

主席、各位委員女士、先生：

今天， 大院第 8 屆第 6 會期社會福利及衛生環境委員會召開全體委員會議，^{文達}承邀列席報告，內心感到非常榮幸。

衛生福利部以「促進全民健康與福祉」為使命，並以「健康、幸福、公平、永續」為核心價值，提供民眾全面及整合性之衛生福利服務，未來我們將繼續努力打造本部成為「最值得民眾信賴的部會」。

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

壹、近期主要施政成果

一、重要疫病防治

(一) 流感及流感大流行之因應

1. 102-103 年流感季(102 年 7 月 1 日至 103 年 6 月 30 日) 流感併發症確定病例累計 1,873 例，流感相關死亡 171 例(101-102 年流感季分別為 968 例及 69 例；100-101 年流感季分別為 1,703 例及 154 例)，感染病毒型別以 H1N1 型居多；另 103-104 年流感季(103 年 7 月 1 日至 10 月 1 日止)，流感併發重症確定病例累計 99 例，流感相關死亡個案 18 例。
2. 維持流感抗病毒藥劑儲備量於 10-15%之全人口數，並妥

善管理及使用公費藥劑；另於流感高峰期擴大公費藥劑使用範圍，以有效因應防疫需求。

3. 辦理 102 年度流感疫苗接種計畫，截至 103 年 8 月底止，計接種 285.6 萬劑。規劃辦理 103 年度流感疫苗接種計畫，並已完成計畫所需之 309 萬 5,390 劑疫苗之採購作業，預訂於 103 年 10 月 1 日開打。實施對象除原 102 年之 65 歲以上長者、安養等機構住民、罕見疾病/重大傷病、六個月以上至國小六年級學童、醫事及衛生防疫人員、禽畜養殖相關人員及 60-64 歲高風險慢性病患等 7 類外，並新增 50-59 歲之高風險慢性病患及孕婦。另將視疫苗結餘狀況，自 104 年 1 月 1 日起開放候補對象「未滿 50 歲高風險慢性病患者」共同接種，至疫苗用罄為止。另為提升專業醫療人員對疫苗接種效益之認同與信心，進而鼓勵民眾接種疫苗，103 年已委託 4 家醫學會及民間團體辦理教育訓練共 22 場。
4. 為強化傳染病防治醫療網之整備，辦理醫療網應變醫院負壓隔離病房自我查核及相關教育訓練與演練，以提升整體應變量能。另分別於各網區召開區域諮詢會議，運用區域聯防機制，訂定各區域流感大流行因應策略。
5. 因應新型流感疫情：
 - (1) 於 103 年 6 月 27 日公告自 103 年 7 月 1 日起將「H5N1 流感」及「H7N9 流感」等新興 A 型亞型流感合併為「新型 A 型流感」，並將其列為第五類法定傳染病，並訂有新型 A 型流感通報處置流程及防治工作指引。

- (2) 103 年 4 月 11 日 H7N9 流感中央流行疫情指揮中心奉行政院核定停止運作，H7N9 流感的各項監測及防治措施回歸常態機制，並由「行政院禽流感及重大人畜共通傳染病防治聯繫會議」繼續掌握與辦理協調工作。前開指揮中心共運作 374 天，期間召開 24 次指揮中心會議，統籌跨部會資源設備及人員，統一指揮、督導及協調中央及地方政府各機關迅速因應，有效防堵疫情。
- (3) 鑒於傳統市場禁宰及禁販活禽措施為預防禽流感之重要措施，為維持法令規範之完備以及保全防疫成果，本部於 103 年 5 月 2 日公告於農委會完成動物傳染病防治條例相關法源依據修正前，施行活禽陳列、展示及買賣之場所及人員限制措施，並持續督導各縣市政府辦理查核工作。

(二) 落實登革熱之防治

1. 103 年流行季截至 10 月 1 日止，本土登革熱確定病例累計 3,307 例，其中高雄市 3,231 例、屏東縣 40 例、台南市 13 例、澎湖縣 5 例、台中市 4 例、新北市 3 例、彰化縣 2 例、嘉義市 2 例、台北市 2 例、新竹縣 1 例、台東縣 1 例、桃園縣 1 例、新竹市 1 例、宜蘭縣 1 例。
2. 本部依法邀集環保署等中央部會及相關地方政府召開 2 次「流行疫情處理協調會報」，並派遣機動防疫隊，提供病媒蚊抗藥性監測資料，以協助及督導地方政府之防疫

工作。

(三) 控制腸病毒之疫情

1. 臺灣全年都有腸病毒之感染個案，其中以腸病毒 71 型最易引起嚴重併發症及死亡。103 年截至 10 月 1 日止，計有 5 例重症確定病例，其中 1 例死亡，為感染伊科病毒 11 型之新生兒，本年至今主要流行的腸病毒為克沙奇 A 型，最容易導致重症的腸病毒 71 型尚無明顯活躍跡象，重症病例發生情形較 101 年及 102 年減少許多。
2. 本部與教育部合作，督導縣市政府於流行季前完成教、托育機構之洗手設備查核，並持續加強遊樂區、百貨賣場、餐廳等兒童常出入公共場所之衛生督導查核工作。
3. 訂定「腸病毒 71 型感染併發重症臨床處理注意事項」，並分區辦理「新生兒腸病毒感染研討會」，提升醫師專業。並建立完備之腸病毒重症醫療網，指定腸病毒重症責任醫院，強化公衛與醫療體系間良好之聯繫機制，加強重症個案之轉診與病床調度效率，以掌握黃金治療時間。
4. 持續透過多元化之監測系統，嚴密監視疫情，並與地方政府共同辦理防治計畫，督促地方政府強化校園、托育機構、社區保母系統防疫衛教工作，並對 5 歲以下嬰幼兒照顧者，規劃多元化之衛教宣導。

(四) 推動結核病防治

1. 持續推動「結核病十年減半全民動員計畫」，94-102 年結核病發生率呈現逐年穩定下降趨勢，102 年年齡標準化發生率約為每十萬人口 41 人，達預期目標。102 年結核病新案發生數為 11,528 例，其中 609 例死亡，比前一年同期減少。
2. 積極推動「結核病人直接觀察治療(DOTS)計畫」，並落實個案管理，以提升治療成功率。103 年 1-6 月參加此項治療之計畫個案共計 6,516 人，執行率達 93%，有效避免後續產生抗藥或復發之情形。
3. 強化接觸者追蹤及高發生族群的胸部 X 光檢查，以早期發現結核病人或潛伏感染者，擴大推動「潛伏結核感染治療計畫」，103 年 1-6 月計有 2,647 名個案加入計畫，有效避免該些個案以後發病且造成傳染。
4. 為期有效控制多重抗藥性(MDR)結核病疫情，特於 96 年成立多重抗藥性結核病醫療照護體系，並且於 100 年擴大收治對象，103 年 1-6 月共收案 126 人，多重抗藥性個案數已逐年下降。
5. 推動「愛滋病及結核病合作管理模式」，提升 15-49 歲結核病人進行愛滋病毒常規性檢驗之人數，由推動前的 17% 提高至 77%，並加強結核合併感染愛滋個案之接觸者調查，藉以早日發現個案，提高患者預後情形。
6. 引進分子基因快速診斷技術，提升臨床診療水準，以縮短診治期程並提高治療成功率。

(五) 辦理愛滋病防治

1. 截至 103 年 8 月底止，累計通報 2 萬 7,989 例本國籍愛滋病毒感染者。103 年 1-8 月新增感染者計 1,514 人，比前一年同期略少，其中經由不安全性行為感染者 1,331 人（含男男間性行為者 1,178 人及異性間性行為者 153 人），占 87.91%；15-24 歲年輕族群感染者 400 人，占 26.42%。
2. 加強男男間性行為者之防治工作，積極推動多元化同志預防方案，分別於北、中、南部建置 5 家同志健康社區服務中心，並已另有臺南市等 7 個縣市設立同志健康社區服務站，將安全性行為觀念導入其文化中。另為強化年輕族群防治工作，結合教育部推動校園性教育(含愛滋病防治)實施計畫。
3. 推動藥癮愛滋減害計畫，截至 103 年 6 月底止，全國共設置 854 處衛教諮詢服務站、408 臺針具自動服務機，免費提供清潔針具、稀釋液及容器予藥癮病患使用，同時回收已廢棄針具，針具回收率達 97.24%。將持續加強輔導各地方政府諮詢服務站，以順利推動計畫，避免藥癮愛滋疫情再度攀升。
4. 擴大辦理易感族群愛滋病毒之篩檢與諮詢服務，服務對象包括性工作者及其顧客、男性間性行為者、藥癮者等，截至 103 年 6 月底止，共計提供篩檢及諮詢服務達 7 萬 1,801 人次。
5. 為提升愛滋病毒感染者之醫療照護效果，強化感染者做

好其自我健康管理，自 96 年起開辦愛滋病個案管理計畫。103 年計有 56 家愛滋病指定醫療機構參與計畫，提供愛滋病人全方位的衛教及諮詢服務，截至 103 年 6 月底止計有 1 萬 6,241 人納入個案管理計畫。

6. 引進學名藥並進行藥價協商，公告給付治療組合及用藥條件與審查規範，採用同療效但價格相對較低的處方為優先選擇，以有限的公務預算讓所有的感染者得到最基本的醫療照顧，兼顧病人治療權益及藥費預算支出。
7. 積極推動「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修法程序，將取消非本國籍人士入境限制及調整愛滋醫療給付政策。

(六) 推動預防接種新政策

1. 為降低幼童罹患侵襲性肺炎鏈球菌感染症(IPD)之機率，執行公費結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)接種計畫，接種對象已逐序提供 5 歲以下高危險群、低收/中低收入及山地離島等特定族群結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)接種，並自 102 年 3 月起針對 2 歲至 5 歲幼童實施接種，103 年起擴大結合型肺炎鏈球菌疫苗(PCV)之實施對象為全國滿 1 至 5 歲幼童，預計 104 年起納為幼兒常規接種項目。
2. 自 103 年 1 月起補助低收入及中低收入戶學幼童公費常規疫苗接、補種診察費，每診次補助 100 元，提高經濟弱勢族群學幼童疫苗接種率，減少家長經濟負擔。

(七) 新興傳染病疫情之因應

1. 伊波拉病毒出血熱疫情：

因應 103 年 3 月以來西非幾內亞等國出現伊波拉病毒出血熱疫情，除伊波拉病毒出血熱已為我國第五類法定傳染病，已有監測及檢驗標準作業外，並依 WHO 最新指引修訂防治工作手冊、醫院感染管制措施及核心教材等，置於本部疾病管制署全球資訊網頁專區供各界瀏覽運用。此外，本部並對該些地區提出旅遊疫情建議，同時發布新聞稿、致醫界通函，提醒民眾注意防範及籲請醫師提高警覺，加強通報並落實感染控制防護措施。將持續視國際疫情發展，適時調整防疫作為。

2. 中東呼吸症候群冠狀病毒 (MERS-CoV) 疫情：

世界衛生組織於 101 年 9 月 24 日公布發現中東呼吸症候群冠狀病毒 (MERS-CoV) 感染病例後，本部即將其公告為第五類法定傳染病，並建立我國檢驗標準方法與流程，擬訂醫院感染管制措施、旅遊及檢疫指引、病患與接觸者之處置指引及防治工作手冊。同時對發生病例地區提出旅遊疫情建議，提醒民眾前往該些地區提高警覺。將視國際疫情發展，適時調整防疫作為。

3. 我國動物狂犬病疫情：

國內狂犬病防疫已進入中長期應變階段，目前動物狂犬病疫情風險並未擴大，侷限於中、南部及東部山區之野生動物，且以鼬獾為主要的感染動物，未有人類狂犬病

病例發生。為穩定提供人用狂犬病疫苗及免疫球蛋白，已自 103 年 1 月 1 日起納入健保給付，且本部疾病管制署為緊急防疫所需，仍儲備安全庫存量。本部並將依據農委會所更新發布之動物狂犬病監視資料，適時修訂人類狂犬病防治策略。

(八) 加強醫療照護機構感染管制

1. 為提升醫院感染管制查核品質，委託辦理「103 年醫院感染管制查核作業品質提升計畫」，由感染症專科醫師及感染管制師，提供醫院執行感染管制之相關建議。另由各縣市衛生局於 103 年 6-10 月間，辦理 430 家今年未參與評鑑醫院之感染管制實地查核。
2. 為防範護理機構發生機構內感染，推動辦理全國「一般護理之家」、「產後護理之家」及「精神護理之家」感染管制查核作業，103 年截至 6 月底止，已完成 78 家護理機構之實地查核業務，查核結果將納入 103 年地方衛生主管機關之防疫業務考評。
3. 運用醫療發展基金辦理「中心導管照護品質提升計畫」，全國分區建置 7 家示範醫院，於 103 年協助 103 家參與醫院執行中心導管組合式照護措施。另辦理全國性「抗生素管理計畫」，分專案管理中心、示範中心(7 家)及參與醫院(54 家)等 3 個層次推動，以落實醫療專業抗生素合理使用，減少抗藥性細菌發生，降低病人醫療照護相關感染風險，促進病人安全及提升醫療品質。

4. 公布「感染性生物材料管理辦法」、「衛生福利部感染性生物材料管理作業要點」，使我國實驗室生物安全法規更臻完善；持續辦理我國高防護生物實驗室之生物安全查核工作，確保該等實驗室之運作安全無虞。

二、促進全民健康

(一) 健康的出生

1. 提供懷孕婦女10次產前檢查及1次超音波檢查服務，102年平均利用率為94.3%，服務人次約計177萬人次，至少產檢1次利用率為98.5%，至少4次產檢利用率97.5%，103年1-6月服務人次約97.6萬人次。
2. 自101年4月間全面補助孕婦於35~37周接受乙型鏈球菌篩檢，預防新生兒早發型感染，截至103年8月11日底止，「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」特約院所計536家，涵蓋98.2%產檢孕婦，其中有399家院所不另收費，涵蓋64.2%孕婦免自付差額。102年共篩檢16萬3,736筆，篩檢利用率達93.3%，陽性個案數為3萬2,891筆，陽性率約為20.1%。103年1-8月篩檢計11萬2,416筆，陽性個案數為2萬3,317筆，陽性率約為20.7%，與國內外相關文獻資料之帶菌率相近（18%至25%）。
3. 103年1-8月補助孕婦接受產前遺傳診斷檢驗約計3萬5,058案，發現異常約計1,049案；民眾遺傳性疾病檢查約計4,268案，發現異常約計1,328案。新生兒先天性代謝疾病篩檢約計13萬2,557案，篩檢率99%以上，

發現異常約計 1,662 案；檢驗異常個案均提供遺傳諮詢與適當醫療處置，必要時協助轉介診治。

4. 辦理母嬰親善醫療院所之認證及輔導計畫，截至 102 年，計有 176 家通過認證，出生數涵蓋率已達 79.2%(101 年為 75.1%)；產後 6 個月以下純母乳哺育率達 48.7%，已超越全球平均值（37%），接近世衛組織設定之全球目標值(2025 年 50%)。另依「公共場所母乳哺育條例」，103 年 6 月止全國應設置哺(集)乳室之公共場所為計 2,025 處，設置率達 99.7%。
5. 為遏止出生性別比失衡，減少性別篩選及不當墮胎，102 年全面走訪輔導產檢醫療院所計 1,051 家。出生性別比已由 99 年之 1.090，降至 102 年之 1.078。並已加強源頭試劑與檢驗之管理，包括檢驗設備、行為與試劑的稽查。103 年 1-8 月止出生性別比為 1.069，較去(102)年同期(1.078)下降約 0.8%，仍需持續倡議宣導。
6. 提供孕產婦及其家人免費電話諮詢(0800-870870)及關懷網站資訊服務之多元化服務管道，截至 103 年 8 月止提供 10,379 通諮詢服務；網站瀏覽達 60 萬 2,099 人，另於 102 年建置提供孕婦關懷「雲端好孕守」APP 科技化的雲端照護。
7. 大院 8-4 會期、8-5 會期皆有立法委員提出人工生殖法部分條文修正草案之提案，且 102 年 12 月 16 日立法院 8-4 會期社會福利及衛生環境、司法及法制兩委員會第 1 次聯席會議決議「儘速於 103 年針對人工生殖法提出修

法，有限度的開放代理孕母」。考量社會關切與民眾需要，爰研擬規範代孕行為之配套。鑒於代孕生殖本是人工生殖技術之一，參考國際經驗及民意，為避免法規間之衝突或重疊，將代孕生殖以專章納入規範，依衛環委員會決議草擬人工生殖法部分條文修正草案，業經本部法規會審查完成，刻進行法案及性別影響評估檢視程序，後續將依法制程序辦理。

(二) 健康的成長

1. 提供 7 歲以下兒童 7 次預防保健，並要求醫療院所應登錄檢查結果，補助疑似發展遲緩兒童轉介等費用，以提高服務之品質。102 年平均利用率 82.1%，服務人次已達 117 萬人次；1 歲以下至少 1 次利用率 97.6%，103 年 1-6 月服務人次約計 56.3 萬人次。
2. 為提升兒童健康照護品質，避免危險因子對兒童健康的影響，優先針對 1 歲以下兒童，自 102 年 7 月 1 日提供 2 次兒童衛教指導服務，內容包含嬰幼兒猝死症候群預防、哺餵及營養指導、副食品添加、口腔清潔與乳牙照護及事故傷害預防等衛教指導。截至 103 年 8 月底止已涵蓋 79.2% 之 1 歲以下兒童。並規劃擴大為 7 次全程兒童衛教指導服務。
3. 辦理滿 4 歲及滿 5 歲學齡前兒童視力及斜弱視篩檢服務計畫，102 年共計篩檢 35 萬 9,154 人，篩檢率達 94.3%，初篩未通過人數為 5 萬 0,190 人，異常個案轉介率

達 98.7%。

4. 101 年 3 月 15 日起全面補助新生兒聽力篩檢，每案補助 700 元，103 年截至 8 月底特約「新生兒聽力篩檢補助服務方案」院所計 314 家，涵蓋 97.8%之出生數。103 年 1-8 月計篩檢 12 萬 9,127 人，篩檢率達 97.4%，發現 411 位確診為聽損，並轉介追蹤療育。
5. 於 102 年 6 月提供未滿 6 歲，並新增未滿 12 歲弱勢兒童每 3 個月免費塗氟 1 次(包括低收入戶、身心障礙、原住民族地區、偏遠及離島地區)。另與牙醫師公會全國聯合會和牙醫界，結合各地方衛生局及教育局組成預防兒童齲齒的鐵三角，於 101 年 7 月起推動送氟到園(幼兒園)，以增加兒童口腔的防護。塗氟利用人次由 96 年 16 萬 8,110 人次，增加至 102 年 66 萬 9,250 人次，呈現逐年增加趨勢。3-4 歲兒童塗氟至少 1 次利用率由 101 年 47.4%，增加至 102 年 73%;103 年 1-3 月更提高至 83.3%。102 年計提供 2,659 所國小含氟漱口水防齲服務，計有 138 萬學童受惠。
6. 透過「青少年網站-性福 e 學園/秘密花園」，提供青少年性健康資訊及未婚懷孕等問題諮詢服務，102 年度超過 13 萬 3,697 人次瀏覽該網站，3,248 人次使用視訊諮詢服務。截至 103 年 8 月，已有 8 萬 6,204 人次瀏覽青少年網站，1,292 人次使用視訊諮詢服務。另於 49 家醫療院所設立友善、隱密「Teens'幸福 9 號門診」，提供青少年身心保健、各種避孕方法及解決不預期懷孕等問題，103

年截至 6 月底止提供諮詢(商)服務共計 2,838 人次。另，102 年結合 112 所學校/機構，建置青少年性健康諮詢(商)服務中心，辦理 91 場校園專題講座，計 1 萬 6,438 人參與；另辦理 14 場親職講座。103 年 9-11 月預計辦理 110 場次校園專題講座/親職講座。

(三) 健康的老化

1. 免費提供 40 歲以上未滿 65 歲民眾 3 年 1 次，55 歲以上原住民及 65 歲以上民眾每年 1 次成人預防保健服務，以早期發現相關慢性疾病及其危險因子，102 年約 181 萬人接受此項服務；103 年 1-8 月推估約 140 萬人。
2. 鼓勵縣市結合轄區醫療院所辦理整合式篩檢，102 年計有 20 個縣市辦理。102 年度共服務 34 萬 3 千餘人，發現「疑似異常或異常」之個案分別為高血壓 7 萬 6,782 人，高血糖 3 萬 6,038 人，高血膽固醇 6 萬 0,969 人，平均轉介追蹤完成率達 90% 以上。
3. 強化糖尿病人及高危險群自我健康管理能力，輔導成立 495 個糖尿病支持團體，全國鄉鎮市區涵蓋率近 95%。為提升糖尿病照護品質，各縣市全面推動糖尿病共同照護網，並推行醫師、護理、營養等專業人員認證制度，提升醫療人員照護素質，截至 102 年底認證 7,265 人。發展糖尿病健康促進機構，提供優質團隊照護，目前計有 201 家醫療院所參加，並配合 102 年世界糖尿病日主題辦理宣導活動，喚起民眾對糖尿病防治之關注與認知，

共計約 1 萬 5,000 人次參加。

4. 為加強腎臟病與高危險群之疾病防治工作，103 年獎勵 155 家醫療院所，推展腎臟病之健康促進，另針對 50 歲以上之中、老年族群或慢性疾病（高血壓、高血脂、糖尿病）病患，製作「腎偶篇」電視與廣播短片廣告，提醒三高族群（高血糖、高血壓、高血脂），定期三項檢驗（驗血、驗尿、量血壓）；不購買非法來源之藥物，避免傷腎又傷身；並結合各地方衛生局辦理慢性腎臟病及用藥安全教育宣導活動，至 102 年 12 月底止辦理 4,899 場宣導活動，已逾 14 萬位 65 歲以上民眾參與。
5. 辦理高血壓防治宣導工作：配合 103 年世界高血壓日，與國際同步宣導高血壓防治，並結合衛生局於社區中不同型態地點設置血壓測量站，提供量血壓測量及相關衛教服務，計達 2,500 個血壓站。
6. 邀集大專院校、高中、國中、小學之主管及校護、營養師等人員，參與校園慢性病防治之研習，102 年共辦理 6 場，計 603 人參加。
7. 101-102 年推動「以職場為推動基礎之口腔健康照護介入模式計畫」，設計職場口腔保健照護手冊，透過衛教指導及口腔檢查，建置口腔照護模式，以提升職場員工對口腔健康照護、定期看牙醫師及正確潔牙等健康識能。
8. 辦理預防慢性病及老人健康促進，102 年國內 65 歲以上老人接受成人預防保健服務超過 88 萬人；102 年 50 至 69 歲婦女接受乳房攝影檢查約 53.4 萬人，50-69 歲民眾

接受糞便潛血檢查者約 102.8 萬人，103 年 1-8 月 65 歲以上老人戒菸諮詢專線共計服務 385 人；103 年 1-6 月老人戒菸治療或衛教共計服務 5,563 人。

9. 督導各縣市衛生局結合轄區社區照顧關懷據點等項資源，依照社區老人之特質與需求，共同推動老人健康促進工作，包括：健康飲食、運動、老人防跌、用藥安全、慢性病預防、健康篩檢與血壓量測等議題；102 年醫療衛生體系共結合 1,672 個社區關懷據點，結合比率已占全國關懷據點的 80%以上；103 年截至 6 月底，醫療衛生體系共結合 969 個社區關懷據點，結合比率已占全國關懷據點 50%以上，正持續增加中。

10. 推動「高齡友善健康照護機構」認證：

(1) 99 年參考世界衛生組織之高齡友善照護三大原則以及健康促進醫院標準，推動國際第一個高齡友善健康照護機構認證，至 103 年 8 月底已有 81 家院所(79 家醫院、1 家衛生所及 1 家長期照護機構)通過認證，18 家待訪查(含 1 家長期照護機構)。

(2) 102 年 5 月於 WHO 健康促進醫院國際網絡會員大會提案並升格為「Task Force on HPH and Age-friendly Health Care」(健康促進醫院與高齡友善健康照護國際委員會)，未來將發展國際可適用之高齡友善健康照護架構。並積極參與健康促進國際研討會，分享我國推動高齡友善健康照護政策成果，展現我國衛生專業影響力。103 年獲希臘、愛沙尼亞及奧地利健康促進

醫院網絡表達有意參考推動。

- (3) 103 年持續辦理縣市衛生局高齡友善健康照護工作坊、機構輔導工作坊、典範競賽及成果發表會等，提供經驗交流學習平台。

11. 推動「高齡友善城市」，透過世界衛生組織（WHO）揭示之八大面向-敬老、親老、無礙、暢行、安居、連通、康健、不老，協助各縣市改善城市的軟硬體構面，創造有利於長輩活動的條件，102 年成為國際第一個以國家層級全國推動高齡友善城市之國家，22 縣市皆加入推動行列，涵蓋比率为國際之冠。

- (1) 訂定高齡友善城市公共政策：鼓勵各縣市將推動高齡友善城市納入縣市施政重點，並整合跨局處及民間、學術團體資源，訂定高齡友善城市公共政策。
- (2) 建構高齡友善支持性環境：委託學術團體邀請各領域專家學者組成推廣團隊，協助地方政府參照 WHO 八大面向，檢視對老年生活有利與不利的條件，依高齡者的需求，改善城市的軟硬體構面，減少障礙、增進參與。縣市特色計畫，如：臺北市「銀髮友善好站」、「台北悠活村-悠活體驗館」；桃園縣「交通新亮點」；苗栗縣「厝邊頭尾大家講」、「行動式老人文康休閒巡迴專車」；臺中市「樂齡漫畫與記錄」、「代代上學趣」活動；嘉義市「高齡友善餐廳」、「長青園」；嘉義縣推動社區「健康柑仔店」；宜蘭縣「幸福一指通 足感心」；雲林縣「幸福專車」等。

- (3) 進行多元高齡友善城市之宣導：透過推廣團隊建構資訊交流及經驗分享平台，辦理教育訓練工作坊、共識營及成果發表會等，提供縣市政府推動人員精進推動策略並交換推動經驗，並持續進行多元高齡友善城市宣導倡議。
- (4) 鼓勵並縣市持續推動高齡友善城市，辦理 103 年健康城市暨高齡友善城市獎項評選活動，總計報名 518 件，有 121 件獲得獎項，並於 103 年 9 月 16 日、17 日於桃園縣辦理頒獎典禮及成果發表會，多位縣市長踴躍出席，以行動表達對推動健康城市暨高齡友善城市之支持。
- (5) 推動老人健康促進活動，為鼓勵長者走出來參與社會活動，全國各縣市(縣市競賽)及本部國民健康署(分區複賽及全國發表會)分別舉辦老人活力健康趣味賽，102 年全國 22 縣市共組 1,951 隊，超過 8 萬位高齡者參與活動，占老年人口約 3%，103 年截至 8 月底已有 1,686 隊，超過 7 萬名高齡者參與活動，藉此鼓勵長輩在平時即演練、聚會，增進身、心、社會全面的健康。

(四) 營造健康支持環境

1. 推動健康城市：輔導縣市推動健康城市，加入世界衛生組織西太平洋區署所支持的健康城市聯盟 (Alliance For Healthy Cities, 簡稱 AFHC)，並辦理健康城市工

作坊或相關會議，提供資訊與經驗交流機會，截至 103 年 8 月底國內有 11 縣市、11 地區，加入成為 AFHC 會員。

2. 推動健康促進醫院：

- (1) 至 103 年 8 月底，國內共有 140 家機構(131 家醫院，8 家衛生所，1 家長期照護機構)通過 WHO 健康促進醫院國際網絡認證，為國際網絡內的第一大網絡。為提昇健康促進醫院照護品質，於 101 年輔導國內醫院參加健康促進醫院國際網絡跨國研究計畫「WHO-HPH Recognition Project 健康促進醫院進階認證計畫」，目前共計 21 家參與，占目前全球 40 家參加醫院之一半以上 (52.5%)。
- (2) 積極參與國際研討會，分享我國推動健康促進醫院、高齡友善健康照護機構以及醫院節能減碳之經驗；持續辦理縣市衛生局健康促進醫院工作坊、機構輔導工作坊、典範競賽及成果發表會等，提供經驗交流學習平台。
- (3) 為協助論人計酬試辦醫院及國內各健康促進醫院結合醫務管理，導入預防醫學，落實全人健康風險管理與社區健康促進，於 102 年 8 月辦理「論人計酬暨健康促進醫院與照護機構研討會」，計有 91 家醫院，227 人與會。103 年賡續於北、中、南、東辦理 4 場研討會。
- (4) 為強化衛生局與健康照護機構的夥伴合作關係，整合預防保健服務資源，補助衛生局鼓勵醫院推動健康促

進醫院，主動提供健康促進服務，提升病患、病患家屬、員工及社區民眾之健康，103 年補助 21 縣市衛生局及其轄下 130 家健康照護機構。

- (5) 自 99 年開始每年均辦理低碳醫院輔導工作坊，提供醫院經驗交流平台。103 年 7-8 月辦理低碳醫院輔導工作坊 2 場計 80 家醫院，121 人與會；103 年持續編撰「健康促進與環境友善醫院教戰手冊」，以協助低碳醫院採行並落實推動行動方案；103 年持續辦理「國際低碳醫院團隊合作最佳案例獎」活動，至 103 年 8 月底，國內共 169 家醫院響應推動節能減碳行動。
3. 推動社區健康營造：截至 103 年 8 月底，共核定 19 縣市、151 個社區單位推動健康促進相關議題，營造健康生活。
4. 推動安全社區：102 年透過社區健康營造計畫補助 20 個社區依社區情形發展不同的安全議題，如居家安全(含老人防跌)、校園安全、交通安全(騎樓淨空與易肇事路段改善)等安全促進議題，並鼓勵社區申請成為國際安全社區網絡的會員，截至 102 年底，計有 19 個社區通過認證成為國際安全社區。103 年計 9 個社區單位，透過社區健康營造計畫辦理「安全促進議題」將持續輔導，並將輔導案例集結作為其他社區推動安全促進議題之參考。
5. 推動健康促進職場：103 年持續推動健康職場認證(包含健康促進、健康啟動、菸害防制三項)，以營造有益健康的工作環境，截至 102 年底，計有 1 萬 655 家次已通過此項認證，表揚 381 家績優健康職場。103 年預計辦

理「職場一齊 SHOW 健康」全國職場健康操競賽，期透過競賽方式使職場員工落實生活化運動，養成良好運動習慣。

6. 推動健康促進學校：國內高中職以下之 3,887 所學校，全面推動健康促進學校，以校園之菸害、健康體位、視力保健、口腔保健、二代健保及性教育（含愛滋病防治）為各級學校必須推動議題，以檳榔防制、藥物濫用防制、安全教育與急救及心理健康等為自選議題；並推動健康促進學校國際認證，101 年共計 138 所學校通過認證，103 年持續辦理第 2 次健康促進學校國際認證工作，截至 103 年 8 月底，共計 238 所學校報名參加。
7. 營造安全居家環境：透過縣市衛生局（所）人員針對 6 歲以下幼兒的弱勢家庭進行居家安全環境檢視，至 103 年 6 月底止辦理 1 萬 3,152 戶居家環境安全檢視並指導其進行初步改善；請醫護人員提供兒童預防保健服務時，進行各項預防事故傷害的衛教，並於兒童健康手冊提供「幼兒事故傷害評估表」及「幼兒事故傷害預防之初步處理」。
8. 多氯聯苯中毒者健康照護：為照護多氯聯苯中毒者之健康，100 年訂定「多氯聯苯中毒患者健康照護服務實施要點」，同時新增補助第一代多氯聯苯中毒者住院部份負擔費用。迄 102 年底，列冊服務之個案數為 1,750 人，102 年共 590 位多氯聯苯中毒者使用免費健康檢查服務；補助 1 萬 4,761 人次多氯聯苯中毒者之門診部分負

擔醫療費用、76 人次住院部分負擔醫療費用。另「多氣聯苯中毒者健康照護服務條例」草案，已於 103 年 5 月 19 日由行政院函送立法院審議。

(五) 落實癌症防治工作

1. 擴大推動子宮頸癌、乳癌、大腸癌及口腔癌篩檢，103 年 1-8 月年共完成 370.5 萬人次篩檢，包含提供子宮頸抹片檢查 152.8 萬人次、乳房攝影 55.4 萬人次、糞便潛血檢查 90.9 萬人次、口腔黏膜檢查 71.4 萬人次，經篩檢呈陽性，並已進一步確認為癌症或癌前病變者均提供轉介治療，1-8 月已發現 6,398 名癌症及 29,882 名癌前病變。
2. 國人全癌症標準化死亡率由 98 年每十萬人口 132.5 人，降至 102 年 130.4 人，其中男性全癌症標準化死亡率由 98 年每十萬人口 171.6 人，降至 102 年的 169.4 人，已下降 1.3%；女性由 98 年每十萬人口 95.1 人，降至 102 年的 94.7 人，已下降 0.4%；目標為 105 年癌症標準化死亡率下降至 119.3 人，109 年下降至 109 人。
3. 國人全癌症五年存活率由原來 92 至 96 年之 48%，提升至 96 到 100 年之 53%，提升 5%；同一期間，男性全癌症五年存活率由原來 41% 提升至 46%，女性全癌症五年存活率由原來 58% 提升至 62%。
4. 透過多元管道宣導及推動檳榔健康危害工作，建立拒檳社會常模，透過跨部會合作，建立無檳支持環境，開辦

戒檳班推動戒檳服務。18 歲以上男性嚼檳率已由 96 年之 17.2%降至 102 年之 9.5%。

5. 本(103)年度持續補助原住民族地區及離島國中 1 年級女生，以及低收入戶和中低收入戶國中 1 年級至 3 年級女生施打人類乳突病毒(HPV)疫苗，原住民族地區及離島國一女生第 2 劑施打人數(施打率)為 1,305 人(72.5%)；中低收入及低收入戶第 2 劑施打人數(施打率)為 2,207 人(9.6%)。
6. 補助 230 家醫院辦理癌症醫療品質提升計畫，建置門診癌症篩檢主動提示系統、個案轉介及追蹤管理系統，並強化癌症防治衛教宣導等，為提供新診斷癌症病人從確診到治療階段導航服務，協助參與癌症醫療品質提升計畫之醫院成立「癌症資源中心」，提供癌友與家屬服務，由 94 年試辦 6 家到 103 年 61 家，一年約提供 10 萬人次服務。另亦補助無認證醫院之澎湖縣辦理癌症個案管理中心建置計畫，提升離島地區罹癌民眾之照護品質。
7. 推動醫院癌症診療品質認證，以提供具醫學實證並以病人為中心的癌症照護，截至 102 年計有 50 家醫院通過認證，103 年共計 13 家醫院提出申請認證。對於目前尚無癌症診療品質認證醫院的 3 縣(台東、南投及苗栗)之 8 家醫院，辦理「跨院際癌症醫療照護合作試辦計畫」，癌患民眾在地接受跨院醫療照護數量，由 101 年度約 300 名增加到 102 年約 600 名。
8. 補助 76 家醫院辦理癌症病人安寧共同照護服務；另分析

101 年癌症死亡個案死前 1 年曾利用安寧住院、安寧居家或安寧共照者之利用率，癌末病人安寧療護利用率為 50.6%，較 98 年 39%成長 11.6%。

(六) 推動菸害防制工作

1. 依據 102 年國人吸菸行為調查結果顯示，成人吸菸率由 97 年 21.9%降至 18.0%，惟歷年菸品健康捐調漲，對於吸菸者吸菸量下降效果，僅有短期較為有效，菸捐已近 5 年未調，故吸菸率下降趨緩，仍需持續推動調漲，才能有效促使吸菸率下降。
2. 落實執行菸害防制法之規定，103 年 1-8 月地方主管機關共稽查 51 萬餘家次、358 萬次、取締 4,714 件、處分 3,780 件，罰鍰 1,805 萬餘元。
3. 自 103 年 4 月 1 日施行「國家公園、國家自然公園、風景特定區及森林遊樂區場所之指定區域與公園綠地，為除吸菸區外，不得吸菸。」，至 8 月底各縣市稽查計 11,822 次、處分 236 件、罰鍰 43 萬 8,000 元。上路後 1 個月調查顯示高達 96%贊成本政策，顯示國人高度支持。
4. 自 103 年 6 月 1 日施行「菸品尼古丁焦油含量檢測及容器標示辦法」第十二條、第十三條及第二條附圖（更新 8 則警示圖文），菸品新警示圖文涵蓋不同對象，兼具情感與理性，從自身、家人最有感的事物為訴求，並提供戒菸專線訊息，聯結戒菸意圖、動機與行動支持。
5. 為鼓勵吸菸者勇於採取戒菸行動，辦理「2014 戒菸就贏

比賽」，共吸引 27,427 名癮君子報名參加，推估成功幫助 17,800 個家庭遠離二手菸害。

6. 二代戒菸服務由菸品健康福利捐收入補助，比照一般健保用藥，每次藥費自付額不超過 200 元，低收入戶全免，至 103 年 8 月止，合約醫事機構(包含門診、住院、急診、社區藥局)總計 2,742 家，涵蓋全臺 98.9%鄉鎮市區，透過巡迴醫療已達 100%。103 年(1-6 月)服務人數為 6 萬 3,433 人，較 102 年同期的 4 萬 7,699 人成長 33.0%，較 101 年同期的 3 萬 3,233 人成長 90.9%；二代戒菸實施至今(101.3-103.6)已服務 17 萬 9,622 人，6 個月點戒菸成功率由實施前(91.9-101.2)23.9%增加至實施後 29.4%(統計至 103.2)，成長幅度達 23.0%，幫助超過 5.2 萬人成功戒菸。
7. 二代戒菸服務加上其他多元戒菸服務(如戒菸專線、戒菸就贏、縣市衛生局辦理之戒菸班或社區、戒菸藥局衛教諮詢服務)之服務量，103 年 1-8 月已服務 18 萬 9,887 人。
8. 推動臺灣無菸醫院國際認證，成為亞太地區第一個無菸醫院網絡，至今已有 179 家醫院加入，為全球第一大規模。目前全球僅 27 家醫院獲得該網絡之國際金獎認證，我國已有 11 家醫院榮獲該殊榮，是所有網絡中得獎醫院家數最多的國家。
9. 103 年持續辦理無菸校園、職場、軍隊、社區等無菸場域計畫；印製「無菸的家-立體遊戲書」幼兒讀本，分送

全國 7,082 家公私立幼兒園，使菸害防制工作向下紮根；103 年 1-8 月辦理青少年戒菸教育種籽師資培訓 7 場，計培訓 338 名師資。

10. 自 98 年起辦理菸品資料申報作業，103 年 1-8 月完成受理、審查、管理 167 家次業者，共 2,572 項次菸品完成申報，所申報之資料公開於「菸品成分資料網站」。
11. 103 年 1-8 月辦理戒菸服務醫事專業人員及執法人員訓練，已完成門診戒菸治療醫師訓練 5 場，培訓 799 人；藥事人員戒菸衛教師訓練 10 場，培訓 616 位學員；戒菸衛教人員訓練 5 場，培訓 553 位學員；牙醫師戒菸衛教師訓練 9 場，培訓 531 位學員。菸害防制法執法人員訓練，共計訓練 295 人。

(七) 推動肥胖防治工作

1. 103 年持續推動「2014 健康一世」健康體重管理計畫，預計號召全國 60 萬人，共同減重 600 公噸。至 103 年 8 月底止，全國共計 48 萬 2,756 人參與，共減重 61 萬 4,667.4 公斤，平均每位參加者減重 1.3 公斤。
2. 制訂健康的公共政策：營造健康城市及健康促進醫院、職場、學校及社區；推動國民營養法立法，將諮詢各界意見，就法案衝擊影響層面及其範圍進行完整評估後，再行陳報行政院；修正食品衛生管理法，將限制特殊營養食品、易導致慢性病或不適合兒童長期食用之食品廣告納入規範。監測國人體位趨勢；研議肥胖防治白皮書

及肥胖防治臨床指引。

3. 建構健康的支持性環境：

- (1) 建構健康資訊環境：建置肥胖防治網站及免費市話健康體重管理諮詢專線(0800-367-100)、LINE 等 3 個免費諮詢管道，提供健康體重管理資訊。
- (2) 檢視及改善縣市致胖環境：建立「臺灣肥胖防治之社區環境評估工具操作手冊」，輔導 22 縣市衛生局進行致胖環境檢視及改善。
- (3) 建構健康飲食供應系統：推動清楚、易懂的食物熱量及營養標示，並輔導業者開發健康盒餐及具健康訴求之節慶食品，鼓勵餐廳提供有標示熱量的菜單。訂定健康採購原則，鼓勵各公私部門應採購應符合「健康」原則。
- (4) 建構多元動態生活環境：發展及推廣適合不同性別、年齡層、族群的多元化運動。鼓勵職場規劃上、下午之運動時間，並成立運動社團。國內 13 歲以上國人有規律運動人口比率，101 年之 30.4%，上升至 102 年之 31.3%。

4. 調整醫療服務的方向：輔導醫療院所由傳統的診斷治療轉化為健康促進與預防醫學，設立提示系統，對病患及民眾主動提供預防保健及健康體重管理等健康促進服務。

5. 強化社區行動力：透過有組織的行動力，整合跨部門資源及民間資源，帶動社區、學校、職場、醫院等場域共

同推動健康體重管理。

6. 發展民眾落實健康生活的技能：提升國人健康減重、健康飲食知能，多元宣導「聰明吃、健康動、天天量體重」健康生活型態，結合地方政府、企業界及民間團體，鼓勵民眾養成運動習慣。
7. 辦理健康體重管理相關研究及調查：辦理「健康體重管理經濟效益評估計畫」、「肥胖防治臨床指引計畫」等計畫。另召開專家會議討論「校園周邊健康飲食之輔導計畫」。

(八) 建置國民健康實證資料庫

1. 辦理全人口及各生命週期人口群健康監測調查，包括國民健康訪問調查、中老年身心社會生活狀況長期追蹤調查、家庭與生育調查、母乳哺育調查、青年世代長期追蹤調查、青少年健康行為調查、兒童健康照護需求調查、青少年及成人吸菸行為調查、健康危害行為監測調查、國民營養與健康狀況變遷調查等，以建立全國及各縣市非傳染病監測指標。另建置及強化視力、事故傷害及先天性缺陷等監測體系。
2. 持續提升國民健康指標互動查詢系統之 e 化服務，加強各類健康監測調查及出生通報描述分析結果之運用，截至 103 年 8 月底，共計開放 700 項健康指標供各界查詢。並提供雙語化服務介面，加強我國監測調查結果之國際能見度，使用人次每年以逾萬人速度成長。

(九) 關注弱勢健康、縮小健康不平等

1. 101 年度起補助山地原住民族地區及離島地區國小一、二年級學童；非山地原住民族地區及離島地區之低收入戶及中低收入戶國小一、二年級學童，及所有國小身心障礙一、二年級學童免費恆白齒窩溝封填服務，至 102 年計有 8,089 案；規劃於 103 年 9 月全面擴大補助 103 年入學國小一年級學童白齒窩溝封填服務。
2. 提供身心障礙者口腔預防保健服務，102 年度培訓身心障礙者種子牙醫師 39 人，口腔照護指導員 273 人、新住民 29 人及 111 人居家服務及機構內人員具口腔照護能力；成立 10 個居家服務團隊、提供居家身障者及 22 家身障機構，共計 2,563 人身障者口腔保健服務；並推動長期照護機構口腔保健服務，訓練後至機構內教導潔牙技巧及口腔保健衛教知能。
3. 102 年全國共設置 45 家兒童發展聯合評估中心，提供疑似發展遲緩兒童的跨專業團隊。102 年受理疑似發展遲緩兒童之評估數計 1 萬 9,081 人，經確診為正常者計 1,223 人，發展遲緩兒童計 1 萬 4,131 人。另為提升服務品質，於 102 年邀請發展遲緩兒童聯評、療育，社政、特教等專家學者，實地輔導訪查聯評中心 23 家，並辦理專業教育訓練及經驗分享會議。103 年刻進行其餘 22 家輔導訪查，目前完成 6 家輔導訪查作業。
4. 提供新住民懷孕婦女未納健保產前檢查補助，103 年 1-6

- 月共補助 6,111 人次。另提供全面生育保健建卡管理，新住民及原住民完成建卡管理人數分別為 7 萬 4,024 人及 4,100 人，並輔導外籍之配偶納入全民健保。
5. 截至 103 年 8 月底，共公告 201 種罕見疾病，82 種罕見疾病藥物名單及 40 項之罕見疾病特殊營養食品品目。設置罕見疾病個案之通報資料庫，截至 103 年 8 月底通報罹患公告罕病個案 8,918 人。
 6. 為加強罕病病人醫療照顧，提供健保給付及罕病醫療補助雙重的安全網：將罕見疾病納入健保重大傷病範圍，免部分負擔；健保給付罕病醫藥費，每年約計 30 億元。依罕病法第 33 條及醫療補助辦法規定，編列預算補助全民健康保險法依法未能給付，經研究證實具療效及安全性之治療、藥物、國內外確診檢驗、居家醫療器材租賃及營養諮詢等費用 80% 之補助，並全額補助中、低收入戶及維生所需特殊營養食品及緊急醫療之費用。103 年 1-8 月補助計 1,355 人次（含居家醫療器材租賃、國內外確診檢驗、維生所需特殊營養食品、營養諮詢費等）。

三、精進醫療照護

（一）改善偏遠地區急、重症醫療品質

1. 健全急、重症醫療照護網絡：

- （1）自 98 年起，辦理「醫院緊急醫療能力分級評定作業」，截至 103 年 6 月底止，全國共有 194 家急救責任醫院

(含不相毗鄰之院區)，其中含 31 家重度級、84 家中度級及 79 家一般級急救責任醫院，每一縣市均有中度級以上急救責任醫院。

(2) 為提升離島及偏遠地區醫療品質，自 101 年起，於醫院評鑑基準之「醫學中心任務指標基準」增列「提升醫療資源缺乏地區急、重症照護品質」為重要試評指標，並運用醫療發展基金，於 102 年 1 月 14 日公告辦理「102 至 104 年度醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務獎勵計畫」，每年經費預估計 4 億元，由 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與相關急、重症之醫師人力，共計有 67 名專科醫師(醫學中心支援 52 名，在地醫院自聘 15 名)，協助離島及醫療資源不足地區之醫院達成「醫院緊急醫療能力分級標準」中的「急診」、「加護病房」、「腦中風」、「心血管」、「重大外傷」、「高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)」等章節項目內容，提升在地醫療服務資源與品質，增加民眾就醫之可近性，並把握搶救病人生命之黃金時間。

(3) 自 97 年起推動「心肺復甦術加自動體外電擊去顫器(CPR+AED)訓練」，為使場所能置有自動體外心臟電擊去顫器(AED)，與鼓勵民眾勇於急救，增修「緊急醫療救護法」第 14 條之 1、14 條之 2，業於 102 年 1 月 16 日經 總統公布，上開二項規定，一方面規定中央衛生福利主管機關公告之公共場所，應置有 AED

或其他必要之緊急救護設備，將使我國緊急醫療救護體系向前延伸，另一方面則鼓勵大眾對所遇之傷病患及時施以急救，適用民法、刑法緊急避難免責之規定。其後，再依「高人潮」、「高效益」、「高風險」與「難到達」四大原則，於102年5月23日公告「應置有自動體外心臟電擊去顫器之公共場所」，包括交通要衝、觀光旅遊地區、學校、大型集會場所、大型休閒場所、大型購物場所等八類場所，應設置AED。更於102年7月11日公布「公共場所必要緊急救護設備管理辦法」，規定置有AED場所應有之作為（包含：設置管理員、登錄、維護、使用後通報…等），使設置AED場所有所依循。為鼓勵公共場所自行設置AED與具備緊急救護應變能力，本部於7月22日函頒「自動體外心臟電擊去顫器（AED）安心場所之認證作業原則」，針對場所AED設置且有70%以上員工接受CPR+AED訓練，進行「安心場所」認證，從100年迄今已完成138處場所認證。本部於102年9月建置公共場所AED急救資訊網（tw-aed.mohw.gov.tw），提供設置場所上網登錄，上線至103年8月底已有4,000餘台AED完成登錄，民眾業可查詢AED之設置相關資訊及急救教育訓練內容。

2. 充實醫療資源缺乏地區急、重症之照護能力：為強化緊急醫療資源不足地區全時或特殊時段（夜間與假日、觀光旅遊旺季）之緊急醫療服務，自94年起運用醫療發展

基金，獎勵在地之醫院採互相合作之方式，因應當地民眾與遊客之緊急醫療需求，以設立「觀光地區急診醫療站」、「夜間假日救護站」與「提升緊急醫療資源不足地區之醫院急診能力」3種模式辦理，103年度獎勵20家醫院，鼓勵在地醫院互相合作提供急診醫療服務，提供緊急醫療資源不足地區及觀光地區24小時照護服務不中斷，約提供每診次20人次之緊急醫療服務，每月共提供900診次之急診醫療服務，每月約可服務急診病患約18,000人次。

(二) 改善醫護執業環境及安全

1. 保障民眾就醫權益與用藥安全，兼顧藥師得以享有符合憲法保障之工作權益，修正藥師法第11條，藥師執業以一處為限，於必要合理之例外規定情形，經事先報准，得於執業處所外執行業務。
2. 為保障住院醫師執業安全及病人權益，本部於102年5月16日頒訂「住院醫師勞動權益保障參考指引」，優先將醫師工時之限制、職業災害、保險條件、休息/休假規定等，訂定定型化契約方式，請各衛生局督導推動轄區教學醫院與住院醫師簽訂契約事宜。此外，有關住院醫師的工作時數限制，本部將「住院醫師工時安排適當」列入102年教學醫院評鑑試評標準，並已於本部網頁公開102年個別醫院（去辨識）之試評數據及統計分析資料。103年試評後，將公布個別醫院之試評結果，並研

議於 104 年將住院醫師工時納為教學醫院評鑑之正式條文。

3. 本部除積極並審慎地朝向住院醫師適用於勞動基準法的目標努力外，同時規劃研擬六大策略：(1) 保障睡眠，創新值班模式。(2) 精實醫療，減輕值班負荷。(3) 增加人力，補足醫師缺口。(4) 合理工時，平衡工作學習。(5) 加強保障，維護醫師健康。(6) 醫不過勞，確保病人安全。期在確保及維護大多數民眾現行的就醫水準與品質的前提下，以相關具體措施及醫務管理策略，採以系統性解決、分階段執行之逐步踏實方式達成目標，以兼顧醫師之職業安全保障以及病人之就醫權益維護。
4. 為確保醫療業務人員能在免於人身威脅環境中執行醫療業務，修正醫療法第 24 條及第 106 條條文，業經 總統於 103 年 1 月 29 日公布，可進一步保障全國民眾就醫與醫護人員執業之安全。
5. 加強醫院急診部門(室)防暴措施：
 - (1) 為維護醫護人員與病人之安全，本部責成地方縣市衛生局，督導轄區急救責任醫院，積極採取以下五項安全措施：①急診門禁管制，限制進出人數②裝設警民連線電話③急診室應配置 24 小時保全人員④配合張貼反暴力海報⑤急診室診療區與候診區作業空間應明顯區隔。迄今全國已全面達成，並已將上開五項措施納入醫院評鑑相關規定、醫院緊急醫療分級評定作業規範、以及醫療機構設置標準。

- (2) 召開急診防暴視訊會議，要求衛生局須依照本部訂定之「急診室滋擾醫療機構秩序或妨礙醫療業務案件通報與處置標準流程」辦理。爾後如有案情發生，衛生局應主動瞭解案情、約談及蒐證，積極以醫療法查處，並依刑法相關規定轉送地檢署。
 - (3) 本部各區緊急醫療應變中心已訂定「急診暴力緊急醫療應變模組」、辦理急診暴力防治教育訓練，並於 102 年 8 月 9 日於嘉義基督教醫院辦理急診暴力示範演習、102 年 9 月 25 日於童綜合醫院辦理大規模且失控型之急診暴力演練、102 年 10 月 9 日於林口長庚醫院、102 年 10 月 18 日於門諾醫院及 102 年 11 月 12 日於臺大醫院等六區辦理多場急診暴力演習，以逐步加強並改善醫護人員對急診暴力應變之反應、處置與通報，以維護急診醫療秩序並保障安全的醫療環境。
6. 為預防醫護人員發生針扎事件，本部加強推動醫療機構全面提供使用安全針具，並持續彙整安全針具品項清單，於 103 年 5 月 7 日更新公告品項清單。
 7. 推動醫療事故補償制度：
 - (1) 為維護醫病雙方權益，提供孕產婦生產風險保障，改善婦產科醫療專科人力減少問題，於 101 年 10 月 1 日開辦「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」，試辦 3 年。截至 103 年 8 月底，共計受理 216 件次新申請案及 10 件次覆議案，並召開 17 次審議會，共審定 195 案件次，160 個家庭獲得救助，總計救濟

金額為 1 億 5,666 萬 1,815 元。

- (2) 生育事故救濟計畫係為推動「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」的先導型計畫，歷經一年多之執行，對於生育事故訴訟案件之減少，醫糾審議案件，自 100 年的 30 件次減為 101 年的 7 件次，減幅約 77%；婦產科醫師人力回流已證實確具相當成效及醫病關係改善。
 - (3) 由行政院於 101 年 12 月 18 日函請 大院審議之「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」草案，業經 大院社會福利及衛生環境委員會於 103 年 5 月 8 日初審通過，並已於 103 年 5 月 29 日就部分保留條文完成朝野黨團協商，俟立法院會二、三讀審議。
8. 醫療糾紛鑑定改革：委託辦理醫事鑑定事務規劃及處理計畫，定期辦理鑑定共識會議，研擬鑑定醫師訓練課程，以建立醫事鑑定人才庫，期整體提升鑑定品質。
 9. 持續推動護理人員執業環境改善方案：101 年 5 月 10 日公布「護理改革近中程計畫」，提出 6 大目標及 10 大策略，迄今已召開 15 次「護理改革工作小組會議」並積極執行相關策略，辦理情形如下：
 - (1) 降低護理人員工作負荷
 - 1) 修訂護病比規定:103 年 5 月 9 日公告 103 年醫院評鑑三班護病比試評條文，除對白班護病比作更嚴格之要求外，另新增小夜班及大夜班護病比，將於試評檢討後，104 年正式納為評鑑項目。
 - 2) 研議「住院保險診療報酬與護病比連動制度」：依據

103 年 6 月 12 日「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬定會議」，及 103 年 6 月 27 日「全民健康保險會」會議決議，授權健保署擇定採行方案，現已於 103 年 8 月 13 日公告實施，於 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」20 億元經費中編列 4 億元，辦理「急性一般病房每月三班平均照護人數」支付項目，融入護病比連動制度之概念。

- 3) 增加課程可近性，減輕實體課程負荷:102 年公告修正「護理人員執業登記及繼續教育辦法」，於繼續教育總積分不變下，提高護理人員網路及通訊課程積分之比重，增加課程之可近性，減輕參加實體課程之負荷，並增加護理繼續教育授課時數、地段及時段多元化。並依法於 103 年 6 月前辦理護理人員換證作業。

(2) 提高護理薪資及待遇

- 1) 推動「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」：
本方案自 98 年開始實施，103 年編列 20 億元鼓勵醫院重視護理照護，優先用於新增護理人力、提高夜班費或薪資福利，以提高住院病人照護品質。藉由實施該方案，98 至 102 年共增加護理人力 6,205 人，在各層級院所皆有正面效益。另依據健保署 102 年醫院登錄資料統計，本方案獎勵款項運用情形，其中以增聘護理人力(34.0%)最多，其次為提高大小夜班費(22.7%)、加發獎勵金(18.1%)、提高護理人員薪資(14.9%)，超時加班費(10.2%)。

2) 調升夜班費：自 101 年 9 月修正「公立醫療機構護理(助產)人員夜班費支給表」，102 年調查公立醫院(含國軍醫院)有 77%調高夜班費；103 年調查公立醫院(含國軍醫院)80%醫院調高夜班費，平均調增幅度 160 元~166 元。

(3) 改善護理職場環境，留任護理人員

1) 督促醫院確實遵守勞基法規定：

(a) 經勞動條件檢查有違反勞基法之醫院名單，將於醫院評鑑時，請評鑑委員特別查核；若非當年度評鑑之醫院，則列入不定時追蹤輔導訪查查核。又醫院有違反勞基法之情節嚴重時，本部得啟動即時追蹤輔導訪查機制。

(b) 要求各縣市衛生局將醫院勞動條件檢查結果列為年度督導考核之重點，並將考核結果，提供醫院評鑑參考。

(c) 為保障適用勞動基準法第 84 條之 1 工作者之權益，勞動部已公告 103 年 1 月 1 日起護理人員不再適用該條規定(即一般所稱廢除責任制)，本部依法配合勞動部辦理，並發函各縣市衛生局重申勞動基準法相關工時規範，提醒醫院積極因應並規劃護理人力調配及招募事宜。

2) 推動優質護理職場醫院認證：參考世界各國護理人員留任策略，訂定並發展推動優質護理職場醫院指標。藉由進行全國性優質護理職場醫院指標收集抽樣調

查，發展優質護理職場醫院指標評分基準，以作為未來進行優質護理職場醫院認證之參考。

(4) 推動偏鄉護理菁英計畫：

- 1) 為解決偏鄉地區護理人力不足問題、強化偏鄉地區醫療資源，以提升照護品質及縮短城鄉差距，總統於 102 年 4 月 26 日與護理團體座談後，責成本部儘速研擬「偏鄉護理 200 菁英計畫」，以培育護理公費生。
- 2) 本計畫行政院於 103 年 6 月 19 日核定，預計 4 年培育 200 名護理人力，自 104 年開始招募，於畢業後分發至約 30 家偏鄉地區醫院執行臨床護理工作至少服務 4 年。該計畫服務地區除包含原住民及離島地區外，更擴大至本部所指定之偏遠、離島地區之醫院。為吸引更多學生願意加入護理工作行列，培育對象為一般生身分之公費生，不僅提供其就學補助，也保障畢業後之就業權益。

(5) 依據本部醫事管理系統統計，改革方案公布前(101 年 4 月底)護理人員執業登錄人數為 136,415 人，近中程計畫實施後，截至 103 年 8 月底止為 144,421 人，較改革前增加 8,006 人。

10. 推動專科護理師甄審制度：

- (1) 立法院臨時會於 103 年 8 月 5 日通過護理人員法 24 條修正案，明訂專科護理師及實習中之專科護理師得於醫師指示下執行醫療業務，授權中央主管機關訂定有關「專科護理師於監督下得執行之醫療業務」內容

及事項；附帶決議本部應就實習專科護理師之定義，於「專科護理師分科及甄審辦法」中明確定義及規範。

(2) 自 95 至 103 年共 5,026 名(內科 2,670 名、外科 2,356 名)通過專科護理師甄審及格。

(三) 提升醫事人力素質

1. 為了確保醫療服務品質與病人之安全，辦理「臨床醫事人員培訓計畫」。由各教學醫院安排教育訓練，讓 14 類醫事人員畢業後初進入臨床服務之時，即可以在臨床專家的指導下，接受二年規範化的培訓課程，以銜接學校教育與臨床服務訓練，培養專業核心能力。截至 103 年第二季，共有 134 家教學醫院辦理，核定培訓 17,218 名醫事人員。
2. 為加強新進住院醫師一般醫學訓練，使新進醫師具備獨立執業能力，提升基層醫療品質，實施「一年期醫師畢業後一般醫學訓練計畫」。103 學年度共計核定 40 家教學醫院辦理，培訓 1,292 名醫師。
3. 為有效評量西醫師考生之醫學知識，反應其臨床照護能力及技能，自 102 年起西醫醫學生實習之考評須包括臨床技能測驗(OSCE)。本部於 102 年度認可 22 家教學醫院辦理臨床技能測驗，接受 103 年度第一次測驗共 1,290 人。

(四) 提升醫療服務品質

1. 持續辦理醫院評鑑及教學醫院評鑑作業，103 年計有 51 家醫院申請醫院評鑑及教學醫院評鑑（不含精神專科醫院），並於 6 月下旬開始辦理實地評鑑作業，預計於 11 月底完成實地評鑑作業。
2. 推動設置兒童醫院，本部已於 103 年 3 月 20 日初審通過 4 家醫學中心級醫院可分設兒童醫院。台大兒童醫院業於 103 年 8 月 1 日起正式營運，並於 103 年 8 月 21 日完成評核，評定為「兒童醫院評核合格(醫學中心)」，彰化基督教兒童醫院亦於 103 年 9 月 4 日開業。另馬偕紀念醫院及中國醫藥大學等兒童醫院均完成許可函核發作業，俟向地方衛生局辦理開業登記後，即可陸續完成開設。
3. 為保護青少年之身心發展及權益，本部於 103 年 2 月 26 日公告禁止醫師對未滿 18 歲之未成年人施作非為醫療必要之美容手術，如：眼部整形、鼻部整形、植髮、抽脂、削骨、臉部削骨、顱顏重整、拉皮、胸部整形(縮乳及隆乳)，違者依醫師法第 28 條之 4 論處。
4. 擴大推動安寧緩和醫療，其執行成效被國際評比為亞洲第一名，世界第十四名。目前有 50 家醫院提供住院安寧，70 家醫院提供安寧居家療護，85 家醫院提供安寧共同照護。截至 103 年 8 月底止，已簽署安寧意願並註記健保卡人數達 24 萬 7,137 千人次。

(五) 推動醫療服務國際化

1. 103 年 1-6 月，在台接受健檢、醫美及醫療之外籍人士計 126,881 人次，醫療與相關產值亦達 68.46 億元。
2. 開辦僑安專案，協助東南亞特定國家僑民申請來台進行健康檢查、美容醫學以及疾病治療，至 103 年 6 月底止，計 115 團 2,341 人次來台。
3. 大陸人民透過本部認可之 45 家醫院以健檢醫美名義申辦入台。
4. 持續與移民署和觀光局密切合作配合，並辦理不定期與定期醫療機構查核作業，以要求醫療機構確實遵守相關規定。
5. 分階段推動自由經濟示範區-國際健康產業：
 - (1) 第一階段：於 4 機場 5 據點建置國際醫療服務中心，並已於 102 年 12 月 28 日開始營運。截至 103 年 8 月底，共有 74,138 人次旅客曾到訪，完成問卷 28,741 份。
 - (2) 第二階段（需特別條例三讀通過後）：推動「國際健康產業園區」，區內除設置專辦國際醫療之醫療機構外，並鼓勵設置生技研發機構，帶動醫療、生技、藥品、復健、養生等健康產業，發揮聚落效應，提升產值。

(六) 推動中醫臨床訓練

1. 為培育具有全人醫療能力之中醫師，公告「中醫醫療機構負責醫師訓練課程基準」，推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫。103 年共補助 28 家之訓練醫院，接受 136 名

之中醫師從事負責醫師訓練。

2. 為培育臨床師資，充實訓練內涵，以及確保訓練品質，執行「改善中醫臨床訓練環境計畫」。103年共辦理專家共識營3場、指導醫、藥師培訓營各3場及主要訓練醫院實地訪查28家。
3. 為提升中醫醫療照護品質，輔導2家教學醫院辦理「建構中西醫合作照護模式」及「建構中醫日間照護模式」，建立中醫多元照護及教學模式。

(七) 提升原住民族及離島地區醫療服務品質-八大策略

為提升偏鄉醫療水準，減少城鄉差距，本部推動八大策略，目前已有良好成效，執行成果如下：

1. 離島醫療在地化：

- (1) 金門：興建金門醫院綜合醫療大樓，102年1月6日正式啟用精神科向日葵大樓；103年4月底前部份落成啟用綜合醫療大樓。並依本部醫學中心支援離島醫療照護獎勵計畫，由台北榮總及林口長庚支援。金門醫院已於101年通過中度級急救責任醫院。
- (2) 澎湖：本部澎湖醫院與三總分院做醫療服務分工，另，澎湖由高雄長庚、奇美醫院及三軍總醫院等醫學中心支援。本部澎湖醫院於101年底已通過中度急救責任醫院，102年12月4日落成啟用心導管室。
- (3) 連江：100年1月21日啟用連江縣立醫院新建醫療大樓，由中央撥款補助64切電腦斷層，並由亞東醫院及

萬芳醫院支援連江縣立醫院，獲 2013 遠見雜誌醫療衛生，滿意度全國之冠。

- (4) 台東縣蘭嶼、綠島：完成醫療資訊化系統(HIS)及醫療影像傳輸系統(PACS)，由本部桃園醫院限時支援判讀，1-8 月判讀 449 件，完成建置醫療電子病歷，並於 100-104 年通過補助綠島鄉衛生所新建工程計畫經費 3,247 萬元。

2. 本島偏遠地區醫療在地化：

- (1) 台東：通過「大武鄉衛生所暨南迴線緊急醫療照護品質提升」計畫。
- (2) 屏東：由高醫、高雄榮總支援恆春；並整合恆春南門、恆春旅遊、恆基提供 24 小時急診，醫學中心支援急重症醫師。
- (3) 花蓮：於合歡山雪季與秀姑巒溪泛舟期間設置醫療站。
- (4) 雲林：由台大醫院、中國醫大、亞東醫院及成大醫院支援；台大醫院雲林分院於 102 年度已通過重度級急救責任醫院之認證。
- (5) 南投：由台中榮總、彰化基督教醫院、中國附醫支援，並於日月潭與清境農場設置觀光地區急診醫療站。
- (6) 苗栗：於泰安鄉雪見遊憩區、南庄鄉設置觀光地區急診醫療站。

3. 醫學中心支援：102 至 104 年度推動醫學中心支援離島及醫療資源不足地區醫院緊急醫療照護服務，指定全國 19 家醫學中心支援 17 家醫療資源不足地區醫院急診與

相關急重症之醫師人力。

4. 醫療資訊化，完成建置電子病歷：優先建置偏鄉離島電子病歷，102 年完成 48 山地離島衛生所建置，104 年完成全國電子病歷網絡建置。
 - (1) 偏遠離島已完成建置 HIS 及 PACS 系統，並與本部桃園醫院連線，102 年共支援判讀 7,347 件，103 年截至 8 月底 4,914 件。
 - (2) 102 年完成 48 偏鄉衛生所建置電子病歷調閱功能，並發展雲端架構。103 年度起行動門診醫療可以雲端調閱病人的病歷與影像資料。
5. 健保 IDS 計畫及巡迴醫療：由責任醫院統籌及派遣人力及資源至偏鄉離島，朝「醫師動，病人不動」方向努力，迄今，IDS 及衛生所之巡迴醫療點已達 48 鄉 319 處，並再將高雄市東沙島、南沙島納入 IDS 計畫範圍。
6. 健保及公務預算保障醫療資源不足地區：獎勵苗栗、新竹、南投、雲林、屏東、臺東、澎湖、金門、連江等 9 縣市 17 家醫院，發展外傷、急診、心血管、腦中風、周產期、兒童重症等共成立 24 個特殊急重症照護中心。
7. 育才留人培育計畫：
 - (1) 培育在地醫事人才公費生制度：迄今已培育 869 名醫事人員，公費醫師留任率達 7 成，103-105 年預計再培育 143 名。
 - (2) 開辦重點培育科別公費醫師制度：分發至醫事人員不足地區醫療機構；鼓勵一般公費醫學生(246 名)選擇

醫師人力不足五大科。

- (3) 偏鄉護理菁英計畫：104 年開始培育護理公費生，4 年 200 名；畢業後分發至約 30 家偏鄉地區醫院執行臨床護理工作，至少服務 4 年。
 - (4) 山地鄉『缺醫村』醫療資源改善計畫：首次盤點 30 山地鄉、216 村(里)，共 27 缺醫村；以南投仁愛鄉翠華村、高雄市桃源區拉芙蘭里，試辦個人或群體醫療型態，常駐開業或開診。
 - (5) 延攬國外五大科旅外醫師返鄉服務：延攬美、加、日、澳、紐、英、法、德具我國醫師證書者至內、外、婦、兒、急診五大人力不足科。
8. 陸海空緊急醫療後送：本部空中轉診審核中心提供 24 小時視訊醫療諮詢及空中後送，以提升原住民族及離島地區醫療，103 年截至 8 月底止「衛生福利部空中轉診審核中心」接受申請案共 192 件，核准 156 件，核准率為 81.25%，相較同期空中轉診核准案件 162 件，降低 3.7%。未來將持續強化「在地醫療照顧」，使偏鄉離島居民均能獲得完善醫療，並降低空中轉診後送人次。以澎湖地區為例，分析本部澎湖醫院成立心導管室前後，空中轉診後送醫療人次及診斷科別，發現成立前(102 年 1 月 1 日至 102 年 12 月 3 日)共後送 55 人次，其中心臟內科最多，達 51%(28 人次)；102 年 12 月 4 日成立心導管室後，截至 103 年 8 月底共後送 36 人次，心臟內科由原 51%降至 16.7%(6 人次)。至於病情較穩定者，可自行搭機(船)

就醫申請補助，由本部補助所需就醫交通費二分之一。

(八) 建構長照服務體系

1. 長照服務現況：

(1) 為因應長照需求快速成長，落實長期照護制度，規劃長期照護制度發展三階段，第一階段(97-100年)：推動長照十年計畫，作為發展基礎服務模式及量能；第二階段(101-105年)：長照服務法及長照服務網計畫，健全服務體系，建置普及、均衡量能充足之長照服務網絡；第三階段：長照保險之立法與推動。

(2) 推動長照十年計畫已獲具體成效，服務量占老年失能人口比率，由97年占老年失能人口涵蓋率2.3%提升至103年8月32.2%，累計服務人數150,258人。

2. 建置普及式長照服務網絡，整合衛政及社政長期照護資源，於資源不足區發展長照資源：

(1) 偏遠地區居家式服務據點：至102年已建置50個據點，103年再新增13個據點，預計年底完成89個據點建置；另為瞭解各服務據點之實務運作，辦理實地輔導作業。

(2) 失能失智社區服務：102年於51次區設置120所日照中心；另103年8月底前完成設置23個失智症社區服務據點、89資源不足區至少一個居家服務據點(102年已建置50個據點、103年再新增13個據點)。

(3) 機構床位數每萬失能人口700床：針對不足之6個縣

市(11 長照次區)，103 年已辦理 2 次計畫徵求。

(4) 急性後期照護：103 年 129 家醫院加入中期照護。

3. 長照人力整備及培訓：

(1) 本部已完成醫事長照專業分為三個階段之課程規劃，99-102 年已訓練 22,863 人次。

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

4. 持續推展培訓計畫，規劃 105 年完成長照人力培訓補足人力缺口：完成照顧服務員補足 38,700 人、社工人員培訓 3,200 人、護理人員培訓 8,000 人、物理治療及職能治療人員培訓 3,500 人。

5. 建構整合性智慧化照護服務體系，與縣市政府合作，預計 103 年結合 12 個縣市衛生局與通路業者，選擇其轄區群眾聚集或生活之公共場域，包括大眾交通運輸服務站、社區藥局及活動中心等，完成設置 970 個社區遠距生理量測服務據點及居家服務人數 1,900 人。

6. 為健全長期照護服務體系之發展，推動長照服務法立法，於 103 年 1 月 8 日由 大院社福衛環委員會完成審議，並已於 5 月至 7 月進行 4 次黨團協商，另尚有部分條文待協商，持續與委員溝通，俾利下次協商順利，早日送院會進行二、三讀。

7. 推動失智症防治照護政策綱領、行動方案及具體策略：

102年8月26日核定「失智症防治照護政策綱領」並公布於本部網站。並已於103年9月5日公告「失智症防治照護政策綱領暨行動方案」，訂定具體執行策略，以落實推動失智症政策綱領。

(九) 加強心理及口腔健康服務

1. 強化心理健康服務方案及自殺防治策略：

- (1) 責成各縣市政府衛生局強化心理健康教育宣導工作，發展在地多元化之心理健康促進活動或方案。
- (2) 委託 13 個縣市衛生局辦理「推動心理健康網試辦計畫」，結合縣市政府之社政、教育、勞政、民政及文化等行政機關、各級學校及民間團體等資源，共同建構可及性、可近性之區域心理健康服務網絡，強化心理健康概念的推展、整合、實務和行動。
- (3) 設置全國自殺防治中心，定期分析自殺死亡、通報統計結果並研擬各項自殺防治策略、檢討分析自殺防治成效、輔導訪查縣市自殺防治業務等。
- (4) 安心專線(0800-788-995)提供民眾 24 小時免費心理諮詢及自殺救援服務，103 年 1-6 月累計服務 3 萬 8,206 人次，篩檢出有自殺意念之電話通數為 6,903 通，及時阻止自殺個案計 283 人。
- (5) 為預防自殺企圖者再度自殺，補助各縣市衛生局聘請自殺關懷訪視員提供關懷訪視服務，103 年 1-7 月通報量共計 1 萬 7,138 人次，關懷訪視服務達 9 萬 6,219

人次。

- (6) 針對家庭、社區、職場及大眾媒體等場域，倡導心理健康概念，共計結合 26 個民間團體、學校等單位及 12 個縣市衛生局，推動心理健康促進工作及建立心理健康服務網絡，提高社會大眾對心理健康問題之體認。
- (7) 102 年自殺標準化死亡率為每十萬人口 12，成功降至世衛組織中盛行率地區標準，自殺並已連續 4 年退出國人 10 大主要死因。103 年 1-6 月自殺死亡人數初步統計為 1,552 人，較 102 年同期減少 218 人，減少 12.3%。

2. 落實精神病人照護：

- (1) 為促進精神病人權益保障、充權及保護，將「schizophrenia」譯名為「精神分裂症」更換為「思覺失調症」，並請各直轄市、縣(市)衛生局督促所轄醫療機構於 3 個月內完成更換譯名之相關作業，包含醫令資訊系統、病歷及診斷書之病名修正。
- (2) 積極督促各縣市衛生局強化社區精神病人分級照護及關懷服務，103 年 6 月底追蹤人數 13 萬 9,967 人，訪視次數 32 萬 1,421 人次，平均訪視次數為 2.30 次，面訪病人比率為 42%。
- (3) 辦理精神醫療網區域輔導計畫，結合區域內醫療、衛生、福利、勞政、警政及學校機關，建立轉介照會制度，以提供精神病人連續性、整體性之照顧。
- (4) 持續精進精神醫療照護機構評鑑制度及落實監測精神

照護服務品質，103 年預計完成 155 家精神照護機構實地評鑑。

- (5) 辦理有自傷／傷人行為及有傷害之虞精神病人強制住院或強制社區治療，103 年 1-6 月共審理 411 件，許可率 93.43%；其中強制住院案件 383 件，許可率為 93.73%；強制社區治療案件 28 件，許可率為 89.3%。

3. 強化戒癮治療服務量能：

- (1) 提供藥癮病人藥癮戒治醫療服務，至 103 年 8 月止，指定藥癮戒治醫院 155 家，提供個案門診、急診、住院、出院後之追蹤與轉介等項服務。另替代治療執行機構計 137 家，全國美沙冬替代治療累計治療人數，已由 96 年底之 1 萬 4,131 人，增至 103 年 6 月底止之 4 萬 500 人。經由靜脈注射感染愛滋病之人數，由 94 年之 2,420 人，降至 102 年之 39 人，目前每日接受替代治療人數約 9 千 4 百餘人。另 100 年 7 月起增列丁基原啡因為替代治療藥品，並比照美沙冬予以補助。
- (2) 為提升藥癮治療水準及戒癮服務品質，已完成「鴉片類成癮物質替代治療臨床指引」、「二級毒品施用者臨床治療參考指引」及「愷他命濫用之臨床評估與處置建議」，供藥癮治療人員參考。
- (3) 補助精神醫療網核心醫院辦理藥癮治療人員教育訓練，培訓專業人員並提升專業知能，現行計有 1,493 名藥癮治療專業人力。
- (4) 對於第 2 級、第 3 級及第 4 級毒品個案，自 103 年 7

月開始，部分補助醫療戒治費用，如團體心理治療、個別心理治療、家族治療、尿液篩檢等，每人每年最多可補助 1 萬元。

4. 針對法院裁定戒癮治療之家庭暴力加害人、兒少保護案件之酒癮家庭成員及自行求助之酒癮個案，提供酒癮戒治醫療服務，102 年計有 1,026 人受益，住院治療 363 人日、門診治療 1,078 人次、個別心理輔導 1,593 人次、認知教育輔導 438 人次、認知團體教育輔導 501 團次及夫妻(或家族)治療 406 次。
5. 加強特殊族群處遇：
 - (1) 督促地方政府確實執行性侵害與家庭暴力加害人處遇計畫。另針對自我控制再犯預防無成效之性侵害加害人送請法院裁定刑後強制治療，集中收治於法務部所指定台中監獄附設培德醫院，103 年 5 月底計有 47 人。
 - (2) 為協助收治合併精神疾病之性侵害強制治療受處分人，經協調精神醫療機構，計有臺中監獄附設培德醫院、本部草屯療養院與嘉南療養院、高雄市立凱旋醫院、臺北榮民總醫院玉里分院等 5 家醫院經法務部指定為強制治療處所。
 - (3) 補助民間團體及精神醫療網核心醫院辦理處遇人員教育訓練，103 年 1-6 月計辦理 2 場次、129 人次參加。
 - (4) 提供男性關懷專線服務，103 年 1-8 月總話務量 12,153 通，一般諮詢、深談及緊急個案服務共計 9,968 人次。
 - (5) 於全國北、中、南、東四區域，建立醫療機構兒少保

護醫療服務示範中心，共補助 6 家醫療機構成立整合跨專科服務資源的兒童保護小組，強化兒虐急症、難症及追蹤嚴重身心受創兒童之臨床服務及辦理相關醫事人員繼續教育訓練，以加強兒少保護之醫療服務品質，維護兒少權益。

6. 提升口腔醫療照護品質，持續辦理二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫。103 年度共核定 277 家訓練機構，總計有 680 位牙醫師接受訓練。

7. 加強身心障礙牙科醫療服務

(1) 持續推動「特殊需求者牙科醫療服務」，103 年度共補助 29 家醫院辦理特殊需求者牙科醫療服務網絡計畫，並獎勵台北、新北、台中、高雄及花蓮等地區共設置 5 間特殊需求者牙科醫療服務示範中心。

(2) 鑒於離（外）島地區醫事人力不足，難以適用本島之獎勵模式，103 年另案獎勵金門醫院、澎湖醫院及連江醫院，以落實該地區醫療照護政策。103 年共計獎勵 19 縣(市)29 家醫院辦理「特殊需求者牙科醫療服務計畫」。

(3) 目前全國 22 縣市均依身心障礙者特別門診管理辦法，指定 89 家醫院，為身心障礙者提供牙科醫療之特別門診服務。

(十) 提升本部所屬醫院功能

1. 關懷弱勢族群之醫療照顧

- (1) 漸凍人照護病房：為使漸凍病友得到妥善的照護，全台原僅有台北市立聯合醫院忠孝院區設有漸凍人病房，考量其他地區病患需求，本部特於 101 年於台中及台南醫院設置，以多科別醫療團隊，共同提供病友優質人性化、舒適性及個別性的治療環境與設施之完整醫療照護，期能完整建構北、中、南共同照護網絡。截至 103 年 8 月台中及台南兩院共照護漸凍人 113 人次，並辦理員工教育訓練 111 場次，民眾衛教宣導 15 場次。
 - (2) 失智失能社區照護：103 年 24 家本部所屬醫院辦理失智失能社區照護服務，103 年 1-8 月份共計篩檢 8,832 人次、收案 1,219 人、衛教宣導計 5,763 人。
 - (3) 中低收入戶民眾健康管理計畫：102 年 8 月起 19 家本部所屬醫院全面開辦，截至 103 年 7 月止收案 2,3353 人，其中進行疾病管理 2,569 人次，健康促進 2,246 人次，結合衛政、社政及健保等單位，針對社區低收入戶等弱勢民眾，提供主動式健康管理服務。
 - (4) 公務養護床 2,027 床(精神公務床：1,724 床、漢生病公務床：300 床、烏腳病公務床：3 床)。
2. 中期照護服務：為協助急性病患日常生活功能之恢復，避免出院後過早入住長照機構或再住院，以節省社會及健保資源，辦理急性後期(中期)照護。截至 103 年 8 月底，止計有 20 家本部所屬醫院開辦中期照護，合計設置 201 床，共收案 123 人，成功返家人數 68 人，返家率 55%。

初步成效顯示接受急性後期(中期)照護之民眾不論身體功能、認知功能、營養指數、滿意度皆有明顯進步，且民眾滿意度高。

3. 支援偏遠離島地區醫療，強化醫療服務

(1) 本部 4 家醫院之放射科醫師透過醫療影像判讀系統 (IRC)，遠距支援各縣市衛生所之醫療及影像判讀，使偏遠地區民眾能享受與都會醫院同等級之醫療影像判讀水準。

(2) 99 年 2 月至 103 年 8 月底止，共計支援偏遠地區醫院 16 家，山地離島衛生所 19 家。醫院部分判讀 16 萬 6,871 件、山地離島衛生所 2 萬 7,442 件，合計共 19 萬 4,313 件。將朝雲端化發展，擴充判讀服務之效能及能量。

4. 建立公正透明管理體系，定期公開服務績效內容及品質成效

(1) 訂定本部所屬醫院共同品質指標 88 項，每月公布檢討分析，以提升醫療服務品質。

(2) 成立功能小組 8 組 (醫療品質組、研教人力組、行銷企劃組、資財營繕組、健保事務組、營運績效組、資訊組及公費生工作組)，協助本部所屬醫院經營管理。

5. 建置雲端健康個管資訊系統

(1) 本部台中醫院完成建置「建構中低收入戶暨弱勢族群雲端健康管理資訊系統」，並開發建立低收入戶及弱勢群基本資料庫、個案管理及監測系統。截至 103 年 8

月底已收案 52 人個案數。

- (2) 電子病歷：本部 26 家所屬醫院已於 99 年完成「醫療影像報告」、「出院病摘」、「血液檢驗報告」及「門診用藥」等 4 項實施電子病歷。103 年所屬醫院中除桃園醫院外，其餘 24 家醫院已完成「出院病摘」、「門診病歷」、「血液檢驗」等 3 項電子病歷資料上傳本部電子病歷交換中心。桃園醫院因計劃更新 HIS 系統，俟 HIS 系統更新後再建置電子病歷上傳本部電子病歷交換中心之相關系統。
6. 發展本部所屬醫院個別特色：包含：國際醫療(臺北醫院)、臨床技能中心(桃園醫院)、品質管理(豐原醫院)、建構完整老人照護園區(台中醫院)、漸凍人(臺中、臺南醫院)、中央實驗室(臺中醫院)、中期照護(屏東醫院)、醫療影像判讀中心 IRC(桃園醫院)等，並於 102 年 12 月 31 日出版本部所屬醫院特色專書。
7. 協助法務部全力投入戒毒、反毒工作，前往監獄看診支援：本部共 23 家醫院辦理美沙冬替代療法服務。103 年有 8 家本部所屬醫療院所參與監獄醫療服務計畫。
8. 疫病防治：103 年本部醫院有 12 家(全國共 21 家)被疾病管制署指定為傳染病之應變醫院，總床數約占全國 60%，並配合政策，開立特別門診：如：類流感門診、H7N9 特別門診、狂犬病諮詢門診、狂犬病疫苗儲備醫院等。
9. 辦理國際醫療之合作及援助：台北醫院(辦理國際醫療衛生人員臨床及專案培訓課程、接待國際外賓、赴國外辦

理緊急醫療教學、義診服務及醫療評估、提供國際病患轉診及醫療服務、與國內機構合作辦理國際醫療分享會)、基隆醫院(辦理觀光遊輪醫療服務)、台中醫院(辦理甘比亞及迦納人才培訓)、桃園醫院(協助海地共和國公共衛生業務)。

10. 本部所屬醫院 ISO 品質認證：本部所屬 26 家醫院已於 102 年 5 月通過 ISO 品質認證。
11. 辦理所屬醫院院長副院長遴選及輪調作業：公布「衛生福利部所屬醫療機構醫事人員兼任院長副院長及各級醫事主管之任期及遴用辦法」，將院長、副院長職位導入公開遴選制度。另為鼓勵及培育優秀人才投入偏鄉服務，擬再行修訂該遴用辦法，對於偏遠地區院長副院長服務任期，由得連任一次修正為得連任二次。
12. 強化與其他醫療體系之整合
 - (1) 垂直整合：與公私立醫學中心或大型法人醫院(具醫學中心規模)醫療支援合作，已有 16 家所屬醫院完成與其他大型醫療機構簽約合作；另支援本部醫院其他體系區域級醫院，計有 22 家。
 - (2) 水平整合：本部區域級所屬醫院間互相支援合作，計有 10 家。
13. 本部澎湖醫院心導管室已於 102 年 12 月 4 日揭幕開始營運，截至 103 年 8 月底止，共執行 126 名個案，其中 66 例執行心導管手術，37 例執行心導管檢查，另 21 例執行週邊動靜脈血管擴張術治療，其他 2 例。

14. 本部金門醫院精神科大樓業已於 102 年 1 月 6 日正式啟用，綜合醫療大樓於 103 年 6 月 27 日部分啟用，金門醫院正規劃後續擴充工程及其他科室進駐事宜，以提供民眾醫療服務。

(十一) 發展衛生醫療資訊

1. 推動實施電子病歷，截至 103 年 8 月底止，分別有 321 家醫院、2,946 家診所報備實施電子病歷。
2. 持續營運電子病歷交換中心，截至 103 年 8 月底止，計有 282 家醫院已完成介接，可進行病歷跨院互通調閱。103 年度完成所有醫學中心與區域醫院之建置。
3. 102 年 12 月底完成建置山地離島偏遠地區衛生所(48 家)電子病歷交換調閱系統。
4. 營運醫事憑證管理中心，持續簽發醫事憑證，提供醫事人員、醫事機構電子認證、電子簽章及資料加密等功能。截至 103 年 8 月底止，累計製發醫事憑證 IC 卡 47 萬 7,000 餘張。
5. 透過衛生資訊通報平臺，持續提供緊急醫療資源及死亡資料之快速通報服務，截至 103 年 8 月底止，計有 194 家急救責任醫院，將加護病床之空床數資料，自動上傳緊急醫療管理系統；另有 187 家醫療院所，將死亡資料自動上傳死亡通報網路系統。

四、健全福利服務

(一) 婦女福利及家庭支持

1. 為提升婦女公平發展機會，推動婦女培力中程計畫，補助民間團體辦理婦女權益及婦女福利服務活動，103 年補助 2,566 萬餘元。
2. 提供特殊境遇家庭及弱勢婦女生活扶助與支持，截至 103 年截至 6 月底止，補助特殊境遇家庭計 1 萬 4,054 戶家庭(女性家長 1 萬 2,575 戶、男性家長 1,479 戶)、扶助 2 億 27 萬餘元；並督導地方政府落實特殊境遇家庭各項扶助措施，以減輕特殊境遇家庭及弱勢婦女之家庭照顧負擔。
3. 提供單親家庭支持力量，鼓勵地方設立單親家庭服務中心，全國計 38 家單親家庭服務中心及 7 家中途之家。截至 103 年 8 月底止補助民間團體辦理單親家庭個案管理及單親家庭福利服務活動，計 198 萬餘元；補助單親家長就讀大專校院與高中職學雜費及臨時托育費用 178 人次，計 186 萬餘元。
4. 減輕家庭育兒負擔，營造優質托育環境：
 - (1) 為建立居家式托育管理機制，本(103)年 12 月 1 日將實施之居家式托育服務登記制度，本(103)年 9 月 15 日已發布「居家式托育服務提供者登記及管理辦法」，保母將納入政府管理輔導體系，透過管理提升服務品質，保障兒童照顧安全。
 - (2) 為建構平價優質之托育環境，補助各直轄市、縣(市)政府辦理公私協力平價托嬰中心，提供日間托育服

務、臨托及延托服務，至 103 年 6 月底開辦營運 59 所，收托人數計 2,795 人。加強列管並持續督導地方政府設立之 535 所私立托嬰中心；另要求地方政府積極對未立案之構進行查處與輔導事宜。

- (3) 為提升社區民眾托育品質及托育服務，補助各直轄市、縣(市)政府辦理托育資源中心，自 101 年起至 103 年 6 月底止，已有 66 處開辦營運、服務超過 90 萬人次。
- (4) 為減輕家庭托育負擔，提供保母托育費用補助，截至 103 年 6 月底止，加入社區保母系統計 3 萬 7,216 人提供服務，共補助 6 億 3,665 萬 1,548 元、5 萬 1,078 名幼童受益。

5. 辦理兒少高風險家庭處遇服務：

- (1) 為及早發現家庭兒少照顧困境，並提供協助，預防兒虐事件發生，推動高風險家庭兒童及少年處遇服務方案，103 年截至 7 月底止，計篩檢訪視 2 萬 189 個家庭、協助 3 萬 914 位兒童及少年。
- (2) 擴大辦理兒虐預警機制，推動 6 歲以下弱勢兒童主動關懷方案，針對全國領有政府生活扶助、未納入全民健保、受刑人 6 歲以下子女、領取馬上關懷救助金及急難救助金家戶之 6 歲以下兒童給予主動關懷，截至 103 年 6 月底止計服務 6,426 人次，由教育、戶政及衛生單位轉介通報後介入關懷 37 人次。
- (3) 辦理弱勢家庭兒童及少年社區照顧服務，提供家庭訪

視、課後臨托與照顧、認輔志工服務等，期能分擔家庭照顧壓力，提升家庭照顧功能，103 年度截至 8 月底共計辦理 118 個方案、補助 3,332 萬餘元。

(4) 設置「全國未成年懷孕諮詢專線」(0800-257-085)及「未成年懷孕求助網站」，提供電話諮詢服務、心理支持及追蹤關懷等服務，協助未成年人面對懷孕議題，截至 103 年 6 月底止，計服務 538 人次，另有 73 人轉介地方政府進行後續處遇服務；求助網站瀏覽計 1 萬 5,842 人次，諮詢信件 120 件。

6. 為協助外籍配偶解決生活適應問題，至 103 年 8 月底補助民間團體設置 89 個外籍配偶社區服務據點，辦理促進多元文化融合與適應服務、外籍配偶之生活適應輔導班、外籍配偶支持性服務活動，計 607 萬餘元。運用外籍配偶照顧輔導基金協助各直轄市、縣(市)設立 35 個家庭服務中心，建構外籍配偶家庭支持網絡。

7. 推動「家事商談」服務：透過商談人員協助離婚夫妻尋求雙方均滿意之衝突解決方式，進而保障子女成長權益。103 年共補助 9 個民間團體與 8 個地方法院合作，辦理 12 個方案、補助 450 萬 2,000 元、服務 1 萬 1,791 人次。

8. 提供發展遲緩兒童療育費及交通費補助，低收入戶每人每月 5,000 元，非低收入戶者每人每月最高補助 3,000 元，103 年截至 6 月底計補助 1 億 5,528 萬 957 元、2 萬 4,238 人次受益。

(二) 兒童及少年福利

1. 兒少公約國內法化：兒童權利公約施行法將於 103 年 11 月 20 日施行，為配合施行法上路，本部業召開 4 次跨部會會議研商公約及其任擇議定書正體中文版條文及權責分工，預定於 9 月底前送行政院審議，俾落實推動兒童權利公約，使我國兒童人權保障與國際接軌。
2. 設置行政院兒童及少年福利與權益推動小組，建立專責統籌、協調及決策之機制，推動以預防為優先之整合性服務網絡，健全兒童及少年福利與權益保障事務，以符民意之要求及民間團體之期待。業於 103 年 5 月 30 日召開第 1 次會議，邀請相關目的事業主管機關、專家學者及民間機構團體代表，針對跨部會兒少福利與權益議題進行協調與討論。
3. 持續督導 125 所兒少安置教養機構、1,277 戶寄養家庭、36 所兒少福利服務中心，為家庭失依、遭遺棄、受虐待、行為偏差或從事性交易之兒童及少年提供家外安置輔導與相關福利活動服務，持續改善與提升專業服務品質，以保障接受服務者之權益。
4. 為協助家庭照顧兒童，減輕父母育兒負擔，自 101 年起實施「父母未就業家庭育兒津貼實施計畫」，針對父母自行照顧之 2 歲以下兒童，提供每人每月津貼補助，低收入戶 5,000 元，中低收入戶 4,000 元、綜合所得稅稅率未達 20%者 2,500 元。103 年截至 7 月底止共補助 30 億

5 萬 4,762 元、21 萬 4,743 名兒童受益。

5. 為協助遭變故或家庭功能需支持之弱勢家庭紓緩經濟壓力，維持子女生活安定，提供弱勢家庭兒童及少年緊急生活扶助，針對遭遇不幸、高風險、經濟急困且有子女需要照顧的家庭，每人每月給予 3,000 元，103 年截至 7 月底止，共補助 9,730 萬 3,231 元、協助 5,116 戶家庭、照顧 7,415 名兒童少年、訪視服務 1 萬 5,995 次。
6. 辦理中低收入戶兒童及少年健保費及三歲以下兒童醫療補助，103 年截至 7 月底止共補助 10 億 5,663 萬 9,034 元、678 萬 6,593 人次受益。
7. 弱勢兒少醫療補助，針對弱勢兒少提供指定項目之醫療費用補助，103 年截至 6 月底止共補助 3,134 萬 1,179 元、1,739 位兒童少年受益。

(三) 老人福利

1. 推動我國十年長期照顧計畫：本計畫之服務內容係整合現行居家服務、日間照顧、老人營養餐飲服務、輔具購買租借及居家無障礙環境改善服務，以及長期照顧機構服務等項目，連結衛政系統之居家護理、社區及居家復健、喘息服務，並創新提供家庭托顧、交通接送服務等新型服務項目，有需求之民眾可向各縣市長期照顧管理中心之單一窗口申請，經評估符合資格者，即可獲得居家、社區、或機構式等多元而連續之服務。
2. 辦理老人安養及長期照顧服務，截至 103 年 6 月底止，

依法立案之老人福利機構計 1,048 所、可提供服務人數計 5 萬 8,428 人、已服務 4 萬 4,258 人。

3. 各縣市政府積極結合村里辦公室、社會團體參與普遍設置社區照顧關懷據點，由當地民眾擔任志工，提供關懷訪視、電話問安諮詢及轉介服務、餐飲服務、辦理健康促進活動等，發揮社區自助互助照顧功能，並建立連續性之照顧體系，截至 103 年 7 月底止已設置 1,939 處，就近提供老人所需健康促進、關懷訪視、餐飲服務及電話問安等多元且社區化之初級預防照顧服務，逾 20 萬名老人受益。
4. 為協助經濟困難及減輕老人繳納保險費或部分負擔醫療費用之負擔，補助 70 歲以上中低收入老人參加全民健康保險保險費，103 年截至 8 月底止，計補助 62 萬 8,555 人次。另 65 歲至 69 歲中低收入老人則由地方主管機關依財政狀況訂定補助基準予以補助。
5. 為彌補中低收入家庭因照顧老人犧牲就業而喪失經濟所得，對領有中低收入老人生活津貼且未接受機構收容安置、居家服務、為請看護(傭)者，其失能程度被評估為重度以上，且實際由家人照顧之老人，發給家庭照顧者特別照顧津貼每月 5,000 元，103 年截至 6 月底止，計核撥 2,205 萬 5,000 元、4,390 人次受益。
6. 針對未接受公費安置之中低收入老人，發放中低收入老人生活津貼，依其家庭經濟狀況，每月發給 7,200 元或 3,600 元生活津貼，103 年截至 6 月底共核撥 46 億 5,093

萬餘元、12 萬 410 人受益。

7. 補助中低收入老人裝置假牙補助：針對經評估有裝置假牙需求之列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低收入老人生活津貼、領有身心障礙者生活補助費、由各級政府全額補助收容安置、或補助身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用達 50%以上之老人，每人最高補助 4 萬元，以保障經濟弱勢老人口腔健康，自 98 年至 103 年 6 月底累計 3 萬 1,518 人受益。
8. 補助收容安置於財團法人老人福利機構之低收入戶老人重病住院看護費，每人每日補助 1,800 元，每年最高補助 21 萬 6,000 元，103 年截至 8 月底止已補助委託安置之 4 家老人福利機構，計 203 萬 6,000 元。

(四) 身心障礙者福利

1. 推動身心障礙者權利公約國內法化：為維護身心障礙者應有權益，促進其參與社會生活，本部依據身心障礙者權益保障法相關規定，並透過具體可行之對應法規納入「身心障礙者權利公約」之精神，提供身心障礙者經濟安全保障、安置服務措施、無障礙生活環境及社會參與等四大類福利服務；103 年 8 月 1 日立法院通過「身心障礙者權利公約施行法」，8 月 20 日由總統公布，本部刻正積極研擬公約正體中文本於 9 月底送行政院審議，並將結合各部會積極辦理法規檢視、教育宣導、國家報告、國際審查會議等，促使我國身心障礙政策更加符合

公約目標，落實並維護身心障礙者福利與權益保障事項。

2. 賡續推動「身心障礙鑑定與需求評估新制」：

- (1) 為建構更完善之身心障礙服務措施，身心障礙鑑定及需求評估新制於 101 年 7 月 11 日起全面實施，新制以團隊方式進行鑑定與需求評估，並以單一窗口方式主動為民眾提供個別化、多元化的福利服務。截至 103 年 8 月底，受理 52 萬 1,896 件身心障礙證明之申請、核發證明 42 萬 7,952 件。
- (2) 為因應身心障礙鑑定與需求評估新制施行後之緊急應變措施，設有 1957 專線提供民眾諮詢；另將全國 236 家指定鑑定醫院及其可鑑定之障礙類別置於本部網頁「身心障礙鑑定專區」，供民眾查詢。
- (3) 為確保鑑定品質，99 年起辦理鑑定人員之教育訓練，截至 103 年 8 月底止，計完成 4,293 位鑑定醫師及 8,676 位鑑定人員訓練。
- (4) 為保障身心障礙者權益，持續了解新制實施情形，滾動式修正「身心障礙者鑑定作業辦法」，並於 103 年底前公告「無法減輕或恢復之基準」，若符合上開基準者，依據身心障礙者權益保障法第 14 條規定，得免予書面通知，由直轄市、縣(市)主管機關逕予核發身心障礙證明。
- (5) 於「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」增列醫療輔具補助項目，以因應身心障礙者之需求。

3. 辦理身心障礙福利服務

- (1) 提供身心障礙者生活補助：為加強保障身心障礙者經濟安全，依據身心障礙者權益保障法第 71 條授權訂定「身心障礙者生活補助費發給辦法」，按身心障礙之障礙程度及家庭經濟狀況，每月核發 3,500 元至 8,200 元不等之生活補助費，103 年截至 6 月底止計核撥 101 億 5,913 萬餘元、平均每月約 34 萬 6,275 人受益。
- (2) 辦理日間及住宿式照顧服務，提供身心障礙者生活照顧、日間照顧、技藝陶冶、住宿照顧及福利服務，截至 103 年 6 月底止，依法立案之身心障礙福利機構計 271 所、可提供服務人數 2 萬 3,697 人，已服務 1 萬 9,051 人。
- (3) 補助身心障礙者參加全民健康保險自付部分之保險費，並按其障礙等級給予補助，以保障身心障礙者就醫權益，維護身心健康，103 年截至 6 月底計補助 14 億 312 萬餘元、55 萬 3,073 人受益。
- (4) 依身心障礙者家庭經濟狀況、障礙程度、實際需求，補助身心障礙者購置輔具之費用，促進身心障礙者社會參與，增進身心障礙者生活自理能力，103 年截至 6 月底止，計核撥 3 億 3,082 萬餘元、3 萬 5,131 人受益。

4. 為提升身心障礙福利機構服務品質，身心障礙者權益保障法第 64 條第 1 項規定，各級主管機關應定期輔導及評鑑身心障礙福利機構。本 103 年(第 9 次)之全國身障機

構評鑑家數計 275 所，目前第 1 階段(4~6 月)計已評鑑 111 所 (完成率為 40%)，至第 2 階段評鑑尚有 164 所，預定於 11 月底全部辦理完竣。

(五) 社會救助

1. 推動社會救助新制：截至 103 年 6 月底止，各直轄市及縣(市)政府已核定低收入戶 14 萬 6,946 戶，35 萬 4,337 人及中低收入戶 10 萬 6,054 戶，32 萬 6,466 人，合計 68 萬餘人納入政府照顧體系。
2. 辦理各項社會救助生活扶助工作：對低收入戶的各項生活扶助，主要以現金給付為主，包括家庭生活扶助、兒童生活補助及高中職以上學生之就學生活補助等，103 年 1 至 6 月底止受益戶次 17 萬 3,491 戶次，受益人次 99 萬 8,907 人次，補助經費 51 億 8,567 萬餘元。此外，地方政府透過以工代賑、就業培訓及媒合等方式提供低收入戶就業機會，103 年 1 至 6 月底止受益人次 5,571 人次，補助經費 2 億 1,336 萬餘元，以協助低收入戶家庭成員進入職場持續穩定就業，鼓勵低收入戶積極自立脫離貧窮。
3. 新增中低收入戶：提供 18 歲以上健保保費補助 50%(70 歲以上及未滿 18 歲者健保保費全額補助)、醫療補助、及學雜費減免 30%及就業服務等相關福利措施，以減輕其家庭經濟負擔，使處於貧窮邊緣人口在福利補助的支持下能穩定生活。

4. 馬上關懷專案：為加強照顧弱勢，於 97 年 8 月 18 日啟動「馬上關懷」專案；除現有急難救助以直轄市、縣（市）政府及鄉（鎮、市、區）公所為受理窗口外，特將全國 7,839 個村里辦公處納入，提供民眾更方便的求助管道，以建構在地化的急難救助網，並與社工、慈善單位合作，發放關懷救助金 1 至 3 萬元，建立「快、準、有效率」的急難救助機制，及早發現遭逢急難致生活陷入困境的民眾並予以協助。103 年 1 至 8 月底止，累計已有 10,675 個家庭受益，核發救助金 1 億 5,391 萬餘元。
5. 急難救助：係針對遭逢一時急難之民眾，及時給予救助，使其得以度過難關，迅速恢復正常生活之臨時救助措施。依社會救助法第 21 條規定，由民眾檢同有關證明，向戶籍所在地主管機關申請急難救助。另針對經直轄市及縣（市）政府核予救助後，仍陷於困境者，得轉報本部核定再予救助。103 年 1 至 8 月底止，已核定救助 653 件，救助金額 753 萬 5,000 元。
6. 加強遊民輔導工作：公私協力提供遊民醫療、沐浴、飲食、暫時庇護處所、辦理年節活動、低溫關懷等服務為主，加強生活維護，並鼓勵地方政府設置定點服務站或以走動管理提供街友關懷服務。另辦理研討會或座談會，以加強社政、警政、衛生醫療及民間團體等相關人員溝通協調，103 年 1 至 7 月底止核定 36 項計畫，補助金額 620 萬餘元。此外，為強化遊民緊急收容安置、轉介就業者，提供租屋補助及生活扶助，以促使其安心自

立就業，本部運用公益彩券回饋金經費補助辦理遊民收容安置、生活重建等服務，103 年度核定補助 33 項計畫，補助金額計 1,721 萬餘元。

(六) 社區發展及志願服務

1. 凝聚社區力量推展社區發展工作：截至 103 年 6 月底止，全國計有 6,742 個社區發展協會，社區活動中心計 3,953 所，提供社區民眾集會及辦理各項文康、育樂及福利服務活動場所。另社區發展協會組設有社區守望相助隊計 1,553 隊、志願服務隊 3,252 隊、志工人數 10 萬 6,697 人，協助社區維護治安、環境綠美化及推動各項福利服務工作。
2. 辦理社區發展工作評鑑：為輔導社區發展協會健全組織，訂頒「社區發展工作評鑑實施要點」據以辦理評鑑工作。自 97 年起採分年分區辦理評鑑，103 年度業已評鑑北部地區，評鑑對象包括臺北市、新北市、臺中市、宜蘭縣、桃園縣、新竹縣、苗栗縣、南投縣、花蓮縣、金門縣、連江縣、基隆市、新竹市等 13 個直轄市及縣(市)政府與其遴薦之績優社區發展協會計 43 個(績效組 31 個社區及卓越組 12 個社區)，期藉評鑑與直轄市及縣(市)政府、社區發展協會相關人員進行意見交換、理念溝通及提供具體建言，作為推展社區發展工作改進方向、制定及修改相關法規與政策之參考。
3. 凝聚社區意識，開發社區人力資源：每年辦理社區發展

業務研習班，103 年度計調訓 244 人次；補助社區成長學習福利活動等 233 件，辦理全國社區民俗育樂活動觀摩會、走動式績優社區觀摩活動等，鼓勵直轄市及縣(市)政府結合社區發展協會，研提創新方案，推動福利化社區旗艦競爭型計畫，藉以凝聚居民情感與共識。

4. 莫拉克重建區社區培力發展永續計畫：本部為持續協助莫拉克風災重建區居民安居樂業、社區永續，自 102 年辦理「莫拉克重建區社區培力永續發展計畫」(以下簡稱社區培力計畫)，核定補助高雄市、臺南市、南投縣、嘉義縣、屏東縣及臺東縣等 6 縣(市)政府，設置 27 處社區培力據點，補助金額合計 7,026 萬 3,188 元。透過督導、訓練與觀摩學習(參訪)等方式培訓社區人才與組織，建立社區自主力量，以達成社區永續發展目標。截至 103 年 8 月底止，總計受益人次高達 5 萬 8,862 人次。
5. 擴大民眾參與志願服務工作：志願服務法於 90 年通過，經積極推動，登記有案之志工人數已達 100 萬餘人，其中衛生福利志工有 25 萬餘名，本部已建置全國志願服務資訊整合系統，運用資訊科技辦理志工基本資料管理、志工供需媒合、志工服務時數統計、志工經驗交流分享等。截至 103 年度 6 月底計補助民間團體辦理志願服務教育訓練、研習觀摩、獎勵表揚、宣傳推廣計 43 案，補助經費達 547 萬 3,200 元。

(七) 社會工作

1. 充實地方政府社工人力：行政院於 99 年 9 月 14 日核定「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」，本部於 99 年 9 月 21 日函請各地方政府據以實施，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質；截至 103 年 6 月底止，計畫執行進度如下：
 - (1) 100 年新增 366 名約聘社工人員：22 縣市業已完成進用 366 名約聘社工人員。
 - (2) 101 年至 114 年進用正式社工員納編計畫辦理進度：截至 103 年 6 月底計已完成納編 827 名社工編制員額，佔 101 年至 114 年預定納編員額總數 1,490 名之 55.5%。
2. 調高社工人員職務列等及提升社工待遇加給：
 - (1) 調高職務列等：在正式編制方面，除現有列薦任第 6 職等至第 7 職等公職社工師職缺外，於 101 年起增置「高級社會工作師」(列薦任第 7 職等至第 8 職等)、「社會工作督導」(最高列至第 9 職等)等職務，提供專業升遷管道；在聘用人員方面，調整保護性聘用社工及督導人員之最高支薪標準，最高分別至 7 等 7 階、8 等 7 階。
 - (2) 提升社工待遇加給：行政院自 100 年 9 月 1 日起提高編制內保護性社工專業加給由公務人員專業加給表(一)改適用表(七)(每月增加約 2,375 元至 3,480 元)，並調升聘用保護性社工薪資，其薪點折合率由現行每薪點 121.1 元調高為 130 元(每月增加約 2,776

元至 4,200 元);自 101 年起補助民間團體推動社福方案所需之社工人力人事費補助，每月調升補助 1,000 元。

3. 落實社會工作證照制度：86 年通過社會工作師法，對社會工作師的專業地位、保障服務品質有所提升，截至 103 年 6 月底止已有 7,290 人通過社會工作師考試。
4. 完成專科社工師分科甄審：依據專科社會工作師分科甄審及接受繼續教育辦法第 7 條規定，須於辦法施行後 5 年內(即 103 年以前)各專科(醫務、心理衛生、兒童少年婦女及家庭、老人、身心障礙)應至少辦理 1 次甄審。專科社工師第一次分科甄審筆試，業於 103 年 3 月 22 日至 23 日辦理完竣，及格名單於 103 年 4 月 30 日公告，計錄取 217 位專科社工師(錄取率達 81.3%)。
5. 強化社工人員執業安全：
 - (1) 相關措施:將社工人身安全相關措施納入社會工作師法等相關法規條文規範；請各地方政府配合採行教育訓練及強化人身安全相關措施；將周全社工人員安全措施納入中央對地方家庭暴力及性侵害防治業務、兒少保護工作及社會工作專業制度之績效考核項目；請法務部研修刑法以強化社工人員保護機制，將納入刑法修法之參考；103 年委託辦理「社工人力供需及人身安全研究」(規劃編製社工人員安全維護手冊)、另自 98 年起運用公彩回饋金補助地方政府增設社工人員人身安全設施設備，以建立友善安全之工作環境，

持續強化社工人員執業安全。

- (2) 制訂專法:本部並已制訂「社會工作人員執業安全條例草案」,於 103 年 1 月函報行政院審查;本條例草案業經行政院 103 年 3 月 5 日、9 月 5 日法案審查會前會,鑑於本條例草案尚有法制面之疑義須待釐清,並考量辦理保障社工人員執業安全之急迫性,預定於 10 月中旬召開本條例草案審查會。

6. 開發社工人力資源管理系統:

為完善社工人力資源管理並朝資訊化發展,本部於 102 年委外辦理社工人力資源系統開發,建置全國社會工作師及政府部門(含委外)社會工作人員資料庫,辦理社工師及專科社工師證書、執業執照及繼續教育積分登入查詢及審認相關作業,社工人力分科分級訓練、地方政府執行「充實地方政府社工人力配置及進用計畫」等管理作業,業於本(103)年 5 月建置完成。本部已函請各地方政府持續建置社工人力相關資料,以利本系統資料庫建置完善,並提升本部督導管理地方政府社工人力之效能。

(八) 落實公益勸募輔導及管理工作

1. 為有效管理勸募行為,妥善運用社會資源,以促進社會公益,保障捐款人權益,本部積極輔導勸募團體依「公益勸募條例」及其相關子法之規定辦理勸募活動。
2. 103 年 1 至 8 月共計有 235 個團體申請勸募許可 279 件,另為增進勸募業務人員專業知能,本部於 103 年 6 月辦

理公益勸募實務研習，以提升勸募團體實務工作能力及熟稔公益勸募相關法令，計 79 人參加。

(九) 保護服務

1. 周延法制：

- (1) 推動「家庭暴力防治法」修法工作：於 103 年 4 月 2 日 大院司法及法制、內政、社會福利及衛生環境委員會第 1 次聯席會議審查，計通過 25 條，另保留 9 條擇期再議。
- (2) 為瞭解性侵害犯罪防治法及性騷擾防治法法規之適用是否有窒礙難行亟需修法之處，本部函請相關部會、各直轄市、縣（市）政府及民間團體審視現行實務執行現況及困境，並邀集相關單位進行法規研修事宜。
- (3) 研修兒童及少年性交易防制條例，經召開 8 次會議，重點包括強化被害人保護措施及家庭處遇機制等，本修正草案於 102 年 1 月 16 日送請 大院審議，102 年 2 月 26 日一讀通過並交司法及法制、社會福利及衛生環境兩委員會審查。

2. 網絡整合：

- (1) 建置全國保護資訊系統及個案處理流程控管系統：推動關懷 e 起來計畫，落實家暴及性侵害個案追蹤管理機制，建置資訊共享平台，提供全國防治網絡相關工作人員運用，並於本（103）年召開「第 1 次保護資訊系統運用狀況檢討會議」，以提供整合性網絡服務。

- (2) 整合「家庭暴力高危機個案網絡會議作業平台」、「精神照護資訊管理系統」及「自殺防治通報系統」：提供第一線專業人員即時掌握家庭暴力高危機案件加害人/被害人是否為列管之精神疾患或自殺通報個案，並擴及與「保護資訊系統」介接，擴大保護效益。
- (3) 推動「家庭暴力安全防護網計畫」：自 100 年起全國 22 個縣（市）已全面參與推動，透過落實家庭暴力危險評估，加強網絡整合協調，建立綿密之家庭暴力防治網絡，以維護被害人人身安全，103 年 1 月至 8 月共接獲 3 萬 5,160 件親密關係暴力案件，其中實施危險評估件數為 3 萬 3,247 件，實施危險評估數佔親密關係暴力通報件數之 94.55%。
- (4) 推動「性侵害案件減少被害人重複陳述作業方案」：為避免被害人在偵查及司法訴訟因程序需多次案情而一再面對創傷，藉由結合警察、檢察官、社工、醫療等服務團隊，以提升訊問品質，避免被害人重複陳述造成二度傷害，103 年 1-8 月進入減述作業流程案件約計 1,097 件，約佔整體警政受理性侵害案件 30%。
- (5) 建立「兒少保護網絡提供個案及其關係人資訊交換機制」：為強化兒少保護通報案件調查品質，與衛生、教育及警政部門建立資訊交換機制，俾社政部門即時取得兒少及相關人之醫療、精神疾病、就學輔導及犯罪紀錄，以完善評估兒少人身安全，並有助於後續處遇計畫之設計與提供。

(6) 完善家庭暴力、性侵害及兒童保護事件相關防治措施作為，1-8 月共召開 6 場重大家庭暴力、性侵害及兒少虐待事件個案檢討會議，計檢討 26 件個案，強化防治網絡合作機制、學齡前兒童身體自主權概念，各項檢討結果已供各地方政府參考改進相關服務流程，精進防治措施品質。

3. 強化保護：

(1) 建立通報單一窗口(113)及標準處理程序：103 年 1-8 月 113 保護專線計接線 15 萬 742 通電話，提供 11 萬 33 件諮詢及通報服務。

(2) 辦理家暴及性侵害被害人多元處遇模式及庇護安置服務：103 年 1-6 月提供家庭暴力被害人保護扶助服務計 51 萬餘人次、扶助金額 2 億餘元；提供性侵害被害人保護扶助計 6 萬餘人次、扶助金額 2,500 萬餘元。

(3) 強化性侵害案件處理流程：訂定各項被害人服務及補助標準，輔導各防治中心依法提供被害人緊急救援、就醫診療、驗傷及取得證據、緊急安置、心理治療、法律諮詢等保護扶助措施；另就「原鄉地區性侵害防治工作執行困境與改善策略」、「性侵害案件減少被害人重複陳述作業執行概況」、「無意願進入司法流程之性侵害案件跨網絡合作事宜」、「兒童及少年性侵害案件行為人處遇執行內涵、成效及執行困境」，以及重大性侵害新聞事件召開處理流程策進會議。

(4) 推動兒少保護通報案件分類分級調查處遇機制：優先

處理危急之兒少保護案件，並建立以家內兒少保護事件為核心的工作模式，加強對遭受父母、照顧者虐待或疏忽兒少之安全安置評估及家庭處遇，以落實對兒少之保護及處遇工作。

(5) 建立兒少保護個案標準工作流程及控管系統：督促地方政府落實兒童及少年福利與權益保障法第 53 條規定，依法於受理通報後 24 小時內處理及於 4 日內提出調查報告，並依兒少法相關規定提供保護安置、家庭處遇、強制性親職教育等服務，以協助兒少重返正常家庭生活；對於不適任之父母，則依法聲請停止親權或改定監護權，並由政府提供收出養及長期安置等替代性兒少福利服務。103 年 1-6 月依兒少法令介入保護之兒童及少年計有 14 萬 2,500 人次。

(6) 訂定「各直轄市、縣（市）政府辦理目睹家庭暴力兒童及少年之輔導處遇辦理原則」：為落實防治家庭暴力行為，及早針對目睹家庭暴力兒童及少年強化相關預防輔導措施，避免造成暴力代間傳遞，本部於本(103)年邀集各直轄市、縣（市）政府及中央相關部會共同研商強化目睹家庭暴力兒童及少年轉介及輔導機制，以及相關配套資源。

4. 建立保護性社工人力專業久任制度：

(7) 人力倍增：103 年 1 至 8 月共補助 21 個地方政府計 318 名兒少保護及 188 名家暴性侵害防治社工人力。另透過公設民營、方案委託及補助等機制，強化公私部門

協力合作推展家庭暴力及性侵害防治業務。

- (8) 建立保護性社工人力查核機制：為敦促地方政府保護性社工人力符合「保護性社工人員資格要件及職務範疇認定基準」之任用資格及業務內容，本部於102年11月8日召開「研商保護性社工人員待遇調整疑義相關事宜會議」，決議由各地方政府會同人事單位訂定所屬查核計畫，組成5至7人之查核小組，小組成員應包含人事單位主管人員、會計單位主管人員、用人單位主管人員，並積極辦理定期及不定期查核，以確保本部補助相關人力專責專用。
- (9) 強化社工人員安全維護措施：為保護社工人身安全，家庭暴力防治法、兒童及少年福利與權益保障法及社會工作師法等相關法規均已將社工人身安全相關措施納入條文規範，各地方政府可依法協請警察人員或替代役陪同訪視，或與保全公司合作、以特約計程車載送社工人員訪視；另本部除研擬「地方政府家庭暴力及性侵害防治社工人員保護措施檢核表」，供地方政府檢核轄內保護性社工人身安全狀況外，並補助地方政府增設保護性社工人身安全設施設備，以建立友善且安全的工作環境，保護社工人員人身安全。

5. 精進服務：

(1) 建立專業訓練制度

- 1) 訂立兒童及少年保護社工人員資格與訓練規定：規範兒少保護社工聘用資格應領有社工師證照或具1年

以上工作經歷，並明定兒保社工新進人員訓練及在職訓練等核心課程及訓練時數，以確保社工具備足夠專業知能。103年1-8月辦理新進及在職人員訓練計有110名人員參訓。

- 2) 辦理兒少保護安全評估結構化決策模式訓練：為完整評估受虐兒少家庭危險因子及保護能力，並規劃有效之安全計畫，本部培訓16名種子講師辦理巡迴教育訓練，103年1-8月計有750名兒少保護社工人員參訓。
- 3) 建立性侵害防治社工人員分科分級訓練制度：為增進全國各直轄市、縣（市）政府辦理性侵害防治業務社工人員專業知能，本部訂有「性侵害防治社工人員分科分級訓練課程」，103年1-8月辦理「性侵害督導養成專題研討」，精進督導人員專業能力；另本部業針對未進入司法程序之非告訴乃論性侵害案件研訂相關標準處理作業規定，為強化其服務知能，於103年6月20日及27日辦理2場次「性侵害防治業務人員行政講習」，參與人數計143人。
- 4) 辦理「性侵害被害人心理輔導專業人員培訓計畫」：103年辦理北中南3場次21天課程，領有「性侵害被害人心理輔導研習結業證書」之參訓學員名單並彙整函送各地方政府供其建立地方專業人才庫。
- 5) 辦理家庭暴力安全防護網督導人才培力計畫：為輔導各直轄市、縣（市）政府逐步建立在地化之家庭暴力

安全防護網模式，103 年 1-6 月辦理「103 年家庭暴力安全防護網計畫行政講習」，共有警政、社政、衛政等防治網絡成員約 110 人參與；另為提升家庭暴力安全防護網主持人之專業知能，辦理家暴高危機個案網絡會議主持人訓練工作坊 2 梯次，計有 116 名現任主持人及儲備主持人參訓。另為落實防治家庭暴力行為及確保被害人權益，辦理 2 場次觀摩研討會，計 220 人參與。

- 6) 辦理「家庭暴力防治網絡專業人才訓練計畫」：103 年 1 至 8 月辦理家庭暴力防治初階訓練 3 場次，家庭暴力專題研討與督導培訓計 2 場次，計有直轄市、縣(市)新進及資深社工人員計 280 人參加訓練。

(2) 發展評估工具

- 1) 開發 SDM (Structured Decision-Making Model) 兒少保護標準化評估決策模型：與美國兒童研究中心合作開發 SDM，建立標準化及結構化的評估決策工具，以輔佐社工進行專業判斷，正確界定兒少保護個案及其家庭之危險因子、保護因子及家庭風險因子，據以提供對應的安全計畫及家庭處遇計畫，以有效促進受虐兒少及其家庭的安全及福祉。
- 2) 辦理「建構家庭暴力安全防護網高危機個案解除列管之多面向評估指標計畫」：提供各直轄市、縣(市)政府於召開家庭暴力高危機個案網絡會議時，得運用一致性的客觀評估工具輔助，促進防治網絡溝通及建

立共識，以評估被害人之致命風險因子及擬定安全畫。

- 3) 函頒性騷擾檢核表、印製性騷擾案件處理實務操作手冊，並研發性騷擾被害人權益說明、場所主人性騷擾防治注意事項，以提升性騷擾被害人自身權益認識及強化各場所落實性騷擾防治工作。

(3) 加強研究發展：

- 1) 建置臺灣首座反性別暴力網路圖書館「TAGV 反性別暴力資源網」：該網站是臺灣首座以反性別暴力為主題之網路圖書館，內容包括兒少保護、家庭暴力、性暴力、性騷擾、青少年性暴力及人口販運等 6 大議題、計 74 項類別之資料。截至 103 年 8 月止，資料筆數計有 1 萬 3,971 筆。
- 2) 辦理「老人保護案件評估輔助工具之應用發展及教育推廣計畫」：為強化第一線實務工作者面對老人受虐案件之通報及評估處理，參考親密關係暴力及兒童少年保護事件建立標準化的評估指標，以供實務工作者參考應用。
- 3) 研發兒少保護家庭處遇服務計畫評估指標：為提升受虐兒少家庭功能，保障兒少長期性福祉，本部與民間團體及學者合作研發家庭功能評估指標、處遇服務計畫成效評估指標，並建立工作指引手冊供第一線服務人員依循運用。
- 4) 辦理「性騷擾案件調查/調解品質提升計畫」：為提升

調查品質及調查人員的專業責信，強化性騷擾案件調查/調解品質，本部訂定性騷擾調查/調解人(委)員之資格條件、訓練課程標準，並研發性騷擾案調查/調解紀錄、調查報告內容書表格式及編製工作手冊，以供實務工作使用。

6. 辦理預防教育宣導：

- (1) 辦理「家庭暴力防治社區紮根計畫」：加強推廣「暴力零容忍」之社區意識，辦理各種反家暴之預防教育推廣活動，希望透過社區紮根，促進民眾及早建立起預防的觀念，並於103年6月21日辦理1場「街坊出招3反家暴讚出來」社區觀摩會，計有社區代表計100人參加。
- (2) 外籍配偶人身安全宣導：辦理「103年度外籍配偶人身安全宣導計畫」，透過在台發行之東南亞語文平面刊物，以及在台東南亞人士為主要收聽對象之相關廣播頻道，運用東南亞各國語言進行家庭暴力防治教育宣導。
- (3) 製作家庭暴力防治影音光碟、手冊及宣導單張，包括「親密伴侶暴力—跟蹤」及「說不出口的秘密」等影音光碟，及「下一站，彩虹」手冊與宣導單張計1,800分，供各直轄市、縣(市)政府家庭暴力及性侵害防治中心、警察局及衛生局發送相關人員參考使用，俾協助第一線專業人員瞭解親密伴侶跟蹤行為之危險性及同志親密關係暴力之樣態，進而使其能妥適處理此

類案件。

- (4) 辦理「遠離恐懼 擁抱青春」性侵害防治影展計畫：為引導大眾思考身體自主、同理性侵害被害人處境、重視青少年性侵害防治議題，103年7月於北中南分區辦理共計9場次性侵害巡迴影展，並輔以文宣創意活動之設計，以及映後座談的舉辦，進而教育社會大眾反思我國社會針對性侵害問題的意識氛圍，以建立性別平等、尊重與多元包容的社會，計有600人次參加。
 - (5) 運用社福補助12個民間團體深入社區辦理性侵害防治教育宣導計畫，以及透過公益彩券回饋金補助機制，挹注縣市政府推動辦理性騷擾防治宣導教育工作，103年1月至8月計補助11項方案，合計補助506萬3,500元。
7. 加強性騷擾防治：於本（103）年製作性騷擾防治-公共場所篇宣導影片，並透過多元媒體宣導；另印製發送「禁止性侵害及性騷擾公開揭示」海報及貼紙3萬5,000張，以加強社會大眾有關性騷擾防治教育宣導，鼓勵社會大眾在公共場所目睹性騷擾應勇於制止，並鼓勵被害人申訴，以提升社會大眾對性騷擾防治之認知。

五、社會保險改革

（一）穩定全民健保財務

1. 財務現況：截至103年6月底止，健保收支累計結餘約990億元，達法定安全準備原則，財務狀況已有改善。

2. 補充保險費收繳情形：為穩固健保財源，使健保永續經營，102 年開始實施二代健保，針對原僅以經常性薪資所得計費之基礎予以適度擴大，將沒有列入投保金額計算之高額獎金、兼職所得、執行業務收入、利息、股利及租金收入等列入計費基礎計收補充保險費，使健保費負擔更趨公平合理。截至 103 年 6 月底止，統計 102 年健保補充保險費收繳金額約 402 億元。
3. 檢討代位求償作業：本部健保署依健保法第 95 條規定，向強制汽車責任保險保險人請求返還汽車交通事故醫療費用之代位求償制度，102 年間健保署代位求償之醫療費用總金額約 30 億元，基於各界對於全民健保及強制汽車責任保險之意見，金管會已依 大院臨時提案之要求，會同本部積極檢討並獲共識，未來本部健保署將依雙方協議之共識辦理代位求償作業。
4. 特約醫事機構查處成效：本部健保署透過加強查察保險醫事服務機構虛報醫療費用違規情事，藉以提升健保醫療資源合理運用；除對民眾檢舉、上級交查案件加強稽查之外，另主動分析資料發掘違規案件，全力進行訪查，並規劃辦理全國性查核專案；103 年截至 6 月底止，訪查醫事服務機構 372 家，占特約之醫事服務機構家數 1.39%。
5. 辦理藥品支付價格調整：為使醫療資源合理分配，自 102 年 1 月 1 日起，試辦「藥費支出目標制」二年，當超出藥費支出目標值時，自動啟動藥價調整機制，使藥費成

長管控於合理範圍。配合 102 年健保藥費超出目標制額度 56.7 億元，103 年已進行藥價調整，第一大類藥品及健保收載未逾十五年之第三大類藥品，新藥價於 103 年 5 月 1 日生效，健保收載超過十五年之第三大類藥品，配合 大院決議事項，新藥價延至 7 月 1 日生效。

(二) 推動支付制度改革

1. Tw-DRGs 支付制度：

- (1) 103 年第 1 季醫院申報資料統計，實施前後醫療利用之影響為：平均每件住院天數，由實施前同期(98 年 1-3 月)4.40 天，下降為 4.15 天，整體下降 5.69%；平均每件實際醫療費用，由實施前同期(98 年 1-3 月)4 萬 5,278 點，略增為 4 萬 8,771 點，每件增加 3,493 點，上升 7.72%，主要是因 102 年調高部分住院之支付標準。
- (2) 顯示在此制度下，會促使醫院減少不必要之手術、用藥及檢查等費用，一方面保障民眾醫療品質，另一方面亦提升醫療服務效率。
- (3) 103 年 7 月 1 日導入 DRG 第 2 階段，共 237 項，合計 1、2 階段已導入 401 項 DRG。

2. 論質計酬支付制度：

- (1) 本部健保署 90 年起透過調整支付的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者提供符合治療指引的照護，並以醫療品質及效果做為支付費用的依據。共試辦糖

尿病、氣喘、高血壓、乳癌、思覺失調症、B 型與 C 型肝炎帶原者、初期慢性腎臟病等 7 項論質計酬方案，其中高血壓方案自 102 年起併入其他方案施行，糖尿病方案已於 101 年 10 月導入支付標準。

(2) 每年編列專款約 11 億元(103 年醫院編列 5.673 億元、西醫基層編列 2.055 億元、其他項目編列 4.04 億元)，辦理論質計酬方案。

(3) 辦理成效：

1) 糖尿病：103 年 1-6 月照護人數為 35.45 萬人。追蹤 94-102 年糖尿病糖化血色素不良(>9.0%)之新收個案，61.8%個案照護後有改善。

2) 氣喘：103 年 1-6 月照護人數為 7.85 萬人。102 年度參與方案者的急診及住院次數較未參加者低。

3) 乳癌：103 年 1-6 月底照護人數為 1.25 萬人。

4) 思覺失調症：103 年 1-6 月底照護人數為 5.31 萬人。

5) B 型及 C 型肝炎帶原者：103 年 1-6 月底照護人數為 11.9 萬人。

6) 初期慢性腎臟病：103 年 1-6 月底照護人數為 16.08 萬人。

3. 論人計酬支付制度：

(1) 為改變現行論量計酬之缺失，提供更大誘因促使院所投入更多健康促進服務，業採 3 種模式進行論人計酬試辦，計有 8 家試辦團隊參與，各試辦團隊試辦期間為 3 年，除本部金門醫院自 102 年 1 月起加入至 104

年 12 月 31 日止，其餘 7 家試辦團隊均自 101 年 1 月起至 103 年 12 月 31 日止，照護對象人數約 20 萬人，並採每一年半結算一次方式辦理。

(2) 期中結算(101 年 1 月-102 年 6 月)執行情形：

1) 團隊內之門診就醫次數及費用，多已呈現下降趨勢，惟團隊外住院費用上升，此可能因健保法並未限制病患選擇就醫地點，團隊內醫療利用雖可獲得較有效率之改善，惟照護對象若自由選擇至團隊外就醫時，其醫療利用難由團隊醫院掌控，試辦團隊對於照護對象全人服務之課責性有待提升。

2) 除固定就診率之團隊達成率不及 50%外，其餘臨床及政策鼓勵指標達成率均已超過 5 成。

(3) 本制度為全新支付方式，亟需倚重學者專家提供協助及輔導承辦醫療團隊，並進行研究分析及建議，101 年度本部健保署提出「論人計酬試辦計畫評估與模式改善研究」委託研究二年計畫，本(103)年並辦理全國觀摩會及政策研討會，就初步執行結果，蒐集各界意見並凝聚專家共識，以修正並提出具體可行之改善建議。

(4) 期末結算(102 年 7 月-103 年 12 月)將於 103 年底啟動。

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

(1) 為落實健保各項給付項目支付之公平性，合理反映各項服務投入的成本差異，102 年醫院總額編列 50.55

億元，用於合理調整急重難科別及內外婦兒科之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。本部於103年1月17日公告支付標準調整方案，追溯至102年1月1日起實施。

- (2) 101年至103年於醫院總額每年均編列3.2億元，實施「全民健康保險急診品質提升方案」，用於提升急診重大疾病照護品質、加強適當轉診及提升急診處置效率等三大面向，並依達成結果提供獎勵措施，以改善醫院急診壅塞，提升急診醫療服務品質。
- (3) 「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」專款費用編列：實施6年(98-103年)，共挹注91.65億元(98及99年各8.325億元、100年10億元、101年20億元、102年25億元、103年20億元)用於提升護理人力配置及護理人員獎勵措施，累計5年(98-102年)共增加護理人力6,205人，分析醫院登錄之獎勵款項應用，多用於加發獎勵金、提高護理人員薪資及增聘護理人力。藉由本方案之實施，增加院所提升護理人力配置之動機，經由護理人力數之統計，發現在各層級院所皆有正面之促進效益。

5. 急性後期照護計畫

- (1) 為因應人口老化，推動「提升急性後期照護品質試辦計畫」，建立台灣急性後期照護模式，作為急性照護與長期照護之垂直整合轉銜系統。對治療黃金期之病人給予積極性之整合性照護，使其恢復功能健康返家，

減少後續再住院、超長住院等醫療支出，提升照護之連續性及品質，減輕醫療體系、家庭及社會照顧之負擔。

- (2) 先期選擇共病及跨科較多、較複雜，人數亦多之腦中風疾病試辦，照護對象為病情穩定、失能、且有復健潛能之新中風病人。未來將藉由試辦期經驗，推廣急性後期照護模式，並可應用作為急性醫療照護銜接急性後期、長期照護的有效照護模式。
- (3) 照護特色：病患經急性期後自醫學中心、區域醫院轉至具「急性後期照護團隊」的區域醫院、地區醫院，在治療黃金期內(最長 3-6 週)給予團隊整合性照護，包括物理、職能、語言、社工、營養及共病症、併發症預防及處理。每 3 週團隊定期評估，依病人評估結果調整治療計畫。當急性後期照護階段完成後，妥善出院準備服務，銜接出院至居家社區環境。
- (4) 執行成效：本部健保署評選 39 個醫院團隊(129 家醫院)參與試辦，其中區域醫院 53 家、地區醫院 76 家。自 103 年 3 月起正式啟動，至同年 6 月底收案 499 人；照護療程結束結案數 328 人，病人整體成效進步者占 87%，病人之後續照護方式，回歸居家或社區門診復健比率為 82%。結案病人各項功能平均分數較收案時進步，如巴氏量表平均分數由 38.9 分(顯著依賴等級)進步至 63.4 分(功能獨立等級)，進步 24.5 分；工具性日常生活功能(IADL)平均分數由 1.5 分進步至 2.4

分，進步 0.9 分。經失能嚴重度校正，參加計畫者之 14 日再住院率及 30 日再住院率，均低於未參加者。

6. 共同擬訂會議：

- (1) 辦理醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準擬訂事宜：本部健保署邀集相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同參與討論，至少每六個月召開一次會議，必要時邀請相關專科學會提供專業團體代表列席表示意見。醫療服務部分：103 年截至 6 月底止共召開 6 次會議（藥品與特材各 3 次）及 1 次藥品臨時會，會議通過第二部西醫共調整新增修訂項目 72 項，第三部牙醫調整 4 項，第四部中醫調整 29 項。藥物部分：103 年截至 6 月止納入健保給付之新藥有 22 項、已收載成分劑型之新品項及中藥品項約有 883 項。新特材有 18 項、屬既有功能類別特材約 1,110 項。
- (2) 為廣納各利害關係人之多方意見，新藥及新特材之健保給付討論案，必要時也會邀請病友團體代表列席表示意見，以確保民眾用藥權益。

(三) 擴大照顧弱勢民眾

1. 健保費及欠費協助：

- (1) 在健保費補助方面：103 年截至 6 月底止，受補助者計 291 萬餘人，補助金額 119 億餘元。
- (2) 在欠費及就醫相關費用之協助方面：103 年截至 7 月

底止對繳交健保費有困難之弱勢民眾，紓困貸款部分，核貸 1,671 件，金額 1 億元；分期繳納部分，核准 6.9 萬件，金額 18.27 億元；愛心轉介部分，補助 6,166 件，金額 1,445 萬元。103 年運用公益彩券回饋金協助經濟弱勢民眾繳納健保相關欠費及就醫相關費用，以保障其就醫權益，截至 7 月底止，已協助 3 萬 5 千餘人次，補助金額約 3.6 億元。

2. 醫療保障：

- (1) 二代健保實施後，依健保法第 37 條規定之意旨，僅得就有能力繳納而拒不繳納健保欠費者始予暫行停止保險給付(鎖卡)，截至 103 年 7 月底止，經輔導後仍不繳納欠費而予鎖卡者有 4.3 萬人，而凡屬經濟弱勢之欠費者一律不鎖卡。
- (2) 未加保或欠費之民眾，因急重症需醫療時，持村里長或醫院出具之清寒證明，即可以健保身分就醫。103 年截至 6 月底止，計受理 1,040 件，醫療費用 2,856 萬元。

3. 強化山地離島地區及平地鄉醫療資源不足地區之醫療服務

- (1) 實施全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS)：本部健保署已於全國 50 個山地離島鄉鎮分別實施此項計畫，由有意願、有能力之醫療院所，以支援之方式，提供山地離島地區約 43 萬名民眾各項醫療照顧、專科診療及預防保健等服務；並且定期召開

督導委員會會議，對所提供的醫療服務及民眾需求，進行瞭解檢討。103 年共有 26 家醫院承作 30 個計畫，本部健保署除支付原論量服務費用外，每年額外投入專款專用經費 4-6 億元，103 年 1-3 月除提供當地醫療論量費用 8.98 億元，另額外投入經費共 9 千 6 百萬元。

- (2) 各總額部門醫療資源不足地區改善方案：鑒於健保醫療資源有限，本部健保署皆逐年與醫界研擬並修正醫療資源不足地區改善方案內容，鼓勵醫師至該地區執業或採巡迴方式提供醫療服務，以提高當地民眾就醫可近性。103 年度持續辦理西醫、牙醫及中醫之「醫療資源不足地區改善方案」，以嘉惠平地鄉偏遠地區民眾；每年額外投入經費約 5.6 億元。
 - (3) 落實山地離島地區及偏遠地區醫療在地化：為使山地離島地區及健保醫療資源不足地區之民眾，可以就近獲得內外婦兒科和急診醫療，鼓勵醫院加強前述服務時，每點點值給予一點一元保障，每家醫院保障金額上限 1,500 萬元，103 年投入經費為 8 億元，參與醫院計有 74 家
4. 偏遠地區部分負擔減免：配合健保法第 43 條醫療資源缺乏地區得減免自行負擔費用之規定，並依健保法施行細則第 60 條規定，保險對象於符合「全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備條件」之鄉、鎮、市、區內保險醫事服務機構就醫，門診、急診或居家照護之應自行負擔費

用得予減免 20%，期減輕民眾就醫負擔。103 年符合醫療資源缺乏地區條件之鄉、鎮、區共 51 個。

5. 身心障礙者之醫療保障

- (1) 領有「身心障礙證明」者，門診就醫時不論醫院層級，部分負擔費用均按診所層級收取 50 元。
- (2) 本部健保署自 91 年起施行牙醫特殊服務項目醫療服務試辦計畫，以醫療服務加成給付方式服務，鼓勵醫師提供特定身心障礙者牙醫服務。於 95 年起放寬可由各縣市牙醫師公會組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務、支援未設牙科之精神科醫院或有特殊需求的啓智學校提供牙醫特殊巡迴醫療服務論次費用每小時支給 2400 點。另針對符合本計畫之特定身心障礙類別且符合居家照護條件之保險對象，自 100 年 7 月 1 日起提供牙醫到宅服務；針對入住身心障礙機構之長期臥床病患對象，自 102 年 1 月起提供「特定需求者牙醫醫療服務」。102 年該計畫服務人次為 13 萬 4,861 人次、投入金額共 3.69 億元，103 年 1-6 月，服務人次則為 6 萬 3,872 人次、投入金額 1.89 億元。

(四) 合理使用醫療資源

1. 門診高利用對象輔導措施

- (1) 為協助門診就醫次數高之民眾正確就醫，並強化其本身健康管理，自 90 年開始，辦理專案輔導，藉郵寄關懷函、電訪、親訪、結合社會資源，以及指定就醫處

所等方式，導正彼等就醫行為。101 年輔導前 1 年門診申報就醫次數 ≥ 100 次者約 3.3 萬人，平均就醫次數下降 24%、平均醫療費用下降 26%，節制醫療費用 8.29 億元。另為了提升醫療資源使用效率，自 102 年 4 月起擴大輔導全年門診就醫 ≥ 90 次者計 4.7 萬人，渠等經 102 年輔導後，平均就醫次數下降 22%，平均醫療費用下降 18%，節制醫療費用約 6.7 億元。103 年 1-6 月門診高利用對象經輔導後，平均就醫次數下降 16%，平均醫療費用下降 12%。

(2) 另自 102 年 5 月起，對於當年門診就醫次數 ≥ 20 次者，藉由民眾刷健保卡取號時，以即時訊息提醒診治醫師協助瞭解原因並即時輔導，以確保民眾有效利用醫療資源。

2. 推動轉診實施情形：全民健康保險轉診實施辦法明定特約醫院、診所應設轉診櫃檯，為轉診病人提供適當就醫安排，包括先洽轉入院所提供就醫日期、診療科別及掛號協助，並視需要保留掛號名額給轉診病人，以有效落實分級轉診。截至目前執行成效如下：

(1) 特約醫院已全數設置轉診櫃檯，提供轉診病人單一窗口服務。

(2) 本部健保署網站建置「二代健保轉診專區」提供各醫院轉診櫃檯之聯繫電話，以利轉診作業。

(3) 102 年門診就醫人次 71%集中在基層診所，另醫學中心、區域醫院初期照護率(小病看大醫院指標)逐漸下

降，呈現逐步落實分級醫療情形。

3. 抑制醫療資源不當耗用

(1) 依健保法第 72 條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

(2) 本部健保署 102 年及 103 年所擬方案重點如下：

- 1) 持續支付制度改革：持續推動 DRG、論質及論人支付制度。
- 2) 多重疾病整合醫療之推動：持續推動醫院以病人為中心門診整合照護計畫、家醫整合照護計畫。
- 3) 提供即時資訊避免重複醫療：利用健保卡取號即時提醒及時輔導。
- 4) 高診次就醫輔導：持續加強推動高診次就醫輔導方案。
- 5) 高耗用醫療項目管控：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
- 6) 減少無效醫療耗用：積極推動社區安寧，節省臨終前之不當醫療利用。
- 7) 加強健保教育宣導：建立民眾珍惜健保資源，減少醫療浪費的觀念。
- 8) 藥費管制措施：建置「健保雲端藥歷系統」，確保病患用藥品質。
- 9) 強化違規查處機制：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

4. 醫院以病人為中心整合照護計畫

- (1) 本部健保署自 98 年 12 月 1 日起推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」，鼓勵醫院依據特性發展整合門診服務模式，並訂定獎勵指標，以減少不必要之檢查、檢驗、用藥等，提高醫療照護品質。
- (2) 102 年起將罹患二種(含)以上慢性病患列入照護對象，約有 37 萬餘人，計有 179 家醫院參加計畫。整合照護服務的模式包括特殊對象整合(如高齡門診、兒童發展聯合評估等)、特定疾病整合(如三高門診、失智、腎臟病、糖尿病等整合)、主責照護整合模式(主責照護醫師整合，看診其他科後仍由主責醫師診療)及其他模式(如跨科室或資訊整合照護團隊、個管師服務等)等。
- (3) 102 年參加計畫之照護對象院內就醫次數下降 7.21%，用藥品項數下降 1.81%；繼續照護對象各項指標值均低於新照護對象，已具照護成效，103 年持續推動，可照護人數約 45 萬餘人，其中 65 歲以上老人占率將近 60%。

5. 健保雲端藥歷系統

- (1) 為避免醫師重複處方及病人重複用藥，提升用藥安全及品質，本部健保署於 102 年 7 月結合雲端科技技術，建置以病人為中心的健保雲端藥歷系統。民眾就醫時只要透過健保卡，就可請醫師或藥師協助查詢過去 3 個月的用藥紀錄，以提供醫師處方開立或藥師藥物諮

詢參考。

(2) 102年7月1日至103年7月31日健保雲端藥歷系統查詢率，總計有772家院所啟動查詢，醫學中心22家、區域醫院84家、地區醫院322家、基層診所312家、藥局32家。總查詢病人數計1,383,632人，查詢次數2,511,189人次，平均每筆回應時間約13秒，區域級以上醫院均已納入使用。自103年8月起全面開放特約醫事服務機構健保雲端藥歷系統線上查詢作業服務項目之權限，不需再事前申請開啟查詢權限。

(3) 103年第2季藥歷查詢病人組每張處方藥品品項數及每人平均藥費與去年同期比較均呈現下降情形，且6大類藥品用藥日數重複率103年第2季亦均呈現下降情形，顯示建置健保雲端藥歷系統已有初步成效。

6. 特約醫事機構違規處理：對於曾違規之醫事機構(醫師)仍再有違規者(含同址)，已修法明定於5年之內不予特約；另對違規情節重大者，將予永不特約之處分。

7. 辦理醫療科技評估

(1) 依健保法第42條規定「醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務」；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

(2) 102年委託學術單位進行「新醫療技術診療項目之經濟效益評估研究計畫」，用以建立全民健康保險新醫療診療技術項目擇定原則、效益評估方式及標準化作業

程序，104 年將委託學術單位依據前述計畫之經濟效益評估流程及方法，擇定 2-3 項診療項目進行評估，並修訂其評估方式及標準化作業程序。

- (3) 102 年針對常見新醫療科技項目，規劃「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—以綠光雷射前列腺氣化術、鈹雷射前列腺氣化切除術、鈦雷射前列腺氣化切除術、雙極前列腺刮除術/汽化術診療項目為例」及「健保多元支付制度下新增診療項目之醫療科技評估—根治性直腸切除加腸造口術等 21 項達文西手術」等兩項研究計畫，以做為上述新醫療技術診療項目是否納入健保給付之參考。
- (4) 對於建議健保收載及給付之新藥、新特材，本部健保署委託財團法人醫藥品查驗中心蒐集國外醫療科技評估報告，供藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議審議國內新藥、新特材納入健保給付與否之參考。截至 103 年 6 月底止完成並上網公開的 HTA 報告，藥品 7 篇，特材 2 篇。

(五) 醫療資訊公開

1. 公開醫療服務品質資訊，於本部健保署全球資訊網建置「醫療品質資訊公開」主題專區，內容包括：
 - (1) 每月公布特約醫院保險病床設置比率。
 - (2) 各總額整體性醫療服務品質資訊，如住院病人出院後 3 日內回到同院再急診率、就診後同日於同院所再次

就診率等。

- (3) 各醫療院所醫療服務品質資訊，如抗生素使用率、門診同藥理用藥日數重疊率、疾病別等多樣性品質資訊，截至 103 年 8 月 26 日止，專區累積上網瀏覽合計 453 萬人次。

2. 公開醫事服務機構重要資訊—病床資訊透明化

- (1) 每月公布特約醫院之保險病床設置比率：為保障民眾入住健保床權益，除提升特約醫院保險病床比率(公立、私立醫院健保病床比率應分別達 75%以上及 60%以上)，本部健保署依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 33 條規定，加強輔導特約醫院增加保險病床數。自 99 年 10 月起，已於健保署網站設置相關保險病床比率查詢介面。按月公布各醫院急性、慢性病床數，急性、慢性保險病床數及急性、慢性保險病床比率，供各界參考。
- (2) 特約醫院應每日公布保險病床使用情形：為落實醫療資訊公開透明，依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」規定，特約醫院應於其住院櫃檯及其網際網路網頁明顯標示其設置之總病床數、各類病床之每日占床數及空床數、保險病床數及其比率、收取差額之病床數及其差額數等資料，並於其病房護理站明顯標示前述各項資料。截至 103 年 6 月底，健保特約醫院計 472 家皆已完成住院櫃檯及病房護理站標示；網站標示部分，398 家(84.3%)已完成，3 家地區醫院

尚未完成標示，71 家(15.0%)醫院尚無網頁建置且均屬地區醫院，尚未完成標示或標示不夠完整之醫院，本部健保署將持續辦理輔導改善，針對輔導不改善之醫院，將依同辦法第 36 條第 2 款，予以違約記點。

3. 醫事服務機構提報財務報告

- (1) 本部業於 102 年 6 月 7 日發布「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」。
- (2) 提報之門檻：實施第一至三年(102~104 年)為當年度領取保險醫療費用超過 6 億元、實施第四至五年為(105~106 年)超過 4 億元、實施第六年以上(107 年以後)為超過 2 億元。
- (3) 保險醫事服務機構提報財務報告，應依下列之機構別及程序辦理：
 - 1) 醫療法人機構：依醫療法人財務報告編製準則編製，經會計師查核簽證，並出具意見書。
 - 2) 公立機構：依主計機關之規定編製，並經審計機關審定。
 - 3) 前二款以外之其他機構：依一般公認會計原則編製，經會計師查核簽證，並出具意見書。
- (4) 提報時間及內容：次年 10 月 31 日前，向保險人提報財務報告，包含：資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入明細表及醫務成本明細表，計 6 項。
- (5) 統計 102 年符合提報條件之特約醫院為 109 家，其中

醫學中心 19 家、區域醫院 74 家和地區醫院 16 家，約占西醫醫院家數 23.0%，占醫院健保總收入約 85.4%。

(六) 賡續推動國民年金，保障民眾權益

1. 檢討國民年金法，強化國民年金制度：為研議國民年金法之修正，本部持續積極蒐集民眾及相關機關意見，並於 103 年 3 月間邀請學者、專家及相關機關召開 2 場諮詢會議，針對國民年金制度及法規進行研商；經彙整各界共識後，國民年金未來修法重點為提高國民年金生育給付、檢討修正相關年金給付基本保障之請領條件、放寬遺屬年金請領資格、適度縮短保險費補繳期限等。
2. 定期辦理國保財務精算，健全保險財務：依國民年金法第 10 條及其施行細則第 10 條規定，國保之保險費率採定期自動微幅調整機制，且依規定國保應每 2 年辦理財務精算，並依精算結果(每次精算 40 年)檢討調整費率。勞保局已於 102 年底委外辦理第 3 次國保財務精算委託研究案，本部並已遴聘保險、精算、社會學學者專家及相關單位代表等 17 人精算審查小組委員審查其研究報告，業於 103 年 8 月底完成第 3 次國保財務精算報告，後續將依精算結果，辦理國保費率檢討調整作業，以維持國保制度之永續經營。
3. 配合公教人員保險法年金化，於 103 年 7 月 15 日函復勞保局同意所擬「已成就公教人員保險養老給付請領條件，於退出公教保後其國保納(退)保作業原則」，以排

除公教退休人員同時享有國保及公教保老年給付雙重保障之不合理現象。

4. 持續辦理國保納保及給付核付業務，照顧民眾基本經濟生活：至 103 年 6 月底，國保納保人數約 367 萬餘人，開辦迄今(97 年 10 月至 103 年 4 月)被保險人累計繳費率為 56.85%；另 103 年 7 月底，各項給付人數（含基本保證年金）合計 138 萬 9,391 人，103 年累計各項給付金額 352 億 2,442 萬餘元。
5. 督導辦理國保欠費催收作業：103 年度國民年金保險費之欠費催收作業，截至 103 年 9 月 4 日止，已催繳人數計 290.7 萬餘人，催欠金額為 185.8 億餘元，已繳金額 8.4 億餘元，占欠費催收總金額 4.54%。
6. 有關國民年金給付(不含原敬老津貼部分)溢領與追繳情形：開辦迄今(97 年 10 月至 103 年 7 月)，溢領人數共計 1 萬 6,701 人，已收回人數計 1 萬 6,234 人，待收回人數計 467 人；溢領總金額為 2 億 1,283 萬 331 元，收回 1 億 9,474 萬 5,035 元，尚未收回金額為 1,808 萬 5,296 元，收回率為 91.50%。

(七) 規劃長照保險

1. 賡續國民長期照護需要調查，收集之全國失能資料，建構初步長照保險精算模型及費率調整公式。
2. 發展適用於我國長照保險之需要評估工具，作為核定保險給付之依據，針對精神障礙者、失智症者、智能障礙

- 者及有復健需要者已完成該評估量表之適用性修正，103年接續針對有長照需要之兒童進行量表之修訂，期能貼近失能民眾之需求，使服務資源能妥適利用。
3. 發展我國之長期照護案例分類系統，以適切反映不同失能者的長照需要差異，並作為規劃長照保險給付支付標準之基礎資料，102年已完成我國長期照護案例分類系統初稿及規劃訂定機構收住式服務之重度條件。
 4. 為期建立能反映成本且兼顧合理勞動條件之長照保險支付標準，於101、102年分別蒐集居家服務、居家護理、社區照顧及住宿型機構服務等單位之成本資料，並於103年進行整合性分析，期針對不同型態之長照服務機構進行成本分攤，俾利完成各項成本分析。
 5. 自98年9月起至103年6月底止，邀集專家學者及相關之團體，共召開160餘場諮詢會議，討論長照保險財務、組織體制、給付與支付、照顧管理等各項制度規劃，同時參與360餘場以上溝通宣導活動，包括相關團體之座談會或研討會、主題演講、訪談、活動等，藉此進行意見溝通，蒐集各界建議，作為規劃長照保險制度之參考。

六、食品藥物安全

(一) 加強食品安全監測

1. 103年1-8月共完成市售與包裝廠農產品殘留農藥監測1684件，不合格185件；食品中動物用藥殘留監測570件，不合格26件；市售食品中真菌毒素含量監測352件，

不合格 7 件；市售蔬果中重金屬(鉛，鎘與汞)含量監測 119 件及市售食米農藥殘留監測 107 件。不合格之案件，均透過跨部會協調機制，進行源頭改善。

2. 食品安全聯合稽查與取締小組：自 102 年 11 月 1 日起針對生活必需民生重點食品、已認證食品等，結合中央相關部會、地方政府、檢警調，持續稽查，依法嚴懲。已完成「鮮奶」、「年節食品」、「食米」、「蛋品」及「肉品工廠」、「水產品工廠」及「澱粉原料產品」之稽查並發布新聞週知稽查結果。
3. 督導衛生局加強稽查專案：網路食品暨網購食品製造業者專案稽查 156 家，查獲違規產品件數 11 件；火鍋餐飲業者專案稽查 1,363 家，查獲 GHP 不符規定 138 家，標示不合格 137 件，廣告宣傳不合格 45 件；醬油工廠專案稽查 72 家，查獲 GHP 不符規定 2 家，不合格產品 2 件；米粉製造業專案稽查 18 家，查獲 GHP 不符規定 1 家；截切蔬果專案稽查 181 家、抽驗 250 件，查獲 GHP 不符合規定 6 家、不合格產品 3 件；金針專案稽查 64 家，檢出不合格金針乾製品 5 件。不合格案件均由衛生局依法處辦。
4. 劣質油品事件：至 10/1 下午 2 點為止，第一案強冠「全統香豬油」供給 236 家業者、製成問題產品 250 項，第二案使用香港飼料用油之 24 項油品，供給 78 家業者(包括外銷業者 7 家，71 家是國內業者)、製成問題產品 192 項。下架回收封存違規產品數量總計 617 公噸，已銷毀

286 公噸。9 月 16 日至 10 月 1 日未發現販售問題產品，流通市面。預計裁處金額為 13,014 萬元、確認裁處計 12,664 萬元。

(二) 強化食品衛生管理

1. 加強進口食品管理：103 年 1-8 月公布 390 則不合格之進口食品訊息；針對進口牛肉產品執行「三管五卡」管制措施，103 年 1-8 月總計查驗牛肉產品 11,159 批，檢驗 1,404 批，均符合規定；美國牛肉報驗 3,233 批，檢驗 992 批，均符合規定；落實牛肉原產地(國)之強制標示稽查計 7,343 件，合格率 99.9%。
2. 「食品衛生管理法」修正案已於 103 年 2 月 5 日以總統令公布，更名為「食品安全衛生管理法」，除再次提高罰鍰及刑責外，增訂基因改造食品管理與標示法源，同時納入食品三級品管新管理模式及強化檢舉人保障機制，並成立食品安全保護基金法源等相關機制，提升食品安全管理，強化保障國人健康。本部業依食安法之規定，已陸續發布相關法規命令 27 項，預告中法規命令 15 項(統計至 103 年 9 月 20 日)，並採取相關策略及措施。
3. 食品添加物管理資訊化：
 - (1) 十萬食品業者全登錄：為有效掌握食品業者範圍，以利管理及追蹤業者，各國陸續建立食品登錄制度，本部已於 102 年 12 月 3 日發布「食品業者登錄辦法」，明定食品業者申請登錄之條件、程序、應登錄之事項

與申請變更、登錄之廢止及其他應遵行事項，以利食品業者進行登錄，及衛生機關執行稽查作業之依據，預計於 103 年底達成「十萬業者全登錄」，以掌握業者資訊，加強對業者之管理及食品安全衛生教育，精進食品業者登錄平台功能。

- 1) 首波登錄：於 103 年 4 月 24 日公告訂定「食品添加物業者應辦理登錄」，將所有單方或複方之食品添加物業者，包括製造、加工、輸入及販售業者列為首波應登錄始得營業之食品業別。
 - 2) 第二波登錄：於 103 年 7 月 18 日預告訂定「應申請登錄始得營業之食品業者類別、規模及施行日期」草案，包括餐飲業、販售業、食品製造、加工及輸入業、塑膠食品容器具包裝製造、加工及輸入業等；應於 103 年 12 月 31 日完成登錄。
- (2) 食品添加物源頭管理：透過強化跨部會合作，已與環保署建立毒性化學物質之列管通報；並與財政部及經濟部合作，強化食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品。
4. 因應劣質油品事件，落實食安法管理措施
- (1) 登錄制度：食用油脂製造及輸入業者 103.10.31 完成登錄。
 - (2) 追溯追蹤：食用油脂製造及輸入業者 103.10.31 納入食品追溯追蹤管理。

- (3) 一級品管：食用油脂製造業者 103.10.31 執行強制自主檢驗。
- (4) 二級品管：加強食用油脂製造業者之驗證管理，於 104.1.1 食品油脂製造業者接受第三方驗證機構之驗證。
- (5) 三級品管：食用油脂業者優先列入食品良好衛生規範 (GHP) 普查。

(三) 保障全民用藥安全，引領 MIT 藥業國際化

1. 持續推動藥品製造符合國際 GMP 標準 (PIC/S GMP)，並將於 103 年 12 月 31 日全面完成實施，截至 103 年 8 月底止，國內共 140 家西藥製劑廠、32 家醫用氣體廠、5 家製劑先導工廠及 20 家原料藥廠(共 157 品項)、4 家原料先導工廠符合 GMP 評鑑，其中有 72 家西藥製劑廠及 32 家醫用氣體廠通過 PIC/S GMP 符合性之評鑑。推動醫療器材優良製造規範(GMP)，103 年截至 8 月底止，醫療器材 GMP/QSD 認可登錄共完成 3641 件，國內製造廠 573 件，佔 15.7%，國外製造廠 3068 件，佔 84.3%。
2. 完成市售藥物及化粧品品質監測，截至 103 年 8 月底止，市售藥物及化粧品品質監測抽樣 654 件，其中包含藥品 342 件，151 件合格、1 件不合格、190 件檢驗中；醫療器材 182 件，117 件合格、1 件與原核准規格不符、64 件檢驗中；化粧品 130 件，126 件合格、4 件不合格。
3. 執行不法藥物及化粧品聯合稽查專案：3 月份藥品聯合

稽查 60 家，違規家數 21 家；5 月份瘦身美容中心聯合稽查 61 間業者，抽查 109 件儀器，刻正辦理醫療器材產品屬性判定；4 月份醫療器材聯合稽查 40 家，抽查 140 件產品，標示疑似不符合規定件數 25 件；4 月份藥事人員專案稽查 618 家，查獲違規家數 73 家，違規件數 75 件；6 月份含酒精之西藥內服液劑專案稽查計畫，稽查 105 家檳榔攤，查獲違規家數 14 家檳榔攤販售含酒精口服液藥品；6 月份化粧品聯合稽查 87 家，抽查 697 件產品，標示疑似不符合規定件數 49 件。

4. 跨部會合作打擊不法產品，103 年 6 月底止衛生機關查處違規藥物、化粧品及食品廣告案件，核予行政處分 2,776 件，罰鍰計 6,358 萬元，廣告違規比率由 99 年 1 月 13.9%，下降至 103 年 8 月 5.2%；不法藥物查獲率由偽劣假藥聯合取締小組成立初期的 27.22%大幅下降至 103 年 8 月之 3.3%。
5. 針對國內自行研發之醫療器材案件，且具指標「國產第 1 件」、「同類產品最優」、「新醫療適應症」、「國家型計畫重點支持產業」或「多國多中心醫療器材臨床試驗計畫申請案」意義者，建立專案輔導機制，主動介入輔導，截至 103 年 6 月底止，總計輔導 42 案，核准上市 11 件，達臨床試驗階段者 8 件，完成技術轉移 2 件，12 件輔導中，並於 2 年內成功輔導國產第 3 等級醫療器材許可證總張數由原本 24 張提高至 32 張，增加比率高達 33.3%。
6. 強化上市後藥品安全及品質監控、評估及風險管控，自

101 年至 103 年 8 月，完成 180 件藥品安全性再評估，其中 78 件要求廠商執行風險管控措施、4 項成分藥品要求下市；完成調查處理 2,196 件疑似品質瑕疵事件；並有 407 件藥品回收案件。自 99 年底成功爭取成為國際醫療器材法規官方論壇(IMDRF)轄下警訊報告交換系統(NCAR)會員，主動監視國內外醫療器材安全警戒資訊，以早期啟動回收機制，保護消費者安全，103 年截至 8 月 31 日止，共接獲醫療器材國內外監控警訊 2062 則。

7. 為保障民眾用藥權益，提升與我國藥品與臨床試驗之法規環境，103 年預告新制度：

- (1) 建構罕見疾病用藥權益關懷環境，103 年 2 月 12 日各新增「適用罕見疾病防治及藥物法之藥物品項」。
- (2) 為促進生技產業發展，提升國內臨床試驗水準，修正並簡化生物藥品的採用證明文件之要求，於 103 年 2 月 14 日公告修正「藥品查驗登記審查準則」第 46 條附件。
- (3) 為確保人類細胞治療產品臨床試驗合乎科學性、安全性及社會倫理性，並確保受試者之權益，103 年 4 月 27 日預告「人類細胞治療產品臨床試驗申請作業與審查基準（草案）」。
- (4) 為與國際法規接軌，符合 ICH 組織對於非臨床安全性試驗議題最新指引，103 年 4 月 29 日預告修正「藥品非臨床試驗安全性規範(草案第五版)」。
- (5) 為精進藥品審查管理，於 103 年 5 月 22 日公告「新藥

查驗登記審查流程與時間點管控」、「新藥審查與管理介紹」，增進審查流程可預期性，另 5 月 23 日函知藥業公協會「新藥查驗登記新制度」，致力新藥審查送件電子化、得列席諮詢會議審查透明化、諮詢溝通服務多元化。

8. 103 年 5 月 22~28 日，我國主辦第 6 屆「國際學名藥法規主管機關會議」，共 12 國 40 位法規主管機關代表參加，就各國法規差異分析調查及未來發展趨勢、資訊交流平台建置與審查業務合作模式進行討論。並接續於 103 年 5 月 29~30 日辦理「學名藥未來趨勢國際法規研討會」，探討國際學名藥相關法規發展與全球市場趨勢，開展製藥產業國際合作契機，共計 243 人參加。
9. 建置用藥照護之藥事服務模式，103 年 6 月底共成立 22 家正確用藥教育資源中心，徵選 112 家正確用藥學校，辦理學校至社區藥局觀摩 26 場次，參與人次達 1,494 人，以維護民眾用藥安全。

(四) 有效防制藥物濫用

1. 加強管制藥品流向資料之勾稽及查核，103 年截至 6 月底止，計實地稽核 8,657 家次，查獲違規 146 家，違規比率 1.69%，均依法處辦違規者。另加強管制藥品佐沛眠(Zolpidem)查核與宣導，該藥品年度使用量已由 101 年約 1 億 6 千萬粒降至 102 年約 1 億 4 千萬粒，減少 12.5%。

2. 辦理藥物濫用通報，103 年截至 6 月底止，醫療院所共計通報藥物濫用 8,954 件，較 102 年同期之 10,334 件，減少 13.4%。

(五) 落實中藥藥事管理

1. 本年度查處違規中藥廣告，截至 103 年 8 月底止，核予行政處分 183 件，罰鍰計 750.3 萬元；查處違規中藥產品，核予行政處分 32 件，罰鍰計 97.5 萬元；查處違規中藥行為，核予行政處分 34 件，罰鍰計 146.1 萬元。
2. 完備中藥材之源頭管理機制，並依據海峽兩岸醫藥衛生合作協議，自 101 年 8 月 1 日起實施 10 項中藥材邊境管理，截至 103 年 8 月底止，查驗完成 4,799 件中藥材報驗通關案，計 2 件黃耆檢驗不合格，並予退運之處分。
3. 辦理 GMP 中藥廠後續查廠，截至 103 年 8 月底止，共辦理 24 家 GMP 中藥廠後續查廠。
4. 102 年 12 月 26 日公告「天王補心丹等 22 項中藥傳統製劑含異常物質限量標準及其適用範圍」，並自 103 年 7 月 1 日起生效。
5. 103 年 1 月 9 日公告訂定「膏滋劑及糖漿劑劑型之中藥成藥製劑外包裝及仿單加刊注意事項」，並自 103 年 7 月 1 日起，生產之產品，均須符合公告之規定。

七、發展醫藥生技

(一) 加強生醫科技研發

1. 強化科技中程綱要規劃策略，推動醫衛、藥物、食品、生技研究發展計畫，及奈米、生技醫藥等國家型計畫，103 年度截至 8 月共執行 571 件。
2. 研發成果收入：本部 102 年研發成果收入計 657 萬 8,587 元，較 101 年成長 130%。而 103 年截至 8 月底止，計 534 萬 5848 元。

(二) 推動卓越臨床試驗及癌症研究體系

1. 推動「提升臨床試驗創新及競爭力」計畫：103 年補助計 6 家臨床試驗中心，截至 8 月底止，已新增臨床試驗計畫計 382 件，包含國際臨床試驗 238 件，本土臨床試驗 52 件，PI 自行發起臨床試驗 92 件。
2. 推動「第二期癌症研究計畫」：研究聚焦在國人特有、發生率持續上升的口腔癌、乳癌、大腸直腸癌，補助 12 家醫學中心進行多團隊癌症整合研究，並推動機構間研究合作、整合及癌症研究盤點及整合平臺，以有效利用我國有限的研究資源，提升我國研究量能。

(三) 強化國家衛生研究

1. 國衛院研究團隊突破性地找到調控癌細胞葡萄糖代謝造成腫瘤增生的機制，讓「癌症可能是一種新陳代謝疾病」的想法得到印證，該研究成果刊登於國際排名第 4 的頂尖期刊《美國國家科學院刊》。這項發現不僅為癌症治療開啟新的里程，此一全新觀念的提出，更提醒民眾維持

人體新陳代謝正常運作的重要性，透過均衡飲食及運動對癌症的防治，將是非常重要的指引。

2. 為能提供國人符合 PIC/S GMP 國際規範之疫苗與生物製劑，滿足國內防疫和公衛需求，國衛院生物製劑廠除已獲 PIC/S GMP 認證，其動物生物安全第三等級實驗室亦獲疾病管制署正式核可啟用，為我國軍方體系外之首例，成為國內唯一供產、學、研使用的動物三級實驗室。這些重要的硬體建置將有助於提升我國在感染症與疫苗之研究開發能量及增強國內防疫資源。
3. 由中央研究院、國家衛生研究院、台大醫院等共同研究，從 80 年自台灣七個社區、收集近 1 萬 2000 名婦女的尿液樣本，追蹤後以其中 128 名乳癌患者及 251 名對照組，分析發現若塑化劑的暴露量高，乳癌風險高出 1.9 倍；若塑化物代謝能力不佳，乳癌風險高出 1.7 倍；若暴露量高而且代謝力不佳，乳癌風險更高出 3.4 倍，這是全球第一份證實塑化劑與乳癌關連性的報告。研究發現，在正常的狀況下，塑化劑代謝物在體內 24 至 48 小時即會經由腎臟排出體外，因此民眾不必擔心有過度暴露的風險，多喝水及多運動有助於將塑化劑排出體外，而婦女也要必須重視乳癌篩檢，以及早發現、治療。
4. 有鑑於流感病毒的高變異性，國衛院利用已建立之反式基因技術製備高成長 H5N1 clade 2 疫苗株，以 A/Anhui/01/2005 (RG6) HA 標準抗血清測試分析馴化病毒株與高成長病毒株之抗原性，結果顯示原始病毒株與

馴化病毒株、高成長病毒株之抗原性並無顯著差異。未來可利用此平台製備台灣獨特且重要的流感疫苗株，如新型流感 H5N2，加速本土性傳染病之疫苗發展。

5. 環境毒物與食品安全議題：國衛院針對塑化劑受害申訴者進行健康追蹤研究，初步研究成果發現，兒童整體的每日平均暴露值為 52.3 ug/kg BW-day，高於美國及歐盟所訂之每日最大容許量；而成人整體的平均暴露量為 14.0 ug/kg BW-day，低於美國標準，顯見塑化劑事件對兒童造成的危害較成人大。此外，比較男性與女性的尿液檢體發現，女性在 MEP、MBP 等特定塑化劑的暴露顯著高於男性，推論與藥物、化妝品與個人衛生用品製造及食物包裝材料上等之使用頻率較高有關。建議應加強降低成人及兒童塑化劑暴露之衛教宣導，並針對國內商品及食品中塑化劑含量之稽查檢驗把關，以降低國人塑化劑暴露量。
6. 國衛院合併台灣五個世代研究共計 2,867 位社區老人的資料，並依國際之共識來定義台灣老人族群肌少症相關肌肉質量、步行速度與手握力之切點，並依此切點計畫我國老年族群肌少症盛行率介於 3.9-7.3%之間。分析結果還發現，肌少症嚴重程度較高的人，與體能表現較差以及較多的 ADL 與 IADL 失能有關。本研究結果將促使國內醫療照護體系廣泛地採納與實施肌少症評估工具，提升老人醫療照護品質。
7. 國衛院與林口長庚醫院合作，針對 1,270 位基隆地區的

學齡兒童，檢測血中塵蟎、動物毛皮垢屑、蟑螂、黴菌、花粉、食物以及橡膠等 7 大類 40 種不同的特定過敏原之特異性抗體，並與血中濃度與呼吸道發炎指標呼氣一氧化氮 (FeNO) 進行一系列分析探討。結果發現兒童呼氣一氧化氮濃度與血中塵蟎、動物毛皮垢屑、蟑螂以及食物等特定過敏原之特異性抗體濃度之間，呈現顯著的正向相關。本研究結果有助於臨床兒科醫師在檢測特定過敏原上之重要參考，並提醒家中有過敏性疾病兒童的家長，找出與其致敏反應有關的特定過敏原的重要性。

8. 國衛院兒童及青少年行為之長期發展研究計畫 (CABLE)，依個案之 BMI 發展軌跡類型分為正常稍輕組、持續正常組、過重變肥胖組和持續肥胖組四種類型。分析與 BMI 發展軌跡類型為超重者相關之因素發現，在男生學童為：較少從事課後運動、自覺學業表現較差、家人互動較高、父母超重、父親教育程度較低；在女生為：看電視及用電腦頻率較高、家人互動較高、同儕互動變少、父母超重。研究建議國小學童過重及肥胖的防治，需從 7 歲以前就開始關注，及早推動健康促進介入措施。

(四) 推動中醫藥研究發展

1. 賡續推動中醫藥衛生教育，提升民眾中醫藥正確就醫及用藥知能。103 年擴增中醫藥安全衛生教育資源中心至 13 家，除原醫療機構、社區民眾為對象外，並與各縣市之中醫師公會、藥師公會、社區醫療群、等結盟合作，

更積極納入中醫院所、學校及安養機構服務對象，以期全面落實推動中醫藥就醫用藥安全衛生觀念。

2. 加強生醫科技研發，「一種濃縮中藥之造粒方法」、「利用高通量噬菌體表達胜肽庫和計算生物學尋找高效性酪氨酸酶抑制劑之天然產物分子」獲得專利，本專利有助於科學中藥新劑型開發及製造技術提升，天然物以「原伊魯烷型倍半萜酯類及其用途」獲得大陸專利，應用於癌症治療新藥開發或癌症合併治療使用。
3. 為增進中醫藥知識推廣與認識，製作完成「中藥臨床應用」數位學習課程及課程單機版播放光碟，供中醫藥從業人員及民眾播放學習，並置於文官 e 學院供各界上網學習。
4. 執行整合研究計畫：執行中藥複方改善抗癌藥引起副作用之研究、中藥品質研究方法之開發等研究計畫；辦理委外臨床研究計畫：中藥複方改善缺血性腦中風之療效評估、台灣民眾之中醫體質證型研究等研究計畫。

八、參與國際社會

(一) 參與國際衛生組織辦理之會議及活動

1. 103 年本部暨所屬機關派員參與國際會議或研習共計 35 場，藉由專業參與，讓國際社會更加肯定台灣的醫療衛生實力，並建立我國國際人脈，開創後續合作機會。
 - (1) 出席「第 67 屆世界衛生大會」，大會主題為「氣候變遷與健康」(Climate change and health)，並針對 5

大類 24 項技術性議題及 1 項進度報告發言，包含傳染性疾病、非傳染性疾病、全生命歷程健康促進、健康照護體系等，分享我國醫藥衛生經驗及成就。

- (2) 103 年 APEC 第一次衛生工作小組會議於 2 月 23-24 日於中國寧波舉辦，本部提出 2 項新計畫案：An Asia-Pacific Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services 及 APEC Asia-Pacific Conference on Age-friendly Cities and Age-friendly。今年 7 月本部亦向 APEC 生命科學創新論壇(Life Science Innovation Forum, LSIF) 提出 1 項新提案，題目為「APEC Conference on Multi-Drug Resistant Tuberculosis (MDR-TB) prevention, care and control」。
- (3) 我國積極參與 8 月 11 日至 15 日於中國大陸北京召開的 APEC 衛生相關會議，包括第二次衛生工作小組(Health Working Group)會議、衛生政策對話(Health Policy Dialogue)及衛生與經濟高階會議(High Level Meeting on Health and the Economy)等，其中衛生與經濟高階會議邀請本部邱部長文達與會並擔任專題演講講者，部長文以「健康與長期照護系統的整合工程(The Integration of Health Care and Long-Term Care)」主題發表演說並獲得與會者熱烈回響及讚賞。

(二) 雙邊及兩岸國際衛生合作

1. 辦理國際衛生合作計畫：長駐醫護人員提供當地民眾醫療服務、技術指導，並且協助進行各項公共衛生計畫與衛生教育推廣等活動，例如降低學童寄生蟲發生率，高血壓、糖尿病等慢性病防治，以及婦幼衛生相關人員訓練等工作。

(1) 103 年度「推展非洲地區國家衛生合作計畫」

(2) 103 年度「駐馬紹爾群島共和國臺灣衛生中心計畫」

(3) 103 年度「駐索羅門群島臺灣衛生中心計畫」

2. 辦理衛生官員雙邊會談：

(1) 103 年出席第 67 屆 WHA 期間(2014/5/19~5/24)，辦理雙邊會談 58 場，包括包括美國、日本、歐盟、巴拉圭、巴拿馬、史瓦濟蘭、尼加拉瓜、布吉納法索、瓜地馬拉、吉里巴斯、吐瓦魯、多明尼加、宏都拉斯、海地、索羅門群島、諾魯、聖多美普林西比、聖克里斯多福等國家。

(2) 邱部長陪同馬總統出訪(聖宏專案)非洲友邦聖多美普林西比，並參加中美洲友邦宏都拉斯新任總統就職典禮，順道拜訪非洲友邦布吉納法索。此次出訪之三國友邦皆與我國存有各項衛生醫療合作及交流計畫，可以確實了解友邦當地的醫衛現況及需求，並檢視我國援外的成果，對雙方衛生醫療交流有很大的助益。

3. 103 年度本部暨所屬機關之國際業務辦理情形：

衛生福利部	103 年度(截至 8 月)
外賓邀/參訪	共計 47 國 399 人次

國外參加國際會議或研習	共計 28 場
於國內舉辦國際會議	共計 7 場

4. 海峽兩岸醫藥衛生合作協議：

- (1) 我方於 103 年 3 月 31 日提供陸方 H6N1 病毒株，有助於兩岸疫情之防疫。
- (2) 103 年 5 月 23 日於大陸福建省發生 24 名台灣旅客搭乘之遊覽車墜落九龍江事件，透過協議緊急救治機制提供民眾更週妥之保障。

(三) 國際衛生援外計畫

1. 臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫：103 年截至 8 月底共培訓來自 9 個國家共 73 人次之國外醫事人員(迄今共培訓來自 46 個國家共 956 人次之國外醫事人員)。
2. 醫療器材援助平台計畫：103 年截至 8 月底共完成 12 件捐贈案共 834 件醫療器材(迄今共完成 30 國 75 件捐贈案共 2,992 件之醫療器材)。
3. 中華民國協助海地地震災後重建計畫：103 年截至 8 月底共進行 7 人次之雙方人員互訪交流；捐贈 70 張病床、6 臺二手救護車。(迄今共進行 46 人次之雙方人員互訪交流；捐贈 17 批醫療器材、醫藥與防疫物資；培訓 22 名海地醫護、實驗室與流行病學人員)。
4. 臺灣國際醫衛行動團隊：自 95 年與外交部共同成立「臺灣國際醫衛行動團隊(TaiwanIHA)」，103 年預計與日本亞洲醫師協會(Association of Medical Doctors of

Asia, AMDA)合作，支援土耳其牙醫診療服務之醫藥物資(迄今已完成 19 次緊急人道醫療援助)。

5. 推動 14 項醫衛合作與援助計畫項目：本部與外交部共同推動包括 3 個常駐醫療團(聖多美普林西比、布吉納法索、史瓦濟蘭)及太平洋 6 友邦及友我國家醫療合作計畫(於馬紹爾及索羅門成立臺灣衛生中心、於吉里巴斯、吐瓦魯、諾魯、帛琉辦理臺灣醫療計畫及行動醫療團，另於斐濟及巴布亞紐幾內亞辦理行動醫療團計畫)，非洲衛生合作計畫。
6. 國內非政府組織(NGO)成果：中華民國紅十字會總會與中華民國牙醫師全國聯合會合作，於 103 年度上半年前往菲律賓進行口腔衛生醫療義診 1 次，動員 15 名人員，服務當地民眾 1,465 人次。
7. 派遣防疫醫師赴奈及利亞協助駐館人員及眷屬、台商及僑胞防範伊波拉病毒感染，並提供防護裝備及指導使用。

(四) 舉辦國際衛生會議

1. 103 年截至 8 月，本部暨所屬機關於國內舉辦國際會議共計 7 場(詳如下表)，藉由舉辦國際會議來增加台灣的知名度，讓國際社會更加了解台灣的醫衛實力，並開創更多國際合作的機會。

2014/3/21	2014 癌症防治論壇
2014/6/13	2014 國際醫療管理服務產業聯盟研討會
2014/6/22- 2014/6/26	The 4th. International Conference on Healthcare System Ergonomics and Patient Safety
2014/7/30- 2014/7/31	1st APEC Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services
2014/8/18	2014 年感染管制國際實務工作坊-南部場
2014/8/19	2014 年感染管制國際實務工作坊-中部場
2014/8/20	2014 年感染管制國際實務工作坊-北部場

2. 由本部國民健康署配合亞太癌症預防組織（Asian Pacific Organization for Cancer Prevention, APOCP）會議，於 103 年 3 月 21 日辦理「2014 癌症防治論壇」，以「From Evidence to Impact」為論壇主題，計邀請芬蘭、英、美、紐、日、韓等 11 國 16 位專家，就癌症防治議題進行實務經驗分享及意見交流。透過本論壇，探討將具實證基礎的癌症防治工作發揮更大的影響力，並希望能將臺灣打造成具實證基礎癌症防治政策的國家，以降低癌症危害。

貳、未來重要施政規劃

一、完善防疫監視系統，強化防疫應變能力

（一）持續防範流感及新興傳染病整備

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

(二) 落實本土疫病防治

落實執行結核病十年減半防治策略、積極推動愛滋病多元防治方案，以及賡續辦理三麻一風、肝炎、腸道傳染病之防治計畫。

(三) 善用國家疫苗基金

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

(四) 落實感染控制措施與實驗生物安全管理

1. 加強執行健康照護機構之感染管制、細菌抗藥性監測與抗生素管理計畫。

2. 提升實驗室生物安全自主管理，推動實驗室生物風險管理計畫。

二、創建安心健康環境，提升國民幸福指數

(一) 健康的出生與成長

1. 營造健康生育環境

- (1) 導正性別失衡：持續監測出生性別比，並加強兩性平等平權宣導、醫事人員醫學倫理教育；於出生性別比考核指標納入「轄內產檢醫療院所(含人工生殖機構)輔導」及「轄內縮小出生性別差距之醫事人員教育訓練或民眾宣導」。並將管理重點擺在源頭之試劑與檢驗管理，加強檢驗設備、行為與試劑的稽察。
- (2) 代孕生殖立法：為幫助囿於子宮先天缺陷而無法孕育下一代者，完善管理所有人工生殖技術，以支持國人達成生育願望，業已研擬人工生殖法部分條文修正草案，將尊重各方意見，持續與外界溝通說明，刻進行法案及性別影響評估檢視，後續依行政立法相關程序辦理。
- (3) 修訂及發布人工生殖機構許可辦法：為降低減胎手術風險、減少人工生殖多胞胎率及降低卵巢過度反應症候群的發生；減少低出生體重兒及降低健保醫療費用支出，提升人工生殖技術施術品質。103年2月18日修正發布人工生殖機構許可辦法，103年按季監測各人工生殖機構執行「35歲以下一次植入2個以下胚胎

達 55%」之評核指標情形。

- (4) 人工生殖補助規劃：為支持國民達成建構家庭、生兒育女的願望，本部規劃補助不孕症夫妻人工生殖費用，預定第一階段先補助低收入及中低收入戶，最高一年補助 10 萬元；第二及第三階段分別補助年平均家戶所得 70%及 130%以下者，部分補助最高 3.8 萬元。期望透過政府的支持及醫療體系共同的努力，將人工生殖技術品質做好，減少生產併發症，和新生兒相關的風險，同時降低不孕夫妻的經濟負擔。

2. 強化婦幼預防保健服務

- (1) 孕產婦全人照護：為降低導致嬰兒主要死因的先天畸形發生，已預估額度爭取預算，對於高齡或高風險孕婦，規劃提高產前遺傳診斷補助額度，待法制作業完成後公告實施，並回溯至 103 年 1 月 1 日，以減輕育齡家庭經濟負擔。另因應少子化衝擊，檢討更新現行孕婦產檢預防保健。將持續結合衛生、醫療、福利、民間團體及跨部會力量，提供孕產婦及嬰幼兒全人全程全家之健康促進，提升母嬰健康。
- (2) 規劃健康新世代計畫：規劃新婚夫妻健康手冊及諮詢、懷孕登錄機制等，規劃針對高風險孕產兒提供社區關懷追蹤訪視服務，藉此結合福利、醫療與衛生專業，守護弱勢家庭的下一代，許一個安健康的新起點。
- (3) 新生兒健康：持續提升純母乳哺育率；加強出生 3 個月內之新生兒聽力篩檢率。

- (4) 口腔保健：規劃自 103 年 9 月起全面推動國小一年級入學學童窩溝封填服務（含原弱勢族群低收入戶、中低收入戶、身心障礙者、山地原住民鄉及離島地區二年學童），提供恆牙第一大白齒窩溝封填服務、及施作後 6 個月及 12 個月之評估檢查及補施作。
- (5) 近視防治：結合跨部會力量共同推動學童視力保健及近視防治工作，並辦理視力監測調查評估成效。

(二) 健康的高齡化

1. 持續推動「高齡友善健康照護機構全面普及化計畫」，預計 103 年達到 100 家高齡友善健康照護機構。
2. 持續推動高齡友善城市，並加強宣導倡議活動；推廣社區長者參與健康促進活動。
3. 強化癌症及重要慢性病防治服務與體系發展：
 - (1) 篩檢政策精進：成立縣市癌症篩檢管理中心（call center），主動對癌症篩檢困難個案提供關懷諮詢；另強化監測四癌篩檢品質指標，以提升及確保篩檢品質。
 - (2) 強化癌症診療品質以及「癌症診療品質認證」革新；針對重大癌症訂定關鍵品質指標與目標，以有效改善預後；辦理規劃癌症病人就醫領航計畫，提昇 3 個月內正確就醫率。
 - (3) 完成第 3 期國家癌症防治計畫及慢性肝病防治計畫；推動慢性病人全人健康管理計畫、COPD 疾病管理計畫；強化癌症（含檳榔）防治之國際合作。

(三) 健康生活與健康社區

1. 推動菸、檳榔危害之防制：檢討與調整菸害防制法修法及菸品健康福利捐；持續推動二代戒菸服務；推動跨部會檳榔防制政策，建立無檳榔支持環境。
2. 推動健康飲食、規律運動與肥胖防治：推動健康體重管理計畫；進行社區致胖環境之監測與改善；推動國民營養法立法。
3. 推動健康場域：積極推動健康照護機構參與健康促進醫院國際認證與相關活動；持續推動健康促進學校國際認證；持續營造醫療衛生伙伴關係。

(四) 關注弱勢健康，縮小健康不平等

1. 提昇身障及弱勢者口腔健康。
2. 提供 55 至 64 歲原住民每年一次成人預防保健服務。
3. 持續加強罕見疾病病人基本醫療權益及費用補助，強化罕見疾病通報與登錄；並推動罕見疾病防治及藥物法修法，業徵詢立法委員及病友團體等各方意見，擬具「罕見疾病防治及藥物法」部分條文修正草案，並通過行政院院會審查，行政院於 103 年 8 月 22 日函送立法院審議中。
4. 精進發展遲緩兒童之篩檢發現與聯合評估服務體系。
5. 補助原住民族地區、離島、中低收入戶及低收入戶青少年接種 HPV 疫苗；提升身心障礙者等弱勢族群之四癌篩

檢率及陽性個案追蹤率。

6. 提昇多氯聯苯中毒者照護。
7. 研撰健康不平等報告：檢視縣市、族群之健康差異、發覺健康不平等狀況，以進一步介入改善。

(五) 建置健康監測體系

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

三、精進醫療照護體系，提升醫療照護品質

(一) 建立醫療事故救濟制度

鑒於「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」仍在審議階段，且醫療事故補償基金來源及估算仍需更多資料及凝聚各界共識，爰擬於試辦計畫執行經驗基礎下，規劃延長「鼓勵醫療機構辦理生育事故爭議事件試辦計畫」至 105 年，或至「醫療糾紛處理及醫療事故補償法(草案)」立法完成發布施行為止。並依大院第 8 屆第 4 會期社會福利及衛生環境委員會決議，在醫糾法未通過前，應比照生育事故爭議事件試辦計畫，擴大試辦範圍至其他高危險科別如麻醉、外科手術。爰已擬定「鼓勵

醫療機構妥善處理手術及麻醉事故爭議事件試辦計畫」，預計自本(103)年度開始試辦，試辦期間將至「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」立法完成公布實施為止，但至多以二年為限。期能透過試辦計畫累積經驗，並逐年檢討，以作為未來擴大辦理醫療事故補償之依據。

(二) 健全急、重症照護網絡，減少品質落差

1. 朝向各縣市至少一家重度級急救責任醫院目標，強化全國急、重症照護品質與就醫可近性；落實醫學中心支援醫療資源不足地區緊急醫療照護。
2. 提升急診轉診品質，落實在地醫療及分級就醫，解決部分醫院急診壅塞問題。
3. 推動公共場所設置 AED，普及全民急救教育；加強培訓救護技術員，強化到院前救護效能。

(三) 持續推動病人安全事務

運用病人安全通報系統分析資料，藉由辦理病人安全相關活動以及醫療品質教育訓練，敦促醫療院所加強辦理品質改善與病人安全之作業，並且強化民眾參與。同時積極輔導基層醫療院所，推動醫療品質及病人安全之工作目標，以保障民眾就醫之安全。

(四) 精進醫院評鑑制度

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

(五) 改善醫師勞動權益

104 年將醫師工時規範納入教學醫院評鑑項目，研擬值班工作流程之重新安排，並積極審慎地朝向住院醫師適用於勞動基準法的目標努力。

(六) 推展自由經濟示範區國際醫療產業

推動醫療服務國際化與國際健康產業園區，行銷台灣優質醫療及健保制度之國際品牌形象，進行國際健康產業園區布局規劃，吸引國外先進醫療機構來台合作，加值臺灣醫療服務。

(七) 強化中醫就醫品質

1. 推動中醫醫療機構負責醫師訓練計畫，改善中醫臨床訓練環境，建立中醫師臨床訓練制度，促進中醫醫療機構健全發展。
2. 持續辦理及檢討中醫醫院評鑑，確保中醫醫療照護品質。

(八) 改善護理執業環境

1. 改善護理人力配置、醫院護病比、薪資及勞動條件，逐步推動優質護理職場醫院指標建構。

2. 研議建立本土化護理分級制度，辦理護理人力回流計畫，建置護理人員重返職場輔導平台，藉以增加護理就業人力資源，並建立護理輔助人力制度。
3. 強化護理專業、領導能力及正面形象，並加強護理教、考、用的相互配合及接軌。
4. 充實偏鄉地區護理人力量能。

(九)強化原住民及離島地區醫療保健服務

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

人文特色，降低健康不均等現象，使當地亦能享有平等的健康權。

(十) 健全長期照護服務體系

1. 積極推動長照服務網計畫，發展普及且在地資源：
 - (1) 建置偏遠地區居家式服務據點，均衡區域長照資源，預計 103 年完成 89 個據點，持續辦理輔導作業提升服務品質。
 - (2) 建置 63 次區均有社區失智服務；於 104 年底完成 63 次區床位數均達每萬失能人口 700 床。
2. 建構家庭照顧者支持網絡，提供諮詢服務；擴大培訓長期照護各類專業人力，持續開辦長照基礎訓練課程及整合課程。
3. 積極推動長照服務法完成立法，研擬訂定相關子法。

(十一) 促進全民心理及口腔健康，提升民眾幸福感

1. 加強心理健康服務方案，強化自殺防治策略與作為
 - (1) 加強心理健康促進服務方案及建立心理健康網：推動國民心理健康促進計畫，辦理民眾心理健康促進方案，結合行政機關、心理健康照護機構及民間機構團體，建立心理健康服務網絡，進行多元宣導，讓全民認識並重視心理健康促進活動。
 - (2) 強化自殺防治策略及作為：針對各族群、場域自殺之趨勢分析、問題剖析及需求評估，積極研議具體因應

對策及作為，強化自殺防治網絡工作，提升政府機關間自殺防治工作之整合效率。

2. 強化精神疾病防治、提升精神病人照護品質

- (1) 以衛生局作為整合監督窗口，統合各層級醫院，持續加強精神病人之緊急就醫、住院治療、出院準備、社區精神復健及追蹤關懷服務。
- (2) 督導縣市政府執行社區精神病人照護計畫，精進社區精神病人個案管理、追蹤關懷及就醫、就學、就業及就養之資源連結服務；針對無法規律門診或服藥遵從性差之社區精神疾病患者，提供「居家治療」及「強制社區治療」。
- (3) 為強化精神病人通報及關懷機制，持續進行「精神照護資訊管理系統」、「身心障礙手冊平台資料」二系統之勾稽比對，並強化各直轄市、縣(市)府衛生局之精神疾病個案訪查。

3. 提升戒癮治療服務量能及可近性

- (1) 持續補助替代治療及酒癮處遇服務方案費用，減少毒癮及酒癮者戒治就醫經濟障礙，強化戒治意願。
- (2) 盤點全國民間戒癮機構、團體資源，並整合民間服務資源，充實藥、酒癮者社會復健服務。
- (3) 持續督導縣市政府鼓勵醫療機構提供藥、酒癮治療服務，以增加戒癮治療之服務量能及可近性。
- (4) 賡續檢討研修藥癮之臨床治療指引，訂定酒癮治療之臨床指引，積極辦理酒癮治療人員教育訓練，提升治

療人員專業知能。

4. 充實特殊族群處遇量能，精進處遇治療品質

- (1) 督導直轄市、縣(市)地方政府向地方法院倡議提升加害人處遇計畫裁定率，以促使加害人接受妥善之處遇治療，減少再犯；發展家庭暴力相對人自願性服務方案；增設性侵害加害人刑後強制治療指定處所。
- (2) 提升家庭暴力及性侵害被害人驗傷採證及身心治療服務量能及專業人員知能，以保護被害人權益，降低傷害；強化處遇人員教育訓練及發展處遇人員督導制度，以增加處遇人力資源及提升處遇品質。
- (3) 積極發展加害人本土化處遇模式及成效評估工具。

5. 精進牙醫訓練品質，建構身障者服務網絡：

- (1) 二年期牙醫師畢業後一般醫學訓練品質提升計畫：建構良好之教學環境，提升醫事人員之知能。
- (2) 身心障礙牙科醫療服務：以示範中心結合現有身心障礙牙科醫療服務網絡承作醫院及縣市衛生局資源，獎勵 1 縣市 1 家身心障礙牙科門診服務醫院，建構可近性之服務網絡，並加強身心障礙者牙科醫療之牙醫師及輔助人員教育訓練，提升醫療品質。

(十二)提升本部所屬醫院服務品質

1. 持續推動中期照護服務。
2. 配合衛生福利整合，持續關懷弱勢族群之醫療照顧，並配合施政政策，提供民眾所需之醫療服務，如：傳染病

- 防治、類流感門診、協助法務部戒毒反毒工作等。。
3. 發展醫療影像判讀系統雲端化，擴充判讀服務效能及能量。
 4. 規劃成立部醫種子醫院，與鄰近部醫形成垂直醫療合作網絡；建構部醫與 13 家社福機構間之醫療服務、預防保健、全人照顧之合作網絡。

四、秉持公義福利原則，保障弱勢民眾需求

(一) 完善兒少服務體系，支持家庭照顧功能

1. 建置平價且質優之幼托照顧體系：分階段協助各直轄市、縣(市)政府設置公私協力平價托嬰中心及公共托育資源中心/據點，提供民眾可近性之托育資源、臨時托育、喘息服務以及親職教養知能諮詢等，協助父母能在家庭與職場間有所平衡，減輕父母育兒負擔，提供多元育兒服務選擇。
2. 落實居家托育服務法制化作業：研擬「居家式托育服務登記及管理辦法」草案，預定 103 年 12 月 1 日起適用，提供居家式托育服務者須向直轄市、縣(市)政府辦理登記，始能擔任保母人員，未辦理登記將違反「兒童及少年福利與權益保障法」規定，處新臺幣 6,000 元以上 3 萬元以下罰鍰，並要求限期改善，屆期未改善，則按次處罰。惟在子法尚未訂頒施行前，現行藉由保母托育費用補助與托育管理實施計畫，將全國 62 個社區保母系統約有 2 萬 5,000 名保母納管，定期接受直轄市、縣(市)

政府之查核、訪視輔導、在職研習訓練與媒合轉介等，積極保障受托兒童及家長權益。

3. 推動兒童及少年安全實施方案：定期檢討方案目標及預期績效總指標，召開兒童及少年事故傷害防制協調會議，強化跨部會橫向協調，以建構兒少安全的成長環境。
4. 加強兒童及少年收出養服務監督與管理機制：為避免販嬰情事發生，落實推動「兒童及少年福利與權益保障法」有關收出養規定，除了一定親屬間之收養外（旁系血親在六親等以內及旁系姻親在五親等以內輩分相當或夫妻之一方收養他方子女），收出養的媒合都必需委託經許可之機構或財團法人代為辦理。另為與國際接軌，依海牙國際收養公約之精神，增加兒童及少年有出養必要時，「應以國內收養人優先收養為原則」的規定，以維護兒童及少年最佳利益。

（二）照顧特殊境遇家庭、落實三級預防機制

1. 落實兒少保護三級預防機制：賡續結合教育、醫療、民政、警政、戶政等單位發掘兒虐高風險家庭，建構高風險家庭篩選轉介機制，落實「推動高風險家庭關懷輔導處遇實施計畫」，強化風險預防工作，並積極輔導各級政府結合民間資源，從風險預防、通報處遇、評鑑考核等三大面向推動相關保護措施。
2. 積極落實照顧特殊境遇家庭：因應社會與民眾需求，適時檢討修正「特殊境遇家庭扶助條例」，照顧特殊境遇家

庭，提供適當必要扶助，協助解決生活困難，增進社會適應力。另加強實施單親家庭之各項服務措施，本部持續督導縣（市）政府進行轄內單親家庭之需求評估、資源盤點及福利方案整合，以建構更具效能、便民的單親家庭社區支持網絡。

3. 擴大辦理社區型家庭福利服務中心：持續推動家庭支持服務中心競爭型計畫，積極輔導縣(市)政府整合轄內相關家庭福利服務中心、福利方案，建置社區型家庭福利服務中心，推動預防性、支持性及社區性的家庭支持服務，並與縣市政府合作發展出本土化的服務模式。
4. 廣續督導地方政府委託民間團體推展家庭寄養服務，並輔導兒童及少年安置教養機構加強辦理安置輔導業務，為家庭遭重大變故、失依、貧困或需受保護之兒童少年個案提供安置教養服務。

(三)加強婦女培力、自立與發展

1. 積極推動婦女培力訓練，建立各項交流平台，加強公、私部門溝通，強化女性參與社會及公共事務之機會與管道，建構婦女支持網絡，提升婦女組織發展量能。
2. 加強婦女生活狀況調查、婦女相關議題之研究發展，建構婦女福利服務輸送體系，讓不同生命歷程婦女之不同需求，皆能有效獲得滿足，減少社會排除，創造婦女平等發展機會。

(四)加速整備長期照顧服務資源，建構綿密服務網絡

1. 因應高齡社會之失能老人照顧需求，加強整備長期照顧服務資源，完善服務輸送體系，並落實督導考核機制，提升各直轄市、縣市政府執行效能與長期照顧服務品質。
2. 增加社區照顧關懷據點普及性與可近性，鼓勵社區組織投入據點服務工作，綿密社區初級照顧網絡，並結合社政、衛政及教育資源，在社區照顧關懷據點推動多元健康促進與創新服務方案，提升據點服務品質及量能。
3. 本部針對老人福利機構資源缺乏地區優先補助民間設置，充實機構設施設備及專業人員，並加強各類專業人員訓練，提升機構照顧品質及服務量能。另持續督請地方政府透過定期輔導查核及評鑑機制，促進機構永續經營，確保服務品質，並加強與社區間之互動與連結，以達資源共享與互惠，並增進民眾對機構照顧之認識與支持。

(五)賡續推動身心障礙者需求評估新制

1. 為使身心障礙者及大眾了解新制施行內涵，將持續進行多元宣導，並提供新制之諮詢服務，未來將依法協同各地方政府針對申請、重新鑑定之身心障礙者辦理新制作業，並持續針對新制之相關流程、工具等作業方式，辦理驗證、測量、修正，以維護身心障礙者應有權益。
2. 依據身心障礙者權益保障法第 106 條規定，104 年至 108 年完成持舊制永久手冊身障者換證作業。

3. 檢討及追蹤新制執行情形，以滾動方式修正「身心障礙者鑑定作業辦法」及「身心障礙者醫療復健所需醫療費用及醫療輔具補助辦法」。
4. 充實鑑定人力資料庫，並提供主管機關查詢；持續辦理鑑定人員教育訓練，確保鑑定人員品質。

(六)保障弱勢族群經濟生活，擴大照顧弱勢範圍

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

(七)完善社工專業制度，增強社工服務質量

充實地方政府社工人力，於 101 年至 105 年進用 1,096 名正式編制社工員；並於 106 年至 114 年以約聘社工人力出缺即進用正式人員方式，納編 394 人，以強化社會工作服務量能，提升社會福利服務品質，本部持續補助地方政府積極增加社工人力，並協助地方政府修改組織編制進用正式社工人力。

(八)提升社區互助機制，推展志願服務資源

1. 提升社區互助機制，強化社會福利社區化，推動社區自

主創意，加強社區資源與需求的連結，建構在地化互助關懷體系，創造溫馨幸福之家園。並強化家庭及社區功能，結合社會福利體系與社區發展工作，整合社區內、外資源，建立社區福利服務網絡，以確保福利服務落實於基層，並朝社區發展法制化推動。

2. 整合衛生保健及社會福利志工，推展志願服務人力資源，賡續辦理志工訓練及獎勵表揚，號召社會大眾共同投入志願服務的行列，以提高公共事務效能並增進社會公益。

(九) 修正公益勸募條例，強化勸募輔導工作

為增進勸募業務人員專業知能、提升勸募團體實務工作能力及熟稔公益勸募相關法令，本部將賡續辦理公益勸募實務研習。另為縮短勸募案件審查時程，提供勸募團體申請之便利性，本部刻正辦理公益勸募管理系統功能擴充建置，新增線上申請功能，期能透過此服務之開辦，簡化申請程序，提升作業時效。

(十) 健全兒少保護體系

1. 與美國兒少研究中心合作引進兒少保護結構化決策評估模式 (SDM)，賡續建置 SDM 安全評估工具表單，培訓種子講師群、開發訓練套裝教材，全面推動 SDM 安全評估工具及精進安全評估、風險評估之專業能力。
2. 研發建立兒少保護案件家庭處遇標準化服務流程及評估

指標，增強家庭處遇服務各項資源。

(十一) 建立性別暴力三級預防台灣模式

1. 初級預防：完成反暴力社區認證指標及試辦計畫，逐步建立標竿社區防暴模式。
2. 次級預防：建立完成社政、衛生醫療、警政、教育及司法之五大領域性別暴力防治衡量指標。
3. 三級預防：建構一站式家庭暴力多元服務方案及推動偏鄉地區資源及人才培力計畫。

(十二) 推動社區預防性服務方案

為從個案服務擴展至社區預防宣導，以預防及服務並重之社區工作服務模式，輔導地方政府結合民間團體落實不得供應不良物質予兒少之預防宣導，透過公私協力、中央與地方合作，促進兒少身心健康發展，並極大化服務效能，對於有輔導及家庭處遇需求之兒童及少年提供資源轉介或個案輔導工作。

五、健全社會保險制度，強化自助互助機制

(一) 永續發展全民健保，提升健保資源使用效能

1. 推動二代健保改革，照顧全民健康權益：二代健保實施後，本部已邀集跨領域之學者，組成「二代健保總檢討小組」進行檢討，並於 103 年 4 月底提出整體檢討報告初稿，考量報告對外公開時，外界會關心本部對於專家

學者之建議的立場，為能在報告對外公開時也能對於各項建議有所回應，故本部刻正進行評估，待完成初步評估後，即可對外公開報告。

2. 落實收支連動機制，確保長期財務平衡：103 年健保費率經行政院核定，同意維持現行費率 4.91%，估計在 105 年底以前，健保安全準備不會發生短絀。本部及健保署仍然會努力進行各項開源節流措施，設法維持財務穩定，使健保資源作最有效之運用。
3. 增進醫療服務效能，強化健保資訊透明：
 - (1) 持續推動各項抑制資源不當耗用之改善方案，增進醫療服務效能，減少醫療浪費，建立民眾珍惜醫療資源的觀念；另除持續辦理醫療品質資訊公開，提供民眾就醫參考。
 - (2) 依據全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法規定，102 年領取超過 6 億元醫療費用之 109 家醫院，須於 103 年提報財務報告，保險人將於 103 年底前，公開院所提報之 102 年財務報表，以達共同監督健保業務之效益。

(二)強化國民年金制度，健全老年經濟安全保障體系

1. 賡續檢討國保給付資格條件，辦理國保財務精算及費率調整作業，使國保制度更臻完善健全。
2. 賡續強化國保繳費率提升措施及宣導，以提高民眾繳費率；督導勞保局辦理國保欠費催收工作，提醒民眾保障

自身權益。

3. 加強機關間資料比對及回饋，並透過死亡通報機制減少溢領給付。

(三) 推動長照保險制度，建構長照風險分攤機制

1. 持續推動長照保險立法，進行長照保險細部規劃；並將依貴委員會第 8 屆第 4 會期通過之臨時提案，於今年 9 月底將長照保險法草案報行政院。
2. 加強辦理溝通宣導，凝聚實施長照保險共識。

六、確保食品藥物安全，建構健康消費環境

(一) 強化並積極推動食品衛生管理策略

1. 因應「食品安全衛生管理法」之施行，持續推動「食品安全衛生管理八大行動綱領」，強化食品業者登錄制度，精進食品追蹤及追溯系統，源頭控管食品添加物，建置食品三級品管機制，完善基因改造食品原料管理，鼓勵檢舉，大幅加重罰則，設立食品安全保護基金，以全面落實推動及執行新法，以提升食品安全管理與保障消費者健康。
2. 擴大推動食品業者登錄制度，本部已於 102 年 12 月 3 日發布「食品業者登錄辦法」，於 103 年 4 月 24 日公告訂定「食品添加物業者應辦理登錄」，食品添加物之製造、加工、輸入及販售業者列為首波應登錄始得營業之食品業別。並於 103 年 7 月 18 日預告訂定「應申請登錄始得

營業之食品業者類別、規模及施行日期」草案，包括餐飲業、販售業、食品製造、加工及輸入業、塑膠食品器具包裝製造、加工及輸入業等，應於 103 年 12 月 31 日完成登錄，預計於 103 年底達成「十萬業者全登錄」，藉以掌握業者資訊，加強對業者之管理及食品安全衛生教育，並精進食品業者登錄平台功能。

3. 建構食品供應來源與流向之追溯追蹤系統，落實食品業者自主管理之精神及責任，藉以保障國人健康及消費者權益。
4. 落實食品添加物源頭管理，包括「進口分流」、「製造分區」及「販賣分業」之「三分策略」，防堵不當化學物質流入食品，公告食品添加物業者應辦理登錄，建立完善之食品添加物管理體系。
5. 建置食品三級品管機制：第一級品管—食品業者自主管理，第二級品管—公正第三方驗證，第三級品管—政府抽驗管理之食品三級品管模式。
6. 同時配合行政院因應「劣質豬油事件」，於 103 年 9 月 17 日提出八項強化食品安全措施，包括：加重刑責罰金、提高檢舉獎金、中央檢舉專線、油品分流管制、廢油回收管理、落實三級品管、食品追溯追蹤、食品 GMP 改革，持續精進食品安全衛生管理。

(二) 加強藥物與化粧品管理

架構產品安全監測網絡，並增進國際合作交流與人才之

培育，以健全產品流通體制；鼓勵學名藥全球化，促進國內生技產業發展，並推動原料藥分品項、分階段實施原料藥主檔案(DMF)制度，同時制定新興生技藥品管理之特殊新藥法規，亦提升台灣藥品臨床試驗國際競爭力，以加速生技產業發展，確保國人迅速得到安全、有效之藥物治療。

(三) 強化取締不法藥物

加強取締違規廣告，全面掃蕩不法藥物，落實「偽劣假藥聯合取締小組」之跨部會合作機制，發現業者不法行為，即時與當地之檢察機關共同合作進行搜證，爭取辦理時效，加強宣導正確用藥觀念。

(四) 強化中藥安全

1. 落實中藥材邊境管理措施，保障市售中藥產品衛生安全品質；加強中藥品質管理及監控，檢討及增修中藥材含異常物質之限量標準。
2. 賡續推動「建構中藥用藥安全環境第二期（2010-2014）計畫」，保障消費者用藥安全。
3. 以推動中醫現代化、中藥科學化之研究為目標，進行任務導向研究，辦理中醫藥政策規劃、提升中藥品質及安全管制等相關研究，提供民眾中醫就醫及中藥用藥安全環境。

七、發展醫藥衛生科技，促進相關產業發展

(一) 強化醫藥衛生科技發展

自 103 年度起推動新一期「提升臨床試驗創新及競爭力計畫」(103-105 年)，鼓勵創新之 PI-initiated 臨床試驗與研究，增加臨床試驗中心家數，以提升國際臨床試驗競爭力，協助國內產業研發所需之臨床試驗能量，建構台灣成為亞洲最具競爭力之臨床試驗中心。

(二) 辦理中醫藥研究事宜

執行中藥安全性評估以及中西藥交互作用之相關研究，推動中醫藥轉譯醫學研究，強化本土中草藥之開發與應用之研究，加強兩岸及國際學術研究合作，開發與推動國內生技產業。

八、深化國際組織參與，拓展國際衛福合作

(一) 參與衛生福利相關之國際組織：

1. 推動加入 WHO 及有意義的參與

- (1) 積極爭取參與 WHO 技術性會議、活動及重要機制。
- (2) 拓展鄰近國家之人脈，爭取參與 WPRO 之機會。
- (3) 扶植國內醫藥衛生團體，拓展與國際非政府組織之合作。

2. 積極參與 APEC 衛生工作小組運作

- (1) 推動我國舉行區域性國際會議。
- (2) 參加 APEC 下與衛生議題相關之各式會議與活動，並於

衛生工作小組持續推動提案計畫。

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

(二) 推動雙邊及兩岸衛生福利之合作與交流：

1. 辦理雙邊衛生官員會談；辦理臺灣衛生中心計畫。
2. 積極落實「海峽兩岸醫藥衛生合作協議」之執行。

(三) 國際衛生福利之援外計畫：

1. 配合我國外交政策，提供醫療援助、緊急人道援助，並協助培訓醫療衛生人員。
2. 醫療器材援助平台計畫、臺灣國際醫療衛生人員訓練中心計畫、臺灣國際醫衛行動團隊。
3. 建立與國合會的國際醫衛援助最佳夥伴關係。

(四) 培育國際衛生福利人才

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

參、本會期優先之立法計畫

本部於上會期多承 大院協助，通過多項重要之法律案，

對本部業務有甚大助益，^{文達}在此虔表謝忱。本會期預定請大院優先審議之法案計有長期照護服務法草案、醫療糾紛處理及醫療事故補償法草案、菸害防制法第 4 條、第 35 條修正草案、兒童及少年性交易防制條例修正法案、及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草案。尚祈 大院鼎力支持於本會期優先審議，早日完成立法程序，以應本部業務需要。