



立法院第 8 屆第 3 會期
社會福利及衛生環境委員會

行政院衛生署主管
102 年度單位預算凍結案報告
(書面報告)

報告人：行政院衛生署署長 邱文達

目 次

壹、	衛生署主管業務報告.....	第 1 ~ 3 頁
貳、	衛生署業務報告.....	第 3 ~ 68 頁
參、	疾病管制局業務報告.....	第 69 ~ 75 頁
肆、	國民健康局業務報告.....	第 75 ~ 80 頁
伍、	中醫藥委員會業務報告.....	第 81 ~ 87 頁
陸、	中央健康保險局業務報告.....	第 87 ~ 96 頁
柒、	食品藥物管理局業務報告.....	第 96 ~ 110 頁
附件 1	人事行政局 94 年 5 月 27 日局給字第 0940013923 號函.....	第 111 ~ 112 頁
附件 2	全民健康保險會第 1 屆委員名單.....	第 113 頁
附件 3	全民健康保險會第 1 屆西醫 6 位委員及代理人之科別一覽表.....	第 114 頁
附件 4	本署食品藥物管理局 101 年出國計畫補充說明.....	第 115 ~ 117 頁
附件 5	本署食品藥物管理局 101、102 年出國計畫表.....	第 118 ~ 121 頁

行政院衛生署

102 年度單位預算凍結案報告

主席、各位委員女士、先生：

今天承邀就本署主管之 102 年度單位預算保留動支，提出專案報告，首先對 各委員長期以來支持本署衛生政策，使能繼續向前邁進，表達最為誠摯的敬意與謝忱。

大院審議本署主管 102 年度單位預算，對於部分工作計畫作成凍結預算之決議有 81 案，凍結預算數計 13 億 4,483 萬 9,001 元，包括：本署主管 1 案，金額 362 萬 8,000 元；本署 50 案，金額 10 億 0,513 萬 1,001 元；疾病管制局 4 案，金額 1,177 萬 8,000 元；國民健康局 5 案，金額 4,261 萬 8,000 元；中醫藥委員會 5 案，金額 500 萬元；中央健康保險局 9 案，金額 2 億 4,474 萬 2,000 元；食品藥物管理局 7 案，金額 3,194 萬 2,000 元。茲謹就上揭各項重要業務、各位委員關心之議題與未來業務規劃之內容詳加說明，敬請 各位委員惠予支持，俾利本署暨所屬機關依既定之施政計畫及業務內容執行。

壹、衛生署主管業務報告：

(一)第 22 款決議事項(二)

本署及所屬「一般行政」項下「獎金」科目之「其他業務獎金」中編列(醫師不開業獎金)5,618 萬 8,000 元，其中不含疾管局部分，計編列 1,814 萬元，針對本署及所屬機關核發醫師不開業獎金未有法律依據，且雖名為獎金，實則與其醫師資格有關，對其他具專門執行業務資格擔任公職者，有欠公平乙節，說明如次：

1. 本署及所屬機關 102 年度「其他業務獎金」(不含疾病管制局)，共計編列 1,814 萬元，係依據行政院 95 年 3 月 7 日院授人給字第 0950061139 號函修正之「衛生醫療機關醫師不開業獎金支給表」及行政院 95 年 1 月 2 日院授人給字第 0940037980 號函修正之「中央健康保險局醫師不開業獎金支給表」，按具有醫師資格者所敘職等、級別予以編列(每人每月支領額度自 20,700 元至 50,000 元)。
2. 查醫師不開業獎金之發給，係行政院為顧及衛生行政機關進用醫師負責規劃、推展醫療保健業務之需要，並縮短服務於衛生行政機關具有醫師資格人員與服務於公立醫院醫師兩者待遇之差距(按：服務於公立醫院醫師得視該醫院每月實際營運績效及個人工作績效，按月發給醫療獎勵金)，以鼓勵醫師從事基層及衛生行政工作。故醫師不開業獎金支給之意旨，並非僅要求醫師不得在外開業及兼業，或單純考量其不開業或兼業而給與之獎勵，其實際負有解決基層衛生行政機關醫師人才延攬問題之重要功能。
3. 另查原行政院人事行政局 94 年 5 月 27 日局給字第 0940013923 號函略以：「查行政院 71 年 9 月 15 日台 71 人政肆字第 26056 號函規定略以，受領醫師不開業獎金人員，如有自行開業或兼業行為，除依法懲處外，並追回其自執行開業或兼業以後所領不開業獎金。」(如附件 1)，依上開規定，支領醫師不開業獎金人員，均不得有自行開業或兼業行為，如有違反者，當依公務員服務法嚴予議處，並追回醫師不開業獎金。
4. 目前本署暨所屬機關支領醫師不開業獎金之人數如下表：

行政院衛生署暨所屬機關醫師不開業獎金支領人數統計表			
機關名稱	級別	支給數額(元)	人數(人)
本署	政務人員	50,000	2
	簡任	50,000	6
	薦任	45,000	1
中醫藥委員會	簡任	50,000	1
國民健康局	師(一)級	50,000	1
	簡任	50,000	1
	薦任(9 職等)	45,000	2
	薦任(7 職等)	34,000	1
食品藥物管理局	簡任	50,000	2
中央健康保險局	師(一)級	41,400	1
	簡任(含繼續留任人員 14 職等 1 人)	50,000	1
		41,400	3
	薦任(含繼續留任人員 13 職等 1 人)	41,400	3
		34,500	1

註：中央健康保險局支領 50,000 元者為該局改制後新進人員，適用「衛生醫療機關醫師不開業獎金支給表」。

5. 綜上，醫師不開業獎金係依現行規定編列，有其必要性，且已有防弊規定，懇請 各位委員惠予支持。

貳、衛生署業務報告：

一、「公費生培育工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(一)

本署「公費生培育工作」項下「原住民族及離島地區養成公費生培育工作」編列 5,993 萬元，針對『偏遠地區』的就醫問題，應酌減「招收醫學公費生」員額，並挹注於「山地離島在地養成公費生制度」乙節，說明如次：

1. 為促使偏遠地區醫師人力及科別之分布均衡，以確保醫療品質，本署辦理「在地養成公費醫師」及「一般公費

醫師」培育制度，其中「在地養成公費醫師」自 58 年起辦理，招收原住民籍及離島地區在地人才，於 96 年至 100 年培育「在地養成公費醫師」，五年間共培育公費醫事人員計 176 名，分別為醫師 132 名、牙醫師 13 名、藥師 8 名，其他醫事人員 23 名；另「一般公費醫師」於 64 年至 97 年間亦培育 6 千多名醫師。

2. 本署培育「一般公費醫師」實施 30 餘年已逐步改善公立醫院及偏遠地區醫師人力，並達成階段性任務及政策目的，經審慎評估，自 95 年起逐年減招至 98 年完全停招；惟本署為能賡續充實原住民及離島地區之醫事人力，於 96 年迄今增加養成計畫「在地養成公費醫師」培育，已由過去每年培育約 10 名，大幅增加約 27 名。

3. 本署培育「在地養成公費生」：

(1). 培育公費生畢業後均分發返鄉服務，服務期滿之公費醫師續留於山地及離島基層地區服務之留任率達 7 成；查山地鄉及離島地區衛生所醫師編制計 94 名(山地鄉計 65 名)，其中養成公費生計 79 名(山地鄉 56 名)，占 84%(山地鄉占 86%)，顯見本計畫已發揮醫事人力在地化之效果。

(2). 102 年(101 學年度下學期)就讀於各培育學校之在校生成計 202 名，分別為醫師 162 名、牙醫師 18 名、其他醫事人員 22 名，每學年培育經費約計花費 5,000~6,000 萬元，隨著每年招生員額的增加與學雜費調漲幅度，所需經費亦逐年成長。

(3). 因偏遠地區人才培育有其重要性，本署於 101 年再度整合原住民及離島地區之基層及醫院醫師人力需求，經報請行政院核准，於 102 年至 105 年第三期再繼續增加「在地養成公費醫事人員」培育員額共 26 名，101 年至 105 年第三期地方養成計

畫培育員額共計 206 名。

4. 因五大科人力需求，本署刻正評估規劃辦理「開辦重點培育科別公費醫師制度」。
5. 本署亦將推動「偏鄉護理 200 菁英計畫」，目標在 4 年內培育 200 名護理公費生，讓本地人才回鄉服務，抒解偏鄉地區亟需的護理人力缺口。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(二)第 1 項決議事項(二)

本署「公費生培育工作」編列 7,017 萬元，針對國內醫療「5 大皆空」及補充基層、偏鄉醫師人力，除以金錢補助方式，也應重視及明訂醫生之權利乙節，說明如次：

1. 為促使偏遠地區醫師人力及科別之分布均衡，以確保醫療品質，本署辦理「在地養成公費醫師」及「一般公費醫師」培育制度，其中「在地養成公費醫師」自 58 年起辦理，招收原住民籍及離島地區在地人才，至今共計培育 422 名在地公費醫師，於 96 年至 100 年培育「在地養成公費醫師」，五年間共培育公費醫事人員計 176 名，分別為醫師 132 名、牙醫師 13 名、藥師 8 名，其他醫事人員 23 名；另「一般公費醫師」於 64 年至 97 年間亦培育 6 千多名醫師。
2. 本署培育「一般公費醫師」實施 30 餘年已逐步改善公立醫院及偏遠地區醫師人力，並達成階段性任務及政策目的，經審慎評估，自 95 年起逐年減招至 98 年完全停招；惟本署為能賡續充實原住民及離島地區之醫事人力，於 96 年迄今增加養成計畫「在地養成公費醫師」培育，已由過去每年培育約 10 名，大幅增加約 27 名。
3. 公費醫師服務期間對於基層、偏遠地區及 5 大科別之醫

師人力充實應有其成效。本署已擬定「重振 5 大科別守護偏鄉醫療計畫」，提高五大科執業意願及降低醫療職場糾紛風險，以保障醫生權利。更運用菸品健康福利捐的挹注，於 102 年醫療發展基金編有「提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫」約 2 億 5,000 萬元，補助偏遠地區之醫院成立急重症照護中心與訓練在地化的急重症照護醫事人員，以加強偏遠地區醫療照護之可近性，讓民眾能在地即時獲得適當品質的醫療照護。

4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

二、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(四)

本署「科技發展工作」項下「醫衛健保科技研究計畫」業務費編列 4,896 萬元，針對 0-3 歲發展遲緩嬰幼兒之早期療育服務，無積極性、密集性、統整性與專門性方案與服務政策，以致延誤最關鍵之黃金療育期乙節，說明如次：

1. 依兒童及少年福利與權益保障法，通報業務係由內政部主政，本署也全力配合辦理，透過設有小兒科及家醫科等醫療機構，提供 7 歲以下兒童預防保健服務(含發展篩檢)7 次，加強發展狀況之診察，以早期發現，經發現疑似發展遲緩予以通報，並轉介追蹤就醫接受評估。
2. 另，為落實兒童預防保健之發展篩檢與疑似遲緩兒童之轉介，能於 3 歲以前之治療黃金時期，及早接受評估及療育服務，爰以「1.5-2 歲」預防保健服務達成率及追蹤疑似遲緩兒童到診達成率，已列入縣市衛生局「兒童預防保健及發展篩檢與追蹤計畫」目標。

3. 本署已將兒童發展篩檢方法，發展遲緩介紹及通報轉介流程等內容，透過臺灣 e 學院網站，提供衛生局所、早療專業人員或民眾線上數位學習，加強幼兒發展認知及通報。
4. 請衛生局落實培訓衛生所護理人員兒童發展篩檢知能及加強衛生所公衛護士利用健兒門診或預防注射時間進行兒童發展篩檢。
5. 持續委託辦理兒科醫師繼續教育訓練，以強化兒科醫師於健兒門診或提供兒童預防保健服務時，能及早發現發展遲緩的兒童並予通報。
6. 將加強社區宣導活動，透過社區保母系統，幼兒園，共同舉辦社區宣導活動，讓家長及主要照顧者有嬰幼兒發展的知識以及瞭解遲緩現象。
7. 將委託小額計畫就「臺北學前兒童發展檢核表修訂版（Taipei-II）」依其各該年齡層檢核表的篩檢題項，簡化為家長使用版，讓家長於候診時填寫孩子的發展狀況，並結合兒童預防保健服務交由醫師作為輔助判斷是否有發展遲緩之參考依據。
8. 已函請內政部依據「發展遲緩兒童早期療育服務實施方案」輔導社區保母系統、托嬰中心、托兒所、兒童福利機構及兼辦早期療育業務之身心障礙福利機構確實辦理學齡前兒童發展篩檢工作，並建立其健康資料，適時轉介就醫。及辦理家長增能研習和印製育兒手冊，讓家長了解兒童發展的歷程。
9. 已請教育部於幼兒園每學期對收托幼童進行發展篩檢，並落實兒童及少年福利與權益保障法規定通報轉介

疑似發展遲緩兒童，及加強培訓幼兒園老師的兒童發展篩檢技能，以提升 3 歲前發展遲緩兒童的發現率。

10. 綜上，已針對 0-3 歲發展遲緩嬰幼兒通報率提出具體改善方案，編列經費辦理醫衛健保科技研究計畫，實有其必要性，為持續科技發展工作推動，敬請惠予支持。

(二)第 1 項決議事項(三)

本署「科技發展工作」項下「醫衛健保科技研究計畫」之委辦費編列 4,885 萬 6,000 元，針對衛生署歷年對於現行失智症療育服務措施明顯無法切合需求，且無積極和密集性、統整性方案，使得民眾需自行面對照顧壓力乙節，說明如次：

1. 失智症療育

近年來失智症人數逐年成長，本署為加強失智症早期預防與介入措施，並提供完善長期照護服務，已推動下列具體措施：

(1). 失智症預防與衛教宣導

- I. 失智症之「認知（心智）功能檢查」已納為本署與內政部96年7月會銜公告之「老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則」，選擇辦理項目之一。依準則之規定，各縣（市）政府於定期辦理老人健康檢查保健服務發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構。
- II. 補助辦理失智症相關之宣導活動，增進社會大眾對失智症的認識與了解。並因應失智老人照顧者需求，強化失智症家庭照顧者支持體系，補助辦理家庭照顧者支持之相關講座，以提升及強化家庭照顧者之知能。

(2). 失智症之照護服務：

- I. 長期照顧十年計畫已將失智症長照服務納入；失智症長者可經需求評估判定失能或失智程度，核定補助時數，可接受包括居家照顧協助、家庭照顧者喘息服務、日間照顧、居家護理等服務。
- II. 另因應失智人口急速增加，已規劃失智症多元照護網絡，擬定長照服務網計畫，未來5年內將全國劃分區域，分別建置失智照護資源；資源規劃包含提供失智專區、專責機構、失智症日間照顧服務與建置家庭照顧者服務網絡等。
- III. 持續培訓失智症之優質專業照護人力，並將失智症防治之相關知識及其技能，納入長期照護專業人力培訓課程。
- IV. 積極進行失智症患者之防治照護研究，100-102年辦理失智症之流行病學調查，透過該項研究調查，分析臺灣地區65歲以上人口失智症之現況，依據相關實證資料，規劃適切之失智症照護資源，以提升我國失智症照護能量。

2. 失智症篩檢

- (1). 國際上對於各種疾病之「篩檢」，訂有其科技評估條件；必須考量假陽性、假陰性造成的恐慌、標籤效應，以及提早治療是否確有效益。根據過去美、加、英國、新加坡等國之專業評估，皆認為：對於一般無症狀老人，尚無足夠證據可顯示進行全面篩檢有明確效益。文獻資料亦提及目前尚缺乏簡單、精確及符合成本效益之量表可作為全面篩檢之工具。
- (2). 然，對於出現疑似症狀者，則應給予進一步之深入評估與診斷，且本署亦支持利用健康檢查等機會，加強宣導衛教，提高民眾對失智症之正確認知。
- (3). 失智症之「認知(心智)功能檢查」已納為本署與內

政部96年7月會銜公告老人健康檢查保健服務及追蹤服務準則之「選擇辦理」項目。依準則之規定各直轄市、縣（市）於定期舉辦老人健康檢查及保健服務，發現需追蹤治療之病症時，應通知其治療或將其轉介至適當醫療機構。本署將密切注意國際相關研究及本土實證資料之進展，繼續研議失智症是否全面篩檢之議題。

(4). 目前在失智症防治上的重點：

I. 持續加強宣導：

- i. 結合醫療體系、衛政與社政體系及社區力量，提高民眾對失智症之認識與警覺，一旦懷疑自身或長者出現疑似症狀時，及早正確就醫接受專業之評估與診斷。
- ii. 加強對民眾及高齡長輩衛教宣導，已將失智症相關衛教資料納入「成人預防保健手冊」、「健康老化」等手冊，另規劃於 102 年度編製認識失智症之衛教單張或手冊，透過醫療院所、衛生局所提供預防保健服務或辦理相關活動時，發送給民眾與長者，提高對失智症的注意與了解。

II. 加強預防工作：

- i. 提倡活躍老化，包括：推廣運動、均衡營養、避免菸酒危害、妥善控制三高及肥胖，持續社會參與等，以降低「失智症」罹患風險。
- ii. 持續透過衛生局、社區醫療機構，結合社區單位（社區營造單位、內政部關懷服務據點、廟宇、里民活動中心等）共同推動老人健康促進計畫，維護老人獨立、自主的健康生活，降低老人依賴程度，並積極參與社會。辦理「健康 100 全國阿公阿嬤動起來」健康促進競賽活動，鼓勵高齡長

輩透過平時練習互相學習、扶持，讓高齡者保有愉快的心情，延緩身體老化，增進身、心、社會全面的健康。101 年已超過 7 萬名高齡長輩參與活動，達老人人口的 3%，超過預定目標，未來也會逐年增加參與長輩人數。

iii. 持續進行國際有關失智症篩檢科學實證資料與國家政策的收集，及國內的證據建立，並與相關研究或醫療機構、協會合作，進行國人適用之失智症篩檢工具探討。

3. 我國目前失智症患之流行病學調查與相關防治照護研究仍顯不足，若因經費凍結，將影響本署對於失智症早期預防與介入措施之政策制定與推定。且，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(三)第 1 項決議事項(五)

本署「科技發展工作」項下「發展長照需求評估及遠距照護業務」之遠距健康照護發展網絡編列 1,278 萬元，針對遠距照護服務中心會員名單涉造假，虛報中心服務量乙節，說明如下：

1. 有關本署委託辦理遠距照護服務中心計畫，其會員名單涉造假，虛報中心服務量疑慮乙案，因本案原訂 101 年底才辦理結案，本署已請委辦單位先提報書面資料後再進行實地驗收，故有關會員名單是否涉造假，仍須待驗收後才能釐清。
2. 本署已於 101 年 12 月 28 日取得書面成果資料，為確保遠距照護服務中心按計畫執行項目辦理，並確實了解委辦單位對於本計畫之執行、管理與會員所提供之照護服務情形，並確保提報之結案資料正確無誤。

3. 本署於 101 年 12 月上旬請委辦單位提供會員名單，並依個人資料保護法處理後，於 101 年 12 月 22 日函文大院社會福利及衛生環境委員會檢送相關資料。且於實地驗收時亦列入查核重點。
4. 又為維護計畫公正性與公平性，並通盤完整審查計畫之執行成果，確保計畫達成預期效益，本署邀集 9 位專家學者組成委員會進行書面暨實地審查，已於 102 年 2 月 6 日偕同本署政風、會計等相關單位辦理，檢視計畫所執行之項目，包括會員人數核對進行抽查等機制，查驗後發現有未達目標數，已減價驗收，但尚無發現會員名單造假情事。未來本署仍將定期辦理抽查及稽核，並積極推動遠距健康照護發展網絡計畫。
5. 本署為鼓勵國內更多醫療照護機構之參與，邀請醫療照護機構加入遠距健康照護服務發展推動的行列，自 100 年起推動與設置遠距健康照護中心，整合相關醫療照護產業單位，串聯各區服務系統及生活資源，協同合作提供第一線的照護者、家屬或個案本身適切的服務，達成即時照護作業支援與疾病預防健康管理的目的。對今年度計畫之執行與督導亦做調整，以促使計畫執行符合預定達成之目標。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，若因經費凍結，則影響遠距健康照護發展網絡計畫持續推動，故敬請惠予支持。

(四)第 1 項決議事項(六)、(七)、(八)

本署「科技發展工作」項下「衛生統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」編列 3,192 萬 4,000 元，針對本署將衛生統計資料開放外界增值利用，有侵害民眾資料之疑慮，並且使用健保資料庫及國家衛生研究院受本署委託管理全

民健保資料庫提供學術研究應用，均違反個人資料保護法。另外其資料庫雲端化之必要性、雲端技術之安全性、雲端資料庫與設備需持續擴充及維持之費用非本計畫規劃之性質支出疑義乙節，說明如次：

1. 依據個人資料保護法第 6 條第 1 項第 4 款規定，公務機關或學術研究機構基於醫療、衛生或犯罪預防之目的，為統計或學術研究而有必要，且資料經過處理後，其揭露方式無從識別特定之當事人者，可例外的使用個人資料。經查，健康資料加值應用協作中心(以下簡稱資料中心)之資料均經多重加密處理，且非全部欄位提供，已無從辨識個別資料，無侵害民眾資料之疑慮，且申請者需符合政府機關、學術研究機構等，申請目的需基於政府業務需求、為統計或學術研究之必要者，並僅能攜出集體性統計結果，應已符合個人資料保護法目的外使用之規範。
2. 本計畫以加密資料庫限定於獨立作業區進行加值分析作業且僅可攜出統計結果，與國家衛生研究院以 ID 加密對外釋出給學術研究，兩者是不同的服務模式。且國家衛生研究院係受本署中央健康保險局委託，非本計畫之執行內容。
3. 加值計畫並非是將國民就醫及病歷資料上雲端之計畫，而是以雲端化方式提供健康加值應用服務之研究計畫(如：指標查詢及案件申請服務及流程監控等服務)，資料中心之資料處理均須於實體隔離之獨立作業區內以限時、限欄位方式使用經逐次加密與模糊化後之資料，進行必要之統計分析，使用者僅可攜出經審核通過之統計結果，加密之個案資料絕無置放雲端，且機房無對外網路連結，故無雲端化設備可能遭入侵或外洩之疑慮，線上之 GIS 地理資訊系統及指標查詢服務，其背

後支援之資料庫屬彙整後之次級統計結果檔。

4. 資料庫與設備需持續擴充及維持之費用非本計畫規劃之性質支出疑義，本署統計室基於使用者付費理念，規劃採漸進式的收支併列方式，期能於計畫結束時以財務自主永續經營方式維運需持續擴充及維持之資料庫與設備等所需費用。
5. 為落實資料不離署之目標，未來規劃之雲端化服務亦僅限程式及統計結果於虛擬私有網路(VPN)傳輸，申請者只能於遠端桌面執行程式，無法查閱及下載資料檔案內容，統計結果經初審及複審人員審核，確保為不具個別資料的統計結果，才會以 e-mail 寄出。
6. 資料中心之運作，對實證醫學與衛生政策、國民健康促進、衛生醫療研究之提昇等公共利益，已見相當成效，100 年服務 134 案件、101 年服務 166 案件成長率達 24%。
7. 資料中心將於 102 年辦理國際標準資料安全管理認證作業，導入 ISMS(國際標準資訊安全管理系統)，對個資保護作業亦將進行 PIMS(個資管理系統) 導入。另外，資料中心之管理人員指派、資料庫管理、申請案審核、相關管理規範訂定及統計結果輸出審核等作業，均需在本署統計室監督管理下執行，完全依據本署制定之「健康資料加值應用協作中心作業須知」中相關規定辦理。
8. 101 年之統計應用研究計畫經費係編列於科技組之科技經費預算中計有 706 萬 4,000 元，該項經費 102 年減為 620 萬，健康資料加值應用雲端化計畫 101 年預算為 3,150 萬，102 年減為 2,572 萬 4,000 千元。所編經費並無重複編列且業務推動確有實需。
9. 綜上，所編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業

務推動，懇請 委員惠予支持，並建請 大院免予凍結。

三、「財團法人國家衛生研究院發展計畫」方面

(一)第 1 項決議事項(八十五)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」共編列 22 億 6,076 萬 4,000 元，針對 102 年度預算用途為獎補助費，101 年度國家衛生研究院研究項目同時申請行政院國家科學委員會(以下簡稱國科會)補助計畫比例過高，與本預算獎補助費之編列目的重複乙節，說明如次：

1. 由本署編列捐助財團法人國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)之「財團法人國家衛生研究院發展計畫」係支持該院研究發展及基本運作經費，其來源為政府科技預算，每年度均依規定由本署完成自評後，送國科會進行審查，並報請行政院核定之。本署及該院依據核定結果編列預算。
2. 本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下之分支計畫及用途別科目別，即該院依其設置任務及本署賦予之政策使命所提出之各項科技計畫。前述計畫均依國科會審議規定，由本署提送國科會完成審查後核定。
3. 當年度執行之各項科技計畫依「行政院所屬各機關研究發展實施要點」第四點，於政府研究資訊系統(GRB 系統)登錄。
4. 綜上，101 年度及 102 年度「財團法人國家衛生研究院發展計畫」均由本署依國科會審議核定總數編列預算，並依規定辦理各項管考，國衛院並未以相同計畫向國科會重複申請補助，本案建請 大院免予凍結。

(二)第 1 項決議事項(九)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「醫衛生命科技研究計畫」、「推動臨床試驗研究合作網絡」、「物質成癮研究計畫」共編列 16 億 0,249 萬 6,000 元，針對各計畫之轉譯機制彙整協調，避免疊床架屋，以使預算運用效益達最大化乙節，說明如次：

1. 「醫衛生命科技研究計畫」中所列之轉譯醫學研究為針對特定疾病進行實驗室至臨床研究之雙向研究，包括：癌症、心血管疾病等，以基礎科學研究及搭配新穎生物技術，瞭解疾病的根源，進行創新性醫學研究，以研發新穎藥物、建立新的治療方式、研發早期診斷生物指標及發展化學預防藥物。
2. 「推動臨床試驗研究合作網絡」是以國人重大疾病為主軸之臨床試驗研究網絡，藉由各個疾病網絡之建置，結合我國各個地區臨床醫學研究人才及設施，針對影響國人健康之重大疾病進行臨床試驗研究，並整合臨床研究資訊轉化疾病診療之實用指引及標準。
3. 「物質成癮研究計畫」為國家衛生研究院、食品藥物管理局及疾病管制局共同合作，針對成癮疾患依各自職掌執行藥物濫用流行病學及介入研究等從及管制政策之重要研究，作為政策施行的依據，以有效降低國內藥物濫用及成癮問題。此項計畫整合三個單位職能，國衛院於本計畫中執行之「轉譯醫學研究」目標即為藉由實驗室研究延伸到臨床診療及政策制定，編列於此項計畫方能完整呈現規劃樣貌。
4. 綜上，三項計畫中所提轉譯研究依研究目標與疾病領域各有不同，懇請 委員支持，本案建請 大院免予凍結。

(三)第 1 項決議事項(八十六)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣 cGMP 生物製劑廠運作計畫」編列 1 億 2,687 萬 9,000 元，針對國光生技公司與中國河南華蘭生物疫苗有限公司簽署腸病毒 71 型疫苗合作意向書，違反與國衛院簽訂之『無血清細胞培養腸病毒 71 型疫苗相關技術』技術授權合約乙節，說明如下：

1. 國衛院於 102 年 1 月 4 日函請國光生技公司說明該公司與中國河南華蘭生物疫苗有限公司簽署腸病毒 71 型疫苗合作意向書乙案。
2. 國光生技公司留忠正總經理已向國衛院說明，該公司並未與中國河南華蘭生物疫苗有限公司簽訂合作合約，且依據與國衛院簽署之「無血清細胞培養腸病毒 71 型疫苗相關技術」技術授權合約規定，該公司不得以此技術再次授權予臺灣以外地區的公司。
3. 綜上，國光生技公司未違反與國衛院簽署的技術授權合約，本案建請免予凍結。

(四)第 1 項決議事項(十)、(十二)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣 cGMP 生物製劑廠運作計畫」編列 1 億 2,687 萬 9,000 元，針對 102 年度所需人力高達 95 人，人事費 6,300 萬元，占計畫經費之 49%，金額及比率均高，實有浮編之嫌乙節，說明如下：

1. 為符合藥品優良製造規範(cGMP)，國家衛生研究院 cGMP 生物製劑廠於建置初期，即規劃了品質管制、品質保證、臨床法規、法規專案、產品製造、廠務、行政等多個業務單位。依據 cGMP 規範，廠內各業務單位之

人員必須各自獨立。本計畫的人事費 6,300 萬元是以該廠目前維持基本營運能力所需編列之，目前該廠統籌人力為 70 名。

2. 因應國家財政困難，該廠核定經費由 100 年 1 億 59,00 萬元逐年刪減為 102 年 1 億 2,937 萬 9,000 元。為符合 cGMP 規範及廠房基本營運所需之人力，人事費仍維持 6,300 萬元，因此造成其占總經費比率提高。
3. 該廠在面對國內廠商研發能力不足與維持國家人用疫苗自製能力的情形下，肩負許多重要任務與工作，包含：
 - (1). 於 101 年 11 月中旬正式承接疾病管制局卡介苗及抗蛇毒血清等 5 項國內必需之生物製劑的製造，以穩定此類內需市場小但又不可缺乏之疫苗的持續供應。
 - (2). 為扶持國內廠商，提昇我國疫苗自製能力，亦提供廠內設施與服務，持續與技轉廠商合作，以完成後續之臨床試驗。
 - (3). 對於疫苗世代交替，擔負協助政府開發新一代疫苗之重任，以減少緊急疫情對我國公共衛生及社會經濟的衝擊。
 - (4). 持續開發具商業價值並為本土及世界所需之疫苗，提昇我國疫苗產業實力。
4. 綜上，該廠已擁有本土性疫苗研發與供應、緊急備用疫苗製造之能力及扶植國內疫苗生技廠商發展等重要功能。如經費遭刪減，將導致卡介苗及抗蛇毒血清後續供應中斷，損及國人健康權益、應付新興或再新興緊急疫情的能力消失。故建請委員支持，免予凍結該計畫預算，以利我國疫苗自製能力之永續經營。

(五)第 1 項決議事項(十一)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣 cGMP 生物製劑廠運作計畫」編列 1 億 2,687 萬 9,000 元，針對該項計畫係「臺灣人用疫苗研發計畫」之延伸，無新增內容，缺乏具體生產計畫，造成閒置乙節，說明如次：

1. 國家衛生研究院 cGMP 生物製劑廠主要以專利產出、技轉、服務或臨床試驗等為主，102 年規劃之具體生產計畫與效益包含：

- (1). 卡介苗及抗蛇毒血清：完備相關產製設施、確效文件撰寫、抗蛇毒血清無菌充填製程及開始模擬確效、申請 GMP 廠房認證、完成廠房確效、現有製程儀器確效及分析方法確效等，以穩定此類內需市場小但又不可缺乏之疫苗的持續供應，避免疫苗施打政策中斷。
- (2). 進行流感疫苗(H5N1)大型反應器之製程改良、緊急生產演練，提昇國家整體防疫建設，並持續輔導技轉廠商進行後續臨床試驗，強化我國疫苗自製能量。
- (3). 持續開發新型並具商業價值之疫苗，並技轉廠商，提升我國產業能量。
- (4). 完成腸病毒 71 型疫苗人體臨床試驗第一期，輔導廠商合作開發腸病毒備用疫苗。促使疫苗能早日上市並提供兒童保護作用，預防國內手口足症疫情。
- (5). 呼吸道融合疫苗 102 年已規劃進行產學合作計畫，並持續投入技術開發。此技術不僅能降低疫苗的副作用，且已成功在臨床前動物試驗中證明其有效性，非常具有市場潛力。以期可經鼻吸入，針對嬰幼兒與老年人進行預防性保護。
- (6). B 型腦膜炎疫苗已進行臨床試驗(IND)之申請，持續進行技術移轉。

2. 綜上，國家衛生研究院 cGMP 生物製劑廠已承接卡介苗及抗蛇毒血清之後續供應，並擔負我國疫苗發展的重任。故建請委員支持，免予凍結該計畫預算，以利我國疫苗自製能量之永續經營。

(六)第 1 項決議事項(十三)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣 cGMP 生物製劑廠運作計畫」編列 1 億 2,687 萬 9,000 元，針對 102 年度計畫金額龐大，但預期效益與量化指標不明，欠缺具體效益評估，應詳細說明預期之具體成果與效益乙節，說明如次：

1. 國家衛生研究院 cGMP 生物製劑廠主要以專利產出、技轉、服務或臨床試驗等為主，102 年預期達成之具體成果與效益包含：
 - (1). 卡介苗及抗蛇毒血清：完備相關產製設施、確效文件撰寫、抗蛇毒血清無菌充填製程及開始模擬確效、申請 GMP 廠房認證、完成廠房確效、現有製程儀器確效及分析方法確效等，以穩定此類內需市場小但又不可缺乏之疫苗的持續供應，避免疫苗施打政策中斷。
 - (2). 進行流感疫苗(H5N1)大型反應器之製程改良、緊急生產演練，提昇國家整體防疫建設，並持續輔導技轉廠商進行後續臨床試驗，強化我國疫苗自製能量。
 - (3). 持續開發新型並具商業價值之疫苗，並技轉廠商，提升我國產業能量。
 - (4). 完成腸病毒 71 型疫苗人體臨床試驗第一期，輔導廠商合作開發腸病毒備用疫苗。促使疫苗能早日上市並提供兒童保護作用，預防國內手口足症疫情。
 - (5). 呼吸道融合疫苗 102 年已規劃進行產學合作計畫，

並持續投入技術開發。此技術不僅能降低疫苗的副作用，且已成功在臨床前動物試驗中證明其有效性，非常具有市場潛力。以期可經鼻吸入，針對嬰幼兒與老年人進行預防性保護。

(6). B 型腦膜炎疫苗已進行臨床試驗(IND)之申請，持續進行技術移轉。

2. 綜上，國家衛生研究院 cGMP 生物製劑廠已承接卡介苗及抗蛇毒血清之後續供應，並擔負我國疫苗發展的重任。故建請委員支持，免予凍結該計畫預算，以利我國疫苗自製能量之永續經營。

(七)第 1 項決議事項(十四)、(十六)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣環境毒物及健康風險評估研究-塑化劑等環境毒物健康危害著手」編列 1 億 8,482 萬 8,000 元，針對開放萊克多巴胺美牛後再進行相關健康風險評估缺乏合理性與正當性及該計畫之績效指標著重於完成論文及研究報告等，諸如塑化劑之「預警及防治」研究等指標付之闕如乙節，說明如次：

1. 去年塑化劑事件爆發後，仍有幾個議題尚待解決：
 - (1). 當初申訴的民眾的健康情形需持續的追蹤；
 - (2). 事件發生時，家長對於兒童生長發育是否會受影響的疑慮；
 - (3). 媒體提出塑化劑暴露是否有致癌風險的問題。

因此，財團法人國家衛生研究院設立「國家環境毒物研究中心」(以下簡稱該中心)，提出旨揭計畫，針對上述議題，發展暴露評估工具，重建民眾的暴露史，探討民眾健康是否因為這些環境毒物污染有所關聯，進而提供給政府單位作為政策制定的依據。

2. 去年已開放瘦肉精肉品進口，該中心將協助本署進行下

列事項，以讓國人放心：

- (1). 進行開放含瘦肉精肉品進口後國人瘦肉精暴露評估；
 - (2). 建立長期性的國人體內瘦肉精代謝物殘留量之監測與健康危害分析；
 - (3). 將過去的實驗方法流程予以標準化。
 - (4). 與臺大團隊合作建立相關動物實驗，探討瘦肉精對於心血管的影響，以進一步彌補將動物實驗資料應用於人類毒性作用的知識缺口。
3. 過去雖已有許多研究探討六輕對當地居民的影響，但是經過文獻回顧，發現目前仍有幾個問題需要持續關心：
- (1). 冬天海風往內陸吹時，六輕的污染物質也隨之被吹往內陸；
 - (2). 六輕經常發生火災，火災時產生的化學物質於燃燒時產生的急性暴露；
 - (3). 六輕附近的居民的癌症死亡率增加、老年人肺功能下降、尿液中的一個 DNA 指標升高。
- 因此，該中心將針對過去的研究，利用雲端科技，整合及形成一個資料庫，除減少不必要重複投資，也能從中擷取經驗並找尋缺少的 knowledge gap，以進一步研究。對六輕污染區的居民進行暴露評估，瞭解其真正吸入的空氣成分，配合居民作息，再與健康指標進行關聯性分析，瞭解誘發疾病發生的真正原因。
4. 目前國內有關環境毒物及健康風險相關之政府機關或單位之工作並未以國家宏觀面進行規畫，未建立互信合作模式，且國內環境毒物及健康風險評估之研究並未進行有效整合為跨領域或跨單位研究團隊，加上預算分散，故難以全面性規劃全國性的環境健康政策，相關策略與行動之推動多僅能以微觀之層次執行。該中心將協

助政府建立全國性的食品及環境毒物防治體系，規劃國內外環境毒物研究人才及合作研究機制，排定國內環境毒物相關研究優先次序，進行各項環境毒物危害研究(NTP)，逐步建構政策轉譯平臺與機制，協助政府建立系統性環境毒物污染事件處理機制。

5. 國衛院已於 3 月 29 日舉辦「細懸浮微粒(PM2.5)對人體健康危害之預防策略研究公聽會」，會中邀請相關單位代表與多位國內專家、醫師、民間團體代表與會討論。
6. 綜上，國衛院「國家環境毒物研究中心」的研究成果將可達到「預防重於治療」的目標，亦能協助政府「建立防災系統」及形成「有效政策或解決策略」。懇請 委員支持，免予凍結該計畫預算。

(八)第 1 項決議事項(十五)

本署「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「臺灣環境毒物及健康風險評估研究-塑化劑等環境毒物健康危害著手」編列 1 億 8,482 萬 8,000 元，針對財團法人國家衛生研究院應加強電磁波及 PM2.5 等環境毒物危害研究，而非僅著重於人為添加物之塑化劑或瘦肉精危害研究乙節，說明如次：

1. 回應委員的關心，針對 PM2.5 等環境毒物危害研究，財團法人國家衛生研究院「國家環境毒物研究中心」(以下簡稱該中心)已邀請了中國醫藥大學蔡朋枝教授合作研究「環境粒狀物暴露及風險評估技術之開發與健康危害防治策略之擬訂」研究計畫。
2. 以往國內外有關環境粒狀物之健康危害，常以空氣品質測站測值為暴露評估之依據，故在長期評估居民暴露時，除無法精確描述其時間與空間變異外，亦無法正確指認粒狀物之粒徑及化學組成與健康危害之相關性，更

無法鑑認主要污染源，因此在實務應用時無法據以擬訂有效降低居民暴露與健康危害之策略。該計畫特點在於完整評估環境中各種不同粒徑粒狀物（含 TSP，PM₁₀ 及 PM_{2.5}）對居民的健康影響，瞭解各種與健康危害有關之粒狀物之主要發生源，並就降低居民暴露與健康危害及管制發生源等角度，研擬有效之控制策略。整體研究計畫含五個部分：

- (1). 第一部分：主要發展合適量測技術，以推估居民所暴露之不同粒徑粒狀物，其在物化組成之空間分布與時間分布之變化情形。
 - (2). 第二部分：利用第一部分所獲得之成果，瞭解居民所暴露之粒狀物之物化組成之指紋特徵，並推估其與空氣品質測站量測結果之相關性。
 - (3). 第三部分：在於利用第一及第二部分所獲得之成果，依貝氏統計分析分析模式，建立一足以描述居民粒狀物粒徑與組成之時空分佈之長期暴露資料庫。
 - (4). 第四部分：利用所建立粒狀物暴露資料庫之優勢，以流行病學方法瞭解各種不同粒徑粒狀物對居民之長期與短期之健康影響，並建立暴露與健康效應關係。
 - (5). 第五部分：藉受體模式及風險評估技術，推估不同粒徑粒狀物之對居民健康危害風險，及鑑認其主要粒狀物及其排放源並提出有效控制策略。
- 該計畫具技術開發與實務應用之價值，其成果應有助於改善居民之粒狀物之暴露情形與降低其健康風險。
3. 有關電磁波之危害研究部分，本署國民健康局 95 年委託辦理非游離輻射健康效應之國內外文獻探討研究，並

將成果轉譯為民眾所能接受的文字，出版了「漫談電磁波」手冊，讓民眾可以正確的方式和態度看待電磁波，已部份達成了電磁波危害研究。此外，國內外已有許多相關研究，且該中心經費有限、人力不足，為使有限資源充分發揮效益，避免重複研究議題，該中心暫無電磁波相關研究之規劃，但如有必要，於 103 年後可朝此方向進行規劃。

4. 國衛院已於 3 月 29 日舉辦「細懸浮微粒(PM2.5)對人體健康危害之預防策略研究公聽會」，會中邀請相關單位代表與多位國內專家、醫師、民間團體代表與會討論。
5. 綜上，財團法人國家衛生研究院已著手進行 PM2.5 等環境毒物危害研究，但因國內外電磁波危害研究眾多，該院未來會視必要性再進行規劃。懇請 委員支持，免予凍結該計畫預算。

四、「全民健康保險工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(八十七)

本署「全民健康保險工作」編列 3,156 萬 3,000 元，針對健保法修正後全民健保監理會與費協會合併為「全民健康保險會」(以下稱健保會)。鑑於該會之業務足以影響醫療資源分配，以及醫事人力目前呈現人力斷層六大皆空的問題乙節，說明如下：

1. 依健保會組成及議事辦法，健保會置委員 35 名，為符合母法保險付費者代表及被保險人代表不低於 1/2 及 1/3 之規定，爰分配保險付費者代表 18 名(含被保險人代表 12 名，雇主代表 5 名，行政院主計總處 1 名)，其餘各類人員 17 名(含保險醫事服務提供者代表 10 名、專家學者及公正人士 5 名、政府機關代表 2 名)。

有關該會委員組成資料，如附件 2。

2. 按全民健康保險會組成及議事辦法第 2 條所定，健保會置委員 35 名，其中醫事服務提供者代表 10 名。經分以西醫 6 名，中醫、牙醫、藥事、護理等各 1 名來產生該類代表。
3. 健保會醫事服務提供者之六名西醫代表委員中，已有內、外科醫師。委員代理人，並安排兒科、婦產科、麻醉科、急救加護科等相關科別醫師擔任，由於代理人出席會議，發言及表決權等同委員，所以在相關議題上可由渠等代理出席表示意見。另外，健保會於討論上開六大科議題時，也可邀請相關科別醫師列席。本署已盡全力在解決外界所謂六大皆空問題。彙整健保會西醫 6 位委員及代理人之科別，如附件 3。
4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(八十八)

本署「全民健康保險工作」編列 3,156 萬 3,000 元，針對全民健康保險補充保險費新制，增加弱勢、研究生及非營利團體的負擔乙節，說明如次：

1. 二代健保已自 102 年 1 月 1 日正式實施，民眾有高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、利息所得、股利所得、租金收入等六項所得（收入）時，除獎金係以超過當月投保金額 4 倍之部分外，其餘所得（收入）單次給付達 5,000 元以上者，以就源扣繳方式計收補充保險費，使所得相同者之保費負擔儘可能相近，可更強化社會保險量能負擔之精神。
2. 本署為避免弱勢民眾因經濟因素，外出打工之兼職所得

亦須扣取補充保險費，增加其保費負擔，已於「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」中明定兒童及少年、中低收入戶、中低收入老人、領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達中央勞工主管機關公告基本工資之身心障礙者、在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生及符合健保法第一百條所定之經濟困難者之兼職所得，單次給付未達基本工資(目前為 1 萬 9,047 元)者，免予扣費。另考量在國內公私立大專校院就讀碩、博士班之研究生亦為學生，且部分研究生因必須負擔家計及學費而打工，為減輕其經濟負擔，已於 102 年 1 月 24 日函請教育部及健保局轉知相關單位，國內公私立大專校院就讀碩、博士班研究生且無專職工作者，其兼職所得補充保險費扣取下限提高至基本工資。故針對弱勢民眾兼職所得補充保險費之扣取下限，已就社會各層面考量扣取下限之適當性。

3. 此外，二代健保實施後，除持續過去對特定弱勢族群給予一般保險費之補助外，其他如愛心轉介、無息紓困貸款、分期繳納等；欠費民眾，因急重症需醫療時，持村里長或醫院出具之清寒證明，即可以健保身分就醫，不致因健保欠費而延誤就醫時機，這些協助措施依舊持續執行。另，針對控卡部分，二代健保施行後已明定健保局須對欠費之投保單位或保險對象予以查證與輔導，未來只會針對有能力繳納健保費卻拒不繳納者控卡，故對弱勢民眾之照顧措施，已有更適切之規範。
4. 至於社福團體因計收投保單位補充保險費而增加負擔乙節，因二代健保之一般保險費率已調降為 4.91%，

投保單位雖須另行負擔補充保險費，但因一般保險費減少，故整體保費負擔未必增加。針對因執行政府委託或補助社會福利案件所增加之投保單位補充保險費，本署於會同相關部會審慎研議後，決定提供適當協助，行政院業於 102 年 4 月 30 日核復補助原則，社福團體如因接受政府委託或補助計畫而增加保費負擔，由各機關於年度預算調整支應，倘預算執行經費確有不敷，再由各機關循程序報請動支第二預備金；未來年度則納入經費需求考量。本署已將行政院核復函轉各機關辦理。

5. 綜上，該被凍結之預算係為健保業務持續推動所不可或缺，敬請准予動支。

(三)第 1 項決議事項(十七)、(十八)、(十九)

本署「全民健康保險工作」項下「全民健康保險監理業務」之業務費編列 570 萬 4,000 元，針對全民健康保險監理會(以下稱監理會)每年預算執行效益不明，編列之委託研究計畫及民意調查預算，較 101 年增列約 1/3，且該會應督導中央健康保險局，受理檢舉應更細心。另針對費協會、監理會已整併新設為「全民健康保險會」(以下稱健保會)，負責保險費率、費用協定等，惟預算書仍為舊資料，未顯示整併後預算；且健保會組成成員之代表性疑有失公允等乙節，說明如次：

1. 監理會 102 年度之委辦費較 101 年度增加 6 萬元。

單位:萬元

年度	委託研究計畫	委託辦理民意調查	合計
101	80	35	115
102	76	45	121

2. 健保法第 5 條第 3 項後段規定，健保會於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。有關監理會(健保會)102 年度規劃之委辦研究計畫及委託辦理民意調查預算，係為推動上開法定業務需要而編列，大院所提撙節支出之寶貴意見，本署將督導健保會配合辦理。
3. 為監理中央健保局辦理醫療院所訪查及違規查處情形，監理會(健保會)要求該局每月均需提出相關重點報告。大院卓見，本署將持續注意並加強督導。
4. 本署監理會及費協會編列 102 年度預算，係依據行政院主計總處年度預算編製期程辦理，編列當時，因大院 100 年 1 月 4 日三讀通過之全民健康保險法(二代健保法)尚未公布施行日期，該二會爰依據編製時仍有效之健保法規定及組織現況，援例編列年度預算，未來將依據現行健保法規定，覈實編列。
5. 有關本署監理、費協二會整併後 102 年度預算之經費應用情形，說明如下：

工作項目	經費說明
1. 召開例行健保會委員會、總額執行成果評核會議、協商共識會議、辦理保險費率與保險給付範圍審議及總額協商等相關座談會、及保險監理業務	所需各項經費合計 505 萬元，包括：兼職費、聘請專家學者出席費、會議場地、印刷、餐點及雜支等一般事務費、委外人員電腦登打及資料處理費、保險費等、辦公物品及影印耗材、網路通訊費、辦理員工教育訓練費等。
2. 配合業務推展辦理各項行政工作	所需各項經費合計 318 萬 6,000 元，包括：辦公室租金、一般事務費、影印機等

工作項目	經費說明
	辦公器具養護費、國內組織會費、水電費、購置雜項設備等。
3.委託研究(辦理)計畫	所需委辦費合計 206 萬 5,000 元，包括： 1.辦理全民健康保險業務及財務監理相關委託研究計畫，以及辦理醫療費用總額協定與分配業務之委託研究計畫 161 萬 5,000 元。 2.委託辦理民意蒐集計畫 45 萬元。
4.參加國際會議	所需國外旅費合計 27 萬 3,000 元，包括： 1.參加國際健康照護品質協會第 30 屆國際研討會 15 萬 2,000 元。 2.參加國際健康經濟學會 12 萬 1,000 元。

6. 依健保會組成及議事辦法，健保會置委員 35 名，為符合母法保險付費者代表及被保險人代表不低於 1/2 及 1/3 之規定，爰分配保險付費者代表 18 名(含被保險人代表 12 名，雇主代表 5 名，行政院主計總處 1 名)，其餘各類人員 17 名(含保險醫事服務提供者代表 10 名、專家學者及公正人士 5 名、政府機關代表 2 名)。有關該會委員組成資料，如附件 2。
7. 綜上，「全民健康保險工作」項下「全民健康保險監理業務」相關經費，係現行健保會業務推動所需，建請惠予支持，准予動支。

(四)第 1 項決議事項(八十九)、(二十)

本署「全民健康保險工作」項下「全民健康保險爭議審議業務」編列 1,724 萬 3,000 元，針對健保新制於 102 年 1 月 1 日起施行，「全民健康保險爭議審議委員會」名稱將改為「全民健康保險爭議審議會」，但預算書卻維持舊名稱及補充保費未全面宣導說明，急著上路，未來可能爭議不斷乙節，說明如下：

1. 關於預算書維持舊名稱部分：

本署於 101 年 8 月編製 102 年預算書時，行政院尚未依全民健康保險法（二代健保）第 104 條規定訂定施行日期（行政院係於 101 年 10 月 9 日以院臺衛字第 10101444186 號令定自 102 年 1 月 1 日施行），爰預算書乃暫以修正前全民健康保險法第 5 條規定之「全民健康保險爭議審議委員會」名稱記載。

2. 關於補充保險費爭議部分：

(1). 一代健保自 84 年 3 月 1 日開辦，當初之全民健康保險法第 5 條設「全民健康保險爭議審議委員會」，專責審議全民健康保險爭議案件，迄至 101 年 12 月 31 日止，共審議逾 160 萬案，其中爭議類型包含保險費者約 4 千案；102 年 1 月 1 日雖施行二代健保，惟保障人民權益之健保爭議審議制度並未因此改變，仍由「行政院衛生署全民健康保險爭議審議會」（102 年 1 月 1 日施行之全民健康保險法第 6 條）專責審理。

(2). 因應二代健保新制收取補充保險費，本署已於 101 年 10 月 30 日發布訂定「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，並由中央健康保險局持續辦理業務宣導，民眾如對補充保險費有爭議，其性質仍屬

於前開保險費之爭議範疇，自得於收到該局核定文件後，按前述救濟程序，依全民健康保險法第 6 條規定，檢據及健保局核定文件向本署全民健康保險爭議審議會申請審議，相關救濟權益，並未因此而受影響。

3. 綜上，為免影響憲法所保障之人民爭訟權益，編列經費辦理爭議審議業務，實有其必要性，敬請惠予支持同意解凍。

五、「全民健康保險保險費補助」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(二十一)

本署「全民健康保險保險費補助」項下「政府應負擔健保費法定下限」編列 145 億元，針對目前二代健保保費費率訂為 4.91%，此補助顯有不足，健康保險恐有破產之虞乙節，說明如次：

1. 健保費率自 102 年起，由 5.17%調整為 4.91%。在健保費率維持 4.91%不變、醫療給付費用總額假設每年以 4.7%成長、補充保險費預估一年挹注 206 億元等前提下，至 105 年底可維持健保財務平衡。以後年度則依法應由全民健康保險會依照「收支連動、財務平衡」原則審議，做出費率調高、調降或不調整等建議，以維持健保財務穩定。
2. 依 100 年 1 月 26 日修正公布之全民健康保險法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%，102 年度「政府應負擔健保費法定下限」編列 145 億元。依全民健康保險法施行細則第 50 條規定，政府應負擔保險費由保險人(中央健康保險局)核計，於當年 1 月底及 7 月底

預撥，並按年結算。如有撥付不足，於年底結算時撥補。

3. 綜上，本案敬請惠予支持，准予動支。

六、「一般行政」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(九十)

本署「一般行政」項下「基本行政工作維持」編列 9,473 萬 6,000 元，針對國會議員索取問政所需資料時，惟本署竟出現資料回覆時間拖延甚久、不予理會委員口頭交辦事項等情形乙節，說明如次：

1. 查本署賴前副署長進祥於 101 年 11 月 22 日 大院社會福利及衛生環境委員會第 23 次全體委員會議審議本署預算時，即有說明，所有委員要求的資料，一個禮拜之內提供，如果因再蒐集、再分析統計，不能在一周內提供的話，也會即時告知委員辦公室。將來如果部分單位沒有遵照辦理，就由本署國會聯絡組來追蹤、處理，本署並已於署務會議再三重申這項規定，並請各單位應予落實辦理在案。
2. 另查「基本行政工作維持計畫」，係秘書室、人事室、會計室、政風室、法規會、訴願會等輔助單位所編列之經費，主要係因應改制為「衛生福利部」及進駐衛生大樓所需，可分以下科目：

(1). 業務費 8,134 萬 4,000 元：進駐衛生大樓後，樓地板面積由 7,351.4 m²增加為 33,333.15 m²(增加 4.53 倍)，容納人數由 550 人增加至 1,450 人(增加 900 人)，用電尖峰契約容量由 700 瓩增加至 1,500 瓩(增加 800 瓩)，部分經費如清潔、總機、保全等委外人力，水電費、飲水機維護、垃圾清運、綠色植栽，及空調、機電設備委託操作維護等維護管理

經費，皆需因應增加。

(2). 設備及投資 1,159 萬元：包括因應組織改造整併及北部辦公室集中於衛生大樓辦公後，所辦理之辦公設施、事務機器添購或汰舊換新及各樓層配置熱水爐、飲水機、蒸飯箱、活動傢俱等設備；另中部辦公室因應組改所需整修無障礙廁所、添購或汰舊換新辦公室及會議室影音系統設備、會議室桌椅、檔案架等設備；採購資訊管理系統、薪資管理及所得轉帳系統之功能增修費用等。

(3). 獎補助費 180 萬 2,000 元：用於捐助本署公務人協會及支應退休退職人員之三節慰問金。

3. 綜上，上開預算編列係為確保本署輔助單位各項業務正常運作所編列，實為業務推動所必需，敬請惠予支持並准予全部解除凍結。

(二)第 1 項決議事項(九十一)

本署「一般行政」項下「基本行政工作維持」之設備及投資編列 1,159 萬元，針對該項預算 100 年度決算比例僅 28.23%，為提高預算使用率乙節，說明如次：

1. 查 100 年度「一般行政」「設備及投資」執行力不佳，主要係因組織改造期程延後，原先編列之預算，大部分係為因應組織改造為衛生福利部時，而需辦理辦公空間調整裝修、修繕及維護更新等之預算，惟因組織改造期程延後，致使決算執行率僅有 28.23%，合先敘明。
2. 102 年度「一般行政」「設備及投資」項目共編列 1,159 萬元(較 100 年減列 1,028 萬 9,000 元)，係因應 102 年預計改制為「衛生福利部」及進駐衛生大樓所需，主要用於以下事項：

(1). 雜項設備費 759 萬元、房屋建築 10 萬元：

- I. 因應未來組改後，本署原有單位及新併入單位均集中於衛生大樓辦公，擬視需要辦理印表機、影印機之汰舊換新，以提升行政效率；另規劃於衛生大樓2、3樓之會議中心，集中設置多功能事務機各1臺，以利與會人員準備、傳輸會議資料或訊息。合計未來須再購置多功能事務機約9台，本項所需經費總計540萬元（60萬元×9=540萬元）。
 - II. 衛生大樓共12層樓，需添購及汰舊換新蒸飯箱之經費；以及於2、3樓公共會議室、會客區及哺乳室配置冰溫熱飲水機與桌椅等費用，以上所需經費約需32萬元。
 - III. 因應組織整併，中部辦公室整修無障礙廁所，添購或汰舊換新辦公室及會議室影音系統設備、會議室桌椅、檔案架等設備，約需187萬元。
 - IV. 因應組織整併空間局部調整之設施費用10萬元。
- (2). 機械設備費320萬元：設置衛生大樓電話交換機、廣播視訊等辦公設備之經費。
 - (3). 資訊設備費70萬元：採購資訊管理系統、薪資管理及所得轉帳系統之功能增修費用。
3. 綜上，本項預算編列確為業務所需，敬請惠予支持並准予全部解除凍結。

(三)第1項決議事項(二十二)

本署「一般行政」項下「基本行政工作維持」之業務費編列8,134萬4,000元，針對多數朝野立委辦公室向本署調閱問政資料時，資料回覆天數拖延過久或根本不予理會，以及相關人員態度敷衍草率等乙節，說明如次：

1. 查本署賴前副署長進祥於101年11月22日大院社會福

利及衛生環境委員會第 23 次全體委員會議審議本署預算時，即有說明，所有委員要求的資料，一個禮拜之內提供，如果因再蒐集、再分析統計，不能在一周內提供的話，也會即時告知委員辦公室。將來如果部分單位沒有遵照辦理，就由本署國會聯絡組來追蹤、處理，本署並已於署務會議再三重申這項規定，並請各單位應予落實辦理在案。

2. 另查基本行政工作維持計畫項下之業務費，共編列 8,134 萬 4,000 元，係秘書室、人事室、會計室、政風室、法規會、訴願會等輔助單位所編列之經費，並因應改制為「衛生福利部」及進駐衛生大樓所需。
3. 再查進駐衛生大樓後，樓地板面積由 7,351.4 m²增加為 33,333.15 m²(增加 4.53 倍)；容納人數由 550 人增加至 1,450 人(增加 900 人)；用電尖峰契約容量由 700 瓩增加至 1,500 瓩(增加 800 瓩)，部分經費如清潔、總機、保全等委外人力，水電費、飲水機維護、垃圾清運、綠色植栽，及空調、機電設備委託操作維護等維護管理經費，皆需因應增加。
4. 業務費經費編列說明如下：
 - (1). 教育訓練費：辦理員工教育訓練 65 萬 6,000 元。
 - (2). 水電費及通訊費：辦公大樓及檔案室水電費 1,375 萬 6,000 元，郵資、電話及傳真等通訊費 660 萬 5,000 元。
 - (3). 資訊服務費：薪資管理及所得轉帳系統、採購資訊管理系統、國有公用財產管理系統等系統維護之資訊服務費 118 萬元。
 - (4). 其他業務租金：租用影印機等租金 31 萬 5,000 元。
 - (5). 稅捐及規費、保險費：公務車輛所需之牌照稅、燃料使用費；辦公廳舍及公務車輛之保險費，共計 59 萬

5,000 元。

(6). 兼職費及臨時人員酬金：顧問兼職費 121 萬 6,000 元、研發替代役 2 名 93 萬 4,000 元。

(7). 按日按件計資酬金：採購稽核及工程施工查核委員實地查核；召開訴願、法規等專家學者會議；舉辦各項活動所需出席、審查及講座鐘點費 311 萬元。

(8). 委辦費：辦理廉政民意滿意度調查 1,000 元。

(9). 物品：油料、辦公用品、文具紙張、報章雜誌等 432 萬 1,000 元。

(10). 一般事務費：辦理員工文康活動及健康檢查；保全、清潔、總機、檔案掃描、派遣人力等委外經費；辦公室搬遷；舉辦各項活動、會議之各項雜支；因應組織改造等各項行政業務 4,318 萬 7,000 元。

(11). 房屋建築、車輛及辦公器具、設施及機械設備等養護費：共計編列 225 萬元。

(12). 國內旅費、運費及短程車資：共計編列 203 萬 9,000 元。

(13). 特別費：署長及副署長特別費 117 萬 9,000 元。

5. 綜上，上開預算編列係為確保本署輔助單位各項業務正常運作所編列，實為業務推動所必需，敬請惠予支持並准予全部解除凍結。

七、「醫政業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(九十五)

本署「醫政業務」編列 24 億 2,536 萬 9,000 元，針對護理人力不足問題，衛生署須設立三班護病比標準，完成醫院評鑑辦法修正，且將護理人力及護病比列為必要評鑑項目、提出醫療護理工作環境改善方案及護理人員回流預期目標及時程

規劃乙節，說明如次：

1. 本署「醫院評鑑基準」業針對醫院申請評鑑類別（醫學中心、區域醫院、地區醫院）訂定有不同之護理人力標準，並於 100 年將護理人力配置列為必要評鑑項目，如該項基準成績不合格，即被評定為「評鑑不合格醫院」。
2. 本署已於 102 年 2 月 26 日公告修正「醫院評鑑基準」，將 2.3.7「護理時數合理」之護病比規定列為重點條文，若該條文評量為不合格者，須限期改善並接受「重點複查」，複查不合格即為評鑑不合格。同時已於 102 年 4 月 23 日公告三班護病比之試評條文，三班護病比試評條文於 102 年及 103 年試評檢討後，將於 104 年正式納為評鑑項目。
3. 為澈底改善護理工作環境，本署於 101 年 5 月 10 日公布「護理改革近中程計畫」，提出 6 大目標及 10 大策略，迄今已召開 10 次會議追辦進度並積極執行。
4. 依據本署醫事管理系統，至 101 年 12 月底已完成登錄之執業護理人員計 141,007 人，為歷史新高，較改革方案公布前（101 年 4 月底）護理人員執業登錄人數 136,415 人，新增 4,592 人，而 102 年 2 月止離職人數較 101 年同期人數趨緩。
5. 本署 101 年 5 月補助辦理建置護理人力回流媒合平台，101 年 12 月已媒合 2,829 人進入護理職場（初次任護理職 1,670 人、離職後再任職 1,159 人）。
6. 綜上，本署已修訂相關法規，致力於改善醫院護理人力不足問題，另 102 年將持續規劃辦理護理改革計畫，並落實各項護理人員回流措施，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(二)第 1 項決議事項(九十二)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」之辦理醫療服務國際化等相關計畫編列 724 萬 7,000 元，針對辦理醫療服務國際化等相關計畫乙節，說明如次：

1. 衛生署自 96 年度起推動國際醫療以來，始終秉持不影響國內民眾就醫權益之前提，綜觀目前來臺接受國際醫療服務者仍以從事健檢醫美為主，並無排擠就醫資源問題，理由分述如下：

- (1). 全臺灣得以接受健檢、醫美服務之醫療院所計 39 家，較於全臺將近 500 家通過醫院評鑑，所占比例極低。
- (2). 而來臺接受健檢、醫美之人數自 101 年 1 月至 11 月底止共 34,114 人（其中健檢共 30,236 人），其中提供健檢服務者主要係以家醫科醫師為主，未涉及急重症科別之醫護人力。
- (3). 另來臺接受醫療服務之人數自 101 年 1 月至 11 月底止為 3,054 人（其中有超過半數為門診複診，或從事術後追蹤、短期治療），爰平均一日所占用到之病床數亦幾近於無。

2. 綜觀國外推動國際醫療均由政府編列高額預算大力推動，主要係因推動國際醫療不僅可帶動整體醫療產業及周邊產業朝向正向且永續之發展外，更可藉由重症案例之積累，增進醫事人力之技術，進而反饋於國人之就醫品質。惟國內因政府財力負擔，僅能每年編列 7 至 800 萬元之預算，對推動此項業務影響甚鉅。為使國家未來整體醫療之發展更具競爭力，多年之努力成果能更增凸顯，敬請惠予支持。

(三)第 1 項決議事項(二十三)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」之醫院評鑑編列 4,603 萬 3,000 元，針對安全針具之定義與使用範圍皆未出爐，導致全國醫院無所適從，安全針具使用率仍遠低於法定目標，造成大多數之醫事人員需處於高醫療風險環境乙節，說明如次：

1. 本署業於 101 年 12 月 28 日於本署網站增設安全針具專區，並公布安全針具之定義為：「醫療機構對於所屬醫事人員執行直接接觸病人體液或血液之醫療處置時，透過對注射或採血針類及針筒等醫療器材產品之特殊設計，以降低醫療人員暴露於病原體及血液傳染疾病之風險。」。
2. 另有關安全針具品項清單，業於 102 年 2 月 1 日以衛署醫字第 1020268925 號公告在案，並公開列於前揭專區。
3. 本署 102 年醫院評鑑基準，已將安全針具之提供使用列為各院必須受評之重點項目。優先針對急診、急救室、加護病房、手術室、透析照護、愛滋病房、感染科病房等高風險單位，逐年要求提高其安全針具提供使用比例，並於 105 年底完成全院各單位提供使用安全針具之目標。
4. 本署中央健康保險局編列安全針具之預算，係依目前一般針具如全面改為使用安全針具，預估約須增加 5.19 億點，分 5 年逐年編列，故 102 年總額已編列安全針具預算共計 1 億 370 萬點，並將提報 103 年總額協商編列安全針具 1 億 370 萬點。
5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(四)第 1 項決議事項(二十四)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」之醫院評鑑編列 4,603 萬 3,000 元，針對本署委託「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」（簡稱醫策會）辦理醫院評鑑，難促進醫院間良性競爭以提高品質與醫事人力乙節，說明如次：

1. 為提供民眾易於解讀之評鑑結果資訊，作為就醫選擇之參考，本署已於本署網頁設置「醫院評鑑資訊公開專區」，公開醫院之基本資料、最近一次評鑑結果、必要項目評量結果、人力配置項目評量結果，以及每日門診人次、每日住院人次、平均住院日、占床率等醫院業務資料。
2. 本署「醫院資訊公開專區」已於 102 年 3 月 26 日改版，業提供民眾更友善的查詢系統及更多元的資訊來源，包括：各醫院各項評鑑基準成績、不定期訪查結果，以及各醫院之占床率、醫事人力數、門診人次、急診人次、住診人次、平均住院日、手術人次等資料。
3. 綜上，本署業於醫院評鑑網站更新資訊查詢系統，以符合政府資訊公開、公民參與之精神，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(五)第 1 項決議事項(二十五)

本署「醫政業務」項下「醫政法規與醫事人員及機構管理」之委辦費編列 666 萬 8,000 元，針對至今仍未看到院版醫療法第 82 條之一修正案及醫糾法相關法案出爐乙節，說明如次：

1. 維護全民的健康，提供全國人民良好的醫療品質，創造安全的就醫環境，為全國民眾的健康安全把關，一直是本署的職責。對於社會大眾非常關心醫療傷害事件及紛爭解決制度的議題，本署亦非常重視。

2. 針對醫療刑責、病人權益維護及醫療糾紛解決等議題，醫界人士四、五年前曾有呼籲醫療刑責除罪化之主張，本署尚持保留意見；本署另曾於當初提出「醫療糾紛處理法（草案）」，送請立法院審議，因草案內容侷限於醫療糾紛之解決途徑，缺乏病人實質權益之維護，並因立法院會期屆至，終未能三讀通過。
3. 鑑於醫療糾紛情形日益嚴峻，醫界對於醫療刑責除罪化主張亦已調整為刑責合理化，本署爰自 101 年起積極與醫改團體、醫界公會與學會、法務部、司法院等機關進行超過十餘場次有關病人權益維護與醫糾合理解決之研商、研討會議外，9 月間亦經總統舉辦醫事團體座談會，更多次出席 大院社會福利及衛生環境委員會 5 月、11 月、12 日數度專案報告，可見本署對於本案議題之努力與積極態度。
4. 據上，有關增訂「醫療法第 82 條之 1 草案」及「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，業經本署於 101 年 10 月初陳報行政院，經該院於 12 月 18 日併二草案函送予 大院審議，並由社會福利及衛生環境委員會陸續於 102 年 1 月及 4 月召開逐條審議在案。
5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(六)第 1 項決議事項(二十六)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」編列 1 億 2,835 萬 6,000 元，針對本署投注於兒童醫療資源缺乏，而兒童先天性的重大疾病，需國家投入資源研究乙節，說明如次：

1. 本署規劃於全國北、中、南、東地區設立 6 至 8 家兒童醫院，並已於 102 年 3 月 27 日公告修正關於兒童醫院之「醫療機構設置標準」，以及公告「兒童醫院評核作

業程序」及「兒童醫院評核標準」，預計 102 年 7 月底將有多家兒童醫院設立。

2. 「醫療機構設置標準」規定兒童醫院應設急性一般病床 100 床以上，或總病床 150 床以上，並有兒科、外科、麻醉科、放射科等 4 科以上之診療科別。此外，兒童醫院應為獨立之建築物，或與現有綜合醫院於 1 樓分別有獨立出入口。
3. 兒童醫院評鑑初期以醫學中心為目標，原由醫學中心分離另設立之兒童醫院，經本署依「兒童醫院評核標準」75 個項目訪查合格，將先行認定其為醫學中心級兒童醫院；未來由醫學中心分離另設立之兒童醫院，得與本院申請合併評鑑為醫學中心。
4. 本署將再修訂適合兒童醫院評定之「重度級急救責任醫院」評定標準、「兒童癌症診療品質認證基準」及「醫學中心任務指標基準」，並將於 103 年進行試評，預計於 104 年正式實施「兒童醫院評鑑」作業。
5. 又如政策需要設立國家級兒童醫院，因涉及公立醫院員額及經費問題，本署已於 101 年 12 月 24 日及 102 年 1 月 22 日邀集教育部、行政院人事行政總處、行政院主計總處、銓敘部等單位，召開會議共同研商，結論如下：臺大醫院兒童醫療大樓轉型為兒童醫院，尚涉及醫院組織架構、員額編制、預算籌措等問題，建議宜採分階段方式辦理，惟所需經費應優先由臺大醫院及教育部（教學研究相關）籌編。
6. 另基於提升我國整體兒童醫療照護品質之考量，本署亦配合規劃研擬相關提升兒童醫療品質及重症醫療能力計畫，如：研議納入「醫院品質績效量測指標與落實品質改善計畫」獎補助方案辦理，並規劃自 103 年度起編列預算，挹注相關經費，以提升兒童醫療品質。

7. 綜上，本署已公告「兒童醫院設置標準」及「兒童醫院評核標準」，預計 102 年 7 月底將有多家兒童醫院設立，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(七)第 1 項決議事項(二十七)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」之辦理評鑑作業及合格醫院追蹤輔導訪查、醫院評鑑制度改革、委員遴選及評核訓練、複評等相關會議及計畫編列 2,314 萬 1,000 元，針對醫院評鑑改革雖已注意到醫事人力不足與血汗醫院問題，但是並未實際解決護理人員「花花班表」之問題乙節，說明如次：

1. 解決護理人員「花花班表」問題作法：

- (1). 本署「醫院評鑑基準」業針對醫院申請評鑑類別（醫學中心、區域醫院、地區醫院）訂定有不同之護理人力標準，並於 100 年將護理人力配置列為必要評鑑項目，如該項基準成績不合格，該醫院會被評為「評鑑不合格醫院」。
- (2). 本署已於 102 年 2 月 26 日公告修正「醫院評鑑基準」，將 2.3.7「護理時數合理」之護病比規定列為重點條文，若該條文評量為不合格者，須限期改善並接受「重點複查」，複查不合格即為評鑑不合格。同時已於 102 年 4 月 23 日公告三班護病比之試評條文，三班護病比試評條文於 102 年及 103 年試評檢討後，將於 104 年正式納為評鑑項目。
- (3). 針對醫院護理人員於白班、小夜班及大夜班之工作時間是否符合勞基法第四章工作時間規定，本署將請評鑑委員於實地查核時，予以檢視，如有不符合規定者，將移請醫院之轄屬衛生局轉請勞工局辦理

後續查檢業務。上述作法並將納入本（102）年度醫院評鑑委員共識會議說明，要求評鑑委員執行。

2. 解決醫事人力不足與血汗醫院作法：

- (1). 本署自 97 年起，已於醫院評鑑實地評鑑時，推行文件簡化作業，如：鼓勵醫院以資訊化（e 化）之方式呈現資料、刪除基準評分說明中不必要之「有紀錄可查」文字、整合及簡化資料表填寫內容，並請評鑑委員著重實務面之評量，儘量採取現場查證其平常作業之方式進行查核。
- (2). 又有鑑於醫院評鑑項目繁多，三或四年一次的評鑑方式，使得醫院與委員僅能以片段性、回溯性的方式，就某一時點之醫療品質進行審查，未能經常性、即時性的掌握醫療品質狀況，本署爰研擬建構一套持續性監測制度，藉由醫院定期回報相關資料或紀錄，可於平時即能監測醫院之醫療相關品質數據資料，並在評鑑時提供委員參考，以簡化醫院評鑑資料準備作業。
- (3). 另為整合本署各單位及附屬機關衛生醫療業務相關訪視作業及資源，避免資源重置，並降低醫院受訪查之頻率及負擔，本署自 98 年起辦理評鑑、訪視、訪查及認證等整合，未來本署各局、處原計 49 項之實地評鑑、訪視（查）項目，將精簡為 14 項（減少 71%），預計四年內實際到醫院查核次數約 10 次。
- (4). 此外，本署醫院評鑑與地方衛生局督導考核將進行分工合作、資訊共享，以減少重複評核。本署已於衛生局聯繫會議，要求衛生局減少督導考核與醫院評鑑重複評核之項目。

(5). 未來本署並將持續進行評鑑技術改善工作，如：再精簡醫院評鑑項目（現行基準已由原 508 項精簡為 238 項）、持續建置醫院評鑑持續性監測系統、進行評鑑文件簡化、推動委員分工簡化、並引進新式評鑑方法，以減少各醫院之負擔。

3. 綜上，本署已致力於改善醫院護理人力不足、血汗醫院及「花花班表」問題，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(八)第 1 項決議事項(九十四)

本署「醫政業務」項下「健全醫療衛生體系」之大陸地區旅費編列 4 萬 4,000 元，針對拜會中國衛生單位及民間醫院，明顯不具政策急迫性乙節，說明如次：

1. 衛生署 102 年度「健全醫療衛生體系」所編列之大陸地區旅費，係為拓展我國醫療服務之國際知名度與能見度，藉由相關展團、考察團，了解當地市場需求，推廣我國優勢醫療、感動服務。
2. 本署 102 年度「醫療服務國際化」編列 724 萬 7,000 元，已明顯較 101 年度法定預算數 900 萬元、100 年度預算數 1,000 萬元，分別減少 175 萬 3,000 元及 275 萬 3,000 元，實已逐年減編預算，赴大陸旅費去年度並無編列。惟考量國際醫療之推展確實有賴對於目標市場之了解與掌握，得使資源之投入更加精準，進而提升經費運用之效率；加以主要競爭國家皆已積極於當地進行佈局，亦有需要對於競爭對手之主要策略進行了解，及早因應與預做準備，爰特於今年度編列赴大陸地區旅費。
3. 綜上，考量醫療服務國際化本年度經費已大幅減列，加以本案對於業務之推展及整體產業、國家未來之發展皆

有實質助益，敬請惠予支持。

(九)第 1 項決議事項(二十八)

本署「醫政業務」項下「提升醫事機構服務品質」之捐助財團法人器官捐贈移植登錄中心編列 4,274 萬 5,000 元，針對財團法人器官捐贈移植登錄中心（以下稱登錄中心），每年編列千萬宣導費，然而並無成果效益評估；另鑑於 100 年誤植愛滋器官事件之憾，我國應訂一致性臨床作業指引乙節，說明如下：

1. 為提升國人器官捐贈理念之認同度及實質捐贈數，登錄中心已透過各種管道及通路辦理宣導，本署亦配合將醫院推動簽署器官捐贈同意書與器官勸募之成果、主動徵詢急重症病人之辦理情形納入醫院評鑑項目，也修正住院須知範本，將器官捐贈相關內容納入常規住院告知事項，以維護病人「知」的權利。
2. 為推廣器官捐贈，本署及登錄中心 99 年至 101 年計設攤宣導 418 場，共獲得 16,250 位民眾即席簽署器官捐贈同意書並加註健保卡。另我國 100 年度簽署器官捐贈同意書並加註健保卡之人數為 34,497 人，較 99 年之 31,792 人成長 8.5%，截至 101 年底已有 202,547 人簽署，顯見近年政府及登錄中心推動之工作已見初步成效。
3. 為持續提升器官捐贈風氣，本署已將器官捐贈之推廣，納入 102 年度地方衛生局業務考評項目。另為瞭解民眾對於器官捐贈之概念，以評估近年推動器官捐贈宣導效益，登錄中心業於 102 年 4 月底前完成宣導成效評估作業，並提出改善建議與預期改善期程。
4. 登錄中心已於 100 年 10 月 24 日至 11 月 10 日，邀集醫療、護理及管理背景之專家，至 10 家器官勸募醫院

進行查訪作業，檢視各醫院之器官勸募、捐贈與移植作業規範及程序，給予適當之修正建議與輔導。人體器官移植條例亦已明文規定，捐贈者之書面檢驗報告，應提供受移植者醫療機構，以確保受移植者之醫療機構能充分瞭解摘取器官之狀況。

5. 登錄中心已循「始於病人及其家屬決定捐贈，終於捐贈者遺體離開手術室，並納入器官分配至受贈移植醫院後之作業方式」之原則，已於 101 年底訂定「器官捐贈作業指引」、「器官分配作業指引」等規範，供各勸募網絡（醫院）依循辦理。相關重點如下：
 - (1). 醫療團隊應將捐贈者病史及相關檢查結果確實登錄，並經另一人複核。
 - (2). 如 Anti-HIV 檢驗為陽性，醫療團隊應立即通知負責醫師暫停捐贈作業，並以西方墨點法重新檢測、確認，若仍為陽性，則終止捐贈作業。
 - (3). 捐贈者所在醫院應於器官摘取前，提供檢驗結果予受贈醫院確認。
 - (4). 器官摘取及移植前，應執行 Time Out，再確認捐贈者相關資料及檢查結果。若摘取醫師與移植醫師不同，應於器官保存箱交付時，核對前揭必要資訊。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予解凍。

(十)第 1 項決議事項(二十九)

本署「醫政業務」項下「醫事人力培育與訓練」編列 20 億 7,515 萬 3,000 元，針對「一般醫學訓練」及「其他教學訓練」相關計畫耗費巨額公帑，對於國內醫療服務品質及醫事人力毫無建樹等乙節，說明如次：

1. 經統計，我國 96-100 年各專科領證人數平均成長率為

15%，急診醫學科 23%、婦產科 5%，各專科人力均穩定成長，又每萬人口急診醫學科及婦產科之專科醫師分別為 0.47 及 1.12，與先進之國家相較，並無不足；城鄉醫師人力差距部分，以吉尼(Gini)係數檢視 97 年至 99 年西醫師人力分布，分別為 0.209、0.2090、0.213，顯示分布尚稱均等。

2. 為避免醫療科別及各區域間之醫師人力失衡，影響民眾就醫，本署已經依 4 大面向—提高五大科執業意願、降低醫療糾紛風險、充實偏遠醫療服務、解決急診壅塞及安全，規劃執行以下策略：調整專科醫師容額與分配、強化所有醫學系畢業生之內、外、婦、兒四科診療能力、增加偏遠地區醫院之資源分配(如：提升(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫與台東縣婦產科急診服務資源整合輪值計畫)、提升全民健保給付、籌辦醫療事故救濟制度。透過各項策略之持續推動，婦產科及兒科住院醫師招收率，已由 96 至 100 年平均 65%及 68%，上升至 102 年度之 79%及 78%（統計至 102 年 2 月底止），另 101 年經發函調查衛生所醫師缺額情形，各縣市共提出 14 個缺額需求，有 12 名公費醫師分發衛生所服務，缺額補實率達 86%，對於基層醫師人力的充實，有相當大的效果。
3. 醫事人員為醫療服務體系之核心，其訓練良莠為醫療品質及病人安全的關鍵因素，本預算之編列為建立醫事人員二年畢業後臨床訓練制度，銜接學校教育與獨立執業階段，提升醫療服務品質，執行成果如下：
 - (1). 每年共有 14 類計 2 萬名之新進醫事人員接受二年臨床訓練，至今已培訓 11 萬 4,000 人。
 - (2). 99%受訓人員受訓後確實提升醫療服務能力；89%

受訓人員學習後，落實執行團隊合作全人照護。

(3). 已建置 134 家教學醫院之師資培育制度、訂定 14 類醫事人員訓練課程，建立 10 類醫事人員教學交流平台。

(4). 已核定 39 家主要訓練醫院及 88 家合作醫院之一年期畢業後一般醫學訓練計畫，101 年度計有 1,325 名醫學系畢業生接受訓練。

4. 根據對參與訓練計畫之教師與學員之調查資料顯示，本計畫讓教學醫院重視各類別醫事人員之訓練，使醫療新進人員的訓練常規化，增進學員的臨床技能、專業知識、良好態度與專業素養，對醫療服務品質的提升具有正面的影響，且確實達到訓練成效為提升醫療服務品質，因此「醫事人力規劃與訓練」之預算編列對於醫事人才培育及醫療服務品質提升確有必要，敬請惠予支持，同意解凍。

(十一)第 1 項決議事項(三十)

本署「醫政業務」項下「醫事人力培育與訓練」之辦理醫事人力規劃及運用相關業務編列 72 萬元，針對目前醫師人力嚴重過勞，至今仍未研議將醫師納入勞基法乙節，說明如次：

1. 本署認同醫師之工作權益應予保障，對醫師納入勞基法已於 101 年 5 月開始邀集勞委會、教育部、醫師公會、醫改會、消基會、醫勞盟、醫學生聯合會等相關機關、團體進行研析。經過評估，若立即將醫師納入勞基法，以勞基法規定之 48 小時粗估，醫療機構所需之醫師人力較現況增加 1 倍，以目前每年培育 1,300 名醫學生，勢必發生供給不足問題，進一步將影響病患安全與醫療品質。如要維持供需平衡，估算醫學生培育人數較現行 1,300 名增加 50%，對醫學生總量管制政策及國內醫學

教育資源負荷與教育品質均將造成衝擊，本署需與相關機關、團體審慎研議，以尋求兼顧保障病人醫療權益及醫師勞動條件之最佳方案。

2. 相關因應配套措施之準備期，並非一蹴可及，是以在住院醫師納入勞基法前，目前本署已召開二場「住院醫師參酌勞基法賦予保障研商會議」，初步研訂「住院醫師勞動權益保障參考指引」，對工時安排之合理化、休息/休假之規定、傷害之賠償、保險條件等，進行規範。
3. 102 年起將「住院醫師每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過 88 小時」之規定，納入 102 年及 103 年教學醫院評鑑基準試評，預計 104 年正式納入醫院評鑑重點項目規範。綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(十二)第 1 項決議事項(九十三)

本署「醫政業務」項下「健全緊急醫療照護網絡」之大陸地區旅費編列 11 萬 4,000 元，針對拜會中國衛生單位，明顯不具政策急迫性乙節，說明如次：

1. 查本署醫事處係依據 99 年 12 月 21 日簽署之「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」，據以編列「赴大陸地區旅費」，該協議中本署醫事處業管為「緊急救治」部分，其範圍包括兩岸重大意外事件所致傷病者緊急救治措施、資訊交換及傷病者轉送等事項。
2. 本署於 100 年 8 月 1 日與陸方簽署「海峽兩岸醫藥衛生合作協議-緊急救治工作組職責」，期國人於兩岸往來發生重大意外事故時能有一平臺進行緊急傷病患即時之訊息交換、處置與轉送，藉此建立相關流程與機制，促進陸方能配合相關程序措施以保障國人，另亦透過緊急醫學或災難醫學之學術互相交流，與依據協議每年輪流

由兩方辦理工作組會議，以檢驗提升此平臺作業運作效果。

3. 又，工作會議由我方與陸方輪流辦理，原則每年舉辦 2 次，會議地點為臺灣及大陸各 1 場。102 年本署醫事處為赴大陸地區參與該工作會議，爰編列 3 人次(每次會議以 3 天估計)之赴大陸地區旅費，已依撙節原則編列，又配合立法院通刪大陸地區旅僅為 11 萬 4,000 元。
4. 綜上，為使醫政業務得以妥適順遂推動，敬請予以解凍。

八、「心理健康業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(三十一)

本署「心理健康業務」項下「加強心理健康促進工作」之辦理精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會編列 1,440 萬元，針對現行精神疾病強制鑑定強制社區治療審查會，於通知當事人及其保護人審查決定時，通知書內僅引述法條相關規定及審查決定，而未載明強制住院理由，有侵害當事人人權之虞乙節，說明如次：

1. 為檢討及精進精神衛生法強制住院之規定及回應人權團體之訴求，本署已於 101 年 12 月 10 日邀請人權團體，精神病人權益促進團體，醫療機構及法扶基金會等團體召開研商會議，該會議決議，對審查決定通知書中，對於處分之「事實」描述，應於「必要」範圍內為之。本署已完成審查決定通知書之修正，具體述明強制住院之事實、理由，包括事件發生之時、地、人及傷害或有傷害之虞之具體內容。
2. 為明確區分針對許可/不許可精神病人強制住院案件之處分相對人及利害關係人救濟管道，審查決定通知書除

加註強制住院事實、理由外，另已修正附註，分述處分相對人(醫院)及利害關係人(嚴重病人或其保護人)之救濟途徑。審查決定通知書業已於 102 年 4 月 1 日修正實施。

3. 針對救濟管道受限乙事，本署出席 102 年 4 月 24 日田秋堇與尤美女立法委員國會辦公室召開「精神病患嚴重病人強制鑑定及強制住院相關法規政策協調會」，已就該議題達成以下共識：在嚴重病人之救濟管道部分(含行政及司法救濟)，因精神衛生法已定有向法院提出救濟之特別規定，爰行政院對於嚴重病人之訴願予以不受理之決定，係合乎訴願法第 1 條「法律另有規定者，從其規定。」之規定。司法院尊重此為立法過程之選擇，亦認同行政院之處理原則；又司法院亦於受理嚴重病人或其保護人聲請停止緊急安置或強制住院之後，就其強制住院之要件及現行有無繼續緊急安置或強制住院之必要進行裁定，雖無法就行政處分是否不當或違法進行審理，但此一司法救濟途徑，對於嚴重病人之權益保障已有實質之效果。又嚴重病人如認權益受侵害，仍得依申請國家賠償之程序提出申請。爰此，對於嚴重病人救濟管道已確實釐清司法院、行政院之意見並已修正審查決定通知書，避免嚴重病人及其保護人混淆救濟管道。
4. 為落實前開之修正內容，本署已於 102 年 3 月 27 日函全國指定精神醫療機構，應視嚴重病人及其保護人需要，協助渠等依法向法院提出司法救濟，並請指定精神醫療機構張貼申訴陳情電話或救濟管道(例如張貼各地方法院、法律扶助基金會或病人權利保障協會等電話)供病人使用；另副知各縣市衛生局，請確時督導轄區內指定精神醫療機構配合辦理精神病人司法救濟事宜，並納入縣市考核項目辦理。

5. 綜上，本署業已邀請病人權益促進相關公益團體等召開研商強制住院之審查及救濟事宜會議，並提出多項強化病人人權之方案，且已完成審查決定通知書內容之修正並於 102 年 4 月 1 日實施，已明確告示嚴重病人及其保護人救濟管道，對於精神病人之人權保障，已有具體之強化作為，本預算編列確屬業務推動之需要，建請免予凍結。

(二)第 1 項決議事項(三十二)

本署「心理健康業務」項下「加強心理健康促進工作」之辦理精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會編列 1,440 萬元，針對病人一旦被許可強制住院，就會受到院方監控，院方也幾乎不會提供或轉介相關的法律扶助資訊，救濟管道淪為空談乙節，說明如次：

1. 本署已於 101 年 12 月 10 日邀請人權團體、精神病人權益促進團體、醫療機構及法扶基金會等團體召開研商會議，針對嚴重病人及其保護人訴願權利保障、審查決定通知書是否應詳列疾病診斷、強制住院理由及事實、將醫師強制鑑定過程進行錄音、錄影並提供審查過程參考之可行性等議題進行討論，以期對病人人權有更周全之保障。
2. 依照上開會議決議方向，對於強化病人陳述意見機制，以及回應人權團體對嚴重病人或其保護人訴願權利保障之訴求等議題，已修正相關表格文件，並自 102 年 4 月 1 日起實施，修正說明如下：
 - (1)於「嚴重病人強制住院意見說明」增列嚴重病人對於申請強制住院之意見說明欄，加註說明其表達意見之重要性。
 - (2)於「嚴重病人強制住院意見說明」增列(一)透過視訊

或電話與審查委員溝通;(二)及提供自己陳述意見之錄音或錄影資料供審查委員審查等 2 項選項。

(3)於「精神疾病嚴重病人診斷證明書」(申請強制住院使用)，增列符合強制住院條件之具體事證說明欄位，即鑑定醫師於勾選「傷害自己之行為」、「傷害他人之行為」、「傷害自己之虞」、「傷害他人之虞」時，應說明具體事證。

3. 針對救濟管道受限乙事，本署出席 102 年 4 月 24 日田秋堇與尤美女立法委員國會辦公室召開「精神病患嚴重病人強制鑑定及強制住院相關法規政策協調會」，已就該議題達成以下共識：在嚴重病人之救濟管道部分(含行政及司法救濟)，因精神衛生法已定有向法院提出救濟之特別規定，爰行政院對於嚴重病人之訴願予以不受理之決定，係合乎訴願法第 1 條「法律另有規定者，從其規定。」之規定。司法院尊重此為立法過程之選擇，亦認同行政院之處理原則；又司法院亦於受理嚴重病人或其保護人聲請停止緊急安置或強制住院之後，就其強制住院之要件及現行有無繼續緊急安置或強制住院之必要進行裁定，雖無法就行政處分是否不當或違法進行審理，但此一司法救濟途徑，對於嚴重病人之權益保障已有實質之效果。又嚴重病人如認權益受侵害，仍得依申請國家賠償之程序提出申請。爰此，對於嚴重病人救濟管道已確實釐清司法院、行政院之意見並已修正審查決定通知書，避免嚴重病人及其保護人混淆救濟管道。
4. 綜上，本署業已邀請相關病人權益促進相關公益團體，召開強制住院之審查及救濟事宜會議，另於申請強制住院必要文件中強化讓病人陳述意見之機制，對於精神病人之人權保障，已有具體之強化作為，並已完成相關表格文件之修訂，以確保病人人權。考量本署審查會為透

過第三者審查機制，審查精神病人需否透過強制住院方式接受治療，其精神在確保精神病人之就醫權及人權，本預算編列確為業務推動之需要，建請免予凍結。

(三)第 1 項決議事項(三十三)

本署「心理健康業務」項下「加強心理健康促進工作」之委辦費編列 7,221 萬 6,000 元，針對國人自殺比率居高不下，未見改善乙節，說明如次：

1. 為加強推動自殺防治工作，本署於 98 年度起推動「全國自殺防治行動策略第 2 期計畫」（期程 98 年至 101 年），結合各政府部門及民間團體共同推動自殺防治關懷網絡，透過全面性、選擇性、指標性三大策略，推動各項自殺防治工作，目前國人自殺死亡人數由 98 年 4,406 人，標準化死亡率每 10 萬人口 14.7 人，開始出現下降趨勢，99 年 3,889 人，標準化死亡率為 13.8 人，100 年自殺死亡人數為 3,507 人，標準化死亡率為 12.3 人，自殺死亡人數已持續 3 年下降，且自 99 年起已連續第 2 年退出國人 10 大死因，100 年位居第 12 位，並已從世界衛生組織標準之自殺高盛行率區域下降至中盛行率區域，顯見近年來本署編列經費推動辦理全國自殺防治中心計畫、安心專線服務計畫、高危險群個案心理健康促進關懷訪視計畫及媒體宣導等自殺防治計畫，已顯具成效。
2. 102 年度擬持續委託辦理全國自殺防治中心計畫，作為全國自殺防治工作平臺，以加強辦理探究自殺通報數據變動之影響因素；草擬自殺防治法、辦理法律草擬階段之資料蒐集；針對青少年、失業、弱勢族群或老人為重點對象，強化推動心理健康及自殺防治策略；針對上吊自殺方式或使用農藥、木炭、安眠藥等自殺工具，持續

研擬自殺防治策略及提出具體工作方案建議；規劃辦理中央政府機關高階人員自殺防治策略教育訓練；企業職場之心理衛生與自殺防治工作；建置珍愛生命數位學習平臺等為重點工作，俾利有效監測自殺死亡率之變化，並繼續朝向降低國人自殺死亡率努力。

3. 102 年度持續委託辦理安心專線服務計畫，本案自 98 年起改由委託民間單位辦理，接聽量由 6 萬 1,284 人次，開始逐年增加，顯示安心專線已逐漸成為民眾所信賴之心理諮詢專線，102 年度預計仍可提供 7 萬餘人次心理諮詢服務，即時挽救自殺個案超過 500 人次以上，並協助自殺意念或自殺企圖之民眾，適時提供心理支持及精神醫療、心理衛生、社會救助等相關資訊與輔導，對於自殺死亡率降低應有助益。
4. 102 年度委託辦理高危險群個案心理健康促進關懷訪視計畫，以整合現有自殺通報個案關懷訪視及精神病人社區關懷照顧計畫，強化社區關懷訪視服務及危機處理等照護品質，落實社區精神病人及自殺未遂者等社區高危險群之個案管理、危機處理機制，促進民眾心理健康，本案預計持續透過委託臺北市政府衛生局辦理，預計可以提供自殺關懷訪視人次達 5,000 人次以上，精神病人社區關懷達 6 萬餘人次，以有效關懷自殺高危險群。
5. 102 年度編列委託辦理自殺防治宣導計畫，為運用多元之方法與途徑，針對：一般社會大眾、學生、失業者、婦女及老人等對象，宣導心理衛生、自殺防治及酒癮防治等相關概念，預計印製衛教宣導手冊、宣導單張、召開記者會等，以落實「自殺防治、人人有責」之概念，推動民眾對自殺防治工作之認知，共同提升國民心理健康之品質。
6. 綜上，經濟、社會環境等外在環境，均可能影響自殺防

治工作之推動，因此，除應持續關注其自殺死亡成長趨勢外，相關政府機關更應即時提出相關因應作為，以預防自殺死亡率再度增加，本預算編列確有業務推動之需要，建請免予凍結。

(四)第 1 項決議事項(三十四)

本署「心理健康業務」項下「加強心理健康促進工作」之委辦費編列 7,221 萬 6,000 元，針對「國民心理健康促進計畫」自殺防治績效指標值，「通報個案 30 天再自殺率」須低於 3.2%，惟到 101 年 8 月止均高於該數字，成效仍有待提升乙節，說明如次：

1. 為降低自殺通報個案再自殺率，本署已於 101 年 12 月印製「重複自殺個案之關懷管理」手冊，內容包括：重複企圖自殺（自傷）行為之流行病學、情緒與特徵、介入模式、常用技巧及關懷管理實務等，提供各個案管理單位參考辦理。
2. 將加強分析重複企圖自殺（自傷）個案資料，瞭解個案樣態及再次企圖自殺（自傷）原因，並定期監測全國各縣市「30 天再自殺率」，針對「30 天再自殺率」高於全國平均之縣市將加強輔導並予以必要之資源協助。
3. 擬進行「自殺通報個案關懷訪視計畫執行成效評估」，評值關懷訪視員訪視內涵、技巧，以確保關懷訪視服務品質及探討計畫實施之必要性，並作為未來施政修訂之參考。
4. 另為評核自殺防治成效，目前本署已委託全國自殺防治中心協助研擬自殺防治績效指標（例如：自殺死亡率、自殺死亡率 3 年移動平均值、通報後再自殺死亡率、自殺企圖者接受通報及關懷服務之趨勢、民眾及各種專業人員對於自殺防治之態度及觀念、政府及民間對於自殺

防治相關工作之資源投入等結果面或過程面之綜合指標）另作為監測縣（市）政府辦理成效之參考，以更有效評值本署整體自殺防治策略辦理成效。

5. 綜上，經濟、社會環境等外在環境，均可能影響自殺防治工作之推動，因此，除應持續關注其自殺死亡成長趨勢外，相關政府機關更應即時提出相關因應作為，以預防自殺死亡率再度增加，本預算編列確有業務推動之需要，建請免予凍結。

九、「護理及健康照護業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(三十五)

本署「護理及健康照護業務」編列 6 億 9,253 萬 7,000 元，針對政府應立即增加喘息服務至一年 52 天，使照顧者至少能夠「週休一日」，並有助於擴大民眾使用長照服務之意願、充實長照體系之建置乙節，說明如次：

1. 長照計畫已有具體成效，整體服務量占老年失能人口比率，已從 97 年 2.3%，提高到 101 年 12 月達 27%，增加 12 倍。
2. 喘息服務量逐年成長：100 年度實際服務量較 99 年成長 1.1 倍；至 101 年實際服務量又較 100 年成長 1.14 倍。又經分析各項長照服務評定需要人數，喘息服務人數每年皆占總服務人數近 3 成。
3. 為強化喘息服務，本署採取下列措施：

(1). 積極爭取經費

1. 101 年上半年度已核定補助 2,702 萬 8,000 元，並持續監督輔導各縣市喘息服務執行情形已於 101 年 7 月檢討並調整對各縣市政府 101 年下半年度增核喘息服務經費補助之原則，且撙節經費勻支約

1,143 萬 8,000 元，增核各縣市喘息服務所需之費用補助，滿足失能民眾長照需要。爰 101 年喘息服務總經費為 3,846 萬 6,000 元。102 年積極爭取年喘息服務預算經費，擴大各縣市喘息服務所需之費用補助為 5,441 萬 8,000 元。

(2). 提高服務目標數

- I. 結合各縣市提高長照十年計畫喘息服務目標數量，推估 102 年喘息服務目標數將增加 27%；並將確實監督各縣市喘息服務執行情形。

(3). 規劃重症及失智症相關配套方案

- I. 為強化及發展家庭照顧者支持服務，滿足家庭照顧者之需要，規劃建置家庭照顧者支持網絡：建置全國性網路資訊平臺及家庭照顧者服務專線，以充實家庭照顧者支持服務資源。

- II. 規劃提供長照十年計畫服務對象中，高風險家庭照顧者之支持服務：針對長照十年計畫服務對象之高風險家庭照顧者，並連結所需相關諮詢輔導、心理支持及服務資源。

- III. 提供失智症患者基本的喘息服務：符合長照十年計畫服務對象之失智症個案，可經由 ADL、IADL 或失智症量表 CDR 評估，符合者可獲得每年最高 21 天喘息服務之補助。

- IV. 研擬針對重症及高風險之家庭照顧者，可專案申請提高喘息服務補助上限。

(4). 隨著民眾長照需求逐年增長，衛生署積極落實推動並宣導長照服務，服務量亦已逐年提升；長照整體預算，內容包括服務需求評估及長照服務之經費，若凍結本預算，恐影響失能民眾之長照服務。

(5). 綜上，編列經費辦理長照業務實有其必要性，為持續

長照業務推動，敬請惠予支持。

(二)第 1 項決議事項(三十六)

本署「護理及健康照護業務」項下「原住民族及離島地區醫療保健行政工作」及「加強原住民族及離島地區醫療保健服務」共編列 3 億 1,814 萬 6,000 元，針對監察院於 99 年提出糾正案指出「未能確實遵守行政院核定『新世代健康領航計畫』辦理離島地區醫療保健服務，與原先設定績效目標與執行策略有所落差；且未落實執行『在地化醫療』乙節，說明如次：

1. 本署一向重視離島地區民眾就醫權益，秉持「醫療不中斷」原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策，積極強化在地醫療服務，減少轉診，包括：養成公費生之培訓、充實在地醫療院所相關軟硬體設施、推動醫療之資訊化、實施中央健康保險局醫療給付效益提升計畫...等多項計畫及措施，協助改善離島醫療照護品質，增加當地醫療服務能量。
2. 為促使離島地區緊急傷病患均能獲得妥善醫治，依據「離島建設條例」規定，政府有責任提供民眾緊急就醫的必要協助，本署為協助離島地區醫院改善建置緊急醫療能力所面臨之問題癥結，除積極整合醫療提供支援協助及醫療營運相關補助、充實醫療設備外，尚提供緊急醫療後送服務。
3. 依據「救護直昇機管理辦法」及「離島地區緊急空中後送案件標準作業流程」，由本署空中轉診審核中心提供醫療專業審核，如符合空中救護適應症者，立即協助緊急後送就醫。查 101 年離島地區空中轉診後送就醫 275 人次，已較 99 年減少 28 人次，下降幅度為 9.24%。
4. 為充實離島在地醫事人力，積極培育養成公費生，目前

補助在校培育仍有 93 名公費醫師，將於 105 年起陸續返鄉服務，且於 101~105 年「行政院衛生署原住民及離島地區醫事人員養成計畫」已奉行政院核定離島地區增加培育共 153 名醫事人力，另依本署「離島開業醫事機構獎勵及輔導辦法」，賡續獎勵至離島地區開業，以充實在地醫療資源。

5. 另自 101 年起，於醫學中心任務指標已增列「提升醫療資源缺乏地區急重症照護品質」試辦基準，鼓勵醫學中心支援偏遠離島醫療資源不足地區醫院，協助當地醫院提升急重症照護能量，以降低離島地區嚴重及緊急傷病患轉診人次。
6. 有關 101 年離島醫療院所接受大型醫院派遣醫師至當地協助提升醫療照護情形，如下：
 - (1). 本署澎湖醫院:由奇美醫院、高雄長庚醫院及三總澎湖分院支援所需專科醫療，另與高雄榮總醫院遠距視訊醫療會診。
 - (2). 三總澎湖分院:由三軍總醫院支援所需專科醫療，並制定急重症醫療諮詢與視訊機制。
 - (3). 本署金門醫院:由臺北榮總醫院提供支援急診醫師、住院駐診醫師、專科門診、放射線醫療診、專科檢查、遠距會診及手術。
 - (4). 連江縣立醫院:由臺北市立聯合醫院、亞東醫院及萬芳醫院等共同支援所需專科醫療、每月手術約 1-3 例。
 - (5). 臺東縣蘭嶼鄉及綠島鄉衛生所、屏東縣琉球鄉衛生所分別由馬偕醫院臺東分院、屏東東港安泰醫院提供定時、定點專科及巡迴醫療服務，增加當地民眾就醫可近性。

7. 綜上，編列上開經費辦理民眾轉診赴臺灣本島就醫業務實有其必要性，為持續業務之推動，敬請惠予支持免予凍結。

十、「醫院營運業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(三十七)

本署「護理及健康照護業務」項下「加強原住民族及離島地區醫療保健服務」及「醫院營運業務」項下「醫院營運輔導」之補助署立醫院共編列 31 億 2,333 萬 6,000 元，針對所屬醫院之基金帳面上雖見賸餘，然扣除公務預算挹注之金額後，則呈現巨額短絀，顯見營運績效欠佳，其主因為用人費偏高導致乙節，說明如次：

- 1.本署所屬醫院有 26 家，約有三分之二為位於偏遠離島地區或為特殊功能之醫院，受人口數、就醫量之限制，經營較為不易，且自 90 年至 102 年公務預算補助遞減 56%(由 56.5 億元減少至 24.51 億元)，惟本署醫院為肩負起公醫照顧偏遠地區及弱勢族群之責，盡其所能開源節流，儘管公務補助已減少，但所屬醫院自 90 年至 101 年醫療決算收入卻逐年成長，由 146 億元增加至 213.56 億元，約成長 46.27%；另，101 第四季與 100 年第四季比較，計有 6 家區域型醫院、6 家地區型醫院、4 家特殊型醫院之營運績效持續改善中。
- 2.本署所屬醫院肩負政府照顧弱勢民眾與執行衛生政策之責，如：漢生病、精神病、胸腔結核及金門、澎湖、恆春等偏鄉離島之醫療照護，爰自公務預算編列經費，補助所屬醫院配合社會醫療政策執行所需成本及費用，預算編列人事補助費，實為補助所屬醫院執行公共政策任務時所需

之相關費用。

3.本署所屬醫院之營運檢討如下：

(1)做好成本管控：

I. 降低用人費用：

- i. 各院成立人力資源評估委員會，由副院長主持，嚴審院內各單位所提出之用人需求，以「出缺不補」為原則。另，若欲新增人力，各院需將「員工總數基值請增後之效益評核表」送本署醫管會研教人力組審查及追蹤成效。
- ii. 本署將各院用人成本列為院長績效考評及醫院年度考評項目。
- iii. 署立醫院三分之二位於人事費用偏高之偏遠離島地區，人事費用平均占總費用 41.01%。但相對於軍醫體系（45.54%）及退輔會體系（47.13%）為低，應屬合理。

II. 降低採購成本：

- i. 辦理聯標：藥品、衛材及儀器（內視鏡、超音波、呼吸器、洗腎機等）之聯標，並參考其他體系招標之資料，以建置儀器之規格及價格資料庫供參。
- ii. 重大採購案（500 萬元以上儀器及 1,000 萬元以上之財物、勞務等採購案件）均需送 3 位外審委員審查通過後，再送醫院管理委員會審議，通過後始得購買。截至 102 年 3 月底止，共計報本署 126 件，並已召開 12 次醫院管理委員會議，審議案件計 102 件，另有 17 件已撤案，餘 7 件刻正進行審議程序(包含署外專家

學者審查中、函請醫院依審查意見補正說明等)。

(2)提升營運績效：研擬激勵措施，以發揮成本效益，並將營運績效列為院長及醫院之年終考核項目。

(3)強化資訊管理：建置跨院資訊系統，應用最新雲端技術發展主動式之健康照顧，以提升經營管理效率。

(4)加強人員之教育訓練，以提升專業能力。

4.綜上，編列經費補助所屬醫院實有其必要性，為持續醫療業務之推動，敬請惠予支持。

(二)第 1 項決議事項(三十八)

本署「護理及健康照護業務」項下「加強原住民族及離島地區醫療保健服務」及「醫院營運業務」項下「醫院營運輔導」之補助署立醫院共編列 31 億 2,333 萬 6,000 元，針對獎勵金應以工作繁雜性、效益、作為發給之依據，而非以職業或職等決定獎勵金高低乙節，說明如次：

1.獎勵金發給係依行政院 91 年 1 月 31 日院授人給字第 09102101431 號函訂頒之「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」辦理；本署再依該要點第七點訂定「行政院衛生署所屬醫院績效評核原則」，供各醫院作為獎勵金評分及核發之依據。

2.由於上開要點適用公立醫療機構五大體系，有關醫院獎勵金之提撥、發放上限之相關規定，本署業已召集其他公醫體系人員召開三次「研商修正公立醫療機構人員獎勵金發給要點相關事宜」會議研商修法建議，俾儘可能使其符合各界期待。修法重點摘要如下：

(1)101 年 6 月 4 日第一次會議：

為符合「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20億元獎勵款項專款專用之精神，於領取該筆獎勵款，應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、超時加班費等獎勵措施，先予以扣除，不納入事業收支總淨餘數內提撥為獎勵金。

(2)101 年 11 月 13 日第二次會議：

行政院人事行政總處表示，未來有關公務人員獎金之發給，業納入公務人員基準法（草案）第 56 條規範；惟依前開基準法草案第 2 條第 2 項規定，該法所稱公務人員不包括軍職人員及教育人員。故有關教育人員及軍職人員獎金之支給，建議教育部及國防部另行研議於所管相關法令納入規範，或得比照公務人員基準法草案，請考試院另研訂相關人員基準法。

(3)101 年 12 月 12 日第三次會議：

- I. 獎勵金發給上限刪除要點第 8 點第 1 款有關「(含院長、副院長)等文字」，並繼續研議醫師不得超過師(一)級最高俸額及專業加給兩項合計數之倍數。
 - II. 其他人員薪酬制度依市場行情，由用人機關訂定之。
- 3.有關獎勵金發給辦法，本署仍繼續召集相關體系研議中，但本署業已促請所屬醫院院長及副院長實際參與醫療業務運作，並充分了解民眾醫療需求，且每週皆需安排門診至少二診。另，有關院長之績效獎勵金乙節，自發文日起，請各院以全院前五名不同等第之醫師績效獎勵金平均值為初核點數，再由本署依公共政策執行績效複評。
- 4.綜上，編列經費提撥獎勵金，實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

十一、「醫療藥品基金」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(三十九)

本署「醫療藥品基金」辦理金門綜合醫療大樓工程興建計畫編列 3 億 1,544 萬元，針對未依規定提報工程專業審議、工程規劃欠周與技術欠缺可行性，致工期大幅展延，造成計畫成果不彰乙節，說明如次：

1. 本署於 96 年 10 月 2 日將興建計畫書函送行政院，行政院公共工程委員會於 96 年 10 月 31 日邀集學者專家審議，爰本案已有實質審查之事實。按 92 年 4 月 14 日行政院院臺工字第 0920018915 號函修正核定「政府公共工程計畫與經費審議作業要點」(第 3 次修正)第 8 點規定：「經依前點規定審議，並經行政院同意辦理之新興公共工程計畫，應依下列規定辦理：

- (1). 主辦機關應及早展開綜合規劃，提出約百分之三十規劃設計之必要圖說、總工程建造經費之概算、基本資料表，至遲於第一年度之預算籌編先期會審會議開始三個月前，先以正本函送工程會辦理工程專業審議。
- (2). 由附屬單位預算機關辦理綜合規劃者，其函送工程會辦理工程專業審議之時程，不受前款之限制。...

惟行政院公共工程委員會又於 99 年 8 月 2 日行政院臺工字第 0990041111 號函(第 4 次修正)修正上開審議作業要點第 8 點規定：「依前點規定應送工程會辦理個案工程基本設計階段審議之公共工程，應依下列規定辦理：

1. 主辦機關應及早展開綜合規劃，提出基本設計階段之必要圖說、總工程建造經費之概算、基本資料表，主管機關應本於權責審查同意後，至遲於第一年度之預算籌編先期會審會議開始三個月前，先以

正本函送工程會辦理工程專業審議。

II. 惟本案於 99 年 4 月 27 日辦理第一次公開招標開標、99 年 5 月 6 日辦理第二次公開招標開標且決標在案，原係依上開修正前 92 年 4 月 14 日之「政府公共工程計畫與經費審議作業要點」第 8 點第 2 款規定擇期提送工程審議。因此，尚無未依規定送工程專業審議之情事。

2. 基於地方文化及風俗民情之考量，金門縣政府決議保留本工程基地內明朝古墓，故需調整精神科大樓之設計及配置。本署金門醫院尊重地方政府之決議，乃於 99 年 12 月 17 日同意展延工期。
3. 本案工程落後另一主因為土、石方處理問題。由於地質屬天然不規則性，無法精確得知岩盤位置及數量，惟本案實際石方雖有增加，但土方亦相對減少。相關技術人員、炸藥及土石方處理程序必然增加，致影響工程進度，經該院召開會研議其原因後同意展延計畫工期，並變更興建計畫書報行政院核備在案。
4. 另前因 101 年 3 月職災停工及人力不足因素造成進度落後，已要求統包廠商加派人力追趕進度，於 101 年 12 月之工程進度略有改善，並加強勞安訓練與工地安全措施。
5. 本案之精神科大樓於 102 年 1 月 6 日開幕啟用。而綜合醫療大樓已於 102 年 4 月 4 日申報竣工，102 年 5 月 9 日辦理竣工查驗。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持，准予動支。

參、疾病管制局業務報告：

一、「防疫業務」計畫方面

(一)第 2 項決議事項(八)

本署疾病管制局「防疫業務」項下「檢疫防疫業務」之「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」中辦理登革熱及其他病媒蚊防治業務編列 3,389 萬 1,000 元，針對 99 年及 100 年登革熱境外移入病例遽增，顯見『急性傳染病流行風險監控與管理計畫』所主張之風險監控以及國人之免疫力未有顯著改善乙節，說明如次：

1. 隨著全球氣候變遷及國際化等因素，境外移入登革病毒對我國登革熱防疫工作威脅與日俱增，故世界衛生組織(WHO)於 99 年底對東南亞發布登革熱疫情警訊，並於新聞稿中說明 101 年登革熱為全球傳播最快速的蟲媒傳染病，即為例證。
2. 101 年境外移入登革熱病例數共 207 例。因近年東南亞登革熱疫情持續增溫，且我國入出境旅客數持續攀升，為有效降低境外移入登革病毒對我國本土疫情威脅，本署疾病管制局於 92 年起於國際港埠設置紅外線發燒篩檢站，97 年起於國際機場建立登革熱檢體 NS1 快速檢驗方式，以利及早篩檢且確診登革熱個案。此外，因 50~90%登革熱個案無症狀，無法完全於國際港埠被篩檢出來，故該局持續加強國內外疫情監視、強化衛教宣導、加速推廣社區溝通及動員、嚴密監測病媒蚊密度指數、辦理邊境檢疫措施及跨部會合作協調等工作，並與地方政府合作全力推動登革熱相關防治業務，以降低境外移入對本土社區流行之風險。
3. 現今國際間並無登革熱疫苗上市，依目前國外研發進度

恐仍至少需三至五年國內始能取得，惟本署疾病管制局仍將密切掌握登革熱疫苗研發進展。此外，該局亦將持續蒐集且掌握國際登革熱防治發展新趨勢，並適時運用於國內防治工作。

4. 此外，我國登革熱防治工作及成果獲國際關注，101 年多次獲得日本、加拿大、海地、甘比亞、中國大陸等各國防疫人員或學者要求進行防治經驗及實務交流。世界衛生組織西太平洋區署(WPRO)昆蟲學專家亦來訪，與本署疾病管制局針對蟲媒傳染病進行相關防治工作之經驗意見交流，並讚許我國登革熱防治工作成效優於登革熱高風險地區國家。
5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，且此預算主要係於年初即須撥付予地方政府以協助其辦理防治工作，故為利南臺灣地方政府於流行季前即可持續推動登革熱相關防治工作，敬請惠予支持。

(二)第 2 項決議事項(一)

本署疾病管制局「防疫業務」項下「檢疫防疫業務」之辦理急性傳染病流行風險監控與管理計畫編列 4,423 萬 3,000 元，針對應落實登革熱個案追蹤及疑似病例主動發現，並據以檢討、改善防治方式乙節，說明如次：

1. 我國本土登革熱疫情，主要係由境外移入登革病毒所致，故國際間疫情嚴峻時，將導致自境外移入登革病毒之機會增加。但由於絕大多數感染者並無症狀，無法於入境時被篩檢出來，加上南臺灣為登革病毒傳播效率較佳之埃及斑蚊分布地區，一旦感染者於病毒血症期（發病前一天至後五天）又遭病媒蚊叮咬，即可能造成本土疫情。
2. 為降低境外移入登革病毒風險，本署疾病管制局除於國

際港埠設置紅外線發燒篩檢站，並於國際機場執行 NS1 登革熱檢體快速檢驗，以利即時篩檢且確診疑似個案，並將檢驗時間縮短於一小時內。此外，檢驗結果陽性者，立即透過該局通報系統，以手機簡訊通知縣市衛生單位，第一時間啟動防疫措施。

3. 為避免不顯感染者進入社區而造成本土疫情，近年該局皆於年初即提供約 3,000 萬元防疫經費予南臺灣縣市政府，共同辦理登革熱防治計畫，協助該等縣市推動社區動員，落實社區病媒蚊孳生源查核及民眾衛教宣導等事宜。另成立衛生署機動防疫隊，督導及協助縣市病媒蚊孳生源查核工作，以有效控制病媒蚊密度，避免疫情爆發。
4. 本署疾病管制局已參考世界衛生組織(WHO)登革熱防治策略，訂定我國「登革熱防治工作指引」，該指引第五章已要求衛生局(所)接獲通報「疑似」或「確定」病例後，應於 24 小時內完成疫情調查及社區診斷等防治工作，目前落實情形良好。依據該指引規範，於疫情初始階段，即應採取「持續致力於發掘感染源」之防治策略，以阻斷病毒於社區傳播之目標。有關指引於接獲「疑似」或「確定」病例後之執行情形，簡列如下：
 - (1). 疑似病例：調查疑似病例發病前兩週活動地點，以追查可能的感染源，並追蹤發病後五天內之活動地點，以找出日後可能發生疫情之地區。
 - (2). 確定病例：24 小時內完成擴大疫情調查，針對病例住家或活動地點 50 公尺範圍內民眾進行衛教宣導及健康監視，如有疑似症狀民眾即採檢送驗。另訪查病例住家附近醫療院所，以找出可能感染源。
5. 此外，因病例於病毒血症期遭病媒蚊叮咬才會傳播病毒，為利防疫單位人力、資源有效運用，如流行疫情規

模擴大，防治重點將調整為以強制孳生源清除、緊急化學防治等區域聯防手段為主，以利及早殺死帶病毒之病媒蚊，阻斷疫情傳播。

6. 彙整近十年東南亞各國登革熱統計數據，顯示我國本土登革熱病例數遠低於東南亞國家，且該等國家或其防治工作僅著重於疾病嚴重度較高之登革出血熱，或多以推估，故病例數遠低於實際病例數。另與經濟及衛生條件優良之新加坡相比，該國人口數未及我國之三分之一，但近年登革熱病例數卻是我國的 3 至 10 倍，顯示我國近年來，中央與地方每年投注於登革熱防治之資源及策略正確，且已獲得良好成效。
7. 爰此，本署疾病管制局除依據當下疫情發展狀況，落實督導地方政府執行各項防治措施外，亦將持續檢討防治方式，蒐集國際間防疫新知、發展新的防治技術，運用於國內登革熱防治工作。
8. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，且此預算係於年初即須撥付地方政府協助其辦理防治工作，敬請惠予支持。

(三)第 2 項決議事項(二)、(三)

本署疾病管制局「防疫業務」項下「慢性傳染病防治業務」之辦理愛滋防治第五期五年計畫編列 1 億 9,567 萬 4,000 元，針對愛滋防治成本效益及後續業務執行之改善乙節，說明如下：

1. 目前我國愛滋的傳播多數與不安全性行為有關，並以年輕及男男間性行為者為主，而現行愛滋病防治已轉為行為科學介入，然改變行為模式有相當困難度，需較長久的時間才能產生效果。
2. 前期後天免疫缺乏症候群防治第 4 期 5 年計畫(96-100

年)之成本效益分析如下：

- (1). 實施藥癮愛滋減害計畫，成本效益比為 4:1~5.5:1。
2005 至 2008 年間，至少減少 15,000 名愛滋個案、300 例死亡，增加生產力並減少司法處遇成本，總計節省約 44 億元，而投入減害計畫之成本約為 8 億元，亦即投資每 1 元在愛滋減害計畫，可節省 4-5.5 元的支出。
- (2). 實施免費 HAART 治療政策，成本效益比為 18:1。依國內學者估算，實施 HAART 治療前，經由不安全性行為之 HIV 病毒傳染率為 0.391；實施後，HIV 病毒傳染率為 0.184，傳播率降低 53%。5 年間減少新增感染人數約 5,000 人。而感染者平均感染年齡為 22 歲，感染後每年生產力減少約 31 萬元，以至 65 歲退休估算，其生產力損失 1,400 萬元；另感染後，平均發病年齡 32 歲，以國人平均餘命 79 歲，及每年醫療費用 30 萬元估算，醫療費用總計支出 1,400 萬元，故感染後直接及間接損失至少為 2,800 萬元。因此減少 5,000 位感染者，成功減少了 1,400 億元之損失。而以這 5 年 HAART 花費計 78 億元估算，成本效益達 18:1，即 1 元的 HAART 費用，減少了 18 元的支出及損失。
3. 另為使易感族群能了解自身感染愛滋病毒狀態，101 年擴大辦理「I-Check 社群動員愛滋檢驗計畫」，運用人際網絡，以傳銷模式，提供誘因，擴散意見領袖影響力，推廣揪團及伴侶篩檢，成功觸及易感族群，主動發現因不安全性行為之潛藏愛滋感染者達 197 名，經轉介就醫達 112 名。就長遠而言，透過早期診斷降低了感染者危險行為，有效減緩未來愛滋新增感染人數。
4. 為因應嚴峻的疫情，除加強拓展跨部會、跨局處之合

作，並於「行政院衛生署愛滋病防治及感染者權益保障會」下再成立「政策組」、「權益保障組」、「衛生教育組」及「臨床檢驗組」四組，深入研擬具體方案。並辦理縣市共識會議，評估各縣市疫情及防治現況評估，鼓勵績效良好縣市。

5. 其他重點防治措施，包括：

- (1). 結合教育部落實愛滋防治教育之機制(訪視、列為統合視導評鑑項目)，並積極推動校園性(愛滋)教育實施計畫。
- (2). 與法務部及內政部警政署加強以非法毒品作為娛樂性用藥之查緝與管理機制。
- (3). 多元宣導管道：針對不同族群，製作相關單張、海報等衛教資料，亦透過電視、報紙等媒體加強宣導。
- (4). 推動同志預防方案：持續推廣同志健康社區中心服務平臺、同志衛教諮詢服務專線及網路意見領袖協作平台，加強宣導，亦結合民間團體深入同志族群活動場所，進行外展衛教服務。
- (5). 擴大篩檢服務網絡：除提升匿名篩檢服務可近性，並進行易感染族群聚集場域外展篩檢外，亦發展透過社群參與模式，鼓勵同儕對早期檢驗的共識與支持，並接受愛滋病毒篩檢；對不願主動至一般檢驗機構檢驗的民眾，引進唾液篩檢試劑，讓民眾能在家進行更具隱私的愛滋病檢驗，以早期篩檢轉介醫療。
- (6). 陽性個案之管理及伴侶追蹤服務：導入個案管理師計畫，建立感染者自我健康管理防疫機制，逐步提升感染者就醫及安全性行為執行率，並推動伴侶追蹤檢驗服務，避免陽性感染者持續感染他人，同時可追蹤確認感染來源。

(7). 實施多元愛滋醫療費用調降方案，包括與藥廠協商調降原廠藥價、學名藥（低價藥）替代策略等，並公告「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」，以同療效、價格優惠之處方優先使用，以控制費用成長。依據健保資料分析，每名愛滋感染者之每年平均藥費，從 100 年的 21 萬 0,748 元降至 101 年的 20 萬 4,411 元，顯示上述策略已略具成效。

6. 綜上，本項預算係為執行各項愛滋病防治策略，以因應日益嚴峻且年輕化之愛滋疫情，實有其必要性，敬請惠予支持。

肆、國民健康局業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 3 項決議事項(一)

本署國民健康局「科技發展工作」項下「重要婦幼健康問題之研究調查與改進」編列 785 萬 5,000 元，針對解決少子化問題，除了要提高生育率外，降低嬰兒死亡率亦是重要課題乙節，說明如次：

1. 有關林委員要求於 6 個月內提出降低嬰兒死亡率與強化孕產婦及嬰幼兒全人健康計畫報告，業於 102 年 4 月 15 日函復立法院全人健康計畫之規劃情形。
2. 我國嬰兒死亡率自 85 年至今，降低近四成，若以世界衛生組織 2010 年之統計資料與各國進行比較，在其 194 個國家中，嬰兒死亡率最低為千分之 2，有 8 個國家（如：日本、芬蘭）；其次千分之 3，有 12 國（如：法國、德國）；與臺灣同為千分之 4 者有 10 國（如：澳洲、瑞士、比利時、荷蘭）；再次為千分之 5（如：加拿大、紐西蘭），而英國為千分之 6，美國為千分之

7。台灣之嬰兒死亡率雖比 164 個國家低，但仍高於 20 個國家，排在 OECD 國家中段班。

3. 以 2008 年至 2011 年統計分析我國嬰兒最重要死因為，與早產相關之死亡（源於周產期的呼吸性疾患、與妊娠長短及胎兒生長有關的疾患、胎兒及新生兒出血及血液疾患）約 1‰，先天性畸形約 1‰，事故傷害、周產期感染、嬰兒猝死症候群合計約 0.6‰；前述除早產相關死亡外，與日本差距較大。
4. 為降低嬰兒死亡率，本署已有健康局之產檢(含 GBS 篩檢)、產前遺傳診斷、兒童健檢及新生兒代謝異常篩檢等；健保局之孕產婦照護品質確保及諮詢服務試辦計畫，及加成給付婦產科與小兒科醫療；醫事處在早產醫療設有周產期醫療網；照護處也有山地離島及原住民健康照護。
5. 健康局已在規劃「健康新世代」計畫，將對新婚夫婦、孕產婦及配偶，6 歲以下兒童，提供全人全程全家之健康促進，其任務將從健康懷孕、安心生產至平安成長；總目標將於 5 年內嬰兒死亡率減半，至 2018 年降低至 2.1‰，提升孕產婦與兒童健康。
6. 另，科技發展工作-重要婦幼健康問題之研究調查與改進計畫，委託辦理 4 項研究計畫，均屬孕產婦及嬰幼兒重要健康議題，亟待研究具有實證基礎之健康策略，故編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續委託計畫推動，敬請惠予支持。此外，對於提升母嬰健康及探討如何降低嬰兒死亡率之具實證的措施，一向為本署重視之重點；將依待改善項目，另籌措財源進行相關科技計畫。

二、「預防保健業務」計畫方面

(一)第 3 項決議事項(二)

本署國民健康局「預防保健業務」項下「預防保健服務」編列 27 億 2,397 萬 3,000 元，針對兒科醫師執行衛教之規劃報告乙節，說明如次：

1. 有關 3 個月內提出兒科醫師執行衛教規劃報告，業於 102 年 2 月 23 日函復立法院。
2. 現行兒童預防保健服務，係補助 7 歲以下兒童 7 次之健康檢查、發展評估及衛教指導。另，幼兒事故傷害防制評估表以及相關衛教資訊等內容，均依據實證基礎，放入兒童健康手冊中，提供醫療院所衛教指導及家長參閱之用。
3. 為降低嬰兒死亡率，業於 101 年 12 月 4 日與臺灣兒科醫學會研商後，優先規劃 1 歲以下兒童 2 次衛教指導(每名兒童 100 元/次)，以及高風險兒童追蹤關懷訪視，以避免危險因子對兒童健康的影響，減低新手父母對育兒問題的焦慮。未來，將再籌措新的經費來源，落實健康新世代計畫，提供高風險兒童關懷追蹤。
4. 兒童保健衛教，按照不同年齡設計不同衛教重點，建議時程及其內容重點，如下。刻正研擬衛教紀錄單、申領流程及相關行政作業中，預定 7 月公告實施。
 - (1) 於 1 個月大(搭配第 1 次兒童預防保健服務申報)：嬰幼兒猝死症候群預防(如每次睡眠應仰睡、睡眠地方表面堅實、與嬰兒同室不同床、避免暴露在吸菸環境、建議母乳哺餵、避免喝酒等)、事故傷害預防(如汽車安全座椅、勿搖晃嬰兒)。
 - (2) 於 4-10 個月大(搭配第 3 次兒童預防保健服務申報)：哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳

牙照護、事故傷害預防（如汽車安全座椅、跌落預防、居家安全環境）。

5. 預防保健服務為提升國民健康的基礎工作，本署國民健康局編列之預防保健服務項目，係以實證為基礎，經嚴謹評估對民眾健康具成本效益者，列入補助。若因經費凍結將嚴重影響民眾接受預防保健服務之權益，而未能透過早期篩檢發現疾病及早接受治療。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為維護國民健康，持續業務推動，敬請惠予支持。

(二)第 3 項決議事項(三)

本署國民健康局「預防保健業務」編列 27 億 2,397 萬 3,000 元，針對調整子宮頸癌篩檢頻率政策乙節，說明如次：

1. 子宮頸癌為我國婦女重要癌症，民國 84 年為女性癌症發生率第 1 位及死亡率第 4 位。為防治子宮頸癌，本署自 84 年起推動每年 1 次子宮頸抹片篩檢，經過 16 年之努力，已使子宮頸癌標準化發生率由 84 年之每 10 萬人 25.3 人降至 98 年的 11.9 人（下降 53%），死亡率由 84 年之每 10 萬人 11 人降到 100 年之 4.1 人（降幅 63%）。抹片篩檢成效雖佳，惟其發生率相較於歐美各國（每 10 萬人 4-5 人），我國仍屬偏高。
2. 目前有關子宮頸癌篩檢政策，各國多為每 2-3 年篩檢 1 次，本署亦已逐步加強宣導民眾「每 3 年接受 1 次子宮頸抹片檢查」之觀念，同時對縣市考評指標亦以「3 年曾做 1 次子宮頸抹片」為目標，後續於各種施政計畫如第二期國家癌症防治計畫（99 年-102 年）及補助或獎勵醫院癌症醫療品質提升計畫中皆訂定子宮頸癌篩檢目標值為「30-69 歲婦女近 3 年內接受子宮頸癌篩檢率」。

3. 有鑑於延長篩檢間隔至三年，需先建立醫界和民眾之共識，故建議先由加強宣導 3 年 1 次及透過訂定 3 年 1 次篩檢之目標管考，降低單年篩檢人數，同時增加 3 年未作抹片婦女之參與，將能以溫和漸進之方式來達成 3 年 1 次之目的。若此項經費遭凍結，將影響民眾接受篩檢服務之權益。
4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(三)第 3 項決議事項(四)、(五)

本署國民健康局「預防保健業務」項下「預防保健服務」編列 27 億 2,397 萬 3,000 元，針對該項計畫自 97 年度起各年度費用實際發生數均大於法定預算數，惟未依法申請動支第二預備金等乙節，說明如次：

1. 預防保健服務為提升國民健康的基礎工作，本署國民健康局編列之預防保健服務項目，係以實證為基礎，經嚴謹評估對民眾健康具成本效益者，列入補助；在少子化與高齡化時代，落實預防保健服務，並持續提升其品質，此對國民健康與民眾生命尊嚴，具極其嚴肅之意義，國家應持續擴大推動此項健康投資，讓民眾能獲得預防保健篩檢服務，以早期發現早期治療，保障民眾健康，並減少日後健保與長照之支出。另大院 7-4 會期社會福利及衛生環境委員會第 16 次全體委員會議中亦要求提升預防保健服務受檢率。
2. 依據修正前之全民健康保險法第 32 條略以：本保險為維護保險對象之健康...，主管機關應訂定預防保健服務項目與實施辦法...。全民健康保險法修正案於 102 年 1 月 1 日生效，刪除原第 32 條條文。是以在 84 年至 101 年期間，預防保健服務係屬全民健保法明訂應給付項

目。

3. 承上，全民健康保險之設計精神與實際法令內涵，均是積極面的「健康」保險，而非僅「醫療」保險。然因健保財務發生困難，行政院於 94 年 2 月 18 日召開「研商健保財務改革措施會議」，院長裁示略以：健保財務改革採以「多元微調方式」進行，同意公共衛生支出之預防保健等經費，逐年回歸公務預算編列，故預防保健業務所需經費，自 95 年起逐年由國民健康局編列公務預算補助之。惟隨人口老化及政府財務等因素，遂無法完全補足依健保法規定應由全民健保給付之總金額。自 97 年起實際執行經費已大於預算數，在此過程，本署國民健康局皆持續積極爭取擴編預算。審計部於 98 年抽查本署國民健康局菸害防制及衛生保健基金財務收支審核通知，請本署國民健康局依預算法規定申請動支第二預備金。
4. 本署於 99 年 7 月 23 日函請行政院准予動支第二預備金支應，行政院 99 年 8 月 25 日函復本署國民健康局預防保健經費不足乙事，指示先檢討由年度預算相關經費調整支應，若仍有不足，在以後年度歲出概算額度範圍內優先調整編列，並於擬訂「預防保健服務計畫」報行政院核定後據以推動。
5. 本署持續努力，業擬訂「預防保健服務計畫（103-106 年）」於 102 年 3 月 27 日報行政院，將依核定結果，辦理預算編列。
6. 若凍結該預算 2,000 萬元，將影響民眾接受預防保健服務之權益，而未能透過早期篩檢發現疾病及早接受治療。
7. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為維護國民健康，懇請委員惠予支持，免予凍結該預算。

伍、中醫藥委員會業務報告：

一、「中藥規劃及管理工作的計畫方面

(一)第 4 項決議事項(一)

本署中醫藥委員會「中藥規劃及管理工作的計畫」編列 3,310 萬 4,000 元，針對報章媒體報導，兩岸交流至今屢屢仍有自中國進口中藥材含農藥過高、超標情況嚴重情形，或者業者以誇大療效的中藥品廣告，甚至違法添加西藥以增加治療效果的不當情事發生等乙節，說明如次：

1. 為加強中藥材安全管理，本署中醫藥委員會分 3 階段實施中藥材品質提升機制：第一階段為推動中藥材之包裝標示，自 88 年起以分批公告方式，共計公告 324 種進口及市售中藥材飲片其標籤或包裝應標示「品名、重量、製造日期、有效期限、廠商名稱及地址」等事項。第二階段則針對重金屬及黃麴毒素等異常物質，參考相關國家當前管制原則及中藥材之背景值調查研究，訂定各種異常物質限量標準，目前共計公告 91 種中藥材異常物質限量標準。101 年度各縣市衛生局執行市售中藥材之異常物質抽驗，共抽驗 323 件檢體，其中 209 件合格、114 件送驗中，目前尚無不合格之情形。第三階段則致力於完備中藥材之源頭管理機制，並於 101 年 8 月 1 日起，本署中醫藥委員會、食品藥物管理局與經濟部標準檢驗局合作，指定紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、川芎、茯苓、白芍、白朮及杜仲等 10 種中藥材為實施邊境查驗的品項。另本署食品藥物管理局亦指定 18 項藥食兩用中藥材，應依照「輸入食品及相關產品查驗辦法」規定，辦理輸入食品查驗，藉由上述二把關機制，於邊境將不符我國標準者阻擋進入國內市場。

2. 為提昇行政團隊效率，打擊不法違規廣告，本署對違規廣告監測採分工合作模式，由食品藥物管理局負責對電視、電台、網路等電子媒體進行「醫療、藥物、化粧品及食品違規廣告監控計畫」；中醫藥委員會則對報紙、雜誌等平面媒體進行「平面媒體監視計畫」，如發現有食品、西藥、化粧品、醫療器材等疑似誇大違規之平面廣告，再移由地方衛生局依法核處。
3. 為確保中藥用藥安全，本署中醫藥委員會將持續推動健全中藥用藥安全環境，在抽查違法添加西藥部分，101年抽查檢驗之檢體數共計 1,179 件，不合格者有 257 件(21.8%)。其中 234 件(占不合格檢體 91.1%)來自非法販售場所(包括地攤、夜市、市場、情趣商店、國術館及接骨所)。若以產地標示進行分析，產地不明者計 134 件(57.3%)、標示國外者計 73 件(31.2%，標示中國大陸製造者計 45 件)，顯示違法添加西藥者多為經大陸等地區非法流入之產品。
4. 本項經費包含藥事法法定應執行之中藥查驗登記與查廠業務、違規廣告監控、市售藥品及藥材抽驗、建構中藥用藥安全環境計畫等業務執行之預算，懇請惠予解除原凍結預算，俾利業務之推展。

(二)第 4 項決議事項(二)

本署中醫藥委員會「中藥規劃及管理工作」編列 3,310 萬 4,000 元，對於至今尚未針對民眾服用中草藥，以及中草藥與西藥併服等相關之藥害，進行相關藥害救濟事宜之規劃乙節，說明如次：

1. 由於中藥係天然物，含有多種複雜之組成成分，再加上臨床應用時，常為複方之組成，與西藥之單一化學成分有別，故對於因中藥藥品引起之不良反應，追蹤鑑別原

因與傷害間之因果關係，其技術困難性非常高。

2. 為蒐集建立相關中藥不良反應資料，本署中醫藥委員會於民國 90 年開始以委託計畫建立「中藥不良反應通報系統」。另於 95 年度委辦辦理「中藥納入藥害救濟之可行性評估」計畫，召開專家會議討論中藥納入藥害救濟的可能問題，並研擬提出中藥納入藥害救濟之建議。惟專家就國內中藥產業狀況，認為尚不宜將中藥納入藥害救濟範疇。
3. 按疾病治療效果的好壞，涉及病人本身病況、是否多重疾病共存，與交互併服多種藥品等因素影響。在西藥要判定何種藥品產生藥害致死或嚴重不良反應已屬困難；目前中藥多以固有典籍所載之處方為依據，很少有人體試驗之藥物不良反應或副作用的臨床資料，如中藥要納入藥害救濟範圍，需先釐清中藥藥品與藥物不良反應間之因果關係，並建立中藥藥害之評估流程，才能客觀判定藥害是否確為中藥造成或中西藥等多重藥物共用所致，由於影響因素複雜，宜審慎評估進行。
4. 為維護民眾用藥安全，本署中醫藥委員會後續將與食品藥物管理局、藥害救濟基金會等單位合作，整合中西藥不良反應通報平臺，並積極爭取 103 年科技經費支持。期藉由實證資料，作為藥害防治與救濟之規劃基礎，以推動中藥藥害救濟事宜。
5. 本項經費包含藥事法法定應執行之中藥查驗登記與查廠業務、違規廣告監控、市售藥品及藥材抽驗、建構中藥用藥安全環境計畫等業務執行之預算，懇請惠予解除原凍結預算，俾利業務之推展。

(三)第 4 項決議事項(三)

本署中醫藥委員會「中藥規劃及管理工作」編列 3,310 萬 4,000 元，針對中藥材源頭管理及發證作業乙節，說明如次：

1. 中藥材之安全管理，為我國重要施政政策之一。為使市售中藥材符合我國之衛生安全標準，本署業將中藥材之管理分三階段辦理：

- (1). 第一階段—推動中藥材之包裝標示：本署於97年10月14日公告修正「進口及市售中藥材飲片之標籤或包裝應標示事項處理原則」令，要求就國人經常使用之324項中藥材，於販售時均須由廠商標示品名、重量、製造日期、有效期間、廠商名稱及地址等事項，以釐清責任歸屬。另屬毒、劇類藥材者，並應於包裝標示上載明是否經炮製，以資區別。101年度各縣市衛生局稽查市售中藥材之包裝標示，共查核121項藥材計507件產品，其中505件標示符合規定，2件標示不符合規定，合格率达99.6%。
- (2). 第二階段—訂定中藥材之異常物質限量標準：本署依據國內市售品背景值調查及國外相關規範，針對國人經常使用之91項中藥材，已訂定相關重金屬、農藥殘留、黃麴毒素、二氧化硫等異常物質限量標準，未來亦將持續進行中藥材之背景值調查研究，研議增列中藥材異常物質之品項，以確保中藥材之安全與衛生。101年度各縣市衛生局執行市售中藥材之異常物質抽驗，共抽驗323件檢體，其中209件合格、114件送驗中，目前尚無不合格之情形。
- (3). 第三階段—完備中藥材之源頭管理機制：為建立中藥材源頭管理機制，本署自101年8月1日起，就國人經常使用之紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、川

芎、茯苓、白芍、白朮及杜仲等10種中藥材（佔中藥材總進口量之32%）執行輸入查驗。藥商於申請藥材進口時，須檢附合格之檢驗證明文件以證明其貨品符合我國相關異常物質限量標準。另就紅棗、黃耆、當歸及甘草等4種中藥材，尚執行抽批檢驗（以5%之抽驗率執行抽驗，如有不合格，則改以100%之抽驗率執行抽驗），以確保其品質。統計101年8月1日至102年4月30日止，共受理查驗完成1,696批中藥材報驗通關案，總計8,925公噸，計2批查驗不合格。另本署食品藥物管理局亦指定18項藥食兩用中藥材，應依照「輸入食品及相關產品查驗辦法」規定，辦理輸入食品查驗，藉由上述二把關機制，將不符我國標準之中藥材阻絕於境外。

2. 另相關中藥材各種標準及檢驗規格部分，本署已於 101 年 12 月 22 日公告第二版「臺灣中藥典」，共收載 300 項中藥材之基源、含量、性狀、鑑別及檢驗方法等內容，以確保中藥材之品質。另就中藥材是否實施發證作業乙節，因中藥材係源自動、植、礦物之天然物，除供藥用外亦供作食品或香料或其他用途，是否即應實施發證作業，對於目前從事該等產品輸入、販售之業者權益影響甚大，須審慎考量。
3. 本項經費包含藥事法法定應執行之中藥查驗登記與查廠業務、違規廣告監控、市售藥品及藥材抽驗、建構中藥用藥安全環境計畫等業務執行之預算，懇請惠予解除原凍結預算，俾利業務之推展。

(四)第 4 項決議事項(四)

本署中醫藥委員會「中藥規劃及管理工作」項下「中藥行政及管理」之監測平面媒體違規廣告及相關委外人力等編列

140 萬元，針對中藥品違規廣告件次尚多，防制成效欠佳等乙節，說明如次：

1. 為提昇行政團隊效率，打擊不法違規廣告，本署對違規廣告監測採分工合作模式，設有專人監看各式廣告，由食品藥物管理局負責對電視、電台、網路等電子媒體進行「醫療、藥物、化粧品及食品違規廣告監控計畫」；中醫藥委員會則對報紙、雜誌等平面媒體進行「平面媒體監視計畫」，如發現有食品、西藥、化粧品、醫療器材等疑似誇大違規之平面廣告，再移由地方衛生局依法核處，以遏止違規廣告混淆視聽。
2. 有關 102 年度「加強取締藥物不實廣告」關鍵績效指標之衡量指標，謹遵委員建議，將增列取締不實平面廣告件數率 $[(\text{稽查件數}) \div (\text{預計稽查目標值 } 1,000 \text{ 件}) \times 100\%]$ ，年度目標值 95%，並配合辦理民眾用藥安全宣導活動，以增進民眾自我防護正確用藥知能。
3. 懇請惠予解除原凍結預算，以維足夠資源，持續強化對不法違規藥品廣告之監控。

(五)第 4 項決議事項(五)

本署中醫藥委員會「中藥規劃及管理工作」項下「中藥行政及管理」編列 982 萬 8,000 元，針對已要求提供國內行政院衛生署公告認可檢驗實驗室出具檢驗證明，就不應另闢標準要求進口商亦可提供出口國官方文件乙節，說明如次：

1. 為加強中藥材安全管理，由本署與經濟部標準檢驗局合作，自 101 年 8 月 1 日起，指定紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、川芎、茯苓、白芍、白朮及杜仲等 10 種中藥材為實施邊境管理的品項。該 10 種中藥材於邊境進口時，業者應檢附合格之檢驗證明供查核，該證明可為出口國官方證明文件、本署公告國內認可檢驗實驗室

出具之檢驗證明或符合國內中藥藥品優良製造規範之藥廠出具之檢驗證明。為達到中藥材品質源頭管控之目的，業者得於產地先進行檢驗，並取得出口國官方單位出具之檢驗證明後，再申請進口自臺灣，另業者尚未檢附出口國官方單位出具之檢驗證明，亦得自行委託本署公告國內認可檢驗實驗室或符合國內中藥藥品優良製造規範之藥廠檢驗，以取得檢驗報告供查核。

2. 另除上述應檢附檢驗證明文件之管理措施外，紅棗、黃耆、當歸及甘草等 4 種中藥材，亦於邊境執行抽批檢驗。藉由此雙重把關機制，以監測中藥材衛生安全品質。
3. 由於本邊境查驗制度甫實施，於實施一段期間後，本署將收集相關意見進行檢討改進，以衡平兼顧進口商與民眾權益。
4. 就凍結「中藥規劃及管理工作中」中藥行政管理業務預算部分，因該項目預算除中藥材邊境查驗規劃業務外，亦包含藥事法法定應執行之中藥查驗登記與查廠業務、違規廣告監控、市售藥品及藥材抽驗等相關業務預算，懇請惠予解除原凍結預算，以順遂用藥安全業務推動。

陸、中央健康保險局業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 5 項決議事項(一)

本署中央健康保險局「科技發展工作」編列 5,186 萬 2,000 元，針對該計畫偏重健保支付方面(節流)之研究，另相關研究計畫性質及內容相近乙節，說明如次：

1. 本署中央健康保險局 102 年度科技發展工作，結合本署相關單位共同提出「創造全民健保價值科技計畫」，計畫內含「改善健保財務」、「持續支付改革」、「增進給

付效益」及「提升經營效率」等 4 面向之議題，希望藉由各面向科技計畫之業務推動，提供健保政策規劃執行有關之技術服務、工具方法、調查分析報告等，期能透過研究成果，增進健保資源利用的效率、政策效益的落實。

2. 科技發展工作計畫係屬中程計畫，中央健康保險局 102 年度規劃之「創造全民健保價值科技計畫」計列 16 個分項計畫，其中部分規劃為 2~3 年期研究，以取得較完整、前瞻之研究結果與建議，且每年皆需檢討評估是否續辦，爰 102 年度部分提報計畫名稱與 100 年度相近，惟其研究重點係有階段性之不同。以「保險對象就醫權益監測模式之先驅研究」為例，本計畫規劃為 100 年至 102 年之三年期計畫，研究計畫名稱雖年年相同，但各年度之計畫階段目標則不相同，第一年研究重點即為總整過去歷年辦理之調查結果及蒐集世界其他國家之監測模式；第二年研究重點即為規劃本土化之監測模式、架構及監測指標；第三年研究重點係為將規劃結果演練試行並修正符合未來實用。
3. 另科技發展工作計畫之採購皆依採購法相關規定辦理招標事宜，即使前（100）年度委辦機構因辦理成效良好，經中央健康保險局評估以「後續擴充」方式辦理新年度採購者，受委託單位之計畫內容仍需經外部專家審查通過始得委託，所有採購應屬公開、公正方式辦理。
4. 綜上，本案經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 5 項決議事項(二)、(三)

本署中央健康保險局「科技發展工作」項下「創造全民健保價值科技計畫」編列 5,186 萬 2,000 元，針對多數分項計

畫屬延續型計畫，未以繼續經費方式呈現，違反預算法規定乙節，說明如次：

1. 依預算法第 5 條規定，繼續經費係指業經完成法定程序之歲出預算，依設定之條件或期限，分期繼續支用；另依同法第 49 條規定，預算案之審議，歲出以擬變更或擬設定之支出為主，故行政院基於尊重 大院年度預算案之審議職權，目前僅將一次編列多年期支用之特別預算視為繼續經費。
2. 依「中央各主管機關依中程計畫預算編製辦法規劃中程計畫與概算編審作業應行辦理事項」，跨年期計畫應參照預算法第 39 條有關繼續經費之規定，由機關依事實情形於預算書列明，並於預算書之「跨年期計畫概況表」表達。至跨年期計畫範圍，行政院考量重要性及一致性原則，界定為期程跨越 1 個會計年度以上，總經費 5,000 萬元(含以上)，經行政院、總統府、立法院、司法院、考試院或監察院核定有案之計畫。
3. 本署中央健康保險局 102 年度「科技發展工作-創造全民健保價值科技計畫」預算，計列 16 個分項計畫，各分項預算自 100 萬元至 800 萬餘元不等，其中 8 項雖規劃為延續性計畫，惟該等計畫均需逐年檢討評估是否續辦，並送國科會審議，依核定預算額度編列預算，且其個別預算因均未達 5,000 萬元，實非屬前揭規定應於預算書「跨年期計畫概況表」表達之範疇，該局參考 100 及 101 年度計畫執行成果，經檢討評估，截至 102 年 4 月底僅 5 項為延續性計畫，另 3 項已規劃修訂研究重點或改為自行辦理。
4. 綜上，本案經費非屬繼續經費，且所編經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 5 項決議事項(九)

本署中央健康保險局「科技發展工作」項下「創造全民健保價值科技計畫」之辦理健保區域論人計酬之成果評估與模式改善研究計畫編列 400 萬元，針對七月的健保區域論人計酬計畫成果報告，其團隊之住院次數與點數呈現大幅上升乙節，說明如次：

1. 論人計酬試辦計畫之推動，主要目的為改善論量計酬之缺失，提供更多誘因鼓勵院所加強預防保健等促進民眾健康之措施。自 100 年 7 月 1 日起試辦，計有 8 家團隊 3 種模式(區域型模式、醫院忠誠模式、社區醫療群)，照護對象達 20 萬人，試辦期間為 3 年。
2. 本署中央健康保險局為協助試辦團隊，積極於 101 年辦理 3 次專家學者實地參訪及輔導會議，並召開專家討論會及團隊討論會議各 1 次，各項輔導會議均邀集所有試辦團隊參與，以促進各試辦團隊間之交流與學習。
3. 各試辦團隊均竭盡所能提出各種創新照護策略，包括依民眾需求，走入社區進行健康促進及宣導活動；積極推動團隊內(院內)病患醫療資訊整合，結合社區志工，推行健康促進與運動計畫等，朝減少醫療浪費及提升照護品質方向努力中。
 - (1).採醫院忠誠模式之試辦團隊，為促進照護對象忠誠度，於院內設立健康諮詢中心、整合式門診、疾病管理個案系統、照護對象資料庫管理系統、配合縣市衛生局處開發外部資源整合(如：設立醫療站、醫療聯盟平台...)，期望透過各項管理系統，掌握病患健康狀況、醫療耗用情形，並適時加強宣導健康促進活動與提供預防保健服務，提升醫療照護品質。

- (2).採區域型模式之試辦團隊，為促進區域民眾之健康，除重新調整及規劃院內就醫照護及諮詢流程，增進照護個案資訊管理外，並以社區為導向，結合社區在地組織與志工，成立健康管理站、call center 系統...，共同推動健康促進活動、健康檢測與居家訪視等服務。
4. 截至 101 年第 4 季，各團隊內之門、住診就醫次數及門診醫療費用成長率，相較基期(99 年 7 月-100 年 6 月)，均呈現下降趨勢；團隊內住院醫療費用成長率部分，已有 3 家呈現下降趨勢，另 3 家(含 1 家醫學中心、2 家區域醫院)，可能因疾病嚴重度，致住院醫療費用較高，餘 1 家則因屬基層診所型態(未辦理住院)，故難以掌握病患之住院耗用情形。
5. 由於本計畫目的係著重預防醫學及健康促進，各試辦團隊透過個別努力，其團隊內之就醫次數及費用，多已呈現下降趨勢，惟團隊內住院費用上升，尚需考量疾病嚴重度。此外，鑑於本計畫係在不影響病人目前就醫情況下進行，考量病人就醫習慣非短期可改變，本計畫對於照護對象醫療利用點數計算，涵蓋照護對象於試辦團隊內、外所有門診與住診之醫療費用，不宜僅就門診或住院部分費用成長評定其成效，是以照護對象整體醫療費用之變化，仍須較長期間之觀察。
6. 本制度為全新支付方式，因此亟需倚重學者專家提供協助及輔導承辦醫療團隊，並進行研究分析及建議，故 101 年度提出「論人計酬試辦計畫成效評估」委託研究三年計畫，第一年已委由「臺灣永續全人醫療照護協會」進行評估與探討，三年研究預計將達成下列事項：
- (1).針對論人試辦計畫，蒐集與探討國內外論人計酬相關文獻，參考國外論人計酬照護對象之界定方式及

邏輯、分析利弊，並提出國內可行方式之建議。

(2).建構論人計酬支付制度風險校正模式：根據試辦計畫三種模式，提出「人頭費（虛擬總額費用）」，依照年齡、性別與其他校正因子、所占權重而計算之風險校正模型。

(3).試辦團隊之回饋分配與財務風險之分擔。

(4).本試辦計畫成效評估與研究：分析試辦計畫之品質指標與團隊執行過程，針對三種模式，各提出至少五項包括結構、過程與結果等面向之操作型定義及分配權重；並協助試辦團隊進行實地訪查、輔導、諮詢及溝通協調等會議之召開。

(5).本計畫參與對象民眾就醫權益評估與調查。

7. 綜上，本案經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

二、「健保業務」計畫方面

(一)第 5 項決議事項(十)

本署中央健康保險局「健保業務」項下「承保業務」之補助「第二、三類投保單位辦理健保業務之人事行政費」編列 7 億 6,211 萬 1,000 元及「第二類投保單位辦理健保業務之掛號、劃撥或催繳作業費」經費編列 4 億 2,251 萬 4,000 元，針對該項補助於法無據乙節，說明如次：

1. 全民健康保險於 84 年開辦，職業工會、農、漁會強烈訴求其與會員間並無僱傭關係，為約 700 萬之會員及眷屬辦理健保業務，加重其人力及行政經費之負擔。為促進全民健康保險法所訂第二、三類投保單位辦理其會員參加全民健康保險業務之順暢，經報奉行政院 84 年 2 月 8 日台八十四衛字第 04391 號函核准，補助職業

工會、農、漁會「人事行政費用」。

2. 另職業工會反映會員之保險費較高，分散各地又異動頻繁，卻無法比照農會利用信用部轉帳扣繳保險費，收取保險費較不易。為提高其對於保險費之收繳率，另經報奉行政院 84 年 10 月 12 日台八十四衛字第 36085 號函核准，補助職業工會「郵件掛號、劃撥或催繳費用」。
3. 截至 102 年 4 月底，近 5 年第二、三類保險費之收繳率分別為 99.69%及 99.27%，足證該補助方式已達到鼓勵職業工會、農、漁會積極協助收繳保險費及提高收繳率之補助目的。
4. 綜上，本案經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 5 項決議事項(十一)

本署中央健康保險局「健保業務」項下「承保業務」之補助第二類投保單位辦理健保業務之掛號、劃撥或催繳作業經費編列 4 億 2,251 萬 4,000 元，針對該項補助顯有浪費公家資源之嫌乙節，說明如次：

1. 全民健康保險於 84 年開辦，職業工會、農、漁會強烈訴求其與會員間並無僱佣關係，職業工會反映會員之保險費較高，分散各地又異動頻繁，卻無法比照農會利用信用部轉帳扣繳保險費，收取保險費較不易。為提高其對於保險費之收繳率，另經報奉行政院 84 年 10 月 12 日台八十四衛字第 36085 號函核准，補助職業工會「郵件掛號、劃撥或催繳費用」。
2. 截至 102 年 4 月底，近 5 年第二類保險費之收繳率為 99.69%，足證該補助方式已達到提高收繳率之補助目的。
3. 綜上，本案經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動

支。

(三)第 5 項決議事項(十二)

本署中央健康保險局「健保業務」項下「醫務管理業務」之業務費編列 315 萬 6,000 元，針對該項經費未如期依進度推動全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG)乙節，說明如次：

1. 中央健康保險局原規劃 Tw-DRG 共分 5 階段分次導入，自 99 年 1 月導入 Tw-DRGs 第 1 階段之項目後，立即著手進行第 2 階段導入項目分類表之修訂事宜，惟醫院團體代表建議應先處理未納入健保給付之特殊材料品項，讓病人可自費使用及 DRG 分類項目宜再細分類等事宜，強烈反對上述因素尚未解決前導入第 2 階段項目。
2. 中央健康保險局自 100 年 6 月至 101 年 8 月期間已多次邀請醫院團體代表及消費者代表針對「特殊材料自費議題」召開討論會，研議「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」，本規範已於 101 年 12 月 1 日公告施行，明確規範醫院使用自費特材在 DRG 案件之申報原則，以保障民眾權益。為順利推展本規範相關作業，原訂定 101 年 12 月 1 日至 102 年 4 月 30 日期間為輔導期，於 102 年 4 月 19 日再將輔導期延至 102 年 9 月 30 日，以臻完備相關作業之實施。
3. 另有關 DRG 第 2 階段導入項目之再分類原則，已於 100 年 11 月 18 日與台灣醫學中心協會進行討論。因特殊材料自費規範已公告，中央健康保險局 102 年 5 月 17 日將再邀請醫院團體代表召開第 2 階段再分類討論會，取得共識後，於 102 年下半年導入第 2 階段項目。
4. 第 1 階段 Tw-DRGs 實施至 101 年 12 月，平均每次住

院天數由實施前（98 年 1-12 月）4.39 天至 101 年 12 月下降為 4.13 天，整體下降 5.92%；平均每件實際醫療點數由實施前（98 年 1-12 月）45,511 點至 101 年 12 月下降為 45,320 點，下降 0.42%，初步已呈現提升醫療效率的成效，中央健康保險局並針對 Tw-DRGs 執行情形建立醫療效率、費用轉移、病患轉移及成效測量等 4 個面向指標進行監控。

5. 另為瞭解 DRG 支付制度對國內醫療生態之影響，中央健康保險局於 101 年 8 月起辦理為期一年之委託研究計畫-「健保 Tw-DRGs 支付制度之成效評估與改善研究」，以作為後續政策推動之參考。
6. 按全民健康保險法規定，中央健康保險局應與醫事服務機構代表及消費者代表協商各項支付事宜，未能按原訂時程導入，實非中央健康保險局所可掌控。該局已積極持續推動本支付制度，並與醫院團體代表不斷溝通。
7. 綜上，本案經費確有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 5 項決議事項(四)、(十三)

本署中央健康保險局「健保業務」項下「企劃業務」之業務費編列 4,118 萬元，針對去年度編列大筆宣導預算，民眾仍不瞭解二代健保乙節，說明如次：

1. 二代健保之實施，對於民眾產生立即衝擊與影響的層面為 6 項補充保險費之計收，其次為承保作業之改變，例如：受刑人納保、停復保作業規定調整、弱勢民眾健保解卡措施、久居國外民眾返國投保等待期延長等；另在醫療品質提升、醫療資訊公開、節制醫療資源浪費、支付制度、醫療科技評估機制等方面，亦新增多項改革精進措施。

2. 鑑於前述改革之影響層面廣泛，涉及扣費義務人、醫療院所、一般民眾、矯正機關等面向，中央健康保險局訂定分眾宣導策略，針對一般大眾部分，積極運用多元媒體通路管道密集加強宣導；對於各類補充保費之扣費義務人、中央及地方之政府機關、醫療專業團體、各工（公、協、學）會等分眾對象，101 年全年辦理 2,238 場次，及 102 年截至 4 月底辦理 715 場次之宣導說明會，進行面對面溝通宣導。
3. 為使二代健保開辦後各項新制之實務作業順暢，需協助各類扣費義務人熟悉實務操作面之作業，將本諸「輔導為先、處罰為後」之原則，持續積極辦理二代健保業務說明會、補充保險費扣繳實務操作教育訓練，以及進行電話或實地輔導作業、解答民眾疑義及研訂因應作業方式，並隨時提供扣費義務人必要之協助，以利二代健保順利實施。
4. 綜上，二代健保仍屬新實施的政策，必需針對不同階層各類民眾規劃辦理相關輔導、說明工作及策略性宣導活動，如關懷弱勢、深入地區及系列性之宣導活動，亟需宣導經費執行，敬請惠予支持，准予動支。

柒、食品藥物管理局業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 6 項決議事項(一)

本署食品藥物管理局「科技發展工作」項下「食品安全管制科技發展計畫」之提升食品檢驗科技之相關研究及辦理基因改造食品及食品攙偽之監測編列 6,109 萬 5,000 元，針對衛生署對散裝基因改造食品採「漸進式管理」，把關機制不夠積極嚴格乙節，說明如次：

1. 基因改造食品之安全評估及管理：

本署依據食品衛生管理法第十四條，於 90 年 2 月 22 日公告「基因改造之黃豆及玉米」必須向本署辦理查驗登記，並規定自 92 年 1 月 1 日開始，凡非經本署查驗登記許可「基因改造之黃豆及玉米」，一律不得製造、加工、調配、改裝、輸入或輸出。

為執行基因改造食品查驗登記，本署參考日本、美國等先進國家的管理經驗，並根據 WHO、FAO 及 OECD 的安全評估原則，於 89 年 11 月 7 日訂定「基因改造食品安全評估方法」，評估範圍包括基因改造食品的本身安全及製程安全，涵蓋該食品之遺傳物質、人類食用之經驗及歷史、食品成分、新品種與已知品種在使用上差異的各項資料，評估項目包括產品的特性、過敏誘發性、營養成分、抗藥性及抗生素標識基因等資料。

且為因應未來可能開發上市之新型基因改造原料特性，與國際規範接軌，並參考國際法典委員會(CODEX)規定，分別於 97 年 8 月 20 日及 99 年 9 月 9 日，二次增修評估項目，增加項目包括基因改造植物產品之營養組成變異、基因改造微生物之相關資料，另針對混合型基因改造黃豆及玉米原料，也在 97 年 5 月 6 日發布「混合型基因改造食品安全性評估原則」。

為審查國內之基因改造食品，本署已聘請分子生物、農業化學、毒理學、免疫學、營養學、生物化學、微生物學、醫學、生物技術及食品科學等相關學術領域中之專家學者，組成「基因改造食品諮議會」，分成基本資料組、營養組、過敏組及毒性組，針對業者之申請案，依產品的特性、過敏誘發性、營養成分、抗藥性及抗生素標識基因等資料，逐案嚴格審查，再以檢驗確認該轉殖品項之基因表現情形，確保基因改造食品安全無虞，始核准其輸入我

國。

2. 基因改造食品之標示管理：

除執行上述嚴格審查之外，本署為維護國內民眾「知」的權利，參考國際間對於基因改造食品標示管理所採取之原則，自 90 年起，著手訂定我國基因改造食品標示管理制度，並於同年 2 月 22 日公告使用基因改造黃豆或玉米為原料之包裝食品應遵循的標示事宜，其規定重點為：

- (1).使用基因改造黃豆或玉米為原料，其成分占最終產品總重量百分之五以上包裝食品，必須標示「基因改造」或「含基因改造」字樣。分別於 92、93 及 94 年階段性推動不同層次之產品形態強制標示，迄今業已全面實施強制標示。
- (2).醬油、黃豆油(沙拉油)、玉米油、玉米糖漿、玉米澱粉等加工層次高，且最終產品中不含轉殖基因片段或者蛋白質之黃豆、玉米加工食品，因已無法測得其基因轉殖之片段或者蛋白，不需強制標示。

本署自從 90 年將基因改造之食品納入管理以來，每年均會針對國內食品及進口原料進行監測。截至目前，尚無發現未經審查核准之基因改造品項存在於市售產品及邊境進口原料。另為掌握市售散裝食品含基因改造成分之實況，食品藥物管理局亦已著手針對市售散裝黃豆及玉米食品進行背景值檢驗監測，上述監測工作將持續執行。

3. 評估基因改造黃豆及玉米之散裝製品強制標示之可行性：

(1).基因改造原料之散裝食品標示管理：

目前以非強制性之方式鼓勵業者，採行自願性標示「基因改造」或「非基因改造」，由消費者做選擇。

(2).目前執行傳統市場散裝基因改造黃豆及玉米之強制標示之困難點：

- I. 國際間非基因改造黃豆產量少，價格昂貴，且須檢附「非基因改造種源證明 (Identity Preservation, IP)」。一般而言，非基因改造黃豆皆以小包裝並附 IP 證明，由第三方驗證自生產至市場銷售之生產履歷，基因改造原料含量低於 0.1%，且未受基因改造作物混入，故業者為維持非基因改造黃豆原料採購、生產系統的有效運轉，須重新建立大型原料儲存倉、生產監控室和產品檢驗室，並充分整合各廠的物流配送資源等，花費極鉅，相對成本較高。
 - II. 散裝黃豆製品多以基因改造黃豆為原料，強制標示恐造成市場及產業之衝擊：
 - i. 一般散裝未特別標示之黃豆穀粒及其加工產品，可推測皆屬基因改造黃豆所製成。
 - ii. 另若冒然於國內傳統市場、超市、攤販所販售之散裝黃豆及玉米製品，強制施行散裝基因改造黃豆及玉米產品應標示為基因改造，勢必造成消費者非必要之恐慌，直接反映在買氣及銷售急劇降低，造成國內相關市場及產業之衝擊，間接影響國內經濟政策。
4. 未來辦理事項：

雖於散裝製品施行強制標示基因改造字樣之制度仍有極大阻力及困難點，惟食品藥物管理局管理目標仍首重維護消費者選購食品知的權益，故刻正依食品衛生管理法第十七條之一，優先規劃規範針對有公司或商業登記之販售場所，就其所販售之散裝、乾燥之黃豆及玉米穀粒（生鮮除外），在未轉變其農產品型態（即穀粒型態）前，應以中文顯著標示「基因改造」字樣，其標示得以卡片、標記（標籤）或標示牌（板）等型式，採懸掛、立（插）牌、黏貼或其他足以明顯辨明之方式，

擇一為之。再輔以市場監測之配套機制，確保業者誠實標示並提供正確原料資訊予下游食品加工業者，以期未來可推動並分階段落實基因改造相關資訊之標示。102 年辦理說明會以輔導業者標示，並預計於 103 年公告相關草案。

5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

二、「食品藥物管理業務」計畫方面

(一)第 6 項決議事項(二)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「企劃風險管理及消費者保護業務」之辦理不法藥物聯合稽查與教育所需一般事務費及國內旅費編列 311 萬 4,000 元，針對偽藥、禁藥、劣藥戕害國民健康，100 年度查獲違法比率及 101 年度 1-6 月於其他類查獲偽藥及禁藥比率增加，顯示以往查緝之遏止效果不顯著乙節，說明如次：

1. 為了打擊不法藥物，行政院吳前院長特別要求於 99 年 4 月成立「偽劣假藥聯合取締小組」，由本署署長擔任召集人，食品藥物管理局負責執行秘書工作，小組成員包括衛生署、法務部、內政部、國家通訊傳播委員會（NCC）、行政院消費者保護處、文化部、財政部關務署及行政院海岸巡防署等 8 個部會及各縣市政府；以「加強取締偽劣假藥及非法之廣播電臺」專案積極推動不法藥物防制工作。
2. 本專案透過跨部會合作，於 100 年及 101 年度進行全國聯合大掃蕩，並加強重點查緝工作，自「偽劣假藥聯合取締小組」成立以來（99 年 4 月-101 年 12 月），在各部會戮力查緝下，坊間清淨度提升。
 - (1). 各地衛生局每月平均稽查維持 1,500 次以上，不法

藥物查獲率由 99 年初的 27.22% 降至 101 年 12 月的 2.16%；99-101 年不法藥物平均查獲率分別為 13.03%、4.65% 及 2.3%，呈現逐年下降的趨勢。

(2). 廣告違規比率亦由小組成立前 99 年 1 月的 14%，下降至成立後 101 年 12 月的 4.7%。

3. 查獲不法藥物販售管道包括「地下電台」、「合法媒體」、「網路」、「藥局/藥房」及「其他」等 5 大類，其中「其他」類為地攤、跳蚤市場、國術館、販賣業藥商（屈臣氏、康是美）、夜市、情趣商店及菜市場等販售管道。101 年 1-6 月販售管道「其他」類查獲不法藥物案件數為所有販售管道中最高，乃因「偽劣假藥聯合取締小組」於上開期間針對情趣商店加強不法藥物之查緝，並將情趣商店列為 101 年 3 月 22 日全國大掃蕩之查緝重點。
4. 不法藥物案件之查緝，衛生機關需透過價購產品及檢驗確認產品屬性後，方可移送檢警調等司法機關進行偵辦，故一般事務費之編列不可或缺；又不法產品常遍及許多縣市，為辦案及搜證之需求，常需於各縣市間往返，所以國內旅費之編列實有其必要性。
5. 惟取締偽劣假藥及違規廣告行動是長期的工作，因為「利之所在、業者所趨」，避免違法有死灰復燃情形，執行力道不可鬆懈，落實之道在強化地方之查核及宣導，為杜絕不法藥物、維護全民健康，本署將持續與各部會共同打擊不法藥物，並加強用藥安全宣導，提升民眾對正確用藥的認知。
6. 綜上，編列經費辦理本項工作實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(二)第 6 項決議事項(三)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「食品管理業務」編列 1 億 9,924 萬 1,000 元，針對行政院衛生署放寬進口蘋果的農藥標準，國人健康恐成為貿易談判的犧牲品乙節，說明如次：

1. 為加強食用農產品中殘留農藥之管理，依據食品衛生管理法第十一條規定，訂定「殘留農藥安全容許量標準」，該標準係由本署會商農政機關訂定之，同時適用於國產或進口農產品。
2. 國際間對於農藥殘留安全容許量之訂定，均以動物實驗資料決定藥品之未可見作用劑量（No Observed Effect Level, NOEL），除以適當之安全係數（通常為 100，10 用以表示人體高風險與低風險之差異；另一個 10 用以表示動物試驗到人體之差異），推定出對人體的每日可接受安全攝取量（Acceptable Daily Intake, ADI）。同時依據該藥品在農產品中之殘留量，乘以國人攝食量，計算可能攝入之藥品總曝露量，如果總曝露量小於每日可接受安全攝取量（ADI）百分之八十，則農產品中之殘留量可設定為殘留安全容許量。
3. 農藥殘留安全容許量之評估原則及訂定程序，均參酌國際規範，並依據科學原理、各項農藥之毒理安全性資料、農作物殘留消退資料、配合農作物用藥需求及國人飲食調查，同時亦考量國人對各類農作物取食總量之累積風險，進行整體評估，經送請專家委員會審查，並會商農政機關，依行政程序法辦理預告廣徵各界意見後，始正式發布。
4. 韓國所提出申請之 11 種農藥，均為國內核可登記於各種作物使用，並非新的藥劑。其中達特南、亞醜蟎、亞托敏及扶吉胺 4 種農藥，在國內原本即准用於蘋果，並

訂有容許量，其餘必芬蟎、滅特座、二福隆、賽芬蟎、氟芬隆、祿芬隆及賜派芬 7 種農藥，雖於國內已核准使用，但因未用在蘋果，因此未訂有殘留標準。由於我國與韓國對於蘋果核可用藥不同，韓方遂檢具訂定殘留農藥安全容許量的相關資料向本署提出訂定進口蘋果之農藥殘留安全容許量。

5. 另，對於專家表示賜派芬及滅特座具致癌性，查該等藥劑雖然在動物試驗經高劑量證實可能引起腫瘤，但與人類無關，且該等藥劑亦經農業委員會評估認為其安全性可接受，因此國內已准許賜派芬使用於木瓜、柑橘及茶等，並准許滅特座使用於芒果及落花生等農作物。衛生署評估增修訂食品中殘留農藥安全容許量標準時，均以保障國人飲食衛生安全為最重要考量，審慎評估其總攝取量之安全性無虞，不致危害人體健康者，始會增訂其容許量規定。
6. 本署訂定的各項殘留安全容許量，是在確保國人健康及依據科學數據的前提下，所訂作為市售及進口產品的管制界線，並非影響民眾健康的危害值。進口農產品其殘留農藥必須符合我國之標準，衛生署將持續加強邊境及市售產品查驗，為民眾食的安全把關。
7. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(三)第 6 項決議事項(十五)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「藥品及新興生技藥品管理業務」之出國旅費編列 48 萬 6,000 元，針對出國計畫變更比率極高與原計畫內容及目的不一致，恐影響計畫預期成效乙節，說明如次：

1. 100 年度食品藥物管理局預算編列參與之藥品國際醫

藥法規協和會議(ICH-GCG)、國際藥品主管機關論壇(CDER Forum)、世界藥學會會議(FIP)皆按原出國項目計畫執行，僅配合會議時間略以調整。

2. 101 年度食品藥物管理局預算編列參與藥品臨床試驗查核國際會議、藥品資訊協會年會及 ICH-GCG 會議，除藥品臨床試驗查核會議因未舉辦外，餘皆按原訂出國項目計畫執行，僅配合會議時間略以調整。由於藥品臨床試驗查核國際會議未舉辦，考量生物相似性藥品為國際發展新趨勢，且韓國已核准該類產品上市，為借鏡韓國之經驗，故變更為赴韓參加生物相似性藥品研討會，除與韓國法規單位及產業交流，並協助國內生技產業之發展。
3. 食品藥物管理局參與國際會議除建構與國際接軌之藥品管理法規、建立與各國法規單位直接對話窗口，並已參考國際標準之 ICH 基準，訂定如：藥品優良臨床試驗規範(GCP)、藥品安定性試驗基準、查驗登記通用技術文件格式(CTD)、查登電子送件(eCTD)等規範，目前在增進藥品審查效率，協助國內製藥產業品質之提升與全球化已見成效。
4. 檢附本署食品藥物管理局藥品組 101 年出國計畫補充說明(詳附件 4)及 101、102 年出國計畫表(詳附件 5)供參。
5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(四)第 6 項決議事項(四)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「醫療器材及化粧品管理業務」編列 1 億 1,678 萬 1,000 元，針對辦理醫療器材法規研擬、法規宣導及衛教宣導等經費，恐有浮編

之虞乙節，說明如次：

1. 由於醫療器材與藥品在技術本質上有著顯著差異，目前將醫療器材與藥品並列為藥物統以藥事法管理的方式，已有不適之處，世界先進國家亦多已建立獨立的醫療器材管理母法。為與國際接軌，保護民眾健康及促進產業發展，食品藥物管理局須編列經費挹注於研擬藥事法內醫療器材相關法規、6項重要管理子法，及規劃配套管理措施體系，以建構健全之法規基礎環境。
2. 醫療器材業產值逐年提升，學研界投入研究蓬勃，異業投入情形普遍，目前國內約有 800 多家製造廠，國外 3,000 多家製造廠，惟企業規模以中小型為主，對醫療器材商研發及早提供法規輔導服務，因應業界需求，宣導醫療器材法規，促進我國新興醫療器材發展的商機。
3. 醫療器材自 94 年起始全面納入列管，因其態樣繁多有 1,700 類，有醫院採購必須由專業醫事人員操作的醫療器材，及由民眾自行購買使用的家用型醫療器材，惟醫院和民眾可能因不了解選購上須注意的事項，以致不法醫療器材流通事件頻傳。為避免不當的購買和使用可能引發的風險，食品藥物管理局自 101 年度起編列醫療器材衛教宣導經費，透過各式活動和建立推廣平臺，持續建立醫院和民眾的正確觀念，提升醫療器材上市後之安全有效，亦可杜絕不法醫療器材流通管道，成效良好。
4. 102 年度實際規劃執行相關計畫內容如下：
 - (1).醫療器材藥事法相關法規管理：
 1. 配合管理需求修正藥事法醫療器材相關條文及其相關管理子法規，收集各國及現行實務之管理現況與需求，比較各國法規及實務措施後，研擬具體之修正條文或建議方案(如：藥事法醫療器材相關條文修正草案；藥事法施行細則修正草案；醫

療器材查驗登記審查準則修正草案；醫療器材租賃業、維修業及相關管理法規；現行藥商於郵購買賣通路販賣第一等級醫療之執行情形，並規劃得於郵購買賣通路販賣之第二、三等級醫療器材品項、種類及管理措施等)。

- II. 針對藥事法醫療器材相關條文修正草案、藥事法施行細則修正草案、醫療器材查驗登記審查準則修正草案、輸入藥物邊境抽查檢驗辦法等 4 項藥事法醫療器材相關法規，彙整國際專業術語或完成相關修正條文之英譯版本。

本計畫期能在醫療器材管理架構與法規制度上參酌國際法規潮流，適度改革，以有效管控醫療器材管理的安全性與功效性。

(2). 醫療器材正確選購及使用之衛教宣導：

有鑑於一般消費者不甚熟悉醫療器材管理與相關選購使用注意事項，進而影響產品使用時之安全、有效性與消費者健康。本計畫規劃辦理醫療器材相關衛教宣導活動，及透過各種媒體通路進行醫療器材衛教宣導，並設計製作宣傳品，以加強消費者正確選購及使用醫療器材產品之認知，預防杜絕不法醫療器材之流通，進而達到醫療器材政策宣導之功效。

(3). 醫療器材技術研發及法規宣導：

- I. 舉辦醫療器材產品從開發至上市所須之法規與標準相關研討會。
- II. 舉辦醫療器材諮議會委員與本署食品藥物管理局人員共識營會議，協助統籌相關行政庶務，以供醫療器材諮議會委員審查原則經驗分享交流。
- III. 協助食品藥物管理局醫療器材相關會展設置攤位(含展示攤位租賃及佈置、宣傳資料製作等)，以

利我國醫療器材法規及政策之宣導。

IV.設計對醫療器材廠商及學研界法規科技人才能力評估題庫 100 題以上(含是非題、選擇題及簡答題)，並彙整成電子檔儲存於光碟，以供法規宣導成效評估之用。

本計畫期能藉由宣導醫療器材產品從研發階段至上市所須之法規與標準，並增進醫療器材審查流程之品質、一致性、時效性、透明化及可預測性，以加速促進醫療器材產業創新發展，成為帶動我國經濟轉型的主力產業之一，可使廠商提升醫療器材產業國際競爭力。

5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續業務推動，敬請惠予支持。

(五)第 6 項決議事項(五)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務」編列 2 億 5,743 萬 2,000 元，針對肉品安全管制仍有相當多問題，難以確保肉品安全無虞乙節，說明如次：

1. 依風險加強邊境查驗及市售抽驗：

為確保市售肉品之衛生安全，食品藥物管理局從源頭管理、邊境查驗及市場稽查檢驗等，依風險管理機制，執行並加強邊境及市售肉品之衛生安全查驗與抽驗。

2. 針對進口牛肉產品採取邊境逐批查驗，管制違規產品之輸入：

101 年 3 月 20 日起，針對曾被檢出乙型受體素之國家所進口之牛肉產品，採取邊境逐批檢驗措施。至 9 月 12 日止共逐批檢驗美國牛肉 210 批，不合格 6 批，不合格率 2.86%。不合格產品均退運，未進口國內，已發揮管制之效果。至於牛肉中萊克多巴胺之安全容許量經

公告並於 101 年 9 月 13 日起適用後，已逐批檢驗美國牛肉 1,021 批，並未發現有不合格之情形。

3. 加強執行市售牛肉及豬肉等各類肉品之專案稽查抽驗計畫：

食品藥物管理局執行各類肉品之專案稽查抽驗計畫，結果顯示，不合格率大幅降低，證明市售肉品之衛生安全已有保障。

(1). 豬肉 151 專案：完成抽驗 151 件國產豬肉及加工品(包括：香腸、培根及火腿等)，檢驗結果均符合規定。

(2). 牛肉 220 專案：完成抽驗 213 件牛肉產品，檢驗結果 10 件不符規定(不合格率 4.7%)。不合格產品均依規定回收銷毀。

(3). 各類肉品 1000 專案：共抽驗市售禽畜肉品 1,116 件，檢驗結果 8 件不符規定(不合格率 0.7%)。不合格產品均依規定回收銷毀。

(4). 萊克多巴胺修法後牛肉 440 專案：完成抽驗 446 件牛肉產品，檢驗結果均符合規定。

4. 牛肉及牛肉原產地標示稽查專案計畫

食品藥物管理局聯合地方政府衛生局於 101 年 9 月 12 日至 11 月 20 日執行「強制標示加強稽查計畫」，每日均主動彙整衛生局稽查執行結果，確實掌握稽查行動，並定期發布新聞稿公布稽查執行結果於網站，總計稽查 33,550 家次，合格率达 99.8%，不符規定者均已複查合格。

5. 持續進行風險監測及嚴格管控，並發布檢驗不合格資訊

將持續依產品風險等級及產品不合格紀錄，加強查驗輸入肉品及稽查抽驗市售肉品之衛生安全，並公布檢驗不合格資訊，落實肉品把關，確保國人健康安全。

6. 邊境業務龐大且與日俱增，把關任務艱辛：

除上述牛肉及豬產品相關執行成果外，101 年度食品藥物管理局總計查驗輸入食品及相關產品 46 萬 1,676 批，較 100 年度增加 9.8%；101 年抽樣檢驗件數計 3 萬 8,798 批，抽驗批數亦較去年增加 30.2%。另執行各類專案稽查 1,648 家次及檢驗 7,676 件。

7. 執行邊境查驗及稽查檢驗業務，確保產品衛生安全，經費需求甚為重要

綜上，本經費為執行食品及相關產品輸入查驗及後市場稽查檢驗等業務之唯一經費來源，為利業務執行，敬請惠予支持。

(六)第 6 項決議事項(六)

本署食品藥物管理局「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務」編列 2 億 5,743 萬 2,000 元，針對市售蔬果殘留農藥過量問題尚未明顯改善，本署食品藥物管理局應本於食品衛生管理法賦予之職責，積極督導縣市衛生局確實辦理農藥殘留把關工作乙節，說明如次：

1. 針對市售蔬果殘留安全把關工作，本署與農委會歷年來已建立分工合作機制，分別於田間及市面進行監測，以瞭解市售農產品農藥殘留情形，確保市售農產品之安全性。針對檢出農藥殘留不符規定者，食品藥物管理局立即通知衛生局依法進行後續處理，並在最短時間內進行產品後續追查及查處；如為國產品，則同時通知行政院農業委員會，加強農民正確用藥輔導；如為進口者，則加強風險管控。
2. 食品藥物管理局與各縣市政府衛生局聯合分工共同合作，每年均執行年度市售及包裝場農產品殘留農藥監測計畫，101 年度共抽驗市售農產品 2,363 件，結果有

2,121 件符合規定(合格率 89.8%)，不合格農產品已立即通知相關衛生局追查來源，並依法進行後續處理。上述檢驗結果均已定期發布新聞，並教育民眾選用安全蔬果及澈底清洗。

3. 食品藥物管理局每年均針對監測計畫進行風險評估，並適時調整農產品檢測品項及農藥檢驗項目。以 101 年為例，針對前一年(100 年)農藥違規較嚴重的果菜類、瓜菜類及豆菜類提高抽樣比率，但降低合格率較高之根菜類、米類、乾豆類及蕈菜類之抽樣件數。另將消費者常生食之甜椒、番茄、萵苣、芹菜及小黃瓜等，以及食用之花卉類等，納入抽樣範圍。除此之外，另增加採樣地點(集貨場)，同時亦增加農藥檢驗項目(目前為 215 項)。綜上，食品藥物管理局秉持維護國人食的安心原則，持續針對農藥殘留違規嚴重之蔬果類加強監測，同時會更加強與農委會雙方之合作，共同為市售蔬果之安全善盡把關工作。
4. 本經費為地方衛生局針對市售農產品監測把關之重要經費來源，有其編列之必要，為持續業務推動，敬請惠予支持。

以上簡要報告本署主管 102 年度單位預算應提出報告後始得動支項目，敬請 各位委員賜予指教，惠予支持，俾利本署暨所屬機關依既定之施政計畫及業務內容執行。謝謝！

行政院人事行政局 函

地址：10051 臺北市中正區濟南路1段2-2號10樓
傳真：02-23975565
承辦人：葉俊麟
電話：02-23979298 轉 620

受文者：

發文日期：中華民國94年5月27日
發文字號：局給字第0940013923號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：貴府衛生局莊局長弘毅，擬應私立高雄醫學大學附設中和紀念醫院聘請，利用公餘時間前往支援門診醫療業務，並支領臨床教學指導費及醫師不開業獎金一案，復請 查照。

說明：

- 一、復民國94年3月21日府人二字第0940057517號函。
- 二、有關貴府衛生局莊局長弘毅得否支領臨床教學指導費及醫師不開業獎金一節，查行政院民國71年9月15日台71人政肆字第26056號函規定略以，受領醫師不開業獎金人員，如有自行開業或兼業行為，除依法懲處外，並追回其自執行開業或兼業以後所領不開業獎金。依上開院函規定，貴府衛生局長如無自行開業或兼業行為，即可支領不開業獎金。
- 三、本案經函請銓敘部及行政院衛生署表示意見略以，本案莊局長弘毅於公餘時間前往該院支援門診醫療業務，如屬執行醫療業務行為，除法令另有規定外，縱於公餘時間亦不得為之；如係屬教學或研究工作範圍，與公務員服務法第14條之3規定尚無不符。是以，



0011700007860

其如報經貴府同意，利用公餘時間，前往該院協助臨床教學指導，支領臨床教學指導費（與授課之鐘點費相當），基於實際需要及人力有效運用，並無不妥。

正本：高雄縣政府
副本：行政院衛生署

全民健康保險會第1屆委員名單

附件
2

屬性		推 薦 之 機 關 團 體	職 稱	姓 名
保險 付 費 者 代 表	被 保 險 人 代 表	中華民國全國公務人員協會	理事長	陳川青
		中華民國會計師公會全國聯合會	公共政策委員會顧問	莊志強
		全國產業總工會	監事會召集人	蔡登順
		中華民國全國總工會	常務理事	千文男
		中華民國全國勞工聯盟總會	會長	侯彩鳳
		中華民國全國職業總工會	常務理事	楊芸蘋
		中華民國農會	總幹事	張永成
		中華民國全國漁會	總幹事	林啟滄
		中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁
		中華民國老人福利推動聯盟	秘書長	吳玉琴
		全國勞工聯合總工會	理事長	林錫維
		台灣醫療品質促進聯盟	理事長	連瑞猛
		雇 主 代 表	中華民國全國工業總會	常務理事
	中華民國全國商業總會		常務監事	葉宗義
	中華民國工商協進會		財務研究委員會委員	李永振
	中華民國工業協進會		秘書長	郭志龍
	中華民國全國中小企業總會		榮譽理事長	李成家
	行政院主計總處		專門委員	陳幸敏
保 險 醫 事 服 務 提 供 者 代 表	台灣醫院協會	理事長	楊漢淥	
	台灣醫院協會	會員代表(台灣醫學中心協會理事長)	翁文能	
	台灣醫院協會	理事(中華民國區域醫院協會名譽理事長)	張煥禎	
	台灣醫院協會	常務理事(台灣社區醫院協會理事長)	謝武吉	
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長	李明濱	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	陳宗獻	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	黃建文	
	中華民國中醫師公會全國聯合會	特別顧問	施純全	
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	李蜀平	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	楊麗珠	
政 府 機 關	行政院經濟建設委員會	副處長	林至美	
	行政院衛生署	參事	曲同光	
專 家 學 者 及 公 正 人 士	行政院衛生署	本 職	國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授	鄭守夏 (主任委員)
	行政院衛生署		財團法人環境與發展基金會董事長	柴松林
	行政院衛生署		國立陽明大學衛生福利研究所教授	吳肖琪
	行政院衛生署		國立政治大學財政學系特聘教授	周麗芳
	行政院衛生署		台灣總工會秘書長	陳錦煌

全民健康保險會第1屆西醫6位委員及代理人之科別一覽表

委員		代理人		
姓名/推薦單位/職稱	科別	姓名	單位及職稱	科別
楊漢淙 台灣醫院協會 理事長		1.吳志雄	署立雙和醫院院長	外科
		2.童瑞龍	童綜合醫院副董事長 台灣醫院協會常務理事	
		3.陳瑞瑛	臺大醫院顧問	
翁文能 台灣醫院協會 會員代表 (台灣醫學中心協會理事 長)	骨科、 外科	1.郭正全	林口長庚醫院行政中心特助	
		2.陳雪芬	台北榮總醫院醫務企管部高級 分析師	
		3.廖邱錫	新光醫院經營分析組課長	
張煥禎 台灣醫院協會 理事 (中華民國區域醫院協會名譽 理事長)	*家庭醫學 科、 *內科 (腎臟科專科 醫師)	1.蘇清泉	區域醫院協會理事長	*外科 (急救加 護醫學專 科)
		2.郭宗正	郭綜合醫院院長	婦產科、 內科
		3.劉碧珠	壠新醫院副秘書長	
謝武吉 台灣醫院協會 常務理事 (台灣社區醫院協會理事 長)		1.謝文輝	草屯佑民醫院董事長 台灣社區醫院協會名譽理事長	骨科、 外科
		2.朱益宏	中山醫院主治醫師 台灣社區醫院協會監事長	麻醉科
		3.吳美環	臺大醫院小兒科主任 兒科醫學會理事長	小兒科
李明濱 中華民國醫師公會全國 聯合會 理事長	精神科	1.張孟源	張孟源內科診所醫師 醫師公會副秘書長	*內科
		2.張嘉訓	張婦產科診所醫師 醫師公會理事	婦產科
		3.蔣世中	蔣小兒科診所醫師 醫師公會副召集委員	小兒科
陳宗獻 中華民國醫師公會全國 聯合會 常務理事	家庭醫學科	1.蔡明忠	豐安診所醫師 醫師公會理事	外科
		2.黃啟嘉	嘉光耳鼻喉科診所 醫師公會理事	耳鼻喉科
		3.李紹誠	復健診所醫師 醫師公會理事	復健科

備註：

*係請辦署醫事處查詢而得，其餘查自衛生署網站「醫事人員執業資料查詢」系統。

科別欄()括號內資料係由執業院所網頁查詢而得。

本署食品藥物管理局「藥品及新興生技藥品管理業務」
101 年出國計畫執行情形補充說明

一、

101 年所提出國計畫包括參與藥品國際醫藥法規協和會議 (ICH-GCG)、藥品資訊協會年會(DIA)及藥品臨床試驗查核國際會議，除藥品臨床試驗查核會議因故未舉辦外，餘皆按原訂出國項目執行，並未變更項目及前往國家，僅配合會議時間略以調整。相關出國計畫補充說明如下：

1. **ICH-GCG**：國際藥品法規協和會(International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use, 簡稱 ICH)，於 1990 年由美國、歐盟和日本共同提議設立，主要目的係增進國際間對藥品技術規範的協調，確保安全、有效，並促進新藥研發與查驗登記一致化及具成本效益。目前 ICH 已發展超過 50 個協合化之規範及基準，並由以上這些國家所採用。為與非 ICH 會員國家或地區建立關係、加強互動及促進國際法規協合，ICH 指導委員會於 1999 年特別成立 ICH Global Cooperation Group(GCG)，並於每年召開 2 次會議，由美國、歐盟和日本輪流舉辦。我國雖非為 ICH 正式會員，但積極以 APEC 地區身分持續參與 ICH 各項活動，終於在 2008 年我國獲 ICH 正式邀請以"Department of Health (DoH)"名義參加 ICH-GCG 會議，並獲 2 席代表，截至目前每年定期參與 ICH-GCG 會議外，並積極參加 ICH 各項議題分組召開之網路或電話會議。
2. **DIA**：藥品資訊協會(Drug Information Association, DIA) 於 1964 年成立於美國馬里蘭州，為一討論藥品研發、製造、臨床試驗、查驗登記至藥品上市前後管理等議題之大型國際性會議，係提供世界各國製藥產、官、學界之資訊交流及教育與訓練的平台，藉以瞭解各國藥政管理、ICH 國際法規協調及製藥產業最新趨勢。於 2012 年第 48 屆藥品資訊協會年會，本署食品藥物管理局亦受邀發表專題演說，除介紹我國食品藥物管理局之成立及藥政革新，並積極強調推動藥品審查一元化作法，藉由推行整合藥品審查工作小組(Integrated Medicinal Product Review Office, 簡稱 iMPRO)，將審查與專案業務分工之方式，提升審查效率；同時於大會期間，積

本署食品藥物管理局「藥品及新興生技藥品管理業務」

101 年出國計畫執行情形補充說明

極與各國藥政法規單位交流互動，加強彼此友好關係，並觀摩學習各國特色，亦可作為台灣藥政持續進步的重要驅動力。本署食品藥物管理局並透過會議期間，與各國高階主管進行雙邊藥政交流，建立友好關係及促進雙邊相互瞭解與合作，進而作為洽簽 MOU 之基礎。

3. 101 年藥品臨床試驗查核國際會議因故未舉辦，變更為(1)考量生物相似性藥品為國際發展新趨勢，且韓國已核准該類產品上市，為借鏡韓國之經驗，赴韓參加生物相似性藥品研討會、除與韓國法規單位及產業交流，並協助國內生技產業之發展。(2)赴新加坡參加 APEC LISF RHSC 會議，參與各項藥物倡議計畫討論，以獲取國際藥政法規發展動態。(3)參與日本交流協會 2012 年度中堅指導者訪日計畫，並就雙方關切之藥政管理法規進行經驗交流及洽談台日簽署藥物合作內容。

二、有鑑於製藥產業全球化的趨勢及國際間藥品管理法規的推陳出新，為建構與國際接軌且完善的藥品管理法規體系，當務之急唯有密切注意各國與國際上製藥及新興生技藥品產業科技與法規科學之動態與發展，加強國際合作與交流，並積極透過國際組織架構下進行區域性法規整合。因此，本署食品藥物管理局均積極參與國際藥政管理法規相關會議

1. 係可增進國人用藥安全之資訊掌握及促進我國新藥研發及藥品查驗登記之一致化及效率。
2. 同時亦可強化與各國藥政法規管理經驗交流與合作，以達到藥品法規協和化，進而協助國內製藥產業品質之提升與精進。
3. 參與國際會議除建構與國際接軌之藥品管理法規，並與各國法規單位建立直接對話窗口，藉以迅速獲得相關資訊。
4. 本署食品藥物管理局並已參考國際標準之 ICH 基準，訂定如：藥品優良臨床試驗規範(GCP)、藥品安定性試驗基準、查驗登記通用技術文件格式(CTD)、查登電子送件(eCTD)等規範，目前在增進藥品審查效率，協助國內製藥產業品質之提升與全球化已見成效。

三、有關本署食品藥物管理局編列之出國會議舉辦時程皆以為期一周為原則（除航線較遠之國家如歐美地區），另參與會議之人選皆以

本署食品藥物管理局「藥品及新興生技藥品管理業務」

101 年出國計畫執行情形補充說明

符合該會議主題之業務相關負責人員為主，依據國內業務需求彈性調派不同層級之人員出席會議。如由主管層級參加，亦徹底落實代理人制度，必要時並以即時通訊方式溝通回報，善加利用電子媒介，處理國內藥政事宜，無影響國內藥政業務推動之情事。

本署食品藥物管理局「藥品及新興生技藥品管理業務」101 年度出國計畫
執行情形(預算編列數 394 千元)

出國項目	內容	天數	實際核銷 經費(元)
藥品國際醫藥法規協和會議 (ICH-GCG) 110 千元	101 年 11 月 10-17 日，赴美國聖地牙哥參加藥品國際醫藥法規協和會議，本署食品藥物管理局並受邀於大會中報告我國應用 MedDRA 於 ADR Reporting System 之現況及運作機制。	8 天	104,360 元
藥品資訊協會年度研討會(DIA) 137 千元	101 年 6 月 23 至 7 月 1 日，赴美國費城參加第 48 屆藥品資訊協會年度研討會，本署食品藥物管理局並受邀發表專題演說，就本署食品藥物管理局成立與各種興革之處進行分享，強調 TFDA 積極推動的審查一元化作法。本案大會補助講員 2 天日支生活費及部分機票費，餘機票款由本署食品藥物管理局出國經費支應。	9 天	45,567 元
	101 年 2 月 2-7 日，陪同行政院薛政委承泰受邀出席於日本東京舉辦「VII International Conference on Rare Diseases and Orphan Drugs(ICRORD): C3 : Connection + Collaboration = Creation」會議。會議期間除以台灣罕藥管理發表演說，並與歐、美、澳、荷、韓、日等國官員，就罕藥藥政管理、給付議題及技術性議題進行交流與討論，並建立相互聯繫溝通管道。	6 天	79,760 元 (由 DIA 餘款支應)
藥品臨床試驗查核國際會議 147 千元 (該會議 101 年度未舉辦，爰變更參與右列其他出國計畫)	101 年 8 月 20-25 日，赴新加坡參加 APEC LISF RHSC 會議暨受邀擔任 IBC Asia[5th Annual Asia Pharmaceutical Regulatory Summit 2012]擔任講員，以分享我國藥政改革現況。IBC Asia 大會支應我方講員機票及住宿 2 晚，另 APEC LISF RHSC 會議期間，日支生活費則由本署食品藥物管理局出國經費支應。	6 天	30,024 元
	101 年 9 月 24-29 日，參與日本交流協會 2012 年度中堅指導者訪日計畫，目的係邀請台灣於技術方面之業務有關人士，赴日本相關單位進行參訪及意見交流，藉以增進瞭解日方業務及深化雙方交流關係。本次參訪事項包括就藥品上市前、上市後管理及安全等議題，與日本厚生勞動省、行政法人醫藥品醫療機器綜合機構及其他產學研等單位進行交流與討論。同時並就雙方關切之藥政管理法規進行經驗交流及洽談台日簽署藥物合作協議之內容。	6 天	38,997 元

	101 年 11 月 22-25 日，赴韓國參加生物相似性藥品研討會，並就生物藥品法規政策及生技醫藥產業現況與發展等議題，發表演講並進行經驗分享與交流。(2 人)	3 天 4 天	81,546 元
總計			380,254 元

**本署食品藥物管理局「藥品及新興生技藥品管理業務」102 年度出國計畫
預計辦理項目(預算編列數 486 千元)**

出國項目	擬前往 國家 或地區	會議內容	預計 天數	擬派 人數	經費 (千元)
藥品國際醫藥法規協會會議 (ICH-GCG)102 年度第 1 次會議	歐洲	藥品國際醫藥法規協會，於 1990 年由美國、歐盟和日本共同提議設立，主要目的係增進國際間對藥品技術規範的協調，確保安全、有效，並促進新藥研發與查驗登記一致化及具成本效益。目前 ICH 已發展超過 50 個協合化之規範及基準。為與非 ICH 會員國家或地區建立關係、加強互動及促進國際法規協合，ICH 指導委員會於 1999 年特別成立 ICH Global Cooperation Group(GCG)，並於每年召開 2 次會議，由美國、歐盟和日本輪流舉辦。藉由參與會議建構與國際接軌之藥品管理法規。	5	1	136
藥品國際醫藥法規協會會議 (ICH-GCG)102 年度第 2 次會議	日本		4	1	58
藥品臨床試驗查核國際會議	英國	藉由與先進國家進行 GCP 查核經驗交流，推動海外 GCP 查核及建構我國 GCP 查核新制	5	1	121
參加世界自我照護產業協會年度會議 (WSMI)或同級會議	歐盟、日本或美國	世界自我藥療產業協會 (WSMI) 為世界衛生組織旗下之 NGO 組織，主要宗旨推動「自我藥療 Self-Medication」健康照護觀念，促進大眾對自我藥療的認識與發展。該協會全球會員數超過 50 個國家，會員組成主要為非處方藥製造及通路商。我國近年來由於民眾對於自我健康關注意識的抬頭，以及健保多次的藥價調降，製藥團體、藥師團體以及部分連鎖通路團體開始思考，是否可藉由藥品轉類以增加非處方藥品的涵蓋品項，擴大非處方藥的選擇。參與該會議可藉由了解各國在非處方藥法規管理所遭遇的困難與解決方法，現行非處方藥品管理情形，與未來法規與產品發展的趨勢，以作為我國藥品管理政策之參考。另或參與 WHO 下最具規模之衛生相關非政府組織，藉由參與其年會會議拓展與國際藥事團體之交流，瞭解世界對於藥事行政、藥物風險管理及藥品安全等議題之脈動。	5	1	70
美國藥劑學家協會年會 American Association of Pharmaceutical Scientists (AAPS)	美國	美國藥劑學家協會 (American Association of Pharmaceutical Scientist, AAPS) 年會為藥學界之重要國際會議，與會者來自世界各地之產、官、學、研等人員，大會活動不論短期訓練課程、座談會、圓桌會議、晨間會議、公開論壇、壁報論文及廠商展覽等，皆為藥學領域科學中最新穎的知識；透過參與本會議與世界各地之專家進行交流分享，亦可建立溝通管道尋求國際合作之契機，以期提升國內藥業水準，並協	5	1	101

		助台灣藥業推向世界舞台。			
--	--	--------------	--	--	--



立法院第 8 屆第 3 會期
社會福利及衛生環境委員會

行政院衛生署主管
102 年度單位預算凍結案報告
(口頭報告)

報告人：行政院衛生署署長 邱文達

行政院衛生署

102年度單位預算 凍結案報告



報告人：行政院衛生署署長 邱文達

102年度凍結預算決議

■凍結決議事項81案，計13億4,483萬9,001元：

壹、衛生署暨所屬共同項目1案，金額362萬8,000元

貳、衛生署50案，金額10億0,513萬1,001元

參、疾病管制局4案，金額1,177萬8,000元

肆、國民健康局5案，金額4,261萬8,000元

伍、中醫藥委員會5案，金額500萬元

陸、中央健康保險局9案，金額2億4,474萬2,000元

柒、食品藥物管理局7案，金額3,194萬2,000元

以下謹就上揭業務辦理情形，按單位(機關)別作重點說明，各項決議詳細資料請參閱書面報告。

壹、衛生署暨所屬



衛生署暨所屬共同項目審議事項辦理情形

◆ 「一般行政—獎金科目項下其他業務獎金（醫師不開業獎金）」凍結1/5(決議2)

- 一、本署及所屬機關編列醫師不開業獎金係依據行政院95年3月7日院授人給字第0950061139號函修正之「衛生醫療機關醫師不開業獎金支給表」及行政院95年1月2日院授人給字第0940037980號函修正之「中央健康保險局醫師不開業獎金支給表」，按具有醫師資格者所敘職等、級別予以編列。
- 二、行政院為顧及衛生行政機關進用醫師負責規劃、推展醫療保健業務之需要，並縮短服務於衛生醫療機關醫師與服務於公立醫院醫師兩者待遇之差距，以鼓勵醫師從事衛生行政工作，爰核定醫師不開業獎金之支給，並非僅要求醫師不得在外開業及兼業，或單純考量其不開業而給與之獎勵，具有延攬衛生醫療機關醫師人才之重要功能。

貳、衛生署



科技組待審議事項辦理情形

◆ 「科技發展工作－醫衛健保科技研究計畫」項下「業務費」，凍結1/10 (決議4)

本署透過醫療機構提供7歲以下兒童預防保健服務，加強發展診察及疑似個案通報，已透過臺灣e學院網站，提供衛生局所、早療專業人員線上數位學習，落實衛生所公衛護士利用健兒門診或預注時進行發展篩檢，強化兒科醫師發展篩檢訓練及通報，加強社區保母系統及幼兒園宣導活動，增強家長及主要照顧者嬰幼兒發展知識。

◆ 「科技發展工作－醫衛健保科技研究計畫」之委辦費，凍結1/10 (決議3)

本署已將失智症長照服務納入長期照顧十年計畫，同時亦將「認知（心智）功能檢查」納為本署選擇辦理項目之一。另已規劃失智症多元照護網絡，擬定長照服務網計畫，建置失智照護資源，並持續培訓失智症之優質專業照護人力。在失智症防治上，積極辦理失智症相關之衛教宣導活動，將相關衛教資料納入「成人預防保健手冊」、「健康老化」等手冊，另規劃於102年度編製認識失智症之衛教單張或手冊，以提高民眾對失智症的注意與了解。

統計室待審議事項辦理情形

- ◆ 「衛生統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」，有侵害民眾資料之疑慮，凍結預算1/10 (決議6)

依據個人資料保護法第6條第1項第4款規定，公務機關或學術研究機構基於醫療、衛生或犯罪預防之目的，為統計或學術研究而有必要，且資料經過處理後，其揭露方式無從識別特定之當事人者，可為資料蒐集、處理或利用。

- ◆ 「衛生統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」及國衛院提供學術研究應用，違反個人資料保護法，凍結預算1/10 (決議7)

本計畫以加密資料庫限定於獨立作業區進行增值分析作業且僅可攜出統計結果，與國家衛生研究院以ID加密對外釋出，是不同服務模式。且國衛院係受本署中央健康保險局委託，非本計畫之執行內容。

- ◆ 「衛生統計應用研究及健康資料增值應用雲端化服務計畫」之雲端化安全性問題，凍結預算1/10 (決議8)

本計畫之加密個案資料絕無置放雲端，且機房無對外網路連結，故無雲端化設備可能遭入侵或外洩之疑慮，線上查詢服務之資料庫屬彙整後之次級統計結果檔。

國衛院待審議事項辦理情形(1/3)

- ◆ 「財團法人國家衛生研究院發展計畫」101年度同時申請國科會補助計畫比例過高，與本預算獎補助費之編列目的重複，凍結預算1/5 (決議85)

「財團法人國家衛生研究院發展計畫」為本署編列科技預算捐助國衛院，均依規定由國科會完成審查作業後，送行政院核定之。國衛院並未以相同計畫向國科會重複申請補助，重複編列預算之虞。

- ◆ 「醫衛生命科技研究計畫」、「推動臨床試驗研究合作網絡」及「物質成癮研究計畫」等各計畫之轉譯機制建議彙整協調，凍結三計畫預算3,205萬元(決議9)

三項計畫分別針對特定疾病之診斷試劑與治療藥物研發、國人重大疾病臨床試驗研究、國內藥物濫用及成癮問題等目標進行轉譯研究，各目標規劃與疾病領域明顯不同，均為進行政策轉譯研究所需。

- ◆ 國光生技公司與中國河南華蘭生物疫苗有限公司簽署腸病毒71型疫苗合作意向書，凍結「台灣cGMP生物製劑廠運作計畫」預算1/5 (決議86)

國光生技公司留忠正總經理已向國衛院說明，該公司並未與中國河南華蘭生物疫苗有限公司簽訂合作合約。且依國衛院技轉合約已限定國光不得再授權於台灣以外之公司。

國衛院待審議事項辦理情形(2/3)

- ◆ 「台灣cGMP生物製劑廠運作計畫」 102年度所需人力高達95人，人事費占計畫經費之49%，金額及比率均高，凍結預算1/10(決議10) (決議12)

該廠人事費為維持符合藥品優良製造規範(cGMP)之基本營運能力所需，以承接卡介苗及抗蛇毒血清後續供應、緊急備用疫苗製造、及扶植國內疫苗廠商發展。目前該廠統籌人力為70名。

- ◆ 「台灣cGMP生物製劑廠運作計畫」缺乏具體生產計畫，預期效益與量化指標不明，凍結預算1/10 (決議11) (決議13)

國衛院cGMP生物製劑廠102年已規劃進行卡介苗及抗蛇毒血清產製設施確效、流感及腸病毒疫苗技轉廠商輔導、呼吸道融合疫苗產學合作開發、B型腦膜炎疫苗人體臨床試驗申請等多項具體計畫。



國衛院待審議事項辦理情形(3/3)

- ◆ 「台灣環境毒物及健康風險評估研究-塑化劑等環境毒物健康危害著手」對於「預警及防治」等指標付之闕如，凍結預算1/20 (決議14) (決議16)

國衛院將進行各項環境毒物危害研究，建構政策轉譯平台與機制，協助建立系統性環境毒物污染事件處理機制，並協助政府「建立防災系統」及形成「有效政策或解決策略」。另已於3月29日舉辦「細懸浮微粒(PM_{2.5})對人體健康危害之預防策略研究公聽會」，會中邀請相關單位代表與多位國內專家、醫師、民間團體代表與會討論。

- ◆ 「台灣環境毒物及健康風險評估研究-塑化劑等環境毒物健康危害著手」應加強電磁波及PM_{2.5}等環境毒物危害研究，凍結預算1/20 (決議15)

國衛院已著手進行PM_{2.5}等環境毒物危害研究，另已於3月29日舉辦「細懸浮微粒(PM_{2.5})對人體健康危害之預防策略研究公聽會」，會中邀請相關單位代表與多位國內專家、醫師、民間團體代表與會討論，但因國內外電磁波危害研究眾多，該院未來會視必要性再進行規劃。

健保小組待審議事項辦理情形

◆ 「全民健康保險工作」預算經費凍結1/5。(決議88)

- 一. 考量無專職工作而於國內公私立大專校院就讀碩、博士班之研究生亦為學生，部分因須負擔家計及學費而打工，為減輕其經濟負擔，乃提高其兼職所得補充保險費扣取下限至基本工資，並已於102年1月24日函請教育部及健保局轉知相關單位。
- 二. 至於社福團體因計收投保單位補充保險費而增加之負擔，本署於會同相關部會審慎研議後，決定提供適當協助，行政院業於102年4月30日核復補助原則，社福團體如因接受政府委託或補助計畫而增加保費負擔，由各機關於年度預算調整支應，倘預算執行經費確有不敷，再由各機關循程序報請動支第二預備金；未來年度則納入經費需求考量。本署已將行政院核復函轉各機關辦理。



全民健康保險會待審議事項辦理情形(1/2)

◆ 「全民健康保險工作」，凍結1/5。(決議87)

本署依法辦理健保會委員聘任，有關團體推薦之10席醫事服務提供者代表，已有內、外科醫師，西醫之委員代理人，已安排兒科、婦產科、麻醉科及急救加護科等相關科別醫師擔任，代理人發言及表決權等同委員，可在六大科相關議題由渠等代理出席表示意見。另外，健保會也可邀請六大科別醫師，於討論相關議題時列席。另彙整健保會西醫6位委員及代理人之科別書面資料說明。

◆ 「全民健康保險監理業務」，凍結80萬元。(決議17)、(決議18)

本署將監督健保會秉持撙節支出原則，依法辦理相關委託研究計畫及委託辦理業務，並監督中央健保局辦理醫療院所訪查及違規查處業務。另依 大院指示，提出監理會及費協會整併後新預算及健保會委員組成書面資料說明。

全民健康保險會待審議事項辦理情形(2/2)

◆ 「全民健康保險監理業務」，凍結80萬元(決議19)

本署監理會及費協會(現合併為健保會)102年度預算編列時， 大院100年1月4日三讀通過之全民健康保險法，當時二代健保法實施日期，行政院尚未發布，該二會爰依據行政院主計總處預算編製期程，以及編制時仍有效之健保法規定與組織現況，援例編列。另依 大院指示，提出監理會及費協會整併後新預算及健保會委員組成書面資料說明。



爭審會待審議事項辦理情形

◆ 「全民健康保險爭議審議業務」預算凍結1/5(決議89)及凍結90萬(決議20)

本署於101年8月編製102年度預算書時，行政院尚未訂定二代健保之施行日期，爰預算書乃暫以修正前全民健康保險法第5條規定之「全民健康保險爭議審議委員會」名稱記載。又健保自84年3月1日開辦，即設「全民健康保險爭議審議委員會」處理健保爭議（含保險費）案件，二代健保施行並未改變該制度，仍由本署全民健康保險爭議審議會續辦；為因應補充保險費新制，本署已發布訂定「全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法」，民眾如對補充保險費有爭議，自得檢據及健保局核定文件向該會申請審議，以符憲法保障爭訟權益之意旨。

中央健康保險局待審議事項辦理情形

- ◆ 「全民健康保險保險費補助-政府應負擔健保費法定下限」此一補助預算，顯有不足，健康保險恐有破產之虞，凍結預算1元。(決議21)

健保費率自102年起，由5.17%調整為4.91%。在健保費率維持4.91%不變、醫療給付費用總額假設每年以4.7%成長、補充保險費預估一年挹注206億元等前提下，至105年底可維持健保財務平衡。另102年度「全民健康保險保險費補助-政府應負擔健保費法定下限」預算，如有不足，於年底結算時撥補。



秘書室待審議事項辦理情形

- ◆ 「一般行政－基本行政工作維持」問政資料回覆時間拖延過久或根本不予理會，嚴重損及國會議員問政權益，預算凍結1/5(決議90)(決議22)

查本署賴前副署長進祥於101年11月22日 大院社會福利及衛生環境委員會第23次全體委員會議審議本署預算時，即有說明，所有委員要求的資料，一個禮拜之內提供，如果因再蒐集、再分析統計，不能在一周內提供的話，也會即時告知委員辦公室。將來如果部分單位沒有遵照辦理，就由本署國會聯絡組來追蹤、處理，本署並已於署務會議再三重申這項規定，並請各單位應予落實辦理在案。

- ◆ 「一般行政－基本行政工作維持」100年度設備及投資決算執行率不佳，設備及投資經費凍結1/5(決議91)

100年度執行率不佳，主要係因「衛生福利部」之組織改造期程延後，無法執行原先編列因應組改辦理辦公空間調整裝修、修繕及維護更新之預算，且為撙節開支，致使決算執行率不佳。

醫事處待審議事項辦理情形(1/6)

◆ 「醫政業務」應解決護理人力不足問題，預算凍結1/5(決議95)

本署醫院評鑑已將護理人力列為必要項目，並已訂定三班護病比，業致力於改善醫院護理人力不足問題，另102年將持續辦理護理改革近中程計畫，並落實各項護理人員回流措施。

◆ 「健全醫療衛生體系－辦理醫療服務國際化等相關計畫」預算凍結1/5(決議92)

國外推動國際醫療均由政府編列高額預算大力推動，國內每年僅編列7~800萬元之預算，對推動此項業務影響甚鉅。為使國家未來整體醫療之發展更具競爭力，多年之努力成果能更增凸顯，敬請惠予支持。

◆ 「醫政業務－健全醫療衛生體系」應落實推動醫療機構於5年內全面提供安全針具，醫院評鑑經費凍結1,000萬元(決議23)

本署業於本署網站設立安全針具專區，公布安全針具定義及品項清單，並自102年起將安全針具之使用列為醫院評鑑重點項目，對於達成率超標者亦有加分機制，本經費編列確為推動業務所必須。

醫事處待審議事項辦理情形(2/6)

- ◆ 「醫政業務－健全醫療衛生體系」應公開各醫院評鑑細項成績、不定期訪查結果等資料，設計有利於各界查詢之網站系統，凍結醫院評鑑預算**1,000萬元(決議24)**

本署「醫院評鑑資訊公開專區」自102年度起進行改版，可更利於各界查詢；並將公布各醫院各項評鑑基準成績、不定期訪查結果，以及各醫院之占床率、醫事人力數、門診人次、急診人次、住診人次、平均住院日、手術人次等資料。

- ◆ 「醫政業務－醫政法規與醫事人員及機構管理」之委辦費全數凍結。**(決議25)**

有關增訂「醫療法第82條之1草案」及「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，行政院已於101年12月18日函送 大院審議，並經 大院衛環委員會於102年1月及4月召開審議。

- ◆ 「醫政業務－健全醫療衛生體系」應研議設立國家級兒童醫院之可行性，預算凍結**291萬3,000元(決議26)**

本署已公告「兒童醫院設置標準」、「兒童醫院評核作業程序」及「兒童醫院評核標準」，並研議設立國家級兒童醫院之可行性。

醫事處待審議事項辦理情形(3/6)

- ◆ 「醫政業務－健全醫療相關衛生體系」應解決護理人員「花花班表」問題，凍結辦理評鑑相關計畫1/2(決議27)

本署醫院評鑑已將護理人力列為必要項目，並已訂定三班護病比，業致力於改善醫院護理人力不足及解決「花花班表」問題。

- ◆ 「健全醫療衛生體系－大陸地區旅費」凍結1/5(決議94)

透過此經費之編列，有助於國際醫療目標市場之了解與掌握，使資源之投入更加精準，進而提升經費運用之效率；加以主要競爭國家皆已積極於當地進行佈局，亦有需要對於競爭對手之主要策略進行了解，即早因應與預作準備，爰此經費之編列實有必要。

- ◆ 器官捐贈宣導無成果效益評估，應訂定器捐一致性臨床作業指引，凍結200萬元(決議28)

登錄中心業於102年4月底前完成宣導成效評估作業，並提出改善建議與預期改善期程。另該中心已於101年底訂定「器官捐贈作業指引」、「器官分配作業指引」等規範，供各勸募網絡依循辦理。

醫事處待審議事項辦理情形(4/6)

- ◆ 「醫政業務－醫事人力培育與訓練」，國內醫療服務品質及醫事人力毫無建樹，城鄉醫事人力差距加劇，各醫療科別醫事人力失衡，影響國人就醫權益，凍結1,500萬元(決議29)

為提升醫療服務品質及臨床服務能力，本計畫至今已訓練新進醫事人員約11萬4,000人。另為避免醫療科別之人力失衡，業已依四大面向，規劃具體策略據以執行。

- ◆ 「醫政業務－醫事人力培育與訓練」—本署仍未研議將醫師納入勞基法，凍結辦理醫事人力規劃及運用相關業務預算1/2(決議30)

醫師適用勞基法一事，考量因應配套措施之準備期，需相當時間進行研議，爰此，在醫師尚未納入勞基法之前，優先考量以定型化契約方式進行規範，並將住院醫師每週工作時數納入醫院評鑑重點項目規範。

醫事處待審議事項辦理情形(5/6)

◆ 「健全緊急醫療照護網路-大陸地區旅費」，凍結1/5(決議93)

依「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」及「海峽兩岸醫藥衛生合作協議-緊急救治工作組職責」編列赴大陸地區旅費，並辦理工作會議(2次/年，臺灣及大陸各1場)、研討會、災難救援演習等事項。102年為赴大陸地區參與該工作會議，爰編列3人次(每次會議以3天估計)之赴大陸地區，已依撙節原則編列，又配合立法院通刪大陸地區旅費後僅剩114千元，為使醫政業務得以妥適順遂推動，敬請予以解凍。

◆ 檢討現行精神疾病嚴重病人強制住院審查決定通知書內容，並提供正確之救濟管道，凍結審查會800萬元(決議31)

為確保病人行政救濟權利，業於101年12月10日邀集病人權益促進相關公益團體召開研商會議，決議審查決定通知書中應詳列強制住院之事實及理由，以及分別就相對人(醫院)及利害關係人(嚴重病人及其保護人)列示救濟管道。另業已依行政院之函釋，釐清因精神衛生法已訂有特別之救濟管道，爰針對強制住院案件，依訴願法第77條第8款規定，應不予受理；又目前精神病人已可循司法救濟管道獲得實質之救濟。另已依前開原則修正審查決定通知書，並於102年4月1日實施。

醫事處待審議事項辦理情形(6/6)

◆ 辦理精神疾病嚴重病人強制鑑定強制社區治療審查會，凍結800萬元(決議32)

已邀請相關病人權益促進相關公益團體，於101年12月10日召開強制住院之審查及救濟事宜研商會議，並已於申請強制住院必要文件中，強化讓病人陳述意見之機制；另已修正審查決定通知書，詳述強制住院之事實及理由，以確保病人人權。

◆ 「心理健康業務-加強心理健康促進工作-委辦費」預算凍結1/20(決議33)

100年度自殺死亡人數為3,507人，標準化死亡率為12.3人，自殺死亡人數已持續3年下降，且連續第2年退出國人10大死因，並已從WHO所訂之自殺高盛行率區域下降至中盛行率區域，顯見近年本署推動自殺防治相關計畫，已顯具成效。

◆ 「心理健康業務-加強心理健康促進工作-委辦費」預算凍結1/20(決議34)

針對通報個案30天再自殺率成效加強檢討，目前辦理措施包括：印發「重複自殺個案之關懷管理」手冊、加強分析再次企圖自殺（自傷）原因、針對「30天再自殺率」高於全國平均之縣市將加強輔導並予以必要之資源協助，且已委託全國自殺防治中心協助研擬自殺防治績效考評指標以作為監測縣市政府辦理成效之參考。

照護處待審議事項辦理情形(1/2)

- ◆ 「公費生培育工作—原住民族及離島地區養成公費生培育工作」，應酌減「招收醫學公費生」員額，並挹注於「山地離島在地養成公費生制度」，凍結500萬元(決議1)

本署於96年迄今「在地養成公費醫師」培育名額，已由過去每年培育約10名，大幅增加約27名，並於整合基層及醫院醫師人力需求後，102至105年再增加培育員額共26名。

- ◆ 「公費生培育工作」，應重視公費醫生之權利，凍結500萬元(決議2)

本署已擬定「重振5大科別守護偏鄉醫療計畫」，提高五大科執業意願及降低醫療職場糾紛風險，以保障醫生權利。

- ◆ 「科技發展工作—遠距健康照護發展網絡計畫」，據聞會員名單涉嫌造假，應提供會員名單及善盡監督指導之責，預算凍結1/5(決議5)

遠距照護中心會員名單已依個資法處理後，於101年12月22日函 大院，為求公正性與公平性，本署邀集9位專家學者組成委員會，並於102年2月6日偕同政風、會計等單位辦理審查驗收，查驗後發現有未達目標數，已減價驗收，但尚無發現會員名單造假情事。未來本署仍將定期辦理抽查及稽核，並積極推動遠距健康照護發展網絡計畫。

照護處待審議事項辦理情形(2/2)

◆「護理及健康照護業務」凍結經費900萬元(決議35)

隨著民眾長照需求逐年增長，為強化喘息服務，本署積極爭取經費，提高102年喘息服務目標數將增加27%；另，規劃建置家庭照顧者支持網絡；研擬提供長照十年計畫服務對象中，重症及高風險家庭照顧者可專案申請提高喘息服務補助上限。

◆「護理及健康照護業務－原住民族及離島地區醫療保健」離島地區民眾轉診赴臺灣本島就醫人次仍多，預算凍結500萬元(決議36)

為促使離島地區緊急傷病患均能獲得妥善醫治，並落實在地化醫療，本署秉持「醫療不中斷」原則，推動以強化在地醫療為主、空中轉診為輔之醫療照護政策，並積極整合醫療提供支援協助及醫療營運相關補助等。101年離島地區空中轉診後送就醫275人次，已較99年減少28人次，下降幅度為9.24%。

醫院管理委員會待審議事項辦理情形

◆「醫院營運業務－醫院營運輔導」預算凍結500萬元(決議37)

本署醫院有26家，約有三分之二為位於偏遠離島地區或為特殊功能之醫院，受人口數、就醫量之限制，經營較為不易。公務預算之補助自90年至102年遞減56%（由56.5億元減少至24.51億元），但醫療決算收入卻逐年成長（由146億元增加至213.56億元），約成長46.27%。

◆「醫院營運業務－醫院營運輔導」因獎勵金發放欠缺公平合理，凍結補助人事費用500萬元(決議38)

本署尚在研商修正「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」，俟行政院核定後再一併考量各項問題檢討修正「行政院衛生署所屬醫院績效評核原則」。

◆「醫療藥品基金」辦理金門綜合醫療大樓工程興建計畫，因工程延宕，凍結500萬元(決議39)

本署金門醫院因辦理金門綜合醫療大樓工程興建計畫編列3億1,544萬元，包含大樓結構體工程、大樓裝修工程、機電設備工程與空調工程，本計畫已於102年5月9日辦理竣工查驗。

参、疾病管制局



待審議事項辦理情形(1/2)

- ◆ 「防疫業務－檢疫防疫業務」之「急性傳染病流行風險監控與管理計畫」中辦理登革熱及其他病媒蚊防治業務，凍結1/5。(決議8)

世界衛生組織(WHO)表示登革熱為近年全球傳播最快速的蟲媒傳染病，且數度發布東南亞疫情警訊，在東南亞疫情增溫及我國入出境旅客數攀升之際，疾管局有效運用防疫經費，落實相關防檢疫工作，已有效降低境外移入登革病毒對本土疫情之衝擊。另將持續關注登革熱疫苗研發進度。本項經費係於年初撥付地方政府協助其辦理防治工作，確為登革熱防治業務所必需。

- ◆ 「防疫業務－檢疫防疫業務」之辦理急性傳染病流行風險監控與管理計畫，凍結250萬元。(決議1)

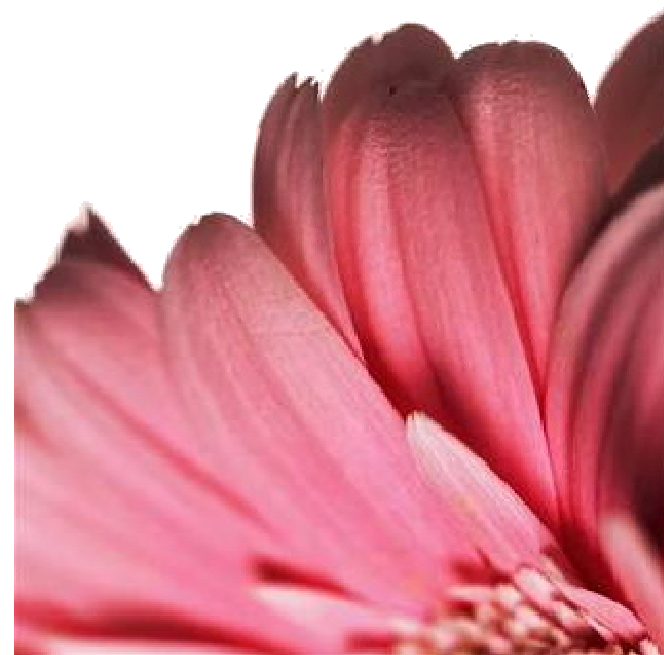
我國本土疫情係境外移入登革病毒所致，惟50~90%感染者為不顯感染，且無疫苗或藥物可預防或治療登革熱，故疾管局除落實邊境檢疫措施外，於流行季前即與地方推動本案計畫，透過社區動員及衛教等，降低社區病媒蚊密度，避免不顯感染者引發本土疫情。此外，如有疑似病例，立即啟動疫情調查、孳生源清除等防疫工作，並追蹤感染源，故本計畫經費編列，確為登革熱防治業務所必需。

待審議事項辦理情形(2/2)

◆「慢性傳染病防治業務」-辦理愛滋防治第五期五年計畫經費凍結500萬元。(決議2)(決議3)

- 1.我國愛滋傳播多與不安全性行為有關，且以年輕及男男間性行為者為主。而改變行為模式有相當困難度，需較長時間才能產生效果，須積極推動多元化防治策略，以因應嚴峻疫情。
- 2.強化防治服務體系量能，加強跨部會、局處合作。結合教育部落實愛滋防治教育之機制(訪視、列為統合視導評鑑項目)，並積極推動校園性(愛滋)教育實施計畫。辦理縣市共識會議，鼓勵績優縣市。
- 3.積極推動多元化的同志預防方案，增設網路衛教介入模式，並建置及維護同志健康社區服務中心。
- 4.擴大篩檢服務網絡，及早診斷，轉介醫療。
- 5.推動個案管理轉型及加強伴侶知會措施，轉介醫療服務。
- 6.實施多元愛滋醫療費用調降方案，控制費用成長。
- 7.本項計畫成本效益至少達18：1，故為因應日益嚴峻且年輕化之愛滋疫情，本預算實為推動業務所必需。

肆、國民健康局



待審議事項辦理情形(1/2)

- ◆ 為解決少子化問題，降低嬰兒死亡率，凍結「科技發展工作—重要婦幼健康問題之研究調查與改進」計畫預算1/3。(決議1)

健康局刻正研擬「健康新世代」計畫，將對新婚夫婦、孕產婦及配偶、6歲以下兒童，提供全人全程全家之健康促進，其任務將從健康懷孕、安心生產至平安成長；總目標將於5年內嬰兒死亡率減半，至2018年降低至2.1‰。有關6個月內提出降低嬰兒死亡率與強化孕產婦及嬰幼兒之全人健康之計畫報告，已於102年4月15日函送立法院。另本計畫經費編列，係委託辦理4項孕產婦及嬰幼兒重要健康議題研究，亟待研究具有實證基礎健康策略之所必需。

- ◆ 「預防保健業務—預防保健服務」計畫，預算未覈實編列，允有未當，預算凍結2,000萬元。(決議2)

為降低嬰兒死亡率，業於101年12月4日與臺灣兒科醫學會研商後，優先規劃1歲以下兒童2次衛教指導，以及高風險兒童追蹤關懷訪視，以避免危險因子對兒童健康的影響。有關委員要求於3個月內提出兒科醫師執行衛教規劃報告，已於102年2月23日函送立法院。刻正研擬衛教紀錄單、申領流程及相關行政作業中，預定7月公告實施。另，編列之預防保健服務項目，係以實證為基礎，經嚴謹評估對民眾健康具成本效益者，列入補助，為提升國民健康的基礎工作之所必需。

待審議事項辦理情形(2/2)

- ◆ 「預防保健業務－預防保健服務」對子宮頸抹片篩檢間隔進行檢討研究與政策修訂，經費凍結2,000萬元(決議3)

本署相關計畫及對衛生局所子宮頸癌篩檢工作之管考指標皆為「3年篩檢率」，考量延長篩檢間隔至3年1次，應先建立民眾和醫界的共識，故建議先由加強宣導3年1次及透過訂定3年篩檢率之目標方式導引民眾行為改變，以溫和漸進之方式來達成3年1次篩檢間隔。

- ◆ 「預防保健業務－預防保健服務」計畫因自97年度起各年度費用實際發生數均大於法定預算數，惟未依法申請動支第二預備金，凍結2,000萬元(決議4)(決議5)

本署業擬訂「預防保健服務計畫（103-106年）」於102年3月27日報行政院，將依核定結果，辦理預算編列。

伍、中醫藥委員會



待審議事項辦理情形(1/2)

- ◆ 「中藥規劃及管理工作的管理與稽查工作尚有檢討改進空間，預算凍結500萬元。(決議1)

本署中醫藥委員會實施中藥材品質提升機制，推動中藥材之包裝標示(已公告324項)、訂定中藥材異常物質限量標準(已公告91項)及完備中藥材之源頭管理機制(自101年8月1日起實施)。另對於誇大不實廣告及違法添加西藥情事也加強稽查。

- ◆ 「中藥規劃及管理工作的針對民眾服用中草藥，以及中草藥與西藥併服等相關之藥害，進行相關藥害救濟事宜之規劃，預算凍結500萬元。(決議2)

本署中醫藥委員會於90年開始執行中藥不良反應通報中心之中藥不良反應通報系統，並執行委辦計畫評估中藥納入藥害救濟範疇之可行性。後續將與食品藥物管理局、藥害救濟基金會等單位合作，整合中西藥不良反應通報平台，並積極爭取103年科技經費支持辦理。

- ◆ 「中藥規劃及管理工作的針對中藥材源頭管理應建立完整背景值，並明確標示生產與加工來源及成分，預算凍結500萬元。(決議3)

本署中醫藥委員會對中藥材分三段管理，就國人常用324種中藥材，其包裝應符合標示事項，另業於101年12月22日公告第二版臺灣中藥典，使中藥材之檢驗方法、規格標準有所依據。

待審議事項辦理情形(2/2)

- ◆ 「中藥行政及管理」之監測平面媒體違規廣告案件防制成效欠佳，及要求關鍵績效指標輔以預計稽查目標數或增設防制或提升取締績效加強計畫，預算凍結1/20。(決議4)

本署中醫藥委員會與食品藥物管理局，均設有專人監看各式廣告，以遏止違規廣告混淆視聽。有關102年度「加強取締藥物不實廣告」關鍵績效指標之衡量指標，將增列取締不實平面廣告件數率 $[(\text{稽查件數}) \div (\text{預計稽查目標值} 1000 \text{件}) \times 100\%]$ ，年度目標值95%，並配合辦理民眾用藥安全宣導活動，以增進民眾自我防護正確用藥知能。

- ◆ 「中藥行政及管理」針對中藥材邊境查驗檢驗證明不應另開標準要求進口商亦可提供出口國官方文件，預算凍結1/10。(決議5)

本署中醫藥委員會自101年8月1日起實施10種中藥材邊境管理。該10種中藥材於邊境進口時，業者應檢附合格之檢驗證明供查核，該證明可為出口國官方證明文件、行政院衛生署公告國內認可檢驗實驗室出具之檢驗證明或符合國內中藥藥品優良製造規範之藥廠出具之檢驗證明。另業者倘未檢附出口國官方單位出具之檢驗證明，亦得自行委託衛生署公告國內認可檢驗實驗室或符合國內中藥藥品優良製造規範之藥廠檢驗，以取得檢驗報告供查核。

陸、中央健康保險局



待審議事項辦理情形(1/3)

- ◆ 「科技發展工作」計畫偏重健保支付方面(節流)之研究，另相關研究計畫性質及內容相近，為節省不當支出，凍結預算1/10。(決議1)

科技發展工作計畫含「改善健保財務」、「持續支付改革」、「增進給付效益」及「提升經營效率」等4面向議題，其中部分計畫為2~3年期，計畫名稱雖相近，但各年度之研究重點、階段目標並不相同。

- ◆ 「科技發展工作」多項延續型計畫，未以繼續經費方式呈現，違反預算法規定，預算凍結1/10。(決議2)(決議3)

科技發展工作各分項預算自100萬元至800萬餘元不等，其中8項雖規劃為延續性計畫，惟該等計畫均需逐年檢討評估是否續辦，並送國科會審議依核定預算額度編列預算，且其個別預算因均未達5,000萬元，實非屬依規定應於預算書「跨年期計畫概況表」表達之範疇，參考100及101年度計畫執行成果，截至102年4月底僅5項為延續性計畫，另3項已規劃修訂研究重點或改為自行辦理。

待審議事項辦理情形(2/3)

- ◆ 「科技發展工作－健保區域論人計酬制度之成果評估與模式改善研究計畫」依據七月的成果報告，其團隊之住院次數與點數呈現大幅上升，凍結預算1/5。(決議9)

「論人計酬計畫」試辦期間為3年，非短期可改變病人就醫習慣。截至101年底，各團隊內之門住診就醫次數初步已有下降趨勢。「論人計酬制度之成果評估與模式改善研究計畫」委託研究計畫主要目的為建立論人風險校正模式及績效回饋機制。

- ◆ 「健保業務－承保業務」補助第二、三類投保單位辦理健保業務經費，預算編列於法無據，凍結預算1/5。(決議10)(決議11)

本項預算係奉行政院核定標準編列，截至102年4月底，近5年第二、三類保險費之收繳率分別為99.69%及99.27%，足證該補助已達到鼓勵第二、三類投保單位積極協助收繳保險費及提高收繳率之補助目的。

待審議事項辦理情形(3/3)

- ◆ 「健保業務－醫務管理業務」未如期依進度推動全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG)，預算凍結1/5。(決議12)

中央健康保險局已積極持續推動全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG)支付制度，且與醫界團體溝通，預計102年導入第2階段。

- ◆ 「健保業務－企劃業務」編列業務費，惟去年度編列大筆宣導預算，民眾仍不瞭解二代健保，凍結200萬元。(決議4)

鑑於二代健保改革層面影響廣泛，為使開辦後各項新制之實務作業順暢，仍需持續辦理說明會，藉以提供各類扣費義務人熟悉實務操作，並強化宣導讓民眾更瞭解各項醫療品質改革精進措施。

- ◆ 「健保業務－企劃業務」編列委託辦理二代健保相關業務宣導計畫，然而如何計算保費，人民與企業卻無法瞭解，預算凍結1/5。(決議13)

中央健康保險局101年全年辦理2,238場次，及102年截至4月底辦理715場次之宣導說明會，惟二代健保仍屬新實施的政策，仍需針對不同階層規劃策略性宣導活動，如關懷弱勢、深入地區及系列性之宣導活動，以利所有民眾熟悉。

染、食品藥物管理局



待審議事項辦理情形(1/3)

- ◆ 對散裝基因改造食品應建立積極嚴格把關機制，凍結「提升食品檢驗科技研究、基因改造食品及食品攙偽監測計畫」經費1/10。(決議1)

散裝食品施行基因改造標示，刻正依食品衛生管理法第十七條之一，優先規劃規範針對有公司或商業登記之販售場所，就其販售之散裝、乾燥之黃豆及玉米穀粒（生鮮除外），在未轉變其農產品型態(即穀粒型態)前，應以中文顯著標示「基因改造」字樣，再輔以市場監測配套機制，以期未來落實相關資訊標示。102年辦理說明會以輔導業者標示，並預計103年公告相關法案。

- ◆ 應加強不法藥物查緝效果，凍結「不法藥物聯合稽查與教育工作」經費1/10。(決議2)

自99年4月成立「偽劣假藥聯合取締小組」，透過跨部會合作進行重點稽查，並強化宣導教育工作，不法藥物查獲率及廣告違規率均大幅下降，顯示坊間清淨度提升。

- ◆ 應說明「殘留農藥安全容許量標準」之訂定方式，凍結「食品藥物管理業務—食品管理業務」經費1/10。(決議3)

各項殘留安全容許量，均是在確保國人健康及依據科學數據的前提下，所訂作為市售及進口產品的管制界線，並非影響民眾健康的危害值。將持續加強邊境及市售產品查驗，為民眾食的安全把關。

待審議事項辦理情形(2/3)

- ◆ 應增進參與國際會議成效，凍結「食品藥物管理業務—藥品及新興生技藥品管理業務」之出國經費1/5。(決議15)

積極參與國際藥政管理法規相關會議(包含ICH,DIA等)，可與國際發展趨勢接軌，達到藥品法規協和化，並有助洽簽藥物合作MOU或MRA，協助國內製藥產業全球化。

- ◆ 辦理醫療器材法規研擬、宣導及衛教宣導等經費應開源節流，凍結「食品藥物管理業務—醫療器材及化粧品管理業務」經費50萬元。(決議4)

醫材產業蓬勃，態樣繁多，異業投入普遍，頻傳不當或不法事件，醫材業務之宣導與衛教，可建立使用者正確觀念及提升醫材上市後之安全有效。

- ◆ 應加強肉品安全管制，凍結「食品藥物管理業務—區管理中心業務」經費500萬元。(決議5)

從源頭管理、邊境查驗及市場稽查檢驗等面向，執行並加強邊境及市售肉品之衛生安全查驗與抽驗，以確保市售肉品之衛生安全。

待審議事項辦理情形(3/3)

- ◆ 應改善市售蔬果殘留農藥過量問題，凍結「食品藥物管理業務一區管理中心業務」經費 500萬元。(決議6)

每年均針對監測計畫進行風險評估，並適時調整農產品檢測品項及農藥檢驗項目，提高高風險產品的抽驗比例，善盡市售蔬果安全把關之責。



以上簡報敬請指教、支持！
各項決議詳細資料請參閱書面
報告。謝謝！

