

主席、各位委員女士、先生：

今天， 大院第 8 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，^{文達}承邀列席報告，內心感到非常榮幸。

衛生福利部以「落實品質、提升效率、均衡資源、關懷弱勢、福利社會、回饋國際」作為施政願景，期許以全人、全家、全社區為基礎，整合專業，提升效能，促進全民健康與福祉，許全民一個更健康、更幸福的生活。

現謹就「重要疫病防治」、「精進醫療體系」、「提升福利服務」、「社會保險改革」、「食品藥物安全」「促進全民健康」、「發展醫藥生技」、「促成國際接軌」等項重要工作，報告近期主要施政成果及未來之重要施政規劃，敬請各位 委員不吝惠予指教：

壹、近期主要施政成果

一、重要疫病防治

(一) 控制腸病毒之疫情：

1. 臺灣全年都有腸病毒之感染個案，本(102)年截至 9 月 13 日，8 例重症確定病例，其中 1 例死亡，為感染伊科病毒 30 型之新生兒，4 例均為感染腸病毒 71 型，3 例克沙奇病毒 A 型，重症病例發生情形較去年減少許多。
2. 本部與教育部、內政部合作，督導縣市政府於流行季前完成教、托育機構之洗手設備查核，並持續加強遊樂區、百貨賣場、餐廳等兒童常出入公共場所之衛生督導查核工作。

3. 訂定「腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項」，並分區辦理「新生兒腸病毒感染研討會」，提升醫師專業。另建立完備之腸病毒重症醫療網，並指定腸病毒重症責任醫院，且建立公衛體系與醫療體系間良好之聯繫機制，加強重症個案之轉診與病床調度效率，以掌握黃金治療時間。
4. 持續透過多元化之監測系統，嚴密監視疫情，並與地方政府共同辦理防治計畫，督促地方政府強化校園、托育機構、社區保母系統防疫衛教工作，並對 5 歲以下嬰幼兒照顧者，規劃多元化之衛教宣導。

(二) 落實登革熱之防治：

1. 本(102)年截至 9 月 13 日，共 109 例本土登革熱病例，較去年同期 367 例為低，主要發生於屏東縣 83 例、臺南市 10 例、高雄市 8 例、台北市 7 例、新北市 1 例。102 年共有 190 例境外移入病例，依序為印尼(63)、泰國(49)、菲律賓(23)、越南(11)、馬來西亞(13)等，均較前二年同期為高(100、101 年分別為 106、168 例)。
2. 嚴密監測病媒蚊密度指數，與學界合作發展病媒蚊防治新技術。持續加強監測疑似病例，並於國際港埠辦理入境旅客之體溫篩檢與快速檢驗作業，以降低登革病毒於社區傳播風險。
3. 本部委託有埃及斑蚊分布之縣市辦理「登革熱等病媒防治計畫」，擴大社區動員、強化民眾衛教宣導及推廣校園

社區容器減量活動。另持續透過「領隊及導遊教育訓練」、「旅遊醫學門診」、「網路社群」及電子、平面媒體等多元管道，向民眾宣導主動落實清除病媒蚊孳生源。

4. 本部及行政院環境保護署於 102 年 5 月邀集中央政府相關機關及登革熱高風險縣市政府召開「登革熱流行疫情處理協調會報」，統籌登革熱防治工作。
5. 為提升臨床醫師及中央部會所屬人員等之專業診療及防疫能力，於 102 年 3 月至 5 月共辦理 8 場次之登革熱診療及防治相關教育訓練，總計 1,686 人參訓。此外，適時提供疫情資訊予臨床醫師，以利其提高警覺，進而降低登革出血熱之死亡病例。
6. 因應入夏後本土登革熱疫情，自 102 年 7 月起組成「機動防疫隊」，督導地方政府防疫工作，並依據地方政府請求，即時提供防疫專業技術、物資等支援，如：協助病例地區病媒蚊密度監測、病媒蚊抗藥性試驗、登革熱社區診斷、提供熱煙霧機設備、衛教宣導品等。

(三) 我國動物狂犬病再現之因應：

1. 自國內動物狂犬病疫情現蹤，本部與農委會於 7 月 24 日成立「狂犬病跨部會工作小組」，並於 8 月 1 日成立「狂犬病中央流行疫情指揮中心」，以整合各部會加速各項防治作為的執行。
2. 目前政府已備妥足量人用狂犬病疫苗與免疫球蛋白，並於全國設置 60 家人用狂犬病疫苗儲備醫院，提供便民接

種服務。凡符合接種需求建議對象之受傷民眾或第一線防疫人員，可以確保獲得狂犬病暴露後預防接種，降低狂犬病發病的風險。

3. 為確保第一線動物防疫人員在執行業務之安全，經縣市政府彙整相關名冊，由本部疾管署安排充足的疫苗，依序完成狂犬病暴露前預防接種。
4. 為提升醫療院所診治遭疑似狂犬病動物抓咬傷之能力，本部已編訂「疑似狂犬病動物抓咬傷臨床處置指引」，提供臨床醫師診治參考，並建立動物咬傷民眾就醫之問診、評估及疫苗使用核可審查機制，落實使用疫苗或免疫球蛋白之知情同意程序及不良反應通報，確保遭受動物咬傷民眾醫療處置的品質。
5. 召開記者會、發布新聞稿，並透過設置網頁專區、1922 免費諮詢專線、各類型網路通路、致醫界通函及委託醫學會辦理教育訓練等辦理民眾宣導及醫護人員教育。並嚴密監視國內疫情發展，適時調整防疫作為。

(四) 推動預防接種新政策：

1. 102 年 3 月起推動全國 2-5 歲幼童接種結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)新政策，以有效降低該族群因感染肺炎鏈球菌致腦膜炎、菌血症等嚴重併發症，甚至死亡之機率，並減少其住院治療之醫療費用支出，且該族群之接種效益亦可能擴及其他族群，提升族群免疫力。
2. 依據傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)建議，規劃未

來五年推動之新疫苗政策，並於 102 年 3 月向行政院提報「充實國家疫苗基金及促進國民免疫力第二期中長程計畫(103-107 年)」。

3. 召開 ACIP 會議，針對 H7N9 流感疫苗研發與接種對象優先順序、學童常規疫苗補接種措施、高風險族群嬰兒 B 型肝炎疫苗接種時程與劑次、狂犬病疫苗及狂犬病免疫球蛋白接種對象等重要議題討論出建議，並經參採為防疫政策。
4. 執行「學童免疫力調查計畫」，了解國中小學童之百日咳、A 型肝炎、麻疹及水痘等四項血清抗體分布狀況，作為疫苗接種政策修訂之參考依據。

(五) 推動結核防治：

1. 持續推動「結核病十年減半全民動員計畫」，94-101 年結核病發生率呈現逐年穩定下降趨勢，年齡標準化發生率降幅約為 38%，達預期目標。
2. 積極推動「結核病人直接觀察治療(DOTS)計畫」，並落實個案管理，以提升治療成功率。102 年截至 8 月底參加此項治療計畫之個案數計有 7,909 人，通報用藥個案之都治執行率達 90%以上，較去年同期再為提升。
3. 強化接觸者追蹤及高發生族群的胸部 X 光檢查，以早期發現結核病人或潛伏感染者。並擴大推動「潛伏結核感染治療計畫」，截至 102 年 8 月底加入預防性治療個案達 3,665 人，有效避免該些個案以後發病且造成傳染。

4. 為期有效控制多重抗藥性(MDR)結核病疫情，特於 96 年 5 月成立多重抗藥性結核病醫療照護體系，並且於 100 年擴大收治對象。102 年 1 月至 8 月底累計收案 169 人。
5. 推動「愛滋病及結核病合作管理模式」，以提升結核病人進行愛滋病毒常規性檢驗之人數。另加強結核合併感染 HIV 個案之接觸者調查，藉以早日發現個案，提高患者預後。
6. 引進分子基因快速診斷技術，提升臨床診療水準，以縮短診治期程並提高治療成功率。

(六) 辦理愛滋病之防治：

1. 截至 102 年 8 月底累計通報 2 萬 5,778 例本國籍愛滋病毒感染者。其中，15-24 歲年輕族群共通報 5,129 人，占有累計通報人數 19.9%。另 102 年 1-8 月新增感染者共 1,543 人，其中不安全性行為者 1,373 人（含男男間性行為者 1,175 人及異性間性行為者 198 人），占 90%；15-24 歲年輕族群感染者 413 人，占 26.8%。
2. 積極推動「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法程序。
3. 強化年輕族群防治工作，建置多元化宣傳管道，並結合教育部推動校園性教育(含愛滋病防治)實施計畫，提升國中健康教育專長師資及專業知能，且增進學校校長之處遇知能，以落實健康教育教學的正常化。102 年度新增補助 14 所大專院校辦理愛滋衛教宣導計畫，加強校園

之愛滋防治宣導年輕族群防治工作。

4. 加強男男間性行為者之防治工作，積極推動多元化同志預防方案，除增設網路衛教介入模式、同志健康免費諮詢專線外，並分別於北、中、南部共建置 5 家同志健康社區服務中心，將安全性行為觀念導入其文化中；且於特定場域設置保險套自動服務機，提高保險套取得之便利性及可近性。另加強推動男同志娛樂用藥之防治宣導及強化非法藥物管理。
5. 擴大辦理易感族群愛滋病毒之篩檢與諮詢服務，服務對象包括性工作者及其顧客、男男間性行為者、藥癮者等，本年截至 8 月底共計提供篩檢及諮詢服務達 8 萬 7,650 人次。
6. 為提升愛滋病毒感染者醫療照護效果，強化感染者做好其自我健康管理，自民國 96 年起，開辦愛滋病個案管理計畫，102 年有 51 家愛滋病之指定醫療機構參與此項計畫，提供愛滋病人衛教及諮詢等服務，本年截至 6 月底計有 1 萬 0,241 人正接受愛滋病個案管理計畫服務。
7. 引進學名藥並進行藥價協商，公告給付治療組合及用藥條件與審查規範，採用同療效但價格相對較低的處方為優先選擇，以有限的公務預算讓所有的感染者得到最基本的醫療照顧，兼顧病人治療權益及藥費預算支出。
8. 持續推動藥癮愛滋減害計畫，截至 102 年 6 月底，已於全國 22 個縣市，設置 892 處衛教諮詢服務站、461 臺針具自動服務機，免費提供清潔針具、稀釋液及容器予藥

癮病患使用，同時回收已廢棄之針具。本年截至 6 月底，服務量達 12 萬 7,876 人次，發出針具 187 萬餘支，針具回收率達 93.92%，較去年同期提高。

(七) 流感大流行之因應：

1. 102 年 7 月 1 日至 102 年 9 月 13 日止，流感併發症確定病例累計 115 例，流感相關死亡 8 例(上一流感季同期分別為 246 例及 24 例)，感染病毒型別以 AH3 型居多。
2. 102 年度流感疫苗接種計畫，採購 304 萬 7,830 劑疫苗，預訂自 102 年 10 月 1 日開打，接種對象包含 65 歲以上老人、6 個月以上至國小六年級學童、重大傷病患者、安養養護機構住民、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員、60-64 歲具糖尿病、心、肺、血管、肝、腎疾病者等 7 類，並自 103 年 1 月起開放 50-59 歲具前述糖尿病等疾病者候補接種，兼顧保障計畫對象之接種權益與發揮疫苗效益。另延續 101 年度政策，嬰幼兒接種公費流感疫苗，比照 65 歲以上民眾，無需負擔診察費。
3. 維持流感抗病毒藥劑儲備量為 10-15%全人口數之使用量，並妥善管理及使用公費藥劑；另自 101 年 12 月 1 日迄今，擴大公費藥劑使用範圍，以有效因應流感高峰期及 H7N9 流感之防疫需求。
4. 為強化傳染病防治醫療網整備，辦理醫療網應變醫院負壓隔離病房自我查核及相關教育訓練與演練，以提升整體應變量能。另召開 14 場次醫療網區域諮詢會議，運用

區域聯防機制，擬定醫療網區域流感大流行因應策略。

5. 因應中國大陸 H7N9 流感疫情：

- (1) 於本年 4 月 3 日報請行政院核備成立 H7N9 流感中央流行疫情指揮中心，定期召開指揮中心會議，進行跨部會統合及協調防治策略。
- (2) 同日將「H7N9 流感」公告為第五類法定傳染病以強化通報機制，亦加強不明原因肺炎監測及邊境檢疫監視，迄今共計 445 例通報病例，僅 1 名境外移入確定病例。
- (3) 為支撐農委會禁止傳統市場屠宰活禽政策，於本年 5 月 17 日與該會同步公告，於指揮中心成立期間禁止傳統市場活禽陳列、展示及販售，以強化人禽介面管理；並研訂及發布各項 H7N9 流感相關防治工作指引，包含個案處置、通報採檢、疫情調查、感染管制、邊境檢疫、檢驗程序、臨床診療及藥物使用等範疇。
- (4) 於 102 年 5 月 18 日已自美國 CDC 分讓得疫苗株，並已補助兩種製程之疫苗開發案，預計 103 年 7 月完成第二期並進入第三期臨床試驗。

6. 持續發布新聞稿及致醫界通函，進行分眾風險溝通與衛教宣導，提醒民眾與醫師提高警覺及加強通報。

(八) 中東呼吸症候群冠狀病毒 (MERS-CoV) 疫情之因應：

1. 世界衛生組織 (WHO) 於去 (101) 年 9 月 24 日公布發現 MERS-CoV 感染病例，並於本 (102) 年 2 月 16 日公布一

起英國 MERS-CoV 感染家庭群聚事件。迄今，全球多起家庭群聚及醫院群聚，但是目前未發現有持續性的人傳人病例發生，因此，現階段無證據顯示 MERS-CoV 的傳染能力出現改變，惟病毒自然宿主、感染來源、傳播途徑、行為風險因子等仍待釐清。

2. 101 年 10 月 3 日將其公告為第五類法定傳染病，並強化檢疫措施、發布新聞稿及致醫界通函，提供最新國際疫情訊息，提高民眾與醫師之警覺，且立刻派員赴英蒐集檢驗相關資料，建立我國新型冠狀病毒檢驗標準方法與流程。
3. 擬訂醫院感染管制措施及病患與接觸者之處置指引，並召開專家諮詢會議檢視各項防治作為。
4. 國內監測迄今，總計通報 6 名疑似病例，均已排除感染；另針對醫院送驗之不明原因肺炎檢體 191 人（355 件）進行檢驗，結果均排除 MERS-CoV 感染。
5. 102 年 5 月 3 日將中東地區納入旅遊疫情建議為「注意」等級。未來，視國際疫情發展及掌握證據，適時調整防疫作為。

（九）加強醫療照護機構感染管制：

1. 為提升醫院感染管制查核品質，委託辦理「102 年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，由感染症專科醫師及感染管制師，提供醫院執行感染管制相關建議。另為回歸以病人為中心之照護目標，本年參與評鑑之醫院，由

醫院評鑑團隊進行評量，不另外安排醫院感染管制查核行程；另 341 家未參與評鑑醫院，則自 6 月 20 日起由各縣市衛生局進行實地查核。

2. 為因應 H7N9 流感疫情，於本年 4 月 10 日至 7 月 31 日進行長期照護及重點密集機構感染管制整備查檢工作，共完成 2,461 家機構之稽核及輔導作業。
3. 為降低抗藥性細菌之發生，於 102-104 年執行全國性「抗生素管理計畫」，以加強醫院抗生素合理使用。已委託「財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會」擔任本計畫之專案管理中心，負責規劃本土之抗生素管理計畫體系，並評審出 7 家區域級以上醫院，擔任全國各區之示範中心。並預訂於年底公開評選 55 家醫療院所，擔任「輔導醫院」，與各區之抗生素管理計畫示範中心共同合作，於社區內推動並落實抗生素管理計畫。

二、精進醫療體系

(一) 改善偏遠地區急、重症醫療品質：

1. 健全急、重症醫療照護網絡：

- (1) 自 98 年起，辦理「醫院緊急醫療能力分級評定作業」，截至 102 年 8 月底止，全國共有 191 家通過急救責任醫院評定，其中含 27 家重度級及 76 家中度級急救責任醫院，每一縣市均有中度級以上急救責任醫院或特殊急、重症照護中心。
- (2) 為提升離島及偏遠地區醫療品質，自 101 年起，於醫

院評鑑基準之「醫學中心任務指標基準」增列「提升醫療資源缺乏地區急、重症照護品質」為重要試評指標，並指定全國 19 家醫學中心協助該地區之醫院急診與相關急、重症的醫師人力，並於 102 年 1 月 14 日公告運用醫療發展基金獎勵辦理「102 至 104 年度醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，每年經費預估計 4 億元，由 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急、重症之醫師人力，共計有 55 名專科醫師（醫學中心支援 42 名，在地醫院自聘 13 名）提供急、重症醫療服務以協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」中的「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒（含早產兒）」等章節項目內容，提升在地醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性，並搶救病人生命之黃金時間。

- (3) 102 年開始執行「急診暨轉診品質提升計畫」，計 26 家基地醫院提出申請，全國急救責任醫院共 181 家參與，涵蓋率達 95%，期望建立緊急傷病患轉診網絡，以及建置轉診單電子登錄管理平台，並提供民眾即時性及持續性的醫療服務；落實醫院緊急醫療能力分級制度，減少因重複就診或不當轉診之醫療資源浪費。
- (4) 自 97 年起推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器（CPR+AED）訓練」，「緊急醫療救護法」部分條文已

於 102 年 1 月 16 日總統華總一義字第 10200003971 號令修正公布，規定中央衛生主管機關公告之公共場所，應置有自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 或其他必要之緊急救護設備，與 AED 設置方式、管理、使用訓練及其他有關事項之辦法以及與明定民眾為免除他人生命之急迫危險，使用緊急救護設備或施予急救措施者，適用民法、刑法緊急避難免責之規定；上開二項規定，一方面將使我國緊急醫療救護體系向前延伸，另一方面則鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施以急救。其後，再依「高人潮」、「高效益」、「高風險」與「難到達」四大原則，於 102 年 5 月 23 日公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」，包括交通要衝、觀光旅遊地區、學校、大型集會場所、大型休閒場所、大型購物場所等八類場所。更於 102 年 7 月 11 日公布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」，除可以針對有設置 AED 之場所予以管理外，並可以讓民眾可以於網路查詢有設置 AED 場所、下載 CPR+AED 訓練教材。為鼓勵公共場所自行設置 AED 與 70% 以上員工接受 CPR+AED 訓練，本部於 102 年 7 月 22 日函頒「自動體外心臟電擊去顫器 (AED) 安心場所之認證作業原則」。

- (5) 為強化救護技術員到院前救護能力，業於 97 年 7 月 29 日發布「救護技術員管理辦法」，並據此建構救護技術員管理系統、編纂各級救護技術員訓練教科書，

除加強各級救護技術員管理外，提升各級救護技術員訓練品質，以強化到院前救護技能。

- (6) 為提升南迴線緊急醫療照護品質，先以推動強化大武鄉衛生所 24 小時急救站提升為南迴緊急醫療救護中心為規劃，經台東縣政府支持並配合花東條例推動，研提行動計畫爭取花東基金，經行政院 102 年 6 月 18 日院臺經字第 1020029378 號函核定，總經費計 1 億 3,019 萬元(分別由本部 1,953 萬元；地方 1,302 萬元；花東基金 9,764 萬元共同支應)，目前已取得計畫用地，刻正辦理土地都市使用分區變更程序。

2. 運用醫療發展基金，進行各項獎勵計畫，充實醫療資源缺乏地區急、重症之照護能力：

- (1) 自 94 年度起，為強化緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段(夜間與假日、觀光旅遊旺季)之緊急醫療服務，獎勵在地之醫院互相合作之方式，因應當地民眾與遊客之緊急醫療需求，以設立「觀光地區急診醫療站」、設立「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」3 種模式辦理，自 94 年至 100 年度共獎勵 21 處。101 及 102 年度已獎勵 23 家醫院，鼓勵在地醫院互相合作提供急診醫療服務，辦理設立 3 個「夜間或假日救護站」、10 個「設立觀光地區急診醫療站」、10 個「提升醫院急診能力」等三類改善措施，提供緊急醫療資源不足地區及觀光地區 24 小時照護服務不中斷，約提供每診次 20 人次

之緊急醫療服務，每月共提供 900 診次之急診醫療服務，每月約可服務急診病患約 18,000 人次。

- (2) 獎勵辦理提升(婦)產科、兒科醫療品質及資源整合計畫，目前已通過 16 個縣市 23 家醫療機構共執行 32 個獎勵計畫，全國各縣市均有 24 小時之產、兒科醫療照護。

(二) 提升醫事人力素質：

1. 為加強新進住院醫師一般醫學訓練，提供全人醫療服務，使新進醫師具備獨立執業能力，以提升基層醫療品質，實施「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。102 學年度共計核定 40 家教學醫院辦理，並培訓 1,408 名醫師。
2. 為了確保醫療服務品質與病人之安全，辦理「臨床醫事人員培訓計畫」。由各教學醫院安排訓練之師資及課程，讓 14 類醫事人員畢業後初進入臨床服務之時，即可以在臨床專家的指導下，接受二年規範化的培訓課程，以銜接學校教育與臨床服務訓練，培養專業核心能力，獲得獨立醫療照護實踐之能力與態度。102 年度共有 133 家教學醫院辦理，102 年 1 至 8 月共訓練 1 萬 8,058 人。
3. 為有效評量西醫師考生之醫學知識，反應其臨床照護能力及技能，自 102 年起西醫醫學生實習之考評須包括臨床技能測驗(OSCE)。本部於 102 年度認可 22 家教學醫院辦理臨床技能測驗，接受 102 年度第一次測驗共 1,320

人。

(三) 提升醫療服務品質：

1. 擬定並推動病人安全年度目標：

(1) 公布 10 項醫院醫療品質及病人安全年度工作目標：
提升用藥安全、落實感染控制、提升手術安全、預防病人跌倒及降低傷害程度、落實病人安全異常事件管理、提升醫療照護人員間的有效溝通、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作、提升管路安全、強化醫院火災預防與應變及加強住院病人自殺防治。

(2) 公布 3 項診所病人安全工作目標及參考做法：

- 1) 用藥安全：檢視從處方到給藥之流程是否存有安全疑慮、落實病人用藥過敏史及不良反應史的記錄及運用、加強藥物諮詢功能，提升民眾安全用藥能力。
- 2) 跌倒預防：落實執行跌倒防範之教育宣導、改善醫療照護環境，以降低跌倒風險及傷害程度。
- 3) 提升手術安全：落實手術安全流程、提升麻醉照護品質。

2. 病人安全通報系統，101 年度有 4,611 家機構參與，通報 59,746 件及 12 例案例供同儕學習。

3. 持續辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，102 年計有 178 家醫院申請醫院評鑑及教學醫院評鑑(含 32 家精神專科醫院)，並於 6 月下旬開始辦理實地評鑑作業，預計於 11 月完成實地評鑑作業。

4. 辦理電腦斷層掃描儀輻射醫療曝露品質輔導計畫，共實地輔導 142 家醫院，建立標竿醫院提升放射品質之典範。
5. 美容醫學品質認證管理：已於 102 年 1 月公布「美容醫學品質認證申請手冊」，並接受醫療機構申請，目前通過認證之 12 家醫療機構名單，於財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會(醫策會)網頁公布。已由「美容醫學教育訓練聯合委員會」訂定不同等級之美容醫學教育訓練課程內容及時數，並頒發其教育證明。
6. 醫療糾紛鑑定改革：委託辦理醫事鑑定事務規劃及處理計畫，定期辦理鑑定共識會議，研擬鑑定醫師訓練課程，以建立醫事鑑定人才庫，期整體提升鑑定品質。
7. 推動安寧緩和醫療：執行成效被國際評比為亞洲第一名，世界第十四名。目前有 50 家醫院提供住院安寧，70 家醫院提供安寧居家療護，85 家醫院提供安寧共同照護。截至 102 年 8 月底止已簽署安寧意願並註記健保卡人數達 18 萬人次。

(四) 改善醫護執業環境及安全：

1. 加強醫院急診部門(室)防暴措施：
 - (1) 為維護醫護人員與病人之安全，本部函請地方縣市衛生局，督導轄區急救責任醫院，積極採取以下五項安全措施：①急診門禁管制，限制進出人數②裝設警民連線電話③急診室應配置 24 小時保全人員④配合張貼反暴力海報⑤急診室診療區與候診區作業

空間應明顯區隔。迄今全國已全面達成，並已將上開五項措施納入醫院評鑑相關規定、醫院緊急醫療分級評定作業規範、以及醫療機構設置標準。

- (2) 受限於警政署無法配合派駐警力，為進一步強化醫院急診室之安全，本部已函請各縣市衛生局，輔導所轄區域級以上設有急診室之醫院，依規定自行申請設置駐衛警察，並請警政署協助於全國各縣市醫院急診室設置巡邏箱以加強警力入院巡邏，目前全國醫院急診室皆已設有巡邏箱(簿)。
- (3) 本部邀請各縣市衛生局召開急診防暴視訊會議，決議衛生局須依照本部訂定之「急診室滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務案件通報與處置標準流程」辦理。爾後如有案情發生，衛生局應主動瞭解案情、約談及蒐證，積極以醫療法查處，並依刑法相關規定轉送地檢署。
- (4) 本部各區緊急醫療應變中心已訂定「急診暴力緊急醫療應變模組」、辦理急診暴力防治教育訓練，並規劃102年8月9日於嘉義基督教醫院、102年9月25日於童綜合醫院、以及102年10月9日於林口長庚醫院等辦理多場急診防暴演習，以落實醫護人員對急診暴力之第一時間反應、應變、處置與通報。
- (5) 民眾教育部分，目前本部衛推會已製作紅布條及海報宣導，並製作微電影「不平靜的急診室」短片於Youtube播放宣導。

2. 101 年 12 月 28 日公布安全針具之定義及評鑑基準相關資訊，並於 102 年 2 月 1 日及 102 年 9 月 2 日公告品項清單。
3. 完成修正醫療機構設置標準：提升 5 類(護產人員(33%)、藥事人員(25%)、醫事檢驗人員(100%)、醫事 9 放射人員(26%)及營養師(特殊病房人力))醫事人力配置標準，新增 11 類(呼吸治療師、心理師、物理治療人員、職能治療人員、語言治療師、聽力師、牙體技術人員、社會工作人員、病歷管理人員、醫務管理人員及感染管制人員)醫事人力標準，以改善執業條件。
4. 試辦生育事故救濟計畫：自 101 年 1 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止，於周產期之醫療與助產過程發生之生育事故致產婦或新生兒死亡、中度以上殘障者，可獲最高 200 萬元之給付。已於 101 年 10 月 1 日正式開辦，截至 102 年 8 月底止，合約醫療機構計 296 家，申請案計 109 件。已初步審定案件計 83 件，共救濟 6,915 萬 1,815 元。
5. 持續推動護理人員執業環境改善方案：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，並積極執行，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」，提高醫療機構護理人力設置標準，50 床以上醫院由每 4 床設置 1 人提高至每 3 床 1 人，並於 102 年開始施行。
 - 2) 自 102 年起，將原有共計 49 項醫院實地評鑑、訪查，

精簡為 14 項，計減少 71%項目，預估未來在四年內各醫院實際接受評鑑及訪查的次數將減少為 10 次。

- 3) 102 年度公告修正「護理人員執業登記及繼續教育辦法」，於繼續教育總積分不變下，提高護理人員網路及通訊課程積分之比重，由原各 30 點提高至各 60 點，增加課程之可近性，減輕參加實體課程之負荷，並增加護理繼續教育授課時數、地段及時段多元化。
- 4) 102 年 4 月 22 日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，做為照護病人的規範或依據，以減輕護理人員之文書負荷。
- 5) 102 年 4 月 23 日公告醫院評鑑三班護病比試評條文，除對白班護病比作更嚴格之要求外，另新增小夜班及大夜班護病比，因 102 年醫院評鑑係此輪評鑑第三年，且為使醫院有補充人力時間，故於 104 年正式納入評鑑。
- 6) 102 年 7 月完成訂定醫院照顧服務員管理要點，內容包括照顧服務員業務內容，並轉知各醫院週知。

(2) 提高護理薪資及待遇

- 1) 101 年 9 月修訂「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，各班別支給數額下限調增 100 元，上限增加 200 元。另全民健保並提撥經費(101 年 20 億、102 年 25 億)專款專用於提升護理人力及待遇，並優先使用於提高夜班費及加班費。

2) 101 年調查醫院，67%醫院加薪、64%醫院調高夜班費；102 年調查公立醫院(含國軍醫院)有 77%調高夜班費。另依據健保署 102 年針對 101 年領有獎勵金醫院調查，醫院用於增聘護理人力最多占 24.97%，其次為提高護理人員薪資 23.82%、提高大小夜班費 12.27%、超時加班費 11.26%。

(3) 改善護理職場環境，留任護理人員

1) 100 年訂定「醫療機構與護理人員勞動契約建議應記載及不得記載事項」及「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」，並提供衛生局及醫院參考，101 年訂定「醫療機構護理人員工時規範」，並發函各縣市衛生局及醫院遵守，本部已於「醫院評鑑基準」要求醫院應配合政府有關醫院設備設施、員工安全福利、勞動檢查及病人權利等相關法令、行政規劃及行政指導之執行；若醫院受相關主管機關檢查結果不合格者，必須於期限內改善。

2) 101 年與地方衛生局合辦 4 場北中南東「護理基層及主管座談會」，以加強勞基法認識及排班技巧。

3) 修正「教學醫院教學費用補助計畫申請作業要點」，於 102 年 1 月起，實施護理類人員點數由每人每月補助 3,000 點調高為 5,000 點，補助 2 年。

4) 為保障適用勞動基準法第 84 條之 1 工作者之權益，勞委會已公告 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)，本部將依法配合勞委會辦理。

5) 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)。

(4) 依據本部醫事管理系統，至101年12月底已完成登錄之執業護理人員首次超過14萬人，改革方案公布前(101年4月底)護理人員執業登錄人數為136,415人，102年8月為142,156人，較改革前新增逾5,700人。

6. 推動專科護理師甄審制度：

(1) 101年6月4日6度修正專科護理師分科及甄審辦法。

(2) 95年開始推動專科護理師甄審制度，至101年計有3,728人通過甄審。

(3) 100年內外科專科護理師之訓練醫院共69家、訓練容量2,488名；101年共80家專科護理師訓練醫院，102年再增13家專科護理師訓練醫院。

(4) 102年專科護理師新增外科(婦產科組)。

7. 產後護理機構管理：

(1) 於99年修訂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定型化契約範本。產後護理機構則依護理人員法規範，以保障民眾權益，其條文均包含服務內容及收費標準等。

(2) 101年7月起就坊間所稱坐月子中心進行清查，經一

年輔導至 102 年 7 月計 7 家已立案、14 家已許可設立待申辦開業、8 家提出立案申請中，共計 29 家。另計 5 家已停業。

- (3) 自 102 年起首次辦理全國評鑑，預定年底公告評鑑結果供民眾參考，產後護理機構及坐月子中心之輔導則納入縣市衛生局之績效考評。

(五) 推動醫療服務國際化並加強管理：

1. 102 年截至 7 月底止，在台接受健檢、醫美及醫療之外籍人士計 127,364 人次，較 101 年同期成長 48.48%，醫療與相關產值亦達 77.7 億元，預估全年可突破 100 億元。
2. 開辦僑安專案，協助東南亞特定國家僑民申請來台進行健檢查與醫美，至 102 年 8 月底止計 49 團 1,126 人次來台。
3. 大陸人民透過本部認可之 39 家醫院以健檢醫美名義申辦入台，於醫學中心接受服務費用不得低於新台幣 15,000 元，其他醫療機構不得低於 10,000 元，以掌握成效。
4. 持續與移民署和觀光局密切合作配合，並辦理不定期與定期醫療機構查核作業，倘若經查核後發現有未依規定之醫院，本部另訂有各情事違規處分方式，以要求醫療機構確實遵守相關規定。

(六) 分階段推動自由經濟示範區-國際醫療產業：

1. 第一階段（102年8月8日行政院核定）：

- (1) 優先於松山、桃園及小港機場內規劃設置國際醫療服務中心，提供國外團客、散客等人士便捷通關、就醫諮詢、行程安排及聯繫後端醫院等工作。
- (2) 同時，洽詢有意願之廠商，於第一階段建置得以社團法人型態經營之國際健康醫療中心，吸引國際人士來臺接受需求性高且風險性低之醫療服務，行銷台灣優質醫療。

2. 第二階段（在不影響國人就醫權益下）：

- (1) 配合特別法之通過，開放外國醫事人員免考照來台執業等措施，讓該專辦醫療機構得以更彈性方式經營。
- (2) 待國內對公司化之疑慮更少時，再開放以公司型態經營。

(七) 加強心理及口腔健康服務：

1. 強化心理健康服務方案及自殺防治策略：

- (1) 設置全國自殺防治中心，秉持「思維全球化、策略國家化、行動在地化」為施政主軸，作為全國自殺防治工作整合平台，並與世界其他國家一致，推動全面性、選擇性、指標性三大自殺防治策略，102年度1-8月重要工作成果，包括：定期分析自殺死亡及通報統計結果、寄發相關統計資料及自殺防治網通訊、進行6縣市自殺防治業務輔導訪查、研擬自殺防治法草案

並進行 3 場公聽會及擬訂自殺防治績效考評指標等。

- (2) 安心專線（0800-788-995）提供民眾 24 小時心理諮詢及自殺救援服務，101 年服務量 7 萬 3,986 人次，即時阻止正在自殺個案 573 人次。102 年 1 至 8 月服務 5 萬 273 人次，處理正在自殺個案 494 人次。
- (3) 102 年補助民間團體，針對一般民眾、兒童、婦女、老人、原住民等對象，辦理心理健康促進方案及相關人員培訓計畫等，以擴大民間團體參與心理健康促進及自殺防治工作。
- (4) 101 年度我國自殺死亡人數共有 3,766 人，粗死亡率為每 10 萬人口 16.2 人，與 95 年最高峰自殺死亡 4,406 人，粗死亡率為 19.3 人，相較自殺死亡人數減少 640 人，下降 14.5%，位居十大死因第 11 名。自殺原持續 13 年位居十大死因之列，已連續 3 年退出前 10 名，顯示自殺防治已略具成效。

2. 建置精神照護資訊管理系統，推動分級照護訪視；截止 102 年 8 月，登錄精神疾病個案數 133,611 人。積極督促各地方政府，強化精神病人分級照護及關懷服務，101 年追蹤關懷之精神病人 130,802 人。102 年 1 至 8 月，追蹤人數則增加至 133,611 人，訪視次數 39 萬 9,570 人次。

3. 強化戒癮治療服務量能：

- (1) 提供藥癮病人藥癮戒治醫療服務，目前指定藥癮戒治機構共有 125 家，提供個案門診、急診、住院、出院後之追蹤與轉介等項服務。另指定替代治療執行機構

114 家，全國美沙冬替代治療累計治療人數，已由 96 年底之 1 萬 4,131 人，增至 101 年底止之 3 萬 8,507 人。經由靜脈注射感染愛滋病之人數，由 94 年之 2,420 人，降至 101 年之 81 人。另自 100 年開始補助替代治療藥品-丁基原啡因，100 年補助人數 447 人，101 年 2,384 人，102 年 1-7 月 506 人。

- (2) 為提升藥癮治療水準及戒癮服務品質，本部亦已完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」、「二級毒品施用者臨床治療參考指引」及「愷他命濫用之臨床評估與處置建議」，供藥癮治療人員參考。
- (3) 另補助精神醫療網核心醫院辦理藥癮治療人員教育訓練，培訓專業人員並提升專業知能，現行計有 1,230 名藥癮治療相關專業人力。
- (4) 針對法院裁定戒癮治療之家庭暴力加害人、兒少保護案件之酒癮家庭成員及自行求助之酒癮個案，提供酒癮戒治醫療服務，101 年計有 948 人受益，102 年 1-6 月有 632 人受益。

4. 加強特殊族群處遇：

- (1) 積極督促地方政府確實執行性侵害與家庭暴力加害人處遇計畫，並針對自我控制再犯預防無成效之加害人送請法院裁定刑後強制治療。101 年計有 6 人，102 年累計至 8 月計有 49 人接受治療，委託法務部指定之台中監獄附設培德醫院集中收治。
- (2) 補助民間團體及精神醫療網核心醫院辦理處遇人員

專業教育訓練，101 年計 1,380 人次完成處遇人員訓練。

(3) 提供男性關懷專線服務，101 年總話服務量 23,943 通。102 年 1 至 8 月總話務量 15,993 通，其中一般諮詢、深談及緊急個案服務共計 10,158 人次。

5. 提升口腔醫療照護品質，持續規劃辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫。102 年度共核定 291 家訓練機構，包含 78 家醫院及 213 家診所辦理本項計畫，總計有 658 位牙醫師接受訓練。

6. 推動加強身心障礙牙科醫療服務

(1) 持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」，102 年度共補助 25 家醫院辦理特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫，並獎勵台北、新北、台中、高雄及花蓮等地區共設置 5 間特殊需求者牙科醫療服務示範中心，102 年 1 至 8 月已服務 22,550 人次。

(2) 鑑於離（外）島地區醫事人力不足，難以適用本島之獎勵模式，102 年另案獎勵澎湖醫院及連江醫院，以落實該地區醫療照護政策。

(3) 目前全國 22 縣市已依身心障礙者特別門診管理辦法，指定 83 家醫院，為身心障礙者提供牙科醫療及早期療育之特別門診服務。

(八) 建構長照服務體系

1. 長照服務現況：

- (1) 為建構我國長照制度及長期照護網絡，分三階段發展：第一階段(97-100年)推動長期照顧十年計畫，為基礎服務模式；第二階段(101-105年)為健全長期照護服務網；第三階段(105-106年)長期照護保險法。
 - (2) 長照十年計畫服務量由 97 年占老年失能人口涵蓋率 2.3%，提高到 102 年 8 月底已達 28.2%(全失能人口 17.7%)，成長 12 倍，服務人數共 125,912 人。
2. 建置長照服務網，充實長照服務量能，普及服務網絡，發展在地化資源，目標包括：
 - (1) 102 年 63 次區均有社區服務。
 - (2) 102 年 22 縣市均有中期照護。
 - (3) 103 年 89 資源不足區至少一個服務據點。
 - (4) 104 年 63 次區床位數每萬失能人口 700 床。
 3. 為提升偏遠服務地區的可近性，獎勵設置社區化長照服務據點，培訓在地專業人力，以建構偏遠地區長照服務網絡，100-101 年已建置 13 據點，預計至 102 年底增至 44 個據點；另為瞭解各服務據點之實務運作，辦理實地輔導作業。
 4. 長照人力整備及培訓：
 - (1) 本部已完成醫事長照專業分為三個階段之課程規劃，99-101 年已訓練 17,021 人次，102 年賡續辦理長照專業人力培訓。
 - (2) 100-101 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 1,555 人次(偏遠地區、山地離島 1,413 人次)，102 年賡續辦理教育訓練。

(3) 持續推展培訓計畫，規劃 105 年完成長照人力培訓補足人力缺口：完成社工人員培訓 3,200 人、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、照顧服務員補足 57,854 人。

5. 為提升照護品質，確保住民安全，101 年依完成之整合型長期照護機構評鑑基準，辦理一般護理之家評鑑作業，共完成 311 家評鑑，102 年賡續辦理一般護理之家評鑑作業。

6. 推動長照服務法立法，作為長照體系建置之法制依據：

(1) 為健全長照服務體系之發展，確保服務品質，保障接受長照者之尊嚴及權益，已完成長照服務法草案，並於第 7 屆第 7 及第 8 會期報請 大院審研擬議，惟因全案未於第 7 屆立法委員任期屆滿前議決，屆期不續審。考量長照服務需求增加，主管部會分立，亟需整合建立普及式長照服務制度，爰於第 8 屆重新報請大院審議。

(2) 為加強與各界溝通，本部於 101 年辦理三場長照服務法專家諮詢會議，共計邀請 95 名專家學者與相關團體代表與會；又於 102 年上半年，辦理三場長照服務法研商會議，邀集專家學者與相關部會與會。未來仍

將不斷與各界溝通，並加強宣導長期照護服務法，使民眾更能深入了解及有效利用。

(九) 提升原住民族及離島地區醫療服務品質

1. 推動醫療資訊化，結合醫療服務與資訊科技，建構偏鄉數位資訊醫療照護網：

- (1) 為強化原住民族及離島地區共享醫療資訊系統，採分年分階段之方式，在衛生所建置 HIS 系統，以提升偏遠地區醫療服務品質。截至 101 年 12 月底止，已全數完成建置 55 家衛生所(山地 30 家、離島 18 家、平地 7 家)。
- (2) 建置 32 家(山地 23 家、離島 9 家)衛生所醫療影像傳輸系統(PACS)，並與本部醫院連線，提供衛生所即時之醫療影像傳輸與醫療影像判讀協助，以利於其醫療診斷，避免醫療資源重覆使用，進而提升醫療服務品質。
- (3) 為讓偏鄉地區民眾享有與本島相同的判讀品質及即時服務，自 100 年起山地離島 19 家衛生所已由本部醫院提供影像支援判讀，提供在地更佳的醫療診斷，提升偏遠地區民眾就醫的方便性；102 年截至 8 月底共支援判讀 4,868 件。
- (4) 培育在地醫事人才公費生制度，至 102 年已培育 842 名，分別為醫師 444 名、牙醫師 67 名及其他醫事人員 331 名；公費醫師留任率達 7 成；目前山地鄉及離

島衛生所醫師編制共計 91 位，有 64 位是地方養成公費生；103~105 年預計再培育 143 名(醫師 76 名)至 102 年底止，培育各類醫事人力計 842 名。

2. 加強原住民族及離島偏遠地區衛生所(室)辦公廳舍、醫療保健、資訊、交通等項設施及設備之更新：
 - (1) 為提升衛生所(室)就醫環境品質，102 年賡續補助金門縣烈嶼鄉衛生所新建工程 1 間，並核定補助衛生室重(新)建 2 間(臺東縣金鋒鄉嘉蘭村衛生室、綠島鄉衛生所)、17 間衛生所(室)整修繕；另核定澎湖縣辦理 11 處停機坪修繕。
 - (2) 為提升衛生所(室)醫療服務品質，102 年已核定補助醫療設備 161 項、資訊設備 217 項、巡迴醫療車 4 輛、巡迴醫療機車 15 輛及救護車 4 輛。
3. 為改善離島醫療問題，102 年起辦理「醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，由醫學中心支援離島醫院之急診與相關重症醫師人力，協助達成「中度級急救責任醫院」所需之標準。
4. 緊急醫療轉診後送服務：本部秉持「醫師動，病人不動」及「醫療不中斷」原則，積極推動強化「在地醫療」為主、「空中轉診」為輔之醫療照護政策。目前「衛生福利部空中轉診審核中心」持續進行 24 小時之運作，受理空中轉診申請案之審核，102 年至 7 月共核准 130 件，核准率為 85.52%，因各項措施發揮在地醫療化效果，較去年同期(175 人次)減少約 26%，有效提升醫療照護品質。本

部並自 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」試辦項目，協助當地醫院提升急重症照護能量，以減少空中轉診後送之必要性。

5. 推動「部落社區健康營造計畫」，朝「本土化」、「訂立健康議題」以及「建立機制」三大方向，結合地方資源，推動社區自發性之健康維護模式，促進民眾健康。102 年度輔導成立 86 家健康營造中心，截至 6 月底實施成果包括：疾病篩檢 39,350 人次，轉介篩檢異常 4,344 人次，血壓監測 40,450 人次。辦理健康飲食輔導活動，參加者計 14,146 人次；辦理 920 場次衛生教育宣導，參與者計 39,770 人次，志工參與計 4,787 人次。
6. 推動原住民族及離島地區醫療保健促進計畫及「強化原住民族及離島地區緊急醫療服務相關工作」，辦理醫療保健等各項活動如整合式篩檢、醫療保健衛生教育及在職訓練…等多場衛生教育宣導活動。
7. 推動原住民族及離島地區寒、暑期大專青年健康服務營計畫，培養大專青年服務在該社區提供民眾正確的醫療保健知識，協助指導及落實個人健康管理，逐步減少醫療支出，來達到縮短城鄉健康差距之目標。102 年寒暑期共計補助 24 個團隊，參與服務之學生人數約 927 人。
8. 本部為諮詢學者專家對原住民族及離島衛生醫療重要施政及業務計畫之意見，特設置衛生福利部原住民族衛生諮詢會及離島衛生諮詢會，並每年召開諮詢會議，針對

原住民族及離島等衛生醫療重要施政及醫療發展方針進行討論與諮詢。

(十) 厚實中醫臨床訓練制度：

1. 推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」。102 年截至 8 月底已補助 24 家之訓練醫院，接受 80 名之中醫師從事負責醫師訓練。
2. 執行「改善中醫臨床訓練環境計畫」，102 年截至 8 月底已辦理專家共識營 2 場、指導醫師培訓營 2 場及主要訓練醫院實地訪查 24 家。
3. 輔導 4 家教學醫院辦理「建構中西醫合作照護模式及教學機制計畫」及「建構中醫日間照護模式及教學機制計畫」，以提升中醫醫療照護品質，建立中醫多元照護及教學模式。

(十一) 發展衛生醫療資訊：

1. 推動實施電子病歷：
 - (1) 醫療院所依據本部公告之「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」實施電子病歷，截至 102 年 8 月底止，開業中之醫院及診所分別有 269 家、2,811 家報備實施電子病歷。
 - (2) 辦理醫院電子病歷檢查作業，就已報備實施電子病歷之醫院檢查是否符合相關法規，截至 102 年 8 月底

止，計有 207 家醫院通過檢查。

- (3) 辦理醫院電子病歷查驗作業，就已符合電子病歷相關法規之醫院，查驗其基礎準備（如病歷製作管理、資安及訓練等）是否得以進行電子病歷跨院互通作業，截至 102 年 8 月底止，查驗合格之醫院計有 191 家，並有 142 家醫院已介接電子病歷交換中心，進行病歷跨院互通調閱。
 - (4) 辦理「醫院實施電子病歷及互通補助計畫」：101 年度計有 58 家醫院查驗通過，且申請補助款，截至 102 年 8 月底止，已完成 55 家醫院撥款（其餘 3 家醫院因資料審核後有部分疑義，待其補充詳細內容後，儘速辦理）。
 - (5) 辦理「電子病歷互通應用補助計畫」（計畫期程 102-104 年度）。
2. 營運醫事憑證管理中心，持續簽發醫事憑證，提供醫事人員、醫事機構電子認證、電子簽章及資料加密等功能。截至 102 年 8 月底止，累計製發醫事憑證 IC 卡 38 萬餘張。
 3. 透過衛生資訊通報平台，持續提供緊急醫療資源管理及死亡資料之快速通報服務，截至 102 年 8 月底止，計有 195 家急救責任醫院，將其加護病床之空床數資料，自動上傳緊急醫療管理系統；另有 183 家醫療院所，將其死亡資料自動上傳死亡通報網路系統。

(十二)發揮部立醫院公衛任務：

1. 建立公正透明管理體系，定期公開服務績效內容及品質成效：
 - (1) 訂定部立醫院共同品質指標 88 項，每月公布檢討。
 - (2) 並成立功能編組 8 組（醫療品質組、研教人力組、行銷企劃組、資財營繕組、健保事務組、營運績效組、資訊組及公費生工作組），協助部醫之管理。
2. 發展部立醫院個別特色，包括：國際醫療(臺北醫院)、臨床技能中心(桃園醫院)、品質管理(豐原醫院)、建構完整老人照護園區(台中醫院)、漸凍人(臺中、臺南醫院)、中央實驗室(臺中醫院)、中期照護(屏東醫院)、醫療影像判讀中心 IRC(桃園醫院)等。
3. 中期照護服務：協助急性病患生活機能之恢復，避免過早入住長照機構或再住院，以節省社會及健保資源。101 年有屏東(示範醫院)、基隆、桃園、苗栗、南投、豐原及朴子等 7 家醫院，合計設置 111 床，住院總人日 1 萬 6,311 人日、住院總人次：868 人次、個案收案數：284 人。102 年 8 月份起 18 家部立醫院全面開辦。
4. 關懷弱勢族群之醫療照顧
 - (1) 漸凍人照護病房：101 年成立於台中、台南醫院，至今台中醫院服務 49 人次，台南醫院服務 7 人次，並辦理員工教育訓練 28 場次，民眾衛教宣導 5 場次。
 - (2) 失智失能社區照護：101 年有台中(示範醫院)、基隆、苗栗、南投、朴子、旗山、屏東醫院、草屯療養

院、嘉南療養院、恆春旅遊醫院、澎湖醫院等 11 家醫院，總計篩檢 3,689 人次、收案 1,775 人、照顧者支持團體及衛教宣導計 1 萬 5,826 人次。102 年 8 月份起 23 家部立醫院開辦。

(3) 中低收入戶民眾健康管理計畫：101 年台中、旗山醫院試辦，至 102 年 8 月已收案 483 人，其中進行疾病管理 213 人，健康促進 270 人；102 年 8 月份起 19 家部立醫院全面開辦，結合衛政、社政及健保等單位，針對社區低收入戶等弱勢民眾，提供主動式健康管理服務。

(4) 公務養護床 2,027 床(精神公務床：1,724 床、漢生病公務床：300 床、烏腳病公務床：3 床)。

5. 完成雲端健康個管資訊系統建置

(1) 建立中低收入戶暨弱勢族群雲端健康管理資訊系統。

(2) 開發醫療諮詢、網路掛號及看診查詢 APP (手機軟體)。

(3) 電子病歷：本部規範之檢驗、用藥、檢查、影像等 4 項電子簽章。

(4) 建立個人資料防護及外部稽核制度、強化資料安全及個人資料防護。

(5) 建立醫療雲異地備援。

6. 辦理品質促進活動競賽

(1) 衛生署所屬醫院學術研討會

(2) 品質指標分析發表會

- (3) 衛生署所屬醫院品管圈發表競賽活動
 - (4) EBM 實證醫學競賽活動
 - (5) TRM 團隊資源管理發表競賽活動
 - (6) 創意服務發表競賽活動
 - (7) 獨居老人健康照護成果發表會
7. 辦理所屬醫院院長遴選及輪調作業：102 年 1 月 8 日修正發布「行政院衛生署所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」：將院長、副院長職位導入公開遴選制度，並限定其任期，任期期滿要經續任評核通過後，始得連任，任期屆滿，應予免兼，並應間隔 2 年以上，始得重新參加甄選，再次兼任院長、副院長職務。
8. 健全所屬醫院採購作業：依「行政院衛生署所屬醫院辦理重大採購案件應行注意事項」律定院長採購權限，凡屬重大採購案件（儀器 5 百萬元，勞務、財物、工程 1 千萬元以上）均需報本部送部外之委員 3 人先行審查，通過後才能送醫院管理委員會會議審議同意後始得辦理。
9. 建立儀器採購之規格及價格資料庫。
10. 擴大醫院管理委員會會議之功能：
- (1) 全面改組重聘委員：民間專家、學者及社會人士共 25 位擔任委員，審查各項重大採購案及計畫書。
 - (2) 截至 102 年 7 月 22 日止，共計報本部 146 件，並已召開 15 次醫院管理委員會會議，審議案件計 144 件，

另有 16 件已撤案，餘 2 件刻正進行審議程序(包含部外專家學者審查中、函請醫院依審查意見補正說明等)。

11. 成立本會及所屬醫院之內控小組。
12. 協助法務部全力投入戒毒、反毒工作，前往監獄看診支援：本部共 24 家醫院辦理，自 95 年 3 月起開辦美沙冬替代療法服務。102 年有 8 家本部所屬醫療院所參與監獄醫療服務計畫。
13. 傳染病之防治：102 年本部醫院有 13 家(全國共 22 家)被疾病管制局指定為傳染病之應變醫院，總床數約佔全國 60%。
14. 支援偏遠離島地區醫療，強化地區急診服務：本部 7 家醫院之放射科醫師透過醫療影像判讀系統(IRC)，遠距支援各縣市衛生所之醫療及影像判讀，使偏遠地區民眾能享受與都會醫院同等級之醫療影像判讀水準。99 年 2 月至 102 年 8 月 31 日止，共計支援偏遠地區醫院 12 萬 6,707 件、山地離島衛生所 1 萬 8,283 件，合計共 14 萬 4,990 件。醫療影像判讀系統將朝雲端化發展，擴充判讀服務之效能及能量。
15. 部立醫院 ISO 品質認證：本部所屬 26 家醫院已於 102 年 5 月通過 ISO 品質認證。
16. 配合政策，開立特別門診：如類流感門診(22 家醫院配合疫苗施打期程開設特別門診)、H7N9 特別門診、狂犬病諮詢門診、狂犬病疫苗儲備醫院等。

17. 辦理國際醫療之合作及援助：台北醫院(辦理國際醫學訓練中心)、基隆醫院(辦理觀光遊輪醫療服務)、台中醫院(辦理甘比亞及迦納人才培訓)、桃園醫院(協助海地共和國公共衛生業務)。

18. 強化與其他醫療體系之整合：

(1) 垂直整合：與公私立醫學中心，或大型法人醫院(具醫學中心規模)醫療支援合作，已有 15 家所屬醫院完成與其他大型醫療機構簽約合作。

(2) 水平整合：所屬醫院間互相支援合作。

三、提升福利服務

(一) 兒童及少年福利：

1. 加強提供托育服務：

(1) 補助各直轄市、縣(市)政府辦理托育資源中心，102 年度計補助設置 23 處、3,500 萬元；截至 102 年 8 月底止，已有 41 處開辦營運(含地方政府自籌經費開辦營運)、服務人數超過 15 萬人次。

(2) 補助各直轄市、縣(市)政府辦理公私協力平價托嬰中心，提供日間托育服務、臨托及延托服務，102 年度計補助增設 38 處、6,400 萬元；截至 102 年 8 月底止，已有 32 所開辦營運、收托人數計 1,675 人。

(3) 加強列管並持續督導地方政府設立之 503 所私立托嬰中心；另要求地方政府積極對未立案之機構進行查處與輔導事宜。

- (4) 賡續推動「保母托育管理與托育費用補助實施計畫」：截至102年8月底止，全國取得保母技術士證照者計10萬7,623人。目前加入社區保母系統擔任一般保母計2萬509人、親屬保母計1萬328人，合計3萬837人。
 - (5) 提供保母托育費用補助：102年6月底止計補助4億9,149萬106元、3萬6,036名幼童受益。
 - (6) 辦理父母未就業家庭育兒津貼：依據民眾需求及總統政見，自101年1月1日起實施「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，針對父母自行照顧之2歲以下兒童，提供每人每月津貼補助，低收入戶5,000元，中低收入戶4,000元、綜合所得稅稅率未達20%者2,500元。102年7月底止，計30億7,343萬元、21萬3,507名0歲至2歲幼童之家庭受益。
2. 發展遲緩兒童早期療育服務：102年6月底止(第2季)計補助1億4,784萬315元、1萬8,064人次受益。
 3. 辦理兒童及少年健保、醫療及生活扶助：
 - (1) 辦理兒童及少年健保及醫療補助：針對3歲以下兒童就醫之門診及住院自付額部分予以補助，102年至6月底止計補助13億7,628萬4,336元、634萬2,172人次受益。
 - (2) 提供弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助：針對遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需要照顧的家庭，每人每月給予3,000元，102年至6月底止(半年報)，

計協助 4,097 戶家庭、照顧 6,526 名兒童少年、訪視服務 1 萬 8,954 次，補助 1 億 1,098 萬 1,644 元。

4. 推動高風險家庭兒童及少年處遇服務方案：

(1) 自 94 年起推動高風險家庭篩檢、轉介及關懷處遇服務，102 年 7 月底止，計篩檢訪視 1 萬 7,959 個家庭、協助 2 萬 8,933 位兒童及少年。

(2) 推動 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案：針對全國領有低收入戶、中低收入戶生活扶助、未納入全民健保、受刑人 6 歲以下子女、領取馬上關懷救助金及急難救助金家戶之 6 歲以下兒童給予主動關懷，102 年截至 6 月底止計服務 9,821 人次，由教育、戶政及衛生單位轉介通報後介入關懷 2,528 人次。

5. 推動兒童及少年福利服務：

(1) 辦理弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務：提供家庭訪視、課後臨托與照顧、認輔志工服務等，102 年計辦理 69 個方案、補助 3,131 萬 1,500 元、服務 19 萬 2,505 人次。

(2) 推動「家事商談」服務：透過商談人員協助離婚夫妻尋求雙方均滿意之衝突解決方式，進而保障子女成長權益。102 年共補助 10 個民間團體與 8 個地方法院合作，辦理 15 個方案、補助 505 萬 4,000 元、服務 2 萬 5,000 人次。

6. 強化兒童及少年輔導服務：

(1) 設置「全國未成年懷孕諮詢專線」(0800-257-085)

及「未成年懷孕求助網站」：提供電話諮詢服務、心理支持及追蹤關懷等服務，102年6月底止計服務489人次，另有6人轉介地方政府進行後續服務處遇；求助網站瀏覽計2萬178人次，諮詢信件92案。

(2) 強化兒童及少年福利機構之輔導功能：至102年8月底止，持續督導126所兒少安置教養機構、36所兒少福利服務中心，安置因失依、遭遺棄、受虐待、有偏差行為習慣或從事性交易之兒童及少年。

(二) 婦女福利及家庭支持：

1. 提供特殊境遇家庭及弱勢婦女生活扶助與支持：102年6月底止，補助特殊境遇家庭計1萬4,324戶家庭(女性家長1萬2,798戶、男性家長1,526戶)、扶助1億9,370萬餘元；並督導地方政府貫徹實施特殊境遇家庭各項扶助措施，強化各項托兒及托老之彈性照顧服務，以減輕特殊境遇家庭及弱勢婦女之家庭照顧負擔。
2. 鼓勵地方政府設立單親家庭服務中心，全國計38家單親家庭服務中心及7家中途之家。102年8月底止補助民間團體辦理單親家庭福利服務活動，計45萬元；補助辦理單親子女課業輔導，計1,270萬餘元；補助辦理單親個案管理，計149萬元；委託辦理單親培力計畫，補助224名單親家長就讀大專校院與高中職，計323萬餘元。
3. 102年截至8月底止補助民間團體辦理外籍配偶之生活適應輔導班，計20萬餘元；辦理促進多元文化融合與適

應服務，計 12 萬元；辦理支持性服務活動，計 27 萬餘元；補助民間團體設置 73 個外籍配偶社區服務據點，計 725 萬餘元；運用外籍配偶照顧輔導基金協助各直轄市、縣(市)設立 35 個新移民中心，建構外籍配偶家庭支持網絡。

(三) 老人福利：

1. 補助收容安置低收入戶老人重病住院看護費，每人每日補助 1,800 元，每年最高補助 21 萬 6,000 元，102 年 8 月底止，計補助 4 家老人福利機構、207 萬餘元。
2. 發放中低收入老人生活津貼：針對未接受公費安置之中低收入老人，依其家庭經濟狀況，每月發給 7,200 元或 3,600 元生活津貼，102 年截至 7 月底止計核撥 53 億 6,472 萬餘元、11 萬 9,619 人受益；為彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失經濟所得，對領有中低收入老人生活津貼且未接受機構收容安置、居家服務、為請看護(傭)者，其失能程度被評估為重度以上，且實際由家人照顧之老人，發給家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元，102 年截至 6 月底止計核撥 2,277 萬餘元、4,545 人次受益。
3. 補助中低收入老人健保保費：為協助經濟困難及減輕老人繳納健保費或部分負擔醫療費用之負擔，依「老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法」，全額補助中低收入 70 歲以上老人之保險費，102 年 8 月底止計補助 63

萬 4,872 人次。另 65 歲至 69 歲中低收入老人則由地方主管機關依財政狀況訂定補助基準予以補助。

4. 補助中低收入老人裝置假牙補助：針對經評估有裝置假牙需求之列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有身心障礙者生活補助費、由各級政府全額補助收容安置、或補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上之老人，每人最高補助 4 萬元，自 98 年至 102 年 7 月底累計 25,105 人次受益。
5. 推動我國十年長期照顧計畫：本計畫之服務內容係整合現行居家服務、日間照顧、老人營養餐飲服務、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，以及長期照顧機構服務等項目，連結衛政系統之居家護理、社區及居家復健、喘息服務，並創新提供家庭托顧、交通接送服務等新型服務項目，有需求之民眾可向各縣市長期照顧管理中心之單一窗口申請，經評估符合資格者，即可獲得居家、社區、或機構是等多元而連續之服務，截至 102 年度 7 月底止，業服務 12 萬 4,434 人，較去年度同期 7 萬 16 人相比，成長 13.71%。
6. 辦理老人安養及長期照顧服務，截至 102 年 6 月底止，依法立案之老人福利機構計 1,034 所、可提供服務人數計 5 萬 7,402 人、已服務 4 萬 2,846 人。
7. 設置社區照顧關懷據點：各縣市政府積極結合村里辦公室、社會團體參與普遍設置社區照顧關懷據點，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服

務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，發揮社區自助互助照顧功能，並建立連續性之照顧體系，截至 102 年 8 月底止，全國已設置 1,832 處，就近提供老人所需健康促進、關懷訪視、餐飲服務及電話問安等多元且社區化之初級預防照顧服務，逾 20 萬名老人受益。

(四) 身心障礙者福利

1. 賡續推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」：新制自 101 年 7 月 11 日施行，以團隊方式進行鑑定與需求評估，並以單一窗口方式主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務，依據身心障礙者需求情況主動提供福利與服務之精神，建構更完善之身心障礙服務措施。累計至 102 年 8 月底止，各直轄市、縣(市)政府已受理 29 萬 6,143 件身心障礙證明之申請、核發證明 22 萬 5,900 件。
2. 提供身心障礙者生活補助：為加強保障居家身心障礙者經濟安全，依據身心障礙者權益保障法第 71 條授權訂定「身心障礙者生活補助費發給辦法」，按身心障礙之障礙程度及家庭經濟狀況，每月核發 3,500 元至 8,200 元不等之生活補助費，102 年 6 月底止(第 2 季)補助 100 億 7,848 萬餘元、平均每月約 34 萬 2,417 人受益。
3. 辦理日間及住宿式照顧服務，截至 102 年 6 月底止(第 2 季)，依法立案之身心障礙福利機構計 275 所、可提供服務人數 2 萬 3,551 人、已服務 1 萬 9,208 人。其主要服務項目包括早期療育、日間照顧、技藝陶冶、住宿照顧

及福利服務等。

4. 補助中度、重度、極重度身心障礙者之全民健康保險保險費，補助身心障礙者參加全民健康保險自付部分之保險費，並按其障礙等級給予補助（重度以上全額補助，中度補助 1/2，輕度補助 1/4），102 年 6 月底止（第 2 季）計補助 16 億 1,822 萬餘元、54 萬餘人受益。
5. 提供身心障礙者輔助器具補助，依身心障礙者家庭經濟狀況、障礙程度、實際需求，依評估結果提供購置輔具之費用補助，增進身心障礙者生活自理能力，102 年 6 月底止（第 2 季）計核撥 2 億 9,155 萬餘元、3 萬 588 人受益。

（五）社會救助

1. 推動社會救助新制：截至 102 年 6 月底止，各直轄市及縣(市)政府已核定低收入戶 14 萬 4,186 戶，35 萬 1,852 人及中低收入戶 9 萬 8,089 戶，30 萬 4,371 人，合計 65 萬餘人納入政府照顧體系。
2. 辦理各項社會救助生活扶助工作：對低收入戶的各項生活扶助，主要以現金給付為主，包括家庭生活扶助、兒童生活補助及高中職以上學生之就學生活補助等，102 年截至 6 月底，受益戶次 17 萬 4,450 戶，受益人次 102 萬 7,804 人次，補助經費 52 億 6,739 萬餘元。此外，地方政府透過以工代賑方式提供低收入戶就業機會，以鼓勵低收入戶家庭成員進入職場持續穩定就業，自立脫

貧，102 年截至 6 月底，受益人次 1 萬 7,932 人次，補助經費 1 億 9,726 萬餘元。

3. 新增中低收入戶：提供 18 歲以上健保保費補助 50%(70 歲以上及未滿 18 歲者健保保費全額補助)、醫療補助、及學雜費減免 30%及就業服務等相關福利措施，以減輕其家庭經濟負擔，使處於貧窮邊緣人口在福利補助的支持下能穩定生活。
4. 馬上關懷專案：為加強照顧弱勢配合措施，於 97 年 8 月 18 日啟動「馬上關懷」專案；本專案人人皆可通報，除現有急難救助以直轄市、縣（市）政府及鄉（鎮、市、區）公所為受理窗口外，特將全國 7,839 個村里辦公處納入，提供民眾更方便的求助管道，以建構在地化的急難救助網，並與社工、慈善單位合作，發放關懷救助金 1 至 3 萬元，建立「快、準、有效率」的急難救助機制，及早發現遭逢急難致生活陷入困境的民眾並予以協助。截至 102 年 8 月底止，累計已有 15 萬 2,366 個家庭受益，核發救助金 23 億 2,938 萬餘元。
5. 急難救助：係針對遭逢一時急難之民眾，及時給予救助，得以度過難關，迅速恢復正常生活之臨時救助措施。依社會救助法第 21 條規定，由民眾檢同有關證明，向戶籍所在地主管機關申請急難救助。另針對經直轄市及縣（市）政府核予救助後，仍陷於困境者，得轉報本部核定再予救助。101 年度計受理 3,026 件，核定救助 1,827 件，救助金額 2,828 萬 7,000 元。102 年度至 8 月底止，

已受理 1,478 件，核定救助 806 件，救助金額 1,159 萬元。

6. 加強遊民輔導工作：對遊民的輔導工作，以結合民間資源提供遊民簡易醫療、沐浴、飲食、暫時庇護處所、辦理年節活動、低溫關懷等服務為主，加強生活維護，並鼓勵地方政府設置定點服務站或以走動管理提供街友關懷服務。另辦理研討會或座談會，以加強社政、警政、衛生醫療及民間團體等相關人員溝通協調，102 年截至 8 月底核定 35 項計畫，補助金額 786 萬餘元。此外，為強化遊民緊急收容安置、轉介就業者，提供租屋補助及生活扶助，以促使其安心自立就業，本部運用公益彩券回饋金經費補助辦理遊民收容安置、生活重建等服務，102 年度核定補助 29 項計畫，補助金額計 2,026 萬餘元。

（六）社區發展

1. 凝聚社區力量推展社區發展工作：102 年截至 8 月底，全國計有 6,712 個社區發展協會，社區活動中心計 3,923 所，提供社區民眾集會及辦理各項文康、育樂及福利服務活動場所。另社區發展協會組設有社區守望相助隊計 1,499 隊、志願服務隊 3,252 隊、志工人數 10 萬 6,697 人，協助社區維護治安、環境綠美化及推動各項福利服務工作。
2. 辦理社區發展工作評鑑：為輔導社區發展協會健全組織，訂頒「社區發展工作評鑑實施要點」據以辦理評鑑

工作。自 97 年起採分年分區辦理評鑑，102 年度將評鑑南部地區，評鑑對象包括高雄市、臺南市、彰化縣、雲林縣、嘉義縣、屏東縣、臺東縣、嘉義市、澎湖縣等 9 個直轄市及縣(市)政府與其遴薦之績優社區發展協會。期藉評鑑與直轄市及縣(市)政府、社區發展協會相關人員進行意見交換、理念溝通及提供具體建言，作為推展社區發展工作改進方向、制定及修改相關法規與政策之參考。

3. 凝聚社區意識，開發社區人力資源：每年辦理社區發展業務研習班，102 年度計調訓 308 人；補助社區成長學習福利活動等 240 件，辦理全國社區民俗育樂活動觀摩會、走動式績優社區觀摩活動等，並鼓勵直轄市及縣(市)政府結合社區發展協會，研提創新方案，推動福利化社區旗艦競爭型計畫，藉以凝聚居民情感與共識。
4. 莫拉克重建區社區培力發展永續計畫：本部為持續協助莫拉克風災重建區居民安居樂業、社區永續，自 102 年辦理「莫拉克重建區社區培力永續發展計畫」(以下簡稱社區培力計畫)，核定補助高雄市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣及臺東縣等 6 縣(市)政府，設置 27 處社區培力據點(每處補助 1 名專業人力)，補助金額合計 7,026 萬 3,188 元。截至 102 年 7 月 15 日止，已完成第 1 期及第 2 期款撥付事宜，累計撥付 4,221 萬 7,913 元。
5. 有效管理勸募行為，妥善運用社會資源，以促進社會公益，保障捐款人權益，輔導勸募團體依「公益勸募條例」

及其相關子法之規定辦理勸募活動。

(七) 社會工作及志願服務

1. 落實社會工作證照制度：86 年通過社會工作師法，對社會工作師的專業地位、保障服務品質有所提升；辦理社會工作實務經驗及業務年資應考資格審查，截至 102 年 8 月底止，全國已有 6,619 人通過社會工作師考試。
2. 充實地方政府社工人力：行政院於 99 年 9 月 14 日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，本部於 99 年 9 月 21 日函請各地方政府據以實施，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質；截至 102 年 8 月底止，計畫執行進度如下：
 - (1) 100 年新增 366 名約聘社工人員：除新北市計有 6 名經持續公開召募尚未完成進用外，餘 21 縣市業已完成進用 360 名約聘社工人員。
 - (2) 101 年至 114 年進用正式社工員納編計畫辦理進度：行政院於 100 年 8 月配合本計畫核增臺中市等 8 縣市 101 年至 103 年所須納編之不足員額 149 名，目前臺北市等 13 縣市可完全依本計畫期程執行；澎湖縣可依計畫納編到 105 年；另花蓮縣等 8 縣市則可依計畫執行到 103 年。截至 102 年 8 月底止已完成納編 585 名社工編制員額，占 101 年至 114 年預定納編員額總數 1,490 名之 39%。
3. 調高社工人員職務列等及提升社工待遇加給：

- (1) 調高職務列等：在正式編制方面，除現有列薦任第 6 職等至第 7 職等公職社工師職缺外，於 101 年起增置「高級社會工作師」(列薦任第 7 職等至第 8 職等)、「社會工作督導」(最高列至第 9 職等)等職務，提供專業升遷管道；在聘用人員方面，調整保護性聘用社工及督導人員之最高支薪標準，最高分別至 7 等 7 階、8 等 7 階。
 - (2) 提升社工待遇加給：行政院自 100 年 9 月 1 日起提高編制內保護性社工專業加給由公務人員專業加給表(一)改適用表(七)(每月增加約 2,375 元至 3,480 元)，並調升聘用保護性社工薪資，其薪點折合率由現行每薪點 121.1 元調高為 130 元(每月增加約 2,776 元至 4,200 元)；自 101 年起補助民間團體推動社福方案所需之社工人力人事費補助，每月調升補助 1,000 元。
4. 擴大民眾參與志願服務工作：志願服務法於 90 年通過，經積極推動，登記有案之志工人數已達 89 萬餘人，其中社會福利志工有 18 萬餘名，目前仍持續增加中，本部已建置全國志願服務資訊整合系統，運用資訊科技辦理志工基本資料管理、志工供需媒合、志工服務時數統計、志工經驗交流分享等。截至 102 年 8 月底計補助民間團體辦理志願服務教育訓練、研習觀摩、獎勵表揚、宣傳推廣計 121 案，補助經費達 694 萬 5,600 元。

(八) 保護服務

1. 周延法制：

- (1) 推動「家庭暴力防治法」修法工作：於 98 年度起即陸續邀集相關單位進行修法研議，經行政院審查後計修正 19 條、新增 2 條，並於 102 年 3 月 5 日送請 大院審議。
- (2) 邀集相關單位研商性侵害犯罪防治法會議，檢視加害人定義、登記報到適用對象等議題。
- (3) 針對性騷擾防治三法整合議題、實務困境及解決策略召開 4 場研商會議。
- (4) 落實兒童及少年權益保障法第 54 條之 1，對於兒童之父母、監護人或其他實際照顧兒童之人有違反毒品危害防制條例者，於受通緝、羈押、觀察、勒戒、強制戒治或入獄服刑時，結合警察、檢察官或法院主動查訪其 12 歲以下兒童之生活與照顧狀況。為落實此規定，與司法院、法務部、內政部警政署等單位三度召開研商會議，並持續追蹤列管實際辦理情形。
- (5) 研修兒童及少年性交易防制條例，經召開 8 次會議，重點包括強化被害人保護措施及家庭處遇機制等，本修正草案於 102 年 1 月 16 日送請 大院審議並列為本部優先法案。

2. 網絡整合：

- (1) 建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：推動關懷 e 起來計畫，落實家暴及性侵害個案追蹤管理

機制，建置資訊共享平台，提供全國防治網絡相關工作人員運用。

- (2) 整合「家庭暴力高危機個案網絡會議作業平台」、「精神照護資訊管理系統」及「自殺防治通報系統：提供第一線專業人員即時掌握家庭暴力高危機案件加害人/被害人是否為列管之精神疾患或自殺通報個案。
- (3) 推動「家庭暴力安全防護網計畫」：自 100 年起全國 22 個縣（市）已全面參與推動，透過落實家庭暴力危險評估，加強網絡整合協調，建立綿密之家庭暴力防治網絡，以有效維護被害人人身安全。
- (4) 推動性侵害案件整合性團隊服務方案：以「專責處理」、「全程服務」為核心概念，提升驗傷採證及證物保存品質，以維護被害人權益。
- (5) 推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：為避免被害人在偵查及司法訴訟因程序需多次陳述案情而一再面對創傷，藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，以達提升訊問品質並減少被害人重複陳述，避免二度傷害。
- (6) 辦理年度家庭暴力、性侵害及性騷擾防治有功人士表揚及網絡願景營：為加強家庭暴力、性侵害及性騷擾防治網絡跨專業間協調聯繫、拓展工作視野、增進合作默契並激勵工作士氣，進而提升網絡工作品質，舉辦「102 年度家庭暴力及性侵害防治網絡工作願景營」，共計 200 人參加。會中並表揚長期對家庭暴力、

性侵害及性騷擾防治工作有功之社會人士、公務人員、機構及團體共計 30 名。

3. 強化保護：

- (1) 建立通報單一窗口(113)及標準處理程序：102 年截至 6 月底，113 保護專線計接線 14 萬 517 通。
- (2) 辦理家暴及性侵害被害人多元處遇模式及庇護安置服務：102 年截至 6 月底提供家庭暴力被害人保護扶助服務計 47 萬 9,408 人次、扶助金額 1 億 8,119 萬 6,998 元；提供性侵害被害人保護扶助計 8 萬 3,514 人次、扶助金額 3,456 萬 3,866 元。
- (3) 訂定性侵害開結案指標、基本處遇內涵及各項被害人補助標準：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置、心理治療、法律諮詢等保護扶助措施。
- (4) 推動兒少保護通報案件分類分級調查處遇機制：優先處理危急之兒少保護案件，並建立以家內兒少保護事件為核心的工作模式，加強對遭受父母、照顧者虐待或疏忽兒少之安全安置評估及家庭處遇，以落實對兒少之保護及處遇工作。
- (5) 建立兒少保護個案標準工作流程及控管系統：督促地方政府落實兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定時限，依法於受理通報後 24 小時內處理及於 4 日內提出調查報告，並依兒少法相關規定提供保護安

置、家庭處遇、強制性親職教育等服務，以協助兒少重返正常家庭生活；但對於不適任之父母，則依法聲請停止親權或改定監護權，並由政府提供收出養及長期安置等替代性兒少福利服務。本期由政府依上開法令介入保護之兒童及少年計有 37 萬 589 人次。

4. 充實保護性社工人力：

- (1) 人力倍增：民國 95 年、96 年起分別補助地方政府增聘 320 名兒少保護、190 名家暴及性侵害防治社工人力，民國 99 年行政院並核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，預定至民國 105 年再增加 1,462 名地方政府社工人力，其中民國 100 年保護性社工增加 200 名。此外，透過公設民營、方案委託及補助等機制，強化公私部門協力合作推展家庭暴力及性侵害防治業務。
- (2) 合理報酬：為提升保護性社工待遇加給，經多次協商行政院人事行政總處業於 100 年 8 月 24 日同意將編制內保護性社工人員適用之專業加給從表（一）調高至表（七），並將聘用保護性社工人員薪點折合率從現行 121.1 元提高為 130 元，另配合銓敘部增列 7~8 職等社工（師）督導及社工督導主任（直轄市 9 職等、一般縣市 8 職等）等職務列等，調整保護性聘用社工及督導人員最高支薪標準由六等七階至七等七階，社工督導人員最高支薪標準由七等七階調升至八等七階，以確保編制內社工人員晉用、升遷及合理薪

資，相對減少流動性，累積專業服務能量，俾使專業久任。

- (3) 安全維護：為保護社工人身安全，家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法及社會工作師法等相關法規均已將社工人身安全相關措施納入條文規範，各地方政府可依法協請警察人員或替代役陪同訪視，或與保全公司合作、以特約計程車載送社工人員訪視；另本部除研發「地方政府家庭暴力及性侵害防治社工人員保護措施檢核表」，供地方政府檢核轄內保護性社工人身安全狀況外，並補助地方政府增設保護性社工人身安全設施設備，以建立友善且安全的工作環境，保護社工人員人身安全。

5. 精進服務：

(1) 建立專業訓練制度

- 1) 建立家暴及性侵害防治社工人員分科分級訓練制度：為增進全國各直轄市、縣（市）政府辦理家庭暴力及性侵害防治業務社工人員專業知能，本部訂有「家庭暴力及性侵害防治社工人員分科分級訓練課程」，102年業於6月26日至28日辦理「家內性侵害個案處遇專題-南區」，內容包括家內性侵個案處遇、家內性侵害受害者的身心反應等相關議題，課程總時數19小時，計有72名人員參訓。
- 2) 訂立兒童及少年保護社工人員資格與訓練規定：規範兒少保護社工聘用資格應領有社工師證照或具1

年以上工作經歷，並明定兒保社工新進人員訓練及在職訓練等核心課程及訓練時數（新進人員訓練應達 50 小時，在職訓練應達 30 小時），以確保社工具備足夠專業知能。

3) 辦理家庭暴力安全防護網督導人才培力計畫：為輔導各直轄市、縣（市）政府逐步建立在地化之家庭暴力安全防護網模式，並培育在地菁英協助推動此計畫，102 年已辦理 2 場次焦點座談，藉此瞭解第一線專業人員實際參與各地家庭暴力安全防護網計畫之實務經驗與困境，並據此研擬團體督導及案例研討會之課程內容。

4) 辦理「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫」：102 年已辦理「培力兒童、智能障礙者輔助詢問人才資源計畫—種子師資培訓實務工作坊」北、中、南區共 3 場次，總計培訓達 240 人次，參訓學員名單並彙整函送各地方政府參考，供其建立地方專業人才庫。

(2) 發展評估工具

1) 開發 SDM (Structured Decision-Making Model) 兒少保護標準化評估決策模型：與美國兒童研究中心合作，開發 SDM (Structured Decision-Making Model) 兒少保護標準化評估決策模型，建立標準化及結構化的評估決策工具，以輔佐社工進行專業判斷，正確界定兒少保護個案及其家庭之危險因子、

保護因子及家庭風險因子，據以提供對應的安全計畫及家庭處遇計畫，以有效促進受虐兒少及其家庭的安全及福祉。

- 2) 發展及運用台灣親密關係暴力危險評估量表 (TIPVDA 量表)：為協助第一線專業人員及早辨識家庭暴力高危機個案，本部業委託專家學者研發完成台灣親密關係暴力危險評估量表(簡稱 TIPVDA)，並自 100 年起併入家庭暴力事件通報表，要求第一線受理家庭暴力案件之責任通報人員應運用此一致性評估工具進行危險評估，以及早辨識高危機個案並介入服務。截至 102 年 6 月底，家庭暴力通報件數實施危險評估比率已達 80.65%，相較前一年度實施比率提升 4.7%。

(3) 加強研究發展：

- 1) 辦理『澳洲經驗』觀摩研討會：為瞭解及學習福利先進國家維護性別人權之具體行動及相關服務模式，101 年赴澳洲新南威爾斯州及坎培拉特區，瞭解其推動家庭暴力及性侵害不同處境被害人服務方案成效。並於 102 年 2 月 26 日辦理家庭暴力及性侵害被害人處遇服務推展策略~『澳洲經驗』觀摩研討會，與會分享「精進責任通報品質」、「網絡合作倡議」、「民間團體之培力」及「擴大企業參與推動防暴工作」等 4 大專題，以期逐步建構更符合本土模式之防治作為，共計約 250 人參與。

2) 建構家暴安全防護網成本效益分析模型：自 98 年起推動家庭暴力安全防護網計畫，以瞭解被害人接受各防治網絡相關服務後所帶來之效益，並辦理「家庭暴力安全防護網效益分析初探計畫」，期建構家庭暴力安全防護網計畫效益評估指標，俾提供各直轄市、縣（市）政府進行家庭暴力安全防護網效益分析之參考。

6. 辦理預防教育宣導：

- (1) 辦理「街坊出招 2 防暴幸福讚」-社區防暴紮根計畫：102 年度持續推動與深化落實「暴力零容忍」的社區意識，將社區參與的精神繼續向下紮根，爰規劃辦理「街坊出招 2 防暴幸福讚」-社區防暴創意競賽活動，並於台北市等 10 個縣市辦理 10 場次社區防暴紮根培力營活動。
- (2) 辦理「親密關係暴力防治社區意識改造計畫」：102 年出版「一念之間 轉身就是家」-5 名男士面對家暴逆轉勝的故事 2,000 本，及「一念之轉」紀錄片 1,000 片。為充分應用該素材促進社區推動及家庭暴力預防工作，102 年分別於北區、中區、南區及東區辦理「承認與放下-家暴施暴者改變的心路歷程宣導活動」計 8 場次，計有 836 人次參加。
- (3) 同志親密關係暴力預防推廣：102 年度辦理「同志親密關係暴力預防推廣計畫」，將拍攝同志親密關係暴力宣導影片、印製宣導手冊 2,000 本，及辦理同志親

密關係暴力預防推廣教育 8 場次。

- (4) 外籍配偶人身安全宣導：辦理「102 年度外籍配偶人身安全宣導計畫」，賡續透過在台發行之東南亞語文平面刊物，及以在台東南亞人士為主要收聽對象之相關廣播頻道，運用東南亞各國語言進行家庭暴力、性侵害及性騷擾防治教育宣導。
- (5) 心智障礙兒童少年性侵害預防推廣教育：編印性侵害防治教育輔助手冊，以增進父母與師長對身心障礙兒童性侵害防治教育之認識，進而協助其能妥適照顧與教導，防範性侵害及性騷擾事件發生。
- (6) 目睹兒少的實驗性推廣計畫：102 年度辦理「『扭轉生命旅程-24 個協助目睹兒少的實驗性教案』推廣暨進階教案研發計畫」，期提升教師輔導知能及教學品質，並強化社區民眾對目睹兒少之關懷，共計收件 55 件。另委由警察廣播電臺錄製廣告託播帶，於全國治安交通網播出計 68 檔次。

四、社會保險改革

(一) 穩定全民健保財務：

1. 財務現況：

截至 102 年 7 月底止，權責基礎下健保收支累計結餘 588.36 億元，達法定一個月安全準備，財務狀況已有改善。

2. 補充保險費收繳情形：

為穩固健保財源，使健保永續經營，102 年開始實施之二代健保，針對原僅以經常性薪資所得計費之基礎予以適度擴大，將沒有列入投保金額計算之高額獎金、兼職所得或執行業務收入、利息、股利及租金收入等列入計費基礎計收補充保險費，使健保費負擔更趨公平合理。截至 102 年 7 月底止，全民健康保險補充保險費收繳金額約 159 億元。

3. 保險醫事服務機構查處成效：

本部健保署透過加強查察保險醫事服務機構虛報醫療費用違規情事，藉以提升健保醫療資源合理運用；除對民眾檢舉、上級交查案件加強稽查之外，另主動分析資料發掘違規案件，全力進行訪查，並規劃辦理全國性查核專案；102 年截至 7 月底止，訪查保險醫事服務機構 352 家，占特約之醫事服務機構家數 1.34%。

(二) 推動支付制度改革：

1. 逐步導入「住院診斷關聯群」之醫療費用支付制度：

(1) 依據 101 年全年醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由原來 4.39 天，下降為 4.13 天，整體下降 5.92%；平均每件實際醫療費用，由原來 4 萬 5,511 點，減少為 4 萬 5,320 點，每件減少 191 點，下降 0.42%。

(2) 102 年第 1 季醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由實施前同期(98 年 1

月至 3 月)4.40 天，下降為 4.09 天，整體下降 7.05%；平均每件實際醫療費用，由實施前同期(98 年 1 月至 3 月)4 萬 5,278 點，略增為 4 萬 6,179 點，每件增加 901 點，上升 1.99%，主要是因 101 年調高部分住院之支付標準。

(3) 顯示在此制度下，會促使醫院減少不必要之手術、用藥及檢查等費用，一方面保障民眾醫療品質，另一方面亦提升醫療服務效率。

2. 持續辦理全民健保醫療給付改善方案(論質計酬方案)：

(1) 本部健保署 90 年起透過調整支付的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者提供符合治療指引的照護，並以醫療品質及效果做為支付費用的依據。共試辦糖尿病、氣喘、高血壓、乳癌、精神分裂症、B 型與 C 型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等 7 項論質計酬方案，其中高血壓方案自 102 年起停辦，併入其他方案施行，糖尿病方案已於 101 年 10 月導入支付標準。

(2) 每年編列專款約 10 億元(102 年醫院編列 4.998 億元、基層編列 1.6 億元、其他項目編列 4.04 億元(「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」與「Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫」共用)，辦理論質計酬方案。

(3) 辦理成效：

1) 糖尿病：102 年 1 至 6 月照護人數為 28.10 萬人，追蹤糖尿病糖化血色素不良(>9.5%)個案，參加方案 1 年後 66.6%的個案有改善。

- 2) 氣喘：102 年 1 至 6 月照護人數為 6.66 萬人，參與方案者的急診及住院次數下降。
- 3) 乳癌：102 年 1 至 6 月底照護人數為 1.18 萬人。
- 4) 精神分裂症：102 年 1 至 6 月底照護人數為 4.59 萬人。
- 5) B 型及 C 型肝炎帶原者：102 年 1 至 6 月底照護人數為 7.80 萬人。
- 6) 初期慢性腎臟病：101 年 1 至 11 月底照護人數為 11.76 萬人。
- 7) 高血壓：101 年照護人數為 3.10 萬人。

3. 試辦論人計酬支付制度：

(1) 為改變現行論量計酬之缺失，提供更大誘因促使醫院投入更多健康促進服務，業採 3 種模式進行論人計酬試辦，計有 8 家試辦團隊參與，各試辦團隊試辦期間為 3 年，除本部金門醫院自 102 年 1 月起加入至 104 年 12 月 31 日止，其餘 7 家試辦團隊均自 101 年 1 月起至 103 年 12 月 31 日止，照護對象人數約 20 萬人。

(2) 101 年至 102 年第一季計畫執行情形：

- 1) 團隊內之門診就醫次數及費用，多已呈現下降趨勢，惟團隊外住院費用上升，需考量疾病嚴重度及照護對象年齡結構等因素。
- 2) 因健保法並未限制病患選擇就地點，團隊內醫療利用可獲得較有效率之改善，惟照護對象若自由選擇至團隊外就醫時，其醫療利用難由團隊醫院掌控，

試辦團隊對於照護對象全人服務之課責性有待提升。

3) 指標達成度：除預防保健指標(如：子宮頸抹片檢查率、大腸癌篩檢率、乳房攝影篩檢率、成人預防保健完成率)之團隊達成率不及 50%外，其餘指標達成率為 70%以上。

(3) 本制度為全新支付方式，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，101 年度本部健保署提出「論人計酬試辦計畫成效評估」委託研究二年計畫，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，103 年預計將辦理全國觀摩會及政策研討會。

4. 高風險、高心力投入之醫事科，健保支付標準調整方案(含內、外、婦、兒、急診科及護理人力)：

(1) 101 年為調整外科、婦產科及兒科等艱困科別之支付標準，俾提升艱困科別醫師之待遇，挹注經費共計約 21.47 億元。

(2) 101 年為使山地離島地區及健保醫療資源不足地區之民眾，可以就近獲得內外婦兒科和急診醫療，投入 6.7 億元，提供前述服務時每家醫院全年可得 700 萬至 1500 萬元額外給付。

(3) 100 年 8 月啟動支付標準表資源耗用相對值表(RBRVS)全面評量作業，於 100 年 9 月底完成，並於 101 年 10 月完成醫院成本分析資料之校正，102 年 3 月完成相

對值與成本分析資料之串聯。另邀請內、外、婦、兒及急診科等共 9 位專家組成「102 年支付標準調整研議小組」，參考相對值與成本分析資料串聯結果及醫界團體意見，研擬 102 年支付標準調整草案，提報 102 年 8 月底全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議中討論。

- (4) 102 年醫院總額編列 50.55 億元及西醫基層編列 2.22 億元，主要用於合理調整急重難科別及內外婦兒科之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。
- (5) 101 年與 102 年於醫院總額編列約 3.2 億元預算，施行全民健康保險急診品質提升方案，用於提升急診重大疾病照護品質、加強適當轉診及提升急診處置效率等三大面向，並依達成結果提供獎勵措施，以改善醫院急診壅塞，使急診醫療服務品質更進步。
- (6) 「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款費用編列：100 年編列 10 億元，101 年調增為 20 億元，102 年調增為 25 億元，主要用於提升護理照護品質、符合醫院評鑑人力獎勵及補助新增護理人力。

5. 共同擬訂會議：

- (1) 依據全民健康保險法(以下稱健保法)規定，須訂定全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法，本部於 101 年 11 月 1 日發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂辦法」，本部健保署於 102 年 3 月 6 日完成敦聘本會議代表，運作

方式如下：

- 1) 本辦法共計 12 條，規定醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。
 - 2) 目的係為辦理醫療服務給付項目及支付標準之擬訂事項，應至少每六個月召開一次全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會。
 - 3) 對外公開事項：利益揭露聲明書、會議議程、會議實錄。
- (2) 擴大相關團體參與藥物給付之擬訂：為廣納各利害關係人之多方意見，新藥及新特材之健保給付，將擴大各界代表參與討論，包括專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表，必要時也會邀請病友團體代表列席表示意見，讓病患的聲音在決策過程中可以被仔細考慮進去，確保民眾用藥權益。102 年截至 8 月止，本部健保署已召開 6 次會議，以及 1 次臨時會議。經會議通過並公告生效之新藥及新功能類別特材有 12 項、給付規定有 25 則、已收載成分劑型之新品項及既有功能類別特材有 998 項、價格異動有 1,949 項。

(三) 擴大照顧弱勢民眾：

1. 健保費補、協助：

- (1) 在健保費補助方面：102 年截至 7 月底止，受補助者共計 283 萬餘人，補助金額 131 億餘元。
- (2) 在欠費及就醫相關費用之協助方面：對繳交健保費有困難之弱勢民眾，102 年截至 7 月底止，紓困貸款部分：核貸 1,549 件，金額 0.92 億元；分期繳納部分：核准 6.7 萬件，金額 16.72 億元；愛心轉介部分：補助 4,329 件，金額 1,269 萬元。102 年持續運用公益彩券回饋金協助經濟弱勢民眾繳納健保相關欠費及就醫相關費用，保障其就醫權益，截至 102 年 6 月底止，已協助 4.1 萬人次，補助金額約 4.3 億元。

2. 醫療保障方面：

- (1) 未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，持有村里長或醫院所出具之清寒證明，即可先以健保身分就醫。102 年截至 7 月底止，計受理 1,393 件，醫療費用 3,764 萬餘元。
- (2) 二代健保實施後，依健保法第 37 條規定之意旨，僅得就有能力繳納而拒不繳納健保欠費者始予暫行停止保險給付（鎖卡），截至 102 年 6 月底止，經輔導後仍不繳納欠費而予鎖卡者有 3.8 萬人，而凡屬經濟弱勢之欠費者一律不鎖卡。

3. 強化山地離島地區及平地鄉醫療資源不足地區之醫療服務計畫：

- (1) 實施全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇

計畫(IDS)：

本部健保署已於全國 48 個山地離島鄉鎮分別實施此項計畫，由有意願、有能力之醫療院所，以支援之方式，提供山地離島地區約 43 萬名民眾各項醫療照顧、專科診療及預防保健等服務；並且定期召開督導委員會議，對所提供的醫療服務及民眾需求，進行瞭解檢討。102 年共有 25 家醫院承作 29 個計畫，本部健保署除支付原論量服務費用外，每年額外投入專款專用經費 4-6 億元，101 年除提供當地醫療論量費用 34.77 億元，另額外投入經費共 3.87 億元。

(2) 各總額部門醫療資源不足地區改善方案：

鑑於健保醫療資源有限，本部健保署皆逐年與醫界研擬並修正醫療資源不足地區改善方案內容，鼓勵醫師至該地區執業或採巡迴方式提供醫療服務，以提高當地民眾就醫可近性。102 年度持續辦理西醫、牙醫及中醫之「醫療資源不足地區改善方案」，以嘉惠平地鄉偏遠地區民眾；每年額外投入經費約 5 億元。

4. 醫療資源缺乏地區就醫得減免部分負擔：

配合健保法第 43 條醫療資源缺乏地區得減免自行負擔費用之規定，並依健保法施行細則第 60 條規定，保險對象於符合「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備條件」之鄉、鎮、市、區內保險醫事服務機構就醫，門診、急診或居家照護之應自行負擔費用得予減免 20%，期減輕民眾就醫負擔。102 年符合醫療資源缺乏地區條件之鄉、

鎮、區共 45 個。

(四) 有效使用醫療資源：

1. 門診高利用對象輔導措施：

(1) 為協助門診就醫次數高之民眾正確就醫，並強化其本身健康管理，自 90 年開始，辦理專案輔導，藉郵寄關懷函、電訪、親訪、結合社會資源，以及指定就醫處所等不同之方式，導正彼等就醫行為。101 年輔導前 1 年門診申報就醫次數 ≥ 100 次者約 3.3 萬人，平均就醫次數下降 24%、平均醫療費用下降 26%，節制醫療費用 8.29 億元。另為了提升醫療資源使用效率，自 102 年 4 月起擴大為輔導 ≥ 90 次者 4.7 萬人，渠等經 102 年 1-6 月輔導後，平均就醫次數下降 15%，平均醫療費用下降 10%，節制醫療費用約 1.77 億元。

(2) 另自 102 年 5 月起，對於當年門診就醫次數 ≥ 20 次者，藉由民眾刷健保卡取號時，即時訊息提醒，請診治醫師協助瞭解原因即時輔導，期藉由提醒機制請醫師即時介入輔導，以確保民眾有效利用醫療資源。

2. 推動轉診實施情形：

自 102 年 1 月 1 日起實施「全民健康保險轉診實施辦法」，明定特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排，包括先洽轉入院所提供就醫日期、診療科別及掛號協助，並視需要保留掛號名額給轉診病

人。將較現行轉診流程順暢、合乎專業安排，達到病人有感，相對無協助之轉診有明顯改善，有助落實分級轉診。截至目前執行成效如下：

- (1) 輔導特約醫院已全數設置轉診櫃檯，提供轉診病人單一窗口服務。
- (2) 本部健保署全球資訊網「二代健保轉診專區」提供各醫院轉診櫃檯之聯繫電話，以利轉診作業。
- (3) 門診就醫次數 71.5%集中在基層診所，逐年增加；另醫學中心、區域醫院初期照護率(小病看大醫院指標)逐漸下降，醫學中心由 93 年 25%降至 101 年 17.1%，區域醫院由 93 年 30.8%降至 101 年 22.9%，呈現逐步落實分級醫療情形。

3. 抑制醫療資源不當耗用：

為辦理依據健保法第 72 條規定：為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，本部健保署已於 102 年 7 月 26 日提全民健康保險會報告，本部並將於近期核定，本方案擬訂內容如下：

- (1) 持續改革支付制度：推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。
- (2) 減少無效醫療資源耗用：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
- (3) 高耗用醫療項目管控：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。

- (4) 多重慢性病整合醫療之推動：提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置。
- (5) 高診次就醫輔導：導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。
- (6) 加強重複醫療查核機制：提升 IC 卡登錄及上傳資料之完整性，以避免重複提供醫療服務。
- (7) 藥費管制措施：降低慢性病患不當處方用藥，提升用藥品質。

4. 醫院以病人為中心整合照護計畫：

- (1) 台灣人口老化且多重慢性病病患與日俱增，依本部健保署 99 年統計，全國人口中有 5.3% 的民眾患有多種慢性病，且 65 歲以上老年人中有超過 247 萬人有多种慢性病高達 26%。
- (2) 本部健保署自 98 年 12 月 1 日起，於全國推動「醫院以病人為中心」整合照護計畫，依據醫院特性發展整合門診服務模式，例如：老人整合門診、女性整合門診、糖尿病整合門診等，讓有多重慢性病的民眾可以獲得整合照護服務，避免重複及不當用藥、重複檢驗檢查與治療等，提升整體醫療服務品質與健康。
- (3) 101 年參與醫院計有 192 家，參加民眾計 46 萬餘人，院內照護資料顯示，每人每月平均就醫次數及費用均呈現減少，僅用藥品項略增。

(4) 102 年參加計畫醫院計有 180 家醫院參加計畫，102 年本部健保署篩選更須符合整合照護之二種(含)以上慢性病患列入照護對象，計有約 37 萬餘人，由 180 家參加計畫醫院提供服務。

5. 保險醫事服務機構違約處理：

對於曾違規之醫事機構(醫師)仍再有違規者(含同址)，已修法明定於五年之內不予特約；另對違規情節重大者，將予永不特約之處分。

(五) 醫療資訊公開：

1. 公開醫療服務品質資訊，於本部健保署全球資訊網建置「醫療品質資訊公開」主題專區，內容包括：

- (1) 民眾所關心之醫院醫療品質指標。
- (2) 各醫療院所別醫療品質資訊含服務類指標及疾病類指標。
- (3) 專業醫療服務品質報告，包括：保險病床(每月公布特約醫院之保險病床設置比率、每日公布保險病床使用情形)、住院病人出院後 3 日內回到同院再急診率、同日急診返診比率等多樣性品質資訊。

2. 至 102 年 7 月底止，專區上網瀏覽合計 394 萬人次。

(六) 檢討修正國民年金法，保障民眾權益：

1. 國民年金(以下稱國保)整併原敬老福利生活津貼、原住民給付，並提供身心障礙基本保證年金。考量此三項給

付係由政府編列預算支應，以補助弱勢民眾，屬津貼之性質，故基於政府資源有限，爰訂有房屋土地價值不得逾 500 萬元等相關排富限制，以符合社會公平。

2. 地政機關自 95 年起已逐步調高土地公告現值，造成年金請領人所有之土地及房屋雖未增加，惟因公告土地現值調高，致無法繼續領取該項給付，依勞保局統計 101 年初因土地公告現值大幅調整，造成約 1 萬 8,000 名原已領取老年基本保證年金的人喪失請領資格，惟其中約 1 萬人已經由扣除個人所有之唯一且實際居住之房屋價值，重新領取給付。
3. 為保障原已領老年基本保證年金者之權益，本部爰積極修正國民年金法第 31 條規定，明定 101 年 1 月 1 日起，原已領取老年基本保證年金、原住民給付及身心障礙基本保證年金者，於各地方政府調整土地公告現值後，仍符合其他排除規定，且其個人所有之土地及房屋未新增時，可不受房屋土地價值 500 萬元之限制，得以繼續領取給付。
4. 本條文於 101 年 12 月 26 日修正公布，符合修法放寬後請領資格的人，可以追溯自 101 年 1 月起發給年金，勞保局已經在 102 年 1 月底連同當月份應核發的年金一併補發並且匯至申請人指定的金融機構帳戶，受益人數約 8,000 人。

(七) 依法辦理國保財務精算及調增費率，健全保險財務：

1. 依國民年金法第 10 條及其施行細則第 10 條規定，國保之保險費率採定期自動調整機制，且依財務精算結果（每次精算 40 年）每 2 年調整費率 1 次；由中央主管機關(102 年 7 月 23 日起為本部)組成審查小組審查勞保局所提精算報告，以確保精算假設及結果切合實際情形。
2. 國保開辦迄今已辦理 2 次精算作業，勞保局並已於 101 年 7 月完成第 2 次精算報告，中央主管機關爰依第 2 次精算結果公告自 102 年 1 月 1 日起調增費率為 7.5%，費率調增後，每年約增加 25 億元保費收入，有助於國保基金財務之健全。

(八) 督導辦理國保納保保費收繳及給付核付業務：

依據勞保局 102 年 8 月 14 日最新統計數據，國保每月納保人數約 375 萬餘人，被保險人累計繳費率為 57.22%，另截至 102 年 6 月底止，各項給付人數（含基本保證年金）計 130 萬 5,357 人，102 年截至 6 月底各項給付金額總計 287 億 8,143 萬餘元。

(九) 督導辦理國保欠費催收及罰鍰作業：

1. 102 年度督導勞保局辦理國民年金保險費之欠費催收作業，截至 102 年 8 月 9 日止，已催繳人數計 86.5 萬餘人，催欠金額為 27.8 億餘元，已繳金額 1.8 億餘元，佔欠費催收總金額 6.79%。

2. 有關國保欠費被保險人配偶催繳及罰鍰作業，勞保局自101年8月針對從未繳納保險費之一般身分被保險人，再從中比對渠等人員之配偶具一定經濟能力(即年所得100萬元以上)之200人進行催繳。截至102年9月9日止，已有149人繳清國保欠費計453萬餘元，申請分期繳納者計10人。

(十) 有關國民年金給付(不含原敬老津貼部分)溢領與追繳情形：

截至102年7月底止，溢領人數共計1萬4,606人，已收回人數計1萬3,885人，待收回人數計721人；溢領總金額為1億9,628萬9,024元，收回1億7,012萬718元，尚未收回金額為2,616萬8,306元，收回率為86.67%。

(十一) 規劃長期照護保險

1. 為發展適用於我國長期照護保險判定個案長照需要之評估工具，已研擬長期照護保險多元評估量表；於101年針對精神障礙者、失智症者及智能障礙者進行該量表之適用性測試及修正，102年續針對有復健需要者進行多元評估量表之修訂，期能貼近各類失能民眾之需求，使保險服務資源能妥適利用。
2. 為能訂定適切反映保險對象失能程度及長照資源使用之給付標準，已完成居家型、社區型及全日住宿型長期照護服務資源使用案例資料之蒐集，並預計於102年底完

成初版案例分類系統。

3. 為期建立能反映成本且兼顧合理勞動條件之長期照護保險支付標準，分別委託收集居家照顧服務、居家護理、全日住宿型服務及社區型服務之成本資料，作為訂定長期照護保險服務項目支付價格之參考，預計於 102 年底完成資料收集。
4. 為建立我國長期照護保險精算模型，以利推估保險費用，持續以國民長期照護需要調查所收集之全國失能資料，進行不同給付項目及條件下之長期照護保險費率精算。
5. 自 98 年 9 月起至 102 年 7 月底止，邀集專家學者及相關之團體，共召開 118 次諮詢會議，討論長期照護保險財務、體制、給付與支付等各項制度規劃，同時參與 300 場以上溝通宣導活動，包括相關團體之座談會或研討會、主題演講、訪談、活動等，藉此進行意見溝通，蒐集各界建議，作為規劃長期照護保險制度之參考。

五、食品藥物安全

(一) 加強食品安全監測：

1. 102 年截至 8 月底止，完成市售與包裝場農產品殘留農藥監測 1,343 件，不合格 146 件；完成食品中動物用藥殘留監測 451 件，不合格 25 件；完成市售食品中真菌毒素含量監測 267 件、食米中重金屬(鎘、汞、鉛)含量監測 78 件、市售蔬果中重金屬(鉛，鎘)含量監測 105 件及市

售食米農藥殘留監測 97 件。不合格之案件，均透過跨部會之協調機制，進行源頭改善。

2. 加強餐飲業者使用醬油來源與醬油製造工廠查核：查核醬油來源醬油產品來源 5,801 件，不合格者 5 件(不合格率 0.09%)；查核醬油工廠 110 家，其中 90 家均符合「食品良好衛生規範」規定；有 20 家違反「食品良好衛生規範」規定(不合格率 18.2%)，對其中 14 家已當場輔導改善，僅 6 家要求限期改善，亦皆改善完竣。
3. 順丁烯二酸酐化製澱粉案：全案完成檢驗 3,094 件(產品 1,328 件、原料 1766 件)，檢出 249 件(產品 79 件、原料 170 件)。違規產品回收封存共計約 576 公噸，除檢調封存之小部分產品(約 2.26%)之外，均已完成銷毀。針對查獲之涉案業者，要求廠商必定提出相關資料，以證明涉案產品回收銷毀完畢，並且所販售之新產品來源明確且無添加順丁烯二酸酐。責成全國衛生局持續加強稽查澱粉廠及經銷商，以確保市面上販售之澱粉皆為安全，保障民眾飲食安全。
4. 擴大民間檢驗機構認證，提升檢驗品質：公告通過認證之食品檢驗實驗室累計 58 家，630 品項。

(二) 強化食品衛生管理：

1. 加強進口食品管理：加強通報作業，即時發布訊息，本期共計公布公布 311 則不合格之進口食品訊息；針對進口牛肉產品執行「三管五卡」管制措施，102 年截至 8

月底止，總計查驗牛肉產品 6,522 批，抽驗 1,578 批，其中 1 批檢出動物用藥齊帕特羅 (Zilpaterol) 0.003ppm，不符動物用藥殘留標準；落實牛肉原產地(國)之強制標示稽查計 1 萬 0,798 件，合格率 99.9%。

2. 102 年 6 月 19 日修正公布「食品衛生管理法」，增列食品安全風險管理、食品輸入管理、食品檢驗專章，明文規範食品業者必須落實自主管理之精神及責任、建立產品供應來源及流向之追溯追蹤系統、食品業者應登錄，以及全面加重相關罰則等，藉以保障國人健康及消費者權益。

3. 落實食品添加物管理：

(1) 推動食品添加物登錄管理：已建置食品添加物「非登不可」登錄管理資訊系統（網址 <http://fadenbook.fda.gov.tw/>），截至本年 8 月底止，已登錄 584 家製售業者，16,227 項食品添加物產品。

(2) 加強跨部會合作：已與環保署建立毒性化學物質之列管通報；並與財政部及經濟部合作，強化食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品。

(三) 建構安全用藥環境：

1. 持續推動藥品優良製造規範(cGMP)，截至 102 年 8 月底

止，國內共 143 家西藥製劑廠、12 家倉儲廠、4 家製劑
先導工廠及 21 家原料藥廠(共 145 品項)、3 家原料先導
工廠符合 GMP 評鑑，其中有 50 家西藥製劑廠及 4 家倉儲
廠通過 PIC/S GMP 符合性之評鑑。推動醫療器材優良製
造規範(GMP)，截至 102 年 8 月底止，醫療器材 GMP/QSD
認可有效件數共 3,681 件，國內製造廠 15.3%、國外製
造廠 84.7%。

2. 完成市售藥物及化粧品品質監測，截至 102 年 8 月底止，
共計監測 800 件，其中藥品 147 件，37 件合格，59 件不
判定，51 件檢驗中；化粧品 100 件，92 件合格，3 件不
合格，5 件檢驗中；醫療器材 78 件，30 件合格，4 件不
合格，44 件檢驗中；中藥材 475 件，15 件合格，260 件
不判定，200 件檢驗中。
3. 落實違規廣告監控，102 年 1 月至 7 月衛生機關查處違
規藥物、化粧品及食品廣告案件，核予行政處分 4,125
件，罰鍰計 9,386 萬 6,000 元。廣告違規比率由 99 年 1
月 13.9%，下降至 102 年 7 月的 5.67%。
4. 自 100 年 5 月實施「新藥查驗登記優先審查機制」、「新
藥查驗登記精簡審查機制」及「國產創新藥品快速審查
機制」，截至 102 年 8 月 10 日止，符合新藥審查機制 38
件，已核發許可證 14 件；建置新藥輔導諮詢機制，總計
輔導藥品 27 案，達臨床試驗階段者 18 案，達新藥查驗
登記階段者 2 案，核准上市 2 件。。
5. 針對國內自行研發之醫療器材案件，且具指標「國產第

- 1 件」、「同類產品最優」、「新醫療適應症」、「國家型計畫重點支持產業」或「多國多中心醫療器材臨床試驗計畫申請案」意義者，建立專案輔導機制，主動介入輔導，總計輔導 35 案，截至 102 年 8 月底止，核准上市 11 件，達臨床試驗階段者 7 件，完成技術轉移 2 件，並於 2 年內成功輔導國產第 3 等級醫療器材許可證總張數由原本 24 張提高至 32 張，增加比率高達 33.3%。
6. 強化上市後藥品安全及品質監控、評估及風險管控，自 101 年至 102 年 8 月底止，完成 100 件藥品安全性再評估，其中 50 件要求廠商執行風險管控措施、1 件要求下市；完成調查處理 1,288 件疑似重大品質瑕疵事件，並有 73 項藥品要求回收。自 99 年底成功爭取成為國際醫療器材法規官方論壇(IMDRF)轄下警訊報告交換系統(NCAR)會員，截至本年 8 月底止，已接獲 905 件警訊報告。主動監視國內外藥物安全警戒資訊，以早期啟動回收機制，保護消費者安全。
 7. 自 102 年 2 月 1 日起，公告全面實施供輸血用血液之核酸擴增檢驗(NAT)，將涵蓋每年約 180 萬捐血人次(230 萬袋血袋)，降低因輸血而造成病毒性感染之風險。
 8. 102 年 4 月 17 日正式公告施行「植物藥新藥查驗登記審查基準」，提供產業界在研發植物藥新藥過程中可參考之具體依據。
 9. 建置用藥照護之藥事服務模式，成立 22 家正確用藥教育資源中心，344 家社區用藥諮詢站，並完成 360 位個案

之居家藥事服務訪視，以維護民眾用藥安全。

(四) 有效防制藥物濫用：

1. 加強管制藥品流向資料之勾稽及查核，102 年截至 6 月底止，計實地稽核 7,555 家次，查獲違規 78 家，違規比率 1.03%，均依法處辦違規者。
2. 辦理藥物濫用通報，102 年截至 6 月底止，醫療院所共計通報藥物濫用 10,273 件，較去年同期之 9,409 件，增加 9.2%。

(五) 落實中藥藥事管理：

1. 本年度查處違規中藥廣告，截至 8 月 10 日止，核予行政處分 211 件，罰鍰計 782 萬元；查處違規中藥產品，核予行政處分 33 件，罰鍰計 108.5 萬元；查處違規中藥行為，核予行政處分 33 件，罰鍰計 135 萬元。
2. 自本年 4 月 1 日起，製造、輸入之中藥材，需符合「臺灣中藥典」第 2 版規定。
3. 本年 5 月 3 日公告中藥製造業者得以自願性認證方式，申請中藥飲片炮製工廠藥品優良製造規範認證。
4. 辦理 GMP 中藥廠後續查廠，本年截至 8 月 10 日止，已辦理 29 家 GMP 中藥廠後續查廠。
5. 完備中藥材之源頭管理機制，並依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，自去年 8 月 1 日起實施 10 項中藥材邊境管理，截至本年 8 月 10 日止，查驗完成 2,346 件中藥材

報驗通關案，計 2 件黃耆檢驗不合格，並予退運之處分。

六、促進全民健康

(一) 建置國民健康實證資料庫：

1. 辦理全人口及各生命週期人口群健康監測調查，包括國民健康訪問調查、家庭與生育調查、母乳哺育調查、兒童健康照護需求調查、青少年及成人吸菸行為調查、健康危害行為監測調查等，並擴大辦理國民營養與健康狀況變遷調查，以建立全國及各縣市非傳染病監測指標。另亦規劃建置及強化近視、口腔保健、事故傷害及先天性缺陷等監測體系。
2. 持續提昇國民健康指標互動查詢系統之 e 化服務與使用者友善介面，加強各類健康監測調查及出生通報描述分析結果之產出與運用，逐年擴充可查詢指標項目，截至 102 年 8 月底止，共計開放 649 項健康指標供各界查詢。

(二) 健康的出生：

1. 提供懷孕婦女 10 次產前檢查及 1 次超音波檢查服務，101 年全年補助產前檢查服務，約計 209 萬人次，平均利用率達 91%；至少接受 1 次檢查之比率達 98.6%。
2. 自 99 年起，補助低收入戶孕婦接受乙型鏈球菌之篩檢，預防新生兒早發型感染；100 年擴大補助對象至中低收入戶、設籍山地原住民族地區、離島及偏遠地區懷孕婦女，自 101 年 4 月 15 日起，全面每例定額補助 500 元。

至 102 年 7 月底止，「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」特約院所計 523 家，涵蓋 98.0% 產檢懷孕婦女，其中有 374 家院所不另收費，涵蓋 68.0% 孕婦免自費。101 年接獲院所上傳檢查結果計 13 萬 7,940 筆，佔應受檢懷孕婦女之篩檢利用率達 92.5%；102 年 1-7 月接獲院所上傳檢查結果計 8 萬 7,863 筆，佔應受檢懷孕婦女之篩檢利用率達 98.0%。

3. 102 年 1 月至 6 月，補助孕婦接受產前遺傳診斷檢驗計 2 萬 3,269 案，發現異常 613 案；新生兒先天性代謝疾病篩檢計 9 萬 7,436 案，篩檢率 99.7%，發現異常 1,569 餘案；民眾遺傳性疾病的檢查計 3,037 案，發現異常 931 案。檢驗異常個案均提供遺傳諮詢與適當醫療處置，必要時協助轉介診治。
4. 辦理母嬰親善醫療院所之認證及輔導計畫，截至 101 年，計有 163 家通過認證，出生數涵蓋率已達 75.1% (100 年為 71.4%)；依據全國母乳哺育率調查之結果，六個月以下寶寶純母乳哺育率 101 年為 49.6% (93 年 24%，97 年為 35.1%，世界衛生組織 2025 年目標為 50%)。為維護婦女於公共場所哺育母乳之權利，並提供有意願哺育母乳婦女無障礙之哺乳環境，99 年 11 月 24 日經總統公布施行「公共場所母乳哺育條例」，102 年 6 月底止，全國依法應設置哺（集）乳室之公共場所為 1,826 處，已完成設置達 100%。
5. 為有效遏止出生性別比失衡問題，減少性別篩選及不當

墮胎，除了成立出生性別比工作小組，研議防止出生性別比例失衡情形之相關策略外，完備法令，禁止性別篩選，公告「醫師執行非性聯遺傳疾病診斷所施行產前性別篩選之處置，或僅以胎兒性別差異為由進行之人工流產等行為，為醫師法第 28 條之 4 第 1 款規定不得從事之醫療行為」，爾後查獲有性別篩選或依性別進行墮胎之實證者，即可直接處分醫師 10 至 50 萬元罰鍰，其情節重大者，甚至可廢止其醫師證書。於 101 年 4 月 5 日發布修訂優生保健法施行細則。持續監測及掃蕩違規廣告，結合縣市衛生局持續監測院所及接生者之出生性別比，加強違規實地查察；列入衛生局考核。設立縣市衛生局胎兒性別篩檢查報窗口，並於孕婦手冊刊登檢舉窗口，人手一本。於孕婦及兒童健康手冊宣導「女孩男孩一樣好，生來統統都是寶」，另，對於人工生殖機構進行監測、查處；持續加強可檢測性別試劑之源頭管理，及執行性別篩檢（檢測）檢驗機構、生技公司之規範與管理；加強兩性平等平權及醫療人員之醫學倫理教育。101 年全面走訪輔導產檢醫療院所計 795 家。查察異常機構及接生者查察 156 家次。蒐獲疑不當廣告 6 件，裁罰 2 件不當廣告。出生性別比業由 99 年的 1.090，降至 100 年的 1.079，創 16 年來最低點，國際排名由第 3 降至第 12。101 年再降至 1.074，是 25 年來最低。國際排名再降至第 15 名，持續趨近正常。未來將加強源頭之試劑與檢驗管理，包括檢驗設備、行為與試劑的稽查。

6. 提供優質生育保健諮詢及服務體系並縮小健康不平等：成立孕產婦關懷中心；提供孕產婦及其家人免費電話諮詢及網站資訊服務，102年1月至8月底止提供1萬0,851通諮詢服務；網站瀏覽量85萬1,591人次，加入孕程管理會員計2,435人。102年規劃孕產婦關懷APP科技化的雲端照護。為縮小健康不平等將原住民生育婦女（20-45歲）健康納入管理，提供一般性健康指導及生育保健指導與諮詢服務，共計完成建卡管理65,487人。

（三）健康的成長：

1. 辦理滿4歲及滿5歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務計畫，101年共計篩檢35萬6,563人，初篩未通過人數為51,367人，異常個案轉介率達98%。
2. 101年3月15日起全面補助新生兒聽力篩檢，每案補助700元，截至102年6月底止特約「新生兒聽力篩檢補助服務方案」院所計312家，涵蓋97.5%之出生數。自行執行新生兒聽力篩檢院所(182家)，及接受外展服務院所(130家)，101年總計篩檢17萬380人，篩檢率達89.4%，發現216位確診為聽損，並轉介至相關單位接受療育。102年1-7月共計篩檢10萬7757人，篩檢率達96%。
3. 102年6月1日起，提供未滿6歲兒童牙齒塗氟服務，每半年1次免費塗氟，及未滿12歲低收入戶、身心障礙者、原住民族地區及偏遠、離島地區，每3個月1次。102

年已有 37 萬 2,607 人次接受此項服務。另於 101 年 7 月 18 日開辦牙醫院所到幼兒園塗氟服務。102 年持續全面提供國小免費氟漱口水平防齲服務，22 個縣市共計 2,657 所國小、138 萬學童受惠。

4. 提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健，並要求院所應登錄檢查結果，補助疑似發展遲緩兒童轉介確診等項轉介確診費用，以提高服務之品質。101 年服務約 112 萬人次，7 次之平均利用率為 77.4%，1 歲以下至少 1 次服務利用率，達 97%。
5. 為提升兒童健康照護品質，避免危險因子對兒童健康的影響，優先針對 1 歲以下兒童，自 102 年 7 月 1 日提供 2 次兒童衛教指導服務，內容包含嬰幼兒猝死症候群預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護及事故傷害預防等衛教指導。截至 102 年 8 月底止，本補助方案已涵蓋 42.2% 之 1 歲以下兒童。
6. 透過「性福 e 學園—青少年網站之秘密花園」，提供青少年朋友們性健康資訊及未婚懷孕等問題諮詢服務，101 年計 44 萬 5,903 人次瀏覽，視訊諮詢服務 2327 人次(男 28%，646、女 72%，1681)。另結合 39 家醫療院所，設立友善、隱密「Teen's 幸福 9 號門診」，提供青少年身心保健、及各種避孕方法及解決不預期懷孕等問題，共服務 4,044 人(男 41%，1672 人、女 59%，2372 人)。建置青少年性健康諮詢(商)服務中心結合 113 所學校/機構，完成辦理 120 場次入校宣導講座計 21,750 人次參

與，及 8 場親職講座 395 位家長參加。提供個別諮商 61 人(男 38%，23 人、女 62%，38 人)。團體諮商 521 人(男 38%，197 人、女 62%，324 人)、MSN 線上諮詢 131 人(男 72%，94 人、女 28%，37 人)。

(四) 健康的老化：

1. 免費提供 40 至 64 歲民眾 3 年 1 次，55 歲以上原住民及 65 歲以上民眾每年 1 次成人預防保健服務，以早期發現相關慢性疾病及其危險因子，101 年約 174 萬人接受服務。
2. 101 年推動「以職場為推動基礎之口腔健康照護介入模式計畫」(101-102 年)，建置口腔照護模式，以提昇國人對口腔健康照護之認知、定期看牙醫師及正確潔牙等，並辦理口腔檢查、教育訓練及評估成效。。
3. 與全國各縣市衛生局共同宣導三高之認識與預防，101 年國內 18 歲以上民眾能正確判斷異常血壓值比率達 58.1%、能判斷正常血糖值比率達 43.6%。
4. 鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢，102 年計有 20 個縣市辦理。101 年度共服務 33 萬 1 千餘人，發現「疑似異常或異常」之個案分別為高血壓 8 萬 2,917 人，高血糖 3 萬 8,543 人，高血膽固醇 5 萬 8,802 人，平均轉介追蹤完成率達 90%以上。
5. 辦理高血壓防治宣導工作：配合 102 年世界衛生日高血壓主題及世界高血壓日，與國際同步宣導高血壓防治，

利用發布新聞稿、辦理宣導活動等行銷方式共計 66 則媒體露出，另以刊登雜誌廣告方式共計觸達人數約 61 萬人次。另於社區之不同型態地點設置血壓測量站，提供量血壓測量及相關衛教服務，計達 1,989 個血壓站。

6. 進行以縣市為推動基礎之高血壓病患健康促進(100-104 年)科技計畫，以提升國人血壓之控制；另執行「以縣市為推動基礎之減鹽介入模式發展與成效評估計畫」(101-103 年)，建立有利減鹽之支持性環境，以降低國人鈉鹽的攝入。
7. 強化糖尿病人及高危險群自我健康管理能力，推動 490 個糖尿病支持團體參與，及推展糖尿病健康促進機構計畫，102 年計有 194 家醫療院所參加。另於 22 縣市推動糖尿病之共同照護網，推行糖尿病醫事人員認證制度。
8. 為加強腎臟病與高危險群之疾病防治工作，102 年獎勵 145 家醫療院所，推展腎臟病之健康促進，另，針對 50 歲以上之中、老年族群或慢性疾病（高血壓、高血脂、糖尿病）病患，製作「護腎 33」電視與廣播短片廣告，提醒三高族群（高血糖、高血壓、高血脂），定期三項檢驗（驗血、驗尿、量血壓）；不購買非法來源之藥物，避免傷腎又傷身；並結合各地方衛生局辦理慢性腎臟病及用藥安全教育宣導活動，至 102 年 6 月底止辦理 1,490 場宣導活動，已有 87,030 位 65 歲以上民眾參與。持續辦理腎臟病日宣導，102 年於全國 6 個縣市舉辦 7 場「愛腎護腎 腎利人生」園遊會，共 6,342 人參與。並於各

地辦理 21 場腎臟病防治講座，提供民眾腎臟保健知識，共 1,958 人參與。

9. 推展「老人健康促進計畫」，辦理預防慢性病及老人健康促進，101 年國內 65 歲以上老人接受成人預防保健服務約 85.4 萬人；102 年 1 月至 7 月，50 歲至 69 歲婦女接受乳房攝影檢查約 34.3 萬人，50-69 歲民眾接受糞便潛血檢查者約 64.9 萬人，65 歲以上老人戒菸諮詢專線共計服務 375 人；102 年 1-4 月老人門診戒菸治療共計服務 2,451 人；編印「長者防跌妙招手冊」，持續推廣防跌知能。
10. 推動「高齡友善健康照護機構」認證：
 - (1) 99 年參考世界衛生組織之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院標準，推動國際第一個高齡友善健康照護機構認證，至 102 年 8 月底已有 38 家醫院通過認證。
 - (2) 102 年補助衛生局「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」中，共有 52 家機構自選議題為「高齡友善健康照護」。
 - (3) 辦理 101 年「高齡友善健康照護推動成果發表會」，頒發 28 家通過高齡友善健康照護機構醫院證書與「第二屆高齡友善健康照護機構典範選拔」、「徵文競賽」及「創意提案」獎項得主，本屆由彰化基督教醫院獲得典範獎。本活動計 268 人出席。102 年成果發表會預計於 11 月 15 日辦理。

- (4) 101 年 4 月 11 日於第 20 屆 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會提案，獲通過成立「Working Group on HPH and Age-Friendly Health Care」(健康促進醫院與高齡友善健康照護工作小組)，由國民健康署擔任小組召集人。且於 102 年 5 月 WHO 健康促進醫院國際網絡本屆會員大會提案並獲准升格為「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」(健康促進醫院與高齡友善健康照護工作委員會)，未來將發展國際可適用的高齡友善健康照護架構。
- (5) 102 年度於第 21 屆健康促進醫院國際研討會辦理高齡友善健康照護工作坊、於第 8 屆全球健康促進大會(8th GCHP)辦理會前會、第 38 屆世界醫院大會(38th IHF)辦理會前會、第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會(IAGG)辦理工作坊，分享我國推動高齡友善健康照護政策成果，展現我國衛生專業影響力。
11. 推動適合長者安居樂活的「高齡友善城市」，透過世界衛生組織(WHO)揭示之八大面向-敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、康健、不老，協助各縣市改善城市的軟硬體構面，創造有利於長輩活動的條件，101 年底已成為國際第一個以國家層級全國推動高齡友善城市之國家，22 縣市皆加入推動行列，涵蓋比率为國際之冠。
- (1) 訂定高齡友善城市公共政策:鼓勵各縣市將推動高齡友善城市納入縣市施政重點，整合跨局處及民間、學術團體資源，成立高齡友善城市推動委員，將中央各

部會的敬老、親老施政於地方落實。目前 22 縣市都已成立高齡友善城市推動委員。

- (2) 建構高齡友善支持性環境：委託學術團體邀請各領域專家學者組成推廣團隊，協助縣市政府參照 WHO 八大面向，檢視對老年生活有利與不利的條件，依高齡者的需求，改善城市的軟硬體構面，減少障礙、增進參與。各縣市進行之特色計畫包括：臺北市「銀髮友善好站」；桃園縣「交通新亮點」；苗栗縣「厝邊頭尾大家講」、「行動式老人文康休閒巡迴專車」；臺中市「樂齡漫畫與記錄」、「代代上學趣」活動；嘉義市「高齡友善餐廳」；嘉義縣推動社區「健康柑仔店」；宜蘭縣「幸福一指通 足感心」等。
- (3) 進行多元高齡友善城市宣導倡議：倡議各界共同重視敬老文化，摒除對長輩的刻板印象和歧視。拍攝「活躍長者—追夢人生；享『壽』健康」30 秒宣導片，辦理首播記者會，宣導 3 位長者擔任志工、參加衝浪及單車運動、熟用電腦 3C 產品等不老人生的正面活躍形象，以倡議各界重視長者持續動起來，及越動身心越健康之理念，進而共同營造高齡友善，方便長者出來活動之軟、硬體無礙環境。另接受國內外媒體(韓國今日亞洲報、遠見、金色夢想…等)專訪，進行多元高齡友善城市宣導倡議，呼籲各界共同重視敬老文化，摒除對長輩的刻板印象和歧視。
- (4) 增進縣市推動高齡友善城市之權能：透過推廣團隊建

構資訊交流及經驗分享平台，辦理教育訓練工作坊、共識營及成果發表會等，提供縣市政府推動人員精進推動策略並交換推動經驗。於 102 年 8 月 16 日完成「高齡友善城市」獎項評比收件，將於專家審查後預訂 11 月辦理頒獎及成果發表，鼓勵縣市相互標竿學習與經驗分享。

- (5) 加強國際合作交流及宣導倡議：積極參與國際推動高齡友善城市事務，收集國際推動高齡友善城市案例，發展可與國際接軌之推動模式，促進國際參與及交流。100 年度率隊參加在愛爾蘭都柏林舉辦「第一屆高齡友善城市國際研討會」，101 年獲 APEC 支持於 8 月 28 日、29 日辦理「2012 APEC 亞太地區高齡友善城市與高齡友善經濟研討會」，邀請 6 國專家分享推動高齡友善城市之經驗，該研討會為 APEC 架構下首度探討高齡友善城市議題之研討會。

(五) 營造健康支持環境：

1. 推動健康城市：輔導縣市推動健康城市，加入世界衛生組織西太平洋區署所支持的健康城市聯盟 (Alliance For Healthy Cities, AFHC)，並辦理健康城市工作坊或相關會議，提供資訊與經驗交流機會，截至 102 年 8 月底國內有 11 縣市、11 地區，加入成為 AFHC 會員 (臺南市、花蓮縣、苗栗縣、嘉義市、高雄市、臺東縣、南投縣、新竹市、新北市、桃園縣及新竹縣等 11 縣市及臺北市大

安區、士林區、北投區、中山區、松山區、萬華區、新北市淡水區、雙溪區、平溪區、坪林區、屏東市等 11 地區)。101 年第五屆健康城市會員大會暨國際研討會於澳洲布里斯本召開，我國台南健康城市協會、苗栗健康城市協會、屏東健康城市協會及新竹健康城市促進會獲得 AFHC 之健康城市創新發展獎(Award for Creative Developments in Healthy Cities)。

2. 推動健康促進醫院：

- (1) 102 年補助 136 家健康照護機構，辦理「推動健康照護機構參與健康促進工作計畫」；截至 102 年 8 月，國內共有 125 家醫院通過 WHO 健康促進醫院國際網絡認證，為國際網絡內的第一大網絡。101 年輔導國內醫院參加世界衛生組織跨國計畫「WHO-HPH Recognition Project 健康促進醫院進階認證計畫」，目前共計 21 家參與。
- (2) 102 年 5 月 22-24 日於瑞典哥德堡第 21 屆健康促進醫院國際研討會，臺灣為亞洲最多與會者(174 位)之國家，本署於研討會中辦理高齡友善健康照護及低碳醫院各一場工作坊，並召開高齡友善醫療及低碳醫院工作委員會專家會議，向國際社會推廣高齡及環境友善醫療。臺灣健康促進醫院網絡更榮獲第一屆「健康促進醫院網絡全球典範獎」。
- (3) 102 年 6 月 9 日本署與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心共同於芬蘭赫爾辛基辦理第 8 屆全球健

康促進大會之會前會，主題：Health in Healthcare Policy – Strengthening Partnership between Public Health & Health Care，分享臺灣推動健康促進醫院、高齡友善醫院以及醫院節能減碳之經驗。

- (4) 102 年 6 月 18 日至 20 日在挪威奧斯陸舉行第 38 屆世界醫院大會，本署與世界衛生組織實證健康促進醫院合作中心及國際醫院聯盟合作於 6 月 17 日辦理一場會前會，主題為「Innovative Value-adding Hospital Management in an NCD Era: Act NOW!」，針對非傳染病時代的醫院因應對策與實例進行分享，並與國際分享臺灣推動高齡友善醫院的重要成果。
- (5) 102 年 6 月 22 日至 25 日於南韓舉辦第 20 屆國際老年學和老年醫學協會國際研討會(IAGG)，本署於研討會中與加拿大 University of Alberta 共同於 6 月 24 日辦理一場高齡友善健康照護工作坊，介紹臺灣高齡友善健康照護架構之發展與成果，以及「健康促進醫院與高齡友善健康照護委員會」之國際推展規劃。
- (6) 為強化衛生局與健康照護機構的夥伴合作關係，整合預防保健服務資源，以政策補助衛生局鼓勵醫院推動健康促進醫院，主動提供健康促進服務，提升病患、病患家屬、員工及社區民眾之健康，102 年補助 21 縣市衛生局及其轄下 136 家健康照護機構辦理，必選議題：職場健康促進及健康減重，自選議題（至少擇

一項辦理)：節能減碳(40家)、健康老化(55家)、高齡友善健康照護(52家)。

3. 推動社區健康營造：102年補助19縣市、166個社區健康營造單位(佔總鄉鎮數45.1%)，推動社區健康營造計畫，辦理「菸酒檳榔防制」、「致胖環境改善」、「肥胖防治(飲食、運動)」、「活躍老化」、「安全促進」或其他地方健康特色議題等事項，102年預定於北區、中區及東區辦理5場健康社區評估工作坊，藉由衛生局及社區共同合作解決社區健康問題，提升民眾健康與生活品質。
4. 推動安全社區：102年補助21個社區推動各項安全促進工作，包括協助社區收集資料、與民間團體及政府相關部門建立伙伴關係、整合資源，加強參與國際安全社區網絡。
5. 推動健康促進職場：持續推動職場健康促進自主管理認證(包含健康促進、健康啟動、菸害防制三項)，截至101年12月底，計有9,186家次已通過此項認證，表揚342家績優健康職場。
6. 推動健康促進學校：
 - (1) 健康促進學校國際認證：101年辦理健康促進學校國際認證工作，由縣市教育局(處)推薦之214所學校中，經國內外委員審查遴選出4校榮獲金質獎，另有14所學校榮獲銀質獎，120所學校榮獲銅質獎，共計138所。
 - (2) 國際安全學校認證：截至101年共有79所學校通過

此項認證。

7. 營造安全居家環境：

- (1) 居家安全環境檢視：至 102 年 6 月底透過各縣市衛生局（所）人員，辦理 13,361 戶弱勢家庭 6 歲以下幼兒居家安全環境檢視，並指導其進行初步改善。
- (2) 於兒童預防保健服務提供衛教：提供 7 歲以下兒童的 7 次預防保健服務中，請醫護人員對於各年齡層之兒童，提供各項預防事故傷害的衛教，並於兒童健康手冊提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」。

8. 油症患者健康照護：迄 101 年 12 月 31 日止，列冊服務之個案數為 1726 人，101 年共 632 位油症患者使用免費健康檢查服務（參與率為 36.6%），237 位接受衛生教育宣導與專業醫師諮詢等項服務；101 年 1 月至 12 月共補助 1 萬 3,620 人次油症患者之門診部分負擔醫療費用、74 人人次住院部分負擔醫療費用。

（六）推動肥胖防治工作：

1. 為持續改善致胖環境、提倡動態生活，提高民眾對熱量與營養之知能，增進身心及社會健康，預防慢性疾病，防治肥胖，102 年持續推動「臺灣 102 邀您愛健康」健康體重管理計畫。該計畫減重成果獲英國媒體 BBC 102 年 2 月 15 日電視報導「Taiwan' s bid to boost fitness and reduce obesity」、102 年 2 月 15 日網路新聞報導

「Taiwan wages nationwide battle with the bulge」及 102 年 2 月 22 日電視報導「Taiwanese slim down with nationwide campaign」；新加坡亞洲電視台 102 年 2 月 22 日報導「Taiwan battles the bulge」及美國 APHA The Nation's Health newspaper 102 年 5 月刊載「Taiwan weight-loss program helps country shed 2,000 tons」。

2. 制訂健康的公共政策：營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區；推動國民營養法草案、修正食品衛生管理法，將限制特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範；推動及落實公共場所母乳哺育條例，提昇母乳哺餵，以防治兒童肥胖；監測國人體位趨勢；研議及撰寫肥胖防治白皮書及肥胖防治臨床指引。
3. 建構健康的支持性環境：102 年補助 19 縣市、166 個單位推動社區健康營造計畫，包括檢視並改善致胖環境，建構資訊支持性環境，並建置健康飲食系統及多元運動環境。
 - (1) 建構健康資訊環境：建置肥胖防治網站及「0800-367-100」市話免費諮詢服務專線，提供「聰明吃、快樂動、天天量體重」健康體重管理資訊。
 - (2) 檢視及改善縣市致胖環境：建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，輔導 22 縣市衛生局，結合社區領袖及志工，共同於 368 鄉鎮進行轄區內致胖

環境檢視，並透過社區力量，共同改善。

- (3) 建構健康飲食供應系統：推動清楚、易懂的食物熱量及營養標示，並輔導業者開發健康盒餐及具健康訴求之節慶食品，如改良粽、改良月餅及健康年菜等，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單。輔導轄區內之公立場所不販售較不健康食物及飲料，以社區行動或地方計畫，輔導改善學校週邊所販售的不健康食物、行銷宣導轄內的健康飲食環境。確實落實學校營養午餐符合每日飲食指南及營養的標準(經調查國內有 72% 高中職(含)以下各級學校推動每週至少一餐蔬食日)。鼓勵職場、醫院提供健康餐飲，並標示熱量。
 - (4) 建構多元動態生活環境：建置一個時時可運動、處處能運動、人人都運動的環境，建構安全舒適的人行道、自行車車道、健走步道及登山步道，並標示運動所消耗熱量，發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。鼓勵職場規劃上、下午之運動時間，並成立運動社團。國內 13 歲以上國人有規律運動人口比率，100 年之 27.8%，上升至 101 年之 30.4%。
4. 調整醫療服務的方向：輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務；於癌症篩檢報告中加入健康促進衛教訊息；推動母乳親善醫院，鼓勵哺育母乳，提供相關健康體重資訊。
 5. 強化社區行動力：透過有組織的行動力，整合跨部門資

源，成立支持團隊，進行多元宣導活動，於社區、學校、職場、醫院全面展開健康體重管理，102 年已辦理 3 場記者會，發布新聞稿 15 篇，帶動健康減重風潮，營造健康體重管理的社會氛圍及動力，辦理啟動、期中及成果發表記者會，22 縣市中有 10 縣市辦理啟動記者會，宣誓打擊肥胖。

6. 發展民眾落實健康生活的技能：修改製作「健康生活動起來」手冊、「聰明吃、快樂動、天天量體重」橫布條等宣導教材，以及衛生局、醫院、職場、學校等健康體重管理教戰手冊。設計推廣上班族健康操，宣導「每日一萬步、健康有保固」概念，結合地方政府、企業界及民間團體，鼓勵民眾養成健走習慣。建置網站及諮詢專線，進行多元管道大眾宣導，增進民眾熱量與營養、運動及健康體重管理之知能；推廣民眾多喝白開水，取代含糖飲料，以預防肥胖、遠離慢性病威脅，並與縣市衛生局共同推廣會議不供應含糖飲料，多喝白開水。另與教育部共同舉辦「全國學生喝開水創意小撇步圖文競賽活動」；提昇國人健康體重管理素養。102 年已辦理 5 場熱量標示工作坊，期提升衛生局、所及社區單位人員推動肥胖防治及建構健康飲食支持性議題之知能。

(七) 推動菸害防制工作：

1. 行政院第 3346 次會議決議，通過「菸害防制法第 4 條、第 35 條之草案」調漲菸捐 20 元、菸稅 5 元，經立法院

審查通過一讀。

2. 依據 101 年成人吸菸行為調查結果顯示，成人吸菸率由 97 年 21.9% 降至 18.7%；禁菸公共場所二手菸暴露率，由 97 年 23.7% 降至 8.2%。
3. 落實執行菸害防制法之規定，102 年至 8 月 10 日止，地方主管機關共稽查 40 萬 8,577 家次、取締 3,964 件、處分 3,423 件，罰鍰 1,552 萬 4,500 元。
4. 菸害防制媒體宣導，規劃辦理「二代戒菸服務」宣導，推廣二代戒菸服務；以溫情等訴求戒菸對自身、家人及兒童之好處增加對二代戒菸之認知，鼓勵吸菸者戒菸。
5. 依據 101 年「青少年吸菸行為調查研究」，高中職學生吸菸率自 96 年 14.8% 下降至 101 年為 14.1%，降幅 4.7%，國中生吸菸率自 97 年 7.8% 下降至 101 年為 6.7%，降幅達 14.1%，國中生家庭二手菸暴露率由 97 年 46.8% 降至 40.1%，高中職生由 98 年 41.6% 降至 39.6%。國中生學校二手菸暴露率由 97 年 21% 降至 14.7%，高中職生由 98 年 26.9% 降至 24.2%。
6. 102 年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫；另推動無菸醫院參與國際認證，目前共有 147 家醫院參與，102 年全球無菸醫院金獎於 7 家獲獎醫院中獨占 4 家，蟬連全球獲獎最多之國家。
7. 推動二代戒菸治療試辦計畫，門診、住院、急診及社區藥局提供藥物治療或衛教服務，戒菸藥品由菸捐補助，每次藥費自付額不超過 200 元，低收入戶、山地原住民

及離島地區全免，102年5月1日起，醫療資源缺乏地區藥費減免20%。部分醫療院所或社區藥局結合戒菸衛教師，提供有意願接受戒菸服務者，專業的支持及關懷，不適合用藥者及孕婦、青少年皆可受惠。截至102年8月10日止，合約醫療院所與社區藥局之分布，已涵括全臺98.1%鄉鎮市區，比較98至101年二代戒菸實施後，服務人數與6個月點戒菸成功率均有所提升。服務人數與去年同期1-4月比較，由101年22,324人，增加至102年30,793人，成長37.9%；6個月點戒菸成功率由100年26.6%，上升至101年30.1%，漲幅13.2%。

8. 為協助吸菸者戒菸，設置免付費戒菸電話專線，提供相關諮詢服務，102年1月至8月10日止提供諮詢服務計6萬0,611人次。
9. 菸品資料申報作業，102年1月至8月底止計有153家菸品業者，3,040項菸品完成申報，所申報之資料公開於「菸品成分資料網站」

(八) 落實癌症防治工作：

1. 透過多元管道宣導及推動檳榔健康危害工作，建立拒檳社會常模，透過跨部會合作，建立無檳支持環境，開辦戒檳班推動戒檳服務。18歲以上男性嚼檳率已由96年之17.2%降至101年之10.9%。
2. 國人全癌症標準化死亡率由97年每十萬人口133.7人，降至101年131.6人，其中男性全癌症標準化死亡率由

97年每十萬人口174.4人，降至101年的170.4人，已下降2.3%；女性由97年每10萬人口94.4人，略升至101年的95.1人；目標為105年癌症標準化死亡率下降至119.3人。

3. 男性全癌症五年存活率由原來92至96年之41%，提升至95到99年之44%，提升3%；同一期間，女性全癌症五年存活率，由原來58%，提升至61%，提升3%。
4. 擴大推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢，102年1-7月共完成304.4萬人次篩檢，包含提供子宮頸抹片檢查136.6萬人次、乳房攝影43.2萬人次、糞便潛血檢查64.9萬人次、口腔黏膜檢查59.7萬人次，經篩檢呈陽性，並已進一步確認為癌症或癌前病變者有：子宮頸癌（含原位癌）2,022人、癌前病變5,259人；乳癌1,487人；大腸癌862人、息肉1萬2,192人；口腔癌696人及口腔癌前病變1,974人。
5. 102年度持續補助原住民族地區及離島國中1年級女生，以及低收入戶和中低收入戶國中1年級至3年級女生施打人類乳突病毒（HPV）疫苗。於102年4月22日開始第1劑施打，並於5月20日起開始第2劑施打，截至6月30日止，原住民族地區及離島第1劑、第2劑同意者施打人數（施打率）分別為1,419人（99.7%）、1,406人（98.8%）；中低收入及低收入戶第1劑、第2劑同意者施打人數（施打率）分別為1,793人（89.9%）、1,718（86.1%）。預計於11月底完成第3劑施打。

6. 補助 230 家醫院辦理癌症醫療品質提升計畫，建置門診癌症篩檢主動提示系統、建立陽性個案轉介單一窗口、落實陽性個案追蹤管理、辦理院內癌症防治之衛教宣導及戒檳班等；其中有 76 家醫院，補助內含括癌症診療品質，如多專科團隊運作、癌症病理與影像報告品質、癌症營養及化療安全、癌症個案管理等項目。
7. 推動醫院癌症診療品質認證，以提供具醫學實證並以病人為中心的癌症照護，102 年共計 19 家醫院提出認證申請，截至 7 月底已完成 8 家醫院認證工作。
8. 補助 76 家醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務；另分析 100 年癌症死亡個案死前 1 年曾利用安寧住院、安寧居家或安寧共照者之利用率，癌末病人安寧療護利用率為 47.5%，較 98 年 39% 成長 8.5%。

(九) 關注弱勢健康、縮小健康不平等

1. 提供中低收入戶及低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童免費恆白齒窩溝封填服務，至 101 年底計有 10,259 名之學童接受此項服務。
2. 提供身心障礙者口腔預防保健服務，101 年度培訓身心障礙者種子牙醫師 78 人，口腔照護指導員 279 人、新住民 123 人及 308 人居家服務及機構內人員具口腔照護能力；成立 10 個居家服務團隊、提供居家身障者及 33 家身障機構，共計 6,034 人身障者口腔保健服務；並推動長期照護機構口腔保健服務，訓練後至機構內教導潔牙

技巧及口腔保健衛教知能。

3. 101 年全國共設置 45 家兒童發展聯合評估中心，提供疑似發展遲緩兒童的跨專業團隊（含小兒神經科、小兒復健科、小兒心智科、職能治療師、語言治療師、物理治療師、臨床心理師、聽力師、社工師等）聯合評估服務。受理初複評之疑似遲緩個案，自接受評估至完成評估報告書於 45 天內完成者占 90%。102 年 1 至 8 月受理疑似發展遲緩兒童之評估計 8,366 人，經確診為正常者 423 人，發展遲緩兒童 5,569 人。
4. 提供未納入健保之懷孕外籍配偶產前檢查服務，102 年 1 月至 7 月計補助 5,261 人次，達新台幣 306 萬元。另，提供全面生育保健建卡管理，並輔導外籍之配偶納入全民健保。
5. 截至 102 年 8 月底止，共公告 197 種罕見疾病，82 種罕見疾病藥物名單及 40 項之罕見疾病特殊營養食品品目。設置罕見疾病個案之通報資料庫，截至 102 年 7 月底通報罹患公告罕病個案 7,635 人。並將罕見疾病納入健保重大傷病範圍，免部分負擔；健保給付罕病醫藥費，每年約計 20 億餘元。成立罕見疾病特殊營養食品暨藥品物流中心，共儲存供應 36 項維持生命所需之特殊營養食品及 10 項緊急需用藥物，102 年 7 月底止計補助特殊營養品計 589 人次，罕藥計 11 人次。擴大罕病醫療補助：提供健保未給付之國內外確診檢驗、維生所需居家醫療器材租賃、營養諮詢等醫療費用之補助：102 年 7 月底止補

助罕病病人維生所需之居家醫療照護器材計 149 人次、代謝性罕病營養諮詢費計 116 人次，補助國內外確診檢驗計 29 人次。本項總計補助 294 人次。

6. 為協助降低吸菸飲酒嚼檳榔高盛行率地區，102 年補助臺南市、基隆市、臺東縣、屏東縣、花蓮縣、南投縣、雲林縣等 7 縣市辦理菸酒檳榔防制整合計畫。

七、發展醫藥生技

(一) 加強生醫科技研發：

1. 強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥品、食品、生技研究發展計畫，與奈米、生技醫藥、網路通訊等國家型計畫。102 年 8 月底止，共執行 611 件。
2. 提供政策的實證參採率：100 年度結案計畫計 547 件，採行及參考計畫計 538 件，參採率達 98.4%。
3. 建置完備的衛生科技環境：截至 101 年底，共培育 907 名博碩學士生，辦理研討會類活動 889 場(含專家會議、座談、論壇、演講及成果發表會等)、培訓類活動 307 場，共計 1,196 場科技活動。
4. 研發成果收入：101 年度收入較 100 年度成長 11%。

(二) 卓越臨床試驗及癌症研究體系

1. 推動「卓越臨床試驗與研究計畫」，成立 5 家卓越臨床試驗與研究中心，包括 1 家國家級、4 家綜合或專科級。102 年 6 月底止，執行臨床試驗件數：國際臨床試驗計 381 件；國內臨床試驗計 105 件；醫師自行發起臨床試

驗計 119 件。

2. 推動「建置癌症卓越研究體系計畫」，補助 8 家醫學中心及研究機構，進行國內癌症研究，102 年 6 月底止，建立 16 項癌症分子檢驗技術及提供全國醫院及民眾 1,718 次癌症分子檢驗服務。

(三) 強化國家衛生研究：

1. B 型腦膜炎球菌重組次蛋白疫苗，已另行完成安全藥理心血管試驗，並於 101 年 12 月取得最終試驗報告，結果顯示疫苗注射至動物皆無毒性反應，再次證明疫苗之安全性。102 年已通過第一期人體臨床試驗申請，刻正與技轉廠商進行議約與後續合作事宜。
2. 國衛院研發之呼吸道融合病毒疫苗(RSV)，經動物實驗證明其有效性，並能降低疫苗的副作用。疫苗研發技術領先全球，並已申請台灣與美國專利，待通過臨床試驗後，此疫苗可經鼻吸入，提供嬰幼兒與老年人安全簡便預防性保護。本項疫苗於 102 年持續進行產學合作與技術開發。
3. 國衛院研發之腸病毒 71 型疫苗(EV71)，以受試者血清進行不同病毒株間的交叉保護試驗，呈現保護能力良好，並於 102 年 1 月完成第一期臨床試驗報告。本疫苗已技轉至國光生技公司，將共同合作開發，準備第二期臨床試驗，對象將進一步擴展至不同年齡及不同劑量的受試者。

4. 與合作研究團隊利用健保資料庫長期資料追蹤分析，發現 B 型肝炎相關之肝癌患者於術後接受口服核苷藥物治療，相較於沒有接受藥物治療者可有效減少 33% 的肝癌復發率，特別在糖尿病及無肝硬化患者效果更為提高。研究建議可使用口服核苷藥物作為消化系癌症之化學預防，以減少該族群的癌症復發。
5. 研發抗 C 型肝炎藥物 DBPR110，針對 C 型肝炎病毒 NS5A 非結構性蛋白所成功開發之新型小分子病毒抑制劑，可阻止病毒 RNA 的複製，並具有良好的體外抑制 C 型肝炎病毒活性、生物代謝穩定性及藥物動力學等特性，成果已技轉中天生技公司。
6. 針對老年族群之健康與營養議題，國衛院研究團隊針對國民營養調查 65 歲以上對象，探討營養素與其憂鬱情緒的關係。分析發現老年貧血及缺乏維生素 B6、葉酸等因素，均會影響老人憂鬱情緒的風險，且營養素不足的因子越多、風險隨之提升。研究呼籲健康老化要從健康飲食著手，對老年憂鬱情緒除用藥外，應同時改善飲食內容，廣泛地由自然食品中攝取各類營養素為預防生理與心理疾病的最有效方法。
7. 進行兒童及青少年行為之長期發展研究計畫 (CABLE) 以 11 年之長期追蹤資料探討大學二年級以下學生初次嘗試毒品之成因，發現家庭關係、成癮物質使用經驗以及

自覺不受人喜愛程度越高等因素具有顯著影響。研究建議家長應降低家庭衝突，持續給予學童行為監督及家庭支持；學校應注意自覺不受人喜愛學生之交友狀況、瞭解學生成癮物質使用進程、並應從低年級起推行菸及檳榔防制介入教育。CABLE 計畫由個人之兒童、青少年至成人早期逐年追蹤調查，是國際上少有的長期追蹤資料，研究團隊並與國民健康署合作進行政策轉譯工作，成果為提升兒少健康發展之衛生政策與教育介入重要依據。

8. 幹細胞研究團隊成功發現間質幹細胞調節自體免疫的關鍵機制：藉由分泌「肝臟生長因子 (HGF)」，可增加骨髓之免疫抑制細胞的數目，進而調節人體免疫細胞的反應表現。未來成果可運用於發展增強肝臟生長因子之方法，以抑制或調控自體免疫疾病患者體內的異常免疫反應；可謂開啟自體免疫疾病治療的嶄新方向。
9. 協同國內合作醫院進行美沙冬替代療法之成癮個案長期追蹤，研究分析發現成癮個案之美沙冬藥物代謝肝臟酵素 P-450 (CYP) 基因群，對不同化學型式之美沙冬具有親和性差異，並影響患者血中美沙冬濃度及戒斷症狀。研究將進一步探討基因、藥物劑量與治療反應之間的相關性，成果預期能應用於國內成癮患者治療及最適用藥的評估指引。
10. 舉辦「長期使用呼吸器病人之臨床照護議題共識論壇」，邀集醫、學界專家及主管機關共同探討長期呼吸照護之

重要議題，包括器官衰竭對呼吸器長期使用預後之影響、呼吸器使用頻率強度與資源花費、照護現況與困境及降低長期呼吸照護利用之策略等。會中並建議修訂安寧緩和醫療條例、以降低「達到病人照護決策共識」所需的時間與資源，及放寬腦死病人的適用範圍、減少其繼續使用呼吸器的情況等。相關結論將為研擬適切生命末期醫療照護政策之參考。

(四) 推動中醫藥研究發展：

1. 執行自行整合研究計畫：

- (1) 從藥理、成份及組織鑑別變化探討中藥炮製的意義。
- (2) 補陽還五湯之製備暨組成藥材基原鑑定與活性成分純化分離，並探討促進中風小鼠神經再生及發育的活性成分與關鍵分子標靶。
- (3) 神經元新生之中藥開發與其治療阿滋海默氏症之潛力研究。
- (4) 探討補氣方劑應用於腫瘤化療方面的輔助作用。
- (5) 應用傳統中藥複方於糖尿病及其併發症之研究。
- (6) 中藥改善骨性關節炎之實證研究。

2. 辦理委外臨床研究計畫

- (1) 台灣民眾中醫體質證型研究。
- (2) 慢性疾病之中西醫結合診斷與治療研究。

3. 中藥培植技術研究成果：辦理「防風量產繁殖技術」、「薑黃繁殖與生產栽培技術」技術授權，該技術有助於推廣

臺灣中藥材本土化栽種。

4. 積極參與中醫藥國際會議：

- (1) 102 年 5 月 25 日至 26 日舉辦「2013 年傳統暨替代醫學與健康國際學術會議 International Conference of Traditional and Complementary Medicine on Health 2013(TCM on Health 2013)」，探討及分享傳統醫藥、草藥和飲食療法之科研新知，會中共邀請 23 位國內外專家學者共襄盛舉，計 300 人參與。
- (2) 參加於奧地利格拉茨市 (Graz, Austria) 舉行之「第 12 屆中藥全球化聯盟國際會議」(102 年 8 月 27-29 日)。
- (3) 參加「第 2 屆歐盟中醫藥優良規範研討會」(102 年 8 月 30 日)。

5. 推動中醫藥衛生教育：

- (1) 提升民眾中醫藥正確就醫用藥知能，截至 102 年 8 月底止，已成立 10 家中醫藥安全衛生教育資源中心，擴及北、中、南、東區。
- (2) 102 年 8 月 22 日辦理暑假青少年休閒育樂活動「中草藥達人—小時珍」。

八、促成國際接軌

(一) 參與國際衛生組織辦理之會議及活動：

1. 102 年度截至目前為止本部暨所屬機關派員參與國際會議共計 24 場，藉由專業參與，讓國際社會更加肯定台灣

的醫療衛生實力，並建立我國國際人脈，開創後續合作機會。

- (1) 出席「第 66 屆世界衛生大會」，大會主題為「如何確保衛生議題在下一代全球發展目標的定位」(How to ensure the place of health in the next generation of global development goals)，並與美國、日本、海地及歐盟等國家與組織進行雙邊會談，達成多項合作共識。
- (2) 出席印尼分別於 4 月及 6 月舉辦之 APEC 第一、二次資深官員暨衛生工作小組會議，於會議中報告去年辦理計畫之成果並針對我國之新提案計畫進行宣傳 (SARS 十週年)。

(二) 雙邊及兩岸國際衛生合作：

1. 辦理國際衛生合作計畫：長駐醫護人員提供當地民眾醫療服務、技術指導，並且協助進行各項公共衛生計畫與衛生教育推廣等活動，例如降低學童寄生蟲發生率，高血壓、糖尿病等慢性病防治，以及婦幼衛生相關人員訓練等工作。
 - (1) 102 年度「推展非洲地區國家衛生合作計畫」
 - (2) 102 年度「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」
 - (3) 102 年度「駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」
2. 辦理衛生官員雙邊會談：
 - (1) 2013 年出席第 66 屆 WHA 期間(2013/5/20~5/28)，辦

理雙邊會談 22 場，包括美國、日本、英國、澳洲、海地及歐盟等國家。

- (2) 邱部長陪同馬總統出訪中南美洲(賀誼專案)期間(2013/8/11-8/21)，與海地、巴拉圭、聖露西亞、聖文森、聖克里斯多福及尼維斯等 5 國衛生部長，就未來雙邊衛生交流合作進行會談。

3. 102 年截至 8 月底止，本部暨所屬機關之國際業務辦理情形：

衛生福利部	102 年 1~8 月
外賓邀/參訪	共計 49 國 394 人次
國外參加國際會議或研習	共計 43 場
於國內舉辦國際會議	共計 9 場

4. 海峽兩岸醫藥衛生合作協議：

- (1) H7N9 禽流感事件，雙方依協議聯繫機制進行查證及確認，陸方提供病毒株，我方亦派遣 2 名專家赴陸瞭解疫情。
- (2) 本年 4 月份於大陸湖南省張家界發生台籍旅客搭乘之遊覽車翻覆事件，透過協議緊急救治機制提供民眾更週妥之保障。

(三) 國際衛生援外計畫：

1. 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫：102 年度至 8 月底共培訓來自 12 個國家共 64 人次之國外醫事人員。(迄

- 今共培訓來自 42 個國家共 799 人次之國外醫事人員)。
2. 醫療器材援助平台計畫：102 年度捐贈案陸續進行中，至 8 月底止完成海地、聖多美、巴拉圭等 4 件捐贈案共 293 件醫療器材。(迄今共完成 28 國 67 件捐贈案共 2,450 件之醫療器材)。
 3. 中華民國協助海地地震災後重建計畫：102 年度至 8 月底共進行 4 人次之雙方人員互訪交流；捐贈災難預備包 2440 份、滅菌鍋 3 臺及離心機 3 臺及 24 種品項之醫療器材(其中包括麻醉機、X 光機、消毒鍋、嬰兒保溫箱等)；培訓 3 名海地醫護、實驗室與流行病學人員。(迄今共進行 34 人次之雙方人員互訪交流；捐贈 14 批醫療器材、醫藥與防疫物資；培訓 22 名海地醫護、實驗室與流行病學人員)
 4. 臺灣國際醫衛行動團隊：成立迄今共執行 19 次緊急人道醫療援助。
 5. 推動 15 項醫衛合作與援助計畫項目：本部與外交部及 ICDF 共同推動包括：3 個常駐醫療團（聖多美普林西比、布吉納法索、史瓦濟蘭），8 項太平洋臨床醫療小組派遣計畫(馬紹爾、吉里巴斯、吐瓦魯、諾魯、索羅門、斐濟、帛琉、巴布亞紐幾內亞)，甘比亞孕產婦保健功能提升計畫，南部非洲移動族群病患管理提升計畫。
 6. 與國內外非政府組織(NGO 及 INGO)合作：包括日本亞洲醫師協會(AMDA)、臺灣路竹會、中華民國紅十字會、牙醫師公會全國聯合會等機構，101 年共執行 25 項合作與

援助計畫，包括路竹會(101年國外義診共動員義工190人，看診人數16,415)、慈濟(101年於18個國家進行600場次之義診，高達102,976人次)、AMDA(102年於斯里蘭卡進行義診，白內障手術人數190)。

(四) 舉辦國際衛生會議及活動：

1. 102年前半年已舉辦之國際會議：

- (1) 102年1月9日「2013 Colloquium on Health Policy Advocacy through Collective Actions」，與會者有美國公共衛生協會前副會長 Oliver T. Fein、執委會主席 Thomas Quade、公共衛生政策副主任 Regina Davis Moss、全球衛生事務主任 Vina HuLamm 及美國杜克大學涂教授及林教授。
- (2) 102年3月11、12日「台歐盟資通科技合作策略研討會」，本部負責 e-Health 及 Health Aging 部分。
- (3) 102年7月5、6日「APEC Conference on the Innovation, Achievement and Sustainable Development in Public Health Emergency Response System 10 Years after the SARS Epidemic」研討會。

2. 102年下半年預定舉辦之國際會議：

- (1) 102年10月19日至20日由中醫藥研究所主辦「第28屆天然藥物研討會」。
- (2) 102年10月1日至2日舉辦2013「國際經貿與公共衛生法律諮詢及專題研析計畫」。

- (3) 102 年 10 月 29 日至 30 日舉辦 2013 APEC「因應亞太新變局—創造國際衛生參與新契機」。
- (4) 102 年 11 月 22 日至 25 日舉辦「2013 臺灣全球健康論壇」，主題訂為癌症相關議題，並由國民健康署協助辦理。
- (5) 102 年 11 月 29 日由食品藥物管理署主辦 2013 APEC「Network on Pharmaceutical Regulatory Science -Rare Disease and Orphan Products」。

貳、未來重要施政規劃

一、秉持公義福利原則，保障弱勢民眾需求

(一) 完善兒少服務體系，支持家庭照顧功能：

1. 落實居家托育服務法制化作業：研擬「居家式托育服務登記及管理辦法」草案，預定明(103)年 12 月 1 日起適用，只要提供居家式托育服務者務須向直轄市、縣(市)政府辦理登記，始能擔任保母人員，未辦理登記將違反「兒童及少年福利與權益保障法」規定，處新臺幣 6,000 元以上 3 萬元以下罰鍰，並要求限期改善，屆期未改善，則按次處罰。惟在子法尚未訂頒施行前，現行仍有機制可以針對保母進行督導管理，亦即藉由保母托育費用補助與托育管理實施計畫將全國 62 個社區保母系統約有 2 萬 5,000 名保母納管，定期接受直轄市、縣(市)政府之查核、訪視輔導、在職研習訓練與媒合轉介等，積極

保障受托兒童及家長權益。

2. 建置平價且質優之幼托照顧體系：規劃分階段協助各直轄市、縣(市)政府設置公私協力平價托嬰中心及公共托育資源中心/據點，提供社區民眾可近性之托育資源、臨時托育、喘息服務以及親職教養知能之諮詢等，協助父母能在家庭與職場間有所平衡，減輕父母育兒負擔，提供多元育兒服務選擇。
3. 落實兒少保護三級預防機制：賡續結合教育、醫療、民政、警政、戶政等基層系統發掘兒虐高風險家庭，建構高風險家庭篩選轉介機制，落實「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，以強化風險預防工作，並積極輔導各級政府結合民間資源，從風險預防、通報處遇、評鑑考核等三大面向推動相關保護措施。
4. 賡續加強兒童及少收出養服務監督與管理機制：為避免販嬰情事發生，落實推動「兒童及少年福利與權益保障法」有關收出養規定，除了一定親屬間之收養外（旁系血親在六親等以內及旁系姻親在五親等以內輩分相當或夫妻之一方收養他方子女），收出養的媒合都必需委託經許可之機構或財團法人代為辦理。另為與國際接軌，依海牙國際收養公約之精神，增加兒童及少年有出養必要時，「應以國內收養人優先收養為原則」的規定，以維護兒童及少年最佳利益。

(二) 加強婦女培力、自立與發展

1. 從婦女觀點出發，以賦權及培力為考量，積極落實推動基層婦女及在地婦女團體之培力訓練，透過各項交流平台之建立，加強公、私部門之互動與溝通，強化女性參與社會及公共事務之機會與管道，建構婦女支持網絡，提升婦女組織發展量能。
2. 加強婦女生活狀況調查、婦女相關議題及統計之研究發展，建構整合之以婦女為中心之福利服務輸送體系，讓不同生命歷程婦女之不同需求，皆能有效獲得滿足，減少社會排除，創造婦女平等發展機會。

(三) 積極落實照顧特殊境遇家庭：

因應社會輿論及民意反映，適時檢討修正「特殊境遇家庭扶助條例」，擴大照顧特殊境遇家庭，並衡酌財政提供適當必要扶助，協助解決生活困難，增進社會適應力。另加強實施單親家庭之各項服務措施，本部持續督導縣(市)政府設置「單親家庭服務中心」及服務據點，建構單親家庭社區支持網絡。

(四) 擴大辦理社區型家庭福利服務中心

除持續協調現有單親、兒少等福利中心進行整併外，亦研議將現有社區照顧、高風險、單親輔導等方案予以整合，同時與縣市政府合作發展出屬於本土化的服務模式，使政府服務更能貼近台灣民眾所需。另外，本項工作目前係以公益彩券回饋金經費來辦理，為求永續發

展，未來規劃以研擬行政院中長程計畫方式並搭配現行社工人力進用計畫，來爭取公務預算編列經費。

(五) 加速整備長期照顧服務資源，建構綿密服務網絡：

1. 因應高齡社會之失能老人照顧需求，積極加強拓展及整備長期照顧服務資源，完善服務輸送體系，並落實督導考核機制，提升各直轄市、縣市政府執行效能與長期照顧服務品質。
2. 增加社區照顧關懷據點普及性與可近性，鼓勵資深社區組織投入據點服務工作，綿密社區初級照顧網絡，並結合社政、衛政及教育資源，在社區照顧關懷據點推動多元化的健康促進與創新服務方案，提升據點服務品質，擴大服務成效，提升社區照顧關懷據點服務量能。

(六) 持續辦理老人福利機構評鑑，確保照顧服務品質：

1. 為因應我國高齡化社會之快速變遷，如何讓老人維持尊嚴和自主的生活乃是政府關注的焦點及挑戰。雖然絕大多數老人希望與自己的家人同住，但有許多長者因受限於日常活動能力的喪失，無法獨立生活或家屬無法照顧，而必須依賴老人福利機構所提供的服務。因此，機構式照護對國人而言，仍為部分長者生涯中最後依賴之照顧方式。
2. 為確保並檢視老人福利機構之服務品質，依老人福利法規定，自 90 年辦理第 1 次評鑑，復分別於 93、96、99

及 102 年度，每隔 3 年辦理 1 次，評鑑指標係按相關法令規定之標準要求及參採專家學者之建議，內容包括：行政組織及經營管理、生活照顧及專業服務、環境設施及安全維護、權益保障、改進創新等 5 大項，以強化機構優質服務內容及品質。

(七) 賡續推動身心障礙者需求評估新制

為使身心障礙者及大眾了解新制施行之立法意旨、需求評估之內涵，未來將持續運用廣播、電視及平面等通路進行宣導，並持續併同 1957 福利諮詢專線，提供新制之諮詢服務，隨時針對民眾之各項疑慮予以回應，未來將依法協同各地方政府針對申請、重新鑑定之身心障礙者辦理新制作業，並持續針對新制之相關流程、工具等作業方式，辦理驗證、測量、修正，以維護身心障礙者應有權益。

(八) 保障弱勢族群經濟生活，擴大照顧弱勢範圍

定期檢討社會救助規定及建立福利津貼調整機制，使弱勢民眾的基本生活持續獲得合理且妥善的照顧。另積極落實社會救助法新制，擴大弱勢照顧範圍，強化自立脫貧措施及社會參與管道，建立社會救助通報機制，結合民間資源提供實物給付服務，持續辦理急難民眾緊急救援紓困，加強照顧經濟弱勢族群，健全社會安全網。

(九) 完善社工專業制度，增強社工服務質量與品質

「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」於 99 年 9 月 14 日奉行政院核定在案，本部並於 99 年 9 月 21 日函請各地方政府據以實施，定於 100 年至 105 年增加社工人力 1,462 人，請地方政府於 100 年進用 366 名約聘社工員，101 年至 105 年進用 1,096 名正式編制社工員；並於 106 年至 114 年以約聘社工人力出缺即進用正式人員方式，納編 394 人，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質，本部自 100 年度起已編列預算，補助地方政府積極增加社工人力，未來將持續補助，並協助地方政府修改組織編制進用正式社工人力。

(十) 提升社區互助機制，落實社會福利社區化

為提升社區互助機制，強化社會福利社區化，推動社區自主創意，加強社區資源與需求的連結，建構屬於在地社區的互助關懷體系，創造溫馨幸福之家園。並在有組織、有計畫的福利輸送過程，增強家庭及社區功能，結合社會福利體系與社區發展工作，整合社區內、外資源，建立社區福利服務網絡，以確保福利服務落實於基層，並朝社區發展法制化推動。未來，將賡續廣泛聽取各方意見，積極尋求修法共識，期能於本(102)年 10 月前報院轉請立法院審議，以早日完成修法工作，健全勸募管理工作。

(十一) 健全志願服務發展，強化勸募管理

自 103 年度起將整合衛生保健及社會福利之志願服務業務，將研議修改衛生保健志願服務獎勵辦法，於 103 年度起整合衛生、社福類志工辦理獎勵，賡續辦理績優志工及團隊表揚、志工訓練等工作，期藉由實質的獎勵，鼓勵志工積極持續投入服務，並號召社會大眾共同投入志願服務的行列。另為因應社會變遷，健全勸募管理工作，將賡續廣泛聽取各方意見，積極尋求修法共識，以早日完成修法工作。

二、 精進醫療照護體系，提升醫療照護品質

(一) 建立醫療事故救濟制度：

為促進醫病關係和諧，改善高風險醫療科別執業環境，並提升醫療服務品質及病人安全，本部已增訂醫療法第 82 條之 1 條文修正草案，明定醫事人員執行醫療業務應負刑事責任之情形及認定違反注意義務之判斷標準。並研擬「醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案」，作為配套措施。行政院業於 12 月 18 日將前開草案送請立法院審議，草案內容以「促進病人權益」之核心精神，透過第二、三章的「強化調解機制」、第四章的「提供及時補償」，第五章的「建立事故通報及除錯」三大主軸；期使病方儘速弭平傷痛，達到促進醫病和諧關係，營造醫病雙贏局面。該二草案大院已於 102 年 1 月 3 日、1 月 7 日、1 月 9 日、4 月 1 日及 4 月 3 日進行逐條審查。

其中，「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案全文已在大院社會福利及衛生環境委員會審查通過 35 條、保留 22 條。

(二) 醫療刑責明確化：

修訂醫療法第 82 條之 1，對於醫事人員執行醫療業務應負刑事責任之情形，及認定違反注意義務之判斷標準予以明確化，使醫事人員執行相關醫療業務時，得有遵循之標準，以避免因憚於刑責而衍生防禦性醫療或醫病關係之對立，該修正草案業於 101 年 10 月 16 日送請行政院審查，行政院業已併同「醫療糾紛處理及醫療事故補償法（草案）」審查完畢，並於 12 月 18 日提送大院審議，未來修法通過後，將有助於改善醫病關係，提升國內醫療服務品質及保障民眾就醫權益。

(三) 精進醫院評鑑制度：

針對醫院評鑑基準醫事人力項目、醫院評鑑資訊化與持續性監測指標、評鑑委員遴選制度，以及鼓勵特色醫院、友善環境等，持續進行研修作業。

(四) 持續推動病人安全事務：

運用病人安全通報系統，藉由辦理病人安全相關活動，以及醫療品質教育訓練，促進醫療院所全面辦理品質改善與病人安全之作業，並且強化民眾參與。同時積極輔

導基層醫療院所，推動醫療品質及病人安全之工作目標，以保障民眾就醫之安全。

(五) 規劃設置兒童醫院：

1. 臺灣兒童醫療面臨少子化，設置兒童醫院能使兒科病例「集中化」，有助於提升兒科急重症醫療品質；又據國外的資料顯示，兒童醫院的表現比醫學中心的兒科為佳，因此，兒童醫院能提供兒科病人更完整的醫療照護，設置兒童醫院確有其必要性。
2. 本部已於 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」，以利醫院申請評核成為兒童醫院。
3. 本部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。

(六) 強化醫事人力資源管理與培訓品質：

1. 持續辦理西醫師一年期與各類醫事人員二年期畢業後一般醫學訓練計畫。
2. 為均衡專科醫師人力，重新檢討各專科容額，規劃將容額總數由 2,143 名縮減至 1,670 名。配合醫學系學程改革，重新檢討醫師人力規劃與畢業後一般醫學訓練計

畫。

3. 推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，改善中醫臨床訓練環境，建立中醫師臨床訓練制度，促進中醫醫療機構健全發展。
4. 持續辦理中醫醫院評鑑，確保中醫醫療照護品質，檢討中醫職類教學醫院評鑑，提昇中醫臨床訓練品質。

(七) 健全急、重症照護網絡，減少品質落差

1. 推動公共場所設置 AED，普及全民急救教育。
2. 加強培訓救護技術員，強化到院前救護效能。
3. 朝向 104 年各縣市至少一家重度級急救責任醫院目標，強化全國急、重症照護品質與就醫可近性。
4. 落實醫學中心支援醫療資源不足地區緊急醫療照護。
5. 提升急診轉診品質，落實在地醫療及分級就醫，解決部份醫院急診壅塞問題。
6. 依期程建置台東「南迴緊急醫療救護中心」。
7. 持續品質監控與輔導醫院提升照護品質。

(八) 推展自由經濟示範區國際醫療產業：

1. 依期程分階段推動醫療服務國際化與示範專區，提供國外團客、散客等人士就醫諮詢、行程安排及醫院聯繫等工作。
2. 協助醫療服務產業增值，吸引國際人士來臺接受需求性高且風險性低之醫療服務。

3. 持續推動國際醫療人道援助。
4. 積極參與國際醫療組織，擴大國際能見度。
5. 行銷台灣的優質醫療與健保制度。

(九) 促進全民心理及口腔健康，提升民眾幸福感

1. 加強心理健康服務方案，強化自殺防治策略與作為
 - (1) 加強心理健康促進服務方案及建立心理健康網：草擬國民心理健康促進計畫，規劃辦理民眾心理健康促進方案，及研擬建立心理健康網，結合行政機關、心理健康照護機構及民間機構團體，建立心理健康服務網絡，並強化媒體宣導及擴大民間團體參與，讓全民認識並重視心理健康促進活動。
 - (2) 強化自殺防治策略及作為：針對各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估，積極研議具體因應對策及作為，以強化自殺防治網絡工作，提升政府機關間自殺防治工作之整合效率，執行「全國自殺防治策略行動方案」計畫。
2. 強化精神疾病防治、提升精神病人照護品質
 - (1) 以各地衛生局作為整合監督窗口，統合各層級醫院，持續加強精神病人之緊急就醫、住院治療、出院準備、社區精神復健及追蹤關懷服務。
 - (2) 督導縣市政府執行社區精神病人照護計畫，精進社區精神病人個案管理、追蹤關懷及就醫、就學、就業及就養之資源連結服務。

(3) 針對無法規律門診或服藥遵從性差之社區精神疾病患者，提供「居家治療」及「強制社區治療」，提供其必要之精神醫療服務。

3. 提升戒癮治療服務量能及可近性

(1) 持續補助替代治療及酒癮處遇服務方案費用，減少毒癮及酒癮者戒治就醫經濟障礙，強化戒治意願。

(2) 持續督導縣市政府鼓勵醫療機構提供藥、酒癮治療服務，以增加戒癮治療之服務量能及可近性。

(3) 賡續檢討研修藥癮之臨床治療指引，訂定酒癮治療之臨床指引，積極辦理酒癮治療人員教育訓練，提升治療人員專業知能。

(4) 盤點全國民間戒癮機構、團體資源，並整合民間服務資源，充實藥、酒癮者社會復健服務。

4. 充實特殊族群處遇量能，精進處遇治療品質

(1) 督導直轄市、縣(市)地方政府向地方法院倡議提升加害人處遇計畫裁定率，以促使加害人接受妥善之處遇治療，減少再犯。

(2) 提升家庭暴力及性侵害被害人驗傷採證及身心治療服務量能及專業人員知能，以保護被害人權益，降低傷害。

(3) 補助醫療機構及民間團體辦理處遇人員教育訓練及發展處遇人員督導制度，以增加處遇人力資源及提升處遇品質。

(4) 積極發展加害人本土化處遇模式及成效評估工具。

(5) 發展家庭暴力相對人自願性服務方案。

5. 規劃口腔健康服務體系，強化口腔醫療照護品質

(1) 著手規劃口腔健康服務體系，並草擬國民口腔健康促進計畫。

(2) 持續推動二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫。

(3) 推動身心障礙牙科醫療服務。

(十) 健全長照服務體系：

1. 規劃並推動長照服務網計畫：為充足長照服務量能，促進長期照護資源多元化與均衡發展，普及長照服務網絡，讓長照服務深入各地社區(含偏遠地區)，滿足家庭長照需求，並做為長期照護保險實施之基礎，本部已完成長照服務網計畫(草案)，前揭草案已於102年7月24日四度函報行政院審核中。

2. 擴大培訓長期照護各類專業人力，提升除原已開辦之長照基礎訓練課程外，並將開辦後續之整合課程。

3. 建置偏遠地區服務據點以均衡區域長照資源發展，103年89資源不足區至少一個服務據點。

4. 規劃建構家庭照顧者支持網絡：101年底已完成建置全國性家庭照顧者諮詢服務專線，對長照十年計畫之高風險家庭照顧者，提供轉介服務；102年初完成建置全國性家庭照顧者友善互動式平台網站；並依家庭照顧者實際需求專案提高喘息服務補助上限為21天。

(十一) 強化原住民及離島地區醫療保健服務：

1. 強化醫療設備（擴及平地原住民鄉衛生所）：辦理衛生所室重擴建，推動醫療資訊化，補助醫療儀器設備助及建置行動醫療車，以充實在地醫療所需資源。
2. 建構偏鄉數位資訊醫療照護網：由數位資通訊建設、遠距醫療與遠距健康照護、及個人健康資料雲端化等三大主軸，建構國際級偏鄉數位資訊醫療照護網，以達成提供偏鄉民眾整合性、可近性與連續性之數位醫療健康照護服務。
3. 提昇醫療照護：落實醫療在地化，並以空中轉診輔助，提供遠距醫療服務，賡續辦理健保 IDS 推動，以提供原住民及離島地區多元醫療照護，並提昇服務品質。
4. 充實醫事人力：培育養成公費生(101-105 年)，辦理醫事人員繼續教育，開業補助新增補助藥事及護理等醫事機構，以充實當地醫事人力，並提升其醫療照護能力。
5. 部落健康促進：賡續辦理部落健康營造，推定衛教教材族語化，加強慢性病防治，培育衛生小天使，結合當地人文特色，降低健康不均等現象，使當地亦能享有平等的健康權。

(十二) 改善護理執業環境：

1. 改善護理人力配置、薪資及勞動條件，逐步推動優質護理職場醫院指標建構。

2. 辦理護理人力回流計畫，建置護理人員重返職場輔導平台，藉以增加護理就業人力資源，並建立護理輔助人力制度。
3. 強化專科護理師培育制度與功能。
4. 辦理產後護理機構評鑑，及推動護理人員繼續教育制度等。
5. 強化護理專業、領導能力及正面形象，並加強護理教、考、用的相互配合及接軌。

(十三) 提升部立醫院服務品質

1. 持續推動中期照護服務。
2. 配合衛生福利整合，持續關懷弱勢族群（中低收入戶健康管理計畫）之醫療照顧。
3. 配合施政政策，提供民眾所需之醫療服務，如：傳染病防治、類流感門診、協助法務部戒毒反毒工作等。
4. 醫療影像判讀系統朝雲端化發展，擴充判讀服務效能及能量。
5. 規劃成立部醫種子醫院，與鄰近部醫形成垂直醫療合作網絡。
6. 建構部醫與 13 家社福機構間之醫療服務、預防保健、全人照顧之合作網絡。

三、健全社會保險制度，強化自助互助機制

- (一) 永續發展全民健保，提升全民健保資源使用效能：

1. 持續推動二代健保，進行滾動式檢討改善：二代健保已於 102 年 1 月 1 日實施，為檢討補充保險費新制所衍生之問題，及其他二代健保相關之重要議題，本部已邀集多位公衛、財經、醫藥、公共政策、法律等領域之學者，組成「二代健保總檢討小組」進行檢討。未來本部將針對學者所提出之建議進行評估，研提長、短期改革策略。
2. 落實收支連動機制，穩定健保永續經營，持續推動財務改革：在費率 4.91%及計收補充保險費情況下，財務至 105 年雖可維持平衡，但本部仍然會努力進行各項開源節流措施，設法維持財務穩定，使健保資源作最有效之運用。
3. 提升醫療服務效能，強化健保之資訊透明：
 - (1) 醫療科技評估：
 - 1) 依健保法第 42 條規定「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務」。
 - 2) 101 年起委託專家針對新醫療技術建立經濟效益評估指引，包含評估項目及內容等，進行以現行傳統手術與內視鏡手術診療項目為例之醫療科技經濟效益評估，以達到在有限的資源下提高醫療服務品質的目標。
 - 3) 102 年及 103 年規劃「新醫療項目之效益研究」，以建立全民健康保險新醫療診療技術項目擇定原則、

效益評估方式及標準化作業程序。

- 4) 102 年針對常見新醫療科技項目，規劃「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—以綠光雷射前列腺氣化術、鈹雷射前列腺氣化切除術、鈦雷射前列腺氣化切除術、雙極前列腺刮除術/汽化術診療項目為例」及「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—根治性直腸切除加腸造口術等 21 項達文西手術」等兩項研究計畫，以做為上述新醫療技術診療項目是否納入健保給付之參考。

(2) 公開保險醫事服務機構財務重要資訊，提升服務品質：

- 1) 本部業於 102 年 6 月 7 日發布「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」。
- 2) 提報之門檻：實施第 1 至 3 年(102~104 年)為當年度領取保險醫療費用超過 6 億元、實施第 4 至 5 年為(105~106 年)超過 4 億元、實施第 6 年以上(107 年以後)為超過 2 億元。
- 3) 保險醫事服務機構應於次年 10 月 31 日前，向保險人提報財務報告，內容包含：資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入明細表及醫務成本明細表，計 6 項。
- 4) 推估 102 年符合提報條件之特約醫院將有 103 家，約占醫院家數 22%，占醫院金額 84%。推動支付制度改革。

(二) 強化國民年金制度，健全老年經濟安全保障體系：

1. 賡續辦理國保財務精算及費率調整作業：

依第2次國保財務精算報告，預估如每2年調增費率0.5%至上限12%，至民國139年國保基金資產餘額為9,570億元，保險財務尚屬安全。爰賡續於102-103年委託辦理國保財務精算作業，103年底將依據最新精算報告，審慎辦理104年1月起保險費率調整作業，俾確保國保財務健全

2. 賡續強化國保繳費率提昇措施及制度宣導，以提高民眾繳費率：

考量國保被保險人多屬未就業之經濟弱勢者，對於未繳保費者係採柔性強制加保，致繳費率未達6成，未來將持續加強宣導國民年金好處，並結合原民會、勞保局及各直轄市、縣（市）政府資源推動提升國民年金被保險人繳費率相關策進作為，以協助民眾瞭解國民年金制度，增進民眾繳納國民年金保險費之意願，以提高繳款率。

3. 賡續辦理國保欠費催收機制，提醒民眾保障自身權益：

勞保局自99年起針對國保欠費之被保險人，寄發欠費繳款單及通函，提醒欠費民眾依規定繳納保險費，以保障自身權益。102年度國保欠費催收作業，勞保局規劃分批寄發催欠繳款單，並針對欠費達1萬元以上之民眾先行催繳前6個月欠費，且俟民眾有繳費能力，再行繳納

其餘欠費，以提高民眾繳納意願。

4. 賡續落實國保欠費被保險人配偶催繳及罰鍰作業：

考量部分家庭主婦(夫)雖擔負家庭照顧責任，但無力繳納保費致影響其老年經濟安全，爰於國民年金法第 15 條第 2 項中明定配偶互負連帶繳納保費義務之規定。為保障國保被保險人的給付權益，並兼顧欠費催繳作業的實質效益，勞保局 102 年仍將優先針對有經濟能力之欠費被保險人配偶進行催繳及罰鍰作業。

5. 加強津貼資料比對減少溢領給付：

民眾溢領國民年金給付之主要原因為「請領人死亡後未即時辦理除籍登記」、「相關機關遲報領取軍公教人員月退休(撫)金者資料」及「民眾重複請領社會福利津貼，縣市政府未能依規定報送媒體資料」。為改善給付溢領情形，已建立全國社福比對資訊系統、召開研商會議釐清溢領追繳責任、建立地方政府與勞保局媒體報送原則及相關回饋機制、健全死亡資料通報機制、透過戶政資料比對改善領取月撫慰金人員溢領情形；並規劃再次邀集各縣市政府召開會議研商，檢討現行溢領追繳處理原則，並擬定溢發款收繳之作業規範，以防杜溢領案件發生。另持續督促勞保局核發給付應謹慎審核，積極辦理溢領追繳事宜，並請各項資料之主管機關確實按月申報媒體資料。

(三) 推動長期照護保險，建構長期照護風險分攤機制：

1. 籌備長期照護保險相關事宜，持續研擬長期照護保險相關法規，進行長期照護保險細部規劃。
2. 加強辦理溝通宣導，以尋求社會各界共識。

四、完善防疫監視系統，強化防疫應變能力

(一) 持續防範流感及新興傳染病整備：

1. 持續監測國內流感疫情，加強辦理流感疫苗接種作業，妥適儲備抗病毒藥劑，督導加速 H7N9 流感疫苗研發。
2. 持續與農政單位合作加強禽流感、狂犬病疫情之防範與人員健康狀況之調查與監測。
3. 持續推動多元管道衛教宣導。
4. 維持個人防護裝備之全國三級庫存（中央、地方及醫療院所）儲備量達 100%安全儲備量。
5. 持續嚴密監視國際疫情發展，適時調整防疫作為。

(二) 提升腸病毒之診治：

1. 持續與民間生技廠商合作，精進「腸病毒 71 型快速檢驗試劑與即時定量系統」之品質，以提供第一線醫療人員及早篩檢出重症病患。
2. 責成國家衛生研究，儘速完成腸病毒 71 型疫苗之開發。

(三) 落實本土疫病防治：

強化結核病十年減半防治策略、積極推動愛滋病多元防

治方案，以及賡續辦理三麻一風、肝炎以及腸道傳染病之防治計畫。

(四) 落實感染控制措施：

加強執行健康照護機構之感染管制、細菌抗藥性監測與抗生素管理計畫。

(五) 善用國家疫苗基金：

持續爭取穩定且多元之疫苗基金財源，期能依規劃期程，於 104 年將 PCV 導入幼兒常規接種，並依傳染病防治諮詢會預防接種組(ACIP)之建議，逐序推動 65 歲以上長者接種肺炎鏈球菌疫苗、改用細胞培養之日本腦炎疫苗等新政策，全面提升國民免疫力。

五、 確保食品藥物安全，建構健康消費環境

(一) 加強藥物與化粧品管理，架構產品安全監測網絡，並增進國際合作交流與人才之培育，以健全產品流通體制；此外，鼓勵學名藥全球化，促進國內生技產業發展，並推動原料藥分品項、分階段實施原料藥主檔案(DMF)制度，同時制定新興生技藥品管理之特殊新藥法規，亦提升台灣藥品臨床試驗國際競爭力，以加速生技產業發展，確保國人迅速得到安全、有效之藥物治療。

(二) 加強取締違規廣告，全面掃蕩不法藥物，藉由「偽劣假

藥聯合取締小組」之跨部會合作機制，發現業者不法行為，即時與當地之檢察機關共同合作進行搜證，爭取辦理時效，加強宣導正確用藥觀念，有效打擊不法。

(三) 強化並積極推動食品衛生管理策略：

1. 積極推動食品業者強制登錄制度，並持續與財政部及經濟部進行跨部會合作。
2. 實施食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品。
3. 規劃全成分標示之管理措施，同時建構食品供應來源與流向之追溯追蹤系統，落實食品業者自主管理之精神及責任，藉以保障國人健康及消費者權益。
4. 研議及啟動新法上路後全面改革行動方案之配套措施，相關子法規及公告事項將於總統公布後 6 個月內完成，並結合地方政府，建立垂直及橫向聯結的食品安全網，共同全面落實推動新食品衛生管理法。
5. 落實中藥材邊境管理措施，保障市售中藥產品衛生安全品質。
6. 加強中藥品質管理及監控，檢討及增修中藥材含異常物質之限量標準。
7. 賡續推動「建構中藥用藥安全環境第二期（2010-2014）計畫」，保障消費者用藥安全。

六、 創建安心健康環境，提升國民幸福指數

(一) 健康的出生與成長：

1. 營造健康生育環境：

(1) 導正性別失衡：持續監測出生性別比，並加強兩性平等平權宣導、醫事人員醫學倫理教育；將管理重點擺在源頭之試劑與檢驗管理，加強檢驗設備、行為與試劑的稽察。

(2) 代孕生殖立法。

(3) 修訂人工生殖機構許可辦法。

2. 強化婦幼預防保健服務：

(1) 孕產婦全人照護：持續監測出生性別比，並加強兩性平等平權宣導、醫事人員醫學倫理教育；將管理重點擺在源頭之試劑與檢驗管理，加強檢驗設備、行為與試劑的稽察。

(2) 規劃健康新世代計畫：規劃新婚夫妻健康檢查及諮詢、懷孕登錄等，並整合於衛福部送子鳥計畫。全額補助出生新生兒 11 項先天性代謝異常疾病篩檢；針對經濟弱勢之孕婦於懷孕 4 個月接受產檢完成懷孕登錄，生產時可獲贈一個育嬰寶盒，生產後搭配母嬰社區關懷追蹤訪視服務，藉此結合福利、醫療與衛生專業，守護弱勢家庭的下一代，許一個平安健康的新起點。

(3) 新生兒健康：持續提升純母乳哺育率；加強新生兒聽力篩檢。

- (4) 口腔衛生：102 年擴大補助至未滿 6 歲兒童每半年免費塗氟一次及提供低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區未滿 12 歲兒童每 3 個月免費塗氟一次。
- (5) 近視防治：研議視力指標、加強衛教宣導、建立監測體系、強化研究及跨部會合作。

(二) 健康的高齡化：

1. 持續輔導國內醫院參與高齡友善健康照護機構認證，並推動國際通用的高齡友善健康照護架構。
2. 持續推動高齡友善城市，並加強宣導倡議活動；推廣社區長者參與健康促進活動。
3. 強化癌症及重要慢性病防治服務與體系發展：
 - (1) 篩檢政策精進：成立縣市健康關懷管理中心 (call center)，主動對癌症篩檢困難個案提供關懷諮詢；另強化監測四癌篩檢品質指標，以提升及確保篩檢品質。
 - (2) 強化癌症診療品質以及「癌症診療品質認證」革新；針對重大癌症訂定關鍵品質指標與目標，以有效改善預後。
 - (3) 辦規劃癌症病人就醫領航計畫，提昇 3 個月內正確就醫率。
 - (4) 完成第 3 期國家癌症防治計畫及國家肝病防治計畫。
 - (5) 推動慢性病人全人健康管理計畫、COPD 疾病管理計

畫。

(三) 健康生活與健康社區：

1. 推動菸、檳榔危害之防制：

- (1) 持續推動二代戒菸服務。
- (2) 菸害防制法修法及菸品健康福利捐之檢討與調整。
- (3) 推動跨部會檳榔防制政策及無檳榔支持環境。

2. 推動健康飲食、規律運動與肥胖防治：

- (1) 健康體重管理計畫。
- (2) 社區致胖環境之監測與改善。

3. 推動健康場域：

- (1) 協助學術團體辦理第 2 屆亞太健康促進與衛生教育研討會。
- (2) 積極推動健康照護機構參與健康促進醫院，國際認證與相關活動。
- (3) 持續推動健康促進學校認證。
- (4) 持續營造醫療衛生伙伴關係。

(四) 關注弱勢健康，縮小健康不平等：

1. 提昇身障及弱勢者口腔健康。
2. 提供 55 至 64 歲原住民每年一次成人預防保健服務。
3. 加強罕見疾病病人基本醫療權益及費用補助，強化罕見疾病通報與登錄。
4. 精進發展遲緩兒童之篩檢發現與聯合評估服務體系。

5. 提供山地原住民族地區、離島地區、身心障礙兒童及低收入、中低收入戶兒童免費白齒窩溝封填服務。
6. 補助原住民族地區、離島、中低收入戶及低收入戶青少年接種 HPV 疫苗。
7. 提昇油症患者照護。
8. 研撰健康不平等報告：檢視縣市、族群之健康差異、發掘健康不平等狀況，以進一步介入改善。

(五) 建置健康監測體系：

1. 辦理各生命週期重要健康指標之健康監測調查，如國民健康訪視調查、國民營養調查等。
2. 建置近視、事故傷害及先天性缺陷之監測體系。
3. 持續與美國 CDC 進行監測調查合作，並擴展與歐洲 UCL IHE(UCL Institute of Health Equity)之合作計畫。
4. 強化監測資料之分析、應用與學術發表。

七、發展醫藥衛生科技，促進相關產業發展

- (一) 推動醫管服務輸出政策，執行由醫管服務帶動整體醫藥生技健康產業發展計畫，促成醫管、醫資、醫材及藥品等產業跨域合作，共創更高產值。
- (二) 執行醫藥衛生實證研究與政策建言。
- (三) 結合臨床與基礎醫學，從事創新性轉譯醫學研究，包括中醫藥轉譯醫學研究。
- (四) 推動醫藥生技產業起飛。

(五) 支援全國醫藥衛生研究，建立醫藥衛生合作研究。

(六) 加強中醫藥學術合作與技術移轉。

八、深化國際組織參與，拓展國際衛福合作

(一) 參與衛生福利相關之國際組織：

1. 推動加入 WHO 及有意義的參與

(1) 積極爭取參與 WHO 技術性會議、活動及重要機制。

(2) 拓展鄰近國家之人脈，爭取參與 WPRO 之機會。

(3) 扶植國內醫藥衛生團體，拓展與國際非政府組織之合作。

2. 積極參與 APEC 衛生工作小組運作

(1) 推動區域性國際會議在我國舉行。

(2) 鼓勵參加 APEC 下與衛生議題相關之各式會議與活動，並於衛生工作小組持續推動提案計畫。

3. 積極參與其他衛生福利相關國際組織之會議與活動，如在臺舉辦「臺灣全球健康論壇」及參與「加斯坦歐洲衛生論壇」等。

(二) 推動雙邊及兩岸衛生福利之合作與交流：

1. 辦理雙邊衛生官員會談。

2. 辦理臺灣衛生中心計畫。

3. 積極落實「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之執行。

(三) 國際衛生福利之援外計畫：配合我國外交政策，提供醫

療援助、緊急人道援助，並協助培訓醫療衛生人員。

1. 醫療器材援助平台計畫、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫。
2. 臺灣國際醫衛行動團隊。
3. 建立與國合會的國際醫衛援助最佳夥伴關係。

(四) 培育國際衛生福利人才

1. 爭取前往國際組織或國外之政府機關受訓、研習。
2. 獎勵國內大學院校開設國際衛生福利相關學程。
3. 積極向教育部爭取公費留考國際衛生福利相關學門之員額。
4. 持續培育醫療替代役男赴海外執行公衛醫療計畫。

參、本會期優先之立法計畫

本部於上會期多承 大院協助，通過多項重要之法律案，對本部業務有甚大助益，^{文達}在此虔表謝忱。本會期預定請大院優先審議之法案計有醫療法第 82 條之 1 修正草案、醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案、兒童及少年性交易防制條例修正草案、廣告三法：健康食品管理法部分條文修正草案、藥事法部分條文修正草案、化粧品衛生管理條例部分條文修正草案，及菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案。尚祈 大院鼎力支持於本會期優先審議，早日完成立法程序，以應本部業務需要。