並強化專業實務能力；(2) 截至 112 年底止，全國已晉階 128 名資深專業人力，為提高社工久任意願及經驗傳承，將持續辦理培力資深督導擔任指導員、優化教育訓練機制等措施；(3) 已於社會福利及公益彩券回饋金補助系統增加「查詢處分作業及警示作業之功能」，供各地方政府查詢受中央主管機關處分停止補助之單位，納入是否補助或委託之參據；又已邀集行政院公共工程委員會、各市縣政府等相關單位研商因應機制，並經行政院公共工程委員會於 113 年 4 月 12 日通函各機關，有關社會福利採購案件採評選（評審）方式者，須將廠商 5 年內是否有員工薪資回捐或薪資未全額給付之不良紀錄，列為評選項目，以保障社工人員權益。

3. 六歲以下弱勢兒童主動關懷方案已具預防功能，並訂有結合民政單位追蹤關懷機制，惟部分市縣政府跨機關橫向聯繫情形仍待強化：據社家署統計，111 年度暨 112 年 1 至 6 月依六歲方案通報社政單位之 8 類關懷對象訪視人數分別為 1,244 人、873 人，經社工訪視結果，疑有兒少保護情事通報主管機關、列入高風險家庭追蹤評估及轉介其他資源者分別為 214 人、

133 人，占各該年度訪視人數分別約 17.20%、15.23%，顯示有 1 成餘之個案經社政單位主動訪視後，通報至社安網計畫服務體系或連結資源給予協助，發揮方案之預防功能。惟查 111 年度經訪視結果為不需後續處遇而予結案之 807 人中，後續有兒少保護或脆弱家庭之開案服務紀錄者計 54 人；112 年 1 至 6 月經訪視結果為不需後續處遇而予結案之 586 人中，後續有前述開案服務紀錄者計 30 人，且其中不乏六歲方案結案日與兒少保護或脆弱家庭案件通報日相距 3 個月以內之個案，顯示社政單位依六歲方案執行訪視工作，於提供訪視服務過程中，若未發現個案有須處遇或協助之情事，其家庭狀況仍可能於短期間內發生變化。另依六歲方案第 3 點及第 4 點第 2 款規定，有關戶政機關逕為出生登記者、戶政機關逕遷戶籍至戶政事務所者、逾期未完成預防接種者、未納入全民健保逾 1 年者、領有精神或智能類身心障礙證明之低收入戶及中低收入戶之子女等對象（下稱 5 類對象）之關懷方式，係依六歲方案所列「戶政、衛政、警政及社政單位執行 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案通報及查訪作業流程」辦理。按上開作業流程，該 5 類對象經相關機關傳送個案資料至社家署 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平臺，由社政單位續處，經查調及比對相關系統紀錄，社政單位應函送戶籍地鄉鎮市區公所，由村里長或村里幹事追蹤關懷，如已經其他單位辦理者，社政單位得免重複辦理。惟查 111 年度暨 112 年 1 至 6 月臺北市等 21 市縣政府社政單位關懷訪視該 5 類對象之人數分別為 1,160 人及 827 人，其中臺北市等 4 個市政府，係就部分實際居住外轄、社工聯繫未果或訪視未遇等個案，函送戶籍地社會局處或民政局處轉請鄉鎮市區公所追蹤關懷；桃園市等 17 市縣政府則逕派社工關懷訪視，未將訪視個案函送戶籍地鄉鎮市區公所追蹤關懷（表 15），顯示市縣政府跨機關橫向聯繫情形仍待強化。鑑於社政單位依六歲方案提供一次性訪視服務，尚不易掌握個案家庭狀況後續變化，且部分經訪視評估為不需處遇之個案，後續於短期間內仍發生受虐或未獲適當照顧情事，經函請衛福部研謀善策，並督促市縣政府落實依六歲方案流程，加強跨機關橫向聯繫，以增進兒少保護網絡合作效能。據復：地方政府於執行業務時可透過跨網絡聯繫會議等多元方式，與民政單位等網絡體系溝通合作，將持續於相關會議督導各市縣政府確實落實橫向合作機制。

表 15 各市縣逕為出生登記等 5 類 6 歲以下兒童追蹤關懷情形

市縣別	主動關懷人數		函送鄉鎮市區公所由村里長或村里幹事追蹤關懷情形
	111 年度	112 年 1 至 6 月	
合計	1,160	827	
臺北市	109	53	部分函送
新北市	204	107	
臺中市	57	26	
高雄市	108	208	
桃園市	303	183	未函送
臺南市	42	22	
基隆市	19	9	
宜蘭縣	24	10	
新竹縣	29	22	
新竹市	7	6	
苗栗縣	27	10	
彰化縣	30	28	
南投縣	30	4	
雲林縣	24	9	
嘉義縣	17	8	
嘉義市	20	5	
屏東縣	46	59	
花蓮縣	44	54	
臺東縣	11	4	
金門縣	8	—	
連江縣	1	—	

註：1. 澎湖縣於 111 年度暨 112 年 1 至 6 月無逕為出生登記等 5 類對象通報主動關懷人數。

2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

4. 六歲以下弱勢兒童主動關懷方案將父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童列為關懷對象，惟歷年訪視人數較少，主動關懷成效恐有限：六歲方案第 3 點及第 4 點第 5 款規定，有關父或母為未滿 20 歲之 6 歲以下兒童 1 類關懷對象，其關懷方式係由各戶政事務所於受理申辦新生兒登記時，請申請人填報「溫馨關懷服務需求調查表」，並每月定期彙送各市縣政府民政單位後，轉送社政單位辦理主動關懷工作。經查上開需求調查表係由民眾視個人意願決定是否填寫，致歷年關懷訪視人數有限，按社家署統計，106 至 111 年度依上開六歲方案規定通報社政單位續處之訪視人數為 72 人至 134 人不等，占各該年度生母年齡未滿 20 歲之嬰兒出生數僅介於 3.34% 至 5.75% 間(表 16)，比率甚微。參據花蓮縣政府於該項目之執行情形，該府 111 年度暨 112 年 1 至 6 月辦理父或母為未滿 20 歲者之主動關懷訪視人數分別為 49 人、31 人，分別占同期間全國該類對象訪視人數 79 人、40 人之 62.03%、77.50%，係因該府責由民政處主動蒐集各戶政事務所當月辦理出生登記之父或母為未滿 20 歲者名單予社會處，經社會處篩檢及排除已屬未成年懷孕或脆弱家庭服務中案件後，再依六歲方案派案執行訪視工作，致關懷人數較多。又查 111 年度暨 112 年 1 至 6 月間各市縣政府轄內存有父或母未滿 20 歲之 6 歲以下家內受虐兒少保護個案，或有父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童脆弱家庭服務案件者，111 年度計有桃園市等 8 市縣，112 年 1 至 6 月計有新北市等 12 市縣(表 17)，然該等市縣政府於同期間執行六歲方案，卻未有父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童主動關懷訪視人數，且 111 年度該等市縣轄内生母未滿 20 歲之嬰兒出生數約有 8 人至 209 人不等，顯示現行六歲方案對於父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童，規範由家長視個人意願填報需求調查表之作法，主動關懷成效恐有限。經函請衛福部參酌部分地方政

表 16 父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童主動關懷情形

單位：人、%

年度	生母年齡未滿 20 歲之嬰兒出生數(A)	父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童主動關懷人數(B)	比率(B/A×100)
106	2,727	122	4.47
107	2,422	111	4.58
108	2,331	134	5.75
109	2,154	72	3.34
110	1,827	104	5.69
111	1,516	79	5.21

資料來源：整理自內政部戶政統計及社家署提供資料。

表 17 各市縣政府關懷訪視父或母未滿 20 歲之 6 歲以下兒童情形

單位：人、件

市縣別	111 年度 6 歲以下家內受虐有 6 歲以下兒童之父或母未滿 20 歲者之 6 歲以下兒童主動關懷訪視人數	111 年度 11 月至 6 月		112 年 1 月至 6 月		111 年度 11 月至 6 月		112 年 1 月至 6 月	
	生母年齡未滿 20 歲之嬰兒出生數	6 歲以下家內受虐兒少保護個案	父或母未滿 20 歲者人數	6 歲以下兒童之脆弱家庭屬父或母未滿 20 歲者件數	111 年度 11 月至 6 月	112 年 1 月至 6 月	111 年度 11 月至 6 月	112 年 1 月至 6 月	
合計	1,516	35	66	86	40	79	40		
臺北市	47	1	1	2	4	1	1		
新北市	173	8	8	9	3	2	—		
桃園市	209	3	5	15	6	—	—		
臺中市	156	4	13	15	4	4	1		
臺南市	80	2	4	9	2	4	—		
高雄市	152	4	11	7	7	10	1		
基隆市	26	2	—	2	—	—	1		
宜蘭縣	52	—	2	—	—	2	2		
新竹縣	56	2	2	3	1	—	—		
新竹市	23	—	1	3	—	—	—		
苗栗縣	55	—	—	3	2	—	—		
彰化縣	109	2	7	2	2	1	—		
南投縣	71	2	3	2	1	—	1		
雲林縣	56	1	1	4	—	1	2		
嘉義縣	53	—	1	3	—	—	—		
嘉義市	12	—	1	1	1	1	—		
屏東縣	78	1	1	4	3	—	—		
花蓮縣	74	1	3	1	2	49	31		
臺東縣	18	1	—	1	2	1	—		
澎湖縣	8	1	—	—	—	3	(註2)		
金門縣	8	—	2	—	—	(註2)	—		

註：1. 連江縣無相關統計人數及件數。

2. 澎湖縣於 112 年 1 至 6 月、金門縣於 111 年度無父或母未滿 20 歲之 6 歲以下家內受虐兒少保護個案或 6 歲以下兒童脆弱家庭服務案件。

3. 資料來源：整理自內政部統計暨衛福部及社家署提供資料。

府作法，研議鼓勵機制引導市縣政府加強主動關懷該類對象，以擴大發掘潛在服務需求人口。據復：已運用多元管道，協助未滿 20 歲父母取得育兒資源以提升親職功能及照顧能力，並召開會議邀請花蓮縣政府專題報告轄內未滿 20 歲懷孕業務服務推動情形，及主動篩檢父或母為未滿 20 歲者之作法，供各地方政府參考運用；另召開會議討論如何提升父或母為未滿 20 歲者篩檢預防及關懷輔導機制，主動宣導政府服務或支持措施，鼓勵有需求民眾接受服務。

(十) 衛福部為提供整合性心理健康服務，辦理國民心理健康計畫，惟間有規劃作業未盡周妥，出院轉銜作業未依限完成，暨心理衛生資源布建及人力進用仍有不足等情事，允宜研謀改善，以提升心理健康服務量能與品質，完善健康照護體系。

衛生福利部(下稱衛福部)為全面提升國人心理健康，於 102 至 110 年度辦理國民心理健康計畫(第一期及第二期)，作為心理健康施政藍圖，復配合強化社會安全網第二期計畫(110 至 114 年)(下稱社安網第二期計畫)，布建多元社區服務資源，包括社區心理衛生中心(下稱心衛中心)及精神病人生活支持服務，提升心理衛生服務可近性；嗣該部參酌世界各國精神病床發展趨勢、精神病人疾病型態改變及藥物治療技術之進展，於 111 年 12 月 14 日修正精神衛生法，期完善提供病人多樣化且不中斷之社區支持服務措施。經查相關計畫執行情形，核有下列事項：

1. 國民心理健康第二期計畫已於 110 年底屆期，未及早提報接續之第三期計畫，且計畫規劃作業未盡周妥，迄仍未經行政院核定，不利國人心理健康促進政策之執行：按臺灣永續發展核心目標之具體目標 3.4 揭示，將朝向降低自殺死亡率，並增進國人健康生活型態方向邁進，足見政府策定、推動及管理心理健康政策之重要性。經查衛福部報經行政院於 105 年 11 月 8 日核定「國民心理健康第二期計畫」(下稱第二期計畫)，由該部協同內政部、教育部、法務部、勞動部、各市縣政府及民間團體於 106 至 110 年間，共同執行心理健康促進、精神疾病防治政策，透由主、協辦機關分年共同執行策略及工作項目，並擬具含過程面與結果面之績效衡量指標，以利推動、檢視及滾動式檢討，惟第二期計畫已於 110 年底屆期，衛福部未及早研提「國民心理健康第三期計畫(草案)」(下稱第三期計畫)，迄 112 年 7 月 12 日始函報行政院審議，加以計畫之規劃及擬訂未盡周妥，嗣經行政院於 112 年 11 月 14 日函復照國家發展委員會(下稱國發會)所提審議意見，包括待訂定明確之計畫目標，或多項執行策略之重點工作項目與行政院已核定計畫重疊，或跨機關權責事項，宜先洽各機關協調確認等，重新檢討後再報院，迄 113 年 4 月 18 日止仍未完成計畫修正，致政策未能連貫執行，恐影響精神疾病防治與心理衛生推展工作之執行。經函請衛福部積極參據國發會審議意見，妥適規劃修正第三期計畫相關內容，並於行政院審議通過後落實執行，以擘劃及實施涵蓋全人、全程及全方位之心理健康政策。據復：已配合賴總統國政目標，將擴大「年輕族群心理健康支持方案」、鼓勵善用心理資源及發展社區心理衛生服務等政策，重新擬具「全民心理健康韌性計畫(草案)」，於 113 年 5 月 21 日函報行政院，刻由國發會審議中。

2. 推動精神病人出院轉銜機制，並規範各地方政府依限完成對於精神疾病患者之關懷訪視，惟 112 年度仍有部分精神醫療機構未能於病人出院 3 日內完成出院準備計畫上傳系統，部分地方政府亦未能依限完成關懷訪視作業：衛福部於 112 年度編列整合型心理健康工作計畫經費 8,066 萬餘元，執行數 7,808 萬餘元，補助市縣政府推動符合地區特色之整合型心理健康工作，並將強化精神疾病防治網絡及持續辦理精神衛生法各項法定業務列為工作項目，推動精神病人醫療與社區服務之銜接，以利精神病人於出院後持續於社區接受後續追蹤照護。經查精神病人出院轉銜機制運作情形，核有：(1) 111 年 12 月 14 日修正公布之精神衛生法第 33 條明定精神醫療機構於病人出院前完成出院準備計畫；於其出院日起 3 日內通知地方主管機關，並將於 113 年 12 月 14 日正式施行。查精神醫療機構係採行將出院準備計畫上傳至精神照護資訊管理系統(下稱精照系統)之方式，以通知地方衛生主管機關。衛福部於規定施行前係以納列地方心理健康業務考評，以促使地方政府衛生局積極輔導轄內院所依限上傳，惟據該部統計，除連江縣轄內未有精神醫療機構外，其餘 21 市縣政府 112 年度精神病人出院後 3 日內完成出院準備計畫上傳精照系統之比率介於 66.84%至 98.70%間，顯示仍有部分精神醫療機構未依限上傳計畫，影響地方政府衛生局對病人出院後各項社區治療與支持服務之提供；(2) 衛福部為落實社區精神病人之追蹤關懷、轉介及轉銜服務，於社安網第二期計畫策略三訂有「精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率，逐年提升至 100%」之關鍵績效指標，目標值由 111 年度之 80%，逐年提升至 114 年度之 100%，惟實務執行因精照系統與該部保護資訊系統介接欄位不完整，心理衛生社工(下稱心衛社工)需時向保護性社工等其他網絡單位人員瞭解個案資訊，致臺北市等 15 市縣 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率介於 50.00%至 77.61%間(表 18)，未達目標值 80%，未能依限完成對精神疾病患者之關懷訪視等情事。經函請衛福部深入瞭解問題癥結，並據以研擬相關因應措施，以利精神病人出院轉銜機制順利運作，協助精神病人順利復歸社區。據復：(1) 將強化地方政府對精神醫療機構之督導考核，並將「醫療照護團隊應依病人需求，提供適切、完整的出院準備計畫與指導」納入 113 至 116 年精神科醫院評鑑基準，以落實精神病人出院轉銜機制之運作，俾協助其復歸社區；(2) 將持續辦理精照系統使用者教育訓練，並於各場次教育訓練，主動蒐集使用者建議，評估納入年度功能增修項目，持續優化系統使用者介面，以提升社區精神病人關懷訪視服務效能。

表 18 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率

單位：%

市縣別	訪視評估比率	市縣別	訪視評估比率
臺北市	71.24	彰化縣	72.28
新北市	67.62	南投縣	86.08
桃園市	72.59	雲林縣	82.76
臺中市	70.42	嘉義縣	80.36
臺南市	72.02	嘉義市	70.21
高雄市	63.47	屏東縣	81.14
基隆市	84.39	花蓮縣	62.63
宜蘭縣	82.24	臺東縣	77.61
新竹縣	65.32	澎湖縣	77.59
新竹市	71.57	金門縣	90.16
苗栗縣	52.97	連江縣	50.00

註：1. 衛福部尚在辦理 112 年度市縣政府執行強化社會安全網績效考核作業，爰暫不提供 112 年度訪視評估情形之統計。

2. 表內標註底色部分，係 111 年度精神疾病關懷訪視服務個案出院後 2 星期內第 1 次訪視評估比率未達 80%者。

3. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

3. 已補助地方政府布建 48 處心衛中心，提升心理衛生資源之可近性，惟部分市縣心衛中心布建不足，且心衛中心進用人力與行政院核定補助進用人力相較仍有不足，致人員工作負荷沉重，恐影響服務品質：衛福部參酌世界各國以社區心理衛生服務模式之精神醫療發展趨勢，及美國加州舊金山市經驗，審酌國內資源及各市縣人口數，補助各地方政府逐年布建心衛中心，長期以布建 100 處心衛中心為目標（每處服務 25 萬人），並依各市縣政府財力等級，核定逐年增加專業人員聘用人數。經查執行情形，核有：(1) 衛福部考量心衛中心布建之必要性及急迫性，於社安網第二期計畫訂定分年目標，期於 114 年達成累計布建 71 處之中程目標，預估每處心衛中心將服務 33 萬人口數，以提供在地化、可近性之心理衛生服務，查截至 112 年底止，各市縣政府累計已完成布建 48 處心衛中心，較預計目標值增加 1 處，惟臺北市等 11 市縣每處心衛中心服務量超逾 33 萬人，並以新北市每處心衛中心須服務 101 萬餘人為最多，桃園市之 77 萬餘人次之；復以各市縣政府預估於 114 年度累計布建心衛中心數量估算結果，屆時仍有臺北市等 8 市縣轄下之心衛中心平均服務量將超逾目標數(33 萬人)；(2) 社安網第二期計畫規範心衛中心應設有執行秘書、督導、心理輔導員、諮商心理師、臨床心理師、護理師、職能治療師、心理衛生社工督導、心衛社工、關懷訪視員督導、精神病人社區關懷訪視員(下稱精神關訪員)、自殺關懷訪視員等 12 類人員，負責辦理社區心理衛生促進、諮詢、病人個案管理、轉介轉銜服務、網絡聯結、自殺與精神疾病防治等其他心理衛生服務。衛福部參酌英國、美國及荷蘭追蹤精神病人個案之經驗及兒少保護社工之案件負荷量，以心衛社工個案負荷量 1：25 及精神關訪員個案負荷量 1：30 等，推估核定補助進用人力，110 至 112 年度各市縣心衛中心進用上開執行秘書等 12 類人員已自 250 人大幅增加為 1,292 人，惟因薪資誘因不足、需處理行政事務、或人員轉任社政及民間單位，致整體進用人數占行政院核定補助進用人數之比率自 82.51% 降至 76.59% (表 19)，各市縣仍面臨人員招募不易或人員流動之困境，且截至 113 年 3 月底止，各市縣心衛社工實際進用計 242 人，平均每人個案負荷量約 28.23 人；精神關訪員實際進用計 462 人，平均每人個案負荷量約 44.78 人(表 20)，超逾上述參考標準，人員工作負荷沉重，恐影響服務品質等情事。經函請衛福部滾動檢討各市縣心衛中心布建數量之合理性，並針對相關人力遲未聘足之困境研謀因應措施，以提升心衛中心服務品質與效能。據復：(1) 將配合社安網第二期計畫滾動檢討，及參酌行政院經費資源挹注情形，並納入地方政府意見，調整各市縣心衛中心布建數量，以提升服務品質與效能；(2) 已調整心衛中心醫事人員及心衛社工聘用資格，吸引有意願者加入社區心

表 19 心衛中心人員進用情形

單位：人、%

年度	核定人數	進用人數	進用率
110	303	250	82.51
111	1,138	935	82.16
112	1,687	1,292	76.59

資料來源：整理自衛福部提供資料。

表 20 截至 113 年 3 月底心衛中心訪視人員
案量負荷情形

單位：人

類別	個案負荷量 參考標準	進用人數 (註1)(A)	個案數(B)	個案負荷量 (B/A)
心衛社工	1：25	242	(註2) 6,832	28.23
精神關訪員	1：30	462	(註3) 20,689	44.78

註：1. 不含心衛社工督導及關懷訪視員督導。

2. 係精神疾病與自殺防治合併多重議題個案。

3. 係精神照護資訊管理系統第 1、2 級個案，已扣除心衛社工服務之合併多重議題個案數。

4. 資料來源：整理自衛福部提供資料。

理衛生服務行列，並將持續督促各市縣加強進用各類人力，及定期檢視人員案量負荷及個案服務狀況，以提升計畫執行成效。

4. 補助辦理精神病友多元社區生活方案發展計畫，期協助精神病友穩定生活復歸社區，惟團體參與計畫數量尚難以支應轄內社區所需量能，且多數參與團體績效指標達成率欠佳：衛福部為提升精神病友及家屬之社區支持服務量能，強化精神病友自立生活復歸社區，自 108 年起以公開徵求方式，補助民間團體及精神醫療機構辦理「精神病友多元社區生活方案發展計畫」（下稱多元社區生活方案），提供精神病友及家屬支持性服務，112 年度核定補助 25 個團體（17 市縣），補助經費 3,940 萬餘元，協助精神病友解決居住及就業等問題。經查衛福部公布 112 年精神衛生行政工作執行成果，臺北市、新北市、臺中市、高雄市及嘉義縣等 5 市縣均有超逾萬人之精神病友，惟上開市縣申請多元社區生活方案之團體分別僅有 4 案、1 案、1 案、2 案及 1 案；且查上開 25 個團體 112 年度服務人數為 2,718 人，僅占全國領具精神障礙手冊（證明）人數 11 萬餘人之 2.29%，參與團體數量尚難以支應轄內社區所需量能，無法提供精神病人完整及連續之社區服務支持。又經檢視上述 25 案績效指標達成情形，其中臺北市社團法人台灣社會心理復健協會等 20 案，分別有 1 至 9 項績效指標未達預計目標；另臺北市社團法人台灣社會心理復健協會、基隆市安馨居家護理機構及澎湖縣社團法人澎湖縣身心障礙者服務協會等 3 案，未於成果報告書呈現結果面績效指標，或僅以服務滿意度作為結果面指標，尚乏實際提供個案資源轉介成功率，及輔導就業成功率等具體衡量指標，無法有效評估計畫執行整體成效，恐難彰顯資源投入之效益。經函請衛福部深入檢討民間團體及精神醫療機構參與量偏低之癥結原因，並針對執行中案件落實績效指標訂定及衡量，以充實社區支持資源，彰顯服務成效。據復：將持續透過公益彩券回饋金推動「厚植精神病友及家屬團體社區服務量能計畫」，培育民間團體加入多元社區生活方案，並辦理實地輔導訪查，協助其規劃執行，另將績效指標未達成情形，列入來年考核評比項目，以提升地方政府、民間團體量能及執行成效。

5. 為轉介或轉銜精神病人各項社區治療與支持服務，將精神病人急性後期照護服務，納入健保署全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案，惟因方案收案對象侷限於思覺失調症病人，致其他精神急性後期個案無法獲得照護：中央健康保險署（下稱健保署）為提高思覺失調症病人治療依從性，鼓勵醫療院所主動積極介入，自 99 年起推動「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」（下稱思覺失調症方案）。另衛福部為鼓勵醫療機構配合地方主管機關提供出院精神病人轉介或轉銜各項社區治療與支持服務，透過全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫辦理「全民健康保險精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫」（下稱精神 PAC 試辦計畫），以提供個案整合性照護，並落實醫療與公共衛生等體系之連結，促進出院精神病人病情穩定及恢復功能。嗣經衛福部於 111 年 1 月 26 日公告將「精神科病人出院後急性後期照護服務」預算 6,000 萬元，整併納入思覺失調症方案執行，健保署爰於 111 年 2 月 17 日召開「修訂思覺失調症方案討論會議」，會中考量該服務經費額度僅有 6,000 萬元，將精神 PAC 試辦計畫部分內容納入思覺失調症方案，收案對象侷限於思覺失調症病人。惟據衛福部說明，111 及 112 年

度嚴重病人強制住院個案，雖以思覺失調症（67.9%）居多，然而情感性精神病（23.0%）亦占一定比率，實務上因預算經費有限，渠等病人未納入收案範圍，恐致未能經醫療院所收案照護，達成精神 PAC 試辦計畫之照護目的。經函請衛福部研謀善策因應，並研議建立完善之精神病人急性後期照護模式，以提供有需求之出院個案皆能獲得積極性整合照護。據復：將於 113 年下半年與健保署召開業務溝通聯繫會議提案討論，滾動修正方案內容，並依健保總額協定模式逐步爭取及擴大精神疾病適用範圍所需經費。

（十一） 國健署連結地方資源推動健康場域計畫，惟訂定計畫目標缺乏挑戰性，且未普及全國推廣應用，間有部分地方政府未延續辦理等情事，又各市縣蒐集數據資料未臻完整且必填欄位存有缺漏，允宜檢討改善，以提升計畫執行效益。

國民健康署（下稱國健署）為因應運動科技發展趨勢，推辦「運動科技應用與產業發展－推動國民健康場域應用計畫」（下稱健康場域計畫），計畫期程為 111 至 115 年度，藉由連結地方政府與運動科技業者之資源，建置國民健康場域推動點，鼓勵民眾參與多元場域體驗，並蒐集健康數據及納入數位發展部建置之運動數據公益平臺進行資料分析，完成公私協力推展模式，以期提升國人健康福祉，並帶動整體產業發展與經濟效益。經查執行情形，核有：1. 國健署推動健康場域計畫，111 及 112 年度實際支用 2,847 萬餘元及 1,521 萬餘元，原設定計畫總目標係至 115 年底推展至全國 22 市縣、40 處場域，然於推辦第 2 年即因考量預算不足，下修整體目標值為 15 市縣、18 處場域及每年 1 萬體驗人次。查截至 112 年底止，健康場域計畫累計已推展至 13 市縣、建置 50 處場域及累計達 25 萬餘體驗人次（表 21），推展市縣數距 115 年底之目標僅餘 2 市縣，至於建置場域應用數及總體驗人次則大幅超逾計畫總目標，顯示所訂計畫目標缺乏挑戰性，且未普及全國推廣應用，間有新北市及桃園市政府因考量後續營運所需自籌經費過高，未延續辦理，不利運動科技在地落地應用之推廣及擴散；2. 健康場域計畫期透過蒐集體驗民眾之健康數據並上傳至運動數據公益平臺，以利後續分析運用，持續回饋與優化服務模式，惟各市縣蒐集數據資料未臻完整，逾 4 成體驗民眾相關生理及運動資料未完整蒐集並上傳，又國健署要求蒐集之身高、體重、身體脂肪率、安靜心率、收縮壓及舒張壓等 6 項必填生理數據，亦存有缺漏，各市縣蒐集率介於 21.51% 至 73.92% 之間，

不利後續健康數據之分析串聯及個人健康管理應用等情事，經函請國健署研謀改善，以提升計畫執行效益及強化健康數據資料之完整性，俾利後續資料加值應用。據復：1. 將持續依經費核定數額及過往執行經驗與成果，滾動調整推廣市縣、場域及體驗人次之目標值，暨加強輔導各市縣永續經營規劃內容；2. 已規劃自 113 年起進行數據歸戶，優化市縣上傳數據流程與落實管理，並召開地方聯繫會議及辦理運動數據工作坊，以強化市縣數據相關分析及應用能力。

表 21 各市縣參與健康場域計畫執行情形
單位：個、處、人次

年度	累計推動市縣數	累計場域應用數	累計體驗人次
合計			250,909
111	10 (高雄市、臺南市、新北市、桃園市、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義市)	10	34,796
112	13 (高雄市、臺南市、新北市、桃園市、南投縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、花蓮縣、嘉義市、宜蘭縣、苗栗縣、基隆市)	50	216,113

註：1. 新北市及桃園市政府分別於 112 及 113 年度退場。
2. 資料來源：整理自國健署提供資料。

(十二) 健保署為契合數位國家發展方向及智慧化醫療需求，推展虛擬健保卡，惟醫療院所考量成本及醫療系統之整合與運作等因素，多尚未提供服務，連帶使申辦使用之民眾未能大幅提升，允宜積極輔導醫療院所解決推動窒礙，並持續向民眾宣導申請使用虛擬健保卡，以實現數位醫療願景。

中央健康保險署(下稱健保署)為契合數位國家發展方向及智慧化醫療需求，提供民眾更便利醫療服務模式，並依行政院公共數位創新小組協作會議決議，採實體與虛擬健保卡併行方式，自 108 年起推動新一代健保卡改革，開發建置虛擬健保卡系統，及實務導入醫療院所，於居家醫療、遠距醫療及視訊診療等 3 個場域進行試作，並推廣至一般門診，嗣自 111 年起正式推展虛擬健保卡。經查健保署為推動虛擬健保卡相關業務，108 至 112 年度於該署公務預算之科技發展計畫、健保資訊業務及前瞻基礎建設計畫第 3 期及第 4 期特別預算項下合計編列預算 3,737 萬餘元，除開發虛擬健保卡系統、佈署必要資訊安全措施，更透過 111 及 112 年度委託辦理「虛擬健保卡政策推展與創新應用模式」研究計畫(下稱委託研究案)，瞭解利害關係者參與意見，另向民眾辦理多場宣導推廣說明會。經查執行情形，核有下列事項：

1. 為契合數位國家發展方向及智慧化醫療需求，推展虛擬健保卡政策，惟醫療院所考量成本及醫療系統之整合與運作等因素，多數仍未提供虛擬健保卡就醫服務：健保署自 108 年起推動「虛擬健保卡就醫模式試辦方案」，辦理虛擬健保卡系統開發建置，及導入醫療院所，進行小型場域試作，嗣於 110 年擴大試作場域，並自 111 年起全面推廣。按醫療院所欲以虛擬健保卡提供醫療服務，須投入成本修改、更新醫療資訊系統、購置相關電腦設備、讀卡機及設有掃描虛擬健保卡之相關設備，並安裝虛擬健保卡軟體開發工具套件，以便將就醫流程數位化。惟小型地區醫院或基層醫療單位通常因考量成本或缺乏資訊人員及數位落差等因素，較無意願配合推動；加以配合推動之醫療院所，間有因民眾仍多持實體健保卡就醫，醫護人員須交替使用虛擬與實體健保卡，影響診間系統之穩定性，而退出或未實際提供虛擬健保卡服務，截至 112 年底止，累計曾經參與虛擬健保卡之醫療院所計 1,268 家，惟現仍提供虛擬健保卡服務之醫療院所僅剩 330 家，占全國特約醫療院所及居家護理機構合計 22,823 家之 1.45%(表 22)，顯示該署未從醫療院所運作實務面通盤考量，對於醫療院所推動虛擬健保卡所面臨之窒礙，尚未有相關具體因應作為，致虛擬健保卡政策自 108 年推行逾 5 年，仍未見具體成效。經函請健保署研謀善策因應，以提高民眾以虛擬健保卡就醫之可近性及使用機會。據復：為利虛擬健保卡適用醫療院所實務運作，將精進虛擬健保卡系統，以符合臨床實務運用需求。

表 22 醫療院所提供虛擬健保卡服務情形

單位：家、%

類別	全國特約院所家數	提供虛擬健保卡服務家數	
		卡服務家數	占比
合計	22,823	330	1.45
醫學中心	25	17	68.00
區域醫院	83	48	57.83
地區醫院	367	93	25.34
基層醫療單位	21,610	140	0.65
居家照護	738	32	4.34

註：1. 基層醫療單位含西醫、牙醫及中醫診所。

2. 資料來源：整理自健保署提供資料。

2. 持續向民眾宣導虛擬健保卡，申請人數逐漸上升，惟因提供服務之醫療院所數少，或僅部分就醫流程能使用虛擬健保卡等，影響民眾申辦及使用意願：健保署為提升民眾申辦虛擬健保卡意願，於111及112年度多次辦理「推動虛擬健保卡宣導說明會」，提供申辦綁定及使用教學服務，並增加民眾對虛擬健保卡認識，2年度分別辦理79場、149場，宣導24,533人次、21,037人次，執行結果，虛擬健保卡核發人數由110年底之4萬餘人，逐年上升至112年底之68萬餘人，惟仍僅占全國人口數2,342萬餘人之2.93%，比率甚低。據該署111年度相關委託研究案成果報告指出，有46.4%之民眾反映可使用虛擬健保卡之醫事機構及服務端點仍不普及。該署雖已於健保快易通之虛擬健保卡專區，提供醫療院所名單，並以跳窗訊息提醒民眾先電話洽詢院所就醫之場域，有無提供虛擬健保卡服務及使用科別場域等資訊，惟上開措施僅強化資訊揭露，並未能解決民眾反映服務端點不普及之問題；又據該署111年度相關委託研究案成果報告指出，民眾使用虛擬健保卡主要係為具便利性，惟已參與提供虛擬健保卡就醫服務之330家醫療院所，其就醫流程多為單點式服務，並非所有場域或門診科別皆能使用，致民眾就醫時，仍須實體健保卡與虛擬健保卡交替使用，該署卻未輔導醫療院所改善，影響民眾使用虛擬健保卡就醫之便利性，導致民眾申請數量未能增加，經函請健保署研謀改善。據復：將精進虛擬健保卡系統功能，簡化就醫流程，以提升院所使用意願，增加民眾就醫便利性。

3. 虛擬健保卡相較實體健保卡僅存取部分資料，致民眾使用虛擬健保卡就醫時，醫療院所未能獲取所需完整資訊，降低醫療院所提供虛擬健保卡就醫服務之意願：全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法第6條規定，健保卡得存取資料內容，包括基本資料、健保資料、醫療專區資料及衛生行政專區資料；第9條及第10條規定，保險醫事服務機構應於提供保險對象診療服務後或補驗健保卡時，將當次之就醫紀錄登錄於健保卡，並應於24小時內上傳予保險人備查；第11條規定，醫療院所提供病患診療服務時，應依醫療需要，讀取健保卡內已存放、上傳之就醫紀錄或其他醫療院所提供之病患就醫結果紀錄及醫療費用資料。經查部分基層醫療單位於民眾就診時，間有因資訊系統、設備老舊，或網路連線速度緩慢等因素，未能即時查詢健保雲端資料庫資料，致醫師實際診療時，仍須仰賴存取民眾實體健保卡登載之資料，惟按實體健保卡存取資料已包含預防接種資料、器官捐贈、安寧緩和醫療、過敏藥物、產檢紀錄、成人及老人健檢紀錄、居家照護資料等，而虛擬健保卡存取資料卻因尚待與疾病管制署、國民健康署及衛生福利部等業務主管機關溝通協調存取項目及資訊技術待改善等，存取資料僅包含重大傷病、牙醫註記、罕病、油症等4項，二者存取資訊項目不一致，導致民眾使用虛擬健保卡就醫時，醫療院所常未能獲取所需完整資訊，降低民眾與醫療院所使用虛擬健保卡之意願，經函請健保署檢討改善。據復：刻正整合虛擬健保卡與實體健保卡功能，屆時不論使用何種健保卡，均可讀取實體及虛擬健保卡資料。

(十三) 社家署及食藥署運用前瞻基礎建設計畫特別預算，辦理建構0-2歲兒童社區公共托育計畫及實驗大樓興建計畫，惟計畫預算執行進度落後，且部分市縣公共托育服務量能不足，暨興建計畫預撥超額款項予代辦機關，允宜檢討改善。

衛生福利部（下稱衛福部）社會及家庭署（下稱社家署）、食品藥物管理署（下稱食藥署）運用前瞻基礎建設計畫特別預算（下稱前瞻特別預算）經費，分別辦理「前瞻基礎建設計畫-少子化友善育兒空間建設-建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫」（下稱建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫），及「前瞻基礎建設計畫-食品安全建設-現代化食品藥物國家級實驗大樓暨行政及訓練大樓興建計畫」（下稱實驗大樓興建計畫）。經查計畫執行情形，核有下列事項：

1. 社家署辦理建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫預算執行進度落後，又部分已開辦營運之托育服務據點候補人數眾多，未能滿足民眾需求：社家署為發展在地化之照顧服務網絡，強化福利服務輸送量能，經行政院於 106 年 7 月 10 日核定辦理建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫，補助地方政府活化閒置空間，布建或修繕社區公共托育設施等服務據點，該署復報經行政院於 110 年 8 月 19 日核定修正計畫，將補助設置員工子女托育設施範圍擴大至政府機關（構），並於前瞻第 1 至 4 期特別預算編列預算 52 億 4,891 萬元。經查執行情形，核有：(1) 前瞻第 3 期特別預算執行期間為 110 及 111 年度，保留至 112 年度執行數 12 億 6,100 萬餘元，112 年度實現數 3 億 1,617 萬餘元，僅占保留數之 25.07%，主要係部分工程案招標過程歷經多次流標，工程進度尚未達請款要件，或配合社會住宅興建設立托嬰中心，惟社會住宅新建工程須跨年執行等，致經費執行未如預期；第 4 期特別預算執行期間為 112 及 113 年度，112 年度分配預算數 7 億 4,030 萬元，實現數 4 億 3,515 萬餘元，實現率 58.78%，主要係部分案件於細部設計規劃階段因審議、修正及變更等程序，費時較久所致，第 3、4 期特別預算執行率欠佳；(2) 截至 112 年底已開辦營運之社區公共托育服務據點計 254 處，除 7 處據點因地處離島、山區偏遠，當地托育需求較少或 112 年底甫立案營運，未有候補人數外，其餘位處臺北市等 21 市縣之 247 處據點均有候補人數，且候補人數達 100 人以上之據點計 52 處，主要分布於臺北市、新北市、桃園市及臺中市，其中候補人數達 150 名以上之據點計 22 處，桃園市轄內計有 18 處，約占 81.82%（表 23），顯示各市縣公共托育資源供給量能普遍不足，未能滿足民眾需求等情事，經函請社家署研謀改善。據復：(1) 將持續管控各案執行進度，並針對多次流標案件，召開檢討會議，協助市縣政府提高執行效率；視案件執行情況輔導變更計畫執行期程，及啟動主動撤案機制，續由備取案件遞補，以確保資源有效運用及經費執行成效；(2) 將持續督導各地方政府滾動檢討轄內托育資源，積極盤點閒置空間，並結合內政部併同規劃設置公共托育設施。

表 23 截至 112 年底已開辦營運之公共托育服務據點候補送托情形

單位：處

市縣別	候補人數	候補人數					
		合計	0 人	1-100 人	101-150 人	151-200 人	201 人以上
合計		254	7	195	30	11	11
直轄市	臺北市	48	—	43	4	1	—
	新北市	62	—	50	10	1	1
	桃園市	36	2	7	9	8	10
	臺中市	18	1	11	5	1	—
	臺南市	15	—	15	—	—	—
	高雄市	4	—	4	—	—	—
其他縣市		67	3	62	2	—	—
政府機關(構)及國營事業(註 1)		4	1	3	—	—	—

註：1. 政府機關（構）及國營事業包含台灣中油股份有限公司，及衛福部澎湖老人之家、雲林教養院、彰化醫院。

2. 資料來源：整理自社家署提供資料。

2. 食藥署辦理實驗大樓興建計畫預算執行進度落後，相關計畫亦待檢討修正，且預撥超額工程款予代辦機關，肇致鉅額資金留滯代辦機關：食藥署為建置現代化食品藥物國家級實驗室，並整合現有行政辦公空間，以提供便民之服務與食品藥物相關衛生教育之場所，辦理實驗大樓興建計畫，於前瞻第1至4期特別預算編列預算23億1,281萬餘元，截至112年底累計分配數13億4,471萬餘元，累計實現數6億3,227萬餘元，已實現比率僅47.02%（表24）。

表 24 截至 112 年底實驗大樓興建計畫預算執行情形

單位：新臺幣千元、%

期別	累計分配數	累計實現數	已實現比率
合計	1,344,715	632,273	47.02
第1期 (106-107年)	26,715	26,275	98.35
第2期 (108-109年)	134,260	86,898	64.72
第3期 (110-111年)	1,153,740	516,700	44.78
第4期 (112-113年)	30,000	2,399	0.80

註：1. 前瞻第1期特別預算已支用完竣，賸餘數43萬餘元。

2. 資料來源：整理自前瞻第1至4期特別預算決算書表及年度會計報告。

經查食藥署自106年起規劃辦理實驗大樓興建計畫，並於109年7月委託內政部營建署（112年9月改制為國土管理署，下稱國土署）代辦工程及其技術服務採購，然囿於營建市場缺工、缺料及物價上漲等因，工程採購多次流標，嗣經食藥署檢討修正計畫調增興建經費，並報經行政院於111年1月核定後，工程採購案始於111年2月25日決標，同年6月2日開工，預計115年5月完工，惟不僅較原預定完工期程（114年8月）延後，相關預算之實現率亦欠佳，除第1期已支用完竣，第2期累計實現率為64.72%，第3期累計實現率降為44.78%，第4期累計實現數僅占分配數之0.80%；又前瞻第1至4期特別預算共計編列工程經費23億1,281萬餘元，與行政院111年1月核定工程總經費39億7,114萬餘元，存有落差，尚待籌措適足經費賡續辦理，且本案興建工程預定竣工時程（115年5月）已與原規劃（114年8月）不同，亦待檢討修正計畫，以利後續管考作業之執行。另據食藥署前瞻特別預算預付款明細表列載，截至112年底預撥國土署之工程款尚待轉正數高達9億3,852萬餘元，間有預撥款項迄已1年餘仍未核銷轉正情事，顯示食藥署未慮及興建工程進度推展情形，於工程開工後即依前瞻特別預算各年度編列及分配情形按季預撥國土署，肇致鉅額資金預撥後留滯國土署，增加財政調度負擔。經函請食藥署積極洽代辦機關督促廠商依工程預定進度確實執行，並適時檢討修正計畫暨妥為檢討款項核撥作業，以增進政府資源運用效率。據復：已協同代辦機關督導施工廠商在兼顧品質下，加速工程進度，截至113年6月中工程進度超前7%以上，並將配合施工進度及行政院前瞻計畫相關政策與指示，檢討計畫修正或調整事宜，暨後續將依據工程進度及契約規定辦理預算支用作業，避免大量經費留滯代辦機關。

（十四）社會及家庭署建置身心障礙整合平臺，協助各地方政府辦理專用停車位識別證管理作業，惟該整合平臺管理功能不足，各地方政府資料未能流通運用，允宜強化資料介接及擴充勾稽模組功能，並研議協調各地方政府採用跨機關資料傳輸專屬通道或其他方式交換資料，促使地方政府能同步運用全國專用停車位識別證資料，以維身心障礙行動不便者權益，及減輕機關管理負擔。

衛生福利部（下稱衛福部）社會及家庭署為配合身心障礙者權益保障法實施，於102年底建置「全國身心障礙福利資訊整合平臺」（下稱身心障礙整合平臺），以協助各地方政府辦理身心

障礙者相關福利管理作業，並提供政府追蹤身心障礙人口趨勢變化，作為身心障礙福利政策之規劃參考。依據身心障礙整合平臺之管理專用停車位識別證，計提供「身障停車證清冊」等 6 項報表印列功能，截至 112 年底止，各地方政府運用身心障礙整合平臺核發專用停車位識別證數量，計有 39 萬餘張。經查執行情形，核有：1. 身心障礙整合平臺僅能單筆查詢車籍及駕籍資料，無法就車籍及駕籍進行條件篩選，且該平臺僅能掌握身心障礙行動不便者本人資訊，對於專用停車位識別證註記車輛之車主，非屬身心障礙行動不便者本人時，無法掌握車主死亡、遷出國外、喪失國籍、戶籍未與身心障礙行動不便者同址、親屬關係異動等情形，影響專用停車位識別證之有效性；2. 各地方政府僅擁有其核發之專用停車位識別證資料，遇身心障礙行動不便者跨市縣活動時，無法及時確認所使用之專用停車位識別證是否有效，且部分地方政府係按月、按季或不定期提供專用停車位識別證資料予停車場管理機關，致停車場管理機關實際取得資料與身心障礙整合平臺最新資料，存有時間落差等情事。經函請衛福部強化資料介接及擴充勾稽模組功能，並研議協調各地方政府採用跨機關資料傳輸專屬通道（T-Road）或其他方式交換資料，使地方政府能同步運用全國專用停車位識別證資料，以維身心障礙行動不便者權益，及減輕機關管理負擔。據復：1. 強化資料介接部分，將洽內政部及交通部，研議介接車主非身心障礙者本人之死亡、戶籍變動、車籍移轉及車主駕照遭吊銷吊扣等資料之可行性；至於擴充勾稽模組功能部分，將納入身心障礙整合平臺重新建置案研議，並於規劃過程徵詢地方政府共通性使用需求；2. 各地方政府倘有介接資料回傳該府權管資訊系統運用之需求，可提出 T-Road 申請。

（十五）衛福部訂定醫院照服員管理要點，並建置管理資訊系統，協助醫院及地方政府列管照服員，以增進醫院照服員服務品質，保障病人安全，惟部分醫院登錄之照服員資料未盡覈實，地方政府審查作業亦欠周妥，且管理要點規範之照服員資格與其他法規或資訊系統所列資格未盡相符，允宜研謀改善。

衛生福利部（下稱衛福部）為促進醫院照顧服務員（下稱照服員）服務品質，保障病人安全，訂定醫院照顧服務員管理要點（下稱醫院照服員管理要點），規範醫院對照服員所執行之業務，應建立管理、監督及查核機制，並指派與病人照顧最直接之業務部門負責醫院照服員之人力、配置、職掌、派班及管理業務，照服員登錄清冊則應送請當地衛生主管機關備查。又衛福部為有效管理醫院照服員登錄清冊報送事宜，於該部「護產人員暨機構管理資訊系統」項下建置醫院照服員管理子系統（下稱照服員管理系統），並規定醫院每月至系統登錄或修正照服員之基本資料、專業訓練或證照及執業狀況，地方政府衛生局則每月至系統確認轄內醫院照服員資料維護情形及審查資料正確性；另衛福部每年針對地方政府督導情形進行業務考評。經查執行情形，核有：1. 醫院於照服員管理系統登錄之照服員資料間有外國籍照服員新舊統一證號未即時更新、技術士證內容與政府公開資訊未符、資料填報錯誤，或須填報而未填報等情，且轄管地方政府未確實審查醫院登錄資料正確性即確認通過；2. 醫院照服員管理要點規範之照服員資格未含護理系畢業人員，與老人福利服務專業人員資格及訓練辦法等法規及照服員管理系統所列照服員資

格均未盡相符等情事，經函請衛福部研謀改善。據復：1. 已函請各地方政府衛生局，督導轄內醫院落實照服員資料登錄與查核機制，另將於 113 年度「護產人員暨機構管理資訊系統功能增修與維護」案規劃建立自動檢核機制，並研議介接運用內政部移民署「居留證查詢網」及勞動部「技術士人才庫」等政府公開資訊，協助醫院驗證照服員資料正確性；2. 衛福部於 112 年開放護理系畢業生擔任照護輔佐人員，並刻正發展醫院照護輔佐人力制度，後續俟人力制度規劃完成，將與醫院照服員管理要點進行整合，以達規範之一致性。

四、111 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 111 年度審核報告內列普通公務相關重要審核意見 15 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 2 項、處理中 1 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 12 項（表 25），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 2 項通知檢討改善。

表 25 111 年度審核報告所列衛生福利部主管普通公務相關重要審核意見覆核辦理情形

重要審核意見標題	說明
仍待繼續改善	
(一) 政府持續綿密社會安全網絡，惟兒少受虐致死案件過往多未有相關通報紀錄，或存有經通報未開案等情，又部分市縣政府轉介案件至兒保醫療中心情形仍有提升空間，身心障礙兒少受虐比率持續攀升，允宜研謀善策因應，以利服務網絡有效保護弱勢兒少。	因衛生福利部推動兒少保護業務尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(九)」。
(二) 政府持續協助弱勢民眾自立脫貧，惟輔導低收入戶及中低收入戶轉介就業服務量能尚待提升，且部分服務方案之成效量測指標闕如或預期效益無法衡量，又推動兒少教育發展帳戶、兒少及家庭社區支持服務於執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升執行成效。	因衛生福利部依據社會救助法推動脫貧業務尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(七)」。
處理中	
國家中醫藥研究所舊址基地長期空置未妥適利用，開發過程亦未審慎衡酌相關單位意見，研採相應處理作為，影響開發作業辦理進程，且經管不動產期間疏於釐清土地權屬範圍及使用狀況，肇致土地遭長期占用或闢建為道路使用，亟待研謀改善，俾提升國有財產使用效益。	前經依法陳報監察院，該院尚在處理中。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
(一) 衛生福利部辦理健康大數據永續平臺計畫，推動國內精準醫療發展，惟健康數據資料之串接程序尚乏明確法律規範，且已建置之肺癌資料庫未納列家族史資訊，允宜加速完成相關修法，並研議擴充研究資料面向，以發揮資料庫建置功效。	
(二) 衛生福利部已推動戒毒及驗毒相關措施，惟部分申報丁基原啡因調劑之醫療院所尚未成為指定替代治療執行機構，且濫用藥物尿液檢驗機構績效監測之配製內容與實務檢出藥物組合類型存有落差，允宜研謀改善，以強化藥物濫用治療與預防。	
(三) 國人自殺死亡率已呈下降趨勢，惟尚未達成預期目標，且兒少族群自殺問題漸趨嚴峻，關懷訪視人員工作負荷沉重，另迄未擬訂全國自殺防治綱領，允宜研謀善策妥為因應，以維護民眾身心健康，減少自傷案件發生。	
(四) 政府持續推動社會福利服務業務，惟部分縣市辦理脆弱家庭定期評估作業逾期比率逾 2 成，部分長期接受脆弱家庭服務個案之脆弱性程度不降反升，且間有辦理社會福利多元服務與實證決策模式計畫經費執行進度落後，未完整揭露主要績效指標達成情形，允宜研謀改善，以利社會福利服務之推展。	
(五) 衛生福利部為維護民眾健康，降低國人罹患慢性疾病風險，辦理成人預防保健及癌症篩檢等預防醫學服務，惟預算編列及服務利用情形間有未周，又辦理肺癌早期偵測計畫，參與院所服務涵蓋範圍仍有不足，允宜研謀改善，以提升服務量能與品質。	
(六) 衛生福利部推動幼兒專責醫師制度計畫，惟承辦市縣之醫療機構參與率仍待提升，且多數幼兒尚未參與照護服務，允宜研謀善策，強化資源布建與服務之提供，減少幼兒初級照護之障礙。	

表 25 111 年度審核報告所列衛生福利部主管普通公務相關重要審核意見覆核辦理情形(續)

重要審核意見標題	說明
(七)1922 諮詢專線提供民眾疫情通報與諮詢等服務，惟重大疫情期間專線服務人力無法及時因應遽增之話務量，且後送案件管制作業亦待強化，允宜檢討改善，俾及時回應民眾疑慮，提升防疫作業效能。	
(八)政府為因應 COVID-19 疫情，推動居家照護等措施，對住宿式機構相關工作人員發給津貼及獎勵，並持續辦理疫苗接種及抗病毒藥物整備工作，惟相關作業間有未臻周妥情事，允宜研謀改善，以維護國人健康。	
(九)疾病管制署藉由採購各類型之政策溝通方式及媒體通路，以推動防疫政策與達成全民防疫總動員目標，惟於採購案件之採購金額規劃、契約變更、履約管理及驗收計價等作業程序，未臻嚴謹周延，允宜檢討改善。	
(十)中央健康保險署為提升署內及各區業務組辦理承保相關業務服務效能，建置承保系統存放加退保及保費紀錄，惟未依規定辦理承保子系統及資料庫相關資通安全事項，暨建立 USB 隨身碟資料攜出及使用完畢刪除等管控機制，允宜研謀妥處，以完善個資保護制度及提升整體資安防護。	
(十一)政府推動智慧醫療產業，已建置數位化臨床試驗系統及完善法規環境，惟部分 AI 醫療器材軟體檢測方法、檢測程序之法規尚待完備，且藥品臨床試驗數位化管理情形未臻周妥，允宜研謀改善，以確保醫療器材軟體之安全及品質。	
(十二)國際食品警訊監控機制已實施多年，並訂定相關執行作業程序，惟部分警訊案件未依規定程序落實辦理，或警訊處理作業存有疏漏，亟待檢討改善，以保障國人食用安全。	

五、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，或該院請本部提供資料，嗣經監察院於 112 年 7 月 1 日至 113 年 6 月 30 日間糾正、同意備查者，摘述如次：

(一) 衛生福利部對於醫療機構申請符合醫療網計畫，經都市計畫機關辦理變更為醫療專用區之案件，除未持續督促開發，並未就醫療機構已釋出病床或廢止設立許可情事，善盡橫向連繫權責，通知都市計畫機關辦理檢討回復原使用分區，致部分案件土地仍維持醫療專用區且閒置長達 20 餘年，有違政策推動之美意，並排擠其他醫療機構對於醫療專用區之申請等，核有怠失，嗣經監察院糾正。(113 年 1 月 17 日監察院公報第 3355 期)

(二) 社會及家庭署(下稱社家署)辦理「前瞻基礎建設計畫—少子化友善育兒空間建設—建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫」情形，核有：社家署對補助案件已訂定相關督導考核措施，惟部分案件執行進度長期落後；部分市縣政府申請補助案件未落實執行先期規劃作業，致仍有於核定後撤案情事；部分市縣政府執行補助案件於驗收後遲未能啟用提供服務等 3 項效能過低情事，經依審計法第 69 條第 1 項前段規定，函請衛生福利部督促檢討改善，並報告監察院。嗣經衛生福利部督促檢討結果，研提：社家署將廣續管控案件執行情形，並辦理實地訪查；針對多次流標案件，協請行政院公共工程委員會檢視招標文件，並安排流(廢)標會議，以協助市縣政府提高執行效率；為強化先期計畫之可行性評估，社家署已於審查會議邀請具托育設施建置經驗之建築師擔任審查委員，並於審查過程將市縣歷年撤案數、托育設施布建量能等納入評估；另就多次延後管考點案件，啟動主動撤案機制，續由備取案件遞補，以確保資源有效運用及提升經費執行成效；社家署將運用社會福利績效考核機制，評核市縣政府公共化托育設施開辦營運情形，並就已結案卻未提供服務據點，及時責請市縣政府陳報緣由，必要時辦理實地查核，督導落實開辦營運等改善措施。案經本部陳報監察院，於 112 年 10 月 5 日獲同意備查。