



立法院第 8 屆第 7 會期
社會福利及衛生環境委員會

衛生福利部主管
104 年度單位預算凍結案報告
(書面報告)

報告人：衛生福利部次長 許銘能

目次

壹、 衛生福利部業務報告	1~37
貳、 疾病管制署業務報告	37~39
參、 中央健康保險署業務報告	39~42
肆、 國民健康署業務報告	42~50
伍、 社會及家庭署業務報告	50~59

衛生福利部

104 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 104 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 104 年度單位預算，對於部分工作計畫作成凍結預算之決議有 77 案，凍結預算數計 11 億 7,392 萬 6,000 元，包括：本部 49 案，金額 8 億 0,312 萬 8,000 元；疾病管制署 3 案，金額 1 億 3,881 萬 5,000 元；食品藥物管理署 12 案，金額 1 億 7,336 萬 5,000 元；中央健康保險署 4 案，金額 550 萬元；國民健康署 2 案，金額 4,611 萬 8,000 元；社會及家庭署 6 案，金額 600 萬元；國家中醫藥研究所 1 案，金額 100 萬元。本次排定審查計 38 案。茲謹就上揭排定之 38 案各項重要業務、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：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(一一一)

本部「科技發展工作」項下「推動衛生福利科技發展與管理」之醫療科技評估建置衛生資源分配機制計畫、奈米科技政策科學化及管理體系建構計畫編列 7,055 萬 1,000 元，針對本部推動相關計畫多年，惟該計畫內容多半為日常事務性工作，顯與計畫宣稱建置資源分配之用途不符乙節，說明如次：

1. 醫療科技評估建置衛生資源分配機制計畫：

(1) 本計畫 104 年度增加的經費主要係針對本部各項衛生福利政策，進行醫療科技評估、民生福祉相關科研投入及產出的成本效益分析。醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)透過相對療效分析、成本效益分析、預算影響分析等方法，並考慮倫理/法律/社會層面的影響，可協助政府衛生福利部門進行相關的決策制定。鑑於國家衛生福利政策大方針的規劃，需考量當前需求與未來情勢，蒐羅多元的參考資料以協助政策制訂者正確的判斷，本部於 104 年度委託財團法人醫藥品查驗中心(以下簡稱查驗中心)進行衛生福利政策議題之健康科技評估，預定執行之衛生福利政策評估之議題共 9 項：

- I. 高科技醫療器材－醫用粒子治療設備之健康科技評估(醫事司)。
- II. 結核菌快速分子預測(Xpert MTB/RIF)應用於我國之成本效益分析(疾病管制署)。
- III. 暴露前預防性投藥(PrEP)對我國愛滋病防治之效益評估(疾病管制署)。
- IV. HIV 個案抗藥性檢測時機之國際趨勢及成本效益分析(疾病管制署)。
- V. 中心導管組合式照護(Central Line Care Bundle)應用於我國對降低中心導管相關血流感染與減少醫療費用耗用之成本效益分析(疾病管制署)。
- VI. 國人常見癌症最適療效指標(endpoint)及新藥納入健保給付最適 ICER 閾值之探討(中央健康保險署)。
- VII. 子宮頸抹片篩檢間隔調整及其搭配 HPV 檢測之評估(國民健康署)。
- VIII. 國際家暴防治策略之比較－社區預防方案與熱點預測模式導入評估(保護服務司)。

IX. 長照服務之社會福利與開放產業營利二者均衡之政策
評估(護理及健康照護司)。

- (2) 查驗中心往年僅以個案式協助衛生主管機關提供臨床實證研究資料，系統性的完整機制尚待建立。雖以個案式執行，但歷年成果卓著，如：協助疾病管制署進行愛滋病治療藥物之經濟評估，僅投入委託研究經費新臺幣 85 萬元，研究成果促使某項愛滋治療藥物的成本具體降低 70%，節省至少約 1 億元。
 - (3) 本項工作將具體協助國家衛生政策落實節約與效率，促進政府決策過程的透明化、系統化，讓相關學術研究成果實際成為決策依據。依據往年成果確實有明顯節省資源成效，編列此項計畫經費建立衛生福利政策系統性評估機制，以提升政府資源利用效率確有必要。
2. 奈米科技政策科學化及管理體系建構計畫：
- (1) 104 年度衛生福利部捐助查驗中心執行「奈米科技政策科學化及管理體系建構計畫」，預算為 614 萬 6,000 元，建構臺灣奈米醫藥品法規技術評估能力及提供諮詢輔導，預期積極輔導 6 家業者，儘早將技術審查的要求納入研發規劃考量，有效地達成臨床試驗的里程碑，增進上市成功機會。目前成效為具體幫助 1 案獲准執行 exploratory IND(臺灣首例)和第一期 IND、1 案執行第二期 IND 案(與歐美同步)。
 - (2) 為完善我國奈米生醫產品法規管理，保障消費者的安全，本預算編列該計畫具有明確之研究標的和具體成效，並無日常事務性工作情形。
3. 綜上，編列經費辦理上述兩項計畫實有其必要性，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(一一二)

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」之推動遠距健康照護編列 1,321 萬元，針對各偏鄉衛生所醫療資訊系統連線至中央健康保險署(以下簡稱健保署)網路傳輸速度緩慢，部分查詢功能未盡完善等乙節，說明如次：

1. 各山地離島衛生所「共用醫療資訊系統(HIS)」部分，地段連線至健保署網路傳輸速度緩慢，影響看診作業部分：

(1) 為提升巡迴醫療點網路頻寬品質，針對各山地離島衛生所網路頻寬品質不佳之巡迴醫療點，102 年度經本部調查各縣市巡迴醫療點頻寬未達 12M 以上計有 116 點，已協請國家通訊委員會(NCC)及中華電信分年分點改善及提升。102 及 103 年度完成頻寬升速各 92 點及 11 點；104 年度納入升速規劃共 24 點。另 104 至 106 年賡續全面提升及改善頻寬，使衛生所達 12M 以上、衛生室及其他巡迴醫療點達 8M 以上或以光纖佈線為原則。

(2) 對於山地離島衛生所網路傳輸速度緩慢問題，因各地情況不同，本部分別先後在嘉義縣阿里山鄉、新竹縣尖石鄉及屏東縣琉球鄉等衛生所，邀集專家學者及相關單位實地勘察，協助解決頻寬不足及緩慢等相關問題。其中，102 年至琉球鄉實地瞭解網路是透過海底電纜對外通信，微波備用，本部復於 102 年度及 103 年度召開「偏鄉醫療資訊化資訊工作小組諮詢委員會議」，針對琉球鄉 HIS 系統運作及網路品質實地勘察結果報告，HIS 及 PACS(醫療影像傳輸)系統設備汰舊及設施的汰換，可循每年補助地方政府資訊設備計畫提出；山地離島衛生所 HIS 系統之網路頻寬及操作介面使用等相關問題，應依使用者需求改善。本部已於 102 年 11 月 6 日函請各縣市衛生局調查使用情形，俾達山地離島地區醫療資訊系統之建置效益。另琉球鄉網路通

訊品質，於 103 年由原來 4M 提升至 20M，已改善頻寬不足及緩慢之問題。

- (3) 本部設有「偏鄉醫療資訊化資訊工作小組」，定期召開檢討會議，本年度已完成調查各縣市之頻寬，針對頻寬不足地區，擬定偏鄉網路頻寬升速規劃與建置，以達衛生所網路頻寬 12Mbps 以上。

2. HIS 系統以醫院規格設計，操作面及內容繁瑣，不適用於衛生所等基層醫療院所使用，且部分查詢功能未盡完善部分：

- (1) 為落實原住民族及離島地區醫療資訊化，運用本部醫院開發之 HIS 系統，不僅可提供使用者即時醫療服務，亦可藉由 PACS 系統透過醫療影像判讀中心連線支援判讀，每年約 7,000 件。
- (2) 為符合使用者實際操作之需求，目前新建置點依各縣市實際需求建置，已建置之 55 家衛生所將透過輔導之方式予以改善；另本部定期召開「偏鄉醫療資訊化資訊工作小組」檢討改善。
- (3) 經調查各衛生所 12 子系統使用情形，有「掛號管理系統、門診醫令系統、保險特約管理系統及批價管理系統」等 4 個子系統，55 家衛生所均有使用(100%)，使用率達 90% 以上者有 9 個子系統，「放射線管理系統」則因有些無 X 光機及操作人員，故總體使用率較低。
- (4) 綜上，為提升巡迴醫療點網路頻寬品質，本部每年定期檢視及檢討，針對 ADSL 網路不穩定之巡迴醫療點，已協請國家通訊委員會(NCC)及中華電信協助改善。為使偏鄉居民共享都會地區醫療資源，亦已推動「山地離島偏遠地區電子病歷先導計畫」，至 102 年底 30 個山地鄉與 18 個離島地區已建置完成，至 105 年全臺將有 500 家醫院、2 萬家診所完成病歷電子化，提供跨院所就醫資料交換無障礙之便利性醫療服務。

3. 103 年起結合縣市政府衛生局與異業及醫療照護單位，於民眾聚集之場所設置社區遠距生理量測服務據點，民眾透過生理量測設備，利用 App 自動將生理量測資料傳輸至雲端資訊平臺儲存與記錄，提升自我健康監測與管理。103 年與 12 縣市政府衛生局設置 970 個社區生理量測服務據點與 1,900 個獨居老人於居家使用遠距照護服務。

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(一一五)

本部「科技發展工作」項下「以醫療科技建構社會保險永續發展藍圖—建構社會保險體系」之辦理比較分析不同健保計費制度，提出短、中、長期建議方案，以及持續進行國民長期照護需要調查等保險制度相關研究編列 1,203 萬 6,000 元，針對本部未參採二代健保總檢討報告等乙節，說明如次：

1. 關於二代健保總檢討報告，本部非常重視專家學者所提之建議，並已就 36 項政策建議進行評估與研析，多數政策建議已於本部例行或逐步推動業務中辦理。至於部分尚須中長期研議之議題，已規劃成立「二代健保改革規劃小組」，將持續蒐集各界意見並研提具體改革方案。
2. 前揭檢討報告針對財務制度改革議題，提出長期應思考如何進一步擴大計費基礎，提高計費上限，並持續研議更穩健財務制度之建議，故本部期於 104 年度藉由委託科技研究計畫，就不同保險費計費制度設計，廣納專業意見，以擴大思維模式，作為制度研議之參考。
3. 為設計出適合國人需要之長期照顧體系與規劃適切之保險制度，須輔以國民長期照護需要調查之基礎資料庫為重要參據。前雖於 99 年至 100 年完成國民長期照護需要調查兩階段調查，然為掌握全國暨各縣市失能現況，瞭解國人長期照顧

需要及變遷趨勢，俾妥為適切推估未來長期照顧需要、估算長照保險規模與精算費率，實須接續辦理「103-104 年國民長期照護需要調查」。

4. 99 年至 100 年國民長期照護需要調查辦理情形，併說明如下：

(1) 99 年第一階段調查：以全國 5 歲以上戶籍人口隨機抽樣約 35 萬人進行調查，業於 99 年完成訪視工作，獲取具全國暨各縣市代表性之失能率，總計全國加權失能率為 2.98%。

(2) 100 年第二階段調查：針對第一階段篩選出有長期照顧需要者及其主要照顧者共計約 2 萬人，進一步深度評估失能者之長期照顧需要，了解其生活狀況、所需長期照顧服務、主要照顧者所需資源及目前面臨之照護問題。

5. 綜上，鑑於辦理「比較分析不同制度健保計費制度，提出短中長期建議方案，以及持續進行國民長期照護需要調查等保險制度相關研究」實有其必要性，為利保險制度規劃得宜，敬請惠予支持，准予動支。

(四)第 1 項決議事項(一一六)

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」編列 1 億 4,952 萬 1,000 元，針對電子病歷方案採行電子簽章，未建置醫護專業人員親自簽章辨識系統乙節，說明如次：

1. 關於本部推動電子病歷之相關重點為：

(1) 電子病歷為具有「不可否認性」、「唯一性」、「完整性」及「時間與身分鑑別」，當醫事人員完成電子病歷後，須使用合法之電子憑證在數位化病歷上加註「電子簽章」，以達到紙本病歷上「簽名蓋章」之效力。

(2) 依「醫療機構電子病歷製作及管理辦法」，要求醫事人員

在電子病歷上之電子簽章，即賦予該病歷具有「不可否認」的法律效力，醫事人員須為該份病歷負責，相對地，也保護該病歷避免遭到竄改。

- (3) 本部推動電子病歷，無論在法令規範或作業程序，均妥慎規劃，以確保資訊安全、保障病人隱私及權益、提升醫療品質。

2. 本部 104 年「建立雲端醫療照護服務計畫」經費預算 2,760 萬元，其工作內容如下：

- (1) 建置雲端診療服務平臺：

I. 99 年度建立本部附屬醫院雲端平臺採購虛擬化硬體與軟體系統，如遇故障則造成虛擬化之伺服器無法正常運行，需擴充建置醫院雲端虛擬化平臺備援系統，俾利災難發生時零停機。

II. 完成醫院備援系統建置，於醫院端相互備援，達資訊服務不中斷之目標。

- (2) 辦理行動護理車採購及建置行動護理資訊系統：

I. 針對臺灣護理人力嚴重缺乏、醫護人員經常超時工作等所謂「血汗醫院」問題，部立醫院積極規劃建置護理資訊系統，藉由護理作業資訊化大幅度減少護理人員作業時間，提升工作品質。

II. 預計採購內容包含行動護理車購置、護理表單電子化、醫護巡房護理記錄、床邊護理作業及病人辨識等功能開發。透過行動護理車可即時輸入生命徵象及查詢各項檢驗、檢查、體溫、血壓報告，給予床邊衛教。也可以經由電腦資訊系統，掃描病人手圈及藥物，執行藥物外觀辨識及正確給藥並提供病人藥物相關資訊，迅速掌握病人最新的正確訊息，減少護理紀錄重複抄寫，減輕護理人員的工作壓力，提升病患醫療品質，維護病人安全。

(3) 本部附屬醫院業已建立電子簽章多憑證驗存證系統，可記錄部立醫院電子病歷使用者之使用相關紀錄(含人員及時間)，另為加強親自簽章稽核，將視經費多寡，評估建置醫護專業人員親自簽章系統。

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。

(五)第 1 項決議事項(一)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」編列 1 億 2,192 萬 1,000 元，針對推動電子病歷總體藍圖規劃遲未定案，病歷互通進度遲緩，電子病歷交換中心已完成 EEC 建置醫院清單毫無進展乙節，說明如次：

1. 有關監察院 102 年糾正本部案，經本部積極推動並努力改善，依列管要求於 103 年 1 月 27 日提報處理情形，該院業於 103 年 2 月 19 日函復本部自行列管，毋須再行提報。
2. 至於本部推動實施電子病歷之進度，101 年底係輔導 282 家醫院完成宣告院內實施電子病歷，其中有 142 家醫院完成與電子病歷交換中心(EEC)介接。經 102、103 年加速推動，現已完成輔導 363 家醫院完成宣告院內實施電子病歷，以及累計 343 家醫院與 EEC 介接互通，約占全部健保特約醫院之三分之二。
3. 本案 104 年度預算，係將擴大推動電子病歷之應用推及至數千家之基層診所及衛生所，讓民眾享有便利調閱電子病歷之權利，並可減少重複檢查、檢驗，提升醫療品質。
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。

(六)第 1 項決議事項(二)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」

編列 1 億 2,192 萬 1,000 元，針對電子病歷「存取權限」、「授權時限」及「應用範圍」等未有明確規範；及研發、撰寫電子病歷之程式廠商，現行制度並無相關法規限制乙節，說明如次：

1. 有關對病患個資之保障部分：

(1) 電子病歷係依據「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) 有關所提研發電子病歷之程式廠商無相關法規限制乙節，電子病歷之調閱係依相關法規據以推動，而電子病歷製作、交換平臺等相關承作廠商，均須遵守我國相關法律及法規。

2. 關於所提本部 103 年委託辦理 2 項電子病歷研究計畫，係就電子病歷法規強化、醫療院所電子病歷互通核心技術與資訊安全評估，期間亦各辦理 2 場公聽會廣徵各界意見，現已提出期末報告，尚無發現開發廠商無法可管之問題，本部正審慎參考報告建議以改善精進。

3. 綜上，本部對於電子病歷管理均有相關明確法令規範，對於電子病歷程式維護廠商亦非無法可管，本案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(三)、(五)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」

辦理智慧銀髮健康計畫相關工作編列 820 萬元，針對該計畫建構「以環境輔助生活系統(AAL)為主軸的長期照護服務」之規劃未臻縝密，僅彙整各部會計畫成果而非研發或創新，及以委外方式辦理似有浪費公帑之嫌乙節，說明如次：

1. 本部曾於 103 年度辦理「委託科技研究計畫－擴大科技應用於照護服務與醫院創新醫療」之子計畫「長期照護服務導入環境輔助生活技術研究」，因投標廠商所投之計畫書經審查委員審查，認為不符本案所需，為維護研究品質，本年度再次招標辦理，預計執行期程 8 個月後提出期末報告。
2. 前述研究計畫案將透過以下工作項目，提出未來銀髮族長照服務範疇之整合相關政策建議：
 - (1) 盤點國內的銀髮智慧生活相關產品及應用概況，並加以分類評估。
 - (2) 參考國外發展及衡量國內民情，採用前瞻資通訊科技打造適合銀髮族照護需求之智慧生活空間，具體提出多項應用科技設施之規劃方案。
 - (3) 舉辦環境輔助生活技術導入長期照護服務研討會乙場，以廣納各界建言，激發創新思維。
 - (4) 就全民健保、長期照護相關政府服務進行分析，在資通訊科技應用層面，提出未來銀髮族長照服務範疇之整合相關政策建議。
3. 綜上，本部對於如何建構「以環境輔助生活系統為主軸的長期照護服務」非僅為彙整各部會計畫成果，期能運用資通訊科技技術，對未來銀髮族長照服務範疇之整合，提出完整規劃方案與相關政策建議。本案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(四)

本部「科技發展工作」項下「數位資訊醫療之推動與整合」

辦理智慧銀髮健康計畫相關工作編列 820 萬元，針對 103 年度之 AAL 計畫成果尚未明朗即提出 104 年度計畫乙節，說明如次：

1. 本部曾於 103 年度辦理「103 年度委託科技研究計畫－擴大科技應用於照護服務與醫院創新醫療」之子計畫「長期照護服務導入環境輔助生活技術研究」，因投標廠商所投之計畫書經審查委員審查，認為不符本案所需，為維護研究品質，本案將再次招標辦理，預計執行期程 8 個月後提出期末報告。
2. 由於智慧銀髮族之健康照護科技應用甚為廣泛，為能持續有效地跟隨數位應用發展，前述研究計畫案，本部已規劃執行單位在研究成果符合本部要求時，得以採後續擴充方式續辦研究計畫，既可節省委辦採購行政程序與人力，並可延續執行單位之執行成效，供本部政策參考。
3. 綜上，「智慧銀髮健康照護服務」之研究規劃，係採一次採購並保留後續擴充方式辦理，以取得品質較佳之執行方案，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)第 1 項決議事項(六)

本部「科技發展工作」項下「推動中醫藥科技發展計畫」編列 5,815 萬 2,000 元，針對中藥師或中藥材商管理師等養成政策方向未明乙節，說明如次：

1. 近年來世界衛生組織陸續發表傳統醫學發展策略，呼籲各國政府應重視並加以發展，歐、美各國已紛紛跟進，目前已有 100 多個 WHO 會員國訂定傳統醫藥法規。臺灣中醫藥發展在教、考、用、研、法等，皆有完備之制度與措施，應可認屬 WHO 所認定對於傳統醫藥積極發展與應用之整合型國家。
2. 對於傳統中醫藥之發展，本部向極重視，並藉由政策型科技

發展相關計畫與經費，推動中醫醫療品質、中西醫整合、提升中藥品質與安全、建構中藥用藥安全、臺灣中藥典編修、臨床療效評估、中醫藥衛生教育、中醫藥產業創新研究及國際交流等各項工作。

3. 隨時代變遷，醫療專業分工日趨精細，面對不同階段的環境改變、新興科技發展，如何提升醫藥服務品質及資源的合理配置，以保障國人健康，為本部重要的使命。是以，促進中醫、中藥專業知能提升，強化中醫藥服務團隊之合作分工模式，中藥材自源頭管理至市場端的整體服務價值鏈，均是本部刻正積極推動之政策作為。
4. 中醫師臨床訓練方面，103 年全面實施「中醫醫療機構負責醫師訓練制度」，欲擔任負責醫師者，均須至教學醫院或中醫醫院評鑑合格醫院，接受基本訓練課程、中醫內、婦、兒、針、傷科及急診、西醫一般醫學等 8 部分 2 年訓練。
5. 建立中藥材管理人員制度方面，本部已擬具「藥事法部分條文修正草案」，讓有志從事中藥販賣業務人員，經由技能檢定考試，取得中藥材管理人員資格。本修正草案 大院業於本(104)年 1 月 8 日召開審查會議，俟修法程序完成，未來該類人員將可從事中藥材管理等相關業務。
6. 另為健全中藥專業服務人力制度，委託義守大學進行「建立中藥藥事人員考試制度之研究」計畫，並於本(104)年 2 月 4 日邀請相關公學會、專家及學者，就中藥專業人員之人力需求、教育與訓練等相關議題進行意見交換，本部將秉持專業人員教考訓用與持續教育精神，審慎研議評估前揭人力政策，持續與各界溝通凝聚共識，以促進中醫藥服務品質。
7. 辦理中醫藥專業人員繼續教育方面，為落實中醫醫事人員繼續教育及執業執照更新制度，本部輔導中醫師公會全國聯合會、藥師公會全國聯合會、中醫專科醫學會、中醫護理團體等，辦理中醫師及藥師繼續教育活動、中醫護理訓練活動，

以促進中醫醫事人員執業素質與提升中醫醫療照護品質。

8. 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(七)

本部「科技發展工作」項下「推動中醫藥科技發展計畫」編列 5,815 萬 2,000 元，針對完整的中醫藥體系遲未建立，「固有成方」之項目與範圍未依法公布乙節，說明如次：

1. 「固有成方」，係指我國歷代典籍記載，具有醫療效能之中藥方劑。本部先前業已擇定醫宗金鑑、醫方集解、本草綱目、本草拾遺、本草備要、中國醫學大辭典及中國醫藥大辭典作為中藥藥品查驗登記審查參考依據；另並邀集中藥產業相關業者，就歷代中藥典籍方劑，進行逐案討論，業已公告中藥基準方 200 方，供各界參考。
2. 藥事法 103 條第 3 項所稱「固有成方」，係指依特定顧客自用需求，依據固有成方調配不含毒劇中藥材的傳統丸、散、膏、丹及煎藥，為客製化藥事服務。中藥商從業人員得以前項中藥基準方 200 方為基礎，作為中藥販賣業者提供藥事服務調配之依據，以利中藥用藥安全管理。
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。

二、「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(一一七)

本部「財團法人國家衛生研究院發展計畫」項下「促進健康老化及產業升級—新藥及保健食品之研發」編列 5,639 萬 1,000 元，針對該計畫目標與國衛院成立之目標顯有不符乙節，說明如次：

1. 本計畫係配合科技部政策之「雄才大略」計畫，規劃藉由整合產、官、學、研各自之優勢以及研發資源，研發治療老年易發疾病之新穎藥物(如糖尿病、癌症用藥)，並藉由國衛院生技與藥物研究所累積之成功的新藥研發中游經驗，協助促成學界與產業界之實質合作，以提升產業競爭力。
2. 本計畫除新穎藥物研發計畫外，另包含由陽明大學主導的一項保健食品研發及一項藥妝品研發，均是著眼於老化過程中常見之健康問題。保健食品研發主要是針對顯著影響高齡人口健康的肌少症，陽明大學研究團隊過去幾年的致力研究，已使其成為世界上肌少症研究的主要團隊之一，規劃將其研究發現之結果進行肌少症口服營養補充品開發的配方，進而進行穩定性與安全性測試，選擇適合高齡者使用之劑型與調味，並進行臨床試驗以驗證療效；藥妝品研發主要是針對皮脂腺退化引起的皮膚乾燥搔癢等皮膚老化問題，陽明大學研發團隊由初步的細胞實驗，顯示萃取的天然植物成分並具有防止皮膚老化之功能。兩項研發計畫都是針對高齡人口易發生之健康問題尋求解決之道，均為屬於下游階段的研發計畫。
3. 由於國衛院生技與藥物研究所是國內少數具有整合性新藥研發技術平臺的研究單位，且歷年來於重要疾病領域已有豐碩成果產出，並已完成數項技術移轉案，對於推動學研界的研發能量轉移至產業界，已塑造成功經驗模式。故於本計畫執行中，陽明大學原本已與業界合作之研發成果期能藉由國衛院之中游研發經驗協助，成功推動至業界承接應用，除可達成生技製藥產業之持續發展及深化產學研合作之基礎，並可增進國人老年生活之健康，達成推動生技製藥產業向前發展，縮短產學差距的目標。
4. 國衛院所編列之經費 5,639 萬 1,000 元均將全數用於其主導新藥研發計畫之執行(與保健食品及藥妝品研發並無直接關

連)，研發能量亦將聚焦於此。然如能於本計畫執行中同步協助推動陽明大學已於下游階段的生技研發成果加速產品化，亦有助於國內生技產業的發展與提升。

5. 綜上，國衛院所編列之計畫經費皆全數用於研發治療老年易發疾病(含糖尿病、癌症)之新穎藥物，編列經費執行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、「社會保險行政工作」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(一一八)

本部「社會保險行政工作」編列 3,918 萬 7,000 元，針對補充保險費制度衍生許多公平性爭議迄仍無法解決乙節，說明如下：

1. 二代健保補充保險費制度之施行，係為拉近所得相同者之保險費負擔，並改善僅有薪資所得者負擔較重之問題，102 年 1 月 1 日實施以來，已逐漸步入軌道，並有效提升保險費負擔公平性，各界反映之意見，本部業於 102 年 3 月邀集各領域專家學者組成二代健保總檢討小組進行檢視，業於 103 年 10 月對外公開總檢討報告，並提出政策建議。針對補充保險費議題，建議近期可先研議年度結算機制之可行性，惟應考量結算制度亦有其限制及問題，規劃時應有嚴謹的評估與因應策略；長期則應思考如何進一步擴大計費基礎，提高計費上限，並持續研議更穩健之財務制度，惟被保險人職業類目保留與否，牽涉的問題複雜性極高，有待未來更審慎周全之規劃。
2. 本部對於專家學者提出之各項政策建議十分重視，謹對目前研處結果說明如下：
 - (1) 年度結算機制雖可因應補充保險費採逐筆就源扣費且不結

算方式所引發的公平性質疑，並避免民眾刻意將所得拆單、拆筆，惟與全民健康保險法之現行規定不符，考量目前扣費義務人皆已依現行扣繳制度投入資源、建置系統，且逐漸熟稔相關業務，民眾亦多已了解並接納相關規定，若於新制度甫實施 2 年即大幅變更計費方式與作業流程，未必符合社會利益，需再累積較多數據，進行客觀分析並經審慎評估後再予落實。

- (2) 前開有關結算制度之顧慮，二代健保總檢討報告亦有相同的見解，爰年度結算制度將列為本部中長期之政策研議方向，目前正由本部中央健康保險署(以下稱健保署)就實務面深入評估年度結算制度之利弊得失，並先行規劃未來若採行年度結算之執行方式及其財務影響。另亦將持續觀察現行制度之執行情況及各界建議，並廣納專業意見，以作為相關制度研議之參考。
- (3) 至於總檢討小組針對長期財務制度規劃之建議，因任何制度之全面性改革，均需時研議方能周延，本部將於本年度成立改革規劃小組，循過去健保改革推動模式，就總檢討報告所提須中長期規劃之政策建議賡續研議，於 2 年內完成具體之改革規劃；期間並將持續蒐集各界對於二代健保之重大反映事項，併未來規劃方案整體考量。基於制度之健全，本部於規劃未來財務改革方案時，無論最終採取何種計費制度，均會在確保財源穩定及提升負擔公平性之原則下進行。
- (4) 依健保署之統計資料顯示，截至 103 年 12 月底止，健保收支累計結餘約 1,233 億元，以現行保險費率 4.91% 推估，預期可在 106 年以前維持當年度收支平衡，並有足額的安全準備，目前財務狀況尚稱穩定。惟因人口老化、醫療科技進步及保險費自然成長率偏低等因素，長期仍將面臨財務壓力。在健保之長期財務改革方案尚未完成規劃施行

前，如預期發生財務缺口，將透過二代健保已建立之收支連動機制，檢討保險給付範圍及保險費率，以維持長期財務平衡。本部亦會持續推動各項開源節流措施，以確保財務健全及健保永續。

3. 民眾對補充保險費已衍生過多規避方式之說明如下：

(1) 依健保法第 85 條規定，扣費義務人未依第 31 條規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費者，健保署得限期令其補繳外，並按應扣繳之金額處 1 倍之罰鍰；未於限期內補繳者，處 3 倍之罰鍰。

(2) 民眾基於合法節費將予以尊重，惟針對惡意避費行為，或投保單位及扣費義務人以不正當方法漏報或短報等情事，健保署可透過查核作業進行比對，並追繳應繳未繳之保險費：

I. 例行查核：健保署皆會定期洽取財稅單位或其他相關外部資料，與被保險人投保金額及扣費義務人申報之繳納資料進行比對查核。

II. 專案查核：健保署亦將擇定較有可能異常或短報者，執行不定期或特定項目之專案查核。經前開查核，如發現為故意或以不正當方法漏報、短報者，另依健保法之規定予以罰鍰之處分。

(3) 健保署將持續輔導民眾、投保單位及扣費義務人，正確辦理補充保險費扣繳事宜，並加強溝通說明保險費各項制度及作業方式。

4. 綜上，委員關切之各項制度改革已逐步檢討落實，該被凍結預算實為持續推動社會保險業務不可或缺，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 1 項決議事項(九)

本部「社會保險行政工作」編列 3,918 萬 7,000 元，針對補

充保費在徵收條件上的爭議與不公平及應提出二代健保總檢討之推行事項乙節，說明如次：

1. 102 年施行之二代健保補充保險費制度，係秉持擴大計費基礎、提升負擔公平之精神，除既有計費方式外，另將原未納入投保金額之高額獎金等 6 項所得，增列為計費基礎，收取補充保險費，費基涵蓋綜合所得之範圍由原先之 6 成擴大至 9 成以上，一般保險費費率並得以調降為 4.91%，使所得相同者之保險費負擔趨近，有效強化社會保險量能負擔之效果。至於其所衍生相關議題，本部前於 102 年 3 月邀集各領域專家學者組成之二代健保總檢討小組，已併同其他二代健保新制度進行檢視，並於 103 年 10 月對外公開總檢討報告，共提出 36 項政策建議。
2. 有關二代健保總檢討報告所提之 36 項政策建議，本部經評估後，針對健保財務制度改革等尚須中長期研議之議題，已規劃成立「二代健保改革規劃小組」，將邀請外部學者參與小組運作，持續蒐集各界意見並研提具體改革方案，以確保健保永續經營。
3. 至於二代健保總檢討政策建議之推行事項，除須交中長期研議之議題外，其餘已在本部例行或逐步推動業務中辦理，並持續列管定期追蹤辦理情形。刻正彙整各項推行事項之辦理進度及規劃情形，將依大院安排議程提出報告。
4. 綜上，本項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。

(三)第 1 項決議事項(十一)

本部「社會保險行政工作」項下「全民健康保險醫療費用協定及監理業務」編列 508 萬 7,000 元，針對全民健康保險會未建立我國重大災變後之相關醫療體系給付原則乙節，說明如次：

1. 健保會自 102 年成立以來，對所協定之 103、104 年度總

額，均在不屬醫院等各部門總額之「其他預算」中編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，各年經費為 10 億元，以支應非預期風險所衍生之費用，並由中央健康保險署管控。其適用範圍與動支程序，業經健保會 103 年 11 月份委員會議討論通過。

2. 查高雄氣爆案即依上開動支程序，提經健保會 103 年 12 月份委員會議議決：同意 103、104 年度「其他預算」之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之款項，可用以支應 103 年 731 高雄石化氣爆事件自發生後起算，共 6 個月各分區該事件之醫療費用。
3. 綜上，本部健保會已有重大災變所衍生費用之因應機制，編列該會行政經費實有其必要性，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(十三)

本部「社會保險行政工作」項下「全民健康保險醫療費用協定及監理業務」編列 508 萬 7,000 元，針對全民健康保險會時有委員常以代理人代理出席會議，恐降低委員應發揮之功能乙節，說明如次：

1. 依全民健康保險法第 5 條第 5 項授權主管機關訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」第 15 條規定，健保會委員應親自出席會議，因故不能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人，受指派之代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決，以利健保會審議、協議、諮詢及討論相關法定事項。
2. 本部已依組成及議事辦法第 7 條「委員於任期內未親自出席會議次數超過三分之一，列為下屆續聘之重要參考」規定，辦理第二屆(任期 104 年 1 月 1 日至 105 年 12 月 31 日)委員之聘任事宜。

3. 另為督請健保會委員親自出席委員會議，以了解健保業務並為其所代表之團體發聲，業將該會委員出席會議情形，包含是否親自出席、委由代理人出席，或中途離開改由代理人出席的時間等，呈現於會議紀錄對外公開，供社會大眾檢視委員出席狀況，促使其負起參與會議之責任。
4. 為廣納各界建議，本部刻正積極檢討組成及議事辦法之相關規定，並將循法制作業程序辦理修訂事宜。
5. 綜上，編列該會行政經費實有其必要性，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(十四)

本部「社會保險行政工作」項下「全民健康保險醫療費用協定及監理業務」編列 508 萬 7,000 元，針對健保總額挹注龐大經費用於緩解內外婦兒急診科醫師出走現況，然並未確實改善急重難科別醫師待遇問題乙節，說明如下：

1. 查 102 年支付標準調整案，係因全民健康保險醫療費用協定委員會(全民健康保險會前身)協商未達共識，經主管機關裁定該年度醫院總額之支付標準調整項目成長率為 1.566%(約 50.55 億元)，用於合理調整急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。
2. 本部中央健康保險署(以下簡稱健保署)乃依裁定事項及全民健康保險法規定，提至「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」討論，歷經多次艱難協商，於 103 年 1 月 17 日公告，並追溯自 102 年 1 月 1 日起實施。
3. 本次共調高 516 項特定診療項目之支付點數、5 項基本診療項目之支付點數、提升 151 項兒童加成，新增 4 項住院診察費之兒童專科醫師加成、22 項地區醫院急診及門診診察費加成，以及地區醫院檢查項目累計折付方式比照醫學中心及區域醫院，計 374 項。該調整費用業於 103 年 4 月完成撥付。

4. 為瞭解前開調整案之費用是否流向五大科醫師，健保署於 103 年 3 月底啟動「醫院支付標準調整款項撥付及轉知調查」，並分別於 103 年 6 月、8 月針對未轉知、不撥付之醫院，再次進行輔導。調查問卷之回收率近 100%(僅 1 家院所因已停業而未回復)，查 89%的醫院已將該筆經費撥付予醫師，至其他或有未撥付情形，原因大致為醫師為合夥人、總撥付金額低於 2 萬元、已採保障薪資或已於 103 年起調薪等。爰各醫院已依執行醫師之貢獻度，撥給一定比例之費用。
5. 綜上，編列該會行政經費實有其必要性，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

四、「社會保險補助」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(十五)

本部「社會保險補助」項下「低收入戶健保費補助」編列 94 億 6,416 萬 4,000 元，針對高估低收入戶人數乙節，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 104 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、門診、住院部分負擔逐年成長、103 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. 原內政部社會司(組織改造前)103 年編列低收入戶預算以每人 1,684 元計，係參考中央健康保險署編列 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 元暫訂，然考量已有 4 年多沒有調整，且

中央健康保險署表示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，遂於 103 年 12 月 23 日以健保承字第 1030030822 號令公告，第 5 類被保險人適用之平均保險費為 1,726 元，並自 104 年 1 月 1 日起實施。

3. 102 年第 4 季低收入戶人數 36 萬 1,765 人，以自然成長率 3% 推估 104 年約 37 萬 2,618 人，按每人每月 1,726 元計算，104 年應補助保費為 77 億 1,766 萬 4,000 元；另估算 104 年門診部分負擔 8 億 9,057 萬 8,000 元、住院部分負擔 7 億 8,030 萬 5,000 元，再者因應「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法通過，將延伸支付低收入愛滋病患住院及門診部分負擔將增加需求 245 萬 4,000 元，若 104 年預算凍結 3 億元遲未解凍，將明顯不敷本部應補助之低收入戶健保費、住院及門診部分負擔，影響低收入戶民眾就醫之權益至鉅。
4. 綜上，104 年度低收入戶保險費之預算，考量第 5 類健保保險費已調漲、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之影響等因素，為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

五、「社工及社區發展業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(十六)

本部「社工及社區發展業務」項下「規劃建立社會工作專業」之業務費編列 636 萬 6,000 元，針對主管機關對於全國社工人員之專業訓練欠缺全盤性與前瞻性規劃，社工人員執業安全未獲充分保障乙節，說明如次：

1. 本部為保障社工人員執業安全，提高實務工作效能，前制定「社會工作人員執業安全條例草案」，並於 103 年 1 月 9 日函報行政院審查；依據該院於 103 年 10 月 21 日召開本條例

草案審查會，決議略以：為釐清院際權限分工、法制及政策等問題，以避免未來實施時產生法規競合及執行疑義，於本條例草案未制定前，再徵詢民間相關團體及地方政府意見，於 103 年底前研擬改善社會工作人員執業安全計畫報院核定後據以辦理。

2. 本部業依行政院上開會議結論研訂「推動社會工作人員執業安全計畫(草案)」，強化教育訓練及提供完備之安全防護措施，落實風險管理，建立社工人員督導機制，以全面充分保障社工人員人身安全，並於 104 年 1 月 15 日函送行政院審查，行政院於 1 月及 3 月間邀集本部召開 2 次審查會前會，將原計畫草案名稱修正為「社會工作人員執業安全方案」草案(以下簡稱本方案草案)並增修部分內容，行政院復於 104 年 3 月 19 日召開審查會原則通過。
3. 行政院於 104 年 4 月 1 日核定「社會工作人員執業安全方案」，未來透過本方案，可落實建構「安全就業」、「安心服務」及「安定管理」的友善職場，並能促進社工人員、服務對象及進用單位達到社工安全升級、服務品質提升及創造友善職場之三贏。
4. 本計畫草案推動重點如下：
 - (1) 研訂社工人員風險量表及安全防護、指引之參考原則。
 - (2) 建置執業安全防護措施。
 - (3) 制定人身安全分級訓練課程，建置人身安全防護之標準工作流程，提升社工人員服務之專業品質。
 - (4) 建立社工人員執行業務，遭受騷擾、恐嚇、威脅，致生危害之通報機制。
 - (5) 社工人員因執業遭受侵害之重大事件，對其進用單位相關缺失及執業環境之輔導改善。
 - (6) 檢討社會福利及其他相關法規，並研議將傷害社工人員加重罰則之規定入法。

- (7) 建立社工人員因進用單位未提供適足執業安全防護措施所需之救濟或申訴機制。
 - (8) 落實社工人員執業安全督導機制。
 - (9) 盤點現行相關社工人員人身安全及職業安全法令、編製社工人員人身安全手冊及案例彙編。
 - (10) 支給社工人員執行風險工作補助，或視風險需要酌予補助民間團體之社工人員投保執業安全保險。
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。

六、「護理及健康照護業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(一二三)

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 1,277 萬 8,000 元，針對醫院鑽法令漏洞，血汗護士現象持續上演，醫院評鑑的人力數字與實情不符乙節，說明如次：

1. 推動護理改革計畫：

- (1) 為改善護理人員工作環境，本部於 101 年 5 月提出「護理改革近中程計畫」，並積極執行相關改革策略，降低護理人員工作負荷、提高護理薪資及待遇、改善職場環境，及推動偏鄉護理菁英計畫等，以促使已在護理職場之護理人員留任及增加護理人力回流。
- (2) 依據本部醫事管理系統統計，截至 104 年 3 月底止全國護理執業人數共 14 萬 7,397 人，較改革前增加 1 萬 0,982 人。而全國醫院護理人員總離職率已由 101 年之 13.14% 下降為 102 年底 11.2%，為自民國 99 年來最低；全國護理人員的總空缺率則由民國 100 年的 7.4%，101 年略降 7.2%，到 102 年降至 6.3%明顯改善，但仍需進一步持續改善。

2. 研訂醫院評鑑基準「三班護病比」：

- (1) 101 年 12 月至 102 年 4 月間，本部共召開 8 次三班護病比研商會議，協調醫院團體及護理團體提出建議版本。
- (2) 102 年 2 月 26 日公告修正「醫院評鑑基準」，2.3.7「護理時數合理」之白班護病比規定列為重點條文，經評量為不合格者，須限期改善並接受「重點複查」，複查不合格即為評鑑不合格。
- (3) 102 年 4 月 23 日、103 年 5 月 9 日分別公告 102 年、103 年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，並於試評檢討後，104 年正式納為評鑑項目。
- (4) 本部業於 103 年 1 月 28 日依照立法院相關決議，於「醫院資訊公開專區」公布個別醫院(去辨識)之「三班護病比」試評數據，以及公開統計分析資料，未來將持續辦理。
- (5) 針對 104 年醫院評鑑基準條文，於 103 年 10 月 27 日及 12 月 18 日召開研商 104 年醫院評鑑基準「三班護病比合理」條文草案會議，邀集醫院及護理團體共商，並於 104 年 2 月 9 日公告修正醫院評鑑基準，將全日平均護病比納為正式條文。

3. 推動「住院保險診療報酬與護病比連動制度」：

- (1) 為辦理「住院保險診療報酬與護病比連動」，本部健保署已於 103 年 8 月 13 日公告實施，於 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20 億元經費中編列 4 億元，辦理「急性一般病房每月三班平均照護人數」支付項目，融入護病比連動制度之概念，藉以試辦「住院保險診療報酬與護病比連動」。
- (2) 另 104 年醫院總額亦於一般服務部門編列經費 20 億元，用於調增住院護理支付並與護病比連動。本部健保署已邀集中華民國護理師護士公會全國聯合會、臺灣醫院協會、本

部醫事司及護理及健康照護司提供意見，並於 104 年 3 月 24 日召開「住院護理費支付標準討論會議」，會議決議如下：

- I. 品質報告列為住院護理費依全日平均護病比加成之必要條件。
- II. 偏鄉醫院之住院護理費予以加成，惟偏鄉醫院之定義請與會單位於會後提供意見，將於下次會議中討論。
- III. 護理人力監理指標包含各醫院全日平均護病比、急性一般病床（含精神科急性病床）占床率以及醫院執業登記護理人力。
- IV. 行政配合事項：醫院需每月填報全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數等結構性資料，另將各醫院全日平均護病比加成結果及占床率公開於本部健保署全球資訊網網頁。

另，待凝聚共識項目：住院護理費支付標準與護病比連動之調整方案，因與會代表未凝聚共識，將請與會單位於會後提供支付標準調整方案予本部健保署彙整，將儘速再次召開會議研議。

4. 綜上，鑑於本項經費主要作為改善護理執業環境，推動護理改革計畫，維護護理人員權益，確有實需。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(二十八)

本部「護理及健康照護業務」之業務費編列 3 億 4,754 萬 9,000 元，針對本部預算越編越多，成效卻一年比一年差，醫院領了補助款卻未補足護理人力，及醫院三班護病比 104 年後僅納為重要評鑑項目，顯見本部政策方向有誤乙節，說明如次：

為改善護理執業環境及減輕工作負荷，本部於 101 年 5 月推動護理改革計畫，跨部會積極執行各項改革策略。以下就「護理

改革計畫」、「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」、「醫院評鑑基準『三班護病比』」等辦理情形，摘要分述：

1. 護理改革計畫：

- (1) 為改善護理人員工作環境，本部於 101 年 5 月提出「護理改革近中程計畫」，並積極執行相關改革策略，降低護理人員工作負荷、提高護理薪資及待遇、改善職場環境，及推動偏鄉護理菁英計畫等，以促使已在護理職場之護理人員留任及增加護理人力回流。
- (2) 依據本部醫事管理系統統計，截至 104 年 3 月底止全國護理執業人數共 14 萬 7,397 人，較改革前增加 1 萬 0,982 人。而全國醫院護理人員總離職率已由 101 年之 13.14% 下降為 102 年底 11.2%，為自民國 99 年來最低；全國護理人員的總空缺率則由民國 100 年的 7.4%，101 年略降 7.2%，到 102 年降至 6.3% 明顯改善，但仍需進一步持續改善。

2. 推動全民健康保險提升住院護理照護品質方案：

- (1) 全民健康保險提升住院護理照護品質方案自 98 年開始實施，6 年來共計編列 91.65 億元(預算及決算數詳下表)，鼓勵醫院重視護理照護，提高住院病人醫療照護品質。

年度	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年	103 年
預算數	8.325 億	8.325 億	10 億	20 億	25 億	20 億
決算數	7.47 億	8.325 億	8.75 億	19.96 億	24.95 億	尚未完成結算

- (2) 98-102 年共增加護理人力 6,205 人(各年淨增加人數詳下表)，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。

年度	99 年	100 年	101 年	102 年	總計
淨增加護理人員數	1,184	1,709	1,069	2,243	6,205

- (3) 為落實專款專用之精神，方案規定領有獎勵款之醫院應將該款項應用於提升護理人力之配置及優先提高護理人員大、小夜班費、加班費等獎勵措施，應將款項之運用情形提報保險人備查，依醫院填報 101 年至 102 年獎勵款項應用情形，大多用於增聘護理人力、提高護理人員薪資、提高大小夜班費、加班費及加發獎勵金。惟 101 年有 6 家醫院，經本部健保署各分區業務組輔導後，不符獎勵項目之情形，本部健保署已依規定追扣計 91 萬 9,280 元。102 年獎勵款除因歇業未填報款項應用之醫院予以追扣 8 萬 2,344 元外，其餘醫院款項之應用均符合本方案之規定。
- (4) 另為鼓勵醫院加強改善護理人員執業環境，103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」增列經勞動檢查發現違反護理人員相關勞動法令者，處分日期當月不予核發符合醫院評鑑人力標準、偏鄉醫院住院護理費點數加成及急性一般病房每月三班平均照護人數獎勵金，上述款項已支付者，則追扣支付之費用等相關規定。
- (5) 為辦理「住院保險診療報酬與護病比連動」，本部健保署已於 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20 億元經費中編列 4 億元專款小規模試辦；另 104 年醫院總額亦於一般服務部門編列經費 20 億元，用於調增住院護理支付並與護病比連動。本部健保署已邀集中華民國護理師護士公會全國聯合會、臺灣醫院協會、本部醫事司及護理及健康照護司提供意見，並於 104 年 3 月 24 日召開「住院護理費支付標準討論會議」，會議決議如下：

- I. 品質報告列為住院護理費依全日平均護病比加成之必要條件。
- II. 偏鄉醫院之住院護理費予以加成，惟偏鄉醫院之定義請與會單位於會後提供意見，將於下次會議中討論。
- III. 護理人力監理指標包含各醫院全日平均護病比、急性一般病床（含精神科急性病床）占床率以及醫院執業登記護理人力。
- IV. 行政配合事項：醫院需每月填報全日平均三班護理人員數、占床率、急性病床數等結構性資料，另將各醫院全日平均護病比加成結果及占床率公開於本部健保署全球資訊網網頁。

另，待凝聚共識項目：住院護理費支付標準與護病比連動之調整方案，因與會代表未凝聚共識，將請與會單位於會後提供支付標準調整方案予本部健保署彙整，將儘速再次召開會議研議。

3. 研訂醫院評鑑基準「三班護病比」：

- (1) 101 年 12 月至 102 年 4 月間，本部共召開 8 次三班護病比研商會議，協調醫院團體及護理團體提出建議版本。
- (2) 102 年 2 月 26 日公告修正「醫院評鑑基準」，2.3.7「護理時數合理」之白班護病比規定列為重點條文，經評量為不合格者，須限期改善並接受「重點複查」，複查不合格即為評鑑不合格。
- (3) 102 年 4 月 23 日、103 年 5 月 9 日分別公告 102 年、103 年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，並於試評檢討後，104 年正式納為評鑑項目。
- (4) 針對 104 年醫院評鑑基準條文，於 103 年 10 月 27 日及 12 月 18 日召開研商 104 年醫院評鑑基準「三班護病比合理」條文草案會議，邀集醫院及護理團體共商，並於 104

年 2 月 9 日公告修正醫院評鑑基準，將全日平均護病比納為正式條文。

- (5) 本部業於 103 年 1 月 28 日依照 大院相關決議，於「醫院資訊公開專區」公布個別醫院(去辨識)之「三班護病比」試評數據，以及公開統計分析資料，未來將持續辦理。
 - (6) 另本部自 96 年起即邀請醫事團體擔任觀察員列席參與實地評鑑，並自 99 年新增醫用者擔任觀察員，期透過參與實地評鑑，提供評鑑制度、評鑑委員及評鑑基準之相關建議，供本部作為制度規劃及基準研修之參考。
4. 綜上，鑑於本項經費主要作為改善護理執業環境，推動護理改革計畫，維護護理人員權益，確有實需。而本部亦於 104 年 3 月 3 日依委員所提意見，送交醫療環境護病比改善計畫檢討書面報告至大院社會福利及衛生環境委員會。爰為利業務持續推動，敬請惠予支持，准予動支。

(三)第 1 項決議事項(二十九)、(三十)

本部「護理及健康照護業務」項下「推動身心障礙醫療復健網絡」編列 2,129 萬 7,000 元，針對身障者在鑑定過程負擔高額檢查費用，影響權益甚鉅乙節，說明如次：

- 1. 身權法第 6 條第 4 項規定：有關障礙鑑定服務所需之項目及費用，應由直轄市、縣(市)衛生主管機關編列預算支應，並由中央衛生主管機關協調直轄市、縣(市)衛生主管機關公告規範之。
- 2. 本部於 101 年 12 月 19 日及 102 年 6 月 18 日召開新制身心障礙鑑定衛生局聯繫會議，依據前項法規規定，已協調各縣市衛生局公告規範，障礙鑑定服務所需之項目及費用，包含單項及多項鑑定費、單項及多項到宅鑑定費、交通費等，103 年全國衛生局編列障礙鑑定服務所需之預算計約 2.75 億元。

3. 為減輕身心障礙者之負擔，本部 103 年 3 月 25 日再次召開衛生局聯繫會議，並函各衛生局檢討所轄鑑定醫院執行身心障礙鑑定時，檢查收費應比照健保支付點數收取檢查項目費用。
4. 本部於 103 年 11 月 6 日召開身障鑑定所需之項目及費用討論會，請地方政府考量地方財政，將障礙鑑定相關檢查列為障礙鑑定服務所需之項目，編列預算支應其費用並公告規範之。並於 103 年 12 月 5 日函各衛生局為減輕身心障礙者鑑定相關檢查費用負擔，請各衛生局依地方財政，將障礙鑑定相關檢查列為障礙鑑定服務之項目，並編列預算及依法公告之。又於 104 年 3 月 30 日再召開衛生局聯繫會議，協調依地方財政編列預算支應檢查費並依法公告。
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。

(四)第 1 項決議事項(三十三)

本部「護理及健康照護業務」項下「推動長照服務體系及長照服務網業務」編列 732 萬 4,000 元，針對未正確評估長照資源與缺口，長照服務的內涵欠缺彈性與多元，影響我國長照體系的建立乙節，說明如次：

1. 為因應國內人口老化及少子化現象，與家庭照顧功能日益薄弱之趨勢，目前我國正循序三階段建立長期照護制度：第一階段(97-106 年)長照十年計畫，為基礎服務模式；第二階段(102-105 年)長照服務法及長照服務網計畫，為健全體系，普及網絡；第三階段規劃推動長期照護保險。
2. 為提供失能者適切的長照服務，97 年起本部協同各縣市政府積極推動長照十年計畫：
 - (1) 積極建立長照服務輸送模式及發展多元服務方案，服務內容包括：喘息服務、照顧服務、老人營養餐飲服務、居家

護理、居家(社區)復健、輔具購買(租借)及居家無障礙環境改善、交通接送、長期照顧機構 8 項。

(2) 為整合長照服務資源，本部協助建立地方照顧管理制度，輔導 22 個縣市設置長期照顧管理中心，作為受理連結及輸送長期照顧服務之單一窗口。

(3) 推動長照十年計畫，已獲具體成效，服務量占老年失能人口數比率由 97 年 2.3% 提升至 103 年底 33.2%，累計服務人數 15 萬 5,288 人。

3. 建置長照服務網，依照規劃內容及時程展開長照服務網計畫，逐步充實長照服務量能發展在地資源：102 年 63 次區均有失能失智社區服務(102 年設 120 所日間照顧、103 年設 22 個失智症社區服務據點)、22 縣市均有中期照護(103 年再增加 129 家醫院)、105 年完成 89 個資源不足區至少一個服務據點(至 103 年已建置 66 個據點)、104 年 63 次區每萬失能人口 700 床(103 年 11 個不足次區，已通過 3 個次區之申請)。

4. 有關長照人力現況與需求：依據本部 103 年盤點結果，目前本國照顧服務員 2 萬 1,763 人(其中居家服務 7,945 人)；以長照保險推估：照顧服務員缺 3 萬 4,902 人，醫事人員缺 7,796 人(其中護理人員 5,668 人、物理治療人員 705 人、職能治療人員 1,423 人)。本部已將充實長照人力資源納入長照服務網計畫重點，持續推展培訓計畫。

5. 為健全長照服務體系之發展，滿足民眾社區化及多元長照需求，本部積極推動長照服務法，法案包括以下重要制度：

(1) 為整合居家、社區及機構住宿式長照服務之基礎，並為小規模多機能或團體家屋之整合性服務模式取得法源依據；讓民眾可依其需求選擇不同的服務。

(2) 整合社政、衛政及退撫系統之長照服務，民眾尋求長照服務不再多頭馬車產生混淆。

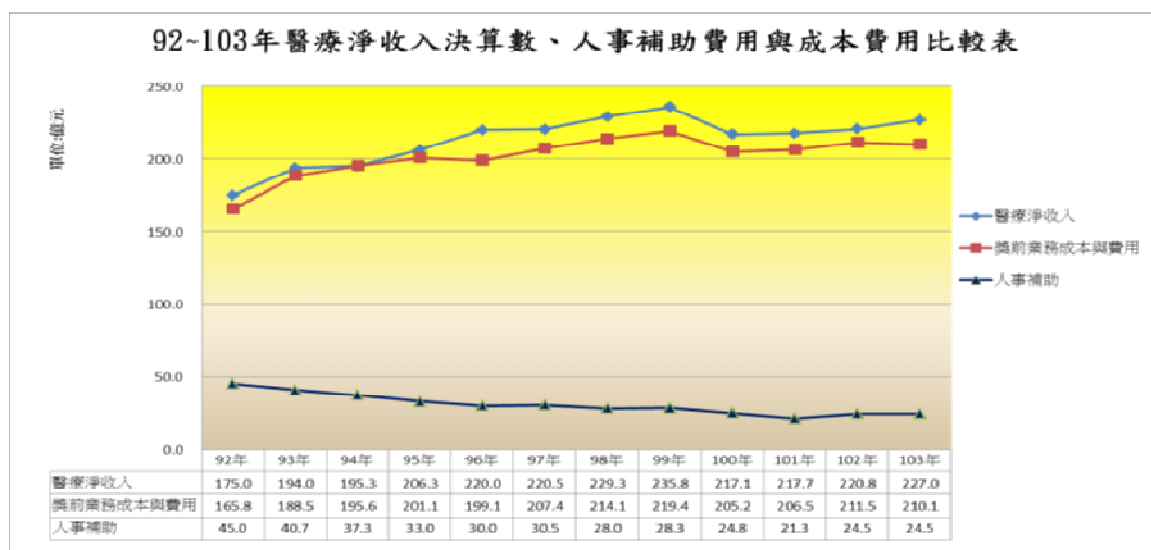
- (3) 外籍看護工於長照服務中為個人看護者之定位已有共識，且為外籍看護工之雙聘制度(由長照機構聘僱後派遣至家庭提供服務，或由雇主個人聘僱)訂定基礎，及新入境之外籍看護工其雇主可申請補充訓練。
 - (4) 以長照基金獎勵資源不足地區及型態之長照資源，以完成長照基礎建設。
 - (5) 納入家庭照顧者之支持服務。
 - (6) 無扶養人或代理人之失能者接受機構住宿式長照服務時，地方政府應負起監督服務品質之責。
6. 為提供家庭照顧者完善的服務，建構家庭照顧者支持服務體系，滿足家庭照顧者需要，並保障家庭照顧者獲得所需之個人支持及照顧，本部積極規劃並推動相關辦理事項如下：
- (1) 建置家庭照顧者支持網絡：建置全國性家庭照顧者諮詢服務專線(02-2585-5167、02-2585-5176 及 02-2585-5756)。
 - (2) 針對長照十年計畫服務對象之高風險家庭照顧者提供轉介服務：經長期照顧管理中心轉介之家庭照顧者，提供主動電話關懷、照顧技巧諮詢、心理協談、同儕照顧經驗分享、營養資訊諮詢及法律諮詢等服務。
 - (3) 為提供家庭照顧者能簡易搜尋各類資源：已完成建置全國性家庭照顧者友善互動式平臺網站、維護平臺網站建構，增加網站瀏覽量、建置高風險照顧者個案資料庫及專業人員師資資料庫。
 - (4) 規劃長照志工教育訓練課程。
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。

七、「醫院營運業務」計畫方面

(一)第 1 項決議事項(三十四)

本部「醫院營運業務」項下「醫院營運輔導」編列 38 億 1,332 萬 4,000 元，其中獎補助費對特種基金之補助編列 35 億 1,858 萬 2,000 元，針對本部所屬醫院經營績效不佳，應重新定位角色與使命，補足人力與經費，及應訂定所屬醫院獎勵金發放標準及嚴格考核監督乙節，說明如次：

1. 本部目前有 26 家醫院，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 92 年至 104 年公務預算補助遞減 45.56%(由 45.02 億元減少至 24.51 億元)，但所屬醫院自 92 年至 103 年醫療淨收入決算卻逐年成長，由 175 億元增加至 227 億元，約成長 29.71%；在收入增加之外，相對之醫療成本亦逐年增加，自 92 年由 165.8 億元增加至 103 年之 210.1 億元，增加約 44.3 億元(增加 26.72%)，如下圖：



圖：92-103 年醫療淨收入決算數、人事補助費用與成本費用比較圖

2. 本部各醫院獎勵金的提撥方式，是由業務總收入扣除成本後，如有賸餘再依「公立醫療機構人員獎勵金發給要點」及「衛生福利部所屬醫療機構績效評核原則」提撥 80%發放獎勵金。如果未計算代管資產攤提的折舊，各院的營運狀況應屬不錯，因此才可提撥獎勵金，但因各院都需攤提公務預算

資產折舊，再加上部分醫院因業績不佳，才會造成業務賸餘出現負數。

3. 查本部公務預算補助醫院皆用於偏鄉離島、弱勢族群及公共衛生政策等任務，以 103 年度為例：

(1) 人事費：偏遠、離島、療養院、胸腔病院醫院，計 24 億 5,097 萬 3,000 元。

(2) 退休撫卹、優惠存款利息差額等：計 9 億 9,589 萬 3,000 元。

(3) 試辦急性後期照護計畫、偏遠地區醫院重整服務效能、建置醫療設施設備、漢生病巡迴檢診及防治、結核及胸腔防治等，共計 4,831 萬 4,000 元。

(4) 公費養護床：漢生病 216 床、精神病 1,724 床及烏腳病 3 床，計 2 億 8,500 萬元。

4. 為更有效提升營運績效、重新定位公立醫院角色與使命及補足人力等因應對策如下：

(1) 做好成本管控：

I. 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) 補足人力：醫院係救人且全年無休的醫療單位，需要配置輪值三班醫護人員，「有品質的工作環境，才能提供有品質的醫療照護」，故補足醫護人力，讓醫護人員免除高風

險與超負荷的工作，是本部及所屬醫院必須重視且解決之課題。103 年本部就「人力配置問題」已召開 3 次會議，截至 103 年 12 月底止，本部所屬醫院職員空缺率已降至 3.46%。本部亦會持續要求各醫院視其營運狀況，並考量醫療政策需求，相關法規規範，增補醫事人員。

- (6) 重新定位公立醫院角色：本部於 100 年署醫發生重大採購弊案後，立即辦理所屬醫院總體檢，針對經營方針、財務狀況、採購流程、委外合作、政策配合、社會貢獻、薪資給與等七大項目逐一進行所屬醫院輔導及改造工作，依前揭體檢小組之建議，以醫院屬性區分：區域型醫院、地區型醫院、離島型醫院及特殊專科型醫院(精神療養院、樂生療養院、胸腔病院)，各醫院重新定位功能及發展重點，規劃營運短中長期計畫，並於 101 年完成所屬醫院總體檢結果追蹤查核，將各院之改善成效列入隔年度醫院績效考核之參考。本部復於 103 年度再次辦理所屬醫院總體檢業務，請體檢委員協助審視各醫院營運狀況、整體定位及發展方向，爰參照委員建議事項，自 104 年 1 月起，已陸續安排 11 家醫院進行深度之定位及發展方向訪談，預計於近期完成各醫院訪談結果報告，並依照各醫院現況與醫院院長進行雙向溝通，以輔導醫院定位更加明確、發展正確可行方向，提升醫院營運之效能；當賡續妥處，期使部屬醫院成為最值得民眾信賴之醫院。

5. 綜上，本部所屬醫院為肩負起公醫照顧偏鄉離島及弱勢之責，且維持一定之醫療水準及服務品質，編列經費補助實有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

貳、疾病管制署業務報告：

一、「防疫業務」計畫方面

(一)第 2 項決議事項(二)、(三)

本部疾病管制署「防疫業務」項下「檢疫防疫業務」辦理登革熱及其他病媒蚊防治業務編列 3,140 萬 6,000 元，其中業務費編列 3,054 萬 7,000 元，針對登革熱疫情嚴重失控，防疫工程付之闕如、有待加強乙節，說明如次：

1. 我國 103 年登革熱疫情，受到全球疫情嚴峻影響，加上 103 年氣溫較高、雨量較多，以及原屬疫情集中區的高雄市前鎮、苓雅區發生氣爆事件，均對疫情控制增添不利因素。惟經中央相關部會與地方政府共同落實防治作為，疫情自 103 年第 45 週(11 月初)到達高峰後趨緩，目前僅有零星病例發生。
2. 為加強登革熱防治工作，本部訂有「登革熱及其他病媒傳染病防治計畫」，研訂多元防治策略，並積極協助地方政府推動防治工作。103 年辦理情形如下：
 - (1) 年初提撥經費 2 千萬餘元予登革熱高風險縣市辦理登革熱防治計畫。另於 8 月底奉行政院同意動支第二預備金 3,000 萬元，協助高雄市因應疫情。
 - (2) 中央跨部會合作方面，本部與行政院環保署分別於 4 月 22 日、8 月 29 日及 11 月 18 日邀集相關部會及地方政府召開 3 次流行疫情處理協調會報，強化中央與地方之合作協調，並協請國防部於流行期持續派員支援緊急防治噴藥工作。
 - (3) 督導登革熱高風險縣市推動社區動員及病媒蚊密度調查。103 年登革熱高風險縣市共成立 939 隊村里滅蚊志工隊，於社區中積極動員，主動巡查及清除社區內病媒蚊孳生源，降低病媒蚊密度。
 - (4) 103 年 6 月 1 日啟動機動防疫隊，協助及督導各縣市加強登革熱防治工作。另為因應疫情攀升，於 9 月 26 日起擴大

動員各區機動防疫隊，嚴防疫情跨縣市流行。

(5) 為加強對民眾衛教登革熱預防及防治方法，透過電視及廣播媒體公益託播、全國電子字幕機及液晶螢幕託播等多元通路辦理衛教宣導。另於每週召開記者會發布新聞稿，以提供最新疫情訊息，供民眾參考並注意預防措施。

(6) 於流行季來臨前辦理醫事人員教育訓練；視疫情狀況發布「致醫界通函」，以提醒醫療院所加強通報。另因應疫情攀升，於 9 月 3 日召開「103 年登革出血熱臨床診治品質提升討論會」，並續於高雄市各醫院辦理 18 場「登革出血熱病例討論會」，以避免重症及死亡個案之發生。

3. 世界衛生組織指出，登革熱發生率在過去 50 年間增加了 30 倍。登革熱病例數大幅增加及分布區域擴增已是全球趨勢，我國未來發生登革熱大規模流行之頻率勢將增加。本部已規劃成立登革熱防治研究中心，整合流行病學、臨床醫療、病媒防治之跨領域專家學者，以創新思維研發登革熱防治新技術，運用於防治政策與實務，以降低登革熱之發生率及死亡率，保障國人健康。

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。

參、中央健康保險署業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 4 項決議事項(一)

本部中央健康保險署「科技發展工作」項下「以醫療科技建構社會保險永續發展藍圖—新一代全民健康保險計畫」之業務費編列 931 萬 8,000 元，針對健保藥費持續攀升，每年浪費金額高達 300 億元乙節，說明如次：

1. 近年人口老化迅速、平均餘命增加，慢性病及重大傷病人數

大幅增加，昂貴的新藥也陸續上市，健保藥費每年成長，是一個必然趨勢，對於由此所衍生之費用成長，無法完全抑制，各國皆然。

2. 依 OECD 藥費占率的定義，藥費僅包含門診藥費及自費購買成藥費用，而醫療費用則包含門、住診醫療及長期照護(保險及自費均納入)、醫療資本設備投入、公共衛生及預防保健等費用，倘我國藥費占率依 OECD 的定義計算，2011 年的藥費占率約為 17.7%，低於韓國(20.2%)與日本(20.3%)，比加拿大(16.6%)稍高。由此可見，我國藥費占率仍較國際趨勢低。
3. 有關領藥後未服用之情形，即所謂的「服藥順從性不佳」，其影響之因素很多，包括慢性病患如高血壓、糖尿病，須長期且規則性服藥，但忘記服藥或未依照醫師囑咐定時服藥，抑或較小的疾病如感冒，所使用的藥品大多屬指示用藥，當症狀改善後，病患就會自動停藥，相對就會有開多、用少的狀況。本部中央健康保險署已與藥師公會合作，針對高診次且高領藥之病人，進行藥事居家照護，協助整理藥盒，避免病人因重複用藥及藥品交互作用所造成之傷害，遇有保險對象取得藥品後未服用之情形，亦予以衛教。為避免藥物浪費，未來仍持續檢討藥品處方開立合理用量問題，並教導病患能規律性服藥。
4. 為使健保藥品多能合理使用，該署自 102 年 7 月起推動雲端藥歷系統，提供醫師及藥師即時查詢病人近三個月的用藥紀錄，避免重複用藥及藥物不良反應，並公開醫院處方重疊率之排行榜，以及針對高領藥之病人，進行藥事居家輔導，均有相當成效。103 年藥費成長率為 4.3%，較 102 年藥費成長率 8.6%，成長率下降 4% 以上。
5. 綜上，為保障病患健康，本部中央健康保險署已有導引合理用藥及避免藥品浪費之機制，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、「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 5,843 萬 8,000 元，針對補充保費制度衍生許多公平性爭議乙節，說明如次：

1. 二代健保總檢討報告所提出之政策建議，已完成初步評估，可立即參採之政策建議，已在例行業務推動；另對於健保財務中長程規劃及二代健保總檢討報告政策建議之可行性評估，正進行研處中。
2. 編列經費持續辦理推動健保業務有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

(二)第 4 項決議事項(四)

本部中央健康保險署「健保業務」項下「醫務管理業務」之業務費編列 344 萬 4,000 元，針對兒童醫院之醫師人力配置較多，惟健保給付未相對增加，不利兒科醫學發展乙節，說明如次：

1. 為鼓勵醫師投入兒童醫院服務，本部中央健康保險署業已針對看診兒童急診之醫師提高健保給付點數，茲臚列如下：
 - (1) 針對看診 6 歲(含)以下兒童之急診診察費得依表定點數加成，6 個月以下加成 60%，6 個月以上未滿 2 歲加成 30%，2 至 6 歲兒童加成 20%；另看診 4 歲(含)以下兒童，門診診察費加成 20%，並針對就醫科別為小兒科或新生兒科之門診診察費，區域醫院及醫學中心加成 17%，地區醫院加成 25%。
 - (2) 針對二千餘項特定診療項目提供急診加成 20-30%、兒童加成 20-100%，包括檢查、處置、手術及麻醉等多項診療

項目。

(3) 101 至 103 年，每年投入 3.2 億元，104 年投入 1.6 億元，用於提升急診照護品質，藉由獎勵急診重大疾病照護品質、適當轉診及急診效率品質監測等方面努力。

2. 為緩解國內內、外、婦、兒及急診科醫師缺額，造成五大皆空之問題，在 102 年醫院總額協商增編 50.55 億元，用於合理調整急重難科別之支付標準，其中分配到兒童醫療的有 6.69 億元、分配到急診的有 10.71 億元。調整項目包括調升檢傷分類第一至三級之急診診察費，調幅 19-80%，調升 11 項兒童處置項目，調幅 2-176%，並新增兒科專科醫師申報住院會診費等 4 項住院診察費得加成 60% 等。
3. 目前健保特約之兒童醫院共計 4 家，且均為教學醫院，包括財團法人臺灣基督長老教會馬偕紀念社會事業基金會馬偕兒童醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院兒童醫院、彰化基督教醫療財團法人彰化基督教兒童醫院，及中國醫藥大學兒童醫院。
4. 為鼓勵教學醫院提供良好之訓練場所及教學資源，本部醫事司自 96 年起開始規劃辦理「教學醫院教學費用補助計畫」，補助教學醫院之教學訓練費用，以 103 年為例，一般醫學訓練及專科醫師訓練每人每月訓練補助費用點數分別為 4 萬 5,000 點及 2 萬 7,000 點。
5. 綜上，本部中央健康保險署業已針對兒童醫院及兒童教學醫院提升健保支付點數，並於 102 年挹注經費調整兒科及急診之支付標準，另本部醫事司亦針對兒童教學醫院提供額外之教學費用補助，編列經費持續辦理推動健保業務有其必要性，敬請惠予支持，准予動支。

肆、國民健康署業務報告：

一、「科技發展工作」計畫方面

(一)第 5 項決議事項(一)

本部國民健康署「科技發展工作」項下「重要婦幼健康問題之研究調查與改進」編列 489 萬 4,000 元，針對所提出之「人工生殖補助方案」，缺乏國際相關政策之規劃細節、成效、補助標準...等資訊乙節，說明如次：

1. 依據 2013 年國際生育醫學聯合會公布，於 2010 及 2013 年收集世界各國人工生殖技術相關問卷調查，關於各國推動人工生殖補助情形，計有 59 個國家(地區)回復資料，結果顯示如下：

(1) 人工生殖補助計 36 個國家：澳大利亞、奧地利、比利時、保加利亞、智利、克羅埃西亞共和國、捷克共和國、丹麥、芬蘭、法國、希臘、香港、匈牙利、冰島、以色列、義大利、日本、哈薩克、拉脫維亞、紐西蘭、挪威、葡萄牙、俄羅斯聯邦、新加坡、斯洛文尼亞、韓國、西班牙、瑞典、突尼西亞、土耳其、英國、阿根廷、利比亞、菲律賓、沙特阿拉伯、美國等。

I. 國家衛生計畫補助之 27 個國家：奧地利、保加利亞、智利、捷克共和國、丹麥、芬蘭、法國、希臘、香港、匈牙利、冰島、以色列、義大利、日本、哈薩克、拉脫維亞、紐西蘭、挪威、葡萄牙、俄羅斯聯邦、新加坡、斯洛文尼亞、韓國、瑞典、突尼西亞、土耳其、英國。

II. 私人保險補助之 5 個國家：阿根廷、利比亞、菲律賓、沙特阿拉伯、美國。

III. 國家衛生計畫補助及私人保險皆有補助之 4 個國家：澳大利亞、比利時、克羅埃西亞共和國、西班牙。

(2) 無人工生殖補助計 23 個國家：白俄羅斯、巴西、喀麥隆、中國、哥倫比亞、剛果民主共和國、多明尼加共和

國、厄瓜多爾、埃及、印度、愛爾蘭(共和國)、象牙海岸、墨西哥、巴拿馬、秘魯、塞內加爾、南非、瑞士、多哥、烏干達、烏拉圭、委內瑞拉、越南等。

2. 有關人工生殖補助條件，目前世界許多先進國家有由政府針對試管嬰兒之人工生殖予以不同條件的補助，包括：補助額度、限制施術年齡、限制補助次數、限制胚胎植入數，說明如下：

(1) 補助額度：

I. 部分定額補助：南韓(約占總費用之 60%，低收入者幾近全額補助)、日本(約占總費用 37-50%)、新加坡(分新鮮胚胎及冷凍胚胎有不同的補助費用，皆約占總費用 37-50%)、捷克、德國(約占總費用 50%)、奧地利(約占總費用 67%)、比利時補助費用占總金額的 9 成。

II. 全額補助：以色列、法國。

III. 其他：英國(各區補助不同，有部分也有全額補助)、丹麥(第一胎有保險補助，媽媽必須低於 40 歲，第二胎僅補助部分藥費)。

(2) 限制施術年齡：南韓規範受術妻年齡需未滿 45 歲、新加坡則規範需在 40 歲以下才予補助、捷克限制受術妻年齡需 39 歲以下才予補助。

(3) 限制補助次數：各國通常都有次數限制，南韓最多 4 次、新加坡 3 次、日本則是 1 年最多補助 2 次，最多補助 5 年、比利時係限 42 歲以下婦女最多提供 6 次人工生殖補助、以色列不限次數，但第 3 個子女出生後即不再補助、丹麥、捷克及德國補助 3 次、法國補助 4 次。

(4) 限制胚胎植入數：各國依據受術年齡，訂有不同胚胎植入數之規定，大多數的國家，限制植入 2 顆。

3. 我國人工生殖補助方案之規劃係參考南韓及日本，故特別說

明兩國情形如下：

(1) 南韓：自 2006 年 3 月，政府為了因應日益降低的生育率，提出了一些相關政策，其中之一，就是在「試管嬰兒」治療費用方面，作『定額、部分補助』計畫，至 2011 年相關補助規範如下：

I. 補助對象：

- i. 已婚夫婦。
- ii. 年齡在 45 歲以內之婦女。
- iii. 須接受試管嬰兒治療者。
- iv. 家庭收入低於『都市家庭平均收入』之 150%者。

II. 試管嬰兒補助內容：

- i. 每次治療週期，定額補助部分費用，一般民眾韓圓 180 萬元/次(約新臺幣 5 萬 6,052 元/次)、低收入韓圓 300 萬元/次(約新臺幣 9 萬 3,420 元/次)。
- ii. 最多補助 4 個週期。
- iii. 高收入者不補助。

III. 經費來源：由政府另撥特別預算支出，不含在一般健康保險的支出預算。

IV. 補助成效：於 2006 年提供補助後，當年度實施人工生殖之週期數為 3 萬 2,783 週期，其中 58%(1 萬 9,136 週期)是接受政府補助，另 42%(1 萬 3,647 週期)為自費，2006 年實施週期數較 2005 年的 2 萬 1,154 週期提升 54.9%，2007 年至 2009 年實施週期數分別為 3 萬 0,057、3 萬 0,234 及 3 萬 3,214(其中補助週期數為 1 萬 4,700、1 萬 3,267 及 1 萬 7,691)，補助後有增加趨勢。

(2) 日本：因為出生率低，自 2004 年開始推出人工生殖補助，至 2013 年相關補助規範如下：

I. 補助對象：

- i. 已婚夫婦。
- ii. 年齡在 43 歲以內之婦女。
- iii. 須接受試管嬰兒治療者。
- iv. 前一年收入總額在 730 萬日圓(約新臺幣 235 萬元)以下之不孕夫妻。

II. 試管嬰兒補助內容：

- i. 每次治療週期，定額補助部分費用 15 萬日圓/次(約新臺幣 4.8 萬元/次)。
- ii. 第 1 年補助 3 次，之後每年最多補助 2 次，最多補助 5 年。

III. 經費來源：中央及地方政府各半，屬於政府預算之專款，而非社會保險費。但若地方經費較多，例如東京都，所補助的額度就會比較多。

IV. 補助成效：申請試管嬰兒補助的週期占全國週期的比率從 2007 年 22.7% 增加至 2013 年 41.3%。補助後治療週期數，由 2007 年 6 萬 0,536 週期增加至 2012 年 13 萬 4,881 週期。

4. 以韓國、日本之經驗，提供補助後實施人工生殖週期數約可增加 4-5 成。我國政府為支持國民達成建構家庭、生兒育女的願望，擬規劃補助不孕症夫妻，以支持和協助有意願生育之不孕夫妻為目的，期望透過政府的支持及醫療體系共同的努力，將人工生殖技術品質做好，減少生產併發症和新生兒相關的風險，同時降低不孕夫妻的經濟負擔。因預算有限且整體補助經費龐大，故本部國民健康署規劃人工生殖第一階段先補助低收入及中低收入戶，最高一年補助 10 萬元。未來視試辦情形及政府財政情況再研議擴大補助對象的可行性。
5. 關於本部國民健康署編列重要婦幼健康問題之研究調查與改進計畫共計執行三項計畫，其中「我國推動孕婦乙型鏈球菌篩檢服務品質及成效」，係為比較全面實施乙型鏈球菌篩檢

前後，新生兒感染率、致死率等相關結果之差異，提供後續執行依據；「外籍配偶建卡管理對其生育保健之服務成效評估研究」，係針對新住民婦女生育健康服務模式，發展成效評估指標，並針對蒐集及調查資料進行分析研究，提供新住民生育保健政策參考；「母乳哺育經濟效益評估研究」，係為建構本土化孕期產婦體重管理標準及母乳哺育經濟效益評估。上述計畫皆為提升母嬰健康重要的連續型計畫，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、「國民健康業務」計畫方面

(一)第 5 項決議事項(二)

本部國民健康署「國民健康業務」項下「預防保健服務」編列 22 億 8,088 萬 1,000 元，針對辦理兒童、婦幼及成人預防保健服務，業務量減少，及清查醫療院所是否詐領健保費乙節，說明如次：

1. 預防保健服務以提供孕婦產前檢查、兒童及成人預防保健服務之相關醫療費用為主，均屬提供民眾之基礎預防保健項目，透過早期發現、早期治療，以減少疾病的發生、殘障及死亡，達成促進全民健康與生命品質目的，並減少健保支出。
2. 因應政府組織改造，自 104 年度起，口腔健康業務移由本部心理及口腔健康司統籌規劃辦理，爰將兒童牙齒塗氟業務獎補助費及相關行政費用移至該司，故國民健康署 104 年度「國民健康業務－預防保健服務」之業務費已從 1,974 萬元調降為 1,671 萬元，較 103 年減少 303 萬元，至於其他三項服務量均隨需求人口數變動而有調整，惟因人口老化，成人預防保健服務需求人口數有明顯增加。
3. 國民健康署預防保健服務業務，係配合全民健康保險財務多

元微調措施，將原由健保支應之預防保健服務，自 95 年起改由國民健康署編列公務預算辦理。當時業務移列並無移撥或增加辦理該業務之人力，為讓服務不中斷及避免行政資源重置，有關醫事服務機構特約及醫療服務費用申報核發等事宜，國民健康署委請中央健康保險署協助辦理，但尚有審核、申復、提供院所諮詢等，亟需以勞務委託方式辦理預防保健服務專案管理計畫，業務方能順利推展。該管理計畫辦理之重要事項說明如下：

(1) 辦理預防保健服務費用核銷檢核作業：

102 年 1-6 月核銷			
	筆數	家數	金額(萬元)
總數	7,281,509	10,941	207,780
核扣	5,356	736	182

102 年 7-12 月核銷			
	筆數	家數	金額(萬元)
總數	5,844,367	11,053	164,209
核扣	3,609	625	132

(2) 辦理通知預防保健服務提供院所，將結果資料上傳之補正作業，及針對逾期未上傳者核扣費用。

102 年補正(兒健、成健)			
成健	筆數	家數	金額(萬元)
通知補正上傳	81,999	2,581	
未上傳追扣	11,955	782	298
兒健	筆數	家數	金額(萬元)
通知補正上傳	13,269	983	
未上傳追扣	2,330	261	75

總計	筆數	家數	金額(萬元)
通知補正上傳	95,268	3,564	
未上傳追扣	14,285	1,043	373

- (3) 辦理預防保健服務費用疑義之相關申復案件及停歇業院所核扣費用催收處理。103年共處理226家院所，5,635件申復案；並完成催收13家停歇業院所，86筆費用共計2萬4,615元。
- (4) 辦理預防保健服務醫事服務機構實地輔導訪查、通知相關公告、受理民眾或醫事服務機構疑義等輔導諮詢事宜。
- (5) 辦理預防保健資料處理、維護及統計分析。
- (6) 完成預防保健服務相關研究案，供相關政策參考。103年為「成人預防保健篩檢之成效」之研究。
4. 為避免醫療院所詐領「預防保健服務」費用，中央健康保險署與國民健康署合作，自資料分析檢核至相關訪查，及配合民眾陳情之處理，層層把關，以確保費用給付均符合規定。說明如下：
- (1) 為確保院所提供預防保健服務之適當性，依契約書第2條、第4條，以及國民健康署請求協助辦理預防保健服務審查作業須知相關規定，中央健康保險署對於特約醫療院所提供預防保健服務之費用申報及核付，須進行審查、檔案分析，以及異常院所之實地審查與稽核事宜。
- (2) 依「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」第二點，該注意事項未規定者，準用全民健保相關法令之規定。爰此，院所如有浮、虛報預防保健服務費用時，得依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第39條及第40條，按違規情節就違反規定之服務項目，予以終止特約或停約一個月、三個月或一年等處分。
- (3) 國民健康署針對中央健康保險署提供之院所申報檔案，依

「醫事服務機構辦理預防保健服務注意事項」規定，查檢申報及上傳結果資料是否不符規定情事，並予以核扣費用。

(4) 每年以民眾申訴、檢舉、高核扣率或申報量異常等院所為主，進行實地輔導訪查，並於訪查過程中針對院所疑義，現場釐清，進行輔導、協助改善。

(5) 透過民眾電話、信箱等陳情，進行瞭解及處理，103 年共收到預防保健相關案件 25 件，其中確實違反補助規定予以核扣費用者 7 件，針對院所加強輔導及與民眾溝通說明者 18 件。

5. 綜上，編列經費辦理計畫實有其必要性，為維護國民健康，保障民眾接受服務之權益，並使業務持續推動，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「推展老人福利服務」之業務費編列 3,047 萬 8,000 元，針對推展老人福利服務業務，應整合本國籍與外籍照顧人力之走動式照顧服務，納入長照十年計畫之居家服務補助項目；另研提「走動式照顧服務」擴大試辦推廣計畫，鼓勵居家服務單位轉型為走動式照顧服務乙節，說明如次：

1. 為評估外籍看護工多元聘僱模式之可行性，勞動部於 102 年 2 月 27 日修正「外國人從事就業服務法第 46 條第 1 項第 8 款至第 11 款工作資格及審查標準」，增列外展看護工相關規範，推動「外籍看護工外展看護服務試辦計畫」，符合試辦資格且有意願參與試辦之非營利團體，得提報外展服務計

畫，經勞動部審查通過後，依外籍看護工核配人數(本、外籍人力核配比例 1：1)，引進外籍看護工，再指派本、外籍照顧服務人力以輪班方式至失能者家中提供服務。承辦單位需承擔僱用外籍看護工衍生之各項法定管理、通報、接受檢查，及負擔就業安定費、住宿、交通、勞健保、督導、訓練與管理等相關事宜。

2. 有關參與試辦單位，目前計有財團法人弘道老人福利基金會、財團法人私立廣恩老人養護中心、財團法人伊甸社會福利基金會、社團法人臺南市弘福社區關懷照顧服務協會、社團法人臺南市社區照顧協會、社團法人南投縣基督教青年會、財團法人彰化縣私立葳群公益慈善事業基金會及財團法人苗栗縣私立海青老人養護中心等 8 家投入，已實際運作且提供服務者為財團法人弘道老人福利基金會及財團法人私立廣恩老人養護中心，考量前揭試辦計畫係提供民眾照顧失能長輩的另一種選擇，本部社會及家庭署業督請各縣市政府加強宣導，鼓勵轄內符合資格之民眾踴躍申請、使用。
3. 為鼓勵居家服務提供單位投入，擴大外籍看護工外展看護服務試辦計畫成效，本部社會及家庭署業於 103 年 11 月 24 日邀集勞動部、地方政府及參與試辦計畫之居家服務提供單位會商，並獲致共識，使用外籍看護工外展看護服務之對象，同意納入居家服務之補助對象，惟申請及服務提供方式則按長照十年計畫相關規定辦理，亦即參與試辦計畫之老人，可向各縣市長期照顧管理中心提出申請，經評估符合資格者，由長照管理中心依核定照顧計畫，媒合所需居家服務，政府補助時數應由本國籍照顧服務員提供服務，補助經費另由服務提供單位依程序向各縣市政府請領；至超過補助時數及新增服務需求可自費購買，並由本、外籍照顧服務員搭配，或由外籍看護工提供服務。另參與試辦計畫服務提供單位倘為老人福利機構者，其聘僱外籍看護工之配額及運用不可相互

使用。

4. 為利長照十年計畫經費運用與外籍看護工外展看護服務計畫銜接，亦請示範縣市(臺北市、新北市、臺中市、臺南市、苗栗縣、南投縣及彰化縣)長期照顧管理中心於擬定照顧計畫時，採補助總額核予居家服務時數，亦即該等對象僅核定每月補助總時數及金額，另服務頻率及項目，則由居家服務提供單位與服務使用者議定，以符合需求。
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。

(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「推展老人福利服務」之獎補助費編列 48 億 3,333 萬 8,000 元，針對日間照顧中心未能有效協助失能或失智者滿足沐浴需求，失能老人到宅沐浴服務涵蓋性未能滿足民眾所需乙節，說明如次：

1. 人口老化是世界各國共同面臨之重大課題。截至 103 年底止，國內老年人口達 280 萬 8 千餘人，占總人口的 11.99%。為因應我國人口快速老化所衍生之長期照顧需求，本部自 97 年度分年編列預算，並按縣市政府財力提供不同等級之補助比率，督導各縣市政府推動我國長期照顧十年計畫，依失能者之需求，提供所需居家服務、日間照顧、家庭托顧、輔具購買(租借)及居家無障礙環境改善、老人餐飲、長期照顧機構、交通接送等多元照顧，截至 103 年底止，共計服務 15 萬 5,288 人，先予敘明。
2. 伴隨國內人口老化趨勢，我國長期照顧需求與日俱增，為提供失能老人專業舒適之沐浴服務及身體清潔，本部除積極推動居家服務，依長輩需求，由專業照顧服務員到宅服務外，並於「老人福利服務提供者資格要件及服務準則」中範定日間照顧中心應設有無障礙衛浴設備。為強化失能老人沐浴服

務，本部業邀集縣市政府辦理多次研商會議，督請各縣市政府輔導轄內日照中心依受照顧者需求提供沐浴服務，並責請外展提供相關服務滿足失能老人沐浴服務需求。

3. 此外，有鑑於部分失能長輩因受限於移位困難、家屬體力技巧不足，或衛浴設備缺乏，由家屬協助長輩在家沐浴清潔實屬不易，本部業籌措相關財源、結合民間資源，補助專業人事費用及相關設施設備，以鼓勵縣市政府積極推展到宅沐浴車服務，查目前業有臺北市、新北市、彰化縣、嘉義縣、嘉義市、臺南市、高雄市、花蓮縣、臺東縣及屏東縣等 10 縣市投入辦理，受益人次逾萬人。
4. 為提供普及可近之到宅沐浴車服務，本部刻正爭取財源及相關資源，規劃依縣市政府及地方服務單位量能，逐步推展到宅沐浴車服務至全國，希冀透過縣市政府以及民間單位協力建置服務量能，逐步佈建普及可近之沐浴服務，並辦理教育訓練及建立督導機制，強化服務人員專業知能，提供失能老人優質服務，滿足其身體清潔之需求，落實在宅老化之理念，以及達到社區整體照顧服務之目標。
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)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」編列 27 億 8,905 萬 7,000 元，針對身心障礙福利機構不能將教保員及生活服務員計算為機構人力乙節，說明如下：

1. 身心障礙福利機構反映因本國籍生活服務員進用困難，致服務人力不足，又服務使用者隨年齡增長逐漸老化、失能，服務內涵亦逐漸由訓練轉向日常生活照顧，建議將外籍看護工納為正式人力計算，考量外籍看護工因語言、專業知能等因

素，較難以協助身心障礙者進行生活重建或訓練，為維持機構服務品質及維護身心障礙者權益，外籍看護工迄未能比照老人福利機構列計生活服務員人力。

2. 為因應民間機構訴求，本部已先行調查各界意見，並於 103 年 1 月 28 日召開會議，結論為研議開放時應一併考量本國籍生服員、教保員資格之放寬、配合長期照護服務法規劃方向。103 年 8 月 14 日再次邀集部分專家、學者及縣市代表進行照顧人力相關議題研商，結論開放外籍看護工時，應同時研議增加助理生活服務員、助理教保員之可行性，有條件讓外籍看護工及尚未取得資格之本國人，在正式人員指導下從事服務，且一定比例下可計入正式人力計算。在未取得專業資格前可不予補助，以鼓勵儘快取得專業資格。
3. 本部依會議決議方向，已研擬有條件放寬尚未取得生活服務員及教保員資格者得列計人力之方案，希協助機構進用有意願服務之非專業工作人員並列計人力，以減輕機構人力聘用不足之壓力。另開放外籍看護工部分，朝向有條件開放依機構類型規劃不同列計人力比例，以避免影響服務品質，惟訂定比例可能影響現行勞動部對於身心障礙福利機構進用外籍看護工進用比例上限之規定，進而影響目前身障機構已進用外籍看護工人數，且配合國家整體外勞政策方向及外勞輸出國逐漸減少輸出人力政策影響，顧及此時同意列計人力後，將導致身心障礙福利機構大量進用外籍看護工，影響本國籍勞工之權益，將來外籍看護工輸出國人力減少時，恐更嚴重影響機構人力之聘用，亦損及服務使用者之服務品質及權益，因此在開放外籍看護工列計人力部分，仍需再多加研議，避免為解決機構人力問題，卻衍生其他管理及法制上之爭議。
4. 綜上，在外籍看護工納入人力議題各界尚無一致共識，本部仍將持續針對本項議題研擬可行方案。本項經費係補助身心

障礙福利機構專業人事服務費、交通費及其他相關費用，為免影響身心障礙福利機構受補助之權益，實有其使用必要性，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」之獎補助費編列 27 億 1,114 萬 8,000 元，針對聘僱外籍看護工者，不能申請居家照顧服務費用補助，亦不得申請提供家人喘息的臨時及短期照顧服務，主管機關居家照顧政策對失能家庭極不友善乙節，說明如次：

1. 為銜接長照制度，身心障礙者居家照顧之申請資格規定與長期照顧十年計畫原則一致，對於聘僱外籍看護之身心障礙家庭，現階段未能提供居家照顧服務。惟身心障礙服務系統之復康巴士、輔具服務與補助或長照計畫之交通接送、輔具購買租借及居家無障礙環境改善等項目，對於有聘僱外勞之身心障礙者或失能老人仍提供經費補助，且使用外勞之身心障礙者，如有居家護理及居家復健之需求，亦可逕向縣市長期照顧管理中心、衛生局(所)、區公所臨櫃或透過網路線上申請使用居家護理及居家復健服務，由護理人員或治療師到宅提供護理指導或復健服務，針對聘僱外勞需要協助之身心障礙者家庭，本部社會及家庭署將持續請各直轄市、縣市政府給予關懷及相關協助。
2. 依法身心障礙者臨時及短期照顧之服務宗旨，在提供身心障礙者家庭內主要照顧身心障礙者之配偶、直系血親、直系姻親或共同生活之家屬臨時性的協助，以紓解身心障礙家屬長期照顧壓力，因外籍看護實為家屬之替代人力，非為身心障礙者之「家屬」，鑑於資源有限，目前政府僅能優先提供未聘僱外勞之身心障礙者家屬臨時及短期照顧服務之協助。若家中外勞需要休假時，建議由家庭成員間協調出照顧人力，

或自費購買服務。當外勞離境之等待期間，則可向縣市政府社會局(處)申請臨時及短期照顧服務之協助，以減輕其照顧者之負荷。

3. 另為使外勞獲得適當喘息，勞動部前已召開「跨國勞動力政策協商諮詢小組」會議，並達成支持放寬外展服務使用對象的共識，後續該部將儘速完成相關法制作業，讓聘有外籍看護工的家庭，在外勞休假期間，亦可自費申請外展服務接替照顧。
4. 截至 103 年底止，國內計有 21 萬 7,858 名外籍看護工，提供重度失能老人、身心障礙者服務；初步估計倘將僱有外籍看護工之失能家庭納入居家照顧服務體系，每年度需 172 億 5,435 萬 3,600 元(以每人每週補助居家服務 1 天 8 小時，每月 33 小時，每小時 200 元計算)，查本部社會及家庭署 104 年度身心障礙福利經費編列 27 億餘元，與上述經費估算規模差異甚大，本部將持續積極爭取行政院增加匡列年度預算額度，通盤檢討評估。
5. 綜上，為持續推動身心障礙福利業務，編列經費辦理本計畫實有其必要性，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「推展身心障礙者福利服務」辦理 ICF 行銷與民眾教育宣導等編列 1,500 萬元，針對辦理 ICF 行銷與民眾教育宣導，但宣導成效不明且難以評估宣導效益乙節，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，新制全面實施後，透過多元宣導方式，促進社會大眾認識新制內涵與精神及瞭解身心障礙者相關福利措施。103 年宣導計畫，包含製作宣導素材及運用各式通路託播，其中宣導素材製作著重認識身心障礙者及尊重差異性、推動身心障礙者權

利公約、社區式照顧支持服務等，而通路託播以媒體近便性考量，以電視及廣播廣告為主，至少託播 2,445 檔次，戶外媒體及網路行銷居次，主要為便利商店、大眾運輸工具等，至少露出 4,000 檔次，此外，運用平面媒體及行動媒體進行宣導，促進認識身心障礙者。

2. 104 年身心障礙鑑定與需求評估宣導計畫，因應持有未註明效期身心障礙手冊者換證及持續身心障礙鑑定與需求評估宣導，區分不同宣導對象，分別製作宣導素材，說明如下：
 - (1) 社會大眾部分：對於社會大眾宣導以身心障礙者權益公約、認識身心障礙者及尊重差異性、身心障礙鑑定與需求評估制度介紹等，宣導通路則以大眾傳播媒體為主。
 - (2) 身心障礙者部分：針對身心障礙者宣導重點，在認識各式福利服務項目，包含輔具服務、社區居住、社區日間作業設施、家庭托顧、社區式/機構式/居家式福利服務等，以及提供各縣市政府換證資訊，規劃以身心障礙者近便使用的公共設施或資源進行訊息露出及製作宣導品，以協助掌握最新資訊。
3. 本部規劃透過委託專業廣告公司方式，將依據不同宣導對象製作不同素材，辦理多元宣導活動，期透過不同年齡層對象習慣取得訊息管道，進行相關宣導，經費配置規劃如下：
 - (1) 大眾傳播媒體占 30%，用於電視媒體、廣播電臺、戶外商圈廣告及捷運 LED 電視等。
 - (2) 在結合近便的公共設施或資源占 50%，包括醫院及診所託播廣告、網路活動或宣導品等。
 - (3) 20%經費運用在平面媒體、戶外媒體、網路平臺等。
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。

(六)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」之業務費編列 1,177 萬 3,000 元，針對辦理保母托育管理，該計畫未獲行政院核定即編列預算，與計畫預算精神相悖；且親屬保母僅收托親眷，不利擴充社區保母系統之量能乙節，說明如次：

1. 為協助雙薪父母得以兼顧家庭與工作，97 年起辦理「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」，藉由補助每月 2,000 元～5,000 元托育費用，以減輕家庭經濟負擔，歷經 7 年推動，受益人數由 97 年度補助 1 萬 2,146 名兒童，計 2 億 0,370 萬 9,500 元，至 103 年度補助兒童數已增加至 6 萬 2,744 名，金額達 12 億 5,194 萬餘元。爰依歷年執行情形，先予匡列基本預算需求，避免因計畫核定不及損及申請補助民眾權益。
2. 關於 104 年推動之建構托育管理制度實施計畫，本部業於 103 年 10 月 27 日循行政程序報送行政院審議，並經國家發展委員會於 104 年 2 月 3 日召開本計畫之審查會議在案，惟迄未核定。
3. 居家式托育服務提供者登記及管理辦法自 103 年 12 月 1 日起施行，居家式托育服務已法制化，並將管理強度提升至法律位階，無論家長是否請領托育費用補助，凡收托幼兒之居家托育人員皆應依規定辦理登記，因此，實質上已與托育費用補助脫鉤處理。
4. 有關保母托育費用補助併入育兒津貼，並朝向普及式育兒津貼方向整合乙節，所涉經費龐大，囿於國家財政困難，現階段尚難推動。本部已研擬各項可能方案，並就各方案之資格條件、經費需求、預期影響等各方面進行利弊分析，惟因直接影響廣大民眾申領權益，尚須審慎評估。
5. 本部社會及家庭署「社會福利服務業務－推展家庭支持服務－業務費」項下，編列辦理收出養資訊中心、單親家庭培力

計畫、建構及推廣早期療育服務、收出養、高風險、家庭支持服務等業務費用，前開業務之執行，均需要相關經費加以推動，為期業務順利推動，敬請惠予支持，准予動支。

以上簡要報告本部主管 104 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！