

或增聘人力、加護病床收治情形、急診留滯情形等)，達標者始外加其個別醫院前瞻式預算額度，另未及調整項目，來年爭取總額預算支應。

2. 護理人員執業人數逐年增加，執業率維持 6 成，惟醫院護理人力流失，未能填補缺口，致部分醫院因護理人力不足，無法符合三班護病比新制標準，加以衛福部發放醫院護理人員夜班值班獎勵，以提升夜班護理人員輪值意願，惟獎勵條件限定班別，且額度不同，引發爭議：衛福部為因應疫情後及未來人口老化護理照護需求，113 年 3 月起實施三班護病比標準，於 113 年度健保總額其他預算項下「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」專款項目編列 40 億元，發給護理人員夜班值班獎勵，另

表 7 醫院護理人力年增減數

單位：人

年度	合計	醫學中心	區域醫院	地區醫院
103	1,345	682	609	54
104	1,408	473	937	- 2
105	2,214	1,063	926	225
106	2,210	955	994	261
107	2,556	1,016	985	555
108	2,401	907	868	626
109	1,256	464	307	485
110	621	300	27	294
111	213	- 128	24	317
112	- 318	- 308	- 364	354

資料來源：整理自護理師護士公會全國聯合會提供資料。

為落實健康臺灣政策，報經行政院於 113 年 7 月 4 日核定「護理人力政策整備 12 項策略中長程計畫」。經查執行情形，核有：(1) 據護理師護士公會全國聯合會統計，近年來護理人員執業率維持 6 成，惟醫院護理人力於 103 至 107 年度每年淨增 1,345 人至 2,556 人，自 108 年起淨增人力逐年下降，112 年度反轉為

淨減 318 人（表 7），醫院護理人力流失，且新進護理人力未能適時填補缺口，在人口高齡化之趨勢下，整體醫療需求勢將上升，屆時恐將面臨護理人力嚴重不足之困境；(2) 113 年 9 月有 19 家醫學中心、71 家區域醫院及 50 家地區醫院，計 140 家醫院未能達到三班護病比標準，且部分醫院間有因護理人力不足，無法符合新制標準，或以暫時關閉病床方式因應，恐影響民眾就醫權益與品質；(3) 衛福部發放醫院護理人員夜班值班獎勵，係依醫院層級、大、小夜班別，給予護理人員不同額度之值班獎勵，至特殊病床（如加護病房、急診室等）之夜班獎勵則採總額發放，未明列具體發放標準，由醫院自行規劃運用方式，肇致各醫院間發放標準不一，引發排班糾紛，迭受各界訾議等情事，經函請衛福部積極研謀改善，並補實護理人力缺額，以提升整體醫療服務品質。據復：(1) 截至 114 年 2 月底止，醫院護理人員執業人數較 113 年同期上升，且 114 年度已編列 66 億餘元，辦理夜班護理人員直接獎勵等計畫，並將持續與教育部等 5 個相關部會共同努力，以改善醫院護理薪資及職場環境；(2) 已與衛生局合作建立人力管理系統主動通報機制，並自 114 年 1 月起輔導醫院推動護理人力留任措施；另考量醫院護理薪資及職場環境仍有可改善空間，將與公私立醫療機構持續合作努力留任護理人力；(3) 已於 113 年間蒐集護理人員意見，獲致初步最大共識，114 年度急性病床與慢性其他特殊病床之夜班獎勵標準一致；另白班護理人員獎勵部分，將於「三班護病比先達標獎勵 16 億元」項下，由醫院統籌用於護理人力留任措施，優先給予白班護理人員獎勵。

(四) 政府持續推動肺癌及肝癌預防、篩檢及治療措施，惟肺癌防治實證研究議題尚未涵蓋不吸菸女性肺癌患者比例較高之致病成因及其預防對策，且肺癌

及肝炎篩檢涵蓋率亦待提升，又 B 肝尚乏篩檢、診斷與治療等資料整合回饋機制，允宜研謀改善，以維護國人健康。

癌症居國人十大死因首位，其中肺癌、肝癌分別為癌症死因前 2 位。衛生福利部（下稱衛福部）為降低國人罹癌風險，自 111 年推動「第一期國家肺癌防治計畫（2022-2025 年）」，計畫經費 146 億餘元，推動肺癌危險因子預防及早期偵測等措施；另在肝癌防治方面，考量肝癌死者中約有 8 成為慢性 B 型或 C 型肝炎（下稱 B 肝、C 肝）患者，於 107 年提出「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」，規劃透過 C 肝全口服新藥及強化篩檢等政策，於 2025 年消除 C 型肝炎，並陸續推動「國家肝炎及肝癌防治計畫（2021-2025 年）」及「2025 消除 C 型肝炎計畫（2024-2025 年）」，總經費計 1,060 億餘元，以強化 B、C 肝預防、篩檢及治療措施，期達成 2025 年取得世界衛生組織（World Health Organization, WHO）消除 C 肝認證之目標。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 政府已推動菸害及空氣污染等防制措施，惟國人肺癌發生率仍逐年上升，患者近 7 成不吸菸，其中女性更高達 9 成以上不吸菸，且個案人數漸與男性相當，允宜針對不吸菸女性患者比例較高之致病成因及其預防對策，研議進行相關研究；政府為預防肺癌發生，歷年由衛福部國民健康署（下稱國健署）、環境部推動菸害、空氣污染等防制措施，成人吸菸率已由 85 年之 29.2% 降至 113 年之 12.8%，PM<sub>2.5</sub> 全國年平均濃度亦由 105 年之 20.0  $\mu\text{g}/\text{m}^3$  降至 113 年之 12.8  $\mu\text{g}/\text{m}^3$ 。惟據國健署癌症登記資料統計，全國肺癌標準化發生率由 85 年之每 10 萬人口 25.9 人，上升至 111 年之每 10 萬人口 41.7 人，增幅達 6 成，其中男性自每 10 萬人口 34.6 人增加至 45.9 人，女性更由每 10 萬人口 16.0 人，倍數成長為 38.5 人，111 年男性、女性之肺癌發生個案分別為 9,417 人、8,565 人，女性個案數已漸與男性相當。又 109 至 111 年間肺癌個案近 7 成不吸菸，其中男性個案 3 成餘不吸菸，女性個案則高達 9 成以上不吸菸（表 8），與歐美等西方國家肺癌個案約有 8 成係由吸菸造成之情形相異，顯示非吸菸者之肺癌危險因子，已為我國肺癌防治應關注之重點領域。經查，衛福部為提供肺癌防治工作之實證基礎，已於 110 至 113 年間投入經費 1 億 818 萬餘元，針對不吸菸肺癌高危險族群，持續辦理「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」、「臺灣不吸菸肺癌的篩檢及整合研究」、「前瞻性多中心臨床研究驗證與優化多面向不抽菸肺癌風險預測模型」等研究，惟相關研究議題尚未涵蓋不吸菸女性患者比例較高之確切致病成因及預防對策，不利精準推動防治措施，提升預防成效，經函請衛福部研議進行相關研究之可行性，以期改善女性肺癌發生率快速增長趨勢，維護國人身體健康。據復：已提高

表 8 肺癌個案吸菸情形

單位：%

年度	全部個案		男性個案		女性個案	
	有吸菸	無吸菸	有吸菸	無吸菸	有吸菸	無吸菸
109	34.3	65.7	63.9	36.1	6.3	93.7
110	33.0	67.0	63.3	36.7	5.4	94.6
111	32.0	68.0	61.4	38.6	6.1	93.9

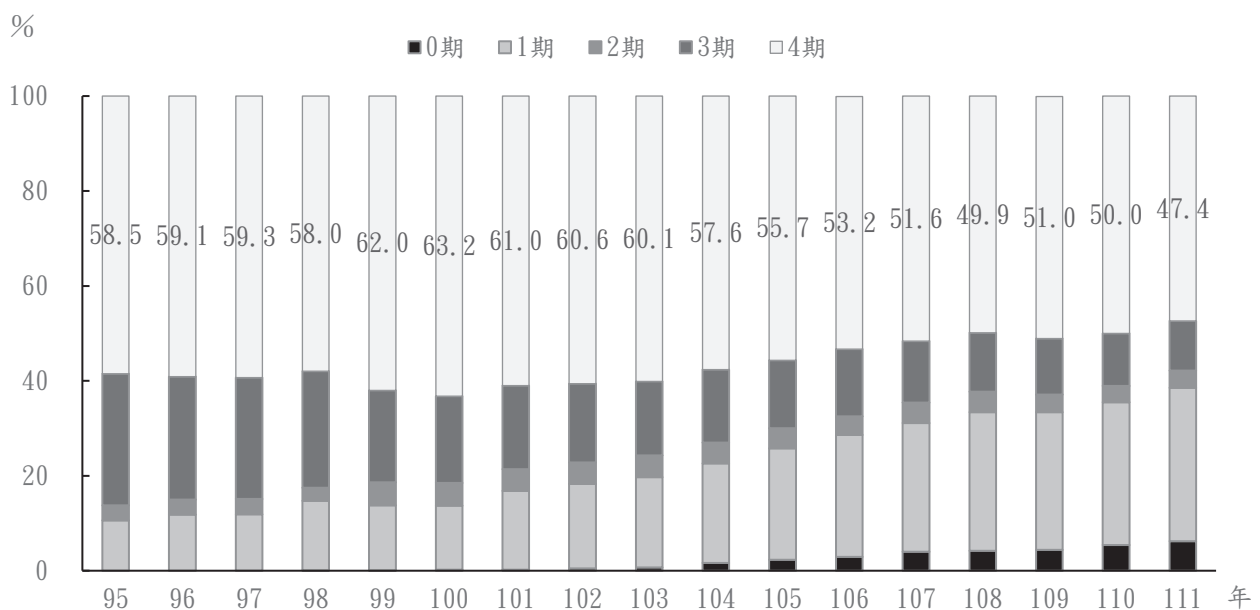
資料來源：整理自國健署提供資料。

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」、「臺灣不吸菸肺癌的篩檢及整合研究」、「前瞻性多中心臨床研究驗證與優化多面向不抽菸肺癌風險預測模型」等研究，惟相關研究議題尚未涵蓋不吸菸女性患者比例較高之確切致病成因及預防對策，不利精準推動防治措施，提升預防成效，經函請衛福部研議進行相關研究之可行性，以期改善女性肺癌發生率快速增長趨勢，維護國人身體健康。據復：已提高

115 至 118 年度癌症轉譯研究計畫之肺癌研究補助比重，公開徵求研究計畫，以降低民眾死亡率為目標，評選後擇優補助。

2. 國健署推動肺癌早期偵測計畫，有助發現初期肺癌患者，惟篩檢人數占推估符合資格者比率僅約 2 成餘，且經篩檢確診肺癌者亦未及歷年肺癌發生個案數之 1 成：依國健署統計，107 至 111 年確診肺癌第 0 期及第 1 期個案，5 年存活率可達 9 成，延誤至第 4 期發現者，存活率則僅有 1 成，顯示藉由早期發現介入治療，可大幅提升患者存活率。我國肺癌個案診斷期別屬第 4 期者之比率，由最高峰 100 年之 63.2%，逐步下降至 111 年 47.4%，漸有改善，惟其占比仍為各期別中最高（圖 1），每 2 位新診斷肺癌個案當中，約有 1 人已屬末期患者。國健署為早期發現肺癌患者、早期治療，自 111 年 7 月起開辦肺癌早期偵測計畫，針對具肺癌家族史者、重度吸菸者等 2 類肺癌高危險族群，提供每 2 年 1 次胸部低劑量電腦斷層（Low-dose computed tomography，下稱 LDCT）篩檢服務，截至 113 年底止，累計投入經費 6 億 5,525 萬餘元，全國已有 195 家醫院參與，累計篩檢 159,126 人，追蹤至 114 年 1 月底確診肺癌人數計 2,026 人，其中確診期別為第 0 期及第 1 期者計 1,677 人，約占確診個案總數之 8 成，有助發現初期肺癌患者。惟查，上開已執行 LDCT 肺癌篩檢之 15 萬餘人，與國健署推估符合篩檢資格人數 60 萬人相比，僅約 2 成餘，又 112 及 113 年經 LDCT 篩檢確診肺癌者均約 8 百人，而 108 至 111 年肺癌年度發生個案數每年約 1 萬 7 千人，LDCT 篩檢確診人數未及歷年肺癌確診患者之 1 成。為強化肺癌防治成效，經函請衛福部督促研謀強化肺癌早期偵測計畫之篩檢量能，俾及早發現肺癌個案，提高其存活率。據復：國健署自 114 年起放寬肺癌早期偵測計畫收案對象之年齡及吸

圖 1 肺癌新診斷個案期別情形



資料來源：整理自國健署提供資料。

菸史等條件，擴大肺癌篩檢服務資格，另將持續爭取經費資源，並以多元管道宣傳，鼓勵符合資格民眾進行篩檢，俾及早發現肺癌個案。

3. 國健署透過補助誘因，提升 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗之涵蓋率，惟仍有矯正機關收容人或部分鄉鎮市區民眾，篩檢及檢驗率相對落後：國健署為達成 2025 年消除 C 肝之目標，強化 C 肝抗體篩檢及 C 肝病毒量檢驗之涵蓋率，已透過提升成人預防保健服務（下稱成人健檢）B、C 肝篩檢服務費用，及補助成人健檢 C 肝抗體檢驗陽性個案轉介執行 C 肝病毒量檢驗費用等，期增進醫事服務機構執行 C 肝篩檢及檢驗之意願。另為提升高風險族群篩檢涵蓋率，除定期監測血液透析、愛滋病及美沙冬替代療法病人之感染情形外，國健署自 110 年起與法務部矯正署合作推動矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫，對收容人提供 C 肝篩檢及治療服務。截至 113 年底止，45 至 79 歲一般民眾、矯正機關收容人，其 C 肝抗體篩檢率分別為 66.8%、67.5%，相對其他篩檢族群為低（表 9），且其 C 肝抗體陽性者後續接受 C 肝病毒量檢驗之比率（下稱 C 肝病毒量檢驗率）分別為 77.4%、82.6%，亦相對較為落後（表 9）。復檢視各鄉鎮市區 45 至 79 歲一般民眾篩檢情形，C 肝抗體篩檢率、C 肝病毒量檢驗率未達 60% 者各有 37 個、18 個，其中臺中市區、大肚區、大雅區、沙鹿區、清水區及龍井區、高雄市林園區、新竹縣新豐鄉等 8 個行政區，其 C 肝抗體及 C 肝病毒之陽性率皆高於全國平均，亟待加強相關篩檢及檢驗作為。經函請衛福部督促研謀因應，以衡平各區域及弱勢群體之 C 肝防治成效，促進健康平權。據復：國健署業與民間團體合作訂定「特殊族群消除 C 肝治療補助辦法」，追溯自 114 年 1 月起，補助矯正機關收容人接受 C 肝療程之門診掛號費及部分負擔費用，以提升收容人接受篩檢與治療意願，另針對高風險感染者執行 C 肝快篩，調升補助金額，並將持續強化 C 肝中高風險鄉鎮市區之篩檢策略。

表 9 截至 113 年底各族群 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗情形

單位：千人、%

篩檢族群	目標母體		篩檢、檢驗及陽性率			
			C 肝抗體 (anti-HCA)		C 肝病毒量 (HCV RNA)	
			篩檢率 (註 1)	陽性率 (註 2)	檢驗率 (註 3)	陽性率 (註 4)
45 至 79 歲一般民眾	人口數	10,578	66.8	6.0	77.4	70.8
血液透析者	病人數	108	100.0	10.6	97.4	63.0
愛滋病患	病人數	37	99.0	28.8	94.7	77.3
美沙冬替代治療個案	接受替代治療 人數 (註 5)	32	81.5	90.3	86.9	86.1
2023 至 2025 年矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫參與者	參加衛教說明 會人數 (註 6)	29	67.5	16.5	82.6	53.2

註：1. C 肝抗體篩檢率：(C 肝抗體檢驗申報人數/目標母體人數) × 100。

2. C 肝抗體陽性率：(C 肝抗體陽性人數/C 肝抗體檢驗結果上傳人數) × 100。

3. C 肝病毒量檢驗率：(C 肝病毒量檢驗申報人數/C 肝抗體陽性人數) × 100。

4. C 肝病毒量陽性率：(C 肝病毒量陽性人數/C 肝病毒量檢驗結果上傳人數) × 100。

5. 95 至 112 年曾接受美沙冬替代治療者。

6. 矯正機關 C 型肝炎篩檢與治療計畫對矯正機關收容人進行 C 肝篩檢之衛教宣導，並就有意願者，提供 C 肝篩檢及治療服務。

7. 資料來源：整理自國健署提供資料。

4. 國健署已建置「國家 C 肝消除進度監測資訊網絡」，整合 C 肝篩檢、診斷與治療監測資料，惟 B 肝尚乏類此資料整合回饋機制，不利掌握其診斷治療情形：國家肝炎及肝癌防

治計畫（2021-2025 年）主要執行策略之一，係推動 B、C 肝防治資料回饋網絡機制，以整合分散於不同權責單位之篩檢、轉介及治療等資料。經查，衛福部國家消除 C 肝辦公室（112 年移撥至國健署，並更名為 B、C 型肝炎防治辦公室）於 110 年建置「國家 C 肝消除進度監測資訊網絡」（下稱國家 C 肝資訊網絡），串接內政部戶政資料、國健署成人健檢及各市縣轄內自辦 B、C 肝篩檢資料、健保 C 肝藥物治療與臨床檢驗等相關資料庫，針對各市縣轄內 45 至 79 歲民眾及各類高風險族群，按季統計其 C 肝抗體篩檢及病毒量檢驗、C 肝治療情形等防治數據，提供中央及地方衛生單位，作為 C 肝消除防治業務之參考。惟在 B 肝方面，衛福部尚未建置類同之防治資料回饋網絡機制，難以完整蒐集 B 肝之篩檢與治療相關資料，不利達成 WHO 2030 年消除 B 肝之目標。次查，衛福部疾病管制署（下稱疾管署）於 98 年間建置「B 型及 C 型肝炎篩檢資訊整合平臺」（下稱疾管署肝炎平臺），分階段整合 B、C 肝之預防接種、篩檢及檢查等相關資料，提供中央及地方衛生單位使用，惟因尚未

表 10 疾管署肝炎平臺使用單位登入次數

單位：次

機關別	110	111	112	113
疾管署	197	107	83	108
新北市衛生局(註2)	—	—	—	5
臺南市衛生局(註2)	—	1	1	—
高雄市衛生局(註2)	2	2	5	—
基隆市衛生局	—	17	3	—
南投縣衛生局	3	—	—	1
雲林縣衛生局	62	57	40	21
嘉義縣衛生局(註2)	16	2	7	1
臺東縣衛生局	2	—	1	6
金門縣衛生局	1	7	2	—

註：1. 本表僅列示有登入紀錄之單位。

2. 使用者包含衛生所人員。

3. 資料來源：整理自疾管署提供資料。

納入健保 B、C 肝治療資料，不利追蹤個案後續治療情形，影響相關單位使用意願，110 至 113 年間該平臺除疾管署各年度登入平臺 83 次至 197 次不等外，僅 9 個市縣曾有登入紀錄(表 10)，平臺運用效益不彰，尚難達成應有之建置目的。經函請衛福部督促研議建置 B 肝防治資料回饋網絡機制之可行性，並檢討疾管署肝炎平臺功能定位，以避免與國家 C 肝資訊網絡資

源疊置，並提升肝炎防治效率及監測成效。據復：國健署為監測 B 型肝炎防治成效，收集與整合不同單位 B 肝防治資料，並將逐步建立國家 B 肝消除進度監測資料，以達成 B 肝消除目標；另考量疾管署肝炎平臺已達成階段性整合與資料彙集任務，為避免資源重疊、擲節支出並強化個資管理，疾管署刻正評估該平臺去任務化作業，以有效運用資源。

**(五) 衛福部推動優化兒童醫療照護計畫，強化周產期及急重難罕症醫療照護網絡，惟兒童預防保健服務內涵相較國外先進國家尚待精進，又全國半數市縣聯合評估作業時效未達目標，部分轄內基層醫療院所尚未納入周產期照護合作網絡，另兒童死因回溯分析作業亦有未臻周妥之處，允宜妥擬有效對策因應，以維護兒童健康。**

依衛生福利部（下稱衛福部）統計資料，在人口出生率漸減之趨勢下，112 年度新生兒及嬰兒死亡率各為 2.8‰及 4.3‰，均為 10 年（103 至 112 年）來高點。該部為強化兒童醫療照護品質，於 110 至 113 年度辦理「優化兒童醫療照護計畫（第一期）」，4 年間投入經費 35 億餘元，