拾柒、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 114 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 38 項，下分工作計畫 41 項，包括健全福利服務體系、完備長照服務資源、優化保護服務輸送體系、拓展全方位醫療照護體系、建構優質防疫應變體系、優化食安管理及生技醫藥政策環境、營造身心健康支持環境、確保健保永續經營、精進國民年金制度等重要施政項目，其中已執行完成者 10 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 31 億 6,904 萬元，決算審核結果，審定實現數 45 億 9,476 萬餘元，應收保留數 556 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 46 億 33 萬餘元，較預算增加 14 億 3,129 萬餘元（45.16%），主要係社會及家庭署收回以前年度補（捐）助經費賸餘款較預計增加。

（二） 以前年度歲入轉入數計 1 億 6,044 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 1,010 萬餘元（6.30%）；減免（註銷）數 101 萬餘元（0.63%），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 4,933 萬餘元（93.07%），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 3,690 億 6,591 萬餘元，經追加預算 3 億 317 萬餘元，合計 3,693 億 6,909 萬餘元，決算審核結果，修正減列實現數 2 億 3,065 萬餘元，係社會及家庭署各項補助經費賸餘；審定實現數 3,485 億 9,468 萬餘元（94.38%），應付保留數 100 億 4,638 萬餘元（2.72%），保留原因詳「一、計畫實施之查核」說明；合計決算審定數為 3,586 億 4,107 萬餘元，預算賸餘 107 億 2,802 萬餘元（2.90%），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 107 億 4,710 萬餘元，決算審核結果，審定實現數 56 億 6,894 萬餘元（52.75%）；減免（註銷）數 4 億 2,310 萬餘元（3.94%），主要係委辦及補助計畫經費結餘；應付保留數 46 億 5,505 萬餘元（43.31%），主要係疾病管制署新型冠狀病毒肺炎（COVID—19）抗病毒藥物採購案件，配合疫情滾動調整交貨時程，須保留繼續執行。

三、重要審核意見

（一） 政府推動強化社會安全網第二期計畫，建構跨部會之安全防護網絡，惟關鍵績效指標內涵及整體成效評核機制尚待精進，且間有部分市縣實際配置社工人力仍未符規劃需求、保護資訊系統跨機關介接資訊品質未臻完善等情，允宜研謀善策因應，以提升政策推展成效。

衛生福利部（下稱衛福部）鑑於近年來家庭暴力、重大兒虐及隨機傷人事件頻仍，為強化社會安全，自 107 年起推動「強化社會安全網計畫」（下稱社安網第一期計畫），計畫期程為 107 至 109 年度，期建構跨部會之安全防護網絡，並配合行政院 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」，持續增補公部門社工人力。嗣為深化社會安全網覆蓋範圍，行政院於 110 年 7 月核定及 113 年 5 月修正核定「強化社會安全網第二期計畫」（下稱社安網第二期計畫），計畫期程為 110 至 114 年度，計畫經費 411 億餘元，截至 114 年底止，已補助進用各類專業人力 6,423 人，持續推動以家庭為中心之多元服務。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. **推動社安網第二期計畫有助完善跨網絡服務體系，惟未能就共同協力推動之策略目標訂定跨機關績效指標，且間有部分指標未落實成果導向或目標值缺乏挑戰性等情：**社安網第二期計畫由衛福部、教育部、勞動部、內政部、法務部及原住民族委員會（下稱原民會）等 6 部會，結合地方政府及民間團體，協力推動 4 大執行策略，並擬訂 24 項關鍵績效指標（原訂指標 23 項，114 年度新增指標 1 項，共計 24 項）。按社安網第二期計畫係屬行政院管制之社會發展類中長程個案計畫，依「行政院所屬各機關中長程個案計畫編審要點」第 5 點規定，中長程個案計畫應盡量以產出型或成果效益型指標為原則，屬跨機關性質者，應訂定跨機關績效指標，惟上開 24 項關鍵績效指標所列主責單位均為單一機關，未能參據計畫之跨體系合作相關策略，落實訂定跨機關績效指標，不利評核跨網絡服務綜效。次查，社安網第二期計畫關鍵績效指標類型已涵括產出型及成果效益型指標，惟仍有「高級中等以下學校每學年辦理兒少性剝削防制教育宣導 3 場次之達成率」及「法務部辦理轉銜會議場次」等 2 項指標屬過程型指標，不利客觀衡量資源投入產生效益或跨體系合作成效。又查社安網第二期計畫於 113 年度所訂 23 項關鍵績效指標達成情形，除 1 項指標實際值未達目標外，其餘 22 項指標皆已達成年度目標，惟計有 4 項指標之實際值連續於 110 至 113 年度超過目標值達 2 成以上，6 項指標之 110 至 113 年度實際值均超過 114 年度目標值，該等指標所訂目標值缺乏挑戰性，不利評核業務推展之實際精進程度。另查，行政院鑑於社安網第二期計畫執行至 114 年底屆期，再於 114 年 11 月核定「強化社會安全網計畫 2.0」（下稱社安網 2.0 計畫），計畫期程為 115 至 119 年度，並訂定 6 大執行策略及 26 項關鍵績效指標，惟仍未明訂計畫跨機關績效指標，且尚有 2 項指標屬於過程型指標；又關鍵績效指標中，屬社安網第二期計畫之延續性指標共計 9 項，其中「脆弱家庭服務 3 個月後案件被通報保護案件比率」等 4 項指標之 113 年度實際值，均已超過社安網 2.0 計畫所訂 115 年度目標值，甚有「脆弱家庭服務 3 個月後案件被通報保護

案件比率」等 3 項指標之 113 年度實際值已達成 119 年度目標值（表 1），顯示社安網 2.0 計畫所訂部分關鍵績效指標於跨機關協力、落實結果導向、目標值設定等方面，均有待持續完善精進指標設計及評核基準，策進執行績效評核作業，以利適時滾動調整各項執行策略。經函請行政院督促精進延續性計畫之績效指標內涵，並參酌業務實況滾動調整目標值，以發揮引領提升執行成效之功能。據復：衛福部將持續會同各部會參酌歷年服務執行情形、實務推動可行性及服務對象未來變化趨勢綜合評估檢討，另將持續檢視社安網 2.0 計畫新增指標實際執行情形及成效，並適時滾動修正目標值，以精進強化社會安全網推動成效。

表 1　社安網 2.0 計畫延續性關鍵績效指標目標值分析

序號	績效指標	單位	社安網第二期計畫		社安網 2.0 計畫				
			113 年度		各年度目標值				
			目標值	實際值	115	116	117	118	119
1	脆弱家庭服務 3 個月後案件被通報保護案件比率	%	低於6%	1%	低於3%	低於3%	低於3%	低於2.5%	低於2.5%
2	原住民族家庭服務中心服務原住民族脆弱家庭個案數（註 2）	人			2,600	2,700	2,800	2,900	3,000
3	兒童及少年未來教育與發展帳戶存款率	%	84	88	86.5	87	87.5	88	89
4	中輟兒少就學權益及輔導每學年總復學率	%	87.5	89.8	91.35	91.40	91.55	91.60	91.75
5	弱勢失業者推介就業比率	%	67.5	78.4	78.5	79	79.5	80	80.5
6	協助精神障礙者就業人數	人	4,115	5,229	4,618	4,710	4,805	4,901	5,000
7	法務部辦理轉銜會議場次	場	50	168	140	140	140	140	140
8	藥癮個案管理服務涵蓋率	%	95	99	100	100	100	100	100
9	精神障礙者協作模式服務據點設置數	處	42	45	62	70	78	82	83

註：1.標記灰底係 113 年度實際值已達 115 年度目標值之項目。
2.本項為 114 年新增指標。
3.資料來源：整理自衛福部提供資料及社安網 2.0 計畫核定本。

2.　持續運作跨體系政策溝通聯繫機制，惟社安網第二期計畫未進行整體執行成效專案檢討，不利完整評核各項策略落實程度：行政院鑑於社會安全網之建構，涉及中央、地方與民間各服務體系間分工、協調及整合，為強化跨網絡合作，於社安網第一期計畫訂有整合跨部會服務體系之實施策略，由衛福部成立計畫專案小組，以該部相關司署、教育部、勞動部、內政部、法務部、原民會為小組成員，建立政策溝通平臺，定期召開政策溝通平臺專案會議，適時邀請專家學者及地方政府參與，並於必要時由行政院政務委員召開中央跨部會平臺會議，以利政策推動；復於社安網第二期計畫，訂有強化部會網絡資源布建之實施策略，持續運作前開溝通聯繫機制。經查，行政院及衛福部自 107 年起陸續推動社安網第一期及第二期計畫以來，截至 114 年底止，已辦理中央跨部會平臺會議 7 場次、政策溝通平臺專案會議 25 場次，惟社安網第二期計畫於 110 至 114 年度執行期間，未見延續運用已建立之跨部會溝通運作機制，就整體計畫執行成效進行專案檢討，較不利系統性評核計畫各項策略目標之落實程度，作為調整執行策略與行動方案之參考。另部分經行政院核定推動之重要社會發展計畫，已透由組建跨部會專案小組於計畫執行期間辦理期中整體檢討，舉如：長期照顧十年計畫 2.0（下稱長照 2.0 計畫），曾由行政院長期照顧推動小組多位委員於 110 年間組成「長照 2.0 整體執行檢討專案小組」，從資源、

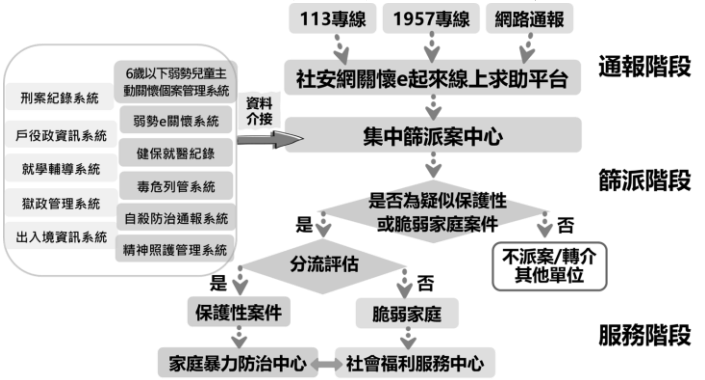
支付、照管等面向全面審視檢討計畫執行現況，並提出調整相關策略之具體興革建議，社安網第二期計畫與長照 2.0 計畫同屬重要社會發展計畫，於執行方面均涉及跨網絡、跨專業之整合與協力議題，並攸關民生福祉與社會安定，可參酌前開模式進行整體計畫成效專案檢討，以利盤點跨網絡合作及服務銜接之實務困境與制度不足，作為政策修正及延續規劃之參考。鑑於政府自115 年起延續推動社安網 2.0 計畫，實務執行上仍面臨合併多重議題之個案服務機制待強化、跨體系資訊資料與服務流程尚待整合、社區初級預防與及早介入工作待加強等多項續存問題，為利持續建構綿密社會安全網絡服務體系，經函請行政院督促研謀改善，並落實滾動檢討與及時策進實施策略，以增進服務推廣成效。據復：衛福部持續依行政院所屬各機關個案計畫管制評核作業要點定期辦理相關管考作業，並會同各部會辦理中央對地方政府執行強化社會安全網績效考核計畫評估執行成效，又社安網 2.0 計畫涉及跨網絡合作，將持續辦理計畫執行期間對跨機關合作、服務銜接及資訊整合等面向之整體成效專案檢討，強化滾動修正與策略調整機制，以即時回應社會需求。

3. 持續改善公部門社工薪資條件及補助地方政府充實社工人力，惟部分市縣實際配置社工人力仍未符規劃需求，恐加深社工人員案量負荷及影響服務品質：政府為提升社工專業服務量能及改善公部門社工人員薪資條件，自 109 年起陸續調高約僱及聘用社工人員薪點折合率，復以社安網第二期計畫持續補助地方政府充實社工人力，並增設資深社工人員職位，期提升人力進用及久任意願，以協助減輕專業人力負擔。執行結果，補助進用社工人力已由 109 年底之 2,447 人，增至 114 年底之 4,114 人。經查，衛福部為督促地方政府依社安網第二期計畫積極進用社工人力，將人員進用率納為中央對直轄市與縣（市）政府執行強化社安網績效考核實施計畫（下稱社安網績效考核）之考核項目，各地方政府每年度整體社工人員進用率未達 85%者，視為未達標準。惟據社安網績效考核結果，113 年度計有 4 個市縣政府之整體社工人員進用率未達 85%之標準，其中有 2 個市縣政府自 111 年起連續 3 年度進用率未達標準，據各該市縣政府分析，主要係社工人員之工作態樣複雜且風險性高、案件負荷量大，及部分轄區幅員廣闊訪視交通費時、人口外流等因素，致人員招募困難，實際配置社工人力未符需求規劃，恐加深社工人員案量負荷及影響服務品質。經函請衛福部加強輔導市縣政府針對社工人力進用困難之問題癥結，研謀善策因應，以利推展各項社會福利及服務工作。據復：已督導市縣政府依其轄區特性及用人需求，研提精進人力招募及留任策略，並持續透過提升社工福利待遇、保障執業安全、辦理層級式教育訓練、健全督導機制及職涯發展等，促進專業人力久任。

4. 衛福部已於保護資訊系統介接多項跨機關資訊，並建置關懷ｅ起來平臺提升通報可近性與案件分流效率，惟部分系統介接資訊品質未臻完善，影響風險預警及決策效能：衛福部於 107 年配合社安網第一期計畫執行「強化社會安全網計畫個案管理資訊系統建置案」，於保護資訊系統等架構下，擴充建置「社會安全網－關懷ｅ起來」平臺，並介接 6 歲以下弱勢兒童主動關懷個案管理平台等相關業務個案管理資訊系統，實際支用 1,605 萬元，自 108 年 1 月

啟用，供各市縣集中篩派案中心接獲各類通報案件後，運用跨資訊系統介接及比對資訊，確認案件風險等級及性質後，派案至保護資訊系統與脆弱家庭個案管理系統，以提供後續處遇服務（圖 1）。經查，衛福部為強化保護資訊系統風險預警功能，及輔助社工人員透過跨部會資訊整合快速掌握個案家庭完整風險圖像，已完成該系統與 16 個部外系統及 14 個部內系統之資訊介接功能，並將部分原須逐筆提出申請始得介接資訊之傳輸模式，改為系統定期自動拋轉介接資料，惟部分系統介接提供資訊品質未臻完善，舉如：衛福部精神照護資訊管理系統所載部分個案列管級數資訊未及時更新，而與實地訪視發現個案症狀存有落差，不利協助第一線社工人員透由系統介接掌握個案當前病況等案件調查必要資訊，俾供連結所需適切支持性服務，影響風險預警及決策效能。經函請衛福部研謀改善，以優化跨體系資訊連結及服務品質。據復：已建立每月定期監測及稽核機制，持續檢視各市縣政府衛生局追蹤關懷訪視個案情形，並就訪視逾期、連續 3 次訪視未遇及紀錄登載延遲等情形，定期函請檢討改善及追蹤辦理情形，以強化資料即時更新及服務品質。

圖 1　保護資訊系統基礎架構圖



資料來源：整理自衛福部提供資料。

（二）　政府持續綿密社會安全網絡，惟近年兒少因家內嚴重虐待及殺子自殺致死個案多未曾有通報或接受服務紀錄，間有兒少保護個案服務結案後短期內又再經通報、保護性社工人力進用不足或流動頻繁等情，另部分市縣心衛中心平均服務人數與設置原則有間，且精神病人緊急處置線上諮詢高風險檢傷評分量表對於潛在危險個案之辨識仍有不足，允宜研謀善策因應，以提升執行成效。

政府為提供以家庭為中心、社區為基礎之整合服務與支持體系，持續推動強化社會安全網第二期計畫（下稱社安網第二期計畫），辦理「優化保護服務輸送，提升風險控管」及「強化精神疾病及自殺防治服務，精進前端預防及危機處理機制」等措施，執行結果，截至 114 年底止，全國已補助成立兒少保護區域醫療整合中心（下稱兒保醫療中心）12 家，設置社區心理衛生中心（下稱心衛中心）71 處，並增補相關服務人力，期能達成完善服務體系，綿密安全網絡等計畫目標。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1.　**近年兒少因家內嚴重虐待及殺子自殺致死案件持續增加，且多數個案未曾有保護通報或接受服務紀錄，另部分兒少保護個案接受處遇服務結案後 3 個月內又經再次通報，或有開案服務後 1 年內因受虐驗傷診療需求再經兒保醫療中心收案等情：**政府為建立社區防護體系，持續推動社安網第二期計畫，優化保護服務輸送，及結合公衛醫療資源，發掘潛在兒虐個案。經查執行情形，核有：(1) 據衛生福利部（下稱衛福部）統計，111 至 113 年度兒少因父母、照顧

者等家庭成員嚴重虐待、疏忽或殺子自殺致死（下稱家內受虐致死）人數合計 65 人，其中各該年度遭嚴重虐待死亡人數占當年度家內受虐致死人數之比率，由 111 年度之 28.57%，增至 113 年度之 46.67%；同期間遭殺子自殺死亡人數占當年度家內受虐致死人數之比率，由 28.57%增至 40.00%(表 2)，2 類兒虐致死人數均持續攀升，且遭殺子自殺案件逾半數個案年齡介於 6 歲以上未滿 18 歲，與遭嚴重虐待或疏忽死亡個案之年齡 8 成以上為未滿 6 歲，多屬不擅向外求助之幼齡兒童態樣有別。該部已依兒童及少年福利與權益保障法第 13 條規定，責由國民健康署進行 6 歲以下兒童死亡原因回溯分析，惟尚未能就 6 歲以上兒少死亡個案，以系統性角度彙整分析案件發生脈絡與情境，恐不利完善整體兒少保護及預防策略。又衛福部已藉由多項策略跨網絡合作加強預防與及早發掘高風險個案提供協助，惟經分析 111 至 113 年度家內受虐致死兒少於死亡前 1 年內經網絡通報及接受保護服務或脆弱家庭服務情形，未曾有通報或接受服務紀錄者約占 61.90%至 92.86%之間（表 3），顯示多數個案未曾有通報或接受服務紀錄，致政府服務資源不易及時介入提供協助;(2)據衛福部統計，兒少保護通報案件數由 109 年度之 46,105 件，增至 113 年度之 62,314 件，各該年度非首次通報案件介於 2,757 件至 3,269 件之間，占通報案件比率約 4.59%至 6.35%，且部分案件屬結案後 3 個月內再通報案件，其中經再次開案服務之案件約為 3 至 4 成。顯示該等案件雖曾經通報列為兒少保護個案，並於接受處遇服務後依結案評估指標辦理結案，嗣因個案又遭受不當對待等情由而再次經通報進入保護服務體系，其家庭處遇服務計畫恐仍未能有效協助個案緩解危險情境因子；(3) 衛福部為提供傷勢複雜嚴重兒虐個案治療及完整身心診療，自 107 年起辦理「兒少保護區域醫療整合中心計畫」，補助區域級以上醫療院所成立兒保醫療中心，114 年度計核定補助 12 家。據該部統計，111 至 113 年度全國兒保醫療中心自行收案服務人數分別為 369 人、497 人、555 人，該等個案於兒保醫療中心收案前 1 年內具兒少保護開案服務紀錄者計 43 人、67 人、37 人，占各該年度收案人數之 11.65%、13.48%、6.67%，顯示該等個案雖曾經通報納入社政保護服務體系，惟自接受服務 1 年內卻又因發生嚴重或複雜傷勢，具驗傷診療需求之受虐事實而送醫，並經由兒保醫療中心醫療團隊以兒虐辨識指標判斷收案服務，有待進一步檢討個案處遇服務執行目標落實情形等情事。經函請衛福部研謀善策因應，以降低兒少再受虐風險。據復：(1) 已設置重大兒童及少年虐待事件防治小組，邀集專家學者及跨部會研商，以歸納系統性改善策略與建議，另刻

表 2　兒少因家內受虐致死人數

單位：人、%

項目 / 年度	合計	遭嚴重虐待死亡		遭嚴重疏忽死亡		遭殺子自殺	
		人數	占比	人數	占比	人數	占比
合計	**65**	**27**	**41.54**	**14**	**21.54**	**24**	**36.92**
111	**14**	4	28.57	6	42.86	4	28.57
112	**21**	9	42.86	4	19.05	8	38.10
113	**30**	14	46.67	4	13.33	12	40.00

資料來源：整理自衛福部提供資料。

表 3　家內受虐致死兒少死亡前 1 年內是否曾經通報或接受保護服務紀錄分析

單位：人、%

項目 / 年度	兒少家內受虐致死人數	未曾有通報或接受服務紀錄		曾有通報或接受服務紀錄	
		人數	占比	人數	占比
合計	**65**	**46**	**70.77**	**19**	**29.23**
111	14	13	92.86	1	7.14
112	21	13	61.90	8	38.10
113	30	20	66.67	10	33.33

資料來源：整理自衛福部提供資料。

正規劃進行重大兒虐事件研析，製作案例簡報、單張教材，提供第一線兒虐防治網絡成員運用；（2）已督請地方政府於兒少保護案件結案時，應再次進行安全評估及家庭功能評估，確認受虐原因已消失或家庭功能提升始能結案;(3)持續補助地方政府辦理親職教育等方案，及透由聯繫會議、社會福利績效考核等督導地方政府落實執行，強化跨單位橫向聯繫與資訊整合，以提升風險辨識與介入有效性，進而降低兒少再受虐風險。

2. 持續推動社工專業人才久任措施，惟多數保護性社工現職人員年資未達晉升資深社工人員之條件，且部分市縣人力進用較為不足或人員流動頻繁，不利累積專業知能並與服務個案建立互信關係：衛福部為提升社工專業人員久任動機及培植督導人才，自 110 年度推動社安網第二期計畫起，增設資深社會工作人員職位，並給予較高支薪標準，由曾擔任社安網第一期計畫及第二期計畫社工人員滿 4 年以上者，且經各主管機關依年資及服務績效進行評核，通過者取得擔任資格。惟據衛福部統計，114 年度經該部核定 11 個市縣政府提報增聘資深保護性社工人數計 137 人，截至 114 年 6 月底止，實際僅 8 個市縣政府進用 32 人，僅約占核定補助人數之 23.36%，全國尚有 14 個市縣政府未進用資深保護性社工人員，主要係多數地方政府現職保護性社工人員經評核尚未達合格聘用標準所致。又截至 114 年 6 月底止，各地方政府依社安網第二期計畫策略二進用之保護性社工人數計 908 人，其中年資未滿 4 年者計 517 人，約占 56.94%，顯示全國超過 5 成之現職保護性社工人員年資尚淺；且據衛福部統計，113 年度全國保護性社工人員流動率達 17.5%，其中計 9 個市縣流動率超過 2 成，人員流動較頻繁，顯示現行措施尚未能有效提升社安網計畫社工人員之久任意願，不利累積保護性工作專業知能及與服務個案建立互信關係。經函請衛福部研謀強化專業人才職場友善及久任措施，以健全社工人力永續發展。據復：已持續與地方政府研商提升進用及精進策略，並透過積極徵才、業務輪調、實習培力等強化人力留任，另協助地方政府發展保護性業務服務資源與方案，提升社工處遇服務能力，並加強辦理人身安全、心理健康、創傷處遇、情緒管理及危機因應等專業教育訓練。

3. 衛福部補助地方政府設置心衛中心，並逐年增加補助進用人力，惟部分市縣心衛中心平均服務人數與設置原則有間，且專業人員實際進用情形未如預期，人力空缺率不降反升，恐影響社區心理衛生及精神病人照護服務之推展：衛福部為提供民眾在地化之心理衛生服務，透過社安網第二期計畫補助地方政府以每 33 萬人設置 1 處之原則布建心衛中心，截至 114 年底止，全國已完成設置 71 處，符合計畫所訂之設置數量目標，惟有 8 個市縣轄內心衛中心平均服務人口介於 36 萬餘人至 57 萬餘人之間，與原規劃每 33 萬人設置 1 處之設置原則尚有落差，恐影響心理衛生服務之可近性及即時性。另依社區心理衛生中心設置及管理辦法規定，心衛中心應置有心理衛生社會工作人員（下稱心衛社工）及其督導、精神病人社區關懷訪視員（下稱關懷訪視員）及其督導、自殺關懷訪視員及其督導、心理師、護理師等 12 類人員，協助推展心理健康促進業務，衛福部並透過社安網第二期計畫補助地方政府進用相關人員，核定進用人數由 112 年之 1,686 人增至 114 年之 2,453 人，實際進用人數則由 112 年底之 1,292 人，增至 114 年 7 月底止之 1,661 人，因實際進用人數增加幅度 28.56%，未及核定進用人數之成長幅度 45.49%，

致整體空缺率由23.37%增為32.29%，影響心衛中心業務推動之穩定性。又衛福部考量心衛社工及關懷訪視員係執行社區精神病人關懷訪視服務之重要人力，為提升其進用及留任意願，於社安網第二期計畫訂定心衛社工案量負荷比1：25、關懷訪視員1：40之目標，惟截至114年8月底止，全國心衛社工平均負荷案量約42件，多數市縣未能達標，甚有部分市縣案量負荷已逾目標值之2倍；另截至114年6月底止，全國關懷訪視員平均案量負荷約43件，亦超逾計畫目標（表4），顯示訪視人力尚有缺口，業務負擔仍屬沉重。經函請衛福部持續督導地方政府布建心衛中心，並研謀強化人員進用及留任措施，積極增補所需人力，以增進社區精神病人照護之可近性與連續性。據復：業請各市縣政府考量轄內人口數、地理位置可近性及心理健康資源密度等因素，訂定心衛中心布建目標數，並持續補助所需經費，另將督導地方政府強化心理衛生人力進用及工作支持措施，並定期檢視各市縣訪視人員案量負荷及個案服務狀況，以確保服務量能與品質穩定推展。

表4　各市縣精神病人關懷訪視人員案量負荷情形

單位：人、件

市縣別	114年度（統計至8月底）			114年度（統計至6月底）		
	心衛社工人數	照護個案數	案量負荷	關懷訪視員人數	照護個案數（註2）	案量負荷
合計	**251**	**10,662**	**42.48**	**597**	**25,978**	**43.51**
臺北市	22	1,278	58.09	42	2,773	66.02
新北市	20	989	49.45	61	3,905	64.02
桃園市	17	848	49.88	43	3,126	72.70
臺中市	31	1,283	41.39	82	2,838	34.61
臺南市	32	1,054	32.94	51	1,615	31.67
高雄市	38	1,633	42.97	96	4,308	44.88
基隆市	4	200	50.00	7	317	45.29
宜蘭縣	6	246	41.00	15	526	35.07
新竹縣	5	195	39.00	14	633	45.21
新竹市	2	142	71.00	8	276	34.50
苗栗縣	8	247	30.88	19	433	22.79
彰化縣	12	673	56.08	38	1,314	34.58
南投縣	10	327	32.70	17	659	38.76
雲林縣	7	320	45.71	23	821	35.70
嘉義縣	5	235	47.00	13	630	48.46
嘉義市	3	179	59.67	5	176	35.20
屏東縣	15	358	23.87	34	778	22.88
花蓮縣	6	210	35.00	13	438	33.69
臺東縣	6	172	28.67	10	262	26.20
澎湖縣	1	34	34.00	3	103	34.33
金門縣	1	35	35.00	2	38	19.00
連江縣	-	4	--	1	9	9.00

註：1.心衛社工及關懷訪視員人數不含心衛社工督導及關懷訪視員督導。
2.係精神照護資訊管理系統第1、2級精神疾病個案，已扣除心衛社工服務之合併多重議題個案數。
3.資料來源：整理自衛福部提供資料。

4.　精神病人緊急處置線上諮詢高風險檢傷評分量表對於潛在危險個案之辨識仍有不足，不同單位對於個案應否護送就醫之判斷間有落差，不利降低個案後續病情惡化或突發危害事件風險：依精神衛生法規定，警察或消防機關於執行職務時，發現疑似精神病人有傷害他人或自己之虞者，應通知當地衛生主管機關，並視需要協助護送就醫。衛福部鑑於實務上警察或消防機關對於「有傷害他人或自己之虞」情事判斷不易，自109年起辦理「精神醫療緊急處置線上諮詢服務與留觀服務試辦計畫」（下稱緊急處置線上諮詢計畫），補助醫療機構設置24小時緊急處置諮詢專線（Call Center），由精神醫學相關專業人員提供諮詢服務，透過「高風險檢傷評分量表」進行檢傷評估，並依評分結果提供建議處置方案，協助警消人員及家屬釐清護送就醫疑義，以提升緊急處置效率及降低延誤就醫風險。113年度計畫支用經費859萬餘元，諮詢專線接獲來電3,753件，其中進行檢傷評估者計1,819件。經查，上開「高風險檢傷評分量表」分為危險性、支持系統及合作能力等3個面向，專線諮詢人員依現場警消人員描述之個案情況進行評

分，整體評分達一定標準者，即建議由警察或消防單位協助護送就醫，惟量表中危險性評估項目，係以個案過去或當次發病期曾有暴力或衝動行為作為高危險性案件判定條件，部分具潛在危險性但尚未出現明顯暴力行為之個案，因評分難以達到戒護送醫門檻，僅能建議轉介門診或由衛生局訪視，不利降低個案後續病情惡化或突發危害事件風險。另查 113 年度進線並完成檢傷評估之 1,819 件個案中，評估建議送醫者計 1,498 件，其中約 2 成案件（361 件）後續因警消人員判斷無須送醫或家屬拒絕等因素而未予送醫，顯示不同單位對於個案應否護送就醫之判斷間有落差。經函請衛福部研議優化危機處置評估模式，並強化衛生與警消單位之橫向溝通，增進雙方對危險性個案判斷及處置之共同認知，以提升緊急精神個案處置效能。據復：已於 115 年 3 月委託草屯療養院辦理歷年 Call Center 來電案件特性及處置結果之分析，滾動精進危機處置評估模式及高風險檢傷評分量表，以提升危機個案處置效能；另將持續督請各地方政府辦理衛生、警察、消防人員之緊急精神醫療處置教育訓練，以強化跨單位之合作機制，增進雙方對護送就醫個案判斷及處置認知之一致性。

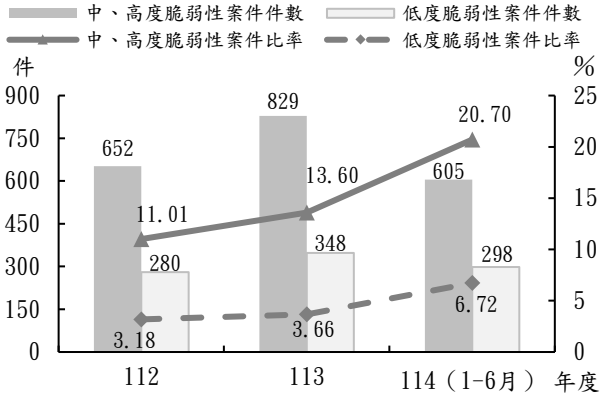
（三） 政府持續推動以家庭為中心之社會福利服務，惟脆弱家庭訪視頻率未達規定之比率漸增，且間有育兒指導方案服務推廣成效及轉介方式待強化，近 4 成弱勢兒少未參與兒少教育發展帳戶措施等情，又推動幼兒托育服務仍有精進空間，允宜研謀改善，以增進服務推展成效。

衛生福利部（下稱衛福部）為落實強化社會安全網第二期計畫（下稱社安網第二期計畫）之「強化家庭社區為基石，前端預防更落實」等目標，透過布建社會福利服務中心（下稱社福中心），整合社會救助與福利服務，持續辦理脆弱家庭處遇、育兒指導服務方案（下稱育兒指導方案）等相關服務，並依據兒童及少年未來教育與發展帳戶條例（下稱兒少教育發展帳戶條例）推動兒童及少年未來教育與發展帳戶（下稱兒少教育發展帳戶），協助弱勢兒少累積資產，以促進其自立發展。又社會及家庭署（下稱社家署）為減輕家長育兒負擔，持續依「我國少子女化對策計畫（107 年－114 年）」（下稱少子女對策計畫）推動未滿 2 歲幼兒托育服務，以支持家庭安心育兒。執行結果，截至 114 年底止，全國已設置社福中心 156 家，兒少教育發展帳戶累計開戶 3 萬餘人，及設置托嬰中心及社區公共托育家園 1,904 處。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. **市縣政府社福中心持續推動脆弱家庭服務，多數個案均能依限完成訪視作業，惟訪視頻率未達規定之比率漸增，又因第一線社工督導人員審核案量沉重，致約 1 至 2 成案件之個案紀錄表及定期評估表審核作業超過 1 個月：**脆弱家庭係因貧窮、犯罪、失業、物質濫用、未成年親職、有嚴重身心障礙兒童需照顧、家庭照顧功能不足等易受傷害之風險或多重問題，需多重支持與服務介入之家庭。社家署為利各市縣政府辦理脆弱家庭處遇服務，於 107 年 11 月訂定「社會福利服務中心辦理脆弱家庭服務指標、工作流程及表單」（下稱服務工作流程），規定社福中心社工接獲地方政府集中篩派案中心分派疑似脆弱家庭通報案件後，應進行開案訪視評估，並於開案後依脆弱性面向及需求擬具服務計畫與目標，後續定期訪視及評估接受服務情形，中、高度脆弱性案件經開案前 3 個月應每月面訪至少 1 次，低度脆弱性案件經開案前 3 個月應每月面（電）訪至少 1 次。據社家署統計，112 年至 114 年 6 月各年度脆弱家庭中、高度脆弱性案件

分別為 5,921 件、6,097 件及 2,923 件，排除 3 個月內完成服務目標而予結案者，開案前 3 個月經社工面訪次數未達 3 次者分別為 652 件、829 件、605 件，約占開案件數之 11.01%、13.60%、20.70%；另同期間低度脆弱性案件開案前 3 個月經社工面（電）訪次數未達 3 次者為 280 件、348 件、298 件，約占開案件數 8,813 件、9,500 件及 4,435 件之 3.18%、3.66%、6.72%，亦呈上升趨勢(圖 2)，顯示訪視頻率未達規定之比率漸增。另前揭服務工作流程規定，社福中心社工於面（電）訪後，應填具個案紀錄表，於脆弱家庭開案後 3 個月完成首次定期評估，開案後每 6 個月重新評估服務目標與計畫至少提出 1 次定期評估，並填具定期評估表，於脆弱家庭個案管理平臺傳送社工督導審核。查該平臺自 108 年度啟用以來，全國社福中心社工傳送社工督導審核通過之個案紀錄表共計 199 萬餘件，其中經社工督導審核逾 30 日以上者有 28 萬餘件，包括審核期間逾 1 年者 2 萬 6 千餘件（表 5），又 114 年 8 月底前由社福中心社工傳送之個案紀錄表，尚未經社工督導審核通過者亦有 2 萬 6 千餘件，包括已逾 1 年未審竣之 1 萬 6 千餘件；另截至 114 年底止，完成審核之 8 萬餘件定期評估表中，審核期間逾 30 日者計 1 萬 6 千餘件，約占 2 成，且包括審核期間逾 1 年者 2 千餘件（同表 5），主要係社福中心第一線社工督導人員普遍審核案量負荷沉重，致部分案件審核作業較長，不利適時引導社工人員完善規劃服務內容，確保服務內容契合案家實際需求。經函請衛福部督促研謀改善，以確保弱勢家庭及時獲取所需支持服務。據復：已透過社福中心聯繫會議，提醒地方政府落實脆弱家庭服務頻率，並請督導依限完成審核，另已新增脆弱家庭個案管理平臺提醒功能，並配合第一線實務執行，滾動檢討相關服務流程與脆弱性指標輔助工具。

圖 2　脆弱家庭當年度開案前 3 個月訪視未達規定次數案件分析



資料來源：整理自社家署提供資料。

表 5　截至 114 年底脆弱家庭個案管理平臺登載個案紀錄表及定期評估表完成審核情形

單位：件

項目	合計	審核期間		
		30 日內	31 至 365 日	366 日以上
個案紀錄表	**1,996,992**	1,711,744	258,868	26,380
定期評估表	**80,120**	63,641	14,408	2,071

資料來源：整理自社家署提供資料（資料日期：114 年 12 月 29 日）。

2.　推動育兒指導方案，有助增強家庭教養及親職知能，惟未滿 20 歲父母、新手父母家庭使用服務比率仍低，服務推廣成效及網絡單位轉介方式均容有精進空間：社家署為提供兒童照顧支持服務，增強家庭教養及親職知能，自 107 年起補助及輔導各市縣政府結合民間團體推動育兒指導方案，運用專業育兒指導員提供到宅指導，並優先服務 6 歲以下兒童之新手父母家庭、脆弱家庭、身心障礙者家庭、未滿 20 歲父或母、經社工評估有需求之家庭；執行結果，方案服務家庭數已由 112 年度之 3,388 戶，成長至 113 年度之 3,462 戶。經查，各市縣政府推動育兒指導方案，112 及 113 年度服務未滿 20 歲父母家庭數分別為 219 戶、226 戶，占內政部統計各該年

度新生兒生母未滿20歲者人數1,400人、1,381人之比率尚未及2成，服務推廣成效容有提升空間。又據內政部統計，112及113年度新生兒屬第1胎者均為7萬餘人，與育兒指導方案於各該年度服務新手父母家庭數為1,332戶、1,496戶相較，均有相當落差，顯示新手父母家庭使用育兒指導方案者比率仍低。另據社家署統計，113年度透過衛政、民政、教育、醫療、警政等跨網絡單位轉介育兒指導方案服務之家庭數計158戶，僅占當年度接受育兒指導方案評估之案件數3,427戶之4.61%，而多數接受服務之案家來源主要係自行或親友申請、服務單位自行發掘、社政或社福單位轉介等。又現行網絡單位之通報轉介方式，仍仰賴紙本方式填寫申請表件後，傳送至各市縣政府社會局（處）或育兒指導承辦單位，尚未有資訊化通報機制，恐不利及時回應及轉介家長潛在需求。經函請衛福部研議加強推廣及跨網絡轉介與合作策略，以擴大發掘潛在服務需求家庭。據復：自115年起於育兒津貼申請表增列育兒指導服務需求欄位，促進民眾認識相關服務，亦規劃介接國民健康署婦幼健康管理整合系統及醫事司幼兒專責醫師個案管理資訊系統，以強化案件轉介及服務銜接，並持續製作宣導素材，提升網絡單位及民眾對服務之認識與觸及率。

3. 推動兒少教育發展帳戶協助弱勢兒少資產累積，惟仍有近4成弱勢兒少未參與該項扶助措施，且部分已開戶者未曾繳存自存款，又社工輔導訪視作業尚有精進空間：政府為協助弱勢家庭兒少自立脫貧，於106年6月推動「兒童與少年未來教育及發展帳戶方案」，並於107年6月制定兒少教育發展帳戶條例，期藉由家長及政府共同合作之儲蓄機制，協助弱勢兒少資產累積、教育投資及就業創業，促進其自力發展。經查，截至114年8月底止，政府開辦兒少教育發展帳戶已逾8年，累計開戶人數合計37,732人，占全國符合資格者58,150人之比率（累計開戶率）約64.89%，顯示仍有近4成弱勢兒少未參與該項扶助措施。另依兒少教育發展帳戶存款情形分析，截至114年8月底止，帳戶金額僅維持政府原提撥之開戶金1萬元者計2,179人，約占累計開戶人數之5.77%，且自兒少教育發展帳戶開辦以來，整體存款率由106年度之52.90%，成長至113年度之74.10%（表6），惟仍未及8成，主要係部分家長考量意願、經濟因素、未有理財概念等所致，顯示部分弱勢兒少雖已開立帳戶，卻未曾繳存自存款，恐難以達成協助累積資產之政策目的。次查，依兒少教育發展帳戶條例第18條及第22條規定，針對開戶人申請退出兒少教育發展帳戶，或連續3至6個月未存款者，由市縣政府社工人員進行訪視輔導及提供相關協助。據統計，114年度截至8月底止，上開已開戶兒少37,732人中，因連續3至6個月以上未存款，或申請退出兒少教育發展帳戶，而應輔導訪視者為7,352人，惟實際訪視人數計5,798人，訪視率約78.86%，又其中2,020人經社工訪視後恢復存款，訪視後存款率為34.84%，且近3年訪視後

表6 兒少教育發展帳戶歷年開戶及存繳情形

單位：人、%

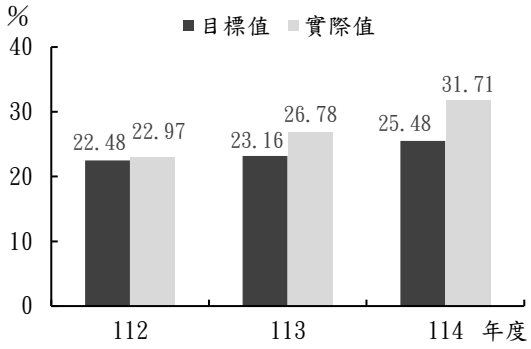
年度	符合資格人數（A）	累計開戶人數（B）	累計開戶率（B/A×100）	開戶人實際存款人數（註2）（C）	存款率（C/B×100）
106	9,441	2,654	28.11	1,404	52.90
107	16,308	6,761	41.46	3,903	57.73
108	23,140	11,319	48.92	6,953	61.43
109	31,729	16,578	52.25	10,303	62.15
110	39,157	21,530	54.98	14,435	67.05
111	44,627	26,288	58.91	18,291	69.58
112	49,918	31,156	62.41	22,431	72.00
113	55,309	35,171	63.59	26,061	74.10
114年8月底	58,150	37,732	64.89	25,040	66.36

註：1.累計開戶人數包含開戶後自願退出人數。
2.係開戶後除開戶金外，該年度有實際存款紀錄者。
3.資料來源：整理自衛福部提供資料。

存款率由111年度之92.86%，下降至113年度之66.04%，成效仍有待提升。又依衛福部112年委託辦理「兒童及少年未來教育與發展帳戶長期追蹤研究計畫」報告分析發現，許多家長表示社工致電聯繫多為提醒繳存事宜，針對兒少教育發展帳戶之具體內涵及影響、相關輔導措施等較未提及，顯示部分社工人員輔導作業尚有精進空間。經函請衛福部研謀改善，以落實協助弱勢兒少自力發展之政策美意。據復：已於脫貧方案家庭服務聯繫會議督請各市縣社工於家訪或電訪時，除輔導繳存外，應就兒少發展帳戶具體內容等資訊加以說明，並已辦理多項社工培訓課程，以強化及深化社工脫貧輔導量能與專業知能。

4. 政府持續推動未滿2歲幼兒托育服務，家外送托率已逐年成長，惟幼兒托育服務推動情形仍有精進空間：少子女對策計畫列述，國內低生育率與家庭育兒負擔沉重、平價優質托育服務不足等因素相關，該計畫爰以減輕家長育兒費用負擔、持續加速照顧公共化、穩定托育服務品質、提高家外托育照顧使用率等為政策目標，由社家署推動0至未滿2歲兒童之育兒津貼發放、擴大公共化托育量、建置準公共托育機制等照顧措施，並將未滿2歲幼兒家外送托率（下稱家外送托率）納為績效指標。經查，據社家署統計，家外送托率由112年度之22.97%，成長至113年度之26.78%及114年度之31.71%，並已達成各該年度目標值（圖3），惟依經濟合作暨發展組織（Organization for Economic Cooperation and Development, OECD）網站公開家庭資料庫（Family Database）於2026年2月發布資料，其會員國2024年0至2歲兒童送托家外照顧比率之平均值約為38%，相較之下，我國113及114年度家外送托率分別為26.78%、31.71%，仍低於前開OECD會員國平均值，顯示我國普及平價之公共托育服務推動情形仍有精進空間，且截至114年底止，仍有5個縣市政府轄內家外送托率未及2成，區域資源之布建及服務可近性亦有提升空間。為協助家長兼顧就業與育兒需求，經函請社家署研謀改善，以提升執行成效。據復：將運用我國少子女化對策計畫2.0經費補助地方政府持續布建公共托育設施，另為督促地方政府落實前開申請經費布建公共托育設施之執行進度，每月定期召開公共建設推動會報追蹤辦理進度，不定期實地訪查逐案管考及檢討執行困境。

圖3 0至未滿2歲幼兒家外送托率



資料來源：整理自社家署提供資料。

（四） 政府持續推動福利政策擴大照顧弱勢民眾，惟有關社會救助法之所得設算機制修法方向各方意見分歧，且對於經濟不利處境者之影響評估實證資料闕如，另社家署補助地方政府辦理獨居老人關懷服務經費執行成效欠佳，且補助經濟弱勢獨居長者安裝緊急救援裝置人數仍未達成預期目標，允宜研謀改善，以保障弱勢民眾基本生存權益。

衛生福利部（下稱衛福部）因應社會發展及家庭變遷，為擴大照顧弱勢民眾，近年來持續研議社會救助法修法作業。又為提升獨居老人居家安全，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），並由社會及家庭署（下稱社家署）於112至114年度編列預算共8億875萬餘元推動計畫相關事宜，復為擴大辦理獨居老人關懷服務，社家署以中央政府因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別預算(下稱韌性特別預算)編列115及116年度辦理強化獨老關懷計畫所需經費62億5,316萬餘元，並於114年12月訂定「115年度擴大獨居老人服務實施計畫」（下稱擴大獨老服務計畫），規劃推動擴大獨居老人訪查、擴大緊急救援裝置補助對象、新增依需求分級服務、新增獨居老人送餐服務等項目。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 政府推動社會救助法修法擴大照顧弱勢民眾，惟有關所得設算機制修法方向各方意見分歧，且對於經濟不利處境者之影響評估實證資料闕如：依社會救助法第5條之1規定，有工作能力未就業者，依基本工資核算工作收入（下稱所得設算）；以所得設算核算工作收入者，其中16歲以上未滿20歲、60歲以上未滿65歲者依核算收入70%計算，身心障礙者依核算收入55%計算。衛福部為擴大照顧弱勢民眾，持續研議社會救助法修法作業，經於112及113年間多次召開會議彙整中央相關部會及各市縣政府、專家學者及民間團體意見後，於113年4月預告社會救助法部分條文修正草案（下稱預告修正草案），其中第5條之1規定，已增訂包括55歲以上未滿60歲、二度就業婦女、更生受保護人、長期失業者、政府列冊輔導街友等就業條件相對不利者之所得設算機制，以擴大照顧弱勢民眾。又衛福部鑑於部分民間團體迭有所得設算機制易高估申請人實際收入，不利弱勢民眾申請福利資格之訾議，並建議修法取消該機制，改由申請人自述工作收入再經審查機關核算，爰陸續邀集中央相關部會、地方政府、專家學者及民間團體召開研商會議。其中該部於114年11月26日召開之研商修正社會救助法所得設算規定改採自述收入可行性會議，部分與會專家學者建議政府應以實證數據為基礎及採漸進改革之方式修法等，並決議請該部通盤評估預告修正草案是否貼近經濟不利處境者工作收入、參考專家學者意見補充論述基礎、瞭解不符福利資格樣態等。且立法院三讀通過之114年度中央政府總預算案關於衛福部主管公務預算、中央政府因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別預算案作成附帶決議，政府應就是否廢除虛擬收入政策（所得設算機制）進行可行性評估，惟截至115年4月底止，衛福部尚未蒐集研析修正所得設算機制對於經濟不利處境者之影響評估等實證資料，以加速推動社會救助法之修法進程。為利凝聚共識完善我國社會救助體系，經函請衛福部研議加強蒐整所得設算機制對於經濟不利處境者之影響評估實證資料，並協洽權責機關推動跨部會資料分析機制，以利完善福利資格審查制度，保障國人基本生存權益。據復：將持續依社會救助法規定，強化跨機關資料整合以覈實所得，增加取得申請人薪資資料涵蓋率，另經專家學者建議及邀集地方政府、相關部會研商，參考就業服務法規定，規劃增加就業不利處境者之多元折算對象及機制，以促進弱勢就業自立。

2. 社家署持續推動獨居老人關懷服務，惟部分地方政府 113 及 114 年度補助經費執行成效欠佳，又自 115 年度以韌性特別預算擴大服務對象，預計訪查人數及經費規模均大幅成長，有待督促地方政府預為研謀妥善配套及輔導措施：社家署於 113 年度編列預算 2 億 7,624 萬餘元推動強化獨老關懷計畫，核定各市縣政府補助經費 2 億 4,383 萬元，實支數 1 億 4,460 萬餘元，經費執行率約 59.31%，其中 16 個市縣政府經費執行率未及 8 成；114 年度編列預算 2 億 7,331 萬餘元，核定各市縣補助經費為 2 億 3,066 萬餘元，截至 115 年 4 月底止，檢視已完成經費核銷之 10 個市縣政府執行情形，尚有 6 個市縣政府執行率未及 8 成，主要係地方政府推動服務以自籌款支應及實際補助人數較少等，致整體計畫經費執行未如預期。鑑於社家署業以韌性特別預算匡列 115 年度預算數 26 億 9,384 萬餘元辦理擴大獨老服務計畫，較原強化獨老關懷計畫每年編列預算約 2 億餘元，大幅擴增計畫經費規模，有待積極輔導地方政府妥為整備行政資源及人力，提升預算執行成效，以發揮健全獨居老人服務體系之預期效益。次查，社家署推動擴大獨老服務計畫，規劃於 115 及 116 年度運用內政部戶政司提供 65 歲以上單獨生活戶戶籍資料，補助地方政府結合民政單位訪查獨居老人，並將獨居老人關懷服務對象分為 4 級，依需求等級提供不同頻率之關懷訪視、電話問安、生活協助、就業協助等服務，預計 2 年內完成 73 萬餘戶獨居長者之實地訪查。按前開預估之訪查人數，係參考行政院主計總處 109 年人口及住宅普查統計，按 65 歲以上人口獨居比率（15.6%），以 115 年 2 月底老年人口 470 萬餘人據以推算，惟該署於 115 年 3 月間再參據內政部戶政司 114 年 11 月提供 65 歲以上單獨生活戶資料計算，預計訪查人數將增至 121 萬餘人，較原推估人數增加訪查近 50 萬人，增幅約 6 成，加以截至 114 年底各市縣列冊獨居老人達 6 萬餘人，渠等既有關懷訪視服務仍倚賴地方社工人力投入，加計前開擴大服務對象後，列冊關懷長者數量將大幅擴增，若未輔以配套措施，恐造成地方社工負擔加重，潛存影響服務品質之風險。經函請社家署研謀善策，並督促地方政府預為研謀妥善配套，以利政策目標之達成。據復：已編製訪查員訓練影片及工作手冊，以提供各市縣政府作為第一線訪查人員教育訓練之素材，並建置獨居老人數位作業平台，協助地方政府掌握轄內獨居老人服務進度，另組成輔導團隊定期與各地方政府召開行政聯繫會議，針對地方實務推動困境研商解決方案，督導地方政府達成計畫預期效益。

3. 全國獨居長者緊急救援裝置安裝人數持續成長，惟截至 114 年底部分市縣整體安裝率尚未及 2 成，又社家署補助經濟弱勢獨居長者安裝人數仍未達成預期目標：各市縣政府為運用智慧科技與服務提升獨居老人居家安全，持續補助一般戶及中低收入獨居長者安裝緊急救援連線裝置之服務費用。社家署自 112 年度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；復自 115 年起推動擴大獨老服務計畫，規劃安裝緊急救援裝置之補助對象，擴大至有需求之獨居老人，以協助長者遇有突發及緊急事件時可獲得及時協助。經查，據社家署統計，全國獨

居長者緊急救援裝置安裝人數由112年底之1萬2,950人，增加至114年底之1萬8,532人（表7），安裝人數持續成長，惟截至114年底止，尚有9個市縣列冊獨居老人之安裝率未及2成，轄內服務普及程度仍有拓展空間。次查，依行政院於111年11月核定「因應超高齡社會對策方案（112-115年）」所列，補助中低收入獨居老人安裝緊急救援連線設備1項工作，係由社家署推動強化獨老關懷計畫補助經濟弱勢獨居老人辦理，112年度預期效益目標包含補助安裝緊急救援裝置9,000人，並設定每年成長10%，至114年底約可達10,890人。惟據社家署統計，截至114年底止，各市縣經濟弱勢獨居老人安裝緊急救援裝置之人數合計7,889人，迄未能達成112年度補助安裝人數（9,000人）之預期目標，亦與114年度補助安裝人數達10,890人之預期目標落差仍大，且有9個市縣之114年底安裝率較113年底下降，服務成效尚待提升。又參考部分先進國家運用智慧科技營造高齡獨居長者居家安全環境之作法，如：日本部分地區推廣安裝「生命節律傳感器」於廁所門上，於偵測異常情況時自動通知保全公司採取及時因應措施；或部分地方政府與電力公司合作，以「智慧電表」分析長者家戶用電模式，於偵測連續多日用電異常時，通知緊急連絡人或關懷單位進行訪視等，可資借鏡參考該等運用智慧設備及風險預防方式，精進規劃獨居老人居家安全補助措施，善用多元智慧科技守護高齡者居家安全。經函請社家署研謀改善，並策進宣導策略增進獨居長者接受服務意願，以強化獨居長者居家安全保障。據復：自115年度起補助提供獨居老人多元裝置選擇，除固定式裝置外，新增穿戴式選項，獨居長者可依個人需求選擇緊急救援裝置型式，提高安裝意願，另定期與地方政府召開行政聯繫會議，瞭解與追蹤各地方政府工作進度，並納入社會福利績效考核指標，以敦促地方政府強化推動獨居老人服務工作。

表7　全國列冊獨居老人安裝緊急救援裝置情形

單位：人、%

年底	列冊獨居老人數量	年底安裝緊急救援裝置人數	安裝率
112	51,695	12,950	25.05
113	59,061	16,014	27.11
114	67,003	18,532	27.66

資料來源：整理自衛福部網站公開資料。

（五）　政府為完善醫療照護體系，推動各項計畫提升偏鄉醫療服務可近性，並辦理外傷救護藥品醫材儲備作業，強化藥物供應韌性，惟山地鄉區外就醫比率逐年上升，且部分偏鄉醫院急重症處置量能有待提升，又尚未建立戰略物資適足儲備量檢討機制，允宜研謀善策因應，以強化醫療資源之配置與整備。

衛生福利部（下稱衛福部）為提升偏鄉醫療照護可近性及急重症處理能力，陸續推動全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System，下稱IDS計畫）、健保西醫（中醫、牙醫）醫療資源不足地區改善方案等計畫，將區外醫療資源送入偏鄉，協助提供專科診療、巡迴醫療等服務，並持續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）等措施，由醫學中心或重度級急救責任醫院輪派醫師至偏鄉醫院支援，提升偏遠地區緊急醫療量能。另依全民防衛動員準備法規定，因應戰爭、災害需求，辦理重要外傷用藥品醫材儲備工作。經查相關業務之推動，核有下列事項：

1. IDS 計畫之推行有助彌補山地離島及偏遠地區醫療資源之不足，惟山地鄉區外就醫比率逐年上升，又可避免住院件數為全國平均之 2 倍，偏鄉就醫可近性及醫療照護成效尚有改善空間：山地離島地區醫療資源稀缺，中央健康保險署（下稱健保署）自 88 年起推動 IDS 計畫，導入區外醫療資源提供診療與健康促進服務，114 年計有 21 家醫院至 43 個山地離島鄉鎮提供醫療服務 45 萬餘人次，有助彌補偏鄉醫療資源之不足。惟據健保署提供資料，山地鄉保險對象區外就醫比率由 110 年之 74.5%增至 114 年之 76.6%，且區內及區外就醫疾病皆以感冒與上呼吸道感染、高血壓與糖尿病等慢性病、牙科疾病為大宗，就醫疾病高度相似，當地醫療服務恐未能滿足民眾常見疾病醫療需求。又 110 至 114 年山地鄉「可避免住院件數」（已發生之住院件數中，可由醫療門診體系提供照護而避免者）為每 10 萬人口 2,323.96 件至 3,095.32 件不等，為全國每 10 萬人口 994.63 件至 1,174.96 件之 2 倍以上（表 8），且由 110 年之 2.47 倍逐漸擴增至 114 年之 2.77 倍，顯示山地鄉民眾較易因未獲得即時且適當之門診照護，使用原可避免之住院醫療，當地醫療照護服務之可近性及品質仍有提升空間。另查健保署為鼓勵醫療院所提供偏鄉民眾全人整合性照護服務，自 111 年起於原 IDS 計畫執行地區之花蓮縣秀林鄉，試辦偏鄉地區全人整合照護執行方案（下稱全人整合方案），引入可避免住院件數等評核指標，並提供健保醫療點數回饋金及區內就醫比率提升獎勵等給付誘因，鼓勵醫療院所提供民眾整合性之健康照護，期強化其健康結果及在地就醫意願，114 年已於 9 個 IDS 計畫執行地區試辦，服務 14 萬餘人次，惟 114 年度國內區外就醫比率大於 9 成，或可避免住院件數逾全國平均 3 倍之 15 個山地鄉中，僅 3 個納入全人整合方案試辦地區，有待擴展導入整合性之照護模式，以利促進當地民眾健康情形。經函請衛福部督促強化山地鄉健康促進及醫療診治之連續性照護服務，並研議針對區外就醫比率及可避免住院件數較高之地區，優先導入推動全人整合照護措施，以利縮短城鄉居民之健康落差，落實健康平權。據復：115 年健保署已於 8 個縣市 14 個山地離島地區辦理全人整合方案，並將爭取健保總額預算擴大推動，以提升在地照護量能與就醫可近性，維護偏鄉民眾健康。

表 8　全國及山地鄉保險對象可避免住院件數

單位：件/每10萬人口、倍

年	全國（A）	山地鄉（B）	山地鄉與全國倍數差距（B/A）
110	1,101.94	2,726.16	2.47
111	994.63	2,323.96	2.34
112	1,119.15	2,918.17	2.61
113	1,174.96	3,095.32	2.63
114	999.68	2,766.04	2.77

註：1.每 10 萬人口可避免住院件數，係依據美國健康照護研究及品質局（Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ）預防品質指標（prevention quality indicators, PQIs）定義之急性及慢性疾病住院合計件數除以 18 歲以上人口數x100,000。
2.資料來源：整理自健保署提供資料。

2. 醫學中心或重度級急救責任醫院支援偏鄉醫院急重症專科人力，有助提升山地離島及偏遠地區緊急醫療能力，惟部分受支援醫院因專科醫師人力不足，急重症處置量能尚待提升：衛福部為強化離島及資源不足地區急重症醫療量能，自 102 年起辦理醫中支援計畫，由醫學中心或重度級急救責任醫院支援急診與急重症全職專科醫師人力，協助該等地區之醫院提升緊急醫療能力，114 年計有 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院（下稱支援醫院）支援 28 家離島及醫療資源不足地區醫院（下稱受支援醫院）137 名急重症醫師人力。另該部為建立院際間急

重症轉診機制，自 102 年起推動提升急重症及加護病房轉診品質計畫，於全國建置 14 個急重症轉診網絡，截至 114 年底，已有 205 家醫院參與網絡，其中亦包含醫中支援計畫之 28 家受支援醫院。惟查該 28 家受支援醫院 114 年整體急診轉出率為 1.39%，仍高於全國轉診網絡 205 家醫院之 1.04%，其中連江縣立醫院等 8 家醫院轉出率逾 2%（表 9），部分受支援醫院之急診處置量能仍未能滿足在地需求，且經分析該等醫院緊急傷病患轉出原因，有別於 205 家急重症轉診網絡醫院轉出原因主要為病人或家屬要求，醫中支援計畫受支援醫院則以專科醫師人力問題為主因，其中連江縣立醫院、衛福部澎湖醫院等 12 家醫院，因人力問題而轉出之比率已逾 4 成，顯示該等受支援醫院雖已接受支援醫院支援急重症專科人力，仍較易因醫師人力因素而將緊急傷病患轉出，收治及處置量能仍有待提升。考量偏鄉醫院部分專科僅由少數醫師輪值，若遇人員離職或個人健康因素退出等，即出現人力缺口，需將病患轉至其他醫院處置，不利急重症醫療服務之穩定運作，且現行支援醫院支援人員多採短期輪值方式，較難建立長期穩定之醫療團隊合

表 9　114 年醫中支援計畫受支援醫院緊急傷病患轉出情形

單位：%

醫院	所屬急重症轉診網絡	急診轉出率	緊急傷病患轉出原因			
			專科醫師人力問題（註 1）	空間量能不足（註2）	病人或家屬要求	其他特殊原因
全國急重症轉診網絡醫院合計（205 家）		**1.04**	**33.05**	**22.59**	**40.60**	**3.76**
醫中計畫受支援醫院合計（28 家）		**1.39**	**37.39**	**23.93**	**36.16**	**2.52**
衛福部金門醫院	雙北	0.44	13.17	51.71	34.15	0.98
連江縣立醫院	雙北	3.29	49.42	38.37	11.05	1.16
衛福部澎湖醫院	高雄	0.73	52.78	17.59	29.63	—
三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處	高雄	0.74	41.76	37.65	20.59	—
國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹臺大分院生醫醫院竹東院區	北桃竹	2.23	55.67	10.00	34.33	—
臺北榮民總醫院新竹分院	北桃竹	2.31	35.24	37.35	23.49	3.92
東元醫療社團法人東元綜合醫院	北桃竹	0.82	5.87	11.45	59.50	23.18
天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院	北桃竹	1.55	43.24	22.85	33.17	0.74
衛福部苗栗醫院	中苗	1.16	43.59	10.62	44.69	1.10
李綜合醫療社團法人苑裡李綜合醫院	中苗	1.23	37.91	22.22	39.87	—
為恭醫療財團法人為恭紀念醫院（註 3）	中苗	0.88				
臺中榮民總醫院埔里分院	中苗	3.22	30.39	18.76	50.84	—
竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院	中投	1.86	14.90	13.97	70.76	0.37
佑民醫療社團法人佑民醫院	中投	2.78	40.68	21.28	35.14	2.90
埔基醫療財團法人埔里基督教醫院	中投	0.11	37.04	22.22	40.74	—
天主教若瑟醫療財團法人若瑟醫院	雲彰	1.34	37.65	36.86	24.90	0.59
中國醫藥大學北港附設醫院	嘉義	0.72	27.95	5.68	63.32	3.06
長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院	嘉義	3.18	32.05	16.48	41.76	9.71
衛福部臺南醫院新化分院	臺南（成大）	6.54	54.34	28.40	17.26	—
衛福部旗山醫院	高屏	0.85	13.30	35.96	49.51	1.23
南門醫療社團法人南門醫院	高屏	1.74	34.31	8.82	55.88	0.98
衛福部恆春旅遊醫院	高屏	1.29	30.67	25.33	39.33	4.67
恆基醫療財團法人恆春基督教醫院	高屏	1.46	56.13	26.45	14.84	2.58
枋寮醫療社團法人枋寮醫院	高屏	0.71	32.63	7.37	57.89	2.11
臺北榮民總醫院玉里分院	花蓮	3.82	63.72	31.77	4.51	—
臺灣基督長老教會馬偕醫療財團法人臺東馬偕紀念醫院	臺東	0.47	15.90	15.90	64.10	4.10
衛福部臺東醫院	臺東	1.54	52.17	9.78	38.04	—
東基醫療財團法人臺東基督教醫院	臺東	1.00	47.89	38.03	14.08	—

註：1.專科醫師人力問題包括「無該專科醫師」、「有專科醫師，因故無法處理」等情形。
2.空間量能不足包括「儀器或設備不足」、「床位不足」、「處置與特殊治療量能滿載」等情形。
3.114 年提升急重症及加護病房轉診品質計畫中苗網絡成果報告，未統計為恭醫療財團法人為恭紀念醫院之緊急傷病患轉出原因。
4.灰底標註者表示急診轉出率高於 2%、專科醫師人力問題占緊急傷病患轉出原因比率高於 40%。
5.資料來源：整理自 114 年度急重症轉診品質計畫各網絡成果報告。

作及醫病關係，亦影響照護服務之連續性與整體醫療效率。經函請衛福部強化偏鄉急重症專科醫師之長期支援機制，並加強偏鄉在地人才培育及留任措施，以建立穩定之在地急重症醫療團隊，完備偏鄉緊急醫療服務體系。據復：持續以「充實在地醫療人力、強化在地緊急醫療能力、推動遠距醫療、強化緊急後送機制」等 4 大面向政策，推動醫中支援計畫、公費醫師制度、急重症遠距醫療會診、急重症轉診網絡等措施，改善偏鄉醫療照護網絡。

3. 衛福部為因應外傷救護藥品醫材儲備量不足，辦理專案增購，惟未制度性通盤檢討適足儲備量，衍生戰略物資儲備量短缺風險，且未訂定增購品項之最低儲備水準，致部分增購品項於儲備醫院已無存量，恐影響傷患救治能量：依全民防衛動員準備法第 23 條規定，為因應戰爭、災害需求，直轄市及縣（市）政府衛生主管機關應結合施政，輔導公、民營醫院完成重要外傷用藥品醫材儲備；衛福部依上述規定訂定藥品醫材儲備動員管制辦法（下稱藥品動員辦法），規定各公、民營醫院應按該辦法附表所訂之品項及數量進行藥品醫材儲備。經查衛福部辦理重要外傷用藥品醫材儲備情形，核有：(1) 行政院考量烏俄戰爭爆發導致國際情勢不穩等因素，指示相關部會加強業管物資整備評估，及遭封鎖或戰時設施遭破壞之應變處置作為，經衛福部評估，我國若遭封鎖或戰事發生造成人員傷亡，現存外傷用物資儲備量尚有不足，緊急生產或進口恐無法及時因應，於 111 年動支第二預備金 2 億 2,084 萬餘元增購 30 項外傷救護藥品醫材 10 萬人份，並要求各市縣政府衛生主管機關持續掌握各儲備醫院之庫存情況，輔導醫院維持庫存至少 2 年，倘儲備藥品醫材無法於效期內全數流通使用致逾期而需報廢，自 114 年起每年以原採購量 20%為原則辦理報廢，並於 114 至 118 年逐年降低儲備水準，惟 115 年考量國際情勢，調整國家戰備需求，重新評估報廢及調整儲備水準，該部尚未制度性通盤檢討藥品動員辦法所訂戰略物資儲備量，致須重新評估報廢及調整儲備水準以因應國家戰備需求，外傷救護藥品醫材之儲備規劃尚欠周妥；(2) 衛福部 111 年專案增購之外傷救護藥品醫材，自 114 年起每年最高報廢 20%，並以醫院全部儲備品項加總份數為基礎推算報廢總數量，惟未規範該批增購藥品各品項報廢份數之上限或最低儲備水準，致 114 年度辦理報廢後，部分專案增購品項於儲備醫院已無存量，衍生儲備醫院傷患救治能量不足之風險等情事，經函請衛福部研謀改善。據復：將考量全社會防衛韌性需要，研議行政院專款增購藥品醫材之儲備及持續維運方式，並編列預算支應及回補，以維持國家之戰備庫存需求。

（六） 衛福部為提升醫事人力之穩定性，陸續推動公費醫事人力培育留任及護理人員執業環境優化等相關措施，惟近年公費醫師分發人數不敷所需，留任情形亦未能有效改善，間有平地偏鄉衛生所專任醫師長年懸缺，部分醫院未達成護病比標準，允宜研謀改善，以穩定醫事人力，維護醫療保健服務量能。

衛生福利部（下稱衛福部）為因應偏鄉醫事人員羅致困難問題，陸續辦理原住民族及離島地區醫事人員養成計畫、重點科別培育公費醫師制度計畫、偏鄉醫師留任獎勵計畫等，期透過公費培育、在職獎勵等措施，充實偏遠地區醫療人力，截至 114 年底止，已培育原住民族及離島地區養成公費生 1,655 人，招收 1,232 名重點科別培育公費生，並提供 300 位偏鄉醫師留任獎勵，

有助提升在地醫事人力之穩定性。另該部為提升護理人力量能及留任意願，推動三班護病比達標醫院獎勵計畫、住院整合照護服務計畫等多項措施，以增加臨床醫療照護人力，維護國人就醫權益。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部推動公費醫師培育及留任獎勵相關計畫，有助充實山地離島及偏遠地區在地人力，惟近年公費醫師分發人數皆未及需求數之 1 成，且留任情形未能有效改善：衛福部為培育原住民族及離島地區在地醫事人才，歷年持續推動原住民族及離島地區醫事人員養成制度，培育具原住民身分或設籍於離島、偏鄉地區之公費醫師（下稱養成公費醫師），分發至原住民族及離島地區服務；另自 64 年起招收一般身分學生培育為公費醫師（下稱一般公費醫師），畢業後分發至醫事人力不足地區或人力羅致困難科別服務，嗣於 98 年停止招收。該部為因應近年急重難症科別醫師人力缺口，自 105 年起再次招收一般身分學生，辦理重點科別培育公費醫師制度計畫，培育內科等五大科為主之公費醫師（下稱重點科別公費醫師），截至 115 年 3 月底止，尚無重點科別公費醫師完成訓練並申請分發服務。據衛福部統計，112 至 114 年各市縣對一般及養成公費醫師之需求名額為 126 至 130 名不等，惟囿於近年一般公費醫師可供分發人數稀缺，各該年度僅 3 位名額可供分發，養成公費醫師每年亦僅分發 4 至 8 名不等，爰各年度公費醫師實際分發人數為 7 至 11 名不等，皆未及需求數之 1 成（表 10），截至 114 年底止，各市縣尚有百餘位公費醫師缺額未能補足，人力缺口主要集中於醫院，衛生所之需求數缺額雖較醫院為少，然因多數衛生所醫師編制員額僅有 1 名，倘長期無法補實人力，恐影響基層醫療及公衛任務之推動。另衛福部為因應一般公費醫師及重點科別公費醫師制度銜接過程中偏鄉醫師之人力缺口，自 109 年起辦理偏鄉醫師留任獎勵計畫，依醫師留任時間及服務機構偏遠程度，提供津貼補助，期穩定偏鄉醫師人力。惟據衛福部統計 93 年起公費醫師留任情形，一般公費醫師服務期滿之留任率由 108 年之 13.56%微幅提升至 114 年之 14.94%，惟整體留任率僅約 1 成餘，服務期滿後流失情形仍處嚴峻；而歷來留任率較佳之養成公費醫師，其留任率亦由 108 年之 70.45%下滑至 114 年之 63.50%，未達計畫維持 7 成留任率之目標，顯示養成公費醫師之留任情形亦面臨挑戰，現行津貼補助等誘因，尚不足以因應偏鄉醫師人力流失情形，倘未輔以相關配套措施，恐仍難以吸引人員長期留任。經函請衛福部強化偏鄉醫師之各面向支持配套措施，以提升醫事人力投入偏鄉服務及留任之意願。據復：將持續從教育、專業支持等面向精進公費醫師培育制度，並持續監測各地區醫師人力配置及留任情形，結合公費醫師培育制度、偏鄉醫師留任獎勵措施及醫學中心支援機制等多元策略，滾動檢討相關政策，強化偏遠及離島地區醫療服務品質。

表 10 公費醫師需求人數及分發服務情形

單位：人

需求單位別		112 年		113 年		114 年	
		需求	分發	需求	分發	需求	分發
合計		**126**	**7**	**126**	**11**	**130**	**7**
衛生所	**小計**	**39**	**5**	**39**	**8**	**42**	**4**
	一般公費醫師	34	1	30	—	35	—
	養成公費醫師	5	4	9	8	7	4
醫院（一般公費醫師）		87	2	87	3	88	3

註：1.112 至 114 年養成公費醫師均分發至衛生所服務。
2.資料來源：整理自衛福部提供資料。

2. 部分醫療資源不足地區之平地偏鄉衛生所，專任醫師長年懸缺，仰賴區外醫師支援看診及提供巡迴醫療服務，不利提升當地民眾獲得醫療保健資源之可近性，影響疾病防治及健康促進效能：衛生所係社區健康照護服務之核心據點，尤在醫療及衛生保健資源相對匱乏之偏鄉地區，

更為當地醫療衛生體系重要之一環。經查，原住民族及離島地區衛生所，受益於原住民族及離島籍公費醫師培育與留任獎勵、健保山地離島地區醫療給付效益提昇計畫等資源挹注，醫師人力相對穩定，據衛福部統計 114 年 10 月底全國 78 個原住民族及離島地區衛生所西醫師缺額情形，總計編制員額 122 名，實際進用 116 名，僅 6 個衛生所各有 1 名缺額待補，然其皆已進用至少 1 名專任醫師，爰各原住民族及離島地區衛生所均有專任醫師執業，人力供需尚無明顯落差。惟部分位處健保西醫醫療資源不足地區改善方案施行區域之非原住民族地區平地偏鄉（下稱非山非市地區）衛生所，仍面臨缺乏專任醫師之困境，其中臺南市學甲區等 17 個衛生所於 111 至 114 年間連續 4 年均無西醫師執業登記。按近年來可供分發之一般公費醫師名額稀缺、重點科別公費醫師尚未完成訓練分發服務，又各地方政府參照行政院「地方機關慢性病防治所與衛生所及健康服務中心人員獎勵金發給要點」規定，規範除衛福部公告之山地離島地區、無開業醫師執業地區外，其他地區衛生所之專任醫師，僅能就不開業獎金及醫療機構獎勵金擇一申領，復因偏鄉醫療服務案件較少，影響醫療機構獎勵金收入，待遇低於山地離島地區衛生所，且工作負荷與生活機能亦無明顯優勢，尚乏誘因吸引醫師駐診執業；加以依衛福部現行「公立衛生醫療機構特約（兼任）醫師診療報酬支給數額表」規定，該等衛生所洽請其他醫師支援看診之診療報酬每診次 3,435 元，與健保西醫醫療資源不足地區改善方案所訂巡迴醫療服務醫師每診次 4,000 元至 9,000 元相較仍有落差，亦不易吸引醫師至衛生所支援診療服務，前述 17 個非山非市地區衛生所每週門診頻率多數僅 1 至 5 診次，且外部醫療院所至當地提供之巡迴醫療頻率亦有限，在地醫療可近性相對不足。另經分析該 17 個非山非市地區 114 年健保慢性病相關醫療給付改善方案收案情形，其中糖尿病、初期慢性腎臟病方案各有 13 個及 11 個地區轄內病患未經當地醫療院所收案照護，各該地區可避免住院率均高於全國平均數每 10 萬人口 999.68 件（表 11），凸顯該等偏鄉衛生所長年缺乏專任醫師，仰賴區外醫師支援看診及提供巡迴醫療服務，恐影響醫病信賴之建立，不利慢性病防治及健康促進效能。經函請衛福部強化該等偏鄉衛生所招募專任醫師之誘因，以穩定常駐醫師人力，提升當地醫療保健及公共衛生服務量能，維護偏鄉民眾健康。據復：已於 115 年 5 月函報行政院「公立衛生醫療機構特約（兼任）醫師診療報酬支給數額表」修正草案，調升公立衛生醫療機構（含衛生所）特約（兼任）醫師按次計酬之診療報酬，鼓勵醫師至公立衛生醫療機構提供醫療保健服務。

表 11　111 至 114 年無衛生所專任醫師之非山非市地區醫療照護情形

單位：%、件/每 10 萬人口

市縣別	鄉鎮區	114 年健保慢性病相關醫療給付改善方案照護率		114 年可避免住院率
		糖尿病	初期慢性腎臟病	
臺南市	學甲區	42.78	61.21	1,785.53
	大內區	—	—	2,529.44
	北門區	—	—	2,228.54
	南化區	—	（無符合收案資格者）	1,856.64
新竹縣	北埔鄉	—	—	1,665.45
苗栗縣	卓蘭鎮	—	—	1,664.00
	公館鄉	63.34	44.50	1,612.23
	銅鑼鄉	—	—	1,339.58
雲林縣	大埤鄉	—	（無符合收案資格者）	1,949.95
	莿桐鄉	1.00	—	1,505.26
	東勢鄉	—	—	2,306.91
	褒忠鄉	49.11	—	1,638.19
	臺西鄉	—	—	2,457.32
	元長鄉	—	—	2,161.80
	口湖鄉	—	12.33	2,136.62
嘉義縣	義竹鄉	—	78.02	2,312.93
屏東縣	枋山鄉	—	—	3,393.03

資料來源：整理中央健康保險署提供資料。

3.　衛福部為鼓勵醫院留任護理人力及改善護理人員執業環境，辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，惟部分醫院未能達成護病比標準，及住院整合照護服務計畫執行成效有待提升：

衛福部為建立三班護理照護合理負荷，自 113 年 3 月起實施醫院急性一般病床之三班護病比標準（不含精神急性一般病床），並辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，鼓勵醫院增聘及留任護理人力。又為提供以病人為中心之醫療服務，建立專科護理師制度，與醫師共同提供連續性及整合性之護理及醫療照護。另自 111 年度起陸續以健保總額及公務預算推動住院整合照護服務計畫，111 至 114 年度挹注 19 億餘元，鼓勵醫院導入照顧服務員（下稱照服員）共同合作照護病人模式，以減輕民眾住院家屬之照顧壓力及護理人員工作負荷，並提升住院照護品質。經查相關業務執行情形，核有：(1) 衛福部辦理三班護病比達標醫院獎勵計畫，分二階段推動，第一階段自 113 年 3 月至 114 年 6 月止，第二階段自 114 年 7 月起，並要求醫院應於「護助ｅ起來」平臺公開獎勵金運用情形。114 年度計有 395 家醫院獲撥獎勵 11 億 9,433 萬餘元，惟第一、二階段分別有 28 家及 54 家醫院因未補足人力缺口達成護病比標準，無法領取相應獎勵，且間有獎勵金未及早發放或公開之運用資訊未更新或過於簡略，又各界關注精神急性一般病床三班護病比標準尚無共識，有待研謀因應；(2) 已訂定專科護理師分科及甄審辦法、專科護理師於醫師監督下執行醫療業務辦法，專科護理師得於醫師指示下執行醫療業務，惟囿於臨床醫療個案病況差異，預立之醫療流程未及調整更新，或醫師延遲簽署，相關業務執行現況與現行規範機制存有落差，且存有專科護理師跨科執業情形，均不利專科護理師制度之順遂推展；(3) 推動住院整合照護服務計畫，參與醫院及開辦床數分別由 111 年度之 40 家、2,847 床，增至 114 年度之 110 家、5,351 床，服務人數亦由 4,126 人，增為 88,992 人，惟整體醫院住院整合照護涵蓋率及病床使用率仍未及 1 成、5 成，間有參與醫院因照服員招募不易，或有意願參與之民眾不足，實際無收案數。又醫院照服員在職訓練時數標準較長照照服員為低，且間有醫院反映人員招募及留任不易等困境，或未符照護實需，影響服務之推展等情事，經函請衛福部研謀改善，以利護理人員執業環境改善，俾強化醫療照護體系韌性，維繫整體醫療服務品質。據復：(1) 刻正建置各醫院獎勵金領取及運用資訊頁面，強化資訊透明；另近期將邀集相關單位研議精神急性一般病床三班護病比標準，持續溝通凝聚共識；(2) 透過地方衛生機關業務考評機制，持續督導專科護理師執業現況及預立醫療流程執行情形，並瞭解專科護理師跨科服務態樣及訓練需求，作為精進訓練制度及配套措施之參考；(3) 住院整合照護為新型態之照護模式，採分階段推動，以全面推動服務為政策目標，並將參考長照照服員在職教育訓練規範，評估提升醫院照服員在職教育訓練之內容及時數，以強化其專業知能及照護品質。

（七） 衛福部為因應數位科技發展趨勢及偏鄉健康照護需求，推動智慧醫材諮詢輔導及遠距醫療等服務，並補助地方衛生機關改善醫療服務環境，惟相關產品導入醫療服務體系應用有限，部分地區遠距門診利用情形欠佳，間有地方衛生機關耐震評估補強作業進度落後，允宜研謀改善，以提升智慧醫療應用效益及偏鄉醫療服務品質。

衛生福利部（下稱衛福部）暨所屬機關鑑於資通訊技術、人工智慧及數位健康照護科技快速發展，近年來積極推動智慧醫療相關政策，自 111 年起辦理關鍵時代智慧醫材及顯示科技躍升計畫，藉由法規諮詢、產品開發輔導及產業鏈結等措施，協助智慧醫療器材（下稱智慧醫材）研

發成果於臨床場域落地應用，截至 114 年底止，已協助業者取得 22 項智慧醫療器材許可證；另為因應偏鄉民眾健康照護需求，持續推動遠距醫療服務，並透過前瞻基礎建設計畫特別預算（下稱前瞻預算）補助地方衛生機關改善醫療服務環境，114 年度計有 133 家在地院所與 55 家遠距醫院合作，提供 68 個偏鄉離島地區之遠距醫療服務，有助維護民眾健康。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 食藥署推動智慧醫材相關輔導計畫，協助業者建立品質管理制度及取得醫療器材許可證，惟計畫間尚乏整合銜接機制，且相關產品上市後未能有效推展至醫療服務體系實際應用，影響計畫推動成效：衛福部為提升我國智慧醫材之產業競爭力，於 111 至 114 年推動關鍵時代智慧醫材及顯示科技躍升計畫，包含「關鍵時代智慧醫材躍升研究」及「建構顯示科技應用於健康醫療場域之法規科學服務計畫」等 2 個工作項目，分別由食品藥物管理署（下稱食藥署）及財團法人醫藥品查驗中心主責辦理，透過成立智慧科技醫材專案辦公室，建置單一窗口與專責審查團隊，辦理相關法規之諮詢輔導，以協助資通訊產業與醫療端跨域結合，發展智慧健康照護產品，截至 114 年底止，計畫支用經費計 1 億 5,467 萬餘元。經查執行情形，核有：(1) 食藥署為協助資通訊等新興數位醫療產品製造業者，依醫療器材管理法相關規定建立醫療器材品質管理系統（Quality Management System, QMS），並扶植國產智慧醫材之開發與上市，委託財團法人工業技術研究院辦理「智慧醫療器材品質管理系統符合性研析計畫」(下稱智慧醫材品管系統計畫）及「智慧醫療器材諮詢輔導暨產業鏈結推動計畫」(下稱智慧醫材產業鏈結計畫)，前者著重於協助業者建立符合品質管理系統準則之 QMS，後者則以協助業者取得醫療器材許可證為目標，藉由 2 項計畫之配合銜接，引導業者完善品質管理，並逐步銜接產品開發及上市作業，促進研發成果落地應用及產業發展，111 至 114 年度支用經費計 8,674 萬餘元（表 12），惟囿於該 2 項計畫尚乏有效之銜接或整合機制，111 至 114 年度接受智慧醫材品管系統計畫輔導之 25 家業者中，進一步參與智慧醫材產業鏈結計畫者僅 4 家，相關輔導措施未能有效串聯，不利引導完成品質管理系統建置之業者銜接後續產品開發應用流程，影響整體計畫推動綜效；(2) 食藥署為推動國產智慧醫材發展，透過智慧醫材產業鏈結計畫，提供產品上市途徑評估、技術支援及產業媒合等服務，以加速產品開發流程，促進智慧醫材產品取得醫療器材許可證並落地應用；另中央健康保險署（下稱健保署）為加速新醫療科技之引進，參考醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA）結果，審查廠商所提新藥、醫療器材或醫療服務之臨床效益及財務影響，決定是否收載為健保給付項目，二者均為新興醫療技術導入醫療服務體系之重要機制。惟查食藥署 111 至 114 年度協助業者取得國產智慧醫療器材許可證之 22 項產品，截至 115 年 4 月 8 日止，均尚未納入健保給付，

表 12　食藥署智慧醫材相關計畫經費支用情形

單位：新臺幣千元

計畫名稱＼年度	合計	111	112	113	114
合計	**86,749**	**25,852**	**23,550**	**17,842**	**19,505**
智慧醫療器材品質管理系統符合性研析計畫（註 1）	**20,145**	8,340	4,750	4,050	3,005
智慧醫療器材諮詢輔導暨產業鏈結推動計畫（註 2）	**66,604**	17,512	18,800	13,792	16,500

註：1.111 至 113 年度計畫名稱為「智慧醫療器材品質管理系統輔導計畫」。
2.111 至 113 年度計畫名稱分別為「強化人工智慧醫療器材輔導暨審查機制計畫」、「人工智慧醫療器材輔導暨審查機制深化計畫」、「智慧醫療器材諮詢輔導暨產業推動計畫」。
3.資料來源：整理自食藥署提供資料。

亦未進行醫療科技評估，顯示相關產品雖已取得上市許可，仍未能納入健保體系評估收載，不利導入醫療服務體系應用並形成市場規模，恐影響計畫執行效益。考量衛福部已自 113 年起推動「次世代數位醫療平台成立三大 AI 中心」補助計畫，補助醫院設立 AI 影響性研究中心，透過跨院際臨床試驗合作機制，協助業者蒐集智慧醫材臨床效益、安全性及成本效益等實證資料，有助作為銜接醫療科技評估及健保給付制度之參據，經函請衛福部研謀強化智慧醫材相關計畫之銜接與串聯，輔導業者研發智慧醫材，並偕同 AI 影響性研究中心共同合作，協助業者取得臨床科學證據，以促進智慧醫材研發成果之落地應用及產業發展。據復：(1)持續鼓勵業者依實際需求申請輔導資源，並將加強相關計畫之溝通協調及資訊共享，適時銜接業者需求，以提升整體輔導效益；(2)將於輔導過程中提供相關資訊及可運用資源供業者參考，協助業者及早布局商業模式，加速產品取得許可證後之落地應用。

2. 衛福部持續推動遠距專科門診及急重症會診醫療服務，惟部分山地離島及偏遠地區遠距門診利用情形欠佳，民眾區外就醫情形仍頻，且各類遠距醫療服務分採不同之資訊平臺，影響偏鄉醫療服務效能：健保署自 109 年起辦理全民健康保險遠距醫療給付計畫，透過健保給付機制，鼓勵山地離島及醫療資源不足地區之醫療院所建置遠距醫療服務模式，以利民眾就近至在地醫療院所就醫，並透過視訊方式與遠距醫師進行會診，共同提供診療建議與照護服務，初期僅開放眼科、皮膚科及耳鼻喉科等專科，嗣於 111 年 8 月修訂計畫，增加心臟內科、腸胃科、神經內科及胸腔內科等專科，復自 114 年 8 月起全面放寬科別限制，不限西醫專科均可適用。衛福部為擴大推動遠距醫療，於 110 至 114 年間以該部公務預算及前瞻預算 1 億 6,875 萬元，分年補助原鄉離島地區衛生所購置所需設施設備並建置遠距專科門診，截至 114 年底止，計有 56 家原鄉離島地區衛生所開設遠距專科門診。惟經分析該 56 家衛生所 112 至 114 年遠距專科門診利用情形，實際無人就診之行政區數量由 112 年之 17 處增至 114 年之 26 處，同期間無人就診之專科項次亦由 24 項次增至 45 項次（表 13），均呈逐年增加趨勢；另 114 年設有耳鼻喉科遠距門診之 44 家衛生所中，近半數無人就診，其中新竹縣尖石鄉、嘉義縣阿里山鄉、花蓮縣秀林鄉及萬榮鄉等地，耳鼻喉科為當地民眾區外就醫前 5 大科別之一，顯示當地民眾對耳鼻喉科醫療服務仍具實際需求，惟囿於遠距診療時間較長及在地端醫師操作熟稔度等因素，影響民眾就診意願，資源利用率偏低。次查，衛福部為提升偏遠地區民眾就醫之可近性，於 110 至 113 年辦理遠距醫療專科門診建置計畫，包含「原住民族及離島地區衛生所遠距醫療及健康照護服務建置計畫」（下稱遠距醫療服務建置計畫）及「偏遠地區遠距醫療建置計畫」等 2 項子計畫，前項計畫主要用以建置遠距醫療及健康照護服務平臺，由合作醫療院所提供遠距門診服務；後項計畫則補助國內 14 個急重症轉診網絡醫療機構建置遠距急診醫療設備，提供急診、急性腦中風、重大外傷及急性心肌梗塞等緊急醫療之遠距會診服務。依遠距醫療服務建置計畫之需求說明書列載，遠距醫療及健康照護服務平臺係以「快捷式健康照護互

表 13 原鄉離島地區衛生所無人就診之遠距專科門診

單位：處、項次

年	無人就診之行政區	無人就診之專科項次
112	17	24
113	23	35
114	26	45

資料來源：整理自衛福部提供資料。

操作性資源」(Fast Healthcare Interoperability Resources, FHIR) 標準化應用程式介面作為核心架構，建立遠距醫療共通資料交換標準。惟同屬遠距醫療專科門診建置計畫子計畫之「偏遠地區遠距醫療建置計畫」，其申請作業說明書列載，申請單位得以「空中轉診後送遠距會診平臺」進行視訊、病歷資料及影像檔案交換，並配合該部辦理醫療資訊系統及醫學影像儲存與傳輸系統整合作業。顯示相關子計畫分採不同資訊平臺，增加資料介接及維運管理之困難，亦不利跨系統資料整合及資通安全管理。經函請衛福部依各地區就醫需求及服務利用情形，滾動檢討遠距醫療實施科別，並研議整合各類遠距醫療資訊平臺，以提升偏鄉醫療服務效能及政府資源運用效益。據復：將持續鼓勵醫療院所參與計畫，並依民眾需求擴大服務科別及加強宣導，促進在地居民使用遠距醫療服務，以提升原鄉離島醫療照護量能；另將持續滾動檢討遠距醫療服務資訊系統架構，朝整合平臺方向發展，以提升系統使用效益。

3. 衛福部及國健署補助地方政府辦理衛生所（室）耐震評估及補強工作，惟部分案件執行進度落後，且尚有老舊衛生所（室）未依規定辦理相關作業，間有位處震災高風險地區者，恐影響地方衛生廳舍之使用安全：據「建築物實施耐震能力評估及補強方案（公有建築物）」規定，88 年 12 月 31 日前申請建造之公有建築物，應由各目的事業主管機關與市縣政府編列預算，辦理建築物耐震能力評估及補強工作。衛福部及國民健康署（下稱國健署）為強化地方衛生廳舍之使用安全，於 110 至 114 年度以公務預算及前瞻預算公有危險建築補強計畫經費合計 17 億 7,917 萬餘元，補助市縣政府辦理衛生所（室）建築物耐震評估補強相關工程計 100 案，並定期監測市縣政府執行進度，期降低衛生所（室）建築物災害風險，維護社區公共衛生服務品質。惟部分衛生所（室）因地處偏遠招標作業不易，或營建成本上漲等因素，截至 115 年 3 月底止，上開補助案件中，尚有 68 案未完成耐震補強作業，其中屬 112 年度（含）以前補助者計 7 案，甚有 4 案為 110 年度之補助案件，歷經 4 年餘仍未能辦理完竣，計畫管控及執行效能尚待強化。另據國健署提供資料，全國 88 年 12 月 31 日前設計建造之衛生所（室）計 390 處，排除已完成改善、無須補強或已規劃搬遷拆除者後，截至 115 年 3 月底止，尚有 158 處未完成耐震評估及補強作業，其中 61 處刻正辦理規劃設計或工程履約中，餘 97 處未辦理評估或尚未依評估結果辦理補強作業，不利確認建物耐震能力及安全性。另本部將該 97 處衛生所（室）位址與經濟部地質調查及礦業管理中心「臺灣活動斷層查詢系統」、國家災害防救科技中心「3D 災害潛勢地圖」資料比對結果，部分衛生所（室）位於震災風險較高地區之近斷層地區，更有同時位於活動斷層地質敏感區或土壤液化高度潛勢區者，相關建物迄未辦理耐震評估或補強作業，不利確保基層公共衛生服務據點之使用安全。經函請衛福部持續督導並協助地方政府強化補助案件期程管控及追蹤機制，針對長期未結案件研擬具體改善措施，並積極辦理老舊衛生所（室）之耐震評估補強作業，以提升地方衛生廳舍之耐震韌性。據復：將持續督促地方政府針對進度落後案件落實檢討及改善策進，並透過實地輔導、工程查核等方式加強督導，定期追蹤案件辦理進度，以提升計畫執行效率；另已函請地方政府針對 88 年 12 月 31 日前取得建照之建築物，優先編列經費辦理耐震能力評估等作業，並規劃防災因應對策或緊急應變機制（計畫）。

（八） 政府推動各項預防保健措施，促進國人健康，惟檳榔健康危害相關管理制度尚待確立，長者肺炎鏈球菌疫苗完整接種率及山地離島地區婦女子宮頸癌篩檢率尚有精進空間，允宜研謀善策因應，以提升國人疾病預防能力。

健康係基本人權，聯合國經濟社會文化權利國際公約明定各國應預防、療治各項疾病，確認國人享有可達成之最高健康水準。我國政府為維護國人健康，持續推動健康促進及非傳染病防治相關工作，並提供多項預防保健措施，如癌症篩檢及疫苗接種等，期能提升群體健康，縮減健康差距，達到「全民健康（Health for All）」之目標。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. **原住民族口腔癌死亡風險長期高於全體國民，政府為降低嚼食檳榔對其口腔健康之危害，規劃制定專法強化管理作為，惟法案預告時各界意見分歧，相關管理制度尚待確立：**依原住民族基本法規定，政府應策訂原住民族公共衛生及醫療政策，辦理原住民族健康照顧等，以保障原住民族健康及生命安全。近年政府持續推動原住民族預防保健及醫療服務，並強化照護資源與品質，有助改善其健康狀況，113 年原住民族平均餘命 73.23 歲，較 104 年增加 1.37 歲，然與全體國民平均餘命之差距，卻由 111 年之 6.19 歲，擴大為 113 年之 7.54 歲，顯示族群間健康不平等現象持續存在，其中口腔癌係影響原住民族健康之重大疾病，109 至 113 年原住民族口腔癌標準化死亡率介於每 10 萬人 13.0 人至 16.7 人之間，明顯高於全體人口之 8.5 人至 8.6 人，且死亡者多處於中壯年階段，對原住民族家庭經濟及照護功能產生較大衝擊。衛生福利部（下稱衛福部）為推動口腔癌防治工作，前於 99 年研擬檳榔危害防制法草案，惟因涉及農民及原住民生計，暫緩立法作業，先行推動檳榔防制社會宣導。嗣監察院鑑於政府怠於推動檳榔危害防制專法等情，於 110 年 12 月糾正行政院，經衛福部等相關單位研議改善作為，於 112 年 12 月提報中央癌症防治會報決議，建立檳榔危害相關法令管理機制，該部即於 113 年 6 至 7 月間陸續召開專家會議及進行跨部會溝通，擬訂檳榔健康危害防制法草案，以「業者管理」、「保護兒少及孕婦」、「限制嚼檳場所」及「查核及檢驗檳榔及其原料」等四大面向研訂相關管理規範，並於 113 年 12 月 18 日預告徵求意見。惟預告期間各界對於原住民族文化使用例外規定、檳榔產業與農民生計影響、相關管制措施及配套輔導機制等議題意見分歧，致後續立法作業及跨部會協調仍待持續整合研議，截至 115 年 3 月底止，檳榔健康危害防制法草案仍處研議及意見整合階段，相關管理制度尚待確立。經函請衛福部匯集各界意見凝聚共識，於兼顧原住民族文化、民情及減緩社會衝擊之前提下，儘早健全檳榔健康危害相關管理規範及配套措施，並強化符合原住民族需求之健康促進與戒檳支持服務，維護國人口腔健康。據復：各界對於檳榔健康危害防制法草案相關管理措施及配套機制仍有不同意見，刻正蒐集相關建議，審慎研議法案內容，以凝聚社會共識；另將持續精進原住民族等高風險族群之口腔癌篩檢、陽性個案追蹤管理及檳榔健康危害衛教宣導，以降低其口腔癌發生及死亡風險，逐步縮減族群健康差距。

2. **政府為維護長者健康，推動肺炎鏈球菌疫苗接種，逐步提升高齡族群之接種涵蓋率，惟部分長者未完整接種，影響疫苗保護成效：**肺炎鏈球菌常潛伏於人類鼻腔內，免疫力降低

時可能引發「侵襲性肺炎鏈球菌感染症」(Invasive Pneumococcal Disease, IPD)，係我國傳染病防治法規定之第四類傳染病，好發於5歲以下嬰幼兒及65歲以上老年人，114年度全國347例IPD確定病例中，約4成為65歲以上長者。政府為降低年長者因感染肺炎鏈球菌導致之併發症或死亡風險，自111年起提供71歲以上長者公費接種一劑23價肺炎鏈球菌多醣體疫苗（PPV23），112年10月起擴大提供65歲以上長者公費接種一劑13價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV13）及一劑PPV23疫苗，完成二劑完整接種者，可降低中重症發生風險達7成5。據疾病管制署（下稱疾管署）統計，65歲以上長者任一劑疫苗接種率由112年之50.44%，增加至114年之59.64%，完整接種率亦由7.73%增為33.53%，成長逾4倍，有助維護長者健康，惟與部分先進國家（地區）相較（如英格蘭為73.60%、加拿大為54.70%、西班牙為48.37%），完整接種率仍有提升空間。另世界衛生組織（World Health Organization, WHO）指出，PCV13疫苗保護力約為5年，PPV23疫苗保護力則約2至5年，倘未於保護效期內適時追加接種，免疫效果恐隨時間遞減。惟截至115年3月底止，全國僅接種一劑肺炎鏈球菌疫苗之95萬餘人中，33萬餘人距其第一劑疫苗接種時間已逾5年，14萬餘人已逾10年；進以市縣別分析之，計有5個市縣轄內僅接種一劑肺炎鏈球菌疫苗之長者中，4成以上接種時間已逾5年，2市縣接種疫苗時間逾10年者，占3成以上(表14)，長者之IPD免疫保護力恐有不足。考量疾管署已於115年1月實施肺炎鏈球菌疫苗轉換政策，以單劑20價結合型肺炎鏈球菌疫苗（PCV20），取代原本二劑疫苗接種，有助簡化接種流程，提升民眾接種意願。經函請衛福部強化疫苗接種宣導，並持續提升接種疫苗之可近性及便利性，以增進高齡族群之疾病預防能力。據復：截至115年5月底，65歲以上長者完成接種完成率為35%，將持續宣導增進民眾接種意願，提升長者接種完成率，強化其疾病預防能力。

表14　115年3月底止各市縣65歲以上長者僅接種一劑肺炎鏈球菌疫苗人數

單位：人、%

市縣別	僅接種一劑疫苗人數	距離第一劑疫苗接種時間		
		未滿5年人數占比	5至10年人數占比	超過10年人數占比
全國	**959,197**	**65.21**	**19.88**	**14.90**
臺北市	123,138	54.93	36.16	8.91
新北市	148,609	70.32	21.36	8.32
桃園市	79,863	51.16	31.43	17.41
臺中市	108,455	52.73	21.47	25.80
臺南市	74,858	62.87	12.97	24.16
高雄市	109,856	81.77	9.95	8.28
基隆市	12,216	85.85	7.19	6.97
宜蘭縣	19,927	73.48	11.72	14.80
新竹縣	18,429	72.45	12.17	15.38
新竹市	16,252	76.58	12.95	10.47
苗栗縣	24,739	63.64	23.25	13.12
彰化縣	58,351	69.26	18.83	11.92
南投縣	23,437	75.22	10.44	14.34
雲林縣	35,583	51.14	16.54	32.32
嘉義縣	27,340	72.64	9.33	18.03
嘉義市	10,921	50.54	14.10	35.35
屏東縣	32,250	75.43	12.06	12.51
花蓮縣	13,199	76.83	11.54	11.63
臺東縣	10,100	77.42	10.77	11.81
澎湖縣	5,457	72.86	15.45	11.69
金門縣	5,872	62.67	21.87	15.46
連江縣	345	66.67	20.00	13.33

註：1.本表係統計截至115年3月31日止，僅接種一劑PCV13、PCV15或PPV23之65歲以上長者人數（排除死亡、接種時間未滿1年，無法接種第二劑疫苗者）。
2.資料來源：整理自疾管署提供資料。

3. 政府為降低子宮頸癌對女性生命健康之危害，推動子宮頸抹片篩檢及HPV疫苗接種，惟山地離島地區子宮頸癌篩檢率尚有精進空間，且部分市縣未完整將特殊教育及矯正學校學生納入HPV疫苗入校接種範圍：人類乳突病毒（Human Papilloma Virus, HPV）可感染人體之表皮與黏膜組織，感染者可能發生子宮頸癌及口咽癌等多種疾病，其中子宮頸癌7成以上係因HPV感染所致。政府為降低子宮頸癌對女性生命健康之危害，自84年起補助30歲以上女性每年1次

子宮頸抹片檢查，並呼籲女性每3年應至少接受1次抹片檢查，114年支用經費計12億8,847萬餘元。執行結果，子宮頸癌標準化發生率由84年之每10萬人25.2人，下降至112年之每10萬人7.44人，同期間標準化死亡率亦由每10萬人之11人，減少為每10萬人2.83人，子宮頸癌防治已具成效。惟據國民健康署（下稱國健署）提供資料，111至113年國內30歲以上婦女，過去3年間曾接受子宮頸抹片檢查之比率分別為44.63%、43.83%、46.48%，同期間「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」界定之山地離島地區女性，過去3年曾接受子宮頸抹片檢查之比率則分別約29.02%、28.53%、29.49%，較全國落後15.30個百分點至16.99個百分點不等，顯示偏遠地區女性之服務利用率相對較低。另查，WHO指出接種HPV疫苗可有效預防感染HPV病毒所造成之癌症，國健署為強化子宮頸癌防治，自107年起採主動進入校園方式，提供國中女生HPV公費疫苗接種及相關衛教宣導服務，復因HPV疫苗亦有助男性降低口咽癌及肛門癌等疾病之發生率，於114年擴大將國中男性納入HPV公費疫苗施打對象，並訂定當年度國中男性HPV疫苗接種率達8成之政策目標。據統計，111及112年度入學之國中女性HPV疫苗完整接種率各為90.95%及90.04%，已達WHO所倡議90%以上女性於15歲前完整接種HPV疫苗之目標，而113年度入學國中男性第一劑接種率79.13%，亦接近國健署所設定之8成接種率目標(表15)。惟據各市縣113及114年HPV疫苗接種服務計畫書，部分市縣未將各該年度有國中部學生之特殊教育學校或矯正學校完整列入接種名冊，致部分學生未能納入入校接種之服務範圍，不利降低渠等罹患相關疾病之風險。經函請衛福部研謀善策因應，強化山地離島地區女性接受抹片篩檢之意願，並完善疫苗接種對象之盤點與執行作業，以強化我國癌症預防體系。據復：將持續偕同地方衛生局因地制宜建立子宮頸癌篩檢及追蹤機制，並深入偏遠及醫療資源不足地區辦理社區篩檢服務，強化民眾之篩檢可及性與參與率；另地方衛生局考量在地醫療資源、學生人數等因素，以「轉介至轄區衛生所或合約院所」方式，協助學生接種HPV疫苗，保障其接種疫苗權益。

表15　HPV公費疫苗接種率

單位：%

年度／項目	111年度入學女性	112年度入學女性	113年度入學（註1）	
			女性	男性
第一劑接種率	92.55	92.12	91.46	79.13
完整接種率	90.95	90.04	…	…

註：1.113年度入學者第二劑HPV疫苗於115年施打，故尚無完整接種率資料。
2.資料來源：整理自國健署提供資料。

（九）　政府為因應少子女化趨勢，持續推動孕產期母嬰健康照護及不孕家庭之支持措施，惟高風險孕產婦追蹤關懷計畫之偏遠地區孕產婦收案涵蓋率約為5成，原住民族地區孕產婦產檢及生產交通費補助利用情形偏低，又人工生殖機構再次許可審查規範久未修訂，部分項目評核標準與實務現況存有落差，允宜研謀改善，以健全友善生養環境。

政府為因應少子女化趨勢，自107年起推動「我國少子女化對策計畫」，持續推動孕產期母嬰健康照護及不孕家庭之支持措施。在孕產婦照護方面，衛生福利部（下稱衛福部）暨所屬國民健康署（下稱國健署）辦理周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷服務，及提供原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助，114年度計提供9,290名孕產婦關懷服務及4,506人次交通費補助，有助強化孕產婦之照護服務。另近年來社會環境快速變遷，國人結婚與備孕年齡逐漸延

後，尋求人工生殖技術協助孕育後代之夫妻漸增，政府為保障不孕家庭生育權益，透過人工生殖機構設立許可及再次許可審查制度，定期檢視機構之技術能力及服務品質，截至 114 年底止，全國人工生殖機構計 102 家。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1. 高風險孕產婦追蹤關懷計畫之偏遠地區孕產婦收案涵蓋率約為 5 成，且部分個案未辦理產後需求評估或到宅訪視，又原住民族地區孕產婦產檢及生產交通費補助利用情形偏低，補助對象未能完整納列平地原住民族地區之孕產婦：母嬰健康係國家人口永續發展之基礎，國健署為強化弱勢族群孕產婦之健康照護服務，自 106 年起推動周產期高風險孕產婦（兒）追蹤關懷計畫（下稱高風險孕產婦追蹤關懷計畫），針對具健康或社會經濟高風險因子、偏遠地區、孕期全程未接受產檢之孕產婦及其新生兒，提供個案孕期至產後 6 週或 6 個月之衛教、關懷及轉介服務，期使高風險個案規律進行產檢，並提升孕產相關健康識能，以強化母嬰健康，114 年度計服務 9,290 人，支用經費 4,135 萬餘元。另衛福部考量原住民族地區醫療資源較為缺乏，推動原住民族地區孕產婦產前檢查及生產交通費補助措施，114 年度計補助 4,506 人次，支用經費 313 萬餘元，有助減輕當地婦女孕產期之經濟負擔。經查相關業務推動情形，核有：(1)國健署自 112 年起將居住山地原住民族地區、屏東縣琉球鄉及臺東縣綠島鄉等 32 個偏遠鄉（區）之孕產婦納入高風險孕產婦追蹤關懷計畫收案對象，惟 112 至 114 年間該 32 個鄉（區）參與計畫之孕產婦 3,053 人，僅約同期間該等地區嬰兒出生數 6,211 人之半數，尚有 2 個直轄市轄內山地原住民族地區孕產婦收案涵蓋率未及 3 成(表 16)，顯示偏遠地區孕產婦之追蹤關懷服務仍有待強化。又據高風險孕產婦追蹤關懷計畫服務流程，個案收案後應由個案管理(下稱個管)人員進行產前、產後需求評估各 1 次，以瞭解個案及新生兒狀況；又個管人員應以每月提供個案 1 次追蹤關懷服務為原則，並建議至少 1 次採到宅訪視方式執行。惟據國健署提供資料，112 年至 114 年 6 月收案應辦理產後需求評估之高風險孕產婦計 14,930 人中，已完成者計 11,649 人，約占應評估人數之 78.02%，部分市縣完成產後需求評估比率未及 7 成，且全國僅 2 個市縣之個案平均到宅訪視次數超過計畫建議之 1 次，甚有追蹤關懷服務皆未採取到宅訪視方式進行者，部分個案尚未能於產後接受心理、身體健康狀態等專業評估，或由個管人員實地到宅觀察瞭解個案生活狀況；(2)依原住民醫療或社會福利資源使用交通費補助辦法，山地及平地原住民族地區之原住民族孕婦，居住地無適當醫療機構，而至居住地 5 公里以外之機構進行產檢及生產，可依實際距離申請交通費補助。衛福部為強化山地原住民族地區

表 16 高風險孕產婦追蹤關懷計畫偏遠地區孕產婦涵蓋率

單位：人、%

市縣別	112 至 114 年計畫收案數（註 1）(A)	112 至 114 年出生嬰兒數（註 2）(B)	涵蓋率 (A/B×100)
全國	**3,053**	**6,211**	**49.15**
新北市	46	160	28.75
桃園市	160	512	31.25
臺中市	94	217	43.32
高雄市	72	272	26.47
宜蘭縣	249	479	51.98
新竹縣	225	479	46.97
苗栗縣	89	130	68.46
南投縣	734	811	90.51
嘉義縣	60	115	52.17
屏東縣	671	1,406	47.72
花蓮縣	319	909	35.09
臺東縣	334	721	46.32

註：1.含 111 年收案而於 112 年生產者；不含 114 年收案於 115 年生產者。
2.假定嬰兒出生數為孕產婦人數，未考量多胞胎或胎兒流產、死產等情形。
3.偏遠地區係指高風險孕產婦追蹤關懷計畫所定之收案範圍，包括山地原住民族地區、屏東縣琉球鄉及臺東縣綠島鄉等 32 鄉（區）。
4.資料來源：整理自國健署及內政部戶政司提供資料。

之孕產婦照護，透過第 2 期優化兒童醫療照護計畫（114 至 117 年），擴大將山地原住民族地區之非原住民孕產婦，納列補助對象範圍。執行結果，部分原住民地區無可執行孕婦產檢之醫療機構，惟 111 至 114 年度當地平均每位孕產婦申請交通費補助次數僅 0.6 次至 1.57 次不等，與公費產檢補助次數 14 次尚有落差，部分地區連續 4 年平均每位孕產婦申請交通費補助次數均未及 0.5 次，甚有 4 年間無任何孕產婦領取補助者，顯示部分偏遠地區孕產婦交通支持措施之利用情形仍待提升。又自 114 年起，非具原住民身分之孕產婦，如居住於山地原住民族地區，亦可申請產檢及生產交通費補助，惟平地原住民族地區孕產婦交通費補助仍須同時符合身分及居住地等條件，非原住民孕產婦雖同處交通不便且醫療資源相對稀缺之平地原住民族地區，尚無法申請相關補助，補助資格存有差異等情事，經函請衛福部研謀改善，以強化弱勢族群及偏遠地區之母嬰照護。據復：(1) 將持續請地方衛生局加強偏遠地區孕產婦之聯繫及追蹤，以提升收案數；另部分院所因業務繁忙，未登打產後評估紀錄，或因個案要求以電話等方式提供追蹤關懷服務，將督請地方政府加強院所登錄資料之完整性，並提供適切之追蹤關懷服務；(2) 已促請地方衛生單位積極宣導，以利孕產婦知悉及申請交通費補助，並將視未來預算額度，研議將平地原住民族地區之非原住民孕產婦納列補助範圍。

2. **政府為強化人工生殖機構之品質管理，透過設立許可及再次許可審查制度，定期檢視機構之服務品質，惟相關審查規範久未修訂，部分項目評核標準與實務現況存有落差：**依人工生殖法及人工生殖機構許可辦法規定，醫療機構應申請主管機關許可後，始得實施人工生殖，其許可之有效期限為 3 年，機構於效期屆滿 3 個月前，應檢附相關文件送請主管機關依「人工生殖機構再次許可審查項目、基準及配分表」（下稱再次許可審查表）進行審查；審查結果未達一定基準者，主管機關得發給 6 個月內效期之臨時許可，並載明應改善事項及期限，如應改善事項涉及「未滿 38 歲前，其治療週期累積活產率 9%以下」者，該機構應採取主持人、施術醫師再次接受訓練，或重新聘請主持人等方式進行改善。112 至 114 年計有 9 家醫療機構申請設立人工生殖機構、96 家人工生殖機構申請再次許可，除 1 家未取得再次許可外，其餘全數通過。按現行再次許可審查表之審查項目列有定期辦理人員執行工作之成效評估、實驗室設備專人保養維修紀錄、實驗室之品質管制等 3 大面向，其配分權重主要集中於實驗室品質管制，並以「最近效期 3 年內未滿 38 歲前，其治療週期累積活產率」及「本次許可期間未滿 35 歲前，其植入 2 個以下胚胎之比率」等 2 項配分最高，顯示提升人工生殖活產成效及降低多胚胎植入，乃人工生殖機構品質管理之重點評核項目。惟據國健署 104 至 112 年人工生殖施行結果分析報告，各該年度未滿 38 歲治療週期累積活產率介於 43.4%至 51.6%之間（表 17），

表 17　人工生殖相關指標執行情形

單位：%

項目／年	未滿 38 歲前，其治療週期累積活產率（註 1）	未滿 35 歲前，其植入 2 個以下胚胎之比率（註 2）
104	43.4	75.82
105	45.7	78.95
106	48.0	81.21
107	49.6	85.49
108	50.1	87.76
109	51.6	84.93
110	43.5	92.42
111	50.1	96.31
112	49.7	96.89

註：1. 未滿 38 歲前治療週期累積活產率之計算方式：【新鮮胚胎活產週期數＋冷凍胚胎活產週期數＋（新鮮胚胎＋冷凍胚胎）活產週期數】÷【新鮮胚胎治療週期數＋（新鮮胚胎＋冷凍胚胎）治療週期數】×100。
2. 未滿 35 歲前植入 2 個以下胚胎比率之計算方式：植入 2 個以下胚胎週期數÷植入胚胎週期數×100。
3. 資料來源：整理自 104 至 112 年人工生殖施行結果分析報告。

均高於該審查項目之滿分標準25%；復以109年前設立之83間人工生殖機構施術結果觀之，其110至112年未滿38歲治療週期累積活產率最低者為16.4%，亦較現行人工生殖機構許可辦法規範活產率9%以下，機構應採相關改善措施之標準為高，顯示該辦法所定之改善門檻不利引導機構持續提升服務品質。另國健署為降低多胞胎妊娠風險，於103年將「本次許可期間未滿35歲前，其植入2個以下胚胎之比率」納入再次許可審查表，各人工生殖機構實際施術結果，104年未滿35歲前植入2個以下胚胎比率為75.82%，嗣後呈上升趨勢，自110年起突破9成，112年已為96.89%，亦較該審查項目之滿分標準55%，超出逾40個百分點，機構整體表現已優於評核標準，現行評核基準恐難促使機構持續增進施術品質及生殖醫療成效。考量人工生殖機構許可辦法及相關審查項目配分原則等，均係103年間修訂，距今已逾10年，然隨著醫療科技快速進步，國內人工生殖技術已有提升，部分審查項目之評核標準已與機構臨床施術結果存有落差。經函請國健署因應生殖技術進展與實務現況，通盤檢討現行評核標準之適切性，並適時調整修訂，以提升人工生殖機構之管理與監測成效。據復：已研擬人工生殖機構許可辦法修正草案，調整再次許可審查項目及評分標準，預計於115年9月進行試評，並依試評結果續行法制作業。

（十） 衛福部為降低毒品對國人之危害，推動毒品防制相關措施，惟部分市縣毒品危害防制中心個案管理人力不敷實需或留任率偏低，藥癮個案治療持續性仍有不足，又含麻黃素類製劑流向監管作業亦待強化，允宜研謀改善，以提升物質濫用治療及預防效能。

行政院為降低毒品對國人之危害，已於106至113年推動第1期及第2期新世代反毒策略，自114年度起持續推動第3期「新世代反毒策略行動綱領」(114至117年)(下稱反毒行動綱領3.0)，由衛生福利部(下稱衛福部)暨所屬食品藥物管理署(下稱食藥署)主責辦理戒毒及驗毒業務，涵括「提升藥癮醫療服務質量，強化整合服務」、「強化毒品危害防制中心追蹤輔導效能」、「強化含麻黃素類製劑及原料藥流向控管」等17項策略，114年度衛福部編列預算3億1,158萬餘元，用以發展藥癮戒治服務體系；另食藥署114年度辦理加強麻黃素製劑流通管理計畫，推動含麻黃素類製劑及原料藥相關流向查核措施，計畫經費計685萬餘元，以防杜相關藥物流於非法製毒之風險。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 部分市縣毒品危害防制中心個案管理人力不敷實需或留任率偏低，案量負荷沉重，恐影響藥癮個案服務效能：政府為強化社區藥癮者之轉介及個案管理(下稱個管)作業，依毒品危害防制條例規定，由地方政府透過心理健康中心或成立毒品危害防制中心、毒品防治局等單位(下稱毒防中心)，提供或轉介施用毒品者所需之醫療、就業、安置等處遇服務，並追蹤及管理轉介服務案件，112年至114年7月底止，全國毒防中心每日平均在案量介於21,880人至22,446人不等，服務人數龐巨。經查，衛福部為充實毒防中心藥癮個管人力，提升毒防中心與相關網絡之合作與服務效能，透過「強化社會安全網第二期計畫(110至114年)」，補助各市縣毒防中心進用個管人力，並於反毒行動綱領3.0規劃將毒防中心個管人員之案量比由114年

之1：40降至117年之1：30，114年截至7月底止，全國毒防中心實際進用個管人員為600人，案量比為1：37.41，已達反毒行動綱領3.0設定之年度目標1：40，惟仍較同年度衛福部核定補助人數724人短缺124人(表18)。復經檢視各市縣毒防中心個管人員實際進用情形與負荷案量，仍有7個市縣缺額達10人以上；另有11個市縣之個管人員案量比逾1：40，顯示部分市縣個管人員進用情形未符預期，或核定人數不敷實需，個管工作負荷仍屬沉重。另依衛福部統計，截至113年底止，計有5個縣市個管人員「18個月留任率」尚未達6成，恐不利專業經驗累積與傳承，並與藥癮個案建立信任關係，影響藥癮處遇管理品質。經函請衛福部持續督促各市縣毒防中心充實個管人力，並採取適當措施穩定人員留任率，以提升藥癮個管服務品質。據復：已持續督導地方政府改善毒防中心個管人力缺口與案量負荷，截至114年底止，個管人員案量比為1:35.23，較同年7月為低，另缺額達10人以上及部分高案量比縣市亦多已改善，將持續督促地方政府充實人力並採取穩定留任措施。

表18　114年7月底各市縣毒防中心每日平均在案量及個管人員進用情形

單位：人

市縣別	114年1至7月每日平均在案量(A)	114年衛福部核定補助個管人員人數(B)	截至114年7月底實際進用個管人員人數		
			人數(C)	與核定補助人數差額(C-B)	案量比(A/C)
合計	**22,446**	**724**	**600**	**－124**	**37.41**
臺北市	1,409	62	46	－16	30.63
新北市	3,169	140	124	－16	25.56
桃園市	2,952	78	66	－12	44.73
臺中市	2,663	66	54	－12	49.31
臺南市	2,023	61	48	－13	42.15
高雄市	2,459	80	70	－10	35.13
基隆市	713	22	19	－3	37.53
宜蘭縣	410	18	14	－4	29.29
新竹縣	719	20	15	－5	47.93
新竹市	310	10	10	—	31.00
苗栗縣	700	19	15	－4	46.67
彰化縣	961	14	12	－2	80.08
南投縣	434	15	14	－1	31.00
雲林縣	768	26	20	－6	38.40
嘉義縣	771	29	14	－15	55.07
嘉義市	283	9	8	－1	35.38
屏東縣	755	33	31	－2	24.35
花蓮縣	497	10	10	—	49.70
臺東縣	307	8	7	－1	43.86
澎湖縣	97	1	1	—	97.00
金門縣	45	2	1	－1	45.00
連江縣	1	1	1	—	1.00

註：1.本表個管人員人數為一般個管人員及資深個管人員之合計。
2.灰底標註者表示與核定補助人數差額達10人以上、案量比逾1：40。
3.資料來源：整理自衛福部提供資料。

2.　部分市縣轄內機構收治美沙冬治療個案留置率或丁基原啡因治療個案回診率連續2年以上未達6成，不利降低個案復用非法藥物風險：據世界衛生組織「替代治療於鴉片類藥物依賴及愛滋病預防之應用」報告指出，美沙冬或丁基原啡因係實證治療鴉片類物質成癮最有效之替代治療，持續接受治療可減少成癮者死亡率達4分之1至3分之1；投注資源用於替代治療項目，可節省社會成本達投入資源之12倍。截至114年11月底止，國內除連江縣尚無醫療機構提供美沙冬及丁基原啡因替代治療服務、金門縣無醫療機構提供丁基原啡因替代治療服務外，其餘市縣計有111家及102家醫療機構分別提供美沙冬、丁基原啡因替代治療服務，衛福部並透過藥癮治療費用補助方案，補助個案之診斷及治療費用。經查，替代治療之有效性取決於個案是否及時接受治療、治療持續時間及連續性等，爰實務上美沙冬替代治療常以個案留置率作為治療成效之重要評估指標；而丁基原啡因不若美沙冬須每日至醫療院所服藥，可由個案限量攜回服用，並應持續回診以維持治療效果。據衛福部112年至114年6月藥癮治療費用補助方案

執行結果，各該年度全國美沙冬替代治療新收個案為 3,678 人次至 3,944 人次不等，個案 6 個月留置率介於67.04%至70.74%之間，同期間丁基原啡因治療個案應回診人次則為 4,667 人次至 11,486 人次不等，回診率則介於 68.68%至 75.07%間，惟尚有 5 個市縣轄內機構收治之個案，美沙冬 6 個月留置率或丁基原啡因回診率連續 2 個年度以上未達 6 成(表 19)，顯示部分市縣轄內藥癮個案治療持續性仍有不足，不利降低其復用非法藥物之風險。經函請衛福部研謀因應，以確保替代治療之持續性，提升戒癮成效。據復：為強化鴉片類成癮者維持治療留置率，已責請各衛生局依替代治療機構類型，訂定機構輔導訪查表，邀請專家共同實地訪查，以提升服務品質。

表 19　衛福部藥癮治療費用補助方案美沙冬及丁基原啡因替代治療個案留置率及回診率

單位：%

市縣別	美沙冬替代治療個案6個月留置率			丁基原啡因替代治療個案回診率		
	112年	113年	114年1至6月	112年	113年	114年1至6月
全國	**70.74**	**67.04**	**67.16**	**75.07**	**68.68**	**71.59**
臺北市	68.29	55.29	47.42	56.82	52.86	33.33
新北市	66.67	67.86	64.65	77.78	81.87	79.37
桃園市	66.67	54.52	51.80	66.39	57.04	53.71
臺中市	71.68	73.32	76.56	78.18	72.70	77.24
臺南市	79.45	81.51	82.93	74.32	81.25	73.60
高雄市	78.52	70.21	68.75	88.10	88.44	93.98
基隆市	84.78	83.52	83.78	77.99	72.27	84.97
宜蘭縣	63.81	75.00	59.46	66.67	85.05	93.63
新竹縣	55.56	5.26	6.67	48.64	42.01	32.20
新竹市	48.72	55.05	56.96	42.67	47.85	38.96
苗栗縣	38.89	40.54	45.74	無應回診個案		
彰化縣	80.90	83.97	87.63	94.59	86.86	94.05
南投縣	71.57	54.46	63.50	59.43	55.77	46.29
雲林縣	80.91	77.19	75.00	41.67	73.91	80.00
嘉義縣	56.25	81.48	86.21	74.09	56.32	81.10
嘉義市	53.85	69.70	85.19	94.14	95.69	97.80
屏東縣	76.00	77.55	73.39	75.58	94.47	94.50
花蓮縣	65.12	40.00	45.00	70.87	58.18	63.75
臺東縣	84.62	56.52	50.00	80.52	80.22	95.56
澎湖縣	50.00	75.00	80.00	90.70	84.00	20.00
金門縣	100.00	100.00	100.00	無丁基原啡因替代治療機構		
連江縣	無美沙冬及丁基原啡因替代治療機構					

註：1.灰底標註者表示美沙冬替代治療個案6個月留置率、丁基原啡因治療替代個案回診率低於6成。
2.資料來源：整理自衛福部提供資料。

3.　食藥署為管制麻黃素類原料藥及製劑流向，規範業者定期申報原料投產與製劑生產資訊，並偕同地方衛生局辦理製劑流向稽查作業，惟部分業者未確實依規定期限申報生產資訊，又部分製劑品項連續 3 年未納入查核範圍，不利藥品之流向控管：食藥署為強化管理麻黃素類原料藥及製劑流向，規範藥廠應定期申報麻黃素類原料藥使用量及相關製劑生產資訊；另持有含麻黃素類製劑之藥品許可證者及從事該藥品批發之販售業者，亦應定期申報製造及交易等資訊。經查，食藥署自 111 年起於藥品追溯或追蹤系統（下稱追溯追蹤系統），建置麻黃素類原料藥投產資料查詢及警示功能，透過比對原料藥投產及製劑產製情形，加強異常流向之監測。惟據食藥署提供資料，112 年至 114 年 6 月間，仍有部分業者於藥品投產後逾 7 個月始申報製劑生產數量，未能確實依規定期限申報源頭生產資訊。該署雖已於追溯追蹤系統建置異常警示報表，惟僅就未申報業者以電話進行催報，未就原料藥投產後延宕申報製劑生產情形進行追蹤，恐致管理缺口。另食藥署為確實管理含麻黃素類製劑流向及使用情形，藉由加強麻黃素製劑流通管理計畫及藥品聯合專案稽查計畫，偕同地方衛生局辦理稽查，111 至 113 年度計稽查藥商(局)或醫療機構 646 家次至 880 家次不等。惟經以 114 年 8 月 19 日追溯追蹤系統公告之含麻黃素類製劑品項，比對 111 至 113 年地方政府實地稽查品項，計有 8 種品項連續 3 年均未列入稽查，其中部分品項業經警政機關通報於製毒現場查獲流供製毒使用，顯示實地稽查藥品之篩選尚未能

契合藥品非法流通風險。為提升含麻黃素類製劑流向管理成效。經函請食藥署研謀改善，督促輔導業者確實申報生產資訊，並精進相關藥品流向追蹤管理機制及選案稽查策略，以降低藥物遭非法挪用之風險。據復：規劃精進追溯追蹤系統功能，針對申報麻黃素類原料藥投產後2個月未申報製劑產製資料之業者，新增警示機制，並請地方衛生局加強查核；另將提醒地方衛生局篩選查核機構時，應將藥品之查核密度及頻率納入考量，優先稽核未查核或查核頻率偏低之品項，以強化管理成效。

（十一） 衛福部為奠定智慧醫療之基石，協助醫療機構加速數位轉型，辦理次世代數位醫療平臺等計畫，惟計畫執行進度落後，且未達年度輔導基層院所轉型家數目標，間有未妥適督導醫院落實醫療AI應用資訊之透明性、開拓AI中心服務案源有限及計畫管制考核待強化等情，允宜研謀改善，以達成引領智慧醫療發展之政策目標。

智慧醫療（eHealth）為數位醫療之延伸，透過資通訊科技協助醫師診斷與疾病預測，以提升醫療服務效率與品質，並須建立於完善之資通安全（下稱資安）、資料與AI治理基礎之上。衛生福利部（下稱衛福部）為奠定智慧醫療之基石，協助醫療機構加速數位轉型，辦理次世代數位醫療平臺等計畫，並由中央健康保險署（下稱健保署）推動基層院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫。經查相關計畫執行情形，核有下列事項：

1. 衛福部推動次世代數位醫療平臺計畫，惟因未通盤考量醫療院所系統差異，多次調整執行策略，影響整體執行進度，另建置健保給付規則圖書館（Rule Library），惟涵蓋給付項目範圍仍有限：衛福部鑑於國內醫療機構之醫療資訊系統（Healthcare Information System, HIS）係各自開發，資料格式不一，為利跨院醫療資訊互通整合，提升醫療決策準確性，報經行政院於112年8月核定辦理次世代數位醫療平臺計畫，全程總經費16億2,765萬餘元，執行期程為113至116年，規劃建置接軌國際標準之次世代數位醫療平臺，建立醫療資料交換標準，並於111至114年間委由財團法人工業技術研究院（下稱工研院）成立該計畫專案辦公室，以推動該計畫相關工作。經查執行情形，核有：(1)衛福部於計畫先期規劃階段，未通盤考量各層級醫療院所HIS系統發展差異性及重建HIS系統之可行性，據以擬定執行策略，於113年6月計畫執行甫半年，即重行調整整體執行策略；又委外辦理工作項目所列預計完成時程，已分別較綱要計畫所列目標落後11個月至1年5個月不等，復因計畫推動期間屢次調整執行作法，致於114年度綱要計畫執行期滿，所訂113及114年度醫學中心、區域（地區）醫院及衛生所等3個部分目標中，僅113年度醫學中心部分完成進度，其餘執行進程均落後，影響整體計畫目標之達成；(2)衛福部為加速醫療資訊系統革新，推動接軌國際標準之次世代醫療資訊系統，推動建置規則圖書館（Rule Library），整合健保給付規則予以標準化，期協助醫療機構提高健保申報給付成功率，並增進行政效率，以強化醫療機構導入國際醫學資料標準「快捷式健康照護互操作性資源」（Fast Healthcare Interoperability Resources ,FHIR）及數位轉型之誘因，惟因與健保署橫向聯繫不足，未能掌握該署實務需求，作為盤點健保給付項目中具規則性可結構化之項目，據以建立Rule Library，且截至115年1月底止，僅就健保支付標準西醫部分進行盤點，已完成分

類之西醫醫令數量亦僅占西醫醫令之 2 成，又健保給付項目除醫療服務外，尚有藥品及特殊材料（下稱特材）等項目（表 20），皆未納入盤點範圍，致完成建置之 Rule Library 涵蓋給付項目範圍仍有限，恐因收載健保支付規則數量規模不足，削弱醫療機構應用誘因，不利後續推廣；(3)資通安全責任等級分級辦法第 11 條第 2 項規定，各機關委外開發之資通系統應完成系統分級，並將系統發展生命週期各階段依等級將安全需求納入委外契約，並儲存與管理系統發展生命週期之相關文件。衛福部於 113 及 114 年度委託工研院開發多項資通系統，惟未按前述規定將資通系統防護需求等級納入委外契約規範，亦未要求交付系統發展生命週期各階段應備文件，潛存資安風險等情事，經函請衛福部研謀改善，強化計畫執行進度管控與跨部門合作，及落實資通安全防護，以利政策目標之達成。據復：(1) 已自主研發可對接國際標準之技術工具，並整合為單一作業系統 FHIR Box，預期 115 年透過 FHIR Box 可達成全國醫學中心電子病歷資料互通，再進而推動全國 HIS 互通；(2)刻正推動電子病歷標準化，統一資料結構，以大規模導入健保規則，並進行實際場域驗證，加速推動規則圖書館；(3) 系統尚在開發中，將於正式啟用前，進行弱點掃描與確認系統資安狀態，並委由第三方進行資安驗證，以確保系統符合資安防護規範。

表 20　全民健康保險給付項目及醫令數

單位：項

支付標準	醫令數
醫療服務給付項目及支付標準(註 2)	6,055
健保用藥品項	7,753
健保特材收載品項	45,038

註：1. 統計至 115 年 4 月 30 日，排除生效起日為 115 年 5 月 1 日後及生效迄日 115 年 4 月 30 日前。
2. 健保支付標準共分「西醫」、「牙醫」、「中醫」、「居家照護及精神疾病患者社區復健」、「論病例計酬」、「全民健康保險住院診斷關聯群」、「品質支付服務」、「護理人員投入為主之診療項目」等 8 大部，醫令合計 6,055 項。
3. 資料來源：整理自健保署資料開放平台。

2.　健保署補助資訊服務廠商協助基層醫療院所完成 HIS 系統轉型，惟前置作業完成較預期落後，壓縮推動轉型作業期程，復未及早輔導廠商排除執行窒礙因素，並強化宣導及誘因機制，致未能達成年度轉型家數目標：健保署為提升基層院所醫療資訊基礎建設韌性，114 年度編列預算 1 億 162 萬餘元，推動基層院所資訊服務系統雲端轉型補助計畫，協助基層醫療院所進行 HIS 系統轉型，轉型後之 HIS 系統除可支援相關健保政策應用，並具備 FHIR 標準格式之電子病歷，有助於促進醫療資料互通性，並加速健保政策效益之實現。健保署鑑於前揭業務，事涉資訊專業，爰委外推動基層醫療院所轉型雲端服務之規劃及執行事宜，並以前揭補助計畫，由獲得補助之資訊服務廠商協助基層醫療院所進行 HIS 系統轉型。該署原規劃自 114 年 1 月起執行補助計畫，114 年度預計協助 1,000 家基層院所進行 HIS 系統轉型，惟因相關補助作業要點訂定等前置作業時程較預期落後，迨 114 年 3 月及 5 月方公告核定補助資訊服務廠商名單，距計畫執行屆滿日僅餘 6 至 8 個月，進而壓縮受補助廠商實際推動基層院所 HIS 系統轉型作業期程。又健保署雖已訂定計畫管理機制，惟未針對執行窒礙因素，及早督促推動補助計畫之委辦廠商協助輔導，並強化宣導及誘因機制，截至 114 年底資訊服務廠商實際共協助 613 家基層院所完成 HIS 系統轉型，未能達成廠商原訂承諾轉型之家數目標 822 家，致計畫實際支用 5,161 萬元，僅占預算數 1 億 162 萬餘元之 50.78%，執行進度落後，影響計畫推動成效。經函請衛福部督促檢討強化進度管控機制，並加強宣導及優化轉型誘因，以提升基層院所參與轉型之意願，俾利政策目標之達成。據復：透過召開管考會議與成果審查會議，管理資訊服務廠商之推動進度，並由

審查委員提供輔導，另已辦理基層院所線上說明會，並規劃辦理宣導觀摩會，以加強推展補助計畫，提升政策效益。

3. 衛福部補助醫院成立三大 AI 中心，惟未妥適督導醫院落實醫療 AI 應用資訊之透明性，又部分 AI 中心案源尋覓不易，不利業務永續運作，且間有未適時協助醫院排除臨床試驗審查與執行窒礙，計畫管制考核待強化：衛福部為回應國內醫療產業與臨床實務需求，促進智慧醫療產業發展，自 113 年度起以「次世代數位醫療平臺成立三大 AI 中心」補助計畫，補助醫院分別推動負責任 AI 執行中心、設立取證驗證中心及 AI 影響性研究中心，以增進公眾對於 AI 技術應用於醫療領域之信任度、解決 AI 模型跨院驗證流程緩慢、證實 AI 模型具有臨床效益，俾完善醫療 AI 治理及加速建立醫療 AI 生態系。前開計畫分二期推動，補助金額 7,459 萬餘元、5,750 萬元。經查執行情形，核有：(1) 衛福部鑑於 AI 醫療應用可能存在之技術不透明性與決策偏差疑慮，補助臺北榮民總醫院（下稱臺北榮總）等 10 家醫院設立負責任 AI 執行中心，建立醫療 AI 項目落地使用之治理機制，惟補助計畫屆期後，該部未能確實掌握各中心後續 AI 項目導入與落地應用情形，又各中心均未依循衛福部資訊處三大類型智慧醫療中心技術手冊建議，持續於其網站完整公開揭露已導入 AI 項目之九大透明性原則相關資訊(表 21)，資訊透明度有所不足；(2) 衛福部補助醫院設立取證驗證中心及 AI 影響性研究中心各 5 家，協助加速 AI 醫材取得醫療器材許可證查驗登記進程及申請納入健保給付所需科學實證資料，惟經本部實地抽查 4 家 AI 影響性研究中心營運情形，其中臺北榮總、臺中榮民總醫院（下稱臺中榮總）、國立成功大學醫學院附設醫院（下稱成大醫院）等 3 家 AI 影響性研究中心因案源尋覓不易，未能達損益兩平所需案件數（表 22），恐影響業務永續運作。另國立臺灣大學醫學院附設醫院（下稱臺大醫院）取證驗證中心未賡續獲得衛福部補助後，因未覓得相應資源，未循原政策規劃，持續對外提供跨院資料驗證服務，影響政策推動成效；(3)衛福部補助醫院推動 AI 影響性研究中心並導入跨院倫理審查協作機制，惟經本部實地抽查 4 家醫院 AI 影響性研究中心營運情形，其中臺大醫院、成大醫院、臺北榮總等 3 家中心跨院審查進度較原規劃時程落後。又據前揭 4 家中心於

表 21 各醫院負責任 AI 執行中心網站有關 AI 醫療應用項目資訊揭露情形

單位：項

醫院名稱	中心網站揭露 AI 醫療應用項數	未依九大透明性原則公告相關資訊項數(註 2)	中心網站未揭露已落地使用 AI 醫療應用項數
臺北榮民總醫院	1	—	4
高雄醫學大學附設中和紀念醫院	4	1	—
中國醫藥大學附設醫院	17	16	—
新北仁康醫院	2	1	—
奇美醫院	1	—	32
林口長庚醫院	1	—	6
嘉義長庚醫院	1	—	2
新北市立土城醫院	1	—	3
彰化基督教醫院	1	—	5
聯新國際醫院	1	—	3

註：1. 資料統計至 115 年 5 月 5 日止。
2. 九大透明性原則：(1)AI 詳情及輸出；(2)AI 目的；(3)AI 之警告範圍外使用；(4)AI 開發詳情及輸入特徵；(5)確保 AI 開發公平性之過程；(6)外部驗證過程；(7)模型表現之量化指標；(8)AI 實施與使用之持續維護；(9)更新和持續驗證或公平性評估計畫。
3. 資料來源：本部自行整理。

表 22 AI 影響性研究中心損益兩平所需案件及收案情形

單位：件

醫院名稱(註 1)	損益兩平所需案件數	第二期計畫收案案件數
臺北榮總	2	—
臺中榮總	3	—
成大醫院	2	1

註：1. 本表僅列述實地抽查醫院 AI 影響性研究中心執行案件情形。另臺大醫院俟首案執行完成後始得進行評估，爰未列入本表。
2. 資料統計至 114 年 12 月 18 日（114 年度第二期計畫各中心期中報告審查日）止。
3. 資料來源：整理自各醫院提供資料。

114 年底預估，臺大醫院、成大醫院等 2 家中心之臨床試驗結束日，較原定臨床試驗報告（或醫療科技評估報告）完成日落後 1 年 5 個月，恐有未能如期完成臨床試驗報告（或醫療科技評估報告)之風險，而臺中榮總之臨床試驗起始日甚已逾原定醫療科技評估報告提出期限（表 23)，計畫執行進度均有落後。另截至 114 年底止，4 家中心及其聯盟醫院因臨床試驗作業尚未啟動或收案人數未如預期，恐推延臨床試驗報告之完成，計畫管制考核有待強化等情事，經函請衛福部研謀善策，以完善醫療 AI 治理及加速建立醫療 AI 生態系，發揮引領智慧醫療發展之政策成效。據復：(1) 為要求各醫院管理所導入之 AI 產品，已建立「全國臨床 AI 應用登錄平台」，並宣導及推動各醫院至該平台登載九大透明性原則資訊，以利實踐 AI 治理之願景；(2) 與經濟部產業發展署合作，媒合國內廠商案源予各中心，並推動國際合作，成立「全球醫療 AI 聯邦學習媒合平台」，協助各中心爭取國際案源，以達成永續經營之目標；(3) 隨各中心人力與經驗更為齊備，加速驗證臨床效益，以納入健保給付可行性之評估。

表 23　截至 114 年底止 AI 影響性研究中心臨床試驗計畫執行情形

單位：人

序號	計畫名稱	主審醫院名稱	臨床試驗審查許可執行期間	計畫列載試驗報告（或評估報告）預計完成日期	收案情形(註1)	
					應收案人數	實際收案人數
1	人工智慧輔助篩檢糖尿病視網膜病變與年齡相關性黃斑部病變於家庭醫學及老年醫學門診：一項隨機對照臨床試驗	臺大醫院	審查許可日至 116 年 12 月 31 日	115 年 6 月 17 日	1,420	300
2	多中心臨床試驗：子宮內膜癌與卵巢癌患者治療前影像身體組成與化療劑量調整及療效關聯性之雙向追蹤研究	成大醫院	審查許可日至 116 年 12 月 31 日	115 年 6 月 17 日	22	9
3	AI 醫療軟體輔助 LDCT 影像判讀對肺癌篩檢成效與預後改善之隨機對照試驗	臺北榮總	114 年 10 月 30 日至 115 年 6 月 17 日	115 年 6 月 17 日	1,120	50
4	人工智慧輔助診斷高風險骨質疏鬆族群：一項實用性隨機臨床試驗	臺中榮總	114 年 11 月 13 日至 116 年 11 月 13 日	114 年 10 月	1,181	—

註：1. 本表收案情形，係彙計主審醫院及其聯盟醫院應收案、實際收案人數。
2. 資料來源：整理自各醫院提供資料。

（十二）　政府為緩解國內大型醫院急診壅塞情形，已推動分級醫療及調整急診部分負擔等措施，惟近年來整體醫學中心急診壅塞情形漸趨嚴峻，允宜研謀善策，並引導醫院強化病床使用效率，及研議優良實務作法，以減緩急診壅塞，提升醫療品質。

衛生福利部（下稱衛福部）及中央健康保險署（下稱健保署）為改善醫療資源配置失衡情形，自 102 年起辦理提升急重症及加護病房轉診品質計畫，劃分 14 個急重症轉診網絡，建立院際間急重症病人轉診合作機制；復自 106 年起推動分級醫療 6 大策略，藉由擴大基層診所服務範疇、提高假日基層開診率、提供急診就醫資訊查詢等，並自 112 年 7 月 1 日起調高醫學中心及區域醫院急診部分負擔，期導引民眾依病情選擇適當就醫管道，紓解大型醫院急診壅塞情形。經查全國 23 家醫學中心急診轉住院案件，自 110 年度之 40 萬餘人次增至 113 年度之 45 萬餘人次，至 114 年度第 1 季為 10 萬 8 千餘人次。其中急診轉住院暫留急診超過 48 小時（下稱急診暫留超過 48 小時）案件，自 110 年度之 2 萬 1 千餘人次，逐年增至 113 年度之 4 萬 3 千餘人次，至 114 年度第 1 季為 1 萬 1 千餘人次；案件比率由 110 年度之 5.44%，逐年上升至 113 年

度之 9.60%，至 114 年第 1 季再增為 10.99%（表 24），醫學中心急診壅塞情形漸趨嚴峻。又分析個別醫學中心 114 年第 1 季急診暫留超過 48 小時案件比率，高於全國指標值 6.41%者計 16 家，其中 7 家自 110 年度起連年上升，甚有 2 家醫院分別自 111 年度、113 年度起皆超逾 2 成；另有 9 家 113 年度急性一般病床占床率未及 8 成，其中 6 家醫院自 110 年度起各年度急性一般病床占床率皆未及 8 成，病床運用情形欠佳。另查同期間部分醫學中心透由推動整合資訊平臺，優化床位運用，或啟動人力支援機制，或落實執行轉診計畫等多項措施，急診壅塞情形已有所改善。經函請衛福部研謀改善，引導醫院強化病床使用效率，並研議擇選優良實務作法，以減緩急診壅塞，維護病人就醫權益，並提升醫療品質。據復：114 年 9 月成立「改善急診壅塞精進策略專案小組」，並定期開會，於會中擇選優良醫院分享其急診調床機制供其他醫院參考運用，並將持續透過「強化醫學中心院內病床調度」、「加強區域醫院聯防機制」及「強化民眾分級就醫資訊」等 3 大策略，搭配「強化護理人力整備」、「調整健保給付鼓勵醫院投入急重症」等中長期改革機制多管齊下，緩解急診壅塞，以維護病人就醫權益與醫療品質。

表 24　全國醫學中心急診轉住院暫留超過 48 小時案件情形

單位：千人次、%

項目＼年度	110	111	112	113	114（第 1 季）
急診轉住院案件（A）	403	394	448	453	108
急診轉住院暫留超過 48 小時案件（B）	21	28	38	43	11
急診轉住院暫留超過 48 小時案件比率(B/A×100)	5.44	7.29	8.51	9.60	10.99

資料來源：整理自健保署網站公開資料。

（十三）　政府持續針對低收入戶、中低收入戶或經濟弱勢者推動各項扶助措施，惟對於相同身分或具有多重弱勢者，尚未建立跨機關完整資訊整合機制，又部分未能得到扶助之原因及態樣亦未能妥為分析運用，允宜研謀善策妥處，以保障經濟弱勢國民得到適切之照顧。

政府為照顧低收入戶、中低收入戶及救助遭受急難或災害者，由衛生福利部（下稱衛福部）制定社會救助法（下稱社救法），明定由地方政府編列預算提供生活津貼等各項扶助，該部社會及家庭署（下稱社家署）主管老人福利法、身心障礙者權益保障法，針對低收入戶、中低收入戶年滿 65 歲長者或領有身心障礙手冊（證明）者，考量其多重弱勢身分，亦於中低收入老人生活津貼發給辦法、身心障礙者生活補助費發給辦法明定由地方政府編列預算提供中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助費。衛福部為協助地方政府辦理上開 3 項津貼或補助之資格審查及發放作業，已建置「弱勢 e 關懷－全國社會福利資源整合系統（下稱弱勢 e 關懷系統）」，有關其申請、核准及支領情形，系統均有詳細歷程及資料，惟因分由該部社會救助及社工司、社家署掌理有關業務，目前尚未能跨單位針對多重弱勢身分家戶，妥適運用系統資訊進行發放金額之相關統計作業，致其實際生活基本需求與補助或津貼總額有無缺口，是否需另行媒介民間社福團體協助等，尚無針對家戶有完整數據資料可供參考，又上開法規對於補助額度相關事宜均不定期進行檢討，若無跨身分別之整體數據，對於後續修正相關規定或提高補助或津貼額度等評估作業，均有相當程度之影響。次查，低收入戶、中低收入戶除依社救法請領生活津貼等項目

外，另依該法及其他法規由該部社會救助及社工司、社家署等機關編列預算補助健保費等費用（表 25），暨由教育部、勞動部、內政部等機關補助在學學生助學金、失業者職業訓練生活津貼、住宅貸款利息及租金補貼等補助資訊，目前係由各部會或執行單位（如各級學校）執行發放，亦未建立相關資料整合機制統整有關資訊。又對於經濟弱勢族群扶助措施，除前述低收入戶、中低收入戶外，尚有依國軍退除役官兵輔導條例、特殊境遇家庭扶助條例、高級中等學校經濟弱勢學生就學費用補助辦法等規定，對於無職榮民給予公費就養、家庭總收入及財產未達一定標準以下之特殊境遇家庭給予家庭扶助、對家庭經濟困難而無法順利受學校教育之在學學生給予就學所需相關費用補助，主管機關為國軍退除役官兵輔導委員會、社家署、教育部，亦因身分別、適用法規或主辦機關不同，未能由「整個政府」觀點就「經濟弱勢者」建立資訊整合機制，對於跨機關協作及整體經濟弱勢支持等政策，尚難就其制定之適足性及完備性等予以整體性評估，亦難以就各機關資源進行妥適配置。復查，民眾申請低收入戶、中低收入戶身分，或請領中低收入老人生活津貼、身心障礙者生活補助費，地方政府均以其家庭總收入平均分配全家人口以及財產金額作為審核標準，其中以低收入戶之申請標準門檻最高，中低收入戶次之，中低收入老人生活津貼與身心障礙者生活補助費之請領標準相近，且較中低收入戶寬鬆，因此，地方政府對於民眾申請低收入戶、中低收入戶未通過者，倘有年滿 65 歲或身心障礙者，市縣政府社會局（處）經徵詢民眾同意後，雖有協助其申請其他福利之機制，惟對於民眾未通過低收入戶、中低收入戶之原因及態樣，衛福部並未協同地方政府充分運用弱勢 e 關懷系統介接之財稅、勞保、身障等跨部會資料，瞭解分析個案之經濟實況是否有需要進一步扶助，或另行媒介民間社福團體協助情形，亦未就個案收入或財產分布態樣進行整體性分析，以瞭解民眾需求與法規標準之差距。按衛福部統計，114 年度申請低收入戶、中低收入戶審核未通過之案件數尚有 6 萬 4 千餘件，尚待積極運用系統資訊分析未通過案件經濟實況，以作為後續修法之參據。以上，經函請行政院允宜督促衛福部協同相關部會及地方政府建立低收入戶、中低收入戶各項扶助資訊整合機制，及就未獲扶助案件加強分析相關資訊，並責成有關機關妥為蒐整經濟弱勢族群相關扶助措施資訊，以提升社福資源運用效益，並保障經濟弱勢國民得到適切之照顧。

表 25　衛福部推動低收入戶、中低收入戶相關扶助措施

依據規定	預算編列機關	扶助（補助）項目
社會救助法	社會救助及社工司	低收入戶全額健保費、中低收入戶 1/2 健保費
兒童及少年未來教育與發展帳戶條例		具低（中低）收入戶資格，且於 105 年 1 月 1 日以後出生者，政府採同額相對提撥，家長每年最高可存入 1.5 萬元
全民健康保險法		低收入戶門診及住院部分負擔費用
公益彩券回饋金運用及管理作業要點	社會保險司	協助弱勢民眾（含低收入戶、中低收入戶）排除就醫障礙
兒童及少年醫療補助辦法	社家署	中低收入戶內未滿 18 歲之兒童及少年，補助全額健保費
長期照顧服務申請及給付辦法	長期照顧司	補助經濟弱勢者（含低收入戶、中低收入戶）長期照顧營養餐飲服務費用

資料來源:本部自行整理。

（十四） 政府持續透過跨部會合作協助經濟弱勢自立脫貧，惟有工作者平均每月收入尚屬偏低，允宜督導相關主管機關瞭解其整體困境，研提因應對策，以達改善生活條件之目標。

政府為協助經濟弱勢家庭自立脫貧，由衛生福利部（下稱衛福部）依據社會救助法第15條之1第3項規定，於105年6月6日訂定協助積極自立脫離貧窮實施辦法，輔導直轄市、縣（市）主管機關辦理低收入戶及中低收入戶脫離貧窮相關措施，並於114年9月訂定「社勞政聯合促進低收入戶及中低收入戶就業服務指引」，強化社政與勞政個案轉銜及合作機制；勞動部勞動力發展署（下稱勞發署）依據就業服務法第24條第1項及就業促進津貼實施辦法等規定，運用各項就業促進措施，協助低收入戶或中低收入戶中有工作能力者就業。據衛福部統計，114年底列冊之低收入戶、中低收入戶共51萬餘人，其中有工作能力者計18萬餘人（36.34%），已就業者計17萬餘人（12萬餘戶），就業比率93.68%，有工作能力而未就業者尚有1萬餘人（表26）。另上開有就業者之家戶（12萬餘戶）中，僅有4戶113年所得為36至60萬元，其餘家戶113年所得均未及36萬元，平均每月收入未及3萬元；111年底列冊之低收入戶、中低收入戶各157,479戶、117,027戶，截至114年底止，渠等均維持各該資格未曾調整者計105,916戶、56,968戶，占比各為67.26%、48.68%，中低收入戶於112至114年間曾調整為低收入戶者有31,654戶次，依前揭數據分析，低收入戶、中低收入戶脫貧自立比率仍待提升。再查，上開已就業者所得偏低原因，依據該部113年10月編印之112年「低收入戶及中低收入戶生活狀況調查報告」所示，家計負責人「有工作者」（約15萬餘人）之職業類型，擔任基層技術工及體力工者39.05%最高、服務及銷售工作人員者27.08%次之、機械設備操作及組裝人員10.40%第三；至其教育程度為高級中等（高中職）以下者約12萬餘人，約占8成；另家計負責人「具工作能力者」約16萬餘人，沒有接受過職業訓練之比率約有91.92%，不願接受職業訓練之比率約77.43%。衛福部各年雖將「脫離貧窮措施服務」列為中央對直轄市與縣（市）政府執行社會福利績效書面或實地考核指標，114年9月並與勞發署、市縣政府社會局（處）舉辦共識營，共同推動多元脫貧措施；又勞發署雖提供低收入戶、中低收入戶之職業訓練生活津貼，惟114年度核定補助人數僅513人，再據前述低收入戶、中低收入戶「有工作者」及「具工作能力者」調查資料顯示，其面對基本生活維持、教育程度提升、技術能力改善等多重門檻下，可能已處於「貧窮陷阱（poverty trap）」之狀況，若持續無法改善，亦可能陷入世代延續之困境。為有效提升低收入戶、中低收入戶就業自立能力，經函請行政院允宜督促衛福部協同勞發署、市縣政府社會局（處）瞭解其就業困境，針對不同個案情境，持續提供協助逐步排除，並就渠等不願接受職業訓練之原因，研提因應對策，暨協同教育體系妥為協助提升其子女就學就業能力，提高下一代教育程度，並習得一技之長，以確實達成改善生活條件及自立脫貧之目標。

表26　114年底低收入戶及中低收入戶有工作能力者就業情形

單位：人、%

身分別	總人數（A）	有工作能力者					
		人數（B）	比率（B/A×100）	已就業者		未就業者	
				人數（C）	比率（C/B×100）	人數（D）	比率（D/B×100）
合計	**510,995**	**185,705**	**36.34**	**173,969**	**93.68**	**11,736**	**6.32**
低收入戶	262,072	64,608	24.65	59,560	92.19	5,048	7.81
中低收入戶	248,923	121,097	48.65	114,409	94.48	6,688	5.52

資料來源:整理自衛福部提供資料。

（十五） 食藥署及健保署已推動多項措施管理醫療院所鎮靜安眠藥物開立情形，惟多數長期用藥病患未接受失眠認知行為治療，加以醫療機構尚乏投入非藥物治療方式之誘因，間有部分患者領用藥物數量超逾合理劑量情事，允宜研謀改善，以確保合理用藥及病人安全。

睡眠為維持身心健康所必需，然我國因失眠問題而使用鎮靜安眠藥物者眾，據中央健康保險署（下稱健保署）統計，111 至 113 年各年度約有 460 萬名病患申報 11 至 12 億餘顆鎮靜安眠藥物，支用健保費用 23 至 25 億餘元，以我國總人口約 2,300 萬人估計，平均每 5 人就有 1 人使用鎮靜安眠藥物。食品藥物管理署（下稱食藥署）及健保署歷來藉由管制藥品使用規範及稽核、用藥指引、藥品給付規定、醫療品質資訊公開及醫療服務審查等各項措施，管理醫療院所鎮靜安眠藥物開立情形，並宣導衛教民眾正確使用鎮靜安眠藥物。經查相關業務執行情形，核有下列事項：

1. 食藥署及健保署已透過鎮靜安眠藥物相關指引或給付規定等規範療程時間，並建議長期用藥者轉介至精神科進行評估，惟仍有 8 成使用鎮靜安眠藥物病患於非精神科醫療院所就診，其中不乏有長期用藥情形，恐不利控管其不當使用藥物及成癮等風險：財團法人國家衛生研究院（下稱國衛院）「臺灣鎮靜安眠藥不當使用之防治策略」指出，失眠症狀常出現於許多急慢性身體或精神疾病之臨床表徵，臨床應以共病概念評估診療。據健保署統計，111 至 113 年健保申報鎮靜安眠藥物使用人數為 453 萬餘人至 461 萬餘人不等，藥物數量約 11 至 12 億餘顆，其中有 8 成病患、5 成藥物於精神科以外之科別開立，尤以西醫基層診所為大宗，約占申報病患人數、藥物總量之 5 成及 4 成，恐不乏因內外科疾病共病失眠症狀而使用鎮靜安眠藥物者，若病患長期使用鎮靜安眠藥物，而未轉介精神科，恐難以處理失眠真正原因。復據食藥署及健保署相關用藥指引指出，苯二氮平類（Benzodiazepines, BZDs）及非苯二氮平類（non-Benzodiazepines, Non-BZDs）等 2 大類鎮靜安眠藥物不建議長期使用，療程不宜超過 4 週及 6 個月，若需長期使用，應轉精神科評估其繼續使用之適當性。惟據健保署統計，112 及 113 年持續領用藥物 3 個月至 3 年者均約 300 萬人，約占當年度申報總人數之 6 成，其中以持續領用 2 年至 3 年之 138 萬餘人、144 萬餘人為最多，且約有 8 成於非精神科就診（表 27）。顯示部分患

表 27 健保病患長期領用鎮靜安眠藥物分析

單位：萬人

科別	112 年病患持續領用鎮靜安眠藥物					113 年病患持續領用鎮靜安眠藥物				
	合計	超過 3 個月未滿 6 個月	6 個月以上未滿 1 年	1 年以上未滿 2 年	2 年至 3 年	合計	超過 3 個月未滿 6 個月	6 個月以上未滿 1 年	1 年以上未滿 2 年	2 年至 3 年
合計	**302**	**56**	**52**	**55**	**138**	**306**	**55**	**51**	**54**	**144**
精神科	**96**	10	13	17	54	**98**	10	13	17	56
非精神科	**241**	49	43	44	103	**242**	48	42	43	107

註：1.長期領用藥物定義：
（1）資料區間：112 年資料係計算 110 至 112 年間連續使用情形，113 年資料係計算 111 至 113 年間連續使用情形。
（2）使用藥物，係以各年季別，有 1 筆以上申報資料。
（3）連續使用「超過 3 個月未滿 6 個月」係指資料區間連續 2 季有使用藥物情形；「6 個月以上未滿 1 年」係指資料區間連續 3 至 4 季有使用藥物情形；「1 年以上未滿 2 年」係指資料區間連續 5 至 8 季有使用藥物情形；「2 至 3 年」係指資料區間連續 9 至 12 季有使用藥物情形。
2.人數依申報之身分證號歸戶計算，因病患可能同時於不同科別就診，故合計人數不等於各科別病患人數加總數。
3.資料來源：整理自健保署提供資料。

者長期使用鎮靜安眠藥物，已超出指引規範療程，且多數未至精神科接受專業評估處遇，恐不利控管不當使用風險及降低成癮危害。經函請衛福部督促研謀因應，促進失眠醫療處遇之跨科別合作，以有效治療病患失眠問題，改善長期用藥情形。據復：健保署已邀請相關醫學會，搭配健康臺灣「三高防治 888 計畫」，推廣正確用藥認知，並針對臨床較無學理支持之用藥方式，檢視個案處方開立原因，確保合理用藥及病人安全。

2. 國際失眠診治相關指引均以非藥物診治為優先處置方式，惟我國臨床實務仍以開立鎮靜安眠藥物為主，恐不利減少失眠患者對於鎮靜安眠藥物之依賴：據健保署統計，健保鎮靜安眠藥物申報數量及人數，已由 111 年之 11 億餘顆、453 萬餘人，逐年成長至 113 年之 12 億餘顆、460 萬餘人，使用藥物數量及人數呈增加趨勢。據國衛院「臺灣鎮靜安眠藥不當使用之防治策略」指出，國際醫療失眠指引均建議以非藥物治療為優先處置方式，其中失眠認知行為治療（cognitive behavioral therapy for insomnia, CBT-I）具有顯著療效，其短期療效與藥物相當，且長期效果維持較佳，另可同時配合藥物促進療效，協助長期用藥者減藥或停藥。健保署對於醫療臨床端執行 CBT-I，係於健保醫療服務給付項目及支付標準提供「特殊心理（社會）治療」診療支付項目，惟據統計，111 至 113 年初次診斷失眠（診斷日前 12 個月未被診斷失眠）之 107 萬餘人至 111 萬餘人中，接受特殊心理（社會）治療者均未達萬人，占比未達 1%；112 及 113 年持續領用藥物 3 個月至 3 年之 300 餘萬人，接受特殊心理（社會）治療之比率亦僅約 1 成（表 28），臨床實務仍以開立鎮靜安眠藥物為主，未能參據國際相關指引優先提供 CBT-I 治療。究其原因，除民眾對失眠治療認知不足外，囿於特殊心理（社會）治療健保給付點數（344 至 515 點）偏低，不敷門診時間及人力成本，且受過 CBT-I 完整訓練之專業人力不足等，均影響醫療機構投入意願，恐不利減少失眠患者對於鎮靜安眠藥物之依賴。經函請衛福部督促宣導提升民眾對於失眠治療之認知，並研酌強化醫療機構提供 CBT-I 治療之誘因，以增進非藥物治療方式之推廣及臨床應用，改善鎮靜安眠藥物用量持續增長情形，維護國人健康。據復：健保署已接獲醫學會提出特殊心理治療等健保給付項目之修訂建議，刻依程序研議中，另將與相關醫學會研擬配套措施，增進非藥物治療方式之推廣。

表 28　長期領用鎮靜安眠藥物者接受特殊心理（社會）治療情形

單位：萬人

申報特殊心理（社會）治療情形	領用鎮靜安眠藥物期間									
	112 年					113 年				
	合計	3 個月以上未滿 6 個月	6 個月以上未滿 1 年	1 年以上未滿 2 年	2 年至 3 年	合計	3 個月以上未滿 6 個月	6 個月以上未滿 1 年	1 年以上未滿 2 年	2 年至 3 年
合計	**302**	**56**	**52**	**55**	**138**	**306**	**55**	**51**	**54**	**144**
有申報	**40**	4	6	8	21	**41**	4	6	8	22
未申報	**261**	52	45	47	116	**264**	51	45	46	121

註：1. 長期領用藥物定義：
（1）資料區間：112 年資料係計算 110 至 112 年間連續使用情形，113 年資料係計算 111 至 113 年間連續使用情形。
（2）使用藥物，係以各年季別，有 1 筆以上申報資料。
（3）連續使用「超過 3 個月未滿 6 個月」係指資料區間連續 2 季有使用藥物情形；「6 個月以上未滿 1 年」係指資料區間連續 3 至 4 季有使用藥物情形；「1 年以上未滿 2 年」係指資料區間連續 5 至 8 季有使用藥物情形；「2 至 3 年」係指資料區間連續 9 至 12 季有使用藥物情形。
2. 人數依申報之身分證號歸戶計算。
3. 資料來源：整理自健保署提供資料。

3. **食藥署及健保署已藉由管制藥品規範及稽核、醫療品質資訊公開及醫療服務審查等措施，管理醫療院所鎮靜安眠藥物之使用，惟間有部分患者領用藥物數量超逾合理劑量情事，不利降低患者重複用藥、濫用及成癮等風險：**國衛院「臺灣鎮靜安眠藥不當使用之防治策略」之失眠診治準則、食藥署「苯二氮平類（Benzodiazepines）藥品用於鎮靜安眠之使用指引」及健保署「健保藥品給付規定通則」等均指出，鎮靜安眠藥物應以最低有效劑量使用，避免長期用藥導致成癮或不良副作用。食藥署及健保署並透過管制藥品稽核專案、公開醫療品質資訊及醫療院所「門診鎮靜安眠藥物同藥理用藥日數重疊率」醫療服務審查等機制，管理醫療院所鎮靜安眠藥物開立情形。據健保署統計，111 及 112 年度跨院所重疊率高於 10%之機構各有 111 家及 109 家，甚有 3 家高於 90%，且幾全為非精神科西醫基層診所，顯示部分非精神科西醫基層機構跨院所開立鎮靜安眠藥物重疊情形較為嚴重，不利降低患者重複或過量使用鎮靜安眠藥物之風險。另經分析 111 至 113 年度病患領用鎮靜安眠藥物情形，各該年度病患累計領用藥物數量之第 1 至第 3 四分位數為 14 顆至 336 顆（表 29），平均每日約在 1 顆以內，尚符合國內常見鎮靜安眠藥物每日建議劑量 0.5 顆至 2 顆之範圍，惟各該年度均有病患領用大量鎮靜安眠藥物情事，每年申領 5 千顆以上人數，由 111 年度之 430 人，增加至 113 年度之 574 人，甚有每年領藥量逾萬顆者，該 3 年度單一病患領藥量最高達 13,381 顆至 21,996 顆（同表 29），平均每日約 36 顆至 60 顆，遠超每日建議劑量，未盡合理，凸顯現行管理措施下，仍有患者領用鎮靜安眠藥物量大幅超逾合理劑量，恐衍生濫用成癮或藥品轉供他人使用之風險。經函請衛福部建立有效輔導管控措施，以降低病患不當使用安眠鎮靜藥物之風險，維護用藥安全。據復：食藥署及各地方衛生局每年共同執行專案計畫，加強查核高風險機構醫師處方之合理性，另健保署已邀請精神醫療領域專家討論多重用藥管理策略，獲致共識針對臨床較無學理支持之高風險案件進行專業審查，並輔導院所改善。

表 29　病患累計領用鎮靜安眠藥物情形

單位：顆、萬人

年度	當年累計申領鎮靜安眠藥物數量		累計申領藥物數量	人數
111	最大值		18,340	453.5
	四分位數	第 3 四分位（Q3）	321	
		第 2 四分位（Q2）	63	
		第 1 四分位（Q1）	14	
	最小值		0.3	
112	最大值		21,996	461.4
	四分位數	第 3 四分位（Q3）	332	
		第 2 四分位（Q2）	63	
		第 1 四分位（Q1）	14	
	最小值		0.3	
113	最大值		13,381	460.0
	四分位數	第 3 四分位（Q3）	336	
		第 2 四分位（Q2）	70	
		第 1 四分位（Q1）	14	
	最小值		0.3	

註：1. 人數依申報之身分證號歸戶計算。
2. 四分位數定義：
（1）第 1 四分位數（Q1）：病患歸人累計領用鎮靜安眠藥物數量由小到大排列後第 25%之數值。
（2）第 2 四分位數（Q2）：病患歸人累計領用鎮靜安眠藥物數量由小到大排列後第 50%之數值，即中位數。
（3）第 3 四分位數（Q3）：病患歸人累計領用鎮靜安眠藥物數量由小到大排列後第 75%之數值。
3. 資料來源：整理自健保署提供資料。

（十六）　政府持續強化美容醫學及化粧品之相關管理作為，惟部分醫療機構疑未經核准登記即施行特定美容醫學手術，美容醫學品質認證推動成效亦待提升，又網路醫療廣告監測機制未臻健全，另輸入化粧品 GMP 登錄資料多有缺漏，允宜研謀改善，以提升美容醫學服務及化粧品之管理效能。

隨著民眾對外貌改善及美容保養之需求增加，近年國內美容醫學及化粧品市場日益蓬勃發展。衛生福利部（下稱衛福部）為提升美容醫學之品質，於 107 年 9 月及 114 年 12 月修正特定

醫療技術檢查檢驗醫療儀器施行或使用管理辦法(下稱特管辦法),將美容醫學依風險分級管理,以強化民眾接受相關處置之安全性,截至 114 年 11 月 14 日止,全國提供美容醫學服務之診所(下稱醫美診所)計有 1,055 家。另食品藥物管理署(下稱食藥署)為維護化粧品之衛生安全,於 107 年 5 月修正化粧品衛生安全管理法,透過化粧品產品登錄等制度確保市售化粧品安全,截至 114 年底止,食藥署化粧品產品登錄平臺系統中登錄效期內之化粧品計有 37 萬餘項。經查相關管理作業執行情形,核有下列事項:

1. 部分醫療機構疑未經核准登記即施行特定美容醫學手術,相關管理機制仍待強化,又通過美容醫學品質認證診所數尚寡,推行成效欠佳:依特管辦法規定,醫療機構施行特定美容醫學手術前,應向地方主管機關申請核准及登記,始得為之。衛福部為提升民眾就醫資訊之透明度,定期公布「各縣市核准施行特定美容醫學手術醫療機構」(下稱核准機構)名單,截至 114 年 6 月底止,全國計有 435 家醫療機構可施行特定美容醫學手術。經本部於網路搜尋引擎以「隆鼻診所」、「削骨診所」及「隆乳診所」等關鍵字進行篩選,並與前開核准機構名單比對結果發現,間有診所未經核准登記,惟於其官網載明提供特定美容醫學手術服務,部分甚已有施術實例,疑有未經核准登記即施行特定美容醫學手術情事,與特管辦法規定未符,相關管理機制仍待強化。另衛福部為提升醫美診所服務品質,自 108 年起辦理「診所美容醫學品質提升計畫」,推廣美容醫學品質認證,截至 114 年底止,支用經費 2,176 萬餘元,惟申請認證診所數由 108 年度之 77 家,逐年下滑至 114 年之 8 家(表 30),114 年底仍在 3 年效期內之品質認證診所僅 40 家,相較全國已有千餘間醫美診所,占比甚微。又 108 至 113 年間通過認證之診所中,計有 74 家截至 114 年 8 月底仍開業中,惟於認證屆期後再賡續申請認證者僅約 3 成(24 家);另各該年度未通過認證且截至 114 年 8 月底仍開業者計 39 家,其中亦僅 2 成(9 家)診所再次申請品質認證,顯示美容醫學品質認證之推動成效仍有待提升。經函請衛福部督導地方政府加強醫療機構違法執行特定美容醫學手術之查處作業,並強化品質認證之推動策略與參與誘因,以完備美容醫學機構之管理,維護民眾就醫安全。據復:已請地方衛生局加強查察醫療機構執行特定美容醫學手術情形,另為擴大美容醫學品質認證診所之涵蓋率,自 115 年度起主動邀請施行特定美容醫學手術之醫療機構參與認證,未來將視推動成效評估是否採行強制評鑑機制。

表 30 診所美容醫學品質認證申請及通過情形

單位:家

年度	申請家數	通過家數	未通過家數
108	77	56	21
109	38	25	13
110	19	12	7
111	13	7	6
112	33	25	8
113	13	9	4
114	8	5	3

資料來源:整理自衛福部提供資料。

2. 網路平臺已成為醫美診所投放違規廣告之高風險場域,惟現行查核案件多源自民眾檢舉,尚乏系統性之主動監測措施:醫療廣告係指利用傳播媒體或其他方式宣傳醫療業務,以達招徠患者醫療為目的之行為。依衛福部 105 年 11 月 17 日衛部醫字第 1051667434 號函釋規定,醫療機構不得以不正當方式,或以「最專業」、「首創」等強調最高級或排名之敘述性名詞及類似聳動用語作為宣傳。經查,衛福部為強化醫療廣告之管理,業將醫療廣告查處結案情形,列

入地方政府衛生機關醫政業務考核項目，督導地方政府加強辦理。經以6個直轄市（下稱6都）113年度醫療廣告查處案件分析，該年度6都查核之389案西醫醫療廣告中，計有267案為醫美診所投放之廣告(下稱美容醫學廣告)，其中經查明違規裁處罰鍰者計59案，全數為網路刊登案件（表31），顯示網路平臺已成為醫美診所投放違規廣告之高風險場域，惟現行尚乏系統性之主動監測機制，上開267案美容醫學廣告查核案件，多源自民眾主動檢舉（248案），地方政府自查案件尚未及1成，不利降低民眾接觸不實廣告之風險。另查，衛福部為因應部分醫療廣告不當使用高濃度血小板血漿（Platelet Rich Plasma, PRP）宣稱療效，於106年3月函釋說明，PRP醫療廣告如擅自宣稱未具實證基礎之療效或適應症，已涉違反醫療法第86條第7款所稱「以其他不正當方式為宣傳」。113年度6都查核之267案美容醫學廣告中，涉及PRP者計10案，惟經本部檢視提供PRP醫療服務之醫美診所官網，仍發現部分診所網站載有宣稱PRP具改善、促進或具特定療效之用語，顯示PRP廣告之管理仍有待強化。經函請衛福部研議建置網路醫療廣告監測與稽查機制，並宣導提升醫療機構對廣告投放內容之正確認知，以強化美容醫學廣告管理成效，保障民眾就醫安全。據復：為完備地方衛生局主動監測醫療廣告機制，將於地方衛生機關業務考評作業手冊中，輔導衛生局強化主動監測事宜，並適時列為前開作業手冊之考評項目。

表31　113年度6都美容醫學廣告查處情形

單位：案、%

直轄市	醫美診所醫療廣告查核件數（A）				
		民眾檢舉案件（B）	占比（B/A×100）	違規裁處罰鍰案件	
					網路刊登案件
合計	**267**	**248**	**92.88**	**59**	**59**
臺北市	201	190	94.53	25	25
新北市	15	12	80.00	6	6
桃園市	13	12	92.31	4	4
臺中市	7	7	100.00	5	5
臺南市	16	13	81.25	8	8
高雄市	15	14	93.33	11	11

資料來源：整理自衛福部提供資料。

3. 輸入化粧品製造場所之GMP相關資訊仰賴業者自行揭露，惟業者揭露資料多有缺漏，復未辦理PIF查核作業，不利有效掌握國外化粧品製造場所之GMP符合情況：食藥署為強化化粧品之品質管理，於108年8月訂定化粧品優良製造準則(Cosmetics Good Manufacturing Practices, GMP)，作為化粧品製造品質之基本規範，並分3階段推動辦理，自113年7月1日起，防曬、染髮、燙髮、止汗制臭、含過氧化物之居家使用牙齒美白用途等化粧品（下稱第1階段化粧品）製造場所應符合GMP；114年7月1日起，擴大於生產嬰兒用、唇用、眼部用、非藥用牙膏及漱口水等化粧品（下稱第2階段化粧品）之製造場所；115年7月1日起，則於所有化粧品製造場所全面實施（除免辦工廠登記之固態手工香皂製造業者外）。食藥署為協助業者落實GMP，自109年起持續辦理國內製造場所實地訪視及輔導作業，並自113年7月起啟動現場檢查，逐步掌握國內化粧品製造場所之GMP符合情形。而針對輸入化粧品之國外製造場所，現行係由業者於產品登錄資料及產品資訊檔案（Product Information File, PIF）中，揭露其製造場所之GMP符合情形，以作為主管機關查核依據。惟據食藥署提供之114年11月27日化粧品產品登錄平臺系統資料，化粧品國外製造場所共14,940處，其中9,487處製造場所之GMP符合情形欄位為空白，約占63.50%，另有330處製造場所登錄之GMP證書效期已於102年6月至

114 年 10 月間逾期，顯示現行產品登錄資料，對於國外製造場所 GMP 資訊之揭露仍未完備，不利輸入化粧品之源頭品質管理。又 107 年 5 月化粧品衛生安全管理法修正後，經中央主管機關公告之化粧品，上市前應由製造及輸入業者建立 PIF，保存於化粧品外包裝或容器標示之製造（輸入）業者地址，其推動期程與化粧品製造場所導入 GMP 期程相同，主管機關並得依法進行查核。惟食藥署考量國內業者規模較小，制度實施首年以輔導為主，截至 114 年 11 月底止，尚未啟動化粧品 PIF 查核作業，且該署雖自 112 年起辦理業者 PIF 實地訪視作業，協助業者落實建置 PIF，然截至 114 年 11 月底止，累積訪視第 1 階段及第 2 階段應建立 PIF 之業者 180 家及 62 家，僅約占業者總數之 10.83%及 2.87%（表 32），實地訪視涵蓋率仍屬偏低，尚難有效掌握業者 PIF 實際建置情形，而透由 PIF 瞭解國外製造場所之 GMP 符合情形更為不易。經函請食藥署檢討強化國外製造場所 GMP 符合性之查證方式，督導業者確實登載產品登錄資訊，並儘速啟動 PIF 查核作業，以強化化粧品源頭品質管理。據復：將依化粧品 GMP 實施時程調整化粧品產品登錄平臺系統，將製造場所 GMP 符合情形相關資料修正為必填欄位，以督導業者確實登載產品登錄資訊;另該署已自 114 年 12 月起啟動 PIF 查核作業，確保業者落實法規要求。

表 32　114 年 11 月底止化粧品 PIF 實地訪視作業辦理情形

單位：家、%

項目	應建置 PIF 業者數（A）	實地訪視業者數（B）	占比（B/A×100）
第 1 階段化粧品	1,662	180	10.83
第 2 階段化粧品	2,163	62	2.87

資料來源：整理自食藥署提供資料。

（十七）　政府為維護食品衛生安全，訂定食品標示管理及輸入食品查驗等相關監管規範，惟現行食品原料含量標示透明度待提升，又間有民眾涉有利用個人自用食品免輸入查驗制度，進口食品轉售情事，衍生食安管理缺口，允宜研謀改善，以維護國人食之安全。

政府為維護民眾食之安全，於食品安全衛生管理法（下稱食安法）及其施行細則中規範，食品之容器或外包裝，應明顯標示品名、內容物名稱、製造廠商、有效日期等資訊，且食品名稱應與本質相符，不得有不實、誇張或易生誤解之情形等，以確保消費者可正確選購所需產品；復為強化輸入食品之安全管理，規範輸入食品除符合特定條件者外，須向食品藥物管理署（下稱食藥署）申請查驗並經審查合格後，方可於國內市場流通販售。經查相關管理作業執行情形，核有下列事項：

1.　食品標示為消費者選購產品之重要依據，國際對於食品原料含量標示已訂有明確之規範或指引，惟我國僅規範少數食品須標示主成分百分比，未能充分保障消費者權益：政府為強化食品標示管理，於食安法第 22 條規定，食品內容物應依含量多寡由高至低依序標示；另為強化產品資訊揭露，亦規範部分產品應標明其主成分所佔百分比。截至 114 年底止，經食藥署公告須標明主成分百分比之產品包括果蔬汁、調製乳粉等，舉如果蔬汁須標明原汁含有率、調製乳粉須標明乳粉含量百分比等，以協助消費者瞭解產品成分實際含量。經查，國際食品法典委員會（Codex Alimentarius Commission）公告之包裝食品標示通用標準（General Standard for

the Labelling of Pre-packaged Foods)，針對以文字、圖案或圖形等標示強調特定原料之食品，已訂有原料含量標示(Quantitative ingredients declaration)之原則性規範，業者應於產品標示揭露該原料於產品製造時投入重量或體積百分比。歐洲議會及理事會(European Parliament and the Council)於2011年發布歐盟食品標示規章(EU 1169/2011)，亦有類同之原料含量標示相關規範；歐洲執行委員會(European Commission)2017年發布之原料含量標示原則適用指引(2017/C393/05)，並提供食品業者原料含量標示之適用範圍、百分比計算方式等實務作業說明，協助業者正確落實執行。惟國內現行對於食品成分含量標示之規定，除針對果蔬汁、乳粉等特定品項要求標示主成分比率外，其餘產品則未有揭露原料使用比重之相關規範，然部分國人常食用之食品，係以食品原料作為品名販售(如蘿蔔糕、魚丸、干貝醬、芝麻糊、花生醬等)，消費者依品名、外包裝圖片等，可合理預期該項產品含有相應原料，卻難以從食品標示判別該項原料實際用量，恐影響消費者對產品品質與價值之判斷，衍生消費風險。經函請食藥署廣泛蒐集先進國家有關食品原料含量百分比之標示制度與實務作法，並考量國人食品消費習慣與偏好，研議特定食品導入原料含量標示制度之可行性，以提升食品標示資訊透明度，並與國際管理制度接軌。據復：將持續蒐集國際及先進國家管理規定，俾與國際規範調和，並滾動檢討研析特定食品導入原料含量標示範圍。

2. 政府因應民眾需求，訂定個人自用食品得免申請輸入查驗制度，惟間有民眾利用郵包進口大量食品，恐涉有非供自用轉售情事，衍生食安管理缺口：依食安法第30條規定，輸入食品如非供販賣，且其金額、數量符合中央主管機關公告者，得免申請查驗。食藥署並據以訂定「輸入食品及相關產品符合免申請輸入查驗之條件與其適用之通關代碼」，規範輸入供個人自用之食品，單一品項價值在1千美元以下，且重量在6公斤以內，即免申請查驗。民眾以郵包進口食品時，倘符合前開條件，由財政部關務署(下稱關務署)依郵包隨附之貨品發票進行審查徵收相關稅費，並人工抽驗高風險郵包，無異常者即予放行。112至114年度我國進口郵包數量為160萬餘件至194萬餘件不等，主要係自日本、泰國及中國大陸寄送來臺。據關務署提供之進口郵包電子通關資訊，113年度該3國家計寄送72萬餘件郵包來臺，其中輸入品項含食品者計8萬餘件，共20萬餘項次，經排除單一項次食品重量逾6公斤需申請查驗者，並以輸入食品項次排序彙列前10名收件人，發現其中部分收件人之收件地址相同，前10名收件人之收件地址共有8處，分析其113年度收受含食品郵包情形，該等地址當年度輸入食品品項則介於208項至1,069項之間，主要自日本進口零食、泡麵及茶包等食品。另經查詢財政部稅籍登記資料結果，部分地址登記為商號之營業處所，營業項目為其他電子購物及郵購，或經營食品、飲料類網路購物等，且部分商號之負責人同為收件人，或於網路購物平臺上架販售多項日本食品，部分業者疑涉有利用郵包多次進口食品轉售情事，相關食品未經查驗即流入市面，影響食品安全管理之完整性。經函請食藥署完備境外輸入食品之監管機制，並針對高頻次或同址多件等疑似營業案件加強查核，俾免業者藉由個人自用名義進口食品規避邊境查驗，以強化輸入食品之風險控管，確保國人食之安全。據復：針對疑有輸入食品非供自用轉售案件，函請地方衛生局處辦，並將持續就疑有違規情事者，督導各地方政府衛生局稽查依法查處。

（十八） 衛福部為健全中醫藥管理制度，推動中醫藥振興計畫，辦理中藥材源頭品質管控及上市後監測作業，惟現行列管農藥品項與近年中藥材實際檢出之殘留農藥品項尚有落差，部分農藥殘留不合格率較高之中藥材，尚未訂定納管期程，且間有部分中藥稽查不合格案件久未結案等情，允宜研謀因應，以維護中藥品質及民眾用藥安全。

衛生福利部（下稱衛福部）為呼應世界衛生組織（World Health Organization, WHO）「2014-2023 年傳統醫學戰略」報告，各國應依國情發展傳統醫學，將其納入健康照護體系之倡議，並考量我國中西醫併行及傳統醫藥在養生保健之重要性，自 111 年辦理「中醫藥振興計畫」（111 至 115 年），訂定「精進源頭品質控管」、「強化上市中藥監測」等目標，期健全我國中醫藥管理制度，並促進中藥產業發展，111 至 114 年度編列預算 4 億 9,153 萬餘元，支應計畫所需經費，實際支用 4 億 7,445 萬餘元。經查相關業務推動情形，核有下列事項：

1.衛福部已建立中藥材農藥殘留管理制度，惟列管農藥品項與近年中藥材實際檢出之殘留農藥品項尚有落差，且部分農藥殘留不合格率較高之中藥材，尚未明訂具體管理時程，不利中藥材農藥殘留風險之管理：衛福部為確保民眾中藥用藥安全，自 93 年起陸續公告中藥藥材含污穢物質限量標準及適用藥材範圍，所訂污穢物質項目包含黃麴毒素及鉛、鎘、汞等重金屬，在農藥部分，則訂有 BHC（蟲必死）、DDT（滴滴涕）、PCNB（五氯硝苯）等 3 項農藥殘留限量。復為完善中藥材農藥殘留管理制度，衛福部規劃以 3 階段方式逐步納管 64 項中藥材，計 46 項農藥殘留量，並於 113 年 11 月 6 日訂定中藥材農藥殘留限量基準，公告第 1 階段納管之中藥材為赤芍等 20 項，並自公告日後 2 年（115 年 11 月 6 日）生效實施；第 2 及第 3 階段預計分別納管 23 項及 21 項中藥材，實施期程將視第 1 階段實施情形檢討規劃，尚未定案。經查，衛福部為研擬中藥材殘留農藥限量相關政策，自 105 年起每年委託國立臺灣大學辦理中藥材農藥殘留限量相關研究計畫，111 至 113 年間研究團隊依藥材使用量及重要性，每年選定 10 項、200 件中藥材檢驗農藥殘留量，檢驗結果，3 年度受檢之 600 件樣本中，計 328 件檢出農藥殘留，檢出農種類介於 44 至 66 項之間，各該年度農藥殘留檢出率逾 25%之中藥材各為 5 項、9 項及 3 項，檢出農藥分別計 10 項、38 項及 16 項（表 33），

表 33 農藥殘留率逾 25%之中藥材品項

單位：項

年度	中藥材名稱	農藥名稱	檢出農藥項數
111	山茱萸	賽洛寧、三落松	10
	白花蛇舌草	剋安勃、克凡派、百克敏、賽氟滅	
	細辛	待克利	
	麥門冬	巴克素	
	紫蘇葉	滅必蝨、祿芬隆	
112	人參	五氯苯基甲基硫化物、五氯苯胺、五氯硝苯	38
	西洋參	護汰寧	
	麥門冬	巴克素	
	川芎	草脫淨、達有龍、巴克素、佈滅淨、百克敏	
	山茱萸	歐滅松、賽洛寧	
	金銀花	亞滅培、亞托敏、畢芬寧、貝芬替、克凡派、陶斯松、可尼丁、賽滅寧、待克利、歐滅松、達滅芬、因滅汀、芬化利、芬普尼、菲克利、益達胺、克收欣、賽洛寧、百克敏、得克利、賽速安	
	枇杷葉	亞滅培、畢芬寧、布芬淨、貝芬替、陶斯松、可尼丁、賽洛寧、賽扶寧、待克利、芬普寧、益達胺、依普同、祿芬隆、邁克尼、百克敏、派美尼、百利普芬、得克利、賽速安	
	蠶砂	貝芬替、克凡派	
	旋覆花	滅達樂	
113	橘皮	貝芬替、陶斯松、賽滅寧、待克利、依滅列、祿芬隆、撲克拉、毆蟎多、百克敏、得克利	16
	川牛膝	巴克素	
	三七	陶斯松、賽滅寧、達滅芬、撲滅松、依普同、撲滅寧、百克敏、五氯硝苯、得克利	

註：1.灰底部分為尚未列入中藥材農藥殘留限量基準管理之農藥。
2.資料來源：本部整理自衛福部「研訂中藥材農藥殘留限量基準（草案）暨背景值監測調查計畫」、「研修中藥材農藥殘留限量管理計畫」、「研討中藥材農藥殘留限量管理計畫」等研究計畫。

其中「克凡派」等21項農藥非屬衛福部預計列管之農藥品項，且「克凡派」、「畢芬寧」、「祿芬隆」、「可尼丁」、「賽速安」及「歐滅松」等6項農藥於2種以上中藥材均檢出藥劑殘留，顯示該部規劃列管之46項農藥，與前開研究計畫實際檢出之農藥殘留品項仍有落差，恐影響中藥材農藥管理之完整性。另據衛福部107年12月14日召開之「中藥材殘留農藥限量基準（草案）研商會議」決議，中藥材殘留農藥限量基準以進口量大、中醫藥使用頻率高、具有農藥殘留背景值或可作為食品原料之中藥材品項優先實施。惟據上開中藥材農藥殘留限量研究計畫111至113年度成果報告指出，該3年度檢驗之30項中藥材農藥殘留結果，如以衛福部公告之限量基準比對評估，計有8項中藥材合格率低於9成，其中3項藥材於113年度399項進口中藥材品項中，進口量分別位於第9至11位，惟該等高風險且使用量大之藥材目前均列為第3階段管理品項，尚無具體納管時程，亦不利中藥材農藥殘留風險之管理，恐影響民眾用藥安全。經函請衛福部研議滾動檢討現行管理基準及納管項目，逐步完備相關管理規範，並加強市售中藥材農藥殘留之即時監測，以完善中藥材安全管理機制。據復：將於中藥材農藥殘留限量基準實施滿1年後，檢討第1階段執行情形，據以評估規劃第2階段及第3階段之納管期程；另「祿芬隆」等6項農藥，將納入後續計畫研議，並委託農業部農業藥物試驗所協助開發適用於中藥材之農藥殘留檢驗方法，以強化相關管理機制。

2.衛福部偕同地方政府推動中藥監測計畫，有助維護市售中藥之品質安全，惟部分稽查不合格案件久未結案，個案追蹤管理作業未臻周延：衛福部為維護民眾用藥安全及確保中藥品質，每年依上市中藥監測辦法第2條規定，訂定年度中藥監測計畫，由各地方衛生局執行中醫醫療機構及中藥販賣業之稽查，並抽驗市售中藥材與中藥製劑，以強化品質及安全監測。執行結果，各地方衛生局112至114年度抽驗市售藥品計1,912件，合格1,778件，抽驗合格率為92.99%。經查地方衛生局執行中藥監測計畫，對於稽查不合格案件，除依法裁罰業者外，如經認定屬偽藥、禁藥或劣藥，應依藥品回收處理辦法規定，於公告之次日或依法認定應回收之日起1至2個月內完成回收，另各地方衛生局應將違規案件之處理情形，逐案登載於衛福部建置之中藥違規案件紀錄系統，以利後續追蹤與管理。據衛福部提供資料，112年至114年8月各地方政府稽查中藥材（含製劑）不合格案件數計125件，其中15件尚未結案，約占違規案件數之1成，其中半數以上（8件）為113年（含）以前之查核案件，甚有4件係112年所查獲，迄本部114年11月查核時，已歷時2年仍未結案，顯示現行不合格中藥材案件之後續追蹤及結案控管等未臻周延，資訊系統亦未能有效發揮協管功能，及時警示案件辦理時限。為避免個案處理延宕，經函請檢討強化中藥違規案件之控管機制，研議於資訊系統增設案件辦理時限及預警提示等功能，並督促地方政府確實依限辦理，以提升案件處理效率與管理效能，降低違規中藥流入市場風險。據復：持續宣導地方政府衛生局依法落實後續裁處作為，並逐案如實登錄於該部中藥違規案件紀錄系統；另於115年度「中藥違規案件紀錄系統增修及維護」採購案中，規劃建置上市中藥監測結果不合格案件後續處辦情形之線上填報功能，並導入系統主動即時通知機制，以強化案件追蹤及控管效能。

（十九）屏東醫院辦理新醫療綜合大樓興建計畫，有助提升住院品質及醫療服務，惟先期規劃作業未能因應院區整體發展與積極爭取經費補助，且於細部設計階段方以政策變更等為由重新檢討興建量體，耽延原計畫執行期程；復未確實檢核發包預算是否符合市場行情，致工程預算不足辦理招標，無廠商投標而流標，延遲計畫執行期程等，允宜檢討改善。

衛生福利部（下稱衛福部）屏東醫院（下稱屏東醫院）為提供優質之住院品質及醫療服務，層報行政院於 110 年 4 月 21 日核定「衛生福利部屏東醫院新醫療綜合大樓興建計畫」，總經費 6 億 6,000 萬元，計畫期程自 111 至 115 年，原規劃興建 1 棟樓地板面積 12,270 平方公尺、地上 7 層、地下 1 層之新醫療綜合大樓。執行期間因行政院蘇前院長揆部會長官於 111 年 6 月 12 日蒞院視察，就公立醫院發展與規劃，指示作全方位規劃並一次到位，屏東醫院爰提報修正計畫，變更規劃內容為興建地上 13 層（含屋凸層）、地下 3 層之新醫療大樓，經行政院於 111 年 12 月 8 日核定，修正計畫名稱為「衛生福利部屏東醫院新醫療大樓興建計畫」（下稱新醫療大樓計畫），總經費調整至 35 億 6,000 萬元，由中央公共建設經費補助 28 億 6,000 萬元，屏東醫院作業基金自籌 7 億元，完工期程展延至 117 年。經查其執行情形，核有：1.辦理新醫療大樓計畫先期規劃作業，未能因應院區未來整體發展，據以詳實評估規劃及積極爭取經費補助，僅衡酌自籌財源即縮減原建物規劃需求及內容，嗣執行至細部設計階段，方以行政院長視察指示，政策變更為由，重新檢討興建量體回復為原規劃規模，耽延原計畫執行期程；2.辦理新醫療大樓興建統包工程，未依規定於招標前確實檢核發包預算是否符合最新市場行情，並據以覈實編列，致因工程預算不足，辦理招標無廠商投標而流標，經重新檢討調增預算辦理招標，因而延遲計畫執行期程；復未確實依核定計畫內容規劃設計，擅自同意逕將原規劃之醫護人員值班室及宿舍空間刪除而取消施作，且未依規定提報修正計畫，亦未就取消施作宿舍空間研擬具體替代方案，影響計畫目標之達成等情事，經函請衛福部檢討妥處。據復：1.爾後將精進規劃品質，於重大工程設定建造標準時，即審酌環境變遷趨勢，加強整體資源盤點，提升先期規劃嚴謹度，確保先期規劃與長遠政策目標一致，避免資源耗損；2.受全球性通膨及國內營建市場缺工、缺料等因素影響而流標，經重新蒐集廠商意見、調整預算缺口始吸引廠商投標，爾後將建立更嚴謹之預算預警機制；已規劃於舊醫療大樓急性病房搬遷至新醫療大樓後，將復健大樓之 4F、5F 急性病房空間整修改建為醫護人員值班室與宿舍空間，以吸引醫護人才，又爾後如須變更計畫內容，將確依規定辦理，另屏東醫院已強化工程進度管控，嚴格監督統包工程執行進度，以確保於 117 年如期完工。

四、113 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 113 年度審核報告內列普通公務相關重要審核意見 17 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 2 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 15 項（表 34），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 34　113 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）政府持續協助及照顧弱勢民眾，惟多數低收入戶及中低收入戶未曾參加脫貧措施，且部分市縣政府相關措施執行成效容有提升空間，又推動社勞政聯合促進就業服務計畫、實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫執行面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以提升執行成效。	因衛生福利部推動社會救助法修正作業尚有精進空間等，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(四)」；另辦理實（食）物銀行充實冷藏及冷凍設備計畫實際總受益人次未如預期，補助設備運用成效仍有提升空間，業再研提審核意見詳「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決算審核報告甲、參、重要審核意見七」。
（二）食藥署為維護食品衛生安全，實施邊境查驗及後市場稽查，惟輸入食品相關監管措施未臻周妥，且輔助稽查之逾期食品偵測模組運用成效欠佳，允宜研謀強化輸入食品衛生安全管理作業，並精進模組監測功能，以維護國人食之安全。	前經監察院立案調查，該院業提出調查報告。因輸入食品監管措施仍有未盡周妥情事，業再研提審核意見詳「三、重要審核意見(十七)2.」。
已研謀改善或依改善措施持續辦理	
（一）政府持續推動高齡者暴力防治及心理健康促進措施，並成立國家級高齡研究中心，惟老人保護通報案件數與推估潛在受暴人數間存有落差，且間有老人保護案件係因照顧者不堪負荷引發，又高齡健康及福祉之重大性與前瞻性研究議題仍待研訂，老人憂鬱症篩檢量能尚有提升空間，允宜研謀改善，以增進高齡者生活福祉。	
（二）醫療體系淨零排放為國際重要趨勢，衛福部已輔導部分醫療機構進行碳盤查等作業，惟尚未規劃醫療機構淨零路徑，並掌握整體醫療體系碳排情形，且醫院間有用電節能效率、生物醫療廢棄物再利用及電子病歷交換互通等成效不彰，允宜研謀改善，引領醫院具體落實減碳工作，共同善盡社會責任，進而達成醫療機構減碳目標。	前經依法陳報監察院，該院業同意備查，詳「五、其他事項（二）」。
（三）國內醫護人力穩定增加，惟五大科醫師人數成長趨緩，醫院醫師及護理人力持續流失，未能適時填補缺口，允宜積極研擬相關策略及配套措施，以均衡醫療機構醫師人力，並補實護理人力缺額，提升整體醫療服務品質。	
（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。	前經監察院立案調查，該院業提出調查報告。
（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。	
（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。	
（七）衛福部為維護兒少最佳利益，持續布建親屬安置及寄養家庭等家庭式安置資源，及辦理兒少性剝削防制業務，惟寄養安置比率及寄養家庭留任率未達預期目標，且違反兒少法規定之實際照顧兒少者接受強制性親職教育輔導之完成時效欠佳；另兒少性剝削通報案件逐年攀升，且兒少性影像轉碼比對移除計畫服務涵蓋率偏低，允宜研謀改善，以保護兒少身心健全發展。	
（八）政府持續監督管理收出養媒合及托育服務，惟未訂頒兒少出養必要性評估工具及審認機制，且間有相關法規未臻周延、業務檢查項目未契合規定事項、特殊需求兒少國內收養比率尚有提升空間，又托育管理執行面及法制面仍有未盡周妥情事，允宜研謀改善，以保障兒少權益。	
（九）醫療機構為我國關鍵基礎設施之重要一環，惟近來部分醫院陸續發生網路攻擊事件，影響其穩定營運，又緊急救護智能平臺因系統功能完整性及便捷性均有不足，影響使用意願，允宜落實執行緊急救援與醫院領域之安全防護措施，並完善緊急救護智能平臺之介接及系統功能，以提升我國關鍵基礎設施之安全韌性。	
（十）政府持續推動公共場所設置 AED，有助提升緊急醫療救護成效，惟部分學校尚未落實設置或未完成資訊登錄，間有設置單位未定期檢查更換耗材情事，又 AED 資訊網公告資料尚有錯漏，允宜研謀改善，以發揮 AED 設備緊急救援功能。	

表 34　113 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
（十一）政府為促進生醫產業發展，建置國家級人體生物資料庫整合平臺，惟申請案件審核費時，影響資料出庫時程及後續研究推展，又部分醫療機構尚未導入醫療數據共同資料標準化作業，不利醫療資料之加值運用，允宜儘速完成修法事宜，並持續宣導推動醫療數據資料導入作業，以提升整合平臺建置效益。	
（十二）衛福部建置緊急醫療管理系統，掌握醫療資源狀況，惟系統缺乏資訊揭露與共享功能，未能協助醫護人員即時掌握跨院醫療資源狀況，又僅揭露重度級急救責任醫院資訊，影響民眾瞭解急診資訊，允宜研議強化急診資訊公開與共享機制，擴大急救責任醫院急診資訊揭露範圍，以提升緊急醫療服務效能。	
（十三）食藥署推動新興毒品尿液檢驗機構認證，提升民間檢驗能力，惟部分濫用藥物之檢驗量能分布不均，東部地區檢驗機構尚少，又間有部分濫用藥物尚乏檢驗濃度標準，均影響檢驗作業執行，允宜研謀改善，以提升毒品防制效能。	
（十四）政府為確保醫療用血安全與品質，推動國血國用衛生政策，惟近年我國年輕族群捐血人數及捐血率漸減，捐血者呈老化趨勢，成為血液供應隱憂，又醫療臨床用血量持續增加，恐致血液供需失衡風險，允宜研謀善策因應，以健全血液供需體系。	
（十五）衛福部及所屬基於時效性考量並經確認有緊急處置之必要，採限制性招標方式辦理緊急採購，惟部分採購案件前置作業期程冗長，簽辦作業欠積極，且招標時間充裕，或非屬不可預見之緊急事故或危難，仍採限制性招標方式辦理，未符緊急採購之急迫需求，允宜研謀改善。	

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，並依法陳報監察院，嗣經監察院於 114 年 7 月 1 日至 115 年 6 月 30 日間同意備查者，摘述如次：

（一）　中央健康保險署（下稱健保署）辦理虛擬健保卡政策之規劃及推廣執行情形，核有尚乏上位指導計畫及具體執行策略，致虛擬健保卡正式推行 3 年餘，醫療院所參與規模無法擴大，服務未能普及，連帶影響民眾使用意願，未能達成全面於醫療場域使用之目標；未積極協助醫療院所克服系統整合與運作窒礙，降低虛擬健保卡導入成本，復未配合院所推行實況，滾動檢討獎勵範疇，並採取有效對策措施，肇致醫療院所參與比率甚低等效能過低情事，經依審計法第 69 條第 1 項前段規定，函請衛生福利部查明妥處，並報告監察院。嗣經該部督促檢討結果，健保署針對醫療院所導入障礙已提出多項配套措施，且為提升基層院所運用虛擬健保卡可近性，推動補助計畫，降低院所導入成本，另將整合實體、虛擬健保卡及醫事人員行動憑證，以利醫療院所整合就醫流程作業。案經本部陳報監察院，於 114 年 9 月 4 日獲同意備查。

（二）　衛生福利部（下稱衛福部）推動醫療院所實施電子病歷交換互通，核有未能持續完備電子病歷交換中心（Electronic Medical Record Exchange Center, EEC）相應推廣策略，致醫療院所上傳及調閱電子病歷之意願大幅下降，電子病歷索引上傳筆數連年下降，損及調閱資料之即時性與完整性，肇致平臺使用成效長期低落，無法充分達成應有之建置效能，亦未能發揮其附隨之節能減碳效益；隨中央健康保險署建置健保雲端查詢系統，其收載醫療資訊逐步擴增，日漸取代 EEC 功能，加以 EEC 使用誘因不足，資料上傳與使用情形與健保雲端查詢系統相去甚遠，然衛福部未積極研議改善方向，肇致 EEC 使用效能長期低落，未能達成預期建置目的等效能過低情事，經依審計法第 69 條第 1 項前段規定，函請行政院督促妥為處理，並報告監察院。嗣經行政院秘書長督促衛福部研提改善措施，該部已進行 EEC 轉型，加強推動公共衛生領域之應用，以成為我國公共衛生資料治理與政策研析之核心基礎建設；另已啟動 EEC 系統升級計畫，逐步打造以民眾為核心，與國際接軌之智慧健康資料生態系等。案經本部陳報監察院，於 114 年 9 月 11 日獲同意備查。