

衛生福利部
106 年度施政績效報告

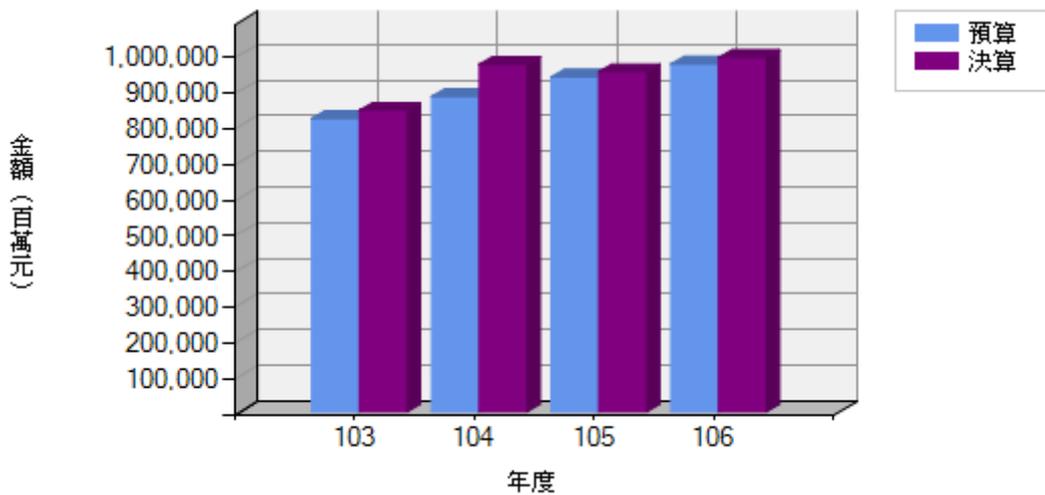
公告日期：107 年 06 月 19 日

壹、前言

- 一、為維護全民健康與福祉，本部秉持著全球化、在地化、創新化的思維，整合社會福利及衛生醫療資源，用心規劃未來藍圖，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定整合連續性之公共政策，期能提供完善且一體之服務，以「促進全民健康與福祉」為使命，以「最值得民眾信賴的部會」為願景，期讓全民更幸福、更健康。
- 二、本部依據行政院 106 年度施政方針，配合中程施政計畫及核定預算額度，並針對經社情勢變化及本部未來發展需要，編定 106 年度施政計畫，訂定「健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群」、「建置優質長照體系，完備長照服務資源」、「營造互助祥和社會，完善保護服務體系」、「拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益」、「建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元」、「構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康」、「營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進」、「精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制」、「妥適配置預算資源，提升預算執行效率」等 9 項關鍵策略目標，在各評量項目項下，設有關鍵績效指標，爰本部 106 年度施政績效報告共 19 項衡量指標。
- 三、為辦理本部 106 年度施政績效評估作業，本部何政務次長啟功、呂政務次長寶靜及薛常務次長瑞元分別邀集學者專家及本部綜合規劃司、會計處代表擔任審查委員，由本部各業務單位及所屬機關提報自評報告，送請審查委員進行書面審查，並於 107 年 1 月 15 日、107 年 1 月 16 日及 107 年 1 月 23 日召開 3 場評核會議，邀請相關領域專家學者（含食品、藥理、公共衛生、長照、社會福利及托育、社會工作及兒少保護、心理健康、社會保險、醫學、護理及公共行政等專業領域）到場實地查證，由各項施政績效指標之主辦單位報告執行情形、推動成果、檢討作為及未來規劃。
- 四、經由學者專家審慎評核及檢討，對於本部同仁的努力成果及 106 年施政績效指標之達成情形表示肯定。本部 19 項指標，經學者專家逐項討論及評核指標燈號，結果為 16 項綠燈（績效良好），占 84.21%；3 項黃燈（績效合格），占 15.79%。經檢討未能達成預期目標者，實績效目標極具挑戰性，致績效成果未能彰顯。惟嗣後本部各主辦單位將更積極辦理，並將參酌學者專家之審查意見，檢討年度施政績效指標，擬訂更具體且妥適之績效衡量標準，期藉由績效指標之達成，提升本部整體施政量能。

貳、機關 103 至 106 年度預算及人力

- 一、近 4 年預、決算趨勢（單位:百萬元）



預決算單位：百萬元

項目	預決算	103	104	105	106
合計	預算	822,088	883,556	938,341	974,734
	決算	844,996	973,896	953,423	992,801
	執行率 (%)		102.79%	110.22%	101.61%
普通基金(總預算)	預算	142,116	177,574	199,511	209,936
	決算	137,215	176,013	198,505	208,307
	執行率 (%)		96.55%	99.12%	99.50%
普通基金(特別預算)	預算	0	0	0	0
	決算	0	0	0	0
	執行率 (%)		0%	0%	0%
特種基金	預算	679,972	705,982	738,830	764,798
	決算	707,781	797,883	754,918	784,494
	執行率 (%)		104.09%	113.02%	102.18%

* 本施政績效係就普通基金部分評估，特種基金不納入評估。

二、預、決算趨勢說明

本部為維護全民健康與福祉，整合社會福利及衛生醫療資源，從福利服務輸送、關懷弱勢、醫療照護、全民健保、健康促進、疫病防治、食品藥物管理等攸關全民福祉之議題，擬定公共政策，期能廣續提供完善之服務。本部 106 年度預決算較上年度增加之主因，係因增列政府應負擔健保費法定下限及中央應負擔國民年金款項不足數，致增加預算編列及執行所致。另有關特種基金執行率超過預算數，係因國民年金保險基金投融资成本實際數較預算數增加，爰有執行率超過 100% 之情形。

三、機關實際員額

年度	103	104	105	106
人事費占決算比例(%)	0.67%	0.58%	0.59%	0.56%
人事費(單位：千元)	5,627,227	5,623,782	5,603,812	5,559,134

合計	5,369	5,368	5,319	4,079
職員	4,779	4,824	4,787	3,594
約聘僱人員	178	168	154	143
警員	10	10	10	10
技工工友	402	366	368	332

* 警員包括警察、法警及駐警；技工工友包括駕駛；約聘僱人員包括駐外僱員。

參、關鍵策略目標達成情形（「★」表示綠燈；「▲」表示黃燈；「●」表示紅燈；「□」表示白燈）。「初核」表示部會自行評估結果；「複核」表示行政院評估結果。

一、關鍵策略目標

(一) 關鍵策略目標：健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群。

1、關鍵績效指標：2歲以下兒童照顧津貼涵蓋率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	「育兒津貼」與「就業者家庭部分托育費用補助」涵蓋率（當年度補助兒童累計人數/當年度0-2歲兒童人數）*100%
原訂目標值	--	--	--	80.3%
實際值	--	--	--	86%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

「育兒津貼」與「就業者家庭部分托育費用補助」涵蓋率（當年度補助兒童累計人數/當年度0-2歲兒童人數）*100%

績效衡量暨達成情形分析：

〔（育兒津貼 249,433+托育費用補助 90,133）/393,623〕*100%=86%

一、為減輕育兒家庭經濟負擔，針對所得稅率未達 20%之家戶，本部辦理以下計畫：

(一) 97 年起辦理「建構托育管理制度實施計畫」針對「父母雙就業」將 2 歲以下兒童送托合格登記居家托育人員或立案托嬰中心照顧者，每月補助 2,000 元至 5,000 元就業者家庭部分托育費用補助（以下簡稱托育補助），截至 106 年底止共計核定 15 億 7,885 萬元，受益人數達 9 萬 133 人。

(二) 101 年起辦理「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，針對「父母至少一方」因自行照顧 2 歲以下幼兒致「未就業」者，每月補助 2,500 元至 5,000 元父母未就業家庭育兒津貼（以下簡稱育兒津貼）106 年截至 11 月至少補助 46 億 5,175 萬元，受益人數至少 24 萬 9,433 人。

二、托育補助開辦初期請領人數為 4 萬人，逐年提升至 9 萬人；育兒津貼開辦初期請領人數為 21 萬人逐年提升至 24 萬人，2 項計畫已顯成效。

(二) 關鍵策略目標：建置優質長照體系，完備長照服務資源。

1、關鍵績效指標：增加長照醫事專業人力培育量能

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	(累計完成長照醫事專業人員培訓育人數/109 年目標培育人數)*100%
原訂目標值	--	--	--	50%
實際值	--	--	--	130%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

(累計完成長照醫事專業人員培訓育人數/109 年目標培育人數)*100%

績效衡量暨達成情形分析：

本項指標預計至 109 年培育醫事人力 27,034 名，截至 106 年 12 月底已有 35,032 名醫事人員完成訓練，實際達成率 130%。

2、關鍵績效指標：普及多元社區照顧服務資源

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	佈建多元照顧資源達成數
原訂目標值	--	--	--	405 處
實際值	--	--	--	720 處
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

佈建多元照顧資源達成數

績效衡量暨達成情形分析：

為普及社區照顧服務資源，建構優質長照服務體系，長照 2.0 以培植 A、擴充 B、廣設 C 為原則，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理，106 年總計有 117 個鄉鎮市區參與辦理，計結合 720 個單位，佈建 80A-199B-441C，達成年度佈建目標，並創造 1,200 個就業機會。

(三) 關鍵策略目標：營造互助祥和社會，完善保護服務體系。

1、關鍵績效指標：經濟弱勢人口扶助率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	(社會救助通報救助率+當年度參與脫貧方案人數目標達成率)/21. 社會救助通報救助率=(當年度社會救助通報案件量提供社會救助相

				關扶助/當年度社會救助總通報案量) ×100%2.當年度參與脫貧方案人數目標=當年度參加脫離貧窮措施方案人數較前1年度增加5%(按104年實際值為5,095人,爰105年-109年目標人數分別為:5,250人、5,500人、5,775人、6,050人、6,350人)。
原訂目標值	--	--	--	86%
實際值	--	--	--	90.2%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	▲

衡量標準：

(社會救助通報救助率+當年度參與脫貧方案人數目標達成率) /21.社會救助通報救助率=(當年度社會救助通報案件量提供社會救助相關扶助/當年度社會救助總通報案量) ×100%2.當年度參與脫貧方案人數目標=當年度參加脫離貧窮措施方案人數較前1年度增加5%(按104年實際值為5,095人,爰105年-109年目標人數分別為:5,250人、5,500人、5,775人、6,050人、6,350人)。

績效衡量暨達成情形分析：

- (1) 社會救助通報救助率=截至106.9.30受理社會救助通報案量總計8,549案,符合補助資格個案數6,389案,佔80.4%。
- (2) 當年度參與脫貧方案人數目標=截至106.12.31參加脫離貧窮措施方案人數12,418人,106年目標5,500人,達成率100%。
- (3) 經濟弱勢人口扶助率=(80.4%+100%) /2=90.2%。

2、關鍵績效指標：降低親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務結案後1年內之再受暴率

項目	103年度	104年度	105年度	106年度
衡量標準	--	--	--	(親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務結案後1年內再被通報人數/前一年度親密關係暴力及兒少保護個案經開案服務結案人數)X100%
原訂目標值	--	--	--	12.5%
實際值	--	--	--	12.5%
達成度	--	--	--	100%

初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

(親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務結案後 1 年內再被通報人數/前一年度親密關係暴力及兒少保護個案經開案服務結案人數) X100%

績效衡量暨達成情形分析：

105 年 1-12 月親密關係暴力及兒少保護個案經開案服務後結案人數為 4 萬 7,349 人，該些個案於 106 年 1-12 月間再次被通報人數為 5,909 人，再通報率為 12.48%，達原定目標值。

(四) 關鍵策略目標：拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益。

1、關鍵績效指標：保障住院醫師勞動條件，確保病人安全

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	住院醫師每週平均工時
原訂目標值	--	--	--	88 小時
實際值	--	--	--	80 小時
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

--表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

住院醫師每週平均工時

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 為保障醫師勞動權益並確保醫療品質與病人安全，本部經邀集勞動部、醫學教育專家、各專科醫學會、各級醫院協會及醫改團體代表共同研商，參考美國住院醫師訓練工時規定，於 106 年 3 月 1 日公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並於 106 年 8 月 1 日起正式實施。該工時指引規定，住院醫師輪班制者每班不超過 13 小時，非輪班制以每日正常工作時間不超過 10 小時為原則，每次勤務連同值班(延長工時)不得超過 28 小時，但期間應有短暫休息，至於總工時以每 4 週 320 小時(平均每週 80 小時)為上限。

(2) 依據本部臨床醫事人員培訓計畫 106 年度執行成效優良獎勵費用之指標項目，由收訓住院醫師之教學醫院填報 106 年 8 月至 10 月之住院醫師符合工時指引比率之結果顯示，39 家教學醫院之 PGY 及 73 家教學醫院之第一年住院醫師均 100%符合，即每 4 週總工時平均未超過 320 小時(單週平均未超過 80 小時)。

2、關鍵績效指標：增加護理執業人力量能

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	(累計增加護理執業人數÷109 年目標護理執業人數)*100%
原訂目標值	--	--	--	25%
實際值	--	--	--	52%
達成度	--	--	--	100%

初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

(累計增加護理執業人數÷109年目標護理執業人數)*100%

績效衡量暨達成情形分析：

截至106年11月份護理人員執業人數已達16萬3,550人，較105年增加5,232人，已達年度目標2,500人。未來將滾動式逐步修正醫院評鑑護病比基準、持續推動「住院保險診療報酬與護病比連動」及護病比資訊公開，研議護病比入法（醫療機構設置標準），逐步改善護病比，建立良好優質護理執業環境，促使護理人員留任與回流。

(五) 關鍵策略目標：建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元。

1、關鍵績效指標：結核病新案發生率以平均6%降幅逐年下降

項目	103年度	104年度	105年度	106年度
衡量標準	--	--	--	年度結核病新增個案數÷年中人口數×100,000
原訂目標值	--	--	--	40例
實際值	--	--	--	40例
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

年度結核病新增個案數÷年中人口數×100,000

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

推估106年結核病新案發生率為40人/每十萬人口，相較105年之發生率降幅達6%，達成「結核病新案發生率以平均6%降幅逐年下降」之預期目標。

(2) 目標挑戰性：

結核病因其自然病史特性，潛伏期長且症狀與一般呼吸道疾病相似，以致不易立即被鑑別診斷。此外，隨著我國人口結構老化、糖尿病患者、洗腎患者、器官移植者、HIV感染者及使用免疫抑制劑人數日漸上升，結核病高風險族群的人數也隨之增加，提高我國結核病防治的困難度；再以我國之鄰國多為結核病高負擔國家，且人民交流頻繁，亦為結核病防治帶來更多挑戰；而資源有限與人員流動也增加我國防治工作推行之困難度。在多重挑戰下，降低我國結核病新案發生率至該目標極具困難度與挑戰性。推估106年結核病新案發生率為40人/每十萬人口，相較105年之發生率降幅達6%，符合預期目標，將持續進行疫情監測並強化各項防治作為。

2、關鍵績效指標：降低愛滋感染之傳播率

項目	103年度	104年度	105年度	106年度
衡量標準	--	--	--	(當年度新增通報之愛滋感染人數) / (所

				有通報之感染者存活人數) ×100%
原訂目標值	--	--	--	9%
實際值	--	--	--	8.4%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

--表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列
衡量標準：

(當年度新增通報之愛滋感染人數) / (所有通報之感染者存活人數) ×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

106 年新增通報感染人數為 2,519 人，累積所有通報感染者之存活人數為 29,881 人，傳播率為 8.4%，目標達成度 100%。

(2) 目標挑戰性：

目前愛滋防治面臨最大的挑戰，即社會大眾對愛滋負面的態度，衍生害怕與歧視，實不利於推展愛滋篩檢與治療。也因潛存之已感染者，因害怕篩檢陽性可能會遭不公平待遇，因此不願意出來篩檢或拒絕治療自我放棄，使得疾病惡化，同時增加愛滋病毒傳染給更多人之風險。因此，世界衛生組織倡議，讓已知感染者接受服藥測不到病毒量比率能達 90%以上，欲達此目標之關鍵，包括個案得知感染的恐懼，害怕被人知道感染，醫療服務可近性，藥物副作用及抗藥性等，故讓新診斷個案及早轉銜至醫療機構就醫，並能順從性服藥持續治療，實具挑戰。為有效防治愛滋，106 年積極推動各項創新防治計畫，希冀透過規律服藥使病毒量維持測不到，以有效遏止傳染他人降低新感染數，保障國人健康。

(六) 關鍵策略目標：構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康。

1、關鍵績效指標：高關注輸入產品合格率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	市售進口產品抽驗合格件數 ÷ 市售進口產品抽驗件數
原訂目標值	--	--	--	95%
實際值	--	--	--	95.9%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

市售進口產品抽驗合格件數 ÷ 市售進口產品抽驗件數

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

挑選不合格率較高之輸入農產品及民眾關切度較高之禽畜水產品，作為加強監控品項，其抽驗合格率，106年抽驗禽畜水產品共389件及農產品862件，合計1,251件，其中合格件數共1,200件，不合格件數51件，抽驗合格率为95.9%，目標達成度為100.9%。

(2) 目標挑戰性：

A. 一方面針對農禽漁畜產品年度監測計畫，進行歷年抽驗結果之研析，及考量國內外輿情及民眾消費情形，規劃抽樣品項及監測項目，另一方面針對民眾高度關注或不合格率較高之禽畜水產品及農產品加強監測，持續滾動式調整監測品項，加強監測高關注及高風險產品，以提升食品衛生安全。

B. 以後市場抽驗民眾高度關注或不合格率較高之輸入農產品為例，104年度平均合格率84.1%，105年度平均92.1%，106年度則特別針對其中不合格率較高之產品提高其抽驗件數，已由105年228件提高至106年862件，其抽驗件數已提高3餘倍，且已超越本指標目標95%，甚具挑戰性。

(3) 106年度工作重點及成果：

A. 統籌全國之食品稽查管理，透過跨部會合作機制與中央及地方共同執行，統合稽查量能，以達資源有效利用，並依據歷年稽查抽驗情形，考量國內外輿情、關注重點及消費情形滾動式調整監測品項及強度，針對不合格率偏高或民眾關注之食品類別，加強邊境管控及後市場稽查抽驗。

B. 採「分年分月、風險管控」原則，以更具效益方式，加強監控管理雙重把關，邊境加強查驗係為第一道把關，由於非逐批檢驗，爰於後市場抽驗進行第二道把關，並將後市場之監控結果反饋邊境調整管控措施或加強查驗，邊境管控亦成果反應於國內市場輸入產品抽驗合格率。

C. 為確保民眾食品安全，並加強監控不合格率較高之輸入農產品及民眾關切度較高之禽畜水產品，每年持續抽驗合格率，經由衛生單位之共同努力，合格率逐年提升，從103年合格率88.6%，提高至106年合格率95.6%，顯見邊境及後市場管理之成效。將持續強化市售食品之安全管理，以確保民眾食用安全。

2、關鍵績效指標：推動食安五環，重建食品生產管理

項目	103年度	104年度	105年度	106年度
衡量標準	--	--	--	配合食安五環，擴大食品業者關鍵業別實施範圍，公私協力，優化管理。 $(A1 + A2 + A3 + A4) \div A \times 100\%$ A1：逐年建立追溯追蹤管理制度之食品業者關鍵業別累計數(計42業別)A2：逐年訂定食品安全監測計畫之食品業者關鍵業別累計數(計42業別)A3：逐年實施自主檢驗之食品業者

				關鍵業別累計數(計 44 業別)A4：逐年設置衛生管理人員之食品業者關鍵業別累計數(計 12 業別)A：食品業者關鍵業別總數(計 140 業別)
原訂目標值	--	--	--	70%
實際值	--	--	--	70%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

配合食安五環，擴大食品業者關鍵業別實施範圍，公私協力，優化管理。

$$(A1 + A2 + A3 + A4) \div A \times 100\%$$

A1：逐年建立追溯追蹤管理制度之食品業者關鍵業別累計數（計 42 業別）

A2：逐年訂定食品安全監測計畫之食品業者關鍵業別累計數（計 42 業別）

A3：逐年實施自主檢驗之食品業者關鍵業別累計數（計 44 業別）

A4：逐年設置衛生管理人員之食品業者關鍵業別累計數（計 12 業別）

A：食品業者關鍵業別總數（計 140 業別）

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

106 年度逐年建立追溯追蹤管理制度之食品業者關鍵共 39 個業別（A1），逐年訂定食品安全監測計畫之食品業者關鍵共 25 業別（A2），逐年實施自主檢驗之食品業者關鍵業別已累計 25 個業別（A3），逐年設置衛生管理人員之食品業者關鍵業別累計數 9 個業別（A4），而食品業者關鍵業別總數為 140 業別（A），目前實際值 $(A1 + A2 + A3 + A4) \div A \times 100\%$ ，已達成預定目標值 70%。

(2) 目標挑戰性：

A. 為健全食安管理機制，本部積極推動第二環「重建生產管理」，依據產業型態、營業規模及風險控管等因素，逐步擴大食品業者實施強化管理措施，包括一級品管、追溯追蹤及導入食品專業人員機制，提升食品業者自律管理。

B. 惟各項食安措施實施前，需持續與業者及相關公協會溝通協調，蒐集多方意見，滾動式修正政策內容，該目標達成實具挑戰性。

(3) 106 年度工作重點及成果：

A. 食品追溯追蹤系統：106 年 10 月 12 日預告新增實施業別，包括農產植物、菇（蕈）類及藻類製品輸入業者，及所有具工廠登記且資本額 3,000 萬元以上之製造業別等，目前已納入 22 類食品業者（39 個業別）強制實施食品追溯追蹤系統。

B. 食品安全監測計畫：106 年 6 月 7 日第二次預告新增實施業別，包括 5 類輸入業別、及所有具工廠登記且資本額 3,000 萬元以上之製造、加工、調配業別等，目前已納入 17 類食品業者（25 個業別）強制訂定食品安全監測計畫。

C.強制檢驗：106 年 6 月 7 日第二次預告新增實施業別，包括 5 類輸入業別、及所有具工廠登記且資本額 3,000 萬元以上之製造、加工、調配業別等，目前已納入 17 類食品業者（25 個業別）強制訂定食品安全監測計畫。

D.衛生管理人員：106 年 9 月 29 日預告擴大實施業別，包括所有達工廠登記規模之食品製造業，目前已納入 9 類食品製造業（9 個業別）應置衛生管理人員。

3、關鍵績效指標：監測市售中藥(材)及高風險中藥(材)異常物質合格率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	【抽驗(一般市售中藥材+前一年抽驗不合格中藥材品項)之合格件數】 ÷ 年度抽查總件數 x100%
原訂目標值	--	--	--	93%
實際值	--	--	--	93.9%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	★

衡量標準：

【抽驗（一般市售中藥材+前一年抽驗不合格中藥材品項）之合格件數】 ÷ 年度抽查總件數 x100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 目標達成情形：

106 年抽驗黃耆、當歸等 30 項中藥材，共 344 件，不合格 21 件，合格率 93.9%，目標達成度 100%。

(2) 目標挑戰性：

A.國內中藥材近九成來自境外輸入，中藥材品質不易管控，自 106 年 1 月 1 日起邊境查驗品項增至 21 項。由於邊境管理以風險管控為原則，非逐批檢驗，爰針對市售中藥材及高風險中藥材進行抽驗。

B.參酌 105 年中藥材品質監測計畫檢驗結果，將檢驗不合格率較高、邊境抽驗不合格品項及進口量大中藥材，列入高風險品項，訂定抽驗計畫。檢驗項目包含二氧化硫、黃麴毒素、重金屬及農藥殘留。

(3) 106 年工作重點及成果：

A.106 年 1 月 1 日起增加人參、西洋參、黃連、防風及陳皮等 5 項中藥材執行邊境查驗，至 106 年底，包含紅棗、黃耆等 21 項中藥材須執行邊境查驗。

B.訂定抽驗計畫，選定黃耆、當歸、決明子、黨參、苦杏仁、麻黃、葛根、白芷、艾葉、桔梗、澤瀉、酸棗仁、黃柏、三七、續斷、蒼朮、香附、赤芍、厚朴、車前子、苦參、荊芥、車前草、羌活、細辛、白果、威靈仙、鎖陽、獨活及遠志等 30 項中藥材品項及數量，由各地方政府衛生局抽驗後，送食品藥物管理署檢驗。

C.針對檢驗不合格率偏高、邊境抽驗不合格品項及進口量大中藥材，加強邊境管控及後市場稽查抽驗。後續將持續滾動式調整抽驗品項，加強抽驗高風險產品，保障民眾用藥安全。

(七) 關鍵策略目標：營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進。

1、關鍵績效指標：18 歲以上人口吸菸率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	(18 歲以上男性吸菸人口數+18 歲以上女性吸菸人口數)÷(18 歲以上人口數)×100%	(18 歲以上男性吸菸人口數+18 歲以上女性吸菸人口數)÷(18 歲以上人口數)×100%	「18 歲以上吸菸人口÷(18 歲以上人口數)×100%」	「18 歲以上吸菸人口÷(18 歲以上人口數)×100%」
原訂目標值	17.5%	17%	15.8%	16%
實際值	16.4%	17.1%	15.3%	14.5%
達成度	100%	99.4%	100%	100%
初核結果	★	★	★	★
複核結果	★	▲	★	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

「18 歲以上吸菸人口÷(18 歲以上人口數)×100%」

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 衡量指標說明：

國內吸菸率及吸菸人口估算係依據「國人吸菸行為調查」及「青少年吸菸行為調查」結果推估，說明如下：

A.「國人吸菸行為調查」係採用電腦輔助電話訪問系統(Computer Assisted Telephone Interviewing System, CATI)進行電話調查，收集民眾吸菸相關資料，106 年有效完訪樣本數計 26,016 人。

B.「青少年吸菸行為調查」係以相同的方法與一致的核心調查問卷進行之跨國際調查，採用無記名自填問卷調查，利用班級施測方式收集青少年吸菸相關資料，106 年有效完訪樣本數計 48,670 名(國中 22,154 名，高中職 26,516 名)。

(2) 達成情形：

A.為呼應 WHO NCD 2025 年吸菸率下降 30%之目標，已訂定我國 18 歲以上成人吸菸率於 2025 年逐步降至 14%之目標，並持續透過推動菸害防制法全面性修法、加強執法稽查、擴大提供戒菸服務等菸害防制策略，以減少我國吸菸人口，降低菸害對國人健康之影響。依據歷年國人吸菸行為調查結果，18 歲以上人口吸菸率已自 97 年 21.9%降至 106 年 14.5%，降幅達 33%，並達原訂目標值，已協助 179 萬名吸菸者遠離菸害，惟目前仍尚有 278 萬癮君子籠罩於菸毒中。

B.青少年吸菸率亦獲控制，國中學生吸菸率由 93 年的 6.6%降至 106 年的 2.6%，降幅達 6 成(60.6%)；另，高中職學生吸菸率由 94 年的 15.2%降至 106 年的 8.3%，降幅近二分之一(45.4%)。

C.兩性相較之下，男性有明顯下降趨勢，女性則持平。但值得注意的是，我國年輕男性的吸菸率，約由 18 歲以後大致呈現逐年齡攀升，至 51-55 歲年齡層達最高峰，約每 5 個男性就有 2 個吸菸；在女性吸菸率方面，亦約由 18 歲以後大致呈現逐年齡略增，至 36-40 歲年齡層達最高峰，約每 24 個女性就有 1 個吸菸，依此顯示，年輕男女性在成長過程迅速養成的吸菸習慣問題，非常值得重視。

D.世界衛生組織指出，提高菸價有助降低吸菸率。經查，我國 98 年調漲 10 元菸捐，成人吸菸率立即由 97 年 21.9% 下降至 98 年 20.0%，降幅達 1 成，成效顯著；惟菸價歷經 8 年未能調漲，吸菸率下降幅度逐漸趨緩。我國於 106 年 6 月 12 日調漲菸價每包增加 20 元菸稅，據財政部顯示，截至 106 年 11 月底仍有約 1/4 品項之菸品屬舊制菸品，尚未加徵 20 元菸稅，爰菸價調漲對於吸菸率影響之效益仍須持續觀察。惟 106 年 1 月至 6 月初診個案之點戒菸成功率達 28.9%，較 105 年 26.3% 高，從 106 年戒菸服務使用情形推估，此次菸價調漲後，能減少國人吸菸情形，提高戒菸動機。

(3) 達成效益：

A.落實菸害防制

(A) 保護兒童青少年健康，並使菸害防制政策符合國際趨勢，本部已研提菸害防制法修正草案，修正重點包括加強電子煙管制（禁止製造、輸入、販賣、廣告與場所內吸食）、禁止販售加味菸、菸品容器警示圖文擴大至 85%、擴大室內公共場所禁菸、累犯加重罰則、禁止菸商具名贊助、增訂法律與醫療扶助、及授權公告禁止模仿菸品使用之物品，業於 106 年 12 月 21 日行政院院會第 3581 次會議審議通過，並函送立法院審議。立法院於 106 年 12 月 29 日完成「菸害防制法草案」一讀，並送社會福利及衛生環境委員會審查。

(B) 地方政府衛生局主動執法稽查輔導，106 年全國菸害防制稽查家數 75 萬餘家次，開立處分 6,606 件，總計罰鍰 6,009 萬餘元。

(C) 持續從邊境攔檢、溯源追查、流通稽查、監控管理、宣導傳播及戒治輔導等層面，透過各部會依主管法令以及分工與作業流程，執行對電子煙之管制作為。另召開「電子煙跨部會會議」及「研議管制業者利用網路違法廣告銷售電子煙」會議，針對目前電子煙管制現況、查處流程與網際網路違法廣告業者自律機制等，進行檢討與溝通協調，並研議防制業者利用網路非法廣告與販售電子煙之策略。

(D) 召開「新興菸草產品諮詢會議」，邀集專家學者及相關部會，共同研議與釐清新興菸品之屬性、定位及管理制度。

(E) 依「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 5 條第 4 項規定，辦理各菸捐獲配單位之經費執行情形、成效、金額、補（捐）助事項等資訊彙整，於 106 年 4 月公布於菸捐網頁，並召開菸捐配置檢討及未來運用等相關會議，分別於 106 年 7 月、9 月及 11 月開會報告各單位菸捐應用情形，俾利確切掌握相關運用情形，持續監督檢討預算執行與成效。

(F) 為確保菸品資料申報品質，增訂繳交菸品品項識別文件，106 年 9 月 22 日修正「衛生福利部國民健康署菸品資料申報及審查作業原則」，並自 106 年 11 月 28 日生效，修正重點包含最新之菸品容器及菸品外觀圖像；焦油、尼古丁與一氧化碳三種排放物之原始檢測分析報告；分析實驗室取得 ISO/IEC17025 認證證明文件。

B.營造無菸支持環境，辦理菸害教育宣導

(A) 106 年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫：

a.補助 36 所大專校院辦理年輕族群場域菸害防制工作，並辦理菸害防制研習，計有 286 人參與培訓，辦理績優學校表揚暨成果觀摩會，共計 121 所大專校院 182 人參加。

b.補助辦理「國軍菸害暨檳榔防制整合型計畫」，舉辦軍隊戒菸就贏競賽，戒菸、戒檳輔導員培訓，戒菸班及戒菸示範觀摩講習。

c.推動無菸醫院參與國際認證，已有 15 家醫院榮獲國際金獎認證。

(B) 辦理菸害教育宣導：

a. 運用多元媒體、社群網路及活動、網紅合作與網路影片等方式加強菸害與電子煙危害宣導。與人氣網紅、圖文創作者、醫師等合作，製作 4 則宣導影片，已逾 75 萬次影片瀏覽數，有效觸及網路族群。

b. 打造全台首創菸害教育互動體驗車，與網紅「小學課本的逆襲」合作，透過「菸害小偵探 密室的三手菸事件」互動遊戲，進行三手菸、電子煙及戒菸宣導，吸引學子、民眾熱烈迴響，並陸續巡迴全臺校園、社區等各地，加強推廣國民健康署之健康促進業務。

C. 提供多元化戒菸服務：

(A) 二代戒菸服務：二代戒菸服務 106 年度計 4,063 家醫事機構提供二代戒菸服務，合約醫事人員總計 1 萬 1,551 人，涵蓋全臺 99.4% 鄉鎮市區，加上巡迴醫療可達 100%。106 年 1-10 月二代戒菸服務 60 萬 8,040 人次，較去年同期成長超過 3 成，幫助超過 4.8 萬人成功戒菸，推估短期可節省超過 2.6 億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 201 億元的經濟效益。(本計畫係委託健保署代辦申報及核付醫療費用程序，約需 3-6 個月作業時程，故統計數據僅提供至 106 年 10 月)

(B) 辦理戒菸專線服務計畫，提供免付費的電話戒菸諮商服務(0800-636363)，106 年服務量計 7 萬 1,762 人次。

D. 辦理菸害防制研究及監測：為監測及研究各項菸害防制政策執行成效，106 年辦理健康議題媒體宣導成效評價與菸品訊息監測計畫、青少年吸菸行為調查、國人吸菸行為調查、縣市執行菸害防制法成效研究計畫、戒菸專線服務外部評價與監測計畫、菸品申報管理計畫、菸品成分資料網站建置等研究及監測計畫。

E. 推動菸害防制人才培育及國際交流：

(A) 為促進菸害防制國際交流，辦理「第九屆兩岸四地菸害防制交流研討會暨十周年大會」、「2017 國際菸害防制政策研討會暨工作坊」、「2017 菸草控制框架公約國際研討會」及「2017 年臺灣菸害防制座談會」，邀請公衛、醫界、法律、實務工作等領域專家提供專題報告，交流討論各國菸害防制推動現況及面臨之挑戰。

(B) 辦理戒菸服務醫事專業人員(門診戒菸醫師、戒菸衛教人員、藥事戒菸衛教人員、牙醫師)及執法人員訓練，共 26 場計 1,525 人完成培訓。

2、關鍵績效指標：四癌篩檢陽性追蹤率之平均值

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	(四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4)×100%
原訂目標值	--	--	--	83%
實際值	--	--	--	86%
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

(四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4)×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 達成情形：

A.106 年四癌篩檢陽性追蹤率分別為子宮頸癌 93.6%、乳癌 91.8%、大腸癌 74.8%及口腔癌 84%，計算四癌篩檢陽性追蹤率之平均值= $(93.6\%+91.8\%+74.8\%+84\%) \div 4 = 86\%$ ，達原訂目標值。

B.大腸癌篩檢陽性個案追蹤，相對於其他三癌困難度高，因其陽性個案確診工具為大腸鏡，屬侵入性檢查，且需口服清腸劑，造成民眾抗拒性，且需等候排檢時程，故遠較其他三癌更需醫護人員費心洽催，目前我國大腸癌篩檢陽性追蹤率由 99 年 58.5% 提升至 105 年 73.0%，以亞洲國家而言，日本陽性追蹤率居首達 85%，其次為我國 73%，韓國 23.4%，新加坡 28%，目前成果實已反映全國公衛體系與醫療體系全年無休不斷努力洽催之結果。

C.未來將透過有效對策，以提升大腸癌篩檢陽性個案追蹤，如下：

(A) 民眾之識能仍是決定因素，將加強傳播確診之重要性。

(B) 製作衛教手冊，督導醫院於陽性個案檢查結果上加註提醒語「糞便潛血檢查陽性的人，有一半證實為大腸息肉，每 22 個就有 1 人確實是已罹患大腸癌，不及早處理將危及生命」。

(C) 補助 19 縣市衛生局設立癌症篩檢管理中心，依其服務量進行人力配置，聘用個案管理師，協助陽性轉介困難個案之確診追蹤；並將陽性個案追蹤率納入衛生局考評項目。

(D) 為促使醫院推動癌症篩檢與提升醫療品質，輔導執行「癌症醫療品質提升計畫」190 家醫院成立服務窗口，協助篩檢異常個案接受確診，由專人電話提醒與預約掛號等，另外，亦引進諾貝爾經濟學獎得主查理賽勒「推力 (nudge)」之作法，激勵民眾接受確診。

(2) 達成效益：

A.加強致癌因子預防工作：積極宣導 B、C 型肝炎民眾接受追蹤與治療重要性；開辦工作坊，加強癌篩識能，配合相關節日辦理記者會宣導，加強癌症防治健康傳播，提升民眾對癌症防治的認知。

B.提供具實證之四癌篩檢服務：106 年 12 月底止，篩檢約 501 萬人次，疑似陽性個案約 26.3 萬人，完成追蹤人數約 22.4 萬人，發現癌前病變 4.94 萬人，及癌症約 1.21 萬人。

C.補助 19 縣市衛生局設立癌症篩檢管理中心，強化組織性篩檢：依衛生局服務量進行人力配置，聘用個案管理師，協助陽性轉介困難個案之確診追蹤，提供關懷諮詢或家訪等措施，並進行個案管理；另將陽性個案追蹤率納入衛生局考評項目。

D.輔導醫院改善陽性個案追蹤成效：共協助 217 家醫院成立服務窗口，建立品質管理模式，協助篩檢異常個案接受確診，由專人電話提醒與預約掛號，且針對篩檢、陽性個案追蹤困難個案，透過品質管理方式提升陽性個案追蹤率，並將陽性個案追蹤率列入計畫管理指標。

E.確保癌症診療品質，積極推動癌症醫病共享決策：輔導 92 家醫院提升癌症診療品質，並配合政策大幅調整及精化認證政策；另協助 59 家醫院通過認證，提供癌友有品質之治療服務。另發展癌症診療醫病共享決策輔助工具，完成北、中、南醫病共享決策醫院教育訓練，促進民眾參與醫療決策以改善醫病關係。

F.辦理安寧全人照護培訓與宣導推廣：重新檢視安寧療護業務之推動方向，改變以身、心、靈、社會及長照五大計畫，提升各類人員在安寧療護的專業知能。

G.準備全面提供 HPV 疫苗接種計畫：完成本土化研究評估報告，並積極向立法院委員說明，獲同意全面推動 HPV 疫苗接種服務。

3、關鍵績效指標：自殺死亡率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	自殺標準化死亡率(自殺死亡人數÷期中人口數)×100,000，並依 WHO 編布之西元 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算
原訂目標值	--	--	--	11.4 人數
實際值	--	--	--	11.9 人數
達成度	--	--	--	95.6%
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	---

--表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

自殺標準化死亡率(自殺死亡人數÷期中人口數)×100,000，並依 WHO 編布之西元 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 實際值 11.9 (為全國自殺防治中心提供初步預估數據)

(2) 本項指標統計所需 106 年自殺死亡人數為本部統計處約於 107 年 6 月始提供最終統計數據，故目前尚無 106 年度自殺標準化死亡率實際值。根據全國自殺防治中心預估 106 年自殺死亡人數為 3,625 人(較 105 年 3,765 人減少 140 人、降幅 3.7%)、自殺粗死亡率每十萬人口 15.3 人，自殺標準化死亡率每十萬人口 11.9 人(較 105 年每十萬人口 12.3 人減少 0.4，降幅 3.3%)，故以初步預估數據填列。

(3) 達成度差異值%：-4.4% (計算方式：(目標值-實際值)/目標值×100%=(11.4-11.9)/11.4×100%=-4.4%)

(八) 關鍵策略目標：精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制。

1、關鍵績效指標：結合家庭醫師、居家醫療、醫院以病人為中心整合照護及區域醫療整合，降低可避免住院數

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	「每十萬人口可避免住院數」分子：可避免住院件數分母：18 歲以上戶籍人口數公式=(分子/分母)*100,000【參照美國 AHRQ 之

				PQI#90 總體指標定義】
原訂目標值	--	--	--	1,829 件數
實際值	--	--	--	1,402 件數
達成度	--	--	--	100%
初核結果	--	--	--	★
複核結果	--	--	--	---

--表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

「每十萬人口可避免住院數」分子：可避免住院件數分母：18 歲以上戶籍人口數公式=
(分子/分母)*100,000【參照美國 AHRQ 之 PQI#90 總體指標定義】

績效衡量暨達成情形分析：

因申報時間落差，目前 106 年 1 至 11 月統計值，每十萬人可避免住院件數約 1,277 件；依 106 年 1 至 11 月每月統計值評估，即使採高推估 125 件，預估全年達 1,402 件，仍未逾 106 年度目標值 1,829 件；由於本項為負向指標，106 年已達成關鍵策略目標。

2、關鍵績效指標：健全國保財務提升保險費收繳率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	--	--	--	「已繳金額(當年度欠費催收收回總額)÷欠費總額(當年度催收欠費總額)」×100%
原訂目標值	--	--	--	4.9%
實際值	--	--	--	4.89%
達成度	--	--	--	99.8%
初核結果	--	--	--	▲
複核結果	--	--	--	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

「已繳金額（當年度欠費催收收回總額）÷欠費總額（當年度催收欠費總額）」×100%

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 勞動部勞工保險局辦理國民年金保險費欠費催收成效，106 年度截至 12 月底止，已催繳人數計 370 萬 6,604 人，催欠金額為 1,077 億 3,182 萬 3,766 元，已繳金額 52 億 6,415 萬 927 元。已繳金額占欠費總金額 4.89%。

(2) 年度目標挑戰性

A.國民年金保險旨在保障無相關社會保險者老年經濟安全，惟因納保對象以未就業居多，爰訂有 10 年內皆可補繳保費之規定，致被保險人按時繳費意願相對較低，由於社會保險具有權利與義務對等原則，繳納保費始能享有領取給付之權利，是以，立法院於審查本部 105 年度預算案時曾作成主決議，要求本部訂定欠費催繳成效指標以資管考，本部爰於 106 年度訂定本項指標。

B.國民年金保險開辦迄今，保險費收繳率平均維持 56%，由於國保被保險人收入較不穩定，未繳費者以經濟困難因素居多，因此法令規定對於欠繳保險費者，並無強

制徵收規定，且保險費於 10 年內均得以計息補繳，再加上為長期性社會保險，年輕的被保險人對於領取老年年金給付認為較無急迫性，而加保期間發生重度身障或死亡事故之機率又極低，以致國保被保險人繳費能力及意願相較其他社會保險低，且受限於整體經濟環境不佳，繳費率的提升實屬不易的任務。

(九) 關鍵策略目標：妥適配置預算資源，提升預算執行效率。

1、關鍵績效指標：機關年度資本門預算執行率

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)÷(資本門預算數)×100%(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)÷(資本門預算數)×100%(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)÷(資本門預算數)×100%(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)	(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)÷(資本門預算數)×100%(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)
原訂目標值	90	90%	90%	90%
實際值	81.52	87.49%	92.03%	88.72%
達成度	90.58%	97.21%	100%	98.58%
初核結果	★	★	★	★
複核結果	▲	▲	★	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

(本年度資本門實支數+資本門應付未付數+資本門賸餘數)÷(資本門預算數)×100%(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)

績效衡量暨達成情形分析：

106 年度本部主管資本門預算執行數 2,109,139,483 元，全年度資本門可用預算數 2,377,238,375 元，執行率為 88.72%，106 年度目標值為 90%，達成度為 98.58%

2、關鍵績效指標：機關於中程歲出概算額度內編報情形

項目	103 年度	104 年度	105 年度	106 年度
衡量標準	【(本年度歲出概算編報數-本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%	【(本年度歲出概算編報數-本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%	【(本年度歲出概算編報數-本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%	【(本年度歲出概算編報數-本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%
原訂目標值	5	5%	5%	5%
實際值	4.99	3.74%	4.16%	3.13%
達成度	100%	100%	100%	100%
初核結果	★	★	★	★
複核結果	▲	▲	▲	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

衡量標準：

【(本年度歲出概算編報數－本年度中程歲出概算額度核列數)÷本年度中程歲出概算額度核列數】×100%

績效衡量暨達成情形分析：

106 年度實際編報值為：【(223,315,044 千元-214,734,991 千元-1,862,060 千元) / 214,734,991 千元×100%】=3.13%，小於目標值 5%，達成度為 100%。

二、關鍵績效指標相關計畫活動之成本

單位：千元

關鍵策略目標	計畫名稱	105 年度		106 年度		與 KPI 關聯
		預算數	預算執行進度(%)	預算數	預算執行進度(%)	
合計		7,488,618		8,685,061		
(一) 健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群	小計	1,635,609	100.00	2,181,031	98.83	
	建構托育管理制度實施計畫	1,635,609	100.00	2,181,031	98.83	2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率
(二) 營造互助祥和社會，完善保護服務體系	小計	0	0.00	27,130	107.51	
	兒少保護體系互聯網計畫	0	0.00	4,780	99.58	降低親密關係暴力與兒少保護個案經
	性別暴力三級預防計畫	0	0.00	22,350	109.20	開案服務結案後 1 年內之再受暴率
(三) 拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益	小計	10,500	87.09	7,500	95.33	
	護理改革計畫	10,500	87.09	7,500	95.33	增加護理執業人力量能
(四) 建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元	小計	1,868,407	100.00	1,261,826	100.00	
	愛滋防治第六期五年計畫	1,868,407	100.00	1,261,826	100.00	降低愛滋感染之傳播率
(五) 構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康	小計	0	0.00	229,757	97.42	
	食安新秩序-食安網絡計畫	0	0.00	229,757	97.42	高關注輸入產品合格率
(六) 營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進	小計	3,974,102	99.12	4,977,817	89.21	
	菸害防制計畫	873,156	100.76	1,315,373	104.03	18 歲以上人口吸菸率
	第三期國家癌症防治計畫	3,100,946	98.66	3,662,444	83.88	四癌篩檢陽性追蹤率之平均值

三、未達目標項目檢討

(一) 關鍵策略目標：營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進。

關鍵績效指標：自殺死亡率

衡量標準：

自殺標準化死亡率(自殺死亡人數÷期中人口數)×100,000，並依 WHO 編布之西元 2000 年世界標準人口年齡結構調整計算

原訂目標值：11.4

實際值：11.9

達成度差異值：4.4

未達成原因分析暨因應策略：

- 1、本項指標未達成原因，主要係因該目標值為本部 105 年度配合 WHO「2013—2020 年精神衛生綜合行動計畫」全球具體目標「各國自殺率自基線年度（2012 年或 2013 年）到 2020 年下降 10%」而訂定；該指標訂定之時空背景係因我國自 94 年起辦理「自殺防治行動計畫」及「國民心理健康促進計畫」等中長程計畫，並成立全國自殺防治中心，推動國家級自殺防治策略以來，標準化自殺死亡率自 95 年高點（每十萬人口 16.8 人）至 104 年（每十萬人口 12.1 人）有近 27.9% 下降幅度，爰以 2013 年標準化自殺死亡率每十萬人口 12.0 人為基礎值，訂定 2020 年每十萬人口 10.8 人逐年遞減之高目標值（倘依 2012 年標準化自殺死亡率每十萬人口 13.1 人為基礎值，2020 年目標值則為每十萬人口 11.8 人）。
- 2、惟近年來時空背景改變，隨著社會變遷及全球經濟環境等不利因素，我國自殺標準化死亡率反呈微幅上升之趨勢。105 年自殺標準化死亡率達每十萬人口 12.3 人，距該年度目標值（每十萬人口 11.6 人）已有差距，由於自殺行為有社會、經濟、文化、心理、以及生物性之複雜成因與背景，必須跨專業、跨部門之多層面介入，故 106 年度經中央各部會（含農委會、勞動部、原民會、教育部、法務部、內政部、人事行政總處等）、地方政府及民間團體齊心協力，全國自殺防治中心預估 106 年度自殺標準化死亡率可降至每十萬人口 11.9 人（較 105 年減少 0.4，降幅 3.3%）。
- 3、經串聯本部 105 年自殺死因資料庫及相關服務系統，研析自殺高風險群前三名為自殺企圖者、藥癮者、精神病人。另依據本部截至 106 年 11 月 30 日止自殺死亡初步數據及 105 年同期數據之比較分析，106 年 1-10 月自殺死亡人數為 2,942 人（男性：1,964 人、女性：978 人），相較於 105 年同期減少 289 人；各年齡層均呈下降趨勢；自殺方式除切穿工具外，其餘方式均呈下降趨勢。
- 4、綜上，本部將持續定期分析自殺相關統計，根據自殺防治全面性、選擇性及指標性等三大策略，規劃心理健康促進及自殺防治工作策略及精進作為，包括：透過系統串聯比對自殺高風險群並強化其自殺防治作為（如：男性、孕產婦、青少年、老人、自殺企圖者、藥癮者、精神病人等）、限制致命性自殺工具取得（如：木炭不公開陳列販售、禁用巴拉刈等）、提供自殺防治 24 小時免費諮詢之安心專線、對於自殺企圖者提供關懷訪視預防個案再自殺、宣導守門人觀念、辦理守門人教育訓練及幸福捕手種子師資培訓課程、對媒體加強宣導報導自殺新聞之原則等方式，多面向進行自殺防治工作。

(二) 關鍵策略目標：精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制。

關鍵績效指標：健全國保財務提升保險費收繳率

衡量標準：

「已繳金額（當年度欠費催收收回總額）÷欠費總額（當年度催收欠費總額）」×100%

原訂目標值：4.9

實際值：4.89

達成度差異值：0.2

未達成原因分析暨因應策略：

1、未達成原因分析：

國保應收保費隨著開辦時間累積逐漸增加，惟因被保險人多屬未就業之經濟弱勢者，故國保採柔性強制方式辦理，對未繳保險費之被保險人不會動用強制執行，且定有 10 年補

繳保費之制度設計，被保險人可於 10 年內補繳欠費，且長期欠繳保險費民眾多係不願繳或無力繳納，催收困難度高。

2、因應策略：

- (1) 利用繳款單載明欠費提示及權益影響。
- (2) 針對具請領老年年金給付資格之屆齡民眾進行欠費催繳。
- (3) 加強宣導保費補助措施及轉帳代繳方式繳納國保保費。
- (4) 針對繳費率較低地區舉行說明會、結合原住民委員會資源輔導原住民定期及持續繳納國保保費。
- (5) 持續透過各地方政府國民年金服務員針對欠費民眾訪視及辦理地區性宣導活動。
- (6) 各地方政府持續結合在地資源網絡如里幹事、村里長、原住民族家庭暨婦女服務中心社工員、生活輔導員、管區警員、公衛護士、民間團體與宗教組織、地區性團體領袖人物、原鄉地區傳教士等人員，協助宣導國民年金以強化溝通與宣導效果。
- (7) 持續透過多元管道加強對民眾宣導國保權益。

(三) 關鍵策略目標：妥適配置預算資源，提升預算執行效率。

關鍵績效指標：機關年度資本門預算執行率

衡量標準：

$(\text{本年度資本門實支數} + \text{資本門應付未付數} + \text{資本門賸餘數}) \div (\text{資本門預算數}) \times 100\%$
(以上各數均含本年度原預算、追加預算及以前年度保留數)

原訂目標值：90

實際值：88.72

達成度差異值：1.42

未達成原因分析暨因應策略：

本部主管資本門預算執行率為 88.72%，達成度 98.58%，原因說明如下：

- 1、本部：102 年度衛生福利大樓新建工程，因尚有履約爭議，須待審理法院做出判決，且與監造單位及專案管理廠商之新增技術服務費爭議均未達成共識，致部分款項尚未撥付；105 年度所屬醫院「新一代門、急診及住院雲端醫療照護系統」，因驗收發生履約爭議，刻正由採購申訴審議委員會調解中，爰 102 及 105 年度經費仍辦理保留，轉入 107 年度繼續處理。
- 2、食品藥物管理署：將進駐於國家生技園區辦公室之硬體、電話交換系統等設備，需配合中研院國家生技研究園區興建工程進度辦理，惟中研院園區工程預定於 107 年 2 月 14 日竣工，爰辦理 105 及 106 年度經費保留。
- 3、中央健康保險署：「臺北業務組辦公房舍整修計畫」，因大樓係已逾 40 年之老舊建築，須先行辦理建築物耐震細部評估作業，並依評估結果修正相關工程設計及經費配置，致裝修工程辦理進度較預定期程落後，爰辦理 105 及 106 年度經費保留。
- 4、國民健康署：「建構智慧健康城市計畫」因契約期程跨年度，且需待各縣（市）政府衛生局完成財產購置並驗收合格後，始能撥付款項，爰辦理 106 年度經費保留。將持續督促各單位（機關）積極趕辦，以提升資本門預算執行績效：
 - (1) 定期就工作計畫預算實際執行進度，提報於部務會議，據以檢討改善。
 - (2) 針對預算執行進度落後之機關（單位），另函文請其積極辦理。

肆、推動成果具體事蹟

一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群

(一) 育兒津貼：

1、落實政策目標，積極對外宣導：

(1) 本津貼自 101 年開辦，請領人數（其占 2 歲以下兒童人數比率）由開辦初期的 21 萬人（50%）逐年提升至 24 萬人（60%），已顯成效。為持續向新手父母正確並即時宣達本津貼申請程序與相關疑義，編印宣導手冊 42 萬 7,200 冊分送各戶政事務所、衛生所等單位供民眾索取。

(2) 委請廠商設計資訊圖像化文件（infographics），透過視覺化圖形將本津貼申請流程以簡單易懂圖像呈現於官網及社群媒體，充分達到宣傳效果。

2、推動資訊系統介接，強化行政效能：

為提升政府服務品質，本津貼資訊系統與「衛生福利部送子鳥資訊服務網」介接，提供民眾線上查詢補助申辦進度，106 年度瀏覽人數為 20 萬 6,068 人（<https://ibaby.mohw.gov.tw/>）；106 年 8 月與「全國兒童少年安置及追蹤個案管理系統」完成介接，提供各項補助領取名冊，協助建立潛在高风险家庭資料平台，完善兒少預警篩檢機制。

3、辦理教育訓練，提升行政效能：

因各地方政府承辦人更迭頻繁，為提升系統操作能力，強化審核效率及行政品質，俾利業務順利執行，以發揮系統所預期達成之成效，於 106 年 9 月 11 日至 9 月 22 日份進行 20 場次資訊系統教育訓練，計有 319 位承辦人員參加，有高達九成七承辦人員同意教育訓練對於業務有所幫助。

4、辦理滿意度調查，瞭解執行成效：

為瞭解民眾使用意向與情形，針對領有本津貼民眾進行滿意度調查。依 106 年育兒津貼滿意度調查報告顯示有八成的民眾對本部在推動育兒津貼表現表示滿意，本計畫執行深獲民眾肯定。

5、強化內控機制：

為即時掌控各地方政府實際執行情形，將各直轄市、縣（市）政府按月填報執行概況表、經費控管、資料報送正確性列為「106 年中央對直轄市、縣（市）政府執行社會福利績效考核」項目之一；同時調整系統「津貼發放」與「媒體轉檔」功能，並修改補發（扣）差額作業及相關報表，以有效杜絕溢領情形，強化內部控制。

6、辦理委託研究，蒐集政策規劃參據：

「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」將於 107 年屆期，為釐清本計畫相關爭議，於 106 年 3 月委託國立中正大學鄭清霞副教授進行小型研究，將以此研究為基礎，續邀地方政府及相關機關研議，俾為續期計畫調整依據。

(二) 就業者家庭部分托育費用補助：

1、落實政策目標，積極對外宣導：

辦理居家式托育登記制度宣導，藉由手機簡訊方式，參考內政部統計 105 年初婚平均年齡及生母生育第一胎平均年齡為主要對象，依縣市用戶比例分配發送，透過簡訊將居家式托育登記制度，達到宣傳效果。

2、運用網站系統，服務公開透明：

運用網路科技及雲端智慧，配合本部「送子鳥」網站服務平台及已設置「托育人員（保母）登記管理資訊網」，提供托育服務相關資訊，以利家長知悉並主動媒合居家托育人員，了解政府督導管理情形。

3、辦理教育訓練，提升行政效能：

辦理 106 年度居家托育服務中心工作人員研習教育訓練 9 場次，提供訪視輔導人員精進專業知能及提升服務品質，計 695 人次參與。

4、辦理滿意度調查，瞭解執行成效：

「建構托育管理制度實施計畫」滿意度問卷分析於 106 年 8 月 22 日委託社團法人臺灣社會工作專業服務品質策進協會辦理，並於 106 年 12 月 19 日完成分析報告，服務滿意度調查結果滿意以上之比例占受訪人數 92.6%，顯示民眾對於托育費用補助持正向肯定態度。

5、藉由資訊系統，強化內控機制：

現行透過托育人員（保母）登記管理資訊系統辦理補助經費之審核與撥款，為因應 103 年 12 月 1 日登記制度，透過網路平臺協助地方政府有效督導居家托育服務單位並進行管理，提供各地方政府查核並作為撥款之依據，減少人工作業時間，提高資料比對正確性，加速補助核發速度，全國 22 縣市 72 個委辦單位統一使用該資訊系統，在補助機制及相關規定輔助工具極為完善且成效良好，同時提供民眾正確的托育相關資訊與諮詢管道。

6、辦理居家托育服務中心評鑑，精進輔導效益：

106 年度居家托育服務中心評鑑共計 63 處，本次評鑑結果共計 12 個優等單位、26 個甲等單位、17 個乙等單位、7 個丙等單位及 1 個丁等單位，業於本部社家署網站公告評鑑結果成績並於 106 年 12 月 12 日邀請優等及甲等之辦理單位參與「106 年居家托育服務中心評鑑記者會暨頒獎典禮」，針對丙等、丁等之辦理單位，後續向直轄市、縣（市）政府提出改善計畫，由適當之專家學者予以輔導後，再進行複評。

二、建置優質長照體系，完備長照服務資源

（一）增加長照醫事專業人力培育量能：

因應長期照顧十年計畫 2.0 施行，服務內容及服務對象均較以往增加，醫事人力在長照服務體系中扮演著轉銜的角色，醫事人員完成長照訓練人數增加，無論於醫事機構或長照機構服務，都將有助於提升長照服務整體銜接之品質及效率。本部 104 年將長照醫事人員課程數位化，並建置學習平台供民眾學習，平台於 106 年 3 月上線，至 106 年 12 月已有 11,938 人完訓，業因數位學習平台之投入，致實際達成情形遠高於原訂目標。

（二）普及社區照顧服務資源

- 1、普及日間照顧資源：透過廣佈日間照顧中心，提供失能、失智老人日間照顧服務，維持並促進其生活自立、消除社會孤立感、延緩功能退化，除了增加社會參與的機會外，也提升長輩與家人的生活品質，協助長者在社區中自在安老。截至 106 年 12 月全台總計佈建 237 所日照中心，可提供逾 7,000 名失能長者具近便性之照顧服務。
- 2、佈建小規模多機能服務：為回應民眾多元照顧需求，提供「客製化、個別化」之全方位照顧服務，鼓勵縣市政府結合具量能之服務單位設置小規模多機能服務，截至 106 年 12 月全台總計佈建 41 處小規模多機能服務中心，滿足長者照顧需求、減輕家庭照顧負擔。
- 3、推動社區整體照顧服務體系：社區整體照顧服務體系係以培植 A、擴充 B、廣佈 C 為原則，由地方政府發揮行政統籌效能，積極結合民間資源，於各鄉鎮市區廣佈「社區整合型服務中心（A）」、「複合型服務中心（B）」、「巷弄長照站（C）」，整合醫療長照和預防保健資源，向前優化社區初級預防功能，向後延伸在宅醫療照顧。目前全台計結合 22 個縣市、720 個服務提供單位，至多可佈建 80A-199B-441C。
- 4、積極推動整建長照衛福據點：為加速佈建社區長照據點，取得合法適宜之空間是重要關鍵，本部爭取前瞻基礎建設預算，規劃 4 年內挹注 74.12 億元，優先於原住民族、離島及

偏鄉地區，結合 799（112A-124B-563C）處公有空間設置日照中心、小規模多機能、團體家屋等資源。前瞻計畫-整建長照衛福據點第一期（106 年-107 年）總計核定 17 億 9,322 萬元，佈建 50A-87B-324C。

三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系

- （一）為強化社會救助的可近性，社會救助法第 9 條之 1 規定，教育人員保育人員、社會工作人員、醫事人員、村（里）幹事、警察人員因執行業務知悉有社會救助需要之個人或家庭時，應通報直轄市、縣（市）主管機關。自 104 年至 106 年第 3 季止經責任通報人員通報並經直轄市、縣（市）政府核定社會救助通報符合補助資格件數為：急難救助 19,010 人、醫療補助 2,578 人、長期生活扶助 3,121 人、實物給付 1,795 人（106 年新增）等，獲得政府社會救助體系的照顧。為協助低收入戶、及中低收入戶自立脫貧，社會救助法第 15 條之 1 規定，直轄市、縣（市）主管機關為協助低收入戶及中低收入戶積極自立，得自行或運用民間資源辦理脫離貧窮相關措施，106 年度新北市 189 人、臺北市 6100 人、桃園市 533 人、臺中市 202 人、臺南市 20 人、高雄市 109 人、宜蘭縣 224 人、新竹縣 17 人、苗栗縣 100 人、彰化縣 474 人、南投縣 2127 人、雲林縣 54 人、嘉義縣 52 人、屏東縣 158 人、臺東縣 180 人、花蓮縣 40 人、澎湖縣 89 人、基隆市 22 人、新竹市 373 人、嘉義市 100 人、金門縣 1247 人、連江縣 8 人參與脫貧方案。
- （二）為落實提供親密關係暴力受暴者及受虐兒少完善之保護扶助措施，以降低親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務結案後 1 年內之再受暴率，本部透過強化跨域整合機制，結合地方政府、民間團體與社區，厚植在地資源，建構整合性、多元性之保護服務體系及處遇模式，106 年度並以「倡議暴力零容忍」、「健全保護體制」、「創新培育研發」三大策略推動保護服務工作，達成施政目標，相關推動情形與成果事蹟摘述如下：

1、倡議暴力零容忍：

暴力侵害婦女與兒童議題在國際人權規範上受到越來越多關注與重視，而除現行對暴力事件發生後的處治／處遇外，預防宣導工作更為第一道防線。鑒於態度信念是預測一個人是否出現實際行為的重要指標，亦能了解一個人能否接受某類行為的出現，本部於 105 年度辦理「我國大眾對暴力侵害婦女之態度信念調查」，結果顯示在 1,700 位 18 歲以上受訪者中，就縱容暴力、合理化暴力及認同男性規訓共 25 個題項中，最同意縱容暴力、合理化暴力及認同男性規訓者分數達 125 分，最不同意者為 25 分，我國民眾之平均分數為 44.32 分，顯示平均而言，我國大眾對於暴力侵害婦女之態度信念已有一定程度之正確認知，惟進一步分析受訪者之人口變項後發現，男性、18-19 歲與 56 歲以上者、教育程度低者、無全職工作者、月收入較低者、已婚者對暴力侵害婦女之認同程度較高。因此，為能廣續降低上開對象對暴力侵害婦女之認同程度，本部除全面性針對社會大眾辦理教育宣導外，亦針對特定對象加強辦理宣導座談，另亦提升專業社群與一般大眾的防暴知能，及透過實務工作者進行反暴力倡議。以下茲分述本部於 106 年度辦理之教育宣導工作：

（1）辦理大眾教育宣導，營造暴力零容忍意識：

A. 「防暴社區初級預防宣導計畫」：為提升社會大眾對家庭暴力問題的預防意識，推動「零暴力、零容忍」之預防意識在社區扎根，相關執行成效如下：

a. 辦理社區培力，培育社區防暴專業人才

i.為整合社區橫向聯繫及縱向深化政府及社區合作機制，106年2月辦理1場「串聯社區推廣性別暴力社區預防共識營」，邀請社區組織、民間團體、公私部門網絡成員共166人參與研討，建立社區參與家庭暴力初級預防策略與合作共識。

ii.為協助直轄市、縣（市）政府加強輔導在地社區基層組織參與防暴社區營造，106年3月於北區、中區、南區及東區共辦理7場次「防暴社區培力研習營」，計有社區幹部等共405人參加，透過培訓課程，增進其對家庭暴力防治等之正確認知，及激發社區參與動機。

iii.為引導各直轄市、縣（市）政府發展以社區為基礎的全民防暴初級預防工作，106年11月辦理1場「家庭暴力社區初級預防推廣專業人員初階訓練工作坊」，計有各直轄市、縣（市）政府辦理社區預防宣導業務承辦人與主管共57人參加，透過應用社區家庭暴力防治工作指引，協助地方政府運用社區工作方法，擬具整體性、實證性及系統性的家庭暴力社區初級預防推廣工作規劃藍圖與實施策略。

b.建立補助及獎勵機制，擴大社區參與量能

i.透過經費補助社區組織辦理「家庭暴力社區初級預防宣導計畫」，鼓勵社區主動發掘在地的親密關係暴力、兒少保護等相關問題，並結合社區特色、資源及多元族群特性等，擬定永續性、在地性的社區宣導計畫，106年計補助共52項計畫，有324個社區參與。

ii.為督促直轄市、縣（市）政府積極落實推動輔導社區參與家庭暴力初級預防工作，業將地方政府辦理績效納入評核，並於106年6月針對辦理成效卓越之縣市包括彰化縣、台中市及高雄市予以公開頒獎表揚。

iii.辦理觀摩研討，推廣社區防暴經驗

為建立社區參與推廣家庭暴力預防宣導之標竿學習，106年辦理「街坊出招-社區反暴力創意行動競賽暨觀摩」活動，計有40個社區參賽，並於106年6月辦理頒獎表揚及觀摩活動，邀請全國各社區代表共362人參加，增進社區交流與互相學習，以激勵及帶動更多社區投入初級預防工作。

B.辦理兒少保護大眾媒體宣導：為強化社會大眾有關兒少保護及兒少性剝削防制教育宣導，本部於本（106）年9月至12月期間，透過大眾媒體通路，包括電視、網路、廣播及戶外媒體等加強兒少保護宣導，露出「為兒少發聲」30秒廣告、兒少保護廣播宣導「英雄篇」，及預防兒虐、殺子自殺及杜絕兒少色情等懶人包，總計透過媒體宣導露出達20萬次以上。

（2）針對特定對象加強辦理教育宣導，減少暴力發生：

為減少親密關係暴力、兒少虐待等各種型態之家庭暴力發生，106年度針對國軍體系、警政消防海巡、各直轄市及縣（市）政府、社會團體及社區組織等單位，辦理「反性別暴力影像巡迴座談」，以「梅西的世界」、「心靈重擊」、「老爸搞不定」、「青春勿語」、「不存在的房間」、「希望 為愛重生」、「暗色天堂」、「北國性騷擾」等8部影片為主題，邀請專家學者擔任映後座談講師，與觀影人員就影片描繪的「性別暴力防治」及「家庭關係與親職教育」等議題進行討論，藉以培力男性及社區民眾理解家庭暴力被害人處境，及省思保護服務工作之意涵，藉以達成反暴力之目標。106年度計播映203場次，約2萬1,225人參與。

（3）提升專業社群及社會大眾防暴知能，並以專業經驗傳遞反暴力價值：

A.建置「反性別暴力資源網（TAGV）」：

為提高專業社群防治網絡成員及一般社會大眾的反暴力知能，106 年度反性別暴力資源網利用網際網路與新興通訊科技跨境與跨時知識與資訊傳播的特性，整合影音專區與數位學習平台，讓使用者不受地域或時間限制，達成專業訓練、公共教育與議題倡議的三重目標。本網站總瀏覽量至 106 年 12 月底止，達 444 萬 5,625 人次，並於「106 年度行政院所屬機關推動性別平等業務輔導考核」中榮獲「性別平等創新獎」。茲就反性別暴力資源網、反性別暴力電子報、影音專區三部分 106 年度執行成果分述如下：

a.反性別暴力資源網：106 年度持續增加資料筆數，至 106 年底已達 1 萬 9,640 筆。

b.反性別暴力電子報：發行「一個都太多－校園性侵害」、「身傷，心傷－親密關係暴力與心理健康」、「打破沉默站出來－男性參與」、「性侵害犯罪防治法 20 周年論壇專刊」、「說好的《避風港》呢？－兒少安置機構性侵害」、「隱形的牢籠－經濟暴力」等 6 期反性別暴力電子報。

c.數位學習專區：在本專區中製作 6 則「反性別暴力懶人包」，主題包含：「三分鐘看懂約會暴力」、「兩分鐘看懂復仇式色情」、「兩分鐘看懂性侵害創傷復原」、「兩分鐘看懂網路騷擾」、「兩分鐘看懂同意權」、「三分鐘看懂狼師防範與權勢性侵」。

B.辦理第 4 屆紫絲帶講壇暨頒獎典禮：

為公開表揚保護服務實務工作有功人士與傳承其服務理念，本部於 106 年 11 月 11 日辦理「第四屆紫絲帶講壇暨頒獎典禮」，邀請 16 位在保護服務專業領域表現傑出的得獎者分享其專業實踐精髓與服務典範，傳遞紫絲帶象徵反暴力的價值與使命，並邀請學者專家、中央部會、各地方政府與民間團體代表，以及得獎者親友等到場聆聽與觀禮。本屆講壇與頒獎典禮活動參與人次合計約 272 人次，並首度全程透過網路直播，計有至少 1 萬以上瀏覽人次。本活動並於「106 年度行政院所屬機關推動性別平等業務輔導考核」中榮獲「性別平等故事獎」。

2、健全保護體制：

為健全保護服務體制，本部以「強化暴力預警」、「即時救援保護」與「深化創傷復原」等方式，完善被害人保護服務措施，進而降低保護服務被害人再次受暴之風險。

(1) 強化暴力預警機制：

A.為及早發現、及早處遇以減緩暴力事件的發生，本部設置有通報單一窗口「113 保護專線」，提供 24 小時全年無休通報及諮詢服務，106 年 1 至 12 月 113 保護專線計接線 12 萬 8,094 通電話，提供 11 萬 464 件諮詢及通報服務；113 保護專線受理親密關係暴力案件之後續追蹤完成實施危險評估比率達 93.5%。

B.為避免暴力代間傳遞與暴力循環，補助民間團體針對目睹家庭暴力之兒童及少年提供個案服務、心理諮商輔導、團體輔導，以減少傷害與暴力之影響及代間傳遞現象，106 年度計補助 13 縣市、15 項計畫、各地方政府計提供目睹兒少輔導處遇 1 萬 2,284 人次。

(2) 即時救援保護：

為能及時阻止暴力發生，我國地方政府主管機關接獲家庭暴力及性暴力事件通報後，均應立即進行調查處理，並運用評估輔助工具，及時辨識出高危機個案給予緊急保護。此外，為即時協助家庭暴力及性暴力被害人，各地方政府同時也提供協助就醫診療、驗傷及取得證據、心理治療與輔導、庇護安置、法律扶助等服務。

A.106 年 1 月至 12 月提供家庭暴力被害人（含老人及身心障礙者保護個案）諮詢、協談、庇護安置、陪同報案及偵詢（訊）、陪同出庭、驗傷診療、聲請保護令、法律扶助、經濟扶助、心理諮商與輔導、就業服務、就學或轉學服務、轉介或提供目睹暴力服務、子女問題協助及通譯服務等服務，共計 100 萬餘人次，補助金額達 7 億多餘元。

B.深化家庭暴力安全防護網計畫，落實親密關係暴力危險評估：本部督導各直轄市、縣（市）政府持續落實推動家庭暴力安全防護網計畫，106 年 1 至 12 月各直轄市、縣（市）政府共計召開 564 場家庭暴力高危機個案網絡會議，接獲 5 萬 5,121 件親密關係暴力案件，其中實施危險評估件數為 5 萬 3,264 件，實施危險評估佔親密關係暴力通報件數之 96.6%，以落實親密關係暴力危險評估。

C.106 年 1 月至 12 月提供兒少保護個案家庭處遇服務，包含家庭功能評估、安全及安置服務評估、親職教育、心理輔導、精神治療、戒癮治療、家庭扶助暨福利服務、電話諮詢、家庭訪視、團體輔導等服務，共計提供上開各項扶助服務計 28 萬餘人次。

（3）深化創傷復原：

為能提供長期且深化的服務，協助被害人創傷復原與自立生活，我國推展「一站式家庭暴力多元處遇服務方案」，以補助民間團體方式，逐步建構以被害人為中心之整合性服務工作模式，減少被害人之流失，並透過深化社工服務，提供庇護安置、法律扶助、通譯服務、支持陪伴團體、個別心理諮商、家庭關係協談、就業諮詢或輔導、未成年子女目睹暴力之諮商輔導等，確實保護被害人免於再度受暴，106 年度計補助 11 縣市、15 項計畫，核定補助 3,594 萬餘元，總計受益人次達 4 萬 5,000 人次。另為了解一站式服務模式之實施成效，106 年度並委託辦理「一站式家庭暴力多元處遇服務方案成效評估計畫」，計辦理 14 場巡迴輔導、2 場焦點座談，本計畫預計 107 年 4 月辦理完畢。

3、創新培育研發：

（1）訂定保護性社工訓練實施計畫及辦理新進保護性社工、督導人員訓練：為輔導直轄市、縣（市）政府落實家庭暴力及性侵害、兒少保護、老人保護及身心障礙者保護社工之專業訓練，提升保護服務專業品質，本部 106 年度制定保護性社工訓練實施計畫，並依該計畫辦理新進保護性社工共通性課程訓練與保護性社工督導訓練各 3 梯次，及家庭暴力及性侵害防治、兒童及少年保護性社工個別課程，合計參訓之政府部門及民間團體保護性社工與督導共計 730 人。

（2）辦理「家庭暴力高危機個案動態風險評估及解除列管評估指引推廣計畫」：鑑於各地方政府評估被害人致命風險是否有明顯降低時，較缺乏一致性及客觀性之評估輔助工具，爰發展家庭暴力高危機個案動態風險評估及解除列管之評估指引，並由 8 位不同領域專家組成督導小組，協助實務工作人員將該指引正確運用於家庭暴力高風險個案之風險評估，106 年度計完成 3 場教育訓練、72 場實地督導和 2 場團體督導。

（3）辦理「精進家庭暴力被害人庇護安置工作計畫」：為提升國內庇護服務品質，本部透過實地訪視及研發辦理庇護安置服務工作指引，協助各直轄市、縣（市）政府改善庇護處所之設施設備、經營管理及充實服務內涵等相關問題。本計畫透過至全國 26 個庇護處所進行實地訪視，盤點各直轄市、縣（市）政府庇護安置服務資源，綜

整個別性及整體性之改善建議，並邀請熟稔被害人服務之實務工作者召開 2 場次焦點團體，研擬完成庇護安置服務工作指引。另並分區辦理 4 場次庇護安置服務工作坊，將本案研發之指引內容融入訓練課程中，參訓對象包括社工及庇護所內支持性人員，合計 106 人參訓。

- (4) 研發兒少保護結構化決策模式風險評估工具：與美國國家不當及犯罪行為研究院兒少研究中心合作共同研發本土兒少保護家庭風險結構化評估決策模式，106 年度蒐集並分析 1,060 件兒少保護案件，並製訂 12 項風險評估指標，以區分兒少再受虐風險層級。
- (5) 辦理兒少保護親職教育教案研發工作坊：鑑於本部定期召開重大兒童及少年虐待事件防治小組會議，檢視多起兒少嚴重傷害或死亡案件，發現施虐者對於照顧或管教特殊兒少（如過動兒等），常因不瞭解兒少之特殊性，致發生不當管教對兒少的傷害。為使強制性親職教育輔導能對特殊兒少家庭提供符合需求服務，本部委託辦理「兒少保護強制性親職教育輔導教案研發及專業培力計畫」，針對特殊兒少之施虐家長，發展親職教育課程，並辦理分區工作坊共 3 場次、參與人員共 124 人次，相關訓練教材並於本部網站公告，以增進親職教育執行人員對於研訂課程之認識及運用。
- (6) 辦理兒少保護家庭處遇教育訓練：為使兒少保護社工與督導熟悉運用家庭功能評估與家庭處遇計畫等工具，並建立「以家庭為核心」、「與家庭一起工作」之工作模式，本部於 106 年度辦理 5 場次社工、督導及種子講師教育訓練，以使社工能更熟悉運用家庭功能評估與家庭處遇計畫評估工具，提升兒少保護家庭處遇服務品質，並培養督導具備帶領社工與家庭工作之能力，及培養本土化之實務人才，使參訓者具備推廣與講授家庭處遇服務專業之能力，上開訓練合計 160 人參訓。
- (7) 辦理兒少保護親職教育方案：106 年補助 9 縣市辦理 12 項「兒少保護親職教育方案」，針對施虐及疏忽兒少之家長，以團體輔導或到宅個別輔導方式，提供兒少保護親職教育，並將數位教材融入課程。另本部為協助地方政府辦理創新方案，並委請專家學者團隊提供實地督導，針對非自願性案主、公私協力及親職教育執行模式等主題，進行督導及討論，共計 9 場次、63 人。

四、拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益

(一) 保障住院醫師勞動條件，確保病人安全

- 1、為保障醫師勞動權益並確保醫療品質與病人安全，本部經邀集勞動部、醫學教育專家、各專科醫學會、各級醫院協會及醫改團體代表共同研商，參考美國住院醫師訓練工時規定，於 106 年 3 月 1 日公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並於今年 8 月 1 日起正式實施。該工時指引規定，住院醫師輪班制者每班不超過 13 小時，非輪班制以每日正常工作時間不超過 10 小時為原則，每次勤務連同值班（延長工時）不得超過 28 小時，但期間應有短暫休息，至於總工時以每 4 週 320 小時（平均每週 80 小時）為上限。
- 2、依據本部臨床醫事人員培訓計畫 106 年度執行成效優良獎勵費用之指標項目，由收訓住院醫師之教學醫院填報 106 年 8 月至 10 月之住院醫師符合工時指引比率之結果顯示，39 家教學醫院之 PGY 及 73 家教學醫院之第一年住院醫師均 100% 符合，即每 4 週總工時均未超過 320 小時（單週平均未超過 80 小時）。

(二) 增加護理執業人力量能

- 1、推廣全國護理人員繼續教育計畫：共執行 484 場次繼續教育課程，計 19,586 人次參與，並提供通訊課程 1,260,130 點及數位學習課程 45,201 點積分。
- 2、探討與評估護病比法制化計畫：業委託中華民國護理師護士公會全國聯合會辦理「106 年度探討與評估護病比法制化」計畫，經專家學者焦點團體彙整四場公聽會之各方意見所提建議方案，經本部高階主管會議決議討論結果修訂醫療機構設置標準為優先。
- 3、因應勞基法新制之護理排班彈性運用模式宣導計畫：因應勞基法 105 年 12 月修正，業委託中華民國護理師護士公會全國聯合會辦理 10 場北、中、南、東勞基法新制宣導座談會，並與勞動部合作，再於 106 年 12 月編修原 4 月公告「勞動基準法下護理排班問答暨合理護理排班指引與範例」，於 12 月 15 日公告於本部網站，亦同步函予各地方政府及護理團體參酌及瀏覽下載。

五、建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元

(一) 結核病防治

我國自民國 95 年執行「結核病 10 年減半全民動員計畫」、105 年繼續推動「我國加入 WHO 2035 消除結核第一期計畫」，使我國之結核病新案發生率自 94 年之每 10 萬人口 72.5 例降至 105 年之每 10 萬人口 43.9 例，累積降幅接近 4 成，優於新加坡、南韓、香港等地。106 年推估結核病新案發生人數首度降至萬人以下，新案發生率為 40 例/10 萬人，疫情較去年下降 6%，重要成效如下：

- 1、推動「山地鄉結核病主動篩檢結合健保山地醫療保健服務計畫」，委託地方政府整合轄區資源，規劃符合在地效益之山地鄉結核病主動篩檢模式，106 年截至 9 月底，已執行胸部 X 光篩檢 29,560 人次，主動發現 40 名個案，以及早診斷並予以治療，阻斷疾病傳播。
- 2、持續推動「潛伏結核感染治療計畫」，106 年起將對象擴及至 104 年（含）以前高傳染性結核病病患之接觸者，另針對愛滋病毒感染者、靜脈藥癮者、使用腫瘤壞死因子抑制劑之風濕免疫病患等高風險族群，辦理潛伏結核感染治療前驅計畫，106 年共提供 57,774 人潛伏結核感染篩檢服務，篩檢陽性者有 8,433 人加入治療，預估至少可減少 800 人發病，並避免渠等個案造成傳染。
- 3、針對指標個案藥物敏感性試驗為 isoniazid 抗藥但 rifampin 敏感之結核病接觸者，自 106 年 8 月起，新增提供潛伏結核感染（LTBI）治療使用 4 個月 rifampin（4R）處方，以降低接觸者後續發病機率，並避免 rifampin 抗藥性增加。106 年截至 12 月 27 日，已提供 302 名接觸者使用 4R 處方加入治療。
- 4、為使我國抗藥性結核病防治與國際接軌，於 106 年 4 月起加強對於 rifampin 抗藥結核病（RR-TB）個案之管理，除比照多重抗藥性結核病（MDR-TB）個案進行系統登記作業、增加接觸者胸部 X 光追蹤頻率外，亦提供抗藥性高風險對象進行分子快速檢測服務，以利公衛人員即時轉介給予適切治療，避免 RR-TB 個案後續轉變為 MDR-TB 個案。
- 5、為減輕一線工作人員行政作業負擔，全面檢視相關防治工作規範，轉化原本繁雜之防治作業規定為原則性規範，並融入資訊化作業流程，於 106 年 3 月修訂出版第三版「結核病防治工作手冊」，提供公衛人員較彈性化之防治作業模式。另邀集國內 16 位專家，以世界衛生組織「The End TB Strategy」為指導原則，參考國際間近年發布之結核病相關診治指引，並考量國內疫情與醫療現況，於 106 年 10 月修訂出版第六版「結核病診治指引」，提供臨床醫師診療參考。

- 6、完成國內全數醫學中心之結核病及潛伏結核感染治療用藥自動介接及警示專案，且全國各層級照護醫院介接覆蓋率達近九成，有效減輕地方公衛人員人工作業負擔、強化醫療公衛資訊轉銜效能，協助第一線人員快速掌握病人用藥情形，即時啟動訪視及關懷事宜。
- 7、為提昇醫師及相關工作人員對於結核病防治及診療之專業知識及態度，辦理下列訓練：
 - (1) 委託「台灣結核暨肺部疾病醫學會」辦理「醫師結核病防治教育訓練」計 12 場次，共計 683 人參加。
 - (2) 辦理 4 場次「結核病個案管理師初階教育訓練」，共 474 位學員參加；辦理「結核病個案管理師專業認證計畫」，認證考試合格人數計 53 人。
 - (3) 辦理「校園防疫人員結核病防治教育訓練」，計 8 場次，共計 750 人參加；另透過「衛生福利部衛生福利人員訓練中心」針對醫療院所、公衛端之醫護人員及各級學校之護理相關人員辦理結核病防治教育訓練，計 3 場次，共計 370 人參加
 - (4) 辦理「卡介苗接種及結核菌素測驗技術訓練計畫」，包括 1 場師資技術統合訓練、4 場技術評價及 2 場種子師資訓練。師資技術統合訓練參訓人數 40 人，合格人數 40 人；技術評價參訓人數 150 人，合格人數 148 人；種子師資訓練參訓人數 91 人，合格人數 85 人。
- 8、呼應世界衛生組織（WHO）倡議之全球消除結核目標，於 106 年 10 月 22 日「2017 臺灣全球健康論壇（Global Health Forum in Taiwan）」，辦理「2035 結核病消除策略（Strategies for ending TB by 2035）」平行場次，邀請 4 名國內外專家共同討論結核病消除策略，總計參與人數約 200 人。

（二）愛滋病防治

運用三段五級防治架構推動各項防治策略，積極推動及落實各項創新防治計畫，期使國內愛滋疫情趨緩。為能持續防治成果，並能儘早發現新感染者並使其及早接受治療，推動診斷即刻服藥治療策略，提高感染者用藥比例及順從性，降低病毒量，減少傳播他人風險。另與國際接軌，推動愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）前驅計畫，期找出具感染高風險行為者參與計畫，並找出未被診斷的愛滋潛在感染者，使其連結醫療體系及早治療，以有效遏止感染人數增加。其具體作法如下：

- 1、加強跨部會合作，透過「衛生福利部愛滋病防治及感染者權益保障會」，就預防、醫療及權益等議題，加強各部會溝通，並運用其原有通路強化宣導作為及執行相關防治工作。
- 2、因應網路普及化，透過新媒體含 Facebook、Twitter、Plurk、Instagram 等多元化衛教宣傳管道，持續以圖片、影片、懶人包及簡易文字向年輕學子宣導愛滋防治觀念。另透過手機交友軟體，於 4、8、11 月期間，深入具感染高風險行為者的網絡，進行愛滋防治健康訊息傳播，活動期間共曝光 690 萬人次。
- 3、為促使民眾對「暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）」之瞭解，製作「PrEP 衛教工作手冊」及「PrEP 與在家自我篩檢雙主題折卡」，並函送縣市衛生局（所）、愛滋病指定醫院及匿篩醫院、毒防中心、民間團體及相關部會宣導使用，藉此增加民眾對愛滋病預防資源之瞭解。
- 4、持續推動多元化男男間不安全性行為者愛滋預防方案，建置及維護同志健康社區服務中心，藉由同志社群參與，提供多元性別友善的環境及服務，另透過同志健康中心專業團隊，辦理同志愛滋防治相關宣導及篩檢諮詢服務計畫，包括：諮詢篩檢、醫療諮詢、轉介醫療服務、健康講座、焦點訪談、網路互動及外展宣導等提供同志群體服務，106 年平均每月訪客數約 5,000 人次，截至 11 月底已提供超過 5,000 人次愛滋篩檢服務，外展篩檢

場次超過 190 場。另為提供同志群體多元性別友善的環境，除設立同志健康服務中心外，也突破空間的限制，利用電話、網路及應用軟體等管道（如 Line、Facebook 等），提升同志群體獲得適當愛滋介入服務的比率，更透過同志交友手機應用軟體（APP）露出健康促進的宣導訊息。

5、建置多元篩檢管道，並持續推動藥癮愛滋減害計畫及性交易服務者等各類感染愛滋高風險行為群體之衛教宣導。

(1) 106 年計有 44 家醫療院所辦理「愛滋病免費匿名篩檢諮詢服務計畫」，截至 106 年 11 月已經提供超過 39,000 人次篩檢服務，陽性率 1.8%。

(2) 擴大辦理感染愛滋高風險行為群體愛滋病毒之篩檢與諮詢服務，服務對象包括性交易服務者及其顧客、男男間不安全性行為者、注射藥癮者、性病患者、矯正機關收容人等，感染愛滋高風險行為群體最近 12 個月接受愛滋病毒篩檢率達 36%。

(3) 推動在家愛滋唾液自我篩檢服務方案，全國 19 縣市設置 278 個執行點及 24 台自動服務機，提供愛滋唾液自我篩檢試劑，另新增便利超商取試劑管道，提高取得試劑篩檢之可近性，亦透過相關部會協助張貼宣導海報、提供 24 小時諮詢服務專線及由合作衛生局與民間團體提供篩檢陽性者轉介就醫服務，截至 106 年 11 月提供 16,655 人次自我篩檢試劑服務，有登錄結果者初篩陽性率 1.3%，共發現 136 名陽性新案。

(4) 持續推動藥癮愛滋減害計畫，發放免費清潔針具及稀釋液，注射藥癮愛滋疫情已獲得有效控制，藥癮者佔新通報愛滋之比例由 99 年 6.5% 降至 106 年 11 月 1.8%。

6、提升感染者醫療照護與服務品質，落實感染者預防策略：

(1) 全國有 69 家愛滋指定醫事機構及 3 家指定藥局提供免費抗愛滋病毒藥物 HAART 治療，同時辦理個案管理計畫，加強個案規則就醫及提高服藥順從性，106 年感染者就醫率達 90.4%、服藥率達 84.8%、感染者病毒測不到之比率為 90%。

(2) 因應愛滋新成分之複方新藥 Genvoya (TAF/COBI/FTC/EVG) 納入健保給付，修正公告「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」，並自 9 月 1 日起實施，並函知相關單位知悉。

7、提升醫療服務品質，推動診斷即刻治療策略

(1) 推動診斷即刻治療策略，引進副作用較低之抗愛滋新藥（複方、每日 1 次、每次 1 錠），提高感染者用藥比例及順從性，降低病毒量，減少傳播率。

(2) 補助台北榮總、衛福部桃園醫院、成大醫院、高雄榮總及高醫等 5 家醫院提供「愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥 (PrEP) 前驅計畫」服務。另有 49 家醫院提供自費 PrEP 之醫療服務。截至 106 年 11 月為止，5 家醫院愛滋病毒篩檢 17,394 人次，較同期增加 14%；另有 323 人加入前驅計畫，服藥人數為 302 人，服藥率達 93%，目前持續服藥者中尚沒有人感染愛滋病毒。

(3) 因應愛滋醫療費用積欠健保署案，依據 106 年 7 月 5 日行政院與衛福部相關單位之協調會議，菸害防制及衛生保健基金 107 年編列 29 億 6,553 萬 8 千元，用以償還愛滋醫療費用欠款，本案已於 106 年 8 月 22 日「菸害防制及衛生保健基金審議小組第 43 次臨時會」決議通過。

六、構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康

(一) 策進食品檢驗與管理效能方面

1、檢驗技術及檢測能力成果斐然，榮獲國際肯定：106 年開發 2 項新穎檢驗技術，可鑑別食用豬油是否混摻含植物成分之回收油，以及鑑別特級初榨橄欖油是否摻偽，可作為油

品摻假鑑別之輔助工具，研發成果並獲國際期刊刊登。並參加英國中央科學實驗室主辦之「小麥粉中農藥殘留」能力試驗，56 個國際實驗室中僅 16 個通過，本部食藥署實驗室即為其中之一；同時參加精準度試驗（FAPAS），檢體為煙燻魚肉，獲「滿意」成績，展現本署檢驗方法之準確性及優異之檢驗技術。

- 2、運用快速鑑別檢驗方法，阻擋攙偽食品流入市面：運用 DNA 分子生物鑑別技術，結合即時聚合酶鏈反應（Real-time PCR），建立有毒植物姑婆芋快速鑑別檢驗方法，該檢驗方法於 106 年 5 月確認民眾食用之「荷葉粉蒸排骨」之葉子為有毒植物姑婆芋，並立即回復衛生局通知餐廳下架銷毀及追查來源。另協助鑑別「肉塊」攙偽檢驗，106 年 2 月臺東縣法務部矯正署岩灣技能訓練所供應之「牛腩」料理疑似以豬肉混充，經以牛及豬成分專一性檢驗方法檢驗，確認其有混摻非單一肉品之情形。
- 3、即時開發檢驗方法，確保產品消費權益：因應雞蛋汙染芬普尼事件，為落實源頭管理，立即公開「蛋類中殘留農藥檢驗方法－芬普尼及其代謝物之檢驗」檢驗方法，供全國各檢驗單位使用，縮短抽驗至檢驗結果彙整及發佈於五日內即完成，間接幫助農政單位掌握有汙染情事之養雞場資訊，進行及時移動管制、加速回收問題雞蛋、研訂殘留容許量標準等行政處理，確保國人食用雞蛋之安全；並於執行中秋節應景食品抽驗時，在月餅鹹蛋黃中初步檢出蘇丹色素四號，立即公布「食品中蘇丹色素之檢驗方法」，供各界檢驗蛋黃中蘇丹色素，以保障民眾食品安全。
- 4、雙重把關進口食品衛生安全，保障民眾食用安全：輸入時於邊境執行輸入查驗，輸入後於國內市場進行產品監控，以雙重把關、全面監控方式，保障民眾食用安全。邊境抽驗不合格之產品，皆依規定予以退運或銷毀；於後市場監控進口產品，並將結果回饋邊境調整管控措施或加強查驗。邊境管控成果亦反應於國內市場產品抽驗合格率逐年上升，以農產品農藥殘留為例，104 年度國內流通市場之進口農產品農藥殘留抽驗合格率 84.1%，針對年度監測結果進行研析並回饋管理機制，透過邊境輸入查驗加強管控及國內流通市場加強監測等方式，105 年度合格率已提高為 92.1%，106 年度 94.1%。
- 5、修訂食品安全相關管理規定，擴大規範實施範圍：106 年度公告修正三項相關規範，一為「輸入食品系統性查核實施辦法」，參考世界多數先進國家之管理模式，擴大實施系統性查核之產品範圍，首次納入「水產品」及「乳製品」，以強化源頭輸入之動物性產品之食品安全管理；二為訂定「以自動販賣機販售食品自主衛生管理指引」及「自動販賣機販售食品之標示規定」供業者依循，提升自動販賣機販售食品之衛生安全及品質；三為擴大要求提升食品業者之衛生管理制度，公告強制「五星級旅館附設餐廳」實施食品安全管制系統（HACCP），並同時預告「供應鐵路運輸旅客餐盒之食品業」、「食用油脂」、「罐頭食品」、「蛋製品」等消費層面廣或民生消費必須之食品業者，亦應實施 HACCP。

（二）優化藥物管制與規範效能方面

- 1、建立快速檢驗量能，阻擋非法藥品流入：訂定快速檢驗降血脂用藥「冠脂妥」方法與標準化操作流程，且縮短檢驗時間，即時提供檢調單位行政處理之依據，以保護民眾用藥安全；協助關務署自郵件包裹或入境旅客中成功攔截五批同類型非法肉毒桿菌毒製劑進口，避免非法肉毒桿菌素製劑流竄於市面，保障國人健康。
- 2、首次驗出新興濫用藥物成份，防制毒品擴散：從送驗咖啡包及膠囊檢體中，分別驗出 N-乙酰-4-氯甲基卡西酮及 N,N-二甲基莫待芬寧成分，為三級毒品氯甲基卡西酮及四級毒品

莫待芬寧類似結構之新成分，經查對濫用藥物檢驗通報系統資料庫，確認該成分於國內尚無通報檢出，促成新興濫用藥物成分即時納入毒品列管。

- 3、簡化精進醫材及藥品臨床試驗審查機制，提升藥物審查時效：106 年除試行「醫療器材查驗登記優先審查機制」，以保障罕見疾病、危及生命或嚴重失能病人及時使用具核准上市之醫療器材外，並公告「藥品臨床試驗計畫審查流程精進措施」，簡化優先用於人體藥品臨床試驗計畫審查流程，訂定細胞治療/基因治療產品臨床試驗計畫快審機制，及加強藥品臨床試驗計畫變更案之分級管理、分流審查，透過精進審查流程，提升審查時效；針對「研究用、教學或檢驗用之非感染性人類檢體之進出口」申請，與經濟部國際貿易局、財政部關務署共同合作，簡化查核行政事宜，進而加速國內產業轉型，推動五大創新產業。
- 4、擴大開放網路販售醫療器材，提升民眾購置便利：顧及民眾對部分適合居家使用醫療器材之需求，106 年度新增第二等級醫療器材項目可於網路販售共五項，截至目前為止已開放低風險第一等級醫療器材（共 721 品項）及部分第二等級醫療器材（共 18 品項）得於網路販售，以提升民眾取得醫療器材之便利性。
- 5、開放非處方藥品不同樣式包裝及增列仿單生效日，促進市場流通與業者管理：鼓勵國內非處方藥品產業之發展，在不影響藥品安全、品質及療效下，同意開放非處方藥品可設計不同樣式之包裝同時於市場銷售，使業者能設計多樣之包裝流通，民眾可有不同包裝之選擇；同時本（106）年度起施行「藥品仿單外盒標籤變更之作業流程調整試辦方案」，適用本試辦方案者，同意變更函增列仿單外盒標籤變更生效日，明確讓業者知道變更生效日何時開始計算，以強化製造與輸入藥品業者估算庫存品存貨量及減少回收驗章數量。
- 6、促進國產膠囊製劑藥品查驗登記量能件數，增進業者應用開發範疇：我國改採行國產膠囊製劑藥品查驗登記與國外藥品審查方式一致，廠商提供國內硬空膠囊殼之許可證字號或國外硬空膠囊之通用技術文件（Common Technical Document, CTD）資料供審，以促進國產藥品研發與外銷。
- 7、建置「管制藥品製藥工廠廠房新建暨整建工程」，增進管制藥品量能：新建廠房工程已於 106 年 7 月 24 日完工，經衛福部推薦參選第 17 屆公共工程金質獎，獲評選為建築類「特優」。該廠房預計於明（107）年中申請 PIC/S GMP 標準查核，如順利通過後，加入管制藥品之生產製造，除可提升第一、二級管制藥品之品質，並可增加 1 億元以上的產值。
- 8、研擬「細胞及基因治療等產品管理法」草案，於 106 年 7 月 25 日函周知各界提供意見為期 60 天，並同步於「公共政策網路參與平臺眾開講」蒐集民眾意見，週知期間共收到 17 個單位之回饋意見，共計 209 項修正建議。由於回饋意見踴躍，且外界關切草案進度，規劃於 107 年 1 月 23 日召開業界說明會。

（三）促進食藥知識傳遞與資訊服務方面

- 1、持續精進資訊系統服務，確保管理系統使用效能：除已建置核心食品雲「邊境查驗自動化管理資訊系統（非報不可）、食品業者登錄平臺（非登不可）、食品追溯追蹤管理資訊系統（非追不可）與產品通路管理資訊系統（非稽不可）」等系統服務、管理制度與資訊安全等領域持續精進，更通過歐洲雲服務星級驗證制度（Euro Cloud Star Audit，ECSA）四星級驗證。並持續取得 ISO 27001 資訊安全管理系統驗證，在營運上更藉由導入 ECSA 驗證，經由第三方驗證單位確認資訊系統與雲端基礎設施的資訊安全管理系統

(ISMS) 持續依規範正確有效運作，以確保上開各項系統與雲端之資訊完整、機密及安全。

- 2、有效掌握藥品之來源及流向，提升管理效能並保障民眾用藥安全：本(106)年度年起建制「藥品追溯或追蹤申報系統」，並公告自106年7月1日起血液製劑、疫苗、肉毒桿菌毒素之許可證持有藥商及經銷藥商須辦理追溯追蹤申報，另於106年10月30日公告健保高使用量、高金額之高關注類別20品項自107年1月1日實施追溯追蹤申報，並於106年11月9日預告新增高關注類別30品項。
- 3、持續更新及擴充用藥諮詢資料庫，優化及新增其平台功能：共更新藥品專業資訊2,040筆、新增藥品交互作用結果摘要1,500組及新增病人衛教單張500筆。另優化及新增其平台功能，供診所及社區藥局等基層醫藥專業人員登入查詢相關專業藥品資料，並進行藥品交互作用功能優化及連結查詢、交互作用批次比對以及重複用藥分析，以確保病人用藥安全。
- 4、推廣正確用藥教育溝通平台，提升民眾安全用藥知能：以「藥品標示要看清，詢問藥師最安心」作為年度衛教宣導主軸，成立8家區域正確用藥資源中心、8家反毒教育資源中心、19縣市正確用藥學校及351家社區用藥諮詢站，營造正確用藥支持性環境；並藉助數位化方式激發毒品防制之創意及想法，以公民參與之理念，舉辦為期兩天馬拉松式之毒品防制黑客松競賽活動。另舉行「106年全國反毒檢討會議」，公開頒獎表揚反毒工作奉獻不遺餘力的反毒有功人士團體、績優縣市之毒品危害防制中心及反毒黑客松得獎隊伍，展現「新世代反毒策略」中防毒策略的成果。
- 5、提供用藥整合與處方判斷照護服務，保障民眾用藥安全：與社區藥局合作「處方判斷性照護部分」及「用藥配合度諮詢服務」，合作藥師增加至189位，提供用藥整合服務，共服務408位個案，成功發現平均每位個案有1到2個藥物治療問題（如發現問題以不符合適應症占45%、產生副作用占35%及藥品效果不佳占20%）。
- 6、出版兼具國際化及國內產業特色之中華藥典第八版補篇：106年彙集出版第八版補篇43品目，修訂95品目，新增通則31項。其中新增之近紅外光譜法、拉曼光譜法、原料藥與製劑之不純物、原子吸收光譜法—理論與實務、肽圖譜法、胺基酸分析法、聚丙烯醯胺膠體電泳法及等電聚焦電泳分析法等蛋白質分析方法，均與歐美日等三大先進國家藥典內容調和化，將有助於國內製藥產業之發展。並於該藥典首次收載獨創全球第一項由國人自行開發新藥具專利之原料藥蘋果酸奈諾沙星，有助於廠商加速取得國外藥品許可證，促進台灣生技產業的發展。
- 7、公布藥物產品使用風險，保障民眾用藥安全：針對16項已上市藥品採取風險管控措施（例如修改仿單、限縮使用），例如含codeine或tramadol成分藥品於兒童使用之風險、含dasabuvir及ombitasvir/paritaprevir/ritonavir成分口服C肝新藥之肝傷害風險。
- 8、本部食藥署出版之藥物食品分析期刊(Journal of Food and Drug Analysis, JFDA)獲本部「106年度政府出版品評獎活動」連續出版品類優良獎第1名殊榮，且106年最新公布之Impact Factor為3.048，創歷史新高，於食品及藥物領域之排名亦分別由第39(31%)及158名(62%)前進至第23(18%)及84(33%)名，充分展現我國於國際業領域之影響力。

(四) 強化國際交流與合作能量方面

- 1、持續交流APEC會員優良查驗登記管理能量：獲APEC法規協和指導委員會(RHSC)認可為正式的「APEC優良查驗登記管理法規科學訓練卓越中心」，於106年7月與APEC

生命科學創新論壇（LSIF）就卓越中心的運作簽署合作備忘錄，並於本（106）年度在台辦理「2017 APEC 優良查驗登記管理法規科學卓越中心研討會」，共培訓 60 名來自 10 個 APEC 會員經濟體產官學界的種子師資，成果獲 APEC RHSC 及來台與會人員高度肯定。

- 2、台日醫藥雙方交流，促進產業發展：與日本厚生勞動省（MHLW）及獨立行政法人醫藥品醫療機器綜合機構（PMDA）密切合作，雙方成立工作小組並建立官方直接聯繫窗口，就新藥審查法規、生體相等性試驗法規、審查基準等議題進行討論與比較，並就醫藥政策及產業提出之建議，進行即時的政策與技術法規交流。
- 3、新南向策略布局，創造產業國際競爭優勢：配合政府新南向策略布局，積極參與亞太國家經濟綜合體系或架構下藥品法規調和之討論，建立與亞太國家（7國）藥政管理法規單位或公協會團體之聯絡窗口，協助我國製藥產業了解亞洲市場，於 106 年 7 月 31 日至 8 月 4 日辦理「2017 Taiwan-ASEAN Drug Regulatory Forum」，邀請東協國家藥政主管機關人員分享該理現況，深度交流，爭取我國參與 RCEP 相關會議之契機，並創造我國生技製藥產業國際競爭優勢。
- 4、主辦 PIC/S GMP 官方委員會，提高能見度：本部自 102 年起為國際醫藥品稽查協約組織（The Pharmaceutical Inspection Co-operation Scheme，簡稱 PIC/S）正式會員之一，持續積極投入參與 PIC/S 會務與活動，為強化與各國之友好關係，本（106）年度成功爭取在台主辦「2017 PIC/S 官方委員會暨年度研討會」，就藥品稽查標準、技巧與經驗相互交流，並制訂出全球通用的稽查技術文件，成果斐然，獲高度肯定。

（五）監測市售中藥（材）及高風險中藥（材）方面

- 1、加強中藥材之邊境查驗管理，自 106 年 1 月 1 日起，新增中藥材邊境查驗品項至 21 項，包含紅棗、黃耆、當歸、甘草、地黃、茯苓、川芎、白芍、杜仲、白朮、肉桂、柴胡、黃芩、半夏、牛膝、大黃、人參、西洋參、黃連、防風及陳皮等中藥材。
- 2、按 105 年中藥材品質監測計畫檢驗結果，將檢驗不合格率較高、邊境抽驗不合格品項及進口量大中藥材，列入高風險品項，訂定年度抽驗計畫，依直轄市、地域及縣市人口數等因素，規劃各衛生局抽驗中藥材項目及數量，抽驗處所為中醫醫療機構及中藥販賣業；106 年篩選出高風險品項皆屬植物性中藥材。
- 3、全面檢討中藥材含異常物質之限量標準，提升中藥品質管理，105 年 8 月 1 日實施中藥材二氧化硫及黃麴毒素限量基準，同年 10 月 1 日實施中藥材重金屬（砷、鉛、鎘、汞）限量基準；所抽驗市售中藥材係依規定檢驗重金屬、二氧化硫、黃麴毒素及農藥等。
- 4、106 年選定市售中藥材抽驗品項，為黃耆、當歸、決明子、黨參、苦杏仁、麻黃、葛根、白芷、艾葉、桔梗、澤瀉、酸棗仁、黃柏、三七、續斷、蒼朮、香附、赤芍、厚朴、車前子、苦參、荊芥、車前草、羌活、細辛、白果、威靈仙、鎖陽、獨活及遠志等 30 項。
- 5、106 年各地方政府衛生局共抽驗 344 件中藥材，其中 21 件因二氧化硫等異常物質不符規定，判定不合格，分別由所轄衛生局進行行政裁處及回收銷燬，抽驗合格率 93.9%。目標達成度 100%。

七、營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進

（一）菸害防制

- 1、落實法規執行並推動菸害防制法全面性修法：
 - （1）參酌各立法委員及民間團體提出之修法建議，蒐集國際經驗與實證，並召開專家會議、跨部會會議及國際研討會等徵詢各界意見，衡酌中央、地方相關主管機關實際執行之困難及其建議，研擬菸害防制法修正草案。

- (2) 菸害防制法修正草案於 106 年 1 月 4 日預告 2 個月。經公開徵詢各界意見，共接獲 14,511 件評論意見，期間並召開 3 次跨部會會議、6 次相關業者溝通會議及 3 次專家學者會議，並拜會立委進行法案溝通，經參酌各界意見修訂後陳報行政院，業於 106 年 12 月 21 日行政院院會第 3581 次會議審議通過，並函送立法院審議。立法院於 106 年 12 月 29 日完成「菸害防制法草案」一讀，並送社會福利及衛生環境委員會審查。本次修法重點包括加強電子煙管制（禁止製造、輸入、販賣、廣告與場所內吸食）、禁止販售加味菸、菸品容器警示圖文擴大至 85%、擴大室內公共場所禁菸、累犯加重罰則、禁止菸商具名贊助、增訂法律與醫療扶助、及授權公告禁止模仿菸品使用之物品。
- (3) 督導地方政府衛生局主動執法稽查輔導，106 年全國菸害防制稽查家數 75 萬餘家次，開立處分 6,606 件，總計罰鍰 6,009 萬餘元。

2、持續推動多元戒菸服務及菸害教育宣導：

- (1) 持續推動多元戒菸服務，透過醫事機構、社區藥局及巡迴醫療，鄉鎮涵蓋率已達 100%。106 年 1-10 月二代戒菸服務 60 萬 8,040 人次，幫助超過 4.8 萬人成功戒菸，推估短期可節省超過 2.6 億元的健保醫療費用支出，長期可創造超過 201 億元的經濟效益。（本計畫係委託健保署代辦申報及核付醫療費用程序，約需 3-6 個月作業時程，故統計數據僅提供至 106 年 10 月）相較 105 年同期成長達 3 成（105 年共服務 13 萬 3,440 人，46 萬 7,052 人次），另 106 年施行菸稅調漲，分析 106 年 1 月至 6 月初診個案之點戒菸成功率 28.9%，亦較 105 年的 26.3% 高，從 106 年戒菸服務使用情形推估，此次菸價調漲後，能減少國人吸菸情形，提高戒菸動機。
- (2) 推動無菸醫院參與國際認證，自 101 年起至 106 年止，已有 15 家醫院榮獲國際金獎認證。本年度推薦臺北醫學大學附設醫院、臺灣基督教門諾會醫療財團法人門諾醫院、敏盛綜合醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院共 4 間醫院角逐 107 年無菸醫院國際金獎。另與健康醫院認證合併，有 44 家原未取得無菸認證之醫院加入認證。

(二) 癌症防治

- 1、擊劃及推動第三期國家癌症防治計畫：焦點從過去的治療、早期發現，向上力溯至源頭之預防。三大新興防治重點包括：1.防治新興致癌因子；2.持續推廣具預防效果之癌症篩檢；3.推出「癌友導航計畫」，減少病友迷航。另為提升癌症發生資料公布之效率，於 106 年 12 月 28 日提前公布 104 年癌症發生資料，已超越國際先進國家公布之時程；從長期趨勢來看，國人整體癌症標準化發生率近年來呈現上下波動，死亡率則呈趨緩且有穩定下降之趨勢。大腸癌發生人數首度下降，主要是篩檢的貢獻。自 93 年迄今，近 7 成符合篩檢年齡的國人曾做過大腸癌篩檢，經篩檢發現，有 93% 以上是屬於癌前病變及 0-2 期的癌症，5 年存活率近 7 成，且經過本土最新的資料分析，大腸癌篩檢可降低大腸癌死亡率達 4 成 4。
- 2、提供具實證之四癌篩檢，提前發現逾 6 萬名癌前病變及癌症：持續推動癌症篩檢計畫，篩檢子宮頸癌 216.7 萬人、乳癌 84.2 萬人、大腸癌 121.2 萬人及口腔癌 78.4 萬人，且陽性個案平均轉介追蹤率逾 80%。

(三) 自殺防制

- 1、106 年度召開 2 次心理健康促進諮議會，針對「強化憂鬱症防治工作」、「長照 2.0 計畫」及「失智症照護計畫」等社區心理健康照護工作進行報告及討論。

2、委託辦理全國自殺防治中心計畫：

- (1) 按月統計分析自殺通報資料、進行年度自殺通報與自殺死亡檔案串連分析；串連精神照護資訊管理系統，分析精神病人自殺現況及原因。
 - (2) 擇定自殺死亡率、三年移動平均及 105 年較 104 年自殺標準化死亡率上升幅度較高之 6 縣市辦理 106 年度自殺高風險縣市互動式輔導訪查。
 - (3) 推動珍愛生命守門人教育訓練計 31 場次，共 1,974 人次參加；結合 5 個醫療相關學協會辦理「第一線專業人員之自殺防治守門人訓練」，共計 846 人次參加。
 - (4) 結合農委會辦理巴拉刈自殺防治教育宣導共 4 場次；透過各類宣導，累計義工人數達 797 人。
 - (5) 召開「新聞媒體聯繫會議」1 場次，藉由與新聞傳播實務工作者面對面溝通，呼籲媒體共同建構健康的自殺新聞報導，並製作媒體人教學短片 1 部。
 - (6) 建立網站監測及舉報流程，除透過 iWIN 網站進行舉報，更主動向該網站系統平台進行檢舉，共計檢舉網頁累計共 219 則。
 - (7) 進行心情溫度計應用程式 (APP) 設計與推廣。
 - (8) 研擬全國及 22 個縣市因地制宜之具體自殺防治策略建議，並按月提供滾動式策略建議。
 - (9) 研修「全國自殺防治策略與因地制宜應應措施」、「自殺風險個案危機處理注意事項」及「自殺防治網路轉介自殺風險個案處理流程」等工作規範。
 - (10) 辦理自殺關懷訪視員培訓課程及實務督導；協助各政府部會（教育部、法務部、農委會、國防部、內政部、退輔會等）針對其標的人口群編製自殺防治手冊。
 - (11) 以世界咖啡館形式辦理 106 年度自殺防治年中討論會等。編印「自殺關懷訪視員教育手冊」；辦理「世界自殺防治日」記者會 1 場次等。
- 3、為於地方推廣自殺防治守門人，培訓在地種子講師，本部於基隆市、南投縣、嘉義縣及屏東縣等 4 縣市辦理幸福捕手計畫，第一階段訓練 4 縣市合計參訓人數 202 人、完訓（領證）人數 198 人、完訓率達 98%；第二階段訓練 4 縣市合計參訓人數 193 人、完訓（領證）人數 144 人、完訓率達 75%。
 - 4、強化高自殺風險族群之接觸者或照顧者及村里長、村里幹事之自殺防治守門人訓練。
 - 5、設置 24 小時免付費心理諮詢「安心專線」，106 年服務 7 萬 6,511 人次，篩檢出有自殺意念之電話通數為 11,590 人次（15%），並即時阻止自殺危機案件共 426 人次（0.37%）。
 - 6、為加強宣導自殺防治及安心專線，參與「106 年度文宣暨活動通路集中採購案」，運用網路媒體通路辦理自殺防治及安心專線等宣導，並印製自殺防治及安心專線宣導貼紙寄送縣市衛生局及醫療院所。
 - 7、補助縣（市）政府衛生局聘任關懷訪視員，針對自殺企圖者提供關懷訪視，必要時轉介心理諮商輔導及精神醫療服務，預防個案再自殺，106 年 1 月至 11 月累計通報量共計 2 萬 8,158 人次，關懷訪視服務達 18 萬 4,714 人次。
 - 8、辦理自殺防治通報系統維運與增修，持續優化系統功能，並完成精神照護諮詢系統、醫療機構替代治療作業管理系統介接。
 - 9、實地輔導訪查自殺死亡率較高縣市：針對 105 年度擇定自殺死亡人數增加或再自殺率較高之 6 縣市：臺南市、臺東縣、基隆市、嘉義市、臺北市、雲林縣辦理實地輔導訪查，以瞭解該縣市自殺防治工作之現況與困境，提供改善建議與實質支援。

10、依據統計處提供截至106年11月30日止之初步統計數，106年10月31日止之自殺死亡人數為2,942人，較前一（104）年同期3,231人，減少289人，減少幅度為8.9%。

八、精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制

（一）結合家庭醫師、居家醫療、醫院以病人為中心整合照護及區域醫療整合，降低可避免住院數，係配合分級醫療政策之推動、轉診制度之落實，並結合各類試辦計畫，強化醫院與診所醫療合作服務，並鼓勵基層院所提供民眾具品質之連續性照護，減少可避免之住院情形：

1、擴大辦理家庭醫師整合性照護計畫：

（1）提升基層服務量能，促進初級照護可近性，提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護。

（2）106年參與計畫之醫療群共計526群（較105年成長27%）、參與院所數為4,063家（較105年成長33%）、收案數達413萬人（較105年成長59%），並達成各次級醫療區均至少有1群醫療群診所服務之目標。

2、持續辦理醫院以病人為中心整合照護計畫：

（1）提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

（2）105年起擴大重點照護對象範圍，照護名單納入重大傷病及罕見疾病病患，鼓勵參與計畫醫院開設整合門診並積極收案，並新增照護對象中罹患高血壓或糖尿病等病人之可避免住院率及整合照護病人健康存摺下載率等整合照護觀察指標，截至106年第3季，計有189家醫院參加，照護人數達47萬餘人。

3、推動居家醫療整合照護試辦計畫：

（1）鼓勵醫療院所連結社區照護網絡，提供住院替代服務，降低住院日數或減少不必要之社會性住院。

（2）截至106年12月，計有194個團隊、1,936家院所參與，照護人數3萬人。近9成為基層診所及居護所，可就近照護社區行動不便患者。

4、強化轉診制度，提升轉診效率：

（1）建立電子轉診平台，促進醫療資訊暢通，減少不必要反覆檢查與醫療處置，提升轉診效率與病人安全。

（2）截至106年12月統計，計有3,587餘家院所使用、已安排轉診就醫人次計13萬餘人。

5、106年1至10月每十萬人可避免住院件數約1,166件，由於本案係首次進行，依前開統計值評估，即使採高推估，預估全年達1,416件，仍未逾目標值1,829件，由於本項為負向指標，106年數值應可在目標值以下，達成關鍵策略目標。

（二）健全國保財務

1、研擬「提升國民年金保險被保險人繳費率策進作為」辦理原則：

為使民眾瞭解國民年金制度，增進民眾繳納國保保險費之意願，本部於106年2月3日函頒「提升國民年金保險被保險人繳費率策進作為辦理原則」，自106年1月1日生效，結合原民會、勞保局及各直轄市、縣（市）政府，賡續辦理「加強原住民地區溝通工作」、「積極主動聯繫轄內欠費被保險人進行訪視」、「主動協助家庭所得較低之被保險人申請保費補助」及「培訓地區性種籽人員」等工作，透過家訪、電訪、以函通知或郵寄問卷方式，逐戶溝通國保業務，對於無力一次繳納欠費者，輔導渠等向勞保局申請分期繳納保險費，以提高民眾參加國保的意願及繳款率。106年度截至12月底止，各地方政府

訪視人數 19 萬 2,533 人，辦理宣導場次 3 萬 8,021 場、參加人數 242 萬 6,011 人次；另培訓地區性種籽人員 1 萬 1,604 人，協助地方政府辦理國保宣導業務。

- 2、督導勞保局建立欠費催繳機制：依據「提升國民年金保險被保險人繳費率策進作為辦理原則」勞保局應於每年二月底前研擬當年度欠費催繳作業方式送本部，且應參考縣市政府對欠費被保險人之訪視結果，分析未繳費原因，並研擬相關策進作為於每年五月底前送本部，該局 106 年度分 4 批次（6、7、8、10 月各 1 批）寄發欠費繳款單：6 月及 8 月針對已退保之欠費被保險人全額催繳；7 月針對加保中之欠費被保險人全額催繳；10 月針對本年度尚未催繳者全額催繳。106 年度截至 12 月底止，已催繳人數計 370 萬 6,604 人，催欠金額為 1,077 億 3,182 萬 3,766 元，已繳金額 48 億 6,710 萬 6,618 元。已繳金額占欠費總金額 4.52%。
- 3、積極辦理國保宣導業務：106 年度本部及勞保局積極辦理國保宣導業務，鑑於國保目前發放給付人數已高達 165 萬人，爰透過溫馨感人的案例故事分享，呈現國保有效實質提供基本經濟安全保障，補足社會安全網缺口的形象。另持續運用電視、戶外、廣播媒體、網路及平面媒體等多元管道進行宣導，並依宣導主題內容及民眾年齡屬性、族群，選擇運用適合之媒體通路或平台刊登宣導廣告，採分眾行銷的方式進行推廣，例如本部利用新興劇團演員（吳尊、惡魔…）人物肖像設計圖文廣告，並透過 google 聯播網通路宣導國保保費 10 年補繳期將屆訊息，藉由受年輕人喜愛之藝人以吸引年輕族群重視；勞保局則以實際個案故事拍攝微電影，讓受益民眾現身說法，進而提升民眾對於國保制度的認同。此外，亦運用電視、報紙等傳統媒體向年齡層較高的族群或非常態性網路族群進行宣導；運用廣播、或戶外媒體廣告等深入地方，讓民眾了解參加國保的好處及自身的權益保障，期能提升繳費率。

九、妥適配置預算資源，提升預算執行效率

本部主管資本門預算執行率為 88.72%，達成度 98.58%；各機關執行情形，除本部、食品藥物管理署、中央健康保險署及國民健康署外，其餘機關執行率均達 90%。

伍、績效總評

一、績效燈號表（「★」表示綠燈；「▲」表示黃燈；「●」表示紅燈；「□」表示白燈）。「初核」表示部會自行評估結果；「複核」表示行政院評估結果。）

（一）各關鍵績效指標燈號

關鍵策略目標		項次	關鍵績效指標	初核	複核
1	健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群	(1)	2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率	★	★
2	建置優質長照體系，完備長照服務資源	(1)	增加長照醫事專業人力培育量能	★	★
		(2)	普及多元社區照顧服務資源	★	★
3	營造互助祥和社會，完善保護服務體系	(1)	經濟弱勢人口扶助率	▲	▲
		(2)	降低親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務結案後 1 年內之再受暴率	★	★
4	拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益	(1)	保障住院醫師勞動條件，確保病人安全	★	---
		(2)	增加護理執業人力量能	★	---

5	建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元	(1)	結核病新案發生率以平均 6%降幅逐年下降	★	---
		(2)	降低愛滋感染之傳播率	★	---
6	構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康	(1)	高關注輸入產品合格率	★	★
		(2)	推動食安五環，重建食品生產管理	★	★
		(3)	監測市售中藥(材)及高風險中藥(材)異常物質合格率	★	★
7	營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進	(1)	18 歲以上人口吸菸率	★	---
		(2)	四癌篩檢陽性追蹤率之平均值	★	---
		(3)	自殺死亡率	▲	---
8	精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制	(1)	結合家庭醫師、居家醫療、醫院以病人為中心整合照護及區域醫療整合，降低可避免住院數	★	---
		(2)	健全國保財務提升保險費收繳率	▲	---
9	妥適配置預算資源，提升預算執行效率	(1)	機關年度資本門預算執行率	★	---
		(2)	機關於中程歲出概算額度內編報情形	★	---

---表示本指標係部會評估指標，依部會評核結果核列

(二) 績效燈號統計(僅統計院核評估部分)

構面	年度		103		104		105		106	
	燈號		項數	比例(%)	項數	比例(%)	項數	比例(%)	項數	比例(%)
關鍵策略目標	小計	初核	31	100.00	61	100.00	46	100.00	8	100.00
		複核	31	100.00	61	100.00	46	100.00	8	100.00
	綠燈	初核	27	87.10	53	86.89	40	86.96	7	87.50
		複核	19	61.29	35	57.38	38	82.61	7	87.50
	黃燈	初核	4	12.90	6	9.84	6	13.04	1	12.50
		複核	11	35.48	24	39.34	8	17.39	1	12.50
	紅燈	初核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
		複核	0	0.00	0	0.00	0	0.00	0	0.00
	白燈	初核	0	0.00	2	3.28	0	0.00	0	0.00
		複核	1	3.23	2	3.28	0	0.00	0	0.00

二、綜合評估分析

(一) 本部 106 年度總計 19 項指標，經學者專家評估，初核結果 16 項指標評為綠燈（績效良好），占 84.21%；3 項指標評為黃燈（績效合格），占 15.79%，整體表現佳。經與 105 年度初核評估結果比較，105 年度總計 46 項指標，40 項指標評為綠燈（占 86.96%），6 項指標評為黃燈（占 13.04%），106 年度黃燈燈號數較 105 年度減少 3 項，惟 106 年度綠燈比例較 105 年度略為下降 2.75%，黃燈比例略升 2.75%，分析原因為 106 年度總計指標數較少所致，經檢討未能達成預期目標者，實績效目標極具挑戰性，致績效成果未能彰顯。

(二) 有關 106 年度未達原定目標值之績效指標共 3 項，未達成原因分析簡述如下：

- 1、自殺死亡率：配合 WHO「2013－2020 年精神衛生綜合行動計畫」全球具體目標「各國自殺率自基線年度（2012 年或 2013 年）到 2020 年下降 10%」而訂定 2020 年下降 10%；我國標準化自殺死亡率自 95 年每十萬人口 16.8 人至 104 年 12.1 人已有近 27.9% 下降幅度，

爰以 102 年為基準值，訂定 109 年下降 10% 之目標，極具挑戰性。惟近年隨著社會變遷及全球經濟環境等不利因素，我國自殺標準化死亡率反呈微幅上升趨勢。由於自殺行為有社會、經濟、文化、心理、以及生物性之複雜成因與背景，必須跨專業、跨部門之多層面介入，故 106 年度經中央各部會（含農委會、勞動部、原民會、教育部、法務部、內政部、人事行政總處等）、地方政府及民間團體齊心協力，全國自殺防治中心預估 106 年度自殺標準化死亡率可降至每十萬人口 11.9 人（較 105 年減少 0.4，降幅 3.3%）。本部將持續定期分析自殺相關統計，根據自殺防治全面性、選擇性及指標性等三大策略，規劃心理健康促進及自殺防治工作策略及精進作為，包括：透過系統串聯比對自殺高風險群並強化其自殺防治作為（如：男性、孕產婦、青少年、老人、自殺企圖者、藥癮者、精神病人等）、限制致命性自殺工具取得（如：木炭不公開陳列販售、禁用巴拉刈等）、提供自殺防治 24 小時免費諮詢之安心專線、對於自殺企圖者提供關懷訪視預防個案再自殺、宣導守門人觀念、辦理守門人教育訓練及幸福捕手種子師資培訓課程、對媒體加強宣導報導自殺新聞之原則等方式，多面向進行自殺防治工作。

- 2、健全國保財務提升保險費收繳率：國保應收保費隨著開辦時間累積逐漸增加，惟因被保險人多屬未就業之經濟弱勢者，故國保採柔性強制方式辦理，對未繳保險費之被保險人不會動用強制執行，且定有 10 年補繳保費之制度設計，被保險人可於 10 年內補繳欠費，且長期欠繳保險費民眾多係不願繳或無力繳納，催收困難度高。為提升保險費收繳率，已利用繳款單載明欠費提示及權益影響、針對具請領老年年金給付資格之屆齡民眾進行欠費催繳、加強宣導保費補助措施及轉帳代繳方式繳納國保保費、針對繳費率較低地區舉行說明會、結合原住民委員會資源輔導原住民定期及持續繳納國保保費、持續透過各地方政府國民年金服務員針對欠費民眾訪視及辦理地區性宣導活動；各地方政府持續結合在地資源網絡如里幹事、村里長、原住民族家庭暨婦女服務中心社工員、生活輔導員、管區警員、公衛護士、民間團體與宗教組織、地區性團體領袖人物、原鄉地區傳教士等人員，協助宣導國民年金以強化溝通與宣導效果；持續透過多元管道加強對民眾宣導國保權益。
- 3、機關年度資本門預算執行率：本部主管資本門預算執行率為 88.72%，達成度 98.58%，主因係本部 102 年度衛生福利大樓新建工程及 105 年度所屬醫院「新一代門、急診及住院雲端醫療照護系統」尚有履約爭議，致部分款項尚未撥付，爰 102 及 105 年度經費仍辦理保留，轉入 107 年度繼續處理；食藥署將進駐於國家生技園區辦公室之設備，需配合中研院國家生技研究園區興建工程進度辦理，惟該園區工程預定於 107 年竣工，爰辦理 105 及 106 年度經費保留；健保署「臺北業務組辦公房舍整修計畫」，因大樓逾 40 年之老舊建築，須先評估建築物耐震細部作業，據以修正工程設計及經費配置，致裝修工程辦理進度較預定期程落後，爰辦理 105 及 106 年度經費保留；健康署「建構智慧健康城市計畫」因契約期程跨年度，且需待地方衛生局完成財產購置及驗收合格始能撥付款項，爰辦理 106 年度經費保留。本部將持續督促各單位（機關）積極趕辦，定期就工作計畫預算實際執行進度，提報於部務會議；針對預算執行進度落後之機關（單位），函文請其積極辦理，據以檢討改善，以提升資本門預算執行績效。

陸、附錄：前年度行政院複核綜合意見辦理情形

一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群方面：

(一) 行政院複核意見

- 1、在幼兒托育服務部分，請持續運用公有設施開辦托育中心，並鼓勵托育人員取得保母證照，提高托育品質。為因應少子化、高齡化之社會趨勢，請依總統政見推動「托育、長照、就業」三合一照顧政策，整合托育、長照及醫療資源，藉此為社區創造在地就業機會，同時滿足民眾護老托幼需求。
- 2、105年6月6日已發布施行「協助積極自立脫離貧窮實施辦法」，請督導各地方政府，透過多元化脫貧方案，協助弱勢家庭自立；我國社會福利輸送體系雖由衛福部主責推動，但有關社工、保護服務、高風險家庭關懷處遇等業務由不同部門辦理，目前尚無完整社會福利之資料庫，難以透過大數據分析，掌握標的團體及其需求，請儘速整合中央相關單位及各地方政府社會福利重要資源及資料，確實掌握我國社會福利現況。

(二) 本部辦理情形

- 1、為增加公共化托育機會，爭取前瞻特別預算推動布建社區公共托育家園，結合現行托嬰中心與居家托育優勢，提供價格合宜、安全無虞、小型社區化的類家庭照顧模式，提供社區化、近便性且優質的托育服務。預定自107-109年設置120處，創造480名托育人員就業機會，提供1,440名兒童公共化托育服務收托機會。
- 2、為照顧全國中低收入戶及低收入戶家庭，協助其家庭成員自立脫貧，本部近年力促各地方政府推動相關脫貧措施。為落實脫貧之成效評估，本部目前刻正於透過委託專業團隊協助蒐整各地方政府辦理脫貧措施之經驗、數據，以建立周延之統計數據及脫貧指標，並作為後續精進脫貧政策之參考準據。

二、精進醫療照護體系，保障民眾就醫權益方面：

(一) 行政院複核意見

- 1、106年1月實施一例一休後，提高地區醫院人力成本，加上醫師規劃於108年9月1日納入「勞動基準法」，請妥為因應勞基法新制實施後對醫療環境可能造成之衝擊，以保障民眾就醫權益。另為推動分級醫療，106年設置之「電子轉診平臺」係重要配套之一，請完善各項系統功能，以利基層診所協助病人轉診，避免病患湧向醫學中心。
- 2、為因應人口持續老化，照護需求益增，請持續修正醫院評鑑護病比基準、推動「住院保險診療報酬與護病比連動」，逐步改善護病比。有關「提升偏鄉衛生室及巡迴醫療點網路品質」已列為「數位建設」項目，為有效提升偏鄉地區醫療品質，請於建置資訊化系統同時建置通暢寬頻網路，達成遠距醫療目標。

(二) 本部辦理情形

- 1、為保障醫師勞動權益並確保醫療品質與病人安全，衛福部經邀集相關團體、學者專家召開會議，並與勞動部共同協商，規劃於108年9月1日將受僱醫師納入勞基法，並適用該法第84條之1議定工時責任制，以維持彈性。
- 2、為使醫院與住院醫師及早因應工時限制，同時保障病人就醫權益、確保醫療體系穩健運作及住院醫師訓練品質，本部經邀集勞動部、醫學教育專家、各專科醫學會、各級醫院協會及醫改團體代表共同研商，參考美國畢業後醫學教育評鑑委員會（ACGME）對於住院醫師訓練工時規定，於106年3月7日公告「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」，並於今年8月1日起正式實施。
- 3、為因應醫師納入勞基法之人力衝擊，本部於兼顧維護民眾就醫權益及確保醫療體系健全發展之原則下，積極推動相關配套措施，包括：

- (1) 增加臨床住院醫療人力：試辦醫院整合醫學照護計畫 (Hospitalist)、每年新增 600~800 名專科護理師及建立團隊照護模式 (Team-based, Skill-mix)。
 - (2) 確保住院醫師訓練品質：擬訂專科訓練應完成之案例數及學習里程碑 (Milestone)、鼓勵醫院發展科學排班 (彈性輪班) 制度，確保照護之延續性及病人安全、辦理一般醫學兩年訓練課程，強化全人醫療並融入社區、安寧療護與老人醫學。
 - (3) 推動分級醫療：持續強化基層醫療及社區醫院之角色，提供民眾優質可信賴之初級照護與健康促進、重塑醫療網以落實分級醫療及轉診制度、檢討健保法第 43 條部分負擔及第 44 條家庭責任醫師制度執行狀況，以及加強民眾宣導與教育，改變就醫行為模式。
 - (4) 檢討財務成本修正健保給付：修正醫療法，要求醫療財團法人醫院將其年度結餘至少 5% 用於增加人力或提高員工薪資、福利，同時並已委託學者就「醫師納入勞基法」所增加之勞動與風險成本 (加班費、職災保障、退休福利等) 影響進行評估，據以逐年檢討相關健保給付規定。
 - (5) 偏鄉、離島地區之人力需求：本部已自 105 年辦理重點科別公費醫學生計畫、擴大辦理「原住民族及離島地區醫事人員養成計畫」，及獎勵偏鄉留任計畫，並持續辦理醫學中心支援偏鄉離島地區計畫、研議修正醫師法及醫師執業登記相關規定，增加醫療人力支援彈性 (區域聯防) 及社區醫療照護合作模式。
 - (6) 醫師工時規範：本部將持續與勞動主管機關釐清醫師工時之認定及對各級醫院進行宣導，以減少實施後之爭議，並與勞動主管機關及各學協會共同商議訂定醫師工時指引。
- 4、因應勞基法新制實施後對醫療環境可能造成之衝擊，醫療執業環境改善非一蹴可幾，有賴政府與民間團體通力合作：
- (1) 勞動基準法 (以下簡稱勞基法) 一例一休制度之實施，可逐步改善醫療人員勞動條件。醫療院所配合勞基法之執行，部分以調整門診時間、調整門診時段因應，惟急診與住院業務仍穩定且持續提供，確保醫療服務不中斷。依本部持續監測假日門診的開設情況：一例一休實施前後並沒有太大差別。其中，全台約一萬兩千多家西醫診所，週六開診率達八成，約九千六百多家，週日開診率約二成。
 - (2) 因醫療服務之特殊、公益性，本部與各縣市地方衛生局與相關醫事團體密切合作，並推動相關措施，包括：
 - A. 加強宣導及公開假日醫療院所開診資訊。
 - B. 持續監控民眾就醫與醫院病床開設情形，確保急重症患者就醫權益。
 - C. 持續監測急診輕症 (檢傷 3、4、5 級) 就醫人次變化，必要時並協調開設假日門診。
 - D. 關注偏鄉地區之醫療服務提供情形。
 - (3) 已與 22 縣市衛生局及醫、藥、護理師公會全聯會，召開假日開診協調平台會議，確保假日醫療資源，保障民眾就醫權益。另，目前診所中，幾乎均屬私立醫療機構，尚無相關法規可強制要求假日開診。
 - (4) 積極推動分級醫療，擬定 6 項政策及 24 項配套措施依序實施，藉由落實雙向轉診制度，讓病患分流，以提升醫療效率，並促使大型醫院回歸教學、研究及急重難症照護之本質，又可確保民眾就醫權益。另透過各類型管道加強對外宣導，包含：傳統媒體通路 (海報、宣導廣告等)、新媒體 (FB、Line)、主動宣導溝通 (全國分級

醫療宣導說明會、拜會各縣市政府首長爭取支持等），期藉由多面向宣導，政策實施，導正已嚴重失衡的醫療生態，促進醫療資源有效運用。

- 5、為提升轉診效率，本部健保署建置電子轉診資訊交換平台：
 - (1) 自 106 年 3 月 1 日上線至 107 年 1 月 31 日累計 3,628 家院所使用轉診平台（轉出），包含醫學中心 15 家、區域 71 家、237 家地區醫院及 3,305 家基層診所。計轉出 154,958 人次，已安排就醫 126,778 人次（占 8 成 2）。其中 252 家以批次方式轉診。
 - (2) 為隨時檢討改進以符合實際需求，持續精進電子轉診平台提升轉診效率，健保署於 106 年 12 月 28 日邀請專家學者、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會及中華民國診所協會全國聯合會召開「精進電子轉診平台提升轉診效率」溝通會議，瞭解目前概況及未來功能改善建議：
 - A. 本平台至今已經版更 9 次，精進電子轉診平台功能，包含：批次上傳功能、簡化轉診單格式、使用「醫療資料傳輸共通介面（API）、增列附夾檔案及放寬批次上傳壓縮檔個數限制等。
 - B. 為落實雙向轉診、促進分級醫療，健保署除持續精進平台功能，另亦請醫界團體提供聯絡窗口，以滾動調整強化平台功能，提供友善使用介面。
- 6、為改善護病比，除自 104 年將護病比納入醫院評鑑項目及健保護病比連動加成給付與資訊公開重要政策外；針對評估護病比法制化之可行性與應修訂於何法，因須凝聚共識與廣納意見，爰委託中華民國護理師護士公會全國聯合會辦理「106 年度評估護病比法制化計畫」，經專家學者焦點團體彙整四場公聽會之各方意見所提建議方案，經本部高階主管會議決議討論結果修訂醫療機構設置標準為優先。亦將持續落實醫院評鑑護病比規定及滾動修正基準、推動「住院保險診療報酬與護病比連動」及護病比資訊公開化，期達改善護理人員工作環境與減輕工作負荷之目的。
- 7、專案以提升與建置全國 404 個偏鄉衛生所（室）及巡迴醫療點網路頻寬達 100Mbps 為目標，已辦理公開徵求廠商，將於 107 年 1 月上旬辦理評選，預計於 107 年 1-2 月開始執行。

三、完善高齡照顧體系，建構高齡友善環境方面：

（一）行政院複核意見

- 1、與長照相關的優先法案「長期照顧服務法」業於 106 年 1 月 12 日經立法院三讀通過，確定遺產、贈與稅及菸稅做為財源，我國長照服務將建立新里程碑，宜儘速充實長照相關設施與人力。為鼓勵國人投入長照工作，發展我國照護產業，建議研議照顧服務分級分類，建立照服人力證照制度。有關社區 ABC 三級長照服務，宜考量城鄉差距及地區特性，因地制宜提供更彈性及多元之服務。邇來老人照顧機構發生火災等公安事件時有所聞，請會同內政部及各縣市政府檢討相關法規及消防查核機制有無可以策進之處。
- 2、由於長照服務對象多屬失能、失智之慢性病長者，建議加強結合醫療體系資源，推動社區整體照護模式，將健保「居家醫療照護整合」銜接「長照 2.0 服務」，建立長照與醫療體系之連續性服務體系，並請評估將社區衛生所（室）轉型成為社區健康照護與老人健康促進中心之可行性，以擴大社區照顧，提升長照品質。

（二）本部辦理情形

- 1、為儘速充實長照人力，本部除將補助團體辦理教育訓練外，並規劃以多元化之方式訓練長照人員，以滿足長照服務需求。

- 2、有關建立照顧人力證照制度：照顧服務員職類技術士證之檢定及證照發放，均屬勞動部業管，查該部現行係採單一級方式辦理。為強化提升照顧服務員證照專業性，及考量實務所需專業能力差異，爰本部基於照顧服務員可執行一般身體照顧及協助執行較具專業性之輔助性醫療，業於 107 年 1 月函請勞動部針對照顧服務員技術士證分級之可能性進行評估，後續將視勞動部評估結果再行研商。
- 3、有關社區 ABC 三級長照服務，宜考量城鄉差距及地區特性，因地制宜提供更彈性及多元之服務：
 - (1) 長照 2.0 積極實踐在地老化政策目標，自 105 年起推動社區整體照顧服務體系，鼓勵各縣市政府廣結醫療機構、護理機構、長照單位、社會福利單位，以及社區基層組織參與佈建 ABC 服務據點，截至 106 年計有 117 個鄉鎮市區、720 個服務單位，佈建 80A-199B-441C。
 - (2) 為鼓勵地方政府因地制宜廣佈資源，本部自 106 年 10 月起，邀集各界代表，召開多場會議，聆聽大家推動的經驗與意見，朝向由縣市政府以更富彈性多元的方式規劃服務，發展出在地服務模式，自 107 年起以標準化、規格化為原則，回歸由地方政府統籌規劃訂定審查及核定作業期程，提升行政及經費撥付效能，並回應城鄉地區文化特殊性，發展更具在地性、多元性之長照服務。
- 4、邇來老人照顧機構發生火災等公安事件時有所聞，請會同內政部及各縣市政府檢討相關法規及消防查核機制有無可以策進之處：
 - (1) 為強化、落實長期照顧機構防災避難及公共安全效能，維護機構住民安全，衛生福利部、內政部共同研訂之「強化長期照顧機構公共安全推動方案」已於去(106)年 12 月 26 日經行政院核定，實施期程自即日起至 109 年 12 月 31 日止，該推動方案之獎助對象為財團法人、私立小型老人福利機構及護理之家，依建築消防設施、機構設立之樓層與區域、防災教育訓練及演練，政府監督管理等 4 大面向，研提 25 個工作項目、48 項具體改善作為，衛生福利部將會同內政部督導、協助地方政府，一同加強長照機構各項硬體及軟體之配備，並透過修法、評鑑及輔導獎勵等相關策進作為，改善機構建築及消防相關硬體設施設備，強化機構人員防災避難應變能力，讓受照顧者及家屬都能安心。
 - (2) 為達總統指示，進行高齡者的健康照護管理，本部業透過前瞻基礎建設經費(107-110 年)，未來 4 年將協助 142 所衛生所轉型為長照 ABC 服務據點，已推動 180 家衛生所通過高齡友善機構認證，預定於 108 年 370 家衛生所全數通過認證，並推動辦理延緩長者衰弱及強化慢性病疾病及個案管理，同時邀請相關司署、衛生局所共同討論研議強化衛生所功能中。

四、促進全民心理健康，健全保護服務網絡方面：

(一) 行政院複核意見

- 1、近年陸續發生隨機殺傷人事件，除強化高風險家庭兒少關懷輔導處遇服務外，為防範類此事件，建議強化高風險家庭族群及篩檢機制，預先連結戶政、衛政、教育、警政等單位資源，擴大對社區家庭與弱勢對象心理輔導，綿密家庭服務機制，支持家庭功能發揮，期能減少類似事件之發生。
- 2、為解決藥物濫用問題，除強化新興毒品之防制外，請強化毒品濫用兒少之介入，深化非在學兒少之社區輔導模式，並結合親職教育資源，促進家庭支持兒少遠離毒品，並請結合醫療與心理輔導等專業人才，協助毒癮者復歸社會。

（二）本部辦理情形

- 1、本部辦理「強化社會安全網計畫」，提供整合性服務，並納入保護服務網絡，針對精神疾病合併自殺、家暴、性侵害及兒少保護案件之加害人等高風險個案（約佔精神病人 7%），透過進用心理衛生社工，提供全面性評估（含家庭、經濟、社會福利需求及自殺風險）及整合性服務，預估 107 年將先補實 106 名人力，迄 109 年，該類個案之訪員案量負荷比將可達 1：25，以加強照護品質。未來將督促地方政府整合保護通報體系，設置集中派案中心，同時強化資訊系統串接，即時掌握家庭風險因子，確保危機救援不漏接。
- 2、本部已依照行政院 106 年 7 月 21 日核定之「新世代反毒策略行動綱領」推動辦理，逐年擴編個案管理人力，以達 1：30 之合理案量比，並制度化個管人員專業訓練制度，落實個案管理，提升服務品質與成效。另將持續強化衛、社政及勞政系統整合與合作機制，落實個管服務，提升毒防中心公共衛生角色與強化藥癮醫療及社會復歸功能。

五、營造健康支持環境，提倡健康生活型態方面：

（一）行政院複核意見

鑒於近年癌症有年輕化趨勢，建議將乳癌、大腸癌列入勞工健檢項目，或將乳癌篩檢年齡層從 45 歲至 69 歲婦女調降至 40 歲至 69 歲，大腸癌篩檢從 50 歲至 69 歲調降至 45 歲至 69 歲，以保障國人健康。

（二）本部辦理情形

- 1、有關四癌篩檢（子宮頸癌、乳癌、大腸癌、口腔癌）納入勞工健檢項目，業於中央癌症防治會報第 11 次會議與勞動部協商，勞動部表示在法制面難度較高，但在執行技術面上，已發函予勞工單位及指定之健康檢查醫院，請其共同提供四癌篩檢服務。在 300 人以上的職場，規定要有專職護理人員負責健康服務，並強調在規劃事業單位的健康檢查的時候，要同時將四癌篩檢的項目或訊息納入健檢；另外，對於國家工安獎的優良企業選拔，協調勞動部將癌症篩檢部分納入績效項目。
- 2、我國現行乳癌篩檢與大腸癌篩檢之建議年齡層，係依據國際實證而調整，說明如下：
 - （1）乳癌篩檢從 45 歲到 69 歲，但若太早篩，會有過度診斷的問題，美國、英國及美國預防醫學委員會（USPSTF）建議是從 50 歲開始篩，我國從 45 歲開始篩係因發生高峰為 45-69 歲。
 - （2）大腸癌自 95 年起居國人十大癌症發生人數首位，並突破 1 萬人，居十大癌症死因第 3 位。依實證研究，每 1-2 年做 1 次糞便潛血檢查，將可降低 20-30% 的大腸癌死亡率，鑑於大腸癌好發年齡為 50 歲以上，故自 99 年起即將大腸癌篩檢納入預防保健服務，提供 50 歲至 69 歲民眾每 2 年 1 次定量免疫法糞便潛血檢查，並參考美國預防醫學委員會（USPSTF）建議：「提供 50 歲至未滿 75 歲民眾糞便潛血檢查之服務，經評估具有高度效益」，自 102 年 6 月起將大腸癌篩檢年齡調整為 50 歲至未滿 75 歲。依最新癌症登記報告，103 年新診斷大腸癌個案有 15,764 人，平均發生年齡為 66 歲，發生率隨年齡增加而提高，且在 50 歲以後大幅提升。因此，囿於經費有限，且為發揮最大篩檢效益，以發生情形最為頻仍之群體為篩檢標的，服務對象現訂為 50 歲至未滿 75 歲，此政策亦與國際實證及作法相符。為使大腸癌篩檢政策更符合國際實證與國人需求，將持續蒐集與監測相關資料，滾動式進行政策檢討與修正。
- 3、綜上，目前我國推動四癌篩檢的年齡層，大致與先進國家相似，且亦考量疾病的自然史到存活等相關因素，並以最大的效益之篩檢年齡層進行綜合評估。

六、落實防疫整備，免除疾病威脅方面：

(一) 行政院複核意見

鑒於氣候變遷、國內外往來頻繁等影響，面對國際新興傳染病、防疫工作益顯困難，為防止各項如 H7N9 或 H5N6 流感病毒侵害國人健康，除強化兩岸防疫合作外，因應未來推動「新南向政策」，相關防疫工作建議納入政策議題，加強與東南亞國家之合作。

(二) 本部辦理情形

- 1、為因應國際間持續出現之 MERS 等新興傳染病疫情，將持續辦理提升疫情監測能力、加強邊境檢疫作為、精進傳染病檢驗技術與量能、強化醫療收治量能及發展國際合作管道等重點施政工作。
- 2、另鑑於國內、外家禽場持續有新型高/低病原性禽類禽流感疫情，建立農衛雙方合作機制，配合農委會成立國家專責流感防控中心之政策，強化雙方合作，加強禽流感疫情監測與禽傳人防控技術，優化禽流感防治政策評估及風險管理，俾降低國內發生禽傳人疫情風險。另為配合政府新南向政策，本部研擬之 107-110 年「新南向醫衛合作與產業鏈發展中長程計畫」業奉行政院核定，規劃於 107 年成立「防疫技術轉殖中心」，以強化我國與新南向國家因應未來更多傳染病跨境傳播之挑戰。該中心將以東南亞國家傳染病疫情較為嚴峻之傳染病為重點（例如登革熱及結核病），提升該些國家對傳染病之防治量能，共同建立區域聯合防治網絡，防範疾病跨境傳播，維護國人健康。

七、強化食品藥物管理，保障民眾健康方面：

(一) 行政院複核意見

- 1、為強化食品藥物管理，衛福部從 101 年塑化劑事件後，即開始檢討修正「食品安全衛生管理法」，不斷透過提高罰則等措施強化管理機制，惟販賣過期食品或使用過期原料製造食品事件仍無法有效遏阻，未來如何落實總統政見「食安五環」改革方案將成為施政重點。為強化第一環源頭管控，請與環保署「毒物及化學物質局」合作強化食品添加物溯源及追蹤管理；並聯合農委會等相關部會及地方政府對於高違規、高風險、高關注邊境產品，提高抽驗比率，並對農漁畜產品擴大用藥監測，確保農場至餐桌之安全。此外，請與農委會合作積極提升學校團膳衛生安全管理，並請研究對惡意黑心廠商課以更重之罰則及賠償責任。
- 2、在藥品管理方面，宜儘速建立藥品溯源及流向管控機制，自源頭阻擋不符規定藥品輸入，避免發生偽假藥事件。並可運用食藥大數據建構食藥安全風險預警防護網。
- 3、「生技新藥產業發展條例」修正草案業經立法院三讀通過，為我國生醫產業開啟新里程碑。建議持續檢討「藥事法」、「醫療器材管理法草案」等法規，並配合立法院完成「國家藥物審查中心設置條例草案」審議，以完備各項法規標準與國際接軌，厚植國內製藥產業實力。

(二) 本部辦理情形

1、有關食品管理部分：

- (1) 為貫徹行政院「食安五環」政策，本部食品安全之業務緊扣「食安五環」政策，進行規劃、執行與推動，並透過第一環「源頭控管」，積極調和農藥、動物用藥及食品添加物等法規標準，相關評估原則致力與國際一致；其次透過第二環「重建生產管理」，逐步擴大食品業者建立自主管理系統，包括落實一級品管自主監測與強制檢驗、追溯追蹤及導入食品專業人員機制，強化食品業者自律管理。最後，希望透過第三環「加強查驗」、第四環「加重惡意黑心廠商責任」及第五環「全民監督食

安」，強化高違規、高風險、高關注產品查驗頻率及強度，並運用全民參與監督力量，挖掘食安黑數，打擊食安犯罪。

- (2) 106 年 6 月 15 日舉辦院會記者會，滾動檢討食安五環之重點，並落實建立食安管理制度，並於 106 年 6 月 23 日行政院第二次食品安全會報中報告，具體報告精進食安管理及稽查作為各項執行成果。
- (3) 為精進非法添加物之查核，本部食藥署聯合「環境保護署毒物及化學物質局」跨部會合作，共同研商管理機制及訂定管理基準，針對未通過二級驗證或驗證結果不佳之食品添加物製造業者及兼售化工原料之食品添加物販售業者加強查核，除一般環境衛生、追溯追蹤等查核外，訪查 57 種具食安風險化學物質於國內運作情形，藉由貯存分區、標示明確、用途告知及流向記錄等「四要管理」措施，以避免非食用之化學物質進入食品，此外，兩部會亦積極研議食品雲與化學雲介接事宜，定期召開會議討論精進系統功能。
- (4) 針對食品添加物業者，透過「三分政策」強化源頭管理，包括進口分流、製造分區、販賣分業；且經公告規模之食品添加物業者，均應落實業者登錄、追溯追蹤、強制檢驗及訂定食品安全監測計畫等制度。106 年持續提升管理強度，除要求食品添加物應於產品之容器或外包裝明顯標示「產品登錄碼」字樣及其登錄碼，透明揭露產品資訊；亦規劃修正「食品良好衛生規範準則」，即於第 17 條及第 29 條納入食品添加物販賣業者三專管理，避免食品添加物與其他產品交叉污染。
- (5) 強化邊境查驗：經參考國際警訊、輿情，前一年度後市場稽查結果與前一年度邊境查驗結果等，綜合評估後，已針對高違規、高風險、高關注產品提高邊境查驗率，並持續進行滾動調整，提升邊境把關成效，105 年度抽樣檢驗 5.3 萬批，檢驗率 7.8%，106 年度抽樣檢驗 5.6 萬餘批，檢驗率 8.15%。
- (6) 持續後市場監測：本部食藥署偕同地方政府衛生局執行禽畜水產品及農產品之後市場監測計畫，並滾動式調整所選品項，將國內監控結果回饋給邊境調整管控措施或加強查驗，另針對不符規定之國產產品，除責成地方衛生機關依食品安全衛生管理法處辦外，亦將不符規定產品透過每季召開之「環境保護與食品安全協調會報」定期與農委會及環保署橫向溝通，彙整不符規定產品之來源等資訊，商請農政機關加強源頭管理，加強業者輔導，由農政機關不定期加強抽驗，避免不符規定產品再度流入市面。本部亦彙整及比對分析衛生、農政單位檢測之不合格資訊，篩選出可能之潛勢風險品項提高抽驗比率，擴大監測，確保農場至餐桌之安全。
- (7) 本部與農委會業已透過跨部會研商決議，有關學校使用之食材由農民流通至供應商階段之前端源頭抽驗，由行政院農業委員會主責；而團膳作業場所之衛生安全查核及午餐成品抽驗，由衛生福利部主責。本部於 106 年配合農委會推動「學童午餐優先選用在地生產之可追溯性食材」政策，衛生福利部積極鼓勵學校午餐團膳業者參考「學校外訂盒（桶）餐採購契約（參考範本）」採購四章一 Q 食材，強化食材安全性；亦研擬「供應學校午餐團膳業者自主送驗規劃之參考範本」，提供業者作為食材檢驗規劃之參考，業者得依契約規定及風險管控原則，自主規劃調整其週期輪替之檢驗計畫，以達有效食材衛生安全管理。
- (8) 持續稽核管理：為加強學校午餐製程衛生管理與品質，本部食藥署已規劃執行相關稽查專案計畫，本（106）年度亦配合行政院食品安全辦公室，與教育部、農委會共同規劃執行「106 年學校午餐聯合稽查專案」，106 年稽查：：（1）學校自設廚房共

2,141 家（涵蓋率 100%）（2）供應學校午餐團膳業者共 142 家（涵蓋率 100%）
（3）製程衛生稽查結果（GHP）共 3,317 家次，均符合規定（合格率 100.0%）。
（4）午餐成品與半成品抽驗，分別抽驗 3,643 件（合格率 99.9%）及 368 件（合格率 100.0%）。

（9）鼓勵地方政府全面使用可溯源在地優良農產品，並精進中央與地方食安聯繫溝通平臺，強化跨部會資訊系統即時揭露食材資訊，以利全民監督。

（10）教育宣導及意見交流：為配合食品安全衛生管理法規範適用議題，持續辦理食安法規相關研討會，邀請學者及具司法實務經驗之人員就業管法規適用解釋之各項疑義提供建議，近年內積極辦理法制教育巡迴講座，並與各地衛生局人員交流執法經驗。近期最高法院就食安法爭議問題漸採取對食品安全管理有力之見解：最高法院 105 度第十八次刑事庭會議決議認為只要在食品中「攙偽或假冒」或「添加未經中央主管機關許可之添加物」，即構成犯罪，毋須實質判斷行為有無危險；由此推論，在辦理各項研討會及署內人員在各項與司法實務人員交流意見場合，適宜時表達立場，應對於法院採納上揭見解具有一定助益。

（11）持續修訂且廣納討論：食品安全衛生管理法歷經 102 年至 106 年等六次修正，已全面提高刑度及罰金，違規者最高得處新臺幣 2 億元罰鍰、更甚得處無期徒刑，加重食品業者之責任。近期廣邀國內食品、法律專業學者及司法實務界人士給予意見，在法規解釋面，能以溝通方式促成修訂法規，並於實際有需修正條文之部分凝聚共識後再提出修正方案，以提高民眾對於食品安全風險之疑慮。

2、有關藥品管理部分：

（1）目前已建構「藥品追溯或追蹤申報系統」，並公告自 106 年 7 月 1 日起血液製劑、疫苗、肉毒桿菌毒素之許可證持有藥商及經銷藥商須辦理追溯追蹤申報，另於 106 年 10 月 30 日公告健保高使用量、高金額之高關注類別 20 品項自 107 年 1 月 1 日實施追溯追蹤申報，並於 106 年 11 月 9 日預告新增高關注類別 30 品項。

（2）本部食藥署於 104 年成立食藥戰情中心，運用巨量資料及資訊探勘，提出分析報告供管理政策參考，106 年針對邊境通報不合格產品已完成 9 項分析與建議，提供該署邊境管理單位參採並續行相關管制措施，嗣後如取得藥品溯源及流向等資料後，亦將展開大數據食藥安全風險偵測分析。

3、有關製藥產業部分：

（1）為完備各項法規標準與國際規範接軌，並符合實務需求，本部食藥署持續推動「藥事法」、「醫療器材管理法草案」等法規訂定及修正案。其中為確保藥品出廠之運銷品質，保障國人用藥安全，於 106 年 6 月 14 日經總統公布修正藥事法第 53 條-1、第 92 條及第 88 條。

（2）另為給予新適應症資料專屬保護及增訂專利連結制度，亦於 106 年 12 月 29 日經立法院三讀通過藥事法修正案，讓政府在扶植生技醫藥研發之際，配套法規修正與國際重視藥品智慧財產趨勢一致。至於醫療器材管理法修正草案及國家藥物審查中心設置條例草案刻正交付立法院相關委員會審查中，希藉由國家藥物審查中心之設立，專責辦理藥品與醫療器材技術資料審查，以期透過審查能量整合、諮詢輔導效能提升，穩定財源聘足專業審查人力，上開法案本部食藥署將積極配合審議議程，以完善我國管理體系。

八、健全社會保險制度，強化自助互助機制方面：

(一) 行政院複核意見

有關國民年金保險老年年金給付領取率雖達成目標，惟因國保給付金額過低，老年經濟安全保障仍有待提升，請兼顧被保險人繳費能力及政府財政進行精算，並多方蒐集意見審慎評估後，納入中長期改革規劃，提高民眾老年基本生活保障。

(二) 本部辦理情形

- 1、依國民年金法施行細則第 10 條規定：「本保險之保險財務，保險人應至少每二年精算一次，每次精算 40 年。…」截至 106 年底國民年金保險已完成 4 次保險財務精算，勞工保險局刻辦理第 5 次精算作業，本部將持續督導勞工保險局定期辦理國民年金保險財務之精算，以確實掌握國保財務狀況。
- 2、本部於 106 年 11 月 14 日委託社團法人臺灣老人學學會辦理「國民年金之展望與挑戰研討會」就「各國整合式年金制度的比較與我國未來的可行發展」、「國民年金繳費問題與對策」、「國民年金財務趨勢與永續發展」、「國民年金與老年基本經濟保障」、「我國朝向整合式社會保險基礎年金發展的可行性」及「我國實施稅收制基礎年金的可行性」進行廣泛及深入的討論，積極蒐集各界對於國民年金制度之意見。
- 3、另依據 106 年 1 月 21 日國家年金改革國是會議全國大會報告略以：「中長期規劃：…研議提升未就業婦女、農民、私校教職員、無一定雇主勞工等保障相對不足的人口群的年金給付，…。」爰本部將配合國家年金改革委員會改革規劃時程，適時辦理國民年金制度之改革規劃，以適度提高民眾老年基本生活保障。

柒、行政院評估綜合意見

一、「健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群」：

- (一) 本院已核定強化「社會安全網計畫」，請儘速建立中央機關間政策溝通協商平臺，結合民間專業團體協助地方政府有效整合銜接相關服務體系與資源，在執行面改進工作流程以強化網絡服務運作模式，並將相關績效納入指標。
- (二) 針對 0 歲至 2 歲幼兒托育之就業者家庭部分托育費用補助及父母未就業家庭育兒津貼，均係提供家長現金給付，惟各縣市之區域特性及家長需求不同，請重新檢討托育費用補助額度、標準及給付方式，研議將親屬之托育費用補助與一般保母之托育費用補助切割處理，並參考臺中市及高雄市政府作法，規劃托育服務及實物給付機制，以提供切合家長需求之托育服務，進而提升民眾生育意願。

二、「完善高齡照顧體系，建構高齡友善環境」：

- (一) 請配合長照十年計畫 2.0 及前瞻基礎建設有關整建長照衛福據點計畫，持續協助各地方政府克服據點布建障礙，並引導社區資源參與社區照顧服務工作，擴大在地服務之量能與多元性。
- (二) 持續檢討改進長照支付及給付制度並改善照服人員勞動條件，加速整合建置長照資訊系統，並輔導協助各地方政府結合在地服務單位積極培訓長照服務人力。

三、「營造互助祥和社會，完善保護服務體系」：

- (一) 近來兒虐個案頻傳，鑒於其家庭均同時存在許多兒虐危險因子或徵兆，又未成案之高風險家庭亦同時存在複合型問題與危機，為完善預防機制，以即時提供協助及因應處理，仍請配合本院核定之「社會安全網計畫」，就各領域進行通盤檢討，並整合相關機關人力、資源及資訊系統，以建立綿密保護體系。

(二) 有關降低親密關係暴力與兒少保護個案再受暴率部分，雖達原訂目標，惟其確為未再受暴或為受暴未通報，請深入研析，併同檢視「倡議暴力零容忍」保護工作之成效。

四、「拓展全方衛醫療照護體系，保障民眾就醫權益」：

(一) 為改善醫護人員執業環境及提升民眾就醫品質，以及為建立醫療爭議非訴訟處理機制，以保障病人權益、促進醫病關係及提升醫療品質，已分別擬具「醫療法」部分條文修正草案及「醫療事故預防及爭議處理法」草案，並送請立法院審議，請積極與立法院溝通協調，加強對外說明，以早日完成修法程序。

(二) 為因應於108年9月1日將醫師納入勞動基準法，在醫師工時縮減及人口老化之雙重影響下，恐加大偏鄉離島地區醫師人力缺口，並衝擊偏遠地區醫療量能，請確實就離島、原鄉及偏鄉等醫療資源不足地區，盤整各地醫療需求量、總需求量及供給量，分析醫師人力缺口情形，全面檢討公費醫師培育制度之效益，作為後續是否延續辦理或採取制度性變革之參考，並研議提高醫師至醫療資源不足地區提供醫療服務之薪資待遇，或訂定加成制度，以提供留任誘因。

五、「建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元」：有關公費疫苗政策，請進行實證研究分析及效益評估，審慎評估必要性及經費可行性，以期政府資源有效利用，達成政策目標；另結核病106年新案發生率40人/每十萬人口，雖達成目標，仍請在公共衛生及醫療等防治網絡持續改善與精進，以逐年降低盛行率。

六、「構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康」：

(一) 為健全藥物管理制度及配合推動5+2產業「生醫產業創新推動方案」，請就107年1月31日修正公布之「藥事法」，加速規劃研擬相關子法及建立藥品專利資料庫，以完善配套措施；另就立法院審議中之「醫療器材管理法」草案及與其相關之「國家藥物審查中心設置條例」草案、「藥事法」部分條文修正草案(106年2月6日函送立法院)2案，向該院積極溝通說明，早日完成立法程序。

(二) 鑒於食品管理涉及跨專業、跨領域、跨部會及中央與地方合作，需政府、產業與民眾共同努力，建議加強與產業、民眾溝通對話，俾利研議更完善之食安策略。

七、「營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進」：

(一) 18歲以下青少年吸菸率已較10年前降幅達二分之一，政府積極推動菸害防制，已顯現成效。為保護青少年免於菸品誘惑成為新吸菸人口為要旨之「菸害防制法修正草案」已送請立法院審議，請加速推動完成修法程序，以法制規範，減低菸品對國民健康之傷害。

(二) 為提升國人心理健康，本院已核定「國民心理健康第2期計畫」(106年至110年)，請整合運用衛政及社政資源，並會同相關機關、地方政府及民間團體加強推動。

八、「精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制」：鑒於健保收入面受到整體經濟發展情勢及投保人口數影響而成長趨緩，保險支出面則將隨人口老化、慢性病增加及醫療技術發展而持續增長，依健保中長期財務推估，在一般保險費費率維持4.69%之前提下，106年起出現年度收支短絀且逐年擴大，累積安全準備將於110年悉數用罄。考量健保制度設計與國內醫療生態發展、國人健康及就醫權益息息相關，又新制度研議需時，請積極辦理3代健保改革規劃工作，俾及時接軌，妥為改善財務收支結構，提升醫療資源分配效率，並利健保永續經營。