



立法院第8屆第6會期
社會福利及衛生環境委員會

衛生福利部主管
103 年度單位預算凍結案報告
(書面報告)

報告人：衛生福利部部長 蔣丙煌

目次

壹、	衛生福利部業務報告.....	1 ~ 7 7
貳、	食品藥物管理署業務報告.....	7 7 ~ 9 3
參、	中央健康保險署業務報告.....	9 3 ~ 9 7
肆、	國民健康署業務報告.....	9 7 ~ 9 9
伍、	社會及家庭署業務報告.....	9 9 ~ 1 1 3

衛生福利部

103 年度單位預算凍結案報告

主席、各位委員女士、先生：

今天承邀就本部主管之 103 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部衛生福利政策，使能繼續向前邁進，表達最為誠摯的敬意與謝忱。

大院審議本部主管 103 年度單位預算，對於部分工作計畫作成凍結預算之決議有 68 案，凍結預算數計 16 億 5,061 萬 9,000 元，包括：本部 41 案，金額 14 億 9,242 萬元；食品藥物管理署 15 案，金額 1 億 3,419 萬 9,000 元；中央健康保險署 3 案，金額 1,000 萬元；國民健康署 1 案，金額 500 萬元；社會及家庭署 8 案，金額 900 萬元。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，俾利本部暨所屬機關依既定之施政計畫及業務內容執行。

壹、衛生福利部業務報告：

歲入部分：

(一)第 3 款第 196 項決議事項(一)、(二)、(三)

本部「使用規費收入」項下「資料使用費、場地設施使用費、服務費」共計編列 1,700 萬元，針對國人健康統計資料，政府若有其他計畫與用途，應擬定政策法律明文規範使用範疇乙節，說明如次：

1. 本部健康資料之使用，均依據法規辦理，提供統計分析前，足以識別個人之基本資料需先經去識別化處理。
2. 健康統計資料管理運作均以周延之個人隱私保護為絕

對優先原則，並依據統計原則，訂定嚴謹的作業規定，概述如下：

- (1). 申請者必須在實體隔離的獨立作業區內以限時、限欄位方式使用經逐次加密及模糊化之資料，進行統計分析。
 - (2). 前項處理僅產出集體性結果，處理過程及產出之結果，均無任何個人資訊可資辨識。結果攜出前需符合初審及複審之程序，且僅能攜出集體性統計結果，絕無任何個人資料外釋。
 - (3). 得申請之條件為：本部及附屬機關之業務需求；其他政府機關之業務需求；各級學校、學術研究及其他專業機構之研究需求。
3. 本部並已成立「衛生福利資料統計應用管理審議會」，並於9月10日召開第一次會議，就健康資料法制化規劃、管理制度、資料使用及資訊安全等重要事項進行審議，並決議針對健康資料應用法制面作業之研議與推動，應先蒐集公民團體與學者專家之意見及參考先進國家在健康資料應用法制規範的作法及經驗，以為我國研訂資料應用專法之內容範疇及授權之參考。
4. 綜上，各項健康資料之使用已不具個資辨識性，且為統計目的並僅能攜出經處理後之整體統計結果，應無侵害個人健康資訊自主權；本項作業對實證醫學、衛生政策、國民健康促進、衛生醫療研究之提升等公共利益具實證效益，敬請惠予支持，准予動支。

歲出部分：

一、衛生福利部預算

(一)第1項決議事項(一)

本部預算編列 1,018 億 5,160 萬 5,000 元，針對長照十年計畫各項服務預算編列不足以支應執行現象，重新推估服務量與所需經費明細、說明未來數年預算編列規劃及期中檢討乙節，說明如次：

1. 查長照計畫整體服務量占老年失能人口比率，已從 97 年 2.3%，提高到 103 年 8 月 32.2%。
2. 為因應長照服務使用提升，本部積極爭取預算，104 年度長期照顧項目編列預算共計 48 億 1,141 萬 8,000 元，其中含推動「我國長期照顧十年計畫」經費 43 億 8,731 萬 8,000 元；及建構初級預防照顧體系相關經費 4 億 2,410 萬元(含社區照顧關懷據點、初級預防老人文康休閒服務及失智症老人團體家屋)，較上年度 41 億 6,095 萬 6,000 元，增加 6 億 5,046 萬 2,000 元，成長 15.63%；其中社政增加 6 億 0,996 萬 3,000 元，成長 15.97%，評估應能滿足既有規模(原補助時數及標準等)之經費需求；衛政增加 4,049 萬 9,000 元，成長 11.85%。
3. 前項經費之用途，經檢討確實依民眾需求及各縣市實際服務情形，重新推估 103 年人口成長自然增加高齡服務對象約 46 萬人，較 102 年增加 1 萬 5,000 人，長照整體服務量之提高則包括：長照十年計畫服務占老年失能人口涵蓋率提高 3%(含喘息服務人數成長 6%、人次則提高 10%)、推動長照服務網計畫(含社區化長照服務據點、失智症社區服務及 120 所日間照顧等)。
4. 另，長照服務法通過後，將設置長照基金以獎勵發展長照資源，以完成長照基礎建設，普及長照服務網絡，並優先加強發展及獎勵社區式及居家式長照服務。
5. 為完善長照制度發展，穩定長照服務財源，落實風險分擔全民互助之精神，本部將於 103 年將長照保險法草案送行政院審議。

6. 隨著民眾長照需求逐年增長，本部積極健全長照制度，落實推動長照計畫及提升各項服務執行效益，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各項服務之經費，若凍結本預算，恐影響失能民眾之長照服務。
7. 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，准予動支。

二、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(七十六)

本部「科技發展工作」項下「推動衛生福利科技發展與管理」之獎補助費編列 1 億 2,430 萬 5,000 元，針對編列之補助經費難見實際成效，且獎助學術論文部分，也未見本部提出具體佐證乙節，說明如次：

1. 本部「科技發展工作」項下之「推動衛生福利科技發展與管理」計畫，編列 1 億 2,430 萬 5,000 元獎補助費，係配合本部業務，建置政策制定之實證基礎及協助建構醫藥衛生產業發展之優勢環境，執行以下計畫，其重要成果說明如下：
 - (1). 以醫藥科技評估建置衛生資源分配機制計畫：近 2 年(101 至 102 年)進行醫藥科技研究評估共 137 件；提供規劃政策建言 7 篇研究報告；持續收集及分析各國目前藥品評估最新做法，以建置衛生資源分配機制，合理分配有限的醫療資源。
 - (2). 衛生福利科技政策相關研究計畫：辦理健康資料增值產業化推廣；代謝調控在癌症、老化的前瞻性科技研究及其他各類衛生福利特殊或緊急事件等研究。

- (3). 科技交流及科技環境建置：近 2 年辦理超過 100 場之培訓活動，共計超過 5,500 人次參與，厚植產業人才所需；完成提供 26 家部立醫院免費考科藍圖書館(CoChrane Library)資料庫，加速研究成果能落實於應用層面。
 - (4). 辦理國際及區域性研討會、論文發表：為推動國際衛生交流，強化我國國際學術科技研討會能量，提升我國國際衛生地位與能見度，以促進醫藥衛生政策發展之宗旨。
2. 前揭就辦理國際及區域性研討會、論文發表，計編列 350 萬元，相關工作執行方式及成效說明如下：
- (1). 補助方式：依據本部「補助辦理學術科技研討會作業要點」及「補助研究論文出版費用作業要點」規定辦理。
 - (2). 計畫審查：本部得逕審查或請專家學者審查後，依會議辦理目的及成效予以補助，並加註本部為贊助單位，如有賸餘，應就賸餘部分按補助比例繳回。
 - (3). 成果效益：
 - I. 國際研討會：為提高臺灣於國際衛生之能見度，並強化國內整體醫藥衛生科技能量，本部囿於經費有限，以補助國際大型或亞太區之研討會為優先，近 2 年(101 至 102 年)共計補助 50 件，擇優補助國際或亞太區之研討會共 36 件。
 - II. 論文出版：協助臺灣醫誌(JFMA)水準及品質的提升，並合作刊載本部及所屬機關之衛生政策宣導或說明，截至 102 年 12 月止，本部共計有 10 篇文章接受刊登，有利提升臺灣衛生政策於國際之能見度。
3. 綜上，本部編列預算辦理推動衛生福利科技發展與管

理計畫，實有其必要，且於編列 103 年度預算時，已依業務覈實估列，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(七)

本部「科技發展工作」項下「推動衛生福利科技發展與管理」之捐助醫療藥品查驗中心執行「以醫療科技評估建置衛生資源分配機制」編列 3,439 萬 7,000 元，針對相關工作並未包含長照服務體系及長照服務保險制度乙節，說明如次：

1. 醫療科技評估(HTA)乃國際公共衛生趨勢，其素為各國政府視為衛生資源分配機制的重要參考依據。尤其，為落實 WHO 倡議之「健康全面覆蓋」理想，目前世界各國政府皆全力投入大量資源挹注，積極發展 HTA。
2. 我國醫療科技評估的推動始於 2000 年，2008 年財團法人醫藥品查驗中心正式成立醫藥科技評估組，主要任務為協助中央健康保險局(即今之健保署)進行藥品給付決策。隨著二代健保的實施，本部參考各國經驗，委託查驗中心成立「國家醫療科技評估中心」籌備辦公室，積極籌劃獨立運作的「國家醫療科技評估中心」，以期 HTA 工具於衛生資源之分配能永續經營。
3. 為加強推動醫療科技評估在長照服務上的應用，財團法人醫藥品查驗中心(CDE)已展開以下具體規劃：

(1). 國外成功經驗搜尋：

1. 醫藥科技評估應用於長照服務是國際趨勢，如：加拿大 HTA 組織 CADTH 在 2008 年曾針對長照機構住民使用髖關節護具在髖骨骨折預防上的臨床效益與經濟評估，進行醫療科技評估，並制訂相關指引。

- II. 醫藥科技評估組參考加拿大CADTH的成功案例，目前已撰寫完成即將在CDE電子報上發表「醫療科技評估在長照服務上的應用-加拿大CADTH的經驗」一文，宣示將開拓HTA與長照服務的合作模式。
- (2). 醫藥科技評估應用於長照服務，今年將以失智症照護為例，建立HTA應用於長照服務的具體模式。
 - I. 近年來失智症人數逐年成長，本部為完善長期照護服務，已將失智症長照服務納入長期照顧十年計畫。
 - II. 對失智症用藥進行醫療科技評估，做成臨床效益評估、經濟評估及預算衝擊等報告，協助決策者在有限資源的情況下，為失智症患者提供有效的用藥。
 - III. 跌倒是高齡者、失智症者造成骨折甚至死亡的重要危險因子，將針對常見預防跌倒的輔具進行HTA評估，協助患者與長照服務機構選用有效且符合經濟效益的跌倒預防策略與用具。
- (3). 有關輔具科技研究目前執行情形如下：
 - I. 為瞭解我國輔具科技研究與相關資源整合情況，已於今年3月拜會國立陽明大學ICF暨輔助科技研究中心，該中心研究團隊自2001年10月接受內政部委託成立「內政部多功能輔具資源整合推廣中心」，其經驗有助於我們未來進行長照服務相關之輔具HTA評估。
 - II. 參加國立陽明大學ICF暨輔助科技研究中心所舉辦之長照輔具租賃論壇，實際參與學者、廠商及各界代表的討論，以瞭解政府有關長照服務之輔具政策。

III. 持續關注與長照有關之輔具科技，除蒐集國內外各類相關文獻，例如失智症輔具的成本效果分析文獻回顧，也定期透過輔具資源路口網電子報獲取相關新知，持續關注國內與長照服務相關之輔具資訊，例如身心障礙者輔具費用補助辦法。

IV. 透過學研合作，與相關科系如物理治療學系、職能治療學系等合作，開始初步進行長照服務相關輔具科技評估，目前選定人工電子耳作為先驅研究(pilot study)，以發展相關議題的 HTA 評估方法學。

(4). 有鑑於國人在自費醫療科技的選用上，經常缺乏相關資訊，未來 HTA 將透過各種便民方式(如網站或手機 app 程式)，提供醫療科技評估相關資訊，包括臨床效益、對病人家庭影響等，協助國人與長照服務機構在相關醫療科技項目做出正確之選用。

4. 本部持續推動長照相關政策，長照服務的具體模式亦勢必朝更多元化發展，因此，亟需運用醫療科技評估工具協助推動政策，若經費凍結，將影響本部長照服務政策推動之效益。綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為持續長照服務大業的推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 1 項決議事項(二)

本部「科技發展工作」編列 8 億 7,927 萬 9,000 元，針對過去委辦之研究案常有虛報費用之情事，且經費編列較去年大幅成長乙節，說明如次：

1. 有關委辦之研究案常有虛報費用之情事乙節，說明如下：

(1). 計畫徵求議價：本部委託科技計畫徵求及執行過程

均依據政府採購法辦理徵求，並成立評審委員會，提出建議金額後辦理議價作業。

(2). 計畫經費編列：本部委託科技計畫經費之編列，係依據「衛生福利部及所屬機關科學技術類委託研究計畫經費使用範圍及編列基準」，核實編列各項計畫內容及經費，並經本部審查核可後，再簽約執行。計畫內容及經費明確，無浮編之可能。

(3). 計畫驗收結案：計畫契約價金之給付採分段查驗、分期付款，經本部查驗通過同意承作廠商履行契約應辦事項後撥款。若有未達成契約應辦事項之情形則予以減價。

綜上，本部委託研究計畫經費之編列及核銷結案，均依照政府採購法及本部相關規定辦理，絕無虛報情事。

(4). 財務查核機制：針對補捐助計畫，由本部派員或陪同審計部人員前往，或委託專業之財會機構辦理實地查核。查核之頻率，屬於本部捐助成立財團法人部分，每三年至少查核一次；屬於申請就地查核，但原始憑證於查核後攜回部內留存部分，每年度均應辦理查核；其餘，經逐年檢討，依風險評估結果擇定受查機構，實地抽查比例以占該部分補(捐)助經費至少達百分之 10%，其中私立機構占其補(捐)經費不得低於百分之 12%，並對缺失較多之機構特別加強查核及督導。各年度就地查核計畫須敘明整體之風險評估情形，予以擇定受查機構循序核定後實施。

2. 有關 103 年度衛生福利部科技發展工作經費較 102 年度法定預算增加乙節，係因本部為無縫銜接二代健保、長期照護保險，完善我國社會保險制度，提出「以醫療科

技建構社會保險永續發展藍圖計畫」及為提升偏鄉醫療的可近性及對弱勢族群之照顧，達到世界衛生組織(WHO)所倡議之健康平等(Health equity)目標，提出「建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網計畫」。此外，為提供國人無所不在的健康環境，利用本國優良之資通訊產業及技術提供更人性化、便利、高效率的雲端健康服務，提出「臺灣健康雲」計畫，主要工作內容說明如下：

(1). 「以醫療科技建構社會保險永續發展」：

- I. 衛生資源配置與醫療科技評估(HTA)：建置全民健康保險醫療資源分配機制，促進新醫療科技之利用，針對各種醫藥科技(藥品、醫材、醫療服務及政策應用)，發展科學評估機制，加速新醫藥科技納入給付，並淘汰不具價值的舊有醫療科技，合理分配有限的醫療資源。
- II. 社會保險與 e-Health：為無縫銜接新一代健保及長期照護保險，除檢討二代健保各項新措施之成效，並預先擘劃長期照護服務與保險所需之實證基礎，期以 e-Health 驅動健保改革，並使長期照護各種規劃發展得以實現，將研究如何運用各種資通訊科技，減少對服務提供者的衝擊與影響，並透過資料分享、知識管理機制的設計，共同以民眾為中心，建構新一代社會保險資料加值應用服務，擴大 e-Health 在健康照護的應用範圍。研究主題包括：新一代全民健康保險、建構長期照護保險永續發展藍圖、以電子病歷作為醫療品質評估工具及電子病歷相關法規研修等。
- III. 長期照護與銀髮智慧屋, GIS, LTC Data Bank：以銀髮族數位生活空間之需求為研究方向，使用前瞻資通訊科技來發展人與環境間關鍵技術，達成

以資通訊科技打造適合銀髮族居住之智慧生活空間，協助健康、快樂、尊嚴之老化。研究主題：分析相關法規與適用性，發展永續之營運模式。計畫目的係以環境輔助生活聯合方案(Ambient Assisted Living, AAL)為主軸的長期照護服務，並透過電子化健康(e-Health)的發展運用，將全民健保與長期照護服務及保險加以整合，建構最完善的社會保險體系，無縫銜接新一代健保與長照服務，增進全體國民健康。

(2). 「建構偏鄉資訊醫療照護網及健康照護發展計畫」：

- I. 縮短城鄉數位差距，提供優質醫療服務：全面性建置偏鄉地區資通訊科技基礎建設，網路佈線增加建置至 376 個巡迴醫療點。
- II. 建構雲端交換平臺，共享醫療照護資訊：運用科技雲端交換平臺建置，促使衛生所與醫療機構之醫療資訊串接與交流。
- III. 提高偏鄉醫療可近性、完整性與效率性：全面性進行遠距醫療與遠距健康照護，藉視訊與醫學影像、生理量測等醫療資訊科技系統，支援與強化衛生所醫療照護功能。
- IV. 提供偏鄉全方位之健康促進與醫療照護：建構偏鄉數位資訊醫療照護網，促進衛生所與大型醫療機構支援合作機制，達成民眾全方位之健康促進與醫療照護。
- V. 降低偏鄉民眾因醫療照護所增加之支出：偏鄉基層醫療服務功能增強後，可減少民眾鄉外就醫，進而降低民眾所耗費交通及社會成本等醫療照護支出。

VI. 提升偏鄉民眾保健與醫療照護之滿意度：藉由本計畫建構偏鄉數位醫療照護網絡，地區民眾的預防保健與醫療健康照護服務，可在地化獲得完整性、連續性與效率性服務，提升民眾對醫療服務獲得之滿意度。

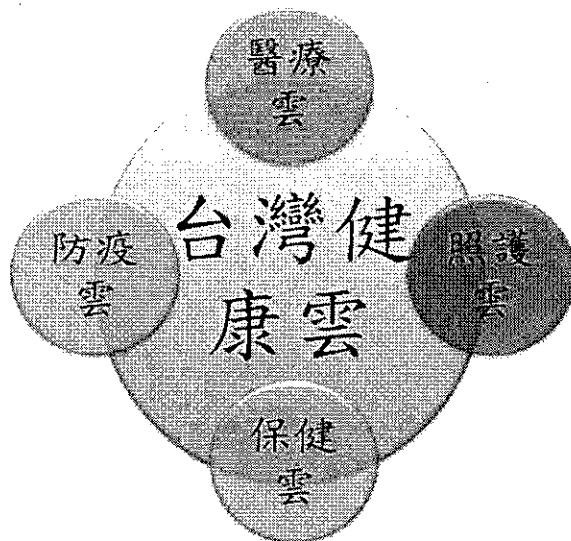
(3). 「臺灣健康雲計畫」：

計畫內容：本計畫分成「醫療雲」、「照護雲」、「保健雲」及「防疫雲」4項子計畫，各項內容如下：

- I. 「醫療雲」：電子病歷雲端化。
 - i. 完成電子病歷雲端化之整體基礎架構。
 - ii. 辦理偏鄉衛生所電子病歷及加簽作業。
 - iii. 發展醫療雲端服務環境並強化本部醫院安全資訊環境。
- II. 「照護雲」：遠距健康照護服務雲端化。
 - i. 整合遠距健康照護團隊之照護管理系統資源，提升跨區域遠距健康照護服務整合性。
 - ii. 發展「雲端化遠距健康照護管理系統」。
 - iii. 建立即時性「智慧化政策分析決策支援服務」功能。
- III. 「保健雲」：建立健康促進與預防保健雲端化。
 - i. 資料庫盤點與加值應用需求探討。
 - ii. 資訊智慧加值應用平臺與標準作業規範建置。
 - iii. 加值應用評選表揚與宣導推廣。
- IV. 「防疫雲」：防疫資訊雲端化。
 - i. 運用醫院電子病歷進行傳染病通報計畫。
 - ii. 實驗室傳染病自動通報系統暨跨院所實驗室資料雲端交換平臺。

(4). 預期效益：

- I. 促進全國醫療院所實施電子病歷，達成交換互通之目標，提升醫療品質。
- II. 藉由健康照護資訊標準化的推動，整合健康資訊，達成照護資訊連續性之目標，延伸現有醫療健康照護服務範圍，完善全人照護。
- III. 將國民健康及個人生活管理與行動化服務緊密結合，讓民眾可以隨時取得健康相關資料，提高個人健康資訊掌控能力，強化自我健康意識與自主權。
- IV. 藉由推動資料開放加值運用(Open Data)，鼓勵加值服務業者開發各式創新應用軟體，提升臺灣製造終端裝置附加價值，亦帶動智慧型簡易終端軟體業蓬勃發展。
- V. 簡化醫院端疫病通報流程及縮短疫情通報作業時間，降低通報人員及時間成本，提高防疫工作績效。



3. 綜上，本部編列預算辦理委託研究計畫，實有其必要，且於編列 103 年度預算時，已依業務覈實估列，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 1 項決議事項(三)

本部「科技發展工作」編列 8 億 7,927 萬 9,000 元，針對研究經費編列較去年增加，科技發展組之相關人員與委託單位有利益關係，以及科技發展工作與財團法人國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)研究計畫間應整併規劃乙節，說明如次：

1. 有關 103 年度本部科技發展工作經費較 102 年度法定預算增加乙節，係因本部為無縫銜接二代健保及長期照護保險，完善我國社會保險制度，提出「以醫療科技建構社會保險永續發展藍圖計畫」及為提升偏鄉醫療的可近性及對弱勢族群之照顧，達到世界衛生組織(WHO)所倡議之健康平等(Health equity)目標，提出「建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網計畫」。此外，為提供國人無所不在的健康環境，利用本國優良之資通訊產業及技術提供更人性化、便利、高效率的雲端健康服務，提出「臺灣健康雲」計畫，主要工作內容說明如下：

- (1). 「以醫療科技建構社會保險永續發展」：

- I. 衛生資源配置與醫療科技評估(HTA)：建置全民健康保險醫療資源分配機制，促進新醫療科技之利用，針對各種醫藥科技(藥品、醫材、醫療服務及政策應用)，發展科學評估機制，加速新醫藥科技納入給付，並淘汰不具價值的舊有醫療科技，合理分配有限的醫療資源。
- II. 社會保險與 e-Health：為無縫銜接新一代健保及長期照護保險，除檢討二代健保各項新措施之成效，並預先擘劃長期照護服務與保險所需之實證基礎，期以 e-Health 驅動健保改革，並使長期照護各種規劃發展得以實現，將研究如何運用各種資通訊科技，減少對服務提供者的衝擊與影響，

並透過資料分享、知識管理機制的設計，共同以民眾為中心，建構新一代社會保險資料加值應用服務，擴大 e-Health 在健康照護的應用範圍。研究主題包括：新一代全民健康保險、建構長期照護保險永續發展藍圖、以電子病歷作為醫療品質評估工具、電子病歷相關法規研修等。

III. 長期照護與銀髮智慧屋, GIS, LTC Data Bank：以銀髮族數位生活空間之需求為研究方向，使用前瞻資通訊科技來發展人與環境間關鍵技術，達成以資通訊科技打造適合銀髮族居住之智慧生活空間，協助健康、快樂、尊嚴之老化。研究主題：分析相關法規與適用性，發展永續之營運模式。計畫目的係以環境輔助生活聯合方案(Ambient Assisted Living, AAL)為主軸的長期照護服務，並透過電子化健康(e-Health)的發展運用，將全民健保與長期照護服務及保險加以整合，建構最完善的社會保險體系，無縫銜接新一代健保與長照服務，增進全體國民健康。

(2). 「建構偏鄉資訊醫療照護網及健康照護發展計畫」：

- I. 縮短城鄉數位差距，提供優質醫療服務：全面性建置偏鄉地區資通訊科技基礎建設，網路佈線增加建置至 376 個巡迴醫療點。
- II. 建構雲端交換平臺，共享醫療照護資訊：運用科技雲端交換平臺建置，促使衛生所與醫療機構之醫療資訊串接與交流。
- III. 提高偏鄉醫療可近性、完整性與效率性：全面性進行遠距醫療與遠距健康照護，藉視訊與醫學影像、生理量測等醫療資訊科技系統，支援與強化

衛生所醫療照護功能。

IV. 提供偏鄉全方位之健康促進與醫療照護：建構偏鄉數位資訊醫療照護網，促進衛生所與大型醫療機構支援合作機制，達成民眾全方位之健康促進與醫療照護。

V. 降低偏鄉民眾因醫療照護所增加之支出：偏鄉基層醫療服務功能增強後，可減少民眾鄉外就醫，進而降低民眾所耗費交通及社會成本等醫療照護支出。

I. 提升偏鄉民眾保健與醫療照護之滿意度：藉由本計畫建構偏鄉數位醫療照護網絡，地區民眾的預防保健與醫療健康照護服務，可在地化獲得完整性、連續性與效率性服務，提升民眾對醫療服務獲得之滿意度。

(3). 「臺灣健康雲計畫」：

計畫內容：本計畫分成「醫療雲」、「照護雲」、「保健雲」及「防疫雲」4項子計畫，各項內容如下：

I. 「醫療雲」：電子病歷雲端化。

i. 完成電子病歷雲端化之整體基礎架構。

ii. 辦理偏鄉衛生所電子病歷及加簽作業。

iii. 發展醫療雲端服務環境並強化本部醫院安全資訊環境。

II. 「照護雲」：遠距健康照護服務雲端化。

i. 整合遠距健康照護團隊之照護管理系統資源，提升跨區域遠距健康照護服務整合性。

ii. 發展「雲端化遠距健康照護管理系統」。

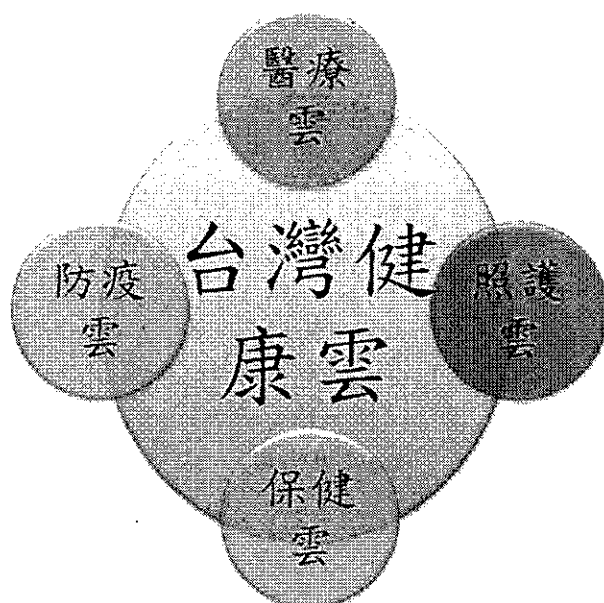
iii. 建立即時性「智慧化政策分析決策支援服務」功能。

III. 「保健雲」：建立健康促進與預防保健雲端化。

- i. 資料庫盤點與加值應用需求探討。
- ii. 資訊智慧加值應用平臺與標準作業規範建置。
- iii. 加值應用評選表揚與宣導推廣。
- IV. 「防疫雲」：防疫資訊雲端化。
 - i. 運用醫院電子病歷進行傳染病通報計畫。
 - ii. 實驗室傳染病自動通報系統暨跨院所實驗室資料雲端交換平臺。

(4). 預期效益：

- I. 促進全國醫療院所實施電子病歷，達成交換互通之目標，提升醫療品質。
- II. 藉由健康照護資訊標準化的推動，整合健康資訊，達成照護資訊連續性之目標，延伸現有醫療健康照護服務範圍，完善全人照護。
- III. 將國民健康及個人生活管理與行動化服務緊密結合，讓民眾可以隨時取得健康相關資料，提高個人健康資訊掌控能力，強化自我健康意識與自主權。
- IV. 藉由推動資料開放加值運用(Open Data)，鼓勵加值服務業者開發各式創新應用軟體，提升臺灣製造終端裝置附加價值，亦帶動智慧型簡易終端軟體業蓬勃發展。
- V. 簡化醫院端疫病通報流程及縮短疫情通報作業時間，降低通報人員及時間成本，提高防疫工作績效。



2. 有關針對 101 年度科技發展委託研究計畫，委託予臺北醫學大學及雙和醫院件數及金額較往年為高乙節，說明如下：

(1).101 年度委託臺北醫學大學及雙和醫院，共計 5 件(新增 3 件，延續 2 件)，清單如下，計畫之徵求係依據政府採購法及本部委託研究計畫作業規定，對外公開進行招標。

計畫名稱	受委託單位	計畫主持人	金額(元)	決標日期(簽約日期)
護理人員領導與管理能力建構與發展之研究 (照護司)	衛生福利部 雙和醫院 (委託臺北醫學大學興建經營)	蔡瑞貞	572,894	決標 101 年 2 月 17 日 公告:100 年 9 月 27 日 ~100 年 10 月 18 日 審查: 100 年 11 月 28 日
醫療機構呼吸照護病房營運模式與照護品質之探討 (照護司)	財團法人臺北醫學大學	莊秀文	1,949,645	決標:101 年 2 月 17 日 公告:100 年 9 月 27 日 ~100 年 10 月 18 日 審查:100 年 11 月 28 日
新制身心障礙鑑定制度之試行結果評	財團法人臺北醫學大學	賴甫誌	1,237,000	決標:101 年 6 月 22 日

估(照護司)				公告:101 年 3 月 30 日 ~4 月 18 日 審查:101 年 5 月 8 日
教學醫院教學費用 補助計畫成效評估- 以護理人員與藥劑 人員為例 (照護司)	財團法人臺 北醫學大學	邱瓊萱	940,000	決標:101 年 1 月 9 日 公告:後續擴充無公告 審查: 100 年 12 月 8 日
全民健保醫療費用 總額分配制度之試 行結果評估 (健保會)	財團法人臺 北醫學大學	許怡欣	1,750,000	決標:101 年 1 月 9 日 公告: 後續擴充無公告 審查:100 年 12 月 5 日

(2). 查本部 100 至 102 年度新增委託臺北醫學大學及雙和醫院之研究計畫說明如下：

- I. 100 年度委託臺北醫學大學執行研究計畫計 2 件(新增，約 280 萬元)。
- II. 101 年度委託臺北醫學大學計 2 件(新增，約 290 萬元)及雙和醫院執行研究計畫計 1 件(新增，約 57 萬元)。
- III. 102 年度委託臺北市立萬芳醫院執行研究計畫計 1 件(新增，約 210 萬元)，委託臺北醫學大學及雙和醫院執行之研究計畫 0 件。
- IV. 綜上，就計畫件數與金額，皆未有提升之現象。另外，目前督導本部科技發展組業務之主管，其上任時間為 101 年 4 月底，當時 101 年度相關計畫招標程序都已完成，絕無涉及任何利益問題，一切可受公評。

(3). 利益迴避原則：

- I. 審查委員利益迴避：
 - i. 遴選委員方式：委員遴選名單自公共工程委員會

專家學者資料庫遴選之專家學者建議名單或自該會「最有利標標案管理系統」自動遴選 5 倍之專家學者建議名單。

ii. 成立採購評選委員會：依據政府採購法第 94 條規定成立採購評選委員會，公正辦理評選，以避免爭議。

iii. 簽署「採購評選委員同意暨聲明書」：於聘請採購評選委員時，要求委員詳閱「採購評選委員會委員須知(含利益迴避原則)」，確實遵守利益迴避，以及於召開「採購評選委員會」進行計畫審查前，再次對委員重申利益迴避原則。

II. 承辦採購人員利益迴避：本部委託科技研究計畫之對外徵求作業，由本部科技發展組及本部計畫研提單位(業務管理單位)共同承辦，且承辦、監辦採購人員對於與採購有關之事項，依據採購法第 15 條第 2 項進行利益迴避。

3. 本部科技發展工作與國衛院研究計畫間應整併規劃，以達有限資源之效益最大化原則乙節，說明如下：

(1). 為強化本部科技規劃方式，自 103 年度起採行『由上而下(Top-down)』方式，以『解決政策問題』為導向，進行跨領域、跨單位(含國衛院)之整合規劃。而國衛院之成立宗旨與任務即為促進國人健康福祉，因應國家衛生政策研擬之需要，進行任務導向的衛生政策研發計畫，一方面完備充實衛生政策研發基礎建設，另一方面因應國家當前政策實務的需要，提出政策建言。

(2). 105 年度行政院審議全國科技預算時，將引入「活水庫」概念，將科技預算額度分為「政策額度」、「基本額度」、「自主額度」、「國家型科技計畫」等四類，

均有回流(收)機制予以調控四者比例。其中，有關「政策額度」類別，又分以下兩類：

- I. 院推動：須符合行政院重大計畫定義(如：總統、院長指示或交辦重大科技事項、行政院交付主管機關規劃重大科技事項、行政院重大科技策略會議決議重要事項)。
 - II. 部會署：係部會配合國家推動之重要政策議題或具急迫性之新興科技研發課題，且於基本額度及自主額度無足夠經費支應時，得依據部會科技預算總額大小限定提案數(本部為上限 3 件，若有跨部會署計畫得多加 1 件；總額不可超過新臺幣 6 億元)。
- (3). 為配合上述行政院審議制度之改變，本部已由上而下規劃 8 項研究主題，各有主政單位負責召集相關單位進行規劃討論，預計 10 月底前完成構想書。作業方式如下：由主政單位蒐集該議題之政策依據，提出計畫架構草案後，提供各單位參考並於會前先提案；之後，邀請各單位、外部專家業於 9 月上旬完成各議題的規劃會議。確認計畫架構及各單位提案後，再依據行政院規定之構想書格式，於 10 月底前完成彙整。
- (4). 本部邀請國衛院積極參與各項議題之規劃討論，並擔任其中 2 項議題之主政工作，除與本部各單位進行整合外，更積極協助各單位進行規劃，充分發揮科技智庫的角色。

類別	議題	主政單位	參與單位
院推動	1. 生技產業	科技組	食藥署、疾管署、健保署、中醫藥所、綜規司、醫事司、統計處、醫藥品查驗中心、國衛院
	2. 氣候變遷	國衛院	疾管署、健保署、健康署、綜規司、醫事司
	3. 社會福利	社家署	統計處、食藥署、國衛院、社工司、社保司、保護司
	4. 智慧科技應用	資訊處	疾管署、健保署、健康署
	5. 食品雲	食藥署	農委會、經濟部
部會署	1. 兒童	健康署	食藥署、疾管署、健保署、社家署、心口司、國衛院
	2. 老化/長期照護	國衛院	食藥署、疾管署、健保署、健康署、社家署、照護司、保護司、中醫藥司、中醫藥所
	3. 性別平等	綜規司	疾管署、保護司、社家署、國衛院

4. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(五)第 1 項決議事項(四)

本部「科技發展工作」編列 8 億 7,927 萬 9,000 元，針對科技研究成果採行率偏低乙節，說明如次：

1. 本部 102 年度科技發展計畫成果：

- (1). 出版科技成果暨績效彙編：為讓各界瞭解本部科技計畫之重要研發成果及其推動成效，本部 103 年度出版「102 年度科技發展計畫成果暨績效報告彙編」，旨揭成果包含研究成果發表共計 1,945 篇(含國內期刊論文 163 篇、國外期刊論文 1,035 篇、國內研討會論文 242 篇、國外研討會論文 502 篇、

國內專著 3 篇)。技術創新部分，共完成 510 篇技術報告、提供 1,606 項技術創新；獲得 43 項國內專利及 38 項國外專利；並進行 1 項技術輸出(計 1,800 萬元)，13 項技術擴散(計 1 億 6 千餘萬元)。

(2). 上述成果本部已於 103 年 9 月 2 日以衛部科字第 1034060652 號函，函送本部及所屬機關、各大專院校圖書館及相關計畫之審查委員。

2. 有關依據行政院研考會「行政院所屬各機關 101 年度研究發展成果年報」分析指出，本部 101 年度總研究經費 33 億 9,531 萬 5,000 元，採行比率僅為 32.06%乙節，說明如下：

(1). 科技計畫成果轉譯：科技計畫完成至實際運用需要一段轉譯期，成果方能進一步被採行用於政策，以及部分計畫屬多年期計畫，待全程計畫完成後，成果方能納入政策採用，以 100 年度為例，若調查前 100 年度已結案計畫之參採情形，實際採行比例由剛結案時的 37.04%，經過一年的轉譯期後提升至 43%。

(2). 由於行政院研考會「行政院所屬各機關 101 年度研究發展成果年報」係由 GRB(政府研究資訊系統)直接下載輸出，未經本部查證。經查本部 101 年度科技研究經費為 40 億 4,716 萬 3,000 元，採行比率為 57.5%。

(3). 為提升本部計畫成果採行率，本部於 103 年 7 月 15 日召開之 105 年度 Top-down 政策額度計畫論會議決議，科技研究計畫之成果運用(包含採行率)，將納入年度科技預算分配之考量。另，在規劃 105 年度科技計畫的政策額度計畫時，皆請提案單位列

出成果產出的預計使用單位，並於成果產出後，召開成果評估會議，追蹤預計使用單位，檢視成果轉譯情形。利用上揭機制以提升本部科技研究成果之採行及應用。

3. 有關提供本部綱要計畫書可行性、過去績效、預算額度、辦理自評結果、優先順序、新增計畫之細部計畫書及預算明細表等乙節，本部已於 102 年 12 月 3 日以衛部科字第 1024080378 號函送 大院。
4. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(六)第 1 項決議事項(五)

本部「科技發展工作」項下編列 8 億 7,927 萬 9,000 元，針對本部推動電子病歷計畫，推動績效偏低乙節，說明如次：

1. 本部推動電子病歷，積極辦理「電子病歷互通應用補助計畫」、「山地離島偏遠地區電子病歷製作管理及交換系統建置案」等案，102 年度完成與電子病歷交換中心介接醫院數已由 142 家增加為 265 家，並有 48 家山地離島偏遠地區衛生所透過電子病歷交換中心調閱電子病歷。103 年度預計完成所有醫學中心與區域醫院之建置。
2. 為持續推動電子病歷，本部將辦理以下工作：
 - (1). 研訂增加可交換的電子病歷類別單張，並擴大推動互通調閱應用，落實電子病歷實施效益。
 - (2). 持續推動山地離島偏遠地區衛生所電子病歷製作管理系統建置，並落實互通交換。
 - (3). 推動全國 200 家衛生所及全國 500 家西醫診所，於 104 年底均可進行電子病歷調閱。
3. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持

續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(七)第 1 項決議事項(六)

本部「科技發展工作」項下編列 8 億 7,927 萬 9,000 元，針對本部推動電子病歷計畫推廣成效雖逐步成長，然而目前電子病歷之相關管理配套機制，對病患個資難以保障，且對研發電子病歷之程式廠商無相關法規限制，應進行通盤檢討乙節，說明如次：

1. 有關對病患個資之保障，本部說明如下：

- (1). 電子病歷推動係依據「醫療法」、「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」及「個人資料保護法」等法規推動，以保障個人隱私為首要工作，故採行以同意書簽署方式。
- (2). 依據醫療法第 70 條規定，醫療機構之病歷，應指定適當場所及人員保管，並至少保存 7 年。但未成年者之病歷，至少應保存至其成年後 7 年。另依「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」第 3 條規定，醫療機構電子病歷資訊系統應符合管理措施相關規定。
- (3). 各級醫療院所實施電子病歷交換時，均有下述資訊安全及病歷隱私權之保護措施：
 - I. 凡未符合本部所公告電子病歷交換標準及規範而產製之交換單張，均無法上傳至醫院端閘道器。
 - II. 電子病歷交換中心建置於 VPN(Virtual Private Network)網路，避免遭受其他網路惡意攻擊。
 - III. 調閱、下載病人電子病歷之前，病人需先行簽署同意書，並且必須藉由讀取醫事人員憑證 IC 卡及病人健保 IC 卡方可執行。
 - IV. 交換之電子病歷影像及其報告，均集中於醫院內

部之閘道器，電子病歷交換中心僅係彙整索引，以方便調閱、下載之作業。

V. 各醫療院所之電子病歷製作方式，係依「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之規定辦理，如各院所欲將電子病歷資料上傳電子病歷交換平臺，則需另以醫事憑證管理中心所簽發之醫事機構憑證加以簽章，以資加強確保資料傳輸之完整性，同時確保資料來源身分認證及不可否認性。

VI. 電子病歷交換中心所有作業，皆有權限之管控與紀錄。

VII. 醫院端閘道器所存放之電子病歷交換單張，未經取得資料庫之金鑰，無法直接存取資料。

2. 有關對研發電子病歷之程式廠商無相關法規限制，應進行通盤檢討，本部說明如下：

(1). 電子病歷之調閱係依相關法規據以推動，而電子病歷製作、交換、雲端平臺等相關廠商之投入，初期廠商家數雖然較少，但為過渡期現象，本部將致力電子病歷資訊作業機制的開放透明，以吸引較多業者投入。

(2). 本部推動醫療院所實施電子病歷，隨時掌握科技發展，加以評估、檢討及修正經驗，以持續推廣至其他醫療院所，提升效能並帶動產業。

3. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(八)第 1 項決議事項(七十七)

本部「科技發展工作」項下「提升臨床試驗國際競爭力計畫」之獎補助費編列 2 億 0,252 萬 3,000 元，針對本項計畫與 102 年度計畫目標一致，未見具體成效乙節，說明如次：

1. 103 年度「提升臨床試驗創新及競爭力計畫」與 102 年「卓越臨床試驗與研究計畫」，兩者計畫內容與目標並不相同，說明如下：
 - (1). 102 年度「卓越臨床試驗與研究計畫」：係為 4 年期計畫(99-102)之最後 1 年，該 4 年期計畫目的係建構以病人為主的臨床試驗體系、硬體基礎設施及人才培育為主，目前業已完成前述階段性任務。
 - (2). 103 年度「提升臨床試驗創新及競爭力計畫」：係屬於新一期 3 年計畫(103-105)的第 1 年，該 3 年期計畫目的係以鼓勵創新之 PI-initiated 臨床試驗與研究為目標，以建立臺灣成為亞洲最具競爭力的臨床試驗中心。103 年將重新招標，規劃增加臨床試驗中心家數，提升國際臨床試驗競爭力並協助國內產業研發所需之臨床試驗能量。
2. 102 年度計畫具體成果：執行中臨床試驗案件共計 970 件，國際臨床試驗計 386 件、本土臨床試驗計 322 件、PI 自發性臨床試驗計 262 件，促進與國際藥廠建立新藥及醫療器材研發合作，並帶動國內研發能量進入產業化，達到臺灣成為亞太地區臨床試驗與研究重鎮之目標。
3. 綜上，103 年度計畫與 102 年度計畫之目標與計畫內容實不相同，未有重複編列，編列預算辦理提升臨床試驗國際競爭力計畫，實有其必要，且本部於編列 103 年度預算時，已依業務覈實估列，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(九)第 1 項決議事項(七十八)

本部「科技發展工作」項下「建構偏鄉資訊醫療照護網及健康照護發展計畫」編列 1 億 0,773 萬 6,000 元，針對電子病

歷權責單位事出多頭，欠缺橫向協調整合乙節，說明如次：

1. 本案計畫預算非屬電子病歷之設置經費，合先敘明。
2. 本經費係為本部致力增加偏鄉醫療的可近性及弱勢族群之照顧，擬運用我國先進資通訊科技技術與醫療服務整合應用，透過雲端交換平臺，促使偏鄉衛生所與醫療機構之醫療資訊串接與交流，創造無縫介接醫療照護環境，讓偏鄉民眾也能共享都會地區醫療照護功能與品質，包括於偏鄉衛生所建置之醫療資訊系統(HIS 及 PACS) 及電子病歷雲端化、提升偏鄉地區網路基礎建設與頻寬、遠距健康照護服務據點設置及建置個人健康照護資料庫等計畫，以保障偏鄉民眾獲得高品質與完整性之醫療照護。
3. 另計畫預算亦涵蓋長期照護服務與護理業務之發展，包括推動長照資源即時調查盤點計畫、長照機構(居家式、社區式)評鑑指標規劃研究計畫、中期照護規劃研究計畫-以腦中風患者為例、建置全國家庭照顧者網絡、探討原住民族醫療照護模式-以口腔保健為例及其成效評估、護理人力流向調查計畫、醫院護理人員執行護理專業、照顧工作內容及時間配置初探等計畫，以促進護理及健康照護之品質提升。
4. 有關本部電子病歷之協調整合，說明如下：
 - (1). 有關電子病歷業務，本部成立「電子病歷發展會」，作為推動電子病歷之最高指導及進行決策，且整合各方不同意見，協助推動各項作業，並由具有醫療、醫管、資訊及法律相關背景之專家學者、本部及所屬機關主管組成。為加速解決電子病歷資源配置之管理及協調機制不足，自 102 年 4 月開始，已由部長親自擔任「電子病歷發展會」召集人，督導及策劃電子病歷相關醫療、技術、資訊安全、法律及

獎勵配套措施等事宜。

(2). 本部推動電子病歷，積極辦理「電子病歷互通應用補助計畫」、「山地離島偏遠地區電子病歷製作管理及交換系統建置案」等案，102 年度完成與電子病歷交換中心介接醫院數已由 142 家增加為 265 家，並有 48 家山地離島偏遠地區衛生所透過電子病歷交換中心調閱電子病歷。103 年度預計完成所有醫學中心與區域醫院之建置。

(3). 為持續推動電子病歷，本部將研訂增加可交換的電子病歷類別單張，並擴大推動互通調閱應用，落實電子病歷實施效益：

I. 持續推動山地離島偏遠地區衛生所電子病歷製作管理系統建置，並落實互通交換。

II. 推動全國 200 家衛生所及全國 500 家西醫診所，於 104 年底均可進行電子病歷調閱。

5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十)第 1 項決議事項(八)

本部「科技發展工作」項下「衛生與社會福利統計應用研究及健康增值應用雲端化服務計畫」編列 2,700 萬元，針對健康資料增值應用雲端化服務計畫既無法律授權，亦無法律規範限制使用者運用健康資料庫之用途，本部應儘速擬定相關法律規範乙節，說明如次：

1. 本部保管之各健康有關資料庫，係依據相關法令規定職務所蒐集。

2. 各健康資料之使用，均依據法規辦理，提供統計分析前，足以識別個人之基本資料需先經去識別化處理。健康統計資料管理運作均以周延之個人隱私保護為絕對優先

原則，並訂定嚴謹的作業規定，包含：

- (1)申請者必須在實體隔離的獨立作業區內以限時、限欄位方式使用經逐次加密及模糊化之資料，進行統計分析。
 - (2)前項處理僅產出集體性結果，處理過程及產出之結果，均無任何個人資訊可資辨識。結果攜出前需符合初審及複審之程序，且僅能攜出集體性統計結果。
 - (3)得申請之條件為：本部及附屬機關之業務需求；其他政府機關之業務需求；各級學校、學術研究及其他專業機構之研究需求。
3. 本部並已成立「衛生福利資料統計應用管理審議會」，並於9月10日召開第一次會議，就健康資料法制化規劃、管理制度、資料使用及資訊安全等重要事項進行審議，並決議針對健康資料應用法制面作業之研議與推動，應先蒐集公民團體與學者專家之意見及參考先進國家在健康資料應用法制規範的作法及經驗，以為我國研訂資料應用專法之內容範疇及授權之參考。
4. 綜上，該計畫之運作，對實證醫學、衛生政策、國民健康促進、衛生醫療研究之提升等公共利益具實證效益，另所編經費並無重複編列且業務推動確有實需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十一)第1項決議事項(九)

本部「科技發展工作」項下「衛生與社會福利統計應用研究及健康增值應用雲端化服務計畫」編列2,700萬元，針對健康資料增值應用在多重加密設計上仍有缺陷，本部應提出改善策略，以確實將民眾健康資料澈底去識別化乙節，說明如次：

1. 本部健康資料之使用，均依據法規辦理，提供統計分析前，足以識別個人之基本資料需先經去識別化處理。

2. 本部已於本(103)年2月參考美國 The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) 隱私規則的去識別化項目，加強去識別化作業，以周延個人隱私保護。
3. 去識別化後之資料，申請者仍須在實體隔離的獨立作業區內，進行統計分析，並僅能攜出經審核通過之集體性統計結果，故無侵害民眾個人資料隱私自主權之疑慮，且得申請使用資料之資格須為公務機關、學術機構或醫事機構。
3. 綜上，該計畫之運作，對實證醫學、衛生政策、國民健康促進、衛生醫療研究之提升等公共利益具實證效益，另所編經費並無重複編列且業務推動確有實需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十二)第 1 項決議事項(七十九)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」及「建立雲端醫療照護服務計畫」共編列 1 億 3,749 萬 1,000 元，針對電子病歷推動至 101 年底仍未達執行目標，102 年 4 月監察院提出糾正，本部欠缺橫向整合乙節，說明如次：

1. 本部成立「電子病歷發展會」，作為推動電子病歷之最高指導及進行決策，且整合各方不同意見，協助推動各項作業，並由具有醫療、醫管、資訊及法律相關背景之專家學者、本部及所屬機關主管組成。為加速解決電子病歷資源配置之管理及協調機制不足，自 102 年 4 月開始，已由部長親自擔任「電子病歷發展會」召集人，督導及策劃電子病歷相關醫療、技術、資訊安全、法律及獎勵配套措施等事宜。
2. 電子病歷互通計畫自 99 年開始逐步推動，期藉由醫療資訊環境提供醫療院所間電子病歷交換互通，提升醫療

照護能力，並降低醫護人員之負擔，101 年底醫院與電子病歷交換中心介接，已有 142 家。

3. 本部 102 年度積極辦理「電子病歷互通應用補助計畫」、「山地離島偏遠地區電子病歷製作管理及交換系統建置案」等案，102 年度完成與電子病歷交換中心介接醫院數已由 142 家增加為 265 家，並有 48 家山地離島偏遠地區衛生所透過電子病歷交換中心調閱電子病歷。103 年度預計完成所有醫學中心與區域醫院之建置。
4. 為持續推動電子病歷，本部 103 年將廣續研訂增加可交換的電子病歷類別單張，並擴大推動互通調閱應用，落實電子病歷實施效益，以達下列目標：
 - (1). 持續推動山地離島偏遠地區衛生所電子病歷製作管理系統建置，並落實互通交換。
 - (2). 推動全國 200 家衛生所及全國 500 家西醫診所，於 104 年底均可進行電子病歷調閱。
5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十三)第 1 項決議事項(十)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」計畫編列 9,175 萬 2,000 元，針對政府欠缺法律授權執行國人健康資料加值應用與電子化病歷交換政策恐損及國人健康資訊自主權，請本部研議立法或進行法規修正乙節，說明如次：

1. 經本部及醫療院所共同努力，102 年底已超過半數以上之健保特約醫院實施電子病歷並互通，馬總統於 102 年 11 月 25 日接見「2013 臺灣全球健康論壇」外賓時，特別肯定本部推動電子病歷之成效，預期在 2 年後，成為全世界第一個全國電子病歷流通的國家。
2. 103 年度本部將持續執行電子病歷各項工作，擴大推動

互通調閱應用，促進電子病歷實施效益。

3. 有關國人健康資料加值應用與電子化病歷交換政策，本部已著手進行相關法令檢討修訂，並將邀請相關專家及公民參與，共同檢視修訂方向，包含法令授權、人民退出機制、資料外洩責任歸屬及研究成果利益的回饋機制等，俾利電子病歷之整體與細部規劃、工作協調整合。
4. 綜上，本部謹依時程完成相關法制化工作，且編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十四)第 1 項決議事項(十一)

本部「科技發展工作」項下「建立雲端醫療照護服務計畫」編列 4,573 萬 9,000 元，針對該計畫將國人就醫病歷雲端化後，醫療機構互通等，並未訂定法律位階之規範，明定哪些資訊可互通交換，以及未建立機制確保病患對於自身的健康及醫療照護紀錄等資訊自主權權益乙節，說明如次：

1. 本部所屬醫院醫療資訊系統開發均以「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」及「個人資料保護法」為依據，已實施作法如下：

(1). 依據「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」：

- I. 制定醫院電子病歷存取、增刪、查閱、複製或維護之明確作業規範。
- II. 研訂電子病歷權限管控規範，依各類醫事人員及行政人員之業務，訂定其得存取之權限範圍。
- III. 對於電子病歷存取、增刪、查閱、複製、維護等作業，記錄其執行人員、時間及內容，併同電子病歷保存，供日後查閱。
- IV. 建立電子簽章機制，調閱電子病歷必須在病人簽署同意下及病人健保卡與醫事人員憑證雙卡才可

實施。

(2). 依據「個人資料保護法」：

- I. 各院進行個人資料之盤點(含書面、影音及電子...等資料)，並依個資法第 17 條規定，將個人資料檔案名稱、保有機關名稱及聯絡方式、個人資料檔案保有之依據及特定目的及個人資料之類別等事項公開於電腦網站，或以其他適當方式供公眾查閱。
 - II. 宣導員工於臺灣醫學院網站學習「個資法介紹及個資保護管理」數位課程，並視需要自行辦理其他相關課程。
 - III. 各院成立管理組織，依據個資法規定指定專人辦理，並設置個資保護聯絡窗口。
2. 本部 103 年度「電子病歷委託研究計畫」項下「電子病歷法規強化」乙案，係針對「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」之「電子病歷跨院調閱」及「敏感性電子病歷」提出修正方案，俟修正案通過後，本計畫相關系統開發及管理機制將遵循新規範。
3. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(十五)第 1 項決議事項(十二)

本部「科技發展工作」項下「建立雲端醫療照護服務計畫」編列 4,573 萬 9,000 元，針對該計畫 99 至 101 年「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」3 年補助 5 億 1,133 萬 9,000 元，且 102 年亦有電子病歷補助計畫，健保特約醫療院所應有其設備提升，可因應未來雲端業務乙節，說明如次：

1. 本部 99 至 101 年度「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」未將本部所屬醫院列入補助對象。

2. 另 102 年度「電子病歷互通應用補助計畫」補助內容為「出院病摘」、「門診病歷單」、「血液檢驗」、「醫療影像及報告」4 類電子病歷上傳至本部電子病歷交換平臺所需之軟硬體。
3. 因 102 年度補助計畫於 102 年 9 月 4 日公告，本部所屬醫院限於作業時程，未申請「醫療影像及報告」類之補助。
4. 前述補助項目與 103 年度雲端計畫建置內容不同，本部 103 年雲端計畫內容及目前計畫內各項目執行情形如下：
 - (1). 醫療影像判讀中心進階整合委外服務案：
 - I. 建置內容：
 - i. 擴充心電圖超音波判讀諮詢服務。
 - ii. 所屬醫院醫療影像 HASH 功能開發。
 - II. 計畫目標：支援偏遠、山地及離島衛生所醫療服務，提升醫療品質。
 - III. 辦理情形：已上網公告，訂於 11 月 18 日開標。
 - (2). 中低收入戶暨弱勢族群雲端健康資訊系統案：
 - I. 建置內容：
 - i. 中低收入戶健康評估系統中心建置。
 - ii. 監控指標分析管理系統。
 - iii. 雲端監控分析管理中心。
 - II. 計畫目標：強化本部醫院弱勢照顧功能，提升公醫品牌正面形象。
 - III. 辦理情形：已決標。
 - (3). 建置本部所屬醫院電子病歷主機備援(份)系統案：
 - I. 建置內容：
 - i. 建置附屬醫療及社會福利機構管理會及臺中備

援機房備援系統。

ii. 建置所屬醫院電子病歷主機備份系統。

iii. 擴充 99 年電子病歷主機設備(增購記憶體)。

II. 計畫目標：建構部立醫院新世代資料中心，以雲端計算為服務基礎，達節能減碳、高效能的醫療資訊服務，提升醫院服務品質。

III. 辦理情形：已上網公告，訂於 11 月 18 日開標。

5. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

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(十三)

本部「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」編列 15 億 7,346 萬 8,000 元，針對該計畫權利金收入與投入經費不成比例，技術研發預期效益差，以及人事費比率偏高乙節，說明如次：

1. 財團法人國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)是國內唯一任務導向型之醫藥衛生研究機構，在性質上與以 IT 科技研發以創造經濟價值的工研院有所不同。技術轉移帶來的經濟產值是該院轉譯研究過程中的一項附加效益。
2. 國衛院主要任務包含衛生政策、轉譯研究、生技醫藥產業推動等三大主軸。其中針對產業推動之績效指標，今年度該院已完成 7 件技轉授權案，授權總金額近新臺幣 1 億 7,000 萬元，並已取得約新臺幣 5,000 萬元之收入，皆創下該院歷史新高。此顯示該院雖僅有一部分預算用於協助國內生技醫藥之產業推動，但各項研發能量均已逐漸展露其良好經濟效益。

3. 國衛院研發效益除了以上述之「開源」(金錢收入)方式呈現外，亦可由「節流」(減少醫療支出)方式顯現。例如針對細菌抗藥性的監測研究，促使健保署修訂給付政策以防止抗生素濫用，進而協助政府節省每年約新臺幣12億元以上的健保給付支出。這些重大醫藥貢獻，無法僅以專利申請數量或技術移轉金額多寡呈現。
4. 為扶植國內生技醫藥產業升級並促使相關技術得以順利開發，國衛院於技轉初期僅收取合理之簽約金，並積極與廠商進行產學合作，協助加速產品研發及臨床試驗進行，俾利早日完成產品開發上市，即可取得較高之後期權利金收益，以彌補較低之前期授權金收益，共創產學雙贏。
5. 國衛院預算自 99 年起逐年遭刪減，雖該計畫人員未增加，但仍導致人事費占總經費之比例升高。而為執行本項計畫，在人員未增加而經費下降情況下，人事費用又為執行計畫之基本與必須。多年來該院亦盡力維持全院人事費比率不增加，並已施行人事費用檢討，諸如人事員額控管、遇缺才遞補等措施，未來將持續秉持撙節原則辦理。
6. 綜上，國衛院研發執行效益除技術授權外，在衛生政策諸如降低健保負擔、維護國人健康等無形效益，亦不容忽略，且該院亦已盡力維持全院人事費比例不增加，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(十四)

本部「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」編列 1 億 1,580 萬 3,000 元，針對科技部 103 年度預算中國家科學技術發展基金，亦編列執行生物、醫、農科學研究發展，其中包含

生技醫藥國家型科技計畫，恐有重複編列預算之疑慮乙節，說明如次：

1. 生技醫藥國家型科技計畫係由科技部主導，所需之經費則由各部會共同編列，該計畫共分六大分項包括「研究群組」、「臨床前發展群組」、「臨床群組」、「資源中心」、「產業化推動暨國際合作組」及「倫理、法律、社會影響組(ELSI)」等。其中，「研究群組」、「資源中心」、「產業化推動暨國際合作組」及「倫理、法律、社會影響組(ELSI)」等之經費編列於科技部，財團法人國家衛生研究院(以下簡稱國衛院)「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」則歸屬於「臨床前發展群組」，經費編列於本部。
2. 為有系統地彌補上游基礎研究到臨床前發展之缺口，國衛院「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」擔任產業價值鏈中的第二棒(中游)，從生技醫藥國家型計畫「研究群組」中或各研究單位，透過委員審查之評估機制，挑選具新藥發展潛力之計畫，共同進行新藥研發，預期將以產出提案單位分子標靶之先導化合物(Lead Compound)或候選藥物為計畫之主要成果，期能為生技醫藥國家型計畫之「臨床前發展群組」提供優質的案源。與科技部委託各大學進行藥物上游開發之研究是有所不同的。
3. 國衛院「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」為自 100 年起開始執行之延續型計畫，每年配合本部與生技醫藥國家型計畫之管考作業，迄今已有 6 個候選藥物進入臨床前發展階段，其中 2 個候選藥物已進入人體一期臨床試驗，4 個候選藥物技轉廠商，近期預估尚有 1 至 2 個候選藥物之產出。此計畫之執行，將可強化產業價值鏈中的第二棒角色，使學研界研發能量

得以透過驗證與加值，達到技術商品化、產業化的願景，同時豐碩政府推動國家型計畫之具體成果。

4. 綜上，國衛院「各疾病研究領域之生物分子標靶新藥研究與開發計畫」與生技醫藥國家型計畫編列於科技部的科技計畫經費並無重複編列，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

四、「社會保險行政工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(十六)

本部「社會保險行政工作」項下「全民健康保險業務」業務費編列 348 萬 3,000 元，針對請本部須於 1 個月內將大專院校之兼任教師及兼任助理，排除於前衛生署 84 年第 84031133 號函釋(即每周工時 12 小時以上者應由雇主為其投保健保)之適用範圍乙節，說明如次：

1. 本部於 102 年 12 月 16 日以衛部保字第 1021220112 號函知中央健康保險署，大專院校之兼任教師自 103 年 2 月 1 日起，不適用前揭函釋並副知教育部，同時函報大院社會福利及衛生環境委員會及相關委員在案。
2. 至於兼任助理部分，若其與大專院校間具有僱傭關係，將由學校依法為其投保健保；對於無眷可依之特殊境遇學生，教育部則已函請學校協助其投保健保。
3. 綜上，該被凍結之預算係為推動全民健康保險業務所需之必要經費，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(十七)

本部「社會保險行政工作」項下「長期照護保險籌備工作」編列 1,224 萬 5,000 元，針對長期照護保險政策進度停滯不前，

103 年相關預算相較於 102 年甚至減列 386 萬 6,000 元，質疑政府不願意推動長照保險乙節，說明如次：

1. 長期照護保險規劃重點如下：
 - (1). 採取社會保險方式。
 - (2). 全體國民皆需參加。
 - (3). 採取單一體制，同時為使行政資源達到最大經濟效益，由中央健康保險署承辦此項業務。
 - (4). 建構獨立、自主兼具公平性之財務責任制度。
 - (5). 保險對象分類、投保金額及保險費負擔，參照全民健康保險法之規定，惟長年居住國外返國加保者，需有投保等待期。
 - (6). 保險給付係依失能程度及長照需要，判定長期照護案例分類系統，核定給付額度。
 - (7). 合理規劃保險給付，優先提供居家及社區之長照服務，機構式照護以服務長照需要重度者或特殊需要者為原則。
2. 已完成兩階段之國民長期照護需要調查，99 年全國 5 歲以上之加權失能率為 2.98%，並針對由第 1 階段篩選出 1 萬名失能者及其主要照顧者，進行訪視調查，評估其長期照護需求、家庭照顧者所需資源及面臨之問題。
3. 發展長照保險多元評估量表，包括六大面向：(1)ADLs 及 IADLs、(2)溝通能力、(3)特殊及複雜照護需要、(4)認知功能、情緒及行為型態、(5)居家環境、家庭支持及社會支持、(6)主要照顧者負荷，作為未來判定個案所需長期照護服務之評估工具。
4. 為建立長照保險給付與支付制度，進行長期照護案例資料收集，評估失能個案之照顧需要，蒐集實際照顧服務內容與時間，發展本土化長期照護案例組合，目前已完成長期照護案例分類系統第 1 版初稿。

5. 陸續對居家照顧服務單位、居家護理服務單位及全日住宿型機構進行成本資料調查，已於 102 年完成資料收集，並於 103 年針對已回收之成本資料進行整合性分析，期針對不同型態之長照服務機構進行成本分攤，俾利作為研訂長照保險支付標準之參據。
6. 自 98 年 9 月至 103 年 9 月底止，陸續邀請專家學者及各相關團體，召開 190 場會議，分別討論保險財務、體制及給付等各項之規劃制度，作為規劃之重要依據。另參與 380 場以上溝通宣導活動，進行長照保險規劃各界意見溝通事宜。
7. 有關長照保險法草案推動時程，本部已研擬長照保險法草案，並召開溝通座談及研商會議，邀請學者專家、相關團體代表及部會參與討論，草案條文業經本部法規委員會會議審查通過，並於 103 年 9 月底函送行政院審議。
8. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 1 項決議事項(十五)

本部「社會保險行政工作」編列 4,575 萬 2,000 元，針對請本部提出二代健保總體檢報告，並至委員會報告後始得動支乙節，說明如次：

1. 二代健保實施後，補充保險費制度之扣費作業雖然增加部分行政措施與扣費成本，但因補充保險費之挹注及強化政府保險費責任，一般保險費率得由原先之 5.17%調降為 4.91%，且在此費率下，預計仍可維持至 105 年之財務平衡，亦即新制的實施，不僅使短期財源無虞，且是極具價值的資訊和經驗，是研議新一代健保制度之重要基礎。此外，經由密集輔導及各項因應措施之後，社會大眾已逐漸熟悉新制度，接受度已明顯提升，保險費收繳亦已達到預期。

2. 本部邀集跨領域專家學者組成之「二代健保總檢討小組」，針對外界對二代健保新制提出之建言，擇定重要議題(補充保險費制度亦包含在內)，歷經1年多之檢討，二代健保總檢討報告已於103年10月3日以衛部保字第1031260708號函送大院全體委員與社會福利及衛生環境委員會，並提出36項政策建議，本部將會配合大院安排向社會福利及衛生環境委員會報告。
3. 綜上，該被凍結之預算係為社會保險業務持續推動所不可或缺，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

五、「社會保險補助」計畫方面

(一)第1項決議事項(十八)

本部「社會保險補助」項下「低收入戶健保費補助」編列95億6,548萬8,000元，針對請本部覈實編列預算，避免社會福利預算因健保費用補助產生排擠乙節，說明如次：

1. 依據全民健康保險法第27條及社會救助法第19條規定，低收入戶健保費由中央社政主管機關全額補助；另依據全民健康保險法第49條規定，低收入戶門診及住院部分負擔由中央社政主管機關編列預算補助。爰103年度預算考量社會救助法新制施行後低收入戶人數增加之趨勢及門診、住院部分負擔逐年成長、102年度低收入戶健保費補助之預算編列不足及二代健保新制檢討評估對低收入戶健保費變動之潛在影響，需依法覈實編列預算。
2. 103年編列低收入戶預算以每人1,684元計，係參考本部中央健康保險署(以下簡稱健保署)編列102年度第5類低收入戶保險費之預算，採102年第1類至第3類平均保險費之精算結果1,684元。並據健保署表示，全民

健康保險法自 102 年 1 月 1 日起實施，考量為二代健保開辦之第 1 年，第 5 類低收入戶之保險費暫仍維持 1,376 元，惟考量已有 4 年多沒有調整，當時健保署說明將於健保新制實施一段時間，經審慎檢討評估後，再適時依程序重行計算調整。

3. 102 年第 4 季低收入戶人數已達 36 萬 1,765 人，以成長 6-7% 計算，103 年約 38 萬 7,873 人，另考量 103 年調高最低生活費估計再增加 6 萬人，合計約 44 萬 7,873 人，按每人每月 1,376 元計算，103 年應補助保費即為 73 億 9,527 萬 9,000 餘元；另估算 103 年門診部分負擔 8 億 4,105 萬 8,000 元、住院部分負擔 7 億 4,892 萬 2,000 元，加計攤還 102 年度不敷數 5 億餘元，如 103 年預算凍結 5 億元，將明顯不敷本部應補助低收入戶健保費、住院及門診部分負擔，影響低收入戶民眾就醫之權益。
4. 綜上，103 年度第 5 類低收入戶保險費之預算，尚請考量二代健保新制檢討評估對保險費變動因素、社會救助法新制施行低收入戶人數增加之趨勢、低收入戶門診及住院部分負擔費用成長及 102 年度預算編列不足之影響，本部經評估 103 年業已覈實編列，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

【附表】

表一：低收入戶人數成長趨勢

年度	保費		門診		住院	
	人數	成長率	金額 (千元)	成長率	金額 (千元)	成長率
97 年	223,697		527,900		481,884	
98 年	256,342	14.59%	572,349	8.42%	520,314	7.97%

99 年	273,361	6.64%	604,722	5.66%	543,696	4.49%
100 年	314,282	14.97%	648,367	7.22%	593,533	9.17%
101 年	357,436	13.73%	719,955	11.04%	646,423	8.91%
102-1	345,365					
102-2	351,852	1.88%	766,648	6.49%	679,770	5.16%
102-3	358,743	1.96%				
102-4	361,765	0.84%				
97-101 年平均成長率		12.48%		8.08%		7.64%

表二:103 年全年需求數

	低收入人數	每人每月保費 (元)	全年需求數 (千元)	102 年不敷數 (千元)	總計 (千元)
健保保費	447,873	1,376	7,395,279	79,280	7,474,559
門診部分負擔			841,058	494,367	2,084,347
住院部分負擔			748,922		
			8,985,259	573,647	9,558,906

說明：

- 1.低收入人數依 103 年人數以自然成長率 6-7%推估為 387,873 人，加計 103 年調增最低生活費而增加 60,000 人，共計 447,873 人。
- 2.低收入戶健保保費金額依健保署估算每人每月 1,376 元。
- 3.依健保署估算 102 年預估低收入戶健保不敷數約 7,928 萬元。
- 4.門診及住院部分負擔所需經費依表一之預估成長率(門診 8.08%、住院 7.64%)計算。
- 5.依健保署估算 102 年門診及住院部分負擔不敷數約 4 億 9,436 萬 7,000 元。

六、「社會救助業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(十九)

本部「社會救助業務」項下「辦理急難救助工作」之馬上關懷專案編列 3 億 8,471 萬 8,000 元，針對預算執行情形欠佳，請本部檢討並提出策進作為乙節，說明如次：

1. 馬上關懷急難救助專案係依據行政院「當前物價穩定方案」加強照顧弱勢配合措施，以及社會救助法規定，於 97 年 8 月 18 日開始推動，以負擔家計者遭逢變故致生活陷困者為對象，並建構「速查、速訪、速核、速發」機制，透過當地村(里)辦公處主動及早發掘通報，使具有潛在需求的個案浮現出來；由當地公所窗口受理以及快速訪視、核定並於受理後 3 日內發放救助金，以縮短流程、提升行政效率；每 1 個案平均救助金 1 萬 5,252 元，較 101 年縣市急難救助金平均 5,834 元增加 2.6 倍，更具提供弱勢家庭及時經濟紓困實際助益，減少底層弱勢者因生活陷困窘境發生不幸事件。
2. 內政部業依 98 年 10 月 19 日立法院第 7 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會議承諾事項，檢討馬上關懷與現行縣(市)政府及本部急難救助等機制，訂定馬上關懷與縣(市)及本部急難救助關係流程圖，將馬上關懷與地方政府急難救助以分工、互補並避免重疊救助加以整合，亦即將當地公所受理之急難救助申請案，先以馬上關懷核處，符合馬上關懷規定者即依規定核發救助金，個案需求尚有不足或不符馬上關懷者，核予縣市急難救助等積極照顧弱勢機制，並將整合辦理情形於 98 年 11 月 3 日函復委員會在案。
3. 本專案實施 5 年以來，透過分工、互補機制運作結果，截至 102 年 12 月底止，已有 15 萬 8,398 個弱勢家庭獲得助益。對於 97 年之輸入性通貨膨脹，及 98 年繼之而來的國際金融海嘯、歐債危機等影響我國經濟景氣狀況，本專案於 98 年度，共核發 5 萬 6,769 件、核發救助金 9 億 0,792 萬餘元，確已發揮專案照顧弱勢效益。99 年起因經濟景氣回穩，以及社會救助法修法放寬有關低收入戶認定以及增列中低收入戶照顧等因素，致申請

件數開始逐年減少，故本專案經費亦自 99 年度起覈實逐年視執行數減列。

4. 本部於 102 年 11 月 8 日邀集地方政府開會，檢討加強落實推動策略，以提升執行績效，並針對本專案與地方政府急難救助資源整合加以研商檢討執行結果，鑑於我國當前經濟景氣主要指標顯示，仍受國際經濟影響而呈現負向趨勢，經濟景氣回溫現象對於弱勢家庭短期內仍未具實惠，每年仍有 2 萬餘個底層弱勢家庭，必須透過本專案提供生活急難協助之必要，業經報奉行政院核定廣續推動。
5. 另本部 103 年度將委託專家學者進行研究，以建置中央與地方社政體系急難救助機制整合與資訊運用平臺系統之可行性方案，以加強照顧遭逢急難之弱勢民眾。
6. 鑑於本部業積極研議馬上關懷與急難救助績效提升，以及與地方政府機制整合之可行方案，103 年度馬上關懷業務仍有積極推動之必要，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

七、「一般行政」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(二十)

本部「一般行政」項下「基本行政工作維持」編列 9,991 萬 9,000 元，針對大統長基油品後續之退貨求償解決方案乙節，說明如次：

1. 本部已於 102 年 11 月 1 日召開會議，邀請相關部會及彰化縣政府代表，研商大統長基油品事件之消費者、通路商後續求償事宜。會中除請彰化縣政府就本案成立專案小組專責處理外，另要求大統長基公司配合提出賠償計畫及營運計畫，並提撥一定金額作為償債資金及成立

專戶處理賠償事宜。本案後續由彰化縣政府協助處理零售商、中盤商及消費者與大統長基公司間之退貨、賠償事宜，必要時中央主管機關將全力協助辦理前開事項。

2. 本部亦於 102 年 11 月 8 日函請彰化縣政府協助辦理中下游廠商、消費者與大統長基公司間之退貨、賠償等事宜，彰化縣政府並於同年 12 月 3 日函復已受理消費者申訴案件共 3,394 件、團體訴訟求償 324 件及盤商登記 33 件，另並積極於 103 年 1 月 14 日電詢彰化縣政府處理進度，據復該府已陸續輔導盤商，協助其向法院聲請支付命令，取得執行名義，俟完成相關法律程序及該府移送之行政執行有受償時，再行辦理後續事宜。目前大統長基一案業經智慧財產法院二審刑事判決定讞，法院判決之罰金 3,800 萬元，將經由一定程序納入食品安全保護基金，藉以強化食品安全衛生機制，及補助消費團體進行食安訴訟，期予民眾更為完善之食安保障。

3. 另查本部「基本行政工作維持」，係本部秘書處、人事處、會計處、政風處、法規會等輔助單位所編列之經費，主要係因應進駐衛生福利大樓所需，可分以下科目：

- (1). 業務費 9,286 萬 6,000 元：進駐衛生福利大樓後，樓地板面積由 7,351.4 m²增加為 33,333.15 m²(增加 4.53 倍)，容納人數由塔城大樓之 450 人增加至約 1,100 人(增加 650 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 500 萬 6,000 元：係因應北部辦公室集中於衛生福利大樓辦公後，所辦理之辦公設施、事務機器添購或汰舊換新；中興新村辦公室購置不

斷電設備及廣播擴大系統等設備；另支應採購資訊管理系統、薪資出納管理系統及國有公用財產管理系統之功能增修費用等。

(3). 獎補助費 204 萬 7,000 元：用於捐助本部公務人員協會及支應退休退職人員之三節慰問金。

4. 綜上，本部已尋求跨部會合作，並督導地方政府積極處理大統長基公司與中盤商、零售商之退貨求償方案，且上開預算編列係為確保本部輔助單位各項業務正常運作所編列，實為業務推動所必需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

八、「醫政業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(八十)

本部「醫政業務」編列 23 億 5,523 萬 1,000 元，針對改善醫事人員就業環境乙節，說明如次：

1. 本部已於 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。
2. 為督促各醫院確實遵守勞基法規定，本部採取之措施如下：
 - (1). 經勞動條件檢查有違反勞基法之醫院名單，將於醫院評鑑時，請評鑑委員特別查核；若非當年度評鑑之醫院，則列入不定時追蹤輔導訪查查核。
 - (2). 又如醫院違法之情節較嚴重時，本部將啟動即時追

蹤輔導訪查機制。

(3). 另請各縣市衛生局將醫院勞動條件檢查結果，列為年度督導考核之重點，並請衛生局每年彙整督導考核之結果，提供醫院評鑑參考。

3. 綜上，本部已研議訂定三班護病比，以及將勞動條件檢查結果納入醫院評鑑，以改善醫事人員執業環境，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(八十一)

本部「醫政業務」之業務費編列 3 億 5,023 萬 2,000 元，針對確保受僱醫師勞動權益，健全我國醫療品質，協同勞動部提出受僱醫師納入勞動基準法具體規劃時程及措施乙節，說明如次：

1. 鑑於醫師工作之高度專業及不可替代性，並考量醫療服務之實際需求與特殊性與一般行業不同，為了讓住院醫師的訓練及工作條件更臻合理，本部參考美國醫師工時及值班之規定，自 100 年起限制住院醫師照顧病床數及值班上限，並於 102 年進一步將住院醫師工時及休息的規定納入醫院評鑑試評項目，未來亦將積極於保障病人權益的前提下，將工時規範、延長工時、休息時間及職業災害補償等勞動權益相關規定法制化，以多管齊下的方式改善住院醫師勞動條件。
2. 本部已於 102 年 5 月 16 日頒訂「住院醫師勞動權益保障參考指引」，要求醫院依照參考指引的規定辦理，並請各衛生局督導推動轄區教學醫院與住院醫師簽訂契約事宜。其中工時部分規定：(一)比照美國的標準，每週正常工作時間連同延長工作時間不得超過 88 小時；(二) 每日正常工作時間不得超過 12 小時，連同延長工作時間不得超過一定時數 (24~32 小時不等)；(三) 兩

次工作時間中間至少應有 10 小時以上休息時間等。此外，104 年起將住院醫師工時及休息規定列為教學醫院正式評鑑項目。

3. 基於住院醫師工時會因科別特性及病人嚴重度而有所不同，過往亦缺乏全國 23 類專科醫師的工作時數統計，為研訂合理之評鑑標準，本部自 102 年起先以試評鑑方式蒐集各專科工時資料，並同時發文當年度沒有評鑑的醫院也提供數據，所有資料經彙整後不僅回饋各醫院做為比較與改進的依據，更公布於本部「醫院資訊公開專區」供社會參考。依據醫策會於 102 年針對 80 家教學醫院進行住院醫師值勤時數調查，結果顯示醫學中心平均工時高於區域醫院，目前平均每週工時最高分別為整形外科(88.3 小時)、神經外科(89.3 小時)。
4. 此外，亦積極研議醫師工作流程與值勤的重新安排。本部與各專科團體及醫院共同研商如何簡化臨床工作流程及重新檢討住院醫師值班的頻率。目前包括醫學中心在內許多醫院都已經安排更多的專科醫師直接參與值班，直接減少住院醫師的負荷，以符合規定，而部分常規性工作則同時安排資深的專科護理師輔助，尤其是在外科與內科病房最多。
5. 對於住院醫師是否直接納入勞動基準法適用範圍，在立法院及許多場合都有多次討論，但尚未獲致共識。由於醫師的工作性質特殊、進入門檻高、且工時計算不易比照一般勞動者，影響所及不僅限於醫師，更與病人權益息息相關，因此本部仍希望先朝修訂醫療法努力，將現有保障醫師的工作時間的規定法制化，明定醫師職業災害補償適用勞基法之規範，並且提高相關罰則，以確實保障醫病雙方之權益。待醫師整體及各專科人力能提高到一定程度後，再進一步納入勞基法責任制的適用範

圍。

6. 鑑於前開政策之規劃執行，攸關病人安全及照護品質等權益，須審慎周延，尚非一蹴可幾。為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 1 項決議事項(八十二)

本部「醫政業務」之業務費編列 3 億 5,023 萬 2,000 元，針對鑑於海峽兩岸服務貿易協議開放醫療服務業，加上自由經濟示範區國際醫療專區，衝擊醫療五大皆空問題與全民健保財務、醫療階級化等乙節，說明如次：

1. 依據本部近期對於各醫事人員團體進行之調查結果顯示，近三年各類醫事人員出國執業人數為藥師 2 人、放射師 151、職能治療師 11 人、物理治療師 31 人、臨床心理師 2 人、呼吸治療師 3 人、助產師 2 人、聽力師 3 人、護理師(102 年)70 人。至於醫師部分，申請良醫證人數分別為 101 年 295 人、102 年 225 人，其中有意赴大陸之醫師，已由 101 年 200 人次降至 102 年 140 人次，且申請後實際到大陸執業之人數遠低於申請數。此外，大陸當地對於臺籍醫師之薪資及可執業之範圍，並無誘因。又我國各類醫事人力，經本部委託之研究顯示，僅心理師、語言治療師及聽力師培育人數仍有不足，其他人力均無短缺問題。
2. 本部為提振五大科別醫師人力，已採行多項措施，包括：
 - (1). 提高全民健保五大科別支付標準，102 年醫院總額協商 50.55 億元，用於調整急重難症科別之支付標準；西醫基層總額協商 0.22 億元，用於外科手術及處置項目支付標準之調整。
 - (2). 增加五大科住院醫師津貼，自 102 年 9 月 1 日開

辦津貼補助，對於五大科住院醫師專科訓練期間，每人於每年訓練結束後補助 12 萬元津貼，以提高誘因。已完成 1,637 位住院醫師津貼補助，撥付 1.96 億元。

- (3). 合理調整五大科醫師訓練員額，除配合畢業生人數合理調整專科醫師訓練容額，自 103 年起將訓練名額總數調至 1,550 名外，針對某些專科因為需要安排 24 小時急診會診而致人力不足的情況，以及偏遠地區急重症專科醫師的不足，本部逐年檢討訓練容額，如增加麻醉科、放射診斷科、整形外科、眼科及耳鼻喉科等容額。
- (4). 充實五大科醫療輔助人力，101 年及 102 年共增加 1,546 名專科護理師。
- (5). 強化畢業後全科及五大科訓練：100 年起實施 1 年期 PGY 訓練，即為以五大科為主之臨床基礎訓練。102 學年度，有 1,386 名醫學系畢業生接受 PGY 訓練。
- (6). 推動醫療糾紛處理法案立法及試辦生育事故救濟補償制度，在醫院、各縣市政府調解委員會及法界的共同努力下，醫療糾紛件數大幅減少 11%，其中產科相關案件減少 77%，減少醫療糾紛的壓力，使得住院醫師更有意願投入婦產科之行列。
- (7). 推動醫療過失刑責合理化，本部為合理規範醫事人員因醫療糾紛所應擔負的刑事責任，避免高風險之科別醫療願意投入者漸少，業擬具醫療法第 82 條之 1 修正草案，經行政院於 101 年 12 月 13 日審查通過，並已於 101 年 12 月 18 日函送立法院審議。
- (8). 挹注五大科偏遠地區醫療資源，對於「緊急醫療資

源不足地區之急救責任醫院」，急診診察費予以加成 30-50%，並對急診案件給予點值保障 1 點 1 元，另 102 年公告由 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與急重症醫療，充實偏遠地區醫師，金門、澎湖與連江等地區醫師人力大幅提升，急診能量也跟著提升。

- (9). 偏遠地區公費醫師養成，自 90 年起，已有 56 名山地離島地區公費醫師接受五大科訓練，返鄉服務的留任率高達七成。101 至 105 年預計將再培育 114 名公費醫師，提升山地離島地區的醫療品質。
- (10). 修正醫療法第 24 條及第 106 條，增列滋擾醫療業務執行之罰責規定，減少急診暴力事件發生，維護醫護人員安全，讓所有醫事人員都能在安全的環境中照顧病人。

3. 財團法人中華經濟研究院 2013 年 7 月所作之評估報告係針對本次兩岸服務貿易整體進行評估，爰對於醫院服務業著墨較少。有關服務貿易醫院服務業產業影響評估報告，本部已於 102 年 10 月 2 日立法院第 8 屆第 4 會期「海峽兩岸服務貿易協議」公聽會送達；另本部亦於 103 年 3 月 4 日以衛部醫字第 1031661430 號函送「國際醫療發展與服務貿易協議之衝擊影響評估報告」至社會福利及衛生環境委員會。

- (1). 我國自 90 年加入 WTO，在人體健康服務業部分，同意各會員可以非營利機構在臺設立醫院，且限制「外國人擔任董事會董事不得超過全體董事之三分之一」、「全體董事的三分之一以上必須具有醫療專業資格」。另外，同意「持有中華臺北發給之醫療執照者才能提供醫療服務」。
- (2). 而在服貿協議醫院服務業，限制資金合資捐助設立

非營利醫療財團法人醫院外，對於董事席次亦有限制；但本次協議未允許大陸醫事人員來臺執業，整體而言，相較我國加入 WTO 之承諾，本次協議限制更為嚴格。

4. 自由經濟示範區國際健康園區之設立將提供國內醫事人員從業的新選擇，可望提供臺灣頂尖人才留在臺灣之誘因，透過外資相對完善的薪酬制度，可望帶動臺灣整體醫療環境之發展，提升醫事人力薪資水準，進而改善醫事人員生活品質，與自由經濟示範區相關之「國際醫療發展之衝擊影響評估報告」報告，業已於 102 年 11 月 12 日以衛部醫字第 1021682004 號函送社會福利及衛生環境委員會。

- (1). 本部規劃以國際醫療帶動國際健康產業的方向上，將自由經濟示範區分為兩階段推動，第一階段(示範區特別條例通過前)已持續透過諸多策略提升臺灣國際醫療服務的質與量，同時，國際醫療服務中心亦已於 102 年底同步在臺北、桃園、臺中及高雄四個國際機場舉行聯合揭牌儀式並正式啟動，提供事前預約的國際人士就醫諮詢及聯繫醫院等服務，後續將進行臺灣整體醫療形象聯合行銷的工作。

- (2). 俟示範區特別條例通過後則進入第二階段，將推動國際健康產業園區，以「產業為主、醫療為輔」之方式，帶動生技、製藥、醫材、資訊、復健及養生等產業發展，發揮聚落效應，提升臺灣健康產業的產值，還可為臺灣創造下列效益：

1. 與國際一流醫院合作：示範區內放寬外國人擔任區內國際醫療機構的董事比例，以提升外資投資誘因，再搭配臺灣具有競爭力的人才及軟硬體實

力，可望使外資在臺灣的投資更具戰略優勢與經濟效益，如此臺灣醫院可與國際一流醫院合作，精進技術，使人民享受更好服務。

- II. 帶動關聯產業發展：在國際健康園區裡，將開放生醫、光電、醫材、資訊、養生、輔具等關聯產業，針對外資投資給予適當誘因，賦予多元的服務內容，以達群聚效應，提升產業競爭力及帶動國內經濟動能，並創造更多就業機會。
 - III. 讓人才留臺灣：國際健康產業園區設立後，因產業群聚的效應，可為頂尖人才營造根留臺灣的環境；同時又因示範區允許國外醫事人員得來臺執業，針對專業人士提供所得稅減免的優惠，可望吸引部分國際專業人士、高階先進技術人員來臺(但不開放大陸、香港與澳門的醫事人員來臺執業)，將可帶動臺灣整體醫療環境的發展。
 - IV. 帶動產值提升：隨著臺灣品牌價值提升，可望帶動更多業者來臺投資，更多需求者來臺就醫，進而帶動醫療及周邊產業之發展，提升產值，增進就業人次。
 - V. 提升臺灣優質醫療的品牌價值：隨著國際知名大廠來臺設立研發中心，臺灣優勢之生產要素將獲得世界更大矚目，同時也可藉此累積臺灣自身的研發能量與技術水平，提升優質醫療品牌價值。
- (3). 為達吸引先進技術、資金之目的，搭配自由經濟示範區試行的精神，此階段本部規劃透過特別條例的鬆綁，允許示範區內專辦國際醫療機構得於區內引進國外醫師免考照於該區域執業，並放寬外籍人士擔任董事的比例與資格等，授予國際醫療服務業更為彈性、自主的方式經營。同時檢視此產業之推動

對島內醫療環境之利弊衝擊，若產生改善醫療機構經營環境及提升醫療品質的效果，則可推廣全國，擴大適用；相反的，如果產生國人就醫權利受損及醫療執業環境的惡化，則停止推展此一政策。

5. 綜上，本部推動重振五大科各項策略及「自由經濟示範區國際健康園區」之目的，均在逐步提升醫事人員職場品質，並留住國內優秀人才，帶動整體健康產業之發展，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 1 項決議事項(二十一)

本部「醫政業務」編列 23 億 5,523 萬 1,000 元，針對矯正機關超收情形甚鉅，特約醫療院所支援矯正機關內門診醫療服務之意願低落，監所內部醫療資源仍嚴重不足乙節，說明如下：

1. 全民健保醫療服務：

依「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」103 年 1 至 6 月辦理情形如下：

- (1). 矯正機關收容人數約 6 萬 5,000 餘人。
- (2). 由 103 家健保特約醫療院所至 49 所矯正機關提供健保醫療服務，提供服務院所以醫院居多，計 61 家(59.2%)。
- (3). 矯正機關內健保門診科別與診次，係依收容人實際醫療需求彈性調整，例如外役監獄收容人因無精神醫療需求，而未開設監內精神科門診；需求高之科別(如內科)，開診頻率較密集。
- (4). 每月提供矯正機關內門診超過 2,200 診次，較前一年同期增加近 100 診，含括西醫各專科、牙科、中醫科等 28 種門診科別，監內門診就醫人次占其

門診總人次 97.1%。

- (5). 收容人平均每月門診就醫人次逾 5 萬 6,000 人次，較前一年同期成長 14.2%，住院 400 餘人次；較前一年同期成長 13.7%。102 年收容人平均每人門診就醫 11 次，平均每人住診就醫 0.079 次。
- (6). 門診前五大就醫科別依序為家醫科、內科、精神科、牙科及皮膚科；住診依序為心臟血管內科、外科、家醫科、消化內科及骨科。
- (7). 收容人健保醫療費用支出約 4.89 億元，較前一年同期成長 31.5%。
- (8). 收容人對健保醫療服務整體滿意度超過 9 成。
- (9). 103 年起額外支付基本承作費，以前一年度矯正機關內門診核定金額之 3 至 5% 為原則，鼓勵承作醫療團隊投入資源長期經營，加強減少戒護外醫之措施，確保並提升矯正機關收容人醫療照護品質。

2. 精神醫療及藥癮、酒癮戒治服務：

- (1). 透過「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」的實施，目前矯正機關對於精神疾病、藥癮及酒癮者之治療現況如下：

- I. 精神疾病患者：收容人如有精神疾病之就醫需求，即由承作矯正機關之健保特約醫療機構之精神科門診醫師進行診察確認，除給予醫療處置外，並加強其戒護管理機制，必要時給予戒護外醫或移送病監。
- II. 藥癮者：本部已於 102 年 10 月 2 日以衛部心字第 1021780248 號函請法務部督促所屬矯正機關加強對於藥癮者之醫療處置服務，目前針對新入監之施用毒品收容人，需評估是否有戒斷症狀或身體不適情形，適時轉介承作該矯正機關之健保

特約醫療機構精神科門診診治，視需求即時提供適當緩解藥物治療，以預防戒斷症狀發生危及安全，並落實施用毒品收容人出矯正機關前之衛教宣導工作。

III.酒癮者：各矯正機關對收容人實施健康檢查時，若發現出現酒精戒斷症狀，均轉由合約健保門診醫師再行診察確認後，依個案狀況投藥並加強觀察其狀況，必要時予以戒護外醫。

(2). 考量目前二代健保醫療項目並不包含藥癮及酒癮戒治，為加強矯正機關內藥、酒癮者之戒治醫療服務，本部心理及口腔健康司分別於 102 年 10 月 23 日及 103 年 3 月 14 日召開「提升矯正機關精神科、藥癮、酒癮醫療服務品質」研商會議，邀集法務部矯正署及本部中央健康保險署，就目前矯正機關藥、酒癮戒治服務現況及改善方案進行討論，已依該會議結論，規劃於 103 年以醫療發展基金補助試辦矯正機關藥、酒癮戒治醫療服務計畫，期能建立藥、酒癮之治療處遇模式，加強矯正機關對於個案之發掘及醫療處置，俾提升個案戒癮成效。

3. 監所藥品衛材庫存管理：

(1). 為保障法務部所屬矯正機關收容人之醫療權利，本部食品藥物管理署業已函請各縣市衛生局應定期查核各監所之藥品衛材庫存管理情形，103 年上半年度，總計共查核 49 家監所，合格率為 100%。

(2). 請各縣市衛生局持續督導轄內監所之藥品衛材庫存情形，倘查有缺失，即請督導改善，並請各縣市衛生局每半年將查核情形回復本部食品藥物管理署。

4. 傳染病防治：

(1). 本部疾病管制署近期對矯正機關傳染病防治之相關作為如下：

- I. 請各縣市衛生局於 102 年 10 月 1 日流感疫苗接種計畫開打起，接洽轄區矯正機關安排符合公費流感疫苗接種條件資格者接種。另於 102 年 11 月間函送法務部，有關本部疾病管制署更新之「流感防治工作手冊」，請其加強辦理矯正機關之流感監測與防治工作，及考量編列預算採購疫苗，供矯正機關工作人員及收容人接種。
- II. 102 年 12 月間再次函請法務部矯正署督導所屬機構依據「人口密集機構感染管制指引」落實感染管制作為，並請直轄市及各縣市衛生局督導訪查轄區內矯正機關衛生管理事宜。
- III. 102 年 12 月 24 日趙天麟及尤美女 2 位立法委員前往臺北看守所勘查，疾病管制署、新北市政府衛生局及感染管制專家等陪同，當場提供相關感染管制措施建議。疾病管制署並於 103 年 1 月 20 日函請新北市政府衛生局，參照實地勘查結果及疾病管制署對「臺北看守所收容人皮膚病防治作業流程」之建議事項，督導臺北看守所針對疑似疥瘡群聚事件之感染管制作為。
- IV. 法務部矯正署於本(103)年 3 月 21 日、27 日及 4 月 3 日辦理 3 梯次「矯正機關收容人皮膚病及傳染病防治作業訪視行程」，疾病管制署與衛生福利部醫事司、附屬醫療及社會福利機構管理會、中央健康保險署及縣市衛生局等單位派員參與。
- V. 為提供愛滋感染者適當之醫療照護，疾病管制署已建立愛滋病指定醫院機制，矯正機關可依機關內愛滋感染者之醫療照護需求，洽請愛滋病指定

醫院醫師定期駐診，提供感染者診療。若病情需要，感染者亦可以戒護就醫方式，前往愛滋病指定醫院就診，醫療費用由疾病管制署依法支應。

(2).有關矯正機關之結核病防治：

- I. 103 年度起法務部依法擔負起收容人之健檢責任，定期辦理收容人胸部 X 光篩檢，疾病管制署並依世界衛生組織建議，請法務部將「結核症狀篩檢」及「BMI 值計算」併入矯正機關新入監之健檢項目，俾利找出高風險族群，以加強結核病防治工作。
 - II. 請縣市衛生局依結核病防治工作手冊內容辦理矯正機關之結核病個案入監、移監及出監轉銜作業，並持續輔導轄區矯正機關儘速安排罹患結核病、疑似結核病或其他異常肺浸潤之收容人就醫，亦要求收容人配戴外科手術口罩，且儘可能分開監禁，直至排除其為活動性結核病為止。
5. 針對收容人於矯正機關內扶養幼童，該幼童可由矯正機關協助攜至衛生所完成常規預防接種，接種資料之登錄與保存與一般幼童相同，皆登錄於全國性預防接種資訊管理系統。
6. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

九、「心理及口腔健康業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(二十二)

本部「心理及口腔健康業務」項下「加強心理健康促進工作」辦理全國自殺防治中心業務編列 1,413 萬元，針對全國自殺防治中心未更新所屬網站年度成果報告等資料及未直接提

供自殺個案訪視、轉介等工作，導致自殺防治績效不彰乙節，說明如次：

1. 有關本部成立全國自殺防治中心之目的，係為建立全國自殺防治工作平臺，整合心理健康與自殺防治業務及資源，針對自殺死亡率增加，探討原因並提出具體策略，業務範圍非直接提供個案關懷服務，而係由各直轄市、縣(市)政府依據策略自行擬定及推動個案之自殺風險評估或關懷服務等，簡述全國自殺防治中心業務範圍及成果如下：

- (1). 分析自殺通報資料，針對通報單位、性別及年齡層別、自殺方式、自殺原因、個案關懷及處遇計畫進行統計分析，並製作自殺防治通報關懷月報表、季報表及年報表。
- (2). 評估自殺防治策略成效，並將其成功策略模式經驗，推展至各縣市。
- (3). 辦理自殺行為之實證研究，提供自殺相關統計分析資料，做為本部及各縣市衛生局研擬政策之參考。
- (4). 編訂自殺防治相關資源及衛教手冊，提供相關專業人員使用，已編訂自殺防治系列手冊 15 冊；103 年度將強化心理健康促進，依各年齡層及特殊族群分別編製心理健康促進衛教手冊，預計共編製 10 本手冊。
- (5). 辦理專業人員教育訓練，培育資深社工師、諮商心理師、臨床心理師、護理師、醫師、衛生行政等跨領域專業守門人種子師資；本(103)年 5 月 2 日辦理「自殺通報個案關懷訪視員」共識營 1 場次，邀請各縣市自殺通報個案關懷訪視員參加，針對拒訪個案及關懷訪視技巧，進行經驗分享及專座講授，強化訪視員訪視技巧，減少自殺個案再自殺率。

- (6). 協助各縣市政府衛生局落實自殺防治業務，並辦理實地輔導訪查，瞭解各縣市自殺防治推動現況與困境，及自殺關懷訪視計畫辦理現況，提供改善建議，103 年度已完成 6 個縣市之實地訪查工作，包括嘉義縣、基隆市、苗栗縣、臺東縣、雲林縣及南投縣等。
- (7). 訂定「高危險個案自殺企圖風險評估表」、「自殺防治網絡轉介自殺風險個案處理流程」及「縣(市)政府自殺高風險個案轉介單」供各縣市衛生局使用，以有效降低高危險群之自殺率。
2. 全國自殺防治中心自民國 94 年底成立，國人近年粗自殺死亡率由民國 95 年 19.3 之高峰，降至民國 102 年之 15.3，兩者相較減少約 21%；另 103 年 1 至 6 月初步統計自殺死亡人數為 1,552 人，102 年 1 至 6 月為 1,770 人，相較結果減少 218 人(-12.3%)。自殺於 86 年進入國人十大死因後，自 99 年起已連續四年退出國人十大死因，顯示全國自殺防治中心之成立確實有其成效。
3. 本部業已責請該中心完成改善網站相關資料，將成立之目的、歷年計畫及成果，完整呈現於該中心網站上，供民眾瀏覽。
4. 目前全國自殺防治中心已具全國性自殺防治工作整合平臺之角色，未來除強化自殺防治之統計分析、進行實證研究、資料蒐集、召開相關聯繫會議及教育訓練、自殺防治宣導及擬定各項自殺防治策略等事項外，將研發心情溫度計 app 程式，以智慧型裝置作為媒介，提供民眾可隨時自我檢測情緒及心理狀態的服務。
5. 綜上，該中心之成立確為推動自殺防治業務之所必需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

十、「護理及健康照護業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(八十三)

本部「護理及健康照護業務」編列 7 億 2,030 萬 2,000 元，針對 101 年 10 月臺南部立新營醫院北門分院護理之家大火，凸顯護理之家緊急疏散問題，及護理之家評鑑未訂定評鑑強制改善機制乙節，說明如次：

1. 本部已針對護理機構之火災等意外災害進行教育宣導，及訂定一般護理之家火災緊急應變指引，並辦理示範觀摩演練供機構依循。
2. 針對護理機構設置及床數：本部已於 101 年 12 月 19 日公告「護理機構設置或擴充許可辦法」，以完備機構改善及床數規範之法令規定，包括：床數擴充需考量機構近 3 年平均占床率，及前年度如評鑑或督考不合格者，不得申請。又，經核定之床數，如未依照前開辦法規定如期取得許可開放者，將依法廢止或核減床數。
3. 辦理全國一般護理之家評鑑作業及追蹤改善：本部於 98 年開始辦理一般護理之家評鑑，針對評鑑結果之檢討改善事項，亦函請各地方主管機關，參考評鑑委員意見加強轄內護理之家之督導考核，並針對不合格機構加強查核輔導，查近 5 年經衛生局裁罰違反護理人員法案件計 12 件；機構如有違反護理機構設置標準，則參照行政程序法第 123 條第 1 項第 4 款規定處理。
4. 針對上述一般護理之家評鑑強制改善等機制，及護理之家床位數上限規範等議題，本部已於 102 年 12 月 9 日召開評鑑不合格處理機制及床數上限會議，會中邀集專家、學協會、衛生局及機構代表共同研商並達共識。
5. 本案有關規範護理機構不得規避、妨礙或拒絕，以及評鑑不合格處理機制等，已參考長照服務法草案之相關規

定，並進行護理人員法修法程序，並分別自 103 年 3 月 21 日起，邀集專家、學協會、衛生局及機構代表共同研議。部分條文已於 103 年 5 月 2 日法規委員會通過，並於 103 年 7 月 4 日邀集法制專家研議。本案業經法規委員會於 103 年 8 月 15 日通過修正法案，本部於 103 年 9 月 10 日函行政院審查，行政院於 9 月 29 日召開審查會議。

6. 綜上，為確保機構照護品質，需藉由一般護理之家評鑑及追蹤改善，另機構核定床數亦有規定審核，以及逕予廢止或核減床數，爰編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(八十四)

本部「護理及健康照護業務」之業務費(長照十年計畫除外)編列 1 億 1,363 萬 1,000 元，針對「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」計畫成果不彰乙節，說明如次：

1. 本項計畫涵蓋本部「護理及健康照護業務」項下「強化護理人力培育與提升專業知能」等費用，主要作為改善護理執業環境推動護理改革中長程計畫及重振五大科別及護理人力、守護偏鄉醫療計畫所需經費，於護理環境亟待改善之際，該計畫亟需此項經費執行。
2. 而健保署「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」經費 98 至 102 年提撥 71.65 億、103 年 20 億，專款優先使用於新增護理人力、提高夜班費或薪資福利。依據健保署資料顯示，102 年參與本方案醫院用於增聘護理人力最多占 34.03%，其次為提高大小夜班費 22.68%、加發獎勵金 18.13%、提高護理人員薪資 14.92%，超時加班費 10.24%。
3. 另該方案實施 5 年(98 至 102 年)，累計共增加護理人力

6,205 人(所增人力 6,205 人中,99 年較 98 年增加 1,184 人,100 年較 99 年增加 1,709 人,101 年較 100 年增加 1,069 人 102 年較 101 年增加 2,243 人),藉由該方案之實施,增加院所提升護理人力配置之動機,經由護理人力數之統計,發現在各層級院所皆有正面之促進效益。

4. 該方案實施以來,確實達到醫院提升護理人力配置及護理人員薪資福利獎勵之成效,為確實鼓勵醫院重視護理照護,增加護理人力配置,提高住院病人醫療照護品質,健保署將持續對獎勵款之運用情形進行查核,查核重點:

- (1). 款項運用將著重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。
- (2). 醫院每半年應將款項之運用情形提報健保署備查,並於獎勵金核付結束後 3 個月內完成全年獎勵款項應用情形報告。
- (3). 健保署每半年稽核 1 次,醫院如未落實前述規定,健保署將予以追扣是項款項。
- (4). 醫院獎勵款應用之資訊公開,每半年於健保署網站公開醫院領取獎勵總金額、應用款項總金額、用於增聘護理人力、提高夜班費、超時加班費、提高護理人員薪資、加發獎勵金及其他項目之比例等。

5. 另為改善護理工作環境,本部於 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,至 103 年 9 月已召開 15 次「護理改革工作小組會議」並積極執行相關策略,辦理情形如下:

(1). 降低護理人員工作負荷:

1. 修正「醫療機構設置標準」,提高護理人力設置標

準。

II. 減少 71% 醫院實地評鑑、訪查項目(49 項精簡為 14 項)。

III. 公告醫事人員執業登記及繼續教育辦法，提高網路及通訊課程點數。

IV. 公告簡化護理文書作業相關表單範例及書寫標準作業指引。

V. 公告醫院評鑑三班護病比試評條文，104 年正式納入評鑑。

VI. 試辦「住院保險診療報酬與護病比連動制度」。

(2). 提高護理薪資及待遇：

I. 修訂「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，各班別最高可增加 200 元。

II. 103 年調查公立醫院(含國軍醫院) 80% 已調高夜班費。

(3). 改善護理職場環境，留任護理人員：

I. 訂定「醫院聘僱員工期間勞動條件常見不符勞動基準法等相關法規之事項」及「醫療機構護理人員工時規範」。

II. 勞動檢查結果納入醫院評鑑；檢查不合格者限期改善。

III. 103 年 1 月 1 日起護理人員不再適用該條規定(即一般所稱廢除責任制)。

IV. 規劃優質護理職場醫院認證，透過試評發展優質護理職場醫院指標評分基準，作為未來進行優質護理職場醫院認證之參考。

V. 醫院職場暴力問題預防及處置，於 103 年 1 月 29 日由總統公布醫療法第 24 條及第 106 條修正案，以確保醫事人員安全。

VI.補助辦理建置護理人力回流平臺，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)，102、103 年持續辦理。

(4).偏鄉護理菁英計畫：

I. 為解決偏鄉地區護理人力不足問題、強化偏鄉地區醫療資源，以提升照護品質及縮短城鄉差距，本部研擬「偏鄉護理菁英計畫」，並經行政院 103 年 6 月 19 日核定。

II.預計 4 年培育 200 名護理人力，自 104 年開始招募，於畢業後分發至約 30 家偏鄉地區醫院執行臨床護理工作，至少服務 4 年。

6. 依據本部醫事管理系統，101 年 12 月底已完成登錄之執業護理人員首次超過 14 萬人，截至 103 年 9 月底為 14 萬 4,587 人，較改革前增逾 8,172 人。

7. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 1 項決議事項(八十五)

本部「護理及健康照護業務」項下「落實長照十年計畫」編列 3 億 4,012 萬 9,000 元，針對護理人員、物理治療人員及職能治療人員恐有充實人力之需要乙節，說明如次：

1. 服務人力是建置完整長期照護服務輸送體系的關鍵因素，專業人力不足亦將會造成有需求無人服務的現象。考量長期照護需求多元化的特質，在人力資源的發展擬擴大專業人員參與的層面，以健全長期照護人力制度。依據本部 99 年長照人力盤點結果及長期照護需要調查推估失能人口，假設已開辦長照保險，以服務涵蓋率 70% 推估長照醫事專業人力需求數，本部規劃 105 年長照人

力培訓充實人力缺口。包括：護理人員培訓 8,000 人、物理治療及職能治療人員培訓 3,500 人。

2. 又以 102 年人數推估，護理人力缺口除長照護理人力缺口為 7,847 人外，至 105 年推估臨床護理人力缺口為 9,200 人，整體護理人力總需求量共為 1 萬 7,047 人，故每年需補充護理人力 4,262 人。

3. 有關人力培訓規劃：

- (1). 量的增加：本部將配合護理改革計畫每年培訓護理人力至少 4,300 人；對偏遠地區(含山地離島)在地人員教育計畫，將培訓在地專業醫事人員及衛生所護理人員具有照管專業資格及能力，以增加照管人力，每年培訓至少 50 人。

- (2). 質的提升：

- I. 依未來長照人口成長趨勢，規劃並擴大各類照護人力培訓，針對醫事長照專業人員(含護理人員、物理治療人員及職能治療人員等)已完成三階段課程規劃，並已積極分階段展開長照專業人力培訓計畫，以強化照護量能。99 至 102 年已訓練 2 萬 2,863 人次。

- II. 辦理偏遠地區(含山地離島)長期照護人力訓練：

- i. 100 至 102 年度辦理偏遠地區(含山地離島)在地化長照人員訓練，培養在地評估專員、專業人力、志工及家庭照護者，共辦理教育訓練 2,394 人次(偏遠地區、山地離島 2,185 人次)。

- ii. 規劃發展認證制度：目的為投入長照專業領域人力應接受長照專業課程訓練，並可同時認證醫事人員繼續教育積分。規劃短期以頒發結訓證書做為認證證明，並以評鑑要求任用已受訓人員，長期納入長期照護法規規範。

4. 綜上，本部已規劃於 105 年完成長照人力培訓，充實人力缺口與相關培訓計畫，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 1 項決議事項(二十三)

本部「護理及健康照護業務」編列 7 億 2,030 萬 2,000 元，針對護理之家評鑑與地方督考兩者定位、不合格強制改善機制，及應研議設立床位數設限入法乙節，說明如次：

1. 本部已針對護理機構之火災等意外災害進行教育宣導，及訂定一般護理之家火災緊急應變指引，並辦理示範觀摩演練供機構依循。
2. 針對護理機構設置及床數：本部已於 101 年 12 月 19 日公告「護理機構設置或擴充許可辦法」，以完備機構改善及床數規範之法令規定，包括：床數擴充需考量機構近 3 年平均占床率，及前年度如評鑑或督考不合格者，不得申請。又，經核定之床數，如未依照前開辦法規定如期取得許可開放者，將依法廢止或核減床數。
3. 辦理全國一般護理之家評鑑作業及追蹤改善：本部於 98 年開始辦理一般護理之家評鑑，針對評鑑結果之檢討改善事項，亦函請各地方主管機關，參考評鑑委員意見加強轄內護理之家之督導考核，並針對不合格機構加強查核輔導，查近 5 年經衛生局裁罰違反護理人員法案件計 12 件；機構如有違反護理機構設置標準，則參照行政程序法第 123 條第 1 項第 4 款規定處理。
4. 針對上述一般護理之家評鑑強制改善等機制，及護理之家床位數上限規範等議題，本部已於 102 年 12 月 9 日召開評鑑不合格處理機制及床數上限會議，會中邀集專家、學協會、衛生局及機構代表共同研商並達共識。
5. 長期照顧服務法已於立法院第 8 屆第 4 會期(社會福利

及衛生環境委員會)通過初審，其中第 41 條已明訂長照機構(含護理機構)，評鑑不合格之裁罰及退場機制。

6. 本案有關規範護理機構不得規避、妨礙或拒絕，以及評鑑不合格處理機制等，已參考長照服務法草案之相關規定，並將進行護理人員法修法程序，並已分別自 103 年 3 月 21 日起，邀集專家、學協會、衛生局及機構代表共同研議。部分條文已於 103 年 5 月 2 日法規委員會通過，並於 103 年 7 月 4 日邀集法制專家研議。本案業經法規委員會於 103 年 8 月 15 日通過修正法案，本部於 103 年 9 月 10 日函行政院審查，行政院於 9 月 29 日召開審查會議。
7. 綜上，為確保機構照護品質，需藉由一般護理之家評鑑及追蹤改善，另機構核定床數亦有規定審核，以及逕予廢止或核減床數，爰編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(五)第 1 項決議事項(二十四)

本部「護理及健康照護業務」項下「強化護理人力培育與提升專業知能」之業務費編列 2,470 萬 4,000 元，針對將坐月子中心之照顧人力資格、照顧人力比、收費標準、評鑑、廣告內容及報告義務等規範事項予以法制化之作法，增強管理強度乙節，說明如次：

1. 本部自 99 年修訂公告「產後護理機構及坐月子中心定型化契約應記載及不得記載事項」及「產後護理機構及坐月子中心定型化契約範本」，內容已明訂提供坐月子服務業者應符合建築法規及消防法規有關公共安全之相關規定，並規範服務內容、收費、安全管理等，藉由訂定契約之推行，保障消費者基本權益。
2. 本部自 101 年 7 月起就坊間所稱坐月子中心進行清查，

經一年多輔導截至 102 年 8 月底止各縣市衛生局清查及輔導家數共計 81 家，其中 23 家已未收住產婦及嬰兒、7 家停業、尚待輔導 19 家；另，32 家成功輔導轉型為產後護理機構(32 家均已提出立案申請，其中已立案 9 家、已許可待開業 12 家、申請許可中 11 家)。102 年已將產後護理機構及坐月子中心輔導納入縣市衛生局之績效考評，未來仍將持續積極清查與輔導。

3. 為有效管理及提升產後護理機構照護品質，本部於 102 年辦理產後護理機構評鑑，將「感染控制、人員管理及教育、照護服務」等項目納入評鑑基準，已於年底公告評鑑結果，使產婦能選擇評鑑通過之機構，並鼓勵坐月子中心立案申請評鑑。
4. 將坊間坐月子中心納入護理人員法第 15 條管理，明列坐月子中心有關廣告內容、收費標準之核定、報告義務、機構評鑑、保密、嬰兒照顧人員配置與資格及罰則，已於立法院第 8 屆第 4 會期完成審議並初審通過。
5. 綜上，103 年所編列計畫經費確有所需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

十一、「中醫藥業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(二十五)

本部「中醫藥業務」編列 4,413 萬 5,000 元，針對中藥商存在歷史悠久，為使中藥材管理工作更專業化，本部應積極建立完整中醫體系，由專業中藥師及中藥材管理技術師針對民眾用藥安全進行把關乙節，說明如次：

1. 中藥材之使用，涉及民生飲食習慣與醫療用途，需要熟悉藥材專業知能者共同把關。本部體察「中藥販賣行業」存在久遠，並考量兼顧中藥管理專業分工與國外對中藥

材管理制度，爰檢討修正藥事法，建立「中藥材管理人員」制度，讓有志於從事中藥業之人員，可經由技能檢定後，依相關法令規定取得中藥販賣業藥商資格。期許未來我國對於中藥材的管理，能藉由不同技術專業人員的共同合作，傳承並振興中藥行業的發展。

2. 藥事法部分條文修正草案歷經4次與相關業界溝通協商及行政院2次審查會議後，行政院業於103年5月19日以院臺衛字第1030134437號函，函送「藥事法部分條文修正草案」至大院審議，敬請委員對於行政院所提「藥事法部分條文修正草案」繼續惠予支持及指導，以健全中藥管理人員制度。
3. 本工作計畫預算用途涵蓋健全中醫與中藥人力、服務品質、促進用藥安全等重要工作，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第1項決議事項(二十六)

本部「中醫藥業務」編列4,413萬5,000元，針對中藥廣告違規比率逐年攀升及績效指標未列入年度關鍵績效指標乙節，說明如次：

1. 本部對國人用藥安全向來極為重視，為避免虛偽誇大不實廣告影響民眾，導致錯誤用藥行為，影響健康。本部自91年起執行「違規廣告監控計畫」，設有專人監看每日電子及平面媒體之廣告，監測電子及平面媒體之廣告內容，檢視業者廣告刊播內容有否逾越原核定廣告內容事項，經查察疑涉廣告違規案件，即函轉地方衛生主管機關依法查處。意即本部「違規廣告監控計畫」之執行人員，針對每日電子及平面媒體之廣告，已先審視廣告內容，對於疑涉違規案件才交辦地方衛生主管機關查處。故地方衛生主管機關就所交辦疑涉違規案件，經

調查相關事實證據判定確屬違規，即依法予以行政裁處。

2. 有關中藥違規比率逐年增加一節，實為本部中醫藥司績效指標文詞定義不明確所造成之誤解，並非實際中藥廣告違規情節氾濫。本案所指之「監測案件」係指經監測疑涉違規案件；「違規件數」係為確認違規案而執行行政裁處件數；而經監測結果所計算之「違規比率」實為涉違規案件之行政裁罰率〔確認違規案而執行行政裁罰件數/經監測疑涉違規件數 x100%〕。依本部 99 年度交查監測案件 1,937 件，違規件數 666 件，違規比率 34%；100 年度交查監測案件 1,429 件，違規件數 777 件，違規比率 54%；101 年度交查監測案件 2,048 件，違規件數 1,149 件，違規比率 56%；102 年度交查監測案件 2,081 件，違規件數 1,192 件，違規比率 57%之趨勢來看，顯示監測涉違廣告及實際裁罰成果，均有正相關，可有效懲處不法業者。。本部爾後提供資料將修正上述文字用語，將「違規件數」改為「裁處件數」、「違規比率」改為「違規裁處率」，俾真實呈現執行績效。
3. 有關不實廣告績效指標未列入 103 年關鍵績效指標一節，係因管考指標數之限制。為持續加強違規廣告之查緝，本部已將違規廣告監控及查處，列為地方政府衛生主管機關績效考評指標，以促使地方衛生局加強查緝及違規查處，並遏止違規中藥廣告對民眾危害。
4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

十二、「醫院營運業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(二十七)

本部「醫院營運業務」項下「醫院營運輔導」編列 37 億 8,960 萬 9,000 元，針對部立醫院仰賴政府補助經費龐大，應提升營運績效，以達成財務自給自足之目標乙節，說明如次：

1. 本部醫院目前有 26 家，其中約三分之二位於偏遠離島地區或為特殊功能醫院，受人口數、就醫量之限制，經營較為不易，且自 90 年至 103 年公務預算補助遞減 56%(由 56.5 億元減少至 24.51 億元)，而本部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 102 年醫療決算收入卻逐年成長，由 146 億元增加至 221 億元，約成長 51.4%。以 102 年為例，人事補助費僅占所屬醫院醫療收入之 10% 以下，已屬偏低。
2. 查人事費用較高的部立醫院均為偏鄉離島或特殊功能醫院，如：胸腔病院因為全國唯一的結核病診療醫院，辦理勞工及社區團體之胸部 X 光檢查，指導基層醫師及衛生所 X 光的判讀，並負責本部結核病及胸腔病防治等醫療業務，以致人事成本較高；花蓮醫院因含豐濱原住民分院，該地區人口數雖不多，但仍需負責當地急診及公共衛生業務；另，草屯療養院、玉里療養院皆為精神專科醫院，照顧人力需求較大，以致人事成本較高。
3. 以 102 年為例，本部醫院三分之二位於人事費用偏高之偏遠離島地區，人事費用平均占醫療收入 39.16%。但相對於軍醫體系（39.35%）及退輔會體系（43.77%）為低，應屬合理。
4. 為更有效提升營運績效，因應對策如下：
 - (1). 做好成本管控：
 1. 降低用人費用：各院成立人力資源評估委員會，並將用人成本列為各院院長績效考評及醫院年度考評項目。

- II. 降低採購成本：辦理藥品、衛材及儀器之聯標，並建置儀器之規格及價格資料庫供參。
- (2). 提升營運績效：將營運績效列為各院院長及醫院之年終考核項目。
- (3). 強化資訊管理：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。
5. 另查，本部業已於 103 年 5 月 1 日至貴委員會完成「衛生福利部附屬醫療及社會福利機構營運成效與服務品質」之檢討改進專案報告。
6. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(八十六)

本部「醫院營運業務」項下「醫院營運輔導」補助醫療藥品基金 34 億 8,105 萬 6,000 元，針對本部所屬醫院長期以來皆依靠政府補助，違反作業基金自給自足精神，又 102 年度更有數家醫院違反勞動基準法乙節，說明如次：

1. 本部醫院目前有 26 家，其中約三分之二位於偏遠離島地區或為特殊功能醫院，受人口數、就醫量之限制，經營較為不易，且自 90 年至 103 年公務預算補助遞減 56.6%(由 56.5 億元減少至 24.51 億元)，而本部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 102 年醫療決算收入卻逐年成長，由 146 億元增加至 221 億元，約成長 51.4%。
2. 以 102 年為例，本部醫院三分之二位於人事費用偏高之偏遠離島地區，人事費用平均占醫療收入 39.16%。但相對於軍醫體系（39.35%）及退輔會體系（43.77%）為低，應屬合理。

3. 本部醫院約有三分之二位於偏遠離島地區或為特殊功能醫院，其餘三分之一都會型醫院醫師尚須支援偏遠離島之醫院以確保醫療品質。
4. 本部所屬醫院人事費用較高及盈餘呈現負數乙節，說明如下：
 - (1)部立醫院醫師獎勵金併在人事成本中計算。
 - (2)因獎勵金提撥計算基準與會計成本計算基準不同，所產生之誤解：獎勵金之提撥，係由業務總收入扣除成本後，尚有盈餘時，再依「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」提撥 80%作為獎勵金之發放，若未計算代管資產之攤提折舊，各部立醫院之營運狀況仍屬正數，因此有盈餘可提撥獎勵金。惟依會計報表各院需攤提省府時代公務預算所購置之資產，少數醫院營運較為困難，若再攤提代管資產時，即造成業務賸餘呈負數。
 - (3)公務預算補助遞減，但舊制年資退休金(退輔金)卻逐年增加。
 - (4)部立醫院用人費用以人事費出帳，但其他公醫體系醫院卻以教學研究經費、執行軍事任務費用或執行公共衛生任務費用等科目項下支應。
5. 本部業已於 102 年 10 月 18 日以衛部管字第 1023280311 號函知各院務必遵守「勞動基準法」相關規範，並已於 102 年 10 月 23 日辦理「本部所屬醫院落實勞動基準法討論會議」，以避免有醫事人力超時工作或過勞之情形。
6. 另查，本部業已於 103 年 5 月 1 日至貴委員會完成「衛生福利部附屬醫療及社會福利機構營運成效與服務品質」之檢討改進專案報告。
7. 綜上，為讓所屬醫院能永續經營，賡續推動公共政策，

為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

貳、食品藥物管理署業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 3 項決議事項(二)

本部食品藥物管理署「科技發展工作」項下「食品安全管制科技發展計畫」之提升國內食品衛生水準，確保食品之安全性以維護國人健康之委辦費編列 7,580 萬元，針對食品藥物管理署至今仍以消極態度面對食品產製流通之間管理機制以及風險評估乙節，說明如次：

1. 本項目主要目標為「落實源頭管理」、「加強食品產製流通之監管」、「強化食品安全風險評估能力」與「加強消費者教育及風險溝通」。
2. 「提升國內食品衛生水準，確保食品之安全性以維護國人健康」科目所編列之委辦費，係用於辦理 16 項計畫所編列，包括「食品中危害物質(含六溴十二烷、重金屬及微生物)之監測管理及安全評估」、「進口產品殘留農藥安全風險評估」、「評估訂定動物用藥殘留容許量」、「非傳統及加工食品原料之安全性評估」、「輸入食品風險調查計畫」、「健康食品管理之整合性研究」、「食品添加物源頭管理(含食品添加物查廠)之研究」、「健全嬰兒配方食品及較大嬰兒配方輔助食品分析方法」、「健康食品及錠狀膠囊狀食品非預期健康效益評估及風險管理」、「健康食品工廠查核與產品品質及衛生符合性監測」、「特殊營養品後市場監測計畫」、「市售食品標示管理規範研究計畫」、「餐飲業原料調查暨風險研究」、「食品接觸物件材質及洗潔劑殘留風險研究」、「擴增食品風險評估資料

庫」、「食品風險議題溝通」等，與「加強食品安全風險評估與研究」科目委辦費所辦理之「國家攝食資料庫維護及風險評估資訊提供與諮詢」、「食品及血液中戴奧辛調查研究與風險評估」、「總膳食調查及風險評估(農藥)及建置食品安全風險評估管理規劃」等，並無重複編列情形。

3. 食品安全攸關民眾健康及國家安全，該署為健全食品安全管理體制，提升國內食品衛生水準，積極檢討改善現階段管理之不足，針對源頭管理、食品產製流通之監管機制，及食品安全風險評估能力等重點項目，逐年以科學研究為基礎，因應時事及國際趨勢，訂定符合我國情勢之食品安全管理相關政策及規範，強化我國食品安全管理機制。
4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 3 項決議事項(三)

本部食品藥物管理署「科技發展工作」項下「食品安全管制科技發展計畫」之落實源頭管理，進行食品攙偽及物種鑑別之研究等計畫編列 5,348 萬 6,000 元，針對因未能落實建立產品追溯制度，無法有效進行食品源頭管理，造成管理斷層乙節，說明如次：

1. 為解決層出不窮的食安議題，加強食品衛生安全之管控措施，「食品安全衛生管理法」其中第 9 條：「經中央主管機關公告類別與規模之食品業者，應依其產業模式，建立產品原材料、半成品與成品供應來源及流向之追溯或追蹤系統。」本部食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)並於 102 年 11 月 19 日以部授食字第 1021351000 號公告「食品及其相關產品追溯追蹤系統管理辦法」，要

求特定類別與規模之食品業者應建立食品及相關產品追溯追蹤系統：103 年 8 月 28 日預告八類食品業者優先建立食品追溯追蹤系統，並於 104 年 2 月 5 日全面實施。因應劣質油品事件的發生，將公告食用油脂製造及輸入業者，提前於 103 年 10 月 31 日起實施食品追溯追蹤制度。未來公告指定規模及類別之食品業者必須建立追溯或追蹤制度，須以書面或電子化方式留存相關生產製程之紀錄。一旦發生食品衛生安全事件，可以有效地掌握不符規定產品之流向，以維護國人飲食安全。

2. 本部食藥署 103 年辦理食品及其相關產品追溯追蹤制度風險分析與輔導計畫，輔導食品業者建立食品及相關產品追溯追蹤制度、辦理專家學者會議及業者說明會、製作稽查手冊等工作，以協助食品業者建立食品追溯追蹤系統管理制度。
3. 本部食藥署並於 102 年 12 月 3 日以部授食字第 1021351280 號公告「食品業者登錄辦法」，103 年 4 月 24 日公告食品添加物業者應辦理登錄。
4. 本部食藥署自 100 年起，建置食品添加物登錄管理資訊系統供業者自願登錄，截至 103 年 10 月止，登錄食品添加物業者共 1,127 家，登錄食品添加物產品共 8 萬 1,181 項。食品安全衛生管理法第 8 條已明訂食品業者登錄之法源，103 年 4 月 24 日公告訂定食品添加物業者應辦理登錄及食品添加物產品應登錄之內容，規定從事食品添加物製造、加工、輸入業者及販售業者，此二類業者，應分別於 103 年 5 月 1 日及 10 月 1 日起完成登錄始得營業外，並針對食品添加物產品應登錄之事項進行規範，若透過登錄平臺之成分檢核機制，發現非准用之食品添加物，則不予登錄，未登錄之食品添加物，不得製造、輸入及販售。

5. 103 年 10 月 16 日公告所有具工商登記證之食品業者應於 103 年 12 月 31 日前完成登錄；因應劣質油品事件的發生，食用油脂業者應提前於 103 年 10 月 31 日前完成登錄，始得營業。
6. 本案所凍結 1,000 萬元，係本部食藥署執行研發檢驗方法、因應突發食安事件檢驗及精進國家實驗室等食品檢驗研究工作經費，對檢驗研究業務推動實為迫切之需。
7. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 3 項決議事項(一)

本部食品藥物管理署「科技發展工作」編列 5 億 0,235 萬 7,000 元，針對米、醬油、果汁、鮮乳、蜂蜜等混和比例的新標示規定仍未公告實施乙節，說明如次：

1. 「科技發展工作」主要辦理「藥物安全品質提升計畫」、「物質成癮整合型計畫」、「食品安全管制科技發展計畫」、「奈米生醫產品法規管理科學研究」、「基因改造食品之前瞻性議題」、「中西藥品安全管理精進整合計畫」與「食品食媒性病原之調查監測」。
2. 考量食品消費型態及消費者關切等必要性，本部食品藥物管理署已逐步規劃相關食品品項規範，102 年 11 月 29 日公告「市售包裝米粉絲產品標示規定」；103 年 2 月 14 日公告訂定「鮮乳保久乳調味乳乳飲品及乳粉品名及標示規定」；並已於 103 年 3 月 3 日公告修正「宣稱含果蔬汁之市售包裝飲料標示規定」，規範宣稱含果蔬汁之飲料應標示原汁含有率；上述三項標示規定均自中華民國 103 年 7 月 1 日生效。
3. 優先實施之宣稱含果蔬汁之飲料、米粉(絲)及調製乳粉產品，規劃施行日期已由 104 年 7 月 1 日調整成 103 年 7

月 1 日。其中宣稱含果蔬汁之飲料雖已於 102 年公告，但為及早提供消費者完善食品標示資訊，已於 103 年 3 月 3 日公告修正「宣稱含果蔬汁之市售包裝飲料標示規定」，並自中華民國 103 年 7 月 1 日生效。

4. 新興標示規定須給予業者合理之緩衝期，以利業者因應新規定消耗包材、標籤補正或更換包材，避免庫存包材大量囤積造成之成本損失，以及耗材處理之環境汙染。
5. 食品標示屬技術貿易障礙，預公告法制作業程序皆須通報 WTO/TBT 委員會，以利 WTO 各會員國得以表達意見，如無法提供 WTO 會員境內利害關係人充分表達意見，將影響國際貿易流通。
6. 本部食品藥物管理署積極收集國際規範並配合食品產業、消費者關切產品等，周延評估及持續規劃增訂其他特定食品相關標示規定。
7. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

二、「一般行政」計畫方面

(一)第 3 項決議事項(四)

本部食品藥物管理署「一般行政」項下之「基本行政工作維持」編列 4,037 萬 5,000 元，針對近來頻頻爆發食品安全問題，食品安全管理單位管理鬆散，因此食安問題層出不窮乙節，說明如次：

1. 為建立明確規範食品及其相關產品追溯追蹤系統之規範對象及應建立記錄資料範圍，爰依食品安全衛生管理法第 9 條第 2 項規定，訂定「食品及其相關產品追溯追蹤系統管理辦法」，並已於 102 年 11 月 26 日公告施行。103 年 8 月 28 日預告八類食品業者優先建立食品追溯

追蹤系統，並於 104 年 2 月 5 日全面實施。因應劣質油品事件的發生，將公告食用油脂製造及輸入業者，提前於 103 年 10 月 31 日起實施食品追溯追蹤制度。後續將規劃公告大宗民生物資自 104 年 7 月起實施追溯追蹤制度。

2. 為加強所有食品業者管理，食品安全衛生管理法第 8 條明定經公告類別及規模之食品業者，須申請登錄始得營業。為訂定食品業者申請登錄之條件、程序、應登錄之事項與申請變更、登錄之廢止及其他應遵行事項，以利食品業者進行登錄，並賦予主管機關核發登錄字號及執行稽查作業之依據，爰訂定「食品業者登錄辦法」，並已於 102 年 12 月 3 日公告施行。103 年 4 月 24 日公告食品添加物業者應辦理登錄。103 年 10 月 16 日公告所有具工商登記證之食品業者應於 103 年 12 月 31 日前完成登錄；因應劣質油品事件的發生，食用油脂業者應提前於 103 年 10 月 31 日前完成登錄，始得營業。
3. 「一般行政」項下之「基本行政工作維持」編列 4,037 萬 5,000 元，係秘書室、人事室、主計室、政風室等輔助單位編列之經費，並配合本部食品藥物管理署之食品、藥物、醫療器材及化粧品等業務之推展，辦理一般性行政管理工作，經常性行政工作維持費用如水電費、通訊費、房屋租金、公務車輛養護及油資、房屋建築養護等費用，係為確保該署輔助單位各項業務正常運作所編列，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

三、「食品藥物管理業務」計畫方面

(一)第 3 項決議事項(二十八)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」之業務費編列 9 億 4,199 萬 3,000 元，針對抽檢齊帕特羅，要求訂定「判定重大食品衛生安全及停止查驗申請」之原則乙節，說明如次：

1. 有關食品安全衛生管理法第 34 條，中央主管機關遇有重大食品衛生安全事件發生，或輸入產品經查驗不合格之情況嚴重時，得就相關業者、產地或產品，停止其查驗申請，食品藥物管理署係依據「食品藥物管理署國際食品警訊事件處理標準作業流程」及「食品消費紅綠燈認定機制與處置及建議表」，判定重大食品衛生安全事件者，立即評估後續市面流通稽查及擬定邊境加強管控措施。
2. 食品藥物管理署 102 年度至 103 年 10 月 3 日總計查驗輸入食品 96 萬 2,031 批，抽樣檢驗 7 萬 3,352 批(7.6%)，檢驗不合格 1,031 批(1.4%)，查驗及檢驗批數逐年增加，且產品通關具時效性。
3. 本經費為食品藥物管理署執行食品及相關產品輸入查驗等業務之唯一經費來源。
4. 綜上，為使輸入食品邊境查驗業務得順利執行，落實為民眾食安源頭管理把關工作，本項經費實有所需，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 3 項決議事項(六)、(七)、(八)、(二十九)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」之業務費編列 9 億 4,199 萬 3,000 元，針對「應做而未做 BE」的藥品就地合法，要求將 102 年申請藥證更新資料之清單公布，且應將該清單發函通知全國各醫療院所，及公布公立醫療院所使用藥品是否符合相關規定乙節，說明如次：

1. 國內所有應該執行生體相等性試驗(以下簡稱 BE 試驗)之品項，在核准上市時都有完成 BE 報告，經過本部食

品藥物管理署(以下簡稱食藥署)審核通過後才核發藥品許可證，准予製造販售，所以藥品之安全沒有疑慮。

2. 本部食藥署去(102)年3月28日要求廠商全面清查，經專家學者依據我國法規及國際標準進行嚴謹的審查評估，已於去年12月30日完成確認，公布結果及回收批號於食藥署網站，並轉知健保署及地方衛生局，協助辦理暫停/取消給付、下架回收等事宜。相關回收作業已於今(103)年2月底完成。
3. 日後將持續清查，配合例行查廠，針對BE產品進行抽查，核對登記配方與批次製造紀錄是否相符。如經查獲未經核准擅自變更，將請衛生局以違反藥事法第46條、以該法第92條處以罰鍰；若有違反GMP情形則依實際違反情形處罰。以期緊密的扣合查廠與藥政管理系統，健全國人用藥環境，持續為民眾用藥把關。
4. 藥(廠)商依藥事法得申請藥品之各項變更登記事項，如經本部食藥署審核同意申請變更事項，即時更新於該署藥物許可證查詢作業系統([http://www.fda.gov.tw/MLMS/\(S\(b3tk2045kqtdun55gpeyzi55\)\)/H0001.aspx](http://www.fda.gov.tw/MLMS/(S(b3tk2045kqtdun55gpeyzi55))/H0001.aspx))，供民眾及全國醫療院所查詢使用。
5. 綜上，推動我國藥品優質化策略，實為確保藥品品質與安全，本預算編列係為民眾用藥安全把關所需，本部食藥署已依其在委員會之承諾於去年12月31日前公布名單，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第3項決議事項(三十)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」項下業務費編列9億4,199萬3,000元，針對添加於化粧品保養品的合法防腐劑為濕疹元凶，要求本部食品藥物管理署於3個月內清查市售

髮用化粧品全成分標示，研議要求廠商標示防腐劑濃度可行性與必要性，以及成分使用之範圍限制等乙節，說明如次：

1. 辦理化粧品標示稽查：

(1) 按化粧品應刊載全成分等標示規定，向來係屬本部食品藥物管理署(以下簡稱食藥署)及各地方衛生局進行業者教育及市場稽查監測重點項目，該署業已多次函請業者切實遵守化粧品詳實標示之管理規定，並責成各地衛生局加強市售化粧品標示稽查及業者輔導，102 年 6 月間即曾辦理全國衛生局聯合稽查，抽驗市售沐浴乳、洗髮精及洗手乳共 1,425 件，發現標示涉違規者 46 件(不合格率 3.2%)。

(2) 另 103 年 1 月 8 日復依立法院指示，再度函請各地方衛生局於 103 年 3 月 7 日前完成清查市售髮用化粧品是否均有全成分標示及資訊正確揭露，經統計各縣市衛生局之稽查結果，本次共抽查 1,377 件產品，其中全成分標示不合格者共計 34 件，不合格率為 2.5%。前開不合格案件，15 件已由各轄區衛生局進行裁處，10 件已對業者予以行政輔導，其餘案件尚在查處中。

2. 研議防腐劑成分使用限制：

(1) 有關化粧品防腐劑使用限量規定，食藥署自 74 年至 102 年底，業已依據國際規範及科學性風險評估結果，分別於 74 年 7 月 23 日、87 年 7 月 7 日、94 年 6 月 1 日、102 年 6 月 27 日、102 年 12 月 31 日及 103 年 5 月 15 日計 6 度公告共 47 種化粧品防腐劑成分之使用基準。

(2) 另基於配合國內法規接軌國際及提升化粧品使用安全之政策，本部食藥署現仍持續研議修訂防腐劑使用基準，並將配合持續抽驗市售化粧品所含防腐劑，以落實對於國人消費安全之保障。

3. 研議防腐劑濃度標示規定：

針對化粧品標示所含防腐劑濃度乙案，經查目前國際間包括歐、美、日、中及東協等國家地區尚未制定類似規範，另依據本部食藥署於 103 年 1 月 15 日函詢化粧品衛生管理諮議會委員意見，化粧品導致之過敏反應視個體而異，與濃度並無直接關聯性，民眾倘對特定成分過敏，應避免選購相關產品，故目前全成分標示規定已足以保護消費者安全，濃度標示反而恐將造成消費者輕忽個人體質之影響性，不建議標示濃度。惟該署仍將持續追蹤國際管理規範演變及最新科學研究結果，必要時將隨時增修我國管理規定。

4. 查本部食藥署「食品藥物管理業務」業務費編列 9 億 4,199 萬 3,000 元，惟涉化粧品行政管理部分僅 952 萬 6,000 元，該經費尚需支應現正持續辦理之化粧品衛生管理條例全文修正案、推動產品登錄制度與產品資訊檔案等新興管理強化政策，以及加強消費者正確選用化粧品之教育宣導等相關計畫，實為推動健全化粧品消費安全業務之必須，預算凍結將有影響國人健康之虞。
5. 鑑於本部食藥署業已將化粧品標示列為重點稽查管理項目，並持續研議修正化粧品防腐劑使用基準，同時考量該署經費編列有確保產品衛生安全之必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 3 項決議事項(五)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」編列 11 億 0,694 萬 7,000 元，針對健康食品之安全與功效評估方法，尚有多項功效評估方法未予修正公告乙節，說明如次：

1. 「食品藥物管理業務」經費主要係用於強化食品、藥物、新興生技產品、化粧品之管理及風險評估，落實源頭管

理，健全輸入食品管理體系，發展核心檢驗科技，提升管理、檢驗與研究水準。

2. 不論是食品或是一般坊間所稱之保健食品，只要攙西藥即屬於不法藥物的一種，本部為了遏止不法藥物氾濫，業進行市售食品抽驗、強化源頭管理、加強違規廣告之查緝，並藉由跨部會合作，推動專案計畫及策略，以有效整合政府資源打擊不法，相關措施簡述如下：

- (1). 進行市售及邊境進行膠囊錠狀食品之抽驗。
- (2). 強化不法藥物之源頭管理，包含藥廠及食品廠稽查及邊境查驗。
- (3). 加強違規廣告之查緝。
- (4). 跨部會合作，推動專案計畫及策略，包含打擊不法藥物專案會報，結合「打擊民生犯罪專案計畫」，提高地方稽查頻率，加強取締偽劣假藥及非法廣播電臺專案，檢察機關排怨計畫，迅速裁定搜索票之申請。

3. 本部持續進行健康食品功效評估方法檢討與修正，103年相關辦理情形簡述如下：

- (1). 健康食品申請許可辦法：103年1月28日修正公告。
- (2). 公告健康食品保健功效適用範圍：103年8月20日預告。
- (3). 健康食品評估方法修正案：
 - I. 已完成「護肝」健康食品評估方法修正案：103年3月4日預告。
 - II. 評析「延緩衰老」預告意見，預計年底前再次預告。
 - III. 已研擬「調節血糖」、「調節血脂」、「抗疲勞」評估方法修正草案。

4. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(五)第 3 項決議事項(九)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」項下「醫療器材及化粧品管理業務」之業務費編列 1 億 1,521 萬 7,000 元，針對熱門社群網站團購粉絲團、購物網站仍非法販售角膜變色片、隱形眼鏡等相關醫材乙節，說明如次：

1. 有關網路販售角膜變色片等醫療器材，係屬違反藥事法之行為，目前各縣市衛生局已針對網路販售此等醫療器材進行查緝，每年皆不乏因此而遭罰款甚至起訴之案例。據統計 100 年至 103 年 8 月期間，各縣市衛生局查處網路非法販賣隱形眼鏡案件，依藥事法處分計 48 件，罰鍰計新臺幣 133 萬 7,500 元。
2. 本部食品藥物管理署亦針對國內各大網路購物平臺 (如 YAHOO、PCHOME 等) 要求自律，不得刊售隱形眼鏡等二、三等級醫療器材，若經民眾檢舉查證屬實，亦會第一時間要求網路業者將刊登販售網頁下架，並請其提供相關刊登者資料，以利移請所轄衛生局追查處辦，亦已將相關衛生局查緝不法藥物(含醫療器材)之成效，列入年度衛生局之考評項目。另為提醒消費者不要於網路購買來路不明之隱形眼鏡，已多次加強宣導。
3. 未來本部食品藥物管理署將責成各縣市衛生局加強查緝網路販售角膜變色片等醫療器材，亦將持續與司法單位保持連繫，針對不法醫療器材之查緝及追溯製造販售源頭，建立執行面常態合作機制，有效杜絕不法藥物源頭，並將持續加強宣導醫療器材相關管理規定，使民眾透過正確管道購買隱形眼鏡，以維護健康。
4. 本年度「食品藥物管理署業務-醫療器材及化粧品管理業

務業務費」預算主要係用於辦理醫療器材查驗登記及品質系統管理所需，內容包括：法規政策研擬、醫療器材廠實地稽查與品質系統審查，以及第二、三等級醫療器材風險審查作業等計畫，與網路稽查販售違法醫療器材等業務無涉，若經凍結，除造成相關醫療器材審查業務之遲滯外，亦影響後續推動醫療器材之安全品質評估之管理，對消費者使用該等產品之安全有極大影響。

5. 綜上，編列經費辦理本項工作實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(六)第 3 項決議事項(十)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務」辦理輸入食品查驗業務編列2億7,892萬9,000元，針對有驗出輻射的食品，仍未公布其廠商名單乙節，說明如下：

1. 食品輻射檢測資訊發布：

本部食品藥物管理署自 102 年 11 月 8 日起，比照香港發布模式，每日於該署網站/業務專區/食品/「日本輸入食品輻射檢測結果專區」公布。

2. 就日本輸臺食品管制措施，臺日溝通之進度：

- (1). 日本農林水產省及日本交流協會於今(103)年 3 月拜會本部食藥署，就我方要求日本輸臺食品需檢附輻射檢驗證明乙事洽商，雙方並擬訂交流合作計畫。目前我方已與日方就日本輸臺食品需檢附輻射檢驗證明，進行多次洽商，雙方並擬訂交流合作計畫。日方應我方要求規劃輸臺食品檢附證明樣本於 11 類品項(生鮮冷藏蔬果、冷凍蔬果、活生鮮冷藏水產品、冷凍水產品、乳製品、嬰幼兒食品、礦泉水或飲水、海草類、茶類、肉品及加工食品)，計

畫自 103 年 6 月起，雙方將比對檢驗結果，確認日方與我方檢驗結果之一致性以評估其有效性，作為後續邊境管制措施制定之參考。迄今因件數尚未達目標件數，雙方擬延長計畫執行期間。

(2). 針對茶葉議題，我方要求日方應注意其輸入我國之茶葉有檢出輻射殘留，日方說明檢出輻射量均符合其標準。另日本規劃之檢附證明已涵蓋茶類，邊境管控持續為逐批查驗；本部食藥署監控資料顯示，日本輸臺茶葉輻射檢出件數有下降情況，101 年 62 件，102 年 51 件，103 年迄今(10 月 5 日)僅 10 件有檢出輻射殘留，顯示日方有監控其輸出產品之安全性；我方邊境亦將維持輻射檢測措施，持續與日方協商請其加強監測輸臺茶葉輻射量。

(3). 日方另將邀請我國內學者專家、民意代表及民間團體等，赴日實地查訪日本國內對食品的輻射監控管制相關措施，並規劃辦理輻射專家學術研討會，說明日方管控措施及執行成果。

3. 輸入食品邊境查驗管制措施：

(1). 查驗美國牛肉 102 年度至 103 年 10 月 3 日計查驗 7,870 批，抽樣檢驗 3,167 批(40.2%)，除 6 件檢出齊帕特羅，均依規定退運或銷毀，並調高其後續輸入查驗率最高至 100%，其餘檢驗結果均符合規定。

(2). 檢測日本食品截至 103 年度 10 月 20 日計 5 萬 9,600 批，對驗出輻射值，但未超過我國及日本標準值。

(3). 為確保市售肉品之衛生安全，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。

(4). 本部食品藥物管理署將持續依產品風險等級及產品不合格紀錄，加強查驗輸入美國牛肉及日本進口食品管制措施，以落實肉品把關，確保國人健康安全。

4. 沒有逐批抽驗食品應要求進口商檢附出口國官方的檢驗報告：

因所涉層面廣泛，將利用與各國協商會談時洽談其可行性，以確保國人食用安全要求。

5. 綜上，本經費為食品藥物管理署執行食品及相關產品輸入查驗等業務之唯一經費來源，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(七)第 3 項決議事項(十一)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務」之委辦費編列 2 億 3,392 萬 8,000 元，針對在大賣場上抽驗到齊帕特羅，顯然邊境把關抽驗機制已全然破功乙節，說明如次：

1. 邊境業務龐大且與日俱增，把關任務艱辛：

食品藥物管理署 102 年度總計查驗輸入食品 51 萬 4,719 批，抽樣檢驗 3 萬 8,444 批(7.5%)，檢驗不合格 552 批(1.4%)。103 年度至 9 月底總計查驗輸入食品 44 萬 0,766 批，抽樣檢驗 3 萬 4,309 批(7.8%)，檢驗不合格 474 批(1.4%)。與 102 年度同期比較：查驗批數高 20%，檢驗批數高 18.8%。查驗及檢驗批數逐年增加，且產品通關具時效性，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：

(1). 本部食品藥物管理署自 101 年 3 月 20 日起針對美國牛肉實施 100%抽樣檢驗措施，如連續輸入 5 批檢驗合格者，始得調整為加強抽批(抽驗率 20%)，

再連續輸入 5 批檢驗合格者，始得再調整為一般抽批查驗(抽驗率 5%)。檢驗不符規定產品除依規定退運或銷毀外，並依輸入食品及相關產品查驗辦法調高其後續輸入查驗率最高至 100%。

(2). 102 年度共計查驗美國牛肉 4,253 批，抽樣檢驗 2,078 批(48.8%)，除 6 件檢出齊帕特羅，均依規定退運或銷毀，並調高其後續輸入查驗率最高至 100%，其餘檢驗結果均符合規定。103 年度 1 月至 10 月 3 日計查驗 3,614 批，抽樣檢驗 1,086 批(30%)，檢驗結果均符合。

2. 持續進行風險監測及嚴格管控，並發布檢驗不合格資訊：

為確保市售肉品之衛生安全，本部食品藥物管理署從源頭管理、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。該署將持續依產品風險等級及產品不合格紀錄，加強查驗輸入美國牛肉管制措施，並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。

3. 綜上，本經費為執行食品及相關產品輸入查驗等業務之唯一經費來源，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(八)第 3 項決議事項(十二)

本部食品藥物管理署「食品藥物管理業務」項下「區管理中心業務」之大陸地區旅費編列 107 萬 4,000 元，針對赴大陸參訪及交流應撙節預算乙節，說明如次：

1. 為落實「海峽兩岸食品安全協議」，促進兩岸的業務主

管機關更有效率的交流，每年辦理海峽兩岸食品安全協議-進出口食品安全會議，本年度達成協議內容如下：

- (1). 關於兩岸不合格食品資訊通報問題：兩岸專家就兩岸進出口食品不合格資訊通報表格的修改內容達成一致以縮短通報時程。
 - (2). 關於兩岸進出口食品檢驗管理問題：兩岸專家分別介紹各自進出口食品監管體系，包括進出口食品檢驗檢疫機構、依據及具體措施，兩岸出口食品衛生證明管理，增進了兩岸專家對兩岸進出口食品安全管理體系的理解。
 - (3). 關於大陸輸臺大閘蟹有關事宜：我方擬於 103 年 10 月 13 日派員赴大陸對輸臺水產品養殖場和全衛生監管體系進行實地查核，並在此基礎上，擬定今後對大陸輸臺大閘蟹註冊養殖場實施備案制度等後續工作安排。
2. 綜上，相關討論議題廣泛，實有需各業管專業人員共同前往，所編經費確有實需，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

參、中央健康保險署業務報告：

一、「一般行政」計畫方面

(一)第 4 項決議事項(一)

本部中央健康保險署「一般行政」編列 28 億 9,630 萬 7,000 元，針對未將實施二代健保之相關內容納入關鍵績效指標，無法完整評估施政績效指標乙節，說明如次：

1. 有關本部中央健康保險署「關鍵績效指標」之擬定，係依行政院所屬各機關施政績效管理作業相關規定辦理，

國家發展委員會為落實施政績效管理及行政簡化，限定各部會在各關鍵策略目標項下僅能訂定1至2項關鍵績效指標，爰該署於施政目標「健全社會保險制度，強化自助互助機制」項下訂定2項關鍵績效指標「論質方案受益人數」、「保險醫事服務機構按時提報財務報告之院所家數比率」。

2. 「推動論質方案」係為本部中央健康保險署推動支付制度重要改革之作為，方案內設計將支付與品質監控指標相扣連，以財務誘因鼓勵院所提供民眾有效率與品質之整體性與連續性照護，將醫療資源做更有效運用；此外，「保險醫事服務機構提報財務報告」，亦是因應二代健保精神，強化健保資訊之透明公開，並擴大民眾參與監督健保資源。
3. 綜上，全民健保攸關全國民眾福祉，本部中央健康保險署配合二代健保實施，亟需相關行政經費推動政務，為能更符合年度施政目標與施政績效，並展現本部中央健康保險署具體作為，除原提報之指標外，已配合再新增1項「醫療品質資訊公開」關鍵績效指標，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

二、「健保業務」計畫方面

(一)第4項決議事項(三)

本部中央健康保險署「健保業務」編列24億9,744萬7,000元，針對全民健康保險下試辦計畫及改善方案已試辦多年，每年成效應進行修正，數年無效或效益不彰，應適時停止辦理乙節，說明如次：

1. 在論量計酬支付制度下，醫療服務提供者容易提供片段、零碎的醫療服務，因此，在有限醫療資源下，健

保會於每年總額協商成長率中，於各部門總額一般服務預算外，透過編列專款推動專案計畫，促使醫療機構改善現行照護缺點，加強提升照護品質，即為鼓勵提升醫療服務品質、保障民眾就醫權益，尤以論質給付相關計畫為主。

2. 各專案計畫每年預算經費均需經健保會委員充分討論後方予定案，其執行成效亦需每年提報健保會評核會議邀請專家學者評核，作為來年是否續辦或修訂計畫之重要依據，其中對於執行良好之計畫，本部中央健康保險署則依專家學者意見納入一般服務項目。
3. 本部中央健康保險署於民國 90 年宣示為民眾購買健康的全民健康保險創新理念，於同年 10 月起陸續推行子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病、氣喘、高血壓、精神分裂症、慢性 B 型及 C 型肝炎帶原者及初期慢性腎臟病方案，各方案皆視執行成果檢討改進，並爭取在總額預算內編列專款的方式予以保障，積極推廣擴大辦理中，各階段檢討改進措施說明如下：
 - (1). 導入支付標準：
 - I. 結核病於實施 5 年後，因照護率高達 91.81%，自 97 年起導入支付標準全面實施。
 - II. 糖尿病方案亦因辦理成效良好，於 101 年 10 月導入支付標準，以擴大收案照護對象。
 - (2). 業務移轉：子宮頸癌方案 95 年已業務移轉至國民健康署(前國民健康局)辦理。
 - (3). 計畫整併：高血壓因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自 102 年 1 月 1 日起停止試辦。
 - (4). 其中乳癌醫療給付改善方案基於下列原因，目前仍持續辦理：

- I. 方案重點：提供病患完整癌症照護，以提升乳癌病人照護品質，參加醫院計 6 家，照護人數 1 萬 2,000 人，照護率 13.4%，每年獎勵核發金額約 1 億點。
- II. 指標結果：參加試辦醫院須定期申報品質資訊，本部中央健康保險署並依照各醫院照護病患之存活率情形，核發獎勵金，101 年度試辦個案存活率之情形如下：
 - i. 零期病患平均為 99.1% (100 年為 99.5%)
 - ii. 第 1 期病患平均為 97.5% (100 年為 97.3%)
 - iii. 第 2 期病患平均為 94.8% (100 年為 94.4%)
 - iv. 第 3 期病患平均為 83.3% (100 年為 83.5%)
 - v. 第 4 期病患平均為 55.6% (100 年為 58.8%)除第 4 期略有下降外，餘維持相當水準。
4. 另家醫計畫一年照護對象超過 200 萬人，建立 2,785 家診所與 135 家醫院合作模式，提供個案管理、24 小時諮詢專線、辦理社區衛教、診所與醫院之合作轉診、繼續教育、共同照護門診等有別於一般診所的特色服務，本計畫收案對象各項預防保健檢查率明顯高於同儕，收案對象經醫療群照護，門診人次減少 5.35%、急診率減少 2.31%、住院率減少 2.37%。
5. 綜上，本部中央健康保險署為執行單位，依健保會決議推動辦理各項有助於提升品質、改善論量計酬缺點之專案計畫，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 4 項決議事項(二)

本部中央健康保險署「健保業務」編列 24 億 9,744 萬 7,000 元，針對健保業務計畫醫審及藥材項下編列評鑑裁判費 9,685 萬 2,000 元，語焉不詳，有規避監督之意，總額審查作業公開

度及透明度明顯不足乙節，說明如次：

1. 依健保法第 63 條規定，對於保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，遴聘具有臨床或相關經驗之醫藥專家進行審查，並據以核付費用；審查業務得委託相關專業機構、團體辦理之。本部中央健康保險署據以將審查業務，透過公開招標，委託專業機構團體辦理涉醫療專業事項，例如：辦理及改進醫療服務審查業務、處理醫療服務審查申訴或陳情案件，並提供醫療院所對審查作業等意見表達之管道等，並無逃避監督情事。
2. 經審查提升醫療品質，保障民眾權益，藉由醫療專業討論審查共識，訂定審查注意事項，透過多元化審查方式管理及醫界同儕制約，減少專業認定差異，102 年共審查 388 多萬醫療案件，經審查核減不適當醫療費用約 106 多億點，為健保財務把關。
3. 綜上，編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

肆、國民健康署業務報告：

一、「一般行政」計畫方面

(一)第 5 項決議事項(一)

本部國民健康署「一般行政」項下「基本行政工作維持」編列 5,459 萬 4,000 元，針對油症受害者健康照護較 102 年度預算數減少，且政府單位以消極態度研擬、推動相關法案乙節，說明如次：

1. 有關油症患者健康照護，103 年度本部國民健康署對於符合補助標準者，仍依「多氯聯苯中毒患者健康照護服

務實施要點」給予補助，不會影響患者權益，並將積極爭取 104 年預算。

2. 政府於民國 68 年起即積極推動多氯聯苯中毒者(油症患者)健康照護工作，除針對發生多氯聯苯污染米糠油事件，直接食用到污染油者之第一代中毒者提供健康照護，考量多氯聯苯可通過胎盤，影響胎兒，故不同於日本，我國對於第二代油症患者亦提供健康照護。目前提供服務包括：提供第一代及第二代患者定期健康檢查、補助第一代及第二代患者不分科別門、急診部分負擔醫療費用、補助第一代患者不分科別住院部分負擔醫療費用。另提供油症特別門診、訪視關懷及衛教等實質照護。
3. 本部國民健康署於民國 100 年訂定「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，以保障多氯聯苯中毒者之醫療照護權益，提供多氯聯苯中毒者健康照護服務。102 年 10 月該署並已依 大院社會福利及衛生環境委員會會議主決議提出「多氯聯苯中毒者健康照護服務條例」草案，以作為推動各項健康照護業務之法源依據。本部非常重視且積極辦理，該條例草案已於 102 年 11 月 29 日通過本部法規會審議，103 年 3 月 4 日陳報行政院，經 3 月 31 日及 5 月 2 日兩次審議會議，於 5 月 15 日通過行政院第 3398 次院會，5 月 19 日由行政院函送立法院審議。本部並於 5 月 26 日函復 大院社會福利及衛生環境委員會。業依 大院 103 年 3 月 10 日 8-5 會期社會福利及衛生環境委員會第 2 次全體委員會議於 3 月 10 日林淑芬等委員之臨時提案要求，於 2 個月內交付「多氯聯苯中毒者健康照護服務條例(草案)」，由 大院繼續審議。
4. 本部國民健康署近年來業務量急遽擴增，一般行政之「基本行政工作維持」經費係為維持該署一般事務工作之運作，包含水電費、通訊費、保險費、資訊服務、清

潔、保全、總機、消防安全設備保養、車輛、辦公器具、設施及機械設備養護費等各項費用，為該署能順利推動各項預防保健及國民健康促進業務所亟需之基本行政費用。

5. 綜上，該項預算凍結實嚴重影響該署一般行政工作維持及國民健康業務之推動，敬請惠予支持，准予動支。

伍、社會及家庭署業務報告：

一、「社會福利服務業務」計畫方面

(一)第 6 項決議事項(一)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展身心障礙者福利服務」之業務費編列 7,511 萬 8,000 元，針對就輔具研發與產業政策提出規劃說明乙節，說明如次：

1. 身心障礙者權益保障法第 20 條之 1 規定，「為促進身心障礙輔具資源整合、研究發展及服務，中央主管機關應整合各目的事業主管機關推動辦理身心障礙輔具資源整合、研究發展及服務等相關事宜。前項輔具資源整合、研究發展及服務辦法，由中央主管機關定之」。故本署(屬內政部時期)於 101 年召集相關部會、專家學者與縣市政府代表共同研訂身心障礙者輔具資源整合與研究發展及服務辦法(以下簡稱整合辦法)並於 101 年 7 月 16 日發布實施，合先敘明。
2. 依據整合辦法第 11 條：「中央目的事業主管機關應獎勵、補助或支援民間共同參與輔具之研發、製作及生產，必要時應協助引進國外科技輔具技術、獎勵技術移轉、提供技術諮詢、教育訓練及其他相關專業技術輔導」。次查身心障礙者權益保障法第 2 條規定：「...本法所定事

項，涉及各目的事業主管機關職掌者，由各目的事業主管機關辦理。科技研究事務主管機關：主管身心障礙者輔助科技研發、技術研究、移轉、應用與推動等事項...；經濟主管機關：主管身心障礙輔具國家標準訂定、產業推動、商品化開發之規劃及推動等事項」。故上開輔具研發、製作及生產與技術轉移等工作係屬科技部之專業執掌；輔具相關產業之發展則為經濟部權責。

3. 本部社會及家庭署曾於 102 年度邀集各部會參與全國輔具資源與服務整合聯繫會議並安排各部會進行工作報告，本案相關部會工作報告內容摘要如下：

(1). 科技部：該部近年均編列相關預算推動輔具研發工作，其近年服務成果及服務狀況：

I. 96 年度推動特殊教育長期追蹤資料庫。

II. 99 年推動視障者輔具專案計畫。

III. 102 年推動 3 年期身障者輔具專案計畫。

IV. 103 年起與本部社會及家庭署多功能輔具資源整合推廣中心合作，借重該中心對身心障礙者需求的了解以及對輔助科技產品的實務經驗，請其規劃以使用者需求為主，值得投入的輔具研究，再由科技部公開徵求計畫，期望能研發對身心障礙者適用之輔具。另查該部 103 年度預計編列相關經費為 2,500 萬元，一併敘明。

(2). 經濟部：該部近年均編列相關預算推動輔具國家標準訂定及產業推動工作，其近年服務成果及服務狀況：

I. 訂定輔具國家標準及實施正字標記。

II. 提供輔具產品檢驗與認證服務。

III. 提供研發補助鼓勵企業研發輔具產品。

IV. 透過法人單位開發輔具產品，協助合作廠商提升研發量能。

V. 輔導廠商開發輔具相關產品，協助廠商行銷產品。

經濟部預估至 103 年底可協助業者申請輔具相關研發計畫 10 件，研發補助經費約 5,000 萬元，並將透過法人與業者技術之整合應用，提升產業技術開發能量，促進國內輔具產業發展，提升技術層次與產業競爭力。

4. 為精確掌握各項身心障礙者使用輔具之實際需求，本部目前進行近年身心障礙者輔具補助項目之統計調查工作，預期統計資料完成後將可具體呈現身心障礙者輔具需求之類別及數量，以作為研究開發方向及鼓勵產業界投入生產之參考資料。後續本部社會及家庭署亦將持續配合科技部相關研究案之執行，協助邀集服務使用者、身心障礙團體與第一線之輔具服務專業人員共同協助進行輔具研究發展工作。

5. 本案本部社會及家庭署將持續運用資訊整合平臺協助科技部及經濟部等進行輔具研發與產業政策規劃，並將召開會議，邀集相關部會共同就輔具研發與產業政策之推動研商後續努力方向。

6. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 6 項決議事項(二)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展身心障礙者福利服務」辦理 ICF 行銷與民眾教育宣導編列 1,439 萬 2,000 元，針對宣導業務經費偏高，可能影響其他社會福利業務經費乙節，說明如次：

1. 身心障礙鑑定與需求評估自 101 年 7 月 11 日正式實施，

其參採聯合國世界衛生組織(WHO)頒布之國際健康功能與身心障礙分類系統(ICF)精神，身心障礙者鑑定及需求評估方式，均採行專業團隊方式進行，與過去身心障礙鑑定作法有所不同，確有針對潛在服務使用者及身心障礙者加強宣導之必要。

另由於社會各界普遍缺乏對於身心障礙之認識，以至於迭有歧視或不當對待之現象產生，為消除此類社會環境之阻礙，強化民眾正確認識身心障礙者，藉由相關訊息傳遞教育社會大眾，消除對其不當認知與歧視，亦相當重要，綜上，本部社會及家庭署 103 年度身心障礙宣導作業，分為身心障礙新制與民眾教育宣導兩大重點，謹針對其行銷規劃、媒體通路等部分，具體說明如下：

(1). 潛在服務需求者及身心障礙者宣導規劃：

- I. 行銷規劃：此部分之宣導內容包含新制鑑定與需求評估作業方式、福利服務項目等概念，使潛在需求對象及身心障礙者瞭解其權益及相關福利服務措施。
- II. 媒體通路：考量此部分宣導對象屬特定範圍之小眾，將運用此族群較常接觸之管道進行，結合現有公益資源進行託播，以其最容易接觸場所或設施，進行電視廣告短片託播(如：醫療院所、公所、便利商店、交通場站等)及提供文宣參考(如：居家服務、復康巴士等)，同時結合該署及各地方政府辦理說明會或活動之時機進行宣導，以利民眾取得所需資訊。

(2). 一般社會大眾之宣導規劃：

- I. 行銷規劃：運用製播認識身心障礙朋友形象廣告方式，促進社會大眾正面認識身心障礙朋友，進而接納與肯定身心障礙者。

II. 媒體通路：運用本部媒體集中採購，以取得多元宣導管道，包括戶外媒體、廣播媒體、行動媒體、電子媒體等進行教育宣導。此外，搭配年度重要身心障礙相關活動(如：中秋愛心伴手禮促銷活動、金鷹獎表揚典禮)進行宣導，使更多民眾認識身心障礙議題。

2. 經再度檢視本年度身心障礙新制宣導，確可增進身心障礙者透過熟悉管道吸收新制相關訊息，並促使社會大眾關心身心障礙議題，正向認識身心障礙朋友並給予肯定與支持。編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 6 項決議事項(三)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展身心障礙者福利服務」辦理身心障礙者個人照顧及家庭支持服務等工作編列 2 億 7,125 萬元，針對家庭托顧服務逐年縮減照顧補助天數，致家庭托顧服務缺乏使用意願乙節，說明如次：

1. 家庭托顧為身心障礙者權益保障法第 51 條所定之服務，且為「身心障礙家庭照顧者服務辦法」家庭支持服務項目之一，本項服務模式強調去機構化服務，並以家庭式照顧環境為主，提供身心障礙者家庭支持性協助，減輕家庭照顧者的照顧負擔，屬新型之社區式服務模式。
2. 為解決地方政府推動新制資源不足問題，101 年增編預算經費 3 億元，102 年增編預算 2 億 7,000 萬元，併同運用公益彩券回饋金經費 101 年 3 億 2,370 萬餘元、102 年 2 億 7,640 萬餘元，積極輔導資源不足縣市政府結合民間團體擬具方案提供服務。
3. 本部社會及家庭署已訂定「身心障礙者家庭照顧者服務辦法」，明定家庭托顧服務提供單位之資格要件及應遵

循事項，提升家庭托顧服務效能與身心障礙者家庭生活品質。另為協助地方政府輔導民間團體積極執行，該署持續請具專業經驗之身障團體辦理巡迴輔導計畫，以協助地方政府建構服務模式，並持續藉由中央對地方政府社會福利績效考核，以落實各項法定服務措施推動。

4. 為避免影響身心障礙者權益，同時促進個案獲得延續性照顧服務，該署 103 年度公益彩券回饋金業核定「家庭托顧」服務之照顧服務費為每月 22 日，以減輕家庭照顧者照顧身心障礙者之負擔，協助家庭建立完善之社會支持網絡。

5. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 6 項決議事項(四)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展身心障礙者福利服務」補助各類身心障礙福利機構辦理教養、養護服務，提升服務品質編列 5 億 6,557 萬 1,000 元，針對研議身心障礙福利機構辦理身心障礙者托育養護(日間照顧與住宿式照顧)收費原則之輕度身心障礙者併入中度，收費只分兩個等級乙節，說明如次：

1. 本案因涉政府預算、家屬負擔等多方議題，為使收費標準之修正更趨周延，本部社會及家庭署自 101 年度起多次邀集地方政府、身障機構團體代表召開會議研商，惟各方意見多元分歧，未有共識，前於 103 年 1 月 28 日再次召開會議進行研議。考量身心障礙者權益，應以促進其生活正常化為目標，輕度身心障礙者宜鼓勵在家照顧，並使用居家式、社區式服務資源，收費有所區隔可引導機構以中度或重度以上障礙程度身心障礙者為服務對象，避免機構以服務輕度身心障礙者為主，進而排擠中度以上身心障礙者入住機構之權益，爰與會代表認為

收費標準仍應維持三級，惟收費原則之障礙等級收費比例已 20 年未調整，應可考量調高比例，故仍請各地方政府會後蒐集身心障礙者家屬團體意見及機構意見，並評估財政負擔後，回復本部社會及家庭署。

2. 案經該署綜整上揭資料後，於 103 年 7 月 24 日再次召開會議進行研議，會議決議，為兼顧機構成本、家屬負擔及政府預算，本案在政府支出及家屬負擔增加額度較少原則下，將輕度障礙者全日型住宿機構收費標準，自 104 年度起由收費基準之 40%調整為 50%，日間及夜間住宿機構收費仍維持為全日型住宿機構之 60%。本部後續將據以修訂「身心障礙福利機構辦理身心障礙者托育養護收費原則」。
3. 本案已依委員建議召開會議研議並達成共識，收費標準仍宜維持三級，並顧及機構成本及家屬負擔，將輕度收費由原收費基準之 40%調整至 50%，後續將由本部據以修訂「身心障礙福利機構辦理身心障礙者托育養護收費原則」，且本項預算係補助各機構教養機構服務費(人事費)對機構亟為重要，在國內各身心障礙福利機構逐年遞增，原經費預算已然不足情形下，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(五)第 6 項決議事項(五)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展兒童及少年福利服務」編列 71 億 2,123 萬 7,000 元，針對父母未就業家庭育兒津貼實施計畫誘導婦女離開職場，無助提升生育率，及協調內政部、勞動部會等相關機關研擬鼓勵生育措施對我國生育率、婦女勞動參與率之影響，以及津貼對象之收入分級是否合理等乙節，說明如次：

1. 為減輕育兒家庭經濟負擔，對於選擇就業而將兒童交由

專業保母或辦理育嬰留職停薪者，政府提供保母托育費用補助或育嬰留職停薪津貼等補助，本計畫則係針對選擇自行在家照顧兒童而未就業者提供育兒津貼，以健全0至2歲兒童照顧體系。

2. 政府因應少子女化對策是以行政院102年7月12日核定修正之人口政策白皮書7大對策，育兒津貼僅為其中一環，由國外經驗，必須與家庭、租稅及兒童政策併行始能發揮加乘效果，僅靠單一措施尚無法奏效。102年育兒津貼受益人數為25萬4,331人，占未滿2歲兒童人口數之60.4%，已發揮協助家庭照顧兒童之政策目標。
3. 本案所提育兒津貼對生育率之影響，茲因放諸各國經驗，尚無單一措施可有效提升生育率，育兒津貼亦然，尚須配合整體人口政策方能因應少子女化之問題，又影響婦女勞動參與率之因素非常多元，包括經濟不景氣、就業環境、求職條件、彈性工時與友善職場環境等問題。另根據行政院主計處「受僱員工薪資調查」婦女平均勞動薪資每月3萬1,754元，與育兒津貼補助2,500元相距甚遠影響有限。
4. 針對鼓勵生育措施對婦女勞動參與率影響乙節，本部復於103年2月13日函請內政部、勞動部等相關部會就人口政策白皮書少子女化政策逐一檢視婦女勞動參與率提供影響評估，綜整結果均顯示相關措施對婦女勞動參與率尚無負面影響甚至有助鼓勵婦女就業。
5. 至就育兒津貼之收入分級進行通盤檢視乙節，本部業併同前揭鼓勵生育措施對婦女勞動參與率之影響，擬具完整檢討報告，於103年3月21日函報大院社會福利及衛生環境委員會。報告內容略以考量目前經費短缺，在無法提高補助金額的前提下，如對稅率未達

20%以下家庭再予分級，勢必將調降部分家庭補助金額，導致民眾反彈，且參考現行其他育兒補助措施，均未針對稅率未達 20%以下家庭再予分級，考量兒童照顧措施一致性，並避免民眾混淆，減省行政成本，評估仍以維持現行收入分級制度為宜。

6. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(六)第 6 項決議事項(七)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展家庭支持服務」業務費編列 1,414 萬 4,000 元，針對本部檢討現行育兒津貼補助措施之缺失，並研議整合為單一化兒童照顧津貼等乙節，說明如次：

1. 查本部社會及家庭署推動之父母未就業家庭育兒津貼實施計畫，係針對選擇自行在家照顧兒童而未就業者提供育兒津貼，健全 0 至 2 歲兒童照顧體系。102 年育兒津貼受益人數為 25 萬 4,331 人，占未滿 2 歲兒童人口數之 60.4%，已然發揮協助家庭照顧兒童之政策目標。
2. 次查「建構友善托育環境－保母托育管理與托育費用補助實施計畫」係自 97 年開辦之計畫，為順利推動及依實際執行狀況進行滾動修正之需，業召開多次會議研商，其中就家庭托育費用補助內容亦多次進行討論，惟受限年度預算並無大幅增長，托育費用僅能漸進式有限度地放寬。
3. 茲就本計畫歷次因應家庭經濟狀況調整補助額度情形說明如下：
 - (1). 100 年起於就業者家庭部分托育費用補助及非就業者弱勢家庭臨時托育費用補助之弱勢家庭增列「特殊境遇家庭」、「高風險家庭」二類，以周全對弱勢家庭之照顧。

- (2). 100 年起，因據內政部戶政司統計近 10 年來我國生育胎次第 3 胎以上比例逐年下降，且少子女化趨勢，勢將影響我國長期社會經濟之整體發展，並參採陳立法委員節如建議維護補助公平性並擴大補助對象，在不影響原來補助對象權益，考量不同子女數對家庭負擔亦不相同原則下，再增列育有三名子女以上家庭部分托育費用補助，其未滿 2 歲幼童需送請保母人員照顧者，補助一般家庭 3,000 元和弱勢家庭 5,000 元，意即申請第三胎以上托育費用補助將不設排富條款及就業條件，以分擔家庭照顧子女經濟負擔。
- (3). 101 年起考量保母托育費用占不同經濟狀況家庭支出比例不同，爰於一般家庭每月最高補助 3,000 元及弱勢家庭(含低收入戶)每月最高補助 5,000 元外，增加中低收入戶每月補助 4,000 元之規定。
- (4). 101 年 7 月起配合兒童及少年福利與權益保障法第 26 條居家式托育服務人員資格規定，除前領有保母技術士證者外，放寬具有幼兒保育、家政與護理相關科系畢業或修畢保母專業訓練課程資格者可加入社區保母系統提供服務，送托之家庭依家庭經濟狀況(一般家庭、中低收入戶或弱勢家庭)提供 2,000 至 4,000 元之補助。
4. 以國家目前財政能力，保母托育管理與托育費用每人每月僅補助 3,000 元，如將一般家庭再予以分級，勢必會調降部分家庭之補助額度，易衍生民眾對於政府解決少子女化問題之質疑。為避免政策推動之不穩定導致民眾混淆，同時考量分級補助勢必耗費行政成本，建請同意維持目前分級補助制度。
5. 本部社會及家庭署刻正就「保母托育補助」與輔導納入

「父母未就業家庭育兒津貼」整合可行方式及其配套等進行通盤檢討，以統整規劃國家整體 0 至 2 歲育兒政策。

6. 另為配合 103 年 12 月 1 日居家式托育服務登記制度上路，本部社會及家庭署自 100 年起陸續邀請專家學者、直轄市及縣(市)政府、社區保母系統及民間相關團體代表等，就「居家式托育服務提供者登記及管理辦法」(草案)召開 17 次修法研商會議、分區(北、中、南、東)公聽暨專案會議，針對居家式托育服務提供者之收托人數、服務內容、登記流程、收費原則及主管機關審核、檢查、輔導等規定進行討論，廣納各界建言。本辦法草案業經本部法規會審查完竣，並依法制作業程序於 103 年 9 月 15 日訂定發布。
7. 綜上，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(七)第 6 項決議事項(六)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展家庭支持服務」編列 13 億 6,215 萬 2,000 元，針對推動整合單一功能服務中心，規劃擴增各縣市家庭支持服務中心據點及人力乙節，說明如次：

1. 本部社會及家庭署自 98 年及 101 年分別推動辦理「建構家庭福利服務系統實驗計畫」及「兒童及少年家庭支持服務中心競爭型計畫」，目前共補助 9 個直轄市、縣(市)政府試辦，設置 31 處據點，其中 14 處為本部社會及家庭署運用公益彩券回饋金補助設置，另 17 處據點為直轄市、縣(市)政府自籌經費設置。本部所輔導 9 個直轄市、縣(市)政府刻正持續規劃擴充服務據點，預計 103 至 104 年家庭福利服務中心總數將擴充至 35 處。
2. 前揭計畫之推動，除補助各地方政府設置家庭支持服務

中心之人事費、方案服務費及設施設備費等經費補助外，同時搭配委託專家學者進行巡迴輔導(實地考核)、教育訓練及研究發展，以期蒐整國內外執行經驗，發展本土化家庭服務模式，並逐步推展及吸引各地方政府投入資源從事區域預防性服務。

3. 又本部社會及家庭署推動前述計畫，臺中市、高雄市、彰化縣、花蓮縣、臺東縣、苗栗縣等地方政府已逐步完成或規劃自籌預算(或爭取中央協助)設區域型家庭/社會福利服務中心，顯見本計畫已適度發揮影響力，促使各地方政府構思健全區域家庭社會(福利)等預防服務體系，期待透過結合中央輔導及地方資源挹注，未來將逐步建構更普及、可近及整合的區域家庭(社會)福利及預防服務輸送體系。
4. 考量政府現行社會福利服務供給，主要是以各類人口群(如兒童、少年、婦女、老人、身心障礙等)或特定議題(如單親、原住民、新住民等)提供服務(或設置單一功能服務中心)，惟各服務資源建置情形不一，容易導致資源分布不均，服務供給零散。本部社會及家庭署為規劃提供社區及家庭普及化、多元化及近便性之服務管道，應建立單一且整合性之服務窗口，落實預防支持服務，爰著手研議單一功能服務中心資源整合之規劃。
5. 迄今，全國計有 15 個直轄市、縣(市)政府建置區域型家庭/社會福利服務中心，共設置 86 處整合性單一窗口服務，其中宜蘭縣等 8 縣市均完成轄內各區域中心全面設置；另基隆市等 7 縣市已完成部分設置，刻正規劃逐步擴充服務據點。經檢視各單一功能服務中心之服務對象與內涵，初步評估單親家庭服務中心與區域型家庭/社會福利服務中心之服務對象與模式最相近，且檢視各直轄市、縣(市)單親家庭服務中心與區域型家庭/社會福利服

務中心設置區域重疊比例高達 62.2%。

6. 本部社會及家庭署規劃整合各單一功能服務中心，第一階段以結合單親家庭服務中心之服務轉型為初期目標，並研擬「結合單親家庭服務中心推展家庭支持服務計畫(草案)」，作為各直轄市、縣(市)政府依據現有資源設置情形，推動單親中心資源整合或服務轉型之參據。另於 103 年組成輔導團隊，以個案輔導方式，協助各直轄市、縣(市)政府逐步推動單親中心之資源整合，預計自 104 年起陸續完成單親家庭服務中心功能轉型，提供一般性家庭支持預防服務。期透過資源整合與聯盟，強化家庭/社會福利服務中心之普及性與廣度，同時亦拓展單親服務之對象與觸角，建構完善的家庭支持服務網絡，創造結盟雙贏的局面。
7. 本部社會及家庭署刻正爭取公益彩券回饋金等資源挹注，依據各直轄市、縣(市)政府配合本計畫推動之相關規劃完整度與實務性等，擇優補助各直轄市、縣(市)政府單親家庭服務中心功能轉型所需經費(含資本門—設施設備及修繕費、業務服務費等)。同時亦研修社會福利績效考核指標，不再列入「設置單親家庭服務中心」等項目，改以單親家庭服務、家庭支持(預防)服務、設置家庭/社會福利服務中心、福利資源配置等項目為主，除落實「單親」去標籤化外，並藉此鼓勵各直轄市、縣(市)政府促進平衡區域資源、服務整合及近便性。
8. 為推展區域型家庭/社會福利服務中心建置規劃，涉及持續透過會議、巡迴輔導及研議相關服務方案(中心)資源盤整可行策略等議題，有賴持續與各地方政府、民間團體等單位協調整合，為免影響本案相關業務之推展，及推廣建置區域型家庭/社會福利服務中心之時程。編列經費辦理本計畫實有其必要性，為利業務持續推動，敬請

惠予支持，准予動支。

(八)第 6 項決議事項(八)

本部社會及家庭署「社會福利服務業務」項下「推展家庭支持服務」業務費編列 1,414 萬 4,000 元，針對修正現行保母托育費用補助政策，將托育費用補助與保母管理制度脫鉤處理，朝普及式育兒津貼之方向整合乙節，說明如次：

1. 本部社會及家庭署基於照顧兒童及協助家長的立場，於 97 年 4 月 1 日開辦「建構友善托育環境－保母托育管理與托育費用補助實施計畫」之初，只要是相關科系畢業或修畢保母專業訓練課程並參加勞動部辦理之保母技術士單一級檢定，取得保母證照者即可加入社區保母系統，幼兒家長每月即可申請 3,000 元托育費用補助。101 年 7 月 1 日放寬保母人員資格，凡保母人員具高級中等以上學校幼兒保育、家政、護理相關學程、科、系、所畢業或修畢保母專業訓練課程，並領有結業證書皆可加入社區保母系統，讓更多父母得以就業，將福利資源擴及更多祖父母照顧幼兒之家庭符合請領托育費用資格，大幅度增加受益童數。
2. 考量親屬保母屬性不同於一般執業保母，除照顧自己親屬幼兒外，難以轉為執業保母照顧其他幼兒。為配合 103 年 12 月 1 日居家式托育服務登記制度上路，刻正就親屬保母之托育費用補助及輔導等研議納入「父母未就業家庭育兒津貼」並審慎通盤進行檢討，統整規劃國家整體 0 至 2 歲育兒政策，以期最終能夠達到 0 至 2 歲兒童都能受到政府照顧目標。
3. 為維護居家式托育服務之品質，100 年 11 月 30 日修正公布之「兒童及少年福利與權益保障法」第 26 條業已明定「居家式托育服務」之法源，明定居家式托育服務

提供者，應向地方主管機關辦理登記後，始得從事居家式托育服務，有關居家式托育服務提供者之收托人數、登記、輔導、管理、收退費基準及其他應遵行事項之辦法，由中央主管機關定之。本部經參酌各直轄市、縣(市)主管機關及民間專業團體實務執行經驗與建議，已擬訂「居家式托育服務提供者登記及管理辦法(草案)」，持續邀集相關機關及民間團體召開研商會議，廣納各界建言，本辦法草案業經本部法規會審查完竣，並依法制作業程序於 103 年 9 月 15 日訂定發布。

4. 另為使民眾知悉提供居家式托育服務者須於 103 年 12 月 1 日前向直轄市、縣(市)政府辦理登記，為宣導托育政策之新規定，並避免將影響本項業務之推動，所編經費對業務推動確有實需，敬請惠予支持，准予動支。

以上簡要報告本部主管 103 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，俾利本部暨所屬機關依既定之施政計畫及業務內容執行。謝謝！