

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、撙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，

由預防保健、周產期及急重症照護等面向，強化初級照護及健康管理，並完善周產期與急重症醫療照護服務。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. **兒童預防保健服務內容多年未予研修，檢查次數及項目相較先進國家尚待精進，又肥胖或體重過輕等不健康體位者仍多，恐增加罹患疾病之風險：**衛福部國民健康署（下稱國健署）自 99 年起推動「新一代兒童預防保健服務」，結合兒童健檢與預防接種時程，將健檢次數調整為 7 次，111 及 112 年服務人次均為 87 萬餘人次，服務利用率由 111 年度之 78.6%，上升為 112 年度之 84.2%，有助於維護兒童健康。經查，兒童健檢服務內涵自 99 年以來，多年未予研修，健檢次數相較德國（10 次）、加拿大（10 次）、紐西蘭（12 次）等先進國家較為不足，又我國兒童健檢較側重身體檢查，尚乏以家庭為中心之心理面向評測，兒童健康手冊對於心理衛生教育或病徵辨識等衛教資訊亦有不足，不利增進家長對兒童精神疾患之認知，給予妥適照顧。次查，世界衛生組織於 2013 年通過「2013-2020 年非傳染病防治全球行動計畫」，呼籲各國應重視兒童肥胖可能導致心臟疾病、糖尿病等各種健康問題。國健署為順應國際健康趨勢，自 102 年起陸續推動「兒童衛教指導服務補助方案」、「兒童及青少年健康體位促進計畫」等，並於 106 年委託臺灣兒科醫學會編纂「兒童肥胖防治實證指引」，作為兒童過重（肥胖）預防及治療之參據。惟據國健署最近一次國民營養健康調查結果，106 至 109 年間 13 至 15 歲、16 至 18 歲兒童過重及肥胖之盛行率為 30.6% 及 28.9%，相較 102 至 105 年之調查結果，分別上升 6.3 個及 3.1 個百分點，兒童肥胖問題仍屬嚴峻。又我國 7 至 18 歲兒童中，約有 1 成有體重過輕情形，且國小生身體質量指數（BMI）過輕之比率，由 101 學年度之 7.1% 上升至 111 學年度之 9.2%，國中生體位過輕之比率亦由 6.2% 上升至 8.0%（表 11），顯示兒童體重過輕問題亦需介入關注，惟現行健康體位促進相關計畫執行策略多偏重肥胖防治，有待就體重過輕兒童，研擬改善體位之相關因應作為。經函請衛福部通盤檢討優化兒童健檢服務範疇，強化兒童心理健康衛教資訊，適時調整健康體位促進策略，確保兒童健康發展。據復：刻正邀集專家及相關專業學（協）會針對現行兒童預防保健內容、時程、費用等進行優化；另已將兒童肥胖防治工作調整為健康體位促進策略，持續監測學童過輕、過重及肥胖等體位趨勢，適時依學童需求，倡議相關行動策略，促進兒童健康均衡發展。

表 11 兒童身體質量指數過輕比率
單位：%

學齡別 學年度	國小生	國中生
101	7.1	6.2
102	6.9	6.3
103	7.3	6.6
104	7.4	6.5
105	7.9	6.7
106	8.2	6.9
107	7.9	6.5
108	8.0	6.3
109	8.9	7.4
110	8.6	7.6
111	9.2	8.0

資料來源：整理自國健署 111 年度健康促進統計年報。

2. **聯評中心作業時效攸關兒童療育服務銜接，惟全國半數市縣辦理時效未達自訂目標值，且各市縣案量差異頗巨，恐影響服務品質：**國健署辦理「補助地方推動兒童發展聯合評估服務計畫」（下稱聯評計畫），委託醫療機構設置兒童發展聯合評估中心（下稱聯評中心），提供跨專業整合性評估服務，並出具兒童發展聯合評估綜合報告書（下稱綜合報告書），作為發展遲緩兒童後續療育之參考，截至 113 年底止，全國已設置 85 家聯評中心（含 10 家核心聯評中心

及 75 家一般聯評中心)，當年度實支經費 2 億 471 萬餘元，完成評估個案 36,990 人次。經查，國健署為提升聯合評估作業時效，於 113 年度聯評計畫訂定初評及複評個案分別自醫師門診日後 30 個及 45 個工作天以內完成綜合報告書等時效管控指標（下稱初評時效指標及複評時效指標），由各市縣政府自訂目標輔導聯評中心落實執行，惟 113 年度初評及複評時效指標未達自訂目標值者，各有 12 個及 14 個市縣（表 12），恐耽延發展遲緩兒童取得綜合報告書時程，影響療育契機。另查，聯評計畫規範核心聯評中心須設置臨床心理師、物理治療師、職能治療師、語言治療師及社會工作師等 5 職類專業評估人員，113 年度臨床心理師及社會工作師之全國平均案量比分別為 1:134 及 1:195，案量負擔較其他職類為重，且市縣間案量負荷差異頗巨，臺灣本島市縣中，嘉義市 5 職類人力平均案量比為 1:50，彰化縣之案量比則達 1:399，約為嘉義市之 8 倍，工作負擔沉重，惟國健署尚未針對各職類專業人員之評估業務，訂定合理之案量負荷標準，作為衡量專業人力配置之

表 12 113 年度聯評計畫未達初評及複評時效目標市縣

單位：%

時效 指標 序號	初評個案自醫師門診日後 30 個 工作天以內完成綜合報告書			複評個案自醫師門診日後 45 個 工作天以內完成綜合報告書		
	市縣別	達成比率 目標值	達成比率 實際值	市縣別	達成比率 目標值	達成比率 實際值
1	臺北市	88.75	78.60	臺北市	97.50	91.80
2	新北市(註2)	80.00	65.02	新北市(註2)	100.00	96.06
3	高雄市	98.50	70.10	高雄市	100.00	80.10
4	新竹縣	86.67	63.00	新竹縣	100.00	78.50
5	新竹市	100.00	67.80	新竹市	100.00	92.46
6	彰化縣	96.30	68.20	彰化縣	96.70	86.00
7	南投縣	73.00	44.17	南投縣	100.00	40.86
8	嘉義市	92.50	52.90	嘉義市	100.00	76.99
9	屏東縣	90.00	89.82	屏東縣	100.00	97.02
10	花蓮縣	82.00	64.79	花蓮縣	100.00	89.15
11	澎湖縣(註3)	80.00	34.00	澎湖縣(註3)	85.00	57.00
12	宜蘭縣	88.00	85.00	臺中市	100.00	95.00
13				苗栗縣	100.00	99.60
14				嘉義縣	100.00	99.75

註：1. 本表僅列示聯合評估作業未達時效目標之市縣。

2. 據新北市聯評計畫成果報告，該市聯合評估作業時效指標為「初評個案自醫師門診日後 30 個工作天以內安排治療師評估服務」、「複評個案自評估日後 45 個工作天以內完成綜合報告書」。

3. 據澎湖縣聯評計畫成果報告，該縣聯合評估作業時效指標為「初評個案自醫師門診日後 25 個工作天以內完成綜合報告書」、「複評個案自醫師門診日後 35 個工作天以內完成綜合報告書」。

4. 資料來源：整理自各市縣 113 年度聯評計畫成果報告。

參據，恐影響聯評服務品質。經函請衛福部督導地方政府積極提升評估作業時效，並研議訂定合理案量標準，以提升聯評服務效能。據復：已將「醫師門診日後 30 個及 45 個工作天以內完成綜合報告書」列入聯評計畫之獎勵指標，並逐年提升補助經費，以協助地方衛生局整合轄下資源，達成時效目標；另持續監測聯評中心各職類人力評估案量情形，並請地方政府評估所轄聯評中心服務量，輔導申請 114 年度聯評計畫聘用專業人力補助。

3. 衛福部建構周產期照護網絡，透過各層級醫療機構之協力合作，提供高危險孕產婦及新生兒完善之照護服務，惟部分地區基層院所尚未納入合作網絡，或缺乏兒科緊急醫療資源，影響急重症個案照護服務品質；衛福部為提升新生兒照護量能，規劃以承辦「兒童重難症照護-核心醫院計畫」（下稱核心醫院計畫）之醫療機構（下稱核心醫院）、周產期照護網絡計畫（下稱周產期照護計畫）之醫療機構（下稱重點醫院），及地區基層醫療機構等三層架構，建構孕產婦及新生兒醫療服務網絡，強化區域內周產期照護能力。經查，截至 113 年底止，全國核心、重

點醫院各有 8 家、9 家，並分別與 357 家地區醫院或基層醫療院所合作，提供高危險妊娠個案之產前轉診及新生兒急重症照護服務，惟前開 357 家醫療院所分別位於基隆市等 18 個市縣，尚有嘉義縣、金門縣、澎湖縣及連江縣等 4 個縣，轄內均無院所與核心或重點醫院合作建立轉診機制，恐影響急重症個案照護服務。次查，衛福部為提升醫療院所兒科緊急醫療能力，輔導醫院取得緊急醫療能力分級評定高風險孕產婦及新生兒照護能力認證，並推動「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)、「提升兒科緊急醫療救護品質及資源整合計畫」，期使每市縣均有 24 小時兒科急診緊急醫療服務。據衛福部 113 年 11 月 1 日公告資料，全國計有 89 家重度級急救責任醫院、兒童醫院，或具備高危險妊娠及新生兒醫療照護能力之中度級急救責任醫院，可提供未滿 18 歲兒童 24 小時急診醫療服務，惟經以全國各次醫療區分析結果，仍有「桃園一中壢」等 12 個次醫療區，計 66 個行政區轄內尚乏開設 24 小時兒科急診之醫療院所(表 13)，倘當地兒童遇有緊急醫療需求，須跨區就醫，恐不易掌握黃金搶救時效，危及渠等生命健康。經函請衛福部持續強化布建周產期照護網絡，促進各層級醫療院所之合作，並針對兒科醫療資源不足地區妥擬有效因應對策，以增進兒童就醫可近性。據復：承辦

核心醫院計畫及周產期照護計畫之醫療院所，可透過個案討論會議及遠距會診等多元方式，與鄰近醫療機構建立合作機制，將於 114 至 115 年核心醫院計畫及周產期照護計畫，強化核心、重點醫院與區域內提供周產期照護之醫療機構合作；另將持續辦理醫中支援計畫，挹注兒科專科醫師人力，穩定醫療資源不足地區之醫療服務量能。

表 13 全國次醫療區域缺乏 24 小時兒科緊急醫療資源情形

單位：個

序號	次醫療區域	行政區名稱	行政區個數
合計			66
1	桃園—中壢	大園、觀音、中壢、新屋、楊梅	5
2	新竹—竹東	竹東、寶山、北埔、峨眉、芎林、橫山、關西、尖石、五峰	9
3	彰化—南彰化	芳苑、二林、埤頭、竹塘、大城、田中、二水、田尾、北斗、溪州	10
4	南投—南投	草屯、南投、名間、中寮	4
5	南投—竹山	竹山、鹿谷、集集、水里、信義	5
6	雲林—北港	口湖、北港、水林、元長、四湖	5
7	屏東—枋寮	枋寮、春日、枋山、獅子	4
8	花蓮—鳳林	萬榮、鳳林、光復、豐濱、壽豐	5
9	臺東—關山	關山、池上、海端、鹿野、延平、卑南	6
10	臺東—成功	成功、長濱、東河	3
11	臺東—大武	大武、達仁、金峰、太麻里	4
12	澎湖—不分區	馬公、湖西、白沙、西嶼、望安、七美	6

註：1. 資料統計時間：衛福部 113 年 11 月 1 日公告資料。

2. 資料來源：本部自行整理。

4. 國健署推動六歲以下兒童死因回溯分析，以提出預防建議，避免類案再生，惟實務研討個案多屬低度可預防性案件，且尚未針對權責單位改善措施之研擬及落實情形建立追蹤機制，影響政策推行成效：依兒童及少年福利與權益保障法第 13 條規定，中央衛生主管機關應進行六歲以下兒童死亡原因回溯分析，並定期公布分析結果。國健署為辦理兒童死因回溯分析，於 106 年起即參考先進國家作法，研訂辦理模式及推動方法，自 109 年起由新北市等 8 個市縣推動試辦，並逐步擴展至各市縣，至 113 年度全國 22 市縣均已辦理六歲以下兒童死因回溯分析。經查，國健署為利地方政府執行相關作業，已編製「地方政府推動兒童死亡原因回溯分析工作參考手冊」(下稱死因分析手冊)，協助地方政府邀集衛政、社政等相關單位及專家學者組成工作小組，召開六歲以下兒童死亡案例討論會議，以提出可預防性之改善措施。據死因分析手冊列

示之作業流程，案例討論會議建議優先討論「可能具高度可預防性之個案」，俾使討論具效益性。惟執行結果，109 至 110 年度新北市等 8 個市縣討論之 90 件個案，其中高度可預防個案計 19 件，約占 2 成；111 至 112 年度臺北市等 19 個市縣討論之 344 件個案中，亦僅有 3 成 5

表14 六歲以下兒童死亡原因回溯分析討論個案可預防性情形
單位：件、%

可預防性	死因回溯分析年度	109 至 110 年度		111 至 112 年度	
		件數	占比	件數	占比
合計		90	100.00	344	100.00
高度可預防		19	21.11	122	35.47
中度可預防		18	20.00	56	16.28
低度可預防		48	53.33	137	39.83
資訊不足		5	5.56	29	8.43

註：1. 109 至 110 年度於新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、嘉義市、屏東縣及臺東縣等 8 個市縣辦理。
2. 111 至 112 年度於臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市、宜蘭縣、新竹縣、苗栗縣、彰化縣、南投縣、雲林縣、屏東縣、臺東縣、花蓮縣、澎湖縣、基隆市、新竹市、嘉義市等 19 個市縣辦理。
3. 資料來源：整理自「110 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析報告」及「111-112 年 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析結果報告」。

屬高度可預防個案（表 14），甚有資訊不足個案列入討論，恐影響整體討論效益。另現行死因回溯之分析結果，係由國健署將分析報告函送中央及地方政府相關單位，依業管權責研議可預防措施，尚乏權責單位後續改善措施落實情形之追蹤管考機制，恐減損政策執行效益。經函請衛福部輔導各市縣政府強化選案機制，聚焦重要之指標性個案，並研議就死因回溯分析結果，建立後續追蹤管考機制，以提升兒童死亡預防政策之執行效益。據復：為提高討論效率，已修訂 114 年死因分析手冊，建議優先選列「未經府方討論且可預防性高之個案」，並明定地方政府得事先蒐集兒童死因回溯分析必要之資料，以減少資訊不足個案列入討論；另請地方政府召開個案討論會議時，就專家及與會人員所提建議，納入後續追蹤改善事項，國健署亦規劃彙整地方政府提報之改善作為，供各縣市政府及相關中央部會作為研議預防兒童死亡之相關策略參考。

（六） 衛福部為提升國人口腔照護成效，辦理國民口腔健康促進計畫，推動預防保健及衛教宣導措施，並建置特殊需求者牙科服務網絡，惟民眾口腔自我保健觀念仍待強化，且特殊需求者未能就近獲得醫療照護服務，又部分類別住宿式機構尚未納入口腔照護輔導訪查執行範疇，允宜研謀改善，以完善口腔健康照護體系，保障國人口腔健康。

世界衛生組織（World Health Organization, WHO）考量口腔健康影響民眾生活品質甚巨，提出「8020」口腔健康目標，期使 80 歲以上之長者仍保有 20 顆自然牙。衛生福利部（下稱衛福部）為維護國人口腔健康，於 111 至 115 年度辦理國民口腔健康促進計畫（第 2 期），推動各生命週期口腔照護服務及健康促進措施，並擴展布建資源及服務輸送量能，計畫總經費計 63 億餘元。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，推動各項預防保健及衛教宣導措施，惟民眾潔牙識能及洗牙利用率尚有不足，不利降低口腔疾病發生風險；衛福部為提供國人完善之口腔照護服務，於 111 至 113 年度辦理「口腔保健計畫」，推動國小學童牙齒塗氟、白齒窩溝封填等預防保健服務及相關衛教宣導措施，另衛福部中央健康保險署（下稱健保署）亦提供 13 歲以上民眾每半年 1 次、口乾症或患有心血管疾病等齲齒高風險族群每 3 個月 1 次之洗牙服務給付，期藉由預防保健及定期檢查，降低國人口腔疾病發生率。惟據衛福部 113 年 7 月公布之 112