

衛生福利部
107 年度施政績效報告

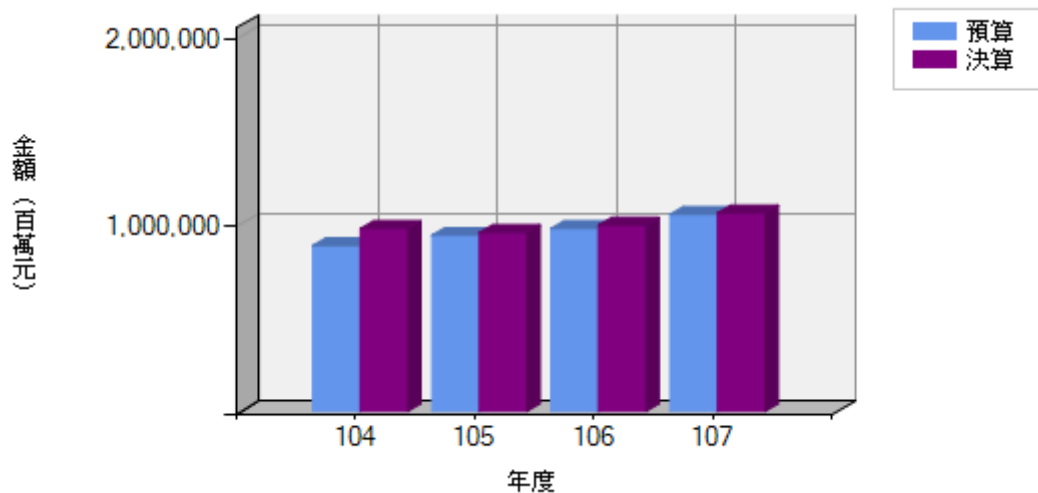
公告日期：108 年 03 月 14 日

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 107 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 107 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 107 年度施政績效報告共 17 項衡量指標。
- 三、為辦理本部 107 年度施政績效評估作業，本部何政務次長啟功、蘇政務次長麗瓊及薛常務次長瑞元分別邀集學者專家擔任審查委員，由本部各業務單位及所屬機關提報自評報告，送請審查委員審查，並於 108 年 2 月 18 日、108 年 2 月 19 日及 108 年 2 月 25 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 107 年施政績效指標之達成情形表示肯定。本部 107 年度施政績效指標共計 17 項，審查委員就各績效指標達成情形進行評分，並以綠、黃、紅、白燈號代表績效評估結果（綠燈-良好、黃燈-合格、紅燈-欠佳及白燈-績效不明），經彙整審查委員之評分結果，本部 107 年度施政績效指標 17 項，共計 8 項綠燈（績效良好），占 47%；9 項黃燈（績效合格），占 53%，未有紅燈（績效欠佳）及白燈（績效不明）之情形。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 104 至 107 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	104	105	106	107
合計	預算	883,556	938,341	974,734	1,050,552
	決算	973,896	953,423	992,801	1,058,338
	執行率 (%)		110.22%	101.61%	101.85%
普通基金(總預算)	預算	177,574	199,511	209,936	216,915
	決算	176,013	198,505	208,307	216,059
	執行率 (%)		99.12%	99.50%	99.22%
普通基金(特別預算)	預算	0	0	0	4,117
	決算	0	0	0	3,311
	執行率 (%)		0%	0%	0%
特種基金	預算	705,982	738,830	764,798	829,520
	決算	797,883	754,918	784,494	838,968
	執行率 (%)		113.02%	102.18%	102.58%

* 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，期能賡續提供完善之服務。本部 107 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。本部主管前瞻基礎建設計畫第 1 期特別預算（106 至 107 年度）編列數 41.17 億元，其中 107 年度預算數 34.76 億元，包括數位建設 0.91 億元、城鄉建設 23.39 億元、因應少子化友善育兒空間建設 7.91 億元、食品安全建設 2.55 億元，較 106 年度預算數 6.41 億元，增列 28.35 億元，主要係增列整建長照 ABC 據點 17.43 億元、建構 0-2 歲兒童社區公共托育計畫 7.91 億元、興建現代化食品藥物國家級實驗大樓及強化食安檢驗量能等 2.02 億元所致。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	104	105	106	107
人事費占決算比例(%)	0.58%	0.59%	0.56%	0.54%
人事費(單位：千元)	5,623,782	5,603,812	5,559,134	5,696,497
合計	5,368	5,319	4,079	5,216
職員	4,824	4,787	3,594	4,757
約聘僱人員	168	154	143	138
警員	10	10	10	10
技工工友	366	368	332	311

* 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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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%	「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%	83%
實際值	--	--	86%	79.83%
達成度	--	--	100%	96.18%
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：

「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：

原定計算方式為「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%，惟107年8月1日育兒津貼取消未就業限制，擴大補助對象後，當年度「累計」補助人數（育兒津貼39萬3,641人+托育補助9萬5,950人）/107年12月兒童數（37萬6,832人）*100%=133%，經查係分母（單月）與分子（累計）計算基準不一所致，爰育兒津貼及托育補助人數改採107年12月份計算。

【（育兒津貼259,480人+托育補助34,142人）/367,832人】*100%=79.83%

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 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）；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）。

二、行政院於 107 年 7 月 25 日院臺教字第 1070182548 號函核定「我國少子女化對策計畫（107 年~111 年）」針對 0 至 5 歲全面照顧、友善家庭的就業職場對策、兒童健康權益與保護、友善生養的相關配套措施等全方位解決少子女化問題，本部配合前開計畫，在「尊重家長選擇權」、「保障每個孩子都能得到妥適的照顧」以及「無縫銜接」等三大原則下，提出「擴大育兒津貼」減輕家長經濟負擔；建立「托育公共化及準公共化機制」回應社會大眾對於 0-2 歲兒童托育服務的需求；新制業於 107 年 8 月上路，開辦初期並有 2 個月緩衝期。

(一) 擴大育兒津貼：取消父母一方未就業限制、納入親屬照顧幼兒，每月補助 2,500 元（中低收入戶每月 4,000 元、低收入戶每月 5,000 元）外，針對第 3 名以上子女每月加發 1,000 元津貼，以提供育兒家庭更大的支持。

(二) 托育準公共化：中央與地方因地制宜共同訂定購買服務價格，與服務提供單位簽訂購買服務契約以進行價格管理，將托育費用控制在家庭可支配所得 10%-15% 間，實質減輕育兒家庭負擔。依其家庭經濟狀況不同，每月提供 6,000 元至 1 萬元補助，並針對第 3 名以上子女每月加發 1,000 元津貼。另公托嬰中心、公共托育家園計有 182 家，總計可提供 6 萬 5,020 個公共及準公共托育收托名額。

三、106 度績效衡量指標：當年度「累計」補助人數（育兒津貼 24 萬 9,433 人+托育費用補助 9 萬 133 人）/106 年 12 月兒童數（39 萬 3,623 人）*100%=86%。

(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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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%	(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%	70%
實際值	--	--	130%	261%
達成度	--	--	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：

(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：

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%

本項指標原訂預計至 109 年培育醫事人力 27,034 人次

目標達成情形：

累計至 106 年培訓 35,032 人次，實際達成率 130%。

累計至 107 年培訓 70,651 人次，實際達成率 261%。

2、關鍵績效指標：社區整體照顧服務體系 ABC 據點資源佈建數

項目	104 年度	105 年度	106 年度	107 年度
衡量標準	--	--	布建多元照顧資源達成數	布建 ABC 服務據點
原訂目標值	--	--	405 處	1,735 處
實際值	--	--	720 處	5,050 處
達成度	--	--	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：

布建 ABC 服務據點

績效衡量暨達成情形分析：

為落實在地老化的政策目標，建構以社區為基礎之整合式服務體系，本案以培植 A、擴充 B、廣設 C 為原則，推動社區整體照顧服務體系，鼓勵各縣市政府廣結長照、醫療、護理以及社福單位辦理，增進長照服務提供單位分布之密度，107 年共布建 472A-2,974B-1,604C，達成本年度目標值。

(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：增加經濟弱勢人口自立比率

項目	104 年度	105 年度	106 年度	107 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=(前一年度低收入戶及中低收入戶總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)。	(低收入戶中低收入戶脫離及調整扶助資格人數)÷(前一年度低收入戶及中低收入戶總人數)×100%
原訂目標值	--	--	86%	7.0%

實際值	--	--	90.2%	9.1%
達成度	--	--	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：

(低收入戶中低收入戶脫離及調整扶助資格人數) ÷ (前一年度低收入戶及中低收入戶總人數) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

- (1) 107 年低收入戶及中低收入戶脫離及調整扶助資格人數=6 萬 1,164 人
- (2) 106 年低收入戶及中低收入戶總人數 66 萬 7,682 人
- (3) 經濟弱勢人口自立比率= (61,164 ÷ 667,682) × 100% = 9.1%，達成率 100%

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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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) × 100%	(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) × 100%
原訂目標值	--	--	12.5%	12.3%
實際值	--	--	12.5%	12.58%
達成度	--	--	100%	97.77%
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：

(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) × 100%

績效衡量暨達成情形分析：

106 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 1,658 人，該些個案於 107 年 1-12 月間再次被通報人數為 5,239 人，再通報率為 12.58%，未達原定目標值。

(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	104 年度	105 年度	106 年度	107 年度
衡量標準	--	--	住院醫師每週平均工時	住院醫師每週平均工時 1.107 年目標值：畢業後第一年一般醫學受訓醫師

				低於 80 小時。2.108 年目標值：6 年制及 7 年制畢業後第一年一般醫學受訓醫師低於 80 小時。3.109 年目標值：畢業後第一年、第二年一般醫學受訓醫師及專科第一年、第二年住院醫師低於 80 小時。
原訂目標值	--	--	88 小時	80 小時
實際值	--	--	80 小時	68 小時
達成度	--	--	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：

住院醫師每週平均工時

- 1、107 年目標值：畢業後第一年一般醫學受訓醫師低於 80 小時。
- 2、108 年目標值：6 年制及 7 年制畢業後第一年一般醫學受訓醫師低於 80 小時。
- 3、109 年目標值：畢業後第一年、第二年一般醫學受訓醫師及專科第一年、第二年住院醫師低於 80 小時。

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，自 106 年 8 月 1 日起實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」。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) 本部於 107 年 6 月針對 20 家收訓畢業後一般醫學訓練（以下稱 PGY 訓練）及專科住院醫師訓練之教學醫院進行實地訪查，調查結果顯示，在 PGY 學員部分，4 週總工時平均為 270.75 小時，平均每週工時約 68 小時。
- (3) 另依據本部臨床醫事人員培訓計畫 107 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 107 年 8 月至 10 月之住院醫師符合工時指引比率之結果顯示，36 家教學醫院之 PGY 及 85 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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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%	(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%	50%
實際值	--	--	52%	100%
達成度	--	--	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：

(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107年12月份護理人員執業人數已達16萬9,454人，較106年增加5,904人，已達年度目標5,000人。未來將滾動式逐步修正護理人員執業人數之年度目標並持續推動「住院保險診療報酬與護病比連動」及護病比資訊公開，推動護病比入法（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	104年度	105年度	106年度	107年度
衡量標準	--	--	年度結核病新增個案數÷年中人口數×100,000	年度結核病新增個案數÷年中人口數×100,000
原訂目標值	--	--	40例	37例
實際值	--	--	40例	37例
達成度	--	--	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：

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107年結核病新案發生率為37例/每十萬人口，相較106年之發生率降幅達9%，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（無傳染力）長達數年，且發病後症狀與一般呼吸道疾病相似，以致不易立即被鑑別診斷。隨著我國人口結構老化、糖尿病患者、洗腎患者、器官移植者、愛滋感染者及使用免疫抑制劑人數日漸上升，潛伏結核發病高風險族群人數亦隨之增加，使得達成我國的2035年消除結核目標具困難度；再以我國之鄰國多為結核病高負擔國家，人民交流頻繁，增加國人感染結核病風險。以全球平均每年發生率降幅設定為2%為例，本計畫所設每年下降6%之目標甚具挑戰性。

2、關鍵績效指標：降低愛滋感染之傳播率

項目	104年度	105年度	106年度	107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%	(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%	8%
實際值	--	--	8.4%	6.3%
達成度	--	--	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：

(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：

107 年新增通報感染人數為 1,993 人，累積所有通報感染者之存活人數為 31,453 人，傳播率為 6.3%，目標達成度 100%。

(2) 目標挑戰性：

愛滋病毒感染有潛伏期，一般為 5 至 10 年，且感染後無法治癒，故其不但危害民眾生命健康，更耗損社會生產力，甚至影響國家競爭力。世界衛生組織規劃愛滋病防治策略三零（零感染、零死亡、零歧視）願景，並在階段目標上，希望在 2020 年達到 90-90-90 目標（即 90% 知道自己感染、90% 感染者有服藥及 90% 服藥者病毒量受到控制）。其中第一個 90 更是我國愛滋防治目前最重要且迫切需要解決的問題，而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。部分潛在之感染者，因擔心篩檢陽性，可能遭受不公平待遇，因此不願意出來篩檢、或拒絕治療，而自我放棄，使得疾病惡化，同時增加愛滋病毒傳染給更多人之風險。在多重挑戰下，降低愛滋感染之傳播率極仍具困難度與挑戰性。

(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	104 年度	105 年度	106 年度	107 年度
衡量標準	--	--	市售進口產品抽驗合格率=市售進口產品抽驗合格件數÷市售進口產品抽驗件數	市售進口產品抽驗合格率=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%	96%
實際值	--	--	95.9%	97.5%
達成度	--	--	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：

市售進口產品抽驗合格率=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：

A．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，107 年抽驗禽畜水產品共 667 件及農產品 860 件，合計 1,527 件，其中合格件數共 1,489 件，不合格件數 38 件，抽驗合格率（即實際值）為 97.5%，已達成原訂目標值 96%，達成度 101.6%。

B．目標挑戰性：

a) 本項關鍵績效指標係於國內流通市場抽驗進口農產品及禽畜水產品，反映把關進口食品的成效，透過境外源頭實地查核、邊境輸入查驗管控及後市場加強查驗回饋等方式，提升國內流通進口食品之衛生安全。

b) 抽樣計畫係依據歷年邊境查驗及國內市場抽驗情形，考量國內外輿情、關注重點及消費情形，滾動式調整年度監測品項及強度，針對不合格率高或民眾關注之食品類別加強抽驗；鑒於實際進口品項取決於消費市場需求，在抽驗品項與目標件數具有不確定因素之下，需即時滾動式調整，皆提高目標達成之挑戰性。

c) 查 106 年度抽驗 967 件，合格率 95.9%，其中農產品檢驗農藥殘留不合格率為 94.1%，本項關鍵績效指標係加強抽驗不合格率高之食品品項，故 107 年設定之目標值 96%，甚具挑戰性。

C．107 年度工作重點及成果：

a) 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，107 年度合格率已提高為 95.6%。

b) 加強監控輸入農產品及禽畜水產品：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 107 年合格率 97.5%，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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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)÷A×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	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)÷A×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)	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%	80%
實際值	--	--	70%	88.6%
達成度	--	--	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：

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) ÷ A × 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：

A·目標達成情形：

a) 107年度逐年建立追溯追蹤管理制度之食品業者關鍵業別為39個(A1)，逐年訂定食品安全監測計畫之食品業者關鍵業別為36個(A2)，逐年實施自主檢驗之食品業者關鍵業別為40個(A3)，逐年設置衛生管理人員之食品業者關鍵業別為9個(A4)，另食品業者關鍵業別總數為140個(A)。

b) 107年績效指標達成情形為 $(A1 + A2 + A3 + A4) \div A \times 100\% = (39 + 36 + 40 + 9) \div 140 \times 100\% = 88.6\%$ ，已達成原訂目標值80%，達成度110.8%。

B·目標挑戰性：

a) 為強化業者自主管理責任，衛生福利部逐年擴大食品業別實施強化管理措施；惟各項食安措施實施前，需持續與各食品業別溝通協調，滾動修正政策內容。

b) 以食品安全監測計畫及自主檢驗政策為例，即自105年起進行預告，於評論期間接獲之各界意見，再行審慎評估並與相關專家、公協會代表等多次研商討論；歷經三次預告後，於107年9月20日公告修正「應訂定食品安全監測計畫與辦理檢驗之食品業者、最低檢驗週期及其他相關事項」；故107年設定之目標值80%，甚具挑戰性。

C·107年度工作重點及成果：

以「分群、分眾、分階段」管理原則，逐步訂定法令規範，擴大食品業別導入多項管理機制，落實食安五環第二環「重建生產管理」政策推動目標。

a) 追溯追蹤管理制度 (A1)：截至 107 年，累計應建立追溯追蹤管理制度為 22 類食品業者 (39 個業別)。

b) 食品安全監測計畫 (A2)：截至 107 年，累計應訂定食品安全監測計畫為 24 類食品業者 (36 個業別)。

c) 自主檢驗 (A3)：截至 107 年，累計應實施強制檢驗為 28 類食品業者 (40 個業別)。

d) 衛生管理人員 (A4)：截至 107 年，累計應設置衛生管理人員為 9 類食品業者 (9 個業別)。

(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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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%」	「18 歲以上吸菸人口÷(18 歲以上人口數)×100%」
原訂目標值	17%	15.8%	16%	15%
實際值	17.1%	15.3%	14.5%	13.0%
達成度	99.4%	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：

「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衛生福利部國民健康署「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，107 年有效完訪樣本數計 25,992 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，107 年有效完訪樣本數計 44,905 名 (國中 20,966 名，高中職 23,939 名)。

(2) 達成情形分析暨達成效益：

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 107 年 13.0%，吸菸人口減少逾 140 萬人，降幅達 41%，已達原訂目標值及 WHO NCD 2025 年目標值；惟目前仍尚有 252 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 107 年的 2.8%，降幅達 57.3%；另，高中職學生吸菸率由 94 年的 15.2%降至 107 年的 8.0%，降幅近二分之一（47.1%）。

C.兩性相較之下，我國年輕男性的吸菸率，約由 18 歲以後大致呈現隨年齡攀升，至 36-40 歲年齡層達最高峰，約每 3 個男性就有 1 個吸菸；在女性吸菸率方面，至 26-30 歲年齡層達最高峰，約每 20 個女性就有 1 個吸菸，顯示年輕男女性在上大學或出社會工作後迅速養成的吸菸習慣，是非常值得重視的問題。

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。遂於 106 年 6 月 12 日調漲菸價每包增加 20 元菸稅，成人吸菸率立即由 106 年 14.5%下降至 107 年 13.0%，降幅達 1 成，可見提高菸價對降低吸菸率有很大助益。

2、關鍵績效指標：四癌篩檢陽性追蹤率之平均值

項目	104 年度	105 年度	106 年度	107 年度
衡量標準	--	--	(四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4) ×100%	(四癌篩檢陽性追蹤率合計÷4) ×100%
原訂目標值	--	--	83%	84%
實際值	--	--	86%	85.0%
達成度	--	--	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：

$(四癌篩檢陽性追蹤率合計 \div 4) \times 100\%$

績效衡量暨達成情形分析：

(1) 衡量指標說明：依衛生福利部國民健康署癌症篩檢與追蹤管理資訊整合系統及癌症登記資料，107 年四癌篩檢陽性追蹤率分別為子宮頸癌 93.9%、乳癌 92.2%、大腸癌 75.2%及口腔癌 78.9%，計算四癌篩檢陽性追蹤率之平均值 = $(93.9\% + 92.2\% + 75.2\% + 78.9\%) \div 4 = 85.05\%$ 。

(2) 達成情形分析暨達成效益：

A.結合衛生局所與醫療院所，全面提供四癌篩檢：四癌篩檢服務人次逐年上升，107 年完成約 509.7 萬人次。提早發現逾 5 萬名癌前病變及癌症，並聚焦於陽性個案追蹤管理（追蹤率達 85%），以達早期診斷、早期治療之目標。

B.口腔癌篩檢係以具菸檳行為的民眾為篩檢對象，然菸檳行為會改變致篩檢率變動，又鑑於戒檳個案的癌化風險低，自 107 年起調整口腔癌篩檢策略，聚焦篩檢對象為吸菸及嚼檳個案風險群，惟該等陽性個案須經切片檢查，因具侵入性，進而影響個案追蹤情形。依調整後口腔癌篩檢策略推算，106 年度陽性追蹤率平均值為 84%。

C.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，另需等候排檢時程，

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率由 99 年 58.5% 提升至 107 年 75%，實已反映全國公衛與醫療體系全年無休不斷努力洽催之成果。

3、關鍵績效指標：自殺死亡率

項目	104 年度	105 年度	106 年度	107 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	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	11.2 人
實際值	--	--	11.9 人數	12.3 人
達成度	--	--	95.6%	90.2%
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：

一、原訂目標值：11.2

二、實際值：12.3（本項指標統計所需 107 年自殺死亡人數為本部統計處約於次（108）年 6 月份始提供最終統計數據，故目前尚無 107 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 107 年自殺標準化死亡率每十萬人口 12.3 人，故以初步預估數據填列。）

三、達成度差異值：9.8（計算方式：（目標值-實際值）/目標值×100%=（11.2-12.3）÷11.2×100%=-9.8%）

（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，降低可避免住院率

項目	104 年度	105 年度	106 年度	107 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】	「可避免住院率」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%【參照美國 AHRQ 之 PQI#90 總體指標定義】
原訂目標值	--	--	1,829 件數	1.37%
實際值	--	--	1,402 件數	1.32%

達成度	--	--	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：

「可避免住院率」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%【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，107 年 1 至 10 月每十萬人可避免住院件率約 1.19%，依前開統計值較去年同期成長率評估，採平均成長率推估，預估全年達 1.32%，仍未逾目標值 1.37%，由於本項為負向指標，107 年數值應可在目標值以下，達成關鍵策略目標。

（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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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	87.49%	92.03%	88.72%	77.82%
達成度	97.21%	100%	98.58%	86.47%
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：

107 年度本部主管資本門預算執行數 1,432,121,882 元，全年度資本門可用預算數 1,840,395,492 元，執行率為 77.82%，107 年度目標值為 90%，達成度為 86.47%

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	104 年度	105 年度	106 年度	107 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	【(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	【(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	【(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%	中程歲出概算額度 核列數】×100%	中程歲出概算額度 核列數】×100%	中程歲出概算額度 核列數】×100%
原訂目標值	5%	5%	5%	5%
實際值	3.74%	4.16%	3.13%	1.91%
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：

績效衡量暨達成情形分析：107 年度實際編報值為：【（225,710,049 千元-217,279,316 千
元-4,288,369 千元）÷217,279,316 千元】×100%=1.91%，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	106 年度		107 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		7,130,279		7,429,874		
（一）營造互助祥和社會，完善保護服務體系	小計	27,130	107.51	33,300	97.88	
	兒少保護體系互聯 網計畫	4,780	99.58	4,800	118.25	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
	性別暴力三級預防 計畫	22,350	109.20	28,500	94.45	
（二）拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益	小計	7,500	95.33	7,800	96.47	
	護理改革計畫	7,500	95.33	7,800	96.47	增加護理執業人力 量能
（三）建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元	小計	1,261,826	100.00	1,749,820	100.00	
	愛滋防治第六期五 年計畫	1,261,826	100.00	1,749,820	100.00	降低愛滋感染之傳 播率
（四）構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康	小計	229,757	97.42	224,683	98.73	
	食安新秩序-食安網 絡計畫	229,757	97.42	224,683	98.73	高關注輸入產品合 格率
（五）營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進	小計	5,604,066	90.01	5,414,271	94.56	
	菸害防制計畫	1,315,373	104.03	1,246,067	104.61	18 歲以上人口吸菸 率
	第三期國家癌症防 治計畫	3,662,444	83.88	3,556,386	89.49	四癌篩檢陽性追蹤 率之平均值
	國民心理健康第二 期計畫	626,249	96.39	611,818	103.60	自殺死亡率

三、未達目標項目檢討

(一) 關鍵策略目標：健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群。

關鍵績效指標：2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率

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：83

實際值：79.83

達成度差異值：3.82

未達成原因分析暨因應策略：

一、未達成原因分析：

(一) 臺北市育兒津貼涵蓋率顯著偏低：因臺北市自行加碼育兒津貼條件優於中央育兒津貼（補助年齡至 5 歲），故民眾多會選擇領取該市育兒津貼，致影響中央育兒津貼整體涵蓋率。惟倘扣除臺北市則全國涵蓋率可達 83.89%，較目標值為高。

(二) 兒童照顧津貼受益人數、涵蓋率均較去年同期為高：

1、受益人數增加：配合行政院「我國少子女化對策計畫（107 年-111 年）」於 107 年 8 月 1 日推動「擴大育兒津貼」及「托育準公共化」政策，107 年度育兒津貼累計補助 39 萬 3,641 人、托育補助累計補助 9 萬 5,950 人，合計 48 萬 9,591 人，較 106 年度 34 萬 8,497 人，增加 14 萬 1,094 人。

2、涵蓋率提升：育兒津貼與托育補助 107 年 12 月合計受益人數為 29 萬 3,622 人，佔 107 年底未滿 2 歲兒童人數（36 萬 7,832）79.83%，較去（106）年同期 51.68% 為高，涵蓋率明顯提升。

二、因應策略：

有鑑於各地方育兒津貼及托育補助自行加碼，產生福利遷徙效應，不僅影響國家總體資源配置外，也無助於全國總生育率的提升。爰行政院 107 年 7 月 25 日核定之「我國少子女化對策計畫（107 年至 111 年）」訂有相關經費處理及管考機制規範，業已請各縣（市）政府提報落日及銜接規劃。

(二) 關鍵策略目標：營造互助祥和社會，完善保護服務體系。

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

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：12.3

實際值：12.58

達成度差異值：2.23

未達成原因分析暨因應策略：

(一) 分析本項指標分母「106 年度親密關係暴力與兒少保護個案經開案服務後結案人數」41,658 人，相較 105 年度 50,210 人下降 17%，指標分子「該等個案於結案後 1 年內再被通報人數」5,239

人，相較 106 年 5,464 人係雖亦下降 4.12%，然因與結案人數下降幅度不成比例，故本項指標整體數值未能降低。

(二) 另經深入分析親密關係暴力與兒少保護個案個別之再受暴率，106 年 1-12 月親密關係暴力個案經開案服務後結案人數為 3 萬 3,323 人，該些個案於 107 年 1-12 月間再次被通報人數為 4,509 人，再通報率為 13.52%，較前一年度上升 1.6%；106 年 1-12 月兒少保護個案經開案服務後結案人數為 8,335 人，該些個案於 107 年 1-12 月間再次被通報人數為 732 人，再通報率為 8.78%，較前一年度上升 1.26%。據此，可推測保護性個案在接受開案服務後，其對暴力隱忍度降低，求助意識與意願升高，因而本（107）年度親密關係暴力與兒少保護個案個別之再受暴率均較前一年度呈小幅上升趨勢；而親密關係暴力被害人為成人保護個案，其主動求助之意識與尋求相關資源的行動能力，均較兒保個案要高，是以，在數據上親密關係暴力個案於服務結案後的再通報率明顯要高於兒少保護個案。

(二) 從親密關係暴力的型態與特性分析，暴力歷程可能是循環不止的，個案在接受社工處遇服務並脫離危險情境後得以結案，但家庭內的暴力事件仍可能在一段時間之後反覆發生，故結案後再通報率數值若要逐年持續下降，實屬困難。另從相關數據比對，我國 18 歲至 74 歲女性中過去 1 年內約有 90 萬人曾有受暴經驗，但僅有約 6 萬人（占 6.67%）被通報，顯見普遍而言受暴婦女求助意識仍不高，惟本項指標歷年平均數值約介於 11%~13% 之間，即服務結案後的再通報率高於一般通報率，推測個案在接受社工的服務過後，較具有求助意識且清楚有哪些社會資源可給予其協助，故結案後若再遇到暴力事件時，求助的意願及行動會增加，導致再被通報率上升。爰此，亦需再研析檢討本項指標是否合適作為檢視保護服務工作績效的評估指標。

(三) 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：11.2

實際值：12.3

達成度差異值：9.8

未達成原因分析暨因應策略：

(一) 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）。

(二) 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。106 年自殺標準化死亡率達每十萬人口 12.5 人，距該年度目標值（每十萬人口 11.4 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。

- (三) 經串聯本部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 107 年 11 月 30 日止自殺死亡初步數據與 106 年同期數據之比較分析，107 年 1-10 月自殺死亡人數為 3,234 人（男性：2,134 人、女性：1,100 人），相較於 106 年同期減少 25 人；各年齡層除 0-14 歲、15-24 歲、35-44 歲、45-54 歲、55-64 歲增加之外，其餘年齡層均呈下降趨勢；自殺方式除吊死、切穿工具、高處跳下增加之外，其餘方式均呈下降趨勢。
- (四) 綜上，本部定期分析自殺相關統計，建構全面性、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精進作為，並針對精神病人、酒藥癮、男性、高齡者或高風險對象強化防治，包括：
- 1、宣導「自殺防治守門人」議題，呼籲社會大眾多加關注自身心理健康，關懷周遭親友；強化高自殺風險群接觸者或照顧者及村里長/幹事之自殺防治守門人訓練；辦理幸福捕手種子師資培訓課程。
 - 2、監測區域別流行趨勢、進行各縣市輔導訪查、舉報教唆自殺網頁、對媒體宣導自殺新聞報導原則、研議限制致命性自殺工具取得對策（木炭不公開陳列販售、禁用巴拉刈等）。
 - 3、供 24 小時免費心理諮詢之安心專線，針對高自殺意念者轉介縣市社區心衛中心；來電正在自殺者則結合警察機關即時救援。
 - 4、運及增修自殺防治通報系統，並補助各縣市衛生局針對自殺企圖者提供關懷訪視；委託辦理訪視業務成效評估計畫。
 - 5、加強精神病人加強出院後之社區關懷及照護：對於曾通報自殺企圖之精神病人及合併家庭暴力、性侵害及兒少保護案件之個案，強化評估自殺風險，並衛教家屬危機處理方式及求助管道。
 - 6、106 年起將「自殺死亡率」納入整合性計畫衡量指標，107 年將「自殺通報關懷個案自殺粗死亡率」及「精神追蹤照護個案自殺粗死亡率」納入各縣市衛生業務考核指標。
- (四) 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：77.82

達成度差異值：13.53

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 77.82%，達成度 86.47%，原因說明如下：

- 1、本部：102 年度衛生福利大樓新建工程 24,995,747 元，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」36,500,000 元，因驗收發生履約爭議，刻正由採購申訴審議委員會調解中；107 年度本部庫房及其他辦公空間整修工程採購案、優化藥癮者替代治療身分辨識機制、107 年度衛生財團法人資訊管理系統增修與維護案、107 年度緊急救護零時差多方資訊影像會診平台所需系統開發費等採購案 161,711,998 元，履約期限跨年度。為應前開計畫需要，爰 102、105 及 107 年度經費辦理保留。

2、中央健康保險署：「臺北業務組辦公房舍整修計畫」79,352,056 元，因該辦公房舍老舊，申請裝修許可耗時甚久，施工後發現隱蔽部分損壞狀況超出預期，工程進度嚴重落後。為利後續工程順利進行，爰辦理 105、106 及 107 年經費保留

【改善措施】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。辦理方式如下：

- 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）落實政策目標，積極對外宣導：

- 1、自行政院 107 年 5 月 16 日召開記者會宣布少子女化對策計畫後，本部於 107 年 5 月 28 日起至 7 月 26 日止共召開 7 場次說明會及 9 次工作會議，充分向居家保母團體、托嬰中心經營者、托育人員團體、兒福團體、家長團體等代表以及各地方政府，詳細說明政策規劃方向、參與合作相關事宜、實務運作流程及資訊系統操作教育訓練，在這過程中也參考各界回饋的建議，不斷修正執行細節與操作方式以更周延，積極納入各界意見後據以訂定「直轄市、縣（市）政府辦理零至未滿二歲兒童托育準公共化服務與費用申報及支付作業要點」、「育有未滿二歲兒童育兒津貼申領作業要點」。
- 2、配合育兒新制於 107 年 8 月 1 日開辦，考量育兒津貼及托育補助皆為申請制，為避免家長因不知新制內容而喪失請領權益，共計印製 100 萬份宣導摺頁、10 萬份海報寄送至各縣市政府鄉（鎮、市、區）公所、戶政事務所、衛生所等民眾最常接觸的公務機關，以及全國未滿 2 歲兒童家中；並透過媒體、網路（FB、官網）、記者會等多元管道進行宣傳，以確保民眾可請領權益；此外，亦透過本部 1957 福利諮詢專線提供民眾諮詢服務。

（二）資訊系統整合，強化行政效能：

- 1、為減少地方政府承辦人員行政負擔，避免家長來回奔波，針對 107 年 8 月新制開辦前已符合育兒津貼及托育補助資格者，由資訊系統予以逕轉，並提供 2 個月緩衝期間，民眾若於 107 年 10 月 1 日前提出申請者，可追溯至 107 年 8 月 1 日生效，以保障民眾請領權益。
- 2、為讓民眾儘速領到政府補助的育兒津貼或托育補助，積極與地方政府共同努力加速首次申請案件審核、撥款作業流程，並協調相關部會（含國發會、財政部、勞動部、國防部等）同意提供查調資料時間縮短為「每日」，自 107 年 10 月份起，分別於每月 15 日及 30 日分批次撥款，讓政策美意實質嘉惠家長。

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：

本部自 104 年起推動長照專業醫事人員課程數位化，並於 106 年 3 月起啟用長期照顧專業人員數位學習平臺，大幅提高訓練之可近性與便利性，又 107 年度各醫事職類專業人員積極參與本部結合醫事及長照專業團體辦理之繼續教育訓練課程，使實際達成高於原訂目標。

（二）107 年社區整體照顧服務體系 ABC 據點資源布建數：

本部依 106 年社區整體照顧服務體系推動經驗，收集各界（縣市政府、服務提供單位、服務使用者）意見，107 年度調整如下：

- 1、ABC 改依服務項目分工：彈性放寬 ABC 辦理門檻，讓更多服務單位參與辦理，加速布建綿密服務網絡，並讓 A 單位可依民眾需求連結更多元之長照服務。
- 2、強化地方政府行政自主性，彈性規劃布建 ABC 資源：由地方政府因地制宜統籌辦理，可依區域資源個別情形彈性規劃，並由縣市政府審查及核定，縮短撥款之時間，加速行政效率，截至 107 年 12 月底計布建 472A-2,974B-1,604C。

三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系

(一) 完善法令制度，增加資源鼓勵脫貧

- 1、為跳脫傳統現金給付模式，落實積極性投資社會救助精神，協助低收入戶及中低收入戶自立向上，社會救助法第 15 條之 1 規定地方政府得自行或運用民間資源規劃辦理脫離貧窮相關措施。
- 2、本部訂頒《協助積極自立脫離貧窮實施辦法》，持續督促各直轄市、縣（市）政府依該辦法，結合民間資源辦理包括教育投資、就業自立、資產累積、社區產業、社會參與及其他多元創新具實驗性計畫等模式之脫貧措施。
- 3、本部 107 年透過公務預算及公彩回饋金補助各直轄市、縣（市）政府及民間團體辦理相關脫貧措施，共計補助 39 案，補助金額達 2,809 萬 3,500 元，107 年受惠人數達 9,651 人，受益人次 3 萬 6,072 人次。

(二) 學術研究為基石，強化脫離貧窮措施量能

- 1、本部 105 年度執行「積極性社會救助發展研究計畫」以蒐集國際脫貧措施案例，提供各地方政府執行脫貧措施之參考，另以田野訪調的方式瞭解實務執行的概況，並提出我國脫貧措施策進作為之建議。
- 2、106 年度以「脫離貧窮措施成效評估研究計畫」研擬我國脫貧措施評估指標，以測量各地脫貧方案的福利效果。本案彙整國際脫貧政策及脫貧方案的成效評估的案例，並與 4 縣市共同操作脫貧措施成效評估機制。其研究成果係對我國社會救助政策、各地方政府的脫貧方案及社會福利績效考核提出具體之指標建議，作為本部規畫脫貧成效指標之參考。
- 3、107 年「強化脫離貧窮措施量能計畫」，將其對我國社會救助政策及脫貧方案成效評估指標之建議納入本部脫貧服務參與者長期追蹤計畫及社會福利資料庫擴充之工作規畫，以確實評估我國脫貧措施推動之成效。

(三) 開辦「兒童及少年未來教育與發展帳戶」

- 1、總統政見「兒童及少年未來教育與發展帳戶」，為貧窮兒童設立個人的帳戶，由政府每年提撥經費，年滿 18 歲後成為他們的教育基金，讓弱勢兒童有接受高等教育的機會，不讓他們長大後陷入低學歷、低技術、低社會參與度的循環。
- 2、兒少教育發展帳戶自 106 年 6 月 1 日開辦，「兒童及少年未來教育與發展帳戶條例」於 107 年 5 月 15 日經立法院三讀通過，6 月 6 日總統公布施行。並於 107 年 12 月 7 日令頒實施「獎勵兒童及少年未來教育與發展帳戶開戶人存款辦法」及「政府接受捐贈用於兒童及少年未來教育與發展帳戶分配辦法」。
- 3、「兒童及少年未來教育與發展帳戶」自 106 年 6 月 1 日開辦，有關兒童及少年未來教育與發展帳戶之教育宣導講座辦理情形，107 年度計有 135 場次，9,033 人次參與；107 年度兒少教育發展帳戶申請人數，符合申請人 1 萬 6,308 人，申請 7,173 人，申請開戶率 44%，完成開戶 6,761 人，完成開戶率 41%。我國 107 年度脫離或調整低收入及中低收入戶資格人數共有 6 萬 1,164 人，經濟弱勢人口脫貧自立比率達 9.1%。

(四) 倡議零暴力零容忍：

- 1、辦理社區預防推廣計畫，營造零暴力零容忍之社會意識：建立補助及獎勵機制，擴大社區參與量能：透過經費補助鼓勵地方政府輔導社區基層組織或民間團體，在地辦理「零暴力·零容忍」之社會教育或宣導活動，107年共計補助72項計畫，參與社區計380個，較前1年成長17%。
- 2、辦理社區培力，培育社區在地專業人才：為鼓勵社區投入防暴觀念宣導工作，深入社區鄰里推廣零暴力零容忍的預防意識，本部107年針對社區鄰里長、社區發展協會理事長、志工幹部，及公私部門防暴網絡相關人員等，辦理社區防暴宣講師訓練，包含初階及中階訓練等共計辦理4場次，總參訓人次達721人次，透過強化其對家庭暴力防治教育之相關知能，以培力社區防暴種子建立正確預防觀念，協助推廣預防教育與落實社區通報。
- 3、辦理觀摩研討，推廣社區防暴經驗：為促進社區互相交流學習在地推動反性別暴力初級預防之相關經驗，本部辦理「街坊出招-社區防暴創意競賽」，作為社區分享在地推動防暴宣導活動成果之平台，107年因社區參加踴躍，首次增加舉辦北、中、南3區的分區競賽，讓在地社區有更多參與觀摩的機會，總計3場分區競賽及1場全國總決賽參與人次達1,159人次，且參與推動的社區亦擴及男性團體與離島、偏鄉等地的社區，顯示「街坊出招」活動所揭示「零暴力·零容忍」之社區意識扎根已逐漸為民眾所接受與認同。

(五) 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：

- 1、辦理第5屆紫絲帶獎徵選及頒獎活動：為表揚全國推動保護性工作有功人士，並藉由分享其推動保護服務工作之價值使命，向社會大眾倡導反暴力的社會意識，本部107年續辦理第5屆紫絲帶徵選活動，經公開受理推薦及評選後，選出本屆紫絲帶獎得主共計12位，透過將其推動保護服務工作之理念與實踐製作成影像，以傳遞紫絲帶獎象徵反暴力的價值與使命，除於107年12月8日頒獎典禮首播外，並利用網路傳播，擴大社會教育的影響力。
- 2、研發社區防暴宣導教案教材：有鑑於傳統觀念與社會迷思往往合理化家庭中的暴力行為，為翻轉社會傳統迷思，重新建立非暴力的文化規範，107年委託專家學者研發一套社區預防宣導教案，以解構日常生活中常見的社會文化迷思，揭開傳統信條背後所隱藏的含意與性別不平等現象，提供性別暴力防治網絡相關成員，於專業人員訓練或社區宣講時，得以使用標準化的推廣教材，以確保傳遞反暴力訊息的正確性與一致性。

(六) 周延保護機制：

- 1、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，107年1至12月113保護專線計接線10萬8,510通電話，提供8萬6,612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95.6%。
- 2、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，107年度計補助12縣市、15項計畫、各地方政府計提供目睹兒少輔導處遇1萬3,092人次。

四、拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益

- (一) 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，自106年8月1日起實施「住院醫師勞動權益保障及工作時間指引」。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。

- (二) 本部於 107 年 6 月針對 20 家收訓畢業後一般醫學訓練（以下稱 PGY 訓練）及專科住院醫師訓練之教學醫院進行實地訪查，調查結果顯示，在 PGY 學員部分，4 週總工時平均為 270.75 小時，平均每週工時約 68 小時。
- (三) 另依據本部臨床醫事人員培訓計畫 107 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 107 年 8 月至 10 月之住院醫師符合工時指引比率之結果顯示，36 家教學醫院之 PGY 及 85 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）。
- (四) 本部於 107 年 2 月建置「護理職場爭議通報平台」，作為基層護理人員通報不合理排班等職場爭議案件之管道，截至 12 月 31 日止，共接獲通報 150 件，其中涉勞基法計 113 件（75%）其他爭議案件（如爭取休息室空間、無照人員檢舉等）計 37 件（25%），皆依案與地方衛生及勞動機關進行瞭解並查察相關爭議案件，針對違法案件裁處並每月定期公開案件資訊，期透過資訊透明、掌握護理職場現況，提升護理正向執業環境。
- (五) 製作「勞基法護理排班懶人包」加強勞基法相關規定宣導與溝通，並與勞動部合作再次修訂「勞動基準法下護理排班問答暨合理護理排班指引與範例」業於 107 年 8 月 10 日公告，改善護理人員勞動權益與意識。
- (六) 107 年 10 月與台灣護理產業工會合作，補助辦理「創造護理優質職場環境：安全護理人員法」活動，邀集國外護病比立法及勞動權益專家來台，辦理工作坊、專家會議共 5 場次，與我國護理人員及主管進行實質國際交流與經驗分享，參與人員約 240 人。

五、建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元

(一) 結核病防治：

- 1、持續推動「潛伏結核感染治療計畫」，107 年除高傳染性結核病病患之接觸者外，另針對洗腎病患、血糖控制不佳之糖尿病患、愛滋病毒感染者及注射藥癮者等高風險族群，辦理潛伏結核感染治療前驅計畫，107 年共提供 68,481 人潛伏結核感染篩檢服務。有關執行成效方面，11,210 人篩檢陽性，篩檢陽性者有 8,062 人加入治療，有效避免渠等個案發病或造成傳染。
- 2、推動「護理之家、安養及養護機構住民及工作人員結核病防治試辦計畫」，與 28 家長照機構合作進行個案主動發現、潛伏結核感染篩檢/治療、症狀監測等策略，建立長照機構結核病防治模式，俾未來內化為機構常規執行項目，保護住民及工作人員的健康，107 年計提供 4,289 位住民及工作人員潛伏結核感染篩檢服務，其中篩檢陽性加入治療者計有 555 人。
- 3、落實「以結核病個案為中心」之管理精神，依病人需求提供相對應之照護服務，並提升結核病接觸者追蹤效率，減輕公衛端與醫療端交互查詢聯繫之負擔，於 107 年與健保署合作，透過資料檔案介接方式，將醫療機構結核病個案及接觸者之就醫資料，連結回傳至結核病追蹤管理系統，使公衛人員可以及時掌握個案或接觸者之檢查、治療及慢性病風險因子等資訊。
- 4、為促進公衛體系與醫院端結核病防疫資訊能即時雙向轉銜，以簡化醫院人員行政作業負擔、並強化結核病及潛伏結核感染治療個案照護品質，辦理「107 年醫療機構介接取回所屬結核病照護個案加值訊息補助計畫」，鼓勵醫院將結核病追蹤管理系統所掌握之結核病照護品質相關訊息，即時轉銜介接回傳至所屬照護醫院。

- 5、持續於山地鄉推動結核病主動篩檢結合健保山地醫療保健服務之措施，委託地方政府整合轄區資源，因地制宜規劃符合在地效益之山地鄉結核病主動篩檢模式，107年共計執行胸部X光篩檢37,500人次，主動發現53名個案，及早予以治療，阻斷疾病傳播。另針對IGRA篩檢為潛伏結核感染者，全面提供潛伏結核感染治療，107年山地鄉潛伏結核感染篩檢2,036人，篩檢陽性者571人，其中392人加入治療。
- 6、為消弭原鄉健康不平等，執行山地原鄉結核病主動發現計畫，107年與宜蘭縣、新竹縣、南投縣、高雄市及花蓮縣衛生局合作試辦「消弭原鄉健康不平等計畫」，於8個山地原鄉執行，並與山地原鄉民眾主要就醫之14家院所合作於診間系統嵌入執行胸部X光檢查服務之提醒，主動發現33名確診個案。
- 7、我國自96年布署「抗藥性結核病（DR-TB）醫療照護體系」，提供以病人為中心之全人關懷照護，107年共收治多重抗藥性結核病個案111人，其他抗藥個案86人，並召開4次「抗藥性結核病醫療照護體系檢討會」。追蹤個案治療成果方面，經集中收治及進階都治提升抗藥性結核病個案治療成功率，追蹤106年多重抗藥性結核病個案收案後的6個月痰培養陰轉率可達91%；105年使用二線藥之多重抗藥性結核病患追蹤24個月之治療成功率達74.4%，優於全球成果。
- 8、為提高結核病或潛伏結核感染治療者之醫療照護品質，率先由臺北市及新北市啟動使用「結核病-智慧關懷卡」取代現行就診手冊試辦計畫。透過輕巧並顧及隱私的「結核病-智慧關懷卡」，個案可便於攜帶就診，憑卡減免結核病就醫部分負擔外，臨床醫師也可透過卡片及時連結結核病追蹤管理系統上資訊，掌握個案最新檢驗、用藥等資訊（含跨院際資訊），提供病患更完善的醫療照護。
- 9、為加速結核病通報效率與正確性，並簡化醫療院所通報之行政流程，建構「結核菌認可及合約實驗室」檢驗結果自動通報程序。當醫院實驗室與全國結核病追蹤管理系統介接之檢驗結果為結核分枝桿菌者，即可透過作業系統自動進行法定傳染病通報程序，透過此一程序來加速結核病通報效率與正確性、簡化醫療院所通報流程，並降低單位間通報作業程序疏漏，落實傳染病防治法通報精神及確保通報程序完備。
- 10、印尼政府衛生單位甫建立該國健保結核病照護體系，為瞭解我國結核病照護管理模式，由印尼衛生部衛生財政與保險中心率印尼衛生部辦理結核病國家計畫、結核病監測系統相關官員、美國國際開發署（USAID）結核病專家，以及世界銀行顧問等團員於7月30日至8月2日來臺交流。由我方分享結核病防治策略、健保品質支付及都治方案，介紹結核病追蹤管理系統，並安排該團赴健保署、基層衛生單位及醫療機構參訪。

（二）愛滋病防治：

- 1、持續強化跨部會合作，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：
 - （1）.透過教育部推動校園性教育（含愛滋病防治）計畫，增進學校衛生保健組長之處遇知能，辦理愛滋病防治教育師資專業成長研討會等，提升校園健康教育專業知能，落實健康教育教學正常化等。
 - （2）.透過跨部會討論機制解決愛滋病毒感染者之長期照護及安置需求，針對有長照需求之感染者，持續辦理民間團體安置補助方案及提升長照機構收治量能外，104年起由本部率先響應，成立示範機構，收（安）置愛滋感染者等。

- 2、與國際接軌，推動開放我國愛滋感染者捐贈器官予愛滋感染者案，穩定就醫且健康狀況良好的愛滋感染者，可捐贈器官給愛滋感染者。107 年 6 月 13 日華總一義字第 10700062411 號總統令，公告「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正，鬆綁感染者互捐器官規定及免除當感染者因傷勢處於昏迷、意識不清或身處隱私未受保障之環境而未告知病情時之罰則。衛福部於 12 月 28 日公告修正「人體器官移植分配及管理辦法」，器捐中心等相關單位業於 108 年 1 月中旬完成與器官捐贈登錄中心建置雙方資料勾稽作業等配套作業。
- 3、推動多元化預防策略：
 - (1) .持續推動多元化之同志愛滋預防方案，建置及維護同志健康社區服務中心：為推動男男間不安全性行為者愛滋預防方案，本部疾管署委託民間團體設立 5 家健康社區服務中心，透過中心之專業團隊，辦理諮詢篩檢、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服務，107 年提供超過 11,058 人次愛滋篩檢服務。因應網路、手機通訊應用軟體進步，健康社區服務中心突破空間的限制，利用 Line、Facebook 等提供衛教諮詢服務，並透過同志交友手機應用軟體（APP）露出健康促進宣導訊息，此外也於特定場域（如三溫暖、同志酒吧、夜店等）辦理外展宣導及篩檢諮詢服務，提高同志群體獲得愛滋介入措施服務比率，107 年外展篩檢場次超過 437 場。
 - (2) .持續推動藥癮愛滋減害計畫及發放清潔針具，注射藥癮愛滋疫情已獲控制，藥癮者佔新通報個案比例由 99 年 6.5% 降至 107 年 2.2%，成效顯著。
 - (3) .辦理「藥愛及愛滋防治種子師資培訓課程」，由衛生局及衛生所人員參加，共計培訓 108 名種子師資，受培訓之種子師資進入矯正機關，針對收容人進行藥愛（非鴉片類藥物）及愛滋防治衛教宣導，共計辦理 187 場次。
 - (4) .持續推動預防母子垂直感染防治策略，包括孕婦全面篩檢愛滋、完善的免費醫療、預防性投藥等追蹤照護措施，107 年無因母子垂直感染的個案發生。
- 4、擴大篩檢網絡，及早診斷，轉銜醫療：
 - (1) .107 年計有 52 家醫療院所辦理「愛滋病免費匿名篩檢諮詢服務計畫」，已提供超過 42,837 人次篩檢服務，陽性率為 1.4%。
 - (2) .鑑於部分感染愛滋高風險行為群體怯於前往機構接受篩檢，導致延遲診斷及就醫，106 年辦理「在家愛滋自我篩檢計畫」執行期間，共發出近 2 萬支試劑，民眾上網登錄篩檢結果陽性率為 1%，計畫受到廣大迴響。自 107 年 12 月 1 日起，於全國推動「在家愛滋自我篩檢計畫」，透過 21 縣市衛生局（所）、5 家民間團體所設之 401 個定點及 19 台自動服務機等通路，提供血液或唾液自我篩檢愛滋試劑。
 - (3) .辦理行動車篩檢服務，以行動車作為載具，透過網路交友軟體平台接觸於偏遠地區（例如花東或偏鄉）或篩檢資源不足之重點群體，進行 1 對 1 匿名諮詢篩檢，將防疫觸角延伸至全台，107 年篩檢量達 549 人次，初篩陽性率為 1%。
 - (4) .參考美國約翰霍普金斯大學教授實務社區工作經驗，與衛生局及民間團體合作，動員同儕導師於社群宣導安全性行為、定期篩檢等衛教觀念及身體力行，並動員篩檢 17,784 人次，初篩陽性率為 0.7%。
 - (5) .補助醫療院所於公教人員健康檢查鼓勵自選愛滋篩檢項目，107 年有 32 家醫院執行，指定醫院共篩檢 1,584 人次，非指定醫院共篩檢 663 人次。

- 5、推動「107-108年愛滋病毒篩檢與暴露愛滋病毒前預防性投藥（PrEP）計畫」，計有18縣市，38家執行機構參與，提供符合計畫的對象（愛滋感染者的配偶/伴侶及30歲（含）以下年輕族群，經醫師評估有高風險行為者）PrEP適用性評估、諮商、衛教、相關檢驗、預防性用藥醫療諮詢及轉介等整合性照護服務，107年計有813人加入計畫。
- 6、提升感染者醫療照護與服務品質，推動診斷即刻服藥：
 - （1）.全國有77家愛滋指定醫事機構、29家指定藥局及1家指定診所，提供感染治療照護服務。
 - （2）.辦理愛滋病指定醫院服務品質提升計畫，加強個案規則就醫及提高服藥順從性，107年感染者就醫率為92%、服藥率88%、服藥者測不到病毒之比率為94%。
 - （3）.推動診斷即刻服藥治療策略，引進副作用低之抗愛滋新藥（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。參考美國愛滋治療建議處方框架，簡化第一線替代處方，於107年9月28日衛授疾字第1070300935號函修正公告「抗人類免疫缺乏病毒藥品處方使用規範」。

六、構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康

（一）健全食藥法規管理：

- 1、擴大輸入食品系統性查核範圍：參照世界多數先進國家之管理模式，修正「輸入食品系統性查核實施辦法」；我國實施系統性查核之輸入產品由原「肉類產品」，107年擴大納入「水產品」及「乳製品」，強化輸入動物性產品之食品安全管理。
- 2、推動食品業者保存來源文件：為確實掌握產品上游供應商，107年9月27日公告「食品業者應保存產品原材料、半成品及成品來源文件之種類與期間」，規範所有食品業者自109年起，皆要保存收貨之原材料、半成品及成品之來源文件至少五年，完善追溯機制。
- 3、完善業者登錄內容，暢通業者通報管道：為強化食品業者之倉儲管理，107年公告修正「食品業者登錄辦法」，將倉儲場所納入「食品藥物業者登錄平台（非登不可）」之強制登錄項目，完善食品業者基本資料建置；此外，衛生福利部於「食品藥物業者登錄平台（非登不可）」增設「危害衛生安全之虞產品通報」功能，倘業者發現食品有危害衛生安全之虞，除主動通報衛生局之外，並可透過線上系統進行通報。
- 4、推動再生醫療製劑管理專法立法：因應國際間新興生物科技蓬勃發展趨勢，考量再生醫療製劑的成分異質性、製程特殊性及治療複雜性，為確保再生醫療製劑的品質、安全及有效，107年積極推動「再生醫療製劑管理條例」草案，以維護病人治療的權益。

（二）優化食藥流通監管：

- 1、食品雲大數據分析應用，提升食品風險管理效能：運用食品雲大數據整合跨部會資料、勾稽比對及數據分析，瞭解食品風險趨勢，建立風險監控模式，即時掌握高風險目標並提供資訊以協助相關業務單位之決策參考，發揮預測及預警機制，使政策能有效地推動與落實，保障國人飲食及用藥安全，健全我國食品藥物安全管理體制。
- 2、採取風險管控措施，保障民眾用藥安全：107年度完成47項藥品安全性再評估，其中16項藥品採取風險管控措施（修改仿單、限縮使用或重新評估其風險管控情形），如持續執行含 carbamazepine 成分藥品風險管控計畫。而107年度亦重新評估我國對於含 Hydroxyethyl-starch（HES）類成分藥品之臨床效益及風險管控情形。然並未有新增風險，將持續追蹤注意國內外最新研究結果，期望透過安全性再評估把關，保障民眾用藥安全。
- 3、執行防毒行動策略，強化藥品原料藥之邊境管控，擴大並提升新興毒品及新興成分之檢驗量能：配合行政院106年7月21日核定新世代反毒策略行動綱領（106至109年），強

化原料藥進口管理及通關資訊正確性，並防止製毒原料假冒原料藥進口，於 107 年 8 月 22 日公告修正「輸入藥物邊境抽查檢驗辦法部分條文」，公告增訂藥品原料藥為邊境查驗項目，創新運用「手持式拉曼光譜分析儀」科技查驗利器，防堵毒品於境外，並整合法務部、內政部及國防部等政府檢驗資源，完善新興成分鑑驗機制，籌獲毒品及新興成分標準品與建構標準品質譜圖資料庫，共享檢驗資訊，推展民間「新興毒品尿液檢驗之建議實驗室推薦計畫」，全面提升國內官方與民間之檢驗量能，保護國人免於毒品危害，營造無毒社會環境，達成促進全民健康與福祉的使命。

- 4、強化上市後藥品供應鏈管理，有效掌握藥品之來源及流向：107 年度精進藥品追溯追蹤系統，優化系統申報操作界面，並建置系統後台勾稽統計功能專區，開放衛生主管機關查詢利用，以增進業者申報可近性。此系統用於掌握藥品來源及流向之可利用性，故可強化藥品供應鏈之管理，保障民眾用藥的安全。

（三）精進食藥檢驗技術：

- 1、建立快速檢驗量能，攔截不純產品：訂定降血壓用藥之「沙坦類」原料及其製劑中 N-亞硝基二甲胺及 N-亞硝基二乙胺之快速檢驗方法與標準化操作流程，且縮短檢驗時間，即時提供管理及行政處理之依據，維護國人用藥品質及安全。
- 2、首次檢出新興濫用藥物成分，防制毒品擴散：從送驗褐綠色不明粉末及補牙粉檢體中，分別驗出帽柱木鹼及 N-乙醯甲基安非他命成分，屬於具有嗎啡衍生物的特性及二級毒品甲基安非他命類似結構之新成分，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、嚴格把關大麻籽油產品，確保產品消費權益：配合現行法規建立大麻籽油化粧品中 3 種大麻素之檢驗方法，並應用於檢驗邊境及市售產品中四氫大麻酚之殘留限量及大麻二酚禁用之監控。
- 4、建立跨類別添加物多重檢驗等技術，維護消費者安全：運用薄層層析技術（TLC）鑑別確認豬頭皮以瀝青處理脫毛事件；針對食品中著色劑等 100 項跨類別之合法及非法添加物建立高通量篩檢方法，成功整合跨類別添加物於一次檢驗，大幅提升檢驗效率及準確度，捍衛民眾飲食安全。

（四）強化食藥國際交流：

- 1、成為國際組織會員，戮力提升國際影響力及能見度：我國 107 年成為國際醫藥法規協和會（ICH）第 10 個官方會員，寫下參與國際醫藥技術性合作組織之重要里程碑；又食藥署生物藥品實驗室成為歐洲總體官方藥品管制實驗室網絡（General European OMCL Network, GEON）成員，為第 2 個加入該網絡之亞洲官方實驗室，顯示食藥署實驗室之檢驗品質與能力獲國際肯定。
- 2、持續於 APEC 推動優良查驗登記管理，增進 APEC 會員經濟體的合作交流：107 年度在台辦理「2018 APEC 優良查驗登記管理法規科學卓越中心研討會」共培訓 62 名來自 14 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。此外，我國獲邀至「第七屆亞洲製藥協會夥伴關係會議」及參加「第一屆泰國優良查驗登記管理研討會」，於會中分享我國在 APEC 推動優良查驗登記管理之成果。
- 3、積極參與 PIC/S 組織會務與活動：主辦「2018 PIC/S 品質風險管理專家圈活動」，總計 16 國、70 人參加，藉此凝聚各國稽查員交流專業知識與分享稽查經驗、標準及技巧，共同研擬稽查技術文件，可確保我國藥品 GMP 管理制度及稽查水準與國際同步，並有助強化我國際合作視野，大幅提升本部食藥署能見度。

4、成功搭建新南向夥伴關係，與馬來西亞進行國家醫藥管理合作交流，建構保健食品合作機制：107年3月26日與馬來西亞國家藥品管理局（NPRA）簽署醫藥品管理合作文本，積極推動醫藥品管理相關資訊交換、技術交流、法規政策經驗分享，以及召開會議，並辦理人員互訪及醫藥品相關研討會等，持續推動與馬來西亞等新南向國家醫藥管理合作交流，協助拓展我國醫藥產業外銷市場。此外，該國已接受本部食藥署出具之核備函用於傳統藥品（traditional medicines）與營養補充品（health supplement）之申請案。至107年底已有8家業者通過第二級品管及擴充方案驗證，取得本部食藥署出具之核備函，並向馬來西亞提出外銷產品查登申請，陸續推展外銷馬來西亞。

（五）推動食藥溝通衛教面：

- 1、運用「食藥闢謠專區」平台，破解不實謠言：蒐集來自媒體、網路論壇、LINE或臉書等有關食藥醫粧的不實謠傳，藉由具公信力的科學資料及專家來導正迷思，撰寫終結謠言的文章內容；截至107年12月已發布闢謠354則，官網已累計有803萬人次點閱，國內外平面、電子媒體引用報導超過2,261篇。
- 2、運用「食藥膨風廣告專區」平台，公布國外網站之違規廣告：監控發現有國外網站疑涉刊登違規食藥廣告，囿於非我國司法管轄，爰本部食藥署107年5月底於官網建置此專區，發布國外網站涉嫌違規廣告資訊，提醒民眾注意，以維護自身權益；截至108年1月共發布60則，累計有99萬人次點閱。
- 3、運用網路名人及行動巡迴車推廣反毒宣導：為強化民眾對毒品之認知及反毒意識，特邀請五組受年輕族群歡迎之臺灣知名網紅（HOW HOW、白癡公主、布萊克薛薛、反骨男孩及艾瑞絲），模擬吸毒後之特效粧容宣導藥物濫用危害，並搭配快閃活動倡議反毒等方式，呼籲網路族群拒絕毒品及遠離毒害；並透過網紅各自之Instagram平台及FB粉絲專頁分享反毒相關圖文訊息，粉絲點讚次數總計超過14萬次且短片已達16萬次觀看。此外，自107年11月12日起至108年12月底，法務部、教育部、衛生福利部食藥署、內政部警政署以「反毒行動巡迴車」分別於全國北、中、南、東巡迴於偏鄉、社區及校園，透過毒害影像展示、毒害展品及相關真實案例等，提供民眾毒品防制知識及求助資訊。本部食品藥物管理署藍腹鵬號主責南區五縣市，截至107年12月31日，已於高雄市完成68場，計有16,396人次受益。
- 4、豐富用藥諮詢資料庫中之藥品查詢資訊：107年度於推廣管道新增LINE及FB等新興媒體，傳遞資料庫最新建置資訊，並舉辦3場推廣說明會與4場網路直播教學，以互動化方式介紹平臺操作模式，藉由融入模擬情境，使基層藥事人員瞭解資料庫之應用方式。另於資料庫持續新增及更新藥品資訊，藥事人員可透過查詢專業藥品資訊及交互作用等功能，檢核民眾用藥適當性，並依用藥需求提供合適之衛教單張，藉此增加基層藥事人員服務量能與專業能力，達到守護民眾用藥安全之目的。

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、落實菸害防制暨修法作業：

- （1）研擬菸害防制法修正草案，列為立法院優先法案，後續將由立法院排定審議。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。

(2) 督導地方政府衛生局主動執法稽查輔導，107 年全國菸害防制稽查家數 68 萬餘家次，開立處分 7,038 件，總計罰鍰 1 億 1,266 萬餘元。

(3) 召開電子煙跨部會會議，及「新興菸草產品諮詢會議」，研議相關管理制度。

2、持續推動多元戒菸服務及菸害教育宣導：

(1) 與教育部、國防部等部會合作推動菸害防制計畫，持續營造無菸環境，並加強宣導菸檳危害（含二手菸危害、電子煙、加熱式菸品、戒菸）防制政策。

(2) 提供多元戒菸服務，107 年超過 4.5 萬人成功戒菸，推估短期可節省 2.4 億元以上健保醫療費用支出，長期可創造超過 188 億元經濟效益。（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 107 年 10 月）。另 106 年施行菸稅調漲，分析 106 年初診個案之點戒菸成功率 28.5%，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，能提高吸菸者戒菸動機，減少國人吸菸情形。

(3) 提供免付費戒菸專線，107 年累計服務 2 萬 1,336 人（8 萬 725 人次），多次諮詢戒菸成功率逾 4 成。

3、推動無菸醫院參與國際認證：全臺已有 213 家醫院通過認證，除為亞太地區第一個及第一大無菸醫院網絡，亦為全球第一大規模。我國已有 18 家醫院榮獲國際金獎殊榮，是所有網絡國家中得獎醫院家數最多的國家，與西班牙並列全球第一。107 年度推薦 6 家醫院角逐 108 年無菸醫院國際金獎。

4、依據 107 年度「衛生福利部整體施政滿意度民意調查」及「衛生福利部國民健康署施政知曉度、滿意度電話調查」，民眾對政府推動室內公共場所禁菸表現有 7 成 5 以上表示滿意；另 61% 的民眾知道「二手菸會危害健康」、72% 的民眾認為二手菸對學齡前幼童傷害最大、55% 民眾知道「電子煙不能幫助戒菸」、69% 的民眾認為在醫院所屬的花圃、草坪及停車場等戶外場所吸菸是違法的、98% 的民眾知道所有大眾交通工具裡一律禁止吸菸等，顯示已普及民眾對於菸品危害及防制政策之認知，且民眾對政府推動菸害政策多數表示滿意。

(二) 癌症防治

1、依 105 年癌症發生資料，從長期趨勢來看，國人整體癌症標準化發生率漸趨平緩，標準化死亡率則呈穩定下降之趨勢。大腸癌發生人數連續 2 年下降，顯示大腸癌篩檢可以早期發現息肉，早期切除治療後可以避免進展為大腸癌，因此經過多年篩檢努力後已使大腸癌發生人數下降。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，且經過本土資料分析，大腸癌篩檢可降低大腸癌死亡率達 4 成 4。

2、延續推動「病毒性肝炎防治計畫（第二期）」：整合衛生福利部中央健康保險署、疾病管制署與國民健康署，推動病毒性肝炎防治計畫。為提升民眾對 B、C 型肝炎的認知，於 APASL 國際會議與民間團體共同設攤加強相關宣導，及於 2018 世界肝炎日與肝病防治學術基金會共同倡議肝炎防治，並發布新聞稿及臉書宣導。另，補助高盛行地區肝炎篩檢與建立後續追蹤治療模式，及補助 4 個原鄉地區 C 肝藥物治療，以降低肝炎對國人威脅。國人慢性肝病及肝硬化標準化死亡率由 87 年每 10 萬人口 23.2 人降至 106 年 12.6 人，降幅達 45.7%；另肝癌標準化發生率自 93 年開始呈現下降趨勢，由 93 年每 10 萬人口 40.7 人降至 104 年 31.8 人，降幅達 21%；肝癌標準化死亡率以 85 年最高點為每 10 萬人口 29.5 人，之後開始下降至 106 年 21.6 人，降幅達 27%。

- 3、提供具實證之四癌篩檢服務：持續推動癌症篩檢計畫，篩檢子宮頸癌 217.9 萬人、乳癌 86.1 萬人、大腸癌 131.3 萬人及口腔癌 74.4 萬人，且陽性個案平均轉介追蹤率達 85%。
- 4、全面實施國一女生 HPV 疫苗接種計畫：完成 HPV 疫苗採購，擴大辦理 HPV 疫苗接種宣導活動及專業人員訓練，並與教育部、衛生福利部疾病管制署、食品藥物管理署及相關學會及家長團體等溝通。另，補助地方政府衛生局辦理 HPV 接種服務，於 107 年 12 月 25 日起由基隆市開始率先提供接種服務，宜蘭縣、澎湖縣及台南市並接續跟進。
- 5、檳榔健康危害防制：透過中央癌症會報平台，管理各部會檳榔防制方案，另補助八個高嚼檳縣市辦理菸酒檳榔整合防制計畫，使成人男性嚼檳率持續下降至 6.2%。
- 6、確保癌症診療品質，積極推動癌症醫病共享決策：輔導近百家醫院提升癌症診療品質，其照護之病人涵蓋達 86%，使癌症整體五年存活率由 2003-2007 年的 49% 提升至 2012-2016 年的 56.7%。
- 7、辦理安寧緩和全人照護培訓與宣導推廣：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。並引導全國癌症醫院推動晚期癌症病人早期介入緩和醫療之照護。
- 8、依據 107 年度「衛生福利部國民健康署施政知曉度、滿意度電話調查」，67% 的民眾知道政府有在補助民眾免費的癌症篩檢服務，有 41% 的民眾有接受過結直腸癌篩檢或糞便潛血檢查服務，接受過篩檢服務之民眾，87% 表示滿意情形；5 成女性接受過乳癌篩檢服務，接受過篩檢服務之女性有 93% 表示滿意；72% 的女性接受過子宮頸抹片篩檢服務。

八、精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制

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：

(一) 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、107 年參與計畫之醫療群共計 567 群（較 106 年成長 7.8%）、參與院所數為 4,558 家（較 106 年成長 12.2%）、參與醫師數為 5,182 人（較 106 年成長 36.8%）、收案數達 473 萬人（較 106 年成長 14.5%）。

(二) 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 107 年第 3 季，計有 188 家醫院參加，照護人數達 42 萬餘人。

(三) 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 107 年 11 月，計有 213 個團隊、2,356 家院所參與，累計照護人數 5.5 萬餘人。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。

(四) 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 107 年 11 月統計，計有 9,866 餘家院所使用、已安排轉診就醫人次 53 萬餘人。

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)	社區整體照顧服務體系 ABC 據點資源佈建數	▲	---
3	營造互助祥和社會，完善保護服務體系	(1)	增加經濟弱勢人口自立比率	★	---
		(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	★	---
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）、綜合評估分析

本部 107 年度施政績效指標共計 17 項，審查委員就各績效指標達成情形進行評分，並以綠、黃、紅、白燈號代表績效評估結果（綠燈-良好、黃燈-合格、紅燈-欠佳及白燈-績效不明），經彙整審查委員之評分結果，本部 107 年度施政績效指標 17 項，共計 8 項綠燈（績效良好），占 47%；9 項黃燈（績效合格），占 53%，未有紅燈（績效欠佳）及白燈（績效不明）之情形。

陸、前年度「行政院評估綜合意見」及前年度施政績效評估總報告「後續推動建議」辦理情形

行政院評估綜合意見及後續推動建議：

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。

本部辦理情形：

一、為強化社會安全網計畫，強調以家庭社區為基石，整合相關網絡單位服務體系，依個別家庭不同的風險程度與需求，共同結合民間力量介入服務，及早辨識脆弱家庭，以落實前端預防工作。為配合「我國少子女化對策計畫（107 年~111 年）」，107 年 8 月 1 日起針對未滿 2 歲兒童照顧推動擴大育兒津貼與建構托育公共及準公共機制。托育準公共化政策是由地方政府依照顧方式因地制宜訂定托育服務的簽約價格上限，遴選收費在一定額度以下、訪視輔導、服務品質等均合格的保母與托嬰中心簽約，依家庭經濟條件協助家庭支付每月最高 6,000 元至 1 萬元不等的托育費用，讓家長實際負擔的費用低於所在縣市家戶可支配所得 10%~15%，以減輕家長托育負擔，也藉此維持高品質的專業服務，吸引更多家長送托，並以服務創造價值的良性循環。親屬托育費用補助則透過擴大育兒津貼的發放，轉由以育兒津貼協助家庭育兒，親屬托育不再需要取得托育人員資格，並與教育部準公共化教保服務及 2-4 歲育兒津貼銜接，提供完整的 0-5 歲兒童照顧政策。

二、107 年度本部透過彈性放寬 ABC 辦理資格及改以功能角色分工，強化地方政府行政自主性，其可因地制宜規劃及設定布建目標，開放更多服務單位可共同投入辦理，加速布建服務網絡。另為加速偏鄉及資源不足地區資源布建，本部除推動長照給支付新制，針對前揭地區訂有服務費用加成機制外，本部亦透過政策性獎助縣市政府，以強化服務原住民區、離島及偏遠地區等資源不足區之單位服務量能，培植在地組織投入辦理長照服務，綿密整體服務資源。本部 108 年度將持續補助專業團體辦理長照醫事人員繼續教育訓練，並透過地方政府多元管道鼓勵專業人員參與。

三、107 年配合強化社會安全網計畫整合保護服務與高風險家庭服務，本部業已輔導各地方政府建立保護服務及兒少高風險家庭集中受理與派案中心，集中受理保護服務及高風險家庭通報，以整合式篩案評估指標判斷通報案件風險程度，有效辨識有立即危險之保護案件，落實危機救援不漏接；且透過各資訊系統介接，勾稽比對有多重風險通報資訊，建立早期預警指標，周延評估家庭風險因子，擬具適當之處遇計畫；並擴大兒少保護範圍，將高度風險家庭之兒少納入保護個案，避免家庭風險等級升高或演變為兒虐等保護性事件，及加強公私協力深化保護個案之家庭處遇，避免發生兒虐等不幸事件。為協助地方政府落實推動上開工作，除原每年賡續補助地方增聘 510 名的兒少保護、家庭暴力及性侵害防治社工人力外，107 年至 109 年將逐年再增加補助共 498 名社工人力，其中 107 年已補助 189 人，108 年預計增加補助 342 人。另為掌握保護服務個案於結案後是否確實未再發生受暴情事，理想評估模式需透過於服務結案後持續性、長期性的追蹤，以確知個案後續是否有再受暴情形；惟受限社工人力吃緊，尚無法針對已結案之個

案進行長期追蹤，僅能先以再通報人數來計算再受暴率。基於我國現行針對親密關係暴力與兒少保護案件皆屬強制通報，以結案後是否再被通報做為評估方式，已儘可能貼近指標預期呈現之效益。

- 四、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。為強化醫療法人治理及財產使用之健全發展，改善醫療執業環境，以符合社會大眾之期待。本部擬具之「醫療法」部分條文修正草案，已於 106 年 4 月 7 日由行政院送請立法院審議，並於 106 年 5 月 17 日通過立法院衛環委員會初審，交付協商。106 年 12 月 28 日經黨團協商通過，俟提院會公決。目前尚在立法院進行審議，該草案列為本會期優先法案。為妥速處理醫療爭議，促進醫病和諧關係，建立醫療糾紛非訴訟之處理機制，本部業擬具醫療事故預防及爭議處理法草案，於 107 年 5 月 24 日經立法院逐條審議完畢，尚待黨團協商，其間積極與立法部門、相關行政機關及利害團體溝通，該草案並列為本會期最優先法案。為強化偏遠地區醫療量能，本部辦理醫學中心支援計畫，盤點出 26 家偏遠地區醫院，由 27 家醫學中心或重度級急救責任醫院，提供 111 名 11 類專科醫師支援前揭偏遠地區醫院，以提升醫院之緊急醫療照護能力，增加民眾就醫之可近性。為使未來新制重點科別公費醫師服務時，能有更好的職涯發展規劃，本部刻正研擬公費醫師下鄉分發方式，將配合醫學中心支援偏遠地區醫院計畫，並提供公費醫師於服務期間得有一定時間選擇返回醫學中心精進技能。
- 五、預防接種是國家傳染病防治之最基本策略，藉由疫苗接種提高群體免疫力，必須持續穩定推行才能阻斷該等傳染病之發生、散播及蔓延，同時達到疾病控制、消除或根除之目標，現行各項公費疫苗之實施對象，均屬迫切需保護之對象及疾病的高傳播族群。為確保防疫成效，並使政府資源發揮最大的運用效益，針對現行與擬新增預防接種政策之合宜性與必要性，經本部疾管署審慎檢討評估，108-112 年之疫苗政策以「確保及延續現行政策」為優先推動重點，除確保既定政策穩定執行外，另自 108 年起延續現行政策，依「衛生福利部傳染病防治諮詢會預防接種組（ACIP）」建議，優先實施「提供母親為 s 抗原陽性嬰兒接種 B 型肝炎免疫球蛋白（HBIG）」，及「延續 75 歲以上長者接種 23 價肺炎鏈球菌疫苗（PPV23）」兩項接種政策。另規劃於 109-112 年推動侵襲性肺炎鏈球菌感染症高危險族群接種肺炎鏈球菌疫苗等 5 項新疫苗政策，屆時將視疫苗基金年度可支應經費、國家接種建議與防疫需求等因素及成本效益分析結果，審慎評估並逐年檢討調整後推動。
- 六、有關「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」一節：藥事法增訂第四章之一的西藥之專利連結已於 107 年 1 月 31 日總統令公告。目前正後續增訂 2 個子法規及西藥專利連結登載系統。為利藥事法第四章之一西藥專利連結施行，「西藥之專利連結施行辦法」草案已於 107 年 9 月 11 日預告，並於 11 月 6 日辦理草案公聽會。另外，同樣為利西藥專利連結施行，「西藥專利連結協議通報辦法」草案已於 107 年 10 月 12 日預告且同樣於 11 月 6 日辦理草案公聽會。至 107 年度共辦理 2 場西藥專利連結登載系統教育訓練。為積極暢通與各食藥產業溝通之管道，每年均辦理多場業者說明會、座談會及教育訓練等會議，除了宣導現行法規實施內容，亦蒐集各界對於食藥政策所提之相關意見，滾動審視法令規定。此外亦透過實地輔導業者，協助業者瞭解政府相關規定與要求，提升業者落實自主管理之能力。有關加強民眾溝通，將持續藉由本部食藥署官網、臉書「食用玩家」粉絲團、「食藥好文網」等各大媒體管道，並透過懶人包、影片和圖表等生動活潑的方式，傳遞正確的食藥醫粧知識，放大闢謠宣傳效果。

七、為保障國民健康，營造無菸的環境與管制新興菸品刻不容緩，經參納國際經驗與研究實證、朝野政黨意見、民間團體與專家意見及民眾共識，積極推動全面性「菸害防制法」修法，包括擴大警示圖文面積、禁止加味菸、增訂禁止菸品贊助、擴大室內公共場所禁菸及加強管制電子煙等，列為立法院優先法案，同時積極拜會立法院衛環委員會尋求支持，並透過多元化宣導管道向民眾宣達修法政策理念，以獲取民意支持，後續將由立法院排定審議，本部亦將持續積極配合辦理。

柒、評估綜合意見

一、健全福利服務體系，優先照顧弱勢族群

2 歲以下兒童照顧津貼涵蓋率：達成率佳，建議滿意度調查，未來以有領補助者為對象。

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：

- 1、應強化供需連結
- 2、經過滾動式修正多已達標，但實支數與預算數有較大的差距，宜做適時的調整。107 年度有長足的進步值得讚許。
- 3、醫事專業人力培育量早已超標，建議應調整未來年度目標值。
- 4、研發數位課程有助於快速培養醫事人力，但課程亦應動修正，避免重複受訓，並使課程符合業務需求。

(二) 社區整體照顧服務體系 ABC 據點資源佈建數：

- 1、質量並重，分工合作為重點，地方合作，產官學共同努力，廣為宣導，力求民間配合，方能成功。
- 2、工程品質查核分數較低，有待改善。
- 3、彈性滾動調整 ABC 角色，符合所需。
- 4、A 單位角色功能、人員素質提升及如何永續，應列入本年度檢討。

三、營造互助祥和社會，完善保護服務體系

(一) 增加經濟弱勢人口自立比率：

- 1、開辦兒少教育與發展帳戶，與本指標關聯性不大，建議修正。
- 2、社會救助是以「戶」為單位，與人數之關聯性建議釐清。且建議依戶的特質分析，例如老人單身戶，有未成年子女家戶等，才能掌握不同特質家戶脫貧比率。
- 3、建議未來尋找合適指標來代表自立程度。並訂定更具挑戰性的數值。

(二) 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：

- 1、再受暴率之適當性，建議再釐清。
- 2、本指標包括 2 個對象，親密暴力及兒少保護 2 類，合併為同一指標的適切性建議再研議。
- 3、目標未達成且比 106 年度還高，應詳加檢討。
- 4、應針對再開案的理由詳細分析，是個案管理品質不良還是結案過於輕忽。

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、注意平均值與不同科別變異性。
- 2、平均工時雖達目標，但是應檢視個別科之間的差異性。
- 3、住院醫師工作時數達標，但需了解實際狀況。

（二）增加護理執業人力量能

- 1、請加強稽查，並宣傳護理人員權益。
- 2、改善護理人員執業現況（如將照顧服務人力納入醫院管理或推動共聘）是護病比以外更重要之政策，建議能納入長期推動目標，逐步推動。

五、建立優質防疫應變體系，邁向防疫新紀元

結核病新案發生率以平均6%降幅逐年下降及降低愛滋感染之傳播率：達成目標，未來目標值可再提高。

六、構築食品藥物安心消費環境，保障民眾健康

高關注輸入產品合格率及推動食安五環，重建食品生產管理：達成目標，未來目標值可再提高。

七、營造身心健康支持環境，增進全人全程健康促進

（一）18 歲以上人口吸菸率：

- 1、宜建立年齡別吸菸率指標。
- 2、吸菸率大幅下降但仍高於先進國家，戒菸率亦同，菸害防制推動對未來吸菸率持續下降非常重要，應納入重點推動計畫，尤其是新興菸品之管理，菸捐稅之定期調整，圖文警示之面積擴大。
- 3、建議透過社會行銷，建立社會對 End game 之共識。

（二）四癌篩檢陽性追蹤率之平均值：

- 1、建議就大腸癌、口腔癌陽性追蹤率進行地區別分析，並提出策略。
- 2、追蹤率雖達標，但進步有限，應研擬策進計畫，尤其是大腸癌及口腔癌。

（三）自殺死亡率：

- 1、未達成目標值且比 106 年度還高。應全盤檢討進行流行病學研究找出原因，研擬有效的介入措施，轉成具體政策，落實執行。
- 2、建議重新檢討指標，如心理不健康篩檢數及就醫數或是被幫助數的比率，可能更能反映指標。
- 3、肯定將長照服務者納入對象。
- 4、建議加強與社工司、保護司、長照司之橫向合作。

八、精進健保及國保制度，強化自助互助社會保險機制

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，降低可避免住院率：

- 1、基層服務量能已有提升，請加強各級醫療的合作，澄清指標，避免誤解。
- 2、政策方向值得肯定，速度可以再加強，尤其是地區醫院的品質管制。
- 3、因計畫涵蓋率有限，為推動健保整體品質及可近性提升，建議將 Health care Access and Quality (HAQ Index)，納入健保之年度指標（因已成為國際評比之結合指標）並據以分析改善（地區別、疾病別），整體指標不只特定計畫，配合支付與相關計畫，研擬精進方案。